

◆ 원저 2

## 부산광역시 장애인 구강건강 실태

윤현서<sup>1</sup> · 조병준<sup>1,2</sup> · 배광학<sup>3</sup> · 정태성<sup>4</sup> · 김진범<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>건강사회를위한치과의사회 부산경남지부, <sup>2</sup>참치과의원

<sup>3</sup>부산대학교 치과대학 예방치과학교실, <sup>4</sup>부산대학교 치과대학 소아치과학교실

**Abstract**

### A SURVEY ON THE ORAL HEALTH STATUS OF THE DISABLED IN BUSAN, KOREA

Hyun-Seo Yun<sup>1</sup>, Byung-Jun Jo<sup>1,2</sup>, Kwang-Hak Bae<sup>3</sup>, Tae-Sung Jeong<sup>4</sup>, Jin-Bom Kim<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup>Busan and Gyeongnam Branch of Korea Dentists Association for Healthy Society, <sup>2</sup>Cham Dental Clinic

<sup>3</sup>Department of Preventive and Community Dentistry,

<sup>4</sup>Department of Pediatric Dentistry, College of Dentistry, Pusan National University

**Objectives:** The purpose of this study was to furnish data on the disabled's oral health status of the disabled in Busan, Korea.

**Material and Methods:** Two dentists who were well experienced in caries examination surveyed the oral health status on 793 of disabled men in Busan from March to June in 2000 under natural solar light with plane mirror by the criteria which are suggested by World Health Organization (WHO).

**Results:** The number of present permanent teeth of the disabled are lower than the undiseased. DMF rate and DMFT indices of the disabled were higher than the undiseased. DT rate of the disabled was higher than the undiseased.

**Conclusions:** The development of community oral health care programs for the prevention and treatments of dental caries for the disabled is needed and active administrative policies should be established for the promotion of the disabled's oral health.

**Key words :** Disabled, DMF rate, DMFT index, Dental caries prevention, FT/DMFT rate, Oral health care

## I. 서 론

교신저자 : 김진범

부산광역시 서구 아미동 1가 10

부산대학교 치과대학 예방치과학교실

Tel : 051-240-7819 Fax : 051-245-8237

E-mail : jbombkim@pusan.ac.kr

사회적으로 복지에 대한 관심이 증가하면서 장애인과 노인 등 사회취약계층에 대한 관심도 높아지고 있다. 특히, 사회적 환경 변화로 장애발생요인이 증가하고 장애범주가 확대됨에 따라 장애인구는 대폭적으로 증가하고 있다. 장애인구는 등록된 장애인을 기준으로 1990년 20여만명이었지

만, 계속 증가하여 2004년 6월 현재 153만명으로 보고되었고, 2010년에는 253만명으로 증가하리라 추산되고 있다<sup>1,2)</sup>. 이 중 약 89.4%가 후천적인 요인으로 장애를 가지게 되었다고 보고되었다<sup>2)</sup>. 이러한 장애인의 급증으로 장애인 문제가 사회적으로 대두되고 있다. 1998년과 2000년도에 통계청에서 실시한 설문조사에 의하면 장애인에게 가장 시급히 요구되는 것은 사회적 편견해소가 가장 높게 지적되었고, 그 다음으로 일자리 제공, 편의시설, 경제적 지원, 의료 시설 순서이었다<sup>2)</sup>.

장애인에 대한 법률은 1981년 “심신장애자복지법”에서 출발하여, 1999년 장애인복지법으로 전면 개정되었고 2001년부터 2004년까지 일부 개정을 거쳐서 현재의 모습을 갖추게 되었다. 현재의 장애인 복지법은 장애인의 인간다운 삶과 권리를 보장하고 장애발생의 예방과 함께 장애인의 의료, 교육, 직업재활, 환경 개선 등에 대한 사업들을 확대하는데 근거가 되고 있다<sup>3)</sup>.

