

## 국내 결혼이주여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인\*

채 덕 희\*\* · 강 경 화\*\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

1990년까지만 해도 5만 명이 채 되지 않았던 국내 체류 외국인 수는 2019년 기준 222만 명을 넘어서 총 인구 대비 4.3%에 이른다(Ministry of the Interior and Safety, 2020). 이주민의 체류자격과 국적도 불과 30년 전만 해도 주로 거주, 방문동거, 동반을 목적으로 한 대만, 미국, 일본인으로 매우 한정적이었다(Kang, Jung, Park, & Jang, 2018). 우리나라가 새로운 이주 목적국(migration destination)으로 변화하면서 다양한 체류자격과 국적을 가진 이주민의 유입이 급속히 증가하였다. 이 가운데 결혼이주민은 대다수가 여성이며, 일정 기간이 지나면 출국하는 다른 외국인들과는 달리 대부분 한국 국적을 취득하고 한국 사회에 정주하여 살아간다(Kang, et al., 2018). 우리나라의 결혼이주민은 1990년대까지는 일본인 여성이 다수를 차지하였고, 2000년 초부터 중국을 비롯한 다양한 아시아 국가 여성들이 증가하였다(Ministry of Justice, 2020). 우리

나라의 국제결혼은 최근 10년 간 전체 혼인 중 7.0 ~ 10.5% 수준을 유지하고 있으며(Statistics Korea, 2021), 이 결과 2019년 기준 다문화가구를 구성하는 결혼이주민 및 귀화자의 수는 347,677명에 달한다(Ministry of the Interior and Safety, 2020).

건강한 이주민 효과(healthy immigrant effect)는 이주민이 이주국의 원주민(native-born population)과 모국의 정주민(non-migrants)에 비해 건강한 현상을 가리킨다(Vang, Sigouin, Flenon, & Gagnon, 2017). 그러나 건강한 이주민 효과는 이주 초기에 뚜렷하며 오래기간 지속되지 않는 것으로 보고되고 있다. 남성 이주민의 경우 체류기간이 10년 이상 경과하면 주관적 건강상태가 원주민의 건강수준으로 수렴되는 현상을 보였다. 여성 이주민은 체류기간 3-9년에서 수렴현상, 10년 이상에서는 원주민보다 나쁜 경향을 보였다(Vissandjee, Desmeules, Cao, Abdool, & Kazanjian, 2004). 캐나다의 이주민을 대상으로 한 전향적 코호트 연구에서도 여성 이주민이 남성 이주민에 비해 이주 후 4년 이내에 건강이 악화되었고, 중국인과 남아시아 여성들에게서 이러한 현상이 두드러졌다(Kim, Carrasco, Muntaner,

\* 이 논문은 전남대학교 학술연구비(과제번호: 2020-1848) 지원에 의하여 연구되었음

\*\* 전남대학교 간호대학, 부교수(<https://orcid.org/0000-0003-3259-7385>)

\*\*\* 한림대학교 간호대학·간호학연구소, 교수(<https://orcid.org/0000-0002-0807-6312>) (E-mail: [kkh05@hallym.ac.kr](mailto:kkh05@hallym.ac.kr))

• Received: 11 May 2021 • Revised: 7 June 2021 • Accepted: 29 July 2021

• Address reprint requests to: Kang, Kyeong Hwa

School of Nursing, Hallym University

1 Hallymdaehak-gil, Chuncheon Gangwon-do, 200-702 Korea

Tel: +82-33-248-2716, FAX: +82-33-248-2734, E-mail: [kkh05@hallym.ac.kr](mailto:kkh05@hallym.ac.kr)

McKenzie, & Noh, 2013). 이와 같이 이주민이 가진 건강의 이점은 이주국에서 체류기간이 경과하면서 점차 사라지고, 특히 여성 이주민의 건강은 더 빠른 속도로 악화될 수 있음을 시사한다.

Dahlgren과 Whitehead (1991)는 서 유럽 국가들의 전반적인 건강 수준은 향상되었지만, 이주노동자를 포함한 취약집단은 동일 연령집단에서 질병위험이 높은 건강불형평성이 존재함을 주장했다. 이들은 '건강의 주요 결정요인 모형'을 통해 건강에 영향을 미치는 요인을 일련의 층위로 설명한다. 즉, 건강은 가장 안쪽의 연령, 성별, 유전적 특성과 같은 고정된 '개인적 요인', 식습관, 흡연, 음주와 같은 '개인의 생활양식', 가족, 친구, 이웃, 지역사회로부터의 상호지지를 포함한 '사회 및 커뮤니티 네트워크', 주거, 교육, 의료서비스 등과 같은 '생활 및 근로조건', 가장 바깥층의 '사회경제적, 문화적, 환경적 조건'으로 이루어진 다층적인 요인에 영향을 받기 때문이라고 설명한다. 결혼이주여성은 보건의료환경이 열악한 국가 출신이 많고, 결혼과 동시에 한국 생활에 적응하기 전에 임신, 분만, 산욕기간을 거치면서 다양한 건강문제 발생의 위험이 높다. 또한 문화적응 문제, 고립, 사회적 지지 부족, 부부 갈등, 배우자 가족과의 갈등, 자녀 양육의 어려움, 경제적 어려움 등의 건강 위험요인을 가지고 있다(Kim, 2013). 따라서 건강을 결정하는 다양한 요인을 고려하여 결혼이주여성의 건강을 예측요인을 살펴볼 필요가 있다.

미국, 캐나다, 유럽에서 수행된 이주민 건강에 대한 선행연구들에서 사용된 건강지표 가운데 하나가 주관적 건강상태이다(Acevedo-Garcia, Bates, Osypuk, & McArdle, 2010; Detollenaere, Baert, & Willems, 2018; Vang et al., 2017). 주관적 건강상태는 자신의 건강에 대한 전반적인 인식으로서 '귀하의 전반적인 건강상태는 어떻습니까?'라는 단일 문항으로 측정한다. 메타분석 결과 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 경우 매우 좋다고 인식하는 사람들에 비해 사망위험이 2배 높았으며, 이러한 관련성이 기능적 상태, 우울, 동반질환과 같은 특성을 보정한 상태에서도 유의하였다(DeSalvo, Blosner, Reynolds, He, & Muntner, 2006). 따라서 주관적 건강상태는 강력한 건강지표라 할 수 있으며, 응답자에게 부담을 주지 않고 측정할 수 있어 다양한 집단을 대상으로 한 연구와 보건의료 정책수립을 위한 기

초자료 수집을 목적으로 한 국가 조사에서 널리 활용되고 있다(Henriksson et al., 2020).

