

# 국내 여성결혼이민자의 출신국별 건강행위와 관련 요인

양 숙 자

이화여자대학교 간호과학부 부교수

## Health Behaviors and Related Factors among Asian Immigrant Women in Korea by Ethnicity

Yang, Sook Ja

Associate Professor, Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University

**Purpose:** This study aimed to assess the prevalence of smoking, alcohol consumption, physical activity and diet and to identify sociodemographic factors related with health behaviors among Asian immigrant women in Korea by ethnicity. **Methods:** A cross-sectional study using structured questionnaires was conducted in 396 immigrant women from China, Vietnam, and the Philippines to Korea through international marriage. The associations between health behaviors and sociodemographic characteristics were assessed using multivariate logistic regression analyses. **Results:** The prevalence of current smoking, alcohol consumption, physical inactivity, and abnormal diet were 4.2%, 7.6%, 49.3%, and 31.9%, respectively. The prevalence of current smoking (7.6%) and physical inactivity (56.7%) was highest in Chinese immigrant women. However, the prevalence of current smoking (2.7%) and alcohol consumption (3.8%) were lowest in Vietnamese immigrant women. Immigrant women who had been living in Korea for a long time since immigration ( $\geq 5$  years) had a higher prevalence of alcohol consumption compared to those of who had been living in Korea for a short time since immigration ( $< 5$  years) (OR=2.95, 95% CI=1.74-5.01). **Conclusion:** Health promotion programs for immigrant women should be differentiated based on health behaviors and their related factors by ethnicity.

**Key Words:** Immigrants, Smoking, Alcohol consumption, Physical activity, Diet

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라의 2009년 국제결혼 건수는 전체 결혼의 10.8%에 이르고 있다(Statistics Korea, 2010). 1990년대 이전 국제결혼은 주로 경제적 여유가 있는 일본 및 서구사회의 남성과 한국여성의 결혼이 대부분이었다(Kim, 2007). 그러나

1990년대 이후 한국남성과 외국여성간의 결혼이 증가하기 시작하여 최근 10년간 급증함에 따라 2010년 국제결혼의 75.5%를 차지하게 되었고, 한국으로 이주해 온 여성결혼이민자는 총 120,831명으로 우리사회는 이제 다문화 사회로 진입하게 되었다(Korea Immigration Service [KIS], 2010).

북미나 유럽 국가에서 이민자를 받아들이는 이유는 인구의 노령화 및 출산율 감소에 따른 노동력 확보와 크게 관련되어 있다(Korea International Labour Foundation,

**주요어:** 여성결혼이민, 흡연, 음주, 신체활동, 식생활

**Address reprint requests to :** Yang, Sook Ja, Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University, 11-1 Daehyun-dong, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea. Tel: 82-2-3277-4652, Fax: 82-2-3277-2850, E-mail yangsj@ewha.ac.kr

- 본 연구는 보건복지부 2009년 국민건강증진기금에 의해 수행된 연구의 일부임.

- The research reported in this article was supported by a grant from the Health Promotion Fund, Ministry of Health & Welfare, Republic Korea (NO. 09-37).

투고일 2011년 2월 14일 / 수정일 2011년 3월 21일 / 게재확정일 2011년 3월 22일

2008). 그러나 우리나라를 포함한 타이완 등 몇몇 아시아 국가들의 경우 농촌 지역 남성들이 결혼할 여성의 부족으로 나이 어린 외국인 신부를 맞이하며 결혼이민이 증가하고 있다(Lin & Hung, 2007). 이와 같은 이주노동자 또는 결혼이민자의 대부분은 출신국에 비해 사회경제적인 여건이 더 나은 국가로 이주하여 사회의 한 구성원으로서 새로운 문화, 언어, 가치관 등의 사회문화적 생활환경을 공유하며 점차 이민국 사람들의 태도, 감정을 수용하게 되어 이들과 통합되는 사회문화적 적응을 경험하게 된다(Lara, Gamboa, Kahramanian, Morales, & Bautista, 2005).

그러나 이민자들의 사회문화적 적응은 건강행위에 부정적인 영향을 미쳐 건강수준을 악화시키며 만성질환 유병률을 증가시키는 것으로 보고되고 있다(Lara et al., 2005). 일반적으로 이민자들의 건강수준은 이민초기에 이민국의 일반인 보다 더 좋은 경향을 보인다(McDonald & Kennedy, 2004). 이는 젊고 건강한 사람이 이민을 시도하며, 이민국에서도 건강한 사람들을 허가해 주는 경향이 있고, 이민 후 직업을 구할 때 건강이 기본조건이 되기 때문이다(Chen, Ng, & Wilkins, 1996). 그러나 이민국에서의 체류기간이 증가함에 따라 이민자들의 건강은 악화되어 새로 온 이민자들과 비교하여 건강 수준이 낮아지게 되며, 이민국의 일반인과의 건강수준 격차는 점차 줄어드는 수렴현상을 보인다(McDonald & Kennedy, 2004). 오히려 일정 체류기간이 지난 이민자들의 건강수준은 이민국의 일반인과 비교하여 더 좋지 않은 것으로 확인되었다(Newbold & Danforth, 2003). 이러한 수렴현상은 이민자들이 이민국의 일반인과 동일한 생활방식, 사회문화적 환경 및 물리적 환경요인에 노출되어 사회문화적 적응을 경험하며(Stephen, Foote, Hendershot, & Schoenborn, 1994), 이 과정에서 신체활동의 감소와 함께 전통적인 식이패턴보다 높은 칼로리 식이 섭취(Mohan, 2004), 흡연행위(Hyman, Fenta, & Noh, 2008), 알코올 소비(Allamani, Innocenti, Innocenti, Cipriani, & Voller, 2009) 등 이민국 일반인의 부정적 건강행위를 따르기 때문인 것으로 보고되고 있다. 국내 여성결혼이민자의 건강수준 향상 및 만성질환 예방을 위해 사회문화적 적응과정에서 노출될 수 있는 흡연, 부적절한 식습관, 운동부족, 알코올 섭취 등 건강행위에 대한 현황 파악이 필요하다.

