

## 한국인의 필요 치과진료 미수진에 영향을 미치는 요인 -제5기 국민건강영양조사자료 분석(2010-2012)-

최미숙, 윤현경‡  
안동과학대학교 치위생과

### A Study on the Factors Affecting the Unmet Dental Needs of Koreans - Analysis of the Data from the 5th Public Health Nutrition Survey (2010-2012)-

Mi-Sook Choi, Hyun-Kyung Yun‡  
*Department of Dental Hygiene, Andong Science College*

#### <Abstract>

The purpose of this study was to analyze the factors affecting the unmet dental needs of Koreans. In relation to the subjects and methodology for this study, the data from the 5th national health nutrition survey which had been conducted between 2010 and 2012 were analyzed by using the PASW statistics 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA), a statistical program, through the frequency analysis of complex samples, cross analysis of complex samples, and logistics regression analysis of complex samples.

The results of analysis showed that the rate of unmet dental needs stood at 35.3% of all subjects. Moreover, to determine the factors related to the unmet dental needs, the logistics regression analysis of complex samples was conducted. The results of analysis showed that the demographic and socio-economic factors and oral health condition factors had relationship with unmet dental needs.

It is necessary to consider all the objective dental treatments that reflect specific dental diagnosis from a comprehensive standpoint.

---

**Key Words : Oral Health Condition, National Health Nutrition Survey, Demographic and Socio-Economy, Dental Service Utilization**

‡Corresponding author(yhk8321@hanmail.net)

## I. 서론

우리나라는 국민들의 생활수준이 향상되고 새로운 의학의 발달과 함께 전 국민 의료보장제도를 실시하여 의료수요가 급격히 증가하였다. 하지만 높은 환자본인부담은 필요한 의료서비스를 적절히 이용하는데 장벽으로 작용할 수 있어 제도의 취지에 충분히 부합하지 못하고 있으며[1], 최근의 의료패러다임은 의료기관들의 증가와 국민들의 의료서비스 이용에 대한 기대수준 향상과 더불어 공급자 중심에서 수요자 중심으로 변화하고 있다[2]. 또한 의료서비스 이용은 건강상태뿐만 아니라 개인의 인구·사회·경제적 요인들이 함께 작용하여 질병요인과 함께 의료서비스 이용에 영향을 주고 있다[3]. 이러한 의료서비스 이용은 진료와 치료를 비롯한 처방 및 투약 등 의료의 본질적 행위뿐만 아니라 의료 외적 행위들을 경제적 재화로 개념화한 것이라 할 수 있으며[4], 의료서비스 이용에 영향을 주는 요인들은 건강문제가 갖고 있는 본질적인 불확실성 때문에 정확하게 예측하기가 어렵고, 관련 연구에서도 어떤 변수들을 선정하는 지가 연구 의도와 사용된 자료에 따라 다양한 결과로 나타나기도 한다[3].

Andersen[5][6]은 행태주의 이론에 기반으로 하여 의료서비스 이용과 관련된 분석을 연구할 때 다양한 인구집단을 대상으로 의료서비스 이용에 활용할 수 있다고 하였다. 의료서비스 이용과 관련된 요인을 크게 질병이 발생하기 이전에 존재하는 개인적 특성과 관련한 요인들로 성별, 연령, 배우자 유무와 같은 인구학적(demographic)변수, 교육, 직업과 같은 사회구조적(social structural)변수가 포함되는 소인성 요인(predisposing determinant)과 소득이나 의료보험 형태와 같이 의료서비스 이용을 가능하게 하는 수단과 관련된 가능요인(enabling determinant) 그리고 주관적 건강에 대한 인식이나 실제로 나타난 건강상의 문제점들을

포함시킨 질병요인(illness determinant)으로 범주화 하였다.

