

## 농촌지역에 거주하는 다빈도의료이용자의 복합만성질환 경험 특성

### The attribute of multiple chronic diseases experience of frequent medical overusers in rural area

Jungmin Joo<sup>1</sup>, Myongsoon You<sup>2,3,\*</sup>

<sup>1</sup>Division of Public Health & Preventive medicine Seoul National University Hospital

<sup>2</sup>Graduate School of Public Health Seoul National University

<sup>3</sup>Institute of Health & Environment Seoul National University

#### Abstract

**Objectives:** Multiple chronic diseases are known to affect the amount of medical service use such as the number of visiting medical institutions and outpatient medical expenses. The purpose of this study was to investigate the characteristics of multiple chronic diseases experience of frequent medical service user living in the rural area which can provide basic data on the chronic disease policy

**Methods:** The participants of the study were multiple chronic patients with more than 4 chronic diseases among the highest 1% of all medical service users based on the National Health Insurance claims data of 2013. Patient and their doctors randomly selected, qualified researchers performed semi-structured in-depth interviews. 10 cases as 'residents' of the rural area and 3 cases of doctors were analyzed using the consensual qualitative research method.

**Results:** The subject areas of the individual cases were extracted from thematic domain: the perception of cause of the disease, the local primary medical institution, and the disease management behavior, five key concepts were extracted to explain the disease experience characteristics of the chronic disease patients in the rural area. For cross cases it has been shown that the experience of multiple chronic illnesses is a trail of a tough life, being fixed through repetitive controlling body to work. In addition, the lack of medical goals and the visit to medical institutions as a leisure activity shows that there was a need to understand the nature of the disease experience in the organizational context of the healthcare infrastructure.

**Conclusion:** Chronic diseases can't be cured, and the improvement and deterioration of the condition are repeated throughout life, so a supportive primary health care is essential as well as self-management in rural area

**keywords:** Multiple Chronic Conditions, Medical Overuse, Attitude to Health, Rural Health Services

#### Introduction

복합질환(multimorbidity)은 '2개 이상의 질환이 한 개인에게 동시에 존재하는 상태로[1], 재원기간 증가, 의사방문횟수 증가 등 의료의 양, 비용과 밀접한 관계를 갖는 것으로 알려져 있다[2]. 한국의료패널데이터를 분석한 선행연구 결과, 복합만성질환자는 단일 만성질환자 보다 평균 방문 의료기관 수가 더 많았는데, 만성질환을 1개 가진 사람에 비해 만성질환을 2개 가진 사람

의 방문 의료기관 수는 3.14배, 3개 가진 사람은 4.57배, 4개 가진 사람은 5.56배, 5개 이상 가진 사람은 6.91배 더 많은 것으로 확인되었다[3]. 복합만성질환자군의 외래의료비 총액은 380,033원(보험자 부담금 292,373원)으로 비복합만성질환자군보다 1인당 연간 1.6배 높았고 개인 의료비뿐만 아니라 보험 재정에도 영향을 미치고 있어[4] 사회적 중재의 필요성이 높다고 볼 수 있다.

복합만성질환자에 대한 연구는 비교적 최근

\* Corresponding author: Myungsoon You (msyou@snu.ac.kr, 02-880-2774)

Graduate School of Public Health, Seoul National University, 599 Gwanak-ro, Gwanak-gu, Seoul 151-742, Korea.

시작되었지만 용어에 대한 개념은 아직까지 정립되지 않은 상황이다. 그동안 복합적인 또는 동반된 질환이 있는 상태를 지칭하는 용어로 ‘multiple long - term conditions’[5], ‘multiple chronic conditions’[6-8], ‘comorbidity’[9-11], ‘secondary complications’[12], ‘multimorbidity’[13] 등이 혼재되어 사용되어 왔다. 우리나라에서는 두 가지 이상의 만성질환을 동시에 앓는 상태를 설명하기 위해 주로 ‘comorbidity’를 ‘동반질환’, ‘동반이환’, ‘중복이환’, ‘동반이환’ 등으로 번역하여 사용해왔으나 해당 용어는 기저 질환(initial diagnosis) 또는 지표 조건(index condition)으로부터 촉발된 질환이 있는 상태를 지칭하는 개념으로, 의학적으로 원인적 인과성이 없는 두 가지 이상 만성질환이 동시에 존재하는 상태를 설명하지 못한다. 이는 우리나라 보건의료체계에서 심뇌혈관질환과 근골격계질환 등 복합만성질환자의 질환상태를 본질적으로 다루는 현상이 일부 반영된 것으로 볼 수 있다. 그러나 환자에게 경험되는 복합만성질환은 병인론적으로 인과성이 있는가 여부와 무관하게 환자의 생애에서 연속적으로 경험된다. 따라서 각 만성질환을 본질적으로 파악하는 생의학적 관점보다는 질환들의 복합적인 영향에 대한 적절한 이해를 가능하게 하는 복합질환(multimorbidity)의 개념을 사용할 필요가 있다.

선행연구에서 복합만성질환자의 질환 경험은 여러 건강문제들이 일상에 영향을 미치는 가운데 약물, 치료, 의료이용의 관리 행태[14], 자기 정체성 변화와 회복[15-16]의 측면에서 주로 다루어졌다. 이는 질병의 수용도가 높고 적극적인 자가관리를 실천하는 ‘이상적 환자’로 연구의 초점이 제한되어 있음을 의미한다. Hujala 등(2014)은 이에 대해 보건과 사회복지 영역에서 복합만성질환자를 보는 관점이 치료 대상자(medical perspective) 제도적 관리 대상자(Technical perspectives) 전문가의 동반자(Collaborative perspectives), 자기 건강에 대한 책임자(Individual perspectives)로 제한되어 있기 때문이라고 설명했다[17]. 우리나라에서는 복합만성질환자의 분포현황, 유병현황과 관련된 역학적 연구만이 수행되어[18-20] 아직 복합만성질환자에 대한 관점이 확립되지 않았다고 볼 수 있다.

여러 의료기관을 방문하거나 방문횟수가 많아

실제 필요로 하는 의료수요 이상의 서비스를 사용하는 다빈도 의료이용의 행태는 현재 의료접근성이 높은 우리나라 복합만성질환자에서 일부 나타나고 있다. 이들은 의료이용 요구가 높으나 질환 관리의 수준이 매우 낮은 상태로 기존에는 보험자에 의해 ‘합리적 의료이용’에 대한 계도의 대상으로 여겨져 왔다[21].

한편, 농촌지역은 상대적으로 부족한 보건의료인프라로 인해 거주민들의 건강 취약성이 높은 것으로 알려져 있다. 우리나라 농촌에 거주하는 노인은 도시에 거주하는 노인에 비해 연령 상승에 따라 주관적 건강상태가 더 나쁘다고 인식하고 있었으며 실제로 보건사회연구원(1998)의 지역별 만성질환 유병률 통계에서도 우리나라의 노인의 전체 만성질환 유병률 86.7%에 비해 군지역 노인의 만성질환 유병률은 89.1%로 2.4%p 높았으며 시지역 노인(85.3%)에 비해서는 3.8%p 높은 것이 확인되었다[22]. 농촌지역의 보건의료서비스 접근성은 시지역에 비해 상대적으로 취약하여, 10분 미만의 거리에 이용할 수 있는 의료기관이 있다고 응답한 비율은 도시 22.9% 농촌 12.3% 수준으로 나타났다[23]. 일차보건의료 시설 수 자체도 인구 수 대비 부족한 편으로 2015년 기준 인구 20만703명인 인천 용진군의 의원은 2개, 인구 1만8197명의 경북 영양군은 1개, 인구 1만264명의 경북 울릉군에는 의원이 없는 것으로 확인되어 인구대비 의원의 개수가 가장 많은 서울 강남구(1,444개소)와 대비되었다[24].

