

한국사회복지학

일반논문

가구특성과 미성년 자녀의 치과이용

- 모의 특성을 중심으로 -

김정옥⁺

(서울대학교)

배호중⁺⁺

(성균관대학교)

[요약]

본 연구는 <한국의료패널>을 활용하여 어머니의 특성 및 가구특성변수가 아동·청소년기 자녀의 치과이용과 어떠한 관련성을 갖고 있는지를 살펴보고자 하였다. 로지스틱 회귀분석을 이용한 분석결과, 모(母)의 교육수준은 미성년 자녀의 치과이용에 통계적으로 유의한 양(+의 상관성을 갖는 것으로 나타났으며, 양친가정에 비해 한부모가정에서 양육되는 자녀들의 치과이용 가능성이 낮은 것으로 나타났다. 질환별 치과이용 여부를 살펴본 결과에서는 충치로 인한 치과이용 가능성은 모(母)의 교육수준이 높을수록 높게 나타났으며, 한부모가정 자녀들은 양친가정 자녀들에 비해 낮은 것으로 나타났다. 발치의 경우 모(母)의 특성이나 가구특성에 따른 치과이용 차이를 살필 수 없었는데 이는 유치에서 영구치로 넘어가는 과정에서 연령의 영향이 절대적으로 작용하기 때문인 것으로 판단된다. 마지막으로 교정의 경우 모(母)의 교육수준 및 가구소득이 치과이용에 통계적으로 유의한 양(+의 상관성을 갖는 것으로 나타났다. 본 연구의 결과는 아동·청소년의 구강건강증진을 위한 개선방안을 강구하는 데 아동의 성장단계 및 가구특성을 반영한 맞춤형 전략이 요구됨을 시사한다.

주제어 : 치과이용, 아동, 청소년, 한부모가정

⁺주저자, ⁺⁺교신저자

1. 서론

오늘날 사회 및 경제적 수준이 높아지고, 의식주가 풍족해짐에 따라 건강이 삶에 중요한 비중을 차지하게 되었다(김수경, 2005). 그 중에서도 구강건강은 식생활과 밀접한 관련이 있고, 인간생활의 기본요소이기 때문에 합리적으로 관리하여야 할 필요성이 강조되고 있다(남철현, 1982; 김수경, 2005에서 재인용).

특히 아동기는 유치와 영구치가 혼재하는 혼합치열기로 치아 모양의 변화가 빠르고 덧니나 충치가 쉽게 생긴다. 또한 학령기에는 치아 상실의 주원인인 치아우식증이, 초등학교 고학년 시기에는 치주질환이 발생되기 시작한다(사공준·이승희, 2012). 영구치열이 완성되는 청소년기는 치아우식증이 많이 발생하고 치주조직병이 발병되기 시작하는 연령이기 때문에 구강건강관리의 주요한 대상으로 인식되고 있다(전미진, 2010).

2015년 「아동구강건강실태조사」에 따르면 5세 아동의 유치 우식경험자율은 64.4%, 우식경험유치지수는 3.1개였으며, 12세 아동의 영구치 우식경험자율은 54.6%, 우식경험영구치지수는 1.9개로 나타났다. 그러나 5세 아동의 22.4%와 12세 아동의 35.3%가 치과진료가 필요함에도 불구하고 진료를 받지 못한 것으로 분석되었다(보건복지부, 2015). 이는 우리나라 아동의 구강건강 상태가 좋지 않음에도 불구하고 미충족요료가 상대적으로 많다는 것을 의미한다. 또한 OECD 선진국의 경우 우식경험영구치지수가 1.0개 미만인 것과 비교해 볼 때 우리나라 학령기 아동 및 청소년의 우식실태는 심각한 수준이다(보건복지부, 2015).

구강질환은 어린 시절부터 발생되므로 주기적인 관리가 필요하며, 정기적인 치과이용은 구강건강 관리비용을 절감시켜 경제학적으로, 보건학적으로 중요하다(전미진, 2010). 김수경(2005)에 따르면 구강질환은 다른 질환에 비하여 예방 가능성이 높기 때문에 이를 위한 치과이용률을 향상시킬 것을 언급하고 있다. 하지만 아동은 자신의 구강건강을 스스로 관리하는 데 한계를 지니고 있으므로 그 관리에 있어 부모의 역할은 매우 중요하다고 할 수 있다(김영선·석은조, 2004; 이지영·조평규, 2011; 김영선 외, 2014; Cooper et al., 2013). 자녀의 구강건강에 영향을 미치는 요인(치과이용 등)들에 대하여 국내외에서 다양한 연구들이 진행되어 왔는데, 이들 연구들은 부모의 사회경제적 지위 및 구강보건행태·지식·신념 등이 영향을 미친다고 밝혔으며 이 중 아버지보다 어머니와 관련된 요인이 중심적인 역할을 하는 것으로 보고하고 있다(김설악, 1995; 이흥수, 1997; 류경 외, 2004; Metz and Richards, 1967; Goettens et al., 2012).

선행연구에서 다루었듯이 아동기는 평생의 구강건강을 좌우한다는 점에서 매우 중요한데, 이 시기의 구강건강을 증진시키기 위한 구강보건행태 중 하나의 예가 치과이용이라고 볼 수 있다(이흥수, 1997). 대한소아치과학회와 미국 소아치과학회에서는 유아기우식증을 예방하기 위한 방법으로 각각 만 1세경, 유치 맹출 후 6개월 이내의 치과 내원을 권하고 있다(대한소아치과학회, 2012; 미국소아치과학회, 2014; 김영선·김정인, 2014에서 재인용).

그동안 국내에서 구강건강관련 연구가 진행되어 왔음에도 불구하고 구강건강에 영향을 미칠 수 있는 치과이용에 대한 연구는 대부분 성인에 집중되어 있었으며, 아동·청소년에 대한 연구는 아직 상당히 미비한 수준이다. 아동·청소년기 치과이용에 대하여 분석한 국내 연구들은 대부분 특정 지역이나 학교 등과 같이 제한된 표본에서 설문조사를 실시하여 분석을 진행하였고(오윤배 외, 1994; 이흥수, 1997; 임차영 외, 2014), 질병관리본부에서 수행하고 있는 「청소년건강행태온라인조사」를 이용하여 살펴본 연구가 있었으나 그 수가 아직까지는 부족한 실정이다(전미진, 2010; 최문실 외, 2010). 이 외에 치과 의료이용에 관한 국가 수준의 자료로 「국민건강영양조사」, 「지역사회건강조사」 등이 있는데 이들 조사의 주된 목적이 의료이용에 관한 것이 아니기 때문에 치과 의료이용에 대한 문항은 제한적으로 구성되어 있다(정세환, 2014). 반면 「한국의료패널」 조사는 의료이용 및 의료비 지출을 파악하는 것을 주된 목적으로 하는 조사이기 때문에 앞서 언급한 자료들의 약점을 보완할 수 있다(정세환, 2014).

따라서 본 연구는 보건의료전문 자료인 「한국의료패널」을 사용하여 아동·청소년기의 치과이용 현황을 분석하고자 한다. 또한 이들의 치과이용과 상관성이 있는 요인들을 밝히는 것을 목적으로 하고, 분석결과에 따른 정책적 함의를 탐색해보고자 한다. 추가적으로 기존에 설문조사(면접, 방문 등)를 이용하여 분석한 선행연구들을 살펴보고, 「한국의료패널」 자료를 이용한 분석결과와도 일치하는지 살펴본다.

