

저소득층 노인의 주관적 구강건강 인식도에 관한 조사연구

김영남, 권호근¹

연세대학교 원주의과대학 치위생학과, ¹연세대학교 치과대학 예방치과학교실

색인 : 주관적 구강건강인식, 노인, 저소득층

1. 서 론

건강에 대한 개념이 단순한 신체적 질병의 부재가 아니라 신체, 정신, 사회적 안녕(well-being)의 개념으로 변화함에 따라¹⁾ 구강 건강의 측정에 있어서도 구강 질환이 일상 생활과 삶의 질에 미치는 영향을 측정하는 것에 보다 관심을 기울이게 되었다.

이러한 주관적인 건강 인식도는 의료인의 임상적인 질병 평가보다 삶의 질과 안녕(well-being) 상태에 대한 보다 정확한 예측자가 될 수 있으며²⁾, 구강병의 질병부담(burden of oral disease)에 대한 역학적 지표로서 혹은 치료필요나 치료결과의 지표로서 사용될 수 있다³⁾. 또한 지각된 건강상태는 건강증진 생활습관에 순 상관관계를 나타내므로 중요하다⁴⁾.

그러나 구강 질환의 유병율에 대한 역학 조사가 다양하게 이루어져 왔던데 반해 개인의 주관적인 구강건강 인식도에 대한 조사는 많지 않아 왔다. 외국의 경우 1990년대 들어 면접 조사나 자기기입식 설문법을 통해 구강건강 상태 및 인식도와 문제점을 평가하고자 하는 시도가 활발히 이루어지고 있다. 이를 통해 General oral health assessment index, Subjective oral health status indicator, Oral health related quality of life measure 등이 개발되어 보고 되었으며 이는 1996년 국제회의를 통해 리뷰된 바 있다⁵⁾.

우리나라의 경우는 주관적 구강건강 인식에 관련된 연구가 거의 없는 실정으로 최근 김⁶⁾이 서울지역 일부노인을 대상으로 주관적 전신건강인식과 구강

표 1. 조사대상의 분포

연령군	계	성별				단위:명(%)	
		성별		무치악여부			
		남자	여자	유치악군	무치악군		
계	956(100.0)	321(33.6)	635(66.4)	788(83.0)	161(17.0)		
65-69	139(100.0)	4(53.2)	65(46.8)	128(92.1)	11(7.9)		
70-74	198(100.0)	88(44.4)	110(55.6)	175(88.8)	22(11.2)		
75-79	252(100.0)	63(25.0)	189(75.0)	218(86.9)	33(13.2)		
80≤	367(100.0)	96(26.2)	271(73.8)	267(73.8)	95(26.2)		

건강관심이 주관적 구강건강인식에 영향을 미치며, 틀니 여부나 저작 상태, 구강내 자각증상, 사회적 관계가 주관적 구강건강상태와 관련성이 있음을 보고 한 바 있을 뿐이다.

본 연구에서는 앞서 언급하였던 외국의 구강건강 측정지표를 위해 개발된 설문들⁷⁾을 우리나라 상황에 맞도록 변형함으로써 주관적 구강건강 인식도를 체계적으로 측정할 수 있는 설문을 개발하였으며 이를 이용하여 사회경제학적 및 구강보건학적으로 취약하여 구강보건정책의 우선 집단인 저소득 노인들에 대한 주관적인 구강건강인식도를 조사하였다.

이에 본 연구의 목적은 다음과 같다. 첫째, 우리나라 저소득층 노인의 주관적 구강건강인식과 이의 하위범주인 '저작능력', '구강내 동통', '구강내 다른 증상', '대화능력·사회적 관계'를 조사하고 주관적 구강건강인식과 하위 범주 항목 간 관련성을 파악한다. 둘째, 이를 실제 구강검사 결과와 비교하여 노인의 주관적인 구강건강 인식관련 항목들과 객관적 구강 건강상태 간 관련성을 파악한다.

