

우리나라 청소년의 미충족 치과의료 수준 측정

안은숙 · 한지형^{1†}

원광대학교 치과대학 인문사회치치학교실, ¹수원과학대학교 치위생과

Measure of Unmet Dental Care Needs among Korean Adolescent

Eunsuk Ahn and Ji-Hyoung Han^{1†}

Department of Social and Humanity in Dentistry, Wonkwang University School of Dentistry, Iksan 570-749,

¹Department of Dental Hygiene, Suwon Science College, Hwaseong 445-742, Korea

The purpose of this study was to examine any possible differences among adolescents in unmet dental care needs according to their demographic and socioeconomic characteristics and oral health status and influential factors on the basis of the fifth national health and nutrition examination survey data. The findings of the study were as follows: Unmet dental care needs were accounted for 19.84 percent. As for the reason, many replied that they couldn't afford to leave school during school hours, and economic factors. As a result of analyzing what affected their unmet dental care needs, this experience was more common in the older age groups than in the 6~12 years age group, and the experience was less common in the respondents with a larger income. As for the subjective oral health status, the experience was 0.61-fold and 0.72-fold less in the respondents who perceived their health as fair or good than who thought their health was poor respectively. And there was a tendency that getting regular dental checkups led to 0.22-fold less experience. Given the above-mentioned findings, the kind of policy that makes dental care services more accessible to youth in consideration of socioeconomic circumstances should be carried out. As many of the adolescents couldn't leave school during school hours, schools should be equipped with dental clinics to improve accessibility to dental care services.

Key Words: Adolescent, Dental care, Unmet need

서론

전 국민을 포괄하는 의료보장제도가 실시된 지 25년이 되었다. 보장범위의 확대와 발전으로 의료의 접근성이 개선되고 있으나 여전히 높은 본인부담금은 의료이용의 한계를 나타내고 있으며, 우리나라 건강보험 보장성의 취약점으로 지적되고 있다^{1,2)}. 치과의료 분야도 건강보험의 보장성을 강화하기 위해 소득과 연령에 따라 치면열구전색 및 노인치보철, 임플란트 등을 건강보험에 적용하는 등 서비스 영역을 확대하고 있다. 그럼에도 불구하고 여전히 높은 본인부담금과 의료비 부담이 큰 비급여 항목이 많아 치과의료의 접근성에 부정적 영향을 미치고 있다³⁾. 의료의 접근성은 보장성

과 형평성 및 정책 개선에 중요한 목표가 되며, 의료자원의 분배 정책과도 연관되어⁴⁾, 결과적으로 국민 구강건강수준을 결정짓게 한다. 최근 의료의 접근성 평가지표로 미충족 의료를 활용하고 있다³⁾. 미충족 의료란 보건의료서비스를 이용하고자 원하였으나 의료적 필요가 충족되지 못하는 것을 의미한다. 따라서 이러한 미충족 치과의료료를 조사함으로써 의료이용 정도와 이용하지 못하는 구체적 이유를 파악하고 이를 정책적 의사결정에 반영하여 치과의료의 접근성을 강화시켜야 한다^{1,4,5)}.

전 세계적으로 치과 이용은 낮은 편인데 우리나라의 경우 약 37%가 최근 1년 동안 치과진료 필요가 있으나 받지 못한 적이 있다고 하였고^{3,6)}, 2010년 국민건강실태조사에서는 초·

Received: January 27, 2015, Revised: February 16, 2015, Accepted: February 16, 2015

ISSN 1598-4478 (Print) / ISSN 2233-7679 (Online)

†Correspondence to: Ji-Hyoung Han

Department of Dental Hygiene, Suwon Science College, 288 Seja-ro, Jeongnam-myeon, Hwaseong 445-742, Korea
Tel: +82-31-350-2418, Fax: +82-31-350-2075, E-mail: hanjh@ssc.ac.kr

