

◆ 종설 1

장애인의 구강관리

이 금 호

경희대학교 치과대학 소아치과학교실

• 총괄적 개념

인간은 누구나 정신적으로나 신체적으로 건강한 삶을 영위하려는 기본적인 욕구를 가진다. 그러나 살아가는 동안 여러 가지 질병에 걸리거나 불의의 사고를 경험하게 되며, 이로 인해

- 1) 아무런 후유증을 남기지 않고 치유되는 경우(감기나 가벼운 찰과상)
- 2) 지속적인 관리가 필요할 뿐 후유증을 남기거나 일상생활을 영위하는데 특별한 기능적인 문제를 남기지 않은 경우(고혈압, 당뇨 등 만성질환)
- 3) 질병이나 사고가 치유된 후에 후유증을 남기지만 그 후유증이 기능적으로 별 문제가 안 되는 경우(한 손의 5번째 손가락이 사고로 절단된 상태)
- 4) 후유증으로 기능적인 문제를 남겨 일상생활에 지장을 일으키는 경우(질병이나 사고가 치유된 후에 편마비 상태, 양 하지마비 상태 등)
- 5) 뇌졸중이나 심부전, 교통사고로 갑자기 사망하는 경우 - 다양한 현상을 야기할 수 있다.

1)의 경우 그 정도가 경미하여 별로 문제가 없고, 2)의 경우 질병을 철저히 관리하면 일상생활에 특별한 문제없이 비교적 건강한 삶을 영위할 수 있으나 건강관리를 소홀히 할 경우 합병증으로 인해 3)이나 4)의 경우에서와 같은 후유증을 유발할 수 있다.

일반적으로 3)과 4)같은 상황을 장애라 하며, 장애는 용어는 건강상태의 쇠퇴화로 운동, 감각기능, 지능 인지에 영향을 미쳐 행동이 제한됨을 의미하는 복지용어이다.

장애는 일시적인 무능력이나 임신 중이거나, 수술 후, 회복 중 일 때와 같이 일시적으로 일상활동에 신체적 제한을 나타내는 일시적 장애와 만성 전신질환 같은 영구적 장애가 있다.

세계보건기구는 장애를 다음과 같이 3단계로 분류, 정의하였다. (ICIDH 1980, Fig. 1)

질병, 이상 → 손상, 기능장애 → 능력장애 → 사회적 불리

Fig. 1. ICIDH의 장애개념(1980)

1. 손상, 기능장애(impairment)

질병이나 사고로 인체의 한 부분에 손상이 생긴 경우로 심리학적, 생리학적 또는 해부학적인 구조나 조직의 상실이 나 이상으로 다음의 장애가 포함된다,

- 지적손상: 정신지체, 기억력, 사고력
- 정신적 손상: 의식, 인지
- 언어장애: 의사소통, 발성기능
- 청각손상: 청력장애, 청각이상
- 시각손상: 시력장애, 실명
- 장기손상: 내부장기, 저작, 연하장애
- 골격손상: 부분적인 기계, 운동결핍, 마비
- 미관손상: 구조적 기형
- 전반적인 감각장애: 외상의 노출용이

2. 능력장애(disabilities)

손상으로 일상적인 생활이나 활동, 사회생활 기능이 제한 받거나 수행할 수 없는 상태로

- 행동장애: 인지, 동기유발
- 의사소통장애: 말하기, 듣기
- 개인관리장애: 개인위생, 옷치장
- 이동장애: 이동, 수송
- 신체운동장애: 생존
- 기민성장애: 일상활동, 파지행위(grasping)
- 상황적응장애: 환경적응, 의존, 인내력
- 특수기능장애: 작업수행, 학습능력, 기민성 등이 포함된다.

3. 사회적 불리(handicaps)

손상 또는 능력장애가 있는 개인이 받아야할 사회적인 역할의 장애와 제한, 방해받는 결과를 초래하는 편견이나 차별 등 불이익을 의미한다.

- 적응장애: 환경, 행동과 의사소통 장애
 - 신체적 독립장애: 타인에 의존
 - 운동장애: 기동성 감소, 주거계약
 - 취업 장애: 능력 장애로 직업이 제한
 - 사회활동 참가 장애: 참여제한, 사회적으로 고립
 - 경제적 자립장애: 충분한 자급자족, 가난
- 일반적으로 장애를 말할 때에는 이러한 사회적 불리를 일컫는다.

