"새로운 시작,
하나원이 함께 합니다"

하나원 개원 20주년 기념 의료분야 세미나

통일부 하나원

하나원 개원 20주년 기념 의료분야 세미나 제7회 하나의원 세미나

통일부 하나원

하나원 개원 20주년 기념 의료분야 세미나

제7회 하나의원 세미나

일시. 2019.7.15.(월) 오후 2~6시

장소. 하나원 하나둘 학교 2층 강당

주최 및 주관 : 통일부 하나원

"새로운 시작, 하나원이 함께 합니다"

20

하나원 개원 20주년 기념 의료분야 세미나

제7회 하나의원 세미나

일시. 2019.7.15.(월) 오후 2~6시

장소. 하나원 하나둘 학교 2층 강당

주최 및 주관 : 통일부 하나원

인사말

하나원장 **임 병 철**

자리를 함께 해주신 북한이탈주민 의료 전문가 여러분!

바쁘신 가운데도 불구하고, 하나원 개원 20주년 기념 의료분야 세미나에 참석해주신데 대해 진심으로 감사드립니다.

북한이탈주민의 교육과 정착지원을 담당해 온 하나원이 올해로써 개원 20주년을 맞이하게 되었습니다.

그동안 하나원에서는 북한이탈주민이 우리사회에 안정적으로 정착할 수 있도록 교육프로그램을 운영함으로써 하나원에서의 교육이 남한사회에서 정착생활을 하는데 실질적인 도움이 될 수 있도록 노력해 왔습니다.

또한, 북한이탈주민의 정서안정과 건강 증진을 위해 2004년에는 하나의원을 개설하여 입소 교육생의 건강관리를 돕고 있으며, 의료수요가 높은 산부인과, 치과, 정신건강의학과 등 진료과목의 순차적 개설과 전문의 확보로 보다 나은 의료서비스를 제공하고 있습니다.

뿐만 아니라 하나원 수료 후에도 의료지원을 받을 수 있도록 지역별 거점병원을 확보하여 북한이탈주민 친화적 의료환경을 조성해 나가고 있습니다.

이와 같이, 하나원에서의 교육과 적극적인 보살핌이 우리사회 정착생활에 많은 도움이 될 수 있도록 다양한 노력을 기울이고 있습니다.

하나원은 그동안 6회의 의료세미나를 통해 북한이탈주민의 주요 건강문제를 평가하고, 현장 중심의 진료활동과 민간분야 의료지원 연계를 통해 보다 효율적인 의료지원 체계를 모색하여 왔습니다.

이번 세미나를 통해 북한이탈주민 의료전문가의 풍부한 현장 경험을 바탕으로 북한이탈주민 건강증진을 돕는 교육적인 방안이 마련되기를 기대합니다.

세미나에서 제시된 고견들은 북한이탈주민의 건강관리 제도 개선에 적극 반영하도록 하겠습니다.

무더운 여름 날씨에도 불구하고, 북한이탈주민을 향한 높은 관심과 열정으로 세미나에 참석하신 여러분들께 다시 한번 깊은 감사를 드립니다.

감사합니다.

2019. 7. 15

하나원장 **임 병 철**

하나의원 연혁

1999

+ 하나원 개원
건강관리실 설치(간호사1명)

1999 ~ 2004

+ 의료봉사자 방문진료로 교육생 의료문제 해결

2004

+ 공중보건의 배치, 하나의원 확대운영
· 내과(2명), 한방과(2명), 치과(1명)

2006

+ 하나의원, 하나원 부속 의료기관 신고
· 의료법 제35조(의료기관의 개설 특례)

2012 ~ 2008

+ 정신과, 산부인과, 소아청소년과 각 1명 배치

2015

+ 정신과, 치과, 내과, 산부인과, 소아청소년과 의무사무관 채용

2019

+ 하나의원 의료진
의사 11명, 간호사 8명, 약사 등 27명
안성, 화천 이원화 운영

↑ →
제1차 하나의원 세미나, 2009. 6.12(금)
하나원-(사)새조위
국립중앙의료원-(사)열린치과봉사회
공동 주최

↑ →
제2차 하나의원 세미나, 2010.7.2.(금)
하나원-(사)새조위 공동 개최

↑
제3차 하나의원 세미나, 2011.7.5.(목)

↑
제4차 하나의원 세미나, 2013.7.5.(금), 하나원-국립중앙의료원-(사)새조위 공동 개최

제5차 하나의원 세미나, 2014-06-27(금)

제6차 하나의원 세미나, 2015.9.4.(금), 하나원-통일보건의료학회 공동 개최

하나원 개원 20주년 기념 의료분야 세미나 세부일정

시간계획	내 용	소요시간
14:00~14:20	**1. 등록** • **장 소** : 하나원 하나둘학교 2층 강당 로비	20분
14:20~14:30	**2. 개회사** • **개회사** : 하나원장	10분
14:30~16:10	**3. 주제발표** • 북한이탈주민 문해도 및 약물 오남용 | **이인숙** 교수 | • 북한이탈주민 청소년 건강행태 | **김소연** 간호사 | • 북한이탈주민 상담실 운영 사례 - 위기상황 관리를 중심으로 | **신미녀** 대표 | • 북한이탈주민 구강건강 현황 분석 | **이승표** 교수 |	100분 ※1인당 25분이내
16:10~16:20	**휴 식**	10분
16:20~17:40	**4. 종합토론(80분)** • **좌 장** : 하나원 내과 최석구 선생님 • **토론자** **1주제** : 김건희 교수, 전진용 의사 **2주제** : 전연숙(지원재단 기획부장), 서향란 상담사 **3주제** : 오승진 박사, 조재희(대구하나센터장) **4주제** : 신덕재 치과의사(사, 열린치과봉사회), 장은유 치과의사(하나원)	80분
17:40~18:10	**5. 다과회**	30분

하나원 개원 20주년 기념
의료분야 세미나

"새로운 시작, 하나원이 함께 합니다"

제7회 하나의원 세미나

발 제 문

북한이탈주민의 건강정보 문해력 약물지식 및 약물 오남용 행위 10
| **이인숙** 한남대학교 |

탈북청소년 건강행태 연구: 한국 청소년과 비교 23
| **김소연** 아산병원 |

북한이탈주민 의료상담실 운영사례 - 위기상황 관리를 중심으로 44
| **신미녀** 상임대표(새조위) |

하나원 자료를 이용한 탈북민 구강 건강 현황 분석 55
| **이승표** 서울대학교 치의학대학원 교수(통일치의학) |

북한이탈주민의 건강정보 문해력 약물지식 및 약물 오남용 행위

| 글. **이인숙**(한남대학교) |

Ⅰ. 연구의 필요성

[북한이탈주민의 건강상 특성]

- 입국까지의 과정 중의 다양한 외상 경험
- 외상경험은 입국한 후에도 정신건강 문제 및 신체적으로 감염성 질환, 근골격계 및 여러 가지 질환에 노출되어 정신 및 신체 건강관리와 관련된 의료 서비스 이용의 요구도가 높은 실정
- 북한이탈주민은 병원 서비스 이용시 어려움 호소- 남북한의 언어 차이로 인한 의료진과의 의사소통, 의료용어의 이해 부족, 처방 및 복약 순응에 어려움(신미녀, 2009)
- 난민집단: 이주 기간, 연령, 성별에 따른 다양한 사망률과 유병율을 가지는 집단(Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., & Westerling, R., 2015)
- 다양한 요인 즉 사회경제적, 문화적 배경, 이주전 삶의 양식과 이주과정 및 재정착과정 등이 건강에 영향을 주게 됨(Davies, Basten, & Frattini, 2006).

건강문해력

- 이주전 다양한 외상에 노출 및 여러 감염성 질환으로 의료 서비스 이용이 높을 것으로 예상되는 난민들이 건강관리 서비스 이용에 제한이 있는 것은 의사소통의 문제와 건강 및 건강 시스템에 대한 지식부족에 기인한 것이며, 이는 곧 낮은 건강문해력과도 연관이 있다(Eckstein B. Primary care for refugees. Am Fam Phys. 2011;83(4):429□436)
- 건강문해력: 개인이 의료와 관련된 적절한 결정을 스스로 내리는데 필요한 기본적인 건강 정보와 건강 서비스를 제대로 얻고, 처리하고, 이해하는 능력(IOM, 2004),
- 세계보건기구(WHO); "건강을 증진하고 유지하는 방법으로 건강정보를 이해하고 사용하기 위한 개인의 동기와 능력을 결정짓는 인지적, 사회적 기술이며, 전형적인 보건교육활동의 산물"이라 정의(WHO, 2005).
- 건강의 사회적 정의에 대한 일면으로 건강에 대한 개인적 역량을 강화하기 위한 매우 중요한 핵심 요소(Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., & Westerling, R. , 2014).
- 건강 및 보건 의료 서비스에 대한 충분한 정보와 정보에 대한 이해능력은 환자가 스스로 자신의 질병 상태를 치료하고 관리하는 능력을 향상시킬 뿐만 아니라 자신에게 필요한 적합한 서비스를 선택하고 이용하며, 올바른 의약품을 복용할 수 있게 함

북한이탈주민 건강행위 특성

- 북한이탈 주민이 동일한 언어와 민족적 배경을 공유하고 있다고 하여도 반세기 이상 분단된 상황에서 겪어온 정치적, 문화적, 경제적 배경은 건강 관련 행위나 신념에도 영향을 주었음을 짐작
- 특히 1995년 전후로 사망률과 유병률이 증가하였고 감염성 질환이 증가한 북한의 현실에서 보건의료 수혜 상황이 열악해지면서 주민들은 질병시 병원방문보다는 참거나 민간요법에 의존하며 개인적으로 관리하는 경우가 많았다(Jeon& Park,2012).
- 보완, 대체요법이 증상완화에 효과가 있다고 인지하는 경우 의료 전문가의 지시를 제대로 이행하지 않으면서 자가 처방으로 증상 조절(Choe & Choi, 2009).
- 남한의 의료체계 및 의료기관 이용에 대한 이해력 부족, 북한에서의 치료추구행위 차이, 경제적 이유 등으로 보건의료서비스 이용에 어려움을 겪으며, 남한사회의 적응과 생계를 위한 경제활동에 몰두하여 자신의 건강에 적신호가 오는데도 방치하는 경우가 있고, 자가진단과 치료하는 습관이 이어서 병원이용을 포기하고 자가 치료를 반복하거나 의약품의 오남용 등 병을 악화시키는 일이 많음(이진선, 2014).

북한에서의 의료

- 북한의 열악한 의료자원은 의료서비스 제공에 절대적 어려움을 가져와 주민들은 자가 진단에 의해 장마당에서 필요한 약품을 구입한 것으로 치료를 대신
- 북한의 주된 의약품 공급시장인 장마당에는 항생제를 비롯한 중요한 의약품 등이 출처나 유통기한과 사용방법이 불분명한 의약품과 개인적으로 조제한 가짜 약품이 공공연히 유통
- 이로 인한 약물 부작용사례가 빈번하게 발생하며 특히 진통제가 오남용

• 최근까지도 북한의 일부 특정지역에서는 치료제의 대처방법으로 아편이나 '빙두'같은 마약류의 복용과 투여가 공공연히 이루어지고 있음(민하주, 정형선, 김선미, 2015)

[연구문제]

• 따라서 이들의 약물 오남용 형태는 남한사회 정착과정에서 건강에 영향을 미치고 있어 북한이탈주민에 대한 의료 서비스 제공 뿐만 아니라 약물 오남용에 대한 교육의 필요성 제기
• 의약품 표시 정보의 이해와 정보 습득에 취약한 계층이 일반 성인에 비해 더 많은 의약품 안전사고와 위험에 노출되어 있다(박은자, 2011)
• 북한이탈 올바른 약물사용을 위한 가이드라인 개발의 기초자료를 제공하기 위해 이들의 건강문해력과 약물에 대한 지식 및 부적절하고 안전하지 못한 약물사용 행위가 포괄되는 약물오남용 행위에 대한 이해가 선행되어야 함

[연구목적]

• 이에 본 연구는 문화와 언어적 차이로 전문적인 의학 용어나 외래어에 대해 이해가 떨어져 제한적인 의료혜택을 받을 수 있는 북한이탈 주민들의 건강문해력의 수준을 측정하고, 약물지식 수준과 약물의 오남용 수준과의 관계에 대해 분석

Ⅱ. 연구방법

• 만 25세 이상 80세 미만의 인지 장애가 없는 북한이탈주민 137명
• 2017년 7월부터~2018년 6월
• 자가기입식 설문조사
• SPSS Win 21.0 Program을 이용하여 분석
• t-test, 혹은 ANOVA, Scheffe' test, Pearson Correlation Coefficient

[연구도구]

1) 건강문해력

• 언어적 건강문해력과 기능적 건강문해력으로 구성
• 언어적 건강문해력: KHLAT(Korean Health Literacy Assessment Tool총 66문항으로 구성, 점수가 높을수록 언어적 의료 정보 문해력이 높음을 의미(Cronbach' α =.97)
• 점수해석
0-18점: 낮은 수준의 건강교육자료를 이해하지 못하고 반복된 구두설명이 필요하며 오디오나 비디오를 통한 자료가 필요한 경우
19-44점: 낮은 수준의 건강교육자료가 필요한 경우
45-60점: 환자들이 건강교육자료를 이해하려고 노력한다는 것
61-66점: 대부분 이해할 수 있음
• 기능적 의료정보문해력: S-KHLS(Short-Korean Health Literacy Scale), 12개의 문항으로 줄인 단축형 도구로서 건강관련 용어 5문항과 이해 및 수리영역 7문항으로 구성. 총 점수가 높을수록 기능적 건강문해력 수준이 높음을 의미(Cronbach'α =.83)
• 점수해석
상 :상위 70%에 해당되는 수준인 8.41점,
중 :40~70%에 해당하는 수준인 4.81-8.40점
하 :총점 40%에 해당하는 수준으로 4.80점 이하

2) 약물지식

• 이선아와 박명화(2010)의 연구를 기초로 하여 북한이탈주민이 이해할 수 있는 용어로 수정 보완하여 사용
• 일반적인 약물지식은 약물에 대한 일반적 사용 수칙보관법 9문항, 부작용 및 항생제 5문항, 비타민과 약의 종류 14문항 총 28문항으로 구성
• 점수가 높을수록 약물지식 정도가 높음을 의미
• Cronbach'α =. 87

3) 약물오남용 행위

• 약물 오남용 행위란 약물사용으로 나타난 결과와 관계없이 무심코(inadvertent misuse of the medications) 비의학적으로 약물을 사용하는 것을 약물오남용이라고 정의
• 본 연구에서 약물 오남용 행위는 이선아와 박명화(2010)의 연구를 기초로 하여 북한이탈주민이 이해할 수 있는 용어로 수정 보완하여 사용
• 약물용량의 임의 조절, 자가중단, 투약시간 엄수, 약물 나눠주고 받기, 약물부작용대처, 이중 복용, 음주 및 흡연 병행여부, 올바른 약물에 대한 관심을 포함한 총 13문항으로 구성
• 점수가 높을수록 약물오남용 행위가 높음
• 선행연구에서 Cronbach'α = ·81

Ⅲ. 연구결과

1)대상자의 일반적 특성 및 일반적 특성에 따른 주요 변수 차이

Variables	Categories	n	%	Literacy M±SD	Literacy t/F (p)	Health literacy M±SD	Health literacy t/F (p)	Knowledge M±SD	Knowledge t/F (p)	Abuse behavior M±SD	Abuse behavior t/F (p)
Gender	Men	13	9.6	46.08 ± 13.88	−1.08 (.282)	6.31 ± 2.78	−2.78 (.006)	9.54 ± 6.78	−3.36 (.001)	3.31 ± 3.25	−1.26 (.210)
	Women	123	90.4	50.33 ± 13.43		8.73 ± 3.01		15.26 ± 5.74		4.48 ± 3.19	
Age (years) 35.39 ± 9.3	〈30	49	36.0	48.90 ± 13.68	0.28 (.839)	8.73 ± 2.90	0.91 (.438)	15.04 ± 6.85	0.15 (.929)	3.47 ± 3.0[6a]	5.35 (.002) a〈b
	30–39	41	30.1	50.49 ± 12.89		8.44 ± 3.29		14.24 ± 5.72		4.17 ±2.65	
	40–49	34	25.0	49.74 ± 14.84		8.71 ± 2.83		14.65 ± 5.36		6.12 ± 3.41[b]	
	≥50	12	8.8	52.67 ± 11.63		7.17 ± 5.54		15.17 ± 6.22		3.75 ± 3.28	
Education	≤Elementary school	11	8.1	38.91 ± 20.14a	4.24 (.016) a〈b	8.36 ± 3.35	0.29 (.750)	13.27 ± 5.92		4.64 ± 3.7	0.69 (.502)
	≤Middle-high school	103	75.7	51.08 ± 11.78b		8.42 ± 3.06		14.65 ± 5.96		4.50 ± 3.22	
	≥College or University	22	16.2	50.00 ± 15.19b		8.95 ± 3.00		15.73 ± 6.66		6.64 ± 2.82	
Marital Status	Married	26	19.1	47.65 ± 13.48	2.24 (.087)	8.58 ± 2.90	0.24 (.872)	14.35 ± 5.93		5.31 ± 3.83	1.16 (.328)
	Unmarried	38	27.9	47.63 ± 14.72		8.26 ± 3.10		13.60 ± 5.88		4.00 ± 2.85	
	Separated or divorce or Bereavement	21	15.4	56.29 ± 9.61		8.95 ± 3.02		17.52 ± 4.94		4.67 ± 2.52	
	Etc.(cohabiting)	51	37.5	50.16 ± 13.38		8.45 ± 3.19		14.57 ± 6.46		4.04 ± 3.32	
The timing of medication	Before symptom manifestation	8	5.9	41.50 ± 15.23	1.95 (.124)	7.75 ± 3.62	3.61 (.015)	12.50 ± 6.12	0.55 (.646)	3.38 ± 1.92	2.07 (.107)
	When symptoms occur	49	36.0	51.22 ± 13.42		9.22 ± 2.64		15.35 ± 6.50		5.06 ± 3.30	
	When it is hard to bear	50	36.8	51.66 ± 10.70		8.76 ± 2.97		14.60 ± 5.78		4.44 ± 3.12	
	Do not know	29	21.3	47.03 ± 16.49		7.03 ± 3.32		14.45 ± 5.86		3.34 ± 3.23	
As medication instructions for their dose	Manual	30	22.1	55.90 ± 6.34b	4.98 (.008)	9.17 ± 2.51[b]	9.62 (〈.001)	15.67 ± 6.06	1.27 (.286)	5.23 ± 3.30[b]	4.68 (.011)
	Doctor or chemist	82	60.3	49.18 ± 13.45		8.94 ± 2.90[b]		14.84 ± 5.75		4.54 ± 3.08	
	Experience or acquaintance	24	17.6	44.96 ± 17.46[a]		6.17 ± 3.24[a]		13.08 ± 6.97		2.71 ± 3.00[a]	

2) 대상자의 건강문해력

Variable	Score range	N	(%)
Medical Information Literacy (Total M±SD 49.91±13.48)	0–18	6	4.4
	19–44	20	14.7
	45–60	89	65.4
	61–66	21	15.4
Functional Health Literacy (Total M±SD 8.50±3.06	0–4.80	20	14.7
	4.81–8.40	32	23.5
	8.41–12	84	61.8
	Category	**M±SD**	**Range**
	Lifestyle disease	3.75±1.42	0–5
	Understanding and mathematics	4.75±2.04	0–7
	Total	8.50±3.06	0–12

Terminology	Know(%)	Do not know(%)	Terminology	Know(%)	Do not know(%)	Terminology	Know(%)	Do not know(%)
Fat	102(75)	34(25)	Fatigue	123(90.4)	13(9.6)	Allergy	113(83.1)	23(16.9)
Influenza	120(88.2)	16(11.8)	Pelvis	121(89.0)	15(11.0)	Menstruation	122(89.7)	14(10.3)
pill	125(91.9)	11(8.1)	Jaundice	120(88.2)	16(11.8)	Testicle	86(63.2)	50(36.8)
dosage	104(76.5)	32(23.5)	Infection	119(87.5)	17(12.5)	Colitis	129(94.9)	7(5.1)
Eye	125(91.9)	11(8.1)	Exercise	129(97.9)	7(5.1)	Emergency	125(91.9)	11(8.1)
Stress	126(92.6)	10(7.4)	Behavior	127(93.4)	9(6.6)	Medication	99(72.8)	37(27.2)
Smear	8(5.9)	128(94.1)	Prescription	116(85.3)	20(14.7)	Job	115(84.6)	21(15.4)
Nerve fiber	37(27.2)	99(72.8)	Report	117(86.0)	19(14.0)	Sexually transmitted disease	116(85.3)	20(14.7)
Pathogen	89(65.4)	47(34.6)	Gall bladder	111(81.6)	25(18.4)	Alcoholism	125(91.9)	11(8.1)
Diet	35(25.7)	101(74.3)	Calori	102(75.0)	34(25.0)	Hypersensiti-vity	96(70.6)	40(29.4)
Disease	123(90.4)	13(9.6)	Depression	129(94.9)	7(5.1)	Constipation	134(98.5)	2(1.5)
Cancer	127(93.4)	9(6.6)	Abortion	120(88.2)	16(11.8)	Gonorrhea	55(40.4)	81(59.6)
Caffeine	57(41.9)	79(58.1)	Pregnancy period	122(89.7)	14(10.3)	Inflammation	125(91.9)	11(8.1)
Attack(or outbreak)	92(67.6)	44(32.4)	Arthritis	127(93.4)	9(6.6)	Diabetes	128(94.1)	8(5.9)
Kidney	124(91.2)	12(8.8)	Nutrient	121(89.0)	15(11.0)	Hepatitis	129(94.9)	7(5.1)
Hormone	112(82.4)	24(17.6)	Menopause	92(67.6)	44(32.4)	Antibiotic	118(86.8)	18(13.2)
Herpes	38(27.9)	98(72.1)	Cecum	128(94.1)	8(5.9)	Diagnosis	124(91.2)	12(8.8)
Seizure	118(86.8)	18(13.2)	Abnormal	118(86.8)	18(13.2)	Potassium	74(54.4)	62(45.6)
Intestine	67(49.3)	69(50.7)	Syphilis	120(88.2)	16(11.8)	Anemia	126(92.6)	10(7.4)
Asthma	115(84.6)	21(15.4)	Hemorrhoids	129(94.9)	7(5.1)	Obesity	97(71.3)	39(28.7)
Rectum	88(64.7)	48(35.3)	Nausea	20(14.7)	116(85.3)	Osteoporosis	51(37.5)	85(62.5)
Incest	28(20.6)	108(79.4)	Prescription instructions	107(78.7)	29(21.3)	Impetigo	24(17.6)	112(82.4)

3)약물 지식

문항	정답률(%)
1. 증상이 비슷하면 다른 사람의 약을 서로 같이 먹어도 된다고 생각한다.	80.9
2. 증상이 심할 땐 2회 분을 한꺼번에 먹으면 빨리 낳는다.	84.6
3. 같은 증상이면 이전에 지어 놓은 약을 먹어도 된다.	51.5
4. 물을 먹지 않고 침으로 약을 삼키면 약의 농도가 진해져서 효과가 더 좋다.	84.6
5. 약은 콜라나 쥬스 등으로 먹어도 괜찮다.	91.2
6. 약을 우유와 함께 먹으면 위벽이 보호된다.	74.3
7. 녹여 먹는 약을 그냥 물과 같이 먹어도 약 효과는 같다.	64.0
8. 시럽 약(물약)을 먹고 나서 물을 먹는다.	**27.2**
9. 여러 가지 영양제 효능은 비슷하다.	52.2
10. 모든 약은 실온(실내온도 즉 21~23℃)에 보관한다.	49.3
11. 감기에는 항생제를 먹는다.	**30.1**
12. 무슨 약이든지 부작용이 있다.	**33.8**
13. 약의 부작용을 약물 과민증이라고도 한다.	**30.9**
14. 모든 위장약은 변비를 일으킨다.	55.9
15. 같은 약의 부작용은 누구에게나 똑같이 나타난다.	73.5
16. 해열진통제는 복통이 있을 때 복용하면 효과가 있다.	44.9
17. 피부병 치료제는 어떤 종류든지 모든 피부질환에 효과가 있다.	54.4
18. 이뇨제(소변 잘 나오게 하는 약)를 먹으면 살이 빠진다.	**41.9**
19. 비타민은 많이 먹을수록 좋다.	63.2
20. 감기약을 먹으면 잠이 온다.	**38.2**
21. 수면제는 불면증을 치료해 준다.	**27.2**
22. 감기약은 습관성 약물이다.	54.4
23. 이뇨제는 습관성 약물이다.	46.3
24. 변비약은 습관성 약물이다.	49.3
25. 진통제는 습관성 약물이다.	**38.2**
26. 항생제를 장기간 복용해도 인체 내에서 약효의 변화는 없다.	55.1
27. 음주 후 두통 시에 타이레놀을 먹는다.	**29.4**
28. 신경안정제는 중독성이 없다.	44.9
Mean	**52.6%**
total (2-24)	**14.71±6.06**

4) 약물오남용

약물 오남용 행위	예(%)	정답률(%)
1. 증상이 심하여 약물의 용량이나 사용 횟수를 늘려 사용한 적이 있다.	55(40.4)	81(59.6)
2. 증상이 감소하거나 없어져서 용량이나 사용 횟수를 줄여 사용한 적이 있다.	58(42.6)	78(57.4)
3. 약 사용을 잊고 약 복용을 빠뜨린 적이 있다.	84(61.8)	52(38.2)
4. 증상이 없어져서 의사, 약사에게 보고하지 않고 약 사용을 중단한 적이 있다.	70(51.5)	66(48.5)
5. 부작용이 심하여 의사, 약사에게 보고하지 않고 약 사용을 중단한 적이 있다.	40(29.4)	96(70.6)
6. 약을 아끼기 위해 용량이나 횟수를 줄여 사용한 적이 있다.	9(6.6)	127(93.4)
7. 처방약과 비처방약(약국에서 스스로 구입)을 함께 사용한 적이 있다.	63(46.3)	73(53.7)
8. 다른 사람이 준 약을 사용한 적이 있다.	64(47.1)	72(52.9)
9. 처방약과 다른 사람이 준 약을 함께 사용한 적이 있다.	36(26.5)	100(73.5)
10. 처방약, 비처방약, 다른 사람이 준 약을 함께 사용한 적이 있다.	26(19.1)	110(80.9)
11. 5가지 이상의 약을 동시에 사용한 적이 있다.	18(13.2)	118(86.8)
12. 약을 복용할 때 술과 담배를 병행한 적이 있다.	24(17.6)	112(82.4)
13. 사용 약물과 부작용에 대해 의사, 약사에게 질문한 적이 없다.	47(36.4)	89(65.4)
TOTAL(0-12)	4.36±3.20	

