ORIGINAL ARTICLE

J Korean Acad Community Health Nurs (지역사회간호학회지)

ISSN 1225-9594 (Print) / ISSN 2288-4203 (Online)
Vol. 32 No. 2, 131-139, June 2021
https://doi.org/10.12799/jkachn.2021.32.2.131

만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 영향요인

한지영[1] · 박현숙[2]

신라대학교 간호학과 교수[1], 경일대학교 간호학과 부교수[2]

Factors Affecting Unmet Healthcare Needs among Adults with Chronic Diseases

Han, Ji-Young[1] · Park, Hyeon-Sook[2]

[1]Professor, Department of Nursing, Silla University, Busan
[2]Associate Professor, Department of Nursing, Kyungil University, Gyeongsan, Korea

Purpose: In adults with chronic diseases, unmet healthcare needs are likely to increase the risk of worsening the illness and complications. This study was conducted to explore factors affecting unmet healthcare needs among adults with chronic diseases. **Methods:** A cross sectional study was performed using the data from the seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES Ⅶ), 2016-2017. The sample of this study consisted of 6,104 adults with chronic diseases. The data were analyzed by Rao-Scott x^2 test and logistic regression using complex samples analysis. **Results:** The proportion of subjects who experienced unmet healthcare needs was 10.9% of adults with chronic diseases. The factors affecting unmet healthcare needs of adults with chronic diseases were age, gender, employment status, household income, subjective health status, activity limitation, and perceived stress. **Conclusion:** The findings of this study suggest that various factors may be associated with their unmet healthcare needs. Finally, the development of strategies to reduce unmet healthcare needs for people with chronic diseases should consider the associated factors presented in the study.

Key Words: Assessment of healthcare needs; Chronic disease; Adult

서 론

1. 연구의 필요성

만성질환은 6개월 혹은 1년 이상 계속되는 질환으로 장기간 앓고 서서히 진행되고, 사람 간 전파되지 않는 비감염성 질환을 말한다[1]. 만성질환은 심혈관질환, 암, 만성호흡기 질환, 당뇨병 등이 대표적이며, 한번 발병하면 종종 완치가 어려우며 지속적인 치료 및 관리를 필요로 한다[1,2]. 만성질환자의 경우 지속적인 건강관리가 무엇보다 요구되는 대상으로 미충족 의료로 인해 자칫 치료 시기를 놓치는 경우 신체적 또는 정신적 건강상태를 악화시킬 가능성이 있으므로[3-5] 필요한 때에 적절한 의료서비스를 이용할 수 있도록 보장하는 것은 만성질환 관리와 만성질환자의 삶의 질 향상을 위한 필수조건이라 할 수 있다[2].

하지만 만성질환을 가지지 않은 사람에 비해 만성질환을 가진 사람의 미충족 의료 경험은 더 높은 것으로 보고되고 있다[6-9]. 미충족 의료는 개인이 주관적으로 인식하는 필요나 의료전문가가 판단한 필요가 있음에도 불구하고 필요한 의료서비스를 받지 못하거나 연기되는 것을 말한다[10]. 미충족 의료는

주요어: 만성질환, 미충족 의료, 성인

Corresponding author: Park, Hyeon-Sook
Department of Nursing, Kyungil University, 50 Gamasil-gil, Hayang-eup, Gyeongsan 38428, Korea.
Tel: +82-53-600-5668, Fax: +82-53-600-5679, E-mail: hspark@kiu.kr

Received: Nov 23, 2020 / Revised: Mar 18, 2021 / Accepted: Apr 7, 2021

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

일반적으로 의료에 대한 부적절한 접근 또는 이용 가능성의 지표로서 한 국가의 건강보장제도 평가 기준인 의료서비스이용 현황을 파악할 수 있는 중요한 자료라 할 수 있다[8,11]. 우리나라는 1989년 전 국민 건강보험제도 실시로 의료서비스의 접근성을 개선하는 제도적 장치를 시행해 왔으나 소득계층에 따른 의료 이용의 불균형 문제는 여전히 제기되고 있고[6,11], 성인의 미충족 의료를 조사한 연구[9]에서 지역별 미충족 의료는 2.6~26.2%로 다양한 결과를 보이고 있다. 미충족 의료로 발생하는 건강 불평등을 해소하기 위해 미충족 의료의 현황 및 원인을 지속적으로 모니터링하고 개선방안을 찾는 것이 필요하다. 미충족 의료는 경제적 부담뿐만 아니라 이용 가능한 의료기관의 부족, 시간적 제약 또는 정보의 부족 등 다양한 요인이 영향을 줄 수 있는데[6], 복잡하고 다차원적인 미충족 의료의 원인을 파악하기 위해 선행연구[9,12,13]에서는 Andersen [14]의 의료이용모형을 활용하였다. 이 모형에서는 의료서비스 이용과 관련된 개인의 행위를 결정하는 영향요인으로 소인 요인(predisposing factors), 가능 요인(enabling factors), 필요 요인(need factors)을 제시하고 있다. 소인 요인은 개인의 서비스 이용 성향을 나타내는 것으로 의료욕구 발생 이전에 이미 가지고 있는 특성을 말하며, 가능 요인은 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 수단에 관한 요인으로 개인과 가족의 자원, 지역사회의 특성이 포함된다. 필요 요인은 의료서비스를 이용하는 직접적인 원인이 되는 질병의 수준과 관련된 요인을 말한다[14].