또한 이민자들의 건강행위는 사회문화적 적응뿐만 아니라 인종, 경제수준, 교육수준 등에 의해서도 영향을 받는 것으로 보고되고 있다(Lara et al., 2005; McDonald & Kennedy, 2004). 흡연은 남성 이민자에서는 경제수준이

낮을수록, 여성이민자에서는 교육수준이 높을수록 흡연율이 높으며(Nierkens, de Vries, & Stronks, 2006), 신체활동은 사회경제적 수준이 낮을수록 시간적, 경제적 여유가 없어 실천율이 낮은 것으로 보고되었다(Dogra, Meisner, & Ardern, 2010). 또한 흡연, 음주, 신체활동 등의 건강행위는 연령, 교육수준, 수입 등을 통제한 후에도 인종에 따라 차이를 보였다(Balluz, Okoro, & Nokdad, 2008).

따라서 한국의 여성결혼이민자들은 이민 이후 새로운 문화적, 사회적 환경에서의 적응과정을 거치며 기존의 건강행위가 단절되거나 변형되는 사례가 있을 수 있으며, 이는 이들의 출신국, 체류기간, 경제수준, 교육수준 등 인구사회학적 특성에 의해 영향을 받을 수 있다.

그러나 지금까지 국내에서 이루어진 여성결혼이민자 대상의 건강행위 관련 연구를 살펴보면, 여성결혼이민자의 건강증진 행위와 피임에 관한 연구(Kim, Kim, & Kwon, 2008), 일 지역 여성결혼이민자의 건강상태 및 건강행위(Ahn, 2008), 여성결혼이민자들의 생식건강 실태 조사에서의 건강행위(Kim, Hwang, Jang, Yoon, & Kang, 2008) 등 일부 연구가 이루어졌으나, 조사 대상이 일부 출신국에 한정되어 있거나 출신국별로 건강행위를 분석한 연구도 거의 없어 우리나라 여성결혼이민자의 출신국에 따른 건강행위 양상을 파악하기 어려운 실정이다. 또한 한국 여성결혼이민자들이 점차 한국사회에 정착하여 이들의 한국체류기간이 평균 5.1년이 되었으나(Kim et al., 2010), 이들의 체류기간에 따른 건강행위 양상에 관한 연구도 거의 수행되지 않았다.

이에 본 연구에서는 우리나라에 가장 많이 거주하고 있는 중국, 필리핀, 베트남 출신 여성결혼이민자의 건강행위와 출신국별 흡연, 음주, 신체활동, 식생활 등의 건강행위를 조사하고, 여성결혼이민자들의 건강행위와 관련된 체류기간을 포함한 인구사회학적 특성을 파악하고자 한다. 이를 통해 궁극적으로 우리나라 여성결혼이민자의 인구사회학적 특성을 반영한 건강행위 교육 프로그램 개발 및 이들의 만성질환 예방 정책 방안을 마련하는데 필요한 자료를 제공하여 이들의 삶의 질을 향상시키는데 기여하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 우리나라에 거주하고 있는 여성결혼이민자의 건강행위, 이들의 출신국별 건강행위와 및 관련 요인을 파

악하기 위한 것이다. 구체적인 연구목적은 첫째, 여성결혼 이민자의 인구사회학적 특성을 파악한다. 둘째, 여성결혼 이민자의 흡연, 음주, 신체활동 및 식생활을 파악한다. 셋째, 여성결혼이민자의 출신국별 흡연, 음주, 신체활동 및 식생활의 차이를 파악한다. 셋째, 여성결혼이민자의 흡연, 음주, 신체활동, 식생활과 관련된 인구사회학적 특성을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 구조화된 설문지에 의해 한국 거주 여성결혼 이민자의 흡연, 음주, 신체활동, 식생활 등 건강행위를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 이화여자대학교 IRB (Institutional Review Board)에 연구 계획서를 제출하여 승인을 받은 후 연구를 진행하였다.

### 2. 연구대상

한국인 남성과 국제 결혼하여 도시(4개 시·구)와 농촌(4개 군) 지역에 거주하며 공공보건기관(구청, 보건소, 보건진료소)이나 사회복지기관(다문화가족지원센터, 복지관, 건강가족지원센터)의 다문화가족 보건복지 프로그램을 이용하고 있는 여성결혼이민자를 근접 모집단으로 하여 편의의 추출에 의해 본 연구대상으로 총 396명의 여성결혼이민자를 선정하였다. 본 연구대상자 선정기준은 다음과 같다; 1) 한국인 남편과 국제 결혼하여 10년 이내의 국내 체류기간을 지닌 중국, 필리핀, 베트남 출신 여성결혼이민자, 2) 본 연구의 목적을 설명하여 연구조사에 참여하기로 동의한 자. 본 연구에서는 최근 10년간 여성결혼이민자가 급증한 점을 반영하고, 체류기간이 10년 이상 되는 경우 이들의 사회문화적 적응 수준이 상당히 다를 수 있으므로 연구대상에서 제외시켰다. 또한 국내 여성결혼이민자 중 베트남 출신 여성이 가장 많아 28.1%, 중국 25.7%, 한국계 중국인 20.1%, 일본 7.9%, 필리핀 5.8% 순으로 주류를 이루고 있는데(KIS, 2010), 한국인과 유사한 인구학적, 문화적 배경을 가지고 있는 한국계 중국인, 종교적 차원에서 결혼을 통해 이민 온 일본인을 제외한, 국내에 가장 많이 거주하고 있는 중국, 필리핀, 베트남 출신 여성결혼이민자를 연구대상으로 선정하였다.

### 3. 연구도구

본 연구에서 출신국, 연령, 교육수준, 거주 지역, 한국 체류기간 등 인구사회학적 특성 5개 문항과 흡연, 음주, 신체활동, 식생활 등 건강행위 4개 문항 등 총 9개 문항으로 설문지를 구성하였다.