장애인들의 복지욕구 가운데 의료욕구가 매우 중요하게 대두되고 있다. 의료욕구 중에서도 구강건강 문제의 해결은 기본적인 욕구로 볼 수 있다. 구강은 일차소화기관으로서 전신건강 유지의 기본이며, 사회생활에 있어 심대한 영향을 주는 발음과 미용에 있어서도 매우 중요한 역할을 하고 있기 때문이다. 그럼에도 불구하고 장애인은 건강보험에서 본인부담률이 일반진료보다 높은 치과진료 이용에 비장애인보다 상대적으로 더 많은 어려움을 겪고 있으며, 신체장애로 말미암아 구강건강관리에도 어려운 경우가 많다<sup>4)</sup>. 정부에서는 현재까지 소수의 진료소와 복지관 및 대학병원에서 개인적 차원에서 수행되어 온 장애인구강진료 및 장애인구강보건사업을 국가적 사업으로 확대하기 위하여 장애인복지법을 정비하고 사업예산을 확보 하는 등 다양한 노력을 기울이고 있으나<sup>3,5)</sup>, 아직까지 체계적인 장애인 구강보건진료가 이루어지고 있지는 못한 실정이다.

김 등<sup>4)</sup>은 특수학교 학생들이 치과를 이용하는데 겪는 어려움을 조사하여 치과이용에 있어 장애인들이 많이 소외되

어 있으므로, 특수학교 구강보건실의 설치가 필요하다고 보고하였고, 최<sup>6)</sup>는 치과의사들이 시설 장비의 미비, 장애인구강진료에 대한 경험 및 교육 부족으로 인하여 장애인을 진료하는데 어려움을 느낀다고 보고하였다. 장애인들의 낮은 구강진료접근도와 치과의사들의 장애인 구강진료기피로 말미암아 몇몇 치과의원이나 치과병원 그리고 진료소 이외에서는 장애인에 대한 진료가 이루어지지 못하고 있는 것이 현실이다.

장애인구강보건개발에 있어, 장애인 구강건강상태의 조사가 우선적으로 필요하다. Fishman 등<sup>7)</sup>, Siegel<sup>8)</sup>, Kroll 등<sup>9)</sup>은 장애인과 비장애인 간에 우식경험도에서 차이가 없다고 하였으나, Miller와 Taylor<sup>10)</sup>, Album 등<sup>11)</sup>, Shmarak와 Bernstein<sup>12)</sup>은 장애인과 비장애인을 비교하면 장애인에서 치아우식경험도가 높다고 보고한 바 있다. 국내에서도 정과 김<sup>13)</sup> 등은 장애인과 비장애인 간에 우식경험도에서 차이가 없다고 하였으나, 신과 이<sup>14)</sup>, 지와 손<sup>15)</sup> 등은 장애인과 비장애인을 비교하면 장애인에서 치아 우식 경험도가 높다고 보고한 바 있어서, 국내외적으로 장애인의 구강건강상태에 대한 결과가 서로 상충되고 있다. 특히, 국내에서는 체계적인 전국적 실태조사가 드물고, 일부 장애인에 대한 구강건강실태조사도 소수의 연구만이 보고되고 있는 실정이다.

이에, 본 연구에서는 부산광역시에 거주하는 장애인들의 구강건강실태를 조사 분석하여, 우리나라 장애인의 구강건강실태 파악에 필요한 자료를 제공하고자 하였다.