5) 건강 문해력, 약물지식과 오남용 수준과의 상관관계

	Medical information literacy	Functional health literacy	Medication knowledge	Drug abuse behavior
Medical information literacy	1			
Functional health literacy	.305(<.001)	1		
Medication knowledge	.438(<.001)	.350(<.001)	1	
Drug abuse behavior	-.089(.302)	.142(.099)	-.017(.840)	1

Ⅳ. 논의 및 결론

건강문해력

- 북한이탈주민은 건강 문해력이 낮은 집단으로 의료 이용률은 높으나 의약품 정보에 대한 안전한 접근이 취약하여 상대적으로 안전사고 발생 위험이 높은 취약계층
- 언어적 의료 정보 문해력은 66점 만점에 평균점수 49.91점으로 대상자의 20%가량이 낮은 수준의 의료정보 문해력을 가지고 있음
- 남한의 의료체계나 의약품 이용에 대한 이해가 부족하여 질병이 있어도 의료서비스 이용에 어려움을 겪을 수 있음을 짐작할 수 있다. 특히 임상검사에서 사용되는 '도말 검사'은 94.1%가 모르는 용어였으며, 일상에서 쉽게 사용되고 있는 '오심', '근친상간', '농가진', '식이', '포진' 과 같은 용어 역시 70%이상의 대상자가 모른다는 용어
- 남북한의 이질화된 언어적 차이를 줄이고 특히 건강관련 용어들은 체계적으로 통합시키려는 정책적 노력이 필요
- 연구 대상자의 기능적 의료정보 문해력은 12점 만점에 평균 8.50점이었고, 대상자의 약 40%는 전체 평균보다도 낮은 수준
- 본 연구에서 '생활습관병' 문항에 대한 정답률이 46.3% ➔ 이는 북한에서는 생활습관병이라는 단어를 사용하지 않고 만성질환(고혈압, 당뇨, 동맥경화증 등)이라는 단어를 사용하고 있어 설문지 전 사전 교육이 되었음에도 불구하고 언어적응이 되지 않은 상황을 반영하는 결과
- 식품영양성분표의 나트륨 확인 문항이 44.9%
- 영양 결핍, 기아 등이 자주 보고되는 북한 환경에서 대상자들이 영양 성분표를 접하기가 어려웠을 것으로 짐작됨
- 탈북과정에서 건강을 제대로 챙길 수 없는 어려움이 예측되지만 질병에 대한 대처능력은 자기만의 건강관리를 고수하려는 경향성으로 오히려 민간요법을 선호하거나 북한에서 사용한 방식을 선택함 (전정희, 2012)
- 처방전에 따른 약 복용시간이나 물의 양과 같은 수리 능력의 정답률은 70%
- 자료를 읽고 의미를 이해하지 못함은 약물의 오남용과 연결될 수 있는 문제이기에 안전한 의약품 복용을 위해 북한이탈 주민 스스로의 노력과 남한의 보건의료 제공자들의 꾸준한 관심과 정책 마련이 필요

약물지식

- 평균 정답률 52.6%
- 본 연구에서도 복용방법에 대해서는 80%이상의 정답률을 보였지만, 약물의 사용 목적, 해당 약의

부작용과 같은 문항에서는 역시 30% 내외의 낮은 정답률 ➔ 따라서 보건의료인은 복약설명시 약물의 효과와 효능, 예측 가능한 부작용에 대해서 지도를 해야 하며, 의료서비스를 필요로 하는 북한이탈 주민들에게 약물에 대한 정보를 이해하고 실천할 수 있도록 하는 교육 제공이 필요

약물오남용 행위

- 12점 만점에 평균 4.36점
- 본 연구 대상자의 61.8%는 약사용을 잊고 약복용을 빠뜨린 적이 있었고, 증상이 없어져서 의사나 약사에게 보고하지 않고 사용을 중단한 경우가 51.5%였음
- 그 외에도 다른 사람이 준 약을 사용하거나 처방약과 비처방약을 함께 섞어 사용한 것과 같은 자가처방의 행태가 50%가까운 비율로 보고
- 자의적으로 증상에 따라 사용횟수를 늘리거나 줄인 경우도 40%이상
- 북한의 무너진 보건 의료 체계로 인해 의약품 복용의 교육이나 정확한 약 정보 전달이 이루어지지 않으며, 유통되는 의약품이 부족하여 중국 등지에서 불법적으로 들여오는 약품을 장마당에서 구입하여 사용하는데 대부분 검증되지 않은 약물이어서 이러한 행태가 병을 악화시키거나 생명을 위협(신미녀, 2009).
- 처방약과 비처방약의 복용이 함께 증가하면서 약물 오용정도도 높아짐(조현숙, 2014)
- 따라서 북한 이탈 후 의료서비스의 이용도가 높은 북한이탈 주민에게도 잘못된 약물 사용에 대해 인지하고 의약품으로 인한 사고 발생위험을 낮추기 위한 올바른 약물 정보 제공 방안을 모색해야 함

상관관계

- 언어적 의료 정보 문해력은 기능적 의료 정보 문해력과 약물 지식에 유의한 정적 상관관계
- 오남용행위와는 통계적으로 유의하지는 않았으나 부적 상관관계
- 의료정보 이해력이 낮으면 약물에 대한 충분한 이해가 어렵고, 이는 결국 올바른 약물 복용으로 이행하기 어려우며 약물 오남용 행위와도 연결될 가능성 시사
- 한편, 또한 남성은 여성에 비해 기능적 건강 문해력의 수준과 약물지식 수준이 유의하게 낮았으므로, 이들에게 기능적 건강 문해력 향상을 위한 교육과 약물에 대한 정보를 제공할 때 남북한의 사회문화적, 배경이 차이 고려하고 남녀간 특성에 따른 약물 처방이나 사용의 차이가 있는 경우 성별을 고려한 교육적 노력이 필요
- 북한이탈주민의 언어적, 기능적 문해력 수준을 높이고, 문해력이 낮은 대상자에게는 반복적 복약 지도를 통해 약물의 효과와 효능 및 부작용, 복용 방법 등과 같은 정확한 약물정보를 제공하여 안전한 의약품 사용이 될 수 있도록 하는 교육 프로그램이 필요함
- 부적절한 약물 사용은 사고발생위험을 증가시키고, 이는 곧 의료비 지출 상승과 연관되어 장기적으로 국민 건강에 부정적 영향을 주게 된다. 따라서 북한이탈주민의 특성에 맞는 수준별 맞춤형 교육 프로그램을 개발하고, 이들이 지역사회에 안정적으로 건강한 정착이 되도록 지역사회 기반의 약물 정보 제공 및 약물 오남용 예방 교육이 필요

제언점

- 본 연구는 일부 북한이탈 주민을 대상으로 하여 모든 북한이탈주민에게 연구의 결과를 일반화할 수는 없음
- 제언점
  - 향후 지역사회의 북한이탈 주민 대상자를 확대
  - 약물 오남용과 관련된 사회적, 경제적, 문화적 요인들을 고려한 반복연구가 실시
  - 북한이탈주민을 위한 건강 문해력 향상 교육 및 약물 오남용 예방 프로그램을 개발하고 그 효과를 측정할 것을 제안

Reference

신미녀(2012). 북한이탈주민을 위한 의료지원 연구. 동국대학교 박사학위 논문(==〉

신미녀, & 김병욱. (2009). 북한이탈주민을 위한 의료지원 모형 개발. 통일문제연구, 21(1), 493-537.

이진선(2014). 북한이탈주민의 기능적 헬스리터러시 현황 및 관련 요인. 서울대학교, 보건학 석사학위논문.

이은정(2008). 고혈압 및 당뇨환자의 의료정보문해력과 질환에 대한 지식에 관한 조사. 계명대학교 석사학위논문.

Lee, S. A., & Park, M. H. (2010). A study on health literacy, medication knowledge, and medication misuse of rural elderly. Journal of the Korean Gerontological Society, 30(2), 485-497.

Wangdahl, J., Lytsy, P., Martensson, L., & Westerling, R. (2015). Health literacy and refugees' experiences of the health examination for asylum seekers - a Swedish cross-sectional study. BMC Public Health, 15, 1162. doi: 10.1186/s12889-015-2513-8

Davies, A. A., Basten, A., & Frattini, C. (2006). A social determinant of migrants' health. Epidemiology and Community Health, 60, 424-426.

Eckstein B. Primary care for refugees. Am Fam Phys. 2011;83(4):429 - 436.

Choe, M., & Choi, J. (2009). A study on treatment-seeking behavior of middle-aged and old-age Saetomins in South Korea. Journal of Peace and Unification Studies, 1(1), 285-316.

Ratzan, S., & Parker, R. (2004). What is health literacy. Health literacy: a prescription to end

confusion. Institute of Medicine of the National Academies, 32.
Lee, T. W., & Kang, S. J. (2008). Health literacy in the Korean elderly and influencing factors. Journal of the Korean Gerontological Society, 28(4), 847-863.
조현숙. (2014). 노인의 약물 오용과 약물관리 지식. 한국노년학, 34, 843-855.
김계하. (2016). 중국 조선족 노인들의 약물오남용: 예비연구. Health & Nursing (구 간호과학), 28(2), 1-9.
Jeon, J. H., & Park, Y. (2012). The Effects of individual characteristics and health beliefs on North Korean refugees' health behavior. Journal of Korean Academy of Community Health Nursing, 23(1), 82-90.
전진용(2013), 북한이탈주민 약물 오남용 사례, 하나원.탈북민 의료협역 단체.병원 공동 세미나 자료집. 통일부. 37-42
김경철(2005), 남한 내 북한이탈주민의 건강상태 및 의료이용 만족도 분석, 연세대학교 대학원 석사학위 논문, 서울].
McKeary, M., & Newbold, B. (2010). Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. Journal of Refugee Studies, 23(4), 523-545.
Davies, A. A., Basten, A., & Frattini, C. (2006). A social determinant of migrants' health. Epidemiology and Community Health, 60, 424-26.
Eckstein, B. (2011). Primary care for refugees. Am Fam Physician, 83(4), 429-436.
Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: what is it?. Journal of health communication, 15(S2), 9-19.
WHO(2015)https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/track2/en/
Parker, R., & Ratzan, S. C. (2010). Health literacy: a second decade of distinction for Americans. Journal of health communication, 15(S2), 20-33.
Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. Family medicine, 25(6), 391-395.
Kim, S. S., Kim, S. H., & Lee, S. Y. (2005). Health literacy: Development of a Korean health literacy assessment tool. Korean Journal of Health Education and Promotion, 22(4), 215-227.
Lee, S. H., Choi, E. H. R., Je, M. J., Han, H. S., Park, B. K., & Kim, S. S. (2011). Comparison of two versions of KHLAT for improvement strategies. Korean Journal of Health Education and Promotion, 28(3), 57-65.

탈북청소년 건강행태 연구 : 한국 청소년과 비교

| 글. **김소연**(아산병원) |

Ⅰ. 서론

1. 연구 필요성

북한이탈주민은 1990년대 이후 본격적으로 국내에 입국하기 시작하여 2018년 9월 기준 32,147명에 이르러 지속적으로 증가하고 있다. 특히 북한이탈주민 전체에서 여성이 차지하는 비율은 2018년 9월 86%를 기록하여 탈북자 10명 중 8명이 여성인 것으로 분석된다(Ministry of Unification, 2018). 여성 탈북자가 증가하면서 자녀와 함께 탈북하여 동반 입국하거나, 탈북 후 중국 등 제3국에서 자녀를 출산한 뒤 한국으로 들어와 나중에 자녀를 입국시키는 사례도 자연스럽게 많아졌다. 교육부 자료에 의하면 입국 후 초·중·고등학교에 재학 중인 탈북학생은 2010년 1,417명 수준이었던 것이 2016년 4월 기준 2,517명으로 지속적으로 증가하는 중이다. 제3국 출생 학생도 계속 증가하여 2016년에는 전체 탈북학생의 52%를 차지하는 것으로 나타났다(Ministry of Education, 2017). 이는 탈북청소년 개념과 연구도 새로운 전환이 필요함을 시사하고 있다.

탈북청소년 수가 점차 증가하고 있는 상황에서 그들의 건강에 관심을 기울이는 것은 매우 중요하다. 청소년기는 아동기에서 성인기로 이행하는 과도기로 급격한 신체적 성장과 정서적인 혼란이 두드러지게 나타나는 시기이다(Ha, 2012). 청소년기는 일생 중 사망이나 질병 발생이 적은 시기로 가장 건강하지

만, 건강위험 행위들이 새롭게 시작되고 습관으로 고착되는 시기이기도 하다(Jessor, 1991). 청소년기는 건강행태 형성기로 이 시기에 한번 형성된 건강 습관은 성인기까지 지속될 가능성이 높다. 따라서 향후 건강한 삶을 형성하는데 매우 중요한 시기라고 할 수 있다.

그동안 탈북청소년 건강 관련 연구를 살펴보면 우울이나 외상 후 스트레스와 관련된 연구(Yun & Oh, 2010; Shin & Kim, 2015; Kim, Choi, Kwon, & Noh, 2014; Lee, Kim, Park, Yu, & Noh, 2015; Son, Lee, Park, & Lee, 2010) 논문이 다수를 차지하고 있다. 탈북청소년의 정신건강 문제를 한국 청소년과 비교(Kim & Shin, 2015)하였다거나, 정신건강에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구(Lee, 2006)도 있다. 신체적 건강을 평가한 연구는 탈북청소년 신체계측을 통해 한국 청소년과 비교하고 식생활 행태를 평가(Choi, 2009; Kang, 1999)하거나, 빈혈, 두통, 위장관계 증상, 간기능 등의 건강상태를 확인하고 평가한(Kim, 2005) 연구도 있다. 또한 탈북청소년의 구강건강 현황 및 관리행태를 한국 청소년과 비교 분석한(Lee, 2015) 사례도 있다. Jun, Lee, Kim, Kang과 Kwon (2013)은 탈북청소년을 교육하는 일개 특성화 학교에 재학 중인 학생을 대상으로 7개 항목의 건강행태 특성에 따른 건강증진행위를 파악하였다. 기존 연구는 탈북청소년의 정신적, 신체적 건강 상태에 대한 평가가 대부분이며, 건강행태를 조사한 Jun 등 (2013) 연구도 음주, 흡연, 정신건강 위주로 조사하였기 때문에 탈북청소년의 전반적인 건강행태를 이해하기에는 부족하다.

청소년 건강에 대한 국가 차원의 실태조사 또한 탈북청소년의 건강행태를 파악하기에는 부족하다. 남북하나재단에서 실시하는 '탈북청소년 실태조사'는 만 8-18세 탈북청소년과 제3국 출생 청소년 대상의 실태조사인데, 이 중 건강 문항은 키와 몸무게, 수면, 운동, 식사, 스트레스, 우울감, 주관적 건강인지, 주관적 체형 8개로 탈북청소년의 전반적인 건강행태를 파악하기에는 다소 미흡하다(Korea Hana Foundation, 2017). 반면 질병관리본부에서 실시하는 '청소년건강행태 온라인조사'는 전국 중·고등학교에 재학 중인 청소년을 대상으로 건강행태에 대한 15개 영역의 123개 문항으로 조사하고 있으나, 2017년 해당 조사에 참여한 탈북청소년 수는 36명으로 소수에 불과하다(Korea Centers for Disease Control and Prevention, 2017).

이에 본 연구는 탈북청소년 수의 증가, 구성원의 변화, 탈북청소년 건강에 대한 기존 연구가 특정 분야에 편중되어 있는 점, 정부 차원의 건강행태 조사의 미흡한 점 등을 고려하여 탈북청소년 건강행태를 흡연, 음주, 신체활동, 식생활, 구강건강, 개인위생, 정신건강, 성행태, 주관적 건강인지 9개 영역, 28개 문항으로 다양하게 조사하였고, 한국 청소년의 건강행태와 비교 분석함으로써 향후 이들의 건강 증진을 위한 지원 및 정책의 근거 자료를 제시하고자 한다.

2. 용어 정의

1) 북한이탈주민: 1997년「북한이탈주민의 보호 및 정착지원에 관한 법률」이 제정되면서 현재 정부가 공식적으로 사용하고 있는 용어로, 군사분계선 이북 지역에 주소, 직계가족, 배우자, 직장 등을 두고 있는 사람으로서 북한을 벗어난 후 외국 국적을 취득하지 아니한 사람을 의미한다.

2) 탈북학생: 교육부에서 사용하는 용어로 북한이탈주민의 자녀 중 남한의 초·중·고등학교에 다니고 있는 학생을 의미하며, 북한 출생 자녀 또는 제3국 출생 자녀까지 포함하고 있다.

3) 탈북청소년: 본 연구에서는 양친 또는 부모 중 한 명이 북한 출신으로, 북한 또는 제3국에서 출생하여 한국으로 입국한 청소년을 '탈북청소년'으로 정의한다.

4) 건강행태: 일반적으로 건강에 장애를 가져올 수 있는 건강위험행태와 건강에 긍정적인 영향을 미치는 건강증진행태로 분류한다(Kann, McManus, Harris, Shanklin. Flint, Hawkins, et al., 2016; Lee, 2006). 본 연구에서는 탈북청소년 건강행태를 흡연, 음주, 신체활동, 식생활, 구강건강, 개인위생, 정신건강, 성행태, 주관적 건강인지 9개 영역에 건강위험행태 또는 건강증진행태 문항을 모두 포함하여 조사하였다.

3. 연구 목적

본 연구의 목적은 탈북청소년 건강행태를 조사하고 평가함으로써 향후 이들의 건강증진 지원 및 정책의 근거 자료를 제시하기 위함이다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

1) 탈북청소년의 건강행태를 심층적으로 파악한다.

2) 한국 청소년의 전반적인 건강행태와 비교 분석한다.

Ⅱ. 연구방법

본 연구는 탈북청소년을 대상으로 설문조사 한 양적 연구방법과 탈북청소년 대안학교 교사를 대상으로 심층 면담한 질적 연구방법을 혼합하여 실시하였다.

1. 양적 연구

1) 연구대상 및 자료수집

탈북청소년만 다니는 대안학교 또는 방과후학교의 만 13-18세 청소년을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 2017년 8월 11개 학교에 설문조사를 요청하였고, 이 중 대안학교 3곳, 방과후학교 1곳이 설문조사를 허락하였다.

자료수집은 각 학교 일정에 맞추어 실시하였다. 연구자가 학교를 방문하여 대상자들에게 연구 목적과 참여의 자율성을 설명하였고, 수집된 자료는 연구의 목적으로만 사용되고 비밀이 보장됨을 약속한 후 연구 참여에 동의를 얻었다. 2017년 8월 A학교 20명, 2017년 9월 B학교 19명, 2017년 10월 C학교 30명, 2018년 4월 D학교 39명이 연구에 참여하였고, 이 중 남한 출생자 1명은 결과 분석에서 제외하

여 총 107명을 최종 분석 대상으로 진행하였다.

탈북청소년 건강행태와 비교하기 위한 한국 청소년 건강행태 자료는 2017년도 '제13차 청소년건강행태 온라인조사' 원자료를 활용하였다. 원자료 62,276명 중 양친 또는 부모 중 한 명의 출생 국가가 북한인 경우 또는 연령 변수가 만 12세, 만 19세, 결측치인 5,438명을 제외한 56,838명을 비교 분석하였다.

2) 연구도구 및 자료분석

설문 도구는 2017년 시행한 '제13차 청소년건강행태 온라인조사'의 설문지를 활용하였으며, 해당 설문지는 15개 영역의 123개 문항으로 구성되어 있어 청소년 건강행태에 관한 107개 지표를 산출할 수 있는 도구이다. 본 연구에서는 '제13차 청소년건강행태 온라인조사' 통계 자료에서 주요하게 분석한 지표를 선별하여 흡연, 음주, 신체활동, 식생활, 구강건강, 개인위생, 정신건강, 성행태, 주관적 건강인지 영역의 건강행태에 대한 28개 문항을 구성하여 27개 지표를 분석하였다. 인구사회학적 특성은 성별, 나이, 학교, 학년, 출생국가, 부모와 동거 여부, 거주 형태, 주관적 학업 성적, 주관적 경제 상태의 9개 항목이 포함되었다.

설문지는 한국어와 중국어 두 가지 형태로 준비한 후 연구 대상자가 해독 가능한 설문지를 선택하여 자기기입식으로 실시하였다. 자료 분석은 SPSS 24.0 프로그램을 이용하여 진행하였으며 구체적인 절차는 다음과 같다. 첫째, 탈북청소년과 한국 청소년의 인구사회학적 특성은 빈도분석을 이용하였다. 둘째, 탈북청소년의 인구사회학적 특성에 따른 건강행태는 카이제곱분석, t-test, one-way ANOVA로 분석하였다. 셋째, 탈북청소년과 한국 청소년의 건강행태를 비교하고자 카이제곱분석, t-test를 진행하였다.

2. 질적 연구

1) 연구 참여자 및 자료수집

심층면담 참여자 선정기준은 설문조사에 참여했던 학생과 대안학교에 소속되어 탈북청소년을 지도하고 있는 교사로 한정하였다. 특별히 교사 참여자는 하루 일과를 함께 보내면서 그들의 행동을 관찰하고, 대화를 많이 한 교사가 적합하므로 전일제 학습 프로그램을 운영하고 있는 A, B, D 대안학교 소속 교사로 정하였다.

연구자는 A, B, C, D 학교에 유선으로 심층면담의 목적, 방법을 설명하고 설문조사에 참여했던 학생 또는 해당 학생들을 지도하고 있는 교사와의 심층 면담을 요청하였다. 학생 대상 심층 면담 요청에 대하여는 A, B, C, D 학교 모두 학생의 신분 보호를 위해 외부인과의 1:1 접촉을 제한한다는 사유로 허락하지 않았다. 교사 대상 심층 면담 요청에 대하여는 B 학교가 '가' 교사를, D 학교가 '나' 교사를 추천하였고, A 학교는 학교 방침에 의해 인터뷰를 거절하였다.

심층면담은 연구 참여자와 1:1 개별 인터뷰 방식이므로 연구자는 B, D 학교로부터 추천받은 참여자 '가', '나'에게 먼저 전화로 연구의 목적, 인터뷰 진행방법, 연구 참여의 자율성, 인터뷰 내용의 비밀보장 등을 직접 설명하고 동의를 얻었다. 참여자 '가'는 대면 인터뷰에 동의하여 1차, 2차 면담을 진행하였고, 참여자 '나'는 연구 참여에 동의는 하였으나 메일을 통한 서면 인터뷰 방식을 제안하였다. 연구 참여자 '가' 와의 1차 대면 인터뷰는 2018년 4월, 2차 대면 인터뷰는 2018년 5월에 진행하였다. 인터뷰 목적과 방법을 설명한 후 비밀보장과 익명처리, 인터뷰 내용은 연구 이외에는 사용하지 않을 것이라는 점을 약속하고, 대답하기 싫은 질문에는 답하지 않아도 될 권리가 있음을 설명한 후 인터뷰 내용을 녹음하는 것에 동의를 얻었다. 연구 참여자 '나'와의 인터뷰는 '나'의 제안을 수렴하여 2018년 4월 메일을 통한 1회 서면 인터뷰로 진행하였다. 모든 인터뷰는 반구조화된 질문과 개방형 질문으로 구성하여 진행하였다.

2) 자료분석

수집된 자료의 분석은 녹음한 내용을 필사(transcribed)하여 원자료를 만들고, 작성된 필사본과 회신된 메일을 반복적으로 읽고 요약하여 자료를 조직화한 후 주제를 찾아내는 범주화 작업으로 진행하였다. 연구 참여자가 제공한 다양한 정보들에 대해 여러 번의 숙고와 분석 작업을 거쳐 같은 성격으로 분류할 수 있는 내용들을 묶어 탈북청소년의 건강행태 영역을 분류하였다.

Ⅲ. 연구결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

탈북청소년 총 107명 중 52.3%가 여성, 73.8%가 고등학생 연령(만16-18세)이며, 출생 국가는 중국 72.0%, 북한 27.1%, 중국 외 제3국 0.9% 순으로 중국 출생이 가장 많았다. 탈북청소년의 72.9%가 대안학교, 27.1%가 방과후학교에 소속되어 있으며, 부모와 동거 여부는 '어머니만 동거하는 경우'가 43.0%, 거주 형태는 '하숙, 자취, 기숙사'가 60.7%로 가장 많았다. 한국 청소년에 비해 탈북청소년은 부모 모두와 동거하는 비율이 낮고, '하숙, 자취, 기숙사' 생활을 하는 비율이 높은 것으로 나왔다 〈table 1〉.

