

보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health
and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제 185호 (2013-15) 발행일 : 2013. 04. 12

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

다문화가족의 건강문제와 정책과제

최근 다문화가족은 체류기간 증가에 따라 결혼이주여성의 연령 상승으로 비만도 (BMI)와 만성질환 위험의 증가, 자녀의 성장, 국제결혼 부부의 연령 격차로 인한 남편의 고령화로 이어지는 역동적인 변환기를 맞고 있으며, 이러한 다문화가족 특성 변화는 보건의로 정책과 프로그램의 적절한 대응을 요구하고 있음

다문화가족 여성과 아동의 건강실태 파악과 적절한 지원 정책은 향후 건강형평성 및 인구자질 및 장래의 질병 부담에 대처하기 위해 중요한 보건정책 과제로 인식 될 필요가 있음

다문화가족 서비스 전달체계가 중앙의 여성부와 지역의 다문화가족지원센터가 중심이 되면서 이주여성과 가족의 건강관리가 약화될 우려가 있음. 취약계층 다문화 가족에게 필요한 필수적 기초 건강서비스가 사각지대 없이 제공될 수 있도록 보건소가 다문화가족지원센터 등과 연계하여 '(가칭)이주여성 건강센터' 역할을 담당하도록 하며, 기존 다문화가족 관련 정책에서 건강관리 요소의 강화가 요구됨



김혜련 연구위원

1. 다문화가족 여성과 아동의 증가 및 전망

■ 결혼이주여성

○ 우리나라는 경제발전과 국제적 지위 향상, 세계화에 따른 물적·인적 교류의 확대, 혼인수급의 불균형, 저출산 고령화의 심화로 국제결혼과 외국인 유입이 증가하고 있으며, 이에 따라 다문화가족과 그 자녀의 수는 앞으로도 증가될 전망

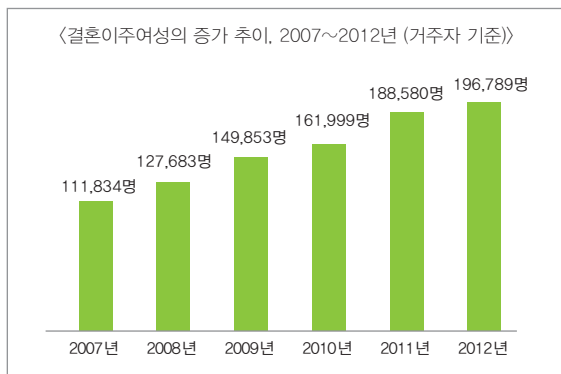
- 2012년 전체 외국인 주민 중 결혼이주자는 남녀를 합하여 22.7만명(주민등록인구의 2.8% 차지)으로 지속적으로 증가

- 이 중 결혼이주여성은 19.7만명으로 전체 국내거주외국인주민 141만명 중 14.0%를 차지함. 초기에는 중국과 한국계 중국 결혼이주여성이 다수를 차지하였으나 최근에는 베트남을 비롯한 동남아시아 출신 여성들의 유입이 빠르게 증가하여 중국여성을 추월함(그림 1)
- 전체 혼인중 국제결혼 비중은 2005년 13.5% 정점을 거쳐 2011년 9% 수준으로 급격한 증가에서 정체되고 있음

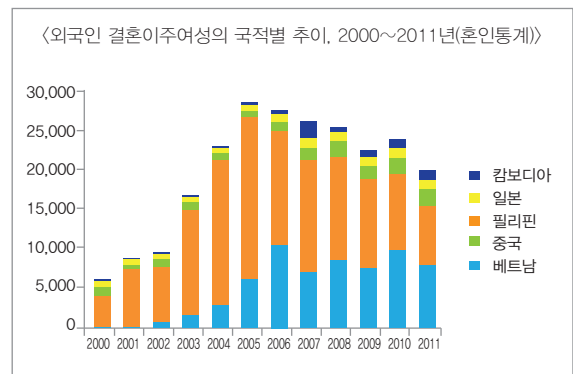
○ 한국사회에서 결혼이주여성의 대규모 국내유입은 그 자체로 우리나라 인구구조에 직접적인 영향을 미칠 뿐만 아니라 세대(generation)를 거쳐 우리나라 인구의 양적 · 질적 수준에 영향을 미치게 될 것으로 전망됨

