

이달의 초점

결혼이주여성의 건강

결혼이주여성의 건강 취약성과 조사체계 개선

|곽윤경|

결혼이주여성의 주관적 건강 현황

|최지희|

결혼이주여성의 정신건강

|전진아|

결혼이주여성의 건강관리와 헬스리터러시

|박은자·이홍림|



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

결혼이주여성의 정신건강¹⁾

Marriage Immigrant Women in Korea and Their Mental Health Status

전진아 한국보건사회연구원 건강보장정책연구실 연구위원

결혼이주여성은 단일 집단이 아니다. 출신 국가에 따라, 결혼으로 이주한 시기와 연령대에 따라, 이주 후 결혼이주여성이 경험하는 사회경제적 상황과 맥락에 따라 이들이 경험하는 정신건강 수준은 다를 수 있다. 이 글에서는 박은자 외(2024)의 결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구에서 수행한 온라인 조사 데이터를 활용하여 결혼이주여성의 정신건강 수준과 정신건강 문제에 대한 인지 수준, 정신건강 문제에 대한 상담 경험을 살펴보았다. 결혼이주여성의 정신건강 문제를 보다 심도 있게 이해할 수 있는 추가 연구의 필요성과 더불어 결혼이주여성의 정신건강 문제에 대한 이해도 및 인지도 제고를 위한 방안 마련의 필요성을 제안하였다.

1 들어가며

세계보건기구(WHO)가 정의하는 정신건강은 개인이 집단이나 사회에서 주관적 안녕감을 경험하고, 자신의 능력을 개발 및 활용하며, 개인의 성취를 촉진하는 방식으로 상호작용할 수 있는 상태를 의미한다(WHO, 2001). 이러한 정신건강은 생물

학적 요인뿐 아니라 개인이 경험하는 다양한 상황과 맥락에 영향을 받게 된다. 결혼이주여성의 경우 자신이 태어나고 자란 상황과 맥락이 아니라 한국이라는 새로운 상황과 맥락에 적응하고 살아가고 있다. 이 과정에서 이들이 경험하는 정신건강 문제는 그동안 결혼이주여성의 건강 문제를 다룬 연구의 주된 초점이었다(박은자 외, 2024).

1) 이 글은 박은자, 천희란, 전진아, 곽윤경, 최지희, 이홍림, 이나경. (2024). 결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구 (2024ER060100) (국립보건연구원, 한국보건사회연구원)의 결혼이주여성 건강조사 데이터를 사용해 작성하였다

결혼이주여성의 정신건강을 살펴본 연구는 주로 이들이 경험하는 심리사회적 스트레스, 우울, 불안과 같은 정신건강 문제들을 다루고 있다. 상당수의 연구가 결혼이주여성 전체를 대상으로 이들이 경험하는 우울에 초점을 두고 있기는 하나 연구에 따라 특정 출신 국가에 초점을 두거나(홍선엽 외, 2013; 신현희, 신영희, 2015), 특정 연령대에 초점을 두거나(김지원, 신자현, 2024), 특정 정신건강 문제에 초점을 두어(김혜미, 권태연, 2021) 연구를 진행하고 있기도 하다. 이들 선행 연구는 결혼이주여성이 경험하는 정신건강 문제의 유형과 정도, 정신건강에 영향을 미치는 요인을 다양하게 파악하고 있다. 하지만 정신건강 문제를 경험하는 결혼이주여성이 실제 자신의 정신건강 문제를 인지할 수 있는지, 정신건강 문제를 경험했을 때 상담과 같은 도움을 필요하다고 인지하고 있는지 등은 제한적으로 파악되고 있다.

이 글에서는 박은자 외(2024)의 결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구에서 수행한 온라인 조사 데이터²⁾를 바탕으로, 이들의 전반적 정신건강 수준과 특성별 정신건강 수준을 보고, 정신건강 문제에 대한 인지 수준, 정신건강 문제에 대한 상담 필요성 인지 여부 등 상담 경험을 살펴보았다.

