



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

치의과학석사 학위논문

남한과 북한에서의 교육 경험이  
북한이탈주민의 건강정보이해능력  
및 구강건강정보이해능력에  
미치는 영향

2018년 2월

서울대학교 대학원  
치의과학과 예방치과학전공  
박 유 이

남한과 북한에서의 교육 경험이  
북한이탈주민의 건강정보이해능력  
및 구강건강정보이해능력에  
미치는 영향

지도교수 한 동 헌

이 논문을 치의과학석사 학위논문으로 제출함  
2017년 10월

서울대학교 대학원  
치의과학과 예방치과학전공  
박 유 이

박유이의 치의과학석사 학위논문을 인준함  
2017년 12월

위원장           조  현  재           (인)

부위원장           한  동  헌           (인)

위  원           진  보  형           (인)

국문초록

# 남한과 북한에서의 교육 경험이 북한이탈주민의 건강정보이해능력 및 구강건강정보이해능력에 미치는 영향

서울대학교 대학원 치의과학과 예방치과학전공  
(지도교수 : 한 동 헌)

박 유 이

2016년 12월을 기준으로 남한에 입국한 북한이탈주민의 누적 입국자 수는 30,000명을 넘어섰다. 현재 남한 정부는 북한이탈주민을 차별 없이 수용하고 있으며, 건강한 사회구성원으로서의 편입을 위해 각종 지원을 시행하고 있다. 하지만 북한이탈주민의 건강문제와 보건 의료서비스 이용의 어려움은 여전히 남한 사회 정착에 큰 걸림돌이 되고 있다.

건강정보이해능력이란 단순히 건강 관련 정보를 읽는 것이 아니라 사회적 환경에 영향을 받으며 건강한 삶을 영위하고 복지 수준을 향상시키는데 잠재적인 도움을 주는 요인으로 정의되고 있다. 따라서 본 연구에서는 북한이탈주민을 대상으로 건강정보이해능력을 조사하여 북한이탈주민의 건강정보이해능력 제고방안을 제시하고 궁극적으로 남북주민의 원활한 통합을 도모하고자 한다.

본 연구는 단면조사연구로 설계되었으며, 연구 참여자 모집공고를 통해 모집된 북한이탈주민 137명에게 구조화된 설문지를 이용하여

자료를 수집하였다. 사회적 지지 측정 도구는 한국어판 Duke-UNC 사회적 지지도 설문지를 활용하였고, 건강정보이해능력은 세 가지 영역으로 나누어 서로 다른 영역을 평가하도록 구성하였다. 건강·의료와 관련된 용어의 이해정도를 평가하는 언어적 건강정보이해능력, 건강과 관련된 자료의 독해·수리능력을 평가하는 기능적 건강정보이해능력, 정보의 사실적·추론적·비판적 이해능력을 평가하는 구강건강정보이해능력은 모두 기존에 개발된 평가도구(KHLAT, S-KHLT, Oral health literacy 측정 도구)를 활용하여 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 기술통계 및 t-test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, 상관분석, 다중회귀분석을 통해 분석하였고 주요 결과는 다음과 같다.

1. '재북 학력'과 '남한에서의 정규 교육과정'여부를 함께 고려한 집단의 언어적·기능적·구강건강정보이해능력은 남한에서 정규 교육과정 경험에 따라 모든 집단에서 유의하게 차이가 있었다( $P < 0.05$ ).
2. 다중회귀분석 결과, 언어적 건강정보이해능력은 남한 거주 개월이 1개월 길어질수록( $\beta = 0.306$ ), 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta = 0.218$ ), 여성일 경우( $\beta = 0.211$ ) 높았다( $P < 0.05$ ).
3. 다중회귀분석 결과, 기능적 건강정보이해능력은 나이가 1세 증가할수록( $\beta = -0.483$ ) 낮았고, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta = 0.261$ ), 여성일 경우( $\beta = 0.249$ ) 높았다( $P < 0.05$ ).
4. 다중회귀분석 결과, 구강건강정보이해능력은 나이가 1세 증가할수록( $\beta = -0.441$ ) 낮았고, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta = 0.316$ ), 현재 직업이 직장인인 경우( $\beta = 0.224$ ) 높았다( $P < 0.05$ ).
5. 다중회귀분석 결과, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 모두 영향을 미치는 요인은 남한에서의 정규 교육과정 경험이었다.

건강정보이해능력의 예측요인으로 밝혀진 교육적 요인을 다각적 측면에서 분석한 결과, 북한에서의 교육 경험보다는 남한에서의 정규 교육과정 경험이 북한이탈주민의 언어적·기능적·구강건강정보이

해능력에 정의 영향을 미침을 확인하였다. 따라서 위험 집단의 경우 건강정보이해능력 향상을 위한 정책의 개발과 적극적인 지원이 필요하며 이를 위한 추가연구가 필요하다고 사료된다.

---

주요어 : 건강정보이해능력, 구강건강정보이해능력, 북한이탈주민

학 번 : 2015-23260

## 목 차

제 1 장	서론	1
제 1 절	연구 필요성	2
제 2 절	연구 목적	5
제 3 절	용어 정의	6
제 2 장	연구 배경	8
제 1 절	연구 동향	9
제 3 장	연구방법	19
제 1 절	연구설계 및 대상	20
제 2 절	연구도구	22
제 3 절	자료 분석 방법	27
제 4 장	연구결과	28
제 5 장	고안	56
제 6 장	결론 및 제언	64
	참고문헌	67
	Abstract	80
	감사의 글	84

## 표 목 차

[Table 1] Various definitions of health literacy	10
[Table 2] Oral health literacy definitions compared	12
[Table 3] List of health literacy researches on North Korean refugees	16
[Table 4] General characteristics of participants	30
[Table 5] Health related characteristics of participants	33
[Table 6] Total score of participants	35
[Table 7] Correlations between social support, linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy	37
[Table 8] Linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy score according to participants' general characteristics	39
[Table 9] Linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy score according to participants' health related characteristics	42
[Table 10] Linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy score according to education factors in North Korea and South Korea	45
[Table 11] Factors influencing the linguistic health literacy	47
[Table 12] Factors influencing the functional health literacy	49
[Table 13] Factors influencing the oral health literacy	51
[Table 14] Factors influencing the linguistic health literacy in non-student group	53
[Table 15] Factors influencing the functional health literacy in non-student group	54
[Table 16] Factors influencing the functional health literacy in non-student group	55



## 그림 목차

[Fig. 1] Number of North Korean refugees entering South Korea based on the statistics of the Ministry of Unification 2

[Fig. 2] The research model for health literacy in North Korean refugees (modified from 'Integrated model of health literacy') 20

이 논문은 2017년 통일부 통일교육 선도대학 사업의  
지원을 받아 연구되었음

# 제 1 장 서 론

## 제 1 절 연구 필요성

국내에 입국한 북한이탈주민 입국자 수는 2006년부터 연간 2,000명 대로 진입한 이후 2011년까지 2,500-3,000명 규모를 유지하였고, 2010년에는 누적 입국자 수가 20,000명을 넘어섰다. 2012년부터 북·중 국경통제 강화 등으로 입국자가 감소하였으나, 누적 입국자 수는 꾸준히 증가하여 2017년 9월을 기준으로 총 누적 입국자 수는 31,093명<sup>1)</sup>으로 집계되었다(Fig. 1). 우리나라 정부는 ‘인도주의에 입각한 특별한 보호·지원’과 ‘통일대비 역량 강화를 위한 실질적 통일준비의 일환’으로 북한이탈주민을 차별 없이 수용하고 있으며 사회적 취약계층으로 분류하여 우리 사회 적응에 필요한 각종 지원을 하고 있다.

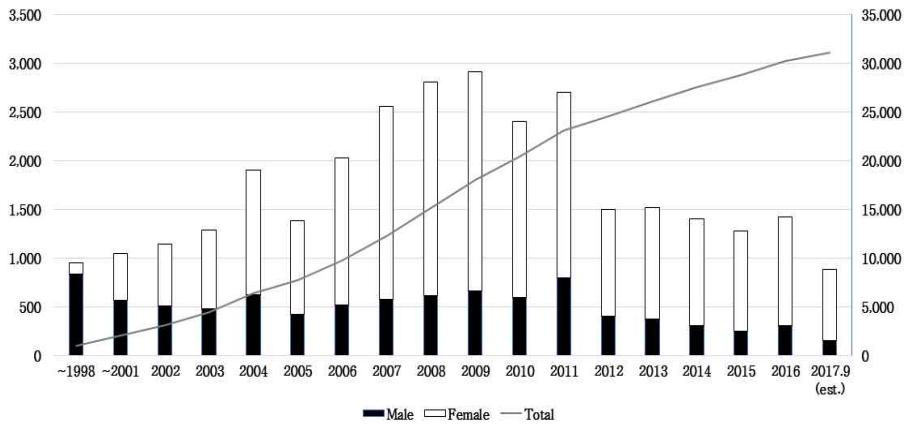


Fig. 1. Number of North Korean refugees entering South Korea based on the statistics of the Ministry of Unification

북한이탈주민은 ‘북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률’에 의거하여 우리 사회에서의 성공적인 정착과 건강한 사회구성원으로 서의 편입을 지원(보호, 교육, 취업, 주거, 의료 및 생활보호 등)받고 있다. 특히 사회복지 측면에서는 국민기초생활보장법에 따라 생계급여와 의료급여 혜택을 제공받고 있으며, 이와 더불어 통일부는 2009년에 전국지방의료원연합회와 진료지원협약서를 체결하여 북한이탈

주민이 지방의료원(전국 34개)에서 진료를 받을 경우 발생한 진료비의 감면을 받을 수 있도록 추가적인 진료 지원을 하고 있다<sup>2)</sup>.

하지만 이러한 다각적 지원에도 불구하고 북한이탈주민의 건강문제는 일반인보다 더욱 심각해 보인다. 2015년에 수행된 국민건강영양조사<sup>3)</sup>에서 병의원 연간미충족의료율은 남성에서 10.1%, 여성에서 15.4%이었고, 자살생각률은 남성에서 3.8%, 여성에서 6.3%이었다. 반면 같은 해에 시행된 북한이탈주민 정착실태조사<sup>4)</sup>를 살펴보면 북한이탈주민의 병의원 연간미충족의료율은 남성에서 13.8%, 여성에서 17.1%이었고, 자살생각률은 남성에서 11.7%, 여성에서 19.3%이었다. 미충족의료율과 자살생각률 모두 북한이탈주민에서 높았지만, 특히 주목할 만한 부분은 자살 생각에 대한 주된 이유가 ‘신체적/정신적 질환, 장애 때문’이 29.8%로 가장 높았다는 점이다.

이러한 지표들을 통해 북한이탈주민의 건강문제는 남한 사회 정착에 큰 장애 요인으로 작용할 것임을 예측할 수 있으며, 위 문제를 해결하기 위한 방안으로 적절한 보건의료서비스의 조직적 연계가 제시될 수 있다. 하지만 분단 70여 년의 세월은 남과 북 사이에 사회, 문화, 정치, 경제적 이질화를 야기했고, 이로 인해 북한이탈주민은 국내에 거주하는 이주민<sup>5)</sup>들과 동일하게 남한 사회 적응에 있어 다양한 어려움을 경험하는 것으로 보고되고 있다. 특히 어휘의 문제(외래어, 외국어, 한자어 등)는 일상생활 및 보건의료서비스 이용에 큰 걸림돌이 되고 있으며, 북한이탈주민은 보건의료서비스 이용 시 ‘질병 상담 시 나의 의견을 의사에게 전달하는 것’(40%), ‘의료인의 설명을 이해하는 것’(40%), ‘진료의 절차에 관한 것’(34%)에서 어려움을 느끼는 것으로 조사되었다<sup>6)</sup>. 비록 같은 언어를 사용할지라도 의료는 사회문화를 반영하기 때문에<sup>7)</sup> 질병의 인식과 관점의 상이함에서 기인한 보건의료서비스 이용의 어려움은 북한이탈주민이 필연적으로 극복해야 할 과제인 것이다.

건강정보이해능력(health literacy)이란 단순히 정보를 읽고 쓰는 것이 아니라, 스스로 건강과 관련된 올바른 의사결정을 내리기 위해

필요한 정보와 서비스를 얻고 처리하고 이해하는 개인의 능력을 의미한다<sup>8)</sup>. 세계보건기구(WHO)의 ‘건강의 사회적 결정 요인 위원회 (Commission on Social Determinants of Health, 2008)’에서 발표한 최종 보고서에 의하면, 건강정보이해능력은 건강상태를 결정하는 주요 요인이므로 이를 향상하기 위한 정부 차원의 정책적 활동과 모니터링이 필요함을 이야기함으로써 중요성을 강조하였다<sup>9)</sup>. 이와 더불어 점차 복잡해지는 보건의료서비스체계, 건강정보의 범람 속에서 건강정보이해능력은 날로 그 중요성이 주목받고 있다. 따라서 건강정보이해능력에 대한 정책적 전략 및 대응을 도출하기 위한 연구가 요구되며, 특히 보건의료서비스 이용에 있어 건강정보이해능력의 영향을 더 크게 받을 수 있는 취약계층 대상의 연구가 필요하다.

## 제 2 절 연구 목적

본 연구에서는 건강의 사회적 결정요인 중 그 중요성이 대두되고 있는 건강정보이해능력을 북한이탈주민에게 조사함으로써 북한이탈주민이 건강정보를 이용함에 있어 어떤 어려움을 겪고 있는지 파악하고, 이를 토대로 건강정보이해능력 향상을 위한 교육프로그램 및 중재방안 개발의 기초자료를 제공하고자 한다. 더불어 북한이탈주민의 건강정보이해능력 제고 방안 제시를 통해 남북주민의 원활한 통합을 도모하고자 한다.

세부목적은 다음과 같았다.

첫째, 북한이탈주민의 일반적 특성, 건강 관련 특성에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력 수준을 파악한다.

둘째, 북한이탈주민의 사회적 지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력의 상관관계를 파악한다.

셋째, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

### 제 3 절 용어의 정의

#### 1. 북한이탈주민

과거 냉전 구도 하에서 남한의 우월성에 비중을 두었을 때는 북한 이탈주민을 ‘월남 귀순 용사’ 또는 ‘월남 귀순자’ 등으로 지칭하였으나, 이후에는 우리 사회 구성원으로서의 고민이 반영된 ‘탈북자’ 또는 ‘새터민’ 등의 용어가 사용되었다<sup>10)</sup>. 하지만 일각에서는 용어의 어감이 좋지 않은 점, 북한이탈주민 전체를 아우르지 못한다는 점에서 용어 정의에 문제를 제기하였고, 통일부에서도 이를 수용하여 2008년부터 법률에 의한 용어 외에 북한이탈주민을 지칭하는 다른 용어의 사용은 지양할 것임을 공표하였다<sup>11)</sup>.

