

# 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 유형별 관련 요인

김봄걸\*, 노영민\*\*, 이예진\*\*, 김태현\*\*\*, 노진원\*\*\*\* †

\*연세대학교 보건학과, \*\*울지대학교 의료경영학과, \*\*\*연세대학교 보건대학원, \*\*\*\*단국대학교 보건행정학과

## 〈Abstract〉

### Factor Associated with the Unmet Healthcare Needs Types among Family Living with Dementia Patients

Bomgyeol Kim<sup>\*</sup>, Young-Min Noh<sup>\*\*</sup>, Yejin Lee<sup>\*\*</sup>, Tae Hyun Kim<sup>\*\*\*</sup>, Jin-Won Noh<sup>\*\*\*\* †</sup>

*<sup>\*</sup>Department of Public Health, Yonsei University, <sup>\*\*</sup>Department of Healthcare Management, Eulji University, <sup>\*\*\*</sup>Graduate School of Public Health, Yonsei University, <sup>\*\*\*\*</sup>Department of Health Administration, Dankook University, <sup>\*\*\*\*</sup>Institute of Health Promotion and Policy, Dankook University*

**Purposes:** Family living with dementia patients have the burden for caring and suffer from health problems. Therefore, proper supports for their health disorders are required. The purpose of this study with regard to this is to subdivide unmet healthcare needs of family living with dementia patients into affordability, accommodation, and accessibility and figure out the relevant factors.

**Methodology:** The 2017 Community Health Survey was used, and 2,331 families living with dementia patients was included. To figure out the factors with regard to the types of unmet healthcare needs, multinomial logistic regression analysis was conducted.

**Findings:** According to the analysis result, sex, age, monthly household income, economic activity, self-rated health, self-rated stress and perception of depressive symptoms turned out to be the factors related to unmet healthcare needs. Regarding affordability, unmet healthcare needs were low when the object was female, over 65, highly educated, and monthly household income were high. On the other hand, unmet healthcare needs was high when self-rated health was bad, self-rated stress was high, and had depression. With regard to accommodation, unmet healthcare needs were low when the object was over 65. Unmet healthcare needs were high when the object was female, economically active and had depression, and self-rated health was high. Regarding accessibility, unmet healthcare needs were low when the object was high school graduate, but it was high when self-rated health was bad.

**Practical Implication:** This study confirmed that the family with dementia patients had a high proportion of unmet healthcare needs due to affordability and accommodation. The existing main discussion was that the experience of unmet healthcare needs normally occurred due to economic reasons, but a consideration on various cases and factors is required to ultimately achieve the policy goal to reduce the unmet healthcare needs of the family living with dementia.

**Key words:** family health, unmet healthcare needs, caregiver, dementia

\* 투고일자 : 2019년 9월 1일, 수정일자 : 2019년 10월 30일, 게재확정일자 : 2020년 2월 24일

† 교신저자: 노진원, 단국대학교 보건행정학과, 충청남도 천안시 동남구 단대로 119 단국대학교 보건과학관 101호, Tel: 041-550-1470, Fax:041-559-7934, E-mail: jinwon.noh@gmail.com

## I. 서론

우리나라는 고령화 현상이 빠르게 진행됨에 따라서 치매환자의 수도 빠르게 증가하고 있다[1]. 치매는 기억력 상실과 인지장애를 포함한 일련의 증상을 나타내는 질환으로 치매환자는 일상생활 수행에 어려움을 느끼게 되며 행동적 변화를 보여 치매에 걸린 노인뿐만 아니라 노인을 돌보는 가족의 생활에까지 심각한 영향을 미친다[2]. 우리나라 노인인구의 10.16%를 차지하는 치매환자는 현대 의학의 발달에도 불구하고 아직 완치가 불가능해 환자 본인은 물론 가족들까지 큰 부담을 지니고 있다[3,4]. 치매환자의 부양 부담을 노인장기요양보험제도를 통해 국가에서 지원하고 있으나, 가정에서 생활하는 치매환자의 돌봄은 대부분 같이 생활하는 가족에 의해 이루어지고 있다[2].

치매환자 가족은 치매의 시간 경과에 따라 악화되는 비가역적인 특성으로 신체적·경제적 제약 등 부양 부담과 스트레스를 경험한다[5]. 치매노인을 가정에서 부양하는 것은 말기 암환자를 부양하는 것보다 부양부담이 더 큰 것으로 알려지고 있으며[6], ‘보이지 않는 제2의 환자(invisible second patients)’로 언급될 만큼 우울, 스트레스, 불안 증가 등 정신건강 측면에서 좋지 않은 삶의 질 상태에 있다[7]. 또한 가족의 부담과 건강장애는 치매환자의 행동 및 정신질환 증상, 낮은 삶의 질, 높은 사망률에 영향을 미친다[8,9].

치매환자는 가능한 오랫동안 친숙한 환경에서 머무는 것을 선호하며, 가정과 같이 친숙한 곳에서 생활할 때 정서적으로 가장 안정감을 느껴 인지적 혼란도 최소화할 수 있다[10,11]. 치매환자를 가정에서 돌보기 위해 치매환자 가족의 건강장애에 맞는 지원이 요구된다는 연구도 보고되고 있다[3,11]. 이를 위해서 치매환자 가족의 미충족 의료 경험을 파악하는 것은 의료서비스 이용 패턴에 대한 이해를 증가시킬 뿐만 아니라 건강장애를 해소하는데 실천적 방향성을 제시하는데 유용한 자료가 될 것이다[12,13].

