

독거노인의 미충족 의료경험 관련 요인

장혜영¹, 이한이²

요약

본 연구의 목적은 65세 이상 독거노인의 미충족 의료경험 유형을 확인하고, 유형 별 영향요인을 파악하는 것이다. 본 연구는 2015년 지역사회건강조사자료를 이용한 이차분석연구이며, 65세 이상 독거노인 14,787명을 최종 분석에 이용하였다. 자료분석은 복합표본설계를 고려하여 빈도 분석, Rao-Scott 카이제곱 검정과 t 검정, 다중 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 본 연구결과 미충족 의료를 경험한 대상자는 10.0%였고, 미충족 의료경험에 영향을 미치는 요인으로는 월 가구소득, 교육수준, 지각된 스트레스, 주관적 건강상태, 건강관련 삶의 질이었다. 한편 미충족 의료경험 유형 별 영향요인을 살펴보면, 건강상태 인식으로 인한 미충족 의료경험은 성별, 경제활동, 건강관련 삶의 질이 영향요인으로 확인되었고, 지불능력의 제한으로 인한 미충족 의료경험은 월 가구소득, 지각된 스트레스, 건강관련 삶의 질이 영향요인으로, 물리적 접근성으로 인한 미충족 의료경험의 영향요인은 연령, 성별, 교육수준, 경제활동, 지각된 스트레스, 주관적 건강수준, 건강관련 삶의 질로 확인되었다. 따라서, 독거노인의 미충족 의료경험을 감소시키기 위한 방안 마련 시 대상자의 미충족 의료경험의 유형에 따른 유형 별 관련 변수들이 고려되어야 할 것이다.

주요용어 : 미충족 의료경험, 독거노인, 2015 지역사회건강조사, 건강관련 삶의 질.

1. 서론

1.1. 연구의 필요성

현대 사회에 접어들어 보건의료 기술의 발전으로 평균수명이 증가하고 있으며, 이는 노인인구의 증가로 이어지고 있다. 우리나라의 경우 2015년 65세 이상 노인인구 비율이 12.8%를 차지하였고, 2017년 14.0%를 넘는 고령사회에 진입한 이후 2025년에는 전체인구의 20%를 넘는 초고령 사회로 진입할 것으로 전망되고 있다(Statistics Korea, 2015). 이와 같은 노인인구의 양적 증가는 가족구조의 변화와 맞물려 노인 단독세대와 독거노인가구의 증가 등 노인인구 구성의 질적 측면에도 변화를 가져왔다. 2016년 우리나라의 독거노인 수는 137만 9천명으로, 전체 노인 중 독거노인이 차지하는 비중이 17.8%에 이르고 있으며 2035년에는 23.2%까지 증가할 것으로 예상된다(Jeong, 2015).

독거노인은 심리적, 사회적, 신체적, 경제적으로 다양한 문제에 노출되어 있는데, 대부분의 독거노인은 가족자원이나 지역사회 자원이 열악하고, 경제적으로 빈곤한 상태이며, 만성질환이나 영양부족 등 건강차원의 빈곤 위협에 노출되어 있다(Lee, Kim, 2013). 이와 같이 독거노인은 전반적으로 사회에 의존성이 높은 취약계층으로(Moon, Kang, 2016) 이들에 대한 관심과 지원 마련이 필요하다. 특히, 사회경제적 문제로 인하여 야기되는 의료이용의 제약은 건강문제 뿐만 아니라 사회적 고립감과 우울감을 높이는 등 심리적인 측면에서 부정적인 영향을 미치며(Kim, 2014), 더 나아가 삶의 질을 저하시키는 요인으로 작용한다. 비독거노인에 비해 독거노인에서 미충족 의료경험이 높

¹04763 서울시 성동구 왕십리로 222, 한양대학교 간호학과 조교수. E-mail : white0108@hanyang.ac.kr

²(교신저자) 04763 서울시 성동구 왕십리로 222, 한양대학교 간호학과 조교수. E-mail : leehanyi04@gmail.com

[접수 2017년 9월 20일; 수정 2017년 11월 1일, 2017년 12월 8일; 게재확정 2017년 12월 11일]

게 나타나고 있어(Lim, 2013; Song et al., 2015) 독거노인의 제한된 의료이용을 높이기 위해서는 우선 이에 영향을 미치는 요인을 살펴볼 필요가 있다.

미충족 의료란 의료를 이용해야 할 필요가 있음에도 불구하고 의료이용을 제대로 받지 못하는 경우를 의미하며(Donabedian, 1973), 미충족 의료를 경험한 모든 상황을 미충족 의료경험이라고 한다(Shin et al., 2014). 미충족 의료경험의 측정은 두 가지 측면으로 접근하고 있다. 하나는 의료를 이용하는 대상자의 주관적인 판단을 측정하는 것이고, 다른 하나는 실제 의료이용량과 전문가가 평가한 필요 의료량 간 차이를 측정하는 것이다(Aday, Andersen, 1974; Taylor et al., 1975). 대상자의 주관적 인식에 기반한 미충족 의료경험의 측정은 대상자가 자신의 관점을 보다 직접적으로 나타내기 때문에 개인적, 사회적 요인을 포괄하는 평가가 될 수 있지만, 개인차로 인해 미충족 의료경험이 과대 또는 과소 측정될 가능성이 존재한다(Huh et al., 2009; Lee et al., 2006; Newacheck et al., 2000). 반면, 실제 의료 이용량과 전문가가 평가한 필요 의료량 간 차이의 측정은 주관적 인식에 기반한 측정의 한계를 보완하여 보다 객관적이지만 대부분 임상적 지침에 근거한 치료와 질병에 한하여 의료적 치료의 필요를 평가하기 때문에 대표성을 가지는 자료를 획득하기 어렵다는 한계가 있다(Huh et al., 2009). 따라서 미충족 의료경험 측정 시 두 가지 평가방법의 특성이 고려되어야 한다.

지금까지 미충족 의료경험에 대한 연구는 대부분 의료접근성의 문제를 파악하는데 주안점을 두고(Cunningham et al., 2007) 객관적인 평가 아닌 대상자의 주관적 판단에 의한 미충족 의료경험을 측정하고 있다(Sanmartin et al., 2002). 대상자가 인지한 의료필요(perceived needs)가 충족되지 못한 경험이 의료인이 판단한 평가된 필요(evaluated needs)에 비해 반드시 열등한 지표라고 할 수는 없으며(Huh, Kim, 2007), 개인적, 사회적 요인을 포괄하는 평가가 가능하다는 점을 고려하여 본 연구에서도 대상자의 주관적 인식에 기반한 미충족 의료경험을 측정하고자 한다.

