

만성질환을 가진 노인의 의료경험과 미충족의료 인식

민동후¹ · 조정연² · 김정길² · 서수진² · 김미경² · 심은혜² · 차유현² · 김창엽²

¹경희대학교 의과대학 예방의학교실, ²서울대학교 보건대학원

Medical Experiences and Unmet Health Care Perception among Elderly People with Chronic Disease

Dong-Hoo Min¹, Jung-Yeon Cho², Jeong-Gil Kim², Su-Jin Seo², Mi-Kyung Kim², Eun-Hye Shim², Yu-Hyun Cha², Chang-Yup Kim²

¹Department of Preventive Medicine, Kyunghee University College of Medicine; ²Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, Korea

Background: The purpose of this study is to elucidate the context of medical experience and the perception of unmet healthcare of elderly people with chronic diseases based on in-depth interview data.

Methods: We carried out in-depth interviews with 10 elderly people with chronic diseases using semi-structured questionnaires based on literature review. The in-depth interview data were analyzed using thematic analysis; one qualitative research methodology, three core meaning categories, and four attributes associated with unmet healthcare were ultimately derived.

Results: The context of the medical experience were based on the following three categories: (1) discomfort due to diseases and high medical needs, (2) the poor community medical environment and difficulties in accessing to metropolitan medical institutions, and (3) inconvenience caused by long waiting time and side effects of medicine. In addition, the elderly with chronic disease realized the unmet healthcare as (1) the availability related to the desired medical institutions at the right time, (2) the affordability related to their economic capacity, (3) the effectiveness of the medical services they experienced, and (4) the appropriateness related to receiving medical services in a pleasant environment.

Conclusion: The perception of unmet healthcare among the elderly with chronic disease is the result of interaction of multi-level and multi-dimensional factors related with their medical experience.

Keywords: Chronic diseases; Medical experience; Unmet healthcare; Health care access; Qualitative research

서 론

1. 연구배경 및 필요성

모든 사람이 건강을 유지함으로써 자신의 가능성을 최대한으로 실현하도록 하는 것은 보건의료의 궁극적인 목표이다. 특히 필요한 때에 적절한 의료서비스를 제공할 수 있도록 보장하는 것은 만성질환 관리와 삶의 질 향상을 위한 필수조건이라 할 수 있다. 전 국민 의료보험은 균등한 의료보장을 목표로 1989년 시행된 이후 28년간 지불제도의 개선, 보장범위의 확대 등 끊임없는 발전을 거듭하

였다. 그럼에도 불구하고 사회·경제적 취약계층의 경우 높은 수준의 본인부담률로 인하여 의료적 필요를 충족시키기 어려운 상황이다[1]. 이처럼 의료서비스를 충분히 받지 못하여 건강상의 문제를 겪는 경우 미충족의료(unmet health care)가 발생한 것으로 볼 수 있다[2]. 미충족의료는 질병 중증도와 사망률을 높일 뿐만 아니라 전반적인 삶의 질을 저하시킨다는 점을 고려한다면[3], 미충족医료를 감소시키기 위한 개입전략은 인구집단의 건강수준 향상을 위한 주요 보건정책 의제라 할 수 있다.

인구고령화에 따른 노인인구의 증가로 인하여 의료서비스에 대

Correspondence to: Chang-Yup Kim

Graduate School of Public Health, Seoul National University, 1 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 08826, Korea

Tel: +82-2-880-2722, Fax: +82-2-762-2888, E-mail: cykim@snu.ac.kr

Received: November 9, 2017 / Revised: January 2, 2018 /

Accepted after revision: January 29, 2018

© Korean Academy of Health Policy and Management

© This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

한 수요는 지속적으로 증가하고 있다. 노인집단의 경우 신체적 기능 약화로 인하여 만성질환을 가질 확률이 높고, 이로 인하여 의료수요 역시 높다. 실제로 노인의 90.4%가 만성질환을 가지고 있으며, 그 중 2개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우도 72.2%로 매우 높게 나타났다[4]. 만성질환은 신체적 불편함뿐 아니라 높은 의료수요를 유발하는 주요 원인 중 하나이다. 지역사회 중심의 일차의료체계가 미흡하여 병·의원이 의료서비스 전달의 중심을 담당하고 있는 한국의 맥락을 고려한다면[5], 만성질환으로 인한 의료수요의 충족에 병·의원 이용경험이 큰 영향을 미칠 것으로 예상할 수 있다.

의료수요를 충족시키기 위해서는 의료서비스에 대한 접근성이 충분해야 한다. 그러나 노인의 경우 퇴직과 노동력 감소 등으로 인한 소득저하로 인하여 의료비 부담이 높은 것으로 나타났다[4,6]. 경제적 요인 이외에도 가족이나 친구 등 주변의 사회연결망을 통해 전달되는 사회자본의 부족 역시 노인의 의료이용에 큰 영향을 미친다[7,8]. 의료수요와 의료이용능력의 간극으로 인하여 노인집단의 미충족의료 경험률은 다른 집단에 비해 상대적으로 높은 것으로 보고되고 있으며[1,9], 최근에도 지속적으로 증가하는 것으로 나타났다[10]. 이러한 점들을 고려한다면 노인의 실제적 경험을 고려한 미충족의료 경험 완화 방안이 시급한 실정이라 할 수 있다.

그동안 노인의 미충족의료 양상과 영향요인을 파악하기 위하여 다수의 양적 연구가 수행되었다[10-12]. 이러한 연구들은 Andersen [13] 또는 Aday와 Andersen [14]의 의료이용모델에 기반하여 소인요인(predisposing factor), 가능요인(enabling factor), 필요요인(needs)들이 미충족의료 발생에 유의미한 영향을 미치는지를 검증하고자 하였다[9,15,16]. 미충족의료에 대한 양적 연구들은 인구집단의 일반적인 미충족의료 영향요인에 대해서는 시사점을 제공할 수 있으나, 인식이나 신념, 가치와 같은 심리·사회적 요소들을 반영하지 못하거나 노인들이 실제 어떤 의료서비스를 이용했는지에 대해서는 알 수 없다는 한계를 보고하고 있다[15,17]. 또한 연구대상자 및 시점에 따라서 연령, 교육수준, 주관적 계층인지 등 주요 미충족의료 영향요인으로 보고되었던 변수들의 효과가 사라지거나 기존 연구결과와 반대방향으로 영향력이 나타나는 등 양적 연구결과 간에 불일치를 보이는 문제가 있다[18-20].

미충족의료는 개인이 가진 의료적 필요와 충족의 정도를 모두 고려해야 한다는 점에서 복잡성을 내재하고 있는 개념이다[21]. 또한 판단의 주체에 따라서 충족 여부를 다르게 인식하는 등 개인의 주관성이 반영되는 지표이기도 하다. 마지막으로 질병과 의료이용의 경험은 단순히 생물학적인 증상을 넘어 생물학적·심리적·사회적 차원이 복합적이고 역동적으로 작용한 결과이다[22]. 특히 만성질환을 가진 노인의 경우 오랜 이환기간에 따른 반복적 의료이용으로 인하여 다른 인구집단과 구별되는 의료경험과 미충족의료 인식을 가지고 있을 가능성이 높다.

이와 같은 이유로 노인 만성질환자의 의료이용경험을 풍부히 기

술하고 그 안에서 그들이 지닌 미충족의료 인식을 의미화하기 위해서는 질적 연구방법론이 적절하다. 그동안 노인의 만성질환을 연구한 많은 연구들에서는 ‘최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는가’와 같이 사전에 구조화된 질문만으로는 만성질환을 가진 노인의 경험을 총체적으로 이해하는 데 한계가 있음을 밝혀 왔다[22,23]. 질적 연구는 양적 연구결과로는 알기 힘든 주관적 속성과 사회적 맥락을 파악하는 데에 유용하다는 장점이 있다[24]. 따라서 미충족의료에 대한 질적 연구는 그동안 양적 연구에서 밝혀온 영향요인들이 어떠한 과정과 경로를 통해 미충족의료에 영향을 미치는지에 대한 시사점을 제공함으로써 양적 연구 간에 나타나던 영향요인 간의 불일치에 대한 해석의 가능성을 제공할 수 있다. 또한 질적 연구는 개인의 인식과 같은 인지·심리적 차원의 요소들을 밝히고, 이러한 요소들이 사회적·환경적 맥락과 어떻게 상호작용하는지를 풍부히 기술함으로써 미충족의료 개념이 가진 복잡성을 설명하는 데 기여할 수 있을 것이다.

그러나 아직까지 만성질환을 가진 노인이 질병에 대처하기 위하여 의료이용을 하는 과정에서 무엇을 경험하는지, 그리고 의료경험과 미충족의료 인식 간에는 어떤 관계가 있는지에 대해서 질병을 가진 당사자의 입장에서 살펴본 연구는 상대적으로 드문 실정이다. 이에 따라 본 연구는 심층면담을 통하여 만성질환자의 관점에서 의료이용 경험의 특성을 파악하고 그들이 가진 미충족의료에 대한 인식을 파악하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 만성질환을 가지고 있는 65세 이상 노인을 참여자로 의료이용경험을 심층적으로 분석하고 그들의 미충족의료 인식의 속성을 파악하는 것이다. 본 연구의 목적을 달성하기 위해 세분화된 연구질문은 다음과 같다. (1) 만성질환을 가진 노인의 의료이용경험을 구성하는 맥락과 특성은 무엇인가? (2) 만성질환을 가진 노인들의 미충족의료 인식을 구성하는 속성은 무엇인가?