미충족 의료 경험은 환자가 의료가 필요하다고 인지했음에도 불구하고 의료이용을 충분히 받지 못하는 경우로 정의된다[14]. 그 원인으로는 가용성(availability), 물리적 접근성(accessibility), 편의성(accommodation), 지불능력(affordability), 수용성(acceptability)이 제시되고 있다[13,15]. 위의 5가지 원인 중 가용성과 수용성에

의한 미충족 의료 경험은 의료기관을 이용하는 고객의 측면에서 판단하기 어려운 부분이 존재함으로, 물리적 접근성과 편의성 및 지불능력의 제한을 통해 고객의 입장에서 미충족 의료 경험 원인을 고려해볼 수 있다. 물리적 접근성의 제한은 교통수단과 이동시간 등의 의료기관과의 거리의 제한을 의미하며, 편의성은 진료 대기시간, 병원운영 시간으로 인한 제한을, 지불능력은 개인의 경제적인 능력으로 인한 제한을 의미한다[15].

미충족 의료 경험에 대한 선행연구는 연구대상이 특정 섬 지역이나 노인, 만성질환자, 장애인, 저소득층 등 일부 한정된 대상을 중심으로 이루어졌다[16-19]. 또한 유형별로 접근한 것이 아닌 총괄적인 미충족 의료 경험에 대한 것과 이에 대한 관련 요인을 제시하였으며[19,20], 미충족 의료 경험 중 주로 경제적 사유로 인한 제한으로 미충족 의료를 정의하여 이루어졌다[21].

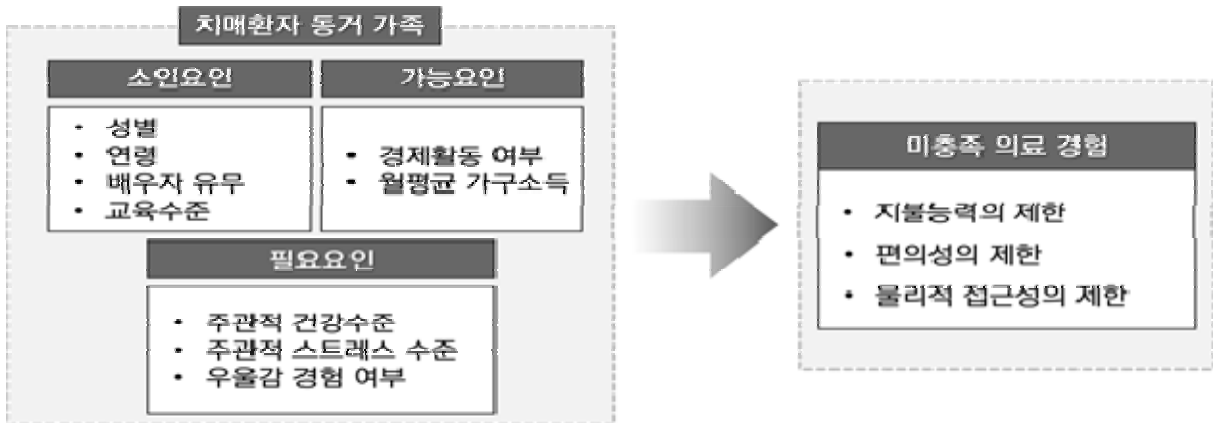
국내에서 치매환자와 함께 거주하는 가족의 미충족 의료 경험에 대한 연구는 거의 없는 실정이다. 미충족 의료 경험의 사유는 경제적인 사유 외에 다양하게 제시되고 있어 치매환자 동거 가족의 시간적, 물리적 사유에 따른 미충족 의료 관련 요인도 파악할 필요가 있다.

이에 본 연구는 우리나라 모든 지방자치단체의 지역주민을 대표할 수 있는 자료인 2017년 지역사회건강조사를 이용하여 앤더슨 행동모형(Anderson Behavior Model of Service Utilization)에 근거한 관련 요인을 제시하고 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험을 지불능력의 제한, 편의성의 제한, 물리적 접근성의 제한의 3가지 유형으로 세분화하여 관련 요인을 파악하고자 실시하였다.

## II. 연구방법

### 1. 연구모형

다양한 연구에서 의료이용과 관련된 요인을 통합적으로 고려하여 행위에 대한 예측틀로 가장 많이 이용되는 것이 앤더슨의 행동모형이다[21]. 앤더슨 행동모형은 의료서비스의 이용에 관련된 요인을 소인 요인(predisposing factor), 가능 요인(enabling factor), 필요 요인(needs factor)으로 세분화하여 의료이용에 영향을 미치는 요인들을 예측할 수 있도록 하였다[22]. 본 연



<그림 1> 연구모형(The conceptual model of this study)

구는 앤더슨 행동모형에 근거하여 소인 요인, 가능 요인, 필요 요인으로 분류하여 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 관련요인을 예측하고자 하였다. 본 연구의 연구모형은 다음과 같다.

