

## 독거노인의 미충족 의료와 영향요인: 취약계층 행동모델 적용

문 정 화  
(이화여자대학교)

강 민 아\*  
(이화여자대학교)

본 연구는 취약계층인 독거노인의 미충족 의료 현황과 영향요인을 분석하기 위해 수행되었다. 이를 위해 2014년 노인실태조사 자료를 이용하였으며, Gelberg 등(2000)의 취약계층 행동모델을 기반으로 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석결과, 독거노인은 생활 전반에 걸쳐 취약한 상태이며, 이들 중 25.7%가 미충족 의료 경험을 경험한 것으로 나타났다. 소인요인 중 여성, 전기노인, 취업상태, 낮은 교육수준, 비자발적 독거가 미충족 의료의 영향요인으로 나타났으며, 가능요인 중 낮은 가구소득, 의료기관까지 짧은 소요시간, 낮은 자녀와의 관계 만족도, 적은 지인 수가 영향요인으로 나타났다. 필요요인 중에서는 많은 만성질환 개수, 기능제한, 우울증, 나쁜 영양상태가 미충족 의료의 주요 영향요인으로 나타났다. 본 연구결과는 취약한 독거노인에 대한 사회적 관심의 필요성과 이들의 의료접근성 향상을 위한 충분한 소득지원, 부족한 사회적 지지에 대한 보완, 독거노인의 취약특성을 중심으로 한 건강관리 지원의 중요함을 시사한다.

주요용어: 독거노인, 미충족 의료, 불안정성, 취약계층

이 논문은 2015년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행연구임(NRF-2015S1A3A2046566)

\* 교신저자: 강민아, 이화여자대학교(minahkang@ewha.ac.kr).

■ 투고일: 2016.1.31    ■ 수정일: 2016.4.30    ■ 게재확정일: 2016.5.9

## I. 서론

현대 사회의 빠른 고령화 진전과 사회·경제·문화적 변화로 인하여 독거노인<sup>1)</sup>의 수가 급증하고 있다. 현재 한국의 독거노인 수는 137만 9천명으로, 2005년 77만 7천명보다 1.8배 늘었고, 2025년에는 현재의 1.6배인 224만 8천명, 2035년엔 2.5배인 343만 명으로 늘어날 전망이며, 전체 노인 중 독거노인이 차지하는 비중도 현재 17.8%에서 2035년에는 23.2%까지 증가할 것으로 전망된다(정경희, 2015).

현 시대 노인들은 과거 전통적인 유교사상을 바탕으로 가정이라는 울타리 속에서 부모님을 극진히 봉양하고 자식을 위해 희생하며 살아왔을 뿐, 정작 본인의 노후준비는 제대로 하지 못한 세대이다. 그러나 이들이 노인이 된 지금, 전통적인 대가족 구조가 핵가족으로 바뀌었고, 부모에 대한 부양의식이 약해지면서, 더 이상 자녀로부터 보호 받기가 쉽지 않아졌다. 독거노인들이 가족과 떨어져 혼자 생활하게 된 배경을 살펴보면, 경제력을 가지고 자유롭게 생활하기를 위해 선택한 자발적인 독거보다, 같이 살 가족이 없거나 자녀가 따로 살기를 원하는 등의 이유에 의한 비자발적 독거 현상이 두드러진다(정경희 등, 2015).

이와 같은 독거노인의 증가, 독거가구 형성 배경과 관련하여 우리 사회가 주목해야 할 점은 이들이 자원부족(lack of resources), 통제 불가능성(out of control), 불확실성(uncertainty)을 상시적으로 경험하는 불안정한( precarious) 삶을 살고 있다는 것이다. 즉, 대부분의 독거노인은 가족과 떨어져 생활함으로써 동거하는 가족으로부터 얻을 수 있는 다양한 자원으로 부터 박탈되어 있고, 가족과 함께 사는 노인에 비해 경제적으로 더 빈곤한 상태이며, 만성적 질환, 영양부족 등 건강차원의 빈곤 위협에 노출되어 있다(이정관, 김준현, 2013). 그리고 다수의 독거노인들이 가족으로부터 버려졌다는 생각을 하고 있으며, 자신의 삶을 통제할 수 없다는 상실감과 함께 우울, 소외감, 고독감 등의 정서적 어려움을 겪고 있다(김귀분, 석소현, 2008; 김승전, 신일선, 신희영, 김재민, 김성완, 윤진상, 2015). 또한 이들은 건강의 악화로 타인의 부양이 필요할 때 적절한 부양을 받을 수 있을지, 다가올 죽음 앞에 고독사를 피할 수 있을지 등 미래에 대한 불확실성(uncertainty)을 안고 살아가고 있다.

1) 혼자 생활하는 노인에 대하여 통계청에서는 가구유형이라는 관점에서 '1인 가구'라는 표현을 쓰고 있는 노년학에서는 통상 '독거노인'이라는 표현을 사용하고 있음(정경희, 2015).

독거노인을 포함한 모든 노인들은 생물학적 관점에서 환경의 도전에 대해 적응적인 반응을 가능하게 하는 항상성 기제가 감소되는 노화 과정에 있다(Evans, 2008). 노화로 인한 대응능력의 감소는 위협에 노출될 가능성을 높이는데, 노인은 위협에 대비한 사전적 예방 혹은 사후적으로 대처할 수 있는 정보나 자원을 많이 가지고 있지 않기 때문에 나이들 그 자체만으로도 취약계층으로 구분될 수 있다(Siegel, 1993; Grundy, 2006). 따라서 독거노인은 노인으로서의 취약성 뿐 아니라 독거로 인한 취약성을 동시에 가지는 복합적 취약계층이라 할 수 있다.

인간은 누구나 행복하게 살기를 원한다. 그리고 행복한 삶의 근간이 되는 것이 건강이고, 건강을 잘 유지하기 위한 핵심은 의료서비스가 필요할 때 지체 없이 의료 서비스를 이용하는 것이다(Ayanian et al., 2005). 의료서비스 이용과 관련하여 의료적 필요가 제때 충족되지 못하고 대상자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 대상자가 받지 못하는 의료서비스를 미충족 의료라고 한다(신영전, 2015). 미충족 의료가 있다는 것은 적절한 시기에 치료가 제공되지 않는 것을 뜻하며, 이것은 질병 중증도를 높이고 합병증 가능성과 사망률을 높이게 된다(Alonso, Orfila, Ruigomez, Ferrer, & Antó, 1997; Diamant et al., 2004). 특히, 사회경제적 문제로 인한 미충족 의료는 이용자의 상대적 박탈감을 유발하여 사회적 고립감과 우울감을 높이는 등 심리적 측면에 부정적으로 작용하고(김태형, 2014), 자살생각을 유발하는 등(이현경, 김미선, 최승순, 최만규, 2014) 개인의 삶의 질을 크게 저하시키는 요인으로 작용한다. 따라서 미충족 의료는 국가적 차원에서 추후 의료비 부담을 크게 안게 되는 원인이 될 수 있다는 점과 함께 국민의 건강권 보장과 건강에 대한 형평성 유지를 통한 국민의 삶의 질에 대한 사회적 책임이라는 측면에서 중요하게 다루어져야 할 주제이다.

그동안 증가하는 독거노인 수에 비해 독거노인에 대한 연구는 전반적으로 많이 부족했다. 독거노인의 경제적 어려움과 자살 등에 대한 소수의 언론보도 등이 있었으나 독거노인의 생활상 취약성 특히, 의료 접근성과 관련된 연구는 거의 이루어지지 않았다. 따라서 현 시점에서 독거노인들의 생활상 취약성을 파악하고 그들이 필요한 의료서비스를 획득하는 과정에서 직면하게 될 도전들을 확인하는 것은 이들의 건강상태를 유지하고 향상시키는 방안을 찾는 데 도움이 될 것이다. 특히, 본 연구는 여러 미충족 의료 영향요인들 중 독거가구 형성에 있어서의 비자발성, 독거기간정도, 높은 우울증 유병률, 불량한 영양상태 등과 같은 독거노인이 갖는 취약계층 특성의 영향력에 주목하여 분석

하고자 하며, 이를 통해 독거노인의 의료접근성을 높이는 실천적, 정책적 함의를 제시하고자 한다.

따라서 본 연구는 Gelberg 등(2000)의 취약계층 행동모델(The behavioral model for vulnerable populations)을 기반으로 독거노인의 특성 및 미충족 의료 현황과 영향요인을 분석 할 것이며, 본 연구의 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 독거노인의 일반적 특성은 비독거노인의 특성과 어떻게 다르며 독거노인은 어느 정도 취약한가?

둘째, 독거노인의 미충족 의료 현황은 어떠한가?

셋째, 취약계층 특성을 포함하여 독거노인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

## II. 선행연구 고찰

### 1. 미충족 의료

미충족 의료는 이용자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단되지만 이용자가 의료서비스를 받지 못했을 경우, 의료서비스를 적절하게 이용하였다면 예방하거나, 경감 또는 제거될 수도 있는 질병을 가지고 있는 경우를 뜻하며(Donabedian, 1999), 미충족 의료에 대한 연구는 의료에 대한 접근성의 문제를 파악하기 위해 주로 사용되어져 왔다(Cunningham, Hadley, Kenney, & Davidoff, 2007).