국내 이주민의 주관적 건강상태도 거주 기간이 길어지면서 악화되는 경향을 보였다. 국내 체류기간 3년 미만의 초기 이주노동자에 비해 10년 이상 장기 거주한 이주노동자에서 자신의 건강이 좋지 않다는 응답이 약 2배 높았다. 이주노동자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 가장 강력한 영향요인은 미충족 의료경험이었으며, 관계만족도, 한국생활만족도, 여가생활만족도, 차별경험, 주거환경만족도, 소득만족도가 영향을 미쳤다(Chae, Kim, Asami, & Kim, 2019). 한국 정부는 결혼이주민에 대한 기초자료를 구축하기 위하여 2009년부터 매 3년 주기로 전국다문화가족실태조사를 시행하고 있다. 이 자료를 사용한 선행연구들에서도 결혼이주여성은 국내 체류기간이 증가하면서 주관적 건강상태가 나빠지는 양상을 보였다(Chang & Wallace, 2016; Yun & Kang, 2015). 결혼이주여성의 주관적 건강상태에는 인구사회학적 요인 이외에도 이주 후 사회경제적 지위(Chang & Wallace, 2016; Yun & Kang, 2015), 부부 갈등, 가족관계 만족도, 생활만족도, 차별경험, 한국 생활어려움, 의료기관 이용의 어려움이 영향을 미쳤다(Yun & Kang, 2015). 그러나 한국인과의 교류, 모국인과의 교류와 주관적 건강상태의 관계는 두 연구에서 상반된 결과를 보였다. 이 연구들은 각각 2009년과 2012년 전국다문화가족실태조사를 사용하였으며, 국내 체류기간 2년 미만(Chang & Wallace, 2016) 또는 5년 미만(66.8%)(Yun & Kang, 2015)의 이주 초기의 젊은 여성이 다수를 차지하였다. 따라서 결혼이주여성의 정착 주기 장기화, 노령화, 중년기 이후 건강악화 등 최근 대두되고 있는 건강 문제를 반영하는데 한계가 있다.

우리나라에 유입되는 결혼이주가 급속히 증가한지 30여년이 경과한 현 시점은 결혼이주여성의 연령 상승으로 만성질환 위험의 증가, 자녀의 성장, 배우자의 고령화로 이어지는 역동적인 변환기를 맞이하고 있다(Kim, 2013). 그러나 우리나라의 이주여성을 위한 건강정책은 주로 이주 초기 및 자녀 출산양육에 초점이 맞추어져 있다. 국내 이주여성의 변화에 맞추어 적절한 건강지원 정책을 수립하는 것은 건강형평성 제고 및 장애의 질병 부담에 대처하기 위한 중요한 과제이다. 이를 위해서는 결혼이주여성의 건강실태를 파악하고, 건강

영향요인을 다차원적인 관점에서 살펴볼 필요가 있다. 따라서 본 연구의 목적은 2018년 전국다문화가족실태조사 자료를 사용하여 결혼이주여성의 주관적 건강상태를 파악하고, '건강의 주요 결정요인' 모형에 기초하여 주관적 건강상태의 영향요인을 규명하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 Dahlgren과 Whitehead (1991)의 '건강의 주요 결정요인 모형'의 구성요인 가운데 '개인적 요인', '사회 및 커뮤니티 네트워크 요인', '생활 및 경제활동 요인'의 세 가지 요인에 속하는 변수를 중심으로 주관적 건강상태의 영향요인을 파악하는 것이다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 결혼이주여성의 주관적 건강상태를 파악한다.
- 결혼이주여성의 개인적 요인, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인, 생활 및 경제활동 요인에 따른 주관적 건강상태의 차이를 파악한다.
- 결혼이주여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## II. 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 결혼이주여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 「2018년 전국다문화가족실태조사」 자료를 활용한 이차자료 분석 연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구에서는 여성가족부가 2018년 8월 9일부터 8월 30일까지 수집한 '2018 전국다문화가족실태조사' 자료를 시용하였다. 전국다문화가족실태조사는 여성가족부와 통계청이 다문화가족지원법 제4조에 따라 3년 주기로 시행하는 국가승인통계자료이며, 조사 목적은 다문화가족에 대한 현황 및 실태를 파악하여 다문화가족 지원을 위한 정책수립 자료로 활용하기 위함이다. 조사는 결혼이주민·귀화자와 그의 배우자 및 만 9세 ~ 24세 청소년 자녀를 대상으로 설문조사표를 이용하여 조

사원이 직접 면접 조사하였다. 본 연구에서는 배우자 및 자녀와의 관계에서 발생하는 건강영향 요인을 고려하기 위하여 배우자와 자녀가 있는 결혼이주여성 9,230명을 대상으로 선정하였다.

### 3. 연구 도구

본 연구에서는 2018년 전국다문화가족실태조사 항목 가운데 주관적 건강상태, 개인적 요인, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인, 생활 및 경제활동 요인에 해당하는 18개 항목으로 구성되었다.

#### 1) 주관적 건강상태

주관적 건강상태는 '귀하의 전반적인 건강상태는 어떻습니까?' 1문항에 대해 5점 척도로 응답하였다. 본 연구에서는 '매우 좋다', '좋다'는 '좋다'로 '보통이다', '나쁜 편이다', '매우 나쁘다'는 '나쁘다'의 이분형 변수로 범주화하였다.

#### 2) 개인적 요인

개인적 요인에는 연령, 학력, 출신국, 국내 체류기간, 우울감을 포함하였다. 이 가운데 학력은 출신국에서 받은 교육 연수를 사용하였으며, 국내 체류기간은 5년 미만, 5년 ~ 10년 미만, 10년 ~ 15년 미만, 15년 이상으로 구분하였다. 우울감은 '지난 1년 동안 지속적으로 2주 이상 일상생활이 어려울 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 적이 있습니까?' 1문항에 대해 4점 척도('그런 적 없다' 1점 ~ '매우 자주 느꼈다' 4점)로 응답하였다. 본 연구에서는 '그런 적 없다'는 '없다'로 '가끔 느꼈다', '자주 느꼈다', '매우 자주 느꼈다'는 '있다'의 이분형 변수로 범주화하였다.

#### 3) 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인

사회 및 커뮤니티 네트워크 요인에는 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도, 양육효능감, 한국어 능력, 차별 경험, 사회적 지지, 사회활동참여 변수를 포함하였다. 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도는 '매우 만족한다', '약간 만족한다'는 '만족한다'로 '보통이다', '별로 만족하지 않는다', '전혀 만족하지 않는다'는 '만족하지 않는다'의 이분형으로 범주화하였다.

양육효능감은 3개 문항(자녀와의 관계에서 생기는 문제에 대한 이해, 좋은 부모가 되는데 필요한 지식과 방법, 자녀가 힘들어 하는 것에 대한 이해)에 대해 5점 척도('매우 그렇다' 1점 ~ '전혀 그렇지 않다' 5점)로 응답한 것을 역코딩 후 합산하여 12점 이상은 '높다', 11점 이하는 '낮다'의 이분형 변수로 처리하였다. 한국어 능력은 말하기, 듣기, 읽기, 쓰기의 4가지 영역을 각각 5점 척도('매우 잘함' 1점 ~ '전혀 못함' 5점)로 응답한 것은 역코딩 후 합산하여 16점 이상은 '높다', 15점 이하는 '낮다'의 이분형 변수로 처리하였다. 차별경험은 '있다'와 '없다'로 이분형으로 처리하였고 사회적 지지는 4개 문항(자신이나 집안의 어려움, 자녀교육, 여가나 취미생활, 몸이 아플 때)에 대해 가족을 제외하고 도움 받을 사람이 있는지 응답하였다. '있다'에 응답한 경우 각각 1점을 부여하여 합산한 점수(0점 ~ 4점)를 사용하였으며, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 사회활동참여는 5개 문항(모국인 친구모임, 지역주민 모임, 종교활동, 민간단체활동, 정치활동)에 대해 '지난 1년간 참여 경험 있다'에 응답한 경우 각각 1점을 부여하여 합산한 점수(0점 ~ 5점)를 사용하였다. 점수가 높을수록 사회활동참여 수준이 높음을 의미한다.