2. 연구대상 및 방법

2.1. 조사 대상

조사대상 표본 선정은 65세 이상 기초생활수급대상 노인을 시설보호, 거택보호, 자활보호로 구분하여 표본을 추출하였다. 시설보호대상 노인인 경우 전국 무료 노인 복지시설 현황자료를 참조하여 충청북도, 대전광역시, 전라남도, 인천광역시, 강원도,

대구광역시, 부산광역시, 서울특별시에서 각각 한 곳과 경기도에서 두 곳 등 10곳의 양로원과 보호시설에 거주하는 노인들을 집락표집 방법으로 선정하였다. 거택보호대상 노인의 경우, 전국 재가노인복지기관 자료를 이용하여 서울과 수도권 10곳의 노인복지기관에 등록된 노인을 집락표집 방법으로 조사하였고, 자활보호대상 노인들은 한국노인회 소속 노인 중 월 가구소득이 50만원 이하인 사람을 임의 추출하여 조사하였다. 조사기간은 2000년 8월 1일부터 11월 30일까지였고 구강검사와 설문조사를 함께 실시하였다.

조사대상자의 일반적인 인구통계학적 특성은 다음 표와 같다. 연령은 65세에서 99세까지 분포하였으며, 평균 연령은 77.3세였다. 조사 대상자는 총 976명이었고 이들 중 구강건강인식도에 대하여 응답하지 않은 20명을 제외한 총 956명을 분석대상으로 하였다. 남성에 비해 여성이 많았으며, 무치악인 노인이 전체의 17.2%를 차지하였다.

2.2. 조사 방법

2.2.1. 구강 검사

5명의 조사자가 탐침과 치경, 핀셋으로 인공조명과 자연광을 이용하여 구강검진을 실시하고 조사자 간의 오차를 줄이기 위하여 조사 참여 치과의를 대상으로 진단과 측정기준, 그리고 조사 방법에 대하여 사전 교육을 실시하였다. 치아우식증 측정의 경우 우식치아발거모형을 이용하여 Kappa index가 0.9 이상이 될 때까지 사전 교육을 시행하였다. 조사

표 2. 연령군별 인지된 구강건강상태의 분포

단위:명(%)

연령	전체	매우 좋다	비교적 좋다	조금 좋지 않다	매우 좋지 않다	
계	956(100.0)	77(8.1)	182(19.0)	458(47.9)	239(25.0)	
연령별	65-69	139(100.0)	13(9.4)	27(19.4)	65(46.8)	34(24.5)
	70-74	198(100.0)	15(7.6)	37(18.7)	93(47.0)	53(26.8)
	75-79	252(100.0)	20(7.9)	42(16.7)	124(49.2)	66(26.2)
	80≤	367(100.0)	29(7.9)	76(20.7)	176(48.0)	86(23.4)
무치악여부	유치악	717(100.0)	61(7.7)	144(18.3)	376(47.7)	207(26.3)
	무치악	239(100.0)	15(9.3)	45(23.0)	112(48.5)	2(19.3)

한 변수는 우식경험영구치지수(DMFT index), 잔존 치아수, 기능 치아수, 발거대상 치아수, 간이구강위 생지수, CPITN이었다.

치아우식증 및 치주질환의 진단은 2000년도 국민 구강건강실태조사 조사지침서의 치아우식 및 치주 조직 검진지침에 입각하여 실시하였다. 발거대상 치아는 치아동요도가 3도 이상이거나 치관이 파괴되어 수복이 불가능한 치아, 치근만 남은 치아로 정의하였고, 기능 치아는 잔존 치아 중 발거대상 치아를 제외한 치아로 정의하였다.

2.2.2. 구강건강 인식도 조사

설문조사는 훈련된 조사요원 2명이 실시하였으며 설문요원이 물어보고 조사대상이 대답한 것을 설문요원이 기록하는 방식을 채택하였다.

