

이달의 초점

결혼이주여성의 건강

결혼이주여성의 건강 취약성과 조사체계 개선

|곽윤경|

결혼이주여성의 주관적 건강 현황

|최지희|

결혼이주여성의 정신건강

|전진아|

결혼이주여성의 건강관리와 헬스리터러시

|박은자·이홍림|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

결혼이주여성의 건강 취약성과 조사체계 개선¹⁾

Health Vulnerabilities among Marriage-Immigrant Women in Korea:
Toward an Improved Survey Infrastructure

곽윤경 한국보건사회연구원 사회보장정책연구실 부연구위원

본 연구는 국내 결혼이주여성의 건강 및 사회경제적 취약성을 다각적으로 조명하고, 현행 건강조사 체계의 한계를 진단함으로써 보다 정교한 정책 수립을 위한 근거를 제시하고자 한다. 결혼이주여성은 신체적·정신적 건강 문제뿐만 아니라, 언어 장벽, 고용 불안정, 사회적 고립 등 복합적인 위험 요인에 노출되어 있다. 그럼에도 불구하고 기존 국가 건강조사에서는 이들의 특수성이 충분히 반영되지 않고 있다. 이에 한국보건사회연구원은 2024년 질병관리청의 수탁을 받아 결혼이주여성 건강조사의 조사 프로토콜을 개발하고 예비연구를 수행하였다. 조사 문항은 인구사회학적 특성, 건강 행태, 정신건강, 의료 이용, 헬스리터러시 등 건강의 다양한 영역을 포괄적으로 다루었으며, 다국어 설문지와 문화적 맥락을 고려한 문항 설계를 통해 실행 가능성과 신뢰성을 검토하였다. 본 연구는 결혼이주여성의 건강 실태를 체계적으로 이해하고, 향후 정례 조사 및 생애주기 맞춤형 건강 정책 수립을 위한 기초자료를 제공한다는 점에서 중요한 의미를 가진다.

1 들어가며

결혼이주여성은 국내 이주민 집단 중 가장 큰 비중을 차지한다. 이들 대부분은 중국, 베트남 등 아

시아 국가에서 결혼 및 가족 형성을 목적으로 입국하였다(황정미, 2009). 1990년대 초부터 결혼중개업체를 통한 국제결혼이 증가하였는데, 중국 교포인 조선족과의 결혼도 상당수를 차지하였다(차

1) 이 글은 박은자, 천희란, 전진아, 곽윤경, 최지희, 이홍림, 이나경. (2024). 결혼이주여성 건강 조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비 연구 (2024ER060100)(국립보건연구원, 한국보건사회연구원)의 내용 일부를 수정·보완하여 작성한 것이다.

승은, 김두섭, 2008). 보건복지부(2005)의 국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건·복지 지원 방안 연구에서는 한국 사회의 고학력화와 여성의 경제활동 참가율 증대, 결혼 연령 상승으로 인한 만혼 현상과 독신자 비율 증가가 결혼이주민 증가로 이어졌다고 보고한 바 있다.

결혼이주여성은 단순히 개인의 건강 문제에 그치지 않고, 가정 내에서 자녀 양육, 시부모 돌봄 등 가족 구성원 전체의 건강과 돌봄을 책임지는 ‘가족 내 건강 관리자’로서의 역할을 수행한다. 이들의 건강 상태는 곧 가족의 전반적인 건강 수준에 직결되며, 건강 문제가 발생할 경우 의료비 부담 증가나 지역사회 복지 자원의 소모로도 이어질 수 있다. 그럼에도 불구하고 언어 장벽, 정보 접근성의 한계, 제도적 배제 등 다양한 이유로 이들의 건강권은 제대로 보장받지 못하고 있다. 이는 개인의 건강 문제를 넘어 가족 단위, 더 나아가 지역사회 수준의 건강 형평성에도 부정적인 영향을 미친다. 따라서 결혼이주여성의 건강 문제를 정확히 이해하고 이를 정책적으로 지원하는 일은 가족 전체의 건강을 보호하고, 건강 취약 계층에 대한 사회적 불균형을 줄이며, 한국 사회의 지속 가능한 사회통합을 실현하기 위한 핵심 과제라 할 수 있다.

