여성결혼이민자의 보건의료이용 실태 및 영향요인 분석

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 수 희

여성결혼이민자의 보건의료이용 실태 및 영향요인 분석

지도 이 정 열 교수

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2012년 8월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

김 수 희

김수희의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 이 정 열 인

심사위원 이 태 화 인

심사위원 이 성 은 인

연세대학교 대학원

2012년 8월 일

감사의 글

어둠 속에서 빛의 세계로 저를 인도해주시고, 어려운 과정을 무사히 마칠 수 있도록 지혜와 용기를 주신 사랑의 하나님께 깊은 감사와 찬양을 드립니다. 또한 부족함이 많은 저에게 격려와 보살핌을 주신 모든 분들께 감사의 인사를 드립니다.

늘 제 마음 속의 표상이시면서 명쾌하고 열정적이신 이정열 교수님, 논문이 완성되기까지 이끌어주시고 세심하게 지도해주심에 깊은 감사를 드립니다. 논리적인 안목으로 논문의 필요성부터 논의까지 연구 전반에 걸쳐 꼼꼼하게 검토해 주시고 아낌없이 조언해 주신 이태화 교수님, 한결같은 믿음으로 저를 격려해주시고 결혼이민자에 대한 깊은 안목과 예리함으로 연구를 풍부하게 해 주신 이성은 교수님께도 감사의 인사를 드립니다.

따뜻한 마음으로 격려해 주시고 용기를 주셨던 김인숙, 김광숙, 조은희, 이현경 교수님들과 가장 가까운 곳에서 가장 많은 시간을 함께 보내며 힘이 되어준 이경은, 김신혜, 권석현, 임사라 조교 선생님들에게도 진심으로 감사드립니다. 또한 논문과정 동안 같은 목표를 향해 나아가며 서로에게 힘이 되고 격려해 준 김규현, 마유미, 김호곤, 이지선 선생님들과 공부하는 친구에게 한결같은 관심과 따뜻한 위로로 응원해 준 영원한 친구들, 수정, 혜영, 민경, 정경에게도 감사의 인사를 드립니다.

초조함과 걱정으로 바로서지 못할 때 흔들림 없는 믿음과 사랑으로 격려해주신 방현수 목사님, 따뜻한 관심과 보살핌으로 어렵고 힘든 고비마다 기도로 응원해준 예사담교회의 모든 성도들에게도 진심으로 감사드립니다. 또한 오늘이 있기까지 저를 아낌없이 믿어주시고 응원해주시는 부모님, 다른 누구보다도 동생을 아끼고 사랑하는 수현 오빠에게 감사와 사랑을 전합니다.

앞으로 더디더라도 꾸준하게 배움과 연구에 정진하며 다른 사람에게 도움을 줄 수 있는 간호학자가 될 것을 약속드리며, 이 논문을 바칩니다.

2012년 7월

김 수 희 올림

차 례

표차례 ····· iv

그림차례 ····· iv

부록차례 ····· iv

국문요약 ····· v

Ⅰ. 서론 ····· 1

1. 연구의 필요성 ····· 1

2. 연구의 목적 ····· 3

3. 용어의 정의 ····· 3

Ⅱ. 문헌고찰 ····· 5

1. 여성결혼이민자의 개념 및 현황 ····· 5

1) 여성결혼이민자의 개념 ····· 5

2) 여성결혼이민자의 현황 ····· 6

2. 여성결혼이민자의 건강상태 ····· 7

3. 여성결혼이민자의 보건의료이용 ····· 9

1) 보건의료이용과 미충족 의료 ····· 9

2) 여성결혼이민자의 보건의료이용 ····· 10

Ⅲ. 연구의 개념적 기틀 ····· 13

Ⅳ. 연구방법 ····· 15

1. 연구설계 ····· 15

2. 연구자료 및 대상 ····· 15

3. 변수선정 ····· 17
1) 종속변수 ····· 17
2) 독립변수 ····· 17
3) 의료기관 이용 시 힘든 점 ····· 20
4. 자료분석방법 ····· 20

Ⅴ. 연구결과 ····· 21
1. 대상자 특성 ····· 21
1) 일반적 특성 ····· 21
2) 보건의료이용 현황 ····· 23
2. 일반적 특성에 따른 보건의료이용 관련성 ····· 24
1) 일반적 특성에 따른 병·의원 이용 ····· 24
2) 일반적 특성에 따른 보건소 이용 ····· 26
3) 일반적 특성에 따른 미충족 의료 경험 ····· 28
3. 보건의료이용에 영향을 미치는 요인 ····· 30
1) 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인 ····· 31
2) 보건소 이용에 영향을 미치는 요인 ····· 33
3) 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인 ····· 35

Ⅵ. 논의 ····· 37
1. 여성결혼이민자의 보건의료이용 ····· 37
2. 여성결혼이민자의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인 ····· 40
1) 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인 ····· 40
2) 보건소 이용에 영향을 미치는 요인 ····· 43
3) 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인 ····· 45
3. 연구의 의의 ····· 48
1) 간호이론 측면 ····· 48

2) 간호연구 측면 ····· 48
3) 간호실무 측면 ····· 48
4. 연구의 제한점 ····· 49

Ⅶ. 결론 및 제언 ····· 51
1. 결론 ····· 51
2. 제언 ····· 54

참고문헌 ····· 56

ABSTRACT ····· 62

표 차 례

표 1. 일반적 특성 ····· 22
표 2. 보건의료이용 현황 ····· 23
표 3. 일반적 특성에 따른 병·의원 이용 ····· 25
표 4. 일반적 특성에 따른 보건소 이용 ····· 27
표 5. 일반적 특성에 따른 미충족 의료 경험 ····· 29
표 6. 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인 ····· 32
표 7. 보건소 이용에 영향을 미치는 요인 ····· 34
표 8. 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인 ····· 36

그 림 차 례

그림 1. Andersen의 의료이용 행동모형(Behavioral Model of Health Services Use) ····· 13
그림 2. 연구의 개념적 기틀 ····· 14
그림 3. 연구 대상자 ····· 16

부 록 차 례

부록 1. 연구윤리심의위원회 승인허가서 ····· 61

국 문 요 약

여성결혼이민자의 보건의료이용 실태 및 영향요인 분석

본 연구는 Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 우리나라에서 전국적으로 시행된 2009년 다문화가족실태조사 자료를 활용하여 여성결혼이민자의 보건의료이용 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구이다. 대상자는 58,735명이며, 응답률에 따른 가중치를 적용하여 PASW statistics 18.0 프로그램으로 분석하였다.

본 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 대상자의 연령은 평균 33.3±9.3세이며, 교육수준은 고등학교 졸업이 42.6%, 직업 보유율은 36.0%이었다. 출신국의 경우 중국(조선족) 29.3%, 중국(한족 등) 27.8%, 베트남 21.0% 순이고, 거주기간은 평균 60.5±51.0개월이며, 월수입은 100~200만원 미만이 44.7%이었고, 건강보험 가입자는 77.9%, 도시(동) 거주자는 70.5%, 중간 정도의 한국어 실력은 50.9%이었다. 또한 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 자는 53.8%이며. 11.8%에서 지난 2주간 유병 경험이 있었다고 응답하였다.
2. 대상자들이 아플 때 주로 이용한 곳은 병·의원 73.6%, 약국 11.9%, 한의원 5.8%, 보건소 4.6% 순이었고, 보건의료기관을 이용하는데 힘든 점으로는 의사소통의 어려움이 40.5%이며, 미충족 의료 경험은 9.9%이었다.
3. 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 연령이 젊을수록(OR=1.12), 교육수준(OR=1.03) 및 거주기간(OR=1.18), 가구소득(OR=1.08), 한국어 실력(OR=1.15)이 증가할수록 병·의원 이용 확률이 높았다. 또한 직업이 없는 경우(OR=1.15), 농촌에 사는 경우(OR=1.07), 지난 2주간 유병 경험이 있던 경우(OR=1.52) 병·의원 이용 확률이 높았다. 중국(조선족)출신을 기준으로 베트남(OR=1.89), 필리핀(OR=2.29) 출신인 경우와 의료보장유형 미가입자 기준으로 건강보험 가입자(OR=1.93)와 의료보호

수혜자(OR=1.40)인 경우에 병·의원 이용 확률이 높았다.

4. 보건소 이용에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 교육수준(OR=1.08) 및 거주기간(OR=1.19)과 가구소득(OR=1.29)이 감소할수록 보건소 이용 확률이 높았고, 농촌에 사는 경우(OR=1.95)와 직업이 없는 경우(OR=1.16)에 보건소 이용 확률이 높았다. 건강보험 가입자를 기준으로 미가입자인 경우(OR=1.22)와 중국(조선족) 출신 기준으로 중국(한족 등)(OR=1.80), 베트남(OR=1.49), 필리핀(OR=1.99), 일본(OR=1.98) 출신인 경우에 보건소 이용 확률이 높았다.
5. 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 연령(OR=1.05)과 가구소득(OR=2.21), 주관적 건강상태(OR=2.17)는 낮아질수록, 교육수준(OR=1.16) 및 거주기간(OR=1.27)은 증가할수록 미충족 의료 경험 확률이 높았다. 또한 직업(OR=1.10) 및 지난 2주간 유병 경험이 있는 경우(OR=1.88), 건강보험 가입에 비해 미가입자인 경우(OR=1.37), 도시에 사는 경우(OR=1.28) 미충족 의료 경험 확률이 높았고, 중국(조선족) 출신 기준으로 베트남 출신(OR=0.58)은 낮은 반면 일본 출신(OR=1.50)인 경우에는 미충족 의료 경험 확률이 높았다.

이상의 연구결과를 통하여 여성결혼이민자의 보건의료이용에는 다양한 요인들이 서로 복잡한 상호작용을 하고 있음이 확인되었다. 여성결혼이민자는 분만 및 산전관리 기간 동안 보건의료이용에 대한 높은 요구를 보였고, 이와 더불어 이들의 다양한 출신국에 따른 동일하지 않은 보건의료체계 및 건강에 대한 사회문화적 인식의 차이로 인하여 국내의 보건의료이용에 대한 다른 경험과 경향을 가지고 있음을 알 수 있었다. 이에 병·의원 및 보건소 간호사들은 이러한 독특한 특성을 고려한 간호의 방향을 설정하여 질 높은 간호를 제공함으로써 그들의 보건의료이용을 증가시키고 미충족 의료 경험을 감소시켜 궁극적으로는 그들의 건강상태를 향상시키는데 기여할 것이다.

핵심되는 말 : 여성결혼이민자, 국제결혼 이주여성, 다문화가정 이주여성,
보건의료이용, 미충족 의료

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

한국은 국제적 지위향상 및 세계화에 따른 국가 간 물적·인적 교류 활성화, 온라인상 정보공유의 확산, 외국인에 대한 거부감 감소 및 가치관 변화 등으로 국제결혼이 빠른 속도로 증가하고 있다(김유경, 2009). 국제결혼의 건수를 살펴보면 2000년 11,605건에서 지속적으로 증가하여 2010년은 34,235건으로 국내 총 혼인건수(326,104건) 대비 국제결혼 구성비는 약 10.5%로 신혼부부 10쌍 중 1쌍 이상이 다문화가정을 꾸릴 정도로 국제결혼이 보편화되었다(통계청, 2011a; 통계청, 2011b).

국제결혼으로 인한 이민자 및 이민자 자녀들의 증가는 우리나라 인구집단의 두드러진 변화로, 이제는 다양한 인종과 문화를 지닌 새로운 인구집단의 요구에 민감한 건강서비스를 제공해야하는 시점이라고 할 수 있다(최지원, 이현경, & 채덕희, 2011). 특히 여성결혼이민자들은 대부분이 가임기 여성으로 임신과 출산의 과정을 경험하면서 신체적, 정신적 건강의 위험에 노출되므로 건강관리가 절대적으로 필요한 대상이다(양숙자, 2010). 여성결혼이민자들은 국내 가임기 여성과 비교할 때, 빈혈 유병률과 기생충 감염률이 높고 B형 간염보균율이 높아 저체중아 출생, B형 간염 모자수직감염 등 모성 및 출생아 건강에 심각한 영향 미칠 가능성이 있다(장인순, 황나미, 윤미선, & 박승미, 2010). 또한 여성결혼이민자들은 다른 질환에 비해 만성 질환의 치료율이 낮은 편이고(김혜련, 황나미, 장인순, 윤강재, & 강복정, 2008), 대다수의 여성결혼이민자들은 비용부담, 의사소통의 어려움 및 의료시설에의 낮은 접근성 등의 문제로 필요한 보건의료서비스를 충분히 받지 못한다고 하였다(김춘미, 박명숙, & 김은만, 2011).

최근까지 진행되어온 여성결혼이민자들의 건강 및 의료서비스 이용에 대한 연구들을 살펴보면, 안양희(2008)의 연구는 여성결혼이민자들의 건강상태 및 건강행위에 대하여 설문조사와 함께 혈압, 혈당, 신장, 체중 등에 대한 신체 측정을 함께 함으로써 여성결혼이민자들의 객관적인 건강상태를 파악하였고, 고진강과 고선강(2009)의 연구

는 구체적인 의료서비스 이용경험에 대하여 심층면담을 한 연구로 여성결혼이민자들의 긍정적 부정적 경험을 분석하였다. 또한 김춘미 등(2011)의 연구는 여성결혼이민자들의 보건의료이용실태와 보건의료요구도를 조사함으로써 그들의 실제적으로 받고 싶어 하는 보건의료서비스가 무엇인지 규명하였고, 양숙자(2010)의 연구는 여성결혼이민자들의 건강상태와 보건의료이용 관련 요인을 조사하여 건강문제에 대한 유병률과 치료율의 차이를 파악하고, 거주지역과 거주기간, 경제상태에 따른 의료이용의 차이를 규명하였다. 그리고 김혜련(2010)과 김승권 등(2010)은 전국 다문화가족실태조사 결과를 활용하여 여성결혼이민자들의 보건의료 실태 및 정책방안을 제시하였다. 하지만 선행연구들은 주로 여성결혼이민자들의 건강상태 및 보건의료이용에 대한 실태조사가 대부분이고, 그와 관련된 영향 요인을 분석한 연구들은 거의 전무한 상태이다. 이는 여성결혼이민자들의 건강권을 확보하고 건강형평성을 추구하기 위한 정책 수립 시 과학적 근거를 제공하기 위한 충분한 기초 연구 자료의 양이 부족하고 내용이 다소 제한적이라고 할 수 있다.

Andersen의 의료이용 행동모형(Behavioral Model of Health Services Use)은 의료이용 행태에 대한 예측력이 높아 가장 널리 이용되는 모형이다(정경균, 김영기, 문창진, 조병희, & 김정선, 1991; 조경숙, 2000). Andersen은 의료서비스 이용을 결정하는 요인으로 소인요인, 가능요인, 필요요인을 제시하였으며, 의료서비스 이용은 건강상태의 악화 및 사고로 인한 손상 발생 시 환자의 의사결정을 통해 이루어지나 이러한 의사결정은 건강상태 및 손상상태 뿐만 아니라 환자본인의 사회경제적요인과 의료이용의 선호가 고려된다고 하였다(Andersen & Newman, 1973).

따라서 본 연구는 2009년 전국 다문화가족실태조사 원자료를 활용하여 대표성을 가진 여성결혼이민자들의 보건의료이용 실태를 파악하고, Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 영향요인을 규명함으로써 다문화사회에서 여성결혼이민자들의 건강격차를 해소하고 여성결혼이민자들의 건강향상에 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 2009년 전국 다문화가족실태조사 자료를 활용하여 우리나라의 여성결혼이민자의 보건의료이용 실태를 파악하고, Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 그 영향요인을 규명함으로써 궁극적으로 다문화사회에서 여성결혼이민자들의 건강격차를 해소하고, 여성결혼이민자의 건강권 확립에 기여하기 위함이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 여성결혼이민자의 보건의료이용 실태를 파악한다.
둘째, 여성결혼이민자의 보건의료이용과 관련된 소인요인, 가능요인, 필요요인을 파악하고 보건의료이용과의 관련성을 규명한다.
셋째, 여성결혼이민자의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

3. 용어의 정의

1) 여성결혼이민자

「다문화가족지원법」에 따르면, 결혼이민자는 다문화가족의 구성원으로 「재한외국인 처우 기본법」 제 2조 제 3호의 결혼이민자와 「국적법」제 4조에 따라 귀화허가를 받은 자를 의미한다.

본 연구에서는 대한민국 남성과 혼인관계에 있는 외국인으로 한국 국적 취득과 이주 목적에 상관없이 현재 한국에 거주하면서 배우자가 있는 여성을 말하며 2009년 전국 다문화가족실태조사에 응답한 여성을 의미한다.

2) 보건의료이용

의료이용은 건강문제를 예방하거나 관리하기 위한 목적으로 전문가의 치료를 요청하는 과정과 정기적 의료서비스를 스스로 제공하는 것을 말하며(Scheppers, Dongen, Dekker, Geertzen, & Detter, 2006), 미충족 의료(Unmet Need)는 이용하지 못한 의료서비스 또는 충족되지 못한 의료서비스라고 할 수 있다(Donabedian, 1973).

