

# 조선족 이민자의 문화적응, 사회적 관계망과 건강 관련 삶의 질의 관계

이민혜<sup>1</sup> · 이현경<sup>2</sup> · 김 수<sup>2</sup> · 장연수<sup>2</sup>

시카고일리노이대학교 간호대학<sup>1</sup>, 연세대학교 간호대학<sup>2</sup>

## Acculturation, Social Network, and Health-related Quality of Life in Korean-Chinese Immigrants

Lee, Meenhye<sup>1</sup> · Lee, Hyeonkyeong<sup>2</sup> · Kim, Sue<sup>2</sup> · Jang, Yeonsoo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, University of Illinois at Chicago, Chicago, USA

<sup>2</sup>College of Nursing, Nursing Policy Research Institute, Yonsei University, Seoul, Korea

**Purpose:** The purpose of this study is to identify relationships between acculturation, social network, and health-related quality of life (HRQOL) among Korean-Chinese immigrants. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted with 147 Korean-Chinese immigrants who were residing more than 1 year in Korea. Physical and mental dimensions of HRQOL were assessed by Short Form-12 Health Survey that consisted of a physical component summary (PCS) and a mental component summary (MCS). Data were analyzed with Pearson's correlation and multiple regression. **Results:** The mean PCS score was 41.14±10.72 and the mean MCS score was 49.09±11.31 (possible range 10-70). Depression ( $\beta=-6.43$ ) and Social network frequency ( $\beta=2.44$ ) explained 28.4% of the variance in PCS while depression ( $\beta=-11.54$ ) and visiting clinic/hospital ( $\beta=-4.00$ ) explained 34.3% of the variance in MCS. Acculturation was not significantly associated with HRQOL. **Conclusion:** This study confirmed that the social network frequency influences HRQOL among Korean-Chinese Immigrants. The findings suggest that social network analysis should be considered in the process of developing health intervention strategies for Korean-Chinese immigrants.

**Key Words:** Immigrants, Acculturation, Social network, Quality of life

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

우리나라에 거주하는 조선족 인구는 1980년대 조선족 인구의 유입 이래로 꾸준히 그 수가 증가하고 있고, 2007년 방

문 취업제 시행 이후 더욱 증가하고 있는 추세이다. 조선족의 총 인구는 전체 외국인 체류 인구의 33.7%(470,570명)를 차지하고 있어 국적별 체류 외국인 현황에서 가장 높은 비율을 차지한다(Korea Immigration Service [KIS], 2012). 이주가 지속되며 장기 체류 인구의 증대에 따라 국내에 체류하는 조선족 인구집단의 노령화가 가속화되어 조선족 체류 인구 중

**주요어:** 조선족, 문화적응, 사회적 관계망, 건강 관련 삶

**Corresponding author:** Lee, Hyeonkyeong

College of Nursing, Nursing Policy Research Institute, Yonsei University, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea  
Tel: +82-2-2228-3373, Fax: +82-2-392-5440, E-mail: hlee39@yuhs.ac

- 이 논문은 제1저자 이민혜의 연세대학교 석사학위논문 내용을 수정하여 작성한 것임.

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Yonsei University.

**투고일:** 2013년 9월 29일 / **심사완료일:** 2013년 11월 18일 / **게재확정일:** 2013년 12월 17일

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

50세 이상이 차지하는 비율은 대략 전체 조선족 체류 인구의 38.2%를 차지하고, 여성이 48%로 비슷한 성비를 보이는 것으로 나타났다(KIS, 2012). 조선족은 역사적 배경에 의해 한국인과 외모적, 언어적 유사성 덕분에 다른 외국인들에 비해 한국 사회 적응에 유리한 조건을 가진다고 볼 수 있다. 하지만, 약 100년 여 간의 한국사회와의 교류단절과 중국 문화에의 적응에 따른 문화적 차이, 불완전한 의사소통, 가족과의 이별, 고향에 대한 향수, 정서적 불안 등의 문제 등으로 어려움을 경험하는 것으로 나타났다(Guk, 1999). 실제로, 조선족 근로자는 다른 아시아 국가 출신 근로자 보다 높은 근골격계 질환 유병률을 보였고, 직무의 자율성과 대인관계에서 경험하는 스트레스가 한국인 근로자 평균보다 높은 것으로 보고되었다(Kim, Lee, & Ahn, 2010). 이처럼, 조선족 이민자의 신체적, 정신적 건강의 취약성이 부분적으로 확인되었으나, 아직 조선족 이민자들의 전반적인 건강수준을 포괄적으로 조사한 연구는 없는 실정이다.

이민자 집단의 건강 수준을 파악할 수 있는 척도 중의 하나인 건강 관련 삶의 질(Health-related Quality of Life)은 건강에 영향을 미치는 삶의 질을 지칭하는 개념으로 최근에는 환자 집단뿐만 아니라 다양한 사회경제적 배경과 직업 환경을 가진 인구집단의 건강수준을 평가하는 지표로써 유용한 것으로 인식되고 있다(Stewart & Napoles-Springer, 2000). 국내의 보건의료계에서 대상자의 삶의 질 증진에 관한 관심의 증대를 반영하듯 최근 들어 특정 질병군 뿐만 아니라 생애 주기나 사회 경제적 계층별 대상, 근로자 집단, 이민자 등 다양한 인구사회학적 배경을 가진 대상자들의 건강 관련 삶의 질에 관한 연구가 활성화되고 있다. 대만에 거주하는 베트남 결혼 이주 여성이 대만 내국인 여성에 비해 낮은 건강 관련 삶의 질을 나타내었으며(Yang & Wang, 2011), 같은 이민자 집단이라도 출신국가에 따라 건강 관련 삶의 질이 다르게 나타났는데, 미국에 거주하는 중국 출신 노인과 한국 출신 노인은 미국 노인에 비해 건강 관련 삶의 질이 전반적으로 낮았으며, 한국 노인이 중국 노인에 비해 건강 관련 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(Mui, Kang, Kang, & Domanski, 2007). 현재 국내 이민자를 대상으로 한 건강 관련 삶의 질 연구는 이주노동자(Kim et al., 2008), 결혼이주 여성(Lee & Kim, 2011), 외국인 유학생(Bhandari, 2012) 등과 같이 주로 이민자의 체류 신분에 따라 이루어졌고, 조선족 이민자를 포함한 특정 국적이나 동일한 문화적 배경을 가진 집단을 대상으로는 연구가 이루어지지 않았다.

건강 관련 삶의 질은 주관적인 안녕감으로 정의되며, 생리

적 기능, 증상, 기능적 상태(신체적, 심리적, 사회적 및 역할 기능), 지각된 건강상태 등 다양한 요인들이 관련되고 개인적 및 환경적 특성은 이러한 요인들에 영향을 미치며 동시에 삶의 질에 직접적으로 관련되는 것으로 보고되고 있다(Ferrans, Zerwic, Wilbur, & Larson, 2005). 특별히, 이민자의 개인적 및 환경적 특성에 해당되는 사회문화적 적응(Lee & Kim, 2011), 사회적 관계망(Lim, Yi, & Zebrack, 2008) 등이 삶의 질에 유의하게 관련이 있는 것으로 나타났다. 문화적 근원이 다른 사람들 간의 지속적이고 직접적인 접촉의 결과로 일어나는 변화(Redfield, Linton, & Herskovitis, 1936)를 뜻하는 문화적응은 이민자의 건강과도 밀접한 관련이 있는 것으로 나타났다. 새로운 문화에 접촉하여 적응해 가는 문화적응은 이민자의 의료 서비스 자원을 이용할 수 있는 능력, 건강 문맹, 전반적인 삶의 질과 매우 관련이 높으며, 문화적응 수준이 높을수록 우울증상이 적으며(Kim, Sangalang, & Kihl, 2012), 삶의 질은 더 높게 나타났다(Lim et al., 2008).

