

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 건강관리와 헬스 리터러시¹⁾

Marriage Immigrant Women in Korea: Their Health Management and Health Literacy

박은자 한국보건사회연구원 보건의료정책연구실 연구위원

이홍림 한국보건사회연구원 보건의료정책연구실 연구위원

결혼이주여성은 우리나라의 대표적인 이주민 인구 집단으로 규모가 증가하고 있다. 뿐만 아니라 결혼 이주여성의 출신 국가 또한 다양해지고 있다. 2024년 중국과 베트남 출신 19~64세 결혼이주여성 519명을 대상으로 건강 조사를 하였으며, 이 글에서는 결혼이주여성의 건강행태와 의료이용을 분석하여 건강관리 현황을 파악하고자 하였다. 결혼이주여성의 흡연율은 0.6%, 고위험음주율은 2.5%였고, 65.3%가 규칙적으로 운동을 하였다. 54.0%가 지난 1년 동안 병원, 의원, 치과, 보건소 등 의료기관을 이용하였고, 62.2%가 지난 2년 동안 건강검진을 받아 의료이용은 다소 낮은 것으로 나타났다. 결혼이주여성 중 약 17%에서 헬스 리터러시가 낮은 것으로 평가되었는데, 헬스 리터러시가 낮은 경우 규칙적으로 운동을 하지 않았고 의료이용률도 높아 헬스 리터러시 부족으로 인한 건강 문제를 시사하였다.

1 들어가며

1990년대부터 일본, 중국 출신의 여성들이 결혼과 함께 우리나라로 이주하였다. 결혼이주여성은 우리나라의 대표적인 이주민 인구 집단으로 규모가

증가하고 있다. 뿐만 아니라 베트남, 필리핀, 태국, 러시아 등 출신 국가 또한 다양해지고 있다. 2022년 기준 한국 국적이 없는 여성 결혼이민자는 13만 6582명인데, 조선족을 포함한 중국 출신 결혼이주 여성이 4만 8694명, 베트남 출신 결혼이주여성

1) 이 글은 박은자, 천희란, 전진아, 곽윤경, 최지희, 이홍림, 이나경. (2024). 결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구 (2024ER060100)(국립보건연구원, 한국보건사회연구원)의 결혼이주여성 건강조사 데이터를 사용하여 작성하였다.

3만 2612명, 일본 출신 결혼이주여성이 1만 2383명, 필리핀 출신 결혼이주여성이 1만 684명이었다.

자신이 태어나고 자란 국가에서 다른 국가로 이주하는 것은 이주한 사람의 건강에 영향을 미친다. 대부분의 결혼이주여성이 20대 초반에 국내로 이주하고 건강하다고 느끼나, 낯선 환경과 문화에 적응하는 데 스트레스를 받을 수 있다. 또한 우리나라와 출신 국가의 건강행태 차이, 보건의료체계 차이는 결혼이주여성이 자신의 건강을 관리하는 데 어려움으로 작용한다. 예를 들어 천지영(2021)의 연구에 참여했던 결혼이주여성들은 출신 국가와 한국의 날씨, 음식 문화가 다르고 한국인과 의료이용 경험이 달라 의료기관에 다가가기 어렵다고 밝혔다.

특히 모국어와 다른 언어를 습득하는 데에는 시간과 노력이 소요되므로 많은 결혼이주여성이 한국어 사용에 어려움을 느낀다. 이러한 의사소통 문제는 병원에서 의료이용을 하는 데 장애가 될 수 있다. 진료 시 의료진의 한국어 설명을 이해하지 못하거나(김선희, 2015) 의사소통 문제로 의료기관 방문을 주저하기도 한다(김춘미 외, 2011).

건강정보 부족 또한 결혼이주여성의 건강관리에 영향을 주는 요인이다. 상당수의 결혼이주여성이 국내 입국 후 임신과 출산을 경험하고, 어린 자녀를 양육하게 되어 건강정보에 대한 수요가 증가하나 가족을 통해 제한적으로 건강정보에 접근하게 되고, 건강관리에 충분히 활용하지 못한다.

질병관리청 국립보건연구원과 한국보건사회연구원은 ‘결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜

개발 및 예비연구’의 일환으로 2024년 결혼이주여성 건강 조사를 하였다. 2022년 ‘지방자치단체 외국인 주민 현황’에서 국내 여성 결혼이민자(한국 국적 미취득자) 중 가장 높은 비율을 차지한 중국과 베트남 출신 여성을 대상으로 실시하여 출신 국가의 다양성을 모두 반영하지는 못했으나, 주요 출신 국가의 여성을 중심으로 조사함으로써 전체 결혼이주여성을 대표할 수 있는 기초 자료를 확보하고자 하였다. 이를 위해 한국어 설문지, 중국어 설문지, 베트남어 설문지를 개발하여 전국에 거주하는 중국 출신 결혼이주여성과 베트남 출신 결혼이주여성을 대상으로 온라인으로 설문조사를 하였는데, 519명의 결혼이주여성이 참여하였다(박은자 외, 2024).

