

## 결혼이민자의 차별경험과 주관적 건강수준 간의 연관성: 출신지역과 성별 차이를 중심으로

김 유 균  
(고려대학교)

손 인 서  
(고려대학교)

김 승 섭\*  
(고려대학교)

최근 20년 동안 한국으로 유입되는 결혼이민자가 급격히 증가하였다. 본 연구는 한국에 거주하는 14,485명의 결혼이민자를 대상으로 한 2012년도 전국다문화가족실태 조사의 데이터를 이용하여, 공공기관이나 직장/일터 등 다섯 가지 상황에서의 인종/종족 차별경험과 주관적 건강수준의 연관성을 살펴보았다. 그리고 그 연관성이 결혼이민자의 성별이나 출신지역(서구권, 비서구권-아시아, 비서구권-기타)에 따라 어떻게 달라지는지를 검토하였다. 인구학적, 사회경제적, 이민관련 교란변수를 보정하였을 때, 다섯 가지 상황 모두에서 차별경험은 나쁜 주관적 건강수준과 연관되어 있었다. 하지만 출신 지역과 성별에 따라 나누었을 때, 연구 결과는 상이하게 나타났다. 여성 혹은 비서구권 지역 출신 결혼이민자들의 경우는 다섯 가지 상황 모두에서 차별경험이 낮은 주관적 건강과 통계적으로 유의하게 연관되어 있었다. 그러나 남성 혹은 서구권 출신 결혼 이민자 집단에서는 직장/일터에서의 차별 경험을 제외하고는 차별경험과 자가평가 건강 사이의 통계적으로 유의한 연관성을 관찰할 수 없었다. 차별경험과 주관적 건강수준 사이의 연관성이 결혼이민자들의 출신지역이나 성별에 따라 달라진다는 본 연구결과는 한국사회의 이민자들이 겪는 인종/종족 차별의 구조적 특징을 보여준다.

주요용어: 차별경험, 인종/종족 차별, 결혼이민자, 주관적 건강수준

이 논문은 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A5A8016626)

\* 교신저자: 김승섭, 고려대학교(ssk3@korea.ac.kr)

■ 투고일: 2015.4.30    ■ 수정일: 2015.7.14    ■ 게재확정일: 2015.7.22

## I. 서론

최근 20여 년 동안 취업 및 결혼 등의 이유로 한국에 체류하는 이민자의 수는 급격히 증가해 왔으며, 특히 한국인과 국제결혼을 통해 거주하게 된 결혼이민자의 증가는 특히 주목할 만하다. 한국의 국제결혼<sup>1)</sup>은 1990년 기준 4,710건으로 전체 결혼 대비 약 1%에 불과했으나 2005년 13.5%(42,356건)로 급격히 증가하였고 이후 다소 감소하여 2013년 8%(25,963건)를 차지한다(통계청, 2015). 한국에 거주하는 결혼이민자 수는 2014년 기준 약 25만 명에 달하며(여성 85%)(법무부, 2014), 보건복지부 보고서에 따르면 현재의 추세가 유지될 경우 2020년에는 결혼이민자 수가 35만 여명에 달할 것이라고 예측된다(설동훈 등, 2009). 한국의 결혼이민자들은 한국인 남성과 결혼한 여성이민자들이 대다수(85.4%)를 차지하고 있으나 한국인 여성과 결혼한 남성이민자들도 상당수(14.6%) 거주하고 있다. 결혼이민자의 국적은 중국(41.4%), 베트남(26.4%), 일본(8.1%), 필리핀(6.9%) 순의 분포를 보이며, 이외에도 미국이나 러시아 등 서구국가와 구소련권 국가도 포함되어 있다(강동관 등, 2014).

결혼이민자는 한국사회에 통합되지 못한 채 일상생활에서 다양한 종류의 차별과 폭력, 낙인, 사회적 배제 등에 노출되어 있다(이태정, 2005; 최혜지 등, 2012). 외국인 노동자나 탈북자를 포함하여 이주민에 대한 인종/종족<sup>2)</sup> 차별(racial/ethnic discrimination)은 이미 한국사회에서 중요한 사회문제가 되고 있다(강휘원, 2006). 일례로, 2012년 전국다문화 가족실태조사 보고서에 따르면, 응답한 결혼이민자의 약 40%가 외국인이라는 이유로 차별이나 무시를 받은 적이 있다고 보고했다(전기택 등, 2013). 2014년 유엔 인종차별 특별보고관은 한국의 이주민 실태를 조사한 뒤, 한국사회에 “심각한 인종차별”이 존재함을 지적하고, 구체적인 통계 수집 등을 통해 이주민들이 겪는 차별이나 배제의 정도를

---

1) 거주지역과 상관없이 외국인과 결혼한 경우를 포함한다.

2) 기존 한국학계에서 이주민 차별의 성격에 대한 논의는 여전히 진행 중이다. 기존연구에서는 “외국인 차별”과 “인종차별”을 혼용하여 사용하고 있지만, 인종/종족(racial/ethnic) 차별이라는 용어가 한국사회에서 인종적, 문화적 요인들이 혼재되어 있는 이주민 차별을 보다 적절하게 지칭할 수 있다. 인종(race)은 생물학적 차이, 특히 피부색에 기반한 인구집단의 사회적 구분(social distinction)과 연관되며, 종족(ethnicity)은 문화, 조상, 언어 등에 따른 “문화적 생활양식”의 차이에 따른 집단의 구분과 관련된다(Bonilla-Silva, 1997; 신용하, 2006). 신용하(2006)에 따르면, “민족”은 민족국가와 관련된 정치적 공동체를 지칭하는 개념으로 ethnicity의 번역어로는 적절하지 않다고 지적한다. 따라서 본 연구에서는 ethnicity를 “종족”으로 번역하여 사용한다.

살펴볼 필요성을 제기하였다(이정훈, 2014).

결혼이민자 집단에 대한 차별은 향후 한국사회의 사회계층화 측면에서 잠재적으로 큰 의미를 갖는다. 첫째, 결혼이민자는 외국인노동자 다음으로 한국 내 이민자 집단 중 가장 큰 비율을 차지한다. 2015년 현재 전체 이민자 가운데 결혼이민자의 비율은 약 15%에 달한다. 둘째, 외국인 노동자의 경우 단기간 동안 체류하는 반면, 결혼이민자는 자국민과의 결혼을 통해 한국사회에 영구적으로 거주할 가능성이 높다. 하지만, 이들은 국가로부터 “다문화” 가정으로 분류, 관리되어 자국민과 동일한 권리를 누리지 못할 뿐만 아니라(김정선, 2013), 사회적으로도 자국민과 다른 “타자(Other)”로 인식되어 사회적 차별에 노출되어 있다(Kim, 2013). 따라서 이들에 대한 차별은 향후 한국사회의 인종/종족 계층화를 촉진시킬 수 있다는 점에서 중요성을 갖는다. 셋째, 결혼이민자에 대한 차별은 이들의 자녀에 대한 차별로 이어질 수 있다는 측면에서 한국사회의 인종/종족 계층화의 재생산을 야기할 수 있다. 다문화 가정의 자녀는 2014년 현재 약 20만 명에 이르고 있다(강동관, 2014). 현재 이들 중 6세 이하 아동의 비율이 약 60%에 달하고 있지만, 다문화 가정의 자녀들이 성장하면서 한국사회의 주요 구성원이 되었을 때, 이들에 대한 차별이 지속된다면 한국사회에서 인종/종족에 따른 불평등은 점차 심화될 것으로 예측된다.

차별은 이주민들의 사회경제적 기회(취업, 교육 등)를 제한할 뿐만 아니라, 건강이나 자존감(self-esteem), 생활만족(life-satisfaction)과 같은 개인의 삶의 질에도 부정적 영향을 미쳐 사회불평등을 악화시킨다(Krieger, 1999; Williams & Mohammed, 2009). 이 가운데 개인의 건강상태는 삶의 질을 결정하는 가장 중요한 요인 중의 하나로 생애에 걸쳐 개인의 삶에 영향을 미친다는 점에서 불평등 연구에서 중요한 결과변수로 다루어져 왔다(Adler & Rehkopf, 2008). 건강형평성 연구에 따르면, 건강은 개인의 신체적 기능을 넘어 사회적 기능이나 능력과 연관되어 있기 때문에, 사회적으로 공정한 기회를 가능하게 하는 기초적 요소다(김창엽, 2013). 따라서 사회적 소수자들의 건강수준에 대한 관심은 사회적 평등과 직결될 수 있다.

선행연구는 결혼이민자들이 겪는 차별경험이 다양한 건강상태에 미치는 부정적 영향을 보고해 왔다. 한국에서 출판된 차별과 건강 연구에 대한 체계적 문헌고찰에 따르면(손인서, 김승섭, 2015), 결혼이민자를 포함한 이주민에 관한 연구는 2014년 현재 21편에 이른다. 하지만, 이민자 집단 내 성별 혹은 인종/종족별 차이에 대한 연구는 전무하다.

결혼이민자 차별의 구조적 차원을 강조하는 연구는 한국인의 이주민 차별이 집단간 우월성/열등성에 대한 인종주의적이고 가부장적인 이데올로기에 기반하고 있음을 지적한다(하상복, 2012; Kim, 2013). 한국인의 차별화된 인종/종족 관념과 성차별적 관념은 이민자들이 경험하는 차별의 변이를 가져올 수 있다. 다시 말해, 비서구권 출신 혹은 여성 결혼이민자들은 서구권 혹은 남성 결혼이민자에 비해 보다 심각한 차별에 노출될 가능성이 높다. 최근 연구는 차별의 심각성에 따라 차별경험과 건강의 연관성이 달라질 수 있음을 지적한다(Hahm et al., 2010).

본 연구는 따라서 결혼이민자 집단을 대상으로 인종/종족 차별경험의 빈도를 확인하고, 이러한 차별경험이 자가평가 건강과 어떠한 연관성이 있는지 검토하여, 결혼이민자의 사회불평등 연구에 이론적, 경험적 공헌을 하고자 한다. 더 나아가, 본 연구는 결혼이민자가 겪는 인종/종족 차별경험의 구조적 특징을 조사하기 위해 차별경험이 건강에 미치는 영향의 집단 내 차이를 알아보고자 한다. 다시 말해서, 결혼이민자의 성별과 출신지역에 따라서 차별경험의 건강영향이 다르게 나타나는지 확인하고자 한다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 다섯 가지 특정한 상황에서 결혼이민자들이 경험하는 인종/종족 차별경험의 빈도를 확인한다.

