



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2024년 2월

석사학위 논문

우울증 환자의 코로나19 전후  
미충족 의료 영향 요인

조선대학교 보건대학원

보건학과

이하나

# 우울증 환자의 코로나19 전후 미충족 의료 영향 요인

Factors affecting unmet medical needs before and after  
COVID-19 in patients with depression

2024년 2월 23일

조선대학교 보건대학원

보건학과

이하나

# 우울증 환자의 코로나19 전후 미충족 의료 영향 요인

지도교수 최 성 우

이 논문을 보건학 석사학위신청 논문으로 제출함

2023년 10월

조선대학교 보건대학원

보 건 학 과  
이 하 나

## 이하나의 석사학위논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 류소연 (인)

위원 조선대학교 교수 한미아 (인)

위원 조선대학교 교수 최성우 (인)

2023년 12월

조선대학교 보건대학원

## 목 차

|                    |     |
|--------------------|-----|
| 표 목 차 .....        | iii |
| ABSTRACT .....     | iv  |
| I. 서론 .....        | 1   |
| II. 연구 방법 .....    | 3   |
| A. 이용자료 및 대상 ..... | 3   |
| B. 조사변수 .....      | 4   |
| 1. 일반적 특성 .....    | 4   |
| 2. 건강관련 특성 .....   | 5   |
| 3. 정신건강관련 특성 ..... | 6   |
| 4. 미충족 의료 .....    | 6   |
| C. 자료 분석 .....     | 7   |
| III. 연구 결과 .....   | 8   |
| A. 대상자의 특성 분포      |     |
| 1. 일반적 특성 .....    | 8   |
| 2. 건강관련 특성 .....   | 10  |

|                             |    |
|-----------------------------|----|
| 3. 정신건강관련 특성 .....          | 12 |
| B. 미충족 의료 경험 및 유형 .....     | 13 |
| C. 대상자의 특성에 따른 미충족 의료 ..... | 14 |
| 1. 일반적 특성 .....             | 14 |
| 2. 건강관련 특성 .....            | 16 |
| 3. 정신건강관련 특성 .....          | 18 |
| D. 미충족 의료에 영향을 미치는 요인 ..... | 19 |
| <br>                        |    |
| IV. 고찰 .....                | 21 |
| <br>                        |    |
| V. 요약 및 결론 .....            | 24 |
| <br>                        |    |
| 참고문헌 .....                  | 25 |

## 표 목 차

|  |    |
|--|----|
| Table 1. General characteristics of the total subjects .....                             | 9  |
| Table 2. Health related characteristics of the total subjects .....                      | 10 |
| Table 3. Mental health related characteristics of the total subjects .....               | 12 |
| Table 4. Unmet medical needs and reason for unmet medical needs .....                    | 13 |
| Table 5. Unmet medical needs according to general characteristics .....                  | 15 |
| Table 6. Unmet medical needs according to Health related characteristics .....           | 16 |
| Table 7. Unmet medical needs according to mental Health<br>related characteristics ..... | 18 |
| Table 8. Factors related to unmet medical needs .....                                    | 20 |

## ABSTRACT

### Factors affecting unmet medical care before and after COVID-19 in depressed patients

Lee, Ha-Na

Advisor : Prof. Choi, Seong-Woo M.D., Ph.D  
Department of Public Health,  
Graduate School of Health Science,  
Chosun University

**Objective:** Research has shown that the number of patients with depression is steadily increasing worldwide and that access to medical care is becoming more difficult due to COVID-19. Accordingly, this study seeks to identify changes and influencing factors in the use of unmet medical needs among depressed patients in Korea before and after COVID-19.

**Methods:** This study used data from the 2019 and 2020 National Health and Nutrition Survey. Depressed patients aged 19 or older were selected from 8,110 in 2019 and 7,359 in 2020, and 160 in 2019 and 188 in 2020 were analyzed for this study. The association between general, health-related, and mental health-related characteristics and unmet medical needs was examined using the chi-square test and logistic regression analysis.

**Results:** Among patients with depression, unmet medical care before COVID-19 was 13.9%, and unmet medical needs after COVID-19 was 21.8%. We investigated

various variables that could affect unmet medical needs before and after COVID-19, but the factor affecting unmet medical needs in depressed patients was ‘whether or not they were hospitalized in the past year.’

**Conclusion:** It was confirmed that the unmet medical needs of depressed patients is higher than that of the general public and has increased even further since COVID-19. The results of this study can serve as evidence to reduce unmet medical needs in depressed patients in preparation for future infectious diseases.

**Key words:** Depression, Unmet medical needs, COVID-19, Korea National Health and Nutrition Examination Survey

## I. 서론

우울증은 우울한 기분과 흥미 상실이 주된 정서장애이며, 피곤, 무기력, 불면, 자살사고가 특징이다(APA, 2013). 중증도 이상의 우울증에서는 학교, 가정, 직장에서의 기능을 제대로 수행할 수 없으며, 자살로 이어지기도 한다(WHO, 2023). 우울증은 전 세계적으로 2억 8천만 명 이상, 성인의 5%가 앓고 있는 것으로 추정되고 있고(Mather, 2005), 우리나라 보건복지부에서 시행한 정신질환 실태 역학조사에 따르면 2021년 국내 우울장애는 1년 유병률 1.7%, 평생 유병률이 7.7%이고(MOHW, 2021), 평생 유병률은 2016년 5.5%(MOHW, 2016)에 비해 1.5배 증가하였다. 지난 수십 년 동안 전 세계의 우울증 환자는 대폭 증가되었으며 세계보건기구(WHO)의 통계에 따르면 2005~2015년 전 세계 우울증 확진자 수는 18.4% 증가했고(WHO, 2023), 세계보건기구의 조사에서 2030년 질병 부담이 가장 큰 질환으로 나타났다(Mather, 2005). 지속적인 우울증 환자의 증가로 현재 우울증 환자에 관한 적절한 치료는 매우 중요한 이슈이다.

미충족 의료는 의료적 필요가 있음에도 불구하고 의료서비스를 제공받지 못하는 상태로 정의된다(Donabedian, 1973). 미충족 의료의 발생은 의료접근성 측면에서 건강보험 정책 및 보건 의료시스템의 사각지대를 반영하는 중요한 지표이다. 미충족 의료 경험은 의료서비스의 공평한 분배를 보는 지표로 알려져 있으며(Diamant et al., 2004) 미충족 의료는 질병을 보다 빨리 발견할 수 있는 시기를 늦추며 질병의 중증도가 증가하는 것과 같이 질병의 향후 상태에 영향을 미칠 수 있다(L.A. Aday et al., 1974).

전 세계적으로 코로나19가 확산되고 우리나라 역시 확진자가 늘어나면서 국가적 대응 차원으로 상급종합병원과 국립 대학병원의 의료자원이 코로나19 확진 환자 치료에 집중되었고, 보건소에서 만성질환자에 대한 외래진료가 중단되었다(Park et al., 2021). 감염을 우려하여 의료이용을 회피하여 기저질환의 악화와 합병증 발생의 결과를 초래할 수 있다. 실제로 건강보험심사평가원에서 보고한 ‘2020년 상반기 진료비 주요통계’에는 2019년 상반기 대비 2020년 상반기 의료이용량이 감소하였고, 입원보다 외래 이용률이 더 감소하였다(HIRA, 2021).