## II. 조사대상 및 방법

### 1. 조사대상

본 연구의 조사대상자는 부산광역시에 소재하는 장애인 보호시설에 거주하고 있는 장애인 2,920명(남자 1,887명, 여자 1,033명) 중에서 임의로 추출된 남녀 장애인 793명이었다. 연령군별로는 20~24세군이 200명(25.2%)으로 가

**Table 1.** 연령군별 장애유형별 조사대상자 분포

연령군	연령군별 분포		장애유형	장애유형별 분포*	
	조사대상자수	%		조사대상자수	%
계	793	100.0	계	792	100.0
5~14	187	23.6	지체장애	97	12.2
15~19	177	22.3	뇌병변장애†	132	16.7
20~24	200	25.2	시각장애	22	2.8
25~29	124	15.6	청각장애	34	4.3
30~34	57	7.2	언어장애	1	0.1
35~44	41	5.2	정신지체장애*	505	63.8
45~54	7	0.9	정신장애	1	0.1

\* 미분류 1명 제외, †뇌성마비, ‡정박아

**Table 2.** 연령군별 관리대상자와 비관리대상자 분포

연령군	전체대상자수	관리대상자*		비관리대상자	
		수	%	수	%
계	793	93	100.0	700	100.0
5~14	187	11	11.8	176	25.1
15~19	177	18	19.4	159	22.7
20~24	200	23	24.7	177	25.3
25~29	124	26	28.0	98	14.0
30~34	57	12	12.9	45	6.4
35~44	41	3	3.2	38	5.4
45~54	7	0	0.0	7	1.0

\* 건강사회를위한치과의사회 부산경남지부에서 수년간 구강진료 공급 대상자

**Table 3.** 연령군별 현존영구치수

연령군	조사대상자수	평균	SD
계	793	25.0	5.5
5~14	187	21.1	8.0
15~19	177	26.6	3.9
20~24	200	26.8	2.9
25~29	124	25.8	4.0
30~34	57	26.3	2.6
35~44	41	24.0	5.9
45~54	7	21.9	6.6

장 많았고, 그 다음으로는 5~14세군으로서 187명(23.6%)이었다(Table 1). 장애유형별로는 정신지체장애가 505명(63.8%)으로서 가장 많았고, 그 다음으로는 뇌병변장애가 132명(16.7%)이었다(Table 1).

조사대상자 중 '건강사회를위한치과의사회 부산경남지부'로부터 수년간 구강진료를 받아온 '관리대상자'가 93명이었고, '비관리 대상자'는 700명이었다(Table 2). 관리대상자들의 장애 유형은 시각장애, 청각장애 및 정신지체장애로 분류하였다.

## 2. 조사방법

치아우식증 검사에 충분한 교육을 받은 치과의사 2인이 2000년 3월에서 6월까지 시설장애인을 대상으로 세계보건기구<sup>6)</sup> 제시한 기준에 따라, 양호한 자연광 아래서 치아상태를 평면치경으로 검사하였다.

## 3. 자료분석

구강검사기록부를 기초로 하여 연령군별 관리대상자와 비관리대상자, 장애유형별 관리대상자, 연령군별 현존영구치수, 영구치 우식경험자율, 연령군별 우식경험영구치수, 연령군별 관리대상여부별 우식경험영구치수, 연령군별 우식경험영구치의 관리실태, 연령군별 관리대상여부별 치치영구치율 등을 분석하였다. 수집된 자료는 통계처리프로그램(SPSS 10.0 windows version)으로 분석하였다. 분석된 지표가 군별로 유의한 차이가 있는지의 여부에 대한 통계검정은 카이제곱검정법 또는 독립집단간 t-검정법을 활용하였으며, 유의성 여부는  $\alpha=0.05$ 로 판정하였다.

## Ⅲ. 조사결과

### 1. 현존영구치수

현존영구치수는 20~24세군에서 26.8개로서 가장 많았고, 그 이상의 연령군에서는 점차 감소하는 경향이었다(Table 3).

### 2. 영구치우식경험자율 및 영구치우식유병자율

연령별 우식경험자율은 5~14세군에서 45.5%로 가장 낮았고, 연령이 증가할수록 증가하는 양상이었으며, 45~54세군에서는 100%이었다.

우식유병자율은 5~14세군에서 39.0%이었으나 점차 연령군이 증가하면서 우식유병자율도 증가하는 경향이었으며, 45~54세군에서 71.4%이었다(Table 4).

