

경제활동 인구의 구강검진수검 여부 및 관련요인

Related Factors and whether Oral Examination for Economically Active Population

김민영*, 김지현**
삼육보건대학교 치위생과*, 전북과학대학교 치위생과**

Min-Young Kim(6514114@hanmail.net)*, Ji-Hyun Kim(kjh0405@jbsc.ac.kr)**

요약

본 연구는 2016년 지역사회건강조사 원시자료를 이용하여 만 25~54세 연령의 104,811명의 경제활동 인구를 대상으로 구강검진수검 여부와 관련된 요인들의 영향 정도를 확인하고자 하였다. Multiple logistic regression analysis를 시행하여 구강검진 수검률에 영향을 미치는 일반적 특성, 사회경제적·지리적 특성, 구강건강관리행태 요인을 파악하였다. 연령 및 교육수준이 높을수록, 치석제거를 경험한 경우, 주관적 구강건강수준이 매우 좋은 경우, 필요치과진료 수진자에서 구강검진 수검률이 높게 나타났다. 소득분위가 높을수록 구강검진 수검률이 낮게 확인되었다. 경제활동 인구의 연령, 결혼여부, 교육수준, 지역, 소득수준, 직업, 치석제거 경험 여부, 필요치과진료 미수진 여부 등이 구강검진 수검 여부에 있어 유의한 영향이 있음이 나타났다. 구강검진에 대한 접근성 향상을 위한 효율적인 구강검진사업에 실증적 근거를 마련하고자 한다.

■ 중심어 : | 건강 | 구강건강 | 진단 |

Abstract

The purpose of this study was to examine the influence of factors related to whether or not to take oral examinations for 104,811 economically active population aged 25 to 54 years using the 2016 community health survey data. Multiple logistic regression analysis was performed to oral examination rate the effect general characteristics, socioeconomic and geographical characteristics, and oral health management behavior. The higher who age, the higher who education, have experience scaling, and the better who subjective oral health status, unmet dental needs rate of oral examination was higher. The higher the income level, the lower the oral examination rate. Age of economically active population, marital status, education level, area, income quartile, empolymnt, scaling experience, unmet dental needs, there was a significant effect whether oral examination. The purpose of this study is to establish an positive basis for an effective oral examination program to improve accessibility to oral examinations.

■ keyword : | Health | Dental Care | Diagnosis |

I. 서론

구강검진은 구강상병을 조기 발견하고 조기 치료를

통해 국민의 의료비 부담을 감소시키고 구강건강 관리 능력을 증진시키는 목적이 있다[1]. 2000년부터 국민건강보험법에 따라 건강검진 사업을 법정급여로 실시하

접수일자 : 2018년 08월 22일
수정일자 : 2018년 09월 13일

심사완료일 : 2018년 09월 14일
교신저자 : 김지현, e-mail : kjh0405@jbsc.ac.kr

고 있고, 2008년에는 모든 국민이 국가건강검진을 받을 수 있도록 건강검진 사업을 법적으로 명시화 하였다[2]. 보건복지부에서는 건강검진의 효과와 질을 높이기 위한 방안으로 매년 다양한 건강증진정책을 수립하는데, 현재 우리나라에서는 2007년에 도입된 생애전환기 검진 및 영유아 건강검진 외에도 일반 건강검진으로 구분하여 시행되고 있다. 국민건강보험공단에서 발표한 2015년 실제 성인 건강검진의 구강검진 수검률은 의과 분야의 76.1%의 절반에도 미치지 못하는 30.9%로 보고되었다. 생애전환기 건강검진(의과 77.1%, 구강 30.1%)과 영유아 건강검진(의과 69.5%, 구강 37.1%)도 비슷한 양상으로 영유아 의과검진 수검률이 70% 정도이고, 영유아 구강검진 수검률은 35% 정도로 나타났다. 치과의 방문은 예방적 처치로 방문하는 경우는 적고, 거의 대부분 구강건강상태에 문제가 발생하여 치료를 받을 때 치과에 가는 경우가 많은 것으로 나타나[3], 어릴때부터 구강검진을 중요시하지 않는 의식이 성인까지 적용된다는 의미를 가진다고 볼 수 있겠다[4].

