

# 결혼 이주여성의 모자보건 및 모자영양 현황과 정책과제

Maternal Health and Nutritional Status of Marriage-Based Women Immigrants in Korea and Policy Directions

김혜련 한국보건사회연구원 연구위원

인구의 구성과 변화 양상은 우리사회의 미래이다. 1990년대 이래 한국사회에서 국제화, 지역별 혼인수급의 불균형 등으로 국제결혼이 급격하게 증가하면서 우리나라도 다문화사회로 이행되어 가고 있다. 한국인 남성이 외국의 신부를 맞이하는 국제결혼의 증가는 비교적 젊은 결혼 이주여성들의 대규모 유입이라는 현상적 측면과 아울러 그 자녀들의 보건복지 요구, 전체 인구자질 측면에서도 장기적으로 중요한 함의를 갖는다.

특히 국제결혼 이주여성은 이중 문화 속에서 결혼과 동시에 적응에 앞서 임신, 분만, 출생아 양육을 거치면서 문화적인 차이로 다양한 건강문제가 발생할 수 있어 모성과 출생아의 건강서비스 요구가 높은 집단으로 이들의 사회문화적 특성을 고려한 기본적인 모자보건 및 영양 서비스가 제공되어야 할 것이다.

임신기의 건강은 출생아의 건강은 물론 성장후 성인기 건강에도 영향을 미친다는 것이 밝혀지고 있어, 장래 다문화사회에서 건강한 인구를 확보하고, 인구의 자질을 높이고 다양한 인구집단간의 건강수준의 격차를 사전에 줄이기 위해서도 국제결혼 이주여성의 건강보호를 위한 장기적인 목표의 설정과 체계적인 사업의 시행은 중요한 인구보건 정책과제로 대두되고 있다.

## 1. 서언

인구의 구성과 변화 양상은 우리사회의 미래를 나타낸다. 1990년대 이래 한국사회에서 국제화, 지역별 혼인수급의 불균형 등으로 국제결혼이 급격하게 증가하면서 우리나라도 다문화사회로 이행되어 가고 있다. 한국인 남성과 외국인 여성간의 국제결혼이 전체 혼인에서 차지하는 비율은 1990년대 초에는 1% 미만이었으나, 2005년에는 9.9%로 정점을 이루었고, 2006년에는 다소 감소하여 9.1%, 2008년에는 8.6%를 차지한다. 특히 농림어업 종사 남성 중

에서는 약 40% 정도가 외국인 여성과 결혼하고 있다.

한국인 남성이 외국의 신부를 맞이하는 국제결혼의 증가는 비교적 젊은 결혼 이주여성들의 대규모 유입이라는 현상적 측면과 아울러 그 자녀들의 보건복지 요구, 전체 인구의 자질, 노동력의 측면에서도 장기적으로 중요한 함의를 갖는다.

이들 결혼이주 여성가구의 대다수는 사회경제적으로 낮은 계층에 속하며, 새로운 한국문화의 적응에 앞서 이루어지는 임신·출산에 따른 모자건강보호 서비스의 수요가 높은 대상이다.

국제결혼 이주 여성의 임신·출산 시 건강관리, 출생아의 건강보호를 위한 기본 모자보건 서비스의 보장은 다문화사회에서 건강격차의 해소, 인구 자질 향상을 위하여 중요한 인구보건 정책과제로 대두되고 있다.

본 소고에서는 먼저 우리나라에서 국제결혼 이주 여성의 양상과 추이를 기존 통계를 통해 파악하고, 2008년 표본 조사결과를 통해 이주한 여성의 한국 정착후 임신, 출산 과정에서의 모자보건 및 모자영양 현황과 향후 정책과제를 제시하고자 한다.

## 2. 국제결혼 이주여성의 현황

최근 행정안전부 자료에 의하면 국내 '이민자'가 100만 명(외국인 주민이 93만명, 귀화자가 7만명, 외국인 또는 귀화자의 자녀가 9만명)을 넘었다. 이들 중 외국인 근로자가 가장 많으며, 두 번째로 많은 집단은 13만 명에 이르는 외국인 결혼이민자와 4만 명의 혼인귀화자이다. 2009년 8월 법무부의 통계에서는 결혼이민자는 12만6155명이며, 이 가운데 여성 이민자는 11만832명(88%)으로 남성이민자 1만5323명(12%)보다 7배나 많은 것으로 나타났다. 국제결혼 이주 여성인구 규모는 통계는 법무부, 행정안전부, 통계청의 자료가 각각 상이하다. 법무부 자료는 출입국통계에 바탕을 두고 있고, 행정안전부 자료는 상주인구 통계, 통계청 자료는

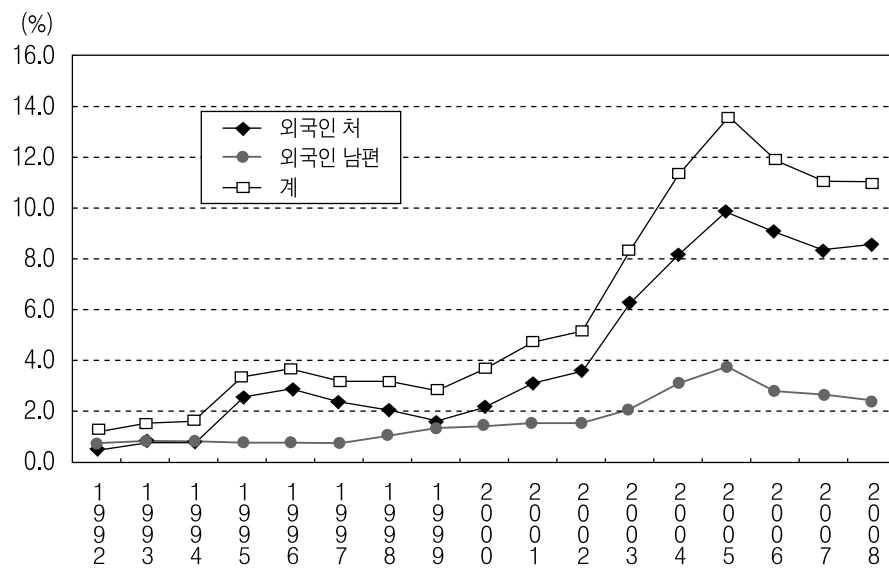
혼인통계(보고통계)에 근거하고 있어 차이가 발생한다.<sup>1)</sup>

혼인신고에 바탕을 둔 통계청의 혼인통계에 따르면 한국인 남성과 외국인 여성간의 국제결혼은 최근 연간 3만건에 이른다. 1990년대 초에는 전체 혼인 중 1% 미만에 그쳤으나 2005년에는 9.9%로 증가하였고, 2006년 이후에는 증가 추세가 정체되는 현상을 보여 2006년 9.1%, 2007년 8.4%, 2008년에는 8.6%를 차지하였다. 이는 우리나라 결혼 남성 10명중 1명 정도가 외국인 여성과 결혼하고 있는 셈이다. 2009년 7~8월 전국다문화가족 실태조사가 보건복지가족부, 법무부, 여성부가 합동으로 한국보건사회연구원 및 한국이민학회와 같이 다문화가족 전수조사가 실시되어 전체적인 국제결혼 이주여성의 규모와 양상이 향후 보다 정확하게 파악될 것으로 보인다.

