

한국 성인의 구강건강실천행위에 영향을
미치는 요인 분석

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 은 애

한국 성인의 구강건강실천행위에 영향을
미치는 요인 분석

지도 권 호 근 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함.

2008년 6월 일

연세대학교 보건대학원

국제보건학과

김 은 애

김은애의 석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원
국제보건학과
2008년 6월 일

감사의 글

논문을 쓰면서 많이 힘들었고 두려웠고 불안하였습니다. 그런 과정을 통과하고 뿌듯함, 감격 그리고 남은 아쉬움을 담아 이렇게 감사의 글을 쓰게 되었습니다.

먼저 나의 힘이 되시는 하나님.. 논문을 쓰며 감사와 기도를 회복하게 하신 하나님.. 두려워 말라 나와 함께 하겠다 약속하여 주신 하늘에 계신 하나님 아버지께 감사와 찬양을 올려 드립니다.

논문의 근간과 탁월한 통찰력, 세밀함으로 논문의 기본을 잡아 주시고 흐름까지 정리해주신 권호근 교수님과 논문의 핵심을 짚어 주시고 학문하는 태도를 함께 가르쳐 주신 오희철 교수님 그리고 늘 따뜻한 격려로 논문 지도뿐만 아니라 지친 마음까지 위로하여 주신 지선하 교수님께 머리를 숙여 감사드립니다.

대학원 생활에 어려움 없도록 직장생활을 배려 해주신 대한치과의사협회 안성모 전협회장님과 마경화이사님, 그리고 연세대학교 보건대학원 선배님이시며 든든한 후원자이셨던 유희대부장님, 논문에 집중 할 수 있도록 세심한 것까지 배려 해주신 남궁원대리님과 이우정언니께 진심으로 감사드립니다.

눈물 흘려 기도해주시고 신뢰가 무엇인지.. 그리스도인 삶이 어떤 것인지.. 알게 하여 주신 나의 영적 어머니 김경희집사님과 조애신멘토님 사랑하고 감사합니다. 그리고 논문을 쓰는 과정에 의미를 부여 해준 조연자 김지은언니와 썬샤인협의회체 우리 순원들에게 감사를 전합니다.

대학원 입학부터 지금까지 힘든 순간마다 서로를 격려하고 위로하며 마치 한 몸처럼 움직였던 우리 국제보건학과 동기들.. 엄마가 된 이은진언니, 선교사의 삶을 준비하는 새댁 김민경, 정말 많이 의지 했고 마음과 눈빛과 언어가 통했던 김미희언니, 그리고 김양희언니 함께 라서 행복했고 함께했

던 2년 반은 감동 이었습니다. 그리고 논문 통계에 도움을 주신 보건대학원 김윤남 선생님께 진심으로 감사드립니다.

늘 힘이 되어 준 사랑하는 우리 가족이 있습니다. 일이 많아 힘들어도 싫은 소리 한번하지 않고 발표 자료와 논문을 수정해주고 늦게 학교에서 돌아오면 따뜻한 밥을 차려주며 지친 마음을 채워 줬던 작은 천사 은하언니와 대학원 입학 후 너무 기뻐하시고 자랑스러워하시던 우리 부모님.. 새벽에 눈물로 기도해 주신 기도의 천사 나의 어머니 최초례 권사님, 그 기도가 있어 지금이 있으며 미래가 있습니다. 기도로 함께 논문을 써 주신 어머니 진심으로 감사드립니다. 그리고 부르면 부를수록 가슴이 멍멍해지는 아버지.. ‘우리 막내는 뭐든 잘해’라며 늘 믿어주셨고 사랑해 주셨던 나의 아버지.. 그런 내 편인 아버지가 2007년 7월 30일 세상의 삶을 뒤로하시고 천국으로 떠나셨습니다. 슬픔에 쌓여 아무것도 할 수 없는 순간에 아버지의 사랑에 뭔가 보답하고 싶은 마음이 들어 논문을 시작 할 수가 있었습니다. 세상을 마감한 순간에도 자식에게 힘이 되어 주신 아버지.. 이 땅에 사는 동안은 아버지를 부를 수 없지만 천국에서 만나는 그 날까지 최선을 다해 아버지처럼 정직하고 바르게 살아가며 성숙한 신앙이 되도록 힘써 노력하겠습니다. 끝없는 헌신의 사랑으로 포기를 떨칠 수 있는 용기를 주시고 천국을 더욱 소망하게 하여 주셨으며 하나님의 마음을 배우게 하신 아버지 존경합니다. 아버지의 딸이어서 참 행복했었고 지금도 행복합니다. 아버지 사랑합니다. 그리고 감사합니다.

이 논문은 천국에 계시는 나의 아버지 김평숙 안수집사님께 드립니다.

2008년 7월 푸른 계절에 김은애 올림

차 례

국문요약	vi
I. 서론	1
1. 연구의 배경 및 필요성	1
2. 연구의 목적	3
II. 문헌고찰	3
1. 구강질환	3
1.1 치아우식증	5
1.2 치주질환	5
2. 구강건강실천 행위	6
2.1 잇솔질	7
2.2 치과방문	7
2.3 흡연	8
2.4 간식섭취	8
III. 연구방법	9
1. 연구대상 및 방법	9
1.1 연구대상	9
1.2 조사방법	10
1.3 조사내용	10
2. 변수의 선정	11
3. 연구 및 분석의 틀	14
IV. 연구결과	15
1. 연구대상자의 일반적 특징	15

2. 인구학적특성과 구강건강실천행위	17
2.1 인구학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문	17
2.2 인구학적특성에 따른 금연과 간식섭취	19
3. 사회경제학적특성과 구강건강실천행위	21
3.1 사회경제학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문	21
3.2 사회경제학적특성에 따른 금연과 간식섭취	23
4. 객관적 구강건강상태와 구강건강실천행위	25
4.1 구강건강상태에 따른 잇솔질과 치과방문	25
4.2 구강건강상태에 따른 금연과 간식섭취	27
5. 주관적구강건강인식과 구강건강실천행위	29
5.1 주관적구강건강인식에 따른 잇솔질과 치과방문	29
5.2 주관적구강건강인식에 따른 금연과 간식섭취	31
6. 구강건강실천행위의 로지스틱다중회귀분석	32
6.1 잇솔질	32
6.2 치과방문	36
6.3 금연	39
6.4 간식미섭취	42
V. 고찰	45
1. 연구방법에 대한 고찰	45
2. 연구결과에 대한 고찰	46
VI. 결론	51
참고문헌	53
부록	59
영문요약	61

표 차 례

표 1. 연구에 사용된 변수와 내용	13
표 2. 조사대상자의 일반적 특징	16
표 3. 인구학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문	18
표 4. 인구학적특성에 따른 금연과 간식섭취	20
표 5. 사회경제학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문	22
표 6. 사회경제학적특성에 따른 금연과 간식섭취	24
표 7. 구강건강상태에 따른 잇솔질과 치과방문	26
표 8 구강건강상태에 따른 금연과 간식섭취	28
표 9. 주관적구강건강인식에 따른 잇솔질과 치과방문	30
표 10. 주관적구강건강인식에 따른 금연과 간식섭취	31
표 11. 잇솔질의 로지스틱다중회귀분석	35
표 12. 치과방문의 로지스틱다중회귀분석	38
표 13. 금연의 로지스틱다중회귀분석	41
표 14. 간식미섭취의 로지스틱다중회귀분석	44

그 립 차 례

그림 1. 연구의 개념적 틀	14
-----------------------	----

국 문 요 약

본 연구에서는 인구사회경제학적 변수, 객관적 구강건강상태, 주관적 구강건강인식을 포함한 포괄적인 모델 하에서 우리나라 18세이상 성인의 구강건강실천행위에 관련된 요인을 탐색하였다. 2003년 국민구강건강실태조사 자료를 이용하였고 분석대상은 총 3,989명 이었다. 로지스틱다중회귀모형을 이용하여 통계분석을 수행하였으며 다음과 같은 결론을 얻었다.

첫째, 우리나라 성인의 구강건강실천행위에 관련된 요인을 파악하고자 로지스틱다중회귀분석을 한 결과 연령, 성, 교육수준, 직업, 의료보장형태, 보철물필요, 치주조직상태, 구강건강인식, 구강염려가 유의한 관련성이 있었다.

둘째, 연구대상자의 인구학적특성에 따른 구강건강실천행위 특성을 살펴본 결과 잇솔질은 연령이 증가하면서 감소하였고, 여성, 도시거주자에서 높게 나타났다. 치과방문은 연령의 증가에 따라 방문은 증가 하였으며, 금연과 간식미섭취는 남성이 여성에 비해 낮았으며 연령이 증가하면서 간식미섭취 비율은 낮게 나타났다.

셋째, 연구대상자의 사회경제학적 특성에 따른 구강건강실천행위의 특성은 소득이 높을수록 잇솔질과 치과방문, 금연, 간식미섭취가 높았으며 교육수준이 높고 상위직일수록 잇솔질, 치과방문을 많이 하였다.

넷째, 연구자의 구강건강상태에 따른 구강건강실천행위의 특성은 구강건강 상태가 좋을수록 구강건강실천을 잘 하는 것으로 나타났다.

위의 결과 우리나라 성인의 구강건강실천행위 수준을 높이기 위해 인구·사회경제학적특성 중 연령, 성, 교육수준, 직업, 의료보장형태, 객관적 구강건강상태 및 주관적 구강건강인식 등의 특성을 고려하여 구강보건교육 프로그램이 기획되어야 할 것이다.

I. 서 론

1. 연구배경 및 필요성

건강은 행복의 중요한 조건으로 이를 위해 시간과 돈을 아낌없이 투자하는 등 건강에 대한 관심이 증가되고 있다. 구강건강은 이러한 전체 건강의 일부로 전신건강을 위해서 구강건강은 필수적인 조건이라고 할 수 있다.

구강건강은 상병에 이환되지 않고 허약하지 않을 뿐만 아니라 정신작용과 사회생활에 장애가 되지 않는 치아와 악안면구강조직기관의 상태를 말하며 유전적으로나 환경적으로 주어진 조건 아래에서 적절한 생리적 구강기능을 나타내는 상태라고 정의 할 수 있다.(김종배 등, 1999)

국민구강건강실태조사 보고서(2003, 2006)에 우리나라는 치아우식증과 치주병등의 구강병이 일부 감소하거나 둔화 추세로 수돗물불소농도조정사업, 치아홈메우기사업, 불소용액양치사업 등의 구강보건사업을 지속적으로 추진한 결과이다. 그러나 우리나라 질병다빈도순위(2006 건강보험통계연보)에서 치아우식증 4위, 치은염 및 치주질환 5위, 치수 및 치근단주위조직 질환 6위로 조사되었다. 치아우식증과 치주병은 우리나라 국민들의 치아를 발치하게 되는 양대 질환으로 일반적으로 아동과 청년기에는 치아우식증으로 인하여 치아를 발거하는 경우가 많고 장년기와 노년기에 접어들수록 치주병으로 인하여 치아를 발거하는 경우가 많다.(김종배, 1999) 구강질환은 대개 서서히 진행되지만 한번 발병하면 자연치유가 어렵고 치료를 받는다 해도 자연상태로 회복이 어려운 특징을 가지고 있다. 그러나 구강질환은 대부분이 예방이 가능하고 또한 다른 질병과 달리 개인의 자발성이 큰 역할을 한다는

특징 또한 가지고 있어 구강건강행위의 역할은 매우 중요하며(이호연,2000) 구강병은 관리여하에 따라 비교적 예방법이 용이한 특성을 가지고 있다.(김진아, 2003) 또 강(1994)의 연구에서는 구강건강행위는 연구대상자의 일반적 특성, 신념과 태도, 구강건강상태, 구강건강지식수준정도, 사회적지지요인 등과 관련되어 있다고 보고하였다. 특히 치아우식증과 치주질환은 가정생활환경, 식생활습관, 생활양식, 구강습관, 구강위생에 관한 지식 및 태도와 밀접한 관련이 있다고 하였다.

건강행위는 건강을 보호하고 증진시키기 위해 취해지는 행위로서 목표지향적 활동형태이며 다차원적이고 개인적 성향을 가져 자발적이고 예방적인 건강행위이므로 행위예측을 위해 중요한 가치를 지닌 개념이다.(Steele & Mcbroom, 1972) 구강건강은 저작기능 발음기능 아울러 심미적인 기능을 동반한 건강 중에서도 중요한 위치를 차지하고 있으므로 구강을 효율적으로 관리하기 위해서 자신의 생활습관과 구강상태의 관련성을 검토하여 보다 과학적인 차원에서 구강건강행위를 수행하는 것이 바람직하다. 따라서 구강건강실천행위에 영향을 미치는 연구가 필요하며, 건강한 삶을 영위하기 위해서는 우선 자신의 건강을 방어하는 예방적 건강행위를 실천하는 것이 중요하다.(김남희, 2003) 또한 발거한 치아의 기능을 재활시키기 위하여 의치나 보철을 할 경우 매우 큰 경제적 부담이 수발된다. 따라서 각자의 노력과 조직적 공동 노력으로 구강상병을 효율적으로 관리 하여야하며 더욱이 평균 수명이 연장됨에 따라 구강보건의 중요성이 더욱 증대 되었다.(이혜영, 2000)

본 연구는 구강건강에 영향을 미치는 환경조건으로 인구학적 특성, 사회경제학적특성 및 객관적 구강건강상태, 주관적 구강건강인지도가 구강건강

실천행위에 미치는 영향을 파악하여 보다 나은 구강건강관리프로그램을 개발하는 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 국민구강건강실태조사 자료를 활용하여 우리나라 성인의 구강건강실천행위에 영향을 미치는 요인을 파악하여 구강보건교육자료 개발에 기초자료를 얻고자 함이며 나아가 구강보건교육 인력을 훈련시키기 위한 자료로 사용하고자 한다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 성인의 인구학적특성, 사회경제학적특성과 구강건강실천행위와의 관련성을 알아본다.

