

뉴질랜드 이민 일세대 한국인의 건강관리 실태에 관한 연구*

이 은 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

다른 지역으로의 이동으로 직장, 학교, 교회 등에서 맺은 개인적인 인간관계는 물론 가족구성원과의 관계마저도 변화를 초래하게 된다. 특히 외국으로의 이주는 개인이 지금까지 확립해 놓은 사회구조의 위치에서 이탈됨으로써 스트레스가 유발되고, 이같은 스트레스는 이민자의 신체적, 심리적 건강상태를 위협하게 된다(McKinlay, 1975; Lin, Tazuma & Masuda, 1979). 또한 이민자는 원활치 못한 언어구사능력 때문에 의료서비스 기관을 쉽게 찾아가지 못할 뿐만 아니라 의료요원으로부터도 기대하였던 양질의 서비스를 받지 못하게 됨에 따라 의료서비스에 불만족해하며 그 활용도 주저하게 된다(Anderson & Kane, 1977). 특히 건강관련 지식수준이 낮은 이민자는 질병의 시작을 알려주는 경미한 증상의 심각성을 인식하지 못한 결과 자각증상이 일상 활동을 방해하지 않는 한 의료기관을 방문하지 않고 지내다가 질병이 악화된 후에야 응급실을 찾게 되는 경우가 많다(Gonzalez-Swafford & Gutierrez, 1983; Hazuda, Stern, Gaskill, Haffner, & Gardner, 1983). 또한 의료보험 수혜의 제한으로 의료비를 지불할 능력이 없거나 경제적 여건 때문에 전문 의료인의 지속적인

관리를 받지 못하게 됨에 따라 이민자의 건강관리 문제가 사회적인 문제의 하나로 대두되어 왔다(Estrada & Ray, 1990; Marks, Garcia & Solis, 1990; Slesinger & Cautley, 1981).

국민의 건강관리를 책임지고 있는 이민국의 의료요원 역시 소수 민족 출신의 이민자와 의사소통이 잘 되지 않기 때문에 이민자가 겪는 질병의 양상과 질병 반응을 이해하지 못할 뿐만 아니라, 문화적 차이 때문에 이민자의 건강과 질병에 대한 신념을 이해하지 못한다. 이에 따라 의료인은 이민자의 질병 진단에 자국민 환자보다 더 많은 시간과 경비를 소요하게 되며 분명한 기질적 원인이 없는 心因性 질환의 경우에는 더욱 더 그러한 실정이다(Flaskerud, 1986). 특히 이민자의 경우에는 현지의 주민에 비해 의료요원의 상담이나 교육이 필요한 치과, 안과, 산전관리, 일반적 신체검진 등 예방관리 측면의 서비스를 제공받지 못하고 있다(Anderson & Kane, 1977; Juarbe, 1995; Meleis, 1981). 이같은 사실은 의료기술이 발달된 선진 국가에서마저 지역 의료기관의 서비스 제공과 이민자의 건강관리 요구 사이에는 거대한 틈이 존재하고 있음을 보여주고 있는 것이라 하겠다(Meleis, 1991).

사실 선진국의 의료시스템은 소수민족 이민자의 문화권과는 전혀 다른 문화권의 전문의료인에 의해 계획되었고, 소수민족 이민자의 건강 신념이나 건강관리 행위

* 본 연구는 1997년 전남대학교 연구년교수 연구비 지원에 의해 수행됨

** 전남대학교 의대 간호학과

를 이해하지 못하는 전문의료인에 의해 의료 서비스가 제공되고 있다. 소수민족 출신 이민자는 그 서비스에 만족하지 못할 뿐 만 아니라 기본적인 건강문제마저 해결하지 못하고 있다(Eliason, 1993 ; Campinha-Bacote, 1995 ; West, 1993). 이같은 관점에서 볼 때 오늘날의 의료인은 문화적으로 다른 소수민족 이민자의 건강요구를 해결하기 위해 그들의 문화를 이해할 필요가 있고, 특히 의사와 이민자간의 의사소통 문제를 해결하도록 도와줄 수 있는 문화적 능숙성(cultural competency)이 간호사에게 절실히 요구되고 있다(Davis et al., 1992). 또한 이민자의 문화에 대한 연구를 위해서 자호학자는 그 문화를 잘 이해할 수 있는 소수민족 출신의 연구자와의 공동연구를 통해 횡문화 간호(cross-cultural nursing)를 발전시키며 아울러 매일의 간호실무에 횡문화 간호 제공이 이입(移入)되어야 함이 강조되고 있다(Cook & Mange, 1995). 그럼에도 불구하고 지금까지 간호사는 이민자의 질병과 건강에 대한 신념과 습관 등 이민자의 문화적인 독특성과 차이성을 고려하지 않고, 오히려 이민자의 문화적인 특성을 수정하는 데 초점을 두어왔다.

80년대 이후 소수민족 출신 이민자의 건강관리 실태 및 건강관리 행위에 관심을 갖기 시작하여 이에 대한 연구가 수행되어 왔지만 세계에서 최다수 민족으로 구성된 미국마저도 소수민족 중 가장 많은 수를 차지하는 Hispanic-American에 대한 연구가 대부분이었으며 한국계 이민자에 관한 연구는 몇 편(이소우, 1993 ; Hurh & Kim, 1990)에 불과하다 다수 민족으로 구성된 뉴질랜드 역시 소수민족 중 가장 많은 수를 차지하고 있는 마오리족이나 퍼시픽폴리네시아에 대한 연구(Davis, Lay-Yee, Sinclair & Gribben, 1997 ; Malcolm, 1996 ; Pomare, 1988)가 대부분이며 동남아시아 난민에 대한 연구(Blakely, 1996 ; Cheung & Spears, 1995) 등 몇 편의 연구가 있을 뿐이다.

90년대 초부터 백호주의가 철폐되면서 뉴질랜드와 호주에 한국인의 이민이 활발해졌으며 1997년 현재 뉴질랜드에는 한국 해외동포 수의 0.2%에 달하는 1만 2천명이 생활하고 있다(외무부, 1997). 뉴질랜드로 이민의 특징 중의 하나는 미국, 중국, 일본, 캐나다, 브라질 등에 비해 한국인 이민의 역사가 짧은데다 한국계 의료인이 전무한 상태에서 이민자들이 현지 의료인과 의료시스템을 이용하며 살아간다는 점이다. 이와 같은 점에서 뉴질랜드의 한국인은 한국계 의료인을 갖고 있는 미국의 한국인과는 차이가 있을 것이다. 이에 본 연구자는 한국인

의 이민 역사가 짧은 뉴질랜드에서의 이민 일세대 한국인의 건강관리 실태를 파악해 봄으로써 첫째 이민 일세대 한국인의 건강관리를 위한 정부당국의 정책적 대응에 도움이 될 수 있는 기초자료를 제공하고, 둘째 우리나라에서 생활하고 있는 소수 민족 출신의 외국인의 건강관리에 대한 의료인의 이해를 도모하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 뉴질랜드 이민 일세대 한국인의 건강관리 요구정도를 파악한다.
- 2) 뉴질랜드 이민 일세대 한국인의 건강관리 수행정도를 파악한다.
- 3) 뉴질랜드 이민 일세대 한국인의 건강관리 수행에 영향을 주는 대상자의 특성을 파악한다.

3. 연구의 제한점

- 1) 본 연구는 뉴질랜드에 살고있는 이민 일세대 한국인 중에서 본 설문에 응한 오클랜드 시 거주자만을 대상으로 하였기에 뉴질랜드에 거주하고 있는 이민 일세대 한국인 모두에게 일반화시키는 데 신중을 기하는 것이 필요하다.
- 2) 전화번호부를 이용하였기 때문에 전화가 없는 사람이 제외되었으며 두 개 이상의 전화번호를 갖고 있는 사람의 선택율이 더 높은 점이다.