또한 세계보건기구는 장애의 범주에 운동 및 감각장애, 정신질환, 만성적 알콜중독 및 약물남용, 만성적 심혈관 및 폐 질환, 만성 소화기 질환, 피부질환, 암, 만성적 통증, 노인을 포함시킬 것을 권장하고 있다.

최근에는 1980년대까지 주로 이용하여 왔던 질병과 다른 건강상태에 관한 진단을 복지개념을 제공하는 국제질병분류방법(ICD)에서 신체기능과 구조, 사회활동 및 참여, 환경요인 등 건강상태와 관련된 기능에 관한 정보에 보충과 장애를 건강의 요소를 상호 보완하는 ICF(International classification of functioning, disability and health) 분류방법으로 변화하고 있다. (Fig. 2)

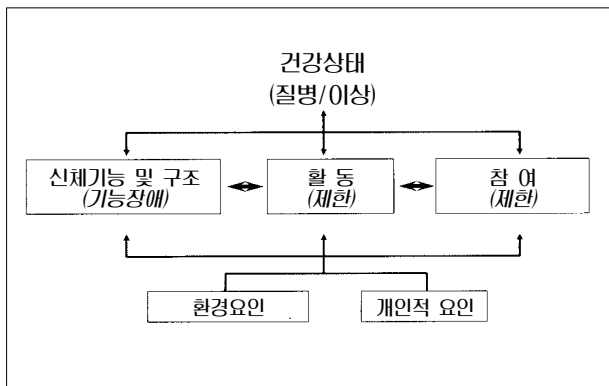


Fig. 2. ICF의 장애개념(2001)

국가에 따라 장애의 범주적용 기준은 차이가 있으나 일반적으로 4 대범주로 분류한다.

- * 신체장애: 지체장애, 이동장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면기형 등
- * 정신장애: 정신지체, 정신질환, 학습장애, 발달장애, 정서장애, 인지장애, 주의력 결핍, 알콜중독, 약물중독 등
- * 내부장애: 순환기 장애, 신장애, 호흡기 장애, 내분비 장애, 소화기장애, 생식기 장애, 비뇨기 장애, 알러지, 피부질환, 암 등
- * 사회적 장애: 의사소통장애(외국인, 이민자), 노동력 감소자, 타인 의존자, 신체나 정신장애로 자신의 나이, 경험, 자격에 상응하는 취업을 못하는 사람

• 한국 장애인 복지법

장애인은 신체적, 정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활, 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자로 정의하고 아래와 같이 분류하였다.(Fig. 3)

1. 신체적 장애

- 외부 신체기능의 장애 : 지체장애, 뇌 병변 장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면 장애
- 내부기관의 장애 : 신장장애, 심장장애, 간 장애, 호흡기 장애, 장루, 요루장애, 간질장애

2. 정신적 장애

정신지체, 정신장애, 발달장애(자폐증)

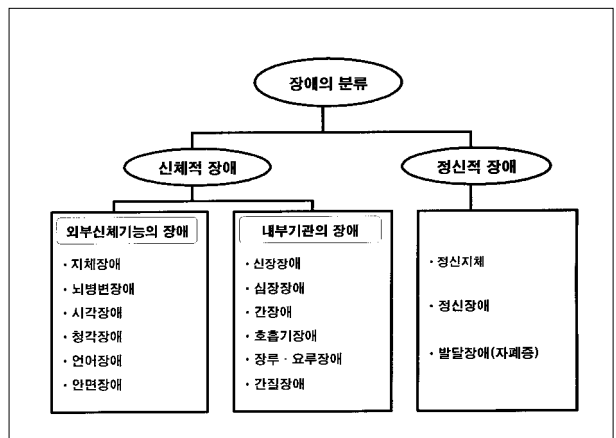


Fig. 3. 장애의 분류

• 장애인 치과학

장애인 치과는 장애인을 대상으로 일반적인 치과의료 행위를 수행하는 치과의학의 한 분야로 포괄적 치과의학의 특수성을 가진다.

장애인의 대상으로는 세계보건기구의 질병 특징 분류대상인 신체적 장애, 정신지체, 선천적 결손, 대사 및 전신질환, 경련성 질환, 감각기능 장애, 혈우병, 종양 등 의학적 장애인과 노인, 특별한 의학적 치료를 받고 있거나 관리가 필요한 특진환자나 임신부, 산모, 입원중인 일시적인 환자 이외에도 치과치료 시 행동조절에 문제가 있는 저 연령층 어린이나 치과에 공포, 불안을 극심하게 나타내는 치과적 장애인까지 포함된다.

