

## 구강 통증을 경험한 성인의 미충족 치과의료 관련 요인

안은숙<sup>1,2</sup> · 신명숙<sup>3†</sup>

<sup>1</sup>원광대학교 치과대학 인문사회치의학교실, <sup>2</sup>경북대학교 치위생학과, <sup>3</sup>동남보건대학교 치위생과

### Factors Related to the Unmet Dental Care Needs of Adults with Dental Pain

Eunsuk Ahn<sup>1,2</sup> and Myong-Suk Shin<sup>3†</sup>

<sup>1</sup>Department of Social and Humanity in Dentistry, Wonkwang University School of Dentistry, Iksan 54538,

<sup>2</sup>Department of Dental Hygiene, Kyungbuk University, Pocheon 11138,

<sup>3</sup>Department of Dental Hygiene, Dongnam Health University, Suwon 16328, Korea

The purpose of this study was to examine unmet dental care needs and related factors among adults in Korea. The study included a nationally representative sample of Koreans (Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2104). The dependent variable was unmet dental care need and the independent variables were socioeconomic status and oral health status. The chi-square test and logistic regression analysis were performed to identify the associations between explanatory variables and unmet dental care needs. The major causes of unmet dental care needs included economic burden, work life, and academic reasons; in addition, dental treatment was considered to have lower priority. The factors that had statistically significant relationships with unmet dental care needs were sex, age, self-rated oral health status, and difficulty in mastication. The findings of the study, suggest a need for lower dental insurance copayments in keeping with the policies and principles aimed at strengthening the national health insurance system. In addition, groups with limited access to dental services should be identified, and effective health care policies and services should be established for these individuals.

**Key Words:** Experience of dental pain, Oral health status, Socioeconomic status, Unmet dental need

### 서론

의료접근성 개선을 위한 의료보장의 노력에는 보장 받는 인구의 비율 및 서비스의 범위의 확대, 서비스에 적용되는 본인부담금 경감 등이 포함된다<sup>1,2</sup>. 치과 의료서비스의 경우 일반 의료서비스에 비해 접근성이 떨어지는 것으로 나타나는데, 이는 많은 국가에서 민간 치과의사들이 치과의료서비스를 제공하고, 치료비의 대부분을 개인적으로 부담하기 때문인 것으로 보고된다<sup>2</sup>. OECD 평균 55%에 달하는 높은 치과의료 본인부담금<sup>2</sup>은 결국 의료 필요에도 불구하고 개인의 사회경제적 요인으로 인해 적절한 치과 의료서비스를 이

용하지 못하는 미충족 치과의료(unmet dental need) 발생으로 이어진다. 미충족 치과의료에 대한 기존의 연구를 살펴보면 환자의 주관적인 판단에 근거한 측정이 주를 이룬다<sup>3-7</sup>. Joint Canada/US Survey of Health의 자료를 이용하여 미충족 치과医료를 확인한 결과 미국 성인의 경우 13.2%, 캐나다 성인 10.7%가 미충족 치과医료를 경험한 것으로 나타났다<sup>5</sup>. 우리나라 제4기 국민건강영양조사 자료를 이용한 연구에 따르면 남성은 15.0%, 여성은 22.2%의 미충족 치과医료를 경험하는 것으로 나타났다<sup>7</sup>.

의료 필요가 있음에도 사회경제적 요인으로 인해 의료서비스를 이용하지 못하는 미충족 의료(unmet healthcare

Received: August 3, 2016, Revised: September 7, 2016, Accepted: September 13, 2016

ISSN 1598-4478 (Print) / ISSN 2233-7679 (Online)

†Correspondence to: Myong-Suk Shin

Department of Dental Hygiene, Dongnam Health University, 50 Cheoncheon-ro 74beon-gil, Jangan-gu, Suwon 16328, Korea  
Tel: +82-31-249-6504, Fax: +82-31-249-6500, E-mail: msshin@dongnam.ac.kr

Copyright © 2016 by Journal of Dental Hygiene Science

© 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.