II. 문헌 고찰

미국의 경우 세계의 어느 나라보다 많은 다수민족으로 구성된 국가적 특성 때문에 많은 학자들이 오래 전부터 이민자의 건강 실태 및 관리에 많은 관심을 갖고 연구를 수행하였기에 미국에서 수행된 연구를 중심으로 이민자의 건강문제와 의료서비스 활용 실태, 이민자의 의료서비스 활용 도모 방안에 관해 고찰하고자 한다.

1. 이민자의 건강문제와 의료서비스 활용 실태

Slesinger와 Cautley(1981)는 이민자들의 모국어를 사용할 수 있는 면담자(bilingual interviewer)를 고용하여 Hispanic American 이민 농부들의 건강 문제를

조사한 결과 이민자들은 두통, 시력장애, 요통, 치통, 위통, 신경과민증, 수면장애, 기침 등을 호소하였음을 발견하였다. Lin, Carter & Kleinman(1985)에 의하면 대부분의 이민자는 이민생활을 시작한 첫 2달 동안에 신체적 기질장애로 인한 두통, 복통, 요통, 현기증, 불면증 등을 호소하였지만 상당수(34.6%)의 이민자는 이민생활의 적응과정에서 받게되는 환경적인 스트레스로 인한 心因性 질환인 복통, 흉통, 두통, 요통, 현기증, 피로, 호흡곤란, 식욕부진, 수면장애를 호소하였다. 베트남 피난민 역시 미국인보다 훨씬 더 많은 신체적, 심리적 건강문제를 호소하였으며 이민자들이 호소한 건강문제 양상은 첫 해에 이어 2년째까지 여전히 증가하였다. 특히 피난생활 2년째에는 첫해와 달리 가족의 경제적인 책임을 맡게되는 여성 家長, 46세 이상의 남성, 21-45세의 가정주부, 영어 구사 능력이 없는 자, 의미있는 직업을 갖지 못한 자가 다른 피난민에 비해 더 많은 신체적, 심리적 건강문제를 호소하였다(Lin et al., 1979). 미국 인디언의 경우에도 지배적인 미국인과의 문화적 동일성(cultural identity)의 不在, 전통적인 생활 스타일의 변경, 도시로의 이동, 백인 미국인 위주의 정치 및 경제적 영향 등으로 인해 간경화, 폐렴, 당뇨병, 심질환, 비만, 중이염, 영양실조 등 신체적 건강문제가 많았으며 그 이외에도 일반인의 3-10배 정도의 우울, 자살 등의 정신적 건강 문제를 지니고 있었다(Cook & Mange, 1995).

미국 의학협회 과학문제 협의회(Council on Scientific Affairs, American Medical Association, 1991 : 이하 미의협 과학협의회로 약함)의 보고에 의하면 이민자들은 질병이 발생하였을 경우에도 20% 정도가 의료기관을 이용하지 않고 가정에서 민속치료를 이용하고 있었다. 더군다나 이들은 발병 초기에 의료기관을 방문하기보다는 자각증상이 심해져 일상활동의 장애가 나타날 때 이용하였다. 특히 이민생활 초기의 의료기관 방문 횟수는 신체의 기질적 장애의 경우 1.66회, 정신과적 문제의 경우 2.5회, 그리고 심인성 질환의 경우 1.69회로서 의료기관을 이용한 횟수는 현지의 주민에 비해 매우 적었다(Lin et al., 1985). 이민자들의 의료기관 방문 동기를 보면(Ginzberg, 1991), Hispanic계 미국 이민 농부들의 경우 주로 근육격계, 피부계, 소화기계 질환, 감기 등 대부분 심각한 자각 증상이 있을 경우에만 의료기관을 방문하였으며 할만검진, 자궁암 세보검진, 산전관리, 신체검진이나 시력검사, 치과방문과 같은 예방적인 건강관리를 위해 의료기관을 방문한 사람은 이민자의 1/3

미만에 불과하였다. 이는 일반적 신체검진 혹은 예방적인 관리를 위해 현지 주민의 70%가 의료기관을 찾는 경우에 비해 훨씬 낮다. 즉 질병을 예방하기 위해 의료기관에서 일반적인 신체검진을 받았던 Hispanic계 미국인의 수는 백인의 1/2 정도, 산전관리를 위해 병원을 방문하는 경우는 백인의 1/3 정도이었음을 보고하였다(Slesinger & Cautley, 1981). 건강문제를 가진 이민자의 3/4 정도는 건강관리 서비스를 거의 받지 못하였으며 그들의 1/3은 거주지와 가장 가까운 의료기관마저도 활용하는 데 장애를 갖고 있었다(Estrada & Ray, 1990). 이와 같은 결과는 의료보험 혜택 범위가 한정된 결과 Hispanic계 미국인은 일반적 정검진이나 예방적 건강관리를 받기 위해 병원을 자유롭게 방문하지 못하기 때문이라고 하였다(Trevino, Moyer, Valdez & Stroup-Benham, 1991).

한편, 이민자들이 현지의 의료기관을 활용하지 못하는 장애요인을 조사한 보고(Estrada & Ray, 1990)에 의하면 저소득층, 교육수준이 낮은 자, 모국어만을 사용하는 자, 그리고 미국 문화 이입이 되지 않는 자는 다른 이민자에 비해 의료기관의 서비스를 제공받지 못하였다. 또한 미의협 과학협의회(1991)는 이민자가 치료비 지불 능력 부족, 의료기관의 지리적 위치나 진료시간의 부적절성, 이민자의 건강관련 문화를 이해해 줄 수 있는 의료요원 부재 등으로 인해 의료기관을 이용하지 않았다고 하였다. 무엇보다도 이민자들의 건강관리 행위와 습관에 대한 현지 의료인의 이해부족은 이민자로 하여금 의료기관을 방문하기 어렵게 만들었을 뿐 아니라 제공하였던 의료기관의 서비스에 대해 만족하지 못하였고 지시된 처방의 이행을 도모해주지 못하였다.

이민자들의 의료비는 일반 주민의 의료비보다 더 많았다. 그 이유는 이민자의 경우 질병이 진행된 후 의료기관을 방문하게 됨으로써 응급실 이용율이 백인의 2배 정도에 이르며 장기간의 입원이 요구되었기 때문이라고 하였다(미의협 과학협의회, 1991). 뿐만 아니라 이민자의 건강관리를 맡고 있는 의사들은 대부분 생물이학적 모델(biomedical model)에 훈련되었기 때문에 이민자의 심인성 질환으로 인한 불확실한 임상 증상에 대한 원인을 발견하기 위해 많은 검사와 시간을 소비하여 心因性 질환의 경우 일 회 평균 \$28.7의 의료비를 지불하여 신체적 질환의 \$22.9이나 정신질환의 \$22.5보다 더 많았다.

이상에서 살펴본 바 이민자들은 이민생활에서 받게되는 스트레스로 인한 심인성 질환이 자국민에 비해 많았

다. 다수의 소수민족 이민자들은 질병이 발생하였을 경우 민족적인 방법이나 자가투약을 통해 건강문제를 해결하고자 하였고 의료기관을 이용하는 정도는 자국민의 이용율에 비해 저조하였으며 산전관리, 신체검진 등 예방적인 건강관리를 위한 의료기관 이용율은 매우 낮았다. 뿐만 아니라 이민자들은 의료보험 수혜, 의료인과의 의사소통 장애 등으로 인해 의료기관을 원활히 이용하지 않았다.