이 글은 현행 다문화가족 실태조사 및 이와 관련된 조사들의 한계를 보완하여 체계적이고 포괄적인 건강 조사 프로토콜의 필요성을 제시하는 데 목적이 있다. 이를 위해 먼저 결혼이주여성의 법적 개념과 인구학적 특성을 정리하고, 결혼이주여성의 건

강, 사회경제적 및 이주 관련 취약성을 살펴본다. 이를 통해 기존 조사 방식에서 드러나는 한계를 지적하고, 내국인과의 비교가 가능한 건강 지표를 바탕으로 개선된 조사 설계 방안을 제안함으로써 결혼이주여성의 건강 격차를 명확히 진단하고 이를 해소하기 위한 정책적 대응의 근거를 제공하고자 한다.

2 결혼이주여성의 개념과 특성

가. 결혼이주여성의 개념

결혼이주여성과 관련된 법으로는 「재한외국인처우기본법」, 「다문화가족지원법」 등이 있다(표 1). 법무부의 「재한외국인처우기본법」은 결혼이민자를 대한민국 국민과 혼인한 적이 있거나 혼인 관계에 있는 재한외국인으로 정의한다. 여기서 재한외국인이란 대한민국에 거주할 목적으로 합법적으로 체류 중인 사람을 의미한다. 여성가족부의 「다문화가족지원법」에서는 다음과 같이 다문화가족과 결혼이민자를 정의하고 있다. 다문화가족이란 결혼이민자와 「국적법」에 따른 출생, 인지, 귀화를 통해 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족이거나, 아니면 「국적법」에 따른 인지, 귀화를 통해 대한민국 국적을 취득한 자와 「국적법」에 따른 출생, 인지, 귀화를 통해 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족을 말한다. 결혼이민자는 다문화가족의 구성원으로서 외국인처우법상 결혼이민자(제2조

[표 1] 관련 용어 정의

정책 용어	법규	용어 정의
결혼이민자	재한외국인 처우법	- 대한민국 국민과 혼인한 적이 있거나 혼인 관계에 있는 재한외국인(대한민국 국적을 가지지 않은 사람으로서 대한민국에 거주할 목적을 가지고 합법적으로 체류하고 있는 사람) (제2조 제3호)
다문화가족	다문화가족 지원법	- 재한외국인처우법상 결혼이민자와 국적법상 출생, 인지, 귀화에 따라 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족(제2조 제1호의 가)
결혼이민자		- 국적법상 인지, 귀화에 따라 대한민국 국적을 취득한 자와 국적법상 출생, 인지, 귀화에 따라 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족(제2조 제1호의 나)
		- 다문화가족의 구성원으로서 외국인처우법상 결혼이민자(제2조 제2호의 가)
		- 국적법상 귀화 허가를 받은 자(제2조 제2호의 나)

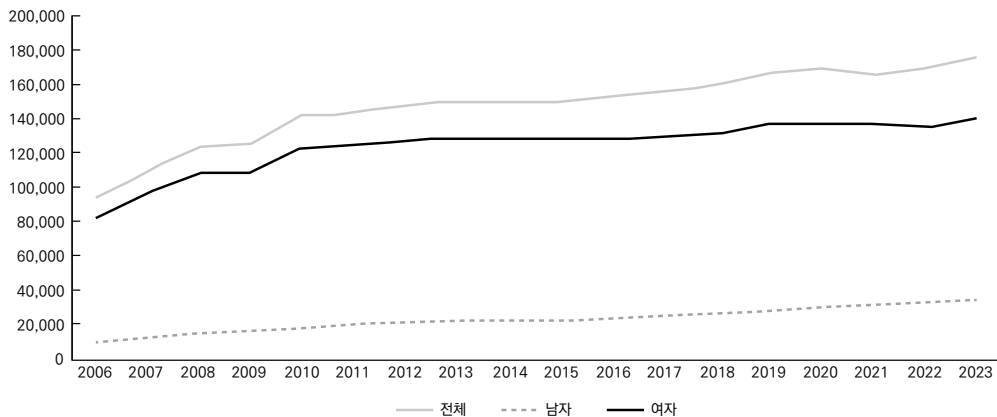
출처: "결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구", 박은자 외, 2024, 한국보건사회연구원, 연구과제에서 생산한 결혼이주여성 건강조사 데이터를 사용하여 연구진이 분석하였음.