〈Table 1〉 The sociodemographic characteristics of the participants

(N=56,945)

Variables		North Korean adolescent refugees (n=107)		South Korean adolescents (n=56,838)	
		n	%	n	%
Gender	Male	51	47.7	28,808	50.7
	Female	56	52.3	28,030	49.3
Age	13–15yrs	28	26.2	30,890	54.3
	16–18yrs	79	73.8	25,948	45.7
Country of birth	North Korea	29	27.1	–	–
	China	77	72.0	–	–
	The others*	1	0.9	–	–
School type	Alternative school	78	72.9	–	–
	After school program	29	27.1	–	–
Living together with or without Parents	Living with mother	46	43.0	1,591	2.8
	Living with father	6	5.6	1,214	2.1
	Living with both parents	39	36.4	53,547	94.2
	Living without both parents	16	15.0	486	0.9
Form of residence	Living with family	32	29.9	53,987	95.0
	Living alone apart from family (dorm, boarding house)	65	60.7	2,207	3.9
	Living with relatives or Living in care facility	9	8.4	644	1.1
	No response	1	0.9	0	0.0
Subjective school record	High	28	26.2	21,985	38.7
	Middle	49	45.8	16,226	28.5
	Low	28	26.2	18,627	32.8
	No response	2	1.9	0	0.0
Subjective economic status	High	16	15.0	22,057	38.8
	Middle	61	57.0	26,415	46.5
	Low	27	25.2	8,366	14.7
	No response	3	2.8	0	0.0
Total		107	100.0	56,838	100.0

* Third country excluding China

2. 인구사회학적 특성에 따른 탈북청소년 건강행태

흡연 영역 중 평생 흡연 경험률은 학교 유형($x2$=11.617, $p<.01$)에 따라, 처음 흡연 경험 연령은 연령(t=−2.243, $p<.05$)에 따라, 연간 흡연예방 교육 경험률은 학교 유형($x2$=6.649, $p<.05$)과 학업 성적($x2$=9.211, $p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 음주 영역에서 현재 음주율은 출생 국가($x2$=3.954, $p<.05$), 학교 유형($x2$=7.514, $p<.01$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 평생 음주 경험률($x2$=10.263, $p<.01$)과 연간 음주예방 교육 경험률($x2$=5.322, $p<.05$)은 학교 유형에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

신체활동 영역에서는 하루60분 주5일 이상 신체활동 실천율이 연령($x2$=5.288, $p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 식생활 영역에서 주5일 이상 아침식사 결식률은 학교 유형($x2$=8.826, $p<.01$), 부모와 동거 여부($x2$=9.255, $p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 1일 1회 이상 과일 섭취율은 거주 형태($x2$=8.352, $p<.05$)에 따라, 1일 1회 이상 우유 섭취율은 부모와 동거 여부($x2$=18.226, $p<.001$)와 거주 형태($x2$=6.594, $p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 주3회 이상 패스트푸드 섭취율은 경제 상태($x2$=7.578, $p<.05$)에 따라, 주3회 이상 라면 섭취율은 성별($x2$=3.972, $p<.05$)과 학교유형($x2$=7.302, $p<.01$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 1일 1회 이상 식사 대용으로 편의점, 슈퍼마켓, 매점 식품 섭취율은 경제 상태($x2$=6.420, $p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 연간 영양 및 식사습관 교육 경험률은 학교 유형($x2$=8.880, $p<.01$)과 거주 형태($x2$=19.707, $p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

구강건강 영역에서는 연간 구강보건교육 경험률이 학교 유형($x2$=20.479, $p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 개인위생 영역에서는 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율이 학교 유형($x2$=7.388, $p<.01$)에 따라, 연간 개인위생 교육 경험률이 학교 유형($x2$=7.817, $p<.01$)과 경제 상태($x2$=8.302, $p<.05$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

정신건강 영역에서는 스트레스 인지율이 성별($x2$=5.778, $p<.05$), 학교유형($x2$=8.445, $p<.01$), 거주 형태($x2$=6.327, $p<.05$)에 따라, 우울감 경험율은 출생국가($x2$=5.408, $p<.05$), 학교유형($x2$=7.832, $p<.01$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 성행태 영역에서 연간 성교육 경험률은 학교 유형($x2$=13.672, $p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 마지막으로 주관적 건강인지율도 학교 유형($x2$=14.664, $p<.001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 나타났다 〈table 2〉.

〈Table 2〉 Health behavior of North Korean adolescent refugees according sociodemographic characteristics

N=107, n(%)

Variables			Gender		Age		Country of birth		School type		Living together with or without parents					Form of residence		Subjective school record			Subjective economic status		
			Male	Female	13-15 yrs	16-18 yrs	North Korea	China	Alternative school	After school program	Living with mother	Living with father	Living with both parents	Living without both parents	Living with family	Living alone apart from family(dorm, boarding house)	Living with relatives or living in care facility	High	Middle	Low	High	Middle	Low
Smoking behaviors	Lifetime smoking experience	Yes	19 (38.0)	15 (26.8)	6 (22.2)	28 (35.4)	9 (32.1)	25 (32.5)	32 (41.6)	2 (6.9)	15 (32.6)	3 (50.0)	10 (26.3)	6 (37.5)	10 (31.3)	21 (32.8)	3 (33.3)	8 (25.8)	16 (33.3)	9 (32.1)	5 (31.3)	22 (36.7)	6 (22.2)
		No	31 (62.0)	41 (73.2)	21 (77.8)	51 (64.6)	19 (67.9)	52 (67.5)	45 (58.4)	27 (93.1)	31 (67.4)	3 (50.0)	28 (73.7)	10 (62.5)	22 (68.8)	43 (67.2)	6 (66.7)	20 (71.4)	32 (66.7)	19 (67.9)	11 (68.8)	38 (63.3)	21 (77.8)
		χ^2	1.525		1.614		0.001		11.617**				1.686			0.028		0.188			1.790		
	Current smoking	Yes	4 (7.8)	3 (5.4)	0 (0.0)	7 (8.9)	1 (3.4)	6 (7.8)	7 (9.0)	0 (0.0)	6 (13.0)	0 (0.0)	1 (2.6)	0 (0.0)	2 (6.3)	4 (6.2)	1 (11.1)	2 (7.1)	2 (4.1)	3 (10.7)	1 (6.3)	3 (4.9)	3 (11.1)
		No	47 (92.2)	53 (94.6)	28 (100)	72 (91.1)	28 (96.6)	71 (92.2)	71 (91.0)	29 (100)	40 (87.0)	6 (100)	38 (97.4)	16 (100)	30 (93.8)	61 (93.8)	8 (88.9)	26 (92.9)	47 (95.9)	25 (89.3)	15 (93.8)	58 (95.1)	24 (88.9)
		χ^2	0.270		2.655		0.645		2.785				5.730			0.324		1.274			1.150		
	Age at first smoking	n	18	15	5	28	9	24	31	2	15	3	10	5	10	20	3	8	15	9	5	22	5
		M±SD	11.8 ±2.92	13.3 ±2.05	10.2 ±3.35	12.9 ±2.31	11.0 ±3.61	13.0 ±1.97	12.5 ±2.68	12.5 ±2.12	12.9 ±2.47	13.3 ±0.58	12.8 ±1.81	10.2 ±4.27	12.4 ±3.37	12.4 ±2.46	13.3 ±0.58	12.1 ±2.47	12.2 ±2.54	14.0 ±1.66	13.2 ±1.64	12.7 ±2.51	12.2 ±2.77
		t/F	-1.600		-2.243*		-1.611		-0.008				1.610			0.164		2.017			0.208		
	Smoking prevention education in school	Yes	33 (67.3)	35 (64.8)	16 (61.5)	52 (67.5)	17 (63.0)	51 (68.0)	44 (58.7)	24 (85.7)	28 (63.6)	4 (80.0)	26 (68.4)	10 (62.5)	20 (66.7)	40 (63.5)	7 (77.8)	21 (80.8)	24 (51.1)	22 (78.6)	9 (64.3)	39 (66.1)	19 (70.4)
		No	16 (32.7)	19 (35.2)	10 (38.5)	25 (32.5)	10 (37.0)	24 (32.0)	31 (41.3)	4 (14.3)	16 (36.4)	1 (20.0)	12 (31.6)	6 (37.5)	10 (33.3)	23 (36.5)	2 (22.2)	5 (19.2)	23 (48.9)	6 (21.4)	5 (35.7)	20 (33.9)	8 (29.6)
		χ^2	0.073		0.311		0.227		6.649*				0.733			0.731		9.211*			0.207		
Drinking behaviors	Lifetime drinking experience	Yes	23 (45.1)	30 (53.6)	11 (39.3)	42 (53.2)	13 (44.8)	40 (51.9)	46 (59.0)	7 (24.1)	27 (58.7)	1 (16.7)	17 (43.6)	8 (50.0)	16 (50.0)	32 (49.2)	5 (55.6)	12 (42.9)	26 (53.1)	14 (50.0)	9 (56.3)	30 (49.2)	12 (44.4)
		No	28 (54.9)	26 (46.4)	17 (60.7)	37 (46.8)	16 (55.2)	37 (48.1)	32 (41.0)	22 (75.9)	19 (41.3)	5 (83.3)	22 (56.4)	8 (50.0)	16 (50.0)	33 (50.8)	4 (44.4)	16 (57.1)	23 (46.9)	14 (50.0)	7 (43.8)	31 (50.8)	15 (55.6)
		χ^2	0.767		1.593		0.427		10.263**				4.690			0.126		0.746			0.561		
	Current drinking	Yes	8 (15.7)	9 (16.1)	4 (14.3)	13 (16.5)	8 (27.6)	9 (11.7)	17 (21.8)	0 (0.0)	11 (23.9)	1 (16.7)	4 (10.3)	1 (6.3)	5 (15.6)	9 (13.8)	3 (33.3)	5 (17.9)	10 (20.4)	1 (3.6)	3 (18.8)	10 (16.4)	3 (11.1)
		No	43 (84.3)	47 (83.9)	24 (85.7)	66 (83.5)	21 (72.4)	68 (88.3)	61 (78.2)	29 (100)	35 (76.1)	5 (83.3)	35 (89.7)	15 (93.8)	27 (84.4)	56 (86.2)	6 (66.7)	23 (82.1)	39 (79.6)	27 (96.4)	13 (81.3)	51 (83.6)	24 (88.9)
		χ^2	0.003		0.073		3.954*		7.514**				4.257			2.235		4.113			0.566		
	Age at first drinking	n	23	30	11	42	13	40	46	7	27	1	17	8	16	32	5	12	26	14	9	30	12
		M±SD	12.0 ±3.14	13.5 ±2.69	11.6 ±2.88	13.2 ±2.91	13.9 ±3.17	12.5 ±2.83	13.1 ±2.85	11.4 ±3.46	12.4 ±2.88	13	13.1 ±3.24	13.9 ±2.75	11.6 ±3.20	13.3 ±2.86	14.0 ±1.22	13.6 ±2.87	12.8 ±2.68	12.0 ±3.37	14.0 ±1.87	12.5 ±3.04	13.0 ±2.86
		t/F	-1.776		-1.674		1.530		1.379				0.593			2.421		0.952			0.983		
	Alcohol prevention education in school	Yes	17 (34.0)	10 (17.9)	10 (37.0)	17 (21.5)	8 (28.6)	19 (24.7)	15 (19.5)	12 (41.4)	13 (28.3)	2 (33.3)	11 (28.9)	1 (6.3)	7 (21.9)	15 (23.4)	5 (55.6)	10 (35.7)	10 (20.8)	7 (25.0)	5 (31.3)	14 (23.3)	8 (29.6)
		No	33 (66.0)	46 (82.1)	17 (63.0)	62 (78.5)	20 (71.4)	58 (75.3)	62 (80.5)	17 (58.6)	33 (71.7)	4 (66.7)	27 (71.1)	15 (93.8)	25 (78.1)	49 (76.6)	4 (44.4)	18 (64.3)	38 (79.2)	21 (75.0)	11 (68.8)	46 (76.7)	19 (70.4)
		χ^2	3.626		2.553		0.163		5.322*				3.740			4.616		2.056			0.630		
Physical activity	Physical activity (≥5times/week)	Yes	3 (6.0)	1 (1.8)	3 (11.1)	1 (1.3)	1 (3.7)	3 (3.9)	2 (2.6)	2 (7.1)	1 (2.2)	1 (16.7)	1 (2.6)	1 (6.7)	0 (0.0)	3 (4.7)	1 (11.1)	1 (3.6)	2 (4.2)	1 (3.6)	1 (6.3)	1 (1.7)	1 (3.7)
		No	47 (94.0)	54 (98.2)	24 (88.9)	77 (98.7)	26 (96.3)	74 (96.1)	75 (97.4)	26 (92.9)	44 (97.8)	5 (83.3)	38 (97.4)	14 (93.3)	31 (100)	61 (95.3)	8 (88.9)	27 (96.4)	46 (95.8)	27 (96.4)	15 (93.8)	59 (98.3)	26 (96.3)
		χ^2	1.250		5.288*		0.002		1.158				3.515			2.647		0.025			1.019		
	BMI(≥25)	Yes	9 (18.4)	9 (17.0)	5 (18.5)	13 (17.3)	5 (17.9)	13 (17.3)	15 (20.5)	3 (10.3)	7 (16.3)	1 (16.7)	8 (21.6)	2 (12.5)	6 (20.0)	11 (17.7)	1 (11.1)	2 (8.0)	10 (21.3)	6 (21.4)	3 (20.0)	11 (19.3)	4 (14.8)
		No	40 (81.6)	44 (83.0)	22 (81.5)	62 (82.7)	23 (82.1)	60 (82.2)	58 (79.5)	26 (89.7)	36 (83.7)	5 (83.3)	29 (78.4)	14 (87.5)	24 (80.0)	51 (82.3)	8 (88.9)	23 (92.0)	37 (78.7)	22 (78.6)	12 (80.0)	46 (80.7)	23 (85.2)
		χ^2	0.034		0.019		0.000		1.487				0.753			0.374		2.259			0.287		

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

N=107, n(%)

Variables			Gender		Age		Country of birth		School type		Living together with or without parents					Form of residence		Subjective school record			Subjective economic status		
			Male	Female	13-15 yrs	16-18 yrs	North Korea	China	Alternative school	After school program	Living with mother	Living with father	Living with both parents	Living without both parents	Living with family	Living alone apart from family(dorm, boarding house)	Living with relatives or living in care facility	High	Middle	Low	High	Middle	Low
Dietary behaviors	Skipping breakfast (≥5 times/week)	Yes	22 (43.1)	29 (51.8)	17 (60.7)	34 (43.0)	12 (44.8)	38 (49.4)	44 (56.4)	7 (24.1)	26 (56.5)	2 (33.3)	12 (30.8)	11 (68.8)	20 (62.5)	27 (41.5)	4 (44.4)	9 (32.1)	28 (57.1)	13 (46.4)	7 (43.8)	33 (54.1)	10 (37.0)
		No	29 (56.9)	27 (48.2)	11 (39.3)	45 (57.0)	16 (55.2)	39 (50.6)	34 (43.7)	22 (75.9)	20 (43.5)	4 (66.7)	27 (69.2)	5 (31.3)	12 (37.5)	38 (58.5)	5 (55.6)	19 (67.9)	21 (42.9)	15 (53.6)	9 (56.3)	28 (45.9)	17 (63.0)
		χ^2	0.806		2.589		0.173		8.826**				9.255*			3.827		4.486			2.324		
	Fruit intake (≥1 time/day)	Yes	4 (7.8)	4 (7.1)	3 (10.7)	5 (6.3)	0 (0.0)	8 (10.4)	5 (6.4)	3 (10.3)	3 (6.5)	2 (33.3)	3 (7.7)	0 (0.0)	6 (18.8)	2 (3.1)	0 (0.0)	5 (17.9)	2 (4.1)	1 (3.6)	3 (18.8)	5 (8.2)	0 (0.0)
		No	47 (92.2)	52 (92.9)	25 (89.3)	74 (93.7)	29 (100)	69 (89.6)	73 (93.6)	26 (89.7)	43 (93.5)	4 (66.7)	36 (92.3)	16 (100)	26 (81.3)	63 (96.9)	9 (100)	23 (82.1)	47 (95.9)	27 (96.4)	13 (81.3)	56 (91.8)	27 (100)
		χ^2	0.019		0.575		3.259		0.473				7.155			3.352*		5.693			5.027		
	Milk intake (≥1 time/day)	Yes	6 (12.0)	3 (5.4)	2 (7.4)	7 (8.9)	2 (6.9)	7 (9.2)	7 (9.0)	2 (7.1)	2 (4.3)	3 (60.0)	3 (7.7)	1 (6.3)	5 (15.6)	2 (3.1)	2 (22.2)	4 (14.3)	4 (8.3)	1 (3.6)	3 (20.0)	5 (8.2)	1 (3.7)
		No	44 (88.0)	53 (94.6)	25 (92.6)	72 (91.1)	27 (93.1)	69 (90.8)	71 (91.0)	26 (92.9)	44 (95.7)	2 (40.0)	36 (92.3)	15 (93.8)	27 (84.4)	62 (96.9)	7 (77.8)	24 (85.7)	44 (91.7)	27 (96.4)	12 (80.0)	56 (91.8)	26 (96.3)
		χ^2	1.500		0.055		0.143		0.089				18.226***			6.594*		2.045			3.266		
	Fast food intake (≥3 times/week)	Yes	7 (13.7)	5 (8.9)	5 (17.9)	7 (8.9)	5 (17.2)	7 (9.1)	9 (11.5)	3 (10.3)	7 (15.2)	2 (33.3)	3 (7.7)	0 (0)	5 (15.6)	6 (9.2)	1 (11.1)	3 (10.7)	7 (14.3)	2 (7.1)	5 (31.3)	4 (6.6)	3 (11.1)
		No	44 (86.3)	51 (91.1)	23 (82.1)	72 (91.1)	24 (82.8)	70 (90.9)	69 (88.5)	26 (89.7)	39 (84.8)	4 (66.7)	36 (92.3)	16 (100)	27 (84.4)	59 (90.8)	8 (88.9)	25 (89.3)	42 (85.7)	26 (92.9)	11 (68.8)	57 (93.4)	24 (88.9)
		χ^2	0.617		1.680		1.394		0.030				6.195			0.874		0.917			7.578*		
	Ramen intake (≥3times/week)	Yes	21 (41.2)	13 (23.2)	10 (35.7)	24 (30.4)	9 (31)	25 (32.5)	19 (24.4)	15 (51.7)	14 (30.4)	1 (16.7)	14 (35.9)	5 (31.3)	10 (31.3)	21 (32.3)	2 (22.2)	10 (35.7)	14 (28.6)	10 (35.7)	5 (31.3)	20 (32.8)	9 (33.3)
		No	30 (58.8)	43 (76.8)	18 (64.3)	55 (69.6)	20 (69)	52 (67.5)	59 (75.6)	14 (48.3)	32 (69.6)	5 (83.3)	25 (64.1)	11 (68.8)	22 (68.8)	44 (67.7)	7 (77.8)	18 (64.3)	35 (71.4)	18 (64.3)	11 (68.8)	41 (67.2)	18 (66.7)
		χ^2	3.972*		0.271		0.020		7.302**				0.978			0.375		0.609			0.020		
	Eating convenience food instead of meal (≥1 time/day)	Yes	3 (5.9)	0 (0.0)	2 (7.1)	1 (1.3)	2 (6.9)	1 (1.3)	2 (2.6)	1 (3.4)	1 (2.2)	1 (16.7)	1 (2.6)	0 (0.0)	2 (6.3)	1 (1.5)	0 (0.0)	2 (7.1)	1 (2.0)	0 (0.0)	2 (12.5)	1 (1.6)	0 (0.0)
		No	48 (94.1)	56 (100)	26 (92.9)	78 (98.7)	27 (93.1)	76 (98.7)	76 (97.4)	28 (96.6)	45 (97.8)	5 (83.3)	38 (97.4)	16 (100)	30 (93.8)	64 (98.5)	9 (100)	26 (92.9)	48 (98)	28 (100)	14 (87.5)	60 (98.4)	27 (100)
		χ^2	3.389		2.620		2.400		0.061				4.768			2.017		2.794			6.420*		
	Nutrition education in school	Yes	21 (42.0)	22 (39.3)	12 (42.9)	31 (39.7)	12 (41.4)	31 (40.8)	25 (32.1)	18 (64.3)	18 (39.1)	3 (50.0)	17 (44.7)	5 (31.3)	6 (18.8)	28 (43.8)	9 (100)	9 (32.1)	18 (36.7)	16 (59.3)	7 (43.8)	20 (33.3)	15 (55.6)
		No	29 (58.0)	34 (60.7)	16 (57.1)	47 (60.3)	17 (58.6)	45 (59.2)	53 (67.9)	10 (35.7)	28 (60.9)	3 (50.0)	21 (55.3)	11 (68.8)	26 (81.3)	36 (56.3)	0 (0.0)	19 (67.9)	31 (63.3)	11 (40.7)	9 (56.3)	40 (66.7)	12 (44.4)
		χ^2	0.081		0.083		0.003		8.880**				1.111			19.707***		4.980			3.877		
Oral health	Tooth brushing after lunch in school	Yes	19 (38.0)	29 (51.8)	8 (29.6)	40 (50.6)	16 (57.1)	32 (41.6)	33 (42.9)	15 (51.7)	21 (46.7)	2 (33.3)	16 (41.0)	9 (56.3)	14 (43.8)	30 (46.9)	4 (44.4)	17 (60.7)	16 (33.3)	13 (46.4)	7 (46.7)	23 (37.7)	15 (55.6)
		No	31 (62.0)	27 (48.2)	19 (70.4)	39 (49.4)	12 (42.9)	45 (58.4)	44 (57.1)	14 (48.3)	24 (53.3)	4 (66.7)	23 (59.0)	7 (43.8)	18 (56.3)	34 (53.1)	5 (55.6)	11 (39.3)	32 (66.7)	15 (53.6)	8 (53.3)	38 (62.3)	12 (44.4)
		χ^2	2.026		3.583		2.010		0.663				1.443			0.090		5.450			2.487		
	Oral health education in school	Yes	18 (36.7)	17 (30.4)	12 (42.9)	23 (29.9)	6 (20.7)	29 (38.7)	16 (20.8)	19 (67.9)	15 (33.3)	2 (33.3)	13 (33.3)	5 (33.3)	9 (29.0)	21 (32.8)	5 (55.6)	11 (39.3)	13 (27.1)	11 (40.7)	6 (37.5)	16 (26.7)	13 (50.0)
		No	31 (63.3)	39 (69.6)	16 (57.1)	54 (70.1)	23 (79.3)	46 (61.3)	61 (79.2)	9 (32.1)	30 (66.7)	4 (66.7)	26 (66.7)	10 (66.7)	22 (71.0)	43 (67.2)	4 (44.4)	17 (60.7)	35 (72.9)	16 (59.3)	10 (62.5)	44 (73.3)	13 (50.0)
		χ^2	0.478		1.558		3.027		20.479***				0.000			2.250		1.919			4.467		

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

N=107, n(%)

Variables			Gender		Age		Country of birth		School type		Living together with or without parents					Form of residence		Subjective school record			Subjective economic status		
			Male	Female	12-15 yrs	16-18 yrs	North Korea	China	Alternative school	After school program	Living with mother	Living with father	Living with both parents	Living without both parents	Living with family	Living alone apart from family(dorm, boarding house)	Living with relatives or living in care facility	High	Middle	Low	High	Middle	Low
Personal hygiene	Hand washing with soap before meal in school	Yes	82 (84.0)	88 (80.0)	14 (51.9)	53 (86.9)	18 (64.3)	47 (81.0)	41 (83.7)	24 (82.8)	28 (80.0)	8 (80.0)	25 (86.2)	9 (60.0)	20 (62.5)	40 (83.3)	4 (44.4)	20 (74.1)	26 (92.1)	18 (94.7)	13 (81.3)	35 (92.1)	15 (88.2)
		No	18 (36.0)	22 (40.0)	13 (48.1)	8 (13.1)	10 (35.7)	29 (28.2)	35 (48.1)	5 (17.2)	18 (36.1)	8 (80.0)	13 (34.2)	6 (40.0)	12 (37.5)	23 (46.9)	5 (55.6)	7 (25.9)	23 (46.9)	10 (35.7)	3 (18.8)	25 (41.7)	12 (44.4)
		χ^2	0.178		1.558		0.052		7.388**		0.648					1.225		8.370			3.278		
	Hand washing with soap after using the toilet in school	Yes	43 (82.0)	47 (83.9)	23 (82.1)	65 (83.3)	23 (82.1)	64 (83.1)	60 (84.5)	25 (86.2)	24 (73.9)	6 (100)	33 (84.6)	15 (100)	27 (84.4)	50 (82.0)	7 (77.8)	23 (82.1)	42 (89.7)	22 (78.6)	13 (81.3)	53 (89.8)	22 (81.5)
		No	9 (18.0)	9 (16.1)	5 (17.9)	13 (16.7)	5 (17.9)	13 (16.9)	11 (15.5)	4 (13.8)	9 (26.1)	0 (0.0)	6 (15.4)	0 (0.0)	5 (15.6)	11 (17.2)	2 (22.2)	5 (17.9)	7 (14.3)	6 (21.4)	3 (18.8)	10 (16.4)	5 (18.5)
		χ^2	0.070		0.021		0.014		0.288		7.072					0.225		0.654			0.087		
	Personal hygiene education in school	Yes	23 (46.9)	22 (40.7)	13 (50.0)	32 (41.6)	11 (40.7)	34 (48.3)	26 (55.1)	19 (65.5)	18 (40.9)	4 (66.7)	17 (44.7)	6 (40.0)	21 (64.4)	29 (47.5)	5 (55.6)	14 (53.8)	29 (59.2)	12 (42.9)	4 (25.0)	22 (36.7)	18 (66.7)
		No	26 (53.1)	32 (59.3)	13 (50.0)	45 (58.4)	16 (59.3)	41 (54.7)	48 (64.9)	10 (34.5)	26 (59.1)	2 (33.3)	21 (55.3)	9 (60.0)	11 (55.6)	32 (52.5)	4 (44.4)	12 (46.2)	20 (40.8)	16 (57.1)	10 (71.4)	38 (63.3)	9 (33.3)
		χ^2	0.401		0.568		0.170		7.817**		1.526					2.000		1.416			8.302*		
Mental health	Perceived stress	Yes	12 (24.0)	26 (46.4)	9 (32.1)	29 (37.2)	14 (50.0)	23 (39.9)	24 (44.4)	4 (13.8)	15 (33.3)	2 (33.3)	14 (35.9)	7 (43.8)	16 (51.6)	17 (26.2)	4 (44.4)	9 (32.1)	19 (39.6)	9 (32.1)	7 (43.8)	23 (38.3)	7 (25.9)
		No	38 (76.0)	30 (53.6)	19 (67.9)	49 (62.8)	14 (50.0)	34 (70.1)	43 (55.8)	25 (86.2)	30 (66.7)	4 (66.7)	25 (64.1)	9 (56.2)	15 (48.4)	48 (73.8)	5 (55.6)	19 (67.9)	29 (60.4)	19 (67.9)	9 (56.2)	37 (61.7)	20 (74.1)
		χ^2	5.778*		0.227		3.646		8.445**		0.575					6.827*		0.624			1.750		
	Experience of depression	Yes	15 (29.4)	22 (40.7)	12 (42.9)	25 (32.1)	15 (51.7)	21 (27.6)	33 (42.9)	4 (13.8)	15 (33.3)	2 (33.3)	15 (38.5)	5 (31.2)	14 (43.8)	20 (31.3)	3 (33.3)	11 (40.7)	17 (34.7)	8 (28.6)	6 (37.5)	20 (33.3)	10 (37.0)
		No	36 (70.6)	33 (59.1)	16 (57.1)	53 (67.9)	14 (48.2)	55 (72.4)	44 (57.1)	25 (86.2)	30 (66.7)	4 (66.7)	24 (61.5)	11 (68.8)	18 (56.3)	44 (68.8)	6 (66.7)	16 (59.3)	32 (65.3)	20 (71.4)	10 (62.5)	40 (66.7)	17 (63.0)
		χ^2	1.306		1.059		5.408*		7.832**		0.367					1.476		0.900			0.166		
Sexual behaviors	Sexual experience	Yes	5 (10.2)	1 (1.8)	1 (3.7)	5 (6.7)	3 (11.5)	3 (4.0)	6 (8.0)	0 (0.0)	2 (4.7)	0 (0.0)	4 (10.3)	0 (0.0)	2 (6.5)	4 (6.5)	0 (0.0)	1 (3.7)	5 (10.4)	0 (0.0)	2 (12.5)	3 (5.0)	1 (3.8)
		No	42 (89.4)	54 (98.2)	26 (96.3)	70 (93.3)	23 (88.5)	72 (96.0)	69 (92.0)	27 (100)	41 (95.3)	6 (100)	35 (89.7)	14 (100)	29 (93.5)	58 (93.5)	8 (100)	26 (96.3)	43 (89.6)	27 (100)	13 (86.7)	57 (95.0)	25 (96.2)
		χ^2	3.561		0.315		1.964		2.295		2.725					0.549		3.702			1.766		
	Sex education in school	Yes	25 (54.3)	28 (50.9)	16 (59.2)	37 (50.0)	14 (53.8)	39 (57.7)	30 (41.1)	23 (82.1)	19 (43.2)	4 (66.7)	20 (54.1)	10 (71.4)	18 (43.2)	32 (52.5)	7 (77.8)	13 (50.0)	24 (50.0)	16 (59.2)	6 (46.2)	33 (50.8)	16 (61.5)
		No	21 (45.7)	27 (49.1)	11 (40.7)	37 (50.0)	12 (46.2)	35 (47.3)	43 (58.9)	5 (17.9)	25 (56.8)	2 (33.3)	17 (45.9)	4 (28.6)	24 (56.7)	29 (47.5)	2 (22.2)	13 (50.0)	24 (50.0)	11 (40.7)	7 (53.8)	30 (49.2)	10 (38.5)
		χ^2	0.119		0.680		0.010		13.672***		4.062					3.804		0.680			1.522		
Subjective health recognition	Subjective health recognition	Healthy	82 (82.7)	88 (80.0)	16 (57.1)	44 (55.7)	13 (44.8)	47 (81.0)	35 (44.9)	25 (86.2)	23 (50.0)	3 (50.0)	25 (64.1)	9 (56.2)	18 (40.9)	40 (61.5)	6 (66.7)	19 (67.9)	22 (44.9)	17 (60.7)	12 (75.0)	33 (50.8)	14 (51.9)
		Unhealthy	19 (37.3)	28 (50.0)	12 (42.9)	35 (44.3)	16 (55.2)	30 (39.0)	43 (55.1)	4 (13.8)	30 (50.0)	3 (50.0)	14 (35.9)	7 (43.8)	26 (59.4)	25 (38.5)	3 (33.3)	8 (32.1)	27 (55.1)	11 (39.2)	4 (25.0)	30 (49.2)	13 (48.1)
		χ^2	1.760		0.018		2.254		14.664***		1.800					4.288		4.262			8.323		