need)를 파악하는 것은 의료서비스의 접근성을 평가하는 중요한 지표 중 하나이다<sup>8,9)</sup>. 미충족 의료는 대상자가 주관적으로 원하거나(perceived need, want), 보건 의료 전문가의 기준에서 평가된 필요(evaluated need)가 존재하지만 대상자가 의료서비스를 이용하지 못한 경우로 정의할 수 있다<sup>1)</sup>. 미충족 의료에 대한 주관적 인식은 의료서비스 이용과 관련된 환경과 의료서비스의 충족 여부에 대해 응답자가 자신의 관점에서 직접적으로 표현하는 것을 말한다<sup>10)</sup>. 주관적 평가의 경우 질병에 대한 개인의 인식과 의료적 처치의 중요성에 대한 태도에 따라 달라질 수 있다는 점을 한계로 들 수 있다<sup>9,11-13)</sup>. 전문가의 평가된 필요에 따른 미충족 의료는 질병 또는 임상적 증상에 대해 전문적 식견에 기반하여 필요와 충족을 판단하기 때문에, 분명하고 구체적인 측정이 가능하고 일정 정도의 객관성을 담보할 수 있다는 장점이 있다<sup>8,13)</sup>. 그러나 이는 의료적 처치가 필요하다고 인지하는 모든 질병을 포함하는 것이 어렵고, 의료서비스 수혜의 주체가 되는 환자의 인식과 일치하지 않을 가능성이 있다<sup>9)</sup>. 이처럼 미충족 의료를 평가하는 방법에 장단점이 있기 때문에, 미충족 의료를 보다 정확히 파악하기 위해서는 의료적 처치의 필요와 처치의 대상이 되는 환자의 판단을 기반으로 하는 충족 사이에 일치 정도를 고려한 다양한 측면에서의 평가가 필요하다.

본 연구의 목적은 우리나라 성인의 미충족 치과 의료의 현황과 관련 요인을 파악하는 것이다. 이때, 의료 필요에 대한 미충족을 보다 명확하게 정의하기 위해 지난 1년 동안 치통을 경험한 사람을 대상으로 했다. 통증의 경험은 질병 이환의 중요한 증상으로서 환자로 하여금 의료서비스를 이용하게 하는 데 있어 주요한 원동력이 된다. 치과 의료서비스 이용에는 치통, 저작 장애 등의 질환에 따른 증상이 치과 의료기관을 방문하는 데 중요한 원인으로 작용한다<sup>14,15)</sup>. 구강 질환의 경우 의과적 질환에 비해 생명을 덜 위협하는 것으로 인식하는 것이 일반적이어서 일반 의료서비스 이용보다 치

과 의료서비스 이용의 시급성이 저평가되는 경향이 있다. 본 연구에서는 주관적으로 인식한 미충족 치과 의료를 측정 하되, 대상자 중 치통을 경험한 사람으로 국한시켜 치과 의료서비스 이용에 있어 통증의 경험이라는 주요한 필요에도 불구하고 치과 의료기관을 방문하지 않은 경우로 제한하였다. 이에 의료 필요에 대한 미충족을 보다 명료하게 하여 의료적 필요에 대한 충족 여부를 구체적으로 파악함으로써 취약한 집단에 대한 치과 의료서비스 및 보건 의료 정책 개발 시 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 연구대상 및 방법

### 1. 연구대상

본 연구에서는 제6기 2차년도(2014년) 국민건강영양조사 자료 중 건강 설문 및 건강검진에 참여한 만 19세 이상의 성인을 대상으로 했다. 분석 대상은 주관적으로 인식하는 치과 의료서비스 필요를 보다 명확하게 측정하기 위해, “지난 1년 동안, 치통(치아가 쏘시고 욱신거리고 아픔, 차갑거나 뜨거운 음료 혹은 음식을 마시거나 먹을 때 치아가 아픔)을 경험한 적이 있습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답한 1,890명을 제한하여 최종 분석에 활용했다. 본 연구는 보건복지부 지정 공공기관 생명윤리위원회(Institutional Review Board)의 승인(IRB no. P01-201607-22-001)을 받아 진행되었다.