이 글에서는 건강행태와 의료이용으로 나누어 국내 결혼이주여성의 건강관리 현황을 분석하고 시사점을 도출하고자 하였다. 나이가 들어가면 의료이용 수요가 늘어날 수 있기 때문에 연령별 분석 결과를 제시하였고, 건강정보 부족이 미치는 영향을 파악하고자 헬스 리터러시 수준과의 관련성을 살펴 보았다.

2 결혼이주여성의 건강관리 현황

가. 건강행태

결혼이주여성의 건강행태는 건강관리의 기초로서 이들이 이주 초기부터 임신, 출산, 육아, 가족돌봄 등 다양한 역할을 수행하는 과정에서 본인의 건

강은 물론 가족의 건강에까지 밀접한 영향을 미친다(안지숙 외, 2013). 이들은 이주 과정에서 새로운 물리적·사회적·문화적 환경에 적응해야 하며, 이민국의 생활방식, 교육 수준, 사회경제적 조건 등의 영향을 받아 건강행태의 변화를 경험하게 된다(양숙자, 2011). 이 과정에서 기존의 건강행태가 단절

되거나 변형되며, 건강 위험에 노출될 가능성도 높아질 수 있다. 특히 연령에 따라 생애주기별 건강 요구와 생활환경이 달라지는 만큼 국내 결혼이주여성의 건강행태를 연령대별로 분석하여 현황을 파악할 필요가 있다.

〈표 1〉은 국내 결혼이주여성의 건강행태(흡연,

【표 1】 결혼이주여성의 연령별 건강행태

(단위: 명(%))

구분		전체 (n=519)	19~29세 (n=114)	30~39세 (n=216)	40~64세 (n=189)	
흡연	현재 흡연함(결련, 전자담배 등)	3(0.6)	0(0.0)	0(0.0)	3(1.6)	
	현재 흡연하지 않음	516(99.4)	114(100.0)	216(100.0)	186(98.4)	
음주	음주 빈도	주 2회 이상	12(2.3)	1(0.9)	5 (2.3)	6(3.2)
		월 2~4회	50(9.6)	5(4.4)	31(14.4)	14(7.4)
		월 1회	52(10.0)	11(9.6)	27(12.5)	14(7.4)
		월 1회 미만	125(24.1)	23(20.2)	41(19.0)	61(32.3)
		전혀 마시지 않음	280(53.9)	74(64.9)	112(51.9)	94(49.7)
	폭음 ¹⁾	폭음함	20(8.4)	2(5.0)	4(3.8)	14(14.7)
		폭음하지 않음	219(91.6)	38(95.0)	100(96.2)	81(85.3)
	고위험 음주 ¹⁾	고위험 음주함	6(2.5)	1(2.5)	2(1.9)	3(3.2)
고위험 음주하지 않음		233(97.5)	39(97.5)	102(98.1)	92(96.8)	
식생활 행태 (식품 안정성)	경제적으로 어려워서 자주 먹을 것이 부족했다	3(0.6)	1(0.9)	0(0.0)	2(1.1)	
	경제적으로 어려워서 가끔 먹을 것이 부족했다	13(2.5)	3(2.6)	7(3.2)	3(1.6)	
	우리 가족 모두가 충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나, 다양한 종류의 음식은 먹지 못했다	170(32.8)	30(26.3)	71(32.9)	69(36.5)	
	우리 가족 모두가 원하는 만큼의 충분한 양과 다양한 종류의 음식을 먹을 수 있었다	333(64.2)	80(70.2)	138(63.9)	115(60.8)	
규칙적 운동 실천 ²⁾	규칙적으로 운동하지 않음	180(34.7)	42(36.8)	63(29.2)	75(39.7)	
	규칙적으로 운동함	339(65.3)	72(63.2)	153(70.8)	114(60.3)	

주: 1) 국민건강영양조사의 지표 정의에 따라 여성 연간 음주자 중 1회 평균 음주량이 '5잔 이상'인 경우를 '폭음'으로, 1회 평균 음주량이 '5잔 이상'이면서 음주 빈도가 '주 2회 이상'인 경우를 '고위험 음주'로 정의하였음.

전체(n=519) 중 음주 빈도 '전혀 마시지 않음'(n=280)을 제외한 연간 음주자(n=239)를 대상으로 비율을 산출하였음.

2) 지난 1년간 걷기를 포함하여 스포츠나 운동을 주 2~3회 규칙적으로 한 경우 '규칙적으로 운동함'으로 정의하였음.