국제결혼 이주여성을 출신 국적별로 보면 조선족을 포함한 중국 여성이 차지하는 비율이 여전히 수위를 차지하고 있지만 차츰 감소하여 2008년에는 46.9%를 차지하였고, 중국에 이어 베트남 여성 29.4%, 필리핀 6.6%, 일본 4.1%, 캄보디아 2.3%, 태국 2.2%, 몽골 1.8%, 미국 1.2%, 우즈베키스탄 1.7%로 주로 동남아시아 등 저개발도상 국가 출신 이주여성이 증가하고 있다(그림 2, 그림 3).

1) 최근 조선일보(2009. 8. 6일자)에서는 결혼 이민자(여성과 남성 포함)가 16만7090명에 달하고, 이런 가정에서 태어난 아이는 10만 명을 넘어섰다고 보도함.

그림 1. 전체 결혼건수 중 국제결혼건수 비율 (통계청)



자료: 통계청 KOSIS

표 2. 연도별 국제결혼 추이 (통계청 혼인통계)

(단위: 명, %)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	구성비 <sup>1)</sup> (%)	전년대비 증감률
한국남자+외국여자	19,214	25,594	31,180	30,208	29,140	28,163	100.0	-3.5
중 국	13,373	18,527	20,635	14,608	14,526	13,203	46.9	-8.8
베 트 남	1,403	2,462	5,822	10,131	6,611	8,282	29.4	25.4
필 리 핀	944	964	997	1,157	1,531	1,857	6.6	24.0
일 본	1,242	1,224	1,255	1,484	1,665	1,162	4.1	-3.5
캄 보 디 아	19	72	157	394	1,804	659	2.3	-63.5
태 국	346	326	270	273	531	633	2.2	20.8
몽 골	318	504	561	594	745	521	1.8	-30.1
미 국	323	344	285	334	377	344	1.2	-8.5
기 타	1,246	1,171	1,198	1,233	1,350	1,502	5.3	11.3
한국여자+외국남자	6,444	9,853	11,941	9,482	9,351	8,041	-	-14.0

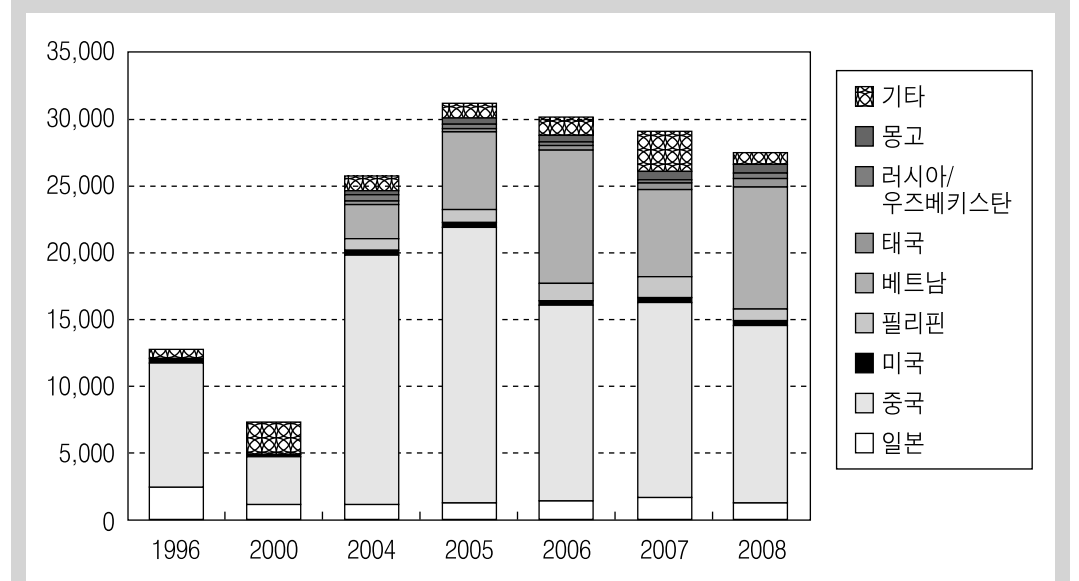
주: 구성비는 2008년도 한국남자와 결혼한 외국인처의 출신국적별 구성비율(%)  
전년대비 증감율은 2007년과 비교한 2008년도 증감율  
자료: 통계청 KOSIS

표 1. 결혼이민자 국적별 현황, 2008년 (행정안전부)

구분	계	중국	중국 조선족	베트남	일본	대만	필리핀	몽골	태국	기타
계	144,385 (100%)	33,667 (23.3)	55,789 (38.6)	21,150 (14.6)	6,464 (4.4)	3,805 (2.6)	7,826 (5.4)	2,054 (1.4)	1,843 (1.2)	11,787 (8.1)
국적미취득자	102,713 (71.1%)	22,683	32,466	19,660	5,994	3,341	4,716	1,855	1,644	10,354
국적취득자	41,672 (28.9%)	10,984	23,323	1,490	470	464	3110	199	199	1,433

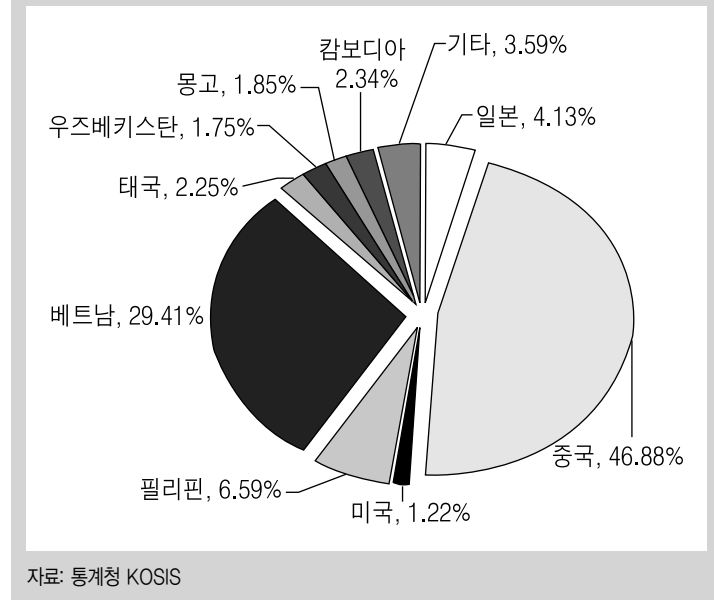
자료: 행정안전부 내부자료, 2008. 7. 현재(결혼이민자에게는 결혼이주 남성 포함).

