

# 결혼이주여성의 가족지지, 자기효능감, 건강문해력, 지각된 건강상태가 건강증진행위에 미치는 영향

강초희<sup>1</sup> · 한영란<sup>2</sup>

동국대학교 경주병원<sup>1</sup>, 동국대학교 간호학과<sup>2</sup>

## The Relationship among Family Support, Self-efficacy, Health Literacy, Perceived Health Status and Health-promoting Behavior in Married Immigrant Women

Kang, Cho-hee<sup>1</sup> · Han, Young Ran<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dongguk University Medical Center, Gyeongju

<sup>2</sup>Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University, Gyeongju, Korea

**Purpose:** The purpose of this study is to examine the association of family support, self-efficacy, health literacy and perceived health status with health-promoting behavior (HPB) in married immigrant women. **Methods:** A cross-sectional based survey was conducted to collect data from married immigrant women living in Gyeongsang province. Questionnaires included Health promoting lifestyle profile II, General self - efficacy scale, Korean Health literacy assessment and perceived health status. **Results:** 157 subjects participated in the study (mean age, 30.47±6.83). Their duration of living in Korea was 63.05±50.11 months. Of the participants, 59.2% were Vietnamese. The level of HPB, perceived health status, health literacy, support of family and self-efficacy were 2.58±0.42, 3.39±0.86, 25.12± 20.99, 3.83±0.70 and 3.61±0.53 respectively. Factors affecting the HPB of the participants were support from family ( $\beta = .45, p < .001$ ) and self-efficacy ( $\beta = .16, p < .05$ ). The explanatory power of these two variables was 34.2%. **Conclusion:** This study suggests that the factors influencing the HPB of married immigrant women include support from family and self-efficacy. A variety of programs should be provided for families so that they can support those women to help them increase their HPB. It is recommended that more various programs be provided to increase their self-efficacy.

**Key Words:** Emigrants and immigrants, Women, Health promotion, Family, Self efficacy

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

우리나라 결혼이주여성은 2014년 기준 약 13만 명으로,

이는 전체 체류 외국인 1,797,618명의 약 7.2%이다. 이들의 출신국은 베트남(30%), 중국(24.1%), 한국계 중국(13.1%), 일본(8.7%) 그리고 필리핀(8.2%) 순으로, 총 국가 수는 약 150개국에 이르며[1] 이들 대부분은 한국보다 소득수준이 낮고 건강수준 및 의료서비스 수준이 낮은 아시아 국가의 비율이 높다.

**주요어:** 결혼이주여성, 건강증진, 가족지지, 자기효능

**Corresponding author:** Han, Young Ran

Department of Nursing, College of Medicine, Dongguk University, 123 Dongdae-ro, Gyeongju 38066, Korea.

Tel: +82-54-770-2625, Fax: +82-54-770-2616, E-mail: hanyr@dongguk.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 강초희의 석사학위논문 일부를 발췌한 것임.

- This article is article based on a part of the 1st author's master's thesis from University.

Received: Apr 28, 2016 / Revised: Jul 14, 2016 / Accepted: Jul 18, 2016

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.

질병관리본부가 베트남 출신 다문화가족을 주 대상으로 한 국내 이주자 코호트 사업결과와 한국건강관리협회가 결혼이주여성을 대상으로 실시한 건강검진 분석결과, 빈혈과 기생충 감염률 및 B형간염 항원보유율이 높고 B형간염 항체 양성률이 낮아 B형간염 위험이 높게 나타났으며, 간 질환, 고지혈증 위험이 높게 나타났다[2]. 또한 결혼이주여성은 중등도 신체활동이 저조할 뿐 아니라 규칙적인 운동을 하는 대상자의 수가 적으며, 특히 한국 체류기간이 길어질수록 체중이 증가하여 과체중과 비만도가 증가하는 양상을 보였는데, 이는 생활습관 중 신체활동량이 부족하기 때문이며 이로 인해 고지혈증의 위험이 높은 것으로 파악된다[2]. 결혼이주여성들은 일반여성들과 비교할 때 일부 불건강한 행동을 보이며 만성질환 유병률이 일반인보다 5~6배 정도 많은 것으로 나타났다[3]. 따라서 이들의 질병을 예방하고, 건강수준을 높이기 위해서 건강증진행위를 향상시킬 필요가 있다.

건강증진행위란 건강한 생활양식을 증진시키기 위한 활동으로서 안녕수준을 높이고 자아실현과 만족감을 유지, 증진하기 위한 방향으로 취해지는 통합된 행위를 말한다[4]. 그동안 결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 분석된 것은 동거가족, 직업, 거주기간, 연령, 생활수준, 배우자와의 나이차이, 학력, 한국어능력 수준 등 일반적 특성과 자기효능감, 자아존중감, 지각된 건강상태, 문화적응도, 사회적 지지, 배우자 지지 등 여러 가지 요인이 연구되었으나 일치된 연구결과가 있는 반면 일관되지 않은 연구결과도 보이고 있어 이에 대한 추가적인 연구가 필요하다[5-7].

결혼이주여성은 언어소통문제로 인해 사회·문화적으로 고립되기 쉽기 때문에 필요한 제반 정보를 얻기 위해 남편이나 시부모 등 가족들에게 의존하는 비율이 높다[8]. 가족은 개인에게 있어서 가장 중요한 지지체계이고, 내·외적 긴장을 완화하여 개인의 건강을 유지하는 역할을 하기에 가족과 강한 지지적 관계에 있는 사람은 스트레스 상황에 보다 잘 대처할 수 있으므로 이들의 건강증진행위에서 가족지지가 중요하다. 한편 대부분의 결혼이주여성들은 이웃과의 교류 및 상호지원이 거의 이루어지지 않는다고 인식하고 있으며, 이주여성의 12.3%가 속마음을 털어놓을 사람이 한 사람도 없다고 하였다[9]. 이처럼 결혼이주여성들의 사회적 교류가 활발하지 않음을 감안할 때, 가족의 역할은 더 중요하다고 할 수 있다. 그러나 지금까지 대부분의 연구는 사회적 지지를 위주로 연구가 되어 있기에[5, 6] 가족지지에 대한 연구가 추가적으로 이루어질 필요가 있다.

건강문해력은 최근 건강증진행위와 관련되어 중요한 요인으로 부각되고 있는데, Kreps와 Sparks[10]는 노인계층, 저학

력층과 저소득층, 소수민족 및 이민자 집단이 건강문해력 수준이 낮은 건강 위험군이라고 보고하였다. 건강문해력과 건강성과(health outcome) 간에는 중요한 관련성이 있어 건강문해력이 높을수록 긍정적인 건강성고가 있다고 하였다[11]. 지금까지 결혼이주여성들의 한국어 능력이 건강증진행위와 어떤 관련이 있는지에 대한 연구는 많았던 반면 건강문해력이 건강증진행위를 수행함에 있어 어떤 영향을 미치는지에 대한 연구가 부재한 상황에서 이에 대해 연구해 볼 필요가 있다.

한편 많은 연구에서 자기효능감은 건강증진행위에 영향을 주는 중요한 변수임이 확인되었고, Gillis[12]도 23편의 건강증진생활양식에 대한 논문을 분석한 결과 자기효능이 건강증진생활양식에 가장 중요한 영향을 미치는 요인이라는 것을 확인하였다. 또한 건강상태에 대한 개인적인 지각이 건강증진행위에 의미있는 영향을 주는데, 이는 건강상태에 대한 지각이 건강증진행위의 동기가 되어 임상적인 평가보다 본인이 지각하는 건강상태가 좋을수록 건강증진행위에 더 긍정적인 영향을 미치기 때문이다[13].