본 연구에서 보건의료이용은 건강문제를 예방하거나 관리하는 것뿐만 아니라 건강을 유지하고 증진시키고자 병·의원 또는 보건소를 이용하는 것과 동시에 이용을 원하지만 이용하지 못한 의료서비스 또는 충족되지 못한 의료욕구를 모두 포함하는 개념으로, 2009년 전국 다문화가족실태조사의 주요 변수인 병·의원 이용, 보건소 이용, 미충족 의료 경험을 총칭하는 것을 의미한다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 여성결혼이민자의 개념 및 현황

1) 여성결혼이민자의 개념

한국남성과 결혼한 외국여성에 대하여 학계에서는 '국제결혼 이주여성', '다문화가정 이주여성', '여성결혼이민자' 등으로 용어를 혼재하여 사용해 왔다(설동훈 등, 2005; 정금희 등, 2009; 이오복, 2011). 하지만 '국제결혼'은 국적이 다른 남녀의 결혼을 일컫는 말로 국적의 차이를 나타내는 뉘앙스가 강하고(한성온, 2010), '이주여성' 또한 여성이주노동자, 여성결혼이민자, 성매매 종사 외국인 여성 등을 아우르는 복합개념이므로 결혼이민자를 지칭하는 용어로 적절하지 않다(설동훈, 박경태, & 이란주, 2004). '다문화가정' 역시 외국인 노동자, 여성결혼이민자, 북한이주민 등 우리 사회에 새롭게 이주한 가족을 수용하고 낙인찍지 않고 부르고자 사용한 용어(이오복, 2011)로 이 또한 포괄적이다. 따라서 한국남성과 결혼한 외국여성을 지칭하기에 가장 적절한 용어는 '여성결혼이민자'로, 이는 현재 정부정책에서도 여러 가지 개념을 거쳐 사용하는 용어이기도 하다(한성온, 2010). 하지만 흔히 여성결혼이민자라 함은 결혼을 통해 합법적 입국 및 거주하려는 자로 여기는 경향이 있다.

결혼이민자에 대한 법률상에서의 정의를 살펴보면, 「다문화가족지원법」에서 "결혼이민자등"이란 다문화가족의 구성원으로 「재한외국인 처우 기본법」 제 2조 제 3호의 결혼이민자와 「국적법」제 4조에 따라 귀화허가를 받은 자를 의미한다. 「재한외국인 처우 기본법」에서 결혼이민자란 대한민국 국민과 혼인한 적이 있거나 혼인관계에 있는 재한외국인을 말한다. 따라서 이러한 법률상의 정의를 토대로 여성결혼이민자에 대하여 정의해 보면, **여성결혼이민자**는 대한민국 남성과 혼인한 적이 있거나 혼인관계에 있는 자로 한국 국적 취득과 이주 목적에 상관없이 현재 한국에 거주하고 있는 여성외국인을 뜻한다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 이러한 여성결혼이민자의 정의를 바탕으로 하되, 이와 더불어 대부분이 사별이나 이혼에 의한 무배우자보다는 유배우자가 많으므로 이러한 내용을 포함하여 정의하였다. 즉 본 연구에서는 여성결혼이민자를 대한민국 남성과 혼인관계에 있는 외국인으로 한국 국적 취득과 이주 목적에 상관없이 현재 한국에 거주하면서 배우자가 있는 여성으로 정의하였다.

2) 여성결혼이민자의 현황

우리나라 남성과 결혼하는 국제결혼은 1990년부터 정부에서 적극적으로 추진한 “연변처녀·농촌총각 짝짓기” 사업을 통해 진행되기 시작하였다(홍기혜, 2000). 이후 한국의 국제적 지위향상 및 세계화에 따른 국가 간 물적·인적 교류 활성화, 온라인상 정보공유의 확산, 외국인에 대한 거부감 감소 및 가치관 변화 등으로 국제결혼은 빠른 속도로 증가하고 있다(김유경, 2009).

2010년 총 혼인건수 326,104건 중 국제결혼은 34,235건으로 총 혼인건수 대비 국제결혼 구성비는 약 10.5%로 신혼부부 10쌍 중 1쌍 이상이 다문화가정을 꾸릴 정도로 국제결혼이 보편화되었음을 알 수 있다(통계청, 2011a; 통계청, 2011b). 연도별 국제결혼의 건수를 살펴보면 2000년 11,605건에서 2005년 42,356건으로 5년간 3.6배 증가하였고, 2010년에는 34,235건으로 최근에는 증가율이 다소 주춤해졌으나 전체결혼대비 국제결혼 비율은 2004년 이후 줄곧 10% 이상을 유지하고 있어(통계청, 2011b) 한국사회에서 국제결혼은 더 이상 낯설지 않음을 알 수 있다. 특히 한국남성과 외국여성과의 국제결혼 건수는 2000년 6,945건으로 전체 국제결혼의 59.8%를 차지하였던 반면, 2010년에는 26,274건으로 전체 국제결혼의 76.7%를 차지하여 여성결혼이민자의 수가 월등히 증가하였음을 알 수 있다(통계청, 2011b).

여성결혼이민자의 출신국가를 살펴보면, 국제결혼의 초기에는 종교단체를 통해 입국한 일본 여성들이 많았으나, 중국과 수교 이후 한국계 중국인을 포함한 중국출신들이 많이 입국하였고, 2000년대부터는 필리핀, 베트남, 캄보디아, 몽골 등 다양한 국가로 확대되고 있다(장윤경, 2011). 2012년 1월까지 여성결혼이민자 체류현황을 살펴보

면, 행정안전부에 등록된 자가 총 125,109명으로 중국(조선족 포함)에서 온 여성이 41.9%로 가장 많고, 다음으로 베트남 29.9%, 일본 8.1%, 필리핀 6.6%순으로 많았다(법무부 출입국·외국인정책본부, 2012).

여성결혼이민자의 거주지역을 살펴보면, 국제결혼이 정부에서 농촌총각 결혼을 위한 사업을 통하여 진행되었다는 점을 고려할 때 상당수가 농촌지역에 거주하리라는 기대와는 달리 상당수가 대도시 및 중소도시인 도시지역에 분포되어 있다. 2010년 한국인 남편과 외국인 아내의 전체 결혼 건수(26,274건) 중 도시(동부)에 거주하는 경우가 18,605건으로 전체 70.8%를 차지하고, 국외에서 거주하는 것을 제외 한 나머지 농촌(읍·면부)에 거주하는 여성은 7,219건으로 전체 27.4%를 차지함을 알 수 있다(통계청, 2011b)

2. 여성결혼이민자의 건강상태

여성결혼이민자들의 주관적 건강상태는 39.1%-60.3%가 건강하다고 응답하였고(김혜련 등, 2008; 김미종 등, 2008; 안양희, 2008; 양숙자, 2010; 김춘미 등, 2011), 이는 2009년 국민건강영양조사에서 우리나라 일반여성의 주관적 건강 인지율이 39.2%인 점에 비해 비슷하거나 다소 높은 편임을 알 수 있다.

2008년 한국보건사회연구원에서 여성결혼이민자 1196명을 대상으로 시행한 연구 결과, 한국에 와서 의사로부터 진단받은 적이 있는 질병에 대하여 빈혈이 14.9%, 알레르기 질환 8.1%, 위·십이지장궤양 7.7%, 고혈압 6.4%, 자궁근종 5.7% 라고 보고하였다(김유경, 조애저, 최현미, & 이주연, 2008). 동일한 질문으로 김혜련 등(2008)은 빈혈이 14.0%, 위장질환 10.1%, 부인과 질환 8.0%, 근골격계 질환 5.5%, 호흡기계질환 5.1%, 간질환 4.7%, 고혈압 4.6%, 자궁근종 4.1% 순이었고, 양숙자(2010) 또한 한국 입국 후 질병 유병율에 대하여 빈혈 21.2%, 위장 질환 13.6%, 부인과 질환 11.6%, 우울 6.4%, 근골격계 질환 4.7% 순으로 많이 이환되었다고 보고하였다. 연구들마다 진단받은 질병에 대하여 약간씩 차이가 있었으나 전반적으로 빈혈이 가장 많은 비율을 차지하고

있었고, 고혈압, 당뇨 등과 같은 만성질환 유병율은 낮은 편이었다. 이는 여성결혼이민자는 주로 결혼을 목적으로 이민한 젊은 여성으로 비교적 젊은 연령층에 속하고 이민 초기에 좋은 건강수준을 가지고 있기 때문이라고 판단된다.

안양희(2008)는 50명의 여성결혼이민자를 대상으로 건강상태에 대한 설문조사와 신체측정을 함께 하였는데, 혈압측정결과 1기 고혈압이 15.9%로 나타났으나, 현재 고혈압으로 치료를 받고 있는 여성은 4.0%에 지나지 않았다. 또한 김혜련 등(2008)은 955명의 여성결혼이민자를 대상으로 질병 치료율에 대하여 조사한 결과, 위장 질환(74.0%), 부인과 질환(73.7%), 빈혈(73.1%) 고혈압(47.7%), 당뇨(28.6%) 등이라고 하였고, 양숙자(2010)는 8개의 행정구역에서 465명의 여성결혼이민자들을 대상으로 조사한 결과, 질환평균 치료율이 56.6%로 부인과 질환(74.5%)과 고혈압(66.7%)에 비해 빈혈(44.3%), 위장 질환(50.9%), 우울(38.5%) 등의 치료율은 낮은 것으로 보고하였다. 연구들마다 상이한 결과를 보여 질병의 치료율에 대하여 정확하게 그 실태를 보고하기에는 한계가 있지만, 전반적으로 다른 질환에 비해 부인과 질환에 대해서는 치료율이 높은 편임을 알 수 있다.

여성결혼이민자들의 정신건강상태를 살펴보면, 우울증 진단에 대하여 김유경 등(2008)은 4.7%, 양숙자(2010)는 6.4%였으며, 양옥경과 김연수(2007) 연구에서는 CES-D척도로 우울 점수를 측정하였을 때 여성결혼이민자는 평균 15.9점으로, 북한이탈주민의 우울감(16.77점)과 청소년기 자녀를 둔 도시 전업주부들의 우울감(16.51점)보다 낮으나, 한국에서 지역사회의 일반 인구의 우울감 평균보다는 높은 수준이라고 하였다. 이러한 여성결혼이민자의 우울에 영향을 미치는 요인으로는 결혼기간이 짧을수록, 문화적응과 가족생활상의 스트레스 수준이 높을수록, 가정폭력의 경험이 있는 경우 우울감이 유의미하게 증가한 반면 자아존중감이 높을수록, 가족관계가 좋을수록 우울이 감소한다고 하였다(양옥경 & 김연수, 2007).

여성결혼이민자의 건강증진 행위를 살펴보면, 개인위생에 관한 영역이 가장 높으며, 생식관련 개인위생, 질병예방 순이었고, 운동영역이 가장 낮게 나타났고(김미종 등, 2008), 안양희(2008)의 연구에서도 규칙적인 운동을 하는 경우는 10%로 우리나라 일반 성인과 비교하여 매우 낮은 수준으로 운동에 대한 보건교육이 필요하다고 하였다.

3. 여성결혼이민자의 보건의료이용

1) 보건의료이용과 미충족 의료

「보건의료기본법」에 따르면 보건의료서비스는 국민의 건강을 보호·증진하기 위하여 보건의료인이 행하는 모든 활동으로, 보건기관, 의료기관, 약국 등에서 시행한다고 하였다. 또한 보건의료서비스는 질병의 치료·간호·예방·관리 및 재활을 주체로 하는 의료 서비스에 건강유지·증진을 포함한 포괄적 의료서비스라고 하였다(간호학대사전, 1996). Myers(1969)는 바람직한 보건의료의 조건으로 접근성, 포괄성, 질, 지속성 및 효율성의 다섯 가지 요인을 제시하였는데(Myers, 1969, 설상현, 2008, 재인용), 다섯 가지 요인 중 최근에는 건강 형평성과 더불어 의료서비스에 대한 접근성이 매우 중요한 사안으로 대두되고 있다. 접근성이 용이하다는 것은 곧 보건의료서비스 이용이 많다고도 할 수 있는데, Andersen 과 Newman(1973)에 따르면 의료서비스 이용은 건강상태의 악화 및 사고로 인한 손상 발생 시 환자의 의사결정을 통해 이루어지나 이러한 의사결정은 건강상태 및 손상상태 뿐만 아니라 환자본인의 사회경제적요인과 의료이용의 선호가 고려된다고 하였다. 또한 Fiedler(1981)도 의료이용에 대하여 다양한 결정요인들의 복잡한 상호작용에 의해 나타나는 역동적 과정이라고 하였다. 이렇듯 보건의료이용에는 건강상태뿐만 아닌 개인의 사회경제적요인, 보건의료체계 등 매우 다양한 결정요인들이 존재함을 알 수 있다.

반면에 보건의료이용을 원함에도 불구하고 이용을 하지 못하는 경우가 발생한다. 이렇게 이용을 원하였는데 이용하지 못한 경우를 미충족 의료라고 볼 수 있는데, 미충족 의료(Unmet Need)란 의료전문가는 의료가 필요하다고 생각하는데 대상자는 그렇게 생각하지 않는 질병이나 건강상태 또는 대상자는 의료가 필요하다고 생각하는데 의료전문가는 그렇게 생각하지 않는 질병이나 건강상태, 대상자가 원하나 받지 못한 서비스, 전문가적 기준으로 필요한 서비스이나 대상자가 받지 못한 서비스, 대상자가 원하지만 이용가능하지 않은 자원, 전문가적 기준으로 필요하지만 이용가능하지 않은 자원, 또는 서비스를 적절히 사용했으면 예방 또는 없어지거나 상당히 경감될 수 있

는 질병이나 불능상태를 가지고 있는 것으로 설명할 수 있다(Donabedian, 1973). 이렇듯 미충족 의료(Unmet Need)에 대한 개념은 의료서비스 이용 여부, 의료서비스 이용에 의한 위험회피 가능성, 공공 의료서비스에 대한 접근성 여부, 의료필요의 충족 정도, 의료서비스의 지연 정도 등에 따라 다양하게 존재하며(양진영, 2010), 미충족 의료에 대한 개념과 범위가 다양하듯이 미충족 의료를 결정하는 요인들 또한 다양하고 복잡한 상호작용에 의해 나타난다고 할 수 있다.

2) 여성결혼이민자의 보건의료이용

여성결혼이민자의 의료이용에 대하여 살펴보면, 주로 이용하는 의료기관은 병·의원이 74.5%-89.4%로 가장 많았고, 보건소, 약국, 한의원 등은 상대적으로 낮은 비율을 보였다(김춘미 등, 2011; 양숙자, 2010; 김혜련 등, 2008; 김유경 등, 2008). 또한 지난 1년간 병·의원에 가고 싶어도 가지 못한 미치료 경험에 대하여 양숙자(2010)의 연구에서는 30.1%, 설동훈 등(2005)의 연구에서는 18.0%, 김유경 등(2008)의 연구에서는 14.3%로 나타내어 연구들마다 약간씩 차이를 보였다. 한편 다소 이용율이 낮은 보건기관(보건소, 보건지소, 보건진료소)에 대하여 이용하지 않은 이유는 보건소가 있는지를 몰라서가 23.2%, 또는 말이 통하지 않아서가 19.9%, 혼자 가기 어렵고 무서워서가 18.5%라고 응답한 반면(김혜련 등, 2008), 양숙자(2010)의 연구에서는 병·의원 미치료 사유에 대하여 의료비에 대한 부담이 29.7%, 의사소통의 어려움이 26.1%, 혼자가기 어려움이 26.1% 등으로 조사되어, 병·의원 이용에는 의료비에 대한 부담 부분이 상대적으로 크게 작용하는 것을 알 수 있다. 또한 건강문제가 발생 시 필요한 건강정보에 대하여 여성결혼이민자들은 56.0%가 주로 가족에게서 구하고, 보건소나 보건진료소(15.0%), 다문화가족지원센터(11.0%), 인터넷(10.0%) 등을 통하여 정보를 얻는다고 하여 건강정보를 주로 비전문가에게서 얻는 것을 알 수 있다(김춘미 등, 2011).

정부나 민간에서 제공하는 각종 서비스의 구체적인 이용실태를 살펴보면, 무료 건강검진이 44.3%로 가장 많았고, 임산부 철분제 공급 34.8%, 영유아 건강검진 29.4%, 아동양육 도우미 29.3%, 자녀 무료 진료 26.9%, 모성보호 가이드라인 책 21.4%, 임산

부 영양보충사업 20.2% 등의 순으로 나타나(김혜련 등, 2008), 주로 모자보건 관련 서비스 이용이 많았음을 알 수 있다. 이와 관련하여 김춘미 등(2011)은 공공보건의료기관으로부터 받고 싶은 서비스에 대하여 조사한 결과, 여성결혼이민자들은 24.5%가 예방접종, 21.5%가 건강증진교실, 20.6%가 여가활동 프로그램이라고 응답하여, 거주기간이 늘어날수록 건강증진과 여가활동에 대한 관심이 증가한다고 보고하였다.

이민자들에 대한 국외 선행 연구들을 살펴보면, 이민자들의 건강상태는 이민초기에는 좋다가 거주기간이 증가할수록 자국민들의 행동 및 습관을 따라하고, 그들의 환경에 자주 노출됨으로써 문화적으로 적응함에 따라 본국인과 유사한 수준의 건강을 갖게 된다고 하였다(Cunningham, Ruben, & Narayan, 2008). 이민자들의 주로 이용하는 의료기관에 대해서 포르투갈에서는 보건소가 61.7%로 가장 많았고, 병원이 20.7%였으며(Dias, et al., 2008), 네덜란드의 이민자는 자국민보다 GP(General Practitioner, 담당등록 의사)의 이용이 월등이 높았고(Denktas, Koopmans, Birnie, Foets, & Bonsel, 2009), 신체적 건강과 정신적 건강상태의 변화에 따라 GP의 만남 횟수에 변화를 준다고 하였다(Lamkaddem, Spreeuwenberg, Deville, Foets, & Groenewegen, 2008). 또한 보험 유무와 미충족 의료에 대한 미국과 캐나다를 비교한 연구 결과 건강보험은 일차의료서비스에 접근하는데 있어서 이민자와 비이민자 간의 차이를 야기시키는 중요한 원인이 된다고 하였다(Siddiqi, Zuberi, & Nquyen, 2009). 한편 의료기관 이용 시 어려움에 대하여 대만의 경우는 의료자원에 대한 정보 부족, 건강정보에 대한 언어 장애, 의사-환자 관계, 차별과 문화에 대한 선입견 등으로 나타났다(Yang, & Wang, 2003). 이와 유사하게 포르투갈에서도 의료기관 이용의 장애에 대하여 긴 대기시간(50.2%), 의료인의 태도(17.9%), 비용(3.4%) 순으로 경제적인 부담의 비율이 낮았으나(Dias, et al., 2008), 네덜란드의 등록되지 않은 여성 이민자의 경우에는 경제적인 부담이 가장 큰 원인이었다(Schoevers, Loeffen, Muijsenbergh, & Lagro-Janssen, 2010).

