



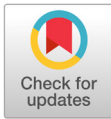
## Original Article

## 한국노인의 미충족치과의료 경험에 영향을 미치는 사회경제적 요인 : 독거여부에 따른 비교연구

김영실<sup>1</sup> · 서혜원<sup>2</sup>

<sup>1</sup>경북대학교 치위생과 · <sup>2</sup>한양대학교 대학원 보건학과

## Socio-economic factors affecting unmet dental care in the elderly: a comparative study on the status of living alone



Received: August 24, 2020

Revised: October 08, 2020

Accepted: October 13, 2020

Young-Sil Kim<sup>1</sup> · Hye-Won Seo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Dental Hygiene, Kyungbok University

<sup>2</sup>Department of Public Health, Graduate School of Hanyang University

**Corresponding Author: Young-Sil Kim**, Department of Dental Hygiene, Kyungbok University, 425, Kyeongbokdae-ro, Jinjeop-eup, Namyangju-si, Gyeonggi-do, 12051, Korea. Tel : +82-31-570-9901, Fax : +82-31-570-9626, E-mail : kysil79@hanmail.net

### ABSTRACT

**Objectives:** This study aimed to analyze the relationship between socioeconomic factors and the unmet dental care needs of the living alone and living with family elderly groups to confirm the differences in their influence. **Methods:** Data from the Korea Health Panel Study of 2016 were used to analyze a total of 4,987 individuals: 4,008 in living with family group and 979 in living alone group. Chi-square test and multiple logistic regression analyses were performed using SPSS Version 22 ( $p < 0.05$ ). **Results:** We observed that 16.5% and 28.3% of the participants from the living with family and living alone groups had unmet dental care needs, respectively, indicating that the living alone group had more unmet dental care needs. Income level, residential area, and healthcare security were significant factors related to the living with family group. In contrast, medical aid for healthcare security was a significant factor related to the living alone group ( $p < 0.05$ ). **Conclusions:** The results confirmed that socioeconomic factors that affect unmet dental care vary according to the living situation. Therefore, the government should identify the number of elderly individuals living alone, which is increasing annually. These individuals are vulnerable in almost all aspects, and the government should establish and implement appropriate oral healthcare policies to support them.

**Key Words:** Elderly living alone, Korea Health Panel Survey (KHPS), Socioeconomic, Unmet dental care

**색인:** 독거노인, 미충족치과의료, 사회경제, 한국의료패널

## 서론

의료기술이 발달하여 평균수명이 길어지게 되고 노인인구는 점차 증가하여 현재 우리나라는 고령사회로 진입한 상태이다[1]. 통계청에 따르면 2018년에 들어오면서 65세 이상 고령인구 비율이 14.3%, 2060년에는 41.0%가 될 전망으로 보고 있으며[2], 이로 인해 노인에 관련된 복지정책이 다양하게 요구되고 있음을 짐작할 수 있다. 노인인구가 증가하면서 초점은 건강한 노후생활에 맞춰지게 되고, 그러기 위해서는 경제적인 안정화, 신체적 건강이 중요하다[2]. 하지만 핵가족화가 되면서 부모를 모시고 사는 경우가 줄어들게 되고, 이로 인해 더 이상 자녀의 보호를 받지 못한 노인층이 늘고 있다[3]. 가족과 함께 살고 있는 노인가족보다는 1인가구인 독거노인이 증가하고 있는 추세이다. 우리나라의 경우 혼자 살고 있는 독거노인의 수는 2019년 약 153만 2천명으로[4], 2005년 77만 7천명에 비하여 1.9배가 늘었고, 이는 점차 증가하여 2035년에는 2.5배 증가된 343만이 될 것으로 예측된다[5]. 독거노인은 가족과 같이 살고 있는 노인에 비해 경제적으로 열악한 상태이고, 여러 질병에 노출 및 부족한 영양 상태로 건강에 위협을 받고 있다[6].

