

# 결혼 이주 여성의 미충족 의료에 미치는 영향 요인 분석

김수희<sup>1</sup> · 이정열<sup>2</sup>

<sup>1</sup>연세대학교 대학원, <sup>2</sup>연세대학교 간호대학·보건정책 및 관리연구소

## Analysis of Factors Affecting Unmet Healthcare Needs of Married Immigrant Women

Kim, Su Hee<sup>1</sup> · Lee, Chung Yul<sup>2</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, Graduate School, Yonsei University, Seoul

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

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the factors affecting the unmet healthcare needs of married immigrant women. **Methods:** This study was a secondary data analysis using data from the 2009 National Survey of Multicultural Families. Data collected from 58,735 married immigrant women who had spouses were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, and logistic regression. **Results:** Overall, 9.9% of married immigrant women have unmet healthcare needs. The significant predictors related to unmet healthcare needs were young age, high level of education, employed, country of origin, long period of residence, low income, uninsured, urban area, low level of subjective health status, and illness experience over past two weeks. In particular, four variables (long period of residence, low income, subjective health status, and illness experience over past two weeks) significantly predicted unmet healthcare needs for women from all countries of origin. **Conclusion:** The results of the study indicate that common predictors related to unmet healthcare needs of married immigrant women are a long period of residence, low income, subjective health status, and illness experience over past two weeks. Therefore intervention strategies to decrease unmet healthcare needs should focus on these significant predictors.

**Key words:** Immigrant, Women, Unmet healthcare need

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

국민건강증진종합계획(Health Plan)은 국민의 건강을 증진하기 위해 5-10년마다 수립하는 국가종합계획으로 변화하는 사회 및 보건으로 환경에 대한 전망을 통해 설정된다. Health Plan 2020은 2011-2020년까지 국가 건강증진정책의 근거로 활용되는 것으로, 온

국민이 함께 만들고 누리는 건강세상을 비전으로 하여 건강수명의 연장과 건강형평성의 제고를 목표로 하였다(Ministry of Health & Welfare, 2011). 또한, Health Plan 2020에서는 소득의 차이에 따른 양극화는 건강의 차이로 이어져 의료취약계층이 증가할 것으로 전망하였고, 이에 따라 인구집단별 건강관리에서 다문화가정, 취약가정, 장애인, 노숙인 등의 취약계층에 대한 건강관리를 강화하도록 하였다.

이러한 취약계층 중 다문화가정의 결혼 이주 여성은 최근 한국

주요어: 이주, 여성, 미충족 의료

\*이 논문은 제 1저자 김수희의 석사학위논문을 바탕으로 추가 연구하여 작성한 것임.

\*This manuscript is an addition based on the first author's master's thesis from Yonsei University.

Address reprint requests to : Lee, Chung Yul

College of Nursing, Institute of Health Services Research, Yonsei University, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-752, Korea

Tel: +82-2-2228-3308 Fax: +82-2-392-5440 E-mail: cylee@yuhs.ac

투고일: 2013년 7월 16일 심사완료일: 2013년 7월 28일 게재확정일: 2013년 11월 4일

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>) If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

사회에서 증가하는 중요한 인구집단이다. 국제결혼의 건수를 살펴 보면 2000년 11,605건에서 지속적으로 증가하여 2010년은 34,235건으로 국내 총 혼인건수(326,104건) 대비 국제결혼 구성비는 약 10.5%로 신혼부부 10쌍 중 1쌍 이상이 다문화가정을 꾸릴 정도로 국제결혼이 보편화되었다(Statistics Korea, 2011a, 2011b). 그 중 한국남성과 외국여성과의 국제결혼 건수는 2000년 6,945건으로 전체 국제결혼의 59.8%를 차지하였고, 2010년에는 26,274건으로 전체 국제결혼의 76.7%를 차지하여 결혼 이주 여성의 수가 월등히 증가하였음을 알 수 있다(Statistics Korea).

한편, 이렇게 증가하는 결혼 이주 여성들은 대부분이 가임기 여성으로 임신과 출산의 과정을 경험하면서 신체적, 정신적 건강의 위험에 노출되므로 건강관리가 절대적으로 필요한 대상이다(Yang, 2010). 결혼 이주 여성들은 국내 가임기 여성과 비교할 때, 빈혈 유병률과 기생충 감염률이 높고 B형 간염보균율이 높아 저체중아 출생, B형 간염 모자수직감염 등 모성 및 출생아 건강에 심각한 영향을 미칠 가능성이 있고(Jang, Hwang, Yoon, & Park, 2010), 고혈압 및 당뇨와 같은 만성 질환의 치료율은 낮은 편이다(Kim, Hwang, Chang, Yoon, & Kang, 2008). 하지만 대다수의 결혼 이주 여성들은 비용 부담, 의사소통의 어려움 및 의료시설에의 낮은 접근성 등의 문제로 필요한 보건의료서비스를 충분히 받지 못한다고 하였다(Kim, Park, & Kim, 2011). 이민자들의 이러한 실정은 캐나다에서도 유사한 결과가 보고되었는데, 이민자들은 비이민자에 비해 의료이용이 불충분하고 의료서비스를 받기 위한 곳을 알지 못한 것으로 나타났다(Wu, Penning, & Schimmele, 2005).

이처럼 의료 이용을 원하였는데 이용하지 못한 경우를 미충족 의료라고 볼 수 있다. 미충족 의료(Unmet Healthcare Need)란 의료 전문가의 의료가 필요하다고 생각하는데 대상자는 그렇게 생각하지 않는 질병이나 건강상태 또는 대상자는 의료가 필요하다고 생각하는데 의료전문가는 그렇게 생각하지 않는 질병이나 건강상태, 대상자가 원하지만 받지 못한 서비스, 전문가적 기준으로 필요한 서비스이나 대상자가 받지 못한 서비스, 대상자가 원하지만 이용가능하지 않은 자원, 전문가적 기준으로 필요하지만 이용가능하지 않은 자원, 또는 서비스를 적절히 사용했으면 예방 또는 없어지거나 상당히 경감될 수 있는 질병이나 불능상태를 가지고 있는 것으로 설명할 수 있다(Donabedian, 1973). 이렇게 지연되거나 받지 못한 치료는 환자의 질병을 더욱 악화시키고 합병증을 증가하게 하여 입원 기간이 더 길어지는 결과를 가지고 올 수 있다(Diamant et al., 2004).

한편, Andersen의 의료이용 행동모형은 의료서비스의 공평한 접근에 대하여 정의하고 측정하는데 목적을 두고 개발되었으며, 소인 요인, 가능요인, 필요요인이 의료이용에 영향을 미친다고 보았다(Andersen, 1995). Andersen 모형은 의료이용 행태뿐만 아니라 미충

족 의료 연구에서도 독립변수들을 범주화하여 분석하는데 주로 사용되고(Kim J., 2008; Song, Lee, & Rhim, 2011), 이는 체계적으로 영향요인을 규명하는데 용이하다.