2 결혼이주여성의 전반적 정신건강 수준

박은자 외(2024)의 결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구에서는 결혼이주여성의 정신건강 수준을 파악하기 위해 우울장애 유병, 범불안장애 경험, 자살생각 여부를 조사하였다. 우선 우울증 선별 도구인 PHQ-9 척도를 활용하여 우울장애 유병률을 측정한 결과 온라인 조사에 참여한 전체 519명의 결혼이주여성 중 8.3%가 우울장애가 있는 것으로 나타났다. 그리고 GAD-7 척도로 측정한 범불안장애 경험률을 살펴보면 온라인 조사에 참여한 결혼이주여성 중 3.5%가 범불안장애를 경험하는 것으로 나타났다. 자살생각 여부에 대해서는 지금까지 죽고 싶다는 생각을 한 번이라도 해 본 적이 있는지로 물어보았는데, 그 결과 온라인 조사에 참여한 결혼이주여성의 12.9%가 자살생각을 해 본 적이 있다고 응답하였다.

결혼이주여성의 정신건강 수준을 국내 조사에서 파악된 여성의 정신건강 수준과 비교해 본 결과 결혼이주여성의 우울장애 유병률은 국민 건강 통계에서 조사한 성인 여성의 우울장애 유병률 6.1%(질병관리청, 2023)보다 높게 나타나나, 자살생각률은 2023년 보건복지부에서 수행한 자살실태조사(보건복지부, 한국생명존중희망재단, ㈜한국리서치,

2) 박은자 외(2024)의 결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구에서는 2024년 국내에 거주하는 19~64세 베트남 또는 중국 출신 결혼이주여성을 대상으로 하며, 건강수준, 생식건강, 정신건강, 건강행태, 의료이용 등의 영역에 대한 조사가 진행되었다. 대면 조사에는 117명의 결혼이주여성이 참여하였고, 온라인 조사에는 519명의 결혼이주여성이 참여하였다. 이 글에서는 결혼이주여성의 정신건강 수준을 특성별로 파악하고자 온라인 조사 데이터를 활용하였다. 자세한 조사 설계 및 방법은 보고서를 참고하면 된다.

[표 1] 결혼이주여성의 정신건강

(단위: 명, %)

구분		전체	
		N	%
우울장애 유병	우울장애 아님	476	91.7
	우울장애 유병	43	8.3
범불안장애 경험	범불안장애 아님	501	96.5
	범불안장애 경험	18	3.5
자살생각 여부	없음	452	87.1
	있음	67	12.9

주: 1) 우울장애 유병은 우울증 선별 도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인지 여부로 측정하였음.
2) 범불안장애 경험은 범불안장애 선별 도구(GAD-7) 총점 21점 중 10점 이상인지 여부로 측정하였음.
3) 자살생각 여부는 '당신은 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 한 번이라도 있습니까?'라는 문항으로 측정하였음.
출처: "결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구", 박은자 외, 2024., 국립보건연구원, 한국보건사회연구원, p. 111의 <표 4-71>의 일부를 제시함.

2023)에서 파악한 성인 여성의 자살생각률 16.3%보다 낮게 나타난다.³⁾

박은자 외(2024)의 연구에서는 자살생각을 해본 적이 있다고 응답한 결혼이주여성을 대상으로 그 원인이 무엇인지를 추가로 물어보았다. 그 결과 정서적 어려움과 배우자와의 관계 및 갈등으로 인한 어려움이 각 38.8%로 가장 많았으며, 경제적 어려움이 37.3%로 그다음으로 높았다. 2023년 자살실태조사에서 파악한 자살생각 이유와 달리 박은자 외(2024)의 연구에서는 결혼이주여성이 경험하는 다양한 관계와 상황을 고려하여 이유를 제시하기는 했으나, 2023년 자살실태조사에서 경제적 어려움이 가장 큰 이유로 제시된 것과 다르게 결혼

이주여성은 외로움 및 고독 등 정서적 어려움과 배우자와의 관계 및 갈등도 주요한 자살생각의 이유로 나타난다. 다수의 선행 연구에서도 결혼이주여성이 가지는 사회적 자본(의논할 대상, 도움을 요청할 대상, 사회적 모임 참여 등)(장주영, 2021; 이해령, 최희정, 2024), 배우자의 지지 정도와 배우자와의 관계 만족 정도(이가연, 전해정, 2022; 김혜미, 권태연, 2021)가 이들이 호소하는 정신건강 문제와 연관성이 있다는 점을 보고하는 것을 고려할 때 결혼이주여성의 사회적 관계 맺기 및 가정 내 관계 개선을 위한 상담(개인 상담이나 부부 상담 등) 등 지원이 함께 이루어질 필요가 있다.