만성질환자의 미충족 의료는 질병을 악화시키고 합병증을 발생시킬 수 있으며 중증질환에 걸릴 가능성 또한 높일 수 있으므로[3,15,16], 만성질환자의 미충족 의료 현황을 파악하고 의료서비스를 이용하는 데 어떤 제한된 접근성 혹은 장애 요인이 있는지를 파악하는 것은 중요하다. 하지만 만성질환자의 미충족 의료와 관련된 연구는 많지 않은 상황이다. 국외 연구로는 만성질환이 없는 성인에 비해 만성질환이 있는 성인의 미충족 의료 가능성은 1.51배 높은 것으로 보고한 연구가 있고[8], 국내 연구로 노인의 미충족 의료 인식에 관한 질적연구[2], 일반적 특성과 건강 수준에 따른 미충족 영향요인을 파악한 연구[15]와 만성질환 가구의 과부담 의료비 발생 현황을 분석한 연구[17] 등이 있으나 만성질환자의 미충족 의료 현황을 파악하고 그 영향요인을 확인한 연구는 부족한 상황이다. 갈수록 만성질환을 앓고 있는 이들이 증가하고 그 연령층 또한 점차 낮아지는 추세를 감안하여 본 연구에서는 만성질환을 가진 성인을 대상으로 미충족 의료 현황을 파악하고자 한다. 또한 미충족 의료의 영향요인을 분석하기 위해 Andersen [14]의 의료이용모형에 근거하여 관련 요인을 선정하고 이들 요인이 미충족 의료에 어떠한 영향을 미치는지를 확인하고자 한다. 이는 만성질환자의 건강관리를 강화하고 개선하기 위한 향후 개입 영역을 알려줄 수 있어 궁극적으로 만성질환자의 건강 결과를 개선하는 데 이바지할 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 만성질환을 앓은 성인의 미충족 의료 현황을 파악한다.
- 만성질환을 가진 성인의 소인 요인, 가능 요인 및 필요 요인에 따른 미충족 의료의 차이를 파악한다.
- 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료의 영향요인을 확인한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 현황 및 영향요인을 파악하기 위하여 국민건강영양조사를 활용한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구는 2016년과 2017년도에 실시한 제7기 국민건강영양조사 대상자 중에서 만성질환을 가진 19세 이상의 성인 6,104명을 대상으로 하였다. 국민건강영양조사에 포함된 만성질환은 암, 고혈압, 이상지질혈증, 뇌졸중, 심근경색증, 협심증, 골관절염, 류마티스성 관절염, 골다공증, 폐결핵, 천식, 부비동염, 알레르기비염, 우울증, 신부전, 아토피피부염, 당뇨병, 갑상선질환, 백내장, 녹내장, 중이염, 황반변성, B형간염, C형간염, 간경변증이다. 대상자는 해당 질병에 대해 의사에게 진단을 받고 현재 앓고 있다고 응답한 사람을 선정하였다.

3. 연구변수

만성질환을 가진 성인의 미충족 의료의 영향요인을 예측하기 위해 Andersen [14]의 의료이용모형을 기반으로 소인 요인으로 성별, 연령, 결혼상태, 교육 정도를, 가능 요인에는 고용상태, 가구 형태, 가구소득 수준, 건강보험 종류, 민간의료보험 유무, 행정구역 시도를 선정하였다. 필요 요인으로는 주관적 건

강상태, 활동제한 유무, 만성질환의 수, 인지된 스트레스를 포함하였다. 연령은 19~39세, 40~64세, 65세 이상으로, 결혼상태는 미혼, 별거·사별·이혼, 배우자와 동거로 구분하였고, 교육정도는 중졸 이하, 고졸, 대졸 이상으로 하였다. 고용상태는 임금근로자, 자영업자와 고용주, 무급가족종사자, 무직으로 분류하였고, 가구 형태는 1인가구와 다인가구로 구분하였고, 가구소득 수준은 소득 5분위 수에 따라 분류하였다. 건강보험 종류는 국민건강보험과 의료급여로, 민간의료보험 유무는 의료비를 보조해주는 민간의료보험에 가입했는지에 따라 구분하였으며, 행정구역은 17개 시도를 시와 도로 구분하였다. 또한 주관적 건강상태는 좋음, 보통, 나쁨으로 구분하였고, 활동제한 유무는 현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 있는지를 조사하였다. 인지된 스트레스는 스트레스를 적게 느끼는 경우는 낮음으로, 스트레스를 많이 느끼는 경우는 높음으로 분류하였다. 미충족 의료는 "최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 제외) 진료(검사 또는 치료)가 필요하였으나 받지 못한 적이 있습니까?"라는 질문에 "예"로 응답한 경우로 하였다.

4. 자료수집 및 자료분석

국민건강영양조사에서 건강설문조사는 면접방법으로 조사하였으며, 표본추출방법은 조사구, 가구를 1, 2차 추출단위로 하는 2단계 층화집락표본추출방법을 사용하였다. 국민건강영양조사는 복합표본설계 방법에 의해 표본이 추출되었으므로 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 복합 표본 분석(complex samples analysis)을 하였다. 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 현황은 빈도, 백분율 등의 기술적 통계를 사용하였고, 소인 요인, 가능 요인 및 필요 요인에 따른 미충족 의료의 차이를 규명하기 위해서는 Rao-Scott x^2 test로 분석하였다. 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 영향요인은 복합표본 로지스틱 회귀분석(complex samples logistic regression)을 이용하여 분석하였다.