Copyright © 2015 by the Korean Society of Dental Hygiene Science

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

중·고등학교 재학생의 최근 1년 동안 미충족 치과의료 비율이 33.1%로 조사되었다⁶⁾. 초등학생은 신체와 정서의 발달이 빠르며, 행동과 감정상태의 위험요소가 증가되는 시기로 의료서비스와 경제적, 정책적 결정이 중요한 인구집단이다^{7,8)}. 또한 유치와 영구치가 교환되고 당분섭취가 증가하는 시기로 주의 깊은 구강건강관리가 요구된다⁶⁾. 중학생과 고등학생은 이 시기에 형성된 건강문제 행위가 일생으로 이어지는 중요한 시기임에도 불구하고 치열한 입시경쟁과 과중한 학업 스트레스에 시달리고 있어 구강건강에 대한 관리와 책임감이 소홀해지는 문제점을 갖고 있다⁹⁾. 학령기를 포함한 청소년은 국가 미래의 건강상태를 예측할 수 있는 매우 중요한 연령층으로 미충족 치과의료 연구를 통해 의료서비스의 접근을 향상시켜 최상의 구강건강상태를 유지시켜야 한다. 미충족 치과의료에 대한 연구로 국외에는 Lewis 등¹⁰⁾의 여러 연구¹¹⁻¹⁶⁾가 있었으나, 우리나라는 미흡한 실정이다^{3,17)}. 우리나라 청소년은 사회구조 특성상 다른 연령층에 비해 미충족 치과의료의 원인이 다를 것으로 예상된다. 이에 본 연구는 만 6세부터 18세까지 연령을 대상으로 제5기 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 인구사회경제 특성과 구강건강 수준에 따른 미충족 치과의료 경험의 차이를 분석하고 미충족 치과의료 경험과 관련된 요인을 파악하여 청소년의 치과의료 접근성을 높일 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구에서 사용한 자료는 제5기 국민건강영양조사 2010년~2012년까지 원시자료이다. 국민건강영양조사는 국민건강증진법에 의거하여 국민의 건강과 영양에 관한 기초통계를 산출하고자 전국의 표본인구를 대상으로 실시되는 조사이다¹⁸⁾. 조사내용에는 건강설문조사, 영양조사, 검진조사가 포함되는데 본 연구에서는 건강설문 및 검진조사의 내용 중 일부를 사용하였다. 최종 분석 대상은 만 6세 이상부터 만 18세 이하의 청소년(학동기 포함) 3,961명으로 하였다.

2. 연구방법

분석에 사용된 변수는 Table 1과 같다. 각각의 변수를 살펴보면 먼저 미충족 치과의료 수준의 차이를 분석하기 위해 미충족 치과의료 경험 여부를 종속변수로 선정하였다. 국민건강영양조사에서는 ‘미충족 치과의료 경험을 최근 1년 동안 치과진료가 필요하다고 생각하였으나 진료를 받지 못한 적이 있습니까?’라는 질문에 예라고 응답한 경우로 정의하

였으며, 예로 응답한 경우에 그 이유를 물었다. 미충족 치과의료 유형을 연구대상자가 청소년임을 감안하여 경제적인 이유, 학교를 비울 수 없어서, 다른 문제에 비해 덜 중요하다고 느껴서, 치과진료를 받기 무서워서, 기타(치과병의원이 멀어서/거동 불편 또는 건강문제 등 포함)로 구분하여 사용했다. 미충족 치과의료에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 기존의 문헌 고찰^{1,2,5,19-21)}을 통해 성, 연령, 가구소득, 가구원수, 가구구조, 건강보험 종류, 민간보험 가입여부, 주관적 구강건강 상태, 구강검진 여부를 독립변수에 포함했다. 연령은 교육수준을 포함하여 분류하기 위해 6~12세 초등학생, 13~15세 중학생, 16~18세 고등학생 3개의 그룹으로 구분했다. 가구소득은 상, 중상, 중하, 하로 구분된 4분위 소득을 사용했다. 가구원수는 4명 이하, 5명 이상으로 나누어 사용했으며, 가구구조는 조사내용 중 세대구성을 참고하여 부모가 모두 있는 가구와 1인 가구, 편부모 가구, 조손가구 등이 포함된 편부모 또는 기타 가구로 구분하여 사용했다. 건강보험의 종류는 지역의료보험 가입자와 직장의료보험 가입자로 구분하고 1종·2종을 모두 포함한 의료급여 가입자로 재분류했다. 민간보험 가입여부는 가입과 미가입으로 분류했다. 구강건강 수준을 고려하기 위한 변수인 주관적 구강건강상태는 건강함/보통/건강하지 않음으로 재분류하여 사용했으며, 정기적인 구강검진 여부를 분석에 포함했다.

