

남한 내 북한 이탈 주민의
건강 상태 및 의료 이용 만족도 분석

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 경 철

남한 내 북한 이탈 주민의
건강 상태 및 의료 이용 만족도 분석

지도 정 우 진 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2004년 12월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 경 철

김경철의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____

심사위원 _____

심사위원 _____

연세대학교 보건대학원

2004년 12월 일

감사의 글

지난 2년간의 보건대학원 학생으로서의 시간과 최근 몇 개월간의 논문 작성의 시간들이 이제 끝나가고 드디어 마지막 감사의 글을 쓰는 저의 마음은 그야말로 감사함으로 가득차있습니다. 돌이켜보면 직장생활과 가장으로서의 역할에도 버거워 하던 제가 이렇게 무사히 졸업을 하게 된 뒤에는 무수히 많은 도움의 손길들이 있었습니다. 제게 보건학의 입문을 지도해주신 유승흠 선생님을 비롯하여 연구하는 방법을 알려주신 지선하 교수님, 채영문 선생님, 강혜영 선생님, 통계의 세계에 눈을 뜨게 해주신 남정모 교수님 등 많은 보건대학원 교수님들께 감사를 드립니다. 무엇보다 지도교수님이신 정우진 교수님께 감사를 드립니다. 강의 시간과 논문 작성과정에서 때로는 자상하게 때로는 엄하게 학문하는 방법을 알려주셨을 뿐 아니라 좋은 신앙인의 덕을 나누어 주셨습니다. 또한 개인적으로 오랜 교제를 해오는 동안 언제나 제게 힘이 되었고 이번 북한 이탈 주민 연구에 저를 동참하게 해주셨던 전우택 교수님께도 진심어린 감사의 마음을 전합니다. 꼼꼼하게 글자 하나하나까지 교정해주셨던 김미숙 선생님께도 감사함을 전합니다. 힘든 과정에서 함께 힘이 되어주던 우리 국제 보건 학과 선후배, 동기들에게도 고마움을 전합니다. 한사람의 석사가 나오기까지는 이처럼 많은 도움의 손길이 필요했기에 더욱 겸허한 마음으로 석사 학위를 받게 될 것 같습니다.

모든 이들의 고백과 마찬가지로 가족의 힘이 제게는 큰 힘이 되었습니다.

진료 이후 다시 학교에서 공부를 하느라 늦게 오는 지친 아빠를 위해 “아빠, 힘내세요”라는 노래를 불러준 큰 딸 채은이, 작은 아들 지원이도 제게는 힘이 되었습니다. 마지막 원고를 넘겨받자마자 띄어쓰기, 어색한 문장을 과감하게 정리해버린 기자출신 처제에게도 감사함을 전합니다. 무엇보다 가장 큰 힘이 된 것은 아내입니다. 대학원을 시작하도록 격려해준 것도, 과정 중의 어려움을 나누어 진 것도 아내였습니다. 논문의 설계 단계부터 마무리까지 둘이 같이 썼다고 할 정도로 큰 힘이 되었음을 고백합니다.

논문을 쓸 때는 누구나 어려움을 겪는다고 합니다. 제게는 어머니의 병환이 가장 어려운 일이었으며 이 논문의 상당부분이 입원실에서 혹은 격리실 보호자 침대위에서 쓰여 졌습니다. 많은 사연을 가지고 완성되어 나오는 이 논문이 마지막 치료 과정의 고비를 넘고 계시는 어머니에게 작으나마 힘이 되어 보기를 소망합니다.

여기까지 인도하신 에벤에셀의 하나님께 감사를 드립니다.

2004년 12월

진료실에서

김경철

차 례

국문요약	vii
I. 서론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 용어의 정의	4
II. 이론적 배경	6
1. 북한 이탈 주민에 대한 선행 연구	6
가. 북한 이탈 주민의 현황	6
나. 북한 이탈 주민의 건강 상태	8
다. 북한 이탈 주민의 정신 건강	9
라. 이주 난민의 건강 문제에 대한 외국의 선행 연구	10
2. 건강 상태의 평가	12
가. 주관적 건강 상태	12
나. 만성 질환의 유병 상태	14
3. 의료 이용에 관한 연구	17
4. 연구가설	19
III. 연구방법	20
1. 연구 설계	20
2. 연구 대상	20
3. 연구 도구	22
4. 자료 수집 방법 및 절차	27
5. 자료 분석 방법	29
IV. 연구 결과	31
1. 대상자의 일반적 특성	31

가. 대상자의 인구 사회학적 특성	31
나. 대상자의 건강 관련 특성	34
다. 성별에 따른 일반적 특성 차이	37
2. 대상자의 주관적 건강 상태 및 관련 요인 분석	39
가. 대상자의 주관적 건강 상태	39
나. 일반적 특성에 따른 주관적 건강 상태의 비교	41
다. 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 모형별	44
라. 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 성별	47
3. 의료 이용에 대한 만족도	50
가. 의료 이용에 대한 만족도	50
나. 남한 거주 기간에 따른 의료 이용에 대한 만족도	52
4. 가설에 대한 검증	53
V. 고찰 및 정책 제언	58
1. 연구 방법에 대한 고찰	58
2. 연구 결과에 대한 고찰	60
3. 정책 제언	65
VI. 결론	68
참고문헌	71
영문요약	81
부 록	83

표 차 례

[표 1] 변수의 분류 - 인구 사회학적 변수상태	23
[표 2] 변수의 분류 - 건강관련 변수	25
[표 3] 연구 대상자의 인구 사회학적 특성	33
[표 4] 연구 대상자의 건강 관련 특성	35
[표 5] 성별에 따른 연구 대상자의 특성	38
[표 6] 현재의 주관적 건강 상태	39
[표 7] 과거대비 현재의 주관적 건강 상태	39
[표 8] 주관적 건강 상태의 평균 및 표준편차	40
[표 9] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 인구 사회학적 변수	42
[표 10] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 건강 관련 변수	43
[표 11] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 모형별	46
[표 12] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 성별	49
[표 13] 의료 이용에 대한 만족도	51
[표 14] 남한 거주 기간에 따른 의료 이용에 대한 만족도 분석	52

그림 차례

[그림 1] 연도별 북한 이탈 주민의 유입수	6
[그림 2] 10대 만성 질환 및 의사 진단 유병률	15
[그림 3] 연구의 틀	21
[그림 4] 연구 대상자의 만성 질환 종류별 빈도수	36
[그림 5] 연구 대상자의 만성 질환 종류별 빈도수 (히스토그램)	36
[그림 6] 현재 및 과거대비 현재의 주관적 건강 상태 비교	40
[그림 7] 의료 이용에 대한 만족도	51
[그림 8] 일반 국민의 주관적 건강 상태(1995, 2001년)과의 비교	54

국 문 요 약

2000년 이후 북한 이탈 주민의 남한 이주가 급증하면서 이와 함께 이들의 남한 사회에서의 적응 주요한 사회 문제로 떠오르게 되었다. 건강 문제가 이들의 적응에 미치는 영향이 크다는 점을 감안 할 때 이들에 대한 건강 상태 및 의료 이용 양상에 대한 구체적이고 통합적인 조사가 필요하게 되었다.

본 연구는 남한에 정착한지 만 2년 이상 된 북한 이탈 주민을 대상으로 이들의 건강상태와 이에 영향을 주는 요인 및 의료 이용 만족도를 파악하여 이들의 남한 내 적응을 돕기 위한 기초 자료를 마련할 목적으로 시도되었다.

연구대상은 1998년도 5월부터 2001년도 3월까지 입국한 사람들 중 설문 조사에 참여한 151명을 대상으로 하였으며 자료 수집은 훈련된 면접자를 통한 설문 기입식 조사를 실시하였다. 자료 분석은 주관적 건강 상태를 종속변수로, 인구사회학적 특성 및 건강관련변수를 독립변수로 하여 각 관련 요인에 따른 건강 상태의 평균값을 t-test 및 one way ANOVA로 비교하였으며 요인 간 영향을 배제하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

연구 결과는 다음과 같았다.

첫째, 연구 대상자는 남자 85명, 여자 66명으로 이들의 평균 연령은 37.63세였고, 이들의 남한 거주 기간은 36개월에서 60개월 사이로 평균 48.17개월이었다.

둘째, 주관적 건강 상태에 대해서는 대상자의 46.34%가 ‘좋다’ 혹은 ‘매우

좋다'라는 긍정적인 대답을 하였는데 이는 2001년도 국민건강영양조사에서 남한 주민의 주관적 건강 상태에서 긍정적 대답이 58.8%인 것에 비해 낮은 편이다. 과거 2년 전과 비교한 현재의 주관적 건강 상태에서 '좋아졌다' 혹은 '매우 좋아졌다'고 긍정적으로 대답한 비율은 전체의 22.17%로 현재의 주관적 건강 상태에 비해 더 낮았다. 남한 거주 기간에 따른 주관적 건강 상태는 거주 기간이 48개월 이상인 경우 48개월 미만인 그룹보다 주관적 건강 상태가 낮았다. 그 외 주관적 건강 상태와 관련이 있는 요인으로 종교, 만성 질환, 우울증 여부 등이 있었다. 즉 종교가 있는 그룹에서 주관적 건강 상태는 높았으며, 만성 질환 및 우울증이 있는 그룹에서 주관적 건강 상태는 낮았다. 나이, 교육, 결혼, 동거여부 및 경제상태, 임원여부, 건강행위관련 변수들은 주관적 건강 상태와 연관이 없었다. 성별에 따른 주관적 건강 상태는 단변량 분석과 다른 인구학적 변수를 통제한 다중회귀분석에서 남자에 비해 여자가 낮았으나 모든 변수를 통제한 다중회귀분석에서는 차이가 없었다.

셋째, 북한 이탈 주민의 의료 이용에 대한 만족도에서 긍정적인 대답은 의사의 태도(65%), 치료의 질(59.58%), 의료비용(54.78%), 병의원 환경(86.61%), 행정절차 (68.49%)등으로 긍정적인 대답이 모두 50%를 넘었다.

남한 거주 기간에 따른 의사의 태도, 치료의 질, 병의원 환경, 행정절차의 만족도의 차이는 없었으나 의료비용에 대한 만족도는 48개월 미만인 군보다 48개월 이상인 그룹에서 낮게 나타나 남한 거주 기간이 오래될수록 의료비용에 대한 만족도는 저하됨을 알 수 있었다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때, 정착한 후 만 2년 이상이 된 북한 이탈 주민들의 주관적 건강 상태가 2001년도 실시한 국민건강영양조사에서의 남

한 주민의 주관적 건강 상태에 비해 좋지 못한 편이며, 거주 기간이 오래 될수록 주관적 건강 상태가 낮아지는 것을 볼 수 있었다. 또한 이들의 의료 기관 이용에 대한 만족도는 대체로 높았으나 거주 기간이 길수록 의료 비용에 대한 만족도가 낮아지는 것을 볼 때 이들에 대한 여러 대책이 필요 하겠다. 또한 성별, 만성 질환, 우울증, 종교 등이 주관적 건강 상태와 유의한 연관성이 있는 것으로 나타난 점에 비추어 이들의 건강 상태에 대해 보다 전인적인 이해와 세심한 접근이 필요함을 알 수 있다

핵심어 : 북한 이탈 주민, 주관적 건강 상태, 의료 이용 만족도, 삶의 질

I. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

2000년 이후 북한 이탈 주민의 남한 입국의 수가 급격히 증가함에 따라 이들의 사회 정착 및 적응 문제가 중요한 사회적 이슈로 대두되고 있다 (통일백서 2004). 북한 이탈 주민의 남한 내 입국 규모는 1990년대 초반에는 10명 내외로 비교적 적은 인원이었으나 1990년대 중반부터 매해 그 숫자가 크게 증가하여 2001년 이후에는 매년 1,000명 이상 증가하고 있다 (그림 1). 남한에 입국하는 북한 이탈 주민들의 숫자가 급증함에 따라 이들에 대한 효과적인 지원 정책이 적절하게 이루어지기 위하여 북한 이탈 주민들의 남한 사회 적응에 대한 구체적이고 통합적인 조사가 필요하게 되었다 (전우택 2003).

북한 이탈 주민들이 남한 사회에 적응과 관련된 연구들은 심리, 경제, 법률, 종교 등의 영역에서 다양하게 이루어져 왔다 (조영아 2004, 전우택 2003, 윤덕룡 1997 등). 그러나 적응에 대한 주요한 척도인 '삶의 질'에 건강문제가 미치는 영향이 크다는 것을 감안할 때 북한 이탈 주민의 건강 상태를 파악하는 것은 큰 의의가 있다.

북한 이탈 주민들이 경험하는 건강 문제는 단순히 개인 문제의 차원을 넘어 이들이 남한 사회에 적응을 하면서 겪는 경제·사회·심리적 어려움 등과 연관이 있으리라 예상된다. 또한 무상의료제도나 의사 담당구역제 등을 근간으로 하는 사회주의 의료제도와 달리 민간의존도가 높은 남한의 의료제도 아래에서 제도적 차이에 적응해야 하는 어려움도 건강문제를 일으

키는 변수로 예상 된다 (박종연 2002).

지금까지 보고된 북한 이탈 주민들의 건강 상태에 대한 연구에 대해서는 정신건강에 대해서는 비교적 많은 조사가 이루어져왔다 (전우택 1997, 2002). 그러나 신체적 건강 상태에 대해서는 서 일 등 (1999)이 중국 내 북한 난민 건강 실태 조사를 통하여 중국에 체류한 지 2년 미만의 북한 이탈 난민들을 대상으로 건강실태를 조사한 연구와 전우택 등 (2003)이 2001년 남한에 정착한 지 만 2년 미만의 북한 이탈 주민들을 대상으로 남한생활 적응 실태 조사를 하며 일부에 북한 이탈 주민들의 건강 상태를 다룬 연구 외에는 거의 다루어 지지 못했고, 특히 남한의 의료시설 이용에 대한 연구는 전혀 없었다. 이는 캐나다 등 외국에서 난민들의 건강 문제에 대한 다양한 연구들이 이루어지고 있는 것과 대조적이다 (Edward 1998, Janice 1999, Richard 2001, Bruce 2003, Stella 2004 등).

이에 본 연구는 남한에 정착한 지 만 2년 이상이 된 북한 이탈 주민을 대상으로 이들에 대한 건강 상태에 대한 평가와 이에 영향을 주는 요인을 분석하고, 남한 내 의료 이용에 대한 만족도 및 거주 기간에 따른 만족도의 차이를 분석하여 북한 이탈 주민에 대한 건강 관련 정책 과제를 도출하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 주목적은 남한 내 거주 기간이 만 2년에서 5년 사이인 북한 이탈 주민의 건강 상태를 평가하고, 남한 내 의료기관 이용에 따른 만족도를 파악하기 위한 것으로 본 연구의 구체적 목적을 기술하면 다음과 같다.

첫째, 북한 이탈 주민들이 주관적으로 인식하는 건강상태를 확인한다.

둘째, 북한 이탈 주민들이 이환된 주요 만성 질환의 유병상태를 확인한다.

셋째, 북한 이탈 주민들의 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인들을 규명한다.

넷째, 북한 이탈 주민들의 남한 내 의료 기관 이용에 따른 만족도 및 거주 기간에 따른 만족도의 차이를 규명한다.

3. 용어의 정의

가. 북한 이탈 주민

북한을 탈출하여 남한이나 중국 등 다른 나라에 거주하고 있는 사람들에 대한 남한 정부의 공식적 명칭은 ‘북한 이탈 주민’이다. 주요 언론이나 일반사회에서 흔히 ‘탈북자’라고 부르기도 하는데 최근 통일부에서는 이들에 대한 적절한 명칭으로 ‘이향민’, ‘새터민’, ‘자유민’, ‘이주민’, ‘하나민’ 등의 새 이름으로 개명할 것을 고려중인 것으로 알려졌다 (한국일보, 2004). 이에 본 연구에서는 현재까지 공식적으로 사용되고 있는 ‘북한 이탈 주민’이라는 명칭을 사용하기로 한다.

나. 난민 (Refugee)

1951년 United Nation Convention에서는 난민의 정의를 다음과 같이 내리고 있다. ‘난민 (Refugee)’이란 인종·종교·국적·특정사회집단에의 소속 또는 정치적 견해를 이유로 박해를 받게 될 것이라는 충분한 이유 있는 공포 때문에 자국국적 밖에 있는 자 및 자국의 보호를 받을 수 없거나 또는 그러한 공포 때문에 자국의 보호를 받기를 원하지 않는 자를 말한다 (난민협약 제1조A 및 난민의정서). 1969년 African Unity 기구에서는 난민의 정의에 전쟁, 국지전, 어떠한 종류의 폭력으로 부터의 탈출을 포함시켰으며 최근 기근이나 지진 같은 경제적 이유로 인한 이주 등으로도 폭넓게 개념을 확장시키고 있다. 이에 비해 이에 비해 실향이주민 (Internally Displaced Person)은 무장 봉기, 분쟁, 인권 탄압, 자연 혹은 인위적 재해 등으로 인

해 자신이 거주하던 지역을 갑작스럽게 대량으로 탈출을 한 자들(국경은 넘지 않는다)로 정의한다 (Jennifer 1999, Stephanie 1983).

현재 전 세계적으로 1,500만 명의 난민들이 존재하고 2,200만 명의 실항이 주민이 존재한다. 이 중 북한 난민은 2001년 현재 약 50,000명의 중국 내 난민이 있으리라 추정이 된다 (World Refugee Survey 2002, US Committee for Refuge 2001). 그러나 이 수치는 어디까지 추정에 불과하며 기관에 따라서는 일반 명에서 이십만 명 (국경없는 의사회) 까지 달리 추정한다. 이들 난민 연구는 크게 난민 발생 지역에서 일차적으로 이주한 국경 인접지역에 대한 조사와 이후 제 3세계에 정착을 하는 적응과정에 대한 연구로 나뉘어 진다. 본 연구는 후자인 북한 난민의 남한 내 정착 및 적응과 관련이 있다.

