

# 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램 개발 및 적용

서인주<sup>1</sup> · 박정숙<sup>2</sup>

대구보건대학교<sup>1</sup>, 계명대학교 간호대학<sup>2</sup>

## Development and Application of a Health Promotion Program for Marriage Immigrant Women

Seo, In Ju<sup>1</sup> · Park, Jeong Sook<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Daegu Health College, Daegu

<sup>2</sup>College of Nursing, Keimyung University, Daegu, Korea

**Purpose:** This study was to develop a health promotion program for marriage immigrant women and to evaluate its efficacy. **Methods:** The health promotion program was comprised of eight 100-minute weekly sessions. Each session included understanding of health responsibility, nutrition, physical activity, interpersonal relations, stress management, and self actualization. The research was conducted under the principles of nonequivalent control group pretest-post test design. The outcome variables were health promoting behavior, health status, acculturation, self efficacy, and perceived barrier. The participants were 15 immigrant women in the experimental group and 16 in the control group. Data was analyzed using  $\chi^2$  test, Fisher's exact test, Mann Whitney U-test and Wilcoxon signed rank test. **Results:** There was a significant improvement in health promoting behaviors ( $U=-3.08$ ,  $p=.002$ ), left shoulder flexibility ( $U=-3.02$ ,  $p=.003$ ), right shoulder flexibility ( $U=-3.02$ ,  $p=.003$ ), low back flexibility ( $U=-3.37$ ,  $p=.001$ ), social health status ( $U=-3.38$ ,  $p=.001$ ) and subjective health status ( $U=-2.17$ ,  $p=.030$ ) in the experimental group compared to the control group. **Conclusion:** The health promotion program for marriage immigrant women was an effective intervention for improving health promoting behavior, physical health status, social health, and subjective health status. Therefore, the developed health promotion program needs to be applied to married immigrant women in other kinds nursing care settings in future research.

**Key Words:** Health promotion, Health status, Immigrants, Women

### 서론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라의 국제결혼은 1990년대 종교단체를 통한 결혼을

시작으로 지난 10년간 빠른 속도로 증가하였으며, 2013년 외국인 주민 현황조사 결과에 따르면 국내체류 결혼이민자수는 150,865명, 으로 2011년 이후 매년 평균 대비 2.1% 증가하였다. 결혼을 위해 입국하는 외국인 여성이 85.4%로 남성보다 절대적 우위를 차지하고 있으며, 국적별로 보면 중국 41.4%,

**주요어:** 건강증진, 건강상태, 이민자, 여성

**Corresponding author:** Park, Jeong Sook

College of Nursing, Keimyung University, 1095 Dalgubeol-daero, Dalseo-gu, Daegu 704-701, Korea.  
Tel: +82-53-580-3907, Fax: +82-53-580-3916, E-mail: jsp544@gw.kmu.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 서인주의 박사학위논문의 축약본임.

- This article is a condensed form of the first author's dissertation from Keimyung University.

Received: Feb 18, 2015 / Revised: Apr 9, 2015 / Accepted: Apr 13, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

베트남 26.4%, 일본 8.1%, 필리핀 6.9%순이었다[1].

주로 20~30대의 젊은 여성으로서 출산과 양육을 담당하는 연령층인 여성결혼이민자들은 건강수준 및 의료서비스 수준이 낮은 나라에서 들어왔으며, 한국에서도 경제수준이 낮은 농촌 지역이나 도시의 저소득층으로 유입되는 경우가 많아서 상당히 많은 건강문제를 가진 것으로 알려져 있다[2]. 여성결혼이민자에게 흔한 건강문제로는 빈혈이 일반인보다 2배, 심혈관질환이 일반인보다 5~6배나 높게 나타났으며, 그 외에도 알레르기 질환, 위·십이지장 궤양, 천식, 자궁근종, 간염 등의 위험이 높게 나타났다[3,4]. Seo와 Park의 연구[5]에서는 여성결혼이민자들은 눈과 귀, 호흡기계, 소화기계 문제, 피로의 순으로 건강문제를 많이 호소하였으며, 적대감과 소외감, 좌절과 불안, 우울, 무능력함, 외로움, 향수병 등 정신적 건강문제도 가지고 있는 것으로 나타났다[5,6].

여성결혼이민자들은 젊은 나이에 비해 의사의 진단을 받은 질병을 가진 비율이 23.0%로 높고, 전문적인 의료서비스를 받아야 하는 건강 취약계층이 20%나 되지만, 상대적으로 젊고 건강한 사람들이 다른 나라로 이주한다는 건강한 이주자 효과(healthy migrant effect)[8]와 질병을 먼 미래의 사건으로 인지하는 성인 초기의 특성 때문에 주관적으로는 자신이 건강하다고 생각하는 경향이 있다[7]. 이로 인해 잘못된 건강습관을 형성하기 쉬우므로, 성인병의 이환율이 낮은 성인 초기에 바람직하지 못한 건강행위를 교정하고 좋은 건강행위를 수립하도록 돕는 것이 중요하다. 따라서 여성결혼이민자를 위한 적절한 예방적 대응과 건강증진 대책이 필요하고, 이는 중요한 보건의료 정책과제로 대두되고 있다[8].

건강행위는 개인적 특성뿐 아니라 문화적 영향을 많이 받기 때문에, 지금까지 태어나서 살아 온 나라를 떠나 다른 나라에서 결혼을 하여 새로운 삶을 꾸려나가면서 식습관, 가족행사, 자녀 양육방식 등에서 문화적응 스트레스를 겪고 있는 여성결혼이민자들의 건강행위는 그들의 문화적 배경 내에서 이해해야 한다[9]. 그러므로 여성결혼이민자의 건강행위 실천을 격려하여 건강증진에 도달시키고자 한다면, 문화적 차이를 이해하고 문화적응을 돕는 내용을 포함하는 포괄적인 건강증진 프로그램을 통해 개인의 건강 향상은 물론이고 한국 국민으로 성공적으로 정착하도록 도와 줄 필요가 있다.

건강증진은 건강한 생활양식을 향상시키기 위한 개인적 혹은 지역사회적 활동으로서 개인의 안녕수준과 만족감을 유지하거나 높이고 자아실현을 하는 방향으로 취해지는 활동이고, 건강증진행위란 스스로 건강하다고 믿는 사람이 증상이 나타나지 않는 시기에 질병을 예방하고 건강을 더욱 좋게 하는데

도움이 된다고 믿는 행위이다[10]. Walker, Sechrist와 Pender[11]는 건강증진을 위한 생활양식으로 신체활동, 건강책임, 영양, 대인관계, 스트레스 관리, 자아실현의 6개 영역이 중요하다고 하였다. 대부분의 건강문제는 건강에 해로운 생활양식이나 습관 등에 기인하는 것으로 볼 수 있으므로, 건강증진 생활습관 구축을 통하여 조기사망, 급성 불구 및 만성질환을 예방하고, 국민 의료비 절감, 평균수명과 건강수명이 연장에 기여할 수 있을 것이다.

여성결혼이민자를 위한 건강 관련 연구는 주로 건강상태, 보건의료 이용정도 및 건강증진행위 실천정도 등의 실태조사가 대부분이었으며[3,8], 중재연구로는 생식건강 프로그램 적용, 건강교육 프로그램[12,13] 등 소수가 이루어지고 있었다. 이들 중재연구들은 해당 분야에 국한된 건강지식 제공이 주로 이루어져서 여성결혼이민자의 포괄적인 건강문제 해결에 어려움이 있었고, 한국어 의사소통의 어려움, 모국어 교육자료 부족, 문화적 고려 부족 등으로 인해 효과가 제한적인 것으로 나타났다.

이에 본 연구에서는 Walker 등[11]의 건강증진 생활양식(Health Promotion Lifestyles Profile II, HPLP II)을 기반으로 문화적응을 고려한 포괄적인 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하고, 이 프로그램이 건강증진행위와 건강상태 및 건강증진행위의 영향요인인 문화적응, 자기효능감과 지각된 장애성[10]에 미치는 효과를 검증하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 적용하여 그 효과를 검증하기 위함이다. 구체적 목적은 다음과 같다.