제2호의 가), 아니면 국적법상 귀화 허가를 받은 자(제2조 제2호의 나)를 의미한다. 이 글에서는 결혼이주여성을 한국인과 결혼한 적이 있으며, 현재 한국에 거주 중인 여성(이혼, 사별 포함)으로 정의한다.

나. 결혼이주여성의 특성

출입국·외국인정책 통계 연보에 따르면 결혼이주민의 수는 지속적으로 증가하고 있다. 2006년 9만 3786명이었던 결혼이주민은 2020년 16만 8594명으로 증가했으며, 이후 코로나19의 영향으로 다

[그림 1] 연도별 결혼이민자 수



출처: "결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구", 박은자 외, 2024, 한국보건사회연구원, 연구과제에서 생산한 결혼이주여성 건강조사 데이터를 사용하여 연구진이 분석하였음.

소 주춤했다가 사회적 거리 두기가 해제된 2023년에는 17만 4895명으로 다시 증가하였다.

성별로 보면 결혼이주여성은 2006년 8만 2828명에서 2010년 12만 3093명으로 급격히 증가했고, 이후 12만~13만 명 수준을 유지하다가 2023년 14만 369명으로 증가하였다. 결혼이주남성 또한 점진적으로 증가하여 2023년에는 3만 4526명으로 증가하였다. 이러한 증가는 한국 사회의 인구구조 변화와 경제적 요구, 결혼중개업체 활성화 등 다양한 사회적 요인이 작용한 결과로 볼 수 있다.

국적별 분포를 살펴보면 2023년 기준 결혼이주여성 중에서는 중국(중국 및 한국계 중국인) 출신이 가장 많았고, 그 다음으로 베트남, 일본, 필리핀, 태국, 몽골, 러시아 순이었다. 결혼이주남성 역시 중국 출신이 가장 많았으며, 그 뒤로 베트남, 미국, 일본 등의 순이었다.

현재 배우자를 만난 경로는 매우 다양하였다. 2021년 여성가족부의 ‘다문화가족 실태조사’에 따르면 결혼이주여성 중 본인이 직접 배우자를 만난 경우가 28.1%로 가장 많았으며, 친구나 동료의 소개(27.6%), 결혼중개업체(23.6%), 가족 또는 친척의 소개(17.1%)가 그 뒤를 이었다(최윤정 외, 2022, p. 84). 결혼이주여성의 77.8%는 초혼이었고, 재혼은 22.2%였다(최윤정 외, 2022, p. 86). 이들의 혼인 지속 기간은 10~15년 미만(27.8%), 5~10년(26.5%), 15년 이상(23.5%), 5년 미만(22.1%)의 순으로 나타났다(최윤정 외, 2022, p. 90).

가정 내 역할 분담을 살펴보면 집안일·가사노동 및 자녀 돌봄에 대한 결혼이주여성의 부담이 높게 나타났다. 여성의 45.5%는 대체로 집안일·가사노동은 본인이 맡고 있다고 답했고, 33%는 부부가 똑같이 분담한다고 했고, 12%는 항상 본인이 한다고 응답하였다(최윤정 외, 2022, p. 110). 자녀 돌봄에서도 여성의 44.4%가 주로 본인이 담당한다고 하였고, 부부가 함께 분담한다는 응답은 35.4%, 항상 본인이 도맡아 한다는 응답은 12.8%로 나타났다(최윤정 외, 2022, p. 112). 자녀 외 가족 돌봄은 부부가 똑같이 나눠서 한다는 응답이 50.3%로 절반 이상을 차지하였고, 대체로 결혼이주여성 본인이 담당한다는 응답이 26.1%를 차지하였다(최윤정 외, 2022, p. 113). 이러한 과중한 부담은 결혼이주여성의 사회적 활동 참여 및 건강 관리에 부정적인 영향을 미쳐 삶의 질 저하 및 정신적 스트레스 증가로 이어질 수 있다.