일반검진 수검률과 구강검진 수검률의 차이는 구강질환의 낮은 응급성[5], 구강검진의 낮은 수가로 인한 구강검진 기관의 낮은 참여도[6], 여전히 예방보다는 치료에 목적이 있는 구강질환에 대한 인식 및 태도[5][7] 등 구강검진에 대한 낮은 필요성이 원인으로 이어질 수 있다. 우리나라의 경제활동 인구도 시간적, 지리적 접근성, 경제적 이유 등 다양한 원인으로 구강검진보다는 통증이 나타났을 때 치료를 하는 경우가 대부분을 차지하지만[8], 중대 구강병으로 이환되어 치아 상실까지 초래하는 상황을 만들지 않기 위해서는 초기 단계에 다양한 구강질환을 발견하는 데 효율적인 방법인 구강검진이 필요하다[9][10]. 따라서 구강검진을 받지 못하는 개인적, 경제적, 지리적 요인에 대한 세부적인 분석이 필요하다.

경제활동 인구의 구강검진 수검률에 영향을 미치는 개인적, 경제적 요인으로 소득, 교육수준, 연령 등의 연관성이 보고되었고[11], 연령이 높을수록, 생산직의 경우 구강검진 수검률이 낮게 분석되었다[12]. 소득분위가 낮을수록 구강검진 수검률이 낮게 나타났으며[13], 지역 간 건강수준 차이는 개인 특성과 해당 지역의 사

회제적, 물리적 환경에 영향을 동시에 받는다고 보고되었다[14]. 경제적 부담외에도 지리적 접근성에 따라 구강검진 경험과의 연관성이 확인되었다[9]. 의료시설의 이용과 관련된 지리적 접근성과 의료비 지불능력과 관련된 경제적 접근성은 구강건강과 관련된 의료이용에 영향을 주는 요인으로 작용된다[15]. 기존의 개인적, 경제적 특성을 넘어 구강검진 수검률에 영향을 미치는 지역적 접근성의 영향을 파악하여야 한다. 국민보건생활에 있어 구강건강 증진의 중요성이 부각되고 있는 현실에서 국민 구강건강 인식을 제고하고 예방 중심 구강질환 관리 강화를 위한 구강검진 사업의 새로운 패러다임의 변화가 필요하겠다[16]. 경제활동 인구의 구강검진 수검률에 영향을 미치는 인구조화학적, 경제적, 지리적 요인들에 관하여 구체적으로 연구하여 그 결과를 바탕으로 경제활동 인구의 구강건강증진을 위한 대책을 강구해야 한다.

본 연구에서는 경제활동 인구 15~64세 중에서 소득, 교육, 직업 등 사회경제적 수준 지표를 결정하기 어려운 24세 이하와 경제활동참가율이 40% 전후에 불과한 55~63세 연령을 제외한 만 25~54세 성인을 대상[17][18]으로 경제활동 인구의 구강검진수검여부와 관련된 요인들을 파악하여 구강검진 수검률을 높일 수 있는 대안을 마련하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

질병관리본부 지역사회건강조사는 조사수행체계를 표준화하여 2008년부터 지역보건의료계획을 수립 및 평가하기 위해 전국 보건소에서 실시하고 있다. 본 연구는 2016년 지역사회건강조사의 원시자료를 요청하여 승인을 받은 원시자료로 분석하였다. 2016년 지역사회건강조사는 2016년 8월 16일부터 10월 31일까지 보건소별로 만 19세 이상 성인 총 228,452명을 대상으로 표본 조사를 실시하였다. 확률비례계통추출법에 의해 1차 표본지점을 추출한 후 2차는 계통추출법으로 표본가구를 선정하였다. 조사문항은 18개 영역, 161개 문항으로 구

성되어 훈련된 조사원이 직접 방문에서 면접조사로 자료를 수집하였다. 본 연구에서는 경제활동 인구인 만 25~54세에 해당되는 104,811명을 최종 연구대상으로 하여 각 변수에 '모름', '응답거부'는 결측값으로 처리하여 분석하였다.

2. 연구도구

종속변수는 연간 구강검진 수검여부 변수로 '최근 1년동안 입안에 특별한 문제는 없으나 구강건강상태를 알아보기 위해 구강검진(학교, 사업장 구강검진, 국민건강보험공단 구강검진 포함)을 받은 적이 있습니까?'라는 문항에 예, 아니오에 대한 응답으로 정의하였다.