3. 이론적 배경

1) 미충족의료의 개념적 틀과 유형

미충족의료는 개인이 의료서비스가 필요하다고 느끼거나 의료 전문가의 기준으로 의료서비스를 받을 필요가 있다고 판단되는 상황임에도 불구하고 이용자가 충분한 의료서비스를 받지 못함으로써 건강에 좋지 않은 결과를 피하지 못함을 의미한다[2]. 의료서비스를 필요한 만큼 받았는지가 미충족의료 판단의 주요 기준이기에 미충족의료는 주로 의료접근성의 대리지표로 활용되었다[25,26]. Lavesque 등[27]은 의료이용의 각 단계를 나눈 후 각 단계에 맞추어 의료접근성의 영역과 자신의 필요를 충족시키기 위해 필요한 능력을 구분함으로써 의료접근성의 다층적 모형을 제시하였다.

Lavesque의 모델에서 의료이용단계는 (1) 의료적 필요를 느끼는

단계, (2) 의료기관을 찾는 단계, (3) 의료기관에 도달하는 단계, (4) 의료를 이용하는 단계, (5) 의료의 결과를 평가하는 단계로 구성된다. 각 단계에 맞춰서 접근성 역시 (1) 도달가능성(availability), (2) 수용성(acceptability), (3) 가용성과 편의성(availability and accommodation), (4) 지불가능성(affordability), (5) 적절성(appropriateness)의 측면으로 나뉜다. 도달가능성이란 사람들이 자신의 의료적 필요에 직면하여 실제로 필요한 의료서비스가 존재하는 곳을 알고 그 의료기관을 방문할 수 있음을 의미한다. 수용성이란 의료서비스 제공자가 문화적·사회적으로 적절한 치료를 제공하는지 여부와 관계되어 있다. 다음으로 가용성과 편의성은 보건의료기관이 물리적으로 적절한 시점에 도착할 수 있는 곳에 위치해 있을 뿐 아니라 필요한 시점에 맞추어 의료서비스를 받을 수 있음을 의미한다. 지불가능성이란 적절한 의료서비스를 받기 위한 경제적 자원이 존재하는가와 시간적 여유가 있는지를 통해 확인할 수 있다. 마지막으로 적절성이란 환자가 가진 의료적 필요에 맞춘 의료서비스의 제공이 기술적인 측면과 의사-환자 관계의 측면에서 적절한 방식으로 제공됨을 의미한다.

Lavesque의 의료접근성 모델의 특징적인 점은 자신의 의료필요를 충족시키기 위해서 갖추어야 할 개인적·사회적 능력을 강조했다. 이는 점이다. 도달가능성을 충족시키기 위해서는 자신의 증상을 지각하는 능력(ability to perceive)이 강조된다. 의료기관에 도달한 이후에는 자신에게 적합한 의료를 찾는 능력(ability to seek)이 있어야 수용성의 부족으로 인한 미충족의료를 방지할 수 있다. 그 다음 단계에서는 원하는 의료기관에 도달할 수 있는 능력(ability to reach)이 요구된다. 의료기관에 도달한 이후에는 지불능력(ability to pay)이 미충족의료에 영향을 미친다. 여기서의 지불능력이란 단순히 개인이 가진 수입뿐만 아니라 건강보험의 상태와 지역사회의 사회적 자본(social capital)을 포함하는 개념이다. 마지막으로 의료서비스의 결과로 인한 미충족의료를 방지하기 위해서는 치료과정에서 의사와 환자가 의료적 결정에 참여하려는 동기를 가지고 합의를 이끌어 내는 능력(ability to engage)이 중요하다.

Lavesque의 모델은 기존에 논의되었던 의료접근성과 미충족의료의 개념 및 구성요소를 통합했다는 점에서 의의가 있다. 모형에서는 의료이용의 각 단계와 미충족의료의 영역을 구분하여 제시하였으나, 실제 미충족의료에 대한 인식은 생애에 걸친 의료이용의 경험들이 축적되어 발생하는 복합적 속성을 가지고 있다. 따라서 미충족의료를 이해하기 위해서는 헬스 리터러시와 같은 개인적 능력, 사회적 지지나 사회연결망과 같은 심리·사회적 요소, 의료기관의 접근성 및 의료서비스의 질과 같은 보건의료적 요소 등이 다차원적으로 상호작용하는 역동적 과정을 살필 필요가 있다.

이와 관련하여 Allin 등[28]은 미충족의료를 다섯 가지 유형으로 구분하였다. 첫 번째 유형은 지각되지 않는 미충족의료로, 질병을 가진 당사자가 의료서비스의 필요를 느끼지 못한 단계이다. 이 유형

에서는 주관적 미충족의료가 발생할 수 없으며, 설문을 이용한 전통적인 미충족의료 측정방법에 의하면 미충족의료를 겪지 않는 것으로 측정된다. 두 번째 유형은 주관적으로 선택된 미충족의료로, 질병을 가진 당사자가 의료서비스를 받을 필요성을 느끼고 있으나 의료적 치료를 받는 것을 거부하고 대체의학이나 보완의학을 선호하는 경우이다. 이 두 가지 유형의 미충족의료는 주관적 관점에서 의료적 필요 자체를 갖지 않기 때문에 미충족의료를 겪지 않는 것으로 볼 수 있다. 그러나 의료전문가의 입장에서 의료적 조치를 취할 필요성을 느낄 경우에는 객관적 미충족의료가 발생한 것으로 판단할 수 있다. 즉 이 두 가지 유형의 미충족의료는 미충족의료 판단의 주체가 누구인가에 따라 미충족의료 발생 여부에 대한 판단이 달라질 수 있다는 특성을 가진다.

미충족의료의 세 번째 유형은 의료적 필요를 느끼고 있으나 여러 가지 장벽으로 인하여 의료서비스를 받지 못하는 경우이다. 이 유형은 현재 설문 등에서 가장 빈번히 사용되는 미충족의료 정의에 가장 가까운 유형이다. 네 번째 유형은 질병을 가진 당사자는 의료서비스에 대한 욕구가 있으나 의료전문가의 관점에서는 의료서비스가 필요하지 않다고 판단하여 서비스를 받지 못한 경우이다. 마지막 다섯 번째 유형은 주관적인 미충족 기대(subjective unmet expectation)로 의료서비스를 받았음에도 불구하고 자신이 받은 의료서비스에 만족하지 못하는 경우이다. 이처럼 미충족의료는 의료서비스를 받았는지에 대한 여부뿐 아니라 받은 의료서비스에 대한 주관적인 만족을 포함하는 개념으로 볼 수 있다.

2) 노인 만성질환자에 대한 질적 연구

국내의 경우 다수의 미충족의료 연구가 보고되었으나, 대부분의 연구들이 대규모 패널자료를 활용하여 미충족의료의 영향요인을 찾는 것을 목표로 하였다[15,16,29]. 때문에 만성질환자의 경험에 집중하는 질적 연구는 상대적으로 그 수가 부족한 실정이다. 그동안 노인 만성질환자를 대상으로 한 질적 연구는 주로 그들의 생활 경험과 통증조절, 치료추구행위 등에 초점을 맞추었다. 만성질환자들의 경우, 질병 경험 초기에는 생활 속에서 갑작스러운 만성질환의 발견에 놀라고 그로 인해서 찾아온 생활의 불편을 해소하기 위해 여러 가지 방법으로 병을 치료하려고 노력한다. 그럼에도 불구하고 병이 사라지지 않음을 깨닫게 된 후에는 병에 무덤덤해지려 노력하지만[30], 그 후에 찾아올 합병증에 대해서 두려움을 느끼거나 통증으로 인한 부정적 감정을 경험한다[31]. 만약 지속적인 치료 행위에도 불구하고 질병이 호전되지 않을 경우 체념적인 인식을 가지게 된다[23]. 이처럼 체념적인 인식을 가진 경우 질병에 대한 회복 의지를 되돌리기가 쉽지 않다는 점에서 그들의 의료적 필요를 조기에 충족시키는 것은 매우 중요하다.

만성질환자들은 다양한 방법을 동원하여 질환으로 인한 통증을 조절하고자 한다. 이는 자신의 식사, 수면 등 생활양상을 바꾸는

것에서 시작한다. 그러나 생활양식을 바꾸는 것만으로는 통증으로 인한 문제를 다 해결할 수 없다는 것을 깨닫고, 통증으로 인한 부정적 감정을 감추기 위해 노력하지만 결국 기존의 생활과 역할의 변화를 받아들이지 못하여 갈등이 발생한다[32]. 만성질환이 장기화됨에 따라 환자들은 병원, 한방치료뿐 아니라 민간요법이나 종교적 치료 등 다양한 치료행위를 추구하는 한편 삶에 대한 관점과 인식을 변화시킴으로써 심리적 안정과 삶에 대한 욕구를 회복하고자 한다[32]. 즉 만성질환자들의 통증조절 경험은 의료이용 과정과 밀접하게 연결되어 있다.