본 연구는 2014년 국민건강보험공단에서 발주한 ‘복합만성질환자의 의료이용 행태분석을 통한 합리적 의료이용 지원방안 마련 연구’에서 수행된 인터뷰 자료 중 농촌거주자 자료를 연구목표에 따라 재분석한 것이다. 농촌에 거주하는 복합만성질환자들 중 병식(insight) 수준이 낮은 것으로 추정되는 다빈도 의료이용자의 질환 경험은 복합만성질환의 경험에서 농촌이라는 생활공간의 제한적 보건의료자원이라는 특성이 반영된 고유한 대응전략을 가지고 있을 가능성이 높으며, 이것이 농촌지역 보건의료제도의 현실적 문제점을 반영하고 있을 가능성이 높다. 이는 보건의료의 형평성에 대한 논의뿐만 아니라 향후 보건의료 정책수용성 향상 전략에서 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 여기에서 ‘농촌’은 행정구역 상의 시군구, 읍면동의 구분이라기 보

다는 농림수산업 등 일차산업을 주 산업으로 하는 생활공간으로서 도시와 대비되는 공간이라는 대상자들의 주관적인 구분에 기반하고 있음을 밝힌다.

## Methods

### 1. 연구대상

연구 대상자 선정기준은 다음과 같다. 우선 복합만성질환자군의 선정은 2013년도 국민건강보험 청구자료를 기준으로 의료이용 전체 상위 1%에 해당하는 외래내원일수 150일 이상 가입자 98,541명을 1차 추출 후 이들의 연령분포를 확인한 결과 가장 높은 비중을 차지하고 있는 70대, 60대, 50대로 연령군을 제한하기로 하였다 (n=83,141). 선행 연구에서 다빈도 외래이용자 구분 기준을 참고하여[25] 내원일수가 365일 이상인 가입자 970명을 2차 추출하였다. 2013년도 청구자료 분석결과 내원일수 150일 이상 의료이용자의 보유 만성질환 수에 따른 분포에서 2개 집단과 3개 집단 간 차이가 통계적으로 유의하지 않았고, Jung 등[18]의 연구에서 우리나라 65세 이상 고령자의 평균 만성질환 개수가 4.1개로 확인되어 복합만성질환의 기준을 4개로 정의하고, 2차 추출된 가입자에서 보유 만성질환이 4개 이상인 165명을 3차 추출하였다. 이 중 실제적 의료이용의 필요성이 높은 암[C00-C97, D00-D09], HIV[B20-B24], 만성신부전증 [N18-N19] 환자, 정신질환으로 인해 의사소통이 어려운 자(치매 또는 중증 정신질환으로 진단받은 자)[F00-F99, G20-G41] 83명을 배제한 후 82명 대상자 중 성별이나 질환, 거주지역에 관계없이 무작위로 30명을 선정하였다. 선정기준(inclusion criteria)을 충족한 대상자의 의료이용패턴(이용일수, 이용기관)이 큰 차이를 보이지 않았기 때문에 이때의 무작위 선정은 타당하다 볼 수 있다. 이들 무작위 선정 대상자 30명에게 전화로 연구의 목적과 방법을 설명한 후 최종적으로 연구에 동의한 15명을 ‘복합만성질환자의 의료이용 행태분석을 통한 합리적 의료이용 지원방안 마련 연구’의 대상자로 선정하였다.

본 연구에서는 상기 연구의 대상자 15명 중 현재 읍단위 이하 지역에 거주하고, 성인이 이전에 농림수산업의 생산 또는 유통과 관련된 노동에 참여한 경험이 있는 이들을 ‘농촌거주자’로 조작적으로 정의, 분류하고, 이들의 인터뷰

내용을 ‘농촌거주 다빈도의료이용자의 복합만성질환 경험 특성’이라는 연구주제에 따라 재분석하였다. 의료제공자군의 선정은 각 연구대상자가 최다빈도로 이용한 의료기관에 연구에 대해 설명하고 참여의사를 확인한 후, 참여에 최종 동의한 3개 기관의 의료제공자를 선정하였다.

### 2. 자료수집

자료수집은 2014년 8월 9일부터 10월 3일까지 훈련 받은 조사원에 의해 실시되었다. 자료수집 방법으로 반구조화 된 심층 인터뷰를 활용하였다. 복합만성질환자군 대상자에게는 공통된 핵심질문이 제시되고, 이후 대상자의 답변을 참조하여 추가 질문을 제시하는 방식으로 자료를 수집하였다. 자료의 질 확보를 위해 핵심질문과 프로토콜을 질적연구 전문가 2인이 개발, 교차검토 하고 조사원에 대한 교육훈련을 실시하였다. 의료제공자군 대상자는 사전에 정해진 핵심질문 없이 비구조화된 인터뷰를 실시하였다. 심층 인터뷰는 대상자의 희망에 따라 거주지나 근무지 내 독립된 공간 또는 외부의 독립된 공간에서 실시되었으며 인터뷰 내용은 대상자들의 동의를 받은 후 녹음되었다. 대상자들에게는 연구참여에 따른 소정의 인센티브가 지급되었다.

### 3. 분석방법

합의에 의한 질적연구법(consensual qualitative research)은 현상학(phenomenological), 근거 이론(grounded theory), 포괄적 과정 분석(comprehensive process analysis)의 요소들을 통합한 분석방법이다[26]. 이는 충분한 주제가 확보될 때까지 대상자를 계속 모집하는 근거이론방법과는 달리 제한된 대상자 집단에 대한 질적연구자료를 분석하는데 유용하다. 분석 과정은 수집된 자료를 바탕으로 각 사례 별로 주제를 추출하고(within case analysis) 사례 간 공통 주제를 추출한 후(cross case analysis) 여러 사례들에서 나타나는 결과의 대표성을 검토한다.

사례 내 분석은 우선 주제 영역(domain)을 개발한 후 사례마다 핵심 개념(core idea) 또는 주제를 도출한다. 자문역할을 하는 다른 연구자는 각 영역과 핵심 개념을 확인하고 연구자와 합의가 이루어지도록 수정한다. 사례 내 분석 과정에서 연구자는 선행연구나 연구가정에 기반하여 개발한 주제 영역에 각 대상자의 사례가 어느정도 부합하는가를 확인할 수 있다.

사례간 교차 분석은 모든 사례를 통합한 후 주제 영역을 개발하는 방법으로 근거 이론을 위시한 전통적 질적연구의 범주화 및 추상화 작업과 맥을 같이 한다. 주제 영역의 도출에는 앞서 수행한 사례 내 분석 결과를 의도적으로 배제하지 않도록 하였다. 사례 간 분석을 통해 연구자는 주관을 넘어선 새로운 주제를 발견할 수 있으며 개별 사례에서는 그 의미가 두드러지지 않았지만 의미 있는 경험을 확인할 수 있다. 여기에서 ‘의미 있는 경험’이란 몇 명의 대상자가 공통으로 경험했느냐 보다는 경험의 강도와 맥락을 고려하여 반영하였다.

모든 과정에서 분석을 담당하는 연구자들은 자문연구자와 합의가 이루어질 때까지 동료검토를 수행하였다. 동료검토법은 질적연구에서 연구자가 기술한 연구결과가 얼마나 정확한지를 나타내는 타당성 확보의 방법으로 사용되어 왔다[27].

본 연구에서는 우선 훈련 받은 담당 조사원과 자문역할을 하는 질적연구 전문가 1인이 대상자별 사례를 반복해서 읽고, 주제 영역을 개발한 후 의미 있는 단어나 표현을 분석하여 이야기의 핵심이 되는 핵심 개념(core idea)을 도출하였다. 핵심 개념의 도출은 대상자의 발화 내용 중 사용된 의미 있는 단어를 이용하여 문장형태로 재정리(restatement)하는 방식을 사용하였다. 이후 전체 사례를 포괄하는 주제 영역을 도출하고 질적연구 전문가 2인과 감수자 1인을 포함한 연구진이 이에 대해 합의의 과정을 거쳤다.