미충족 의료경험에 대한 선행연구를 살펴보면, 노인(Moon, Kang, 2016; Park, 2014), 만성질환자(Han et al., 2013; Lim, 2013), 저소득층(Kim, 2008), 빈곤층 노인(Park, Lee, 2017) 등을 대상으로 하여 미충족 의료경험의 유형 별 접근이 아닌 총괄적인 미충족 의료경험과 이에 대한 관련 요인을 제시하고 있다(Kim, 2008; Song, 2011). 또한, 미충족 의료경험 요인의 하나인 경제적 이유로 인한 제한만을 미충족 의료경험으로 정의하여 살펴보고 있다(Kim, 2008; Kim, Lee, 2013; Lee, Kim, 2014). 따라서 미충족 의료경험에 대한 전반적인 이해를 돕고, 대상자 개인의 특성을 고려한 간호중재를 개발하는데 제한이 있다. 이에 미충족 의료경험의 유형에 따른 관련 요인을 파악하여 이를 해결할 수 있는 방안을 모색하는 게 필요하다.

따라서 본 연구에서는 2015년 지역사회건강조사 원시자료를 이용하여 독거노인의 미충족 의료경험의 유형을 건강상태에 대한 인식, 지능능력의 제한, 물리적 접근성의 제한으로 구분하여 각각의 유형 별 관련 요인을 파악하고자 한다. 이를 통해 미충족 의료경험 유형에 따른 해결방안을 모색하는데 기초자료로 이용될 수 있을 것이다.

1.2. 연구 목적

본 연구의 목적은 독거노인의 미충족 의료경험의 유형을 확인하고, 유형 별 미충족 의료경험에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 함이며 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 미충족 의료경험의 유형을 확인한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 의료경험의 차이를 확인한다.

3) 대상자의 미충족 의료경험에 영향을 미치는 요인을 규명한다.

2. 연구방법

2.1. 연구설계

본 연구는 독거노인을 대상으로 미충족 의료경험에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 2015년 지역사회건강조사 원시자료를 이용한 2차 자료분석의 서술적 조사연구이다.

2.2. 연구자료 및 연구대상

본 연구는 질병관리본부로부터 제공받은 2015년 지역사회건강조사 원시자료를 이용하였다. 이를 위해 2017년 2월 지역사회건강조사 홈페이지(<https://chs.cdc.go.kr/chs/index.do>)에서 2015년 지역사회건강조사 원시자료 ‘요청’을 하여 원시자료 사용 ‘승인’을 받았다.

지역사회건강조사는 2008년부터 매년 표본가구 가구원 중 만 19세 이상의 성인을 대상으로 실시되고 있다. 표본가구는 253개 지역에서 보건소당 평균 900명의 표본을 다단계 확률표본 추출방법에 의해 추출, 선정하여 대표성을 유지하고 있다. 조사방법은 훈련받은 조사원이 대상 가구를 직접 방문하여 1:1 면접 조사 방법으로 자료를 수집하였다. 2015년 조사에 참여한 대상자는 228,558명이었으며, 본 연구에서는 65세 독거노인 15,476명 중 미충족 의료경험에 대한 정보가 불충분한 689명을 제외한 14,787명을 최종 분석에 이용하였다.

2.3. 연구 변수

1) 일반적 특성과 건강관련 특성

대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 교육수준, 월 가구소득, 경제활동 상태 등으로 구성하였다. 연령은 65세 이상 74세 이하, 75세 이상으로 전기·후기노인으로 분류하였고, 월 가구소득은 50만원 미만, 50-99만원, 99만원 초과로 구성하였다. 교육수준은 무학, 초등학교, 중학교, 고등학교 이상으로 분류하였다. 경제활동 상태는 최근 1주일 동안의 수입 목적의 활동이나 18시간 이상의 무급가족 종사 여부를 유, 무로 분류하였다.

건강관련 특성은 지각된 스트레스, 주관적 건강수준, 만성질환 개수, EQ-5D의 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 우울/불안 등으로 구성하였다. 지각된 스트레스는 평소 일상생활 중에 스트레스를 ‘대단히 많이 느낀다’와 ‘많이 느끼는 편이다’고 응답한 경우는 스트레스 인지, ‘조금 느끼는 편이다’와 ‘거의 느끼지 않는다’고 응답한 경우는 스트레스 비인지로 분류하였다. 주관적 건강수준은 평소 본인의 건강상태에 따라 매우 좋음, 좋음, 보통, 나쁨, 매우 나쁨으로 응답한 것을 ‘매우 좋음’과 ‘좋음’을 좋음, ‘보통’은 보통, ‘나쁨’과 ‘매우 나쁨’은 나쁨으로 분류하였다. 만성질환 개수는 4개 만성질환(고혈압, 고지혈증, 당뇨, 관절염)에 대하여 의사로부터 진단을 받은 질환의 수이다. EQ-5D는 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 우울/불안의 5가지 차원으로 구성되어 있으며, ‘어려움이 없다’, ‘다소 어려움이 있다’, ‘매우 어려움이 있다’의 척도로 구분되어 있다. 5개의 문항에서 응답한 항목을 조합하여 총 243가지의 건강 상태로 구분될 수 있다. 일반인구집단에서는 많은 응답자가 특별한 문제를 호소하지 않는 경우 건는데 문제가 없고 일상활동, 통증/불편, 우울/불안이 전혀 없는 건강상태로 응답하는 경우가 많다(Rabin, Charro, 2001). 따라서 5가지 차원 중 한 문항이라도 ‘다소 어려움이 있다’와 ‘매우 어려움이 있다’로 응답한 경우를 건강관련 삶의 질이

‘낮다’로, 모든 문항에서 ‘어려움이 없다’로 응답한 경우를 건강관련 삶의 질이 ‘높다’로 분류하였다.

2) 미충족 의료경험

미충족 의료경험은 “최근 1년 동안 본인이 병·의원(치과 미포함)에 가고 싶을 때, 가지 못한 경우가 있습니까?”라는 문항에 ‘예’라고 응답한 경우를 미충족 의료경험으로 정의하였다. 미충족 의료경험 유형은 선행연구(Ko, 2016)에서 미충족 의료경험의 원인을 대상자의 경제적인 이유, 이용 가능성, 경한 증상(mild symptom), 기타의 네 가지로 분류한 것을 근거로 하여, 지역사회건강조사에서 조사된 필요의료서비스(치과제외) 미수진 사유 문항 중 선행연구(Ko, 2016) 분류에 해당하는 항목을 사용하여 세 가지로 분류하였다.

경한 증상은 ‘증상이 가벼워서’로 응답한 경우로, 경제적인 이유는 ‘경제적인 이유’로 응답한 경우를, 이용 가능성은 ‘교통이 불편해서’로 응답한 경우로 하였으며, 각각을 건강상태 인식, 지불능력의 제한, 물리적 접근성의 제한으로 명명하였다.