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

음주, 식생활, 운동)를 연령대별로 분석한 결과다. 결혼이주여성의 현재 흡연율은 0.6%(3명)로 매우 낮은 수준이었는데, 흡연자 모두가 40~64세에 속했다. 음주 빈도의 경우 전체 결혼이주여성의 절반 이상이 지난 1년간 음주 경험이 없는 것으로 나타났다. 주 2회 이상 음주하는 여성은 전체의 2.3%에 불과했으나 30대 여성의 음주 빈도가 다른 연령대에 비해 상대적으로 높은 경향을 보였다. 폭음률과 고위험음주율은 40~64세 연령층에서 각각 14.7%, 3.2%로 가장 높았다. 이는 연령 증가에 따라 돌봄 및 가사 부담이 음주로 이어질 가능성을 시사하지만(박소연, 양소남, 2018), 응답자 수가 적어 해석에 주의가 필요하다(표 1).

식생활은 대체로 양호한 편이었는데, 결혼이주여성 10명 중 3명 이상이 '가족 모두가 충분한 양의 음식을 먹을 수 있었으나 다양한 종류의 음식은 먹지 못했다'고 응답하였다. 이러한 경향은 19~29세 26.3%, 30~39세 32.9%, 40~64세 36.5%로 연령대가 높아질수록 점차 상승하는 양상을 보였다. 규칙적 운동 실천율은 65.3%였는데, 30대에서 70.8%로 가장 높은 수준이었다. 2021년 한국의료패널(한국보건사회연구원, 국민건강보험공단, 2023)에서 여성의 규칙적 신체활동 실천율이 48.6%였던 것과 비교할 때 결혼이주여성의 운동 실천 수준이 상대적으로 높은 편임을 보여 준다(표 1). 한국 의료패널과 달리 이 조사는 결혼이주여성만을 대상으로 하였는데, 2024년에 조사를 하여 결과의 직접적 비교에는 한계가 있으나, 다문화가족지원센터

에서 제공하는 건강 교육 및 운동 프로그램 참여, 한국 사회 적응 과정에서의 건강관리에 대한 관심 증가 등 복합적 요인이 결혼이주여성의 높은 운동 실천율에 영향을 미친 것으로 해석할 수 있다.

나. 의료이용

결혼이주여성의 54.0%가 지난 1년 동안 병원, 의원, 치과, 보건소 등 의료기관을 이용한 적이 있었다. 31.8%가 아파서 병원과 의원에서 진료를 받았고, 28.3%가 건강검진을, 22.0%가 치과 진료 또는 스케일링을 받았다. 32명(6.2%)이 응급실을 이용하였고, 23명(4.4%)이 입원 서비스를 이용하였는데, 20대에 비해 30~40대에서 응급실 이용과 입원 서비스 이용이 증가하였다(표 2).

약 80%가 최근 의료기관을 이용할 때 의료진과 의사소통을 하기 위해 통역인이 필요하지 않았고, 8.8%는 통역인의 도움이 필요했으나 받지 못했다고 응답하였다. 통역인의 도움을 받은 32명에게 도움을 받은 통역인을 중복하여 물어본 결과 배우자 65.6%, 외국인·이주민 지원단체의 통역인 37.5%, 친척·친구·지인 21.9%, 의료기관의 통역인 12.5%, 자녀 9.4%, 외국인 콜센터의 통역인 6.3% 순이었다.

지난 2년 동안 건강검진을 받은 비율은 62.2%였다. 19~29세 37.7%, 30~39세 62.0%, 40~64세 77.3%가 건강검진을 받아 연령이 높아질수록 검진검진 수검률이 높아졌다.

[표 2] 결혼이주여성의 연령별 의료이용 경험

(단위: 명(%))

구분		전체 (n=519)	19~29세 (n=114)	30~39세 (n=216)	40~64세 (n=189)
지난 1년간 의료이용 유무	있음	280(54.0)	60(52.6)	117(54.2)	103(54.5)
	없음	239(46.1)	54(47.4)	99(45.8)	86(45.5)
의료이용 이유 (중복 응답)	응급실 이용	32(6.2)	8(7.0)	11(5.1)	13(6.9)
	입원	23(4.4)	3(2.6)	10(4.6)	10(5.3)
	아파서 병·의원 진료	165(31.8)	27(23.7)	75(34.7)	63(33.3)
	임신, 출산 관련 병·의원 진료	40(7.7)	19(16.7)	18(8.3)	3(1.6)
	치과 진료, 스케일링	114(22.0)	24(21.1)	46(21.3)	44(23.3)
	건강검진	147(28.3)	25(21.9)	56(25.9)	66(34.9)
	예방접종	67(12.9)	11(9.6)	32(14.8)	24(12.7)
	기타	15(2.9)	3(2.6)	9(4.2)	3(1.6)
의료이용 시 통역인 이용 여부	통역인의 도움을 받음	32(11.8)	5(9.1)	16(14.0)	11(10.7)
	통역인의 도움을 받지 못함	24(8.8)	2(3.6)	10(8.8)	12(11.7)
	통역인의 도움이 필요하지 않음	216(79.4)	48(87.3)	88(77.2)	80(77.7)
지난 2년간 건강검진 수검 여부	받음	323(62.2)	43(37.7)	134(62.0)	146(77.3)
	받지 않음	196(37.8)	71(62.3)	82(38.0)	43(22.8)
미충족 의료 경험	있음	72(13.9)	14(12.3)	30(13.9)	28(14.8)
	없음	277(53.4)	60(52.6)	99(45.8)	118(62.4)
	진료가 필요한 적 없었음	170(32.7)	40(35.1)	87(40.3)	43(22.8)

주: 지난 1년간 의료기관(병원, 의원, 치과, 보건소 등)을 이용한 적이 있다고 응답한 사람을 대상으로 의료이용 이유와 통역인 이용 여부를 조사하였으며, 중복 응답된 의료이용 이유는 전체 인구 집단을 대상으로 비율을 산출하였음.