‘북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률’ 제2조에는 ‘북한이탈주민’이란 군사분계선 이북지역(이하 ‘북한’이라 한다)에 주소, 직계가족, 배우자, 직장 등을 두고 있는 사람으로서 북한을 벗어난 후 외국 국적을 취득하지 아니한 사람으로 명기되어 있다<sup>12)</sup>.

#### 2. 건강정보이해능력(Health Literacy)

세계보건기구(WHO)에서는 ‘Health Literacy’를 ‘건강 증진 및 유지를 위해 필요한 정보를 이해하고 사용할 수 있는 개인적, 인지적, 사회적 기술로 전형적인 보건교육 활동의 산물’로 정의하고 있다<sup>13)</sup>. 아직 우리나라에서는 ‘Health Literacy’ 번역에 대한 합의가 이루어지지 않았기 때문에 연구자마다 용어를 다르게 사용하고 있다. ‘Health Literacy’를 번역 시 주로 사용되는 용어로는 ‘헬스 리터러시’<sup>14)</sup>, ‘건강문해력’<sup>15)</sup>, ‘의료정보이해능력’<sup>16)</sup>, ‘건강정보이해능력’<sup>17)</sup> 등이 있으나 본 연구에서는 더욱 포괄적인 주제를 아우르고, 정보를 이해하고 활용하는 능력의 의미를 담고자 Hwang<sup>18)</sup>이 제안한 ‘건강정보이해능력’을 사용하였다.

보건의료 부문에서 건강정보이해능력을 측정하기 위해 가장 광범위하게 사용되고 있는 도구로 크게 두 가지가 있으며, 건강 관련 어휘의 인지력을 측정하는 검사와 건강과 관련된 정보의 독해능력, 수



리능력을 측정하는 건강정보이해능력 검사로 나눌 수 있다<sup>18)</sup>.

(1) 언어적 건강정보이해능력(Linguistic Health Literacy)

언어적 건강정보이해능력<sup>19)</sup>이란 건강과 관련된 용어의 인지능력을 말한다.

(2) 기능적 건강정보이해능력(Functional health literacy)

기능적 건강정보이해능력<sup>20)</sup>이란 건강과 관련된 자료(투약설명서, 검사결과 등)를 이해하여 적절한 건강 행동으로 연결할 수 있는 다차원적 문제해결 능력을 말한다.

3. 구강건강정보이해능력(Oral Health Literacy)

‘Oral Health Literacy’란 구강 건강과 관련된 의사결정을 스스로 올바르게 내리기 위한 정보와 서비스를 얻고 처리하고 이해하는 개인의 능력을 의미한다<sup>21)</sup>. ‘Health Literacy’와 마찬가지로 아직 국내에서는 ‘Oral Health Literacy’의 합의된 번역이 없어 연구자마다 용어를 다르게 사용하고 있다. 주로 사용되는 용어로는 ‘구강건강문해력’<sup>22)</sup>, ‘구강건강정보이해능력’<sup>23)</sup>, ‘치과정보이해능력’<sup>24)</sup> 등이 있으나 본 연구에서는 ‘구강건강정보이해능력’으로 번역하여 사용하였다.

## 제 2 장 연구 배경

## 제 1 절 연구 동향

### 1. 건강정보이해능력(Health literacy)

건강정보이해능력은 보건교육 정책의 의제화를 통해 처음 사용되었으며, 보건교육 정책의 개발과 시행의 지표로 제시된 개념이다<sup>25)</sup>. 초기에는 의학적 영역과 관련된 용어, 수리능력에만 중점을 두었으나, 보건의료체계의 다양성과 범람하고 있는 건강정보로 인해 건강정보이해능력의 의미도 점차 확대되고 있다.

보건의료서비스는 공급자와 소비자간 정보의 비대칭성이 특징적<sup>26)</sup>이며, 건강과 관련된 정보는 점차 전문적이고 복잡해지고 있다. 반면 지역사회 내에서 질병의 자가관리 요구도와 필요도는 증가하고 있다. 따라서 건강정보와 이를 활용하는 개인의 능력 간의 간극을 줄여 보건의료 서비스의 효율성 향상 및 개인의 건강을 유지, 증진하고자 하는 노력은 꾸준히 진행되었다. 이와 더불어 최근에는 건강불평등을 이해하고 해소하기 위한 중요한 요소로 건강정보이해능력을 다루고 있다.

아직 건강정보이해능력에 대한 합의된 정의는 없으나 대다수의 선행연구에서는 주로 세계보건기구(WHO), 미국의학협회(AMA), 미국 국립의학연구소(IOM)의 정의를 가장 많이 인용하고 있었다(Table 1)<sup>27)</sup>. 그 외에도 연구자에 따라 다양한 정의를 사용하고 있었으나, 공통적으로 ‘건강과 관련하여 개인에게 필요한 정보를 얻고, 이해하고, 사용하는 능력’을 내포하였다.

선행연구를 통해 특정 인구사회학적 특성을 가진 집단(노인층, 소수민족, 교육수준이 낮은 집단, 이민자, 저소득층 등)에서 건강정보이해능력 수준이 낮았으며, ‘교육수준’은 건강정보이해능력에 영향을 미치는 가장 중요한 요인으로 확인되었다<sup>30)</sup>. 이외에도 연령, 지적 능력, 사회적 능력, 자신감 및 자기효능감과 같은 개인적 요인<sup>18,26,31)</sup>과 사회경제적 지위, 소득수준, 직업, 문화적 배경, 복잡한 보건의료 체계, 짧은 진료시간, 보건의료서비스 제공자의 행태와 같은 사회적 요인<sup>32)</sup>이 건강정보이해능력 부족에 영향을 미치는 것으로

Table 1. Various definitions of health literacy

	Year	Definition
World Health Organization <sup>28)</sup>	1998	"The cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to understand and use information in ways which promote and maintain good health"
American Medical Association <sup>29)</sup>	1999	"The constellation of skills, including the ability to perform basic reading and numeral tasks required to function in the healthcare environment"
Institute of Medicine <sup>8)</sup>	2004	"The individual's capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions"

밝혀졌다. 건강정보이해능력과 성별의 관련성에 대해서는 연구자마다 다양한 결과를 보였는데, Baker 등<sup>33)</sup>은 성별의 경우 집단의 특성 및 다양한 요인과 함께 해석되어야 함을 주장하였다.

건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인 규명과 함께 건강정보이해능력과 건강 결과 및 건강행동과의 관련성을 파악하는 연구들도 다양한 측면에서 시행되었다. 건강정보이해능력이 낮을 경우 건강지식 수준이 낮고 새로운 건강지식 습득에 어려움을 겪으며, 적절한 약물치료 및 치료의 순응도가 낮은 것으로 조사되었다. 이러한 결과, 보건의료서비스의 이용률(입원 기간 및 입원 위험도 등)이 높았지만 정기검진과 예방접종과 같은 예방적 서비스의 이용률은 낮아 보건의료비의 지출이 보다 높았다<sup>18,26)</sup>. 또한, 건강정보이해능력이 낮을 경우 질병의 중증도와 유병률, 사망률이 높았고 주관적 건강상태도 나쁘다고 보고하는 경향이 높았다<sup>34)</sup>.

다수의 연구에서 건강정보이해능력이 낮은 경우 흡연자가 될 가능성이 높았고, 건강정보이해능력이 높은 경우 건강한 식이 습관과 신체 활동의 실천율이 높은 것으로 조사되었다<sup>35,36)</sup>. 하지만 음주의 경우 연구자에 따라 다양한 결과가 보고되어, 건강정보이해능력과 명확한 연관성을 얻기 어려웠다<sup>37)</sup>.

건강정보이해능력의 측정 시 주로 사용되는 도구로는 REALM (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, 용어의 이해능력을 평가), TOFHLA (Test of Functional Health Literacy in Adults, 독해력과 수리능력을 평가)와 S-TOFHLA (the Short Test of Functional Health Literacy in Adults), NVS (Testing the utility of the Newest Vital Sign, 영양분석표의 이해능력을 평가) 등이 있으며, 세계 곳곳에서 위 도구들을 기초로 하여 각국의 문화, 사회를 반영한 형태로 재개발 후 사용하고 있다<sup>38)</sup>. 국내에서는 2005년부터 한국형 건강정보이해능력 측정 도구 개발을 위한 예비연구가 시행되어 KHLAT (Korean Health Literacy Assessment Tool)<sup>39)</sup>와 KFHLT (Korean Functional Health Literacy Test)<sup>40)</sup>가 개발되었고, 한국인의 특성과 한국 사회의 특성을 보완한 측정 도구의 개발도 지속적으로 연구되고 있다.

## 2. 구강건강정보이해능력(Oral health literacy)

구강건강정보이해능력은 건강정보이해능력의 개념을 토대로 발전되었다<sup>41)</sup>. 구강건강정보이해능력은 ‘Healthy People 2010’에서 처음으로 정의되었으며, 연구에 따라 사용되는 정의는 조금씩 다르지만, 기본적으로 ‘건강정보의 접근을 용이하게 하고, 건강정보를 효과적으로 사용함으로써 구강건강 유지 및 증진’의 의미를 내포하고 있다<sup>42)</sup>.

건강정보이해능력과 마찬가지로 구강건강정보이해능력은 사회와 문화, 교육시스템, 보건의료시스템과 상호작용하며 건강, 구강건강, 보건의료비용에 영향을 미친다<sup>41)</sup>. 따라서 미국에서는 구강건강정보

Table 2. Oral health literacy definitions compared

	Year	Definition
Healthy People 2010 <sup>43)</sup>	2000	“The degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic oral and craniofacial health information and services needed to make appropriate health decisions”
American Dental Association <sup>21)</sup>	2006	“The degree to which individuals have the capacity to obtain, process and understand basic health information and services needed to make appropriate oral health decisions”

이해능력 증진 전략을 국가적 차원에서 지속적으로 논의, 정책 수립을 위해 노력하였다. ‘Healthy People 2010’에서는 구강건강 유지 및 증진을 위해 구강정보이해능력 증진이 선행되어야 함을 언급하였고, 미국치과의사협회는 낮은 구강건강정보이해능력은 적절한 구강건강 관리의 장애물이며 진료현장에서의 효과적인 의사소통을 위한 치과 진료 팀 차원의 중재안과 구강건강정보이해능력 향상을 위한 체계적 전략의 수립이 필요함을 주장하였다<sup>41,43)</sup>. 또한, 공공-민간 파트너십을 바탕으로 구강건강 증진, 삶의 질 향상, 구강건강 불평등 해소를 위해 제시된 ‘A National Call to Action to Promote Oral Health’ 보고서<sup>44)</sup>에서도 구강건강정보이해능력 증진은 다섯 가지 행동 강령을 시행하기 위한 필수적인 요소임을 강조하고 있다.

건강정보이해능력과 마찬가지로 다수의 연구를 통해 구강건강정보 이해능력과 전반적인 구강건강지식수준, 구강건강행동, 구강건강상태와의 관련성이 보고되고 있다. 또한, 부모의 낮은 구강정보이해능력은 자녀의 구강건강상태에 영향을 미쳐, 그 영향력이 세대에 걸

쳐 나타남을 확인하였다<sup>45,46)</sup>. 하지만 2017년 Firmino 등<sup>47)</sup>이 구강 건강정보이해능력과 구강건강상태의 연관성을 살펴본 선행연구결과를 체계적 문헌고찰을 한 결과, 구강건강정보이해능력과 치아 우식증, 잔존 치아 수 사이의 관련성은 확인되었으나 그 외의 요인들(치주질환의 중증도, 치과 치료 필요, 악관절질환 등)과 구강건강정보이해능력의 상관관계를 확인하기에는 과학적 근거 수준이 낮기 때문에 해석에 주의를 기울여야하며, 앞으로 이 분야에 보다 많은 연구가 필요함을 이야기하였다.

구강건강정보이해능력의 측정을 위해 주로 사용되는 도구는 2007년 미국에서 REALM을 바탕으로 개발한 REALD-30 (Rapid Estimate of Adult Literacy in Dentistry-30, 미국치과협회의 치과 용어 및 환자 교육 자료의 치과용어를 기초로 구성된 용어의 이해능력을 평가)와 위 도구의 정확성을 높이기 위해 개발된 REALD-99, ToFHLiD (Test of Functional Health Literacy in Dentistry, 보호자가 아동의 구강건강관리를 위해 숙지해야하는 내용의 독해 및 수리능력을 평가), 2009년에 개발된 OHLI (Oral Health Literacy Instrument, 성인을 대상으로 치과 정보의 독해 및 수리능력을 평가)등이 있고, 위 도구들은 각 나라의 실정에 맞게 번안되어 사용되고 있다<sup>48)</sup>. 국내에서도 기존에 개발된 도구를 국내 실정에 맞게 번안, 보완하여 2012년부터 REALD-99<sup>49)</sup> 및 OHLI-K (Oral Health Literacy Instrument in Korea)<sup>50)</sup>를 연구에 적용하기 시작하였다. 이와 함께 한국 사회, 문화적 특수성을 반영한 새로운 구강건강정보이해능력 측정 도구의 개발연구 또한 활발히 진행되고 있다.

### 3. 건강정보이해능력 및 구강건강정보이해능력의 국내 선행연구 동향

국내의 건강정보이해능력과 구강건강정보이해능력 선행연구는 주로 보건의료 취약계층(노인<sup>17,23)</sup>, 아동<sup>51)</sup>, 여성<sup>52)</sup>, 환자<sup>53)</sup>, 장애인<sup>54)</sup>, 이

민자<sup>15,22)</sup>등)을 대상으로 실태보고<sup>55)</sup>, 관련 요인 분석<sup>23)</sup>, 건강 행동과의 관련성<sup>17)</sup>, 건강 결과와의 관련성<sup>56)</sup>, 삶의 질과의 관련성<sup>57)</sup>, 측정 도구의 개발<sup>24,39)</sup> 등의 연구가 시행되었다.

하지만 최근에는 건강정보이해능력이 개인 수준에서부터 인구집단 전체의 수준으로, 개인과 사회적 맥락에서 건강과 관련된 모든 영역으로 개념이 확장됨에 따라 다양한 연구들이 보고되고 있다. 건강정보이해능력과 관련된 사업의 특성 분석 및 개선 방안의 제시<sup>14)</sup>, 건강정보이해능력 강화 프로그램의 개발 및 효과 연구<sup>58)</sup>, 건강정보이해능력 증진을 위한 다학제간 접근<sup>59)</sup>, e-health literacy에 따른 인터넷 건강정보의 신뢰도 및 의료광고 태도<sup>60)</sup> 등은 건강정보이해능력을 다차원적으로 바라보는 시각이 반영되고 있음을 알 수 있다.