3) 국민건강영양조사에서 범불안장애 경험률을 2021년부터 조사하고 있으나 국민 건강 통계를 통해 값이 제시되지 않아 결혼이주여성 과 국내 성인 여성의 범불안장애 경험률을 직접적으로 비교하기에는 제한적이다. 다만 보건복지부가 5년 주기로 수행하는 정신건강 실태조사에 의하면 2021년 불안장애 1년 유병률이 성인 여성에서는 4.7%로 나타난 것을 고려할 때 결혼이주여성의 범불안장애 경험률은 국내 성인 여성과 유사한 수준이거나 낮게 나타나는 것으로 예상해 볼 수 있다.

[표 2] 결혼이주여성의 자살생각 원인

(단위: 명, %)

구분	전체	
	N	%
경제적 어려움	25	37.3
정서적 어려움	26	38.8
배우자와의 관계, 갈등	26	38.8
자녀와의 관계, 갈등	8	11.9
시부모와의 관계, 갈등	4	6.0
외국인이라는 차별	8	11.9
기타	6	9.0

주: 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 한 번이라도 있다고 응답한 사람을 대상으로 그 이유를 파악한 것임. 우선순위로 2개까지 응답하도록 하였음. 표에서는 죽고 싶다고 생각한 이유로 각 항목을 1순위 혹은 2순위로 응답한 사람의 수와 비율을 제시함. 따라서 자살생각 원인의 비율의 합은 100%가 아님.

출처: “결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구”, 박은자 외, 2024, 국립보건연구원, 한국보건사회연구원, p. 111의 <표 4-71> 일부를 제시함.

3 결혼이주여성의 특성별 정신건강 수준

정신건강 영역에서 결혼이주여성의 특성을 파악하고자 우울장애 유병 여부와 자살생각 여부를 중심으로 결혼이주여성의 인구사회경제학적 특성에 따른 차이를 살펴보았다.⁴⁾ 우선 우울장애 유병 여부를 결혼이주여성의 인구사회경제학적 특성에 따라 살펴보면 30대 결혼이주여성에게서, 6세 이하의 자녀가 있는 경우, 국내 거주 기간이 5~9년인 경우, 교육수준이 낮고, 개인 및 가구 소득 수준이 낮은 경우 우울장애 유병률이 높게 나타난다. 또한 지난 1년 동안 한국에서 생활하면서 외국 출신이라는 이유로 차별을 받은 경험이 있는 경우, 자신 또는

집안에 어려움이 있을 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람이 없는 경우, 자신의 몸이 아플 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람이 없는 경우 결혼이주여성의 우울장애 유병률이 높게 나타난다.

이러한 특성은 자살생각에서도 일부 유사하게 나타난다. 구체적으로는 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 한 번이라도 있다고 응답한 비율은 30대에서, 6세 이하의 자녀가 있는 경우, 개인 및 소득수준이 낮은 경우에 높게 나타난다. 또한 차별을 받은 경험이 있는 경우, 자신의 몸이 아플 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람이 없는 경우에 결혼이주여성의 자살생각률이 높게 나타난다. 우울장애 유병률과 다르게 국내 거주 기간이 15년 이상인

4) 범불안장애 경험률의 경우 범불안장애 경험을 한 결혼이주여성의 사례가 18명에 불과하여 특성별 정신건강 수준 분석에서는 포함하지 않았다.