이에 본 연구에서는 결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 여러 요인 중에서 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태의 정도를 확인하고 이 변수들 간의 관계를 파악하여 결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하고자 시도되었다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인하여 그들의 건강을 유지·증진하고 질병을 예방할 수 있는 건강증진행위를 향상시키는 프로그램의 기초자료를 제공하고자 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 결혼이주여성의 일반적 특성 및 결혼이주 관련 특성을 확인한다.
- 결혼이주여성의 건강증진행위, 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태 정도를 파악한다.
- 결혼이주여성의 일반적 특성 및 결혼이주 관련특성에 따른 건강증진행위간의 차이를 비교한다.
- 결혼이주여성의 건강증진행위와 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태와의 관련성을 분석한다.
- 결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 우리나라 거주 결혼이주여성의 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태가 건강증진행위에 미치는 영향을 파악하기 위해 구조화된 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구대상은 만 18세 이상의 결혼이주여성으로 현재 한국 남성과 결혼하여 동거중이거나 결혼한 적이 있는 자로 본 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여할 것을 서면으로 동의하였으며, 시각 및 청각장애가 없고 의사소통이 가능하며, 중국어, 베트남어, 영어, 몽골어, 한국어로 제작한 5가지 설문지 중 한 가지 설문지 내용을 이해하고 답을 할 수 있는 여성을 임의 표출하였다. 표본 수는 다중회귀분석에 필요한 수를 산출하였으며 유의수준 .05, 검정력 .95, 효과크기를 중간정도 .15로 하고 집단 수를 하나로 하여 G\*Power 3.1.5 프로그램을 사용하였을 때 계산된 표본크기 수는 138명이었다. 탈락자를 예상하여 설문지 총 200개를 배부하였고, 179개의 설문지가 회수되었다. 그 중 응답이 불충분한 22개의 설문지를 제외한 157개의 자료를 최종 분석 자료로 사용하였다.

### 3. 연구도구

건강문해력 설문지를 제외한 설문지는 전문 번역회사에 4개 국어 번역을 의뢰하여 번역을 한 후, 특히 원 도구가 영문인 도구는 한국어로 번역된 것을 다시 번역하여 각각 해당국 출신의 교수에게 직접 방문하거나, 방문이 어려운 경우 전화로 설명 후 이메일을 통해 타당도와 정확도를 검증받았다. 그리고 K도 소재 W병원에 입원 중인 결혼이주여성 3명, 지역의 한글교육 센터에 출석 중인 결혼이주여성 17명, 총 20명의 결혼이주여성을 대상으로 설문지 문항의 이해도를 확인하는 사전 조사를 실시하여 질문문항을 이해하는데 문제가 없음을 확인하여 최종 문항을 작성하였다.

#### 1) 결혼이주여성의 일반적 및 결혼이주 관련 특성

대상자의 일반적 특성은 나이, 임신경험, 자녀 수, 가족유형, 대상자의 직업, 대상자 및 배우자의 학력, 주관적 소득 수준의 8

가지 항목으로 구성되었으며, 결혼이주 관련 특성으로는 한국 체류기간, 결혼 전 국적, 주관적 한국어 능력의 3항목으로 구성하였다.

#### 2) 건강증진행위

건강증진행위는 Walker 등[14]이 개발한 Health Promoting Lifestyle Profile (HPLP) II를 Jeong[6]이 한국어로 번안 및 수정한 도구를 이용하여 측정하였다. '매일 빵, 씨리얼, 쌀과 파스타 종류의 음식을 6~8회 먹는다' 문항이 내적 일관성이 낮아 한 문항을 삭제한 51문항을 사용하였다[6]. 이 도구는 건강에 대한 책임(9문항), 신체적 활동(8문항), 영양(8문항), 영적성장(9문항), 대인관계(9문항), 스트레스관리(8문항) 6개 영역 총 51문항으로 구성되었으며, 각 문항은 '항상 그렇다'(4점), '자주 그렇다'(3점), '가끔 그렇다'(2점), '전혀 그렇지 않다'(1점)까지의 4점 Likert 척도이다. 점수의 범위는 평균 1점에서 4점으로 점수가 높을수록 건강증진행위의 수행정도가 높음을 의미한다. 도구개발 당시의 내적일관성 신뢰도인 Cronbach's  $\alpha$  값은 .94였고, Jeong[6]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  값은 .93이었다. 본 연구의 Cronbach's  $\alpha$  값은 .95였다. 각 하위영역별 신뢰도는 건강에 대한 책임 Cronbach's  $\alpha$  는 .79, 신체적 활동 Cronbach's  $\alpha$  는 .71, 영양 Cronbach's  $\alpha$  는 .80, 영적 성장 Cronbach's  $\alpha$  는 .78, 대인관계 Cronbach's  $\alpha$  는 .77, 스트레스관리 Cronbach's  $\alpha$  는 .80이었다.

#### 3) 가족지지

가족지지는 대상자에게 의미 있는 가족구성원이 대상자를 돌보아주며, 사랑하고, 존중하며, 가치감을 갖게 해주고, 대상자가 의사소통과 상호책임의 조직망에 속한다는 것을 믿도록 해주는 정보로 보고, 의미있는 가족구성원이 실제로 가족구성원에 주는 그 지지정도를 측정하기 위한 것으로 Kang[15]의 도구를 사용했다. 이 측정도구는 긍정 문항 9문항, 부정 문항 2문항 총 11문항으로 구성되었으며, 각 문항은 Likert 5점 척도로 '항상 그렇다'(5점), '자주 그렇다'(4점), '보통이다'(3점), '대체로 그렇지 않다'(2점), '전혀 그렇지 않다'(1점)이다. 점수범위는 평균 최저 1점에서 최고 5점까지이며, 부정 문항은 역환산하였고, 점수가 높을수록 가족지지 정도가 높은 것을 의미한다. Kang[15]의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  는 .86이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$  값은 .86으로 나타났다.

#### 4) 자기효능감

자기효능감은 다양하고 새로운 상황에서 자신의 능력에 대

한 일반화된 신념을 측정하기 위한 것으로 Chen 등[16]이 개발한 자기효능감 측정도구를 Noh[17]가 번역한 것을 사용하였다. 8문항으로 구성되며 '매우 그렇다'(5점), '그렇다'(4점), '그저 그렇다'(3점), '그렇지 않다'(2점) 그리고 '전혀 그렇지 않다'(1점)로 구성된 5점 평점 척도이며, 평균점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다. Noh[17]의 연구에서의 Cronbach's  $\alpha$  값은 .92였고, 본 연구의 Cronbach's  $\alpha$  값은 .86이었다.

### 5) 건강문해력

건강문해력은 의학용어, 신체 부위 및 질병에 관한 용어를 제시하여 소리내어 읽고 의미를 이해하고 있는지 여부를 측정하기 위한 것으로 Kim 등[18]이 개발한 한국형 건강정보이해능력 측정도구(Korean Health Literacy Assessment Tool, KHLAT)를 Lee 등[19]이 수정·보완한 KHLAT 4를 사용하였다.

총 66문항으로 구성되었으며, '무슨 뜻인지 정확하게 안다'에 체크한 경우는 1점으로 배점하고, '대강의 뜻만 안다', '들어는 봤지만 뜻은 잘 모르겠다', '무슨 뜻인지 전혀 모르겠다'는 모두 0점으로 배점하여 총점을 측정하였다. 점수의 범위는 0~66점이며, 점수가 높을수록 건강문해력 수준이 높은 것을 의미한다. 개발당시 이 설문지의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  는 .97이었으며, 본 연구의 Cronbach's  $\alpha$  값은 .98이었다.