#### 4) 생활 및 경제활동 요인

생활 및 경제활동 요인에는 생활만족도, 경제활동 상태, 사회적 지위, 월 평균 가구소득, 미충족 의료경험 변수를 포함하였다. 생활만족도는 '매우 만족한다', '약간 만족한다'는 '만족한다'로 '보통이다', '별로 만족하지 않는다', '전혀 만족하지 않는다'는 '만족하지 않는다'의 이분형으로 범주화하였다. 경제활동 상태 ('일을 하였다', '일을 하지 않았다'), 지난 1년 동안 아파서 병원에 가고 싶을 때 가지 못한 미충족 의료경험('있다', '없다'), 월평균 가구소득 ('200만원 이상', '200만원 미만'), 사회적 지위는 '상'과 '중'은 '높다', '하'는 '낮다'로 이분형 변수 처리하였다.

#### 4. 윤리적 고려

본 연구에 사용된 자료는 통계청의 국가통계 마이크로 데이터 서비스 시스템(MDIS : <http://mdis.kostat.go.kr/index.do>)에 개인정보가 삭제된 상태로 공개되

어 있는 자료를 다운로드 받아 분석에 사용하였다. 연구자가 소속된 생명윤리위원회(IRB)로부터 심의면제승인(IRB No. 1040198-210406-HR-046-01)을 받았다.

#### 5. 자료 분석

연구 자료는 SPSS/WIN 25.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 개인적 특성, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인, 생활 및 경제활동 요인, 주관적 건강상태는 기술적 통계분석을 이용하였다. 대상자의 일반적 특성, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인, 생활 및 경제활동 요인에 따른 주관적 건강의 차이는 chi-square test, independent t-test를 이용하여 분석하였다. 주관적 건강상태에 미치는 영향요인은 logistic regression model을 이용하여 odds ratios (OR)와 95% confidence intervals (CI)를 추정하였다.

### III. 연구 결과

#### 1. 연구대상자의 특성

개인적 요인으로 연령은 평균  $35.98 \pm 7.73$ 세였으며, 30대가 가장 많았고(47.5%) 40대 이상이 30.7%를 차지했다. 학력은 출신국에서의 교육연수로 평균  $11.32 \pm 3.50$ 년이었다. 출신국은 중국(26.2%)과 베트남(25.8%)이 다수를 차지했다. 체류기간은 5년 이상~10년 미만이 32.3%로 가장 많았으며, 10년 이상~15년 미만 30.7%, 15년 이상 24.3% 순이었다. 지난 1년간 우울 증상을 경험한 여성이 28.5%이었다.

사회 및 커뮤니티 네트워크 요인 가운데 배우자와의 관계 만족도는 77.0%가 만족하였다. 자녀와의 관계 만족도는 90.3%가 만족하였고, 양육효능감은 56.5%가 높다고 응답하였다. 한국어 능력은 53.6%가 낮았고, 차별 경험은 31.0%가 있다고 응답하였으며, 사회적 지지는 4점 만점에  $2.62 \pm 1.57$ 점, 사회활동참여는 5점 만점에  $1.15 \pm 0.96$ 점이었다.

생활 및 경제활동 요인 가운데 생활만족도는 64.5%가 만족하였고, 경제활동 상태는 56.7%가 일을 하었다고 응답하였다. 사회적 지위는 중간이상이 75.8%이었고, 월 평균 가구소득은 86.8%가 200만원 이상이였다.

미충족 의료는 10.7%가 경험한 것으로 나타났다. 주관적 건강상태가 나쁘다는 응답이 23.2%이었다(Table 1).

## 2. 주관적 건강상태와 관련 변수 간의 관계

결혼이주여성의 개인적 요인, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인, 생활 및 경제활동 요인에 따라 주관적 건강상태의 차이가 있는지 분석한 결과는 다음과 같다(Table 2). 개인적 요인으로 분류된 특성 중 연령, 출신국, 체류기간, 우울감에서 주관적 건강상태에 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 군이 좋다고 응답한 군에 비해 40대 이상 연령 비율이 높았고( $p<.001$ ), 체류기간도 15년 이상인 비율이 높았으며( $p<.001$ ), 우울감 비율도 높았다( $p<.001$ ).

사회 및 커뮤니티 네트워크 요인으로 분류된 특성 중 배우자와의 관계 만족도, 자녀와의 관계 만족도, 양육효능감, 한국어 능력, 차별경험, 사회적 지지, 사회활동참여에서 주관적 건강상태에 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 군이 좋다고 응답한 군에 비해 배우자와의 관계( $p<.001$ )와 자녀와의 관계( $p<.001$ )에서 불만족하는 비율이 높았다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 군이 좋다고 응답한 군에 비해 양육효능감이 낮았고( $p<.001$ ), 한국어 능력이 낮았고( $p<.001$ ), 차별을 경험한 비율이 높았고( $p<.001$ ), 사회적 지지 점수가 낮았다( $p<.001$ ). 그러나 사회활동참여 점수( $p<.001$ )는 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 군이 좋다고 응답한 군에 비해 높았다.

생활 및 경제활동 요인으로 분류된 특성 중 생활만족도, 경제활동유무, 사회적 지위, 가구소득, 미충족 의료 경험에서 주관적 건강상태에 차이가 있었다. 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 군이 좋다고 응답한 군에 비해 생활만족도에서 불만족하고( $p<.001$ ), 경제활동을 하며( $p<.001$ ), 사회적 지위가 낮고( $p<.001$ ), 가구소득이 200만원 미만( $p<.001$ ), 미충족 의료경험이 있는( $p<.001$ ) 비율이 높았다.

## 3. 결혼이주여성의 주관적 건강상태의 영향요인

결혼이주여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 주관적 건강상태를 종속변수로, '개

인적 요인', '사회 및 커뮤니티 네트워크 요인', '생활 및 경제활동 요인'의 세 가지 요인에 속하는 17개 변수를 독립변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 시행하였다(Table 3). 개인적 요인 가운데 연령, 출신국, 체류기간, 우울감이 통계적으로 유의한 영향요인이었다. 연령은 29세 이하에 비해 30대(OR 1.26, 95% CI 1.06-1.48), 40대(OR 1.77, 95% CI 1.44-2.17), 50대 이상(OR 3.31, 95% CI 2.49-4.39)의 주관적 건강상태가 나빴다. 필리핀 이주여성에 비해 일본(OR 1.78, 95% CI 1.39-2.30), 중국(OR 1.75, 95% CI 1.42-2.17), 베트남(OR 1.69, 95% CI 1.36-2.10)에서 이주한 여성들의 주관적 건강상태가 나빴다. 체류기간 5년 미만인 경우에 비해 5년~10년 미만(OR 1.30, 95% CI 1.06-1.59), 10년~15년 미만(OR 1.54, 95% CI 1.24-1.92), 15년 이상(OR 1.92, 95% CI 1.51-2.45) 경과한 여성들의 주관적 건강상태가 나빴다. 우울감이 있는 경우(OR 2.25, 95% CI 2.01-2.52), 주관적 건강상태가 나빴다.