3 결혼이주여성의 건강, 사회경제적 및 이주 관련 취약성

가. 건강 취약성

결혼이주여성은 낮은 사회문화적 환경 속에서 신체 건강뿐만 아니라 우울, 불안 등 정신 건강과 건강 정보 이해력(헬스리터러시) 측면에서도 높은 취약성을 보인다.

신체건강 측면에서 결혼이주여성은 한국 입국

초기부터 저체중 및 영양 부족 상태에 놓이는 경우가 많은 것으로 나타났다(Yang et al., 2009). 또한 간장질환, 고지혈증, B형 간염 등 특정 질환의 유병률이 한국 여성에 비해 높게 나타나고 있다(보건복지가족부, 2008. 7. 23.). 특히 비만 또는 저체중 상태에 있는 결혼이주여성은 46.6%로 국내 여성(31.6%)보다 높았다(보건복지가족부, 2008. 7. 23.). 빈혈 및 자궁경부암 유소견자의 비중이 높은 것으로 나타났는데, 이는 신체활동 부족 및 의료서비스 접근성의 제약과 밀접하게 연관되어 있다(보건복지가족부, 2008. 7. 23.). 최근 연구에서는 결혼이주여성의 만성질환 유병률은 국내 여성보다 높은 경향이 확인되고 있다(국립보건연구원, 2023).

정신건강 측면에서 결혼이주여성은 한국 사회에서 가족을 형성하고 정착하는 과정에서 우울, 불안과 같은 정신적 스트레스 및 문화 적응 스트레스를 경험하는 것으로 알려져 있다. 실제로 질병관리청 국립보건연구원의 ‘수치로 보는 여성 건강 2023’ 보고서에 따르면 같은 연령대의 내국인 여성보다 결혼이주여성의 우울 증상 경험률이 높았다(국립보건연구원, 2023). 특히 소득 수준이 낮고 한국어 구사 능력이 부족할수록 우울감이 심화되는 경향이 보고되었는데, 월 가구소득 200만 원 미만 가구의 결혼이주여성 중 37.9%가 우울 증상을 겪었다는 조사도 있다(국립보건연구원, 2023). 이는 경제적 어려움과 언어 장벽이 정신건강에 직접적인 영향을 미치는 요인임을 보여 준다. 또한 출산과 육아 과정에서 겪는 신체적 부담과 충분하지 않은 산전·산후

관리 역시 정신건강 취약 요인으로 지목된다. 예를 들어 일부 연구는 베트남 출신 결혼이주여성이 출산 후 산후우울증을 겪을 위험이 한국인 여성보다 높다고 보고하고 있다(권영은, 박정숙, 2018). 이는 이주여성들이 산후 회복 과정에서 언어 소통의 어려움이나 가족 지원망 부족으로 필요한 도움을 제때 받지 못할 수 있음을 시사한다.

한편 결혼이주여성의 출신 국가에 따라 우울 증상 경험률의 차이가 있는데, 필리핀 출신 결혼이주여성의 우울 증상 비율이 31.5%로 가장 높았다. 이어 태국(30.2%), 캄보디아(30.1%) 등이 그 뒤를 잇는 것으로 나타났다(국립보건연구원, 2023). 이러한 차이는 사회문화적 적응 스트레스나 사회적 지지 체계의 차이를 반영한 결과로 볼 수 있다.

헬스리터러시 측면에서 결혼이주여성은 내국인에 비해 건강 정보 이해력과 활용 능력이 전반적으로 낮은 수준이다. 결혼이주여성의 상당수는 아시아 개발도상국 출신으로 본국에서의 열악한 의료체계 경험과 부족한 보건교육으로 인해 한국의 의료서비스 이용에도 어려움을 겪는다(김혜련 외, 2012; 이수현 외, 2012; Yang et al., 2009). 특히 결혼 후 임신까지의 기간이 평균 6.3개월로 매우 짧아 한국 사회 적응과 언어능력이 충분히 이루어지지 않은 상태에서 임신·출산 관련 의료서비스를 이용하게 된다(나현, 전경숙, 2017). 이로 인해 의료기관 방문 시 통역 서비스가 부족하거나, 전문 의료용어를 이해하지 못하여 적절한 진단과 치료가 지연되거나 어려워지는 사례가 빈번히 보고된다(나