- 여성결혼이민자를 대상으로 건강증진 프로그램을 개발한다.
- 개발된 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 적용하여 그 효과를 검증한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 개발하고 효과를 검증하기 위한 비동등성 대조군 전후설계(nonequivalent control group pretest-posttest design) 연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구대상자는 경북 M시 다문화가족지원센터를 이용하는 여성결혼이민자 중 기관장의 허락 하에 본 연구의 목적을 이해하고 본 프로그램에 참여하기를 동의하는 한국 거주 6개월 이상인 결혼이민자로, 일상생활에서 기본적인 한국어 의사소통이 가능한 자, 설문지 내용을 이해하고 답할 수 있는 자(베트남어, 캄보디아어, 중국어, 영어 및 한국어 설문지)를 편의표집 하였다. 대상자 제외 기준은 전문적인 치료가 필요한 정신질환자, 건강증진 프로그램을 수행하기 어려운 신체 불편한 자였다.

표본의 크기는 G\*Power 3.1 프로그램을 이용하여 Wilcoxon-Mann-Whitney test 분석방법으로 5% 유의수준, 80% 검정력 및 0.8 효과크기로 설정하여 산출된 표본크기는 각 집단 18명이었다. 본 연구에서는 중도탈락자를 고려하여 실험군, 대조군 각 20씩 총 40명으로 하였다. 실험군의 경우 실험도중 취업이 결정된 3명, 프로그램에 3회 이상 불참한 2명을 제외하였으며, 1~2회 불참한 대상자는 멘토를 통해 강좌 시 사용한 교육자료를 제공하여 추가 교육을 실시하였고, 전화상담으로 가정에서 건강증진생활양식 체크리스트를 지속적으로 할 수 있도록 지도하였다. 대조군의 경우 개인적 사유로 사후 조사를 완성하지 못한 대상자 4명을 제외하여 최종 연구대상자는 실험군 15명, 대조군 16명, 총 31명이었다.

본 연구의 대조군은 다문화가족지원센터 직원이 경북 M시의 여성결혼이민자의 목록에서 실험군과 연령, 가족 사항 등이 유사한 자를 편의표집하였다. 대조군에게는 윤리적인 측면을 고려하여 실험군의 중재 프로그램을 모두 종료한 시점에서 본 연구에서 활용한 교육자료 책자를 제공하였다.

## 3. 연구도구

본 연구의 자료수집을 위하여 사용한 설문지와 건강증진생활양식 체크리스트는 베트남어, 중국어, 캄보디아어로 번역하여 사용하였다. 베트남어 번역은 한국거주 5년 된 한국어에 능통한 베트남 유학생에게 한국어로 된 설문지 번역을 의뢰하였고, 중국어 번역은 중국 거주 7년 된 한국 유학생에게 번역을 의뢰하였으며, 캄보디아 설문지는 전문번역업체에 의뢰하여 번역을 하였다. 모든 완성된 설문지와 건강증진생활양식 체크리스트는 다시 한국어에 능통한 각 나라의 다른 유학생에게 역번역을 하게 한 후 원본과 비교하여 그 뜻이 명확하지 않은 것은 재수정 작업을 거쳐 완성하였다.

### 1) 건강증진 행위

건강증진행위는 Walker 등[11]이 개발한 HPLP II를 Park과 Oh[14]가 번역한 도구로, 대인관계, 영양, 건강책임, 신체활동, 스트레스 관리, 자아실현 등 6개영역 총 51문항으로 구성되어 있으며, 각 측정도구는 4점 척도로 점수가 높을수록 건강증진행위의 수행정도가 높음을 의미한다. Park과 Oh[14] 연구에서의 도구 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .91이었다.

### 2) 건강상태

본 연구에서 건강상태란 신체적, 정신적, 사회적 건강을 평가한 건강상태를 말하며, 구체적인 지표는 다음과 같다.

#### (1) 신체적 건강상태

- ① 어깨유연성: 관절의 가동범위와 신장능력을 측정하기 위해 좌우로 한쪽 팔은 위로, 다른 한쪽 팔은 아래로 뻗은 후 등 뒤에서 양손이 서로 닿도록 하여 양손의 각 3번째 손가락 사이의 평균거리를 줄자로 측정한 cm 값이다.
- ② 허리유연성: 모텔명 S1418-1 (타케이, 니카타, 일본)로 측정한 좌전굴 테스트에서 나온 값(cm)으로 발바닥을 유연성 측정기에 대고 발을 5cm가 넘지 않도록 하고, 양손바닥을 곧게 펴고 검사자의 지시에 따라 눈금 위에 팔을 펴고 상체를 천천히 굽히면서 최대한 뻗어 2초간 멈추도록 한다.

#### (2) 정신적 건강상태

Goldberg가 1972년에 개발한 GHQ (General Health Questionnaire)를 Shin[15]이 한국판 일반정신건강척도로 표준화한 KGHQ-20 (Korean General Health Questionnaire 20)의 값을 말하며, 점수가 낮을수록 정신건강이 양호함을 의미한다. '불안' 5문항, '우울' 4문항, '사회 부적응' 10문항, '외출 빈도' 1문항, 총 20문항으로 구성되어 있으며, 응답항목에 대한 배점은 0-0-1-1 (0-매우 그렇다, 0-그렇다, 1-아니다, 1-매우 아니다)이고, 총점의 최대점수는 20점으로 점수가 높을수록 정신건강수준이 낮음을 의미한다. Shin[15]의 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .89였으며, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .70이었다.

#### (3) 사회적 건강상태

본 연구에서는 Park이 1985년 개발한 사회적 지지 척도를 Kim[6]이 여성결혼이민자에게 적합하도록 수정한 도구를 사

용하였다. 이 도구는 지지제공자인 남편, 시부모, 친구, 행정 기관과 민간단체의 정서적, 정보적, 물질적 지지에 대한 지각 정도를 측정하는 것이며, 본 연구에서는 지지제공자 중 민간 단체와 행정기관을 같은 공적 지지 제공자로 하여 총 12문항으로 구성하였다. 각 문항은 5점 척도로 점수가 높을수록 사회적 건강수준이 높음을 의미하며, Kim[6] 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .83이었으며, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .91이었다.

#### (4) 주관적 건강상태

Lawston 등이 1982년 개발한 Health Self Rating Scale을 Park과 Oh[14]가 번안한 도구로 측정된 점수를 말한다. 3점 척도 3문항과 5점 척도 1문항으로 측정된 점수이며, 현재의 건강상태, 1년 전과의 비교, 건강상의 문제, 동년배와 비교로 총 4문항으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 주관적 건강 상태가 좋음을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 Park 과 Oh[14]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .79였으며, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .62였다.

### 3) 문화적응

본 연구에서는 Barry가 2001년에 개발한 동화, 분리, 통합의 세 개 하위요인으로 구성된 동아시아 문화적응 측정도구(EAAM)를 Jang[16]이 수정한 문화적응 도구 10문항으로 측정된 점수를 말한다. 5점 척도로서 점수가 높을수록 문화적응이 잘되고 있음을 의미한다. Jang[16]의 연구에서 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .71이었으며, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .74였다.

### 4) 자기효능감

Chen 등이 2001년 개발한 자기효능감 측정도구를 Jeong [17]이 번안한 도구 중에서 본 연구에서는 여성결혼이민자에게 적절한 7문항을 사용하였다. 5점 척도로 측정하며, 점수가 높을수록 자기효능감이 높음을 의미한다. Jeong[17]의 연구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .92였으며, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .90이었다.

### 5) 지각된 장애성

Moon이 1990년 개발한 건강신념 측정도구의 장애성 관련 문항을 Jeong[17]이 여성결혼이민자에 맞게 수정·보완한 총 10문항 중 본 연구에서는 7문항으로 수정하여 사용하였다. 5점 척도로 측정하며 점수가 높을수록 지각된 장애성이 높음을 의

미한다. 도구의 신뢰도는 Jeong[17]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .80이었으며, 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .89였다.