[표 3] 결혼이주여성의 특성별 정신건강 수준

(단위: 명, %)

구분		우울장애 유병		자살생각		전체 사례 수
		N	%	N	%	
전체		43	8.3	67	12.9	519
연령	19~29세	10	8.8	9	7.9	114
	30~39세	20	9.3	34	15.7	216
	40~64세	13	6.9	24	12.7	189
만 6세 자녀 유무	6세 이하 자녀 있음	19	11.9	29	18.2	159
	6세 이하 자녀 없음	24	6.7	38	10.6	360
자녀 수	0명	6	3.8	6	3.9	156
	1~2명	35	10.4	59	17.5	337
	3명 이상	2	7.7	2	7.7	26
국내 거주 기간	4년 이하	5	4.1	5	4.1	122
	5~9년	18	11.3	24	15.0	160
	10~14년	9	6.6	17	12.4	137
	15년 이상	11	11.0	21	21.0	100
교육수준(F3)	초등학교 졸업 이하	2	13.3	0	0.0	15
	중학교 졸업	7	11.7	9	15.0	60
	고등학교 졸업	15	5.6	22	8.1	270
	대학교 졸업 이상	19	10.9	36	20.7	174
직업의 종사상 지위(F6)	임금근로자	18	7.2	40	15.9	251
	자영업자, 고용주	0	0.0	5	16.1	31
	무급가족종사자	2	14.3	1	7.1	14
	경제활동 안 함	23	10.3	21	9.4	223
개인소득	소득 없음	24	10.0	23	9.5	241
	200만 원 미만	16	14.0	30	26.3	114
	200만 원 이상 300만 원 미만	2	1.4	13	9.1	143
	300만 원 이상	1	4.8	1	4.8	21
가구소득	200만 원 미만	20	20.2	31	31.3	99
	200만 원 이상 300만 원 미만	13	6.9	21	11.2	187
	300만 원 이상	6	3.1	9	4.7	191
차별 경험 유무	있음	27	18.7	44	30.6	144
	없음	16	4.3	23	6.1	375
자신 또는 집안에 어려움이 있을 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람 유무	있음	18	6.0	39	13.0	301
	없음	25	11.5	28	12.8	218
자신의 몸이 아플 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람 유무	있음	13	4.8	29	10.6	273
	없음	30	12.2	38	15.5	246

주: 1) 울장애 유병은 우울증 선별 도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 경우로 정의함.
2) 자살생각은 '당신은 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 한 번이라도 있습니까?'라는 문항에 '예'라고 응답한 사람의 수와 비율을 의미함.
3) 차별 경험 유무는 '지난 1년 동안 한국에서 생활하면서 외국 출신이라는 이유로 차별받은 적이 있습니까?'라는 문항으로 측정하였음.
출처: "결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구", 박은자 외, 2024, 국립보건연구원, 한국보건사회연구원, pp. 112~113의 <표 4-72>와 <표 4-73>을 수정하여 제시하였음. 차별 경험 여부, 자신 또는 집안에 어려움이 있을 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람 유무, 자신의 몸이 아플 때 가족 외 한국에서 도움을 받을 사람 유무의 경우 추가 분석하여 제시하였음.

경우, 교육수준이 높은 경우 자살생각률이 높게 나타나고 있어 이들 집단에서 자살생각률이 높게 나타나는 이유를 파악하기 위한 추가 연구가 필요해 보인다. 결혼이주여성의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 대한 연구가 매우 제한적인 상황에서 해석을 일반화하기는 어려우나 교육수준 및 거주 기간 자체가 자살생각에 영향을 미친다기보다는 이러한 특성과 연관된 경험과 상황(예: 교육수준이 높음에도 결혼이주여성이 취업하기 어려운 상황 혹은 양질의 일자리에서의 소득 활동이 제한적인 상황, 거주 기간이 길어지면서 문화 적응 스트레스 등은 감

소하였지만 가족 구성원과 같은 사적 네트워크에 의존하는 상황 등)이 복합적으로 영향을 미칠 수도 있을 것으로 보인다.