2. 이민자의 의료서비스 활용 도모 방안

West(1993)는 서로 다른 문화를 갖고 있는 의료인과 이민자와의 관계에서 질병 치료와 건강증진을 향상시키기 위한 실무 접근법의 하나로 문화가교모델(cultural bridge model)을 제시하였다. 그는 지금까지 사용한 건강사정 도구를 이용하기보다는 이민자의 문화적 신념에 맞는 건강사정 도구를 개발하여 그들의 건강문제를 파악하는 것이야말로 의료인이 이민자의 건강 신념의 독특성을 존중하면서 건강관리를 제공할 수 있는 전환 열쇠라고 하였다. 최근 Eliason(1993)은 이민자의 건강요구를 해결하기 위해 간호사는 이민자의 말을 주의깊게 경청하고, 이민자와 상통하는 언어를 사용하며, 이민자의 건강신념이 자신의 그것과 일치되지 않을 경우 자신의 신념이 이민자의 건강관리에 부정적인 영향을 줄 수 있는지 평가하면서 간호를 제공해야 한다는 임상 실무 지침을 구체적으로 제안하였다. Davis 등(1992)은 서구의 의료인들은 소수민족 이민자의 의료서비스 기관 이용율이 제한적이며, 의료 서비스를 자국민과 동등하게 제공받지 못하고 있음을 잘 인식하고 있음에도 불구하고 소수민족의 건강에 대한 가치, 요구, 신념, 경험에 대한 정보와 지식이 부족함을 지적하면서 이에 대한 능숙성을 갖출 수 있는 교육 제공의 필요가 필요하다고 하였다. Juarbe(1995)은 간호사야말로 소수민족 이민자들이 겪는 불평등한 건강관리 서비스 제공을 변화시킬 수 있는 가장 큰 힘을 갖고 있기 때문에 이들의 건강요구를 해결하기 위해서는 소수민족 이민자들이 만족스러워하는 간호제공에 요구되는 지식 탐구, 연구, 실무, 교육 모델의 개발에 적극적으로 참여하는 것이 필요하다고 하였다. Porter와 Villarruel(1993)은 이에 대한 접근방법의 하나로서 문화권이 갖지 않는 외부 출신 연구자(outsider)와 이민자의 경험, 현실, 관점의 이해력과 분석력이 우월한 동일 문화권 출신의 연구자(insider) 간의 공동연구가 가장 이상적인 방법이라고 하였다.

이상에서 살펴본 바 이민자들의 의료서비스 활용을 도모하기 위해서는 소수민족 이민자 중심의 서비스 제공에 대한 의료인의 관심과 다각적인 노력이 필요하다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상

본 연구 대상자는 일년이상 뉴질랜드에 거주하고 재뉴한인회 전화명부에 등록된 자중에서 한국인이 가장 많이 살고 있는 오클랜드 시 거주자를 대상으로 하였다. 대상자 선정은 재뉴한인회 전화명부에서 무작위 표출된 250명에게 이민자의 건강관리 실태 조사에 대한 설명서와 설문지를 동봉하여 보냈다. 그 중 본 연구에 협조를 수락한 후 본 설문지에 성실히 응답한 155명을 대상으로 하였다.

2. 연구 도구

본 연구에서 사용한 도구는 대상자의 일반적 사항 9문항, 간이형 CMI를 이용한 신체적 건강문제 40문항, 심리적 건강문제 10문항(이소우, 1993), Walker, Sechrist와 Pender(1987)의 Health-Promoting Lifestyle Profile 48문항, 질병치료 및 질병예방을 위한 건강관리 수행 사항 18문항 등으로 구성된 자기보고식 설문지이다.

1) 건강관리 요구

신체적 측면의 건강관리 요구는 대상자가 호소하는 건강문제의 유형과 현재 자신의 건강상태에 대한 자가평가 점수로서 그 정도를 측정하였다. 건강문제의 유형은 CMI 도구를 토대로 연구자가 수정 보완한 40문항의 불편증상에 대한 자각 유무를 조사한 후 호소된 자각증상을 위장계, 호흡기계, 순환기계, 근관절계, 비뇨생식기계, 피부계, 이비인후계, 피부계, 치과, 민성질환의 신체계통별로 분류하여 파악하였다. 현재 자신의 건강상태에 대한 자가평가는 10점 척도(매우 좋다고 생각할 경우에 10점, 매우 나쁘다고 생각할 경우에 0점)를 사용하여 평가하였다. 심리적 측면의 건강관리 요구는 이소우(1993)의 미국이민 한국인의 스트레스원인 대인관계, 의사소통, 가족관계, 자녀양육, 경제, 장래 직업, 건강문제, 종교, 외로움/향수에 대해 대상자가 스트레스를 받고있다고 지각하는 영역을 조사하였다.

2) 건강관리 수행

대상자의 신체적, 심리적인 건강문제를 해결하기 위한 질병관리 수행은 건강문제 발생시 문제해결 방법, 지난 한 해 동안의 의료서비스 활용, 의료서비스 활용상의 장애 등 15문항이었으며, 질병을 예방하기 위한 건강관리 수행은 예방접종, 안전진, 정기적인 신체검진 실시 유무에 관한 3문항의 건강관리 행위였다.

건강증진을 위한 건강관리 수행은 Walker, Sechrist와 Pender(1987)가 개발한 48문항의 Health-Promoting Lifestyle Profile(HPLP)을 사용하였다. HPLP는 개인의 안녕과 자아실현을 유지하고 높이기 위해 자기 스스로 하고 있는 생활스타일의 패턴을 파악하기 위한 것으로서, 자아실현(13문항), 건강책임(10문항), 운동(5문항), 영양(6문항), 대인관계 지지(7문항), 스트레스 관리(7문항) 영역에 관한 48문항의 4점 척도도구이다. 측정방법은 전혀 아니다로 응답한 경우 1점, 때때로 그렇다고 응답할 경우 2점, 자주 그렇다고 응답할 경우 3점, 항상 그렇다고 응답할 경우 4점을 주었으며 점수가 많을수록 건강증진 관리의 수행정도가 높음을 의미한다. 이 도구의 신뢰계수 Cronbach's alpha 계수는 .92이었다(Walker et al., 1987). 본 연구에서의 Cronbach's alpha 계수는 .87로서 지이실현, 건강책임, 운동, 영양, 대인관계 지지, 스트레스 관리 6개 영역의 신뢰계수는 각각 0.77, 0.79, 0.72, 0.64, 0.62, 0.75이었다.

3. 자료 수집

자료수집 기간은 1997년 6월부터 8월까지 약 석 달 동안에 선정된 250명에게 설문지를 송부하였다. 반송우편을 이용하여 3주 이내에 187명으로부터 설문지를 받았으나(회수율: 74.8%) 불충분하게 응답한 32명이 제외된 155명의 응답지만을 자료분석에 이용하였다.

4. 자료 분석

수집된 자료는 SAS program을 이용하여 전산통계 처리를 하였다. 이민일세대 한국인의 인구학적 특성, 건강관리 요구, 건강관리 실태는 평균, 표준편차, 백분율을 사용하였고, 인구학적 특성 및 건강관리 요구에 따른 건강관리 실태의 차이는 X^2 검정과 ANOVA를 사용하였다.

IV. 연구 결과

1. 일반적 특성

본 연구의 대상자는 여성이 52.9%로 남성보다 약간 많은 편이었다. 대상자의 평균연령은 39.6 ± 7.4 세로서 40-49세군(57.4%)이 가장 많은 반면 50-59세(4.5%)군이 가장 적었다. 교육수준은 대상자의 81.9%가 대졸 이상이었으며, 이민생활 기간을 보면 평균 36.7 ± 21.2 개월이었다. 현지에서의 경제적 수준을 보면 대상자의 82.6%가 중류층에 속하며 15.5%는 하류층에 속한다고 응답하였다. 한편 대상자의 84.5%가 의료보험에 가입하지 않은 상태이었으며, 대상자의 8.4%만이 뉴질랜드 주민과 자유롭게 의사소통을 할 수 있다고 응답하였다.

