

제6기 국민건강영양조사자료를 이용한 주관적 구강건강인지에 영향을 미치는 융합적 요인

송애희, 김화숙*
전남과학대학교 치위생과

Convergence Factors Affecting Subjective Oral Health Cognition Using 6th Sixth National Health and Nutrition Survey Data

Ae-Hee Song, Hwa-Sook Kim*
Department of Dental Hygiene, Chunnam Techno University

요약 본 연구는 제6기 국민건강영양조사 자료를 이용하여 사회경제적 요인, 치주질환 및 영구치 우식경험에 따른 구강건강의 격차를 확인하고, 구강건강 관련 삶의 질에 영향을 미치는 융합적 요인을 분석하여 정책 계획의 기초자료를 제시하고자 실시하였다. 연구 대상은 본인이 인지하는 구강상태에 응답한 7,639명으로 하였고, 분석방법은 복합 표본 교차분석과 로지스틱 회귀분석으로 시행하였다. 결과는 연령이 높고, 가구 소득과 교육수준이 낮을수록 주관적 구강건강이 나쁘고, 구강검사를 한 대상자는 구강건강을 좋게, 치주질환이나 영구치우식경험자는 구강건강을 나쁘게 인식하였다. 사회경제적 취약계층, 치주질환 경험자, 영구치우식경험자 등이 구강건강에 부정적임을 확인할 수 있었다. 따라서 이러한 구강건강의 불평등을 근본적으로 해결하기 위한 정책개발이 필요할 것으로 사료된다.

• 주제어 : 구강건강불평등, 국민건강영양조사, 영구치우식경험지수, 주관적 구강건강, 치주질환유병률

Abstract The purpose of this study was to investigate factors affecting perceived oral health status according to socioeconomic status and community periodontal index(CPI) and decayed, missing, and filled teeth(DMFT) using the 6th Korean national health and nutritional examination survey(KNHANES VI) and provide a basic data for plan of policy. The higher the age, the lower the household income and education level, the worse the subjective oral health had better oral health and there was a tendency that the respondents who had no oral exam within 1 year and experienced CPI or DMFT estimated their own health as worse. It is needed to make policy development to resolve the inequality of oral health.

• Key Words : Oral health inequality, KNHANES VI, DMFT, Perceived oral health status, CPI,

1. 서론

건강은 모든 국민에게 가장 기본으로 보장되어야 하는 권리로 인간의 삶을 구성하는데 있어 중요한 요건이며, 건강의 차이는 삶의 질 차이로 이어질 수 있다[1]. 경

제성장과 더불어 사회가 발전하면서 평균수명의 연장과의 건강증진에 대한 관심이 증가하고 건강수준도 일정 수준 향상되었으나 사회 양극화 현상으로 인해 일어나는 건강상의 격차는 가속화되고 있다. 건강을 단순히 질병이 없

*Corresponding Author : 김화숙(marblehall76@hanmail.net)
Received May 23, 2017
Accepted September 20, 2017

Revised August 18, 2017
Published September 28, 2017

는 상태가 아니라, 신체적, 정신적, 사회적으로 안녕한 상태라 하였을 때, 의학적인 임상적 질병에 의한 평가보다는 본인 스스로 인식하는 주관적 구강건강 인식이 건강에 보다 정확한 예측 요인이 될 수 있으며, 이렇게 인지된 구강건강 상태는 건강증진에도 관계가 있으므로 중요하다 할 수 있다. 구강건강은 사회적 행복의 중요 요인이며 개인 스스로가 느끼는 삶의 질과도 관련성이 있다[2,3]. 또한 구강과 관련된 삶의 질을 증진시키기 위해서는 객관적인 구강상태뿐 아니라 주관적 구강상태를 고려해야 한다[4,5]. 주관적 건강 상태는 현재의 건강 상태와 건강증진을 위한 개인의 노력에 영향을 받는다는 의미를 갖기도 한다[6,7]. 주관적 건강수준은 건강 형평성을 측정하는 지표로 이용되는데 일반적으로 사회경제적 요인에 의해 영향을 받는다[8]. 기존 보고에 의하면 소득과 교육수준이 높을수록 직업이 좋을수록 주관적 건강수준이 높은 것으로 나타났다[9,10,11]. 정 등[8]은 사회경제적 수준에 따른 구강건강 불평등을 보고하였으나 주관적 구강건강과 실질적인 치주질환 유병 여부 및 영구치우식경험 여부 등을 결부시켜 구강건강 형평성을 연구한 보고는 아직까지 보고된 바 없다. 사회 양극화에 따른 구강건강의 형평성은 구강질환과 고령화 사회 수명연장의 개념에서 삶의 질과는 밀접한 관련이 있고[12,13], 삶의 질 향상을 위해 구강보건 사업 및 프로그램 개발의 필요성이 점차 야기되고 있는 실정이다[14,15]. 객관적 지표로 영구치우식경험지수(decayed, missing, and filled teeth: DMFT)나 지역사회치주지수(community periodontal index: CPI) 등과 같은 지표를 주로 이용하고 있다. 이런 지표에 의해 객관적인 구강건강 상태 측정이 가능하나 주관적인 삶의 질 영역을 측정하는 데는 어려움이 있다. 국민건강영양조사는 국민건강증진법을 통한 국민의 건강과 영양에 대한 기초통계를 산출하고자 전국의 표본인구를 대상으로 실시하는 조사이다.

