

COVID-19 기간 동안 보건진료소를 이용하는 마을 주민의 미충족 보건의료서비스 이용 경험: 앤더슨 행동모델을 기반으로 한 혼합연구

하영미¹ · 김영남² · 최현경³ · 양승경⁴ · 고영숙⁵ · 정미라⁶ · 이지선¹ · 최영미⁷ · 신은지⁸ · 김윤경⁹ · 이고운¹⁰ · 정애리¹¹ · 장지희¹² · 김다은¹³ · 김경희¹⁴ · 신소영¹⁵ · 박송란¹⁶ · 임은실¹⁷

¹경상국립대학교 간호대학 · 의과학연구원 교수, ²고성군 아야진보건진료소장, ³광양시보건소 팀장, ⁴경남대학교 간호학과 교수, ⁵하동군 감정보건진료소장, ⁶한영대학 간호학과 교수, ⁷대전시 유성구 세동보건진료소장, ⁸고령군 신촌보건진료소장, ⁹전남대학교 간호대학 교수, ¹⁰수원여자대학교 간호학과 교수, ¹¹울지대학교 의정부캠퍼스 간호학과 교수, ¹²전남 순천시 망룡보건진료소장, ¹³경북대학교 간호대학 · 간호혁신연구소 교수, ¹⁴임실군 송정보건진료소장, ¹⁵인제대학교 간호대학 교수, ¹⁶경상국립대학교 간호대학 박사과정생, ¹⁷대구보건대학교 간호대학 교수

Experiences of Unmet Healthcare Service Utilization in Rural Populations Using Primary Health Care Posts during the COVID-19: A Mixed Method Study Based on Andersen's Behavior Model

Ha, Yeongmi¹ · Kim, Youngnam² · Choi, Hyunkyung³ · Yang, Seung-Kyoung⁴ · Ko, Young-Suk⁵ · Jung, Mira⁶ · Yi, Jee-Seon¹ · Choi, Youngmi⁷ · Shin, Eun Ji⁸ · Kim, Younkyoung⁹ · Lee, Kwoon¹⁰ · Jung, Aeri¹¹ · Jang, Ji Hui¹² · Kim, Da Eun¹³ · Kim, Kyunghee¹⁴ · Shin, So Young¹⁵ · Park, Song Ran¹⁶ · Yim, Eun Shil¹⁷

¹Professor, College of Nursing · Institute of Medical Sciences, Gyeongsang National University, Jinju, Korea, ²Community Health Practitioner, Goseong-gun Ayajin Primary Health Care Post, Goseong, Korea, ³Team Leader, Gwangyang Public Health Center, Gwangyang, Korea, ⁴Professor, Department of Nursing, Kyungnam University, Changwon, Korea, ⁵Community Health Practitioner, Hadong-gun Gapjeong Primary Health Care Post, Hadong, Korea, ⁶Professor, Department of Nursing, Hanyeong College, Yeosu, Korea, ⁷Community Health Practitioner, Daejeon, Youseung-gu Sedong Primary Health Care Post, Daejeon, Korea, ⁸Community Health Practitioner, Goryeong-gun Sinchon Primary Health Care Post, Goryeong, Korea, ⁹Professor, College of Nursing, Chonnam National University, Gwangju, Korea, ¹⁰Professor, Department of Nursing, Suwon Women's University, Suwon, Korea, ¹¹Professor, College of Nursing, Eulji University, Uijeongbu, Korea, ¹²Community Health Practitioner, Suncheon-si Mangyong Primary Health Care Post, Suncheon, Korea, ¹³Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Innovation, Kyungpook National University, Daegu, Korea, ¹⁴Community Health Practitioner, Imsil-gun Songjung Primary Health Care Post, Imsil, Korea, ¹⁵Professor, College of Nursing, Inje University, Busan, Korea, ¹⁶Doctoral Student, College of Nursing, Gyeongsang National University, Jinju, Korea, ¹⁷Professor, College of Nursing, Daegu Health College, Daegu, Korea

Purpose: The purpose of the study quantitatively investigates the experience of unmet healthcare service utilization by rural populations in vulnerable areas during the COVID-19 pandemic based on Andersen's behavior model. At the same time, this study attempts to describe the experiences of unmet healthcare service utilization among participants in vulnerable rural areas by analyzing qualitative contents through open-ended question. **Methods:** Data were collected from October to November 2022 using Qualtrix, a web-based survey platform. A total of 863 participants completed an online survey. Quantitative data were analyzed using χ^2 test and logistic regression analysis. Qualitative data were analyzed using content analysis. **Results:** The factors affecting participants' unmet healthcare service utilization were type of residential area and underlying disease. The qualitative analysis identified; four categories and nine sub-categories. **Conclusion:** Based on these findings, it is necessary to develop a disaster nursing response model according to the type of residential areas and the number of people.

Key Words: Rural health services; COVID-19; Primary health care

주요어: 농촌 보건의료서비스, 코로나-19, 일차보건의료

Corresponding author: Yim, Eun Shil

College of Nursing, Daegu Health College, 15 Yeongsong-ro, Buk-gu, Daegu 41453, Korea.
Tel: +82-53-320-1467, Fax: +82-53-320-1470, E-mail: yim7604@dhc.ac.kr

Received: Oct 28, 2023 / **Revised:** Nov 21, 2023 / **Accepted:** Nov 24, 2023

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.

서 론

1. 연구의 필요성

2020년 1월부터 전 세계의 모든 국가로 확산되기 시작한 코로나바이러스감염증-19 (COVID-19)는 전 세계 사람들의 삶과 건강의 전반적인 영역에 많은 변화를 가져왔으며[1], 특히 의료 서비스를 제공하는 기관과 보건의료 서비스를 이용하는 대상자에게 큰 영향을 미쳤다. 건강보험심사평가원에 따르면 2019년 상반기 대비 2020년 상반기 의료 이용량은 감소하였으며, 입원보다 외래 이용률이 더 많이 감소한 것으로 나타났다[2]. 이러한 의료서비스 이용 감소 현상은 COVID-19 상황에서 감염병 확산을 방지하기 위한 범국가적인 사회적 거리두기 정책과 COVID-19 감염병에 대한 불안감, 의료기관 이용의 어려움 등으로 인해 발생한 것으로 볼 수 있다[3].

우리나라는 전 국민 건강보험제도를 통해 국민의 의료 서비스 이용에 대한 접근성을 보장하고 있으나, 농산어촌에 거주하는 지역 주민들은 의료기관의 부족현상과 불편한 교통서비스로 인해 지역의료 기관으로의 접근성이 떨어져 도시 지역에 비해 의료 서비스 이용에 많은 제한을 받고 있다[4]. 보건진료소는 이러한 농산어촌 의료취약 지역에 거주하는 지역 주민들의 의료 서비스 접근성을 보장하기 위하여 보건진료전담공무원이 지역 주민의 일차보건의료서비스를 제공하기 위한 목적으로 설치된 보건의료시설이다. 우리나라는 2020년 1월 이후 본격적으로 시작된 COVID-19의 유행으로 보건진료 전담공무원은 선별진료소 근무, 역학조사, 이송, 예방접종, 확진자 관리 등 보건소의 COVID-19 대응 업무를 지원하기 위하여 보건진료소 운영을 중단 또는 축소하였다[5]. 이로 인해 농산어촌 마을 주민들의 보건진료소 이용이 어려워지면서 이들을 대상으로 한 일차진료서비스와 건강증진 활동에 공백이 발생하였다[6].