### 2. 분석에 사용한 변수

분석에 활용한 종속변수인 미충족 치과 의료는 “최근 1년 동안, 치과 진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?”라는 문항에 “예”라고 응답한 경우로 정의하였다. 미충족 치과 의료에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 성별, 연령, 소득수준, 교육수준, 결혼상태 등의 사회경제적 요인을 설명변수로 포함하였다. 또한 구강건강 상태를 반영하기 위해 주관적으로 인식하는 구강건강 상태와

Table 1. Description of Variables

Variable	Category	Contents
Dependent variable	Unmet dental need	Yes/no
Explanatory variable	Sex	Male/female
	Age (y)	19 ~ 44/45 ~ 64/ over 65
	Education level	Below middle school/high school/over college
	Income level	Lower/middle/higher
	Marital status	None married/married/divorced/widowed
	Private insurance	Yes/no
	Perceived health status	5 points Likert scale
	Perceived problem of chewing	5 points Likert scale
	Perceived problem of talk	5 points Likert scale

음식을 씹는 게 불편한가와 말하는 데 어려움이나 불편감을 느끼지는 여부를 5점 Likert 척도(매우 좋음/좋음/보통/안 좋음/매우 안 좋음)로 측정된 문항을 설명변수로 포함하였다. 각각의 변수는 본 연구의 목적을 고려하여 재범주화하여 사용하였다(Table 1).

### 3. 분석 방법

연구 대상자의 일반적 특성에 대해 빈도와 분율을 산출하여 살펴보았다. 연구대상자의 사회경제적 특성에 따른 미충족 치과의료 경험 이유의 차이를 확인하기 위해 카이제곱 검정(chi-square test)을 시행하였다. 미충족 치과의료의 관련 요인을 확인하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석(multiple logistic regression analysis)을 수행하였으며, 통계적 유의 검정 수준은  $p < 0.05$ 로 하였다. 이상의 모든 분석에는 STATA 11.0 (Stata Corp., College Station, TX, USA)을 이용하였다.

## 결 과

### 1. 연구 대상자의 일반적 특성

지난 1년간 치통을 경험한 대상자는 남성(43.02%)보다 여성(56.98%)이 더 높게 나타났고, 다른 연령에 비해 45~64세에서 38.15%로 가장 높은 분포를 보였다. 민간의료 보험가입 여부에 따라서는 가입한 사람이 71.31%로 높게 나타났다. 주관적으로 인지하는 구강건강 상태는 평균  $3.62 \pm 0.84$  점, 씹기 문제는  $3.23 \pm 1.33$  점, 말하기 문제는  $4.08 \pm 1.18$  점으로 기록하는 것으로 나타났다(Table 2).

### 2. 연구 대상자의 사회경제적 특성에 따른 미충족 치과 의료 이유의 차이

지난 1년간 치통을 경험한 사람의 사회경제적 특성에 따른 미충족 치과医료를 경험한 이유를 살펴본 결과는 Table 3과 같다. 남성과 여성 모두에서 경제적 이유가 가장 높게 나타났다. 그 비율에서는 차이를 보였다( $p < 0.05$ ). 남성은 경제적 이유가 35.32%, 직장/학업적 이유가 29.37%로 높게 나타났고, 여성은 경제적 이유가 40.23%, 다른 문제에 비해 덜 중요하다고 인식해서가 17.93%로 나타났다( $p < 0.05$ ). 연령에 따라서는 경제활동 연령인 19~64세의 경우 직장/학업적 이유가 높은 비중을 차지한 반면, 65세 이상의 노인에서는 59.09%가 경제적인 이유로 미충족 치과医료를 경험한 것으로 나타났다( $p < 0.05$ ). 소득수준에 따라서도 차이를 보였는데 소득의 낮은 경우는 경제적인 이유가 61.50%가 높은 비중을 차지했다( $p < 0.05$ ). 민간의료보험을 가입하지

Table 2. Characteristic of Subjects

Variable	Frequency (%)
Sex	
Male	813 (43.02)
Female	1,077 (56.98)
Age (y)	
19~44	674 (35.66)
45~64	721 (38.15)
≥65	495 (26.19)
Income level	
Lower	467 (24.87)
Middle	940 (50.05)
Higher	471 (25.08)
Education level	
Below middle school	435 (25.66)
High school	725 (42.77)
Above college	535 (31.56)
Marital status	
None married	255 (13.51)
Married	1,379 (73.04)
Divorced/widowed	254 (13.45)
Subscription of private insurance	
Yes	1,330 (71.31)
No	535 (28.69)
Perceived oral status	$3.62 \pm 0.84$
Problem of chewing	$3.23 \pm 1.33$
Problem of talk	$4.08 \pm 1.18$

Values are presented as n (%) or mean±standard deviation.

않은 경우에도 54.10%가 경제적인 이유로 치과를 방문하지 못하는 것으로 나타났다( $p < 0.05$ ).