2007년 국민건강영양조사표(Korea Ministry of Health, Welfare and Family Affairs [KMHWFA] & Korea Center for Disease Control and Prevention [KCDC], 2009)의 흡연과 음주 문항을 참고하여 흡연은 현재 흡연 함, 과거에는 흡연하였으나 현재 흡연 안 함, 전혀 흡연한 적 없음, 음주는 전혀 안 함, 월 1회 미만, 월 1회 이상으로 구분하여 측정하였으며, 신체활동은 전혀 안 함, 주 1~4일, 주 5일 이상 등 세 항목으로 측정하였다.

식생활 조사는 Kim, Cho와 Lee (2003)가 성인의 식사의 질을 간단히 평가하기 위해 개발한 식생활 진단도구를 사용하였다. 이 도구는 1995년 국민건강영양조사결과를 이용하여 각 식품군의 평균 섭취 횟수 추정을 통해 설정한 건강식이지표 10개 항목 및 점수 기준에 기초하여 개발한 식생활 진단 도구로 우유 및 유제품, 육류, 채소류, 과일류, 포화지방산, 콜레스테롤, 염분, 식사의 규칙성, 간식 그리고 편식 섭취량을 측정하는 총 10개 문항으로 구성되어 있다. 점수 기준은 '항상 그런 편이다' 5점, '보통이다' 3점, '그렇지 않은 편이다' 1점으로, 총점의 범위는 최저 10점에서 최고 50점으로, 5, 6, 7, 9번 문항은 역코딩하여 점수화하였으며, 30점 이상이면 정상으로 진단한다. 본 연구에서 신뢰도 Cronbach's  $\alpha = .716$ 이었다.

### 4. 자료수집

자료수집은 2009년 6월 초부터 7월 말까지 약 2개월 동안 진행되었다. 조사대상 지역에서 여성결혼이민자들을 위한 보건복지 프로그램을 제공하고 있는 공공보건기관(구청, 보건소, 보건진료소)과 사회복지기관(다문화가족지원센터, 복지관, 건강가족지원센터)에 본 연구의 목적과 내용을 공문발송과 직접방문을 통해 설명한 후 본 조사에 대한 협조를 구하였다. 그리고 조사대상 선정기준에 적합한 여성결혼이민자를 대상으로 연구의 목적과 내용, 설문조사의 소요시간, 연구참여 후 보상내용 등에 대해 설명하고, 연구참여에 동의한 경우 서면동의서를 작성한 후 조사를 실시하였다. 본 설문조사는 간호사 면허를 소지한 자,

또는 간호학과 대학생으로 구성된 조사요원팀에 의해 실시되었으며, 설문조사에 앞서 조사요원팀에게 사전훈련을 2회 실시하였다. 설문조사에 소요된 시간은 평균 40분 정도이었다.

설문조사에서 여성결혼이민자의 언어적 문제를 최소화하여 정확한 자료를 수집하기 위해 1차 한국어로 설문지 개발한 후, 베트남어, 중국어, 영어 등 이들의 출신국 언어로의 번역본 설문지를 사용하였다. 번역본 설문지는 각 출신국의 통번역 전문가의 번역과 원어민의 검토과정을 거쳐 개발되었으며, 여성결혼이민자 21명의 사전 조사를 통해 이해하기 쉬운 용어로 수정, 보완하여 최종 확정되었다. 또한 설문조사 시 한국어학당 교사 또는 보건소의 통역요원을 조사보조요원으로 활용하여 연구참여자가 충분히 이해하고 응답할 수 있도록 하였다.

5. 자료분석

본 연구의 자료분석은 SPSS/WIN 17.0을 프로그램을 활용하여 분석하였다. 첫째, 대상자의 출신국별 인구사회학적 특성과 건강행위를 파악하기 위해 서술통계(빈도수와 백분율, 평균과 표준편차)를 산출하였다. 둘째, 대상자의 출신국별 인구사회학적 특성과 건강행위의 차이를 검정하기 위해  $\chi^2$  test를 시행하였으며,  $p$ 값이 .05 이하인 것을 유의하다고 해석하였다. 셋째, 대상자의 출신국별 흡연, 음주, 신체활동, 식생활과 관련된 인구사회학적 특성을 파악하기 위해 이분형 다중로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석 시에는 3개의 세부항목으로 구성되어 있는 흡연(현재

흡연, 과거 흡연, 전혀 안 함), 음주(전혀 안 함, 월 1회 미만, 월1회 이상), 신체활동(전혀 안 함, 주 1~4일, 주 5일 이상) 변수를 흡연 여부(흡연, 비흡연), 음주 여부(음주, 비음주), 신체활동 여부(신체활동 안 함, 신체활동 함) 의 2개 세부항목으로 변환하여 처리하였다. 대상자의 연령과 체류기간 사이의 상관관계가 유의하게 높아 이분형 다중로지스틱 분석에서는 연령변수를 포함시키지 않았다.

연구결과

1. 대상자의 인구사회학적 특성

대상자의 인구사회학적 특성을 살펴보면, 평균 연령은 29.6세로, 30세 미만이 56.6%를 차지하며, 농촌 지역에 56.6%가 거주하고 있으며, 중학교 이하의 학력을 가진 경우가 35.5%, 그리고 평균체류 기간이 4.8년으로 5년 미만의 체류기간인 경우가 69.2%를 차지하였다(Table 1).

대상자의 인구사회학적 특성은 출신국에 따라 통계적으로 차이가 있는 것으로 나타났다( $p < .01$ ). 대상자의 연령은 베트남 출신 대상자의 89.7%가 30세 미만으로 가장 젊은 편이었다. 도시에는 중국 출신 대상자(61.3%), 농촌에는 베트남 출신 대상자(64.6%)가 가장 많이 거주하고 있으며, 교육수준은 베트남 출신 대상자가 가장 낮아 중학교 이하인 경우가 58.6%인 것으로 나타났다. 체류기간은 베트남 출신 대상자의 91.4%가 5년 미만으로 가장 짧은 반면, 필리핀 출신 대상자의 체류기간이 가장 길어 5년 이상이 67.0%인 것으로 나타났다.