#### 4. 북한이탈주민

북한이탈주민의 국내 입국이 증가함에 따라 2010년 ‘북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률’에 근거하여 북한이탈주민지원재단(이하 재단)이 설립되었고, 재단의 ‘북한이탈주민 지원을 위한 연구사업’과 ‘통계구축사업’은 북한이탈주민 연구의 양적, 질적 증가에 크게 기여했다. 박<sup>61)</sup>은 북한이탈주민의 연구가 초기에는 실태 조사 위주로 진행되었으나 점차 주제의 폭이 확장(정착실태 및 지원, 사회문화, 교육, 보건의료)되고, 연구 방법도 다양하게 적용되고 있음을 보고하였다. 하지만 ‘사회 정착, 적응’의 관점에서는 초기 정착 기간(입국 5년 내외)에 속하는 연구가 주를 이룬 것을 한계점으로 지적하였다. 따라서 박<sup>62)</sup>은 앞으로 북한이탈주민 연구의 과제로, 사회적 적응뿐만 아니라 다양한 분야(심리적 적응, 경제적 적응 등)의 접근이 요구되며 북한이탈주민의 전체적인 적응과정을 파악하는 측면에서 장기거주자를 대상으로 한 연구와 북한이탈주민 여성을 중심으로 한 연구가 보다 많이 이뤄져야 함을 주장하였다.

북한이탈주민의 사회적 적응을 주제로 한 연구들을 살펴보면, 사회적 적응에 영향을 미치는 요인으로는 ‘사회적 지지’와 ‘심리적 요인’에



관한 연구가 가장 많은 비중을 차지하고 있었다<sup>61)</sup>. 특히 사회적 지지는 삶의 질과 사회적응에 모두 영향을 미치는 중요한 요인이었으며, 사회적 지지 중 ‘정서적 지지’의 경우 북한이탈주민의 사회적응과 삶의 질에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다<sup>63)</sup>.

북한이탈주민의 건강과 관련된 연구주제들은 정신건강(우울, 불안, 외상 후 스트레스 등)영역이 다수를 차지하고 있었고, 북한이탈주민의 건강 관련 특징으로는 근골격계 질환과 소화기계 질환, 감염성 질환의 유병률이 높았다<sup>64)</sup>. 실제로 북한이탈주민이 2006년-2015년 동안 국립중앙의료원 북한이탈주민 진료지원센터를 이용한 현황<sup>65)</sup>을 살펴보면, 외래 진료의 경우 이용 실 인원 상위 3위는 산부인과, 소화기내과, 정형외과였고, 입원 횟수의 경우 신경과, 산부인과, 정형외과가 가장 많았다. 또한, 외래 연인원 상위 5개 진료과의 주요 진료 병명은 산전관리, 위장염, 척추협착증, 우울증, 두통이었다. 이와 함께 국립중앙의료원을 이용하는 북한이탈주민에게 설문조사를 한 결과, 북한이탈주민은 일반인보다 신체적 증상이 높고, 사회적 지지가 낮으며, 약물 오남용의 경향이 높은 것으로 확인되었다.

북한이탈주민의 건강정보이해능력에 관한 선행연구는 다음과 같다 (Table 3).

Noh 등<sup>66)</sup>은 기존에 개발된 정신건강 지식 도구를 활용하여 정신건강정보이해능력과 관련 요인을 분석한 결과, 이직경험이 없는 경우, 정신건강센터의 이용 경험이 없는 경우, 북한이탈주민의 건강문제가 매우 심각하다고 생각하는 경우, 남한 최종학력이 낮을 경우, 남한에서의 삶이 불만족스러운 경우 낮은 정신건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로 작용함을 확인하였다.

Yi<sup>67)</sup>는 서울, 경기지역에 거주하는 북한이탈주민을 대상으로 기능적 건강정보이해능력과 관련 요인을 분석한 결과 연령이 높을수록, 재북 학력이 낮을수록, 남한 거주 기간이 짧을수록, 강제북송경험이 있는 경우, 주관적 건강상태가 나쁜 경우 유의하게 기능적 건강정보

Table 3. List of health literacy researches on North Korean refugees

Author , Year	Sample size	Tool	Low health literacy risk factors
Yi <sup>67)</sup> , 2014	190	S-KHLS (Short-Korean Health Literacy Scale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Age</li> <li>- Education level in North Korea</li> <li>- Length of stay in South Korea</li> <li>- Repatriation experience</li> <li>- Self-rated health status</li> </ul>
Noh et al. <sup>66)</sup> , 2015	152	Mental illnesses measurement tool	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Occupational turnover experience</li> <li>- Utilization of psychiatric clinics</li> <li>- Mental health severity of North Korean refugees</li> <li>- Level of education obtained in South Korea</li> <li>- Life satisfaction in South Korea</li> </ul>
Son et al. <sup>68)</sup> , 2017	142	KALS (Korean Adult health Literacy Scale)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gender</li> </ul>
Lee et al. <sup>69)</sup> , 2017	228	BHLS (Brief Health Literacy Screener, Chew Items)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repatriation experience</li> <li>- Social support</li> <li>- Regular exercise</li> </ul>

이해능력에 부의 영향을 미침을 확인하였다.

Son 등<sup>68)</sup>은 한국인의 건강정보이해능력 측정 도구를 통해 북한이탈주민과 남한의 외래환자의 건강정보이해능력을 평가한 결과, 북한이탈주민의 평균 점수( $12.42 \pm 7.58$ )는 남한 환자( $25.37 \pm 5.80$ )에 비교해 유의하게 낮았으며, 남한 정착 기간이 10년 이상인 경우도 남한 환자에 비교해 평균점수가 두 배 이상 차이가 있었다. 또한, 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로 ‘성별’이 확인되었다.

Lee 등<sup>69)</sup>은 취약계층의 보건의료 및 사회서비스의 이용을 예측하는 Gelberg-Andersen 모형(이하 G-A모형)을 토대로 소인성 요인(남한 거주 기간 등), 가능요인(지역사회 내 사회적 서비스 이용 가능성 등), 욕구요인(주관적 건강상태 등)을 주요 변수군으로 구성하여 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 연구대상자는 대구, 부산, 울산 지역에 거주하는 북한이탈주민 228명으로, 의료정보 이해영역과 의료정보 활용영역으로 구성된 척도를 활용하여 건강정보이해능력을 측정하였다. 연구결과, 북한이탈주민의 건강정보이해능력은  $2.77 \pm 0.622$ (5점 만점)이었고, ‘경계수준’에 해당되었고, 복송 경험이 있는 경우, 사회적지지 수준이 높은 경우, 1주일에 30분 이상 규칙적인 운동을 하는 경우 건강정보이해능력에 정의 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 하지만 북한이탈주민의 특성이 반영된 주요 변수들과 건강정보이해능력간의 관련성이 확인되지 않아, G-A모형의 적용이 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 관한 연구에 적합한 모델이라 설명하기 어려운 제한점이 있었다.

따라서 현재까지 진행된 선행연구를 통해 북한이탈주민의 건강정보이해능력이 일반인에 비해 낮음은 예측할 수 있다. 하지만 위 연구들에서 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 구성한 독립변수들은 북한이탈주민의 특수성과 한국 사회와 상호작용하는 ‘상황적 맥락’이 적절히 반영되었다고 보기 어렵다. 따라서 추가적인 연구를 통해 북한이탈주민의 건강정보

이해능력에 영향을 미치는 요인을 보다 정확히 파악하려는 노력이  
요구된다.

## 제 3 장 연 구 방 법

## 제 1 절 연구설계 및 대상

### 1. 연구설계

본 연구는 북한이탈주민의 건강정보이해능력 및 구강건강정보이해능력을 측정하고 이에 영향을 미치는 요인을 분석하는 단면조사연구로써, 서울대학교치의학대학원 의학연구윤리심의위원회 승인을 받았다(No.S-D20170041).

연구모형은 Sørensen 등<sup>27)</sup>이 개발한 ‘Integrated model of health literacy’에서 착안하여 건강정보이해능력에 영향을 미치는 주요 요인을 개인적 요인과 상황적 요인으로 분류하였고, 각각의 독립변수는 선행연구에서 확인된 요인으로 구성하였다(Fig. 2).

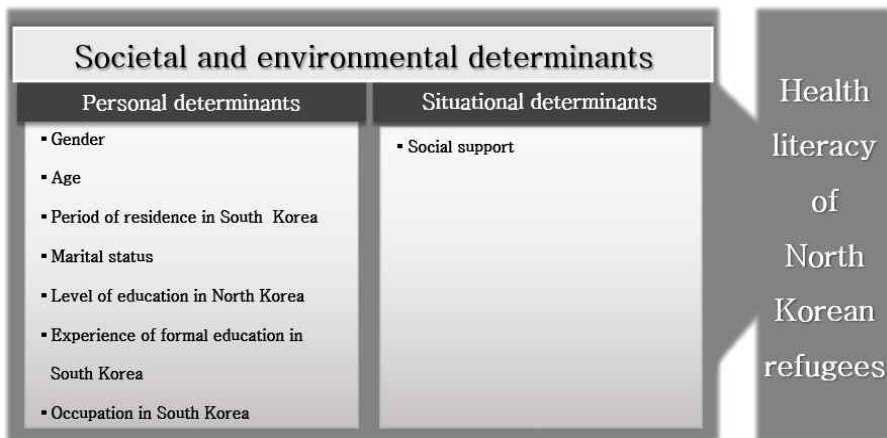


Fig. 2. The research model for health literacy in North Korean refugees (modified from ‘Integrated model of health literacy’<sup>27)</sup>)

설문지의 구성은 일반적 특성, 건강 관련 특성, 사회적 지지 정도를 측정할 수 있는 문항과 언어적·기능적·구강건강정보이해능력을 측정할 수 있는 문항으로 구성하였다.

### 2. 표본 수 측정

다중회귀분석에서 예측변수 8개, 효과크기( $f^2$ ) 0.20, 유의수준 0.05, 검정력 0.95로 가정하여 G-Power 3.1 program을 통해 표본 수를

계산한 결과, 본 연구에 필요한 최소 표본 수는 122명으로 계산되었다. 계산된 표본 수에서 탈락률 15%를 가정하여 총 141명의 연구대상자가 필요한 것으로 산출되었다.

### 3. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구는 서울, 경기지역에 위치한 하나센터 1곳, 북한이탈주민 대안학교 5곳, 천주교 서울대교구 민족화해위원회의 협조를 얻어 연구 참가자를 모집하였다. 총 137명의 연구 참가자를 모집하였고, 모든 연구 참여자들에게 직접 연구 목적과 참여방법을 설명한 뒤 자발적으로 연구 참여에 동의한 대상자에 한해 서면동의(Informed consent)를 받았다. 대상자 선정 기준 및 제외기준은 다음과 같다.

#### - 선정기준

- 하나원에서 교육을 이수한 자
- 설문지를 직접 읽고 작성할 수 있거나 설명을 듣고 응답이 가능한 자
- 본 연구에 성실히 참여할 의사가 있는 자

#### - 제외 기준

- 고도의 정신과 질환을 앓고 있는 자
- 참여 중단을 요청하는 자

## 제 2 절 연구도구

본 연구는 구조적인 설문지를 활용하여 정보를 수집하였고, 설문지는 일반적 특성, 건강 관련 특성, 사회적지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력으로 구성하였다.

### 1. 일반적 특성

일반적 특성은 성별, 출생연도, 남한 입국 년/월, 제3국 거주기간, 결혼상태, 동거가족, 월평균 가구소득, 현재 직업, 재북 시 직업, 재북 학력, 남한 정규 교육과정 이수 여부를 파악하였다.

대상자의 연령은 출생연도를 직접 기재하도록 한 뒤, 연구 시점인 2017년도를 기준으로 현재 나이를 계산하였다. 이후 연령에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력정도를 파악하기 위해 연령을 ‘청소년층(<19세)’, ‘청년층(19-29세)’, ‘장년층(30-44세)’, ‘중년층(45-64세)’, ‘노인층( $\geq 65$ 세)’으로 재분류하였다.

남한 거주 기간은 대상자가 응답한 남한 입국 년/월을 연구 시점인 2017년 10월을 기준으로 계산하였고, 남한 거주 기간에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력정도를 파악하기 위해 이민자의 한국사회 문화적응단계<sup>70)</sup>를 기준으로 하여 ‘1년 미만’, ‘1년-5년 미만’, ‘5년-10년 미만’, ‘10년 이상’으로 재분류하였다.

월평균 가구소득은 응답 결과 중 결측치가 50% 이상 확인되었고, 통계분석에 적절치 않다고 판단하여 변수에서 제외하였다.

재북 시 직업은 남북하나재단에서 매년 시행하는 북한이탈주민 정착실태조사 설문지를 참고하여 구성하였고, 응답 결과를 바탕으로 ‘노동자’, ‘농장원’, ‘군인’, ‘외화벌이’, ‘고기잡이’는 ‘Blue-collar job’으로, ‘사무원’, ‘전문직(교원, 연구원, 의사 등)’, ‘장사’, ‘예술, 체육’, ‘관리직(지도원)’, ‘봉사원’은 ‘White-collar job’으로 재분류 하여 총 네 집단(Blue-collar job, White-collar job, Student, Housewife)으로 구성 후 통계분석 시 활용하였다.

재북 학력은 북한이탈주민 정착실태조사 설문지와 북한 인구조사



보고서<sup>71</sup>)를 참고하여 ‘학교에 다닌 적이 없다’, ‘유치원’, ‘소학교’, ‘중학교’, ‘전문학교’, ‘대학교’, ‘대학원’, ‘기타’로 분류 후 설문지를 구성하였다. 이후, 수집된 응답 내용을 바탕으로 재북 학력을 ‘소학교 이하 졸업’, ‘중학교 졸업’, ‘전문학교 이상 졸업’의 세 집단으로 재분류하였다.

남한에서의 정규 교육과정 경험은 ‘(정규학교)초등학교’, ‘(정규학교, 한겨레)중학교’, ‘(정규학교, 한겨레)고등학교’, ‘검정고시 학원’, ‘대안학교’, ‘전문대학(2-3년제)’, ‘방송통신대’, ‘사이버대학교’, ‘일반대학교(4년제)’, ‘대학원’ 중 과거에 다녔던 학교가 있는 경우를 남한에서 정규 교육과정을 이수한 것으로 판단하였다.

## 2. 건강 관련 특성

건강 관련 특성은 주관적 건강상태, 주관적 구강건강상태, 하루 양치질 횟수, 정기적 구강검진 여부, 흡연 여부, 음주 상태, 지난 1개월간 이용한 의료기관, 주요 건강정보 출처로 구성하였다.