본 연구의 자료 분석에는 STATA 11.0 (StataCorp, College Station, TX, USA)을 이용하였다. 청소년의 인구사회학적 특성 및 구강건강 수준에 따른 미충족 치과의료 경험

Table 1. Variables for Analysis

Variable	Description
Dependent variable	
Unmet dental need	Yes/no
General characteristic	
Gender	Male/female
Age (y)	6~12/13~15/16~18
Income level	Low/low-middle/high-middle/high
Family size (person number)	≤4/≥5
Family structure	With both parents/with one or no parent
Health insurance	Community health insurance/employed health insurance/medicare aid
Oral health status	
Private health insurance	Insured/non-insured
Perceived oral health status	Poor/fair/good
Regular oral check-up	No/yes

의 차이와 미충족 치과의료 경험 이유의 차이를 확인하기 위해 카이제곱 검정을 수행하였다. 종속변수로 활용한 미충족 치과의료 경험 여부는 예/아니오로 응답한 이산형(discrete) 변수이기 때문에 미충족 치과의료 경험과 관련된 요인을 확인하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 수행했다.

결 과

1. 미충족 치과의료 현황

미충족 치과의료 현황을 확인한 결과는 Table 2와 같다. 성별에 따라서는 여성에서 21.02%, 남성 18.23%를 기록하며 근소한 차이를 보였고, 연령별로 구분해서 살펴보면 16~18세에서 33.88%로 가장 높게 나타났으며, 13~15세 21.49%, 6~12세 14.16%에서 미충족 치과医료를 경험하는 것으로 나타났다($p < 0.05$). 소득수준에 따라서는 하 그룹에서 30.71%로 가장 높은 비중을 차지하였으며, 소득수준이 향상함에 따라 미충족 치과의료 경험이 감소하는 경향을 보였다($p < 0.01$). 가구 구조에 따라서는 편부모 또는 기타 가구에서 26.14%로 상대적으로 높은 미충족률을 기록했다($p < 0.01$). 건강보험 종류로 구분해 보면 의료급여가입(31.72%), 지역의료보험가입(22.96%), 직장의료보험가입(16.68%) 순으로 나타났으며, 민간의료보험에 가입하지 않은 경우가 가입한 경우보다 높은 미충족 치과의료 경험을 보였다($p < 0.01$).

2. 미충족 치과의료의 원인

미충족 치과医료를 경험한 768명을 대상으로 미충족 치과의료 원인을 분석한 결과 Table 3과 같이 나타났다. 성별에 따라서는 남, 여 모두에서 학교를 비울 수 없어서가 원인이 된 미충족 치과의료 경험이 36.39%, 35.49%로 가장 높게 나타났으며, 다른 유형에서는 약간의 차이를 보였다. 남성에서는 다른 이유에 비해 덜 중요해서(25.92%), 경제적 이유(16.49%), 치과진료에 대한 공포(13.09%) 순으로 나타났으며, 여성에서는 이와는 반대의 결과를 보였다($p < 0.05$). 16~18세에서 학교를 비울 수 없어서로 인한 미충족 치과의료료가 40.73%로 가장 높게 나타났으며, 소득수준에 따른 미충족 치과의료 유형을 살펴보면 소득수준 하 집단의 경우 경제적 이유(33.88%)가 가장 높은 비중을 차지하였으며, 상 집단의 경우 경제적 이유로 인한 미충족 치과의료료는 8.00%에 불과했고, 학교를 비울 수 없어서로 인한 미충족 치과의료료가 44.00%로 높게 나타났다($p < 0.01$). 의료보험 유형에 따라서는 의료급여 가입자의 경우 경제적인 이유, 직장 및 지역 의료보험 가입자의 경우 학교를 비울 수 없어서로 인한

미충족이 경험이 높게 나타나며 유의미한 차이를 보였다($p < 0.05$). 주관적 건강수준이 좋지 않은 경우 학교를 비울 수 없어서(27.74%), 경제적 이유(22.90%), 다른 문제에 비해 덜 중요해서(20.65%), 치과진료에 대한 공포(21.94%), 기타(6.77%) 순으로 나타났으며, 특히, 주관적 구강건강 인식이 좋은 경우 학교를 비울 수 없어서로 인한 미충족 치과의료 경험이 43.96%로 과반수에 다다랐다.

