

# 북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위 및 건강증진행위에 영향을 주는 요인

최명애<sup>1</sup> · 이명선<sup>1</sup> · 최정안<sup>2</sup> · 신기수<sup>3</sup>

<sup>1</sup>서울대학교 간호대학, <sup>2</sup>서울대학교 간호과학연구소, <sup>3</sup>중앙대학교 적십자간호대학

## Health Knowledge, Health Promoting Behavior and Factors Influencing Health Promoting Behavior of North Korean Defectors in South Korea

Choe, Myoung-Ae<sup>1</sup> · Yi, Myungsun<sup>1</sup> · Choi, Jung-An<sup>2</sup> · Shin, Gisoo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>School of Nursing, Seoul National University, Seoul

<sup>2</sup>Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul

<sup>3</sup>Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, Seoul, South Korea

**Purpose:** The purpose of this study was to identify health knowledge, health promoting behavior and factors influencing health promoting behavior of North Korean defectors in South Korea. **Methods:** Participants in this study were 410 North Korean defectors, over 20 years of age residing in Seoul. They were recruited by snowball sampling. Data were collected from April to June, 2010. Health knowledge, health promoting behavior, self-efficacy, perceived barriers to health promoting behavior and social support were measured by structured questionnaires, and perceived physical and mental health status were measured by one item with 10-point numeric rating scale. The data were analyzed using t-test, ANOVA, and multiple regression. **Results:** Health knowledge, health promoting behavior, and perceived barriers to health promoting behavior were moderate while self-efficacy and social support were high. Factors influencing health promoting behavior of the participants were found to be self-efficacy, social support and perceived barrier to health promoting behavior. **Conclusion:** The results of this study indicate that nursing intervention programs enhancing self-efficacy, social support and reducing perceived barriers to health promoting behavior need to be developed for North Korean defectors in South Korea.

**Key words:** Democratic people's republic of Korea, Health knowledge, Health promotion, Health behavior, Self-efficacy

## 서론

### 1. 연구의 필요성

최근 몇 년간 북한은 극심한 경제난과 식량난으로 주민들의 생활이 극도로 궁핍해짐에 따라 국내에 입국하는 북한이탈주민의 누적 수는 2011년 4월 기준 총 21,191명으로 계속하여 증가하는 추세를 보이고 있다. 북한이탈주민이란 북한에 주소, 직계가족, 배우자,

직장 등을 두고 있는 자로서 북한을 벗어난 후 외국의 국적을 취득하지 아니한 자를 지칭하는 것으로 입국한 북한이탈주민은 여성비율이 71%이며 연령은 20세에서 39세의 비율이 58% (Ministry of Unification, 2011)로 나타나 사회적 관심이 높아지고 있다.

북한이탈주민들은 입국 당시 신체적, 정신적 질환을 갖고 있는 경우가 많으며 잠재되어 있던 질병들이 남한 입국 후 발병하는 사례가 많은 것으로 드러나고 있는데, 이는 북한의 식량난을 비롯한 열악한 생활환경뿐만 아니라 탈출 후 입국 전까지 제3국에서 불법

주요어: 북한이탈주민, 건강지식, 건강증진, 건강행위, 자기효능

\* 본 연구는 2010년 서울대학교 통일평화연구원의 지원을 받음.

\* This study was supported by grants from the Institute for Peace and Unification Studies of Seoul National University in 2010.

Address reprint requests to : Shin, Gisoo

Chung-Ang University, Red Cross College of Nursing, 8 Gyeonggyo-ang-gil, Jongno-gu, Seoul 110-102, Korea.

Tel: +82-2-3700-3670 Fax: +82-2-3700-3400 E-mail: gisoo@cau.ac.kr

투고일: 2012년 2월 21일 심사완료일: 2012년 2월 29일 게재확정일: 2012년 9월 18일

적으로 체류하면서 생존에 위협적인 체험을 하기 때문이다(Choe & Choi, 2009).

북한이탈주민은 남한에 입국하게 되면 하나원에 입소하여 우리 사회에 적응할 수 있는 교육과 건강검진을 받게 되며 개인별로 응급 및 중환자, 전염병 등의 관리대상이 되는데 이들의 질병특성은 북한과 제3국 생활에서의 경제난을 통한 전형적인 후진국형 질병 구조를 가지고 있음이 보고되었다(Yun & Kim, 2005). 또한 Choe와 Choi (2009)의 연구에 의하면, 북한이탈주민의 83.1%는 남한에서 최소한 1개 이상의 질환을 앓았으며 평균 질병이환 횟수가 2.3 종류의 질환으로 높게 나타나 이들을 대상으로 한 건강관리가 시급하지만, 북한이탈주민은 북한과 제3국에서 건강과 관련하여 잘못된 건강 지식을 갖고 있으며 우리나라에 입국한 이후에도 자가진단, 과거에 사용했던 고착된 습관에 따른 부적절한 건강행위를 지속함으로써 건강상태를 더 악화시키고 있는 것으로 나타났다.

북한이탈주민의 악화된 건강상태를 개선하고 건강을 유지, 증진시키기 위해 집중적인 간호가 필요한 관리대상이지만 신분노출에 대한 우려, 외부접촉 기피, 언어적 장벽 등의 특성으로 인하여 남한 입국 후에도 북한이탈주민은 건강관리 서비스의 사각지대에 놓여 있었다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 서울, 부천을 포함한 10개 지역에 거주하는 북한이탈주민을 대상으로 간호사와 북한이탈주민 상담사가 팀을 이루는 방문간호사업을 보건복지부가 2011년부터 시행하게 되었으나(Ministry of Health & Welfare, 2011) 여전히 의료취약계층으로서 효율적인 건강관리가 수행되고 있지 못하는 실정이다. 그러므로 북한이탈주민의 다양한 건강문제를 해결하고 건강수준을 향상시키기 위해서는 먼저 그들의 생활양식 변화를 통한 건강증진행위가 요구된다.