○ 이주여성의 지속적 유입은 다문화사회의 진전이라는 현상적 측면과 아울러 이주여성 본인과 그 자녀의 보건 의료 요구, 전체 인구 자질, 출산력, 노동력의 측면에서도 중요한 함의를 가짐

[그림 1] 결혼이주여성의 추이 및 출신 국적 분포



자료: 행안부 외국인 통계 (현 거주자 기준)

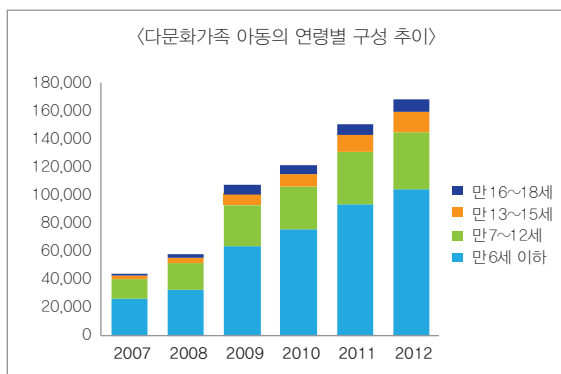


자료: 통계청 혼인통계 (각 연도 혼인신고 기준)

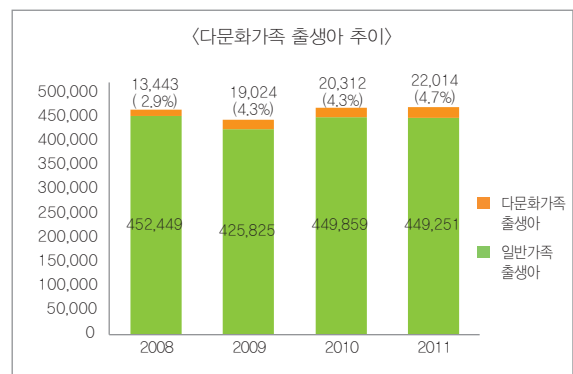
■ 다문화가족 아동

○ 다문화가족 자녀는 급증하고 있으며, 2012년 16.9만명으로 외국인 주민의 12.0%를 차지하여 결혼이주여성과 다문화가족 아동의 수는 36.5만명에 이룸¹⁾

[그림 2] 다문화가족 아동의 연령별 분포 및 출생아 추이



자료: 행안부 외국인 통계 (현 거주자 기준)



자료: 통계청 혼인통계 (각 연도 혼인신고 기준)

1) 다문화가족 자녀에는 결혼이민자 가정 자녀, 외국인근로자 가정 자녀, 재혼후 다문화가족에 속하게 된 한국인 자녀가 포함됨.

- 다문화가족 자녀의 연령 구성을 보면 6세 미만 아동의 비율이 여전히 60% 정도로 높으나 최근 13~15세 아동과 16~18세 아동의 증가가 더욱 두드러짐
 - 이것은 다문화가족 자녀의 연령이 증가함을 나타내며, 다문화가족 자녀의 연령 구성에 따라 보건복지 및 교육 수요에 대응하여야 함을 시사함
- 인구동태통계에서 다문화가족 자녀의 출생은 계속 증가하여 2011년 22,014명으로 전체 출생아중 4.7%를 차지(그림 2)