다. 주관적 건강 상태 (Subjective Health Status)

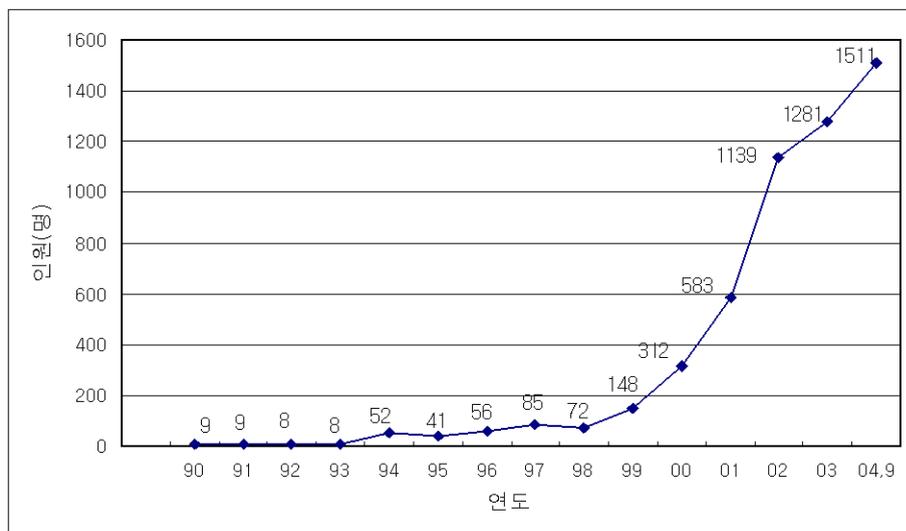
‘지각된 건강 상태 (Health Perception)’이라고 불리는 주관적 건강 상태는 건강과 질병의 연속과정으로서 개인의 신체적·정신적·사회적 건강상태를 주관적으로 평가한 것을 말한다 (Lawston 1982). 본 연구에서는 동료와 비교하였을 때의 현재의 주관적 건강 상태를 평가하고자 하였으며 Likert 5점 척도를 이용하여 점수가 높을수록 주관적 건강 상태가 높은 것으로, 낮을수록 주관적 건강 상태가 낮은 것으로 평가하였다.

II. 이론적 배경

1. 북한 이탈 주민에 대한 선행 연구

가. 북한 이탈 주민의 현황

북한 이탈 주민의 국내 입국 규모는 1990년대 초반에는 10명 내외로 비교적 적은 인원이었으나 1990년대 중반부터는 50명을 상회하였고, 1990년대 후반에 들어서는 100명 이상으로 급증하였다. 특히 [그림 1]과 같이 2002년에는 전년도 2배 정도인 1,139명이 입국함으로써 과거에 비해 입국 규모가 크게 증가한 가운데 2003년 1,281명, 2004년 10월까지 1,511명으로 그 수가 해마다 늘고 있음을 알 수 있다 (통일백서 2004).



[그림 1] 연도별 북한 이탈 주민들의 유입 수 (통일백서 2004)

북한 이탈 주민이 남한 내에 들어오면 정부가 운영하는 '하나원'에서 2개월간 남한사회에 대한 교육 및 기본 직업 훈련 등을 받고 퇴소한다. 이후 본인이 선택한 거주지에서 정착지원을 받을 수 있도록 1999년 8월 1일부터 각 기초자치단체에 거주지보호담당관을 지정·운영하고 있다. 1997년 제정된 「북한 이탈 주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」 제 30조에 의거 설립된 북한 이탈 주민 후원회는 정부와 민간단체의 접촉 창구 역할을 하는데 현재까지 서울 5개 지역 (강남, 강서, 양천, 노원, 송파)과 지역 6개 지역 (부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 성남)에서 활동하고 있으며 2004년 2개 지역 (서울 중랑, 경기 부천)이 추가 확대될 계획이다.

이들의 사회정착지원으로는 초기 정착에 필요한 자립기반을 마련할 수 있도록 정착금을 지원해주고 있는데 초기 생계지원금으로 월 최저금액의 200배 범위 내에서 기본금과 가산금으로 구분하여 지급하고 있으며 기본금은 월 최저임금액의 160배 상당액의 범위 안에서 세대 구성원의 수를 고려하여 지원하고 있으며 이외에도 주거지원금 등이 지급 된다.

나. 북한 이탈 주민의 건강 상태

서 일 등(1999)은 북한의 식량난이 한창이었던 1998년 8월말부터 12월말까지 중국 내 북한 난민을 대상으로 이들의 인구사회학적 특성, 신체적 건강상태, 질병상태, 신체증상, 의료 이용 경험 등을 조사하였다. 이 연구에 의하면 북한 난민이 스스로 인식하고 있는 자신에 대한 현재 건강상태는 대체적으로 나쁜 것으로 나타났다. '매우 좋음' 또는 '좋음' 이라고 응답한 경우가 15%인데 비해 '보통'이라고 한 경우가 30%, '나쁨'이 34%, '매우 나쁨'은 21%이었다. 1년 전과 비교한 현재 건강 상태에 대해서는 좋지 않다고 평가하는 사람이 전체의 65%인 것으로 나타났다. 이는 1995년도 실시한 남한의 국민건강조사 자료에서 주관적 건강 상태가 나쁘다고 한 경우(남 10%, 여 16%)보다 각각 5.2배, 3.6배 높은 것에 해당 되었다(최창수 등 1995). 이들 난민들의 질병 이환률은 전체의 70% 순 이었으며, 위장병(214명), 심장병(117명), 장티푸스, 파라티푸스(116명) 등의 순으로 많았다. 지난 1년간 북한 내에서 병원을 이용하거나 의사에게 치료를 받은 경험이 있는 사람은 전체의 44%였으며 이 중 대다수(97%)가 의료 이용에 어려움이 있었다고 응답했다. 이 처럼 남한에 들어오기 전의 북한 난민에 대한 연구는 이후 이들이 남한 내에서 적응을 할 때 중요한 기초 자료가 된다고 할 수 있다.

남한 내의 북한 이탈 주민에 대한 건강 상태를 조사한 연구는 거의 없다. 전우택 등(2003)은 2001년도에 남한에 들어온 지 2년 미만의 북한 이탈자에 대한 남한 사회 적응 실태 조사를 광범위한 분야에 걸쳐 조사한 바 있는데 이 중 한 항목이 건강에 대한 부분이었다. 연구결과 북한 이탈 주민들이 남한 생활 2년 내에 앓은 질병 횟수는 '없다'가 48% (96명), '1회'

35.5% (71명), '2회' 11% (22명), '3회' 4% (8명) 등의 빈도를 보였으며 근골격계 질환, 위장관 질환, 치과 질환, 안질환 등의 순이었다. 질병에 대한 치료 만족도는 '대체로 만족'이 35.6% (42명)으로 가장 많았고, '매우 만족' 22.9% (27명), '보통'이 20.3% (24명)로 나타났고, '대체로 불만족'은 16.9% (20명), '매우 불만족'이 4.2% (5명)로 나타났다.

다. 북한 이탈 주민의 정신 건강

북한은 그동안 장기적인 경제난으로 인해 주민들이 받고 있는 정신적 스트레스가 매우 크며 최근 발생한 자연재해와 식량난은 이를 가중시키고 있다. 또한 북한 이탈 주민의 경우 대다수가 북한 내 가족의 식량을 구해 생명의 위협을 무릅쓰고 여러 차례 국경을 넘나드는 관계로 이들이 받는 정신적 스트레스 정도는 매우 높을 것으로 추정된다.

외국의 연구에 의하면 난민들의 상당수가 신체·정신적 외상을 입은 자들이며 이에 따라 사회적응 능력이 저하되어 있는 것으로 알려져 있다 (Neugebauer 1997). 난민에 있어서 우울증과 외상 후 스트레스장애 (post traumatic stress disorder, PTSD)의 유병률이 각각 15~80%, 3.5~93%로 다양하게 보고되고 있다 (Koll 등 1989, Kinzie 등 1990, Sillove 등 1997).

이윤환 등 (2000)은 1999년 중국 내 탈북 난민을 대상으로 실시한 정신 건강 실태조사에서 난민들의 상당수가 외상 후 스트레스장애 (PTSD)를 겪으며 (DSM-III-R 기준; 전체의 55.5%), 전체의 90.0%가 불안증을 91.1%가 우울증을 가지고 있음을 보고하였다.

남한에서 적응을 하기 시작한 북한 이탈 주민들의 정신적 갈등은 보다

심각하다 (전우택 2000). 체제의 차이, 문화의 차이가 적응을 어렵게 하며, 북한 내 두고 온 가족에 대한 죄책감 및 탈북 이후의 과정에서 새로 구성되는 배우자 및 가족에 대한 갈등도 있다. 또한 남한 내 안정적인 직업을 구하지 못함으로 인해 오는 스트레스 또한 상당하며 빈곤의 악순환에서 오는 절망감을 겪기도 한다.

라. 이주 난민의 건강 문제에 대한 외국의 선행연구

일반적으로 이주민들의 건강 상태는 그들이 정착하고자 하는 지역의 원주민들 보다 낮다고 할 수 있다 (Stella 2004). 이는 이주민이 그 사회에서 낮은 경제적 위치 및 열악한 교육 환경에 놓이게 되며 이러한 경제·사회적 요인이 개인의 건강 상태에 부정적인 영향을 끼치기 때문이다 (Bruce 2003). Bruce 등 (2003)은 캐나다 내 12개국에서 온 이주자들 2,058명을 대상으로 그들의 주관적 건강 상태, 건강이용지수(Health Utility Index Mark3 HUI3)를 알아보았으며 관련된 독립변수로는 경제 사회 인구학적 변수 외에 흡연, 음주, 운동 등 건강습관 관련 변수도 사용하였다. 연구결과 이주자들의 주관적 건강 상태 및 HUI3은 비이주자에 비해 낮았다 ($P < 0.05$). 그러나 이와 같은 전통적인 연구와는 반대의 결과가 종종 보고되는데 이른바 ‘건강한 이주민 효과 (Healthy immigrant effect)’ 이론에 근거한 가설이다 (Janice 1999). 이처럼 이주자들의 주관적 건강 상태가 상대적으로 높다는 근거로는 이주민들이 가지고 있는 특성 - 즉 일반적 국민 구성보다 더 젊은 연령, 고등교육, 위기에 대한 강한 대처 능력, 상대적으로 취약했던 이주 전 환경과의 비교 등을 들 수가 있다. 이러한 연구 결과

는 많은 논란을 낳고 있는데 이들 연구 역시 이주 후 정착 시간이 오래될 수록 주관적 건강 상태는 낮아진다고 보고하고 있다 (Bruce 2003, Janice 1999).

Tatsuya 등 (1993)이 1989년부터 1991년까지 일본에 이주 정착한 베트남 난민 932명을 대상으로 혈액검사 등 의학적 검사를 시행한 결과 기생충 감염 (78%), 빈혈 (12%), B형 간염 보균 상태 (14%), 간기능 이상(10%), 고혈압 (0.8%), 활동성 폐결핵 (2%), 매독 (0.7%) 등의 높은 유병률을 보였다. Tatsuya 등은 이러한 조사를 기초로 하여 일본 내 베트남 이주자에 대한 전염병 관리 등 지속적인 질병 관리의 필요성을 주장하였다.

2. 건강 상태의 평가

대상자의 건강을 평가하는 방법에는 크게 두 가지가 있다. 하나는 대상자의 유병상태, 이환기간, 질병으로 인한 근무 손실 등 객관적인 평가방법이며 또 하나는 대상자 스스로가 느끼는 건강에 대한 주관적인 평가방법이다.

가. 주관적 건강 상태

1) 이론적 배경

최근 건강과 관련된 행위를 예측함에 있어서 지각된 건강상태를 강조하는데 Pender (1987)의 건강증진 모형에서는 건강증진 행위를 하는데 영향을 주는 개인의 심리적 요인으로 지각된 건강 상태 (주관적 건강 상태)를 제시하여 유의한 예측인자로 활용된 바 있다. Fehir (1988)은 건강에 대해 질병보다는 안녕을 강조하는 건강증진 측면에서 자가 평가 방법이 다른 방법보다 유용하다고 하였다. 최근 실시된 연구들에서 심신자각 증상을 일일이 측정하는 방법보다는 오히려 대상자가 전반적인 건강상태에 대하여 자가 평가하는 방법을 많이 사용하고 있다.

노유자 (1988)와 Palmore 등 (1972)은 생활만족과 주관적 혹은 객관적으로 측정된 건강과의 관계연구에서 대상자 자신이 건강하다고 믿는 사람은 객관적으로 건강이 좋지 않은 상태에서도 생활만족도가 높고, 자신이 건강하지 않다고 믿는 사람은 객관적으로 건강이 좋은 상태에서도 생활만족도

가 낮게 나타난다고 보고하였으며 그 외의 연구 (Palmore 등 1977, Larson 1978)에서도 생활만족에 대한 예측 인자 중 인지된 건강이 가장 중요한 요인으로 나타났다.

한편 Palank (1991)는 자신의 건강에 대한 인식은 건강증진 생활양식의 지표와 개인의 행동과 밀접한 상호 관련성이 있다고 하였으며 그 외에도 건강상태를 좋게 지각하는 것이 건강 증진 행위를 향상시키며 건강 증진 생활양식의 빈도와 강도에 영향을 미친다는 연구 결과가 있다.

이상을 종합할 때 지각된 건강상태는 대상자의 실제적인 건강상태를 반영하는 좋은 지표로서 사용될 수 있다.

2) 주관적 건강 상태와 관련된 영향요인

김남진 (2000)은 예비노인 집단과 노인집단에서 건강행위가 높은 경우 주관적인 건강상태가 좋음을 밝혔다. 문상식 등 (2001)은 질환의 유무보다 주관적인 건강 인식이 건강행위 (흡연, 음주, 체중조절, 운동, 적정수면, 건강검진, 규칙적 식사 등)에 더 영향을 미친다고 하였다. 김귀분 등 (1998)은 생활만족도에 미치는 영향 요인으로 건강증진 생활양식과 지각된 건강상태가 통계적 의미를 가진다고 하였다. 즉 생활만족에는 지각된 건강상태가 좋은 경우, 건강증진 생활양식을 잘 실천하는 경우 생활만족도가 높은 것으로 나타났다.

캐나다 내 이주자들의 주관적 건강 상태에 미치는 요인 분석에 관한 연구에서 대상자의 나이, 인종, 교육, 직업여부, 수입, 정착 기간 등이 주관적 건강 상태에 영향을 주는 것으로 조사되었으며, 성별, 결혼여부, 흡연, 음주, 운동 등은 영향을 주지 않는 것으로 나타났다 (Bruce 2003).

미국 내 아시아인 이주자들을 대상으로 한 또 다른 주관적 건강 상태에 대한 연구에서는 부모의 교육 상태, 경제적 상태 등이 주관적 건강 상태와 연관이 있는 것으로 나타났다 (Stella 등 2004). 통일 후 독일 주민을 대상으로 한 주관적 건강 상태에 대한 연구에서는 나이, 고용여부, 교육, 종교 등이 주관적 건강 상태와 연관이 있었다 (Günter 등 1997).

나. 만성 질환의 유병 상태

1) 만성 질환의 정의

만성 질환이란 불명확한 원인, 유전적 소인 및 생활양식과 관련된 환경 요인 등 여러 가지 복합적인 요인에 의해 발생되며 장기간의 잠재기와 이환 기간을 거치므로 완전 치유는 어렵고 결국 기능장애나 불능으로 진행되는 퇴행성 질환 군을 총괄한다 (김정순 2001).

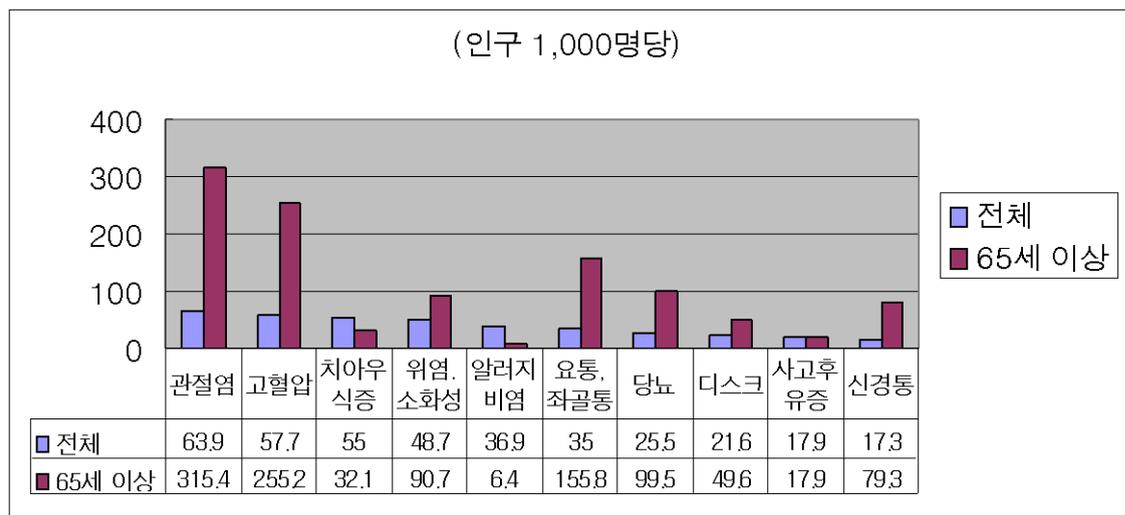
본 연구에서 인용 한 만성 질환의 정의는 ‘2001 국민건강·영양조사’에서 정의한 것으로 ① 발생 후 현재까지 3개월 이상 경과된 질병 (단, 임신과 관련된 합병증은 제외) ② 발생 시기에 관계없이, 질병의 자연사적 특성에 근거하여 분류된 만성 질환을 말한다 (최정수 등 2001).

2) 국내 만성 질환의 개관

우리나라 만성 질환의 유병률은 1989년 이래 3년 주기로 국민건강에 관한 표본 인구조사 실시에 의해 조사되고 있으며 기존의 건강조사에 ‘국민영양

조사'를 통합하여 '국민건강·영양조사'를 매 3년마다 실시하고 있다. 2001년 국민건강·영양조사를 통해 산출된 결과를 보면, 우리나라 국민들이 앓고 있는 질병 중에서 만성 질환이 차지하는 비중이 69.1% (95년) → 74.5% (98년)→80.6% (2001년)으로 증가하는 추세이다. 또한 연간 우리 국민이 주로 앓고 있는 만성 질환은 관절염 (1위), 고혈압 (2위), 치아 우식증 (3위) 등이며 (그림 2), 만성 질환 유별률은 성, 연령, 소득수준 등의 사회경제적 특성에 따라 차이를 나타내고 있다.

[그림 2] 10대 만성 질환 및 의사진단 유병률



(2001년도 국민건강영양조사)

3) 의료 보호 대상자의 만성 질환 상태

김복연 등 (1991)은 의료보험 대상자와 의료보호 대상자의 만성 질환 이환 상태를 비교한 바 있다. 이 연구에서 인구 1,000명 당 만성 질환 이환자는 의료보험 대상자와 의료보호 대상자에서 각각 73명과 123명, 표준화한 이환률도 각각 57명 87명이었다. 두 군 모두에서 연령이 증가할수록 이환율이 높았다. 이처럼 의료보험 환자에 비해 의료 보호환자에서 만성 질환의 이환률이 높은 것은 의료 보호대상자 즉, 도시 저소득층의 경우 영양 및 환경상태가 좋지 못한 상태에서 생계유지를 위한 정신적, 육체적 과로로 인한 건강의 저하로 이환의 기회가 증대되며 의료이용에 대한 경제적 장벽에 의해 의료이용이 쉽지 않아 더욱 이환 가능성이 높아진 것으로 보인다. 일단 건강이 악화되거나 질병에 이환되면, 그로 인하여 경제 활동이 제한을 받아 가계 수입이 줄어들고 의료비 지불로 인하여 가계지출의 증가를 가져온다. 결국 질병의 처음 원인이었던 빈곤상태에 다시 빠져들 수밖에 없어 악순환이 계속된다. 이 연구에서 만성 질환의 종류별 분포는 두 군 모두에서 위장관계 질환, 근 골격계 질환 그리고 심혈관계 질환이 가장 흔한 질환이었다.