COVID-19 대유행이 반복되는 3년의 기간동안 농산어촌 마을 주민들은 보건의료서비스 이용이 필수적으로 요구될 때 보건진료소를 적절하게 이용하지 못하는 미충족 보건의료서비스 현상이 발생하게 되었다[7]. 미충족 보건의료서비스란 보건 의료서비스 이용이 필요할 때 제대로 받지 못하는 경우를 의미하며, 미충족 보건의료서비스를 경험한 모든 상황을 미충족 보건 의료서비스 경험이라고 할 수 있다[8]. 국내 미충족 보건 의료서비스 영향요인에 관한 체계적 문헌고찰에 따르면 미충족 보건 의료서비스는 원하는 시간이나 장소에 필요한 서비스가 제공되지 않거나, 보건 의료서비스 비용을 포함한 이동 수단의 문제로 보건 의료서비스 이용에 장애를 받는 경우, 대상자가 보

건의료서비스를 받는 것에 대한 정보나 태도, 지식에 대한 수용력이 낮아서 발생한다고 하였다[4].

미충족 보건 의료서비스가 지속될 경우 필요한 서비스를 제 때에 받지 못해 신체적, 정신적 건강이 악화될 수 있으며 추가적인 보건 의료서비스 이용으로 이어져 이에 따른 의료비용 증가를 야기할 수 있다[9]. 특히 농산어촌 지역에 거주하는 지역민들은 고령의 복합만성질환을 가진 대상자들이 대다수 거주하고 있고[10], 합병증 발생과 중증 만성질환으로 이환이 되기 쉽기 때문에 농산어촌 주민의 미충족 보건 의료서비스에 대한 관심과 대책 마련이 필요하다. 지금까지 미충족 보건 의료서비스에 대한 연구는 특정 질병이나 특정 대상군, 소득 기준에 따라 분석 대상을 제한하여 많이 진행되었으나[3,11,12], COVID-19 기간 동안 보건진료소를 이용하는 농산어촌 마을 주민의 미충족 보건 의료서비스 경험에 대한 연구는 없는 실정이다.

앤더슨의 행동모델은 사람들의 보건 의료서비스 이용에 관한 행동을 설명하는 모델로 잘 알려졌으며, COVID-19 기간 동안 보건진료소를 이용하는 마을 주민의 미충족 보건 의료서비스 이용 경험을 효과적으로 설명할 수 있다. 이 모델은 보건 의료서비스 이용 행동의 요인을 소인요인(predisposing factors), 가용요인(enabling factors), 필요요인(need factors)으로 나누어 설명하고 있으며 소인요인은 연령, 성별, 교육 수준 등의 인구 사회학적 요인을 제시하고 있으며, 가용요인은 소득수준이나 가족 자원, 의료보장 등 보건 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 수단과 능력으로, 필요요인은 개인의 장애나 질병의 수준에 관련한 생리학적 및 심리적인 요인 등 보건 의료서비스 이용의 직접적 원인이 되는 요인으로 보고하고 있다[13]. 따라서 본 연구는 앤더슨의 행동모델을 기반으로 하여 COVID-19 기간 동안 보건진료소를 이용하는 마을 주민들의 미충족 보건 의료서비스 이용 경험을 양적연구로 규명함과 동시에 개방형 질문을 통한 질적 내용을 분석하여 대상자들의 미충족 보건 의료서비스 이용에 대한 다양한 경험의 구체적인 내용을 기술하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 대상자의 COVID-19 기간 동안 마을주민들의 보건 의료서비스 이용에 관한 특성을 파악한다.
- 대상자의 소인요인, 가용요인, 필요요인에 따른 미충족 보건 의료서비스 이용 경험의 차이를 비교한다.
- 대상자의 COVID-19 기간동안 미충족 보건 의료서비스

이용 경험에 영향을 미치는 요인을 양적으로 분석한다.

- COVID-19 상황에서 마을주민이 경험한 미충족 보건의료서비스 이용에 대한 구체적 경험을 질적으로 탐색한다.

연구방법

1. 연구설계

2. 본 연구는 보건진료소를 이용하는 마을 주민을 대상으로 COVID-19 기간 동안 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 연구이다. 이를 위해 앤더슨의 행동모델을 기반으로 미충족 보건의료서비스 이용에 관련된 요인을 양적으로 파악하고, 동시에 보건의료서비스 미충족 이용 경험을 이해하기 위한 혼합연구설계 방법중에서 수렴적 설계 (convergent design)를 적용하였다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 COVID-19 기간동안 전국 1,902 곳의 보건진료소 관할 구역에 거주하는 주민을 대상으로 하였다. 마을주민의 연간 보건진료소 이용 횟수를 보고한 선행연구를 기반으로 구체적인 대상자 선정기준을 설정하였는데[14], 최종 대상자 선정은 보건진료소 관할 지역에 거주하는 마을주민 중에서 1달에 1~2회 이상 보건진료소에서 제공하는 보건의료서비스를 정기적으로 이용하는 자로 하였다. 연구대상자 제외기준은 설문 문항에 대해 스스로 응답할 수 없거나, 보건진료소장이 읽어주는 설문지의 문항을 이해할 수 없는 자는 제외하였다. 1개 보건진료소당 1명의 마을주민이 설문조사에 참여할 수 있도록 보건진료소장의 협조를 구하였고, 설문조사에 참여한 총 859명의 자료를 최종 분석하였다.

3. 연구도구

1) 양적연구의 연구도구

(1) COVID-19 기간 동안 보건의료서비스 이용 관련 특성

COVID-19 기간 동안 보건의료서비스 이용에 관련된 특성을 파악하기 위해 COVID-19 전과 비교하여 1달 평균 보건진료소 방문 횟수의 변화와 줄어든 이유, COVID-19 기간 동안 보건진료소 일차진료를 받지 못한 가장 큰 이유, COVID-19 기간 동안 보건진료소 이용이 어려운 경우 대응 방법, 감염병 상황에서 최소한의 보건진료소 주당 운영 일수, 향후 감염병 기간

동안 보건진료소로부터 제공받기를 원하는 서비스 1순위로 총 7문항으로 구성하였다.

(2) 앤더슨 행동모델에 따른 소인요인, 가용요인, 필요요인

보건의료서비스 이용에 관련된 요인을 파악하기 위해 앤더슨 모델을 기반으로 요인별로 문항을 구성하였다. 소인요인으로 성별, 연령, 독거여부, 교육수준으로 총 4문항으로 구성하였고 가용요인으로 월소득과 거주 지역 총 2문항, 필요요인은 주관적 건강 상태, COVID-19 전과 비교한 신체적·정신적 건강 상태 변화 여부, 만성질환 갯수 총 4문항으로 구성하였다.

(3) 보건진료소를 이용하는 마을 주민의 미충족 보건의료서비스 이용 경험

COVID-19 기간동안 보건진료소에 대한 미충족 보건의료서비스 이용 경험은 “COVID-19 기간동안, 귀하가 생각하기에 보건진료소의 일차진료를 받기를 원했지만 보건진료소를 가지 못한 적이 한 번이라도 있습니까? 라는 질문에 ‘예’라고 답한 경우를 미충족 보건의료서비스로 정의하였다.