## 4. 연구진행

### 1) 건강증진 프로그램 개발

본 연구는 Walker 등[11]의 건강증진 생활양식 영역인 건강책임, 영양, 신체활동, 대인관계, 스트레스 관리, 자아실현 등 하위 6영역과 Pender[10]의 건강증진모형에서 여성결혼이민자의 건강증진 영향요인 일부개념을 기반으로 건강증진 프로그램의 기초를 만든 다음, 관련 문헌과 경북북부 지역의 여성결혼이민자를 대상으로 한 예비조사[5]의 결과를 반영하여 초기 프로그램을 구성하였다. 구성된 초기 프로그램의 주차별 내용과 구성이 적절한지에 대하여 지역사회간호학 교수 2인, 가정의학과 교수 1인, 교육학 교수 1인, 다문화 전문가 3인 총 7명의 전문가로부터 4점 척도로 검증받았다. 미술포법을 제외한 모든 항목이 3점 이상이어서 적절한 것으로 나타났다. 자아실현 영역의 중재로 제시한 미술포법의 타당도가 2.8점으로 가장 낮게 나타나서, 사전 대상자 요구도 조사에서 요구도가 58.3%로 나타난 원예요법으로 교체하였다. 한편 전문가 타당도 평가의 개방식 질문에서 제시된 모국어 사용하기, 본국에 전화하기 등을 스트레스 관리방법으로 보완 하였다.

최종 개발된 8주간의 건강증진 프로그램은 Table 1과 같다. 1주차에는 개강식, 사전 측정, 멘토-멘티 결성 및 게임(대인관계 영역), 2주차에는 질병예방교육(건강책임 영역), 의료기관과 복지기관 이용법(건강책임 영역) 및 운동의 이론과 실제: 바른 자세로 걷기(신체활동 영역), 3주차에는 영양관리 강좌(영양 영역), 손발 마사지(스트레스관리 영역) 및 요가교육과 실습(신체활동 영역), 4주차에는 원예요법(자아실현 영역), 5주차에는 본국과 한국 음식의 접목을 위한 요리교실(영양 영역), 6주차에는 의사소통 기법(대인관계 영역), 생식기계 건강관리와 자녀태울 조절하기(건강책임 영역), 7주차에서는 나를 알고 한국사람 되기 역할극(자아실현 영역), 자녀건강관리(건강책임 영역), 8주차에는 위생관리(건강책임 영역), 마음껏 모국어 사용하기(스트레스관리 영역) 및 사후 측정으로 구성되어 있다. 건강증진 6개 영역을 고려하여 신체활동과 건강책임 영역 각 4회, 자아실현, 스트레스 관리, 대인관계 및 영양 영역 각 2회씩 고른 분포로 구성하였다.

건강증진행위의 영향요인인 문화적응을 증진시키기 위한 중재로서 원예요법과 본국 음식과 한국 음식을 접목한 요리교

**Table 1.** Contents of Health Promotion Programs for Marriage Immigrant Women

| Week        | HPLP II               | Contents  | Min | HPB factor                          |
|-------------|-----------------------|---|-----|-------------------------------------|
| 1           |                       | Opening Ceremony  | 10  |                                     |
|             |                       | Pre-measurement<br>· Writing participation agreement, doing pre-survey and checking flexibility<br>· Explaining of health promotion behavior checklist  | 50  |                                     |
|             | Personal relations    | · Mentor-mentee inaugural ceremony  | 40  | Social support                      |
| 2           | Health responsibility | · Health education<br>- Anemia, hepatitis, digestive disease control and prevention<br>- Instructions for medical facilities, special lecture for how to use Public Health Center and brochure distribution   | 50  | Perceived barriers                  |
|             | Physical activities   | · Theory and practice of exercise<br>- Walk with a correct posture  | 50  |                                     |
| 3           | Nutrition             | · Nutrition management for oneself and family<br>- Proper eating habits like eating meals on time<br>- Nutrition knowledge for nurturing infants, how to make baby food<br>- Taking multi-vitamins  | 40  | Self efficacy                       |
|             | Stress management     | · Hand massage for managing stress and fatigue  | 30  |                                     |
|             | Physical activity     | · Yoga activity for promoting flexibility   | 30  |                                     |
| 4           | Self actualization    | · Horticultural therapy for self-actualization<br>- Smelling the rosemary scent and add a meaning to a living organism, transplant<br>- Transplanting plants and watch the plant taking roots, find the meaning of life and adapt to Korean culture | 80  | Acculturation                       |
|             | Physical activity     | · Yoga activity for promoting flexibility   | 20  |                                     |
| 5           | Nutrition             | · Cooking class: combining homeland food and Korean food<br>- Homeland food: Nasi-goreng, Bulgogi, salad  | 180 | Acculturation                       |
| 6           | Personal relations    | · Communication skills for promoting personal relations<br>- Couple communication   | 50  | Social Support                      |
|             | Health responsibility | · Health care for reproductive system and child spacing<br>- Contraception, health screening (uterine, breast cancer examination)   | 30  |                                     |
|             | Physical activity     | · Yoga activity for promoting flexibility   | 20  |                                     |
| 7           | Self actualization    | · Role-play<br>- 'Who am I', 'How to socialize'   | 70  | Self efficacy                       |
|             | Health responsibility | · Hygiene health for one-self and family<br>- Hand-washing education<br>- Sanitation concept when nurturing baby and cooking  | 30  |                                     |
| 8           | Health responsibility | · Preview of child health management<br>- Health management for infants<br>- Vaccination, first aid, child-related institutions and how to use agencies   | 30  | Perceived barriers                  |
|             | Stress management     | · Stress reduction by using mother tongue language freely<br>- Speak in mother tongue language, call someone in peoples' homeland.  | 20  |                                     |
|             |                       | Post-measurement<br>- Post-survey and biological index measurement  | 50  |                                     |
|             |                       | · Closing Ceremony<br>- Honor awards and distributing souvenirs   | 10  |                                     |
| Every weeks |                       | · 'I can do it' announcement<br>· Check list for practicing health promotion behavior<br>· Mentor-mentee activity   |     | Self efficacy<br><br>Social support |

HPLP II=health promoting lifestyle profile II; Min.=minutes, HPB=health promoting behavior.

실을 포함하였는데, 원예요법은 이식을 통해 나의 정체감 확인과 적응을 도울 수 있으며, 정신건강과 문화적응에 도움을 줄 수 있다[18]. 자기효능감을 증진시키기 위해서 매주 '나는 할 수 있다' 선언하기, 건강증진생활양식 실천점검표 작성, 손마사지와 위생관리를 직접 해보는 실습을 포함하였다. 또한 사회적 지지를 강화하기 위해서 다문화가족지원센터의 자원봉사자를 연결한 멘토-멘티 활동과 남편 지지를 이끌어내는 부부 의사소통 기법 강의를 포함하였고, 지각된 장애성을 감소시키기 위하여 의료기관 이용법과 아동 관련 질병관리 강의를 포함하였다.

건강증진행위를 꾸준히 실천하도록 하기 위해 유인물을 제공하여 항상 볼 수 있도록 하였고, 건강증진생활양식 실천점검표를 매일 기록하도록 하였다. 이 실천점검표는 베트남어, 중국어, 캄보디아어, 영어로 번역하여 제공되었다. 건강증진행위 이행을 높이기 위해서 매주 잘 수행한 대상자를 선정하여 칭찬과 선물을 제공하고, 8주차 수료식에서는 건강증진행위를 실천하고 실천점검표를 성실하게 기록한 대상자를 선정하여 시상하였다.

## 2) 연구보조원 훈련

간호학과 3학년 학생 4명을 자료수집과 프로그램 보조를 위한 연구보조원으로 선정하여 2시간 동안 훈련하였다. 자료수집의 내적 일치도를 증가시키기 위해 연구보조원에게 설문지 내용과 설문지 작성방법을 충분히 설명을 하고 수차례 읽고 숙지하도록 하였고, 또한 유연성 측정방법을 교육한 후 서로 서로 대상자가 되어 연습하도록 한 후 동일한 측정치가 나올 때까지 훈련하였다.