둘째, 다섯 가지 상황에서의 차별경험과 주관적 건강수준 사이의 연관성을 확인한다.

셋째, 이러한 차별경험과 주관적 건강수준 사이의 연관성이 결혼 이민자의 성별이나 출신지역에 따라 어떻게 변화되는지 검토한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 결혼이민자의 차별경험

본 연구는 결혼이민자의 건강상태를 설명하는 주요한 독립변수로 이들이 경험하는 사회적 차별에 초점을 맞춘다. 사회과학에서는 차별을 개인간의 문제가 아닌 집단들 사이에서 발생하는 구조적 동학(dynamics)의 측면에서 다루어 왔다. 막스 베버(Weber,

1968 [2008])에 따르면, 지배적인 집단이 그렇지 않은 집단을 자원과 기회로부터 배제(exclusion)시키기 위한 하나의 기제로서 차별을 정의하고 있다. 따라서, 차별은 집단 혹은 개인이 그의 소속이나 정체성을 이유로 받는 부당한 대우(unfair treatment)를 말한다(Krieger, 2014).

한국의 결혼이민자 집단이 겪는 차별의 원인에 대해 기존 연구는 크게 두 가지 관점으로 나눌 수 있으며, 두 관점은 차별에 대해 각기 다른 연구방향을 제시하고 있다. 첫째, 결혼이민자에 대한 한국인의 차별은 두 집단 간의 언어, 생활방식, 관습, 혹은 규범의 차이에 기인한다는 문화적 관점(cultural perspective)이 있다. 문화적 관점에 따르면 결혼이민자가 겪는 차별경험은 한국인의 다문화 수용도, 그리고 결혼이민자들의 문화적응 정도에 따라 달라질 수 있다. 선행연구는 지역사회의 인구구성 혹은 도시화 정도(김한성, 이유신, 2013)에 따라 이주민에 대한 수용도가 다르며, 이로 인해 이주민의 차별경험이 달라질 것으로 예상한다. 또한 여러 연구들은 결혼이민자들의 한국문화 적응 정도가 차별경험의 발생에 영향을 미친다고 보고하고 있다. 이들 연구는 문화적응의 척도로서 한국어 구사능력이나 거주기간(조인주, 현안나, 2012; Lee & Kim, 2014) 등을 이용하여 문화적응의 정도가 높을수록 차별경험이 감소할 수 있음을 밝혔다.

이와 대조적으로 법적, 사회적 제도, 그리고 인종주의(racism) 등 사회구조적인 요인들이 결혼이민자에 대한 차별을 발생시킨다는 구조적 관점(structural perspective)이 있다. 이에 따르면 결혼이민자를 포함한 한국의 이주민들은 한국인이 누리는 시민권을 온전히 보장받지 못하고 있으며(김석준 등, 2015) 주류 미디어에 의해 한국인과 다른 사회적 타자로 재현되고 있다(Kim, 2012). 다시 말해, 문화적응의 정도와 관계없이 이주민들은 한국인과 구별되는 집단으로 사회적으로 구성되고 그로인해 사회적 배제를 겪게 된다는 것이다. 이러한 관점에 기반한 선행연구는 결혼이민자들을 사회적 타자로 구성하는 다양한 제도적, 이데올로기적 기제에 초점을 맞추고 있다(김정선, 2011; Kim, 2013). Kim(2013)의 연구에 따르면, 국가의 다문화정책은 결혼이민자(특히 여성 결혼이민자)를 한국인과 같은 존재로 취급하는 것이 아니라 “한국인”을 재생산해야 할 “모성적 시민(maternal citizen)”으로 재현하고 있다. 동시에 이들은 한국인 자녀를 양육하기 위해서 한국화(Koreanized)되어야 할 “종족화된 타자(ethnicized other)”로 구성된다. 따라서 구조적 관점은 한국사회의 인종/종족 계층화 과정 및 사회적 불평등에 초점을 맞추고 있다.

## 2. 차별경험과 건강

선행연구는 차별경험이 사회경제적 기회뿐만 아니라 삶의 질에 미치는 부정적 영향을 보고하여 왔다. 특히, 차별경험은 삶의 만족도나 정신건강 같은 심리적 측면뿐만 아니라 신체적 건강에도 부정적 영향을 미칠 수 있다고 알려져 있다. 차별이 건강에 영향을 미치는 기전에 대해 선행 연구들은 크게 두 가지 경로를 통해 설명하고 있다. 차별은 부정적 감정 등의 스트레스를 야기하여 코티졸 분비 증가 등 생물학적 경로를 통해 건강에 영향을 미치게 된다. 또한 차별로 인한 스트레스 상황을 해소하기 위한 흡연이나 음주 등의 부정적 건강 행태를 통해 건강이 악화될 수 있다(Pascoe & Smart Richman, 2009; 손인서, 김승섭, 2015)

한국 내 차별과 건강에 대한 연구는 주로 일반 인구집단을 대상으로 성별이나 교육 수준 등에 기인한 차별경험이 건강에 미치는 영향에 초점을 맞추어 왔으며(Kim & Williams, 2012), 성소수자나 이주민 등 사회적 소수자가 겪는 차별의 건강 영향에 대한 연구는 부족한 실정이다(이혜민 등, 2014; 손인서, 김승섭, 2015). 그러나 최근 들어 결혼이민자를 포함한 다양한 이주민 집단이 겪는 인종/종족 차별과 건강과의 연관성에 대한 경험연구가 진행되고 있다(Lee & Kim, 2014). 결혼이민자 집단에 대한 선행연구는 차별경험의 조작화에 대해 크게 두 가지 경향을 보이고 있다. 일부 문헌은 차별경험을 문화적응 스트레스(acculturative stress)의 한 구성요소로 간주하여 그 건강영향을 살펴 보았다(김오남, 2007; 조인주, 현안나, 2012; Kim & Kim, 2013). 그러나 비판적인 연구에 따르면, 차별경험을 문화적응 스트레스의 구성요소로 한정된 기존연구는 차별의 구조적 성격을 간과하여 문화적인 측면으로 환원하고 있으며, 더 나아가 차별경험이 건강에 영향을 미치는 생물학적 기전을 감안할 때 차별경험을 스트레스의 원인이 아닌 구성요소로 취급하는 문제점이 있다고 지적하고 있다(손인서, 김승섭, 2015).

## 3. 출신지역과 성별에 따른 차이

한국의 인종/종족 차별에 대한 구조주의적 관점의 연구에 따르면, 결혼이민자의 인종/종족에 따라 한국인의 수용도가 달라질 수 있다. 즉, 주로 백인으로 구성된 서구권 출신 이주민에 대해 한국인은 보다 수용적 태도를 지니고 있으며, 아시아권 혹은 그 외

비서구권 지역 출신 이주민에 대해서는 배타적 태도를 지닐 수 있음을 뜻한다(Kim, 2014; 하상복, 2012). 한국 대학생들을 대상으로 소수자들에 대한 사회적 거리감(social distance)을 조사한 연구에 따르면, 같은 민족이지만 비서구권 출신의 재중동포(“조선족”)는 서구권에 거주하고 있는 한국계 미국인(Korean Americans)에 비해 사회적 거리감이 높은 것으로 보고되었다(Seol & Seo, 2014). 이러한 경험연구들은 한국사회의 이주민 차별이 일정 정도 인종주의적 요소를 지니고 있음을 시사한다. 따라서 구조적 관점에서 결혼이민자 집단 내 차별의 변이는 인종/종족적 요인에 의해 결정될 것으로 예상된다.

더 나아가, 구조적 관점은 이주민 차별이 인종/종족 별로 차별화 되어있을 뿐만 아니라 성별 차별화의 가능성을 시사한다. Collins(1990)에 따르면, 성(gender), 계급, 인종과 같은 불평등 구조들은 서로 중첩(intersection)되어 있어, 인종적 소수자인 이주민들 중 여성이민자들은 인종불평등뿐만 아니라 정착국의 남녀불평등에 의해 이중적으로 고통받는 존재이다. 한국에서 결혼이민자의 남녀간 차별경험의 차이를 다룬 연구는 전무하다. 하지만 몇몇 선행연구에 따르면 여성 결혼이민자 집단은 정부와 주류언론에 의해 한국인의 자녀를 양육해야 할 “어머니”임과 동시에 문화적으로 뒤떨어진 “타자”로 구성된다는 점을 지적한다(Kim, 2013). 이들 연구는 여성 결혼이민자가 인종/종족적 차별뿐만 아니라 한국사회에서 약자인 여성이기 때문에 이중적 차별에 노출되어 있을 가능성을 시사하고 있다.

미국에서 진행된 최근 연구는 차별경험의 인종/종족별 그리고 남녀별 차이가 차별 경험의 건강 영향의 차이로 나타난다고 보고하고 있다. 아프리카계, 멕시코계, 그리고 다른 남아메리카계 미국인들의 차별경험과 정신건강의 연관성을 살펴본 연구에 따르면, 멕시코계나 다른 남아메리카계 미국인에 비해 아프리카계 미국인에게서 차별경험과 정신건강 사이의 연관성이 높게 나타났다(Gee et al., 2006). 또한 아시아계 미국인들을 대상으로 한 Hahm 등의 연구에 따르면, 아시아계 미국인 여성들은 남성에 비해 건강 영향이 나타나는 차별의 역치가 낮게 나타났다(Hahm et al., 2010). 이들 연구는 이주민 중 보다 빈번하고 심각한 차별에 노출되는 집단에서 차별경험으로 인한 건강영향이 더 명확하게 나타날 가능성을 시사한다.

#### 4. 주관적 건강수준

본 연구에서는 결혼이민자 집단이 겪는 차별경험이 건강에 미치는 영향을 조사하기 위해 종속변수로서 주관적 건강수준을 이용하고자 한다. 주관적 건강수준은 “당신의 전반적인 건강상태는 어떻습니까” 혹은 “귀하의 건강은 대체로 어떠하십니까”와 같은 단일문항으로 이루어진 자가평가 건강 설문을 통해 측정된다. 자가평가 건강 설문은 비록 특정한 건강 상태를 측정할 수는 없지만 전반적인 건강상태를 대표하는 지표로 세계적으로 널리 쓰이고 있으며, 차별경험이 개인의 삶의 질에 미치는 영향을 측정하기 위한 지표로도 이용되어 왔다(Paradies, 2006). 예를 들어, 선행 연구에 따르면 자가평가 건강 수준은 연구집단의 인종이나 성별 구성 차이에 상관없이 사망률을 예측할 수 있다고 보고하고 있다(Idle & Benyamini, 1997; Chandola & Jenkinson, 2000; DeSalvo et al., 2006).