그림 2. 국제결혼이주여성의 증가 추이와 국적별 분포



자료: 통계청 KOSIS

그림 3. 국제결혼이주여성의 추이와 국적별 분포, 2008



55.2%로 가장 많았고, 그 다음으로 필리핀 22.9%, 캄보디아 7.4%, 태국 4.5%, 몽골 3.4%, 우즈베키스탄 1.8%, 네팔 1.0%, 인도네시아, 러시아 각 0.8%, 카자흐스탄, 키르기스탄 각 0.4%, 미얀마 0.3%, 인도 0.1%, 그 외 헝가리, 말레이시아, 멕시코, 페루 등이 조사대상이었다. 이와 같이 국제결혼 이주 여성 출신국가를 동남아시아, 남부아시아 및 기타 개발도상 국가 출신 국제결혼 이주여성으로 제한된 점과 면접이나 자가보고를 통해 임신경과 및 건강영양수준을 조사하였다는 제약점은 본 조사결과를 해석하는데 고려되어야 할 점이다.

### 3. 결혼 이주여성의 특성 및 모자보건 현황

본 소고에서는 3절과 4, 5절에서 2008년 전국적으로 조사<sup>2)</sup>된 결혼이주여성 955명에 대한 임신·출산 및 건강조사 결과를 중심으로 이들의 모자보건 현황과 문제를 제시하고자 한다. 조사대상자는 최근 6년 이내 한국에 입국한 여성으로 선진국이나 한국에서 네트워크가 많이 구성되어 있는 국가, 결혼연령이 낮고 재혼인 경우가 많은 출신국가(중국, 미국, 일본 등) 여성을 제외하였다. 조사대상자 955명 중 베트남이

#### 1) 일반 현황

본 조사에서 나타난 결혼 이주여성들의 한국말 수준은 ‘짧은 생활언어 가능’ 59.7%, ‘간단한 단어를 구사하는 정도’가 26.5%, ‘거의 이해하지 못함’이 1.6%로 약 30%의 이주여성이 한국말 의사소통에 어려움이 있는 것으로 파악된다.

2) 본 조사는 전국의 40개 지역(대도시 12개, 중소도시 15개, 군 13개 지역)에서 2008년 9~10월 조사되었으며, 조사는 다문화가족지원센터 및 보건소를 통하여 2002~2007년 사이 한국에 입국한 결혼이주여성을 대상으로 한국어, 영어, 베트남어, 태국어 조사표로 조사원 면접 및 자가응답으로 이루어졌음.

우선 이들 결혼 이주여성의 결혼 당시 연령은 20~24세가 47.3%, 25~29세가 4.7%로 대다수가 20대였고, 평균 연령은 24.5세였다. 한국인 남편의 평균 연령은 38.5세로 부부의 연령 차이는 평균 14.1세였다. 이는 2006년 전국 출산력 조사에서는 남편과 부인의 평균 초혼 연령이 남편 27.4세, 부인 24.0세로 남녀간에 3.3세 차이를 나타낸 결과와는 큰 차이를 나타낸다.

조사대상 이주여성의 가구의 10.0%가 국민기초생활보장 대상 가구로 우리나라 국민들의 저소득층 비율(2009년 1월말 현재 3.1%)에 비하여 높았고, 가족중 만성질환, 희귀난치성 질환, 중증장애가 있는 경우는 11.2%였다. 건강보험이나 의료급여로 의료를 보장받지 못하는 경우가 이주여성의 11.3%로 나타나 의료보장이 미치지 못하는 대상이 많았다. 조사대상 이주여성 남편은 98%가 건강보험이나 의료급여 혜택을 받고 있음에 비해 이주 여성의 의료보장율이 낮은 것은 가입이 안되는 것으로 알고 있는 경우도 많았고, 그동안 의료수혜 대상이 확대되기 이전 이들이 신분의 불안정성으로 의료수혜 대상으로 적용을 받는데 제한이 있었기 때문으로 보인다.

가족 중 만성질환, 희귀난치성 질환, 중증장애가 있는 경우도 11.2%에 이르러 결혼 이주여성 가구가 우리나라 일반 가구에 비하여 사회경제적으로 취약계층에 속하는 가구가 많음을 엿볼 수 있다.

#### 2) 임신, 산전관리, 출산 실태 및 건강상태

국제결혼 이주여성의 결혼 후 첫 번째 임신까지 걸린 기간은 전체 대상자에서 1년 미만인 83.7%이며, 평균 6.6개월로 입국후 얼마 지나지 않아서 임신을 맞게 되는 이주여성이 많음을 볼 수 있다.

국제결혼 이주여성의 총 임신횟수는 전체 조사대상자에서 평균 2.4회이며, 자녀수는 평균 1.3명으로 나타났다.

산전관리율은 중요한 모자보건서비스 지표의 하나이다. 산전관리는 임신의 진행과정에서 검사와 진찰을 통하여 이상임신 및 임신합병증 등을 조기에 발견하여 안전분만율을 증가시키고, 임신·분만 및 산육에 관한 교육 등을 제공할 수 있기 때문에 중요하다. 이주여성이 임신 중에 건강상태를 보기 위해 병원이나 보건소에 방문하여 산전관리(산전진찰)를 받은 경우는 전체에서 91.7%였다. 이는 2006년 전국 출산력 조사<sup>3)</sup>의 우리나라 기혼여성 산전수진율 99.9%에 비해 낮지만 높은 관리수준이라고 볼 수 있다.

이주여성의 임신후 초진시기는 평균 6.3주로 우리나라 기혼부인의 평균 초진시기가 임신 후 5.3주(2006년 전국 출산력 조사결과) 보다는 다소 늦지만 비교적 임신 초기에 산전관리가 이루어지고 있음을 볼 수 있다. 단, 일부 대상에서 첫 산전관리 시기가 상당히 지연되는 것으로 파악되고 있다.

결혼 이주여성의 산전수진횟수는 전체 대상

3) 김승권·조애리·김유경·도세록·이건우, 『2006년 전국 출산력 및 가족보건복지 실태조사』, 한국보건사회연구원, 2006.

자에서 평균 9.1회로 우리나라 기혼여성의 평균 산전수진 횟수는 13.2회(2006년 전국 출산력 조사결과)에 비하여는 적지만 국제기준으로 권장하는 기본적인 산전관리 횟수보다는 높아 대부분은 적절한 산전관리를 받고 있는 것을 나타내고 있다.