여성결혼이민자를 위한 멘토는 지역사회에서 자원봉사에 대한 기본 소양교육을 받은 지역 주부봉사단 중 본 프로그램에서 8주간 봉사하고자 하는 지원자를 선정하였다. 이들에게 본 연구자가 개발한 프로그램의 취지, 상담기법, 기본 건강교육 등을 포함한 4시간의 사전교육을 실시한 후 프로그램에 투입하였다. 멘토는 매주 건강증진 프로그램에 참석하여 멘티인 여성결혼이민자의 이해를 돕고, 주 1회 멘티에게 전화를 하여 프로그램 참여 독려와 실천점검표 확인 및 상담을 하도록 하였다.

## 3) 사전 조사

연구보조원들이 해당 다문화가족지원센터에서 설문지를 이용하여 대상자의 건강증진행위, 신체적, 정신적, 사회적 건강상태, 주관적 건강상태, 문화적응, 자기효능감 및 지각된 장

애성을 측정하였다. 다음으로 어깨 유연성과 허리 유연성을 줄자와 유연성 측정기를 이용하여 측정하였다. 대조군에게도 동일한 방법으로 사전 조사를 실시하였으며, 연구자는 자료수집에 참여하지 않았다.

## 4) 처치

실험군에게는 2013년 8월 12일부터 9월 7일까지 M시 다문화가족지원센터에서 주 1회 매회 100분씩 8주간 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 제공하였다. 요리교실은 180분간 진행되었으며, 교육 장소는 M대학 요리 실습실이였다. 대조군에게는 8월 12일부터 10월 7일까지 M시 다문화가족지원센터에서 실험군의 1주차에 해당하는 주에 다문화센터 사업 교육 소개, 4주차 해당 주에 한국문화 이해 교양특강, 8주차 해당 주에 신체 유연성 측정 및 사후 설문지 작성 후 실험군 교육자료 내용을 제공하였다.

## 5) 사후 조사

여성결혼이민자를 위한 8주간의 건강증진 프로그램이 끝나는 주차에 사전 조사와 동일한 사후 조사를 실시하였다. 측정오차를 줄이기 위해 사전 조사를 실시하였던 연구보조원들이 동일한 설문지를 가지고 동일한 방법으로 조사하였다.

## 5. 윤리적 고려

본 연구는 대상자의 윤리적 고려를 위해 IRB (DSMC 2013-07-016-002) 승인을 받은 후 대상자에게 연구목적과 방법 및 기간에 대해 설명하고 참여 동의를 받은 후 시행하였다. 연구대상자의 권리를 보호하기 위해 대상자의 연구참여는 자발적인 의사에 의해 결정하며, 연구진행 중이라도 원하지 않을 경우 참여의사를 철회할 수 있음을 설명하고 연구참여 동의를 받았으며, 또한 대상자를 윤리적으로 보호하기 위해 수집한 자료와 사적인 정보에 대해서는 연구목적 외에는 사용하지 않을 것을 약속하였다.

## 6. 자료분석

본 연구의 수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였고, 두 집단 간의 사전 동질성 검증은  $x^2$  test와 Fisher's exact test를 이용하였다.

- 변수의 분포를 Kolmogorov-Smirnov test로 분석한 결과 정규분포를 이루고 있지 않아서 가설검정은 Mann-Whitney U-test를 이용하였다. 또한 프로그램 전·후 실험군과 대조군의 집단 내 변화는 Wilcoxon Signed Rank test를 이용하였다.
- 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha$  값을 사용하였다.

## 연구결과

### 1. 일반적 특성과 종속변수의 동질성 검증

본 연구의 건강증진 프로그램에 참여하는 대상자는 실험군 15명, 대조군 16명으로 총 31명이었다. 출신국은 베트남이 20명(64.5%)으로 가장 많았으며, 연령은 대부분 20, 30대였으며, 교육정도는 고등학교 졸업이 13명(41.9%), 결혼기간은 50개월 이내는 14명(45.2%)으로 가장 많았으며, 국적취득을 하지 않은 군은 20명(64.5%), 취득한 그룹은 11명(35.5%)이었다.

실험군과 대조군의 일반적 특성과 사전종속변수의 동질성을 검증결과 두 집단 간 유의한 차이가 없었다(Tables 2, 3).

### 2. 건강증진 프로그램의 효과 검증

#### 1) 실험군과 대조군의 건강증진행위 변화

건강증진 프로그램 적용 후 실험군의 건강증진행위 점수는 사전 118.73점에서 사후 138.46점으로 19.74점 증가하였으나, 대조군은 사전 126.68점에서 사후 127.25점으로 0.56점 증가하여 실험군의 건강증진행위가 유의하게 향상되었다( $U=-3.08$ ,  $p=.002$ ). 하부영역에서 건강책임( $U=-3.24$ ,  $p=.001$ ), 신체활동( $U=-3.27$ ,  $p=.001$ ), 스트레스관리( $U=-2.91$ ,  $p=.004$ ), 자아실현( $U=-3.24$ ,  $p=.011$ )의 영역에서 실험군이 대조군에 비해 유의하게 높았다. 영양과 대인관계 영역에서는 두 군 간에 유의한 차이가 없었다. 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 건강증진행위 점수의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 전체적으로 실험군의 건강

**Table 2.** Homogeneity Test of the General Characteristics

(N=31)

| Characteristics            | Categories                        | Exp. (n=15) | Cont. (n=16) | Total (n=31) | $\chi^2$ or U     | p    |
|----------------------------|-----------------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------------|------|
|                            |                                   | n (%)       | n (%)        | n (%)        |                   |      |
| Nationality                | Vietnam                           | 11 (35.5)   | 9 (29.0)     | 20 (64.5)    | .889 <sup>†</sup> |      |
|                            | Others (China, Philippines, etc.) | 4 (12.9)    | 7 (22.6)     | 11 (35.5)    |                   |      |
| Age (year)                 | 20~29                             | 8 (25.8)    | 7 (22.6)     | 15 (48.4)    | 0.29              | .211 |
|                            | 30~39                             | 7 (22.6)    | 9 (29.0)     | 16 (51.6)    |                   |      |
| Education                  | ≤ Middle school                   | 7 (22.6)    | 4 (12.9)     | 11 (35.5)    | .334 <sup>†</sup> |      |
|                            | High school                       | 5 (16.1)    | 8 (25.8)     | 13 (41.9)    |                   |      |
|                            | ≥ College                         | 3 (9.7)     | 4 (12.9)     | 7 (22.6)     |                   |      |
| Religion                   | Christianity                      | 5 (16.1)    | 1 (3.2)      | 6 (19.4)     | .284 <sup>†</sup> |      |
|                            | Buddhism                          | 6 (19.4)    | 9 (29.0)     | 15 (48.3)    |                   |      |
|                            | No religion/others                | 4 (12.9)    | 6 (19.4)     | 10 (32.3)    |                   |      |
| Marriage duration (month)  | ≤ 50                              | 8 (25.8)    | 6 (19.4)     | 14 (45.2)    | .580 <sup>†</sup> |      |
|                            | 51~100                            | 5 (16.1)    | 5 (16.1)     | 10 (32.2)    |                   |      |
|                            | ≥ 101                             | 2 (6.5)     | 5 (16.1)     | 7 (22.6)     |                   |      |
| Acquirement of nationality | Yes                               | 4 (12.9)    | 7 (22.6)     | 11 (35.5)    | .169 <sup>†</sup> |      |
|                            | No                                | 11 (35.5)   | 9 (29.0)     | 20 (64.5)    |                   |      |
| Korean proficiency         | Fluent                            | 2 (6.5)     | 6 (19.4)     | 8 (25.8)     | .083 <sup>†</sup> |      |
|                            | Average                           | 8 (25.8)    | 9 (29.0)     | 17 (54.8)    |                   |      |
|                            | Bad or worse                      | 5 (16.1)    | 1 (3.2)      | 6 (19.4)     |                   |      |
| Occupation                 | Yes                               | 0 (0.0)     | 2 (6.5)      | 2 (6.5)      | .484 <sup>†</sup> |      |
|                            | No                                | 15 (48.4)   | 14 (45.1)    | 29 (93.5)    |                   |      |
| Income (10,000 won)        | ≤ 100                             | 4 (12.9)    | 4 (12.8)     | 8 (25.8)     | .525 <sup>†</sup> |      |
|                            | > 100~200                         | 8 (25.8)    | 6 (19.4)     | 14 (45.2)    |                   |      |
|                            | > 200                             | 3 (9.7)     | 6 (19.4)     | 9 (29.0)     |                   |      |

Exp.=experimental group; Cont.=control group; <sup>†</sup> Fisher's exact test.