보건의료서비스는 이러한 의료서비스 이용과 관련된 요인과 관계없이 국민 누구나 생존에 필요한 최소한의 의료서비스를 누릴 권리가 있다. 그러기 위하여 정부는 보건의료서비스가 공평하게 분배되도록 하는 방법에 대한 적절한 선택이 필요하며, 공공정책을 통하여 모든 국민에게 기본적인 보건의료서비스의 이용을 최대한 보장할 수 있어야 한다[7]. 그러나 보건의료에 있어서 형평성이 매우 중요한 가치임에도 불구하고 사회·경제수준이 높은 사람들이 그렇지 못한 사람들에 비해 더 나은 보건의료의 혜택을 받으며, 그렇지 못한 사람들은 현대 보건의료기술로 건강의 문제를 해결할 수 있는데도 불구하고, 양질의 보건의료혜택을 필요할 때에 받지 못하는 경우가 지속적으로 발생하고 있다[8].

최근에 국가는 'Health Plan 2020' 목표에서 중점과제를 건강형평성 제고의 일환으로 구강보건서비스 전달체계 확충을 계획하였으나[9], 2010년 국민구강실태조사에 따르면 지난 1년 동안 치과치료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 미충족치료필요율이 28.0%이었다[10]. 모든 국민은 인간다운 생활에 필요한 건강을 유지하기 위해 의료서비스를 제공받을 권리가 있으며, 이에 국가는 국민들이 필요한 때에 적절한 의료서비스를 제공할 수 있는 보건의료체계를 마련하고, 한정된 의료서비스 자원을 균등하게 분배하여 적절하게 이용할 수 있는 기본방안 도출부터 시작되어야 한다[11]. 이런 맥락에서 보건의료 정책을 결정하는데 있어 국민의 의료이용 실태를 파악하고, 그것과 관련된 제반 요인의 수준을 탐색하는 것은 그 의미가 크다고 할 수 있다[8].

이에 본 연구에서는 치과 의료서비스의 불평등을 해결하기 위해 한국인이 필요로 하는 치과진료가 무엇이며, 필요 치과진료 미수진과 관련된 요인

을 파악할 필요가 있었다. 그러나 현재 필요 치과 진료 미수진에 대한 연구는 매우 적은 수준이고, 우리나라를 대표하는 국가조사 데이터를 사용한 연구는 거의 없는 실정이다.

따라서 제5기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 인구·사회·경제적 특성과 구강건강상태에 따른 필요 치과진료 미수진에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 국민의 치과진료 접근성을 높일 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구대상

이 연구는 국민건강영양조사 제5기 1차년도(2010)8,958명, 2차년도(2011)8,518명, 3차년도(2012)8,057명으로 총 25,533명 중에서 23,412명으로 연구대상으로 하였다.

### 2. 연구도구

제5기 국민건강영양조사 원시자료[12]는 홈페이지에 게시된 절차에 따라 서약서와 이용계획서를 요청하여 제공받았고, 의료서비스 이용에 있어 의료서비스를 예측하고 의료서비스 이용과 관련된 예측요인을 파악하는데 유용한 앤더슨의 행동모형(Anderson Model or Behavior Model of Service Utilization)을 사용하였다[13].

선행요인에서 성별은 '남자', '여자'로 구분하고, 교육수준은 '초등학교졸업이하', '중등졸업', '고등졸업', '대졸이상', 경제활동 상태는 '하고 있다', '하지 않는다'로 구분하였다. 가능요인에는 소득수준 '하', '중하', '중상', '상'으로 구분 하였고, 결혼여부는 '기혼'과 '미혼', 의료보장형태는 '직장', '지역 건강보험', 의료급여는 '1종'과 '2종'으로 하였다. 욕구요인에서 주관적건강상태는 '나쁘다', '좋다',

본인인지구강건강상태는 '나쁘다', '좋다', 저작불편 호소여부는 '불편하지 않다', '불편하다', 우식영구치수(DT index), 우식경험영구치수(DMFT index)로 구분하였다. 본 연구의 종속변수에 사용된 필요 치과진료 미수진 여부는 '최근 1년 동안, 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까'에서 '예'라고 응답한 결과를 필요 치과진료 미수진으로 사용하였다.