의료에 대한 욕구는 의료를 필요로 하는 사람의 인지된 판단에 의한 욕구와 전문가에 의해 평가되는 욕구가 있으며, 이에 따라 미충족 의료를 평가하는 방법은 크게 두 가지로 나뉜다. 하나는 의료를 이용하는 사람들의 주관적 판단을 묻는 방법이며, 또 다른 방법은 객관적인 미충족 의료에 대한 평가로 실제 의료이용량과 필요 의료량 간 차이를 측정하는 것이다(Aday & Andersen, 1974; Taylor, Aday & Andersen, 1975).

주관적 측정방법은 응답자가 자신의 관점을 보다 직접적으로 나타내기 때문에 개인적·사회적 요인을 포괄하는 평가가 될 수 있지만 개인이 경험을 인지하고 회상하는 과정에

서 편향이 생길 가능성이 있어 주관적 판단과 실제 차이를 정확하게 반영하지 못한다는 단점이 있으며(허순임, 김미곤, 이수형, 김수정, 2009; Newacheck, Hughes, Hung, Wong & Stoddard, 2000), 개인차로 인해 미충족 의료가 과소 또는 과대 측정될 가능성이 존재한다(이진용 등, 2006). 반면, 객관적 미충족 의료는 앞서 제시한 주관적 한계를 보완하지만 임상적 지침에 근거한 치료와 질병에 한정하여 의료적 치료의 필요를 평가하기 때문에 대표성을 가지는 자료를 획득하기 어렵다(허순임, 김미곤, 이수형, 김수정, 2009). 또한 객관적인 미충족 의료는 의료이용량이 분석대상자들의 의료수요를 충분히 반영한다는 암묵적인 전제를 바탕으로 하는 것이지만(김진구, 2008), 실제 이용자와 전문가 사이에 필요 의료량에 대한 판단의 차이가 존재할 수 있다. 따라서 미충족 의료와 관련한 대부분의 선행 연구들은 의료접근성을 보장한다는 차원에서 객관적인 미충족 의료보다 개인이 인지하고 있는 주관적 미충족 의료에 대해 주로 연구해 왔으며, 본 연구도 독거노인을 대상으로 주관적 미충족 의료에 대해 분석하고자 한다.

주거형태 중 독거와 미충족 의료의 관계에 대한 연구들을 살펴보면, 독거일 경우 비독거보다 미충족 의료를 더 많이 경험하는 것으로 나타난다. 만성질환자를 대상으로 미충족 의료를 연구한 임지혜(2013) 연구에서 독거가 비독거보다 미충족 의료가 더 높게 나타났으며, 전라남도 완도 지역주민의 미충족 의료를 연구한 조성식 등(2010)의 연구에서도 독거일 때 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다. 한국성인의 경제활동 참여변화와 미충족 의료를 연구한 송해연, 최재우, 박은철(2015)의 연구에서도 독거 시 미충족 의료가 더 높은 것으로 나타났다.

## 2. 취약계층 행동모델과 미충족 의료 영향 요인

### 가. 취약계층 행동모델

취약계층 행동모델(Gelberg, Andersen, & Leake, 2000)은 취약계층이 사회서비스에 접근하고 실제로 서비스를 받는데 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위한 모델로 의료서비스 이용 연구에 있어 광범위 하게 이용되어온 Andersen의 행동모델(1968)을 확장·수정한 모델이다. Andersen의 행동모델(1968)은 소인요인(predisposing factors), 가능요인(enabling factors), 필요요인(need factors)으로 구성되는데, 소인요인은 의료욕구

발생 이전에 개인의 의지와 상관없이 이미 가지고 있는 특성으로 서비스 이용에 적극적인 욕구로 연결되지는 않지만 서비스 이용에 매우 중요한 역할을 하며, 연령, 성별 등과 같은 인구사회학적 특성이나 교육이나 계층 등의 사회경제적 요인이 포함된다. 가능요인은 의료서비스를 이용할 수 있도록 하는 수단과 능력에 관한 요인으로 소득수준이나 가족자원 등 경제·사회학적 요인을 포함한다. 필요요인은 개인의 장애나 질병의 수준에 관련한 생리학적 및 심리적인 요인으로 의료서비스를 이용하는데 직접적인 원인이 되는 요인들을 뜻한다(Andersen & Newman, 1973).

취약계층 행동모델에서는 기존 Andersen의 행동모델(1968)이 구성하고 있는 소인요인, 가능요인, 필요요인 세 요인에 취약계층에 대해 고려해야할 취약영역(vulnerable domain)을 추가하여 전통적 영역(traditional domain)과 취약영역(vulnerable domain)이라는 두 가지 차원으로 구분하였다. 취약영역은 취약계층의 건강서비스 필요를 증가시키고, 케어에 대한 능력을 제한하는 변수로 구성된다(Gelberg, Andersen, & Leake, 2000).

## 나. 미충족 의료 영향 요인

### 1) 소인요인(Predisposing factors)과 미충족 의료

미충족 의료에 영향을 미치는 소인요인으로 성별, 연령, 지역, 취업, 교육 수준과 함께 취약계층 특성으로 독거기간, 독거자발성 등에 대한 선행연구를 살펴보았다.

성별에 있어 여성이 남성에게 비해 미충족 의료가 높게 나타난다. 이는 선행연구(김정희, 김영숙, 김명순, 1999; 조성식 등, 2010; 김수정, 허순임, 2011; 송경신, 이준협, 임국환, 2011; 신자은, 2013; 임지혜, 2013; 박민정, 2014; 이주은, 김태현, 2014; 송해연, 2015)에서 일관적으로 보여진다.

연령과 미충족 의료와의 관계는 연구에 따라 상이하게 나타나는데, 저연령 집단이 고연령 집단에 비해 미충족 의료가 높다는 결과를 제시한 연구(정의신, 박민정, 2011; 임지혜, 2013; 김수희, 이정열, 2013; 김태형, 2014)가 있고 상대적으로 연령이 높을수록 미충족 의료가 높다는 결과를 제시한 연구(박민정, 2014; 이주은, 김태현, 2014; 송해연, 2015)도 있으며, 연령은 미충족 의료에 유의한 영향을 주지 않는다는 결과를 제시한 연구(김수정, 허순임, 2011)도 있다.

지역과 관련해서는 김진구 연구(2008)에서 농어촌보다 도시에 거주할 때 미충족 의료가 더 높은 것으로 나타났으며, 이에 대해 김진구(2008)는 노인들의 경제적 독립성과 관련하여 농어촌 노인들이 생산 활동에 종사하고 일정정도 경제적 독립성을 가지기 때문에 미충족 의료가 낮을 가능성을 제시하고 있다.

취업에 있어서는 많은 연구에서 취업자가 비취업자에 비해 미충족 의료가 높다는 결과가 제시되었다(정영호 2012; 김수희, 이정열, 2013; 임지혜, 2013; 신자은, 2013; 김태형, 2014). 취업은 소득효과로 의료 접근성에 기여할 수 있지만, 비탄력적인 근무시간 또는 휴가나 대체인력 지원이 부족할 경우 의료서비스 이용을 제한할 수 있기 때문이다(신자은, 2013).

교육수준은 건강행위나 태도와 관련이 있어 미충족 의료와 관련성이 높는데, 교육수준이 낮을 때 미충족 의료가 높다는 결과를 제시하는 연구(김교성, 이현옥, 2012; 송해연, 최재우, 박은철, 2015)가 많은 반면, 결혼 이후 여성의 미충족 의료를 연구한 김수희와 이정열(2013) 연구에서는 교육수준이 높을수록 미충족 의료가 높은 것으로 나타났고, 재가 장애인에 대한 신자은(2013)의 연구에서는 교육수준의 효과가 미미한 것으로 제시하는 등 연구에 따라 상이하게 나타났다.

독거기간과 미충족 의료의 관계에 대한 연구들을 살펴보면, 장애 보유기간이 길수록 기능상태의 악화과 노화 등이 중첩되어 의료에 대한 욕구는 높아지지만 서비스에 충분히 접근하지 못한다는 Ponzio 등(2015)의 연구가 있다. 또한 결혼 이후 여성의 미충족 의료에 대한 연구(김수희, 이정열, 2013)에서도 국내에 오래 거주한 이후 여성일수록 미충족 의료가 높다는 결과를 제시하며, 홍콩이주 한인의 미충족 의료 연구(손창우, 이선주, 황종남, 2015)에서 거주 기간이 1년에 비해 1년에서 5년 사이인 경우 미충족 의료 발생가능성이 더 높다는 결과가 있다. 따라서 이 연구들을 통해 독거 기간이 길어질수록 미충족 의료가 높을 것으로 예측해 볼 수 있다.

독거 자발성과 미충족 의료의 관계를 살펴보면, 노인이 경제적 능력과 건강, 개인생활 추구, 기존 주거지 유지 희망 등의 이유로 본인 스스로 홀로 사는 것을 선택한 경우를 나타내는 독거가구 형성의 자발성은 독거노인이 보유하고 있는 자원이 상대적으로 많을 때 가능하다는 점과 자발성이 사회적 지지와 자기 통제감과 관련이 있는 개념이라는 점(문정화, 2015)을 고려해 볼 때 독거자발성이 높을 때 미충족 의료가 낮을 것으로 예측할 수 있다.