※ 특별한 관리가 필요한 환자(치과)

* 심한 신체적, 인지적, 발달적, 학습적, 정서적 문제나 장애 등 한 개인이 가지는 특수여건으로 인식, 주의력 집중, 편의를 증대시키기 위해 다음 사항을 개별적으로 고려해야 하는 환자이다.

- 전문의와 의학상담이 필요한 환자 : 상담 및 치료의뢰
- 다른 의료공급자와 같이 치과치료를 조정해야 할 필요가 있거나 치료방법의 변용이 필요한 환자
- 시각, 청각장애인
- wheelchair에 의존하는 환자
- 저항하는 환자로 행동조절을 위해 의식 하 진정 이상의 행동조절이 요구되는 환자
- 적절한 기도위치를 제공받아야 하는 환자
- 보호자나 법정신청인을 통해 동의서를 받아야 하는 환자
- 구강위생을 관리해 주어야 하는 정신지체 환자

* 사회적, 경제적으로 불리한 취약계층인 사람으로 치료비, 진료장소에 접근하는 문제, 건강보험, 수송, 공급자의 이용, 약속할 때 전화이용의 불편, 문화문제, 언어문제, 문맹 등 건강관리를 유지하는데 장벽이 있다.

- 무주택, 빈곤층
- 집에 틀어박혀있는 사람
- 시설이나 기관에 수용되어 있는 환자
- 수감자
- 이주성, 노숙자
- 노인환자
- 장애인
- HIV감염자
- 이민자 해당 국가의 언어소통이 안되는 사람
- 사회 경제적 지위가 낮은 사람 등이 포함된다.

이들은 장애의 종류와 특성, 정도에 따라 개인간의 차이

가 있을 수 있으나 일반적으로 비장애인에 비해 구강건강에 대한 지식이 부족하고, 또 인식하고 있어도 장애나 관리의 어려움으로 인해 구강위생 관리가 적절하게 이루어지지 못하여 치과질환의 발생빈도가 높고, 또 진행상태도 심히 악화되어있는 경우가 많다.

장애인 치과치료의 대부분은 일반 치과에서 행해질 수 있으나 단지 장애의 특성상 치료시 협조가 잘 이루어지지 않아 치과치료의 기술이 아닌 환자의 행동조절과 우발증의 대처에 보다 많은 지식이 필요하다. 전신질환이나 중등도 이상의 장애를 가진 특수환자는 이들과 관련된 일반 전문 주치의(내과, 소아과, 정신과, 정형외과, 안과, 이비인후과)의 상담, 의뢰와 교육 담당인(교사, 사회복지사, 시설직원), 의료기사(물리치료사, 영양사, 약사), 자원봉사자를 포함하는 합동관리가 필요하다. 이러한 상황은 치료가 어렵고 때로는 장애로 인해 예후가 악화될 수 있는 등 치과질환의 예방, 처치, 관리에 많은 문제점이 있어 특별한 배려가 있어야 한다.

장애인의 병원접근 문제, 건물내의 승강기, 경사로, wheelchair나 침대이용을 위한 넓은 출입문같은 일반시설, 마취나 진정, 응급상황에 대처하기 위한 기구나 장비 등 비장애인에서는 없어도 되는 특수시설이 필요하다.

또 장애인에 행해지는 양질의 진료에 시간, 노력, 재정적 부담에 비해 생산성이 없는 등, 경제적인 낭비라는 일부의 장애인 보호자나 사회구성원과 사회의 편견 또한 시급히 버려야 할 당면 문제이다.

장애인을 치료하는 치과의사는 비장애인을 치료할 때보다 보다 많은 시간과 노력을 투자하나 생산성 면에서 불이익을 감수해야 하는 것이 현실이다.

그러나 장애인들은 모두 다르고 인간적인 특이한 면이 있으므로 관심을 가지고 치과치료를 시도해보면 틀에 박힌 일상진료의 지루함을 바꿀 수 있고, 또 어려움을 극복했다는 만족감으로 정신적인 보상을 받을 수 있다.

• 장애인 치과의 기본영역

- 1) 치과질환의 예방 : 구강위생관리의 교육 및 실천
- 2) 치과질환의 치료 : 치아우식증과 치주질환의 빈도와 심도가 높다.
- 3) 구강기능의 훈련 : 일반적인 치과의료(우식 및 치주치료, 결손치 수복, 교정치료)는 같으나, 언어, 섭식에 장애가 있는 환자의 기능훈련도 시행되어야 한다.
- 4) 치과의료 공급체계의 수립과 장애인의 치과질환 역할 조사, 장애인의 치과적 진단, 치료법의 수립, 전신관리의 연구가 행해져야 한다.