이주여성들이 임신 중에 병원이나 보건소에 가지 못했거나 자주 가지 못한 경우는 '병원비가 비싸서', '말이 통하지 않아서', '병원이나 보건소가 멀어서', '교통이 불편해서', '혼자 나가기가 힘들어서', '집안일이 바빠서', '가야하는지 몰라서'로 파악되었고, 특히 농촌지역 거주자에서 의료기관의 접근성이 떨어지는 경우를 볼 수 있다.

전체 조사대상 이주여성의 임신 소모나 비정상적 출산 경험율을 본인의 자가보고를 통해 파악한 결과, 임신 5개월 이전 자연유산 경험은 10.9%, 인공임신중절은 6.3%, 임신 5개월 이후 사산 경험은 2.1%, 임신 5개월 이상 8개월 이내의 태아 조산 경험은 4.3%, 저체중아 출산 경험은 4.2%, 선천성 기형아 출산 경험은 0.8%에 이르는 것으로 응답하고 있다.

2006년 우리나라 15~44세 기혼여성의 임신 종결형태에서 각 임신 결과 자연유산 9.5%, 인공임신중절 19.2%, 사산 0.3%로 직접 비교에는 제약이 많지만 조사대상 국제결혼 이주여성의 평균 임신회수가 2.4회인 것을 고려할 때 인공임신중절은 우리나라 기혼여성보다 낮고, 사산 경험은 높다고 볼 수 있다.

조사대상 결혼 이주여성의 최종출산아 분만 장소는 병원이나 종합병원이 58.0%, 의원 33.2%, 조산소 4.6%, 보건의료원 1.9%, 고향

1.1%, 기타 1.1%로 거의 대부분 전문의료인에 의한 안전분만개조를 받고 있음을 볼 수 있다.

국제결혼 이주여성의 최종출산아 분만방법은 자연분만이 75.5%, 수술(제왕절개)이 24.5%로 우리나라 기혼여성의 최종출생아 제왕절개율 35.0%(2006년 전국 출산력 조사결과)에 비하면 낮은 수치이지만, OECD의 권고수준 5~15% 선과 비교하면 다소 높은 수준이라고 볼 수 있다.

결혼 이주여성의 최종 출생아의 체중상태를 보면 전체 대상자에서 저체중아 5.1%, 정상체중이 91.9%, 과체중 3.0%로 나타났다. 이는 2006년 전국 출산력 조사의 우리나라 15~49세 유배우 부인의 최종 저체중아 3.2%(결과)와 비교할 때, 이주여성은 저체중아 출생율이 다소 높은 것으로 나타나고 있다. 한편, 통계청 인구동태통계에서 파악된 2008년도 저체중출생아 비율은 4.9%로 최근 출산 산모 연령의 고령화, 의학기술의 발달로 저체중 출생아의 생존률 증가로 저체중 출생아 비율이 증가하고 있다. 또한 실제 통계청자료가 저체중출생 자료 보고의 누락이 많다는 점을 고려할 때 실제로는 이보다 다소 높은 것으로 전문가들이 추정하고 있다. 그러므로 이주여성의 저체중율이 높은 수준이라고 단정하기는 어렵다.

이주여성 중에서 8.3%가 자신이 저체중이나 임신 중 체중증가 미달을 경험하였다는 결과와 연관시켜보면 이주 여성에서 저체중, 저영양 상태에 있는 사람이 많고, 이것이 저체중아 출산을 가져올 수 있는 요인을 내재하는 것으로 볼 수 있다. 최근 한 병원의 연구결과, 국제결혼 이주여성에서 태어난 신생아 중 조산과 저체중 출

생, 성장지연, 선천성기형의 빈도가 높아 특별히 주산기 관리가 필요하다는 연구결과도 나타난 바 있다.<sup>4)</sup>

향후 좀 더 정교한 조사방법을 통해 결혼 이주여성의 임신기간, 조산아와 저체중출생 양상을 정확하게 파악하기 위한 연구가 이루어질 필요성이 제기된다.

조사대상 결혼 이주여성들이 임신중이나 출산후 가장 흔하게 보이는 유병 증상(자가진단)은 빈혈이 전체 대상자의 19.6%로 가장 많았고, 그 다음으로 치아나 잇몸 이상 16.6%, 부인과 질환 9.7%, 산전후 출혈 9.4%, 저체중과 임신 중 체중증가 미달 8.3%, B형 간염 8.2%, 임신중독증 6.9%, 고혈압 6.8%, 당뇨 6.5%, 성병 4.9% 등의 순으로 나타나 국제결혼 이주여성에서 임신과 출산이 관련되어 특별한 관리가 필요한 질환의 유병율이 높은 것으로 파악되었다.

### 3) 피임실태

결혼 이주여성 중 현재 피임을 하고 있는 경우는 50.2%이었고, 실천을 하지 않는 경우는 32.9%, 임신 중인 경우 16.9%로 임신 중인 경우를 제외하면 피임실천율은 60.4%였다. 이는 2006년 전국 출산력 조사에서 피임실천율이 79.6%로 나타난 것에 비교하면 낮은 수준이다. 더욱이 피임방법을 몰라서 계획하지 않은 임신을 한 경험이 있는 경우 이주여성이

11.9%, 피임을 했는데도 임신을 한 경험이 있는 이주여성이 8.6%, 피임을 하고 싶었지만 피임약이나 물품을 구입하지 못한 적이 있는 여성이 13.1%로 결혼 이주여성의 피임실천율이 낮고, 정확한 피임방법에 대한 인지도 피임을 선택하기 위한 수단에 대한 접근도가 낮은 것을 나타낸다.

또한 25.0%의 이주여성이 남편과의 성생활에서 원치 않는 임신에 대한 피임 실천, 질병(성병, 질염 등)으로부터 안전하게 예방할 수 있는 방법에 대한 알고 있지 못한 편이거나(14.7%), 전혀 알지 못한(10.3%) 것으로 나타났다. 이는 국제결혼 이주 여성의 생식권리(Reproductive right)로써 피임 교육과 서비스의 접근도를 높이는 것이 시급한 과제임을 보여 주는 것이다.