2. 대상자의 건강관리 요구

대상자 자신이 평가하였던 건강상태 점수는 10점 만점에 6.70 ± 1.73 점으로 양호한 편이었으나 대상자의 50.3%가 조사 당시 신체적인 자각증상을 갖고 있었다. 대상자의 38.1%는 이민생활을 시작한 이후 자신의 건강상태가 호전되었다고 응답하였으나 21.3%는 오히려 악화된 상태라고 하였다. 건강관리가 요구되는 신체적 측면의 건강문제는 소화기계(13.3%), 호흡기계(9.5%), 근골격계(9.5%)의 순이었다. 한편 심리적 측면의 건강문제를 보면, 경제상의 스트레스(53.6%), 의사소통 장애상의 스트레스(36.1%), 가족관계상의 스트레스(32.9%), 건강관련 스트레스(5.8%) 순이었다(표 1 참조).

3. 대상자의 건강관리 수행

질병 및 불편감 증상을 해결하기 위한 건강관리 수행을 보면 대상자의 과반수 정도(50.3%)가 지난 일 년 동안 의사를 방문해 본 적이 없었으며 의료기관 이용율은 평균 1+1 29회이었다. 대상자가 의료기관을 방문한 횟수는 1-2회가 37.4%로 가장 많아 대부분 방문을 하지 않았거나 1-2회 정도였다.

건강문제 해결을 위해 가장 먼저 시도한 방법은 과반수 이상인 56.8%는 자가투약(self-medication)이었고 41.3%만이 가정의를 방문하였다. 의료기관 방문 시기는 불편감 정도가 심하다고 판단하였을 경우가 42.6%로 가장 많았고 평상시와 다른 자각증상이 발생하였을 경우는 29.7% 뿐이었으며 자가투약, 수지침, 뜸 등이

〈표 1〉 대상자의 건강관리 요구

	실수	%
현재의 건강상태(10점)		
5점 미만	49	31.6
6-7점	44	28.4
8점 이상	62	40.0
이민 후 건강상태 변화		
좋아졌음	59	38.1
변화없음	63	40.6
나빠졌음	33	21.3
신체적 영역		
소화기계	21	13.5
호흡기계	15	9.7
근골격계	14	9.0
치과계	13	8.4
만성질환	11	7.1
순환기계	10	6.5
피부계	9	5.8
이비인후계	7	4.5
심리적 영역		
경제상의 스트레스	88	53.6
경제문제	50	32.3
장래직업문제	33	21.3
의사소통장애상의 스트레스	56	36.1
의사소통문제	32	20.6
대인관계문제	24	15.5
가족관계상의 스트레스	51	32.9
자녀양육문제	38	24.5
배우자 및 시댁식구문제	13	8.4
건강상의 스트레스	9	5.8
외로움/향수에 의한 스트레스	7	4.5

자가치료 방법으로 증상이 경감되지 않았을 경우(27.7%) 등 지연된 방문이 대부분이었다. 결국 자기 스스로 해보려다가 상태가 나빠졌을 때 방문하는 사람은 70.3%에 달했다. 또한 대상자의 의료기관 활용상의 장애 이유를 보면 의사에게 자신의 증상을 정확히 표현하기 어려워(34.2%), 의사를 방문할 때마다 지불해야 할 비용이 비싸서(16.1%), 가정의가 의뢰한 전문가와의 예약일이 오래 걸림(15.5%), 방문 전 요구되는 예약제도의 번거로움(13.6%), 의사의 이해부족(12.9%), 만족스럽지 않은 의사처방(7.7%) 등으로 인해 한국에서 의료기관을 찾았던 상황에 비해 이곳의 의료기관을 쉽게 찾아가지 못하였다고 응답하였다.

질병을 예방하기 위한 건강관리 수행을 보면 대상자의 15.5%만이 지난 해에 예방접종이나 암 검진을 받아본 적이 있었으며 4.8%의 대상자만이 정규적인 신체검진을 받아보았다고 응답하였다(표 2 참조).

〈표 2〉 대상자의 건강관리 실태

	실수	%	평 균 (표준편차)
작년 한 해의 병원방문(회)			1±1.29회
없었음	78	50.3	
1-2	58	37.4	
3-4	15	9.7	
5-6	4	2.6	
건강문제 해결 시도			
자가투약	88	56.8	
가정의 방문	64	41.3	
한의원 방문	3	1.9	
의료기관 방문 시기			
불편감이 심할 경우	66	42.6	
불편증상이 발생할 경우	46	29.7	
자가치료 효과가 없을 경우	43	27.7	
예방적 검진 실시			
하었음	24	15.5	
안했음	131	84.5	
의료기관 활용 장애			
자가증상 표현하기	53	34.2	
비싼 진료비	25	16.1	
전문의 방문을 위한 대기	24	15.5	
방문 전 예약제도	21	13.6	
의료요원의 이해부족	20	12.9	
불만족스런 의사처방	12	7.7	
합 계	155	100.0	

건강증진을 위한 생활양식 수행 점수를 보면 4점만점에 평균 2.16±0.3점이었다. 영역별 평균점수 순위를 보면 자아실현(2.57), 스트레스 관리(2.50), 영양(2.37), 대인관계 지지(2.23), 운동(1.66), 건강책임(1.59) 영역의 순으로 자아실현과 스트레스를 관리하기 위한 생활양식 점수는 다소 양호한 편이었으나 운동과 건강책임에 관한 영역 점수는 매우 저조하였다. 한편 대상자의 12.6%는 건강을 증진시키기 위해 녹용이나 로알젤리 등의 건강보조 식품의 이용을 중시하였으며 건강증진 목적으로 이를 주기적으로 이용하고 있었다.