• 장애인 치과의 특성

- 1) 장애인에서 나타나는 치과질환의 특징을 알아야 한다.
- 2) 치과진료 시 자세유지가 어렵거나 운동장애, 적응에 어려움이 있는 환자의 행동조절
- 3) 의학적 문제의 평가와 치료시의 전신관리
- 4) 구강위생의 유지와 구강질환의 예방
- 5) 관리인(보호자 및 간병인)의 구강보건교육

장애인 치과임상은 포괄적 치과치료로 환자, 보호자는 물론 장애와 관련된 전문의나 시설관리인, 특수보조인 등 모든 관련인이 포함되어야 한다. (Fig. 4)

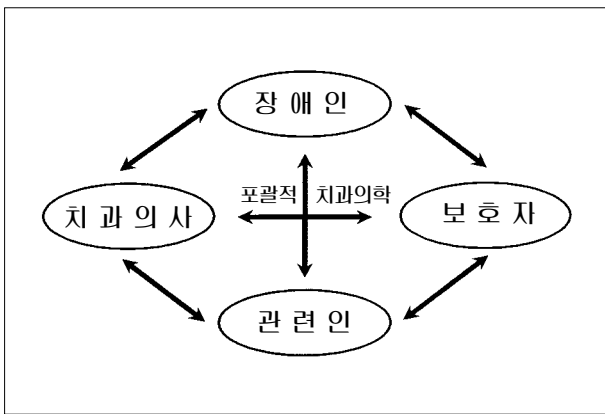


Fig. 4. 장애인의 치과적 특수성

• 장애인 치과치료의 문제점

장애인의 건강한 구강위생을 유지하기 위해서는 장애인, 치과인, 사회제도가 밀접한 연관성을 갖고 상호 보완적이고 연계적인 구강관리의 공급이 지속적으로 시행되어야 한다.

치과의를사를 포함한 치과관련인의 문제로는

- 1) 장애인 개인에 대한 일반적인 의학지식과 정보가 부족하여 장애인을 두려워 하거나 이해하기 어렵고 장애인의 치과치료에 대한 전문성과 경험의 부족으로 이해가 부족하고, 우발적인 사고의 발생을 두려워한다.
- 2) 장애의 종류에 따라서는 원만한 의사소통이 어렵고, 행동조절 또한 문제가 있어 비장애인을 치료할 때보다 시간소모가 많고 생산성 면에서도 경제적이지 못하다.
- 3) 장애인 치료를 위한 시설이나 장비, 훈련된 보조원이 확보가 추가적으로 필요하다.
- 4) 비 장애인 치과환자에게 좋지 않은 영향을 줄 것이라는 우려감을 가진다.

이러한 이유로 일반적으로 장애인이 치과를 무서워하기보다 오히려 치과의사가 장애인을 무서워하여 치과치료를

기피하거나 다른 치과에 의뢰하는 경향이 더 많은 것이 현실이다.

장애인의 문제로는

장애에 따른 특징적인 행동으로 치과치료 시 협조가 잘 이루어지지 못한다.

- 1) 신체 장애인은 가정 외 활동이 적어 사회성이 부족하거나 대인관계가 원만치 못하고 치과환경에 적응하려 할 때 불안이나 두려움으로 근육이 과잉긴장하거나 심리적인 압박으로 이상한 행동을 나타내거나 언어장애를 초래할 수 있다.

구강보건의 인식은 가능하나 구강위생관리의 수행에 어려움이 있다.

- 2) 지적 장애인은 구강보건의 필요성을 인식시키기 어렵고 또 수행에 문제가 많다.

치과치료 환경의 적응이 어려워 치료 시 협조능력이 떨어진다.

전신질환을 치료할 때나 일상생활을 할 때도 다른 사람에게 의존하여야할 경우가 많으며, 특히 진료비 지불과 같은 경제적 여건 등에 많은 어려움이 발생할 수 있다.

사회복지제도의 문제로는

- 1) 치과시설에의 접근에 문제되는 일반 편의시설이 미흡하다.
- 2) 정기적인 검진, 치료에 대한 재정지원 대책과 의료보험 제도의 개선, 후원회 개발, 복지제도의 행정적인 지원이 전무하다.