### 3. 미충족 치과의료 관련 요인

치통을 경험한 사람의 미충족 치과의료에 영향을 미치는 요인을 확인한 결과는 Table 4와 같다. 다른 요인으로 보정한 후 살펴본 결과 남성에 비해 여성에서 1.55배 더 많은 미충족 치과医료를 경험한 것으로 나타났다( $p < 0.05$ ). 연령에 따라서는 19~44세에 비해 45~64세, 65세 이상에서 통계적으로 유의하게 미충족 치과医료를 덜 경험한 것으로 나타났다. 또한 본인이 인지하는 주관적 구강건강 상태에 따라서는 구강건강상태를 좋게 인식할수록 미충족 치과의료 경험이 1.57배 증가하는 경향을 보였고, 씹기에 불편함을 느끼지 않을수록 미충족 치과医료를 더 경험하는 것으로 나타났다( $p < 0.05$ ).

## 고 찰

의료서비스가 필요함에도 불구하고 의료적 환경, 사회경

**Table 3.** Reason for Unmet Dental Need according to General Characteristics

Characteristic	Economic burden	Distant accessibility	Too busy	Lower than the priority	Fear of dental treatment	Other reasons	p-value
Sex							< 0.001
Male (n=252)	89 (35.32)	12 (4.76)	74 (29.37)	55 (21.83)	17 (6.75)	5 (1.98)	
Female (n=435)	175 (40.23)	14 (3.22)	52 (11.95)	78 (17.93)	58 (13.33)	58 (13.33)	
Age (y)							< 0.001
19 ~ 44 (n=258)	54 (20.93)	3 (1.16)	66 (25.58)	65 (25.19)	38 (14.73)	32 (12.40)	
45 ~ 64 (n=275)	119 (43.27)	11 (4.00)	54 (19.64)	48 (17.45)	28 (10.18)	15 (5.45)	
≥ 65 (n=154)	91 (59.09)	12 (7.79)	6 (3.90)	20 (12.99)	9 (5.84)	16 (10.39)	
Income level							< 0.001
Lower (n=187)	115 (61.50)	4 (2.14)	17 (9.09)	29 (15.51)	8 (4.28)	14 (7.49)	
Middle (n=339)	117 (34.51)	12 (3.54)	66 (19.47)	69 (20.35)	41 (12.09)	34 (10.03)	
Higher (n=157)	30 (19.11)	10 (6.37)	42 (26.75)	35 (22.29)	25 (15.92)	15 (9.55)	
Education level							< 0.001
≤ Middle school (n=172)	98 (56.98)	9 (5.23)	11 (6.40)	21 (12.21)	12 (6.98)	21 (12.21)	
High school (n=286)	106 (37.06)	14 (4.90)	64 (22.38)	49 (17.13)	33 (11.54)	20 (6.99)	
≥ College (n=193)	45 (23.32)	1 (0.52)	44 (22.80)	56 (29.02)	28 (14.51)	19 (9.84)	
Marital status							< 0.001
None married (n=90)	21 (23.33)	3 (3.33)	25 (27.78)	29 (32.22)	12 (13.33)	0	
Married (n=493)	179 (36.31)	18 (3.65)	95 (19.27)	97 (19.68)	55 (11.16)	49 (9.94)	
Divorced/widowed (n=103)	63 (61.17)	5 (4.85)	6 (5.83)	7 (6.80)	8 (7.77)	14 (13.59)	
Subscription of private insurance							< 0.001
Yes (n=499)	162 (32.46)	15 (3.01)	108 (21.64)	107 (21.44)	60 (12.02)	47 (9.42)	
No (n=183)	99 (54.10)	11 (6.01)	17 (9.29)	26 (14.21)	15 (8.20)	15 (8.20)	

Values are presented as n (%).

The data was analysis by chi-squared test.