둘째, 객관적 구강건강상태와 구강건강실천행위와의 관련성을 알아본다.

셋째, 주관적 구강건강인식과 구강건강실천행위와의 관련성을 알아본다.

넷째, 우리나라 성인의 구강건강실천행위에 관련된 요인을 알아본다.

Ⅱ. 문헌고찰

1. 구강질환

구강건강은 유전적으로나 환경적으로 주어진 조건아래에서 적절한 생리

적 구강기능을 나타내는 상태라고 정의 할 수 있다.(임병철,1999) 치아우식증과 치주질환은 구강건강에 영향을 미치는 가장 흔한 질병이며, 또한 양대구강병이다.(김중배등, 1998) 구강질환은 대개 서서히 진행되지만 한 번 발병하면 자연치유가 어렵고 치료를 받는다 해도 자연 상태로 회복이 어려운 특징을 가지고 있으므로 예방과 초기 치료가 중요하다고 볼 수 있다.(이향임, 1999) 또한 구강질환은 치태내 생성균에 의해 발생하는 산에 의하여 치아표면을 탈회시킴으로서 치아우식이 발생되고 치태내 독소에 의해 치주병이 발생할 수 있다.(이원재등,1989; Leung WK,2003; 이정인, 2005)

치아우식증 경험이 많은 사람군이 치주질환이 많았고 두 인자 간에 상관관계가 있는 것으로 나타났으며,(김중배등,1994;Polson S,1996;이정인,2005) 치아우식증의 발생은 각 개인의 생활환경과 밀접한 관계를 가지고 있고 (Davies,1963; 장시덕,1997) 이러한 구강질환은 적절히 관리함으로써 구강건강을 증진 유지시킬 수 있다.(김중배,1999)

구강질환의 특이사항으로는 치아우식과 치주질환은 적절한 식이행동과 위생행동을 실천하는 사람들은 이를 억제 예방 할 있으나, 특이한 증상이 없을 때에는 치과에 거의 가지 않는 다는 면이 있다.(강명신, 1994) 비슷한 연구로 치과 문제와 신체의 다른 부위의 증상과 사람들이 인식하는 심각도에 대한 비교 연구(Verhey JGC등, 1986) 결과 치과문제를 그다지 중요하다고 생각하지 않는다고 보고하였으며 또한 치아우식증과 치주질환은 만성질환으로써 질병에 이완되기 전에 조기에 예방하거나 초기 발견 후 쉽게 치료를 할 수 있는 질환이나 치아우식증과 치주질환은 그 발생초기에 통증이나 불편을 수반하지 않기 때문에 스스로 조기에 이러한 질환을 발견하기 어려워 방치하기가 쉽고(박경섭, 2003) 통증이나 불편함이 없어서 치료의

필요성을 느끼지 못했기 때문에 치과방문을 하지 않는 것이라는 보고 하였다.(김현덕, 2003)

1.1 치아우식증

치아우식증이란 산에 의해 치아의 무기질이 탈회되고 치아 내부의 유기질이 파괴되는 치아조직의 결손현상이며(김종배등,1999; 김사식등, 1999; 이정인, 2005) 미생물이 원인이 되는 감염성질환으로 치아표면에 치면세균막이 형성됨으로서 시작된다.(이영애,2006) 치아우식증은 아동기에 급증하며 성인이 된 후에 점차 증가추세가 둔화되다가 장년기 및 노년기 연령층 되면 다시 급증하는 추세를 보인다.(백대일,1993; 김종배,1999; 김사식등,1999; 이정인,2005) 치아우식증의 발생 양상은 질병의 분포가 모든 사람들에게 똑같이 나타나지 않고, 특정한 우식활성 집단이 존재하며,(Burt BA, 1998) 치열내 모든 치아에 똑같이 발생하는 것이 아니라 특정치아에만 집중적으로 나타난다. 즉 동일 치열내에서도 우식에 민감한 치아가 따로 있다는 것이다. (Berman DS등, 1973) 또한 감염성 질환으로 여러 가지 요소에 의하여 입안에 존재하는 세균의 집합체인 치태가 만들어 내는 산성 물질이 치아의 경조직을 용해하는 병이다.(홍석진등, 1997) 개인의 식생활습관 및 구강위생습관과 밀접한 관련이 있다.(김종배,1999; 이영애,2000)

1.2 치주질환

치주질환이란 치은과 백악질, 치조골, 그리고 치주인대를 포함한 치아지조직에 발생한 질환을 말하며 치아주위와 치주낭에 존재하는 세균성 치태의 감염으로 인한 치아의 지지 조직이 손상되는 질환이다(Kelner등,

1981) 또한 치주질환은 성인에서 가장 많이 발생하는 질환으로 치태 및 치석의 축적 정도와 관련성이 있으며, 일반적으로 질병의 속도가 늦으나 빠르게 조직파괴가 일어나는 경우도 있다.(임성빈, 2004) 치주질환이란 치아주위 조직에 생기는 염증성 질환으로 임상적으로는 일반적인 염증의 대표적 증상들이 점차 나타나게 되는 질환이다.(박준봉등,1992;Sashara H등, 1998; 이정인,2005)

2. 구강건강실천행위

구강건강행위란 인간이 구강건강이나 구강질병과 관련된 행위를 일련의 연속과정으로 파악하여 건강관련 행위체계의 관점에서 바라보는 것으로써 건강한 상태에서 행하는 질병예방행위, 질병에의 이환이 진단된 상태에서 행하는 아픈자의 역할행위로 대별되며,(Kegwkes SS,1963 ; 송근배등 2003, 김진아, 2003) 구강내의 질환이 발생하기전의 건강한 구강상태에서 구강건강을 계속 건강한 상태로 유지하기 위하여 수행되는 제반활동을 지칭하는 것으로 구강병의 증상이나 증후가 없음에도 불구하고 이루어지는 행위라는 특징을 지니므로 그 행위의 종류는 매우 다양하다.(이홍수, 1999) 구강질환의 분포에 영향을 미치는 구강건강행위로는 정기적 치과방문, 칫솔질 등이 있으며, 흡연은 치주질환과 관련이 있는 것으로 보고되고 있다. 또한 구강건강행위들은 사회경제적조건과 영향이 깊다고 하였다.(Chen 등, 1983) 또한 일반적인 구강건강행위로는 가장 저렴한 비용으로 효과를 극대화 할 수 있는 방법은 잇솔질이고 그 외에 성인은 6개월에 1번씩 주기적인 스케일링과 치과 구강검진 그리고 불소가 함유된 세치제와 불소가 함유된 용액으로 입안을 행구기 등을 들 수 있다. 또 한 인스턴트 음식이 아닌 청

정류의 충분한 영양이 함유된 음식 섭취와 당분이 함유된 간식류 및 음식을 제한하고 술과 담배를 절제하는 생활이 개인의 구강건강에 중요한 행위라고 할 수 있다.(이호연, 2000) Horowitz AM(1985)은 구강건강행위에 관한 지식과 태도 및 관리 실태에 관한 정보는 장기적인 구강보건개발계획을 수립하는데 중요하다고 하였다.

2.1 잇솔질

구강위생관리에 있어서 가장 우선이 되어야 할 부분은 치태를 제거하는 것으로 치아우식증과 치주질환의 관리를 위한 가장 효율적인 방법 중 하나이고(Loe등, 2000; 김종배,2001) 이를 조절하기 위한 가장 좋은 방법은 잇솔질, 스크래핑등이 있으며,(김혜경, 2001) 잇솔질은 하루 3번 닦는 것에 비해 한번 닦게 될 경우 치면세균막수치가 50%증가하여 치은염이 20%증가한다고 하였다.(임성빈, 2000; 신상익, 2007) 즉 치태는 전문가 및 자가 계속관리 함으로써 치료효과를 극대화할 수 있다.(김수남,1991) 또한 Dominguez-Roja 등(1993)은 잇솔질을 안함은 치아우식증 유발 위험요인이 된다고 보고하였다.

우리나라 국민들이 잇솔질이 가장 효과적인 우식예방법이라고 하여 가장 대표적인 구강보건교육으로 자리 잡고 있다.(백대일,1993)

2.2 치과방문

정기적 치과방문에 관련된 국내 연구에서 예방 목적 치과 방문횟수를 설명하는 구강건강관련 행위에 의한 설명력은 신념에 의한 설명력보다 약16배 높다고 하였고, 아동의 잇솔질 행위에 대한 모친의 행위의 설명력이 신

념에 의한 설명력에 비해 최소 약12배 이상 높았다고 하였다.(이흥수,1996; 김진아,2002) 구강건강과 치과의료이용, 치과의료이용과 사회경제적 조건의 관련성에 대해서는 대단히 많은 연구 결과가 있으며, 대부분 깊은 상호관련성을 보고하고 있다.(Bjertness et al, 1992)

2.3 흡연

흡연과 구강위생상태에 대한 연구에서 흡연이 구강위생을 관리하는데 있어서 불리한 환경을 제공하는 것으로 보고 하였고,(Ismail, 1983;장문택,2003;김지화, 2004; 이정화, 2004; 한경순, 2007) 특히 흡연은 심한 치주염에서 가장 밀접하게 연관된 환경적 위험요소라고 하였으며,(Page등 1997; 박주희, 2004) 전반적이 치료계획 시에 환자의 흡연여부를 고려하여야 한다고 하였다.(장문택, 2003; 한경순,2007)

Papapanou(1996)은 치주질환 역학연구에서 10년 동안 흡연 인구를 관찰한 결과, 흡연군이 비흡연군에 비하여 2배 이상 빠르게 치주질환이 진행된다고 하였다. 국내 윤정식(2003)의 연구에서는 발치 비율과 치주낭 감소량 그리고 방사선상 골소실량을 비교하였을 때 모든 측정치에서 흡연군에서 더 좋지 못한 결과로 보고되었다.

윤정숙(2002) 흡연과 음주가 구강조직에 미치는 영향에 관한 연구에서는 흡연과 음주가 구강조직기관 중 치아주위 조직에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

2.4 간식섭취

구강건강을 유지하기 위해 단음식이나 간식을 피하고 정기적 치과방문이

필수조건이라 할 수 있다.(장시덕,1997) 치아우식증 분포와 식생활 습관과의 관련성에서는 본인인지여부 및 연간 의사진단 여부 모두 평상 시 간식섭취 횟수 관련이 있으며, 평상 시 간식섭취횟수가 많은 집단에서 치아우식 분포가 높았다.(Nlzel, 1983; 이광희,1984; 이언영,1994; 문덕남,2001; 신명숙,2003; 이신영,2007) 전분이나 설탕을 함유하고 있는 음식섭취는 치아우식증을 유발한다고 보고 하였으며,(Mundorff et al,1990; 이신영, 2007) 탄수화물이 치아우식증과 관련이 있음을 알 수 있다.(권호근, 1994)

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 방법

1.1 연구대상

본 연구는 2003년 7월 1일부터 2003년 10월 30일까지 시행된 전 국민 구강건강실태조사를 이용하였다. 전체 표본 대상은 미취학아동 1,799명과 초등학교와 중학교 및 고등학교에서 6,588명 18세 이상 성인 4,538명으로 총 12,925명이 조사를 완료하였다.

표본추출은 다음과 같은 방식으로 수행하였다. 우선 거주지역에 따라 대도시(광역시 이상)층과 중·소도시층(각 도의 시), 농어촌(각 도의 군 이하)층의 3개 층으로 일차적으로 층화하고 연령별로 18-24세, 25-29세, 30-34세, 35-44세 45-54세 45-54세, 55-64세, 65-74세, 75세 이상의 8개 연령군으로 구분하였다. 각 성별과 연령의 16개 조합에서 각각 300명씩 할당하고

3개 거주지역의 인구비례에 따라 조사인원수를 확정하였다.

건강보험가입자를 직장건강보험과 지역건강보험으로 구분하고 국민건강보험공단에서 주기적으로 실시하는 건강검진을 이용하는 성인에 대해 임의로 구강건강실태 조사하였다. 이를 위해 국민건강보험공단에서 인정하는 검진기관 중에서 각 시, 군, 구별 검진기관을 선정하였다. 의료급여자에 대해서는 보건소와 사회복지시설을 이용하였다.

본 연구에서는 구강검진과 설문조사를 동시에 수행한 18세 이상 성인을 연구대상으로 하였으며, 이중 분석변수에 결측치가 없는 3,989명을 최종분석 하였다.

1.2 조사방법

조사팀은 총 20개였으며 각 팀은 구강검사자, 구강검사보조자, 면접조사자, 행정요원 4인 1조로 총 20개 팀으로 이루어졌다. 구강검사자는 사전에 계량훈련을 받은 전국 치과대학 예방치과학교실 교수 및 전공치과의사였다.

구강검사와 함께 면접요원이 면접조사를 시행하였다.

1.3 조사내용

구강건강상태조사에서는 영구치우식증에 대하여는 영구치경험유무, 우식영구치수, 우식영구치면수, 충전영구치수, 충전영구치면수를 조사하였고, 치아치료필요항목에 대하여서는 1면 수복 필요자수, 2면 이상 수복 필요자수, 구조금관 제작 필요자수, 치수치료와 수복치치 필요자수, 발치 필요자수를 조사하였다. 의치·보철상태 및 필요항목, 반점도별 반점치유병자수를 조사하였으며, 치주조직상태 및 치료필요 항목을 조사하였다. 기타 구강건강관

련 정보로 악안면외상경험, 악관절장애, 응급구강진료, 부정구강진료 수령경험, 구강암등에 대하여 조사하였다.

구강건강면접조사에서는 측두하악관절치료 유무, 과두걸림소리 유무, 악관절통증경험, 구강암 경험유무, 악안면외상 경험 유무 등에 대하여 조사하였다.