기존의 연구 결과를 보면 사회경제적인 요인에 따라 건강수준이 다르다고 보고된 연구는[9,10,11] 있으나, 우리나라 국가 표본 통계자료를 이용한 사회경제적 요인에 따른 주관적 구강건강의 수준 차이를 비교 분석하고, 치주질환유병과 영구치우식경험치를 포함하여 실질적인 구강상태와 주관적인 구강상태에 따른 구강건강 상태를 비교한 연구는 아직 보고된 바 없다.

이에 본 연구에서는 제6기(2013-2014년) 국민건강영양조사 원시자료를 이용하여 사회경제적 수준과 실질적

인 대상자의 치주질환 유병 및 영구치우식경험 여부에 따른 주관적 구강건강을 측정하여 이를 바탕으로 구강건강의 격차에 따른 현재의 경향을 파악하여 향후 구강건강 향상을 위한 프로그램 개발과 정책 계획의 기초자료로 제시하고자 한다.

2. 연구대상 및 방법

2.1 연구대상

본 연구는 제6기(2013-2014년) 국민건강영양조사의 원시자료를 이용하여 분석하였다. 제6기 국민건강영양조사 자료는 2013년도 7,507명과 2014년 7,167명을 포함한 14,674명 중 본인이 인지하는 구강상태에 '좋다, 나쁘다'에 응답한 7,639명을 대상으로 조사하였다.

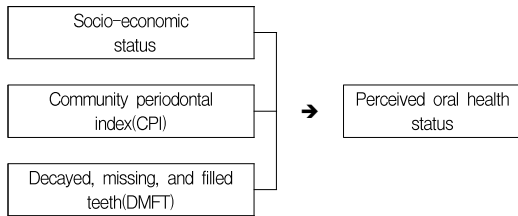
2.2 연구도구

자료 분석은 사회경제적 요인 중 성별, 거주 지역, 연령, 가구 소득, 교육수준, 결혼 유무, 직업, 최근 1년 이내 구강검사 유무, 치주질환유병 유무, 영구치우식경험 유무 등을 독립변수로 선정하였고, 주관적 구강건강수준을 분석하기 위해 주관적 구강건강을 종속변수로 하였다[Fig. 1]. 연령대는 만 1-19세를 10대 이하, 20-29세를 20대, 30-39세를 30대, 40-49세를 40대, 50-59세를 50대, 60세 이상을 60대로 범주화하였다. 소득수준은 하, 중하, 중상, 상으로 구분하였다. 거주 지역은 '동·읍·면'으로 교육수준은 '초졸, 중졸, 고졸, 대졸'로 구분하였다. 직업군 분류에서는 관리자, 전문 및 관련 종사자, 사무종사자, 서비스 및 판매 종사자, 농림어업 숙련 종사자와 기능원, 장치·기계조작 및 조립 종사자, 단순노무종사자, 무직(주부, 학생 등) 등 7개 군으로 구분하였다.

2.3 분석방법

원시자료는 국민건강영양조사 홈페이지에 게시된 절차에 따라 자료를 제공받아 통계 프로그램 SPSS Window version 21.0(SPSS Inc. IL .USA)을 사용하여 복합층화집락계통추출법을 사용한 점을 고려하여 분석 계획파일을 생성하였다. 집락 변수는 조사구, 층화 변수는 분산추정층, 가중치는 제6기 자료의 기존가중치의 연도별 조사인구수 비율을 조정하여 통합 가중치를 산출하여 분석계획파일을 생성하였다. 응답자 중 사회경제적

요인과 치주질환유병 유무와 영구치우식경험 유무에 따른 주관적 구강건강을 복합 표본 교차분석을 실시하였다. 주관적 구강건강에 미치는 사회경제적 요인, 치주질환유병 유무 및 영구치우식경험 유무는 복합 표본 로지스틱 회귀분석을 시행하였다.