주관적 건강수준은 보건학 연구에서 보편적으로 쓰여져 왔으며, 여성, 노인, 이민자 등이 겪는 차별로 인한 건강상태의 변화를 측정하는 지표로 이용되어 왔다(N. Krieger et al., 2011; Kim & Williams, 2012; Chun et al., 2015). 한국에서 진행된 여성 결혼이민자의 건강상태에 대한 연구에서도 주관적 건강수준은 종속변수로 이용되어 왔다(Lee & Kim, 2014). 본 연구에서 결혼이민자들의 차별경험이 삶의 질에 미치는 영향을 측정하기 위해 차별경험과 주관적 건강수준의 연관성에 초점을 맞추고자 한다.

본 연구의 독립변수인 차별 경험 이외에도 결혼이민자의 주관적 건강에 영향을 미칠 수 있는 요인에는 성별, 연령 등의 인구학적 변수와 교육수준이나 소득수준과 같은 사회경제적 변수, 그 외에도 출신지역이나 한국국적 유무, 결혼이민자의 한국어 능력 등의 이민관련 변수들이 해당된다. 이와 같은 요인들은 차별과 건강 사이 연관성을 교란시킬 수 있기에 교란인자로 분석에 포함하였다. 또한 본 연구에서는 결혼이민자의 성별과 출신지역에 따라 차별경험과 주관적 건강수준사이 연관성을 나누어 살펴보았다. 각 교란 변수들과 주관적 건강수준사이 연관성 및 성별 및 출신지역에 따른 층화분석의 필요성을 다음과 같이 검토하고자 한다.

우선 인구학적 요인에 해당되는 변수에는 성별, 연령, 결혼상태, 거주지역이 해당된다. 성별의 경우, 기존 한국 내 결혼 이민자들의 차별과 건강을 다룬 연구는 여성 결혼이민자에만 초점을 맞추어 연구대상을 여성으로 제한시켰지만, 남성 역시 제도적으로 동일

하게 결혼이민자의 구성원에 포함되므로 본 연구에서는 남녀 결혼이민자 모두를 연구대상으로 삼았다. 또한 선행연구에서 성별에 따라 차별의 건강 영향이 달라질 수 있음을 제시하고 있기 때문에(Williams & Mohammed, 2009), 성별에 따른 층화분석을 진행하였다.

연령의 경우, 선행 연구들은 연령이 높을수록 한국 내 여성 결혼이민자의 주관적 건강수준이 낮다는 결과를 제시하고 있다(윤지원, 강희선, 2015; 이은아, 2009). 결혼상태의 경우는 동거중인 여성 결혼이민자와 그렇지 않은 집단을 비교했을 때 현재 동거 중인 경우 상대적으로 주관적 건강상태가 좋았다(조주은, 조금준, 2014). 거주지역의 경우, 여성 결혼이민자들의 거주지를 도시와 교외로 나누어본 연구에서 도시에 거주하는 결혼이민자의 주관적 건강상태가 나쁘게 나타났으나(윤지원, 강희선, 2015), 여성 결혼이민자의 거주지를 대도시, 중소도시, 공단, 농촌 등으로 세분화해 살펴본 연구에 따르면 거주지역과 주관적 건강 사이에는 통계적으로 유의한 연관성이 없었다(이은아, 2009).

본 연구의 사회경제적 변수들은 교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위로 구성된다. 교육수준의 경우, 높을수록 주관적 건강상태가 좋다는 연구 결과들이 있었으나(Lee & Kim, 2014; 윤지원, 강희선, 2015), 교육수준과 주관적 건강 사이 연관성이 없다는 결과도 제시되고 있다(이은아, 2009). 그리고 가구소득과 주관적 건강상태 사이의 연관성을 본 연구 결과들은 가구소득이 높을수록 주관적 건강상태가 좋다고 제시하고 있다(Lee & Kim, 2014; 이은아, 2009). 결혼이민자의 세부적인 고용형태와 건강 사이 연관성을 살펴본 연구는 부재한 상황이지만, 임금노동을 하는 여성 결혼이민자의 주관적 건강이 그렇지 않은 여성에 비해 나쁘다는 연구결과를 찾아 볼 수 있었다(윤지원, 강희선, 2015). 고용형태의 경우 보건학 연구에서 건강에 영향을 미치는 주요 변수로 다루어져 온 만큼(Benach & Muntaner, 2007; Kim et al., 2012b), 결혼이민자 집단의 고용형태에 따라 주관적 건강 상태가 달라질 수 있을 것으로 예상된다. 주관적 사회적 지위의 경우, 개인이 느끼는 사회적 계층의 위치를 측정하며 교육수준이나 소득수준 등 객관적인 지표로 이용할 때 보다 개인의 건강 상태를 더욱 잘 예측 할 수 있다는 연구결과가 보고된 바 있다(Singh-Manoux et al., 2005). 예를 들어, 학력을 이용해 개인의 사회적 지위를 추정하는 경우 같은 학력이어도 그 안에서의 학교간의 격차에 따른 지위의 차이는 반영할 수 없지만, 주관적 지표를 이용할 경우 세부적인 차이를 반영하는 것이 가능해진다(Operario et al., 2004). 결혼이민자 집단의 주관적 건강을 살펴본 연구

중 한국 내 가족의 주관적 사회적 지위와 건강 사이 연관성을 살펴본 연구는 없었지만, 스페인 내 라틴계 여성이민자 집단을 대상으로 한 연구 결과는 주관적 사회적 지위가 교육수준과 같은 사회경제적 지위보다도 라틴계 여성 이민자 집단의 주관적 건강상태를 예측하는데 더 적합하다고 제시했다(Sanchón-Macias et al., 2013).

이민관련 변수에는 출신지역과 한국국적 유무, 한국 내 거주 기간 그리고 한국어 능력이 해당된다. 출신지역의 경우, 결혼이민자의 인종/종족을 측정하는 지표(proxy)로써 본 연구에 포함시키고자 한다. 여성 결혼이민자의 출신국 중 가장 높은 비율을 차지하는 5개 국가로 제한하여 출신지역과 주관적 건강 사이 연관성을 살펴본 연구가 있었지만(윤지원, 강희선, 2015), 그 외 연구들에서는 결혼이민자의 출신지역에 따른 건강수준 차이를 고려하지 않았다. 미국 내 이민자 집단의 차별과 건강을 다룬 선행 연구에서는 인종에 따라서 차별과 건강 사이 연관성이 달라질 수 있음을 제시하고 있는데(Gee et al., 2006), 한국 내 결혼이민자 집단에서도 출신지역에 따라서 차별과 건강 사이 연관성이 다르게 나타나는지 층화분석을 통해 확인하고자 한다.

또한 한국 국적 유무에 따른 결혼이민자의 주관적 건강을 살펴본 연구는 없었지만, 여성 결혼이민자의 정신건강을 다룬 연구에 의하면 귀화 유무와 우울증 사이의 연관성이 있었다(김오남, 2007). 귀화하지 않은 경우 우울증의 비율이 높게 나타났는데, 이에 비추어 볼 때, 한국국적을 부여 받았는지 여부 또한 건강에 영향을 미칠 수 있는 변수로 고려되어야 할 필요가 있다. 한국 내 거주기간의 경우, 한국에서 거주하는 기간이 길수록 건강상태가 나쁘다는 일관된 연구결과가 있었다(Lee & Kim, 2014; 윤지원, 강희선, 2015).

마지막으로 한국어 능력의 경우, 기존 여성 결혼이민자의 주관적 건강상태를 살펴본 연구에서 한국어 능력 정도와 주관적 건강 사이의 유의한 연관성을 발견하지 못하였으나(이은아, 2009), 이주국의 언어능력은 기존 국제이주 연구에서 문화적응을 측정하는 지표로 사용되어 왔으며(Alba & Nee, 2003), 언어능력을 포함한 문화적응의 정도는 차별경험의 노출과 관련이 있다고 알려져 있다(조인주, 현안나, 2012). 또한, 한국어 능력이 낮을수록 의료기관 이용 등이 제한되어 건강 상태에 영향을 미칠 수 있으므로 해당 지표를 교란변수로 분석에 포함하였다.

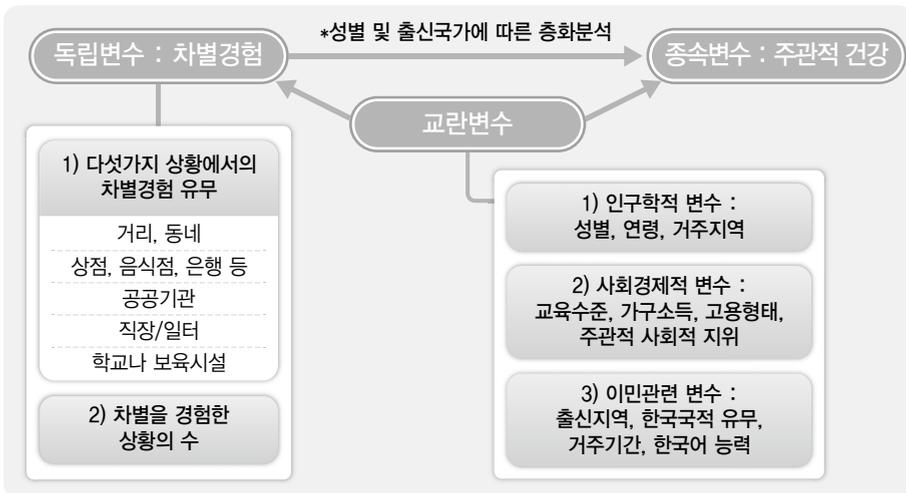
### III. 연구방법

#### 1. 연구모형

본 연구는 결혼이민자의 차별 경험과 주관적 건강 사이 연관성을 성별과 출신지역에 따라 나누어 살펴보고자 한다. 차별 경험은 총 다섯 가지 상황으로 세분화하여 살펴보았으며, 각 상황에서의 차별경험과 건강 사이의 연관성 그리고 차별 받은 상황의 수와 건강 사이의 연관성 모두를 측정하였다. 이와 같은 차별과 건강 간 연관성이 남성과 여성에서 그리고 서구권과 비서구권에서 어떠한 차이를 보이는지 확인하고자 하였다(그림 1).