우울증 환자는 세계적으로 중대한 위기 상황으로 간주하여 지역사회 차원의 예방과 관리의 중요성에 대해 강조되고 있는데(Choi, 2014), 우리나라는 정신질환에 대한 잘못된 인식으로 병원을 가는 것을 꺼려 하기 때문에 조기 발견이 어려워져 적절한 치료가 이뤄지기 힘든 점에서 문제가 심각하다.

선행 연구에 따르면 캐나다의 정신건강에 따른 미충족의 분석 연구에 따르면 여자의 경우 남자에 비해 미충족 의료가 1.58배, 연령은 25-44세의 경우 45-64세에 비해 2.03배, 만성질환은 있다는 경우 없다는에 비해 1.43배, 주관적 정신건강은 나쁜 경우 좋다는

비해 2.33배 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다(Park et al., 2005). 미국의 정신건강 서비스에 대한 미충족 의료에 관한 분석에서는 연령은 18-64세의 경우 17세 이하에 비해 3.4배, 건강 상태가 나쁜 경우 좋다에 비해 2.5배, 가구 소득이 낮은 경우 1.5배, 건강보험이 없는 경우 3.7배, 활동 제한이 있는 경우 2.7배 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다(Roll et al., 2013).

코로나19 전후의 미충족 의료를 알아본 선행연구에서는 국민건강영양조사에 따른 코로나19 유행 전 2019년에는 전 국민에서 미충족 의료가 7.4%, 코로나19 후인 2020년에는 7.3%로 큰 변화가 없었으나(Kim et al., 2022), 코로나19 대유행 시기인 2020년 4~5월에 서울시 거주 성인 대상 조사에서 미충족 의료 경험이 만성질환이 없는 사람들보다 만성질환자들의 경우 2.3배 높았고(Kim et al., 2021), 2020년 12월에 조사 분석한 연구에서 성인의 12.8%가 정신건강 상담에 대한 미충족 의료가 있다고 하였다(Nagata et al., 2022). 코로나19 이전인 2019년과 코로나19 이후인 2020년의 미충족 의료를 비교한 연구에서 우울증 환자에서 2019년 대비 2020년에 약 2배 정도 미충족 의료를 경험하였다는 결과를 보여준다(Kim et al., 2022). 코로나19 이전 우울증 환자의 미충족 의료 이용률은 13.5%로 전체 국민 대상의 미충족 의료 이용률인 6.6%보다 두 배 높게 나타났다(Kim, 2023).

미충족 의료에 관한 이전 선행연구나 코로나 19 전후 미충족 의료와 관련된 선행연구에는 전체 성인, 독거노인, 만성질환, 조현병 환자와 같은 집단을 대상으로 미충족 의료 경험에 대한 연구가 시행되었다. 그러나 우울증 환자의 미충족 의료에 영향을 끼치는 요인에 대한 연구는 부족한 실정이며 코로나19로 인해 지방 공공의료원과 상급종합병원에서 외래 진료를 막거나 코로나19 환자 진료에 매진하게 되면서 만성질환자와 같이 우울증 환자의 미충족 의료는 더욱 커졌을 것으로 보인다. 코로나19 이전과 이후의 미충족 의료 영향요인으로 우울증이 변수로 들어가 미충족 의료를 경험한 사람 중 우울증 환자가 5.5%에서 10.3%로 늘었다는 연구결과는 있지만(Kim et al., 2022), 우울증 환자를 대상으로 한 연구는 찾아보기 힘들다.

따라서 본 연구는 2019, 2020 국민건강영양조사 자료를 이용하여 우울증 환자의 코로나19 전후 미충족 의료 이용의 변화와 미충족 의료 영향 요인을 파악하여 추후 감염병이 다시 발생할 때를 대비하고, 우울증 환자의 미충족 의료 이용률의 개선방안에 기초 자료를 제공하고자 한다.

## II. 연구 방법

### A. 이용 자료 및 연구 대상

본 연구는 2019년, 2020년 국민건강영양조사(Korea National Health and Nutrition Examination Survey, KNHANES) 원시자료를 이용하여 수행하였다. 국민건강영양조사는 질병관리본부의 주관으로, 국민건강증진법 제16조에 근거해 매년 실시되고 있다. 전국 254개 시·군·구에 거주하는 국민을 대상으로 설문조사가 시행되며, 우리나라 국민의 건강수준, 건강 관련 의식 및 행태, 식품 및 영양섭취 실태 조사를 통해 대표성과 신뢰성을 갖춘 국가 단위 통계를 산출하는 전국 규모의 조사이다. 1998년 도입되어 2005년까지 3년 주기 단기조사체계로 운용되었고, 2007년부터 연중조사체계로 개편되어 매년 조사되고 있다. 전문 조사원을 구성하였고 전문 조사원은 간호사, 영양사, 보건학 전공자 등으로 구성되어 있으며, 선발 후 2~4주간 교육과 실습을 마친 후 조사현장에 투입된다. 이러한 국민건강영양조사 결과는 국민의 건강수준 평가를 통해 새로운 건강정책을 개발하거나 보완하는 데 사용될 뿐 아니라 세계보건기구(WHO)와 경제협력개발기구(OECD)에서 필요로 하는 국가 간 건강수준 비교 및 건강증진과 질병 예방을 위한 다양한 연구활동에 활용되고 있다(KNHANES).

본 연구는 2019년, 2020년 국민건강영양조사 참여자 총 8110명, 7359명 중 만 19세 이상의 성인에서 우울증을 의사에게 진단받고, 현재 우울증을 앓고 있다고 대답한 우울증 환자로 2019년 160명, 2020년 188명을 추출하여 본 연구의 분석 대상으로 하였다.

## B. 조사변수

### 1. 일반적 특성

일반적 특성으로는 성별, 연령, 거주 지역, 배우자 유무, 경제 상태, 교육 수준, 직장 유무, 건강보험 유무를 이용하였다. 연령은 만 나이로 19~39세, 40~59세, 60세 이상으로 분류하였고, 배우자 유무는 배우자가 현재 있음과 이혼, 사별, 별거, 미혼을 배우자 없음으로 분류하였다. 경제 상태는 가구 소득 4분위수를 이용하여 하, 중하는 하로 중상, 상은 상으로 구분하였다. 교육수준은 최종 학력 수준에 따라 초등학교 졸업 이하, 중학교 졸업, 고등학교 졸업, 대학교 졸업 이상으로 분류하였고, 거주 지역은 동, 읍/면으로 분류하였다. 건강보험 상태는 국민건강보험과 의료급여로 분류하였다.