Table 1. Sociodemographic Characteristics of Asian Immigrant Women by Ethnicity (N=396)

Characteristics	Categories	Chinese	Filipino	Vietnamese	Total	$\chi^2$	$p$	M±SD
		(n=106)	(n=98)	(n=192)	(n=396)			
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
Age <sup>†</sup> (year)	< 30	25 (23.6)	24 (27.0)	166 (89.7)	215 (56.6)	161.50	< .001	29.6±7.03
	≥ 30	81 (76.4)	65 (73.0)	19 (10.3)	165 (43.4)			
Residence	Urban	65 (61.3)	39 (39.8)	68 (35.4)	172 (43.4)	19.35	< .001	
	Rural	41 (38.7)	59 (60.2)	124 (64.6)	224 (56.6)			
Education <sup>†</sup>	< Middle school	23 (22.3)	3 (3.3)	109 (58.6)	135 (35.5)	142.10	< .001	
	High school	46 (44.7)	34 (37.4)	71 (38.2)	151 (39.7)			
	≥ College	34 (33.0)	54 (59.3)	6 (3.2)	94 (24.7)			
Times since immigration <sup>†</sup>	< 5 yrs	65 (61.3)	30 (33.0)	170 (91.4)	265 (69.2)	102.12	< .001	4.8±3.22
	≥ 5 yrs	41 (38.7)	61 (67.0)	16 (8.6)	118 (30.8)			

<sup>†</sup>Missing values were excluded.

## 2. 대상자의 건강행위

대상자의 흡연, 음주, 신체활동, 식생활은 Table 2와 같다. 대상자의 현재 흡연율은 4.2%, 과거 흡연율은 2.7%, 월 1회 이상의 월간 음주율은 7.6%, 신체활동 미실천율은 49.3%, 식생활 비정상율은 31.9%인 것으로 나타났다.

흡연율, 음주율, 신체활동 미실천율은 출신국에 따라 통계적으로 차이가 있었다( $p < .05$ ). 현재 흡연율은 중국 출신 대상자에서 가장 높아 7.6% 인 반면, 베트남 출신 대상자에서는 2.7%로 가장 낮았으며, 과거 흡연율도 중국(4.8%)이 가장 높았고 베트남(0.5%)이 가장 낮았다. 월간 음주율은 필리핀 출신 대상자에서 가장 높아 12.1%인 반면, 베트남 출신 대상자에서 가장 낮아 3.8%인 것으로 나타났다. 신체활동 미실천율은 중국 출신 대상자에서 가장 높아 56.7%가 전혀 안하는 것으로 나타났으며, 필리핀 출신 대상자에서 가장 낮아 35.6%이었다.

식생활 비정상율은 베트남 출신 대상자에서 37.3%, 중국 30.8%, 필리핀 23.2% 순이었으나, 출신국에 따라 통계적으로 차이가 없는 것으로 나타났다.

## 3. 대상자의 건강행위와 관련된 인구사회학적 특성

대상자의 흡연율, 신체활동 실천율, 식생활 비정상율은 체류기간, 거주지, 교육수준에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 반면 대상자의 음주율은 5년 미만 체류기간에 비해 5년 이상 체류기간의 대상자에서 2.95배 더

높은 것으로 나타났으며( $p < .001$ ), 거주지, 교육수준에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 3).

## 논 의

우리나라 여성결혼이민자들의 건강유지·증진 및 만성 질환 예방을 위해서 금연, 금주, 신체활동, 건강한 식생활 등 건강행위 실천은 매우 중요하다. 그러나 이민국에서의 정착을 위한 사회문화적 적응과정은 건강행위에 부정적인 영향을 미쳐 오히려 건강하지 못한 건강행위로의 변화를 가져온다는 보고(Lara et al., 2005; McDonald & Kennedy, 2004; Newbold & Danforth, 2003)가 있어, 본 연구에서 이들의 건강행위와 관련된 요인을 파악하고자 하였다.

본 연구대상자의 인구사회학적 특성이 전국 다문화가족의 85.3%를 조사한 전국 다문화실태조사연구(Kim et al., 2010)의 여성결혼이민자의 연령(20~30대 연령군 81%), 교육수준(중학교 이하 교육수준 36.1%), 평균 체류기간(5.1년)과 유사하여 본 연구 표본이 전국 여성결혼이민자의 모집단을 일부 대표한다고 볼 수 있다.

본 연구에서 베트남 출신 여성결혼이민자의 교육수준이 가장 낮은 것으로 나타났는데 전국 다문화실태조사연구(Kim et al., 2010)에서도 유사한 경향을 보여 베트남 출신 여성결혼이민자의 61.9%가 중학교 이하의 학력인 것으로 보고되고 있다. 또한 본 연구에서 베트남 출신 여성결혼이민자들에서 젊은 연령층의 비율이 가장 높았고 한국체류기간이 가장 짧았는데 이는 국내 베트남 출신 여성결혼이민

**Table 2.** Patterns of Health Behaviors among Asian Immigrant Women by Ethnicity

(N=396)