## 2. 연구 대상 및 자료원

본 연구는 2017년 지역사회건강조사의 원시자료를 이용하였다. 지역사회건강조사는 지역보건 의료계획 수립 및 평가를 위한 지역건강 통계를 생산하고자 표준화된 조사 체계이다[23]. 지역사회건강조사는 각 지역에 거주하는 만 19세의 모든 주민을 모집단으로 전국 254개의 전국 보건소에서 평균 900명의 표본이 조사될 수 있도록 확률비례통계추출을 통한 표본지점을 선정하고, 계통추출법에 의해 조사가구를 선정한다[23]. 선정된 가구의 조사 대상자는 228,381명이었다[23].

‘귀 가구는 현재 의사로부터 진단받은 치매환자와 함께 거주하고 있습니까?’라는 질문에 ‘예’라고 응답한 치매환자 동거 가족 중 미충족 의료 경험 사유에 대한 응답내용 중 증상이 가벼워서와 기타에 해당하는 응답자와 응답이 불충분한 대상자를 제외한 2,331명을 연구대상으로 선정하였다.

## 3. 변수 및 측정

### 1) 미충족 의료 경험

미충족 의료 경험은 ‘최근 1년 동안 본인이 병·의원

(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 경우가 있습니까?’라는 필요의료서비스(치과제외) 미수진 여부에 ‘예’라고 응답한 경우를 미충족 의료 경험으로 정의하였다.

미충족 의료 경험의 가장 주가 되는 사유를 의료기관을 이용하는 고객의 입장에서 파악하고자 물리적 접근성과 편의성 및 지불능력의 제한으로 재분류하였다. 이에 응답내용 중 증상이 가벼워서와 기타에 해당하는 부분은 미충족 의료 경험의 정의에서 제외하였다. 미충족 사유를 ‘경제적인 이유’로 응답한 경우를 지불능력의 제한, ‘교통이 불편해서’를 응답한 경우 물리적 접근성의 제한, ‘병·의원 등에 예약하기가 힘들어서’, ‘내가 갈 수 있는 시간에 병·의원 등이 문을 열지 않아서’, ‘병·의원 등에서 오래 기다리기 싫어서’를 응답한 경우 편의성의 제한으로 정의하였다[14].

### 2) 소인 요인

성별, 연령, 배우자 유무, 교육수준을 이용하였다. 연령은 지역사회건강조사에서 제시하는 생애주기를 참고하여 ‘19-44세’, ‘45-64세’, ‘65세 이상’으로 분류하였고[23], 배우자 유무는 혼인상태 문항을 이용하여 ‘유배우자’와 ‘무배우자’로 분류하였다. 교육수준은 최종학력과 졸업 여부문항을 이용하여 ‘초등학교 졸업 이하’, ‘중학교 졸업’, ‘고등학교 졸업’, ‘대학교(2/3년제) 졸업 이상’으로 분류하였다.

### 3) 가능 요인

경제활동 여부, 월평균 가구소득을 이용하였다. 경제활동 여부에는 원시지침 그대로 ‘최근 1주일 동안 수입을 목적으로 1시간 이상 일을 하거나, 18시간 이상 무급 가족 종사자로 일하신 적이 있습니까?(일시 휴직 상태 포함)’에 응답한대로 ‘예’와 ‘아니오’로 구분하였다. 월평균 가구소득은 ‘200만원 미만’, ‘200-400만원’, ‘400만원 초과’로 분류하였다[24].

#### 4) 필요 요인

건강상태를 반영할 수 있는 주관적 건강수준, 주관적 스트레스 수준, 우울감 경험 여부를 이용하였다. 주관적 건강수준은 평소 본인의 건강상태에 따라 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’으로 응답한 것을 ‘매우 좋음’과 ‘좋음’을 ‘ 좋음’, ‘보통’은 ‘보통’, ‘나쁨’과 ‘매우 나쁨’은 ‘나쁨’으로 분류하였다. 주관적 스트레스 수준은 평소 본인의 일상생활 중에 느끼는 스트레스의 정도에 따라 ‘대단히 많이 느낀다’와 ‘많이 느끼는 편이다’는 ‘높은 스트레스 수준’, ‘조금 느끼는 편이다’와 ‘거의 느끼지 않는다’는 ‘낮은 스트레스 수준’으로 분류하였다. 우울감 경험 여부는 최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감을 느낀 경우를 ‘유경험’과 ‘무경험’으로 분류하였다.

#### 4. 분석방법

본 연구는 수집된 자료는 SPSS 22.0 통계프로그램을 사용하여 빈도분석, 카이제곱검정, 이분형 로지스틱 회귀 분석, 다항 로지스틱 회귀분석을 수행하였다[25]. 우선 연구대상자의 일반적인 특성 및 필요의료서비스 현황을 살펴보기 위해 빈도분석을 실시하였으며, 소인 요인, 가능 요인 및 필요 요인에 따른 미충족 의료 경험과의 관련성을 알아보기 위하여 카이제곱 검정을 실시하였다. 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험 관련 요인을 파악하기 위하여 이분형 로지스틱회귀분석(Binomial logistic regression analysis)을 실시하였다. 미충족 의료 유형별 관련 요인을 파악하기 위하여 다항 로지스틱 회귀분석(Multinomial logistic regression analysis)을 실시하였다.