구강보건의식조사에서는 일반조사항목으로 거주지역, 가구소득, 성별, 연령, 교육정도, 직업, 의료보장형태를 조사하였고, 구강건강과 전신건강항목을 조사하였으며, 구강건강이용실태를 조사하였다. 구강보건의식행태에 대한 항목으로 주관적 구강건강인식, 구강건강염려정도, 1일 총 잇솔질 횟수, 잇솔질 시기, 사용구강환경관리용품에 대하여 조사하였고, 구강건강과 관련된 보건의식행태와 관련하여 흡연, 간식섭취 빈도, 간식종류에 대해 조사하였다.

2. 변수의 선정

2.1 인구·사회경제학적요인

구강건강상태에 영향을 미칠 것으로 예상되는 성별, 연령, 거주지역, 소득, 교육수준, 직업, 의료보장형태를 조사하였다.

2.2 객관적 구강건강상태

객관적 구강건강 상태 평가를 위해 치주질환은 지역사회치주필요지수 (Community Periodontal Index of Treatment Needs:CPITN, 세계보건기구 WHO, 1982)를 이용하였으며, 다른 객관적 구강건강상태 변수로는 보철물

필요, 보철물 상태, 악관절장애로 구분하여 조사하였다.

2.3 주관적 구강건강인식

주관적 구강건강 상태는 구강건강인지도와 구강건강염려로 나누어 조사하였다. 구강건강인지정도는 5점 척도로 ‘매우 건강하다’, ‘건강한편이다’, ‘보통이다’, ‘건강하지 못 한편이다’, ‘매우 건강하지 못 한편이다’로 조사하였으며, 구강건강염려는 ‘항상 염려 한다’, ‘가끔 염려 한다’, ‘염려하지 않는다’로 구분하였다.

2.4 구강건강실천행위

구강건강실천행위의 조사항목으로는 잇솔질, 치과방문, 금연, 간식미섭취으로 구분하여 조사하였다. 변수의 구체적인 내용은 표 1과 같다.

표 1. 변수의 내용

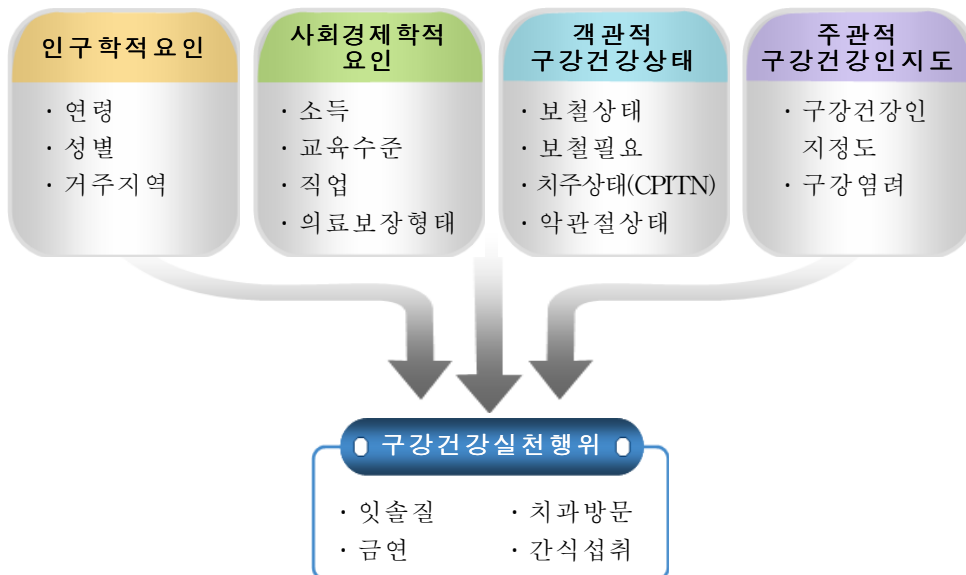
변수	조사항목	측정기준
인구학적 요인	연령	청년층(18-34세), 장년층(35-64세), 노인층65세이상
	성별	남, 여
	거주지역	대도시, 중소도시, 농어촌
사회경제학적 요인	소득	100원미만, 100~200미만, 200-300미만, 300-400미만, 400만원이상
	교육수준	초졸, 중졸, 고졸, 대졸이상
	직업	전문직(고위공무원·관리직, 전문직, 준전문직) 비전문직(사무직, 서비스·판매직, 농·어·축산업, 기능직, 기계·장치·조산원, 단순노무직) 기타직(건물임대, 군인, 연금이나 이자수입자, 주부, 학생) 무직
	건강실태 조사 직업분류)	
	의료장형태	직장보험, 지역보험, 의료급여
	객관적 구강건강상태	보철물 상태
보철물 필요		보철물 필요없음, 고정성가공의치 필요, 국소의치 혹은 다수의 보철물 필요, 총의치 필요
치주조직검사(CPITN)		건전치주조직, 출혈치주조직, 치석형성치주조직, 천치주낭형성치주조직, 심치주낭형성치주조직
악관절장애		연발음, 악관절통증, 개구제한 유무
주관적 구강건강상태	구강건강인식	매우건강하다, 건강한편이다, 보통이다, 건강하지 못한 편이다, 매우 건강하지 못한 편이다
	구강염려	항상, 가끔, 걱정안함
구강건강행위	잇솔질	3회미만 / 3회이상
	치과방문	1년미만 / 1년이상
	금연	유 / 무
	간식섭취	유 / 무

3. 연구 및 분석의 틀

수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 분석하였고 사용한 분석의 방법은 다음과 같다.

인구학적 변수, 사회경제학적 변수 및 구강건강상태변수인 보철상태, 보철필요, 악관절장애 유무, 치주조직상태, 주관적 구강건강인지도변수와 구강건강실천행위에 따른 차이가 존재하는지를 알아보기 위해 카이제곱검정을 실시하였고, 구강건강실천행위의 요인을 분석하기 위해 로지스틱다중회기분석을 실시하였다.

구강건강실천행위에 영향을 미치는 요인을 알아보기와 아래와 같은 연구의 개념적 틀을 구성하였다.



<그림 1> 연구의 개념적 틀

IV. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특징

2003년 국민구강건강실태조사 자료를 이용한 연구대상자의 일반적 특징은 <표 2>와 같다.

연구대상자의 전체 인원은 결측치¹⁾가 없는 3,989명이며 청년층이 1,553명 38.9%, 장년층이 1,550명 38.9% 이었으며 노인층이 886명으로 22.2% 이었으며, 노인층 인원이 적은 것은 75세 이상에서 무응답자율이 높은 결과로 사료 된다. 연령별 특성은 30-34세와 35-44세가 13.2%로 가장 많았으며, 18-24세, 45-54세 13%이었고 25-29세 12.8%, 55-64세 12.7%, 65-74세 12%, 75세이상 10.2% 순이었다.

성별 특성은 남성이 2,022명으로 50.7%, 여성이 1,967명으로 49.3%이었다. 이와 같은 결과는 여성이 남성에 비해 무응답자 많았기 때문이다.

거주지역별은 대도시 1,914명(48%) 가장 많았으며 다음은 중소도시 1,500명(37.6%), 농어촌 572명(14.4%)로 순이었다.

소득수준별로는 100만원미만 1,337명(33.5%) 가장 많았고 200만원미만 1,143명(28.7%)이었으며 300만원 미만, 400만원 미만, 400만원이상 순이었다.

1) 무응답자의 특성

연령별 : 65-74세 92명(16.8%), 75세이상 159명(29%)

성 별 : 남성 247명(45%), 여성 302명 (55%)

거주지역별 : 대도시 239명(43.5%), 중소도시 178명(32.4%), 농어촌 132명(24%)

소득수준별 : 100만원미만 222명(47%), 200만원미만 112명(23.7%)

교육수준별 : 초졸 137명(37.3%)

직 업 별 : 무직 175명(50.9)

교육수준별은 고졸 1,415명(35.5%) 대졸이상 1,268명(31.8%), 초졸 848명(21.3%), 중졸 458명(11.5%)로 순이었다.

직업별분류에서는 비전문직이 1,249명(31.3%)으로 가장 많았고 기타직 25.8%, 전문직 20.2%, 무직 2.7% 순이었다.

의료보장형태의 분류에서는 건강보험 가입자가 3,568명(89.4%) 의료급여 가입자가 421(10.6%)이었다.

표2. 조사대상자의 일반적 특징

변수	구분	표본수	백분율(%)
연령층	청년층	1,553	38.9
	장년층	1,550	38.9
	노인층	886	22.2
성별	남	2,022	50.7
	여	1,967	49.3
지역	대도시	1,914	48
	중소도시	1,500	37.6
	농어촌	575	14.4
수입	100만원미만	1,337	33.5
	200만원미만	1,143	28.7
	300만원미만	768	19.3
	400만원미만	384	9.6
	400만원이상	357	8.9
교육	초졸	848	21.3
	중졸	458	11.5
	고졸	1,415	35.5
	대졸이상	1,268	31.8
직업	전문직	807	20.2
	비전문직	1,249	31.3
	기타직	1,029	25.8
	무직	904	2.7
의료보장	건강보험	3,568	89.4
	의료급여	421	10.6

2. 인구학적 특성과 구강건강실천행위

2.1 인구학적 특성에 따른 잇솔질과 치과방문

연구 대상자의 인구학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문의 특성은 <표 3>과 같다.

잇솔질은 3회미만 2,117명(53.1%)이고, 3회이상 1,872명(46.9%)이었다. 잇솔질 3회이상의 특성은 청년층이 964명(51.1%), 장년층이 662명(35.4%), 노인층 246명(13.1%)로 연령이 증가 할수록 잇솔질은 감소하였다. 잇솔질 빈도수에서도 청년층 2.81회, 장년층 2.43회, 노인층 2.09회이었다. 성별에 따른 특성은 잇솔질 횟수 3회이상은 여성이 남성에 비해 잇솔질 횟수가 많았으며, 빈도 조사에서 여성 2.61회, 남성 2.39회이었다. 거주지역에 따른 특성은 농어촌보다 도시 지역에 거주하는 군이 잇솔질을 3회 이상 많이 하는 것으로 나타났으며 이는 모두 통계적으로 유의하였다.

치과방문의 특성은 치과내원경험이 1년미만 내원자 수는 2,447명(61.3%), 내원 경험 1년 이상자는 1,542명(38.7%) 이었다. 치과내원경험 1년미만은 청년층 904명(36.2%), 장년층 934명(37.2%), 노인층 609명(24.9%)로 나타났으며, 치과내원경험 1년이상은 청년층 904명(42.1%), 장년층 934명(39.9%), 노인층 609명(18%) 이었다.

연구대상자의 치과방문자특성(부록 표1)은 청년층과 장년층이 노인층에 비해 치과방문 목적이 치료보다 예방에 있었는데 이는 구강질환이 만성질환으로 진행되기 때문이라 사료된다. 성별에서는 남성이 여성에 비해 치과 1년미만 내원 경험자가 많았으며, 이는 모두 통계적으로 유의하였다. 치과

방문의 지역별 특징은 1년미만 내원 경험은 농어촌에서 도시로 갈수록 증가하였으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

표 3. 인구학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문

변수구분	구강건강실천행위						
	잇솔질횟수			치과방문			
	3회미만	3회이상	P값	1년미만	1년이상	P값	
전체	2117(53.1)	1872(46.9)		2447(61.3)	1542(38.7)		
청년층	589(27.8)	964(51.5)		904(36.9)	649(42.1)		
연령	장년층	888(41.9)	662(35.4)	<.0001	934(35.4)	616(39.9)	<.0001
	노인층	640(30.2)	246(13.1)		609(24.9)	277(18.0)	
성별	남	1188(56.1)	834(44.6)	<.0001	1273(52.0)	749(48.6)	0.034
	여	929(43.9)	1038(55.4)		1174(48.0)	793(51.4)	
거주지역	대도시	1914(48)	983(46.4)		1150(47)	764(49.5)	
	중소도시	1500(37.6)	799(37.7)	0.014	937(38.3)	563(36.5)	0.291
	농어촌	575(14.4)	335(15.8)		360(14.7)	215(13.9)	

2.2 인구학적특성에 따른 금연과 간식섭취

인구학적특성에 따른 금연과 간식섭취의 특성은 <표 4>와 같다.

금연의 연구대상자의 특성은 금연자 2,918명(73.2%),이고 흡연자 1,071명(26.8%)로 금연율이 높았다. 연령층별 금연자의 특성은 청년층 1089명(37.7%), 장년층 1,101명(37.7%), 노인층 728명(24.9%) 수준으로 연령이 증가 할수록 금연이 높은 것으로 나타났으며 남성 1,059명(36.3%), 여성 1,859명(63.7%)으로 남성이 여성에 비해 금연이 매우 낮은 것으로 나타났다. 이는 모두 통계적으로 유의하였으며, 거주지역에서는 통계적으로 유의하지 않았지만 도시거주자가 농어촌 거주자보다 금연이 높은 것으로 나타났다.

간식섭취의 연구대상자의 특성은 간식미섭취자는 2,700명(67.7%)이고, 간식섭취자는 1,289명(32.3 %)이었다. 연령층별 간식미섭취자의 특성은 청년층 1,266명(46.9%), 장년층 985명(36.5%), 노인층 449명(16.6%)로 청년층은 장년층 노인층에 비해 간식섭취를 하지 않는 것으로 나타났으며, 성별 특성은 여성이 남성에 비해 간식섭취를 적게 하는 것으로 나타났다. 이는 모두 통계적으로 유의였고, 거주지역에서는 통계적으로 유의 하지 않았다.