주관적 건강상태와 주관적 구강건강상태는 5점 리커트 척도로 구성 후 통계분석을 위해 ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’으로 재분류하였다. 하루 양치질 횟수는 2회 이하, 3회 이상으로 분류하였고, 정기적 구강검진 여부는 ‘1년에 한 번 이상 구강검진을 위해 치과에 가서 검사를 받는 것’으로 정의하여 ‘예’, ‘아니오’로 응답을 분류하였다.

지난 1개월간 이용한 의료기관은 ‘종합병원’, ‘병(의)원’, ‘치과병(의)원’, ‘한의원(한방병원)’, ‘보건소’, ‘약국(한약국)’, ‘이용한 적이 없다’ 중 이용했던 의료기관을 복수응답으로 처리하였고, 주요 건강정보 출처원도 ‘가족’, ‘TV/라디오 등 대중매체’, ‘보건의료기관’, ‘인터넷’, ‘지인’ 중 해당하는 항목을 모두 선택하도록 안내하였다.

## 3. 사회적 지지

사회적 지지는 기존에 개발된 Duke-UNC functional social support questionnaire를 근거로 Suh 등<sup>72</sup>)이 개발한 한국어판

Duke-UNC 사회적 지지도 설문지 (Korean version of the Duke-UNC functional social support Questionnaire)를 사용하였다. 본 도구는 13문항, 5점 척도('매우 그렇다', '그렇다', '보통이다', '아니다', '전혀 아니다')로 구성되어있으며, 점수의 범위는 최저 13점, 최고 65점이다. 점수가 높을수록 원하는 만큼의 충분한 사회적 지지가 있음을 의미한다. 한국어판 Duke-UNC 사회적 지지도 설문지의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .89$ 이었다.

#### 4. 언어적 건강정보이해능력(Linguistic health literacy)

언어적 건강정보이해능력은 기존에 개발된 Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM) 도구를 토대로 Kim 등<sup>39)</sup>이 개발한 KHLAT (Korean Health Literacy Assessment Tool)를 사용하였다. KHLAT의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .97$ 이었다.

KHLAT는 의료기관에서 흔히 사용되는 건강/의료와 관련된 66개의 단어를 '타인에게 잘 설명할 수 있을 정도로 정확하게 알고 있을 경우', '대략적인 뜻만 알고 있을 경우', '들어본 적이 있지만 뜻을 잘 모르는 경우', '무슨 뜻인지 전혀 모르는 경우'로 나누어 해당되는 사항에 체크하도록 구성되어있다. 각 단어의 이해정도는 '타인에게 잘 설명할 수 있을 정도로 정확하게 알고 있다'에 해당되는 경우만 1점을 부여하며, 점수가 높을수록 언어적 건강정보이해능력이 높음을 의미한다.

REALM과 KHLAT의 등급은 0-9등급으로 분류되며, 0-3등급(0-18점)은 초등학교 3학년 수준 이하로 낮은 수준의 건강 관련 자료를 쉽게 이해하지 못하여 반복된 설명이 필요함을 의미한다. 4-6등급(19-44점)은 초등학교 4-6학년 수준으로 낮은 수준의 건강 관련 자료가 요구되며, 0-6등급까지 읽기 능력이 부족하다고 판단된다. 7-8등급(45-60점)은 중학교 1-2학년 수준으로 대부분의 환자들이 건강 관련 자료를 이해하려 노력할 수 있는 수준이며, 9등급(61-66점)은 중학교 3학년 수준 이상으로 대부분의 건강 관련 자료를 충분히 이

해할 수 있다<sup>73)</sup>.

#### 5. 기능적 건강정보이해능력(Functional health literacy)

기능적 건강정보이해능력은 기존에 개발된 Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)와 미국 교육청에서 시행한 미국 성인의 건강정보이해능력 연구를 바탕으로 Kim 등<sup>74)</sup>이 개발한 KFHLT (Korean Functional Health Literacy Test)의 단축형 측정 도구 (Short version of Korean functional Health Literacy Test, S-KHLT)<sup>75)</sup>를 사용하였다. S-KHLT의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's  $\alpha = .92$ 이었다.

S-KHLT는 독해영역과 수리영역으로 나뉘어 총 8문항이 구성되어 있으며, 각 문항별로 1점씩 배점되어 점수가 높을수록 기능적 건강정보이해능력이 높음을 의미한다. 0-6점은 기능적 건강정보이해능력 수준이 낮음을, 7점 이상은 기능적 건강정보이해능력 수준이 충분한 것으로 판단할 수 있다<sup>75)</sup>.

#### 6. 구강건강정보이해능력(Oral health literacy)

구강건강정보이해능력은 Lee 등<sup>76)</sup>이 개발한 한국형 성인 구강건강 문해력 검사도구(대한민국 특허청 출원번호 : 10-2016-0166016)를 사용하였다. 본 도구는 한국의 실정에 맞춰 개발된 도구로, 기존에 개발된 기초 문해력 조사 도구를 참고하여 제작되었다. 개발 당시 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .836$ 이었다.

본 도구는 대상자가 문제를 해결하는 문해 과정을 인지적 과정으로 정의하여, 사실적 이해(제시된 자료를 통해 정보를 이해하는 것), 추론적 이해(제시된 자료에 직접 드러나지는 않았지만 제시된 정보의 관계를 파악하여 새로운 정보를 도출해내는 것), 비판적 이해(제시된 자료의 잘못된 사항을 판단하는 것)로 문항을 분류하여 구성하였으며, 총 24문항으로 제작되었다. 각 문항은 4지선다형으로 1점씩 배정되어있으며, 기초 문해력 점수 분류와 맞춰 100점 만점으로 환

산 후 구강건강정보이해능력을 분석한다.

0점인 0수준은 완전비문해자이고 1점-24점은 1수준으로 중학생 평균의 30% 이하를 의미하며, 25점-49점은 2수준으로 중학생 평균 30-60% 수준에 해당하고, 50점-74점인 3수준은 중학생 평균 70-80% 수준을 의미하며, 75점 이상인 4수준은 중학생 평균수준 이상임을 나타낸다<sup>76)</sup>.

### 제 3 절 자료 분석 방법

회수된 137부의 설문지는 모두 전산으로 입력하였고, 그중 응답이 불성실한 11부를 제외한 126부를 IBM SPSS Statistics ver. 24.0 (IBM Co., Armonk, NY, USA)을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

첫째, 대상자의 인구사회학적 특성, 건강 관련 특성, 사회적 지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력은 기술통계를 이용하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 측정하였다.

둘째, 인구사회학적 특성 및 건강 관련 특성에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력 정도는 t-test나 ANOVA (Scheffe 또는 Tukey 사후검정), Kruskal-Wallis test (Mann-Whitney test, Bonferroni 사후검정)를 시행하였다.

셋째, 사회적 지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력의 상관관계는 Pearson 상관분석을 시행하였다.

넷째, 재북 학력과 남한 정규 교육과정 경험에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력 정도는 Kruskal-Wallis test (Mann-Whitney test, Bonferroni 사후검정)를 이용하여 분석하였다.

다섯째, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인은 다중회귀분석을 시행하였다.

## 제 4 장 연구 결과

## 1. 대상자의 특성

본 연구에 참여한 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다(Table 4).

성별은 남자가 24.6%, 여자가 75.4%로 여자가 많았고, 연령은 평균  $34.10 \pm 17.125$ 세였으며 20대가 41.3%로 대다수를 차지했다. 남한 거주 기간은 평균  $74.14 \pm 54.521$ 개월로 '1년-5년 미만' 37.3%, '5년-10년 미만' 31.7% 순으로 많았고, 제3국 거주기간은 '1년 미만', '5년 이상'이 각각 30.2%로 다른 집단에 비교해 높은 비율을 나타냈다. 결혼 상태는 미혼이 56.3%로 가장 많았고, 동거가족이 있는 경우가 72.2%로 동거가족이 없는 경우보다 더 많았다. 현재 직업과 재북 시 직업은 '학생'이 각각 60.3%, 44.4%로 가장 높은 비율을 차지했다. 재북 학력은 중학교 졸업이 38.1%, 소학교 이하 졸업이 32.5%, 전문학교 이상 졸업이 29.4%였고, 남한에서의 정규 교육과정을 이수한 대상자는 78.6%였다.

Table 4. General characteristics of participants (N=126)

Characteristics		N	%
Gender	Male	31	24.6
	Female	95	75.4
Age (yrs)	10-19	22	17.5
	20-29	52	41.3
	30-39	15	11.9
	40-49	8	6.3
	50-59	12	9.5
	60-69	11	8.7
Mean (M) ± Standard Deviation (SD): 34.10 ± 17.13	≥70	6	4.8
Period of residence in South Korea (months)	<11	12	9.5
	12-59	47	37.3
	60-119	40	31.7
	≥ 120	27	21.4
Period of residence in a third country (months)	None	15	11.9
	<11	38	30.2
	12-35	23	18.3
	36-59	12	9.5
	≥60	38	30.2
Marital status	Single	71	56.3
	Married	30	23.8
	Divorced or bereaved	25	19.8
Living with family	No	35	27.8
	Yes	91	72.2
Occupation in South Korea	White-collar job	16	12.7
	Student	76	60.3
	Housewife	23	18.3
	Unemployed	11	8.7
Occupation in North Korea	Blue-collar job	25	19.8
	White-collar job	26	20.6
	Student	56	44.4
	Housewife	19	15.1



Table 4. (Continued)

Characteristics		N	%
Level of education in North Korea	≤ Elementary school	41	32.5
	Middle-high school	48	38.1
	≥ Junior college	37	29.4
Experience of formal education in South Korea	No	27	21.4
	Yes	99	78.6

대상자의 구체적인 건강 관련 특성은 다음과 같다(Table 5).

주관적 건강상태는 ‘ 좋음’과 ‘보통’이 각각 38.9%로 ‘나쁨’에 비해 높은 비율을 보였으나, 주관적 구강건강상태는 ‘보통’이 42.1%, ‘나쁨’이 37.3%로 ‘ 좋음’의 비율이 가장 낮았다. 하루에 3회 이상 양치질을 하는 대상자가 58.7%로 2회 이하인 대상자보다 조금 더 많았고, 정기적 구강검진을 받지 않는 대상자는 63.5%이었다.

흡연 상태의 경우 담배를 피워보지 않은 대상자가 82.5%로 가장 많았으나, 음주상태는 현재 음주를 하는 경우가 48.4%로 가장 많았다. 최근 1개월간 이용한 의료기관이 없는 대상자가 18.9%였고, ‘종합병원’ 18.3%, ‘치과병(의)원’ 17.2%, ‘약국’ 17.2%, ‘병(의)원’ 16.7% 순으로 비율이 높았다.

건강 관련 정보를 접하는 주요 경로로는 인터넷이 33.3%로 가장 많았다.

Table 5. Health related characteristics of participants (N=126)

Characteristics		N	%
Subjective health status	Good	49	38.9
	Moderate	49	38.9
	Bad	28	22.2
Subjective oral health status	Good	26	20.6
	Moderate	53	42.1
	Bad	47	37.3
Toothbrush frequency (per day)	≤2	52	41.3
	≥3	74	58.7
Regular oral examination	No	80	63.5
	Yes	46	36.5
Smoking	Current smokers	14	11.1
	Former smokers	8	6.3
	Never smokers	104	82.5
Drinking	Current drinkers	61	48.4
	Former drinkers	19	15.1
	Never drinkers	46	36.5
Use of healthcare service within 1 month	General hospital	33	18.3
	Hospital(clinic)	30	16.7
	Dental hospital(clinic)	31	17.2
	Oriental medical hospital(clinic)	11	6.1
	Community health center	10	5.6
	Pharmacy	31	17.2
	None	34	18.9
Source of health information	Family	15	10.6
	TV / radio	28	19.9
	Health care provider	25	17.7
	Internet	47	33.3
	Friend	26	18.4

## 2. 대상자의 사회적 지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력 정도

대상자의 사회적 지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력 정도는 다음과 같다(Table 6).

사회적 지지의 평균은  $33.94 \pm 8.226$ 이고 최소 점수는 13점, 최대 점수는 51점이었다.

언어적 건강정보이해능력의 평균은  $44.95 \pm 20.252$ 이고, 중학교 1-2학년 수준에 해당하는 '7-8등급'이 42.9%로 가장 많았다. 기능적 건강정보이해능력의 평균은  $5.10 \pm 2.399$ 이고, 61.9%가 'low level'에 속했다. 구강건강정보이해능력의 평균은  $35.25 \pm 16.589$ 이었고, 50%가 중학생 평균의 30-60%에 해당되는 '3수준'이었다.

Table 6. Total score of participants (N=126)

Categories	Score				M ± SD
	Range	Grade	N	%	
Social support	13-65				43.97 ± 8.19
Linguistic	0-18	0-3	17	13.5	44.95 ± 20.25
health literacy	19-44	4-6	26	20.6	
	45-60	7-8	54	42.9	
	61-66	9	29	23.0	
Functional	0-6	low	78	61.9	5.10 ± 2.40
health literacy		level			
	7-8	High	48	38.1	
		level			
Oral	0-24	1	33	26.2	35.25 ± 16.59
health literacy	25-49	2	63	50.0	
	50-74	3	27	21.4	
	75-100	4	3	2.4	

3. 사회적 지지, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력의 관계  
대상자의 사회적 지지와 언어적·기능적·구강건강정보이해능력의 상관관계는 다음과 같다(Table 7).

대상자의 사회적 지지 정도는 구강건강정보이해능력과 통계적으로 유의한 상관관계를 보였다( $r=0.177$ ,  $P<0.05$ ).

언어적·기능적·구강건강정보이해능력 간의 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었으며, 특히 기능적 건강정보이해능력과 구강건강정보이해능력 간에는 중등도 수준의 상관관계를 보였다( $r=0.461$ ,  $P<0.05$ ).

Table 7. Correlations between social support, linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy (N=126)

Categories	Social support	Linguistic health literacy	Functional health literacy	Oral health literacy
	r (P)			
Social support	1			
Linguistic health literacy	0.078 (0.388)	1		
Functional health literacy	0.007 (0.934)	0.288* (<0.001)	1	
Oral health literacy	0.177* (0.048)	0.204* (0.022)	0.461* (<0.001)	1

\*.  $P < 0.05$

Determined from Pearson correlation analysis.

#### 4. 일반적·건강 관련 특성에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력

대상자의 일반적 특성과 건강 관련 특성에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력의 차이는 다음과 같다(Table 8,9).

언어적 건강정보이해능력은 대상자의 성별, 연령, 남한 거주 기간, 결혼 상태, 현재 직업, 재북 학력, 정기적 구강검진 여부, 음주 상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $P<0.05$ ).

기능적 건강정보이해능력은 연령, 결혼 상태, 남한에서의 정규 교육과정 유무, 음주 상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $P<0.05$ ).

구강건강정보이해능력은 연령, 남한 거주 기간, 현재 직업, 남한에서의 정규 교육과정 유무, 주관적 건강상태에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $P<0.05$ ).