연구의 특성상 인용문에 포함된 비문, 맞춤법 오류나 틀린 표현들은 대상자의 ‘언어’를 왜곡 없이 전달하기 위한 것으로 연구진의 기술 오류가 아님을 밝힌다.

#### 4. 윤리적 고려

본 연구는 ICH-GCP 임상시험관리기준 및 2013년 개정된 가장 최신의 헬싱키 선언에 기초하는 윤리적 원칙과 해당되는 규제 요구 사항에 따라서 계획되었다. 윤리성에 대한 심의는 서울대학교 연구윤리심의위원회에 의뢰되었으며 2014년 8월 8일 심의승인 되었다(IRB No. 1408/001-012). 모든 연구는 심의 승인 이후 수행되었다.

### Results

#### 1. 대상자의 사회인구학적 특성 및 질환 특성

연구에 참여한 대상자(환자)는 총 10명으로 연령별 분포는 50대 2명, 60대 6명, 70대 2명이며, 성별 분포는 남성 5명, 여성 5명이다(Table 1). 대상자 중 4명은 차상위계층으로 의료급여 혜택을 받고 있었다. 대상자들의 청구자료 분석결과 근골격계 질환이 최다빈도 주상병으로 청구된 사례는 8건이었고, 나머지 2명은 신경통, 당뇨병이 최다빈도 주상병으로 청구되었다. 일 개 도시의 다빈도의료이용자를 분석한 Kim 등[28]의 연구에서도 총 의료이용 건수 87,496건 중 근골격계 질환으로 이용한 건수가 59.7%로 가장 많으며, 신경계 질환(3.4%), 당뇨병(1.9%) 순으로 나타나 주상병에 따른 표본의 구성은 대표성이 있는 것으로 볼 수 있다.

대상자들의 내원 일 수 평균은 535.70일이며, 최대 내원 일 수는 1,280일(환자 G) 최소 내원 일 수는 374일(환자 F) 이었다. 대상자들의 총 이용 의료기관 수 평균은 12.70개이며 최대 이용 의료기관 수는 21개(환자 E), 최소 이용 의료기관 수는 5개(환자 I) 였다..

**Table 1.** social-demographic characteristic of patient group

	Age	Sex	lower income	Main Sick	Days of medical use/year	N. of visited medical institution
A	76	M	Y	Low back pain	393	13
B	59	F	Y	Postherpetic neuralgia (zoster)	394	6
C	61	M	Y	Low back pain, Indigestion, Simple chronic bronchitis	439	13
D	61	M	Y	Radiculopathy, low back pain	906	20
E	69	F	N	Spinal stenosis, Simple chronic bronchitis	404	21
F	67	F	N	Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle of trunk, Spinal stenosis, Parkinson's disease	374	18

G	73	M	N	Low back pain, Asthma	1,280	13
H	69	F	N	Type 2 diabetes mellitus, Coxitis	400	7
I	56	F	N	low back pain, Chronic rhinitis Simple chronic bronchitis,	377	5
J	69	F	N	Osteoarthritis, Antritis (chronic)	390	11

연구에 참여한 대상자(의료제공자)는 총 3명으로 모두 읍단위에서 의원급 의료기관을 운영하고 있었고 진료과목은 내과, 가정의학과, 정형외과 등 일반 의원급 진료를 포괄하고 있었다. 대상자 중 제공자M은 흉부외과 전문의 수련을 마쳤고 그 외 두 명은 일반의였다(Table 2)

**Table 2.** profile of doctor group

	Sex	institution	subject	Medical Specialist
K	M	local clinic	general	N
L	M	local clinic	general	N
M	M	local clinic	general	Y

2. 사례 내 분석(within case analysis) 결과

대상자들의 개별 사례에서 의미 있는 표현은 크게 개인적 경험에 기반한 질환을 얻게 된 계기, 이를 치료하기 위한 과거 치료 이력, 현재의 피로움, 심리상태와 관련하여 포착되었다. 사례 내 분석에서는 전체 연구주제와 관련한 주제 영역으로 질환 원인인식 미비, 지역 일차의료기관, 질환 관리 행태의 3 개를 선정하였다. 이후 각각의 사례에서 대상자를 드러낼 수 있는 가장 의미 있는 표현을 추출하여 핵심개념을 선정하였다. 이후 핵심개념을 주제 영역으로 분류하였다.

주제영역 1) 질환 원인 인식 미비

핵심개념 (1) 질환 발생 원인, 관리방법에 대한 잘못된 신념

대상자들은 질환이 왜 발생했는가에 대해 근로환경, 개인의 생활습관 등의 영향력을 고려하지 않고 있었으며 잘못된 신념으로 질병을 받아들이고 대응하는 단계로 이행하지 못하고 있었다.

“몇 년 됐어요. 그래 갖고는 약이 한 두 가지가 아니여. 약을 겁나게 먹어라.”(환자 C)

환자 C 는 통증의 부위나 양상을 잘 표현하지 못하며 질환의 원인에 대해서도 이해하지 못한

채 다만 ‘아프니까 병원에 간다’고 말한다. 교도소에서 복역한 전력과 장애인인 부인 때문에 가족과 동네주민으로부터 미움을 받고 있다고 생각한다. 어린 시절 부모를 잃고 농촌지역의 시장에서 노숙하며 도축일을 했고 결혼 후에는 개장수를 하다가 사고가 잇달아 발생하여 ‘부정’을 탔다고 생각한다. 얼마 전 또 교통사고를 당해 무릎뼈가 부러졌고 저녁에는 통증 때문에 잠을 잘 수 없는데 자신이 특히 개를 많이 죽여서 부정을 탔다고 생각하고 있다.

“미안합니다 나도 몸이 좀 건강하면 옛날에 내가 피해를 안주던 사람인데 밤낮을 모르고 내가 일을 하는 사람인데 없는 사람도 많이 도와줬는데 내가 가만히 생각해보면 와 그랐는고 싫어요 내가 남한테 죄도 안 지었는데 와그런가 싶어“ (환자 G)

환자 G 는 농업에 종사하다 3~4 년 전 뇌경색으로 쓰러진 후 매일 병원에 다니며 침, 물리치료, 링겔(진통제, 영양제)를 맞아왔다. 허리를 다친 후에는 통증이 심해져 하루도 병원을 가지 않으면 통증으로 화장실도 못갈 정도인데 지금도 질병이 발생한 원인을 받아들이기 어렵다. 뇌경색 치료로 집 한 채를 팔아서 치료비로 다 써서 경제적으로 어려운 상황이다.

“처음에 한번 쭉 가면 치료를 받아서 조금 며칠은 좋았는데 나중에 인자 그 치료를 받으면 안 듣더라고 그러면 그러다 보면은 딴 병원을 가지” (환자 A)

환자 A 는 차량에 농산물을 싣고 팔러다니는 장사일을 35 년 간 했다. 50 대에 장사 도중 허리를 다쳐 수술을 했고, 15 년 후에 또 수술을 했다. 허리수술만 총 여섯 번했고 지금은 여러병원을 다니며 근육주사를 맞는다. 그러지 않고는 통증 때문에 움직일 수 없다. 여러군데 병원을 돌아다니는 이유는 치료에 내성이 생기기 때문이다. 왜 아픈건지 병명도 모르고 원인도 모른다.