5. 윤리적 고려

국민건강영양조사는 생명윤리법에 따라 국가가 직접 공공복리를 위해 수행하는 연구에 해당하여 연구윤리심의위원회 심의를 받지 않고 수행하였으며, 본 연구는 신라대학교 생명윤리위원회(IRB No.: 1041449-201906-HR-006)로부터 심의면제를 받아 실시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 40~64세가 49.9%로 가장 많았고, 성별은 여성이 54.7%로 남성보다 더 많았다(Table 1). 결혼상태는 배우자와 동거인 경우가 68.7%로, 교육 정도에서는 중졸 이하가 36.4%로 가장 많았다. 고용상태는 무직이 42.5%로 가장 많았고, 가구 형태는 다인가구가 87.6%로 더 많았고, 가구소득 수준은 '상' 21.1%, '하' 20.9%,, '중상' 19.9% 순이었다. 건강보험 종류는 국민건강보험이 95.2%, 의료급여가 4.8%였고, 민간의료보험은 가입한 경우가 74.3%로 더 많았고, 행정구역 시도는 '시'는 46.6%, '도'는 53.4%로 나타났다. 주관적 건강상태는 '보통'인 경우가 51.6%로 가장 많았고, 활동제한이 있는 경우는 11.8%, 없는 경우는 88.2%였다. 만성질환의 수는 1개인 경우가 51.9%로 가장 많았고, 인지된 스트레스는 '높음'인 경우가 29.6%, '낮음'인 경우는 70.4%로 나타났다.

2. 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 현황

만성질환을 가진 성인 중 최근 1년 동안 미충족 의료를 경험한 사람은 10.9%로 나타났다(Table 2). 행정구역 17개 시도별 미충족 의료는 경북(17.5%), 울산(16.4%) 및 부산(13.1%) 순으로 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료의 이유는 '시간이 없어서'가 40.6%로 가장 높았고, '경제적 이유'가 22.5%, '증세가 가벼워서'가 22.3% 순이었다(Table 3).

3. 대상자의 소인 요인, 가능 요인 및 필요 요인에 따른 미충족 의료의 차이

미충족 의료는 소인 요인 중에서 성별, 결혼상태 및 교육 정도에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 1). 성별에서 여성이 13.1%로 남성 8.2%보다 높았다(x^2=37.86, p<.001). 결혼상태로는 별거·사별·이혼인 경우가 15.2%(x^2=36.03, p<.001), 교육 정도는 중졸 이하인 집단이 12.8%(x^2=14.01, p=.016)로 가장 높게 나타났다. 가능 요인에 따른 미충족 의료는 가구 형태, 가구소득 수준, 건강보험 종류 및 민간의료보험 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 가구 형태에서는 1인가구는 16.5%로 다인가구 10.1%보다 높게 나타났고(x^2=28.42, p<.001), 가구소득에서는 가구소득 수준이 '하'인 집단

Table 1. General Characteristics of Study Participants (*N*=6,104)

Factors	Variables	Categories	Total		Unmet healthcare needs				Rao-Scott x^2 (p)
					No		Yes		
			n†	%‡	n†	%‡	n†	%‡	
Predisposing factors	Age	19~39	967	22.1	846	87.3	121	12.7	7.69
		40~64	2,706	49.9	2,444	90.1	262	9.9	(.067)
		≥65	2,431	28.0	2,158	88.9	273	11.1	
	Gender	Male	2,474	45.3	2,282	91.8	192	8.2	37.86
		Female	3,630	54.7	3,166	86.9	464	13.1	(<.001)
	Marital status	Single	590	14.8	513	86.7	77	13.3	36.03
		Separation, bereavement, divorce	1,203	16.5	1,019	84.8	184	15.2	(<.001)
		Living with a spouse	4,311	68.7	3,916	90.7	395	9.3	
	Education	≤Middle school	2,751	36.4	2,405	87.2	346	12.8	14.01
		High school	1,720	31.5	1,552	89.6	168	10.4	(.016)
		≥College	1,633	32.1	1,491	90.8	142	9.2	
Enabling factors	Employment status	Wage worker	2,057	39.1	1,826	88.6	231	11.4	3.47
		Business owner, Owner-operator	911	15.2	819	90.6	92	9.4	(.445)
		Unpaid family worker	247	3.2	225	90.8	22	9.2	
		Unemployed	2,889	42.5	2,578	88.9	311	11.1	
	Household type	Single-person households	933	12.4	785	83.5	148	16.5	28.42
		Multi-person households	5,171	87.6	4,663	89.9	508	10.1	(<.001)
	Household income level	Low	1,579	20.9	1,327	83.4	252	16.6	59.96
		Middle-low	1,256	19.0	1,140	90.5	116	9.5	(<.001)
		Middle	1,099	19.1	988	89.2	111	10.8	
		Middle-high	1,043	19.9	947	91.0	96	9.0	
		High	1,127	21.1	1,046	91.8	81	8.2	
	Health insurance type	National health insurance	5,765	95.2	5,177	89.5	588	10.5	18.03
		Medical care	339	4.8	271	81.6	68	18.4	(<.001)
	Private insurance	Yes	4,175	74.3	3,769	89.8	406	10.1	10.92
		No	1,929	25.7	1,679	86.9	250	13.1	(.005)
	City and province	City	2,786	46.6	2,497	89.3	289	10.7	.21
		Province	3,318	53.4	2,951	88.9	367	11.1	(.696)
Need factors	Subjective health status	Good	1,235	21.7	1,175	95.2	60	4.8	159.68
		Moderate	3,097	51.6	2,828	90.6	269	9.4	(<.001)
		Poor	1,772	26.7	1,445	81.3	327	18.7	
	Limited activity	Yes	855	11.8	676	78.3	179	21.7	97.61
		No	5,249	88.2	4,772	90.6	477	9.4	(<.001)
	Number of chronic diseases	1	2,843	51.9	2,577	90.5	266	9.5	12.45
		2	1,662	26.7	1,478	87.8	184	12.2	(.009)
		≥3	1,599	21.4	1,393	87.5	206	12.5	
	Perceived stress	Low	4,408	70.4	4,032	91.3	376	8.7	69.23
		High	1,696	29.6	1,416	84.0	280	16.0	(<.001)