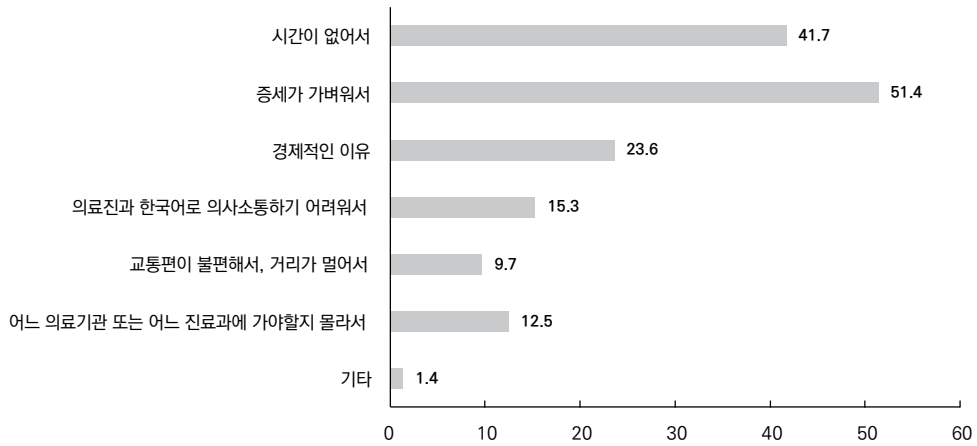
출처: “결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구”, 박은자 외, 2024, 한국보건사회연구원, 연구과제에서 생산한 결혼이주여성 건강 조사 데이터를 사용하여 연구진이 분석하였음.

결혼이주여성의 약 14%가 병원·의원·치과 진료
가 필요하였으나 지난 1년 동안 받지 못한 적이
있었다. 필요한 진료를 받지 못하는 이유는 ‘증세가
가 가벼워서’와 ‘시간이 없어서’가 각각 51.4%,
41.7%로 높았고, ‘경제적인 이유’가 23.6%, ‘의료
진과 한국어로 의사소통하기 어려워서’가 15.3%
였다(그림 1).

조사 시점에 임신을 하고 있었거나, 지난 1년 동
안 출산한 결혼이주여성은 34명이었는데, 대부분
임신 후 3개월 이내에 산전 진찰을 받았다. 약
56%가 산전 진찰을 받을 때 담당 의사에게 매우
충분한 설명을 들었다고 밝혔고, 26.5%가 대체로
충분한 설명을 들었다고 밝혔다(그림 2).

[그림 1] 결혼이주여성의 미충족 의료 경험 이유

(단위: %)

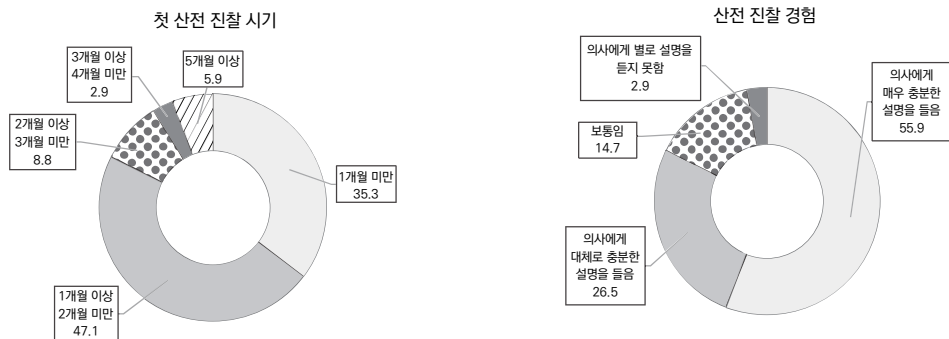


주: 지난 1년 동안 병원·의원·치과의 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못했던 72명의 결혼이주여성에게 7개의 선택지를 제시하고 미충족 의료 경험의 이유를 모두 선택하도록 하였음.

출처: “결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구”, 박은자 외, 2024, 한국보건사회연구원, 연구과제에서 생산한 결혼이주여성 건강 조사 데이터를 사용하여 연구진이 분석하였음.

[그림 2] 결혼이주여성의 첫 산전 진찰 시기와 경험

(단위: %)



주: 임신하고 있었거나 지난 1년 동안 출산한 결혼이주여성 34명에 대해 첫 산전 진찰 시기와 산전 진찰 경험을 조사하였음.