## 2. 건강 관련 특성

건강관련 특성으로는 흡연, 음주, 수면시간, 걷기, 중강도 신체활동, 고강도 신체활동, 주관적 건강 상태, 지난 1년간 인플루엔자 예방접종 유무, 활동 제한, 만성질환의 수, 지난 1년 이내 입원 유무, 지난 2주 이내 외래 유무를 이용하였다. 흡연은 ‘평생 일반담배 흡연 여부’에서 ‘피운 적 없음’을 비흡연, ‘5갑(100개비) 미만’, ‘5갑(100개비) 이상’을 흡연으로 분류하였고, 음주는 ‘1년간 음주 빈도’에서 ‘최근 1년간 전혀 마시지 않았다’, ‘월 1회 미만’, ‘비해당’을 비음주로 ‘월1회 정도’, ‘월2-4회’, ‘주2-3회정도’, ‘주4회 이상’을 음주로 분류하였다. 수면시간은 7시간 미만, 7시간에서 9시간 미만, 9시간 이상으로 분류하였다. 걷기는 ‘최근 1주일 동안 한 번에 적어도 10분 이상 걸었던 날은 며칠입니까?’의 문항을 이용하여 걷기 운동 일수가 0인 경우 아니오로, 걷기 운동 일수가 1일 이상인 경우 예로 분류하였다. 주관적 건강 상태는 ‘주관적 건강인지’의 항목에서 ‘ 좋음’과, ‘매우 좋음’을 좋음, ‘보통’을 보통, ‘나쁨’과, ‘매우 나쁨’을 나쁨으로 분류하였고, 지난 1년간 인플루엔자 예방접종 유무는 예, 아니오로 분류하였고, 활동 제한은 ‘현재 건강상의 문제나 신체 혹은 정신적 장애로 일상생활 및 사회활동에 제한을 받고 계십니까?’의 질문에 예, 아니오로 분류하였다. 만성질환의 수는 3대 만성질환인 고혈압, 당뇨, 이상지질혈증을 진단받고 치료중인 질병을 0개, 1개, 2개 이상으로 분류하였고, 병원 방문력을 확인하기 위해 ‘지난 1년 이내 입원 유무’, ‘지난 2주 이내 외래 유무’를 예, 아니오로 분류하였다.

### 3. 정신건강 관련 특성

정신건강 관련 특성으로는 우울증 치료 유무, 자살 시도 유무, 자살 계획 유무, 정신 상담 유무, 스트레스 유무를 이용하였다. 우울증 치료 유무는 우울증 치료를 하고 있는 사람을 예, 치료하지 않는 사람을 아니오로 분류하였고, 자살계획과 자살시도 여부는 각각 '1년간 자살 계획 여부'와, '1년간 자살 시도 여부'에서 예, 아니오로 분류하였고, 정신 상담 유무는 '1년간 정신문제 상담'에서 예, 아니오로 분류하고 스트레스 유무는 '평소 일상생활 중에 스트레스를 어느 정도 느끼고 있습니까?'에서 '대단히 많이' 또는 '많이'라고 응답한 사람을 예, '조금 느낌'과, '거의 느끼지 않음'을 아니오로 분류하였다.

### 4. 미충족 의료

2019, 2020 국민건강영양조사 설문 문항에 따라 '필요 의료서비스 미충족 여부'에서 예로 응답한 경우에 정의하였다. 미충족 의료 이유는 미충족 의료 여부에서 '예'라고 응답한 대상자 중 '필요 의료서비스 미충족 사유' 문항을 활용하여 '시간이 없어서', '증세가 가벼워서', '경제적인 이유', '교통편이 불편해서', '병의원에 오래 기다리기 싫어서', '병의원 등에 예약을 하기가 힘들어서', '진료받기가 무서워서'와 2020년 기타 상세 사유에 '코로나19와 관련해서'라는 항목을 추가하여 구분하였다.

## C. 자료분석

본 연구는 통계분석 프로그램 SPSS 27.0을 이용하여 분석하였다. 연구 대상자의 일반적 특성, 건강 관련 특성, 정신건강 관련 특성을 2019년, 2020년으로 나누어 빈도분석을 하였고, 미충족 의료와 미충족 의료 사유 여부 또한 빈도분석을 실시하였고, 연구 대상자의 미충족 의료에 따른 일반적 특성, 건강 관련 특성, 정신건강 관련 특성과의 관련성을 확인하기 위해 카이 제곱 검정을 실시하였다. 최종적으로 카이 제곱 검정에서  $P\text{-value} < 0.1$ 을 기준으로 유의한 변수를 이용하여 연구 대상자의 미충족 의료에 미치는 영향을 확인하기 위해 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 통계적 유의수준은  $P\text{-value} < 0.05$ 로 정의하였다.

### Ⅲ. 연구 결과

#### A. 대상자의 특성 분포

##### 1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 코로나19 이전과 코로나19 이후의 일반적 특성은 다음과 같다. 성별은 코로나19 이전 여성이 70%이고, 남성이 30%였으며, 코로나19 이후 여성이 72.9%이고 코로나19 이후 남성이 27.1%이었다. 코로나19 이전 연령은 20-39세에서 18.1%, 40-59세에서 38.8%, 60세 이상에서 43.1%이고, 코로나19 이후 연령은 20-39세 26%, 40-59세 27.7%, 60세 이상이 46.3%이었으며 코로나19 이전 도시지역에 사는 사람이 80.6%, 시골지역이 19.4%이었고 코로나19 이후는 도시지역 81.9%, 시골지역 18.1%이었다. 배우자 유무는 코로나19 이전 배우자가 있는 사람이 52.5%, 배우자가 없는 사람이 47.5%이었으며, 코로나19 이후 배우자가 있는 사람이 43.6%이고, 배우자가 없는 사람이 56.4%이었다. 가구소득은 코로나19 이전 낮은 사람이 72.5%, 높은 사람이 27.5%이고, 코로나19 이후 낮은 사람이 65.4%, 높은 사람이 34.6%이며 교육수준은 코로나19 이전 초졸 이하 30%, 중졸 이하 16.3%, 고졸 이하 35.6%, 대졸 이상 18.1%이고 코로나19 이후 초졸 이하 29.4%, 중졸 이하 11.2%, 고졸 이하 33.7%, 대졸 이상 25.7%이었다. 경제상태는 코로나19 이전 직장인이 39.4%, 무직이 60.6%이었으며, 코로나19 이후 직장인이 35.1%, 무직이 64.9%이고, 건강보험 상태는 코로나19 이전 건강보험이 79.4%, 의료급여가 20.6%이었고, 코로나19 이후 건강보험이 83.5%, 의료급여가 16.5%이었다(Table 1).