### 6) 지각된 건강상태

지각된 건강상태를 측정하기 위해 '현재 귀하의 전반적인 건강상태에 대해 어떻게 느끼십니까?'라는 단일 문항을 사용하였다. 본 연구에서는 '매우 좋다'(5점), '좋은 편이다'(4점), '보통이다'(3점), '나쁜 편이다'(2점), '매우 나쁘다'(1점)로 점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋음을 의미한다.

## 4. 자료수집

본 연구는 소속대학교 병원 기관윤리위원회(IRB)의 승인(110757-201502-HR-02-03)을 받은 후 진행하였다. 자료수집은 K도에 있는 다문화가족지원센터의 동의를 구한 뒤 모임이 있는 날 연구자가 직접 방문하거나, 담당자에게 부탁하여 대상자에게 연구목적과 내용을 설명하였고, 서면으로 본 연구에 동의한 자를 대상으로 하였다. 또한 기관에 등록되지 않은 K도 재가 결혼이주여성 중 연구자의 지인에게 소개를 받은 대상자는 연구자가 직접 가정을 방문하거나 연구보조자를 통해 본 연구의 목적과 내용을 설명한 후 서면으로 동의한 자를 대상으로 설

문조사를 실시하였다. 대상자에게 익명성과 비밀보장에 대하여 설명하였으며 설문을 하는 중간이라도 언제든지 그만 둘 수 있음을 설명하였고, 수집된 자료는 연구자가 변호화하여 일정기간 보관하였다가 폐기할 것임을 설명하였다. 자료수집은 2015년 6월 15일부터 2015년 8월 20일까지 이루어졌으며 설문 이 종료된 후에는 소정의 답례품을 제공하였다.

## 5. 자료분석

수집한 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 및 결혼이주 관련 특성, 건강증진행위와 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태는 빈도, 백분율, 평균, 표준편차 등 기술 분석을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 및 결혼이주 관련 특성에 따른 건강증진행위, 가족지지, 자기효능감, 건강문해력, 및 지각된 건강상태의 차이를 알아보기 위해 Student's t-test, One way ANOVA를 실시하였으며, 사후 검증은 Scheffé' test를 사용하였다. 대상자의 건강증진행위와 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태간의 관련성은 Pearson Correlation Coefficient로 분석하였다. 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 stepwise multiple regression을 사용하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 및 결혼이주 관련 특성

대상자의 일반적 및 결혼이주 관련 특성은 Table 1과 같다. 대상자는 총 157명으로 평균 연령은  $30.47 \pm 6.83$ 세로 29세 이하가 51.6%, 30~39세가 36.9%이고 40세 이상이 11.5%였으며, 임신경험이 있는 경우가 73.9%였다. 자녀가 없는 대상자가 31.2%였으며, 가족유형은 핵가족이 67.5%, 대가족(시댁 또는 친정가족과 함께 사는 경우)이 32.5%였다. 직업이 없는 대상자가 84.7%였고, 학력은 초등학교 졸업 이하가 8.3%, 중학교 졸업이 35.0%, 고등학교 졸업이 40.1%, 대학교 졸업 이상이 16.6%로 고졸 이상이 56.7%를 차지하여 학력수준은 높은 것으로 분석되었다. 남편의 학력은 초등학교 졸업 이하가 2.5%, 중학교 졸업이 12.7%, 고등학교 졸업이 55.4%, 대학교 졸업 이상이 29.3%로 84.7%의 남편이 고등학교 이상의 학력으로 비교적 높은 수준이었다. 주관적 소득수준은 '어렵게 사는 편이다'가 7.0%, '보통이다'가 70.7%, '잘 사는 편이다'가 18.5%로 89.2%가 보통 이상으로 응답하여 경제적 어려움이 많지 않은 것으로

**Table 1.** Difference of Health-Promoting Behavior between Sociodemographic and Married Immigrant Characteristics (N=157)