Health behaviors	Categories	Chinese	Filipino	Vietnamese	Total	$\chi^2$	p
		(n=106)	(n=98)	(n=192)	(n=396)		
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Smoking	Current	8 (7.6)	3 (3.4)	5 (2.7)	16 (4.2)	10.53	.032
	Former	5 (4.8)	4 (4.5)	1 (0.5)	10 (2.7)		
	Never	92 (87.6)	82 (92.1)	177 (96.7)	351 (93.1)		
Alcohol consumption	≥ 1 times per month	11 (10.5)	11 (12.1)	7 (3.8)	29 (7.6)	36.32	< .001
	< 1 time per month	21 (20.0)	25 (27.5)	11 (6.0)	57 (15.0)		
	Never	73 (69.5)	55 (60.4)	166 (90.2)	294 (77.4)		
Physical activity	Never	59 (56.7)	32 (35.6)	96 (51.9)	187 (49.3)	16.46	.002
	1~4 days per week	35 (33.7)	50 (55.6)	61 (33.0)	146 (38.5)		
	≥ 5 days per week	10 (9.6)	8 (8.9)	28 (15.1)	46 (12.1)		
Diet	Abnormal	28 (30.8)	19 (23.2)	57 (37.3)	104 (31.9)	4.95	.084
	Normal	63 (69.2)	63 (76.8)	96 (62.7)	222 (68.1)		

**Table 3.** Sociodemographic Factors related with Smoking, Alcohol Consumption, Physical Inactivity and Abnormal Diet among Asian Immigrant Women (N=396)

Characteristics	Categories	Smoking <sup>†</sup>	Alcohol consumption <sup>‡</sup>	Physical inactivity <sup>§</sup>	Abnormal diet <sup>  </sup>
		OR (95% CI) P	OR (95% CI) P	OR (95% CI) P	OR (95% CI) P
Residence	Urban	1	1	1	1
	Rural	0.80 (0.29~2.23) .664	1.02 (0.61~1.69) .946	1.40 (0.92~2.22) .117	0.69 (0.43~1.11) .126
Education	< Middle school	1	1	1	1
	≥ High School	3.88 (0.84~17.90) .082	1.20 (0.68~2.12) .534	0.76 (0.49~1.19) .233	0.90 (0.54~1.50) .678
Times since immigration	< 5 yrs	1	1	1	1
	≥ 5 yrs	1.06 (0.36~3.11) .921	2.95 (1.74~5.01) <.001	1.13 (0.71~1.80) .615	0.66 (0.38~1.15) .140

<sup>†</sup>Homer and Lemeshow test:  $\chi^2=0.93(p=.968)$ ; <sup>‡</sup>Homer and Lemeshow test:  $\chi^2=6.54(p=.257)$ ; <sup>§</sup>Homer and Lemeshow test:  $\chi^2=1.95(p=.924)$ ; <sup>||</sup>Homer and Lemeshow test:  $\chi^2=8.58(p=.127)$ .

자의 87.6%가 2005년 이후에 입국하였기 때문이다(Kim et al., 2010). 반면 본 연구에서 필리핀 출신 여성결혼이민자의 한국체류기간이 가장 길은 것으로 나타났는데 상대적으로 필리핀 출신 여성결혼이민자의 입국이 1990년대부터 시작되어 2005년 이전에 국내 필리핀 출신 여성결혼이민자의 55.3%가 이주하여 왔기 때문이다(Kim et al., 2010).

본 연구의 전체 대상자의 현재 흡연율은 4.2%, 과거 흡연율은 2.7%로, 본 연구대상자의 평균연령과 유사한 우리나라 20대~30대 여성의 현재 흡연율(9.3%), 과거흡연율(6.0%)보다 약 2배 정도가 낮은 것으로 나타났다(KMHWFA & KCDC, 2009). 세계보건기구는 우리나라 여성흡연율을 5.5%, 여성결혼이민자의 출신국인 중국, 필리핀, 베트남의 여성흡연율을 각각 4.0%, 8.0%, 3.5%로 보고하고 있다(World Health Organization [WHO], 2003). 여성결혼이민자들은 필리핀을 제외하고 우리나라 보다 상대적으로 낮은 여성흡연율을 보이는 국가로 부터 이주해 왔고, 평균 체류기간이 4.8년으로 비교적 출신국에서의 흡연행태를 유지하고 있기 때문에 이들의 흡연율이 낮은 것으로 생각된다.

또한 본 연구의 여성결혼이민자의 월간 음주율(7.6%)은 우리나라 20~30대 여성의 월간 음주율(55.6%) 보다 7배 정도가 낮은 것으로 나타났다(KMHWFA & KCDC, 2009). 결혼이민자의 출신국가들의 국민 1인당 알코올 소비량이 중국 4.47, 필리핀 3.57 litres, 베트남 1.35 litres로 한국 8.1 litres 보다 2배 이상 낮은 것으로 보고되고 있다(WHO, 2004). 흡연율과 마찬가지로 여성결혼이민자들은 우리나

라 보다 상대적으로 낮은 음주율을 보이는 국가로 부터 이주해 와서 음주율이 낮은 것으로 생각된다.

그러나 본 연구의 흡연율과 음주율이 베트남과 필리핀 출신 여성결혼이민자를 주 연구대상으로 한 Kim, H. R. 등 연구(2008)의 현재 흡연율(1.0%), 월간 음주율(4.1%) 보다 훨씬 높게 나타나 앞으로 여성결혼이민자의 흡연과 음주행태의 변화 추이를 파악할 수 있는 조사가 연구가 연속성 있게 이루어져야 할 것이다.

신체활동은 만성질환 예방 및 관리에 매우 중요한 건강행위로 보고되고 있는데(Balluz et al., 2008), 본 연구의 여성결혼이민자의 신체활동 실천율은 매우 저조하여 49.3%가 전혀 신체활동을 하지 않으며, 1주일에 5일 이상 신체활동을 하는 경우는 12.1%에 불과하였다. 국민건강영양조사(KMHWFA & KCDC, 2009)의 우리나라 20대와 30대 여성의 걷기 실천율(최근 1주일 동안 걷기를 1회 30분 이상, 주 5일 이상 실천)이 43.2%로 보고되고 있어 여성결혼이민자의 신체활동 실천율이 우리나라의 비슷한 연령군의 여성에 비해 낮음을 알 수 있다. 이민자들은 비교적 건강한 상태에서 이민을 오지만 사회경제적 수준이 낮고, 신체적 활동을 할 시간적 여유가 거의 없으며 더욱이 이에 들어가는 비용 때문에도 신체활동 실천율이 낮은 편은 것으로 보고되고 있다(Dogra et al., 2010). 그러나 미국 내 인도네시아계 이민자들을 대상으로 한 연구에서 체류기간이 증가하여 20년 이상인 경우 언어능력이 함께 증가해 마스크 등을 통해 정보를 얻는 기회가 확대되어 신체활동 실천율이 향상되는 것으로 보고되었다(Misra, Patel, Davies, & Russo, 2000).