사회 및 커뮤니티 네트워크 요인 가운데 배우자와의 관계 만족도, 양육효능감, 한국어 능력, 차별경험, 사회적 지지, 사회활동참여가 통계적으로 유의한 영향요인이었다. 배우자와의 관계에 불만족하는 경우(OR 1.23, 95% CI 1.09-1.40), 양육효능감이 낮은 경우(OR 1.23, 95% CI 1.10-1.38), 한국어 능력이 낮은 경우(OR 1.33, 95% CI 1.18-1.50), 차별경험이 있는 경우(OR 1.18, 95% CI 1.06-1.33), 사회적 지지가 낮을수록(OR 0.92, 95% CI 0.89-0.95), 사회활동참여가 많을수록(OR 1.11, 95% CI 1.05-1.17) 주관적 건강상태가 나빴다.

생활 및 경제활동 요인 가운데 생활만족도와 미충족 의료경험이 통계적으로 유의한 영향요인이었다. 생활만족도에서 불만족하는 경우(OR 1.98, 95% CI 1.76-2.23), 미충족 의료경험이 있는 경우(OR 2.35, 95% CI 2.02-2.73) 주관적 건강상태가 나빴다.

## IV. 논 의

본 연구는 2018년 전국다문화가족실태조사 자료를 사용하여 결혼이주여성의 주관적 건강상태를 파악하고, Dahlgren과 Whitehead (1991)의 '건강의 주요 결정 요인 모형'에 기초하여 개인적, 사회적 및 커뮤니티 네

Table 1. Descriptive Statistics of Marriage Immigrant Women (N=9,230)

Characteristics	Categories	n(%) or Mean±SD
<i>Individual factor</i>		
Age (yrs)	≤29	2005 (21.7)
	30 ~ 39	4384 (47.5)
	40 ~ 49	2348 (25.4)
	≥50	493 ( 5.3)
Education attainment (yrs)	Range (0-22)	11.32±3.50
Ethnic affiliation	Chinese	2421 (26.2)
	Vietnamese	2384 (25.8)
	Filipino	921 (10.0)
	Japanese	745 ( 8.1)
	Other	2759 (29.9)
Duration in South Korea (yrs)	<5	1175 (12.7)
	5 ~ <10	2974 (32.3)
	10 ~ <15	2834 (30.7)
	≥15	2247 (24.3)
Depressive symptoms	Yes	2629 (28.5)
	No	6601 (71.5)
<i>Social and community networks</i>		
Relationship with spouse	Satisfied	7110 (77.0)
	Not satisfied	2120 (23.0)
Relationship with children	Satisfied	8331 (90.3)
	Not satisfied	899 ( 9.7)
Parenting efficacy	High	5212 (56.5)
	Low	4018 (43.5)
Korean proficiency	High	4287 (46.4)
	Low	4943 (53.6)
Perceived discrimination	Yes	2864 (31.0)
	No	6366 (69.0)
Social support	Range (0-4)	2.62±1.57
Social activities	Range (0-5)	1.15±0.96
<i>Living and economic conditions</i>		
Life satisfaction	Satisfied	5950 (64.5)
	Not satisfied	3280 (35.5)
Participating economic activity	Yes	5234 (56.7)
	No	3996 (43.3)
Social status	Middle or Upper	6992 (75.8)
	Lower	2238 (24.2)
Monthly household income (₩10,000)	<200	1216 (13.2)
	≥ 200	8014 (86.8)
Unmet health needs	Yes	991 (10.7)
	No	8239 (89.3)
Self-rated health	Good	7039 (76.8)
	Poor	2191 (23.2)

Table 2. Comparisons of Factors between Good and Poor Self-rated Health

Characteristics	Categories	Total (n=9,230)	Good (n=7,039)	Poor (n=2,191)	X <sup>2</sup> or t (p)
		n(%) or M±SD	n(%) or M±SD	n(%) or M±SD	
<i>Individual factor</i>					
Age (yrs)	≤29	2005 (21.7 )	1684 (23.9 )	321 (14.7)	292.41 (<.001)
	30 ~ 39	4384 (47.5)	3447 (49.0)	937 (42.8)	
	40 ~ 49	2348 (25.4)	1655 (23.5)	693 (31.6)	
	≥50	493 ( 5.3)	253 ( 3.6)	240 (11.0)	
Education attainment (yrs)		11.32±3.50	11.36±3.48	11.20±3.33	-1.90 ( .058)
Ethnic affiliation	Chinese	2421 (26.2)	1770 (25.1)	651 (29.7)	64.55 (<.001)
	Vietnamese	2384 (25.8)	1856 (26.4)	528 (24.1)	
	Filipino	921 (10.0)	735 (10.4)	186 ( 8.5)	
	Japanese	745 ( 8.1)	503 ( 7.1)	242 (11.0)	
	Other	2759 (29.9)	2175 (30.9)	584 (26.7)	
Duration in South Korea (yrs)	<5	1175 (12.7)	1004 (14.3)	171 ( 7.8)	169.56 (<.001)
	5~<10	2974 (32.3)	2381 (33.8)	593 (27.1)	
	10~<15	2834 (30.7)	2131 (30.3)	703 (32.1)	
	≥15	2247 (24.3)	1523 (21.6)	724 (33.0)	
Depressive symptoms	Yes	2629 (28.5)	1587 (22.5)	1042 (47.6)	513.17 (<.001)
	No	6601 (71.5)	5452 (77.5)	1149 (52.4)	
<i>Social and community networks</i>					
Relationship with spouse	Satisfied	7110 (77.0)	5711 (81.1)	1399 (63.9)	282.04 (<.001)
	Not satisfied	2120 (23.0)	1328 (18.9)	792 (36.1)	
Relationship with children	Satisfied	8331 (90.3)	6476 (92.0)	1855 (84.7)	102.32 (<.001)
	Not satisfied	899 ( 9.7)	563 ( 8.0)	336 (15.3)	
Parenting efficacy	High	5212 (56.5)	4190 (59.5)	1022 (46.6)	112.77 (<.001)
	Low	4018 (43.5)	2849 (40.5)	1169 (53.4)	
Korean proficiency	High	4287 (46.4)	3357 (47.7)	930 (42.4)	18.48 (<.001)
	Low	4943 (53.6)	3682 (52.3)	1261 (57.6)	
Perceived discrimination	Yes	2864 (31.0)	2013 (28.6)	851 (38.8)	81.92 (<.001)
	No	6366 (69.0)	5026 (71.4)	1340 (61.2)	
Social support		2.62±1.57	2.63±1.56	2.43±1.57	-6.54 (<.001)
Social activities		1.15±0.96	1.13± .95	1.22±1.01	3.62 (<.001)
<i>Living and economic conditions</i>					
Life satisfaction	Satisfied	5950 (64.5)	4999 (71.0)	951 (43.4)	556.18 (<.001)
	Not satisfied	3280 (35.5)	2040 (29.0)	1240 (56.6)	
Participating economic activity	Yes	5234 (56.7)	3904 (55.5)	1330 (60.7)	18.69 (<.001)
	No	3996 (43.3)	3135 (44.5)	861 (39.3)	
Social status	High	6992 (75.8)	5523 (78.5)	1469 (67.0)	118.55 (<.001)
	Low	2238 (24.2)	1516 (21.5)	722 (33.0)	
Monthly household income (₩10,000)	< 200	1216 (13.2)	843 (12.0 )	373 (17.0)	37.22 (<.001)
	≥ 200	8014 (86.8)	6196 (88.0)	1818 (83.0)	
Unmet health needs	Yes	991 (10.7)	526 ( 7.5)	465 (21.2)	329.65 (<.001)
	No	8239 (89.3)	6513 (92.5)	1726 (78.8)	