## 2) 가능요인(Enabling factors)과 미충족 의료

미충족 의료에 영향을 미치는 가능요인으로 가구소득, 외출 시 불편유무, 의료시설까지의 거리라는 물리적 장벽과 자녀의 수, 자녀와의 관계, 지인의 방문횟수 등을 포괄하는 사회적 지지에 관한 선행연구를 살펴보았다.

대부분의 연구에서 가구소득이 낮을수록 미충족 의료는 높게 나타났다(손수인, 신영전, 김창엽 2010; 김수정, 허순임, 2011; 김수희, 이정열, 2013; 전보영, 권순만, 2015; 송해연, 최재우, 박은철, 2015). 외출 시 불편유무와 관련하여 장애인의 미충족 의료를 연구한 전보영(2014)의 연구에서 장애인 편의시설이 부족하여 외출에 불편을 겪을 때 미충족 의료가 높게 나타났으며, 재가 장애인의 미충족 의료를 연구한 신자은(2013) 연구에서도 집 밖의 활동이 불편하거나 교육수단의 이용이 불편할 때 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다. 의료시설까지의 거리와 미충족 의료와의 관계를 살펴보면, 주거지와 의료서비스 제공기관 간의 거리가 멀수록 의료서비스 이용 빈도가 낮아지며(Nemet & Bailey, 2000), 원거리 환자일수록 전문 의료서비스 이용률이 낮아진다(Bello et al., 2012). 한편, 의료시설까지의 거리보다 교통접근성 및 이동시간이 중요하다는 관점이 있는데 정기검진의 경우 의료시설과의 거리가 길수록 의료기간 방문빈도는 떨어지는 반면, 만성질환과 급성질환의 경우에는 그 관계가 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다(Arcury et al., 2005). 사회적 지지와 미충족 의료의 관계에서는 지역사회 소속감이 미충족 의료를 낮추고(Nelson & Park, 2006), 장애인의 경우 배우자가 없고 친구 및 친지와 의사소통에 참여하지 못할 때 미충족 의료가 더 높게 나타났다(전보영, 2014).

## 3) 필요요인(Need factors)과 미충족 의료

미충족 의료에 영향을 미치는 필요요인으로 건강에 대한 주관적 평가, 만성질환 개수, 기능제한 유무와 독거노인 취약영역으로 우울증, 영양상태에 관한 선행연구를 살펴보았다.

건강에 대한 주관적 평가에 있어서는 여러 연구에서 일관적으로 건강이 좋지 못하다고 평가할 때 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다(Idler & Kasl, 1995; 송경신, 이준협, 임국환, 2011; 김교성, 이현옥, 2012; 신자은, 2013; 임지혜, 2013; 박은영, 2015; 손창우, 이선주, 황종남, 2015). 허순임과 김수정(2007)은 노인층의 경우 소득수준이 미충족



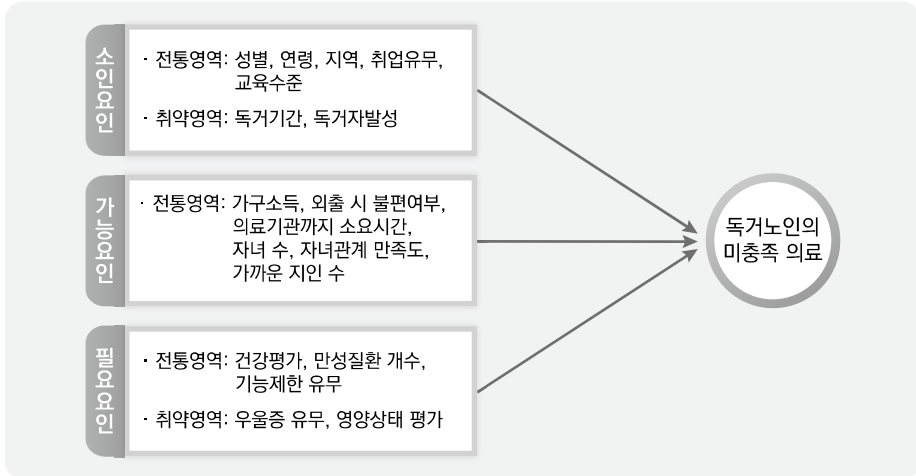
의료에 미치는 영향이 큰 반면, 젊은 연령층은 건강상태가 미충족 의료에 미치는 영향이 더 크다는 연구 결과를 제시하였다. 만성질환에 있어서는 만성질환자일 수록(김진구, 2008; 김교성, 이현옥, 2012), 만성질환 개수가 많을수록(신자은, 2013) 미충족 의료가 높은 것으로 나타났으며, 기능제한 유무도 활동제한이 있는 경우 미충족 의료가 더 높은 것으로 나타났다(김진구, 2008; 송해연, 최재우, 박은철, 2015). 국·내외 많은 연구들은 독거노인이 비독거노인에 비해 우울증 발병에 취약한 집단임을 보고 한다(이신영, 2011; 김승전 등, 2015; Chan, et al., 2011). 또한 독거노인의 특징으로 영양관리에 대한 위험도가 높다고 제시하는 연구들이 있는데, Lee 등(2003)의 연구에서 독거노인은 비독거노인에 비해 에너지 섭취량이 200~300kcal 적다고 보고하고 있으며, 박진경과 손숙미(2003) 연구에서도 독거노인의 경우 비독거노인에 비해 결식비율이 높으며 영양 위험도가 높은 것으로 나타났다. 우울증과 미충족의 관계는 박민정(2014) 연구에서 우울증이 있을 때 미충족 의료가 높은 것으로 나타났으며, 영양상태와 미충족 의료에 대한 선행연구는 찾아보기 힘들지만 타 연구들에 비추어볼 때 영양상태가 좋지 않을수록 의료이용에 대한 수요가 증가하며 미충족 의료가 높을 것으로 예측되어진다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구모형

본 연구는 독거노인의 미충족 의료 영향요인을 분석하기 위하여 취약계층 행동모델(Gelberg, Andersen, & Leake, 2000)을 기반으로 선행연구를 검토하여 변수를 선정하였다. 소인요인 중 전통영역으로 성별, 연령 지역, 취업유무, 교육수준을 포함하였고, 독거노인의 취약계층 영역으로 독거기간, 독거자발성을 포함하였다. 가능요인은 가구소득, 외출 시 불편여부, 의료기관까지 소요시간, 자녀 수, 자녀관계 만족도, 가까운 지인수를 포함하였으며, 필요요인 중 전통영역으로 건강평가, 만성질환 개수, 기능제한 유무를 취약영역으로는 우울증 유무와 영양상태 평가를 포함하였다. 분석을 위해 구축된 연구 모형은 다음의 [그림 1]과 같다.

그림 1. 연구모형



## 2. 분석 자료 및 대상

본 연구는 한국보건사회연구원에서 조사한 2014년 노인실태조사 자료를 사용하였다. 노인실태조사는 한국 노인의 다각적인 생활 현황과 욕구를 파악하고 노인특성의 변화추이를 예측하기 위해 2007년 이후 매 3년 마다 실시되는 조사로 독거노인과 미충족 의료와 관련한 문항이 많아 본 연구에 적합한 자료라 판단되었다. 이 조사의 표본추출은 16개 시도별로 1차 층화 후 7개 특별·광역시를 제외한 9개 도 지역을 동부와 읍·면부로 2차 층화하여 25개 층으로 표본수를 정하고, 각 층별로 노인인구 수에 따라 제곱근 비례 배분하여 산출되었다. 자료수집은 노인실태조사 연구진에 의해 사전에 훈련된 전문조사원 60명이 사전에 표본 추출된 조사지역의 모든 가구를 직접 방문하여 가구 내 거주하고 있는 65세 노인에 대한 직접면접조사 방식으로 진행되었다(정경희 등, 2015).

본 연구에서는 독거노인 2,407명과 독거노인의 일반적 특성 차이 분석을 위해 비독거노인 8,044명을 포함하여 총 10,451명의 자료를 최종 분석에 사용하였다.

### 3. 측정도구

#### 가. 미충족 의료

미충족 의료(unmet need)는 일반적으로 환자가 원하거나 의료전문가의 기준으로 필요하다고 판단하지만 환자가 받지 못한 의료서비스를 말한다(신영전, 2015). 본 연구에서는 2014년 노인실태조사에서 사용한 “귀하께서는 지난 1년간 병, 의원(치과 제외)진료가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있으십니까?”와 “귀하께서는 지난 1년간 치과 진료가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있으십니까?”의 2개 문항을 사용하였으며 두 문항 중 한 문항 이상 “예”라고 응답한 경우를 미충족 의료로 있는 것으로 보았다.

#### 나. 예측변수

##### 1) 소인요인

소인요인은 성별, 연령, 지역, 취업유무, 교육수준과 함께 독거노인이 가지는 취약계층 특성으로 독거기간과 독거 자발성을 포함하였다. 노인연령은 전기노인(65~74세)과 후기노인(75세 이상)으로 구분하였으며, 지역은 동과 읍·면, 교육수준은 무학, 초등 졸업, 중등 졸업 이상으로 구분하였다. 독거기간은 5년 미만, 6년 이상~10년 미만, 11년 이상~15년 미만, 16년 이상~20년 미만, 21년 이상으로 구분하였으며, 독거자발성이 있는 경우는 경제적 능력과 건강, 개인생활 추구, 기존 주거지 유지 희망 등의 이유로 본인 스스로 홀로 사는 것을 선택한 경우, 그 외 자녀의 결혼, 자녀가 별거를 희망, 자녀의 직장과 학업으로 인한 타 지역 거주, 자녀의 경제적 형편 등 불가피한 상황으로 인해 노인이 홀로 살 수 밖에 없는 경우를 비자발적 독거로 구분하였다.