Characteristics	Categories	n (%)	Subscales													
			Health-promoting behavior		Health responsibility		Physical activity		Nutrition		Spiritual growth		Interpersonal relations		Stress management	
			M±SD	t or F (p)	M±SD	tor F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	tor F (p)	M±SD	t or F (p)	M±SD	tor F (p)	M±SD	t or F (p)
Age (year)	≤29	81 (51.6)	2.63±0.43	1.18	2.30±0.51	0.09	2.41±0.47	0.47	2.50±0.53	2.13	2.88±0.54	1.73	2.84±0.50	0.61	2.90±0.52	2.13
	30~39	58 (36.9)	2.52±0.43	(.311)	2.27±0.51	(.917)	2.36±0.44	(.627)	2.33±0.56	(.123)	2.71±0.51	(.180)	2.75±0.50	(.544)	2.72±0.49	(.123)
	≥40	18 (11.5)	2.57±0.41		2.32±0.59		2.48±0.48		2.31±0.41		2.81±0.53		2.75±0.41		2.79±0.51	
Experience pregnancy	Yes	116 (73.9)	2.56±0.41	-1.07	2.27±0.50	-0.89	2.37±0.43	-1.29	2.40±0.50	-0.70	2.78±0.51	-1.17	2.80±0.48	0.18	2.78±0.51	-1.50
	No	41 (26.1)	2.64±0.47	(.288)	2.35±0.55	(.376)	2.49±0.52	(.203)	2.47±0.61	(.487)	2.89±0.59	(.245)	2.78±0.53	(.861)	2.92±0.51	(.137)
Number of children	0	49 (31.2)	2.61±0.47	0.58	2.32±0.54	1.17	2.46±0.52	1.23	2.44±0.59	0.23	2.86±0.57	0.37	2.75±0.51	0.62	2.87±0.53	.27
	1	54 (34.4)	2.60±0.37	(.632)	2.30±0.45	(.323)	2.41±0.42	(.302)	2.43±0.44	(.874)	2.81±0.51	(.776)	2.85±0.42	(.602)	2.81±0.47	(.845)
	2	45 (28.7)	2.52±0.44		2.20±0.50		2.30±0.41		2.37±0.55		2.74±0.54		2.75±0.55		2.78±0.56	
	≥3	9 (5.7)	2.68±0.51		2.53±0.73		2.51±0.51		2.49±0.67		2.85±0.46		2.90±0.45		2.81±0.52	
Cohabitant	Nuclear family	106 (67.5)	2.61±0.43	1.01	2.32±0.50	1.05	2.44±0.45	1.63	2.42±0.56	0.15	2.84±0.54	1.02	2.81±0.50	0.45	2.85±0.52	1.03
	Extended family	51 (32.5)	2.53±0.41	(.312)	2.23±0.54	(.296)	2.32±0.46	(.105)	2.41±0.48	(.878)	2.75±0.51	(.309)	2.77±0.48	(.650)	2.76±0.51	(.304)
Occupation	Yes	24 (15.3)	2.42±0.42	-2.06	2.23±0.45	-0.61	2.29±0.43	-1.34	2.29±0.50	-1.30	2.53±0.53	-2.89	2.63±0.58	-1.81	2.57±0.54	-2.61
	No	133 (84.7)	2.61±0.42	(.041)	2.30±0.53	(.541)	2.42±0.46	(.181)	2.44±0.54	(.195)	2.86±0.52	(.004)	2.82±0.47	(.073)	2.87±0.50	(.010)
Education	≤Elementary school	13 (8.3)	2.45±0.51	0.69	2.25±0.54	0.63	2.16±0.36	2.28	2.50±0.65	0.32	2.62±0.69	0.96	2.59±0.52	0.98	2.61±0.62	0.90
	Middle school	55 (35.0)	2.56±0.40	(.562)	2.23±0.48	(.596)	2.36±0.44	(.082)	2.40±0.50	(.808)	2.79±0.51	(.412)	2.80±0.47	(.405)	2.83±0.48	(.442)
	High school	63 (40.1)	2.60±0.40		2.32±0.50		2.43±0.44		2.44±0.48		2.81±0.50		2.80±0.47		2.83±0.48	
	≥College	26 (16.6)	2.65±0.50		2.38±0.62		2.54±0.52		2.34±0.65		2.92±0.56		2.87±0.55		2.88±0.49	
Education of husband	≤Elementary school	4 (2.5)	2.29±0.43	1.02	2.08±0.40	0.36	2.09±0.45	1.62	2.17±0.56	0.42	2.34±0.61	1.91	2.44±0.35	0.91	2.66±0.64	1.31
	Middle school	20 (12.7)	2.53±0.43	(.386)	2.34±0.47	(.784)	2.32±0.45	(.188)	2.44±0.46	(.736)	2.68±0.64	(.131)	2.78±0.50	(.436)	2.63±0.48	(.272)
	High school	87 (55.4)	2.58±0.44		2.27±0.52		2.38±0.46		2.40±0.57		2.81±0.54		2.78±0.50		2.85±0.52	
	≥College	46 (29.3)	2.64±0.40		2.32±0.53		2.50±0.44		2.46±0.49		2.90±0.43		2.85±0.47		2.86±0.50	
Perceived socio economic status	Low	11 (7.0)	2.43±0.39	0.72	2.16±0.44	0.86	2.28±0.40	1.05	2.14±0.52	1.08	2.74±0.44	0.22	2.64±0.52	0.62	2.69±0.47	0.41
	Middle	111 (70.7)	2.59±0.42	(.542)	2.29±0.51	(.463)	2.38±0.43	(.373)	2.44±0.50	(.361)	2.83±0.53	(.886)	2.80±0.49	(.601)	2.83±0.51	(.745)
	High	29 (18.5)	2.63±0.48		2.39±0.58		2.53±0.54		2.44±0.61		2.79±0.59		2.84±0.51		2.85±0.58	
	Don't know	6 (3.8)	2.47±0.43		2.09±0.52		2.35±0.53		2.39±0.69		2.69±0.38		2.67±0.38		2.69±0.44	
Duration in South Korea (year)	<5 <sup>a</sup>	89 (56.7)	2.66±0.38	3.43	2.35±0.49	2.34	2.49±0.42	5.71	2.46±0.49	0.79	2.91±0.47	3.77	2.87±0.44	2.32	2.92±0.48	3.85
	5~10 <sup>b</sup>	47 (29.9)	2.47±0.50	(.035)	2.16±0.56	(.100)	2.22±0.48	(.004)	2.39±0.63	(.457)	2.70±0.62	(.025)	2.69±0.58	(.101)	2.69±0.57	(.023)
	>10 <sup>c</sup>	21 (13.4)	2.52±0.38	b<a	2.34±0.47		2.41±0.44	b<a	2.31±0.45		2.64±0.47	c<a	2.71±0.45		2.71±0.46	b<a
Native country	China <sup>a</sup>	35 (22.3)	2.50±0.41	0.78	2.24±0.54	0.55	2.42±0.45	1.31	2.22±0.47	4.01	2.78±0.47	0.58	2.68±0.40	1.29	2.73±0.47	1.67
	The Philippines <sup>b</sup>	19 (12.1)	2.62±0.44	(.506)	2.42±0.54	(.651)	2.56±0.50	(.378)	2.24±0.55	(.009)	2.82±0.54	(.629)	2.82±0.54	(.279)	2.91±0.46	(.177)
	Vietnam <sup>c</sup>	93 (59.2)	2.62±0.44		2.28±0.51		2.36±0.46		2.53±0.53	a,b<c	2.84±0.57		2.85±0.51		2.86±0.54	
	Others <sup>d</sup>	10 (6.4)	2.49±0.29		2.36±0.44		2.41±0.35		2.36±0.47		2.61±0.34		2.67±0.42		2.56±0.43	
Subjective Korean ability	Speaking	17 (10.8)	2.56±0.32	0.22	2.31±0.39	0.03	2.36±0.31	0.69	2.43±0.49	0.01	2.79±0.40	0.34	2.65±0.39	0.88	2.83±0.49	0.25
	Average	104 (66.2)	2.57±0.44	(.805)	2.28±0.51	(.966)	2.38±0.47	(.501)	2.42±0.55	(.991)	2.79±0.55	(.713)	2.80±0.50	(.415)	2.80±0.52	(.781)
	<Average	36 (22.9)	2.62±0.43		2.31±0.58		2.48±0.48		2.41±0.52		2.87±0.53		2.84±0.50		2.87±0.52	
Listening	Average	18 (11.5)	2.60±0.32	0.63	2.29±0.41	0.74	2.40±0.39	1.82	2.46±0.45	0.19	2.88±0.47	0.56	2.76±0.37	0.13	2.84±0.53	0.49
	<Average	109 (69.4)	2.56±0.44	(.532)	2.26±0.51	(.478)	2.36±0.46	(.166)	2.40±0.55	(.829)	2.78±0.54	(.572)	2.79±0.50	(.888)	2.80±0.52	(.612)
Reading	Average	30 (19.1)	2.66±0.45		2.39±0.60		2.54±0.48		2.45±0.53		2.88±0.55		2.83±0.53		2.90±0.49	
	<Average	22 (14.0)	2.61±0.30	0.93	2.31±0.38	0.78	2.43±0.36	0.47	2.45±0.44	0.88	2.89±0.43	0.42	2.78±0.34	1.14	2.82±0.51	0.72
Writing	Average	109 (69.4)	2.60±0.44	(.395)	2.31±0.52	(.458)	2.42±0.48	(.625)	2.44±0.54	(.417)	2.81±0.56	(.658)	2.83±0.51	(.322)	2.85±0.52	(.490)
	<Average	26 (16.6)	2.48±0.45		2.18±0.61		2.32±0.45		2.29±0.57		2.75±0.48		2.67±0.52		2.71±0.50	
Average	>Average	18 (11.5)	2.56±0.33	0.07	2.25±0.43	0.09	2.36±0.37	0.15	2.41±0.49	0.20	2.85±0.37	0.09	2.72±0.34	0.55	2.77±0.47	0.10
	<Average	104 (66.2)	2.59±0.44	(.930)	2.30±0.49	(.916)	2.40±0.47	(.860)	2.43±0.55	(.821)	2.80±0.56	(.918)	2.82±0.51	(.579)	2.83±0.53	(.908)
	Average	35 (22.3)	2.57±0.44		2.28±0.62		2.43±0.47		2.37±0.51		2.81±0.53		2.75±0.50		2.83±0.49	

분석되었다.

한국 체류기간은 평균 5.25년(63.05±50.11개월)이었고, 5년 미만(56.7%), 5~10년 미만(29.9%), 10년 이상(13.4%) 순으로 나타났다. 결혼 전 국적은 베트남(59.2%), 중국(22.3%), 필리핀(12.1%) 순으로 나타났고, 주관적 한국어능력은 ‘말하기’의 경우 중(66.2%), 하(22.9%), 상(10.8%) 순이었고, ‘듣기’도 중(69.4%), 하(19.1%), 상(11.5%) 순으로, ‘읽기’도 중(69.4%), 하(16.6%), 상(14.0%) 순이었고, ‘쓰기’도 중(66.2%), 하(22.3%), 상(11.5%) 순으로 분석되었다.

## 2. 대상자의 건강증진행위, 가족지지, 자기효능감, 건강문해력, 지각된 건강상태의 수준

본 대상자들이 지각하는 건강증진행위, 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태의 정도는 Table 2와 같다. 건강증진행위는 만점 4점을 기준으로 2.58±0.43점으로 나타났고, 하위 영역별로 보면 스트레스관리 2.82±0.52점, 영적성장 2.81±0.53점, 대인관계 2.79±0.49점, 영양 2.42±0.53점, 신체활동 2.40±0.46점, 건강에 대한 책임 2.29점±0.52점 순으로 나타났다.