건강증진행위는 개인이나 집단이 최적의 안녕상태를 이루고 자아실현 및 개인적 욕구 충족을 유지, 증진하려는 행위로서(Pender, 1996) 생물학적 환경, 생활양식, 건강관리체계 및 사회물리적 환경 등 다양한 요인들에 의해 영향을 받고 있으며, 많은 선행연구들에서 자기효능(Han, 2005; Jeon & Kim, 2006; Lee, Song, & Woo, 2002; Song & Park, 2011), 건강상태(Kim, 2006), 사회적지지(Kim, 2009) 및 지각된 장애성(Byun & Kim, 2006)이 건강증진행위에 직접적인 영향을 주는 것으로 보고하였다. 뿐만 아니라 건강지식은 개인이 올바른 건강증진행위를 하기위한 필수 변수로서(Kim & Kim, 2005) 북한이탈주민의 건강증진행위의 이행을 위해 일차적으로 고려되어져야 할 요인이다.

북한이탈주민의 건강증진행위는 남한사회에 적응하는 과정동안 질병의 확산을 예방하며, 건강관리 비용에 대한 사회적 부담을 감소하고 이들의 삶의 질 향상에 직접적인 영향을 미치고 있음(Jo, 2006)이 제시되어 북한이탈주민의 올바른 건강지식과 건강증진행

위의 이행이 중요함을 알 수 있다. 그러나 현재까지 수행된 북한이탈주민에 관한 선행 연구는 주로 우리 사회에서의 심리적 적응과 사회적응, 복지(Jeon et al., 2006) 그리고 삶의 질(Jo, 2006) 등을 다루고 있으며 북한이탈주민의 건강지식 실태와 건강증진행위와 관련된 연구는 매우 미흡한 실정이다.

그러므로 북한이탈주민의 건강지식을 파악하고 건강증진행위와 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악해 볼 필요성이 증대되었다. 북한이탈주민의 건강지식과 건강증진행위를 파악할 수 있다면 북한이탈주민이 우리사회의 구성원으로서 살아가는 동안 바람직한 건강행위를 유도 할 수 있기 때문이다. 또한 북한이탈주민을 대상으로 이들의 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 확인하여 북한이탈주민의 특성을 고려한 건강증진 간호중재 프로그램을 개발하는데 주요한 전략을 마련해야 한다.

이에 본 연구에서는 북한이탈주민의 건강지식과 건강증진행위를 파악하고 이들의 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 확인함으로써 추후 연구에서 효과적인 건강증진 간호중재 프로그램 개발과 적용을 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위 및 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악하여 북한이탈주민의 건강증진 간호중재 프로그램 개발의 기초자료를 제공하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 북한이탈주민의 건강지식을 파악한다.

둘째, 북한이탈주민의 건강증진행위, 지각된 건강상태, 자기효능, 건강증진 행위에 대한 지각된 장애성(이하 지각된 장애성), 사회적지지 정도를 파악한다.

셋째, 북한이탈주민의 인구사회학적인 특성에 따른 건강지식, 건강증진행위, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적지지의 차이를 파악한다.

넷째, 북한이탈주민의 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악한다.

## 연구 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위, 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구 대상자

본 연구의 대상자는 남한의 서울에 거주하고 있는 20세 이상의 북한이탈주민으로 연구 참여에 동의하며 설문지의 내용과 연구 전반에 대해 이해할 수 있는 자로 하였다. 연구 대상자는 눈덩이 표출 방법으로 모집하였다. 이는 북한이탈주민이 신분 노출을 꺼려하는 경향이 있으므로, 친밀한 관계가 형성되어 있는 북한이탈 주민들을 통하여 모집하는 것이 바람직하기 때문이다. 본 연구에서는 북한이탈주민 415명이 연구에 참여하였으나, 자료수집 중 설문 응답을 거절한 1인과 설문지가 완성되지 않은 4명을 제외한 410명의 자료를 분석하였다.

## 3. 연구 대상자에 대한 윤리적 고려

본 연구의 주된 내용이 건강지식과 건강증진행위에 관련된 것으로 위험성은 전혀 없지만 대상자가 북한이탈주민으로 연구 대상자에 대한 인권이 보장되도록 하기 위하여 최대한 노력하였다. 자발적으로 연구에 참여하는 것을 원칙으로 하였으며 연구자 및 연구보조원이 연구의 목적, 내용과 방법을 설명하고 연구자의 신분을 밝힌 동의서를 나누어 주어 연구 참여를 허락한 자만을 연구 대상자에 포함시켰다. 설문조사를 통해 얻어진 자료는 연구목적 이외에는 절대 사용하지 않으며 개인의 신상에 관한 비밀을 노출하지 않도록 익명으로 한다는 점과 대상자가 원하면 언제든지 철회할 수 있음을 알렸다. 본 연구는 서울대학교 간호대학 연구 대상자보호윤리심의위원회 승인(No.2010-01)을 받았다.

## 4. 연구 도구

본 연구를 위하여 설문조사를 시행하기 전에, 북한 이탈 주민 2인을 대상으로 설문지에 대한 독해정도를 검증한 후 북한이탈주민이 이해하기 어려운 용어를 이해하기 쉬운 용어로 수정, 보완하였다.

### 1) 건강지식

Lee (2003)가 개발한 건강지식 도구를 수정, 보완한 도구를 이용하였다. 북한이탈주민과 관련된 주요한 성인병 8문항, 암 11문항, 성병 4문항과 건강증진 4문항에 대한 내용으로 총 27문항으로 구성되어 있다. 각각의 문항에 대해 '그렇다', '아니다', '모르겠다'로 답하도록 하였으며, 틀린 답이나 모른다고 답할 경우 0점을 부여하고, 정답을 기술한 경우에는 1점을 부여하여 점수가 높을수록 건강지식 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .79$ 이었다.

### 2) 건강증진행위

Health Promoting Lifestyle Profile II(HPLP-II)를 Suh (2000)가 번역한 도구를 수정, 보완한 도구를 이용하였다. 이 도구는 6개의 하위영역인 자기자신에 대한 건강책임 8문항, 신체활동 및 운동 8문항, 영양 및 식이 9문항, 영적 성장 9문항, 대인관계 8문항, 스트레스 관리 8문항으로 구성되었다. 총 50개 문항, 4점 척도로 구성되어 있으며, 평균 점수가 높을수록 건강행위의 수행 정도가 높음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .96$ 이었다.