### Ⅲ. 결 과

#### 1. 치매환자 동거 가족의 일반적 특성

치매환자 동거 가족의 일반적 특성을 살펴보면 소인 요인에서 성별은 ‘남성’이 46.2%, ‘여성’이 53.8%이었다. 연령은 ‘19-44세’가 14.3%, ‘45-64세’가 36.9%, ‘65세 이상’은 48.9%이었다. 배우자 유무에서는 ‘무배우자’가 29.3%, ‘유배우자’가 70.7%이었다. 교육수준은 ‘초졸 이하’가 40.6%, ‘중졸’이 12.6%, ‘고졸’이 28.1%, ‘대졸 이상’이 18.7%이었다. 가능 요인 중 경제활동 여부에서 ‘경제활동을 하지 않는 가족’이 50.5%이었다. 월평균 가구소득은 ‘200만원 미만’이 52.3%, ‘200-400만원’은 26.8%, ‘400만원 초과’는 20.8%이었다. 필요 요인에서 주관적 건강수준은 ‘ 좋음’이 25.2%, ‘보통’이 37.1%, ‘나쁨’이 37.7%이었다. 주관적 스트레스 수준은 ‘낮음’이 66.4%, ‘높음’이 33.6%이었다. 우울감 경험 여부는 ‘무경험’이 87.7%, ‘유경험’이 12.3%이었다.

치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험률은 11.0%이었다. 이를 유형별로 보면 편의성의 제한에 의한 경우가 42.2%로 가장 많았고 지능능력의 제한에 의한 경우가 31.6%, 물리적 제한에 의한 경험이 26.2%의 순이었다.

#### 2. 치매환자 동거 가족의 요인별 비교

치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험과 관련된 요인별 비교를 위해 단변량 분석을 실시한 결과, 교육수준, 월평균 가구소득, 주관적 건강수준, 주관적 스트레스 수준, 우울감 경험 여부가 유의한 차이를 보였다. 교육수준이 낮을수록 미충족 의료를 경험하였으며( $x^2=25.279$ ,  $p<0.001$ ), 월평균 가구소득이 낮을수록 미충족 의료를 경험하였다( $x^2=25.531$ ,  $p<0.001$ ), 주관적 건강상태가 나쁠수록 미충족 의료를 경험하였다( $x^2=56.878$ ,  $p<0.001$ ), 주관적 스트레스 수준이 높을수록 미충족 의료를 경험하였다( $x^2=38.097$ ,  $p<0.001$ ). 우울감 경험이 있을 때 미충족 의료를 경험하였다( $x^2=60.711$ ,  $p<0.001$ ).

<표 1> 치매환자 동거 가족의 일반적 특성 (General Characteristics of Subjects)

Variables	Family living with dementia patients (N=2,331)
	N(%)
<b>Sex</b>	
Male	1,077(46.2)
Female	1,254(53.8)
<b>Age</b>	
19-44	333(14.3)
45-64	859(36.9)
≥65	1,139(48.9)
<b>Spouse</b>	
No	684(29.3)
Yes	1,647(70.7)
<b>Education</b>	
≤Elementary school	947(40.6)
Middle school	293(12.6)
High school	655(28.1)
≥College	436(18.7)
<b>Economic activity</b>	
No	1,178(50.5)
Yes	1,153(49.5)
<b>Monthly Household Income (10,000won)</b>	
≤200	1,220(52.3)
200-400	625(26.8)
≥400	486(20.8)
<b>Self-rated health</b>	
Good	588(25.2)
Normal	864(37.1)
Bad	879(37.7)
<b>Self-rated stress</b>	
Low	1,548(66.4)
High	783(33.6)
<b>Preception of depressive symptoms</b>	
No	2,045(87.7)
Yes	286(12.3)
<b>Unmet healthcare needs</b>	
No	2,075(89.0)
Yes	256(11.0)
<b>Type of unmet healthcare needs</b>	
Affordability	81(31.6)
Accommodation	108(42.2)
Accessibility	67(26.2)

### 3. 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험 및 유형별 관련 요인

치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험과 관련이 있는 요인은 연령, 교육수준, 월평균 가구소득, 주관적 건강수

준, 주관적 스트레스 수준, 우울감 경험 여부로 나타났다. 소인 요인에서는 연령이 65세 이상인 경우(OR=0.317), 교육수준이 높을수록 (중졸 OR=0.548; 고졸 OR=0.482; 대졸 이상 OR=0.492) 미충족 의료 경험이 낮았다. 가능 요인에서는 월평균 가구소득이 높을수록

(200-400만원 OR=0.661; 400만원 초과 OR=0.526) 미충족 의료 경험이 낮았다. 필요 요인에서는 주관적 건강수준이 나쁠수록(보통 OR=2.265; 나쁨 OR=3.933), 주관적 스트레스 수준이 높은 경우(OR=1.460), 우울감 경험이 있을 경우(OR=2.129) 미충족 의료 경험이 높았다.