4 결혼이주여성의 정신건강 문제에 대한 인지 및 상담 경험

박은자 외(2024)의 연구에서는 국민건강영양조사에서 활용되는 헬스 리터러시 척도로 결혼이주여성의 헬스 리터러시를 파악하고 있다. 이 중 정신건강과 관련한 문해력은 자신의 스트레스, 우울 증상

[표 4] 결혼이주여성의 정신건강 문제에 대한 인지 및 상담 경험

(단위: 명, %)

구분	전체	
	N	%
정신건강 문제에 대한 인지		
전혀 그렇지 않다/그렇지 않다	61	11.7
그렇다/매우 그렇다	458	88.3
정신건강 문제로 인한 상담 필요성 인지 경험		
있음	51	9.8
없음	468	90.2
정신건강 상담 경험		
있음	17	33.3
없음	34	66.7

주: 1) 정신건강 문제에 대한 인지는 '나의 스트레스, 우울 증상과 같은 정신건강 문제로 생기는 위험의 정도를 이해할 수 있습니까?'라는 문항으로 측정하였음.

2) 정신건강 문제로 인한 상담 필요성 인지 경험은 '당신은 지난 1년 동안 정신건강 문제로 상담이 필요하다고 느낀 적이 있습니까?'라는 문항으로 측정하였음. 조사에서는 '정신건강 문제'가 우울감, 불안, 공황장애, 자살생각, 불면증, 조현병 등을 의미한다고 제시하였음.

3) 정신건강 문제로 인한 상담 경험은 '당신은 지난 1년 동안 정신건강 문제로 상담이 필요하다고 느낀 적이 있습니까?'라는 문항에 '있음'으로 응답한 사람을 대상으로 '당신은 지난 1년 동안 정신건강 문제로 병원이나 기관 등에 방문하거나 전화, 인터넷 등을 통해 전문가와 상담을 한 적이 있습니까?'를 묻는 문항으로 측정하였음. 조사에서는 '전문가'를 의사, 간호사, 심리 및 상담 전문가, 보건소(정신건강복지센터, 자살예방센터)나 공공기관의 실무자를 의미한다고 제시하였으며, 가족, 지인과 상담한 적이 있는 경우에는 '없음'으로 응답하기를 제안하였음.

출처: "결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구", 박은자 외, 2024, 국립보건연구원, 한국보건사회연구원, p. 111의 <표 4-71> 일부를 제시하였으며, 정신건강 문제에 대한 인지의 경우 추가 분석하여 제시하였음.

과 같은 정신건강 문제로 생기는 위험의 정도를 이해할 수 있는지를 묻는 방식으로 측정되었다. 이 문항을 분석한 결과 조사에 참여한 결혼이주여성의 88.3%가 ‘그렇다’ 혹은 ‘매우 그렇다’고 응답하였다. 박은자 외(2024)의 연구에서 조사된 헬스 리터러시를 구성하는 세부 문항과 비교한 결과⁵⁾ 결혼이주여성의 정신건강 문제에 대한 인지는 다른 항목에 비해 높지 않은 것으로 나타난다.

마지막으로 박은자 외(2024)의 연구에서는 결혼이주여성의 정신건강 문제로 인한 상담 경험을 조사하였다. 연구에서는 결혼이주여성에게 정신건강 문제로 인한 상담 필요성을 인지했는지 여부, 만약 상담 필요성을 인지했다면 실제 상담을 받은 경험이 있는지를 물어보았다. 그 결과 조사에 참여한 결혼이주여성의 9.8%는 지난 1년 동안 정신건강 문제로 상담이 필요하다고 느낀 적이 있다고 응답했다. 이 중 33.3%는 실제 전문가와 정신건강 상담을 한 적이 있다고 했다.

추가로 앞서 살펴본 결혼이주여성의 정신건강 수준과 정신건강 문제에 대한 인지, 정신건강 문제로 인한 상담 필요성 인지 경험을 교차해서 분석한 결과는 다음과 같다. 우선 정신건강 문제에 대한 인지를 살펴본 결과 우울증 선별 도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 결혼이주여성의 86.0%가,