이선민 등 (1996)은 소득계층에 따른 건강수준에 관한 연구에서 1986년부터 1995년까지 매 3년마다 진행된 사회통계자료 분석에서 4개년 모두 대체적으로 저소득층에서 유병률이 높은 것을 보여주었다. 이수일 등 (1998)은 도시 영세 노인들에서 건강을 평가하였는데 이들의 만성 질환 유병률은 69.1%로서 근 골격계 질환이 가장 많았다. 다음으로 감각·신경계 질환으로 12.7%, 순환기계 질환 11.4%, 호흡기계 질환 11.4%의 순 이었다. 이처럼

럼 각 연구마다 만성 질환의 종류별 분포에 차이가 나는 것은 각 연구의 대상자의 차이나 연구 시점의 차이에 기인하기도 하지만, 질병 분류의 방법이나 연구자의 질병 분류 능력 등에 따른 차이도 크다고 할 수 있다.

3. 의료 이용에 관한 연구

의료 이용 평가 도구로서는 의료 이용의 어려움 (장애요인)을 묻는 방식과 의료 이용에 대한 만족도를 묻는 방식 두 가지가 있는데 본 연구에서는 후자의 방법을 사용하였다.

유연희 (2000)는 종합병원의 의료서비스 가운데 의료기술의 적용과 기술적인 측면을 제외하고는 의료 공급자가 의료기관을 이용하는 환자 및 보호자에 대하여 제공하는 부가적인 의료서비스를 중심으로 서비스 제공현황을 접근성 및 편의성, 물리적 환경, 인적측면으로 구분하였는데 간호서비스를 제외한 물리적, 의료적인 서비스 개선이 필요하다고 하였다. 박장순 (2003)은 종합병원 입원환자를 대상으로 의료이용 만족도를 시설과 환경, 의료진의 기술/전문성, 절차 편리성, 병원직원 친절/성의, 치료 결과로 구별하였으며 이에 미치는 영향 인자들을 분석하였다.

서일 등 (1999)은 중국 내 북한 난민의 연구에서 대상자의 44%가 의료이용 경험이 있으며 이중 대다수 (97%)가 의료 이용에 어려움이 있었다고 보고하였다. 의료 이용의 어려움의 원인으로는 의약품의 부족 (79%), 치료비 부담 (32%) 등으로 난민들의 열악한 의료 이용 상태를 보여주었다.

전우택 등 (2003)은 2001년도 남한내 북한 이탈 주민 적응 연구에서 대상자의 질병 치료 만족도가 '대체로 만족' 36.5%, '매우 만족' 22.9% 등으로

남한에 정착한 지 2년 미만의 북한 이탈 주민의 치료 만족도는 비교적 높은 편임을 보여주었다.

김복연 등 (1991)은 의료 보호 대상자의 의료 이용양상을 조사하였는데 의료 이용에 대한 만족도를 ‘의료인의 태도’, ‘치료의 질’, ‘비용’, ‘환경’, ‘행정적 절차’ 등 5개의 항목으로 나누어 조사하였다. 본 연구에서는 여기에서 사용한 의료 이용 만족도 조사 도구를 인용하였다.

4. 연구가설

이상과 같은 이론적 배경을 바탕으로 다음과 같은 연구 가설을 설정하였으며 세부 가설은 다음과 같다.

가설 1 : 이주민들의 주관적 건강 상태는 그들이 정착하고자 하는 지역의 원주민들보다 일반적으로 낮다는 연구 결과 (Stella 2004) 등에 기초하였을 때 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태는 남한 주민의 주관적 건강 상태보다 낮을 것이다. 또한 이주자들의 주관적 건강 상태는 정착 시간이 오래될수록 낮아진다는 연구 결과 (Bruce 2003, Janice 1999)에 기초하여 북한 이탈 주민 역시 남한에 정착을 한 지 오래될수록 낮을 것이라는 가설을 세울 수 있다.

가설 2 : 주관적 건강 상태에 대한 다른 연구에서 여자가 남자에 비해 주관적 건강 상태는 낮을 것으로 나타나는데 (최창수 등 1995), 북한 이탈 주민의 성별에 따른 주관적 건강 상태에 미치는 영향요인에도 차이가 있을 것이다. 즉 북한 이탈 주민 경우 남자에 비해 여자의 주관적 건강 상태는 낮을 것이다.

가설 3: 북한 이탈 주민들의 남한 내 의료기관의 만족도는 그들의 이전 경험과의 비교를 비추어 일정 수준 높을 것으로 생각이 된다. 그러나 남한에 정착한지 오래될수록 그 만족도는 감소할 것이다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태와 이에 관련된 영향요인 분석을 위한 단면 연구로 설계되었으며 연구의 틀은 (그림 3)과 같다.

종속변수는 현재 자신의 동료들에 비해 얼마나 건강한가를 묻는 주관적 건강 상태이며 독립변수는 주관적 건강 상태에 영향을 주는 인구학적 특성 및 건강관련 특성으로 분류되었다. 인구학적 특성으로는 성별, 연령, 남한 거주 기간, 학력, 결혼 여부, 직업 여부, 종교 등이며 건강관련 특성으로는 만성 질환 상병수, 입원여부, 우울증, 흡연 여부, 음주 여부, 규칙적인 운동 여부, 비만 등이다. 각 관련 요인들에 따른 건강 상태의 평균값을 t-test 및 one way ANOVA를 사용하여 검증하였다. 다른 요인들 간 영향을 통제된 상태에서 주관적 건강 상태와의 관련성을 살펴보고자 다중 회귀 분석을 시행하였다.

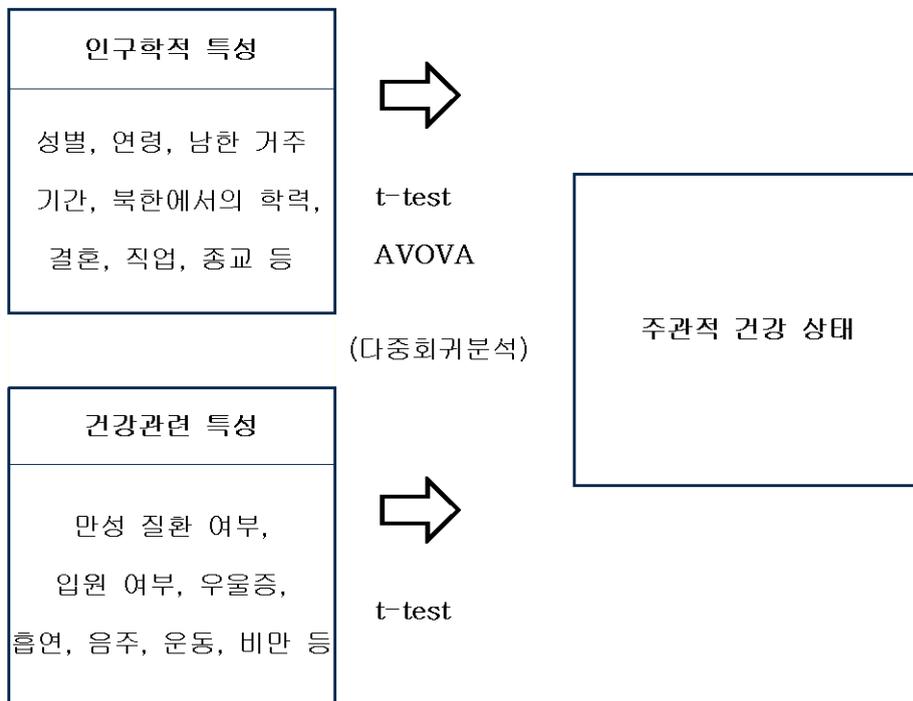
2. 연구대상

연구 대상은 2001년도 '북한 이탈 주민들의 남한 사회 적응 실태 조사'에 참여한 연구 대상자 200명으로서 이들의 입국 년도·월은 1998년도 5월부터 2001년도 3월까지 이다. 즉 조사 시점 (2003년 3월)을 기준으로 대한민국에 들어온지 만 2년(24개월)이상 5년(60개월) 미만에 해당하는 사람을 대상으로 조사하였다. 2001년도 '북한 이탈 주민들의 남한 사회 적응 실태 조사'에 참여한 사람은 당시 대한민국에 들어온 지 만 2년 미만의 북한 이

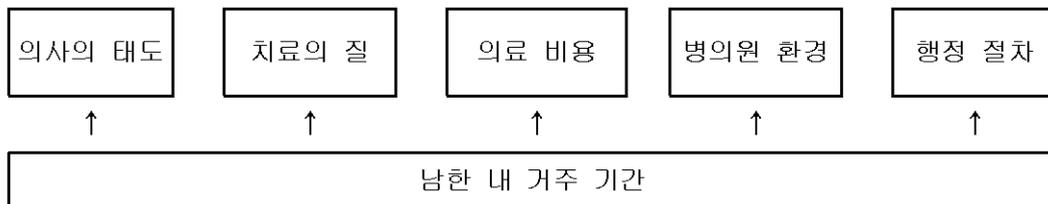
탈 주민을 대상으로 하였다.

[그림 3] 연구의 틀

[모형 1] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석



[모형 2] 거주 기간에 따른 의료 이용 만족도의 변화



3. 연구 도구

가. 연구 대상자의 일반적 특성 (독립변수)

독립변수로는 선행 연구들에서 유의한 연관이 있었거나 의미 있었다고 보고된 변수 중에서 인구사회학적 변수 8개 (성별, 연령, 남한 거주 기간, 학력, 결혼, 가족 동거 여부, 직업, 종교 등)와 건강 관련 변수 7개 (만성 질환, 만성 질환 여부, 입원여부, 우울증, 흡연, 음주, 운동, 비만 등)를 선택하였다 (표 1, 표 2).

인구사회학적 특성 중 연령은 구성의 분포에 따라 20~29세, 30~39세, 40세 이상으로 범주화 하였다. 남한 거주 기간은 48개월 (4년) 기준으로 구별하였고, 북한에서의 학력은 구성의 분포에 따라 인민학교와 고등학교 졸업한 그룹으로, 전문학교와 단과대학을 한 그룹으로, 대학 및 박사원 졸업한 그룹으로 분류하였다. 결혼여부로 기혼, 이혼 혹은 별거를 한 그룹으로 하였으며, 다른 한 그룹은 미혼으로 하였다. 동거여부는 배우자를 포함한 가족과 함께 살거나 이성과의 동거를 한 그룹으로 포함하였으며 혼자 살고 있는 대상자를 다른 한 그룹으로 분류하였다. 경제 상태를 나타내는 변수로 월수입상태를 평가하였는데 구성의 분포에 따라 65만원 미만과 65만원에서 130만원 미만, 130만원 이상으로 분류하였다. 인구사회학적 변수의 재분류 기준은 대부분 구성의 분포에 따른 임의적 분류였다 (표 1).

[표 1] 변수의 분류 - 인구·사회학적 변수

분류	변수명	원분류	재분류
인구	성별	1.남 2.녀	1.남 2.녀
		연령	1.20~29세 2.30~39세 3.40세 이상
학적 특성	남한거주기간	1.연속형(개월)	1. 4년 (48개월) 미만 2. 4년 (48개월) 이상
		북한에서의 학력	1.인민학교 2.고등학교 3. 전문학교/단과대학 4. 대학 5. 박사원 2.전문학교또는 단과대학 3.대학/박사원
	결혼	1. 기혼 2. 미혼 3. 이혼	1. 기혼 2. 미혼 (이혼 포함)
	동거	1. 가족 2. 배우자 3. 이성 4. 혼자	1. 가족/배우자/이성 2. 혼자
	월수입	1. 연속형(원)	1. 65만원 미만 2. 65만원이상 130만원미만 3. 130만원 이상
	종교	1. 있다 2. 없다	1. 있다 2. 없다

만성 질환은 국민건강영양조사의 조사에서처럼 지난 1년 이내 3개월간 앓고 있던 질병에 대해 물었으며 본 조사에서는 해당 만성 질환의 개수를 다시 분류하여 현재 가지고 있는 만성 질환의 개수가 0개인 군에서는 만성 질환이 없는 군으로 1개 이상인 군에서는 만성 질환이 있는 군으로 이분하였다. 1년 이내에 입원을 했던 군과 그렇지 않은 군을 나누었다. 우울증 척도는 Beck's depression inventory scale(BDI)을 사용하였으며 13점을 기준으로 우울증이 있는 군과 없는 군으로 분류하였다. BDI란 21개의 항목으로

구성된 설문형태의 우울증 척도로서 DSM IV와 같이 진단용 척도와 달리 대상자의 주관적 우울 성향을 쉽게 파악할 수 있는 도구이다. (Rakel 1995)

건강 행위 관련 변수로 흡연 변수는 원 분류에서 흡연량에 따라 4분류로 나누었으나 각 항목 분포에 따라 현재의 흡연 유무로 분류하였다. 음주 역시 원 분류상 음주량에 따라 4분류였으나 음주 유무로 분류하였으며 운동에 대한 변수는 규칙적인 운동을 하는 군과 그렇지 않은 그룹으로 분류하였다. 대한 비만 학회의 기준에 따라 비만의 Body mass Index(BMI) 23 미만의 정상, BMI 23 이상의 과체중, BMI 25 이상은 비만으로 분류하였으며 이를 다시 BMI 23 미만 그룹과 BMI 23 이상 그룹으로 분류하였다 (표 2).

[표 2] 변수의 분류 - 건강관련 변수

분류	변수명	원분류	재분류
건강 관련 변수	만성 질환 상병수	연속형 (0개~12개)	1. 없다 2. 있다
	입원	1. 입원한적 있다 2. 입원한적 없다	1. 입원 2. 비입원
	우울증 점수	Beck's depression inventory 연속형 (0~36점)	1. 비우울(13점 미만) 2. 우울증(13점 이상)
	흡연	1. 안한다. 2. 하루 반갑 미만 3. 하루 반갑~한갑 미만 4. 하 루 한 갑이상	1. 비흡연군 2. 흡연군
	음주	1. 거의 안마신다. 2. 월 2_3 회 3. 주 1~2회 4. 주 3~4회 5. 거의매일	1. 비음주군 2. 음주군
	운동	1. 규칙적 운동 한다 2. 안한 다	1. 비운동군 2. 운동군
	비만	1. BMI 25이상 - 비만 2. BMI 25~23 - 과체중 3. BMI 23이하 정상체중	1. 정상체중군 2. 과체중군/ 비만군
중속 변수	현재의 건강만족도	1. 매우 나쁘다 2. 나쁘다 3. 보통 4. 좋다 5. 매우 좋다	5점 척도
중속 변수	과거대비 현재의 건강만족도	1. 매우 나빠졌다 2. 나빠졌다 3. 비슷 4. 좋아졌다 5. 매우 좋아졌다	5점 척도

나. 주관적 건강 상태 (종속변수)

본 연구에서는 건강상태를 평가함에 있어 대상자 스스로가 인식하는 주관적인 건강상태에 대하여 Ware(1976)의 건강지각 도구와 Speake 등(1989)의 도구를 토대로 재구성한 홍영상(1998)의 도구 등을 이용하여 같은 연령대와 비교한 자신의 건강인지 정도가 어떠한가에 대한 Likert식 5점 척도로 측정하였다. 즉 “귀하는 연령에 비해 어느 정도 건강하다고 생각하십니까?”라고 질문하여 ‘매우 건강하다’에 답한 경우 5점, ‘건강한 편이다’에 답한 경우 4점, ‘보통이다’에 답한 경우 3점, ‘건강치 못한 편이다’에 답한 경우 2점, ‘매우 나쁜 편이다’에 답한 경우 1점으로 점수화하여 측정하였다(이수일 1998). 또한 과거대비 현재의 주관적인 건강 평가의 변화를 반영하기 위해 “지난 2년 전에 비해 건강이 얼마나 좋아졌는가 (혹은 나빠졌는가)”에 대한 5점 척도를 함께 측정하였다.

질문 예시)

1. 현재 귀하의 건강 상태는 어느 정도 건강하다고 생각하십니까?

- ① 매우나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통이다 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다

2. 2년 전과 비교했을 때 귀하의 건강 상태는 어떠하다고 생각하십니까?

- ① 매우 나빠졌다 ② 나빠졌다 ③ 비슷하다 ④ 좋아졌다
⑤ 매우 좋아졌다

다. 의료 이용에 대한 만족도

의료 이용에 대한 만족도는 모두 5항목으로, 의사의 태도, 치료의 질, 의료비용, 병의원 환경 (병원 시설 및 교통 등의 접근도 포함), 행정 절차로 구성되었다. 만족도는 ‘매우 불만족’, ‘비교적 불만족’, ‘보통’, ‘비교적 만족’, ‘만족’의 Likert 5점 척도로 선택하게 하여 의료 이용에 대한 만족도가 낮으면 점수가 1점, 만족도가 높으면 5점으로 표현하도록 하였다.

4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구는 2003년 3월부터 2004년 5월 12일까지 설문지 작성, 대상자 선정 및 연구동의 확보, 면담팀 교육, 피면담자에 대한 면담의 순서로 진행되었다.

문헌고찰을 거쳐 작성된 설문지를 토대로 (2003. 3~2004. 2. 8) 대상자 선정을 위해 국정원과 담당 신변보호경찰관을 통해 피면담자의 주소 및 연락처를 파악하고 연락하여 연구의 취지를 다시 설명하였고 설문에 대한 동의를 얻었다 (2004. 1. 28~2. 10). 이 연구는 2001년도 탈북자들의 남한 사회 적응에 관한 연구 (전우택 2001)의 추적 연구로서 당시 연구에 참여하였던 전체 대상자 200명 중 연락이 닿지 않는 사람, 연구에 응하고 싶은 의도가 없는 사람 등을 제외하고 모두 151명 (남자 85명 여자 66명)이 설문에 응하였다.

H대 문화인류학과 학부생 15명과 대학원생 5명으로 면담팀을 구성하고 이들에게 연구목표, 북한 이탈 주민의 일반적인 상황, 2001년 연구 설명,

설문지 설명, 면담시 주의 사항 등을 교육하고 Role Play를 통해 면담상황을 점검하였다 (2004. 2. 9~2. 10) 또한 면담자들을 지도하고 도울 수 있도록 3년 전 연구에 참여하고 설문작업을 한 사람으로 자문가를 구성하여 교육 및 면접 시 면담자와 함께 팀을 이루도록 하였다.