〈표 3〉 대상자의 건강관리 수행 실태에 영향을 주는 대상자의 특성

	의료기관 방문횟수 N(%)			의료서비스 활용정도 N(%)			의료기관 방문시기 N(%)			가정의 방문이 필요한 경우 N(%)	
	0회	1회	2≤	전혀하 지않음	보통	상	자가치료 효과없음	불편감 심함	경미함	연기/방문 하지않음	방문함
성 별											
남(73)	39 (25.2)	13 (8.4)	21 (13.5)	37 (23.9)	27 (17.4)	9 (5.8)	14 (9.0)	34 (21.9)	25 (16.1)	21 (13.5)	52 (33.5)
여(82)	40 (25.8)	17 (10.0)	25 (16.1)	35 (22.6)	35 (22.6)	12 (7.7)	22 (14.3)	36 (23.2)	24 (15.5)	46 (29.8)	36 (23.2)
	$X^2=0.272, P=0.873$			$X^2=0.700, P=0.705$			$X^2=0.891, P=0.640$			$X^2=6.709, P=0.010^*$	
연 령											
29세이하(17)	9 (5.9)	3 (1.9)	5 (3.2)	11 (7.1)	6 (3.9)	0 (0.0)	5 (3.2)	9 (6)	3 (1.8)	5 (3.2)	12 (7.6)
30-39세(41)	17 (11.0)	4 (2.6)	20 (12.9)	17 (11.0)	12 (7.7)	12 (7.7)	14 (9.1)	13 (8.5)	14 (9.1)	19 (12.2)	22 (14.2)
40-49세(89)	47 (30.3)	22 (14.2)	20 (12.9)	40 (25.8)	40 (25.8)	9 (5.09)	17 (11)	44 (28)	28 (18)	40 (26)	49 (32)
50세이상(8)	4 (2.6)	2 (1.3)	2 (1.3)	3 (1.9)	5 (3.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (3.2)	3 (1.8)	0 (0.0)	8 (5.1)
	$X^2=7.699, P=0.261$			$X^2=9.863, P=0.131$			$X^2=0.288, P=0.866$			$X^2=5.294, P=0.152$	
학 령											
고졸(27)	21 (14)	3 (1.9)	3 (1.9)	20 (13)	7 (4.5)	0 (0.0)	8 (5.1)	11 (7.1)	8 (5.1)	11 (7.1)	16 (10.3)
대졸(128)	29 (18.7)	56 (36)	43 (27.5)	20 (13)	55 (36)	52 (33.5)	28 (18.1)	59 (38.1)	41 (26.5)	54 (34.8)	74 (47.8)
	$X^2=7.602, P=0.019^*$			$X^2=7.808, P=0.016^*$			$X^2=0.288, P=0.866$			$X^2=0.000, P=0.984$	
이민기간											
2년이하(63)	31 (20)	12 (7.7)	20 (12.9)	37 (23.9)	19 (12.3)	7 (4.5)	24 (15.5)	24 (15.5)	15 (9.7)	28 (8.1)	35 (22.5)
2.1-4년(65)	36 (23.2)	14 (9.1)	15 (9.7)	26 (16.8)	26 (16.8)	13 (8.5)	9 (5.8)	36 (23.2)	20 (12.9)	28 (18.1)	37 (23.9)
4년이상(27)	12 (7.7)	6 (3.9)	9 (5.8)	11 (7.1)	16 (10.3)	0 (0.0)	3 (1.9)	11 (7.1)	13 (8.4)	11 (7.1)	16 (10.3)
	$X^2=1.054, P=0.901$			$X^2=9.593, P=0.047^*$			$X^2=9.397, P=0.050^*$			$X^2=0.399, P=0.819$	
언어소통장애 없다(13)	1 (0.7)	6 (3.8)	6 (3.8)	3 (1.9)	6 (3.9)	4 (2.5)	3 (1.9)	3 (1.9)	7 (4.6)	3 (1.9)	10 (6.5)
보통(94)	18 (11.6)	46 (29.7)	30 (19.4)	45 (29.0)	38 (24.6)	11 (7.1)	19 (12.2)	50 (32.2)	25 (16.1)	45 (29.0)	49 (31.6)
심하다(48)	28 (18.1)	12 (7.7)	8 (5.2)	23 (14.9)	18 (11.6)	7 (4.5)	14 (9.1)	17 (11.0)	17 (11.0)	17 (11.0)	31 (20.0)
	$X^2=2.651, P=0.618$			$X^2=1.231, P=0.873$			$X^2=8.941, P=0.050^*$			$X^2=2.224, P=0.329$	
자가건강상태											
5점이하(53)	20 (12.9)	13 (8.4)	20 (12.9)	23 (14.8)	24 (15.5)	6 (3.9)	19 (12.3)	28 (18.0)	6 (3.9)	31 (20.0)	22 (14.2)
6-7점(43)	22 (14.2)	10 (6.4)	11 (7.1)	15 (9.7)	21 (13.5)	7 (4.5)	17 (11.0)	17 (11.0)	9 (5.8)	21 (13.5)	22 (14.2)
8점 이상(59)	37 (23.9)	7 (4.5)	15 (9.7)	22 (14.2)	30 (19.4)	7 (4.5)	11 (7.1)	28 (18.0)	20 (12.9)	16 (10.3)	43 (27.8)
	$X^2=5.570, P=0.234$			$X^2=1.889, P=0.756$			$X^2=6.697, P=0.153$			$X^2=7.234, P=0.027^*$	

4. 대상자의 건강관리 수행 실태에 영향을 주는 대상자의 특성

대상자의 건강관리 수행 정도에 영향을 주는 인구학적 및 건강관리 요구의 특성을 파악한 결과 대상자의 성별, 학력, 이민생활 기간, 의사소통 능력, 그리고 자가평가한 건강상태와 관계가 있었다.

질병 및 불편감을 치료하기 위한 건강관리 수행 실태를 보면 여성이 남성에 비해 의료기관 방문이 필요하다고 생각한 경우에 방문을 미루었거나 연기한 경험($X^2=6.709, P=0.010$)이 더 많았다. 대졸 이상의 학력 소지자가 대졸 미만의 학력을 갖은 자보다 지난 한 해 동안의사를 더 많이 방문($X^2=7.602, P=0.019$)하였을 뿐 아니라 뉴질랜드의 의료서비스를 잘 이용하였다($X^2=7.808, P=0.016$). 또한 2년 미만의 이민생활자가 2년 이상-4년 미만 혹은 4년 이상의 경력자보다 뉴질랜드의 의료서비스를 잘 이용하지 않았다($X^2=9.593, P=0.047$). 이민생활의 기간에 따라 의사를 찾아가는 시기가 다소 달랐는데 이민생활 2년 미만 자는 자가치료에 효과가 없을 경우에 가정의를 찾는 경향이었고, 2년 이상-4년 미만 자는 자각증상의 불편감 정도가 심할 경우에, 그리고 4년 이상 자는 불편감 정도에 관계없이 자각증상이 발생할 경우에 의사를 방문하였다($X^2=9.397, P=0.050$). 또한 의사와 원활하게 의사소통을 할 수 없는 자는 의사소통 장애를 갖지 않는 자보다 자각증상이 심각하였거나 자가치료로 효과가 없는 경우 의료기관을 방문하는 경향이었다($X^2=8.941, P=0.050$). 또한 자가평가 건강상태 점수가 높은 자가 낮은 자에 비해 병원방문이 필요한 경우 방문하지 않았거나 연기한 경험이 없었다($X^2=7.234, P=0.017$) (표 3 참조).

질병 예방을 위한 건강관리 수행에 있어서는 여성이 남성보다 예방접종이나 암검진($X^2=5.911, P=0.014$)을 잘 받고 있었다.

건강증진을 위한 생활양식의 수행에서는 남자가 여자보다 자아실현, 운동 영역에서 높은 점수를 보이는 경향이 있었다($F=2.93, P=0.0901$). 연령적으로는 30대의 대상자가 운동, 대인관계 지지, 스트레스관리 영역에서 더 높은 점수를 보이는 경향이었으나 50대에서는 영양영역에서 더 높은 점수를 보이는 경향이 있었다($F=4.72, P=0.0109$). 학력수준과의 관계에서는 대졸 이상의 학력을 가진 자가 대졸 미만의 학력자에 비해 자아실현, 건강책임 영역에서 더 높은 점수를 보이는 경향이 있었다($F=9.51, P=0.0026$). 의사소통 능력 수준과의 관계에

서는 의료요원과 의사소통을 원활히 할 수 있는 자가 의사소통을 하지 못하는 자보다 자아실현과 건강책임 영역에 더 높은 점수를 보이는 경향이었으며($F=3.21, P=0.0759$), 건강상태 자가평가 점수가 높은 자가 낮은 자에 비해 자아실현, 운동, 대인관계지지, 스트레스관리 영역에서 더 높은 점수를 보이는 경향이 있었다($F=3.49, P=0.0581$).