유형별 요인 중 지불능력의 제한의 경우 여성이 (OR=0.486), 연령이 65세 이상인 경우(OR=0.222), 교육수준이 높을수록(고졸 OR=0.343; 대졸 이상 OR=0.268), 월평균 가구소득이 높을수록(200-400만원

OR=0.474; 400만원 초과 OR=0.053) 미충족 의료 경험이 낮았다. 반면, 주관적 건강수준이 나쁨인 경우 (OR=2.845), 주관적 스트레스 수준이 높은 경우 (OR=1.734), 우울감 경험이 있을 경우(OR=2.619) 미충족 의료 경험이 높았다. 편의성 제한의 경우 연령이 65세 이상인 경우(OR=0.221) 미충족 의료 경험이 낮았다. 반면, 여성이(OR=1.646), 경제활동을 할 때(OR=2.593), 주관적 건강수준이 나쁠수록(보통 OR=3.091; 나쁨 OR=3.516), 주관적 스트레스 수준이 높은 경우

<표 2> 치매환자 동거 가족의 요인별 비교  
(Relevance of Factors and Unmet Healthcare Needs)

Variables	Unmet healthcare needs		x <sup>2</sup>	p-value
	No N(%)	Yes N(%)		
<b>Sex</b>				
Male	971(90.2)	106(9.8)	2.663	0.103
Female	1,104(88.0)	150(12.0)		
<b>Age</b>				
19-44	302(90.7)	31(9.3)	1.269	0.530
45-64	765(89.1)	94(10.9)		
≥65	1,008(88.5)	131(11.5)		
<b>Spouse</b>				
No	609(89.0)	75(11.0)	0.000	0.986
Yes	1,466(89.0)	181(11.0)		
<b>Education</b>				
≤Elementary school	806(85.1)	141(14.9)	25.279	<0.001
Middle school	267(91.1)	26(8.9)		
High school	599(91.5)	56(8.5)		
≥College	403(92.4)	33(7.6)		
<b>Economic activity</b>				
No	1,041(88.4)	137(11.6)	1.021	0.312
Yes	1,034(89.7)	119(10.3)		
<b>Monthly Household Income(10,000won)</b>				
200	1,049(86.0)	171(14.0)	25.531	<0.001
200-400	571(91.4)	54(8.6)		
≥400	455(93.6)	31(6.4)		
<b>Self-rated health</b>				
Good	563(95.7)	25(4.3)	56.878	<0.001
Normal	779(90.2)	85(9.8)		
Bad	733(83.4)	146(16.6)		
<b>Self-rated stress</b>				
Low	1,422(91.9)	126(8.1)	38.097	<0.001
High	653(83.4)	130(16.6)		
<b>Preception of depressive symptoms</b>				
No	1,859(90.9)	186(9.1)	60.711	<0.001
Yes	216(75.5)	70(24.5)		

<표 3> 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 및 유형별 관련 요인 (Factor Associated the Unmet Healthcare Needs and the Types of Unmet Healthcare Needs among Family Living with Dementia Patients)

Variables	OR(95% CI)	p-value	Type of unmet healthcare needs					
			Affordability		Accommodation		Accessibility	
			OR(95% CI)	p-value	OR(95% CI)	p-value	OR(95% CI)	p-value
<b>Sex</b>								
Male	ref		ref		ref		ref	
Female	0.915 (0.687-1.218)	0.542	0.486 (0.296-0.796)	0.004	1.646 (1.064-2.546)	0.025	0.762 (0.442-1.313)	0.327
<b>Age</b>								
19-44	ref		ref		ref		ref	
45-64	0.741 (0.449-1.223)	0.241	0.406 (0.158-1.045)	0.062	1.153 (0.626-2.124)	0.648	0.658 (0.069-6.298)	0.716
≥65	0.317 (0.171-0.586)	<0.001	0.222 (0.075-0.658)	0.007	0.221 (0.090-0.541)	0.001	0.897 (0.093-8.689)	0.925
<b>Spouse</b>								
No	ref		ref		ref		ref	
Yes	0.977 (0.706-1.352)	0.887	0.629 (0.362-1.093)	0.100	0.888 (0.550-1.434)	0.627	1.524 (0.747-3.111)	0.247
<b>Education</b>								
≤Elementary school	ref		ref		ref		ref	
Middle school	0.548 (0.341-0.882)	0.013	0.445 (0.191-1.036)	0.061	0.797 (0.391-1.625)	0.533	0.230 (0.048-1.109)	0.058
High school	0.482 (0.315-0.738)	0.001	0.343 (0.157-0.751)	0.007	0.770 (0.418-1.417)	0.401	0.163 (0.046-0.576)	0.005
≥College	0.492 (0.292-0.830)	0.008	0.268 (0.092-0.782)	0.016	0.809 (0.399-1.641)	0.557	0.230 (0.048-1.109)	0.067
<b>Economic activity</b>								
No	ref		ref		ref		ref	
Yes	1.161 (0.850-1.586)	0.349	0.710 (0.408-1.234)	0.224	2.593 (1.556-4.323)	<0.001	0.525 (0.265-1.037)	0.064
<b>Monthly Household Income (10,000won)</b>								
≤200	ref		ref		ref		ref	
200-400	0.661 (0.465-0.941)	0.021	0.474 (0.244-0.920)	0.027	0.950 (0.578-1.561)	0.839	0.495 (0.217-1.128)	0.094
≥400	0.526 (0.336-0.822)	0.005	0.053 (0.007-0.391)	0.004	0.927 (0.528-1.629)	0.793	0.377 (.0112-1.272)	0.116
<b>Self-rated health</b>								
Good	ref		ref		ref		ref	
Normal	2.265 (1.408-3.642)	0.001	1.166 (0.478-2.844)	0.735	3.091 (1.670-5.723)	<0.001	1.465 (0.390-5.496)	0.571
Bad	3.933 (2.369-6.529)	<0.001	2.845 (1.174-6.896)	0.021	3.516 (1.714-7.213)	0.001	4.054 (1.170-14.047)	0.027
<b>Self-rated stress</b>								
Low	ref		ref		ref		ref	
High	1.460 (1.087-1.962)	0.012	1.734 (1.039-2.896)	0.035	1.727 (1.119-2.664)	0.014	0.882 (0.500-1.555)	0.664
<b>Preception of depressive symptoms</b>								
No	ref		ref		ref		ref	
Yes	2.129 (1.510-3.002)	<0.001	2.619 (1.518-4.519)	0.001	2.059 (1.223-3.464)	0.007	1.707 (0.880-3.309)	0.114