2.4. 자료분석방법

수집된 자료는 IBM SPSS Statistics 21.0을 이용하여 복합표본설계(complex sampling design)를 고려하여 층화변수, 집락변수와 가중치를 적용하였다. 대상자의 일반적 특성, 건강관련 특성과 미충족 의료경험 유형은 빈도 분석하였고, 대상자의 일반적 특성에 따른 미충족 의료경험, 미충족 의료경험 유형 차이는 Rao-Scott 카이제곱 검정과 t 검정을 이용하였다. 미충족 의료경험과 미충족 의료경험 유형 별 영향요인을 규명하기 위해 다중 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 자료의 제시는 가중치를 적용하여 추정된 상대 빈도(%)와 표준오차, 교차비와 95% 신뢰구간을 이용하였다. 통계검정을 위한 유의수준은 $\alpha = .05$ 로 하였다.

3. 연구결과

3.1. 대상자의 일반적 특성과 건강관련 특성에 따른 미충족 의료경험

대상자에서 미충족 의료경험이 있는 경우가 1,644명(10.0%), 경험이 없는 경우가 13,143명(90.0%)이었다. 미충족 의료경험에 따른 대상자들의 일반적 특성을 분석한 결과 미충족 의료경험이 있는 경우와 없는 경우는 연령($p < .001$), 성별($p < .001$), 월 가구소득($p < .001$), 교육수준($p < .001$), 경제활동 상태($p = .002$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 또한 대상자의 건강관련 특성인 지각된 스트레스($p < .001$), 주관적 건강수준($p < .001$), 만성질환 개수($p < .001$), EQ-5D의 운동능력($p < .001$), 자기관리($p < .001$), 일상활동($p < .001$), 통증/불편($p < .001$), 우울/불안($p < .001$)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 1).

3.2. 미충족 의료경험 유형 별 차이

미충족 의료경험의 유형은 건강상태 인식 205명(14.1%), 지불능력 제한 684명(56.0%), 물리적 접근성의 제한 755명(30.0%)으로 연령($p < .001$), 성별($p = .004$), 월 가구소득($p < .001$), 교육수준($p < .001$), 경제활동 상태($p < .001$), 지각된 스트레스($p < .001$), 주관적 건강수준($p < .001$), 만성질환 개수($p < .001$), ED-5D의 운동능력($p < .001$), 자기관리($p < .001$), 일상활동($p < .001$), 통증/불편($p < .001$), 우울/불안($p < .001$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Table 2).

3.3. 미충족 의료경험의 영향 요인

대상자들의 미충족 의료경험에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 단변량 로지스틱회귀분석 결과 연령이 증가할수록(p<.001), 남성에 비해 여성이(p<.001), 고졸 이상에 비해 무학이나(p<.001) 초등학교졸업(p<.001), 중학교졸업의 교육수준을 가진 경우(p=.040), 월 가구소득이 낮을 경우(p<.001), 경제활동을 하지 않고 있는 경우(p=.002), 지각된

Table 1. Distribution of unmet healthcare needs among elderly living alone (N=14,787, weighted N=1,190,582)

		Yes (n=1,644, weighted n=118,919, 10.0%)		No (n=13,143, weighted n=1,071,663, 90.0%)		Total (N=14,787, weighted n=1,190,582)		Rao- Scott χ^2 (t)	p
		n(weighted n)	weighted %	n(weighted n)	weighted %	n(weighted n)	weighted %		
Age(yr)	65-74	603(51,235)	43.1	5,697(525,938)	49.1	6,300(577,172)	48.5	17.353	<.001
	≥75	1,041(67,685)	56.9	7,446(545,726)	50.9	8,487(613,411)	51.5		
	(M±SD)	(76.18±0.194)		(75.05±0.061)		(75.16±0.058)			
Gender	Male	159(14,359)	12.1	2,099(204,911)	19.1	2,258(219,270)	18.4	25.209	<.001
	Female	1,485(104,561)	87.9	11,044(866,752)	80.9	12,529(971,313)	81.6		
Monthly household income (10,000won)	<50	1,149(77,140)	65.0	7,286(512,332)	48.0	8,435(589,472)	49.7	67.054	<.001
	50-99	413(34,414)	29.0	4,397(390,210)	36.6	4,810(424,624)	35.8		
	>99	76(7,032)	5.9	1,410(163,985)	15.4	1,486(171,017)	14.4		
Level of education	Ineducation	831(46,284)	38.9	4,956(304,564)	28.5	5,787(350,848)	29.5	31.990	<.001
	Elementary school	641(52,981)	44.6	5,628(443,000)	41.4	6,269(495,981)	41.7		
	Middle school	95(10,293)	8.7	1,223(141,102)	13.2	1,318(151,395)	12.7		
	High school & more	77(9,362)	7.9	1,325(181,576)	17.0	1,402(190,938)	16.1		
Economic activity	Employed	412(23,114)	19.4	4,027(250,431)	23.4	4,439(273,544)	23.0	9.343	.002
	Unemployed	1,229(95,739)	80.6	9,112(820,819)	76.6	10,341(916,558)	77.0		
Self-rated stress	No	1,014(66,123)	56.0	10,742(874,655)	81.8	11,756(940,778)	79.2	427.181	<.001
	Yes	621(52,047)	44.0	2,370(194,837)	18.2	2,991(246,884)	20.8		
Perceived health status	Good	86(6,679)	5.6	1,945(175,142)	16.3	2,031(181,821)	15.3	119.075	<.001
	Fair	309(24,227)	20.4	4,151(35,7974)	33.4	4,460(382,201)	32.1		
	Poor	1,249(88,014)	74.0	7,046(53,8413)	50.2	8,295(626,427)	52.6		
Chronic disease (M ±SD)		(1.607±0.033)		(1.431±0.010)		(1.519±0.017)		48.722	<.001
EQ-5D (problem)	no	345(28,019)	23.6	5,729(521,271)	48.6	6,074(549,289)	46.1	146.094	<.001
	Some	1,223(84,817)	71.3	7,235(535,420)	50.0	8,458(620,237)	52.1		
Mobility	Extreme	76(6,084)	5.1	179(14,973)	1.4	255(21,057)	1.8		
	No	950(70,549)	59.3	10,273(858,052)	80.1	11,223(928,600)	78.0		
Self-care	Some	644(44,460)	37.4	2,730(203,460)	19.0	3,374(247,920)	20.8	144.504	<.001
	Extreme	50(3,911)	3.3	140(10,151)	0.9	190(14,062)	1.2		
Usual activities	No	502(40,775)	34.3	7,507(662,542)	61.8	8,009(703,318)	59.1	173.851	<.001
	Some	1,047(70,905)	59.6	5,374(388,482)	36.3	6,421(459,388)	38.6		
	Extreme	95(7,239)	6.1	262(20,639)	1.9	357(27,878)	2.3		
Pain/ Discomfort	No	268(18,055)	15.2	4,972(424,736)	39.6	5,240(442,792)	37.2	198.412	<.001
	Some	1,001(73,312)	61.7	6,937(549,317)	51.3	7,938(622,629)	52.3		
	Extreme	374(27,526)	23.2	1,233(97,597)	9.1	1,607(125,123)	10.5		
Anxiety/ Depression	No	817(55,510)	46.9	9,799(781,920)	73.0	10,616(837,430)	70.4	205.557	<.001
	Some	668(51,786)	43.7	3,010(263,212)	24.6	3,678(314,998)	26.5		
	Extreme	154(11,183)	9.4	321(25,569)	2.4	475(36,751)	3.1		