출처: “결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구”, 박은자 외, 2024, 한국보건사회연구원, 연구과제에서 생산한 결혼이주여성 건강 조사 데이터를 사용하여 연구진이 분석하였음.

3 헬스 리터러시와 건강관리

헬스 리터러시는 건강정보를 찾고 이해하고 판단하고 건강관리에 활용하는 능력으로 건강과 질병 관리에 영향을 미친다(Von Wagner et al., 2009). 이 조사는 HP2030 지표와 국가 통계의 헬스 리터러시 수준 모니터링 자료로 활용되는 국민 건강영양조사의 10개 문항으로 구성된 헬스 리터러시 척도를 사용하여 결혼이주여성의 헬스 리터러시 수준을 평가하였다(윤정희 외, 2023). 이 헬스 리터러시 평가 도구는 일상적인 건강 문제의 인식, 의사소통, 예방 및 대처, 정보 해석 및 활용 등 다양한 상황에서 건강정보를 이해하고 활용하는 데 느끼는 어려움 정도를 묻는 문항으로 구성되었다. 윤정희 외(2023)를 참고하여 10개 문항 점수 합계 40점을 만점으로 28점 미만이면 '낮음', 28점 이상이면 '적정' 수준으로 헬스 리터러시를 분류하였다.

83.4%는 헬스 리터러시 수준이 적절한 것으로 평가되었으며, 16.6%는 헬스 리터러시가 낮은 것으로 평가되었다. 19~29세 결혼이주여성 114명 중 34명(29.8%)이 헬스 리터러시 수준이 낮았으며, 30~39세 여성은 216명 중 34명(15.7%), 40세 이상 여성은 189명 중 18명(9.5%)이 헬스 리터러시 수준이 낮은 것으로 나타났다. 결혼이주여성 연령이 높아질수록(국내 체류 기간이 길어질수록) 한국어 실력이 향상되고 국내 보건의료체계에 익숙해져 헬스 리터러시 수준이 높아지는 것으로 보인다(박은자 외, 2024).

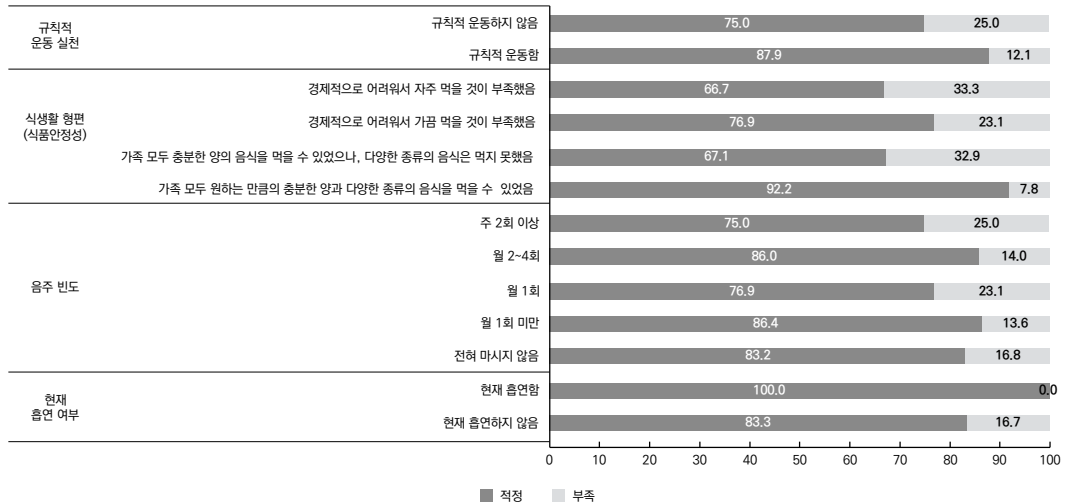
일반적으로 헬스 리터러시가 높을수록 건강행태가 양호하다고 알려져 있으나, 결혼이주여성은 언어, 문화, 사회경제적 장벽으로 인해 건강정보 접근과 활용에 제약을 받을 수 있다(강수진, 형나겸, 2020). 따라서 이들의 헬스 리터러시 수준과 건강행태의 관계를 파악하는 것은 건강 격차 해소를 위한 기초 자료로서 의미가 크다.

[그림 3]은 국내 결혼이주여성의 헬스 리터러시 수준에 따른 건강행태의 차이를 보여 준다. 규칙적으로 운동하는 집단에서 헬스 리터러시 '적정' 수준의 비율은 약 90%로, 비실천 집단(75.0%)보다 높게 나타났는데, 이는 운동 필요성과 방법에 대한 이해도가 높을수록 실천 가능성이 높다는 점을 시사한다. 식생활의 경우 가족 모두 원하는 만큼의 충분한 양과 종류의 음식을 먹을 수 있다고 응답한 집단에서 '적정' 수준 비율이 92.2%로 가장 높았고, 반면 양은 충분하나 다양성은 부족하다고 답한 집단은 '부족' 수준의 비율이 32.9%로 높은 편이었다. 헬스 리터러시 수준에 따라 다양한 식품을 선택하고 식단을 구성하는 능력이 부족하거나 한국 사회에서 유통되는 라벨, 영양 표시 등 식품 정보를 해석하기 어려운 것이 영향을 미쳤다고 볼 수 있다.