Table 1. General characteristics of the total subjects

| Characteristics           | Pre COVID 19 | Post COVID 19 | N(%)  |
|---------------------------|--------------|---------------|-------|
| <b>Total</b>              | 160(100)     | 188(100)      |       |
| <b>Sex</b>                |              |               | 0.554 |
| Men                       | 48(30.0)     | 51(27.1)      |       |
| Female                    | 112(70.0)    | 137(72.9)     |       |
| <b>Age</b>                |              |               | 0.053 |
| 19-39                     | 29(18.1)     | 49(26.0)      |       |
| 40-59                     | 62(38.8)     | 52(27.7)      |       |
| ≥60                       | 69(43.1)     | 87(46.3)      |       |
| <b>Residence</b>          |              |               | 0.758 |
| Urban                     | 129(80.6)    | 154(81.9)     |       |
| Rural                     | 31(19.4)     | 34(18.1)      |       |
| <b>Marital state</b>      |              |               | 0.251 |
| With spouse               | 84(52.5)     | 82(43.6)      |       |
| Without spouse            | 76(47.5)     | 106(56.4)     |       |
| <b>Household income</b>   |              |               | 0.957 |
| Low                       | 116(72.5)    | 123(65.4)     |       |
| High                      | 44(27.5)     | 65(34.6)      |       |
| <b>Education level</b>    |              |               | 0.272 |
| ≤Elementary school        | 48(30.0)     | 56(29.4)      |       |
| Middle school             | 26(16.3)     | 21(11.2)      |       |
| High school               | 57(35.6)     | 63(33.7)      |       |
| ≥College                  | 29(18.1)     | 48(25.7)      |       |
| <b>Employment</b>         |              |               | 0.411 |
| Yes                       | 63(39.4)     | 66(35.1)      |       |
| No                        | 97(60.6)     | 122(64.9)     |       |
| <b>Insurance</b>          |              |               | 0.321 |
| National health insurance | 127(79.4)    | 157(83.5)     |       |
| Medical care              | 33(20.6)     | 31(16.5)      |       |

## 2. 대상자의 건강 관련 특성

연구 대상자의 건강 관련 특성은 다음과 같다. 대상자의 코로나19 이전 흡연자는 34.4%, 비흡연자는 65.5%이고 코로나19 이후 흡연자는 38.8%, 비흡연자는 61.2%이었으며, 코로나19 이전 음주가 34.4%, 비음주가 65.6%이고 코로나19 이후 음주가 41.5%, 비음주가 58.5%이었다. 수면시간은 코로나19 이전 7시간 미만과 7-8시간이 똑같이 45.6%로 높았고, 9시간 이상이 8.8%이었으며 코로나19 이후 7시간 미만이 47.3%로 가장 높았고 7-8시간이 43.6%, 9시간 이상이 9%이었다. 걷기 활동은 코로나19 이전 71.9%, 코로나19 이후 80.3%이고, 주관적 건강 상태는 코로나19 이전 좋음이 8.1%, 보통이 46.3%, 나쁨이 45.6%이었고, 코로나19 이후 좋음이 9%, 보통이 36.7%, 나쁨이 54.3%이었다. 인플루엔자 백신 접종력은 코로나19 이전 접종자가 63.7%, 비접종자가 36.3%이었고, 코로나 19 이후 접종자가 54.8%, 비접종자가 45.2%이었고, 활동 제한은 코로나19 이전 활동 제한 있는 사람이 35%, 없는 사람이 65%이었고 코로나19 이후 활동 제한 있는 사람이 34.6%, 없는 사람이 65.4%이었다. 지난 1년간 입원력은 코로나 19 이전 입원력 있는 사람이 19.4%, 없는 사람이 80.6%이었고 코로나19 이후 입원력 있는 사람이 18.1%, 없는 사람이 81.9%이었으며, 지난 2주간 외래 방문력은 코로나19 이전 외래 방문자가 52.5%, 방문하지 않은 사람이 47.5%, 코로나19 이후 외래 방문자가 53.2%, 방문하지 않은 사람이 46.7%이었다(Table 2).

Table 2. Health related characteristics of the total subjects

| Characteristics                   | Pre COVID 19 | Post COVID 19 | N(%)  |
|-----------------------------------|--------------|---------------|-------|
| <b>Smoking</b>                    |              |               | 0.390 |
| Yes                               | 55(34.4)     | 73(38.8)      |       |
| No                                | 105(65.5)    | 115(61.2)     |       |
| <b>Drinking(/years)</b>           |              |               | 0.173 |
| Yes                               | 55(34.4)     | 78(41.5)      |       |
| No                                | 105(65.6)    | 110(58.5)     |       |
| <b>Sleep time(hour)</b>           |              |               | 0.932 |
| <7                                | 73(45.6)     | 89(47.3)      |       |
| 7-8                               | 73(45.6)     | 82(43.6)      |       |
| ≥9                                | 14(8.8)      | 17(9.0)       |       |
| <b>Walking</b>                    |              |               | 0.064 |
| Yes                               | 115(71.9)    | 151(80.3)     |       |
| No                                | 45(28.1)     | 37(19.7)      |       |
| <b>Subjective health status</b>   |              |               | 0.194 |
| Good                              | 13(8.1)      | 17(9.0)       |       |
| Fair                              | 74(46.3)     | 69(36.7)      |       |
| Poor                              | 73(45.6)     | 102(54.3)     |       |
| <b>Influenza vaccination</b>      |              |               | 0.090 |
| Yes                               | 102(63.7)    | 103(54.8)     |       |
| No                                | 58(36.3)     | 85(45.2)      |       |
| <b>Physical limitation</b>        |              |               | 0.934 |
| Yes                               | 56(35.0)     | 65(34.6)      |       |
| No                                | 104(65.0)    | 123(65.4)     |       |
| <b>Chronic disease</b>            |              |               | 0.945 |
| 0                                 | 81(50.6)     | 98(52.1)      |       |
| 1                                 | 38(23.8)     | 42(22.3)      |       |
| ≥2                                | 41(25.6)     | 48(25.5)      |       |
| <b>Admission(/years)</b>          |              |               | 0.758 |
| Yes                               | 31(19.4)     | 34(18.1)      |       |
| No                                | 129(80.6)    | 154(81.9)     |       |
| <b>Outpatient clinic(/2weeks)</b> |              |               | 0.898 |
| Yes                               | 84(52.5)     | 100(53.2)     |       |
| No                                | 76(47.5)     | 88(46.8)      |       |

### 3. 대상자의 정신건강 관련 특성

연구 대상자의 정신건강 관련 특성은 다음과 같다. 코로나19 이전 우울증을 치료받는 사람이 70%, 치료받지 않는 사람이 30%이었고, 코로나19 이후 치료받는 사람이 67%, 받지 않는 사람이 33%이었다. 코로나19 이전 자살을 계획한 사람이 11.9%, 계획하지 않은 사람이 88.1%이었고, 코로나19 이후 자살을 계획한 사람이 20.2%, 계획하지 않은 사람이 79.8%이었으며, 코로나19 이전 자살을 시도한 사람이 6.3%, 시도하지 않은 사람이 93.7%이고 코로나19 이후 자살을 시도한 사람이 6.9%, 시도하지 않은 사람이 79.8%이었다. 코로나19 이전 정신상담을 받은 사람이 46.9%, 안받은 사람이 53.1%이고, 코로나19 이후 정신상담을 받은 사람이 48.9%, 안받은 사람이 51.1%이었으며, 코로나19 이전 스트레스를 받은 사람이 41.3%, 안받은 사람이 58.8%이고, 코로나19 이후 스트레스를 받은 사람이 20.2%, 안받은 사람이 79.8%이었다(Table 3).