2. 선행연구

1) 아동·청소년기의 치과이용에 관한 연구

아동·청소년기의 치과이용에 관한 선행연구들은 대체로 설문조사(면접, 방문 등)를 이용한 방식으로 연구가 진행되어 왔으며 패널 자료를 이용한 연구는 상대적으로 부족한 실정이었다. 이에 반해 성인의 치과이용에 관한 연구들은 다양한 조사방법을 이용한 실증연구들이 활발히 진행되어 왔다(김수남, 1995; 김수경, 2005; 김선미 외, 2014; 김선미·신호성, 2015; 정선락 외, 2015; Lo et al., 2001).

먼저 설문조사(면접, 방문 등)를 이용하여 아동·청소년기의 치과이용을 살펴본 선행연구들은 그들이 양육되는 환경을 그 요인으로 지적하고 있다. 오윤배 외(1994)는 초등학교를 대상으로 구강보건행태에 미치는 요인을 분석한 결과 어머니의 취업여부와 교육수준은 아동의 치과이용에 정(+)의 효과를, 자녀수는 부(-)의 효과를 나타낸다고 보고하였다. 모친이 취업한 경우 아동의 치과이용 횟수가 많게 나타난 이유에 대하여 취업한 모친은 그만큼 자녀의 구강건강에 관심을 가지기 어렵다는 점을 의미하는 것으로 파악하였다. 이흥수(1997)는 모(母)의 교육수준이 높을수록 아동의 치과이용 횟수가 많았으며, 자녀수가 많을수록 치과이용 횟수가 적은 것으로 보고하였다. 임차영 외(2014)는

다문화가족과 일반가족 모자의 치과의료이용행태를 비교 분석한 결과, 자녀의 치과방문경험과 정기 검진 및 예방처치를 위한 치과방문 비율이 다문화가족 자녀에서 적게 나타났으며, 어머니의 직업 유무 및 교육수준, 세대소득이 자녀의 치과방문경험과 상관성이 있는 요인이라고 밝혔다.

한편 「한국의료패널」 자료를 활용하여 치과이용에 영향을 미치는 요인들에 관하여 실증연구를 통해 살펴본 연구들이 있었으나 그 분석대상이 대부분 성인에 국한되어 있었다(김선미 외, 2014; 김선미·신호성, 2015). 단, 인수지(2012)의 연구에서 미성년 자녀의 질환별 의료이용(감기, 소화기, 치과 등) 방문 여부에 대하여 부모의 사회경제적 특성이 미치는 영향을 분석하였는데 소득 및 모(母)의 교육수준이 높을수록 치과 방문 비율이 더 높다는 결과를 보여주었다. 이 외에 「청소년건강행태온라인조사」 및 「국민건강영양조사」 자료를 활용하여 치과이용을 살펴본 선행연구들은 다음과 같다. 「청소년건강행태온라인조사」 자료를 활용하여 이를 살펴본 연구들은 부모의 교육수준 및 경제적 수준이 자녀의 치과이용과 정(+)의 관계가 있는 것으로 나타났다. 최문실 외(2010)는 「청소년건강행태온라인조사」 자료를 이용하여 중·고등학생의 치과이용 여부를 분석한 결과 부모학력이 고졸 이하인 집단보다 대졸인 경우 치과이용에 대한 오즈비(odds ratio)가 높은 것으로 나타나 부모의 학력과 치과이용이 정(+)의 관계에 있는 것을 확인하였다. 동일 자료로 분석한 전미진(2010) 또한 치과진료기관 이용률은 경제수준이 '상'이라고 인식하는 학생에서, 어머니의 학력이 대졸이하인 학생에서 높게 나타났다고 보고하였다. 「국민건강영양조사」 자료를 이용한 김광혁(2010)의 연구에서는 외래 이용률(병의원, 치과, 보건소, 한의원 포함)을 살펴본 결과 소득 수준이 낮을수록 외래 이용률이 낮고, 의료 미치료율이 상대적으로 높은 결과를 보여주었다.

한편 해외에서는 아동·청소년의 치과이용에 미치는 요인들에 대한 연구가 최근까지도 활발히 진행되어 왔다. 이들은 「Medical Expenditure Panel Survey(MEPS)」, 「National Health Interview Survey(NHIS)」, 「National Longitudinal Study of Adolescent Health(Add Health)」 등 다양한 자료를 이용하여 치과이용에 미치는 요인들을 살펴보았다. Edelstein 외(2000)는 MEPS 자료를 이용하여 18세 이하의 아동·청소년의 치과이용을 분석한 결과 부모의 교육수준이 낮고 저소득층인 어린 이들이 치과 방문을 할 확률이 낮고, 인당 방문횟수가 적다고 보고하였다. Gorman과 Braverman(2008)은 NHIS 자료를 이용하여 가족구조(양친가정 vs. 한부모가정)에 따른 자녀들의 의료이용을 살펴본 결과 한부모가정에서 양육되는 자녀들이 양친가정에서 양육되는 자녀들보다 치과 검진율이 더 낮음을 보여주었다. 그러나 사회경제적 지위 변수를 조정한 모형에서는 부모의 교육수준과 가구소득이 유의한 변수로 나타났다. YU 외(2001)는 Add Health 자료를 이용하여 부모의 낮은 교육수준 및 가구소득이 청소년의 치과이용 여부에 부(-)의 영향을 미친다는 결과를 보여주었다. 이 외에 설문조사를 이용하여 아동·청소년기의 치과이용을 살펴본 연구들 역시 어머니의 교육수준과 가구소득이 아동이 치과이용을 하는 데 유의한 변수로 작용한다는 것을 밝혔다(Slayton et al., 2002).

이들 연구들은 공통적으로 미성년 자녀의 치과이용에 영향을 미치는 주요 요인으로 부모의 교육수준, 가구소득 등 사회경제적 지위와 관련된 요인들을 언급하고 있다. 따라서 본 연구에서는 이러한 선행연구들을 기반으로 「한국의료패널」 자료를 사용하여 어머니의 특성 및 가구특성변수가 미성

년 자녀의 치과이용과 어떠한 관련성을 갖는지를 살펴보고자 한다.

2) 아동·청소년기의 구강건강상태에 관한 연구

한편 아동·청소년의 구강보건과 관련하여 구강건강상태에 영향을 미치는 요인 분석을 중심으로 한 연구들이 진행되어 왔으며 이들 연구들은 치아우식 유병률 및 경험률, 우식유치면지수 등을 그 척도로 하여 분석하였다(강은주·장선희, 2001; 류경 외, 2004; 사공준·이승희, 2012). 치과이용과 마찬가지로 미성년 자녀의 구강건강상태에 영향을 미치는 요인으로 부모의 사회경제적 지위구조를 이루었으며 이 외에 구강보건행태·지식·신념 등도 관련 요인으로 파악되었다(김설악, 1995; 이흥수, 1997; 심선주 외, 2003; 권현숙 외, 2009; 최문실 외, 2010).

사공준·이승희(2012)의 연구에서는 경제활동을 하는 어머니보다 전업주부에서 자녀의 치아우식 유병률이 낮고, 비전문직 맞벌이 어머니의 경우 전문직 맞벌이 어머니보다 자녀의 구강건강 상태가 좋지 않은 것으로 나타났다. 강은주·장선희(2001)의 연구 또한 어머니가 취업한 경우 자녀의 유치우식경험률이 높게 나타나는 것으로 보고하였다. 이는 어머니가 경제활동을 할 경우 자녀양육에 투자할 수 있는 시간이 경제활동을 하지 않는 어머니에 비해 상대적으로 적을 가능성이 있기 때문에 나타나는 결과로 볼 수 있다.