이민자들의 미충족 의료에 대한 선행 연구로 캐나다에 거주하는 이민자와 자국민 간의 미충족 의료에 대한 차이 및 이민자들의 거주 기간에 따른 미충족 의료 정도를 분석한 연구(Wu et al., 2005), 뉴질랜드에 거주하는 자 중 인종에 따른 미충족 의료에 대한 영향요인을 사회인구학적 특성과 건강상태, 흡연, 음주 등을 포함한 위험요인들로 분석한 연구(Pledger, Cumming, Burnette, & Daube, 2011) 등이 있다. 반면, 국내에서는 전반적인 결혼 이주 여성들의 보건·복지 지원 정책방안을 위한 실태조사의 일부분으로 미충족 의료 정도를 파악한 연구(Seol et al., 2005), 결혼 이주 여성들의 건강상태 및 보건의료이용과 미치료 경험율에 대한 현황을 파악한 연구(Yang, 2010) 등이 있다. 또한, 2009년 전국 다문화가족조사 자료를 이용한 연구로 다문화가족의 건강 및 보건의료 실태를 파악한 연구(Kim, 2010)와 거주기간별 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 파악한 연구(Cha, 2012) 등이 있다. Cha는 거주기간에 따라 미충족 의료에 대하여 차이가 있음을 보고하면서 거주기간별 미충족 의료 영향요인을 분석하였다. 이에 여성결혼이민자들의 미충족 의료는 거주기간이 늘수록 가구 소득수준에 따른 미충족 의료의 차이가 크게 증가함을 보고하였고, 더불어 단지 비용뿐만 아니라 정보 부족, 사회 차별 등의 다양한 요인이 복합적으로 작용한다고 하였다(Cha). 이렇듯 국내에서도 결혼 이주 여성의 미충족 의료에 대한 연구들이 활발하게 진행되고 있다. 하지만 아직까지는 실태조사가 대부분이고, 이론을 바탕으로 기틀을 형성하거나, 각 출신국의 문화적 차이를 고려하여 출신국별 미충족 의료의 영향요인을 살펴본 연구는 전무한 실정이다. 이는 결혼 이주 여성들의 건강권을 확보하고 건강형평성을 추구하기 위한 정책 수립 시 과학적 근거를 제공하기 위한 충분한 기초 연구 자료의 양이 부족하고 내용이 다소 제한적이라고 할 수 있다.

따라서, 본 연구는 2009년 전국 다문화가족실태조사 원자료를 활용하여 대표성을 가진 결혼 이주 여성들의 미충족 의료 실태를 파악하고, Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 출신국별 영향요인을 규명함으로써 다문화사회에서 결혼 이주 여성들의 건강 격차를 해소하고 결혼 이주 여성들의 건강향상에 기여하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 우리나라의 결혼 이주 여성의 미충족 의료 실태를 파악하고, Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 그 영향요인을 규명하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 결혼 이주 여성의 소인요인, 가능요인, 필요요인에 따른 미충족 의료 실태를 파악한다.

둘째, 결혼 이주 여성의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

셋째, 출신국별 결혼 이주 여성의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

### 3. 용어 정의

#### 1) 결혼 이주 여성

‘다문화가족지원법’에 따르면, 결혼이민자는 다문화가족의 구성원으로 ‘재한외국인 처우기본법’ 제 2조 제 3호의 결혼이민자와 ‘국적법’ 제 4조에 따라 귀화허가를 받은 자를 의미하며, 이러한 법률상의 정의를 토대로 본 연구에서 결혼 이주 여성은 대한민국 남성과 혼인관계에 있는 외국인으로 한국 국적 취득과 이주 목적에 상관없이 현재 한국에 거주하면서 배우자가 있는 여성을 말하며 2009년 전국 다문화가족실태조사에 응답한 여성을 의미한다.

#### 2) 미충족 의료

대상자가 원하거나 전문자격 기준으로 필요한 서비스이지만 대상자가 받지 못한 의료서비스(의료 자원 포함), 또는 서비스를 적절히 사용했으면 예방 또는 없었거나 상당히 경감될 수 있는 질병이나 불능상태를 가지고 있는 경우를 의미한다(Donabedian, 1973). 본 연구에서는 2009년 전국 다문화가족실태조사의 문항 중 “지난 1년 동안 의사의 도움이 꼭 필요하였는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 경험이 있습니까”라는 질문에 “있다”로 응답한 경우를 의미한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 우리나라에서 전국적으로 시행된 2009년 다문화가족실태조사 자료를 활용하여 Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 결혼 이주 여성의 미충족 의료 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구이다.

### 2. 자료원 및 연구 대상

본 연구에서 사용된 다문화가족실태조사는 2008년에 공표된 다문화가족지원법 제 4조에 의거하여 실시되는 실태조사로, 급증하

는 다문화가족의 현황 및 문제점을 파악하고 다문화가족의 특성별로 맞춤형 정책 마련을 위하여 매 3년마다 실시하도록 계획하고 있으며 2009년 첫 실태조사를 보건복지가족부, 법무부, 여성부, 한국보건사회연구원이 함께 수행하였다. 다문화가족실태조사의 조사 내용은 크게 일반적 사항, 취업, 결혼생활 및 가족관계, 자녀양육, 건강 및 보건의료, 사회생활, 복지욕구에 대한 영역이며, 조사원의 가구방문에 의한 응답자의 자기기입식으로 조사하였다.

다문화가족실태조사의 조사대상은 ‘다문화가족지원법’에서 정의한 다문화가족으로, ‘재한 외국인 처우기본법’상의 결혼이민자 또는 ‘국적법’에 따라 귀화허가를 받은 자와 출생 시부터 대한민국 국적을 취득한 자로 이루어진 가족 전수이다. 이에 따라 행정안전부의 외국인주민현황자료를 기초한 전국 다문화가족은 154,333가구였고, 본 실태조사를 통하여 131,702가구(85.3%)가 확인되었으며, 그 중 73,669가구가 설문을 완료하여 조사완료율은 55.9%이었다. 설문을 완료한 73,669가구에서 이주 남성 4,275명을 제외한 나머지 69,394명의 이주 여성 중 주요 변수인 미충족 의료 및 보건의료이용에 대한 결측자 7,596명과 미충족 의료에 중요한 영향을 미치는 나이에 대한 결측자 19명, 이혼한 자 2,143명, 사별한 자 704명, 결혼상태 무응답 197명을 제외하여, 최종 분석은 현재 배우자가 있는 자 58,735명을 연구 대상으로 하였다.

다문화가족실태조사 자료는 대상자에 대한 개인정보가 삭제된 상태로 일반인에게 공개되는 자료이다. 본 연구는 한국보건사회연구원 홈페이지에서 누구나 다운받을 수 있는 자료만을 이용한 이차자료분석 연구이며, 추가로 자료를 수집하지 않았다. 따라서, 대상자의 익명성 및 기밀성이 보장되고, 대상자에게 해가 되지 않는 연구이며, 또한, 연구자가 소속된 대학 연구윤리심의위원회의 승인(No. 간대 IRB 2010-1004)을 받은 후 시행하였다.

### 3. 연구 변수의 선정 및 정의

#### 1) 미충족 의료

미충족 의료는 “지난 1년 동안 의사의 도움이 꼭 필요하였는데도 병원에 가지 못하였거나 중도에 치료를 포기한 경험이 있습니까”라는 질문에 “있다”로 응답한 경우로 정의하였다.

#### 2) 소인요인(Predisposing factors)

Andersen의 의료이용 행동모형에 의한 소인요인에는 성, 연령과 같은 사회인구학적 특성과 인종, 직업, 교육수준과 같은 사회구조적 특성, 의료 및 질병 등에 관한 신념 등이 포함된다(Andersen, 1995). 이에 따라 본 연구의 소인요인에는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간을 포함하였다. 연령은 20대 이하, 30대, 40대, 50대 이상

으로 구분하였고, 교육수준은 졸업여부를 기준으로 중학교 이하, 고등학교, 대학 이상으로 재분류하였다. 직업은 직업종류보다는 직업유무가 경제적인 여건에 영향을 미칠 것으로 예측하여 직업유무로 구분하였다. 출신국은 가장 많은 비율을 차지하는 국가인 중국(조선족), 중국(한족 등), 베트남, 필리핀, 일본과 상대적으로 적은 비율을 차지하는 국가들(대만, 몽골, 태국, 캄보디아, 우즈베키스탄, 러시아 등)은 묶어 기타로 구분하였다. 거주기간은 11개월 이하, 12-59개월, 60-119개월, 120개월 이상으로 나눠 구분하였다.