**Table 3.** Homogeneity Test of HPLP, Health Status, Acculturation, Self-efficacy, and Perceived Barrier (N=31)

| Characteristics           | Categories                 | Exp. (n=15)  | Cont. (n=16) | U     | p    |
|---------------------------|----------------------------|--------------|--------------|-------|------|
|                           |                            | M±SD         | M±SD         |       |      |
| HPLP                      | Total                      | 118.73±17.35 | 126.68±15.42 | 28.99 | .264 |
|                           | Health responsibility      | 20.06±3.32   | 21.62±4.57   | 12.31 | .421 |
|                           | Physical activity          | 14.73±3.01   | 15.50±3.42   | 7.51  | .757 |
|                           | Nutrition                  | 19.60±3.13   | 20.87±2.96   | 5.51  | .855 |
|                           | Interpersonal relations    | 21.80±2.70   | 24.12±2.60   | 14.18 | .077 |
|                           | Stress management          | 18.40±4.03   | 18.81±3.83   | 11.18 | .514 |
|                           | Self actualization         | 21.86±3.24   | 23.68±2.96   | 9.64  | .380 |
| Physical health status    | Shoulder flexibility (Rt.) | 4.60±3.40    | 2.03±4.30    | 17.12 | .145 |
|                           | Shoulder flexibility (Lt.) | 0.33±7.72    | 0.62±4.88    | 17.52 | .131 |
|                           | Low back flexibility       | 5.98±6.48    | 2.50±6.17    | 21.45 | .162 |
| Psychologic health status |                            | 7.20±3.34    | 6.06±3.67    | 14.32 | .281 |
| Social health status      |                            | 41.33±5.98   | 43.81±6.61   | 10.98 | .811 |
| Perceived health status   |                            | 9.40±1.88    | 9.75±1.69    | 0.97  | .965 |
| Acculturation             |                            | 36.00±4.29   | 35.87±5.31   | 13.78 | .466 |
| Self-efficacy             |                            | 26.20±3.87   | 23.06±4.31   | 9.79  | .635 |
| Perceived barrier         |                            | 19.80±3.50   | 18.56±4.57   | 17.32 | .138 |

Cont.=control group; Exp.=experimental group; HPLP=health promoting lifestyle profile; Lt.=left, Rt.=right,

증진행위점수는 사후 에 통계적으로 유의하게 증가하였으나 (Z=-2.92, p=.003), 대조군은 전과 후에 유의한 차이가 없었다(Table 4).

**2) 실험군과 대조군의 건강상태 변화**

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 오른쪽 어깨유연성은 사전 4.60 cm에서 사후 6.93 cm로 2.33 cm 증가하였으나 대조군은 사전 2.03 cm에서 사후 1.81 cm로 0.22 cm 감소하여서 실험군의 오른쪽 어깨 유연성이 유의하게 향상되었다(U=-3.02, p=.003). 실험군의 왼쪽 어깨유연성도 사전 0.33 cm에서 사후 3.33 cm로 3.00 cm 증가하였으나 대조군은 사전 0.62 cm에서 사후 0.93 cm로 0.31 cm 증가하여서 실험군의 왼쪽 어깨유연성이 유의하게 향상되었다(U=-3.02, p=.003). 실험군의 허리 유연성은 사전 5.98 cm에서 사후 9.46 cm로 3.48 cm 증가하였으나 대조군은 사전 2.50 cm에서 사후 2.81 cm로 0.31 cm 증가하여서 실험군의 허리 유연성이 유의하게 향상되었다(U=-3.37, p=.001). 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 신체적 건강상태의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 전체적으로 실험군의 신체적 건강상태는 사후 에 통계적으로 유의하게 증가하였으나(Z=-3.07, p=.002), (Z=-2.81, p=.005), (Z=-2.94, p=.003), 대조군은 전과 후에 유의한 차이가 없었다(Table 5).

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 정신적 건강상태 점수는 사전 7.20점에서 사후 8.60점으로 1.40점 증가되었으며, 대조군은 사전 6.06점에서 사후 7.63점으로 1.56점이 증가하여 두 집단의 정신적 건강상태 점수는 유의한 차이를 나타내지 않았다(U=-0.95, p=.342). 집단 내 정신적 건강상태 점수 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 실험군은 사전과 사후 에 통계적으로 유의한 변화를 나타내지 않았으나, 대조군의 경우에는 사전보다 사후 에 유의하게 높아져서 정신 건강이 나빠진 것으로 나타났다(Z=0.34, p=.001) (Table 5).

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 사회적 건강상태 점수는 사전 41.33점에서 사후 44.47점으로 3.13점 증가하였으나, 대조군은 사전 43.81점에서 사후 43.31점으로 0.50점 감소하여서 실험군의 사회적 건강상태 점수가 유의하게 향상되었다(U=-3.38 p=.001). 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 사회적 건강상태 점수의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 실험군의 사회적 건강상태점수가 사전보다 사후에 유의하게 증가하였으나 (Z= -2.52, p=.012), 대조군은 사전과 사후 에 유의한 차이가 없었다(Table 5).

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 주관적 건강상태 점수는 사전 9.40점에서 사후 9.73점으로 0.33점이 높아졌으며, 대조군은 사전과 사후 모두 9.75점을 유지하는 것으로 나타나

Table 4. Comparison of HPLP between Experimental and Control Group

(N=31)

| Variables               | Groups       | Pretest      | Posttest     | Difference | U     | p    | z     | p    |
|-------------------------|--------------|--------------|--------------|------------|-------|------|-------|------|
|                         |              | M±SD         | M±SD         | Mean       |       |      |       |      |
| Total                   | Exp. (n=15)  | 118.73±17.35 | 138.47±23.40 | 19.74      | -3.08 | .002 | -2.92 | .003 |
|                         | Cont. (n=16) | 126.68±15.42 | 127.25±14.25 | 0.56       |       |      |       |      |
| Health responsibility   | Exp. (n=15)  | 20.06±3.32   | 23.66±5.85   | 3.60       | -3.24 | .001 | -2.49 | .013 |
|                         | Cont. (n=16) | 21.62±4.57   | 21.43±4.19   | 0.19       |       |      |       |      |
| Physical activity       | Exp. (n=15)  | 14.73±3.01   | 18.13±3.54   | 3.40       | -3.27 | .001 | -2.99 | .003 |
|                         | Cont. (n=16) | 15.62±3.07   | 16.06±3.07   | 0.13       |       |      |       |      |
| Nutrition               | Exp. (n=15)  | 19.60±3.13   | 22.13±3.42   | 2.47       | -1.94 | .053 | -2.60 | .009 |
|                         | Cont. (n=16) | 20.87±2.96   | 21.06±2.72   | 0.19       |       |      |       |      |
| Interpersonal relations | Exp. (n=15)  | 21.80±2.70   | 24.13±4.05   | 2.33       | -1.91 | .057 | -2.51 | .012 |
|                         | Cont. (n=16) | 24.12±2.60   | 24.25±2.67   | 0.13       |       |      |       |      |
| Stress management       | Exp. (n=15)  | 18.40±4.03   | 22.33±3.62   | 3.93       | -2.91 | .004 | -2.82 | .005 |
|                         | Cont. (n=16) | 18.81±3.83   | 18.93±3.75   | 1.25       |       |      |       |      |
| Self actualization      | Exp. (n=15)  | 21.86±3.24   | 25.40±3.90   | 3.53       | -2.53 | .011 | -2.76 | .006 |
|                         | Cont. (n=16) | 23.68±2.96   | 23.87±2.80   | 0.19       |       |      |       |      |

Exp.=experimental group; Cont.=control group.