구강검진 수검여부에 관련된 요인을 확인하기 위하여 분석에 필요한 독립변수는 지역건강조사에서 실시된 구강건강관리행태, 사회물리적 환경, 교육 및 경제활동 조사 자료에서 선정하였다. 의료이용 및 구강보건 분야 연구에서 적용되어온 앤더슨 모형에 의거하여 질환 이전부터 적용해 온 개인의 특성인 소인성 요인, 의료이용을 가능하게 하거나 불가능하게 영향을 미치는 가능성 요인, 의료이용을 결정하게 하는 상병수준인 필요성 요인으로 나누었다. 경제적, 지리적 접근성을 파악하기 위한 사회경제적·지리적 요인으로 교육수준, 직업, 소득분위, 시도 구분, 광역시도 거주기간 변수를 선정하여 가능성 요인으로 분류하였다. 직업분류는 통계청에서 제시하는 제6차 개정된 한국표준직업분류를 기준으로 구분하여 분석하였다. 구강건강관리행태 요인으로 필요치과진료 미수진 여부, 연간 치석제거 경험 여부, 주관적 구강건강수준 변수를 사용하였고 필요성 요인으로 분류하였다. 소인성 요인으로 인구사회학적 특성인 성별, 연령, 혼인상태 변수를 포함하였고 경제생산 연령을 만 25~34세, 만 35~44세, 만 45~54세로 분류하였다.

3. 윤리적 고려

지역사회건강조사는 '지역보건법' 제 4조 및 '지역보건법 시행령' 제 2조에 의거하여 보건복지부 질병관리본부에서 수행하는 승인 통계조사이다. 연구를 위해 조사가구의 선정은 통계전문가에 의해 통계적인 방법에

따라 조사대상 가구를 선정하며, 자료수집을 실시하기 전에 조사대상자에게 조사에 대한 사전동의서를 받고 직접 방문하여 연구대상자의 대면을 통한 조사를 하게 된다. 본 연구를 위하여 질병관리본부 원시자료 공개절차 등에 관한 규정에 따라 원시자료 이용과 관련한 서약서를 작성하고 자료이용 계획서를 작성하여 원시자료를 요청하였다. 질병관리본부의 자료이용 계획서 검토 후 자료요청 승인 및 제공(개인 식별 정보 삭제)을 받아 분석하였다.

4. 분석 방법

본 연구는 STATA 11.0(StataCorp, College Station, Texas, USA)을 이용하여 분석하였고, 통계적 유의수준은 0.05이하에서 유의검정을 하였다. 구강검진 수검률 여부와 관련된 일반적 특성, 사회경제적·지리적 특성, 구강건강관리행태 차이를 파악하기 위해 카이제곱검정(Chi-square test)을 분석하였다. 다중 로지스틱 회귀 분석(Multiple logistic regression analysis)를 시행하여 구강검진 수검률에 영향을 미치는 요인을 파악하였다.

III. 결과

1. 일반적 특성에 따른 구강검진 수검 여부

경제활동 인구의 일반적 특성에 따른 구강검진 수검 여부 차이 현황은 [표 1]과 같다. 연구대상자의 41.9%인 43,871명이 구강검진을 받았고, 58.1%인 60,912명이 구강검진을 받지 않았다. 남자 57.8%, 여자 58.4%로 남녀 모두 구강검진 미수검자의 비율이 수검자에 비해 높게 나타났고, 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p < 0.05$). 결혼여부를 구분하여 살펴본 결과 구강검진 미수검률에 비해 구강검진 수검률이 낮게 나타났고, 기혼동거가 43.7%로 미혼 37.0%보다 높게 나타났고($p < 0.001$). 경제활동 인구의 구강검진 수검 여부는 [그림 1]에서와 같이 만 25~34세에서 39.4%, 만 45~54세에서는 41.8%로 나타나 연령이 증가할수록 점점 높아지는 것으로 확인되었다($p < 0.001$).