† Unweighted; ‡ Weighted.

이 16.6%로 '상'인 집단 8.2%보다 높았다(x^2=59.96, p<.001). 건강보험 종류는 의료급여인 집단이 18.4%로 국민건강보험 집단 10.5%보다 높았고(x^2=18.03, p<.001), 민간의료보험에서는 가입하지 않은 집단은 13.1%로 가입한 집단 10.1%보다 높게 나타났다(x^2=10.92, p=.005). 필요 요인에 따른 미충족 의료는 주관적 건강상태, 활동제한 유무, 만성질환의 수 및 인

Table 2. Unmet Healthcare Needs according to Geographic Region (*N*=6,104)

Variables	Total		Unmet healthcare needs			
			No		Yes	
	n†	%‡	n†	%‡	n†	%‡
Gyeongbuk	327	5.2	278	82.5	49	17.5
Ulsan	110	2.1	90	83.6	20	16.4
Busan	399	6.6	343	86.9	56	13.1
Gyeongnam	349	5.4	304	87.1	45	12.9
Jeju	114	1.0	99	87.3	15	12.7
Daegu	255	4.3	227	88.4	28	11.6
Incheon	335	5.6	304	88.5	31	11.5
Chungnam	238	4.0	208	88.7	30	11.3
Gangwon	230	3.0	203	88.8	27	11.2
Jeonbuk	216	3.7	195	89.5	21	10.5
Chungbuk	207	3.2	188	90.0	19	10.2
Gyeonggi	1,398	24.9	1,257	90.1	141	9.9
Seoul	1,171	20.6	1,059	90.3	112	9.7
Gwangju	181	3.5	165	91.2	16	8.8
Daejeon	211	3.5	195	91.7	16	8.3
Sejong	124	0.4	114	92.2	10	7.8
Jeonnam	239	3.0	219	93.2	20	6.8
Total	6,104	100.0	5,448	89.1	656	10.9
			x^2 (p)=31.74 (.053)			

† Unweighted; ‡ Weighted.

지된 스트레스에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 주관적 건강상태는 '나쁨'인 경우가 18.7%로 가장 높았고(x^2=159.68, p<.001), 활동제한이 있는 경우가 21.7%로 그렇지 않는 집단 9.4%보다 높았다(x^2=97.61, p<.001). 만성질환의 수에서는 3개 이상인 경우가 12.5%로 가장 높았고(x^2=12.45, p=.009), 인지된 스트레스가 '높음'인 집단은 16.0%로 '낮음'인 집단은 8.7%보다 높았다(x^2=69.23, p<.001).

4. 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 영향요인

만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 영향요인은 소인 요인에서 연령과 성별, 가능 요인에서는 고용상태와 가구소득 수준, 필요 요인에서는 주관적 건강상태, 활동제한 및 인지된 스트레스인 것으로 나타났다(Table 1). 소인 요인으로 연령에서 65세 이상의 노인에 비해 19~39세의 성인의 미충족 의료 가능성은 1.86배(95% CI: 1.25~2.77)로 더 높게 나타났고, 성별에서 여성에 비해 남성의 미충족 의료 가능성은 0.59배(95% CI: 0.46~0.76)로 나타났다. 가능 요인 중 고용상태는 무직인 집단에 비해 임금 근로자의 미충족 의료 가능성이 1.56배(95% CI: 1.23~1.97), 자영업자와 고용주가 1.40배(95% CI: 1.02~1.91)로 높았다. 가구소득은 가구소득 수준이 높은 집단에 비해 낮은 집단의 미충족 의료 가능성이 1.69배(95% CI: 1.18~2.43)로 나타났다. 필요 요인에서는 주관적 건강상태가 '나쁨'인 경우에 비해 미충족 의료의 가능성은 '보통'은 0.57배(95% CI: 0.45~0.72), '좋음'은 0.31배(0.25~0.45)로 나타났다. 미충족 의료 가능성은 활동제한이 있는 집단은 그렇지 않은 집단에 비해 1.94배(95% CI: 1.48~2.54)로 더 높았고, 인지된 스트레스가 높은 집단에 비해 낮은 집단은 0.68배(95% CI: 0.55~0.84)로 나타났다.

Table 3. Reasons of Unmet Healthcare Needs (*N*=689)

Variables	n†	%‡
Lack of available time	243	40.6
Economic reason	182	22.5
Mild symptoms	150	22.3
Inaccessible transportation	47	6.3
Fear of receiving medical treatment	34	4.1
Waiting time too long	5	0.9
Difficulties in getting appointments at hospitals	3	0.5
Others	25	2.8

† Unweighted; ‡ Weighted.