### 3. 자료분석

연구대상자의 인구사회경제 특성에 따른 치과진료이용의 차이와 구강건강상태에 따른 필요 치과진료 미수진의 차이는 복합표본 빈도분석을 이용하여 가중되지않은 빈도와 추정값으로 그 분포를 파악하였고, 복합표본 교차분석으로 분포의 차이를 확인하였다. 또한 필요 치과진료 미수진과 관련된 인구사회경제 특성과 구강건강상태의 관련요인을 파악하기 위해서는 복합표본 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 이와 같은 복합표본설계를 고려한 분산추정값은 PASW statistics 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA)의 통계 분석 프로그램을 이용하였으며, 모든 분석의 유의수준은  $\alpha=0.05$ 이었다.

## III. 연구결과

### 1. 인구사회경제 특성에 따른 치과진료이용의 차이

인구사회경제 특성에 따른 필요치과 진료미수진의 차이에서 거주 지역(동과 읍·면)을 제외하고 인구사회경제 특성에 따라 필요치과 진료미수진의 양상이 달랐다( $p<0.001$ ). 연구대상자 전체의 필요치과 진료 미수진율은 35.3%이었다. 이 중 '여자'가 36.8% '남자'가 33.1%로 '여자'의 미수진율이 높았다( $p<0.001$ ). 연령에서는 '19-64세'가 40.1%로 미

수진율이 높았으며(p<0.001), 교육수준은 '고졸'이 39.2%, 가구소득에서는 '하'가 38.1%, 결혼여부에서는 '기혼'이 38.6%로 더 치과진료를 받지 못하였다

(p<0.001). 의료보장형태에서는 '의료급여 수급자'가 43.7%, 경제활동상태에서는 '하고 있다'가 더 치과진료를 받지 못하였다(p<0.001)<Table 1>.

<Table 1> Socioeconomic status and dental service utilization

Unit: n (%)

Variables	Dental service utilization			p-value	
	Don't use	Use	Total		
Gender	Male	3,095(33.10)	7,425(66.90)	10,520(100.00)	35.434 (.000)
	Female	4,371(36.80)	8,521(63.20)	12,892(100.00)	
	Total	7,466(34.90)	15,946(65.10)	23,412(100.00)	
Age	≤6	232(13.30)	1,658(86.70)	1,890(100.00)	763.263 (.000)
	7-12	296(16.00)	1,704(84.00)	2,000(100.00)	
	13-18	448(30.10)	1,208(69.90)	1,656(100.00)	
	19-64	5,222(40.10)	8,379(59.90)	13,601(100.00)	
	Over 65≤	1,268(29.60)	2,997(70.40)	4,265(100.00)	
	Total	7,466(34.90)	15,946(65.10)	23,412(100.00)	
	Education	≤Elementary	2,252(25.70)	7,015(74.30)	
Middle		948(38.50)	1,732(61.50)	2,680(100.00)	
High		2,249(39.20)	3,808(60.80)	6,057(100.00)	
College≤		1,998(38.90)	3,366(61.10)	5,364(100.00)	
Total		7,447(34.90)	15,921(65.10)	23,368(100.00)	
Household income	Lowest	1,424(38.10)	2,548(61.90)	3,972(100.00)	29.098 (.001)
	Second lowest	2,017(35.60)	4,126(64.40)	6,143(100.00)	
	Second highest	2,077(34.70)	4,587(65.30)	6,664(100.00)	
	Highest	1,880(32.90)	4,497(67.10)	6,377(100.00)	
	Total	7,398(35.00)	15,758(65.00)	23,156(100.00)	
Marital status	With spouse	5,531(38.60)	9,863(61.40)	15,394(100.00)	219.222 (.000)
	Without spouse	1,933(29.10)	6,069(70.90)	8,002(100.00)	
	Total	7,464(34.90)	15,932(65.10)	23,396(100.00)	
Medical insurance	Community insurance	2,639(37.10)	5,065(62.90)	7,704(100.00)	65.823 (.000)
	Employed	4,515(33.10)	10,401(66.90)	14,916(100.00)	
	Medicare	270(43.70)	393(56.30)	663(100.00)	
	Total	7,424(34.90)	15,859(65.10)	23,283(100.00)	
Economic activity	Active	4,031(40.10)	6,575(59.90)	10,606(100.00)	697.917 (.000)
	None	2,753(35.40)	5,466(64.60)	8,219(100.00)	
	Total	6,784(38.20)	12,041(61.80)	18,825(100.00)	
Residence	Dong	5,968(34.70)	12,955(65.30)	18,923(100.00)	2.516 (.218)
	Eup • Myeon	1,498(35.90)	2,991(64.10)	4,489(100.00)	
	Total	7,466(34.90)	15,946(65.10)	23,412(100.00)	