제적 요인에 의해 적절한 의료서비스를 이용하지 못해 발생하는 미충족 의료를 파악하기 위해서 의료 필요에 대한 정의가 선행되어야 한다. 의료서비스 필요에 대한 정의는 크게 2가지로 구분할 수 있는데, 환자가 주관적으로 인식하는 의료서비스 필요와 보건의료 전문가의 판단에 근거한 의료서비스의 필요로 나눌 수 있다<sup>6,9)</sup>. 미충족 치과의료에 대한 기존의 연구들을 살펴보면 대부분이 주관적 인식에 근거한 것이며<sup>2,3,5,6,16)</sup>, 치과의료이용과의 차이를 파악한 연구가 일부 있다<sup>4,7,15)</sup>. 본 연구에서는 주관적으로 인식하는 미충족 치과医료를 기본으로 하되, 치과 의료서비스를 이용하는 데 주요한 원인이 되는 치통의 경험자를 연구 대상으로 제한하였다. 의료 필요를 보다 명확하게 정의하여 적절한 치과 의료서비스가 이루어지고 있는지 파악함으로써 의료적 필요에 대한 충족 여부를 보다 구체적으로 파악하고자 하였다.

미충족 치과医료를 경험한 이유를 살펴보면 경제적 이유가 38.43%로 가장 높은 비중을 차지하였고, 다음으로 다른 문제에 비해 덜 중요해서와 직장/학업적 이유가 각각 19.36%, 18.34%로 나타났다. 미충족 치과의료 발생원인이 연구대상자의 사회경제적 요인에 따라서 통계적으로 유의한 차이를

보이는 것으로 나타났다. 2011년 치과의료비의 본인부담금은 OECD 평균 55%에 달하는 것으로 나타났으며, 특히 우리나라의 경우 84%로 평균을 상회하는 것으로 나타났다<sup>2)</sup>. 치과 의료서비스의 급여 대상 및 항목의 확대를 통해 치과 의료의 보장 수준을 향상시켜 치과의료의 접근성을 개선하고자 하는 노력을 하고 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 높은 본인부담금은 치과 의료서비스 접근성의 저해를 초래하는 원인이 되고 있다. 또한, 개인의 사회경제적 수준에 의료서비스 접근성에 차이를 보이는 것으로 나타난다. 기존의 연구를 통해 의료서비스 접근성에 영향을 미치는 취약집단을 규정하기 위한 노력이 계속되는데<sup>17)</sup>, 예를 들어 특정 질환에 이환된 대상, 어린이나 노인 등의 취약 연령층, 저소득층을 들 수 있을 것이다. 이상의 내용을 종합해 보면 치과의료비의 본인부담금을 낮추기 위한 방안으로 전반적인 보장성 개선을 위한 치과의료 정책이 개발되어야 할 것이며, 동시에 제한된 자원을 효율적으로 배분해야 하는 실질적인 문제를 고려해야 한다. 또한 치과 의료서비스 접근에 있어 취약한 집단을 좀 더 명료하고 구체적으로 파악하여, 해당 집단에 대한 보장성을 높이기 위한 노력이 계속되어야 할 것

**Table 4.** Factors Affecting Unmet Dental Needs among Experienced Dental Ache

Characteristic	OR	SE	95% CI	
			Lower	Upper
<b>Sex</b>				
Male	Ref.			
Female	1.545	0.176	1.236	1.932
<b>Age (y)</b>				
19~44	Ref.			
45~64	0.726	0.105	0.547	0.963
≥65	0.443	0.091	0.297	0.662
<b>Income level</b>				
Lower	Ref.			
Middle	0.865	0.117	0.663	1.129
Higher	0.797	0.128	0.582	1.091
<b>Education level</b>				
≤Middle school	Ref.			
High school	0.971	0.156	0.708	1.332
≥College	0.946	0.179	0.653	1.371
<b>Marital status</b>				
None married	Ref.			
Married	1.146	0.200	0.814	1.612
Divorced/widowed	1.361	0.338	0.836	2.216
<b>Subscription of private insurance</b>				
Yes	Ref.			
No	0.934	0.135	0.704	1.239
Perceived oral status	1.565	0.113	1.359	1.802
Problem of chewing	0.690	0.036	0.623	0.766
Problem of talk	1.032	0.058	0.925	1.151

OR: odds ratio, SE: standard error, CI: confidence interval.  
The data was analysis by multivariable logistic regression.

으로 생각된다.