**Table 4.** 영구치우식경험자율

연령군	조사대상자수	우식경험자		우식유병자	
		수	%	수	%
계	793	535	67.5	422	53.2
5~14	187	85	45.5	73	39.0
15~19	177	118	66.7	92	52.0
20~24	200	140	70.0	113	56.5
25~29	124	102	82.3	76	61.3
30~34	57	48	84.2	37	64.9
35~44	41	35	85.4	26	63.4
45~54	7	7	100.0	5	71.4

**Table 5.** 연령군별 우식경험영구치지수

연령군	우식경험영구치지수 (DMFT)		우식영구치지수 (DT)		상실영구치지수 (MT)		충전영구치지수 (FT)	
	평균	SD	평균	SD	평균	SD	평균	SD
계	3.5	4.5	1.9	3	0.7	2.1	1.0	2.1
5~14	1.5	2.2	1.1	1.8	0.2	0.8	0.2	0.8
15~19	2.9	3.6	1.9	3.0	0.2	1.0	0.8	1.7
20~24	3.7	4.5	2.2	3.5	0.5	1.4	1.0	2.3
25~29	5.0	4.4	2.3	3.0	1.0	1.9	1.7	2.6
30~34	4.3	4.3	2.0	2.7	0.6	1.5	1.8	2.9
35~44	8.7	8.4	3.2	4.3	3.8	6.0	1.7	2.3
45~54	8.1	6.8	2.0	2.8	5.3	7.2	0.9	1.1

**Table 6.** 연령군별 관리대상여부별 우식경험영구치지수

연령군	관리대상자*			비관리대상자			p값†
	조사대상자수	평균	SD	조사대상자수	평균	SD	
계	93	3.0	4.3	700	3.6	4.5	0.231
5~14	11	1.3	2.7	176	1.5	2.2	0.702
15~19	18	4.1	6.0	159	2.8	3.3	0.159
20~24	23	2.7	5.0	177	3.1	4.4	0.247
25~29	26	3.2	3.0	98	5.4	4.6	0.004
30~34	12	2.2	2.9	45	4.9	4.4	0.016
35~44	3	6.7	6.0	38	8.8	8.6	0.673
45~54	0	-	-	7	8.1	6.8	-

\* 건강사회를위한치과의사회에서 수년간 구강진료 공급 대상자

† 독립집단간 t-검정법에 의한.

### 3. 우식경험영구치지수

우식경험영구치지수는 5~14세군에서 1.5개로 가장 낮게 나타났고, 연령군이 증가함에 따라 우식영구치지수도 증가하는 경향을 보여서 35~44세군에서 3.2개로 가장 높았다. 상실영구치지수는 45~54세군에서 5.3개로 가장 높았고, 충전영구치지수는 30~34세군에서 1.8개로 가장 높았다(Table 5).

### 4. 관리대상여부별 우식경험영구치지수

관리대상자의 우식경험영구치지수는 35~44세군에서 6.7개로 가장 많았고, 비관리대상자에서는 35~44세군에서 8.8개로 가장 많았다. 25~29세군과 30~34세군에서 관리대상자의 우식경험영구치지수는 비관리대상자보다 적었다(p=0.004 및 0.016)(Table 6).

**Table 7. 관리대상자\* 연령군별 우식경험영구치지수**

연령군	우식경험영구치지수 (DMFT)		우식영구치지수 (DT)		상실영구치지수 (MT)		치치영구치지수 (FT)	
	평균	SD	평균	SD	평균	SD	평균	SD
계	2.98	4.34	1.08	2.45	0.35	1.48	1.55	2.17
5~14	1.27	2.72	0.45	0.93	0.00	0.00	0.82	1.94
15~19	4.06	6.04	1.61	3.18	0.78	2.60	1.67	2.3
20~24	2.65	4.98	1.17	3.58	0.39	1.50	1.09	1.62
25~29	3.19	3.02	1.00	1.52	0.19	0.57	2.00	2.10
30~34	2.17	2.86	0.75	0.97	0.00	0.00	1.42	2.97
35~44	6.67	6.03	1.33	2.31	1.67	2.89	3.67	2.52
45~54	-	-	-	-	-	-	-	-