표 1. 일반적 특성에 따른 구강검진 수검 여부

단위:N(%)

변수	구분	구강검진		P'
		수검	미수검	
성별	남	20,912 (42,2)	28,618 (57,8)	0,027
	여	22,959 (41,5)	32,303 (58,4)	
연령	25- 34세 미만	9,953 (39,4)	15,295 (60,6)	<0.001
	35- 44세 미만	16,018 (43,6)	20,716 (56,4)	
	45- 54세 미만	17,900 (41,8)	24,910 (58,2)	
결혼여부	미혼	7,778 (37,0)	13,247 (63,0)	<0.001
	기혼_동거	33,477 (43,7)	43,161 (56,3)	
	기혼_비동거	450 (36,9)	770 (63,1)	
	이혼/사별	2,117 (36,5)	3,676 (63,5)	

*카이제곱 검정

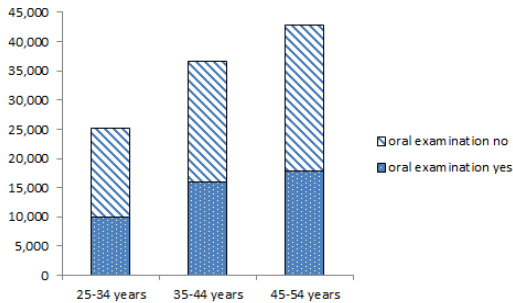


그림 1. 경제활동 인구의 구강검진 수검 여부

단위:person

2. 사회경제적·지리적 특성에 따른 구강검진 수검여부

경제활동 인구의 사회경제적·지리적 특성에 따른 구강검진 수검 여부를 조사한 결과 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다[표 2]. 교육수준에 따른 구강검진 수검률은 초졸이하에서 24.0%, 고졸이하에서 35.7%, 대학교 이상에서 47.0%로 교육수준이 높을수록 높게 조사되었다(p<0.001). 소득분위에 따라서는 ‘하’ 집단에서 49.7%, ‘상’ 집단에서 28.6%로 소득이 높을수록 구강검진 수검률이 낮게 확인되었다(p<0.001). 직업을 분류하여 살펴본 결과 사무직 종사자가 53.2%로 구

강검진 수검률이 높게 나타났고, 농림어업 종사자에서 22.8%로 낮게 통계적으로 유의한 결과(p<0.001)로 나타났다. 광역시도 거주기간에 따라서도 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(p<0.001).

표 2. 사회경제적·지리적 특성에 따른 구강검진 수검 여부

단위:N(%)

변수	구분	구강검진		P'
		수검	미수검	
교육수준	초졸 이하	474 (24,0)	1,501 (76,0)	<0.001
	고졸 이하	15,501 (35,7)	27,871 (64,3)	
	대학교 이상	27,851 (47,0)	31,463 (53,0)	
	소득분위	하	21,361 (49,7)	
중하	9,574 (41,7)	13,402 (58,3)		
중상	7,942 (36,4)	13,849 (63,6)		
상	4,531 (28,6)	11,287 (71,4)		
지역	시	16,029 (45,1)	19,538 (54,9)	<0.001
	도	27,842 (40,2)	31,383 (59,8)	
직업	전문행정관리직	9,733 (50,7)	9,456 (49,3)	<0.001
	사무직	9,099 (53,2)	8,008 (46,8)	
	판매서비스직	6,806 (37,7)	11,258 (62,3)	
	농림어업	1,154 (22,8)	3,898 (77,2)	
	기능단순노무직	8,996 (39,8)	13,620 (60,2)	
	기타	8,044 (35,5)	14,601 (64,5)	
광역시도 거주기간	10년 미만	8,983 (43,9)	11,457 (56,1)	<0.001
	20년 미만	7,491 (45,3)	9,027 (54,7)	
	20년 이상	27,395 (40,4)	40,433 (59,6)	

* 카이제곱 검정

3. 구강건강관리행태에 따른 구강검진 수검 여부

경제활동 인구의 구강건강관리행태에 따른 구강검진 수검 여부 현황은 [표 3]과 같다. 주관적 구강건강수준에 따른 연간 구강검진 수검률의 차이는 통계적으로 유의한 결과(p<0.001)로, 주관적 구강건강수준이 매우 좋을수록 구강검진 수검률이 높게 확인되었다. 치석제거

의 경험이 있는 대상자의 구강검진 수검률이 63.2%로 높게 유의한 결과($p < 0.001$)로 나타났다. 필요치과진료 미수진 경험이 없는 경제활동 인구에서 구강검진 수검률이 높게 조사되었다($p < 0.001$).