유의한 차이를 나타내었다( $U=-2.17, p=.030$ ). 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 주관적 건강상태 점수의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 실험군의 주관적 건강상태 점수는 사후에 증가하나 유의하지는 않았으며( $Z=-1.89, p=.059$ ), 대조군의 경우에도 통계적으로 유의한 차이를 나타내지는 않았다(Table 5).

### 3) 실험군과 대조군의 문화적응 변화

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 문화적응 점수는 36.00점에서 36.13점으로 0.13점 증가하였으나, 대조군은 사전 35.87점에서 사후 35.62점으로 0.25점 감소하였으나, 두 집단 간 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 문화적응 점수의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 실험군의 문화적응 점수는 사후에 통계적으로 유의하게 증가하였으나( $Z=-2.52, p=.012$ ), 대조군의 경우에는 통계적으로 유의한 변화가 없었다(Table 5).

### 4) 실험군과 대조군의 자기효능감 변화

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 자기효능감은 26.20점에서 25.93점으로 0.27점이 감소하고, 대조군은 사전사후 모두 23.06점으로 나타나 유의한 차이를 나타내지 않았다. 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 자기효능감의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결

과, 실험군과 대조군 모두 자기효능감의 전·후 변화가 유의하지 않았다(Table 5).

### 5) 실험군과 대조군의 지각된 장애성 변화

건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 사전, 사후 지각된 장애성 점수는 동일하게 19.80점, 대조군은 사전 18.56점에서 사후 18.93점으로 0.38점 증가하는 것으로 나타났으며, 두 집단 간 유의한 차이를 나타내지 않았다. 건강증진 프로그램 실시 전·후의 실험군과 대조군의 집단 내 지각된 장애성 점수의 변화를 Wilcoxon Signed Rank test로 분석한 결과, 실험군과 대조군 모두 지각된 장애성의 전·후 변화가 유의하지 않았다(Table 5).

## 논 의

본 연구에서는 Walker 등[11]의 HPLP II와 Pender[10]의 건강증진모형을 기반으로 하고 관련 문헌과 요구도 조사 결과를 반영하여 여성결혼이민자에게 적합한 문화적응을 고려한 포괄적인 건강증진 프로그램을 개발하였으며, 이를 일 지역의 여성결혼이민자에게 적용하여 그 효과를 분석하였다.

여성결혼이민자에게 문화적응을 고려한 건강증진 프로그램을 실시한 결과 건강증진행위가 유의하게 증가한 것으로 나타났다. 여성결혼이민자에게 건강증진 프로그램을 적용한 연구가 없어서 직접적인 비교는 어려웠으나, 중년여성을 대상으

**Table 5.** Comparison of the Variables between the Experimental and the Control Group

(N=31)

| Variables                  | Group        | Pretest    | Posttest   | Difference | U     | p    | z     | p    |
|----------------------------|--------------|------------|------------|------------|-------|------|-------|------|
|                            |              | M±SD       | M±SD       | Mean       |       |      |       |      |
| Shoulder flexibility (Rt.) | Exp. (n=15)  | 4.60±3.40  | 6.93±3.93  | 2.33       | -3.02 | .003 | -3.07 | .002 |
|                            | Cont. (n=16) | 2.03±4.30  | 1.81±4.75  | -0.22      |       |      |       |      |
| Shoulder flexibility (Lt.) | Exp. (n=15)  | 0.33±7.72  | 3.33±5.80  | 3.00       | -3.02 | .003 | -2.81 | .005 |
|                            | Cont. (n=16) | 0.62±4.88  | 0.93±5.13  | 0.31       |       |      |       |      |
| Low back flexibility       | Exp. (n=15)  | 5.98±6.48  | 9.46±6.22  | 3.48       | -3.37 | .001 | -2.94 | .003 |
|                            | Cont. (n=16) | 2.50±6.17  | 2.81±6.27  | 0.31       |       |      |       |      |
| Psychologic health status  | Exp. (n=15)  | 7.20±3.34  | 8.60±2.35  | 1.40       | -0.95 | .342 | -1.36 | .172 |
|                            | Cont. (n=16) | 6.06±3.67  | 7.63±3.65  | 1.56       |       |      |       |      |
| Social health status       | Exp. (n=15)  | 41.33±5.98 | 44.47±5.65 | 3.13       | -3.38 | .001 | -2.52 | .012 |
|                            | Cont. (n=16) | 43.81±6.61 | 43.31±7.57 | -0.50      |       |      |       |      |
| Perceived health status    | Exp. (n=15)  | 9.40±1.88  | 9.73±1.87  | 0.33       | -2.17 | .030 | -1.89 | .059 |
|                            | Cont. (n=16) | 9.75±1.69  | 9.75±1.69  | 0.00       |       |      |       |      |
| Acculturation              | Exp. (n=15)  | 36.00±4.29 | 36.13±6.32 | 0.13       | -0.62 | .532 | -0.11 | .916 |
|                            | Cont. (n=16) | 35.87±5.31 | 35.62±5.24 | -0.25      |       |      |       |      |
| Self-efficacy              | Exp. (n=15)  | 26.20±3.87 | 25.93±3.17 | -0.27      | -1.30 | .195 | -0.60 | .553 |
|                            | Cont. (n=16) | 23.06±4.31 | 23.06±4.31 | 0.00       |       |      |       |      |
| Perceived barrier          | Exp. (n=15)  | 19.80±3.50 | 19.80±3.69 | 0.00       | -0.78 | .434 | -0.17 | .863 |
|                            | Cont. (n=16) | 18.56±4.57 | 18.93±5.45 | 0.38       |       |      |       |      |

Exp.=experimental group; Cont.=control group; Rt.=right; Lt.=left.

로 건강증진 교육과 수중운동을 실시한 연구[19]에서 건강증진행위가 향상되었다는 결과와 유사하였다. 건강증진행위의 하위 6개 영역에서는 건강책임, 신체활동, 스트레스관리, 자아실현의 영역에서 실험군이 대조군에 비해 통계적으로 유의하게 높았는데 이는 본 연구에서 특히 베트남어, 중국어, 캄보디아어, 영어로 번역된 건강증진생활양식 실천점검표를 매일 기록하도록 하였고, 잘 수행한 대상자에게 인센티브를 제공하여서 건강증진행위 실천을 증진시킬 수 있었던 것으로 보인다.

건강증진 프로그램 실시 후 신체적 건강상태를 어깨와 허리 유연성으로 측정 한 결과, 실험군의 신체적 건강상태가 유의하게 향상된 것으로 나타났다. 이는 20대 여성에서 요가를 적용한 Shin [20]의 연구결과와 유사하였다. 예비연구에서 여성결혼이민자에서 실천도가 가장 낮은 건강증진행위는 신체활동 영역으로 나타났으므로[5], 본 연구의 건강증진 프로그램에서는 신체활동을 증진시키기 위해 걷기운동과 요가를 포함하였다. 이는 특별한 기술을 필요로 하지 않아서 쉽게 배울 수 있고, 경제적 부담이 적으며, 일상생활에서 기본동작만으로도 빠르게 효과를 볼 수 있기 때문이었다. 특히 예비조사에서 요가에 대한 요구도가 높아서 2, 3, 4회차에서 요가를 교육하고, 가정에서 매일 실시한 후 건강증진생활양식 실천점검표에 기

록하도록 하였으므로, 이를 통하여 신체 유연성이 향상된 것으로 생각된다.