● 국내 결혼이주여성의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인 ●

트위크, 생활 및 경제활동 요인의 다차원적 관점에서 주관적 건강상태의 영향요인을 규명하기 위해 시도되었다. 본 연구를 통해 확인된 결혼이주여성의 요인별 건강

관련 영향요인들은 다문화시대에 간호사를 비롯한 건강 관련 프로그램 제공자가 다문화현상에 대한 개념적 이해 수준을 넘어 결혼이주여성에게 요구되는 구체적 건

Table 3. Logistic Regression on Poor Self-rated Health

(N=9,230)

Characteristics	Categories	OR	95% CI		<i>p</i>
			Lower limit	Upper limit	
<i>Individual factor</i>					
Age (yrs) (ref. ≤29)	30 ~ 39	1.26	1.06	1.48	.007
	40 ~ 49	1.77	1.44	2.17	<.001
	≥50	3.31	2.49	4.39	<.001
Education attainment (yrs)	Range(0-22)	0.99	0.98	1.01	.372
Ethnic affiliation (ref. Filipino)	Chinese	1.75	1.42	2.17	<.001
	Vietnamese	1.69	1.36	2.10	<.001
	Japanese	1.78	1.39	2.30	<.001
	Other	1.41	1.15	1.73	.001
Length of stay (yrs) (ref. <5)	5 ~ <10	1.30	1.06	1.59	.011
	10 ~ <15	1.54	1.24	1.92	<.001
	≥15	1.92	1.51	2.45	<.001
Depressive symptom (ref. No)	Yes	2.25	2.01	2.52	<.001
<i>Social and community networks</i>					
Satisfaction with spouse (ref. Satisfied)	Not satisfied	1.23	1.09	1.40	.001
Satisfaction with children (ref. Satisfied)	Not satisfied	1.07	.91	1.27	.407
Parenting efficacy (ref. High)	Low	1.23	1.10	1.38	<.001
Korean proficiency (ref. High)	Low	1.33	1.18	1.50	<.001
Perceived Discrimination (ref. No)	Yes	1.18	1.06	1.33	.004
Social support		0.92	0.89	0.95	<.001
Social activities		1.11	1.05	1.17	<.001
<i>Living and economic conditions</i>					
Life satisfaction (ref. Satisfied)	Not satisfied	1.98	1.76	2.23	<.001
Participating economic activity (ref. Yes)	No	0.91	0.81	1.02	.090
Social status (ref. High)	Low	1.09	0.96	1.23	.171
Monthly family income (₩10,000) (ref. ≥ 200)	< 200	1.15	0.98	1.33	.083
Unmet health needs (ref. No)	Yes	2.35	2.02	2.73	<.001

강프로그램과 간호를 계획하고 제공하는 데에 기초자료를 제공하였다는 데에 의의를 가진다.

본 연구의 첫 번째 목적은 결혼이주여성의 주관적 건강상태를 파악하는 것이다. 본 연구결과 결혼이주여성의 23.2%가 자신의 건강이 나쁘다고 인지하였다. 이는 2019년 국민건강영양조사에서 19세 이상 한국인 성인 여성의 69.6% 이상이 주관적 건강이 나쁘다고 인지한 것(Korea Disease Control and Prevention Agency, 2019)과 비교하여 월등히 좋은 수준이다. 국내외 이주민과 비교하면, 스페인의 이주민은 17.6% (Agudelo-Suárez et al., 2011), 미국의 이주민은 9%~13% (Alang, McCreedy, & McAlpine, 2015; Lu, Denier, Wang, & Kaushal, 2017)가 주관적 건강상태가 나쁘다고 인지하여 본 연구대상자의 주관적 건강상태가 더 취약했다. 그러나 국내 이주근로자(Chae et al., 2019)와 결혼이주여성(Yun & Kang, 2015)은 주관적 건강상태가 나쁘다고 인지하는 비율이 각각 24.1%와 28.5%로 본 연구대상자의 건강상태가 더 좋거나 유사하였다.

그러나 주관적 건강상태의 인지율을 단순 비교하는 것에는 여러 제한점이 있다. 선행연구들에서 연령은 주관적 건강상태와 높은 관련성을 보였으며, 연령이 증가할수록 주관적 건강상태가 좋지 않았다(Yun & Kang, 2015). 본 연구에서 결혼이주여성이 한국인 여성에 비해 젊은 연령층이 많았던 것이 이유일 것이다. 즉, 40대 이상 연령층의 비율이 2019년 국민건강영양조사에서는 75.1% (Korea Disease Control and Prevention Agency, 2019)인 반면 본 연구에서는 29.8%로 훨씬 낮았다. 미국의 국가건강조사에서는 주관적 건강상태를 Poor-Fair-Good-Very Good-Excellent의 5점 척도를 사용하고, Alang 등(2015)과 Lu 등(2017)의 연구에서는 Poor와 Fair의 응답을 나쁨으로 분류하였다. 또한 본 연구대상자가 Yun과 Kang (2015)의 연구에서 분석한 결혼이주여성들에 비해 연령이 높고, 체류기간이 길었음에도 불구하고 주관적 건강상태가 좋았던 것은 대상자 선정의 차이 때문인 것으로 추정된다. Yun과 Kang (2015)은 베트남, 중국, 필리핀, 캄보디아, 중국(한국계) 여성을 대상으로 하였기 때문에, 일본, 서구 유럽, 북미계 출신국 여성은 제외되었다. 문화적 배경에 따라 건강을 신체적, 정신적, 사회적 관계를 포함하는

개념으로 이해하기도 하고 단순히 질병이 없는 상태로 이해할 수 있다(Kim & Khang, 2020). 일례로 한국인과 일본인의 주관적 건강상태가 상대적으로 낮은 경향이 있으며 이는 과도한 의료이용, 지나친 비교성향에 따른 것으로 추정하기도 한다(Kim & Khang, 2019). 그 밖에도 대다수의 결혼이주여성이 더 나은 삶의 기회를 얻기 위하여 이주한 반면, 일본 여성은 특정 종교를 매개로 선진국에서 이주하여 이주의 동기에도 차이가 있다(Kang et al, 2018).