### 3) 지각된 건강상태

본 연구에서는 대상자에게 현재 자신이 느끼고 있는 신체적, 정신적 건강상태를 주관적으로 묻는 단일문항의 10점 숫자등급(numeric rating scale)으로 측정하였으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .81$ 이었다.

### 4) 자기효능

Park과 Choi (1995)의 12문항으로 구성된 도구를 이용하여, 건강에 대한 책임, 영양, 신체활동, 자아인식, 대인관계, 스트레스 관리의 6개 세부영역에 대한 자신감의 정도를 0-100점 범위로 측정하였다. 점수가 높을수록 자기효능이 높음을 나타내며, 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .86$ 이었다.

### 5) 건강증진행위에 대한 지각된 장애성

Suh (2000)의 건강신념 측정도구에서 건강증진행위(운동 및 활동, 식이, 대인관계 활동, 심리적 이완 등)의 지각된 장애성에 관한 도구를 사용하였다. 10문항 4점 척도로 구성되었으며 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .79$ 이었다.

### 6) 사회적 지지

사회적 지지는 가족, 친구, 전문가 별로 지지정도를 측정하기 위하여 4점 척도의 Kim (2004)의 도구를 수정, 보완하여 이용하였다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .89$ 이었다.

## 5. 자료 수집 방법

자료수집 기간은 2010년 4월에서 6월까지였으며 자료수집 장소는 연구 대상자의 집으로 연구자 및 연구보조원이 직접 집을 방문하였다. 자가보고 방식으로 대상자가 직접 설문지를 작성하도록 하였고 필요시 일대일 설명을 통해 설문지 작성을 도왔으며 개인의 설문지 완성시간은 30-60분 정도 소요되었다.

## 6. 자료 분석 방법

자료 분석은 SPSS Win 12.1을 이용하였다. 대상자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율로 건강지식, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성 및 사회적 지지는 평균과 표준편차로 산출하였으며, 인구사회학적 특성에 따른 건강지식, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적 지지의 차이의 분석은 t-test와 일원분산분석을 이용하였고, 사후분석은 Student Newman Keuls(SNK)를 활용하였다. 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악하기 위하여, 건강지식, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적 지지와의 상관관계 분석을 거쳐 다중회귀분석을 하였다.

## 연구 결과

### 1. 인구사회학적 특성

연구 대상자 410명중 306명(74.6%)이 여성, 104명(25.4%)이 남성이

었으며, 연령은 평균 50.08세였다. 남한에 거주한 기간은 평균 5년 6개월이었으며 남한으로 오기 전에 외국에 생활한 기간은 평균 31.2개월로 나타났다. 현재 함께 거주하는 가족수는 평균 2.2명이었으며 가계 월평균 소득은 656,600원으로 낮게 나타났다. 학력은 중고등학교 졸업자가 222명(54.2%)으로 가장 많았으며, 대학교 졸업 이상도 134명(32.7%)으로 나타났다. 86.6%의 응답자가 직장을 다니고 있지 않았으며, 대상자가 지각하는 사회경제적 수준은 368명(89.8%)이 하의 수준으로 낮다고 응답하였고 상의 수준이라고 응답한 대상자는 한명도 없었다(Table 1).

### 2. 건강지식

대상자의 건강지식 총 평균점수는 .43 이었으며, 이 중 성인병 관련 지식은 .61, 건강증진 관련지식은 .59로 높은 편이었으나 암 관련 지식은 .38, 성병관련 지식은 .14로 낮게 나타났다. 건강지식의 세부 항목 평균점수는 “담배를 피우면 여성이 남성보다 폐암에 더 잘 걸린다”의 항목이 .14로 가장 낮았으며, “담배를 피우면 폐암에 걸릴수

Table 1. Sociodemographic Characteristics of Participants

(N=410)

Characteristics	Categories	n (%)	M ± SD	Range
Gender	Male	104 (25.4)		
	Female	306 (74.6)		
Age (year)			50.08 ± 0.79	20-90
Education	No formal education	10 (7.1)		
	Elementary school	35 (8.5)		
	High school	222 (54.2)		
	College	134 (32.7)		
Religion	Christian	305 (74.3)		
	Catholic	4 (0.9)		
	Buddhist	15 (3.7)		
	Confucianist	81 (19.8)		
	None	4 (0.9)		
House	Free leasehold	372 (90.7)		
	Rental apartment	37 (9.0)		
	Ownership	1 (0.2)		
Job	Yes	55 (13.4)		
	None	355 (86.6)		
Monthly income (won)			656,600 ± 210.44	70,000 -4,000,000
Perceived socio economic status	Middle	42 (10.2)		
	Low	368 (89.8)		
Medical insurance	Work place	29 (0.1)		
	Region	16 (3.9)		
	Medicaid	358 (87.3)		
	None	7 (1.7)		
Family members (number)			2.2 ± 0.06	1-7
Duration in South Korea			65.6 ± 0.17 months	4 months -14 years
Living in the other countries			31.20 ± 29.33 months	2 days -26 years



있다”와 “스트레스를 받으면 몸이 약해져 질병에 쉽게 걸린다”의 항목이 .85로 가장 높았다(Table 2).