논 의

본 연구는 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 현황을 파악하고 미충족 의료의 영향요인을 규명하여 만성질환의 예방과 관리를 위한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 만성질환을 가진 성인 중 최근 1년 동안 미충족 의료를 경험한 사람은 10.9%로 캐나다의 만성질환 성인을 대상으로 한 연구[8]에서 12.2%로 나타난 결과보다 낮았다. 또한 국내 연구로 2012년 한국 지역사회건강조사를 기반으로 한 연구[9]에서 미충족 의료를 경험한 성인은 12.1%, 2015년 국민건강영양조사 자료를 분석한 연구[3]에서는 12.6%였던 결과보다 낮았다. 하지만 2017년도 국민건강조사 자료와 지역사회건강조사 자료를 분석한 연구[18]에서 성인의 미충족 의료는 각각 8.8%, 10.6%로 나타나 본 연구결과보다 높게 나타났다. 이러한 결과는 2012년과 2015년에 비해 2016~2017년 미충족 의료를 경험하는 대상자의 비율

Table 4. Factors Influencing Unmet Healthcare Needs (*N*=6,104)

Factors	Variables (Reference)	Categories	Unmet healthcare needs		
			OR	95% CI	*p*
Predisposing factors	Age (≥65)	19~39	1.86	1.25~2.77	.002
		40~64	1.27	0.98~1.64	.073
	Gender (Female)	Male	0.59	0.46~0.76	<.001
	Marital status (Living with a spouse)	Single	1.12	0.78~1.61	.550
		Separation, bereavement, divorce	1.11	0.82~1.51	.501
	Education (≥College)	≤Middle school	1.15	0.83~1.59	.401
		High school	1.08	0.80~1.47	.598
Enabling factors	Employment status (Unemployed)	Wage worker	1.56	1.23~1.97	<.001
		Business owner, Owner-operator	1.40	1.02~1.91	.036
		Unpaid family worker	0.93	0.52~1.66	.807
	Household type (Multi-person households)	One-person households	1.21	0.91~1.62	.198
	Household income level (High)	Low	1.69	1.18~2.43	.004
		Middle-low	0.99	0.71~1.39	.951
		Middle	1.23	0.88~1.70	.223
		Middle-high	1.03	0.71~1.47	.894
	Health insurance type (Medical care)	National health insurance	1.07	0.71~1.62	.740
	Private insurance (No)	Yes	0.89	0.70~1.12	.317
	City and province (Province)	City	1.00	0.82~1.22	0.97
Need factors	Subjective health status (Poor)	Good	0.31	0.25~0.45	<.001
		Moderate	0.57	0.45~0.72	<.001
	Limited activity (No)	Yes	1.94	1.48~2.54	<.001
	Number of chronic diseases (1)	2	0.95	0.72~1.26	.713
		≥3	1.25	0.98~1.59	.069
	Perceived stress (High)	Low	0.68	0.55~0.84	<.001

OR=odds ratio; CI=confidence interval.

은 낮아진 것으로 볼 수 있으며, 일반 성인에 비해 만성질환자의 미충족 의료 가능성이 더 높은 것으로 제시한 연구결과[6,9]를 지지하고 있다. 효과적인 만성질환의 예방 및 관리를 위해 만성질환자는 필요한 때에 적절하게 의료기관을 이용하는 것은 중요하므로 만성질환을 가진 대상자의 미충족 의료 현황은 계속적으로 모니터링 되어야 할 것이다.

만성질환을 가진 성인의 미충족 의료는 시간적 · 경제적 요인과 가벼운 증상이 주된 이유로 나타났다. Hwang 등[19]은 장애를 가진 사람의 미충족 의료의 이유는 '비용 부족'(57.3%), '불편한 교통'(12.8%)인 반면, 일반 대상자는 '시간이 없어서'(30.2%)와 '증세가 가벼워서'(23.8%), '비용 부족'(20.9%)으로 보고하였다. 다른 대상에 비해 만성질환자의 미충족 의료 이유에서 시간적 요인과 경제적 요인이 차지하는 비중이 높음을 알 수 있다. 만성질환자는 직장 및 가정생활과 관련하여 의료서비스 이용에 필요한 적절한 시간이 내기가 어려울 수 있으며, 진료비 부담 때문에 의료 이용을 포기하거나 지연하게 되어 필요한 의료서비스를 제대로 이용하지 못하는 것으로 볼 수 있다[7,20].

