



여성결혼이민자의 의료서비스 이용경험

고진강¹⁾ · 고선강²⁾

서론

세계화로 인해 국가 간 인구이동이 활발해지고 서로 다른 민족 또는 서로 다른 문화가 만나며 나타나는 사회현상들은 세계적 관심의 대상이 되어 왔다. 다문화사회에서 소수민족 (ethnic minority)에 대한 인권문제, 사회통합의 문제는 전사회적인 과제로 대두되고 있다. 소수민족은 상대적으로 인구수가 적고 대다수 사회구성원들과 구분되는 자신들의 고유한 언어, 습관, 가치 또는 신념을 가지는 민족을 말한다. 소수민족 인권의 측면에서 의료서비스 이용에 대한 동등한 권리는 중요하며, 이미 세계보건기구(World Health Organization: WHO)는 'Health for all by the year 2000'에서 소수민족이 의료서비스에 대해 동등한 접근성을 보장받아야 함을 천명하였다(World Health Organization, 1981).

한국 사회는 과거 단일 민족과 단일 언어 사용으로 문화적 동질성이 강한 국가였고, 다민족, 다문화에 대한 이해가 사회적 관심의 대상이 아니었다. 그러나 최근 국제결혼 가정, 이주 노동자 등 새로 유입되는 다양한 이민자들로 2007년 국내 거주 외국인은 100만 명을 넘어, 한국 사회는 다문화사회의 양상을 나타내고 있다(김연희, 2007). 1990년대부터 외국인 이주노동자들의 수가 증가하였지만, 본격적인 다문화사회에 대한 사회적 이슈가 부각된 것은 1990년대 후반 이후 여성결혼이민자들의 급격한 증가와 여성결혼이민자들이 형성한 국제결혼 가정의 증가 그리고 국제결혼 가정 자녀들의 성장과 교육의 문제 등이 제기된 2000년대 중반이다.

한국인과의 결혼을 통해서 우리사회의 구성원이 된 결혼이민자는 최근 10여 년간 급격한 증가양상을 보이고 있다. 한국인의 외국인과의 혼인 건수를 살펴보면 2000년에 11,600여건에서 2008년에는 36,200여건으로 3배 이상 증가하였으며 이는 전체 결혼의 11.0%를 차지하고 있다. 전체 외국인과의 혼인 건수 가운데 한국남성과 외국여성과의 결혼이 8,100여건으로, 외국여성 결혼이민자의 수가 압도적으로 많은 것으로 나타났다(통계청, 2009). 여성결혼이민자의 주요 출신국은 중국, 베트남, 필리핀, 일본이며 이밖에 태국, 몽골, 우즈베키스탄, 캄보디아 등 다양한 국가로부터의 결혼이민이 이루어지고 있다. 거주 지역은 전체의 약 25%가 서울에, 약 31%가 경기 및 인천에 거주하는 것으로 나타나 있다(설동훈, 2005).

여성결혼이민자들에 대한 국내의 연구들을 살펴보면, 주로 국제결혼 가정에 대한 전반적인 현황을 소개하거나 정책방안을 제시하는 연구들이 주를 이루어 왔다(양애경, 이선주, 최훈석, 김선화, 정혁, 2007; 설동훈, 2005). 또한 최근에는 부부관계나 자녀양육을 중심으로 한 연구들(박정숙, 박옥임, 김진희, 2007; 이무영, 강기정, 2007)과 여성결혼이민자들의 원만한 가정생활과 한국사회의 통합을 위한 중재 프로그램 개발에 관한 연구(김경신, 2006; 김오남, 김경신, 이정화, 2008; 홍성희, 김성숙, 2009)들이 활발히 이루어지고 있다. 선행 연구들에서 여성결혼이민자들이 한국사회 적응과정에서 겪는 어려움으로 의사소통의 어려움, 문화적 갈등, 경제적 불안, 가정불화, 인권침해 문제 등이 지적되어 왔으며(김민영, 2007), 특히 결혼이민자와 관련된 정책 및 서비스 제공자들도 결혼이민자들과

주요어 : 여성결혼이민자, 소수민족, 의료서비스 이용

1) 서울대학교 간호대학 전임강사(교신저자 E-mail: ckoh@snu.ac.kr)

2) 성신여자대학교 복지학과 부교수

투고일: 2009년 4월 19일 심사완료일: 2009년 5월 4일 게재확정일: 2009년 5월 14일

의 언어소통의 고충이 있음을 밝히고 있다(양애경 등, 2007).

여성결혼이민자들의 건강 및 의료서비스 이용에 대한 연구는 그 수가 매우 제한적이다. 여성결혼이민자들은 실질적인 의료보장 혜택을 받지 못하는 경우가 많고, 만성질환에 대한 치료 수준이 낮은 것으로 나타났다(설동훈, 2005; 안양희, 2008). 또한 모성건강에 있어서 임신 및 피임에 대한 정보가 부족하고, 출산 이후 산후조리의 어려움을 겪거나 출산 후 수유법, 육아법 등에 대한 정보 부족으로 아기의 건강이 위협받는 경우도 있음이 보고되고 있다(김민영, 2007; 김미중, 김태임, 권윤정, 2008).

간호학에서는 간호 실무에서 다양한 문화를 가진 소수민족 대상자가 증가함에 따라 그들에 대한 이해의 실질적 필요성이 증가하게 되었다. 그러나 이러한 임상에서의 실질적 필요성 이전에 간호학은 신체적, 심리적, 사회적, 감정적, 영적 측면 모두를 아우르는 전인적 돌봄이라는 이론적 기반에서 볼 때 간호학에서의 다민족 다문화에 대한 이해와 존중은 필수적이다. 또한 소외되기 쉬운 건강 취약 집단인 소수민족에 대한 관심은 의료서비스 체계내의 사회정의 실현이라는 측면에서도 간호학에서 그 중요성이 강조되어 왔다. 이에 다민족, 다문화에 대한 이해는 간호교육과 간호실무에서 매우 중요한 문제로 인식되고 있다(Maier-Lorentz, 2008).

특히 간호교육에 있어서는 다문화에 대한 하나의 접근 방법으로 문화적 수용능력(cultural competency)의 증진을 강조하고 있다. 문화적 수용능력이란 환자의 개인적 가치와 신념이 간호제공자의 가치 및 신념과 상이하더라도 다른 문화 간에 발생하는 상황들에 대해 효과적으로 간호를 제공하는 능력으로 정의될 수 있다. 이는 간호교육에 있어 환자와 간호전문직의 윤리적 책임이라는 관점에서 중요하게 인식되고 있다(Donnelly, 2000; Villarruel, 1995).