면담은 서울 및 수도권의 5개 복지관에서 집단 설문을 통하여 이루어졌고 피담자가 개인 사정이나 거주지 사정으로 인하여 면담에 불참한 경우에는 개인 면담을 하였다 (2004. 2. 11~ 2. 21.). 설문지를 수거하고 누락된 질문에 대하여는 전화로 추가 조사를 한 후 설문지 코딩과 통계작업을 실시하였다 (2004. 3. 8 ~ 5. 12).

면담을 통하여 조사한 내용은 주거, 교육, 종교, 직장 및 수입, 금전적 및 물질적 지원, 법률, 경험, 심리, 일반적 사항 (이름, 생일, 탈출일, 성별, 북한학력, 결혼 및 이혼경험, 현재동거상태, 월수입 등)이고 설문을 통하여 자기기입을 하는 방식으로 주관적 건강 상태 및 만성 질환 여부, 입원 여부, 주요 건강 행위 등 건강 관련 질문 외에도 생활경험조사 (생활스트레스 척도), 정신건강, 종교성향, 의식상태 등을 조사하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 기호화 하여 통계 분석용 프로그램인 SAS(Statistical Analysis Software) Version 8.1을 사용하여 전산통계 처리하였으며 구체적인 통계 분석 방법은 아래와 같다.

가. 대상자의 주관적 만족도와 인구학적, 건강관련 변수를 실수와 백분율로 산출하였다.

나. 성별에 따른 연구대상자의 특성에 대한 분석은 카이제곱 검정을 사용하였으며 각각 동질성 검정과 독립성 검정을 실시하였고 여성의 흡연여부와 같이 기대빈도수가 5이하인 자료가 전체의 20%이상일 때 Fisher의 exact test를 실시하였다.

다. 대상자의 인구학적, 건강관련 변수에 따른 주관적 건강 상태 평균값의 비교는 t-test, one way ANOVA로 분석하였다. 변수간 영향력을 배제하기 위하여 다중회귀분석을 시행하였다. 변수의 선정 방법으로 인구사회학적 특성에 해당하는 변수만을 독립변수로 한 경우 (모형 1), 인구사회학적 특성에 건강관련 변수를 합쳐 전체 변수를 독립변수로 선택한 경우 (모형 2) 등으로 나누어 연구를 실시하였다. 세 개 이상의 범주형 독립 변수들은 모두 가변수 처리를 하여 분석에 이용하였다.

라. 남한 거주 기간에 따른 5개 영역(의사의 태도, 치료의 질, 의료 비용,

병의원 환경 개선, 행정 절차)의 만족도 평균치 비교는 t-검정을 사용하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

가. 대상자의 인구 사회학적 특성

본 연구의 대상자는 총 151명으로 남자 85명, 여자 66명이 참여하였다. 이들의 인구사회학적 특성을 살펴보면 [표 3]과 같다.

평균 연령은 37.63세였으며 최연소는 20세, 최고령은 67세였다. 남한에서의 거주 기간, 즉 입국일로부터 조사시점은 24개월에서 60개월에 해당되었으며 평균 48.17개월 이었다. 북한에서의 학력으로는 인민학교 또는 고등학교졸업 이하가 91명으로 전체의 60.26%, 전문학교 또는 단과대학 출신이 25명으로 16.55%, 대학 또는 박사원 이상이 35명으로 23.17%에 해당했다.

결혼여부로는 이미 결혼은 하고 있거나 과거에 결혼을 한 경우가 97명으로 64.23%이며 아직 결혼을 하지 않은 경우와 이미 결혼을 하였으나 이혼을 한 경우를 포함하면 54명으로 36.77%에 해당하였다. 동거여부로는 북한 이탈 주민의 특성상 북한에 배우자를 두고 온 경우 남한에서 합법적인 결혼을 하지 못하는 경우가 대부분이어서 남한에서 새로 만난 이성과 결혼을 하지 못하고 동거하는 경우가 많다. 본 연구에서도 5명이 이 경우에 해당되었는데 모두 동거인이 있는 군으로 분류한 결과 동거인이 있는 그룹은 114명으로 전체의 75.49%이고 혼자 살고 있는 그룹은 42명으로 27.81%에 해당되었다.

대상자의 경제 상태를 나타내는 월수입은 월 65만 원이하 그룹은 49명으로 전체의 32.45%, 월 65만원에서 130만원 미만의 그룹은 58명으로 전체의 38.41%, 월 130만 원 이상의 그룹은 44명으로 전체의 29.13%에 해당한다. 대상자 중 월 수입이 빚 등으로 적자인 경우를 포함하여 수입이 없는 그룹은 모두 27명이었으며 월수입이 500만 원 이상인 경우는 4명이었다. 대상자의 월수입 평균은 111만 5천원이었다. 종교를 가진 그룹은 96명으로 전체의 63.57%였고 종교가 없는 그룹은 55명으로 36.42%에 해당이 되었다. 종교는 천주교 2명, 통일교 1명을 제외하고 종교를 가진 대부분이 기독교였다 (93명).

[표 3] 연구대상자의 인구 사회학적 특성

단위 : 명 (%)

구분		N	%
성별	1. 남	85	56.29
	2. 녀	66	43.71
연령	1. 20~29세	32	21.19
	2. 30~39세	67	44.37
	3. 40세 이상	52	33.43
남한거주기간	1. 48개월 미만	81	53.64
	2. 48개월 이상	70	46.35
북한에서의 학력	1. 인민학교/고등학교졸	91	60.26
	2. 전문학교또는 단과대학	25	16.55
	3. 대학/박사원	35	23.17
결혼여부	1. 기혼(별거, 이혼 포함)	97	64.23
	2. 미혼	54	36.77
동거	1. 가족/배우자/이성	114	75.49
	2. 혼자	42	27.81
월수입	1. 65만원 미만	49	32.45
	2. 65만원 - 130만원 미만	58	38.41
	3. 130만원 이상	44	29.13
종교	1. 있다	96	63.57
	2. 없다	55	36.42

나. 대상자의 건강 관련 특성

본 연구에서 건강 관련 변수로는 만성 질환여부, 최근 1년 이내의 입원 여부, Beck's depression inventory (BDI)에 의거한 우울증 여부 등 질병여부 변수와 흡연, 음주, 운동, 비만 등 건강행위와 관련된 변수 등 총 7개의 변수를 사용하였다[표 4]. 1개 이상의 만성 질환을 가진 그룹은 모두 65명으로 전체의 43.05%였으며 만성 질환을 1개도 가지고 있지 않은 그룹은 86명으로 56.95%였다. 만성 질환의 빈도수는 [그림 4], [그림 5]에서 보는 대로 가장 많은 질병은 신경통 및 요통 (디스크 등)으로 각각 6명 및 5명이었다. 기타 소화기계 질환 (위장질환)도 5명, 빈혈, 우울증, 두통, 기타 안 질환이 각각 4명이었으며 소화성 궤양, 만성변비, 치아 우식증, 신경증 (불안증)은 각각 3명이었다.

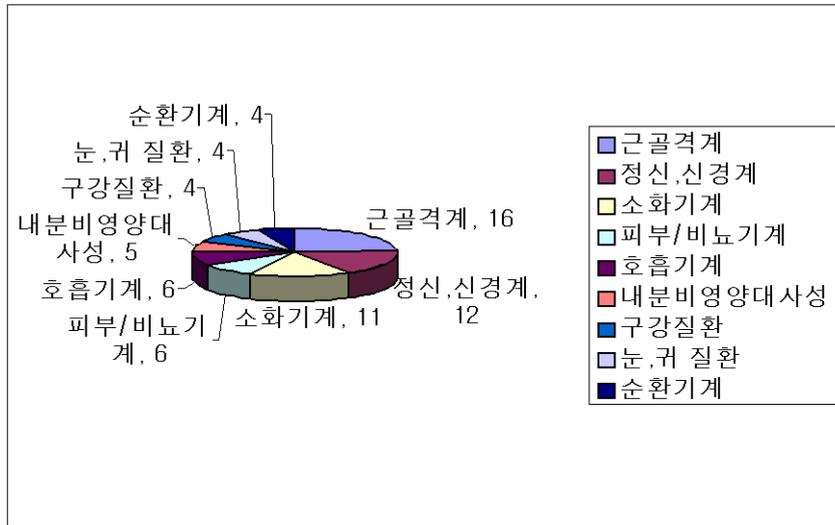
BDI 13점을 기준으로 우울증이 있는 그룹은 63명으로 전체의 41.72%였으며 없는 그룹은 88명으로 전체의 58.27%였다. 현재 흡연그룹은 45명으로 전체의 29.80%였으며 현재 비 흡연군 및 과거에 흡연을 하였으나 끊은 군을 합쳐 모두 106명으로 70.19%였다. 음주를 월 2~3회 이상 마시는 그룹은 모두 72명으로 전체의 47.68%였으며 거의 안 마시는 그룹은 79명으로 전체의 52.31%에 해당이 되었다. 규칙적인 운동을 하는 그룹은 47명으로 전체의 31.12%였으며 그렇지 않은 그룹은 103명으로 68.21%에 해당이 되었다. Body mass index (BMI) 23을 기준으로 과체중이거나 비만군을 합쳐 모두 60명으로 전체의 40.4%였으며 정상 체중군 혹은 마른 체중군 (BMI 23미만)은 90명으로 전체의 59.60%에 해당이 되었다.

[표 4] 연구대상자의 건강 관련 특성

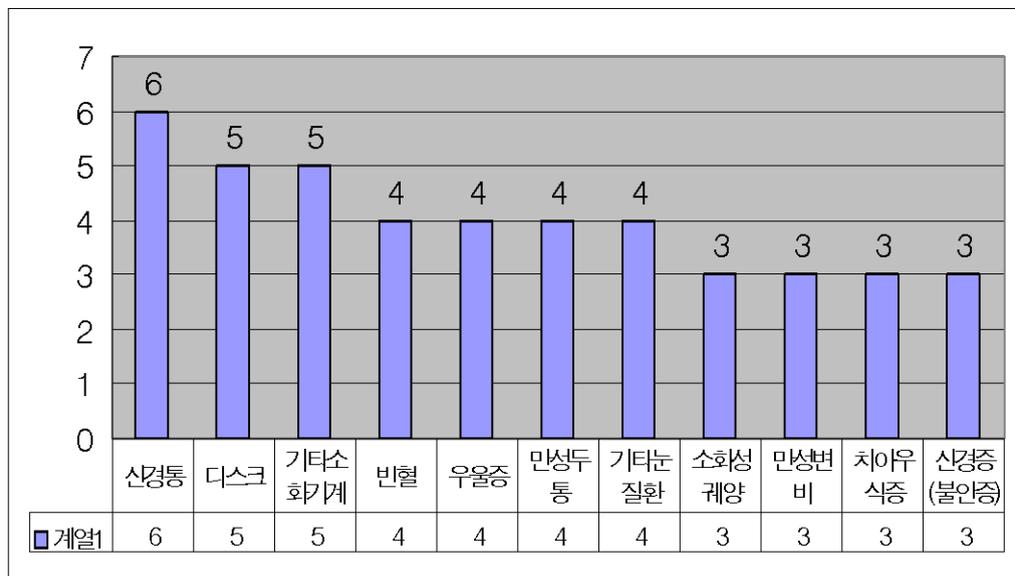
단위 : 명 (%)

구분		N	%
만성 질환	1. 없다	86	56.95
	2. 있다	65	43.05
입원	1. 입원	24	15.89
	2. 비입원	127	84.10
우울증 접수	1. 비우울(13점 미만)	88	58.27
	2. 우울증(13점 이상)	63	41.72
흡연	1. 비흡연군	106	70.19
	2. 흡연군	45	29.80
음주	1. 비음주군	79	52.31
	2. 음주군	72	47.68
운동	1. 비운동군	103	68.21
	2. 운동군	47	31.12
비만	1. 정상체중군	90	59.60
	2. 과체중군/비만군	60	40.40

[그림 4] 연구 대상자의 만성 질환 종류별 빈도수



[그림 5] 연구 대상자의 만성 질환 종류별 빈도수 (히스토그램)



다. 성별에 따른 일반적 특성의 차이

북한 이탈 주민의 주요 특성을 성별로 나누어 분석한 것은 [표 5]와 같다. 대상자 151명 가운데 남자는 85명으로 전체의 56.29%였으며 여자는 66명으로 43.71%였다. 성별의 분포에 따른 인구사회학적특성은 월수입을 제외하곤 연령, 남한 거주 기간, 북한에서의 학력, 동거, 종교 모두 통계적인 유의한 차이는 없었다. 남자의 경우 월수입이 65만원 이하인 군에서 19명, 65~130만원인 군에서 32명, 130만원 이상인 군에서 34명으로 여자의 각각 30, 26, 10명에 비해 월 소득이 높았다 ($p<0.001$).

건강관련변수 중에서는 만성 질환, 입원여부, 우울증, 운동여부의 변수는 성별과 관련이 없었으나 건강행위 변수인 흡연, 음주, 비만 등은 성별과의 통계적인 관련성이 있었다. 즉, 남자의 경우 비흡연군이 40명이고 흡연군이 45명으로 비슷한 반면 여자는 전부 비흡연군 이었다 ($p<0.001$). 남자의 경우 비음주군이 22명이고 음주군이 63명인 반면, 여자의 경우 비음주군이 58명, 음주군이 8명으로 역시 성별에 따른 차이를 보였다 ($p<0.001$). 남자의 경우 정상체중그룹은 44명, 과체중/비만그룹은 41명이었으나 여자의 경우 각각 46명, 19명으로 여자의 경우 정상체중이 더 많았다 ($p=0.028$).

[표 5] 성별에 따른 연구대상자의 특성

단위 : 명

변수	구분	남	녀	χ^2 값
연령	1. 20~29세	17	15	0.891
	2. 30~39세	36	31	
	3. 40세 이상	32	20	
남한거주기간	1. 48개월 미만	43	38	0.475
	2. 48개월 이상	42	28	
북한에서의 학력	1. 인민학교/고등학교졸	41	42	0.835
	2. 전문학교또는 단과대학	14	11	
	3. 대학/박사원	22	13	
결혼여부	1. 기혼(별거, 이혼 포함)	52	45	1.409
	2. 미혼	33	21	
동거	1. 가족/배우자/이성	61	53	1.464
	2. 혼자	24	13	
월수입	1. 65만원 미만	19	30	14.012**
	2. 65만원 - 130만원 미만	32	26	
	3. 130만원 이상	34	10	
종교	1. 있다	53	43	0.034
	2. 없다	32	23	
만성 질환	1. 없다	55	31	4.071*
	2. 있다	30	35	
입원	1. 입원	9	15	3.237
	2. 비입원	76	51	
우울증	1. 비우울(13점 미만)	50	38	0.000
	2. 우울증(13점 이상)	35	28	
흡연*	1. 비흡연군	40	66	47.276**
	2. 흡연군	45	0	
음주	1. 비음주군	22	58	54.861**
	2. 음주군	63	8	
운동	1. 비운동군	56	47	0.439
	2. 운동군	29	18	
비만	1. 정상체중군	44	46	4.779*
	2. 과체중군/비만군	41	19	
총계		85	66	

*; p<0.05 **;<0.01

2. 대상자의 주관적 건강 상태 및 관련 요인 분석

가. 대상자의 주관적 건강 상태

북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태는 현재의 주관적 건강 상태 및 과거 대비 현재의 주관적 건강 상태로 구분하였다.

현재의 주관적 건강 상태의 분포는 아래 [표 6]과 같이 부정적으로 대답한 군이 23.83%, 긍정적으로 대답한 군이 46.34%로 나타났다.

과거대비 현재의 주관적 건강 상태 분포는 아래 [표 7]와 같이 부정적으로 대답한 군이 31.11%였으며, 긍정적으로 대답한 군이 전체의 22.17%에 해당이 되었다. 연구 결과 과거대비 현재의 주관적 건강 상태 중 긍정적인 비율(22.17%)이 현재의 주관적 건강 상태 중 긍정적인 비율(46.3%)보다 낮은 것을 알 수 있다 [그림 6].

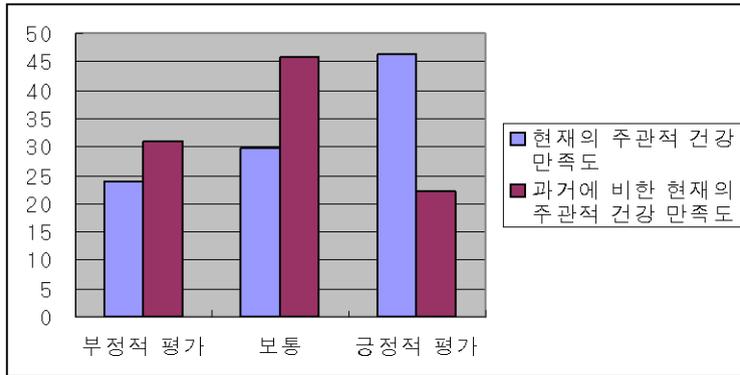
[표 6] 현재의 주관적 건강 상태

	매우 나쁘다	나쁘다	보통이다	좋다	매우 좋다	총
명	8	28	45	44	26	151
%	5.29	18.54	29.80	29.13	17.21	100.00

[표7] 과거대비 현재의 주관적 건강 상태

	매우나빠졌다	나빠졌다	비슷하다	좋아졌다	매우 좋아졌다	총
명	13	34	69	28	7	151
%	8.60	22.51	45.69	18.54	4.63%	100.00

[그림 6] 현재 및 과거대비 현재의 주관적 건강 상태 비교



현재의 주관적 건강 상태에 대한 주관적 건강 상태의 평균은 5점 척도에서 3.344이었으며 그 범위는 최소 1(매우 만족하지 않는다), 최대 5(매우 만족한다)였으며 표준편차는 1.125이었다. 2년 전 과거대비 현재의 주관적 건강 상태의 평균은 5점 척도에서 2.880이었으며 그 범위는 최소 1, 최대 5였으며 표준편차는 0.965였다 (표 8).

[표 8] 주관적 건강 상태의 평균 및 표준편차

	대상자수(명)	평균	표준편차	최소	최대
현재의 주관적 건강 상태	151	3.344	1.125	1*	5**
과거대비 현재의 주관적 건강 상태	151	2.880	0.965	1	5

(*1=매우 만족하지 않는다 **5= 매우 만족 한다)

나. 일반적 특성에 따른 주관적 건강 상태의 비교

1) 인구 사회학적 특성

t검정을 사용하여 독립변수와 종속변수간의 관련성을 분석한 바, 성별, 남한 거주 기간, 종교의 여부가 현재의 주관적 건강 상태와 연관이 있는 것으로 나타났다 (표 9).