독립변수는 다섯 가지 상황에서의 차별 경험 유무와 차별 받은 상황의 수 두 가지로 나누어 보았으며, 종속변수는 주관적 건강수준이다. 이때, 인구학적 및 사회경제적 변수와 이민관련 변수를 교란변수로 통제하였다. 또한 성별에 따라 그리고 출신지역에 따라 각각 층화분석을 진행하였으며, 구체적인 연구 가설은 다음과 같다. 첫째, 차별의 건강영향은 남성 결혼이민자에 비해 여성 결혼이민자에게서 보다 크게 나타날 것이다. 둘째, 차별의 건강영향은 서구권 결혼이민자에 비해 비서구권 결혼이민자에게서 보다 크게 나타날 것이다.

그림 1. 연구모형



## 2. 연구대상

본 연구는 여성가족부에서 한국의 다문화가족 15,341 가구를 표본으로 실시한 ‘2012년 전국다문화가족실태조사(National Survey of Multicultural Families, 이하 NSMF)’ 자료를 분석에 사용했다. NSMF의 조사대상인 다문화가족 구성원은 결혼이민자 및 귀화자와 그들의 배우자, 자녀이다. NSMF는 결혼이민자를 국적자와 결혼한 외국인 혹은 인지<sup>3)</sup>, 귀화에 의한 국적자로 정의한다. 자료 조사는 2012년 7월 한 달 동안 이루어졌으며, 조사원에 의한 면접조사와 자기기입식 조사가 함께 사용되었다. 조사를 위해 전국 3,470개의 행정구역 중 850개를 추출한 뒤, 해당 구역의 다문화가족 26,098 가구에 방문을 시도하였다. 이 중 19,646 가구에 방문 가능했으며, 총 15,341 가구가 응답을 완료하였다(응답률 78.1%). 설문에 참여한 15,341 가구 구성원 중에서, 본 논문의 연구대상인 결혼이민자는 총 14,628명이었다. 그 중 본 연구에 사용된 주요 변수에 결측치가 있는 143명을 제외한 결혼이민자 총 14,485명을 분석대상으로 하였다. 본 연구는 고려대학교 연구윤리심의위원회에서 IRB(Institutional Review Board) 심의 면제를 받았다.

## 3. 측정도구

### 가. 독립변수

인종/종족 차별경험은 “당신은 한국에서 생활하면서 외국인이라는 이유로 차별이나 무시당한 적이 있습니까?”라는 문항을 통해 측정되었으며, 결혼 이민자들은 “있다”와 “없다”로 응답하였다. 그 중 “있다”라고 응답한 이민자들은 추가적으로 “다음의 장소에서 어느 정도 차별 받았습니까? 1) 거리나 동네에서, 2) 상점, 음식점, 은행 등에서, 3) 공공기관(동사무소, 경찰서 등)에서, 4) 직장/일터에서, 5) 학교나 보육시설에서” 라는 문항에 답하였다. 각 상황에서 “1, 심한 차별을 받았다” 부터 “4, 전혀 차별을 받지 않았다” 까지 4점 척도로 각각 답할 수 있었으며, 만약 해당 장소를 이용한 적이 없다면 “이용한 적 없음”이라고 응답할 수 있었다.

---

3) 미성년자 외국인이 한국 국적의 생부 또는 생모에 의해 자녀로 인정되어 한국국적을 취득하는 경우를 인지에 의한 국적 취득이라 일컫는다.

본 연구에서는 차별경험을 물어본 첫 번째 질문에서 차별 받은 적 “없다”고 응답한 이민자들을 준거집단으로 하였으며, 각 장소별로 “1, 심한 차별을 받았다”부터 “3, 별로 차별 받지 않았다”고 응답한 경우를 해당 상황에서의 차별경험이 있는 집단으로 분류하였다. 또한, 차별 받은 상황의 수와 자가평가 건강 사이의 양-반응 관계를 살펴보기 위하여 별도의 범주화 작업을 진행하였다. 준거집단은 상황 별 분류와 동일하게 차별받은 적 “없다”고 응답한 결혼이민자들이며, 차별 받은 적이 있는 이민자의 경우 추가 질문에서 답한 차별경험 상황의 수에 따라 “1번”, “2번”, “3번 이상”으로 나누었다. 이때, 인종/종족 차별경험은 있지만, 주어진 다섯 가지 장소에서는 차별 받지 않거나 이용한 적 없는 이민자 집단은 “그 외 상황”으로 분류하였다.

## 나. 종속변수

종속변수인 주관적 건강수준은 “당신의 전반적인 건강상태는 어떻습니까?”라는 5점 척도 질문을 통하여 측정되었다. “1, 매우 좋다”에서 “3, 보통이다”로 응답한 이민자의 건강수준은 “좋음(good)”으로 “4, 나쁘다”와 “5, 매우 나쁘다”라고 응답한 이민자는 “나쁨(poor)”으로 분류하였으며, 분석에서는 독립변수에 따라 나쁜 주관적 건강수준 (poor self-rated health)을 보고한 비율이 어떻게 달라지는지 살펴보고자 했다.

## 다. 교란변수

본 연구에서 인구학적 변수, 사회경제적 변수, 그리고 이민관련 변수가 교란변수로 포함되었다. 인구학적 변수로는 성별, 연령, 결혼상태, 거주지역이 사용되었다. 성별은 남녀로 구분하였으며, 연령의 경우 20~29세, 30~39세, 40~49세, 50~59세, 60세 이상의 다섯 집단으로 분류하였다. 결혼상태는 현재 동거중인 경우와 그렇지 않은 경우(이혼, 사별, 별거 등)로 이분화 하였다. 또한, 한국 내 거주 지역은 서울 및 광역시와 그 외의 지역으로 나누었다.

사회경제적 변수에는 교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위가 포함되었다. 교육수준은 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상의 4개 범주로 나누었으며, 가구소득의 경우, 지난 1년간 월 평균 100만원 미만, 100~200만원

미만, 200~400만원 미만, 400만원 이상으로 분류하였다. 고용형태는 정규직, 비정규직, 고용주, 무급가족종사자, 무직의 5가지로 나누었다. 주관적 사회적 지위는 “가장 못하는 가족(최하층)을 1, 가장 잘사는 가족(최상층)을 11로 할 때, 한국 가족의 생활수준이 어느 정도라고 생각하십니까?” 이라는 질문을 통하여 측정되었다. 본 연구에서는 해당 문항에 1~3이라고 응답한 경우 “낮음”으로, 4~8은 “중간”으로, 9~11을 “높음”으로 분류하였다<sup>4)</sup>.

이민관련 변수에는 출신지역과 한국국적 유무, 한국 내 거주기간 그리고 한국어 능력이 해당된다. 출신지역의 경우, NSMF에서 분류한 16개의 출신 국가들을 “서구권”, “비서구권-아시아”, “비서구권-기타” 세 개로 나누었다. 한국에서 서구권 이민자에 대한 인식은 타 지역 이민자와는 차별화되기 때문에 서구권과 비서구권을 구분하였으며, 비서구권 결혼이민자 중 가장 큰 비율을 차지하고 있는 아시아지역은 별도로 분류하였다. 그 외 비서구권 중 아시아로 분류하기 어려운 국적은 기타로 범주화하였다. 북미(미국, 캐나다), 서유럽/대양주 출신 이민자는 “서구권”으로, 중국, 대만 및 홍콩, 일본, 몽골, 베트남, 필리핀, 태국, 캄보디아, 동남아시아 국가 출신 그리고 조선족의 경우 “비서구권-아시아”로 분류하였다. 그리고 러시아와 우즈베키스탄, 기타로 분류된 결혼이민자들은 “비서구권-기타”로 함께 분류하였다. 한국 국적 유무는 국적을 취득한 결혼이민자와 그렇지 않은 결혼이민자로 나누었으며, 한국에서의 거주기간은 1년 미만, 2~5년, 6~9년, 10년 이상의 네 집단으로 범주화하였다.

마지막으로, 한국어 능력의 경우 “당신의 한국어 실력은 어느 정도입니까?”라는 문항을 통해 말하기, 듣기, 읽기, 쓰기 네 가지 영역을 측정하였다. 결혼이민자들은 각 영역에 대하여 “1, 매우 잘한다”에서부터 “5, 매우 못한다”까지 5점 척도로 답할 수 있었으며, 각 영역의 점수들을 합산하여(총점 20점) 한국어 능력을 산정하였다. 합산한 점수가 4~9점인 경우 “상”, 10~15점은 “중”, 16~20점은 “하”로 분류하였다<sup>5)</sup>.

---

4) 응답한 결혼이민자들을 높은 주관적 사회적 지위에서부터 낮은 주관적 사회적 지위까지 누적시켰을 때, 응답자들의 분포를 토대로 33.3% 수준, 66.7% 수준에서 나누어 상, 중, 하로 범주화하였다.  
5) 한국어 능력 합산 점수를 토대로 결혼이민자들의 분포를 확인하여 33.3% 수준, 66.7% 수준에서 나누어 상, 중, 하로 범주화하였다.

#### 4. 자료분석 방법

본 연구는 로지스틱 회귀분석을 이용하여 결혼이민자들의 차별과 주관적 건강수준 사이의 연관성을 오즈비(Odds ratio)와 95% 신뢰구간으로 제시하였다. 분석은 두 단계로 이루어졌는데, 우선 다섯 가지 상황에서의 차별과 자가평가 건강 사이의 연관성을 살펴 보았으며, 두 번째로는 차별을 겪은 상황의 수와 자가평가 건강 사이의 양·반응 관계가 있는지 확인하였다. 아울러 결혼이민자의 출신지역 및 성별에 따라 나누어 차별과 자가 평가 건강 사이의 연관성을 살펴보았다. 모든 분석은 인구학적 변수, 사회경제적 변수, 이민관련 변수 등 교란변수들을 범주형 변수로 보정한 상태로 진행되었으며, STATA/SE version 13.0(StataCorp, College Station, TX)을 이용하여 분석하였다.