표 3. 구강건강관리행태에 따른 구강검진 수검 여부
단위:N(%)

변수	구분	구강검진		P*
		수검	미수검	
주관적 구강건강수준	매우 나쁨	1,054 (32.6)	2,176 (67.4)	<0,001
		9,283 (37.8)	15,254 (61.2)	
	20,499 (41.8)	28,556 (58.2)		
	11,213 (46.3)	13,016 (53.7)		
	1,822 (48.8)	1,915 (51.2)		
치석제거 경험	유	28,635 (63.2)	16,669 (36.8)	<0,001
	무	15,142 (25.6)	43,933 (74.4)	
필요 치과진료 미수진 여부	있음	8,259 (33.1)	16,679 (66.9)	<0,001
	없음	35,610 (44.6)	4,240 (55.4)	

* 카이제곱 검정

4. 구강검진 수검률에 영향을 미치는 요인

경제활동 인구의 성별, 광역시도 거주기간(20년 미만), 주관적 구강건강수준(나쁨, 보통)을 제외한 변수에서 구강검진 수검률에 영향을 미치는 관련성이 나타났다. 경제활동 연령의 경우 만 25~34세에 비해 만 35~44세에 1.202배, 만 45~54세에 1.248배로 연령이 높을수록 구강검진 수검률이 높게 확인되었다. 사회경제적·지리적 요인에서 구강검진 수검률은 교육수준이 높을수록 초등학교 졸업 이하에 비해 고등학교 졸업 이상에서 1.271배, 대학교 졸업 이상에서 1.641배 높게 나타났다. '시' 지역에 비해 '도' 지역에서 구강검진 수검률이 약 9%로 감소하는 것으로 나타났으며, 광역시도에서 '10년 미만' 거주자에 비해 '20년 이상' 거주자에서 약 8%로 구강검진 수검률이 감소하는 것으로 조사되었다. 소득분위 '하' 집단에 비해 소득분위가 높아질수록 구강검진 수검률이 낮게 나타났다. 직업 분류에 따라서는 구강검진 수검률의 차이가 전문행정관리직 종사자에

비해 사무직에서는 1.170배 높게 나타났지만, 판매서비스 종사자, 농림어업 종사자, 기능단순노무직, 기타에서는 낮게 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 구강건강관리행태에 따라서는 주관적 구강건강수준이 '매우 나쁘다'고 인식한 경우에 비해 '매우 좋다'고 인식하는 경우에 1.262배 높게 구강검진 수검률이 나타났다. 치석제거 경험을 하는 경우에 비해 치석제거 경험을 하지 않은 경우 구강검진 수검률이 0.217배 낮게 나타났고, 필요치과진료 미수진자에 비해 수진자에서 1.112배 높게 구강검진 수검률이 조사되었다[표 4].

표 4. 구강검진 수검률에 영향을 미치는 요인

구분	OR	P*	95% CI	
성별	남	1		
	여	0.995	0.769	0.966, 1.026
연령	25- 34세 미만	1		
	35- 44세 미만	1.202	0.000	1.155, 1.251
	45- 54세 미만	1.248	0.000	1.195, 1.303
결혼여부	미혼	1		
	기혼_동거	1.239	0.000	1.189, 1.291
	기혼_비동거	1.180	0.016	1.032, 1.350
	이혼/사별	1.275	0.000	1.186, 1.371
교육수준	초졸 이하	1		
	고졸 이하	1.271	0.000	1.131, 1.430
	대학교 이상	1.641	0.000	1.456, 1.850
소득분위	하	1		
	중하	0.852	0.000	0.822, 0.883
	중상	0.752	0.000	0.724, 0.781
	상	0.628	0.000	0.598, 0.658
지역	시	1		
	도	0.919	0.000	0.893, 0.946
직업	전문행정관리직	1		
	사무직	1.170	0.000	1.118, 1.224
	판매서비스직	0.692	0.000	0.660, 0.725
	농림어업	0.438	0.000	0.404, 0.476
	기능단순노무직	0.901	0.000	0.860, 0.945
	기타	0.670	0.000	0.640, 0.701
광역시도 거주기간	10년 미만	1		
	20년 미만	1.002	0.929	0.957, 1.050
	20년 이상	0.878	0.000	0.847, 0.910
주관적 구강건강수준	매우 나쁨	1		
	나쁨	1.041	0.369	0.953, 1.137
	보통	1.089	0.054	0.998, 1.187