음주 빈도가 주 2회 이상인 집단에서 '부족' 수준의 비율이 25.0%로 가장 높았으나, 전체적으로는 유의한 차이를 보이지 않았다. 흡연도 현재 흡연자 모두 헬스 리터러시 수준이 '적정'이었으나, 비흡연자는 83.3%만이 '적정' 수준에 해당하였다. 다만 음주와 흡연을 하는 응답자는 소수에 불과해 해석

[그림 3] 결혼이주여성의 헬스 리터러시 수준별 건강행태

(단위: %)



주: 헬스 리터러시는 4개 리커드 척도로 측정되었으며, '전혀 그렇지 않다'에 1점, '그렇지 않다'에 2점, '그렇다'에 3점, '매우 그렇다'에 4점을 부여한 후 10개 문항의 점수를 합산하였음. 28점 미만을 '부족'으로, 28점 이상을 '적정'으로 나누었음.

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

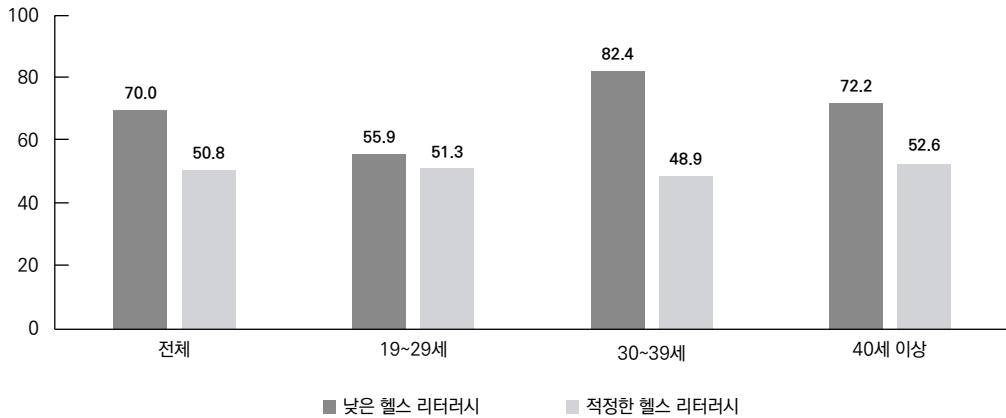
에 매우 주의가 필요하다. 그럼에도 음주와 흡연은 대표적인 건강 위험 행동으로, 단순한 정보 이해 능력뿐 아니라 결혼이주여성을 둘러싼 사회문화적 환경과 이로 인한 스트레스, 우울감, 사회적 지지 부족 등 복합적 요인이 작용할 가능성이 큼을 인지해야 한다(박은자 외, 2015). 이러한 결과를 통해 결혼이주여성의 건강행태 개선을 위해서는 헬스 리터러시 향상뿐만 아니라 실제로 건강한 선택을 할 수 있는 구조적, 환경적 여건이 필요함을 알 수 있다.

헬스 리터러시는 의료이용에도 영향을 미칠 수 있다. 헬스 리터러시 수준이 낮은 결혼이주여성의 70.0%와 헬스 리터러시 수준이 적절한 결혼이주

여성의 50.8%가 지난 1년간 의료기관을 이용한 적이 있었다고 응답하였다. 헬스 리터러시가 낮은 여성의 의료이용이 뚜렷하게 많았다. 이러한 차이는 30대 이상에서 두드러졌는데, 30대 결혼이주여성의 경우 헬스 리터러시가 낮은 여성은 82.4%가 지난 1년간 의료이용을 한 반면 헬스 리터러시가 적절한 여성은 약 49%만이 의료이용을 한 것으로 나타났다. 의료이용 이유로 나누어 살펴보면 <표 3>과 같이 30대 여성에서 헬스 리터러시 수준에 따라 아파서 병의원 진료를 받은 비율에서 뚜렷하게 차이가 났다. 헬스 리터러시가 낮은 여성은 약 68%가 지난 1년간 아파서 병의원 진료를 받았으나, 헬

[그림 4] 결혼이주여성의 헬스 리터러시 수준별 지난 1년간 의료이용률

(단위: %)



주: 헬스 리터러시는 4개 리커드 척도로 측정되었으며, '전혀 그렇지 않다'에 1점, '그렇지 않다'에 2점, '그렇다'에 3점, '매우 그렇다'에 4점을 부여한 후 10개 문항의 점수를 합산하였음. 28점 미만을 '부족'으로, 28점 이상을 '적정'으로 나누었음.