어머니의 교육수준 또한 자녀의 구강건강상태에 영향을 미치는 것으로 나타났는데 여러 선행연구에서 모(母)의 교육수준이 높을수록 자녀의 우식유치면지수 및 우식경험 유치지수가 낮은 결과를 보여주었으며(류경 외, 2004; 권현숙 외, 2009), 통계적으로 유의하진 않았지만 어머니의 학력이 높아짐에 따라 우식치아수가 감소한다는 결과를 보여주었다(이은숙·신승철, 1996).

해외에서도 치아우식증 및 증증도 등을 지표로 아동의 구강건강상태를 살펴본 연구들이 진행되었다. Sayegh 외(2002)는 부모의 사회경제적 지위와 소득수준이 자녀의 우식경험도와 반비례 한다고 보고하였으며, Hallett와 O'Rourke(2003)는 양친가정에서 양육되는 자녀들에 비해 한부모가정에서 양육되는 자녀들의 충치 발현 및 증증도가 유의하게 높았음을 보여주었다. Schroth와 Moffatt(2005)는 치아우식활동(caries activity) 및 영유아우식증(early child caries: ECC) 증가가 어머니의 낮은 교육수준과 가족규모(4명 미만 vs. 5명 이상)와 연관이 있음을 밝혔다. 이는 가족 구성원이 늘어날수록 경제적인 제약이 발생하거나 자녀의 구강건강에 투자를 할 시간이 줄어들기 때문인 것으로 판단된다.

이상의 국내외 연구결과들을 종합하면 아동·청소년기 치과이용 및 구강건강상태에 부모 및 가구 특성, 그중에서도 어머니의 교육수준 및 경제활동 여부, 가구소득이 밀접한 관련을 가지는 것을 확인할 수 있었다. 그러나 지금까지의 국내연구들은 구강보건행동 및 구강건강상태에 미치는 영향에만 주로 집중되어 왔고, 치과이용과 관련한 실증연구는 그 중요성에 비해 부족한 실정이다. 따라서 본 연구는 「한국의료패널」 자료를 활용하여 아동·청소년기 자녀의 치과이용과 모(母)의 특성 및 가구 특성 변수와의 관련성을 구명하고자 한다.

3. 연구방법

1) 분석자료 및 표본

본 연구에서는 미성년 자녀의 치과이용 여부와 상관성을 갖는 요인을 살펴보기 위해 한국보건사회연구원과 국민건강보험공단에서 주관하는 「한국의료패널(Korea Health Panel: KHP)」 2010년도¹⁾ 원자료를 이용하였다.

KHP는 개인과 가구의 의료이용 및 의료비 지출에 대한 동태적 자료를 구축하는 보건의료전문 패널조사로서 7,866가구 24,616명을 대상으로 2008년에 1차 조사가 실시되었다. 조사대상의 사망이나 조사거부 등의 이탈가구 발생으로 인해 전국적으로 2,500가구를 추가표본으로 추출하였으며 2013년 8차 조사부터 조사대상에 포함하였다. 특히 KHP는 인구사회경제적 특성뿐만 아니라 의료이용 및 지출(입원/외래/응급/한방/치과)과 관련하여 방문이유 및 방문시기, 방문기관 유형, 방문목적 및 진료과목, 진단명 등 같은 상세한 정보를 제공한다(정영호 외, 2009; 한국보건사회연구원·국민건강보험공단, 2015).

본 연구는 2010년도 조사에 응답한 가구원을 대상으로 하였으며 그중 만 18세 이하의 미성년 자녀를 주된 분석대상으로 삼았다. 이 중 가구 및 어머니의 특성을 확인할 수 있는 아동·청소년 4,273명(남 2,214명, 여 2,059명)을 분석대상으로 삼았다.

앞서 언급한 바와 같이 KHP에서는 의료이용에 관하여 진단코드를 적용하여 분류하고 있는데, 본 연구의 분석대상인 미성년 자녀에게 가장 많이 발견된 질환은 ‘호흡기계통의 질환’(3,249건, 76.0%)이며, ‘질병이환 및 기타’(1,894건, 44.3%), 치과이용을 포함한 ‘소화기계통의 질환’(1,389건, 32.5%)이 그 뒤를 이었다.²⁾ <표 1>은 그 중 소화기계통의 질환을 세분화하여 살펴본 결과를 나타낸다. 소화기계통의 질환은 진단코드 21000~21161로 분류되어 있으며 이 중 발치, 충치 치료, 교정 등을 포함하는 치과이용은 진단코드 21001~21031로 부여되었다. 본 연구에서는 분석을 위하여 소화기계통의 질환 중 치과이용과 관련한 진단코드를 2015년도 「아동구강건강실태조사」 및 「한국의료패널」 연간데이터(Version 1.1) 코드북을 참고하여 재구성하였다. <표 1>에서 보듯이, 미성년 자녀에게 발견된 치과이용 진단코드는 충치가 675건(15.8%)으로 가장 많이 발견되었으며 발치(266건, 6.2%), 교정(118건, 2.8%)이 그 뒤를 이었다. 건강보험심사평가원 보도자료(2016)에 따르면 2011년~2015년 심사결정자료(건강보험 및 의료급여)를 분석한 결과 ‘충치’ 진료인원의 21.8%는 10세

1) 「한국의료패널」은 2008년 1차 조사부터 2013년 6차 조사까지 진행되어 왔는데 질병(진단)코드 분류에 있어 2012년 이전은 한국의료패널 질병분류체계로, 이후는 한국표준질병분류(KCD)체계로 진행되었다. 그 과정에서 질병(진단)코드 점검과 재분류가 추진되지 못한 상태이며, 기존 한국의료패널을 이용한 치과이용 관련 연구와 비교·검토하는데 있어서 2012년 이전 자료를 활용하는 것이 적합하다고 판단하였기 때문에 2010년도 자료를 활용하였다.

2) 미성년 자녀에게 발견된 소화기계통 질환 중 치과이용이 차지하는 비중은 70.9%(985건)이었다.

미만, 13.6%는 10대로 보고된 바 있다.

<표 1> 미성년 자녀에게 발견된 치과이용 진단코드 기초통계

| 순위 | 분류 | 치과이용 | | | |
|----|------|-------|------|-----|------|
| | | 무 | | 유 | |
| | | N | % | N | % |
| 1 | 충치 | 3,598 | 84.2 | 675 | 15.8 |
| 2 | 발치 | 4,007 | 93.8 | 266 | 6.2 |
| 3 | 교정 | 4,155 | 97.2 | 118 | 2.8 |
| 4 | 기타 | 4,205 | 98.4 | 68 | 1.6 |
| 5 | 치주질환 | 4,237 | 99.2 | 36 | 0.8 |

주: 방문 '유'의 빈도순으로 정렬함.

2) 변인 설정 및 연구 모형

분석에 이용된 변수들의 정의 및 기초통계는 <표 2>에 제시되어 있다.