2) 질적연구의 개방형 질문

대상자의 미충족 보건의료서비스 이용에 대한 경험을 구체적으로 탐색하기 위한 질문은 선행연구를 참고하여 개방형 질문으로 구성하였다. 주관식으로 자유롭게 기술하도록 하였고, 구체적인 질문은 다음과 같다. ‘지난 COVID-19 기간 동안 보건진료소 이용과 관련해서 불편했던 경험이 있다면 말씀해주세요’, ‘앞으로 다시 감염병 유행이 된다면, 보건진료소가 어떤 역할을 했으면 좋을지 보건진료소장에게 바라는 점이나 하고 싶은 말이 있다면 말씀해주세요’라는 개방형 질문을 이용하여 미충족 의료에 대한 주민들의 구체적인 경험을 파악하였다.

4. 자료수집

자료수집은 2022년 10월부터 11월까지 웹 기반 설문 플랫폼인 Qualtrix을 통하여 이루어졌다. 먼저 설문조사를 위해서 COVID-19 기간동안 마을주민의 보건진료소 이용 경험에 대한 설문조사의 목적과 방법을 담은 안내문을 전국 1,902 곳의 보건진료소로 온라인 전송하여 보건진료소장의 협조를 구하였다. 온라인 안내문에는 설문조사의 목적, 방법, 설문조사에 참여할 마을주민 선정기준과 제외기준, 참여의 안전성 등에 대한 내용이 포함되었다. 보건진료소에서는 안내문을 홍보하여 1개 보건진료소당 1명의 마을주민이 설문조사에 참여할 수 있

도록 하였다. 대상자 선정기준과 제외기준에 의거하여 참여한 마을주민 중에서 스스로 설문조사를 할 수 있는 사람은 온라인 설문조사 링크에 직접 접속하여 설문조사에 응답하였으며, 스스로 하기 어려운 마을 주민의 경우 보건진료소장이 설문 문항을 읽어주는 방식으로 설문조사에 응답하도록 하였다. 설문을 시작하기 전에 마을주민에게 연구목적과 자료수집 과정, 익명성과 비밀보장, 언제라도 설문조사를 철회할 수 있음을 알리고, 대상자로부터 온라인 전자 동의를 받아 설문조사를 시작하였다.

5. 자료분석

1) 양적 자료분석

수집한 자료는 IBM SPSS/WIN 27.0 프로그램을 이용하였다. 대상자의 COVID-19 기간 동안 보건의료서비스 이용 관련 특성은 실수, 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용하였다. 대상자의 소인요인, 가용요인, 필요요인에 따른 미충족 보건의료서비스 이용 경험을 비교하기 위하여 χ^2 test를 이용하였다. COVID-19 기간동안 미충족 보건의료서비스 이용 경험에 영향을 미치는 요인들을 확인하기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

2) 질적 자료분석

질적 자료의 분석은 Elo와 Kyngas (2008)가 제시한 질적 내용분석방법에 따라 내용분석을 실시하였다. 기술한 내용을 이해하기 위해서 처음에서부터 마지막까지 있는 그대로를 읽으면서 전체 내용의 맥락을 파악하였고, 그들의 경험을 참여자의 관점에서 이해하고자 노력하였다. 그 다음으로, 자료에서 나타난 의미 있는 단어와 진술을 발췌하였고, 비슷한 단어와 진술들을 모아 특성을 구체화 및 코드화하였다. 이러한 의미들 중 서로 비슷하거나 공통적인 것들을 묶어서 범주를 생성하였다. 연구팀에서는 잦은 의견교환을 통해 생성한 범주를 검토하고 합의하는 과정을 거쳤다. 마지막으로 분석된 내용을 진술하고 주제를 도출하였다.

‘있다’가 57.0%였다. COVID-19 전과 비교한 신체적 건강상태는 더 나빠짐 21.0%였으며 그 이유로는 ‘새로운 질병이 생겼거나 통증 등 새로운 증상이 나타나서’ 40.0%로 가장 많았고, ‘운동, 영양, 재활 등 건강관리를 하지 못해서’ 33.3% 순으로 나타났다. COVID-19 전과 비교한 정신적 건강상태는 더 나빠짐 18.7%였으며 그 이유로는 ‘COVID로 인해 자녀 혹은 다른 사람들과의 관계가 단절되어서’ 36.6%, ‘COVID-19때문에 여가생활(예-경로당 활동)을 하지 못해서’ 31.7%였다. COVID-19 유행 전과 비교하여 보건진료소의 방문횟수는 줄어듦(24.8%) 이 늘어남(15.3%) 보다 많았고, 그 이유에 대해서는 ‘보건진료소장의 COVID-19 대응 업무로 보건진료소 이용을 못하게 되어서’ 50.7%, ‘COVID-19 감염 위험 때문에 방문 횟수를 줄이기 위해서’ 43.5% 로 나타났다. 보건진료소에서 일차진료를 받고 싶었지만 진료를 받지 못한 가장 큰 이유는 ‘보건진료소가 불규칙적으로 재개/폐쇄되어 언제 방문해야 할지 몰라서’ 58.2% 로 가장 많았다. 보건진료소를 이용할 수 없었을 때 대응 방법은 ‘병의원 등을 방문하여 진료’ 55.6%로 가장 많았고, ‘아무런 처치를 하지 않고 참았음’ 15.0%, ‘병의원이나 약국 방문이 어려워 집에 있는 약으로 스스로 치료’ 13.6% 순으로 나타났다. 대상자들은 감염병 상황에서도 보건진료소의 정상 운영의 필요성을 10점 만점 기준 평균 8.75 ± 1.57 점으로 응답하였다. 향후 감염병 팬데믹 상황에서 최소한의 보건진료소 주당 운영일수는 ‘주5일’ 53.5%로 가장 많았다. 또한 감염병 기간 동안 보건진료소로부터 제공받기를 원하는 서비스 1위는 ‘일차진료’ 91.2% 로 가장 많았다(표 1).

2) 소인요인, 가용요인, 필요요인에 따른 미충족 보건의료서비스 이용 경험의 차이

소인요인으로 성별은 여성 76.1%였으며, 평균 연령은 66.8세로 60대 36.8%로 가장 많았다. 독거 여부는 ‘아니오’ 72.8%, 교육수준은 초등학교 졸업 28.6%로 가장 많았다. 가용요인으로 거주지는 일반 군 단위 43.2%로 가장 많았으며, 한달 소득은 100만원 미만 30.5%로 가장 많았다. 필요요인으로 주관적 건강상태는 나쁜 편 23.2%, COVID-19 전과 비교한 신체적 건강상태는 ‘나빠짐’ 21.0%, 정신적 건강상태는 ‘나빠짐’ 18.7%로 나타났으며 만성질환 개수는 1개가 45.4%로 가장 많았다(표 2).