##### 2) 가능요인

가능요인으로 가구소득과 물리적 장벽 변수로 외출 시 불편유무, 의료기관까지 소요 시간, 사회적 지지 변수로 자녀수, 자녀관계 만족도, 가까운 지인수를 포함하였다. 가구 소득은 2014년 노인실태조사 구분에 따라 제 1분위 754만원 이하, 제2분위 754만원

초과~1,208만원 이하, 제3분위 1,208만원 초과~1,946만원 이하, 제4분위 1,946만원 초과~3,426만원 이하, 제5분위 3,426만원 초과로 총 5분위로 나누었으며, 독거노인과 비독거노인 비교는 두 집단의 다른 가구원수를 고려하여 가구 균등화 소득<sup>2)</sup>을 사용하였다. 외출 시 불편유무는 버스타고 내리기, 계단 경사 오르내리기, 교통수단 부족, 이동하기 불편한 도로상태, 노인을 배려하지 않는 교통 편의시설, 많은 차량으로 인한 위험함, 기타 등의 이유로 외출에 불편함을 느낀다고 응답한 경우와 불편함이 없다고 응답한 경우로 구분하였으며, 의료기관까지 소요시간은 1) 걸어서 5분 미만 2) 걸어서 5분~10분 미만 3) 걸어서 10분~30분 미만 4) 걸어서 30분 이상으로 구분하였고, 자녀관계 만족도는 1) 전혀 만족하지 않음 ~ 5) 매우 만족 5점 리커트 척도로 측정하였으며, 가까운 지인 수는 연속변수로 측정하였다.

### 3) 필요요인

필요요인으로 주관적 건강평가, 만성질환 개수, 기능제한유무와 함께 독거노인의 취약계층 특성 요인으로 우울증 유무, 영양상태 평가 변수를 포함하였다. 건강에 대한 주관적 평가는 건강이 나쁨, 보통, 건강한 편으로 구분하였으며, 기능제한은 있음과 없음으로 측정하였다. 우울증은 단축형 노인우울척도(Short Form of Geriatric Depression Scale: SGDS)를 사용하여 0~15점으로 측정한 결과에서 8이상은 우울증이 있고 8점 보다 낮은 경우를 우울증 없음으로 구분하였다. 영양상태평가는 지역사회 노인의 영양위험정도를 파악하여 노인의 영양관리에 활용하기 위해 개발된 간이 영양위험지표로서 Nutrition Screening Initiative(NSI) Checklist를 사용하였으며 10개 문항에 가중치를 부여하여 총점에 따라, 영양상태 양호, 영양상태 주의, 영양상태 고위험으로 구분하였다(정경희 등, 2015).

## 4. 분석방법

본 연구에서는 SPSS/WIN ver.18을 사용하여 분석하였으며 분석방법은 다음과 같다. 연구대상자의 일반적 특성 및 미충족 의료를 분석하기 위하여 빈도분석 및 기술통계를 실시하였으며, 비독거노인과의 일반적 특성 차이를 살펴보기 위하여, 범주형 변수는 카

2) 가구균등화 소득 = 총가구소득 /  $\sqrt{\text{가구원수}}$

이제곱 검정으로, 연속형 변수는 독립표본 t-검정으로 통계적 유의성을 검정하였다. 독거노인의 미충족 의료에 영향을 주는 요인들을 소인요인, 가능요인, 필요요인으로 범주화하여 3단계에 걸쳐 투입하는 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하여 각 요인들을 단계별로 투입하여 다른 조건들이 보정되었을 때와 보정되지 않았을 때의 영향요인과 그 차이를 확인하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 연구대상자의 특성

#### 가. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구에서는 독거노인의 일반적 특성을 비독거노인과 비교를 통해 살펴보았고, 그 결과는 <표 1>와 같다.

성별을 살펴보면 독거노인은 남성이 18.1%, 여성이 81.9%로 여성의 비율이 매우 높게 나타났고, 비독거노인은 남성이 48.7%, 여성이 51.3%로 고른 성별 분포를 보였으며 독거노인과 비독거노인의 성별차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 연령은 독거노인이 평균 75.8세로 비독거노인 73.2세 보다 높은 것으로 나타났다. 거주 지역은 독거노인은 읍면에 27.2%, 동단위에 72.8% 거주하고 있었으며, 비독거노인은 읍면 22.2%, 동에 77.8% 거주하여 독거노인에 비해 도시에 거주하는 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 취업비율은 독거노인 중 취업한 노인은 22.5%로 비독거노인의 30.2% 보다 통계적으로 유의하게 낮았다. 교육수준은 독거노인이 무학 48.3%, 초등학교 졸업 30.3%, 중학교 졸업 이상이 21.4%로 나타난 반면, 비독거노인은 무학 25.2%, 초등학교 졸업 32.5%, 중학교 졸업 이상이 42.3%로 비독거노인의 교육수준이 통계적으로 더 높은 것으로 나타났다. 독거기간은 5년 미만이 26.9%, 6년 이상 10년 미만이 20.4%였으며 21년 이상도 21.4%를 차지하는 것으로 나타났다. 독거가구 자발성은 독거노인의 56.6%가 본인의 의사와 상관없이 상황에 의해 비자발적으로 독거가구를 형성하여 생활하는 것으로 나타

났다. 가구소득은 독거노인과 비독거노인을 포함한 전체 노인가구의 연간 소득을 5분위로 나눈 금액을 기준으로 구분하였다. 이에 독거노인의 58.9%가 765만원 이하인 1분위에 해당하였으며, 비독거노인은 8.3%가 1분위에 해당하는 것으로 나타났다. 가구원수를 반영한 가구 균등화 소득을 보았을 때 독거노인의 연간 총소득이 909만원, 비독거노인은 1,646만원으로 상당한 차이가 있었으며, 이 차이는 통계적으로 유의하였다. 외출 시 불편함은 독거노인 중 81.5%가 불편이 있는 것으로 나타났으며, 비독거노인은 68.1%가 불편함을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 의료기관까지 소요시간은 독거노인 27.4%와 비독거노인 30.8% '걸어서 5분 이하라고 응답하였으며 독거노인의 39.7%와 비독거노인 40.6%가 의료기관 까지 '걸어서 10분-30분 미만 걸린다고 응답하였다. 즉, 비독거노인이 독거노인보다 의료기관과 가까운 곳에 거주하는 것으로 나타났으며, 이 차이는 통계적으로 유의하게 나타났다. 사회적 지지 변수 중 자녀수는 독거노인, 3.36명, 비독거노인 3.40명으로 거의 비슷했으며, 자녀관계 만족도는 독거노인 평균이 3.48점(sd=.907), 비독거노인 3.74점(sd=.715)으로 비독거노인에 비해 독거노인의 자녀관계 만족도가 낮았고 그 차이는 통계적으로 유의하였다. 가까운 지인수는 독거노인이 평균 2.25명, 비독거노인은 3.53명으로 독거노인은 가까운 지인수도 비독거노인에 비해 적었다.

주관적 건강평가에 있어서 독거노인 52.3%와 비독거노인 41.1%가 '건강 나쁨'이라고 응답하였고, 독거노인 24.3%와 비독거노인 34.8% '건강 좋음'이라고 응답하여 독거노인은 비독거노인에 비해 주관적 건강평가가 낮았다. 만성질환 개수는 독거노인 평균 3개, 비독거노인 2.47개로 독거노인의 만성질환 개수가 더 많은 것으로 나타났고 이들의 차이는 통계적으로 유의하였다. 기능제한이 있는 경우는 독거노인 22.1%, 비독거노인 17.1%로 독거노인이 기능제한이 있는 비율이 높았으며, 우울증 유무도 독거노인의 43.7%가 우울증이 있는 반면 비독거노인은 29.9%가 우울증이 있는 것으로 나타나 독거노인 우울증 유병률이 매우 높게 나타났다. 또한 영양상태에 대한 평가에 있어 독거노인은 '양호하다'가 27.5%, '영양상태 주의'가 38.2%, '영양상태 고위험'이 34.3%인 반면 비독거노인은 '양호하다'가 57.3%, '영양상태 주의'가 28.2%, '영양상태 고위험'이 14.5%로 비독거노인의 영양상태가 좋은 것으로 나타났다.

이상과 같이 미충족 의료와 관련이 있을 것으로 생각되는 소인요인, 가능요인, 필요요인 해당변수들에 대한 독거노인과 비독거노인의 특성을 비교해 본 결과 독거노인은 비독거노인에 비해 사회 경제적 상태, 자원, 질병에 있어 매우 취약한 상태에 있는 것으로 확인되었다.