The data were analysed by  $\chi^2$ -test.

## 2. 구강건강상태에 따른 필요 치과진료 미수진의 차이

구강건강상태에 따른 필요치과 진료 미수진의 차이에서도 양상이 다른 것으로 나타났다( $p < 0.001$ ). 필요 치과진료 미수진율이 가장 높은 대상자는 저작불편 호소여부에서는 '있다'가 54.6%로 응답한 경우와 본인인지 구강건강상태가 '나쁘다' 51.5%로 응답한 경우이었다( $p < 0.001$ ). 최근 1년간 치통 경험에서는 '있다' 46.6%, 주관적 건강상태가 '나쁘다' 45.8%, 활동제한여부에서는 '있다' 45.2% 경우에 더 치과진료를 받지 못하였다( $p < 0.001$ ). 필요 치과진료 미수진자의 우식영구치수(DT index)는 평균 1.12개로 필요치과 진료 수진자의 0.45개 보다 많았고( $p < 0.001$ ), 필요 치과진료 미수진자의 우식경험영구치수(DMFT index)는 평균 6.31개로 필요 치과진료 수진자의 5.26개 보다 통계적으로 유의하게 많았다( $p < 0.001$ )<Table 2>.

## 3. 필요 치과진료 미수진과 관련된 인구사회경제 특성 요인의 로지스틱회귀분석

연령(13-18세), 학력(중졸, 고졸), 결혼여부, 거주 지역을 제외한 인구사회경제 특성 변수와 활동제한여부를 제외한 구강건강상태 변수가 필요 치과

진료 미수진과 관련성이 나타났다<Table 3>. '여자'보다 '남자'가 필요 치과진료 미수진 1.193배 높았고, '65세이상'보다 '6세이하'가 필요치과진료 미수진이 2.138배 높았으며, '대졸이상'보다 '초졸이하'가 필요 치과진료 미수진이 1.172배 높았다. 가구소득에서는 '상'에 비해 '하'(OR: 0.708), '중하'(OR: 0.828), '중상'(OR: 0.877)의 모두 필요 치과진료 미수진율이 낮았다. 의료급여 '수급자'보다 '사업자(직장)가입자'가 필요 치과진료 미수진자가 1.602배 높았고, '지역의료보험가입자'가 1.402배 더 필요 치과진료 미수진이 높았다. 주관적으로 건강상태가 '좋다'고 인식하는 경우에 비해 '나쁘다'고 인식하는 경우 필요치과진료 미수진이 0.892배 낮았으며, 본인인지 구강건강상태가 '좋다'고 인식하는 경우에 비해 '나쁘다'고 인식하는 경우 0.407배 필요치과 진료 미수진이 낮았다.