이렇듯 국외 선행연구들은 이민자들의 민족에 따른 차이와 더불어 자국민을 비교하거나(Denktas, et al., 2009), 다른 나라와의 비교를 시도하였다(Siddiqi, et al., 2009). 또한 종단적 연구를 통하여 건강 상태 및 보건의료서비스 이용에 대한 변화 정도를 규명하고(Lamkaddem, et al., 2008), 보건의료이용에 중요한 영향을 미치는 가능요인

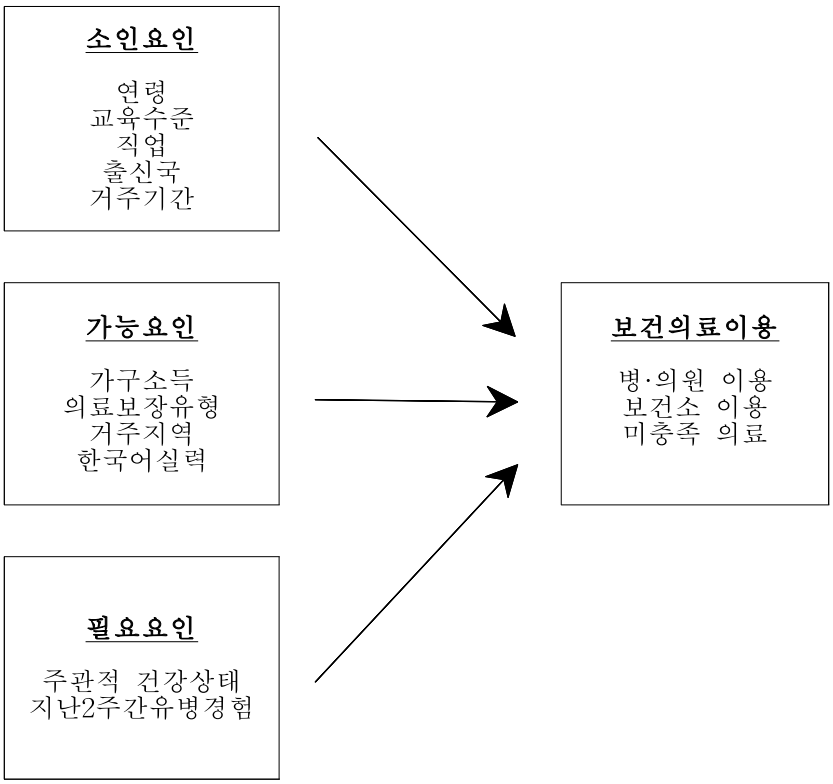
중 하나인 보험에 따른 영향력을 분석하기도 하였다(Choi, 2006; Siddiqi, et al., 2009). 이에 비해 국내 연구에서는 주로 여성결혼이민자들의 건강상태 및 보건의료이용에 대한 실태조사가 대부분으로(김혜련, 2010; 김승권 등, 2010; 안양희, 2008; 양숙자, 2010; 고진강 & 고선강, 2009; 김춘미 등, 2011), 점차 증가하는 이민자의 인구와 이주로 인한 건강문제의 영향을 고려할 때 이들의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 파악하고 이에 따른 차별화된 중재전략을 개발하는 연구가 필요하다.

Ⅲ. 연구의 개념적 기틀

Anderson의 의료이용 행동모형은 의료서비스의 공평한 접근에 대하여 정의하고 측정하는데 목적을 두고 개발되었으며, 소인요인(Predisposing factors), 가능요인(Enabling factors), 필요요인(Need factors)이 의료이용에 영향을 미친다고 보았다(Andersen, 1995). **소인요인**에는 성, 연령과 같은 사회인구학적 특성과 인종, 직업, 교육수준과 같은 사회구조적 특성, 의료 및 질병 등에 관한 신념 등이 포함된다. **가능요인**은 의료 자원의 이용을 가능하게 하는데 영향을 미치는 요인들로 가구소득, 의료보장 적용수준과 지역의 의료기관 및 의료인력 수 등 개인과 가족, 지역사회 특성들을 포함시켰다. **필요요인**은 환자가 주관적으로 느끼는 건강 상태와 전문가가 판단한 건강 상태로 질병이나 장애로 인한 활동제한일수, 와병일수, 보고된 증상수, 전반적인 건강상태를 포함시켰다(Andersen, 1995) <그림 1>.

<그림 1> Andersen의 의료이용 행동모형(Behavioral Model of Health Services Use)

본 연구는 여성결혼이민자의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 분석하는 것으로 이에 대한 기틀을 Andersen의 의료이용 행동모형으로 하였다. 본 연구에서 소인요인에는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간을 포함하였고, 가능요인에는 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력을 포함하였다. 필요요인에는 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병 경험을 포함하였고, 종속변수인 보건의료이용에는 병·의원 이용, 보건소 이용, 미충족 의료를 변수로 선정하였다<그림 2>.



<그림 2> 연구의 개념적 기틀

Ⅳ. 연구방법

1. 연구설계

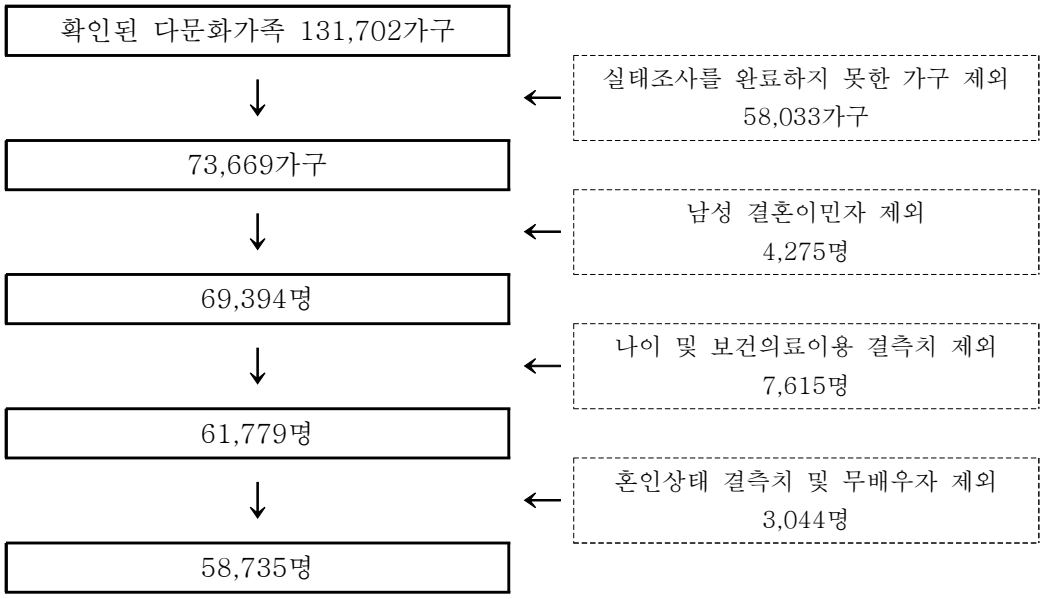
본 연구는 우리나라에서 전국적으로 시행된 2009년 다문화가족실태조사 자료를 활용하여 Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 여성결혼이민자의 보건의료이용 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구이다.

2. 연구자료 및 대상

본 연구는 보건복지가족부, 법무부, 여성부, 한국보건사회연구원이 함께 수행한 2009년 전국 다문화가족실태조사 자료를 활용하였다. 다문화가족실태조사는 2008년에 공표된 다문화가족지원법 제 4조에 의거하여 실시되는 실태조사로, 급증하는 다문화가족의 현황 및 문제점을 파악하고 다문화가족의 특성별로 맞춤형 정책 마련을 위하여 매 3년마다 실시하도록 계획하고 있으며 2009년 첫 실태조사를 하였다. 다문화가족실태조사의 조사내용은 크게 일반적 사항, 취업, 결혼생활 및 가족관계, 자녀양육, 건강 및 보건의료, 사회생활, 복지욕구에 대한 영역으로 조사원의 가구방문에 의한 응답자의 자기기재식으로 조사하였다.

다문화가족실태조사의 조사대상은 「다문화가족지원법」에서 정의한 다문화가족으로, 「재한 외국인 처우기본법」 상의 결혼이민자 또는 「국적법」에 따라 귀화허가를 받은 자와 출생 시부터 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족이다. 이에 따라 행정안전부 자료를 기초로 다문화가족지원법에 근거한 다문화가족정책대상 다문화가족 수는 154,333가구이었으나, 본 실태조사를 통해 확인된 다문화가족 수는 131,702가구였다. 다문화가족실태조사는 2009년 7월부터 10월까지 2회에 걸쳐 실시되었으며, 대상가구 131,702가구 중 73,669가구에 대하여 설문지 조사를 완료하였다(55.9%).

본 연구는 설문지를 완료한 73,669가구에서 남성결혼이민자 4,275명을 제외하였고, 여성결혼이민자 69,394명을 선별하여, 그 중 현재 배우자가 있고 나이 및 보건의료이용에 대한 결측치가 없는 자 58,735명을 연구대상자로 하였다<그림 3>.



<그림 3> 연구 대상자

다문화가족실태조사 자료는 대상자에 대한 개인정보가 삭제된 상태로 일반인에게 공개되는 자료이다. 본 연구는 한국보건사회연구원 홈페이지에서 누구나 다운받을 수 있는 자료만을 이용한 이차자료분석 연구이며, 추가로 자료를 수집하지 않았다. 따라서 대상자의 익명성 및 기밀성이 보장이 되고, 대상자에게 해가 가지 않는 연구이며, 또한 연구자가 소속된 대학 연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받은 후 시행하였다(승인번호: 간대 IRB 2010-1004).

3. 변수선정

1) 종속변수

종속변수는 설문에 의한 병·의원 이용과 보건소 이용, 미충족 의료 경험이다. 병·의원 이용은 “지난 1년간 아플 때 주로 이용한 곳은 어디입니까? 하나만 골라주세요”라는 질문에 ① 병·의원 ② 한의원 ③ 보건소 ④ 약국 ⑤ 기타 중 “① 병·의원”이라고 응답한 경우에 병·의원을 이용한 것으로, 그 밖의 응답에는 병·의원을 이용하지 않는 것으로 정의하였다.

보건소 이용도 같은 질문인 “지난 1년간 아플 때 주로 이용한 곳은 어디입니까? 하나만 골라주세요”라는 질문에 ① 병·의원 ② 한의원 ③ 보건소 ④ 약국 ⑤ 기타 중 “③ 보건소”라고 응답한 경우에 보건소를 이용한 것으로, 그 밖의 응답에는 보건소를 이용하지 않는 것으로 정의하였다.

한의원과 약국을 제외한 병·의원과 보건소만을 선정한 이유는 병·의원과 보건소는 대표적인 민간의료기관과 공공보건의료기관으로 해당기관의 특성 차이가 분명하고, 보건의료이용 실태 파악에 중요한 역할을 하기에 종속 변수로 선정하였다.

미충족 의료 경험은 “지난 1년 동안 의사의 도움이 꼭 필요하였는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 경험이 있습니까?”라는 질문에 ① 있다 ② 없다로 조사하였고, “① 있다”라고 응답한 경우는 미충족 의료에 의료이용이 요구되나 의료이용을 못한 경우와 중도에 치료를 포기한 경우를 모두 포함하고 있다.

2) 독립변수

독립변수는 Andersen의 의료이용 행동모형에 근거하여 구분한 소인요인, 가능요인, 필요요인의 변수들이다. **소인요인**에는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간을 변수로 포함하였고, **가능요인**에는 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력을 포함하였다. 마지막으로 **필요요인**에는 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병 경험을 포함하였다.

(1) 소인요인

① 연령은 20대 이하, 30대, 40대, 50대 이상으로 구분하였는데, 연령을 구분한 이유는 연령별로 의료에 대한 수요 및 개인적인 특성이 다르기 때문이고, 본 연구에서는 결혼이민자라는 특성 상 20세 미만이 1%, 65세 이상 노인의 비율이 1%로 적어 이와 같이 구분하였다.

② 교육수준은 실제 설문에서는 무학/초등학교/중학교/고등학교/대학/대학원/잘모름으로 조사하였으나, 본 연구에서는 비율이 적은 항목을 합하여 무학/초등학교/중학교를 중학교 이하로, 고등학교는 고등학교로, 대학/대학원은 대학 이상으로 구분하였다.

③ 본 연구에서는 직업종류보다는 직업유무가 경제적인 여건, 시간 여유 및 보건의료이용에 영향을 미칠 것으로 예측하여 직업유무로 구분하였다.

④ 출신국은 “결혼 전 국적은 어디입니까?”라는 질문에 응답한 결과로 가장 많은 비율을 차지하는 국가인 중국(조선족), 중국(한족 등), 베트남, 필리핀, 일본으로 구분하였고, 그 밖에 국가(대만, 몽골, 태국, 캄보디아, 우즈베키스탄, 러시아 등)는 기타로 묶어 자료를 분석하였다.

⑤ 거주기간은 실제 설문에서 한국에 거주한 기간을 개월 단위로 조사하였는데, 본 연구에서는 12개월 미만/12-60개월 미만/ 60-120개월 미만/120개월 이상으로 나눠 구분하였다.

(2) 가능요인

① 가구소득은 실제 설문에서는 50만원미만/50-100만원미만/100-200만원미만/200-300만원미만/300-400만원미만/400-500만원미만/500-600만원미만/600-700만원미만/700만원 이상으로 조사하였으나, 본 연구에서는 비율이 낮은 항목을 합하여 100만원 미만/100-200만원미만/200-300만원미만/300만원 이상으로 나눠 분석하였다.

② 의료보장유형은 건강보험, 의료보호, 미가입으로 구분하였는데, 의료보호는 본 실태조사에서 “다음은 정부에서 생활이 어려운 사람에게 지원하는 제도입니다. 현재

지원받고 있는 것을 모두 골라주세요”라는 설문 항목에서 ① 국민기초생활보장 ② 의료보호 ③ 지원받는 것이 없음 ④ 모름 중 “② 의료보호”에 응답한 경우에 의료보장유형을 의료보호라고 정의하였다. 그리고 “③ 지원받는 것이 없음”으로 응답한 사람들 중 “한국에서 가입한 사회보험을 모두 골라주세요”라는 항목에 보기 ① 건강보험 ② 국민연금 ③ 고용보험 ④ 산재보험 ⑤ 가입한 보험 없음 ⑥ 모름 중 “① 건강보험”에 응답한 경우에 의료보장유형을 건강보험으로 정의하였고, “⑤ 가입한 보험 없음”으로 응답한 경우는 미가입으로 정의하였다. 나머지의 경우에는 결측으로 처리하였다.

③ 거주지역은 도시와 농촌 간의 보건의료자원 및 의료이용에 대한 접근성에 차이가 있을 것이라 예측되어 통계청에서 도시를 동부로, 농촌을 읍·면부로 구분하듯이 본 연구에서도 이와 같은 기준으로 구분하였다.

④ 한국어 실력은 실제 설문에서는 말하기, 읽기, 쓰기로 구분하여 각각 매우잘한다/잘하는편이다/보통이다/서툰편이다/매우서툴다로 구분하여 조사하였다. 본 연구에서는 말하기, 읽기, 쓰기를 구분하기보다는 전체적인 한국어 실력이 변수로 유용하다고 판단하여 결측치를 제외한 설문 응답자들의 한국어 말하기, 읽기, 쓰기 실력을 각각 5점 척도(매우잘한다=1/잘하는편이다=2/보통이다=3/서툰편이다=4/매우서툴다=5)로 정한 뒤 세 영역의 점수를 합하여 3-15점의 범위로 조정한 후, 3-6점은 상으로, 7-11점은 중으로, 12-15점은 하로 구분하였다.

(3) 필요요인

① 주관적 건강상태는 “전반적인 건강상태는 어떻습니까?”라는 질문에 매우좋다/좋은편이다/보통이다/나쁜편이다/매우나쁘다라고 조사하였으나, 본 연구에서는 매우좋다/좋은편이다는 좋음으로 보통이다는 보통으로, 나쁜편이다/매우나쁘다는 나쁨으로 구분하였다.

② 지난 2주간 유병 경험은 “지난 2주일 동안 질병이나 사고로 인해 아팠던 적이 있습니까?”라는 질문에 “① 있다”와 “② 없다”로 구분하였다.

3) 의료기관이용 시 힘든 점

또한 본 연구에서는 독립변수와 종속변수 이외에 의료기관이용의 장애요인에 대하여 추가적으로 그 실태를 파악하였다. 주로 이용하는 의료기관에 대한 질문 후 “그 곳을 이용하면서 가장 힘든 점은 무엇입니까? 하나만 골라주세요”라는 질문에 ① 의사소통의 어려움, ② 이용 절차 복잡, ③ 비용이 많이 듦 ④ 교통 불편 ⑤ 기타로 의료기관이용 시 힘든 점을 확인하였다.

4. 자료분석방법

다문화가족실태조사 자료는 전수조사로 조사에 응답한 가구가 우리나라 다문화가족을 대표할 수 있도록 응답률을 고려하여 가중치를 부여하였고, 본 연구는 자료분석 시 가중치를 반영하였다. 수집된 자료는 PASW(Predictive Analytics SoftWare) statistics 18.0 프로그램을 통해 분석하였으며, 연구에 사용된 분석방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성과 보건의료이용 현황은 빈도분석을 통하여 실수와 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다.

2) 대상자의 일반적 특성에 따른 보건의료이용의 차이는 카이제곱검정(Chi-square Test)으로 분석하였다.

3) 여성결혼이민자의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 독립변수인 소인요인, 가능요인, 필요요인을 3단계에 걸쳐 투입하는 위계적 로지스틱 회귀분석을 실행하였다.