만성질환자의 치료추구행위에 초점을 맞춘 연구를 살펴보면 만성질환자들의 의료이용이 비단 병원치료에 국한되어 있지 않다는 것이 보고되었다. 질병을 발견하고 초기 치료의 단계에서는 병원치료가 중요한 역할을 차지하였으나, 완치가 힘든 만성질환의 특징상 질병이 장기화됨에 따라 병원치료를 불신하고 민간치료로 전환하는 경우도 있었다[33]. 또한 만성질환자들의 의료이용에 대한 의사결정과 인식은 객관적이고 물리적인 자원과 함께 감정과 같은 자신의 심리적인 상태, 다른 사람과의 관계와 믿음이 종합적으로 영향을 미쳤다[22]. 결국 만성질환자의 의료이용과정은 병원치료와 민간치료 모두를 이용하면서 통증을 최소화하려는 목표를 달성하기 위한 복합적이고 적극적인 행위라는 점을 주목할 필요가 있다.

종합하자면 노인 만성질환자의 경험을 총체적으로 이해하기 위해서는 의료적 필요와 관련된 경험뿐 아니라 이러한 필요가 충족되었는지를 연구할 필요가 있다. 그러나 아직까지 한국에서 시행된 노인의 만성질환자에 대한 질적 분석은 질병으로 인한 부정적 경험이나 이러한 부정적 경험을 최소화하기 위한 통증관리 경험의 서술에 초점을 맞춘 것으로 노인 만성질환자의 질병 경험을 미충족의료의 관점에서 살펴본 연구는 아직까지 없는 실정이다. 만성질환의 경우 단기간에 회복되는 것이 아닌 스스로 적응하고 관리해야 하는 질병이며, 질병경험의 전 과정에 걸쳐 의료이용을 발생시킨다. 따라서 만성질환을 가진 노인 의료이용 경험을 미충족의료의 개념 틀 아래 재조직한다면 의료수요 당사자가 가진 미충족의료 인식을 파악할 수 있을 것이다.

방 법

1. 연구대상 지역 특성

본 연구에서는 강원도 고성군을 연구대상 지역으로 선정하였다. 고성군은 2014년부터 3년간 고령인구의 비율이 지속적으로 증가하는 반면 지역 내에 병원급 의료기관이 없고, 인구 천 명당 의료기관 종사 의사 수는 2016년 기준 0.83명밖에 안 되는 등 의료수요 인구와 의료환경의 정도가 괴리를 보이는 대표적인 지역이다[34]. 이러한 지역적 특성으로 인하여 고성군은 지속적으로 내과, 외과, 응급의료 등 전반적 의료서비스에 있어 2차 의료 취약지로 보고되었다

[35]. 뿐만 아니라 기준시간 내 의료이용률(time relevance index)은 30% 미만에 불과하는 등 고성군 지역주민은 높은 수준의 미충족의료 발생 위험이 있는 의료환경에 놓여 있다.

그러나 실제 고성군에 거주하는 65세 이상 노인의 미충족의료 정도는 2015년 기준 7.4%로 전국 평균 수준인 12.4%에 비해서 낮은 수치를 보이고 있다[36]. 이는 고성군의 인구적 특성 및 의료환경과는 별도로 개인의 의료경험 및 미충족의료에 대한 인식이 작용하고 있을 가능성을 시사한다. 이에 본 연구에서는 고성군을 현지조사에 적합한 지역이라고 판단하였다.

2. 연구참여자 모집 및 특성

연구참여자는 목적표집(purposive sampling)을 통해 현재 고성 지역에 거주하고 있는 65세 이상 노인 중 의사로부터 1개 이상의 만성질환을 진단받은 사람을 모집하였다. 연구참여자 모집은 현지조사 당시 의료봉사가 시행되고 있어 실제적인 의료수요를 가지고 있는 지역주민을 자연스럽게 만날 수 있는 고성군 종합운동장 내에서 진행되었다.

연구참여자 모집은 총 2단계를 통해 진행되었다. 1단계에서는 의사 1인과의 사전상담을 통하여 1개 이상의 만성질환을 보유하고 있음을 확인하고, 진찰 이후 심층면담을 진행할 의사를 밝힌 노인을 모집하였다. 이후 2단계에서는 성별에 따라 질병경험에 차이가 있음을 고려하여 연구참여자의 남녀 비율을 균형 있게 구성하였다. 또한 인지적 문제나 신체적 불편으로 인해 집중하여 30분 이상의 대화를 지속하기 어려운 경우 면담대상자에서 제외함으로써 면담내용의 신뢰도를 유지하고자 하였다. 심층면담내용에서 더는 새로운 내용이 발견되지 않는 포화시점(saturation)에서 참여자 모집을 종료하였다.

심층면담을 진행하기 전 연구의 목적과 내용, 연구의 진행방식과 과정 등에 대해 소개한 후 참여에 대한 동의를 구하고 연구참여 동의서에 서명을 받았다. 이후 연구참여자들을 대상으로 성별, 출생연도와 같은 인구학적 정보와 거주환경에 관련된 정보를 설문지를 통해 수집하였다. 질병정보의 경우에는 설문지 활용 시 민감한 질환이 있을 경우를 대비하여 설문지 아닌 심층면담을 통해 보다 자연스러운 대화상황 속에서 파악하고자 하였다.

최종적으로 연구참여자는 70~80대 여성 노인 5명, 남성 노인 5명으로 이들은 관절염, 디스크, 고혈압, 당뇨병, 고지혈증, 뇌졸중, 백내장, 만성위염 등의 만성질환을 개인당 1~3가지 보유하고 있었다. 복수의 만성질환을 가지고 있는 참여자가 9명으로 대다수를 차지하였으며, 이들 중 3명은 독거 중이었다. 연구참여자의 성별, 출생연도, 독거 여부, 거주지, 질환정보를 요약하여 제시하면 Table 1과 같다.

3. 심층면담 진행절차

연구참여자의 의료경험 및 미충족의료 인식을 파악하기 위하여

Table 1. Interviewer characteristics

Interviewed personnel	Gender	Birth year (age group)	Living alone	Residence (eup, myeon)	Chronic disease
A	Male	1940 (70s)	N	Jugwang-myeon	Arthritis, cervical disc herniation
B	Female	1934 (80s)	N	Hyeonnae-myeon	Arthritis, hypertension
C	Female	1948 (70s)	N	Jugwang-myeon	Chronic pain (low back), chronic gastritis
D	Female	1936 (80s)	Y	Ganseong-eup	Arthritis, hypertension, hyperlipidemia
E	Female	1940 (70s)	N	Ganseong-eup	Arthritis, cataracta, stroke
F	Male	1937 (80s)	N	Geojin-eup	Chronic pain (low back), depression
G	Male	1946 (70s)	N	Ganseong-eup	Hypertension, lumbar disc herniation
H	Female	1942 (70s)	Y	Ganseong-eup	Arthritis
I	Male	1939 (70s)	N	Ganseong-eup	Diabetes, hypertension, lumbar disc herniation
J	Male	1938 (70s)	N	Ganseong-eup	Chronic pain (arm), chronic gastritis

반구조화된 인터뷰(semi-structured interview)를 진행하였다. 인터뷰 질문의 경우 (1) 연구참여자의 미충족의료 경험 여부, (2) 연구참여자가 인식하는 미충족의료 경험의 원인, (3) 연구참여자가 인식하는 자신의 의료수요를 충족시키기 위하여 필요한 요소에 대해서 질문하였다. 인터뷰의 질문문항을 활용하여 심층면접의 내용이 일관된 주제를 다루고 면담이 원활하게 진행될 수 있도록 환자 본인의 질병 및 의료이용 경험에 대한 질문을 먼저 배치하였다. 이후 경험의 내용과 맥락에 따라 면담대상자가 자연스럽게 대화를 확장할 수 있도록 세부질문을 하면서 면담을 진행하였다. 각 질문항목으로 넘어가기 전에 면담대상자의 발화내용을 질문자가 정리하고 확인하는 과정을 통해 발화의 의미를 명확히 하였다. 인터뷰 시간의 경우 면담대상자의 발화 내용이 반복되어서 더는 새로운 정보가 없을 때에 종료하는 것을 원칙으로 하였으나, 면담대상자가 환자이고 고령인 점을 고려하여 30분 내에 충분한 내용을 얻을 수 있도록 면담을 진행하였다.

면담은 3명의 연구자가 한 팀을 이루어 진행하였다. 주 면담자는 면담을 주도적으로 진행하는 역할을 담당하였다. 보조 면담자는 주 면담자의 면담질문을 보완하거나 면담의 내용이 주제와 너무 멀어졌다고 판단할 경우 면담의 흐름을 바로잡는 역할을 담당하였다. 마지막으로 면담기록자는 면담대상자의 특정한 억양과 같은 언어적 요소나 손짓, 몸짓과 같은 비언어적 요소를 기록하는 역할을 담당하였다.

4. 자료분석

심층면담을 통해 수집된 자료는 주제분석(thematic analysis)을 통해 분석하였다[37]. 본 연구에서는 귀납적 방법을 통하여 자료의 내용을 개념화하는 것을 중심으로 하되 연구의 신뢰도를 최대한 확보하기 위하여 Andersen [38]의 의료이용모형을 참조하였다. 의료이용경험에서 반복적으로 도출되는 메시지를 개념화할 때에는 실제 자료에 나타나는 표면적 주제(semantic theme)에 집중하되, 최종적으로 결과를 해석하고 미충족의료 인식을 파악하는 과정에

서는 표면적 주제를 총괄하는 심층적 주제(latent theme)를 찾고자 하였다.