미충족 보건의료서비스 이용 경험의 차이를 살펴보면, 연령($\chi^2=7.86, p=.49$), 교육수준($\chi^2=11.72, p=.020$), 거주 지역 유형($\chi^2=28.81, p<.001$), 주관적 건강상태($\chi^2=10.53, p=.005$), COVID-19 전과 비교한 신체적 건강상태 변화($\chi^2=3.67,$

연구결과

1. 양적연구 결과

1) COVID-19 기간 동안 보건의료서비스 이용 관련 특성

COVID-19 기간 동안 미충족 보건의료서비스 이용 유무는

표 1. COVID-19 기간 동안 보건의료서비스 이용 관련 특성

(N=859)

특성	구분	n (%)
COVID-19 기간 동안 미충족 의료 경험 유무	있음	490 (57.0)
	없음	369 (43.0)
COVID-19 전과 비교한 신체적 건강상태 변화	비슷한 편	679 (79.0)
	COVID-19 전보다 나빠짐	180 (21.0)
COVID-19 전과 비교한 신체적 건강 나빠진 원인 (n=180)	없고 있던 만성질환의 치료/관리가 안되어서	18 (10.0)
	새로운 질병이 생겼거나 통증 등 새로운 증상이 나타나서	72 (40.0)
	운동, 영양, 재활 등 건강관리를 하지 못해서	60 (33.3)
	일상적인 생활 (식사, 병의원 방문 등)이 잘 안되어서	12 (6.7)
	기타	18 (10.0)
COVID-19 전과 비교한 정신적 건강상태 변화	비슷한 편	698 (81.3)
	COVID-19 전보다 나빠짐	161 (18.7)
COVID-19 전과 비교한 정신적 건강 나빠진 원인 (n=161)	COVID 로 인해 전반적인 건강상태가 나빠져서	38 (23.6)
	COVID-19 때문에 여가생활 (예-경로당 활동)을 하지 못해서	51 (31.7)
	COVID 로 인해 가구 수입이 줄어들어서	7 (4.3)
	COVID 로 인해 자녀 혹은 다른 사람들간의 관계가 단절되어서	59 (36.6)
	기타	6 (3.7)
COVID-19 유행 전과 비교한 보건진료소 방문 횟수의 변화	줄어듦	209 (24.8)
	비슷함	521 (61.9)
	늘어남	129 (15.3)
COVID-19 유행 전과 비교한 보건진료소 방문 횟수가 줄어든 이유 (n=209)	없고 있던 질병이 나아져서	0 (0.0)
	보건진료소장의 COVID-19 대응 업무로 보건진료소 이용을 못하게 되어서	106 (50.7)
	COVID-19 감염 위험 때문에 방문 횟수를 줄이기 위해서	91 (43.5)
	보건진료소에서 실시하는 건강증진사업이 중단되어서	7 (3.3)
	기타	5 (2.4)
COVID-19 기간 동안 보건진료소 일차진료를 받고 싶었지만, 진료를 받지 못한 가장 큰 이유 (n=471)	보건진료소가 폐쇄되었기 때문에	97 (20.6)
	보건진료소가 불규칙적으로 재개/폐쇄 되어 언제 방문해야 할지 몰라서	274 (58.2)
	COVID-19 감염이 우려되어	68 (14.4)
	기타	32 (6.8)
COVID-19 기간 동안 보건진료소 이용이 어려운 경우 대응 방법	병의원 등을 방문하여 진료	465 (55.6)
	약국 등에서 스스로 약을 구입하여 복용	96 (11.5)
	병의원이나 약국 방문이 어려워 집에 있는 약으로 스스로 치료	114 (13.6)
	아무런 처치를 하지 않고 참았음	125 (15.0)
	기타	59 (4.3)
감염병 상황에서 최소한의 보건진료소 주당 운영 일수	주 1일	16 (1.9)
	주 2일	31 (3.7)
	주 3일	197 (23.7)
	주 4일	142 (17.1)
	주 5일	445 (53.5)
감염병 기간 동안 보건진료소의 원하는 서비스 1위	일차진료	786 (91.2)
	방문간호	13 (1.6)
	건강증진사업	12 (1.4)
	예방접종	22 (2.7)
	응급간호	14 (1.7)
	심뇌혈관질환예방	6 (0.7)
	치매예방사업	6 (0.7)

표 2. 대상자의 소인요인, 가용요인, 필요요인 정도와 미충족 의료 경험의 차이

(N=859)

요인	특성	구분	n (%) or M±SD	미충족 의료 경험 유무		χ^2 (p)
				있음 (n=490) n (%)	없음 (n=369) n (%)	
소인요인	성별	여	654 (76.1)	385 (72.9)	269 (78.6)	3.72 (.054)
		남	205 (23.9)	105 (27.1)	100 (21.4)	
	연령 (세)	< 60	172 (20.0)	90 (18.4)	82 (22.2)	7.86 (.049)
		60~69	316 (36.8)	169 (34.6)	147 (39.8)	
		70~79	268 (31.2)	163 (33.3)	105 (28.5)	
		80 <	102 (11.9)	67 (13.7)	35 (9.5)	
			66.8±11.06			
	독거여부	예	234 (27.2)	146 (23.8)	88 (27.2)	3.75 (.053)
		아니오	625 (72.8)	344 (76.2)	281 (72.8)	
	교육 수준	무학	120 (14.0)	72 (14.7)	48 (13.0)	11.72 (.020)
초등학교 졸업		246 (28.6)	156 (31.8)	90 (24.4)		
중학교 졸업		148 (17.2)	84 (17.1)	64 (17.3)		
고등학교 졸업		190 (22.1)	106 (21.6)	84 (22.8)		
대학교 졸업		155 (18.0)	72 (14.7)	83 (22.5)		
가용요인	거주 지역 유형	인구 100만 이상 (광역시, 특례시)	38 (4.4)	15 (3.1)	23 (6.2)	28.81 (<.001)
		인구 30만 이상 시	88 (10.2)	69 (14.1)	19 (5.1)	
		인구 30만 미만 시	362 (42.1)	218 (44.5)	144 (39.0)	
		일반 군 단위	371 (43.2)	188 (38.4)	183 (49.6)	
	한달 소득	< 100	262 (30.5)	155 (31.6)	107 (29.0)	0.75 (.863)
		100~199	201 (23.4)	112 (22.9)	89 (24.1)	
		200~299	149 (17.3)	83 (16.9)	66 (17.9)	
		≤ 300	247 (28.8)	140 (28.6)	107 (29.0)	
필요요인	주관적 건강상태	나쁜 편	199 (23.2)	129 (26.3)	70 (19.0)	10.53 (.005)
		보통	497 (57.9)	283 (57.8)	214 (58.0)	
		좋은 편	163 (19.0)	78 (15.9)	85 (23.0)	
	COVID-19 전과 비교한 신체적 건강상태 변화	비슷한 편	679 (79.0)	376 (76.7)	303 (82.1)	3.67 (.033)
		COVID-19 전보다 나빠짐	180 (21.0)	114 (23.3)	66 (17.9)	
	COVID-19 전과 비교한 정신적 건강상태 변화	비슷한 편	698 (81.3)	385 (78.6)	313 (84.8)	5.40 (.012)
		COVID-19 전보다 나빠짐	161 (18.7)	105 (21.4)	56 (15.2)	
	만성질환 유무	없음	153 (17.8)	69 (14.1)	84 (22.8)	10.84 (.001)
있음		706 (82.2)	421 (85.9)	285 (77.2)		

M=Mean; SD=Standard deviation.

$p=.033$), 정신적 건강상태 변화($\chi^2=5.40$, $p=.012$), 만성질환 개수($\chi^2=0.745$, $p=.863$)에서 유의한 차이가 있었다. 즉 80대 이상에서, 교육수준이 중학교 졸업 이하에서, 인구 30만 이상 시와 인구 30만 미만 시에서 미충족 의료 경험이 높았다. 또한, 주관적 건강상태는 좋은 편보다 나쁜 편에서, COVID-19 전과 비교한 신체적 정신적 건강상태에서는 비슷한 편보다 나빴을 때, 만성질환이 있을 때 미충족 의료 경험이 높게 나타났다.