소수민족 대상자인 여성결혼이민자들은 사회경제적 취약성을 떨 뿐만 아니라 문화적 차이에 따른 편견과 차별을 경험할 수 있다(고진강, 2007). 여성결혼이민자들은 사회적 약자로서 자신을 위한 의료서비스 이용 및 자녀를 위한 의료서비스 이용에 있어 고충을 겪을 것이라 예상할 수 있다. 많은 경우 여성은 가정 내 돌봄 제공자의 기능을 수행하고 가족건강에 대한 책임자로서의 역할을 수행하는 데 여성결혼이민자들의 이러한 역할 수행에 있어서 적절한 의료서비스 이용은 필수적이라 할 수 있다. 그러나 여성결혼이민자의 건강문제 및 의료서비스 이용에 대한 연구가 많지 않고 구체적인 의료서비스 이용경험에 대한 연구는 거의 이루어지지 않아 실제 이용 시 문제점이나 다문화 사회를 지향하는 의료서비스 환경 조성을 위한 제언점을 제시하지 못하고 있다.

따라서 본 연구는 민족적 소수자인 여성결혼이민자들의 의료서비스 이용경험을 기술함으로써 간호학 연구자 및 간호실

무자들의 여성결혼이민자들에 대한 이해를 진작하고, 의료서비스 이용 관련 문제점 및 개선방안을 모색하고자 한다.

본 연구의 목적은 여성결혼이민자들의 우리나라 의료서비스 이용경험을 기술하는 것이다.

연구 방법

연구 설계 및 연구 방법론

본 연구는 심층면담을 통한 귀납적 내용분석 방법(conventional content analysis, inductive content analysis)을 사용하였다(Hsieh & Shannon, 2005; Elo & Kyngas, 2007). 내용분석 방법은 존재론적(ontological) 측면에서 실재가 존재하며 인식론적(epistemological) 측면에서 그러한 실재를 객관적으로 규명할 수 있다는 입장에 가깝다. 따라서 지식에 대한 실제적(factual)이고 기술적인(descriptive) 접근방법이며 체계적이고 객관적인 방법의 사용을 추구한다. 따라서 형식은 현상학, 담론분석 등을 포함하는 질적연구에 가깝지만 철학적 배경은 경험론에 입각한 실증연구에 가깝다(Elo & Kyngas, 2007; Holtzlander, 2008).

연구 대상자 및 연구자 준비

결혼이민자 대상 한국어 교육 프로그램을 운영하고 있는 서울시 A구에서 대상자를 모집하였다. 서울 거주 여성 결혼이민자 수는 2008년 현재 23,500여명이며 A구에 900여명이 거주하고 있다. A구 선정은 한국어로 의사소통이 가능한 대상자를 모집하기 위한 목적이었으며, 한국어 교육 프로그램을 수강했거나 현재 수강하고 있는 50명의 결혼이민자들을 대상으로 한국어 교육 프로그램 담당자가 전화로 연구에 대해 홍보하였다. 이 중 연구에 참여를 원하는 결혼이민자를 선정하는 임의표출(convenience sampling) 방식을 사용하였다. 모집대상자 포함기준은 다음과 같다.

- 한국국적을 가진 남성과 결혼한 외국인 여성
- 한국에 6개월 이상 거주한 사람
- 한국어로 기본적인 의사소통이 가능한 사람
- 면접 참여에 동의한 사람

본 연구의 대상자는 총 15명으로 출신국은 베트남 5명, 중국 5명, 캄보디아 3명, 스리랑카 1명, 필리핀 1명이었다. 연령은 평균 29세(범위: 22~36세), 한국 거주기간은 평균 38개월(범위: 24~61개월)이었다. 교육수준은 평균 10년, 한국국적을 취득한 대상자는 3명이었다. 현재 가정에서 사용하는 언어는 모두 한국어였으며 중국 출신의 이민자 1명만이 결혼 초기에 남편과 중국어로도 의사소통했음을 보고하였다. 면접 참여자

<Table 1> Demographic characteristics of interviewees

Case	Age	Country of origin	Duration of stay (month)	Duration of marriage (month)	Years of education	Korean citizenship
A	23	Cambodia	42	42	12	Yes
B	27	Cambodia	48	48	9	No
C	29	Vietnam	24	24	12	No
D	35	China	18	12	11	No
E	31	China	42	42	9	No
F	35	China	36	132	16	No
G	22	Vietnam	45	45	9	No
H	22	Cambodia	34	34	12	No
I	22	Vietnam	27	30	12	No
J	27	China	33	32	8	No
K	29	China	40	36	12	No
L	33	Vietnam	34	38	5	No
M	35	Sri Lanka	61	61	12	Yes
N	36	Vietnam	45	45	9	No
O	33	Philippine	48	48	14	Yes

의 일반적인 특성은 <Table 1>에 제시하였다.

연구자는 귀납적 내용분석 방법 및 질적연구방법을 위한 이론과 연습 과정을 수료했으며 귀납적 내용분석 방법 연구 수행 경험이 있으며, 연구과정 중 내용분석 방법 전문가에게 연구설계 및 면담 과정에 조언을 받았다. 또한 연구에서 결혼 이민자 프로그램 담당자의 조언을 받았다.

자료 수집 방법

면접은 연구 대상자들에게 편리한 장소에서 정보제공 후 동의(informed consent) 과정 후에 서면동의서를 받고 수행되었다. 인구학적 정보는 정보조사지에 기록하였다. 각 대상자에 대해 1회 면담을 실시하였고 각 면담은 30분-60분 동안 진행되었다. 면담은 연구 대상자의 동의 하에 녹음되었다.

귀납적 내용분석 방법은 기존 이론이 없는 상태에서 결과를 도출해 나가는 과정이므로 개방형 질문(open-ended question)으로 “한국에서의 의료이용경험은 어떠했는지” 묻고 의료이용경험이라는 용어에 대한 이해에 어려움이 있는 경우 “병원이나 보건소에 갔을 때”라고 다시 질문하였으며, 대상자의 대답에 따라 더 구체적인 내용을 요구하는 추가질문을 통해 면접을 진행하였다.

자료 분석 방법

자료 분석은 Hsieh와 Shannon(2005)의 방법에 근거해 수행하였다. 필사된 내용을 집중해서 반복적으로 읽으며 전체적으로 이해하는 단계로 시작하였다. 다음 단계로 주요 개념이나 생각으로 보이는 단어들을 본문에 표시하며 단어를 단위로 읽었다. 5명의 면담내용에 대해 초별코드를 도출하였고, 코드

들로부터 온 첫인상, 생각, 코드들에 대한 초별 분석들을 기록하였다. 초별코드를 기초로 나머지 10명의 면담내용을 읽으며 초별코드와 맞지 않는 코드는 추가하였고, 다시 처음 5명의 기록을 읽으며 초별코드와 추가코드를 재확인하였다. 코딩된 면담내용을 코드들 간의 관계를 생각하며 처음부터 다시 읽었고 이 과정에서 코드들 간의 공통점이 있는 경우 서로 묶어 카테고리를 만들고 분리되는 코드는 다른 카테고리 분류하였다. 반복해 읽으며 코드간의 관계와 카테고리간의 관계를 재확인하고 수정하였으며, 수정된 코드를 토대로 다시 처음 사례부터 읽으며 확인하는 순환적 과정이 진행되었다.