Ⅴ. 연구결과

1. 대상자의 특성

1) 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 58,735명으로 대상자의 연령은 평균 33.3±9.3세로 최소 17세에서 최고 81세였으며, 20대 이하가 40.3%로 가장 많았고 50대 이상이 5.8%로 가장 적었다. 교육수준은 고등학교 졸업이 42.6%로 가장 많았고, 여성결혼이민자의 36.0%가 직업을 가지고 있었다. 출신국의 경우 중국(조선족)이 29.3%로 가장 많았고, 그 다음으로 중국(한족 등) 27.8%, 베트남 21.0% 순이었다. 거주기간은 평균 60.5±51.0개월이며, 12~60개월 미만이 51.5%로 가장 많은 비율을 차지하였다.

가구소득은 월수입 100~200만원 미만이 44.7%로 가장 많았고 300만원 이상이 10.8%로 가장 적었다. 대상자 중 건강보험에 가입한 사람은 77.9%이고 의료보호 혜택을 받는 사람은 7.9%이며 아무런 보험 및 혜택을 받지 않는 미가입자는 14.2%였다. 거주 지역은 도시(동)에 거주하는 사람이 70.5%로 농촌(읍면)에 거주하는 사람(29.5%)보다 더 많았으며, 한국어 실력은 중간 정도 실력이 50.9%로 가장 많았다.

주관적 건강상태는 53.8%가 좋다고 인지하였고, 지난 2주간 유병 경험은 11.8%에서 유병 경험이 있었다고 응답하였다<표 1>.

표 1. 일반적 특성

(N= 58,735)

	특성	구분	n† (%‡)
소인요인	연령	20대 이하	25,315 (40.3)
		30대	19,574 (35.8)
		40대	10,333 (18.1)
		50대 이상	3,513 (5.8)
	교육수준	중학교 이하	21,559 (35.6)
		고등학교	24,571 (42.6)
		대학교 이상	12,090 (21.8)
	직업	무	37,508 (64.0)
		유	20,535 (36.0)
	출신국	중국(조선족)	20,391 (29.3)
		중국(한족 등)	8,033 (27.8)
		베트남	16,210 (21.0)
		필리핀	5,034 (6.8)
		일본	3,436 (4.7)
		기타	5,631 (10.4)
	거주기간	12개월 미만	5,129 (9.9)
		12-60개월 미만	27,567 (51.5)
		60-120개월 미만	13,460 (24.4)
		120개월 이상	8,239 (14.1)
	가구소득	100만원 미만	11,841 (22.0)
		100-200만원 미만	22,631 (44.7)
		200-300만원 미만	10,854 (22.5)
		300만원 이상	4,861 (10.8)
가능요인	의료보장유형	미가입	5,514 (14.2)
		건강보험	33,026 (77.9)
		의료보호	3,382 (7.9)
	거주지역	농촌(읍면)	20,073 (29.5)
		도시(동)	38,594 (70.5)
필요요인	한국어 실력	하	9,661 (19.3)
		중	27,199 (50.9)
		상	16,970 (29.8)
	주관적 건강상태	나쁨	5,855 (10.0)
		보통	21,701 (36.2)
		좋음	31,080 (53.8)
	지난 2주간 유병 경험	무	49,869 (88.2)
		유	6,329 (11.8)

*결측치 불포함; † Unweighted; ‡ Weighted.

2) 보건의료이용 현황

대상자의 보건의료이용 현황을 살펴보면, 지난 1년간 아플 때 주로 이용한 곳은 병·의원이 73.6%로 가장 많았고, 약국 11.9%, 한의원 5.8%, 보건소 4.6% 순이었다. 이러한 보건의료기관을 이용하는데 가장 힘든 점은 의사소통의 어려움이 40.5%로 가장 많았고, 기타 25.4%, 의료비에 대한 부담 24.8%로 그 뒤를 이었다. 또한 지난 1년 동안 의사의 도움이 꼭 필요하였는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 미충족 의료 경험은 9.9%에서 있다고 응답하였다<표 2>.

표 2. 보건의료이용 현황

(N= 58,735)

특성	구분	n† (%‡)
주로 이용하는 기관	병·의원	44,466 (73.6)
	한의원	2,910 (5.8)
	보건소	2,794 (4.6)
	약국	6,334 (11.9)
	기타	2,231 (4.1)
기관 이용 시 힘든 점	의사소통이 어려움	20,930 (40.5)
	이용 절차 복잡	2,008 (3.5)
	비용이 많이 듦	13,704 (24.8)
	교통불편	3,609 (5.8)
	기타	14,109 (25.4)
미충족 의료 경험	무	53,008 (90.1)
	유	5,727 (9.9)

*결측치 불포함; † Unweighted; ‡ Weighted.

2. 일반적 특성에 따른 보건의료이용 관련성

1) 일반적 특성에 따른 병·의원 이용

대상자의 일반적 특성인 소인요인, 가능요인, 필요요인과 병·의원 이용과의 관계를 분석한 결과는 <표 3>와 같다. 일반적 특성인 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어실력, 주관적 건강상태, 지난 2주간 유병경험 모두 병·의원 이용에 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

소인요인 중 연령에 대하여 20대 이하 여성결혼이민자 중 병·의원을 이용하는 자는 76.3%, 30대는 74.0%, 40대는 68.4%, 50대 이상은 69.4%로 20대 이하에서 병·의원 이용자의 비율이 가장 많았고(x^2=470.0 p<.001), 교육수준은 대학교 이상에서 병·의원을 이용하는 경우가 76.4%로 가장 많았으며 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=119.0, p<.001). 직업은 없는 경우가 74.6%로 병·의원 이용이 통계적으로 유의하게 많았고(x^2=83.7, p<.001), 출신국 중 베트남인 경우 병·의원을 이용하는 경우가 82.0%, 필리핀은 84.8%로 많았으며, 이처럼 출신국에 따라서도 병·의원 이용에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x^2=2768.5, p<.001). 거주기간은 120개월 이상인 경우 병·의원 이용이 77.4%로 가장 많았고 12개월 미만인 경우는 66.0%로 가장 적은 것으로 나타났으며 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=498.4 p<.001).

가능요인 중 가구소득이 300만원 이상인 대상자에서 병·의원 이용이 가장 많았고(x^2=63.2 p<.001), 의료보장 유형에서는 건강보험 가입자인 대상자에게서 병·의원 이용이 가장 많았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=1248.4 p<.001). 또한 거주지역이 농촌(읍면)에 사는 대상자에게서 병·의원 이용이 많았고(x^2=128.5 p<.001), 한국어 실력이 좋은 대상자에게 병·의원 이용이 통계적으로 유의하게 많았다(x^2=349.9 p<.001),

필요요인 중 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 대상자에게 병·의원 이용이 많았고(x^2=42.6 p<.001), 지난 2주간 질병이 있었던 대상자에게 병·의원 이용이 통계적으로 유의하게 많았다(x^2=66.3 p<.001).

표 3. 일반적 특성에 따른 병·의원 이용

(N= 58,735)

	특성	구분	무	유	x^2	p
			n† (%‡)	n† (%‡)		
소인요인	연령	20대 이하	5,446 (23.7)	19,869 (76.3)	470.0	<.001
		30대	4,698 (26.0)	14,876 (74.0)		
		40대	3,060 (31.6)	7,273 (68.4)		
		50대 이상	1,065 (30.6)	2,448 (69.4)		
	교육수준	중학교 이하	5,314 (27.4)	16,245 (72.6)	119.0	<.001
		고등학교	6,128 (27.0)	18,443 (73.0)		
		대학교 이상	2,719 (23.6)	9,371 (76.4)		
	직업	무	8,721 (25.4)	28,787 (74.6)	83.7	<.001
		유	5,368 (28.0)	15,167 (72.0)		
	출신국	중국(조선족)	5,371 (26.4)	15,020 (73.6)	2768.5	<.001
		중국(한족 등)	2,963 (36.5)	5,070 (63.5)		
		베트남	2903 (18.0)	13,307 (82.0)		
		필리핀	767 (15.2)	4,267 (84.8)		
		일본	834 (24.0)	2,602 (76.0)		
		기타	1,431 (24.5)	4,200 (75.5)		
	거주기간	12개월 미만	1,493 (34.0)	3,636 (66.0)	498.4	<.001
		12-60개월 미만	6,774 (27.0)	20,793 (73.0)		
		60-120개월 미만	3,028 (23.3)	10,432 (76.7)		
		120개월 이상	1,851 (22.6)	6,388 (77.4)		
가능요인	가구소득	100만원 미만	3,042 (28.0)	8,799 (72.0)	63.2	<.001
		100-200만원 미만	5,381 (25.8)	17,250 (74.2)		
		200-300만원 미만	2,600 (26.0)	8,254 (74.0)		
		300만원 이상	1,082 (23.8)	3,779 (76.2)		
	의료보장 유형	미가입	1,970 (39.0)	3,544 (61.0)	1248.4	<.001
		건강보험	7,091 (22.8)	25,935 (77.2)		
		의료보호	862 (28.4)	2,520 (71.6)		
	거주지역	농촌(읍면)	4,509 (23.9)	15,564 (76.1)	128.5	<.001
		도시(동)	9,746 (27.4)	28,848 (72.6)		
필요요인	한국어 실력	하	2,576 (30.5)	7,085 (69.5)	349.9	<.001
		중	6,615 (26.5)	20,584 (73.5)		
		상	3,802 (22.7)	13,168 (77.3)		
	주관적 건강상태	나쁨	1,446 (27.0)	4,409 (73.0)	42.6	<.001
		보통	5,519 (27.4)	16,182 (72.6)		
		좋음	7,260 (25.5)	23,820 (74.5)		
	지난 2주간 유병 경험	무	12,244 (26.6)	37,625 (73.4)	66.3	<.001
		유	1,339 (23.1)	4,990 (76.9)		

*결측치 불포함; † Unweighted; ‡ Weighted.

2) 일반적 특성에 따른 보건소 이용

대상자의 일반적 특성인 소인요인, 가능요인, 필요요인과 보건소 이용과의 관계를 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 일반적 특성인 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어실력, 주관적 건강상태는 보건소 이용에 통계적으로 유의한 차이를 보였으나 지난 2주간 유병 경험은 통계적으로 유의하지 않았다.

소인요인 중 연령에 대하여 20대 이하인 대상자에서 보건소 이용이 5.6%로 가장 많았고(x^2=163.1 p<.001), 교육수준은 중학교 이하에서 보건소 이용이 가장 많았으며 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=83.3, p<.001). 직업은 없는 경우에 보건소 이용이 5.0%로 통계적으로 유의하게 많았고(x^2=78.7, p<.001), 출신국 중 베트남인 경우 보건소를 이용하는 경우가 6.3%, 필리핀은 5.8%로 많았으며, 이처럼 출신국에 따라서도 병·의원 이용에 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x^2=480.5, p<.001). 거주기간은 12-60개월 미만인 대상자가 5.4%로 보건소 이용이 많았고 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=215.8 p<.001).

가능요인 중 가구소득이 100만원 미만인 대상자에서 보건소 이용이 가장 많았고(x^2=349.3 p<.001), 의료보장 유형에서는 의료보호 수혜자인 경우 보건소 이용이 6.6%로 많았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=140.1 p<.001). 또한 농촌(읍면)에 사는 대상자에게서 보건소 이용이 많았고(x^2=703.6 p<.001), 한국어 실력이 좋지 않은 대상자에게 보건소 이용이 통계적으로 유의하게 많았다(x^2=284.3 p<.001),

필요요인 중 주관적 건강상태는 보통인 경우 보건소 이용이 5.4%로 많았으며 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=82.0 p<.001). 반면 지난 2주간 유병 경험이 있었던 대상자는 없었던 대상자에 비해 보건소 이용이 적었으나 이는 통계적으로 유의하지 않았다.

표 4. 일반적 특성에 따른 보건소 이용

(N= 58,735)

	특성	구분	무	유	x^2	p
			n† (%‡)	n† (%‡)		
소인요인	연령	20대 이하	23,813 (94.4)	1,502 (5.6)	163.1	<.001
		30대	18,834 (96.2)	740 (3.8)		
		40대	9,935 (96.0)	398 (4.0)		
		50대 이상	3,359 (96.0)	154 (4.0)		
	교육수준	중학교 이하	20,359 (94.6)	1,200 (5.4)	83.3	<.001
		고등학교	23,524 (95.8)	1,047 (4.2)		
		대학교 이상	11,576 (96.0)	514 (4.0)		
	직업	무	35,560 (95.0)	1,948 (5.0)	78.7	<.001
		유	19,733 (96.2)	802 (3.8)		
	출신국	중국(조선족)	19,873 (97.5)	518 (2.5)	480.5	<.001
		중국(한족 등)	7,635 (95.2)	398 (4.8)		
		베트남	15,172 (93.7)	1,038 (6.3)		
		필리핀	4,735 (94.2)	299 (5.8)		
		일본	3,261 (95.2)	175 (4.8)		
		기타	5,265 (94.5)	366 (5.5)		
	거주기간	12개월 미만	4,868 (95.0)	261 (5.0)	215.8	<.001
		12-60개월 미만	26,027 (94.6)	1,540 (5.4)		
		60-120개월 미만	12,989 (96.6)	471 (3.4)		
		120개월 이상	7,970 (97.0)	269 (3.0)		
가능요인	가구소득	100만원 미만	11,045 (93.5)	796 (6.5)	349.3	<.001
		100-200만원 미만	21,669 (95.8)	962 (4.2)		
		200-300만원 미만	10,513 (96.7)	341 (3.3)		
		300만원 이상	4,749 (97.6)	112 (2.4)		
	의료보장 유형	미가입	5,245 (95.3)	269 (4.7)	140.1	<.001
		건강보험	31,808 (96.4)	1,218 (3.6)		
		의료보호	3,164 (93.4)	218 (6.6)		
	거주지역	농촌(읍면)	18,549 (92.7)	1,524 (7.3)	703.6	<.001
		도시(동)	37,327 (96.5)	1,267 (3.5)		
필요요인	한국어 실력	하	9,081 (94.3)	580 (5.7)	284.3	<.001
		중	25,741 (95.0)	1,458 (5.0)		
		상	16,502 (97.2)	468 (2.8)		
	주관적 건강상태	나쁨	5,620 (95.7)	235 (4.3)	82.0	<.001
		보통	20,493 (94.6)	1,208 (5.4)		
		좋음	29,744 (95.9)	1,336 (4.1)		
	지난 2주간 유병 경험	무	47,500 (95.5)	2,369 (4.5)	3.4	.066
		유	6,081 (95.8)	248 (4.2)		

*결측치 불포함; † Unweighted; ‡ Weighted.

3) 일반적 특성에 따른 미충족 의료 경험

대상자의 일반적 특성인 소인요인, 가능요인, 필요요인과 미충족 의료 경험과의 관계를 분석한 결과는 <표 5>과 같다. 일반적 특성인 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어실력, 주관적 건강상태, 지난 2주간 유병 경험 모두 미충족 의료 경험에 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

소인요인 중 연령에 대하여 50대 이상의 대상자에서 미충족 의료 경험이 15.8%로 가장 많았고(x^2=1518.9 p<.001), 교육수준은 대학교 이상에서 미충족 의료 경험이 10.4%로 가장 많았으며 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=16.9, p<.001). 직업은 있는 경우가 미충족 의료 경험이 통계적으로 유의하게 많았고(x^2=60.0, p<.001), 출신국 중 일본인 경우 미충족 의료 경험이 16.8%로 가장 많았으며, 이처럼 출신국에 따라서 미충족 의료 경험은 통계적으로 유의한 차이를 보였다(x^2=1074.6, p<.001). 거주기간은 120개월 이상인 대상자에게서 미충족 의료 경험이 15.6%로 많았고 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=1226.6 p<.001).

가능요인 중 가구소득이 100만원 미만인 대상자에서 미충족 의료 경험이 20.5%로 가장 많았고(x^2=3678.8 p<.001), 의료보장 유형에서는 의료보호 수혜자일 경우 미충족 의료 경험이 15.0%로 가장 많았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(x^2=332.9 p<.001). 또한 도시(동)에 사는 대상자에게서 미충족 의료 경험이10.4%로 많았고(x^2=68.7 p<.001), 의외로 한국어 실력이 좋은 대상자에게 미충족 의료 경험이 통계적으로 유의하게 많았다(x^2=23.7 p<.001).

필요요인 중 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 대상자에게 미충족 의료 경험이 30.8%로 많았고(x^2=6649.8 p<.001), 지난 2주간 질병이 있었던 대상자에게 미충족 의료 경험이 24.3%로 통계적으로 유의하게 많았다(x^2=3149.4 p<.001).