건강하고 행복하게 사는 것은 누구나 바라는 삶이다. 그 중에서도 건강을 잘 유지해야 삶의 질이 높아질 수 있다. 그렇게 하기 위해서는 의료서비스가 필요할 때 바로 이용할 수 있어야 한다[7]. 대상자가 의료 서비스를 받기 원하거나 의료 전문가의 판단으로 의료 서비스가 필요하다고 생각하지만 대상자가 의료서비스를 제때 충족하지 못하는 경우를 미충족의료라고 한다[8]. 65~74세 이상의 노인층이 치과진료를 이용하는 데 있어서 사회경제적 요인이 영향이 미친다는 연구결과가 있다[9]. 우리나라의 경우 노인들의 미충족의료 수와 유병률이 17.4~23.6%에 비하여[10,11] 미충족치과의료 경험은 약 37%로 더 높게 나타났다. 대부분의 노인들은 구강 질환을 갖고 있으면서도 지리적 접근성, 경제적으로 빈곤함 등 사회경제적 원인 등으로 필요할 때 치과 치료를 받지 못하는 미충족치과의료 환자가 늘어나고 있다. 특히 의료시설의 거리와 미충족의료의 관계에서 봤을 때 주거지와 의료시설 간의 거리가 멀수록 의료서비스를 이용하는 빈도가 낮아지고[12], 경제적 능력이 없는 노인일수록 치과진료가 필요함에도 불구하고, 이용하지 못하는 경우가 많다[13]. 또한, 노인층의 치과이용 시 사회경제적 요인의 영향을 받고 있는 것으로 나타나는데 그 중에서 소득이 중요한 요인으로 작용되고 있다[14]. 사회경제적 문제로 인하여 미충족치과의료 발생되면 대상자는 상대적으로 사회적 고립감과 우울감이 높아져 박탈감을 유발할 수 있다[15]. 즉, 고령이거나 낮은 사회경제적 위치에 있는 취약계층 집단일수록 미충족치과의료 발생 가능성이 높을 수 있기 때문에 본 연구는 사회경제적 지위와 노인의 미충족치과의료 경험의 관계에 주목하였다.

종합하면, 사회경제적 지위와 노인의 미충족치과의료 경험의 관계는 가구유형에 따라 달라질 수 있다. 똑같이 사회경제적 지위가 낮음에도 불구하고 가족이라는 자원이 존재할 경우 건강에 대한 관심이나 의료접근성이 달라질 수 있기 때문이다. 예를 들어 학력이 낮을 경우 미충족치과의료는 정보의 부족으로 인해 발생할 가능성이 높는데, 가족의 정보적 지지를 통해 해결될 수 있으며, 소득부족이나 접근성의 부족 역시 가족의 금전적 지원이나 교통지원 등을 통해 미충족치과의료 수준을 감소시킬 수 있다. 즉, 독거노인의 경우 다차원적인 측면에서 가족의 지지가 중요한 자원임을 보여준다는 선행연구에 근거하여[1] 사회경제적 요인과 미충족치과의료의 관계에서 다인가구는 보호요인으로 작용할 수 있다는 가설을 도출해볼 수 있다.

이에 본 연구는 사회경제적 지위와 미충족치과의료 경험의 관계를 독거가구와 다인가구집단으로 구분하여 분석함으로써 그 영향력의 차이를 확인하고자 한다. 이를 통해 노인이 보다 건강한 생활을 영위하기 위한 사회경제적 요인을 제시하는 데 연구의 목적이 있다.

## 연구방법

### 1. 연구대상

한국의료패널은 조사목적으로 전체 규모의 대표성을 유지하기 위하여 2005년 인구주택총조사 90% 전수 자료를 표본추출 틀로 사용하였다. 자료의 표본가구 선정방법은 1단계로 표본조사구를 집락추출, 2단계로는 확률비례 층화집락추출 방법으로 결정되어진 자료이다. 본 연구대상은 만 60세이상 다인가구 4,008명과 독거가구 979명 총 4,987명을 대상으로 조사하였다. 조사연구데이터는 매년 한국보건사회연구원 연구윤리심의위원회(IRB)의 심사를 받고 있으며, 연구 승인을 받고 진행 후 공개된 자료를 이용하였다(IRB No. 일반 20-015-00).