(1) 종속변수

본 연구의 종속변수는 미성년 자녀의 치과이용 여부 및 질환별 치과이용 여부이다. 미성년 자녀가 지난 1년 동안 치과이용 경험이 없었으면 0, 있었으면 1로 처리하였다. 질환별 치과이용은 충치, 발치, 교정으로 한다. 앞서 언급했듯이 KHP에서는 의료이용에 관하여 진단코드를 적용하여 분류하고 있는데 <표 1>에서 나타나는 바와 같이 치주질환 및 기타의 경우 유아·청소년기에 상대적으로 드물게 발생하고, 그 표본수가 작아 분석에서 제외하였다. 2016년 건강보험심사평가원 보도자료에 따르면 2015년 치은염 및 치주질환 연령구간별 진료인원은 0~9세는 3.5%, 10~19세는 4.6%를 차지하는 것으로 나타났다. 이에 본 분석에서는 치주질환 및 기타 치과이용 여부는 분석에서 제외해도 무방한 것으로 판단하였다.

〈표 2〉 변수의 정의 및 기초통계

| 변수(변수명) | | 변수정의 | N | % | |
|----------------|----------------|-----------|----------------------|-------|------|
| 종속 변수 | 치과 이용 여부 | 치과이용 | 없음=0 | 3,288 | 76.9 |
| | | | 있음=1 | 985 | 23.1 |
| | | 충치 | 없음=0 | 3,598 | 84.2 |
| | | | 있음=1 | 675 | 15.8 |
| | | 발치 | 없음=0 | 4,007 | 93.8 |
| | | | 있음=1 | 266 | 6.2 |
| | | 교정 | 없음=0 | 4,155 | 97.2 |
| | | | 있음=1 | 118 | 2.8 |
| 독립 변수 | 모의 특성 | 교육수준 | 고졸 이하=1, 그 외=0 | 2,617 | 61.2 |
| | | | 대졸(전문대졸 포함)=1, 그 외=0 | 1,596 | 37.4 |
| | | | 대학원졸(석사 이상)=1, 그 외=0 | 60 | 1.4 |
| | | 경제활동 | 안함=0 | 2,100 | 49.1 |
| 함=1 | 2,173 | | 50.9 | | |
| 통제 변수 | 가구 특성 | 가족구조 | 양친가정=0 | 3,995 | 93.5 |
| | | | 한부모가정=1 | 278 | 6.5 |
| | | 조부모 동거 여부 | 2세대=0 | 3,745 | 87.6 |
| | | | 3세대=1 | 528 | 12.4 |
| | | 맞이 여부 | 아님=0 | 2,294 | 53.7 |
| | | | 맞이=1 | 1,979 | 46.3 |
| | | 형제자매 수 | 없음=1, 그 외=0 | 825 | 19.3 |
| | | | 1명=1, 그 외=0 | 2,578 | 60.3 |
| | | | 2명 이상=1, 그 외=0 | 870 | 20.4 |
| | | 거주지 | 서울=1, 그 외=0 | 625 | 14.6 |
| | | | 광역시=1, 그 외=0 | 1,154 | 27.0 |
| | | 가구소득(log) | 도=1, 그 외=0 | 2,494 | 58.4 |
| 연간 총 가구소득(log) | 8.3 | | 0.6 | | |
| 아동 특성 | 아동성별 | 남=1 | 2,214 | 51.8 | |
| | | 여=0 | 2,059 | 48.2 | |
| | 아동연령 | 만 연령 | 10.7 | 5.1 | |

N=4,273

주 1) 방문 '유'의 빈도순으로 정렬함.

2) 가구소득 및 아동연령은 평균 및 표준편차임.

(2) 통제변수

본 연구의 통제변수로는 기존 연구에서 미성년 자녀의 치과이용에 영향을 미치는 요인으로 고려되어 온 가구 및 아동특성변수를 포함시켰다(오운배 외, 1994; 이흥수 1997; 김광혁, 2010; 전미진,

2010; 최문실 외, 2010; 안수지, 2012; Edelstein et al., 2000; YU et al., 2001; Slayton et al., 2002; Gorman and Braverman, 2008). 가구특성변수는 가족구조(양친부모 vs. 한부모), 조부모 동거 여부, 맞이 여부, 형제자매 수(없음/1명/2명 이상), 거주지(서울/광역시/도), 가구소득(log)을 고려하였다. 가구소득은 가구 내 총 근로소득과 총 자산소득의 합으로 로그변환하여 모형에 포함하였다. 아동특성변수는 남자를 1, 여자를 0으로 처리한 성별 변수 및 연령(만 0세~만 18세) 변수를 포함하였다.

(3) 독립변수

분석에 활용한 독립변수는 어머니의 교육수준 및 경제활동 여부이다. 이는 자녀의 구강보건 관리에 있어 아버지보다 어머니의 특성변수가 영향을 미칠 수 있다는 선행연구의 결과를 참조하였다(공만석 외, 1994; 김연성·김정인, 2014). 어머니의 교육수준은 고졸 이하, 대졸(전문대졸 포함), 대학원졸(석사 이상)으로 설정하였으며, 경제활동 여부는 경제활동을 할 경우 1, 하지 않을 경우 0으로 처리하였다.

3) 분석방법

본 연구는 미성년 자녀의 치과이용에 영향을 미치는 요인들에 대해 파악하기 위하여 모(母)의 특성 및 가구특성 변수들과 어떠한 상관성을 갖고 있는지를 분석하였다. 먼저 미성년 자녀의 특성, 모(母)의 특성 및 가구특성에 따른 자녀의 치과이용 여부에 대한 차이를 검증하기 위해 카이제곱검증(Chi-Square Test)을 실시하였다. 또한 미성년 자녀의 치과이용 여부와 관련된 요인을 알아보기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression analysis)을 적용하였다. 로지스틱 회귀분석 종속변수는 치과이용 여부 및 질환별 치과이용 여부(발치, 충치, 교정)로 구성하였다. 본 연구는 분석을 위해 STATA 13.0을 이용하였다.

4. 분석결과 및 해석

1) 분석대상자의 인구사회학적 특성

분석에 이용된 변수들의 기초통계를 정리한 <표 2>에 나타난 바와 같이, 본 연구의 분석대상은 총 4,273명으로 이 중 남자가 2,214명(51.8%), 여자가 2,059명(48.2%)이었다. 어머니의 교육수준은 고졸 이하 61.2%, 대졸(전문대졸 포함) 37.4%, 대학원졸(석사 이상) 1.4%로 나타났다. 또한 어머니의 50.9%가 경제활동을 하는 것으로 나타났다. 가족구조는 양쪽 부모와 함께 사는 양친가정이 93.5%, 한부모가정(모자가정 및 부자가정)이 6.5%를 차지하였으며, 조부모와 함께 거주하지 않는 2

세대는 87.6%, 함께 거주하는 3세대는 12.4%를 차지하였다.

2) 사회경제적 특성에 따른 치과이용의 차이

치과이용 여부와 미성년 자녀의 특성, 어머니 및 가구특성과의 상관성을 알아보기 위한 카이제곱 검증 결과는 <표 3>에 제시되어 있다. 분석결과, 치과이용과 관련이 있는 변수는 모(母)의 교육수준 및 경제활동 여부, 가족구조, 조부모 동거 여부, 형제자매 수로 나타났다. 모(母)의 교육수준별로 나누어 살펴보았을 때 고졸에 비해 대졸 이상의 학력을 가진 모(母)의 자녀들의 치과이용이 높은 것으로 나타났으며($p=0.000$), 어머니가 경제활동을 안 할 때보다 할 때 24.38%로 유의하게 높은 것으로 확인되었다($p=0.043$). 가족구조에서는 한부모가정에 비해 양친가정이 23.63%로 유의하게 높았으며 ($p=0.001$), 조부모와 동거하는 3세대보다 동거하지 않는 2세대가 23.68%로 유의하게 높았다 ($p=0.009$). 또한 형제자매가 없는 집단에 비해 있는 집단의 자녀들의 치과이용이 높은 것으로 나타났다($p=0.000$).