Table 8. Linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy score according to participants' general characteristics (N=126)

Characteristics		Linguistic health literacy	<i>P</i>	Functional health literacy	<i>P</i>	Oral health literacy	<i>P</i>
		M ± SD		M ± SD		M ± SD	
Gender†	Male	36.23 ± 24.01	0.018*	4.52 ± 2.29	0.117	34.01 ± 16.67	0.632
	Female	47.80 ± 18.11		5.29 ± 2.41		35.66 ± 16.63	
Age (yrs)§	10–18	29.13 ± 21.14 <sup>c</sup>	< 0.001*	4.67 ± 2.02 <sup>b</sup>	< 0.001*	26.94 ± 8.16 <sup>c</sup>	< 0.001*
	19–29	43.24 ± 21.16 <sup>b</sup>		5.61 ± 2.16 <sup>a</sup>		39.69 ± 16.24 <sup>b</sup>	
	30–44	57.15 ± 9.58 <sup>a</sup>		6.10 ± 2.25 <sup>a</sup>		46.04 ± 17.34 <sup>a</sup>	
	45–64	49.25 ± 16.35 <sup>b</sup>		4.30 ± 2.25 <sup>b</sup>		24.17 ± 10.95 <sup>c</sup>	
	≥ 65	45.67 ± 21.19 <sup>b</sup>		2.83 ± 2.82 <sup>b</sup>		24.31 ± 12.67 <sup>c</sup>	
Period of residence in South Korea (m)§	<11	25.67 ± 21.82 <sup>b</sup>	< 0.001*	4.67 ± 1.97	0.052	30.21 ± 10.68 <sup>b</sup>	0.028*
	12–59	41.47 ± 21.14 <sup>b</sup>		5.53 ± 2.29		39.18 ± 15.97 <sup>a</sup>	
	60–119	50.05 ± 16.48 <sup>a</sup>		5.45 ± 2.32		36.67 ± 16.78 <sup>b</sup>	
	≥ 120	52.04 ± 16.92 <sup>a</sup>		4.04 ± 2.62		28.55 ± 17.67 <sup>b</sup>	
Period of residence in a third country (m)§	None	40.67 ± 24.55	0.374	4.73 ± 2.37	0.670	38.89 ± 16.64	0.258
	<11	48.05 ± 19.50		5.32 ± 2.36		36.29 ± 16.12	
	12–35	48.26 ± 18.68		5.57 ± 1.95		38.95 ± 16.74	
	36–59	45.50 ± 17.27		5.50 ± 2.07		34.72 ± 16.32	
	≥ 60	41.37 ± 21.07		4.63 ± 2.78		30.70 ± 16.82	

Table 8. (Continued)

Characteristics		Linguistic health literacy	<i>P</i>	Functional health literacy	<i>P</i>	Oral health literacy	<i>P</i>
		M ± SD		M ± SD		M ± SD	
Marital status <sup>§</sup>	Single	41.82 ± 21.75 <sup>b</sup>	0.038*	5.41 ± 2.20 <sup>a</sup>	0.047*	36.62 ± 15.53	0.109
	Married	51.90 ± 16.97 <sup>a</sup>		5.27 ± 2.65 <sup>a</sup>		37.36 ± 19.89	
	Divorced or bereaved	45.52 ± 17.85 <sup>b</sup>		4.04 ± 2.42 <sup>b</sup>		28.83 ± 14.07	
Living with family <sup>†</sup>	Yes	41.46 ± 19.80	0.231	5.03 ± 2.49	0.830	36.07 ± 16.26	0.732
	No	46.30 ± 20.37		5.13 ± 2.38		34.94 ± 16.79	
Occupation in South Korea <sup>§</sup>	White-collar job	58.94 ± 5.97 <sup>a</sup>	0.004*	5.75 ± 2.08	0.067	44.79 ± 17.58 <sup>a</sup>	0.007*
	Student	40.71 ± 21.68 <sup>b</sup>		5.41 ± 2.19		36.46 ± 15.47 <sup>b</sup>	
	Housewife	47.61 ± 18.23 <sup>b</sup>		3.83 ± 2.73		27.72 ± 16.36 <sup>b</sup>	
	Unemployed	48.36 ± 18.42 <sup>b</sup>		4.73 ± 2.80		28.79 ± 16.08 <sup>b</sup>	
Occupation in North Korea <sup>§</sup>	Blue-collar job	46.76 ± 16.21	0.620	4.80 ± 2.45	0.162	34.00 ± 15.94	0.072
	White-collar job	48.38 ± 20.38		4.73 ± 3.03		38.30 ± 17.84	
	Student	43.84 ± 20.90		5.71 ± 1.81		37.20 ± 15.67	
	Housewife	41.16 ± 23.38		4.21 ± 2.64		26.97 ± 16.75	

Table 8. (Continued)

Characteristics		Linguistic health literacy	<i>P</i>	Functional health literacy	<i>P</i>	Oral health literacy	<i>P</i>
		M ± SD		M ± SD		M ± SD	
Level of education in North Korea‡	≤Elementary school	38.10 ± 22.39 <sup>b</sup>	0.013*	4.95 ± 2.32	0.327	34.86 ± 16.84	0.550
	Middle-high school	45.83 ± 19.50 <sup>ab</sup>		5.50 ± 2.35		37.15 ± 16.40	
	≥Junior college	51.41 ± 16.54 <sup>a</sup>		4.76 ± 2.53		33.22 ± 16.74	
Experience of formal education in South Korea†	No	42.33 ± 18.74	0.451	3.52 ± 2.58	< 0.001*	23.15 ± 10.16	< 0.001*
	Yes	45.67 ± 20.68		5.54 ± 2.17		38.55 ± 16.50	

\*,  $P < 0.05$

† independent t-test; ‡ one-way ANOVA; § Kruskal-Wallis test

Table 9. Linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy score according to participants' health related characteristics (N=126)

Characteristics		Linguistic	<i>P</i>	Functional	<i>P</i>	Oral	<i>P</i>
		health literacy		health literacy		health literacy	
		M ± SD		M ± SD		M ± SD	
Subjective health status <sup>§</sup>	Good	47.39 ± 17.47	0.554	5.47 ± 2.25	0.126	38.18 ± 16.35 <sup>a</sup>	0.003*
	Moderate	41.29 ± 23.13		5.20 ± 2.37		36.73 ± 16.31 <sup>a</sup>	
	Bad	47.11 ± 19.11		4.29 ± 2.59		27.53 ± 15.65 <sup>b</sup>	
Subjective oral health status <sup>§</sup>	Good	46.38 ± 18.68	0.701	4.85 ± 2.15	0.278	37.66 ± 17.14	0.586
	Moderate	45.83 ± 20.12		5.49 ± 2.31		33.25 ± 15.32	
	Bad	43.17 ± 21.50		4.81 ± 2.61		36.17 ± 17.72	
Toothbrush frequency (per day) <sup>†</sup>	≤2	46.69 ± 19.21	0.421	5.13 ± 2.47	0.902	33.49 ± 16.67	0.321
	≥3	43.73 ± 21.00		5.08 ± 2.37		36.49 ± 16.54	
Regular oral examination <sup>†</sup>	Yes	51.20 ± 16.86	0.005*	4.85 ± 2.41	0.367	35.69 ± 17.32	0.824
	No	41.36 ± 21.24		5.25 ± 2.40		35.00 ± 16.26	

Table 9. (Continued)

Characteristics		Linguistic health		Functional		Oral	
		literacy	<i>P</i>	health literacy	<i>P</i>	health literacy	<i>P</i>
		M ± SD		M ± SD		M ± SD	
Smoking <sup>§</sup>	Current smokers	47.43 ± 21.88		5.00 ± 2.42		37.50 ± 16.59	
	Former smokers	35.00 ± 24.47	0.251	4.13 ± 2.48	0.434	33.85 ± 14.68	0.826
	Never smokers	45.38 ± 19.70		5.19 ± 2.40		35.06 ± 16.84	
Drinking <sup>§</sup>	Current drinkers	48.74 ± 18.86 <sup>a</sup>		5.48 ± 2.41 <sup>a</sup>		37.43 ± 15.45	
	Former drinkers	46.53 ± 19.11 <sup>a</sup>	0.020*	5.63 ± 2.17 <sup>a</sup>	0.027*	38.82 ± 20.51	0.055
	Never drinkers	39.28 ± 21.58 <sup>b</sup>		4.39 ± 2.36 <sup>b</sup>		30.89 ± 15.70	

\*,  $P < 0.05$

† independent t-test; § Kruskal-Wallis test

## 5. 재북 학력과 남한 정규 교육과정 경험에 따른 언어적·기능적·구강건강정보이해능력

교육과 관련된 요인 중 ‘재북 학력’과 ‘남한에서의 정규 교육과정’에 따른 차이를 확인하기 위해 각 세부요인에 따라 집단을 재분류 후 집단별 비교하였다(Table 10).

언어적·기능적·구강건강정보이해능력은 남한에서의 정규 교육과정 경험에 따라 모든 집단에서 유의하게 차이가 있었다. 언어적 건강정보이해능력은 재북 학력이 전문학교 이상이면서 남한에서 정규 교육과정의 경험이 있는 집단이 가장 높았다( $P<0.05$ ). 기능적 건강정보이해능력의 경우 재북 학력이 중학교 졸업이고 남한에서 정규 교육과정을 이수한 집단, 재북 학력이 전문학교 이상이고 남한에서 정규 교육과정을 이수한 집단이 가장 높았다( $P<0.05$ ). 구강건강정보이해능력도 기능적 건강정보이해능력과 마찬가지로 재북 학력이 중학교 졸업이고 남한에서 정규 교육과정을 이수한 집단과 재북 학력이 전문학교 이상이고 남한에서 정규 교육과정을 이수한 집단이 다른 집단에 비교해 유의하게 높았다( $P<0.05$ ).

Table 10. Linguistic health literacy, functional health literacy and oral health literacy score according to education factors in North Korea and South Korea (N=126)

Categories	N	%	Linguistic health literacy	<i>P</i>	Functional health literacy	<i>P</i>	Oral health literacy	<i>P</i>
			M ± SD		M ± SD		M ± SD	
≤ Elementary school graduates in North Korea, experience of formal education in South Korea	39	31.0	38.38 ± 22.93 <sup>b</sup>	0.008*	5.03 ± 2.33 <sup>b</sup>	0.006*	35.47 ± 17.04 <sup>b</sup>	0.001*
≤ Elementary school graduates in North Korea, non-experience of formal education in South Korea	2	1.6	32.50 ± 0.71 <sup>c</sup>		3.50 ± 2.12 <sup>c</sup>		22.92 ± 2.95 <sup>c</sup>	
Middle-high school graduates in North Korea, have experience of formal education in South Korea	38	30.2	48.21 ± 18.95 <sup>b</sup>		5.92 ± 1.89 <sup>a</sup>		40.46 ± 16.18 <sup>a</sup>	
Middle-high school graduates in North Korea, non-experience of formal education in South Korea	10	7.9	36.80 ± 19.85 <sup>c</sup>		3.90 ± 3.25 <sup>b</sup>		24.58 ± 10.29 <sup>b</sup>	
≥ Junior college graduates in North Korea, have experience of formal education in South Korea	22	17.5	54.18 ± 15.00 <sup>a</sup>		5.77 ± 2.22 <sup>a</sup>		40.72 ± 15.95 <sup>a</sup>	
≥ Junior college graduates in North Korea, non-experience of formal education in South Korea	15	11.9	47.33 ± 18.34 <sup>b</sup>		3.27 ± 2.25 <sup>c</sup>		22.22 ± 10.99 <sup>c</sup>	

\*.  $P < 0.05$

Determined from Kruskal-Wallis test.

## 6. 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

연구모형에 따라 개인적 요인에 해당되는 변수(성별, 연령, 남한 거주 기간, 결혼 상태, 재북 학력, 남한에서의 정규 교육과정 유무, 현재 직업)와 상황적 요인에 해당되는 변수(사회적 지지)를 건강정보 이해능력에 영향을 미치는 독립변수로 구성하였고, 이 중 성별, 결혼상태, 재북 학력, 남한에서의 정규 교육과정 유무, 현재 직업은 가변수 처리 후 다중회귀분석을 시행하였다. 본 연구모형의 Mean VIF는 2.36으로 변수들 간의 다중공선성 문제는 발생하지 않은 것으로 판단되었다.

### 가. 언어적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

언어적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 11).

본 연구모형의 설명력은 16.9%이며, 남한 거주 기간이 1개월 길어질수록( $\beta=0.306$ ), 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta=0.218$ ), 여성인 경우( $\beta=0.211$ ) 언어적 건강정보이해능력에 정의 영향을 미쳤다( $P<0.05$ ).



Table 11. Factors influencing the linguistic health literacy (N=126)

Variables		B	SE	$\beta$	t	P
Constant		30.790	12.538		2.456	0.016
Gender	Male	ref.				
	Female	9.897	4.253	0.211	2.327	0.022*
Age (yrs)		-0.088	0.252	-0.074	-0.347	0.729
Period of residence in South Korea (months)		0.114	0.041	0.306	2.752	0.007*
Marital status	Single	ref.				
	Married	-1.055	5.277	-0.022	-0.200	0.842
	Divorced or bereaved	-4.137	6.446	-0.082	-0.642	0.522
	Middle-high school	ref.				
Level of education in North Korea	≤ Elementary school	-4.810	4.441	-0.112	-1.083	0.281
	≥ Junior college	6.526	4.745	0.147	1.376	0.172
Experience of formal education in South Korea	No	ref.				
	Yes	10.740	5.321	0.218	2.018	0.046*
Occupation in South Korea	Student	ref.				
	White-collar job	11.855	6.433	0.196	1.843	0.068
	Housewife	2.208	8.565	0.042	0.258	0.797
	Unemployed	1.328	8.323	0.019	0.160	0.874
Social support		-0.193	0.224	-0.078	-0.860	0.392

$R^2 = 0.248$ , Adjusted  $R^2 = 0.169$ ,  
F = 3.114, P = 0.001

\*.  $P < 0.05$

Determined from multiple regression analysis.

나. 기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 12).

해당 연구모형은 북한이탈주민의 기능적 건강정보이해능력의 17.2%를 설명하고 있으며, 나이가 1세 증가할수록( $\beta=-0.483$ ) 기능적 건강정보이해능력이 낮았다( $P<0.05$ ). 반면, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta=0.261$ ), 여성인 경우( $\beta=0.249$ )는 기능적 건강정보이해능력이 높았다( $P<0.05$ ).