3) COVID-19 기간 동안 미충족 보건의료서비스 이용 경험에 영향을 미치는 요인

대상자의 COVID-19 기간 동안 미충족 보건의료서비스 이용 경험에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 로지스틱 회귀 분석을 실시한 결과, 가용요인중 지역 유형에 따른 거주 지역과 필요요인 중 만성질환 유무였다. 인구 30만명 이상의 시는 인구 100만 이상의 시(광역시, 특례시)보다 미충족 의료를 경험할 확률이 5.63배 높았으며 인구 30만명 미만의 시는 100만

이상의 시(광역시, 특례시)보다 미충족 의료를 경험할 확률이 2.31배 높았다. 만성질환이 없는 사람보다 있을 때 미충족 보건의료서비스를 1.79배 더 경험한 것으로 나타났다. 모형의 Nagelkerke R²은 48.0%였다(표 3).

2. 질적연구 결과

연구에 참여한 총 859명의 주관식 답변을 분석한 결과 총 4개의 범주, 9개의 하위범주가 도출되었다. 도출된 4개의 범주

는 ‘COVID-19로 인해 보건진료소 이용을 할 수 없어 겪었던 불편함’ ‘보건진료소의 부재로 인한 돌봄 공백’ ‘COVID-19로 알게 된 보건진료소의 소중함과 역할’ ‘앞으로 다가올 감염병 시대에 요구되는 대응 방안’이었다(표 4).

1) 범주 1. COVID-19로 인해 보건진료소 이용을 할 수 없어 겪었던 불편함

연구참여자들은 COVID-19로 인해 보건진료소장이 선별 진료소 등의 장소로 파견 나갈 경우 진료소를 이용할 수 없어

표 3. COVID-19 기간 동안 마을주민의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인 (N=859)

요인	변수	구분	B	SE	OR	95%CI
소인요인	성별 (ref.=남)	여	0.10	.18	1.10	0.75~1.58
			0.01	.01	1.01	0.99~1.02
	연령	예	0.18	.17	1.20	0.85~1.69
교육수준 (ref.=무학)	교육수준 (ref.=무학)	초졸	0.26	.34	1.30	0.67~2.53
		중졸	0.51	.27	1.67	0.98~2.84
		고졸	0.30	.26	1.35	0.81~2.27
		대졸	0.32	.23	1.38	0.88~2.16
가용요인	한달 소득 (ref.=300만원 이상)	< 100	0.80	.18	1.08	0.75~1.55
		100~199	-0.02	.19	0.98	0.66~1.43
		200~299	-0.12	.21	0.88	0.57~1.34
	거주 지역 유형 (ref.=인구 100만 이상)	인구 30만명 이상 시	1.73	.42	5.63	2.46~12.87
		인구 30만명 미만 시	0.83	.35	2.31	1.16~4.57
		일반 군 지역	0.45	.35	1.57	0.79~3.10
필요요인	만성질환 유무 주관적 건강상태 (ref.=건강한 편)	있음	0.58	.18	1.79	1.26~2.55
		보통	0.17	.20	1.19	0.80~1.75
		나쁜 편	0.37	.25	1.45	0.88~2.37
	COVID-19 전과 비교한 신체적 건강상태 변화 여부(ref.=비슷한 편)	COVID-19 전보다 나빠짐	0.19	.19	1.20	0.82~26.52
	COVID-19 전과 비교한 정신적 건강상태 변화 여부(ref.=비슷한 편)	COVID-19 전보다 나빠짐	0.33	.20	1.39	0.19~1.82

CI=Confidence interval; OR=Odds ratio; SE=Standardized error.

표 4. COVID-19 기간동안 마을주민의 미충족 보건의료서비스 이용 경험에 대한 질적연구결과

범주	하위 범주
COVID-19로 인해 보건진료소 이용을 할 수 없어 겪었던 불편함	· 소장의 보건소 파견으로 인해 예측 불가능했던 진료소 이용 · 꼭 필요한 순간에 받을 수 없었던 일차진료
보건진료소의 부재로 인한 돌봄 공백	· 도움 받을 곳이 없어 약을 빌려 먹어야 하는 위험한 행동 · 진료 소장의 부재로 인한 불안함 · 주민 건강증진 장소로서의 진료소 기능의 상실
COVID-19로 알게된 보건진료소의 소중함과 역할	· 팬데믹 상황에서 더 필요한 보건진료소 · 농산어촌 주민에게 절실한 일차진료
앞으로 다가올 감염병 시대에 요구되는 대응 방안	· 보건소 파견업무와 보건진료소 업무간의 균형 · 진료소 업무 정상화를 위한 탄력적 인력 배치

재방문해야 하는 불편함에서부터 패혈증이라는 심각한 상황에 이르기까지 많은 어려움을 경험한 것으로 나타났다. ‘소장의 보건소 파견으로 인해 예측 불가능했던 보건진료소 이용’ ‘꼭 필요한 순간에 받을 수 없었던 일차진료’ 라는 2개의 하위 범주가 도출되었다.

전화하고 가는 걸 깜빡(발에 있다가 가는 경우가 있어서) 하고 맨날 있을 줄 알고 갔는데 없을 때가 많았다.

예전보다 교통이 좋아졌다고 하지만 병원 가기 위한 시내버스는 오전, 오후 1번씩이어서 소장이 선별진료소 근무로 진료를 하지 않으면 불편한게 한두가지가 아닙니다. 9시에 버스 타고 나가서 1시 30분에 버스가 마을로 들어와서 시내에서 버스 기다리는 시간이 너무 길어서 진료소가 근무하지 않으면 많이 불편합니다.

마을에 할매들이 굴을 까다가 손을 다쳐도 차가 없으니 소독을 못 받고 참았는데... 패혈증이 걸려서 병원으로 실려가기도 했다. 소장이 치료해주고 약주고 했으면 이런 일도 없었다.

2) 범주 2. 보건진료소의 부재로 인한 돌봄 공백

연구참여자들은 보건진료소의 폐쇄 혹은 축소 운영으로 인해 돌봄 및 간호서비스를 제공받을 곳이 없어 약을 빌려먹는 등의 건강위험행동을 경험한 것으로 나타났으며, ‘도움 받을 곳이 없어 약을 빌려 먹어야 하는 위험한 행동’, ‘진료소장의 부재로 인한 불안 증가’, ‘주민 건강증진 장소로서의 진료소 기능의 상실’이라는 3개의 하위 범주가 도출되었다.

몸이 아프거나 심하게 가려울 때... 전에는 가까운 진료소에 금방 와서 약 처방이나 주사 처방이 가능했는데 버스도 몇 번 안 오는 마을에서 병원에 가려니 귀찮고 시간도 많이 들어 참거나 다른 사람에게 약을 얻어 먹은 경험이 있다.

소장은 편지도 읽어주고 우편도 확인해주고 문자도 보내주고 휴대폰도 고쳐준다. 마을에 있는 딸처럼 생각하고 도움을 받았는데 없으니 너무 답답했다. 자식들이 한 달에 한번도 안 올 때도 있는데 아이가 올 때까지 기다려야 했다. 보건소에 사람이 그리 많으면서 노인들 눈이고 손인 소장을 왜 맨날 불러가는지 이해가 안간다. 높은 신 분들이 여기가 병원도 없는 시골이라는 걸 생각해주면 좋겠다.