### IV. 결과

#### 1. 주요 영향요인에 따른 다섯 가지 상황에서의 차별경험

주요 변수에 따른 결혼이민자의 분포와 차별경험을 나타낸 <표 1>에 따르면, 결혼이민자는 여성(84.1%)과, 비서구권-아시아 출신(86.9%)이 대다수를 차지하고 있으며, 약 40%가 다섯 가지 상황 중 한번이라도 차별을 겪은 적이 있다고 보고하였다. 본 연구에서 층화 분석을 진행한 성별과 출신지역에 따른 차별 경험을 살펴본 결과, 성별에 따라서는 남성(44.4%)이 여성(38.2%)보다 더 차별경험을 높게 보고하고 있었다. 출신지역에 따라 살펴보았을 때에는 비서구권 출신 결혼이민자들이 서구권 출신보다 10%p 가량 차별경험을 더 높게 보고하였다. 연령이나 결혼상태, 거주지역 등 인구학적 변수에 따른 다섯 가지 상황에서의 차별경험을 살펴본 결과, 연령대별로는 30대(41.5%)와 40대(42.9%)의 차별 경험이 높게 나타났고, 거주지역에 따라서는 대도시의 결혼이민자 집단의 차별경험(41.0%)이 그 외 지역(38.1%)보다 높았다. 결혼상태에 따라서는 차별경험의 차이가 유의하지 않았다.

표 1. 주요 변수에 따른 결혼이민자 집단의 분포와 차별경험

(N=14,485)

	분포	차별경험 빈도 †	P-value*
	N (%)	N (%)	
성별			<0.001
남	2,294 (15.8)	1,018 (44.4)	
여	12,191 (84.1)	4,653 (38.2)	
연령			<0.001
20~29세	4,080 (28.2)	1,477 (36.2)	
30~39세	4,888 (33.7)	2,026 (41.5)	
40~49세	3,547 (24.5)	1,523 (42.9)	
50~59세	1,332 (9.2)	501 (37.6)	
60세 이상	638 (4.4)	144 (22.6)	
결혼상태			0.247
동거	13,814 (95.4)	5,394 (39.1)	
이혼, 사별 및 별거	671 (4.6)	277 (39.2)	
거주지역			<0.001
대도시	5,299 (36.6)	2,170 (41.0)	
그 외	9,186 (63.4)	3,501 (38.1)	
교육수준			<0.001
초등학교 졸업 이하	1,204 (8.3)	406 (33.7)	
중학교 졸업	2,692 (18.6)	998 (37.1)	
고등학교 졸업	6,009 (41.5)	2,388 (39.7)	
대학교 졸업 이상	4,580 (31.6)	1,879 (41.0)	
가구소득			0.005
100만원 미만	1,432 (9.9)	508 (35.5)	
100~200만원 미만	4,284 (29.6)	1,702 (39.7)	
200~400만원 미만	6,890 (47.6)	2,755 (40.0)	
400만원 이상	1,879 (13.0)	706 (39.2)	
고용형태			<0.001
정규직	2,777 (19.2)	1,204 (43.4)	
비정규직	3,744 (25.8)	1,771 (47.3)	
고용주	798 (5.5)	307 (38.5)	
무급가족종사자	748 (5.2)	240 (32.1)	
무직	6,418 (44.3)	2,149 (33.5)	

	분포		P-value*
	N (%)	차별경험 빈도 † N (%)	
주관적 사회적 지위			<0.001
낮음	3,153(21.8)	1,538(48.8)	
중간	9,174(63.3)	3,434(37.4)	
높음	2,158(14.9)	699(32.4)	
출신지역			<0.001
서구권	1,107 (7.6)	346(31.3)	
비서구권-아시아	12,583(86.9)	4,994(39.7)	
비서구권-기타	795 (5.5)	331(41.6)	
한국국적 유무			<0.001
있음	5,421(37.4)	2,259(41.7)	
없음	9,064(62.6)	3,412(37.6)	
거주 기간			<0.001
1년 미만	184 (1.3)	32(17.4)	
2~5년	4,166(28.8)	1,386(33.3)	
6~9년	4,212(29.1)	1,791(42.5)	
10년 이상	5,923(40.9)	2,462(41.6)	
한국어 능력			<0.001
상	6,568(45.3)	2,395(36.5)	
중	5,999(41.4)	2,546(42.4)	
하	1,918(13.2)	730(38.1)	

\* 주요 변수에 따른 차별경험 빈도를 비교한 카이제곱 검정의 p-value

† 다섯 가지 상황(1: 거리나 동네, 2: 상점, 음식점, 은행 등, 3: 공공기관, 4: 직장일터, 5: 학교나 보육시설)에서 한번이라도 차별을 경험한 결혼이민자의 빈도

사회경제적 변수에 따른 차별 경험의 분포는 다음과 같았다. 우선 교육수준이 높을수록 차별경험이 낮게 보고되었으며, 가구소득의 경우 특별한 경향성을 보이지 않았다. 고용형태와 차별경험의 경우, 비정규직 결혼이민자 집단에서 차별경험의 빈도가 가장 높았으며(47.3%) 무급가족종사자(32.1%)나 무직(33.5%)의 경우 차별경험이 낮게 나타났다. 또한, 주관적 사회적 지위가 낮은 집단에서의 다섯 가지 상황에서 한번이라도 차별을 경험한 빈도가 48.8%로 주관적 사회적 지위가 높거나(32.4%) 보통인 집단(37.4%)에 비해 높게 나타났다.

마지막으로 이민관련 변수와 차별경험을 살펴보았을 때, 한국국적이 있는 경우 차별 경험 빈도를 높게 보고하였으며(41.7%), 거주기간이 길수록 차별경험을 높게 보고하였다. 한국 국적이 있는 이민자 집단에서 차별경험이 높게 나타나는 것은, 한국 국적을 획득하기 위해서는 한국 내 거주기간이 최소 1년 이상이어야 하기에도<sup>6)</sup> 거주기간에 의한 영향일 것으로 생각된다. 또한 한국어 능력이 높은 집단(36.5%)은 그렇지 않은 집단에 비하여 차별경험을 낮게 보고하고 있었다.

다섯 가지 상황을 나누어 차별경험을 세부적으로 살펴보았을 때는 직장에서의 차별 경험 비율(28.9%)이 다른 상황들에 비해 높게 나타났다. 그 다음으로는 거리나 동네(26.6%), 상점이나 음식점, 은행 등(26.2%)에서의 차별경험이 높게 나타났으며, 공공기관(19.1%)과 학교나 보육시설(12.0%)의 차별경험빈도가 가장 낮게 나타났다(표 2).

표 2. 다섯 가지 상황에서의 차별경험과 나쁜 주관적 건강수준 사이의 연관성

구분	Total	차별경험 빈도		모형 I <sup>†</sup>		모형 II <sup>‡</sup>		모형 III <sup>§</sup>	
		N (%)	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	
거리, 동네	11,673	3,108 (26.6)	1.31***	(1.14, 1.51)	1.63***	(1.38, 1.90)	1.59***	(1.35, 1.86)	
상점, 음식점, 은행 등	11,608	3,043 (26.2)	1.18*	(1.01, 1.36)	1.49***	(1.27, 1.76)	1.47***	(1.24, 1.73)	
공공기관	10,585	2,020 (19.1)	1.16	(0.98, 1.38)	1.42***	(1.17, 1.71)	1.39**	(1.15, 1.68)	
직장/일터	12,042	3,477 (28.9)	1.61***	(1.42, 1.84)	1.55***	(1.35, 1.79)	1.69***	(1.46, 1.96)	
학교나 보육시설	9,729	1,164 (12.0)	1.15	(0.93, 1.43)	1.60***	(1.27, 2.02)	1.47**	(1.16, 1.87)	

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

† 교란 인자 미보정

‡ 인구학적 변수(연령, 성별, 결혼상태, 거주지역)와 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위) 보정

§ 모형 II에서의 보정변수 + 이민관련 변수(출신지역, 거주기간, 국적유무, 한국어 능력) 보정

6) 국적법 제 5조 제1호 및 제 6조 제 2항에 따르면 대한민국 국민인 배우자와 결혼한 상태로 2년 이상 계속 대한민국에 주소가 있거나, 3년 이상 결혼한 상태에서 1년 이상 대한민국 주소가 있을 경우 간이귀화가 가능하다.

## 2. 차별과 건강간의 연관성

우선 각 상황에서의 차별경험과 주관적 건강수준 사이의 연관성을 살펴보았을 때, 다섯 가지 각 영역 모두에서 차별 받은 결혼이민자가 그렇지 않은 결혼이민자보다 나쁜 주관적 건강수준을 더 많이 보고하고 있었다(표 2). 특히, 직장에서 차별 받은 결혼이민자는 차별경험이 없는 결혼이민자에 비해 낮은 자가평가 건강수준을 보고할 확률이 1.69 배 더 높았으며(95% CI: 1.46, 1.96), 거리와 동네(OR: 1.59, 95% CI: 1.35, 1.86), 상점이나 음식점 은행 등(OR: 1.47, 95%CI: 1.24, 1.73)의 장소에서도 1.5배 가량 높게 나쁜 건강수준을 보고하고 있었다. 이와 같은 결과는 한국 내 차별을 경험하지 않은 결혼이민자 집단이 차별경험이 있는 집단에 비해 주관적 건강 상태가 좋다는 기존 선행연구와 일치한다(Lee & Kim, 2014).