Table 12. Factors influencing the functional health literacy (N=126)

Variables		B	SE	$\beta$	t	P
Constant		6.777	1.482		4.573	< 0.001
Gender	Male	ref.				
	Female	1.380	0.503	0.249	2.745	0.007*
Age (yrs)		-0.068	0.030	-0.483	-2.267	0.025*
Period of residence in South Korea (months)		0.002	0.005	0.044	0.393	0.695
Marital status	Single	ref.				
	Married	0.071	0.624	0.013	0.113	0.910
	Divorced or bereaved	-0.166	0.762	-0.028	-0.218	0.828
Level of education in North Korea	Middle-high school	ref.				
	≤ Elementary school	-0.957	0.525	-0.188	-1.822	0.071
	≥ Junior college	0.472	0.561	0.090	0.841	0.402
Experience of formal education in South Korea	No	ref.				
	Yes	1.519	0.629	0.261	2.416	0.017*
Occupation in South Korea	Student	ref.				
	White-collar job	0.955	0.760	0.133	1.256	0.212
	Housewife	0.435	1.012	0.070	0.430	0.668
	Unemployed	0.628	0.984	0.074	0.638	0.525
Social support		-0.041	0.026	-0.140	-1.554	0.123
		R <sup>2</sup> = 0.252, Adjusted R <sup>2</sup> = 0.172, F = 3.171, P = 0.001				

\*.  $P < 0.05$

Determined from multiple regression analysis.

다. 구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 13).

해당 연구모형은 북한이탈주민의 구강건강정보이해능력의 16.2%를 설명하고 있으며, 나이가 1세 증가할수록( $\beta=-0.441$ ) 구강건강정보이해능력에 부의 영향을 미쳤다( $P<0.05$ ). 반면, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta=0.316$ ), 현재 직업이 학생보다 직장인인 경우( $\beta=0.224$ ) 구강건강정보이해능력에 정의 영향을 미쳤다( $P<0.05$ ).

Table 13. Factors influencing the oral health literacy (N=126)

Variables		B	SE	$\beta$	t	P
Constant		29.087	10.314		2.820	0.006
Gender	Male	ref.				
	Female	4.096	3.498	0.107	1.171	0.244
Age (yrs)		-0.427	0.208	-0.441	-2.055	0.042*
Period of residence in South Korea (months)		-0.003	0.034	-0.009	-0.083	0.934
Marital status	Single	ref.				
	Married	3.214	4.341	0.083	0.740	0.461
	Divorced or bereaved	3.395	5.302	0.082	0.640	0.523
Level of education in North Korea	Middle-high school	ref.				
	≤ Elementary school	-4.564	3.653	-0.129	-1.249	0.214
	≥ Junior college	3.404	3.903	0.094	0.872	0.385
Experience of formal education in South Korea	No	ref.				
	Yes	12.734	4.377	0.316	2.909	0.004*
Occupation in South Korea	Student	ref.				
	White-collar job	11.104	5.292	0.224	2.098	0.038*
	Housewife	7.141	7.045	0.167	1.014	0.313
	Unemployed	2.003	6.847	0.034	0.293	0.770
Social support		0.091	0.184	0.045	0.492	0.623
		R <sup>2</sup> = 0.242, Adjusted R <sup>2</sup> = 0.162, F = 3.006, P = 0.001				

\*.  $P < 0.05$

Determined from multiple regression analysis.

## 7. 북한이탈주민 중 학생 집단을 제외한 대상자의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

현재 직업이 ‘학생’이 아닌 집단의 건강정보이해능력 영향요인을 파악하고자 전체 대상자 중 ‘학생’을 제외 후 다중회귀분석을 재시행하였다.

다중회귀분석을 시행하기 위해 예측변수 3개, 효과크기( $f^2$ ) 0.35, 유의수준 0.05, 검정력 0.90로 가정하여 G-Power 3.1 program을 통해 표본 수를 계산한 결과, 최소 표본 수는 45명으로 계산되었다. 본 연구의 전체 대상자 중 현재 직업이 학생이 아닌 대상자는 총 50명이었고, 다중회귀분석을 위한 적절한 표본 수임을 확인하였다. 독립변수는 본 연구모델의 독립변수 중, 다중회귀분석에서 각 건강정보 이해능력에 영향력이 확인된 변수들로 구성하였다.

가. 학생 집단을 제외한 대상자의 언어적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

언어적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 14).

본 결과는 학생 집단을 제외한 북한이탈주민의 언어적 건강정보이해능력을 19.8% 설명할 수 있으며, Mean VIF는 1.063으로 변수들 간의 다중공선성 문제는 발생하지 않았다.

다중회귀분석 결과, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta = 0.485$ ) 유의하게 언어적 건강정보이해능력에 정의 영향을 미쳤다 ( $P < 0.05$ ).

Table 14. Factors influencing the linguistic health literacy in non-student group (N=50)

Variables		B	SE	$\beta$	t	P
Constant		40.830	5.685		7.182	< 0.001
Gender	Male	2.669	7.783	0.046	0.343	0.733
	Female	ref.				
Period of residence in South Korea (months)		0.018	0.042	0.057	0.440	0.662
Experience of formal education in South Korea	No	ref.				
	Yes	15.424	4.258	0.485	3.622	0.001*

$R^2 = 0.247$ , Adjusted  $R^2 = 0.198$ ,  
F = 5.023, P = 0.004

\*.  $P < 0.05$

Determined from multiple regression analysis.

나. 학생 집단을 제외한 대상자의 기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 15).

본 결과는 학생 집단을 제외한 북한이탈주민의 기능적 건강정보이해능력을 20.2% 설명할 수 있으며, Mean VIF는 1.295로 변수들 간의 다중공선성 문제는 발생하지 않았다.

다중회귀분석 결과, 나이가 1세 증가할수록( $\beta=-0.363$ ) 기능적 건강정보이해능력에 부의 영향을 미쳤다( $P<0.05$ ).

Table 15. Factors influencing the functional health literacy in non-student group (N=50)

Variables		B	SE	$\beta$	t	P
Constant		7.182	1.599		4.492	< 0.001
Gender	Male	-0.842	1.314	-0.087	-0.641	0.525
	Female	ref.				
Age (yrs)		-0.062	0.026	-0.363	-2.406	0.020*
Experience of formal education in South Korea	No	ref.				
	Yes	1.256	0.777	0.239	1.616	0.113

$R^2 = 0.250$ , Adjusted  $R^2 = 0.202$ ,  
F = 5.122, P = 0.004

\*.  $P<0.05$

Determined from multiple regression analysis.



다. 학생 집단을 제외한 대상자의 구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 16).

본 결과는 학생 집단을 제외한 북한이탈주민의 구강건강정보이해능력을 36.82% 설명할 수 있으며, Mean VIF는 1.535로 변수들 간의 다중공선성 문제는 발생하지 않았다.

다중회귀분석 결과 나이가 1세 증가할수록( $\beta = -0.370$ ) 구강건강정보이해능력에 부의 영향을, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta = 0.332$ ) 구강건강정보이해능력에 정의 영향을 미쳤다( $P < 0.05$ ).

Table 16. Factors influencing the oral health literacy in non-student group (N=50)

Variables		B	SE	$\beta$	t	P
Constant		49.656	10.877		4.565	< 0.001
Age (yrs)		-0.435	0.169	-0.370	-2.584	0.013*
Experience of formal education in South Korea	No	ref.				
	Yes	11.959	4.953	0.332	2.415	0.020*
Occupation in South Korea	Housewife	ref.				
	White-collar job	1.736	5.943	0.045	0.292	0.772
	unemployed	-5.183	5.495	-0.119	-0.943	0.351

$R^2 = 0.420$ , Adjusted  $R^2 = 0.368$ ,  
F = 8.135,  $P < 0.001$

\*,  $P < 0.05$

Determined from multiple regression analysis.

## 제 5 장 고 안

정보의 홍수 시대를 살아가는 사람들에게 정보를 올바르게 얻고, 이해하며, 활용하는 능력은 건강 수준을 결정하는 중요한 척도로 작용한다. 특히 일상적으로 접하는 익숙한 정보가 아닌 건강과 관련된 전문적인 정보일 경우 건강에 미치는 영향력이 더욱 크다. 이에 따라 현대사회는 건강에 대한 사회적 책임의 관점에서 건강정보이해능력을 다루고 있으며, 모든 구성원이 건강할 수 있는 환경을 조성하고자 함께 노력하고 있다.

본 연구는 사회적 취약계층인 북한이탈주민의 일반적 특성과 건강 관련 특성, 사회적 지지 정도, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력을 파악함으로써 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 주는 요인을 규명하고자 시도된 단면조사연구이다. 연구에 사용된 각각의 측정 도구는 서로 다른 영역을 평가하도록 구성(언어적 건강정보이해능력: 용어의 이해정도를 평가, 기능적 건강정보이해능력: 독해능력, 수리능력을 평가, 구강건강정보이해능력: 사실적 이해, 추론적 이해, 비판적 이해능력을 평가)하여 포괄적으로 건강정보이해능력을 평가하였다. 또한 건강정보이해능력에 주요 영향요인으로 확인된 교육적 요인과 건강정보이해능력을 다양한 측면에서 분석하여 북한이탈주민의 개인적, 상황적 특성을 반영하고자 하였다.

본 연구에서 파악된 북한이탈주민의 언어적 건강정보이해능력 평균 점수는 66점 만점을 기준으로 44.95점(4-6등급)이었고, 이는 초등학교 4-6학년 수준에 해당한다. 따라서 북한이탈주민에게는 낮은 수준의 건강 관련 자료가 요구되는 것으로 확인되었다. 본 연구에서 사용한 측정 도구로 지역사회에 거주하는 성인<sup>39)</sup>과 입원환자<sup>77)</sup>에게 언어적 건강정보이해능력을 측정한 결과, 각 집단의 평균점수는 46.45점(7-8등급), 36.03점(4-6등급)이었다. 북한이탈주민은 일반 성인과 비교하였을 때, 언어적 건강정보이해능력의 평균점수와 등급이 모두 낮았다. 입원환자는 북한이탈주민과 언어적 건강정보이해능력 등급은 같았으나 입원환자에서의 평균점수가 더 낮았는데, 이는 입원환자의 대상 연령이 40세 이상으로만 구성되었던 점에 영향을 받

았을 것이라 예측된다.

북한이탈주민의 기능적 건강정보이해능력은 8점 만점을 기준으로 평균 점수가 5.1점이었다. 본 연구에서 사용한 측정 도구로 노인(평균 연령: 73.59)에게 기능적 건강정보이해능력을 측정한 결과, 평균 점수는 5점 이었다<sup>75)</sup>. 두 집단의 평균 점수가 비슷하지만 연구에 참여한 북한이탈주민의 평균연령이 34.10세임을 고려하였을 때, 북한이탈주민의 기능적 건강정보이해능력의 수준은 상당히 낮음을 예상할 수 있다.

북한이탈주민의 구강건강정보이해능력의 평균 점수는 35.25점이었고, 이는 중학생 평균의 30-60%에 해당하는 2수준에 속했다. 본 연구에서 사용된 도구로 일부 대학생의 구강건강정보이해능력을 평가하였을 때 평균 점수는 70.6점<sup>78)</sup>으로 3수준에 속했으며, 대학생의 경우 북한이탈주민에 비교해 1수준이 더 높았지만, 평균 점수는 두배가량 높았다.

사회적 지지는 개인과 집단, 인간과 환경의 상호작용을 통한 사회적 맥락의 관점에서 이해되며, 다수의 선행연구를 통해 사회적 지지와 신체 및 정신건강, 건강증진행위, 삶의 질의 관련성이 확인되었다. 따라서 본 연구에서는 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 상황적 요인으로 사회적 지지를 측정, 건강정보이해능력과의 관련성을 확인하고자 하였다.

측정 결과, 북한이탈주민의 사회적 지지 평균 점수는 43.97점이었다. 동일한 측정 도구로 외래환자<sup>72)</sup>의 사회적 지지를 측정한 평균 점수는 47.5점으로, 북한이탈주민의 사회적 지지 정도는 일반 환자와 비교해 낮음을 알 수 있었다.

사회적 지지와 건강정보이해능력의 상관관계를 확인한 결과, 언어적·기능적 건강정보이해능력은 사회적 지지와 상관관계가 확인되지 않았으나, 구강건강정보이해능력과는 약한 상관관계가 확인되었다( $r=0.177$ ,  $P<0.05$ ). 이 결과를 바탕으로, 사회적 지지는 단순히 건강과 관련된 용어의 이해, 수리능력, 독해능력보다는 사실적, 추론적,

비판적 이해의 측면과 보다 관련성이 있을 것이라 조심스레 예측해 볼 수 있다.

북한이탈주민의 일반적 특성, 건강 관련 특성에 따른 건강정보이해 능력을 살펴보면, 언어적 건강정보이해능력은 여성, 장년층(30-44세), 남한 거주 기간이 5년 이상인 집단, 결혼을 한 집단, 현재 직업이 직장인인 집단, 재북 학력이 전문학교 졸업 이상인 집단, 정기적 구강검진을 받는 집단, 현재 음주자인 집단이 다른 집단에 비교해 유의하게 평균 점수가 높았다. 기능적 건강정보이해능력은 청년층(19-29세)과 장년층(30-44세), 미혼인 집단과 결혼을 한 집단, 남한에서의 정규 교육과정의 경험이 있는 집단, 현재 음주자인 집단이 다른 집단에 비교해 유의하게 평균 점수가 높았다. 구강건강정보이해능력은 장년층(30-44세), 남한 거주 기간이 1년에서 5년 사이인 집단, 현재 직업이 직장인인 집단, 남한에서의 정규 교육과정의 경험이 있는 집단, 주관적 건강상태가 보통 이상인 집단이 다른 집단에 비교해 유의하게 평균 점수가 높았다.

북한이탈주민의 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 개인적 요인과 상황적 요인을 바탕으로 독립변수를 구성 후 다중회귀분석을 시행하였다. 분석결과, 성별, 남한 거주 기간, 남한에서의 정규 교육과정 유무가 언어적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다( $P<0.05$ ). 기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로는 성별, 나이, 남한에서의 정규 교육과정 유무였고, 구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로는 나이, 남한에서의 정규 교육과정 유무, 현재 직업이 확인되었다( $P<0.05$ ).

현재 직업이 ‘학생’이 아닌 집단에서도 남한에서의 교육적 요인이 건강정보이해능력에 영향을 미치는지를 확인하고자, 현재 직업이 ‘학생’이 아닌 대상자만 대상으로 다중회귀분석을 재시행하였다. 재시행한 다중회귀분석의 독립변수는 본 연구모형에서 영향력이 확인된 변수로만 구성하였다. 분석결과, 언어적 건강정보이해능력에 영

향을 미치는 요인은 ‘남한에서의 정규 교육과정 유무’였고, 기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인은 ‘나이’였으며, 구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인은 ‘남한에서의 정규 교육과정 유무’와 ‘나이’ 였다( $P<0.05$ ).