대상자 보호

정보제공 후 동의(informed consent) 과정 후에 서면동의서를 받고 수행하였다. 정보제공 후 동의 과정에서는 연구의 목적, 절차, 익명성 보장, 자료 보관 및 폐기 방법, 참여도중 거부 가능 등에 대해 설명하였다. 이름이나 신원정보는 녹음 내용이나 녹취록에 나타나지 않게 하고, 녹음내용 및 녹취록, 환자 신원정보는 무작위 번호로만 연결하였다. 음성화일 및 신원정보는 안전한 장소에 잠금 보관하였다.

연구의 진실성

신뢰도와 타당도는 진실성(trustworthiness) 확보 과정을 통해 이루어질 수 있다(Hsieh & Shannon, 2005). 신용성(credibility)을 위해 내용분석 방법에 대해 질적연구방법론 전문가 2인에게 면접과정과 분석과정을 보고하고 편견을 배제하려 하였으며, 연구자가 도출한 코드와 카테고리를 전문가와 토의하고 결과를 지지받았다. 또한 여성결혼이민자 대상 프로그램 운영

자 2인에게 분석결과를 확인 받았다. 면담 기록의 정확성을 연구자 외에 1인이 재확인하였다. 확실성(confirmability)을 위해 녹음내용, 필사내용, 인터뷰 일지에 대해 분석하고 토론했으며 마지막 확인 작업이 있었다(Elo & Kyngas, 2007).

연구 결과

대상자의 의료서비스 이용은 주로 임신 및 출산을 위한 경우와 자녀의 예방접종 및 질병치료와 관련된 경우가 많았다. 귀납적 방법을 통해 의료서비스 이용경험을 분석한 결과 열 개의 카테고리가 도출되었다. 열 개의 카테고리는 언어장벽, 경제적 부담, 불충분한 진료시간, 병원이용 절차의 복잡함, 동료집단의 지지부족, 의료인의 차별, 자녀건강상태에 대한 정보부족으로 인한 불안감, 언어장벽해소를 위한 의료인의 배려와 친절, 가족의 도움, 선진화된 의료서비스 환경이었다.

언어장벽

언어장벽은 크게 한국어 능력부족과 병원 내 의학용어에 대한 이해부족으로 나눌 수 있었다. 이주 초기에는 대부분 일상생활에서의 기본적인 한국어 회화조차 어려운 경우가 많았고, 한국어를 습득하여 회화가 가능하더라도 의학용어의 낯설음이 언어장벽으로 작용하고 있었다.

● 한국어 능력부족

한국어 이해의 어려움은 면담 중 가장 많이 언급된 내용이다. 모든 대상자가 의료이용 시 한국어로 의사소통하는데 어려움을 경험했다. 대부분 한국어로의 이주 초기는 한국어 표현 및 이해능력이 매우 부족한 시기인데, 이는 출산을 하거나 아기의 예방접종 등을 위한 의료기관 방문이 많은 시기이기도 하다. 큰 장벽이었던 한국어가 익숙해지면서 의료서비스 이용에 있어서의 어려움도 함께 감소하는 것으로 나타났다.

“처음에 한국 와서 한국말도 몰라 한글도 몰라 많이 불편해요[A]”

“지금은 혼자 할 수 있는데 그 때는 한국말 잘 몰라서 못해요[G]”

“병원이든지 어디든지 가면 쓰는 거 모르고 한글 모르니까 불편했는데 요즘엔 조금 한글 공부도 하면서 좀 괜찮아요[M]”

한국어를 거의 모르는 상황에서 가족이 여성결혼이민자와 의료진 사이에서 의사소통을 돕는 경우가 대부분이었으나, 가족과의 의사소통에서도 어려움을 경험하였다. 여성결혼이민자

가운데 한 명은 임신기간 중에 태아 상태에 대한 이해가 어려웠던 경험을 다음과 같이 설명하였다.

“시어머니가 그냥 (손가락으로 들을 표시함) 손가락으로 배 가리키니까 나는 어머 나 쌍둥이 가졌어요.. (임신 2개월이라는 말을 모르고) 자꾸 쌍둥이 임신한 줄 알고 나 배 속에 애기 2명 있어요? 어머니가 자꾸 배 가리키면서 (손가락으로 들을 표시함) 아가 아가 하니까 쌍둥이 줄 알았어요 사진 보면서 오빠한테 나 쌍둥이 가졌다고 자꾸 그러니까 오빠가 사진 보라고 한 명 있다고 그랬어요 오빠 나 애기 두 개 싫어요 하나만 낳아요 그랬어요[I]”

● 의학용어에 대한 이해부족

일상에서의 한국어 사용이 어느 정도 가능한 경우에도 의학용어가 또 다른 언어장벽으로 작용하고 있었다. 학습으로 또는 생활에서 한국어 일상회화 능력이 향상되더라도, 여전히 외래어나 의학용어는 생소하게 느끼는 것으로 나타났다.

“간단한 것은 알아듣는데 외래어 같은 것은 못 알아듣는 게 많죠..... 의사 선생님이 외래어를 많이 쓰면 잘 몰라요..... 굳이 또 외래어를 설명해 달라고 하면 이상하게도 생각하고 귀찮아 할까봐 그냥 그렇게.. 밖에서 사람들 기다리고 하는데 또 그냥 붙잡고 설명해 달라고 하는 것도 그렇고[K]”

“병원에서 말하는 거는 우리가 보통 말하는 거하고 좀 틀리잖아요 그러니까 어떤 거는 못 알아듣고.[D]”

“의사선생님이 하는 말 중에 잘 못 알아듣는 단어가 많아서 무슨 말인지 몰라서 그 때 많이 불편했어요[M]”

● 경제적 부담

대상자들은 건강보험이 적용되지 않아 비싼 의료비를 지불해야하는 어려움을 호소했다. 또한 건강보험이 있는 경우에도 본인부담금 및 비급여부분으로 인해 경제적 부담을 느끼고 있었다.

“일단 보험이 안 되니까 비싸고 중략 보험이 안 되면 아파도 병원에 안 가는 사람이 많아요[K]”

“의료 보험 된지 얼마 안됐어요 그래서 처음에 애들 낳을 적에는 돈 전부 들었어요 비쌌어요[M]”

“200 만원 정도 나왔어요 의료보험해서 했는데 수술비하고 아기하고 약 먹는 거해서 200 만원 됐어요 임신하고 약 먹었는데 다른 사람은 임신하고 약 못 먹잖아요 임신하고 양약 먹었어. 간염 있으니까 임신하고 엄마 약 먹고 아기 낮게 해주고 아기는 건강하게. 그 약 더 비싸. 그래서 돈이 많이 들어.[G]”

● 불충분한 진료시간

환자 1인당 진료시간이 짧고 대기환자가 많은 의료서비스 환경으로 인한 부정적 경험을 보고하였다. 의료진은 짧은 진료시간 안에 질병에 대한 설명을 하기 때문에 의료진과 환자와의 의사소통의 문제를 가중시키는 것으로 나타났다. 결혼이민자들은 의료진이 바쁘기 때문에 말을 빨리하고, 말을 빨리하기 때문에 그 의미에 대한 이해가 더 어렵다고 느끼고 있었다.