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

(단위: %)

구분			독거노인 (N=2,407)	비독거노인 (N=8,044)	$\chi^2$ / t값
소인요인(Predisposing factors)					
전통 영역	성별	남	18.1	48.7	715.342***
		여	81.9	51.3	
	연령	만 65세~74세 이상	44.6	63.1	261.986***
		만 75세 이상	55.4	36.9	
		평균	75.82세	73.28세	
	지역	읍면	27.2	22.2	25.699***
		동	72.8	77.8	
	취업유무	없음	77.5	69.8	54.063***
		있음	22.5	30.2	
	교육수준	무학	48.3	25.2	542.019***
		초등학교 졸업	30.3	32.5	
		중학교졸업 이상	21.4	42.3	
취약 영역	독거기간	5년 미만	26.9	-	
		6년 이상~10년 미만	20.4		
		11년 이상~15년 미만	14.6		
		16년 이상~20년 미만	16.8		
		21년 이상	21.4		
	독거자발성	없음	56.6	-	
	있음	43.4			
가능요인(Enabling factors)					
전통 영역	가구소득	1분위	58.9	8.3	3411.604***
		2분위	23.8	18.8	
		3분위	10.9	22.7	
		4분위	4.8	24.4	
		5분위	1.7	25.7	
		가구균등화 소득	909만원 (sd=843.42)	1,646만원 (sd=1762.86)	
외출시 불편유무	없음	18.5	31.9	163.348***	
	있음	81.5	68.1		

구분		독거노인 (N=2,407)	비독거노인 (N=8,044)	X <sup>2</sup> / t값	
의료기관 까지 소요시간	걸어서 5분 미만	27.4	30.8	20.749***	
	걸어서 5분~10분 미만	39.7	40.6		
	걸어서 10분~30분 미만	18.2	16.5		
	걸어서 30분 이상	14.7	12.1		
사회적지지	자녀수	3.4명(sd=1.3)	3.4명(sd=1.49)	.904	
	자녀 관계 만족	전혀 만족하지 않음	3.9	0.9	241.779***
		만족하지 않음	10.0	5.2	
		그저 그렇다	27.0	21.0	
		만족함	52.2	64.9	
		매우 만족함	6.9	8.1	
	평균	3.48(sd=.91)	3.74(sd=.71)	-12.432***	
가까운 지인수	2.3명(sd=8.59)	3.5명(sd=13.50)	6258.536***		
필요요인(Need factors)					
전통 영역	주관적건강 평가	건강 나쁨	52.3	41.1	115.580***
		보통	23.4	24.1	
		건강 좋음	24.3	34.8	
만성질환 개수	없음	6.8	11.9	162.784***	
	1	15.6	20.5		
	2	21.4	23.9		
	3	21.2	19.5		
	4	15.6	11.9		
	5 이상	19.4	12.2		
	평균	3.0개(sd=1.92)	2.5개(sd=1.79)		-10.352***
기능제한 유무	없음	77.9	82.9	32.141***	
	있음	22.1	17.1		
취약 영역	우울증유무	없음	56.3	70.1	158.054***
		있음	43.7	29.9	
	영양상태 평가	양호	27.5	57.3	
영양상태 주의	38.2	28.2			
영양상태 고위험	34.3	14.5			

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001



## 나. 독거노인의 미충족 의료

독거노인의 미충족 의료는 치과를 제외한 의료에 있어 미충족 의료와 치과에 대한 미충족 의료 그리고 두 가지를 합한 전체 미충족 의료로 구분하여 분석하였으며, 그 결과는 <표 2>와 같다. 독거노인의 치과를 제외한 미충족 의료는 12.6%로 나타났으며, 치과에 대한 미충족 의료는 21.9%, 치과를 포함한 전체 미충족 의료는 25.7%로 나타났다. 미충족 의료의 비율은 비독거노인과 비교해 보았을 때, 세 영역 모두에서 통계적으로 유의하게 높은 것으로 나타났다.

표 2. 독거노인의 미충족 의료 여부

(단위: %)

구분		독거노인(2,407)	비독거노인(8,044)	$\chi^2$ 값
미충족 의료 (치과미포함)	없음	87.4	92	46.882***
	있음	12.6	8.0	
미충족 의료 (치과)	없음	78.1	82.8	26.952***
	있음	21.9	17.2	
미충족 의료 (치과포함전체)	없음	74.3	80.9	48.420***
	있음	25.7	19.1	

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

## 2. 독거노인의 미충족 의료에 영향을 주는 요인

독거노인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인을 분석하기에 앞서, 미충족 의료 영향 요인으로 고려된 독립변수들 간의 높은 상관관계로 발생할 수 있는 다중공선성을 점검하기 위하여 상관관계 분석 결과, 독립변수 간 상관관계가 .70 이하로 나타났고, 공차한계는 모두 1 이하로 나타났으며, VIF(Variation Inflation Factor)평가 결과 각 변수들의 VIF 값이 최소 1.084와 최대 2.511로 평가 기준인 10 이상에 해당하는 변수들이 없어 다중공선성 문제는 없는 것으로 확인되었다.

독거노인 미충족 의료 영향요인을 분석하기 위하여 위계적 로지스틱 회귀분석을 실시하였으며 분석결과는 교차비(odds ratio; OR)와 95% 신뢰구간을 제시하였다. 위계적 회귀분석은 요인들이 다른 요인들과의 관계에서 위계적이고 계층적인 구조로 구성되는

경우 활용되는 분석으로(김재현, 2011), 본 연구에서는 취약계층 행동모델(Gelberg, Andersen, & Leake, 2000)에 근거하여 미충족 의료 영향요인을 위계 순인 소인요인, 가능요인, 필요요인 순으로 투입하여 투입된 요인들의 영향력을 살펴보고 그 결과는 <표 3>과 같다. 소인요인의 변수만 투입한 모델 1에서는 지역, 교육수준, 독거기간, 독거자발성이 통계적으로 유의하였다. 도시지역에 거주할 경우, 교육수준이 낮을 때, 독거기간이 길 때, 비자발적 독거일 때 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다. 가능요인을 추가하여 보정한 모델 2의 경우, 모델 1에서 유의하지 않았던 성별이 영향요인으로 나타났고, 모델 1에서 통계적으로 유의했던 지역과 독거기간은 유의하지 않게 나타났다. 따라서 모델 2에서는 성별, 교육수준, 독거자발성, 가구소득, 의료기관 소요시간, 자녀관계 만족도, 가까운 지인수가 미충족 의료 영향요인으로 나타났으며, 여성일 경우, 교육수준이 낮을 경우, 독거 자발성이 없을 때, 가구소득이 낮고, 의료기관까지의 소요시간이 짧고, 자녀관계 만족도가 낮을 때 미충족 의료를 보다 많이 경험하는 것으로 나타났다. 가능요인 보정 후 성별이 영향요인으로 나타났고 여성이 남성보다 미충족 의료 발생 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이것은 남성의 가능요인이 의료 욕구를 충족시키기에 불리하게 작용하여 즉, 남성이 미충족 의료를 발생시키는 가능요인을 많이 가지고 있어 모델 1에서 성별이 영향요인으로 나타나지 않았지만, 가능 요인을 보정하고 난 모델 2에서는 성별이 영향요인으로 나타나게 된 것으로 해석할 수 있다. 또한 모델 1에서 통계적으로 유의한 영향요인이었던 지역과 독거기간은 가능요인을 보정한 후 통계적으로 유의하지 않게 나왔는데, 이것은 독거노인이 도시에 거주하고 독거기간이 길어지는 것 자체가 미충족 의료를 발생시키는 것이 아니라 이들이 미충족 의료를 발생시키는 가능 요인을 더욱 많이 가지고 있음을 알 수 있다. 모델 3에서 필요요인 변수를 투입하여 보정하였을 경우 모델 2에서 유의하지 않았던 연령과 취업이 유의하게 나타났다. 이는 연령이 높은 후기 독거노인과 취업을 하지 않은 독거노인이 미충족 의료를 발생시키는 필요요인을 더 많이 가지고 있다는 것을 뜻하며, 즉 의료 욕구를 충족하기에 불리하게 작용하여 이 필요요인을 보정하였을 경우 연령이 낮은 전기노인이 후기노인에 비해 그리고 취업한 노인이 취업하지 않은 노인에 비해 미충족 의료가 높음을 확인할 수 있었다.

본 연구에서는 독거노인의 미충족 영향요인을 소인요인, 가능요인, 필요요인이 모두 보정된 모델 3에서 분석하였으며, 그 결과 성별, 연령, 취업, 교육수준, 독거기간, 가구소

득, 의료기관까지 소요시간, 자녀관계 만족도, 가까운 지인 수, 만성질환 개수, 기능제한 유무, 우울증 유무, 영양 상태 주의, 영양상태 고위험이 영향요인으로 확인되었다.

소인요인에서 여성이 남성에 비해, 전기노인이 후기노인에 비해 미충족 의료 가능성이 높게 나타났고, 취업한 경우와 초등학교 졸업 학력이 그렇지 않은 경우에 비해 미충족 의료 가능성이 높게 나타났다. 소인요인 중 취약영역으로 독거자발성이 없을 때 독거자발성이 있는 경우에 비해 미충족 의료 가능성이 높게 나타났다.

가능요인에서는 가구소득이 낮을수록, 의료기관까지 소요시간이 짧을수록, 자녀관계 만족도가 낮을수록, 가까운 지인 수가 적을수록 미충족 의료 가능성이 높게 나타나, 가능요인 해당 모든 변수와 미충족 의료는 전부 부(-)의 관계를 가지는 것으로 확인되었다.

필요요인에서는 건강에 대한 평가를 제외한 모든 요인이 미충족 의료 영향요인으로 확인되었는데, 전통영역으로 만성질환을 보유한 개수가 많을수록, 기능제한이 있는 경우 미충족 의료 가능성이 높게 나타났다. 취약영역 중 우울증과 영양상태 모두 미충족 의료의 영향요인으로 확인되었으며, 우울증이 있을 때 그리고 영양상태가 주의와 고위험일 경우 영양상태가 양호한 경우에 비해 미충족 의료 가능성이 높은 것으로 나타났다.