분석결과를 살펴보면, 남성보다 여성에서 언어적 건강정보이해능력 평균점수가 유의하게 더 높았고, 다중회귀분석에서도 ‘성별’은 언어적·기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. Son 등<sup>68)</sup>과 Lee 등<sup>69)</sup>의 연구에서도 남성보다 여성에서 건강정보이해능력의 평균점수가 유의하게 높았고, 다중회귀분석에서도 성별은 유의한 영향요인으로 확인되었다. Yi<sup>67)</sup>의 연구에서는 반대로 남성이 여성보다 기능적 건강정보이해능력 평균점수가 높았다. 하지만 성별은 기능적 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인으로 확인되지 않았다.

오래전부터 언어능력에 성차가 존재하는지는 수많은 연구자의 관심사였다. Kim 등<sup>79)</sup>는 세계적으로 다양하게 진행된 언어적 능력과 성차에 관한 연구 중 메타분석 기법을 활용한 연구를 살펴본 결과, 대부분의 연구에서 여성우세를 확인하였지만 효과크기는 크지 않았기에 일반화의 어려움이 있다고 하였다. 또한, 우리나라 20대의 언어능력을 평가한 결과, 선행연구들과 마찬가지로 여성이 단어의 유창성과 어휘문제에서 유의하게 점수가 높았지만, 효과의 크기는 역시 크지 않았다.

문 등<sup>80)</sup>는 북한이탈주민 중 나이가 어릴수록, 남한 거주기간이 길어질수록, 여성일 경우, 최종 학력이 높아질수록 어휘인지 반응의 정확도와 능숙도가 높아졌음을 확인하였다. 또한, Yang<sup>81)</sup>의 연구에서는 북한이탈주민이 인지하는 남한어의 유용성(남한어의 능숙도가 직장, 사회생활에 도움이 된다고 생각하는 것)은 여성에서 유의하게 더 높았다.

건강정보이해능력과 언어능력을 평가하는 문해력은 각각 포함하고 있는 영역의 범위가 다르지만, 기본적으로 위 두 가지는 불가분의

관계에 있다<sup>18)</sup>. 따라서 북한이탈주민의 한국어 능력과 한국어 능력의 중요성 인지 정도는 건강정보이해능력과 연관성이 있으리라 조심스럽게 예측해보며, 추후 연구를 통해 북한이탈주민의 성별, 언어적응 및 언어사용능력과 건강정보이해능력과 관련성이 분석되어야 할 것으로 생각된다.

국내 이주민을 대상으로 건강정보이해능력의 관련 요인을 분석한 선행연구들<sup>82,83)</sup>에서는, 이주민의 경우 거주기간이 늘어날수록 건강과 관련된 정보를 접하는 빈도 또한 증가하기 때문에 한국사회에서의 거주기간은 건강정보이해능력에 정의 영향을 미친다고 보고하였다. 하지만 본 연구에서는 선행연구들과 달리 건강정보이해능력의 측정 영역을 다양하게 구성한 결과, 남한 거주기간의 경우 언어적 건강정보이해능력에서만 영향력( $\beta=.306, P<.05$ )이 확인되었고, 기능적·구강건강정보이해능력에서는 그 영향력이 통계적으로 유의하지 않았다. 이는 남한 거주기간이 길어질수록 건강과 관련된 정보를 접하는 빈도 또한 증가하기 때문에 건강과 관련된 용어의 이해와 관련된 측면은 능력이 향상될 수 있으나, 건강 정보의 독해, 수리능력과 사실적, 추론적, 비판적 이해 측면의 능력은 단순히 거주기간과 비례하지 않음을 예측할 수 있다.

교육은 건강정보이해능력에 영향을 미치는 주요한 요인이다. 따라서 북한이탈주민이 한국 사회와의 상호작용 측면을 확인하고자 다음과 같이 분석을 세분화하여 시행하였다. 첫째, 재북 학력과 남한에서의 정규 교육과정 유무에 따라 집단을 재분류 후 각 집단의 언어적·기능적·구강건강정보이해능력을 파악해보았다. 분석결과 남한에서의 정규 교육과정 유무에 따라 모든 집단에서 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 차이가 있었다( $P<0.05$ ). 둘째, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 다중회귀분석을 통해 확인한 결과 공통적인 영향요인은 ‘남한에서의 정규 교육과정 유무’였다. 셋째, 학생이 아닌 대상자만 다중회귀분석을 재시행하였을 때에도 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인

은 ‘남한에서의 정규 교육과정 유무’, ‘나이’ 였다( $P<0.05$ ).

이러한 결과를 토대로, 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인은 북한에서의 교육경험보다 남한에서의 교육경험인 것으로 해석할 수 있다. 또한, 본 연구결과는 북한이탈주민의 재사회화과정과 주체성 확립, 사회적 자립의 측면에서 교육적 지원은 필수요소임을 강조한 선행연구결과<sup>84)</sup>를 다시 한 번 지지하는 결과이며, 북한이탈주민의 교육적 지원은 남한 사회 정착에 더 긍정적이고 광범위한 파급효과를 불러일으킬 수 있는 요인으로 예측할 수 있다.

또한, 현재 직업이 학생보다 직장인일 경우 구강건강정보이해능력이 더 높았는데, 이 결과도 각 도구가 측정하고자 했던 측정 영역과 관련이 있을 것으로 생각된다. 즉, 학생보다는 사회인(조직문화를 경험한)인 북한이탈주민일 경우 사실적, 추론적, 비판적 이해능력이 높은 것으로 재해석 할 수 있다. 이는 학생들의 인지개발 단계 중 고차원의 인지 단계는 졸업 후 또는 직장에 들어가서야 비로소 이루어지며, 이런 의미에서 ‘학생’으로부터 ‘직장’으로의 이행은 인생발달과정 중 매우 중요한 과정임<sup>85)</sup>을 다시 확인한 결과라 할 수 있다. 따라서 북한이탈주민의 교육적, 취업과 관련된 지원 정책은 남한 사회의 성공적인 정착과 삶의 전반적인 부분에서 긍정적인 영향을 미치는 것을 알 수 있다.

본 연구의 제한점으로는 다음과 같다.

첫째, 본 연구에 참여한 북한이탈주민의 인구사회학적 특성은 북한이탈주민 정착실태조사의 인구사회학적 특성(성별분포(남성: 25.8%, 여성: 74.2%), 평균 연령(40.8세), 남한 거주기간(5년 미만: 27.4%, 5-10년 미만: 43.5%, 10년 이상: 29%))과 큰 차이가 있지 않으나, 본 연구결과는 단면 조사로 얻어졌기 때문에 일반화에 어려움이 있다.

둘째, 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 구성한 연구모형의 평균 설명력은 크지 않았다(16.7%). 하지만 본 연구에서 구성한 연구모형은 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 영향을 미치는 개인적·사회적·환경적 요인을 모두



포함하여, 선행연구들의 제한점을 보완한 것에 더 큰 의의가 있다. 따라서 후속연구에서는 설명력을 높일 수 있는 연구모형을 구성하여 더욱 의미 있는 결과를 도출해야 할 것이다.

반면, 본 연구는 북한이탈주민의 특수성과 한국사회와 상호작용하는 상황적 맥락을 반영한 점, 건강정보이해능력의 주요 예측 인자인 교육적 측면을 다각적으로 접근·분석하였다는 점, 기존 연구들과는 달리 건강정보이해능력을 다양한 영역으로 구성하여 각 측정 영역별 영향요인을 세부적으로 분석하였다는 점, 국내 최초로 북한이탈주민의 구강건강정보이해능력을 측정한 점에서 기존 연구들과 차별화된 강점이 있다.

## 제 6 장 결 론 및 제 언

본 연구에서는 개인의 건강을 유지, 증진하는 데 영향을 미치는 건강정보이해능력을 북한이탈주민을 대상으로 조사함으로써 북한이탈주민의 성공적인 사회 정착과 남북주민의 원활한 통합을 도모하고자 시도되었다.

본 연구는 단면조사연구로 설계되었으며, 연구 참여자 모집공고를 통해 모집된 137명의 북한이탈주민을 대상으로 구조화된 설문지를 활용하여 언어적·기능적·구강건강정보이해능력, 일반적 특성과 건강 관련 특성을 조사하였다. 자료의 분석은 기술통계 및 t-test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, Pearson 상관분석, 다중회귀분석을 시행하였고 다음과 같은 주요 결론을 얻었다.

1. '재북 학력'과 '남한에서의 정규 교육과정'여부를 함께 고려한 집단의 언어적·기능적·구강건강정보이해능력은 남한에서 정규 교육과정 경험에 따라 모든 집단에서 유의하게 차이가 있었다( $P<0.05$ ).
2. 다중회귀분석 결과, 언어적 건강정보이해능력은 남한 거주 개월이 1개월 길어질수록( $\beta=0.306$ ), 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta=0.218$ ), 여성일 경우( $\beta=0.211$ ) 높았다( $P<0.05$ ).
3. 다중회귀분석 결과, 기능적 건강정보이해능력은 나이가 1세 증가할수록( $\beta=-0.483$ ) 낮았고, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta=0.261$ ), 여성일 경우( $\beta=0.249$ ) 높았다( $P<0.05$ ).
4. 다중회귀분석 결과, 구강건강정보이해능력은 나이가 1세 증가할수록( $\beta=-0.441$ ) 낮았고, 남한에서 정규 교육과정을 이수한 경우( $\beta=0.316$ ), 현재 직업이 직장인인 경우( $\beta=0.224$ ) 높았다( $P<0.05$ ).
5. 다중회귀분석 결과, 언어적·기능적·구강건강정보이해능력에 모두 영향을 미치는 요인은 남한에서의 정규 교육과정 경험이었다.

위 연구결과를 통해 북한에서의 교육경험보다는 남한에서의 정규 교육과정 경험이 북한이탈주민의 건강정보이해능력에 더욱 큰 영향을 미치며, 북한이탈주민에게 남한에서의 교육 경험은 단순한 학습

과 경험의 의미를 넘어 사회 적응과 개인의 건강 수준에 긍정적인 영향을 주는 요인임을 확인하였다. 따라서 북한이탈주민에게 제공되는 각각의 지원정책은 연속적인 차원에서 이해해야 하며, 특히 ‘남한에서의 교육’은 사회 통합적 측면에서 ‘보편적 권리’의 일환으로 바라보는 적극적 시각이 필요하다.

또한, 향후에는 설문지 중심의 ‘건강정보이해능력’을 넘어, 북한이탈주민이 경험하는 의료 커뮤니케이션 측면의 연구가 진행되기를 기대한다. 이러한 연구는 북한이탈주민이 경험하는 보건의료서비스의 현장성을 파악할 수 있기 때문이다. 더불어, 건강정보이해능력은 대상자, 보건의료인이 함께 관심을 가져야 하는 영역이기 때문에 대상자 측면의 교육전략뿐만 아니라 보건의료인이 대상자와 효과적인 의사소통을 할 수 있는 교육과정의 개발 및 이를 실행에 옮길 수 있는 동기부여 요인에 관한 연구가 활발히 진행되기를 희망한다.

## 참 고 문 헌

- 1) Ministry of Unification. Major statistics index, policy on North Korean refugees [Internet]. Ministry of Unification; [cited 2017 Dec 03]. Available from: <http://www.unikorea.go.kr/unikorea/business/statistics/>
- 2) Ministry of Unification. Unification policy, Major policies, Settlement support for North Korean defectors [Internet]. Ministry of Unification; [cited 2017 Dec 03]. Available from: <http://www.unikorea.go.kr/unikorea/business/NKDefectorsPolicy/settlement/System/>
- 3) Ministry of Health and Welfare. Korea Health Statistics 2015: Korea National Health and Nutrition Examination Survey(KNHANES VI-3). Sejong:Ministry of Health and Welfare;2016:32-114.
- 4) Korea Hana Foundation. The Actual Settlement Condition Survey of North Korean Refugees 2016. Seoul:Korea Hana Foundation;2017:394-433.
- 5) Lee EJ, Lee JM. Quality of Life and Health Service Utilization of the Migrant Workers in Korea. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society 2014;15(7):4370-4379.
- 6) Shin MN. A Study on Medical Services for North Korean Refugees; A case study of medical support provided by

Saejowi [doctoral thesis]. Seoul:Dongkuk University;2012.  
[Korean].

- 7) 박종연. 전통사회의 변화와 사상 : 한국의 서양의학 수용과정과 의료의 이중구조화. 연세사회학 1990;11:269-296.
- 8) Institute of Medicine. Health literacy: A prescription to end confusion. Washington, DC:The National Academies Press;2004.
- 9) World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Geneva:World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health;2008.
- 10) Kim HY, Park SH. North Korean Refugees from the Multicultural Perspective. S/N Korean Humanities 2016;66:161-196.
- 11) 북한자료센터. 신진연구 논문집:2015 북한 및 통일관련/통일부 북한자료센터. 북한이탈주민 관련 보도의 언어적 분석 : 관련어의 공기어 분석을 중심으로. 서울:통일부 북한자료센터;2015.615-713.
- 12) 국가법령정보센터. 법령-북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률 [Internet]. [cited 2017 Dec 03]. Available from: <http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%B6%81%ED%95%9C%EC%9D%B4%ED%83%88%EC%A3%BC%EB%AF%BC%EC%9D%98%20%EB%B3%B4%ED%98%B8%20%EB%B0%8F%20%EC%A0%95%EC%B0%A9%EC%A7%80%EC%9B%90%EC%97%90%20%EA%B4%80%ED%95%9C%20%EB%B2%95>

%EB%A5%A0

- 13) WHO. Regional Framework for Health Promotion 2002-2005[Internet]. WHO Regional Office for the Western Pacific [cited 2017 Dec 03]. Available from: [http://www.wpro.who.int/publications/pub\\_9290810328/en/index.html](http://www.wpro.who.int/publications/pub_9290810328/en/index.html)
- 14) Oh HJ, Choi MI. Issues and political implications for health literacy research and practice in South Korea. *Korean Journal of Health Education and Promotion* 2015;32(4):47-57.
- 15) Kang CH, Han YR. The Relationship among Family Support, Self-efficacy, Health Literacy, Perceived Health Status and Health-promoting Behavior in Married Immigrant Women. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2016;27(3):202-212.
- 16) Park SJ. Patients' Self-rating and Nurses' Rating on Health Literacy of Hospitalized Patients. *Jour. of KoCon.a* 2017;17(4):434-443.
- 17) Jeong JH, Kim JS. Health Literacy, Health Risk Perception and Health Behavior of Elders. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2014;25(1):65-73.
- 18) Hwang TW. *Understanding Health Literacy ; Implications for medicine and public health.* Seoul:Academypress;2010.
- 19) Davis TC, Long SW, Jackson RH, Mayeaux EJ, George RB,

Murphy PW, et, al. Rapid estimate of adult literacy in medicine: A shortened screening instrument. *Journal of Family Medicine* 1993;25(6):391-395.