**Table 2.** Health Knowledge of Participants (*N*=410)

Items	M ± SD
<b>Adult diseases</b>	0.61 ± 0.24
Fiber is effective in reducing cholesterol.	0.18 ± 0.38
Eating salty food is related to high blood pressure.	0.46 ± 0.50
Smoking can cause coronary heart disease.	0.67 ± 0.47
People who have hepatitis are more likely to have liver cancer.	0.67 ± 0.47
Eating greasy food increases the probability to be diagnosed with cardiovascular disease.	0.71 ± 0.45
Hepatitis carriers need continuous treatment through a hospital.	0.71 ± 0.44
Having a regular exercise routine reduces the chances of heart disease, diabetes, and obesity.	0.79 ± 0.41
Obesity increases the risk of diabetes and heart disease.	0.80 ± 0.40
<b>Health promotion</b>	0.59 ± 0.24
Alcohol use and smoking to relieve stress is a bad idea.	0.52 ± 0.50
Milk and milk products contains calcium.	0.66 ± 0.47
Exercise is effective when it is done for at least 30 minutes.	0.82 ± 0.39
Stress weakens the body so that it is easier for a disease to enter the body.	0.85 ± 0.35
<b>Cancer</b>	0.38 ± 0.18
Women who smoke are more likely to have lung cancer than men.	0.14 ± 0.35
Home remedies cannot prevent liver cancer.	0.26 ± 0.44
Gastric cancer can be detected early through a regular endoscopy.	0.34 ± 0.48
Cancer cannot be transmitted.	0.47 ± 0.50
Aging increases the chances of being diagnosed with cancer.	0.51 ± 0.50
Relatives of patients with gastric cancer are more likely to be diagnosed with gastric cancer than others.	0.60 ± 0.49
Relatives of patients with lung cancer are more likely to be diagnosed with lung cancer than others.	0.62 ± 0.49
Eating lots of vegetables and fruits will help to prevent cancer.	0.68 ± 0.47
Eating salty food or having irregular eating habits can increase the probability of being diagnosed with liver cancer.	0.69 ± 0.46
Drinking alcohol increases the chances of being diagnosed with cancer.	0.82 ± 0.38
Smoking can cause lung cancer.	0.85 ± 0.36
<b>Sex related diseases</b>	0.14 ± 0.20
AIDS is not transmitted through physical contacts such as hugging and kissing.	0.26 ± 0.44
By using a condom when having sex with an infected partner, sexually transmitted disease can be avoided.	0.27 ± 0.44
Even if you are healthy, having sex with an infected person can lead you to being diagnosed with AIDS	0.40 ± 0.49
Even if you are healthy, you could be diagnosed with sexually transmitted disease if you have sex with an infected partner.	0.42 ± 0.50
<b>Total</b>	0.43 ± 0.22

AIDS = Acquired immune deficiency syndrome.

### 3. 건강증진행위, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적 지지정도

대상자의 건강증진행위는 평균점수는 2.38로 나타났으며 세부 항목의 평균점수는 영적성장 2.53, 대인관계 2.51, 식이 2.44, 스트레스 관리 2.33, 운동 2.23, 자신의 건강에 대한 책임 2.17 순으로 나타났다. 대상자가 지각하고 있는 건강상태는 신체적 건강상태의 평균점수가 4.03, 정신적 건강상태의 평균점수가 4.29로 나타났다. 자기효능에 대한 평균점수는 70.38 이었으며 건강에 대한 책임(73.39), 대인관계(72.50), 식이(72.35), 자아인식(71.53), 스트레스 관리(67.24), 신체활동(65.26)의 순으로 나타났다. 지각된 장애성의 평균점수는 1.99이었으며, 사회적 지지는 3.21 이었고 가족지지(3.71)와 친구지지(3.43)가 높은 반면, 전문가의 지지(2.59)는 낮게 나타났다(Table 3).

### 4. 인구사회학적 특성에 따른 건강지식, 건강증진행위, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적 지지

대상자의 인구사회학적 특성에 따른 결과가 Table 4에 요약되어 있다. 대상자의 학력에 따라 건강지식에 유의한 차이가 있었는데, 대학을 졸업한 대상자가 무학력과 초등학교를 졸업한 대상자에 비해 건강지식에 대한 평균 점수가 높았다( $F=8.05, p<.001$ ). 기독교,

**Table 3.** Health Promoting Behavior, Perceived Health Status, Self-efficacy, Perceived Barriers to Health Promoting Behavior, and Social Support of Participants (*N*=410)

Items	M ± SD	Range
<b>Health promoting behavior</b>	2.38 ± 0.57	1-4
Responsibility for health	2.17 ± 0.65	
Exercise	2.23 ± 0.70	
Diet	2.44 ± 0.60	
Spiritual growth	2.53 ± 0.68	
Interpersonal relationship	2.51 ± 0.62	
Stress management	2.33 ± 0.64	
<b>Perceived health status</b>	4.16 ± 1.70	1-10
Physical health	4.03 ± 1.67	
Mental health	4.29 ± 1.74	
<b>Self-efficacy</b>	70.38 ± 21.72	0-100
Responsibility for health	73.39 ± 25.32	
Diet	72.35 ± 27.44	
Exercise	65.26 ± 26.50	
Self-beliefs	71.53 ± 25.21	
Interpersonal relationships	72.50 ± 24.32	
Stress management	67.24 ± 26.36	
<b>Perceived barriers to health promoting behavior</b>	1.99 ± 0.55	1-4
<b>Social support</b>	3.21 ± 0.73	1-4
Professionals	2.59 ± 0.98	
Family	3.71 ± 0.85	
Friends	3.43 ± 0.84	

**Table 4.** Health Knowledge, Health Promoting Behavior, Perceived Health Status, Self-Efficacy, Perceived Barriers to Health Promoting Behavior, and Social Support by Sociodemographic Characteristics of Participants. (N=410)