### 3) 가능요인(Enabling factors)

Andersen의 의료이용 행동모형에 의한 가능요인은 의료 자원의 이용을 가능하게 하는데 영향을 미치는 요인들로 가구소득, 의료보장 적용수준, 지역의 의료기관 및 의료인력 수 등 개인과 가족, 지역사회 특성들을 포함한다(Andersen, 1995). 이에 따라 본 연구의 가능요인에는 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력을 포함하였다. 가구소득은 99만원 이하, 100-199만원, 200-299만원, 300만원 이상으로 재분류하였다. 의료보장유형은 건강보험, 의료급여, 미가입으로 구분하였고, 거주지역은 도시와 농촌 간의 보건 의료자원 및 의료이용에 대한 접근성에 차이가 있을 것이라 예측되어 동, 읍면부로 구분하였다. 한국어 실력은 대상자들의 한국어 말하기, 읽기, 쓰기 실력을 각각 5점 척도로 측정한 뒤 세 영역의 점수를 합하여 전체적인 한국어 실력으로 변수를 보았다. 즉, 한국어 실력 점수의 범위는 3-15점으로, 3-6점은 하로 한국어 실력이 낮음을 의미하고, 7-11점은 중으로 중간 정도 실력이며, 12-15점은 상으로 한국어 실력이 뛰어난 것을 의미한다.

### 4) 필요요인(Need factors)

Andersen의 의료이용 행동모형에 의한 필요요인은 환자가 주관적으로 느끼는 건강 상태와 전문가가 판단한 건강 상태로 질병이나 장애로 인한 활동제한일수, 외병일수, 보고된 증상 수, 전반적인 건강상태 등을 포함한다(Andersen, 1995). 이에 따라 본 연구의 필요요인에는 주관적 건강상태와 지난 2주 간 유병 경험을 포함하였다. 주관적 건강상태는 매우 좋음에서 매우 나쁨의 5점 척도를 좋음, 보통, 나쁨으로 재분류하였고, 지난 2주 간 유병 경험은 유무로 파악하였다.

## 4. 자료 분석 방법

다문화가족실태조사 자료는 전수 조사로 별도의 표본 설계에 따른 표본가중치는 고려되지 않으나, 조사완료율이 55.9%로 응답률에 따른 사후 조정을 실시한 응답가중치를 제공하였다. 지역별 조

사 완료율을 살펴보면, 경상북도가 76.3%로 가장 높았고, 대전광역시 41.2%로 가장 낮았다. 또한, 남자의 응답률은 37.0%인데 비해 여자의 응답률은 57.8%였으며, 출신국 중 베트남이 75.5%로 가장 높은 응답률을 보였고, 중국 한족은 대상이 많음에도 불구하고 27.0%의 낮은 응답률을 보였다. 따라서, 다문화가족실태조사 자료는 지역별(16개 특별시 및 광역시, 도), 성별(남, 여), 국적별(중국, 베트남, 필리핀 등 10개 국적) 응답률에 따른 사후 조정이 실시된 응답가중치를 제공하여 조사에 응답한 결혼 이주 여성이 우리나라 전체의 결혼 이주 여성을 대표할 수 있도록 하였다. 자료 분석은 PASW statistics 18.0 프로그램을 이용하였고, 대상자의 일반적 특성과 미충족 의료 현황은 빈도분석을 통하여 실수와 백분율을 산출하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 의료의 차이는 카이제곱검정으로 분석하였고, 결혼 이주 여성의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인은 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.

## 연구 결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상자는 총 58,735명으로 대상자의 연령은 평균 33.3 ± 9.3세로 최소 17세에서 최고 81세였으며, 1.2%인 10대를 포함하여 20대 이하가 40.3%로 가장 많았고, 30대 35.8%, 40대 18.1%, 50대 이상 5.8% 순이었다. 교육수준은 고등학교 졸업이 42.6%로 가장 많았고, 결혼 이주 여성의 36.0%는 직업을 가지고 있었다. 출신국의 경우 중국(조선족) 29.3%, 중국(한족 등) 27.8%, 베트남 21.0%, 필리핀 6.8%, 일본 4.7% 순이었고, 거주기간은 12-59개월이 51.5%로 절반 이상을 차지하였다. 월 가구소득은 100-199만원이 44.7%로 가장 많았고, 결혼 이주 여성 중 건강보험에 가입한 사람은 77.9%이고 의료급여 혜택을 받는 사람은 7.9%이며, 아무런 보험 및 혜택을 받지 않는 미가입자는 14.2%였다. 거주지역은 도시(동)에 거주하는 경우가 70.5%이고, 한국어 실력은 하 19.3%, 중 50.9%, 상 29.8%였다. 주관적 건강상태는 53.8%가 좋다고 응답하였고, 지난 2주 간 유병 경험은 11.8%에서 유병 경험이 있었다고 응답하였다(Table 1).

### 2. 결혼 이주 여성의 변인에 따른 미충족 의료 실태

결혼 이주 여성의 변인에 따른 미충족 의료 실태는 Table 1과 같다. 일반적 특성인 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어실력, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험 모두 미충족 의료에 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 결혼 이주 여성은 전체 조사 대상의 9.9%에서 미충족 의료 경



Table 1. Unmet Healthcare Needs by the General Characteristics of Married Immigrant Women

(N=58,735)

Factors	Characteristics	Categories	Total	Met need	Unmet need	$\chi^2$	<i>p</i>
			<i>N</i> * (%) <sup>†</sup>	<i>N</i> * (%) <sup>†</sup>	<i>N</i> * (%) <sup>†</sup>		
Total			58,735 (100)	53,008 (90.1)	5,727 (9.9)		
Predisposing factors	Age (year)	≤ 29	25,315 (40.3)	23,919 (94.3)	1,396 (5.7)	1,518.9	< .001
		30–39	19,574 (35.8)	17,344 (88.7)	2,230 (11.3)		
		40–49	10,333 (18.1)	8,791 (85.7)	1,542 (14.3)		
		≥ 50	3,513 (5.8)	2,954 (84.2)	559 (15.8)		
	Education level	≤ Middle school	21,559 (35.6)	19,654 (90.6)	1,905 (9.4)	16.9	< .001
		High school	24,571 (42.6)	22,140 (90.0)	2,431 (10.0)		
		≥ College	12,090 (21.8)	10,731 (89.6)	1,359 (10.4)		
	Employment	Unemployed	37,508 (64.0)	34,134 (90.7)	3,374 (9.3)	60.0	< .001
		Employed	20,535 (36.0)	18,239 (89.2)	2,296 (10.8)		
	Country of origin	Ethnic Korean in China	20,391 (29.3)	17,917 (87.8)	2,474 (12.2)	1,074.6	< .001
		China	8,033 (27.8)	7,284 (90.3)	749 (9.7)		
		Vietnam	16,210 (21.0)	15,420 (95.1)	790 (4.9)		
		Philippines	5,034 (6.8)	4,430 (88.0)	604 (12.0)		
		Japan	3,436 (4.7)	2,843 (83.2)	593 (16.8)		
		Other	5,631 (10.4)	5,114 (90.8)	517 (9.2)		
	Stay in Korea (month)	0–11	5,129 (9.9)	4,924 (95.6)	205 (4.4)	1,226.6	< .001
		12–59	27,567 (51.5)	25,535 (92.0)	2,032 (8.0)		
		60–119	13,460 (24.4)	11,686 (87.2)	1,774 (12.8)		
		120–770	8,239 (14.1)	6,921 (84.4)	1,318 (15.6)		
Enabling factors	Monthly household income (10,000 won)	≤ 99	11,841 (22.0)	9,555 (79.5)	2,286 (20.5)	3,678.8	< .001
		100–199	22,631 (44.7)	20,403 (89.8)	2,228 (10.2)		
		200–299	10,854 (22.5)	10,393 (95.8)	461 (4.2)		
		≥ 300	4,861 (10.8)	4,738 (97.8)	123 (2.2)		
	Health insurance	Not insured	5,514 (14.2)	4,751 (86.0)	763 (14.0)	332.9	< .001
		National health insurance	33,026 (77.9)	29,877 (90.6)	3,149 (9.4)		
		Medical aid	3,382 (7.9)	2,867 (85.0)	515 (15.0)		
	Region	Rural	20,073 (29.5)	18,324 (91.3)	1,749 (8.7)	68.7	< .001
		Urban	38,594 (70.5)	34,622 (89.6)	3,972 (10.4)		
	Korean proficiency	Poor	9,661 (19.3)	8,851 (90.9)	810 (9.1)	23.7	< .001
		Moderate	27,199 (50.9)	24,575 (90.3)	2,624 (9.7)		
		Good	16,970 (29.8)	15,177 (89.5)	1,793 (10.5)		
Need factors	Subjective health status	Poor	5,855 (10.0)	4,100 (69.2)	1,755 (30.8)	6,649.8	< .001
		Moderate	21,701 (36.2)	19,262 (88.6)	2,439 (11.4)		
		Good	31,080 (53.8)	29,556 (95.1)	1,524 (4.9)		
	Illness experience over past 2 weeks	No	49,869 (88.2)	46,001 (92.2)	3,868 (7.8)	3,149.4	< .001
		Yes	6,329 (11.8)	4,794 (75.7)	1,535 (24.3)		