주제분석은 다음과 같이 6단계에 따라 진행되었다[39]. 1단계에서 3단계는 전사된 자료를 바탕으로 의미를 묶어 주제를 형성하는 과정이다. 1단계에서는 면담을 진행했던 3인 모두가 전사자료를 반복해서 읽으며 연구참여자들의 의료경험에 반복적으로 나타나는 경험이나 특징적인 부분을 파악하였다. 2단계에서는 미충족의료와 관련된 모든 의료이용경험의 의미단위를 찾아내어 진술에 이름을 붙이는 개방코딩(open coding)을 진행하였다. 최초 개방코딩 결과 109개의 코드가 생성되었다. 3단계에서는 생성된 코드 사이의 관계를 찾는 범주화 과정을 통하여 48개의 하위범주와 18개의 범주가 코드 사이에서 확인되었다. 정리된 18개의 범주들을 의료이용 단계에 따라 군집화한 결과 총 3개의 공통맥락이 발견되었으며, 미충족의료 인식에 대한 4개의 핵심 속성을 도출하였다.

4단계에서부터 6단계는 도출된 주제를 재점검하고 이를 개념화하여 서술하는 과정이다. 4단계에서는 다시 한 번 전체 코드목록을 보며 도출된 주제들이 전체 자료를 모두 반영하는지, 연구문제에 부합하는지를 파악하였다. 5단계에서는 자료를 바탕으로 도출된 주제들을 정의하여 진술하였다. 마지막 6단계에서는 최종 분석결과를 토대로 각 주제에 대한 심층적 서술을 시도하였다.

5. 연구의 질 확보

본 연구는 연구의 신뢰도 및 타당도를 확보하기 위하여 Morse와 Field [40]가 제시한 준거기준을 따르고자 하였다. 먼저 연구자는 면담내용의 녹취자료와 면담기록지 자료를 종합적으로 고려함으로써 연구자료를 해석해서 발생할 수 있는 오류를 최소화하고자 하였다. 다음으로 자료코딩은 일대일 심층면담을 수행했던 3인에 의해 진행되었으며, 2명이 각기 코딩을 진행한 후 코더 간 일치 여부를 확인하고 만약 충돌이 있을 경우에는 제3자의 의견을 통해 조율함으로써 1인의 연구자로 인한 주관적 해석을 방지하고자 노력하였다. 또한 다년간 연구를 수행한 보건학 교수 1인의 감사를 통해서

해석의 오류를 줄이고자 하였다. 마지막으로 연구자는 참여자들의 경험에 대해 어떠한 개입을 시도하지 않음으로써 중립성을 유지하고자 하였다[41].

6. 연구윤리

본 연구는 자료수집 전 연구의 내용과 전 진행과정에 대하여 서울대학교 생명윤리위원회(institutional review board)에 연구계획 심의를 의뢰하였고, 2016년 7월 25일 최종 승인을 받았으며(IRB no., 1607/003-022), 연구참여자의 동의를 구하고 연구참여 동의서에 서명을 받아 진행하였다.

결 과

1. 만성질환을 가진 노인의 의료이용 경험

심층면담결과 연구참여자들의 의료경험은 각자 다양하였으나 동시에 몇 가지 공통점이 존재하고 있음을 확인하였다. 또한 연구참여자들의 의료이용경험은 미충족의료에 대한 복합적 인식형성에 영향을 미치고 있었다. 이들의 의료이용 경험이 가진 특징은 의료이용 단계에 따라 크게 3가지로 범주화할 수 있다. 첫째, 의료요구인지 단계에서는 오래된 이환기간으로 인하여 의료이용경험이 많음에도 불구하고 질병으로 인한 통증이 계속됨으로써 의료요구를 해소하지 못하고 있다는 특징을 보였다. 둘째, 의료기관 접근 단계에서는 과거에 비해 퇴보한 지역사회 의료환경으로 인하여 먼 지역에 있는 의료기관으로 가는 경우가 많았으며, 이에 따른 불편을 크게 겪고 있는 것으로 나타났다. 셋째, 의료서비스 이용 및 이용 후에는 증상이 호전되지 않거나 치료의 부작용으로 인해 불만을 느끼고 의료서비스를 받는 것에 대해 거부감을 보이는 경우도 있었다. 각 단계가 가진 특징을 상세히 서술하면 다음과 같다.

1) 의료요구의 발생: 질병으로 인한 고통과 높은 의료요구

미충족의료 발생의 시작점은 의료서비스를 받고자 하는 욕구의 형성이다. 연구참여자들은 다양한 종류의 만성질환을 앓고 있었으며, 과거에 큰 수술을 받거나 현재에도 정기적으로 의료서비스를 이용하는 등 각자 다양한 의료경험을 가지고 있었다. 그러나 의료이용은 질병증상의 회복으로 연결되지 못하였다. 때문에 연구참여자들은 주로 다리나 허리의 통증을 호소하였으며, 이러한 통증은 실제 일상생활에도 부정적 영향을 미치고 있었다.

“나는 관절염이 심하잖아. 허리를 수술한 지가 벌써 한 15년 넘는데, 20년이 되는데. 그러니까 점점 허리가 너무 아파가지고 걸어 다니는 것도 힘들고, 앉아있는 것도 힘들고. 일어났다 앉았다 이런 것도 힘들고.” (E)

“나는 10년 전에 한번 뇌졸중으로 쓰러졌었잖아. 그래서 지금 이렇게 다리가 아프고 허리가 아프고. 지금은 시장에도 못 가서 사람들 심부름 시키고 그러잖아.” (I)

통증과 일상생활은 순환적 관계를 형성하고 있었다. 즉 연구참여자들은 질병으로 인한 고통이 일상생활에 영향을 미칠 뿐만 아니라 일상생활을 하는 과정에서 질병으로 인한 통증이 더욱 심해지고, 다시 통증이 일상생활에 악영향을 미치는 상황을 경험하였다. 또한 연구참여자들은 대부분 농사를 짓고 있었는데, 농사가 통증을 심화시키는 주요 경로로 작용하고 있었다. 그들도 농사로 인해 신체상태가 더 나빠진다는 것을 인지하고 있었으나, 동시에 농사는 자신들이 끝까지 해야 할 과업이기에 그만둘 수 없다는 인식을 보였다.

“농사를 좀 하거든요. 그래서 이걸 팽이질, 삽질을 했더니 여기가 아픈 거예요. 그런데 일단 안하면 되겠는데 집에 일이 있어가지고, 애가 타서 농사는 했던 말이에요.” (F)

“김장 사야지, 고추 사야지, 콩 농사지어서 장 담가서 주지, 김치도 담가서 다 주지, 다른 사람들은 하지 말라고 하는데, 사 먹으면 그게 아니거든요? 우리가 죽을 때까지 그렇게 하는 게, 이젠 다리가 아파서 고부라져서 못 하면 못 부치는 거야.” (A)

연구참여자들은 통증과 일상생활 간의 악순환을 멈추기 위해 지속적으로 의료이용을 하는 등 회복에 대한 의지를 포기하지 않았으며 높은 수준의 의료요구를 가지고 있었다. 그러나 이들의 높은 수준의 의료요구는 제대로 충족되지 못하고 있었다. 실제로 연구참여자들은 의료이용의 전 과정에 걸쳐서 자신들이 가진 의료요구가 충족되지 못한 지점과 향후 의료요구의 충족을 위해 무엇이 필요한지에 대해서 자신들의 의견을 적극적으로 표현하였다.

2) 의료기관 접근: 퇴보한 지역사회 의료환경과 대도시 의료기관 접근의 어려움

연구참여자들의 의료이용은 자신들이 거주하고 있는 지역사회가 아닌 거리가 오래 떨어져 있는 도시를 중심으로 이루어졌다. 그러나 도시에 있는 의료기관을 이용하려는 과정에서 여러 가지 불편이 발생하고 있었다. 연구참여자들이 가장 먼저 호소하는 불편은 의료기관까지 도착하는 것이 너무 힘들고 시간이 많이 걸린다는 점이었다. 이는 질환으로 인하여 이동에 문제를 겪는 연구참여자들의 건강상태와도 밀접한 관련이 있었다. 특히 다수의 연구참여자들은 복수의 만성질환을 가지고 있었기 때문에 서로 다른 진료과를 방문해야 했는데, 이 경우 한 의료기관에서 다른 의료기관으로 이동하는 데에도 어려움을 호소하였다.

“그러니 속초서 차를 타고 강릉을 가면 병원에 내려주면 거기서 30분을 걸어가는 게, 물어 물어 30분을 가다 보면, 아주 거기 가면 지쳐서 드러누워야 해. 너무 힘들어.” (E)

“속초에 가서 한 군데만 들리는 게 아니고 의료원에 들어서 의료원에서 나와서 또 버스를 타고 가서 안과 들어서 이렇게 오잖아요.” (D)

이처럼 멀리 있는 의료기관에 도착하는 것이 힘들에도 불구하고, 연구참여자들이 지역사회 의료기관을 이용하지 않는 것은 지역사회 의료환경이 가진 특성과 이에 대해 연구참여자들이 가진 부정적 인식이 복합적으로 작용한 결과였다. 연구참여자들은 과거에 비해서 지역사회의 의료환경이 악화되었다고 생각하였다. 이는 비단 치료를 받을 수 있는 병원이 사라진 것뿐만 아니라 대중교통 환경 악화로 인해 의료기관 방문이 어려워지거나 이동이 힘든 사람들을 위한 별도의 이동보조제도의 폐지 등 의료기관까지의 이동 환경도 포함하고 있었다.