“의사 선생님이 너무 바쁘니까 말도 너무 빨리 하고[J]”

“그냥 바빠서 막 빨리빨리 얘기해요 무슨 말인지 몰라요[I]”

“의사 선생님이 말을 빨리 하면 못 알아듣으니까 몰라요..... 의사 선생님 앞에서는 그냥 알아듣는 척하고.... 못 알아 들어서 다시 물어보면 괜히 또 그럴까 봐[K]”

“병원에는 다른 손님도 많이 있으니까 바쁘고 이러니까.. 답답하면 (가족이) 집에서 쉽게 얘기 해 주고 설명해 줘요[G]”

● 병원이용 절차의 복잡함

대상자들은 자국의 병원이용 경험과 매우 다른 한국의 병원이용 절차를 당황스러워 하였다. 특히 접수 시 주민등록번호나 외국인등록번호를 제시해야 하는 상황, 진료신청서의 용어를 이해하지 못하는데 작성해야 하는 상황 등을 당황스러운 경험으로 이야기하였다.

“베트남에서 접수 안 해요[C]”

“병원에서 아기 엄마 접수해야 돼요 무슨 접수? 무슨 말? 우리 베트남에서 병원 그냥 임신한 사람 봐요 끝이에요 접수? 무슨 접수? 주민등록번호? 여권번호? 왜? [I]”

“새로 병원 가면 또 접수해야 돼서 남편한테 전화해서 물어보고 해요[J]”

“병원에서 [접수할 때] 쓰는 거 도와주는 사람이 있으면 좋겠어요[M]”

● 동료집단의 지지부족

연구에 참여한 여성결혼이민자들이 병원을 이용하게 되는 가장 주된 이유는 임신, 출산, 육아와 관련된 것이었다. 결혼이민자 가족의 경우 임신과 출산을 서두르는 경향이 있기 때문에 한국생활을 시작한지 얼마 되지 않아서 병원을 이용하게 된다. 이 때 병원이용에 대한 안내나 조언을 해 줄 친구나 동료집단의 지지가 거의 없었다. 즉 여성결혼이민자로서 출산이나 육아와 관련된 병원이용경험에 대한 정보를 제공해 줄 친구나 동료를 만나기 전에 병원이용을 해야 하는 상황이다.

한국어 교실에서 만난 친구와 사회관계를 형성해 서로 지지하는 경우가 있었으나 최근의 일이고 처음 의료기관을 이용할 때는 직접적인 도움을 줄 수 있는 친구나 이웃이 없었다.

“친구 없어 길도 몰라서 매일 집안에만 있어 답답해.[C]”

“말도 안 통하고 울고 싶고 그런 거 부모님, 친구 보고 싶고 처음에는 말이 안 통하니까 글자도 모르고 말 통하면 글자 몰라도 될텐데. 처음 와서 반년 넘게 안 나오고 집에 있었어.[D]”

● 의료인의 차별

직접적인 진료거부나 구체적인 경제적 물리적 불이익을 경험한 경우는 없었으나 의료진과의 대인관계에서 차별이나 심리적 위축을 경험한 경우가 있었다. 대상자 K의 경우는 한국어로 일상생활에서 의사소통하는데 큰 불편이 없고, 병원이용에도 큰 불편이 없으나 자신이 외국인인 것이 알려지는 상황에서 차별을 경험하였다고 보고하였다.

“한국 사람보다 더 못하게 대하는 것은 아닌가 하는 생각은 많이 들어요 왜냐하면 우리는 어떻게 해야 하는지 잘 모르니까. 한국 사람들은 잘 하는데 우리는 못하면 어떻게 하나 하는 생각도 있어요[M]”

“제가 외국 사람이라고 의사 선생님 저한테 말 안 해요..... 선생님 설명할 때 바쁘니까 잘 못 알아듣는다고 답답해해서 조금 기분 안 좋을 때도 있어요 계속 설명 했는데 잘 못 알아듣으니까 가끔씩 그런 거 있었어요.... 외국 사람이라고 약간 저렇게 무시하나 그런 생각 들어요 다시 생각해 보면 바쁘니까 어쩔 수 없지. 괜찮아요[J]”

“저번에 치과에 한 번 갔었거든요 그 치과 처음 갔는데 외국인인 줄 아니까 그 때 제가 잇몸이 아파서 갔거든요 외국인이라고 하니까 조금 그러더라고요 그러더니 그러면서 뭐 하는데 안 된다고 그러더라고요 아마 그게 자기네 생각에는 외국인이라서 혹시 돈 안 낼까 싶어서 그랬는지. 그래서 그냥 그 병원에서 진찰만 보고 나왔어요[K]”

● 자녀건강상태에 대한 정보부족으로 인한 불안감

여성결혼이민자 자신의 건강문제로 의료기관을 방문할 때보다 자녀의 건강문제로 병원을 방문하는 경우 의료이용의 어려움을 더욱 크게 느끼고 있었다. 특히 출생 직후 수술을 받거나 질병이 있어 자녀가 병원에 입원한 경우 상황에 대한 이해가 어렵고 정보가 부족해 자녀의 건강상태에 대한 큰 불안감을 경험하였다.

“우리 딸 태어났을 때 많이 아팠어요 태어나고 2주 됐을

때 설사 계속하면서 병원 입원했어요[중략 그 때는 한국말도 못하고 알아듣는 것도 힘들고 많이 불편했어요[M].”

“아기 태어나서 많이 힘들었어요[중략 아기 수술 너무 힘들었어. 아기 너무 많이 아파서. 한국말 몰라서 너무 힘들었어.[O]”

“아기 아프면 많이 무서워요[L]”

“아기 태어나서 일주일도 안돼서 눈이 아팠어요[중략 아기 병원 빨리 가야 하니까 (시어머니께) 전화해서 얼른 아기 데리고 병원 갔어요 저는 못 갔어요 일어나면 죽을 만큼 많이 아팠어요[중략 너무 답답하고 한국 계속 사는데 맨날 그러면 언제 한국말 잘하냐? 한국말 잘하면 좋겠다. 그렇게 생각했어요[G]”

● 언어장벽해소를 위한 의료인의 배려와 친절

여성결혼이민자와 의료진 사이의 높은 언어장벽에도 불구하고 이를 해소하기 위한 개별적인 노력들이 있어 왔음을 알 수 있었다. 의료진이 천천히 말을 해 주거나 간단한 메모를 써 주어서 귀가 후 읽어보게 하거나 다른 가족들의 도움을 받을 수 있도록 하는 경우 결혼이민자의 언어장벽 해소에 도움이 되는 것으로 나타났다.

“외국 사람이라 한국말 조금 알아요 그래서 (의료진이) 천천히 말해 주세요 선생님 메모 주세요 나 몰라서요.. 3개월 후에 어떻게 하라구.[O]”

“완전히 못 알아들었어요 다시 물었어요 천천히 말해줬어요[B]”

“외국 사람인 거 다 알아서 설명도 알기 쉽게 해줘[H]”

“외국 사람이라 먹는 방법 잘 몰라 써줘요 나 못 알아들으니까 써서 줘요[C]”

결혼이민자와의 의사소통 증진을 위한 의료인들의 배려와 친절이 언급되었다.