표 4. 인구학적 특성에 따른 금연과 간식섭취

변수구분	구강건강실천행위					
	금연			간식섭취		
	무	유	P값	무	유	P값
전체	1071(26.8)	2918(73.2)		2700(67.7)	1289(32.3)	
연령						
청년층	464(43.3)	1089(37.3)		1266(46.9)	287(22.3)	
장년층	449(41.9)	1101(37.7)	<.0001	985(36.5)	565(43.8)	<.0001
노인층	728(24.9)	728(24.9)		449(16.6)	437(33.9)	
성별						
남	963(89.9)	1059(36.3)	<.0001	1250(46.3)	772(59.9)	<.0001
여	108(10.1)	1859(63.7)		1450(53.7)	517(40.1)	
거주 지역						
대도시	492(45.9)	1422(48.7)		1319(48.9)	595(46.2)	
중소도시	423(39.5)	1077(36.9)	0.26	995(36.9)	505(39.2)	0.265
농어촌	156(14.6)	419(14.4)		386(14.3)	189(14.7)	

3. 사회경제학적 특성과 구강건강실천행위

3.1 사회경제학적 특성에 따른 잇솔질과 치과방문

사회경제학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문의 특성은 <표 5>와 같고, 사회경제학적특성과 잇솔질과 치과방문의 관련성을 알아본 결과 통계적으로 유의하였다.

잇솔질 횟수는 소득이 높을수록 3회 이상 실시하는 비율이 높았으며, 빈도수 조사²⁾에서도 비슷한 결과가 나타났는데 100만원미만 2.22회, 200만원미만 2.54회, 300만원미만 2.61회, 400만원미만 2.78회, 400만원이상 2.9회이었다. 교육수준에서는 교육수준이 높을수록 잇솔질 횟수가 증가하였고, 직업분류에서는 전문직 일수록 높았으며, 또한 직업을 가지고 있는군과 무직군을 비교하였을 때 직업을 가지고 있는 군이 잇솔질을 자주 하는 것으로 나타났다. 또한 의료보장 형태에서는 건강보험군이 의료급여군에 비해 잇솔질 3회이상 비율이 높았으며, 모두 통계적으로 유의 하였다.

치과방문은 고소득군 일수록 1년미만, 1년이상 방문 비율 모두 다소 낮게 나타나고, 고학력 일수록 치과방문 경험이 높은 것으로 나타났다. 또한 직업을 가지고 있는 자가 무직인 자에 비해 치과방문 경험 1년미만과 1년이상 모두 높게 나타났다. 의료보장형태에서는 의료급여 군에서 1년미만 내원 경험자가 높게 나타났는데 이는 보험진료에서 본인부담금이 없는 급여제도의

2) 잇솔질 빈도수(부록. 표 1)

교육수준 : 초졸 2.04회, 중졸 2.18회, 고졸 2.59회, 대졸이상 2.83회

직업 : 전문직 2.88회, 비전문직 2.49회, 기타직 2.52회, 무직 2.15회

의료보장형태 : 건강보험 2.53회, 의료급여 2.27회

특성으로 이와 같은 결과가 나왔을 것이라 사료된다. 방문형태의 특성은 살펴보면 소득수준이 높고 고학력이며, 전문직에 종사 할수록 치료보다 예방을 목적으로 치과를 방문하는 것으로 나타났다.

표 5. 사회경제학적특성에 따른 잇솔질과 치과방문

변수구분	구강건강실천행위						
	잇솔질횟수			치과방문			
	3회미만	3회이상	P값	1년미만	1년이상	P값	
전체	2117(53.1)	1872(46.9)		2447(61.3)	1542(38.7)		
100만원미만	875(41.3)	462(24.7)		851(34.8)	486(31.5)		
200만원미만	577(27.3)	566(30.2)		731(29.9)	412(26.7)		
소득	300만원미만	381(18)	387(20.7)	<.0001	455(18.6)	313(20.7)	<.0001
400만원미만	159(7.5)	225(12)		227(9.3)	157(10.2)		
400만원이상	125(5.9)	232(12.4)		183(7.5)	174(11.3)		
초졸	637(30.1)	211(11.3)		580(23.7)	268(17.4)		
교육	중졸	314(14.8)	144(7.7)	<.0001	290(11.9)	168(10.9)	<.0001
수준	고졸	705(33.3)	710(37.9)		857(35)	558(36.2)	
대졸이상	461(21.8)	807(43.1)		720(29.4)	548(35.5)		
전문직	280(13.2)	527(28.2)		448(18.3)	359(23.3)		
비전문직	660(31.2)	589(31.5)	<.0001	770(31.5)	479(31.1)	<.0001	
기타직	549(25.9)	480(25.6)		612(25)	417(27)		
무직	628(29.7)	276(14.7)		617(25.2)	287(18.6)		
의료보	건강보험	1837(86.8)	1731(92.5)	<.0001	2155(88.1)	1413(91.6)	0.001
장형태	의료급여	280(13.2)	141(7.5)		292(11.9)	129(8.4)	

3.2 사회경제학적 특성에 따른 금연과 간식섭취

사회경제학적특성에 따른 금연과 간식섭취의 특성은 <표 6>와 같다.

금연은 소득이 높고 고학력자 일수록 높았으나 직업에서는 전문직과 비전문직이 기타직과 무직에 비해 금연은 낮게 나타났다. 소득수준, 교육수준 및 직업은 통계적으로 유의하였고 의료보장형태는 통계적으로 유의하지 않았다.

간식미섭취는 소득수준이 높고, 고학력 일수록 높았으며 직업을 가진군이 무직군에 비해 높았다. 간식섭취는 소득수준, 교육수준, 직업분류, 의료보장 형태에서 모두 통계적으로 유의하였다.

표 6. 사회경제학적특성에 따른 금연과 간식섭취

변수구분	구강건강실천행위					
	금연			간식섭취		
	무	유	P값	무	유	P값
전체	1071(26.8)	2918(73.2)		2700(67.7)	1289(32.3)	
100만원미만	227(25.9)	1060(36.3)		799(29.6)	538(41.7)	
200만원미만	389(36.3)	754(25.8)		790(29.3)	353(27.4)	
소득 300만원미만	226(21.1)	542(18.6)	<.0001	546(20.2)	222(17.2)	<.0001
400만원미만	94(8.8)	290(9.9)		294(10.9)	90(7.0)	
400만원이상	85(7.9)	272(9.3)		271(10)	86(6.7)	
교육 수준 초졸	153(14.3)	695(23.8)		452(16.7)	396(30.7)	
중졸	124(11.6)	334(11.4)	<.0001	262(9.7)	196(15.2)	<.0001
고졸	431(40.2)	984(33.7)		1024(37.9)	391(30.3)	
대졸이상	363(33.9)	905(31)		962(35.6)	306(23.7)	
직업 전문직	256(23.9)	551(18.9)		622(23)	185(14.4)	
비전문직	476(44.4)	773(26.5)	<.0001	848(31.4)	401(31.1)	<.0001
기타직	148(13.8)	881(30.2)		745(27.6)	284(22)	
무직	191(17.8)	713(24.4)		485(18)	419(32.5)	
의료 보장 형태 건강보험	967(90.3)	2601(89.1)	0.294	2442(90.4)	1126(87.4)	0.003
의료급여	104(9.7)	317(10.9)		258(9.6)	163(12.6)	

4. 객관적 구강건강상태와 구강건강실천행위

4.1 구강건강상태에 따른 잇솔질과 치과방문

구강건강실천행위 중 잇솔질과 치과방문에 따른 객관적 구강건강상태의 특성과의 관련성은 <표. 7>과 같고 악관절장애를 제외하고 모두 통계적으로 유의하였다.

잇솔질은 보철물이 없는 구강상태를 가진군이 보철물을 가지고 있는 구강상태 군에 비해 잇솔질을 3회 이상이 높게 나타났다. 잇솔질 빈도수 조사에서도 보철물이 없음이 2.61회, 고정가공의치 2.4회, 국소의치 2.17회, 총의치 2.08회로 나타났으며, 위 결과를 바탕으로 치료를 경험하였다고 하여 구강건강실천행위가 개선되는 것은 아닌 것으로 사료된다. 보철물필요는 보철물을 필요로 하는 구강상태를 가진군에 비해 보철물이 필요하지 않는 구강상태를 가진군에서 잇솔질 3회 이상이 높았다. 치주조직상태에서도 건전한 치주 조직을 가진 군이 그렇지 않은 군에 비해 잇솔질 3회 이상이 높았으며 잇솔질 빈도 역시 건전치주조직군이 2.81회로 치주조직질환 군에 비해 높았다. 잇솔질은 보철물상태, 보철물필요, 치주조직상태에서 통계적으로 유의하였으며, 악관절통증은 유의하지 않았다.

치과방문 경험에 따른 특성은 보철물이 없는 구강상태를 가진군이 그렇지 않은 군에 비해 치과내원 경험 1년미만이 높았으며, 보철물필요에서도 동일한 결과로 나타났다. 치주조직상태는 건전치주조직을 가진 군이 치과방문 경험 1년미만이 높은 것으로 나타났으나 치석형성치주조직과 치주낭형성조직군에서도 같은 결과로 나타났다. 치과방문은 보철물상태, 보철물필요,

치주조직상태에서 통계적으로 유의하였으며, 악관절통증은 유의하지 않았다.

표 7 . 구강건강상태에 따른 잇솔질과 치과방문

변수구분	표본수	구강건강실천행위						
		잇솔질 횟수			치과방문			
		3회미만	3회이상	P값	1년미만	1년이상	P값	
없음	1749(62.8)	1215(57.4)	1322(70.6)		1570(64.2)	967(62.7)		
보철물 상태	고정성가공 의치	975(24.4)	577(27.3)	398(21.3)	<.0001	564(23)	411(26.7)	0.007
	국소의치	324(8.1)	220(10.4)	104(5.6)		204(8.3)	120(7.8)	
	총의치	153(3.8)	105(5.0)	48(2.6)		109(4.5)	44(2.9)	
없음	3049(76.4)	1488(70.3)	1561(83.4)		1852(75.7)	1197(77.6)		
보철물 필요	고정성가공 의치	696(17.4)	450(21.3)	246(13.1)	<.0001	420(17.2)	276(17.9)	0.007
	국소의치	243(6.1)	178(8.4)	65(3.5)		174(7.1)	69(4.5)	
	총의치	1(0)	1(0)	0		1(0)	0	
건강치주조 직	555(13.9)	201(9.5)	354(18.9)		282(11.5)	273(17.7)		
치주 상태	출혈치주조 직	574(14.4)	284(13.4)	290(15.5)	<.0001	335(13.7)	239(15.5)	<.0001
	치석형성치 주조직	1848(46.3)	977(46.2)	871(46.5)		1179(48.2)	669(43.4)	
	치주낭형성 조직	1012(25.4)	655(30.9)	357(19.1)		651(26.6)	361(23.4)	
악관절 장애	유	122(3.1)	57(2.7)	65(3.5)	0.154	68(2.8)	54(3.5)	0.197
	무	3867(96.9)	2060(97.3)	1807(96.5)		2379(97.2)	1488(96.5)	

4.2 구강건강상태에 따른 금연과 간식섭취

구강건강실천행위 중 금연과 간식섭취에 따른 객관적 구강건강상태의 특성과의 관련성은 <표. 8>과 같다.

금연에 따른 보철물상태의 특성은 보철물을 하지 않는 구강상태를 가진 군이 그렇지 않은 군에 비해 금연이 높았고, 보철물필요에서는 보철물을 필요로 하는 구강상태를 가진 군에 비해 보철물이 필요하지 않는 구강상태를 가진군이 금연이 높았다. 치주조직상태는 건전치주조직군이 그렇지 않은 군에 비해 금연이 높았으며, 악관절통증 유무에서는 큰 차이는 볼 수 없었다. 금연은 보철물상태와 치주조직상태에서 통계적으로 유의하게 나타났으며 보철물필요와 악관절통증에서는 유의하지 않았다.

간식섭취에 따른 특징은 보철물이 없는 구강상태를 유지하는 군에서 간식미섭취가 높았으며, 보철물필요에서도 보철물을 필요로 하지 않는 군에서 간식미섭취가 높게 나타났다. 치주조직상태에서는 군간 큰 차이는 보이지 않았지만 건전치주조직을 가진 군이 간식미섭취가 높았다. 간식섭취는 보철물상태, 보철물필요, 치주조직상태 및 악관절통증에서 모두 통계적으로 유의하였다.

표 8. 구강건강상태에 따른 금연과 간식섭취

변수구분	표본수	구강건강실천행위						
		금연			간식섭취			
		무	유	P값	무	유	P값	
보철물 상태	없음	2537(63.6)	748(69.8)	1789(61.3)		1830(67.8)	707(54.8)	
	고정성가공 의치	975(24.4)	229(21.4)	746(25.6)	<.0001	620(23)	355(27.5)	0.01
	국소의치	324(8.1)	58(5.4)	266(9.1)		171(6.3)	153(11.9)	
	총의치	153(3.8)	36(3.4)	117(4.0)		79(2.9)	74(5.7)	
	보철물 필요	없음	3049(76.4)	796(74.3)	2253(77.2)		2162(80.1)	887(68.8)
고정성가공 의치		696(17.4)	203(19)	493(16.9)	0.103	403(14.9)	293(22.7)	<.0001
국소의치		243(6.1)	71(6.6)	172(5.9)		134(5.0)	109(8.5)	
총의치		1(0)	1(0.1)			1(0)		
치주 상태		건전치주조 직	555(13.9)	86(8.0)	469(16.1)		441(16.3)	114(8.8)
	출혈치주조 직	574(14.4)	151(14.1)	423(14.5)	<.0001	396 (14.7)	178(13.8)	<.0001
	치석형성치 주조직	1848(46.3)	519(48.5)	1329(45.5)		1265(46.9)	583(45.2)	
	치주낭형성 조직	1012(25.4)	315(29.4)	697(23.9)		598(22.1)	414(32.1)	
	악관절 장애	유	122(3.1)	30(2.8)	92(3.2)	0.568	99(3.7)	23(1.8)
무		3867(96.9)	1041(97.2)	2826(96.8)	2601(96.3)		1266(98.2)	

5. 주관적 구강건강인식과 구강건강실천행위

5.1 주관적 구강건강인식에 따른 잇솔질과 치과방문

주관적 구강건강인식에 따른 잇솔질과 치과방문의 특성은 <표 9>과 같고 주관적 구강건강인식과 잇솔질과 치과방문의 관련성을 알아본 결과 통계적으로 유의하였다.