설문지는 외국의 구강건강 측정지표(Oral Health Impact Profile⁹⁾, General Oral Health Assessment Index¹⁰⁾, Social Impact of Dental Disease¹¹⁾, Subjective oral health status indicators¹²⁾)를 참고로 하여 우리나라 노인들에게 맞도록 변형하였다. 설문 내용은 주관적 구강건강 인식도에 대한 1개 문항과 주관적 구강건강인식도의 구성 요소인 '저작능력', '구강내 동통', '구강내 다른 증상', '대화능력·사회적 관계'의 네 가지 하위 범주의 12개 문항으로 구성되었다. 설문조사시 답변은 주관적 구강건강인식도에 대한 문항만 4점 척도로 하였고 다른 12개 문항은 노인들의 대답을 용이하도록 하기 위해 3점

리커드 척도를 적용하였다.

2.3. 분석 방법

통계 분석은 SAS 8.01 통계패키지(SAS Institute, Inc., Cary, U.S.A)를 이용하였다. 우선 설문 문항에 대한 신뢰도를 측정하기 위하여 Cronbach's alpha 값을 구한 결과 0.75로 나타났다. 각 설문문항에 대한 응답빈도가 연령군 및 무치악 여부에 따라 차이가 있는지를 알아보기 위해 χ^2 test를 시행하였고, 주관적 구강건강인식도 및 구강검사항목과 네 가지 하위 범주 간의 상관관계를 알아보기 위해 Spearman correlation coefficient를 구하였다.

3. 연구 성적

3.1. 주관적 구강건강 인식도와 관련 요인

3.1.1. 주관적 구강건강상태 인식도

자신의 구강건강 상태에 대한 주관적 평가에 대해 '조금 좋지 않다', '매우 좋지 않다', '비교적 좋다', '매우 좋다'의 순으로 나타나 조사대상 노인들이 자신의 구강건강 상태가 좋지 않다고 인식하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 이는 연령별 및 무치악 여부에 따라 유의한 차이를 나타내지는 않았다 (χ^2 test, $p > 0.05$).

3.1.2. 저작 능력

치아 문제로 인한 음식 저작 기능 제한에 대해 연

표 3. 저작 기능 제한 유무 및 저작 제한이 있는 음식물 종류

계	단위:명(%)				
	치아문제로 인한 저작제한 유무		저작 제한이 있는 음식물		
	없음	있음	없다/갈비	배추김치/땅콩	밥/떡
976(100.0)	302(30.9)	674(69.1)	350(35.9)	67(6.9)	559(57.3)

표 4. 구강내 동통 증상 보유자 분포

구강내 동통	단위:명(%)			
	전체	없다	가끔	항상
치아동통 ^{a)}	790(100.0)	517(65.4)	171(21.7)	102(12.9)
시린이 ^{a)}	787(100.0)	447(56.8)	134(17.0)	206(26.2)
턱관절동통	953(100.0)	808(84.8)	106(11.1)	39(4.1)

a):치아동통과 시린이의 경우 무치악군 제외

표 5. 구강내의 다른 증상 보유자 분포

연령	단위:명(%)			
	전체	전혀 없다	가끔/일부치아동요	항상/모든치아동요
치아동요 ^{a)}	796(100.0)	539(67.7)	228(28.6)	29(3.6)
식편압입 ^{a)}	793(100.0)	318(40.1)	167(21.1)	308(38.8)
잇몸출혈 ^{a)}	797(100.0)	616(77.3)	155(19.5)	26(3.3)
구강건조	973(100.0)	362(37.2)	254(26.1)	357(36.7)
구취증상	972(100.0)	609(62.7)	209(21.5)	154(15.8)

a):치아동요도, 식편압입, 잇몸출혈의 경우 무치악군 제외

령별로 살펴본 결과 저작 기능에 제한을 받는다고 인지하는 집단이 전체의 69.1%로 높게 나타났다. 특히 절반 이상의 노인이 밥, 떡과 같은 기본적인 음식물에 대한 저작에 어려움을 느끼고 있었다. 연령군이나 무치악여부에 따라서는 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다(x^2 test, $p > 0.05$).