\*Unweighted; †Weighted.

험이 있었으며, 연령별로 나눠서 보면 50대 이상에서 결혼 이주 여성들의 미충족 의료 비율이 15.8%로 가장 높았고, 교육수준에 따라서는 대학교 졸업 이상에서 미충족 의료 비율이 10.4%로 가장 높았다. 또한, 결혼 이주 여성 중 직업이 있는 경우가 10.8%로 없는 경우보다 미충족 의료를 더 많이 경험하였고, 출신국 중 일본인 경우에 미충족 의료가 16.8%로 가장 많았고, 출신국이 베트남인 경우 4.9%로 가장 적게 경험하였다. 거주기간별로 나눠서 보면 120개월 이상인 결혼 이주 여성에게서 미충족 의료가 15.6%로 많았고, 가구소득에 따라서는 99만원 이하인 경우에서 미충족 의료가 20.5%로 가장 많았다. 의료보장 유형에서는 의료급여 수혜자일 경우 미충족 의료가 15.0%로 가장 많았으며, 도시(동)에 사는 결혼 이주 여성에게

서 미충족 의료가 10.4%로 많았고, 한국어 실력이 좋은 대상자에게 미충족 의료가 10.5%로 많았다. 또한, 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 결혼 이주 여성에게 미충족 의료가 30.8%로 많았고, 지난 2주간 질병이 있었던 결혼 이주 여성들의 24.3%가 미충족 의료를 경험하였다.

### 3. 결혼 이주 여성의 미충족 의료 경험 영향요인

미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해서 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 Table 2와 같다. 모델별 유의한 변수를 살펴보면, 소인요인의 변수만 투입한 모델 1에서는 연령, 교육

Table 2. Predictors of Unmet Healthcare Needs of Married Immigrant Women

(N=58,735)

Factors	Variables	Model 1	Model 2	Model 3
		OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Predisposing factors	Age (year) (ref: 18-29)	1.29 (1.25-1.33)*	1.11 (1.07-1.15)*	0.96 (0.92-0.99)*
	Education level (ref: ≤ Middle school)	0.91 (0.88-0.94)*	1.11 (1.07-1.16)*	1.16 (1.11-1.22)*
	Employment			
	Unemployed	1	1	1
	Employed	0.89 (0.85-0.93)*	1.03 (0.97-1.09)	1.10 (1.04-1.17)*
	Country of origin			
	Ethnic Korean in China	1	1	1
	China	1.02 (0.96-1.08)	1.01 (0.94-1.09)	1.04 (0.96-1.13)
	Vietnam	0.62 (0.56-0.67)*	0.54 (0.48-0.61)*	0.58 (0.51-0.66)*
	Philippines	1.33 (1.21-1.45)*	0.80 (0.70-0.91)*	0.97 (0.84-1.12)
	Japan	1.34 (1.22-1.46)*	1.34 (1.19-1.51)*	1.50 (1.32-1.70)*
	Other	1.00 (0.92-1.08)	0.87 (0.77-0.97)*	1.08 (0.96-1.21)
Enabling factors	Stay in Korea (months) (ref: 0-11)	1.30 (1.27-1.34)*	1.35 (1.30-1.40)*	1.27 (1.22-1.32)*
	Monthly household Income (10,000 won) (ref: ≤ 99)		0.40 (0.39-0.42)*	0.45 (0.44-0.47)*
	Health insurance		1	1
	Not insured		0.71 (0.66-0.77)*	0.73 (0.68-0.79)*
	National health insurance		0.90 (0.80-0.99)*	0.82 (0.73-0.92)*
	Medical aid			
	Region			
	Rural		1	1
Need factors	Urban		1.32 (1.23-1.41)*	1.28 (1.19-1.37)*
	Korean proficiency (ref: Poor)		0.91 (0.86-0.95)*	1.00 (0.95-1.05)
	Subjective health status (ref: Poor)			0.46 (0.44-0.48)*
	Illness experience over past 2 weeks			
	No			1
	Yes			1.88 (1.75-2.02)*

\* $p < .05$ ; \* $p < .01$ ; \* $p < .001$ .

수준, 직업, 출신국, 거주기간이 통계적으로 유의하였다. 모델 2에서는 추가적으로 투입된 가능요인인 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 한국어 실력이 유의한 영향을 미쳤다. 필요요인을 추가한 모델 3에서는 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역이 유의하였으며, 새로 추가한 주관적 건강상태 및 지난 2주간 유병 경험도 유의한 영향을 미쳤다.

최종모델인 모델 3을 살펴보면, 소인요인에서 연령은 교차비가 0.96으로 연령이 낮아질수록 미충족 의료는 1.05배(OR=0.96의 역수, CI=0.92-0.99) 높았다. 즉, 50세 이상인 결혼 이주 여성보다 40세 이상 49세 이하인 결혼 이주 여성들의 미충족 의료가 1.05배 높다고 할 수 있다. 교육수준은 높아질수록 미충족 의료 1.16배(CI=1.11-1.22) 높았고, 직업이 없는 대상자에 비해 있는 대상자의 경우 미충족 의료 1.10배(CI=1.04-1.17) 높았다. 즉, 중학교 이하의 학력을 가진 결혼 이주 여성보다 고등학교의 학력을 가진 결혼 이주 여성의 미충족 의료 1.16배 높다고 할 수 있다. 한편, 미충족 의료는 출신국에 따라 그 영향이 달랐다. 중국(조선족) 출신 결혼 이주 여성은 베트남 출신자에 비해 미충족 의료 1.72배(OR=0.58의 역수,

CI=0.51-0.66) 높은 반면, 일본 출신자는 중국(조선족) 출신에 비해 1.50배(CI=1.32-1.70) 높아 출신국에 따라 큰 차이를 보였다. 또한, 거주기간은 길수록 미충족 의료 1.27배(CI=1.22-1.32) 높았다. 즉, 거주기간이 11개월 이하인 결혼 이주 여성보다 거주기간이 12개월 이상 59개월 이하인 결혼 이주 여성들의 미충족 의료 1.27배 높다고 할 수 있다.