Table 3. Mental health related characteristics of the total subjects

| Characteristics             | Pre COVID 19 | Post COVID 19 | N(%)<br>p-value |
|-----------------------------|--------------|---------------|-----------------|
| <b>Depression treatment</b> |              |               | 0.551           |
| Yes                         | 112(70.0)    | 126(67.0)     |                 |
| No                          | 48(30.0)     | 62(33.0)      |                 |
| <b>Suicide plan</b>         |              |               | 0.036           |
| Yes                         | 19(11.9)     | 38(20.2)      |                 |
| No                          | 141(88.1)    | 150(79.8)     |                 |
| <b>Suicide attempt</b>      |              |               | 0.804           |
| Yes                         | 10(6.3)      | 13(6.9)       |                 |
| No                          | 150(93.7)    | 175(93.1)     |                 |
| <b>Mental counseling</b>    |              |               | 0.701           |
| Yes                         | 75(46.9)     | 92(48.9)      |                 |
| No                          | 85(53.1)     | 96(51.1)      |                 |
| <b>Stress</b>               |              |               | 0.444           |
| Yes                         | 94(41.3)     | 38(20.2)      |                 |
| No                          | 66(58.8)     | 150(79.8)     |                 |

## B. 대상자의 미충족 의료 경험 및 유형

미충족 의료는 코로나19 이전 10.6%, 코로나 19 이후 21.3%가 경험하였고, 미충족 의료를 경험한 표본의 미충족 의료 이유는 코로나19 이전 ‘경제적인 이유’가 64.7%로 가장 높았고, ‘시간이 없어서’가 두 번째로 높았으며. 코로나19 이후에도 역시 ‘경제적인 이유’가 40%로 가장 높았고, ‘코로나19와 관련된 이유’와 ‘증세가 가벼워서’가 15%로 두 번째로 높게 나타났다(Table 4).

Table 4. Unmet medical needs and reason for unmet medical needs

| Characteristics                                     | Pre COVID 19 | Post COVID 19 | N(%)  |
|---|--------------|---------------|-------|
| <b>Unmet medical needs</b>                          |              |               | 0.007 |
| Yes   | 17(10.6)     | 40(21.3)      |       |
| No  | 143(89.4)    | 148(78.7)     |       |
| <b>Main reason for unmet healthcare experiences</b> |              |               | 0.292 |
| Reasons related to COVID-19                         |              | 6(15.0)       |       |
| No time   | 3(17.6)      | 5(12.5)       |       |
| Slight symptoms                                     | 2(11.8)      | 6(15.0)       |       |
| Economic reason                                     | 11(64.7)     | 16(40.0)      |       |
| Inaccessible transportation                         | 1(5.9)       | 3(7.5)        |       |
| Fear of receiving medical treatment                 |              | 4(10.0)       |       |

## C. 대상자의 특성에 따른 미충족 의료

### 1. 일반적 특성에 따른 미충족 의료

대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 의료를 비교해 본 결과, 2019년 10.6%, 2020년 21.3%로 유의한 차이가 있었고( $p=0.007$ ), 배우자가 있는 경우 12%, 배우자가 없는 경우 25%로 유의한 차이를 보였다( $p=0.005$ ). 거주 지역, 성별, 연령, 경제 상태, 교육 수준, 직장 유무, 건강보험 유무에는 유의미한 차이가 없었다(Table 5).

Table 5. Unmet medical needs according to general characteristics

| Variable                  | Unmet medical needs |           | p-value |
|---------------------------|---------------------|-----------|---------|
|                           | Yes                 | No        |         |
| <b>Total</b>              | 57(16.4)            | 291(83.6) |         |
| <b>Years</b>              |                     |           | 0.007   |
| 2019                      | 17(10.6)            | 143(89.4) |         |
| 2020                      | 40(21.3)            | 148(78.7) |         |
| <b>Sex</b>                |                     |           | 0.176   |
| Men                       | 12(12.1)            | 87(87.9)  |         |
| Female                    | 45(18.1)            | 204(81.9) |         |
| <b>Age</b>                |                     |           | 0.397   |
| 19-39                     | 12(15.4)            | 66(84.6)  |         |
| 40-59                     | 15(13.2)            | 99(86.8)  |         |
| ≥60                       | 30(19.2)            | 126(80.8) |         |
| <b>Residence</b>          |                     |           | 0.382   |
| Urban                     | 44(15.5)            | 239(84.5) |         |
| Rural                     | 13(20.0)            | 52(80.0)  |         |
| <b>Marital state</b>      |                     |           | 0.005   |
| With spouse               | 20(12.0)            | 146(88.0) |         |
| Without spouse            | 27(25.0)            | 81(75.0)  |         |
| <b>Household income</b>   |                     |           | 0.563   |
| Low                       | 16(14.7)            | 93(85.3)  |         |
| High                      | 41(17.2)            | 198(82.8) |         |
| <b>Education level</b>    |                     |           | 0.963   |
| ≤Elementary school        | 18(17.3)            | 86(82.7)  |         |
| Middle school             | 8(17.0)             | 39(83.0)  |         |
| High school               | 18(15.0)            | 102(85.0) |         |
| ≥College                  | 13(16.9)            | 64(83.1)  |         |
| <b>Employment status</b>  |                     |           | 0.735   |
| Yes                       | 20(15.5)            | 109(84.5) |         |
| No                        | 37(16.9)            | 182(83.1) |         |
| <b>Insurance</b>          |                     |           | 0.347   |
| National health insurance | 44(15.5)            | 240(84.5) |         |
| Medical care              | 13(20.3)            | 51(79.7)  |         |

## 2. 건강 관련 특성에 따른 미충족 의료

건강 관련 특성에 따른 미충족 의료를 비교해 본 결과, 수면 시간에서 7시간 미만이 23.5%, 7-8시간이 9%, 9시간 이상에서 16.1%로 유의미한 차이를 보였고( $p=0.002$ ), 주관적 건강상태는 좋음 16.7%, 보통 9.1%, 나쁨 22.3%로 유의미한 차이를 보였다( $p=0.007$ ). 활동제한이 있는 사람이 24%, 없는 사람이 12.3%로 유의미한 차이를 보였고( $p=0.005$ ), 지난 1년간 입원치료를 한 사람이 9.2%, 안한 사람이 18%로 유의미한 차이를 보였다( $p=0.084$ ). 흡연, 음주, 걷기, 인플루엔자 예방접종 여부, 만성질환의 수, 지난 2주 이내 외래 여부에는 유의미한 차이가 없었다(Table 6).