\* 건강사회를위한치과의사회에서 수년간 구강진료 공급 대상자

**Table 8. 비관리대상자\* 연령군별 우식경험영구치지수**

연령군	우식경험영구치지수 (DMFT)		우식영구치지수 (DT)		상실영구치지수 (MT)		치치영구치지수 (FT)	
	평균	SD	평균	SD	평균	SD	평균	SD
계	3.62	4.53	2.04	3.04	0.70	2.20	0.88	2.05
5~14	1.53	2.16	1.16	1.81	0.16	0.83	0.21	0.67
15~19	2.78	3.26	1.90	2.93	0.18	0.56	0.70	1.61
20~24	3.81	4.45	2.34	3.49	0.54	1.33	0.94	2.36
25~29	5.42	4.56	2.69	3.18	1.15	2.03	1.57	2.74
30~34	4.89	4.40	2.27	2.96	0.76	1.67	1.87	2.88
35~44	8.84	8.63	3.34	4.36	4.00	6.13	1.50	2.24
45~54	8.14	6.77	2.00	2.77	5.29	7.20	0.86	1.07

\* 건강사회를위한치과의사회에서 구강진료를 공급하지 않은 대상자

**Table 9. 연령군별 우식경험영구치의 관리실태**

연령군	우식경험영구치 중		
	우식영구치율 (%)	상실영구치율 (%)	충전영구치율 (%)
계	59.5	13.0	27.6
5~14	76.5	6.9	16.6
15~19	65.4	8.3	26.3
20~24	58.9	13.1	28.0
25~29	49.9	16.4	33.7
30~34	56.0	8.6	35.4
35~44	36.8	33.4	29.8
45~54	39.7	42.0	18.3

상실영구치지수는 관리대상자에서 평균 0.35개이었지만, 비관리대상자에서는 0.70개로 두 배이었다. 35~44세군의 상실영구치지수는 관리대상자에서 1.67개이었지만, 비관리대상자에서는 4.00개로서 두 배를 상회하였다(Table 7, 8)

5. 우식경험영구치의 관리실태

우식영구치율은 5~14세군에서 76.5%로 가장 높게 나타났으며, 연령군이 증가하면서 차츰 감소하는 경향을 보였다. 상실영구치율은 45~54세군에서 42.0%로 가장 높게 나타났으며, 충전영구치율은 30~34세군에서 35.4%로 가장 높았다(Table 9).

6. 관리대상여부별 충전영구치율(%)

충전영구치율은 관리대상자에서는 35~44세군에서 76.9%로 가장 높게 나타났다. 비관리대상자에서는 30~34세군에서 33.9%로 가장 높게 나타났다(Table 8). 관리대상자의 충전영구치율은 전체적으로 55.0%이었고, 비관리대상자의 충전영구치율은 전체적으로 23.8%이어서 관리대상자의 충전영구치율이 비관리대상자보다 훨씬 높았다(p<0.001).

**Table 10.** 연령군별 관리대상여부별 충전영구치율(%)

연령군	관리대상자		비관리대상자		p값*
	조사대상자수	%	조사대상자수	%	
계	93	55.0	700	23.8	<0.001
5~14	11	41.7	176	15.4	0.113
15~19	18	51.2	159	23.2	0.012
20~24	23	57.7	177	24.7	0.002
25~29	26	60.2	98	26.4	<0.001
30~34	12	42.2	45	33.9	0.650
35~44	3	76.9	38	25.4	0.012
45~54	0	-	7	18.3	-

\* 독립집단간 t-검정법에 의한.