<표 3> 일반적 특성과 치과이용 여부 교차분석

| | | 치과이용 | | | | 검정통계량 (χ^2) |
|--------------|-------|-------|-------|-----|-------|-------------------------|
| | | 없음 | | 있음 | | |
| | | N | % | N | % | |
| 아동성별 | 남 | 1,545 | 75.04 | 514 | 24.96 | $\chi^2 = 8.819^{***}$ |
| | 여 | 1,743 | 78.73 | 471 | 21.27 | |
| 아동연령 | 미취학 | 987 | 77.05 | 294 | 22.95 | $\chi^2 = 59.577^{***}$ |
| | 초등학생 | 1,087 | 71.09 | 442 | 28.91 | |
| | 중고등학생 | 1,214 | 82.98 | 249 | 17.02 | |
| 모의 교육수준 | 고졸 이하 | 2,076 | 79.33 | 541 | 20.67 | $\chi^2 = 21.665^{***}$ |
| | 대졸 | 1,167 | 73.12 | 429 | 26.88 | |
| | 대학원졸 | 45 | 75.00 | 15 | 25.00 | |
| 모의 경제활동 | 안함 | 1,588 | 75.62 | 512 | 24.38 | $\chi^2 = 4.113^{**}$ |
| | 함 | 1,700 | 78.23 | 473 | 21.77 | |
| 가족구조 | 양친부모 | 3,051 | 76.37 | 944 | 23.63 | $\chi^2 = 11.558^{***}$ |
| | 한부모 | 237 | 85.25 | 41 | 14.75 | |
| 조부모 동거 여부 | 2세대 | 2,858 | 76.32 | 887 | 23.68 | $\chi^2 = 6.851^{***}$ |
| | 3세대 | 430 | 81.44 | 98 | 18.56 | |
| 말이 여부 | 아님 | 1,770 | 77.16 | 524 | 22.84 | $\chi^2 = 0.123$ |
| | 말이 | 1,518 | 76.71 | 461 | 23.29 | |
| 형제자매 수 | 없음 | 680 | 82.42 | 145 | 17.58 | $\chi^2 = 17.364^{***}$ |
| | 1명 | 1,953 | 75.76 | 625 | 24.24 | |
| | 2명 이상 | 655 | 75.29 | 215 | 24.71 | |
| 거주지 | 서울 | 493 | 78.88 | 132 | 21.12 | $\chi^2 = 1.812$ |
| | 광역시 | 878 | 76.08 | 276 | 23.92 | |
| | 도 | 1,917 | 76.86 | 577 | 23.14 | |

주: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

3) 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석

미성년 자녀의 치과이용 여부와 상관성을 갖는 요인을 두 가지 모형으로 살펴본 결과는 <표 4>에 제시되었다.³⁾ <표 4>는 <표 3>의 카이제곱검정 결과를 토대로 치과이용과 유의한 상관성을 보인 모(母)의 교육수준 및 경제활동 여부, 가족구조, 조부모 동거 여부, 형제자매 수 변수만 투입한 [모형 I]과 [모형 I]에 만이 여부 및 거주지 변수를 추가로 투입한 [모형 II]의 두 가지 모형으로 회귀분석한 결과이다.

<표 4> 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석

| | [모형 I] | | [모형 II] | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|
| | β | Exp(B) | β | Exp(B) |
| 모의 교육수준(기준:고졸 이하) | | | | |
| 대졸(전문대졸 포함) | 0.290*** | 1.336*** | 0.299*** | 1.349*** |
| 대학원졸 | 0.471 | 1.602 | 0.485 | 1.624 |
| 모의 경제활동(기준:안함) | -0.103 | 0.902 | -0.108 | 0.897 |
| 가족구조(기준:양친가정) | | | | |
| 한부모가정 | -0.442** | 0.643** | -0.435** | 0.647** |
| 조부모 동거 여부(기준:비동거) | -0.238 | 0.788* | -0.238* | 0.788* |
| 만이 여부(기준:아님) | | | 0.011 | 1.011 |
| 형제자매 수(기준:없음) | | | | |
| 1명 | 0.228* | 1.256* | 0.220* | 1.246* |
| 2명이상 | 0.250* | 1.284* | 0.242* | 1.274* |
| 거주지(기준:서울) | | | | |
| 광역시 | | | 0.126 | 1.134 |
| 도 | | | 0.168 | 1.182 |
| 가구소득(log) | 0.062 | 1.064 | 0.072 | 1.074 |
| N | 4,273 | | | |

주 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) 모든 모형에는 분석대상인 미성년 자녀의 성별, 연령, 연령제곱이 통제변수로서 포함되어 있음

분석결과, 먼저 [모형 I]을 살펴보면 모(母)의 교육수준이 고졸 이하인 경우에 비해 대졸인 경우 자녀들이 치과이용을 할 가능성이 1.27배 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 어머니가 경제활동을 할 경우 치과이용을 할 가능성이 0.91배 감소하는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 가족구조를 살펴보면 양친가정에 비해 한부모가정에서 양육되는 자녀들이 치과이용을 할 가능성이 0.68배 감소하고, 조부모와 동거하지 않는 자녀들에 비해 동거하는 자녀들이 치

3) 치과이용 변수에는 충치, 발치, 교정이 포함되어 있는데 발치는 충치 및 교정과 성격이 다르므로 치과이용 여부 분석에는 “충치와 교정”만을 고려하였다.

과이용을 할 가능성이 0.77배 감소하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 추가적으로 [모형II]를 분석한 경우에도 [모형 I]의 분석결과와 비슷한 정도로 모(母)의 교육수준, 가족구조, 조부모 동거 여부가 자녀들의 치과이용 여부와 유의한 상관성을 갖는 것으로 나타났다. 그러나 딸이 여부 및 거주지는 치과이용 여부에 유의한 상관성을 갖지 않았다.

4) 질환별 치과이용을 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석

〈표 5〉, 〈표 6〉 및 〈표 7〉은 질환별 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과로 각각 충치, 발치, 교정에 해당된다. 앞서 치과이용과 마찬가지로 모(母)의 교육수준 및 경제활동 여부, 가족구조, 조부모 동거 여부, 형제자매 수 변수만 투입한 [모형 I]과 [모형 I]에 딸이 여부 및 거주지 변수를 추가로 투입한 [모형II]의 두 가지 모형으로 분석을 실시하였다.