Table 6. Unmet medical needs according to Health related characteristics N(%)

| Variable                          | Unmet medical needs |           | p-value |
|-----------------------------------|---------------------|-----------|---------|
|                                   | Yes                 | No        |         |
| <b>Smoking</b>                    |                     |           | 0.992   |
| Yes                               | 21(16.4)            | 107(83.6) |         |
| No                                | 36(16.4)            | 184(83.6) |         |
| <b>Drinking</b>                   |                     |           | 0.259   |
| Yes                               | 18(13.5)            | 115(86.5) |         |
| No                                | 39(18.1)            | 176(81.9) |         |
| <b>Sleep time</b>                 |                     |           | 0.002   |
| <7                                | 38(23.5)            | 124(76.5) |         |
| 7-8                               | 14(9.0)             | 141(91.0) |         |
| ≥9                                | 5(16.1)             | 26(83.9)  |         |
| <b>Walking</b>                    |                     |           | 0.592   |
| Yes                               | 42(15.8)            | 224(84.2) |         |
| No                                | 15(18.8)            | 65(81.3)  |         |
| <b>Subjective health status</b>   |                     |           | 0.007   |
| Good                              | 5(16.7)             | 25(83.3)  |         |
| Fair                              | 13(9.1)             | 130(90.9) |         |
| Poor                              | 39(22.3)            | 136(77.7) |         |
| <b>Influenza vaccination</b>      |                     |           | 0.675   |
| Yes                               | 35(17.1)            | 170(82.9) |         |
| No                                | 22(15.4)            | 121(84.6) |         |
| <b>Physical limitation</b>        |                     |           | 0.005   |
| Yes                               | 29(24.0)            | 92(76.0)  |         |
| No                                | 28(12.3)            | 199(87.7) |         |
| <b>Chronic disease</b>            |                     |           | 0.745   |
| 0                                 | 30(16.8)            | 149(83.2) |         |
| 1                                 | 11(13.8)            | 69(86.3)  |         |
| ≥2                                | 16(18.0)            | 73(82.0)  |         |
| <b>Admission(/1year)</b>          |                     |           | 0.084   |
| Yes                               | 6(9.2)              | 59(90.8)  |         |
| No                                | 51(18.0)            | 232(82.0) |         |
| <b>outpatient clinic(/2weeks)</b> |                     |           | 0.406   |
| Yes                               | 33(17.9)            | 151(82.1) |         |
| No                                | 24(14.6)            | 140(85.4) |         |

### 3. 정신건강 관련 특성에 따른 미충족 의료

정신건강 관련 특성에 따른 미충족 의료를 비교해 본 결과, 우울증 치료를 하는 사람에서 13.9%, 안하는 사람에서 21.8%로 유의한 차이를 보였고( $p=0.062$ ), 자살 계획을 한 사람이 24.6%, 안한 사람이 14.8%로 유의미한 차이를 보였다( $p=0.068$ ). 자살 시도, 정신 상담, 스트레스는 유의미한 차이가 없었다(Table 7).

Table 7. Unmet medical needs according to mental Health related characteristics N(%)

| Variable                    | Unmet medical needs |           | p-value |
|-----------------------------|---------------------|-----------|---------|
|                             | Yes                 | No        |         |
| <b>Depression treatment</b> |                     |           | 0.062   |
| Yes                         | 33(13.9)            | 205(86.1) |         |
| No                          | 24(21.8)            | 86(78.2)  |         |
| <b>Suicide plan</b>         |                     |           | 0.068   |
| Yes                         | 14(24.6)            | 43(75.4)  |         |
| No                          | 43(14.8)            | 248(85.2) |         |
| <b>Suicide attempt</b>      |                     |           | 0.892   |
| Yes                         | 4(17.4)             | 19(82.6)  |         |
| no                          | 53(16.3)            | 272(83.7) |         |
| <b>Mental counseling</b>    |                     |           | 0.695   |
| Yes                         | 26(15.6)            | 141(84.4) |         |
| No                          | 31(17.1)            | 150(82.9) |         |
| <b>Stress</b>               |                     |           | 0.117   |
| Yes                         | 40(18.9)            | 172(81.1) |         |
| No                          | 17(12.5)            | 119(87.5) |         |

## D. 미충족 의료에 영향을 미치는 요인

대상자인 우울증 환자의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 시행한 로지스틱 회귀분석의 결과는 다음과 같다. 앞서 카이 제곱 검정 결과에서 미충족 의료에 유의한 차이를 보이는 변수를 로지스틱 회귀모형에 투입하였다.

Adjusted model에서 2019년보다 2020년 유의한 관련성이 있었고(OR=2.52, CI=1.21-5.26), 지난 1년간 입원력이 없는 경우 입원력이 있는 경우보다 미충족 의료와 유의한 관련성이 있었다(OR=3.58, CI=1.24-10.37). 이 외 배우자 유무, 주관적 건강 상태, 활동 제한, 우울증 치료, 수면시간, 자살계획은 유의한 관련성이 없었다.

Table 8. Factors related to unmet healthcare needs

| Variable                            |                   | Crude OR<br>(95% CI) | Adjusted OR<br>(95% CI) |
|-------------------------------------|-------------------|----------------------|-------------------------|
| Year (/2019)                        | 2020              | 2.27(1.23-4.19)      | 2.52(1.21-5.26)         |
| Marital state<br>(/With spouse)     | Without<br>spouse | 2.43(1.28-4.60)      | 1.98(0.95-3.95)         |
| Subjective health status<br>(/Good) | Fair              | 0.50(0.16-1.52)      | 0.97(0.18-5.03)         |
|                                     | Poor              | 1.43(0.51-3.99)      | 2.60(0.53-12.64)        |
| Physical limitation<br>(/No)        | Yes               | 2.24(1.26-3.98)      | 1.41(0.68-2.91)         |
| Admission(/1year)<br>(/Yes)         | No                | 2.16(0.88-5.27)      | 3.58(1.24-10.37)        |
| Depression treatment<br>(/No)       | Yes               | 1.73(0.96-3.10)      | 1.62(0.30-1.28)         |
| Sleep time (<7)                     | 7-8               | 0.51(0.17-1.55)      | 0.36(0.09-1.40)         |
|                                     | ≥9                | 1.59(0.57-4.43)      | 0.93(0.25-3.40)         |
| Suicide plan (/No)                  | Yes               | 1.87(0.94-3.72)      | 1.27(0.51-3.17)         |

## IV. 고 찰

본 연구는 2019, 2020 국민건강영양조사 자료를 이용하여 우울증 환자의 코로나19 전후 미충족 의료 이용의 변화와 미충족 의료 영향 요인을 파악하고자 이 연구를 시행하였다.

본 연구 결과 우울증 환자에서 코로나19 전후 미충족 의료가 약 2배 높은 것으로 나타났다. 이는 코로나19 전후의 미충족 의료 영향을 확인하기 위한 연구에서 우울증을 진단받은 대상자의 2019년 미충족 의료가 5.5%이고, 2020년에는 10.3%였고(Kim et al., 2022), 코로나19와 미충족 의료 관련 요인을 확인하기 위해 지역사회건강조사를 이용한 연구에서 코로나19 이후 우울감을 경험하지 않은 사람의 미충족 의료가 4.7%이고, 우울감을 경험한 사람의 미충족 의료가 12.4%로 높았다(Choi, 2022). 우울증을 현재 앓고 있는 대상자를 대상으로 한 본 연구와 다르게 우울증을 진단받은 모든 대상자와 우울감을 경험한 대상자의 결과이기에 본 연구가 미충족 의료가 약 두 배 높으나 코로나19 이전보다 코로나19 이후의 미충족 의료가 높다는 결과는 본 연구와 같았다.