Characteristics	Categories	Health knowledge		Health promoting behavior		Perceived physical health		Health status mental health		Self-efficacy		Perceived barriers to health promoting behavior		Social support	
		M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t	M ± SD	F/t
Gender	Male	0.56 ± 0.20	0.00	2.39 ± 0.52	0.11	4.15 ± 1.69	0.81	4.51 ± 1.72	2.30	67.08 ± 22.29	3.25	1.99 ± 0.54	0.00	3.12 ± 0.78	2.13
	Female	0.56 ± 0.20		2.37 ± 0.59		3.98 ± 1.66		4.21 ± 1.74		71.51 ± 21.44		1.99 ± 0.56		3.24 ± 0.72	
Education	No formal education <sup>a</sup>	0.48 ± 0.31	8.05*	2.48 ± 0.62	1.80	4.90 ± 1.29	1.04	4.90 ± 1.66	1.37	83.54 ± 9.93	2.61	1.81 ± 0.54	1.65	3.15 ± 0.90	0.63
	Elementary school <sup>b</sup>	0.45 ± 0.21	d>a,b	2.47 ± 0.59		4.14 ± 1.88		4.54 ± 1.85		66.81 ± 26.86		1.96 ± 0.63		3.31 ± 0.74	
	High school <sup>c</sup>	0.55 ± 0.19		2.31 ± 0.58		4.00 ± 1.63		4.14 ± 1.69		68.73 ± 22.53		2.04 ± 0.54		3.17 ± 0.68	
	College <sup>d</sup>	0.61 ± 0.16		2.44 ± 0.54		3.97 ± 1.69		4.40 ± 1.78		72.85 ± 19.10		1.93 ± 0.56		3.25 ± 0.80	
Religion	Christian <sup>a</sup>	0.57 ± 0.20	2.04	2.43 ± 0.56	3.42*	4.05 ± 1.67	1.05	4.37 ± 1.74	1.16	73.27 ± 19.91	10.81*	1.97 ± 0.56	1.67	3.24 ± 0.74	2.08
	Catholic <sup>b</sup>	0.47 ± 0.26		1.94 ± 0.18	b<a,c,d	5.25 ± 1.50		3.75 ± 2.63		26.46 ± 27.21	b<a,c,d	2.30 ± 0.37		2.29 ± 0.67	
	Buddhist <sup>c</sup>	0.62 ± 0.17		2.44 ± 0.75		4.33 ± 1.91		4.47 ± 1.85		77.39 ± 12.28		1.81 ± 0.44		3.30 ± 0.88	
	Confucianist <sup>d</sup>	0.26 ± 0.37		2.20 ± 0.19		3.0 ± 2.83		3.0 ± 2.83		69.17 ± 2.36		2.0 ± 0.28		3.63 ± 0.88	
	None <sup>e</sup>	0.55 ± 0.17		1.80 ± 0.16		3.87 ± 1.60		4.0 ± 1.67		30.86 ± 24.33		2.10 ± 0.54		3.14 ± 0.64	
House	Free leasehold	0.57 ± 0.19	0.67	2.39 ± 0.57	1.05	3.95 ± 1.64	4.43*	4.23 ± 1.74	2.97	70.48 ± 21.91	0.16	1.98 ± 0.56	0.88	3.20 ± 0.73	0.82
	Rental apartment	0.55 ± 0.18		2.25 ± 0.60		4.78 ± 1.74		4.92 ± 1.64		69.64 ± 20.11		2.07 ± 0.47		3.36 ± 0.77	
	Ownership	0.37 ± 0.00		2.12 ± 0.00		3.00 ± 0.00		3.00 ± 0.00		59.17 ± 0.00		-		3.42 ± 0.00	
Job	Yes	0.60 ± 0.16	2.40	2.43 ± 0.46	0.49	4.89 ± 1.59	17.76*	4.95 ± 1.73	9.33*	75.56 ± 16.35	3.57	2.02 ± 0.58	0.24	3.31 ± 0.66	1.11
	None	0.56 ± 0.20		2.37 ± 0.59		3.89 ± 1.64		4.18 ± 1.72		69.58 ± 22.34		1.99 ± 0.55		3.20 ± 0.74	
Perceived socio economic status	Middle	0.55 ± 0.21	0.22	2.47 ± 0.51	1.24	4.69 ± 1.84	7.53*	5.12 ± 1.86	11.01*	72.72 ± 22.69	0.55	1.97 ± 0.55	0.07	3.51 ± 0.70	7.88*
	Low	0.56 ± 0.19		2.36 ± 0.58		3.95 ± 1.63		4.19 ± 1.70		70.11 ± 21.62		1.99 ± 0.58		3.18 ± 0.73	
Medical insurance	Work place <sup>a</sup>	0.60 ± 0.18	2.24	2.49 ± 0.51	2.48	4.76 ± 1.60	4.78*	4.86 ± 1.66	1.93	74.05 ± 17.77	0.68	2.09 ± 0.59	0.62	3.32 ± 0.68	3.20*
	Region <sup>b</sup>	0.45 ± 0.21		2.12 ± 0.49		5.00 ± 1.37	d<a,b	4.88 ± 1.59		64.38 ± 17.52		1.96 ± 0.50		2.93 ± 0.62	a,c>d
	Medicaid <sup>c</sup>	0.57 ± 0.19		2.39 ± 0.58		3.94 ± 1.65		4.22 ± 1.75		70.34 ± 22.35		1.98 ± 0.56		3.23 ± 0.73	
	None <sup>d</sup>	0.54 ± 0.08		1.99 ± 0.42		3.14 ± 1.86		4.00 ± 1.53		70.48 ± 6.8		2.19 ± 0.57		2.52 ± 0.79	

\*p<.001.

Table 5. Factors Influencing Health Promoting Behavior of Participants

(N=410)

Variables	B	SE	$\beta$	t	p
(Constant)	1.80	.15		11.90	<.001
Health knowledge	0.09	.13	0.03	0.70	.480
Perceived health status	0.01	.02	0.02	0.35	.730
Self-efficacy	0.01	.00	0.47	9.87	<.001*
Perceived barriers to health promoting behavior	-0.15	.04	-0.15	-3.07	<.001*
Social support	0.23	.03	0.30	6.84	<.001*

 $R^2 = .36, F = 34.96, p < .001$ 

불교, 유교를 가진 대상자의 건강증진행위( $F=3.42, p<.001$ )와 자기효능( $F=10.81, p<.001$ )의 평균점수가 가톨릭 종교와 무교인 대상자에 비해 높았다. 주거상태에 있어서는 일반 임대아파트에 거주하는 대상자가 정부가 제공하는 임대아파트에 거주하는 대상자보다 지각된 신체적 건강상태의 평균점수가 높게 나타났으며( $F=4.43, p<.001$ ), 직업이 있는 대상자가 직업이 없는 대상자에 비해 지각된 신체적 건강상태( $t=17.76, p<.001$ )와 정신적 건강상태( $t=9.33, p<.001$ )의 평균 점수가 높았다. 또한 사회경제적 수준을 중정도라고 인식하는 대상자의 지각된 신체적 건강상태( $t=7.53, p<.001$ )와 정신적 건강상태( $t=11.01, p<.001$ ) 그리고 사회적 지지( $F=7.88, p<.001$ )의 평균 점수가 높게 나타났다. 의료보장에 따라서도 지각된 신체적 건강상태에 유의한 차이를 나타내었는데 의료보험이 없는 대상자가 직장 또는 지역 의료보험이 있는 대상자에 비해 지각된 신체적 건강상태 평균 점수가 낮았다( $F=4.78, p<.001$ ). 사회적 지지에 있어서도 의료보험이 없는 대상자에 비해 지역의료보험 또는 의료보호의 대상자의 사회적 지지평균점수가 높았다( $F=3.20, p<.001$ ).