최근 들어 다문화 연구에서 대상자가 처한 사회 환경적 맥락에 관한 관심이 증대되고 있고, 그 중에서도 개인이나 집단 간의 연결 구조를 나타내는 사회적 관계망(Social Network)은 다양한 경로의 메커니즘을 통하여 사회적 지지가 교류되는 통로이며, 개인의 행동과 태도에도 전반적인 영향을 미쳐 궁극적으로는 건강과 삶의 질에 영향을 미친다고 보았다(Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000). 사회적 관계망이 긍정적으로 형성될수록 미국의 한인 노인 이민자들의 우울 증상이 낮은 것으로 나타났고(Kim et al., 2012), 사회적 관계망이 제한되어 있는 이주노동자는 건강 문제 발생 시 적절한 시기에 보건 의료 서비스를 이용하는 것이 어려운 것으로 나타났다(Li & Wu, 2010). 이러한 근거에 비추어 볼 때, 조선족 이민자의 문화적응, 사회적 관계망과 건강 관련 삶의 질간에 유의미한 관련성이 있는 것으로 예상되나, 우리나라에 거주하는 조선족 이민자를 대상으로 시도된 실증적인 연구는 아직 보고된 바가 없다. 이에, 본 연구는 조선족 이민자를 대상으로 조선족 이민자의 문화적응과 사회적 관계망의 정도를 확인하고, 전반적인 건강상태와 조선족의 일상적 기능 및 안녕상태를 예측할 수 있는 건강 관련 삶의 질과의 관계를 확인해 보고자 한다.

## 2. 연구목적

- 대상자의 문화적응, 사회적 관계망 및 건강 관련 삶의 질 정도를 파악한다.

- 대상자의 일반적 특성에 따른 문화적응, 사회적 관계망 및 건강 관련 삶의 질 정도를 파악한다.
- 대상자의 문화적응, 사회적 관계망 및 건강 관련 삶의 질 간의 관계를 확인한다.
- 대상자의 문화적응과 사회적 관계망이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 조선족 이민자의 문화적응과 사회적 관계망을 조사하고, 건강 관련 삶의 질과의 관계를 확인하기 위한 횡단적 조사연구이다.

### 2. 연구대상 및 표집방법

본 연구의 대상은 현재 우리나라에 거주하는 조선족이며, 국내에 1년 이상 체류 중인 만 18세 이상의 한국어로 의사소통이 가능한 조선족을 대상으로 하였다. 표본 추출 방법은 임의표본 추출 및 눈덩이 표본 추출 방식을 이용하여 대상자를 모집하였다.

연구의 표본 크기는 G\*Power 3.1.5 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009)를 이용하여 산출한 결과, 다중회귀 분석에 필요한 유의수준( $\alpha$ ) .05, 검정력(1- $\beta$ ) 80%, 효과 크기( $f^2$ ) .15, 예측변인의 수를 11개로 설정하여 적정 표본크기를 산출하였을 때 123명의 대상자가 요구되는 것으로 나타났다. 탈락률 10%를 고려하여 총 135명을 목표로 하여 총 162명을 표집 하였으며, 응답이 불완전한 15명의 자료를 제외한 총 147명의 대상자 자료를 본 연구에 사용하였다.

### 3. 연구도구

#### 1) 문화적응

문화적응은 Marin, Sabogal., Marin, Otero-Sabogal과 Perez-Stable (1987)가 개발한 Short Acculturation Scale for Hispanics를 한국어 버전으로 번역한 Choi와 Reed (2011)의 SAS-K (Short Acculturation Scale for Koreans)를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 총 12문항이며, 언어 이용(5문항), 미디어 이용(3문항), 사회적 관계(3문항)를 측정하도록 구성되어 있다. 각 문항은 5점 척도로 측정하며, 각 문항의 평균점

수가 5점에 가까울수록 문화적응 수준이 높음을 의미한다. 총 점수의 범위는 1점에서 5점으로 점수가 높을수록 문화적응의 수준이 높음을 의미하며, 도구개발 당시 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  = .92였으며, Choi와 Reed (2011)의 연구에서 한국어로 도구는 Cronbach's  $\alpha$  = .93이었다. 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$  = .73이었다.

#### 2) 사회적 관계망

사회적 관계망은 Tracy와 Whittaker (1990)가 개발한 Social Network Grid의 사회적 관계망 구조 부분을 Kim (2012)이 번안한 도구를 수정·보완하여 사용하였다. 본 도구는 총 8문항으로 사회적 관계망 크기, 주요 관계망 수, 관계 유형, 친밀도, 교체기간, 연락 빈도, 거리, 교환방향으로 구성되며, 설문 대상자 개인의 주요 관계망에 관한 일련의 질문을 제시하고 해당하는 사람 및 관련 사항을 직접 기입하도록 하는 방식이다. 본 연구에서는 사회적 관계망 도구 중에서도 관계망의 크기, 접촉 빈도, 친밀도를 사회적 관계망의 조작적 정의로 포함시켰으며, 구체적인 측정방법은 다음과 같다.

##### (1) 사회적 관계망 크기

사회적 관계망의 크기는 평소 생활하면서 관계를 맺는 사람의 총 인원수로 측정하였다. 관계를 맺는 사람들의 종류는 배우자, 부모·형제·자녀, 중국의 친척, 중국에 사는 친구, 한국에 사는 한국인 친척, 한국에 사는 조선족 친척, 직장·직업별로 아는 사람, 한국에 사는 친구, 종교단체에서 만나는 사람, 전문가로 총 10개 교류 유형별 인원수를 측정하여 각 점수를 합산하였다. 점수가 높을수록 관계망의 크기가 크음을 의미한다.

##### (2) 친밀도

연구대상자에게 중요하다고 여기는 대상을 순서대로 최대 5인까지 나열하게 하여 친밀도 정도를 5점 척도를 이용하여 '아주 친하지 않다'(1점), '친하지 않다'(2점), '보통이다'(3점), '친하다'(4점), '아주 친하다'(5점)로 측정하였으며, 각 대상자별 친밀도점수에 대한 평균을 산출하였고, 값이 클수록 친밀도가 높음을 의미한다.

##### (3) 연락 빈도

연구대상자에게 중요하다고 여기는 대상을 순서대로 최대 5인까지 나열하게 하여 대상자와 구성원의 전화, 편지, e-mail, 직접 만나는 것을 포함한 연락의 빈도수이다. 5점 척도를 이용하여 '최근 1년간 연락하지 못함'(1점), '한 달에 1번

미만'(2점), '한 달에 1번 이상'(3점), '일주일에 1번 이상'(4점), '거의 매일'(5점)로 5점 척도로 측정하였으며, 각 대상자별 연락빈도점수에 대한 평균을 산출하였고, 값이 클수록 연락 빈도가 높음을 의미한다.

### 3) 건강 관련 삶의 질

건강 관련 삶의 질은 Ware, Kosinski와 Keller (1996)가 개발한 Medical Outcome Study 12-item Short Form Health Survey (MOS SF-12 version 1)를 이용하였다. SF-12는 SF-36이 대상자에게 주는 부담을 감안하여 고안된 이 도구는 신체적 건강 측면(Physical Component Score, PCS)과 정신적 건강 측면(Mental Component Score, MCS)의 2개 영역으로 구분되어 있는 12문항의 설문지이며, MOS SF-12 version 1에서는 신체적 측면과 정신적 측면을 통합하지 않고 구분하여 측정하였다.