### 2. 연구도구

연구목적 달성을 위해 한국의료패널조사(2008~2016) 연간 통합자료 중 2016년도 자료를 이용하였다. 인구사회경제학적 요인으로는 성별, 연령, 배우자 유무, 주관적 건강상태, 가구유형을 사용하였다. 독립변수로 이용한 교육수준은 '무학, 초졸, 중졸, 고졸 이상'으로 재분류하였고, 소득은 '5분위'를 이용하였고, 1분위는 '최하', 5분위는 '최상'을 의미한다. 경제활동여부는 '예, 아니오'로 분류하였다. 의료보장형태는 '건강보험, 의료급여, 기타'로 분류하였으며 거주지역 역시 '서울 및 수도권, 광역시 및 세종시, 도'로 재구분하였다. 본 연구에서 종속변수는 미충족치과치료 경험을 제시하였으며, 경험 여부에 따라 '있음, 없음'으로 응답한 경우로 설정하였다.

### 3. 자료 분석

연구대상자의 일반적 특성은 빈도분석을 통해 빈도와 백분율을 산출하였다. 가구유형에 따른 주요 변수의 특성과 인구사회학적 특성에 따른 미충족치과치료 경험의 차이를 확인하기 위해 카이제곱검정을 실시하였다. 다인가구와 독거가구의 미충족치과치료 경험에 관련된 사회경제적요인을 분석하기 위하여 다중 로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 통계분석은 SPSS Version 22(IBM Co. Armonk, NY, USA)를 사용하였고, 유의수준  $\alpha$ 는 0.05로 검정하였다.

## 연구결과

### 1. 연구대상자의 일반적인 특성

연구대상자의 일반적 특성을 분석한 결과는 <Table 1>과 같다. 총 인원 4,987명 중 다인가구 4,008명, 독거가구 979명이다. 성별은 남자 42.6%, 여자 57.4%였고, 연령은 연소노인(60~64세) 22.8%, 노인(65~74세) 43.3%, 후기노인(75세 이상) 33.9%이었다. 주관적 건강상태는 보통이라고 응답한 사람이 44.5%로 많았고, 교육수준은 무학 10.2%, 초등학교 졸업이 38.1%, 중학교 졸업이 38.1%, 고등학교 졸업이 31.9%로 나타났다. 경제활동여부는 안 한다가 58.7%로 대상자의 절반 이상이 일을 하고 있지 않았다. 의료보장형태에서는 건강보험이 91.6%로 많았고, 의료급여와 기타가 각각 5.5%, 2.8%로 나타났다. 소득에서는 최하가 33.8%, 최상이 9.5%로 나타났으며, 거주지역은 수도권 27.3%, 광역시 및 세종시 27.8%, 도 44.9%로 나타났다.

**Table 1.** General characteristics of the study

Characteristics	Division	N(%)
Gender	Female	2,865(57.4)
	Male	2,122(42.6)
Age (yrs)	60~64	1,139(22.8)
	65~74	2,159(43.3)
	At least 75	1,686(33.9)
Marital status	No	1,500(30.1)
	Yes	3,487(69.9)
Subjective health status	Bad	1,429(28.7)
	Average	2,221(44.5)
	Good	1,337(26.8)
Education	None	508(10.2)
	Elementary school	1,900(38.1)
	Middle school	987(19.8)
	High school	1,592(31.9)
Economic activity	No	2,929(58.7)
	Yes	2,058(41.3)
Health security	NHIS	4,570(91.6)
	Medical aid	275( 5.5)
	Etc	142( 2.8)
Income level	Low (20)	1,687(33.8)
	Lower middle (40)	1,372(27.5)
	Middle (60)	860(17.2)
	Upper middle (80)	595(11.9)
	High (100)	473( 9.5)
Residential area	Metropolitan area	1,363(27.3)
	Metropolitan & Sejong city	1,387(27.8)
	Province	2,237(44.9)
Family type	Living with family	4,008(80.4)
	Living alone	979(19.6)
	Total	4,987(100.0)