범불안장애 선별 도구(GAD-7) 총점 21점 중 10점 이상인 결혼이주여성의 83.3%가, 자살생각이 있는 결혼이주여성의 85.0%가 자신의 스트레스, 우울 증상과 같은 정신건강 문제로 생기는 위험 정도를 인지한다고 응답하였다. 우울장애, 범불안장애 혹은 자살생각을 한 적이 있는 결혼이주여성보다 그렇지 않은 결혼이주여성에게서 정신건강 문제에 대한 인지도가 조금 더 높게 나타난 것을 확인할 수 있었다. 그리고 우울증 선별 도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인 결혼이주여성의 46.5%가, 범불안장애 선별 도구(GAD-7) 총점 21점 중 10점 이상인 결혼이주여성의 61.1%가, 자살생각이 있는 결혼이주여성의 47.8%가 정신건강 문제로 인한 상담이 필요하다고 느낀 적이 있다고 응답한 것으로 나타났다.

물론 자살생각의 경우 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는지로 물었기 때문에 정신건강 문제에 대한 인지나 지난 1년 동안의 정신건강 문제로 인한 상담 필요성 인지 경험과 연관지어 해석하기에는 제한적이다. 하지만 우울장애와 범불안장애를 경험하고 있음에도 자신의 정신건강 문제에 대한 인지 수준이 경험하지 않은 결혼이주여성보다 낮게 나타나고, 정신건강 문제에 대한 상담 필요성을 인지하는 결혼이주여성의 비율이 절반

5) 박은자 외(2024) 연구의 온라인 조사에 포함된 헬스 리터러시 문항별 값을 분석한 결과 필요한 예방접종에 대한 판단 79.2%, 과음, 흡연, 운동 부족으로 생길 수 있는 건강 이상 징후 89.6%, 일상생활의 행동 가운데 건강에 영향을 미치는 것에 대한 판단 91.5%, 진료할 때 의사의 설명과 지시에 대한 이해 92.5%, 응급 상황에서 먼저 해야 할 일에 대한 판단 89.2%, 의사나 약사가 설명해 주는 약 복용 방법에 대한 이해 94.6%, 병원에서 받은 환자용 교육 자료 이해 88.8%, 인터넷이나 미디어에서 얻은 건강 정보에 대한 신뢰성 판단 85.7%, 인터넷이나 미디어에서 얻은 건강 정보를 건강과 관련한 행동이나 의사결정에 활용이 87.1%로 나타났다.

[표 5] 결혼이주여성의 정신건강과 정신건강 문제에 대한 인지 및 상담 경험

(단위: 명, %)

구분		정신건강 문제에 대한 인지		상담 필요성 인지	
		N	%	N	%
우울장애 유병	우울장애 아님	421	88.4	31	6.5
	우울장애 유병	37	86.0	20	46.5
범불안장애 경험	범불안장애 아님	443	88.4	40	8.0
	범불안장애 경험	15	83.3	11	61.1
자살생각 여부	있음	57	85.0	19	4.2
	없음	401	88.7	32	47.8

주: 1) 우울장애 유병은 우울증 선별 도구(PHQ-9) 총점 27점 중 10점 이상인지 여부로 측정하였음.
 2) 범불안장애 경험은 범불안장애 선별 도구(GAD-7) 총점 21점 중 10점 이상인지 여부로 측정하였음.
 3) 자살생각 여부는 '당신은 지금까지 죽고 싶다는 생각을 해 본 적이 한 번이라도 있습니까?'라는 문항으로 측정하였음.
 4) 정신건강 문제에 대한 인지는 '나의 스트레스, 우울 증상과 같은 정신건강 문제로 생기는 위험의 정도를 이해할 수 있습니까?'라는 문항으로 측정하였으며, 이 표에서는 '그렇다' 혹은 '매우 그렇다'고 응답한 사례 수와 비율을 제시하였음.
 5) 정신건강 문제로 인한 상담 필요성 인지 경험은 '당신은 지난 1년 동안 정신건강 문제로 상담이 필요하다고 느낀 적이 있습니까?'라는 문항으로 측정하였으며, '있음'으로 응답한 사례 수와 비율을 제시하였음.
 출처: "결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구", 박은자 외, 2024, 국립보건연구원, 한국보건사회연구원, 조사 데이터를 분석하여 제시하였음.