미충족 치과의료와 관련된 요인으로는 성별, 연령, 본인이 인지하는 구강건강 상태, 씹기 문제가 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 기존의 연구에 따르면 미충족 치과의료는 성별, 연령 등의 인구학적인 요인은 물론 소득수준, 교육수준 등의 사회경제적인 변수와 연관이 있는 것으로 나타났다<sup>3,4,6,7,16,18)</sup>, 본 연구의 결과는 사회경제적인 요인이 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 통증의 발현에도 불구하고 필요한 치과 의료서비스를 충족하지 못한 경우로 대상을 국한하였기 때문에 나타난 결과로 생각된다. 치아나 치아주위 조직 등 구강 내에서 기인하는 통증의 발현은 치과 의료서비스를 이용하는 데 있어 주요한 원인으로 작용하는 것으로, 본 연구에서 일반적으로 치과 의료서비스의 접근성의 차이를 유발하는 사회경제적 요인은 유의한 관련성을 보이지 않는 결과를 가져왔다. 통증의 발현에도 불구하고 성별과 연령은 여전히 유의한 관련성을 보였다. 여

성이 남성에 비해 높은 미충족 치과의료료를 보인 것은 일반적으로 남성에 비해 여성이 통증에 민감하게 반응하고<sup>14,19)</sup>, 그에 따라 치과 의료서비스가 더 필요하다고 느꼈으나 필요한 치과의료 욕구가 적절하게 충족되지 못했기 때문에 나타난 결과로 생각된다. 연령 또한 유의한 관련성을 보였으나 연령에 따른 미충족 치과의료 경험에서는 기존의 연구와는 상이한 결과를 보였는데<sup>3,4,7,20)</sup>, 치통의 발현에 대한 인지 정도의 차이와 연관될 수 있다. 본인이 인지하는 구강건강 상태가 좋을수록, 씹기 문제가 없다고 느낄수록 미충족 치과 의료료를 더 많이 경험하는 것으로 나타났다. 의료서비스에 있어 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 사람에 비해 나쁘다고 평가한 사람의 미충족 의료경험이 높게 나타나는 것이 일반적이다<sup>17,21)</sup>. 그러나 본 연구결과는 미충족 치과의료 경험과 주관적 구강건강 상태 인식과 비례하는 경향을 보여 Ramraj 등<sup>3)</sup>의 연구와 일치하는 것으로 나타났다. 본 연구는 치과 의료서비스를 이용하는 주요한 원동력이 되는 치통을 경험한 사람으로 연구 대상자를 제한하여 미충족 치과의료료를 파악하려는 노력을 하였다. 기존의 연구와 차별성을 들 수 있을 것이다. 이는 주관적으로 인지하는 의료 필요도가 의료서비스 환경 및 개인의 특성에 따라 차이를 보일 수 있다는 한계점을 보완하기 위해 치과의료의 필요를 보다 명확하게 정의하고자 노력하였다. 또한, 미충족 치과의료의 관련 요인을 다각적인 측면에서 파악하기 위해 연구대상자의 사회경제적 수준은 물론, 주관적 구강건강 상태, 구강에서 기인한 불편감 인지 등의 다양한 변수를 포함하였다. 그럼에도 불구하고 본 연구는 미충족 치과의료료를 평가함에 있어 고려되어야 하는 가용성, 수용성의 문제까지 포괄하여 파악하지 못했다는 데 한계를 갖는다. 치과 의료서비스의 필요에 대한 충족은 의료서비스를 이용하는 데 있어 제한이 있었느냐 없었느냐에 따른 접근성의 문제만으로 측정될 수 없다. 향후 미충족 치과의료료를 측정하는 데 있어 대기시간과 지역별 의료자원의 분포에 따른 적절한 자원 배분의 문제, 보다 질 높은 치과 의료서비스의 제공을 통해 환자의 기대와 만족을 높임으로써 환자의 인식 변화가 동반된 치과 의료 필요의 충족이 고려되어야 할 것이다.

## 요 약

본 연구는 우리나라 성인의 미충족 치과의료와 그에 관련된 요인을 파악하기 위해 진행되었다. 미충족 치과의료료를 정의하는 데 있어 치과의료의 필요를 치통을 경험한 사람 중 적절한 치과 의료서비스에 접근하지 못한 사람으로 제한하여 의료 필요에 따른 충족을 보다 명확하게 측정하기 위해 노

력하였다. 미충족 치과의료의 원인으로는 경제적 부담, 직업/학업적 이유, 다른 문제에 비해 덜 중요해서가 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 미충족 치과의료와 관련된 요인으로는 성별, 연령, 본인이 인지하는 구강건강 상태, 씹기 문제가 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 이와 같은 결과를 바탕으로 건강보험 보장성 강화 정책과 관련하여 치과의료비의 본인부담금의 비중을 낮추는 방안을 제안할 수 있을 것이다. 또한 치과 의료서비스 접근에 있어 취약한 집단을 파악하고, 해당 집단에 대한 보건의료 정책 개발 및 서비스 제공이 이루어져야 할 것으로 생각된다.