이 도구는 SF-36과 마찬가지로 신체적 측면과 정신적 측면의 두 주요 요인에 대해 8가지 하부 영역으로 나누어지며, 신체적 건강 측면은 신체적 기능 2문항(Physical Function, PF), 신체적 역할 제한 2문항(Role Physical, RP), 통증 1문항(Body Pain, BP), 일반건강 1문항(General Health, GH)의 4개의 영역, 6문항으로 구분되어 있으며, 정신적 건강 측면은 정신건강 2문항(Mental Health, MH), 감정적 역할 제한 2문항(Role Emotional, RE), 사회적 기능 1문항(Social Function, SF), 활력(Vitality, VT) 1문항의 4개의 영역, 6문항으로 구성되어 총 8개 영역, 12문항으로 이루어졌다. 원 도구의 점수 산출 방식인 T-score 방식을 이용하여 환산하는 방법을 사용하였으며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높은 것을 의미한다. T-score란 신체적 영역과 정신적 영역을 표준점수로 환산하여 Ware 등(1996)이 제시한 기준 점수와 비교하는데, 미국의 질병이 없는 일반 성인 대상자의 건강 관련 삶의 질 점수를 기준으로 연구대상자의 상태를 상대적으로 평가하는 방법이다. Ware 등(1996)의 연구에서는 SF-12 version 1의 신뢰도는 신체적 건강 측면은 Cronbach's  $\alpha = .89$ , 정신적 건강 측면은 Cronbach's  $\alpha = .76$ 로 측정되었으며, 본 연구에서는 신체적 건강 측면은 Cronbach's  $\alpha = .79$ , 정신적 건강 측면은 Cronbach's  $\alpha = .75$ 이다.

### 4) 일반적 특성

일반적 특성에 관한 문항은 인구사회학적 특성과 건강 관련 특성을 포함하며, 인구사회학적 특성으로는 연령, 성별, 교육수준, 동거인 유무, 종교, 근무 여부, 직종, 체류 기간, 월 평

균 수입을 조사하였다. 건강 관련 특성으로는 만성질환 여부 및 종류, 건강 보험 가입 여부, 의료기관 이용 여부 및 장소, 우울을 포함하였다. 우울은 Radloff (1977)가 일반인을 대상으로 우울 정서를 식별하기 위하여 개발한 CES-D를 Chun과 Lee (1992)가 한국 상황에 맞도록 표준화한 한국판 CES-D를 사용하였다. 이 도구는 지난 1주일 동안의 우울 경험을 측정하는 총 20문항으로 구성되어 있고 4점 척도(거의 드물게 0점, 때때로 1점, 상당히 2점, 대부분 3점)로 측정한다. 점수범위는 0~60점이고 점수가 높을수록 우울 정도가 높음을 의미한다. 다수의 연구에서 우울증 감별 기준으로 사용하는 16점을 절단점으로 사용하여 16점 이상일시 우울군으로 분류하였다. Chun과 Lee (1992)의 정상인을 대상으로 한 연구에서 보고된 Cronbach's  $\alpha = .89$ 였으며, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .87$ 이다.

### 4. 자료수집

본 조사의 자료수집은 2013년 4월 첫째 주부터 5월 넷째 주까지 두 달간 서울 소재의 외국인 근로자센터 한 곳, 외국인을 대상으로 교회에서 운영하는 무료진료소 한 곳, 조선족 청년이 출석하는 한국인 교회 한 곳, 조선족 청년 자조모임(축구모임) 한 곳에서 자료수집을 시행하였다. 자료수집방법은 각 센터 및 교회, 청년 자조모임 담당자에게 허가를 얻어 진행하였고, 서울 소재의 교회에서 외국인을 대상으로 운영하는 무료진료소와 외국인 근로자센터에서 수집하였으며, 무료 진료소에서는 훈련받은 연구보조원이 동행하여 진료 대기 중인 조선족 이민자를 대상으로 일대일 면담 방식으로 수집하였다. 20~30대 조선족 청년들로 구성된 한국인 교회에 속한 조선족 청년 모임, 조선족 청년회 자조모임(축구모임)에서는 한국어 읽기 및 설문지 이해가 능숙하여 동의하에 자가보고식 설문지를 통해 자료수집을 진행하였다. 연구자가 대상자에게 연구에 대해 소개하고, 연구목적 및 과정, 대상자의 자발적인 참여에 의하여 이루어진다는 동의 후 설문조사를 실시하였다. 이러한 모든 절차는 Y대학교 간호대학의 IRB (Institute Review Board)의 심의절차를 거쳐 승인을 받은 후 시행하였다.

### 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 20.0 통계 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 대상자의 일반적 특성, 문화적응, 사회적 관계망, 건강

관련 삶의 질 정도를 파악하기 위해 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 실시하였다.

- 대상자의 일반적 특성에 따른 사회적 관계망, 문화적응, 건강 관련 삶의 질의 차이를 파악하기 위하여 독립 t-test와 분산분석을 실시하였다.
- 대상자의 문화적응, 사회적 관계망, 건강 관련 삶의 질 간의 관계를 확인하기 위하여 Pearson 상관관계분석을 실시하였다.
- 건강 관련 삶의 질에 미치는 요인을 확인하기 위하여 건강 관련 삶의 질을 종속변수로 하고, 일반적 특성, 문화적응, 사회관계망을 독립변수로 하여 다중회귀 분석을 실시하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 평균 연령은  $57.1 \pm 11.5$ 세이며, 교육수준은 고등학교 졸업자가 39.5%로 가장 많았다. 종교는 기독교가 52%로 가장 많았으며, 근로자가 80.3%로 대다수를 차지하였다. 직종은 서비스업 종사자가 56.5%로 절반 이상이었으며, 한국에서 체류한 평균 거주기간은  $7.4 \pm 4.6$ 년으로 5년에서 10년 기간 동안 체류한 자가 54.4%로 가장 많았다. 월 평균 수입은 평균  $116.4 \pm 68.4$ 만원으로 나타났으며, 혼자 사는 자는 29.7%로 나타났다.

대상자의 만성질환 보유수는 평균  $1.53 \pm 1.12$ 개로 나타났으며, 전체 대상자의 84.4%가 1개 이상의 만성질환을 보유한 것으로 나타났다. 건강보험에 가입된 자는 22.4%로 나타났고, 최근 1년간 의료기관 이용 장소는 무료진료소 87.1%로 대다수를 차지하였으며 우울은 평균  $15.3 \pm 9.95$ 점으로 측정되었으며, 절단점 16점을 기준으로 16점 이상의 경우가 40.8%, 비 우울군은 59.2%로 나타났다(Table 1).

### 2. 대상자의 문화적응, 사회적 관계망과 건강 관련 삶의 질 정도

문화적응은 최소 2.08점에서 최대 5점으로 평균이  $3.7 \pm 0.52$ 점이며, 세부 영역은 대중매체 사용, 언어 사용, 사회적 관계 영역 순으로 나타났다.

사회적 관계망의 크기는 대상자가 1년간 교류한 사람을 유형별로 합산한 총인원으로써, 관계 유형별로 교류한 인원을

**Table 1.** Sociodemographic Characteristics of the Participants (N=147)

Variables	Categories	n (%) or M $\pm$ SD
Age (year)		57.1 $\pm$ 11.46
	< 40	16 (10.9)
	40~59	61 (41.5)
	60~69	59 (40.1)
	> 70	11 (7.5)
Gender	Men	40 (27.2)
	Women	107 (72.8)
Education level	$\leq$ Elementary school	19 (12.9)
	Middle school	48 (32.7)
	High school	58 (39.5)
	$\geq$ College	22 (15.0)
Religion	Christian	75 (51.0)
	Buddhist	5 (3.4)
	No	67 (45.6)
Length of stay in Korea (year)		7.4 $\pm$ 4.64
	< 5	36 (24.5)
	5~10	80 (54.4)
	> 10	31 (21.1)
Employment	Yes	118 (80.3)
	No	29 (19.7)
Occupation	Service work	83 (56.5)
	Daily labor	15 (10.2)
	Manufacturing	6 (4.1)
	Others	14 (9.5)
Monthly income (10,000 won)		116.4 $\pm$ 68.40
	$\leq$ 100	52 (35.4)
	101~150	49 (33.3)
	$\geq$ 151	46 (31.3)
Number of chronic diseases		1.5 $\pm$ 1.12
	$\geq$ 3	24 (16.3)
	2	41 (27.9)
	1	59 (48.3)
	No	23 (15.6)
Health insurance	Yes	33 (22.4)
	No	114 (77.6)
Use of healthcare <sup>†</sup>	Free clinic	128 (87.1)
	Hospital or clinic	57 (38.8)
	Pharmacy	16 (10.9)
	Oriental medical clinic	12 (8.2)
	Health center	7 (4.8)
	No	11 (7.5)
Depression		15.3 $\pm$ 9.95
	Yes	60 (40.8)
	No	87 (59.2)

<sup>†</sup> Multiple response.