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

[표 3] 결혼이주여성의 헬스 리터러시 수준별 진료 이용률 및 건강검진 수검률

(단위: %)

구분		전체 (n=519)	19~29세 (n=114)	30~39세 (n=216)	40~64세 (n=189)
지난 1년간 아파서 병·의원 진료를 받음 ²⁾	낮은 헬스 리터러시 ¹⁾	45.4 ³⁾	32.4	67.7 ³⁾	27.8
	적정한 헬스 리터러시 ¹⁾	29.1 ³⁾	20.0	28.6 ³⁾	33.9
지난 1년간 치과 진료, 스케일링을 받음 ²⁾	낮은 헬스 리터러시	22.1	17.7	29.4	16.7
	적정한 헬스 리터러시	21.9	22.5	19.8	24.0
지난 2년간 건강검진을 받음 ²⁾	낮은 헬스 리터러시	61.6	32.4	76.5	88.9
	적정한 헬스 리터러시	62.4	40.0	59.3	76.0

주: 1) 헬스 리터러시는 4개 리커드 척도로 측정되었으며, '전혀 그렇지 않다'에 1점, '그렇지 않다'에 2점, '그렇다'에 3점, '매우 그렇다'에 4점을 부여한 후 10개 문항의 점수를 합산하였음. 28점 미만을 '부족'으로, 28점 이상을 '적정'으로 나누었음.

2) '아파서 병·의원 진료'와 '치과 진료, 스케일링'은 지난 1년 동안 의료기관을 이용한 적이 있다고 응답한 사람을 대상으로 8개의 선택지를 제시하고 의료기관을 이용한 이유를 모두 선택하도록 하였음. 건강검진 수검 여부는 지난 2년 동안 건강검진을 받은 적이 있는지를 물어보고 '예', '아니요'를 선택하도록 하였음.

3) 카이제곱 검정 결과 유의한 차이를 보였음(p-value<0.05).

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

스 리터러시가 적절한 여성은 28.6%가 아파서 진료를 받은 것으로 나타났다. 치과 진료와 건강검진은 헬스 리터러시에 따라 뚜렷한 차이가 없었다.

4 나가며

2024년 전국적으로 실시된 결혼이주여성의 건강 조사를 분석한 결과 결혼이주여성은 흡연율과 고위험음주율이 낮았고, 지난 1년간 의료기관을 이용한 사람은 54.0%였다. 한국어 의사소통 문제가 미충족 의료 경험에 영향을 미쳤는데, 헬스 리터러시 수준에 따라 건강행태와 의료이용에 차이가 있었다. 조사 결과 나타난 주요 시사점은 다음과 같다.


첫째, 결혼이주여성의 건강행태는 비교적 양호하였는데, 현재 흡연율이 0.6%, 폭음률이 8.4%, 고위험음주율이 2.5%였다. 현재 흡연율은 쉐련, 전자담배 등 담배 제품 모두를 포함하여 현재 담배를 피우는지 응답하도록 하였는데, 2023년 국민건강영양조사에서 19~64세 여성의 담배 제품 현재 사용률이 7.9%로 보고된 것에 비해 결혼이주여성의 흡연율은 매우 낮다고 할 수 있다. 2023년 국민건강영양조사에서 19~64세 여성의 고위험음주율은 7.8%, 월간 폭음률은 25.9%로 결혼이주여성과 차이가 있었다. 건강행태는 아동·청소년기에 형성되는 경우가 많으므로 출신 국가의 문화와 환경이 영향을 미치나 국내 체류 기간이 길어질수록 우리나라의 문화와 환경에 영향을 받는다. 여성의 건강행태에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구가 필

요하다.

둘째, 한국의료패널 2022년 조사에서 20대의 연간 의료이용률이 84.0%, 30대의 연간 의료이용률이 91.7%인 데 비해 결혼이주여성은 19~29세의 52.6%, 30대의 54.2%가 지난 1년 동안 의료기관을 이용하였다고 응답하여 의료이용률이 상대적으로 낮았다. 이는 결혼이주여성이 건강하기 때문일 수도 있으나, 한국어 의사소통 문제 등으로 의료이용을 주저하기 때문일 수도 있다. 미충족 의료 경험의 원인으로는 '시간이 없어서'와 '증세가 가벼워서'의 응답이 가장 많았으나, 23.6%는 경제적인 이유를, 15.3%는 의료진과 한국어로 의사소통하기 어려워서를 꼽았다. 정부에서는 결혼이주여성의 의료이용 시 통역서비스를 지원하고 있으나, 필요한 의료이용이 제한되지 않도록 다양한 측면에서 지원하는 것이 필요하다. 또한 2023년 국가 건강검진의 일반건강검진 수검률이 75.9%인 데 비해 (국민건강보험공단, 2024), 결혼이주여성은 62.2%가 지난 2년 동안 건강검진을 받았다고 응답하였다. 상대적으로 낮은 건강검진 수검이 낮은 의료이용으로 이어질 수 있다.