“설명 다 잘해줘요 자주 가니까 근데 진짜 못 알아듣는 거는 원장님한테 또 물어 보고 그러면 어떻게 됐다고 설명해 줘요 그림도 이렇게 그려서 알려 줘요 보는 걸로 보면 더 잘 알아요 병원에는 진짜 잘 대하는 것 같아요(병원에 있는 사람들이 잘 대해주는 것 같아요).[D]”

“[간호사들이] 설명 잘 해주고 날 편하게 해 주려고 더 잘 해줬어요[M]”

“의사하고 다 친절해요[C]”

“간호사 너무 친절해서 좋았어요[F]”

● 가족의 도움

의료기관 이용 초기에는 남편과 남편 가족들의 도움에 절대적으로 의존하는 것으로 나타났다. 남편이 가장 많은 도움을 주는 가족으로 언급되었으며 그 외에 시어머니 또는 시누이 등 시댁식구들의 도움을 받고 있었다.

의료기관 방문 시 남편이나 시어머니와 동행하는 경우가 많았고 항상 남편과 동행한다는 대상자도 있었다. 동행하지 않는 경우에는 의료진과 대화해야 하는 경우 남편에게 전화해 의료진과 직접 통화하게 하는 경우도 있었다.

“병원 가려면 항상 남편 같이 가요[C]”

“처음에 남편 같이 가요 지금은 혼자 갈 수 있어요[A]”

“남편이랑 같이 많이 다니고 했으니까 남편이 옆에서 알아 듣고 나중에 모르는 건 물어보고 했어요[K]”

“아기 위험하다고 분유 먹었어요 아기 낳고 이틀 지나서 우유 많이 나왔어요 의사 선생님이 하얀 천으로 가슴을 끈으로 매고 짜서 손수건을 닦으면 일주일 지나면 이제 안 나온다고 했어요 신랑이 다시 설명해 줬어요 신랑이 다시 다 만 들어줬어요[G]”

“여기 남편 전화번호 있어요 내가 아기에 대해 조금 알아서 의사 선생님 설명 모르면 남편전화 해요[L]”

“남편하고 같이 갔어요 아직 혼자 못가요..... 남편 바쁠 때는 시어머니랑 같이 갔어요[B]”

“(병원비를) 형님이 많이 도와줬어요..... 남편 없어서요(없을 때), 형님 큰 아빠 전화해서 도와주세요.[O]”

● 선진화된 의료서비스 환경

의료체계에 대해 잘 모르기 때문에 오는 병원이용의 불편함과 별개로 한국 의료체계의 긍정적인 면도 보고하였다.

“한국병원이 더 좋아요 더 잘 되어 있고 다 편하게 할 수 있어서 좋았어요[M]”

“[한국의] 모르는 사람 아는 사람 다 똑같아요 우리나라에 서는 안 그래요 아는 사람 하면 먼저 진찰해 줘요[C]”

논 의

여성결혼이민자들은 사회적 경제적으로 취약한 상황에서 가정 내에서 아내로서 어머니로서 역할하고 있다. 이들의 의료서비스에 대한 접근성을 높이는 일은 여성결혼이민자 자신 뿐 아니라 자녀의 건강을 위해 필수적인 요소이다. 여성결혼이민자들의 의료서비스에 대한 경험을 귀납적 내용분석 방법을 이용하여 연구한 결과 다양한 경험을 파악할 수 있었다.

여성결혼이민자에 대한 국외연구를 보면 지난 10여 년간 30만 명 이상의 여성들이 결혼이민으로 정착한 타이완의 경우 Yang과 Wang(2003)은 여성결혼이민자들의 의료서비스 이

용에 대한 장애요인으로 의료자원에 대한 정보부족, 건강정보에 대한 이해를 저해하는 언어장애, 의사-환자 관계, 차별과 문화에 대한 선입견을 보고하였다. 이는 본 연구에서 도출된 언어장벽, 의료인의 차별과 유사하다 할 수 있다. 본 연구에서 도출된 경제적 부담이 타이완 연구에서는 주요 의료이용 장애요인으로 나타나지 않은 것은 타이완의 경우 외국인이 거주 기간 만 4개월이 되면 국적취득 여부와 상관없이 국민건강보험에 의무적으로 가입해야 하는 제도를 시행하고 있기 때문이라 생각된다(김동태, 설동훈, 2005).

한편 결혼이민자를 대상으로 한 분석은 아니나, Schepers, Dongen, Dekker, Geertzen 및 Dekker(2006)는 소수민족 환자들의 의료서비스 이용에 대한 장애요인을 환자수준, 의료제공자 수준, 시스템 수준으로 구분하였다. 본 연구의 결과를 Schepers 등(2006)의 분석틀로 보면 언어장벽, 동료집단의 지지부족은 환자수준, 의료인의 차별은 의료제공자 수준, 경제적 부담, 불충분한 진료시간, 병원이용 절차의 복잡함은 시스템 수준의 장애요인이라 볼 수 있다.

요약하면, 본 연구 결과를 결혼이민자 및 소수민족 환자들의 의료이용 경험에 대한 외국의 연구들과 비교했을 때, 부정적 경험의 성격을 띠는 언어장벽, 불충분한 진료시간, 병원이용절차의 복잡함, 동료집단의 지지부족, 의료인의 차별은 타이완 및 외국의 연구와 유사하게 나타났다. 그러나 우리나라 결혼이민자가 보고한 자녀건강상태에 대한 정보부족으로 인한 불안감은 기존 연구에서 보고되지 않은 요소이다. 이는 결혼이민자가 이민 직후 임신, 출산 및 영유아 양육을 경험하기 때문에 결혼이민자 대상자의 특별한 경험이라 할 수 있는데, 결혼이민자의 의료이용 경험에 대한 연구의 수가 매우 한정되어 있어 아직 기존연구에서 보고되지 않은 부분이라 생각된다. 자녀 건강을 책임지는 어머니로서의 역할을 중심으로 한 후속연구가 필요하다. 한편, 언어장벽해소를 위한 의료인의 배려와 친절, 가족의 도움, 선진화된 의료서비스 환경 등 의료이용에 있어서의 긍정적 측면에 대한 경험은 기존 연구에서는 언급된 적이 없는 요소이다. 이에 대한 후속연구를 통해 결혼이민자의 효과적인 의료서비스 이용을 돕는 긍정적 요소를 규명하고 이를 강화한다면 의료서비스 접근성 향상에 기여할 것이라 생각된다.

결혼이민자들의 언어소통 문제는 한국생활의 큰 어려움으로 지적되고 있다. 조석주(2007)의 결혼이민자를 대상으로 한 연구에서 대상자의 41.3%가 한국생활의 가장 큰 어려움으로 언어소통을 보고하였다. 언어소통의 어려움으로 인한 배우자와 가족 구성원 간에 겪는 갈등은 여러 연구에서 보고되어 왔다(김민영, 2007). 본 연구에서는 의사소통의 어려움이 의료서비스 이용에도 주요 장애요인이 되고 있음을 알 수 있었다.