이같이 환자자신이 해결해야할 치과치료에 대한 장벽과 진료공급자의 기피경향으로 장애인의 구강위생상태가 더욱 악화되어 장애인에서만 나타나는 특이한 치과질환은 없어도 치과질환을 많이 발생하게 하거나 중증화되는 결과를 초래하게 된다. (Fig. 5)

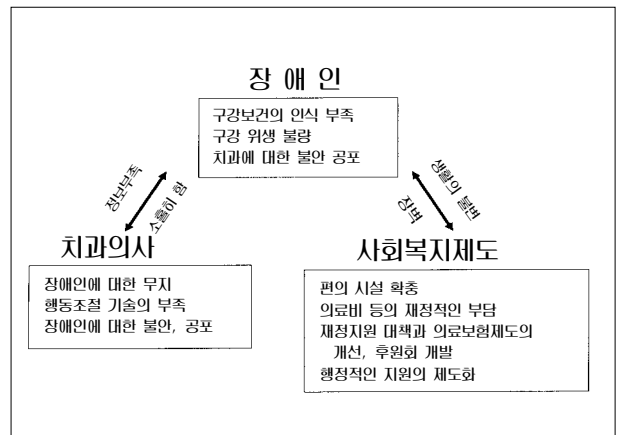


Fig. 5. 장애인 치과질환의 악순환

• 치과 의료의 문제점

1. 특이한 행동

장애인의 특이한 심리는 치과치료 시 올바른 처치를 방해하거나 행동조절을 어렵게 하는 등 치과환경의 적응에 상당한 문제를 야기한다. 특히 구강부위는 신체 중 가장 과민한 부위여서 이곳에 자극이 가해지면 전신 긴장을 유발하기 쉽다.

정신지체나 자폐 등 전반적 발달장애인은 경험해 보지 않아 익숙하지 못한 치료실 분위기나 만난 적이 없는 낯선 사람들, 치료 시 이용하는 기구. 치료 시에 발생하는 소리, 빛 등 자극요소들에 강한 경계심을 가지며 구강 내나 목 부위를 만지는 것에도 심한 불쾌감을 느끼고 이들 자극으로부터 도피하려는 경향을 보인다.

치과치료 시 나타내는 특징적인 행동

* 정신지체나 자폐증 같은 지적, 발달장애인의 경우

- 치료실에 들어오지 않으려 한다.
- 치료 의자에 앉으려 하지 않는다.
- 치료 의자를 뒤로 놓히는 것을 싫어한다.
- 입을 벌리려하지 않는다. 무리해서 벌리면 치료 의자에서 내려온다.
- 입을 벌린 채로 있지 못한다.
- 기구 사용 시 목을 흔들고 거부한다.
- 혀로 기구를 접촉하려한다.
- 기구를 입 밖으로 밀어내려 한다.
- 기구를 가지고 있는 술자의 손을 붙잡는다.
- 몸을 심하게 움직이고 저항한다.
- 불안이나 불쾌감이 심해지면 정신적인 공포에 사로잡힌다.

* 뇌성마비 등 뇌 병변 장애인의 경우

지적장애는 없어도 성장기간 중, 사회접촉이 적어 사회성이 부족하거나 대인관계가 원만 하지 못하고 환경에 적응하려 노력할 때 근육이 긴장하거나 심리적인 압박, 언어장애등을 야기시킨다. 일정시간 동안의 개구나 자세유지가 어렵고 갑작스런 불수의 운동으로 치과치료에 협조적이지 못하다.

* 감각기능(시각, 청각)장애인은 의사소통 방법의 미숙으로 행동조절에 문제가 있다.

2. 의학적 전신관리

장애인 치과치료 시 일반적으로 문제가 되는 것은 우발증의 발생과 치료 후 예후가 악화될 수 있는 가능성이 있다.

전신관리는 치료 전부터 치료가 끝날 때까지 호흡, 순환, 감염, 신경학적인 모든 관리가 포함된다. 치료 전 전신상태

를 완벽하게 평가하고 이에 우발증을 예방할 수 있는 전신관리가 필요하다.

전신상태의 위험성을 고려해야 하는 장애나 질환은 다음과 같다.

- 호흡기계 문제: 중증 뇌성마비환자와 천식환자
- 순환기계 문제: 선천성 심기형, 허혈성 심질환, 고혈압
- 대사계 문제: 당뇨병, 갑상선 기능장애
- 혈액질환: 백혈병, 혈우병, 혈소판 감소, 자반증
- 경련성 질환: 간질, 발작
- 급성감염환자

구강기능의 발달장애, 특히 섭식장애는 신체발육이나 정신발달에 지대한 영향을 미치므로 구강문제만이 아닌 전신적 영향을 고려한 특별관리가 필요하다.