합산하여 구하였으며, 최소 3명에서 최대 188명으로 평균 40.5±30.10명으로 나타났다. 접촉빈도와 친밀도는 연구대상자에게 가장 중요한 사람 중 최대 5인을 나열하여 이들과의 접촉빈도와 친밀도를 질문하였다. 응답 결과 친밀도는 평균 4.5±0.71점, 접촉 빈도는 평균 3.7±0.68점으로 측정되었다.

신체적 삶의 질은 최소 16.4점, 최대 65.3점으로 평균 41.1±10.72점, 정신적 삶의 질은 최소 14.4점, 최대 68.4점, 평균 49.1±11.31점으로 나타나 정신적 삶의 질이 신체적 삶의 질보다 높은 것으로 나타났다(Table 2).

**Table 2.** Mean Scores for Acculturation, Social Network, and HRQOL (N=147)

Variables	Possible score	Range	M±SD
Acculturation	1~5	2.1~5.0	3.7±0.52
Language	1~5	1.6~5.0	4.2±0.73
Media	1~5	1.0~5.0	4.6±0.78
Social relations	1~5	1.0~5.0	2.3±0.96
Social network		3~188	40.5±30.10
Size	0~∞	2~5	4.5±0.71
Closeness	1~5	1~5	4.3±0.68
Frequency	1~5		
HRQOL (PCS)	10~70	16.4~65.3	41.1±10.72
HRQOL (MCS)	10~70	14.4~68.4	49.1±11.31

HRQOL=health related quality of life; PCS=physical component summary; MCS=mental component summary.

### 3. 일반적 특성에 따른 문화적응, 사회적 관계망과 건강 관련 삶의 질

문화적응에서는 연령, 한국 체류기간, 월수입이 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 연령의 경우 60대, 70대 대상자가 40대 미만(20~30대)의 대상자에 비해 유의하게 높은 문화적응 정도를 나타내었고(F=5.83, p=.001), 한국 체류 기간이 5~10년간 체류한 집단이 5년 미만 집단에 비해 유의하게 높은 문화 적응 정도를 나타냈다(F=3.12, p=.047). 월 평균 수입에 따라라도 문화적응 수준에 차이가 있는 것으로 나타났는데, 월 평균 101~150만원의 수입 집단이 151만원 이상의 수입 집단에 비해 유의하게 문화적응이 높은 것으로 나타났다(F=3.75, p=.026).

사회적 관계망에서는 연령, 우울 유무, 종교, 동거유무에 따라 차이를 나타냈는데, 70대 연령 집단이 60대 연령 집단에 비해 유의하게 접촉 빈도가 높게 나타났다(F=6.50, p<.001). 종교를 가진 집단이 종교가 없는 집단에 비해 사회적 연결망

의 크기가 큰 것으로 나타났으며(t=-2.10, p=.037), 동거인이 없는 경우가 유의하게 친밀도가 높게 나타났으며(t=-2.72, p=.007), 우울군이 비우울군에 비해 유의하게 사회적 관계망의 크기가 작았다(t=3.95, p=.049).

일반적 특성에 따른 건강 관련 삶의 질은 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질로 구분하여 분석하였는데, 그 결과 신체적 삶의 질에서는 40대 미만의 대상자가 신체적 삶의 질이 가장 높았으며, 60대, 40~60대, 70대 순으로 신체적 삶의 질이 낮아졌다(F=7.46, p<.001). 근로 유무에서도 차이를 보였는데 근로 집단이 비근로 집단에 비해 신체적 삶의 질이 유의하게 높았으며(t=-3.13, p=.005), 월 평균 수입에 따라라도 신체적 삶의 질에 차이를 나타내었으며, 100만원 미만 월수입 집단이 151만원 이상의 월수입 집단에 비해 유의하게 신체적 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다(F=4.72, p=.010). 교육수준에서도 대학교 졸업 이상, 고등학교 졸업, 중학교 졸업 순으로 신체적 삶의 질이 낮아졌다(F=4.61, p=.004). 근로 유무에서도 차이를 보였는데, 근로 집단이 비근로 집단에 비해 신체적 삶의 질이 유의하게 높았으며(t=-3.13, p=.005), 직종에 있어서도 집단 간에 유의한 차이가 나타났으며, Scheffé 사후검정 결과 사무직이 대다수를 차지한 기타 집단이 비근로 집단에 비해 유의하게 신체적 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(F=4.96, p=.003). 만성질환 보유수 또한 신체적 삶의 질에 유의한 차이를 나타냈다. 만성 질환 보유수가 증가함에 따라 신체적 삶의 질이 낮아졌으며, 만성 질환 3개 이상 보유한 집단, 2개 보유 집단, 만성 질환 무보유 집단 순으로 신체적 삶의 질이 낮아졌다(F=7.54, p<.001). 우울의 경우 우울군 절단점 16점 이상에 해당되는 우울 집단이 비우울 집단에 비해 신체적 삶의 질이 유의하게 낮았다(t=4.92, p<.001). 정신적 삶의 질에 있어서는 근로 집단이 비근로 집단에 비해(t=-2.23, F=0.027), 최근 1년간 병원 및 의원 이용 경험이 없는 집단이 있는 집단에 비해(t=3.15, p=.002), 우울 점수가 16점 미만에 해당되는 집단(t=7.66, p<.001)이 16점 이상의 집단인 우울군에 비해 유의하게 정신적 삶의 질이 높은 것으로 나타났다(Table 3).

### 4. 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인

조선족 이민자 집단의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 단변량 분석에서 유의한 상관관계를 나타낸 변수들을 독립변수로 설정하였고, 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질을 각각 종속 변수로 설정하였다. 상관관계 분석

Table 3. Acculturation, Social Network, and HRQOL by General Characteristics (N=147)