## 4. 결혼 이주여성의 임신·출산 및 출생아 양육에 대한 정보 요구

결혼 이주 여성들이 출산 시 가장 어려웠던 점의 하나가 '임신·출산 관련 교육 및 정보의 부족'으로 기존의 연구에서 나타나고 있다. 본 소고에서도 조사 대상 955명의 이주여성들이 임신, 출산에 대해 알고 싶은 내용을 파악해 보면 '출생 후 아기를 돌보는 방법', '임신 중 태아의 정상발달', '산후관리', '엄마젓 먹이는 방

4) 송은송·김미정·최영륜·김윤하·송태복, 「국제결혼 외국인 산모에서 태어난 신생아의 주산기 문제 및 예후」, 『대한주산의학회 제 21차 추계학술대회 자료집』

법', '임신중 음식', '피임방법', '유산·사산 예방관리', '임신중에 피해야 할 약과 건강생활 (담배, 술 등)', '진찰을 받아야 하는 병원이나 보건소의 위치' 순으로 제시되었고 이들 각각의 사항에 대해서 조사대상자의 반 수 정도가 "매우 알고 싶다"고 응답하여 이들 정보에 대한 요구가 높은 것을 볼 수 있다(그림 4).

이주 여성들이 국내에서 출산했을 때 어려운 점은 임신, 출산 관련 교육 및 정보 부족, 의료진과의 의사소통의 어려움, 신생아 돌보기 등으로 나타나고 있다. 조사 결과, 자녀 양육 서비스 요구로 자녀의 한국어 언어발달이 가장 많았고, 자녀가 잘 크고 있는지에 대한 정보, 아기 영양 보충 방법, 자녀의 예방접종, 자녀 사고 예방 순으로 요구도가 큰 것을 볼 수 있다(그림 5).

## 5. 결혼 이주여성의 영양상태와 문제

### 1) 체중상태 및 식생활

최근 질병관리본부 국립보건연구원의 「한국 인유전체역학조사사업」의 일환으로 2006년부터 동아시아 출신 국제결혼 이주여성(주로 베트남, 캄보디아 여성)을 대상으로 구축된 코호트에서는 이들 여성에서 체질량지수(BMI) 18.3 이하의 저체중자의 20.7%이며, 규칙 생리를 위한 최소 BIM 17 이하도 4.5%에 이르는 것으로 보고되었다(질병관리본부, 2007).

조사대상 955명에 대한 결과에서도 이주여성의 저체중 저영양 상태가 상당한 수준임을 보여주고 있다. 결혼 이주여성의 체질량지수(BMI) 18.5 미만의 저체중 여성이 17.6% 였으며, BMI

그림 4. 결혼 이주여성이 임신, 출산에 대해 알고 싶은 정보

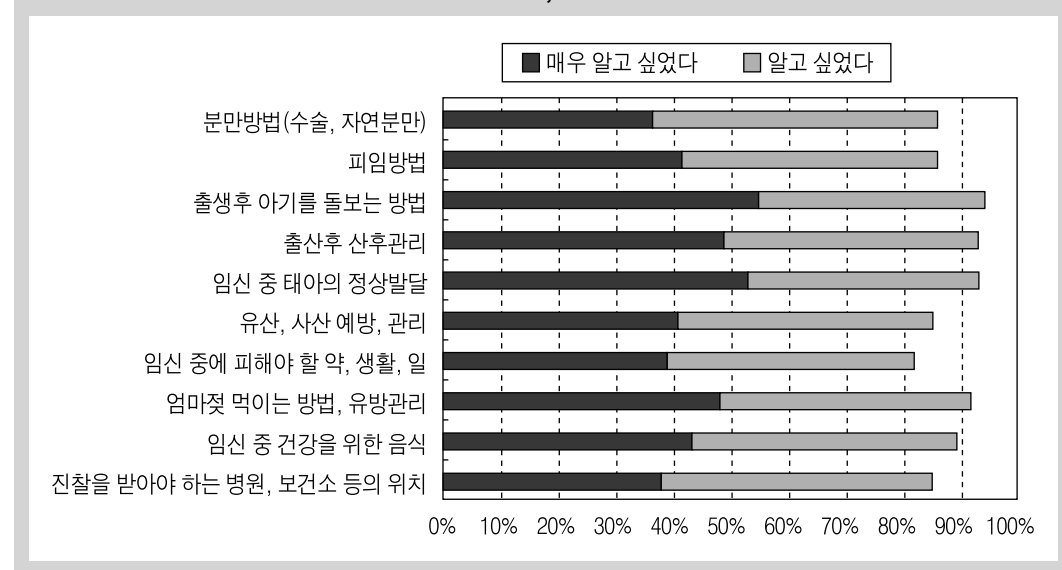
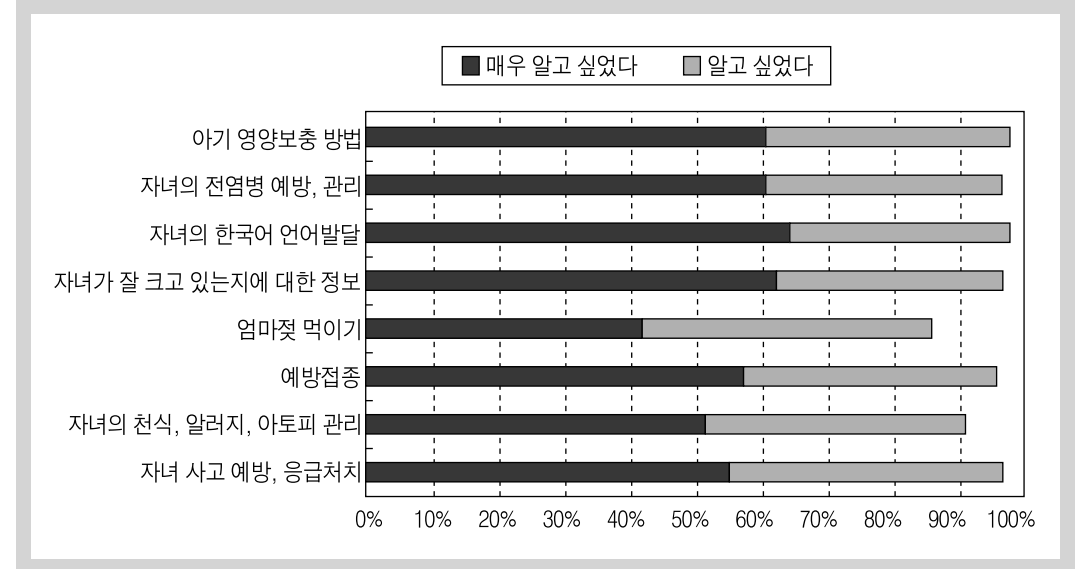