현, 전경숙, 2017). 또한 산전 관리 서비스에 대한 정보가 부족하여 의료서비스를 적절한 시기에 이용하지 못하는 경우도 많다(권영은, 박정숙, 2018; 나현, 전경숙, 2017). 이러한 언어 장벽과 정보 부족은 결혼이주여성들이 자신의 건강 관리를 스스로 하기 어렵게 만들고, 결과적으로 한국인 남편이나 가족에게 의존하게 되는 상황을 초래하여 전반적인 의료서비스 이용의 제한과 건강 상태 악화로 이어질 가능성이 높다(설동훈, 윤홍식, 2008).

나. 사회경제적 취약성

결혼이주여성의 사회경제적 취약성은 이들의 건강에 직·간접적으로 깊은 영향을 미친다. 다수의 결혼이주여성은 입국 이후 노동시장에 진입하기까지 오랜 시간이 소요되는데, 진입하더라도 고용 안정성이 낮은 직종에서 근무하는 경우가 많다. 여성가족부의 ‘2021년 다문화가족 실태조사’에 따르면 결혼이주여성의 평균 노동시장 진입 기간은 입국 후 3.15년으로 조사되었으며, 입국 1년 이내에 일자리를 찾는 경우는 37.9%에 불과하였다(최윤정 외, 2022). 이러한 지연된 경제활동 시작은 경제적 자립을 늦추고, 의료비를 포함한 필수 생활비 부담을 가중시켜 의료서비스 접근성을 떨어뜨리고 건강 상태를 악화시키는 요인이 될 수 있다.

이들이 종사하는 직종 또한 단순 노무직(34.4%), 서비스 종사자(20.7%), 장치·기계 조작 및 조립 종사자(12.8%) 등 저숙련, 저임금 일자리가 대부분

이다(최윤정 외, 2022). 또한 내국인 여성에 비해 주당 36시간 이상 근로하는 비율이 73.1%로 높아 장시간 노동에 따른 건강 위협과 열악한 노동 환경에 노출되어 있다. 종사상 지위 측면에서도 상용근로자(47.7%) 외에 임시근로자(22.1%), 일용근로자(13.7%) 등 불안정한 고용 형태가 많은 비율을 차지해 사회경제적 지위 향상에 제약이 존재한다(최윤정 외, 2022). 이러한 구조적 제약은 만성적인 경제 스트레스를 유발하고, 건강 관리를 위한 시간과 자원을 확보하는 데에도 어려움을 초래한다.

결혼이주여성의 사회경제적 취약성은 안정적인 소득 확보와 사회적 지위 향상을 어렵게 만들며, 이는 삶의 질 저하와 더불어 한국 사회로의 실질적인 통합을 저해하는 요소로 작용한다. 따라서 이들의 고용 안정성을 강화하고 근로 환경을 개선하기 위한 적극적인 정책적 개입이 필요하다. 특히 노동시장 진입 지원과 의료비 지원을 병행함으로써, 건강 관리 접근성을 높이고 삶의 질을 향상시킬 수 있는 통합적 대응이 요구된다.

다. 이주로 인한 취약성

결혼이주여성은 이주 과정에서 언어 장벽, 사회적 관계망 부족, 차별 경험 등으로 인해 심리적·사회적 취약성에 노출될 가능성이 높다. 특히 언어 능력은 이들의 안정적인 사회 정착과 건강 유지에 매우 중요한 요인이다. 여성가족부의 ‘2021년 다문화가족 실태조사’에 따르면 한국어능력시험(TOPIK)에 응

시한 결혼이주여성의 비율은 22.6%에 불과했으며, 응시자 중 5~6급(고급) 취득자는 30%, 3~4급(중급)은 30.5%, 1~2급(초급)은 23%였다(최윤정 외, 2022). 제한된 언어 능력은 필수적인 정보 접근을 어렵게 만들고 사회적 교류와 문화 적응을 저해하여 사회적 고립의 위험을 증가시킨다.