Variables	Acculturation		Social network				HRQOL	
	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	Social closeness	Social frequency	PCS	MCS
Age <sup>†</sup> (year)								
<40 <sup>a</sup>	3.3±0.52	5.83 (0.001)	55.0±44.57	2.19 (0.092)	4.3±0.97 (0.551)	4.0±0.78 (<0.001)	52.0±6.81 (<.001)	50.6±8.28 (0.90)
40~59 <sup>b</sup>	3.6±0.46	a < c, d	43.1±32.43		4.6±0.62 (0.551)	3.8±0.60 (c < d)	39.3±11.19 (d < b < c < d)	47.3±12.68 (0.443)
60~69 <sup>c</sup>	3.8±0.49		34.2±23.65		4.5±0.76 (0.551)	3.5±0.63 (c < d)	40.8±9.36 (d < b < c < d)	49.9±10.22
>70 <sup>d</sup>	3.9±0.68		39.1±29.69		4.6±0.48 (0.551)	4.3±0.72 (c < d)	37.3±11.29	51.5±12.77
Monthly income <sup>†</sup> (10,000 won)								
≤100 <sup>a</sup>	3.7±0.47	3.75 (0.026)	36.9±27.64	0.78 (0.459)	3.8±0.77 (0.574)	4.6±0.44 (0.305)	37.9±11.72 (0.010)	47.7±12.05 (0.461)
101~150 <sup>b</sup>	3.8±0.51	b > c	40.3±33.93		3.7±0.56 (0.574)	4.5±0.83 (0.124)	41.5±10.07 (a < c)	49.0±12.00
≥151 <sup>c</sup>	3.5±0.56		44.8±31.48		3.7±0.68 (0.138)	4.4±0.82 (0.005)	44.4±9.33	50.5±9.65
Employment								
Yes	3.7±0.47	-0.07 (0.942)	41.6±31.75	-0.89 (0.376)	4.5±0.76 (0.138)	3.7±0.64 (0.124)	42.5±12.76 (0.005)	50.0±10.76 (-2.23)
No	3.7±0.53		35.9±27.76		4.7±0.39 (0.138)	3.9±0.80 (0.124)	35.7±11.25	44.9±12.75 (0.027)
Religion								
Yes	3.6±0.54	0.63 (0.529)	45.4±34.20	-2.10 (0.037)	4.6±0.61 (0.093)	3.8±0.66 (0.273)	41.2±10.55 (0.998)	50.0±10.73 (-1.22)
No	3.7±0.54		34.7±25.74		4.4±0.82 (0.093)	3.7±0.70 (0.273)	41.1±11.04	47.8±11.95 (0.226)
Length of stay in Korea <sup>†</sup>								
<5 <sup>a</sup>	3.5±0.53	3.12 (0.047)	36.9±22.18	2.83 (0.062)	4.5±0.73 (0.533)	3.7±0.76 (0.845)	42.1±11.16 (0.795)	46.1±11.51 (2.16)
5~10 <sup>b</sup>	3.7±0.51	a < b	45.7±35.44		4.5±0.76 (0.533)	3.8±0.66 (0.845)	41.0±10.72 (0.795)	50.7±10.07 (0.119)
>10 <sup>c</sup>	3.7±0.50		31.3±24.88		4.6±0.57 (0.007)	3.7±0.65 (0.043)	40.3±10.55	48.2±13.56 (0.762)
Living Mate								
Yes	3.7±0.53	-0.03 (0.979)	41.4±35.74	0.17 (0.864)	4.2±1.12 (0.007)	3.5±0.69 (0.043)	41.3±11.00 (0.760)	48.9±11.94 (0.31)
No	3.7±0.48		40.3±30.00		4.6±0.57 (0.007)	3.8±0.66 (0.043)	40.6±9.63	49.5±8.14 (0.762)

HRQOL=health-related quality of life; PCS=physical component summary; MCS=mental component summary.

<sup>†</sup> Scheffé test.

**Table 3.** Acculturation, Social Network, and HRQOL by General Characteristics (Continued) (N=147)

Variables	Acculturation				Social network				HRQOL			
	Social network size		Social closeness		Social frequency		PCS		MCS			
	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	t or F (p)
Education level <sup>†</sup>												
≤ Primary <sup>a</sup>	3.7±0.39	1.69 (,171)	37.2±42.03	2.46 (,065)	4.6±0.50	0.30 (,827)	3.8±0.56	2.32 (,078)	40.7±11.52	4.61 (,004)	48.2±10.58	0.07 (,978)
Middle <sup>b</sup>	3.7±0.64		33.2±22.07		4.5±0.69		3.6±0.76		38.8±9.44		49.5±10.24	
High <sup>c</sup>	3.7±0.46		42.7±31.36		4.5±0.87		3.9±0.62		40.5±10.89		48.9±12.32	
≥ College <sup>d</sup>	3.5±0.45		53.7±32.85		4.5±0.42		3.8±0.65		48.5±9.78		49.0±12.12	
Occupation <sup>†</sup>												
Service <sup>a</sup>	3.7±0.50	1.48 (,222)	40.9±29.99	0.58 (,631)	4.5±0.78	1.60 (,190)	3.8±0.62	2.55 (,058)	41.6±9.60	4.96 (,003)	50.3±10.71	2.11 (,101)
Daily labor <sup>b</sup>	3.7±0.60		37.9±23.51		4.2±0.96		3.4±0.49		40.8±8.52		47.1±13.17	
Unemployed <sup>c</sup>	3.7±0.47		35.9±27.76		4.7±0.39		3.9±0.79		35.7±11.25		44.9±12.75	
Others <sup>d</sup>	3.5±0.59		47.4±43.23		4.4±0.52		3.7±0.74		47.1±12.76		51.4±8.79	
Health insurance												
Yes	3.6±0.56	1.08 (,281)	39.3±29.63	-0.91 (,364)	4.5±0.71	0.40 (,693)	3.7±0.64	-2.71 (,008)	44.7±10.89	-2.18 (,031)	50.3±10.16	-0.74 (,460)
No	3.7±0.51		44.9±35.49		4.5±0.74		4.0±0.74		40.1±10.52		48.6±11.65	
Number of chronic diseases <sup>†</sup>												
≥ 3 <sup>a</sup>	3.9±0.56	2.54 (,059)	42.6±40.96	0.51 (,676)	4.5±0.77	0.48 (,699)	3.6±0.61	0.56 (,643)	36.1±8.52	7.54 (<,001)	44.5±12.89	1.96 (,123)
2 <sup>b</sup>	3.7±0.56		37.3±24.95		4.6±0.70		3.8±0.67		38.8±10.90		51.2±12.63	
1 <sup>c</sup>	3.6±0.44		40.7±29.76		4.6±0.60		3.8±0.68		41.7±10.12		49.7±9.25	
No <sup>d</sup>	3.5±0.55		47.0±37.18		4.0±1.11		3.7±0.83		49.1±9.93		47.9±11.28	
Use of hospital or clinic												
Yes	3.6±0.53	1.29 (,198)	41.7±31.19	-0.36 (,718)	3.8±0.70	-0.14 (,885)	4.6±0.72	-0.65 (,519)	39.9±11.63	1.09 (,276)	45.2±12.71	3.15 (,002)
No	3.7±0.51		39.8±31.03		3.8±0.66		4.5±0.71		41.9±10.12		51.4±9.67	
Depression												
Yes	3.7±0.60	0.16 (,871)	34.9±23.76	3.95 (,049)	4.6±0.56	-0.65 (,509)	3.8±0.64	-0.46 (,643)	36.4±9.29	4.92 (<,001)	41.7±11.80	7.66 (<,001)
No	3.7±0.46		44.4±34.74		4.5±0.80		3.7±0.70		44.5±10.46		54.0±7.71	

HRQOL=health-related quality of life; PCS=physical component summary; MCS=mental component summary.

<sup>†</sup> Scheffé test.



에서 문화적응과 사회적 관계망은 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질에 통계적으로 유의한 관련성을 보이지 않았으나. 이론적 배경에 근거하여 회귀분석에 포함하였다. 각 변인의 순수한 영향력을 볼 수 있도록 일괄 투입(Enter) 방식의 다중회귀분석을 실시하였다. 신체적 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 문화적응, 사회적 관계망의 크기, 친밀도, 접촉빈도, 나이, 근로 유무, 월 평균 수입, 만성질환 보유수, 우울군 분류로 총 9개 변수를 투입하여 다중회귀분석을 실시한 결과 신체적 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수는 접촉 빈도와 우울로 나타났다. 본 연구에서 회귀분석의 기본가정을 확인 결과 Durbin-Watson 통계량이 2.181로 잔차의 상호독립성을 만족하였고, 잔차의 분석결과 정규성 및 등분산성 가정을 만족하였으며, 독립변수간의 다중공선성을 검정했을 때 분산팽창지수(VIF)가 1.098~2.950로서 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중 공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 회귀모형의 F값은 6.04,  $p < .001$ 로써 회귀모형은 적합한 것으로 나타났으며 조선족 이민자 집단의 신체적 삶의 질에 대한 설명력은 28.4%로 나타났다. 즉, 조선족 이민자 집단은 주요 대상과의 접촉 빈도가 증가할수록, 비우울군일수록 신체적 삶의 질이 증가하는 것으로 나타났다. 정신적 삶의 질에 영향을 미치는 변수는 문화적응, 사회적 관계망의 크기, 친밀도, 접촉빈도, 근로 유무, 최근 1년간 병원이나 의원 이용 유무, 우울군 분류로 총 7개 변수를 투입하여 다중회귀분석을 실시한 결과 정신적 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 변수는 최근 1년간 병원이나 의원 이용

유무와 우울로 나타났다. 또한, 본 연구에서 회귀분석의 기본가정을 확인 결과 Durbin-Watson 통계량이 2.162로 잔차의 상호독립성을 만족하였고, 잔차의 분석결과 정규성 및 등분산성 가정을 만족하였으며, 독립변수간의 다중공선성을 검정했을 때 분산팽창지수(VIF)가 1.031~1.065로서 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중 공선성의 문제가 없는 것으로 나타났다. 회귀모형의 F값은 10.39,  $p < .001$ 로써 회귀모형은 적합한 것으로 나타났으며 조선족 이민자 집단의 정신적 삶의 질에 대한 설명력은 34.3%로 나타났다. 즉, 조선족 이민자 집단은 병원이나 의원을 이용하지 않은 군일수록, 비우울군일수록 정신적 삶의 질이 증가하는 것으로 나타났다(Table 4).

