

도시와 농촌의 다문화가정 이주여성의 건강실태 및 건강행위에 영향을 미치는 요인

임재란¹, 정미숙^{2*}

¹대전보건대학교 간호학과, ²충남대학교 간호대학

Factors Affecting Health Status and Health Behaviors of Immigrant Women in Urban and Rural Areas

Jae-Ran Lim¹ and Mi Sook Jung^{2*}

¹Department of Nursing, Daejeon Health Science College

²College of Nursing, Chungnam National University

요약 본 연구의 목적은 도시와 농촌지역 거주 이주여성의 흡연, 음주, 영양 관리, 개인위생, 구강 건강을 비교하고 건강행위 예측 요인을 파악하는 것이다. 지역사회조사연구에 사용된 구조화된 설문지를 이용하여 이주여성 128명에게 2011년 11월부터 2012년 10월까지 자료를 수집하였다. 농촌거주 여성이 도시거주 여성보다 더 많은 건강행위를 수행하였고 거주지역, 교육기간, 직업, 문화 적응 관련 지각된 어려움이 이주여성의 건강행위를 유의하게 예측하였다. 도시 이주여성이 농촌 이주여성보다 건강행위 유지에 취약하며, 문화적 장애요인도 건강행위 유지를 어렵게 할 수 있다. 그러므로 이주여성의 건강행위를 사정하고 문화적으로 적절한 건강증진 프로그램을 계획할 때 개인, 지역사회, 환경적 수준에서의 충분한 고려가 요구된다.

Abstract This study aimed to compare smoking, drinking, dietary management, personal hygiene, and oral care between immigrant women in urban and rural areas and to determine predictors of the overall health behaviors. With the standardized questionnaire used for community health survey data collection was performed in 128 immigrant women from November 2011 to October 2012. Rural women performed significantly higher numbers of health behaviors than urban women and residential district, education, employment status, and perceived difficulties related to cultural adaptation significantly predicted health behaviors in immigrant women. Immigrant women in urban areas may be highly vulnerable in maintaining health behaviors compared with rural women and cultural barriers may hinder positive health behavior maintenance. Therefore, careful considerations at individual, community, and environmental levels are needed when assessing immigrant women's health behaviors and designing culturally relevant interventions to improve health status.

Key Words : Health behavior, Immigrants, Rural community, Urban population, Women

1. 서론

다문화주의, 다문화가정이라는 용어는 우리 일상에서 더 이상 낯설지 않은 생활의 일부로 자리 잡았으며 동시에 지역사회에 함께 거주하는 우리 이웃과의 조화로운 공존과 상호 증진을 위해 반드시 이해하고 알아야 하는

핵심적 개념이 되었다. 최근 십여 년간 이루어진 국제결혼에 대한 통계청 보고에 따르면 한 해 동안 치러진 결혼 중 약 10%는 국제결혼으로 이중 한국인 남성과 20-30대의 젊은 외국인 여성간의 혼인이 대다수를 차지해왔다 [1]. 이러한 통계 보고는 국제결혼을 통한 젊은 여성의 국내 이주가 지속되고 있는 것을 보여주는 것으로, 한국 가

본 논문은 2013년도 대전보건대학교 교내연구비 지원에 의한 논문임

*Corresponding Author : Mi Sook Jung(Chungnam National Univ.)

Tel: +82-42-580-8322 email: msjung@cnu.ac.kr

Received February 26, 2014

Revised (1st March 25, 2014, 2nd April 1, 2014)

Accepted April 10, 2014

족 내에서 요구되는 모성 역할의 문화적 특성을 고려할 때 이주여성들의 건강습관과 가치관이 본인뿐만 아니라 새롭게 이루어진 가족구성원과 미래의 자녀 건강에 지대한 영향을 미칠 것은 자명한 사실이라고 볼 수 있다.

결혼여성 이민자의 장기적 거주와 다문화가정 자녀들의 학교 진학이 본격화되면서 이들이 가정과 사회 내에서 직면하는 문제들이 실제적으로 대두되기 시작하였고, 이러한 현상에 대한 규명과 이주여성들의 새로운 문화 적응을 돕기 위한 노력이 2000년대 후반부터 정부와 지방자치단체의 관심에 힘입어 증가되기 시작했다[2]. 이러한 관심의 증가와 함께, 이주여성들을 대상으로 한 연구 또한 활발하게 진행되었다. 실제로 2010년에 보고된 선행연구 분석 자료에 따르면, 2004년부터 이주여성을 대상으로 한 연구가 보고되기 시작하여 2009년도까지 총 60개의 논문이 출간되었다[3]. 하지만 이중 36개의 연구(60%)는 결혼 만족도, 삶의 만족감, 우울, 배우자와의 갈등에 대한 것이었고, 18개 연구(30%)는 적응이나 의사소통과 관련된 문제를 다룬 것으로 나타나, 건강과 직접적으로 관련되는 문제보다는 새로운 삶에 성공적으로 대처하기 위해 고려되어야 할 내용들에 주 초점이 맞춰진 것을 확인할 수 있었다.

하지만, 2010년 이후 지속적인 연구적 관심의 확장과 함께 이주여성의 건강문제를 규명하기 위한 다각적 시도가 증가하고 있다. 예를 들면, 결혼이주여성을 대상으로 한국어능력, 자아존중감, 문화적응스트레스 등이 가족의 건강성에 미치는 영향[4], 건강행위와 삶의 질의 관계 규명, 주관적으로 인식하는 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 연구[5], 출신국가별 건강행태, 건강상태, 보건의료 이용실태에 대한 연구[6] 등이 이루어졌다. 또한 아직 많은 수의 연구가 보고되진 않았지만, 이주여성의 흡연, 음주, 영양, 구강건강에 대한 의미 있는 연구 결과도 계속해서 발표되고 있다[7-11]. 위에 언급된 지금까지의 연구에 따르면, 이주여성들의 건강행위는 단순히 좋다 혹은 나쁘다의 이분법으로 평가하는 것이 적절하지 않으며, 보다 체계적인 평가를 위해 출신 국가, 직업 상태, 이민 후 사회문화 적응정도를 고려하는 것이 필요하다고 대부분의 연구에서 공통적으로 제언된다. 보다 구체적으로, 이민 이후 새로운 국가에서의 건강행위는 사회적, 문화적 적응정도에 의해 달라질 수 있으며 교육수준, 직업이나 경제 상태, 인종에 의해서도 지대한 영향을 받으므로 이러한 개인적 요인 역시 중요한 영향요인으로