\* Binary logistic regression log likelihood: 1475.127

\*\* Multinomial logistic regression log likelihood: 1054.728

\*\*\* Abbreviation: OR, Odds Ratio; CI, Confidence Interval; ref, reference.

(OR=1.727), 우울감 경험이 있을 경우(OR=2.059) 미충족 의료 경험이 높았다. 물리적 제한의 경우 교육수준이 고졸인 경우(OR=0.163) 미충족 의료 경험이 낮았다. 반면, 주관적 건강수준이 나쁨인 경우(OR=4.054) 미충족 의료 경험이 높았다.

#### IV. 고찰 및 결론

본 연구는 2017년 지역사회건강조사를 이용하여 치매환자 가족의 미충족 의료 경험 관련 요인을 제시하고 미충족 의료 경험을 3가지 유형으로 세분화하여 관련 요인을 파악하고자 실시하였다. 연구 결과, 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험률은 11.0%이었다. 미충족 의료 경험 유형별 분포를 살펴보면, 지불능력의 제한인 경우가 31.6%, 편의성 제한의 경우 42.2%, 물리적 접근성의 제한에 의한 경우 26.2%였다.

치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험과 관련된 요인을 살펴보면, 소인 요인 중 성별의 경우 여성의 미충족 의료 경험은 낮았다. 치매는 남성보다 여성에서 많이 발병하고 대다수의 여성 치매환자의 주보호자가 배우자인 남성이라는 점에서 남성이 미충족 의료를 더 높게 경험할 수 있다고 생각된다[26]. 유형별로는 지불능력 제한의 경우에서는 여성의 미충족 의료 경험 낮은 것으로 나타났다. 남성이 경제적인 이유로 인한 미충족 의료 경험이 높게 나타나는 선행연구 결과와 일치하는 경향이었다[21]. 편의성의 제한인 경우에 여성의 미충족 의료 경험이 높았으며 이는 여성의 경우 가족 돌봄 등으로 인하여 여성에게 시간적 제약으로 인한 미충족 의료가 발생할 수 있다는 선행연구 결과로 설명할 수 있다[27]. 연령에서는 65세 이상이 미충족 의료 경험이 낮은 것으로 나타났으며, 유형별에서도 65세 이상이 지불능력의 제한, 편의성의 제한에서 미충족 의료 경험이 낮은 것으로 나타났다. 이는 청장년층이 근로와 학업 등으로 인하여 의료기관 이용시간에 제한을 받아 의로서비스를 이용하지 못하는 문제가 있다는 선행연구로 설명될 수 있을 것이다[27].

가능 요인 중 경제활동 여부는 편의성의 제한에서 경제활동을 할 경우 미충족 의료 경험이 높은 것으로 나타났다. 이는 경제활동을 하고 있는 사람일수록 시간 부족 및 장시간의 대기 시간 등 시간적 제약으로 인해 필요한 의

료서비스를 이용하지 못한 것으로 해석할 수 있다[28]. 치매환자 1명을 돌보기 위해 하루 평균 6-9시간을 사용한다는 중앙치매센터 보고서 결과로 보아 상대적으로 치매환자와 동거할 때 경제활동 시간과 더불어 환자 조호시간으로 인해 미충족 의료를 경험할 확률이 높은 것으로 해석된다[29]. 월평균 가구소득은 가구소득이 높을수록 미충족 의료 경험이 낮은 것으로 나타나 선행 연구들과 일치하는 결과를 보였다[30]. 유형별로는 지불능력의 제한에서 가구소득이 높을수록 미충족 의료 경험이 낮은 것으로 나타났다. 치매환자 가족의 경우 부담 능력에 비해 치매환자 조호비용 지출이 높기 때문에 상대적으로 미충족 의료의 확률이 높을 것으로 해석되며[4], 지불능력의 제한에서 미충족 의료의 경험이 높다는 것은 지불능력이나 소득수준에 상관없이 국민이 의료를 이용할 수 있도록 건강보장강화 노력을 하고 있으나, 여전히 경제적 부담은 치매환자 가족에게 과중되는 점을 시사한다[13].