스트레스가 있는 경우($p<.001$), 주관적 건강수준이 보통이거나($p<.001$) 좋지 않은 경우($p<.001$), 만성 질환의 개수가 많을수록($p<.001$), 건강관련 삶의 질이 낮은 경우($p<.001$) 모두 통계적으로 유의하게 미충족 의료경험에 영향을 주었다. 따라서 다변량 로지스틱회귀분석에서는 확인하고자 하는 요인을 제외한 나머지 변수들을 모두 통제하고 분석하였다. 그 결과 대상자의 미충족 의료경험의 확률은 월 가구소득이 99만원 초과보다 50만원 미만인 경우 1.989배(95% CI:1.499-2.640), 50만원 이상 99만원 이하인 경우 1.481배(95% CI:1.104-1.968) 높고, 교육수준이 고등학교 이상인 대상자들에 비

Table 2. Differences of unmet need by type of reason (N=1,644, weighted N=118,919)

		Health status (n=205, weighted n=16,718, 14.1%)		Economic burden (n=684, weighted n=66,554, 56.0%)		Accessibility (n=755, weighted n=118,919, 30.0%)		Rao- Scott χ^2 (t)	p
		n(weighted n)	weighted %	n(weighted n)	weighted %	n(weighted n)	weighted %		
Age(yr)	65-74	100(9,004)	53.9	302(31,859)	47.9	201(10,372)	29.1	25.597	<.001
	≥75	105(7,714)	46.1	382(34,695)	52.1	554(25,276)	70.9		
	(M±SD)	(74.45±0.312)		(75.34±0.158)		(78.56±0.153)			
Gender	Male	16(1,939)	11.6	95(10,310)	15.5	48(2,110)	5.9	6.604	.004
	Female	189(14,779)	88.4	589(56,245)	84.5	707(33,537)	94.1		
Monthly household income (10,000won)	<50	106(7,017)	42.1	498(46,214)	69.6	545(23,908)	67.3	19.216	<.001
	50-99	77(6,496)	38.9	154(17,824)	26.9	182(10,095)	28.4		
	>99	21(3,167)	19.0	30(2,333)	3.5	25(1,532)	4.3		
Level of education	Ineducation	85(4,943)	29.6	293(22,129)	33.2	453(19,212)	53.9	10.691	<.001
	Elementary school	88(7,022)	42.0	296(32,657)	49.1	257(13,301)	37.3		
	Middle school	19(1,957)	11.7	51(6,445)	9.7	25(1,890)	5.3		
	High school & more	13(2,796)	16.7	44(5,323)	8.0	20(1,243)	3.5		
Economic activity	Employed	78(5,214)	31.2	157(11,465)	17.2	177(6,434)	18.1	10.210	<.001
	Unemployed	127(1,1504)	68.8	526(55,049)	82.8	576(29,186)	81.9		
Self-rated stress	No	163(1,3492)	81.2	355(30,663)	46.4	496(21,968)	61.9	45.547	<.001
	Yes	41(3,118)	18.8	324(35,388)	53.6	256(13,541)	38.1		
Perceived health status	Good	20(1,946)	11.6	36(3,377)	5.1	30(1,356)	3.8	15.874	<.001
	Fair	77(6,552)	39.2	114(11,850)	17.8	118(5,825)	16.3		
	Poor	108(8,220)	49.2	534(51,327)	77.1	607(28,466)	79.9		
Chronic disease (M ±SD)		(1.287±0.554)		(1.668±0.281)		(1.641±0.306)		74.274	<.001
EQ-5D (problems)	No	75(6,155)	36.8	173(17,012)	25.6	97(4,851)	13.6	11.071	<.001
	Some	129(10,489)	62.7	472(45,422)	68.2	622(28,906)	81.1		
Mobility	Extreme	1(74)	0.4	39(4,120)	6.2	36(1,890)	5.3	18.121	<.001
	No	162(14,256)	85.3	399(38,658)	58.1	389(17,634)	49.5		
Self-care	Some	43(2,462)	14.7	264(25,803)	38.8	337(16,195)	45.4	22.833	<.001
	Extreme	0(0)	0.0	21(2,093)	3.1	29(1,818)	5.1		
	No	105(10,314)	61.7	224(22,067)	33.2	173(8,395)	23.5		
Usual activities	Some	98(6,325)	37.8	416(39,690)	59.6	533(24,890)	69.8	18.132	<.001
	Extreme	2(80)	0.5	44(4,797)	7.2	49(2,362)	6.6		
	No	57(4,221)	25.2	110(9,216)	13.8	101(4,619)	13.0		
Pain/Discomfort	Some	140(12,143)	72.6	399(39,703)	59.7	462(21,467)	60.3	21.723	<.001
	Extreme	8(355)	2.1	175(17,636)	26.5	191(9,535)	26.8		
	No	151(12,679)	75.8	282(26,500)	39.9	384(16,331)	46.2		
Anxiety/Depression	Some	51(3,928)	23.5	313(32,346)	48.7	304(15,512)	43.9	10.0	<.001
	Extreme	3(111)	0.7	87(7,541)	11.4	64(3,530)	10.0		
	No	151(12,679)	75.8	282(26,500)	39.9	384(16,331)	46.2		

해 무학이 1.478배(95% CI:1.132-1.930), 초등학교 졸업이 1.419배(95% CI:1.105-1.823) 높았다. 또한 지각된 스트레스가 있는 경우 2.762배(95% CI:2.435-3.133), 주관적 건강상태가 나쁜 경우 2.045배(95% CI:1.565-2.673), 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 2.548배(95% CI:2.033-3.193) 높았다(Table 3).