V. 논 의

뉴질랜드 이민자의 민족에 따라 건강관리가 요구되는 질환은 차이를 보이고 있다. 원주민인 마오리족은 순환기계, 중앙, 호흡기계질환이(Davis et al., 1997; Malcolm, 1996; Pomarc, 1988), 캄보디아 난민은 말라리아, 소화기계 기생충 감염, 심장질환이(Cheung & Spears, 1995), 그리고 Porirua 지역에 살고 있는 캄보디아인과 베트남 난민들은 천식, B형 간염, 결핵이 많았다. 이에 비해 한국 이민자는 소화기계, 호흡기계, 골격계 등의 질환이 많은 특징을 보이고 있다. 또한 한국인은 경제상의 스트레스가 가장 높았고 다음이 의사소통장애상의 스트레스이었다. 이는 미국의 한국 이민자(이소우, 1993)와 비슷하였다. 뉴질랜드에 이주한 캄보디아 난민들이 보인 피곤, 식욕부진, 슬픔, 불안도 이러한 스트레스가 심한 것을 암시한다. 본 연구의 대상자 역시 캄보디아 난민의 경우와 유사하게 신체적 측면보다는 심리적 측면에서의 건강문제 호소율이 다소 많았다. 이같은 결과는 이민 초기 이민생활의 적응과정에서 받게되는 환경적인 스트레스에 의해 병원을 방문하는 환자의 1/3 정도가 복통, 흉통, 두통, 요통, 현기증, 피로, 호흡곤란, 식욕부진, 수면장애 등 心因性 질환 증상을 호소하였다는 Lin 등의 보고(1985)와 일맥 상통하였다. 그러나 뉴질랜드의 이민 일세대 한국인은 미국 이민자보다 장래 직업에 대한 스트레스가 훨씬 더 높았다. 이러한 결과는 오클랜드에 거주한 한국이민의 17.2%만이 서비스업, 상업, 농수산 등에 종사하고 있을 뿐(외무부, 1997) 대부분의 이민자가 직업을 갖지 못하고 한국에서 가져온 기초 생활자금 운영에 의존하기 때문에 나타난 것으로 사료된다.

뉴질랜드 이민 한국인의 신체적 측면에서의 현재 건강상태는 중간 이상이었다. 뉴질랜드에 온 이후 자신의 건강상태가 향상된 사람들도 있어 이들의 건강상태가 양호하다 할 수 있겠으나 대상자의 과반수 이상이 신체적인 건강문제를 호소하고 있는 실정을 감안할 때 이민

일세대 한국인을 위한 건강관리가 요구된다.

한국인의 지난 일 년 동안 의료서비스 이용 정도는 평균 1 ± 1.29 회로서 유럽계 민족의 4.3회(Tilyard, Phillips, Dovey, Skelly, & Whitney, 1991), 마오리족의 3.2회(Malcolm, 1996), 퍼시픽 폴리네시아인의 3.4회(Davis et al., 1997) 보다 저조하였다. 이는 마오리족이나 퍼시픽 폴리네시아 족들은 한국인과 달리 영어를 모국어로 사용하고 있기 때문에 의료인과의 의사소통 장애가 없어 필요할 때 마다 의료서비스를 잘 이용한 결과 나타난 것으로 사료된다. 또한 대상자의 50.5%가 지난 한 해 동안의 의료서비스를 전혀 이용해 본 적이 없었음에 비해 뉴질랜드 국민의 21%(Triggs, Johnston, O'Connor & Wong, 1995)만이 의료서비스를 이용하지 않았다는 결과와 비교한다면 한국인 이민자는 뉴질랜드인보다 의료서비스를 덜 이용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 본 자료에서 보듯이 의사소통 문제 이외에 가정의와의 면담시 지불해야 될 고액의 의료비 때문에 나타난 것으로 보인다. 또한 대상자의 15% 정도만이 의료보험에 가입하였다는 사실로 미루어 Trevino 등(1991)이 의료보험에 가입하지 않는 이민자는 가입한 사람에 비해 병원을 이용하는 기회가 적었다는 보고와 일치하는 경향이었다.

건강문제가 발생할 경우 뉴질랜드인의 98%는 일차건강관리 담당자인 가정의를 찾는데(Gribben, 1992) 비해 한국인은 41.3%만이 가정의를 찾아갔으며 과반수 이상인 56.8%는 자가투약으로써 문세를 해결하였다. 이는 Hispanic계 미국인의 20% 정도가 의료기관을 이용하지 않고 민속치료를 하였다는 미의협 과학 협회의 보고(1991)와 마찬가지로 이민자는 현지주민보다 의료 이용이 적었으며 이민자 중에서도 언어소통 능력과 경제적 상태에 따라 차이가 있었다. 한국인은 Hispanic계 미국인과는 달리 민속치료를 하는 사람의 비율은 적었지만 현지의 의료기관을 이용하지 않는 자는 더 많은 것으로 나타났다. 이와 같은 차이는 건강관리에 대한 문화적인 차이 때문에 나타난 것인지 혹은 미국의 의료시스템과 달리 입원이 요구되는 상황일 경우 무료로 치료를 받을 수 있는 뉴질랜드 의료시스템의 영향 때문에 나타난 것인지 이에 대한 추후 연구가 필요하다 하겠다.

한국인이 보통 가정의를 찾아가는 시기로는 자각증상이 심각하다고 생각될 경우나 자가투약, 수지침 등의 자가치료 방법으로는 해결되지 않을 경우이었다. 이와 같이 대상자는 자신이 문제를 해결할 수 없다고 판단할 때 전문가의 도움을 찾는 경향을 보였는데 건강지식이 낮은 Hispanic계 이민자의 경우 질병의 시작을 알려주는

정미한 증상을 인식하지 못해 악화된 이후 응급실을 찾는 경우가 많았다는 Gonzalez-Swofford와 Gutierrez (1983), Hazuda 등(1983)의 보고를 고려해 볼 때 민족에 따른 건강관리에 대한 신념 및 태도를 파악하는 것이 필요하다 하겠다.

대상자의 의료기관 활용의 장애 요인은 선와 예약제도, 자각증상의 표현능력 부족, 의료요원의 이해부족 등과 같은 의사소통 장애가 가장 큰 원인이 되었다. 이는 대상자의 8.4%를 제외한 대다수가 의료요원과 자유롭게 의사소통을 할 수 없었다는 사실이 위의 해석을 뒷받침 해주고 있다. 게다가 의료전문인의 서비스가 필요하다고 판단하는 상황에서도 한국인의 41.9%가 가정의를 방문하지 않았던 사실은 뉴질랜드인의 18%가 필요시 가정의를 찾지 않았다는 보고(Triggs et al., 1995)와 비교한다면 질병 치료적 차원의 건강관리마저 소홀히 하는 결과인데 이는 의료기관의 관문 역할을 담당하는 가정의에게 지불해야 하는 경비가 비싸다는 생각과 관련이 있는 것으로 사료된다.

뉴질랜드 보건당국이 전국의 뉴질랜드인 7000명을 선정하여 국가차원에서 의료서비스 활용 상황을 조사한(Triggs et al., 1995) 결과 의료서비스 이용의 장애 요인은 개인수 이상이 비싼 의료비 때문이라고 하였으며 일부지역 주민을 대상으로 조사한 Gribben(1992) 역시 비싼 의료비라고 보고하였다. 이에 반해 캄보디아 난민은 의료서비스 이용의 장애 요인으로 의사소통 장애를 가장 큰 원인으로 보고하였다. 본 조사의 경우에도 자각증상의 표현하기 어려움(34.2%), 예약제도의 번거로움(13.6%), 의사의 이해부족(12.9%) 등을 보고함으로써 의사소통 장애가 가장 큰 원인으로 나타나 캄보디아 난민의 경우와 일치하였다. 따라서 이민 일세대 한국인의 건강관리를 위해서는 한국어 팸플릿을 이용한 건강정보 제공, 한국인 의사의 고용확대 등 이민자를 위한 정부차원의 지원이 필요하다 하겠다.