이러한 문제를 해결하기 위하여 결혼이민자의 의료서비스

이용의 장애요인을 해소하는 중재프로그램이 필요하며, 의료서비스 이용을 위한 인터프리터 서비스의 제공이 하나의 대안이 될 수 있을 것이다. 연구 대상자들은 의료서비스 이용에서 언어소통의 문제를 지적하였으며, 자국어로 통역해주는 서비스가 제공되기를 희망하였다. 그러나 개별 의료기관에서 결혼이민자를 위한 통역서비스를 실시하거나 통역자원봉사자를 고용하는 것은 경제적 비용의 측면에서 실현가능성이 매우 낮다. 현재 결혼이민자를 위한 통역서비스를 제공하고 있는 곳은 여성부에서 위탁운영 중인 이주여성긴급지원센터가 있다. 전국에서 이용 가능한 콜센터를 운영하고 있으며 8개 국어로 상담에 대한 통역이 가능하다. 이주여성긴급지원센터는 결혼이민자의 체류에 관한 문제, 가정폭력 등의 긴급 상황, 임금체불 및 산업재해 등 노동과 관련된 상담을 주로 진행하고 있다. 따라서 결혼이민자의 일상생활에 필요한 통역서비스는 받기 힘든 실정이다. 보건복지가족부가 주관하고 있는 다문화가족지원센터, 건강가정지원센터 등에서도 한국어 교육과 통역서비스가 제공되고 있으나 통역서비스는 극히 제한적이다. 따라서 기존의 긴급 상황 지원을 위한 통역서비스가 아닌 결혼이민자의 일상생활 지원을 위한 인터프리터 서비스가 제공되어야 할 것이며, 서비스 내용에 의료서비스 이용에 관한 부분이 중점적으로 다루어져야 할 것이다. 구체적으로 3자 통화 방식의 인터프리터 콜센터를 구축하여 보건소, 병원 등의 간호사들이 결혼이민자 환자와의 의사소통을 위해 언제든지 이용할 수 있도록 하는 방안이 있다.

여성결혼이민자는 의료서비스 이용에 있어 경제적 부담을 경험하였다. 면접자들은 의료보험에 가입되어 있지 않아 의료비 부담을 느낀다고 보고하였는데 설동훈(2005)의 연구에 따르면 결혼이민자의 1/3 정도가 실질적인 의료보장을 받지 못하고 있으며 대상자의 18%는 의료서비스가 필요했음에도 경제적 이유로 병의원을 방문하지 못했다고 보고하였다. 본 연구에서도 의료비 부담은 의료서비스 접근성에 장애가 됨을 알 수 있었다.

그러나 건강보험법은 ‘국내에 입국 후 3개월이 초과한 날, 다만 국내에 3개월 이상 거주하지 아니한 재외 국민 또는 외국인이라도 유학, 취업, 결혼이민자의 사유로 3개월 이상 거주할 것이 명백한 자는 국내에 입국한 날’ 건강보험 지역가입자 자격을 취득할 수 있다고 명시하고 있다(국민건강보험공단, 2009). 즉 결혼이민자의 한국국적 취득 여부와 상관없이 본인이 직접 가입자가 되거나 남편의 피부양자로서 건강보험료를 납부하고 있으면 건강보험 급여를 받을 수 있도록 되어 있다. 그럼에도 많은 여성결혼이민자들이 국적취득 이전에도 건강보험 가입이 가능하다는 사실을 몰라 의료보장을 받지 못하는 것으로 나타났다(안영옥, 2009). 타이완의 경우 위생사에서 지속적으로 결혼이민자의 국민건강보험 가입을 독려하고

외국인의 국민건강보험 가입을 의무로 한 결과 높은 보험가입률을 나타내고 있다(김윤태, 설동훈, 2005). 우리나라도 결혼이민자에게 건강보험에 대한 적극적 홍보를 실시하고, 건강보험 가입을 신청에 의해서가 아닌 의무적 자동가입으로 전환하여 실질적 의료보장을 확대해야 할 것이다.

여성결혼이민자들은 의료진이 사용하는 의학용어와 외래어에 대한 이해부족을 경험하였다. 이민자가 아닌 경우에도 의학용어의 사용은 의료인과의 의사소통에 있어 장애요인으로 작용한다(Radford, 2001). 여성결혼이민자들은 일상생활에서의 한국어 능력뿐만 아니라 의학용어를 또 다른 영역의 의사소통 어려움으로 느끼고 있었다. 반면 중국 출신의 한 여성 이민자의 경우 의학용어에 한자어가 많아 오히려 이해가 쉬웠다고 하였으나 대상자의 학력이 높고 가족 가운데 의료인이 많다는 개인적인 상황이 의학용어에 대한 이해에 도움이 되었다고 생각되며, 다른 중국 출신의 여성이민자들의 경우 의학용어에 대한 이해의 어려움을 호소하였다. 따라서 일상생활에서의 한국어능력 증진을 위한 교육만으로는 병원환경에서의 의사소통 증진에 있어 한계가 있음을 알 수 있다. 결혼이민자의 의료서비스 이용의 장애요인을 해소하기 위하여 결혼이민자를 위한 한국어 교육프로그램에서 의료서비스이용 관련 언어교육의 강화가 필요하다. 현재 우리나라에서 결혼이민자와 그 가정(다문화가정)을 위한 다양한 사회적 지원 프로그램이 진행되고 있다. 결혼이민자를 대상으로 지원되는 프로그램들의 내용을 살펴보면 주로 한국어 교육, 한국문화에 대한 이해, 가족통합교육, 심리상담, 법률상담, 자녀지원사업, 다문화 인식개선 사업 등에 치중하고 있다(홍성희, 김성숙, 2009). 본 연구 대상자들도 지적하였듯이 한국어 의사소통의 어려움은 다양한 생활문제를 유발시키기 때문에 결혼이민자들에게 기본적인 의사소통을 위한 한국어 교육은 매우 중요하다고 할 수 있다. 결혼이민자를 위한 한국어 교육은 각 지역 건강가정지원센터, 다문화가족지원센터, 사회복지관 등 다양한 경로를 통해 제공되고 있으나 결혼이민자들은 좀 더 체계적이고 지속적인 한국어 교육을 요구하고 있으며, 특히 한국인에게 국어를 가르치듯 하는 것 보다는 생활과 결부된 한국어 교육을 원하고 있다(홍성희, 김성숙, 2009). 즉 결혼이민자들은 생활에 유용한 한국어 교육의 콘텐츠를 희망하고 있으며 여기에는 의료서비스 이용에 관한 콘텐츠도 포함되어야 할 것이다.

또한 여성결혼이민자들은 짧은 진료시간과 많은 대기자들로 인해 질문이 있어도 질문을 하지 못하는 어려움을 겪고 있었다. 짧은 진료시간으로 인한 의료요구의 불충족은 결혼이민자뿐 아니라 일반적으로 우리나라 환자들이 경험하는 의료서비스 관련 주요 불만사항이기도 하다(김미라, 이기춘, 2003). 한국인들에게도 짧은 진료시간은 의료진과의 의사소통을 어렵게 하고 충분한 건강정보를 습득하는데 장애가 되는 요인인데,

한국어로 표현하고 이해하는데 어려움이 있는 여성결혼이민자는 정해진 진료시간 내에 정보를 얻는데 더욱 한계를 가지게 된다.