20) Parker RM, Baker DW, Williams MV, Nurss JR. The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patient's literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 1995;10(10):537-541.

21) ADA. What is Health Literacy in Dentistry? [Internet]. American Dental Association;[cited 2017 Dec 03]. Available from: [http://www.ada.org/en/public-](http://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry/what-is-health-literacy-in-dentistry)

[programs/health-literacy-in-dentistry/what-is-health-literacy-in-dentistry](http://www.ada.org/en/public-programs/health-literacy-in-dentistry/what-is-health-literacy-in-dentistry)

22) Namkoong EJ, Park DY, Jung SH, Ma DS. Oral health literacy of mothers belonging to multi-cultural families in Gangneung City: a case study. *J Korean Acad Oral Health* 2016;40(2):71-78.

23) Lee KE, Yom YH, Kim SS, Han JH. Gender Differences in Oral Health Literacy related Factors among Elderly People. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2014;25(1):54-64.

24) Kim HK, Noh HJ, Jung IH, Chung WG, Lee Y, Mun SJ, et, al. Development of test for Korean functional health literacy in dentistry. *J Korean Soc Dent Hyg* 2016;16(3):355-362.



- 25) Simonds SK: Health education as social policy. Health Education Monograph 1974;2:1-25.
- 26) Kwon SM. Information Failure and Public Policy in Health Care. Korean Journal of Public Health 1999;36(1):31-40.
- 27) Kristine Sørensen, Stephan Van den Broucke, James Fullam, Gerardine Doyle, Jürgen Pelikan, Zofia Slonska, Helmut Brand. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012;12:80.
- 28) Nutbeam D. Health Promotion Glossary. Health Promot Int. 1998;13:349-364.
- 29) Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA: Health literacy: report of the council on scientific affairs. J Am Med Assoc. 1999;281(6):552-557.
- 30) R.S. Safer, J. Keenan. Health literacy: the gap between physicians and patients Am Fam Physician, 2005;72:463-468.
- 31) Osborn CY, Paasche-Orlow MK, Bailey SC, Wolf MS. The mechanisms linking health literacy to behavior and health status. American Journal of Health Behavior 2011;35(1):118.
- 32) Wallerstein N. Empowerment to reduce health disparities.

Scand J Public Health 2002;59(suppl):72-77.

- 33) Baker, DW, Gazmararian, JA, Sudano, J, Patterson, M. The association between age and Health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology Series B. Psychological Sciences and Social Science* 2000;55(6): 368-374.
- 34) Nancy D. Berkman, Stacey L. Sheridan, Katrina E. Donahue, David J. Halpern, Karen Crotty. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med* 2011;155(2):97-107.
- 35) Diana W. Stewart, Jennifer I. Vidrine, Sanjay Shete, Claire A. Spears, Miguel A. Cano, Virmarie Correa-Fernández, David W. Wetter, et, al. Health literacy, smoking, and health indicators in African American adults. *J Health Commun* 2015;20(2):24 - 33.
- 36) von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2007;61(12):1086 - 1090.
- 37) Anna Aaby, Karina Friis, Bo Christensen, Gill Rowlands, Helle Terkildsen Maindal. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular

disease. *Eur J Prev Cardiol* 2017;24(17):1880-1888.

- 38) Kobayashi LC, Wardle J, Wolf MS, von Wagner C. Aging and Functional Health Literacy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2016;71(3):445-57.
- 39) Kim SS, Kim SH, Lee SY. Health Literacy: Development of A Korean Health Literacy Assessment Tool. *Korean journal of health education and promotion* 2005;22(4):215-227.
- 40) Lee TW, Kang SJ. Health literacy in the Korean Elderly and Influencing Factors. *J ournal of Korean Gerontological Society* 2008;28(4):847-863.
- 41) Oral Health Literacy. Roundtable on Health Literacy; Board on Population Health and Public Health Practice; Institute of Medicine. Washington (DC): National Academies Press 2013.
- 42) Alice M. Horowitz, Dushanka V. Kleinman. Oral Health Literacy: The New Imperative to Better Oral Health. *Dent Clin N Am* 2008;52:333-344.
- 43) US Department of Health and Human Services. Health Communication. *Healthy people 2010*(2nd ed.)[Internet]. US Government Printing Office [cited 2017 Dec 03]. Available from: <http://www.healthypeople.gov/2010/Document/HTML/Volume2/21Oral.htm>

- 44) Rockville MD. A national call to action to promote oral health. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institutes of Health, National Institute of Dental and Craniofacial Research;2003. NIH Publication No. 03-5303.
- 45) Bridges SM, Parthasarathy DS, Wong HM, Yiu CK, Au TK, McGrath CP. The relationship between caregiver functional oral health literacy and child oral health status. *Patient Educ Couns* 2014;94:411-416.
- 46) Talekar BS, Rozier RG, Slade GD, Ennett ST. Parental perceptions of their preschool-aged children's oral health. *J Am Dent Assoc* 2005;136(3):364-372.
- 47) Ramon Targino Firmino, Fernanda Morais Ferreira, Saul Martins Paiva, Ana Flávia Granville-Garcia, Fabian Calixto Fraiz, Carolina Castro Martins. Oral health literacy and associated oral conditions. *JADA* 2017;148(8):604-613.
- 48) Virginia Dickson-Swift, Amanda Kenny, Jane Farmer, Mark Gussy, Sarah Larkins. Measuring oral health literacy: a scoping review of existing tools. *BMC Oral Health* 2014; 14:148.
- 49) Ju HJ, Oh HW, Kim JY, Lee HS. A cross-sectional study on oral health literacy and its influencing factors among adults: I.

verbal oral health literacy. J Korean Acad Oral Health 2012;36:87-95.

- 50) Kim HK. Development of Oral Health Literacy Instrument for Foreigners in Korea [master's thesis]. Wonju:Yonsei University;2014.[Korean].
- 51) Ahn EJ, Kwon IS. Health Literacy of Elementary School Students. Child Health Nursing Research 2014;20(4):322-331.
- 52) Kang YM, Cho YS. Impact of Mother's Oral Health Literacy on Preschool Children's Oral Health Status and Behavior. J Den Hyg Sci 2016;16(1):26-36.
- 53) Lee YT, Yoon TY, Kim SH. Functional health literacy and understanding of explanation according to characteristics of patients. Health and Social Science 2012;32:145-171.
- 54) Cho SY, Choi SS. Mental Health Literacy among People with Mental Disorder: Correlations with Socio-demographic Factors, Self-esteem, Family Support. Health and Social Science 2017;44:165-186.
- 55) Lee TW, Kang SJ. Health Literacy in the Korean Elderly and Influencing Factors. Journal of the Korea Gerontological Society 2008;28:847-863.
- 56) Li CY, Lee OC, Shin GS, Li XW. Health Literacy and Health

Status of Korean-Chinese Elderly People Living in Yanbian, China. J Korean Acad Nurs 2009;39(3):386-392.

- 57) Ju HJ, OH HW, Lee HS. Impact of oral health literacy on oral health-related quality of life among adults. J Korean Acad Oral Health 2014;38(4):220-226.
- 58) Son YJ, Lee YM. Development and Effects of Health Literacy Enhancement Program to Improve Self Care Adherence in Low-Income Elderly Patients with Heart Failure. JKDAS 2012;14(1):215-230.
- 59) Ahn HR. A Community-Based Art Education for Enhancing Health Literacy: A Case of Art and Health Integrated Classes. ART EDUCATION REVIEW 2016;59:163-188.
- 60) Kim JO, Park JK. The Reliability of Health Information on the Internet and the Medical Advertising's Attitude on the Internet according to e-Health Literacy Level. HSS21 2017;8(4):299-314.
- 61) 박정란. 북한이탈주민 연구 동향과 과제: 주체, 방법, 내용. KDI 북한경제리뷰 2015;5:54-71.
- 62) 박광택. 북한이탈주민의 적응에 대한 연구 동향과 과제. 직업과 고용서비스 연구 2014;9(2):15-29.
- 63) Chon LS, Oh JH. Influence of Social Support and Social

Adjustment on Quality of Life of North Korean Defectors.  
HSS21 2017;8(3):275-296.

- 64) Lim HJ, Lee GA, Yang SJ. The Trends in Research on the Health of North Korean Refugees. J Korean Acad Community Health Nurs 2017;28(2):144-155.
- 65) 이소희. 탈북민 보건의료 이용 현황 및 과제. KDI 북한 경제리뷰 2016.;3:35-49.
- 66) Noh JW, Kwon YD, Yu SE, Park HC, Woo JM. A Study of Mental Health Literacy Among North Korean Refugees in South Korea. J Prev Med Public Health 2015;48:62-71.
- 67) Yi JS. A Study on current status of functional health literacy in North Korean refugees and its related factors [master's thesis]. Seoul:Seoul National University;2014.[Korean].
- 68) Son YJ, Kim HJ, Jeong HJ, Hwang IY, Kim MY, Lee SH, et, al. Health Literacy and Its Related Factors in North Korean Refugees. Korean J Health Promot 2017;17(2):71-79.
- 69) Lee KY, Kim MK. Significant Factors associated with health literacy among North Korean defectors: Application for Gelberg-Andersen Behavioral Model. Studies on Life and Culture 2017;46:247-295.
- 70) Jeong KW. A study on the Linguistic ability and cultural

adaptation of female married immigrants in Korea. Teaching Korean as a Foreign Language 2009;34:89-111.

- 71) Korea Foundation for International Healthcare. DPR Korea 2008 Population Census National Report. Seoul:KOFIH;2009.
- 72) Suh SY, Im YS, Lee SH, Park MS, Yoo TW. A study for the development of Korean version of the Duke-UNC functional social support questionnaire. KJFM 1997;18(3):250-260.
- 73) Davis TC, Long SW, Jackson RH, et al. Rapid estimate of adult literacy in medicine:a shortened screening instrument. Fam Med 1993;25:391-395.
- 74) Kim SH, Lee EJ. The Influence of Functional Literacy on Perceived Health Status in Korean Older Adults. J Korean Acad Nurs 2008;38(2):195-203.
- 75) Su Hyun Kim. Validation of the short version of Korean functional Health Literacy Test. Int J Nurs Pract 2017;23:e12559.
- 76) Lee HJ, Hong JS, Kim JY, Chang KW. Pilot study on development of oral health literacy evaluation tool for Korean adults. J Korean Acad Oral Health 2015;39(4):237-244.
- 77) Hong IH, Eun Y. Health Literacy of Inpatients at General



Hospital. Korean J Adult Nurs 2012;24(5):477-488.

- 78) Lee HJ, Chang KW. Oral health literacy of Korean adults. J Korean Acad Oral Health 2017;41(2):102-109.
- 79) Kim HG, Kim YS. Sex Differences in Verbal and Spatial Ability among Korean Young Adults. The Korean Journal of Woman Psychology 2017;22(3):355-369.
- 80) 문금현, 이홍식, 김경령. 새터민의 언어 적응을 위한 실태 연구. 서울:국립국어원;2005.
- 81) Yang SK. Linguistic accommodation of North Korean refugees [doctoral thesis]. Seoul:Seoul National University;2012. [Korean].
- 82) An JS, Kim HR, Yang SJ. Factors related with Health Literacy in Asian Immigrant Women in Korea . J Korean Acad Community Health Nurs 2013;24(4):377-387.
- 83) Kim HJ, Koo SM. Factors related with Health Literacy in Asian Immigrant Women in Korea. JKEIA 2017;11(1):199-209.
- 84) Son SJ. Sense of Purpose of North Korean Defectors and Democratic Civic Education[master's thesis]. Kyonggi:Kyonggi University;경기대학교;2016. [Korean].
- 85) 송선희, 조성연. 대학에서 직장으로의 이행과정에 관한 연구. 진로교육연구 2001;14:275-296.

Abstract

The effect of education  
experience in South Korea and  
North Korea on health literacy  
and oral health literacy of North  
Korean refugees

Yuyi Park

(Directed by Prof. Dong-Hun Han)

Department of Preventive and Social Dentistry,  
The Graduate School, Seoul National University

In December 2016, the number of North Korean refugees who entered South Korea exceeded 30,000. The South Korean government accepts North Korean refugees without discrimination and supports them to become members of South Korean society. However, the health problems and the difficulty in using health care services are still a big obstacle to the settlement of South

Korean society.

Health literacy is not as simple as reading health-related information. Health literacy is defined as being influenced by the social environment, leading a healthy life, and helping to improve welfare. Therefore, the purpose of this study is to find ways to improve the health literacy of North Korean refugees and to identify related factors.

Cross-sectional research design was used to examine the level of health literacy and oral health literacy of 137 North Korean refugees and analyze the related factors.

The level of social support was measured with previously developed Korean version of the Duke-UNC functional social support questionnaire. Health literacy was divided into three parts (linguistic health literacy, functional health literacy, oral health literacy) and evaluated in different areas. The research tools used to measure the health literacy were KHLAT, S-KHLT, and oral health literacy evaluation tool for Korean, which were validated previously. Data analysis was done by descriptive statistics, t-test, ANOVA, Kruskal-Wallis test, Pearson's correlation analysis, multiple regression analysis.

The main results of this study were as follows:

(1) The mean score of linguistic·functional·oral health literacy was significantly higher in the groups with experience of formal education in South Korea than in the non-experienced groups

( $P < 0.05$ ).

(2) 'Period of residence in South Korea' ( $\beta = 0.306$ ), 'Experience of formal education in South Korea' ( $\beta = 0.218$ ) and 'A group of females' ( $\beta = 0.211$ ) significantly affect linguistic health literacy ( $P < 0.05$ ).

(3) 'Age' ( $\beta = -0.483$ ), 'Experience of formal education in South Korea' ( $\beta = 0.261$ ), and 'A group of females' ( $\beta = 0.249$ ) significantly affect functional health literacy ( $P < 0.05$ ).

(4) 'Age' ( $\beta = -0.441$ ), 'Experience of formal education in South Korea' ( $\beta = 0.316$ ), and 'A group of white-collar job' ( $\beta = 0.224$ ) significantly affect oral health literacy ( $P < 0.05$ ).

(5) The factor that affects both linguistic·functional·oral health literacy

Educational factors are known to be predictors of health literacy. Therefore, this study analyzed educational factors from various viewpoints to consider the situation of North Korean refugees.

Study findings suggest that experience of formal education in South Korea has more positive impact linguistic·functional·oral health literacy of North Korea refugees than education in North Korea. In conclusion, it is necessary to develop and active support policies to improve health literacy and oral health literacy for risk groups. In addition, further research is needed on the health literacy of North Korean refugees.

---

Key Words : Health literacy, Oral health literacy, North Korea  
refugees

Student Number : 2015-23260