가능요인에서 가구소득은 적을수록 미충족 의료 2.22배(OR=0.45의 역수, CI=0.44-0.47) 높았다. 이는 가구 소득이 100만원 이상 199만원 이하인 결혼 이주 여성보다 99만원 이하인 결혼 이주 여성들의 미충족 의료 2.22배 높다고 할 수 있다. 의료보장유형에서 건강보험 가입자에 비해 미가입자들이 1.37배(OR=0.73의 역수, CI=0.68-0.79), 의료급여자들에 비해 미가입자들이 1.22배(OR=0.82의 역수, CI=0.73-0.92) 미충족 의료 높았다. 또한, 농촌에 사는 대상자보다 도시에 사는 대상자가 1.28배(CI=1.19-1.37) 미충족 의료 높았다.

필요요인에서는 주관적 건강상태가 나빠질수록 미충족 의료 2.17배(OR=0.46의 역수, CI=0.44-0.48) 높았다. 즉, 주관적 건강상태

가 좋은 여성건강이민자에 비해 보통인 결혼 이주 여성들의 미충족 의료가 2.17배 높다고 할 수 있다. 마지막으로 지난 2주 간 유병 경험이 없었던 대상자에 비해 있었던 대상자는 1.88배(CI=1.75-2.02) 미충족 의료가 높았다.

#### 4. 출신국별 결혼 이주 여성의 미충족 의료 경험 영향요인

출신국별 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인을 분석한 결과는 Table 3과 같다. 중국(조선족) 출신인 경우에는 직업과 한국어 실력을 제외한 나머지 연령, 교육수준, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험이 통계적으로 유의하였고, 중국(한족 등)과 필리핀 출신인 경우에는 교육수준, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험이 통계적으로 유의하였다. 베트남 출신인 경우에는 거주기간, 가구소득, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경

험이 통계적으로 유의하였고, 일본 출신인 경우에는 직업, 거주기간, 가구소득, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험이 통계적으로 유의하였다.

변수 중 거주기간, 가구소득, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험은 출신국 모두 통계적으로 유의하였으나, 한국어 실력은 출신국 모두 유의하지 않았다. 그 밖에 연령은 중국(조선족) 출신인 경우에서만 통계적으로 유의하였고, 직업도 일본 출신인 경우에서만 유의하였다.

## 논 의

건강에 대한 사회적 책임이 중요시되는 가운데, 의료서비스에 대한 평등한 접근은 건강격차를 줄일 수 있는 보건정책의 주요 과제이다. 이에 미충족 의료는 의료서비스에 대한 접근성 문제를 나타내는 지표로 사용되어 왔다(Huh & Kim, 2007). 미충족 의료에 대한 측정

Table 3. Predictors of Unmet Healthcare Needs of Married Immigrant Women by Ethnicity

(N=53,104)

Variables	Ethnic Korean in China (n=20,391)	China (n=8,033)	Vietnam (n=16,210)	Philippines (n=5,034)	Japan (n=3,436)
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Unmet Healthcare Need	12.2%	9.7%	4.9%	12.0%	16.8%
Predisposing factors					
Age (year) (ref: 18-29)	0.87 (0.82-0.92)*	1.02 (0.96-1.10)	1.13 (0.91-1.41)	1.03 (0.85-1.24)	0.94 (0.79-1.13)
Education level (ref: ≤ Middle school)	1.19 (1.11-1.28)*	1.12 (1.03-1.21)*	0.85 (0.71-1.01)	1.39 (1.11-1.73)*	0.90 (0.74-1.10)
Employment					
Unemployed	1	1	1	1	1
Employed	1.07 (0.97-1.17)	1.01 (0.90-1.14)	1.12 (0.89-1.40)	1.15 (0.90-1.47)	1.40 (1.14-1.73)*
Stay in Korea (months) (ref: 0-11)	1.19 (1.12-1.26)*	1.23 (1.14-1.33)*	1.41 (1.16-1.71)*	1.30 (1.08-1.57)*	1.32 (1.12-1.56)*
Enabling factors					
Monthly household Income (10,000 won) (ref: ≤ 99)	0.46 (0.44-0.49)*	0.41(0.38-0.44)*	0.50 (0.43-0.58)*	0.61 (0.53-0.71)*	0.46 (0.40-0.53)*
Health insurance					
Not insured	1	1	1	1	1
National health insurance	0.71 (0.62-0.81)*	0.71 (0.62-0.81)*	0.86 (0.64-1.14)	0.72 (0.53-0.99)*	0.84 (0.59-1.20)
Medical aid	0.79 (0.65-0.97)*	0.78 (0.63-0.97)*	0.87 (0.56-1.35)	1.00 (0.69-1.45)	0.77 (0.51-1.19)
Region					
Rural	1	1	1	1	1
Urban	1.44 (1.27-1.62)*	1.26 (1.08-1.46)*	1.08 (0.88-1.32)	1.37 (1.08-1.74)*	0.88 (0.71-1.08)
Korean proficiency (ref: Poor)	0.98 (0.90-1.06)	1.03 (0.94-1.12)	0.96 (0.81-1.15)	0.95 (0.74-1.21)	0.90 (0.75-1.08)
Need factors					
Subjective health status (ref: Poor)	0.45 (0.42-0.48)*	0.45 (0.42-0.49)*	0.44 (0.38-0.51)*	0.55 (0.46-0.65)*	0.47 (0.40-0.55)*
Illness experience over past 2 weeks					
No	1	1	1	1	1
Yes	2.02 (1.81-2.26)*	1.87 (1.53-1.99)*	2.63 (2.02-3.43)*	1.57 (1.10-2.24)*	1.57 (1.21-2.05)*

\* $p < .05$ ; \* $p < .01$ ; \* $p < .001$ .

은 대상자의 설문 조사법, 전문가의 임상적 검증 등 여러 가지 방법이 가능하나 본 연구에서는 대상자가 의료서비스를 원하였으나 이용하지 못할 때를 미충족 의료로 보고 대상자의 설문 조사 결과를 이용하였으며, 기존 연구들에서도 의료서비스에 대한 접근성을 보장한다는 개념으로 이 방법이 가장 널리 사용되고 있었다(Huh & Kim; Kim J., 2008; Pledger et al., 2011; Song et al., 2011).

본 연구에서 결혼 이주 여성들의 미충족 의료 비율은 평균 9.9%이고, 출신국이 베트남인 경우 4.9%로 가장 적게 경험하였으며, 일본이 16.8%로 미충족 의료 경험이 가장 많았다. 이와 관련하여 Seol 등(2005)의 연구에서는 동일한 질문에 18.0%가 미충족 의료를 경험한 적이 있다고 응답하였고, Yang (2010)의 연구에서는 지난 1년간 병의원에 가고 싶어도 가지 못한 미치료 경험에 대하여 30.1%가 있는 것으로 나타났다. 한편, 캐나다에 거주하는 이민자들은 8.7%에서 미충족 의료가 있다고 응답한 반면, 미국에 거주하는 이민자들은 17.3%에서 미충족 의료를 경험하였다(Siddiqi, Zuberi, & Nguyen, 2009). 나라마다 미충족 의료에 차이가 나는 이유는 각 나라의 보건 의료서비스체계, 보험유무, 이민자 지원 제도 등에 차이가 나기 때문이다. 반면, 본 연구 결과는 국내 선행 연구 결과에 비해 미충족 의료 경험이 적게 보고되었다. 이는 Seol 등의 연구에서는 결혼 이주 여성의 60%가 현재 취업을 하고 있고, 52.9%가 최저생계비 이하의 가구소득을 가지고 있어 본 연구보다 열악한 사회경제적 수준을 보이며, Yang의 연구에서는 대상자 선정기준에서 사회경제적 수준이 상대적으로 높은 미국이나 서구 선진 유럽국가 출신의 이민자는 제외하였기에 이러한 차이가 보인다고 할 수 있다. 더불어 본 연구의 대상자는 결혼 이주 여성 전수로 이주 목적이 결혼이 아닌 자들도 포함되었고, 가족에 대한 자원이 상대적으로 부족할 수 있는 사별이나 이혼한 무배우자인 결혼 이주 여성은 제외하였기 때문에 다소 낮은 미충족 의료 경험을 보였다.