표 3. 로지스틱 회귀분석 결과

구분	Model 1 OR (95% CI)	Model2 OR (95% CI)	Model3 OR (95% CI)
소인요인(Predisposing factors)			
전통 영역	성별 여성	1.000	1.000
	남성	0.831 (0.625-1.105)	0.666** (0.491-0.905)
연령	전기노인	1.000	1.000
	후기노인	0.860 (0.700-1.056)	0.895 (0.719-1.113)
지역	읍면	1.000	1.000
	동	1.479** (1.175-1.862)	1.167 (0.900-1.514)
취업	무	1.000	1.000
	유	1.020 (0.807-1.291)	1.135 (0.890-1.448)
교육 수준	중졸 이상	1.000	1.000
	초등졸	1.848*** (1.358-2.516)	1.691** (1.219-2.347)
	무학	2.015*** (1.486-2.732)	1.634** (1.176-2.270)
취약 영역	독거기간	1.169*** (1.078-1.267)	1.067 (0.980-1.162)
	독거 무	1.000	1.000
	자발성 유	0.504*** (0.409-0.620)	0.551*** (0.446-0.682)

구분		Model 1 OR (95% CI)	Model2 OR (95% CI)	Model3 OR (95% CI)	
가능요인(Enabling factors)					
전통 영역	가구소득		0.751*** (0.654-0.863)	0.821** (0.709-0.951)	
	물리적 장벽	외출시 불편		1	1
		무 유		0.985 (0.742-1.309)	0.778 (0.571-1.061)
		의료기관까지 소요시간	0.859** (0.766-0.962)	0.781*** (0.692-0.882)	
	사회적 지지	자녀수	0.979 (0.912-1.050)	0.979 (0.909-1.054)	
		자녀관계 만족도	0.708*** (0.630-0.795)	0.837** (0.738-0.950)	
가까운 지인수		0.844*** (0.789-0.904)	0.872*** (0.813-0.935)		
필요요인(Need factors)					
전통 영역	건강 평가	건강 좋음		1	
		보통	0.859 (0.603-1.222)		
		건강 나쁨	1.029 (0.737-1.438)		
	만성질환 개수		1.142** (1.053-1.238)		
	가능 제한	무 유		1	1.396* (1.079-1.805)
취약 영역		우울증 무 유		1	2.034*** (1.597-2.589)
	영양 상태	양호		1	
		주의	2.009*** (1.461-2.762)		
		고위험	4.148*** (3.024-5.690)		
-2 Log Likelihood		2439.497	2331.255	2116.483	
X <sup>2</sup> (df)		109.462(8)***	217.704(14)***	432.521(21)***	
Nagelkerke R <sup>2</sup>		.070	.136	.258	

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

## V. 논의 및 결론

본 연구는 취약계층 행동모델(Gelberg, Andersen, & Leake, 2000)을 기반으로 독거노인의 일반적 특성과 미충족 의료 현황을 분석하여 독거노인의 생활상 취약성을 파악하였고, 독거노인의 미충족 의료 영향요인을 살펴보았다.

연구결과를 요약하고 이 결과가 주는 함의를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 현재 한국 독거노인은 생활 여러 측면에서 매우 취약한 것으로 나타났다. 독거노인은 비독거노인에 비해 여성 비율, 연령, 농촌거주 비율이 높았으며, 교육수준도 낮은 것으로 나타났다. 또한 가구소득은 연평균 909만원으로 매우 낮았고, 비독거노인의 가구소득과 차이도 컸다. 비독거노인에 비해 외출 시 불편함을 더 많이 느끼고 있으며, 가족 및 지인들의 사회적 지지 수준도 낮은 것으로 나타났다. 건강과 관련하여 건강에 대한 평가, 만성질환, 기능제한, 우울증, 영양관리실태 역시 열악한 것으로 나타났다. 즉 독거노인은 Mechanic와 Tanner(2007)가 취약성 구성 영역으로 제시한 빈곤, 사회네트워크와 사회적 지지의 부족, 개인적 제한, 신체적, 인지적 손상, 그리고 심각하고 만성질환, 물리적 위치 등 모든 영역에 걸쳐서 취약성 인자를 가지고 있는 다중적 취약계층임이 확인되었으며, 이에 취약한 독거노인에 대해 보다 많은 관심과 개입이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다.

둘째, 독거노인의 미충족 의료가 높은 것으로 나타났다. 독거노인 중 25.7%는 스스로 진료가 필요하다고 느꼈지만, 경제적 문제 및 여러 문제로 진료를 받지 못한 것으로 나타났으며, 비독거노인의 미충족 의료에 비해 상대적으로 매우 높은 비율이었다. 이는 의료접근성을 포함한 건강보장의 측면에서 독거노인의 미충족 의료에 대해 보다 높은 관심이 필요함을 시사한다.

셋째, 미충족 의료 영향요인을 소인요인, 가능요인, 필요요인으로 나누고 또 각 요인을 전통영역과 취약영역으로 나누어 분석한 결과, 모든 영역에서 다양한 요인들이 상호 복잡하게 미충족 의료에 영향을 미치는 것이 확인되었다. 따라서 독거노인의 의료 충족을 위해서는 다양한 차원과 영역에서 포괄적인 접근이 요구되며 특히, 독거노인이 가지는 취약영역 대한 각별한 관리가 요구된다.

넷째, 소인요인 중 성별, 연령, 취업유무, 교육수준, 독거자발성이 미충족 의료의 영향요인으로 나타났다. 성별과 관련하여 본 연구에서 독거노인의 약 82%가 여성이었는데,

이들은 노인, 독거, 여성이라는 취약계층의 인자를 많이 가지고 있는 복합적인 취약계층으로 의료접근성에 있어서도 남성보다 취약한 것으로 나타났다. 이는 여성독거노인이 남성 중심의 가부장적 사회 속에서 살아오면서 남성에 비해 노후 준비가 부족했고, 신체적, 경제적, 사회적 영역에서 남성보다 불리한 여건에 놓여 있었기 때문이다. 따라서 여성독거노인은 의료접근성 향상을 위한 정책의 우선 순위가 되어야하며 독거노인에 대한 개입 시 성에 따른 차이를 고려해야 할 것이다. 연령과 관련하여 전기 노인이 후기 노인에 비해 미충족 의료이 높았는데, 이는 만성질환자의 미충족 의료를 연구한 정의신과 박민정(2011), 임지혜(2013) 연구 결과와 일치한다. 연령은 질병과 관련된 필요요인 보정 후 영향요인으로 나타난 것으로, 이는 후기 노인이 질병과 관련해서 미충족 의료 발생시킬 요인들을 전기 노인에 비해 상대적으로 더 가지고 있음을 시사하는 것이며 전기노인은 질병과 관련한 필요요인에서는 의료접근성에 있어 상대적으로 유리한 상황에 있다는 것을 뜻한다. 그러나 전기 노인이 후기노인에 비해 미충족 의료이 높다는 것은 후기노인에 비해 치료에 대한 기대가 높고 그 욕구가 충족되지 못할 때 쉽게 미충족 의료로 인지할 가능성이 있음을 추측해볼 수 있다. 취업유무도 미충족 의료의 영향요인으로, 취업한 경우 미충족 의료이 증가하는 것으로 나타났는데, 이는 선행연구(김수희, 이정열, 2013; 임지혜, 2013; 신자은, 2013; 김태형, 2014)와 일치한다. 취업으로 인한 시간제약이 미충족 의료를 증가시킨 것으로 추정할 수 있다. 교육수준은 낮을수록 미충족 의료이 증가했는데 이는 교육수준이 그 사람의 사회경제적 지위를 나타내는 대표적인 지표로 개인의 생애과정에서 사회적 경제적 불평등을 매개하는 가장 중요한 변수라는(Collins, 1979; 방하남, 김기현, 2002) 측면에서 설명될 수 있다. 소인요인 중 독거노인의 취약영역으로 독거자발성 유무가 미충족 의료의 영향요인으로 나타났다. 독거노인 중 56.6%가 비자발적 독거가구로 나타났다. 노인이 본인의 의지와 상관없이 가족과 떨어져 독거생활을 한다는 것은 삶에서 본인의 의지를 유지할 수 있도록 뒷받침해주는 하나 혹은 그 이상의 자원이 부족하다는 것을 뜻한다. 따라서 독거노인에 대한 개입 시 가구형성 배경에 대한 고려는 미충족 의료에 대한 원인 파악 및 문제 해결을 용이하게 할 것이다.