3.1.3. 구강내 동통

최근 3개월 이내에 치아의 동통, 차거나 뜨거운 음식이나 음료를 먹을 때 이가 시린 증상, 입을 크게 벌리거나 씹을 때 턱관절 동통 여부에 대한 결과를 표 4에 제시하였다. 따로 표를 제시하지 않았으나 시린이 증상 보유자의 비율이 연령군이 증가할수록 유의하게 낮게 나타났고 턱관절 동통의 경우 높은 연령군에서 유의하게 높은 비율을 나타내었다(x^2 test, $p < 0.05$). 치아동통과 시린이의 경우 무치악군의 경우 해당사항이 없으므로 따로 검정하지 않았으며, 턱관절 동통의 경우는 무치악 여부에 따라 유의

한 차이를 보이지 않았다(x^2 test, $p > 0.05$).

3.1.4. 구강내 다른 증상

동통을 제외한 구강 내 다른 증상으로 흔들리는 치아가 있는지, 음식 섭취시 음식물이 치아 사이에 끼이는지, 잇몸 출혈 여부, 입안이 자주 마르는지, 입에서 냄새가 나는지에 대하여 조사한 결과가 표 5에 제시되었다. 따로 표를 제시하지 않았으나 식편압입, 잇몸 출혈, 구취의 경우 높은 연령군에서 적게 나타났다(x^2 test, $p < 0.05$). 치아동요, 식편 압입, 잇몸 출혈의 경우 무치악군에게 해당되지 않으므로 이에 대한 검정은 하지 않았으며, 구강건조의 경우 무치악군과 유치악군이 유의한 차이가 없었고 구취의 경우 유치악군에 비해 무치악군이 유의하게 낮게 나타났다(x^2 test, $p < 0.05$).

3.1.5. 언어사회적 관계

치아나 틀니 문제로 말하는 데 불편을 느끼는 집

표 6. 치아나 틀니문제로 인한 대화불편 및 사회적접촉장애 인지자 분포 (명(%))

언어사회적관계	전체	전혀 없다	약간	매우
대화불편인지	955(100.0)	581(60.8)	190(19.9)	184(19.3)
사회적접촉장애	953(100.0)	691(72.5)	130(13.6)	132(13.9)

표 7. 구강건강인지 및 구강검사항목과 설문항목의 Spearman correlation coefficient

	구강건강인지	DMFS	잔존치수	교합치수	기능치수	구치부잔존치	전치부잔존치	구강위생지수	CPITN
성별	-0.15	0.11 *	-0.07 *	0.00	-0.03	-0.09 *	-0.04	-0.22 *	-0.15 *
연령	0.02	0.27 *	-0.29 *	-0.20 *	-0.28 *	-0.28 *	-0.27 *	-0.05	-0.01
저작장애여부	-0.32 *	0.10 *	-0.13 *	-0.23 *	-0.19 *	-0.15 *	-0.08 *	0.06	0.01
저작장애음식물	-0.34 *	0.18 *	-0.21 *	-0.32 *	-0.26 *	-0.23 *	-0.17 *	0.08 *	0.01
치아동통 ^{a)}	-0.22 *	-0.15 *	0.14 *	0.10 *	0.14 *	0.12 *	0.14 *	0.02	0.07
시린이 ^{a)}	-0.14 *	-0.23 *	0.22 *	0.22 *	0.20 *	0.20 *	0.21 *	0.02	0.04
턱관절동통	-0.14 *	0.00	-0.02	-0.00	0.02	0.01	0.03	0.02	0.03
치아동요도 ^{a)}	-0.19 *	-0.12 *	0.09 *	0.03	0.01	0.09 *	0.07 *	0.10 *	0.14 *
식편압입 ^{a)}	-0.01	-0.36 *	0.34 *	0.25 *	0.37 *	0.32 *	0.34 *	-0.01	0.01
잇몸 출혈 ^{a)}	-0.10 *	-0.14 *	0.16 *	0.14 *	0.20 *	0.14 *	0.17 *	0.03	-0.03
구강 건조	-0.22 *	0.06	-0.02	-0.01	-0.00	-0.04	-0.01	-0.13 *	-0.04
구취	-0.15 *	-0.08 *	0.11 *	0.09 *	0.08 *	0.10 *	0.12 *	0.02	0.09 *
의사소통장애	-0.33 *	0.21 *	-0.22 *	-0.29 *	-0.25 *	-0.22 *	-0.21 *	0.11 *	-0.03
사회관계기피	-0.32 *	0.18 *	-0.20 *	-0.26 *	-0.23 *	-0.19 *	-0.20 *	0.09 *	-0.02
구강건강인지 ^{b)}	-	-0.12 *	0.11 *	0.13 *	0.11 *	0.12 *	0.08 *	-0.10 *	0.01