에 미치지 못하는 점은 이들의 정신건강 서비스 이용에 대한 인식 제고를 위한 방안이 필요하다는 점을 의미하는 것이기도 하다. 또한 <표 4>에서 살펴본 것처럼 상담 필요성을 인지했음에도 이 중 3분의 1 정도만 서비스를 이용한 점 역시 주목해 볼 필요가 있다. 결혼이주여성이 국내에서 이용 가능한 정신건강 서비스에 대해 얼마나 알고 있는지, 어떤 서비스를 이용해야 하는지를 알고 있음에도 이용하지 않는 것인지 등은 박은자 외(2024)의 연구에서는 파악하지 않아 향후 결혼이주여성의 정신건강 연구에서는 이들의 정신건강 서비스 이용에 대한 인식과 이용 경험을 추가적으로 파악하는 것 역시 고려해 볼 필요가 있다.

5 나가며

이 글에서는 박은자 외(2024)의 연구에서 조사한 결혼이주여성의 정신건강 현황을 바탕으로 결혼이주여성의 전반적인 정신건강 수준과 특성별 정신건강 수준, 정신건강 문제에 대한 인지 수준과 정신건강 문제에 대한 상담 경험을 파악하였다. 그 결과 결혼이주여성이 경험하는 정신건강 문제는 국내 성인 여성이 경험하는 정신건강 문제와 크게 다르지 않았는데, 우울장애의 경우 국내 성인 여성보다 더 높은 수준으로 나타났다. 특성별로 볼 때 정신건강 문제의 유형에 따라 일부 차이가 나타나기는 하지만 주로 30대, 소득수준이 낮은 경우, 어린 자녀가

있는 경우, 외국 출신이라는 이유로 차별을 받은 경험이 있는 경우, 한국에서 도움을 받을 사람이 없는 경우 우울장애 유병률과 자살생각률이 높은 특성을 보였다. 그리고 결혼이주여성은 자신이 우울장애, 범불안장애, 자살생각을 경험하고 있음에도 정신건강 문제로 생기는 위험을 이해하는 정도는 높지 않았다. 정신건강 문제에 대한 상담의 필요성을 인지하는 비율도 절반에 미치지 못하는 것으로 나타났다.

결혼이주여성의 건강에 대한 연구 중 정신건강 영역 연구가 다수이기는 하나 주로 이들 연구는 문화 적응 스트레스, 결혼이주여성이 맺고 있는 가정 내 관계에 초점을 두고 있다(조원섭, 유승현, 2017; 전경숙, 2017). 박은자 외(2024)의 연구에서 지적하듯 단일 집단이 아니라 출신 국가에 따라, 결혼으로 이주한 시기와 연령대에 따라, 이주 후 결혼이주 여성이 경험하는 사회경제적 상황과 맥락에 따라 결혼이주여성이 경험하는 정신건강 수준은 다를 수 있다. 따라서 결혼이주여성의 정신건강 문제의 규모 파악, 다양한 정신건강 문제 유형 간의 연관성(우울장애, 불안장애, 자살생각 등) 규명, 정신건강 서비스 이용 관련 경험을 파악할 수 있는 추가 연구가 필요해 보인다.

추가 연구의 필요성 외에도 이 글에서 도출한 결과는 결혼이주여성의 정신건강 문제에 대한 인지도를 높이고, 정신건강 문제를 경험하는 경우 적극적으로 정신건강 서비스를 이용할 수 있도록 하는 방안을 함께 모색할 필요가 있다는 근거를 제시한다. 현재의 정신건강 서비스는 의료기관을 통한 약물