코로나19 전후 미충족 의료를 살펴본 바 우울증과 같은 정신질환인 조현병 환자에서는 국내 국민건강보험공단 자료로 조현병 환자 의료기관 이용을 살펴본 결과 2020년 초 코로나19의 대유행기에 입원 환자, 외래 환자 수 모두 코로나19 이전 해에 비해 감소하는 경향이 나타났다(Ryu et al., 2021). 또 다른 연구에서는 만성질환을 가진 환자에서 2020년에 전체 국민을 대상으로 미충족 의료를 조사한 한국의료패널조사의 미충족 의료가 15.1%(Park et al., 2021), 2020년 4-5월 서울특별시 거주자를 대상으로 한 전화조사에서 미충족 의료율이 13.4%(Kim et al., 2021)로 만성질환을 가진 사람의 미충족 의료가 높았다. 이러한 정신질환자나 만성질환자에 비해 일반 국민을 대상으로 2019, 2020 국민건강영양조사를 이용한 연구에서 미충족 의료를 확인한 바 코로나19 이전인 2019년 7.4%, 코로나19 이후인 2020년 7.3%로 코로나19 전후 큰 차이를 보이지 않았다(Kim et al., 2022). 이는 정신질환자나 만성질환자에서 코로나19 시기에 미충족 의료가 높아짐을 보여준다.

본 연구 결과 지난 1년간 입원치료력이 없는 환자에서 입원치료력이 있는 환자보다 미충족 의료가 높았는데 2010년 국민건강영양조사를 이용한 미충족 의료 영향요인을 확인한 연구에서는 유의하지 않은 결과였으나 우울증이 치료 요구 횟수와 우울증의 심각도 사이에는 유의미한 양의 관계가 있다는 선행연구로(Houtjes et al., 2010), 입원치료력이 있는 환자에서 미충족 의료가 낮다는 것을 확인할 수 있다.

코로나19로 인한 우울증 환자의 미충족 의료의 증가는 코로나19 확산을 막기 위해 우리나라뿐만 아니라 전 세계적으로 사회적 거리두기와 같은 봉쇄조치가 시행되고, 의료

접근이 제한되었고(Lee, 2021), 코로나19 환자 수가 증가하자 상급종합병원 및 대학병원의 의료인력이 코로나19 확진 환자 치료에 집중되었고, 만성질환자 등에 대한 외래진료가 중단되는 보건소가 상당수 있었다(Park et al., 2021). 또한 조현병과 같은 정신질환에서 병원에서의 공동생활과 건강행동이 결여되어 신체적으로 면역력이 저하되어 있어 코로나19의 감염에 취약하여 조현병 환자의 코로나19 감염률이 일반인에 비해 약 9.9배 높았다(Wang Q et al., 2021). 국내 보고에서도 중증 정신질환자는 일반인에 비해 코로나19에 감염되었을 때 중증으로 이환되거나 사망하는 비율이 2.3배 높게 나타났다(Lee SW et al., 2020). 국내에서는 전체 정신질환자의 약 15%가 정신건강 서비스를 이용하고 있고, 증상이 발현되고 최초로 치료를 하기까지 평균 1년 이상 소요되었다(Park, 2017). 실제 본 연구에서 현재 우울증을 앓고 있는 우울증 환자가 2019년 1.9%, 2020년 2.5%로 증가하였고 코로나19에 대한 두려움과 우울증에 대한 치료를 미룸으로써 미충족 의료가 늘어난 것으로 보인다.

다른 질환보다 우울증 환자의 코로나19 전후 미충족 의료율이 특히 높은데 이는 코로나19 전보다 코로나19 이후 감염 격리 조치와 같은 이유로 경제적 상태 변화와 고립으로 우울증 환자가 증가하였고(Park, 2022), 상대적으로 지방 공공의료원의 코로나19 전담병원화와 종합 병원 이상의 경우 내원 주기가 긴 대형병원의 진료환경 영향으로 인해 미충족 의료율이 높은 것으로 보인다. 이에 반해 만성질환자들의 경우 코로나19 유행에 환자와 의료진의 감염병 노출을 막고자 비대면 진료를 시행하고(Park et al., 2021), 높은 연령의 사람들이 만성질환을 보유하고 있고 높은 연령에서 미충족 의료율이 낮아 미충족 의료 경험률은 줄어들었다는 연구결과를 토대로(KIHSA, 2021) 코로나19로 인한 미충족 의료율이 높아졌으나 우울증 환자에 비해 낮은 것으로 보인다. 또한 무기력하고 전반적인 활동에 대한 정신기능이 저하되는 우울증의 특성상 코로나19 시기에 외출을 자제, 만남을 최소화하는 등의 제한적 생활과 그들의 생각이 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있어(Slade et al., 2004) 미충족 의료율이 높게 나타날 수 있다고 생각한다.

본 연구의 제한점으로는 2019년과 2020년의 자료만을 이용하였기에 현재까지 지속되고 있는 코로나19 전체 유행 기간을 고려하지 않아 전 기간 동안의 변화에 대한 연구가 필요할 것으로 보인다. 또한 국민건강영양조사를 이용한 2차 자료 연구이기에 미충족 의료가 우울증 환자의 정신건강에 대한 미충족 의료인지 다른 질환에 대한 미충족 의료인지 확인이 어렵다. 따라서 우울증 환자의 정신건강에 대한 미충족 의료와 영향요인을 파악하여 본 연구 결과의 유효성을 검증하는 후속 연구가 필요하다.

이러한 제한점에도 불구하고 성인, 만성질환자들에 대한 미충족 의료 연구나 코로나19 전후 미충족 의료 연구는 활발히 이루어지는 반면 우울증 환자에 대한 코로나19 전

후 미충족 의료뿐만 아니라 우울증 환자의 미충족 의료 영향 요인을 분석한 연구 결과는 부족한 실정이다. 이에 본 연구는 코로나19와 같은 감염병 유행 시기에 우울증 환자의 미충족 의료 변화를 파악하고, 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 파악하는데 근거자료가 되는 연구로서 의의가 있다. 향후 코로나19와 같은 감염병 유행 시기에 우울증 환자는 더 증가할 것이며 심각한 경우 자살을 유발하는 우울증 환자의 치료를 위한 지역사회 정책 마련에 기반을 준다. 사회적 거리두기, 코로나19 확진으로 인한 격리와 같은 고립으로 우울증 환자가 많아졌으며 병원의 부재, 우울증 환자의 질환 특성상 코로나19로 인한 미충족 의료에 영향을 끼쳤을 것으로 생각된다. 이에 앞으로의 감염병 상황에서도 우울증 환자의 우울증 치료를 활발하게 받을 수 있는 환경을 만들어야 할 것이다.

## V. 요약 및 결론

본 연구는 2019, 2020 국민건강영양조사 자료를 이용하여 우울환자의 코로나19 전 후 일반적, 건강관련, 정신건강관련 미충족 의료 이용의 변화와 미충족 의료 영향 요인을 파악하고자 하였다. 총 대상자는 2019년 160명, 2020년 188명이었으며 SPSS 27.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 분석방법은 빈도분석, 카이제곱 분석, 다중 로지스틱 회귀분석을 이용하였고, 통계적 유의수준은  $P\text{-value} < 0.1$ 을 기준으로 검정하였다.