포함시켜 분석해야 함을 지적하고 있다. 특히 정착한 지역의 특성이 건강행위에 미치는 영향은 중요하게 고려되어야 한다. 도시와 농촌에 각각 거주하는 여성, 노인을 대상으로 수행된 기존의 연구 결과는 이러한 사실을 잘 반영하고 있다. 즉, 도시 거주자와 농촌 거주자는 서로 다른 양상의 건강행위 및 건강증진 생활양식을 보여주며, 이는 도시와 농촌 지역 간의 경제, 문화적 차이 및 의료서비스의 부족으로 인해 발생하는 것으로 해석된다[12,13]. 지역별 실정에 맞는 건강증진 프로그램 개발 및 제공은 건강간호 전문가가 전체 국민의 건강 향상을 위해 기여할 수 있는 기본적이며 핵심적인 사업이라고 할 수 있다. 하지만 현재까지 국내에서 수행된 연구들은 도시 또는 농촌으로 한정된 지역에 거주하거나 혹은 거주 지역 특성에 대한 방법론적 고려를 배제한 채 결혼이주여성의 건강관련 실태를 조사해왔기 때문에 기존의 연구 자료를 활용하여 거주 지역 특성이 이주여성의 건강행위에 미치는 영향을 이해하거나 지역적 특성과 요구에 적합한 이민 여성 건강 증진을 위한 새로운 사업을 계획하거나 실행하기에는 다소 무리가 있는 것으로 사료된다[14-16].

라틴아메리카에서 스페인으로 이주하여 도시에 정착한 여성 186명을 대상으로 수행된 연구 결과에 따르면, 이민은 여성의 건강에 부정적 영향을 끼칠 수 있는 강력한 스트레스원으로 작용하며, 특히 이민 전후에 환경적 변화가 클수록 더 많은 정서적, 행동적 변화를 경험했던 것으로 보고되었다[17]. 국내에서 수행된 연구에서도 이와 유사한 어려움을 확인할 수 있었다. 시골에서 도시로 거주지역을 옮겨 생활하게 된 결혼이주여성 10명을 대상으로 수행한 연구에서도 거주 환경의 변화가 한국생활에 적응하고 건강하고 행복한 가정을 꾸어가는데 있어 해방감과 함께 부가적 책임감을 경험하는 것으로 보고되었다[18]. 아시아 국가들의 경우 많은 결혼 이민자들은 출신 국가보다 사회경제적 상황이 더 나은 국가로 이주하여 새로운 사회문화적 환경에 적응을 시도하고 있다[19]. 여성 이민자와 관련하여 한국을 포함한 주변 국가들의 이러한 이민 경향을 고려할 때, 국내의 많은 이주여성들은 농업을 주요 기반으로 하는 모국의 환경적 특성과 유사한 주변 환경에 좀 더 친숙함을 느낄 수 있으며[20], 이러한 경우 이주 여성들이 정착한 지역의 환경적 특성에 따라 건강행위는 영향을 받게 될 것이다. 하지만 거주 지역의 차이가 건강 행위에 미치는 영향을 파악하기 위해 수행된 국내 선행 연구들은 모두 자국민을 대상으로만

이루어졌거나 스트레스, 사회적지지 및 결혼만족도의 비교만이 이루어져[21], 현재까지 이주 여성을 대상으로 한 체계적 비교는 거의 전무한 상태이다. 이에 본 연구에서는 도시와 농촌에 거주하고 있는 이주 여성을 대상으로 그들의 흡연, 음주, 영양 관리, 개인위생, 구강 건강을 조사하고, 이주 여성들의 인구나사회학적 특성과 함께 한국 문화 적응과 관련하여 경험하는 어려움이 전반적인 건강행위에 미치는 영향을 파악함으로써, 한국남성과 결혼 후 이주해온 여성들의 건강행위를 향상시키거나 위협할 수 있는 잠재적 요인들을 파악하고 이들의 건강증진행위를 돕는 교육프로그램 개발에 필요한 기초자료를 제공하고자 수행하였다.

본 연구의 목적은 도시 및 농촌지역에 거주하는 다문화가정 이주여성의 건강행위(흡연, 음주, 영양 관리, 개인위생, 구강 건강)를 파악하기 위한 것으로 구체적 연구 목표는 다음과 같다. 첫째, 도시 및 농촌지역에 거주하는 다문화가정 이주여성의 일반적 특성에 따른 건강행위를 비교 분석한다. 둘째, 다문화 가정 이주여성의 건강행위에 영향을 미치는 예측요인을 파악한다.

2. 연구 방법

2.1 연구 설계

본 연구는 도시와 농촌지역에 거주하는 다문화가정 이주여성들의 건강행위(흡연, 음주, 영양 관리, 개인위생, 구강 건강)를 조사하고, 건강행위에 미치는 관련요인을 파악하고자 시행된 서술적 비교연구이다.

2.2 연구대상 및 자료수집

본 연구의 대상은 D광역시 다문화센터와 C 도의 보건소 및 보건진료소 관내에 거주하고 있는 다문화가정 이주여성이다. 다문화 여성을 모집하기 위해 D광역시에 있는 다문화센터 4곳과 C도의 보건소 및 보건진료소 3곳의 기관을 방문하여 연구의 목적을 설명하고 기관에 연구의 협조를 구하였다. 대상자는 기관에 도움을 통하여 선정되었으며, 구체적으로 한국인 남편과 결혼한 이주여성 중 한국어 의사소통이 가능하고 연구에 참여하기를 동의한 여성들이었다. 연구 목적, 참여의 자율성, 개인 정보 비밀유지 및 조사 내용은 연구 목적 이외에는 사용하지 않는다는 사항을 모든 참여자들에게 설명하였으며, 이에

대한 내용이 포함된 서면 동의서를 받았다. 연구 대상자 수는 Cohen의 법칙(Cohen's power analysis)에 따라 $\alpha = .05$, $f = .5$, power value = .8을 기준으로 산출하였으며 그 결과 총 128명의 표본수가 요구되는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 도시와 농촌에서 거주하는 결혼이주여성 총 136명(도시: 69명, 농촌: 67명)에게 자료를 수집하였고 자료정리 중 자료가 불충분한 8명의 자료를 제외한 128명이 최종 분석에 포함되어 적절한 표본수를 유지하였다. 자료 수집은 2011년 11월부터 2012년 10월까지 이루어졌다.

2.3 연구 도구

본 연구에서 사용된 도구는 2010년 Y군 보건소 지역 보건의료계획을 위한 지역진단 연구보고서에서 다문화 가정 결혼이주여성의 건강요구도 조사를 위해 개발하여 사용한 구조화된 설문지로 음주, 흡연, 식습관, 구강건강 상태, 개인위생을 포함하는 건강행위를 조사하였다[22].