표 3. 차별 받은 상황의 수와 나쁜 주관적 건강수준 사이의 양-반응 관계

(N=14,485)

차별 받은 상황의 수	N	모형 I <sup>†</sup>		모형 II <sup>‡</sup>		모형 III <sup>§</sup>	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
0	8,565	1	referent	1	referent	1	referent
1	2,273	1.37**	(1.17, 1.60)	1.48**	(1.24, 1.75)	1.42**	(1.20, 1.69)
2	1,303	1.27*	(1.04, 1.55)	1.58**	(1.27, 1.97)	1.55**	(1.24, 1.92)
3 ≤	2,095	1.34**	(1.14, 1.58)	1.64**	(1.37, 1.96)	1.59**	(1.33, 1.91)
그 외 상황	249	1.21	(0.78, 1.87)	1.33	(0.81, 2.16)	1.30	(0.80, 2.15)

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.001$

† 교란 인자 미보정

‡ 인구학적 변수(연령, 성별, 결혼상태, 거주지역)와 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위) 보정

§ 모형 II에서의 보정변수 + 이민관련 변수(출신지역, 거주기간, 국적유무, 한국어 능력) 보정

또한, <표 3>에서 결혼이민자가 겪은 차별 상황의 수와 나쁜 주관적 건강수준 사이의 양-반응 관계를 확인할 수 있었다. 이민관련 변수들을 포함한 교란인자들을 보정한 이후에, 차별을 경험하지 않은 집단에 비해서 한 가지 상황에서 경험한 경우는 1.42 배(95% CI: 1.20 1.69), 두 가지 상황에서 경험한 경우는 1.55 배(95% CI: 1.24, 1.92), 세 가지 이상의 상황에서 경험한 경우는 1.59 배(95% CI: 1.33, 1.91) 더 낮은 자가평가

건강수준을 나타내고 있었다. 하지만, 주어진 다섯 가지 상황 이외의 장소에서 차별 받은 집단의 경우에는 차별 받지 않은 집단과 비교했을 때 주관적 건강상태의 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

### 3. 성별과 출신지역에 따른 차별경험과 건강간의 연관성의 차이

출신지역과 성별에 따라 결혼이민자 집단을 나누어 분석한 결과 차별과 자가평가 건강수준 사이의 연관성이 다르게 나타나는 것을 확인할 수 있었다. 다섯 가지 상황에서의 차별과 건강 사이 연관성을 출신지역에 따라 층화하여 살펴본 결과, 비서구권-아시아와 비서구권-기타 지역 출신 이민자 집단의 경우는 전 영역에 걸쳐서 차별경험과 나쁜 주관적 건강수준 사이의 유의한 연관성이 나타났다. 하지만, 서구권 출신 결혼이민자의 경우 직장/일터에서의 차별경험(OR: 3.13, 95% CI: 1.22, 8.01)을 제외한 나머지 상황에서는 차별과 낮은 주관적 건강수준 사이의 통계적으로 유의한 연관성이 나타나지 않았다(표 4). 이는 비서구권 출신 결혼이민자의 경우 상황에 관계없이 차별을 받으면 건강 상태가 나빠질 수 있음을 나타낸다. 또한, 서구권 출신 결혼이민자의 경우는 직장/일터에서 차별을 경험한 경우에만 낮은 주관적 건강 상태를 높게 보고하고 있었는데, 직장에서는 차별을 회피하는 것이 상대적으로 어렵기 때문에 다른 상황에서의 차별과 다르게 낮은 주관적 건강상태와 연관성이 나타난 것으로 생각된다. 따라서 직장/일터에서의 차별경험은 다른 상황에서의 차별보다 지속적으로 이루어질 수 있기 때문에, 결혼 이민자의 출신지역에 관계없이 차별을 경험한 이들의 건강 상태를 악화시키는 것으로 여겨진다.

또한 성별에 따라서 다섯 가지 상황에서의 차별과 주관적 건강 사이 연관성을 살펴본 결과, 여성은 모든 상황에서 차별과 낮은 건강수준 사이의 유의한 연관성이 있었지만, 남성은 어떤 상황에서도 차별과 자가평가 건강 사이의 연관성을 보이지 않았다. 예를 들어, 직장/일터에서의 차별경험이 있는 여성 결혼이민자는 그렇지 않은 이민자에 비해 낮은 주관적 건강수준을 보고할 확률이 1.78 배(95% CI: 1.51, 2.09) 더 높았으나, 남성의 경우 통계적으로 유의한 연관관계를 보이지 않았다(표 5). 따라서 여성 결혼이민자에게 있어서는 차별받은 상황과 무관하게 차별경험이 건강 상태를 악화시킬 수 있는 것으로 보인다.

표 4. 출신지역에 따른 다섯 가지 상황에서의 차별경험과 나쁜 주관적 건강수준 사이의 연관성

구분	서구권 <sup>†</sup>			비서구권-아시아 <sup>‡</sup>			비서구권-기타 <sup>§</sup>		
	N	OR <sup>†</sup>	95% CI	N	OR <sup>†</sup>	95% CI	N	OR <sup>†</sup>	95% CI
거리, 동네	944	1.86	(0.63, 5.47)	10,052	1.54***	(1.30, 1.81)	629	3.68**	(1.49, 9.02)
상점, 음식점, 은행 등	941	2.55	(0.99, 6.56)	10,005	1.40***	(1.18, 1.67)	618	3.37*	(1.29, 8.79)
공공기관	891	2.22	(0.86, 5.70)	9,082	1.32**	(1.08, 1.61)	566	4.12*	(1.37, 12.35)
직장/일터	905	3.13*	(1.22, 8.01)	10,486	1.63***	(1.40, 1.90)	607	3.41*	(1.19, 9.79)
학교나 보육시설	677	¶	-	8,384	1.45**	(1.31, 1.86)	523	5.19**	(1.60, 16.89)

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

† 인구학적 변수(연령, 성별, 결혼상태, 거주지역), 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위), 이민관련 변수(거주기간, 국적유무, 한국어 능력) 보정

‡ 북미(미국, 캐나다), 서유럽/대양주 출신 결혼이민자

§ 중국, 대만 및 홍콩, 일본, 몽골, 베트남, 필리핀, 태국, 캄보디아, 동남아시아 국가 출신 그리고 조선족 결혼이민자

|| 러시아와 우즈베키스탄 출신 및 기타로 분류된 결혼이민자

¶ 학교나 보육시설에서의 차별경험이 있는 서구권 결혼이민자 집단에서는 나쁜 주관적 건강수준을 보고 한 경우가 없었기 때문에 분석에서 제외됨

표 5. 성별에 따른 다섯 가지 상황에서의 차별경험과 나쁜 주관적 건강수준 사이의 연관성

구분	남성			여성		
	N	OR <sup>†</sup>	95% CI	N	OR <sup>†</sup>	95% CI
거리, 동네	1,660	1.53	(0.96, 2.42)	9,916	1.59**	(1.34, 1.89)
상점, 음식점, 은행 등	1,663	1.48	(0.93, 2.35)	9,849	1.46**	(1.23, 1.74)
공공기관	1,584	1.27	(0.77, 2.08)	8,913	1.41*	(1.15, 1.74)
직장/일터	1,983	1.21	(0.82, 1.79)	10,053	1.78**	(1.51, 2.09)
학교나 보육시설	1,303	0.98	(0.41, 2.35)	8,358	1.51*	(1.17, 1.94)

\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.001$

† 인구학적 변수(연령, 결혼상태, 거주지역), 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위), 이민관련 변수(출신지역, 거주기간, 국적유무, 한국어 능력) 보정

이와 유사하게, 차별을 경험한 상황의 수와 주관적 건강수준 사이의 연관성을 출신 지역과 성별에 따라 살펴보았을 때에도 차이를 확인할 수 있었다. 출신지역에 따라 나누어 살펴본 결과, 비서구권-아시아 출신 결혼이민자 집단에서 차별 받지 않은 경우에 비해 한 가지 상황에서 차별 받은 경우 1.38 배(95% CI: 1.15, 1.65), 두 가지 상황에서 차별 받은 경우 1.44 배(95% CI: 1.14, 1.81), 세 가지 상황 이상에서 차별을 경험한

경우 1.54 배(95% CI: 1.27, 1.86) 더 나쁜 주관적 건강수준을 보고하였다. 또한 비서구권-기타 지역 출신 결혼 이민자 집단의 경우 양-반응 관계를 보이지는 않았지만, 2가지 이상의 상황에서 차별을 받은 경우 낮은 건강수준을 보이고 있었다. 반면 서구권 출신 결혼이민자 집단에서는 차별받은 상황의 수와 주관적 건강수준 사이의 유의한 연관성이 없었다(표 6). 이는 비서구권-아시아 출신 결혼이민자 집단의 경우 차별 받은 상황의 수가 증가할수록 주관적 건강수준이 나쁠 위험이 커진다는 것을 의미한다.

표 6. 출신지역에 따른 차별 받은 상황의 수와 나쁜 주관적 건강수준 사이의 양-반응 관계 (N=14,477)

차별 받은 상황의 수	서구권 <sup>†</sup>			비서구권-아시아 <sup>‡</sup>			비서구권-기타 <sup>  </sup>		
	N	OR <sup>†</sup>	95% CI	N	OR <sup>†</sup>	95% CI	N	OR <sup>†</sup>	95% CI
0	722	1	referent	7,370	1	referent	434	1	referent
1	98	1.81	(0.59, 5.55)	2,051	1.38**	(1.15, 1.65)	114	2.43	(0.76, 7.74)
2	94	2.56	(0.84, 7.77)	1,146	1.44**	(1.14, 1.81)	62	5.17**	(1.63, 16.38)
3 ≤	149	2.14	(0.73, 6.24)	1,797	1.54***	(1.27, 1.86)	144	3.13*	(1.14, 8.57)
그 외 상황 <sup>¶</sup>	19	2.69	(0.31, 23.13)	219	1.28	(0.77, 2.14)	0	-	-

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

† 인구학적 변수(연령, 성별, 결혼상태, 거주지역), 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위), 이민관련 변수(거주기간, 국적유무, 한국어 능력) 보정

‡ 북미(미국, 캐나다), 서유럽/대양주 출신 결혼이민자

§ 중국, 대만 및 홍콩, 일본, 몽골, 베트남, 필리핀, 태국, 캄보디아, 동남아시아 국가 출신 그리고 조선족 결혼이민자

|| 러시아와 우즈베키스탄 출신 및 기타로 분류된 결혼이민자

¶ 차별경험은 있지만, 주어진 다섯 가지 상황에서는 차별 받지 않거나 해당 장소를 이용한 적 없는 결혼이민자

성별에 따라 차별경험 상황의 수와 주관적 건강 간 관계를 살펴보았을 때에는, 여성 결혼이민자 집단에서만 차별 받은 상황의 수와 낮은 주관적 건강수준 사이의 양-반응 관계가 유지되었다. 여성 결혼이민자는 차별 받지 않은 집단에 비해 한 가지 상황에서 차별을 경험한 경우 1.48 배(95% CI: 1.23, 1.78), 두 가지에서 차별 받은 경우 1.52 배(95% CI: 1.19, 1.93), 세 가지 이상에서 차별 받은 경우는 1.65 배(95% CI: 1.36, 2.00) 더 낮은 건강수준을 보고 한 반면, 남성 결혼이민자의 경우는 차별 받은 사회적 상황의 수와 자가평가 건강 사이의 연관성이 나타나지 않았다(표 7). 이와 같은 연관성의 차이는, 여성 결혼이민자 집단에서만 차별 받은 상황의 수가 많아지면 주관적 건강이

나쁜 위험도 증가한다는 것을 보여준다.