2. 다문화가족 여성의 건강문제와 변화

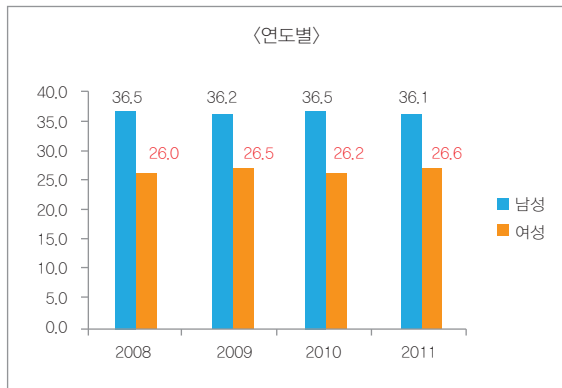
■ 결혼이주여성의 인구학적, 보건학적 특징

- 결혼이주여성의 대다수는 대부분 영주하게 되며, 18~49세의 가임기 여성이기 때문에 한국 정착후 출산할 가능성이 높다는 점에서 우리 사회에 큰 영향을 미치는 인구집단임
- 특히 이들의 대다수가 한국 체류기간이 짧거나 국적 취득 이전에 임신, 출산을 경험하게 되므로 기본적인 생식건강관리와 건강보호가 필요한 대상이며, 자녀 양육 기간을 거치는 생애의 과정에서 모성과 영유아 건강 서비스 요구가 높은 인구집단임
 - 더구나 이들은 출신국가별로 매우 다양한 사회경제수준과 문화적 배경을 가진 집단이라는 점에서 출신국가에 따라 건강문제나 요구도에도 차이가 큼
- 한국 남성과 외국 여성의 가족 및 결혼에 대한 가치관의 차이 등으로 인하여 이중문화가 야기하는 갈등은 다양한 건강문제와 관련성을 가지고 있음
- 결혼이주여성의 건강문제와 건강서비스 요구는 체류기간이 길어짐에 따라 역동적인 변환기를 맞게 됨

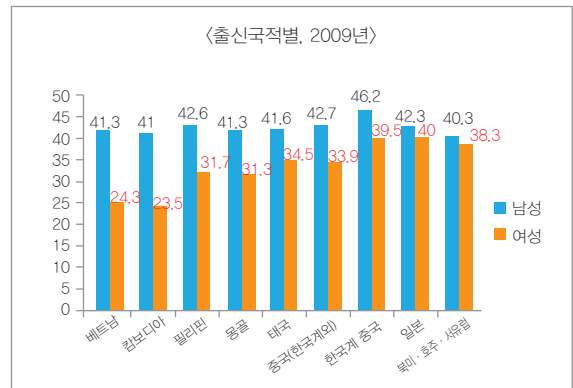
■ 다문화가족 부부의 큰 연령 차이

- 초혼 남녀 연령차는 2010년 10.3세, 2011년 9.5세이며, 출신국가별로 큰 차이를 보임. 특히 베트남과 캄보디아 출신 여성은 남편과의 연령 차이가 매우 큼(그림 3)
- 체류기간이 길어짐에 따라 이주여성의 연령이 상승하면서 비만과 만성질환 이환 증가, 부부 연령 격차로 인한 남편의 고령화, 적응문제와 가족 갈등으로 인한 정신건강 문제의 증가, 그리고 가족 내에서 가족돌봄 기능을 맡는 역할 등이 증가할 것으로 전망되어 입국 초기와는 다른 보건의로 서비스 요구가 크게 증가될 것으로 예측됨
- 특히 결혼이주여성 가족의 대다수가 사회경제적으로 취약한 위치에 있어 이들의 보건의로 서비스 요구에 대한 적절한 예방적 대응 필요성이 점차 증대될 것으로 전망

[그림 3] 결혼이주여성과 남편의 결혼연령



자료: 통계청, 혼인통계



자료: 2009년 전국다문화가족실태조사

3. 다문화가족 여성과 아동의 주요 건강문제

■ 기초 건강관리 지원 중요

- 결혼이주여성들은 상대적으로 보건의료환경이 열악한 국가 출신이 많으므로 한국에 들어오면 기초 건강 서비스가 입국 초기에 체계적으로 지원될 필요가 있음
 - 건강검진 서비스가 필수적으로 요청되며 생식건강, 모성건강관리 프로그램, 모자보건, 영양플러스, 방문 건강 서비스에서 다문화가족 건강관리 대상자 발굴과 취약계층 관리가 필요
- 질병관리본부의 국내 이주자 코호트 사업(주로 베트남 출신 다문화가족 대상) 결과 및 한국건강관리협회의 결혼이주여성 검진조사 결과, 결혼 이주여성은 건강취약 문제를 가지고 있는 것으로 나타남
 - 빈혈 유병률과 기생충 감염률이 높으며, B형간염 항원보유율이 높고 B형간염 항체양성률이 낮아 B형 간염 위험이 높게 나타나며, 간 질환, 고지혈증 위험이 높게 나타남
- 결혼이주 여성은 특히 구강건강 상태가 나쁘고, 구강관리 능력이 부족하여 구강건강관리 서비스의 제공 필요성이 높음