본 조사 대상자의 7.7%가 의사의 처방에 불만을 호소하였는데 이는 캄보디아인의 9.9%가 기대하였던 약을 받지 못하였거나, 서양의 치료방법이나 의사를 믿기 어려움 등으로 인해 불만을 갖은 점과 유사하였다. 이러한 결과는 뉴질랜드 가정의가 방문 환자의 65.1%에게만 처방을 하였다는 North(1991)의 보고를 감안할 때 의사를 방문할 때마다 약이나 주사가 거의 처방되는 한국의 의료문화의 영향 때문에 나타난 것으로 사료된다. 또한 뉴질랜드의 소수민족인 한국민에 대한 현지 의료인의 관심 부족도 이런 결과에 영향을 주었으리라 사료되며

한국 이민에 대한 현지 의료인의 관심을 고조시키기 위해서는 한국 이민자들에 대한 연구가 활발히 수행되는 것이 필요하다 하겠다.

뉴질랜드 국민의 41.0%가 의료보험에 가입한(Triggs et al., 1995) 반면 한국인의 경우 대상자의 80% 이상이 경제상태가 중류층이라 했음에도 불구하고 15.5%만이 의료보험에 가입하여 그 가입율이 자국민에 비해 낮았을 뿐 만 아니라 미국이민 한국인의 46.3%(김명자와 송효정, 1997)보다 훨씬 낮았다. 이와 같은 차이는 미국의 의료시스템과 뉴질랜드 의료시스템의 차이 때문에 나타난 것으로 사료된다. 즉 뉴질랜드의 의료시스템은 가정의의 의뢰에 따라 국공립병원을 뉴질랜드 시민은 누구나 무료로 이용할 수 있기 때문에 의료보험 가입의 필요성에 대한 인식이 낮다. 다만 근래에는 의료 수요공급의 불균형으로 인해 국공립 병원의 치료를 받기 위해 기다려야 할 시간이 질병의 종류에 따라 몇 개월 내지 몇 년이 소요되기 때문에 뉴질랜드인들은 자신이 원하는 시기에 언제든지 전문가의 진료를 받기 위해 사립병원 이용을 위한 의료보험에 가입하고 있는 추세이다. 이민 일세대 한국인의 의료보험 가입율이 저조한 또다른 이유는 대상자의 17%정도만이 직장을 갖고 있으며, 이들 직장마저도 대부분이 한국인을 대상으로 하는 서비스 및 상업에 종사하기 때문에 고용주의 지원하에 앞서 언급한 사립병원 이용을 위한 의료보험에 가입할 수 있는 기회가 부족한 실정과 관련있을 것으로 사료된다.

대상자의 1/5정도만이 질병을 예방하기 위한 건강관리를 수행하고 있었다. 이와 같이 건강관리 수행이 저조한 이유는 의료요원과의 의사소통 장애, 의사 방문시마다 지불해야 할 비싼 의료비, 저조한 의료보험 가입율, 질병예방을 위한 건강관리의 필요성 및 유익성에 대한 건강교육 제공의 기회의 결여와 관련 있을 것으로 사료된다. 대상자들의 건강증진을 위한 건강관리 점수는 4점 만점에 평균 2.16점으로 보통 수준이었으나 60세 이상의 재가노인 남녀의 성적 2.99점(송영신, 이미라, 안은경, 1997)과 미국의 소수민족인 아프리카계 미국 여성의 성적 2.55점(Ahijevych & Bernhard, 1994)보다 다소 낮은 점수를 보였다. 본 연구 대상자는 운동과 건강체인 영역의 점수가 가장 낮았으며 아프리카계 미국 여성에 비해 자아실현, 건강책임, 운동, 대인관계 지지영역의 점수가 상당히 저조하였다. 이와 같은 성적의 차이가 민족의 특성 차이 때문인지 아니면 뉴질랜드의 환경적 특성에 의한 것인지 파악해 보는 것이 필요하다 하겠다.

대상자들의 건강관리 수행은 일반적으로 남자, 대졸 이상의 학력자, 이민생활 기간이 2년 이상인자, 의사소통의 장애가 없는 이민자가 다른 사람보다 건강관리를 더 잘 하는 경향이었다. 이러한 결과는 무엇보다도 대상자의 의사소통능력이 현지의 의료서비스 활용에 영향을 미치는 것과 관련 있는 것으로 사료되며 언어소통 능력이 미국이민 한국인의 정신건강 및 신체건강 문제의 호소율에 관계되는 주요변인이었음을 보고한 Hurh와 Kim(1990)의 결과를 반영해 볼 때 일맥 상통하였다. 이러한 의사소통 능력의 부족은 직업이 없고 경제력이 없는 것과도 관련이 있어서 의료보험 가입, 예방적 건강관리도 할 수 없게하여 악순환이 되는 것으로 보인다. 그러므로 이러한 의사소통 문제, 취직문제, 건강관리상의 문제를 해결하기 위해 한국 교민들이 다목적 서로돕기 센터를 설치하여 도와주거나 한인교회들이 건강 정보 제공과 아울러 자신의 건강관리에 대한 책임감을 고양시키는 건강교육프로그램을 운영할 것을 기대한다.

VI. 결론 및 제언

뉴질랜드에 거주하고 있는 이민 일세대 한국인의 건강관리 실태를 파악하기 위해 1997년 6월부터 8월 말까지 약 3개월에 걸쳐 재뉴한인회 전화번호부를 이용하여 오클랜드 시에 살고있는 성인 250명에게 우편으로 설문지를 송부하였고 그 중 187명이 응답하였으나 설문제 충실히 응답한 155명(남자: 73명, 여자: 82명)을 대상으로 분석하였다. 본 연구 대상자의 평균연령은 39.6 ± 7.4 세로서 대다수(81.9%)가 대졸이상의 학력 소지자이었으나 8.4%만이 뉴질랜드 주민과 자유롭게 의사소통을 할 수 있는 능력을 갖고 있었다. 또한 대상자의 이민생활 기간은 평균 36.7 ± 21.2 개월이었으며, 대상자의 82.6%가 뉴질랜드에서의 경제적 수준이 중류층에 속한다고 평가하면서도 대상자의 84.5%는 의료보험에 가입하지 않고 있었다.

본 논문의 결론은 다음과 같다.

- 1) 대상자는 현재 자신의 건강상태를 양호한 수준으로 평가하였으나 신체적으로는 소화기계, 호흡기계, 근골격계의 건강 문제가 많았으며 심리적으로는 경제상의 스트레스, 의사소통 장애로 인한 스트레스가 주종이었다.
- 2) 대상자는 건강문제가 발생할 경우 의사를 찾아가지 않고 자가치료로써 해결하려고 하였으며, 자각증상의 불편감 정도가 심하였거나 자가치료 방법으로 해

결되지 않는 경우에 의사를 방문함으로써 조기치료가 불가능한 경우가 많았으며 의료 기관 방문 횟수도 적었다. 그 가장 큰 이유는 의사소통 장애 때문이었다.

- 3) 대상자의 15.5%만이 예방적 건강관리를 시행하여 매우 저조하였다. 또한 대상자의 건강증진을 위한 건강관리 수행 정도는 중간 수준이었으나 운동과 건강책임 영역 관리 수준은 매우 저조하였다.
- 4) 대상자의 건강관리 수행에 영향 준 요인은 일반적으로 남성이, 대졸이상의 학력자, 이민생활 기간이 2년 이상인 자, 의사소통 능력이 있는 자가 다른 사람보다 건강관리를 더 잘하는 경향이였다. 이는 의사소통 능력이 경제력을 갖게 하고 그것은 의료보험을 갖게 하며 건강관리를 잘하게 한다고 본다. 또한 자신의 건강상태를 좋다고 평가한 자가 다른 사람에 비해 건강관리를 잘 하고 있었다.

제 언

위와 같은 결론을 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 언어와 문화가 다른 국가로의 이민 일세대를 위해서는 먼저 이주하여 안정된 생활을 영위하고 있는 교민들이 다목적 서로 돕기 센터(가칭)를 운영하여 새 이민자를 돕는 제제가 필요하나. 이를 위해 대사관의 지원을 요청하는 것도 한 방법이다.
- 2) 뉴질랜드의 한국인 의사 고용 확대를 위한 정부의 적극적인 지원이 시급하다.
- 3) 국내 거주 외국인 노동자의 건강관리 실태 파악을 제언한다.