## 2. 가구유형에 따른 주요변수의 특성차이

가구유형에 따른 주요변수의 특성차이를 살펴 본 결과는 <Table 2>와 같다. 교육수준에서 다인가구는 고졸 이상일수록 89.9%, 독거가구에서는 반대로 무학일 경우가 40.6%로 높게 나타났다. 경제활동에서는 다인가구는 직업이 있는 경우 86.5%, 독거가구에서는 직업이 없는 경우가 23.9%로 높게 나타났다. 의료보장형태에서 다인가구는 건강보험일 경우 82.4%, 독거가구는 의료급여일 때 52.0%로 높게 나타났다. 소득에서 다인가구는 최상일 경우 96.4%, 독거가구는 최하일 때 37.9%로 높게 나타났다. 거주지역은 다인가구는 수도권에서 독거가구는 도에서 각각 82.8%, 22.0%로 높았다. 이러한 모든 차이들은 통계적으로 유의하였다( $p < 0.001$ ).

## 3. 인구사회학적 특성에 따른 미충족치과의료경험 유무

인구사회학적 특성에 따른 미충족치과의료 경험유무를 살펴본 결과는 <Table 3>과 같다. 연구의 종속변수인 미충족치과의료 경험에서 다인가구 16.5% 독거가구는 28.3%로 독거가구에서 더 경험한 것으로 나타났다. 성별, 연령대, 배우자유무, 주관적건강, 교육수준, 경제활동, 의료보장형태, 소득 5분위에서 미충족치과의료 경험에 모두 유의한 차이가 나타났지만( $p < 0.05$ ), 거주지역과 미충족치과의료 경험과는 상관성이 없는 것으로 확인되었다.

**Table 2.** Differences in the characteristics of major variables based on family type

Characteristics	Division	Family type		$\chi^2$	P*
		Living with family	Living alone		
Education	None	302(59.4)	206(40.6)	271.054	<0.001
	Elementary school	1,438(75.7)	462(24.3)		
	Middle school	837(84.8)	150(15.2)		
	High school	1,431(89.9)	161(10.1)		
Economic activity	No	2,228(76.1)	701(23.9)	83.259	<0.001
	Yes	1,780(86.5)	278(13.5)		
Health security	NHIS	3,764(82.4)	806(17.6)	194.346	<0.001
	Medical aid	132(48.0)	143(52.0)		
	Etc	112(78.9)	30(21.1)		
Income level	Low (20)	1,048(62.1)	639(37.9)	595.279	<0.001
	Lower middle (40)	1,149(83.7)	223(16.3)		
	Middle (60)	790(91.9)	70(8.1)		
	Upper middle (80)	565(95.0)	30(5.0)		
	High (100)	456(96.4)	17(3.6)		
Residential area	Metropolitan area	1,129(82.8)	234(17.2)	15.338	<0.001
	Metropolitan & Sejong city	1,135(81.8)	252(18.2)		
	Province	1,744(78.0)	493(22.0)		

\*by chi-square test

**Table 3.** Demographic characteristics of the presence or absence of unmet dental experience

Characteristics	Division	Unmet dental care		$\chi^2$	P*
		No	Yes		
Gender	Female	2,281(79.6)	584(20.4)	10.938	0.001
	Male	1,768(83.3)	354(16.7)		
Age (yrs)	60~64	940(82.5)	199(17.5)	6.63	0.036
	65~74	1,771(82.0)	388(18.0)		
	At least 75	1,338(79.2)	351(20.8)		
Marital status	No	1,102(73.5)	398(26.5)	83.818	<0.001
	Yes	2,947(84.5)	540(15.5)		
Subjective health status	Bad	1,022(71.5)	407(28.5)	146.044	<0.001
	Average	1,835(82.6)	386(17.4)		
	Good	1,192(89.2)	145(10.8)		
Education	None	377(74.3)	131(25.8)	41.456	<0.001
	Elementary school	1,498(78.8)	402(21.2)		
	Middle school	818(82.9)	169(17.1)		
	High school	1,356(85.2)	236(14.8)		
Economic activity	No	2,328(79.5)	601(20.5)	13.591	<0.001
	Yes	1,721(83.5)	337(16.4)		
Health security	NHIS	3,768(82.5)	802(17.5)	77.745	<0.001
	Etc	113(79.6)	29(20.4)		
Income level	Low (20)	1,253(74.3)	434(25.7)	100.979	<0.001
	Lower middle (40)	1,119(81.6)	253(18.4)		
	Middle (60)	738(85.8)	122(14.2)		
	Upper middle (80)	510(85.7)	85(14.3)		
	High (100)	429(90.7)	44(9.3)		
Residential area	Metropolitan area	1,099(80.6)	264(19.4)	0.417	0.812
	Metropolitan & Sejong city	1,127(81.3)	260(18.7)		
	Province	1,823(81.5)	414(18.5)		
Family type	Living with family	3,347(83.5)	661(16.5)	71.767	<0.001
	Living alone	702(71.7)	277(28.3)		