따라서 우리나라 여성결혼이민자들의 신체활동 실천율을 향상시키기 위해 출신국의 언어로 이민 초기부터 정보를 제공하여 신체활동의 중요성을 충분히 인식하도록 하고, 이들이 처한 여건에서 접근이 용이한 신체활동 중재 프로그램을 개발하여 제공하여야 할 것이다.

본 연구에서 여성결혼이민자의 약 1/3 정도가 식생활이 비정상인 것으로 나타났다. 우리나라 19세 이상 여자는 남자에 비해 영양섭취기준(한국영양학회의 2005년 한국인 영양섭취기준) 미만 섭취자율이 높아 에너지 44.0%, 단백질 23.6%, 지방 49.6%, 그리고 비타민 61.6%인 것으로 보고되고 있다(MHWFA & KCDC, 2009). 우리나라의 일반여성과 사회문화적 환경을 공유하고 있는 여성결혼이민자들도 일반여성과 마찬가지로 기준 미만의 영양소 섭취자율이 높을 수 있다. 또한 여성결혼이민자들이 끼니를 거르는 경우 '음식이 입맛에 많지 않아서 거른다'고 47.5%가 응답한 것으로 보고되고 있어(Kim, H. R. et al., 2008) 식생활 문화의 차이로 어려움을 겪고 있음을 알 수 있으며, 여성결혼이민자의 대부분은 한국 식생활 문화 적응과 동시에 임신과 출산을 경험하는 가임기 여성들이므로 이들의 건강한 식생활을 위한 사회문화적, 보건학적 측면 등 다각적인 차원에서의 보호와 지원이 이루어져야 할 것이다.

Bolen, Rhodes, Powell-Griner, Bland과 Holtzman (2000)는 미국에 거주하고 있는 백인, 흑인, 히스패닉, 인디언 또는 알래스카 원주민, 그리고 아시아인 등 인종에 따라 흡연, 음주, 신체활동의 차이가 있다고 보고하였다. 본 연구에서도 출신국에 따라 여성결혼이민자들의 흡연, 음주, 신체활동이 다른 것으로 나타나, 베트남 여성결혼이민자들의 경우 현재 흡연율, 과거 흡연율, 월간 음주율이 가장 낮았다. 반면, 본 연구의 중국 여성결혼이민자는 현재 흡연율이 가장 높았고, 신체활동 실천율도 가장 낮았으며, 필리핀 출신 여성결혼이민자의 경우 월간 음주율이 가장 높은 것으로 파악되었다. 이는 베트남 출신 여성결혼이민자는 한국체류기간이 가장 짧아 출신국의 낮은 흡연율과 음주율 등 건강한 건강행위가 비교적 유지되고 있는 반면, 한국체류기간이 길은 중국, 필리핀 출신 여성결혼이민자들은 건강하지 못한 건강행위를 수행하고 있는 것으로 파악되었다. 따라서 중국 여성결혼이민자들을 대상으로 흡연과 신체활동 개선, 필리핀 출신 여성결혼이민자들에게는 절주를 위한 교육 프로그램이 우선적으로 제공되어야 할 것이다. 추후 출신국에 따른 여성결혼이민자들의 흡연, 음주, 신체활동, 식생활의 변화를 보다 명확히 평가하기 위

해 이민 전 후의 비교연구를 수행하여 사회문화 적응과정에 따른 출신국별 건강행위 변화와 관련된 직접적인 요인을 밝혀내야 할 것이다.

여성결혼이민자의 건강행위와 관련된 인구사회학적 특성을 살펴보면, 흡연율은 일반적으로 남자에 비해 여자의 흡연율은 낮은 편이지만 여성이민자의 경우 체류기간이 증가할수록 흡연율이 증가하는 양상을 보인다(Lara et al., 2005). 매일 흡연자 중 이민 이후 흡연을 처음 시작한 경우가 남자는 30.2%인 반면, 여자는 60.0%로 나타나는 등, 사회문화적 적응과정을 거치며 남자보다 여성이민자들이 흡연에 부정적인 영향을 더 많이 받는 것으로 보고되고 있다(Hyman et al., 2008). 그러나 본 연구에서 여성결혼이민자들은 사회문화적 적응을 간접적으로 나타내는 한국 체류기간에 따른 흡연율의 차이가 없는 것으로 나타났다. 하지만 이민자들은 스트레스 상황에 노출되고, 불리한 사회경제 상태에 처하게 되며, 기존의 사회적 관계망을 상실하거나, 차별, 가난에 대한 적응의 수단으로 흡연하게 될 수 있다(Hyman et al., 2008). 또한 우리나라 일반 여성의 경우 1998년부터 감소 혹은 유지되던 현재흡연율이 2007년에 비해 2008년 2.1% 증가하는 경향을 보이고 있으며, 연령별로는 20대 흡연율이 가장 높고, 소득수준이 낮을수록 흡연율이 높은 것으로 나타나(KMHWFA & KCDC, 2009), 이들 여성결혼이민자들이 이민 이후 사회문화적 적응과정을 거치며 흡연 가능성이 증가한다고 볼 수 있다. 따라서 여성결혼이민자들의 한국 체류기간에 따른 흡연율의 변화를 지속적으로 모니터링하고 흡연예방 중재전략을 제공하여 흡연율을 증가를 사전에 막아야 할 것이다.