#### IV. 고 안

정부에서는 현재까지 몇몇 진료소와 복지관 그리고 대학 병원에서 개인적 차원에서 수행되어 온 장애인구강진료 및 장애인구강보건사업을 국가적 사업으로 확대하기 위하여 장애인복지법을 정비하고 사업예산을 확보 하는 등 다양한 노력을 기울이고 있으나<sup>3,5)</sup>, 아직까지 체계적인 장애인 구강 보건진료가 이루어지고 있지는 못한 실정이다. 장애인 구강 보건개발에서는 현황 파악을 위하여 구강보건실태조사가 우선적으로 이루어져야 하나, 체계적인 전국적 장애인 구강 건강실태조사는 매우 드문 실정이다. 일부 장애인에 대한 구강건강실태조사도 소수의 연구만이 보고되고 있다<sup>13-15)</sup>. 이에, 본 연구에서는 부산광역시에 거주하는 장애인들의 구강건강실태 조사결과를 보고함으로써, 우리나라 장애인의 구강건강실태 파악에 필요한 자료를 제공하고자 하였다.

구강 내 현존영구치아수는 Table 3에서와 같이 연령이 증가함에 따라 감소하는 경향을 보였다. 비장애인의 경우 20대에 29개 정도이었던 현존영구치수가 50대에 26개 정도로 감소한 반면<sup>17)</sup>, 장애인에서는 20대에 이미 현존영구치수가 26개에 불과하고, 50대에는 22개로 감소하여, 비장애인과의 비교하면, 장애인의 연령군별 현존영구치수가 적었다. 이러한 결과는 장애인들이 비장애인에 비하여 구강관리에 대한 어려움을 더 많이 겪기 때문으로 사료되었다.

장애인의 우식경험실태를 비장애인의 우식경험실태<sup>17)</sup>와 비교하면, 영구치우식경험자율과 우식경험영구치지수는 35~44세를 제외하고는 대체로 장애인이 비장애인보다 낮거나 비슷한 수준이었다. 이러한 조사 결과는 Miller와 Taylor<sup>10)</sup>, Album<sup>11)</sup>, Shmarak와 Bernstein<sup>12)</sup>, 신과 이<sup>14)</sup>, 지와 손<sup>15)</sup> 등이 보고한 조사결과와 다른 경향을 보였으나, Fishman<sup>7)</sup>, Siegel<sup>8)</sup>, Kröll 등<sup>9)</sup>, 정과 김<sup>13)</sup>이 장애인과 비장애인 간에 우식경험실태에 차이가 없다고 보고한 조사결과와는 유사한 경향을 보였다. 이러한 결과의 차이는 각 조사

마다 조사대상자의 인구통계학적 사회경제적 특성이 차이가 있어서 생긴 결과로 생각되었다. 따라서, 이러한 논란을 해결하기 위해서라도 전국적으로 체계적 장애인구강건강실태조사가 필요하다고 생각되었다.

관리대상여부별 우식경험영구치지수는 25~29세와 30~34세 연령군에서 관리대상자에서 비관리대상자보다 적었고(p=0.004 및 0.016), 그 이외 연령군에서도 관리대상자가 비관리대상자보다 적었지만 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

장애인의 우식영구치지수는 평균 0.7개이지만, 25~29세군에서는 1.0개, 30~34세군에서는 0.6개, 35~44세군에서는 3.8개, 45~54세군에서는 5.3개에 이르고 있다. 그런데, 2000년 전국 구강보건실태조사에서 비장애인의 우식영구치지수<sup>17)</sup>는 25~29세군에서는 0.49개, 30~34세군에서는 0.69개, 35~44세에서 1.13개, 45~54세에서 2.57개이어서 본 연구의 장애인 우식영구치지수와 현격한 차이를 보이고 있다. 본 연구의 대상이 된 장애인 중에서도 건강사회를위한치과의사회 부산경남지부에서 관리를 하지 않는 비관리대상자의 상설영구치지수는 25~29세군에서는 0.54개, 30~34세군에서는 1.15개, 35~44세에서 0.76개, 45~54세에서 4.00개이어서 비장애인보다 훨씬 많다고 평가되었다.