자신의 구강건강 대한 주관적 인식을 ‘매우건강하다’, ‘건강하다’, ‘보통이다’라고 응답한 군이 그렇지 않은 군에 비하여 3회이상 잇솔질 빈도가 높게 나타났으며 구강건강 인식에 따른 잇솔질 빈도수는 ‘매우건강하다’ 2.63회, ‘건강하다’ 2.53회, ‘보통이다’ 2.55회, ‘건강하지못하다’ 2.45회, ‘매우건강하지 못하다’ 2.4회로 큰 차이를 보이지는 않았지만 건강하다고 인식하는 군이 그렇지 않은 군에 비해 잇솔질을 횟수가 높은 것으로 나타났다. 또한 자신의 구강건강에 대한 구강염려에서는 구강건강에 대한 염려를 하지 않는군에서는 잇솔질 3회 이상이 높았다.

주관적 구강건강인식에 따른 치과방문 형태는 치과내원 경험 1년미만의 경우 자신의 구강건강을 건강하다고 인식하는 군이 그렇지 않은 군에 비해 방문경험이 높았으며, 자신의 구강건강에 대한 염려에서는 치과내원 경험 1년미만을 보았을 때 큰 차이는 보이지 않으나 염려를 하지 않는 군이 구강건강에 대해 항상염려 하는 군에 비해 1년미만 치과방문 비율이 높은 것으로 나타났다. 추가 사항으로 주관적구강건강인식에 따른 치과방문형태에서는 자신의 구강상태를 건강하다고 인식하는 군과 건강에 대한 염려를 하지 않는 군은 예방적 목적으로 내원하는 특성을 보였고, 자신의 구강상태를 건

강하지 못하다고 인식하는 군과 구강건강에 대한 염려를 하는 군은 치료를 목적으로 내원하는 특성이 있었다.

표 9. 주관적 구강건강인식에 따른 잇솔질과 치과방문

변수구분	표본수	구강건강실천행위						
		잇솔질횟수			치과방문			
		3회미만	3회이상	P값	1년미만	1년이상	P값	
매우건강	187(4.7)	90(4.3)	97(5.2)		125(5.1)	62(4.0)		
건강	930(23.3)	484(22.9)	446(23.8)		597(24.4)	333(21.6)		
구강 건강 인식	보통	1147(28.8)	574(27.1)	573(30.6)	0.01	711(29.1)	436(28.3)	0.001
건강하지 못함	1446(36.2)	810(38.3)	636(34)		831(34)	615(39.9)		
매우건강 하지못함	279(7.0)	159(7.5)	120(6.4)		183(7.5)	96(6.2)		
걱정안함	838(21)	462(21.8)	376(20.1)		461(18.8)	377(24.4)		
구강 염려	가끔	2350(58.9)	1186(56)	1164(62.2)	0.001	1455(59.5)	895(58)	<.0001
항상염려	801(20.1)	469(22.2)	332(17.7)		531(21.7)	270(17.5)		

5.2 주관적 구강건강인식에 따른 금연과 간식섭취

주관적 구강건강인식에 따른 금연과 간식섭취의 특성은 <표 10>과 같다.

구강건강인식과 금연과 간식섭취와의 관련성을 알아본 결과 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났으며, 구강염려와 금연과 간식섭취와의 관련성에서는 통계적으로 유의하게 나타났다.

표 10. 주관적 구강건강인식에 따른 금연과 간식섭취

변수구분	표본수	구강건강실천행위						
		금연			간식섭취			
		무	유	P값	무	유	P값	
매우건강	187(4.7)	44(4.7)	143(4.9)		125(4.6)	62(4.8)		
건강	930(23.3)	229(21.4)	701(24)		618(22.9)	312(24.2)		
구강 건강 인식	보통	1147(28.8)	339(31.7)	808(27.7)	0.091	773(28.6)	374(29)	0.811
건강하지 못함	1446(36.2)	381(35.6)	1065(36.5)		995(36.9)	451(35)		
매우건강 하지못함	279(7.0)	78(7.3)	201(6.9)		189(7.0)	90(7.0)		
걱정안함	838(21)	199(18.6)	639(21.9)		540(20)	298(23.1)		
구강 염려	가끔	2350(58.9)	625(58.4)	1725(59.1)	0.005	1683(62.3)	667(51.7)	<.0001
항상염려	801(20.1)	247(23.1)	554(19)		477(17.7)	324(25.1)		

6. 구강건강실천행의 로지스틱다중회귀분석 : 모형별

연구대상자의 인구·사회경제학적특성에 따른 구강건강실천행위의 차이를 분석하고(모형1), 인구·사회경제학적특성과 객관적 구강건강상태에 해당하는 변수를 선택한 경우(모형2), 인구·사회경제학적특성, 객관적 구강건강상태에 주관적 구강건강상태에 관련된 변수 전체를 선택한 경우(모형3)로 구분하여 연구를 실시하였다.

6.1 잇솔질

<모형1>에서 다른 변수를 보정하지 않고, 인구·사회경제학적특성과 잇솔질의 관련성은 (표. 11)와 같다.

청년층에 비해 장년층은 0.62배, 노인층은 0.52배 잇솔질을 적게 하였으며 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 2.18배 잇솔질을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value <.0001)

거주지는 대도시 거주자에 비해 농어촌 거주자는 0.77배 잇솔질을 적게 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.015)

교육수준은 고학력 일수록 잇솔질이 증가 하였고 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.004 <.0001)

직업은 전문직에 비해 비전문직이 0.68배, 기타직이 0.52배, 무직이 0.72배 잇솔질을 적게 하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.001 <.0001 0.033)

의료보장 형태는 건강보험가입자에 비해 의료급여 가입자는 0.74배 잇솔질을 적게 하였다. 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.01)

<모형2>에서 인구·사회경제학적 특성 및 객관적 구강건강상태등 각의 변수를 통제 후 잇솔질은 다음과 같다.

잇솔질은 청년층에 비해 장년층이 0.66배, 노인층은 0.55배 적었으며, 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001 0.001)

남성에 비해 여성이 2.10배 잇솔질을 많이 하였고, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

거주지는 대도시 거주자보다 농어촌 거주자가 0.78배 잇솔질을 적게 하였고, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.019)

교육수준은 고학력 일수록 잇솔질이 증가하였으며 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.006 <.0001)

직업은 전문직에 비해 비전문직이 0.69배, 기타직이 0.51배, 무직이 0.74배 잇솔질을 적게 하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.001 <.0001 0.047)

의료보장형태는 건강보험가입자에 비해 의료급여 대상자가 0.75배 잇솔질을 적게 하였고 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.018)

보철물 필요에서는 보물을 필요 없음에 비해 고정성가공의치 0.82배, 국소의치 0.63배 잇솔질을 적게 하였고 이는 통계적으로 유의 하였다. (P-value 0.035 0.005)

치주조직상태는 건강치주조직에 비해 출혈치주조직 0.67배, 치석형성치주조직이 0.64배, 치주낭형성조직이 0.64배 잇솔질을 적게 하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.002 <.0001 0.001)

<모형3>전체 변수에 따른 잇솔질은 다음과 같다.

각 각의 변수를 통제 후 잇솔질은 연령이 증가 할수록 감소하였고 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 2.08배 잇솔질을 많이 하였고, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

거주지는 대도시 거주자보다 농어촌 거주자가 0.78배 잇솔질을 적게 하였고, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P 0.019)

교육수준은 고학력 일수록 잇솔질이 증가하였으며 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.006 <.0001)

직업은 전문직에 비해 비전문직이 0.69배, 기타직이 0.52배에 잇솔질을 적게 하였으며 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.001 <.0001)

의료보장형태는 건강보험가입자에 비해 의료급여 대상자가 0.74배 잇솔질을 적게 하였고 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.013)

보철물 필요는 보물을 필요 없음에 비해 고정성가공의치 0.81배, 국소의치 0.62배 잇솔질을 적게 하였고 이는 통계적으로 유의 하였다. (P-value 0.036 0.005)

치주조직상태는 건강치주조직에 비해 출혈치주조직 0.67배, 치석형성치주조직이 0.65배, 치주낭형성조직이 0.65배 잇솔질을 적게 하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.002 <.0001 0.001)

자신의 구강건강상태에 대해 건강하다고 인식하는 자에 비해 보통이라 인식하는 자는 0.70배, 건강하지 않다라고 인식하는 자는 0.61배 잇솔질을 적게 하였으며 통계적으로 유의 하였다. (P-value 0.044 0.005)

자신의 구강건강을 걱정하지 않고 있는 자에 비해 가끔 걱정하는 자는 1.24배, 항상 염려하는 자는 1.47배 잇솔질을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.002)

표 12. 잇솔질의 로지스틱다중회귀분석

		모형1			모형2			모형3		
		Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P	Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P	Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P
연령	청년층	1			1			1		
	장년층	0.62	(0.53, 0.73)	<.0001	0.66	(0.56, 0.79)	<.0001	0.64	(0.54, 0.77)	<.0001
	노인층	0.52	(0.39, 0.69)	<.0001	0.55	(0.41, 0.75)	<.0001	0.53	(0.39, 0.72)	<.0001
성	남	1			1			1		
	여	2.18	(1.88, 2.53)	<.0001	2.10	(1.81, 2.44)	<.0001	2.08	(1.79, 2.42)	<.0001
지역	대도시	1			1			1		
	중소도시	0.97	(0.84, 1.13)	0.719	0.96	(0.83, 1.12)	0.604	0.96	(0.83, 1.12)	0.599
	농어촌	0.77	(0.63, 0.95)	0.015	0.78	(0.63, 0.96)	0.019	0.78	(0.63, 0.96)	0.018
수입	100만원미만	1			1			1		
	200만원미만	1.01	(0.83, 1.23)	0.955	1.00	(0.82, 1.22)	0.998	1.01	(0.82, 1.23)	0.954
	300만원미만	0.91	(0.73, 1.14)	0.407	0.90	(0.72, 1.13)	0.371	0.92	(0.73, 1.14)	0.442
	400만원미만	1.07	(0.81, 1.40)	0.645	1.04	(0.79, 1.37)	0.763	1.04	(0.79, 1.37)	0.781
	400만원이상	1.31	(0.98, 1.75)	0.064	1.27	(0.95, 1.70)	0.109	1.26	(0.94, 1.69)	0.119
교육	초졸	1			1			1		
	중졸	1.49	(1.13, 1.95)	0.004	1.47	(1.12, 1.93)	0.006	1.47	(1.12, 1.93)	0.006
	고졸	2.62	(2.05, 3.36)	<.0001	2.54	(1.98, 3.27)	<.0001	2.56	(1.99, 3.30)	<.0001
	대졸이상	3.52	(2.68, 4.62)	<.0001	3.39	(2.57, 4.47)	<.0001	3.40	(2.57, 4.49)	<.0001
직업	전문직	1			1			1		
	비전문직	0.68	(0.56, 0.84)	0.000	0.69	(0.56, 0.85)	0.000	0.69	(0.56, 0.85)	0.000
	기타	0.52	(0.42, 0.65)	<.0001	0.51	(0.41, 0.64)	<.0001	0.52	(0.42, 0.65)	<.0001
	무직	0.72	(0.54, 0.97)	0.033	0.74	(0.55, 1.00)	0.047	0.75	(0.55, 1.00)	0.053
의료보장	건강보험	1			1			1		
	의료급여	0.74	(0.59, 0.93)	0.010	0.76	(0.60, 0.96)	0.019	0.74	(0.59, 0.94)	0.013
보철상태	없음				1			1		
	고정성가공의치				1.01	(0.85, 1.20)	0.890	1.03	(0.86, 1.22)	0.782
	국소의치				1.05	(0.78, 1.40)	0.766	1.09	(0.81, 1.47)	0.570
	총의치				1.22	(0.82, 1.82)	0.325	1.31	(0.87, 1.96)	0.198
보철필요	없음				1			1		
	고정성가공의치				0.82	(0.68, 0.99)	0.038	0.82	(0.68, 0.99)	0.041
	국소의치				0.64	(0.46, 0.87)	0.005	0.63	(0.46, 0.87)	0.005
CPTIN	건강				1			1		
	출혈				0.67	(0.52, 0.86)	0.002	0.67	(0.52, 0.86)	0.002
	치석				0.64	(0.52, 0.79)	<.0001	0.65	(0.53, 0.81)	<.0001
	치주낭				0.64	(0.50, 0.82)	0.000	0.65	(0.51, 0.83)	0.001
악관절장애	무				1			1		
	유				1.05	(0.71, 1.55)	0.811	1.05	(0.71, 1.56)	0.798
구강인식	매우건강							1		
	건강							0.81	(0.57, 1.13)	0.216
	보통							0.71	(0.50, 1.00)	0.049
	건강하지않음							0.62	(0.43, 0.87)	0.006
	매우건강하지않음							0.71	(0.46, 1.09)	0.119
구강염려	걱정안함							1		
	가끔							1.24	(1.03, 1.50)	0.023
	항상염려							1.48	(1.16, 1.88)	0.002
C-statistics(the Area under the ROC)			0.71			0.72			0.72	

6.2 치과방문

<모형1>에서 다른 변수를 보정하지 않고, 인구·사회경제학적특성과 치과방문의 관련성은 다음과 같다. (표.13)

소득수준이 100만원미만에 비해 200만원미만이 치과방문을 1.31배 많이 하였고 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.004)

교육수준은 고졸 대졸 이상 즉 고학력 일수록 치과방문이 낮게 나타났으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.047 0.021)

의료보장 형태는 건강보험가입자에 비해 의료급여 가입자가 1.34배 치과방문을 많이 하였고, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.012)

<모형2>에서 인구·사회경제학적 특성 및 객관적 구강건강상태등 각의 변수를 통제 후 치과방문은 다음과 같다.