### 감사의 글

본 연구는 동남보건대학교 연구비 지원에 의하여 수행되었습니다.

### References

1. Andersen RM, McCutcheon A, Aday L, Chiu GY, Bell R: Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res* 18: 49-74, 1983.
2. OECD: Health at a Glance 2013, OECD indicators. OECD Publishing, Paris, pp.146-147, 2013.
3. Ramraj C, Azarpazhooh A, Dempster L, Ravaghi V, Quiñonez C: Dental treatment needs in the Canadian population: analysis of a nationwide cross-sectional survey. *BMC Oral Health* 12: 46, 2012.
4. Maharani DA: Perceived need for and utilization of dental care in Indonesia in 2006 and 2007: a secondary analysis. *J Oral Sci* 51: 545-550, 2009.
5. Lasser KE, Himmelstein DU, Woolhandler S: Access to care, health status, and health disparities in the United States and Canada: results of a Cross-National Population Based Survey. *Am J Public Health* 96: 1300-1307, 2006.
6. Caban-Martinez AJ, Lee DJ, Fleming LE, et al.: Dental care access and unmet dental care needs among U.S. workers: the National Health Interview Survey, 1997 to 2003. *Am Dent Assoc* 138: 227-230, 2007.
7. Jeon JE, Chung WG, Kim NH: The reason of unmet dental need related socioeconomic status in Korea: using the 4th Korea National Health and Nutritional Examination Survey. *J Korean Acad Oral Health* 36: 73-81, 2012.
8. Sanmartin C, Houle C, Tremblay S, Berthelot JM: Changes in unmet health care needs. *Health Rep* 13: 15-21, 2002.
9. Heo SI, Kim SJ: State of unmet medical care needs in adults in our country: with priority given to age differences. *Korean J Heal Econ Policy* 13: 1-16, 2007.
10. 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* 45: 842-850, 2007.
11. DeCesaro A, Hemmeter J: Unmet health care needs and medical out-of-pocket expenses of SSI children. *J Vocat Rehabil* 30: 177-199, 2009.
12. Mollborn S, Stepanikova I, Cook KS: Delayed care and unmet needs among health care system users: When does fiduciary trust in a physician matter? *Health Serv Res* 40: 1898-1917, 2005.
13. Heo SI, Lee SH: factors related to the level of unmet medical care needs in hypertension patients and diabetes patients in our country. *J Health Adm* 21: 1-22, 2011.
14. Pau A, Croucher RE, Marcenes W: Demographic and socio-economic correlates of dental pain among adults in the United Kingdom, 1998. *Br Dent J* 21: 548-549, 2007.
15. Villalobos-Rodelo JJ, Medina-Solís CE, Maupomé G, et al.: Dental needs and socioeconomic status associated with utilization of dental services in the presence of dental pain: a case-control study in children. *J Orofac Pain* 24: 279-286, 2010.
16. Schultz ST, Shenkin JD, Horowitz AM: Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. *Pediatr Dent* 23: 321-325, 2001.
17. Shi L, Stevens GD: Vulnerability and unmet health care needs: the influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med* 20: 148-154, 2005.
18. Janardhanan T, Cohen CI, Kim S, Rizvi BF: Dental care and associated factors among older adults with schizophrenia. *J Am Dent Assoc* 142: 57-65, 2011.
19. Bastos JLD, Nomura LH, Peres MA: Dental pain, socioeconomic status, and dental caries in young male adults from southern Brazil. *Cad Saude Publica* 21: 1416-1423, 2005.
20. Heaton LJ, Mancl L, Armfield JM, Grembowski D, Milgrom P: Unmet dental need in community-dwelling adults with mental illness: Results from the 2007 Medical Expenditure Panel Survey. *J Am Dent Assoc* 144: e16-e23, 2013.
21. Romaniuk J: Subjective and objective health of the population aged 50+ and the welfare state regimes in 16 European countries. *Int J Manag Econ* 39: 82-107, 2014.