표 5. 일반적 특성에 따른 미충족 의료 경험

(N= 58,735)

	특성	구분	무	유	x^2	p
			n† (%‡)	n† (%‡)		
소인요인	연령	20대 이하	23,919 (94.3)	1,396 (5.7)	1518.9	<.001
		30대	17,344 (88.7)	2,230 (11.3)		
		40대	8,791 (85.7)	1,542 (14.3)		
		50대 이상	2,954 (84.2)	559 (15.8)		
	교육수준	중학교 이하	19,654 (90.6)	1,905 (9.4)	16.9	<.001
		고등학교	22,140 (90.0)	2,431 (10.0)		
		대학교 이상	10,731 (89.6)	1,359 (10.4)		
	직업	무	34,134 (90.7)	3,374 (9.3)	60.0	<.001
		유	18,239 (89.2)	2,296 (10.8)		
	출신국	중국(조선족)	17,917 (87.8)	2,474 (12.2)	1074.6	<.001
		중국(한족 등)	7,284 (90.3)	749 (9.7)		
		베트남	15,420 (95.1)	790 (4.9)		
		필리핀	4,430 (88.0)	604 (12.0)		
		일본	2,843 (83.2)	593 (16.8)		
		기타	5,114 (90.8)	517 (9.2)		
	거주기간	12개월 미만	4,924 (95.6)	205 (4.4)	1226.6	<.001
		12-60개월 미만	25,535 (92.0)	2,032 (8.0)		
		60-120개월 미만	11,686 (87.2)	1,774 (12.8)		
		120개월 이상	6,921 (84.4)	1,318 (15.6)		
가능요인	가구소득	100만원 미만	9,555 (79.5)	2,286 (20.5)	3678.8	<.001
		100-200만원 미만	20,403 (89.8)	2,228 (10.2)		
		200-300만원 미만	10,393 (95.8)	461 (4.2)		
		300만원 이상	4,738 (97.8)	123 (2.2)		
	의료보장 유형	미가입	4,751 (86.0)	763 (14.0)	332.9	<.001
		건강보험	29,877 (90.6)	3,149 (9.4)		
		의료보호	2,867 (85.0)	515 (15.0)		
	거주지역	농촌(읍면)	18,324 (91.3)	1,749 (8.7)	68.7	<.001
		도시(동)	34,622 (89.6)	3,972 (10.4)		
필요요인	한국어 실력	하	8,851 (90.9)	810 (9.1)	23.7	<.001
		중	24,575 (90.3)	2,624 (9.7)		
		상	15,177 (89.5)	1,793 (10.5)		
	주관적 건강상태	나쁨	4,100 (69.2)	1,755 (30.8)	6649.8	<.001
		보통	19,262 (88.6)	2,439 (11.4)		
		좋음	29,556 (95.1)	1,524 (4.9)		
	지난 2주간 유병 경험	무	46,001 (92.2)	3,868 (7.8)	3149.4	<.001
		유	4,794 (75.7)	1,535 (24.3)		

*결측치 불포함; † Unweighted; ‡ Weighted.

3. 보건의료이용에 영향을 미치는 요인

보건의료이용에 영향을 주는 요인을 규명하기 위하여 병·의원 이용, 보건소 이용, 미충족 의료 경험으로 구분하여 분석하였다. 분석에 사용된 독립변수 중 소인요인에는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간을 포함하였고, 가능요인에는 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력을 포함하였으며, 필요요인에는 주관적 건강상태, 지난 2주간 유병경험을 포함하였다. 독립변수 간의 다중공선성을 판단하기 위하여 상관관계 및 분산팽창계수(Variance Inflation Factor, VIF)를 확인한 결과, 상관계수는 모두 0.5보다 작고, VIF도 1.5 이하로 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판단하였다. 종속변수는 병·의원, 보건소, 미충족 의료에 대하여 이용 및 경험이 있으면 1, 없으면 0으로 하여, 모형 1에서는 소인요인만 투입하였고, 모형 2에서는 추가적으로 가능요인을 투입하여 분석하였으며, 모형 3에서는 필요요인을 추가하여 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

1) 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인

병·의원 이용에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <표 6>과 같다. 모형별 유의한 변수를 살펴보면, 소인요인의 변수만 투입한 모형 1에서는 연령, 교육수준, 직업, 조선족을 기준으로 했을 때 일부 출신국(한족 등의 중국, 베트남, 필리핀), 거주기간이 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 모형 2에서는 연령, 직업, 출신국(한족 등의 중국, 베트남, 필리핀), 거주기간은 여전히 유의하였고 추가적으로 투입된 가능요인에서 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력이 유의한 영향을 미쳤다. 모형 3에서는 모형 2에서 유의했던 변수들이 유의한 채 추가된 필요요인 중 지난 2주간 유병 경험은 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났으나 주관적 건강상태는 유의하지 않게 나타났다.

최종모델인 모형 3을 살펴보면, 소인요인 중 연령은 20대 이하, 30대, 40대, 50대 이상의 서열변수로 1단계씩 높아질수록 병·의원 이용 확률이 0.89배 낮았다. 즉 연령이 1단계씩 낮아질 때마다 병·의원 이용 확률이 1.12배(CI=0.87-0.92) 높았다. 교육수준은 1단계씩 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.03배(CI=1.01-1.06) 높았고, 직업이 있는 대상자에 비해 없는 대상자의 경우 병·의원 이용 확률이 1.15배(CI=0.84-0.91) 높았다. 중국(조선족)을 출신국의 기준으로 하였을 때 병·의원 이용 확률이 중국(한족 등)은 0.77배(CI=0.73-0.81) 낮으나, 베트남은 1.89배(CI=1.75-2.05) 높고, 필리핀은 2.29배(CI=2.03-2.58) 높았고, 거주기간은 1단계씩 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.18배(CI=1.15-1.21) 높았다. 가능요인에서 가구소득은 1단계씩 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.08배(CI=1.05-1.10) 높으며, 의료보장유형에서 미가입을 기준으로 하였을 때 건강보험 가입자들은 1.93배(CI=1.83-2.03), 의료보호 수혜자들은 1.40배(CI=1.28-1.52) 병·의원 이용 확률이 높았다. 또한 도시에 사는 대상자보다 농촌에 사는 대상자가 1.07배 병·의원 이용 확률이 높았고, 한국어 실력은 1단계 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.15배(CI=1.11-1.19) 높았다. 마지막으로 필요요인에서는 지난 2주간 유병 경험이 없었던 대상자에 비해 있었던 대상자의 경우 1.52배 (CI=1.42-1.62) 병·의원 이용이 높았다.

표 6. 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인

(N= 58,735)

	구분 (기준변수)	모형 1	모형 2	모형 3
		OR (95% CI)		
소인요인	연령	0.87 (0.85-0.89)***	0.89 (0.87-0.92)***	0.89 (0.87-0.92)***
	교육수준	1.09 (1.06-1.11)***	1.03 (0.99-1.06)	1.03 (1.01-1.06)*
	직업 (무)	0.91 (0.88-0.94)***	0.86 (0.82-0.89)***	0.87 (0.84-0.91)***
	출신국 (중국_조선족)			
	중국(한족 등)	0.69 (0.66-0.71)***	0.77 (0.73-0.81)***	0.77 (0.73-0.81)***
	베트남	1.73 (1.64-1.82)***	1.81 (1.67-1.96)***	1.89 (1.75-2.05)***
	필리핀	1.89 (1.75-2.04)***	2.23 (1.98-2.51)***	2.29 (2.03-2.58)***
	일본	0.94 (0.87-1.02)	0.99 (0.90-1.09)	1.01 (0.92-1.11)
	기타	1.03 (0.98-1.10)	1.08 (1.00-1.17)	1.10 (1.02-1.19)*
	거주기간	1.32 (1.29-1.34)***	1.19 (1.15-1.22)***	1.18 (1.15-1.21)***
가능요인	가구소득		1.07 (1.05-1.10)***	1.08 (1.05-1.10)***
	의료보장유형 (미가입)			
	건강보험		1.90 (1.81-2.00)***	1.93 (1.83-2.03)***
	의료보호		1.42 (1.30-1.54)***	1.40 (1.28-1.52)***
	거주지역 (읍면)		0.95 (0.91-0.99)*	0.94 (0.90-0.99)*
	한국어 실력		1.15 (1.11-1.19)***	1.15 (1.11-1.19)***
필요요인	주관적 건강상태			1.02 (0.99-1.05)
	지난 2주간 유병 경험 (무)			1.52 (1.42-1.62)***

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

2) 보건소 이용에 영향을 미치는 요인

보건소 이용에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <표 7>과 같다. 모형별 유의한 변수를 살펴보면, 소인요인의 변수만 투입한 모형 1에서는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간이 모두 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다. 모형 2에서는 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간은 여전히 유의하였고 추가적으로 투입된 가능요인에서 가구소득, 의료보장유형, 거주지역 또한 유의한 영향을 미쳤다. 필요요인을 추가한 모형 3에서는 모형 2에서 유의했던 변수들은 여전히 유의하였지만, 새로 추가한 주관적 건강상태 및 지난 2주간 유병 경험은 모두 유의하지 않게 나타났다.

최종모델인 모형 3을 살펴보면, 교육수준은 1단계씩 낮아질수록 보건소 이용 확률이 1.08배(CI=0.86-0.99) 높았고, 직업이 있는 대상자에 비해 없는 대상자의 경우 보건소 이용 확률이 1.16배(CI=0.78-0.95) 높았다. 중국(조선족)을 출신국의 기준으로 하였을 때 보건소 이용 확률은 중국(한족 등) 1.80배(CI=1.57-2.07), 베트남 1.49배(CI=1.25-1.77), 필리핀 1.99배(CI=1.61-2.45), 일본 1.98배(CI=1.60-2.46) 높았고, 거주기간은 1단계씩 낮아질수록 보건소 이용 확률이 1.19배(CI=0.79-0.90) 높았다. 가능요인에서 가구소득은 1단계씩 낮아질수록 보건소 이용 확률이 1.29배(CI=0.74-0.82) 높으며, 의료보장유형에서 건강보험 가입자에 비해 미가입자들이 1.22배(CI=0.73-0.93) 보건소 이용 확률이 높았고, 미가입자들에 비해 의료보호자들이 1.21배(CI=1.01-1.44) 보건소 이용 확률이 높았다. 또한 도시에 사는 대상자보다 농촌에 사는 대상자가 1.95배(CI=0.47-.057) 보건소 이용 확률이 높았다.

표 7. 보건소 이용에 영향을 미치는 요인

(N= 58,735)

구분 (기준변수)		모형 1	모형 2	모형 3
		OR (95% CI)		
소인요인	연령	1.06 (1.01-1.11)*	1.03 (0.97-1.09)	1.02 (0.96-1.09)
	교육수준	0.83 (0.79-0.87)***	0.93 (0.87-0.99)*	0.93 (0.86-0.99)*
	직업 (무)	0.87 (0.81-0.93)***	0.88 (0.80-0.97)*	0.86 (0.78-0.95)**
	출신국 (중국_조선족)			
	중국(한족 등)	1.91 (1.73-2.11)***	1.79 (1.56-2.05)***	1.80 (1.57-2.07)***
	베트남	2.28 (2.03-2.56)***	1.53 (1.29-1.81)***	1.49 (1.25-1.77)***
	필리핀	2.75 (2.40-3.16)***	1.94 (1.58-2.38)***	1.99 (1.61-2.45)***
	일본	2.36 (2.01-2.78)***	1.97 (1.60-2.44)***	1.98 (1.60-2.46)***
	기타	2.20 (1.94-2.50)***	1.75 (1.47-2.09)***	1.79 (1.50-2.14)***
	거주기간	0.88 (0.84-0.92)***	0.84 (0.78-0.89)***	0.84 (0.79-0.90)***
가능요인	가구소득		0.77 (0.73-0.81)***	0.78 (0.74-0.82)***
	의료보장유형 (미가입)			
	건강보험		0.82 (0.73-0.93)**	0.82 (0.73-0.93)**
	의료보호		1.22 (1.03-1.45)*	1.21 (1.01-1.44)*
	거주지역 (읍면)		0.52 (0.47-0.56)***	0.51 (0.47-.057)***
	한국어 실력		0.93 (0.86-1.00)	0.93 (0.86-1.01)
필요요인	주관적 건강상태			0.97 (0.90-1.04)
	지난2주간유병경험 (무)			0.86 (0.75-1.00)

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

3) 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인

미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <표 8>와 같다. 모형별 유의한 변수를 살펴보면, 소인요인의 변수만 투입한 모형 1에서는 연령, 교육수준, 직업, 중국(조선족)을 기준으로 했을 때 일부 출신국(베트남, 필리핀, 일본), 거주기간이 통계적으로 유의하였다. 모형 2에서는 추가적으로 투입된 가능요인인 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력이 유의한 영향을 미쳤다. 필요요인을 추가한 모형 3에서는 연령, 교육수준, 직업, 중국(조선족)을 기준으로 했을 때 일부 출신국(베트남, 일본), 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역이 유의하였으며, 새로 추가한 주관적 건강상태 및 지난 2주간 유병 경험 또한 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다.

최종모델인 모형 3을 살펴보면, 연령은 1단계씩 낮아질수록 미충족 의료 경험 확률이 1.05배(CI=0.92-0.99) 높았고, 교육수준은 1단계씩 높아질수록 미충족 의료 경험 확률이 1.16배(CI=1.11-1.22) 높았다. 직업은 없는 대상자에 비해 있는 대상자의 경우 미충족 의료 경험 확률이 1.10배(CI=1.04-1.17) 높았으며, 중국(조선족)을 출신국의 기준으로 하였을 때 미충족 의료 경험 확률은 베트남은 0.58배(CI=0.51-0.66) 낮은 반면, 일본은 1.50배(CI=1.32-1.70) 높았다. 거주기간은 1단계씩 높아질수록 미충족 의료 경험 확률이 1.27배(CI=1.22-1.32) 높았다. 가능요인에서 가구소득은 1단계씩 낮아질수록 미충족 의료 경험 확률이 2.21배(CI=0.44-0.47) 높으며, 의료보장유형에서 건강보험 가입자에 비해 미가입자들이 1.37배(CI=0.68-0.79), 의료보호자들에 비해 미가입자들이 1.22배(CI=0.73-0.92) 미충족 의료 경험 확률이 높았다. 또한 농촌에 사는 대상자보다 도시에 사는 대상자가 1.28배(CI=1.19-1.37) 미충족 의료 경험 확률이 높았고, 마지막으로 필요요인에서는 주관적 건강상태가 1단계씩 낮아질수록 미충족 의료 경험 확률이 2.17배(CI=0.44-0.48) 높았으며, 지난 2주간 유병 경험이 없었던 대상자에 비해 있었던 대상자의 경우 1.88배(CI=1.75-2.02) 미충족 의료 경험 확률이 높았다.

표 8. 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인

(N= 58,735)

구분 (기준변수)		모형 1	모형 2	모형 3
		OR (95% CI)		
소인요인	연령	1.29 (1.25-1.33)***	1.11 (1.07-1.15)***	0.96 (0.92-0.99)*
	교육수준	0.91 (0.88-0.94)***	1.11 (1.07-1.16)***	1.16 (1.11-1.22)***
	직업 (무)	0.89 (0.85-0.93)***	1.03 (0.97-1.09)	1.10 (1.04-1.17)**
	출신국 (중국_조선족)			
	중국(한족 등)	1.02 (0.96-1.08)	1.01 (0.94-1.09)	1.04 (0.96-1.13)
	베트남	0.62 (0.56-0.67)***	0.54 (0.48-0.61)***	0.58 (0.51-0.66)***
	필리핀	1.33 (1.21-1.45)***	0.80 (0.70-0.91)**	0.97 (0.84-1.12)
	일본	1.34 (1.22-1.46)***	1.34 (1.19-1.51)***	1.50 (1.32-1.70)***
	기타	1.00 (0.92-1.08)	0.87 (0.77-0.97)*	1.08 (0.96-1.21)
	거주기간	1.30 (1.27-1.34)***	1.35 (1.30-1.40)***	1.27 (1.22-1.32)***
가능요인	가구소득		0.40 (0.39-0.42)***	0.45 (0.44-0.47)***
	의료보장유형 (미가입)			
	건강보험		0.71 (0.66-0.77)***	0.73 (0.68-0.79)***
	의료보호		0.90 (0.80-0.99)*	0.82 (0.73-0.92)**
	거주지역 (읍면=1)		1.32 (1.23-1.41)***	1.28 (1.19-1.37)***
	한국어 실력		0.91 (0.86-0.95)***	1.00 (0.95-1.05)
필요요인	주관적 건강상태			0.46 (0.44-0.48)***
	지난2주간유병경험 (무=1)			1.88 (1.75-2.02)***

* : $p < 0.05$, ** : $p < 0.01$, *** : $p < 0.001$

Ⅵ. 논의

국내 여성결혼이민자들이 꾸준히 증가하고 있는 상황에서 여성결혼이민자들의 보건의료이용은 그들뿐만 아니라 미래의 한국사회를 이끌어갈 그들의 자녀들에게도 영향을 미치기 때문에 매우 중요한 사안이다. 이에 본 연구는 2차 자료 분석을 통하여 여성결혼이민자의 특성과 보건의료이용 관련 요인들을 파악하기 위해 시도되었고, 이를 통하여 궁극적으로 다문화사회에서 여성결혼이민자들의 건강격차를 해소하고, 여성결혼이민자의 건강권 확립에 기여하는데 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

1. 여성결혼이민자의 보건의료이용

본 연구에서 여성결혼이민자들이 가장 많이 이용하는 의료기관은 병·의원(73.6%)이었고, 약국 11.9%, 한의원 5.8%, 보건소 4.6% 순이었다. 여성결혼이민자를 대상으로 한 김혜련 등(2008)과 양숙자(2010), 김춘미 등(2011)의 연구에서 병·의원 이용율은 각각 87.3%, 78.4%, 74.5%로 병·의원의 이용이 가장 많았고, 보건소 이용은 각각 7.9%, 8.6%, 6.9%이었다. 국내 여성결혼이민자들이 병·의원을 가장 많이 이용하는 이유는 병·의원은 대표적인 민간의료기관으로 전체 보건의료기관 중 36.1%로 가장 많은 비율을 차지하여(통계청, 2006) 접근성이 높기 때문이다. 보건소 이용률에 대하여 본 연구결과가 다른 연구결과보다 낮게 보고된 이유는 다른 연구들의 경우 자료수집을 여성결혼이민자들의 이용이 활발한 보건소, 주민자치센터, 사회복지관 등을 중심으로 실시한 반면, 본 연구는 전국 다문화가족을 대상으로 가구를 직접 방문하여 실시하였기 때문이라 판단된다.

국외 이민자의 경우를 살펴보면, 포르투갈에서는 필요시 주로 이용하는 기관으로 보건소가 61.7%로 가장 많았고, 병원이 20.7%였으며(Dias, et al., 2008), 네덜란드의 이민자의 경우에는 자국민보다 GP(General Practitioner, 담당 등록 의사)의 이용이 월

등이 높았다(Denktas, et al., 2009). 각 나라마다 이민자의 이민 목적 및 특성, 또한 각 나라의 의료서비스체계 및 보험유형 등이 다르기 때문에 의료기관이용 종류에 대하여 본 연구의 결과와 국외 이민자를 대상으로 한 연구들의 결과에서 다소 차이가 있음을 알 수 있었다.