〈표 5〉 질환별 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석(충치)

| | [모형 I] | | [모형 II] | |
|-------------------|----------|---------|----------|---------|
| | β | Exp(B) | β | Exp(B) |
| 모의 교육수준(기준:고졸 이하) | | | | |
| 대졸(전문대졸 포함) | 0.198** | 1.219** | 0.211** | 1.235** |
| 대학원졸 | 0.252 | 1.287 | 0.275 | 1.317 |
| 모의 경제활동(기준:안함) | -0.056 | 0.946 | -0.064 | 0.938 |
| 가족구조(기준:양친가정) | | | | |
| 한부모가정 | -0.454** | 0.635** | -0.445** | 0.641** |
| 조부모 동거 여부(기준:비동거) | -0.220 | 0.802 | -0.221 | 0.802 |
| 딸이 여부(기준:아님) | | | -0.018 | 0.982 |
| 형제자매 수(기준:없음) | | | | |
| 1명 | 0.236* | 1.266* | 0.220* | 1.246* |
| 2명이상 | 0.329** | 1.390** | 0.310** | 1.364** |
| 거주지(기준:서울) | | | | |
| 광역시 | | | 0.201 | 1.223 |
| 도 | | | 0.221* | 1.247* |
| 가구소득(log) | -0.013 | 0.987 | -0.002 | 0.998 |
| N | 4,273 | | | |

주 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) 모든 모형에는 분석대상인 미성년 자녀의 성별, 연령, 연령제곱이 통제변수로서 포함되어 있음

〈표 5〉의 [모형 I]의 결과를 보면 치과이용 여부의 분석결과와 비슷한 정도로 모(母)의 교육수준이 고졸 이하인 경우에 비해 대졸인 경우 충치로 인한 치과이용을 할 가능성이 1.22배 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 가족구조는 양친가정에 비해 한부모가정에서 양육되는 자

녀들이 충치로 인한 치과이용을 할 가능성이 0.64배 감소하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. <표 4>에서 살펴본 치과이용과 달리 충치의 경우 조부모 동거 여부는 유의한 상관성을 갖지 않는 것으로 나타났으나, 형제자매 수가 1명, 2명 이상으로 증가함에 따라 치과이용을 할 가능성이 각각 1.27배, 1.40배 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. [모형Ⅱ] 또한 [모형Ⅰ]의 결과와 마찬가지로 모(母)의 교육수준, 가족구조, 형제자매 수가 자녀들의 치과이용 여부에 비슷한 수준으로 유의한 상관성을 갖는 것으로 나타났다. 그러나 만이 여부는 자녀의 치과이용 여부에 유의한 상관성을 갖지 않았으며, 거주지는 서울에 거주하는 경우에 비해 도에 거주할 경우 자녀들이 치과이용을 할 가능성이 1.25배 증가하는 것으로 나타났다.

<표 6> 질환별 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석(발치)

| | [모형Ⅰ] | | [모형Ⅱ] | |
|-------------------|---------|----------------|---------|------------|
| | β | Exp(β) | β | Exp(B) |
| 모의 교육수준(기준:고졸 이하) | | | | |
| 대졸(전문대졸 포함) | 0.176 | 1.192 | 0.154 | 1.167 |
| 대학원졸 | -0.209 | 0.812 | -0.228 | 0.796 |
| 모의 경제활동(기준:안함) | 0.037 | 1.038 | 0.048 | 1.050 |
| 가족구조(기준:양친가정) | | | | |
| 한부모가정 | -0.485 | 0.616 | -0.450 | 0.638 |
| 조부모 동거 여부(기준:비동거) | -0.188 | 0.829 | -0.195 | 0.823 |
| 만이 여부(기준:아님) | | | 0.185 | 1.203 |
| 형제자매 수(기준:없음) | | | | |
| 1명 | -0.238 | 0.789 | -0.159 | 0.853 |
| 2명이상 | -0.200 | 0.819 | -0.074 | 0.928 |
| 거주지(기준:서울) | | | | |
| 광역시 | | | 0.252 | 1.287 |
| 도 | | | 0.017 | 1.017 |
| 가구소득(log) | -0.106 | 0.900 | -0.094 | 0.910 |
| N | 4,273 | | | |

주 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) 모든 모형에는 분석대상인 미성년 자녀의 성별, 연령, 연령제곱이 통제변수로서 포함되어 있음

<표 6>은 발치로 인한 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과이다. 치과이용 및 충치로 인한 치과이용과 달리 발치의 경우 모(母)의 특성 및 가구특성변수는 자녀들의 치과이용에 유의한 상관성을 갖지 않는 것으로 나타났다. 이는 분석에서 발치 중 ‘유치 발치’가 대부분을 차지하는데 유치는 영구치가 돌출함에 따라 탈락하므로 그 이용에 있어 모(母)의 특성변수 및 가구특성변수에 영향을 받지 않는 결과가 나오는 것이라 생각된다(서울대학교병원, 2012).

<표 7>은 교정으로 인한 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과이다. 우선 [모

형 I]을 살펴보면 치과이용 및 충치로 인한 치과이용과 달리 가족구조, 조부모 동거 여부, 형제자매 수 등 가구특성변수가 자녀들의 치과이용에 유의한 상관성을 갖지 않는 것으로 나타났다. 그러나 모(母)의 교육수준이 고졸 이하인 경우에 비해 대졸인 경우 2.3배, 대학원졸인 경우 3.1배 증가하는 것으로 나타났는데 이는 앞서 분석한 치과이용 및 충치로 인한 치과이용 분석결과보다 더 높은 수준이었으며 통계적으로 유의하였다. 어머니가 경제활동을 할 경우 치과이용을 할 가능성이 0.7배 감소하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. 또한 충치 및 발치와 달리 가구소득이 높아질수록 치과이용이 1.6배 증가하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의하였다. [모형 II] 또한 [모형 I]의 결과와 마찬가지로 모(母)의 교육수준 및 경제활동 여부, 가구소득이 자녀들의 치과이용 여부에 비슷한 수준으로 유의한 상관성을 갖는 것으로 나타났다. 그러나 만이 여부 및 거주지는 교정으로 인한 치과이용 여부에 유의한 관련성을 갖지 않는 것으로 나타났다.

<표 7> 질환별 치과이용 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석(교정)

| | [모형 I] | | [모형 II] | |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|
| | B | Exp(B) | B | Exp(B) |
| 모의 교육수준(기준:고졸 이하) | | | | |
| 대졸(전문대졸 포함) | 0.847*** | 2.333*** | 0.857*** | 2.356*** |
| 대학원졸 | 1.118* | 3.057* | 1.077* | 2.936* |
| 모의 경제활동(기준:안함) | -0.407** | 0.666** | -0.406** | 0.666** |
| 가족구조(기준:양친가정) | | | | |
| 한부모가정 | -0.573 | 0.564 | -0.589 | 0.555 |
| 조부모 동거 여부(기준:비동거) | -0.396 | 0.673 | -0.379 | 0.685 |
| 만이 여부(기준:아님) | | | 0.115 | 1.121 |
| 형제자매 수(기준:없음) | | | | |
| 1명 | 0.192 | 1.211 | 0.164 | 1.178 |
| 2명이상 | -0.103 | 0.902 | -0.129 | 0.879 |
| 거주지(기준:서울) | | | | |
| 광역시 | | | -0.167 | 0.846 |
| 도 | | | 0.087 | 1.091 |
| 가구소득(log) | 0.489*** | 1.631*** | 0.493*** | 1.638*** |
| N | 4,273 | | | |

주 1) * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

2) 모든 모형에는 분석대상인 미성년 자녀의 성별, 연령, 연령제곱이 통제변수로서 포함되어 있음

5. 요약 및 결론

본 연구에서는 아동·청소년기의 구강건강이 중요함에도 불구하고 이에 영향을 미칠 수 있는 치과이용에 대한 국내연구가 상대적으로 부족한 점에 주목하여, 미성년 자녀의 치과이용 여부와 상관성을 갖는 요인을 실증분석하는 것을 주 연구목적으로 설정하였다. 이를 위해 「한국의료패널」 2010년도 원자료를 이용하여 가구 및 어머니의 특성을 확인할 수 있는 아동·청소년 4,273명(남 2,214

명, 여 2,059명)을 대상으로 이들의 치과이용 여부와 상관성을 갖는 요인을 분석하였다.