이러한 결과가 생긴 이유는 장애인에서는 일단 우식증이 발병하면, 치료가 어려워져 그대로 방치하는 경우도 많고, 또한 치료를 할 수 있는 치아도 수차례 치과병원에 왕래하여 치료받기가 용이하지 않아 치료하지 않고 발거하는 수가 많기 때문이라고 생각되었다.

장애인의 우식영구치율은 평균 59.5%이며, 5~14세군에서는 76.5%까지 이르고 있다. 그런데, 2000년 전국 구강보건실태조사에서 비장애인의 우식영구치율<sup>17)</sup>은 16세에서 25.64%, 18~24세에서 26.43%, 25~29세에서 25.32%, 30~44세에서 22.65%, 35~44에서 17.89%,

45~54세에서 15.56%이어서 본 연구의 장애인 우식영구치율과 현격한 차이를 보이고 있다.

장애인의 상실영구치율은 평균 13.0%이며, 45~54세군에서 42.0%에 이르고 있다. 그런데, 2000년 전국 구강보건실태조사에서 비장애인의 상실영구치율<sup>17)</sup>은 16세에서 1.57%, 18~24세에서 5.94%, 25~29세에서 10.52%, 30~34세에서 15.47%, 35~44에서 24.35%, 45~54세에서 43.93%이었다. 본 연구의 장애인 상실영구치율을 비장애인과 비교하면, 20대 이하 젊은층에서 상실영구치율이 높은 경향을 보이고 있다.

장애인의 충전영구치율은 평균 27.6%이며, 5~14세군에서는 16.6%에 불과하며, 가장 높은 30~34세군에서도 35.4%에 머물러 있다. 2000년 전국 구강보건실태조사에서 비장애인의 충전영구치율<sup>17)</sup>은 16세에서 72.58%, 18~24세에서 67.62%, 25~29세에서 64.16%, 30~34세에서 61.88%, 35~44에서 57.76%, 45~54세에서 40.51%이었다. 본 연구의 장애인 충전영구치율을 비장애인과 비교하면, 절반 수준에 머물러 있다. 그런데, 건강사회를위한치과의사회 부산경남지부에서 관리를 하지 않는 비관리대상자 중 20대 이상 충전영구치율은 평균 23.8%에 불과하다. 장애인들은 우식증이 발병하면 치료가 너무 미약한 수준임을 알 수 있다.

총괄적으로 보아, 장애인에서는 우식증이 발병하면, 치료가 어려워져 그대로 방치하는 경우도 많고, 또한 수차례 치과병원에 왕래하여 치료받기가 용이하지 않아 치료를 하면 보존할 수 있는 치아도 발거하고 마는 지경에 놓여 있다. 그러므로, 비장애인과 비교할 때 치료를 받기가 훨씬 더 어려운 장애인에서는 우식증이 발생되지 않도록 하는 예방조치가 더한층 요구된다고 생각되었다. 한편, 장애인 중에서는 행동조절이 원활하지 못하여 우식증 예방행동이 어렵고 개별적으로 우식증 예방진료를 받기에는 경제적으로 여유가 부족한 사람들이 많으므로 수돗물불소농도조정사업과 같은 지역사회 우식증 예방사업 개발이 절실히 요청된다고 평가되었다.

그리고, 장애인에서 우식증을 예방하는 노력을 하였음에도 발생한 우식증에 대해서는 장애인 구강건강관리사업으로서 초기에 치료하면 구강건강의 악화를 방지할 수 있음을 확인하였다. 따라서, 장애인의 우식증을 초기에 효율적으로 치료할 수 있는 체계적인 구강건강관리사업을 개발하여 전국적으로 확대실시가 필요하다고 검토되었다.