지난 1년 동안 의사의 도움이 꼭 필요하였는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 경험을 미충족 의료 경험이라 하며, 본 연구에서는 9.9%이었다. 이에 대하여 설동훈 등(2005)의 연구에서는 동일한 질문에 18.0%가 미충족 의료를 경험한 적이 있다고 응답하였고, 양숙자(2010) 연구에서는 지난 1년간 병의원에 가고 싶어도 가지 못한 미치료 경험에 대하여 30.1%가 있는 것으로 나타났다. 이러한 미치료 경험이 존재하는 이유는 여성결혼이민자들에게 의료보험가입이 가능하도록 하여 보건의료서비스 이용에 대한 접근기회를 어느 정도 보장해 주었지만, 실질적으로 소득이 낮거나 의료비 부담 등으로 보건의료이용정도에 차이가 존재하기 때문이다(양숙자, 2010). 본 연구는 기존 연구에 비해 다소 낮은 미충족 의료 경험을 보였는데, 이는 연구 대상자를 가족에 대한 자원이 상대적으로 부족할 수 있는 사별이나 이혼한 무배우자인 여성결혼이민자는 제외하였기 때문이고, 미충족 의료에 대한 기준이 연구에 따라 약간씩 차이가 나기 때문에 연구 결과에서도 상이한 결과를 보인다고 할 수 있다.

이와 비교하여 우리나라 국민건강영양조사에서의 연간 미치료율은 만 19세 이상의 여자인 경우 27.9%이고(보건복지부, 2010), 우리나라 차상위계층 실태조사에서의 평균 의료 포기율이 12.07%(이현주 등, 2008)인 점과 비교할 때 본 연구 결과는 일반 국민뿐만 아니라 차상위계층보다도 더 낮게 보고된 것을 알 수 있다. 이는 여성결혼이민자는 비교적 젊은 연령층이어서 이민 초기에는 좋은 건강수준을 가지고 있기 때문이라고 판단된다.

이민자와 자국민들의 건강형평성을 설명하는데 보험의 역할에 대하여 미국과 캐나다를 비교한 연구를 살펴보면, 캐나다는 이민자와 자국민 모두 보험에 가입된 반면 미국은 이민자의 24.3%, 자국민의 8.9%는 보험이 없었고, 이와 더불어 미충족의료에 대하여 캐나다의 이민자들은 8.7%, 자국민들은 11.2%로 보고되었고, 미국의 이민자들

은 17.3%, 자국민들은 12.5%로 나타났다(Siddiqi, et al., 2009). 본 연구 결과를 비롯하여 미국과 캐나다의 이민자들의 미충족의료에 차이가 나는 이유는 앞에서 언급한 것처럼 각 나라마다 보건의료서비스체계, 보험유무 및 이민자를 지원하는 제도 등에 차이가 있기 때문이다.

본 연구에서 의료기관을 이용하는데 가장 힘든 점은 의사소통의 어려움(40.5%), 의료비에 대한 부담(24.8%)인 것으로 나타났다. 이와 관련하여 양숙자(2010) 연구에서는 지난 1년간 병·의원 미치료 사유에 대하여 의료비에 대한 부담(29.7%), 의사소통의 어려움(26.1%), 혼자가기 어려움(26.1%) 등으로 조사되었고, 김춘미 등(2011)의 연구에서는 의료기관과의 먼 거리(35.7%), 의사소통 문제(27.7%), 의료비에 대한 부담(19.8%) 순이었다. 또한 고진강과 고선강(2009)의 연구에서는 언어장벽이 한국어 능력 부족뿐만 아니라 의학용어에 대한 이해부족으로도 발생된다고 하였고, 경제적인 부담 외에 불충분한 진료시간, 병원이용 절차의 복잡함, 동료집단의 지지부족, 의료인의 차별 등을 원인으로 보았다. 여성결혼이민자들이 증가함에 따라 정부에서는 이들의 건강을 증진할 수 있도록 건강보험 가입절차 완화, 보건소 이용 시 통역 서비스 등을 포함한 다양한 지원을 하고 있어 의료비에 대한 부담의 비율은 다소 완화가 되었지만, 여전히 의사소통의 문제로 인한 의료기관 이용의 어려움은 존재함을 알 수 있었다.

대만의 경우에는 의료기관 이용의 어려움에 대하여 의료자원에 대한 정보 부족, 건강정보에 대한 언어 장애, 의사-환자 관계, 차별과 문화에 대한 선입견 등을 보고하였다(Yang, & Wang, 2003). 이는 본 연구처럼 의사소통의 문제로 의료기관 이용에 어려움을 갖는 것은 유사하였지만, 의료비에 대한 부담이 주된 어려움으로 나타나지는 않았다. 그 이유는 한국은 외국인에 대하여 국민건강보험 가입이 임의가입인 반면, 대만은 대만거류 만 4개월이 지난 후부터는 강제적으로 가입해야만 하는 제도를 시행하고 있기 때문이라고 판단된다(김윤태 & 설동훈, 2005). 이처럼 각 나라의 의료서비스체계 및 국민건강보험 가입제도는 이민자들의 의료기관이용에 매우 중요한 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

2. 여성결혼이민자의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인

1) 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인

본 연구를 통하여 최종적으로 여성결혼이민자의 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인은 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력, 지난 2주간 유병 경험으로 확인되었다.

본 연구에서 여성결혼이민자들은 젊을수록 통계적으로 유의하게 병·의원 이용이 증가하였다. 이는 연령이 많을수록 의료기관을 더 많이 이용하는 외국인근로자들과 상이한 결과이다(이지현, 2011). 이러한 이유는 외국인근로자들의 이주목적은 국내에 취업하여 돈을 버는 것으로 입국 당시에는 건강한 편이었으나, 입국 후에는 돈을 버는데 치중하여 전반적으로 건강관리가 소홀하게 다루어졌기 때문이다(김규상, 2007). 반면 여성결혼이민자는 대부분이 가임기 여성으로 분만 및 산전관리를 위한 병·의원 이용에 대한 요구도가 높아, 젊을수록 병·의원 이용이 증가하는 결과를 나타낸 것으로 사료된다.

또한 여성결혼이민자들은 교육수준이 높을수록, 한국어 실력이 좋을수록 병·의원 이용이 증가하였다. Kullgren(2003)의 연구에서 이민자들은 미국의료시스템에 대한 지식이 부족하기 때문에 의료서비스 이용을 효율적으로 하지 못한다고 하였다. 즉 교육수준이 낮을수록 의료서비스 이용을 적게 함을 나타낸다고 할 수 있는데, 본 연구의 결과도 동일한 양상을 나타낸다고 할 수 있다. 교육수준이 낮을수록 또한 한국어 실력이 낮을수록 이주국가의 보건의료제도 및 활용 가능한 의료서비스에 대한 지식이 낮으므로 병·의원 이용이 적은 것으로 볼 수 있다.

한편 여성결혼이민자들의 경우 직업이 있을수록 병·의원 이용이 감소하였는데, 이는 일반 성인을 대상으로 한 김수정(2008), 허성주(2010) 연구와도 동일한 결과이다. 직업이 있는 일반 성인 및 여성결혼이민자는 근무 시간이 병·의원 이용가능시간과 겹치고, 직업이 없는 경우보다 시간이 부족하여 병·의원 이용이 적은 것으로 사료된다. 이와 더불어 도시에 거주하는 경우 병·의원 이용이 감소하였는데, 이는 도시에 사는 여성결

혼이민자일 경우 직업을 가진 경우가 더 많아(김승권 등, 2010), 직업으로 인한 시간 부족 등으로 의료기관 이용이 적다고 판단된다.

본 연구는 여성결혼이민자들의 거주기간이 길수록 병·의원 이용이 증가하였다. 이러한 결과는 한국체류기간이 5년 이상인 여성결혼이민자에게서 병·의원 이용율이 가장 높았던 양숙자(2010)의 연구와 유사한 맥락이며, 이러한 이유는 거주기간이 길어지면서 국민건강보험 가입율이 증가하고 의료기관에 대한 정보의 접근성이 향상되었기 때문에 병·의원 이용율이 증가한 것으로 사료된다(김혜련, 2010). 또는 미국, 캐나다 등에서는 'healthy immigrant effect'라고 하여 이민초기에는 건강상태가 좋다가 거주기간이 증가할수록 문화적으로 적응함에 따라 본국인과 유사한 수준의 건강을 갖게 된다고 하였듯이, 국내 여성결혼이민자들도 이민 초기에는 젊은 연령층이 많기 때문에 건강수준이 높아 병·의원 이용이 적었으나, 거주기간이 길어지면서 건강수준이 이민초기보다 낮아져 병·의원 이용이 증가하였다고도 볼 수 있다(김혜련, 2010). 따라서 병·의원 이용에 대한 정확한 관련요인 파악을 위해 거주기간 및 건강상태에 대한 추후 연구가 요구된다.

한편 가능요인인 가구소득이 많을수록, 건강보험이 있을수록, 의료보호 수혜를 받을수록 여성결혼이민자들의 병·의원 이용은 증가하였다. 즉 가구소득이 낮은 경우에는 높은 의료비 부담으로 병·의원 이용이 낮게 되는데, 이러한 소득 격차를 줄일 수 있는 방법으로 국민건강보험가입과 의료보호 혜택을 둘 수 있다. 우리나라의 건강보험은 1977년 도입 이래로 12년 만에 전 국민건강보험을 달성하였다(윤혜숙, 2010). 하지만 본 연구에서 여성결혼이민자들은 건강보험 가입자 77.9%, 의료보호 수혜자 7.9%로 조사되었고, 건강보험 또는 의료보호 혜택을 전혀 받지 않는 미가입자들은 14.2%로 조사되었다. 이렇게 미가입자가 존재하는 이유 중 하나는 대만과 다르게 한국의 여성결혼이민자는 국민건강보험의 강제가입 대상이 아니라 임의가입 대상이기 때문이라고 할 수 있다(설동훈 등, 2005). 또한 이와 더불어 가입되어 있지 않은 여성결혼이민자들에게 그 이유를 물어보니, 외국인은 본래 가입이 안되는 것으로 알고 있는 경우가 가장 많았다(설동훈 등, 2005). 따라서 가구소득에 상관없이 병·의원 이용을 용이하게 하기 위해서는 건강보험 가입에 대한 적극적인 홍보 및 교육, 신청 방법 간소화 등의

방안과 외국인에게도 건강보험을 임의가입이 아닌 강제가입을 고려해야 한다.

병·의원 이용에 영향을 미치는 요인으로 필요요인인 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병 경험을 살펴보면 지난 2주간 유병 경험이 있을수록 병·의원 이용이 증가함을 알 수 있다. 본 연구의 결과와 유사하게 안정인(2011)의 연구에서도 외국인근로자들의 질병경험여부는 병·의원, 보건소, 무료진료소의 의료서비스 이용과 모두 관련성이 있어 질병인지가 의료서비스 이용에서 가장 중요한 요인이라는 기존 연구(Andersen, 1995)를 지지하였다. 하지만 주관적 건강상태에 대하여 본 연구의 카이제곱검정 결과, 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우에 통계적으로 유의하게 병·의원 이용이 많았다. 따라서 본 연구의 주관적 건강상태는 필요요인보다는 건강성과물로 병·의원 이용을 많이 하였기 때문에 주관적 건강상태가 좋다고 해석할 수 있다. 하지만 보다 정확한 병·의원 이용 영향요인 및 인과관계 파악을 위하여 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병경험, 병·의원 이용에 대한 추후 연구가 요구된다.

이와 더불어 출신국에 따른 병·의원 이용을 살펴보면, 중국(조선족)을 기준으로 하였을 때, 중국(한족 등)은 병·의원 이용이 적은 반면, 베트남과 필리핀은 1.8배 이상 병·의원 이용이 많았다. 이와 관련하여 출신국에 따른 주관적 건강상태에 대하여 양숙자(2010)의 연구에서는, 주관적 건강상태가 좋은 편이라고 응답한 경우가 중국 35.3%, 필리핀 61.6%, 베트남 61.2%로 조사되었다. 이처럼 출신국가별 건강에 대한 사회문화적 인식이 다르기 때문에 출신국에 따라 주관적 건강상태가 다르다고 할 수 있다(김승권 등, 2010). 따라서 본 연구에서도 베트남과 필리핀 출신의 여성결혼이민자들에게 병·의원 이용이 많은 반면 중국 출신인 경우에는 상대적으로 적은 이유는 각 국가마다 병·의원 이용에 대한 인식이 다르기 때문에 이와 같은 차이를 보이는 것이라고 판단한다.

2) 보건소 이용에 영향을 미치는 요인

본 연구를 통하여 최종적으로 여성결혼이민자의 보건소 이용에 영향을 미치는 요인은 교육수준, 직업, 출신국, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역으로 확인되었다.

본 연구에서 여성결혼이민자들의 교육수준이 낮을수록 보건소 이용이 증가하는 것으로 나타났다. 이러한 이유는 병·의원과 다르게 보건소에서는 통역요원을 파견하여 보건의료이용 시 의사소통 지원 및 각종 고충상담을 지원하기도 하며 건강정보 및 자료들을 주요이주국어로 번역한 병어집을 제공하는 등 교육수준의 차이를 극복할 수 있는 지원이 많기 때문이라고 판단한다. 따라서 교육수준이 낮을수록 이주국가의 보건의료제도 및 활용 가능한 의료서비스에 대한 지식이 낮으므로 병·의원 이용이 적은 반면 상대적으로 교육수준의 차이를 극복할 수 있는 지원이 제공되는 보건소 이용이 많은 것으로 사료된다.

또한 여성결혼이민자들은 직업이 있을수록 병·의원 이용과 동일하게 보건소 이용도 감소하였다. 이는 직업이 있는 경우 근무 시간이 보건소 이용가능시간과 겹치고, 시간도 부족하여 보건소 이용이 적은 것으로 사료된다. 이와 더불어 여성결혼이민자들은 병·의원 이용과 동일하게 도시보다는 농촌에서 거주할 때 보건소 이용이 높았다. 이는 대도시나 중소도시보다 군지역에서의 여성결혼이민자들이 보건소나 보건지소 및 보건진료소의 이용이 높은 연구 결과와 일맥상통한다(김혜련 등, 2008). 이러한 이유는 도시에 사는 여성결혼이민자일 경우 직업을 가진 경우가 더 많아(김승권 등, 2010), 시간부족 등의 이유로 농촌에 비해 도시에서 보건소 이용율이 낮다고 볼 수 있다. 또한 여성결혼이민자들은 “연변처녀·농촌총각 짝짓기” 사업을 통해 시작된 이민자로, 농촌의 거주자 중 어린이와 일반 성인보다는 노인과 더불어 많은 비중을 차지하는 중요한 구성원이다. 따라서 도시의 보건소는 다양한 인구집단을 대상으로 사업들이 진행되지만 농촌의 보건소는 노인과 이러한 여성결혼이민자를 대상으로 진행되는 사업들이 많기 때문에 여성결혼이민자들은 농촌에서 보건소 이용이 도시보다 훨씬 많을 것이라 사료된다.

한편 여성결혼이민자들은 거주기간이 짧을수록 보건소 이용이 증가하였는데, 병·의

원 이용과 상반된 결과였다. 이러한 이유는 보건소에서 임신과 관련하여 철분제 공급 및 모유수유 강좌 등과 같은 분만 및 산전관리에 대한 서비스가 다양하게 제공되기 때문에 거주기간이 짧은 여성결혼이민자에게서 보건소 이용이 더 많은 것으로 판단된다. 또한 거주기간이 길어지면서 국민건강보험 가입율이 증가하고 의료기관에 대한 정보의 접근성이 향상되기 때문에 병·의원 이용율이 증가하여, 동시에 보건소 이용은 예전보다 감소할 것으로 예측한다.

본 연구는 여성결혼이민자들의 가구소득이 적을수록, 건강가입자보다는 미가입자들이, 미가입자보다는 의료보호 대상자들에게 보건소 이용이 증가하였다. 이러한 이유는 병·의원에 비해 보건소는 의료비 부담이 적고, 또한 보건소에서는 소득에 상관없이 무료로 제공하는 서비스 및 소득이 낮은 계층에게만 지원하는 서비스, 또한 건강보험이 없더라도 제공받을 수 있는 서비스 등이 다양하기 때문이라고 사료된다.

이와 더불어 출신국에 따른 보건소 이용을 살펴보면, 중국(조선족)을 기준으로 하였을 때, 중국(한족 등)을 비롯하여 베트남, 필리핀, 일본 모두 보건소 이용이 많았다. 즉 다른 출신국보다 의사소통하는데 어려움이 적을 것이라 생각되는 중국(조선족)에서 보건소 이용이 가장 낮게 조사되었다. 이와 관련하여 출신국에 따른 거주기간을 살펴보면, 출신국이 중국(조선족)인 경우 10년 이상 거주자가 27.3%인데 비하여, 베트남은 1.0%, 필리핀은 11.5%로 중국(조선족)에 비해 거주기간이 짧은 것을 알 수 있다(김승권 등, 2010). 따라서 보건소에서는 주로 임신과 관련하여 철분제 공급 및 모유수유 강좌 등과 같은 분만 및 산전관리에 대한 서비스가 다양하게 제공되기 때문에 거주기간이 짧은 여성결혼이민자에게서 보건소 이용이 더 많은 것으로 예측되고, 이와 관련하여 거주기간이 상대적으로 긴 중국(조선족)인 경우에는 보건소 이용이 적은 것으로 판단된다. 반면 일본은 10년 이상 거주한 여성결혼이민자의 비율이 51.5%로 중국(조선족)보다 훨씬 많았으나(김승권 등, 2010), 보건소 이용이 더 많다고 보고되었다. 이는 보건소 이용에 대한 일본의 긍정적인 사회문화적 인식이 반영한 결과라고 사료되고, 출신국과 관련한 보건소 이용에 대한 추후 연구가 요구된다.