Table 2. Unmet Dental Need according to General Characteristics and Oral Health Status

Variable	Unmet dental need		p-value
	No	Yes	
Gender			0.027
Male	1,714 (81.77)	382 (18.23)	
Female	1,450 (78.98)	386 (21.02)	
Age (y)			<0.001
6~12	1,964 (85.84)	324 (14.16)	
13~15	716 (78.51)	196 (21.49)	
16~18	484 (66.12)	248 (33.88)	
Income level			<0.001
Low	273 (69.29)	121 (30.71)	
Low-middle	824 (79.23)	216 (20.77)	
High-middle	1,072 (82.91)	221 (17.09)	
High	955 (82.68)	200 (17.32)	
Family size (person number)			0.389
≤4	2,231 (80.83)	529 (19.17)	
≥5	931 (79.64)	238 (20.36)	
Family structure			<0.001
With both parents	2,789 (81.45)	635 (18.55)	
With one or no parent	373 (73.86)	132 (26.14)	
Health insurance			<0.001
Community health insurance	993 (77.04)	296 (22.96)	
Employed health insurance	2,033 (83.32)	407 (16.68)	
Medicare aid	127 (68.28)	59 (31.72)	
Private health insurance			<0.001
Insured	2,734 (81.81)	608 (18.19)	
Non-insured	378 (72.69)	142 (27.31)	
Perceived oral health status			<0.001
Poor	528 (63.01)	310 (36.99)	
Fair	1,873 (83.80)	362 (16.20)	
Good	730 (88.92)	91 (11.08)	
Regular oral check-up			<0.001
No	1,410 (76.46)	434 (23.54)	
Yes	1,725 (83.94)	330 (16.06)	

Values are presented as n (%).
By the chi-square test.

Table 3. Reason for Unmet Dental Need according to General Characteristics and Oral Health Status

Variable	Economic burden	Too busy with school	Lower on the priority scale	Fear of dental treatment	Other reasons	p-value
Gender						0.004
Male	63 (16.49)	139 (36.39)	99 (25.92)	50 (13.09)	31 (8.12)	
Female	76 (19.69)	137 (35.49)	73 (18.91)	81 (20.98)	19 (4.92)	
Age (y)						<0.001
6~12	64 (19.75)	110 (33.95)	56 (17.28)	71 (21.91)	23 (7.10)	
13~15	24 (12.24)	65 (33.16)	62 (31.63)	32 (16.33)	13 (6.63)	
16~18	51 (20.56)	101 (40.73)	54 (21.77)	28 (11.29)	14 (5.65)	
Income level						<0.001
Low	41 (33.88)	28 (23.14)	20 (16.53)	22 (18.18)	10 (8.26)	
Low-middle	49 (22.69)	73 (33.80)	41 (18.98)	36 (16.67)	17 (7.87)	
High-middle	30 (13.57)	86 (38.91)	49 (22.17)	46 (20.81)	10 (4.52)	
High	16 (8.00)	88 (44.00)	59 (29.50)	25 (12.50)	12 (6.00)	
Family size (person number)						0.872
≤4	100 (18.90)	187 (35.35)	117 (22.12)	92 (17.39)	33 (6.24)	
≥5	39 (16.39)	89 (37.39)	55 (23.11)	38 (15.97)	17 (7.14)	
Family structure						0.147
With both parents	105 (16.54)	233 (36.69)	144 (22.68)	109 (17.17)	44 (6.93)	
With one or no parent	34 (25.76)	43 (32.58)	28 (21.21)	21 (15.91)	6 (4.55)	
Health insurance						0.033
Community health insurance	62 (20.95)	108 (36.49)	55 (18.58)	49 (16.55)	22 (7.43)	
Employed health insurance	57 (14.00)	153 (37.59)	104 (25.55)	69 (16.95)	24 (5.90)	
Medicare aid	18 (30.51)	15 (25.42)	12 (20.34)	10 (16.95)	4 (6.78)	
Private health insurance						0.059
Insured	99 (16.28)	233 (38.32)	134 (22.04)	103 (16.94)	39 (6.41)	
Non-insured	33 (23.24)	37 (26.06)	37 (26.06)	24 (16.90)	11 (7.75)	
Perceived oral health status						<0.001
Poor	71 (22.90)	86 (27.74)	64 (20.65)	68 (21.94)	21 (6.77)	
Fair	56 (15.47)	148 (40.88)	83 (22.93)	55 (15.19)	20 (5.52)	
Good	10 (10.99)	40 (43.96)	24 (26.37)	8 (8.79)	9 (9.89)	
Regular oral check-up						0.275
No	75 (17.28)	146 (33.64)	109 (25.12)	75 (17.28)	29 (6.68)	
Yes	63 (19.09)	128 (38.79)	62 (18.79)	56 (16.97)	21 (6.36)	