연령에서 청년층에 비해 노인층에서 1.45배 치과방문을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.015)

소득수준이 100만원미만에 비해 200만원미만이 치과방문을 1.28배 많이 하였고 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.012)

교육수준은 고졸 대졸 이상의 고학력 일수록 치과방문이 낮게 나타났으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.019 0.012)

의료보장 형태는 건강보험가입자에 비해 의료급여 가입자가 1.34배 치과방문을 많이 하였고, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.013)

보철물상태는 보철물이 없는군에 비해 총의치가 1.56배 치과방문을 많이 하였고 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.05)

보철물필요는 국소의치를 필요로 하는 군이 필요하지 않는 군에 비해 치과방문을 1.46배 많이 하였고 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.018)

치주상태는 치주 치료가 필요 할수록 치과방문이 증가하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.12 <.0001 0.001)

<모형3> 전체 변수에 따른 치과방문은 다음과 같다.

연령에서 청년층에 비해 노인층에서 1.45배 치과방문을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.021)

소득수준이 100만원미만에 비해 200만원미만이 치과방문을 1.30배 많이 하였고 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.009)

교육수준은 고졸 대졸 이상에서 고학력 일수록 치과방문이 낮게 나타났으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.034 0.019)

직업은 전문직에 비해 무직이 1.34배 치과방문을 많이 하였으며 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.046)

의료보장 형태는 건강보험가입자에 비해 의료급여 가입자가 1.34배 치과방문을 많이 하였고, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.004)

보철물필요는 국소의치를 필요로 하는군이 보철물을 필요로 하지 않는 군에 비해 치과방문을 1.53배 많이 하였고 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.009)

치주상태는 치주 치료가 필요 할수록 치과방문이 증가하였으며, 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.12 <.0001 0.001)

자신이의 구강건강 상태에 대한 염려를 하지 않는 자가 자신의 구강건강 상태에 대한 염려하는 자에 비해 0.64배 치과방문을 적게 하였으며 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.001)

표 13. 치과방문의 로지스틱다중회귀분

		모형1			모형2			모형3		
		Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P	Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P	Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P
연령	청년층	1			1			1		
	장년층	1.03	(0.88, 1.21)	0.694	1.06	(0.89, 1.26)	0.503	1.06	(0.90, 1.27)	0.481
	노인층	1.24	(0.94, 1.64)	0.125	1.34	(1.00, 1.81)	0.052	1.32	(0.97, 1.78)	0.075
성	남	1			1			1		
	여	0.86	(0.75, 0.99)	0.033	0.90	(0.78, 1.04)	0.140	0.94	(0.81, 1.08)	0.388
지역	대도시	1			1			1		
	중소도시	1.09	(0.94, 1.25)	0.245	1.10	(0.95, 1.27)	0.199	1.10	(0.95, 1.27)	0.190
	농어촌	1.10	(0.91, 1.35)	0.327	1.09	(0.90, 1.34)	0.377	1.10	(0.90, 1.35)	0.348
수입	100만원미만	1			1			1		
	200만원미만	1.32	(1.09, 1.60)	0.004	1.30	(1.07, 1.57)	0.008	1.31	(1.08, 1.60)	0.006
	300만원미만	1.14	(0.92, 1.41)	0.223	1.12	(0.91, 1.39)	0.291	1.13	(0.91, 1.40)	0.263
	400만원미만	1.21	(0.93, 1.57)	0.165	1.19	(0.91, 1.55)	0.199	1.19	(0.91, 1.55)	0.207
	400만원이상	0.90	(0.69, 1.19)	0.464	0.89	(0.68, 1.17)	0.398	0.88	(0.67, 1.16)	0.365
교육	초졸	1			1			1		
	중졸	0.83	(0.65, 1.08)	0.163	0.83	(0.64, 1.08)	0.163	0.84	(0.65, 1.09)	0.192
	고졸	0.79	(0.62, 1.00)	0.047	0.78	(0.61, 0.99)	0.042	0.80	(0.63, 1.02)	0.072
	대졸이상	0.74	(0.57, 0.96)	0.021	0.73	(0.56, 0.95)	0.018	0.75	(0.57, 0.98)	0.032
직업	전문직	1			1			1		
	비전문직	1.16	(0.96, 1.41)	0.122	1.18	(0.97, 1.43)	0.098	1.18	(0.97, 1.44)	0.091
	기타	1.12	(0.91, 1.38)	0.277	1.15	(0.93, 1.41)	0.207	1.14	(0.92, 1.41)	0.224
의료 보장	무직	1.28	(0.96, 1.69)	0.090	1.30	(0.98, 1.72)	0.073	1.32	(0.99, 1.76)	0.058
	건강보험	1			1			1		
	의료급여	1.34	(1.07, 1.68)	0.012	1.31	(1.04, 1.64)	0.023	1.38	(1.10, 1.74)	0.006
보철 상태	없음	1			1			1		
	고정성가공의치			0.73	(0.62, 0.86)	0.000	0.77	(0.65, 0.91)	0.002	
	국소의치			0.73	(0.55, 0.96)	0.024	0.82	(0.61, 1.08)	0.160	
	총의치			0.99	(0.67, 1.48)	0.972	1.06	(0.71, 1.59)	0.766	
보철 필요	없음	1			1			1		
	고정성가공의치			0.84	(0.70, 1.01)	0.063	0.89	(0.74, 1.06)	0.190	
	국소의치			1.24	(0.91, 1.68)	0.168	1.36	(1.00, 1.85)	0.054	
CPITN	건강	1			1			1		
	출혈			1.34	(1.05, 1.71)	0.017	1.35	(1.06, 1.72)	0.014	
	치석			1.67	(1.37, 2.03)	<.0001	1.68	(1.37, 2.05)	<.0001	
	치주낭			1.54	(1.22, 1.93)	0.000	1.57	(1.25, 1.98)	0.000	
악관절 장애	무	1			1			1		
	유	0.83	(0.57, 1.20)	0.323	0.85	(0.59, 1.24)	0.323	0.85	(0.59, 1.24)	0.397
구강건 강인식	매우건강	1			1			1		
	건강						0.89	(0.63, 1.25)	0.493	
	보통						0.86	(0.61, 1.22)	0.399	
	건강하지않음						0.75	(0.53, 1.06)	0.108	
구강 염려	매우건강하지않음						1.20	(0.79, 1.85)	0.396	
	걱정안함	1			1			1		
	가끔						0.94	(0.78, 1.13)	0.487	
	항상염려						0.62	(0.49, 0.79)	<.0001	
C-statistics(the Area under the ROC)		0.58			0.61			0.62		

6.3 금연

<모형1>에서 다른 변수를 보정하지 않고, 인구·사회경제학적특성과 금연과의 관련성은 다음과 같다.(표. 14)

연령에서 청년층에 비해 노인층이 2.61배 금연을 많이 하였고 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 15.64배 금연을 많이 하였으며 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

교육수준이 높을수록 금연은 높게 나타났으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.007 0.002)

직업은 전문직에 비해 기타직의 종사자가 1.43배 금연을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다(P-value 0.013)

<모형 2>에서 인구·사회경제학적 특성 및 객관적 구강건강상태등 각의 변수를 통제 후 금연은 다음과 같다.

연령이 증가 할수록 금연은 높아 졌으며 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 15.2배 금연을 많이 하였으며 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

교육수준이 높을수록 금연을 많이 하였으며 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.033 0.014)

직업은 전문직에 비해 기타직의 종사자가 1.4배 금연을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다(P-value 0.022)

치주조직상태에서는 건강치주조직에서 건강하지 못한 치주조직을 가지고

있을수록 금연이 낮아 졌으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

<모형3> 전체 변수에 따른 금연은 다음과 같다. 연령이 증가 할수록 금연은 높아 졌으며 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.02 <.0001)

남성에 비해 여성이 15.20배 금연을 많이 하였으며 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

교육수준이 높을수록 금연을 많이 하였으며 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.026 0.011)

직업은 전문직에 비해 기타직의 종사자가 1.41배 금연을 많이 하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다(P-value 0.019)

치주조직상태에서는 건강치주조직에서 건강하지 못한 치주조직을 가지고 있을수록 금연이 낮아 졌으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

자신의 구강건강을 건강하다고 인식하는 군에 비해 보통이라고 인식하는 군은 0.62배, 건강하지 않다라고 인식하는 군은 0.60배 금연을 적게 하였으며 이는 통계적으로 유의 하였다.(P-value 0.025 0.018)

표 14. 금연의 로지스틱다중회귀분석

		모형1			모형2			모형3				
		Odds	95%신뢰구간		P	Odds	95%신뢰구간		P	Odds	95%신뢰구간	
		Ratio	하한값	상한값		Ratio	하한값	상한값		Ratio	하한값	상한값
연령	청년층	1			1			1				
	장년층	1.18	(0.97, 1.44)	0.103	1.34	(1.08, 1.66)	0.007	1.29	(1.04, 1.60)	0.019		
	노인층	2.61	(1.84, 3.70)	<.0001	3.15	(2.16, 4.60)	<.0001	2.97	(2.03, 4.35)	<.0001		
성	남	1			1			1				
	여	15.64	(12.48, 19.59)	<.0001	14.98	(11.94, 18.80)	<.0001	15.12	(12.03, 19.00)	<.0001		
지역	대도시	1			1			1				
	중소도시	0.85	(0.71, 1.02)	0.077	0.85	(0.71, 1.02)	0.075	0.85	(0.71, 1.02)	0.080		
	농어촌	0.97	(0.76, 1.24)	0.793	0.99	(0.77, 1.27)	0.914	0.99	(0.77, 1.27)	0.940		
수입	100만원미만	1			1			1				
	200만원미만	0.87	(0.68, 1.11)	0.249	0.86	(0.67, 1.10)	0.235	0.87	(0.68, 1.12)	0.280		
	300만원미만	1.03	(0.78, 1.35)	0.853	1.02	(0.77, 1.35)	0.883	1.04	(0.79, 1.38)	0.785		
	400만원미만	1.11	(0.78, 1.57)	0.561	1.08	(0.76, 1.53)	0.670	1.08	(0.76, 1.53)	0.674		
	400만원이상	1.08	(0.75, 1.55)	0.680	1.01	(0.70, 1.45)	0.971	1.00	(0.69, 1.43)	0.978		
교육	초졸	1			1			1				
	중졸	1.31	(0.95, 1.82)	0.104	1.29	(0.93, 1.80)	0.132	1.30	(0.93, 1.81)	0.125		
	고졸	1.51	(1.12, 2.04)	0.007	1.41	(1.04, 1.91)	0.028	1.43	(1.05, 1.94)	0.023		
	대졸이상	1.67	(1.20, 2.33)	0.002	1.53	(1.10, 2.15)	0.013	1.56	(1.11, 2.18)	0.010		
직업	전문직	1			1			1				
	비전문직	0.91	(0.73, 1.15)	0.433	0.92	(0.73, 1.16)	0.500	0.93	(0.74, 1.17)	0.513		
	기타	1.43	(1.08, 1.91)	0.013	1.40	(1.05, 1.86)	0.023	1.41	(1.06, 1.88)	0.019		
	무직	1.29	(0.91, 1.83)	0.153	1.35	(0.95, 1.92)	0.098	1.36	(0.96, 1.94)	0.086		
의료보장	건강보험	1			1			1				
	의료급여	0.81	(0.61, 1.08)	0.152	0.82	(0.62, 1.09)	0.177	0.82	(0.62, 1.10)	0.182		
보철상태	없음				1			1				
	고정성가공의치				1.07	(0.87, 1.32)	0.528	1.11	(0.90, 1.38)	0.331		
	국소의치				1.14	(0.79, 1.65)	0.475	1.25	(0.86, 1.83)	0.239		
	총의치				0.70	(0.43, 1.13)	0.144	0.77	(0.47, 1.26)	0.301		
보철필요	없음				1			1				
	고정성가공의치				0.79	(0.63, 0.99)	0.038	0.81	(0.64, 1.02)	0.070		
	국소의치				0.69	(0.48, 0.98)	0.036	0.71	(0.50, 1.03)	0.069		
CPITN	건강				1			1				
	출혈				0.53	(0.38, 0.74)	0.000	0.53	(0.38, 0.75)	0.000		
	치석				0.54	(0.40, 0.72)	<.0001	0.55	(0.41, 0.73)	<.0001		
	치주낭				0.42	(0.30, 0.58)	<.0001	0.43	(0.31, 0.59)	<.0001		
악관절장애	무				1			1				
	유				1.20	(0.73, 1.97)	0.467	1.21	(0.74, 1.99)	0.450		
구강건강인식	매우건강							1				
	건강							0.82	(0.54, 1.24)	0.342		
	보통							0.61	(0.40, 0.93)	0.022		
	건강하지않음							0.59	(0.38, 0.90)	0.014		
	매우건강하지않음							0.62	(0.37, 1.04)	0.069		
구강염려	걱정안함							1				
	가끔							1.15	(0.92, 1.43)	0.209		
	항상염려							1.19	(0.89, 1.59)	0.242		
C-statistics(the Area under the ROC)			0.81		0.82		0.82					

6.3 간식미섭취

<모형1>에서 다른 변수를 보정하지 않고, 인구·사회경제학적특성과 간식미섭취와의 관련성은 다음과 같다.(표 14)

연령이 증가 할수록 간식미섭취는 증가하였고 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 2.02배 간식미섭취가 높았고 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

교육수준이 높을수록 간식미섭취가 높았고, 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.001 0.003)

직업은 전문직에 비해 비전문직이 0.78배, 기타직의 종사자가 0.73배 간식미섭취가 낮았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(P-value 0.032 0.013)

<모형 2>에서 인구·사회경제학적 특성 및 객관적 구강건강상태 등 각각의 변수를 통제 후 간식미섭취는 다음과 같다.