미국 거주하고 있는 라틴계 이주민에 대한 Lara 등 (2005)의 연구에 의하면, 여자에 비해 남자의 음주율이 높으나 남자들은 사회문화적 적응과정을 거친 이후에도 이민 초기의 음주율 수준을 유지하나, 여자의 경우 음주와 사회문화적 적응의 상관관계가 남자 보다 거의 3배~6배 더 높아 체류기간이 늘어나면서 음주율이 증가하게 되어 남녀의 음주율 차이는 점차 줄어들게 된다. 더욱이 사회문화적 적응으로 인한 음주행위의 변화는 흡연보다 3배나 더 강하게 영향을 받는 것으로 보고되고 있다(Lara et al., 2005). 본 연구에서도 유사한 경향을 보여 여성결혼이민자의 음주율이 체류기간 5년 이하보다 5년 이상인 경우 2.95배 증가하는 양상을 나타냈다. 또한 우리나라 여성의 음주율도 점차 증가 추세를 보여 2001년 23.5%에서 2008년 44.9%로 증가하고 있으므로(KMHWFA & KCDC, 2009), 여성결혼이

민자의 음주율 증가를 예방하기 위한 적극적인 교육 프로그램 개발이 제공되어야 할 것이다.

Kim, Kim, Lyu, Chung과 Hwang (2009)의 연구에서 국내 베트남 여성결혼이민자 중 한국으로 이민 후 식이 섭취에 변화가 있다고 응답한 자가 68.6%이었으며, 곡류 및 기름류는 약 40%, 육류 및 생선류, 유제품, 과일 등은 50% 이상의 대상자가 이민 후 섭취량이 증가하였다고 보고하였다. Misra 등(2000)은 미국에 거주하는 인도네시아계 이민자들의 57.7%가 이민 후에 식사내용이 바뀌었고, 특히 남성(55.4%)보다 여성(61.4%)의 식사내용이 더 많이 바뀌었으며, 15%는 저지방 식이의 유지가 어렵다고 응답한 것으로 보고하였다. 또 Mohan (2004)은 미국에 거주하는 인도계 이민자들의 당뇨발병률이 상대적으로 높은 것에 주목하였는데, 더 부유한 국가로 이주하는 것은 신체활동의 감소와 함께 이전보다 높은 칼로리를 섭취하는 식이 변화를 초래하여 체중증가를 가져오고, 결과적으로 당뇨발병률을 증가시키게 된다고 주장하였다. 그러나 본 연구에서는 여성결혼이민자의 거주지, 교육수준을 비롯하여 체류기간에 따른 식생활비정상율의 차이를 보이지 않았다. 그러나 선행연구에서 보여 준 결과와 같이 향후 여성결혼이민자들의 체류기간이 증가함에 따라 건강하지 못한 식생활로의 변화가 예상된다. 따라서 국민건강영양조사에서 여성결혼이민자들의 식생활에 대한 모니터링을 주기적으로 시행할 필요하며, 이들의 건강한 식생활로의 적응 지원체계가 마련되어야 할 것이다.

## 결론

본 연구는 우리나라에 가장 많이 거주하고 있는 베트남, 중국, 필리핀 출신 여성결혼이민자를 대상으로 이들의 건강행위 및 출신국별 흡연, 음주, 신체활동, 식생활 등의 건강행위를 조사하고, 이들의 건강행위와 관련된 인구사회학적 특성을 파악하였다. 이는 우리나라 여성결혼이민자의 인구사회학적 특성을 반영한 차별화된 건강행위 교육 프로그램 개발 및 이들의 만성질환 예방 정책을 마련하는데 중요한 자료를 활용될 것이다.

본 연구결과 여성결혼이민자들의 흡연율, 음주율은 이들과 유사한 20대와 30대 연령의 우리나라 여성과 비교하여 훨씬 낮았으나, 만성질환 예방 및 관리에 매우 중요한 신체활동 실천율이 매우 낮아 이를 향상시킬 수 있는 건강 증진 전략이 수립되어야 할 것이다. 또한 출신국에 따라 흡

연율, 음주율, 신체활동 미실천율의 차이를 보여, 베트남 출신 여성결혼이민자들의 경우 현재 흡연율, 과거 흡연율, 월간 음주율이 가장 낮은 반면, 중국 출신 여성결혼이민자는 현재 흡연율과 과거 흡연율이 가장 높았고, 신체활동 실천율도 가장 낮았으며, 필리핀 출신 여성결혼이민자는 월간 음주율이 가장 높은 것으로 파악되었다.

건강행위와 관련된 인구사회학적 특성을 살펴보면, 여성결혼이민자의 음주율은 체류기간이 증가함에 따라 더 높은 것으로 나타났다. 반면 여성결혼이민자의 흡연율, 신체활동 실천율, 식생활 등은 거주지, 학력, 체류기간에 따라 차이가 없는 것으로 나타났다.

이와 같이 본 연구는 국내 여성결혼이민자의 흡연율, 음주율, 신체활동미실천율, 식생활비정상율 등이 건강행위가 출신국에 따라 차이가 있음을 확인하고, 여성결혼이민자의 건강행위와 관련된 체류기간, 거주지, 교육수준 등의 요인을 파악한 점에서 의의가 있다. 그러나 본 연구가 가지는 몇 가지 제한점이 있다. 본 연구의 대상자의 총 수가 396명이었지만 3개의 출신국별로 구분하여 분석한 건강행위에 대한 연구결과는 일반화하기에 대상자의 수가 적으므로 본 연구에 한정하여 연구결과를 해석하는 것이 바람직할 것이다. 둘째, 본 연구는 횡단적 조사연구이므로 시간의 경과에 따른 건강행위의 변화를 정확하게 파악하기는 한계가 있었다. 따라서 추후 출신국에 따른 여성결혼이민자들의 흡연, 음주, 신체활동, 식생활의 변화를 보다 명확히 평가하기 위한 이민 전 후의 비교연구 또는 코호트 연구를 수행하여 사회문화 적응과정에 따른 출신국별 건강행위의 변화와 관련된 직접적인 요인을 구체적으로 밝혀내야 할 것이다.