## 논 의

조선족 이민자 집단의 문화적응은 타이민자 집단에 비해서도 매우 높게 나타난 것으로 보인다. 동일한 도구를 사용하여 중국 이민여성의 문화적응을 조사한 Cho (2013)의 연구에서 평균 평점이 2.4점으로 측정되었고, 본 연구와 가장 많이 차이가 나는 영역은 언어 사용으로써 조선족은 한국어 구사 영역에서 타 이민 집단에 비해 의사소통의 원활함을 의미한다고 할 수 있다. 반면 사회적 관계 영역에서는 중국 이민 여성이 2.4점으로 본 연구에서 2.3점으로 측정된 것에 비해 높게 나타났다. 사회적 관계에 관한 측정은 한국인과의 관계 및 교류 정도를 묻는 문항으로 구성되었는데, 조선족은 중국이민 여

**Table 4.** Multiple Regression for Variables Predicting HRQOL

(N=147)

Variables	PCS				MCS			
	B	SE	$\beta$	t	B	SE	$\beta$	t
Acculturation	-0.07	0.13	-.04	-0.52	0.08	0.13	.04	0.59
Social network size	-0.03	0.03	-.08	-1.00	-0.02	0.03	-.04	-0.58
Social network closeness	1.79	1.11	.12	1.60	-0.10	1.11	-.01	-0.09
Social network frequency	2.45	1.19	.15	2.05*	1.39	1.19	.08	1.17
Depression	-6.44	1.75	-.30	-3.67**	-11.54	1.63	-.50	-7.08**
Employment	5.40	3.19	.20	1.69	3.66	2.00	.13	1.83
Income	0.01	0.02	.06	0.47				
Number of chronic diseases	-1.36	0.80	-.14	-1.69				
Age	-0.13	0.08	-.13	-1.58				
Use of hospital or clinic					-4.00	1.63	-0.17	-2.46*
$R^2 = .284, F = 6.04, p < .001$				$R^2 = .343, F = 10.39, p < .001$				

HRQOLhealth-related quality of life; PCS=physical component summary; MCS=mental component summary.

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

성에 비해 자국민들끼리 교류하는 성향이 높다는 것을 나타낸다고 할 수 있다. 조선족의 특성에 따른 문화적응을 살펴보면 인구학적 특성인 나이와 월수입에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 연령의 경우 60대 대상자가 40대 미만의 대상자에 비해 유의하게 높은 문화적응 정도를 나타냈다. 본 연구의 결과는 문화적응은 연령이 어릴수록 더 쉽게 새로운 문화화 가치를 받아들이는 경향이 있다는 보고와는(Marin et al., 1987) 일치하지 않았다. 이러한 결과는 체류 기간과 문화적응과의 관련성을 통해 해석할 수 있다. 본 연구에서 연령과 체류 기간은 유의한 정적 상관관계를 가진 것으로 나타났으며, 체류 기간이 증가할수록 문화적응도 증가하였으며, 이러한 결과는 선행연구에서 체류 기간이 증가할수록 문화적응 수준이 증가하였다고 보고한 Yang과 Wang (2011)의 연구결과를 지지한다고 볼 수 있다.

본 연구에서 조선족의 문화적응은 건강 관련 삶의 질에 유의한 관련이 있는 것으로 나타나지 않았는데, 이러한 결과는 이민자의 문화적응 정도가 높을수록 건강 관련 삶의 질이 높게 측정된 기존의 연구결과와 일치하지 않았다. 이는 조선족 이민자 집단이 다른 이민자 집단과 구별되는 특수성에 기반한 것으로 해석할 수 있다. 조선족의 우수한 한국어 사용 능력은 본 연구에서 높은 문화 적응 점수를 나타낸 데 기여한 것으로 보인다. 미국에 거주하는 중국 출신 노인과 한국 출신 노인의 건강 관련 삶의 질 비교 연구에서 영어 사용 능력은 건강 관련 삶의 질을 예측하는 주요한 변인(Mui et al., 2007)으로 언급된 점을 토대로 볼 때, 본 연구에서도 높은 수준의 한국어 구사능력에 기반한 조선족 이민자의 문화적응 수준은 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향의 차이를 완화한 것으로 예상해 볼 수 있다. 또한 조선족은 다른 국적의 외국인 노동자에 비해 자신들이 한국인과 외모나 언어가 같은데도 불구하고 본인들이 신분상 차별을 받는다고 생각하고 있으므로(Kim, Baik, & Kim, 2003) 조선족의 문화적응 평가시 타이민자 집단과 구별되는 조선족 이민자 집단의 정체성과 사회적 지지에 대한 인식 또한 고려할 필요가 있다. 따라서 후속 연구에서는 이러한 조선족 이민자 집단의 특성을 반영하여 이주국 문화에 익숙한 이민자 집단이 경험하는 문화적응상의 특성과 고유한 정체성을 반영할 도구를 개발하여 건강과의 관계를 규명할 필요성을 시사해 준다고 할 수 있다.

본 연구에서 조선족의 사회적 관계망은 사회적 관계망의 전체 크기가 평균 40.5명으로 동일한 도구를 사용하여 결혼 이주 여성의 사회적 관계망의 전체 크기가 평균 23.8명(Kim, 2012)으로 조사된 것에 비해 조선족 이민자 집단은 사회적 연

결망 크기가 다른 이주자 집단에 비해 큰 편으로 나타났다. 이는 조선족의 국내 체류 인구가 전체 외국인의 33.7%를 차지할 정도로 다른 이민자 집단에 비해 체류 인구가 압도적으로 많기 때문에 사회적 관계망이 비교적 큰 것으로 해석될 수 있다. 또한 조선족을 중심으로 형성된 교회는 한국에서 사회적 관계망을 형성하는 매개체로 작용한다고 볼 수 있다. 본 연구에서도 대상자의 절반 이상인 51%가 기독교인으로 나타났고, 종교 유무에 따라 사회적 관계망에 유의한 영향을 미친 것으로 나타났다. 사회적 관계망은 건강행위 이행(Ko, Kim, Kim, & Chang, 2011), 우울의 감소(Kim et al., 2012), 의료 이용(Li & Wu, 2010) 등에 직접적인 영향을 미치므로 조선족 이민자의 건강 증진과 관리를 위하여, 교회를 중심으로 한 사회적 관계망의 활용이 효과적인 전략이 될 것으로 판단된다.