[Fig. 1] Research framework

령은 10대 이하에서 17.4%, 20대에서 13.1%, 30대에서 15.0%, 40대에서 16.6%, 50대에서 16.9%, 60대 이상 20.8%로 나타났다. 소득수준은 ‘중상’에서 29.4%로 가구 소득이 가장 높았고, 교육수준은 ‘고졸’이 33.3%로 가장 높은 분포를 보였다. 결혼 여부는 ‘기혼’이 67.1%로 가장 높았고, 직업에서 ‘무직(주부, 학생 등)’이 40.4%로 가장 높게 나타났으며 직업은 ‘농림어업 숙련종사자’가 3.9%로 가장 낮게 나타났다. 최근 1년간 구강검진 여부에 ‘아니오’라고 대답한 응답자는 66.2% 가장 높게 나타났다. 치주질환유병 유무에서도 ‘아니오’는 69.6%로 치주질환이 발생하지 않은 대상자가 더 많았고, 영구치우식경험 유무는 ‘0개’라고 응답한 대상자는 19.4%, ‘1개 이상’으로 대답한 응답자는 80.6%로 1개 이상의 영구치 우식 경험을 한 대상자가 상당수를 차지하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 성별은 남자 45.9%, 여자 54.1%을 차지하였고, 거주지는 ‘동’에 거주하는 비율이 81.2%로 가장 높게 나타났다. 연

3.2 사회경제적 요인과 구강건강에 따른 주관적 구강건강 수준 비교

연구 대상자의 사회경제적 요인과 구강건강에 따른 주관적 구강건강 수준의 차이를 비교한 결과는 <Table 2>와 같다.

<Table 1> General characteristics of subjects

Characteristics	Division	N (%)
Total		7,639(100.0)
Gender	Male	3,511(45.9)
	Female	4,128(54.1)
Residence district	Dong	6,068(81.2)
	Eup-Myeon	1,571(18.8)
Age group	below 10s	1,522(17.4)
	20-29	605(13.1)
	30-39	950(15.0)
	40-49	1,068(16.6)
	50-59	1,185(16.9)
	60≤	2,309(20.8)
Household income level	Low	1,523(16.7)
	Middle lower	2,048(26.7)
	Middle high	2,097(29.4)
	High	1,923(27.2)
Education level	Elementary	2,741(29.4)
	Middle school	802(11.1)
	High school	1,980(33.3)
	College	1,582(26.2)
Marital status	Married	5,352(67.1)
	Unmarried	2,274(32.9)
Occupation	Professional and manager occupations	651(12.7)
	Clerical workers	497(9.6)
	Service and sales employers	710(13.2)
	Skilled agricultural, forestry and fishery workers	315(3.9)
	Manual labors, others	577(11.9)
	Unskilled occupations	560(8.3)
	Unemployed (housewife, students and others)	2,629(40.4)
Oral exam within 1 year	No	4,864(66.2)
	Yes	2,294(30.3)
CPI	No	4,301(69.6)
	Yes	2,080(30.4)
DMFIP	0	1,683(19.4)
	1≤	5,956(80.6)

CPI means community periodontal index

DMFT means decayed, missing, or filled permanent teeth

<Table 2> Perceived oral health status according to socio-economic status and oral health status

Unit: N(%)

Characteristics	Division	Perceived oral health status		X ² (p-value)
		Good	Bad	
Total		2,487(31.4)	5,152(68.6)	
Gender	Male	1,144(31.1)	2,367(68.9)	0.27 (0.633)
	Female	1,343(31.7)	2,785(68.3)	
Residence	Dong	2,066(32.8)	4,002(67.2)	29.64 (<0.001)
	Eup·Myeon	421(25.4)	1,150(74.6)	
Age group	below 10s	969(58.8)	553(41.2)	629.67 (<0.001)
	20-29	216(36.2)	389(63.8)	
	30-39	220(22.8)	730(77.2)	
	40-49	282(26.2)	786(73.8)	
	50-59	265(23.2)	920(76.8)	
	60≤	535(22.4)	1,774(77.6)	
Household income level	Low	350(21.7)	1,173(78.3)	90.93 (<0.001)
	Middle lower	642(29.5)	1,406(70.5)	
	Middle high	747(34.1)	1,350(65.9)	
	High	737(36.5)	1,186(63.5)	
Education level	Elementary	1,181(43.0)	1,560(57.0)	189.44 (<0.001)
	Middle school	185(23.8)	617(76.2)	
	High school	491(25.4)	1,489(74.6)	
	College	496(31.1)	1,086(68.9)	
Marital status	Married	1,256(23.5)	4,096(76.5)	449.99 (<0.001)
	Unmarried	1,228(47.5)	1,046(52.5)	
Occupation				
Professional and manager occupations		210(31.8)	441(68.2)	53.97 (<0.001)
Clerical workers		144(29.2)	353(70.8)	
Service and sales employers		174(26.7)	536(73.3)	
Skilled agricultural, forestry and fishery workers		60(17.5)	255(82.5)	
Manual labors, others		127(22.4)	450(77.6)	
Unskilled occupations		89(17.2)	471(82.8)	
Unemployed		723(28.1)	1,906(71.9)	
Oral exam within 1 year	No	1,464(29.3)	3,400(70.7)	
	Yes	906(37.5)	1,388(62.5)	
CPI	No	1,335(31.7)	2,966(68.3)	155.84 (<0.001)
	Yes	359(16.6)	1,721(83.4)	
DMFT	0	1,041(59.7)	642(40.3)	685.98 (<0.001)
	1≤	1,446(24.6)	4,510(75.4)	