## REFERENCES

- Ahn, Y. H. (2008). Health status and health behavior of immigrant women married to Koreans. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 22(1), 18-25.
- Allamani, A., Innocenti, F. B., Innocenti, A., Cipriani, F., & Voller, F. (2009). Alcohol and tobacco consumption among Albanian immigrants in Florence. *Substance Use & Misuse*, 44, 282-300.
- Balluz, L. S., Okoro, C. A., & Nkoddad, A. (2008). Association between selected unhealthy lifestyle factors, body mass index, and chronic health conditions among individuals 50 years of age or older by race/ethnicity. *Ethnicity and Disease*, 18(4), 450-457.
- Bolen, J. C., Rhodes, L., Powell-Griner, E. E., Bland, S. D., &



- Holtzman, D. (2000). State-specific prevalence of selected health behaviors, by race and ethnicity: Behavioral risk factor surveillance system, 1997. *Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summaries*, 49(2), 1-60.
- Chen, J., Ng, E., & Wilkins, R. (1996). The health of Canada's immigrants in 1994-1995. *Health Reports*, 7(4), 33-45.
- Dogra, S., Meisner, B. A., & Ardern, C. I. (2010). Variation in mode of physical activity by ethnicity and time since immigration: A cross-sectional analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(75), 1-11.
- Hyman, I., Fenta, H., & Noh, S. (2008). Gender and the smoking behaviour of Ethiopian immigrants in Toronto. *Chronic Disease in Canada*, 28(4), 121-127.
- Kim, H. R., Hwang, N. M., Jang, I. S., Yoon, K. J., & Kang, B. J. (2008). *Status and policy of reproductive health of marital immigrant women in Korea*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, M. J., Kim, T. I., & Kwon, Y. J. (2008). A study on health promotion behavior and contraception in married immigrant women. *Korean Journal of Health Nursing*, 14(4), 323-332.
- Kim, O. N. (2007). Mental health of immigrant women in rural communities: Focusing on acculturative stress and social support. *Korean Journal of Family Welfare*, 12(3), 47-73.
- Kim, S. H., Kim, W. Y., Lyu, J. E., Chung, H. W., & Hwang, R. Y. (2009). Dietary intakes and eating behaviors of Vietnamese female immigrants to Korea through marriage and Korean spouses and correlations of their diets. *Korean Journal of Community Nutrition*, 14(1), 22-30.
- Kim, S. K., Kim, Y. K., Cho, A. J., Kim, H. R., Lee, H. K., & Surl, D. H. (2010). *Study on current status of multicultural families*. Seoul: Korea Ministry of Health & Welfare, Korea Ministry of Gender Equality & Family, Korea Ministry of Justice, & Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, W. Y., Cho, M. S., & Lee, H. S. (2003). Development and validation of mini dietary assessment index for Koreans. *The Korean Nutrition Society*, 36(1), 83-92.
- Korea Immigration Service (2010). *Asian immigrant women's residence status by nationality in Korea*. Retrieved January 3, 2011, from [http://www.moj.go.kr/HP/TIMM/imm\\_06/imm\\_2010\\_09.jsp](http://www.moj.go.kr/HP/TIMM/imm_06/imm_2010_09.jsp)
- Korea International Labour Foundation (2008). *Labour news: Report on immigrants and labourers*. Retrieved January 14, 2011, from [http://www.koilaf.org/KFkor\\_new/korNews/bbs\\_read\\_dis.php?board\\_no=4772&page=3&keyField=&keyWord=&keyCode1=B&keyNation](http://www.koilaf.org/KFkor_new/korNews/bbs_read_dis.php?board_no=4772&page=3&keyField=&keyWord=&keyCode1=B&keyNation)
- Korea Ministry of Health, Welfare and Family Affairs, & Korea Center for Disease Control and Prevention (2009). *2007 Korea national health and nutrition examination survey statistics: The 4th Korea national health and nutrition examination survey*. Seoul: Author.
- Lara, M., Gamboa, C., Kahramanian, M. I., Morales, L. S., & Bautista, D. E. (2005). Acculturation and Latino health in the United States: A review of the literature and its sociopolitical context. *Annual Review of Public Health*, 26, 367-397.
- Lin, L. H., & Hung, C. H. (2007). Vietnamese women immigrants' life adaptation, social support and depression. *Journal of Nursing Research*, 15(4), 243-253.
- McDonald, J. T., & Kennedy, S. (2004). Insights into the 'healthy immigrant effect': Health status and health service use of immigrants to Canada. *Social Science Medicine*, 59(8), 1613-1627.
- Misra, R., Patel, T. G., Davies, D., & Russo, T. (2000). Health promotion behaviors of Gujarati Asian Indian immigrants in the United States. *Journal of Immigrant Health*, 2(4), 223-230.
- Mohan, V. (2004). Why are Indians more prone to diabetes? *The Journal of the Association of Physicians of India*, 52, 468-474.
- Newbold, K. B., & Danforth, J. (2003). Health status and Canada's immigrant population. *Social Science Medicine*, 57(10), 1981-1995.
- Nierkens, V., de Vries, H., & Stronks, K. (2006). Smoking in immigrants: Do socioeconomic gradients follow the pattern expected from the tobacco epidemic? *Tobacco Control*, 15, 385-391.
- Statistics Korea (2010). *International marriage status in Korea*. Retrieved January 3, 2011, from <http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>
- Stephen, E., Foote, K., Hendershot, G., & Schoenborn, C. (1994). Health of the foreign-born population. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, 241, 1-10.
- World Health Organization (2003). *Tobacco control country profiles*. Retrieved January 14, 2011, from <http://www.wpro.who.int/internet/resources.ashx/TFI/TCCP2.pdf>
- World Health Organization (2004). *Global status report on alcohol 2004*. Retrieved January 14, 2011, from [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/philippines.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/philippines.pdf)