실제로 사회적 관계망 현황을 살펴보면 결혼이주여성들은 자신이나 가정의 어려움, 자녀 교육 문제 등 중요한 상담이 필요할 때 한국인보다는 주로 모국 출신의 지인에게 의존하는 경향이 강하다. 특히 자녀 교육 문제와 관련해서는 모국 출신 지인과 상담한다는 비율이 35.3%로 한국인 지인(20.7%)보다 높았다. 의논할 사람이 전혀 없다는 응답도 26.7%에 달해 사회적 관계망의 한계를 명확히 드러냈다(최윤정 외, 2022, p. 208). 또한 여가 및 취미생활을 함께할 사람이 없다는 응답이 37.3%로 나타나 일상적인 사회 교류가 매우 제한적인 것으로 확인되었다(최윤정 외, 2022, p. 217). 이러한 사회적 고립은 결혼이주여성의 우울 및 불안 장애 위험을 높이며, 신체적 건강 관리에도 부정적 영향을 미칠 가능성이 크다.

아울러 한국 사회에서 외국 출신이라는 이유로 차별을 경험하는 사례도 적지 않다. 최근 1년간 차별 경험 여부에 대해 결혼이주여성의 16%가 차별을 경험했다고 응답했다(최윤정 외, 2022, p. 240). 차별을 경험하는 장소는 직장 및 일터, 상업시설, 거리 및 동네, 자녀의 학교나 보육시설, 공공기관 순으로 나타났다(최윤정 외, 2022, p. 240). 그러

나 결혼이주여성의 79.6%는 이러한 차별에 적극적으로 대응하지 않고 참고 넘어가는 소극적 태도를 보였다(최윤정 외, 2022, p. 247). 이 같은 소극적 대응 방식은 정신적 스트레스를 심화시키고, 결과적으로 사회적 관계 형성 및 한국 사회로의 통합을 더욱 어렵게 만드는 요인이 될 수 있다.

4 나가며

앞서 살펴본 바와 같이 결혼이주여성의 건강 문제가 부각되고 있음에도 이를 체계적으로 파악할 수 있는 통계조사 인프라는 아직 미흡하다. 현재 국내에서 실시되는 대표적 건강 조사인 국민건강영양조사나 지역사회건강조사의 경우 표본에 일부 결혼이주여성이 포함될 수 있으나 조사 언어가 한국어로 한정되고 문화적 특성을 고려하지 않아 이들의 건강 상태를 충분히 반영하지 못하는 한계가 있다. 실제로 국민건강영양조사의 특성상 한국어 이해 능력이 있는 이주여성들만 응답을 완료할 수 있어 언어 장벽이 큰 집단이나 소외 지역 거주자는 표본에서 탈락하거나 건강 상태가 과소 추정될 가능성이 있다. 또한 다문화가족을 대상으로 3년 주기로 시행되는 전국 다문화가족 실태조사는 가족관계, 자녀 교육, 경제 상황 등을 폭넓게 다루지만 건강 분야 문항은 주관적 건강 상태나 의료 이용 경험 등 제한된 항목만 포함하고 있다. 예컨대 만성질환 유병률, 영양 상태, 건강 행태(흡연·음주·운동 등) 등 결혼이주여성의 특수성을 반영할 수 있는 건강 정보

는 거의 수집되지 않고 있다. 이로 인해 결혼이주여성만의 건강 프로필을 구축하거나 타 인구 집단과의 건강 격차를 분석하는 데 한계가 있다.

현재까지 결혼이주여성의 건강을 전담하여 다루는 정례 조사나 패널은 부재한 상황으로, 연구자들은 산발적인 소규모 조사 자료에 의존해야 했다. 이러한 정보 격차는 정책 수립에 장애 요인으로 작용한다. 정책 입안자는 신뢰성 있는 통계와 증거를 기반으로 개입 전략을 마련해야 하지만, 결혼이주여성 관련 건강 데이터가 부족한 현실에서는 효과적인 정책 도구를 설계하기 어렵다.

따라서 결혼이주여성의 건강 실태를 정확히 파악하기 위한 조사 체계 개선이 시급하다. 구체적으로 다국어 조사 도구의 개발, 문화적 맥락을 고려한 문항 구성, 조사원에 대한 다문화 이해 교육, 표본 설계 시 이주여성 밀집 지역의 과표집 등 개선이 필요하다. 이러한 방법론적 보완을 통해서 결혼이주여성의 고유한 건강 문제를 정확히 진단하고, 근거 기반의 정교한 정책 설계가 가능해질 것이다.