*: p-value < 0.05

^{a)}: 유치아군만을 대상으로 함, ^{b)}: 값이 증가시 구강건강이 좋은 것으로 인지

단은 39.2%로 나타났으며, 치아나 틀니 문제로 인해 다른 사람과 접촉을 꺼리는 집단은 21.5%로 나타났다. 대화불편인지도나 사회적 접촉 장애의 경우 연령군이나 무치악 여부에 따른 유의한 차이를 나타내지 않았다(χ^2 test, $p > 0.05$).

3.2. 상관 분석 결과

3.2.1. 주관적 구강건강인식도와 다른 설문항목과의 상관관계

주관적 구강건강인식도와 이에 연관을 미치는 다른 요인들과의 상관관계를 분석한 결과 연령과 성별, 식편 압입을 제외한 모든 변수들이 통계학적으로 유의한 관련성을 나타내었다(correlation analysis, $p < 0.05$)(표 7).

3.2.2. 구강검사와 설문항목과의 상관관계

설문지를 통한 주관적 구강건강 인식도와 치과의사에 의한 객관적 구강검사와의 상관관계를 분석한 결과를 표 7에 제시하였다.

치아우식경험도가 증가할수록 구강 건강을 좋지 않게 인식하고 있었으며 저작 장애와 언어사회적관계에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났으나 치아관련동통이나 구강내 다른 증상들은 오히려 감소하는 것으로 나타났다.

치아수와 관련된 구강검사항목은 턱관절 동통과 구강건조인지를 제외한 대부분의 설문항목과 통계학적으로 유의한 관련성을 나타내었다(correlation analysis, $p < 0.05$). CPITN은 설문항목 중 치아동요도와 구취 인지의 두 개 항목과, 구강위생지수는 주로 언어사회적 관계에 해당하는 항목과 통계학적으로

로 유의한 관련성이 있었다(correlation analysis, $p < 0.05$).

4. 고 안

본 연구에서는 저소득층 노인의 주관적인 구강건강 인식도와 관련된 요인을 '저작능력', '구강내 동통', '구강내 다른 증상', '대화능력·사회적 관계'의 4 범주로 나누어 조사하였으며 이들과 노인들의 주관적인 구강건강 인식도와 관련성을 분석하였다. 또한 주관적 구강건강인식도 관련 항목들과 객관적 구강검사항목간의 관련성도 함께 살펴보았다.

우선 저소득층 노인의 경우 대다수인 72.99%가 구강건강이 좋지않다고 인식하고 있었으며, 주관적 구강건강인식도는 연령군 및 무치악 여부에 따라 유의한 차이를 나타내지는 않았다. 이는 구강건강상태를 주관적으로 평가할 때 흔히 동일 연령군 내에서 비교 평가하게 되며, 저소득층 노인의 특성상 유치악의 경우에도 잔존치의 구강건강상태가 좋지 않아 치아 동통 등 구강증상을 유발함으로써 구강건강상태가 좋지 못하다고 평가했기 때문으로 생각된다.