Table 3. Factors influencing unmet healthcare need (N=14,787)

	Unadjusted			Adjusted†			
	ORs	95% CI	p	ORs	95% CI	p	
Age	1.028	1.018-1.037	<.001	1.006	0.995-1.017	.273	
Gender	Male(Ref.)						
	Female	1.722	1.390-2.133	<.001	1.163	0.941-1.436	.161
Monthly household income (10,000won)	>99(Ref.)						
	<50	3.511	2.633-4.683	<.001	1.989	1.499-2.640	<.001
	50-99	2.057	1.538-2.750	<.001	1.481	1.109-1.978	.008
Level of education	High school & more(Ref.)						
	Ineducation	2.948	2.259-3.846	<.001	1.478	1.132-1.930	.004
	Elementary school	2.320	1.801-2.987	<.001	1.419	1.105-1.823	.006
	Middle school	1.415	1.016-1.971	.040	1.034	0.747-1.432	.840
Economic activity	Unemployed(Ref.)						
	Employed	1.264	1.089-1.466	.002	1.100	0.943-1.283	.224
Self-rated stress	No (Ref.)						
	Yes	3.533	3.117-4.005	<.001	2.762	2.435-3.133	<.001
Perceived health status	Good(Ref.)						
	Fair	1.775	1.323-2.381	<.001	1.333	0.996-1.784	.053
	Poor	4.287	3.224-5.699	<.001	2.045	1.565-2.673	<.001
Chronic disease		1.162	1.098-1.229	<.001	1.002	0.944-1.063	.955
EQ-5D	High(Ref.)						
	Low	4.581	3.627-5.787	<.001	2.548	2.033-3.193	<.001

† Adjusted for all the other variables in the table

3.4. 미충족 의료경험 유형 별 영향요인

대상자들의 미충족 의료경험 유형 별 영향요인을 파악하기 위해 다변량 로지스틱회귀분석을 실시하였다. 단변량 로지스틱회귀분석 결과 모든 변수가 통계적으로 유의하게 미충족 의료경험에 영향을 주었기 때문에 확인하고자 하는 변수를 제외한 나머지 변수들을 모두 통제하고 분석하였다.

로지스틱회귀분석 결과 건강상태 인식의 이유로 미충족 의료를 경험할 확률은 남성보다는 여성이 1.963배(95%CI:1.010-3.816), 경제활동을 하고 있는 경우 1.444배(95%CI:1.079-1.932), 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 1.777배(95%CI:1.163-2.716) 더 높았다. 반면 지불능력의 제한으로 미충족 의료를 경험할 확률은 월 가구소득 99만원 초과에 비해 50만원 미만인 경우 3.888배(95% CI:2.363-6.398), 50만원 이상 99만원 이하인 경우 2.433배(95% CI:1.472-4.024), 지각된 스트레스가 있는 경우 3.853배(95% CI:3.278-4.529), 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 2.758배(95%CI:1.944-3.913) 더 높았다. 물리적 접근성의 문제로 미충족 의료를 경험할 확률은 연령이 증가할수록 1.055배(95% CI:1.041-1.068), 남성에 비해 여성이 1.711배(95% CI:1.221-2.399), 교육수준이 고등학교 이상인 대상자들에 비해 무학이 3.055배(95% CI:2.112-4.420), 초등학교 졸업이 2.033배(95% CI:1.415-2.920), 경제활동을 하고 있는 경우 1.256배(95% CI:1.030-1.531), 지각된 스트레스가 있는 경우 2.161배(95% CI:1.757-2.658), 주관적 건강수준이 높은 경우에 비해 보통이 1.539배(95% CI:1.056-2.242) 나쁨이 2.757배(95%

CI:2.011-3.78), 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 3.676배(95% CI:2.541-5.319) 높았다(Table 4).

Table 4. Factors influencing unmet healthcare need by type of reason (N=14,787)

	Health status/N			Economic burden/N			Accessibility/N			
	ORs	95% CI	p	ORs	95% CI	p	ORs	95% CI	p	
Age	0.986	0.957-1.015	.342	0.986	0.971-1.002	.087	1.055	1.041-1.068	<.001	
Gender	Male(Ref.)									
	Female	1.963	1.010-3.816	.047	0.889	0.681-1.162	.390	1.711	1.221-2.399	.002
Monthly household income (10,000won)	>99(Ref.)									
	<50	0.665	0.440-1.005	.053	3.888	2.363-6.398	<.001	1.858	1.036-3.333	.038
	50-99	0.781	0.496-1.229	.285	2.433	1.472-4.024	.001	1.586	0.885-2.841	.121
Level of education	High school & more(Ref.)									
	Ineducation	0.902	0.528-1.543	.707	1.321	0.902-1.935	.153	3.055	2.112-4.420	<.001
	Elementary school	0.885	0.564-1.389	.595	1.607	1.134-2.278	.008	2.033	1.415-2.920	<.001
Economic activity	Middle school									
	Unemployed(Ref.)	0.803	0.420-1.535	.506	1.134	0.737-1.745	.566	1.231	0.628-2.410	.545
Self-rated stress	Employed									
	Employed	1.444	1.079-1.932	.013	0.944	0.744-1.198	.635	1.256	1.030-1.531	.024
Perceived health status	No (Ref.)									
	Yes	1.001	0.705-1.420	.997	3.853	3.278-4.529	<.001	2.161	1.757-2.658	<.001
	Good(Ref.)									
Chronic disease	Fair									
	Fair	1.518	0.804-2.867	.198	1.205	0.814-1.784	.351	1.539	1.056-2.242	.025
EQ-5D	Poor									
	Poor	1.356	0.743-2.476	.321	2.065	1.419-3.004	<.001	2.757	2.011-3.78	<.001
EQ-5D	Chronic disease									
	High(Ref.)	0.826	0.710-0.961	.013	1.042	0.957-1.134	.345	1.032	0.954-1.116	.432
EQ-5D	Low									
	Low	1.777	1.163-2.716	.008	2.758	1.944-3.913	<.001	3.676	2.541-5.319	<.001

Adjusted for all the other variables in the table

4. 논의

본 연구는 2015년 지역사회건강조사 자료를 사용하여 65세 이상 독거노인의 미충족 의료경험의 유형을 확인하고, 미충족 의료경험의 유형 별 영향요인을 파악하고자 하였다.

미충족 의료경험이 있는 자는 전체 대상자 중 1,644명(10.0%)으로 나타났다. 이는 2014년 노인실태조사 자료를 활용하여 독거노인의 미충족의료를 12.6%로 보고한 것(Moon, Kang, 2016)보다 다소 적은 수치이다. 이는 Moon, Kang(2016)의 연구에서 미충족 의료경험에 해당하는 모든 항목을 포함 한데 반해 본 연구에서는 미충족 의료경험을 건강상태 인식, 지불능력의 제한, 물리적 접근성의 제한에 해당한 경우만 포함했기 때문에 적은 수치를 보인 것으로 사료된다(Moon, Kang, 2016).