이러한 문제의식하에 한국보건사회연구원은 질병관리청의 수탁을 받아 2024년 결혼이주여성 건강 조사를 위한 조사 프로토콜 개발과 타당성을 점검하기 위한 예비 연구를 수행하였다. 이 예비 연구는 결혼이주여성의 건강 현황을 살펴보기 위해 기획된 것으로, 크게 몇 가지 핵심 과제를 포함하였다.

우선 국내 결혼이주여성들이 직면한 주요 건강 이슈를 문헌 고찰과 전문가 자문을 통해 도출하고, 이를 토대로 조사 내용과 설문지를 개발하였다. 설

문지 문항은 인구사회학적 특성, 사회경제적 지위, 건강 행태, 만성질환 및 건강 상태, 모성과 정신건강, 의료서비스 이용 실태, 건강 정보 접근 및 요구, 성생식건강, 헬스리터러시 등을 망라하여 구성하였다. 문항 설계 시에는 결혼이주여성의 언어·문화적 배경을 고려하여 쉽게 이해할 수 있는 표현과 다국어 번역본을 마련하였다. 이후 예비 조사를 실시하여 개발된 조사 프로토콜의 실행 가능성과 신뢰성을 검증하였으며 예비 조사는 온라인 설문과 면접 조사를 병행함으로써 응답률을 제고하고 자료의 정확성을 높이고자 하였다.

결혼이주여성은 한국 사회의 일원으로서, 이들의 건강은 개인 차원을 넘어 가족 및 사회 전반의 건강에 영향을 미친다. 이 글에서는 결혼이주여성 집단이 겪는 건강 및 사회경제적 취약성을 조명하고, 현행 조사와 지원 체계의 한계를 논의하였다. 우울 증상 경험률 등 정신건강 지표가 한국 여성 대비 높게 나타나고, 경제적 어려움과 언어 장벽 등이 복합적으로 작용하여 건강 격차가 발생하고 있음이 확인되었다. 그러나 기존의 데이터로는 이들의 구체적인 건강 문제를 충분히 파악하기 어려워 실효성 있는 정책 개입을 설계하는 데 장애가 되고 있다. 이러한 맥락에서 시행된 2024년 예비 연구는 처음으로 결혼이주여성 건강 조사의 틀을 마련했다는 점에서 의의가 있다. 향후 다문화 시대의 보건복지 정책에 시사하는 바가 클 것이다.

향후 예비 연구에서 도출된 방안을 실행에 옮기는 노력이 필요하다. 정례적인 건강 조사를 위한 예

산 확보와 제도 설계, 조사 인력 양성 등이 선행되어야 한다. 또한 조사 결과를 활용하여 결혼이주여성의 건강 각 영역에 대한 세부 정책을 수립해야 한다. 또한 초기에는 가임기 여성 중심으로 정책이 설계되었지만, 정착 기간이 15년 이상 된 중장년층 이주여성의 증가에 대비해, 중년 여성 건강 및 만성 질환 관리에 대한 준비도 병행되어야 한다. 따라서 생애주기별 맞춤형 건강 증진 프로그램을 마련하고, 지역사회 내 자조 모임 활성화 등을 통해 상호 지원망을 강화하는 것도 중요하다. 이러한 노력을 통해 결혼이주여성이 가족 내 건강 관리자의 역할을 원활히 수행하고 한국 사회에 안정적으로 수행하며, 한국 사회에 성공적으로 정착할 수 있도록 지원하는 것이 건강 형평성과 사회통합 실현을 위한 핵심 과제가 될 것이다. ㉞