셋째, 헬스 리터러시에 따라 결혼이주여성의 건강행태와 의료이용에 차이가 있었다. 건강행태는 헬스 리터러시가 높은 경우 양호하였으나, 의료이용은 헬스 리터러시가 낮은 경우 많았다. 이는 30대 여성에서 두드러지게 나타났는데, 헬스 리터러시가 낮은 결혼이주여성은 67.7%가 지난 1년간 아파서 병·의원 진료를 받은 데 비해 헬스 리터러시가 적정

한 결혼이주여성은 28.6%만이 진료를 받은 것으로 나타났다. 상당수의 결혼이주여성이 20대에 국내에 입국하므로 헬스 리터러시가 부족한 결혼이주 여성이 입국 초기 의료기관 방문 등 의료이용을 충분히 하지 못해 건강 문제가 누적되었을 가능성이 있다. 정부에서는 결혼이주여성이 한국어를 배울 수 있도록 지원하고 있다. 경제활동으로 낮시간에 진행되는 프로그램에 참여하기 어려운 결혼이주 여성에 대한 한국어 교육 프로그램을 확대할 필요가 있다. 한국어 능력뿐만 아니라 우리나라 보건 의료 체계에 대한 지식 또한 헬스 리터러시에 영향을 미친다. 입국 초기 결혼이주여성을 대상으로 국내 건강보험 체계, 병의원 예약 방법, 건강 증진 프로그램 이용 방법 등을 교육·안내하여 능동적인 건강관리를 유도하는 것이 필요하다.

2023년 한국인의 기대수명은 83.5세로(통계청, 2024), 80세까지 건강과 삶의 질을 유지하기 위해서는 지속적인 건강관리가 필수적이다. 결혼이주 여성의 건강관리를 지원하기 위해 헬스 리터러시를 제고하고 다각적인 측면에서 정책을 개발하여야 한다. 

참고문헌

강수진, 형나경. (2020). 국내 이주민 대상의 헬스 리터러시 수준과 연구 동향 고찰. **지역사회간호학회지**, 31(3), 322-336.

국민건강보험공단. (2024). **2023 건강검진 통계연보**.

김선희. (2015). 베트남 결혼이주여성의 임신, 분만, 산

육기 건강관리 경험. **한국보건간호학회지**, 29(2), 325-343.

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

박소연, 양소남. (2018). 성인 여성의 위험음주에 영향을 미치는 요인: 융복합적 함의를 중심으로. **디지털융복합연구**, 16(7), 469-478.

박은자, 전진아, 김남순. (2015). 성인의 복합적인 건강 위험행동과 주관적 건강수준, 스트레스, 우울감의 관련성. **보건사회연구**, 35(1), 136-157.

박은자, 천희란, 전진아, 곽윤경, 최지희, 이홍림, 이나경. (2024). **결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구**. 질병관리청 국립보건연구원, 한국보건사회연구원.

안지숙, 김혜련, 양숙자. (2013). 결혼이주여성의 건강문해력과 관련요인. **지역사회간호학회지**, 24(4), 377-387.

양숙자. (2011). 국내 여성결혼이민자의 출신국별 건강행위와 관련 요인. **지역사회간호학회지**, 22(1), 66-74.

윤정희, 조주희, 강수진, 오경원, 최선혜, 강유경. (2023). 국민건강영양조사 건강정보이해능력 측정도구 개발. *Public Health Weekly Report*, 16(23), 709-725.

천지영. (2021). 도시에 거주하는 베트남 결혼이주여성의 건강관리 경험. **지역사회간호학회지**, 32(4), 506-517.

최은진, 천희란, 곽우성. (2022). 헬스리터러시와 디지털 헬스리터러시에 대한 건강행동의 특성 분석. **보건교육건강증진학회지**, 39(5), 81-99.

통계청. (2024). **생명표 2024**.

한국보건사회연구원, 국민건강보험공단. (2023). **2021년**

한국의료패널조사.

Von Wagner, C., Steptoe, A., Wolf, M. S., Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. **Health Education & Behavior**, **36**(5), 860–877. doi: 10.1177/1090198108322819

Marriage Immigrant Women in Korea: Their Health Management and Health Literacy

Park, Eunja

Lee, Hong Lim

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Marriage immigrant women, a chief segment of Korea's migrant population, continue to grow in number, with their countries of origin also becoming more diverse. Drawing on a health survey conducted in 2024 of 519 marriage immigrant women aged 19–64 from China and Vietnam, this article assesses the current state of their health management in terms of health behaviors and healthcare use. The prevalence rates of smoking and high-risk drinking were relatively low at 0.6 percent and 2.5 percent, respectively. An estimated 65.3 percent reported doing physical exercise on a regular basis. Healthcare utilization rates were found to be rather low: 54.0 percent reported having visited healthcare providers such as hospitals, clinics, dentists, and public health centers in the year preceding the survey; 62.2 percent had received a health checkup in the two years preceding it. About 17 percent of those surveyed had low health literacy, a group characterized by a lack of regular physical exercise and high healthcare utilization and thus regarded as at risk for health issues due to limited health literacy.