주관적 구강건강인식도와 네 가지 하위 범주 항목의 관련성을 살펴본 결과 식편 압입을 제외하고 모든 항목에서 상관관계를 나타내었다. 따라서 본 조사에서 사용된 설문이 주관적 구강건강인식도 측정에 유용하다고 판단되었다. 특히 주관적 구강건강인식도는 구강내 동통이나 증상보다 오히려 저작 능력과 언어사회적 관계와 더욱 큰 연관성을 나타내었다. 이는 건강이 '질병이나 증상이 없음'의 개념보다 삶의 질과 더 관련깊음을 의미하는 것이다.

범주별로 살펴보았을 때 저작기능제한을 인지하는 저소득층 노인의 비율이 김의 연구⁸⁾에서의 일반 노인들의 47.2%에 비해 69.1%로 매우 높게 나타났다. 특히 밥, 떡과 같이 기본적 음식물에 대한 저작의 어려움이 57.3%로 비율이 높아 더욱 문제로 나타

났다. 구강내 동통과 다른 증상들 중에서는 저소득층 노인의 경우 구강 건조와 식편 압입을 가장 많이 호소하고 있었으며 이는 일반 노인⁸⁾에서와 같았다. 대화능력·사회적 관계는 대화시 불편하다고 인지하는 노인이 39.2%, 사회적 접촉시 장애를 느끼는 경우가 27.5%로 일반 노인⁸⁾의 25.8%, 20.6%에 비해 높았다.

주관적 구강건강인식도의 하위 항목들과 객관적 구강검사항목과의 관련성은 각기 다음과 같이 나타났다. 저작 기능은 구강검사항목 중 치아우식 경험도와 양의 상관관계를 나타내었고 치아수와 음의 상관관계를 나타내었으나 치주질환과는 연관성이 나타나지 않았다. 저작장애정도는 치아수 중에서도 교합치수, 기능치수, 구치부 잔존치 순으로 강한 상관관계를 나타내었다.

구강내 동통 범주의 경우 치아우식경험도와 치아수는 치아동통, 시린리와 통계학적으로 유의한 관련성이 있었으며 치주질환은 그렇지 않았다. 치아우식경험도가 높을수록 치아동통과 시린이 정도가 오히려 낮아지는 것으로 나타났는데 이는 발거치아 때문으로 여겨진다. 치아수 관련 항목들은 서로 비슷한 크기의 양의 상관관계를 나타내었다. 턱관절 동통은 나타낸 구강검사 항목과는 통계학적으로 유의한 관련성을 나타내지 않았다.

구강내 다른 증상으로 치아동요도와 식편 압입, 잇몸출혈, 구강건조, 구취에 대해 조사하였다. 치아동요도, 식편 압입, 잇몸 출혈과 같이 치아 관련된 항목은 치아우식경험도와 음의 상관관계를 나타내었으며 이는 역시 발거치아 때문으로 생각된다. 치아동요도는 잔존치수, 구강위생지수 및 CPITN과 양의 상관관계를 나타내었다. 이는 구강위생이 나쁘고 치주질환이 심각할수록 치아동요도가 증가함을 의미한다. 구취의 경우 치아수가 많거나 CPITN이 높아질수록 증가되는 것으로 나타났고 구강건조는 거의 모든 구강검사항목과 통계학적으로 유의한 관련

성이 나타나지 않았다.

의사소통장애나 사회관계기피 모두 치아우식경험이 증가하거나 치아수가 감소할수록 그리고 구강위생이 나쁠수록 장애정도가 심해지는 것으로 나타났으나 치주질환과는 통계학적으로 유의한 관련성이 나타나지 않았다.