저작불편 호소여부의 경우 '아니오'인 경우보다 '예'라고 인식하는 경우에 필요 치과진료 미수진이 1.611배 높았으며, 최근 1년간 치통경험 유무 '아니오' 보다 '예'의 경우 1.369배 필요 치과진료 미수진이 높았으며, 우식영구치수(DT index)가 한 개씩 많아질수록 0.813배(CI: 0.782~0.845) 치과진료를 받지 못하였고, 우식경험영구치수(DMFT index)가 한 개씩 많아질수록 1.023배(CI: 1.015~1.032) 치과진료를 받지 못하였다( $p < 0.001$ ).

<Table 2> Oral health status and dental service utilization

Unit: n (%)

Variables		Dental service utilization			p-value
		Don't use	Use	Total	
Perceived (general) health	Poor	1,587(45.80)	2,171(54.20)	3,758(100.00)	214.076 (.000)
	Good	5,864(33.00)	13,753(67.00)	19,617(100.00)	
	Total	7,451(34.90)	15,924(65.10)	23,375(100.00)	
Perceived oral health	Poor	4,423(51.50)	4,823(48.50)	9,246(100.00)	1977.071 (.000)
	Good	2,899(23.10)	10,793(76.90)	13,692(100.00)	
	Total	7,322(34.90)	15,616(65.10)	22,938(100.00)	
Chewing difficulty	Don't have	3,980(33.40)	8,992(66.60)	12,972(100.00)	609.869 (.000)
	Have	2,436(54.60)	2,296(45.40)	4,732(100.00)	
	Total	6,416(38.50)	11,288(61.50)	17,704(100.00)	
activity limitations	Have	869(45.20)	1,219(54.80)	2,088(100.00)	91.639 (.000)
	Don't have	6,579(34.00)	14,705(66.00)	21,284(100.00)	
	Total	7,448(34.90)	15,924(65.10)	23,372(100.00)	
One-year experience tooth pain	Don't have	4,597(30.40)	12,048(69.60)	16,645(100.00)	525.887 (.000)
	Have	2,617(46.60)	3,336(53.40)	5,953(100.00)	
	Total	7,214(34.90)	15,384(65.10)	22,598(100.00)	
DT index*		7,318(1.12±0.036)	15,603(0.45±0.016)	22,921(0.68±0.02)	(.000)
DMFT index*		7,318(6.31±0.079)	15,603(5.26±0.066)	22,921(5.63±0.05)	(.000)

The data were analysed by  $\chi^2$ -test.

\*Independent t-test was performed and Estimate±Standard Error was denoted.

<Table 3> Socio demographic and oral health status variables model

		OR	(95% CI)	
			Lower	Maximum
		1.713	1.268	~2.316
Gender	Female	1.000		
	Male	1.193***	(1.108	~1.283)
Age	Over 65≤	1.000		
	≤6	2.138***	(1.685	~2.712)
	7-12	1.786***	(1.407	~2.267)
	13-18	.906	(0.739	~1.112)
	19-64	.583***	(0.520	~0.654)
Education	College≤	1.000		
	≤Elementary	1.172***	(1.030	~1.333)
	Middle	.939	(0.810	~1.089)
	High	1.037	(0.940	~1.144)
Household income	Highest	1.000		
	Lowest	.708***	(0.615	~0.814)
	Second lowest	.828***	(0.739	~0.927)
	Second highest	.877***	(0.796	~0.966)
Marital status	With spouse	1.000		
	Without spouse	.946	(0.845	~1.058)
Medical insurance	Medicare	1.000		
	Community insurance	1.402***	(1.094	~1.797)
	Employed	1.602***	(1.258	~2.039)
Residence	Eup · Myeon	1.000		
	Dong	1.063	(0.968	]~1.166)
Perceived (general) health	Good	1.000		
	Poor	.892***	(0.801	~0.993)
Perceived oral health	Good	1.000		
	Poor	.407***	(0.373	~0.443)
Chewing difficulty	Don't have	1.000		
	Have	1.611***	(1.453	~1.787)
activity limitations	Have	1.000		
	Don't have	.900	(0.788	~1.028)
One-year experience tooth pain	Don't have	1.000		
	Have	1.369***	(1.250	~1.499)
DT index		.813***	(0.782	~0.845)
DMFT index		1.023***	(1.015	~1.032)