■ 정신건강 문제 대응 필요

- 많은 결혼이주여성이 정착후 문화적 적응 문제, 고립, 사회적 지지의 부족, 부부 갈등, 배우자 가족과의 갈등, 자녀 양육의 어려움, 경제적 어려움 등과 연계되어 상당히 스트레스를 느끼고 있으며, 우울증 등 정신 건강 문제의 빈도가 높음
- 체류기간에 따라 정신건강이 악화되는 경우가 많으므로 이주여성의 체류기간, 소득수준에 따른 차별화된 정신건강 서비스가 요구됨
 - 체류기간이 짧고, 가구소득이 낮을수록 스트레스 인지율이 높음
 - 반면, 우울감은 체류기간이 길고 가구소득수준이 낮은 여성에게서 높게 나타남

○ 정신건강조사를 통해 불안수준(BAI), 우울수준(BDA), 정신건강수준(GHQ)을 분석한 기존 연구결과, 일반 한국여성에 비하여 결혼이주여성은 불안과 우울수준이 높고, 정신건강수준은 낮은 것으로 파악됨

■ 모성건강 및 생식건강에 대한 높은 요구

○ 결혼이주 여성은 결혼과 동시에 한국생활에 적응하기 전에 임신, 분만, 산욕기간을 거치면서 문화적인 차이로 다양한 건강문제가 발생되어 건강관리서비스 및 보건교육 요구가 높음

○ 결혼이주여성에 대한 건강조사 결과, 결혼후 첫번째 임신까지 걸린 기간은 평균 6.3개월로, 1년 미만 이내에 86.3%의 이주여성이 임신을 하는 것으로 나타남

– 많은 결혼 이주여성들이 한국 정착 초기에 문화적, 언어적 장애를 겪는 상태에서 임신을 하게 되는 것으로 볼 수 있음

– 결혼이주여성은 대부분 임신 8주 이내 산전관리를 받고 있었으나 첫 산전관리 시기가 13주 이상인 결혼 이주여성이 10%가 넘어 첫 산전관리시기가 임신후 상당기간 지연되는 이주여성이 상당수 있는 것으로 파악되었음

○ 결혼이주여성들은 생식건강, 성건강에 대한 지식과 인지도가 낮은 경우가 많아 임신중 관리, 자녀 출산 후 산부 건강, 자녀간 터울 조정, 건강한 성생활과 피임방법 등에 대한 산전교육과 관리(preconception care)의 필요성이 높은 인구계층임

■ 자녀 양육에서의 건강요구

○ 이주여성들은 자녀양육시 겪는 어려운 점(교육·보육·적응·부적응·정체성 등 포함한 문항) 중에서 ‘아동의 건강관리에 대한 어려움’을 가장 많이 호소하고 있는 것으로 나타남

○ 다문화가정 이주여성들은 아동의 발달단계에 필요한 건강관리 소홀, 자녀양육에 대한 지식 부족으로 인한 아동기 적절한 건강관리 부족, 적기 예방접종의 지연, 불충분한 영양섭취와 편식, 아동 구강건강상태 열악 등으로 자녀의 건강관리에서 어려움을 겪고 있음

○ 결혼이주여성의 자녀양육에 대한 건강정보 요구도가 높음. 특히, ‘자녀의 성장발달’, ‘자녀의 언어발달’, ‘자녀의 전염병 예방관리’, ‘예방접종’, ‘자녀의 사고 예방과 응급처치’, ‘자녀의 이유식’에 대한 지식이 부족하여 이에 대한 건강정보에 대한 요구도가 높음