다섯째, 가능요인 중에서는 가구소득과 의료기관까지의 소요시간, 자녀관계 만족도, 가까운 지인의 수가 미충족 의료의 영향요인으로 나타났다. 가구소득이 낮을수록 미충족 의료이 증가하는데 이는 가구소득이 낮은 경우 의료비에 대한 부담이 상대적으로

크고 따라서 병·의원 이용이 부담스럽게 되면서 미충족 의료가 증가할 수 밖에 없다. 따라서 경제적 지불능력에 따른 접근성 차이가 나타나지 않도록 정책적 접근이 필요하다. 물리적 장벽과 관련하여 의료기관까지의 소요시간이 짧을수록 미충족 의료가 증가하였다. 이는 의료시설까지의 거리가 멀수록 즉 물리적 장벽이 있을수록 의료서비스 이용 빈도가 낮아진다는 선행연구(Nemet & Bailey, 2000; Arcury, Gesler, Preisser, Sherman, Spencer, & Perin, 2005)와 상반되는 결과이다. 그러나 본 연구 대상자의 대부분이 의료시설이 많고 교통이 편리한 도시에 거주하고 있어 거리와 관련한 물리적 장벽의 의료접근성에 대한 영향력이 낮을 수 있다. 반면 본 연구에서 미충족 의료가 인식에 바탕을 둔 주관적 미충족 의료로 측정되었기 때문에 의료기관이 가까울수록 충족되지 않은 욕구에 대한 인식의 증가가 오히려 미충족 의료를 높일 수 있는 가능성을 배제할 수 없다. 또한 자녀관계 만족도가 낮고 가까운 지인수가 적을수록 미충족 의료가 증가하는 것으로 나타났는데 이것은 가족과 사회적 지지가 감소할수록 미충족 의료가 증가한다는 Nelson과 Park(2006)과 전보영 등(2014)의 결과와 일치하며, 사회적 지지가 낮을수록 의료이용과 관련하여 경제적 지원 및 병원동행 등 실질적 지원을 받기가 힘들고 필요한 정보 획득에 있어 발생하는 어려움에 의한 것으로 볼 수 있다. 따라서 이들의 사회적 의료서비스 이용을 촉진할 수 있는 적절한 정보 제공과 함께 사회적 지지 체계 마련이 필요하다.

여섯째, 필요요인 중에는 건강에 대한 평가를 제외한 모든 요인이 미충족 의료의 영향요인으로 나타났다. 선행연구에 있어 건강에 대한 평가가 미충족 의료의 주요 영향요인으로 나타났는데 본 연구에서 유의하지 않게 나타났다. 따라서 건강에 대한 평가가 다른 필요요인 변수들과 동시에 투입됨에 따라 영향이 다른 변수에 흡수 되어 있을 가능성을 생각해 볼 수 있다. 만성질환 개수는 많을수록 미충족 의료가 증가하는 것으로 나타났으며, 이는 신자은(2013) 연구 결과와 일치하며 기능제한 여부도 선행연구(김진구, 2008; 송해연, 최재우, 박은철, 2015) 결과와 일치한다. 만성질환을 갖고 있는 노인의 경우 치료에 대한 기대수준이 낮을 수 있고 이것이 병의원 이용을 저해할 수 있으므로 적절한 정보 제공과 의료의 질 개선으로 환자의 기대와 의료서비스 이용에 있어 만족을 높여야 할 것이다. 독거노인의 취약영역으로 우울증과 영양상태 주의와 영양상태 고위험도 미충족 의료의 영향요인으로 나타났다. 이는 노인들이 우울감이 있을 때 미충족 의료가 높아진다는 박민정(2014)의 연구 결과와 일치한다. 독거노인은 우울증 유병률과 영양

상태는 비독거노인에 비해 매우 취약하며 이것이 미충족 의료의 주요 영향요인으로 작용하므로 독거노인에 대한 보건정책 마련과 의료진의 진료 또는 생활에 대한 개입 시 독거노인의 취약요인을 주목하여야 할 것이다.

이러한 연구결과를 통해 다음과 같은 정책적, 실천적 함의를 얻을 수 있다.

첫째, 독거노인의 경제적 어려움과 자살 등에 대해서는 소수의 언론 등에 의해 언급되어 왔지만 그동안 독거노인의 취약성 그리고 특히 의료접근성은 관심을 많이 받지 못하였다. 본 연구 분석 결과에 의하면 독거노인들은 사람이 살아가는데 필수적으로 필요한 모든 영역에서 취약한 구조를 가지고 있으며 이것이 복합적으로 작용하여 미충족 의료에 영향을 미친다. 따라서 독거노인이 급증하고 있는 현 시점에 독거노인들의 취약성과 보건에 대한 체계적이고 포괄적인 정책적 접근이 요구되며 그 중 독거노인들에 대한 전수 실태조사와 더불어 필요한 경우 지속적인 사례관리가 우선적으로 이루어져야 할 것이다.

둘째, 독거노인의 가구형성의 원인을 보면 자발적 독거보다 비자발적 독거가 많다. 또한 이것은 미충족 의료에 주요 영향요인이라는 점을 주목하여야 한다. 지금까지 독거노인의 급증과 관련하여 가족 공동체의 해체로 나타나는 비자발적 독거 과정에 대한 연구와 정책적 접근이 부족하였다. 가구형성과정을 고려한 정책적 대안 도출을 위하여 이에 대한 연구가 보다 체계적으로 이루어져야 할 것이다.

셋째, 사회적 지지가 독거노인의 의료접근성에 있어 중요한 역할을 하고 있음에 주목해야 한다. 독거노인은 자녀와의 관계 만족도가 낮고, 가까운 지인을 적게 보유하고 있어 대인관계를 통해 얻을 수 있는 경제적, 신체적 구체적인 원조와 정보 조언 등을 얻기 어렵다. 따라서 효율적인 네트워크 접근방법이 적용된 독거노인을 위한 자원봉사 활동 또는 사회적 가족 등 다양한 형태의 사회적 관계망 형성과 효율적인 운영을 위한 지원체제가 활성화되어야 할 것이다.

마지막으로, 독거노인의 취약특성을 중심으로 한 건강관리 지원이 필요하다. 독거노인을 위한 보건의료 정책 수립 및 진료 등을 포함한 실천적 개입에 있어 만성질환, 기능제한 등과 더불어 독거노인의 취약계층 특성요인인 우울, 영양상태가 우선적으로 고려되어야 할 것이며 이와 같은 독거노인의 건강욕구를 기반으로 한 실질적인 프로그램이 구축되어야 할 것이다.

본 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있으며 다음과 같다.



우선 본 연구는 2014년 조사 1차년도 자료만을 분석한 횡단연구로서, 독거노인의 미충족 의료 경험과 예측 요인들 간 상관관계의 방향이 반대로 작동할 수 있다. 예를 들어, 미충족 의료를 경험하고 있는 노인의 경우 만성질환의 개수가 증가하거나 우울증을 경험하고 기능제한이나 영양결핍이 보다 심각해질 수 있다. 이러한 문제점은 향후 패널조사 자료를 통해 보다 심층적으로 분석되어야 할 것이다. 또한, 미충족 의료개인의 주관적이고 전반적인 평가에만 의존하였다는 문제가 제기될 수 있다. 앞서 제시한 바와 같이, 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 주관적 미충족 의료와 객관적 미충족 의료를 모두 측정할 수 있는 방안으로서 특정 질병들에 대한 문항을 보다 다양하게 구성하고 보다 구체적인 정책대안을 세울 수 있는 척도의 개발 및 활용이 필요할 것이다.

이와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 사회적으로 점점 심각한 문제로 대두되고 있으나 그동안 충분한 연구가 이루어지지 못한 독거노인의 건강상태 및 의료접근성 문제점을 파악하고 이에 대한 정책적 대안 마련을 위한 기초자료로서 미충족 의료의 영향요인을 분석하였다는데 그 의의가 있다. 이러한 연구 결과에 기초하여 향후 독거노인의 건강증진을 위한 다양한 학술적, 정책적 노력이 이루어지길 기대한다.

문정화는 이화여자대학교에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 이화여자대학교 사회과학원에 박사후 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지, 가족복지이며 현재 독거노인의 건강, 삶의 질과 행복, 불안정성 등을 연구하고 있다.

(E-mail: dohoyoung@naver.com)

강민아는 미국 Harvard University에서 보건정책학 박사학위를 받았으며, 현재 이화여자대학교 행정학과 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 건강정책, 거버넌스, 정책형성 및 평가이며 현재 보건의료정책, 보장성 강화, 보건분야 불안정성, 삶의 질 등을 연구하고 있다.

(E-mail: minahkgang@ewha.ac.kr)

## 참고문헌

- 김교성, 이현옥. (2012). 의료보장 유형에 따른 의료 접근성 연구: 과부담 의료비 지출과 미충족 의료 경험을 중심으로. *사회복지정책*, 39(4), pp.255-279.
- 김귀분, 석소현. (2008). 노인의 삶의 질 영향 요인. *성인간호학회지*, 20(2), pp.146-155.
- 김수정, 허순임. (2011). 우리나라 가구 의료비부담과 미충족 의료 현황: 의료보장 형태와 경제적 수준을 중심으로. *보건경제와 정책연구*, 17(1), pp.47-70.
- 김수희, 이정열. (2013). 결혼 이주 여성의 미충족 의료에 미치는 영향 요인 분석. *J Korean Acad Nurs*, 43(6), pp.770-780.
- 김승전, 신일선, 신희영, 김재민, 김성완, 윤진상. (2015). 독거노인과 배우자 동거노인의 우울증 비교. *생물치료정신의학*, 21(3), pp.192-198.
- 김재현. (2011). 전문대학생의 개인, 교육기관, 사회적 변인과 중도탈락의도의 위계적 관계. *직업교육연구* 30(2), pp.249-266.
- 김정희, 김영숙, 김명순. (1999). 보건소 이용 노인의 미충족 의료요구. *노인간호학회지*, 1(2), pp.172-180.
- 김진구. (2008). 저소득층의 의료 이용과 욕구 미충족에 영향을 미치는 요인. *사회복지연구*, 37(단일호), pp.5-33.
- 김태형. (2014). 보건서비스 분야에 대한 사회복지교육의 과제: 미충족 보건서비스와 사회적 고립감을 중심으로. *한국사회복지교육*, 25, pp.123-146.
- 문정화. (2015). 장기요양시설 입소노인의 적응 연구. 박사학위논문. 이화여자대학교.
- 박민정. (2014). 노인의 미충족 의료에 미치는 영향요인. *한국자료분석학회*, 16(2), pp.1017-1030.
- 박진경, 손숙미. (2003). 독거 여자 노인의 식행동, 우울정도와 영양소 섭취량 실태에 관한 연구. *대한지역사회영양학회지*, 8(5), pp.716-725.
- 방하남, 김기현. (2002). 기회와 불평등: 고등교육 기회에 있어서 사회계층간 불평등의 분석. *한국사회학*, 36(4), pp.193-222.
- 손수인, 신영전, 김창엽. (2010). 저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구*, 30(1), pp.92-110.