주제영역 2) 지역 일차의료기관

핵심개념 (1) 지역 의료기관에 대한 불신

대상자들은 자신의 질환 상태를 해결하는데 의사나 의료기관이 도움을 줄 것이라고 기대하지 않았다. 지역 의료기관의 의사는 실천하기 어려운 것들을 루틴하게 충고하는데 그치고 있으며, 환자를 돈벌이 수단으로 보는 게 대부분이다.

‘음식 조절, 조심하라고 한다. 안 되는 거 같아... 선생님이 시키는 대로 안 되는 거 같아.’  
‘이리저리 살다가 죽는 거지 뭐... 인자는 뭐 별 뽀죽한 수도 없다’(환자 D)

환자 D 는 어린 시절부터 벽돌 공장, 포장 공장에서 아황산가스와 종이가루를 마셔가며 일했다. 젊었을 때는 괜찮았는데 나이가 들면서 자꾸 아픈 데가 생긴다. 안 좋은 일이 많았던 57 세 경부터 몸이 아프기 시작했다. 만성위염, 변비를 비롯해 관절염, 허리통증, 불면증 등 여러 신체증상들을 호소하고 있으나 의사의 지시는 잘 따르지 않는다. 혈당검사결과를 보고 스스로 ‘당뇨’라고 생각하지만 병원에서는 당뇨진단을 내려주지 않고, 수술도 해주지 않는다. 그래서 의사는 뻔한 얘기만 반복하고 믿을 수 없는 존재라고 생각한다.

“진심으로” 환자를 봐주는 병원이 있고 장사하는 병원이 있다“(환자 J)

환자 J 는 30 년동안 한복 짓는 일을 해왔고 허리가 많이 안 좋다. 첫 아이가 사망한 이후 충격으로 몸이 약해졌고 그 이후 유산도 4-5 번 했는데 산후조리를 못해서 몸이 약하다. 허리가 아파서 병원에 가면 물리치료만 받거나 주사만 맞는다. 약은 위가 약해 먹을 수 없어서 처방전을 발행해주려 하면 가져 간 약이 집에 있다고 대답하면서 안 받는다. 병원들 중에는 3 일 이상 처방해주지 않고 조언을 많이 해주는 병원은 믿을 수 있다. 동네에 그런 병원이 딱 한군데 밖에 없다.

핵심개념 (2) 의료기관의 역할에 대한 자조

의료제공자들은 지역에서 일차의료기관의 역할에 대해 불필요한 서비스를 반복적으로 제공하거나, 일상화된 의료기관 방문의 맥락에서 치료적 효과가 없는 서비스를 제공하는 것이라고 자조하고 있었다. 의료기관 방문이 일상화되는 것은 농촌 지역의 풍부한 ‘소일거리’가 대상자들로 하여금 쉽게 푼돈을 벌 수 있게 하기 때문이라고 해석했다.

“내가 당신 왔다 갔다 하는데 쓸데없는 소변검사 하는데 내 세금 들어가는데 세금 내가 아까워서 못 내겠다고 얘기해냈는데 말이 안

통한다니까”(제공자 K)

제공자 K 는 환자들은 질환에 대한 요구는 분명하나 나오려는 의지가 없고 불필요한 진단검사와 내시경 검사를 자주 요구하며 이러한 행태에 자신이 의료서비스를 제공하는 것은 세금 낭비라고 생각하고 있다. 해당 병원에서 관여하는 주상병 이외에 환자가 다른 상병을 가지고 있는지, 다른 의료기관을 얼마나 이용하는지에 대해 전혀 알지 못한 상태다.

“그 카고 내한테 눈에 띄면 이런저런 잔소리를 하죠. 화장실을 깨끗하게 쓰라든지 뭐 큰 병원 가서 진찰을 받아 보시라든지 이렇게 자꾸 하니까 피해 다니죠“(제공자 L)

제공자 L 는 환자의 통증을 비교적 가벼운 수준으로 ‘일 없는 날 마사지 개념으로 물리치료를 받는 것’으로 일상적 행위라고 생각하고 있다. 실제로 환자는 진찰 없이 접수 이후 바로 물리치료실로 직행하여 물리치료만 받는다. 해당 환자의 통증은 낮은 사회적 지위에 대한 스트레스나 우울증으로 나타나는 신체화증상으로 보여지며 만일을 대비해 3 차 병원 방문을 권고 했으나 적극적인 의학적 권고가 아니라 일상적 충고의 형태로 효과가 없었다

“주사를 맞기 위해서 오는 그 차비보다 병원비가 훨씬 저렴해요. 1500 원 나와서 뭐하겠어요. 버스비도 안돼. 가 오히려 그것 때문에 과소비가 되죠”(제공자 M)

제공자 M 은 환자의 의료이용이 많은 것은 소일거리가 많아 비교적 일당을 쉽게 벌 수 있는 환경에서 본인부담금이 특별한 부담이 되지 않기 때문이라고 설명했다. 의료기관 운영자 역시 잦은 방문이나 오랜 체류시간에 대해 특별히 거부감을 갖지 않았다.

주제영역 3) 질환 관리 행태

핵심개념 (1)당장의 통증을 완화하기 위한 임시변통으로의 의료이용

대상자들은 치료적 목표를 설정하고 질환을 관리하기 보다는 당장의 통증을 잊거나 일시적인 기능회복을 위해, 일을 하기 위해 진통제 사용이나 드레싱에 익숙해져 있었다.

“판 사람들은 안 아프다 하던데 나만 아프다“(환자 E)

환자 E 는 젊은 시절 과일장수를 오랫동안 했다. 4 년 전 무릎수술을 받았고 3 년전

허리뼈에 금이 가서 수술을 받았는데 수술 후에도 통증이 사라지지 않았다. 통증 조절을 위해 주사를 맞으러 다니고 하루 한 번 주사를 맞지 않으면 견딜 수가 없다. 주사 효과는 오래가지 않지만 한 번 맞으면 그 순간은 시원하고 서너 시간 정도 통증을 잊을 수 있어 매일 동네병원에 다닌다. 병원에 가도 허리와 다리통증은 진통제밖에 줄 게 없다고는 하지만 당장의 통증을 없애는 데는 반드시 필요하다.

“이것도 오래 그렇게 한 게 누가 별로 신경도 안 쓰네”(환자 F)

환자 F는 동네병원에서 감기 몸살로 주사를 맞은 부위가 감염되어 골반염 치료를 받아 왔는데 한 쪽은 뼈를 긁어내는 치료를 해서 완치 됐지만 오른쪽은 여전히 고름이 차올라 5년째 수시로 빼내고 있다. 대학병원에서 어쩔 수 없다는 얘기만 들었고 동네병원을 방문해도 방도가 없지만 비용이 많이 들지 않아 매일 병원에 가서 고름을 짜고 환부를 소독한다. 고름을 빼러 가면서 검사검사 허리 통증에 대한 물리치료도 받고 있다. 예전에 허리수술을 받았던 곳의 근육이 물리치료를 받으면 부드러워져서 집에서 식사준비나 빨래를 해도 거뜬하다.

“난 뇌달라 그래. 그래야 하루가 안 아프고 편안한데. 안 그럼 밤에 쭈서서 잠을 못 자”(환자 I)

환자 I는 젊은 시절 어시장에서 일했고 지금도 새벽에 어시장에서 일하고 낮에는 병원에 간다. 류마티스 관절염 약을 복용하다가 너무 속이 쓰려 약물치료를 중단하고 매일 주사를 맞고 있다. 약은 통증에 효과가 없다고 생각하며 주사를 맞지 못하면 견딜 수 없을 거라 생각한다. 매일 가던 병원에서는 이제 주 2회만 오라고 해서 나머지 하루는 다른 병원에 가서 주사를 맞는다. 경제적 형편이 좋지 않아 어시장 일을 계속해야 하는데 그러려면 주사를 계속 맞아야 한다고 생각하고 있다.