연령이 증가 할수록 간식미섭취는 증가하였고 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 1.95배 간식미섭취가 높았으며 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

교육수준이 높을수록 간식미섭취가 높았고, 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.001 0.007)

직업은 전문직에 비해 비전문직이 0.79배, 기타직의 종사자가 0.73배 간식미섭취가 낮았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(P-value 0.045 0.012)

보철물상태는 보철물이 없는 군에 비해 국소의치가 0.73배 간식미섭취가

낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.045)

보철물 필요는 보철물을 필요로 하지 않는 군에 비해 고정성가공의치를 가진군이 0.79배 간식미섭취가 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.012)

치주조직상태에서는 건강한 치주조직을 가지고 있을수록 간식미섭취가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.006 0.009)

<모형3> 전체 변수에 따른 간식미섭취는 다음과 같다. 연령이 증가 할수록 간식미섭취는 증가하였고 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

남성에 비해 여성이 1.95배 간식미섭취가 높았으며 통계적으로 유의하였다.(P-value <.0001)

교육수준이 높을수록 간식미섭취가 높았고, 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.001 0.01)

직업은 전문직에 비해 기타직의 종사자가 0.73배 간식미섭취가 낮았으며, 이는 통계적으로 유의하였다(P-value 0.045 0.014)

보철물 필요는 보철물을 필요로 하지 않는 군에 비해 고정성가공의치를 가진군이 0.76배, 국소의치가 0.74배 간식미섭취가 낮았으며 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value 0.005 0.045)

치주조직상태에서는 건강한 치주조직을 가지고 있을수록 간식미섭취가 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다.(P-value 0.003 0.009 0.037)

자신의 구강건강에 대해 염려를 전혀 하지 않는 군에 비해 가끔이라도 염려를 하고 있다는 군이 1.51배 간식미섭취가 높았다. 이는 통계적으로 유의하였다. (P-value <.0001)

표 15. 간식미섭취의 로지스틱다중회귀분석

		모형1			모형2			모형3		
		Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P	Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P	Odds Ratio	95%신뢰구간 하한값 상한값	P
연령	청년층	1			1			1		
	장년층	0.43	(0.36 , 0.52)	<.0001	0.45	(0.37 , 0.55)	<.0001	0.46	(0.37 , 0.55)	<.0001
	노인층	0.30	(0.22 , 0.40)	<.0001	0.32	(0.24 , 0.44)	<.0001	0.33	(0.24 , 0.45)	<.0001
성	남	1			1			1		
	여	2.02	(1.72 , 2.36)	<.0001	1.98	(1.69 , 2.32)	<.0001	1.93	(1.65 , 2.27)	<.0001
지역	대도시	1			1			1		
	중소도시	0.89	(0.76 , 1.04)	0.136	0.88	(0.76 , 1.03)	0.111	0.88	(0.76 , 1.03)	0.119
	농어촌	0.94	(0.76 , 1.16)	0.561	0.93	(0.75 , 1.15)	0.508	0.92	(0.74 , 1.14)	0.448
수입	100만원미만	1			1			1		
	200만원미만	0.89	(0.73 , 1.09)	0.246	0.87	(0.71 , 1.07)	0.191	0.85	(0.70 , 1.05)	0.131
	300만원미만	0.93	(0.74 , 1.17)	0.522	0.92	(0.73 , 1.16)	0.462	0.92	(0.73 , 1.16)	0.469
	400만원미만	1.11	(0.82 , 1.50)	0.505	1.10	(0.81 , 1.48)	0.559	1.05	(0.78 , 1.43)	0.738
	400만원이상	1.01	(0.74 , 1.39)	0.936	0.99	(0.72 , 1.36)	0.939	0.98	(0.71 , 1.35)	0.896
교육	초졸	1			1			1		
	중졸	1.17	(0.91 , 1.50)	0.220	1.15	(0.90 , 1.49)	0.263	1.16	(0.90 , 1.49)	0.264
	고졸	1.58	(1.25 , 2.00)	0.000	1.53	(1.20 , 1.94)	0.001	1.52	(1.20 , 1.94)	0.001
	대졸이상	1.50	(1.15 , 1.97)	0.003	1.45	(1.10 , 1.90)	0.008	1.43	(1.08 , 1.88)	0.011
직업	전문직	1			1			1		
	비전문직	0.78	(0.63 , 0.98)	0.032	0.79	(0.63 , 0.99)	0.040	0.80	(0.64 , 1.01)	0.055
	기타	0.73	(0.57 , 0.94)	0.013	0.73	(0.57 , 0.94)	0.014	0.73	(0.57 , 0.94)	0.015
	무직	0.84	(0.62 , 1.14)	0.255	0.87	(0.64 , 1.18)	0.364	0.88	(0.65 , 1.19)	0.400
의료	건강보험	1			1			1		
보장	의료급여	0.89	(0.71 , 1.12)	0.309	0.90	(0.72 , 1.13)	0.375	0.89	(0.71 , 1.12)	0.332
	없음				1			1		
	보철 상태	고정성가공의치			1.01	(0.85 , 1.21)	0.883	0.98	(0.82 , 1.17)	0.839
	국소의치	0.85	(0.65 , 1.11)	0.233	0.81	(0.61 , 1.07)	0.233	0.81	(0.61 , 1.07)	0.132
총의치	0.91	(0.63 , 1.32)	0.627	0.91	(0.63 , 1.32)	0.627	0.87	(0.60 , 1.28)	0.485	
보철 필요	없음				1			1		
	고정성가공의치			0.81	(0.67 , 0.97)	0.023	0.77	(0.64 , 0.93)	0.008	
	국소의치			0.82	(0.61 , 1.09)	0.163	0.77	(0.57 , 1.03)	0.074	
CPITN	건강				1			1		
	출혈			0.67	(0.50 , 0.89)	0.006	0.65	(0.49 , 0.87)	0.004	
	치석			0.72	(0.56 , 0.91)	0.007	0.72	(0.56 , 0.92)	0.008	
	치주낭			0.76	(0.58 , 0.99)	0.045	0.75	(0.57 , 0.98)	0.033	
악관절 장애	무				1			1		
	유			1.68	(1.04 , 2.70)	0.033	1.61	(1.00 , 2.59)	0.050	
구강 건강 인식	매우건강							1		
	건강						0.94	(0.66 , 1.34)	0.737	
	보통						0.78	(0.54 , 1.11)	0.169	
	건강하지않음						0.99	(0.69 , 1.42)	0.962	
	매우건강하지않음						1.27	(0.82 , 1.99)	0.285	
구강 염려	걱정안함							1		
	가끔						1.51	(1.25 , 1.83)	<.0001	
	항상염려						1.25	(0.98 , 1.60)	0.069	
C-statistics(the Area under the ROC)			0.69			0.69			0.70	

V. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 2003년도 국민구강건강실태조사 자료를 이용하여 우리나라 성인의 구강건강실천행위와 관련된 요인을 분석하기 위해 실시되었다. 인구사회학적특성과 구강건강상태에 따른 구강건강실천행위별 차이를 분석하였고, 각 각의 구강건강실천행위에 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

2003년 국민구강건강실태조사는 구강검사, 문진 및 설문조사를 통해 구강건강상태와 구강건강인식조사가 이루어 졌는데 이중 구강건강상태와 구강건강인식조사를 동시에 실시한 18세 이상 성인을 대상으로 하였다.

본 연구의 제한점은 다음과 같다. 본 연구는 2003년도 국민구강건강실태조사를 활용하여 우리나라 18세 이상 성인의 구강건강실천행위에 영향을 미치는 요인을 분석한 단면연구이다. 특히 객관적 구강건강상태와 관련 요인에 대한 인과관계를 명확히 기술하는데 부족함이 있다. 향후 같은 대상자를 주기적으로 추적 분석하여 단면연구의 한계를 극복하고 이 연구가 진행되길 기대한다. 또한 연구대상자 중 무응답자의 특성을 분석한 결과 놓여촌에 거주하는 75세 이상의 여성을 설명하는데 부족함이 있다. 그러나 지금까지 구강보건실태와 행위를 분석하는 연구는 많았지만, 전문가 진단에 의한 객관적 구강건강상태를 포함하고, 전 국민을 대상으로하여 구강건강실천행위에 영향을 미치는 요인을 분석한 연구는 없었기에 본 연구와 다른 연구와의 비교는 불가능할 것으로 사료된다.

본 연구는 국민 구강건강실태조사 자료를 사용하여 분석하였으므로 표본

의 대표성이 높고 그에 따른 결과의 일반화도 가능하다는 점에서 큰 의의를 가진다고 할 수 있다.

2. 연구결과에 대한 고찰

치아우식증과 치주병은 우리나라 국민들의 치아를 발치하게 되는 양대 질환으로 일반적으로 아동과 청년기에는 치아우식증으로 인하여 치아를 발거하는 경우가 많고 장년기와 노년기에 접어들수록 치주병으로 인하여 발거하는 경우가 많다.(김중배, 1999) 이러한 구강질환은 비교적 예방법이 용이한 특성(김진아, 2003)이 있으며 또한 자발성이 질환을 예방하는데 큰 역할을 하고 있어 구강질환은 예방적 구강건강행위를 실천하는 것이 매우 중요하다.

2.1 잇솔질

잇솔질은 치태의 원인 질환인 치아우식증과 치주질환에 전통적으로 강조되어 온 대표적인 구강건강실천행위로 임성빈(2000)의 연구에서 잇솔질 횟수는 하루 3번 닦는 것에 비해 한번 닦게 될 경우 치은염이 20%가 증가된다고 하였다. 박경섭(2003)의 연구에서 연령이 낮을수록 잇솔질 횟수가 많은 것으로 나타나고 많은 연구에서 남성보다 여성이 잇솔질 횟수가 높은 것으로 보고되었다.(김혜경,2001)

본 연구 결과 구강건강실천행위 중 먼저 잇솔질은 연령이 증가 할수록 감소하였고 남성에 비해 여성이 높았으며, 거주지역은 대도시 거주자에 비해 농어촌에 거주자가 낮게 나타났다. 교육수준에서는 고학력일수록 증가하였다. 직업분류에서는 전문직에 비해 기타 직업군이 낮았으며 의료보장형태

는 의료급여에서 낮게 나타났다. 이는 모두 선행연구와 일치한 결과를 보였다. 보철물이 없는 군이 보철물이 있는 군에 비해, 보철물을 필요로 하지 않는 군이 보철물을 필요로 하는 군에 비해 잇솔질이 높게 나타났으며, 치주상태에서는 건전한 치주 조직을 가진 군이 그렇지 않은 군에 비해 잇솔질이 높았고, 구강건강에 대해 ‘매우건강하다’, ‘건강하다’, ‘보통이다’라고 응답한 군이 그렇지 않은 군에 비하여 잇솔질이 높게 나타났으며, 자신의 구강건강에 대해 염려를 하지 않는 군에 비해 항상 자신의 구강건강을 염려 하는 군에서 잇솔질이 높게 나타났다. 모두 통계적으로 유의 수준 이었다.

2.2 치과방문

구강건강과 치과의료이용, 치과의료이용과 사회경제학적 조건의 관련성에 대해서는 많은 연구결과가 있는데 대부분 깊은 상호관련성이 있는 것으로 보고하고 있다.(Bjertness et al, 1992) Weissman(1991)은 저소득층일수록 적절한 진료를 시기를 놓치게 되며, Doorslaer등(2000)은 저소득층일 경우 의료필요와 의료 이용량은 많지만 전문의에게 진료는 받는 빈도는 낮고 일반의에게 진료를 받는 경우가 많은 결과가 있었다.

예방목적의 치과방문에서 사회경제적 요인이 유의하게 작용한다는 보고가 있으며(이홍수, 1993;정기천, 1999) 구강건강과 지난 1년 이내 치과방문 여부(Dominguez-Roja et al,1993)와 예방목적으로 방문한 경우(Cho,1992)가 유의한 관련성이 있는 것으로 보고되었다. 또한 지난 1년 이내 치과방문 경험은 하위직과 저소득층에서 적게 나타난 것은 치과의료 이용이 사회경제적 요인의 영향을 가장 쉽게 받는다는 연구결과가 보고되었다. (Chen, 1993) 그리고 박경섭(2003)연구에서는 연령이 높을수록 1년 동안 치과내원

경험이 많은 것으로 보고되었는데 이는 노인적 구강건강질환의 특성과 관련되어 저작과 관련된 기능적 측면에서 치료의 필요성 증가가 원인이라고 하였으며, 많은 연구에서 여자가 남자보다 치과진료를 많이 이용한다는 결과가 있었다. (이홍수,1993 ; 배지영,2002 ; 이수옥,2005 ; 윤희숙등, 2006) 그러나 김진아(2002)와 김혜영(2002) 연구에서 남성이 여성보다 많은 것으로 나타났다.