3. 치과위생관리

장애인은 구강위생의 청결유지가 이루어지지 않는 경우가 많다.

관리가 어려운 이유는 지적장애인의 경우 건강의식이 낮아 청결이나 구강위생의 필요성을 인식하지 못하며, 반면 신체장애인의 경우 필요성은 인정하나 구강위생의 수행능력이 떨어지거나, 수행할 수 없는 약점을 가진다.

그러므로 장애인에 따라서는 장애인 본인이 아닌 가족이나 관리인 등 제3자의 도움이 필요한 경우가 적지 않다.

장애인이 치과위생관리를 효율적으로 수행하기 위해서는 장애인 개인의 문제, 생활환경의 문제, 치과의료 환경문제에 분류하여 검토되어야 한다.

장애인 개인의 문제로는 신체장애인은 효과적인 칫솔질이 불충분하고 지적장애인은 청결의 필요성에 대한 이해가 부족하고 칫솔질 학습이 불가능하다.

생활환경 문제로는 시설에 수용되어 집단생활을 하거나 보호자가 장애인의 치료양육에 무관심한 경우 구강위생상태가 양호하지 못하다.

시설에 수용되어 있는 경우 개인에 적합한 위생관리가 이루어지지 않아 개인적인 관리를 하는 경우보다 구강위생상태가 양호하지 못한 경우가 적지 않다.

치과의료 환경의 문제로 장애인의 생활단위가 시설, 가정, 학교로 구분되어 관리받으나 가급적이면 단골치과를 만들어서 이들로 하여금 구강위생 유지의 문제점을 분석하여 개 개인에 적합한 program을 가지도록 해야 한다.

장애종류와 정도에 따라 구강위생 상태가 현저하게 다르다. 뇌성마비인은 개구에 어려움이 있어 가정에서의 청결은 불충분하다. 섭식장애나 혀의 기능, 구개형태 때문에 자정작용이 잘 안되고 음식물이 구강에 저류하기 쉽다.

지체 장애인은 신체움직임의 불편으로 잇솔질을 싫어하고 시행이 불충분하여 구강위생 상태가 불결한 경우가 많다.

류마치성 관절염 환자는 칫솔 잡기가 힘들어 효과적인 잇솔질이 어렵다.

4. 섭식 및 발음기능(구강주위의 기능장애)

구강과 연관된 주위조직은 식이, 발음, 표정관리, 애정표현, 감각학습기능을 가진다.

원시반사로 생명유지의 기능이 있으나 학습과 발달에 따라서 익혀지는 섬세한 식이운동이 이루어지지 않는다.

운동장애인 뿐만 아니라 지적장애인도 기능적 운동의 획득이 이루어지지 않으면 씹지 않고 삼키며 딱딱한 것을 잘게 씹어 으깨지 못한다.

구개열 같은 선천적 구강형태이상이나 감각, 운동마비는 발음 장애, 구음장애가 보인다.

발음형성은 청각이나 호흡운동, 언어획득 과정과 입술이나 혀, 후두근육의 기능과도 깊은 연관성을 가진다.

청각장애인, 외상이나, 외과수술의 결과에 의한 광범한 구강조직 결손과 후유증, 뇌혈관 장애로 야기되는 감각과 운동마비등도 발음에 지대한 영향을 미친다.

또 입술이나 주위의 안면근육군에 운동이나 감각마비가 있으면 표정이 없어 보인다.

5. 치과 의료의 접근과 장벽

* 치과 의사의 장애인에 대한 지식부족

- 장애인에 관한 일반적 지식이나 행동조절에 대한 교육이 불충분하여 장애인을 두려워하거나 기피하는 치과 의사가 적지 않다.
- 아픈 이를 치료한다는 재래적인 치의학 교수방법을 인간관계의 확립이 우선하는 아픈 이를 가지고 있는 사람을 치료한다는 개념발상의 전환이 필요하다.

* 장애인 치과 의료 정보의 접근의 어려움

* 치과내원의 어려움

- 이동에 어려움을 가지는 사람이 치과에 가는데 불편함이 없도록 하기위해 건축설계 시 고려 사항으로는 보도, 인도, 주차시설, 입구경사로, 난간, 복도와 승강기, 문의 폭과 문지방 높이, 휠체어를 움직이기 위한 문 주위의 공간, 승강기 접근문제, 휠체어 이동이나 휠체어를 탄 채로 이동 가능한 치료실 설계, 교통문제 등 편의시설이 준비하여야 한다.