핵심개념 (2) 체념의 정서

대상자들은 치료나 관리 방법이 알려져 있는 질환에 대해서도 경제적인 이유나 오랜 이환 기간 동안의 경험으로 조금이라도 상태가 나아질 거라는 기대를 전혀 하지 않았다.

“어제 만났길래. 엄마 그거 관 넣는데 얼마 들었냐? 물어봤지 몇 백 들었어요 하더라구. 뭐 돈이 없으니까는. 아휴 이대로 살다 죽자 하고 포기해버렸어”(환자 B)

환자 B는 어린시절 부터 결혼 후 까지 밭 농사일을 했다. 이혼 후 딸이 살고 있는 지역에 혼자 거주하고 있다. 이혼 충격과 스트레스로 협심증이 생겼다고 생각하며, 디스크가 내려앉아 허리에 통증을 느끼고 걸음을 걷기가 불편하다. 당뇨로 인한 쇼크로 쓰러진 적도 있다. 지인이 비슷한 통증이 있었는데 종합병원에서 수술하고 좋아졌다는 얘기를 듣고 본인도 수술을 받고 싶어 하지만 비용 때문에 업무를 내지 못하고 나오려는 생각을 체념했다.

“애려서 아프고, 못 먹어서 아프고. 암보다 더 무섭더이다”(환자 H)

환자 H는 결혼 후 농사일과 젓갈장사를 하며 허리를 굽혀 일하고 무거운 젓갈통을 들고 나르는 일이 잦았다. 그 때문에 4번, 5번 척추뼈가 내려앉아서 신경을 짓누르고 있다는 진단을 받았고 허리와 오른쪽 다리 전체에 심한 신경통을 느껴 걸음을 거의 걷지 못한다. 매일 아침 아홉시 반이 되면 동네의원에게 가서 주사를 맞는데 여기 병원의 주사가 큰 병원에서 맞았던 주사보다 효과가 좋다고 생각한다. 주사를 맞으면 약 기운에 자정 정도까지는 통증을 느끼지 못하지만 자정 경이 되면 다시 통증이 시작되서 아침이 되기만을 기다리다 병원에 간다. 병원은 매일 자녀가 차로 데려다 준다. 당뇨가 있어 식사조절과 운동을 해야 하지만 다리 통증으로 운동을 하지 못하기 때문에 상태가 더 나빠 질 것이라고 생각한다. 못 먹어서 죽겠다가도 또 뭔가를 먹으면 혈당이 올라가서 죽을 것 같다. 하지만 당뇨도, 허리통증도 대증적 치료 이외에는 방법이 없다고 생각한다.

3. 사례 간(cross case analysis) 분석 결과

사례 간 분석은 전체 인터뷰 내용을 통합하여 공통 상위 주제를 개발해 나가는 방식이다. 분석 결과 농촌지역 과다의료이용자들의 복합만성질환 경험 관련 공통 주제 영역으로는 고단한 생애의 흔적, 일을 하기 위해 신체를 통제, 치료 목표의 부재, 여가로서의 의료기관 방문이 도출되었다.

주제영역 1) 고단한 생애의 흔적

“학교, 학교 나는 국졸밖에 안 나왔어. 국졸 나와가 어데가 취직할데 있노. 취직한들 뭐 아파가지고 일을 하지도 못하고, 암만 편한 자리 있다카더라도 못 간다카이.”(환자 G)

“소잡고 돼지잡은 데서 있다가 오갈데 없어 갖고 얼마 젓도 안 떼고 돌아가서 불고 아버지가 키우다 돌아가서 버리니까 울테 갈데가 없어 인자 시장에서 잠 잤어... (중략) 내가 어찌 그러냐면 애초부터 길을 잘 못 들었어. 고깃집이 돼지잡고 소 잡는데 가서 뼈짜거려갖고 돈이 슬하거든 거가.”(환자 C)

“하도 일을 많이 해 놓으니까 온 만신에 지금 인대가 늘어나가지고 주사를 안 맞으면 밤에 잠을 못 자. 아파서”(환자 A)

대상자들은 성인기 이전 농림수산물의 생산 또는 유통과 관련된 가족 단위 노동에 참여한 경험이 있으며 직업 선택시 상대적으로 농림수산업에 종사할 기회가 많았다. 대상자들은 신체에 새겨진 근골격계 질환과 만성통증이 지나온 생애가 남긴 흔적으로 체념하며 받아들이고 있었다.

주제영역 2) 일을 하기 위해 신체를 통제

질환을 관리하는 과정에서 대상자들은 일을 하기 위해 아픈 신체를 통제해왔다. 신체의 노동력을 유지하기 위한 목적으로 통증 조절 주사나 약물이나 도구적으로 사용되어 온 결과 통증이 악화되었으며 의료서비스를 습관적으로 이용하는 행태가 고착화 되었다.

“나는 갔 다와야 쫓 저기 뭐야 일 가지. 그러지않으면 거서 물리치료하고 근육이 만약 근육이 부드러우면 그땀 쫓 괜찮아요. 아침에 움직이면 쫓 괜찮더라고. 움직이면 가만. 만일 그렇게 아프면 일 못해요.”(환자 F)

“원래는 제가 몸이 아픈 상태라든 그냥 안 다녔음 좋겠는데 집에서 있는 거보다 사람들 대화하는 게 좀 나사가지고 그래 가지구 다니는 건데 원래 정 아플 땀 짜증나. 발이 여기가 저릿할 때가 있어. 지금도 저런 게 안 낮고 심하면 이렇게 내려와요”(환자 B)

“그거가지고 생활하기도 힘들다구. 내라도 아침에 나가서 벌어야 되거든. 그러고 와가지고 병원에 가는데 뭐”(환자 I)

주제영역 3) 치료 목표의 부재

통증이 관리의 대상이 아니라 단순히 견뎌야 하는 것으로 인식된 이유는 치료 목표의 부재와 관련이 있다. 대상자들은 자신의 질환에 대해 체념하고 있었으며 상태의 개선이라는 목표를 가지고 있지 않았다. 이는 의료서비스를

제공하는 농촌지역 의료기관의 소극적 치료태도, 불신, 의사소통 부재 등과도 관련이 있다.

“그렇게 오전 아홉시 반에 병원에 가 갖고 주사를 맞고 오면은 그 주사기운에 저녁 한 열두시 되어갈 때 까지는 좀 괜찮애. 그 주사기운에. 그래가지고 저녁 열두시 넘으면 그때부터 다시 인자 또 끄끄끄끄 그래 그때부터 아프기 시작하지. 애려 뜨끈뜨끈 뜨끈뜨끈 뼈가 애려. 그래 갖고 그렇게 볏고 있다가 그 이튿날 또 아홉시 반이 되면 병원에 가서 또 주사 맞고 그렇게 사는 거여”(환자 H)

“뺏을 낮고 치료를 하고 그런 급성기가 아니기 때문에 그냥 오신다 생각하는 개념이야.”(제공자 M)

“나는 당뇨라고 보는데 저거는 뭐.. 나는 약 안 먹을라꼬, 그 약 입에 댔다하면 평생 목어야 되거든, 약을 목으라 카는데 내가 약을 안 먹고 있다카이 병원은 약을 권유하잖아.그래 약 안 먹으려고 한다이”(환자 D)

주제영역 4) ‘여가’로서의 의료기관 방문

대상자들에게 의료기관 방문은 ‘여가’를 보낼만한 자원이 없는 농촌지역에서 남는 시간을 때우기 위해 답소를 나누는 장소, 자판기 커피나 냉난방 등을 이용할 수 있는 시설로 여겨지고 있다. 의료기관 방문은 노인정 방문과 같은 반복적이고 일상적인 행위로, 의료기관은 공공시설물로 인식되고 있었으며, 의료와 생활에 대한 구분은 부재하였다