2.4 자료 분석

수집된 자료는 SPSS/win 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 구체적으로, 대상자의 일반적 특성 및 문화 적응과 관련된 지각된 어려움은 실수와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다. 도시 거주 여성과 농촌 거주 여성간의 일반적 특성, 문화적응과 관련된 지각된 어려움, 수행하고 있는 일반적 건강 행위와 세부적인 건강행위는 Chi-square test, independent t-test를 이용하여 분석하였다. 건강행위 총 갯수는 흡연(유=0, 무=1), 음주(유=0, 무=1), 규칙적 식사(유=1, 무=0), 규칙적 개인위생(유=1, 무=0), 규칙적 구강 관리(유=1, 무=0)의 합으로 산출되었다. 대상자의 일반적 특성과 지각된 어려움이 건강행위에 미치는 영향을 파악하기 위하여 거주 지역을 공변수로 하여 공변량분석을 수행하였으며, 위의 자료 분석을 통해 건강 행위 차이에 영향을 미치는 것으로 확인된 변수들을 독립변수로 포함하여 다중회귀분석을 실시하였다.

3. 연구 결과

3.1 대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 대상자는 다문화가정 이주 여성으로 도시에 거주하는 63명과 농촌에 거주하는 65명으로

구성되었다. 도시에 거주하는 여성이나 농촌에 거주하는 여성 모두에서 평균 연령은 20대 후반 이었으며, 평균 교육기간은 약 10년으로 유사하게 나타났다. 두 군 모두 대부분의 여성이 배우자와 함께 살고 있었으며, 3/4이상이 직업이 없었고, 약 절반의 여성들이 종교를 가지고 있었다. 또한 두 군 모두 베트남 국적을 가졌던 여성이 가장 많았으며, 지각된 재정 상태는 중정도 수준으로 보고한 경우가 가장 많았다. 의료보험 종류는 도시에 거주하는 여성의 경우 지역의료보험 가입자가 가장 많았으며, 농촌에 거주하는 경우 직장의료보험 가입자가 가장 많았다.

[Table 1] Sample Characteristics of Participants

Variables	(N = 128)		
	All (N = 128)	Urban women (n = 63)	Rural women (n = 65)
Age (M±SD, yr)	29.10±7.00	28.49±6.09	29.69±7.78
Education (M±SD, yr)	10.13±3.24	10.25±3.74	10.00±2.69
	N (%)	n (%)	n (%)
Marital status			
Currently married	124 (97.64)	60 (95.24)	64 (98.46)
Single [†]	4 (2.37)	3 (4.76)	1 (1.54)
Job			
Yes	27 (21.09)	12 (19.05)	15 (23.08)
No	101 (78.91)	51 (80.95)	50 (76.92)
Having religion			
Yes [‡]	69 (53.91)	35 (55.56)	34 (52.31)
No	59 (46.09)	28 (44.44)	31 (47.69)
Nationality			
Vietnam	59 (46.09)	25 (39.68)	34 (52.31)
Philippines	16 (12.50)	7 (11.11)	9 (13.85)
China	20 (15.63)	13 (20.64)	7 (10.77)
Others [§]	33 (25.78)	18 (28.57)	15 (23.07)
Perceived financial status			
High	17 (13.28)	6 (9.52)	11 (16.92)
Middle	71 (55.47)	38 (60.32)	33 (50.77)
Low	40 (31.25)	19 (30.16)	21 (32.31)
Kinds of medical insurance			
Employee	61 (47.66)	24 (38.09)	37 (56.92)
Regional	49 (38.28)	27 (42.86)	22 (33.85)
Others	18 (14.06)	12 (19.05)	6 (9.23)
Barriers to cultural adaptation			
Language	53 (41.41) [*]	18 (28.57)	35 (53.85)
Family conflict	28 (22.87)	18 (28.57)	10 (15.38)
Cultural gaps	22 (17.19)	10 (15.87)	12 (18.46)
Delivery/Childrearing	25 (19.53)	17 (26.99)	8 (12.31)

[†]Including divorced, and separated. [‡]Including christian, Catholic, Buddhism, and Hinduism.

[§]Including cambodia, Japan, Mongol, and Uzbekistan.

^{*} p < .05.

문화적응과 관련하여 지각된 어려움은 두 군 간에 유의한 차이가 있었다($X^2=13.60, p=.011$). 도시에 거주하는 여성의 경우 언어 문제 29%, 가족과의 갈등 29%, 출산 및 자녀양육 27%, 문화 차이가 16% 순으로 나타난 반면, 농촌에 거주하는 여성에서는 언어문제 54%, 문화 차이 19%, 가족과의 갈등 15%, 출산 및 자녀양육이 12% 순으로 나타났다[Table 1].

3.2 도시와 농촌 여성의 건강 행위 비교

도시와 농촌에 거주하는 다문화가정 여성들 사이의 흡연, 음주, 영양관리, 개인위생, 구강 관리 정도는 [Table 2]와 같다. 첫째, 흡연 정도는 두 군 간에 유의한 차이가 나타나지 않았다. 둘째, 도시 거주 여성이 농촌거주 여성에 비해 통계적으로 유의하게 높은 음주율을 나타냈지만 ($X^2=26.48, p<.001$), 음주와 관련된 세부 항목인 음주 시작 연령, 음주의 빈도, 음주량에서는 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 셋째, 영양관리 활동 중 규칙적인 식사습관($X^2=6.51, p=.011$), 아침식사 여부($X^2=12.81, p=.012$), 편식정도($X^2=16.74, p=.002$)에서 농촌거주 여성이 도시거주 여성에 비해 영양 관리 활동을 잘하고 있는 것으로 나타났다. 넷째, 도시와 농촌에 있는 다문화 가족 여성의 개인위생과 손씻기 정도는 유의한 차이가 없었다. 마지막으로, 규칙적인 구강 관리, 양치 빈도 및 구강건강 상태 역시 두 군 모두 유사하게 수행하는 것으로 나타났다.