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

3. 탈북청소년과 한국 청소년 건강행태 차이

탈북청소년과 한국 청소년의 건강행태를 영역별로 비교 분석하였다. 흡연 영역 중 평생 흡연 경험률(x^2=29.846, p<.001)과 처음 흡연 경험 연령(t=2.197, p<.05)이, 음주 영역 중 연간 음주예방 교육 경험률(x^2=11.164, p<.01)과 처음 음주 경험 연령(t=2.236, p<.05)이 통계적으로 유의한 차이가 나타났다 〈table 3,4〉.

〈Table 3〉 Comparison of age at first smoking and drinking between North Korean adolescent refugees and South Korean adolescents

Variables	North Korean adolescent refugees		South Korean adolescents		t
	n	M±SD	n	M±SD	
Smoking behavior	Age at first smoking	33	12.5±2.62	7,780	13.4±2.26	2.197*
Drinking behavior	Age at first drinking	53	12.9±2.95	23,092	13.7±2.83	2.236*

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

신체활동 영역에서는 하루60분 주5일 이상 신체활동 실천율(x^2=9.217, p<.01)이, 식생활 영역에서는 주5일 이상 아침식사 결식률(x^2=12.689, p<.001), 1일 1회 이상 과일 섭취율(x^2=12.315, p<.001), 1일 1회 이상 우유 섭취율(x^2=15.387, p<.001), 주3회 이상 패스트푸드 섭취율(x^2=5.345, p<.05)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 구강건강 영역에서는 학교에서 점심식사 후 칫솔질 실천율, 연간 구강보건교육 경험률 모두 탈북청소년이 한국 청소년보다 높게 나왔으나, 통계적으로 유의하진 않았다. 개인위생 영역에서는 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율(x^2=17.032, p<.001), 연간 개인위생 교육 경험률(x^2=6.189, p<.05)이, 정신건강 영역에서는 우울감 경험률(x^2= 4.966, p<.05)이 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 성행태 영역에서는 연간 성교육 경험률(x^2= 32.169, p<.001)이, 주관적 건강인지 영역에서는 주관적 건강인지율(x^2=12.268, p<.001)이 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다 〈table 4〉.

〈Table 4〉 Comparison of age at first smoking and drinking between North Korean adolescent refugees and South Korean adolescents

Variables			North Korean adolescent refugees		South Korean adolescents		x^2
			n	%	n	%	
Smoking behaviors	Lifetime smoking experience	Yes	34	32.1	7,821	13.8	29.846***
		No	72	67.9	49,017	86.2	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
	Current smoking	Yes	7	6.5	3,584	6.3	0.010
		No	100	93.5	53,254	93.7	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Smoking prevention education in school	Yes	68	66.0	40,696	71.6	1.574
		No	35	34.0	16,142	28.4	
		Total	103	100.0	56,838	100.0	
Drinking behaviors	Lifetime drinking experience	Yes	53	49.5	23,141	40.7	3.441
		No	54	50.5	33,697	59.3	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Current drinking	Yes	17	15.9	9,212	16.2	0.008
		No	90	84.1	47,626	83.8	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Alcohol prevention education in school	Yes	27	25.5	23,573	41.5	11.164**
		No	79	74.5	33,265	58.5	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
Physical activity	Physical activity (≥5 times/week)	Yes	4	3.8	8,034	14.1	9.217**
		No	101	96.2	48,804	85.9	
		Total	105	100.0	56,838	100.0	
	BMI (≥25)	Yes	18	17.6	7,889	14.2	0.976
		No	84	82.4	47,566	85.8	
		Total	102	100.0	55,455	100.0	
Dietary behaviors	Skipping breakfast (≥5 times/week)	Yes	51	47.7	17,978	31.6	12.689***
		No	56	52.3	38,860	68.4	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Fruit intake (≥1 time/day)	Yes	8	7.5	12,161	21.4	12.315***
		No	99	92.5	44,676	78.6	
		Total	107	100.0	56,837	100.0	
	Milk intake (≥1 time/day)	Yes	9	8.5	14,207	25.0	15.387***
		No	97	91.5	42,630	75.0	
		Total	106	100.0	56,837	100.0	
Dietary behaviors	Fast food intake (≥3 times/week)	Yes	12	11.2	11,477	20.2	5.345*
		No	95	88.8	45,361	79.8	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Ramen intake (≥3 times/week)	Yes	34	31.8	14,874	26.2	1.737
		No	73	68.2	41,964	73.8	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Eating convenience food instead of meal (≥1 time/day)	Yes	3	2.8	2,089	3.7	0.229
		No	104	97.2	54,749	96.3	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	
	Nutrition education in school	Yes	43	40.6	26,101	45.9	1.222
		No	63	59.4	30,737	54.1	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
Oral health	Tooth brushing after lunch in school	Yes	48	45.3	23,060	40.6	0.974
		No	58	54.7	33,778	59.4	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
	Oral health education in school	Yes	35	33.3	16,167	28.4	1.231
		No	70	66.7	40,671	71.6	
		Total	105	100.0	56,838	100.0	
Personal hygiene	Hand washing with soap before meal in school	Yes	65	61.9	23,875	42.0	17.032***
		No	40	38.1	32,963	58.0	
		Total	105	100.0	56,838	100.0	
	Hand washing with soap after using the toilet in school	Yes	88	83.0	46,804	82.3	0.033
		No	18	17.0	10,034	17.7	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
	Personal hygiene education in school	Yes	45	43.7	18,314	32.2	6.189*
		No	58	56.3	38,524	67.8	
		Total	103	100.0	56,838	100.0	
Mental health	Perceived stress	Yes	38	35.8	21,536	37.9	0.187
		No	68	64.2	35,302	62.1	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
	Experience of depression	Yes	37	34.9	14,474	25.5	4.966*
		No	69	65.1	42,364	74.5	
		Total	106	100.0	56,838	100.0	
Sexual behaviors	Sexual experience	Yes	6	5.9	2,744	4.8	0.246
		No	96	94.1	54,094	95.2	
		Total	102	100.0	56,838	100.0	
	Sex education in school	Yes	53	52.5	43,456	76.5	32.169***
		No	48	47.5	13,382	23.5	
		Total	101	100.0	56,838	100.0	

Subjective health recognition	Subjective health recognition	Yes	60	56.1	40,580	71.4	12.268***
		No	47	43.9	16,258	28.6	
		Total	107	100.0	56,838	100.0	

* p<.05, ** p<.01, *** p<.001

4. 탈북청소년 건강행태 질적연구 결과

심층면담 참여자 '가', '나'와 인터뷰한 내용을 흡연·음주, 식생활, 구강건강·개인위생, 정신건강, 성행태, 질병에 대한 대응 행태 6개 영역으로 분류하여 탈북청소년 건강행태를 분석하였다.

1) 흡연·음주

참여자 '나'는 탈북청소년의 경우 처음 흡연 경험 연령이 낮다고 말하면서 탈북 과정의 어려움을 이기기 위해 흡연 습관이 생긴 것 같다고 제시하였다. 또한 금연교육에도 불구하고 금연 당위성에 대한 인지가 부족하다고 지적하였다.

북한에서는 어린 나이에 흡연을 시작하는 경우가 많고 또 탈북 과정의 스트레스를 이기기 위해 흡연 습관이 생긴 것 같습니다. 금연의 당위성에 대해 이해도가 낮은 편이며 금연교육을 정기적으로 함에도 금연하기 어려워합니다. (참여자 나)

2) 식생활·신체활동

북한 출생 탈북청소년보다 중국 출생 탈북청소년이 남한 입국 이후 식생활 적응에 어려움을 겪고 있는 것이 발견되었다. 중국 출생 탈북청소년은 익숙하지 않거나 입맛에 맞지 않는 음식으로 인해 학교 급식 섭취량이 적고 균형 잡힌 식사를 못 하고 있었다.

북한은 우리와 식생활에 공통점이 있어요. 북한 아이들에게는 그래도 익숙한 음식인데, 중국에서 태어난 아이들은 식생활이 엉망이에요. 급식이 입맛에 안 맞아 잘 먹지 않아요. 고기나 매운 음식은 먹는데, 건강식을 먹을 줄을 몰라요. (참여자 가)

식사 외 식품 섭취에 대하여는 편의점 이용이 많고, 패스트푸드는 별로 선호하지 않으며 그 이유로는 '입맛에 맞지 않아서'로 지적하였다. 이는 양적 연구결과 〈table 4〉에서 분석된 탈북청소년이 한국 청소년에 비해 패스트푸드 섭취율이 낮은 결과에 대한 근거가 되는 내용이다.

학생들이 학교 주변 편의점에서 에너지 음료를 잘 사먹더라구요. 그리고 주말에는 대림동에 가서 놀더라구요. 중국 사람들도 많고... 거기서 입맛에 맞는 것을 좀 사 먹나 보더라구요.

피자 이런 건 별로 안 좋아하고, 오히려 치킨을 좋아해요. 피자는 아이들이 입맛에 잘 안 맞는지 그렇게 선호하지 않는 편이에요. (참여자 가)

3) 구강건강·개인위생

참여자 '가'와 '나' 모두 탈북청소년의 치아 상태가 안 좋은 것을 지적하면서, 참여자 '가'는 부모의 보호와 양육을 잘 받지 못한 것에서 원인을 찾았다.

아이들의 치아가 너무 안 좋더라구요. 위생관리나 치아 관리가 전혀 안 되어 있어요. 특히 중국 아이들은 보호를 못 받아서... 방치되어 있었던 것 같아요. 이 봅은 아이들 많아요. 제가 알고 있기로는 3-4명. 다 썩어서 발치할 수 밖에 없는 단계에요. (참여자 가)

구강 위생에 문제가 많습니다. OO병원의 무료진료 시 치주질환 등 스케일링이 필요한 학생이 많습니다. 치아를 상실한 경우 치열이 비뚤어지는 현상도 보입니다. (참여자 나)

참여자 '가'는 탈북청소년들의 치아 상태가 안 좋기 때문에 학교에서 학생들의 구강, 개인위생 관리에 중점을 두고 있다고 하였다.

위생·안전 교육이라고 해서 한 달에 한 번씩 해요. 위생을 굉장히 중요시해요. 형식적인 교육이 아니라 실제로 생활 속에서 잔소리라고 느껴질 정도로 계속 얘기하거든요. 손씻기 같은 것은 정말 화장실 가서 적발되면...(웃음) 남자 아이들 오면 냄새 나고, 씻지 않은 것 같으면 구석구석 씻고 머리 감고 인증샷 찍으라고까지 얘기해요. (참여자 가)

또한 탈북청소년의 구강건강 개선을 위해 현실적인 지원이 필요함을 참여자 '가', '나' 모두 강조하였다. 이미 결손된 치아는 일상의 건강행태 개선으로 회복이 안 된다는 특징으로 인해 전문적인 치료가 필요하기 때문이다.

북한이탈주민들은 의료급여 1종이므로 무료 또는 저렴한 진료비의 혜택을 받고 있지만, 치과의 스케일링은 미성년자일 경우 보험 적용이 안 되어 쉽게 병원을 이용하기 어렵습니다. 그래서 치아를 상실한 경우에는 크라운 등 인공치아를 쉽게 할 수 없습니다. (참여자 나)

OO보건소로 치과 연계할려고 하는데 연령의 제한이 있더라구요. 18세 미만만 연계가 된다고 하는데, 우리 아이들은 18세 이상 아이들도 있어서 다른 연계를 찾아봐야 해요. 학생 중 한 명은 치아가 없어서 지금 수녀회의 도움을 받고 있어요. (참여자 가)

4) 정신건강

탈북청소년의 정신건강에 대하여 참여자 '가'는 북한 출생 탈북청소년과 중국 출생 탈북청소년을 구분하여 설명하였다. 북한 출생 탈북청소년의 정신건강은 기존의 다수 연구 결과들이 주장하는 트라우마 문제가 아니라 새로운 환경에 적응하는 문제로 오히려 남한 생활을 선택한 것에 대한 성취감도 있다고 평가하였다. 반면 중국 출생 탈북청소년의 경우에는 가정 환경, 성장 배경에서 오는 우울감으로 북한 출생 탈북청소년보다 더 높다고 지적하였다.

많은 사람들이 북한 아이들한테 트라우마, 트라우마 하지만, 북한에서 목적을 갖고 남한으로 오기 때문에 굉장한 성취감을 갖지, 그 자체가 트라우마는 아니라고 생각해요. 남한 사회에 살면서 갈등 같은 것은 있을 수 있겠죠. 탈북 과정에서 인신매매 등을 경험했다면 거기서 생기는 우울감이 있을 수 있겠지

만, 탈북 자체가 우울하거나 트라우마는 아니라고 보여요. 실제로 탈북한 학생들이 자신의 탈북 과정을 굉장히 무용담처럼 이야기해요. 탈북자들이 이야기하는 우울감은 주로 탈북 여성들의 중국에서 삶이에요. 한국에서의 적응 문제는 또 다른 문제인 거죠. 우리가 미국 가서 사는 것과 마찬가지라고 생각해요. (참여자 가)

중국 아이들이 훨씬 더 우울해요. 가정환경이 좀 안 좋아서... 북한 아이들은 비록 부모와 헤어졌지만 그래도 북한에서 가정을 경험해 봤는데, 중국 아이들은 너무 방치되어 있다가 왔어요. 사실 이 아이들은 중국에서도 중국인 대접도 못 받고 왔어요. 중국 아이들은 엄마가 아빠로부터 폭력 당하는 것도 경험하고.. 저희 학교 한 중국 출생 학생은 엄마한테서 '내가 너를 낳은 것이 내 인생의 가장 실수다' 라고 문자를 받은 아이도 있어요. 그 엄마도 중국에서 원하는 결혼, 출산을 한 것이 아니기 때문에 엄마도 우울한 거죠. (참여자 가)

실제로 최근 OO의료원에서 검사를 했는데, 우울감이 가장 높게 나온 아이가 중국 출생 학생이었어요. 중국 아이들은 엄마한테 보호도 못 받고, 엄마는 남한에 와서 또 다른 남자와 결혼하고, 또 이혼하고... 최근에도 엄마가 새아빠와 헤어졌다는 경우를 3건 들었어요. (참여자 가)

또한 탈북청소년들이 동거하는 가족과의 관계에서 스트레스를 느끼는 경우도 있다고 설명했다.

주말에 집에 가면 엄마가 재혼해서 낳은 동생이 있으니까, 엄마는 아기 챙기느라 바쁘고 큰 아이를 잘 챙겨주지 못하니까... 주말에 집에 갈려고 하지 않는 아이도 있어요. (참여자 가)

5) 성행태

탈북청소년의 성행태에 대한 인터뷰에서 참여자 '가'는 말의 속도가 느려지면서 조심스럽게 말하는 모습을 보였다. 탈북 과정에서 일부 여학생은 임신과 출산의 경험을 겪는 경우가 있어 구체적인 상담을 하기가 쉽지 않으며, 현재 부인과 치료를 받고 있는 여학생도 있다고 하였다.

탈북하는 과정에서 어려움이 있으니까... 여자 아이들 중에 사실 중국에 아이를 놓고 온 학생들도 있고... 그러한 문제에서는 매우 민감한 부분이라서 구체적으로 물어보지 못하겠더라구요. 나이가 젊은 선생님하고는 아이들이 상담하기 어려워할 수도 있어요. 중국에서 살다 온 아이 중 하나는 지금 부인과적인 문제가 생겨서 치료 중에 있어요. (참여자 가)

6) 질병에 대한 대응 행태

참여자 '가'와 '나'는 탈북청소년들이 질병에 걸렸을 때 이에 대응하는 태도가 소극적이라고 지적하였다. 주변 사람들에게 도움을 청한다거나, 병원 진료를 받는 행동을 먼저 취하지 못하고, 교사가 인지해서 안내해 줄 때까지 치료를 위한 적극적인 행동을 하지 못함을 알 수 있다.

북한 출신의 학생들은 감기 등 질병이 보일 때 병원에 가서 진료 받는 것을 매우 두려워하고, 웬만하면 참으려 합니다. 단순 감기에도 학교 근처의 병원에 혼자 가기를 매우 싫어해서 교사가 동행해 주기도 합니다. (참여자 나)

아픈 것을 아이들이 좀 부끄러워하는지, 오픈하지는 않아요. 아이가 얼굴이 너무 노랗다. 그러면 선생님이 캐묻고, 캐묻고 그러면 그때 "사실은요…" 하면서 얘기해요.

아이들이 아프면 어디 어디 병원에 가라고 해요. 저희가 그것까지 감당할 힘도 없고, 전문가도 없고... 아이들에게는 병원을 연계해 줄 수 있는 현실적인 도움이 필요해요. (참여자 가)

Ⅳ. 논의

탈북청소년의 건강행태를 파악하는 것은 이들의 청소년기뿐만 아니라 성인이 된 이후에도 건강한 대한민국 국민의 일원으로 생활할 수 있도록 돕는 방안을 마련하기 위하여 중요하다. 본 연구는 탈북청소년의 건강행태를 다양한 영역으로 분석함으로써 이들의 건강 증진을 위한 정책과 지원의 근거 자료를 제공하기 위해 시도되었다.

본 연구에 참여한 탈북청소년은 중국 출생이 72.0%로 북한 출생 27.1%보다 2.7배 많고, '부모와 동거 여부'에서 어머니하고만 동거하는 비율이 43.0%로 가장 많았다. 이는 여성 북한이탈주민 비율과 제3국 출생 탈북청소년 비율이 증가하고 있다는 통일부, 교육부 통계와 연관된 결과이다. '거주형태'에서는 기숙사 등에서 거주하는 경우가 60.7%로 가장 많았는데, 본 연구에 참여한 4곳의 학교 모두 기숙사를 운영하는 것의 영향이다.

탈북청소년은 흡연·음주 행태에서 한국 청소년에 비해 평생 흡연 경험률이 높고, 처음 흡연 경험 평균 연령 12.5세, 처음 음주 경험 평균 연령 12.9세로 모두 한국 청소년보다 유의하게 낮았다. 이는 교사 면담에서 어린 나이에 부모와 이별, 불안정한 성장 환경에 영향을 받은 결과로 파악되었다. 연간 음주 예방 교육 경험률도 탈북청소년이 유의하게 낮았다. Lee (2016)의 보고서에 의하면 북한 성인 남성 흡연율이 54.7%로 세계 최고 수준이며, 실제로 취재차 북한을 방문하면 당 간부들이 시간, 장소 가리지 않고 담배를 피우는 모습을 쉽게 볼 수 있다고 한다. 금연 캠페인을 하지만 형식적이고, 김정은이 줄담배를 피우는 모습이 TV를 통해 주민들에게 공개되고 있다. 이러한 흡연에 대해 관대한 사회 분위기가 북한 아동, 청소년의 흡연 행태에까지 영향을 미치는 것으로 생각되며, 탈북청소년에 대해 전문 지식과 함께 흡연 및 음주 예방의 필요성을 인식시키는 교육이 필요하겠다.

신체활동 행태를 평가한 하루60분 주5일 이상 신체활동 실천율은 탈북청소년이 한국 청소년에 비해 유의하게 낮고, 반면에 체질량지수로 비교한 비만율은 선행 연구와 달리 한국 청소년과 유의한 차이가 없었다. Kim (2005) 연구에서 북한이탈 아동의 성장발달이 남한에 비해 저하되어 있는 결과가 나왔고, Choi (2009) 연구에서도 남자 탈북청소년이 남자 남한 청소년에 비해 체질량지수가 유의하게 작았다. 선행 연구는 북한 출생 탈북청소년만을 대상으로 한 것과 달리 본 연구 대상자에는 중국 출생 탈북청소년도 포함했지만, 출생 국가에 따른 탈북청소년 비만율 분석에서 북한 출생과 중국 출생이 유의한 차이가 없는 결과를 통해 과거 10-15년 전 탈북청소년에 비해 체질량지수가 증가했음을 알 수 있다.

식생활 행태에서 아침 결식률은 탈북청소년이 남한 청소년보다 높고, 과일 섭취율과 우유 섭취율은 낮게 나타났다. 반면에 패스트푸드 섭취율은 입맛에 맞지 않는 이유로 한국 청소년에 비해 유의하게 낮았다. 탈북청소년은 대부분 기숙사 등에서 거주하거나, 부모 모두와 동거하지 못하는 생활 환경으로 인해 한국 청소년에 비해 균형 잡힌 식생활을 못하고 있는 것으로 평가된다. Yim (2015)의 연구에서도 북한이탈청소년 64.1%가 인스턴트, 패스트푸드를 자주 먹지 않는다고 나타나, 본 연구 결과와 같은 맥락이다.

구강건강 행태의 학교에서 점심식사 후 칫솔질 비율, 연간 구강보건교육 경험률은 유의하진 않지만, 탈북청소년이 한국 청소년보다 높게 나타났다. 이는 질적 연구결과를 통해 탈북청소년은 치아 결손 등으로 구강건강 상태가 좋지 않아 일상에서 지속적인 받은 구강 위생 지도의 영향인 것으로 판단된다. 그러나 이미 결손된 치아는 칫솔질 등의 관리로 해결할 수 없으므로 전문적인 치료와 지원이 필요하겠다. 북한이탈 청소년은 치아우식증 등의 문제를 갖고 있으며, 그동안 매우 제한적인 처치를 받았기 때문에 구강보건교육과 정기적인 구강예방 처치가 병행되어야 한다는 Lee (2015) 연구도 본 연구결과를 지지한다.

개인위생 행태에서는 학교에서 식사 전 비누이용 손씻기 실천율, 연간 개인위생 교육 경험률 모두 탈북청소년이 유의하게 높았다. 이 역시 탈북청소년이 다니는 학교 특성상 교사들이 생활 밀착형으로 실시하는 개인위생 지도의 영향으로 분석된다. 개인위생 교육 경험이 있는 경우에 손씻기 실천률이 높다는 Min과 Jang (2014)의 연구에서도 근거를 찾을 수 있다.