\*\*\* p<0.001

#### IV. 고찰 및 결론

2010년 국민구강실태조사[14]에 의하면 우리나라 국민의 33.1%가 지난 1년 동안 치과치료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있었으며, 2012년 국민구강실태조사[15]에서는 28%, 제4기 국민건강영양조사에서 약 37%가 최근 1년 동안 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있었다[11]. 또한 2010~2012년에 실시된 제5기 국민건강영양조사 자료를 분석한 결과, 우리나라 국민의 약 40%는 최근 1년 동안, 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있었다. 반면, 병의원(치과제외)에 가고 싶을 때 가지 못한 경우는 20%로 나타나 여전히 의료이용에 비해 치과진료 이용의 접근이 낮은 것을 확인하였다[16].

이에 본 연구는 제5기 국민건강영양조사(2010~2012) 자료를 이용하여 인구·사회·경제적 특성과 구강건강상태에 따른 필요 치과진료 미수진에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 한국인의 치과진료 접근성을 높일 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

필요 치과진료 미수진의 관련요인을 파악하기 위해 인구사회경제요인과 구강건강상태요인 등과 치과진료 미수진에 대한 복합표본 로지스틱회귀분석한 결과, 인구사회경제요인과 구강건강상태요인이 필요 치과진료 미수진과 관련성이 있음을 확인하였다.

첫째, 인구사회경제요인 중 성별은 '여자'보다 '남자'가 치과진료를 받지 못한 경우가 많았다. 이는 남녀 간 의료서비스 이용의 차이를 분석한 연구[17]에서 의료서비스이용에 있어서는 외래방문경험 및 한방서비스 이용경험에 있어서는 여성이 남성에 비해 더 많이 이용하는 것으로 나타난 결과와 일치하였고, 한국인의 치과진료이용과 관련된 요인을 분석한 연구[11]에서는 남자보다 여자가 치

과진료 미수진이 높게 나타나 본 연구결과와는 상반되었다. 연령에서는 '65세이상'보다 '6세이하'가 필요 치과진료 미수진이 2.138배 높았으며, 이는 성, 연령, 지역에 따른 의료이용 형평성의 집단 간 비교 연구[18]에서 외래이용 횟수의 형평성에 영향을 미치는 유일한 집단은 연령집단으로 연령층이 높아질수록 의료이용 횟수가 증가하였다는 결과와 일치하였다. 학력에서는 '대학졸업이상'보다 '초등졸업이하'가 필요 치과진료 미수진이 1.172배 높았는데, 이는 대졸이상에 비해 낮은 학력에서 오히려 치과진료 미수진이 높지 않았다는 연구[11]결과와 일치하였다. 가구소득에서는 '상'에 비해 '하'(OR: 0.708), '중하'(OR: 0.828), '중상'(OR: 0.877)의 모두 필요치과진료 미수진율이 낮았는데 이는 소득에서 그 수준이 낮을수록 치과진료를 받지 못하는 것으로 나타났다는 연구[11]와는 상반되었다. 과거 경제적 요인이 치과이용과 관련이 있었지만 2010년 국민구강실태조사[14]에서 치과치료를 받지 못한 주요원인으로 '치과에 가기 싫어서'가 22.5%, '치과치료를 받는 것이 무서워서'가 18.3%, '내가 갈 수 있는 시간에 치과가 문을 열지 않아서'가 15.3%, '경제적으로 부담이 되어서'가 10.4%로 나타난 결과와 2012년 국민구강실태조사[15]에서 치과치료를 받지 못한 주요원인으로 '치과에 같이 갈 사람이 없어서'가 36.9%, '치과치료를 받는 것이 무서워서'가 18.7%, '치과에 가기 싫어서'가 16.7%, '치과에서 오래 기다리기가 싫어서'가 16.4%의 결과로 볼 때 의료의 패러다임이 변화된 것으로 해석할 수 있다. 의료보장 형태에서는 '의료급여 수급자'보다 '사업자(직장)가입자'가 필요 치과진료 미수진이 1.602배 높았고, '지역의료보험가입자'가 1.402배 더 필요 치과진료 미수진이 높았는데 이는 의료보장 유형에 따른 과부담 의료비 지출과 미충족 의료경험을 중심으로 한 연구[19]에서 의료급여 1종과 2종 수급자가 일부 역치 수준에서 건강보험 지역가입자에 비해 과부담 의료비 지출 경험 가능성이