치료 외에는 의사나 정신건강전문요원 등 전문인력에 의한 언어 기반의 상담 형태로 주로 진행된다. 이를 고려할 때 현재의 정신건강 서비스 제공 현장이 결혼이주여성을 대상으로 한 정신건강서비스 제공 역량(특히 다문화 감수성)이 충분한지에 대한 점검 역시 선행될 필요가 있다. 특히 결혼이주여성의 정신건강 문제는 이주 배경 아동·청소년의 건강과도 밀접한 연관성을 가진다는 점에서, 어린 자녀가 있는 결혼이주여성에게서 정신건강 문제를 경험하는 비율이 더 높게 나타난다는 점에서 정신건강 문제를 경험하는 여성 개인뿐 아니라 가족에 대한 포괄적인 접근과 개입도 필요하다. 현재 가족센터 및 다문화가족센터를 통해 가족상담 서비스가 제공되고 있는데, 이들은 다문화 가족 구성원이 겪는 다양한 문제에 대한 상담을 진행하고 있으므로 이들 센터에 대한 정보를 적극적으로 알릴 필요가 있다. 또한 거주 기간이 오래됐거나 한국어 능력이 높은 결혼이주여성의 경우 가족센터나 다문화가족지원센터 외 정신건강복지센터 등 공공기관이나 전 국민 마음 투자 지원 사업에 참여하는 기관, 그 외 사회 서비스 바우처 형태로 진행되는 기관에 대한 정보를 알리고, 이를 이용할 수 있도록 신청 및 이용 절차에 대한 정보를 제공하는 것 역시 필요하다. 〰

참고문헌

김지원, 신자현. (2024). 중장년기 결혼이주여성의 노후 불안과 우울의 관계에 대한 연구. **사회복지 실천과**

- 연구, 21권 1호, pp. 41-67.
- 김혜미, 권태연. (2021). 다문화가족 이주여성의 자살생각에 대한 연구. **보건교육건강증진학회지**, 제38권 제2호, pp. 29-42.
- 박은자, 천희란, 전진아, 곽윤경, 최지희, 이홍림, 이나경. (2024). **결혼이주여성 건강조사를 위한 프로토콜 개발 및 예비연구**. 국립보건연구원, 한국보건사회연구원.
- 보건복지부, 한국생명존중희망재단, (주)한국리서치. (2023). **2023 자살실태조사**. 보건복지부.
- 신현희, 신영희. (2015). 동남아시아 결혼이주여성 임부의 생활 스트레스, 사회적지지 및 산전우울과의 관계. **지역사회간호학회지**, vol. 25, No. 2, pp. 108-118.
- 이가연, 전해정. (2022). 베트남 결혼이주여성의 우울감 영향요인: 2018년 전국다문화가족실태조사를 중심으로. *Journal of Korean Public Health Nursing*, Vol. 36, No. 3, pp. 375-388.
- 이혜령, 최희정. (2024). 결혼이주여성의 사회적 자본과 노후불안. *Journal of Families and Better Life*. Vol. 42, NO. 4, pp. 115-134.
- 장주영. (2021). 결혼이주여성의 사회적 자본 접근성과 우울감 경험: 출신 국가의 영향을 중심으로. *Korean Journal of Human Ecology*, vol. 30, No. 2, pp. 241-258.
- 전경숙. (2017). 결혼이주여성의 우울 관련 요인. *J. Korean Acad Pscyhiatr Mental Health Nurs*, vol. 26, No. 4, 402-411.
- 조원섭, 유승현. (2017) 결혼이주여성의 우울·스트레스 증상과 그 영향 요인: 위험 요인과 보호 요인을 중심으로. **보건교육건강증진학회지**, 제34권 제1호, pp. 47-65.
- 질병관리청. (2023). **2022 국민건강통계**. 질병관리청.
- 홍선엽, 신철진, 이상익, 손정우, 김시경, 주가원. (2013). 베트남 결혼이주여성의 우울과 불안에 영향을 미치는 요인에 대한 설문연구. **생물정신의학**, 20(4), 144-150.
- WHO. (2001). *The World Health Report 2002-Mental Health: New Understanding, New Hope*. WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf

Marriage Immigrant Women in Korea and Their Mental Health Status

Jun, Jina

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

Marriage immigrant women are not a homogeneous group, and their mental health can vary depending on factors such as country of origin, timing of migration, age at migration, and post-migration socioeconomic conditions. This article examines their mental health status, awareness of mental health issues, and experiences with consultation services, using data from an online survey conducted in 2024 as a preliminary to developing a health status survey protocol for this population. In addition to emphasizing the need for further research to deepen the policy understanding of mental health issues facing marriage immigrant women, this article also highlights the need for measures to improve their own understanding and awareness of such issues.