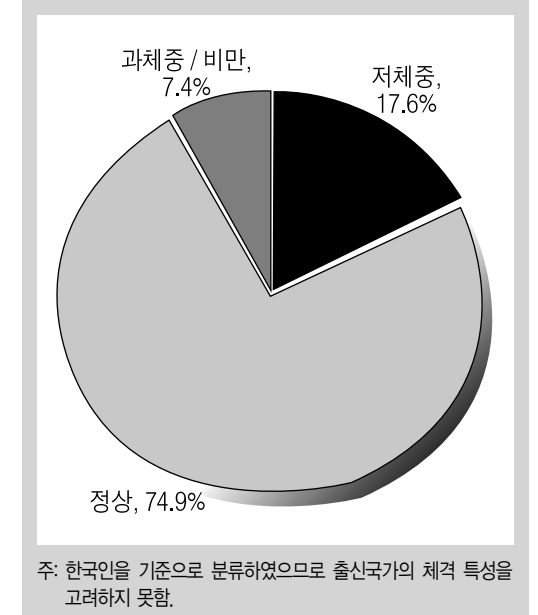
그림 5. 결혼 이주여성이 아기양육에 대해 알고 싶은 정보



18.5이상 25미만의 정상체중은 74.9%, BMI가 25이상인 과체중/비만은 약 7.5%로 저체중 여성이 많았다. 특히 베트남 여성의 저체중율이 높았는데 저체중 구분이 우리나라 성인을 기준으로 한 것이므로 이들의 인종적 특성을 고려한 체중상태의 판단이 이루어져야 할 것이지만, 그림에도 이들의 상당수가 저체중, 저영양 상태에 있어 모성건강상태가 양호하지 못하며, 결과적으로 출생자녀의 체중과 건강상태에도 영향을 미칠 가능성을 시사한다(그림 6).

이들 결혼 이주여성은 임신 중에 고국과 다른 음식문화를 임신 중에 갑자기 겪으면서 음식섭취에서 어려움을 호소하고 있어, 임신경과에도 영향을 미칠 가능성이 있음을 볼 수 있다. 이주 여성들이 임신 시 가장 어려운 점 중의 하나는 '본국 음식에 대한 그리움'으로 지적된 바 있는데 본 조사에서도 임신 중 먹는 음식이 출신국

그림 6. 국제결혼 이주여성의 체중상태



가 음식과 달라 전혀 먹지 못한 경우 12.8%, 잘

먹지 못한 경우 49.6%로 약 60% 정도가 음식 관련 어려움을 겪은 것으로 나타났다(그림 7).

또한 이주여성이 평소에 3끼 식사에 대해서 거의 매일 한 끼는 식사를 거른다는 대상자가 25.8%로 높았으며, 주 2~3회 거른다는 경우가 14.5%, 거의 거르지 않는다가 59.7%로 결식빈도가 높은 것으로 나타나고 있다(그림 8). 끼니를 거르는 주 이유로는 음식이 입맛에 맞지 않아서 가장 많았고, 그 다음으로 직장일, 집안일, 농사일 등으로 바빠서, 가족간의 문제로, 경제적으로 어려워서 등이었다.

## 2) 모유수유 및 이유 보충식 실태

결혼 이주여성의 최종출산아 모유수유 수준을 파악한 결과, 80.0%가 모유수유를 한 경험이 있는 것으로 나타났으며, 모유수유를 평균 생후 8개월까지 하는 것으로 나타났다. 이는 2006년 전국 출산력 조사결과 국내 15~49세 여성의 출

생 후 1개월 모유수유율이 58.0%로 나타난 것과 비교하면 매우 높은 수준으로 개발도상국인 출신 국가의 모유수유율이 대체로 우리나라 보다 높기 때문에 보다 이주여성들이 모유수유율과 모유수유 기간이 긴 것으로 볼 수 있다.

결혼 이주여성의 이유보충식 도입 시기는 아기의 출생 후 6개월 이상인 경우가 62.8%로 평균 시작 시기는 6.3개월로 나타나, 일반적으로 우리나라의 이유보충식 도입시기보다는 늦은 것으로 파악되어 이유보충식에 대한 지도가 필요한 것으로 파악된다.

## 6. 결혼이주 여성의 모성건강 보호를 위한 정책과제

조사를 통해 국제결혼 이주여성들은 비교적 젊은 건강한 연령의 가임기 여성으로서 출산에 후가 좋은 장점이 많은 인구집단이며, 산전관리

와 안전분만개조에서 보건의료접근성이 높은 우리나라 보건시스템의 혜택이 미치고 있음을 볼 수 있다.

그러나 이 가운데도 이들이 일부 임신부에서 산전관리의 지연, 높은 조산, 저체중출산, 사산 수준을 보이며, 이주여성 자신의 저체중 및 저영양과 높은 빈혈 유병, 사산, 불임 및 낮은 피임 실천 수준 등 다음과 같은 취약성을 가진 것으로 나타났다.

### 〈모자보건 측면〉

- 대부분 적기에 산전관리를 받고 있으나 첫 산전관리가 지연되는 대상이 상당히 존재한다.
- 결혼 이주여성들에서 사산, 조산, 미숙아, 저체중 출생 빈도가 높다.
- 결혼 이주여성들에서 저체중율과 저영양이 높다.
- 결혼 이주여성에서 피임실천율이 상당히 낮고, 피임에 대한 지식이 부족하다.
- 결혼 이주여성에서 의료보장 사각지대에 있는 대상자가 많다.
- 결혼 이주 여성들이 임신과 출산 시 임신·출산 및 자녀 양육과정 중의 교육과 정보의 요구가 높다.

### 〈모성 및 출생아 영양 측면〉

- 이주여성 자신의 저체중 및 저영양과 높은 빈혈 유병수준이 높아 영양상태가 열악한 여성이 상당수 존재한다.
- 입국후 한국문화와 음식에 익숙하기 전 임신이 이루어지는 경우가 많아 임신기간 중

음식 섭취에 큰 어려움을 경험하는 여성이 많다.

○ 출생아의 모유수유기간이 길기는 하나 보충이유식의 적절한 시기에 도입이 지연되고 있고, 출생아의 건강관리나 양육에 대한 정보가 부족하다.

○ 이주여성의 임신중 영양관리, 체중관리를 위한 상담의 강화가 필요하다.

이러한 실태를 볼 때 결혼이주 여성에 대하여 특별히 모자보건 관리, 주산기 관리에 대한 지원과 교육 및 정보의 접근성을 강화할 필요성이 높다. 이러한 서비스를 강화는 향후 장기적으로 인구자질과도 관련이 된다고 볼 수 있다.

### 1) 결혼 이주여성의 가족주기별 모자보건 중재 프로그램 개발과 제공

결혼이주여성의 생애주기별 관점에서 임신, 출산과정에 따른 모자보건 중재 프로그램을 입국 전, 결혼 후 입국시기, 임신기, 출산기, 자녀 양육기별로 대상자의 욕구에 맞추어 개발하여 운영해야 할 필요가 높다. 국제결혼 이주여성에 대한 가족주기별 모자 건강서비스 지원방안을 제시하면 [그림 9]와 같다.