본 연구에서는 건강 관련 삶의 질은 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질로 구분하여 측정하였다. 본 연구대상자의 신체적 삶의 질이 평균 41.1±10.7점, 정신적 삶의 질이 평균 49.1±11.3점으로 신체적 삶의 질이 정신적 삶에 비해 낮은 결과를 나타냈다. 동일한 도구를 사용하여 국내의 혈액 투석 환자의 건강 관련 삶의 질에 관한 연구(Choi, 2007)와 한국에 거주하는 내팔 출신 유학생을 대상으로 한 연구결과(Bhandari, 2012)와 비교시 국내의 혈액 투석 환자 집단에 비해서는 정신적, 신체적 삶의 질이 높으나 내팔 유학생에 비해서는 건강 관련 삶의 질이 낮은 것으로 나타났다. 본 연구대상자의 인구사회학적 특성인 고연령층(57.1±11.5세), 높은 여성 비율(72.8%), 높은 근로 비율(80.3%)을 고려하여 해석할 필요가 있다. 또한, 조선족의 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질에 공통적으로 차이를 보인 변인은 근로 유무와 우울로 나타났다. 신체적 삶의 질과 관련하여서는 선행연구에서는 연령이 증가할수록 신체적 삶의 질이 낮아진다고 보고되었다(Choi, 2007). 본 연구에서도 40대 미만이 신체적 삶의 질이 가장 높고, 70대 이상이 신체적 삶의 질이 가장 낮은 것으로 나타났는데, 특히 40~50대 집단이 60대 집단에 비해 신체적 삶의 질이 낮게 나타났다. 이러한 결과는 Kim 등(2008)의 연구에서 이주노동자의 신체적 삶의 질이 연령이 가장 낮은 35세 미만 집단이 신체적 삶의 질이 가장 높으며, 40~50대 집단이 60대 집단에 비해 신체적 삶의 질이 낮은 것으로 나타나 본 연구결과와 일치하였다. 이러한 결과가 나타난 이유를 살펴보면, 본 연구에서는 40~50대 집단이 휴직자가 가장 많은 집단이었으며, 휴직 사유로는 신체적인 어려움 때문이라고 응답한 경우가 대다수였다. 따라서 나이가 신체적 삶의 질에 영향을 미치는 주요한 변인이기는 하나, 대상자의 인구사회학적 배경 또한 신체적

삶의 질 평가 시 주요하게 고려해야 할 요소로 사료된다. 또한 나이 외에도 근로유무와 월평균 수입이 신체적 삶의 질에 영향을 미친 것으로 나타났다. 이러한 결과는 미국 이주 한인 노인의 삶의 질을 연구한 결과에서 직장이 있는 경우에, 소득수준이 높고, 주관적인 경제수준이 높을수록 삶의 질이 높게 나타난 것과 일치한다(Kim & Lee, 2011). 본 연구결과를 통해서도 보건 의료 취약 계층이라 할 수 있는 조선족 이민자 집단에서도 근로유무, 월평균 수입과 같은 사회 경제적 지위에 따라 신체적 삶의 질에 유의한 차이가 나타나 사회 경제적 요인과 건강과의 관련성을 지지한다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 조선족 이민자의 문화적응, 사회적 관계망과 건강 관련 삶의 질과의 관계 및 각 요인에 대한 확인이 이루어졌다. 상관관계 분석에서는 사회적 관계망의 크기와 접촉 빈도의 관계만 통계적으로 유의하게 나타났으나, 조선족 이민자의 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중회귀분석을 한 결과 신체적 삶의 질에 영향을 미치는 요인 중에서도 주요 대상과의 접촉 빈도와 우울군 분류가 신체적 삶의 질에 대한 28.4%의 설명력을 가지는 변수로 확인되었으며, 정신적 삶의 질에서는 병원 및 의원 이용 경험과 우울군 분류가 영향을 미치는 것으로 나타났으며 34.3%의 설명력을 나타냈다. 이러한 결과는 선행연구에서 친밀한 사람과의 접촉 빈도가 낮을수록 건강 수준이 낮아졌다는(Park, Cho, & Jang, 2011) 연구결과를 지지한다고 할 수 있다. Berkman 등(2000)의 사회적 관계망 모델에 따르면 사회적 관계망은 사회적 지지를 제공하는 구조적 기틀이라 할 수 있다. 본 연구에서도 주요한 대상과의 접촉 빈도를 통해 정서적 지지, 정보적 지지와 같은 사회적 지지의 증가로 이어져 신체적 삶의 질을 증대시켰다고 해석할 수 있다. Li와 Wu (2010)의 연구에서는 이민자는 건강문제 발생시 사회적 구성원 중에서도 주로 친족 중심의 구성원에게 보건 의료 서비스 관련 정보를 구하는 것으로 나타났다. 따라서 이민자 집단의 사회적 관계망은 사회적 지지를 제공하는 주요한 중재 자원이라 할 수 있으므로 이민자의 건강 증진 계획 시 사회적 관계망 분석을 고려할 필요성을 시사해준다.

우울 또한 보건의료 취약 계층의 건강 관련 삶의 질을 예측하는데 중요한 변인이라 할 수 있다. 본 연구에서도 신체적, 정신적 삶의 질 모두에서 우울의 유무에 따라 삶의 질 점수에 큰 차이를 나타내었으며, 건강 관련 삶의 질을 설명하는 주요한 변인으로 나타났다. 도시 취약 계층 노인을 대상으로 한 국내의 연구에서는 우울 정도가 낮을수록 사회적 관계망이 좋고, 건강수준이 좋았으며(Kim, Choi, & Oh, 2010), 국외의

연구에서도 우울 정도가 낮을수록 이민자의 삶의 질은 증가하는 부적 상관관계를 보였다(Lim, Yi, & Zebrack, 2008). 따라서 우울은 건강 관련 삶의 질 중에서도 정신적 삶의 질을 예측할 수 있는 주요한 변인이라 사료되며, 추후 이민자의 정신 건강 증진 프로그램 기획시 중요한 지표로 활용할 수 있으리라 본다.

본 연구의 제한점으로는 조선족 이민자 집단을 대상으로 편의 추출과 눈덩이 표본 추출로 대상자를 선정하여, 자료수집이 주로 일 지역의 교회에서 운영하는 이주자 대상의 무료 진료소에서 이루어졌다. 지역사회 진료 기관을 활용하는 대상자들은 그렇지 않은 조선족 이민자에 비해 사회적 관계망이 크고, 문화적응이 잘 되어 있을 가능성이 있으며, 무료 진료소에 오는 대상자의 경우 질환을 이미 보유한 채로 오기 때문에 건강 관련 삶의 질이 질환을 보유하지 않은 조선족 이민자에 비해 낮게 나타났을 가능성이 있다. 또한, 연구대상자가 주로 50~60대와 여성에 편중되어 있어 대상자 모집에서 선택 편중이 발생할 수 있음을 고려하였을 때 국내 조선족 이민자 전체로 일반화하기에는 한계가 있으므로 본 연구결과를 재확인하기 위한 반복 연구가 필요할 것이다.

또한 본 연구에서는 사회적 관계망의 크기, 접촉빈도, 친밀도의 세 요소를 고려하여 사회적 관계망을 조작적으로 정의한 긴 하였지만 이러한 세 측면을 아울러서 사회적 관계망이 긍정적으로 형성되었는지를 평가할 수 있으려면 각각의 세 요인을 통합적으로 반영할 수 있게 접근해야 한다고 본다. 이러한 사회적 관계망의 다차원적 속성을 포함한 분석을 위해서는 각 대상자의 사회적 관계망의 크기, 친밀도, 빈도의 정도를 차별화하는 방법이 필요하다고 본다. 따라서 이를 위해 각각의 집단별 사회적 관계망 분석에 필요한 충분한 수의 대상자가 집단별로 균형 있게 포함되어야 정확한 검증이 가능할 것이다.