■ 영양과 식생활에 대한 정착 초기 지원 필요

○ 한국 초기 정착 및 적응 단계에서 언어장벽과 병행하여 식문화 적응의 어려움, 임신시 음식 적응, 한국 식재료에 대한 이해 부족, 가족 식생활 관리에서의 어려움을 겪고 있음

○ 결혼이주여성은 이주 초기에는 한국어 능력 부족과 문화의 차이로 인하여, 건강 및 영양에 대한 정보습득에 어려움을 겪을 뿐 아니라, 시어머니의 잘못된 영양지식을 그대로 따라하는 경향 등 문제가 나타남

○ 한국 정착후 결혼이주여성은 대부분 식이섭취와 식생활 변화를 겪으며, 결혼이주여성들은 끼니를 거르는 경우가 상당히 높으며, 식사의 불규칙성도 높았으며, 출신국가별로 식습관 차이가 큼

– 결혼이주여성 자신이 평가한 식습관 문제로 편식, 결식, 간식과 인스턴트 식품의 과다 섭취 등을 들고 있는 것으로 파악됨

○ 결혼이주여성들은 임신과 출산, 자녀 양육시에 음식 섭취, 모유수유, 아기 영양보충 방법 등에 대한 정보 요구가 높은 것으로 파악됨

○ 결혼이주여성의 초기 정착 단계에서 식생활지도가 충실히 이루어져야 함을 시사함

- 영양섭취의 향상, 한국생활의 적응과 건강한 생활을 위해서 영양교육의 도움이 필요하며, 이들의 요구에 부응한 영양교육 프로그램이 개발 · 제공될 필요성이 높음
- 결혼이주여성의 출신국가의 식문화 특성을 고려한 영양관리 프로그램 개발이 필요

■ 결혼이주여성 체류기간 증가에 따라 건강상태 인식 악화 및 과체중 증가

○ 결혼이주여성의 체류기간 증가에 따라 건강상태 인식이 악화되는 경향을 보임(그림 4). 이는 건강한 사람이 이민을 선택하는 경향을 보이며(소위, healthy migrant effect), 이주후 건강상태가 연령 증가, 이주후 사회 경제적 어려움으로 나빠지는 보편적 현상으로 볼 수 있음

○ 최근 질병관리본부 이주자 코호트나 한국건강관리협회의 검진조사 결과 결혼이주민여성 중 저체중 여성은 한국 여성보다 높았고, 과체중이상 비만 여성은 한국 여성보다 낮았음

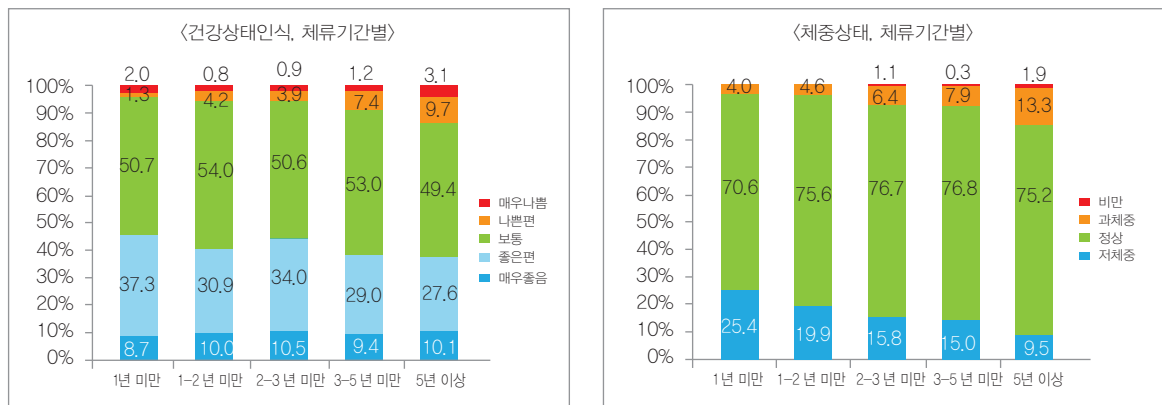
○ 만성질환의 위험요인의 될 수 있는 비만도를 체중상태로 보면 2008년 및 2011년 실시한 결혼이주여성 건강조사 결과, BMI 18.5 미만의 저체중 여성은 13.3%였으며, BMI 18.5 이상 25 미만의 정상체중은 76.9%, BMI가 25이상인 과체중이나 비만 여성은 약 9.8%로 전반적으로 저체중 여성의 비율이 높음