또한 가족지지는 5점 만점에 3.83±0.70점, 자기효능감은 5점 만점에 3.61±0.53점, 건강문해력은 66점 만점에 25.12±20.99점, 지각된 건강상태는 5점 만점에 3.39±0.86점으로 분석되었다.

**Table 2.** Level of Health Promoting Behavior, Family Support, Self-efficacy, Health Literacy and Perceived Health Status (N=157)

Variables (Min.~Max.)	M±SD
Health promoting behavior	
Total (1~4)	2.58±0.43
Sub category	
Health Responsibility (HR)	2.29±0.52
Physical Activity (PA)	2.40±0.46
Nutrition (NT)	2.42±0.53
Spiritual Growth (SG)	2.81±0.53
Interpersonal Relations (IR)	2.79±0.49
Stress Management (SM)	2.82±0.52
Family support (FS)	3.83±0.70
Self-efficacy (SE, 1~5)	3.61±0.53
Health literacy (HL, 0~66)	25.12±20.99
Perceived health status (PHS, 1~5)	3.39±0.86

## 3. 결혼이주여성의 일반적 및 결혼이주 관련 특성에 따른 건강증진행위 차이

일반적 및 결혼이주 관련 특성과 건강증진행위 간에 통계적으로 유의한 차이가 있는 특성으로 대상자의 직업(F=-2.06, p=.041)과 한국 체류기간(F=3.43, p=.035)이 분석되었다(Table 1).

직업에서는 건강증진행위(F=-2.06, p=.041)와 하위요인 중 영적성장(F=-2.89, p=.004), 스트레스관리(F=-2.61, p=.010)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 직업이 없는 경우(2.61±0.42)가 직업이 있는 경우(2.42±0.42)에 비해 건강증진행위의 점수가 높았고, 영적성장에서도 직업이 없는 경우(2.86±0.52)가 직업이 있는 경우(2.53±0.53)에 비해 점수가 높았으며, 스트레스관리에 있어서도 직업이 없는 경우(2.87±0.50)가 직업이 있는 경우(2.57±0.54)에 비해 점수가 높게 나타났다.

한국 체류기간에서는 건강증진행위(F=3.43, p=.035) 그리고 하위요인 중 신체적 활동(F=5.71, p=.004), 영적성장(F=3.77, p=.025), 스트레스관리(F=3.85, p=.023)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 건강증진행위는 5년 미만(2.66±0.38)의 대상자가 5~10년 미만(2.47±0.50)보다 점수가 높았고, 신체적 활동에서도 5년 미만(2.49±0.42)의 경우가 5~10년 미만(2.22±0.48)보다 점수가 높았으며, 영적성장에서는 5년 미만(2.91±0.47)이 10년 이상(2.64±0.47)보다 점수가 높았다. 스트레스관리에 있어서는 5년 미만(2.92±0.48)이 5~10년 미만(2.69±0.57)보다 높은 점수를 보였다.

결혼 전 국적은 건강증진행위의 하위영역 중 영양에서 유의한 차이를 보였으며(F=4.01, p=.009), 베트남(2.53±0.53)이 중국(2.22±0.47)과 필리핀(2.24±0.55)보다 점수가 높게 나타났다.

## 4. 결혼이주여성의 건강증진행위, 가족지지, 자기효능감, 건강문해력, 지각된 건강상태의 상관관계

건강증진행위는 가족지지(r=.56, p<.001) 및 자기효능감(r=.41, p<.001)과 통계적으로 유의한 정 상관관계가 있는 것으로 나타났으나, 지각된 건강상태(r=.03, p=.747)나 건강문해력(r=.12, p=.131)과는 통계적으로 유의한 상관관계가 나타나지 않았다.

또한 건강증진행위의 모든 하위영역이 가족지지 및 자기효능감과 유의한 정 상관관계가 있는 것으로 분석되었으며 각각의 결과는 다음과 같다.: 건강에 대한 책임(r=.39, p<.001; r=.37, p<.001), 신체적 활동(r=.51, p<.001; r=.41, p<.001), 영

양( $r=.37, p<.001$ ;  $r=.25, p<.001$ ), 영적성장( $r=.50, p<.001$ ;  $r=.39, p<.001$ ), 스트레스관리( $r=.59, p<.001$ ;  $r=.39, p<.001$ ) 그리고 대인관계( $r=.51, p<.001$ ;  $r=.30, p<.001$ ). 한편 하위영역 중 대인관계는 가족지지 및 자기효능감 이외에 건강문해력( $r=.18, p=.027$ )과도 낮은 수준이지만 유의한 정 상관관계가 있는 것으로 분석되었다.

그 외에도 가족지지와 자기효능감( $r=.48, p<.001$ ), 건강문해력과 자기효능감( $r=.20, p=.010$ )은 통계적으로 유의한 정 상관관계가 있었고, 건강문해력과 지각된 건강상태( $r=-.20, p=.013$ )는 통계적으로 유의한 음 상관관계가 있는 것으로 분석되었다(Table 3).

### 5. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인

회귀분석 실시에 앞서 각 변수들 간에 다중공선성이 발생하는지 여부를 확인하기 위해 공차한계(tolerance) 및 분산팽창요인(Variance Inflation Factor, VIF) 값을 살펴본 결과 각 변수들의 공차한계는 .64~.93으로 모두 0.1 보다 크며, 분산팽창요인 값은 1.08~1.45로 모두 10을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다. 대상자의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 독립변수인 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태와 단변량 분석 결과 유의한 변수인 직업과 체류기간을 바탕으로 stepwise multiple regression을 실시한 결과는 Table 4와 같다. 회귀모형의 가정을 검증한 결과

는, 등분산 검정을 위해 잔차 도표(plot)를 살펴 본 결과 등분산성이 확인되었고, 잔차의 독립성 검정을 위해 더빈 왓슨(Durbin-Watson) 통계량을 확인한 결과 1.861로 오차간의 자기상관성이 없었다.

분석결과 회귀모형의 설명력은 34.2%이고, 건강증진행위에 가족지지( $\beta=.47, p<.001$ ), 자기효능감( $\beta=.18, p=.015$ )이 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 것은 가족지지이고 그 다음이 자기효능감으로 분석되었으며 이들 변인이 건강증진행위를 34.2% 설명하는 것으로 분석되었다( $F=39.98, p<.001$ )

## 논 의

결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 요인을 확인한 본 연구의 주요 결과에 대한 논의는 다음과 같다. 본 연구에서 결혼이주여성의 건강증진행위 수행 정도는 여성결혼이

**Table 4.** Factors Influencing Health Promoting Behavior of Participants (N=157)

Variable	B	SE	$\beta$	t	p
Support of family	.29	.05	.47	6.34	<.001
Self-efficacy	.15	.06	.18	2.45	.015
Adj. R <sup>2</sup> =.33, R <sup>2</sup> =.34, F=39.98, p<.001					

Dummy variable (d) : Occupation - Yes (1), No (0).

**Table 3.** Correlations of related Variables with Health-promoting Behavior

(N=157)

Variables	HPB	subscales						FS	SE	HL	PHS
		HR	PA	NT	SG	IR	SM				
Health-promoting behavior (HPB)	1										
Sub-scales	Health responsibility (HR)	.83**	1								
	Physical activity (PA)	.86**	.81**	1							
	Nutrition (NT)	.83**	.66**	.58**	1						
	Spiritual growth (SG)	.85**	.56**	.65**	.65**	1					
	Interpersonal relations (IR)	.85**	.60**	.64**	.66**	.67**	1				
	Stress management (SM)	.85**	.57**	.71**	.59**	.77**	.71**	1			
Family support (FS)	.56**	.39**	.51**	.37**	.50**	.51**	.59**	1			
Self-efficacy (SE)	.41**	.37**	.41**	.25**	.39**	.30**	.39**	.48**	1		
Health literacy (HL)	.12	.12	.08	.03	.11	.18*	.10	.15	.20*	1	
Perceived health status (PHS)	.03	.02	.08	-.05	-.01	-.00	.12	.04	.14	-.20*	1

\* $p<.05$ , \*\* $p<.001$ .