결혼이민자들은 진료신청서 작성 등 진료를 받기 위한 과정도 어렵게 느끼고 있었다. 진료신청서를 작성하여 접수하는 과정에서 한글 독해 및 쓰기 능력이 작성에 충분하지 못하다가 병원에서의 접수과정이라는 것을 경험해 보지 못한 경우 접수과정에서의 어려움은 더욱 커지게 된다. 작성을 돕기 위해 작성을 도와주는 봉사자나 여러 나라 말로 제공되는 샘플 진료신청서가 있다면 접수과정에서의 어려움은 감소될 것이라 생각된다. 더불어, 결혼이민자의 시각으로 제작된 의료서비스 체계에 대한 홍보 또한 필요하다. 연구 대상자들은 병원에서 의료서비스를 받기 위해 진행되는 상황이 낯설고 잘 모르기 때문에 오는 당황스러움을 토로하였다. 우리나라의 건강보험제도, 영유아와 관련된 여러 가지 정책지원 등을 결혼이민자의 자국어로 작성된 홍보자료가 필요하다. 현재 결혼이민자를 대상으로 베트남, 중국, 캄보디아, 필리핀 등의 언어로 제작된 한국생활에 관한 정보제공지에 의료서비스 이용에 관한 내용이 제공되고 있다. 보건복지가족부의 다문화가족지원센터에서 발행하는 ‘레인보우플러스’와 같은 생활정보제공지는 다국어로 제작되어 배포되고 있으며, 그 내용 중 ‘여성과 건강’이라는 주제로 병원이용 등에 관한 사항을 다루고 있다. 그러나 우리나라 국민을 위한 홍보책자를 외국어로 번역한 정도를 넘어 우리나라의 의료서비스 체계에 대한 기본적인 이해를 할 수 있는 자료의 제공이 필요하다. 우리나라와 자국의 의료서비스 체계를 간단히 비교하여 제시한다면 이해를 도울 수 있을 것이다.

본 연구에서 여성결혼이민자는 의료서비스 제공자와 환자관계에서도 차별을 느끼는 것으로 나타났다. 조석주(2007)의 연구에서 여성결혼이민자의 약 30%가 인종 간 평등정도에 대해 불만족하거나 매우 불만족했으며, 매우 만족하거나 만족하는 경우는 20%에 그쳤다. 의료서비스 제공자인 의사 또는 간호사와 환자 관계는 이미 의학담론에 있어 의료제공자가 우위에 있는 상황인데, 인종적으로도 환자가 약자인 경우 환자가 느끼는 약자로서의 차별은 더욱 클 수 있다(고진강, 2007). 소수민족의 의료서비스 이용 장애를 감소시키는 서비스로 통역, 다인종 의료제공자, 자원봉사, 다양한 문화에 따른 영적 서비스 등이 제시되고 있다(Lorenz et al., 2004).

환편 언어장벽해소를 위한 의료인의 배려와 친절, 가족의 도움, 선진화된 의료서비스 환경과 같은 긍정적 측면도 보고되었다. 소수민족의 의료이용에 대한 기존의 연구들은 장애요인을 규명하는데 치중해 왔고 긍정적 경험을 바탕으로 한 지지요인에 대한 연구는 매우 제한적이었다. 본 연구의 결과를 바탕으로 결혼이민자들의 적절한 의료서비스 이용을 강화할

수 있는 방안들을 규명하는 후속연구들이 필요하다.

의료인의 배려와 친절은 다문화에 대한 수용성과 밀접한 관계에 있다. 민족 또는 문화에 따른 다양성에 대한 배려와 개인적 가치와 신념에 대한 존중은 의료인으로서 반드시 갖추어야 할 요소이다. 그러나 실질적 임상실무에서는 서로 가치와 신념이 다른 의료인과 환자 사이에는 존중보다는 차별이 발생하기 쉽다. 따라서 소수민족에 대한 존중 및 배려에 대해 끊임없는 의료인의 자각과 노력이 필요하다. 특히 간호교육에 있어서는 세계적으로 문화적 수용능력(cultural competency)의 증진을 위한 학부교육과정이 개발 운영되고 있으며 임상보수교육에서도 그 중요성이 강조되고 있다(Donnelly, 2000; Villarruel, 1995).

또한 대학의 간호교육 및 간호실무자에 대한 보수교육에 다문화사회에 대한 이해와 소수민족의 의료 서비스 이용 권리 등에 관한 교육내용이 포함되어야 할 것이다. 특히 여성결혼이민자들이 많이 이용하게 되는 산부인과, 소아과 등 관련 영역의 간호사들에 대한 교육이 더욱 요구된다.

결론 및 제언

본 연구는 심층면담을 통해 여성결혼이민자들의 의료서비스 이용 경험을 기술한 귀납적 내용분석연구이다. 연구대상자는 서울 A구의 한국어 교육프로그램에 등록되어 있는 여성결혼이민자 15명이었다.

여성결혼이민자의 의료서비스 이용에 관련한 경험으로 열 개의 카테고리 -언어장벽, 경제적 부담, 불충분한 진료시간, 병원이용 절차의 복잡함, 동료집단의 지지부족, 의료인의 차별, 자녀건강상태에 대한 정보부족으로 인한 불안감, 언어장벽해소를 위한 의료인의 배려와 친절, 가족의 도움, 선진화된 의료서비스 환경이 도출되었다.

본 연구의 제한점으로는 서울 A구 한국어 교육프로그램을 통해 대상자 모집이 이루어졌으므로, 연구결과는 연구대상자에 한정되며 다른 여성결혼이민자에게 적용하는데 제한이 있다. 특히 연구대상자를 한국어로 기본적인 의사소통이 가능한 자로 제한함으로써 의료이용에 더 심각한 어려움을 겪고 있을, 한국어가 가능하지 않은 대상자의 경험을 포함하지 못하였다. 또한 본 연구의 대상자의 출신국이 5개국인데 출신국가에 대한 차이점에 대한 심도 있는 연구가 이루어지지 못했다.

그럼에도 기존 연구가 거의 없는 현실에서 본 연구가 여성결혼이민자들의 의료이용에 관련된 부정적 긍정적 경험을 분석함으로써 후속연구에 기초 자료를 제공한다는데 그 중요성이 있다.

본 연구의 결과를 바탕으로 한 후속연구를 위한 제언은 다음과 같다.

- 한국어가 가능하지 않은 여성결혼이민자를 대상으로 한 반복연구가 필요하다.
- 출신국가에 따른 의료이용경험의 상이성에 대한 연구가 필요하다.
- 여성결혼이민자들의 의료이용관련 긍정적 경험과 부정적 경험을 측정할 수 있는 구조화된 설문지 개발이 필요하다.
- 일반화를 위해 대표성을 띠는 표본을 대상으로 위의 구조화된 설문지를 이용한 연구가 필요하다.
- 설문지를 이용한 기술연구를 바탕으로 긍정적 경험은 강화하고 부정적 경험은 감소시키는 중재연구가 필요하다.