남자는 여자에 비해 주관적 건강 상태가 높았으며 이는 통계학적으로 의미가 있었다 (p-value <0.05). 남한 거주 기간이 48개월 이상인 경우에 비해 48개월 미만 군이 주관적 건강 상태가 높았으며 이는 통계학적으로 유의한 차이가 있었다 (p-value <0.05). 결혼 여부 및 동거 여부, 직업 여부와 주관적 건강 상태 간에는 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 종교가 없는 그룹에 비해 종교가 있는 그룹에서 주관적 건강 상태가 높았는데 이는 통계적으로 유의한 차이가 있다 (p-value <0.05).

one-way ANOVA분석을 통해 연령에 따른 주관적 건강 상태의 차이를 알아 본 결과 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. Tukey 검정법에 의한 각 연령 그룹 간에도 통계학적으로 유의한 차이가 없었다. 북한에서의 학력에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 없었으며 Tukey 검정법에 의한 각 학력 그룹 간에도 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 월수입에 따른 주관적 건강 상태의 차이도 없었으며 Tukey 검정법에 의해 각 월수입 그룹 간에도 통계학적으로 유의한 차이가 없었다.

[표 9] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 인구 사회학적 변수

구분		N	평균	표준편차	t or F
성별	1. 남	85	3.576	1.073	2.95**
	2. 녀	66	3.045	1.129	
연령	1. 20~29세	32	3.593	1.266	0.29
	2. 30~39세	67	3.888	0.968	
	3. 40세 이상	52	3.134	1.205	
남한거주 기간	1. 48개월 미만	81	3.531	1.194	2.25*
	2. 48개월 이상	70	3.128	1.006	
북한에서 의 학력	1. 인민학교/고등학교졸	91	3.329	1.164	0.05
	2. 전문학교또는 단과대학	25	3.320	1.144	
	3. 대학/박사원	35	3.400	1.034	
결혼	1. 기혼	97	3.299	1.134	-0.78
	2. 미혼	54	3.454	1.109	
동거	1. 가족/배우자/이성	114	3.386	1.156	0.84
	2. 혼자	42	3.216	1.031	
월수입	1. 65만원 미만	49	3.326	1.068	0.10
	2. 65만원-130만원 미만	58	3.310	1.187	
	3. 130만원 이상	44	3.409	1.127	
종교	1. 있다	96	3.511	1.124	2.46*
	2. 없다	55	3.054	1.078	

*; p<0.05 **;<0.01

2) 건강 관련 특성

t검정을 사용하여 독립변수와 종속변수간의 관련성을 분석한 바, 만성 질환 여부, 우울증 여부가 현재의 주관적 건강 상태와 연관이 있는 것으로 나타났다 (표 10).

만성 질환이 있는 군보다 만성 질환이 없는 군에서 주관적 건강 상태는 높게 나왔다. 이는 통계학적으로 유의하였다 (p-value <0.001). 입원 여부는 주관적 건강 상태와 연관이 없었다. 우울증이 있는 군보다 우울증이 없는 군에서 주관적 건강 상태가 높게 나왔으며 통계학적으로 유의하였다 (p-value <0.001). 음주를 하는 그룹은 음주를 하지 않는 군에서 주관적 건강 상태가 높게 나왔다 (p-value 0.023). 흡연 및 운동, 비만 등 나머지 건강 행위 관련 지표는 모두 주관적 건강 상태와 통계적으로 유의한 관련성이 없었다.

[표 10] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 건강관련 변수

구분		N	평균	표준편차	t or F
만성 질환	1. 없다	86	3.767	0.903	5.68**
	2. 있다	65	2.784	1.152	
입원	1. 입원	24	3.125	1.191	-0.99
	2. 비입원	127	3.385	1.113	
우울증	1. 비우울(13점 미만)	88	3.727	1.036	5.39**
	2. 우울증(13점 이상)	63	2.809	1.029	
흡연	1. 비흡연군	106	3.311	1.124	-0.55
	2. 흡연군	45	3.422	1.138	
음주	1. 비음주군	79	3.15	1.126	-2.29*
	2. 음주군	72	3.563	1.091	
운동	1. 비운동군	103	3.301	1.144	-0.64
	2. 운동군	47	3.425	1.098	
비만	1. 정상체중군	90	3.311	1.240	-0.23
	2. 과체중군/비만군	60	3.422	1.505	

*; p<0.05 **;<0.01

다. 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 모형별

주관적 건강 상태와 인구사회학적 특성 및 건강관련 변수와의 관련성을 알아보기 위하여 다중회귀 분석을 실시하였다.

주관적 건강 상태는 현재의 주관적 건강 상태를 종속변수로 하였으며, 독립변수로는 인구사회학적 특성에 해당하는 변수 8가지만을 선택한 경우(모형 1), 인구사회학적 특성에 건강관련 변수 7가지를 합쳐 총 15개의 전체 변수를 독립변수로 선택한 경우(모형 2)으로 나누어 연구를 실시하였다.

1) 주관적 건강 상태에 영향을 주는 인구사회학적 변수의 분석

<모형 1>에서 인구 사회학적 특성들과 현재의 주관적 건강 상태와의 관련성에서 각각의 변수를 통제 한 상태에서 성별, 연령, 남한 거주 기간, 종교 여부 등의 변수가 주관적 건강 상태와 유의한 관련성을 보여주고 있다 (표 11).

즉 다른 변수를 통제 한 상태에서 남자는 여자에 비해 주관적 건강 상태가 통계적으로 유의하였다. ($p < 0.01$) 20에서 29세 연령 그룹 (기준 그룹)에 비해 30에서 39세 연령 그룹의 주관적 건강 상태의 차이는 없었으나 기준 그룹에 비해 40세 이상의 그룹의 주관적 건강 상태는 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제 한 상태에서 남한 거주 기간이 48개월 이상인 그룹이 48개월 미만인 그룹보다 주관적 건강 상태는 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). 다른 변수를 통제 한 상태에서 종교가 없는 그룹에 비해 종교가 있는 그룹의 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의하게 높았다 ($p < 0.01$). 북한에서의 학력, 결혼여부, 동거여부, 직업여부 등의 변수와 주관적 건강 상태와의 차이는 없었다. <모형 1>의 F

값은 3.41이었으며 ($p < 0.05$), 설명력은 21.2%였으며 수정된 결정계수는 15%였다.

2) 주관적 건강 상태에 영향을 주는 전체 변수의 분석

<모형 2>에서는 인구 사회학적 특성에 건강 관련 변수를 추가하여 다중 회귀 분석을 시행한 것으로 그 결과 <모형 1>에서 유의한 통계학적 차이를 보였던 성별, 연령 변수는 통계적 차이를 보이지 않았다. 다른 변수를 통제한 상태에서 남한 거주 기간에 따른 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제한 상태에서 종교여부에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제한 상태에서 만성 질환 여부에 따른 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제한 상태에서 우울증 여부에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). <모형 2>의 F값은 5.02였으며 ($p < 0.001$) 설명력은 40.8%였으며 수정된 결정계수는 32.7%였다.

[표 11] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 모형별

		모형 1			모형 2			
		회귀계수	표준오차	t값	회귀계수	표준오차	t값	
인구학적 특성	성별	1. 남	1.0		1.0			
		2. 녀	-0.576	0.182	-3.15**	-0.437	0.231	-1.89
	연령	1. 20~29세	1.0		1.0			
		2. 30~39세	-0.050	0.204	-0.25	0.078	0.189	0.41
		3. 40세 이상	-0.848	0.264	-3.21**	-0.359	0.263	-1.37
남한거주기간	1. 4년 (48개월) 미만	1.0		1.0				
	2. 4년 (48개월) 이상	-0.383	0.174	-2.20*	-0.442	0.160	-2.77**	
	북한에서의 학력	1. 인민학교/고등학교졸	1.0		1.0			
		2. 전문학교또는 단과대학	-0.046	0.240	-0.20	-0.128	0.220	-0.58
		3. 대학/박사원	0.058	0.209	0.28	0.138	0.190	0.73
결혼	1. 기혼	1.0		1.0				
	2. 미혼	-0.019	0.223	-0.09	-0.128	0.207	-0.62	
동거	1. 가족/배우자/이성	1.0		1.0				
	2. 혼자	-0.182	0.221	-0.82	-0.085	0.203	-0.42	
월수입	1. 65만원 미만	1.0		1.0				
	2. 65만원-130만원미만	0.053	0.209	0.26	0.038	0.188	0.21	
	3. 130만원 이상	0.145	0.246	0.59	0.132	0.223	0.59**	
종교	1. 있다	1.0		1.0				
	2. 없다	-0.503	0.183	-2.74**	-0.482	0.167	-2.89	
만성 질환	1. 없다			1.0				
	2. 있다			-0.163	0.057	-2.86**		
입원여부	1. 입원			1.0				
	2. 비입원			-0.143	0.220	0.65		
우울증	1. 비우울(13점 미만)			1.0				
	2. 우울증(13점 이상)			-0.726	0.172	-4.22**		
흡연	1. 비흡연군			1.0				
	2. 흡연군			-0.202	0.212	-0.95		
음주	1. 비음주군			1.0				
	2. 음주군			0.135	0.209	0.65		
운동	1. 비운동군			1.0				
	2. 운동군			0.105	0.177	-0.60		
비만	1. 정상체중군			1.0				
	2. 과체중군/ 비만군			-0.104	0.165	-0.63		
R-sq				0.212	0.408			
Adj: R-sq				0.150	0.327			
F				3.41	5.02			
p				<0.001	<0.001			

*; p<0.05 **; p<0.01

라. 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 성별

성별에 따른 연구 대상자의 특성 (표 5) 및 주관적 건강 상태 (표 9, 표 11)는 앞에서 제시된 바와 같다. 이번 연구에서는 성별에 따라 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인들의 차이가 있는지를 분석하고자 대상자를 남자와 여자로 나누어 요인 간 다중회귀분석을 실시하였다. 이러한 분석을 통해 [표 11]에서와 같은 다중회귀분석 방법만으로 알 수 없는 남녀에 따른 주관적 건강 상태에 영향을 주는 내적 요인들을 파악하고자 한다.

1) 남자에서 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석

남자에서 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인으로는 다른 변수를 통제 한 상태에서 남한 거주 기간, 종교, 우울증 여부, 만성 질환 여부 등이 있었다(표 12). 이는 [표 11]의 <모형 2>와 같이 남녀 전체를 대상으로 하였을 때의 다중회귀분석의 결과와 일치한다.

즉 다른 변수를 통제 한 상태에서 남한 거주 기간에 따른 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제 한 상태에서 종교여부에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제 한 상태에서 만성 질환 여부에 따른 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 다른 변수를 통제 한 상태에서 우울증 여부에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 이 모형의 F값은 3.14였으며 ($p = 0.0004$) 설명력은 44.3%였으며 수정된 결정계수는 30.1%였다.

2) 여자에서 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석

여자에서 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 중 다른 변수를 통제한 상태에서 우울증 여부만이 관련이 있는 것으로 나타났다. 이는 [표 11]의 <모형 2>와 같이 남녀 전체를 대상으로 하였을 때의 다중회귀분석의 결과와 다른 결과이다.

즉 다른 변수를 통제한 상태에서 남한 거주 기간에 따른 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의한 차이는 없었으며 다른 변수를 통제한 상태에서 종교여부에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 다른 변수를 통제한 상태에서 만성 질환 여부에 따른 주관적 건강 상태도 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 다른 변수를 통제한 상태에서 우울증 여부에 따른 주관적 건강 상태는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.01$). 이 모형의 F값은 2.64였으며 ($p = 0.004$) 설명력은 46.8%였으며 수정된 결정계수는 29.1%였다.

[표 12] 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인 분석 : 성별

		남			녀			
		회귀계수	표준오차	t값	회귀계수	표준오차	t값	
인구학적 특성	연령	1.20~29세	1.0		1.0			
		2.30~39세	-0.357	0.276	-1.29	0.295	0.302	0.98
		3.40세 이상	-0.501	0.326	-1.54	-0.288	0.461	-0.63
남한거주기간	1. 4년 (48개월) 미만	1.0		1.0				
	2. 4년 (48개월) 이상	-0.564	0.206	-2.74**	-0.457	0.272	-1.68	
북한에서의 학력	1. 인민학교/고등학교졸	1.0		1.0				
	2. 전문학교또는 단과대학	0.169	0.316	0.54	-0.090	0.363	-0.25	
	3. 대학/박사원	0.040	0.243	0.17	0.240	0.343	0.70	
결혼	1. 기혼	1.0		1.0				
	2. 미혼	0.042	0.280	0.15	-0.357	0.335	-1.07	
동거	1. 가족/배우자/이성	1.0		1.0				
	2. 혼자	-0.051	0.262	-0.20	-0.111	0.350	-1.07	
월수입	1. 65만원 미만	1.0		1.0				
	2. 65만원-130만원미만	0.088	0.279	0.32	0.023	0.271	0.09	
	3. 130만원 이상				-0.090	0.404	-0.22	
종교	1. 있다	1.0		1.0				
	2. 없다	-0.550	0.224	-2.45*	-0.326	0.282	-1.16	
만성 질환	1. 없다	1.0		1.0				
	2. 있다	-0.341	0.111	-3.06**	-0.086	0.085	-1.02	
입원여부	1. 입원	1.0		1.0				
	2. 비입원	0.078	0.364	0.22	0.265	0.312	0.85	
우울증	1. 비우울(13점 미만)	1.0		1.0				
	2. 우울증(13점 이상)	-0.507	0.222	-2.28*	-1.041	0.316	-3.29**	
흡연	1. 비흡연군	1.0		1.0				
	2. 흡연군	-0.174	0.216	-0.80	0			
음주	1. 비음주군	1.0		1.0				
	2. 음주군	0.309	0.259	1.19	-1.091	0.408	-0.47	
운동	1. 비운동군	1.0		1.0				
	2. 운동군	-0.020	0.225	-0.09	0.124	0.321	0.39	
비만	1. 정상체중군	1.0		1.0				
	2. 과체중군/ 비만군	0.051	0.218	0.23	-0.570	0.289	-1.97	
R-sq		0.443			0.468			
Adj; R-sq		0.301			0.291			
F		3.14			2.64			
p		0.0004			0.004			

*; p<0.05 **;<0.01

3. 의료 이용에 대한 만족도

의료 이용에 대한 만족도는 모두 5항목으로, 의사의 태도, 치료의 질, 의료 비용, 병의원 환경 (병원 시설 및 교통 등의 접근도 포함), 행정 절차로 구성되었다. 만족도는 ‘매우 불만족’, ‘비교적 불만족’, ‘보통’, ‘비교적 만족’, ‘만족’의 Likert 5점 척도로 선택하게 하여 의료 이용에 대한 만족도가 낮으면 점수가 1점, 만족도가 높으면 5점으로 표현하도록 하였다.

가. 의료 이용에 대한 만족도

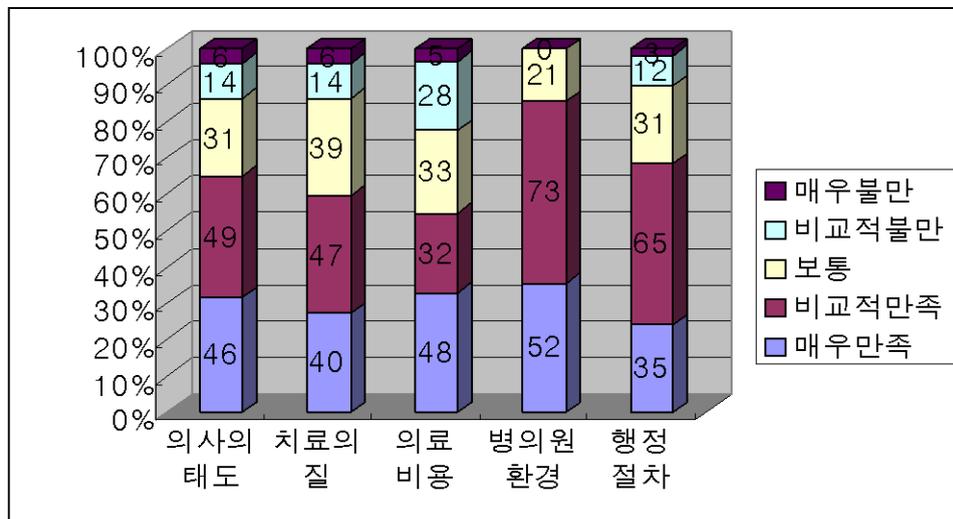
[그림 7]에서와 같이 의료 이용에 대한 만족도는 비교적 높게 나왔다. 의사의 태도는 매우 만족 또는 비교적 만족 군이 146명 중 95명으로 전체의 65%에 해당되었다. 치료의 질에 대해서는 매우 만족 또는 비교적 만족군이 146명 중 87명으로 전체의 59.58%에 해당하였다. 의료비용에 대한 매우 만족 혹은 비교적 만족그룹은 54.78%에 해당하였다. 병의원 환경에 대한 매우 만족 혹은 비교적 만족그룹은 146명 중 125명으로 전체의 86.61%로 특히 높았다. 행정 절차에 대한 매우 만족 혹은 비교적 만족그룹은 146명 중 100명으로 전체의 68.49%에 해당되어 역시 높았다 (표 13). 연구 결과 북한 이탈 주민의 남한 의료 이용에 대한 만족도는 높은 편이었으며 특히 병의원 환경에 대한 만족도가 높았다.

[표 13] 의료 이용에 대한 만족도

단위 명 (%)

	매우 불만족	비교적불만 족	보통	비교적 만족	매우만족	총
의사의 태도	6 (4.1)	14 (9.58)	31 (21.23)	49 (33.5)	46 (31.5)	146 (100.0)
치료의 질	6 (4.1)	14 (9.58)	39 (26.71)	47 (32.19)	40 (27.39)	146 (100.0)
의료 비용	5 (3.42)	28 (19.17)	33 (22.6)	32 (21.91)	48 (32.87)	146 (100.0)
병의원 환경	0 (0)	0 (0)	21 (14.38)	73 (50)	52 (36.61)	146 (100.0)
행정절차	3 (2.05)	12 (8.21)	31 (21.23)	65 (44.52)	35 (23.97)	146 (100.0)

[그림 7] 의료 이용에 대한 만족도



나. 남한 거주 기간에 따른 의료 이용에 대한 만족도

남한 거주 기간에 따른 의료 이용에 대한 만족도가 차이가 있을 것이라는 가설을 증명하기 위해 남한 거주 기간에 따른 의료 이용에 대한 만족도를 t-검정으로 분석하였다.

그 결과, 남한 거주 기간이 48개월 미만인 군에서 의료비용에 대한 만족도는 평균 3.657로 48개월 이상인 군 3.657보다 높았다 ($p < 0.01$). 즉 남한 거주 기간이 오래될수록 의료비용에 대한 만족도는 낮아진 것으로 나타났다. 남한 거주 기간에 따른 의사의 태도, 의료비용, 병의원 환경, 행정적 절차는 통계적으로 차이가 없었다(표 14).