Values are presented as n (%).
By the chi-square test.

3. 미충족 치과치료의 관련 요인

청소년의 미충족 치과치료 관련 요인을 확인하기 위해 다변량 로지스틱 회귀분석을 수행한 결과는 Table 4와 같다. 남성에 비해 여성이 1.19배 높은 미충족 치과치료 경험을 기록하는 것으로 나타났고, 6~12세에 비해 13~15세, 16~18세에서 각각 1.38배, 2.30배 높은 미충족 치과치료 양상을 나타냈다(p<0.01). 소득수준 하 집단에 비해서 중하 집단이 0.20배, 중상 집단 0.30배, 상 집단 0.29배로, 미충족 치과치료 경험을 덜 하는 것으로 나타났(p<0.05). 의료보험 유형에 따라서는 지역의료보험 가입자에 비해 직장의료보험 가입자가 미충족 치과치료를 덜 경험하는 것으로 나타났으며, 민간의료보험 가입여부에 따라서는 보험에 가입하

지 않은 경우 미충족 치과치료 경험이 1.10배 높은 경향을 보였다(p<0.05). 구강건강 수준과 미충족 치과치료 경험과의 관련성을 살펴보면 주관적 구강건강 인식 수준 좋지 않음에 비해 보통과 좋음의 경우 각각 0.61배, 0.72배 덜 경험하는 것으로 나타났으며, 정기적인 구강검진을 하는 경우 0.22배 미충족 치과치료를 덜 경험하는 경향을 보였다(p<0.01).

고 찰

의료적 필요를 충족시키는 일차적 목적은 의료서비스의 접근성을 보장하는 포괄적 의료보장체계에 있다¹⁹⁾. 그러나

Table 4. Determinant Factors of the Unmet Dental Need

Variable	OR	SE	z	p-value
Gender				
Male	(Reference)			
Female	1.189	0.103	2.000	0.045
Age (y)				
6~12	(Reference)			
13~15	1.383	0.150	2.990	0.003
16~18	2.300	0.252	7.610	<0.001
Income level				
Low	(Reference)			
Low-middle	0.801	0.127	-1.410	0.159
High-middle	0.705	0.116	-2.120	0.034
High	0.711	0.120	-2.020	0.043
Family size (person number)				
≤4	(Reference)			
≥5	1.109	0.106	1.080	0.279
Family structure				
With both parents	(Reference)			
With one or no parent	1.007	0.139	0.050	0.958
Health insurance				
Community health insurance	(Reference)			
Employed health insurance	0.797	0.075	-2.420	0.015
Medicare aid	1.089	0.223	0.410	0.678
Private health insurance				
Insured	(Reference)			
Non-insured	1.101	0.135	0.790	0.430
Perceived oral health status				
Poor	(Reference)			
Fair	0.391	0.038	-9.680	<0.001
Good	0.282	0.039	-9.210	<0.001
Usual source of care				
No	(Reference)			
Yes	0.769	0.069	-2.930	0.003

OR: odds ratio, SE: standard error.

By the multivariate logistic regression.