정신건강 행태에서 우울감 경험률은 탈북청소년이 한국 청소년보다 유의하게 높게 나왔다. 출생 국가에 따라서는 양적 연구와 질적 연구에서 서로 상반된 결과가 나타났는데, 양적 연구결과에서는 북한 출생 탈북청소년 중 우울감을 경험하는 비율이 51.7%로 중국 출생 탈북청소년 27.6%보다 높은 것에 반해, 질적 연구에서는 중국 출생 탈북청소년이 어릴 적부터 부모와 이별, 보호받지 못하는 가정환경, 국가 정체성 혼란 등으로 북한 출생 탈북청소년보다 더 우울한 것으로 나타났다. 탈북청소년의 스트레스 또는 우울감에 영향을 주는 요인은 새로운 환경에 적응해야 하는 어려움, 오래간만에 만난 부모와 적응, 어린 나이에 엄마와 이별, 정상적인 가정에서 보호받지 못하고 있는 생활 등인 것으로 질적 연구 결과를 통해 분석되었다. 출생 국가에 따른 탈북청소년 정신건강 문제에 대한 선행 연구가 없어 향후 더욱 활발한 연구가 필요하겠다.

성행태에서 성관계 경험률은 탈북청소년과 한국 청소년 사이에 유의한 차이는 없었다. 그러나 탈북청소년이 한국 청소년에 비해 연간 성교육 경험률이 낮고, 학교 유형에 따라 대안학교가 방과후학교보다 연간 성교육 경험률이 낮은 상황이다. 질적 연구 인터뷰를 통해서 현재 부인과 치료를 받고 있거나, 중국에서 출산 경험이 있는 여학생 사례도 나타났다. 몇몇 학생은 성장 과정 중 특수한 상황으로 인해 원하지 않는 성관계, 임신·출산의 경험을 하거나, 부인과적인 문제까지 갖게 되는 경우도 발생한다. 그러나 대안학교 탈북청소년은 전문적인 교육을 받을 기회가 거의 없고, 교사들 또한 상담, 지도함에 어려움을 겪고 있어 성교육에 대한 전문 인력과 교육 콘텐츠 지원이 필요하겠다. 주관적 건강 인지율에서 본인이 매우 건강하거나 건강한 편이라고 생각하는 비율은 한국 청소년에 비해 탈북청소년이 유의하게 낮게 나타났다.

Ⅴ. 결론 및 제언

본 연구는 탈북청소년의 건강 증진을 위한 정책과 지원의 근거 자료를 제공하기 위해 이들의 건강행태를 심층적으로 파악하여 '제13차 청소년건강행태 온라인조사' 원자료의 한국 청소년과 비교 분석하였다. 연구 결과 탈북청소년은 어린 나이에 부모와 이별, 새로운 환경에 적응, 자취·기숙사 등에서 거주, 제대로 보호받지 못하는 가정 등 특수한 성장 환경을 배경으로 하고 있었다. 이로 인해 한국 청소년과 비교하여 처음 흡연 경험 연령, 처음 음주 경험 연령이 낮고, 평생 흡연 경험률이 높았다. 식생활 행태에서는 규칙적인 아침식사, 과일, 우유의 균형적 섭취가 이루어지지 못하고, 신체활동도 부족하다. 개인위생 행태에서는 생활 지도를 하는 대안학교 특수성 때문에 한국 청소년에 비해 학교에서 식사 전 손씻기를 더 잘하고, 개인위생 교육 경험도 높다. 구강건강 측면에서도 점심식사 후 칫솔질, 구강교육 경험 비율이 높게 나왔으나, 유의한 차이는 없었다. 정신건강 측면에서는 우울감 경험률이 높고, 성행태에서는 정기적인 성교육 수혜율이 낮다. 건강관리 교육 측면을 탈북청소년 학교 유형에 따라 비교해 보면, 대안학교 탈북청소년이 방과후학교 탈북청소년에 비해 흡연예방 교육, 음주예방 교육, 영양 및 식사습관 교육, 구강보건교육, 개인위생 교육, 성교육 경험률 모두 낮다. 전문의 진료가 필요한 분야는 치과, 부인과 진료이다.

본 연구는 탈북청소년 건강행태를 다양한 영역으로 조사하여 출생국가, 학교유형에 따라 분석하고, 한국 청소년 건강행태와 비교하였다는 점에서 큰 의의가 있다. 그러나 연구 대상자 107명의 결과를 전체 탈북청소년 건강행태로 일반화하기에는 무리가 있으며, 탈북 시기, 제3국 체류 기간, 입국 후 남한 거주 기간 등을 고려하여 분석하지 못한 한계점이 있다.

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다. 첫째, 흡연, 음주, 구강, 개인위생 행태에 대하여는 현재의 대안학교 생활 지도 외에 건강관리의 중요성, 필요성을 인식시켜 주는 전문 지식 교육도 필요하겠다. 둘째, 탈북청소년이 새로운 식생활 변화에 적응할 수 있도록 전문적인 영양 교육과 식단 관리가 필요하다. 셋째, 탈북청소년의 우울감을 감소시킬 수 있는 심리 상담이나 지지 프로그램을 더욱 확대하면서 탈북청소년의 출생 국가, 성장 과정에 따라 다르게 접근해야 할 것이다. 넷째, 이미 발생한 건강문제를 해결하고 회복시키기 위한 전문의 진료 연계와 지원이 필요하다. 다섯째, 탈북청소년을 교육하고 있는 대안학교에 대한 현황 파악 및 전문 교육 인력, 콘텐츠 등의 지원을 더욱 확대해야 할 것이다. 마지막으로 연구 대상자 수 확대, 출생국가, 학교 유형, 탈북 시기 등 주요 변수에 따른 분석 등 탈북청소년에 대한 후속 연구가 계속적으로 필요하다.

참고문헌

Choi, S. G. (2009). Health Behavior, Anthropometric Measurements and Dietary Intake of North Korean Young Adult Defectors in South Korea. Doctoral dissertation. Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul.

Ha, Y. S. (2012). Child Health Nursing. Seoul, Seoul: Shinkwang Publishing.

Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. Journal of Adolescent Health, 12(8), 597 - 605.

Jun, E., Lee, J., Kim, S. L., Kang, M. J., & Kwon, I. (2013). Influencing factors on the health promotion behaviors of North Korean refugee adolescent in a specialization school. Korean Journal of Health Education and Promotion, 30(3), 13 - 23.

Kang, E. Y. (1999). Anthropometric Measurements and Dietary Patterns for Children in North Korea. Master's thesis. Ewha Woman's University, Seoul.

Kann, L., McManus, T., Harris, W. A., Shanklin, S. L., Flint, K. H., Hawkins, J., et al. (2016). Youth risk behavior surveillance-United States 2015. Morbidity and Mortality Weekly Report: CDC Surveillance Summaries, 65(6), 1-174.

Kim, H. K., & Shin, H. K. (2015). A comparison of the mental health problems of North Korean adolescent defectors and South Korean adolescents: Focused on gender and age. Korean Society for Woman Psychology, 20(3), 347 - 367.

Kim, K. B., Choi, M. J., Kwon, Y. D., & Noh, J. W. (2014). Affecting changes of meal habit into stress and depression among North Korea juvenile. Korean Association of North Korean Studies, 18(2), 311 - 333.

Kim, Y. Y. (2005). An evaluation of the health status of children from North Korea (Master's thesis). Ewha Woman's University, Seoul.

Korea Hana Foundation. (2017, February 28). 2016 Status Survey of North Korean Adolescent Defectors. Retrieved from https://www.koreahana.or.kr/data_room/pro_data.jsp

Korea Centers for Disease Control and Prevention. (2017). 13th Youth Health Behavior online survey. Retrieved from https://www.seoulmentalhealth.kr/dataroom/data.jsp?cmd=view&test_num=118

Lee, J. H., Kim, M. J., Park, H., Yu, S. E., & Noh, J. W. (2015). Study health promoting lifestyle on depression, stress and self-esteem of North Korean adolescents refugees. Journal of the Korea Contents Association, 15(3), 160 - 167.

Lee, M. S. (2006). Youth health-related behaviors among ninth grade students. Journal of the Korean Society of Maternal and Child Health, 10(1), 40-57.

Lee, S. H. (2015). A Study of Oral Health Status and Behavior of Refugee Children and Adolescents from North Korea. Master's thesis. Yonsei University, Seoul.

Lee, S. Y. (2006). A Study on Factors Influencing on Mental Health in North Korean Defector Youth, Master's thesis. Graduate School of Social Welfare, Chongshin University, Seoul.

Lee, Y. J. (2016). Even in the non-smoking campaign, North Korea's supreme is a chain smoker: a smoking paradise. North Korea. National Defense Journal, 511, 62-65.

Min, J. W., & Jang Y. S. (2014). An experience of personal hygiene education and hand-washing practices among adolescents in the Korean youth risk behavior web-based survey. The Journal of Korean Society for School Health Education, 15(1), 31-43.

Ministry of Education. (2017, March 24). Announcement of the Plan of the 2017 Education Support Project for North Korean Defector Students [Press release]. Retrieved from http://www.moe.go.kr/boardCnts/view.do?boardID=294&boardSeq=73559&lev=0&m=0503

Ministry of Unification. (2018, March 31). Project Statistics. Retrieved from http://www.unikorea.go.kr/unikorea/business/statistics/

Shin, H., & Kim, H. (2015). Moderating effects of self-esteem in the relationships of academic stress, family problem stress and post-traumatic stress of North Korean adolescent defectors. Korean Journal of Youth Studies, 22(11), 337 - 357.

Son, Y. H., Lee, J. S., Park, M. C., & Lee, S. Y. (2010). Influence of posttraumatic stress on the mental health among adolescents of North Korean refugees. Anxiety and Mood, 6(1), 37 - 44.

Yim, S. R. (2015). Study on the Necessity of Nutritional Education according to Nutritional Knowledge and Food Preference of North Korean Adolescent Refugee. Master's thesis. Chung-Ang University, Seoul.

Yun, J. H., & Oh, Y. R. (2010). A study on experience of posttraumatic growth among North Korean refugee adolescents in South Korea: Cases of university students. Korea Youth Research Association, 17(12), 49 - 82.

북한이탈주민 의료상담실 운영사례 - 위기상황 관리를 중심으로 -

| 글. **신미녀** 상임대표(새조위) |

Ⅰ 들어가며

2019년 현재 국내에 입국한 북한이탈주민의 수는 대략 3만 3천명이다. 이들 중 지난 13년간 북한이탈주민의료상담실을 이용한 북한이탈주민은 1만명이 넘는다. 1/3정도가 북한이탈주민의료상담을 이용한 만큼 심신상의 건강문제는 한국정착과 개인의 삶에도 중요한 부분임을 의미한다. 그러나 이들 대부분은 건강회복을 위한 가족 내 · 외적 자원이 부족하며, 위기 발생 시 사회적 자원을 적절하게 활용하지 못 한 채 살아가고 있다. 이러한 측면에서 가족역할과 외부 자원을 활용하여 제반문제를 해결 해 주는 북한이탈주민의료상담실의 역할은 매우 중요하다고 본다.

한국에 입국한 북한이탈주민은 하나원 3개월 기간 동안 기본적인 치료 및 적절한 건강관리를 받는다. 그러나 지역사회 편입 후에는 남북하나재단의 의료담당상담사, 지역보건소, 하나센터 등의 도움을 받기도 하지만 대부분 건강문제는 개인의 몫으로 남는다. 따라서 가족이 없거나 사회적 자원이 부족한 북한이탈주민은 위기상황 시 적절한 도움을 받을 수 없는 구조적인 한계를 가지고 있다.

북한이탈주민의료상담실은 다양한 형태의 위기에 처한 북한이탈주민에게 가족의 역할과 복합적인 문제해결을 위해서 정서지원, 돌봄 지원, 행정도움 등 건강한 삶의 기능을 회복하도록 돕고 있다.

Ⅱ 북한이탈주민 의료상담실 운영

1. 의료상담실 추진내용

새조위(새롭고 하나된 조국을 위한 모임, 이하 새조위) 는 북한이탈주민의 정착을 돕는 활동을 하는 것을 주목표로 하는 통일운동 시민단체이다.

북한이탈주민에게 가장 필요한 심신의 건강을 지원하고자 2005년 5월 대한의사협회와 공동으로 진행한 북한이탈주민 무료진단 사업을 계기로 2006년 1월 국립의료원(현 국립중앙의료원의 전신)에서 본격적인 북한이탈주민 의료지원 사업을 준비하였다. 2006년 3월 새조위에서 취업지원을 진행하면서 알게 된 300여명의 환자 명단을 활용해 먼저 진료를 시작하였다. 그리고 북한이탈주민과 하나원 및 유관기관 등에 의료지원 사업에 대한 홍보활동을 하였고, 동시에 북한이탈주민을 참석시킨 의료정책 간담회도 개최하였다. 약 4개월간의 준비기간을 거친 후 2006년 5월 국립의료원內 북한이탈주민진료센터를 설립하였다. 북한이탈주민진료센터는 국내 최초 북한이탈주민 전문병원으로 본격적인 북한이탈주민 의료지원 시대의 개막을 알리는 계기가 되었다. 새조위의 북한이탈주민센터 추진과정은 다음과 같다.

〈표1〉 북한이탈주민 의료상담실 연혁

일 자	내 용	유관기관/장소
2006.01.11	1차 준비모임	새조위,국립의료원, 보건복지부 /국립의료원 원장실
2006.02.21	정책간담회	새조위,국립의료원,북한이탈주민 /새조위 회의실
2006.02.28	2차 준비모임	새조위, 국립의료원/ 새조위 회의실
2006.03.14	북한이탈주민 진료시작	국립의료원 외과 과장실
2006.04.19	보건복지부 중점 공공의료사업으로 선정	보건복지부, 국립의료원
2006.05.02	1호 의료상담실 개소	새조위, 국립의료원/ 국립의료원 외과 과장실
2009.07	2호 의료상담실 개소	새조위/ 충남대학병원/ 하나원
2011.12	3호 의료상담실 개소	새조위/ 인천적십자병원/ 하나원
2012.12	4호 의료상담실 개소	새조위/ 서울의료원/ 하나원
2018.04	5호 의료상담실 개소	새조위/ 부산 백병원/ 하나원

2.의료상담실의 역할

(1) 병원이용의 장벽을 낮추는 역할

국가에서 운영하는 북한의 의료시스템과 달리 복잡하고 세분화 되어있으며 대부분 민간영역에서 운영되는 남한의 의료시스템은 북한이탈주민들에게 이용이 매우 어렵게 느껴진다. 또한 자가 진단이나 약물 오남용이 많은 탈북민의 의료행태 역시 일반인들과 다른 점을 갖는다. 이러한 환경에서 북한이탈주민의료상담실은 북한이탈주민이 편리하게 이용할 수 있는 전용 공간이라는 점에서 병원의 진입장벽을 낮춰주는 역할을 하고 있다. 그리고 진료안내, 의료진과의 소통의 중재자, 위기상황 시 가족의 역할, 복합적이고 구조적인 문제 해결을 도와주는 북한이탈주민 출신 의료상담사의 상시 배치는 북한이탈주민의 적극적인 병원이용의 촉매가 되며, 언어·사회문화적 장벽과 심리적 위축 등으로 병원이용에 어려움을 겪고 있는 북한이탈주민들에게 의료이용 접근성을 향상시켜주고, 심리적, 경제적 부담을 줄여주는 역할을 한다.

(2) 다양한 내 · 외적 자원과의 연계 활동

북한이탈주민들이 겪는 근본적인 어려움중 하나는 경제적 어려움이다. 의료상담사[1]들은 이용대상이 생기면 중증환자나 보험이 해당되지 않은 비급여 환자들의 경제적인 부담을 병원 내 사회복지사, 남북하나재단, 지역의 다양한 기관, 자원들을 활용하여 경제적인 지원 등을 받을 수 있도록 연계하는 일을 돕는다. 또한 위기상황 시 사회자원을 활용하여 북한이탈주민이 가지고 있는 복합적인 문제를 해결한다.

(3) 입원환자에 대한 간병인 및 보호자 역할

의료상담사는 매일 입원실을 돌며 입원 환자를 보살핀다. 이 과정을 통해 불편함과 문제점을 해결해 주거나 필요에 따라서는 의료진과의 가교역할도 한다. 그리고 가족이 없는 수술환자의 보호자 역할, 퇴원 시 요양병원이나 장기적 치료가 필요한 환자의 지속적인 치료 및 관리를 받을 수 있도록 의료기관 등을 연계 해 준다.

(4) 위기관리

여성가족부의 자료에 의하면 북한이탈주민의 자살률은 일반인의 3배가 넘고 가정폭력이나 성폭력 등의 위기 상황도 일반국민에 비해 매우 높은 것으로 나타난다. 의료상담사들은 위기상황이 발생하면 사건현상으로 찾아가 도움을 주거나 외부적인 경제적 자원, 물적 자원, 인적 자원 등의 사회자원을 연결하여 원활하게 문제가 해결 되도록 지원한다. 대부분 위기상황에서 북한이탈주민은 도움을 받거나 지지해 줄 사람이 없다. 병원에 긴급 입원을 시키거나 아이들을 돌보는 일, 응급실환자의 보호자 역할, 복잡하게 얽힌 구조적 문제까지 대부분 의료상담사들이 도움을 준다. 특히 치료를 받다가 사망하는 분들과 무연고자들의 장례까지 해결해 주는 측면으로 보면 의료상담실의 역할은 '또 하나의 가족'라는 말이 적절하다고 본다.

1) 이 글에서 의료상담사라 함은 여타 상담사와의 구별을 위해 병원 내에 운영되는 북한이탈주민의료상담실에서 근무하는 상담사를 지칭함. 여타의 상담사는 소속을 밝힘으로서 독자들에게 혼선을 막기 위함.

III 탈북민 의료상담실의 위기상황 관리사례

〈표2〉 사례 요약

연령	성별	사례 개요	호소 내용	개입 및 효과
20대	남	남한 사회 부적응, 북한 입국 시도, 교통사고 입원, 자살 기도.	차별대우라는 원망, 외톨이로서 가족에 대한 그리움, 삶에 대한 의욕상실.	**10명의 탈북민들이 돌아가면서 매일 보호자 역할,** 한때 자살을 시도했지만 지금은 삶에 대한 의욕을 가짐, 대학 진학 활동.
50대	남	가족과 생이별, 머리 부상 후 우울증 걸려서 정신과 입원, 자살 시도.	가족에 대한 그리움, 대인 관계 기피, 사람들과 접촉을 거의 하지 못함.	**상담사가 매일 한 달간 병원에서 같이 탁구를 하면**서 우울증 회복, 대인관계 기피 회복, 음식점 실장으로 정상적인 사회활동
50대	남	가족과 생이별, 북한 가족에게 5년간 계속 송금, 본인은 병원에 가지도 못하고 일만 하다가 간암말기 진단, 진단 6개월 만에 사망, 마지막 남은 돈은 남한에서 귀농한 초등학교 동창에게 전달부탁.	자식을 보고 싶은 애절한 마음, 임종 직전까지 딸이 보낸 편지를 간직함, 마지막 남은 돈은 남한에서 귀농한 초등학교 동창에게 전달 부탁.	인생 말기에 북한이탈주민의 보호자 역할 수행, 장례 절차 수행, 유언 실행해 줌

1. 사례1 (A씨)

제목: 죽고 싶은 마음뿐이었으나, 이젠 살고 싶어졌어요.

(1) A씨의 기초 내용

A씨는 20대 초반의 남성이며 사는 곳은 일정치 않다. 단독 탈북으로 가족이 없으며 다른 병원에서 북한이탈주민 의료상담실이 있는 병원 응급실로 후송, 급하게 수술이 필요한 상태였다.

(2) 내담자의 발달사

평양에서 특수층으로 자란 A씨는 군 입대 후 고위직 운전병으로 입대를 하였으나, 어린나이에 "무슨 빽으로 좋은 자리에 왔냐"는 이유로 구타를 당하였다. 부모로부터 한 번도 맞아보지 못한 그에게 난생 처음으로 당하는 구타는 모멸감과 분노를 자아냈으며, 집안에 대해 철저하게 함구해야 한다는 부모님의 말씀을 지켜야 하는 입장에서 그는 무척 괴로웠다.

A씨는 차를 몰고 무작정 달렸다. 그런데 그것이 군사분계선까지 이어졌고, 낮에는 숨어서 경비구역을 탐지하고 밤에는 걸으면서 철책 선을 넘었다.

A씨는 사회에 나왔지만 미성년이라 집을 받지 못하고 정착금도 담당 상담사로부터 타 써야 하는 입장이었다. 하나원을 수료하고 경기도 한 지역의 쉼터로 가게 된 그는 그 집에서 얼마 있지 못하고 떠돌이 생활을 하였다.

처음에는 집도 주고 정착금도 준다고 들었는데 갑자기 떠돌이 신세가 되다보니 A씨는 어린나이에 버림을 받은 것 같고 괜히 왔다는 생각과 함께 어머니가 보고 싶고, 아버지가 그립고, 부모님께 죄송한 생각이 들었다. 평양에서는 아쉬울 것 없이 살았는데 저녁만 되면 트렁크를 끌고 골목길을 헤매면서 "오늘 밤은 어디에서 잘까"를 걱정하면서 다니는 자신이 무척 슬프고 외로워서 견딜 수 없고, 한국에 온 것이 후회가 되었다.

그러던 중 탈북민들이 출연하는 TV에서 대부분 동남아 특정 국가를 통해 입국하였다는 정보를 알게 되었다. A씨는 역으로 그 나라를 통하면 북한으로 갈 수 있다는 생각으로 출국을 했다. 그러나 불행하게도 그곳에서 불미스런 일로 현지 감옥에서 2년4개월 수감생활을 하고 한국으로 돌아왔다.

다시 한국에 왔으나 A씨는 집도 없고 거주지가 말소 되어 딱히 자기를 받아 줄 데도 없었다. 당장 돈을 벌어야 했다. 인터넷을 통하여 어느 섬에서 어부를 모집 한다는 광고를 보았다. 1년 일을 하면 5천만원을 준다는 내용이었다.

그는 일을 시작한지 2개월간 멀미의 고통을 참아가며 배안에서 먹고 자면서 뱃일을 배웠다. 그러던 중 일기의 악화로 육지로 들어왔는데 경찰관이 거주지가 불명확하니 다시 서류를 정리하고 오라는 말을 듣게 된다.

막상 서울로 올라오기는 했으나, 어디에 가서 어떻게 이 문제를 해결해야 할지 막막하고 죽고 싶은 생각만 들었다. 결국 A씨는 죽더라도 북한에 계시는 부모님에게 가다가 죽겠다는 결심으로 주차장에서 주인 몰래 차를 몰고 무조건 북쪽으로 향했다. 그러나 교통경찰에 추적을 당하며 바리게이트를 무리하게 통과하다가 대형 사고로 중상을 입었다. 차가 논바닥으로 굴러 떨어진 후 정신을 들고 보니 몸은 움직일 수 없었고, 살아 있다는 것이 오히려 괴로웠다.

(3) 내담자의 행동특성

A씨는 요추상세불명 폐쇄성 골절과 뇌출혈로 진단을 받고, 전혀 움직이지 못하는 상태에서 휠체어로 바로 입원을 했다. A씨의 머리는 범벅이 되었고, 얼굴은 시커멓게 질려 있었으며 눈은 초점 없이 멍한 상태였다. 마치 세상을 다 산 것처럼 주위에 모든 것을 의식하지 않고 무덤덤한 얼굴이며, 의사의 문진에도 응하지 않고 불안한 상태였다.

(4) 상담 경위

하나센터 상담사의 전화를 받았다. 한 젊은 탈북자가 경기도 00병원에 사고로 입원하였는데 거주지가 말소 되었고, 보험도 없으며 응급실 치료비용 900만원 전액을 부담하여야 하는 상황에서 바로 수술도 받아야 하니 북한이탈주민의료상담실이 있는 병원에서 혜택을 받도록 전원이 가능하냐는 문의였다.

의료상담사는 바로 공공의료팀과 협의 후 북한이탈주민 혜택으로 입원치료를 해 주기로 결정하고 진료협력팀으로 연결해 주었다. 그리고 사회복지팀 공공의료지원담당, 공공의료팀 북한이탈주민 담당, 공공의료팀차장, 하나센터 상담사와 A씨를 위한 협의 및 대책을 토의하였다.

(5) 내담자 호소문

살아남은 것이 한스럽다. 나는 죽고 싶다. 병실에서 뛰어내리고 싶다.

(6) 상담 진행개요

의료상담사는 눈도 뜨지 않고 누워 있는 환자에게 "A씨, 당신은 혼자가 아닙니다. 당신의 주변에는 많은 이모들과 어머니들, 누나들, 형님들이 있어요, 절대로 혼자가 아닙니다. 이젠 외롭지 않을 겁니다. 지금까지 혼자였고 힘들었겠지만 이제는 힘내어 살겠다는 생각을 해 보세요. 우리가 지켜 줄께요." 라고 격려를 했다. 그리고 아침, 저녁으로 병실에 들러 그를 위로해 주었다.

그리고 의료상담사는 새조위에서 남북하나재단의 지원으로 정신과 치료를 받고 있는 사람들을 대상으로 진행하는 코칭교육에 참가하여 A씨에 관한 내용을 소개하며 A씨를 도와 줄 것을 부탁하였다. 교육장은 울음바다가 되었다.

교육생들은 매일 2명이상 면회를 하였고, 2명의 자원봉사자들이 간병을 했다. 매일 점심과 저녁은 집에서 밥을 해 왔고, 이발도 해주고, 간식을 챙겨주고, 씻겨 주고, 만두, 두부밥 같은 북한음식도 만들어 주면서 어머니의 품, 이모의 정을 느끼도록 하였다. 탈북민 여성 10명이 50여 일간 지극정성으로 A씨를 보살펴 주자 A씨는 얼굴이 밝아지고 마음을 열면서 삶의 의욕을 보였다.

퇴원 후 A씨는 새조위로 찾아와 이야기를 했다.

"저랑 알지도 못하는 이모들(자기들 도와준 탈북민 여성들)이 내게 잘해주는 것에 많이 놀랐습니다. '이 세상에는 착한 사람들이 많구나' 하는 생각이 들었고 나도 이제 열심히 살아서 이모들처럼 좋은 일을 하고 살아야 겠다는 생각이 들었습니다."

(7) 사례의 결과

A씨는 환한 얼굴로 말한다.

"그 때는 왜 죽겠다는 생각만 하였는지 모르겠습니다."