본 연구에서는 Andersen의 의료이용모형을 기반으로 만성질환자의 미충족 의료의 영향요인을 확인한 결과 소인 요인 중 연령과 성별이 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 우선 연령에서 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료의 가능성은 65세 이상의 노인에 비해 19~39세의 성인이 더 높은 것으로 나타났다. 이는 일반 성인을 대상으로 한 연구[21]에서 젊은 연령층에 비해 나이 든 사람의 미충족 의료 가능성이 높았던 결과와 차이가 있었다. 하지만 일반 성인을 대상으로 한 연구[22]에서 65세 이상의 노인에 비해 19~34세의 성인이 더 높았던 결과와 만성질환자를 대상으로 한 연구[15]에서 40세 미만의 대상자에 비해

50~59세와 60세 이상의 성인이 더 낮았던 결과와는 같은 맥락으로 해석할 수 있다. 젊은 연령층의 미충족 의료 가능성이 높았던 결과는 바쁜 일정으로 필요할 때 이용하지 못하거나 경제적 활동에 참여하고 있는 경우 근무시간과 관련된 시간적 제약 혹은 건강관리에 대한 태도와 지식 등이 연관될 수 있을 것이다[7,15]. 시간적 요인으로 필요한 의료서비스를 이용하지 못하는 경우 의료기관의 진료예약시스템의 활성화, 대기시간의 단축 등 의료서비스 개선이 필요하고, 직원의 의료서비스 이용 및 건강증진 활동을 보장할 수 있는 직장 내 제도적 지원이 요구된다. 또한 만성질환을 가진 대상자에게 교육 및 홍보를 통하여 만성질환과 의료서비스에 대한 정보를 제공함으로써 바람직한 건강관리에 대한 태도 및 지식을 갖추어 필요시에 적절한 의료서비스를 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

그다음은 성별로 만성질환을 가진 여성에 비해 남성의 미충족 의료 가능성이 낮았던 결과는 Lim [15]의 연구결과와 일치한다. 여성의 전반적으로 낮은 소득수준, 직장에서의 낮은 임금과 지위 혹은 직장과 가정에서 여성의 이중 역할 등이 필요한 의료서비스에 접근하여 이용하는데 장애 요인으로 작용한 것으로 볼 수 있으나[22-24], 추후 연구를 통해 보다 명확한 원인을 파악하는 것이 필요하다.

가능 요인 중에서는 고용상태와 가구소득이 만성질환자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 고용상태에서 무직인 집단에 비해 만성질환을 가진 임금근로자와 자영업자·고용주의 미충족 의료의 가능성이 높았다. 이는 일반 성인을 대상으로 한 선행연구에서 무직인 사람에 비해 임금근로자의 미충족 의료 가능성이 높았던 결과[25]와 임금근로자에 비해 무직, 무급 가족 노동자와 자영업자·고용주의 미충족 의료 가능성이 낮았던 결과[9]와 같은 맥락으로 볼 수 있다. 만성질환자의 경우 중증도에 따라서 차이는 있지만 고용 상태를 유지하면서 치료 및 관리를 해나가야 하는 상황인 경우가 많고 근로자의 미충족 의료는 주로 시간이 부족하거나 병원 운영시간에 맞출 수 없을 때 발생할 수 있으므로[25,26] 이를 고려한 근로자의 만성질환 관리 정책 및 방안이 요구되고 있다. 특히 만성질환의 치료 시기가 지연될 경우 질병의 중증도가 심해질 수 있으므로 근로자를 고용하고 있는 기관에서는 탄력적 근로시간제, 휴가나 대체 인력 지원 등 다양한 방법을 통해 미충족 의료가 발생하지 않도록 지원해야 할 것이다.

가구소득에서는 소득분위가 높은 집단에 비해 낮은 집단의 미충족 의료 가능성이 높은 것으로 나타나 낮은 소득수준은 미충족 의료의 주요 영향요인임을 보고한 선행연구[4,9,15]와 일치하는 결과를 보여주고 있다. 만성질환을 가진 사람은 건강관리 자원을 많이 사용하게 되고 그에 따른 비용으로 경제적 부담이 증가할 수 있으며[24], 저소득층의 경제적 부담은 가중될 수 있다. 또한 만성질환에 대한 의료보장이 충분하지 않은 상황에서 저소득층은 의료욕구가 있더라도 치료 시기를 미루거나 충분한 치료를 하지 못할 가능성이 높게 되며, 결과적으로 중증질환으로의 이환 가능성도 상대적으로 높아지게 된다[17]. 따라서 저소득층에 속하는 사람들이 필요한 의료에 접근하는데 영향을 주는 경제적 요인을 최소화하고 소득계층 간 건강 불평등을 해소하기 위한 전략을 마련해야 할 것이다. 만성질환 진단 및 치료과정에서 발생하는 저소득계층의 의료비 부담을 줄이기 위해 건강보험에서의 본인부담금 축소, 보장성 강화 및 경제적 보조 등을 통해 미충족 의료의 원인을 제거하려는 노력이 요구된다. 또한 병·의원서비스와 연계된 지역사회 방문간호, 건강증진 프로그램 등의 지역사회 보건서비스의 활성화로 저소득층 만성질환자의 건강관리 요구가 충족될 수 있는 여건을 마련하도록 해야 할 것이다.