미충족 의료경험의 유형을 대상자의 건강상태에 대한 인식과 지불능력의 제한, 물리적 접근성의 제한으로 나누어 분석한 결과, 미충족 의료경험이 있는 대상자 중 14.1%가 증상이 가볍다고 생각하는 건강상태에 대한 인식의 이유로, 56.0%는 지불능력의 제한, 30.0%는 교통 불편 등의 물리적 접근성 제한의 이유로 병·의원에 가지 못한 것으로 응답하였다. 이는 2014년 한국의료패널조사를 활용하여 조사한 Lee, Huh(2017)의 연구에서 65세 이상 노인의 41.18%, 65세 미만 성인의 18.10%가 경제적 이유 때문에 미충족 의료를 경험한다고 보고 한 연구결과 보다 높은 수치이다. 독거노인이 비독거노인이나 일반 성인에 비해 가구소득이 낮게 보고되고 있는데, 이러한 측면이 경제적 이유로 인한 미충족 의료 경험에도 영향을 주었을 것이라고 생각된다(Kim, 2017; Lee, Huh, 2017). 또한 각 유형 별로 연령과 성별, 월 가구소득, 교육수준, 경제활동 상태와 같은 일반적 특성과 지각된

스트레스, 주관적 건강상태, 만성 질환의 수와 운동능력, 자기관리, 일상활동, 통증/불편, 우울/불안의 건강관련 특성이 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었다(Lee, Huh, 2017). 독거노인은 비독거노인에 비해 고령, 여성, 저소득층, 저학력층이 많은 특성이 있다(Kang, 2016). 독거노인의 의료가 충족되기 위해서는 사회경제적 특성과 건강관리 특성을 모두 포함하는 포괄적이고 적극적인 접근이 요구된다. 또한 독거노인의 개별적 취약점을 파악하여 대상자 맞춤 관리가 요구된다.

미충족 의료경험에 영향을 미치는 요인은 월가구소득, 교육수준, 지각된 스트레스, 주관적 건강상태와 건강관련 삶의 질로 나타났다. 미충족 의료경험은 월가구소득이 99만원 초과에 비해 50만원 미만인 경우 1.989배, 50만원 이상 99만원이하인 경우 1.481배 높았다. 가구소득이 낮은 경우에는 상대적으로 의료비 부담이 커지고 부담스럽게 되면서 미충족 의료경험이 증가하게 된다(Moon, Kang, 2016). 또한 고등학교 졸업 이상의 대상자들에 비해 무학이 1.478배, 초등학교 졸업이 1.419배 미충족 의료경험이 증가했는데 이는 선행연구와 유사한 결과로(Moon, Kang, 2016), 월 가구소득과 교육수준은 사회·경제적 불평등을 매개하는 매우 중요한 변수로 대상자의 사회·경제적 수준을 나타낸다(Coburn, 2004; Collins, 1979). 또한 지각된 스트레스가 있는 경우는 2.762배, 주관적 건강상태가 나쁜 경우 2.045배, 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 2.548배 미충족 의료경험이 증가했다. 선행연구에 따르면 노인들은 우울감이 있거나 본인의 건강에 대해 부정적으로 평가할수록 미충족 의료경험이 높아진다고 보고하고 있다(Moon, Kang, 2016; Park, 2014). 독거노인의 경우 스트레스나 주관적 건강상태, 건강관련 삶의 질이 취약하며(Kim, 2017), 이것이 미충족 의료경험의 영향요인으로 작용한다. 이러한 요인들은 의료의 필요를 나타내는 주요한 지표이다. 특히 주관적 건강상태는 아직은 진단되지 않은 병으로 인한 건강의 상태를 반영할 수 있고, 앞으로의 건강 대처능력이나 사회적 자원 등을 반영하여 의료이용이나 사망률을 예측할 수 있는 도구이다(Idler, Benyamini, 1997). 따라서 독거노인에 대한 보건의료정책, 복지 정책을 통한 개입 시 독거노인 특유의 건강관련 요인에 주목하여야 한다.

독거노인의 미충족 의료경험은 그 이유가 되는 유형 별로 영향을 주는 요인들이 차이가 있었다. 미충족 의료경험의 유형 별로 분석한 결과 건강상태 인식의 이유로 미충족 의료를 경험할 확률은 남성보다는 여성이 1.963배, 경제활동을 하고 있는 경우 1.444배, 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 1.777배 더 높았다. 증상이 심하지 않다는 건강상태 인식의 이유로 미충족 의료를 경험하는 대상자들은 경제활동 중이어서 시간적인 제약이 있거나 특히 여성의 경우 남성에 비해 노년기에도 여전히 일과 가사, 육아 등 더 많은 역할을 수행하기 때문이라고 추정할 수 있다. 또한 선행연구에 따르면 환자들은 자신의 미래의 건강을 좀 더 긍정적으로 평가하는 경향이 있다(Ko, 2016). 따라서 건강상태 인식의 이유로 미충족 의료를 경험하는 대상자들에게는 의료서비스의 이용을 촉진 할 수 있는 정보의 제공과 함께 사회적인 지지체계를 마련하는 것이 필요하다.

반면 지불능력의 제한으로 인한 미충족 의료경험의 영향요인은 소득, 지각된 스트레스, 낮은 건강관련 삶의 질이었다. 월 가구소득 99만원 초과에 비해 50만원 미만인 경우 3.888배 높고 50만원 이상 99만원 이하인 경우 2.433배 높았으며 지각된 스트레스가 있는 경우가 3.853배 더 높은 것으로 나타났다. 또한 삶의 질이 낮은 경우 2.758배 더 높았다. 이는 선행연구와 유사한 결과이다(Han, Rhee, Moon, Kang, 2013; Kim, 2014). 노인의 경우 고령이 되면서 점차 의료수요가 증가하고 이에 따라 의료비의 부담이 커지는 반면, 소득 감소로 인해 소득 대비 의료비가 차지하는 비중이 올라가게 된다(Ra, Lee, 2017). 이에 대상자의 개별적인 요구에 맞는 의료서비스를 제공하는 동시에 경제적 능력에 따른 접근성의 차이가 생기지 않도록 의료 이용으로 인한 재정 부담을 줄일 수 있는 사회적 제도와 정책적 접근이 필요할 것이다.