“텔레비전 잘 안보고 바람 쐬고 돌아다니는 것이 좋다. 밥 먹고 oo병원 가, 돌아와 점심 먹고 돌아다니기도 하고 노인정 가서놀아. 안 가고 집에서 놀면 뭇 혀”(환자 A)

“아침에 눈뜨면. 이분들한테는 아침에 눈뜨면 할 일이 없어. 할 일이 뭐가 있겠어. 밥도 대부분 혼자 살잖아요. 밥도 먹을 일이 없제. 아침에 눈뜨면 와. 아 여기 와서 울무 두잔 빼먹고 커피 한잔 하고 그걸로 아침 줌 요기하고 물리치료 끝나면 열시나 되면 집에 가고 그 때 아침 먹는 거지. 아니면 좀 더 참아가지고 열 두시에 마을 회관 같은 데서 요즘 공동급식을 지금은 인자 농번기라 안 하지만 여름철 같은데도 하고 겨울에도 하고 그럼 그때 가서 하루 한끼 먹는 거지 점심. 아침 건너 뛰고. 저녁은 인자 귀찮으니까 자고. 병원도 그냥 눈뜨면 오는 거여. 갈테가 없는데”(제공자 M)

## Discussion

만성질환은 회복이 불가능하고 상태의 호전과 악화가 일생을 통해 반복되는 특성을 갖는 복합만성질환의 경우 여러 만성질환의 증상이 중첩되어 나타나는 만큼 지속적인 관리를 필요로 한다. 환자 개인 차원에서는 질병 인식, 질병 관리에 대한 동기화가 요구되며, 환경 차원에서는 이를 지지하고 지원할 수 있는 일차보건의료 인프라가 필수적이다. 실제로 복합만성질환관리를 본격적으로 시행하고 있는 미국, 호주에서는 복합만성질환 관리의 복잡성을 인정하고 이를 보건의료 서비스 지불보상체계에 반영하고 있다. 호주의 Health Care Home initiative(2016)시범사업에서 질병 복합도는 환자군을 층화하는 기준으로 사용된다. 질병 복합도가 높은 환자는 위험군으로 구분되어 보다 고도화된 의료 서비스가 제공되며, 보건의료 인프라가 부족한 지역에 거주하는 환자에는 비대면 서비스를 제공하여 일차의료 접근성을 보완한다[29]. 우리나라에서도 ‘고혈압 당뇨병 등록 관리사업’, ‘지역사회 일차의료 시범사업’, ‘만성질환 관리수가 시범사업’ 등 만성질환 관리를 지원하고 일차의료 접근성을 향상하기 위한 다양한 보건의료 정책 시범사업이 시행된 바 있으며 현시점에서의 모형은 복합만성질환을 고려하고 있지 않으나 장기적으로는 복합만성질환의 관리를 주요 추진과제로 포함할 것으로 예측된다. 이들 모형은 통상적으로 ‘도시형’모형과 ‘농촌형’모형을 별도로 구축해왔음에도 불구하고 도농지역 만성질환자의 질환경험 차이는 한 번도 조사되지 않았다.

본 연구는 농촌지역에 거주하는 다빈도의료이용자의 복합만성질환 경험 특성을 확인하기 위해 건강보험청구자료로부터 농촌지역에 거주하는 복합만성질환자 표본을 체계적으로 추출하고, 이들 표본과 의료제공자를 상대로 심층인터뷰를 실시한 후 이를 합의에 의한 질적연구방법의 틀로 분석하였다. 연구에 참여한 대상자(환자) 10명의 주상병은 근골격계 질환이 8건, 신경통 1건, 당뇨병 1건으로 ‘통증 조절’이 주요한 의료이용 목적이라고 볼 수 있다. 선행연구에서도 밝혀진 바와 같이 근골격계질환 및 통증치료는 우리나라에서 의료이용량에 가장 크게 기여하는 주요 만성질환(또는 증상)이다[30]. 대상자들의 내원 일 수 평균은 535.70일로 하루에 평균 1.46건의 진료를 받았음을 의미하며, 총 이용 의료

기관 수 평균은 12.70개로 다양한 의료기관을 ‘순회’ 이용하고 있음을 알 수 있다. 이는 한방 진료, 보건소진료를 제외한 의과 의료기관 이용에 대한 수치로 이를 포함한 실제 의료이용 빈도는 더 높은 수준일 것으로 추정된다. 즉, 이들 대상자들은 매일, 다양한 의료기관을 이용하는 의료이용 행태를 보이고 있으며 이는 의료서비스에 대한 필요를 구체화된 요구로서 인식하지 못하는 환자, 진입장벽의 부재와 같은 의료체계의 문제 이외에도 만성질환 관리에 대한 인프라 부족, 농촌지역 거주자의 고유한 사회문화적 배경과 관련이 있을 것으로 보인다.

연구주제와 가설을 고려하여 질환 원인인식, 지역 일차의료기관, 질환 관리 행태 라는 세 개의 주제영역을 도출하고 각 대상자 사례와의 일치도를 확인하였다. 대상자들은 자신의 생애와 연관시켜 질환 발생 원인에 대한 잘못된 신념을 가지고 이에 대한 ‘운명론’적인 확증 편향이 있었다. 운명론적 세계관은 만성질환의 관리나 통증을 조절에 대한 동기를 형성하는데 부정적인 영향을 미친다고 알려져 있다[31]. 특히 통증과 관련해서는 통증의 원인과 결과에 대한 인식이 관리와 관련이 있으며 우리나라 노인을 대상으로 한 연구에서도 통증의 원인이 자신에게 있다고 여기는 부정적 자기 비난 신념이 조절 능력을 낮추는 것으로 확인된 바 있다[32]. 따라서 본 연구대상자들의 사례는 기존의 연구 결과와 일치되는 방향성을 가진다고 볼 수 있으나 이것을 농촌지역 거주 다빈도 의료이용자의 고유한 특성으로 볼 수는 없다.

오히려 잘못된 신념을 바로잡고 치료적 목표를 제시해야하는 의료기관의 역할 수행 미비가 대상자들의 특징적 의료이용행태에 영향을 미쳤는데, 대상자들이 이용하는 의료기관은 다빈도 의료이용 환자에 대한 도덕적 비난뿐만 아니라, 자신들이 제공하는 의료서비스를 ‘불필요한’, ‘반복적인’, ‘마사지’로 표현하는 등 냉소적이고 자조적인 역할 인식이 관찰되었다. 만성질환관리에서 의사의 적극적인 역할은 만성질환에 대한 지식 증가, 동기 강화, 실제 질환 관리 행동변화로 이어질 수 있지만[33] 이들 농촌 지역 의료제공자들의 부정적인 역할인식은 오히려 환자의 불신으로 이어졌다. 환자들은 지역 의료기관에 대해 ‘제대로 진단을 안 해준다’거나 ‘장사하는 병원’으로 생각하였고 ‘주치의’ 관계를 만들기 보다는 여러 병원을 이용하며 되도록 의사-환자

관계를 형성하지 않는 방법을 선택하였다. 당장의 통증을 완화하기 위한 임시변통으로 주사를 맞는데 더 효과적인 방법이기 때문이다. 농촌지역 거주 다빈도 의료이용자의 이러한 선택은 의료시설 인프라와 개인의 사회자본이 부족한 상황에서 스스로 질병을 관리하려는 “합리적” 선택의 결과로 볼 수 있다

통증의 관리가 생업과 관련되지 않더라도 당면한 최우선의 목표로 진통제 주사는 생존과 관련이 있을 정도로 중요하게 표현된다. 그러나 당장의 통증을 해결하는 것 이외에는 장기적 목표가 부재하고 질환과 삶에 대해 체념하고 있는 양상이 관찰되었다. 사례 내 분석 결과는 선행연구에서 보고된 다빈도 의료이용자의 일반적 특성과 일치하는 방향성을 가지며 이에 대해 보완적 설명을 제시한 것으로 볼 수 있다.