3) 미충족 의료에 영향을 미치는 요인

본 연구를 통하여 최종적으로 여성결혼이민자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인은 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 주관적 건강상태, 지난 2주간 유병경험으로 확인되었다.

본 연구에서 여성결혼이민자들은 젊을수록 통계적으로 유의하게 미충족 의료가 증가하였다. 이는 연령이 적을수록 병·의원을 더 많이 이용하는 여성결혼이민자들의 이유와 동일한 것으로 판단된다. 여성결혼이민자들의 대부분은 가임기 여성으로써 분만 및 산전관리를 위한 의료 요구가 높아짐에 따라, 이에 대한 기대치 및 미충족 의료에 대한 민감성이 높기 때문에 여성결혼이민자들은 젊을수록 미충족 의료가 증가한 것으로 볼 수 있다. 또한 여성결혼이민자들은 교육수준이 높을수록 미충족 의료가 증가하는 것으로 나타났다. 이는 일반 성인을 대상으로 한 김수정(2008)과 허성주(2010)의 연구와 여성결혼이민자를 대상으로 한 김혜련(2010) 연구와 전혀 반대의 결과이다. 여성결혼이민자들은 교육수준이 높을수록 이주국가의 보건의료제도 및 활용 가능한 의료서비스에 대한 지식이 높고, 또한 분만 및 산전관리에 대한 지식도 높기 때문에 이에 대한 병·의원 이용을 많이 하나, 증가한 병·의원 이용이 그들의 분만 및 산전관리를 포함한 의료 욕구 및 미충족 의료에 대한 민감성을 낮추기에는 부족한 것으로 판단된다. 하지만 보다 정확한 미충족 의료 영향요인을 파악하기 위하여 교육수준 및 미충족 의료에 대한 추후 연구가 요구된다.

한편 여성결혼이민자들은 직업이 있을수록 미충족 의료가 증가하는 것으로 나타났다. 이는 직업이 있을수록 병·의원 및 보건소 이용이 감소하는 것과 동일하게 직업이 있는 경우 근무 시간이 보건의료이용 가능시간과 겹치고, 시간도 부족하여 미충족 의료가 증가한 것으로 사료된다. 또한 거주지역에 따른 여성결혼이민자들의 미충족 의료는 농촌보다 도시에서 미충족 의료 경험이 많은 것으로 확인되었다. 이는 일반 성인의 경우에는 도시보다 비도시에서 미충족의료가 더 많은 것으로 나타난 연구(허성주, 2010; 김진형, 2012)와 상이한 결과를 보였다. 이러한 이유는 도시에 사는 여성결혼이민자일 경우 직업을 가진 경우가 더 많아(김승권 등, 2010), 시간부족 등의 이유

로 농촌에 비해 보건의료이용율이 낮아 미충족 의료가 높고, 농촌에서 더 많은 여성결혼이민자들을 위한 다양한 보건의료사업 및 지원들이 제공되기 때문에 이러한 차이를 보인다고 판단된다. 따라서 직장이 있거나 도시 지역에 거주하는 여성결혼이민자들의 미충족 의료 감소를 위해서는 야간 및 휴일에도 이용 가능한 보건의료기관 운영, 또는 도시에 있는 다문화가족지원센터의 경우 보건의료서비스 이용 안내 및 의료기관 연계에 대한 서비스 추가 제공 등을 고려할 수 있다. 또한 보건의료기관에 대한 지리적인 접근성뿐만 아니라 심리적인 접근성도 중요하므로 도시지역에 거주하는 여성결혼이민자들이 의료기관이용을 어려워하지 않도록 보다 많은 홍보와 주변 사람들의 정보제공 등과 같은 사회적 지지가 필요하다고 판단한다.

본 연구에서 여성결혼이민자들은 거주기간이 길수록 미충족 의료가 증가하였다. 이러한 이유에 대하여 거주기간이 증가할수록 의료비 부담을 더 많이 느껴 치료를 하지 못한다고 보기도 하였고(양숙자, 2010), 또는 앞에서 설명하였듯이 'healthy immigrant effect'라고 하여 이민초기에는 건강상태가 좋다가 거주기간이 증가할수록 건강수준이 나빠져 미충족 의료가 발생한 것으로 보기도 하였다(김혜련, 2010). 하지만 Kim et al.(2010)의 연구에서는 거주기간이 길수록 여성결혼이민자들에게 스트레스가 더 많이 있고, 비정상적인 ECG는 증가하지만, 거주기간에 따른 BMI, BP, Anemia, Total cholesterol에는 통계적인 관련성이 없다고 보고하였고, 한성온(2010)의 연구에서는 거주기간이 길어질수록 국내에서 의료혜택을 받을 기회가 많아지므로 질환율이 낮아진다고 하였다. 이처럼 상이한 연구결과는 건강상태에 대한 측정 방법과 내용이 다르기 때문이고, 이에 대하여 거주기간 및 건강상태에 대한 반복 연구 및 주관적 건강상태와 객관적 건강상태를 모두 포함한 정확한 실태파악이 필요하다고 할 수 있겠다. 이 밖에 여성결혼이민자들의 거주기간 증가에 따른 미충족 의료 증가의 원인으로 의료요구도 증가를 들 수 있다. 즉, 여성결혼이민자들은 교육수준이 증가할수록 이주국가의 보건의료제도 및 활용 가능한 의료서비스에 대한 지식이 증가하였듯이 거주기간이 길수록 이러한 지식이 증가하여 병·의원 이용도 증가하나, 증가한 병·의원 이용이 그들의 의료이용에 대한 기대치 및 미충족 의료에 대한 민감성을 낮추기에는 부족할 가능성도 있다고 생각한다. 따라서 보다 정확한 미충족 의료 영향요인을 파악하기 위하

여 거주기간 및 건강상태, 미충족 의료에 대한 추후 연구가 요구된다.

한편 가구소득에 대하여 가구소득이 감소할수록, 또한 건강보험가입자와 의료보호 수혜자보다는 미가입자들에게 미충족 의료가 증가하였다. 이는 여성결혼이민자들의 미치료율이 비빈곤층보다 빈곤층에서 더 높았던 연구와도(양숙자, 2010) 동일한 결과로, 가구소득이 낮은 경우에는 높은 의료비 부담으로 병·의원 이용이 낮고 이에 따라 미충족 의료는 증가함을 알 수 있다. 또한 가구소득이 낮더라도 건강보험과 의료보호 혜택을 받는다면 의료비에 대한 부담이 다소 경감되기 때문에 미가입자에 비해 미충족 의료가 낮음을 알 수 있다.

필요요인인 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병 경험을 살펴보면, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 그리고 지난 2주간 유병 경험이 있을수록 미충족 의료가 증가함을 알 수 있다. 일반 성인을 대상으로 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성질환 수가 많을수록 미충족의료가 증가한다는 연구 결과(허성주, 2010; 김수정, 2008)와 유사한 양상이며, 이는 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성질환 수가 많거나 지난 2주간 유병 경험이 있을수록, 의료 요구도가 증가하기 때문에 이를 적절하게 충족하지 못하였을 경우 미충족 의료가 증가할 수 있음을 알 수 있다.

마지막으로 미충족 의료에 영향을 미치는 출신국을 살펴보면, 중국(조선족)을 기준으로 하였을 때, 베트남은 미충족 의료가 적은 반면, 일본은 약 1.5배 많게 조사되었다. 이는 중국(조선족)의 주관적 건강인지율[1]이 47.7%인데 비해, 베트남은 50.6%, 일본은 41.8%로 조사된 연구 결과를 통하여(김승권 등, 2010), 출신국에 따라 주관적 건강인지율이 다르며, 이에 따라 미충족 의료도 다를 수 있다고 판단하였다. 즉 앞에서 보았듯이 출신국마다 건강에 대한 사회문화적 인식이 다르기 때문에 주관적 건강상태가 다르고(김승권 등, 2010), 이에 따라 미충족 의료도 차이가 존재함을 알 수 있다.

1) 주관적 건강인지율: 주관적으로 건강하다고 생각하는 사람(매우 건강 또는 건강하다로 응답한 사람)의 비율

3. 연구의 의의

1) 간호이론 측면

여성결혼이민자의 보건의료이용과 관련된 요인을 규명하기 위하여 Andersen 모형을 기반으로 하여 국내 여성결혼이민자들의 보건의료이용에 대한 영향 요인을 검증함으로써, 여성결혼이민자의 보건의료이용을 설명하는 지식체를 제공하였다.

2) 간호연구 측면

여성결혼이민자의 건강관련 선행연구 중 대부분은 지역별 편중을 보이는 반면, 본 연구는 국내에서 처음으로 시행한 여성결혼이민자들의 전수조사 자료를 이차 분석한 것으로 연구 자료의 대표성이 높은데 의의가 있다고 할 수 있다. 또한 본 연구는 국내 여성결혼이민자들의 보건의료이용 관련 영향요인을 설명하기 위하여 처음으로 다변수 분석법을 시도함으로써, 보건의료이용에 영향을 미치는 여러 변수들의 영향을 서로 보정하여 각 변수들이 실제로 미치는 영향 정도를 알 수 있다. 따라서 본 연구는 여성결혼이민자의 보건의료이용 현황 및 영향요인을 파악함으로써, 여성결혼이민자의 의료기관 이용을 촉진하고 미충족 의료의 감소를 유도할 수 있는 기초자료를 마련하였고, 궁극적으로 다문화사회에서 여성결혼이민자들의 건강격차를 해소하고, 여성결혼이민자의 건강권 확립에 기여하는데 필요한 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있다.

3) 간호실무 측면

본 연구에서 여성결혼이민자들의 보건의료이용에 영향을 미치는 요인들 중 직업, 가구소득, 의료보장유형, 주관적 건강상태, 지난 2주간 유병 경험 등은 국내 외국인근

로자 및 국외 다른 나라의 이민자들과 동일한 양상을 보이기도 하였으나, 연령, 교육수준, 거주기간, 거주지역 등과 같은 요인들은 국내외 이민자들과 다른 결과를 보였다. 이렇게 다른 결과를 보인 이유는 여성결혼이민자들의 대부분이 가임기 여성으로 분만 및 산전관리에 대한 요구도가 높고, 국내 농촌 보건소에서는 이들을 대상으로 제공하는 서비스가 많기 때문에 보건의료이용에 차이를 보인다고 할 수 있다. 따라서 임상 실무에서 이들을 직접 대하는 병·의원 및 보건소 간호사들은 여성결혼이민자들에게 요인이 될만한 여러 가지 독특한 특성을 이해하고, 이에 대한 건강 요구도를 파악하여 그에 적합한 간호를 제공해야 할 것이다. 또한 이들은 한 나라가 아닌 다양한 나라로부터 이민 온 것으로, 각 출신국마다 동일하지 않은 보건의료체계 및 보험유형, 건강에 대한 사회문화적 인식의 차이를 이해함으로써 간호사들은 문화적 역량을 증진시킬 수 있다. 이는 결국 임상 실무에 있는 간호사들이 문화적 차이를 고려한 간호의 방향을 설정하여 질 높은 간호를 제공함으로써 그들의 건강상태를 향상시키는데 기여할 것이다.

4. 연구의 제한점

본 연구는 전국 다문화가족실태조사 자료를 근거로 분석하였기 때문에 연구 자료의 대표성이 매우 높아 그에 따른 결과의 일반화 가능성 등에 큰 의의를 가지나 몇 가지 제한점이 있다.

첫째, 본 연구는 미충족 의료에 대하여 응답자 본인이 스스로 응답한 설문자료를 그대로 사용하여 본인이 인식한 의료 필요만을 고려할 뿐, 의료인이 평가한 미충족 의료는 고려되지 않았다. 또한 병·의원과 보건소 이용에서도 의료이용 유무만으로 판단할 뿐, 의료이용의 빈도 및 강도를 고려하지는 못하였다. 따라서 향후에는 객관적인 의료인의 평가가 반영된 미충족 의료와 의료이용의 빈도 및 강도를 포함한 좀 더 민

감한 측정방법 사용이 요구된다.

둘째, 다문화가족실태조사는 일반적 사항, 취업, 결혼생활 및 가족관계, 자녀양육, 건강 및 보건의료, 사회생활, 복지욕구로 그 내용이 이루어져있고, 조사원의 가구방문에 의한 응답자의 자기기재식으로 조사되었다. 하지만 다양한 분야의 내용이 조사되다 보니 건강 및 보건의료와 관련하여 흡연, 음주, 운동 등과 같은 건강증진행위와 고혈압, 당뇨, 천식 등과 같은 객관적인 질환 이환에 대한 내용은 구체적으로 조사되지 않아 건강 상태 파악 및 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기에 한계가 있었다. 따라서 향후에는 건강증진행위 및 질환이환 등을 포함하여 건강상태 및 보건의료이용에 영향을 미치는 요인을 규명하는 추가적 연구가 필요하다.

셋째, 본 연구는 여성결혼이민자의 보건의료이용과 관련된 영향 변수들을 파악할 수 있었으나 소인, 가능, 필요요인들 간의 상호작용에 대해서는 설명하지 않았다. 향후에는 각 요인들 간의 상호작용을 규명하기 위한 추가적 연구가 요구된다.

Ⅶ. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 우리나라에서 전국적으로 시행된 2009년 다문화가족실태조사 자료를 활용하여 Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 여성결혼이민자의 보건의료이용 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구이다.

본 연구의 대상자는 현재 배우자가 있는 여성결혼이민자 58,735명이며, 종속변수인 보건의료이용에는 병·의원 이용, 보건소 이용, 미충족 의료를 변수로 선정하였다. 독립변수는 Andersen의 의료이용 행동모형에 근거하여 구분한 소인요인, 가능요인, 필요요인의 변수들이며, 소인요인에는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간을 변수로 포함하였다. 가능요인에는 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력을 포함하였고 필요요인에는 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병 경험을 포함하였다. 분석은 PASW statistics 18.0 프로그램을 통해 응답률에 따른 가중치를 적용하여 빈도분석, 카이제곱 검정, 위계적 로지스틱 회귀분석을 시행하였다. 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 연령은 평균 33.3±9.3세로 20대 이하가 40.3%로 가장 많았고 50대 이상이 5.8%로 가장 적었다. 교육수준은 고등학교 졸업이 42.6%로 가장 많았고, 여성결혼이민자의 36.0%에서 직업을 가지고 있었다. 출신국의 경우 중국(조선족)이 29.3%로 가장 많았고, 중국(한족 등) 27.8%, 베트남 21.0% 순이었다. 거주기간은 평균 60.5±51.0개월이며, 12~60개월 미만이 51.5%로 가장 많았다. 가구소득은 월수입 100~200만원 미만이 44.7%로 가장 많았고, 건강보험에 가입한 사람은 77.9%이고 의료보호 혜택을 받는 사람은 7.9%이었다. 거주 지역은 도시(동)에 거주하는 사람이 70.5%로 많았으며, 한국어 실력은 중간 정도 실력이 50.9%로 가장 많았다. 주관적 건강상태는 53.8%가 좋다고 인지하였고, 지난 2주간 유병 경험은 11.8%에서 유병 경험이 있었다고 응답하였다.

2. 대상자의 지난 1년간 아플 때 주로 이용한 곳은 병·의원이 73.6%로 가장 많았고, 약국 11.9%, 한의원 5.8%, 보건소 4.6% 순이었다. 보건의료기관을 이용하는데 가장 힘든 점은 의사소통의 어려움이 40.5%, 의료비에 대한 부담이 24.8%로 나타났다. 지난 1년 동안 의사의 도움이 꼭 필요하였는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 미충족 의료 경험은 9.9%의 응답을 보였다.
3. 병·의원 이용에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 연령은 20대 이하, 30대, 40대, 50대 이상으로 1단계씩 낮아질 때마다 병·의원 이용 확률이 1.12배 높았다. 교육수준은 1단계씩 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.03배 높았고, 직업이 있는 대상자에 비해 없는 대상자의 경우 병·의원 이용 확률이 1.15배 높았다. 중국(조선족)을 출신국의 기준으로 하였을 때 병·의원 이용 확률이 중국(한족 등)은 0.77배 낮으나, 베트남은 1.89배 높고, 필리핀은 2.29배 높았고, 거주기간은 1단계씩 증가할수록 병·의원 이용 확률이 1.18배 높았다. 가구소득은 1단계씩 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.08배 높으며, 의료보장유형에서 미가입을 기준으로 하였을 때 건강보험 가입자들은 1.93배, 의료보호 수혜자들은 1.40배 병·의원 이용 확률이 높았다. 또한 도시에 사는 대상자보다 농촌에 사는 대상자가 1.07배 병·의원 이용 확률이 높았고, 한국어 실력은 1단계 높아질수록 병·의원 이용 확률이 1.15배 높았다. 지난 2주간 유병 경험이 없었던 대상자에 비해 있었던 대상자의 경우 1.52배 병·의원 이용이 높았다.
4. 보건소 이용에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 교육수준은 1단계씩 낮아질수록 보건소 이용 확률이 1.08배 높았고, 직업이 있는 대상자에 비해 없는 대상자의 경우 보건소 이용 확률이 1.16배 높았다. 중국(조선족)을 출신국의 기준으로 하였을 때 보건소 이용 확률은 중국(한족 등) 1.80배, 베트남 1.49배, 필리핀 1.99배, 일본 1.98배 높았고, 거주기간은 1단계씩 감소할수록 보건소 이용 확률이 1.19배 높았다. 가구소득은 1단계씩 낮아질수록 보건소 이용 확률이 1.29배 높으며, 의료보장유형에서 건강보험 가입자에 비해 미가입자들이 1.22배, 미가입자들에 비해 의료보호자들이 1.21배 보건소 이용 확률이 높았다. 또한 도시에 사는 대상자보다 농촌에 사는 대상자가 1.95배 보건소 이용 확률이 높았다.
5. 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 연령은 1단계씩 낮아질수록

미충족 의료 경험 확률이 1.05배 높았고, 교육수준은 1단계씩 높아질수록 미충족 의료 경험 확률이 1.16배 높았다. 직업은 없는 대상자에 비해 있는 대상자의 경우 미충족 의료 경험 확률이 1.10배 높았으며, 중국(조선족)을 출신국의 기준으로 하였을 때 미충족 의료 경험 확률은 베트남은 0.58배 낮은 반면, 일본은 1.50배 높았다. 거주기간은 1단계씩 증가할수록 미충족 의료 경험 확률이 1.27배 높았으며, 가구소득은 1단계씩 낮아질수록 미충족 의료 경험 확률이 2.21배 높았다. 의료보장유형에서 건강보험 가입자에 비해 미가입자들이 1.37배, 의료보호자들에 비해 미가입자들이 1.22배 미충족 의료 경험 확률이 높았다. 농촌에 사는 대상자보다 도시에 사는 대상자가 1.28배 미충족 의료 경험 확률이 높았다. 주관적 건강상태가 1단계씩 낮아질수록 미충족 의료 경험 확률이 2.17배 높았으며, 지난 2주간 유병 경험이 없었던 대상자에 비해 있었던 대상자의 경우 1.88배 미충족 의료 경험 확률이 높았다.