민자를 대상으로 한 Jeong[6]의 평점 2.48점보다 높았으나, 노인을 대상으로 한 Song 등[20]의 2.63점 그리고 우리나라 외국인 근로자를 대상으로 연구한 Jung과 Park[21]의 2.61점보다 낮았다. 이는 결혼이주여성의 건강증진행위 수행 정도가 우리나라 노인이나, 외국인 근로자보다 낮다는 것을 보여준다. 본 연구의 건강증진행위 하위영역 점수는 스트레스관리 영역의 점수가 가장 높았고, 영적성장, 대인관계, 영양, 신체적 활동, 건강에 대한 책임 순으로 점수가 낮아져 대상자의 건강에 대한 책임과 신체활동에 대한 관리가 특히 필요함을 알 수 있다. 이러한 결과는 결혼이주여성은 중등도 신체활동이 저조할 뿐 아니라 규칙적인 운동을 하는 대상자의 수가 적다는 Kim[2]의 연구결과와 일치한다. Andersen 등[22]은 노르웨이 거주 이민자들의 신체활동 증진을 위하여 신체활동에 대한 지식과 기술, 그것에 대한 긍정적인 효과 전달과 신체활동 장애요인을 파악하기 위한 개별적인 면담 등을 포함한 중재로 신체활동에 대한 자기효능감을 증진시키고, 그에 따라 신체활동 증진을 이루어 내었는데, 이러한 프로그램을 우리나라 결혼이주여성들에게도 적용할 필요가 있다.

대상자의 특성 중 직업, 체류기간, 결혼 전 국적에 따라 건강증진행위에 유의한 차이를 보였다. 직업에서 건강증진행위와 하위영역 중 영적성장, 스트레스 관리에서 유의한 차이를 보였는데, 모두 직업이 없는 경우가 직업이 있는 경우보다 상대적으로 점수가 높은 것으로 분석되었다. Seo[23]에 따르면 직업은 여성의 건강에 영향을 주는 인구학적 특성으로, 가정과 직장에서의 복합적 역할과 책임은 스트레스를 유발하여 건강상태에 영향을 끼치며, 건강증진행위에 장애요인이 된다고 하였다. Lim과 Jung[24]의 연구에서도 직업이 없는 다문화가정 여성이 그렇지 않은 여성보다 건강행위 수준이 높다는 결과와도 일치한다. 따라서 직업이 있는 결혼이주여성들은 가정에서 육아와 가사 일을 하면서 동시에 직장에서의 역할에 충실해야 하기에 본인의 건강을 돌볼 여유가 없어 건강증진행위 점수가 낮다고 해석할 수 있다. 한국 체류기간은 건강증진행위와 신체적 활동, 영적 성장, 스트레스관리의 하위영역에서 유의한 차이가 나타났는데, 5년 미만의 대상자가 5~10년 미만 또는 10년 이상의 대상자보다 점수가 높았다. 우리나라 거주 외국인 여성을 대상으로 한 Lee와 Kim[25]의 연구에서도 우리나라 체류기간이 짧을수록 건강인식 및 행동이 좋았다는 연구결과와 일치하는데, 그 이유는 우리나라에서 거주기간이 길어질수록 서양식 식사를 하는 횟수가 늘고 점점 더 고립감을 느끼게 되어 운동을 하지 않게 될 뿐 아니라 우리나라에서 문화적 차이로 인한 불행한 경험을 하게 되면서 건강에 해로운 생활습관을 가지게 되기

때문이라고 하였다.

결혼 전 국적은 영양 영역에서 유의한 차이를 보였는데, 베트남 출신의 결혼이주여성의 점수가 다른 출신 지역의 대상자보다 높은 점수를 보였다. Oh[26]의 연구에서 베트남 국적을 지닌 결혼이주여성들이 식생활 적응을 잘한다는 연구결과와 일치되는 것으로, 베트남 출신 결혼이주여성들은 다른 출신국 여성들에 비해 한국음식에 적응을 잘하여 식생활 문제가 상대적으로 적기 때문에 점수가 높았다고 해석할 수 있다. 그러나 중국이나 필리핀 국적을 가진 결혼이주여성의 영양점수는 유의한 수준에서 낮게 분석되었으므로 이들을 대상으로 영양 관련 교육 및 프로그램이 제공될 필요가 있다.

본 연구에서 가족지지는 중간 이상으로 높게 분석되었으며, 대상자의 건강증진행위 및 건강증진행위의 모든 하위영역과 유의한 정의 상관관계가 있었고, 가족지지가 결혼이주여성의 건강증진행위에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. 결혼이주여성의 배우자 지지와 가족지지가 정신건강에 미치는 영향에서도 가족지지가 상태불안과 우울 및 신체화장애에 모두 영향을 주어 결혼이주여성의 정신건강과 높은 관련성이 있다는 Kim 등[27]의 연구와 국제결혼이주여성의 가족지지와 양육 스트레스와의 관계에서도 가족지지가 가장 중요한 요인이라고 보고한 연구결과[9]는 대상자의 건강에서 가족지지가 매우 중요한 요소라는 본 연구결과를 지지하고 있다. 특히 베트남 결혼이주여성의 삶의 질에 미치는 영향요인을 분석한 결과에서도 사회적 지지는 유의한 영향을 미치지 않았지만 배우자 지지는 가장 큰 영향을 미치는 예측변수로 분석되었다[28]이 처럼 배우자나 시부모를 포함한 가족은 문화가 다르며 언어소통문제가 있는 대상자가 살아가는데 필요한 제반 정보와 지원을 제공하는 주체이기에 대상자의 일차적인 지지체계로 그 중요성이 재확인되었다. 이처럼 가족 지지가 결혼이주여성의 정신건강과 삶의 질 그리고 건강증진행위를 향상시키는데 중요한 역할을 하고 있기에 가족지지를 높일 수 있는 방안에 대한 연구 및 중재가 필요하다.

본 연구에서 자기효능감은 비교적 높은 수준으로 분석되었고, 대상자의 건강증진행위 및 건강증진행위의 모든 하위영역과 유의한 정의 상관관계가 있었으며 가족지지 다음으로 건강증진행위에 영향을 미치는 요인으로 분석되었다. 자기효능감이 다문화가정 결혼이주여성의 건강증진행위에 영향을 미치는 강력한 예측변인이었다는 연구결과[6]와 결혼이주 일본여성의 건강증진행위와 관련요인에서 자기효능감이 높을수록 건강증진행위가 높았다는 연구결과[5]는 본 연구와 일치하는 결과이다. 한편 자기효능감과 가족지지는 유의한 정의 상관관



계가 있는 것으로 분석되었다. 결혼이주여성이 한국이라는 낯선 사회·문화 속에서 체류하면서 겪게 되는 ‘실패’를 극복하는 경험을 통해서 자신감을 얻고, 실패를 경험했을 때에는 자신에 대한 긍정적인 생각을 갖도록 조절하는 정서적 각성을 이루어 내어야 하는데 가족은 대상자들이 실패경험을 극복하도록 지지하고, 자신을 긍정적으로 생각할 수 있도록 언어적 격려를 제공하는 가장 중요한 지지체계이기에 자기효능감을 증진시키는 데 중요한 영향을 주고 있음을 확인할 수 있었다. 이처럼 가족지지가 높을수록 대상자의 자기효능감도 증가되어 건강증진행위의 수행정도를 높이는 중요한 요인임을 확인할 수 있었다.