일생의 구강건강습관이 형성되는 학령기를 포함한 청소년기까지 학업 스트레스와 시간적 제약 및 부모와 본인의 무관심 등으로 인해 치과의료 서비스의 접근성이 미흡하다. 이에 본 연구는 제5기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 만 6세부터 18세까지 청소년을 대상으로 인구사회경제 특성과 구강건강 수준에 따른 미충족 치과의료 경험을 알아보고 미충족 치과의료 경험과 관련된 요인을 파악하고자 수행하였다.

미충족 치과의료 현황 결과 연령에 따라 16~18세가 미충족 치과의료 비율이 가장 높고 13~15세, 6~12세 순이었는데 Lewis 등¹⁰⁾의 연구에서도 11~17세가 55.8%로 35.1%인 5~10세보다 높았다. 우리나라 제4기 국민건강영양조사 자료를 근거로 한 Jeon 등³⁾의 연구에서도 6세 이하

가 1.9%, 7~12세가 3.9%, 13~18세가 6.9%, 19~64세가 77.7%로 나타나 연령이 높을수록 미충족 치과의료 비율이 높은 것으로 나타났다. 연령이 증가할수록 구강병은 점점 축적되고, 반면 치료할 수 있는 시간은 여러 가지 이유로 줄어든다. 우리나라 청소년의 경우 학교에서 연 1회 실시하는 정기구강검진을 통해 구강병의 조기진단과 예방치료를 제공하려는 국가적 노력을 하고 있으나, 아직 부모와 학교당국의 관심과 관리는 부족한 실정이다. 이에 부모와 학교당국의 관심을 유도하기 위해 구강건강에 중요성에 대한 이해를 넓히려는 노력을 해야 하며, 또한 학교를 벗어나 사각지대에 놓여있는 청소년들의 치과의료의 접근성을 높일 수 있는 국가적인 건강보장 대책이 고려되어야 할 것이다. 소득 수준에 따라서는 하 그룹이 가장 높았고, 소득수준이 향상됨에 따라 미충족 치과의료 경험이 감소하는 경향을 보였다. 대부분의 기존연구^{3,10,13-15)}에서 본 연구결과와 동일하게 소득수준이 낮을수록 미충족 치과의료비가 높은 경향을 보였다. 건강보험의 높은 본인부담금과 비급여 서비스는 의료이용에 있어 계층 간의 차이를 벌어지게 하고 있으며, 소득 불평등을 심화시키고 있다²⁰⁾. 구강질환의 경우 적절한 시기에 치료받지 못하면 질병이 악화되고 이는 고가의 치료로 이어져 경제적 부담을 증가시킨다. 특히 발달장애아동을 대상으로 한 Schultz 등¹⁵⁾의 연구에서 장애인 집단이 비장애인 집단에 비해 미충족 치과의료 비율이 높았으며, 경제적 수준에 따라 비장애인보다 장애아동이 미충족 치과의료의 차이가 더 컸다. 이는 저소득층이고 취약계층일수록 치과의료 이용에 장애가 되고 있음을 시사하는 것으로 부족한 치과의료 인력을 보충하고 심각한 의료자원의 불균형을 조절하는 등 보완이 필요하다는 것을 뒷받침해준다. 건강보험 종류에 따라서 의료급여가입이 지역의료보험이나 직장보험가입에 비해 미충족 치과의료 비율이 높았는데, 이는 의료급여 수급자가 건강보험가구보다 미충족 의료 경험률이 높게 나타난 Huh 등¹⁹⁾의 연구와 같은 결과로 의료급여 수급권자의 미충족 치과의료 보장을 위한 대안이 촉구되고 있다.

미충족 치과의료 경험자를 대상으로 원인을 확인한 결과 학교를 비울 수 없어서가 가장 큰 원인이었다. 특히 16~18세가 40.73%로 가장 많았다. 현재 학교 후 충분히 진료를 받을 수 있는 야간/휴일진료가 있음에도 불구하고 학교를 비울 수 없어서가 가장 큰 원인으로 지적된 것은 야간/휴일진료 등을 통해 접근성을 개선하려는 노력이 우리나라 청소년에게 치과의료 이용의 적절한 대안이 되지 못하는 것으로 판단된다. 그 이유는 방과 후 학원 스케줄이나 과도한 과제 및 학업 등 다각도로 예측할 수 있다. 따라서 학생들이 학교에 있는 동안에 치과医료를 이용할 수 있도록 학교 내 구강

보건실을 초등학교뿐만 아니라 중학교와 고등학교까지 확대 운영하는 것이 바람직한 방안이라 생각된다. 소득수준에 따른 미충족 치과의료 이유를 보면 소득수준 하 집단에서 역시 경제적 이유가 가장 높았고, 상 집단은 학교를 비울 수 없어서가 44.00%로 가장 높아 소득수준에 따른 확연한 차이를 알 수 있었다.