본 연구의 주요 결과를 살펴보면 다음과 같다. 미성년 자녀의 치과이용 여부와 상관성을 갖는 요인을 살펴보면, 모(母)의 교육수준은 자녀의 치과이용에 통계적으로 유의한 양(+)의 상관성을 갖는 것으로 나타났다. 가족구조를 살펴보면 양친가정에 비해 한부모가정에서 양육되는 자녀들이, 조부모와 동거하지 않는 자녀들에 비해 동거하는 자녀들이 치과이용을 할 가능성이 감소하는 것으로 나타났다. 이러한 분석결과는 어머니가 미성년 자녀들의 치과이용에 영향을 미치는 중요한 요인이라는 점을 설문조사 및 패널 자료를 이용하여 확인한 국내 선행연구(오윤배 외, 1994; 이흥수, 1997; 전미진, 2010; 최문실 외, 2010; 안수지, 2012; 임차영 외, 2014) 및 국외연구(Edelstein et al., 2000; YU et al., 2001) 결과와 부합한다. 또한 자녀의 치과이용에 한부모가정의 부정적 영향에 관한 본 연구의 발견 또한 국외 선행연구와 일치한다(Gorman and Braverman, 2008). 이는 김정옥과 최재성(2016)에서 제시한 가능성과 같이 한부모가정의 경우 아버지 또는 어머니가 경제활동과 자녀양육을 동시에 수행하기 때문에 자녀양육에 투자할 수 있는 시간이 양친가정의 부모보다 상대적으로 부족하여 나타난 결과라고 생각할 수 있다.

질환별 치과이용 여부를 살펴보면 충치로 인한 치과이용에 어머니의 교육수준 및 형제자매 수는 양(+)의 상관성을, 한부모가정은 음(-)의 상관성을 보여주었다. 형제자매 수와 충치로 인한 치과이용과의 관계에 대한 결과는 오윤배 외(1994)와 이흥수(1997)의 연구와 상반된 결과를 보여주나 이들 연구들은 치과이용횟수를 분석하였고, 자녀수와 구강건강(유아기우식증, 우식유치면수 등)과의 관계에 있어 선행연구들이 상반된 연구 결과를 제시하므로 이에 대한 후속연구가 필요하다고 생각된다(류경 외, 2004; 김영선·김정인, 2014).

발치의 경우 모(母)의 특성 및 가구특성 변수가 자녀들의 치과이용에 유의한 상관성을 갖지 않는 것으로 나타났다. 이는 분석에서 발치 중 ‘유치 발치’가 대부분을 차지하였고, 분석결과에서 언급하였듯이 영구치가 돌출하면서 유치를 대치하여 보통 13세경에 유치가 모두 빠지기 때문에 그 이용에 있어 모(母)의 특성 및 가구특성 변수에 영향을 받지 않는 것이라 생각된다(서울대학교병원, 2012). 교정의 경우 모(母)의 교육수준 및 가구소득이 치과이용에 유의한 양(+)의 상관성을 갖는 것으로 나타났다. 이는 상위소득 구간(5분위)에서 임플란트 및 교정 치료 비용의 증가가 나타난다는 기존 연구결과와도 같은 맥락에서 논의할 수 있다(김혜성 외, 2014).

본 연구는 의료이용에 관한 상세한 정보를 제공하는 「한국의료패널」 자료를 활용하여 우리나라 아동·청소년의 치과이용 여부와 상관성을 갖는 요인들에 대해 실증분석을 통해 보였다는 점에서 그 의의를 찾을 수 있다. 연구의 주요 결과로 나타난 모(母)의 교육수준 및 가족구조가 미성년 자녀의 치과이용에 유의한 상관성을 가진다는 발견은 아동·청소년의 구강건강증진을 위한 개선방안을 강구하는 데 아동의 가구특성을 반영한 맞춤형 전략이 요구됨을 시사한다. 특히 한부모가정과 같이 부모의 관리 및 감독이 상대적으로 부족한 환경에서 양육되는 아동·청소년의 경우 학교 구강보건 교육이 보다 적극적으로 수행되어야 하며 직접적인 지원이 요구된다고 볼 수 있다. 또한 한부모가정에 대한 정책적 지원방안을 모색할 때 구강보건의료 분야도 함께 고려되어야 할 필요가 있다. 이를 위해 한부모가정에서 양육되는 미성년 자녀의 치과이용 및 구강건강에 대한 연구들이 축적되어 한

부모가정을 대상으로 하는 서비스 프로그램들이 효과적으로 운영될 수 있도록 해야 할 것이다.

마지막으로 본 연구의 몇 가지 중요한 한계를 지적할 수 있다. 첫째, 「한국의료패널」 자료에 구강건강상태를 측정할 수 있는 문항의 부재로 분석대상의 구강건강상태와 치과이용 여부를 비교할 수 없었다는 점에 제한점을 두고 있다. 또한 구강건강 관련 생활습관 문항이 성인에 한정되어 있어 아동·청소년의 구강보건행태와의 상관성을 보는 데 한계가 있었다. 둘째, 교정으로 인한 치과이용 분석의 경우 사례수가 적어 연구결과가 편향(bias)되어 있을 가능성이 있다. 셋째, 같은 한부모라고 할지라도 부모의 성별에 따라 자녀양육에 차이가 있음에도 불구하고 이를 유형화하면 사례수의 한계로 부자가정과 모자가정을 구분하여 분석하는 데 무리가 있다는 사실이다. 추후에 분석 가능한 자료들이 축적되어 가면 이는 보완될 수 있으리라 생각한다.

참고문헌

- 강은주·장선희, 2001, “모친의 사회경제적 요인과 구강건강신념이 유치우식증에 미치는 영향”, 『한국치위생과학회지』, 1(1): 31-41.
- 건강보험심사평가원, 2016, “어린이는 ‘충치’, 어른은 ‘잇몸질환’ 주의-‘충치’ 진료인원 21.8%는 10세 미만, ‘잇몸질환’은 22.1%가 50대-”, 2016년 6월 11일.
- 공만석·이홍수·김수남, 1994, “모친의 구강보건에 대한 지식, 태도, 행동과 아동의 구강보건행태의 관련성에 관한 연구”, 『대한구강보건학회지』, 18(1): 84-94.
- 권현숙·이은경·조갑숙, 2009, “일부 어머니의 구강보건지식 및 행태에 따른 자녀의 구강건강상태에 관한 연구”, 『한국치위생교육학회지』, 9(4): 670-684.
- 김광혁, 2010, “한국 아동의 생존권: 빈곤 및 가족, 주거 환경, 안전, 건강 및 의료의 실태 및 변화 추이”, 『아동과 권리』, 14(1): 1-39.
- 김선미·신호성, 2015, “경제적 요인이 민간의료보험 가입변동과 치과의료 이용에 미치는 영향”, 『대한구강보건학회지』, 39(3): 161-167.
- 김선미·안은숙·신호성, 2014, “민간의료보험 가입이 치과의료이용에 미치는 영향”, 『대한구강보건학회지』, 38(4): 203-211.
- 김설악, 1995, “유아의 구강보건관리에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 『한국학교보건학회지』, 8(2): 315-326.
- 김수경, 2005, “어머니의 치과의료이용에 영향을 미치는 요인분석”, 『한국치위생과학회지』, 5(4): 171-177.
- 김수남, 1995, “의과 및 치과 진료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 비교연구”, 『원광치의학』, 5(3): 229-238.
- 김영선·김정인, 2014, “6세 이하 어린이의 유아기우식증과 어머니 영향 요인의 관련성”, 『한국치위생과학회지』, 14(3): 311-318.
- 김영선·석은조, 2004, “유아 구강보건에 관한 부모의 지식, 태도 및 행동”, 『한국위생과학회지』, 10(2): 27-36.
- 김정옥·최재성, 2016, “가족구조에 따른 미성년 자녀의 의료이용 분석”, 『한국사회복지학』, 68(3): 5-27.
- 김혜성·안은숙·김민영·김선미·신호성, 2014, “가계 소득수준과 치과의료 서비스 지출 경향”, 『대한구강보건학회지』, 38(1): 17-24.
- 류경·정성화·김지영·최연희·송근배, 2004, “어머니의 구강보건행동과 지식이 자녀의 우식유치실태에 미치는 영향”, 『대한구강보건학회지』, 28(1): 105-115.
- 보건복지부, 2015, “2015년도 아동구강건강실태조사”, 2015. 12.
- 사공준·이승희, 2012, “어머니의 취업상태와 자녀 구강건강상태의 관련성”, 『한국치위생학회지』, 12(3): 543-551.
- 서울대학교병원, 2012, “의학백과사전”, <http://www.snuh.org>, (2017.3.1.검색).
- 심선주·김중배·백대일·문혁수, 2003, “모친구강보건지식이 유치우식증의 발생과 치료에 미치는 영향”, 『대한구강보건학회지』, 27(3): 415-434.
- 안수지, 2012, “부모의 사회경제적 특성이 미성년 자녀의 의료이용에 미치는 영향”, 『한국의료패널 학술대회 자료집』, 169-188.