* 제도적 장벽

- 자격제한, 의료제도

* 문화, 정보의 장벽

* 의식의 장벽 ; 차별, 과잉보호

* 장애인의 치과치료에 대한 관념적인 장벽

- 장애인은 자립이나 치과건강유지가 불가능하여 이들

에 대한 양질의 진료가 시간, 노력, 경제력의 낭비라는 장애인 보호자나 치과 의사의 합리화는 극복해야 할 과제이다.

- 일부 중증환자를 제외한 장애인의 대부분은 적절한 교육과 협조가 가능하여 비장애인과 같이 건강한 구강위생을 유지할 수 있고 선택적으로 취업도 가능하다.

* 진료수가와 재정부담능력

- 치과 의사 측에서 보면 장애인을 치료할 때 비장애인을 치료할 때에 비해서 시간과 노력이 더 많이 소요되어 생산성 면에서 불이익을 초래한다. 의료비, 의료보험 등 사회보장이 진료공급자에게 충분한 재정적인 보상이 제도적으로 미흡하다.

- 현실은 정신적인 자기보상만이 장애인 치과 의료의 시행을 가능케 한다.

* 동기유발의 부족

- 치과치료에 대한 인식이나 관심이 부족하고 건강수요의 순위도 낮은 경우가 많다.
- 모든 사람에서 질병의 예방, 조기치료, 구강위생의 중요성은 적용되지만 장애인의 경우 더욱 강조해야 할 이유를 열거하면, 장애인은 칫솔질이나 치실 등 일상적인 구강위생 활동을 타인에게 의존해야 하는 경우가 많고, 치과건강상태가 악화되면 비장애인에 비해 그 결과가 더욱 심각해지고 경제적인 부담도 많아지게 된다.

• 장애인 치과 의료의 목표

인간은 완전한 형태로 태어나는 것이 아니고 여러 문제와 장애를 가지고 태어난다.

치과 의료의 목표는 구강질환의 예방과 치료를 통해 구강건강을 유지, 증진시키는 것이다. 바람직한 구강건강은 단순히 질병이나 이상이 없는 상태만이 아니고 구강이 저작이나 발음 같은 그들의 역할을 적절히 수행할 수 있는 상태여야 한다.

재활의 목표인 인간으로서의 자립, 일상생활 습관의 자립, 사회생활에의 참가 및 복귀 등 전인간적인 복권이 가능하여야 한다.(Fig. 6)

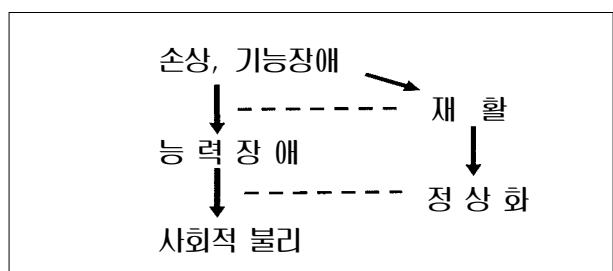


Fig. 6

진료체계는

- 1) 출생에서 죽을 때까지 구강건강을 유지, 증진키 위해 구강건강관리 체계에 따른다.
- 2) 지역과 밀착되어야 한다.
- 3) 구강건강이 전신건강과 연관되어야 한다.
- 4) 환자의 동기부여에 시작하여 끝낸다.
- 5) 예방중심이고 정기검진을 체계화한다.

일부 장애인의 경우 지적기능이나 운동기능이 떨어져 구강관리가 충분히 이루어질수 없는 경우 개별적인, 집단적인 관리의 시행이 필요하다.(Fig. 7)

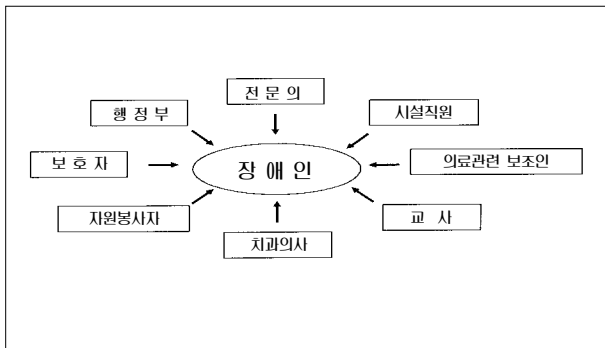


Fig. 7. 종합진료 System - Team Approach -

또 장애특성상 협조능력의 부족과 환자의 건강상태가 치료 시행하는데 문제점이 있는 경우 특히 예방관리를 철저히 수행토록 하여야 한다.