필요 요인 중 주관적 건강수준은 건강이 나쁘다고 생각할수록 미충족 의료 경험이 높은 것으로 나타났다. 유형별로는 지불능력의 제한, 편의성의 제한, 물리적 제한 모두에서 주관적 건강수준이 나쁠수록 미충족 의료 경험이 높은 것으로 나타났다. 선행연구에서 치매환자 가족일 때 주관적 건강수준이 낮은 것으로 나타났으며[31], 주관적 건강수준이 나쁠수록 건강행위에 대한 관심도나 실천 수준도 낮기 때문에 의료적 요구가 충족되지 못하면 자신이 건강하지 않다고 평가할 수 있다[32]. 이는 치매환자 가족의 치료에 대한 필요도에 비해 의료이용이 적절히 이루어지지 못하고 있음을 보여주는 것이다[20]. 주관적 스트레스 수준과 우울 경험이 증가할수록 미충족 의료 경험이 높았으며, 이는 스트레스 수준과 우울 경험이 증가할수록 신체 건강에 대한 주의가 감소하고 필요한 의료를 찾지 않는 현상이 나타난다는 연구결과로 설명될 수 있다[33,34]. 유형별로는 지불능력의 제한, 편의성의 제한에서 미충족 의료 경험이 높았다. 스트레스와 우울감을 경험할 때 의욕상실, 활동량 감소 경험 높게 나타나 의료이용의 제약이 발생한 것으로 추측할 수 있을 것이다[35]. 치매환자 동거 가족은 비동거 가족의 비해 스트레스와 우울감 경험이 높고[31, 36], 미충족 의료 경험에 영향을 미치므로 치매환자 동거 가족의 정신건강 관리가 필요하다[37].

본 연구는 몇 가지 한계점이 존재한다. 첫째, 이차 자



료를 활용하였기 때문에 데이터의 한계상 치매환자와 동거 가족의 관계를 세부적으로 살펴볼 수 없었던 점이 한계가 있다. 동거 가족이 치매환자와 존속관계일 경우와 비속관계, 혹은 배우자 관계에 따라 부양 정도는 달라질 것이며, 그로 인해 겪게 되는 의료이용의 차이가 존재할 것으로 판단된다. 둘째, 일개년도 자료만을 이용한 횡단면연구로서 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험 관련 요인들 간의 관련성을 확인할 수 있었으나, 요인들의 선후관계에 대해 설명할 수 없다는 한계가 존재한다. 셋째, 본 연구에서는 의료접근성을 환자의 주관적 평가인 ‘미충족 의료 경험’으로 측정하였기 때문에 객관성의 한계가 존재한다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 대표성 있는 자료인 지역 사회건강조사 자료를 이용하여 치매환자 돌봄 제공자의 의료이용 관련 요인에 대한 파악하였으며, 이는 돌봄 제공자 본인의 건강증진 뿐만 아니라 치매환자에게 적절한 돌봄을 제공하고 가족의 붕괴를 예방하며 치매 국가책임제 등 지속가능한 돌봄 정책을 유지하기 위한 기반자료로서의 의미를 지닌다. 또한 미충족 의료 경험을 경험하게 된 사유에 따라 유형을 나누어 분석했다는 점에서 기존의 미충족 의료 경험과 관련된 연구들과 다르다고 할 수 있다. 일반적으로 미충족 의료 경험은 경제적 이유로 발생하는 경우가 많다는 것이 기존의 주된 논의였으나 궁극적으로 치매환자 동거 가족의 미충족 의료 경험을 감소시키고자 하는 정책목표를 달성하기 위해서는 다양한 경우와 요인에 대한 고려가 필요하다. 따라서 본 연구에서는 그러한 기존 연구의 한계를 극복하기 위하여 유형별 분석을 하였으며 그 결과 치매환자 동거 가족의 경우 지불능력의 제한과 더불어 시간적 제한으로 인한 미충족 의료 경험 비율이 높다는 점을 확인하였다.

치매환자 동거 가족의 경제적 어려움과 자살 등에 대해서는 소수의 언론 등에 의해 언급되어왔지만 그동안 치매환자 동거 가족의 취약성 특히 의료이용은 관심을 많이 받지 못하였다. 따라서 치매환자 동거 가족이 급증하고 있는 현 시점에 치매환자 동거 가족들의 취약성과 보건에 대한 체계적이고 포괄적인 정책적 접근이 요구되며 향후 치매환자 가족의 미충족 의료 경험 유형별 간 차이의 원인을 파악하기 위해서는 다각적인 요인의 고려한 추가 연구가 필요할 것이다.

## 참고문헌

- [1] Han DH. A systematic Review of Educational Programs Supporting the Family of People with Dementia. *Korean Journal of Reserch in Gerontology*. 2016;25:81-93.
- [2] Seoul Metropolitan Center For Dementia. A Survey on the Management of the Elderly with Dementia in Seoul 2014. Seoul: Seoul Metropolitan Center For Dementia; 2014, p. 1-98.
- [3] Kim YE. A Study of Support Policy for Families Having Elderly Dementia. *The Journal of Long Term Care*. 2016;4(1):80-100.
- [4] Kim KW, Kwak KP, Kim BS, Kim BJ, Kim JR, Kim TH, et al. National Institute of Dementia. Nationwide Survey on the Dementia Epidemiology of Korea. Seongnam: National Institute of Dementia; 2017, p. 1-151.
- [5] Cho EY, Cho EH, Kim SS. Effects of Family Relationship on Burden of Family Caregivers of Older Adult with Dementia. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2010;30(2):421-437.
- [6] Clipp EC, George LK. Dementia and cancer: a comparison of spouse caregivers. *The Gerontologist*. 1993;33(4):534-541.
- [7] Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2009;11(2):217-228.
- [8] Van der Lee J, Bakker TJ, Duivenvoorden HJ, Dros RM. Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Res Rev*. 2014;15:76-93.
- [9] Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20:423-428.
- [10] Hwang YJ, Jeong WM, Lee KS, Lim HK, Kim DJ. Effects of Tailored Occupational Activity Program applied to Patients with Dementia and Their Caregiver in Community. *Journal of the Korea Gerontological Society*. 2011;31(1):129-141.