미충족 치과의료 관련 요인을 분석한 결과 남성에 비해 여성이, 초등학교보다 중학교, 중학교보다 고등학교가 높은 미충족 치과의료 경향을 보여 성별과 연령 모두 의미있는 변수였다. 남성에 비해 여성의 경우 미충족 치과의료의 이유로 치과진료에 대한 공포가 높게 나타났는데, 이는 2010년 국민구강건강실태조사에서도 초·중·고등학생 대상에서 18.3%를 보여⁶⁾ 공포감을 줄이기 위한 노력이 필요함을 알 수 있었다. 부모교육을 통해 영유아기부터 정기적인 구강검진을 장려하고 예방치치나 조기치료와 같이 비교적 고통이 적은 치료로 최적의 구강상태를 만드는 등 불안과 고통을 감소시키기 위한 대안이 요구된다. 소득수준과 주관적 구강건강 인식 수준도 의미있는 요인으로 나타났다. 기존의 연구결과에 따르면 미충족 의료는 성별, 연령, 교육수준과 보험상태 등에 영향을 받으나 그 중 경제적 요소와 건강상태가 가장 중요하다고 하였으며 저소득층은 건강상태가 좋지 않아 의료이용량이 많으나 경제적 이유로 미충족 의료자가 많다고 하였다²⁰⁾. 또한 치과의료의 경우 비급여 항목이 많아 경제적 격차가 더 심하다고 보고하고 있어³⁾ 치과건강보험 보장성 확대는 꾸준히 이루어져야 한다. 높은 환자 본인부담은 건강보험이 사회보험으로서 목적을 달성하는데 저해가 된다^{5,19)}. 국민의 건강은 개인의 노력만으로 지켜질 수 없으며, 국가와 사회가 공동 책임을 인식하고 노력을 기울일 때 보장받을 수 있다.

본 연구는 미충족 치과의료의 개념에 대해 응답자 스스로 답한 설문자료를 그대로 사용하여 객관적인 측면에서 미충족 여부를 판단하기에 제한이 있다. 또한 단면조사로 한 시점의 현황과 관련 변수 간의 관련성은 파악하였지만 인과관계는 분석할 수 없다. 그럼에도 불구하고 치과의료의 보장성 정책과 관련하여 저소득층의 과도한 치과의료비 지출부담과 미충족 치과의료의 발생을 줄일 수 있도록 치과의료의 접근성 및 건강보험 보장성을 개선하는데 기초자료로 활용될 수 있다는 데 의의가 있다. 향후 치과의료 서비스에 대한 연령별 미충족 의료의 변화 추이와 국가 간 미충족 치과의료의 비교연구 등이 필요하다. 또한 기존연구에서¹¹⁾ 도시와 시골지역의 미충족 치과의료의 차이가 보이는 연구결과가 있으므로 우리나라의 거주지역에 따른 미충족 치과의료료를 조사하여 지방자치단체별로 지역 특성에 맞는 차별적인 의

료제도의 보완이 필요할 것으로 보인다.

요 약

본 연구는 만 6세부터 18세까지 연령을 대상으로 제5기 국민건강영양조사 자료를 이용하여, 인구사회경제 특성과 구강건강 수준에 따른 미충족 치과의료 경험의 차이를 분석하고 영향을 미치는 요인을 확인한 다음과 같은 결론을 얻었다.