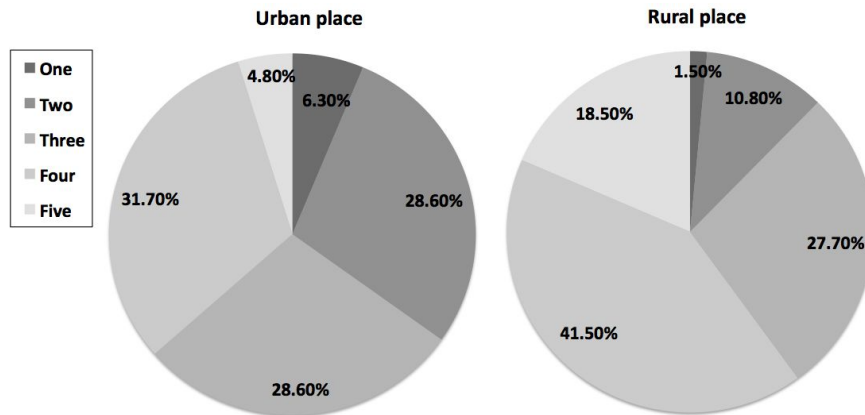
연구 참여자의 전반적인 건강행위는 농촌에 거주하는 여성이 평균 3.65(SD=0.96)개로 도시에 거주하는 여성(M=3.00, SD=1.03)보다 유의하게 많은 건강행위를 하고 있었다($t=-3.67, p<.001$). 세부적으로 볼 때, 도시에 거주하는 여성의 경우 36.5%가 네 개 이상의 건강행위를 수행하는 반면, 34.9%는 두개 이하의 건강행위를 수행하고 있었다. 반대로, 농촌에 거주하는 여성의 60.0%가 네 개 이상의 건강행위를 수행하였고 오직 12.3%에서 하나 내지는 두 개의 건강행위를 수행하는 것으로 나타났다[Fig. 1].

3.3 대상자의 일반적 특성이 전반적 건강행위 정도에 미치는 영향

대상자의 개인적 요인이 전반적 건강행위에 미치는 영향을 좀 더 명확하게 확인하기 위하여 거주지역을 공변수로 통제하는 공변량 분석법을 이용하였다. 대상자 연령은 유의한 영향을 미치지 않는 반면($F=0.05, p=.830$), 평균 교육기간은 전반적 건강행위에 유의한 영향을 끼쳤다($F=6.26, p=.014$). 즉 교육정도가 높을수록 좀 더 많은

[Table 2] Comparisons of Health Behaviors Between the Urban and the Rural Group (N = 128)

Variables	Categories	Urban women	Rural women	X ²	p
		(n = 63)	(n = 65)		
		n (%)	n (%)		
Smoking					
Current smoking status	Smoker	2 (3.17)	0 (0.00)	2.10	.240
	Nonsmoker	61 (96.83)	65 (100.0)		
Drinking					
Current drinking status	Nondrinker	21 (33.33)	51 (78.46)	26.48	<.001
	Drinker	42 (66.67)	14 (21.54)		
Age at which they began drinking	≤ 18	8 (19.05)	5 (35.71)	1.64	.201
	> 18	34 (80.95)	9 (64.29)		
Drinking frequency	less than once a month	33 (78.57)	9 (64.29)	2.17	.338
	Once a month	5 (11.91)	4 (28.57)		
	at least twice a month	4 (9.52)	1 (7.14)		
Amounts of drinking	< 1 cup	8 (19.05)	3 (21.43)	1.65	.648
	1-2 cups	27 (64.29)	7 (50.00)		
	3-4 cups	4 (9.52)	3 (21.43)		
	≥ 5 cups	3 (7.14)	1 (7.14)		
Dietary management					
Regular meal	Yes	41 (65.08)	55 (84.62)	6.51	.011
	No	22 (34.92)	10 (15.38)		
Having breakfast	Never	3 (4.76)	4 (6.16)	12.81	.012
	Rarely	7 (11.11)	5 (7.69)		
	Sometimes	28 (44.45)	12 (18.46)		
	Often	10 (15.87)	13 (20.00)		
	Always	15 (23.81)	31 (47.69)		
Deviated food habit	Never	2 (3.17)	9 (13.8)	16.74	.002
	Rarely	19 (30.16)	9 (13.8)		
	Sometimes	20 (31.75)	11 (16.8)		
	Often	11 (17.46)	26 (40.0)		
	Always	11 (17.46)	10 (15.4)		
Snaking	Never	3 (4.76)	5 (7.7)	5.65	.227
	Rarely	6 (9.52)	9 (13.8)		
	Sometimes	31 (49.21)	21 (32.3)		
	Often	20 (31.75)	29 (44.7)		
	Always	3 (4.76)	1 (1.5)		
Personal hygiene					
Taking a shower	Daily	43 (68.25)	44 (67.69)	0.01	.946
	Not daily	20 (31.75)	21 (32.31)		
Hand washing (Multiple answers)	Before eating	33 (52.38)	40 (61.54)	1.10	.295
	After using toilet	46 (73.02)	49 (75.38)	0.09	.759
	Before meal preparation	43 (68.25)	46 (70.77)	0.10	.757
	After coming back home	30 (47.62)	42 (64.62)	3.76	.053
Oral care					
Regular oral care	Yes	23 (36.51)	22 (33.85)	0.10	.753
	No	40 (63.49)	43 (66.15)		
Tooth brushing (Multiple answers)	After breakfast	41 (65.08)	36 (55.38)	1.26	.263
	After lunch	26 (41.27)	14 (21.54)	5.80	.016
	After supper	0 (0.00)	3 (4.62)	2.98	.244
Perceived oral health	Very good	6 (9.52)	6 (9.23)	1.74	.783
	Good	16 (25.40)	20 (30.77)		
	Fair	25 (39.68)	25 (38.46)		
	Poor	11 (17.46)	12 (18.46)		
	Very poor	5 (7.94)	2 (3.08)		



[Fig. 1] The number of health behaviors associated with non-smoking, non-drinking, dietary management, general hygiene, and oral care in immigrant women living in rural or urban areas. Percentage represents the number of women in each section.

[Table 3] Effects of Personal Characteristics on Overall Health Behaviors

(N = 128)

Variables	Categories	Urban women	Rural women	F	p
		(n = 63)	(n = 65)		
		(M±SD)	(M±SD)		
Marital status	Currently married	3.00 (1.01)	3.64 (0.97)	0.09	.760
	Single	3.00 (1.73)	4.00 (.)		
Job	Yes	2.00 (0.85)	3.40 (0.99)	14.53	<.001
	No	3.24 (0.92)	3.65 (0.96)		
Having religion	Yes	2.94 (1.00)	3.56 (0.89)	0.77	.382
	No	3.07 (1.09)	3.74 (1.03)		
Nationality	Vietnam	3.28 (0.84)	3.82 (0.87)	3.64	.015
	Philippines	2.86 (0.69)	4.00 (1.00)		
	China	3.00 (0.91)	2.57 (0.98)		
	Others	2.67 (1.37)	3.53 (0.83)		
Perceived financial status	High	3.33 (1.03)	3.91 (0.94)	2.42	.094
	Middle	3.16 (0.97)	3.64 (0.99)		
	Low	2.58 (1.07)	3.52 (0.93)		
Kind of medical insurance	Employee	3.42 (0.88)	3.65 (1.03)	1.77	.174
	Regional	2.78 (0.97)	3.59 (0.91)		
	Others	2.67 (1.23)	3.83 (0.75)		
Barriers to cultural adaptation	Language	2.78 (0.94)	3.66 (0.91)	3.60	.016
	Family conflict	2.83 (1.15)	3.20 (1.23)		
	Cultural gaps	2.80 (1.03)	3.58 (0.90)		
	Delivery/Child rearing	3.53 (0.87)	4.25 (0.71)		

Note. All comparisons were performed controlling for residential district.