그러나 이러한 상관분석시 상관계수의 값은 전체적으로 낮게 나타났으며 이는 Locker와 Slade가 구강건강상태의 임상적 지수와 환자의 주관적인 지수(Oral Health Impact Profile)의 연관성을 측정한 결과 일반적으로 상관관계가 낮게 나타났다고 보고한 것과 일치한다¹⁴⁾. 이러한 낮은 연관성은 임상적인 질병과 주관적 건강과의 개념적 차이가 존재하기 때문으로 여겨진다. 또한 주관적 구강건강 인식도와 4가지 범주에 속한 인자들 간의 관련성 역시 그리 높지 않았던 것은 저작 장애나 구강내 증상, 사회적 관계 뿐 아니라 사회경제학적이거나 정신심리학적 변수 등 다른 환경적 변수들의 영향을 복합적으로 받기 때문으로 사료된다.

종합하면 주관적인 구강건강 인식도는 하위 범주 중 구강내 동통이나 증상범주보다 저작 능력과 언어 사회적 관계 범주와 연관성이 더 높았다. 주관적 구강건강인식도 관련 항목들과 객관적 구강검사항목과의 상관분석 결과 구강위생지수 및 치주질환과의 연관성은 매우 낮게 나타났으며 특히 교합치수나 기능치수와 같은 치아수와의 연관성이 높은 편으로 나타났다. 따라서 현재로서는 노인의 주관적인 구강건강 인식도와 연관성이 높은 임상 검사 항목은 치아수로 판단되었다.

본 연구에서 사용된 설문 항목들이 주관적인 구강건강인식도와 전반적으로 상관관계를 나타내었으나 상관계수가 낮게 나왔던 만큼 향후 이를 보다 개선시킬 수 있는 설문 개발이 필요하리라 생각된다. 또한 이를 일반 노인, 다른 연령 집단군 등 보다 다양한 집단에서 조사하여 비교분석할 필요가 있겠다.

5. 결 론

삶의 질 향상과 관련된 구강건강에 대한 평가는 구강검사를 통한 역학적 지수로 표현되는 객관적 평가와 함께 본인 스스로 느끼는 구강건강인식도인 주관적 평가가 함께 이루어져야한다. 본 연구에서는 저소득층 노인의 주관적인 구강건강 인식도를 조사하고 이와 관련된 저작능력, 구강내 동통, 구강내 다른 증상, 대화능력·사회적관계의 네 가지 범주 및 구강검사를 통한 역학적 지수와 관련성을 밝히고자 하였으며, 이를 위하여 기초생활수급대상 노인 976명에 대해 구강검사 및 설문조사를 시행함으로써 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 저소득층 노인의 대다수인 72.9%가 구강건강이 좋지 않다고 인식하고 있었으며, 이는 연령군 및 무치악 여부에 따라 유의한 차이를 나타내지는 않았다.
2. 저작 기능에 제한을 받는다고 인지하는 집단이 전체의 69.1%로 높게 나타났다. 특히 절반 이상인 57.3%의 노인이 밥, 떡과 같은 기본적인 음식물에 대한 저작에 어려움을 느끼고 있었다.
3. 구강내 동통으로 치아의 동통이 34.6%, 시린이 증상은 43.2%, 턱관절 동통은 15.2%의 노인에서 나타났다.
4. 구강내 다른 증상으로 치아동요도가 32.2%, 식편 압입이 59.9%, 잇몸출혈이 22.8%, 구강건조가 62.8%, 구취증상이 37.3%의 노인에서 나타났다.
5. 치아나 틀니문제로 대화에 불편을 느끼는 노인이 39.2%, 다른 사람과의 접촉을 꺼리는 노인이 21.5%로 나타났다.
6. 노인의 주관적 구강건강 인식도와 이와 관련된 네 가지 범주와의 상관관계를 분석한 결과 식편 압입 항목을 제외하고는 모든 항목이 통계적으로 유의한 관련성을 나타내었다. 주관적 구강건강 인식도와 구강검사를 통한 역학적 지수와 상관

관계를 분석한 결과 치아수와 양의 상관관계를 나타내었고 우식경험치면수, 구강위생지수와는 음의 상관관계를 나타내었다.