연구결과에 따르면, 출신지역별로 나누어 보았을 때 비서구권 결혼이민자 집단에서는 차별을 경험한 경우 주관적 건강수준이 낮았다. 마찬가지로, 남녀별로 분리하여 차별과 건강 영향을 살펴보았을 때, 여성 결혼이민자들 사이에서 차별을 경험했을 경우 주관적 건강수준이 나쁜 위험이 높았고, 남성 결혼이민자는 연관성이 없었다. 출신지역과 성별에 따른 차별과 주관적 건강수준간의 연관성의 차이는 이들이 경험하는 차별경험의 심각성의 차이로 해석될 수 있다. 다시 말해, 비서구권 출신 이민자들이 서구권 출신에 비해 그리고 여성 결혼이민자들이 남성에 비해 일상에서 보다 심각한 차별을 경험하기 때문에 상대적으로 나쁜 건강수준을 나타내는 것으로 설명할 수 있다.

표 7. 성별에 따른 차별받은 상황의 수와 나쁜 주관적 건강수준 사이의 양-반응 관계

(N=14,181)

차별 받은 상황의 수	남성			여성		
	N	OR <sup>†</sup>	95% CI	N	OR <sup>†</sup>	95% CI
0	1,228	1	referent	7,332	1	referent
1	371	1.05	(0.65, 1.70)	1,900	1.48**	(1.23, 1.78)
2	247	1.54	(0.88, 2.70)	1,055	1.52*	(1.19, 1.93)
3 ≤	397	1.22	(0.74, 2.01)	1,698	1.65**	(1.36, 2.00)
그 외 상황‡	43	0.57	(0.12, 2.82)	206	1.43	(0.84, 2.41)

\*  $p < 0.01$ , \*\*  $p < 0.001$

† 인구학적 변수(연령, 결혼상태, 거주지역), 사회경제적 변수(교육수준, 가구소득, 고용형태, 주관적 사회적 지위), 이민관련 변수(출신지역, 거주기간, 국적유무, 한국어 능력) 보정

‡ 차별경험은 있지만, 주어진 다섯 가지 상황에서는 차별 받지 않거나 해당 장소를 이용한 적 없는 결혼이민자

## V. 결론 및 제언

본 연구는 한국사회에서 결혼이민자들이 겪고 있는 사회적 차별이 이들의 삶의 질에 어떻게 영향을 미치는지 살펴보고자 차별경험과 자가평가 건강상태와의 연관성을 조사하였다. 특히 결혼이민자에 대한 차별의 구조적 특징을 살펴보기 위해 출신지역별 그리고 남녀별로 차별경험의 건강영향이 어떻게 달라지는지 살펴보았다.

본 연구의 분석결과는 다음과 같다. 첫째, 다섯 가지 상황(1: 거리나 동네, 2: 상점, 음식점, 은행 등, 3: 공공기관, 4: 직장/일터, 5: 학교나 보육시설에서의 차별경험과 자가평가 건강과의 상관관계를 분석했을 때, 각 상황에서 차별을 경험하지 않은 사람보다 경험한 사람의 자가평가 건강수준이 낮게 보고되었다. 또한 차별을 경험한 상황의 수와 나쁜 주관적 건강수준 사이에서도 통계적으로 유의한 연관성을 확인할 수 있었다.

또한, 층화분석을 통하여 출신지역 및 성별에 따라 결혼이민자 응답자들이 겪는 차별과 건강 사이의 연관성이 달라지는 것을 확인하였다. 출신지역에 따라 살펴보았을 때, 비서구권 지역 출신 결혼이민자 집단에서는 다섯 가지 상황 모두에서 차별경험과 나쁜 자가평가 건강 사이의 연관성을 보였으며, 비서구권-아시아 출신 결혼이민자 집단에서는 차별 받은 상황의 수와 낮은 건강수준 사이의 양-반응 관계 역시 확인할 수 있었다. 하지만, 서구권 출신 결혼이민자는 직장에서의 차별을 제외한 다른 네 가지 상황에서 차별과 자가평가 건강수준 사이의 통계적으로 유의한 연관성을 찾을 수 없었으며, 차별을 경험한 상황의 수와 낮은 건강수준 사이의 연관성도 나타나지 않았다. 성별로 층화 분석한 결과, 여성은 다섯 가지 상황 모두에서 차별과 나쁜 주관적 건강수준 사이의 유의한 연관성이 있었지만, 남성은 모든 상황에서 차별과 자가평가 건강 사이의 연관성을 보이지 않았다. 또한 여성에서는 차별을 경험한 상황의 수와 낮은 주관적 건강수준 사이의 양-반응 관계를 확인 할 수 있었지만, 남성에서는 차별 받은 상황의 수와 건강 사이 통계적으로 유의한 연관성이 없었다.

연구결과는 인종/종족차별의 구조적 관점에 기반한 본 연구의 연구가설을 입증하여 준다. 즉, 결혼이민자의 성별과 출신지역에 따라 차별경험의 건강영향이 서로 다르게 나타났다. 첫째, 차별경험의 건강영향은 남성 결혼이민자에 비해 여성 결혼이민자에서 보다 크게 나타나며, 둘째, 차별경험의 건강영향은 서구권 출신 결혼이민자에 비해 비서구권 출신 결혼이민자에서 보다 크게 나타났다. 차별경험과 건강 간 연관성의 성별,

출신지역별 차이는 인종주의 및 가부장적 이데올로기의 영향으로 비서구권 출신 혹은 여성 결혼이민자들의 열악한 지위를 반영하는 것으로 보여진다.

이와 같은 연구 결과를 바탕으로 실천적 및 정책적 제언 및 향후 연구과제를 제시하고자 한다. 무엇보다도 차별을 줄이기 위해서는 사회적으로 결혼이민자를 포함한 이주민 집단에 대한 인식이 전환될 필요가 있다. 결혼이민자를 한국사회의 구성원으로 받아들이고 배타적 태도를 지양한다면 이들이 겪는 사회적 차별 역시 줄어들 수 있을 것이다. 이를 위해서는 이민자 집단에 대한 ‘한국인’의 인식과 이로 인해 이민자 집단이 겪는 차별과 불평등 문제를 조명하기 위한 연구들이 보다 많이 이루어져야 할 것이다.

또한, 결혼이민자 집단이 겪는 차별을 줄이기 위해서는 사회적 인식 전환과 함께 제도적 개선 역시 뒷받침 되어야 하며, 이와 관련된 정책적 제언은 다음과 같다. 우선 한국 내 이주민 집단을 포함한 차별금지법이 제정될 필요가 있다. 미국이나 영국, 유럽 연합에서는 이미 차별금지법이 제정되어있어 인종차별 등을 법적으로 금지하고 있으나, 한국에서는 지금까지 세 차례에 걸친 논의가 있었지만 아직 제정되지 못한 상황이다. 차별금지법 제정과 더불어 차별의 가해자에 대한 처벌과 법적 제재 등 법안이 실효성 있게 발휘될 수 있도록 정책적 뒷받침이 이루어져야 할 것이다. 더 나아가, 본 연구결과에 따르면 여성 결혼이민자나 비서구권 출신 결혼 이민자 집단의 경우 차별에 더욱 취약한 집단으로 여겨지므로, 이들 집단에 대한 정책적 관심이 특별히 요구되는 바이다. 또한 인종차별 및 사회적 차별을 신고하고 도움을 요청할 수 있는 기관이나 제도가 마련 되어야 하며, 차별 이후 대응방안이나 심리상담 등을 제공하는 프로그램 등을 운영할 필요가 있다. 무엇보다도, 사회적으로 이민자 집단에 대한 수용성을 높이기 위해서는 공교육과정에서 해당 주제를 다루어 이민자에 대한 편견이나 차별을 줄여나가야 한다.

끝으로 본 연구는 다음과 같은 한계점을 지니고 있기에 이를 보완할 후속 연구들이 필요하다. 우선 단면 조사 자료를 이용해 결혼이민자의 인종 차별과 건강 사이의 연관성을 살펴보았기 때문에 시간적 선후관계를 확인할 수 없었다. 따라서 향후 종단 연구를 통해 차별의 건강 영향을 살펴볼 필요가 있다. 예를 들어, 건강상태가 나쁜 이민자의 경우 건강 상태로 인해 직장 등에서 차별을 빈번하게 경험 할 수 있으며 이로 인한 역인과 관계의 가능성을 배제할 수 없다. 둘째로, 본 연구는 인종차별을 자가보고 방식으로 측정하였는데, 선행 연구에 비추어 보았을 때, 사회적 약자 집단에 속하는 여성과 비서구권 출신 결혼이민자의 경우 차별경험을 축소 보고할 가능성이 있다. 한국의 노동패널

데이터를 이용해 진행된 연구에 따르면, 여성 및 저학력자는 남성이나 고학력자에 비해 차별경험을 축소 보고하는 경향을 보였다(Kim et al., 2012a).

마지막으로 본 연구에서는 인종/종족을 측정하는 하나의 지표로 출신지역을 사용하였는데, 전국다문화가족실태조사를 포함하여 한국에서 이주민 집단을 조사한 기존연구에서는 이주민의 인종이나 종족에 대해 측정하지 않았을 뿐만 아니라 분류기준에 대한 합의도 존재하지 않는다. 본 연구에서는 인종주의적 관점에 따라 결혼이민자들을 서구권과 비서구권-아시아로 분류하고 양자로 분류하기 어려운 지역을 비서구권-기타로 구분 지었다. 우즈베키스탄이나 러시아출신의 경우 백인계와 아시아계, 그리고 교포가 혼재되어 있으나 전국다문화가족실태조사에서는 이를 구분하고 있지 않아 기타로 분류하였다. 또한, 비서구권-아시아의 경우 다양한 인종/종족을 포함하고 있으나 “외국인 노동자”나 “다문화가정” 등의 이름으로 한국사회에서 하나의 인종화된(racialized) 집단으로 고려된다는 점을 감안하여 하나의 집단으로 분류하였다(한진수, 2003; 양정혜, 2007). 향후 연구에서는 보다 체계적인 인종/종족 구분을 위한 논의가 요구된다.