*by chi-square test

CPI means community periodontal index

DMFT means decayed, missing, or filled permanent teeth

성별에서 남자와 여자 모두 '나쁘다'가 각각 68.9%, 68.3%로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 동 지역의 거주자는 '나쁘다'가 67.2%, 읍·면에서 '나쁘다' 74.6%로 읍·면 지역의 거주자들이 동 지역에 사는 거주자보다 구강건강 상태를 더 나쁘게 인식하는 것으로 나타났다(p<0.001). 연령에 따른 구강건강의 차이는 10대 이하에서는 '나쁘다'가 41.2%, 20대 63.8%, 30대 77.2%, 40대 73.8%, 50대 76.8% 및 60대 77.6%로 연령이 증가함에 따라 주관적 구강건강 수준은 '나쁘다'와 같이 부정적으로 인식하는 비율이 증가하는 것으로 나타났다(p<0.001). 소득수준에 따라 '하'에서는 '나쁘다' 78.3%, '중하' 70.5%로 나타났고, '중상' 65.9%, '상' 63.5%로 소득수준이 올라 갈수록 '좋다'로 생각하는 비중이 증가하는 양상을 보여 소득이 올라갈수록 본인이 인지하는 구강건

강도 긍정적으로 생각하는 것으로 나타났다(p<0.001). 교육수준에 따라서는 '초졸'에서 '나쁘다' 57.0%, '중졸' 76.2%, '고졸' 74.6%, '대졸' 68.9%로 나타나 교육수준이 증가할수록 구강건강 수준을 긍정적으로 인지하는 것으로 나타났다(p<0.001). 결혼 여부에 따라 기혼인 경우 '나쁘다' 76.5%, 미혼인 경우 52.5%로 기혼인 경우보다 미혼인 경우가 구강건강을 긍정적으로 평가하는 경향을 보였다(p<0.001). 직업에 따라서는 관리자, 전문가 및 관련 종사자에서 '나쁘다' 68.2%, 사무종사자 70.8%, 서비스 및 판매 종사자 73.3%, 농림어업 숙련종사자 82.5%, 기능원, 장치·기계조작 및 조립 종사자 77.6%, 단순노무종사자 82.8%, 무직(주부, 학생) 71.9%로 나타나 관리자, 전문가 및 관련 종사자가 구강건강을 가장 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났으며, 단순노무종사자가 구강상태를

나쁘게 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$). 최근 1년간 구강검진을 받은 대상자에서 '나쁘다' 62.5%, 구강검진을 받지 않은 대상자에서 70.7%로 구강검진을 받은 대상자에서 구강건강을 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$). 치주질환유병 유무에서 '아니오'라고 대답한 응답자가 '나쁘다' 68.3%, 예'라고 대답한 응답자는 '나쁘다' 83.4%로 치주질환이 발생함에 따라 본인이 인지하는 구강건강 역시 나쁘게 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$). 영구치우식경험 여부에서 '0개'로 경험하지 않은 대상자는 '좋다' 59.7%, '나쁘다' 40.3%로 1개 이상의 영구치우식을 경험한 대상자는 '좋다' 24.6%, '나쁘다' 75.4%로 우식을 경험함에 따라 구강건강도 나쁘게 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$).

만 통계적으로 0.406배 덜 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났으나($p<0.001$), 나머지 연령대에서는 통계적으로 유의하지 않게 나타났다. 소득수준에서는 상에 비해 소득수준 하와 중하에서 0.424배, 0.295배 덜 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다($p<0.001$). 주부나 학생 등의 무직에 비해 단순노무종사자들이 0.381배 덜 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났으며($p<0.01$), 최근 1년 이내에 구강검사를 하지 않은 경우가 구강검사를 한 경우보다 0.153배 덜 건강하다고 인식할 확률이 있는 것으로 나타났고($p<0.05$), 치주질환이 발생하지 않았고, 영구치우식경험이 없는 경우가 각각 2.071배, 3.122배로 더 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다($p<0.001$).