주관적인 구강건강 인식도는 하위 범주 중 구강내 동통이나 증상 범주보다 저작 능력과 언어사회적 관계 범주와 연관성이 더 높았다. 노인의 주관적인 구강건강 인식도와 연관이 높은 임상 검사 항목은 치아수였다.

참 고 문 헌

- World Health Organization, Definition of health, [online] cited 2004 March 8; Available from: URL: <http://www.who.int/about/definition/en/>
- Willits FK, Crider DM. Health rating and life satisfaction in the later middle years. *J Gerontol* 1988;43(5):S172-176.
- Kressin NR. Symposium on self-reported assessments of oral health outcomes, Introduction. *J Dent Educ* 1996;60:485-487.
- Locker D. Applications of self-reported assessments of oral health outcomes. *J Dent Educ* 1996;60:494-500.
- Resisine ST. Overview of the field: past experience and current issues. *J Dent Educ* 1996;60:488-493.
- Riffle KL, Yoho J, Sams J. Health-promoting behaviors, perceived social support, and self-reported health of Appalachian elderly. *Public Health Nurs* 1989;6(4):204-211.
- Slade GD. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology. 1997.
- 김남희. 노인의 주관적 구강 건강 상태에 영향을 미치는 요인 연구. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문. 2003.
- Slade GD. Measuring oral health and quality of life: The oral health impact profile. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997:93-104.
- Kathryn AA. Measuring oral health and quality of life: The general oral health assessment index. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997:71-80.
- Sheiham A, Cushing AM, Maizels J. Measuring oral health and quality of life: The social impacts of dental disease. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997:47-56.
- Locker D. Measuring oral health and quality of life: Subjective oral health status indicators. Chapel Hill: University of North Carolina, Dental Ecology 1997:105-112.
- Locker D, Slade G. Association between clinical and subjective indicators of oral health status in an older adult population. *Gerodontology* 1994;11(2):108-114.

Abstract

Subjective oral health perception of Korean low socio-economic elderly

Young-Nam Kim, Ho-Keun Kwon¹

Department of Dental Hygiene, Wonju College of Medicine, Yonsei University

¹*Department of Preventive and Public Health Dentistry, College of Dentistry, Yonsei University*

Keyword : elderly, low socio-economic, subjective oral health

The purpose of this study was to examine subjective oral health perception of low socio-economic old aged population. And the relationship of four categories (chewing ability, intraoral pain, intraoral other

symptom, and communication ability and social relationship) with clinical index was tried to clarify. The 976 subjects of low socio-economic old aged was selected for oral examination and survey. The results are as follows;

1. 72.9% of low socio-economic old aged recognized that their oral health is unwell, and there was not statistically significant by age and dentation.
2. 69.1% of total population recognized that they have limitation about chewing function. Especially, 57.3% of elderly feels chewing difficulty for standard foodstuffs as rice and rice cake.
3. In intraoral pain, painful tooth was 34.6%, sensitive tooth was 43.2%, and temporomandibular joint pain was 15.2%.
4. In intraoral other symptoms, tooth mobility was 32.2%, food impaction was 59.9%, gingival bleeding was 22.8%, xerostomia was 62.8%, and halitosis was 37.3%.
5. 39.2% of low socio-economic old aged has communication difficulty by teeth or denture problem, and 21.5% of them avoid relationship with other people.
6. In the correlation analysis of subjective oral health perception with four associated subcategories, the most items of subcategories have positive correlation. In the correlation analysis of subjective perception with clinical index, residual tooth number shows positive correlation, and DMFS and oral hygiene index show negative correlation.