필요 요인 중에서는 주관적 건강상태, 활동제한 및 인지된 스트레스가 만성질환자의 미충족 의료 영향요인인 것으로 나타났다. 주관적 건강상태가 나쁜 집단에 비해 보통 혹은 좋은 상태에 있는 집단의 미충족 의료의 가능성이 낮게 나타났다. 이는 선행연구[9,15,22]와 일치하는 결과로 주관적 건강상태가 나쁜 집단일수록 필요한 의료서비스는 더 많으나 적절한 의료서비스를 충분히 받지 못했다고 판단할 가능성이 더 높은 것으로 사료된다. 활동 제한이 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료의 위험요인으로 나타난 결과는 일상생활에 제한이 있는 일반 성인의 미충족 의료 가능성이 1.80배 높은 것으로 보고한 결과[26]와 유사하다. 만성질환자가 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애 등으로 활동 제한이 있는 경우 경제적 제약으로 인한 미충족 의료가 발생할 수 있고[26], 이동의 어려움이 있는 경우 의료기관을 이용하는데 불편감이 있을 수 있고[2] 이는 미충족 의료를 발생시킬 수 있다. 따라서 활동 제한이 있어 의료서비스 이용이 어려운 사람의 이동을 돕기 위해 교통수단뿐만 아니라 이들을 도와줄 자원이나 지지체계가 필요함을 알 수 있다. 본 연구에서 인지된 스트레스가 낮은 집단에 비해 높은 집단의 미충족 의료 가능성이 더 높았던 결과는, 스트레스를 '거의 느끼지 않거나 조금' 느끼는 성인에 비해 '매우 자주' 느끼는 경우 3.28배, '자주' 느끼는 경우는 2.53배인 것으로 보고한 선행연구결과[26]에 부합한다. 만성질환자의 경우 일상생활 관련 스트레스뿐만 아니라 장기간의 질병으로 인한 스트레스에 노출되어 있으므로[27,28] 스트레스 관리를 통해 만성질환자의 삶의 질과 안녕 상태를 높이고 미충족 의료를 줄이도록 해야 할

것이다.

본 연구에서 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료의 가능성이 젊은 연령층과 여성인 경우에 높았던 결과는 만성질환자의 의료서비스 접근성과 이용을 높이기 위한 전략을 세우는데 소인 요인, 즉 개인 수준의 특성을 고려하는 것이 필요함을 보여준 결과라 할 수 있다. 가능 요인은 의료서비스 이용을 가능하게 하는 자원과 관련된 요인이므로 고용상태와 가구소득 수준에 의해 만성질환자의 의료서비스 이용이 제한되지 않도록 제도적 차원의 지원 방안이 마련되어야 할 것이다. 또한 필요 요인은 의료서비스 이용에 직접적인 영향을 가지는 실제적 요구와 관련되므로 건강상태, 활동 제한 여부나 스트레스 수준을 잘 파악하여 만성질환자가 필요한 의료서비스를 적절하게 이용할 수 있도록 해야 할 것이다. 결과적으로 본 연구를 통해 Andersen [14]의 의료이용모형에서 제시한 소인 요인, 가능 요인 및 필요 요인과 관련된 일부 변수들이 만성질환자의 미충족 의료의 영향요인임을 확인하였다. 이러한 요인은 만성질환의 예방과 관리를 강화하고 개선하기 위한 전략을 개발하는데 고려되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 국민건강영양조사 자료를 이용하여 횡단면분석을 진행한 연구로 미충족 의료를 변화 추이를 파악하지는 못하였다. 둘째, 의료서비스의 미충족 영향요인을 자가 보고 설문지로 측정하였으므로 미충족 의료의 개인적, 사회적 요인 등을 잘 반영하고 있으나 개인의 주관적 판단이 개입될 가능성을 완전히 배제하기가 어렵다. 따라서 추후 연구에서는 필요한 의료서비스와 실제 이용 간의 차이를 객관적으로 측정하는 것이 필요하다. 셋째, 본 연구는 국민건강영양조사에서 실시한 만성질환 전체를 포함으로써 질환 자체의 특성에 따른 차이를 충분히 고려하지 못하였다. 이에 추후 연구에서는 만성질환의 특성과 관련된 변수를 포함한 연구를 제안한다. 넷째, 국민건강영양조사에서 측정된 변수가 제한적이므로 Andersen [14] 의료이용모형의 이론적 요인을 충분히 포함하였다고 보기는 어렵다. 따라서 연구결과를 지역사회간호 실무에 적용하는데 신중을 기해야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 현황을 파악함으로써 실제 의료서비스 수요가 높은 대상자의 미충족 의료를 확인하였다는 점에서 의의가 있다. 분석결과 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료는 소인 요인인 연령, 성별 및 고용상태와 같은 개인적 특성뿐만 아니라 의료서비스를 이용할 수 있는 능력과 연관된 가구소득 수준, 건강상태와 관련된 요인들이 복합적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구에서 규명된 요인을 고려하여 만성질환 예방 및 관리를 위한 보건의료정책을 설계하고 실행함으로써 국민의 건강증진을 위한 보다 나은 보건의료시스템을 구축할 수 있도록 해야 할 것이다.