건강행위를 수행하고 있는 것으로 나타났다. 직업을 가진 여성들은 그렇지 않은 여성들에 비해 통계적으로 유의하게 적은 건강행위를 하는 것으로 나타났다($F=14.53, p<.001$). 농촌과 도시에 거주하는 여성의 이전 국적 역시 유의하게 영향을 미치는 요인으로 확인되었다($F=3.64, p=.015$). 문화적응과 관련하여 지각된 어려움도 전반적 건강행위에 유의한 영향을 미치는 요인으로 밝혀졌는데($F=3.60, p=.016$), 문화차이로 어려움을 겪는 여성들이 출산 및 자녀 문제가 가장 어려운 문제라고 호소한 여성들에 비해 유의하게 낮은 전반적 건강행위를 하는 것으로 나타났다[Table 3].

3.4 전반적 건강행위에 대한 예측 요인

이주여성의 전반적 건강행위에 영향을 주는 요인을 확인하기 위하여 거주지(도시, 농촌), 평균교육기간, 직업(유, 무), 출신 국적(베트남, 필리핀, 중국, 기타), 문화적응과 관련하여 지각된 어려움(언어, 가족간 갈등, 문화적 차이, 출산과 자녀양육)을 독립변수로, 전반적 건강행위를 종속변수로 포함하여 다중 회귀분석을 실시하였다. 본 회귀분석 모델의 Durbin-Watson coefficient는 1.78로 기준치 1.5에서 2.5 사이 점수였으며, 이는 자기상관이 없는 것을 의미한다. 공차한계는 .48에서 .89로 최소기준치인 .10 이상으로 나타났고, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor) 역시 1.12에서 2.11로 기준치인 10을 넘지 않았으므로, 이는 다중회귀분석을 위한 다중공선성 부재 조건이 충족된 것을 의미한다. 잔차 분석에서도 선형성, 오차항의 정규성, 등분산성의 가정이 만족되었으며, 특이값(outlier) 존재를 확인하기 위한 Cook's distance 값도 1.0을 초과하는 사례가 없는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 본 연구를 위해 사용된 회귀분석 모델의 타당성을 지지하는 것으로 해석된다. 회귀분석에 포함된 독립변수들은 대상자의 전반적 건강행위를 30.2% 설명하였다($F=5.68, p<.001$). 거주지역, 교육 기간, 직업 상태, 그리고 문화적응과 관련된 지각된 어려움이 유의한 예측인자로 확인되었다. 즉, 농촌에 살거나($t=3.98, p<.001$), 교육기간이 길거나($t=2.42, p=.017$), 직업을 갖지 않은 경우($t=-2.08, p=.040$) 전반적 건강행위가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 반면에 언어 관련 문제를 가졌거나($t=-2.27, p=.025$), 가족과 갈등이 있거나($t=-2.21, p=.029$), 또는 문화적 차이를 가진 경우($t=-2.26, p=.026$) 유의하게 낮은 전반적 건강행위를 하는 것으로

나타났다[Table 4].

[Table 4] Predictors of Overall Health Behaviors in Immigrant Women (N = 128)

Variables	β	t	p
Residential district (urban vs. rural)	.33	3.98	.000
Education	.20	2.42	.017
Job	-.18	-2.08	.040
Nationality: Vietnam	.19	1.84	.068
Nationality: Philippines	.05	0.51	.609
Nationality: China	-.10	-1.07	.288
Barrier: Language	-.25	-2.27	.025
Barrier: Family conflict	-.23	-2.21	.029
Barrier: Cultural gaps	-.22	-2.26	.026

F = 5.68 p < .001, R² = .302, adjusted R² = .249.

4. 논의

국제결혼의 양적인 증가는 1990년 중반 이후 꾸준히 지속되었으며, 2010년 발표된 행정안전부의 자료에 의하면 국제결혼의 비율은 전체 혼인의 10.5%로 이중 결혼이민자가 여성인 경우가 국제결혼 총 건수의 89.2%를 차지하고 있다[1]. 결혼으로 국내에 이주한 다문화 가정의 여성은 한국 여성에 비해 주관적인 건강수준이 대체로 낮고 유병율도 증가하는 현상을 보이고 있는 것이 확인되었다[23]. 우리나라의 문화적 통념상 가족 건강유지의 일차적 책임은 여성에게 주어지므로, 여성의 건강을 유지 및 증진하는 것은 가족 건강관리를 효율적이며 지속적으로 수행하기 위한 기본적인 필요조건이다. 이러한 이유로 사회의 기본 단위인 가족의 건강을 이루기 위하여 다문화 이주여성의 건강에 유의한 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 건강간호 전문가들이 서둘러 확인해야 할 과제이며 이러한 노력은 건강한 사회를 이루는데 중요한 자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구는 다문화 가정 결혼이주여성의 거주 지역에 따른 건강증진 프로그램 개발을 위한 기초자료로 활용하기 위해 도시 및 농촌에 거주하는 다문화 가정 결혼이주 여성을 대상으로 건강행위를 비교분석하고 건강행위에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 실시하였다. 본 연구를 통하여 도시와 농촌의 생활환경의 차이가 이주 여성들의 건강행위에 유의한 영향을 끼치는 것이 확인되었으

며, 더 나아가 교육정도, 직업유무와 같은 개인적 특성 뿐만 아니라 새로운 문화적응과 관련하여 지각된 어려움들이 건강 행위를 설명하는 예측요인임을 최초로 보고하였다.