"알지도 못하는 분들이 나를 위해 애쓰는 모습이 너무 고마웠습니다. 그 사람들의 수고가 헛되지 않게 꼭 잘 사는 것으로 보답하겠습니다. 내년에는 대학도 들어가려고 합니다."

입원 후 담당주치의는 A씨의 변화를 보면서 깜짝 놀랐다고 한다. 그리고 의료상담실에 방문하여 "상담사님 감사합니다. A씨가 이렇게 달라질 수 있다니...얼굴도 깨끗하고 얼굴에 미소가 있네요, 주변에 사람들이 많으니 힘이 나는 가 봅니다"라고 고마움을 표했다.

A씨가 치료를 받는 동안 북한이탈주민들은 아들처럼, 조카처럼 돌봐주었고, 심지어 소문을 듣고 찾아와 위로하고 힘을 주는 북한이탈주민도 있었다.

A씨는 스승의 날 감사의 마음을 담은 편지를 새조위로 보냈다. 사랑과 관심이 낳은 결실이다. 지금은 교회 쉼터에서 통원치료를 받고 있으며 2개월 후에는 주택을 받을 예정이며 대학입학 원서를 낸 상태이다.

A씨가 근로능력평가진단서와 의무기록지를 발급 받으러 병원을 다녀간 후 담당주치의가 감사의 인사를 위해 또 다시 상담실을 방문했다. 그리고 A씨는 주치의에게 감사의 편지를 썼다고 한다. 인간은 사랑받기 위해, 인정받기 위해 산다는 것이 여실히 증명되는 사례였다고 본다.

2. 사례 2(B씨)

제목: 정신병동에서 상담사가 환자와 탁구를 치다.

(1) B씨의 기초 내용

50대 중반의 남성, 사는 곳은 00도이다. 북한에는 아내와 두 명의 자식이 있으며 러시아에서 사고로 머리를 다쳐 수술을 했고, 그 후유증으로 심한 우울증에 시달리며 자살시도, 의식불명 상태로 응급실로 실려 왔다.

(2) 내담자의 발달사

러시아에서 노동자로 일을 하던 중 탈출하여 숨어서 지내다가 한국에 입국하였으나 1년 만에 우울증으로 자살을 시도하여 의식불명 상태로 응급실에 들어왔다.

B씨는 12시간 만에 의식이 돌아왔지만 기초적인 대화조차 되지 않을 정도로 심리상태가 심하였다. 그는 1년 동안 밖에도 나가지 않고 집에만 있었고 일자리를 구하려고 해도 러시아에서 머리를 크게 다쳐 뇌수술을 한 후유증으로 두통과 어지럼증에 시달려 일상생활이 힘들 정도의 고통에 시달리고 있었다.

(3) 내담자의 행동 특성

B씨는 응급치료를 받고 정신과에 입원을 했다. 정신과는 폐쇄병동이었고 자살시도를 한 환자는 보호자가 없으면 입원이 불가능하여 한 교회의 도움으로 낮에는 의료상담사, 저녁에는 교인들이 간병을 하였다. 그러나 B씨는 의사들의 질문에도 응답이 없고, 하루에 두 번 있는 병원 내 프로그램조차도 참여하지 않고 독방인 병실에서 머리를 숙이고 앉아 나오지 않았다.

(4) 상담 경위

북한이탈주민이 응급실에 실려 오면, 병원 측에서는 북한이탈주민 의료상담실로 연락을 하는 시스템이 되어있어 B씨를 알게 되었다.

(5) 내담자 호소문제

B씨는 사람들과 접촉을 하지 않은 생활에서 자살을 시도하였고, 병원에서도 사람들과의 접촉은 물론 의사의 문진조차 응대를 꺼리는 상태였다.

(6) 상담 진행개요

의료상담사는 B씨가 사람들과 접촉을 하지 않는 것에 주목하고 여러 가지의 방법을 고민하던 끝에 환자가 탁구를 칠 줄 안다는 정보를 어렵게 알게 되었다. 의료상담사는 점심시간을 이용하여 정신과 병동에 들어가 B씨와 함께 매일 1시간 30분 씩 한 달간 탁구를 쳤다. 사실 의료상담사는 탁구를 칠 줄 몰라 탁구공을 줍느라 바빴지만 B씨가 밖에 나올 수 있게 한다면 뭐든 할 수 있다는 정신으로 임했다고 한다. 이러한 과정에서 의료상담사는 B씨와 친해 졌고, 말도 하지 않던 B씨는 물어보는 말에 조금씩 대답을 하는 정도로 변했다.

의료상담사는 B씨가 퇴원 시 담당의사와 면담을 했고, B씨가 외래치료를 받을 수 있게 자주 통화도 하고 통화가 되지 않으면 주변 사람들에게 부탁하여 B씨의 집으로 찾아가 그의 상황을 살피는 등 세밀한 관리를 하였다.

(7) 사례의 결과

퇴원을 한 후 B씨는 정신병동에 입원 당시 간병을 해주던 김사장이 하루에 한번만 그가 운영하는 마트

에 오면 3만원을 주겠다는 제안을 받았다. 그렇게 2년 정도 마트에서 아르바이트 형식으로 도움을 받았는데 사실은 하루 5시간을 마트에 앉아만 있어도 김사장이 3만원을 주었다고 한다. B씨는 김사장의 배려로 사람들과 접촉이 빈번해 지면서 말도하고 안정을 찾으면서 서서히 사회에 적응을 해 나갔다.

그리고 B씨는 북한에 있는 가족을 찾아 통화를 하면서 두명의 아들이 대학에 입학하였다는 소식을 들을 수 있었다. 지금 그는 식당에서 실장으로 일을 하고 있다.

3. 사례 3 (C씨)

제목: 초등학교 동창인 탈북민 김씨에게 유품을 전달해 달라

(1) C씨의 기초 내용

50대 중반의 남성, 재북 시절부터 간이 좋지 않은 상태에서 러시아 노동자로 파견,그곳에서 적절한 치료를 받지 못한 상태로 입국 후 치료를 받다가 사망, 북한이탈주민의료상담실에서 여러 기관의 도움으로 장례를 치러주었다.

(2) 내담자의 발달사

C씨는 나이가 50대 중반이고 북한에 부인과 두 명의 자녀가 있는 상태에서 러시아 노동자로 파견, 일터에서 도망을 나와 숨어 지내다 한국으로 왔다. 그는 재북 시절부터 간이 좋지 않아 약을 먹었으나 러시아에서는 숨어 다니면서 제대로 된 치료를 받지 못하였다. 하나원에서 치료를 받고 지역에 나가면 치료를 받아야 한다고 했지만, 북한에 있는 가족에게 돈을 보내느라 쉬지 않고 일을 하면서 적절한 건강관리를 하지 못했다.

(3) 내담자의 행동특성

C씨는 북한에 있는 가족을 데려 오려고 건설현장에 나가 열심히 일을 하면서도 한 해 약 1천만원 정도를 가족에게 보냈다. 그리고 가족의 브로커 비용을 마련하다 결국 간암말기의 진단을 받고 6개월 시한부 인생을 살았다.

C씨는 5년 동안 하루도 쉬지 않고 더워도 땀을 닦을 새 없이, 추워도 몸을 녹일 새 없이 일을 하였지만 남은 것은 암 밖에 없다고 한탄하였다. 또한 간암 말기의 판정을 받고 병원에 있으면서 북에 있는 가족이 보고 싶다며 울었고, 어느 날은 빨리 병이 나으면 돈을 벌어 죽기 전에 가족을 데려 와야 한다는 의지를 보이기도 했다.

(4) 상담 경위

아침 9시 5분, C씨가 입원한 소화기내과 병동에서 전화가 왔다. 환자의 상태가 위독하니 준비를 해야겠다는 간호사와 의사의 말이었다. 의료상담사는 바로 병실로 갔다. 환자는 의료상담사를 보자마자 "선생님, 저 죽을 것 같습니다." 라고 말을 했다.

의료상담사는 C씨의 사망 당일, 평소 관계가 있었던 쉼터의 관계자와 만나 주말 공공기관이 쉬는 것에 대비를 하였다. C씨도 얼마 남지 않음을 알고 있는지 그 날은 가지고 있던 돈 800만원을 내 놓으면서 장례를 치르고 혹시 남은 돈이 있으면 자신의 유품과 함께 충청도에 살고 있는 초등학교 동창 탈북민 김씨에게 전달해 달라는 유언을 남기며 눈을 감았다. 의료상담사는 평소 C씨와 관련 있는 사람들에게 연락하고, 그들과 함께 고인을 안치했다.

무연고 장례는 보호자가 없으면 누구도 할 수 없고 해당 구청에서 변사처리를 하지 않으면, 해당 민간기관에 장례를 위임하는 형식이다. 다음날 동사무소에 찾아 가니 구청에서 하는 일이니 구청직원하고 상의를 하라고 하였다. 구청직원은 발령받고 처음 해보는 일이고 지금까지 한 번도 북한이탈주민 장례절차를 해본 적이 없다고 하였다.

다음날 담당 형사와 구청직원이 북한이탈주민의료상담실을 방문, 무연고변사처리가 아닌 위임만 해주면 고인이 남겨둔 돈으로 장례를 치루고 경찰서에서 행정상의 마무리를 해준다고 했다. 보호자가 없는 장례는 구비서류도 많고 복잡하다. 복잡했지만 장례를 치루고 납골당에 안치를 하였다.

(5) 내담자 호소문제

죽을 것 같습니다. 내가 죽으면 충청도에 살고 있는 초등학교 동창 탈북민 김씨에게 유품을 전달해 달라.

(6) 사례의 결과

고인은 탈북민 고향 친구에게 남은 돈과 유품을 전달해 달라는 유언을 하였고, 의료상담사는 그 유언을 들어 주었다. 그리고 유품을 정리하던 중 그가 가지고 있던 가방에서 부인과 딸이 러시아로 보낸 편지를 발견하였다. 편지는 종이가 구겨지고 찢어졌지만 C씨에게는 소중한 보물이었음을 짐작할 수 있었다.

그가 떠난 지 3년이 되었다. 그동안 의료상담사는 매년 한 번씩 납골당을 찾았다. 가족이 없는 그를 찾아주는 사람이 없기 때문이다.

보고 싶은 아버지에게

꿈속에서도 보고 싶은 아버지 그동안 몸 건강하셨습니까?
집을 떠나 가족과 헤어져 타향에서 얼마나 고생이 많으십니까
우리는 집에서 건강한 몸으로 다 잘 있습니다.
아버지 보고 싶다는 말 편지에 어떻게 다 쓰겠습니까

우리가 어릴 적이 아버지가 야영노에서 사진이랑 찍어주던 생각이 자주 나군합니다.
그때가 엇그제 같은데 벌써 십여년 세월이 흘러갔습니다.
아버지 이제는 세월도 많이 흘러 갔는데 집에 와서 함께 살면서 엄마를 행복하게 해 주세요.
우리를 먹이고 입히고 남들처럼 내세우느라 아니예요.
게다가 저까지 시집보내느라 집에선 얼마나 힘든지 몰라요.
아버지 집 걱정은 마시고 귀한 몸 건강에 주의를 돌리시고 집으로 돌아오세요.
아버지가 돌아올 날을 기다리겠습니다.
할 말은 많지만 이만 쓰겠습니다.
아버지 부탁이예요.
귀한 몸 건강에 주의를 돌리시고 안녕히 계십시오.

Ⅳ. 나가며

새조위는 한국사회에서 북한이탈주민들의 지속가능한 삶을 지원하고 현실에서 튼튼히 두발로 지탱하도록 다양한 영역에서 생활역량 강화교육을 해오고 있다. 그 중에서도 맞춤형 의료지원 활동은 어려움에 처한 북한이탈주민들의 어려움을 해소해 주고 정서적인 지지를 보내며 의료적인 연계를 통해 이들의 삶의 의지를 북돋으며 한국살이를 가능하게 하는 핵심활동으로 자리하고 있다.
어느 사회로든 이주의 새로운 삶은 어려움을 동반한다. 분단으로 다른 체제에서 물질적인 자원 없이 정착한 북한이탈주민들의 적응은 어렵고, 가족과 분리되고 심신이 허약해진 상태에서 새로운 사회에서 살아가는 데는 혼자 힘으로 해결이 어려운 것은 어찌 보면 당연하다. 새조위는 통일의 문이 열리는 날까지 어려움에 처한 북한이탈주민들을 돕는 일을 지속할 것이며 새로운 가족이 될 것이다. 그리고 이러한 통일예행연습을 지속적으로 확대해 나아갈 것이다.

하나원 자료를 이용한 탈북민 구강 건강 현황 분석

| 글. **이승표** 서울대학교 치의학대학원 교수(통일치의학) |

오랜 시간 이어진 분단의 역사에도 불구하고 통일에 대한 염원은 한반도가 하나되어 진행하여 왔다. 2018년 이후 남북관계는 급변하고 있으며 이는 사회 전반에 걸쳐 영향을 주어 치의학 분야도 예외라 할 수 없다. 하지만 안타깝게도 북한의 치의학 현실에 대한 최소한의 통계나 정보도 얻기 어려운 실정으로 비록 낮은 가능성이지만 만약 현 상태에서 전격적 통일이 이루어진다면 치의학 분야에서 일어날 혼란과 급격한 비용의 발생은 충분히 예상 가능하다. 따라서 이에 대비하여 치의학계에서도 여러 노력을 경주하고 있으며, 교류가 시작된다면 수행해야 할 여러 목표들을 설정하고 있다.
그 중 하나로 만약 북한주민의 구강상태 및 치과질환에 대한 정보를 미리 수집하는 것이 가능하다면 통일 이후 구강보건정책을 수립하는데 큰 도움이 될 것으로 예상된다. 하지만 현재 남북간 치과의료분야 교류는 거의 전무한 상황이므로 북한이탈주민의 치과적인 질환의 종류 및 구강상태를 확인한다면 이를 바탕으로 현재 북한 주민의 구강상태에 대한 정보를 간접적으로 확인해 볼 수 있으리라 예상되어 본 연구를 시행하게 되었다.
연구 결과를 간략히 설명하면 성인의 우식경험영구치 지수는 34세 이하에서 남한보다 낮으나 그 이후 연령이 증가하며 남한보다 높게 나타났다. 우식영구치지수 역시 비슷한 경향을 보였으나 상실영구치지수는 전 연령대에서 남한보다 높게 나타났고, 특히 처치영구치지수는 전 연령대에서 남한보다 훨씬

낮게 나타났다.

이러한 결과를 통해 현재 북한 거주민들이 빠진 치아가 많으나 치료는 거의 받지 못하고 있다는 지금까지의 여러 증언들을 통계적으로 확인할 수 있었다. 따라서 앞으로의 대북 구강 보건 증진 사업 정책의 방향은 예방교육 사업과 함께 가능한 자체 인력 양성을 통한 상실치 수복에 힘을 기울여야 할 것이다.

구강 보건은 삶의 질 향상에 반드시 필요하며, 원활한 영양 섭취와도 밀접한 관련을 가지고 있다. 또한 비교적 적은 예산으로도 큰 효과를 거둘 수 있는 분야이기도 하다. 하지만 안타깝게도 지금까지 통일 준비과정에서 치의학 분야에 대한 논의는 적극적으로 이루어지지 않고 있는 것이 현실이다. 이제라도 이에 대한 적극적 고찰과 올바른 정책 마련을 통해 통일시대를 대비하고 북한 동포들이 보다 나은 삶을 살 수 있도록 노력해야할 것이다.

1) 성인의 우식경험영구치 지수(DMFT index):

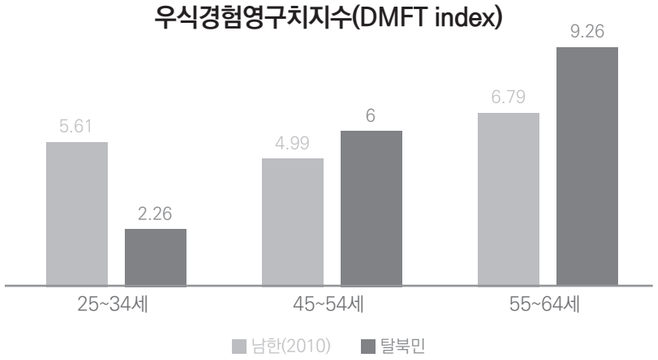
조사대상집단의 1인 평균 우식경험영구치 지수

세계 보건기구에서 사용한 구강보건지표인 DMFT는 전체 인구 집단의 우식 경험에 의해 발생한 우식치아수, 상실치아수, 충전치아수의 평균값을 산출한 것이다.

〈표1〉 북한이탈주민 의료상담실 연혁

DMFT 평가 기준	
1.2미만	매우 낮음
1.2~2.6	낮음
2.7~4.4	보통
4.5이상	높음

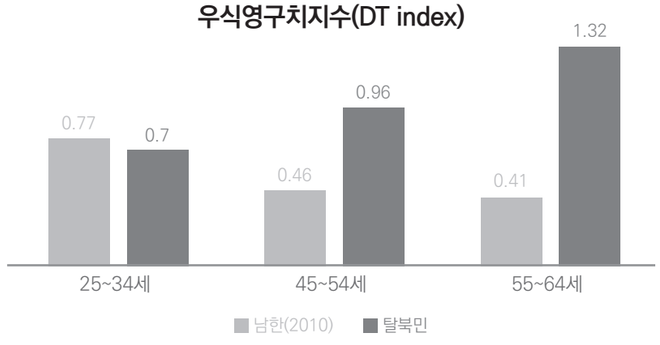
우식경험영구치지수(DMFT index)



2) 성인의 우식영구치지수(DT index)

조사대상집단의 1인 평균 보유 우식 영구치아 수

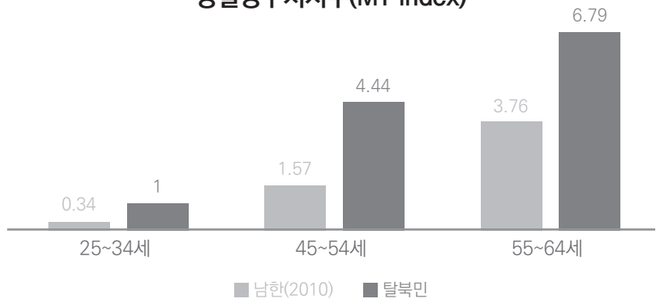
우식영구치지수(DT index)



3) 성인의 상실영구치지수(MT index)

조사대상집단의 1인 평균 상실 영구치아 수

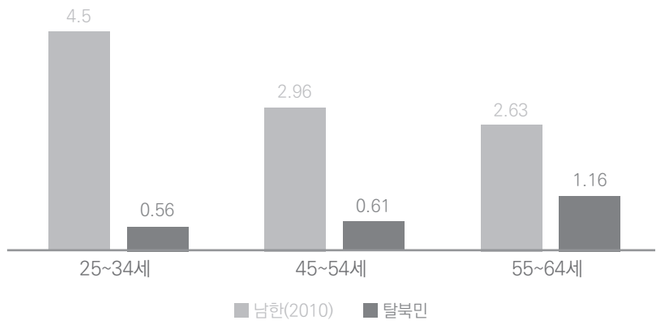
상실영구치지수(MT index)



4) 성인의 처치영구치지수(FT index)

조사대상집단의 1인 평균 처치 영구치아 수

처치영구치지수(FT index)



20

하나원 개원 20주년 기념
의료분야 세미나

"새로운 시작, 하나원이 함께 합니다"

제7회 하나의원 세미나

토 론 문

김건희, 전진용

전연숙, 서향란

오승진, 조재희

신덕재, 장은유

북한이탈주민의 올바른 복약을 통한 건강 유지, 증진 방안 모색

| 글. **김건희**(이화여자대학교 간호대학, 사단법인 통일간호포럼) |

최근 한반도의 주요 이슈는 판문점에서 이루어진 북미회담일 것이다. 평창 동계올림픽에서 재개된 남북한 교류는 4.27 판문점선언을 시작으로 6.12 북미정상회담을 거쳐 철도, 산림, 군사 등 다방면에서의 협의로 이어지고 있고 독일통일의 사례에서 보듯 인도적 차원에서의 보건의료분야의 논의 또한 활기를 띄고 있다. 하지만 독일의 사례와 달리 70여년간 지속된 남북분단은 정치, 이념은 물론 보건의료의 간극을 초래하였고, 북한 현황에 대한 실질적인 자료의 부족으로 격차 해소를 위한 기초자료 부족 또한 문제로 대두되고 있다.

이에 북한 상황에 대해 간접적으로나마 확인할 수 있다는 측면에서 북한이탈주민에 대한 관심이 높아지고 있다. 이인숙 교수님의 발제 또한 '먼저 온 미래'인 북한이탈주민을 대상으로 제한적이기는 하나 복약관련 특성을 확인하여 건강서비스 수용을 위한 현황을 파악했다는데 그 의의가 있다. 연구결과 북한이탈주민은 의료이용률이 높은 반면 언어적 측면과 기능적 측면 모두에서 건강문해력 정도가 낮았고, 약물지식의 정답률은 약 50%로 나타났으며, 약물오남용행위 정도가 높았다. 일반적 특성 중 성별에 따라 기능적 건강문해력, 약물지식 정도에 유의한 차이 또한 확인되었고, 정보 문해력 정도가 높을수록 약물지식 정도가 유의하게 높았고, 유의하지는 않았으나 약물오남용행위 정도는 낮았다. 즉, 북한이탈주민은 북한에서의 생활습관이 유지되고 있고, 남한 보건의료제도 속에서 사회문화적 차이, 특히 언어의 차이로 인해 특별한 건강문제를 겪고 있음이 확인되었다. 남한에서 의료서비스를 이용하는 과정에서 북한이탈주민의 약 30%가 진료 시 의료인의 설명을 이해할 수 없었고, 20%는 자신의 상태를 설명하는데 어려움을 겪었으며, 남한 의료인의 약 30% 또한 북한이탈주민의 질병에 대한 설명을 이해하지 못하였다는 연구결과가 이를 뒷받침한다.

올바른 복약은 질병치료 및 건강의 유지, 증진을 위한 필수불가결한 요소이다. 감염병과 함께 대사성질환의 높은 유병률을 보이는 북한주민과 북한이탈주민의 경우 정확한 약물복용이 더욱 중요하다. 질병 및 건강관리에 대한 지식부족이 복약오류행위 증가와 같은 부적절한 건강행위로 이어지며, 약물지식의 습득과 복약 자가관리능력 향상이 선행되어야 올바른 약물복용이 가능하다. 한편 질병 관련 지식과 복약 이행도 증진을 위한 가장 효과적인 중재는 교육으로 여겨지고 있다. 대상자 교육 시에는 건강문해력에 대한 고려가 선행되어야 하며 문해력 향상을 위해 픽토그램 등의 이미지 활용 등 다양한 방법의 모색을 제안하고 있다. 특히 그림을 활용한 정보 제공은 모든 환자, 특히 문해력이 낮은 환자에게 특히 유용하여 약명, 복용량, 복용횟수에 대한 지식습득 효과가 매우 크다고 보고되고 있다.

따라서 북한이탈주민의 올바른 복약에 따른 건강의 유지, 증진을 목적으로 교육적 간호중재를 고려할 수 있겠다. 발제에서 지적된 것과 같이 북한이탈주민이 상이한 언어와 보건의료제도로 인한 어려움을 겪고 있는 바 이미지를 활용한 교육중재 방안을 모색할 수 있겠다. 그러나 이미지는 사회문화적 배경의 영향이 상당하므로 남북한의 사회문화적 배경 차이를 고려한 교육중재가 요구되며, 특히 남성의 기능적 문해력과 약물지식 정도가 유의하게 낮은 것으로 확인되었으므로 이에 대해 고려가 필요하다.

현재 남북한은 오랜 시간 지속된 분단으로 인해 통역기가 필요할 정도의 언어 차이가 확인되고 있으며 이는 보건의료분야 또한 예외가 아니다. 간호분야에서는 1999년 대한간호협회 대의원 총회의 "남북한 간호지식과 정보의 교류를 위해 노력한다."라는 결의문의 채택과 함께 남북교류, 나아가 통일시대를 대비하기 시작하여 현재 사단법인 통일간호포럼으로 이어지고 있다. 2016년 3월 창립된 통일간호포럼은 2017년 4월 통일부 산하 사단법인으로 설립 허가를 받았으며, 간호사 중심 간호체계 통합방안 수립을 주요과제로 학문체계, 통합교육과정 개발, 간호업무 및 면허체계 정비, 관련 정책 개발 등 다양한 활동을 해오고 있다. 특히 '남북한간호학용어집'의 발간을 통해 간호분야 용어의 이질성에 집중, 남북한 간호용어의 통합을 도모하고 있다. 해당 용어집은 북한 간호교육의 주를 이루는 기본간호학과 성인간호학 중심으로 구성되어 있어 남북한 간 의사소통 증진에 기여할 것으로 생각된다. 소통의 향상은 건강문해력은 물론 약물지식 습득에 긍정적인 영향을 미치게 되어 결국 북한이탈주민의 건강 유지, 증진이 가능하게 하고 향후 남북교류, 나아가 통일시대 간호의 수요자와 공급자간 사전 준비를 위한 중요한 부분으로 자리매김할 것이다.

이인숙 교수님의 발제문을 토대로 간호측면에서의 북한이탈주민의 올바른 복약 실행에 따른 건강의 유지, 증진을 위한 교육적 방안을 제시하였다. 행동의 변화라는 교육의 성과를 위해서는 노력은 물론 상당한 시간이 소요될 것이다. 하지만 오랜 시간의 물방울이 커다란 바위를 쪼갤 수 있듯이 북한이탈주민의 건강한 생활 모색과 나아가 북한주민의 건강 증진에 기여할 수 있는 시대의 도래를 기대한다.

북한이탈주민의 약물 오남용

| 글. **전진용**(국립정신건강센터) |

북한이탈주민의 약물 오남용의 문제와 심각성은 많이 알려져 있습니다. 제가 북한이탈주민을 진료하면서도 어려움을 겪는 문제 중의 하나가 약물 오남용과 관련된 문제입니다. 이와 관련해서는 그동안 여러 논의들이 있었습니다. 북한에서의 경험 및 남북한의 의료제도 차이 등으로 보는 시각도 있었으며, 남북한 문화적인 차이로 보는 시각도 있었습니다. 즉, 탈북민들은 고난의 행군 이후 의료 제도가 붕괴되면서 자가 치료가 활발해지면서 약물 오남용이 있었으며, 또 북한의 여러 민간요법 활용 등 문화적인 측면도 이러한 점과 관계가 있다는 등의 시각입니다. 하지만 이에 대해서는 체계적인 연구가 없었습니다.