연구결과 건강문해력의 수준은 중간 이하 수준으로 낮게 분석되었으며 표준편차는 20.99점으로 높게 나타났다. 이러한 결과는 ‘무슨 뜻인지 정확하게 안다’는 1점, ‘대강의 뜻만 안다’부터 ‘무슨 뜻인지 전혀 모르겠다’ 까지를 0점으로 처리했기에 점수의 산포성이 넓다고 해석할 수 있다. 본 연구에서 건강증진행위와 건강문해력의 상관관계는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났지만, 건강문해력과 건강증진행위 하위영역 중 대인관계와는 정의 상관관계가 있었다. 이 결과는 지역사회 거주 노인의 언어적, 기능적 건강정보이해능력을 살펴본 Park과 Hwang[29]의 연구결과에서 ‘혼자 산다’고 응답한 대상자가 언어적 건강정보이해능력이 가장 낮고, 가족이 있어 대인관계가 활발한 대상자들의 수준이 높은 것과 유사하다. 즉 언어적 능력은 대인관계와 관련이 있고, 언어적 능력 중 건강문해력 역시 대인관계와 상관관계가 있음을 알 수 있다.

건강문해력과 자기효능감이 통계적으로 유의한 정의 상관관계가 있었다. 본 연구결과에서 건강문해력이 건강증진행위에 직접적인 영향을 끼치는 것으로 분석되지는 않았지만, 건강문해력의 향상과 자기효능감 증진은 서로 상관관계가 있어, 건강문해력이 증진되면 자기효능감 역시 증가되어 건강증진행위 역시 향상될 것이라고 해석할 수 있기에 앞으로 대상자들의 건강문해력을 향상시키기 위한 중재가 제공되어야 할 것이다. 특히 체류기간 5년 이하인 결혼이주여성을 대상으로 한국어 프로그램제공 뿐 아니라 그들의 수준에 맞는 건강교육 프로그램이 마련되어야 할 것이다.

연구결과 대상자의 지각된 건강상태는 상대적으로 좋은 것으로 분석되었다. 본 연구에서 건강증진행위와 지각된 건강상태의 상관관계는 유의하지 않은 것으로 나타났지만, 건강문해력과 지각된 건강상태와는 음의 상관관계가 있었다. 노인의 지각된 건강상태와 기능적 의료정보이해능력 간에 정의 관계가 있다는 Park과 Hwang[29]의 연구결과와 상반된 결과이다. Jeong 등[30]의 연구에서 임신 중인 결혼이주여성 중 21.4%가

산전 진찰을 받지 못했으며, 출산 후에도 도와주는 사람이 없고, 아기 양육에 대한 지식 부족과 가족의 무관심 등으로 산후 건강관리를 하지 못해 지각된 건강상태가 낮다고 하였다. 본 연구의 대상자들 대부분이 임신경험이 있고, 자녀수가 1명 이상인 대상자가 약 70%인 다수인 것을 미루어볼 때, 대상자들의 지각된 건강상태는 낮지만, 임신경험과 자녀양육 경험 등 다양한 경험으로 인해 건강문해력 수준이 높아졌기 때문이라고 해석할 수 있다. 따라서 임신출산과 양육기에 대부분이 속해있는 대상자들을 지지할 수 있도록 관련 프로그램 등을 제공하여 대상자의 건강상태를 증진시킬 수 있도록 해야 한다.

이상의 연구결과를 종합하면, 대상자들은 우리나라 체류기간이 평균 5년 정도로 건강증진행위는 낮은 수준은 아니지만 노인이나 한국체류 외국근로자에 비해 낮으며 특히 신체활동과 건강에 대한 책임 영역은 낮은 점수를 보였기에 대상자들의 신체활동과 건강에 대한 책임을 높일 수 있는 중재방안을 특히 고려하여 건강증진 프로그램을 구성할 필요가 있다. 특히 대상자의 건강증진행위에 가족지지와 자기효능감이 유의한 영향을 미치는 것으로 분석되었고, 가족지지와 자기효능감이 서로 정의 상관관계를 보여 결국 가족지지가 높을 때 대상자의 자기효능감도 증진되어 건강증진행위가 증가하는 것으로 해석될 수 있다. 따라서 건강증진 향상 프로그램을 구성하여 제공할 때 가족지원 프로그램을 강화하여 가족이 대상자를 지지할 수 있는 여건을 조성해 주면서 동시에 대상자의 자기효능감을 증진시키는 다양한 차원의 프로그램을 개발하면 건강에 대한 책임감과 신체활동 뿐 아니라 전반적인 건강증진행위가 향상될 수 있을 것이다.

본 연구가 가지는 의의는 첫째, 가정에서 건강관리의 중심 역할을 해야 하는 결혼이주여성들이 우리 사회에 적응하는 과정에서 발생하는 건강문제를 예방하고 건강을 증진시키기 위한 기초적 연구로 그들의 건강증진행위 수준을 살펴보고 이에 영향을 미치는 요인들을 재확인하였다는 것이다. 둘째는 결혼이주여성의 건강증진행위를 향상시키기 위해서 결혼이주여성 대상의 서비스뿐만 아니라 가족이 대상자를 지지할 수 있도록 대상자 가족을 위한 지원 프로그램 역시 제공될 필요가 있다는 것을 제시하였다는 점이다. 이러한 결과는 결혼이주 여성의 건강증진뿐 아니라 다문화가족의 건강을 유지 및 증진할 수 있는 실천적이고 정책적인 기초자료를 제공하였다는 면에서 그 의의를 찾을 수 있다. 한편 본 연구의 제한점은 연구도구 중 영어가 원 도구가 아닌 도구는 역 번역과정을 거치지 못했으며 일 지역의 대상자만을 임의 표출하여 조사한 것이기에 연구결과를 결혼이주여성 전체에게 일반화하는 것에 제한이 있을 수 있다.

## 결론 및 제언

본 연구는 결혼이주여성의 일반적 및 결혼이주 관련 특성, 가족지지, 자기효능감, 건강문해력 및 지각된 건강상태가 건강증진행위에 미치는 영향을 확인하기 위해 실시되었다. 대상자의 건강증진행위는 노인이나 외국인 근로자보다 낮은 수준이었으며, 특히 신체활동, 건강에 대한 책임이 낮은 점수를 보였다. 대상자의 직업, 한국 체류기간 및 결혼 전 국적에 따라 건강증진행위에 유의한 차이가 있었기에 결혼이주여성의 건강증진행위 향상 프로그램 개발과 수행을 함에 있어서 이러한 대상자 특성을 고려해야 할 것이다. 가족지지, 자기효능감, 지각된 건강상태는 일반인들과 비교할 때 비슷하거나 조금 높은 수준이었으나 건강문해력은 낮게 분석되었다. 건강증진행위 및 건강증진행위의 각 하위영역과 가족지지 그리고 자기효능감간에는 유의한 정의 상관관계가 있었으며, 하위영역 중 대인관계는 건강문해력과 유의한 정의 상관관계가 있었다. 그러나 지각된 건강상태나 건강문해력과 건강증진행위는 상관관계가 없는 것으로 분석되었다. 최종적으로 가족지지와 자기효능감이 건강증진행위를 34.2% 설명하는 것으로 분석되었다.