장애인 치과는 그 대상이 비장애인과 별 차이가 없는 중증의 장애인에서부터 질환의 진단이 쉽지 않고, 전신관리의 필요에 따른 의학적인 전문성이 요구되거나, 행동조절 및 치료의 어려움으로 특수기술과 장비를 필요로 하는 장애인 까지 매우 다양하다.

장애환자의 전신상태, 구강상태의 개괄적인 판단과 치료 시행할 수 있는 환경여건 (시설 및 지역)에 따라서 장애인의 치과의료 체계를 1차, 2차, 3차 치과 의료기관으로 분류한다.(Fig. 8)

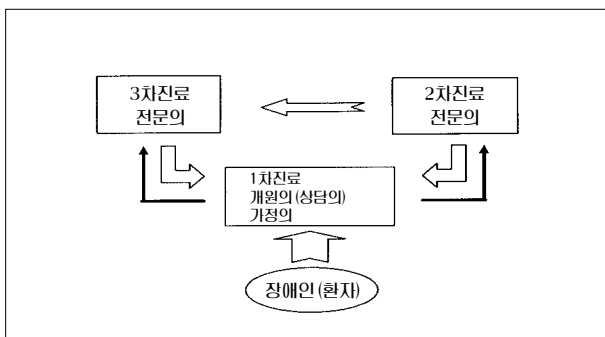


Fig. 8. 장애인 치과의료 Network System

• 맺는 말

장애인의 구강보건을 관리하는 치과의사는 장애인의 입장을 최우선으로 이해하여 단순한 치아의 치료가 아니고, 치아를 가지고 있는 장애인의 건강을 보살피고 유지시키기 위하여 전문적인 지식과 다양한 치료기술을 습득하여야 할 필요가 있다.

또 전문의로써 환자가 필요로 하는 정보를 제공해 주어야 하고, 환자의 일반적 상태에 관해 일반 주치의와 관련 전문의, 가족, 보호자, 사회사업가 등 모든 관련자와의 정보교환을 위한 system을 구축하여, 언제나 어디서든 편리하고 적절한 치료를 받을 수 있도록 해야 한다.

장애인을 치료하는 치과의사는 상상력, 융통성, 독창력이 필요하며, 장애인은 치과적 관리면에서 특수한 대상임을 명심하고, 인내력과 친절, 온화함이 몸에 배어있어야 하고,

1) 환자와 보호자에게 구강보건의 전신건강의 기본임을 인식시켜 건강한 구강상태를 유지하도록 동기유발을 시키고, 2) 구강질환의 예방으로 충치나 치주치료, 발치의 어려움을 겪지 않도록 교육시키고, 3) 외양의 개선, 구강악취의 제거 등, 구강보건의 개선으로 사회적응에 도움을 줄 수 있도록 구강위생 및 치과관리에 대한 개념을 올바르게 인식시켜 앞으로 치과치료를 즐겁고 편안한 경험으로 만들도록 노력하여야 한다.

장애는 불구가 아니고, 앓고 있는 것도 아니며 가지고 있는 것이다.

그러므로 장애인을 모두 집단화해서 평가하지 말고, 장애 부분이 아닌 다른 능력을 먼저 인정하고 장애인의 어려움이나 성공을 지나치게 감정적으로 언급하지 말고 있는 그대로를 받아 드려야 한다. 장애인의 반대는 정상인이 아니고 비장애인이어야 하고, 장애인은 모두가 의학적으로 전신관리나 보호대상이 아니고, 특정기관이나 능력이 불완전한 사람으로 이해하는 인식전환이 필요하다.

• 참고문헌

1. 정신장애의 진단 및 통계편람. 제4판 : 하나의학사 1995.
2. 보건복지부 한국보건사회연구원 : 2000년도 장애인 실태조사.
3. Thornton JB, Wright JT: Special and medically Compromised patients in Dentistry PSG Publishing Co. 1989.
4. Baer PN, and Benjamin SD: Dentistry for handicapped children and adolescents, Lippincott Co pp 255-270, 1974.

5. World Health Organization: International Classification of Diseases(ICD-10), Geneva WHO 1993.
6. Little JW, Palace DA, Miller CS, Rhodus NL: Dental Management of the Medically Compromised Patient, 5th ed. Mosby, 1977, pp. 131-143.
7. Album MM: The philosophy of dental care of the handicapped : Past, present and future, Spec Care Dent, 10: 129-132, 1990.
8. Laura MN, Judith AN: Trends in Dental Specialty Education and Practice, 1990-99 J Dent Educ, 1338-1347, 2002.