김유균은 고려대학교에서 학사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 일반대학원 보건과학과에서 석사학위 과정 중이다. 사회역학을 공부하는 중이며, 현재 인종차별, 고용형태 등 사회적 인자의 건강영향을 연구하고 있다.  
(E-mail: yugyunkim@gmail.com)

손인서는 미국 듀크대학교에서 사회학 박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교에서 연구교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 소수민족/인종, 국제이주, 질적방법론이며, 현재 한국의 사회적 소수자집단의 차별에 대해 연구하고 있다.  
(E-mail: panopticon17@gmail.com)

김승섭은 연세대 의대를 졸업하고 미국 하버드대학교에서 직업역학 박사학위를 받았으며, 현재 고려대학교 보건과학과 조교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 차별과 건강, 비정규 노동자의 건강이다.  
(E-mail: ssk3@korea.ac.kr)

## 참고문헌

- 강동관, 오정은, 이창원, 최서리, 최영미. (2014). 한국의 이주동향 2014. 고양: IOM이민 정책연구원.
- 강휘원. (2006). 한국 다문화사회의 형성 요인과 통합 정책. *국가정책연구*, 20(2), pp.5-34.
- 김오남. (2007). 농촌지역 결혼이민여성의 정신건강에 관한 연구. *한국가족복지학*, 12(3), pp.47-73.
- 김정선. (2011). 시민권 없는 복지정책으로서 ‘한국식’ 다문화주의에 대한 비판적 고찰. *경제와 사회*, 92. pp.205-246.
- 김창엽. (2013). 건강과 인권: 한국적 상황과 전망. *보건학논집*, 50(2), pp.85-99.
- 김한성, 이유신. (2013). 결혼이주여성의 삶의 만족도. *한국사회학*, 47(2), pp.177-209.
- 법무부. (2014). 2014년도 출입국관리통계연보. 발행지: 출입국·외국인정책본부.
- 설동훈, 서문희, 이삼식, 김명아. (2009). 다문화가족의 중장기 전망 및 대책 연구: 다문화 가족의 장래연구추계 및 사회·경제적 효과분석을 중심으로. 보건복지가족부.
- 손인서, 김승섭. (2015). 한국의 차별경험과 건강 연구에 대한 체계적 문헌고찰. *보건사회 연구*, 35(1), pp.26-57.
- 신용하. (2006). ‘민족의 사회학적 설명과 ‘상상의 공동체론’ 비판. *한국사회학*, 40(1), pp.32-58.
- 양정혜. (2007). 소수 민족 이주여성의 재현. *미디어, 젠더 & 문화*, 7, pp.47-77.
- 윤지원, 강희선. (2015). 여성결혼이민자의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인: “2012년 전국다문화가족실태조사”를 중심으로. *여성건강간호학회지*, 21(1), pp.32-42.
- 이은아. (2009). 국제결혼 이주여성들의 주관적 건강상태와 사회적 지원 방안. *한국사회학회 사회학대회 논문집*, 2009(2), pp.1483-1494.
- 이정훈. (2014). 유엔 특별보고관 “한국에 심각한 인종차별 존재”. *연합뉴스*.  
<http://www.yonhapnews.co.kr/society/2014/10/06/0701000000AKR20141006131300004.HTML>에서 2015.4.10. 인출.
- 이태정. (2005). 외국인 이주 노동자의 사회적 배제 연구: “국경 없는 마을” 사례. *사회연구*, 10, pp.139-178.
- 이혜민, 박주영, 김승섭. (2014). 한국 성소수자 건강 연구. *보건과 사회과학*, 36, pp.43-76.

- 전기택, 정해숙, 김이선, 김영란, 주재선, 김혜영, 등. (2013). 2012년 전국 다문화가족 실태조사 연구. 여성가족부.
- 조인주, 현안나. (2012). 결혼이주여성의 우울 영향요인들의 구조적 관계 분석문화변용과 적응과정 이론을 중심으로. *정신보건과 사회사업*, 40(1), pp.177-206.
- 조주은, 조금준. (2014). 결혼이민여성의 건강에 영향을 미치는 요인의 변화에 대한 탐색. *다문화사회연구*, 7(2), pp.5-28.
- 최혜지, 이은정, 홍기원, 김정환. (2012). 국내 체류 이주민의 사회복지지원체계 개선을 위한 실태조사. 서울: 대한민국. 국가인권위원회.
- 통계청. (2015). 국가별 국제결혼 건수. 인구동태통계연보.  
[http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx\\_cd=2430](http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=2430).에서  
2015.4.18. 인출.
- 하상복. (2012). 황색 피부, 백색 가면. *인문과학연구*, 33, pp.525-556.
- 한건수. (2003). “타자만들기”: 한국사회와 이주노동자의 재현. *비교문화연구*, 9(2), pp.157-193.
- Adler, N. E., & Rehkopf, D. H. (2008). US disparities in health: descriptions, causes, and mechanisms. *Annu. Rev. Public Health*, 29, pp.235-252.
- Alba, R., & Nee, V. (2003). *Remaking the American Mainstream: Assimilation and Contemporary Immigration*. Cambridge MA: Harvard University Press.
- Benach, J., & Muntaner, C. (2007). Precarious employment and health: developing a research agenda. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(4), pp.276-277.
- Bonilla-Silva, E. (1997). Rethinking Racism: Toward a Structural Interpretation. *American Sociological Review*, 62(3), pp.465-480.
- Chandola, T., & Jenkinson, C. (2000). Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity and Health*, 5(2), pp.151-159.
- Chun, H., Kang, M., Cho, S. I., Jung-Choi, K., Jang, S. N., & Khang, Y. H. (2015). Does the experience of discrimination affect health? A cross-sectional study of Korean elders. *Asia Pac J Public Health*, 27(2), pp.2285-2295.

- Collins, P. H. (1990). *Black feminist thought : knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Boston: Unwin Hyman.
- DeSalvo, K. B., Bloser, N., Reynolds, K., He, J., & Muntner, P. (2006). Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. *Journal of General Internal Medicine*, 21(3), pp.267-275.
- Gee, G. C., Ryan, A., Laflamme, D. J., & Holt, J. (2006). Self-reported discrimination and mental health status among African descendants, Mexican Americans, and other Latinos in the New Hampshire REACH 2010 Initiative: the added dimension of immigration. *Am J Public Health*, 96(10), pp.1821-1828.
- Hahm, H. C., Ozonoff, A., Gaumond, J., & Sue, S. (2010). Perceived discrimination and health outcomes: A gender comparison among Asian-Americans nationwide. *Women's Health Issues*, 20(5), pp.350-358.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, pp.21-37.
- Kim, M. (2013). Citizenship Projects for Marriage Migrants in South Korea: Intersecting Motherhood with Ethnicity and Class. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 20(4), pp.455-481.
- Kim, H. S., & Kim, H. S. (2013). Depression in Non-Korean Women Residing in South Korea Following Marriage to Korean Men. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(3), pp.148-155.
- Kim, J. K. (2014). Yellow over Black: History of Race in Korea and the New Study of Race and Empire. *Critical Sociology*. doi: 10.1177/0896920513507787.
- Kim, M. (2013). Citizenship Projects for Marriage Migrants in South Korea: Intersecting Motherhood with Ethnicity and Class. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 20(4), pp.455-481.
- Kim, S. S., Chung, Y., Subramanian, S. V., & Williams, D. R. (2012a). Measuring discrimination in South Korea: underestimating the prevalence of discriminatory experiences among female and less educated workers? *PLoS One*, 7(3), e32872.

- Kim, S. S., Subramanian, S., Sorensen, G., Perry, M. J., & Christiani, D. C. (2012b). Association between change in employment status and new-onset depressive symptoms in South Korea: a gender analysis. *Scand J Work Environ Health*, 38(6), pp.537-545.
- Kim, S. (2012). Racism in the global era: Analysis of Korean media discourse around migrants, 1990-2009. *Discourse & Society*, 23(6), pp.657-678.
- Kim, S. S., Williams, D. R. (2012). Perceived discrimination and self-rated health in South Korea: a nationally representative survey. *PLoS One*, 7(1), e30501.
- Krieger, N. (1999). Embodying inequality: a review of concepts, measures, and methods for studying health consequences of discrimination. *Int J Health Serv*, 29(2), pp.295-352.
- Krieger, N. (2014). Discrimination and health inequities. *International Journal of Health Services*, 44(4), pp.643-710.
- Krieger, N., Kosheleva, A., Waterman, P. D., Chen, J. T., & Koenen, K. (2011). Racial discrimination, psychological distress, and self-rated health among US-born and foreign-born Black Americans. *Am J Public Health*, 101(9), pp.1704-1713.
- Lee, S., Kim, D. S. (2014). Acculturation and Self-rated Health among Foreign Women in Korea. *Health and Social Welfare Review*, 34(2), pp.453-483.
- Operario, D., Adler, N. E., & Williams, D. R. (2004). Subjective social status: Reliability and predictive utility for global health. *Psychology & Health*, 19(2), pp.237-246.
- Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 135(4), p.531.
- Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), pp.888-901.
- Sanchón-Macias, M., Prieto-Salceda, D., Bover-Bover, A., & Gastaldo, D. (2013). Relationship between subjective social status and perceived health among Latin American immigrant women. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(6), pp.1353-1359.

- Seol, D. H., & Seo, J. (2014). Dynamics of Ethnic Nationalism and Hierarchical Nationhood. *Korea Journal*, 54(2), pp.5-33.
- Singh-Manoux, A., Marmot, M. G., & Adler, N. E. (2005). Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosomatic Medicine*, 67(6), pp.855-861.
- Weber, M. (1968 [2008]). Open and Closed Relationships. In D. B. Grusky (Ed.), *Social Stratification: Class, Race, and Gender in Sociological Perspective* (3rd Edition ed., pp.128-132). Boulder, CO: Westview Press.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2009). Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(1), pp.20-47.

# Association between Discrimination and Self-rated Health among Marriage Migrants in South Korea:

Focusing on Region of Origin and Gender Differences

**Kim, Yugyun**  
(Korea University)

**Son, Inseo**  
(Korea University)

**Kim, Seung-Sup**  
(Korea University)

---

During the past decades, a massive influx of marriage migrants in South Korea has transformed the racial/ethnic composition of Korean population, and discrimination against them became a social problem. This study examined the association between perceived discrimination and self-rated health among marriage migrants in Korea and checked how the association differs by their region of origin and gender. We analyzed 14,485 marriage migrants from the National Survey of Multicultural Families, 2012. We assessed perceived discrimination for the five different social situations such as street, public office, and workplace to examine its association with self-rated health. We found a significant association between the discrimination at five different social situations and health after adjusting potential confounders including socioeconomic variables. However, after we divided marriage migrants by their region of origin or gender, significant associations were shown among non-Western or female marriage migrants. No significant association was found among Western or male marriage migrants except at workplace. We conclude with a discussion of within-group differences among marriage migrants in Korea.

---

**Keywords: Perceived Discrimination, Marriage Migrants, Self-rated Health, South Korea**