3.3 주관적 구강건강의 영향요인

연구 대상자의 주관적 구강건강과 사회경제적 요인, 구강건강의 연관성 및 관련 요인을 분석하고자 복합 표본 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과는 <Table 3>과 같다. 연령에서 60대 이상 연령과 비교해 30대의 연령에서

4. 고찰

최근 건강의 개념 변화로 단지 질병이 없는 상태의 개념에서, 정신적, 신체적, 사회적 안녕 및 삶의 질을 포함하는 포괄적인 개념으로 확대되면서 개인 스스로의 건강

<Table 3> Logistic Regression of Perceived oral health status

Characteristics	OR	Perceived oral health status			
		SE	95%CI	p-value*	
Gender	Male	1.015	0.081	0.865-1.190	0.857
	Female	1.000			
Residence	Dong	1.162	0.113	0.931-1.450	0.183
	Eup-Myeon	1.000			
Age group	below 10s	0.823	0.234	0.520-1.305	0.407
	20-29	0.974	0.190	0.652-1.375	0.773
	30-39	0.594	0.147	0.445-0.794	0.000
	40-49	0.878	0.140	0.667-1.157	0.356
	50-59	0.914	0.118	0.725-1.152	0.444
	60≤	1.000			
Household income level	Low	0.576	0.130	0.446-0.743	0.000
	Middle lower	0.705	0.095	0.595-0.851	0.000
	Middle high	0.851	0.095	0.706-1.026	0.091
	High	1.000			
Education level	Elementary	0.991	0.144	0.747-1.317	0.952
	Middle school	0.693	0.158	0.508-0.945	0.020
	High school	0.820	0.103	0.669-1.005	0.056
	College	1.000			
Marital status	Married	0.777	0.141	0.589-1.025	0.589
	Unmarried	1.000			
Occupation	Professional and manager occupations	1.032	0.128	0.803-1.327	0.806
	Clerical workers	1.003	0.142	0.759-1.325	0.985
	Service and sales employers	0.969	0.126	0.756-1.242	0.804
	Skilled agricultural, forestry and fishery workers	0.746	0.204	0.500-1.114	0.152
	Manual labors, others	0.850	0.142	0.642-0.124	0.254
	Unskilled occupations	0.619	0.155	0.457-0.840	0.002
	Unemployed	1.000			
Oral exam within 1 year	No	0.847	0.075	0.731-0.982	0.028
	Yes	1.000			
CPI	No	2.071	0.092	1.729-2.482	0.000
	Yes	1.000			
DMFT	0	3.122	0.110	2.512-3.880	0.000
	1≤	1.000			

*by logistic regression analysis

Differences among Gender and Residence were not significant

상태를 인지하는 주관적인 건강과 삶의 질의 중요성이 대두되고 있다[16]. 주관적 건강 상태란, 복합적인 건강 상태를 의미하는 것으로 신체, 정신, 사회적 건강을 포함한다[17]. 개인 스스로 평가하는 건강 상태는 건강을 확인하는 종합적 기준으로 활용되므로 주관적 구강건강을 파악하는 것은 중요하다고 볼 수 있다. 개인 구강건강의 자가 평가 방법이 주관적이기 때문에 개인에 따라 척도가 달라질 수 있다[13]. 객관적인 구강건강 상태 평가보다 개인의 삶의 질을 더욱 반영할 수 있어서 본 연구에서는 제6기 국민건강영양조사를 이용하여 삶의 질과 관련성이 있는 주관적 구강건강을 측정하기 위해 ‘스스로 생각할 때, 치아와 잇몸 등 본인의 구강건강이 어떻다고 생각하십니까?’라는 질문의 응답 ‘매우 좋음’, ‘좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’의 5점 척도 응답 문항을 ‘좋음’, ‘나쁨’의 2점 척도로 변환하여 분석하였다. 또한 주관적 구강건강과 관련성이 있다고 예상되는 사회경제학적 형태 요인을 분석에 이용하였다. 본 연구에서 주관적 구강건강을 ‘좋다’고 인식하는 비율은 전체 대상자 중 31.4%, ‘나쁘다’고 인식하는 비율은 68.6%로 이[13]와 김 등[18]은 구강건강 상태를 ‘나쁘다’고 인식하는 비율이 각각 30.9%, 43.7%로 보고한 연구보다는 높은 양상을 보였다. 성별에 따른 비교에서 남자가 여자보다 구강건강을 안 좋게 인식하는 것으로 나타나 정 등[8]이 보고한 여자가 남자에 비해 구강건강을 안 좋게 인식한다고 보고한 연구와는 상이한 결과를 보였고, 통계적으로 유의하지 않았다. 동 거주자보다 읍·면의 거주자들이 더 구강건강이 나쁘다고 인지하는 것으로 나타났으며, 이는 정 등[19]이 보고한 지역에 따른 치주 상태의 비교에서 농촌지역 거주자의 치주염 유병률이 높아 구강건강이 좋지 못하다고 보고한 결과와 유사하였다. 이는 주요 도시에서 의료기관과 보건의료서비스의 접근성 차별에서 기인한 것으로 보고된 바 있다[20]. 그러나 의료기관의 접근성은 일부 인정되나 한 가지 요인으로 단정하기에는 한계가 있을 것으로 보인다. 향후 지역에 따른 구강보건인식 차이 및 다양한 각도에서의 치주염 유병률 요인에 대한 분석이 요구된다고 할 수 있겠다. 연령증가와 함께 주관적 구강건강을 나쁘게 인식하는 것으로 나타났다. 이는 나이가 들어감에 따라 본인의 구강건강 상태를 좋지 않게 인식한다고 한 선행 연구들[4,8]의 결과와 상응하였다. 이는 연령 증가와 함께 지금까지 누적되었던 구강 문제가 표출되면서 구강관리가 더 어려워질 확률이 높아질 것으로 사료된다. 다