물리적 접근성의 문제로 미충족 의료를 경험할 확률은 연령이 증가할수록 1.055배 높았고 남성에 비해 여성이 1.711배, 교육수준이 고등학교 이상인 대상자들에 비해 무학이 3.055배, 초등학교 졸업이 2.033배 높았다. 또한 경제활동을 하고 있는 경우 1.256배, 지각된 스트레스가 있는 경우 2.161배 높았다. 주관적 건강수준은 높은 경우에 비해 보통이 1.539배, 나쁨이 2.757배, 건강관련 삶의 질이 낮은 경우 3.676배 더 높았다. 전기노인에 비해 후기노인은 활동 범위의 제약이 있는 경우가 많아 치료에 대한 욕구가 충족되지 못하여 미충족 의료경험이 증가할 수 있을 것이다. 주관적 건강수준과 건강관련 삶의 질이 낮은 경우도 같은 맥락에서 설명되어 질 수 있을 것이다(Kim, 2013). 독거노인의 경우 교육수준의 영향이 큰 것으로 나타났는데 이는 선행연구와 같은 결과로(Lee, Huh, 2017), 혼자 살고 있는 독거노인의 경우 의료이용에 관련된 조치에 있어 가족의 도움을 받기 어려워 의료이용에 관한 정보의 이해 등에 있어 불리함을 시사한다. 따라서 독거노인을 위한 사회적 관계망의 형성과 효율적인 지원체계가 필요하다(Moon, Kang, 2016).

건강관련 삶의 질은 노인에게 직접적으로 영향을 주는 삶의 질로(Hahn, Park, 2016) 건강관련 삶의 질은 미충족 의료경험에 영향을 주는 요인으로 나타났다. 일반 노인에 비해 독거노인의 경우 건강관련 삶의 질이 낮을수록 건강에 위대한 요인에 노출된 가능성이 높고 이후 대처능력이 떨어져 미충족 의료경험을 야기하게 되고 독거노인의 건강관련 삶의 질을 떨어뜨리는 악순환의 연속이 될 수 있다(Ju et al., 2017).

보건의료체계는 모든 구성원들이 필요한 의료서비스를 필요한 순간 제공받을 수 있도록 보장되어야 하며, 의료서비스 이용에 어려움을 겪는 구성원들이 감소되도록 노력해야 한다. 우리나라의 보건의료체계에 대한 이용자들의 만족도는 병·의원 내에서의 의료서비스 뿐만 아니라 경제적 이유나 접근성과 같은 다양한 경험을 통해 총체적으로 형성된다. 따라서 미충족 의료경험을 줄이기 위한 노력이 보건의료체계에 대한 평가를 좀 더 긍정적으로 변화시키고 보건의료체계에 대한 기대수준을 높이는 데 큰 역할을 할 것이다. 이를 위해서는 독거노인의 취약 특성을 파악하고 유형 별 접근을 통한 건강관리 지원이 필요하다.

본 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 본 연구는 패널 데이터를 이용하여 대상자들이 거주하고 있는 지역의 보건의료서비스 현황과 교통시설의 편리성을 파악하지 못한 점이 있다. 노인의 경우 연령이 들어감에 따라 생활환경의 축소와 운동능력의 감소로 인해 의료 요구가 있음에도 제반시설의 문제로 의료서비스를 포기할 수 있다. 따라서 추후 연구에서는 대상자의 환경적 측면을 다양하게 고려한 연구를 시행해야하여야 할 것이다. 또한 대상자들의 의료보장내용을 확인하지 못한 점이 있다. 국민건강보험으로 의료가 보장되고 있지만 여전히 의료비는 미충족 의료경험의 중요한 영향요인이다. 따라서 추후 연구에서는 대상자들의 의료보장내용을 확인하여야 할 것이며 이에 본 연구의 해석에 주의가 필요하다. 이와 같은 제한점에도 본 연구는 사회적으로 심각한 문제인 독거노인의 의료 접근성 문제를 유형에 따라 관련 요인을 파악함으로써 유형 별로 적합한 해결 방안 마련뿐만 아니라 정책적 대안과 사회 서비스 제공의 근거를 마련하는데 유용하게 활용될 수 있다는 점에서 그 의의가 있다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 65세 이상 독거노인의 미충족 의료경험의 유형을 확인하고, 유형 별 미충족 의료경험의 영향 요인을 파악함으로써 보다 다양한 측면에서 영향요인을 확인하였다는 점에 의의가 있다. 연구의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, 독거노인의 미충족 의료경험은 월 가구소득, 교육수준, 지각된 스트레스와 주관적 건강상태, 건강관련 삶의 질이 영향을 주는 요인이다. 둘째, 독거노인의

미충족 의료경험의 유형 중 건강상태 인식의 경우 여성, 경제활동 상태, 건강관련 삶의 질이 영향을 주는 요인이었으며, 셋째, 지불능력의 제한 유형은 월 가구소득, 지각된 스트레스, 건강관련 삶의 질이 영향을 주었다. 마지막으로 물리적 접근성 유형은 연령, 여성, 교육수준, 경제활동 상태, 지각된 스트레스, 주관적 건강수준과 건강관련 삶의 질이 영향을 주는 요인으로 나타났다. 이를 통해 독거노인의 미충족 의료경험 관련 요인은 각각의 요인에 따라 다양한 요인들이 복합적으로 영향을 미치는 것을 파악하였다. 따라서 독거노인의 미충족 의료경험을 감소시키기 위한 방안 마련 시 유형 별 관련 변수들이 고려되어야 할 것이다.