3) 범주 3. COVID-19로 알게 된 보건진료소의 소중함과 역할

연구참여자들은 COVID-19를 겪으면서 보건진료소의 소중함을 더욱 깨닫는 계기가 되었다고 응답하였다. ‘팬데믹 상황에서 더 필요한 보건진료소’, ‘농산어촌 주민에게 절실한 일차진료’라는 2개의 하위 범주가 도출되었다.

일정하게 진료를 딱딱 봐줘야 한다. COVID처럼 전염병이 유행하면, 평소보다 병원 문턱이 더 높다. 안 그래도 거동이 어려워서 잘 못가, 버스도 안 다녀, 병원 문턱도 높아, 그렇다고 매번 타지에 있는 자식을 부를 수도 없지 않냐. 평소 같으면 괜찮다. 그런데 COVID 같이 전염병이 특히 심해질 때는 진료소 말고 갈 데가 없다. 그렇기 때문에 우리같이 병원 가고 싶어도 못가고 형편이 어려운 사람들은 더 진료소밖에 믿을 데가 없다. 그럴수록 진료소가 문을 더 잘 열어야 한다.

COVID가 유행한다고 해서 마을 주민들이 기존에 가지고 있던 질병이 없어지는 것도 아니고, 기본적인 보건진료소 역할은 유지했으면 좋겠다.

보건진료소가 없으면 당장 필요한 약을 구하기 힘든 경우가 많다. COVID가 재유행해도 보건진료소의 역할은 유지가 되었으면 하는 바람이다.

4) 범주 4. 앞으로 다가올 감염병 시대에 요구되는 대응 방안

연구대상자들은 미래 감염병 시대에는 더욱 더 보건진료소가 필요하다는 것을 호소하고 있었다. 향후 감염병재난 상황이 다시 도래할 경우 취약 지역 마을주민의 건강을 위해 보건진료소가 공백없이 운영되기를 고대하면서, ‘보건소 파견업무와 보건진료소 업무간의 균형’, ‘진료소 업무 정상화를 위한 탄력적인력 배치’라는 2개의 하위 범주가 도출되었다.

진료소장이 부득이하게 파견을 나가야 되겠지만 지역에 있는 주민들도 다들 연령이 높아 오히려 병원 가기가 더 힘들다. COVID가 심해서 사람이 많은 병원에 가기도 힘들었는데, 진료소마저 운영이 되지 않아 많이 불편하였다. 최소한 일주일에 3회 이상은 진료소 업무를 했으면 좋겠다.

소장님 한 분이 혼자 너무 힘들어 보이더라고요. 제 생각에는 다시 감염병이 유행하고, 소장님들이 보건소 업무로 진료소를 비운다면 소장님을 보조해서 같이 일할 수 있는 분이 한 분 더 계셨으면 하는 바람입니다.

논 의

본 연구는 COVID-19 기간 동안 보건진료소를 이용하는 마을주민의 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 시도되었다. 영향요인을 효과적으로 설명하기 위하여 앤더슨 행동모델을 적용하였으며 동시에 질적연구 방법을 적용하여 다양한 경험의 구체적인 내용과 함께 여러 측면에서 마을주민의 미충족 보건의료서비스 이용 경험을 설명하고자 하였다. 향후 도래할 위기가 높은 신종 감염병 유행 시 미충족 의료를 해소하기 위한 보건의료 정책과 보건의료 접근성을 높일 수 있는 전략에 기초자료를 제공하고자 한다.

놀랍게도 농산어촌 마을주민의 57%가 미충족 보건의료서비스를 경험하는 것으로 나타났다. 이는 COVID-19 기간 동안 고혈압, 당뇨병 환자 대상 미충족 보건의료서비스 이용률 18.0%[11]와 전체 국민을 대상으로 한 한국의료패널 조사의 미충족 보건의료서비스 이용 경험률 15.1%[1] 보다 본 연구에 참여한 마을주민의 미충족 보건의료서비스 경험률이 더 높은 것으로 나타났다. 비록 본 연구가 미충족 보건의료서비스 이용에 대한 경험을 보건진료소로 국한하였고, COVID-19라는 감염병 재난 상황이라는 특수한 상황에서 나타난 연구결과라고 하더라도, 전국의 농산어촌 취약 지역 주민들의 57%가 미충족 보건의료서비스를 경험했다는 것은 상당한 주의를 요한다. 질적 자료분석 결과에서 대상자들은 갑작스러운 상해나 질병으로 보건진료소의 일차진료를 받아야 했지만 받지 못해 상처나 증상이 악화되고, 불규칙한 진료소의 개폐로 인한 혼란, 충분하지 않은 교통시스템으로 인해 타 의료기관 이용 또한 어려웠다고 진술했다. COVID-19 기간 동안 보건소 등의 공공 보건 의료기관은 선별진료소 운영, 역학조사, COVID-19 진료 등의 감염병 대응 업무에 집중함에 따라 취약계층에 제공하던 다양한 보건의료서비스가 감소되어[15], 일반 의료기관보다 공공 의료기관 의료서비스의 공백이 컸다는 선행연구가 있었다[16]. 실제로 일차진료를 보건진료소에 의존하고 있는 농산어촌 취약 지역의 대상자들은 COVID-19 기간동안 더욱 의료서비스 이용에 취약했던 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자들은 COVID-19 기간동안 보건진료소에서 일차진료를 받고 싶었지만 진료를 받지 못했던 가장 큰 이유로 보건진료소의 불규칙적인 운영을 꼽았다. 질적 자료에서 대상자들은 COVID-19 상황에서 보건진료소는 마을 주민을 위해 더욱 필요하며 일차진료는 농산어촌 주민에게는 매우 절실한 기능이므로 향후 감염병 재난 상황에서도 보건진료소의 일차진료 기능을 반드시 유지해 주기를 요청하였다. 따라서 시

군구에서는 의료취약 지역의 일차보건의료를 책임지고 있는 보건진료소들이 감염병 재난상황에서 이들의 필수 보건의료 서비스의 공백이 발생하지 않도록 보건진료소의 안정적인 운영형태에 대한 방법을 모색하여야 한다. 예를 들면 질적 자료에서 제시된 것처럼 보건진료소장이 감염병 대응업무와 보건진료소 업무간의 균형을 유지할 수 있는 근무제 채택, 탄력적인력 배치, 국가 차원의 비상 보건의료체계 구축 등 업무 수행시스템을 체계적으로 마련할 필요가 있다[5,6].

본 연구에서 대상자의 23.2%는 본인의 건강이 나쁘다고 생각했으며, COVID-19 전과 비교하여 21%의 대상자가 신체적 건강의 악화, 18.7%가 정신적 건강의 악화를 호소하였다. 그럼에도 불구하고 24.8%의 대상자는 COVID-19 전보다 보건진료소 방문 횟수가 감소하였다고 보고하였다. 본 연구에 참여한 대상자의 평균연령은 66.8세이며, 82.2%가 만성질환을 1개 이상 가지고 있었는데 이들은 다른 연령군 또는 건강한 노인보다 COVID-19 감염시에 위중증으로 발전할 가능성이 높고[17,18], 사회적 거리두기 등에 의한 고립감으로 정신적으로 더 취약한 것으로 보고되고 있어[19] 이들의 건강문제와 보건의료서비스 이용에 대해 관심을 가질 필요가 있다. 특히 본 연구결과 보건진료소 이용을 못할 경우 다른 병원에서 진료를 보기도 하지만 많은 대상자들이 아무런 처치를 하지 않고 참거나 병원 또는 약국 방문이 어려워 집에 있는 약으로 스스로 치료하는 등의 잘못된 대응을 하고 있었다. 또한 질적자료에서 필요한 약을 처방받지 못하고 도움받을 곳이 없어 약을 빌려 먹었던 행동들은 이들의 어려움을 잘 설명해 주고 있다. 본 연구에서 보건진료소 방문횟수가 감소된 이유는 보건진료소장의 COVID-19 대응업무로 인한 진료소 폐쇄 및 예측불가능한 진료소 운영때문이었으므로 이에 대한 대책 마련이 필요하다.