## 5. 건강증진행위에 영향을 주는 요인

본 연구의 북한이탈주민의 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악하기 위해 건강지식, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적 지지간의 상관관계를 분석한 후, 이를 토대로 다중회귀 분석을 실시한 결과가 Table 5에 제시되어있다. 북한이탈주민의 건강증진행위에 영향을 주는 요인은 자기효능, 사회적지지 및 지각된 장애성( $R^2 = .36, p<.001$ )이었고 이들의 설명력은 36%이었다.

## 논 의

본 연구 대상자인 북한이탈주민 410명 중 여성이 남성보다 많았으며(74.6%) 평균 연령은 50.08세였다. Ministry of Unification (2011)이 제시한 북한이탈주민의 입국현황에 따르면 남한에 입국하는 여성

의 수는 2006년부터 증가하는 추세이며 2011년 4월 기준으로 71%가 여성임을 나타내고 있다. 이는 남성에 비해 여성의 탈북이 일반화되고 있으며 남성단독에서 여성단독 또는 가족동반중심으로 입국 유형이 변화되고 있으며, 북한을 이탈하여 외국의 체류지에서의 동거 및 결혼, 국제결혼, 취업을 통한 은신 등 입국 여건이 남성에 비해 용이함에 기인한다(Han & Lee, 2002). 반면에 통일부에서 제시한 연령 분포에서는 20대와 30대가 전체의 60%를 차지하고 있었으나 본 연구 대상자의 평균연령이 50대인 것은 북한이탈주민을 보호하기 위하여 눈덩이표출법으로 대상자를 모집하였기 때문으로 생각된다.

본 연구 대상자의 90.7%는 정부가 제공한 임대아파트에 살고 있었으며 가계 월평균 소득은 70만원 미만이었고 직업이 없는 군이 86.6%로, 대상자의 대부분이 사회경제적 수준을 낮은 것으로 인식하고 있었다. 이들의 과반수가 남한에 거주한지 5년 이상이었으며, 입국 전 외국생활 기간은 평균 31개월이었으나 범위는 2일에서 26년으로 거주기간의 차이가 크게 나타났다.

건강증진행위의 동기부여 요인으로 알려진 건강지식을 본 연구에서는 성인병 관련지식, 암 관련지식, 성병관련 지식, 건강증진 관련 지식 영역으로 나누어 1점 척도로 조사한 결과, 본 연구 대상자의 건강지식 평균점수는 중간정도이었다. 건강지식의 세부 영역에서는 성인병 관련지식의 점수가 가장 높고(.61점), 성병관련 지식점수가 가장 낮게(.14점) 나타났는데, 이는 본 연구 대상자의 평균연령이 50세의 중년기 특성으로 성인병에 관심이 많고 성에 대한 요구도가 낮은 것에 기인한 것으로 보여 진다. 또한 북한이탈여성을 대상으로 한 선행연구(Lee, Ku, & Han, 2011)에 의하면 북한이탈여성은 보건에 대한 인식부족으로 인해 만성적인 질환을 앓고 있는 경우가 많으며 성지식 수준이 매우 낮고 성교육을 받은 경험이 거의 없는 것으로 제시하고 있어 북한이탈주민을 대상으로 한 성교육이 필요함을 시사하고 있다.

본 연구 대상자의 건강증진행위 평균 점수는 중간정도로 나타났으나, 노인의 건강증진행위를 조사한 연구 결과(Seo & Ryu, 2010)와 비교해 보았을 때, 노인 대상자의 평균점수 2.9보다 북한이탈주민의 건강증진행위 평균 점수가 다소 낮았다. 또한 건강증진행위의 세부

항목에서 평균점수가 자신의 건강에 대한 책임이 가장 낮았고 운동, 스트레스 관리, 식이, 대인관계, 영적 성장 순이었다. 이처럼 자신의 건강에 대한 책임 영역의 평균점수가 가장 낮게 나타난 것은 북한이탈주민이 북한의 식량난을 비롯한 열악한 환경에서 생활하다가 탈출 후 입국 전까지 제 3국에서 불법적으로 체류하면서 생존에 위협적인 체험을 함으로 개인의 건강을 생각할 여력이 없었던 것에 기인한다고 볼 수 있다.

북한이탈 주민들은 입국당시 신체적, 정신적으로 질환을 갖고 있는 경우가 다수이며, 긴장된 삶속에서 잠재되어 있던 질병들이 입국 후 발병하는 사례가 많아 지각하고 있는 건강상태가 낮을 것이라고 생각하였으나, 본 연구 결과 북한이탈주민이 지각하고 있는 신체적, 정신적 건강상태는 중정도로 나타났다. 그러나 Yun과 Kim (2005)의 연구에서, 북한이탈주민 대상자 306명 중 1년간의 유병률이 76%로 나타났으며 이는 동일한 기간 내의 남한주민 유병률 40.4%와 비교했을 때 높은 비율임을 감안하여 본다면, 추후 북한이탈주민의 건강상태를 객관적으로 평가하는 연구가 필요함을 제시하고 있다. 뿐만 아니라, 직장을 갖고 있으며 사회경제적 상태를 중간층이라고 인식하고 있는 대상자의 신체적, 정신적 건강상태의 평균점수가 높게 나타났다는데 이는 북한이탈주민의 삶의 질에 가장 큰 영향을 미치고 있는 요인이 직업과 사회경제적 상태임을 제시한 Shin 등(2011)의 연구결과와 일치하고 있다. 본 연구에서 의료수급권자가 아닌 대상자에 비해 직장 또는 지역 의료보험이 있는 대상자의 신체적 건강상태 평균점수가 유의하게 높았으며, 직장의료보험 또는 의료보호 대상자의 사회적 지지 점수가 유의하게 높게 나타났다. 북한이탈주민의 경우 남한에 입국하면서 의료수급권자로 지정되어 의료혜택을 받게 되나 소득 또는 재산변동 등과 관련하여 의료수급권자 대상에서 탈락될 수 있기 때문에(Ministry of Government Legislation, 2012) 차상위층에 속해있는 북한이탈주민에 대하여 의료보장제도의 혜택을 받을 수 있는 사회적 지지체계에 대한 방안이 필요하다고 생각한다.