“그 전, 몇 년 전에는 ○○병원이라는 병원이 있어서 좋았어요. 이틀 밤도 자고 오고 어지럽고 이럴 적에는 가서 주사 맞고 하룻 밤도 자고 오고 좋았는데 그게 없어지고 나니까 이태 3년을 속초를 가야 해요.” (D)

“그 전에는 현내가 버스가 자주 다녔어. 여기 황금노선이라고 그랬거든, 옛날에는? 그런데 지금은 고기가 안 나니까 차가 잘 안 다녀.” (B)

이동에 어려움을 겪는 연구참여자들의 특성상 자녀를 비롯한 주변 사람들의 조력 여부가 의료기관 접근에 큰 영향을 주고 있었다. 때문에 노인들의 의료이용은 자신이 의료이용의 필요를 느낄 때에 초점이 맞춰지는 것이 아니라 주변 사람의 도움을 통해 의료기관에 갈 수 있을 때를 중심으로 이루어졌다. 그러나 대부분의 경우 자녀들은 연구참여자와 멀리 떨어져 있거나 또는 시간의 불일치로 인하여 실제 연구참여자가 의료적 필요를 느낄 때 의료기관에 도달할 수 있도록 도와줄 수 있는 경우는 매우 드물었다. 결과적으로 연구참여자들은 대도시의 의료기관을 이용하기 위해서 신체적 고통과 이동의 불편함을 지속적으로 감수하고 있었다.

“근데 이제 아들이 공무원이기 때문에 여기 군청에 다니는데, 바빠서 시간이 안 나. 일요일, 토요일에 놀지. 근데 거기 병원은 안 하고. 그래서...(중략)... “시간을 빼 달라. 몇 시간.” 그래서 오후 2시에 (예약) 잡으면 2시에 갔다가 한 4시나 되면 와서 들어가는 거야.” (A)

“버스 타고 다니는 게 불편하지요. 자녀들이 다 나가있잖아요. 딸은 서울에서 살고, 아들들은 속초에 다 있고.” (D)

3) 의료서비스를 통한 욕구 해소 여부: 의료 대기시간과 약의 부족용으로 인한 불편

연구참여자들은 대도시에 있는 의료기관에 도달한 이후에도 의료서비스를 받는 데 어려움을 겪고 있었다. 의료서비스를 받는 데 가장 큰 장벽은 의료기관에서의 대기시간이었다. 의료기관과 거주지와의 거리로 인하여 이동에 걸리는 시간이 길 뿐만 아니라 대중교통이 제한적으로 있는 상황이기 때문에 병원에서의 대기시간은 연구참여자들에게 심리적 부담감을 주었다. 일부의 경우에는 병원에 도착한 이후에도 대기시간이 길어 치료를 포기하고 되돌아오는 경우도 있었다.

“□□병원을 가려면 여기에서 2시간 반이 걸려요. 이제 여기서 버스를 타고 속초 나가서, 속초에서 버스를 타고 사천에 가요. 여기서 11시에 나가면 사천에 가서 점심을 먹고 병원에서 5시까지 기다리다가 진료를 보고 나오면, 여기 집에 오면 9시가 돼요.” (D)

“속초 가서 영상의학과, 허리가 아파서. 1시간 반을 기다려야 해서 도로 왔어요. 속초에 한 번 가자면 차를 타고 왔다 갔다. 그런데 기다리기가... 순번을 차라리 매겨주면 순번 나가는 대로 진료받을 텐데. 1시간 반, 2시간을 기다려야 한다... 집으로 도로 오잖아요.” (F)

이처럼 의료기관에 자주 방문하여 의료서비스를 받기 어려운 상황이기 때문에 많은 연구참여자들은 한 번 병원에 방문했을 때 다량의 약을 처방받는 방식으로 증상과 통증을 조절하고 있었다. 약의 경우에도 지역사회 내의 약국보다는 대도시에서 약을 처방받는 것을 선호하였다. 그러나 약은 일시적으로 통증을 없애는 것일 뿐 질병의 원인을 제거하기엔 역부족이었다. 뿐만 아니라 일부 연구참여자들의 경우 오히려 약을 먹은 뒤 속이 쓰리거나 어지러움 등 부작용을 경험하는 경우도 있었다. 이와 같은 약의 부작용은 약을 제 때 먹지 못하거나 아예 약을 먹지 않는 등 연구참여자들이 복약에 어려움을 겪는 원인이 되었다.

“약도 효과를 보고요. 근데, 이 관절염 약이 독하잖아요. 그래서 독하니까 속이 쓰리고, 밥맛도 없고 이래서 이제 한 번밖에 못 먹지요.” (D)

“약을 여러 군데 받으러 속초도 가고 △△병원도 가보고, □□도 가서 검사하고 약을 먹는데, 약이 맞지가 않아. 어지러우니까 기운이 없으니까...(중략)... 약을 안 먹죠.” (G)

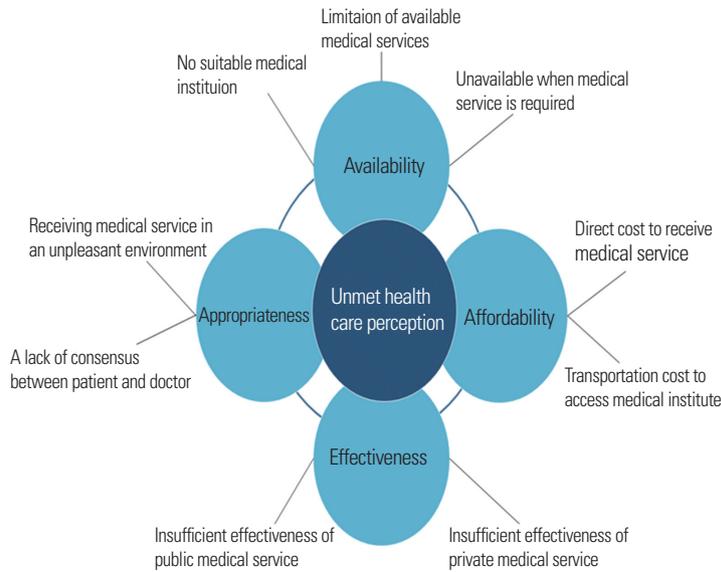


Figure 1. Unmet health care perception among elderly people with chronic disease.

2. 만성질환을 가진 노인의 미충족의료 인식

연구참여자들의 의료이용 경험에서도 알 수 있듯이 그들은 만성 질환으로 인해 높은 수준의 의료욕구를 가지고 이를 해소하기 위해서 의료서비스를 적극적으로 이용하고자 하였다. 그러나 그들은 지역사회 의료환경에 만족하지 못하는 상황이라 거주지와 멀리 떨어져있는 대도시의 의료기관을 주로 이용하고 있었다. 이 과정에서 의료기관까지 도달하는 데에도 어려움을 겪고 있었으며, 의료기관에 도착하여 의료서비스를 받은 이후에도 이러한 의료욕구를 모두 해소하지 못하고 있었다. 심층면접을 통하여 연구참여자들은 해소되지 못한 자신들의 의료욕구와 이를 극복하기 위해 자신들에게 필요한 것이 무엇인지를 적극적으로 표현하였다. 이를 기존 미충족의료 개념들을 적용하여 재구성한 결과 연구참여자들의 미충족의료 인식은 가용성, 지불가능성, 효과성, 적절성의 4가지 속성을 바탕으로 구성되어 있음을 확인하였다(Figure 1). 각 인식의 속성을 상세히 기술하면 다음과 같다.

1) 가용성

연구참여자들은 자신들의 의료욕구를 충족시키기 위해서는 거주하는 지역사회 내에서도 의료서비스를 받을 수 있도록 다양한 종류와 수준의 의료기관을 확보하는 것이 가장 중요하다고 인식하고 있었다. 연구참여자들은 피부과, 안과 등의 특정 진료과의 부재를 언급할 뿐 아니라 입원을 하거나 수술을 시행할 수 있는 병원이 지역사회에 존재하지 않음을 지적하였다. 즉 연구참여자들은 단순히 의료기관의 부재뿐 아니라 의료기관에서 제공하는 서비스의 종류가 제한된 것 역시 자신들의 미충족의료에 영향을 미친다고 인식하였다. 연구참여자들의 의료서비스 욕구는 질병에 대한

관리와 치료뿐 아니라 종합검진과 같은 예방적 의료서비스나 응급 의료와 관련한 의료욕구를 포함하고 있었다. 최종적으로 연구참여자들은 지역사회의 의료환경이 열악하여 가까운 곳에서 자신들이 원하는 의료서비스를 받을 수 없다는 것에 불편을 느끼고 있었다.