COVID-19 기간동안 농산어촌 취약 지역 주민들의 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위한 로지스틱 회귀분석 결과, 앤더슨 모델의 가용요인 중 거주 지역 유형과 필요요인중 만성질환 유무가 유의미한 영향요인으로 나타났다. 거주 지역 유형은 미충족 보건의료서비스 이용에 있어 가장 큰 영향요인이었는데 인구 30만 명 이상의 시 거주자들은 인구 100만 이상(광역시, 특별시)보다 5.63배 더 미충족 보건의료서비스를 이용하는 것으로 나타났고, 인구 30만명 이하의 시 거주자들은 2.31배 미충족 보건의료서비스 이용을 경험하였다. COVID-19 상황을 지역별로 나누어 살펴본 선행연구들은 많았으나[6, 20], 인구 규모를 기준으로 하여 지역을 나누어 살펴본 연구는 없어 비교는 어려웠다. 하지만 COVID-19 감염병은 의료서비스 지원체계, 의료시설 기반, 사회기반 시설

등 인프라 차이에 의해 보건의료서비스 이용에 영향을 주었다는 측면에서 볼 때[20], 상대적으로 이러한 자원들이 많은 대도시에서는 보건진료소 이용에 미치는 영향이 유의미하지 않았을 가능성이 있다. 또한 인구 30만명 미만의 시보다 인구 30만명 이상의 시에서 더 높은 미충족 보건의료서비스가 발생하였는데 이는 인구 밀집도가 높은 곳에서 COVID-19 확진자가 더 많이 생겨 이 지역의 보건진료소장의 보건소 등의 장소로 파견근무가 더 많이 이루어져 미충족 보건의료서비스가 발생한 것으로 생각된다.

만성질환 유무는 마을주민의 미충족 보건의료서비스에 영향을 미치는 두 번째 요인이었다. 선행연구에서도 만성질환자는 감염 우려가 높고, 위증증으로 발전할 가능성이 높아 의료서비스 요구가 높은 것으로 나타났다[21,22]. 하지만 실제로 고혈압, 당뇨 같은 만성질환을 가지고 있는 대상자의 62.7%가 감염우려로 인해 필요한 의료기관 방문 및 처방을 잘 받지 못했다고 응답해 본 연구와 맥락을 같이 한다[1]. 또한 본 연구 질적 자료에서 보건진료소의 폐쇄와 불규칙한 개폐로 인해 정기적으로 약을 타 먹는 데 불편한 경험을 나타내었고 이러한 불편함은 지인에게 약을 빌려먹는 위험한 행동으로 이어졌다. 만성질환자의 미충족 보건의료서비스는 부적절한 관리로 증상악화와 합병증 발생으로 이어질 수 있으므로 이에 대한 대책이 필요하다. 특히 보건진료소는 고령의 만성질환자가 많다는 특징을 가지고 있는 농산어촌 의료취약지의 일차 진료기관이므로 감염병 상황에서도 안정적으로 운영될 수 있는 방안에 관심을 가져야 한다. 또한 원격진료와 AI, IOT 같은 신기술은 정기적으로 약을 타 먹어야 하는 만성질환자에 있어 효과적인 대안을 마련해 줄 수 있으므로[23] 이에 대한 연구가 필요할 것이다. 또한 질적 자료에서 대상자들은 감염병 대응업무와 보건진료소 업무간의 균형과 진료소 업무 정상화를 위해 탄력적 인력 배치를 제시하였는데 이런 구체적인 내용을 반영하여 향후 감염병 시 보건진료소의 운영 방법과 역할, 행정 지원, 시스템 구축 등의 전략이 다각적으로 모색될 필요가 있다.

본연구결과 회귀분석에 유의하지 않았으나 가장 의료취약 지역이라 생각했던 일반 군 지역의 미충족 보건의료서비스 이용 경험 차이를 살펴보면, 미충족 의료경험을 하지 않은 그룹이 더 많은 것으로 나타났다. 이는 보건진료전담공무원의 COVID-19 대응 업무 경험에서 살펴볼 수 있다. COVID-19 기간 동안 보건진료전담공무원의 대부분의 운영형태는 보건소 파견으로 인한 임시폐쇄였으나, 그 다음으로 많았던 운영형태는 근무 외 혹은 주말 출장으로 정상운영으로 나타났다[6]. 실제로 보건진료전담공무원들은 파견 가기 전 미리 약을 조제해 드리기도 하고,

파견업무 중에도 휴대폰 착신전화로 진료소 업무를 병행한 것으로 나타났는데[5] 이러한 보건진료소장의 추가 업무가 대상자들의 의료서비스 이용에 대한 욕구를 해소했던 것으로 생각된다. 그러나 이러한 추가 업무는 보건진료소장의 소진으로 이어질 수 있으므로[5] 향후 다가올 감염병 시대에는 범 국가적으로 체계적인 보건의료전달 시스템이 마련되어야 할 것이다. 특히 거주인구 수에 따른 의료서비스 이용에 대한 제반 사항과 요구가 다르므로 이러한 차이들을 인지하고 적극 반영한다면 미충족 보건의료서비스를 해소하기 위한 효과적인 전략을 마련할 수 있을 것이다.

본 연구의 의의는 COVID-19 기간동안 보건진료소를 이용하는 마을주민을 대상으로 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 규명하고, 개방형질문을 통해 마을주민의 미충족 보건의료서비스 이용경험을 통합한 첫 번째 연구라는 점에 그 의의를 둘 수 있다. 이러한 연구의 의의에도 불구하고 본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구에서는 보건의료서비스를 제공하는 '의료기관'을 보건진료소로 국한하고 있어 전체 농산어촌 마을 주민의 미충족 보건의료서비스 이용을 일반화하기는 어렵다. 둘째, 본 연구는 온라인 설문지 플랫폼을 이용하여 자료수집을 하였는데 이에 따라 설문지 독해능력이나 온라인 설문지를 다루기 힘든 대상자가 배제되었을 가능성이 있다.

결론 및 제언

본 연구는 COVID-19 기간동안 보건진료소를 이용하는 마을주민의 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인을 규명하고, 마을주민의 실제적인 미충족 보건의료서비스 이용에 대한 구체적인 경험을 탐색하기 위해 시도되었다. 양적분석 결과, 대상자의 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인은 앤더슨 행동 모델의 가용요인 중 거주 지역과 필요요인 중 만성질환 유무로 나타났으며, 이들 변수의 설명력은 48.0%였다. 질적 분석결과, 4개의 범주와 9개의 하위범주도 출되었으며, 4개의 범주는 'COVID-19로 인해 보건진료소 이용을 할 수 없어 겪었던 불편함' '보건진료소의 부재로 인한 돌봄 공백' 'COVID-19로 알게 된 보건진료소의 소중함과 역할' '앞으로 다가올 감염병 시대에 요구되는 대응 방안'이었다.