본 연구는 Anderson의 의료이용 행동모형을 바탕으로 미충족 의료에 영향을 주는 요인들을 소인, 가능, 필요요인으로 범주화하여 3단계에 걸쳐 투입하는 위계적 로지스틱 회귀분석을 하였다. 각 요인들을 단계별로 투입함으로써 다른 조건이 보정되었을 때와 보정되지 않았을 때의 영향요인의 차이를 확인할 수 있었다. 그 예로 연령은 필요요인이 보정되기 전에 Model 2에서 교차비가 1.11로 연령이 증가할수록 미충족 의료의 경험이 증가하는 것으로 나타났는데, 보정 후인 Model 3에서는 교차비가 0.96으로 변화되었다. 이는 연령이 증가할수록 주관적 건강상태 및 지난 2주 간 질병여부가 의료 요구를 충족하기에 좋지 못하다는 것을 알 수 있다. 마찬가지로 교육수준도 Model 1에서는 교차비가 0.91로 교육수준이 높을수록 미충족 의료가 감소하였으나, 가능요인을 보정한 후인 Model 2에서는 교차비가 1.11로 교육수준이 높을수록 미충족 의료가 증가하는 것으

로 나타났다. 즉, 교육수준이 낮을수록 가구 소득, 건강보험, 한국어 능력 등의 가능요인이 의료 요구를 충족하기에 불리하게 작용하였음을 알 수 있다. 마지막으로 직업도 가능요인과 필요요인을 투입함으로써 방향성이 바뀌었는데, 직업이 없는 사람에게 가구소득, 건강보험, 주관적 건강 상태 등이 의료 요구를 충족하기에 불리하게 작용하여 이를 보정하였을 경우에는 오히려 직업이 있는 사람이 없는 사람에 비해 1.10배 미충족 의료가 높음을 확인할 수 있다. 따라서, 본 연구는 Model 1, 2, 3 중 소인, 가능, 필요요인이 모두 보정된 model 3의 결과를 가지고 논의를 하겠다.

결혼 이주 여성의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인은 연령, 교육수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병경험으로 확인되었다(Model 3). 본 연구에서 결혼 이주 여성들은 연령이 낮아질수록 통계적으로 유의하게 미충족 의료가 증가하였다. 이와 관련하여 국내 일반 성인을 대상으로 한 연구(Huh & Kim, 2007; Kim, 2012; Song et al., 2011)와 캐나다 이민자 및 자국민을 대상으로 한 연구(Wu et al., 2005)에서도 연령이 낮아질수록 미충족 의료가 증가하는 동일한 결과를 확인할 수 있었다. 또한, 본 연구에서는 결혼 이주 여성들의 교육수준이 높을수록, 직업이 있을수록 미충족 의료가 증가하는 것으로 나타났다. 일반적으로 직업을 가진 경우 근무 시간이 보건의료이용 가능시간과 겹치기 때문에 직업이 있을수록 시간제약으로 인한 미충족 의료는 증가한다고 보았다(Huh & Kim; Kim). 교육과 관련하여 캐나다와 뉴질랜드에 거주하는 이민자들을 대상으로 한 미충족 의료 연구에서도 교육수준이 높은 사람의 경우 미충족 의료가 높다고 보고되었다(Dunn & Dyck, 2000; Pledger et al., 2011; Wu et al.). 이에 Dunn과 Dyck은 건강문제에 대한 지식이 풍부할수록 의료필요를 더 많이 인식하지만 의료이용을 하지 못하였을 때 미충족 의료가 높다고 설명하였다. 따라서, 본 연구에서는 미충족 의료에 대한 측정이 전문가의 객관적인 판단이 아닌 대상자가 스스로 인지하는 경우였기 때문에, 결혼 이주 여성들은 동일하게 의료이용을 하지 못한다 하더라도 이주국가의 보건의료제도 및 활용 가능한 의료서비스에 대한 지식이 풍부할수록 의료필요를 더 많이 인식하여 미충족 의료가 높은 것으로 설명할 수 있다. 따라서, 각 나라의 이민자들마다 미충족 의료 정도 및 원인이 다르기 때문에, 국내의 이민자들의 미충족 의료에 대한 구체적인 이유와 미충족 의료 범주 등에 대한 도구 개발 및 추후 연구가 필요하며, 이를 통한 미충족 의료를 감소시키기 위한 정책 제언 및 이용가능한 건강증진 프로그램이 제공되어야 한다.

한편, 거주 지역에 따른 결혼 이주 여성들의 미충족 의료는 농촌보다 도시에서 미충족 의료 경험이 많은 것으로 확인되었다. 뉴질랜드에 거주하는 이민자의 경우에는 도시와 농촌이 미충족 의료에



영향을 미치지 않았으나(Pledger et al., 2011), 캐나다의 경우 토론토 지역에 거주하는 이민자들이 몬트리올이나 밴쿠버, 그 외 지역에 거주하는 이민자보다 유의하게 미충족 의료가 높았다(Dunn & Dyck, 2000). 이렇게 다양한 연구 결과가 보고되는 이유는 각 나라마다 이민자의 이민 목적 및 특징, 또한 각 나라의 보건의료서비스 체계, 보험유무, 이민자 지원 제도 등에서 차이가 나기 때문이다. 국내 의료기관 분포 현황을 살펴보면, 병원 및 약국 등을 포함한 보건의료기관은 서울 25.5%, 경기도 20.0%로 수도권에 집중되어 있고(Oh, 2012), 교통 시설 또한 농촌보다 도시가 편리하다. 하지만 국내에서는 전체 결혼에서 국제결혼이 차지하는 비중이 10%정도인데 비해, 농촌 지역은 대략 10명 중 4명이 외국인 여성과 결혼하여, 고령화 농촌에서 결혼 이주 여성은 후계 농업인력으로 매우 중요한 인적자원으로 간주되며(Choi, 2011), 2010년도에는 농림축산식품부에서 '농촌 다문화가족 지원방안'을 발표했듯이 이에 대한 지원체계가 활발히 진행되고 있다. 또한, 통역요원은 주로 농촌지역에 배치되는 등 지원서비스가 농촌 위주로 제공되고 있다(Cha, 2012). 따라서, 결혼 이주 여성들의 사회경제적인 측면이나 보건의료체계의 물리적인 접근성은 농촌이 도시보다 다소 낮을 수 있으나, 농촌에 거주하는 결혼 이주 여성들에 대한 국가적 관심 및 지원이 높기 때문에 미충족 의료는 농촌보다는 도시에서 더 높게 나타나는 것으로 설명할 수 있다. 또한, 오히려 교육수준이 높은 사람이 미충족 의료를 더 많이 느끼듯이, 도시에 거주하는 결혼 이주 여성들은 주위에 이용할 수 있는 보건의료기관 및 서비스 등을 많이 알고 있으나 실제로 이용하지 못하였을 경우 더 많은 미충족 의료를 느꼈을 가능성도 있다. 따라서, 이를 토대로 직업이 있거나 도시 지역에 거주하는 결혼 이주 여성들의 미충족 의료 감소를 위해서는 야간 및 휴일에도 이용 가능한 보건의료기관 운영이 요구된다. 또한, 현재 전국적으로 분포되어 있는 다문화가족지원센터에서는 다문화가족의 안정적인 정착과 가족생활을 지원하기 위해 한국어교육 및 한국사회 조기적응을 위한 여러 가지 서비스를 제공하고 있으나 보건의료서비스에 대한 부분은 거의 존재하지 않고 있다. 따라서, 다문화가족지원센터를 통하여 보건의료서비스를 제공함으로써 결혼 이주 여성의 미충족 의료를 감소시킬 수 있을 것이다. 국가에서는 결혼 이주 여성이 농촌뿐만 아니라 도시에 더 많은 수가 거주하고 있음을 고려하여 결혼 이주 여성들의 건강을 관리해야 할 것이다.