간호교육 및 실무를 위한 제언은 다음과 같다.

- 간호사는 소수민족인 여성결혼이민자들의 의료이용경험을 이해한다.
- 간호학생과 임상간호실무자에 대한 교육과정은 다양성에 대한 이해를 돕는 문화적 수용능력 진작교육과 소수민족의 의료 서비스 이용 권리존중을 위한 방안에 대한 교육을 포함해야 한다.

참고문헌

- 고진강 (2007). Nursing philosophy: Foucault and cultural diversity issues in the nursing field. *한국간호과학회지*, 37(2), 208-212.
- 국민건강보험공단 (2009, January). 장기체류 재외국민 및 외국인의 지역가입자 자격취득 적용기준은? Retrieved May, 1, 2009, from 국민건강보험공단 Web site: <http://www.nhic.or.kr/cms/board/board/SelectBoardForm.jsp?communityKey=B0247&boardId=26>
- 김경신 (2006). 결혼이민자가족의 수용과 정착을 위한 학문적, 실천적 측면에서의 접근. 한국가정관리학회 학술발표대회 자료집, 21-42.
- 김미라, 이기춘 (2003). 외래환자의 의료서비스에 대한 소비자 만족척도의 개발. *소비자학연구*, 14(2), 197-214.
- 김미중, 김태임, 권윤정 (2008). 여성 결혼이민자의 건강증진 행위와 피임에 관한 연구. *여성건강간호학회지*, 14(4), 323-332.
- 김민영 (2007). 여성결혼이민자 적응지원에 관한 연구. 원광대학교 행정대학원 석사논문, 익산.
- 김연희 (2007). 한국 사회의 다문화화와 사회복지분야의 문화적 역량. *사회복지연구*, 35, 117-144.
- 김오남, 김경신, 이정화 (2008). 결혼이민자 남편의 부부관계 향상 프로그램 효과성에 관한 연구. *한국가정관리학회지*, 26(1), 69-84.

- 김윤태, 설동훈 (2005). 대만의 국제결혼 이민자 복지 정책. *중소연구*, 107, 143-187.
- 박정숙, 박옥입, 김진희 (2007). 국제결혼 이주여성의 가족갈등과 생활만족도에 대한 연구. *한국가정관리학회지*, 25(6), 59-70.
- 설동훈 (2005). *국제결혼 이주여성 실태조사 및 보건 복지 지원 정책방안*. 서울: 보건복지부.
- 안양희 (2008). 일 지역 여성결혼이민자의 건강상태 및 건강행위. *한국보건간호학회지*, 22(1), 18-26.
- 안영옥 (2009, February 21). 결혼이민자 건강보험 가입하세요. *강원도민일보*. Retrieved May 1, 2009, from <http://www.kado.net/news/articleView.html?idxno=402400>
- 양애경, 이선주, 최훈석, 김선화, 정혁 (2007). *여성결혼이민자에 대한 지역사회의 수용성 연구*. 서울: 한국여성정책연구원.
- 이무영, 강기정 (2007). 국제결혼 이주여성의 자아존중감 및 결혼만족도 향상을 위한 현실요법 집단프로그램의 효과. *한국가족복지학*, 12(2), 29-44.
- 조석주 (2007). 다문화 공생을 위한 지방자치단체의 기능 강화방안. *지방행정연구*, 21(3), 3-46.
- 통계청 (2009, March 25). *보도자료: 2008년 혼인통계 결과*. Retrieved March 3, 2009, from http://www.nso.go.kr/nso2006/k04__0000/k04b__0000/k04ba_0000/k04ba_0000.html?method=view&board_id=78&seq=631&num=631
- 홍성희, 김성숙 (2009). 여성결혼이민자 가족의 지원을 위한 통합적 교육프로그램 개발에 관한 연구. *한국가족자원경영학회지*, 13(1), 119-146.
- Donnelly, P. L. (2000). Ethics and cross-cultural nursing. *J Transcult Nurs*, 11(2), 119-126.
- Elo, S., & Kyngas, H. (2007). The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs*, 62(1), 107-115.
- Holtzlander, L. F. (2008). Ways of knowing hope: Carper's fundamental patterns as a guide for hope research with bereaved palliative caregivers. *Nurs Outlook*, 56(1), 25-30.
- Hsieh, H., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288.
- Lorenz, K. A., Ettner, S. L., Rosenfeld, K. E., Carlisle, D., Lie, H., & Asch, S. M. (2004). Accommodating ethnic diversity: A study of California hospice programs. *Med Care*, 42(9), 871-874.
- Maier-Lorentz, M. M. (2008). Transcultural nursing: its importance in nursing practice. *J Cult Divers*, 15(1), 37-43.
- Radford, T. (2001). Language-the barrier and the bridge between science and public. *Croat Med J*, 42(4), 353-355.
- Sheppers, E., Dongen, E., Dekker, J., Geertzen, J., & Dekker, J. (2006). Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: A review. *Fam Pract*, 23, 325-348.
- Villarruel, A. M. (1995). Culturally competent nursing research: Are we there yet? *Capsules and Comments in Pediatric Nursing*, 1(4), 18-25.
- World Health Organization (1981). *Global Strategy for Health for All by the Year 2000*. World Health Organization, Geneva. Retrieved March 5, 2009, from <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800038.pdf>
- Yang, Y., & Wang, H. (2003). Life and health concerns of Indonesian women in transnational marriages in Taiwan. *J Nurs Res*, 11(3), 167-176.

Married Female Migrants' Experiences of Health Care Services

Koh, Chin-Kang¹⁾ · Koh, Sun-Kang²⁾

1) Full-time Lecturer, College of Nursing, Seoul National University

2) Associate Professor, Department of Social Work, Sungshin Women's University

Purpose: The purpose of this study was to describe married female migrants' experiences of health care services and to help nursing researchers, nursing educators, and clinical nurses understand married female migrants' experiences. **Method:** A conventional content analysis method was utilized. Individual in-depth interviews with 15 married female migrants were conducted. Subject recruitment was performed at a district in Seoul. **Results:** Ten categories were induced: language barrier, financial burden, insufficient time with a physician, complexity of utilization process, lack of support from peer group, health care providers' discrimination, anxiety regarding lack of information about children's health, health care providers' concerns and efforts to minimize the language barrier, family support, and advanced health care service environment. **Conclusion:** This study provides basic knowledge regarding married female migrants' experiences related to health care services. Future research should designate and utilize valid instruments to measure the positive and negative experiences and to explore strategies to strengthen the positive features while eliminating the negative ones. Finally, the Korean nursing education curriculum should include cultural competence and knowledge about an ethnic minority's right to health service utilization.

Key words : Marriage, Migrants, Minority health, Health services accessibility

• Address reprint requests to : Chin-Kang Koh

Full-time lecturer, College of Nursing, Seoul National University

28 Yeonkun dong, Jongnogu, Seoul 110-799, Korea

Tel: 82-2-740-8813 Fax: 82-2-765-4103 E-mail: ckoh@snu.ac.kr