그런 면에서 이인숙 교수님의 발표는 북한이탈주민의 약물 오남용을 건강정보 문해력과 관련하여 알아보았다는 것에 의의가 있다고 할 수 있겠습니다.

저는 발표를 바탕으로 몇 가지 의견을 말씀드리고자 합니다.

1. 먼저 발표에서 보면, 북한이탈주민의 언어적 건강 문해력이 낮은데, 이는 남북한의 언어 문화적 차이 때문으로 생각할 수 있습니다. 따라서 하나원 단계에서부터 언어 및 문화적 차이를 고려하여 올바른 건강관련 습관을 가지도록 하는 것이 필요할 것으로 생각됩니다. 북한이탈주민들이 어려워 하거나 이해를 힘들어 하는 부분에 있어서의 건강 정보 제공등이 필요할 것입니다. 특히 약의 복용방법에 대해서는 80% 이상의 정답률을 보였지만, 약물의 사용 목적, 해당 약이 부작용과 같은 문항에서는 30% 내외의 낮은 정답률을 보였다는 점을 고려하면 좋을 것 같습니다.

또한 발표에서도 언급되었듯이 북한이탈주민은 생활습관병에 대해서도 인식이 높지 않았습니다. 북한이탈주민이 한국에 오게 되면 고혈압, 당뇨등 생활습관병에 대한 위험이 증가하게 되는데, 증상이 뚜렷한 다른 질병들과 달리 이러한 질병들은 자각 증상이 없기 때문에 북한이탈주민들이 이와 관련해서 건강 관련 행위를 하지 않거나 약을 안먹는 등의 행동을 할 우려가 있습니다. 이에 대해서도 관심을 가지고 도움을 줄 필요가 있을 것 같습니다.

이 연구는 탈북민의 지원 측면뿐 아니라 통일 대비를 위해서도 도움이 될 수 있을 것 같습니다. 탈북민이 북한의 인구 집단을 대표할 수는 없지만, 그럼에도 불구하고 탈북민들을 통한 이러한 경험들은 남북한의 의료 통합이나 향후 교류가 활발해진 이후를 대비한 대북 지원이나 교류에 실마리를 제공할 수 있을 것입니다.

다만 이들의 문해력 차이가 남북한의 언어에 기인한 것은 아닌지는 살펴봐야 할 것 같습니다. 하나원 입소생들의 경우 경험의 차이는 있지만 남한에서 흔히 쓰는 질병 관련 용어에 익숙하지 않을 수 있으므로 이에 대한 고려가 필요할 것 같습니다. 저도 북한이탈주민을 진료하면서 용어의 차이를 많이 경험하였고, 이러한 부분들이 고려되지 않는다면 북한이탈주민이 가지고 있는 지식들이 과소 평가될 가능성이 있습니다.

또한 사용된 설문지의 난이도 등을 고려할 때 사회인구학적 특성, 예를 들면 학력이나 교육수준, 연령 등의 차이가 있을 가능성이 있으므로 동일한 남한 사람들의 결과와 비교해 보는 것도 필요할 것입니다. 발표해서 제시된 '오심', '근친상간', '농가진', '포진'과 같은 용어는 경우에 따라 남한 사람들의 경우도 이해가 어려울 수 있습니다. 따라서 이러한 점들을 충분히 고려하여야 하겠습니다.

결론적으로 몇 가지 제한점은 있지만 이번 발표는 북한이탈주민의 약물오남용이 문제가 되는 상황에서 북한이탈주민들을 이해하고 이들의 정착을 도울 수 있는 다양한 아이디어를 얻을 수 있으며, 추후 남북한 의료 통합이나 교류에도 도움이 될 수 있을 것으로 생각됩니다.

'탈북청소년 건강행태 연구 : 한국 청소년과 비교'

| 글. **전연숙**(남북하나재단) |

1. 탈북청소년 건강행태 연구의 중요성

2012년 이후 전체 북한이탈주민의 입국자 수는 급감하는 추세로 최근 몇 년간은 연 1천여 명을 상외 하는 수준임. 그러나 청소년들의 입국은 오히려 증가하고 있는 바, 이는 북한이탈주민의 80%에 해당하는 여성이 북한과 중국에서 출산한 자녀의 입국 추진 우세 경향도 반영된 결과로 보임.

탈북청소년의 안녕, 즉 심리 · 정서적 및 신체적 건강, 학업 및 또래 집단에서의 적응 등은 이들의 부모인 북한이탈주민(특히 여성)의 정착과도 밀접한 관계가 있기에 더욱 중요함. 성장기의 탈북청소년 건강행태에 따라 남한사회에 정착하는 수준도 달라질 수 있고, 이들의 건강행태를 이해할 수 있는 기초자료는 탈북청소년 지원 정책수립 및 서비스 제공의 근간으로 활용될 수 있을 것임.

이러한 측면에서 탈북청소년을 남한청소년과 비교하여 건강행태를 살펴보는 것은 매우 의미 있고 시의 적절한 연구임.

〈표 1〉 탈북청소년의 연도별 · 출생지별 재학 현황(교육부, '18.4월)

(단위 : 명, %)

연도	구분	학생수				
		초등학교	중학교	고등학교	기타학교	계
'13	북한출생	532	270	380		1,182
	중국 등 제3국 출생	627(54.1)	208(43.5)	5(1.3)		840(41.5)
	계	1,159	478	385		**2,022**
'14	북한출생	534	313	357		1,204
	중국 등 제3국 출생	594(52.7)	371(54.2)	14(3.8)		979(44.8)
	계	1,128	684	371		**2,183**
'15	북한출생	541	344	341		1,226
	중국 등 제3국 출생	683(55.8)	480(58.3)	86(20.1)		1,249(50.5)
	계	1,224	824	427		**2,475**
'16	북한출생	450	359	391		1,200
	중국 등 제3국 출생	693(60.6)	414(53.6)	210(34.9)		1,317(52.3)
	계	1,143	773	601		**2,517**
'17	북한출생	361	332	408		1,101
	중국 등 제3국 출생	666(64.8)	394(54.2)	377(48)		1,437(56.6)
	계	1,027	726	785		**2,538**
'18	북한출생	262	315	353	78	1,008
	중국 등 제3국 출생	670(71.9)	367(53.8)	398(53)	95(54.9)	1,530(60.3)
	계	932	682	751	173	**2,538**

2. 용어의 혼란

연구자가 정의한 '탈북학생'과 '탈북청소년'의 개념이 명확하지 않아 연구를 이해하는데 혼란을 주고 있음. 연구에서 사용한 용어의 정의를 부처별 사용 용어를 고려할 필요가 있음.

북한이탈주민법 제24조의 2(북한이탈주민 예비학교의 설립) "①통일부장관은 탈북청소년(제3국에서 출생한 북한이탈주민의 자녀로서 부 또는 모와 함께 정착지원시설에 입소한 사람을 포함한다)의 ~"에서 탈북청소년이란 용어를 사용하고 있고, 동법 시행령 제38조의 2(공동생활시설의 이용지원 등) "① ~~(직계존속을 동반하지 아니한 사람만 해당한다. 이하 "무연고청소년"이라한다) ~"에서 무연고 청소년이란 용어가 등장함. 즉, 북한이탈주민지원법에서는 청소년에 대한 별도의 정의 없이 북한이탈주민에 대해서만 정의(법 제2조)하고, 탈북청소년, 무연고 청소년을 사용하고 있는 실정임. 이에 따라 통일부와 남북하나재단에서는 동 용어를 일반적으로 사용하고 있음.

〈표 2〉 북한이탈주민 자녀의 입국유형 및 관계 부처별 용어 사용 현황

(단위 : 명)

출생국	입국유형	관계 부처별 용어 사용		
		통일부	교육부	여성가족부
북한출생	가족 동반입국 또는 가족 선입국 후 단독 입국	탈북청소년*	탈북학생	이주배경청소년 또는 탈북청소년
	단독입국	무연고 탈북청소년		
중국 등 제3국 출생	가족동반입국	중국 등 제3국 출생 북한이탈주민 자녀		
	초청, 안내인을 통한 입국			
남한출생	해당 없음	남한출생 북한이탈주민 자녀	북한이탈주민 등 다문화가정 자녀	다문화가정 자녀

3. 자료수집 등 연구의 한계와 결과 해석의 제한

탈북청소년과 한국청소년 두 집단 간 비교가 적절할지, 두 집단의 비교 결과를 어떻게 일반화하고 해석할지 기술 추가가 필요함

① 남북하나재단(2019년 기준)의 지원으로 운영되는 대안교육시설(대안학교)은 6개, 방과후 공부방은 17개임(한겨레중고등학교, 여명학교, 드림학교 등은 제외). 이들 중 4곳만이 수락하여 양적 조사를 하고, 3곳의 교사 대상 질적 연구를 진행함.

이를 통해 탈북청소년 교육시설에서 조사하는 것의 어려움과 조사 대상의 표집의 한계가 존재할 것을 어렵지 않게 예상할 수 있음. 또한 질적 연구 대상에 대안학교 교사가 참여하다보니, 탈북청소년과 한국청소년의 비교에서 벗어나 '북한출생 청소년'과 '중국 출생 청소년'의 비교 연구처럼 해석되어 본 연구의 목적과는 차이를 보임.

② 탈북청소년(제3국 출생 청소년 포함)의 90%가 일반학교에 재학 중이며, 10%만이 대안교육시설(대안학교) 등 학교 밖에서 다양한 이유로 수학 중에 있음. 이 10% 중 일부가 연구에 참여하였고 일반학교에 재학하는 90%의 탈북청소년은 연구에 참여하지 않음.

〈표 3〉 탈북청소년 학교 유형별 재학 현황

(단위 : 명)

구분	학교유형								대안교육시설** (전일제)	계
	초등학교		중학교		고등학교		기타학교*			
	남	여	남	여	남	여	남	여		
재학현황 (교육부, '18.4월)	487	445	342	340	368	383	78	95		
	932		682		751		173		267	2,805
	2,538									

* 특수학교, 공민학교, 고등공민학교, 고등기술학교, 각종학교, 방송통신중·고등학교 등

** 대안교육시설(통일부, '18.6)

이 연구에서 비교 통계자료로 활용하고 있는 '청소년 건강행태 온라인 조사'는 중1~고3까지 일반학교에 다니는 재학생 약 7만 명을 대상으로 보건복지부가 질병관리본부를 통해 실시하는 국가통계조사임(통계청 홈페이지 검색, 2019.6.30.)

일반학교를 다닐 경우, 관련법에 의거한 정규 교육과정에 의해 교육이 이루어지고 있어 대안교육시설의 교육환경 및 인프라와는 질적, 양적으로 차이가 있을 것으로 예상됨. 즉, 일반학교는 보건교육이 포함된 교과 과정, 성교육 등 필수적인 각종 법정교육, 운동장 · 체육관 등 시설에서 진행되는 체육시간, 또래 친구들과의 규칙적 활동 등 관계 형성 및 유지, 기숙사인 경우도 있지만 일반적으로 집과 학교를 통학하는 경우가 다수 등 건강행태에 영향을 미칠 수 있는 요인이 다양한 반면, 이 연구의 대상인 탈북청소년이 재학하는 대안교육시설은 상대적으로 그렇지 못한 차이와 한계가 있음. 이러한 요인들은 건강행태에 영향을 미칠 것으로 예상되며 두 집단 간 비교 연구에도 한계가 있어 보임. 예를 들면, 식생활 행태에서 아침결식률이 남한학생에 비해 탈북청소년이 높고, 과일과 우유섭취량이 낮은 결과는 학생의 거주가 기숙인지, 자가인지의 영향력이 상당 작용했을 가능성이 있음.

토론자는 이러한 요인은 탈북청소년의 건강행태 상 취약성이 과장되게 연구결과로 도출될 수 있는 가능성을 제기함.

4. 탈북청소년 건강행태 연구 및 지속적 모니터링 필요

우리나라 주요 사망 10대 사인은 암, 뇌혈관질환, 당뇨병 등 만성질환이 대부분 차지하고 있는데, 이는 장기간에 걸친 흡연, 음주, 신체활동부족, 과체중 등 잘못된 건강행태와 관련됨. 이미 잘못 형성된 건강행태는 교정이 어려우므로 건강행태 형성 단계인 아동 · 청소년기부터 건강행태의 지속적인 조사와 모니터링이 필요하며, 이를 근거로 탈북청소년 건강지원 정책수립 및 지원 서비스를 개발 · 보급할 수 있을 것임. 연구자가 연구 자료로 활용한 '청소년건강행태 온라인 조사'는 2005년부터 보건복지부(질병관리본부 시행)가 교육부와 공동으로 매년 조사 실시하고 있는 통계청 승인통계 조사임.

상술한 바와 같이 탈북청소년의 건강행태 연구는 열정 있는 개인 연구자가 탈북청소년을 일일이 찾아가며 조사 · 연구하는데 매우 제한적일 수밖에 없음.

따라서 탈북청소년의 90%이상이 일반학교 내에 재학하고 있는 바, 보건복지부-교육부가 실시하는 '청소년건강행태 조사'로 탈북청소년을 포함될 수 있도록 하고 통계자료는 연구가 가능하도록 제공하는 방안이 필요해 보임. 그 외 적응과 관련된 실태조사는 남북하나재단이 실시하는 '탈북청소년 실태조사'를 강화하여 시행하고 두 조사 모두 통계청 승인 통계이기 때문에 관심 있는 연구자들이 동 통계를 활용할 수 있도록 제공하여 관련 연구가 활성화 되도록 해야 할 것임.

탈북민 자녀의 건강문제 관련 사례

| 글. **서향란**(충남대학병원 內 제2호 북한이탈주민의료상담실 실장) |

지난 8년간 새롭고 하나된 조국을 위한 모임(이하, 새조위라고 함)에서 의료상담사로 일을 하면서 현장에서 경험한 몇 사례를 이야기 하려고 합니다.

충남 대전 소재 충남대학병원 내의 '북한이탈주민의료상담실'(이하 상담실이라고 함)에는 대부분 성인들이 이용을 하고 탈북청소년 환자는 매우 적다. 하지만 부모들의 상담과정에 자녀들의 이야기가 거론되고 있고 자녀의 심리적 문제를 비롯하여 가족 구성원들 간의 복합적인 상황이 드러나는 경우가 많다. 특히 중국에서 출생한 청소년 비율이 72%가 된다. 이들은 엄마가 인신매매를 통해 아빠를 만나 살면서 엄마가 아빠 및 시댁, 주변사람들로부터 폭행과 폭언을 당하는 것을 보아왔기도 하고 더 중요한 것은 중국 공안에 족쇄를 차고 붙잡혀 가는 엄마의 모습을 직접 목격하고 엄마의 강제북송을 경험한 학생들이 많다. 제3국 출생 청소년(이하 중도입국 청소년)들은 엄마가 한국으로 옴에 따라 어려서부터 엄마와 이별하였고 엄마가 없는 기간에 슬픔과 두려움을 경험하였다.

엄마가 남한에서 정착을 한 이후 자녀들과 연락이 닿아서 순차적으로 한국으로 들어와 보니 엄마는 이미 한국에서 또 다른 가정을 꾸리고 있는 경우가 많다. 중도입국 청소년들은 엄마를 만나는 기쁨도 잠시 또 다른 환경에서 갈등이 생겨나고 있다. 엄마와 함께 살면서도 언어가 통하지 않는 한국 땅에서 마음을 터놓고 시원하게 자신의 어려움을 이야기 하지 못하고 혼자 고민을 하게 되는 사례를 많이 접하게 된다. 최근 엄마들과의 상담에서 가장 많이 듣는 사례는, 엄마가 먼저 한국에 들어와 살면서 자녀를 데리고 오더라도 자녀는 엄마가 가장 필요한 시기인 유아기 때 엄마와 함께 생활하지 못해서 엄마와 함께 살면서도 불리불안 증세를 보여서 엄마 혼자서 아이의 불안 증세를 감당할 수 없어서 지역의 소아상담기관 도움을 받고 있는 경우가 의외로 많이 있었다.

이 자리에서는 대안학교 등 집단생활(숙식학교)을 하고 있는 학생들보다 지방에서 부모 및 보호자와 함께 생활 하고 있는 학생들의 자해와 자살시도, 결핵과 간염, 학교생활의 부적응, 구강 문제를 짚어보고자 한다.

1. 사각지대에 있는 탈북청소년 심리적 불안 증상

북한이탈주민 자녀들의 심리적 · 정서적인 문제는 한국의 아이들과 다른 점이 있다. 국경을 넘는 일, 제3국에서의 삶, 낯선 한국에서의 삶, 또 다른 국가로의 여정 등 혼란을 겪는 요소들이 많다고 볼 수 있다. 부모님이 한국에서 살면서 적응하지 못해서 제3국으로 떠났다가 다시 한국으로 돌아오는 경우에 자녀들이 느끼는 소외감은 더욱 크다. 부모를 따라 한국에 돌아왔지만 기존에 살던 지역으로 가지 못하고 연고가 없는 지역에서 다시 사회관계망을 만들어가야 한다는 점이다. 그동안 함께 생활했던 탈북 동료들과 하나센터, 신변보호 담당관들과의 관계도 단절로 이어진다. 의지할 곳이 없는 탈북 청소년은 정체성의 혼란과 불안정한 삶으로 불안과 스트레스로 인해 부모와 갈등을 야기하고 심리적 불안감과 고독함으로 자해나 자살까지 시도하여 병원에 오기도 한다.

사례 1

A씨는 중국에서 태어 난 딸을 데리고 한국에 입국하여 8년을 살다가 한국에 적응하기 힘들었고 자녀에게 영어공부를 더 시키고 싶은 마음으로 딸과는 상의도 없이 캐나다로 이주를 했다. 그러나 9개월 정도 캐나다에서 살면서 딸도 적응을 못하고 비자 연기도 되지 않아 다시 한국으로 돌아오게 되었다. 딸은 이미 그 과정에서 많은 상처를 받게 되였고 친구가 없는 캐나다에서 홀로 외로움에 힘들어 하였다.

A씨는 캐나다로 가면서 집은 이미 국가에 반납을 하였고, 갈 곳이 없어 대전으로 오게 되었다. 딸은 대전에 와서도 학교도 갈 수 없고 친구도 없고 9개월 동안 외로움으로 우울증으로 자해와 자살을 2번이나 반복을 하였다. 이미 마음에 상처가 가득한 딸은 엄마와의 회복이 힘들어 정신과 치료를 받고 있다. 엄마는 딸을 위해 지금까지 힘들게 일을 하고 딸을 지키기 위해 헌신했다고 하지만 딸은 엄마의 모든 행동은 엄마의 욕심이고 자신을 한 번도 헤아리고 생각해준 적이 없다고 한다. 두 번의 자해와 자살시도로 인한 상처는 이미 가슴 깊은 곳에 남아있었다.

2. 직행으로 입국한 청소년의 결핵과 간염

북한 내부의 '전염병 예방 및 관리'가 국내의 북한 연구자들이 꼽은 가장 시급한 남북협력 과제로 조사됐다. 북한은 고난의 행군으로 전기 공급 등 사회 기반시설이 붕괴하면서 의료서비스가 제대로 작동하고 있지 않다. 전염병이 한국으로 전파될 가능성이 높다는 분석이다. 지난해 세계보건기구(WHO)가 발간한 자료를 재구성한 결과 2016년 기준 북한의 인구 10만명당 결핵 사망자는 38.7명으로, 사망률이 한국의 11.3배에 달한다. 감염성 · 기생충성 질환으로 인한 사망률도 4.5배에 달한다. 현재 북한에는 백신이 부족해 영유아 대상 필수 접종조차 이뤄지지 않고 있으며 보건의료 기반시설이 평양 이외의 지역에서는 크게 부족한 상태라고 지적했다. 두 번째로 시급한 현안으로 '인프라 구축'(19%)을 꼽은 까닭이다.(출처:한국일보)

현재 북한에서 직행으로 오는 탈북청소년들은 북한에서 한 번도 예방접종을 맞은 적이 없다고 한다.

사례 2

B학생은 16세로 직행으로 한국에 왔으며, 하나원을 수료한 후 초기 거주지에서 대전으로 이주를 해 온 청소년이다. B학생은 9년 전 북한에서 부모님께서 사망하여 현재는 고모와 함께 살고 있다. 그는 북한에서 B형간염으로 앓았던 병력이 있었지만 한국에 와서 정기적인 검사와 관리를 받아야함에도 병원을 찾지 않았고 관리도 전혀 하지 않았다. 어느날 갑자기 고열이 나면서 건강에 이상 증상을 느껴 병원을 왔을 때는 간기능 수치가 급격하게 상승이 되어 급성 간염으로 악화된 상황이었다. B학생은 현재 병원에서 입원 치료중이다. 담당의사께서는 집중적으로 치료가 필요하며 향후에도 주기적으로 검진이 필요하다고 하였다.

3. 학교생활의 부적응으로 심리적 불안 증상

북한이탈아동청소년들은 학교에서 왕따. 학교부적응, 기초학습부족 등의 문제를 안고 있어 한국 사회에 적응하는데 더욱 어려움이 있다고 생각된다.

사례 3

C학생은 11살에 직행으로 엄마와 함께 한국으로 와서 일반학교에 들어가 공부를 했다. 그러나 사투리와 억양으로 왕따를 당하고 친구가 없어 학교가기 싫어하고, 엄마는 강제로 학교를 보내는 생활을 반복하면서 딸은 많이 힘들어 하였다. 시간이 지나면서 딸은 우울하고 심리적으로 불안 증세를 보였다.

어느 날 딸은 엄마 할 말이 있어요. "엄마 나는 엄마랑 북한에서 가난하고 배고팠던 그때가 그리 워요. 엄마 우리 다시 돌아가면 안 될까요? 나는 다시 가면 절대 배고프다는 말을 하지 않을 게요"라고 말을 했다고 한다.

그때로 돌아 갈수 없는 사실을 누구보다 잘 알기에 엄마는 마음이 아팠지만 딸을 위해서 큰 마음을 먹었다. 딸에게 용돈을 많이 쥐어 주어서 학교에 가서 친구들에게 맛있는 것을 많이 사주도록 하였다. 그 이후로 친구들이 조금씩 생겨 친구들과 어울려 놀 수 있었다고 한다. 엄마는 기초생활수급비로 생활을 하는 어려운 상황이지만 하루에 딸에게 2만원을 용돈으로 쥐어 주어서 딸이 학교 생활을 하도록 노력하고 있다.

4. 구강문제

남한은 자녀 출생 전부터 임신육아교실 등 구강관리에 대한 다양한 교육을 통해 구강에 대한 위생은 잘 지키고 있으며, 장애를 가진 어린이들의 구강 진료도 확대를 하고 있어서 구강건강의 사각지대가 없어 보인다. 하지만 북한이탈주민은 어려서부터 부모로부터 교육이나 관리를 받지 못해서 구강문제가 심각한 수준이다. 게다가 중도 입국한 청소년도 인신매매에 의한 혼인으로 자녀가 태어났지만 제대로 된 관리를 받지 못했다. 엄마의 강제 북송으로 또 하나의 위기를 맞은 자녀들은 할머니 혹은 아빠가 키우면서 자녀들의 구강에 신경을 쓰지 못해서 어린 시절부터 이가 썩어 청소년 시기에 어금니가 하나도 없는 탈북 청소년과 중도 입국 청소년들이 많다.

사례 4

2001년에 태어난 D학생은 엄마의 얼굴도 알기 전에 엄마가 중국 공안에 체포되어 북송이 되어서 중국에서 할머니와 할아버지 손에서 자라게 되었다. 엄마는 북송이 되어 1년간 감옥생활을 후에 재 탈북을 하여 중국으로 왔지만 이미 북한 여성이라고 알고 있는 동네에 들어가지 못하고 다른 지역에 가서 가정보모로 5년을 살다 한국에 입국하였다.

그 후 18년 만에 아들을 찾아 한국에 데려왔지만 어엿하게 자란 아들을 보고 기쁨도 잠시, 어려서 할머니 손에서 자란 아들은 치아관리를 하지 않아 어금니가 없고, 덧니와 엇갈리게 자란 치아로 인해 고기와 딱딱한 음식은 전혀 먹지 못하였다. 엄마는 아들을 만난 기쁨보다는 자신 때문이라는 죄책감으로 마음이 아팠다고 한다. 그러나 막상 치과를 방문한 엄마는 치과비용이 만만치 않아 지금까지 치료를 미루고 있는 상황이다.

탈북청소년들의 건강은 부모의 몫으로만 맡겨 놓아서는 안 된다고 생각한다. 부모님들은 나름대로 한국 땅에 적응하기 위해 매우 바쁘고 때로는 자신들도 스스로 건강을 돌보지 못하는 경우가 허다하다. 대안학교에서 정기적인 건강검진을 비롯하여 부모 대상 자녀의 예방접종과 건강관련 정보안내가 필요하다. 그리고 탈북청소년 스스로에게 자신의 신체 및 정신 건강관리 방법 등에 대한 교육도 요구되는 상황이다. 또한, 북한이탈주민을 돕는 관련기관에서는 탈북청소년들의 신체 · 정신적 건강에 관심을 가질 수 있도록 제도 및 프로그램 운용이 필요하다.

충남대병원에서는 병원 내 상담실에서 대상자를 추천하여 지역사회 북한이탈주민의 무료 건강검진을 실시하고 있다. 현재는 성인대상으로 건강검진을 실시하였으나 검진 대상자를 탈북 청소년으로 확대하여 검진을 지원할 필요가 있다고 생각한다.

충남대병원에서는 5년 전 북한이탈 청소년(9~26세)의 자궁경부암 예방접종을 무료로 실시하였고 부모님들로부터 매우 좋은 의료지원으로 감사의 인사를 받기도 하였다. 향후에는 의료정보가 부족한 북한이탈주민들 대상으로 자녀들의 건강에 대한 부모교육, 다양한 의료정보, 건강지킴의 프로그램을 지원 받을 수 있도록 병원의 사회사업실과 협력할 계획이다.