\*by chi-square test

#### 4. 독거여부와 미충족치과의료경험의 관련성

독거여부와 미충족치과의료경험의 관련성을 살펴본 결과는 <Table 4>와 같다. 다인가구에서 미충족치과의료경험일 경우 소득수준, 거주지역, 의료보장형태가 유의하였는데, 소득수준에서는 최상에 비해 최하가 2.94배, 중하가 2.25배 미충족치과의료를 경험할 가능성이 높은 것으로 나타났고( $p<0.05$ ), 거주지역은 수도권에 비해 도에서 살 경우 미충족치과의료를 경험할 가능성이 0.66배 낮은 것으로 나타났다( $p<0.001$ ). 의료보장에서는 건강보험에 비해 의료급여가 2.04배 미충족치과의료 경험 가능성이 높았다( $p<0.001$ ). 독거가구에서는 의료보장형태 중 의료급여에서 1.54배 미충족치과의료를 경험할 가능성이 높았다( $p<0.05$ ).

**Table 4.** Relationship between living alone and unmet dental care experience

Characteristics	Division	Unmet dental care					
		Living with family			Living alone		
		Adjusted OR	95% CI	$p^*$	Adjusted OR	95% CI	$p^*$
Constant		1.08		0.758	1.34		0.407
Education	None	1.02	0.80~1.32	0.852	0.72	0.42~1.25	0.243
	Elementary school	1.20	0.83~1.73	0.331	1.06	0.62~1.82	0.827
	Middle school	1.17	0.93~1.48	0.180	0.84	0.53~1.34	0.467
	High	(1.00)			(1.00)		
Income level	Low (20)	2.94	1.98~4.37	<0.001	0.74	0.24~2.27	0.598
	Low middle (40)	2.25	1.54~3.29	<0.001	0.58	0.19~1.79	0.340
	Middle (60)	1.74	1.17~2.58	0.006	0.34	0.10~1.21	0.096
	Upper middle (80)	1.75	1.16~2.65	0.007	0.36	0.08~1.53	0.167
	High (100)	(1.00)			(1.00)		
Economic activity	Yes	0.97	0.80~1.18	0.780	0.93	0.64~1.34	0.684
	No	(1.00)			(1.00)		
Residential area	Province	0.66	0.53~0.82	<0.001	0.94	0.64~1.37	0.729
	Metropolitan & Sejong city	0.81	0.65~1.02	0.074	0.98	0.64~1.49	0.919
	Metropolitan area	(1.00)			(1.00)		
Health security	Etc	1.26	0.78~2.04	0.354	0.66	0.26~1.70	0.389
	Medical aid	2.04	1.38~3.01	<0.001	1.54	1.02~2.30	0.038
	Health security etc	(1.00)			(1.00)		

\*by the multivariate logistic regression

OR: odds ratio, CI: confidence intervals, Adjusted OR: adjusted model

#### 총괄 및 고안

본 연구는 2016년도 한국의료패널자료를 활용하여 노인의 미충족치과의료 경험을 다인가구와 독거가구로 구분하여 비교함으로써 사회경제적 요인과의 관련성을 살펴보고자 하였다.