낮게 나타나고 있는데, 이는 의료급여수급자의 높은 의료 접근성을 보여주는 결과와 일치하였다.

둘째, 구강건강상태요인 중 주관적 건강상태가 '좋다'고 인식하는 것에 비해 '나쁘다'고 인식하는 경우 0.892배 필요 치과진료 미수진이 낮았는데 이는 장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인의 연구[20]에서 주관적 건강상태가 좋을 때에 비해 나쁜 경우 외래를 이용할 교차비가 1.97배로 높았다는 결과와 일치하였다. 본인인지 구강건강상태에서는 '좋다'고 인식하는 경우에 비해 '나쁘다'고 인식하는 경우 0.407배 필요 치과진료 미수진이 낮았다. 이는 구강건강을 나쁘다고 인식하는 사람들과 염려하는 사람들이 치과진료를 더 많이 이용하는 경향을 나타내었다는 연구[11]결과와 상반되었다. 저작불편 호소여부의 경우 '아니오'인 경우보다 '예'라고 인식하는 경우에 필요 치과진료 미수진이 1.611배 높았으며, 최근 1년간 치통경험 유무 '아니오'보다 '예'의 경우 1.369배 필요 치과진료 미수진이 높았다. 우식연구치수(DT index)가 한 개씩 많아질수록 0.813배(CI: 0.782~0.845) 필요 치과진료 미수진이 낮았다. 이는 구강상태를 검진한 자료에서 우식연구치수(DT index)는 증가할수록 치과진료 미수진이 높아졌다는 연구[11]와 상반되었으며, 우식경험연구치수(DMFT index)에서는 한 개씩 많아질수록 1.023배(CI: 1.015~1.032) 치과진료를 받지 못하였는데 우식경험연구치수 DMFT index는 유의성이 낮았다는 연구[11]와 상반되었다. 이는 필요한 치과진료를 받았기 때문에 그로 인해 주관적인 필요 치과진료가 높아졌다고 여겨진다. 그러나 이와 반대로 스스로 느끼는 주관적 필요 치과진료 요구가 큰 사람들이 더 치과진료를 이용하고 있다는 가능성도 배제 할 수 없다.

이에 본 연구는 단면으로 조사되었기 때문이며 치과진료가 필요하다고 인식하고 있지만 치과를 안 가는 것이 아니라 못 가는 또 다른 이유가 있을 것으로 사료된다[11]. 따라서 경제적, 지리적,

개인적 이유 등 치과를 가지 못하는 이유에 대한 세부 분석이 필요 할 것이며, 향후 구체적인 치과 의사 진단을 반영한 객관적인 필요 치과진료를 모두 고려하여 분석할 필요가 있다.

이 연구의 제한점은 더 많은 사회 환경요인을 고려한 조사가 미흡했다는 점이다. 그렇지만 복합 표본의 대표성 있는 2차 자료인 국민건강영양조사를 활용하여 2010년부터 2012년 까지 3년간의 자료를 통합하여 분석하고 결과를 산출하였다는 것에 의의를 둘 수 있을 것이다. 이 연구를 통하여 필요 치과진료 미수진에 관련된 요인이 파악되었으므로 향후 치과이용의 접근성을 높이는 방안을 모색할 수 있을 것이라 사료된다.