결혼이주여성의 건강상태에서 추가로 주목할 점은 본 연구대상자가 2019년 국민건강영양조사(Korea Disease Control and Prevention Agency, 2019)의 한국인 여성들에 비해 상대적으로 젊은 연령층에 속함에도 불구하고 우울감은 더 높았다. 우울감 경험률이 한국인 성인 여성은 12.5%이었지만(Korea Disease Control and Prevention Agency, 2019), 결혼이주여성은 28.5%로 2배 이상 높았다. 본 연구대상자의 대다수가 30~40대인 점을 고려하여, 30~40대 한국인 여성의 우울감 경험률(8.7%~9.1%), 19~64세 한국인 여성의 우울감 경험률(12.3%)과 비교하면 더 큰 차이를 보였다. 유럽 11개 국가에 거주하는 50세 이상 이주민의 우울 발생은 24.7%였으며, 정주민에 비해 우울 발생 위험이 1.42배 높았다(Aichberger et al., 2010). 이주는 더 나은 삶의 기회를 제공하지만 동시에 실패, 상실, 개인적 네트워크 약화의 위험도 동반한다. 국내 결혼이주여성의 우울감 경험률은 한국인, 유럽의 이주민과 비교할 때 더 취약한 것으로 나타나, 이들에 대한 정신건강 지원을 강화하고 문화에 적절한 서비스를 개발하기 위한 보건의료 정책과 프로그램이 요구된다.

주관적 건강상태에 영향을 미치는 개인적 요인은 연령, 출신국, 체류기간, 우울감이었다. 출신국의 경우, 필리핀 여성에 비해 일본, 중국, 베트남 순으로 나쁘다고 인지하는 비율이 높았다. 연령이 많고, 체류기간이 길고, 우울감이 있는 경우 주관적 건강상태가 나쁠 확률이 높았다. 연령은 50대 이상인 경우 29세 미만에 비해 주관적 건강상태가 나쁠 odds가 3.31배 높았다. 체류기간이 15년 이상인 경우 5년 미만에 비해 2배 가까이 주관적 건강이 나쁘다고 인식하였다. 이러한 결과는 국내 이주민을 대상으로 한 선행연구 결과들과 유사하였고(Chae et al., 2019; Yun & Kang, 2015), 이주민의

연령이 높아지고 체류기간이 길어질수록 이주민의 건강이점이 사라지고 원주민의 건강수준으로 수렴되는 현상을 보인다는 국외 연구들에 부합하였다(Kim et al., 2013; Vissandjee et al., 2004).

사회 및 커뮤니티 네트워크 요인 가운데 배우자와의 관계만족도와 양육효능감이 낮고, 한국어 능력이 낮고, 차별경험이 있고, 사회적 지지가 낮을수록, 사회활동참여는 많을수록 주관적 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다. 결혼이주여성은 출신국을 떠나 다른 문화를 가진 사회에 이주하여 결혼을 통해 맺어진 새로운 가족과 사회의 구성원으로서 타인과 관계를 맺고 살아간다. 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인으로 분류된 변수들은 여성결혼이주민이 이주국의 주류사회에 적응하고 통합되는 과정을 도울 수 있는 의미 있는 정보를 제공한다. 선행연구들에서 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인은 변수별로 각기 다양한 결과를 보여주고 있다(Choi & Kim, 2020; Kim, 2014; Kim, Lim & Lee, 2014; Yun & Kang, 2015). Yun과 Kang (2015)의 연구에서 결혼이주여성은 배우자와 자녀와의 관계 만족도가 높을수록, 모국인 친구모임을 가지는 경우 주관적 건강상태가 좋았지만, 지역주민 모임을 가지는 경우는 주관적 건강상태가 좋지 않았다. 한편, 2012년 전국다문화가족실태조사를 이용한 선행연구들(Kim, W. J., 2014; Kim, W. et al., 2014)에서는 사회참여활동(취업활동, 지역사회활동, 이의단체활동) 가운데 지역사회활동과 이의단체활동이 왕성할수록 건강이 나쁘다고 보고했다. 즉, 왕성한 사회활동 참여가 주류사회 통합으로 이어지기보다는 차별적 관행과 제도 등이 건강에 부정적 영향을 미친 것으로 추정하였다. 또한, 이주민의 체류기간이 장기화되면서 한국어 능력이 향상되지만, 자녀양육관련 활동, 지역사회활동, 경제활동 등에 참여하기 위해서는 주류사회로부터 더 높은 수준의 한국어 능력을 요구받고 있으며, 건강상태와의 관계에서 매개변수로 작용하였다(Choi & Kim, 2020). 즉, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인의 주요 변수들은 주관적 건강상태에 직접적 영향요인이기도 하고 때로는 매개변수와 같이 간접적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

본 연구에서 대상자의 사회적 지지와 사회활동참여를 점수화한 결과 각각 2.62점(4점 만점)과 1.15점(5점 만점)으로 사회적으로 타인과 관계를 맺고 활동하는 사

회적 네트워크가 저조하고 취약한 것으로 나타났다. 물론, 본 연구는 사회활동참여를 유형화하고 세분화하여 분석하지 못했다는 한계가 있으나 사회적 지지나 사회활동참여가 없는 고립상태에 있는 대상자도 상당 수 있을 가능성이 있다. Park, Hwang, Ko와 Lee (2019)는 본 연구의 사회활동참여에 해당하는 사회적 관계를 세 가지 유형 - 모국인, 모국인과 한국인, 한국인 - 으로 분류하여 분석하였는데 모국인과 한국인 모두와 사회적 관계를 맺고 있을 때 주관적 건강상태의 수준을 긍정적으로 높이는 효과가 가장 큰 것으로 보고하였다. Yu와 Kim (2018)은 여성결혼이주민의 사회문화적 적응에 관한 연구에서 모국인과의 관계가 사회문화적 적응에 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 분석하였으며 모국의 문화정체성이 강할수록 사회문화적 어려움이 많다고 지적하였다. 이러한 결과에 대하여 Yu와 Kim (2018)은 모국의 문화정체성을 유지하면서 이주국의 문화정체성을 수용하는 방향으로 가야 한다고 제안하고 있다. 따라서 상대적으로 사회활동참여가 낮은 결혼이주여성의 특성에 맞는 적절한 사회적 지지와 사회활동참여의 기회를 제공할 수 있도록 방안을 모색해야 할 것이다.

생활 및 경제활동 요인의 특성 중 생활만족도와 미충족 의료경험이 유의한 영향요인이었다. 이는 선행연구들(Chae et al., 2019; Kim & Lee, 2013; Yun & Kang, 2015)에서 보고한 것과 동일하다. 본 연구 대상자의 35.5%가 생활에 만족하지 않는 것으로 나타났다. 이는 이주노동자의 20.3% (Chae et al., 2019)가 생활에 만족하지 않은 것에 비해 높았으나, 2012년 전국다문화가족실태조사 자료를 사용한 연구 (Yun & Kang, 2015)에서 보고한 40.1%의 비율과 비교하면 다소 긍정적이었다. 또한, 본 연구대상자의 10.7%가 미충족 의료경험을 보고하였다. 이는 이주노동자의 6.0% (Chae et al., 2019), 2009년 전국다문화가족실태조사를 이용한 분석(Kim & Lee, 2013)에서 9.9%가 미충족 의료경험이 있었던 것에 비하면 열악한 수준이다. 생활만족도나 미충족 의료경험은 개별적 변수로서 주관적 건강상태에 영향을 미치기 보다는 연령, 출신국, 거주기간, 사회활동 수준, 소득수준, 경제활동 상태 등 다양한 요인들이 복합적으로 작용한다고 보고되고 있다(Kim & Lee, 2013; Kim & Wee, 2018; Yun & Kang, 2015). 그러나 본 연구에서는 대상자의 생활만족도와 미충족 의

료경험의 이유나 발생기전에 대하여 상세하게 분석하지 못했다는 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 생활만족도와 미충족 의료경험은 결혼이주여성이 주류사회 적응과정에서 발생하는 신체적, 정신적 건강 문제의 원인과 해결 수단이 될 수 있으므로 이를 지원할 수 있는 구체적인 방법을 찾아 정책화할 필요가 있다.