“아까도 말했지만 그 정형외과라든지 피부과라든지 안과라든지 (진료)과들이 시내에 없으니까 그게 불편하고, 속초까지 또 나가야 하니까.” (G)

“난 진짜 안과 좀 있었으면 좋겠고, 입원실 좀 있었으면 좋겠어. 입원실이 없으니까 속초 같은데 의료원에 가도 사람이 많아서 입원할 곳도 없어 도로 쫓겨나.” (E)

“종합검진하는데 검진은 거기(속초)에서 했거든. (가까운 곳에서는 할 곳이 없었냐는 질문에) 그 검진을 여기서는 할 수가 없어요. 큰 병원에 가야지. 종합병원에 가야 되니까 속초의료원은 종합병원이지 않아요.” (C)

지역사회 의료환경의 열악함은 의료서비스를 받는 시점의 지연으로 인해 발생하는 미충족의료와도 밀접한 관련이 있었다. 연구참여자들은 응급의료기관의 부재로 인하여 늦은 야간에 갑작스러운 의료서비스를 받아야 하는 경우 대처할 방법이 없다는 점을 지적하였다. 이런 경우 대도시에 있는 응급의료기관을 이용하고 있었으나, 적시에 의료서비스를 받지 못한다는 점 역시 미충족의료 발생의 주요 영향요인으로 인식하고 있었다. 연구참여자들은 이를 극복하기 위해서는 기존의 교통수단 이외에 이동을 보조하는 제도적

뒷받침이 필요하다고 생각하였다.

“야간에 아플 때. 응급실이 없으니까 내가 혈압 때문에 응급실을 몇 번 119를 왔다 갔다 탔었거든. 이제 주말, 이제 토요일, 일요일 그 때가 오히려 더 아파요. ...(중략)... 지금도 주말에 이제 혹시 응급실에 갈 일이 생길 거 같으면 약간 신경이 좀 쓰이고 그러죠.” (G)

“그러니까 토요일이니까 가도 안 하거든. 그래서 서울에 있는 병원에 가서, 응급실에 가서... 당일에 못하고 월요일에.” (J)

“지금 이빨이 어금니가 없는데, 이걸 해야 하는데, 다니는 게 겁나서 못 가잖아. 치과에 양쪽 어금니를 해야 하는데, 치과를 가야 하는데, 다니는 게 힘들어서 못 가는 거야. ...(중략)... 도움차라도 있으면 좋지. 데리고 가서 다 도와주고 태워서 또 집에 문턱까지 태워다주고 그러니까 너무 편안하고 좋더라고.” (H)

2) 지불가능성

연구참여자들은 자신들의 의료욕구 충족에 부담이 되는 요소로 경제적인 부담을 언급하였다. 연구참여자 대부분은 신체적 건강의 악화로 인하여 경제활동을 하는 데 어려움을 호소하였다. 그들은 의료이용에 드는 경제적 비용을 크게 교통비와 진료비의 두 가지 범주로 인식하고 있었다. 교통비의 경우 지역사회에서 멀리 떨어진 곳에서 의료이용을 하는 것과 밀접한 관련을 가지고 있음을 인식하고 있었다. 그러나 연구참여자들은 개인의 행동과 별도로 지역사회의 쇠퇴로 인해서 예전에 비해 교통편이 악화되었다는 환경의 변화 역시 교통비 상승의 원인으로 지적하였다.

“차비가 제일 불편해요. 고성에는 차비가 너무 비싸요. 왜 그러냐면 인구가 별로 안 되니까. 차에 기름 값을 충전하려니까는 그냥 차비가... 속초까지 왔다 가면 5천원 더 달아나잖아. 그게 제일 불편해요” (C)

“속초를 다녀야 되니까 차비가 많이 들어가지고 너무 불편해. 한번만 왔다 가려 하면 차비만 해도 만 원, 팔천 원 들어요, 차비만 해도.” (D)

연구참여자들은 의료비를 수술 등을 통해 병원에서 직접적으로 치료를 받는 데 소요되는 비용과 퇴원 이후 통증의 자가관리를 목적으로 약이나 한방의료 등을 이용하는 데 드는 비용의 두 가지 범주로 인식하고 있었다. 연구참여자 중 대부분은 만성질환으로 인하여 수술을 받은 이후에도 주기적으로 병원을 방문해야 하는 상황이었으며, 통증관리의 경우 질병의 근본적인 원인을 제거하기보

다는 진통제를 통하여 일시적으로 고통을 피하는 수준에 머물러 있었다. 지속적인 의료이용으로 인해 의료비에 대한 부담이 점점 가중되는 상황에서 일부 연구참여자들은 치료나 질병에 대한 관리 자체를 포기하는 경우도 있었다.

“내가 빗을 내서 들어앉아 있어야지, 돈을 몇백만 원씩, 그걸 어떻게 내. 감당할 수가 없잖아. ...(중략)... 한 달 동안 있었는데, 중간에 나왔어.” (E)

“약값이 비싸더라고요. 침하고 맞으니까, 약은 우선 침을 맞으려고 하니까 한 번 주고는 약을 처방해요. 이제 약이 몇십만 원어치 되는데, 결국 나중에는 안 가고 그랬어요.” (A)

3) 효과성

가용성과 지불가능성의 문제로 인하여 의료접근성이 열악함에도 불구하고 연구참여자들은 만성질환으로 인한 통증을 극복하기 위하여 지속적으로 의료서비스를 이용하고 있었다. 그러나 의료서비스를 받은 이후에도 충분한 치료효과를 경험하지 못한다고 판단할 경우 연구참여자들은 자신들의 의료욕구가 충족되지 못하였다고 인식하였다. 효과성(effectiveness)의 부족으로 인해 발생하는 미충족의료는 의료서비스로 인한 통증의 제거가 일시적인 것에서 그친다는 한계를 인식하는 것과 관련이 있었다. 또한 일부 연구참여자의 경우 의료서비스를 받은 후에 오히려 상태가 악화되어서 의료적 필요가 증가하였음을 밝히기도 하였다.

“물리치료도 하고 약도 먹고 그래 봤는데 어제도 여기 나왔는데, 여기를 주무르고 물리치료를 하더라고. 그랬는데 약간의 효과는 있는데 그 약을 먹어 그런지 할 때는 안 아팠죠. 가는 데는 안 아픈데, 자고 일어나니 또...” (F)

“강릉서 한 6개월 물리치료 들어갔다가 병원생활 길게. 또 그것 때문에 다리가 발끝이 들려야 하는데 잘못되어서 발끝이 안 들려요. 땅을 끌게 되어요. 걸음 걸을 때는 돌에 딱 걸려서 넘어져 가지고 여기 두 번이 부러졌어요, 대퇴골이.” (I)

특히 의료서비스의 효과성 부족으로 인해 발생하는 연구참여자들의 미충족의료 인식은 지역사회에서 제공하는 의료서비스에 대한 불만족과 밀접한 연관이 있었다. 이러한 지역사회 의료서비스의 효과성 부족은 민간과 공공의 영역을 모두 포함하고 있었다. 지역사회의 주요 공공 의료기관인 보건소의 경우 연구참여자 대부분이 이용해본 경험이 있다고 밝혔다 그러나 동시에 연구참여자들은 보건소에서 받은 의료서비스의 효과성에 대한 불만족을 토로하였다. 이와 같이 지역사회에서 제공하는 의료서비스의 효과성의 부

작은 미충족의료의 발생의 주요 요인이었으며, 동시에 연구참여자들이 지역사회를 벗어나서 의료이용을 하는 주된 이유였다.

“거진에도 병원은 많아요. 그런데 치료를 잘 하는지 그게... 좀 무거운 병이 걸리면 전부 □□병원으로 가고, 서울병원으로 가고.” (F)

“못하죠. 보건소는 아무것도 못해. 차라리 못한다면 못한다고 그래야지, 가니까 X-ray 찍고 하더니 하나절이 다 되었는데, 여기서 못하고 속초나 강릉이나 가야 한다니까.” (J)

4) 적절성

연구참여자들의 의료서비스 욕구와 미충족에 대한 인식은 치료적 효과성 이외에 자신이 얼마나 쾌적한 환경에서 의료서비스를 받았는지, 또한 자신들이 생각하는 수준의 의료서비스를 받았는가와 같은 의료서비스의 적절성을 포함하고 있었다. 연구참여자들이 생각하는 쾌적한 의료환경으로는 진료정보에 대한 손쉬운 접근이나 충분한 입원공간의 확보와 같은 요소들이 주로 언급되었다. 또한 의료진이 더 이상의 의료서비스가 필요 없는 상태라고 판단하여 의료서비스의 제공을 중단하였으나 질병을 가진 환자의 입장에서 여전히 질병으로 인한 불편을 느낄 경우, 연구참여자들은 자신의 의료욕구가 충족되지 못하였다고 인식하고 있었다.