건강증진 프로그램 실시 후 실험군과 대조군의 정신적 건강상태는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 고지혈증 대학생에게 걷기운동을 포함한 건강교육 프로그램을 실시한 Lee와 Park의 연구[21]와 여성결혼이민자에게 원예요법을 실시한 Kwack과 Jang의 연구[22]에서 정신적 건강상태가 향상되었다는 결과와는 상이하였다. 이러한 프로그램의 내용에 비해 본 연구에서 사용한 정신적 건강 측정도구는 한국판 일반정신건강척도[15]로서 불안, 우울, 사회 부적응, 외출 빈도로 구성되어 있어서 프로그램의 효과를 측정하는데 미흡한 부분이 있었고 또한 결혼여성이민자에게서는 쉽게 변화하기 어려운 부분을 포함하고 있었다. 향후 여성결혼이민자에게 적합한 정신적 건강상태 측정도구를 활용하여 재연구할 필요가 있다고 본다.

이민이라는 현상은 개인이 속한 사회문화적 맥락에서 이탈되는 경험을 동반하기 때문에 개인의 적응 혹은 정신건강에 미치는 영향이 매우 크고[23], 여성결혼이민자들은 정신적 건강상태가 신체적 건강상태보다 더 나쁜 것으로 알려져 있다[5]. 이들의 정신건강 문제는 개인, 가족 및 사회적 차원에서 심각

한 위기를 초래하고 가정과 한국사회에 대한 부적응으로 결국 사회통합을 저해할 위험이 있으므로 여성결혼이민자의 성공적 정착을 위해 정신적 건강관리는 매우 중요하게 다루어야 할 영역이다[24]. 본 연구에서 실험군의 정신적 건강상태는 프로그램 전 후 변화가 없었으나, 대조군에서는 후에 정신적 건강상태가 더 나빠진 것으로 나타났으므로, 추후 여성결혼이민자의 정신건강 영역에 대한 심도있는 분석을 통한 중재요법의 보장이 필요할 것으로 보인다.

사회적 건강상태를 향상시키기 위하여 대인관계 영역에서 자원봉사자 멘토링과 부부 의사소통 기법을 포함한 건강증진 프로그램 실시 후 실험군의 사회적 건강상태가 향상된 것으로 나타났다. 동일한 중재를 적용한 선행연구가 없어 직접적으로 비교하기는 어렵지만, 중고등학생에게 멘토링 프로그램을 실시한 Jeon[25]의 연구와 부부를 대상으로 의사소통 기법을 적용한 Yeun과 Yang의 연구[26]에서 사회생활 적응과 관계를 증진시켰다는 결과와 유사하였다. 여성결혼이민자들은 의사소통의 어려움이나 사회적 지지의 제한으로 인해 사회적으로 고립되기 쉬우므로, 배우자, 시부모, 친구, 행정기관 등의 사람들과 주위환경에 성공적으로 상호작용할 수 있는 능력을 포함하여 사회관계가 원만하도록 도와주어야 한다[27,28]. 이런 측면에서 본 프로그램에서 사회적 지지 요법으로 제공한 지역 주민으로 구성된 주부 자원봉사자 멘토링과 남편과 함께하는 부부 의사소통 기법 교육은 효과적인 것으로 사료된다.

본 연구에서는 문화적응을 위하여 이식을 통한 나의 정체감 확인과 적응을 돕고자 하는 원예요법과 모국음식과의 접목을 통하여 한국음식 문화 적응을 돕는 요리교실을 포함한 건강증진 프로그램을 실시하였으나, 실험군과 대조군의 문화적응의 차이가 없는 것으로 나타났다. 이는 문화적응을 위한 원예요법이나 미술요법 프로그램을 활용한 선행연구[22,29]에서도 문화적응에 유의한 향상을 가져오지 못했다는 결과와 유사하였다. 문화는 장기간에 걸쳐 인간 집단이 만들어낸 생활양식과 상징체계이기 때문에 8주 프로그램의 2~3회 차 내용만으로는 문화적응의 향상을 가져오기에는 어려움이 있을 것이다. 하지만 본 연구에서 대조군에서는 문화적응 점수의 전·후 차이가 없었지만, 실험군에서는 사후 문화적응 점수가 유의하게 증가한 것으로 나타났으므로, 본 연구의 문화적응 중재방법을 보장하고 장기간 적용하여 재연구해 볼 필요가 있겠다.

여성결혼이민자들에게 자기효능감을 증진시키기 위해 매주 '나는 할 수 있다' 선언하기와 매일 건강증진생활양식 실천 점검표 작성을 포함한 건강증진 프로그램을 실시하였으나, 실험군과 대조군의 자기효능감의 차이가 없었다. 이는 여성결혼

이민자를 대상으로 건강교육을 실시한 Ann[13]의 연구에서 자기효능감의 유의한 차이가 없었다는 결과와는 일치하였으나, 다문화 여성을 대상으로 역량강화(empowerment) 미술치료 프로그램을 실시한 Choi와 Oh의 연구[29]에서 자기효능감이 높아졌다는 결과와는 상이하였다. 자기효능감은 건강행위 실천을 위한 중요한 동기요인 중 하나일 뿐만 아니라, 살아가면서 부딪히는 문제를 자기 스스로 해결할 수 있다는 생각을 통하여 성취 수준과 자아상을 높이는 데 중요한 역할을 하는 변수이다[10]. 실험군의 프로그램 전·후 자기효능감에도 차이가 없는 것으로 나타났으므로, 본 연구에서 사용한 선언이나 점검표 작성 등의 외면적 자기효능감 증진 전략보다는 자기효능감을 내면화할 수 있는 역량강화 등의 전략을 모색하여 향후 여성결혼이민자의 자기효능감을 높일 수 있는 실제적이고 구체적인 방안 마련이 필요하다고 본다.

여성결혼이민자들은 여러 가지 이유로 인해 건강관리나 병원·보건소 이용에 어려움을 느낄 수 있다. 이러한 지각된 장애성을 감소시키기 위해 건강책임을 강조하는 건강증진 프로그램 실시하였으나, 실험군과 대조군의 지각된 장애성은 유의한 차이를 나타내지 않았다. 이는 대학생에게 K-WIFY (Korea-What is important for your health?) 참여적 건강증진교육을 실시한 Jo의 연구[29]에서 지각된 장애성이 낮아졌다는 결과와는 상이하였다. 본 연구에서는 의료기관 이용법과 이동 관련 질병관리 강의를 통해 지각된 장애성을 감소시키고자 하였다. 이러한 프로그램 내용에 비해 본 연구에서 사용한 지각된 장애성 측정도구는 질병관리와 의료기관 이용법에 대한 것은 2문항뿐이었고, 나머지 5문항은 시간적, 경제적, 언어적 문제와 가족관계 및 주변과의 관계에 대한 것이어서 프로그램을 통해 단기간에 변화하기에는 어려운 내용이라고 볼 수 있다. Jo의 연구[30]에서는 1단계 매일의 생활, 2단계 지역사회, 3단계 세계 차원에서 건강과 관련된 소중한 것을 답하고 토의하고 피드백하는 참여적 건강증진교육을 통해 내적 역량이 강화되고 지각된 장애성이 낮아진 것으로 나타났다. 향후 여성결혼이민자의 장애성에 지속적인 관심을 가지고, 개인의 역량을 강화시키고, 가족, 지역사회 및 국가의 체계적인 노력으로 건강관리 장애성을 극복하도록 돕는 것이 필요하다.

결론적으로 건강증진생활양식 6개 영역을 주요내용으로 하고 영향요인인 문화적응, 자기효능감, 사회적 지지 및 지각된 장애성을 포함하여 개발한 8주간의 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 적용한 결과, 건강증진행위, 신체적 건강 및 사회적 건강이 향상되었다. 하지만 정신적 건강, 문화적응, 자기효능감 및 지각된 장애성에는 유의한 변화를 일으

키지 못한 것으로 나타났다. 이러한 변수들은 실천을 강조한다고 해결되는 것이 아니고 내적 역량 강화를 통해 자연스럽게 체득되어야 하는 특성을 가진 것으로 볼 수 있으므로, 향후 좀 더 장기적인 관계를 유지하면서 언어 장애를 극복하고 여성결혼이민자의 내적 변화를 유발할 수 있는 생활 밀착형 심층적 건강증진 방안을 모색할 필요가 있다.