본 연구 결과 우리나라 우울환자의 미충족 의료는 코로나19 전 10.6%, 코로나19 후 21.3%였다. 통계적 유의함에 따라 본 미충족 의료에 유의한 영향 요인은 년도, 1년 이내 입원 유무가 유의한 관련성이 있었고, 주관적 건강상태, 우울증 치료 여부, 수면 시간, 자살 계획과 미충족 의료와는 관련성이 없었다.

본 연구 결과 우울환자의 코로나19 전 후 미충족 의료율이 높아졌음을 알 수 있었다. 향후 감염병 유행 시기에 우울환자의 우울증 치료를 위한 진료 접근성을 높일 수 있을 것으로 기대하며, 조속한 치료가 이루어질 수 있도록 국가적인 제도를 만들어야 할 것이다.

## 참고문헌

- A.L. Diamant, R.D. Hays, L.S. Morales, W. Ford, D. Calmes, S. Asch, N. Duan, E. Fielder, S. Kim, J. Fielding(2004). Delays and unmet need for health care among adult primary care patients in a restructured urban public health system. *American Journal of Public Health*, Vol.94(5);783-789
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
- Campo-Arias, A., & De Mendieta, C. T. (2021). Social determinants of mental health and the COVID-19 pandemic in low-income and middle-income countries. *The Lancet. Global Health*, 9(8), e1029.
- D.J. Kim(2017). Health Plan 2020: Promotion of Health Behaviors and Prevention of Chronic Diseases. *Health and Welfare Policy Forum*. Vol.246(0);6-21
- World Health Organization. *Depression* [Internet]. 2023 [cited 2023 January 13].
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Healthcare*, Cambridge, Harvard University Press.
- E.J. Park, E.S. Song, S.G. Choi , (2021). The impact and policy challenges of COVID-19 on the use of medical services and medicines: Focusing on unmet medical care. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- E.J. Park , E.S. Song (2021). report of Korea health panel survey 2019 (Ⅱ). Korea Institute for Health and Social Affairs.
- G.H. Kim, J.A. Seo. Differences in Unmet Healthcare: Before and After COVID-19 Pandemic. *The journal of Humanities and Social Sciences* 21. 13.6 (2022): 929-942.
- Houtjes, W., Van Meijel, B., Deeg, D. J., & Beekman, A. T. F. (2010). Major depressive disorder in late life: A multifocus perspective on care needs. *Aging & Mental Health*.14(7), 874 - 880. doi:10.1080/13607861003801029
- H.J. Kim. Factors Related to Korean Adults' Unmet Medical Needs by Age Group: Data from the 8th Korea National Health and Nutrition Examination Survey(2019, 2021). *The Journal of Korean Nursing Research* 7.1 (2023): 35-47.
- H.J. Lee. Only 18% of depressed patients receive counseling and treatment: due to social prejudice and disadvantage. 6.6% of adults are depressed Suffering from hypersis. *Seoul Public News* 2015 10. 05 ; Available for <http://go.seoul.co.kr/news/newsView.php?id=20151006011010&rftime=20150630>.

- J.A. Kim, M.S. You, C.W. Shon, (2021). Impact of the COVID-19 pandemic on unmet healthcare needs in Seoul, South Korea: a cross-sectional study. *BMJ open*, 11(8), e045845. doi: 10.1136/bmjopen-2020-045845
- J.A. Turner, M. P. Jensen, and J. M. Romano, "Do beliefs, coping, and catastrophizing independently predict functioning in patients with chronic pain?," *Pain*, Vol.85, No.1-2, pp.115-125, 2000
- J.E. Jang, H.J. Yoon, E.C. Park, S.I. Jang(2018), Unmet Healthcare Needs Status and Trend of Korea in 2016. *Health Policy and Management*. Vol.28(1);91-94.
- J.M. Roll, J. Kennedy, M. Tran, D. Howel(2013), Disparities in Unmet Need for Mental Health Services in the United States, 1997-2010. *Psychiatric Services*, Vol.64(1);80-82.
- J.W Choi(2022), Factors related to COVID-19 and unmet medical needs, Yonsei University
- J.W. Park, C.H. Nelson(2005), Unmet Needs for Mental Health Care and Its Implication for Health Education in Canada. *Korean Journal of Health Education and Promotion*, Vol.22(3);29-47
- J.W. Shin , S.J. Moon , S.H. Jeong (2021). COVID-19 and medical service use experience. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Korea National Health and Nutrition Examination <https://knhanes.kdca.go.kr/knhanes/main.do>
- L.A. Aday, R. Andersen(1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*. Vol.9(3);208-220.
- P.H. Lee. (2021). Exploratory Research into The Impact of COVID-19 Epidemic on Deaths and Utilization of Health Care. Health Insurance Review and Assessment Service.
- Mathers CD, Loncar D. 2005. 'Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002-2030: data sources, methods and results', World Health Organization: 1-130.
- Nagata, J. M., Ganson, K. T., Bonin, S. L., Twadell, K. L., Garcia, M. E., Langrock, O., ... & Abdel Magid, H. S. (2022). Prevalence and sociodemographic correlates of unmet need for mental health counseling among adults during the COVID-19 pandemic. *Psychiatric Services*, 73(2), pp.206-209
- R. Choi, B.D. Hwang(2014), Influencing Factors and Trend of Suicidal Ideation in the Elderly : Using the Korea National Health and Nutrition Examination Survey(2001, 2005, 2010), *Korean Journal of Health Education and Promotion*, Vol.31(5);45-58.

- R. Choi, B.D. Hwang(2016). Analysis of Unmet Medical Needs according to Mental Health. *The Korean Journal of Health Service Management* 10.1 : 117-129.
- S.E. Song (2022). The analysis of factors affecting unmet medical experience in early COVID-19 pandemic. Dankook University.
- S. Huh, M.G. Kim ,S.H Lee, S.J Kim . Policy Options to Tackle Unmet Health Needs. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2009-05. 2009.
- S. Park. How do you manage the quality of care in the area of mental health?.*psychiatricnew* 2017 3. 31 ; Available for <http://www.psychiatricnews.net/news/articleView.html?idxno=2646>
- S. Ryu , H.J. Nam , J.M. Kim , S.W. Kim . Current and future trends in hospital utilization of patients with schizophrenia in Korea: a time series analysis using National Health Insurance Data. *Psychiatry Investig* 2021;18:795-800.
- S.S. Han, S.H. Jeong, S.W. Kang, W.K. Yo. (2014). Effects of Social Support on Depression Among Middle and Old-Aged People. *The Korean Journal of Health Service Management*, 8(2), 197-208.
- S.W. Lee , J.M Yang, S.Y. Moon, I.K. Yoo , E.K. Ha , S.Y. Kim , et al. Association between mental illness and COVID-19 susceptibility and clinical outcomes in South Korea: a nationwide cohort study. *Lancet Psychiatry* 2020;7:1025-1031.
- S.Y. Park (2022). Changes in depression prevalence before and after the COVID-19 outbreak. Yonsei University.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M, & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life *Psychotherapy and Psychosomatics*. 73(3), 183 - 189. doi:10.1159/000076456
- Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. *World Psychiatry* 2021;20: 124-130.
- W Houtjes, B van Meijel, D J H Deeg, A T F Beekman, Major depressive disorder in late life: a multifocus perspective on care needs, 2010 Sep;14(7):874-80.