○ 한국 체류기간의 경과에 따른 체중 변화를 보면 체류기간이 긴 경우 체중이 증가하여 저체중이 줄고, 정상 체중군에 속하는 이주여성이 증가하며, 과체중과 비만도 거주기간에 따라 증가하는 양상을 보임(그림 4)

○ 특히 체류기간이 짧은 입국초기에 저체중이 높고, 체류기간의 증가에 따라 비만도(BMI)가 증가함

- 출신국적별로 차이가 있어 베트남 캄보디아 출신 여성은 저체중이 높았고, 태국, 몽골 출신여성들은 비만이 높음
- 생활습관중 신체활동량 부족이 문제로 나타나며, 고지혈증의 주요 위험요인으로 파악됨

[그림 4] 결혼이주여성의 체류기간별 건강상태 인식과 체중상태의 변화



주: 체중상태는 자가보고 체중과 신장에 근거하여 체질량지수(BMI) 기준으로 18.5 미만 저체중, 18.5~24.9 정상, 25.0~29.9 과체중, 25.0이상 비만으로 분류

자료: 2008년 및 2011년 결혼이주여성 건강조사 원자료 분석 (N=1,515)

■ 보건의료이용의 장애요인 완화를 위한 지지 필요

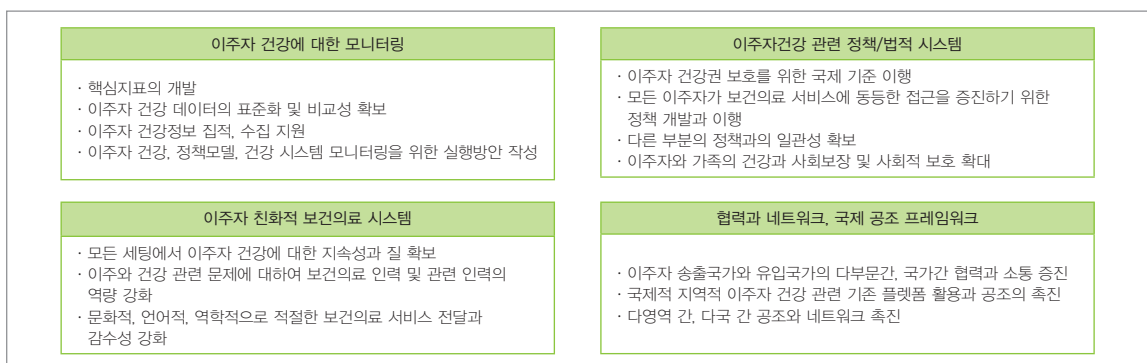
- 결혼이주여성은 의료기관 이용시 ‘의사소통에서의 어려움’ 이 가장 큰 장애요인으로 나타남
 - 체류기간이 길어짐에 따라 의사소통의 어려움이 다소 줄고 상대적으로 의료비 부담을 많이 느끼게 됨
 - 체류기간이 긴 여성들도 여전히 의사소통 문제는 의료이용에서 가장 큰 장애요인으로 나타남
- 결혼이주여성은 의료서비스 이용과정에서 ‘의료진과의 의사소통 문제’, ‘진료절차에 대한 이해 부족’, ‘의료비 부담’, ‘의료용어에 대한 이해부족’, ‘일부 의료기관 종사자의 다문화 여성에 대한 이해 부족과 차별’ 등으로 어려움을 겪고 있음
 - 의사소통 문제는 구체적으로 보면 의료용어의 이해, 증상의 표현 등에서 어려움을 많이 느끼는 것으로 심층면접조사에서 나타나고 있음