만, 로지스틱 회귀분석에서는 60대 이상 보다 30대에서 덜 건강하게 인식되는 반대의 결과로 나타나 이에 따른 정확한 분석과 추후 연구가 필요할 것으로 사료된다. 가구 소득에 따라서는 가구 소득이 좋을수록 구강건강을 좋게 인식하는 것으로 나타났는데, 이는 소득이 좋을수록 구강보건기관을 더 이용한다는 기존의 연구를[21] 지지해 주는 결과이며, 소득이 높을수록 구강건강관리에 더 투자할 수 있는 경제적 여력이 높기 때문일 것으로 사료된다. 또한 교육수준이 낮을수록 구강건강이 나쁘다고 인식하는 것으로 나타났으며, 로지스틱 분석에서는 대졸에 비해 중졸이 덜 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다. 이는 교육수준이 높을수록 구강건강 상태가 좋다고 보고한 기존의 연구와 비슷한 양상을 보여주었다 [8,22]. 이는 교육기간이 증가할수록 구강건강 인지도가 증가되는 것으로 생각되나 향후 교육기관과 구강건강 상태에 대한 추가적인 연구들이 진행되어야 할 것으로 보인다. 직업에 따라 구강 건강인식 정도 차이는 정 등[8]의 보고와 유사하였다. 이는 직업에 따라 구강보건 지식과 태도가 구강건강행위에 직접적으로 영향을 주기 때문일 것으로 사료된다. 최근 1년 이내에 구강검사를 받은 사람에 비해 받지 않은 사람이 자신의 구강상태가 더 좋지 않다고 인식하였고, 로지스틱 분석에서도 최근 1년 이내에 구강검사를 하지 않는 경우가 건강하지 않다고 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다. 이는 구강검사를 받지 않는 상태에서 막연하게 자신의 구강상태가 좋지 않을 거라는 불안감을 느끼기 때문일 거라 생각된다. 치주질환이나 영구치우식경험자 일수록 자신이 느끼는 구강 건강 인식이 유의하게 나빠지는 것으로 확인되었고, 로지스틱 분석에서도 치주질환이 발생하지 않을 때, 영구치우식경험 없는 경우가 더 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다. 이는 ‘치통’, ‘치주 동통’과 같은 구강 증상이 있을수록 구강 건강인식이 나빠진다고 한 연구결과[13]와 유사하였다. 구강 증상에 따라 구강기능이 영향을 받고 이는 주관적 구강건강에 영향을 미친다고 할 수 있다 [23]. 연구결과에 따라 실질적으로 치주질환을 경험했거나 영구치우식경험치를 가진 사람일수록 자신이 인지하는 구강건강이 나쁘다고 인지하는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 연령, 가구 소득, 교육수준, 직업, 구강검진 여부, 치주질환유병과 영구치우식경험 유무가 주관적 구강건강인식에 영향요인임을 확인하였다. 이 연구결과는 연령, 성별, 직업, 교육수준, 경제 상태, 흡연과 음주, 전신

건강 상태에 따라 개개인의 구강건강증진 태도에도 차이가 난다고 보고한 연구[24]와 유사한 결과를 보였다. 개인의 구강건강 상태를 어떻게 인식하느냐는 삶의 질과 깊은 관계가 있다[25]. 선행 연구결과[8,26]와 본 연구결과에서 보여주었던 바와 같이 사회경제적 요인에 따른 구강건강의 불평등은 존재한다. 계층 간 구강건강의 불평등을 해소하여 국민의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 구강건강 불평등에 영향을 주는 요인을 분석, 파악하는 것이 중요하며, 사회계층에 따른 적합한 정책지원 사업을 계획하고 수행하여야 하지만 아직까지 사회계층적 요인을 감안한 정책적 사업은 수행되지 않고 있는 실정이다. 사회 양극화에 따른 구강건강의 격차가 날로 심해지는 것을 감안해 볼 때 사회경제적 요인에 따른 구강건강 상태를 연구하는 것은 가치가 있는 것으로 생각된다. 본 연구에서는 제6기 국민건강영양조사를 이용하여 최근의 사회경제적 요인에 따른 주관적 구강건강의 수준 차이를 비교 분석하고자 하였으며, 치주질환유병과 영구치우식경험치를 포함하여 실질적인 구강상태와 주관적인 구강상태에 따른 구강건강 상태를 비교하여 현재의 경향을 알아보고자 하였다. 본 연구는 대표성을 가진 우리나라 국가 표본 통계자료를 이용하여 사회경제적 요인에 따른 주관적 구강건강의 차이를 알아보고, 구강건강에 영향을 주는 요인을 파악하고자 하였으나 본 연구에 사용된 국민건강영양조사 자료는 단면 조사이기 때문에 인과관계를 알기 어렵다는 한계점과 시간에 따른 추이를 분석하지 못한다는 한계점을 지닌다. 추후 연구에서는 시간에 따른 주관적 구강건강의 추이를 분석하고 구강건강에 영향을 줄 수 있는 더 객관적 자료를 이용하여 인과관계를 파악하는 것이 필요할 것으로 사료된다.