본 연구에 참여한 도시와 농촌 지역에 거주하는 결혼 이주여성의 평균연령은 29.1세로 이는 Park 등[15]의 연구 대상자의 평균연령 29.0세, Kim 등[24]의 29.3세, Jeon 등[25]의 30.9세와 비슷한 결과였으나, 전국다문화가족을 대상으로 수행한 연구[26]에서 보고된 27세와는 약간의 차이가 있는 것으로 나타났다. 이러한 차이는 보건사회연구원의 연구[26]가 본 연구와 달리 건강요구도가 높은 출신 국가의 여성만을 연구대상자로 제한하여 선정하였기 때문으로 사료된다. 연구에 참여한 대상자의 평균교육기간은 10.1년이며, 79%가 직업을 갖고 있지 않았고, 86%만이 건강보험에 가입되어 있는 것으로 확인되었다. 다른 선행연구에 참여한 여성들 역시 유사한 교육정도, 직업, 건강보험 가입률을 나타냈다[16,27]. 예를 들면, Kim 등의 연구에 참여한 여성들의 66%정도가 중학교와 고등학교 학력을 가지고 있었고, 70%가 직업이 없었으며, 90%가 건강보험에 가입이 되어 교육기간, 직업유무, 건강보험 가입률이 본 연구대상자와 유사하였다[27]. 본인이 지각하는 주관적 경제 상태의 경우 본 연구에서는 69%가 보통이상이라고 응답하였다. 이는 Park 등[15]의 연구에서 54.4%의 여성이 중간 정도, 26.4%가 낮은 정도라고 응답한 결과와 유사했지만, Yang 등[16]의 연구결과에서 나타난 92.8%가 빈곤하지 않다고 응답한 것과는 다른 결과였다. 이러한 경제상태의 차이는 Yang 등[16]의 대상자에 비해 본 연구대상자가 경제활동을 덜하고 있기 때문으로 사료되며, 결혼이주여성의 사회 진출을 위한 다양한 직업교육프로그램과 제도적인 뒷받침이 필요함을 시사한다고 볼 수 있다. 연구대상자 중 약 절반의 여성이 베트남에서 이주한 여성으로 나타났으며 이것은 다른 선행연구에서도 동일하게 관찰되었다. Park 등[15]의 연구에서도 베트남 출신 이주여성이 42.7%, Kim 등[24]의 연구에서는 48.4%, Jeon 등[25]은 45.6%로 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 결혼이주 여성 중 베트남 출신 여성이 가장 많다는 것은 특별히 주목할 만한 의미가 있다. 베트남은 한국과 달리 사회주의 국가형태로 이루어져 있으며 이러한 정치사회적 차이가 작게는 개인의 가치관의 차이에서부터 넓게는 출신국가와 이주국가간의 문화적 비유사성을 일으키므로 이로 인해 이주국가에서의 문화적응에 어려움을 겪게 될 수 있다[28]. 그러므

로 문화적 유사성이 적은 국가로부터 이주한 여성이 새로운 가족과 지역사회에 잘 적응할 수 있도록 통합적 문화 적응을 증진시킬 수 있는 다양한 제도적 뒷받침이 여러 분야에서 이루어져야 한다.

본 연구 대상자의 건강행위 중 비흡연률이 도시 96.8%, 농촌 100%, 평균 98.42%로 나타났다. 대도시 이주여성을 대상으로 한 Park 등[15]의 연구에서는 비흡연율이 100%로 나타나 본 연구에 참여한 도시 거주 이주여성이 약간 높은 흡연율을 보여주었다. 반면 농촌을 대상으로 한 Kim[14]의 연구에서는 비흡연율이 98.7%로 본 연구보다 낮게 나타났다. 본 연구의 평균 비흡연률은 Kim 등[27]의 연구에서 보고한 비흡연률 98.4%와 유사하였다. 주목할 만한 점은, 본 연구에 참여한 이주여성에서 보고된 비흡연률이 2010년 국민건강영양조사결과에서 보고된 우리나라 여성의 비흡연률 93.7%보다 높다는 것으로[26], 이는 우리나라여성 흡연자수가 이주여성들에 비해 상대적으로 많을 가능성을 의미한다. 본 연구에서 확인된바와 같이 흡연을 하는 이주여성이 비록 극소수이기는 하지만 거주지역별로 다른 흡연률을 보이는 원인을 심도 있게 파악하여 지역별 특성에 적합한 이주여성 금연을 향상시키기 위한 전략과 프로그램이 필요하다고 사료된다.

본 연구대상자의 음주율은 도시 66.7%, 농촌 21.5%로 나타났다. 도시거주자의 음주율은 Yang 등[16]의 연구에서는 23%, Park 등[15]은 38.2%로 본 연구보다 낮게 나타났다. 하지만 농촌 거주 이주여성의 음주율은 Yang 등[11]의 연구에서 보고된 23.2%와 비슷하였고 Kim[14]의 연구에서 보고한 13.3%보다는 높았다. 본 연구에 참여한 도시 거주 이주여성의 음주율이 한국여성의 평균 음주율 43.3%보다 매우 높다는 것은 신중하게 고려해야 할 결과이며[26], 더 나아가 결혼이주여성의 거주 지역별로 음주율의 차이가 크게 나타나는 원인을 규명하고 이에 적합한 절주프로그램을 개발하는 것이 필요하다.

식습관의 경우 본 연구에서는 도시 65.1%, 농촌 84.6%가 규칙적인 식습관을 가진 것으로 나타났다. Yang 등[16]의 연구결과에서도 도시의 결혼이주여성이 규칙적인 식이를 하지 않는 경우가 많아 본 연구의 결과와 일치하는 것으로 해석된다. 규칙적인 식사습관은 건강을 유지하는데 필수불가결한 요소이므로 건전한 식생활을 위한 건강관리 중재가 우선되어야 한다.

본 연구 대상자의 35%만이 정기적인 구강관리를 받고

있었으며(도시 36.5%, 농촌 33.9%), 이러한 통계수치는 Yang 등의 연구[16]와 유사한 결과를 보였다. 국민구강건강실태 조사 자료를 의하면 지난 1년간 구강관리를 위해 방문한 결혼이주여성은 38.4%이었고, 한국여성은 40.2%로 우리나라 전체 여성에 비해 이주여성의 구강관리율이 약간 저조한 편이었다[26]. 이것은 2012년 한국보건사회연구원의 보고서[27]에서 제시된 것처럼 이주여성의 구강관리에 대한 인식이 낮다는 점에서 일치하는 결과로써 이주여성을 위한 효율적 구강관리 프로그램 개발과 구강관리에 대한 보건교육이 필요하다는 것을 의미한다.