4. 정책제언

■ 기본 방향

- 다문화가족 여성과 아동의 건강실태 파악과 적절한 지원 정책은 향후 건강형평성 및 인구자질 및 장래의 질병 부담에 대처하기 위한 중요한 보건정책과제로 인식 필요
- 기존 다문화가족 정책에서 건강 부문을 강화하고, 보건의료 인프라와의 연계 강화 필요
- 국적 취득전 또는 이주 초기과정에서, 정착과 한국 적응과정에 필요한 기초적 건강서비스를 체계적으로 사각 지대 없이 제공하기 위한 방안 마련
- 사회경제적으로 취약한 다문화가족에 우선순위를 두고 건강서비스를 집중 지원
- 결혼이주여성의 특성, 즉 출신국가, 체류기간, 연령 등을 고려한 ‘생애주기 관점’에서 요구에 부응한 건강 관리와 건강증진프로그램의 연속적 제공 필요
- 이주여성 건강서비스에 영향을 미치는 다원성을 고려하여 다문화가족 건강정책 간 공조와 포괄성 강화
- 2010년 WHO/IMO에서 권고하는 이주자 건강에 대한 공중보건 해결 원칙과 실행방안의 우선순위에 근거한 이주자에 대한 건강관리 접근 지향(그림 5)

[그림 5] WHO 총회에서 결의한 이주자 건강을 위한 주요 실행 권고사항, WHO/IMO



자료: WHO/IOM(2010), Health of Migrants: the Way Forward

■ 정책 개선방안

○ 기존 다문화가족 정책에서 건강관리 요소 강화

- 출입국관리사무소 ‘Happy Start 프로그램’에서 건강정보 제공 강화, 다문화가족지원센터와 보건소의 긴밀한 연계를 통해 정착 초기 체계적인 건강서비스 제공이 누락되지 않도록 함

○ 다문화가족 생애주기적 관점에서 입국초기, 자녀 출산 양육기, 정착기로 단계적으로 건강서비스 제공

- 입국 초기단계 / 자녀 출산 양육기 / 정착기 및 역량 강화기 별로 제공

○ 이주자 포용적 · 친화적 건강서비스 제공

- 결혼이주여성 건강정보 이해능력(health literacy) 제고와 관련 정보 제공을 통한 역량 강화
- 의료서비스 이용에서의 장애 감소를 위한 보건의료인 역량 개발
- 이주자 친화적(Migrant-friendly) 보건의료 기관 지정과 확대

○ 도시, 농촌 지역별 지리적 보건의료서비스 접근도 차이를 고려한 건강지원 서비스 제공

○ 다문화가족 사업 관련 부분 간의 협력과 네트워킹, 연계 강화를 통한 서비스의 통합적 제공

○ 결혼이주여성과 자녀에 대한 정신건강 지원 강화, 서비스 제공대책 마련

○ 보건소의 다문화가족 건강지원 서비스를 강화하고, ‘(가칭)이주여성 건강센터’를 운영하거나, 다문화가족 지원센터와 공동으로 운영하며, 이주여성 관점에서 one-stop 건강서비스 제공

- 호주, 캐나다의 이주여성에 대한 건강서비스 사례를 벤치마킹하여 건강서비스 범위에 여성특수건강(유방암, 폐경, 생리 등), 생식건강(피임, 낙태, 임신·출산 등), 성건강(HIV, 안전한 성생활 등), 정신건강(우울증, 가정폭력, 스트레스 등), 직업건강 및 안전(모성휴가, 차별, 여성건강 및 안전) 등을 포괄적으로 제공하도록 서비스 개발 필요

○ 다문화가족 특성에 적합한 다국어건강교육 자료 및 정보의 개발과 효과적 확산

○ 다문화가족 건강 모니터링과 통계 산출 및 연구 강화

집필자 | 김혜련(보건정책연구실 연구위원) 문의 | 02-380-8206

발행인 | 최병호 발행처 | 한국보건사회연구원

서울특별시 은평구 진흥로 235(122-705) | TEL 02)380-8000 | FAX 02)352-9129 | <http://www.kihasa.re.kr>

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>