5. 결론

제6기(2013-2014년) 국민건강영양조사 자료에서 본인이 인지하는 구강상태에 ‘좋다, 나쁘다’에 응답한 7,639명을 대상으로 사회경제적 수준, 치주질환 유병 및 영구치우식경험 여부에 따른 주관적 구강건강의 차이를 분석한 결과 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 동 거주자, 미혼자 및 연령이 증가할수록 구강건강을 좋게 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$). 소득이 낮을수록, 농림어업 및 기계장치 조립 종사자,

단순 노무 종사자에서 구강건강이 나쁘다고 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$). 최근 1년 이내 구강검사 여부에서는 검사한 대상자가 검사를 하지 않은 대상자 보다 구강건강이 좋다고 인식하였고, 치주질환 및 영구치우식경험자에서 확연하게 구강건강이 나쁘다고 인식하는 것으로 나타났다($p<0.001$).

2. 주관적 구강건강과 사회경제적 요인 및 구강건강 연관성 분석에서는 60대 이상의 연령에 비해 30대에서 통계적으로 덜 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다($p<0.001$). 소득수준 ‘하’와 ‘중하’에서($p<0.001$), 무직에 비해 단순노무종사자들이($p<0.05$), 최근 1년 내에 구강검사를 하지 않은 경우($p<0.05$)에서 덜 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다. 치주질환이 발생하지 않았고, 영구치우식경험이 없는 경우가 더 건강하게 인식할 확률이 있는 것으로 나타났다($p<0.001$).

이상의 결과에서 주관적 구강건강은 사회경제적 요인의 영향을 받아 구강건강 불평등이 존재하는 것으로 보인다. 사회경제적 취약계층일수록 또는 치주질환 경험자나 영구치우식경험자가 구강건강에 대한 인식이 부정적임을 확인할 수 있었고, 이러한 구강건강의 불평등을 근본적으로 해결하기 위한 정책개발이 필요할 것으로 사료된다.

REFERENCES

- [1] J. S. An, H. J. Kim, “A study on the determinants of children and adolescents’ health inequality in Korea”, Studies on Korean Youth, Vol. 24, No. 2, pp. 205-231, 2013.
- [2] D. Kushnir, SP. Zusman, PG. Robinson. “Validation of a Hebrew version of the oral health impact profile 14”, J. of public health dentistry, Vol. 64, No. 2, pp. 71-75, 2004.
- [3] Y. R. Choi, H. J. Kim, E. M. Choi, Y. S. Lee, “The Convergence Factors Affecting on Incremental Oral Health Care Experience in Some Local Adults”, J. of the Korea Convergence Society, Vol. 8, No. 6, pp. 131-138,