참고문헌

- 국립보건연구원. (2023). **수치로 보는 여성건강 2023**. 국립보건연구원.
- 권영은, 박정숙. (2018). 베트남 결혼이주여성의 출산 후 모성경험. **여성건강간호학회지**, 24(4), 355-366.
- 김혜련, 여지영, 정진주, 백소혜. (2012). **다문화가족 여성과 아동의 건강상태 및 건강서비스 지원방안 연구**. 한국보건사회연구원.
- 나현, 전경숙. (2017). 결혼이주여성의 임신·출산 지원서비스 이용 및 서비스 요구도 관련 요인. **보건의료산업학회지**, 11(4), 77-88.
- 박은자, 천희란, 전진아, 곽윤경, 최지희, 이홍림, 이나경. (2024). **결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구**. 국립보건연구원, 한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부. (2008. 7. 23.). **여성결혼이민자 무료 건강검진 및 건강행태조사 실시** [보도자료]. <https://www.korea.kr/briefing/pressReleaseView.do?newsId=155306807>
- 보건복지부. (2005). **국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건·복지 지원 정책방안**. 보건복지부.
- 설동훈, 윤홍식. (2008). 여성결혼이민자의 사회경제적 적응과 복지정책의 과제: 출신 국가와 거주지역에 따른 상이성을 중심으로. **사회보장연구**, 24(2), 109-134.
- 여성가족부. (2023). **제4차 다문화가족정책 기본계획 수립을 위한 공청회 배포 자료**.
- 이수현, 장기환, 한흥식, 박병규, 김성수. (2012). 부산지역 여성결혼이민자의 건강정보 이해능력(Health Literacy)과 건강태도. **여성학연구**, 22(1), 165-200.
- 임현승. (2010). The Impact of Acculturative Stress and Perceived Social Support on Depression of Marriage-Based Immigrant Women In Korea: An Examination of Moderating and Mediating Effects of Social Support. **한국가족복지학**, 15(2), 27-45.
- 정기선, 유민이, 조하영, 이정우. (2021). 이민정책 대상에 대한 용어 정의 현황분석 : 법령, 자치법규, 통계 용어를 중심으로. **한국이민정책학보**, 4(1), 1-36.
- 정의정, 하규수. (2012). 다문화가족 남성배우자의 이중문화스트레스, 의사소통이 결혼만족도에 미치는 영향. **한국콘텐츠학회논문지**, 12(2), 222-231.
- 차승은, 김두섭. (2008). 혼인이주 여성의 출산 및 경제활동과 우울증: 일본, 중국, 베트남 아내의 비교.

한국인구학, 31(3), 131-158.

최윤정, 전기택, 김이선, 선보영, 동제연, 양계민, 최영미, 황정미. (2022). **2021년 전국다문화가족실태조사**. 여성가족부, 한국여성정책연구원.

황정미. (2009). '이주의 여성화' 현상과 한국 내 결혼이주에 대한 이론적 고찰. **페미니즘 연구 9(2)**, 1-37.

Ponce, N. A., Hays, R. D., & Cunningham, W. E. (2006). Linguistic Disparities in Health Care Access and Health Status Among Older Adults. *Journal of General Internal Medicine, 21(7)*, 786-791.

Pourat, N., Wallace, S. P., Hadler, M. H., & Ponce, N. (2014). Assessing health care services used by California's undocumented immigrant population in 2010. *Health Affairs, 33*, 840-847.

Yang T, Wang W, Abdullah AS, Beard J, Cao C, Shen M. (2009). HIV/AIDS-related sexual risk behaviors in male rural-to-urban migrants in China. *Social Behavior and Personality: an international journal, 37(3)*, 419-432.

Health Vulnerabilities among Marriage-Immigrant Women in Korea: Toward an Improved Survey Infrastructure

Kwak, YoonKyung

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This study aims to examine the health and socioeconomic vulnerabilities of Marriage-Immigrant Women in Korea and to identify the limitations of the current health survey system as a foundation for more evidence-based policy. These women faced a wide range of health-related risks, including physical and mental health problems, language barriers, employment insecurity, and social isolation. However, existing national health surveys fail to adequately capture the unique circumstances of this population. In response, the Korea Institute for Health and Social Affairs (KIHASA), commissioned by the Korea Disease Control and Prevention Agency, developed a survey protocol and conducted a pilot study in 2025. The questionnaire covered various domains including sociodemographic characteristics, health behaviors, mental health, access to and use of health services, and health literacy etc. Multilingual questionnaires and culturally sensitive item designs were employed to enhance accessibility and validity. This study provides a understanding of the health status of Marriage-Immigrant Women and serves as a resource for the establishment of regular health surveys and life-course-oriented health policies.