북한이탈주민 의료상담실 운영 사례 관련

| 글. **오승진**((사)통일간호포럼 사무국장) |

Ⅰ. 서론

① 국내 입국한 북한이탈 주민의 수는 2019년 3월 기준 32,705명으로 2005년 이후 꾸준히 증가하였고, 이 중 여성의 입국 비율은 2002년을 기점으로 남성 비율을 넘어서 전체 북한이탈주민의 약 72%로 보고되고 있음(통일부, 2019).

② 대한민국 정부는 북한이탈주민의 안정적인 사회 정착을 위한 주거, 의료, 교육, 취업 등 다양한 정착지원과 제도를 마련하고 시행하고 있으나, 여전히 북한이탈주민은 정신, 심리, 신체, 사회 및 경제적 문제를 가진 채 어려움 속에서 생활하는 경우가 많음 .

③ 특히, 대다수를 차지하는 북한이탈 여성은 일반적으로 탈북과정이나 제3국 체류과정에서 육체적, 정신적, 심리적 고통과 인권유린을 경험하고, 이는 남한사회에 정착하는 과정에서 상당한 영향을 줌. 뿐만 아니라, 북한이탈 여성의 56%가 세대주로, 본인 스스로 정착해야하는 문제와 더불어 가족을 구성하고 자녀를 양육하는데 핵심적 역할을 담당하므로 미래세대인 북한이탈주민 2세의 정서, 심리, 신체 건강상태에도 직접적인 영향을 미침. 따라서 북한이탈주민의 문제는 단순히 개인의 차원이 아닌 가족공동체의 통합적 관점에서 접근해야함.

Ⅱ. 본론 - 북한이탈주민의 문제

1. 정신·심리적 어려움

① 북한이탈주민은 오랜 시간 사회주의 체제의 폐쇄된 사회에서 살아왔기 때문에 한국의 자본주의사회 환경에서 경험하는 무력감과 좌절감으로 인해 자신감을 상실하고 위축되기 쉬움. 또한 대부분의 북한이탈주민이 두고 온 가족에 대한 죄책감이나 부담감을 안고 있으며, 미래에 대한 비전이나 희망을 찾기가 어려운 상황임.
또한 북한에서의 생활이나 탈북의 과정, 그리고 남한에서 정착하는 삶 속에서 극한의 상황에서 생사를 위협받고, 이방인으로서 차별받는 경험을 하며 이로 인한 외상 후 스트레스 장애, 우울과 불안, 자살, 신체화 경향 등을 나타냄

2. 신체적 어려움

① 북한이탈주민은 재북 당시 영양부족과 위생불량, 보건의료체계가 붕괴된 열악한 환경에서의 생활, 약물 오남용과 자가진단 및 민간요법의 사용 등이 영향을 미쳐 건강수준은 매우 취약함. 또한 입국 후에도 질병에 대한 설명을 알아듣기 힘들거나 상담 시 의사전달의 어려움 등의 문제로 의료서비스에 접근이 원활하지 않음.

② 북한이탈 주민의 주요한 건강문제로는 부인과질환, 결핵 및 간염 등의 감염성 질환, 치과문제, 약물중독 및 오남용 문제, 영양문제 등이 두드러짐. 또한, 남한에서의 식생활 변화는 만성질환에 이환될 수 있는 가능성을 높이며 새로이 고혈압, 당뇨, 대사증후군 등의 문제가 북한이탈주민의 주요 건강문제로 대두됨.

3. 사회·문화·경제적 어려움

① 북한이탈주민의 의사소통과 대인관계 문제, 가치관의 차이 등은 경제활동을 위한 직업생활을 이어나가는 데 있어 중요한 문제로 논의되고 있음. 이는 단순히 언어의 다름에서 오는 단편적인 문제만이 아닌 문화의 차이에서 기인하는 것으로 타인과의 상호작용에서 이질감을 느끼는 경우가 많으며, 인간관계의 발전에 어려움을 경험하고, 대화나 여가 생활에 자연스럽게 어울리지 못하는데서 오는 소외감이 한국사회 부적응의 큰 요인이 됨.

② 사회적인 부분에서는 한국사회에서 흔하게 쓰는 영어 및 한자, 고도로 생활화된 컴퓨터 사용, 사회주의와는 다른 복잡한 경제적 현상, 지지체계의 부족, 낮은 임금이나 긴 근무시간과 직장의 거리, 육체적, 정신적 어려움 등의 요소가 북한이탈주민의 사회적응의 장벽으로 작용하게 됨.

Ⅲ. 결론 및 제언

① 북한이탈주민은 위와 같은 문제해결에 있어 상담 또는 치료의 필요성을 인식하고 있으나, 실제 치료적 환경에 대한 접근율이 상당히 낮음. 하나원에서는 심리평가, 고위험군 분류 및 정신과 전문의 치료연계 등의 프로그램 실시. 하나원 퇴소 후 지역사회 중심의 치료받을 수 있는 기관과 연계를 통한 건강관리 등 다양한 노력이 이어지나 개인정보 보호 및 북한이탈주민에 대한 보안정책으로 인해 기초자료를 제공받기 어려워 이 또한 접근이 쉽지 않음. 따라서, 지역사회를 기반으로 한 심리, 정서, 신체, 사회·문화적인 부분까지 아우르는 체계적인 의료 및 상담 시스템이 필요함.

② 이러한 관점에서 새조위에서 실시하는 의료상담실의 운영은 좋은 모델이 될 수 있음. 이와 더불어 하나센터, 북한이탈주민 전문상담사, 정착도우미, 신변보호담당관 등 서비스 제공자들 간에 중복된 역할을 조정하여 북한이탈주민에게 통합적이고 효율적인 지원 체계가 마련될 수 있도록 고민이 필요한 시점임. 또한, 또한 전문상담사 양성체계와 교육과정의 질 관리를 철저히 하여 안정적 상담관계 형성과 일관성 있는 서비스 제공이 이루어질 수 있도록 해야 함.

③ 향후 북한이탈주민의 현황과 복합적으로 나타나는 문제 등을 면밀히 파악할 수 있는 체계를 구축하여 명확한 실태조사가 선행되어야 할 것이고, 이러한 문제를 충분히 내어 놓고 해소할 수 있는 활발한 네트워크의 구성, 상담사와 북한이탈주민의 1:1 매칭을 통한 멘토링 프로그램 등을 기획하면 좋을 듯함.

④ 북한이탈주민의 개인적인 입장에서도 그들의 원활한 정착을 돕고 지속적인 발전을 도모하기 위해서는 북한이탈주민 전문상담사 등의 전문 인력 양성을 위한 교육 및 지원제도 마련을 제안함. 북한이탈주민 출신의 상담사는 상호 이해와 동질감을 바탕으로 뒤늦게 입국한 북한이탈주민에게 남한사회 정착을 위한 징검다리 역할을 해줄 수 있는 가치 있고 소중한 인력자원임. 따라서 북한이탈주민이 안정적으로 정착하고 더 나은 교육을 통해 의료 전문가로 당당히 설 수 있는 경제적, 제도적 지원이 더욱 강화되어야 할 것임.

북한이탈주민 의료상담실 운영 사례 - 위기 상황관리를 중심으로

| 글. **조재희**(대구하나센터) |

탈북민 정착지원 현장의 핵심 중요 영역이지만 자원발굴과 연계, 그리고 이후의 사례관리까지 쉽지 않은 "의료" 영역에 지난 13년이라는 긴 시간을 탈북민과 함께 해 오신 신미녀 대표님과 새조위의 헌신에 깊은 감사를 느낀 발표문이었습니다.

탈북민 정착지원 정책방향은 보호대상에서 자립, 자활의 주체로 설정하고 지원 제도들을 단계적으로 전환해 왔으나, 발표문의 내용처럼 심신상의 건강문제는 세밀한 제도만으로 해결되지 못하는, 가장 중요한 개인의 삶과 연결되는 부분임은 우리 모두가 잘 알고 있습니다.

특히 오늘 발표 사례들에서도 나타나듯 북한사회와 제3국에서의 생활, 보호기관 등을 거치며 한국으로 오신 탈북민들의 건강영역은 사회문화적 차이, 의료기관 경험의 차이, 심리적 어려움이 있습니다. 이러한 다양한 탈북배경이 중첩되어 나타나는 경우가 많아 지역사회의 자원연계는 물론 탈북민의 삶을 깊이 이해하고, 의료진과의 소통에서의 원활한 연계자의 역할이 매우 중요한 복합 서비스라 하겠습니다.

그러한 측면에서 새조위를 통해 서울의 국립의료원을 포함 5개 지역에서 운영되고 있는 '의료상담실'은 탈북민 의료지원 서비스의 가장 적합한 모형으로 여겨지며, 이와 같은 의료지원체계가 전국으로 확산되어 탈북민 의료서비스의 지역적 편차를 최소화할 필요성이 있다 보여 집니다.

아울러 저의 토론은 오늘 발표에 덧붙혀 정착현장에서의 경험을 바탕으로 지원현장의 태도와 의료지원 위기 상황에 대한 세 가지 말씀을 드리며 토론을 마치고자 합니다.

첫째는 지원 영역에 정착시기에 따른 탈북민의 변화된 상황과 욕구를 세밀히 살펴 서비스의 내용에 차이가 필요합니다.
우리 사회 탈북민의 본격적 정착은 18년을 넘고 있습니다. 초기 정착 시 북한과 중국, 제 3국내의 누적된 스트레스, 문화적응스트레스, 경제적 적응, 사회적 지지체계가 미비할 때 집중되어야 할 내용과 정착기간이 길어질수록 새롭게 대두되는 상황과 변화되는 욕구가 발생하는 것을 지원현장이 파악하여 적절히 개입하는 균형감 있는 현장의 태도가 요구됩니다.

둘째는 탈북민의료지원체계의 지역적 편차를 줄이기 위한 서비스 표준화가 필요합니다.
현장 의료지원에서 가장 어려움을 겪을 때는 오늘 위기상황관리사례와 같은 경우입니다. 특히 중증장기질환의 독거세대와 같은 경우 지역 현장의 지속적인 사례집중이 힘든 경우가 많아 당사자는 물론 사례담당자의 책임과 소진이 이어질 때가 많습니다. 새조위의 의료상담실과 같은 역할, 특히 중증질환의 간병과 서비스 연계가 지역사회 전체에 확대될 수 있도록 하는 방안에 검토를 부탁드립니다.

셋째는 탈북민 커뮤니티의 활성화를 돌봄이 필요한 의료지원영역과 연계하고 이를 위한 인적, 물적 인프라 강화가 필요합니다.
이미 이 제도는 새조위에서 시행하는 것으로 알고 있습니다. 지역사회에는 탈북민의 커뮤니티가 활성화되어 있고 지역 사회 곳곳의 다양한 영역에서 자원봉사 등으로 지역사회와 소통하고 있습니다. 특히 탈북민 무연고 장례와 독신세대의 간병, 어르신 돌봄 사업의 영역은 누구보다 탈북민 당사자들의 역할이 중요히 여겨지는 부분입니다. 이러한 탈북민 사회적 돌봄의 영역이 체계적으로 구체화 되어 탈북민들에게는 일자리 제공과 아울러 사회 활동 영역을 제공하고 돌봄이 필요한 탈북민들은 필요한 서비스를 제공받을 수 있는 방안이 마련되기를 바랍니다.

북한이탈주민의 하나원 치과진료형태에 관한 토론(2003년부터 2018년까지)

| 글. **신덕재**((사)열린치과봉사회) |

1. 머리말

15년간 하나원에서 북한이탈주민이 어떤 치과 치료를 받고 어떻게 진행되어 왔으며 앞으로 어떤 방법을 더 발전 추구해 나가야 하는지 토론하고자 한다.

2. 토론

1) 2003-2005년 사이의 치료형태

① 초창기이어서 북한이탈주민에 대한 치과 진료가 체계적이고 심도가 있지 못했다.-간이 치과 진료실 운영[1]

② 2003~2005년까지 일반치료 84.6%, 보철치료 15.4%로 나타나 일반치료가 많은 것을 알 수 있다.[2]

③ 차츰 북한이탈주민들이 보철에 큰 관심을 갖기 시작했다.

2) 2006-2009년 사이의 치료형태

① 2006년부터 북한이탈주민의 수가 연 2000명대를 넘으면서 북한이탈주민에 대한 치과 치료의 중요성이 강조됐다.

② 2006-2009까지 일반치료 80.6%, 보철치료 19,4%로 아직 보철치료의 비중이 그리 크지 않다.[3]

③ 북한이탈 주민들이 씹는 기능과 심미적 기능에 대해 인식을 하게 되어 보철치료가 점점 늘어나는 추세이다.

3) 2010-2018년 사이의 치료형태

① 2006년부터 2012년까지 북한이탈주민의 수가 2000명대를 이루다 2013년부터 2018년까지 1000~1500명 수준을 유지하고 있다.

② 2003년 2월부터 본관 2층에 치과 진료실을 설치하여 2003년 9월부터 열린치과의사회가 치과 진료 자원봉사를 시행하였다. 따라서 체계적이고 심도가 있는 진료가 가능했다.[4]

③ 2010~2018년까지 하나원 제공에 의하면 일반치료 75%, 보철치료 25%[5]이나 열린치과봉사회에서 제공한 바에 의하면 일반치료 68%, 보철치료 32%[6]이다. 특히 2016년에는 보철치료가 66.1%에 달했다. 이는 북한이탈주민들이 하나원을 퇴소 후 직장을 구한다거나 섭식에 도움을 받기 위해 보철의 중요성을 크게 인식하였다는 것이다.[7]

④ 보철치료 내용을 분석해 보면 2010년부터 2018년까지 메탈 크라운이 36.68%, PFM이 52.90%, 부분 틀니가 8.2%, 완전 틀니가 1.9%로 나타났다.[8] 이는 섭식을 위해 구치부의 메탈 크라운과 전치부에 심미적 효과를 위해 PFM(포세린 크라운)을 많이 했다는 뜻이 된다.

3. 제 언

① 증가해 가는 북한이탈주민들의 보철치료 욕구를 충족시키기 위해 국가적 지원이 필요하다.

② 북한이탈주민들의 희망은 안정적 정착을 위해 구강 보건 증진뿐 아니라 안정된 직업이 급하다고 한다. 안정적 직업은 부수적으로 구강 보건 증진에 큰 도움이 된다.

③ 통일부, 국가기관이 하나원을 퇴소한 북한이탈주민들의 건강관리 및 구강 관리를 위해 진료소를 더 개설할 필요가 있다.

④ 북한이탈주민들이 하나원을 퇴소한 후 계속 남한 정착에 도움이 되도록 정착지원센터가 더 필요하다.

1 하나원 제공
2 하나원 제공. 북한이탈주민 건강 증진방안에 관한 세미나·통일부 하나원 p13. 2009.6
3 하나원 제공
4 하나원 제공. 열린치과봉사회 제공
5 하나원 제공
6 열린치과봉사회 제공
7 열린치과봉사회 제공
8 열린치과봉사회 제공

4. 결 론

① 이승표 교수님의 발제와 같이 북한과의 상이점을 학술적, 임상적 등 모든 분야에서 빨리 해결해야 한다.

② 20년간 하나원에서 북한이탈주민에게 치과 진료를 한 열린치과의사회에서 볼 때 구강 진료뿐 아니라 북한이탈주민들이 퇴소 후 어떻게 하면 빨리 바르게 정착하느냐 하는 문제를 연구해야 한다. 2008년 북한이탈주민의 취업률은 12.7%로 실업률이 87.3%에 이른다.[9]
남북하나재단이 발표한 '2018 북한이탈주민 정착실태조사'에 따르면 더 나은 남한생활을 위해 필요한 지원 1순위로 '취·창업 지원(24.9%)'이 꼽혔다. '먹고 사는 문제'가 북한이탈주민의 최대 관심거리인 셈이다.[10]

③ 퇴소한 북한이탈주민을 위해 더 많은 진료소가 필요하다.

④ 북한이탈주민의 의식구조의 증진이 필요하다. 2008년 연합뉴스에 의하면 86%가 중하류층이라 하고 7.5%만이 중상류층이라 했다.[11]

9 YTN 2008년 8월 9일 보도
10 남북하나재단 제공·연합뉴스 2019.6월 4일
11 연합뉴스 2008년 3월 10일 보도

하나원 북한이탈주민의 구강건강 상태

| 글. **장은유**(하나원 치과) |

우선 하나원에서 북한이탈주민을 진료한 경험을 함께 나누고, 탈북민의 구강건강 상태와 향후 개선 방안에 대해 의견을 나누었으면 좋겠습니다. 각 기수가 하나원에 입소하면 치과에서는 우선 구강검진을 위해 파노라마를 촬영하고, 보호센터에서의 치료를 확인하고, 검진을 시행해 연계된 치료 계획을 수립합니다. 제가 아직 오랜 기간의 경험은 없지만, 5개월 정도 진료를 하면서 느꼈고 같이 나누고 싶은 얘기라고 생각하고 편하게 들어주셨으면 좋겠습니다.

지금까지 일곱 기수 약400여명의 탈북민을 검진하고 진료하면서 제일 처음 느꼈던 것은 생각했던 것 보다 치아 상태가 좋다는 것입니다. 물론 치아 상태가 좋다는 것이 치료할 치아가 없다는 표현은 아닙니다. 여기서 좋다는 표현은 남북한 비교시에 그렇게 크게 차이가 나는 것은 없다는 것입니다. 물론 탈북민들이 치아 치료 경험은 많이 없어서, 이승표 교수님 통계에서처럼 DMFT index(우식경험영구치지수)는 안 좋을지 몰라도, 25세에서 34세 사이에 DT index(우식영구치지수)가 오히려 탈북민이 남한 통계치보다 좋듯이, 단지 치료의 기회가 없었을 뿐이지, 구강 건강 상태가 현저히 떨어지지 않는다는 것입니다.

이승표 교수님의 하나원 파노라마 분석에서도 보았듯이 탈북민들은 대부분 북한에서 치과 치료 경험이 많이 없었다고 얘기합니다. 하나원 입소시 치료된 보철물은 대부분 중국에서 치료를 받았다고 합니다. 그래서 하나원 초기 입소시 파노라마에서 보이는 보철물은 북한에서의 치료로 보기는 어렵습니

다. 그런데 대부분 공통적으로 보이는 특징이 있습니다.

1) 첫째로, 6번치아의 우식이 많고, 상실된 치아의 대다수가 6번 치아라는 것입니다. 그리고 6번 치아의 조기 발치로 인해 7번 치아의 근심 이동으로 기울어져 있는 경우가 많이 보입니다.

2) 두 번째는 전체적으로 단단하고 오래된 치석들이 치은 연상 및 연하에 많은 양이 있지만, 치은 출혈이나 부종도 많이 없고, x-ray상 심한 치조골 파괴나 치아의 동요도도 없다는 것입니다. 치주 상태는 남한에서의 진료 경험에 비교해 볼 때 월등히 좋지 않나 하는 생각도 들 정도입니다. 몇몇 탈북민은 치주 질환이 진행된 분도 있었지만 400여명중 3-4분 정도로 기억합니다. 남한에서는 외래에 내원한 환자들 중 치주질환의 빈도가 상당히 높습니다. 치주 상태로 볼 때, 발치된 6번 치아는 치주 문제 보다는 충치로 인한 치아 상실이 대부분이었을 것으로 짐작됩니다. 아마도 '우식비경험상실치아'를 통계를 낼 수만 있다면 탈북민들 수치가 월등히 좋을 것 같습니다.

3) 세 번째, 가끔 특이한 치료 중에 송곳니 치아 협면에 금을 붙이고 있는 탈북민들이 있습니다. 물어보면 북한에서 했는데, 치아에 그렇게 금을 붙이면, 침이 잘 돌고, 치아도 잘 안 썩는다고 해서 그런 치료를 했다고 합니다. 그런데 그런 치료를 받고 오신 분을 저도 3분 정도 경험했고, 그 전에도 그런 치료를 가끔 본다고 다른 분도 얘기합니다. 이런 치료를 북한에서'구강과'에서 해주었다고 하는 분도 있고, 돌아다니는 사람(떠돌이 기공사?)이 있는데, 그분한테 했다는 탈북민도 있었습니다. 이런 치료를 받는 것을 보면 정말 남북한이 다르구나 생각이 듭니다. 남한에서는 심미적으로 예쁘고 특이하게 보이려고, 코에 코걸이 하듯이 치아에 그런 미용을 하는 경우는 있지만, 치료로 하지는 않습니다.

다음으로 생각해보아야 할 문제들이 있습니다.

(1) 탈북민들의 가장 큰 문제는 덴탈 아이큐, 즉 치과에 대한 지식이 조금 과장하면 '0'에 가깝다는 것입니다. 물론 하나원에 입소하면, 1시간 치과 수업을 하고, 치과외래에서 스케일링 및 교육을 진행합니다. 진료 시에도 받는 치료에 대해 여러 번 설명해주려고 노력하지만, 지식이 거의 '0'인 상태에서 단시간에 이해하기는 어려울 것입니다. 게다가 남북한 말도 다르고, 치과 용어는 아예 아무것도 아는 게 없다고 보는 게 맞을 것입니다. 남한에서 일반인들 중에 스케일링, 치석제거, 치아 씌우는 크라운이라든지 임플란트, 떼우는 레진 치료라든지 신경치료 같은 용어들을 대부분은 알고 있겠지만, 탈북민들은 크라운을 설명해준 후 북한에서는 뭐라고 지칭하는지 물어봐도 모르겠다고 답하는 사람들이 많았습니다. 그냥 대부분의 이 해 넣는 치료를 '틀이'라고 표현하는 것 같습니다. 치석은 '이돌', 사랑니는 '앙이'라고 얘기한다고 합니다.

다음은 탈북민들이 최근 얘기하셨던 내용입니다.
크라운 치료시 치아를 삭제하고, 최종 보철물을 만드는 사이 '임시 치아'를 만들어 주는데, 설명을 해도 잘 이해를 못하셔서 '임시 치아'의 개념을 모르셨던 것 같습니다. 임시치아가 떨어져서 진료 신청을 하셨는데, 이렇게 말씀하셨습니다.

"속으로 이렇게 생각했어요. 왜 남한에서는 이딴 거를 이라고 해주는가!"

어떤 탈북민은 치아를 빼야 하는데, 마취를 안 하고 하시겠다고 합니다. "북한에서는 마취 안하고 이를 뽑았다. 너무 아파서 죽는 줄 알았다. 마취 안하고 많이 뽑는다." 물론 이 말의 진위는 확실하지는 않지만, 실제로 마취 안하시겠다는 탈북민도 있고, 또 그렇게 뺐다는 탈북민도 있는 것을 보면 실제 그런 일이 있는가보다 생각했습니다. 그리고 이런 경우는 정식으로 '구강과'에 간 것이 아니고, 구강과에서 근무하는 사람들이 야매로 돈을 받고 집에서 해주는 경우가 많다고 합니다.

"이를 빼고 실로 꿰매는 것 처음 봤다." "이를 씌우는 줄은 알았는데, 이를 깎는 줄은 몰랐다."

그래서 치아를 깎아야 크라운을 만들 수 있다는 설명을 여러 번 해주어야 합니다. "이를 다 빼야 틀니하는 줄 알고, 남아 있는 치아 뺄까봐 이 안했다." "선생님, 우리는 보철치료라는게 얘기해도 잘 모르갔습니다. 선생님들이 얘기해도 사실 우리는 아는 사람이 거의 없습니다"

사실 탈북민들의 치과에 대한 상식은 서로에게 듣는 얘기들이 전부인 것 같습니다. 만약에 통일치의학회에서 좀 더 관심을 가져주셨으면 하는 문제는 북한의 일반인들은 생각보다 북한치의학용어를 모른다는 것입니다. 북한치과의사와는 또 다른 문제입니다. 북한치과의사는 전문의니까 남한과 용어 비교시 좀 이해가 되겠지만, 실제 우리가 파악해서 정책을 고민해야 하는 대상은 그냥 일반주민들이고, 그 주민들은 치과 상식이 너무 부족한 상태라는 것입니다. 북한치의학용어도 모르는데, 남한용어까지 단시간에 이해하고 알기를 바라는 것은 무리인 것 같습니다. 퇴소해서도 치과를 어떻게 가야하는지 물어보시는 분이 많습니다. 아마 저희가 외국에서 치과에 가는 느낌과 비슷하겠지요.

(2) 탈북민들이 입소 기간 12주 동안 여러 가지 교육과 체험 활동으로 시간이 없습니다. 도시문화체험 1일, 가정체험 2일, 관공서, 금융기관 체험 1일, 봉사활동 1일, 남북하나재단 위탁교육 1일, 기초직업적응훈련 2주, 생애설계 취업 1일은 외부에 있어 원내 진료가 쉽지 않습니다. 입소 첫 주는 여러 면담 및 검진 등으로 한주가 지나갑니다. 교육생과 직원이 참석하는 원내 행사도 있습니다. 12주 중 짧게 잡아도 5주가 빠지면 정작 치료가 가능한 시간은 최대로 잡아도 7주 정도가 나옵니다. 사실 한달 조금 더 되는 기간에 치료를 진행하기에는 시간상의 제약이라는 어려운 점이 있습니다. 이런 시간의 문제 및 퇴소 후 교육생이 국내 치과 의료 시스템에 적응하기 위해서는 연계 시스템이 점차적으로 갖추어져야 한다고 생각합니다. 결핵환자에 대해 각 지역마다 연계 병원이 있는 것처럼, 적어도 퇴소 6개월 정도까지는 각 지역의 의료원, 도립병원, 시립 병원, 공공 목적의 병원 내 치과를 비롯하여 가능하다면 사립종합병원의 치과 기관과도 연결된 공식적인 연계 시스템이 필요하다고 생각합니다.
봉사단체나 개인에 의존하는 연계 시스템은 한계가 있는 것 같습니다. 전 지역을 포함 할 수가 없고, 연락 시스템도 개인적으로 연결을 해야 하는 문제 등 한계가 있습니다. 공공기관과 연계해서 각 지역에 있는 센터의 안내에 따라 공식적으로 도움을 받을 수 있으면 좋겠습니다.