본 연구에서 측정된 건강행위를 모두 수행하는 여성의 수는 농촌과 도시 거주 여성 사이에 유의하게 큰 차이가 있었으며, 농촌 거주 이주 여성들은 도시 거주 이주 여성들에 비해 통계적으로 많은 건강행위를 하고 있었다. 또한 이주국가의 문화에 적응하면서 겪는 어려움이 이주 여성의 건강행위에 유의한 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 하지만 거주 지역별로 이주여성들이 문화적응과 관련하여 경험하는 지각된 방해요인은 상이한 차이를 나타냈다. 농촌에 거주하는 이주여성은 새로운 문화에 적응하는데 있어서 가장 어려운 점이 언어 문제라고 응답한 반면 도시에 거주하는 이주여성은 가족 갈등과 출산 및 자녀양육의 어려움을 보고했다. Kim 등[22]의 연구보고서에서는 농촌거주 이주여성이 한국 문화에 적응하는데 가장 힘든 점은 경제적인 어려움으로 나타나 본 연구 결과와 상이한 차이를 나타냈다. 이와 같은 결과는 대부분의 이주여성이 개발도상국가 출신으로, 이주 후 농촌에서 생활하고 있는 경우 출신국가와 유사한 외부환경과 생활환경에 보다 쉽게 적응할 가능성을 가지는 반면에 도시에 거주하는 이주여성은 농촌 거주 이주여성에 비해 상대적으로 경험하는 생활환경의 변화가 커 일상생활을 꾸려나가고 적응하는데 좀 더 많은 어려움을 겪을 가능성이 있다. 변화된 환경이 클수록 적응하는데 더 큰 어려움이 있고, 더 부유한 국가로의 이동이 신체활동 즉 건강행위의 감소로 건강문제를 유발할 수 있다는 연구결과가 이러한 사실을 뒷받침한다[17,29]. 마찬가지로 2010년 다문화 가족실태 조사[27]에서도 농촌보다는 도시에 사는 결혼이주여성이 더 많은 차별을 경험하고 있는 것이 나타났으며 이는 도시거주 이주여성이 새로운 환경에 적응하면서 더 많은 어려움에 직면하고 있다는 사실을 반영하고 있다고 볼 수 있다. 현재까지 우리나라 이주여성의 원활한 적응을 돕기 위한 다양한 프로그램이 운영되고

있으나 지역의 특색을 제대로 반영한 맞춤형 프로그램보다는 획일화된 프로그램이 운영되고 있는 실정이다. 그러므로 지역에 거주하는 이주여성의 성공적인 적응을 위해 개인과 거주지역별 특성에 맞는 체계적인 도움이 제공되어야 할 것이다. 예를 들면 농촌에 거주하는 여성의 경우 적절한 한국어 교육프로그램이 그리고 도시 거주 여성에게는 효과적인 가족갈등 해결법을 제시하기 위한 교육 강좌 및 모아건강에 초점을 맞춘 출산 및 자녀양육 교육프로그램과 체험학습이 이주여성의 문화적응 관련 어려움을 해소하는데 도움이 될 것이며 더 나아가 건강상태 및 건강행위를 증진시키는데 기여할 수 있을 것이다. 이러한 노력들이 모여 이주여성의 요구를 제대로 반영한 프로그램 제공과 다문화 여성에 대한 사회의 따뜻한 배려와 관심으로 형상화될 수 있을 것이다.

본 연구 대상자의 거주지역이 농촌인 경우, 교육기간이 길수록, 직업이 없는 경우 전반적인 건강행위가 높은 것으로 나타났고, 언어문제, 가족갈등, 문화적 차이가 있는 경우 낮은 건강행위를 보였다. 일본이주여성을 대상으로 한 Choi의 연구[30] 결과에서는 건강증진에 영향을 주는 예측요인으로 직업, 문화적응, 자기효능감, 사회적 지지, 지각된 장애성이 나타나 본 연구의 결과와 부분적으로 일치하였다. 결혼이주여성의 건강상태는 이주 초기에는 좋은 건강 수준을 가지고 있는 것으로 확인되었다[23]. 농촌에 거주하는 결혼이주 여성일수록 주민들 간에 차별이 적고 주민과 융화하는데 어려움이 덜하고 환경의 변화가 적기 때문에, 도시에 거주하는 여성에 비해 출신국가에서의 건강증진행위를 결혼 후에도 지속적으로 수행할 수 있었던 것으로 사료된다. 인간은 사회적인 동물로 항상 다양한 환경에서 타인과의 상호작용을 통해 살아가고 있다. 사회적 관계와 관련하여 발생하는 스트레스, 즉 가족갈등, 의사소통 결여, 문화부적응은 타인과의 갈등심화로 이어지거나 이를 악화시킬 수 있으며 결과적으로 건강증진행위에 부정적인 영향을 미치게 될 것이다. 이러한 부정적인 건강문제는 이주여성에만 국한되는 것이 아니고 우리의 차세대 건강에도 지대한 영향을 미치게 될 것은 자명하다. 한 국가의 모자보건 상태는 국가나 지역사회 등의 보건 분야의 지표로 활용되는 만큼 중요시 다루어지고 있다. 결혼이주여성도 이러한 모자보건의 대상이 되고 있으며 우리의 미래를 생산하고 양육하는데 중요한 역할을 담당하고 있어 이주 후 변화된 환경에 잘 적응하고 건강을 유지 증진시킬 수 있도록 지역사회의

관심을 쏟아야 할 것이다. 그러나 본 연구는 두 곳의 행정지역에 거주하는 이주여성을 대상으로 수행되었기 때문에 확대 해석에 제한점이 있다. 또한 이주여성의 5가지 핵심적 건강행위에 초점을 맞추어 건강행위 수행 정도와 관련요인을 파악하는 것이 연구의 목적이었으므로 추가적으로 고려해야 할 다른 건강행위를 파악하여 지역별 특성에 따라 심층적 고려를 해 볼 필요가 있다.

5. 결론 및 제언

다문화 결혼이주 여성들의 건강행위가 도시지역과 농촌지역 사이에 차이가 있음을 확인할 수 있었으며, 이는 장기적 안목으로 볼 때 도시지역 거주자가 건강관련 문제에 노출될 위험성이 크고 이로 인한 의료비용 지출의 부담이 증가할 수 있음을 시사하는 결과라고 할 수 있다. 그러므로 지역사회의 다양한 분야의 최전선에서 국민의 건강을 지키는데 일익을 담당하고 있는 건강간호 전문가들은 결혼이민 여성들의 건강행위를 사정하고 이들의 건강 증진을 위한 프로그램을 계획할 때 개인적 특성뿐 아니라 지역사회와 환경적 수준에서 영향을 미치는 요인들을 고려하여 문화적으로 타당하며 지역적 특성에 맞추어 차별화된 간호중재 프로그램을 개발할 필요가 있다는 것을 제언한다. 아울러 구체적으로 어떤 환경관련 요소들에 의해 거주지역별로 다른 건강행위가 나타나는지에 대한 규명이 추후 연구로써 요구된다.