## REFERENCES

1. J.S. Park(2010), A Study of Major Issues in the Act (Draft) on Remedy for Damage from Medical Accident and Medical Dispute Mediation, etc, The Korean Journal of Health Service Management, Vol.4(2);107-117.
2. E.M. Yoo, S.K. Kim, Y.S. Hwang(2008), A study on patients' choices over dental clinics and factors of complaint against medical service, Journal of Korean Society of Dental Hygiene, Vol.8(1);93-105.
3. H.J. Lee, T.J. Lee, B.Y. Jeon, Y.G. Jung(2009), Factors Related to Health Care Utilization in the Poor and the General Populations, The Korean Journal of Health Economics and Policy, Vol.15(1);79-106.
4. S.H. Jeon, J.Y. Kim, W.K. Lee, E.Y. Son, Y.H. Choi, K.B. Song(2004), Changes of patients' characteristics and satisfaction in KNU dental hospital, Journal of Korean Academy of Dental Health, Vol.28(2);235-247.
5. R. Andersen, J. Newman(1973), Societal and

- Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States, *Health and Society*, Vol.51(1);95-124.
6. R.M. Andersen, A. McCutcheon, L.A. Aday, Y. Grace, R.B. Chiu(1983), Exploring Dimensions of Access to Medical Care, *Health Services Research*, Vol.18(1);49-74.
  7. K.J. Ji, C.M. Park(2013), A Study of the Effects upon Satisfaction, Intention to Revisit and Perceived Value by Cerebrovascular Disease Patients through the Quality of Medical Services, *The Korean Journal of Health Service Management*, Vol.7(2);53-67.
  8. Y.J. Lee(2010), A Equity in Health Care Utilization by Health Status, *Korea Social Policy Review*, Vol.17(1);267-290.
  9. Ministry of Health and Welfare(2011), The Third National Health Promotion Master Plan (2011-2020), Seoul: Ministry of Health and Welfare, pp.320-352.
  10. Ministry of Health and Welfare(2010), The Korean National Oral Health survey 2010, Seoul: Ministry of Health and Welfare, p.130.
  11. J.E. Jeon, W.G Chung, N.H Kim(2011), Determinants for dental service utilization among Koreans, *Journal of Korean Academy of Oral Health*, Vol.35(4);441-449.
  12. <http://knhanes.cdc.go.kr/knhanes/index.do>.
  13. H.S. Lee(1994), Factors affecting dental utilization of women: an application of the ANDERSEN - NEWMAN MODEL, *Journal of Korean Academy of Oral Health*, Vol.18(2);513-525.
  14. Ministry of Health and Welfare(2010), The Korean National Oral Health survey 2010, Seoul: Ministry of Health and Welfare, pp.117-119.
  15. Ministry of Health and Welfare(2012), The Korean National Oral Health survey 2012, Seoul: Ministry of Health and Welfare, pp.130-132.
  16. Ministry of Health and Welfare(2011), Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2010, Seoul: Ministry of Health and Welfare, pp.62-64.
  17. G.S Jeon, E.S. Choi, H.Y. Lee(2010), Gender-related difference in the utilization of health care services by Korean adults, *Journal of Korean Academy of Public Health Nursing* Vol.24(2);182-196.
  18. J.G. Kim(2012), Comparisons of the Equity of Medical Care Utilization by Sex, Age Groups, and Region, *Korean Journal of Social Welfare Studies*, Vol.43(2);319-344.
  19. K.S. Kim, H.O. Lee(2012), Household Catastrophic Health Expenditure and Unmet Needs depending on the Types of Health Care System, *Social Welfare Policy*, Vol.39(4);255-279.
  20. B.Y. Jeon, S.M. Kwon, H.J. Lee, H.S. Kim(2011), Factors Associated with Health Service Utilization of the Disabled Elderly in Korea, *Journal of the Korean Gerontological Society*, Vol.31(1);171-188.

접수일자 2014년 3월 19일

심사일자 2014년 3월 25일

게재확정일자 2014년 5월 2일