청소년 3,961명 중 786명 19.84%가 미충족 치과医료를 경험한 것으로 나타났고, 미충족 치과의료 경험 이유로는 학교를 비울 수 없어서와 경제적인 이유가 높게 나타났다. 청소년의 미충족 치과의료 영향 요인을 확인한 결과 6~12세에 비해 높은 연령층에서 상대적으로 높게 나타났고, 소득이 증가할수록 미충족 치과의료 경험을 덜 하는 것으로 나타났다. 주관적 구강건강 인식 수준 좋지 않음에 비해 보통과 좋음의 경우 각각 0.61배, 0.72배 덜 경험하는 것으로 나타났으며, 정기적인 구강검진을 하는 경우 미충족 치과医료를 0.22배 덜 경험하는 경향을 보였다. 이상의 결과를 종합해 볼 때 청소년의 미충족 치과의료 경험을 줄이기 위해 사회경제적 수준에 따른 치과의료 보장정책이 강화되어야 할 것이며, 학교를 비울 수 없어서가 원인이 된 치과의료 이용의 접근성 장애를 개선하기 위해 중·고등학교 내 구강보건실 설치를 위한 정책적 노력이 필요할 것으로 생각된다.

References

1. Lim JH: Analysis of unmet medical need status based on the Korean health panel. *Health Soc Sci* 34: 237-256, 2013.
2. Kim SJ, Huh SI: Financial burden of health care expenditures and unmet needs by socioeconomic status. *Korean J Health Econ Policy* 17: 47-70, 2011.
3. Jeon JE, Chung WG, Kim NH: The reason of unmet dental need related socioeconomic status in Korea: using the 4th Korea National Health and Nutritional Examination Survey. *J Korean Acad Oral Health* 36: 73-81, 2012.
4. Kim JH: A study of factor in unmet medical need and equity. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul, 2011.
5. Hur SJ: Factors influencing unmet needs for health care by income groups. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul, 2010.
6. Ministry of Health and Welfare: 2010 Korea National Oral Health Survey. Ministry of Health and Welfare, Sejong,

- pp.116-120, 2011.
7. Ryu HG, Choi SS: The factors affection oral health recognition and practices of sixth graders. *J Dent Hyg Sci* 14: 571-579, 2014.
 8. van Dyck PC, Kogan MD, McPherson MG, Wessman GR, Newacheck PW: Prevalence and characteristics of children with special health care needs. *Arch Pediatr Adolesc Med* 158: 884-890, 2004.
 9. Jung YY: A study of the relation of stress to oral health-related of life in male high school students of Chungnam. *J Dent Hyg Sci* 14: 158-166, 2014.
 10. Lewis C, Robertson AS, Phelps S: Unmet dental care needs among children with special health care needs: implications for the medical home. *Pediatrics* 116: e426-e431, 2005.
 11. Skinner AC, Slifkin RT, Mayer ML: The effect of rural residence on dental unmet need for children with special health care needs. *J Rural Health* 22: 36-42, 2006.
 12. Lewis CW: Dental care and children with special health care needs: a population-based perspective. *Acad Pediatr* 9: 420-426, 2009.
 13. Mayer ML, Skinner AC, Slifkin RT: Unmet need for routine and specialty care: data from the national survey of children with special health care needs. *Pediatrics* 113: e109-e115, 2004.
 14. Kenney GM, McFeeters JR, Yee JY: Preventive dental care and unmet dental needs among low-income children. *Am J Public Health* 95: 1360-1366, 2005.
 15. Schultz ST, Shenkin JD, Horowitz AM: Parental perceptions of unmet dental need and cost barriers to care for developmentally disabled children. *Pediatr Dent* 20: 321-325, 1998.
 16. Cavan-Martinez AJ, Lee DJ, Fleming LE, et al.: Dental care access and unmet dental care needs among U.S. workers. *J Am Dent Assoc* 138: 227-230, 2007.
 17. Kim NH, Jeon JE, Chung WG, Kim DK: Social determinants related to the regional difference of unmet dental need in Korea. *J Korean Acad Oral Health* 36: 62-72, 2012.
 18. Korea Centers for Disease Control and Prevention: The fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES V-3), 2012. Korea Centers for Disease Control and Prevention, Seoul, pp.4-11, 2012.
 19. Huh SI, Kim MK, Lee SH, Kim SJ: Policy options to tackle unmet health needs. Korea Institute of Health and Social Affairs, Seoul, pp.9-30, 2009.
 20. Bae SG: The unmet health needs and associated factors by region and income class. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu, 2001.
 21. Song KS: Factors associated with unmet needs for health care. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul, 2010.