	좋음	1,181	0,000	1,080	1,292
	매우 좋음	1,262	0,000	1,129	1,409
치석제거 경험					
	유무	1			
		0,217	0,000	0,211	0,223
필요 치과진료 미수진 여부					
	있음	1			
	없음	1,112	0,000	1,074	1,152

* 다중 로지스틱 회귀분석

IV. 고찰 및 결론

개인의 구강건강은 구강질환이 이환되기 전 정기적인 검진과 관리를 통한 예방이 중요하다. 최근 인구 고령화 및 만성질환 증가의 영향으로 의료비가 증가함에 따라 주기적인 구강검진은 구강건강을 유지하고, 조기 치료를 통해 의료비 부담을 줄일 수 있다. 이를 위해서는 무엇보다 적기에 구강검진을 받는 것이 중요하다 [16][19][20]. 그럼에도 불구하고 국가 구강검진 수검률(일반 건강검진, 생애전환기(만 44세, 66세)진단, 영유아 검진 포함)은 30% 수준으로 낮았는데[4], 이는 형식적이고 확실적인 국가검진 실시가 수검률 저하로 이어지는 결과를 초래한다고 사료된다. 구강검진 수검률을 높이기 위한 구강검진 항목 개선과 함께 치과 의료서비스 질 향상의 노력이 필요하겠다. 본 연구에서는 연구대상자 41.9%의 구강검진 수검률이 나타났는데, 국가 구강검진 수검률과의 상이한 차이는 그 집단에 속해 있는 개인들의 속성과는 다른 집단 자체의 사회적 환경을 집단 전체의 건강수준으로 나타낸다고 할 수 있다. 이를테면 국가적 차원에서는 심혈관질환 사망률이 부유한 나라에서 높아지지만, 개인적 차원에서는 심혈관질환 사망률이 사회경제적 수준이 낮을수록 높게 나타나 개인수준의 관련성과 집단수준의 관련성은 일치되지 않는다. 이는 집단차원의 건강결정요인과 개인차원의 건강결정요인 연구 사이에는 상이한 추론 과정과 내용이 존재한다고 볼 수 있다[21][22].

경제활동 연령의 경우 만 25~34세에 비해 연령이 높을수록 구강검진 수검률이 높게 나타났는데, 김 등[11]과 이 등[12]의 연구와 일치하는 결과로 연령이 낮을수록 구강검진에 대한 관심이 낮은 이유는 신체적 기능이

건강하다고 생각하는 인식에서 상대적으로 구강검진의 중요성이 낮은 인식으로 비롯된다 할 수 있겠다[23].

사회경제적·지리적 특성에서는 교육수준이 높을수록 구강검진 수검률이 높게 나타나 기존 연구[9][11]와 일치된 결과이다. 또한, 기존의 연구에서는 소득분위가 낮을수록 구강검진 수검률이 낮게 조사되었는데[11][13], 본 연구에서는 소득분위 ‘하’ 집단에 비해 소득분위가 높아질수록 구강검진 수검률이 낮게 나타난 연구 결과 [10]와 일치된 결과로 나타났다. 거주지역에 따라서는 통계적으로 유의하지 않는 연구[12]와 윤 등[9]의 연구 결과와 상반된 결과로, ‘시’ 지역에 비해 ‘도’ 지역에서 구강검진 수검률이 낮게 조사되었다. 광역시도에서 ‘10년 미만’ 거주자에 비해 ‘20년 이상’ 거주자에서 낮은 구강검진 수검률이 나타났다. 본 연구 결과를 토대로 소득과 지역에 따른 구강검진 수검률의 차이는, 구강검진은 무료로 실시되고 있어 경제적 장벽보다는 구강검진 의료서비스에 대한 경제활동 인구의 대기시간, 이동시간, 거리 등의 기회비용이 커질수록 구강검진 수검률이 낮게 나타날 수 있는 가능성으로 사료된다[20]. 직업을 분류하여 살펴본 결과 전문행정관리직 종사자에 비해 사무직이 구강검진 수검에 높은 영향을 주는 것으로 나타났다고, 농림어업 종사자에서는 0.438배 낮은 영향으로 조사되었다. 전문행정관리직 종사자에 비해 농림어업 종사자의 불건강 위험도가 가장 높은 연구결과[24]를 통해서도, 구강검진 및 의료이용을 지리적 차원에서 접근하여 농어촌 지역에서도 건강증진에서 재화에 이르기까지 포괄적이고 체계적인 의료서비스가 제공되어야 할 것으로 사료된다[25].