본 연구 대상자의 자기효능 점수는 중간이상으로 나타나 자기효능은 대체로 좋은 편이라고 생각된다. 자기효능의 세부 영역에서는 건강에 대한 책임, 식이, 자기 신념, 대인관계는 70점 이상이었으나 운동과 스트레스 관리는 70점 이하로 나타났는데 이는 북한이탈주민이 운동과 스트레스 관리를 위하여 시간적 여가와 심리적 여유를 갖기 어려우며 또한 운동과 스트레스 관리의 중요성에 대한 정보제공이 부족한 것으로 유추되어진다. 따라서 일상생활에서 활용할 수 있는 운동과 스트레스 관리에 대한 정보제공과 효율적인 교육프로그램을 통한 중재가 요구된다.

본 연구 대상자의 종교와 관련하여 개신교, 불교, 유교를 가진 대상자의 자기효능과 건강증진행위의 평균점수가 가톨릭 종교와 무교의 대상자보다 높게 나타났는데 이는 본 연구에서 가톨릭 종교를

갖고 있는 대상자와 무교의 대상자 수가 적어 통계적인 유의성이 낮은 것으로 판단된다. 그러나 Kim (2009)의 연구 결과에 따르면 종교를 갖고 있는 대상자들이 종교가 없는 대상자에 비해 대인관계가 계속 유지됨에 따라 개인의 건강증진행위에 긍정적인 영향을 주는 것으로 제시하고 있다.

건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악한 선행연구(Han, 2005; Kim, 2006; Sok & Shin, 2010) 결과에 비추어 볼 때, 건강증진행위에 있어 사회적 지지가 중요함을 알 수 있다. 본 연구 대상자의 사회적 지지에 대한 평균 점수는 중간보다 약간 높았으나 여성결혼이민 대상자의 사회적 지지 평균점수 3.57보다는 낮았다(Jeong & Lee, 2010). 또한 지지그룹에 따른 사회적 지지 점수는 전문가가 가장 낮았고 다음으로 친구, 가족순으로 나타났다. 이러한 결과는 북한이탈주민을 위한 사회적 지지체계에서 건강관리를 위한 전문가 지지가 무엇보다도 필요함을 보여주고 있다. 북한이탈주민은 일반적으로 남한사회에서 통용되는 지식과 사회상식을 배우는데 약 3년 혹은 그 이상이 걸리기도 하며 경우에 따라서는 수십년이 흘러도 이방인으로서 정체성을 찾지 못하는 경우도 있다. 더욱이 남한에 입국할 당시 북한이탈 주민들은 경제적으로 부유하지 못하다 할지라도 행복할 것이라 생각하지만 시간이 지남에 따라 산업권과 차별에 따른 부정적인 시각을 경험하면서 사회적 지지체계가 무너지고 탈북과정에서 경험한 외상 후 증후군과 심리적 스트레스가 남한에서의 부적응을 비롯하여 건강상태에 부정적인 영향을 미친다고 보고되었다(Ha, 2010). 그러므로 북한이탈주민을 위한 신체적, 정신적 건강관리를 위한 전문가 그룹의 사회적 지지 프로그램이 모색되어져야 하며 이는 북한이탈주민들이 남한 사회의 성공적인 정착과 적응으로 이어질 수 있는 원동력이 될 수 있다.

본 연구에서의 북한이탈주민의 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악한 결과, 자기효능, 사회적 지지 및 지각된 장애성이 영향을 주는 요인으로 나타났다. 이러한 결과는 자기효능과 사회적 지지가 여성결혼 이민자의 건강증진행위의 중요한 결정요인임을 제시한 연구(Jeong & Lee, 2010)결과와 일치한다. 이를 통해 국내에 정착한 북한이탈주민들의 건강증진행위는 자기효능, 사회적 지지에 의해 영향을 받고 있다는 것을 확인할 수 있었다. 그러나 건강증진행위에 영향을 주는 요인으로 알려져 있는 건강지식과 지각된 건강상태는 북한이탈주민의 건강증진행위에 유의한 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

남한거주기간별 차이에 따른 북한이탈주민의 진로장벽에 대한 선행연구 결과(Jeon & Kang, 2010)에서 남한 거주기간이 5년 이상부터는 이들의 진로장벽에 대한 지각수준이 급격히 낮아져 직업이나 진로계획에 있어서 개인의 목표 실현을 방해하고 건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구 대상자의 남한 거주기간이 평



균 5년 6개월인 것을 감안하여 본다면, 북한이탈주민의 건강증진행위와 관련된 요인의 영향력을 설명하는데 진로장벽에 대한 지각수준의 저하가 작용하였을 것으로 유추되기 때문에, 추후 연구에서는 북한이탈주민의 남한 거주기간에 따른 건강증진행위를 파악하는 것이 필요하다고 본다.

본 연구는 많은 건강문제를 가지고 있는 북한이탈주민을 대상으로 건강지식과 건강증진행위를 파악하고 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 그러므로 북한이탈주민을 대상으로 올바른 건강지식 제공을 위한 교육이 우선되어야 하며, 건강증진행위 향상을 위한 다양한 건강증진 간호중재 프로그램이 개발되어야 한다.

## 결론

본 연구는 남한에 거주하고 있는 북한 이탈 주민의 건강지식과 건강증진행위를 파악하고 건강증진행위에 영향을 주는 요인을 파악함으로써 북한 이탈 주민의 건강증진을 위한 간호중재 프로그램의 기초자료를 제시하고자 시행되었다. 연구 대상자는 서울지역에 거주하는 20세 이상의 북한이탈주민 415명을 대상으로 구조화된 설문지를 사용하여 건강지식, 건강증진행위, 지각된 건강상태, 자기효능, 지각된 장애성, 사회적 지지에 대한 자료를 수집하였으며 이중 자료 수집을 거부한 1인과 설문지가 완성되지 않은 4인을 제외한 410명의 자료를 분석하였다.