본 연구결과를 통해 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 인구 수에 따른 거주 지역의 유형이 COVID-19 기간동안 미충족 보건의료서비스 이용에 영향을 미치는 요인으로 나타났으므로 후속연구에서는 이러한 인구 수에 따른 거주 지역의 유형

이 미충족의료에 어떻게 영향을 미쳤는지에 대한 탐색이 필요하다. 또한, 거주 지역의 유형에 따른 보건진료소의 보건의료 서비스 미충족 현상에 대한 심층적인 질적연구가 필요하다. 둘째, COVID-19 기간동안 농산어촌 지역의 미충족의료에 영향을 미치는 요인에 대한 인과적 관계를 규명하기 위해서 경로모형 혹은 구조모형 구축을 통한 인과관계 규명을 제안한다.

Acknowledgement

본 논문 작성을 위해서 COVID-19 기간동안 고통스럽게 경험한 미충족 보건의료서비스 이용에 관한 경험과 의미를 생생하게 전해주시신 859명의 농산어촌 마을주민들께 깊은 감사인사를 먼저 전합니다. 더불어 본 논문이 작성될 수 있었던 것은 3년이라는 긴 시간동안 코로나19를 극복하고자 노고를 아끼지 않으신 전국 보건진료 전담공무원님들의 헌신 덕분이었습니다. 더불어 보건진료 전담공무원의 활동과 마을주민의 보건의료 서비스 이용 경험을 기록으로 남기는 것에 뜻을 함께 해주신 한국건강증진개발원과 보건진료소장회의 전폭적인 지원 덕분에 이 논문이 출판될 수 있었습니다. 다시 한번 한국건강증진개발원 보건인력팀, 보건진료소장회, 그리고 한국농촌간호학회 임원진들께 깊은 감사를 드립니다.

REFERENCES

1. 박은자, 송은솔, 최슬기. 의료서비스와 의약품 이용에 대한 COVID 바이러스감염증-19 의 영향과 정책과제: 미충족 의료를 중심으로. 한국보건사회연구원; 2021. 보고서 번호: 제 2021-16호.
<https://doi.org/10.23060/kihasa.a.2021.16>
2. 국민건강보험공단. 상반기 건강보험주요통계. 2020.
<http://lib.nhis.or.kr/search/detail/CAT000000055708>
3. 박은자. COVID-1919 범유행 기간 고혈압·당뇨병 환자의 질환 관리와 미충족 의료 현황. 보건복지 Issue & Focus. 2022;422:1-8. <https://doi.org/10.23064/2022.04.422>
4. 김소애, 서영원, 우경숙, 신영전. 국내 미충족 의료 현황 및 영향요인 연구에 관한 체계적 문헌고찰. 비판사회정책. 2019;62:53-92.
<https://doi.org/10.47042/ACSW.2019.02.62.53>
5. 하재현, 이현주. 보건진료 전담공무원의 COVID-1919 대응경험. 지역사회간호학회지. 2022;33(2):139-152.
<https://doi.org/10.12799/jkachn.2022.33.2.139>
6. 임은실, 서인주, 김순구. 지역별 보건진료 전담공무원의 COVID-19 대응 현황과 지식, 태도, 지지도 비교연구. 한국농산어촌간호학회지. 2020;15(2):57-65.
<https://doi.org/10.22715/jkarhn.2020.15.2.57>
7. 송시은. COVID-19 팬데믹 초기 상황에서 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인 [석사학위논문]. [서울]: 단국대학교; 2022. 54 p.
8. Donabedian A. An examination of some directions in health care policy. American Journal of Public Health. 1973;63(3):243-246.
<https://doi.org/10.2105/ajph.63.3.243>
9. 한지영, 박현숙. 만성질환을 가진 성인의 미충족 의료 영향요인. 지역사회간호학회지. 2021;32(2):131-139.
<https://doi.org/10.12799/jkachn.2021.32.2.131>
10. 김영신, 강은나. 독거노인과 비독거노인의 건강정보이해 능력에 영향을 미치는 요인. 보건과 사회과학. 2017;46(1): 85-110. KMID: 0904520170460010085
11. 송은솔, 박은자, 최슬기. COVID 바이러스감염증-19 유행 기간 중 소득에 따른 고혈압·당뇨병 환자의 미충족 의료. 보건사회연구. 2022;42(3):246-259.
<https://doi.org/10.15709/hswr.2022.42.3.246>
12. 전병주, 김남진. COVID-19 팬데믹에서 만성질환 노인의 의료서비스 이용에 관한 연구. 한국웰니스학회지. 2022; 17(1):179-185.
<https://doi.org/10.21097/ksw.2022.2.17.1.179>
13. Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. The Milbank Quarterly. 1973;51(1):95-124.
<https://doi.org/10.2307/3349613>
14. 곽찬영, 임은실, 이경아, 김아린, 김지향. 보건진료소 기능 재정립 및 건강증진사업 강화 연구. 보건복지부. 2016.
15. 윤강재. 보건의료정책 전망과 과제. 보건복지포럼. 2021; 9-22. <https://doi.org/10.23062/2021.01.2>
16. 김진이, 홍지윤, 손희정, 신영전. 의약품안전사용서비스 (Drug Utilization Review, DUR) 평가연구에 대한 체계적 문헌고찰. 보건사회연구. 2022;42(2):158-178.
<https://doi.org/10.15709/hswr.2022.42.2.158>
17. Tahir I, Abdul HP, Vikas A, Ying W, Naem A, Shujaat M, et al. Panic buying in the COVID-19 pandemic: A multi-country examination. Journal of Retailing and Consumer Services. 2021;59:102357.
<https://doi.org/10.1016/j.jretconser.2020.102357>

18. Singh J, Rahman SA, Ehtesham NZ, Hira S, Hasnain SE, SARS-CoV-2 variants of concern are emerging in India. *Nature Medicine*. 2021;27(7):1131-1133. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01397-4>
19. 성기옥, 김수진, 문정화. COVID-19로 인한 생활변화가 노인의 우울에 미치는 영향. *사회복지 실천과 연구*. 2021; 18(2):99-129. <https://doi.org/10.38082/SWPR.2021.18.02.99>
20. 김귀현, 김세원. 도시 및 농·어촌 지역 미충족 의료서비스 경험 영향요인: 2019년과 2020년 비교. *한국도서연구*. 2022; 34(4):209-222. <https://doi.org/10.26840/JKI.34.4.209>
21. 엄숙, 이경수, 최유진. 전신 및 구강 복합만성질환자의 이환 유형에 따른 외래 의료서비스 이용 비교. *Journal of Korean Society of Oral Health Science*. 2019;7(3):50-56. <https://doi.org/10.33615/jkohs.2019.7.3.50>
22. 전진아. 한국복지패널자료로 살펴본 우울과 만성질환의 동반양상과 의료서비스 이용실태 분석. *보건복지포럼*. 2015;1(219):75-84. <https://doi.org/10.23062/2015.01.8>
23. 이종식. 노인 만성질환자의 건강관리를 위한 원격의료 모니터링의 효용성 연구. *한국지식정보기술학회 논문지*. 2020;15(6):1105-1115. <https://doi.org/10.34163/jkits.2020.15.6.018>