- 2017.
- [4] Y. N. Kim, H. K. Kwon, W. G. Chung, Y. S. Cho, Y. H. Choi, "The association of perceived oral health with oral epidemiological indicators in Korean adults", *J. of Korean Academy of Oral Health*, Vol. 29, No. 3, pp. 250-260, 2005.
- [5] E. S. Ahn, K. E. Kim, "Correlation between Oral Health Condition and Life Quality Related to General Health Using EuroQol-5 Dimension", *J. of Dental Hygiene Science*, Vol. 16, No. 5, pp. 378-383, 2016.
- [6] O. Carter-Pokras, C. Baquet. "What is a Health disparity?", *Public health reports*, Vol. 117, No. 5, pp. 426-434, 2002.
- [7] V. Hildebrand, P. Van Kerm, "Income inequality and self-rated health status: Evidence from the European community household panel", *Demography*, Vol. 46, No. 4, pp. 805-825, 2009.
- [8] M. H. Jung, S. S. Kim, Y. S. Kim, E. S. Ahn, "Relationship of socioeconomic status to self-rated oral health", *J. of dental hygiene science*, Vol. 14, No. 2, pp. 207-213, 2014.
- [9] M. K. Kim, W. J. Chung, S. J. Lim, S. J. Yoon, J. K. Lee, E. K. Kim, L. J. Ko, "Socioeconomic inequity in self-rated health status and contribution of health behavioral factors in Korea", *J. of Preventive Medicine and Public Health*, Vol. 43, No. 1, pp. 50-61, 2010.
- [10] J. H. Seo, H. Kim, Y. J. Shin, "Analysis for the impact of adulthood and childhood socioeconomic positions and intergenerational social mobility on adulthood health", *J. of Preventive Medicine and Public Health*, Vol. 43, No. 2, pp. 138-150, 2010.
- [11] J. H. Kim, M. H. Hong, M. A. Jeong, "Subjective oral health awareness level and quality of life Study", *J. of the Korea Convergence Society*, Vol. 1, No. 1, pp. 57-67, 2010.
- [12] Y. R. Jang, H. W. Yoon, N. S. Park, D. A. Chiriboga, M. Y. Kim, "Dental care utilization and unmet dental needs in older Korean Americans", *J. of Aging and Health*, Vol. 26, No. 6, pp. 1047-1059, 2014.
- [13] H. S. Lee, "Association between perceived oral health and perceived oral symptoms among adults in Daegu", *J. of Korean Society of Dental Hygiene*, Vol. 10, No. 4, pp. 671-681, 2010.
- [14] H. N. Oh, J. H. Kim, "Influencing factors for perceived oral health for the improvement of quality of life in Korean elderly", *J. of Korean society of Dental Hygiene*, Vol. 16, No. 3, pp. 491-498, 2016.
- [15] Y. N. Park, S. U. Yoon, "Health promotion behavior of some local dental hygienist convergence impact on emotional labor, quality of life, job satisfaction", *J. of the Korea Convergence Society*, Vol. 7, No. 3, pp. 25-33, 2016.
- [16] J. S. Han, J. H. Hong, J. S. Choi, "Factors associated with self-assessment of halitosis in adult", *The J. of the Korea Contents Association*, Vol. 11, No. 12, pp. 347-356, 2011.
- [17] M. S. Song, H. J. Song, J. Y. Mok, "Community based cross-sectional study on the related factors with perceived health status among the elderly", *J. of the Korea Gerontological Society*, Vol. 23, No. 4, pp. 127-142, 2003.
- [18] Y. N. Kim, H. K. Kwon, W. G. Chung, Y. S. Cho, Y. H. Choi, "The association of perceived oral health with oral epidemiological indicators in Korean adults", *J. of Korean Academy of Oral Health*, Vol. 29, No. 3, pp. 250-260, 2005.
- [19] S. Y. Chung, S. H. Jeong, S. O. Bin, Y. H. Choi, K. B. Song, "Comparison of periodontal condition by residential areas in Korean adult population: KNOHS 2000", *J. of Korean Academy of Oral Health*, Vol. 34, No. 4, pp. 516-524, 2010.
- [20] C. H. Hwang, J. Park, S. Y. Ryu, S. W. Choi, "Comparison of the oral health behavior and the oral health status according to residential areas in Korean adults: based on 2012 KNHANES

data”, J. of Korean Academy of Dental Technology, Vol. 37, No. 1, pp. 33-43, 2015.

[21] H. S. Shin, H. D. Kim, “Income related inequality of dental care utilization in Korea”, Institute for Health Social Affairs, Vol. 26, No. 1, pp. 69-93, 2006.

[22] D. J. Kim, S. Y. Lee, M. Ki, M. H. Kim, S. S. Kim, Y. M. Kim, “Developing health inequalities indicators and monitoring the status of health inequalities in Korea”, Sejong: Korean Institute for Health Social Affairs, pp. 79-102, 2013.

[23] I. B. Wilson, P. MD, D. Cleary, “Linking clinical variables with health-related quality of life”, JAMA, Vol. 273, No. 1, pp. 59-65. 1995.

[24] W. Sabbah, G. Tsakos, A. Sheiham, RG. Watt, “The effects of income and education on ethnic differences in oral health: a study in US adults”, J. of Epidemiology and Community Health, Vol. 63, No. 7, pp. 516-520, 2009.

[25] J. H. Kim, S. H. Kang, M. Jeong, “Assessment on quality of life: based on oral health conditions”, J. of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, Vol. 11, No. 12, pp. 4873-4880, 2010.

[26] W. Y. Lee, “The role of selected health-related behaviors in the socioeconomic disparities in oral health among adults”, Korean J. of Health Education and Promotion, Vol. 26, No. 1, pp. 129-140, 2009.

저자소개

송 애 희(Ae-Hee Song) [정회원]



- 2012년 2월 : 전남대학교 일반대학원 치의학과 (치의학석사)
- 2015년 8월 : 전남대학교 일반대학원 치의학과 (치의학박사)
- 2016년 10월 ~ 현재 : 전남과학대학교 치위생과 조교수

<관심분야> : 예방치학, 구강보건, 구강미생물

김 화 숙(Hwa-Sook Kim) [정회원]



- 2004년 2월 : 조선대학교 대학원 치의학과 (치의학석사)
- 2006년 2월 : 조선대학교 대학원 치의학과 (치의학박사)
- 2006년 3월 ~ 현재 : 전남과학대학교 치위생과 부교수

<관심분야> : 구강보건, 치위생, 구강미생물