References

- Aday, L. A., Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care, *Health Services Research*, 9(3), 208.
- Coburn, D. (2004). Beyond the income inequality hypothesis: class, neo-liberalism, and health inequalities, *Social Science & Medicine*, 58(1), 41-56.
- Collins, R. (1979). *The Credential Society: An Historical Sociology of Education and Stratification*, New York: Academic Press.
- Cunningham, P. J., Hadley, J., Kenney, G., Davidoff, A. J. (2007). Identifying affordable sources of medical care among uninsured persons, *Health Services Research*, 42(1), 265-285.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration : Specifying Requirements for Healthcare*, Cambridge, Harvard University Press.
- Hahn, S. W., Park, J. K. (2016). Factors affecting the health related quality of life among the vulnerable female elderly in home, *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 16(3), 1629-1640. (in Korean).
- Han, I. Y., Rhee, Y. S., Moon, B. I., Kang, B. G. (2013). Unmet needs for health care services in patients with breast cancer, *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 15(2), 1035-1048. (in Korean).
- Huh, S. I., Kim, S. J. (2007). Unmet health status of adults in Korea: focusing on the differences between age, *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 13(2), 1-16. (in Korean).
- Huh, S. I., Kim, M. G., Lee, S. H., Kim, S. J. (2009). A study for unmet health care need and policy implications, *Korea Institute for Health and Social Affairs*, 5, 3-30. (in Korean).
- Idler, E. L., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Jeong, G. H. (2015). Status of elderly living alone and policy strategy, *Issue & Focus*, 300, 1-8. (in Korean).
- Ju, Y. J., Kim, T. H., Han, K. T., Lee, H. J., Kim, W., Ah, Lee, S., Park, E. C. (2017). Association between unmet healthcare needs and health-related quality of life: a longitudinal study, *The European Journal of Public Health*, 27(4), 631-637.
- Kang, H. (2016). The factors influencing cognitive impairment in older adults living alone and those living with others: the Korean longitudinal study of ageing (KLoSA) 2012, *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 18(2), 995-1009. (in Korean).
- Kim, J. G. (2008). Factors affecting the choice of medical care use by the elderly person, *Journal of Welfare for the Aged*, 39, 273-302. (in Korean).
- Kim, J. G. (2008). Factors affecting the choice of medical care use by the poor, *Korean Journal of Social Welfare Studies*, 37, 5-33. (in Korean).
- Kim, K. S. (2017). Effects of the health status and health behavior on health-related quality of life of the elderly living alone and living with their families: using data from the 2014 community health survey, *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 28(1), 78-87. (in Korean).
- Kim, T. H. (2014). The challenges of social welfare education in the health and medical service sector : focusing on relationship between unmet health services needs and social isolation, *Korean Journal of Social Welfare Education*, 25, 123-146. (in Korean).

- Kim, Y. H. (2013). Factors influencing the health-related quality of life by age among vulnerable elderly women, *Journal of the Korea Academia-Industrial Cooperation Society*, 14(3), 1342-1349. (in Korean).
- Kim, S. H., Lee, C. Y. (2013). Analysis of factors affecting unmet health care needs of married immigrant women, *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(6), 770-780. (in Korean).
- Ko, H. (2016). Unmet healthcare needs and health status: panel evidence from Korea, *Health Policy*, 120(6), 646-653.
- La, G. W., Lee, H. J. (2017). A comparative study of factors affecting on the household health expenditure between young-old and old-old age groups, *The Korean Journal of Health Economic ad Policy*, 23(2), 37-60. (in Korean).
- Lee, H., Huh, S. I. (2017). Unmet health care needs and impact of type of household among the elderly in Korea, *Journal of Health Economics and Policy*, 23(2), 85-108. (in Korean).
- Lee, J. Y., Jang, M. W., Kim, K. Y., Yun, S. M., Lee, J. H., Jeong, J. (2006). Accessibility of the disabled to Health Care Institution : a case study of Chongno-Gu in Seoul, *Korean Journal of Health Policy and Administration*, 16(3), 19-36. (in Korean).
- Lee, J. E., Kim, T. H. (2014). Association of supplementary private health insurance with unmet health care needs, *Journal of Health Informatics and Statistics*, 39(1), 91-104. (in Korean).
- Lee, J. K., Kim, J. H. (2013). A study on the needs of the elderly living alone in Seoul, *Seoul Studies*, 14(3), 191-211. (in Korean).
- Lim, J. H. (2013). Analysis of unmet medical need status based on the Korean health panel, *Health and Social Sciences*, 34, 237-256.
- Moon, J., Kang, M. (2016). The prevalence and predictors of unmet medical needs among the elderly living alone in Korea: an application of the behavioral model for vulnerable populations, *Health and Social Welfare Review*, 36(2), 480-510. (in Korean).
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y. Y., Wong, S., Stoddard, J. J. (2000). The unmet health needs of America's children, *Pediatrics*, 105(Supplement 3), 989-997.
- Park, M. J. (2014). The factors affecting unmet medical needs in elderly by using Korea health panel data 2011, *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 16(2), 1017-1030. (in Korean).
- Park, S. J., Lee, W. J. (2017). An analysis of convergence factors on the unmet health needs of the indigent elderly, *Journal of the Korea Convergence Society*, 8(1), 221-229. (in Korean).
- Sanmartin, C. (2002). Changes in unmet health care needs, *Health Reports*, 13(3), 15.
- Shin, H. R., Lim, Y. G., Han, K. M. (2014). The influence of medical expenditure on unmet needs for healthcare : focused on the moderating effect of private health insurance, *Korean Association of Regional Studies*, 22(3), 25-48. (in Korean).
- Song, H. Y., Choi, J. W., Park, E. C. (2016). The effect of economic participatory change on unmet needs of health care among Korean adults, *Health Policy and Management*, 25(1), 11-21. (in Korean).
- Song, K. S., Lee, J. H., Rhim, K. H. (2011). Factors associated with unmet needs for health care, *Korean Public Health Research*, 37(1), 131-140. (in Korean).
- Statistics Korea (2015). *Population projection for Korea*. Retrieved September 22, 2017, from http://kosis.kr/visual/populationKorea/PopulationByNumber/PopulationByNumberMain.do?mb=N&menuId=M_1_4&themeId=D01 (in Korean).
- Taylor, D. G., Aday, L. A., Andersen, R. (1975). A social indicator of access to medical care, *Journal of health and Social Behavior*, 16(1), 39-49.

Factors Influencing Unmet Healthcare Needs among Elderly Living Alone

*Hye-Young Jang*¹, *Hanyi Lee*²

Abstract

The purpose of this study was to identify the factors influencing unmet healthcare needs by type among elderly who lived alone. This study was secondary analysis based on the data from the 2015 community health survey with the subjects 14,787 elderly who lived alone. The data were analyzed using descriptive analysis, Rao-Scott chi-square test, t-test and logistic regression to take account of complex samples analysis. 10.0% of subjects had the experiences of unmet healthcare needs. It was determined that influencing factors included monthly household income, level of education, self-rated stress, perceived health status, and health related quality of life. The reason of unmet healthcare needs were classified as 3 categories of health status, economic burden, accessibility. The health status was influenced by gender, economic activity, and health related quality of life. The economic burden was influenced by monthly household income, self-rated stress, and health related quality of life. The accessibility was influenced by age, gender, level of education, economic activity, self-rated stress, perceived health status, and health related quality of life. Therefore, these findings show that factors related by type should be considered when preparing plans to reduce the experiences of unmet healthcare needs among elderly living alone.

Keywords : Unmet healthcare need, Elderly living alone, 2015 community health survey, Health related quality of life.

¹Assistant Professor, College of Nursing, Hanyang University, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 04763, South Korea. E-mail : white0108@hanyang.ac.kr

²(Corresponding Author) Assistant Professor, College of Nursing, Hanyang University, 222 Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul 04763, South Korea. E-mail : leehanyi04@gmail.com

[Received 20 September 2017; Revised 1 November 2017, 8 December 2017; Accepted 11 December 2017]