- [11] Zwingmann I, Michalowsky B, Esser A, Kaczynski A, Monsees J, Keller A, et al. Identifying Unmet Needs of Family Dementia Caregivers: Results of the Baseline Assessment of a Cluster-Randomized Controlled Intervention Trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 2019; 67(2):1-13.
- [12] Kang SK, Boo KC. Predictors of Elderly Depression Using the Andersen Model. *Journal of Welfare for the Aged Institute*. 2010;49:7-29.
- [13] 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.
- [14] Shin YJ, Shon JI. The Prevalence and Association Factors of Unmet Medical Need - Using the 1st and 2nd Korea Welfare Panel Data -. *Health and Social Welfare Review*. 2009;29(1):111-142.
- [15] Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40.
- [16] Cho SS, Lee TK, Bang YW, Kim, CJ, Im HJ, Gwon YJ, et al. 일Factors Associated with Unmet Needs for Medical Care among Island Inhabitants in Korea. *J Agr Med Commun Health*. 2010;35(2):151-64.
- [17] Lim JH. Analysis of unmet medical need status based on the Korean Health Panel. *Health and Social Science*. 2013;34:237-256.
- [18] Jeon BY, Kwon SM. Access Barriers To Health Care Among Persons With Physical Disabilities: Using Three Reasons For Unmet Need As Indicators Of Access. *Korean Social Security Studies*. 2015;31(3):145-171.
- [19] Kim JG. Factors Affecting the Choice of Medical Care Use by the Elderly Person. *Journal of Welfare for the Aged Institute*. 2008;39: 273-303.
- [20] Song KS, Lee JH, Rhim KH. Factors Associated with Unmet Needs for Health Care. *The Journal of The Korean Public Health Association*. 2011;37(1):131-140.
- [21] Lee JE, Kim TH. Association of Supplementary Private Health Insurance with Unmet Health Care Needs. *Journal of Health Informatics and Statistics*. 2014;39(1):91-104.
- [22] Anderson R. *A Behavioral Model of Families' Use of Health Service*. Center for Health Administration Studies. Chicago: University of Chicago; 1968, p. 1-111.
- [23] Korea Centers for Disease Control and Prevention. *Community Health Survey*, 2017. Cheongju: Korea Centers for Disease Control and Prevention; 2018, p. 1-210.
- [24] Lee SA, Kim HS. Effects of a Dementia Family Education Program for Dementia Recognition, Burden, and Depression in Caregivers of Elders with Dementia. *Journal of Korean Academy of Psychiatric Mental Health Nursing*. 2017;26(1): 14-22.
- [25] IBM, SPSS version 22.0 (Statistical Packages for Social Science Inc.), Chicago, IL, USA, 2014.
- [26] Park MH, Go YH, Jeong MR, Lee SJ, Kim SH, Jinha Kim, et al. Influencing Factors and Risk of Caregiver Burden of Family Caregivers for Patient with Dementia. *Korean Journal of Family Welfare*. 2017;22(3):431-448.
- [27] Huh SI, Lee HJ. Unmet Health Care Needs and Attitudes towards Health Care System in Korea. *Korean Health Economic Review*. 2016;22(1): 59-89.
- [28] Song HY, Choi JW, Park EC. ORIGINAL ARTICLE : The Effect of Economic Participatory Change on Unmet Needs of Health Care among Korean Adults. *Health Policy and Management*. 2015;25(1):11-21.
- [29] National Institute of Dementia. *National Institute of Dementia Annual Report 2018*. Seoungnam: National Institute of Dementia; 2019.
- [30] Lee TJ, Kang SU, Kim TW, Choi HS, Son CG, Kim JS, et al. 2009 Monitoring and Evaluation of the National Basic Livelihood Security

- System: 10 Years after Its Enactment, Cheongju:Korea Institute for Health & Social Affairs; 2009
- [31] Moon JH, Kim YS. Comparison of Socio-economic Characteristics, Presence of Chronic Disease, Medical use and Expenditure between Olders with and without Disabilities : Using Data of Korea Health Panel (2015). The Journal of Korea Aging Friendly Industry Association, 2018;10(2):9-18.
- [32] Oh HY, Gil EH. Prevalence and Risk Factors of Unmet Healthcare Needs among Korean Adults with Hypertension. Korean J Adult Nurs, 2017;29(1):22-31.
- [33] Bryant T, Leaver C, Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. Health policy. 2009;91(1):24-32.
- [34] Colman E, Symoens S, Bracke P. Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders. BMC health services research, 2012;12(1):420.
- [35] Kim MG. A Study on the Characteristics of Depression of Elderly according to Gender. The Journal of Korea Aging Friendly Industry Association, 2015;7(2):1-6.
- [36] Jung JH. Stress and Psychological status between the demented and the nondemented elderly person's caregivers. Journal of Special Education & Rehabilitation Science, 2013;52(4): 51-65.
- [37] Moon JH, Kang MA. 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 and Social Welfare Review, 2016;36(2): 480-510.