본 연구결과를 토대로 다음을 제언하고자 한다. 첫째, 추후 연구에서는 연령층을 구분하여 미충족 의료의 영향요인을 분석하여 이를 미충족 의료를 줄이려는 방안을 도출하는데 활용할 것을 제언한다. 둘째, 경제적 요인이 여전히 미충족 의료의 주요 요인이므로 만성질환자의 경제적 부담을 덜어줄 수 있는 건강보험제도의 개선 및 지원 방안이 강구되어야 할 것이다. 셋째, 만성질환자의 건강상태와 미충족 의료는 관련성이 높으므로 건강관리를 위한 질병관리 프로그램의 개발 및 교육, 정책적인 지원 등의 다차원적인 접근이 요구된다고 하겠다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Standard statistical terms and indicators[Internet]. Daejeon: Statistics Korea. 2020 [cited 2020 October 16]. Available from: http://kostat.go.kr/understand/info/info_lge/1/detail_lang.action?bmode=detail_lang&cd=SL4042
2. Min DH, Cho JY, Kim JG, Seo SJ, Kim MK, Shim EH, et al. Medical experiences and unmet health care perception among elderly people with chronic disease. Health Policy and Management. 2018;28(1):35-47. https://doi.org/10.4332/KJHPA.2018.28.1.35
3. Yoon HJ, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2015, Health Policy and Management. 2017;27(1):80-83. https://doi.org/10.4332/KJHPA.2017.27.1.80
4. Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, et al. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. BMC Geriatrics. 2018;18(1):98. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0786-3
5. Kim Y, Kim S, Jeong S, Cho SG, Hwang S. Poor people and poor health: Examining the mediating effect of unmet healthcare needs in Korea. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2019;52(1):51-59. https://doi.org/10.3961/jpmph.18.162
6. Kim SJ, Huh SI. Financial burden of health care expenditures and unmet needs by socioeconomic status. Korean Health Economic Review, 2011;17(1):47-70.
7. Hou F, Chen J. Unmet needs for health care. Health Reports. 2002;13(2):23-34.
8. Ronksley PE, Sanmartin C, Quan H, Ravani P, Tonelli M, Manna B, et al. Association between chronic conditions and perceived unmet health care needs. Open Medicine. 2012;6(2):e48-e58.

9. Lee SE, Yeon M, Kim CW, Yoon TH. The association among individual and contextual factors and unmet healthcare needs in South Korea: A multilevel study using national data. Journal of Preventive Medicine and Public Health. 2016;49(5):308-322. https://doi.org/10.3961/jpmph.16.035
10. Bennett AC, Rankin KM, Rosenberg D. Does a medical home mediate racial disparities in unmet healthcare needs among children with special healthcare needs?. Maternal and Child Health Journal. 2012;16(2):330-338. https://doi.org/10.1007/s10995-012-1131-7
11. Shin YJ, Son JI. The prevalence and association factors of unmet medical need: Using 1st and 2nd Korea welfare panel data. Health and Social Welfare Review. 2009;29(1):95-122. https://doi.org/10.15709/hswr.2009.29.1.95
12. Kim DE, Ahn SA. Factors influencing unmet healthcare needs among the elderly with cognitive impairment in Korea. Journal of Korean Academy of Nursing Administration. 2020;26 (2):100-109. https://doi.org/10.11111/jkana.2020.26.2.100
13. Marshall EG. Do young adults have unmet healthcare needs?. Journal of Adolescent Health. 2011;49(5):490-497. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.03.005
14. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. Journal of Health and Social Behavior. 1995;36(1):1-10. https://doi.org/10.2307/2137284
15. Lim JH. Analysis of unmet medical need status based on the Korean health panel. Health and Social Science. 2013;34:237-256.
16. Diamant AL, Hays RD, Morales LS, Ford W, Calmes D, Asch S, et al. Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. American Journal of Public Health. 2004;94(5):783-789. https://doi.org/10.2105/ajph.94.5.783
17. Choi YJ, Lee WY. A study on the exclusion from health care system: Explaining of unmet healthcare needs and catastrophic health expenditures of near poor with chronic diseases. Korea Social Policy Review. 2015;22(4):161-187. https://doi.org/10.17000/KSPR.22.4.201512.161
18. Kim HJ, Jang J, Park EC, Jang SI. Unmet healthcare needs status and trend of Korea in 2017. Health Policy and Management. 2019;29(1):82-85. https://doi.org/10.4332/KJHPA.2019.29.1.82
19. Hwang B, Chun SM, Park JH, Shin HI. Unmet healthcare needs in people with disabilities: Comparison with the general population in Korea. Annals of Rehabilitation Medicine. 2011;35 (5):627-635. https://doi.org/10.5535/arm.2011.35.5.627
20. Ju YJ, Kim TH, Han KT, Lee HJ, Kim W, Lee SA, et al. Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: A longitudinal study. European Journal of Public Health. 2017;27(4):631-637. https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw264
21. Yoon YS, Jung B, Kim D, Ha IH. Factors underlying unmet medical needs: A cross-sectional study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(13): 2391. https://doi.org/10.3390/ijerph16132391
22. Hwang J. Understanding reasons for unmet health care needs in Korea: What are health policy implications? BMC Health Services Research. 2018;18(1):557. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3369-2
23. Ha R, Jung-Choi K, Kim CY. Employment status and self-reported unmet healthcare needs among South Korean employees. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;16(1):9. https://doi.org/10.3390/ijerph16010009
24. Bryant T. Leaver C. Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. Health Policy 2009;91(1): 24-32. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2008.11.002
25. Lindström C, Rosvall M, Lindström M. Socioeconomic status, social capital and self-reported unmet health care needs: A population-based study. Scandinavian Journal of Public Health. 2017;45(3):212-221. https://doi.org/10.1177/1403494816689345
26. Park EH, Park EC, Oh DH. Cho E. The effect of stress and depression on unmet medical needs, Korean Journal of Clinical Pharmacy. 2017;27(1):44-54. https://doi.org/10.24304/kjcp.2017.27.1.44
27. Han KS. Perceived stress, mood state, and symptoms of stress of the patient with chronic illness. Journal of Korean Academy of Nursing, 2003;33(1):87-94. https://doi.org/10.4040/jkan.2003.33.1.87
28. Choi R, Moon HJ, Hwang BD. The influence of chronic disease on the stress cognition, depression experience and suicide thoughts of the elderly. The Korean Journal of Health Service Management. 2010;4(2):73-84.