## 결론 및 제언

본 연구는 조선족 이민자의 문화적응과 사회적 관계망 정도를 파악하고 건강 관련 삶의 질과의 관계 규명하기 위하여 시도되었다. 조선족 이민자의 문화적응에는 나이와 월수입에 따라 유의한 차이가 있었으며, 사회적 관계망에서는 연령은 접촉 빈도에, 우울 유무에 따라 사회적 관계망의 크기에 유의한 차이를 나타냈다. 건강 관련 삶의 질은 신체적 삶의 질과 정신적 삶의 질로 구분하였는데, 신체적 삶의 질에서는 연령, 월수입, 근로유무, 만성질환 보유수, 우울에 따라 집단 간에 차이를 나타내었으며, 정신적 삶의 질은 근로유무, 병원이나

의원 이용 유무, 우울이 정신적 삶의 질에 차이를 나타내는 변수로 확인되었다. 상관관계 분석에서는 문화적응과 사회적 관계망이 건강 관련 삶의 질과의 유의하게 관련이 없는 것으로 나타났으나, 다변량 회귀분석결과 사회적 관계망의 접촉 빈도가 신체적 삶의 질을 설명하는 유의한 변인으로 확인되었다. 이민자들의 문화적응 수준과 사회적 관계망이 건강에 미치는 영향에 대한 중요성이 보고되고 있으나, 아직까지 국내 조선족 이민자를 대상으로 문화적응과 사회적 관계망을 동시에 고려하여 건강 관련 삶의 질과의 관계를 확인한 연구가 이루어지지 않은 시점에서, 본 연구가 조선족 이민자를 대상으로 이러한 관계를 규명하고자 시도되었다는 점에서 연구의 의의가 있다고 볼 수 있겠다.

따라서 본 연구의 결과를 토대로 조선족 이민자의 건강 관련 삶의 질 증진을 위한 추후 연구 방향과 보건 취약계층의 건강 관련 정책 수립 활성화를 위하여 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 조선족 이민자 집단이 속한 사회 경제적 지위로 인한 높은 만성질환 이환율, 낮은 건강 증진 행위 실천율, 낮은 보건의료 서비스 접근성 등을 고려해 볼 때 조선족은 보건의료 취약 집단이라고 할 수 있다. 따라서 조선족 이민자 집단을 위하여 제도적 방안을 강구하여야 하고, 건강 증진 프로그램을 확대하고 활성화할 필요가 있다. 특히, 건강증진 프로그램 기획시 이들의 거주 환경과 직업 특성, 문화적인 특성 등을 고려하여 활발한 참여를 유도할 수 있는 환경에서 건강 증진 프로그램을 시행해야 할 것이다.

둘째, 조선족 이민자의 정신건강을 증진시키기 위한 간호 중재 프로그램 개발이 필요하다. 본 연구에서 우울은 건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 주요 요인으로 확인되었다. 따라서 이러한 이민자를 대상으로 한 전국적인 규모의 건강 실태 파악 및 정신 건강에 미치는 장애 요인 규명을 통해 이민자 집단의 정신 건강 증진 전략을 개발하여 제공해야 할 것이다.

셋째, 조선족 이민자의 개인적인 측면의 사회적 관계망뿐만 아니라 조선족 이민자의 집단적인 차원에서 사회적 관계망을 파악하여 중재 수립시 사회적 관계망을 주요한 자원으로 고려할 수 있으리라 본다.

## REFERENCES

Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new Millennium. *Social Science & Medicine*, 51(6), 843-857.

Bhandari, P. (2012). Stress and health related quality of life of Nepalese students studying in South Korea: A cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 1-9.

Cho, S. H. (2013). *Factors associated with physical activity among Chinese immigrant women*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Choi, J. M. (2007). *Social networks, spiritual well-being, and the quality of life in hemodialysis patients*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Choi, S. E., & Reed, P. L. (2011). Psychometric validation of a short acculturation scale for Korean immigrants. *Nursing Research*, 60(4), 240-246.

Chun, K. K., & Lee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 11(1), 65-76.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G\*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160.

Ferrans, C. E., Zerwic, J. J., Wilbur, J. E., & Larson, J. L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4), 336-342.

Guk, S. H. (1999). *A study on assimilation to Korean culture of Korean-minority in China*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Kim, B. J., & Lee, H. J. (2011). Factors affecting quality of life for elderly Korean immigrants in Los Angeles county: Focusing on socioeconomic and social capital traits. *Gyeonggi Research Institutes Review*, 13(1), 145-168.

Kim, B. J., Sangalang C. C., & Kihl, T. (2012). Effects of acculturation and social network support on depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*, 16(6), 787-794.

Kim, J. H. (2012). *Study on social network, social support and stress of female marriage immigrant in Korea*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.

Kim, O. S., Baik, S. H., & Kim, K. H. (2003). The relationships among social support, stress, and loneliness in migrant Yanbian Korean workers. *Korean Journal of Adult Nursing*, 15(4), 607-616.

Kim, S. J., Lee, H. K., & Ahn, H. M. (2010). Relationships between work-related psychosocial and acculturative factors and work-related musculoskeletal disorders among Korean-Chinese migrant workers living in Korea. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 19(1), 28-40.

Kim, S. J., Lee, S. H., Kim, S. Y., Kim, A. L., Park, H. T., & Lee, Y. J. (2008). Migrant workers' quality of life related to health. *Korean Journal of Adult Nursing*, 20(5), 791-803.

Kim, S. Y., Choi, K. Y., & Oh, H. Y. (2010). Relationships of social networks to health status among the urban-low income

- elderly. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*, 13(1), 53-61.
- Ko, Y. H., Kim, S., Kim, G. S., & Chang, S. B. (2011). Mammography screening according to breast cancer disease and social network characteristics of married Korean women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 17(2), 157-168.
- Korean Immigration Service. (2012). *Korean immigration service statistics, year 2011*. Retrieved May 30, 2013, from [http://www.immigration.go.kr/HP/COM/bbs\\_003/ListShow.do?strNbodCd=noti0096&strWrtNo=123&strAnsNo=A&strOrgGbnCd=104000&strRtnURL=IM\\_6050&strAllOrgYn=N&strThisPage=1&strFilePath=imm/](http://www.immigration.go.kr/HP/COM/bbs_003/ListShow.do?strNbodCd=noti0096&strWrtNo=123&strAnsNo=A&strOrgGbnCd=104000&strRtnURL=IM_6050&strAllOrgYn=N&strThisPage=1&strFilePath=imm/)
- Lee, K. H., & Kim, K. W. (2011). Relationship of social-cultural adaptation, emotion and health related quality of life in married female immigrants. *Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health*, 15(2), 121-131.
- Li, Y., & Wu, S. (2010). Social networks and health among rural urban migrants in China: A channel or a constraint? *Health Promotion International*, 25(3), 371-380.
- Lim, J. W., Yi, J. H., & Zebrack, B. (2008). Acculturation, social support, and quality of life for Korean immigrant breast and gynecological cancer survivors. *Ethnicity & Health*, 13(3), 243-260.
- Marin, G., Sabogal, F., Marin, B. V., Otero-Sabogal, R., & Perez-Stable, E. J. (1987). Development of a short acculturation scale for Hispanics. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9(2), 183-205.
- Mui, A. C., Kang, S. Y., Kang, D., & Domanski, M. D. (2007). English language proficiency and health-related quality of life among Chinese and Korean immigrant elders. *Health & Social Work*, 32(2), 119-127.
- Park, S. S., Cho, S. I., & Jang, S. N. (2011). Positive and negative influence of social network on self rated health and its gendered pattern. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*, 28(4), 39-49.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Redfield, R., Linton, R., & Herskovits, M. J. (1936). Memorandum for the study of acculturation. *American Anthropologist*, 38(1), 149-152.
- Stewart, A. L., & Napoles-Springer, A. (2000). Health-related quality of life assessments in diverse population groups in the United States. *Medical Care*, 38(9), 102-124.
- Tracy, E. M., & Whittaker, J. K. (1990). The social network map: Assessing social support in clinical practice. *Families in Society*, 71(8), 461-470.
- Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-item short-form health survey: Construction of scales and preliminary reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-33.
- Yang, Y. M., & Wang, H.-H. (2011). Acculturation and health-related quality of life among Vietnamese immigrant women in transnational marriages in Taiwan. *Journal of Transcultural Nursing*, 22(4), 405-413.