본 연구에서 결혼 이주 여성들은 거주기간이 길수록 미충족 의료가 증가하였다. 이에 대하여 Yang (2010)은 거주기간이 증가할수록 의료비 부담을 더 많이 느껴 치료를 하지 못한다고 하였고, Kim (2010)은 'healthy immigrant effect'라고 하여 이민초기에는 건강상태가 좋다가 거주기간이 증가할수록 건강수준이 나빠져 미충족 의료가 발생하였다고 보았다. 즉, 이민자들은 사회문화적 적응 과정에서

받는 스트레스와 거주기간이 증가할수록 음주와 같은 이민국의 부정적 건강행위를 더 많이 따르기 때문에(Yang, 2011), 거주기간이 증가할수록 건강상태는 나빠지고, 이에 따라 미충족 의료는 증가함을 예측할 수 있다. 따라서, 최근 이주한 여성들에 대한 한국 사회 적응 및 건강관리와 더불어 한국에서 거주기간이 긴 결혼 이주 여성들에 대한 건강관리도 그에 적합하게 건강증진 프로그램 등을 통하여 관리되어야 한다.

가능요인 중 가구소득이 감소할수록, 또한 건강보험가입자와 의료급여 수혜자보다는 미가입자들에게 미충족 의료가 증가하였다. 이는 결혼 이주 여성들의 미치료를 비빈곤층보다 빈곤층에서 더 높았던 연구와도(Yang, 2010) 동일한 결과로, 가구소득이 낮은 경우에는 높은 의료비 부담으로 병의원 이용이 낮고 이에 따라 미충족 의료는 증가함을 알 수 있다. 또한, 미국의 보험이 있는 자국민에 비해 보험이 있는 이민자는 유의하지 않으나 보험이 없는 이민자의 미충족 의료가 3배 이상 높았던 연구 결과에서 나타나듯이(Siddiqi et al., 2009), 건강보험과 의료급여 혜택은 이민자들의 미충족 의료를 낮출 수 있음을 알 수 있다. 하지만 현재 국민건강보험법에서는 외국인에 대하여는 건강보험이 강제가입 대상이 아닌 임의가입 대상이기 때문에 가입절차를 잘 몰라서 건강보험에 가입되지 않은 이민자들이 다수 존재하고 있다(Kim et al., 2010). 따라서, 국내에서도 외국인에 대해서도 국민건강보험에 강제가입하는 방향으로 정책 변경이 요구되며 이에 대한 홍보 및 교육, 신청 방법 간소화 등의 방안이 강구되어야 할 것이다.

필요요인인 주관적 건강상태와 지난 2주 간 유병 경험을 살펴보면, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 그리고 지난 2주 간 유병 경험이 있을수록 미충족 의료가 증가함을 알 수 있다. 이는 일반 성인을 대상으로 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성질환 수가 많을수록 미충족 의료가 증가한다는 연구 결과(Kim S. J., 2008)와 유사한 양상이며, 주관적 건강상태가 나쁠수록, 만성질환 수가 많거나 지난 2주 간 유병 경험이 있을수록 의료 요구도가 증가하기 때문에 이를 적절하게 충족하지 못하였을 경우 미충족 의료가 증가할 수 있음을 알 수 있다.

마지막으로 출신국별 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 살펴보면, 거주기간, 가구소득, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험은 모든 출신국에서 통계적으로 유의하였으나, 연령은 중국(조선족) 출신 이민자에게만 유의한 영향요인이었고, 직업은 일본 출신 이민자에게만 유의한 영향요인이었으며, 교육수준, 의료보장유형 및 거주지역은 중국(조선족), 중국(한족 등), 필리핀 출신의 결혼 이주 여성에게만 유의하게 영향을 미치는 요인이었다. 한편, 한국어 실력은 미충족 의료에 대하여 각 출신국 모두에게서 유의한 영향이 없는 것으로 나타났다. 일반적으로 국제결혼을 하면 언어소통의

문제로 결혼생활 및 일상생활, 의료기관 이용에 어려움을 겪지만 (Kim et al., 2011), 본 연구에서는 미충족 의료에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이는 국내 다문화가족지원센터 등에서 다문화 가족을 위하여 한국어 교실 및 각 나라의 언어로 된 안내책자 등을 꾸준히 지원함으로써 부족한 한국어 실력으로 인한 미충족 의료 발생을 다소 완화시킨 것으로 설명할 수 있다. 또한, 지금까지 한글 교육에 집중되어 있었던 서비스에 대하여 앞으로 보다 다양한 지원이 이루어져야 함을 시사한다고 할 수 있다(Cha, 2012).

그 밖에 출신국마다 미충족 의료 정도 및 영향요인에서 차이가 나는 이유는 출신국마다 한국에서의 삶과 문화적 적응 및 시·도 분포가 다르고(Kim et al., 2010), 흡연율, 음주율, 신체활동 미실천율 등과 같은 건강행위도 출신국에 따라 차이가 있기 때문이다(Yang, 2011). 특히, 선진국 일본 출신의 이민자들에게서 미충족 의료가 가장 높았는데, 이는 앞에서 교육수준이 높을수록 미충족 의료가 증가하는 것으로 설명할 수 있다. 이와 더불어 일본 출신의 이민자들은 직업이 있는 경우에 직업이 없는 이민자보다 1.4배 미충족 의료가 높았다. 이는 일본 출신의 이민자들은 교육수준이 높아 중국(조선족), 중국(한족 등), 베트남에 비해 직업이 단순노무보다는 전문직 종사자의 비율이 월등히 높은 것으로 설명할 수 있다(Kim et al.). 즉, 전문직 종사자는 단순노무에 비해 보다 고정적이고 정규 근무시간을 가지며, 이는 보건의료이용을 이용하는데 더 많은 시간제약을 가져오기 때문에 일본 출신의 결혼 이주 여성에게는 고용여부가 미충족 의료를 증가시키는 요인이라고 설명할 수 있다. 한편, 연령은 중국(조선족) 출신의 이민자들에게만 미충족 의료에 유의한 영향을 미치는 요인이었다. 즉, 중국(조선족) 출신의 결혼 이주 여성들은 연령이 낮아질수록 미충족 의료가 높음을 알 수 있다. 이와 관련하여 중국(조선족) 출신의 결혼 이주 여성들은 결혼목적으로 입국한 경우가 77.1%, 취업목적으로 입국한 경우가 7.8%로 다른 네 출신국들에 비해 결혼목적은 다소 적고, 취업목적은 상대적으로 많으며, 중국(한족 등), 베트남, 필리핀 출신이 2005년 이후 가장 많이 입국한 것에 비해 중국(조선족) 출신의 이민자들은 1995년부터 꾸준히 증가하여 현재 10년 이상 한국에 거주한 경우가 27.3%로 전반적으로 거주기간이 길었다(Kim et al.). 이로 인해 중국(조선족) 출신의 이민자들은 한국에 오랫동안 거주하면서 연령이 증가함과 동시에 healthy immigrant effect로 건강수준이 나빠지면서 미충족 의료가 발생할 수 있고, 이러한 조건을 보정하였을 경우에는 Table 3처럼 연령이 낮아질수록 미충족 의료가 증가함을 알 수 있다. 따라서, 중국(조선족) 출신의 이민자들의 경우에는 한국 거주기간이 길면서 건강상태가 좋지 않은 중년층의 결혼 이주 여성이 다수 존재함을 고려하여 이와 관련하여 건강증진을 위한 프로그램 개발이 요구된다. 또한, 중국(조선족), 중국(한족 등), 필리핀 출신의 이민자들에게