○ 입국 전 결혼 준비기 및 결혼후 입국 시기:  
이 시기는 특히 결혼이주 여성 남편과 가족에 대한 교육이 마련되어야 할 시기이다. 결혼 전 다문화 가정의 가족(남편, 시부모 등)에 대한 교육과 신혼부부 건강교실 등을 지자체 다문화가족지원센터와 보건소가 같이 운영할 수 있을 것이다.

그림 7. 이주여성의 임신 중 음식섭취

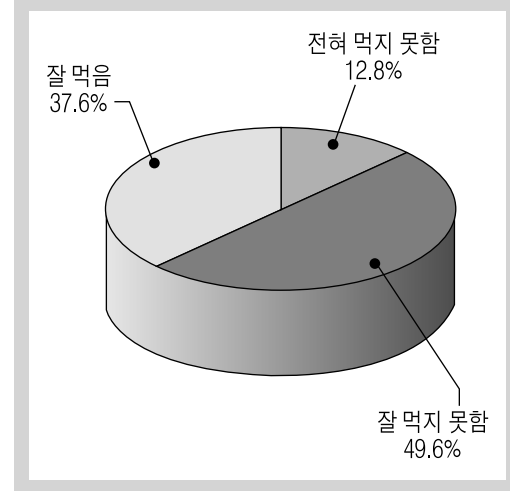


그림 8. 이주여성의 식사 결식 실태

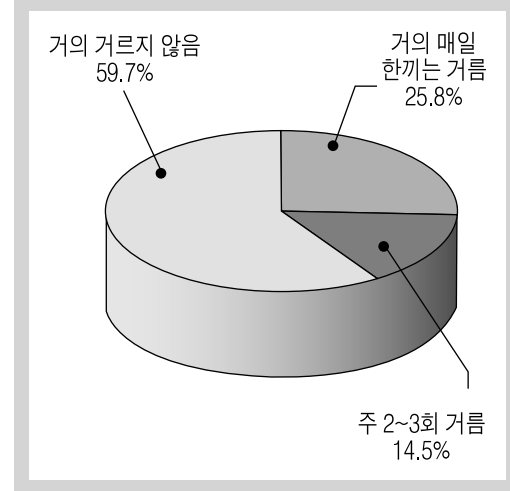
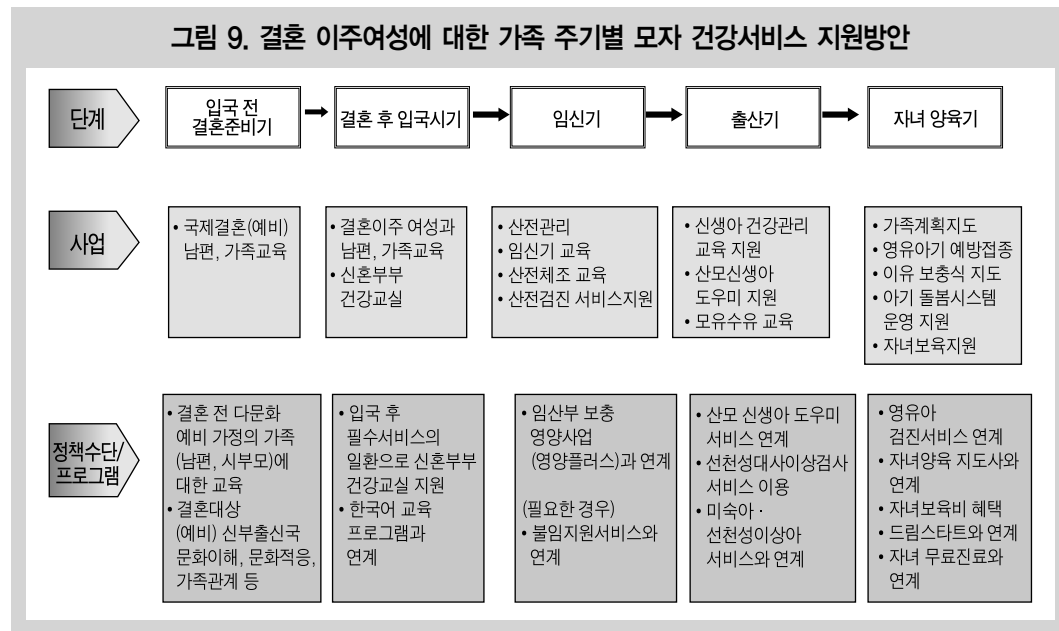


그림 9. 결혼 이주여성에 대한 가족 주기별 모자 건강서비스 지원방안



〈신혼부부 건강교실〉

국제결혼에 대한 문화적 적응, 일반적 건강검진, 임신에 대비한 건강상태 체크와 관리, 신부 출신 국가의 사회문화와 음식 문화에 대한 이해, 피임실천 등을 포함하여 결혼이주여성과 남편을 대상으로 보건소 등에서 운영하도록 한다.

〈결혼이주 여성 남편과 가족에 대한 교육〉

상대방 문화에 대한 이해와 문화적 적응을 위한 가족 간 갈등을 예방하고 가족 간 유대와 협력의 중요성 등을 교육의 주제로 운영한다. 그들의 임신·출산시기의 음식문화, 산육기 문화와 행태를 인정하고, 이해를 넓히고 지지할 수 있는 서비스의 개발, 운영도 필요하다.

○ 임신 출산기:

임신 전, 임신 초기/중기/말기 별로 신혼부부

건강교실, 철분제 보급, 산전관리 교육, 임신부의 영양관리와 영영상태 모니터링, 모유수유 교육, 산전체조 등을 제공한다. 특히, 저영양, 저체중, 빈혈 유병과 간염이나 풍진 감염 비율이 우리나라 임신부보다 높을 수 있으므로 이들 여성의 임신 전, 임신 중 건강관리에 대한 특별한 고려도 필요하다.

○ 자녀 양육기:

신생아 관리방법, 신생아 목욕법, 신생아 질병 대처, 출생 후 영아기에 필요한 적기 예방접종을 위한 접종 지연 및 누락 예방, 적절한 이유 보충식 도입과 영유아 영양관리 등 이주여성 출생아의 영유아 건강관리를 강화한다. 다문화가족 출생아에 대한 ‘아기돌보기 시스템’과 같은 지속적 지원체계를 마련한다.

○ 영양플러스사업(임산부 영유아 보충영양사업)에서 이주여성 프로그램의 특화:

특히, 결혼 이주여성이 많은 농촌지역 보건소에서 모자보건사업 대상, 대상의 상당부분을 이주여성과 출생아들이 차지하고 있으므로 이들의 건강상태와 식문화 욕구에 맞는 서비스, 식품지원과 교육 등 프로그램 개발과 운영이 필요하다.