가구유형에 따른 주요변수의 특성을 살펴보면 교육수준에서 독거가구는 무학일 경우가 40.6%로 높게 나타났다. 정[16]의 연구에서 교육수준이 낮을수록 독거가구의 비율이 높게 나타나 본 연구 결과와 일치했다. 경제활동을 하고 있는 독거가구는 28.4%로 다인가구에 비해 낮았는데, 실제로 독거노인은 근로능력이 없거나 단순한 근로 미약자가 약 70%정도 차지한다[1]. 소득에서 독거가구는 최하일 때 37.9%로 높게 나타났는데 정과 김[17], 김[18]의 연구에서 가구 소득수준이 하, 중하일 때 높은 비율이 나타난다는 연구를 뒷받침하고 있다. 정[19]의 연구에서 독거노인의 소득이 낮은 군에서 높은 비율을 차지하고 있다는 본 연구결과와 일치하였다. 의료보장형태는 다인가구일 경우 건강보험을 가지고 있을 때가 높게 나왔지만 독거가구는 의료급여의 비율이 52.0%로 높았다.

www.kci.go.kr

인구사회학적 특성에 따른 미충족치과의료경험 유무에서 다인가구는 16.5% 독거가구는 28.3%로 독거가구에서 더 경험한 것으로 나타났다. 전 등[20]의 연구에서 나타난 독거가구의 미충족의료 수요와 유사한 결과를 보였다. 이는 대부분 낮은 교육수준과 의료급여 대상자로 구청에서 생계비를 받아 생활하는 저소득층이 많고, 구강질환으로 인하여 치아상실은 많지만 높은 치료비로 인해 적절한 치료시기를 놓치는 경우가 많을 것으로 보인다. 따라서 국가에서는 취약집단을 대상으로 적극적인 구강보건교육을 통해 구강질환을 예방할 수 있는 프로그램을 만들어 시간적, 비용적으로 부담을 가지지 않고, 치과서비스를 이용할 수 있는 정책이 필요하다고 사료된다. 인구사회학적 특성에 따른 미충족치과경험 유무에서는 거주지역에 대한 상관성이 없는 것으로 확인할 수 있었다. 이것은 안과 정[21]의 연구에서 거주지역과 유의한 상관성이 있다는 연구결과와는 다소 차이가 있었는데, 선행연구에서는 거주지역을 동, 읍·면으로 구분하여 연구를 진행하였고, 본 연구에서는 수도권 및 광역시와 세종시, 도로 구분하여 연구를 진행한 데서 나타난 차이로 보인다. 즉, 읍·면 지역 거주자는 동 지역 거주자에 비하여 병원에 접근하기 어렵지만, 수도권 및 광역시와 세종시, 도의 구분에서는 접근성의 차이가 나타나지 않는다고 해석할 수 있을 것이다.

독거여부와 미충족치과의료경험의 관련성에서 독거가구는 의료보장형태 중 의료급여에 영향을 받고 있었다. 대부분의 독거노인은 경제적으로 어려운 의료급여 대상이지만 나라에서 지원해주는 혜택으로도 의료서비스 등 기초 생활을 하기에 상당한 어려움이 있으며, 주변에서 정보를 제공해주는 가족이나 친구의 부재가 영향을 미쳤을 것으로 보인다. 결국 경제적인 어려움과 가족의 부재는 독거노인의 치과의료 접근성에 있어서 심각한 문제가 아닐 수 없다[2]. 따라서 국가와 지역사회에서는 가족과의 관계를 증진시키기 위한 사회환경을 만들어 줄 필요가 있다고 사료된다.

위의 연구결과를 바탕으로 다음과 같은 함의를 도출해 낼 수 있다. 독거가구와 다인가구를 비교하여 연구를 한 것은 독거가구일 경우 사회경제적 요인의 영향력이 더 클 것이라 가정했기 때문인데, 오히려 다인가구에서 사회경제적 요인의 영향력은 높게 나타났다. 따라서 다인가구의 미충족치과의료 경험은 사회경제적 요인에 의해 영향을 받을 수 있으며, 특히 소득수준의 영향력이 큰 것으로 사료된다. 독거가구일 경우 의료급여 수급여부가 미충족치과의료 경험에 영향을 미치므로, 취약계층의 건강에 주의할 필요성을 시사하였다. 따라서 다인가구에서는 사회경제적요인을 고려한 정책적 개입이 필요하고, 독거가구는 의료급여를 수급할 정도로 신체적·경제적 상태가 취약한 계층에게 보다 폭넓은 사회서비스 등을 제공하여 어려움을 해결해 주어야 할 것이다. 특히, 경제적인 문제가 있음에도 불구하고 몸이 불편한 독거노인의 치과의료 서비스의 접근성을 높이기 위해서는 지역사회의 일선 보건행정조직인 관할 보건소와 복지관 등을 연계하여 방문치과의료서비스 등 맞춤형 프로그램을 만들어 구강건강 예방 및 유지가 가능하도록 지원할 필요가 있다.