- 손창우, 이선주, 황종남. (2015). 홍콩 이주 한인의 미충족 의료에 영향을 미치는 요인. *대한보건연구*, 41(1), pp.107-121.
- 송경신, 이준협, 임국환. (2011). 미충족 의료에 미치는 관련 요인 분석. *대한보건연구*, 37(1), pp.131-140.
- 송해연, 최재우, 박은철. (2015). 한국 성인의 경제활동 참여변화가 미충족 의료에 미치는 영향. 4, 5 차 한국의료패널자료를 이용하여. *보건행정학회지*, 25(1), pp.11-21.
- 신영전. (2015). 미충족 의료서비스 현황과 정책과제. *의료정책포럼*, 12(4), pp.71-77.
- 신자은. (2013). 건강보험 가입 재가 장애인의 미충족 의료 경험에 영향을 미치는 요인. *보건사회연구*, 33(2), pp.549-577.
- 이신영. (2011). 독거노인의 우울 수준과 영향요인에 관한 연구. *사회과학논총*, 30(1), pp.181-202.
- 이정관, 김준현. (2013). 서울특별시 독거노인 실태에 관한 연구. *서울도시연구*, 14(3), pp.191-211.
- 이주은, 김태현. (2014). 민간의료보험과 미충족 의료와의 관계. *한국보건정보통계학회지*, 39(1), pp.91-104.
- 이진용, 장명화, 김가연, 윤수미, 이자호, 정주, 등. (2006). 장애인의 의료기관 접근성 조사: 서울시 종로구 병의원을 대상으로. *보건행정학회지*, 16(3), pp.19-36.
- 이현경, 김미선, 최승순, 최만규. (2014). 생애체계적 관점에서 본 우리나라 노인의 자살 생각 유발변인. *보건사회연구*, 34(3), pp.430-451.
- 임지혜. (2013). 한국의료패널 자료를 이용한 만성질환자의 미충족 의료 현황 분석. *보건과 사회과학*, 34, pp.237-256.
- 전보영, 권순만. (2015). 장애인의 보건의료 접근성 저해 요인: 경제적 부담, 교통 불편, 시간적 제약으로 인한 미충족의료를 중심으로. *사회보장연구*, 31(3), pp.145-171.
- 전보영. (2014). 장애인의 의료이용과 미충족의료 경험에 영향을 미치는 요인. 박사학위논문. 서울대학교
- 전보영, 이해재, 손창우, 김남권, 김애련, 박지은, 등. (2009). 일부 농촌 지역 노인의 사회적 지지와 건강수준 및 건강행태와의 관련성. *농촌의학·지역보건*, 34(1), pp.13-23.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애, 등. (2015). 2014년도 노인실태조사. 세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원.

- 정경희.(2015). 노년기 독거 현황과 정책적 대응 전략. 한국보건사회연구원. 보건·복지 Issue & Focus, 300, pp.1-8.
- 정익신, 박민정. (2011). 만성질환 노인의 미충족 의료에 미치는 요인 분석. 제 3 회 한국 의료패널 학술대회 자료집. 서울: 한국보건사회연구원, 국민건강보험공단.
- 조성식, 이태경, 방예원, 김철주, 임형준, 권영준, 등. (2010). 일개 섬 지역 주민의 미충족 의료와 관련 요인. 농촌의학·지역보건, 35(2), pp.151-164.
- 허순임, 김미곤, 이수형, 김수정. (2009). 미충족 의료수준과 정책방안에 대한 연구. 서울: 한국보건사회연구원.
- 허순임, 김수정. (2007). 우리나라 성인의 미 충족의료 현황: 연령 간의 차이를 중심으로 보건경제와 정책연구, 13(2), pp.1-16.
- Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health services research*, 9(3), p.208.
- Alonso, J., Orfila, F., Ruigomez, A., Ferrer, M., & Antó, J. M. (1997). Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. *American Journal of Public Health*, 87(3), pp.365-370.
- Andersen, R., & Newman, J. F. (1973). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund. Quarterly Journal*, 51, pp.95-124.
- Arcury, T. A., Gesler, W. M., Preisser, J. S., Sherman, J., Spencer, J., & Perin, J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health services research*, 40(1), pp.135-156.
- Ayanian, J. Z., Zaslavsky, A. M., Guadagnoli, E., Fuchs, C. S., Yost, K. J., & Creech, C. M. et al.(2005). Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *Journal of Clinical Oncology*, 23(27), pp.6576-6586.
- Babitsch, B., Gohl, D., & von Lengerke, T. (2012). Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from pp.1998-2011. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9.

- Bello, A. K., Hemmelgarn, B., Lin, M., Manns, B., Klarenbach, S., Thompson, S. & Tonelli, M.(2012). Impact of remote location on quality care delivery and relationships to adverse health outcomes in patients with diabetes and chronic kidney disease. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 27(10), pp.3849-3855.
- Chan, A., Malhotra, C., Malhotra, R., & Østbye, T. (2011). Living arrangements, social networks and depressive symptoms among older men and women in Singapore. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(6), pp.630-639.
- Collins, R. (1979). *The credential society: An historical sociology of education and stratification*(pp. 131-131). 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(1p1), pp.265-285.
- Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., & Asch, S. et al. (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*, 94(5), pp.783-789.
- Donabedian, A. (1973). *Aspects of medicalcare administration: specifying requirements for health care*. Cambridge: Harvard University Press.
- Evans, J. G. (2008). Ageing and disease. *Research and the Aging Population. Ciba Found Sympos*, 134, pp.38-57.
- Gelberg, L., Andersen, R. M., & Leake, B. D. (2000). The Behavioral Model for Vulnerable Populations: application to medical care use and outcomes for homeless people. *Health services research*, 34(6), pp.1273-1302.
- Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *Ageing and Society*, 26(01), pp.105-134.
- Idler, E. L., & Kasl, S. V. (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(6), pp.S344-S353.
- Lee, H. J., Park, S. J., Kim, J. H., Kim, C. I., Chang, K. J., & Yim, K. S., et al.

- (2003). Evaluating nutrient intakes of Korean elderly using semi-quantitative food frequency questionnaire. *Korean Journal of Community Nutrition*, 8(3), pp.311-318.
- Mechanic, D., & Tanner, J. (2007). Vulnerable people, groups, and populations: societal view. *Health Affairs*, 26(5), pp.1220-1230.
- Nelson, C. H., & Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62(9), pp.2291-2300.
- Nemet, G. F., & Bailey, A. J. (2000). Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science & Medicine*, 50(9), pp.1197-1208.
- 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), pp.989-997.
- Ponzio, M., Gerzeli, S., Bricchetto, G., Bezzini, D., Mancardi, G. L., Zaratin, P., & Battaglia, M. A. (2015). Economic impact of multiple sclerosis in Italy: focus on rehabilitation costs. *Neurological Sciences*, 36(2), pp.227-234.
- Siegel, J. S. (1993). *A generation of change: A profile of America's older population*. New York: Russell Sage Foundation.
- Taylor, D. G., Aday, L. A., & Andersen, R. (1975). A social indicator of access to medical care. *Journal of health and Social Behavior*, pp.39-49.

# **The Prevalence and Predictors of Unmet Medical Needs among the Elderly Living Alone in Korea:**

**An Application of the Behavioral Model for Vulnerable Populations**

**Moon, Junghwa**

(Ewha Womans University)

**Kang, Minah**

(Ewha Womans University)

---

The purpose of this study was to examine the current status and predicting factors of the unmet needs of the elderly living alone in Korea. For this study, we analysed data from the 2014 National Survey on Older Koreans. Hierarchical logistic regression analysis was used to examine influencing factors based on the Behavioral Model for Vulnerable Populations. According to the results of this study, the elderly living alone are vulnerable throughout their entire life course. 25.7% of the respondents were shown to have unmet medical needs. The factors that predicted unmet medical needs were age, employment status, low education level, involuntary solitary living, low household income, distance to medical centers, low relationship satisfaction with their children, lack of close friends, number of chronic diseases, limitations in daily functions, depression, and nutritional status. These results suggest urgent needs for policies to provide adequate income security, social support mechanisms, and access to necessary health care services to fill the needs of vulnerable elderly living alone.

---

**Keywords: The Elderly Living Alone, Unmet Medical Need, Precariousness, Vulnerable Population**