개별 사례 간 분석에서는 농촌지역에 거주하는 다빈도 의료이용자의 특성이 보다 명확히 드러났다. 대상자들은 비교적 이른 시기부터 가족 단위 노동에 일손을 도와왔고 농림수산업과 관련된 노무직에 종사하며 신체에 새겨진 근골격계 질환과 만성통증을 지니고 태어난 생애가 남긴 흔적으로, 체념하며 받아들이고 있었다. 임상적 관점에서 통증은 통증 자극이 뇌에 의해 수동적이고 기계적으로 감지되는 것으로 알려져있지만 통증 경험의 복잡성과 개별성을 설명한 선행연구에 의하면 주관적 통증 인식은 임상가들이 객관적으로 측정하는 통증과는 다를 수 있다[34]. Chapman의 통증 모델에서 유해하거나 통각적인 자극은 개인의 고유한 감정, 동기, 사회, 문화 및 인지 변수의 상호 작용을 통해 중앙에서 수신되고 해석된다[35]. 따라서 통증을 완화하기 위한 주사를 맞더라도 농사는 계속 지어야 한다고 생각하는 대상자들의 통증에 대한 모순된 반응은 이들의 생애사가 반영된 통증의 주관적 인식의 결과로 이해할 수 있다.

치료 목표의 부재는 대상자들이 식이, 운동, 꾸준한 복약과 같은 복합만성질환 관리 행동을 수행하지 못하고 다빈도 의료이용을 통한 통증 관리에 집중된 현재의 의료이용 행태를 잘 설명해주는 주제 영역이라고 볼 수 있다. 선행연구에서 농촌거주 만성질환 노인에 대한 연구 결과 농촌거주 노인은 농사일 등의 노동을 포함한 고강도 및 중등도 신체활동률은 도시거주 노인보다 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없는 수준이었고, 유연성 운동과 근력 운동 등과 같은

운동실천은 낮으며[36]. 영양 측면에서는 농촌노인이 영양불량의 위험이 높고 이것이 삶의 질에 저하에 영향을 미친다는 결과[37]로 미루어 전반적인 건강행태 실천이 저조한 것은 비단 연구 대상자에만 한정된 문제가 아님을 미루어 짐작할 수 있다[38].

다른 한편 복합만성질환의 통증은 병원방문 행위를 일상화하는 수단이자, 습관적 방문의 결과로서 상호적 영향을 주고 받음을 확인할 수 있다. 대상자들에게 의료기관 방문은 ‘여가’를 보낼만한 자원이 없는 농촌지역에서 주민들이 답소를 나누는 등 남는 시간을 때우는 형태의 다소 의미가 변형된 ‘여가’를 보내는 곳으로 의료제공자는 이를 방관하거나 독려하고 있었다.

한편, 농촌지역 거주자라는 대상자들의 사회적 배경은 이들이 농촌이라는 환경에서 직업 선택의 좁은 폭으로 인해 유사한 삶의 여정을 경험하게 하였으나 ‘고단한 생애의 흔적’ ‘일을 하기 위해 신체를 통제’라는 주제와 농업과의 관련성이 뚜렷하지 않아 이를 농촌지역 복합만성질환자에서만 관찰되는 고유한 특성으로 보기에 는 분명 한계가 있다. 오히려 농촌지역 의료기관에 대한 불신과 자신들의 역할에 대한 자조적 태도, 의료기관의 ‘여가’시설화가 농촌지역 복합만성질환자 경험에서 두드러지는 부분이라고 볼 수 있을 것이다.

기회의 형평이 보장되지 않은 상황에서 건강 문제에 있어서 완전히 자유로운 선택(free choice)은 없다고 이야기한다. 선택은 개인 이성의 전적인 통제하에 있는 것이 아니라 개인을 둘러싸고 있는 조직적 맥락(organizational context)에 의해 강요된(constrained)것이다[39]. 이러한 관점에서 볼 때 대상자들의 복합만성질환 경험을 농촌지역의 만성질환 관리 인프라 부재라는 조직적 맥락으로 확장하여 읽기가 가능해진다. 대상자들은 연쇄적인 만성질환의 발발과 이들의 복합적 작용을 이해하고 치료를 조정할 수 없는 상황에서 겉으로 나타나는 증상의 완화만을 추구하는 의료서비스 이용을 추구할 수 밖에 없었다. 접근성이 높은 지역 내 일차의료기관을 반복적으로 이용하는 행태는 의료시설과 개인의 사회적 자본이라는 자원이 부족한 상황에서 부족한 자원을 최대치로 활용하여 스스로 질환을 감당하려는 노력으로 볼 수 있다. 이는 일차의료기

관이 적절한 치료의 경로로 이끌 수 있는 게이트 오픈너(gate opener)나 코디네이터 기능의 결여를 시사하는 부분이다.

본 연구는 그러나 50대 이상으로 대상자 선별 연령군을 제한하여 대상자들의 연령코호트 효과가 강력하게 나타난다는 한계가 있다. 추후의 연구에서는 농촌지역 복합만성질환자의 연령과 질환군을 세분화하여 표본을 할당하고 각 지역별 보건의료 인프라 수준과의 연관성을 보다 면밀히 분석하는 것이 필요하다.

본 연구는 농촌지역에 거주하는 다빈도의료이용자의 복합만성질환의 내러티브에서 이들이 의미를 부여한 경험에 기반하여 농촌이라는 환경에서 향후 복합만성질환관리 정책의 방향성을 모색하는 기초연구로서의 의의를 가진다. 사례 내 분석과 사례간 분석의 비교를 통해 연구자들은 연구가설에 대한 확인뿐만 아니라 새로운 주제를 발견으로 분석의 지평을 넓힐 수 있다.

그동안 복합만성질환연구는 환자의 질환 대응(coping)에서 교육수준, 지식과 기술을 주로 강조해온 경향이 있다. 그러나 본 연구를 통해 농촌지역 복합만성질환자에서 치료목표가 부재한 맥락이 드러난 만큼 이들을 보다 폭넓게 이해하는 것이 필요하다. 특히 농촌지역 보건의료 인프라 미비가 실제로 복합만성질환자들의 일상에 어떻게 영향을 미치고 있는가를 확인하였으며 향후 만성질환관리 정책에서 농촌과 도시의 의료서비스 제공 모형을 다르게 만들어야 할 필요성을 시사하였다.

## Conclusion

만성질환은 회복이 불가능하고 상태의 호전과 악화가 일생을 통해 반복되는 특성이 있어 환자 개인의 관리뿐만 아니라 지지적 일차보건의료 환경이 필수적이다. 만성질환이 동시에 존재하는 복합만성질환은 의료이용 요구가 높은 상태로 실제 의료이용량과 보험제정에 영향을 미치고 있어 사회적 중재의 필요성이 높다. 농촌지역에 거주하는 복합만성질환자 중 관리수준이 낮은 다빈도의료이용자로부터 농촌이라는 생활공간의 어떠한 특성이 현재의 질환관리 행태로 이어졌는가에 대한 탐색적 연구를 수행하였다. 그 결과 대상자들의 경험에서 추출된 핵심 주제 영역은 잘못된 질환 원인 인식, 지역 의료기관에 대한 불신, 질환 관리 행태로 분류되었다. 대

상자 사례들 간 교차 주제로는 복합만성질환의 경험이 고단한 생애의 흔적이며, 일을 하기 위해 신체를 통제하는 반복적 행위를 통해 고착되었음이 드러났다. 또 환자, 의료진 모두 치료 목표가 부재하고 의료기관 방문이 여가행위로 자리하고 있는 등 개인인식과 보건의료 인프라 환경 측면에서 모두 취약성이 포착되었다.