본 연구의 제한점은 첫째, 본 연구는 2016년 데이터만을 이용한 횡단연구이므로 각 변수 간의 인과관계의 확인이 어렵다. 둘째, 연구대상자의 사회경제적인 요인에 연구자의 선택적 편향이 발생하여 각 개인의 모든 변수를 고려하지는 못하였다. 따라서 사회경제적 요인 이외의 변수를 투입하여 미충족치과의료 경험에 영향을 미치는 요인을 확인할 필요가 있다. 이상의 한계점에도 불구하고 본 연구는 신뢰성과 대표성이 있는 한국 의료패널 자료를 이용함에 있어 다인가구와 독거가구의 사회경제적인 요인에 미치는 영향에 대해 확인할 수 있었다는 점에 그 의의를 가지며, 향후 후속연구로 독거노인의 미충족치과의료 경험에 대한 연도별 추이변화를 제시하여 정책에 따른 변화를 볼 수 있는 연구가 필요할 것이라고 생각한다.

## 결론

본 연구의 목적은 사회경제적 요인과 미충족치과의료 경험의 관계를 독거가구와 다인가구 집단으로 구분하여 분석함으로써 그 영향력의 차이를 확인하고자 하였다. 다인가구 4,008명과 독거가구 979명 총 4,987명을 대상으로 분석하였으며 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 가구유형 따른 주요변수 특성의 차이에서는 교육수준, 경제활동, 의료보장형태, 소득, 거주지역에서 모두 통계적으로 유의하였다( $p<0.001$ ).

2. 인구사회학적 특성에 따른 미충족치과의료 경험 유무에서는 다인가구 16.5% 독거가구는 28.3%로 독거가구에서 더 많이 경험한 것으로 나타났다. 성별, 연령대, 배우자유무, 주관적건강, 교육수준, 경제활동, 의료보장형태, 소득5분위에서 모두 유의한 차이가 나타났지만( $p<0.001$ ), 거주지역과는 상관성이 없는 것으로 확인되었다( $p<0.05$ ).

3. 독거여부와 미충족치과의료 경험의 관련성에서 다인가구는 소득수준, 거주지역, 의료보장형태에서 유의한 관계가 나타났다. 소득은 최하에서 2.94배, 의료급여일 경우 2.04배 높았지만, 거주지역 중 도에서 살 경우 0.66배 낮은 것으로 확인되었다. 독거가구에서는 의료급여에서 1.54배 미충족치과의료 경험을 할 가능성이 높았다( $p<0.05$ ).

위의 내용으로 확인된 결과 독거가구의 경우 다인가구에 비해 사회경제적 요인의 영향력이 높은 것은 아니었지만, 가구유형에 따라 미충족치과의료 경험에 영향을 주는 사회경제적 요인들이 다르게 나타남을 확인할 수 있었다. 정부는 매년 늘어나는 독거노인의 수를 정확하게 파악하고 모든 부분에서 취약한 대상인 만큼 적절한 구강보건정책 수립 및 실행이 필요하다.

## Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

## Authorship

Conceptualization: YS Kim, HW Seo; Data collection: YS Kim; Formal analysis: YS Kim; Writing - original draft: YS Kim; Writing - review & editing: YS Kim, HW Seo

## References

- [1] Choi Y. Economic and health status, social support and depression of the elderly living alone. *Social Science Research Review* 2008;24(4):103-23.
- [2] Korea National Statistical Office. Statistics in elderly 2018.[cited 2018 Sept 27]. Available from: [http://kostat.go.kr/portal/korea/kor\\_ip/8/3/1/4/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=360118&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt](http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_ip/8/3/1/4/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=360118&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt)
- [3] Moon JW, Kang MA. 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* 2016;36(2):480-510. <https://doi.org/10.15709/hswr.2016.36.2.480>
- [4] Korea National Statistical Office. Statistics in elderly 2019.[cited 2019 Aug 31]. Available from: [http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT\\_1YL12701](http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL12701)
- [5] Jung KH. Current status of living alone in old age and policy response strategies health and social welfare review. *Health · Welfare Issue & Focus* 2015;300:1-8.

- [6] Lee JK, Kim JH. A study on the needs of the elderly living alone in Seoul. *The Seoul Institute* 2013;14(3):191-211.
- [7] Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Guadagnoli E, Fuchs CS, Yost KJ, Creech CM, et al. Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *J Clinical Oncology* 2005;23(27):6576-86. <https://doi.org/10.1200/jco.2005.06.102>
- [8] Shin YS. Status of unmet medical service and policy tasks. *Research Institute for Healthcare Policy Korean Medical Association* 2015;12(4):71-7.
- [9] Davidson PL, Andersen RM. Determinants of dental care utilization for diverse ethnic and age groups. *Adv Dent Res* 1997;11(2):254-62. <https://doi.org/10.1177/08959374970110020801>
- [10] Ahn YH, Kim NH, Kim CB, Ham OK. Factors affecting unmet healthcare needs of older people in Korea. *Int Nurs Rev* 2013;60(4):510-9. <https://doi.org/10.1111/inr.12055>
- [11] Kim YS, Lee J, Moon Y, Kim KJ, Lee K, Choi J, et al. Unmet healthcare needs of elderly people in Korea. *BMC Geriatr* 2018;18(1):98. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0786-3>
- [12] Nemet GF, Bailey AJ. Distance and health care utilization among the rural elderly. *Social Science & Medicine* 2000;50(9):1197-208. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00365-2](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00365-2)
- [13] Lee HS, Kim CM. Effects of Oral Health Impact Profile (OHIP) on depression and quality of life among community-dwelling Korean elderly persons. *J Korean Acad Community Health Nurs* 2012;23(3):338-46. <https://doi.org/10.12799/jkachn.2012.23.3.338>
- [14] Lee EM. Analysis of the elderly dental care and related characterization[Master's thesis]. Seoul: Univ. of Catholic, 2013.
- [15] Kim TH. The challenges of social welfare education in the health and medical service sector : Focusing on Relationship between unmet health services needs and social isolation. *J Korean Soc Welfare Education* 2014;25:123-46.
- [16] Jung ES. Research on health and oral health status of elderly living alone compared to elderly living with their families based on the data (2014) from the 6th two-year Korea national health and nutrition examination survey. *J Korean Soc Dent Hyg* 2017;17(1):99-110. <https://doi.org/10.13065/jksdh.2017.17.01.99>
- [17] Jeong SS, Kim JS. Comparison of health behaviors and health level between elders living alone and those living with a spouse. *Global Health Nurs* 2014;4(1):27-36.
- [18] Kim YJ. Comparison of health habits, perceived stress, depression, and suicidal thinking by gender between elders living alone and those living with others. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2009;16(3):333-44.
- [19] Jung EJ. Effects of general and oral health on quality of life in the elderly living alone and with family. *J Korean Soc Dent Hyg* 2019;19(4):577-89. <https://doi.org/10.13065/jksdh.20190040>
- [20] Jeon CH, Kwak JW, Kwak MH, Kim JH, Yong, Park YS. Factors associated with unmet healthcare needs of the older Korean population: The Seventh Korea National Health and Nutrition Examination Survey 2017. *J Korean Health Promot* 2019;19(2):84-90. <https://doi.org/10.15384/kjhp.2019.19.2.84>
- [21] Ahn GS, Jung ES. Relationship between demographic and socioeconomic characteristics of the Korean elderly and unmet dental care needs. *J Korean Soc Dent Hyg* 2018;18(6):911-20. <https://doi.org/10.13065/jksdh.20180078>