2) 결혼 이주여성, 다문화가족에 대한 서비스 접근도 제고와 홍보 강화

입국초기부터 결혼이주 여성에게 모자보건 서비스를 포함한 필수적인 서비스 접근성과 이용에 대한 가이드가 이루어지도록 한다.

결혼이주 여성에 대한 서비스, 결혼이주 여성이 혜택을 받을 수 있는 서비스(예: 영양지원사업, 보육지원사업 등)에 대해서 대부분의 이주여성들이 관련 서비스에 대해서 들어보지 못하였거나, 서비스 수혜가 지연되는 경우가 많다. 지역의 다문화 가족지원센터에 이러한 정책과 사업이 충분히 전달되어 연계되도록 하며, 다문화 가족 자조모임, 자국출신 멘토 프로그램의 활성화도 효과적인 접근 방법이다.

또한, 결혼이주 여성들은 경제적, 지리적 장애나 언어이해 문제로 인터넷 이용이 어렵거나 접촉할 수 없는 대상이 많은 점이 고려되어 ‘유선 전화 서비스’ 등을 통한 상담과 교육 등 서비스 연계가 보다 활성화되어야 할 것이다.

3) 관련 서비스의 연계 강화

그동안 다문화가족, 결혼이주 여성에 대한 대책이 부처마다 유사한 경쟁적으로 도입되어 중복 시행되고 있어 전체적인 방향과 일관성 있는 정책이 되지 못하고 중복적이며, 비체계적이다. 타 부처나 보건복지부내 타 부서의 사업과 연계를 통하여 협력 네트워크가 필요하다. 즉, 여성부, 법무부, 행안부, 농림수산식품부(농업기술센터) 등을 포괄하여 중복적이 아닌 네트워크 지지체계의 구축이 필요하며, 임신부 영유아에 대한 각종 모자보건 지원사업(미숙아 선천성이상아 의료비 지원사업, 불임부부 지원사업 등), 영양보충사업 ‘영양플러스 사업’, 과 같이 기존의 내국인 사업에서 이들에게 적합한 서비스가 확충될 필요가 있는 부분도 많다.

다문화가족지원법이 2008년 제정되고 9월부터 시행되고 있으므로 다문화가족지원법령에서 제시된 ‘지역사회 협력네트워크 구축’이 활성화되어 관련 사업 및 프로그램간의 연계가 강화되어 다문화가족 지원사업의 통합과 네트워크화가 체계화될 수 있어야 할 것이다. 향후 우리나라가 다인종, 다문화사회로 이행되면서 나타날 수 있는 건강 격차를 사전에 해소하고 인구집단의 질적 향상을 위해서는 결혼이주여성 과 그 자녀에 대한 모자보건과 영양사업의 중요성은 매우 크다.

7. 맺는 말

그동안 국제결혼 이주여성에 대한 연구는 상

당히 활발하게 이루어지고 있으나 대부분 결혼 이주여성의 법제도 및 인권문제와 여성학적 관점, 자녀교육 문제, 이민자 가족의 사회통합 지원 등 사회적 문제를 주로 다루고 있다. 반면 이주여성 자신의 건강요구나 건강문제는 거의 구체적으로 다루어지지 않아 왔다.

결혼이주 여성은 문화차이, 사회경제적 특성, 언어장벽, 가족관계 문제 등으로 문화적 적응(acculturation) 측면에서 장애가 있을 수 있으며, 의료보장 미수혜 대상도 상당수준에 이른다. 국제결혼 이주 여성의 배우자는 대부분 경제적으로 소득수준이 낮은 계층에 속하며, 이주여성의 배우자는 육체노동직과 자영업이 가장 많고, 이러한 취약성으로 인하여 결혼이민자 가족은 국가가 제공하는 복지 서비스의 주요 수혜 대상 집단으로 등장할 우려도 있다.

특히, 국적법상 결혼 후 국적 취득까지 통상 2년이 소요되므로 국제결혼 이주여성들은 국적 취득이 완료되지 않은 상태에서 임신과 자녀 출산이 이루어지는 경우가 많다. 이주여성들은 주로 한국에 와서 첫 출산을 경험하는 경우가 많으나, 문화적 차이와 차별, 언어 장벽, 가부장제적 사회환경 등으로 인해 임신과 출산과정에서 실질적인 도움을 얻기가 쉽지 않다. 육아에 있어서도 정보부족 등으로 어려움을 겪고 있는 경우도 있다.

이와 같이 국제결혼 이주여성은 이중 문화 속에서 결혼과 동시에 적응에 앞서 임신, 분만, 산욕기간을 거치면서 문화적인 차이로 다양한 건강문제가 발생되어 건강관리서비스 및 보건교육 요구가 높다. 이에 따라 임신, 분만, 출산과 관련한 여성건강과 삶의 질을 높이기 위해서 이

들의 요구에 부응하여 모성과 출생아의 건강보호를 위한 중재 프로그램과 적절한 교육기회가 충실하게 제공되어야 한다. 이러한 국제결혼 이주여성의 모성건강과 출생아의 건강증진을 위한 기본적인 모자보건서비스와 영양지원 서비스는 이주여성 본인들이 찾아서 선택적으로 받기 보다는 좀 더 기본 서비스로서 포괄적으로 제공되어야 한다.

이들 서비스에 대한 인지도와 접근도를 높이기 위해서 결혼 이주여성의 사회문화적 특성을 고려한 서비스가 개발되어 지원되어야 하고, 관련 서비스에 대한 인지도를 높이기 위한 홍보도 중요하다. 특히 결혼 이주여성이 많은 농촌지역에서는 지역 보건소와 다문화가족지원센터 등에서 이들의 특성과 욕구와 눈높이에 맞는 서비스 개발이 필요하다.

무엇보다 이들이 모성과 영유아 건강 보호를 위한 기본적인 모성건강서비스와 출생아의 영유아 서비스에 접근할 수 있도록 관련 기관 및 부처(부서)와의 공조와 협력 네트워크를 구축하여 서비스를 효과적으로 전달하여 불필요한 중복을 방지할 수 있도록 이주 여성에 대한 각종 정책과 사업의 체계화가 중요한 과제로 대두되고 있는 시점이다.

임신기의 건강은 출생아의 건강은 물론 성장 후 성인기 건강에도 영향을 미친다는 것이 최근 많은 연구에서 밝혀지고 있어 장래 다문화사회에서 건강한 인구를 확보하고, 인구의 자질을 높이고, 다양한 인구집단간의 건강수준의 차이를 줄이기 위해서도 이주여성의 건강보호를 위한 장기적인 목표의 설정과 체계적인 사업의 시행이 필요한 시점이다. **보건**