참 고 문 헌

- 김명자, 송효정 (1997). 미국이민 한국인의 건강증진 생활양식과 관련된 변인 분석. 간호학회지, 27(2), 341-352.
- 권이혁, 남오창 (1965). 잔이코넬의학지수에 관한 연구. 현대의학, 2(4), 359-377.
- 송영신, 이미라, 안은경 (1997). 노인의 건강증진 생활양식에 관한 연구. 간호학회지, 27(3), 541-549.
- 외무부 (1997). 해외동포 현황(1997년 6월) 행정간행물 등록번호 17000-29111-26-4.
- 이소우 (1993). 미국이민 한국인의 스트레스 반응 양상과 생활사건과의 상관연구. 대한간호학회지, 23(2), 299-313.
- Ahijevych, K., & Bernhard, L. (1994). Health-promoting behaviors of African American women. Nursing Research, 43(2), 86-89.
- Anderson, W. W., & Kane, R. L. (1977). Patterns of care given migrant workers in Utah by private physicians and clinics. Public Health Reports, 92(4), 327-331.
- Blakely, T. (1996). Health needs of Cambodian and vietnamese refugees in Porirua. NZ Med J, 109, 381-384.
- Campinha-Bacote (1995) The quest for cultural competence in nursing care. Nursing Forum, 30(4), 19-25.
- Cheung, P., & Spears, G. (1995). Illness aetiology construct, health status and use of health services among Cambodians in New Zealand. Australian and New Zealand J. Psychiatry, 29, 257-265.
- Cook, L. S., & Mange, B. P. (1995). Gaining access to native American cultures by non-native American nursing researchers. Nursing Forum, 30(1) 5-10.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association. (1991). Hispanic health in the United States. JAMA, 265(2), 248-252.
- Davis, L. H., Dumas, R., Ferketich, S., Flaherty, M. J., Isenberg, M., Koerner, J. E., Lacey, B., Stern, P. N., Valente, S., Meleis, A. I. (1992). AAN Expert Panel Report : Culturally competent health care. Nursing Outlook, 40(6), 277-283.
- Davis, P., Lay-Yee R., Sinclair, O., & Gribben B. (1997). Maori/non-Maori patterns of contact, expressed morbidity and resource use in general practice : data from the Waikato Medical Care Survey 1991. 2. NZ Med J, 100, 390-392.
- Eliason, M. J. (1993). Ethics and transcultural nursing care. Nursing Outlook, 41(5), 225-228.
- Estrada, A. L., & Ray, L. A. (1990) Health care utilization barriers among Mexican-Americans : Evidence from HHANES 1982-84. AJPH, 80,

- suppl, 27–31.
- Flaskerud, J. H. (1986). Diagnostic and treatment differences among five ethnic groups. Psychological Reports, 58, 219–235.
- Ginzberg, E. (1991). Access to health care for Hispanics. JAMA, 265(2), 238–241.
- Gonzalez-Swafford, M. J., & Gutierrez, M. G. (1983). Ethno-medical beliefs and practices of Mexican-Americans. Nurse Practitioner, 8(10), 29–34.
- Gribben, B. (1992). Do Access factors affect utilisation of general practitioner services in south Auckland? NZ Med, 106, 453–5.
- Hazuda, H. P., Stern, M. P., Gaskill, S. P., Haffner, S. M., Gardner, L. (1983). Ethnic differences in health knowledge and behaviors related to the prevention and treatment of coronary heart disease. American J. of Epidemiology, 117(6), 717–728.
- Hurh, W. M., & Kim, K. C. (1990). Correlates of Korean immigrants mental health. J. Nervous Mental Disease, 178(11), 703–711.
- Juarbe, T. C. (1995) Access to health care for hispanic women : A primary health care perspective, Nursing Outlook, 43(1), 23–28.
- Lin, E. H. B., Carter, W. B., & Kleinman, A. M. (1985). An exploration of somatization among Asian refugees and immigrants in primary care. AJPH, 75(9), 1080–1084.
- Lin, K. M., Tazuma, L. Masuda, M. (1979). Adaptational problems of Vietnamese refugees. Arch. Gen. Psychiatry, 36, 955–961.
- Malcolm, L. (1996). Inequities in access to and utilization of primary medical care services for Maori and low income New Zealanders. NZ Med J, 109, 356–8.
- Marks, G., Garcia, M., & Solis, J. M. (1990). Health risk behaviors of Hispanics in the United States : Findings from HHANES, 1982–84. AJPH, 80(suppl), 20–26.
- McKinlay, J. B. (1975). Some issues associated with migration, health status and the use of health services. J Chron Dis, 28, 579–592.
- Meleis, A. I. (1981) The Arab American in the health care system. AJN, 81(6), 1180–1183.
- Meleis, A. I. (1991) Between two cultures : Identity, roles, and health. Health Care for Women International, 12, 365–377.
- North, N. (1991). Primary Care Services : In search of alternative ways of providing services that are affordable, accessible and appropriate. Nursing Praxis in New Zealand, 6(3), 11–18.
- Pomare, E. W. (1988). Groups with special health care needs. NZ Med J, 101, 711–713.
- Porter, C. P., & Villarruel, A. M. (1993). Nursing research with African American and Hispanic people : Guidelines for action. Nursing Outlook, 41(2), 59–67.
- Slesinger, D. P., & Cautley, E. (1981). Medical utilization patterns of Hispanic migrant farmworkers in Wisconsin. Public Health Reports, 96(3), 255–263.
- Tilyard, M. W., Phillips, D. E., Dovey, S. M., Skelly, L. & Whitney, R. K. (1991). The health services utilisation of a general practice population. NZ Med J, 104, 463–465.
- Trevino, F. M., Moyer, M. E., Valdez, R. B., & Stroup-Benham, C. A. (1991). Health insurance coverage and utilization of health services by Mexican, Americans, Mainland Puerto ricans, and Cuban Americans. JAMA, 265(2), 133–237.
- Triggs, S., Johnston, G., O'Connor, P., & Wong R. (1995). Patients in profile : The use of health care services in New Zealand. Ministry of Health, Wellington, New Zealand.
- Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile : Development and psychometric characteristics. Nursing Research, 36(2), 76–81.
- West E. A. (1993). The cultural bridge model. Nursing Outlook, 41(5), 229–234.

—Abstract

Key concept: Health care, First generation Korean immigrants

Health Care Status of First Generation Korean Immigrants in New Zealand.

*Lee, Eun Sook**

The purpose of this study is to describe the health care status of Korean Immigrants in New Zealand. The sample consisted of 155 Koreans who were randomly selected from the Korean Immigrants telephone book in Auckland, N.Z. They had health problems that required health management both physically(50.3%) and psychologically(70.3%). During the previous year, the average rate of medical

contact with a general practitioner was 1 ± 1.29 times. Korean immigrants who had health problems first attempted to resolve the problem through self medication rather than utilize health care services. They would only visit a general practitioner if they had severe subjective symptoms or no relief from self medication. Even if they think they need to visit the health care service, 41.9% of the subjects did not go back for follow-up care. Generally, the person who demonstrated positive health care behaviors was male, a college level graduate or higher, lived in N.Z. longer than 2 years, had a high score on health status by self assessment, and he placed few demands on health care services. Barriers to a healthy lifestyle are communication difficulties in expressing subjective symptoms, understanding the physician's treatment and medication plans, difficulty in accessing the appointment system, and the high cost of service.

* Department of Nursing, College of Medicine, Chonnam National University