한편, 생활 및 경제활동 요인 특성 중 경제활동 여부, 사회적 지위, 가구소득 등은 차이분석에서 통계적으로 유의하였으나 회귀분석결과 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 선행연구들(Kim, 2014; Kim & Khang, 2019; Yun & Kang, 2015)에서 경제활동 여부, 사회적 지위, 가구소득 등은 영향요인으로 확인된 바가 있다. 연구결과가 다르게 분석되는 이유는 본 연구의 경제활동 여부는 취업상태를 묻는 것이 아니라 '돈을 벌기 위하여 일을 하였거나, 돈을 받지 않고 가족이 경영하는 가게나 공장, 농장에서 일을 하였는지'를 모두 포함하고 있어 다른 선행연구들의 취업상태 또는 직업 유무로 파악한 경제활동과는 차이가 있기 때문일 것이다. Kim과 Khang (2019)은 한국은 전통적으로 결혼하게 되면 가족 내 권력구조나 성역할규범에 의해 남성은 각종 가사노동과 정서적, 사회적 지지 등 더 많은 수혜를 입게 되지만, 여성은 비공식적 노동이 증가하고 사회적 참여가 장려되지 않고 가구소득에 대한 접근도 떨어지기 때문에 여성의 주관적 건강상태에 부정적인 영향을 준다고 해석하였다. 이러한 맥락에서 볼 때, 결혼이주여성은 남성에 비해 여성이 지닌 취약성과 주류사회 구성원에 비해 이주민으로서 취약성이라는 이중의 열악한 상황에 있다고 할 수 있다. 따라서 결혼이주여성의 건강과 건강한 사회적응을 돕기 위해서는 영향요인으로 확인된 개인적 요인, 사회 및 커뮤니티 네트워크 요인, 생활 및 경제활동 요인들에 대하여 세분화되고 통합적인 접근이 필요하다.

## V. 결 론

본 연구결과 국내 결혼이주여성의 23.2%가 자신의 건강이 나쁘다고 인지하였다. 결혼이주여성의 주관적 건강상태는 개인(연령, 출신국, 체류기간, 우울), 사회 및 네트워크(배우자와의 관계 만족도, 양육효능감, 한국어 능력, 차별경험, 사회적 지지, 사회활동참여), 생활

및 경제활동(생활만족도, 미충족 의료경험) 차원에 속하는 다양한 요인들이 유의한 영향을 미쳤다. 결혼이주여성은 연령이 높아지고 체류기간이 증가하면서 건강에 대한 이점이 사라지는 양상을 보였다. 결혼이주여성의 28.5%가 우울감, 10.7%가 미충족 의료를 경험하였다. 50대 이상, 체류기간 15년 이상, 우울감 경험, 미충족 의료경험, 낮은 삶의 만족도는 주관적 건강상태가 나쁜 위험이 약 2배 이상 높았다. 따라서 결혼이주여성의 건강을 위해서는 한국생활 정착과 적응, 출산양육을 돕기 위한 정책뿐만 아니라 연령, 체류기간, 출신국가를 고려한 세분화된 건강정책이 필요하다. 특히 중년기 이후 결혼이주여성의 건강이 급속히 악화하는 것을 예방하기 위해서는 보건소, 다문화가족지원센터, 정신건강복지센터를 연계한 적절한 공공 정신건강 서비스 제공, 결혼이주여성의 정신건강문제에 대한 인식 개선 활동 등을 포함한 정신건강 지원 대책을 마련해야 할 것이다. 또한 의료기관 이용 접근성을 높이기 위하여 결혼이주여성의 건강정보 이해 및 활용능력 제고와 보건의료인 및 의료기관의 문화역량 제고를 위한 체계적인 개선이 요구된다. 또한, 간호실무현장에서 간호사는 결혼이주여성을 대상으로 여성으로서 생애주기에 따른 특성뿐만 아니라 이주민으로서의 특성을 고려하여 요구에 부응하는 건강관리 프로그램 및 간호를 제공할 수 있어야 하며, 이를 위해서는 단순히 다문화에 대한 개념적 이해 수준을 넘어 본 연구결과에서 나타난 건강상태의 영향요인을 중심으로 보다 정교한 접근을 할 수 있도록 준비되어야 할 것이다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가진다. 첫째, '건강의 주요결정 요인 모형'에 포함되어 있는 식습관, 운동, 흡연, 음주와 같은 생활양식 요인은 분석에 포함하지 못했다. 둘째, 본 연구는 2018년 전국다문화가족실태조사 자료를 활용한 횡단적 연구이다. 결혼이주여성의 건강은 출신국가의 건강에 대한 사회문화적 인식, 이주 전후의 사회경제적 상태 등 여러 요인들이 상호 복합적으로 영향을 미칠 수 있으나 이러한 요인들을 고려하지 못하였다. 향후 국내 이주민의 건강상태의 변화를 파악하기 위해서는 종단적 연구설계를 통해 출신국가, 성별, 이주 전후 사회경제적 상태 등을 고려하여 국내 입국 시점부터 건강상태의 변화경로를 탐색하는 것이 필요하다.