“의료원에 가니깐 일주일 있다가 날 내보내는 거야. 가라 그래. ... (중략)... 나오니 어디 갈 때가 있어야지. 쓰러져서 견지도 못하고 일어나지도 못했어. 그런 사람을 내보내니 어떡하나, 시골에서.” (E)

“□□의료원에 제일 첫날 가보고 한 번 뭇지 찍어봤어요. ‘이제는 오지 마세요.’ 하면서 완료되었다 하더라고. 그런데 일을 했더니 다시 아파서.” (F)

고 찰

본 연구는 그동안 사전에 구조화된 설문지를 통해서 미충족의료의 요인을 양적으로 파악하던 기존 연구와는 달리 심층면접을 통하여 실제 의료적 수요를 가진 만성질환 노인의 의료이용경험을 구성하는 구체적인 맥락과 특성을 파악하고, 만성질환자들이 가진 미충족의료에 대한 인식의 속성을 도출하였다. 먼저 주제분석을 활용하여 연구참여자들의 의료 경험에서 나타나는 공통적 맥락들을 의료욕구의 발생, 의료기관에의 접근, 의료욕구의 충족 여부의 3가지 단계로 구분하여 범주화하였으며 당사자들의 실제 충족되지 못한 의료욕구를 기존 이론틀을 바탕으로 재조직함으로써 가

용성, 지불가능성, 효과성, 적절성의 미충족의료 인식의 핵심 속성을 제시하였다.

본 연구의 결과들은 미충족의료에 대해서 다음과 같은 시사점을 제공한다. 첫 번째로는 의료이용의 단계를 구분함으로써 미충족의료 발생의 지점이 복합적임을 알 수 있다. 미충족의료는 의료기관을 이용하기 전 개인이 어느 정도의 의료욕구를 가지고 있는지, 그리고 그러한 욕구를 해소하기 위해 의료기관에 접근하여 충분한 서비스를 받았는지, 마지막으로 받은 의료서비스가 자신이 가진 의료욕구를 충분히 해소할 수 있을 정도로 효과적이고 만족스러웠는지의 여부를 모두 포괄하는 결과이다. 미충족의료의 복합성은 단일지표를 통해 미충족医료를 측정하는 것이 적절함에 대한 의문을 제기한다. Marshall 등[42]은 미충족医료를 측정하기 위하여 ‘최근 1년 동안 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적이 있는가’와 같이 의료 단일문항을 사용하는 것이 불충분함을 지적하였다. 본 연구의 결과 환자가 의료기관에서 치료를 받은 이후에도 자신이 받은 의료서비스의 적절성과 효과성 등의 부족으로 인하여 미충족의료 가 여전히 남아 있는 경우를 확인하였다. 미충족의료에 대한 정확한 진단과 효과적인 개입을 위해서는 응답자가 받은 의료서비스의 종류나 의료서비스를 받은 기간 등을 포함하는 등 미충족의료 측정을 위한 질문 역시 세분화될 필요가 있다 [43].

둘째로 의료서비스의 효과성과 적절성의 부족으로 인해 발생하는 미충족의료에 주목해야 한다. 효과성과 적절성이 부족한 의료서비스는 오히려 의료욕구를 증가시킴으로써 미충족의료 발생 확률을 높일 수 있으며, 이러한 경험이 반복될 경우 만성질환을 가진 환자는 의료기관이나 의료서비스에 대한 불신을 갖게 된다 [44]. 이러한 불신이 심화될 경우 만성질환자는 회복에 대한 의지 자체를 포기하는 등 심각한 문제가 이어질 수 있다. 또한 의료욕구를 가진 당사자와 의료서비스 제공자 사이에 충분한 의료서비스의 정도에 합의가 없는 경우에도 미충족의료 발생함을 확인하였다. 환자-의사 간의 의사소통의 부족과 의료결정에 있어 환자의 배제 역시 양질의 의료서비스를 받지 못했다고 인식하는 원인이 된다 [45]. 이러한 점들을 고려하였을 때 의료기술의 발달뿐만 아니라 의료서비스의 효과적인 전달과 의료욕구를 가진 당사자의 참여를 촉진시키는 것 역시 미충족의료 완화를 위한 필수과제이다.

셋째로 만성질환자들은 미충족의료 발생의 원인을 다수준적으로 인식하고 있었다. 의료기관에 도달하는 데 불편을 겪는 일차적인 이유는 질환으로 인한 이동의 어려움이라는 개인적 수준의 요소였으나, 동시에 그들의 이동을 보조하는 제도의 부재나 지역사회의 쇠퇴를 지적하기도 하였다. 의료서비스의 효과성을 판단하는 과정에서도 질병의 호전 정도와 함께 의료기관의 쾌적성이나 서비스를 받기까지의 대기시간과 같은 조직수준의 요인들을 언급하였다. 미충족의료에 대한 다수준적 인식은 본 연구에서 도출한 가용

성, 경제성, 효과성, 적절성과 같은 미충족의료의 다면적 속성과 결합하여 개인에 따라 서로 다른 미충족의료에 대한 정의와 인식을 갖는 원인이 된다.

마지막으로 미충족의료의 개선을 위해서는 일차의료체계의 확립과 공공의료의 강화가 중요하다. 다른 형태의 보건의료시스템은 의료서비스에 대하여 다른 기대를 갖게 한다[42]. 일반의(general practitioner)제도를 가지고 있는 영국의 경우에는 일반의를 중심으로 미충족의료 논의가 전개되었던 반면[46], 이러한 제도가 없는 우리나라의 경우에는 지역사회 의료이용이 아닌 대형병원 위주의 의료경험이 주를 이루었다. 만성질환을 가진 노인의 미충족의료 인식에서 가장 큰 부분을 차지하는 것은 지역사회 의료환경의 악화로 인해 타 지역의 의료기관을 방문해야 한다는 점이었다. 지속적인 의료이용과 관리가 필수적인 만성질환의 특징상 이에 효과적으로 대처하기 위해서 일차의료체계의 확립이 필요하다는 것은 이미 오래전부터 지적되어 왔다[47-49]. 본 연구 또한 공공과 민간을 막론하고 지역사회 의료환경에 대한 만성질환자들의 불신을 확인할 수 있었다. 이를 극복하기 위한 시작점은 보건소 등 공공의료기관의 의료서비스의 질과 효과성을 높이는 것이다. 또한 지역사회에서 민간-공공 의료기관의 협력체계를 구축하는 것 역시 필요하다.

본 연구는 미충족의료 인식을 구성하는 속성에 주목하였으나, 속성의 도출과정에서 미충족의료의 유형화 가능성을 확인할 수 있었다. 특히 본 연구에서 적절성의 하위요인으로 나타난 환자-의료인 사이의 합의의 불일치로 인해 발생하는 미충족의료는 의료자원이거나 의료서비스의 부족으로 인해 발생하는 미충족의료와 구분된다[28]. 이는 미충족의료의 완화를 위해서는 의료자원의 물리적 개선과 함께 의사-환자관계의 개선이 중요함을 시사한다. 의사-환자간 신뢰는 환자의 의료만족도의 중요한 결정요인 중 하나이다. 그러나 만성질환자의 입장에서 의사에 대한 인식을 살펴본 연구의 경우 ‘분주함, 바쁨, 차가운 한 마디의 치료자,’ ‘일방통행 하는 의사,’ ‘증상을 관리할 뿐 치료적 목표가 없는 의사’ 등의 인식이 핵심 주제로 나타나는 등 환자-의사관계의 개선이 필요한 상황임을 보여 주고 있다[50]. 향후에는 미충족의료에 대한 만성질환자의 인식-물리적 의료환경-의료인과의 상호작용의 차원을 조합하여 미충족의료의 유형을 더욱 세분화할 필요성이 있다.

또한 본 연구참여자들의 대부분이 복수의 만성질환을 가지고 있었다. 복합만성질환자는 전체 만성질환 환자의 70%를 차지할 정도로 비중이 높을 뿐 아니라 의료비 부담이나 의료이용 빈도 역시 비 복합만성질환자에 비해서 높게 나타나는 등 미충족의료에 더욱 취약할 위험이 있다[51]. 실제로 본 연구에서도 질병에 따라 별도의 의료기관을 방문해야 하는 것에 대한 불편함을 호소하는 등 복합 만성질환의 맥락이 미충족의료에 영향을 줄 수 있음을 일부 확인할 수 있었다. 만성복합질환자의 경우 체계적인 관리가 이루어지지 않은 경우 과도한 의료이용 및 의료의 질 저하로 이어지는 만큼 향

후에는 주치의제도 도입 등의 변화와 제도의 효과적 정착을 위한 추가연구가 뒷받침되어야 할 것이다[50].

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 첫 번째로, 연구대상자의 선정이 목적표집을 통해 이루어졌고, 그들의 의료경험이 맥락적 특수성을 가지고 있기 때문에 본 연구의 결과는 모든 만성질환자들에게로 일반화하여 적용하기는 어렵다. 다음으로 인터뷰의 대상이 미충족의료에 대해서 회상하는 과정에서 평소 부정적인 경험이나 개선이 필요하다고 판단되는 부분을 위주로 진술하는 등의 편이(bias)가 발생할 수 있다. 마지막으로 본 연구는 단일한 연구방법론을 사용하였기에 연구참여자들이 의료이용을 위해 실제 이동하는 공간적 정보에 대한 부분은 탐색하지 못하였다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 의료자원의 분포나 실제 사람들의 이동환경과 같은 공간적 정보를 포함하여 미충족医료를 살펴볼 필요가 있다. 또한 향후에 의료서비스의 제공자가 가진 미충족의료 판단과 인식에 대해서 살펴보는 연구가 진행된다면 미충족医료를 더욱 포괄적으로 파악할 수 있을 것이다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 그동안 양적 지표를 위주로 논의되던 기존의 미충족의료 연구가 아닌 실제 의료수요를 가진 만성질환자들의 실제 의료경험을 바탕으로 그들의 의료이용행동이 가진 맥락과 미충족의료 인식을 파악하였다는 점에서 기여가 있다. 본 연구의 결과는 향후 미충족의료 현황 파악을 위하여 세분화된 지표개발의 필요성과 일차의료 및 공공의료체계 강화의 필요성을 뒷받침하는 근거자료로 활용될 수 있을 것이다.