[표 14] 남한 거주 기간에 따른 의료 이용에 대한 만족도 분석 (N=명 총 146명)

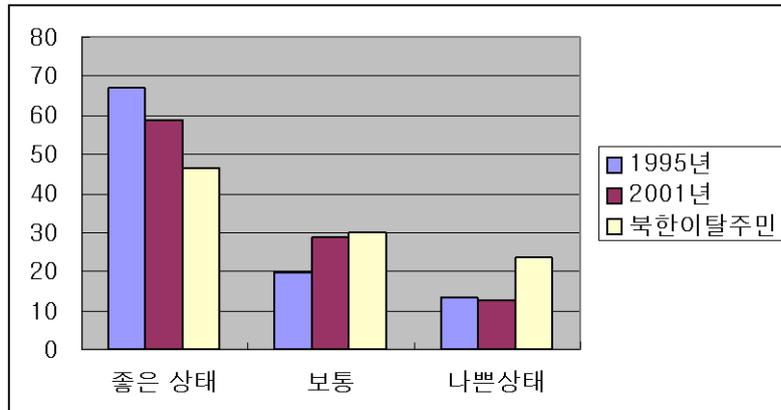
구분	남한 거주 기간	N	평균	표준편차	t 값	p-value
의사의 태도	48개월 미만	76	3.828	1.147	0.16	0.872
	48개월 이상	70	3.8	1.015		
치료의 질	48개월 미만	76	3.657	1.039	0.00	0.996
	48개월 이상	70	3.657	1.019		
의료비용	48개월 미만	76	3.894	1.126	2.88	0.004
	48개월 이상	70	3.328	1.236		
병의원환경	48개월 미만	76	4.223	0.685	0.21	0.833
	48개월 이상	70	4.2	0.672		
행정절차	48개월 미만	76	3.789	0.942	-0.43	0.664
	48개월 이상	70	3.857	0.936		

4. 가설에 대한 검증

가설 1 : 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태는 남한 주민의 주관적 건강 상태보다 낮을 것이며 남한에 정착을 한 지 오래될수록 낮을 것이다.

우리나라 국민건강·영양조사에서 주관적 건강 상태를 비교한 결과 1986년, 1989년, 1992년, 1995년의 주관적 건강 상태의 평균은 각각 3.381, 3.520, 3.830, 3.266점이었다. 가장 최근에 조사된 2001년 국민건강영양조사에서는 주관적 건강 상태의 평균점수를 보여주지 않고 [그림 8]에서 보는 것과 같이 주관적 건강 상태를 3등분 하여 설명하고 있다 (보건복지부 2002). 즉 주관적 건강 상태를 ‘좋다’와 ‘매우 좋다’를 ‘좋은 상태’로, ‘나쁘다’, ‘매우 나쁘다’를 ‘나쁜 상태’로 분류하여 분석한 결과 2001년 남한주민에서 주관적 건강 상태가 좋다고 대답한 비율은 58.8% (1995년은 66.9%), 나쁜 상태로 분류된 그룹은 12.6% (1995년은 13.4%)였다. 북한 이탈 주민을 대상으로 한 본 연구에서 주관적 건강 상태가 좋은 그룹은 46.34%, 나쁘다고 한 그룹은 23.83%였다 (그림 8). 북한 이탈 주민을 대상으로 한 본 연구와 비슷한 시기의 남한 주민을 대상으로 한 국민건강영양조사를 직접 비교하는 데는 어려움이 따른다. 이 가설을 증명하기 위해서는 두 군 간에 같은 확률할당을 하여야 하며 나이, 성별 등 주요 변수들이 같은 층화를 이루어야 하기 때문이다. 그러나 현실적으로 이같은 연구 설계의 어려움이 있기에 본 연구의 결과에 일반적 남한 주민을 대상으로 한 대표적인 국민건강영양조사의 결과를 참고로 대비하였을 때 [그림 8]과 같은 차이를 보인다고 할 수 있다.

[그림 8] 일반 국민의 주관적 건강 상태(1995,2001년)와의 비교



건강상태의 또 다른 지표로 상병수에 따른 만성 질환 여부를 조사하였을 때 본 연구에서는 만성 질환을 1개 이상을 가지고 있는 군이 65명으로 전체의 43.05%였다. 2001년 국민 건강·영양 조사에 따른 우리나라 국민의 만성 질환 유병률 46%였다 (보건복지부 2002). 김복연 등은 일부 지역의 의료 보호 대상자 및 의료 보험 대상자의 만성 질환 유병률이 각각 12.3% 및 7.3%라고 하였는데 (김복연 1991) 조사 대상자 및 조사 방법의 차이를 감안할 때 만성 질환 유병률을 가지고 북한 이탈 주민과 남한의 일반적 혹은 특정그룹간의 비교에는 어려움이 있다.

반면 거주 기간에 따른 주관적 건강 상태는 48개월 이후 그룹은 3.128점으로 48개월 이전 그룹 3.531점보다 낮았다. 즉 이주 기간이 오래될수록 주관적 건강 상태는 낮게 평가되었다. 이 같은 가설을 뒷받침하는 결과로 과거대비 현재적 건강 상태에서의 부정적 평가가 더 많아진 것을 통해서도 알 수 있다. 즉 현재의 주관적 건강 상태를 부정적으로 대답한 군이 17.21%인 반면, 과거대비 현재의 주관적 건강 상태를 부정적으로 평가한 그룹은 31.11%로 증가하였다 (표 6, 표 7, 그림 6).

이상과 같은 결과를 종합할 때 첫 번째 가설대로 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태는 남한 주민의 주관적 건강 상태보다 낮다고 할 수 있으며 남한에 정착한 지 오래될수록 주관적 건강 상태는 낮게 평가됨을 알 수 있다.

가설 2 : 일반적으로 여자는 남자에 비해 주관적 건강 상태는 낮을 것이며 성별에 따른 주관적 건강 상태에 미치는 영향요인에도 차이가 있을 것이다.

[표 5]에서와 같이 성별에 따른 연구대상자의 특성에는 차이가 있다. 즉 월수입은 남자에 비해 여자가 낮으며($P < 0.01$), 흡연, 음주, 비만 등 건강 습관에서는 남자에 비해 여자는 비 흡연($p < 0.01$), 비 음주($p < 0.01$), 정상체중($p < 0.05$) 그룹이 더 많았으며 이는 통계적으로 유의하였다. 만성 질환에 대해서는 여자가 남자에 비해 더 많았으며 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). 이외에 연령, 남한 거주 기간, 종교, 우울증 등 다른 변수들에는 차이가 없었다.

[표 9]에서와 같이 성별에 따른 주관적 건강 상태에는 차이가 있다. 즉 남자에 비해 여자의 주관적 건강 상태는 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.05$). [표 11]에서의 <모형 1>에서와 같이 인구학적 특성을 가진 다른 변수들을 통제한 상태에서 여자는 남자에 비해 주관적 건강 상태는 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.01$). 그러나 건강관련 변수를 같이 통제한 <모형 2>에서는 성별간 주관적 건강 상태의 차이는 없었다. 이는 성별에 따른 연구대상자의 특성 중 만성 질환, 건강 습관(흡연, 음주, 비만)의 차이를 통제한 결과로 해석할 수 있다. 즉 성별 간 건강관련변수

의 차이를 통제한 상태에서 주관적 건강 상태의 차이는 없다고 할 수 있다.

마지막으로 성별에 따라 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인에도 차이가 있는지 보고자 하였다. [표 12]에서와 같이 남자에서는 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인으로는 남한 거주 기간 ($p < 0.01$), 종교 ($p < 0.05$), 만성 질환 ($p < 0.01$), 우울증 ($p < 0.05$) 등이 있었으며 여자에서는 우울증 ($p < 0.01$) 한 변수만이 주관적 건강 상태에 영향을 주는 것을 알 수 있다.

이러한 차이에 대한 분석은 고찰에서 다루기로 한다. 결론적으로 본 연구에서 성별에 따른 주관적 건강 상태는 분석 방법에 따라 여자의 주관적 건강 상태가 남자에 비해 더 낮게 나타나거나 (단변량 분석, 인구사회학적 변수를 통제한 다중회귀분석), 주관적 건강 상태의 차이가 없게 나타나기도 하였다 (전체 변수를 통제한 다중회귀분석). 성별에 따른 주관적 건강 상태에 미치는 영향요인에도 차이가 있었다.

가설 3: 북한 이탈 주민들의 의료기관의 만족도는 그들의 이전 경험과의 비교를 비추어 일정 수준 높을 것으로 생각이 된다. 그러나 탈북하여 남한에 정착한지 오래될수록 그 만족도는 감소할 것이다.

북한 이탈 주민의 의료 기관 만족도(의사의 태도, 치료의 질, 의료비용, 병의원 환경, 행정 절차)는 대체로 높게 나타났으며 특히 병의원환경에 대한 만족도는 높았다 (표 12). 이 같은 결과는 같은 의료 보호 대상자에 대한 의료 이용 만족도의 연구에 비해 차이가 난다 (김복연 등 1991).

즉, 북한 이탈 주민의 의사에 대한 만족도, 치료의 질에 대한 만족도, 의료비용에 대한 만족도, 병의원 환경에 대한 만족도, 행정 절차에 대한 만족도

가 각각 65%, 59.58%, 54.78% 86.61%, 68.39%인데 반해 김복연 등(1991)의 연구에 따르면 이들 의료보호대상자의 각각의 만족도는 병원의 경우 26%, 53%, 43%, 57%, 2%로 큰 차이를 보였다. 같은 연구에서 의원급에 대한 각각의 만족도는 64%, 55%, 86%, 41%, 83%로 차이가 있었다. 외국의 연구에서도 이주자의 경우 의료 이용 지수(Health Utility Index)가 본토민보다 높게 나오는 것으로 나타났다 (Bruce 2003).

즉 가설에서와 같이 전반적으로 남한의 주민들 (의료 보호대상자를 포함)에 비해 북한 이탈 주민의 의료 이용 만족도는 높다고 할 수 있다.

남한 거주 기간에 따른 의료 이용 만족도를 t검정으로 분석한 결과 의사의 태도, 치료의 질, 병의원 환경, 행정 절차에 대한 만족도의 변화는 없었다. 그러나 의료비용에 대한 만족도는 남한 거주 기간이 48개월 이상인 그룹에서 48개월 미만인 그룹보다 만족도가 각각 3.328, 3.894로서 낮게 나타났다 (표 13). 즉 가설에서와 같이 거주 기간이 오래될수록 의료비용에 대한 만족도는 낮아지고 있다.

V. 고찰 및 정책 제안

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 2001년도 ‘탈북자들의 남한 사회 적응 실태 조사’에 참여한 연구 대상자 200명 중 이번 조사에 응한 151명을 대상으로 실시하였다. 이들의 공통된 특징은 조사 시점 기준으로 남한에 입국한지 만 2년 이상 5년 미만에 해당되는 북한 이탈 주민이다. 조사기간은 2004년 1월 28일부터 2월 10일로 사전에 훈련된 조사원의 면접과 자기 기입 방식에 따른 설문작업을 통하여 이루어졌다. 개인 사정이나 거주지 사정으로 면접에 불참한 경우에 개인 면담을 하였다 (2004. 2. 11~2. 21). 설문지를 수거하고 누락된 질문에 대하여는 전화로 추가 조사를 한 후 설문지 코딩과 통계 작업을 하였다.

이 연구에서 방법상의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 2001년도 대상자를 추적하여 다시 조사하는 방법을 사용하였지만, 당시 연구에는 건강 및 의료에 대한 체계적인 설문이 누락되어 이번 연구 결과와 비교를 통해 연속적인 경향을 살펴보고자 하는 취지를 만족시키지 못하였다. 따라서 향후 동일한 도구에 의한 같은 대상자의 지속적인 건강 평가가 필요하다고 할 수 있겠다.

둘째, 대상자 선정 및 면접시 국가 기관(국정원)의 직접적인 개입은 없었으나 대상자의 특성상 국가 기관을 의식하지 않을 수 없는 interview bias가 개입되었을 가능성을 배제 못한다. 이는 북한 이탈 주민 연구에 있어서 종종 나타나는 bias로서 이를 배제하기 위해서는 표면적인 자료(의식적 자

료)뒤에 숨어 있는 심층적 자료(무의식적 자료)를 유추할 수 있는 질적 연구가 필요하다.

셋째, 제한된 시간에 법률, 경제, 사회 분야 등 다른 설문을 함께 함으로써 건강/의료에 대한 설문이 충분치 못한 점이다. 의료 이용에 대해서도 타 연구처럼 구체적인 이용 의료 기관 형태에 따른 만족도 (김복연 1999)를 세분화하여 연구하지 못했다.

넷째, 본 연구는 2004년 조사 시점에서 북한 이탈 주민의 건강 상태와 관련 요인을 기준으로 한 단면적 연구이다. 그러므로 관련된 요인에 대한 인과관계를 명확히 기술하는데 부족함이 있다. 실제로 우울증과 주관적 건강 상태는 연관성이 있었지만, 어느 요인이 원인-결과인지 설명을 못하였다. 향후 같은 대상자를 코호트로 하여 주기적으로 추적 분석하여 단면 연구의 한계를 극복하는 연구가 이어지기를 기대한다.

마지막으로, 북한 이탈 주민 연구는 그 결과를 일반화하는데 한계가 있다. 즉 북한 이탈 주민은 북한 사람을 대표한다고 보기 어렵고 그들의 진술이 진실인가 하는 의문도 있고, 탈북 이후의 경험이 그들의 평가에 왜곡을 야기할 수 있다는 문제도 있다. 그러나 현재로서는 그들을 통한 정보가 유일하기 때문에 평가에 다소 문제가 있더라도 북한의 현 상황을 이해하는데 하나의 통로가 될 수 있음에는 틀림없다고 본다 (민성길 2002).

2. 연구결과에 대한 고찰

난민 혹은 이주민들이 적응을 하는 과정에서 야기되는 건강 문제를 평가하는데 주관적 건강 상태를 직접 묻는 것은 유용한 방법이다. 여러 문헌에서 보고된 바와 같이 이주민들의 주관적 건강 상태는 이주하려고 하는 지역의 주민들보다 낮은 것이 일반적이다. 그러나 몇몇 연구에서는 이주민들의 주관적 건강 상태가 그 곳의 주민의 주관적 건강 상태보다 오히려 더 좋다는 연구 결과도 있다 (Janice 1999). 본 연구에서는 이런 상반된 두 가설을 바탕으로 비록 직접적인 비교는 아니나 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태가 일반적 남한 주민의 주관적 건강 상태와 차이가 나는지 알고자 하였다. 그 결과 남한 주민에 비해 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태가 더 낮음을 알 수 있었다. 이와 같은 결과의 가장 큰 이유로 이주민들의 열악한 경제·사회적 상황에 그 원인이 있으리라 예상된다. 이는 대상자 구성의 긍정적 선별 (건강한 이주민 효과)에도 불구하고 새로운 사회의 적응 과정에서 파생되는 부정적인 영향이 더 컸으리라 생각된다. 또 한 가지 고려할 점은 조사 대상자가 이미 남한에 정착한 지 만 2년 이상이 되었다는 점이다. 앞선 연구에서도 정착한 지 4년 미만의 이주자는 본토인보다 주관적 건강 상태가 높은 반면 5년 이후에서는 주관적 건강 상태가 더 낮은 것을 보여주었다. 본 연구에서도 4년을 기준으로 남한에 정착한 지 오래될수록 주관적 건강 상태가 낮아지는 것을 보여주었다 (표 13). 이것은 주관적 건강 상태의 또 다른 질문인 ‘과거 2년 전과 비교한 현재의 주관적 건강 상태’에 대해 부정적인 경우가 긍정적인 경우보다 많은 본 연구의 결과와도 일치 한다 (표7, 그림6). 이처럼 거주 기간에 따른 주관적 건강 상태의

감소 경향은 많은 연구에서 보고되고 있으며 (Ali 2002, Chen 등 1996) 그 원인을 적응과정에서 발생하는 사회, 경제적 요인에서 찾고자 하였다.

본 연구에서 성별에 따른 주관적 건강 상태의 관련성은 분석 방법에 따라 다르게 나왔다. 즉 단변량 분석에서는 성별에 따른 주관적 건강 상태에는 차이가 있었으며, 다른 인구 사회학적 변수를 통제한 <모형 1>의 다중회귀분석에서도 차이가 있었으나 전체 변수를 통제한 <모형 2>의 다중회귀분석 결과 두 변수 간 연관성은 없는 것으로 나타났다. 이는 [표 4]에서 보는 바와 같이 건강 행위 관련 변수 중 흡연, 음주, 비만에서 성별에 따른 차이가 나기 때문으로 생각이 된다. 즉 여성은 남성에 비해 흡연율이 낮고, 음주율이 낮으며 체중이 더 적은데 이들 변수가 반영된 단변량 분석이나 <모형 1>의 다중회귀 분석에서는 남녀별 주관적 건강 상태의 차이가 있었으나, 이들 변수가 통제된 상태에서의 남녀별 주관적 건강 상태의 차이는 없다고 해석된다.

앞서 가설의 검증에서 살펴본 것처럼 성별에 따라 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인에도 차이가 있었다 (표 12). 즉, 남자에서는 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인으로는 남한 거주 기간 ($p<0.01$), 종교 ($p<0.05$), 만성 질환 ($p<0.01$), 우울증 ($p<0.05$) 등이 있었으며 여자에서는 우울증 ($p<0.01$) 한 변수만이 주관적 건강 상태에 영향을 주는 것을 알 수 있다. 남성과 달리 여성에서 우울증 외에 남한 거주 기간, 종교, 만성 질환 등의 변수가 주관적 건강 상태에 영향을 주지 않는 것으로 나온 것은 이 연구에서 설명하기는 쉽지 않다. 우울증 변수가 남한 거주 기간, 종교, 만성 질환 등에 영향을 강하게 받아 다른 변수의 영향력을 흡수할 것이라는 가설을 세울 수 있다. 이에 대해서는 경로분석 혹은 종속적 연구 방법을 통해서

검증이 가능하리라 생각이 된다. 본 연구의 결과는 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태를 높이기 위한 대책 마련에 있어서 성별 차이를 이해하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

연령에 대해서는 선행연구들은 대체로 연령이 높을수록 건강상태는 낮다고 하였으나 본 연구에서는 <모형1>의 다중회귀분석에서만 유의한 관계가 있을 뿐 단변량 분석, <모형2>의 다중회귀분석에서는 연관이 없었다. 이는 대상자의 연령별 분포가 정규분포를 이루지 않는 점, 평균 연령이 37.63세로 선행연구들에 비해 젊다는 점들이 영향을 주었을 것으로 생각이 된다.

거주 기간에 대한 주관적 건강 상태는 선행연구들과 마찬가지로 떨어지는 것으로 나타났다. 이러한 결과가 대상자의 연령이 증가함에 따라 생기는 효과일 수도 있지만, 연령이 통제된 다중회귀분석에서도 같은 결과를 보임에 따라 거주 기간이 주관적 건강에 영향을 주는 보다 다양한 기전을 연구하여야 할 필요가 있다.