## References

- Acevedo-Garcia, D., Bates, L. M., Osypuk, T. L., & McArdle, N. (2010). The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003-2007. *Social science & medicine*, 71(6), 1161-1172.  
<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.034>
- Agudelo-Suárez, A. A., Ronda-Pérez, E., Gil-González, D., Vives-Cases, C., García, A. M., Ruiz-Frutos, C., Felt, E., & Benavides, F. G. (2011). The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC public health*, 11, 652.  
<http://doi.org/10.1186/1471-2458-11-652>
- Aichberger, M. C., Schouler-Ocak, M., Mundt, A., Busch, M. A., Nickels, E., Heimann, H. M., & Rapp, M. A. (2010). Depression in middle-aged and older first generation migrants in Europe: results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *European Psychiatry*, 25(8), 468-475.  
<http://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.11.009>
- Alang, S. M., McCreedy, E. M., & McAlpine, D. D. (2015). Race, ethnicity, and self-rated health among immigrants in the United States. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 2(4), 565-572.  
<http://doi.org/10.1007/s40615-015-0106-y>
- Chae, D., Kim, J., Asami, K., & Kim, J. (2019). Factors associated with the self-rated health of migrant workers in Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, 36(3), 37-50.  
<http://doi.org/10.14367/kjhep.2019.36.3.37>
- Chang, H. C., & Wallace, S. P. (2016). Migration processes and self-rated health among marriage migrants in South Korea. *Ethnicity & Health*, 21(1), 20-38.  
<http://doi.org/10.1080/13557858.2014.992299>
- Choi, Y., & Kim, J. (2020). Study on the life cycle of married immigrant woman for Korean language education. *The Journal of Humanities and Social Science* 21, 11(1), 1-16.  
<http://dx.doi.org/10.22143/HSS21.11.1.1>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies, 1-69.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), 267-275.  
<http://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x>
- Detollenaere, J., Baert, S., & Willems, S. (2018). Association between cultural distance and migrant self-rated health. *The European Journal of Health Economics*, 19(2), 257-266.  
<http://doi.org/10.1007/s10198-017-0881-y>
- Henriksson, P., Soderstrom, E., Blomberg, M., Nowicka, P., Petersson, K., Thomas, K., Bendtsen, M., Estevez-Lopez, F., & Lof, M. (2020). Self-rated health in migrant and non-migrant women before, during and after pregnancy: A population-based study of 0.5 million pregnancies from the Swedish pregnancy register. *Journal of clinical medicine*, 9(6), 1764.  
<https://doi.org/10.3390/jcm9061764>
- Kang, D. K., Jung, Y. T., Park M., & Jang, J. (2018). *Migration Trend of Korea, 2018. IOM MRTC Collection of Migration Policy* (No. 07), Goyang-si: IOM Migration Research and Training Centre.

- Kim, E., & Wee, H. (2018). Gender differences in health status, health behavior and disease prevalence of multi-cultural family. *Health Communication, the Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare*, 13(2), 103-108.  
<http://doi.org/10.15715/kjhcom.2018.13.2.103>
- Kim, H. (2013). Health problems and policy tasks of multicultural families. *Issue & Focus*, 185, 1-8. Retrieved May 15, 2021 from <https://www.kihasa.re.kr/publish/regular/focus/view?seq=24879&page=1>
- Kim, I. H., Carrasco, C., Muntaner, C., McKenzie, K., & Noh, S. (2013). Ethnicity and postmigration health trajectory in new immigrants to Canada. *American Journal of Public Health*, 103(4), e96-e104.  
<http://doi.org/10.2105/AJPH.2012.301185>
- Kim, M., & Khang, Y. H. (2019). Why do Japan and South Korea record very low levels of perceived health despite having very high life expectancies? *Yonsei Medical Journal*, 60(10), 998-1003.  
<http://doi.org/10.3349/ymj.2019.60.10.998>
- Kim, M., & Khang Y. H. (2020). Different family policies and gendered trajectory of self-rated health: Comparison of the middle-aged adults in Denmark, Germany, and South Korea. *Health and Social Welfare Review*, 44(4), 12-49.  
<http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2020.40.4.12>
- Kim, S., & Lee, C. (2013). Analysis of factors affecting unmet healthcare needs of married immigrant women. *Journal of Korea Academy of Nursing*, 43(6), 770-780.  
<https://doi.org/10.4040/jkan.2013.43.6.770>
- Kim, W., Lim, D. K., & Lee, S. (2014). The effects of social participation on self-rated health among female marriage immigrants: The mediating role of perceived discrimination. *Journal of Community Welfare*, 51, 25-49.  
<http://dx.doi.org/10.15300/jcw.2014.51.4.25>
- Kim, W. J. (2014). Social participation and health among female marriage immigrants in South Korea. *Journal of Community Welfare*, 48, 77-103.
- Korea Disease Control and Prevention Agency (2019). *Korea National Statistics 2019: Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES VIII-1)*. Retrieved May 15, 2021 from [https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub04/sub04\\_04\\_01.do](https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/sub04/sub04_04_01.do)
- Lu, Y., Denier, N., Wang, J. S. H., & Kaushal, N. (2017). Unhealthy assimilation or persistent health advantage? A longitudinal analysis of immigrant health in the United States. *Social Science & Medicine*, 195, 105-114.  
<http://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.019>
- Ministry of Justice (2020). *Korea immigration service statistics 2019*. Retrieved May 15, 2021 from <https://www.immigration.go.kr/immigration/1570/subview.do>
- Ministry of the Interior and Safety (2020). *Current status of foreign residents of local governments 2019*. Retrieved May 15, 2021 from [https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR\\_00000000014&nttId=80781](https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_00000000014&nttId=80781)
- Park, S., Hwang, I., Ko, B., & Lee, T. (2019). The effect of social capital on self-rated health among immigrants in South Korea. *Health and Social Welfare Review*, 39(1), 166-199.  
<http://doi.org/10.15709/hswr.2019.39.1.166>
- Statistics Korea (2021). *Marriage and divorce statistics 2020*. Retrieved May 15, 2021 from [https://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=388686](https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=388686)

- Yu, S., & Kim, W. (2018). A study on the factors affecting sociocultural adaptation of female marriage migrants in Korea. *Journal of Diaspora Studies*, 12(1), 251-305.
- Yun, J. & Kang, H. (2015). Factors influencing married immigrant women's perceived health status: The national survey of multicultural families, *Korean Journal of Women Health Nursing*, 21(1), pp 32-42.  
<http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2015.21.1.32>
- Vang, Z. M., Sigouin, J., Flenon, A., & Gagnon, A. (2017). Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada. *Ethnicity & Health*, 22(3), 209-241.  
<http://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518>
- Vissandjee, B., Desmeules, M., Cao, Z., Abdool, S., & Kazanjian, A. (2004). Integrating ethnicity and migration as determinants of Canadian women's health. *BMC Women's Health*, 4(1), S32.  
<http://doi.org/10.1186/1472-6874-4-S1-S32>

ABSTRACT

## Factors associated with the self-rated health of married immigrant women in South Korea.\*

Chae, Duckhee (Associate Professor, College of Nursing, Chonnam National University)

Kang, Kyeong Hwa (Professor, School of Nursing, Hallym University/Research Institute of Nursing Science, Hallym University)

Purpose: This study aimed to identify factors associated with the self-rated health of married immigrant women in South Korea. Methods: Data, collected in August 2018, were derived from the 2018 National Multicultural Family Survey. Study subjects were 9,230 married immigrant women. Data were analyzed using logistic regression. Results: Of the study subjects, 23.2% rated their health as poor. Results showed that individual factors (age, ethnic affiliation, duration in South Korea, and depressive symptoms); social and community networks (relationship with spouse, parenting efficacy, Korean proficiency, perceived discrimination, social support, and social activities); and living and working conditions (life satisfaction and unmet health needs) were associated with health. Married immigrant women in their 50s or older, living in Korea for more than 15 years, experiencing depressive symptoms, low life satisfaction, and having unmet health needs were especially at high risk of poor health. Conclusion: More detailed health policy that considers age, length of stay, and country of origin. To prevent the rapidly deteriorating health of married immigrant women after middle age, mental health support should be given priority, and systematic improvement is needed to increase accessibility healthcare services.

**Key words** : marriage, immigrants, women, health

\* This study was financially supported by Chonnam National University (Grant number: 2020-1848).