주관적 구강건강수준은 ‘매우 나쁘다’ 고 인식한 경우에 비해 ‘매우 좋다’고 인식하는 경우에 높은 구강검진 수검률이 나타났는데, 구강건강수준이 나쁠수록 구강보건서비스를 더 많이 이용하는 것으로 나타난 박 등 [26]의 연구결과로 비추어 볼 때, 주관적 인식이 나쁘다고 인식하는 경우 이미 검진보다는 치료를 위한 치과 의료서비스의 이용이, 반대로 주관적 인식이 좋다고 인식하면 검진 목적을 위한 치과 방문으로 연관된 결과라 생각된다. 결국 개인의 주관적 구강건강 인식에 대한 고취가 구강검진 수검률을 높이는 한 가지 방안이 될

수 있겠다. 치석제거 경험이 있는 경우 구강검진 수검률도 높게 나타나 윤 등[9]의 연구와 일치하는 결과로 치석제거 등 구강건강상태에 대한 지속적인 관리가 구강검진 수검률까지 영향을 미치는 것으로 보여진다. 필요치과진료 미수진자에 비해 수진자에서 1.112배 높게 구강검진 수검률이 조사된 결과를 통해서도 구강검진 수검률은 지리적 특성의 연관성과 더불어 의료이용에 영향을 주는 요인이라 할 수 있겠다.

본 연구에서 주목할 점은 유일하게 치석제거의 경험이 있는 대상자에서만 구강검진 수검률이 63.2%로 높게 나타났다. 치석제거의 목적이 예방적 차원과 치료적 차원의 두 가지 목적을 부합하고 있다고 볼 때, 구강질환의 조기발견과 구강병 관리라는 구강검진의 목적에 대한 동기유발과 인식의 변화를 위한 효율적인 구강검진사업이 중요한 의미를 가지게 될 것이다. 구강검진 수검률에 영향을 주는 다양한 원인의 복합적 작용은 치료가 아닌 예방의 낮은 필요성과 결국은 치과의료이용에 까지 영향을 과급하는 결과라고 사료된다.

단면연구가 가지는 한계점이 있지만 그럼에도 불구하고 시간적 제약이 있을 수 있는 경제활동 인구의 높은 구강질환 유병수준이 사회적, 경제적 손실을 초래할 수 있기 때문에 구강검진 수검률에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 의미있는 연구라 생각된다. 국가건강검진의 구강검진이 지속되어야 할 이유는 구강건강 증진, 구강병의 질병부담, 구강건강행동 변화, 사회적 건강과 연관되어 삶의 질에 영향을 주기 때문일 것이다.

참 고 문 헌

[1] 이영수, 정세환, 이규식, “구강병 예방진료 일부항목의 건강보험급여를 위한 재정추계 연구,” 대한예방치과·구강보건학회지, 제27권, 제4호, pp.539-552, 2003.
 [2] 보건복지부, 2011 건강검진통계연보, 국민건강보험공단, 2012.
 [3] K. F. Roberts-Thomson and J. F. Stewart, "Access to Dental Care by Young South