종교 여부가 주관적 건강 상태에 영향을 주는 것은 선행 연구에서도 많이 논란이 된 바 있다 (김남진 2000, Gunther 1997). 본 연구에서는 <모형1>과 <모형2>에서 일관되게 종교는 주관적 건강 상태의 관련성에 유의한 결과를 보여주었다. 이는 탈북과정에서 종교 특히 기독교의 영향력이 매우 큰 상황에서 종교가 탈북자들의 주관적 건강 상태에 영향을 주는 주요한 변수로 작용한 것으로 해석 된다.

많은 연구에서 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인으로 대상자의 경제적 상태를 들고 있다 (Fielding 1995, Gunther 1997, Dianne 1989, 이선민 1996 등). 권순원 등 (1993)은 대부분의 저소득층 가구는 영양상태의 부실

과 열악한 근로조건과 주거조건으로 인하여 일반가구에 비해 가구원들의 건강 상태가 좋지 못하다고 하였다. 1989년에 한국보건사회연구원에서 실시한 국민건강조사의 결과에 따르면 주관적 건강 상태는 생활수준이 낮은 계층에서 좋지 않은 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서는 월수입은 주관적 건강 상태에 영향을 주지 않는 것으로 나왔다. 가장 큰 이유는 대상자의 수입이 경제 주체의 한 단위가 되는 가구 소득을 말해주는 것이 아니기 때문으로 생각된다. 또한 대상자의 월소득 수준이 정규분포를 이루지 못하고 저소득에 몰려 있는 점 역시 경제 수준 분석의 변별력을 높이지 못한 것으로 보인다. 따라서 앞으로는 개인의 소득이 아닌 가구의 소득 수준을 가구수로 나누는 분석하는 등으로 설문 방식의 보완 수정이 필요하다고 할 수 있다.

우울증의 여부가 주관적 건강 상태에 영향을 준다는 것은 이미 연구된 바이다. 본 연구에서도 우울증 여부는 건강 상태와 밀접한 연관이 있었다. 하지만 우울증이 낮은 주관적 건강 상태의 선행 요인인지, 낮은 주관적 건강 상태가 우울증의 선행 요인인지를 단면 연구에서는 증명할 수 없었다.

흡연, 음주, 운동, 비만 등 건강 행위와 주관적 건강 상태는 관련이 없는 것으로 나타났다. 선행 연구에서도 이에 대해서는 논란이 많은데 (정영미 2002, 김남진 2000, 김귀분 1998 등) 주관적 건강 상태가 낮은 군에서 주관적 건강 상태가 낮은 경우도 있지만, 반대로 주관적 건강 상태가 낮은 군에서 보다 적극적인 건강행위 (금연, 금주, 운동 등)를 할 수 있기 때문이다.

끝으로 본 연구는 북한 이탈 주민의 의료 이용 만족도에 대해 5가지 항목 (의사의 태도, 치료의 질, 의료비용, 병의원 환경, 행정 절차 등)에 대해

알아보았다. 그 결과 대체로 의료 이용에 대한 만족도가 높았으며 특히 병의원 환경에 대해 만족도가 높았다.

이는 선행 연구(서일 등 1999)처럼 이들이 북한을 탈출한 직후 중국 내에서 이용한 의료 기관에 대한 의료 이용 어려움이 97%에 달한 점에 비추어 탈북자들의 이전 경험 - 북한 내 혹은 탈북 후 난민으로서의 경험 - 이 이후 남한에서의 의료 이용 만족에 반사적인 긍정적 영향을 주는 것으로 해석된다. 이러한 의료 이용 만족도는 남한 거주 기간이 길어져도 변하지 않았다. 그러나 같은 연구 결과 의료비용에 대한 만족도는 남한 거주 기간이 길어질수록 낮아지는 것으로 나타났다. 이는 남한에 정착한 지 첫 5년 동안은 「북한 이탈 주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」 제 30조에 의해 기초생활수급권자의 의료 보호1종으로 지정이 되나 그 이후는 해당 지방 자치체가 그 소득을 파악하여 의료보호 대상자 여부를 재평가한다. 즉 남한에 정착한 지 5년이 초과된 상당수 북한 이탈 주민이 더 이상의 무상 의료에 가까운 의료적 혜택을 받지 못하는 것과 의료 비용의 만족도는 연관이 있는 것으로 생각된다. 본 연구에서 5년이 초과된 북한 이탈 주민의 수는 모두 11명이었다. 이러한 사실이 거주 기간이 길수록 의료비용에 대한 만족도가 떨어지는 이유를 설명한다고 할 수 있겠다.

이상과 같이 본 연구에서 흥미로운 점은 남한 내 만 2년 이상 거주한 북한 이탈 주민은 동시대의 다른 남한 주민들보다 의료 이용 만족도는 높은 반면 주관적 건강 상태가 낮다는 점이다. 또한 거주 기간이 늘어날수록 전반적인 의료 이용에 대한 만족도가 떨어지지 않는 반면 의료비용에 대한 만족도는 떨어진다. 동시에 건강 상태 역시 떨어지는 것으로 나타났다. 이런 결과들을 종합할 때 건강에 대한 평가는 매우 상대적인 것으로서 북한

주민들은 자신들의 과거 경험과 비교하는 동시에 현재의 남한 주민과 비교하여 건강을 평가하는 것을 알 수 있다. 즉 과거 경험에 비추어 현재의 의료 이용 특히 의료 기관 환경에 대한 만족도는 매우 높은 반면, 동시대의 남한 주민과 비추어 볼 때 주관적 건강 상태는 떨어지는 것을 알 수 있다. 여기에 영향을 주는 것으로는 남한 거주 기간, 종교 여부, 우울증, 만성 질환 상병 수 등의 요인들이 있으며 이들의 내제된 우울증이 건강 상태에 부정적인 영향을 주는 반면, 이들이 습득한 종교적 신념은 건강 상태에 긍정적인 영향을 준다고 할 수 있다. 여기에 추가적으로 정착한 지 5년이 지난 북한 이탈 주민들의 의료비용 만족이 저하가 됨이 예상되는 바, 이것에 대한 보완적인 정책 대안이 필요하다고 할 수 있다.

3. 정책제안

본 연구 결과를 토대로 다음과 같은 정책을 제안한다.

첫째, 북한 이탈 주민이 남한 사회에 적응하는 초기부터 건강 전반에 관한 정부 차원의 정기적이며 체계적인 기초 조사 및 평가가 필요하다. 현재 북한 이탈 주민이 하나원에 처음 입소할 때 결핵, 말라리아, 장티푸스 등 외부 유입 전염병을 위한 검사를 시행하고 있지 않고 있다. 그러나 중국 내 북한 이탈 난민들의 건강 조사에서 장티푸스 등 전염병이 상당히 많은 것을 감안 할 때 이러한 기초 조사는 외부 유입 전염병의 차단 차원에서도 필요한 것이다. 아울러 이들에 대한 기초 조사 결과는 현재 북한의 유병 상태를 간접적으로 파악할 수 있어 향후 통일 이후 보건 의료적 과제에 대한 정책 마련에 기초자료를 마련하는 데 도움을 줄 것이다. 또한 유입 초

기의 체계적인 건강 평가뿐 아니라 이들에 대한 추적 관찰을 통해 북한 이탈 주민이 남한 사회에 건강하게 적응 할 수 있도록 효과적으로 도울 수 있어야 한다.

둘째, 북한 이탈 주민의 주관적 건강 상태가 남한 사회 주민 보다 평균적으로 낮은 것을 감안할 때 이 건강 상태에 유의한 영향을 주는 인자들에 대한 면밀한 검토가 이루어져야 할 것이다. 즉 성별에 따른 주관적 건강 상태 및 이에 영향을 주는 요인의 차이에 따라 성별에 대한 정책적 차별화가 필요하다. 종교가 있는 그룹이 없는 그룹에 비해 주관적 건강 상태가 높음에 따라 종교가 건강에 기여하는 긍정적인 영향을 효과적으로 활용하여야 할 것이다. 거주 기간이 오래될수록 주관적 건강 상태가 낮아지는 것에 대한 면밀한 정책적 검토가 필요하다. 아울러 같은 대상자를 일정 시점에 따라 반복 연구를 함으로써 시간에 따른 적응과정의 변화에 대한 관찰이 필요하겠다.

셋째, 본 연구 결과 의료 만족도는 같은 기간 남한 주민들보다 일반적으로 더 높은 점을 볼 때 이들의 선 경험만큼 열악했다는 것을 알 수 있다. 또한 국민기초생활보장법에 의한 의료급여에 북한 이탈 주민을 일정 기간 포함한 것은 상대적으로 앞선 의료 기술을 비교적 낮은 부담으로 이용하게 된 것도 좋은 정책 방향이라고 할 수 있다. 그러나 의료비용에 대한 만족도는 거주 기간이 오래 될수록 유의하게 낮아지는 것에 비추어 정착 5년 후 얼마나 많은 북한 이탈 주민이 실제적으로 의료급여 혜택에서 제외되는지를 파악할 수 있어야 한다. 또한 의료비를 포함 독립적인 경제

적 활동을 할 때까지 몇 년까지의 정부 도움이 필요한 지 면밀한 연구가 필요하다. 아울러 이런 정부의 보조는 남한 내 다른 저소득 계층에 대한 지원의 형평성 문제를 야기하지 않도록 적절하고 합리적인 범위 내에서 이루어져야 할 것이다.

VI. 결론

본 연구는 남한에 정착한지 만 2년 이상 된 북한 이탈 주민을 대상으로 이들의 건강상태와 의료이용에 대해 조사하였다. 1998년도 5월부터 2001년도 3월까지 입국한 사람들 중 조사에 참여한 151명을 대상으로 면담자를 통한 설문 기입식 조사를 하였다. 전체 대상자 중 남자는 85명, 여자는 66명이었으며 이들의 평균 연령은 37.63세였다. 이들의 평균 남한 거주 기간은 36개월에서 60개월 사이로 평균 48.17개월이었다. 전체의 63.57%인 96명이 종교를 가지고 있었고 3명을 제외하고는 모두 기독교였다. 성별에 따른 연구 대상자의 특성으로는 월수입, 흡연, 음주, 비만을 제외하고는 다른 변수의 남녀간 차이는 없었다. 전체의 43.05%인 65명이 1개 이상의 만성 질환을 가지고 있었는데 신경통, 요추디스크, 기타 소화기계 장애, 빈혈 등으로 그 빈도가 많았다. 우울증은 전체의 41.72%인 63명이 가지고 있었으며 남녀간 차이는 없었다.

조사 대상자의 46.34%가 주관적 건강 상태가 '좋다' 혹은 '매우 좋다'라는 긍정적인 대답을 하였는데 이는 2001년도 국민건강영양조사에서 남한 주민의 주관적 건강 상태에서 긍정적인 대답이 58.8%에 비해 낮은 편이다. 과거 2년 전과 비교한 현재의 주관적 건강 상태에서 '좋아졌다' 혹은 '매우 좋아졌다'고 긍정적으로 대답한 비율은 전체의 22.17%로 보다 낮았다.

현재의 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인을 크게 인구사회학적 요인들로 구성된 <모형1>과 건강관련변수가 추가된 <모형 2>로 구분하여 다중회귀분석을 실시하였다. 분석결과 성별은 <모형 1>에서는 여자가 남자

에 비해서 주관적 건강 상태가 낮은 것으로 나타났으나 <모형 2>에서는 연관성이 없는 것으로 나타났다. 연령에 따른 주관적 건강 상태의 차이는 모형 1에서 기준그룹(20~29세)이 비해 40세 이상그룹의 주관적 건강 상태가 낮은 것으로 나왔으나 <모형 2>에서는 차이가 없었다. 남한 거주 기간이 48개월 미만인 그룹보다 48개월 이상인 그룹에서 주관적 건강 상태는 더 낮게 나타났다. 즉 남한에 들어온 지 오래될수록 주관적 건강 상태는 낮아짐을 알 수 있다. 북한에서의 학력, 결혼 여부, 동거 여부, 월수입 상태는 주관적 건강 상태에 영향을 주지 못하는 것으로 나타났다. 종교를 가지고 있는 그룹은 종교가 없는 그룹에 비해 주관적 건강 상태가 높았는데 <모형 1>과 <모형 2> 모두에서 통계적으로 유의한 관련성이 있었다. 만성 질환이 1개 이상 있는 그룹은 없는 군에 비해 주관적 건강 상태가 낮았는데 이는 <모형 1>과 <모형 2> 모두에서 통계적으로 유의한 결과이다. 우울증이 있는 그룹은 없는 군에 비해 역시 주관적 건강 상태가 낮았으며 이는 <모형 1>과 <모형 2> 모두에서 통계적으로 유의한 결과이다. 입원여부와 흡연, 음주, 운동, 비만 등 건강행위 관련 변수에서 주관적 건강 상태의 차이는 없었다.

위 결과를 정리하면 주관적 건강 상태와 관련이 있는 요인으로 남한 거주 기간, 종교, 만성 질환, 우울증 여부 등이 있었으며 단변량 분석에서 연관성을 보여준 성별은 전체 변수를 통제한 다중회귀분석에서는 연관성이 없었으며 나이, 교육, 결혼, 동거여부 및 경제상태, 입원여부, 건강행위관련 변수들은 주관적 건강 상태와 연관이 없었다.

성별에 따라 주관적 건강 상태에 영향을 주는 요인의 차이를 다중회귀 분석을 한 결과 남자에서는 거주 기간, 종교, 만성 질환, 우울증 등의 요인이

주관적 건강 상태와 연관이 있었으며, 여자의 경우 우울증만이 주관적 건강 상태와 연관이 있었다.

마지막으로 본 연구에서 의료 이용에 대한 만족도는 비교적 높게 나왔다. 의사의 태도, 치료의 질, 의료비용, 병의원 환경, 행정절차 등의 세부항목에 긍정적으로 대답한 비율은 각각 65%, 59.58%, 54.78%, 86.61%, 68.49%였다. 남한 거주 기간에 따른 의사의 태도, 치료의 질, 병의원 환경, 행정절차의 만족도의 차이는 없었으나 의료비용에 대한 만족도는 48개월 미만인 군보다 48개월 이상은 군에서 낮게 나왔다. 즉 남한 거주 기간이 오래될수록 의료비용에 대한 만족도는 떨어짐을 알 수 있었다.

본 연구의 결과에서 알 수 있듯이 남한에 들어 온 지 만 2년 이상 5년 이하의 북한 이탈 주민들의 주관적 건강 상태는 남한 주민에 비해 낮은 편이며 거주 기간이 오래될수록 더 떨어짐에 따라 이에 대한 대책 수립이 필요하다. 또한 성별에 따른 주관적 건강 상태의 차이 및 관련 요인이 차이를 보임에 따라 이들에 대한 정책 마련에 있어서 성별도 중요한 고려 요소임이 나타났다. 본 연구를 통해 만성 질환, 우울증, 종교 등이 주관적 건강 상태와 유의한 연관성이 있는 것으로 나타난 점에 비추어 이들의 건강 상태에 대해 보다 전인적인 이해와 접근이 필요함을 알 수 있다. 아울러 이들의 의료 기관 이용에 대한 만족도가 높음을 알 수 있었으나 거주 기간이 길수록 의료비용에 대한 만족도가 낮아지는 것을 볼 때 이들에 대한 의료 급여 제도의 연장 등 여러 대책이 필요함을 알 수 있었다. 무엇보다 이러한 남한 사회 북한 이탈 주민들의 적응에 관한 연구가 지속적이고 체계적으로 이루어져 이들에 대한 효과적인 도움이 될 뿐 아니라 향후 남북한 통일 시대를 대비한 보건 의료계의 준비가 이루어져야 할 것이다.

참고문헌

김귀분, 전은영. 일반성인의 지각된 건강상태 및 건강증진 생활양식이 생활 만족도에 미치는 영향. 성인간호학회지 1998; 10(3): 548-558

김남진. 예비노인 집단과 노인집단의 건강 관심도 및 건강행위, 주관적인 건강상태와의 관련성 연구. 건강증진학회지 2000; 17(2): 99-106

김복연 등. 의료보호대상자의 의료 이용 양상. 영남대 학술지 1991; 8(2): 185-201

김복연, 김석범, 김창윤, 강복수, 정중학. 의료 보호 대상자의 의료 이용 양상. 영남의대 학술지 1991; 8(2): 185-201

김정순. 한국인의 건강과 질병 양상. 신광출판사, 2001

문상식, 이시백. 주관적 건강인식과 건강검진 결과의 비교분석을 통한 건강행위 연구. 건강증진학회지 2001; 18(3): 12-26

민성길. 북한 사람들의 삶의 질. 탈북자와 통일 준비. 연세대학교 출판부,

2002

박장순. 의료 이용 전·후 기대와 만족수준 비교. 연세대학교 보건대학원
2002

박종연. 북한의 보건의료 실태와 통일 후 건강 보장 체계의 과제. 남북한
보건 의료 2002; 3(1): 1-38

서일, 이윤환, 이명근, 최귀숙. 중국 내 북한 난민의 건강실태. 통일연구
1999 ; 3(1): 307-328

우극현. 도시영세지역 주민의 상병 및 의료 이용 양상. 예방의학회지
1985; 18(1): 25-39

유연희. 대학 병원 의료 서비스 만족에 관한 연구. 조선대학교 경영대학원
2000

유재민, 현명호. 건강관련행동이 건강 인식 및 삶의 만족도에 미치는 영향.
한국 심리학회지 1997; 2(1): 230-240

윤덕용, 강태규. 탈북자의 실업과 빈부격차에 의한 갈등 - 탈북자들의 경
제문제에 관한 설문조사를 중심으로. 통일연구 1997; 1(2): 1-47

유수정. 우리나라 성인 비만 관련 요인 분석 - 사회, 경제, 행동적 요인을 중심으로. 연세대학교 보건 대학원 2004

이선민, 문옥륜. 소득 계층에 따른 건강수준 및 의료 이용의 차이에 관한 연구. 국민보건연구소 연구논집 1996; 6(2): 39-50

이수일 등. 도시 영세 노인들의 건강평가에 관한 연구. 대한 보건협회학술지 1998; 24(2): 59-70

이수일, 조병만, 황인경, 김동균. 도시 영세 노인들의 건강 평가에 관한 연구. 대한 보건협회 학술지 1998; 24(2): 59-70

이윤환, 전기홍, 이명근, 이연경, 윤수진. 북한 이탈 식량 난민의 정신건강 실태조사. 남북한 보건의료 2000: 134-174

전우택, 김명세, 박중규. 탈북자들의 주요 사회 배경에 따른 적응과 자아 정체성에 관한 연구. 통일연구 1997; 1(2): 1-40

전우택, 민성길, 이만홍, 이은설. 북한 탈북자의 남한 사회 적응에 관한 연구. 신경정신의학 1997; 36(1): 146-162

전우택, 윤덕용, 엄진섭. 탈북자들의 남한사회 적응 생활 실태조사. 통일연구 2001; 7(1): 155-288

전우택. 난민들의 정신건강과 생활적응에 대한 고찰 및 한반도 통일과정에서 전망과 대책. 신경정신의학 1997; 36(1): 3-18

전우택. 독일 통일 이후 그 심리적 갈등과 극복 방안 - 구 동독인과의 면담 기록을 중심으로. 사람의 통일을 위하여. 도서 출판 오름, 2000

전우택. 탈북자들을 통하여 보는 남북한 사람들의 통합 전망. 통일연구 2002; 6(1): 47-61

전우택. 탈북자들을 통하여 본 북한주민 의식 조사. 신경 정신의학 2003; 42(6): 631-643

전우택. 탈북자와 통일 준비. 연세대학교 출판부, 2002

정영미, 김주희. 건강 증진프로그램이 노인의 건강행위, 지각된 상태 및 생활만족도에 미치는 효과. 성인간호학회지 2002; 14(3):327-336