북한이탈주민의 건강지식, 건강증진행위, 지각된 건강상태, 지각된 장애성에 대한 평균 점수는 중정도이었고 자기효능과 사회적 지지의 평균 점수는 높은 편이었다. 건강지식은 학력에 따라, 건강증진행위와 자기효능은 종교에 따라, 지각된 신체적, 정신적 건강상태는 직업과 인식하고 있는 사회경제적 상태에 따라 차이가 있었고, 지각된 신체적 건강상태는 주거형태와 의료보험에 따라, 사회적 지지는 인식하고 있는 사회경제적 상태와 의료보험에 따라 차이가 있었다. 북한이탈 주민의 건강증진행위에 영향을 주는 요인으로서는 자기효능, 사회적지지 및 지각된 장애성으로 나타났다. 본 연구는 북한이탈주민의 건강증진 간호중재프로그램 개발과 적용을 위한 기초자료를 제공하였다는 점에서 의의가 있으며, 추후 북한이탈주민의 특성을 고려한 건강지식 제공과 자기효능을 향상시키고 지각된 장애성을 감소시킬 수 있는 사회적지지 강화 기반의 교육 방안을 모색할 것을 제언한다.

## REFERENCES

Byun, H. S., & Kim, K. H. (2006). A study on the pain, perceived exercise barrier according to the general characteristics and exercise stage in the

- elderly with degenerative osteoarthritis. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 26(1), 17-30.
- 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, 285-316.
- Ha, Y. S. (2010). A study on the support policy and adaptation of North Korean refugees. *Korean Journal of Political Science*, 17(1), 125-142.
- Han, I. Y., & Lee, S. R. (2002). North Korean defectors depressive traits, alcohol and tobacco consumption and their perceived well-being. *Korean Journal of Family Social Work*, 10, 121-142.
- Han, K. S. (2005). Self efficacy, health promoting behaviors, and symptoms of stress among university students. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 35, 585-592.
- Jeon, E. Y., & Kim, K. B. (2006). A study of factors that influence the promotion of healthy behavior in the elderly according to types of residency. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36, 475-483.
- Jeon, W. T., Yu, S. E., Cho, Y. A., Hong, C., Um, J. S., & Seo, S. W. (2006). 3 year follow up study of the way of thinking and satisfaction level of north Korean defectors in South Korea. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 45, 252-268.
- Jeon, Y. S., & Kang, H. Y. (2010). The analysis of perceived career barriers by female North Korean defectors: Focusing on age, level of education, length of residence in South Korea. *The Korean Journal of Woman Psychology*, 15, 469-487.
- Jeong, N., & Lee, M. H. (2010). A predictive on health promotion behavior in women who immigrate for marriage. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40, 695-704. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.5.695>
- Jo, Y. A. (2006, April). *Understanding of psychologic aspects for North Korean defector*. Paper presented at the meeting of missionary work for North Korean defectors, Seoul.
- Kim, I. S. (2004). *Relationships between social-environmental factors and psychological distress among Korean women in poverty*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Kim, M. H. (2006). An explanatory model for health promoting behaviors in patients living at home who have post stroke hemiplegia. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 36, 1065-1075.
- Kim, M. H., & Kim, M. S. (2005). A study on the relationships between knowledge about osteoporosis and cognitive factors in middle-aged women. *Korean Journal of Womens Health Nursing*, 11, 52-57.
- Kim, Y. J. (2009). Comparison of health practices between single- and multiple-member households by gender in Korean adults. *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing Academic Society*, 23, 219-231.
- Lee, D. S. (2003). *Structural model development of health insensitivity*. Unpublished doctoral dissertation, Seoul National University, Seoul.
- Lee, M. H., Song, M. S., & Woo, K. H. (2002). Relationship among powerlessness, self-efficacy and quality of life in hemodialysis patients. *Korean Academic Society of Rehabilitation Nursing*, 5, 166-179.
- Lee, Y. S., Ku, H. W., & Han, I. Y. (2011). Systematic reviews of North Korean refugees: Women's distinguishable experience. *The Korean Journal of Unification Affairs*, 23(2), 147-193.
- Ministry of Government Legislation. (n.d.) *The free resource archives*. Retrieved April 15, 2012, from <http://oneclick.law.go.kr/CSP/CnpClsMain.laf?popMenu=ov&csmSeq=111&ccfNo=1&cciNo=1&cnpClsNo=2>

- Ministry of Health & Welfare. (n.d.) *The free resource archives*. Retrieved April 15, 2012, from [http://www.mw.go.kr/front/al/sal0301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=04&MENU\\_ID=0403&CONT\\_SEQ=251004&page=1&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE](http://www.mw.go.kr/front/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=251004&page=1&SEARCHKEY=CONTENT&SEARCHVALUE)
- Ministry of Unification. (n.d.). *The free resource archives*. Retrieved October 15, 2010, from <http://www.unikorea.go.kr/CmsWeb/viewPage.req?idx=PG0000000365>
- Park, C. S., & Choi, E. S. (1995). Health promoting life style in middle-aged women by menstrual status. *Korean Journal of Womens Health Nursing*, 1(1), 234-242.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Stamford, CT: Appleton and Lange.
- Seo, J. H., & Ryu, H. S. (2010). Relations among depression, life satisfaction and health promoting behavior in the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 21, 169-177.
- Shin, G. S., Cho, K. C., Yang, S. H., Lee, O. C., Baek, H. C., Lee, G. Y., et al. (2011). Quality of life of North Korean defectors in Korea. *Journal of Korean Public Health Nursing*, 25, 221-232.
- Sok, S. R., & Shin, S. H. (2010). Comparison of the factors influencing children's self-esteem between two parent families and single parent families. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 40, 367-377. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2010.40.3.367>
- Song, I. H., & Park, J. H. (2011). The effect of parent-child bonding on adolescent health promotion behavior: A study on the mediating effect of self-efficacy. *Korean Journal of Youth Studies*, 18(6), 75-98
- Suh, I. S. (2000). Health knowledge level and health-promoting behavior of the elderly. *Journal of Korean Gerontological Society*, 20(2), 1-28.
- Yoon, I. J., & Kim, S. (2005). Health and medical care of North Korean defectors in South Korea. *Health and Social Science*, 17, 149-182.