본 연구의 제한점은 8주간의 프로그램에 꾸준히 참여할 여성결혼이민자를 확보하기 어려워서 대상자 선정 시 탈락률을 10%밖에 산정하지 못한 점을 들 수 있다. 앞으로 대상자 수를 충분하게 확보하여 재연구를 수행할 필요가 있다.

본 연구결과를 통하여 간호이론, 간호연구, 간호실무 측면에서의 의의를 살펴보면, 먼저 간호이론 측면에서 여성결혼이민자의 건강증진을 위해 문화적응을 고려한 포괄적인 건강증진 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하여 건강증진이론의 실증적 타당도를 높였다. 간호연구 측면에서는 종속변수로 단면적인 건강을 측정하는 것이 아니라 신체적, 정신적, 사회적 건강을 포함하여 포괄적으로 측정하는 점에서 의의가 있다. 간호실무 측면에서는 본 건강증진 프로그램이 효과적인 것으로 나타났다으므로 전국적으로 다문화가족지원센터나 관련 시설에 보급하여 여성결혼이민자의 건강 향상과 문화적응을 도울 수 있을 것이다.

이상의 연구결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 개발된 여성결혼이민자의 건강증진 프로그램의 효과를 재확인하기 위해 대상자의 출신 국가별, 한국 정착 단계별로 반복 연구할 필요가 있다.

둘째, 본 프로그램은 건강증진의 영향요인인 자기효능감, 지각된 장애성 측면과 대상자의 특성인 문화적응을 고려하여 구성하였으나, 제한된 기한 내에 문화적응, 자기효능감, 지각된 장애성 등의 종속변수의 변화를 보기에는 한계점이 있었다. 추후 이러한 영향요인을 더 강화시킨 프로그램을 구성하여 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

## 결론 및 제언

본 연구는 여성결혼이민자를 위하여 Walker 등[11]의 HPLP II의 하위 6개 영역과 Pender[10]의 건강증진모형에서 행위 관련 영향요인인 자기효능감, 지각된 장애성, 사회적 지지와 개인적 특성인 문화적응을 포함한 프로그램을 구성한 후, 관련 문헌 및 요구도 사정을 통하여 이들에게 적합한 건강증진 프로그램을 개발하였다. 또한 이 프로그램을 일 지역 여성결혼이민자에게 적용한 결과 건강증진행위, 신체적 건강 및 사

회적 건강을 향상시키는 효과적인 중재로 검증되었다.

본 여성결혼이민자를 위한 건강증진 프로그램을 다양한 지역과 기관에서 적용함으로써 여성결혼이민자의 건강과 삶의 질 향상에 기여하고, 간호사 역할 확대에 기여할 수 있을 것으로 생각된다. 앞으로 문화적응, 자기효능감, 지각된 장애성 등을 더 강화시킨 건강증진 프로그램을 구성하여 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

## REFERENCES

1. Annual report of Korea immigration service ministry on 2013. Report No.: Policy Paper 11-1270000-000465-10.
2. Kim GS, Moon SS. Perceived health status, health behavior and marital satisfaction in married immigrant women. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2011;25(2):174-86.
3. Kim SK, Kim YK, Cho AJ, Kim HR, Lee HK, Seol DH, et al. A study on the national survey of multicultural families 2009. Report No.: Policy Paper 11-1351000-000625-01.
4. Seol DH, Kim YT, Kim HM, Yoon HS, Lee HY, Yim KT, et al. Foreign wives life in Korea - focusing on the policy of welfare and health. Seoul: Ministry of Health & Welfare. 2005. Report No.: Policy Paper 11-1460000-002610-01.
5. Seo IJ, Park JS. Health promoting behaviors, health problems and self-rated health status in female marriage immigrant in Korea. *Journal of Digital Convergence*. 2013;11(4):369-82.
6. Kim ON. A study on the factors affecting marital conflicts of immigrant women. *family and culture*. 2006;18(3):63-106.
7. Kim YK, Cho AJ, Choi HM, Lee JY. Welfare policies in multicultural era for multicultural families. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2008. Report No.: 2008-14.
8. Kim HR, Yeo JY, Jung JJ, Baek SH. Health status of marriage immigrant women and children from multicultural families and health policy recommendations. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2012.(MONO1201311690).
9. Leininger MM. Transcultural nursing: an overview. *Nursing Outlook*. 1984;32(2):72-3.
10. Pender NJ. *Health promotion in nursing practice*. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton and Lange. Century Crofts. 1996.
11. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. *The health-promoting lifestyle profile II: College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, USA*. 1995.
12. Park, MN, Choi, SY. Development of reproductive health program and identification of effect for married women immigrants. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2014;44(3):248-58. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2014.44.3.248>
13. Ann YH. Development and testing of a health education program for immigrant women married to Koreans. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2008;22(2):200-10.

14. Park JS, Oh YJ. The effect of health promotion program on self efficacy, health problems, farmers syndrome and quality of life of the rural elderly. *The Journal of Korean Academic Society of Adult Nursing*. 2006;18(1):10-21.  
<http://dx.doi.org/10.5393/JAMCH.2009.34.1.047>
15. Shin SI. The validity and reliability of the Korean version of the general health questionnaire: KGHQ-20 & KGHQ-30. *Korean Journal of Social Welfare*. 2001;46:210-35.
16. Jang JY. Influence that marital satisfaction and fostering stress of marriage immigrating women has on the cultural adaptation [master's thesis]. Seoul: Chung-Ang University; 2009.
17. Jeong NO, Lee MH. A predictive model on health promotion behavior in women who immigrate for marriage. *Journal of Korean Academy Nursing*. 2010;40(5):695-704.  
<http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.5.695>
18. Ha YJ. Effect of horticultural therapy program on acculturative stress and mental health in the internationally married female migrant. [doctoral dissertation]. Gwangju: Chonnam National University; 2011.
19. Kim KJ, Cha YN, Lim HK, Jang HS. An effect of health promotion program in mid-life women. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1999;29(3):541-50.
20. Shin JS, Huh MD. Effects of hatha yoga exercise for 12 weeks on obese women over the age physical fitness and metabolic syndrome risk factors. *The Journal of Korean Dance*. 2011;29(3):305-25.
21. Lee HK, Park YS. Effects of a health promotion program on college students who are on the brink of dyslipidemia based on Cox's interaction model. *Journal of the Korea Academia Industrial Cooperation Society*. 2014;15(5):3058-68.  
<http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.5.3058>
22. Kwack HR, Jang EJ. The effect of evocational education program based on horticultural activities on the self-efficacy, social adjustment, and guidance preparation action for married immigrant women. *Journal of Korean Society for Plants People and Environment*. 2014;17(3):181-8.  
<http://dx.doi.org/10.11628/ksppe.2014.17.3.181>
23. Yang OK, Lee GY, Joo SH, Hyun JH. National human rights commission of Korea on 2008. Seoul, National human rights. Report No. Policy Paper 978-89-6114-132-1 9330.
24. Kweon GY, Park KW. A study on influence factors to the mental health of foreign wives. *Korean Journal of Social Issues*. 2007;14(2):187-219.
25. Jeon SY. A study on effect of mentoring program with mental and social adaptation for youth runaways. *Journal of Evaluation on Counseling*. 2012;5(1):31-43.
26. Yeun YR, Yang S. Effects of a marital relationship enrichment program on communication, conflict resolution, and marital satisfaction in multicultural couples. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;21(3):250-61.  
<http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.3.250>
27. Lalonde, MA. (1974). New perspective on the health of Canadians. A Working Document, Ottawa: Government of Canada.
28. Park YS, Yoon IJ. Characteristics of social support for north Korean migrant adolescents and its effects on their adaptation in South Korea. *Korean Journal of Sociology*. 2007;41(1):124-55.
29. Choi JS, Oh JY. A study on group art activity program for empowerment of the female marriage immigrants. *Korean Journal of Family Social Work*. 2011;33:319-47.
30. Jo EJ. An analysis of the effectiveness of the K-WIFY model in participatory health promotion education for university students [doctoral dissertation]. Busan: Kosin University; 2004.