REFERENCES

1. Shin YJ, Shon JI. The prevalence and association factors of unmet medical need: using the 1st and 2nd Korea welfare panel data. *Health Soc Welf Rev* 2009;29(1):95-122. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2009.29.1.95>.
2. Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1973.
3. Mun J, Kang M. The prevalence and predictors of unmet medical needs among the elderly living alone in Korea: an application of the behavioral model for vulnerable populations. *Health Soc Welf Rev* 2016;36(2):480-510. DOI: <https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.2.480>.
4. Jeong GH, Oh YH, Kang EN, Kim JH, Seon D, Oh MA, et al. Survey of the elderly in 2014: final report 14 Mar 2014-10 Dec 2015. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2014.
5. Lee SY, Bae JY. A study on promoting the linkage between hospital care and community health services for the low-income elderly with chronic disease. *Korean J Soc Welf Stud* 2011;42(2):303-322. DOI: <https://doi.org/10.16999/kasws.2011.42.2.303>.
6. Kim JG. Factors affecting the choice of medical care use by the elderly person. *J Welf Aged* 2008;(39):271-300.
7. Macinko J, Starfield B. The utility of social capital in research on health determinants. *Milbank Q* 2001;79(3):387-427.
8. Woo KS, Seo JH, Kim GS, Shin YJ. The effect of social capital, health risk behavior and health status on medical care utilization by the elderly. *Kore-*

- an J Health Policy Adm 2012;22(4):497-521. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2012.22.4.497>.
9. Song KS, Lee JH, Rhim KH. Factors associated with unmet needs for health care. *Korean Public Health Res* 2011;37(1):131-140.
 10. Huh S, Lee S. Unmet health care needs and associated factors among patients with hypertension and those with diabetes in Korea. *Korean J Health Policy Adm* 2011;21(1):1-22. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2011.21.1.001>.
 11. Bae JY. The study on the relationship between the burden of medical expenditures and health-related quality of life among the elderly with chronic diseases. *J Soc Sci* 2014;25(4):109-129. DOI: <https://doi.org/10.16881/jss.2014.10.25.4.109>.
 12. Song HY, Choi JW, Park EC. The effect of economic participatory change on unmet needs of health care among Korean adults. *Health Policy Manag* 2015;25(1):11-21. DOI: <https://doi.org/10.4332/KJHPA.2015.25.1.11>.
 13. Andersen R. A behavioral model of families' use of health service. Chicago (IL): Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.
 14. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
 15. Ahn YH, Kim NH, Kim CB, Ham OK. Factors affecting unmet health-care needs of older people in Korea. *Int Nurs Rev* 2013;60(4):510-519. DOI: <https://doi.org/10.1111/inr.12055>.
 16. Kim J, Kim TH, Park EC, Cho WH. Factors influencing unmet need for health care services in Korea. *Asia Pac J Public Health* 2015;27(2):2555-2569. DOI: <https://doi.org/10.1177/1010539513490789>.
 17. 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. *J Prev Med Public Health* 2016;49(5):308-322. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.035>.
 18. Jeong US, Park MJ. Factors affecting unmet medical care of the elderly with chronic illness. *Proceedings of the 3rd Korea Health Panel Academic Conference*; 2011 Dec 1; Seoul, Korea. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2011.
 19. Park MJ. The factors affecting unmet medical needs in elderly by using Korea health panel data 2011. *J Korean Data Anal Soc* 2014;16(2):1017-1030.
 20. Hwang BD, Choi R. The prevalence and association factors of unmet medical needs by age group in the elderly. *Korean J Health Serv Manag* 2015;9(1):81-93. DOI: <https://doi.org/10.12811/kshsm.2015.9.1.081>.
 21. Heo SI, Kim MG, Lee SH, Kim SJ. Policy options to tackle unmet health needs. Sejong: Korea Institute for Health and Social affairs; 2009.
 22. Cho MO, Jeong SY, Jeong GI. Health care seeking behavior among elderly with chronic diseases. *Qual Res* 2014;15(2):100-116. <https://doi.org/10.22284/qr.2014.15.2.100>.
 23. Ha JY, Yee OH, Son HM. Chronic disease in later life: a qualitative research. *Qual Res* 2011;12(1):11-24.
 24. Chung J, Cho JJ. Use of qualitative research in the field of health. *J Korean Acad Fam Med* 2008;29(8):553-562.
 25. Newacheck PW, Hughes DC, Hung YY, Wong S, Stoddard JJ. The unmet health needs of America's children. *Pediatrics* 2000;105(4 Pt 2):989-997.
 26. Cunningham PJ, Hadley J. Differences between symptom-specific and general survey questions of unmet need in measuring insurance and racial/ethnic disparities in access to care. *Med Care* 2007;45(9):842-850. DOI: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318053678f>.
 27. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013;12:18. DOI: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>.
 28. Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med* 2010;70(3):465-472. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.027>.
 29. Han KT, Park EC, Kim SJ. Unmet healthcare needs and community health center utilization among the low-income population based on a nationwide community health survey. *Health Policy* 2016;120(6):630-637. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.004>.
 30. Hwang EJ, Kim YH, Eo YS, Kim HH, Song MK, Cho GY. The lived experience of the women suffering from rheumatoid arthritis. *Qual Res* 2002;3(1):1-14.
 31. Hur HK. Pain in patients with rheumatoid arthritis: focused on patients with rheumatoid arthritis. *J Muscle Jt Health* 1997;4(1):115-124.
 32. Eun Y. Chronic pain control in patients with rheumatoid arthritis. *J Muscle Jt Health* 1995;2(1):17-40.
 33. Joung EO, Kwon SB, Ahn OH. Coping with experiences in multiple chronic diseases in the rural elderly. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2007;18(1):32-41.
 34. Korean Statistical Information Service. E-local index [Internet]. Daejeon: Statistics Korea; 2017 [cited 2018 Jan 12]. Available from: http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tId=DT_1YL0000.
 35. Lee TH, Gwak MY, Kim MJ, Shin HS, Lee TS, Hwang KS, et al. 2016 Medical vulnerability monitoring research: final report 11 May 2016-30 Nov 2016. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2016.
 36. Korea Centers for Disease Control and Prevention. 2015 Goseong-gun community health survey [Internet]. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2016 [cited 2018 Jan 12]. Available from: <https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>.
 37. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol* 2006;3(2):77-101. DOI: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>.
 38. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995;36(1):1-10. DOI: <https://doi.org/10.2307/2137284>.
 39. Kim DH. Perceived urban neighborhood environment for physical activity of older adults in Seoul: a multimethod qualitative study [dissertation]. Seoul: Seoul National University; 2016.
 40. Morse JM, Field PA. Qualitative research methods for health professionals. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1995.
 41. Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research. *ANS Adv Nurs Sci* 1986;8(3):27-37. DOI: <https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>.
 42. Marshall EG, Wong ST, Haggerty JL, Levesque JF. Perceptions of unmet healthcare needs: what do Punjabi and Chinese-speaking immigrants think?: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2010;10:46. DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-46>.
 43. Katz MH, Cunningham WE, Mor V, Andersen RM, Kellogg T, Zierler S, et al. Prevalence and predictors of unmet need for supportive services among HIV-infected persons: impact of case management. *Med Care* 2000;38(1):58-69. DOI: <https://doi.org/10.1097/00005650-200001000-00007>.
 44. Lin L, Brown KB, Yu F, Yang J, Wang J, Schrock JM, et al. Health care experiences and perceived barriers to health care access: a qualitative study among African migrants in Guangzhou, Guangdong province, China. *J Immigr Minor Health* 2015;17(5):1509-1517. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-014-0114-8>.
 45. Goins RT, Williams KA, Carter MW, Spencer M, Solovieva T. Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. *J Rural Health* 2005;21(3):206-213. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1748-0361.2005.tb00084.x>.
 46. Khan NE, Evans J, Rose PW. A qualitative study of unmet needs and in-

- teractions with primary care among cancer survivors. *Br J Cancer* 2011; 105 Suppl 1:S46-S51. DOI: <https://doi.org/10.1038/bjc.2011.422>.
47. Yun H, Lee SI. Primary care and health care reform in Korea. Sejong: Korean Development Institute; 2012.
48. Choi YJ, Ko BS, Cho KH, Lee JH. Concept, values, current status and prospect of primary care in Korea. *J Korean Med Assoc* 2013;56(10):856-865. DOI: <https://doi.org/10.5124/jkma.2013.56.10.856>.
49. Jeong MG. Problems and development of primary care in Korea. Seoul: People's Health Institute; 2016.
50. Park SB, Cho KH, Lee SH, Choi YE, Kim TJ, Lee JW, et al. Development of management system model through analyzing medical use of patients with multiple chronic diseases and pilot study, clinical care guideline development. Goyang: National Health Insurance Service Ilsan Hospital; 2015.
51. Jung YH. Analysis of multiple chronic diseases of the elderly: focusing on outpatient use. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2013.