본 연구결과, 대상자의 건강증진행위를 향상시키려면 대상자와 가장 밀접하게 생활하면서 대상자의 일차적 지지체계가 되는 그래서 가장 큰 영향을 미치는 가족지지와 제일 중요하다는 것을 확인하였으며, 가족지지 외에 자기효능감 역시 중요한 영향요인으로 확인되었다. 한편 가족지지와 자기효능감 간에도 정의 상관관계가 있으므로 가족지지와 자기효능감도 높아져 건강증진행위가 향상될 수 있다는 근거를 제시하고 있다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 결혼이주여성의 건강증진행위는 노인이나 외국인 근로자보다 낮은 수준이다. 이들은 결혼 후 우리나라에 와서 가정을 이루고, 임신과 출산을 통해 어머니가 된다는 점에서 노인과 외국인 근로자와 다른 특수한 상황에 놓여 있다. 대상자의 이러한 상황을 고려한 집중적 프로그램이 필요하며, 특히 낮은 수준의 신체적 활동 영역, 건강에 대한 책임 영역을 증진시킬 수 있는 간호중재 프로그램 개발이 필요하다.

둘째, 대상자의 건강증진행위에 가장 영향을 주는 요인은 가족지지와 자기효능감이다. 따라서 대상자들의 건강증진행위를 향상시키기 위해서는 가족들이 대상자를 지지할 수 있도록 가족을 대상으로 하는 다양한 교육과 지원이 있어야 하고, 대상자의 자기효능감을 증진시키기 위한 다양한 프로그램이 제공되어야 한다.

셋째, 본 연구결과를 반영한 맞춤형 건강증진행위 향상 프로그램 개발하여, 보건소나 다문화가족지원센터에 내방하는 대상자들에게 제공해야 할 뿐만 아니라, 직업이 있거나, 자녀가 성장해 보건소 등 공공기관 방문 기회가 적은 재가 결혼이주여성들에게 방문간호사업을 통한 서비스 등 다양한 접근전략을 활용할 필요가 있다.

마지막으로 본 연구에서 유의한 결과로 도출되지 않은 건강문해력 그리고 한국 체류기간에 따른 문화적 적응과 건강간의 관계에 대한 추가적 연구가 실시될 필요가 있다.

## REFERENCES

1. Korean Immigration Service. Korean Immigration Service statistics 2014. Gwachon: Korea Immigration Service; 2015. Report No.: 11-1270000-000465-10.
2. Kim HR. Health problems and policy challenges of multicultural families. *Issue & Focus*. 2013;185:1-8.
3. Seol DH, Kim YT, Kim HM, Yoon HS, Lee HK, Yim KT, et al. Focusing on the policy of welfare and health. Research Report. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2005 June. Report No.: 11-1460000-002610-01.
4. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. Norwalk, connecticut: Appleton & Lange; 1987. 340 p.
5. Choi JH. The health-promoting behavior and the related factors among Japanese marriage-migrant women [master's thesis]. [Daegu]: Kyungpook National University; 2011. 75 p.
6. Jeong NO. A prediction model of health-promoting behavior in married immigrant women [dissertation]. [Jeonju]: Chonbuk National University; 2008. 103 p.
7. Jaung AH, Kim HJ, Jeong HJ. A study on the health status, social support and acculturative stress of Filipino marriage-migrant women. *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*. 2011;12(12):5509-5517. <http://dx.doi.org/10.5762/kais.2011.12.12.5509>
8. Jung EJ, Ha KS. Effect of male spouses' bicultural stress, communication and their marital satisfaction in multi race & culture family. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2012;12(2):222-231. <http://dx.doi.org/10.5392/jkca.2012.12.02.222>
9. Roh YH. The study on the self-esteem, family support and parenting stress of married women immigrated [master's thesis]. [Suncheon]: Suncheon National University; 2011. 54 p.
10. Kreps GL, Sparks L. Meeting the health literacy needs of immigrant populations. *Patient Education and Counseling*. 2008;71(3):328-332. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2008.03.001>
11. Dewalt DA, Berkman ND, Sheridan S, Lohr KN, Pignone MP. Literacy and health outcomes: A systematic review of the liter-

- ature. *Journal of General Internal Medicine*. 2004;19(12):1228-1239. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x>
12. Gillis AJ. Determinants of a health-promoting lifestyle: An integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 1993;18(3):345-353. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18030345.x>
  13. Park JS, Lee HR. A comparative study on a health promoting lifestyle and perceived health status between high and low income elderly. *The Journal of Korean Community Nursing*. 2003;14(1):157-166.
  14. Walker SN, Sechrist KG, Pender NJ. Health promotion model-instruments to measure health promoting lifestyle: Health-promoting lifestyle profile [HPLP II] (Adult version). *The Journal of Nursing Research*. 1995;22(7):796-811.
  15. Kang HS. An experimental study of the effects of reinforcement education for rehabilitation on hemiplegia patients' self-care activities [dissertation]. [Seoul]: Yonsei University; 1984. 125 p.
  16. Chen G, Gully SM, Eden D. Validation of a new general self-efficacy scale. *Organization Research Methods*. 2001;4(1):62-83. <http://dx.doi.org/10.1177/109442810141004>
  17. Noh JH. Why should I be thankful?: The effects of gratitude on well-being under the stress [master's thesis]. [Suwon]: Ajou university; 2005. 56 p.
  18. Kim SS, Kim SH, Lee SY. Health literacy: Development of a Korean health literacy assessment tool. *Journal of Korean Society for Health Education and Promotion*. 2005;22(4):215-227.
  19. Lee SH, Choi EHR, Je MJ, Han HS, Park BK, Kim SS. Comparison of two versions of KHLAT for improvement strategies. *Korean Journal of Health Education And Promotion*. 2011;28(3):57-65.
  20. Song YS, Lee MR, Ahn EK. The study on health promoting lifestyle of the elderly. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1997;27(3):541-549.
  21. Jung JK, Park YH. Acculturation, social support, and health promoting lifestyle behavior among foreign workers in South Korea. *Korean Journal of Social Welfare Research*. 2012;32:29-52. [http://210.101.116.28/W\\_files/kiss6/42500374\\_pv.pdf](http://210.101.116.28/W_files/kiss6/42500374_pv.pdf)
  22. Andersen E, Burton NW, Anderssen SA. Physical activity levels six months after a randomised controlled physical activity intervention for Pakistani immigrant men living in Norway. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2012;9:47. <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-9-47>
  23. Seo YO. Health promoting lifestyle, hardiness and gender role characteristics in middle-aged women. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 1996;2(1):119-134.
  24. Lim JR, Jung MS. Factors affecting health status and health behaviors of immigrant women in urban and rural areas. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*. 2014;15(4):2244-2255. <http://dx.doi.org/10.5762/kais.2014.15.4.2244>
  25. Lee SM, Kim DS. Acculturation and self-rated health among foreign women in Korea. *Health and Social Welfare Review*. 2014;34(2):453-483. <http://dx.doi.org/10.15709/hswr.2014.34.2.453>
  26. Oh KS. Marital conflict in relation with dietary adaptation and acculturation stress among married immigrant women [master's thesis]. [Jeonju]: Chonbuk National University; 2010. 123 p.
  27. Kim SO, Lim HS, Jeong GC. Effects of support from spouse and family on the mental health of marriage immigrant women. *The Journal of the Korea Contents Association*. 2013;13(11):221-235. <http://dx.doi.org/10.5392/JKCA.2013.13.11.221>
  28. Lee HS, Kim CM, Park MS. Analyzing factors influencing the quality of life in Vietnamese Married immigrant women in Korea. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing*. 2015;26(3):268-277. <http://dx.doi.org/10.12799/jkachn.2015.26.3.268>
  29. Park HJ, Hwang SK. Linguistic and functional health literacy among community-dwelling old adults. *Global Health and Nursing*. 2014;4(2):49-58.
  30. Jeong GH, Koh HJ, Kim KS, Kim SH, Kim JH, Park HS, et al. A survey on health management of during pregnancy, childbirth, and the postpartum of immigrant women in a multi-cultural family. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2009;15(4):261-269. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2009.15.4.261>