건강보험 및 의료급여는 미충족 의료를 감소시킬 수 있는 요인으로, 국내에서도 외국인에 대한 건강보험 강제가입 등과 같은 정책 마련 및 신청 방법 간소화 등의 방안이 강구되어야 한다.

## 결론

본 연구는 우리나라에서 전국적으로 시행된 2009년 다문화가족 실태조사 자료를 활용하여 Andersen의 의료이용 행동모형을 기반으로 결혼 이주 여성의 미충족 의료 실태와 이에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 이차자료분석 연구이다. 본 연구 결과에 의하면 결혼 이주 여성들의 미충족 의료에 대한 영향요인은 연령, 교육 수준, 직업, 출신국, 거주기간, 가구소득, 의료보장유형, 거주지역, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험인 것으로 나타났다. 특히, 거주기간, 가구소득, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험은 모든 출신국에서 유의하였다. 이렇듯 결혼 이주 여성의 미충족 의료에는 다양한 요인들이 서로 복잡하게 상호작용하고 있고 출신국마다 차이가 있음을 확인하였다. 따라서, 결혼 이주 여성들의 건강격차를 해소하고 건강향상을 위하여 다음과 같은 고려가 필요함을 제언한다. 첫째, 가구소득, 건강보험과 의료급여는 미충족 의료에 영향을 주는 요인으로 나타났다. 따라서, 결혼 이주 여성들의 미충족 의료를 감소시키기 위해서는 건강보험에 대한 가입을 촉진시키고 그에 대한 보장도 증가시킬 필요가 있다. 이를 위하여 건강보험 가입에 대한 적극적인 홍보 및 교육, 신청 방법 간소화 등의 방안과 외국인에게도 건강보험을 임의가입이 아닌 강제가입을 고려해야 한다. 둘째, 결혼 이주 여성들의 미충족 의료에 대한 영향요인 중 거주기간, 가구소득, 주관적 건강상태, 지난 2주 간 유병 경험은 모든 출신국에서 유의하였다. 따라서, 이를 집중적으로 고려한 전체 결혼 이주 여성을 위한 정책 및 사업이 요구된다. 이와 더불어 결혼 이주 여성의 출신국가는 미충족 의료 경험을 결정하는데 중요한 요인이고, 출신국에 따른 미충족 의료의 영향요인이 다르기 때문에 각각의 출신국을 기반으로 한 보건의료사업 역시 요구되는 바이다.

## REFERENCES

- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10.
- Cha, S. J. (2012). *Unmet health care needs of marriage migrant women in Korea*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Choi, S. G. (2011, March 18). *The status and countermeasure of multicultural family in rural*. Retrieved August 20, 2013, from [http://www.cmck.kr/bbs/board\\_view.php?bbs\\_code=bbsIdx3&bbs\\_number=749&page=7&keycode=&keyword=](http://www.cmck.kr/bbs/board_view.php?bbs_code=bbsIdx3&bbs_number=749&page=7&keycode=&keyword=)

- Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S., et al. (2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, 94(5), 783-789.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for health care*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dunn, J. R., & Dyck, I. (2000). Social determinants of health in Canada's immigrant population: Results from the National Population Health Survey. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1573-1593.
- Huh, S. I., & Kim, S. J. (2007). Unmet needs for health care among Korean adults: Differences across age groups. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 13(2), 1-16.
- Jang, I. S., Hwang, N. M., Yoon, M. S., & Park, S. (2010). Current status and factors affecting prenatal care by married immigrant women. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 16(4), 326-335. <http://dx.doi.org/10.4069/kjwhn.2010.16.4.326>
- Kim, C., Park, M. S., & Kim, E. M. (2011). Married immigrant women's utilization of health care and needs of health services. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(3), 333-341.
- Kim, H. R. (2010). Health status of marriage-based immigrants in Korea and policy directions. *Health and Welfare Policy Forum*, 165, 46-57.
- Kim, H. R., Hwang, N. M., Chang, I. S., Yoon, K. J., & Kang, B. J. (2008). *The reproductive health and policy subject in the international foreign wives*. Seoul: Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, J. (2008). Factors affecting the choice of medical care use by the poor. *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 37, 5-33.
- Kim, J. H. (2012). *A study of factors in unmet medical need and equity*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Kim, S. J. (2008). *Unmet needs for health care among Korean adults*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.
- Kim, S. K., Kim, Y. K., Cho, A. J., Kim, H. R., Lee, H. K., Seol, D. H., et al. (2010). *A national survey on multicultural families 2009* (No. 2010-06). Seoul: Ministry of Health & Welfare, Ministry of Justice Republic of Korea, Ministry of Gender Equality & Family Republic of Korea, The Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Ministry of Health & Welfare. (2011). *The National Health Plan 2020*. Seoul: Author.
- Oh, Y. H. (2012). The supply status of health care institutions and hospital beds. *Issue & Focus*, 129, 1-8.
- Pledger, M. J., Cumming, J., Burnette, M., & Daube, J. (2011). Unmet need of GP services in Pacific people and other New Zealanders. *The New Zealand Medical Journal*, 124(1334), 35-45.
- Seol, D. H., Kim, Y. T., Kim, H. M., Yoon, H. S., Lee, H., Yim, K. T., et al. (2005). *Foreign wives' life in Korea: Focusing on the policy of welfare and health*. Seoul: Ministry of Health & Welfare.
- Siddiqi, A., Zuberi, D., & Nguyen, Q. C. (2009). The role of health insurance in explaining immigrant versus non-immigrant disparities in access to health care: Comparing the United States to Canada. *Social Science & Medicine*, 69(10), 1452-1459. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.08.030>
- Song, K. S., Lee, J. H., & Rhim, K. H. (2011). Factors associated with unmet needs for health care. *Korean Public Health Research*, 37(1), 131-140.
- Statistics Korea. (2011a). *Current population survey: Birth, death, marriage and divorce*. Retrieved October 23, 2013, from [http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList\\_01List.jsp?vwcd=MT\\_ZTITLE&parentId=A](http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=A)
- Statistics Korea. (2011b). *Internal migration statistics: Number of internal migrants for city, county, and distric*. Retrieved October 23, 2013, from [http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList\\_01List.jsp?vwcd=MT\\_ZTITLE&parentId=A](http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ZTITLE&parentId=A)
- Wu, Z., Penning, M. J., & Schimmele, C. M. (2005). Immigrant status and unmet health care needs. *Canadian Journal of Public Health*, 96(5), 369-373.
- Yang, S. J. (2010). Health status, health care utilization and related factors among asian immigrant women in Korea. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing*, 24(2), 323-335.
- Yang, S. J. (2011). Health behaviors and related factors among asian immigrant women in Korea. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 22(1), 66-74.