## References

1. Boyd, C. M., Fortin, M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design?. *Public Health Reviews*. 2010;32(2):451-474.
2. Van den Bussche, H., Koller, D., Kolonko, T., Hansen, H., Wegscheider, K., Glaeske, G., Schön, G. Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. *BMC public health*. 2011;11(1):101-109.
3. Kwak EK. Utilization of health care services among with multimorbid ambulatory patients [dissertation]. Seoul, Seoul National University, 2012 (Korean).
4. Jung YH. Distribution of multiple chronic diseases of the elderly. Research Institute for Healthcare Policy Korean Medical Association, 2014;12(2):61-66 (Korean).
5. Waterworth, S., Gott, M., Raphael, D., Parsons, J., Arroll, B. Working with older people with multiple long - term conditions: a qualitative exploration of nurses' experiences. *Journal of advanced nursing*. 2015;71(1):90-99.
6. Clarke, L. H., Griffin, M., PACC Research Team. Failing bodies: Body image and multiple chronic conditions in later life. *Qualitative Health Research*. 2008;18(8):1084-1095.
7. Clarke, L. H., Bennett, E. V. Constructing the moral body: self-care among older adults with multiple chronic conditions. *Health*. 2013;17(3):211-228.
8. Senteio, C., Veinot, T. Trying to make things right: adherence work in high-poverty, African American neighborhoods. *Qualitative health research*. 2014;24(12):1745-1756.
9. Whitemore, R., Dixon, J. Chronic illness: the process of integration. *Journal of clinical nursing*. 2008;17(7b):177-187.

10. Williams, A. Patients with comorbidities: perceptions of acute care services. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;46(1):13-22.
11. Collins, S., Reynolds, F. How do adults with cystic fibrosis cope following a diagnosis of diabetes?. *Journal of advanced nursing*. 2008;64(5):478-487.
12. Mc Sharry, J. Challenges in managing multiple conditions: The patient experience of multimorbidity. *European Health Psychologist*. 2014;16(6):224-227.
13. Duguay, C., Gallagher, F., Fortin, M. The experience of adults with multimorbidity: a qualitative study. *Journal of comorbidity*. 2014;4(1):11-21.
14. Löffler, C., Kaduskiewicz, H., Stolzenbach, C. O., Streich, W., Fuchs, A., van den Bussche, H., Altiner, A. Coping with multimorbidity in old age—a qualitative study. *BMC family practice*. 2012;13(1):45-53.
15. Mc Sharry, J. Challenges in managing multiple conditions: The patient experience of multimorbidity. *European Health Psychologist*. 2014;16(6):224-227.
16. Signal, L., Semper, K., Stairmand, J., Davies, C., Millar, E., Dowell, T., Sarfati, D. A walking stick in one hand and a chainsaw in the other: patients' perspectives of living with multimorbidity. *New Zealand Medical Journal*. 2017;130(1455):65–76.
17. Hujala, A., Rijken, M., Laulainen, S., Taskinen, H., Rissanen, S. People with multimorbidity: forgotten outsiders or dynamic self-managers?. *Journal of health organization and management*. 2014;28(5):696-712.
18. Jung YH, Ko SJ, Kim EJ. The study of development of the effective policy for management of chronic disease. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affair, 2013 (Korean).
19. Kim SJ, Kim HS. The present status and health effects of multiple chronic diseases among middle-aged Koreans. Seoul, Korea: Asian nursing research conference presentation. 2010 (Korean).
20. Ahn YH, Suh YO, Ham OK, Kim HK. Comparing the Needs of Case Management between Medical Aid Beneficiaries with Simple and Multiple Chronic Diseases. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2015;18(2): 98-106 (Korean).
21. Kim TJ, Park SB, Lee JW, Choi JK, Choi YE, Lee SH, Choi KH. Research on Frequent Usages of Local Medical Service in Elderly Population with Chronic Diseases. *Korean Journal of Clinical Geriatrics*. 2015;16(2):69-77 (Korean).
22. Jung KY, Oh YH, Lee YK. Status of Elderly Welfare by Region and Policy. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affair, 2003 (Korean).
23. Rural Development Administration. Report of Survey on welfare of farmers and fishermen. Seoul, Korea: Rural Development Administration. 2013 (Korean).
24. Health Insurance Review & Assessment Service. Current statistics of medical institution. Seoul, Korea: Health Insurance Review & Assessment Service. 2016 (Korean).
25. Yoon YD, Baek SJ, Jung HJ. Strategy to induce reasonable medical utilization of health insurance subscribers Seoul, Korea: National Health Insurance Service. 2011 (Korean).
26. Jung YH, Ko SJ, Kim EJ. The study of development of the effective policy for management of chronic disease. Seoul, Korea: Korea Institute for Health and Social Affair, 2013 (Korean).
27. Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A., Ladany, N. Consensual qualitative research: An update. *Journal of counseling psychology*. 2005;52(2):196-205
28. Merriam S. *Qualitative Research and Case Study Applications in Education*. Revised and Expanded from "Case Study Research in Education", San Francisco: Jossey-Bass Publishers. 1998.
29. Kim TJ, Park SB, Lee JW, Choi JK, Choi YE, Lee SH, Choi KH. Research on Frequent Usages of Local Medical Service in Elderly Population with Chronic Diseases. *Korean Journal of Clinical Geriatrics*. 2015;16(2):69-77(Korean)..
30. Health Care Home initiative [Internet]. Australia : HEALTH CARE HOME A MODEL FOR PRIMARY HEALTH CARE. [cited 2018 Oct 30]. Available at: <http://www.wapha.org.au/wp-content/uploads/2016/01/WAPHA-Health-Care-Home.pdf>.
31. Yoon YD, Baek SJ, Jung HJ. Strategy to induce reasonable medical utilization of health insurance subscribers Seoul, Korea: National Health

Insurance Service. 2011 (Korean).

32. Choi EJ, Kim MH. Association of selected health behaviors with perceived health, depressive symptom and fatalism among the aged 50-69 living in Seoul. *Korean Journal of Health Education and Promotion*. 2015;32(2):53-63 (Korean).

33. Choi SN, Kim, JH. Relationships among the Pain Belief, Pain Coping, and Pain Disability of Patients with Chronic Musculoskeletal Pain. *The Korean Journal of Rehabilitation Nursing*. 2012;15(1):30-38 (Korean).

34. Kenneth C. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model Revised and Expanded from "The skin senses.", Thomas, Springfield. 1968.

35. Chapman, C. Sensory decision theory methods in pain research: A reply to Rollman. *Pain*, 1977;3(4): 295-305.

36. Joo J, Cho JJ, Kwon YJ, Lee Y, Shin DW. A qualitative study of satisfaction with the

Community-based Primary Care Project among primary care patients and its efficacy. *Journal of Korean Medical Association*. 2017;60(2):173-182 (Korean).

37. Chun JD, Ryu SY, Han MA, Park J. Comparisons of Health Status and Health Behaviors among the Elderly between Urban and Rural Areas. *Journal of Agricultural Medicine and Community Health*. 2013;38(3):182-194 (Korean).

38. Lee MS. Health-Related Factors Influencing the Quality of Life of Rural Elderly Subjects -Activities of Daily Living, Cognitive Functions, Prevalence of Chronic Diseases and Nutritional Assessment. *Korean journal of community Nutrition*. 2013;17(6):772-781 (Korean).

39. Hrebiniak, L., William, J., Organizational adaptation: Strategic choice and environmental determinism. *Administrative science quarterly* 1985;30(3):336-349.