이상으로 여성결혼이민자의 보건의료이용을 설명하는데 있어 기존의 연구들은 단일 변수만을 비교하여 관련성을 제시한 반면, 본 연구에서는 다변수 분석을 통하여 그 영향요인을 확인하였다. 그 결과 여성결혼이민자의 병·의원 이용, 보건소 이용, 미충족 의료 경험은 소인요인, 가능요인, 필요요인이 서로 복잡한 상호작용을 하고 있음이 확인되었다. 또한 여성결혼이민자는 대부분이 가임기 여성으로 분만 및 산전관리 기간 동안 보건의료이용에 대한 높은 요구를 보였고, 이와 더불어 이들의 다양한 출신국에 따른 동일하지 않은 보건의료체계 및 건강에 대한 사회문화적 인식의 차이로 인하여 국내의 보건의료이용에 대한 다른 경험과 경향을 가지고 있음을 알 수 있었다. 이에 병·의원 및 보건소 간호사들은 이러한 독특한 특성을 고려한 간호의 방향을 설정하여 질 높은 간호를 제공함으로써 그들의 보건의료이용을 증가시키고 미충족 의료 경험을 감소시켜 궁극적으로는 그들의 건강상태를 향상시키는데 기여할 것이다.

2. 제언

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 여성결혼이민자의 출신국가는 병·의원 이용 및 보건소 이용, 미충족 의료 경험을 결정하는데 중요한 요인이었다. 따라서 출신국가 공동체를 기반으로 한 보건의료사업과 이에 대한 보건의료인의 문화역량을 개발하고 그 효과를 검정하는 추후 연구를 제안한다.

둘째, 가구소득, 건강보험과 의료보호는 병·의원 이용, 보건소 이용, 미충족 의료 경험에 모두 영향을 주는 요인으로 나타났다. 하지만 국가의 경제적 지원에는 한계가 있기 때문에 여성결혼이민자들의 보건의료이용을 향상시키기 위해서는 건강보험에 대한 가입을 촉진시키고 그에 대한 보장도 증가시킬 필요가 있다. 따라서 건강보험 가입에 대한 적극적인 홍보 및 교육, 신청 방법 간소화 등의 방안과 외국인에게도 건강보험을 임의가입이 아닌 강제가입을 고려해야 한다. 또한 여성결혼이민자들 중 건강보험 가입자와 미가입자 간의 건강수준 및 보건의료이용에 대한 반복 연구를 제안한다.

셋째, 한국어의 실력이 병·의원 이용에는 영향을 미쳤으나, 보건소 이용 및 미충족 의료 경험에는 영향을 미치지 않았다. 이는 주요이주국어로 번역한 병어집은 주로 보건소와 같은 공공기관에서 제작되어 보급되고, 보건소에 통역요원을 파견하여 보건의료이용 시 의사소통 지원 및 각종 고충상담을 지원하였기 때문이라고 사료된다. 따라서 전문 의학용어를 많이 사용하는 병·의원에서 공통적으로 사용할 수 있는 검사 및 진료 안내에 대한 병어집 제작을 제안한다. 또한 이와 동시에 보건의료이용과 한국어 실력 및 병어집 사용, 통역요원 파견 간의 정확한 관련성을 파악하기 위하여 병어집 사용 현황과 그에 대한 만족도, 그리고 통역요원이 파견된 보건소와 그렇지 않은 보건소 간의 여성결혼이민자의 이용율 차이 및 만족도에 대한 후속 연구를 제언한다.

넷째, 보건소는 공공의료기관으로 병·의원보다 개인부담이 적음에도 거주기간이 짧

은 경우를 제외하고 이용율이 매우 낮은 편이었다. 보건소 이용에는 주관적 건강상태와 지난 2주간 유병경험이 아무런 영향을 미치지 않는 것을 보았을 때, 보건소를 급성질환치료의 목적보다는 건강증진 및 질병예방 차원의 목적으로 이용하기 때문이라고 판단한다. 따라서 거주기간이 짧은 여성결혼이민자를 위한 분만 및 산전관리에 대한 서비스뿐만 아니라 거주기간이 긴 여성결혼이민자들의 건강증진 프로그램 및 만성질환 관리에 대한 프로그램을 개발하고 그 효과를 검정하여 활용될 수 있도록 추후 연구를 제안한다.

참고문헌

간호학대사전 (1996). 보건의료서비스. Retrieved April 10, 2012, from http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=492029

고진강, 고선강 (2009). 여성결혼이민자의 의료서비스 이용경험. *한국간호교육학회지, 15*(1), 89-99.

김규상, 이미영, 박인정, 류향우, 김태균, 원용림 등 (2007). 이주 노동자의 건강실태 및 건강관리 방안 연구. 인천: 한국산업안전공단·산업안전보건연구원.

김미종, 김태임, 권윤정 (2008). 여성 결혼이민자의 건강증진 행위와 피임에 관한 연구. *여성건강간호학회지, 14*(4), 323-332.

김수정 (2008). *우리나라 성인의 미충족 의료 현황*. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

김승권, 김유경, 조애저, 김혜련, 이혜경, 설동훈 등 (2010). *2009년 전국 다문화가족실태조사 연구*. 서울: 보건복지가족부·법무부·여성부·한국보건사회연구원.

김유경 (2009). 다문화가족의 실태와 정책방안. *보건복지포럼, 151*, 29-52.

김유경, 조애저, 최현미, 이주연 (2008). *다문화시대를 대비한 복지정책방안 연구: 다문화가족을 중심으로*. 서울: 한국보건사회연구원.

김윤태, 설동훈 (2005). 대만의 국제결혼 이민자 복지 정책. *중소연구, 107*, 143-187.

김진형 (2012). *미충족 의료이용과 형평성에 영향을 미치는 요인*. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

김춘미, 박명숙, 김은만 (2011). 여성결혼이민자의 보건의료이용실태와 보건의료요구도 조사. *지역사회간호학회지, 22*(3), 333-341.

김혜련 (2010). 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태와 정책과제. *보건복지포럼, 165*, 46-57.

김혜련, 황나미, 장인순, 윤강재, 강복정 (2008). *국제결혼 이주여성의 생식건강 실태와 정책과제*. 서울: 한국보건사회연구원.

법무부 출입국·외국인정책본부(2012). 출입국·외국인정책 통계월보[2012년 1월호]-국민의 배우자(결혼이민자) 체류현황. Retrieved May 13, 2012, from

http://www.immigration.go.kr/HP/COM/bbs_003/ListShowData.do?strNbodCd=noti0097&strWrtNo=91&strAnsNo=A&strOrgGbnCd=104000&strRtnURL=IMM_6070&strAllOrgYn=N&strThisPage=1&strFilePath=imm/

보건복지부 (2010). 국민건강영양조사 제4기 3차년도(2009).

설동훈, 김윤태, 김현미, 윤홍식, 이혜영, 임경택, 등 (2005). *국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건·복지 지원 정책방안.* 서울: 보건복지부.

설동훈, 박경태, 이란주 (2004). *외국인 관련 국가인권정책기본계획 수립을 위한 연구.* 서울: 국가인권위원회

설상현 (2008). *도시지역과 농촌지역의 의료기관 이용 결정요인 분석.* 연세대학교 대학원 석사학위논문.

안양희 (2008). 일 지역 여성결혼이민자의 건강상태 및 건강행위. *한국보건간호학회지, 22*(1), 18-26.

안정인 (2011). *외국인근로자의 의료서비스 이용 관련요인.* 인제대학교 대학원 박사학위논문.

양숙자 (2010). 한국 거주 여성결혼이민자의 건강상태, 보건의료이용과 관련요인에 관한 연구. *한국보건간호학회지, 24*(2), 323-335.

양옥경, 김연수 (2007). 서울거주 여성결혼이민자의 우울에 영향을 미치는 요인 연구. *정신보건과 사회사업, 26*(8), 79-110.

양진영 (2010). *미충족 의료의 동태적 변화추세와 관련 영향요인.* 고려대학교 대학원 박사학위논문.

윤혜숙 (2010). *국내 중국동포의 의료이용: 국민건강보험 미가입자를 중심으로.* 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.

이오복 (2011). *여성결혼이민자의 사회복지서비스 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구.* 경성대학교 대학원 박사학위논문.

이지현 (2011). *수도권에 거주하는 외국인근로자의 건강인식과 의료이용.* 연세대학교 보건대학원 석사학위논문.

이현주, 강신욱, 김안나, 김태완, 노대명, 박세경 등(2008). *2006년 차상위계층 실태분*

석 및 정책제안. 서울: 한국보건사회연구원

장윤경 (2011). *Andersen의 취약계층 행동모형을 기반으로 한 다문화 부부의 건강 삶의 질*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

장인순, 황나미, 윤미선, 박승미(2010). 결혼이민여성의 산전관리 실태와 영향요인. *여성건강간호학회지, 16*(4), 326-335.

정경균, 김영기, 문창진, 조병희, 김정선(1991). *보건사회학*. 서울: 서울대학교 출판부.

정금희, 고효정, 김계숙, 김선희, 김진향, 박혜숙 등 (2009). 다문화가정 이주여성의 임신과 출산 건강관리 실태. *여성건강간호학회지, 15*(4), 261-269.

조경숙 (2000). *양·한방 의료이용 행태의 차이*. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

최지원, 이현경, 채덕희 (2011). 외국인 이주자 건강관련 연구 동향: 최근 10년간 (2000-2009년) 연구에 대한 고찰. *보건교육·건강증진학회지, 28*(3), 113-128.

통계청 (2006). 보건: 지역별 보건의료기관종별 분포. Retrieved June 13, 2012, from http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp

통계청 (2011a) 인구동향조사: 인구동태건수 및 동태율 추이. Retrieved January 13, 2012, from http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp

통계청 (2011b) 인구동향조사: 시군구별 외국인과의 혼인. Retrieved January 13, 2012, from http://kosis.kr/abroad/abroad_01List.jsp

한성온 (2010). *여성결혼이민자의 건강증진행위가 건강상태에 미치는 영향: 경기지역을 중심으로*. 경기대학교 행정대학원 석사학위논문.

허성주 (2010). *소득계층별 미충족 의료에 영향을 미치는 요인*. 서울대학교 대학원 석사학위논문.

홍기혜 (2000). *중국 조선족 여성과 한국 남성간의 결혼을 통해 본 이주의 성별 정치학*. 이화여자대학교 석사학위논문.

Andersen, R.M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior, 36*(1), 1-10.

Andersen, R.M., & Newman, J.F. (1973). Social and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund*

Quarterly Journal, 51, 95-124.

Choi, S. (2006). Insurance Status and Health Service Utilization Among Newly-Arrived Older Immigrants. *Journal of Immigrant and Minority Health, 8*(2), 149-161.

Cunningham, S.A., Ruben, J.D., & Narayan, K.M.V. (2008). Health of foreign-born people in the United States: A review. *Health & Place, 14*, 623-635.

Denktas, S., Koopmans, G., Birnie, E., Foets, M., & Bonsel, G. (2009). Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International Journal of Equity in Health*, 8:35.

Dias, S.F., Severo, M., & Barros, H. (2008). Determinants of health care utilization by immigrants in Portugal. *BMC Health Services Research,* 8:207

Donabedian, A. (1973). *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.

Fiedler, J.L.(1981). A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. *Social Science & Medicine, 15*(3), 129-142.

Kim, H., Yoo, S., Cho, S., Kwon, E.J., Kim, S., & Park, J.Y. (2010). Health Status and Associated Helath Risks among Female Marriage Immigrants in Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion, 27*(5), 79-89.

Kullgren, J.T. (2003). Restrictions on Undocumented Immigrants' Access to Helath Services: The Public Health Implications of Welfare Reform. *American Journal of Public Health, 93*(10), 1630-1633

Lamkaddem, M., Spreeuwenberg, P.M., Deville, W.L., Foets, M., & Groenewegen, P.P.(2008). Changes in health and primary health care use of Moroccan and Turkish migrants between 2001 and 2005: a longitudinal study. *BMC Public Health, 8*:40

Myers, B.A.(1969). *A guide to medical care administration*. American Public Health Association. New York.

Scheppers, E., Dongen, E.V., Dekker, J., Geertzen, J., & Detter, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Practice, 23*(3), 325-348.

Schoevers, M.A., Loeffen, M.J., Muijsenbergh, M.E.V.D., & Lagro-Janssen, A.L.E. (2010). Health care utilisation and problems in accessing health care of female undocumented immigrants in the Netherlands. *International Journal of Public Health, 55*(5), 421-428.

Siddiqi, A., Zuberi, D., & Nquyen, Q.C. (2009). The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada. *Social Science & Medicine, 69*(10), 1452-1459.

Yang, Y.M., & Wang, H.H. (2003). Life and Health Concerns of Indonesian Women in Transnational Marriages in Taiwan. *Journal of Nursing Research, 11*(2), 167-176.

부록 1. 연구윤리심의위원회 승인허가서

- 연세대학교 간호대학 연구윤리 위원회(IRB) -

연세대학교 간호대학
연구윤리심의위원회 통보서

수 신	연구의뢰자	**김 수 희** 석사생
	시험책임자	

심 사 종 류	☑초심자 ☐보완심사 ☐보류심사 ☐반려심사 ☐연구계획변경심사 ☐최종결과보고서 ☐기타보고			
접수번호(승인번호)	**간대 IRB 2010-1004**		과제승인일자	2012. 4. 10
과 제 명	**여성결혼이민자의 의료이용 실태 및 영향요인 분석**			
연 구 자	연구책임자	소속	직위	성명
		대학원 간호학과	석사4학기	김 수 희
연 구 종 류 (중복표시가능)	☐설문조사 ☐관찰연구 ☐행동실험연구 ☐조직 및 검체연구(혈액, 체액 등) ☐배아연구 ☐유전자연구 ☐연구 대상자연구 대상자 ☑**기타(이차자료분석)**			
연 구 예 정 기 간	2012 년 3 월 1 일 ~ 2012 년 6 월 30 일			
심 의 내 용	1. 연구윤리심의 의뢰서 2. 연구계획서 3. 피험자 동의서 및 설명문 5. 연구비 소요 내역서 6. 연구도구 7. 연구책임자 이력서			
심 의 일 자	2012 년 4 월 10 일			
심 의 결 과	☑승인 ☐시정승인 ☐보완재심사 ☐보류 ☐반려			
	권고사항:			

2012 년 4 월 10 일

연세대학교 간호대학 연구윤리심의위원회

위원장 김 선 아 (인)

ABSTRACT

Analysis of affecting factors to health service utilization of married immigrant women

Kim, Su Hee
Department of Nursing
The Graduate School
Yonsei University

The purpose of this study was to identify the contributing factors of health service utilization of married immigrant women. This study was a secondary data analysis using data from the 2009 National Survey of Multicultural Families. Data collected from 58,735 married immigrant women who have spouse were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, logistic regression.

The results of this study were as follows:

1. An average age of the women was 33.3 years old. 42.6% of the women were graduated from high school, 36.0% were employed. The most common ethnic origins were Korean-Chinese(29.3%), Chinese(27.8%) and Vietnamese(21.0%). Mean household income of 44.7% of the women ranged from one to two millions won. 77.9% of the women were insured. 70.5% of the women lived urban area. A half of the women had middle level of Korean language proficiency(50.9%). 53.8% of the women reported high level of subjective health status, and 11.8% of the women had illness experience for the past two weeks.
2. When they were sick, they mainly visited hospital/clinic(73.6%), followed by pharmacy(11.9%), oriental medical clinic(5.8%), and health center(4.6%). They

reported communication was the most critical barrier to health service utilization(40.5%). 9.9% of the women had the unmet medical need experience.

3. The significant predictors on hospital utilization were young age, high level of education, unemployed, country of origin(Vietnam, Philippines), long period of residence, high income, insured, rural area, high level of Korean proficiency and illness experience for the past two weeks.
4. The significant predictors affecting health center utilization were low level of education, unemployed, country of origin(China, Vietnam, Philippines, Japan). short period of residence, low income, uninsured and rural area.
5. The significant predictors related to unmet medical need experience were young age, high level of education, employed, country of origin(Japan), long period of residence, low income, uninsured, urban area, low level of subjective health status and illness experience for the past two weeks.

There are complex interrelated factors in health service utilization of married immigrant women. Married immigrant women showed relatively high demand for health service during pregnancy and delivery. In addition, they have different health service utilization experiences and tendency due to their different health service utilization experiences in their own mother countries. Therefore, when hospitals, clinics and health center nurses provide health service for married immigrant women, they should consider the unique conditions reported above, which will lead to the improvement of their health status.

Key words : Married immigrant women, Intermarriage foreign wives, Immigrant women in a multi-cultural family, Health service utilization, Unmet medical need