조영아, 전우택. 북한 출신 대학생들의 대학생활 적응에 대한 질적 연구. 한국 상담심리학회 2002; 16(1): 167-186

최수미. 의약분업 이후 의약서비스에 대한 만족도 분석. 연세 대학교 보건대학원 2002

최정수 등. 2001 국민건강·영양조사(만성 질환편). 보건복지부, 2002

최평길. 북한 주민 의식 조사 연구. 연세대학교 1990

통일부. 통일백서, 2003

통일부. 통일백서, 2004

백영주, 김인숙. 간호사의 건강증진 생활양식과 관련 요인 연구. 2000; 성
인간호학회지 12(3): 477-489

Besier M, Johnson PJ & Turner RJ. Unemployment, underemployment
and depressive effects among Southeast Asian refugees. Psychol Med
1993; 23:731-743

Clinton-Davis L & Fassill Y. Health and social problems of refugees.
Soc Sci Med 1991; 35: 507-513

Daniel L. Speake, Marrie E. Cowart, Kathleen Pellet. Health Percptions
and Lifestyles of the Elderly. Research in Nursing & Health 1989; 12:
93-100

Edward B Hayes, Hannah /m. Pressler. Health Status of Pediatric
Refugees in Portland, Me. Arch Pediatr Adolesc Med 1998; 152: 564-568

Fehir, J.S. Self-rated health status, self efficacy, motivation, and selected demographics as determinants of health-promoting life style. Doctoral Dissertation, The University of Texas at Austin, 1988

Giora Kaplan, Orna Baron-Epel. What lies behind the Subjective Evaluation of Health Status?. Soc. Sci. Med 2003; 56: 1669-1676

Günther Luschen, Olga Geling, Christian Janben, Gerhard Kunz, Olaf Von Dem Knesebeck. After Unification: Gender And Subjective Health Status in East and West Germany. Soc. Sci. Med 1997; 44(9): 1313-1323

Janice Katherine Kopinak RN. The Health of Bosnian Refugees in Canada. Ethnicity & Health 1999; 4(1/2): 65-82

Jennifer L, Susan MB, Lincoln CC. Humanitarian Crises : The Medical and Public Health Response. Havard University Press 1999

K.Bruce Newbold, Jeff Danforth. Health Status and Canada's immigrant population. Social Science & Medicine 2003, 57. 1981-1995

Kinize JD, Boehnlein JK, Leung PK, Moore LJ, Riely C, Smith D. The prevalence of posttraumatic stress disorder and its clinical significance

among Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry* 1990;147:913-917

Kroll J, Habenicht M, Mackenzie T, Yang M, Chan S, Vang T, Ly M, Phommasuvanb B, Nguyen H, Vang Y, Souvannasoth L, Cabugao R. Depression and Posttraumatic Stress Disorder in Southeast Asian refugees. *Am J Psychiatry* 1989;146:1592-1597

Lawston, M.P., Moss.M.Fulcomer.,& Kleban. M.H. A research and Service oriented Multiple Assessment Instrument. *Journal of Gerontology* 1982, 37(1). 91-99

Lin KM, Tazum L, Masuda M. Adaptational Problems of Vietnamese refugees. I. Health and mental health status. *Arch Gen Psychiatry* 1979; 36(9): 955-961

Lucia Ann McSpadden. Ethipian Refugee Resettlement in the Western United States: Social Context and Psychological Well-Being. *Int Migration Review* 1987; 21(3): 796-819

Minoru Masuda, Keh-Ming Lin, Laurie Tazuma. Adaptation Problems of Vietnamese Refugees. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 447-450

Palmore E., & Luikart C. Health and Social factors related to life

satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior* 1972; 13: 68-69

Palmore E., & Luikart C. Change in Life Satisfaction : A Longitudinal Study of Person Aged 46-70. *J. of Gerontology* 1977; 32(3): 311-312

Robert E. Rakel. *The Textbook of Family Practice*. 5th edition. 1995

Richard F Mollica. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among bosnian refugees. *JAMA* 2001; 286(5): 546-554

R.Fileding, J.Li, Y.E.Tang. Health Care Utilization as a Function of Subjective Health Status, Job Satisfaction and Gender among Health Care Workers in Guangzhou, Southern China. *Soc. Sci. Med.* 1995; 41(8): 1103-1110

Silove D, Ekblad S. How well do refugees adapt after resettlement in Western country. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106(6): 401-2

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasgar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 1997;170:351-357

Sokoloff B, Carlin J, Pham H. Five-year follow-up of Vietnamese refugee children in the United States. *Clin Pediatr* 1984; 23(10): 565-570

Stella M. Yu, Zhihuan J. Huang, Gopal K. Singh. Health Status and Health Service Utilization Among US Chinese, Asian Indian, Filipino, and other Asian/Pacific Islander Children. *Pediatrics* 2004, 113(1): 101-107

Stephanie S, Patrick V, William G. Refugee community health care. New York. Oxford University Press 1983

Steven M. Weine. PTSD Symptoms in Bosnian Refugees 1 year after resettlement in the United States. *Am J Psychiatry* 1998; 155(4): 562-564

Tatsuya Katsumata et al. Health Problems Among Vietnamese Refugees Resettled in Japan. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1993; 24(4): 647-653

USCR World Refugee Survey 2002 : An annual assessment of conditions affecting refugees, asylum seekers, and internally displaced persons. U.S. Committee for Refugees 2002

Wale J.E. Scales for measuring general health perceptions. Health Services Research 1976; 11: 396-415

Abstract

The Analysis of the Subjective Health Status and the Health Utilization Satisfaction among North Korean Refugees in South Korea

Kim, Kyong Chol

Dept. of International Health

The Graduate School of

Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Woojin Chung, Ph.D.)

As increasing numbers of North Korean Refugees, their adaptation has become social issues. Especially health problems affect to their adaptation, so that it is needed to investigate more concrete and integrated study on their health and health utilization.

The purpose of this study was to describe the health status and health utilization satisfaction among the North Korean refugees who has been in South Korea more than 2 years.

This study employed a survey design using a interview method. A total 151 North Korean refugees who has come in South Korea between 1998 May to 2001 March participated in this study. Data

were analyzed the factors affecting the subjective health status using t-test, one way ANOVA and multiple regression.

The results of this study can be summarized as follows:

First, the average age among 85 men and 66 women was 37.63 years old, the average resident periods is 48.17 months.

Second, The positive subjective health status is 46.34% which is less to the 2001 national health nutrition survey's one, 58.8%. The subjective health status of the group more 48 month residential period is lower than the group less 48 months. Another factors which affect the subjective health status is the religion, chronic morbidity, depression. Sex is an affecting factor according to the univariate analysis but not to the multiple regression.

Third, the satisfaction rate to the health utilization is 65% (doctor's attitude), 59.58% (medical quality), 54.78% (cost), 86.61% (hospital environment) and 68.49% (administration). The difference of the satisfaction rate according to the residential periods is not significant except the cost that is lowering as the time pass away.

The findings of this study will be helpful to make the detailed policy to the North Korean refugees who is struggling to adapt and survive in South Korea.

Key words : North Korean refugees, subjective health status, health utilization

나. 건강

1. 현재 귀하의 건강 상태는 어느 정도 건강하다고 생각하십니까?

- ① 매우 나쁘다 ② 나쁘다 ③ 보통이다 ④ 좋다 ⑤ 매우 좋다

2. 2년 전과 비교했을 때 귀하의 건강 상태는 어떠하다고 생각하십니까?

- ① 매우 나빠졌다 ② 나빠졌다 ③ 비슷하다 ④ 좋아졌다 ⑤ 매우 좋아졌다

3. 귀하께서는 최근 일년 동안 아래와 같은 만성 질환을 앓았거나 현재 앓고 있습니까?

(만성 질환이란 3개월 이상을 앓은 질병으로 정의합니다.)

① 없다 ()

② 있다 () 있으면 아래의 질환 중 어느 것입니까? 해당되는 질병에 모두 ○ 표를 해주시고 그 해당 질병이 복란에서부터 있었으면 ☒를 해주세요

만 성 질 환			
근골격계 질환	1 () 관절염(퇴행성, 류마치스 관절염) 2 () 요통, 좌골통 3 () 디스크(추간판 탈출증) 4 () 신경통 5 () 골다공증 6 () 기타 근골격계 질환	내분비영양 및 대사성 질환 면역장애	28 () 당뇨병 29 () 갑상선 장애 30 () 빈혈 31 () 기타 내분비, 대사성 질환
소화기계 질환	7 () 소화성궤양(위궤양, 십이지장궤양) 8 () 만성간염, 간경변증 9 () 만성변비 10 () 기타 소화기계 질환	호흡기계 질환	32 () 결핵 33 () 만성기관지염, 폐기종, 폐쇄성폐질환 34 () 천식 35 () 기관지 확장증 36 () 축농증(만성 부비동염) 37 () 알레르기성 비염 38 () 기타 호흡기계 질환(건초열)
순환기계 질환	11 () 고혈압 12 () 중풍, 뇌혈관 질환 13 () 협심증, 심근경색증 14 () 기타 심장질환 15 () 치질, 치핵 16 () 기타 순환기계 질환(정맥류, 동맥경화)	정신 및 행동장애, 신경계 질환	39 () 신경증(불안증, 강박증) 40 () 우울증, 기분장애 41 () 정신분열증, 정신병 42 () 치매(노망, 알츠하이머) 43 () 기타 정신질환(간질) 44 () 만성두통, 편두통 45 () 기타 신경·감각계 질환
피부, 비뇨생식기계 질환	17 () 피부병(얼굴: 여드름, 버짐 등) 18 () 피부병(발: 무좀) 19 () 피부병(기타부위: 버짐, 가려움증 등) 20 () 만성 알러지 21 () 기타 피부질환 22 () 만성 신부전, 신장 질환 23 () 뇨실금 24 () 기타 비뇨생식기계 질환	눈, 귀 질환	46 () 백내장, 녹내장 47 () 기타 눈 질환 48 () 만성중이염 49 () 기타 귀 질환
구강 질환	25 () 충치(치아우식증) 26 () 치주질환(동치, 잇몸병) 27 () 기타 구강질환	암	50 () 위암 51 () 간암 52 () 폐암 또는 기관지암 53 () 장암(대장암, 직장암) 54 () 자궁암 55 () 기타 암
기타 :			

5. 최근 일년 동안 질병이나 수술 등으로 병원에 입원을 한 적이 있습니까?

① 없다

② 있다. 있는 경우 () 질병으로 () 일 동안 입원을 하였다.

6. 귀하의 현재의 주요 건강 행위에 대한 질문입니다.

6-1. 흡연 : ① 안 한다 ② 하루 반갑 미만 ③ 하루 반갑~한갑 미만 ④ 하루 한갑 이상

6-2. 음주 : ① 거의 안 마신다 ② 월 2~3회 ③ 주 1~2회 ④ 주 3~4회 ⑤ 거의 매일

한번의 음주량 () 예) 소주 반 병

6-3. 운동 : 주 3회 이상의 규칙적인 운동을 하십니까?

① 한다 ② 안 한다

6-4. 비만 : 현재 귀하의 키와 몸무게는 어떻습니까?

키 ()cm 몸무게 ()kg

7. 다음은 남한의 의료 기관을 이용하면서 느끼는 만족도에 대한 질문입니다.

질문	만족도
7-1. 귀하는 의료인들의 태도에 대해 어느 정도 만족하십니까?	① 매우 만족한다 () ② 비교적 만족한다 () ③ 보통이다 () ④ 비교적 불만족한다 () ⑤ 매우 불만족한다 ()
7-2. 귀하는 치료의 질에 대해 어느 정도 만족하십니까?	① 매우 만족한다 () ② 비교적 만족한다 () ③ 보통이다 () ④ 비교적 불만족한다 () ⑤ 매우 불만족한다 ()
7-3. 귀하는 치료 중 드는 의료비용에 대해 어느 정도 만족하십니까?	① 매우 만족한다 () ② 비교적 만족한다 () ③ 보통이다 () ④ 비교적 불만족한다 () ⑤ 매우 불만족한다 ()
7-4. 귀하는 이용한 병원의 환경 (시설, 편리성 및 교통 등)에 대해 어느 정도 만족하십니까?	① 매우 만족한다 () ② 비교적 만족한다 () ③ 보통이다 () ④ 비교적 불만족한다 () ⑤ 매우 불만족한다 ()
7-5. 귀하는 이용한 병원의 행정적인 절차에 대해 어느 정도 만족하십니까?	① 매우 만족한다 () ② 비교적 만족한다 () ③ 보통이다 () ④ 비교적 불만족한다 () ⑤ 매우 불만족한다 ()

다. 우울증 척도 (BDI)

다음 글을 읽어보시고 각 번호의 4가지 문항 중 지난 일주일 동안 자신의 상태를 가장 잘 나타냈다고 생각되는 문항을 골라 “○” 표를 하십시오.

- 1) 0. 나는 슬프지 않다.
 1. 가끔 슬플 때가 있다.
 2. 항상 슬픔에 젖어 헤어날 수가 없다.
 3. 대단히 슬프고 불행해서 견딜 수가 없다.

- 2) 0. 장래에 대해 별로 걱정하지 않는다.
 1. 장래에 대해 가끔 걱정한다.
 2. 장래에 대한 기대는 아무것도 없다.
 3. 장래는 절망적이고 나아질 수도 없다.

- 3) 0. 실패라는 것은 생각하지도 않는다.
 1. 다른 사람보다 실패를 많이 한 것 같다.
 2. 과거 내 생활은 거의 실패의 연속이었다.
 3. 나는 완전히 실패한 인간이다.

- 4) 0. 내가 하는 일에 여전히 만족하고 있다.
 1. 예전처럼 만족을 느끼지 못한다.
 2. 무엇을 해도 만족스럽지 않다.
 3. 만사가 불만스럽고 짜증이 난다.

- 5) 0. 별로 죄책감을 느끼지 않는다.
 1. 때때로 죄책감을 느낀다.
 2. 자주 죄책감을 느낀다.
 3. 항상 죄책감에 빠져 있다.

- 6) 0. 벌을 받을 느낌은 없다.
 1. 벌을 받을지도 모른다.
 2. 벌을 받을까봐 걱정이다.
 3. 나는 지금 벌을 받고 있다.

- 7) 0. 나 자신에 대해 실망하지 않는다.
 1. 나 자신에 실망할 때가 많다.
 2. 내 자신이 지긋지긋 하다.
 3. 나는 내 자신을 증오한다.

0. 나는 다른 사람보다 뒤떨어지지 않는다.
1. 나의 약점이나 실수는 가끔 내 탓으로 돌린다.
 2. 다른 사람보다 뒤떨어지는 것은 거의 내 탓이라고 생각한다.
 3. 잘못된 일은 모두 내 탓이다.
- 9) 0. 죽고 싶은 생각은 없다.
1. 가끔 죽고 싶은 생각이 들지만 실행은 못할 것이다.
 2. 나는 죽고 싶은 생각을 할 때가 많다.
 3. 기회만 있으면 죽고 싶다.
- 10) 0. 평소보다 더 우는 편은 아니다.
1. 전보다 더 자주 우는 편이다.
 2. 요즘은 항상 울고 있다.
 3. 울고 싶어도 나올 눈물조차 없다.
- 11) 0. 전보다 더 짜증나지는 않는다.
1. 전보다 더 쉽게 짜증이 난다.
 2. 요사이 항상 짜증이 난다.
 3. 짜증내고 싶어도 이제는 짜증내기도 지겹다.
- 12) 0. 다른 사람들과 여전히 잘 어울린다.
1. 다른 사람들과 어울리지 못할 때가 가끔 있다.
 2. 거의 대부분 다른 사람들과 어울리지 못한다.
 3. 다른 사람들에 대해 전혀 흥미가 없다.
- 13) 0. 나의 결단력은 전과 같다.
1. 전보다 다소 결단력이 약해졌다.
 2. 전보다 훨씬 결단력이 약해졌다.
 3. 나는 아무것도 결단을 내릴 수가 없다.
- 14) 0. 전보다 내 모습이 못하지는 않다.
1. 내가 늙거나 매력이 없어진 것 같아 걱정이다.
 2. 내 모습은 변했고 매력도 없어졌다.
 3. 내 모습은 확실히 추해졌다.
- 15) 0. 전과 같이 일을 잘 할 수 없다.
1. 전처럼 일을 하려면 조금 힘이 든다.
 2. 무슨 일이든 하려면 무척 힘이 든다.
 3. 전혀 아무 일도 할 수가 없다.
- 16) 0. 잠자는 데 아무 불편이 없다.
1. 잠 못 이룰 때가 가끔 있다.
 2. 평소보다 새벽에 일찍 깨 다시 잠들기 어렵다.

3. 밤중에 깨서 전혀 못 잔다.

17) 0. 별로 피곤한 줄 모르고 지낸다.

1. 평소보다 쉽게 피로해진다.
2. 사소한 일에도 곧 피로해진다.
3. 너무 피로해서 아무 일도 할 수 없다.

18) 0. 입맛은 평소와 같다.

1. 입맛이 전과 같지는 않다.
2. 요사이 입맛은 매우 나빠졌다.
3. 전혀 입맛이 없다.

19) 0. 체중의 변화는 없다.

1. 근래 3kg 가량 줄었다.
2. 근래 5kg 가량 줄었다.
3. 근래 7kg 가량 줄었다.

20) 0. 건강에 대한 걱정은 별로 안한다.

1. 신체적 건강에 대해 걱정한다 (몸살, 소화불량 등).
2. 신체적 건강에 대한 걱정 때문에 다른 생각하기가 힘들다.
3. 신체적 건강에 대한 걱정 때문에 전혀 아무 일도 할 수가 없다.

21) 0. 정력(또는 성욕)이 전보다 떨어진 것 같지는 않다.

1. 정력이 전보다 약간 떨어졌다.
2. 확실히 정력이 떨어졌다.
3. 전혀 정력이 일어나지 않는다.