References

- [1] Korean National Statistics office. "Marriage rate for Korean men and foreign women". Retrieved October, 2013, available from http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=A
- [2] I. S. Kim, J. M. Hwang, J. Y. Lee, "Developing policy paradigm (I): acceptance reality and policy projects in Korean society (Research Report No. 07-19-01)", Korean Women's Development Institute, 2007.
- [3] O. Ahn, M. Jeon, Y. Hwang, et al., "An analysis of articles for international marriage immigrant women related to health", *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*, 35(2), pp. 134-150, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2010.35.2.134>
- [4] J. H. Lee, S. J. Jin, H. J. Ju, & Y. S. Cho, "The impact of marriage migrant women's Korean language ability, self-esteem, and acculturative stress on their family health: focused on mediating effects of marital adjustment", *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 24(1), pp. 87-98, 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2013.24.1.87>
- [5] M. S. Seo, K. S. Park, H. M. Park, & H. O. Park, "A study on health behavior and quality of life of married immigrant women", *Journal of Menopausal Medicine*, Vol. 19, No. 2, pp.112-121, 2013.
- [6] K. H. Eun, "A study on the health determining factors of female 'marriage-based immigrants' in Korea", Unpublished mater thesis, Seoul National University. Seoul, 2012.
- [7] N. Jeong, & M. H. Lee, "A predictive model on health promotion behavior in women who immigrate for marriage", *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40(5), pp. 695-704, 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.5.695>
- [8] G. S. Kim, & S. S. Moon, "Perceived health status, health behavior, and marital satisfaction in married immigrant women", *Journal of Korean Public Health Nursing*, 25(2), pp. 174-186, 2011.
- [9] S. J. Yang, "Health behaviors and related factors among Asian immigrant women in Korea by ethnicity", *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(1), pp. 66-74, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2011.22.1.66>
- [10] H. Yun, & G. Choi, "Factors affecting the oral health behavior of immigrant women in a multi-cultural family", *Journal of the Korean Contents Association*, 12(3), pp. 268-275, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2012.12.03.268>
- [11] J. Lee, "The factors for Korean dietary life adaptation of female immigrants in multi-cultural families in Busan", *Journal of the Korean Society of Food Science and Nutrition*, 41(6), pp. 807-815, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.3746/jkfn.2012.41.6.807>
- [12] Y. Eun, J. H. Kim, J. I. Kim, et al., "A comparative study on barrier factors in health behaviors of urban vs rural elderly", *Korean Journal of Adult Nursing*, 16(4), pp. 531-544, 2004.
- [13] J. Y. Lee, & S. N. Yun, "A comparative study on health promotion behaviors and affecting factors of aged women in urban and rural area", *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*,

- 16(1), pp. 13-22, 2005.
- [14] G. H. Kim, "Characteristics of health behavior and the medical utilization of female marriage immigrants in a rural area", Unpublished master thesis, Kyungpook National University, Daegu, 2008.
- [15] H. S. Park, K. E. Bae, D. Kim, & A. R. Yoon, "Health status of married immigrant women in Busan", Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 15(1), pp. 80-88, 2008.
- [16] S. J. Yang, J. A. Kim, S. N. Kim, et al., "Health concept, health status and health service utilization of marital immigrant women in urban and rural areas in Korea". Ministry of Health and Welfare, Ewha Womans University Management Center for Health Promotion, Seoul, 2009.
- [17] Kirchner, T., & Patino, C., "Latin-American immigrant women and mental health: differences according to their rural or urban origin", Spanish Journal of Psychology, 14(2), pp. 843-850, 2011.
DOI: http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.31
- [18] B. S. Yih, "The health-related experiences of foreign wives in Korea", Korean Journal of Adult Nursing, 22(5), pp. 477-487, 2010.
- [19] S. M. Yang, & M. H. Yon, "A study on the ednculturative stressors, stress responses of marriage migrant women in rural areas", The Korean Journal of Counseling and Psychotherapy, 21(4), pp. 943-966, 2009.
- [20] Kaplan, S., & Kaplan, R., "Cognition and environment", Ann Arbor: Ulrich, 1989.
- [21] I. S. Nam, & S. Ahn, "Comparison of stress, social support, and marital satisfaction between married immigrant women in urban and rural areas", Korean Journal of Women Health Nursing, 17(2), pp. 99-108, 2011.
DOI: <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2011.17.2.99>
- [22] H. L. Kim, S. G. Lee, J. R. Lim, & K. O. Ju, "Research report community diagnostic for community health planning. 2010: The Fifth Youngdonggun health center", Chungnam National University, Deajeon, Korea.
- [23] H. R. Kim, "Health Status of marriage-based immigrants in Korea and policy directions", Health Welfare Policy Forum, 165, pp. 46-57, 2010.
- [24] D. H., Kim, H. S. Park, & K. E. Bae, "Obstetrical & Gynecological Health Status and Body Composition of Married Immigrant Women in Busan", Journal of Life Science, 20(6), pp. 894-901, 2010.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5352/JLS.2010.20.6.894>
- [25] M. Y., Jeon, H. S., Kim, H. J. Kim, & H. J. Lee, "The Comparative analysis of health behaviors, health Status, and health care utilization by the homeland of the internationally married women immigrants living in Chungbuk", Journal of The Korea Academia-Industrial cooperation Society, 13(8), pp. 500-512, 2012.
DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2012.13.8.3500>
- [26] Korea Center for Disease Control and Prevention. "The Korea Health and Nutrition Examination Survey". Retrieved October, 2013, available from http://www.cdc.go.kr/CDC/intro/CdcKrIntro0201.jsp?menuIds=HOME001-MNU0005-MNU0011&fid=21&q_type=&q_value=&cid=9407&pageNum=1
- [27] H. R. Kim, J. Y., Yeo, J. J. Chung, & S. H. Baik, "Health Status of Marriage Immigrant Women and Children from Multicultural Families and Health Policy Recommendations (Research Report No. 2012-10)", Korea Institute for Health and Social Affairs, 2012.
- [28] Berry. J. W, Kim. U, Minde. T, & Mok. D, "Comparative studies of acculturative stress", International Migration Review, 21, pp. 491-511, 1988.
DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2546607>
- [29] Mohan, V, "Why are Indians more prone to diabetes?", Journal of the Association of Physicians of India, 52, pp. 468-474, 2004.
- [30] J. H. Choi, "The health-promoting behavior and the related factors among Japanese marriage-migrant women", Unpublished master thesis, Kyungpook National University, Daegu, 2011.

임재란(Jae-Ran Lim)

[정회원]



- 2002년 8월 : 충남대학교 대학원 간호학과 (간호학석사)
- 2008년 8월 : 충남대학교 대학원 간호학과 (간호학박사)
- 2009년 3월 ~ 현재 : 대전보건의대학교 간호학과 교수

<관심분야>
모자보건, 건강증진

정 미 숙(Mi Sook Jung)

[정회원]



- 1999년 2월 : 충남대학교 간호학과 (간호학 석사)
- 2012년 2월 : 미시건대학 간호대학 (간호학 박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 충남대학교 간호대학 조교수

<관심분야>

인지건강, 암 재활, 문화와 건강