Australian Adults," J. of Aust Dent, Vol.48, No.3, pp.169-174, 2003.
 [4] 보건복지부, 2015 건강검진통계연보, 국민건강보험공단, 2015.
 [5] 박홍련, “근로자의 구강건강상태와 구강건강관리행동에 관한 조사,” 치위생과학회지, 제6권, 제3호, pp.177-186, 2006.
 [6] 정세환, 국가 구강검진체계 개선방안 제시 및 교육지침 개발, 보건복지부, 2009.
 [7] 국민구강건강실태조사, 보건복지부, 2010.
 [8] 송석하, 광주광역시 동구민 중·노년층의 구강관리습관과 구강건강상태에 관한 연구, 전남대학교 치의학전문대학원, 석사학위논문, 2011.
 [9] 윤현서, 채유정, “지역사회 주민들의 구강검진 여부에 따른 구강건강관리행태, 한국산학기술학회논문지, 제18호, 제8권, pp.265-272, 2017.
 [10] 윤미숙, 권현정, “산업체 근로자의 구강보건행태에 관한 조사 연구,” 한국산학기술학회논문지, 제14권, 제6호, pp.2802-2811, 2013.
 [11] 김동휘, 서영준, “우리나라 경제활동자의 구강검진 수진 영향요인: 국민건강영양조사 제 6기 2차년도(2014)자료를 바탕으로,” 치위생과학회지, 제17권, 제4호, pp.323-332, 2017.
 [12] 이정화, 조미숙, “일부지역 산업체 근로자들의 구강건강관리 행태에 관한 조사,” 보건의료산업학회지, 제6권, 제2호, pp.15-23, 2012.
 [13] 김한숙, 민간 검진과 국가 검진 이용자의 특성 비교를 통한 건강검진 정책 효율화 연구, 경희대학교 대학원, 박사학위논문, 2010.
 [14] S. Macintyre, A. Ellaway, and S. Cummins, "Place Effects on Health: How Can We Conceptualise, Operationalise and Measure Them?," Social Science & Medicine, Vol.55, No.1, pp.125-139, 2002.
 [15] J. T. Kullgren and C. G. McLaughlin, "Beyond Affordability: The Impact of Nonfinancial Barriers on Access for Uninsured Adults in Three Diverse Communities," J. of Community

Health, Vol.35, No.3, pp.240-248, 2010.

- [16] 제 1차[2017-2012]구강보건사업 기본계획, 보건복지부, 2017.
- [17] 이민경, 진혜정, “우리나라 성인의 미충족 치과 진료 현황 및 관련요인: 제5기 국민건강영양조사 자료를 이용하여,” 한국치위생학회지, 제15권, 제5호, pp.787-795, 2015.
- [18] 이정민, 김원중, 손혜숙, “연령층별 사회경제적 계층에 따른 건강행위 실천과 주관적 건강수준에 미치는 영향,” 한국콘텐츠학회논문지, 제12권, 제6호, pp.317-327, 2012.
- [19] 이은숙, 김경민, 김혜진, “병원 내 치과검진 수혜자의 구강건강인식 및 습관에 따른 구강건강상태,” 보건의료산업학회지, 제10권, 제2호, pp.121-131, 2016.
- [20] 여지영, 정형선, “구강검진 및 필요치과진료 수진의 결정요인: 경제적 접근성과 지리적 접근성 간의 상호작용효과 분석,” 보건경제와 정책연구, 제18권, 제4호, pp.109-126, 2012.
- [21] S. Schwartz, “The Fallacy of The Ecological Fallacy: The Potential Misuse of a Concept and The Consequences,” J. of American Public Health, Vol.84, No.5, pp.819-824, 1994.
- [22] G. Firebaugh, “A Rule for Inferring Individual Level Relationships from Aggregate Data,” American Sociological Review, Vol.43, No.4, pp.557-572, 1978.
- [23] 심형순, 김송숙, 김지현, “우리나라 성인의 치과 의료이용 미수진 관련 요인,” 한국치위생학회지, 제15권, 제5호, pp.823-829, 2015.
- [24] 신보미, 배수명, 유상희, “우리나라 성인의 직업수준에 따른 구강건강불평등 현황,” 치위생과학회지, 제16권, 제3호, pp.225-234, 2016.
- [25] 진경자, 나백주, “농촌지역 공공보건기관의 보건사업 기능개편 방안,” 한국농촌간호학회지, 제2권, 제2호, pp.145-152, 2007.
- [26] 박수경, 김춘배, 정원균, “우리나라 지역주민의 보건소 구강보건서비스이용률 분석: 2011-2012년

지역사회건강조사 자료이용,” 대한예방치과·구강보건학회지, 제38권, 제3호, pp.154-164, 2014.

저 자 소 개

김민영(Min-Young Kim)

정희원



- 2013년 8월 : 중앙대학교 보건학과(보건학석사)
- 2017년 2월 : 원광대학교 치의학과(치의학박사)
- 2016년 3월 ~ 현재 : 삼육보건대학교 치위생과 겸임교수

<관심분야> : 지역사회구강보건학, 치과건강보험

김지현(Ji-Hyun Kim)

정희원



- 2010년 2월 : 경희대학교 치의학과(치의학석사)
- 2013년 2월 : 경희대학교 치의학과(치의학박사)
- 2014년 3월 ~ 현재 : 전북과학대학교 치위생과 교수

<관심분야> : 사회치과학, 예방치학