- 오윤배 · 이흥수 · 김수남, 1994, “모친의 사회경제적 요인과 구강건강신념이 아동의 구강보건행태에 미치는 영향에 관한 연구”, 『대한구강보건학회지』, 18(1): 62-83.
- 이은숙 · 신승철, 1996, “유아의 구강건강관리 실태와 유치우식에 관한 연구”, 『대한구강보건학회지』, 20(3): 369-380.
- 이지영 · 조평규, 2011, “자녀의 구강건강 관심도 및 인지도에 따른 치아우식 예방법의 인식과 실천”, 『한국치위생학회지』, 11(6): 1005-1016.
- 이흥수, 1997, “모친의 구강보건행태와 사회경제적요인이 아동의 치과의료이용에 미치는 영향”, 『대한구강보건학회지』, 21(1): 87-105.
- 임차영 · 이흥수 · 이나경 · 주현정 · 이선호 · 오효원, 2014, “논산시 일부 다문화가족 모자의 치과의료이용행태”, 『대한구강보건학회지』, 38(2): 111-117.
- 전미진, 2010, “청소의 치과진료기관 이용여부에 영향을 미치는 요인”, 『한국치위생학회지』, 10(4): 607-616.
- 정선락 · 김영희 · 장지언 · 이원기, 2015, “흡연이 치과 외래 이용 및 치과 외래 의료비에 미치는 영향”, 『대한구강보건학회지』, 39(4): 288-294.
- 정세환, 2014, “한국의료패널의 치과외래 이용 및 의료비 지출에 대한 4년간(2008-2011)의 변화추이”, 『대한치과의사협회지』, 52(5): 291-301.
- 정영호 · 고숙자 · 이용갑 · 서남규 · 태윤희 · 이원영 · 이경용 · 김범수 · 강영호, 2009, “한국의료패널의 활용과 기대효과”, 2009. 6.
- 최문실 · 박형수 · 이병훈 · 정상길 · 박중, 2010, “한국 청소년의 구강보건행태와 치과의료이용과의 연관성”, 『한국치위생학회지』, 10(5): 851-860.
- 한국보건사회연구원 · 국민건강보험공단, 2015, “2008~2012 한국의료패널 연간데이터 사용안내서”, 2015. 6.
- Cooper, A. M., O'Malley, L. A., Elison, S. N., Armstron, R., Burnside, G., Adair, P., Dugdill, L., and Pine, C., 2013, “Primary school-based behavioural interventions for preventing caries(Review)”, *Cochrane Database Systemic Reviews*, 5: CD009378.
- Edelstein, B. L., Manski, R. J., and Moeller, J. F., 2000, “Pediatric dental visits during 1996: An analysis of the federal Medical Expenditure Panel Survey”, *Pediatric Dentistry*, 22(1): 17-20.
- Gorman, B. K., and Braverman, J., 2008, “Family structure differences in health care utilization among U.S. children”, *Social Science and Medicine*, 67(11): 1766-1775.
- Goettems, M. L., Ardenghi, T. M., Demarco, F. F., Romano, A. R., and Torriani, D. D., 2012, “Children's use of dental services: Influence of maternal dental anxiety, attendance pattern, and perception of children's quality of life”, *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 40: 451-458.
- Hallett, K., and O'Rourke, P., 2003, “Social and behavioural determinants of early childhood caries”, *Australian Dental Journal*, 48(1): 27-33.
- Lo, E. C. M., Lin, H. C., Wang, Z. J., Wong, M. C. M., and Schwarz, E., 2001, “Utilization of dental services in Southern China”, *Journal of Dental Research*, 80(5): 1471-1474.
- Metz, A. S., and Richards, L. G., 1967, “Children's preventive dental visits: influencing factors”, *Journal of the American College of Dentists*, 34(4): 204-212.

- Sayegh, A., Dini, E. L., Holt, R. D., and Bedi, R., 2002, "Caries in preschool children in Amman, Jordan and the relationship to socio-demographic factors", *International Dental Journal*, 52(2): 87-93.
- Schroth, R. J., and Moffatt, M. E. K., 2005, "Determinants of early childhood caries (ECC) in a rural Manitoba community: A pilot study", *Pediatric Dentistry*, 27(2): 114-120.
- Slayton, R. L., Kanellis, M. J., Levy, S. M., Warren, J. J., and Islam, M., 2002, "Frequency of reported dental visits and professional fluoride applications in a cohort of children followed from birth to age 3years", *Pediatric Dentistry*, 24(1): 64-68.
- Yu, S. M., Bellamy, H. A., Schwalberg, R. H., and Drum, M. A., 2001, "Factors associated with use of preventive dental and health services among U.S. adolescents", *Journal of Adolescent Health*, 29(6): 395-405.

The Household Characteristics and Underage Children's Dental Clinic Use

– Focusing on the Mother's Characteristics –

Kim, Jung-wook

(Seoul National University)

Bae, Ho-Joong

(Sungkyunkwan University)

The purpose of this study was to use the Korea Health Panel to determine how the mother's characteristic and household characteristic variables were associated with dental clinic use of children in childhood and adolescence. The logistic regression analysis found that mother's education level was statistically significantly positively correlated with underage child's dental clinic use and children in single-parent family were less likely to use a dental clinic than those in two-parent family. As for dental clinic use by diseases, the higher level of mother's education, the more likely to use a dental clinic due to dental caries and children in single-parent family were less likely to use a dental clinic due to dental caries than those in two-parent family. No difference in dental clinic use due to tooth extraction was found by any of mother's characteristics or household characteristics, probably because age has an absolute impact during the period between milk teeth and permanent teeth. Lastly, mother's education level and household income were significantly positively correlated with dental clinic use due to orthodontics. On the basis of these results, it is necessary to develop a customized strategy reflecting children's growth stages and household characteristics in making a plan for promoting oral health of children and adolescents.

Key words: Dental clinic use, child, adolescent, single-parent family

[논문 접수일 : 17. 03. 31, 심사일 : 17. 04. 12, 게재 확정일 : 17. 06. 05]