본 연구에서는 부산광역시 장애인시설 중 조사가 가능한 곳이 제한된 관계로 대표성 있는 표본을 무작위로 추출하거나 모든 보호소 수용 장애인을 조사하지는 못하였다. 후속 연구에서는 무작위 표본추출방법으로 조사하거나 전수조사를 함으로써 본 연구보다 대표성 있는 결과를 제시할 필요가 있다고 검토되었으며, 본 연구에서 하지 못한 치주병 실

태에 대해서도 조사연구가 필요하다고 생각되었다.

## V. 결 론

장애인의 구강건강실태 파악에 필요한 자료를 제공하기 위하여, 부산광역시 장애인 보호시설에 수용되어 있는 장애인 2,920명 중에서 구강건강 관리대상자 93명과 비관리대상자 700명 등 임의로 추출한 남녀 장애인 793명에 대하여 치아우식병 실태에 대한 구강검진을 실시하여 분석한 결과, 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 장애인의 현존영구치아수는 비장애인보다 모든 연령군에서 적었다.
2. 장애인의 영구치우식경험자율은 비장애인보다 모든 연령군에서 높았다.
3. 20~24세 연령군을 제외하고는 장애인의 우식경험영구치지수는 비장애인보다 모든 연령군에서 많았다.
4. 장애인의 구강건강 증진을 위하여 장애인의 구강건강을 악화시키는 주된 구강병인 치아우식병을 예방하고 초기에 치료할 수 있는 장애인 구강건강관리사업의 전국적으로 확대실시할 필요가 있다고 생각되었다.

## 참고문헌

1. 한국보건사회연구원: 장애인실태조사. 2000.
2. 대한장애인치과학회: 참여정부의 장애인 복지정책. p58, 2004.
3. 장애인복지법. 제1조. 2004.
4. 김영남, 정기호, 권호근: 서울경기지역 특수학교 12~14세 아동의 치아우식증 위험요인에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 27(3):387-396, 2003.
5. 보건복지부: 장애인복지. <http://www.mohw.go.kr/index.html> 2005. 3. 16.
6. 최충호: 치과외과의 장애인 치과진료 실태에 관한 조사연구. 대한구강보건학회지 27(1):59-60, 2003.
7. Fishman SR, Young WO, Haley JB: The status of oral health in cerebral palsy children and their siblings. J Dent Child 34(4):219-227, 1967.
8. Siegel JC: Dental findings in cerebral palsy. J Dent Child 27:233-237, 1960.
9. Kroll RG, Budnick J, Kroben A: Indices of dental caries and periodontal disease in Down's syndrome. N Y State Dent J 36(3):151-156, 1970.
10. Miller JB, Taylor PP: A survey of the oral health of group of orthopedically handicapped children. ASDC J Dent Child 37(4):331-343, 1970.
11. Album MM, Krogman WM, Baker D and Colwell

- FH: An evaluation of the dental profile of neuro-muscular deficient patients: a pilot study. *J Dent Child* 31:204-227, 1964.
12. Shmarak KL, Bernstein JE: Caries incidence among cerebral palsy children. *J Dent Child* 28:154-156, 1961.
  13. 정의대, 김종열, 정성철: 한국심신장애자들의 구강보건 실태 및 구강보건의료수요에 관한 조사연구. *대한구강보건학회지* 12(1):47-78, 1988.
  14. 신영순, 이종갑: 뇌성마비 아동의 치아우식증에 관한 통계학적 연구. *대한소아치과학회지* 4:45-52, 1977.
  15. 지인애, 손동주: 정신박약자의 구강상태에 관한 고찰. *대한소아치과학회지*, 8:77-87, 1981.
  16. World Health Organization: Oral health survey: Basic methods. 4th ed. Geneva: WHO; 1997.
  17. 보건복지부: 국민구강건강실태조사. 2000:47, 53-55, 193, 217, 282.