본 연구 결과는 구강건강실천행위 중 치과방문은 노인층에서 치과방문을 많이 하였고 통계적으로 유의하였다. 성별에서는 남성이 여성보다 치과방문이 많은 것으로 나타났는데, 고령자군으로 갈수록 특정성별 특성이 감소한 김혜영의 논문결과와 같은 원이라 생각된다. 교육수준은 고졸이상 대졸이상이 높았으며, 의료보장형태는 의료급여가 많은 것으로 나타났다. 보철물필요는 국소의치를 필요로 하는 군이 보철물이 필요하지 않는 군에 비해 치과방문이 높았으며, 치주조직상태와 치과방문은 유의한 관련이 있었으며, 특이한 점은 치석형성치주조직이 건강치주조직에 비해 1.64배 치과방문이 높았다. 구강건강에 대해 항상염려하는 군이 구강건강에 대해 염려를 하지 않는 군에 비해 치과방문이 낮았으며, 통계적으로 유의수준이었다. 이는 잇솔질과 반대되는 결과로 즉 자신의 구강건강 상태를 염려하는 경우 잇솔질은 자주 하지만 구강건강을 염려한다고 해서 치과방문과 연결되는 것은 아니었다. 이는 구강질환은 통증이 없을 경우 치료를 받지 않는 특성이 나타난 결과로 사료된다. 소득수준, 교육수준, 직업과의 관련성이 있었고 이는 선행연구의 결과와도 일치하였다. 또한 추가적으로 T-Health index를 활용한 치과방문 특성을 5년 이내 방문자 중 예방과 치료로 구분하여 분석한 결과 예방 107.30±12.29, 치료 102.48±13.35, 기타 96.46±16.73으로 예방

을 목적으로 방문하는 군이 치료를 목적으로 방문하는 군에 비해 T-Health index가 높게 나타났다.

2.3 금연

남성의 경우 연령이 높아질수록 금연율이 높은 것으로 보고되었다.(박주희,2004) 박의 연구에서 30-59세의 나이에서 치주낭 형성에 있어 흡연자에게서 유의한 결과를 나타냈고, Bergstrom 등(2000)의 연구에 의하면 40-46세의 연령층에서 금연이 효과는 치주낭 형성에 있어 명확한 효과를 나타냈다. 금연은 사회경제학적 상태와 관련되어 있다. 흡연자의 불량한 구강건강 상태는 생활 습관의 차이에 기인 할 수 있다고 제시한 연구결과(Sakki 등,1995)가 있으며, Bergstrom 등(1991)은 연령, 성, 교육수준이 동일한 연구대상자의 흡연과 치조골 파괴 정도를 평가한 결과 흡연자가 비흡연자에 비해 진행 속도가 빠르며 흡연의 양과 기간에 비례하여 증가한다고 보고하였다. 인구사회경제학적인 조건과 관련하여 흡연은 남성, 하위직업군, 저소득자, 교육수준이 낮은 경우에서 비율이 높다는 연구결과가 있었다.(Borg 등,2000; 손미아,2002 ;김혜영,2002)

본 연구 결과에서 구강건강실천행위 중 금연은 연령이 증가 할수록 높았으며, 청년층에 비해 노인층이 2.61배 많았다. 남성에 비해 여성에서 큰 폭으로 금연을 많이 하였고, 교육수준에서는 고졸, 대졸이상등 교육수준이 높을수록 금연이 증가하였으며, 직업분류에서는 기타직에서 금연이 높게 나타났다. 치주조직상태와 금연은 유의한 관련성이 있었는데, 건강치주조직의 구강상태의 군에 비해 질환이 있을수록 금연율이 낮게 나타났다. 자신의 구강건강을 건강하다고 인식하는 군에 비해 보통이라고 인식하는 군은 0.62

배, 건강하지 않다라고 인식하는 군은 0.60배 금연을 적게 하였으며 이는 통계적으로 유의 하였다.

2.4 간식미섭취

Sakki등(1998)이 노동자가 사무직에 비하여 커피에 설탕을 넣어 먹는다는 결과가 있었으며, 사회경제적 요인과 식습관의 관계는 많은 연구에서 낮은 사회 계급일수록 섬유질과 비타민 섭취률은 낮고 설탕소비량은 높은 것으로 보고 하였다.(Hocking PM등 1992)

본 연구의 결과 구강건강실천행위 중 간식미섭취는 연령이 증가 할수록 감소되고 성별에서는 여성이 남성에 비해 2배 높았으며, 교육수준에서는 고학력자 일수록 높았다. 또한 직업분류는 전문직 일수록 높게 나타났으며, 보철물상태에서는 보철물이 있는 구강상태를 가진 군이 간식미섭취가 낮았고, <모형2>에서 보철물필요는 보철물이 필요한 구강상태를 가진 군에서 간식미섭취가 낮게 나타났다. 치주조직상태에서는 건전치주조직을 가지고 있을수록 간식미섭취가 높았다. 또한 자신의 구강건강에 대해 가끔이라도 염려를 하는 군에서 간식미섭취가 높게 나타났다.

앞으로의 연구의 방향은 주관적 구강건강 인식의 영향을 파악하기위해 연구대상자의 인식, 태도 등을 측정하는 도구의 개발을 하여야 할 것이며, 객관적 구강건강 상태와 구강건강실천행위의 인과적인 결과 해석을 해결하기 위한 측정도구의 개발이 필요할 것이라 생각한다. 마지막으로 전신적인 증상과의 구강건강실천행위와 관련 연구가 필요하다고 본다.

VII. 결론

본 연구는 2003년도 국민구강건강실태조사 자료를 이용하여 우리나라 성인의 구강건강실천행위와 관련된 요인을 분석하기 위해 실시되었다. 인구사회학적특성과 구강건강상태에 따른 구강건강실천행위별 차이를 분석하였고, 각 각의 구강건강실천행위에 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

2003년 국민구강건강실태조사는 구강검사, 문진 및 설문조사를 통해 구강건강상태와 구강건강인식조사가 이루어 졌는데 이중 구강건강상태와 구강건강인식조사를 동시에 실시한 18세 이상 성인을 대상으로 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 우리나라 성인의 구강건강실천행위에 관련된 요인을 파악하고자 로지스틱다중회귀분석을 한 결과 잇솔질은 연령, 성별, 거주지역, 교육수준, 직업, 의료보장형태, 보철물필요, 치주상태, 주관적구강건강인식에서 유의한 관련성이 있었고, 치과방문은 연령, 소득, 교육수준, 직업, 의료보장형태, 치아상태, 보철물필요, 치주조직상태, 구강염려와 유의한 관련이 있었으며, 금연은 연령, 성, 교육수준, 직업, 치주조직상태, 구강건강인식 유의한 관련성이 있었다. 간식미섭취는 연령, 성, 교육수준, 직업, 보철물필요, 치주조직상태, 구강염려와 유의한 관련성이 있었다.

둘째, 연구대상자의 인구학적특성에 따른 구강건강실천행위 특성을 살펴보면 잇솔질은 연령이 증가하면서 잇솔질 횟수가 감소하였고, 여성, 도시거

주자에서 높게 나타났다. 치과방문은 연령이 증가 할수록 증가하였으며 금연과 간식미섭취는 남성이 여성에 비해 낮았고 연령이 증가하면서 간식미섭취 비율은 낮게 나타났다.

셋째, 연구대상자의 사회경제학적 특성에 따른 구강건강실천행위의 특성은 소득이 높을수록 잇솔질과 치과방문, 금연, 간식미섭취가 높았으며 교육수준이 높고 상위직일수록 잇솔질, 치과방문은 많이 하였다.

넷째, 연구자의 구강건강상태에 따른 특성은 구강건강실천행위의 특성은 구강건강 상태가 좋을수록 구강건강실천을 잘하는 것으로 나타났다.

위의 결과 우리나라 성인의 구강건강실천행위 수준을 높이기 위해 인구·사회경제학적특성 중 연령, 성별, 교육수준, 직업, 구강건강상태 및 주관적 구강건강인식 등의 특성을 고려하여 구강보건교육 프로그램이 기획되어야 할 것이다.

참고문헌

- 강명신. 구강보건인식, 태도, 행동 및 지식도가 치태관련 질환 발생에 미치는 영향. 석사학위 논문, 연세대학교 보건대학원, 1994
- 국민건강보험공단. 건강보험통계연보, 2006
- 권호근. 중학교 학생들이 식이섭취와 우식증 발생의 관련성. 박사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 1994
- 김남희. 노인의 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 요인 연구. 석사학위 논문, 서울대학교 보건대학원, 2003
- 김수남. 한국 아동의 치은염에 관한 통계적 고찰. 최신의학 제11권, 1991
- 김영남. 한국성인의 구강건강인식에 관련된 요인. 박사학위 논문, 연세대학교 치의학대학원, 2003
- 김종배 등. 공중구강보건학. 고문사, 2001. P 11-14
- 김종배 등. 예방치과학 3판. 고문사, 1999
- 김종배, 백대일, 문혁수, 고소영. 근로자의 구강보건인식과 구강보건행동에 관한 조사연구. 대학구강보건학회지 1999;23(2):21-34
- 김종배 외. 공중구강보건학. 고문사, 1996
- 김진아. 만성구강질환자의 치과진료서비스 이용에 영향을 주는 요인 연구. 석사학위논문, 서울대학교 보건대학원, 2002
- 김현덕. 근로자일반구강건강제도개선에 관한 조사연구 보고서. 한국산업구강보건원, 2003
- 김혜영. 사회경제적 수준과 구강진료필요도의 연관성에 대한 건강행위, 구강진료이용도의 영향평가. 대한구강보건학회지. 2006;30:85-94
- 김혜영. 단문항 자가평가에 의한 주관적 구강건강인식에 영향을 미치는 요

- 인. 대한구강보건학회지. 2005;29:496-505
- 김혜영. 사회경제적 수준에 따른 구강건강실태와 구강건강 행위에 관한연구(공공의료보험 피보험자를 중심으로). 석사학위 논문, 서울대학교 대학원, 2002
- 김혜경. 자가구강위생관리행위에 관련된 요인 분석 연구. 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 2001
- 박경섭. 충남지역 사업장 근로자의 구강건강수준 및 행태에 관한 연구. 석사학위논문, 단국대학교대학원, 2003
- 박주희. 한국 성인에서 흡연과 치주낭 형성의 관련성. 박사학위논문, 연세대학교대학원, 2004
- 보건복지가족부. 2006년 국민구강건강실태조사보고서. 2006
- 보건복지부. 2003년 국민구강건강실태조사, 2003
- 신상익. 성인의 구강건강영향지수와 구강건강상태의 관련성 연구. 석사학위논문, 연세대학교 보건대학원, 2007
- 윤정숙. 근로자의 치주조직 발생에 대한 흡연과 음주 및 매일 잇솔질의 향에 관한 연구. 대한구강보건학회지, 2002;26(2):31-39
- 윤정식. 흡연이 외과적 치주질환을 포함한 치주치료의 결과에 미치는 영향. 석사학위논문, 전남대학교 대학원, 2003
- 윤혁수, 백대일, 김종배. 가정구강보건실태에 관한 조사 연구. 대한구강보건학회지, 2000;24(3):239-246
- 이수옥. 한 대학병원 치과 이용자들의 구강보건 인식, 지식 및 행동에 관한 연구. 석사학위논문, 충남대학교, 2005
- 이신영. 성인 치아우식증이 사회경제학적요인 및 식생활습관의 관련성 연구. 석사학위논문, 고려대학교 보건대학원, 2007

이영애. 대구·경북지역 성인의 식품섭취와 치아우식증상태 및 치아우식증
 활성과 관련성. 박사학위논문, 계명대학교 대학원, 2006

이영혜등. 가정 구강보건실태조사에 관한 연구. 대한구강보건학회지, 2000;24(3):239-2000

이정인. 한국인의 치아우식증 발생과 치주상태와의 상관관계에 관한 연구.
 석사학위논문, 단국대학교 대학원, 2005

이향임. 구강진료기관 이용자의 구강보건지식과 행동에 관한 연구. 석사학
 위논문, 조선대학교 대학원, 1999

이호연. 건강증진모형을 이용한 구강건강행위 관련 요인 분석. 석사학위논
 문, 연세대학교 보건대학원, 2000

이홍수. 모친의 구강건강행태와 사회경제학적요인이 아동치과진료이용에 미
 치는 영향. 대한구강보건학회지, 1997;21(1):87-105

이홍수, 이광희, 김수남. 전라북도 일부지역 주민의 치과의료이용행태에 관
 한 조사 연구. 대한구강보건학회지, 1993;17(1):124-134

임병철. 구강보건학. 청구문화사, 1999

임성빈. 치주질환의 분류 및 진단. 치과계. 2004

장시덕. 구강보건 관리에 따른 초등학생의 치아우식증 분석. 석사학위논문,
 한국교원대학교 대학원, 1997

정기천, 이홍수, 김수남. 앤더슨 모형을 이용한 아동의 예방목적 구강보건진료기관
 이용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 대한구강보건학회지, 1999;23(2):241-253

조남억. 한국성인의 사회경제학적 요인 및 구강보건의식행태에 따른
 FUNCTIONING TEETH Index와 T-HEALTH Index의 분석 연구. 석사학
 위 논문, 연세대학교 치의학대학원, 2005

최연희. 구강건강상태와 전신건강과의 관련성. 박사학위논문, 연세대학교, 2001

홍석진, 박기철. 치아우식증과 불소, 미래지향적인 예방치과학. 정문각, 1997

한경순. 치주상태 및 전문가치주관리효과. 박사학위논문, 한양대학교 대학원, 2007

Berman DS, Slack GL. Caries progression and activity in approximal tooth surfaces. A longitudinal study. Br Dent J. 1973 Jan 16;134(2):51-7

Bergstrom J, Eliason S, Dock J. Exposure to tobacco smoking and periodontal health. J Clin Periodontol 2000;27(1):61-68

Bergstrom J, Eliason S, Preber H. Cigarette smoking and bone loss. J Periodontol 1991;62(4):242-246

Bjertness E, Eriksen HM, Hansen BF. Factors of importance for changes in dental caries among adults 1992;50:193-200

Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health. Soc Sci Med 2000;51:1019-1030

Burt BA. Prevention policies in the light of the changed distribution of dental caries. Acta Odontol Scand. 1998 Jun;56(3):179-86

Breslow, L. & Ensteom, J.E. persistence of health habits and their relationship to mortality, Preventive Medicine 1980;9:469-483

Chen MS, Ston DB. Toothbrushing, flossing, and dental visits in relation to socioeconomic characteristics of white american families. Community dentistry and oral epidemiology 1983;11:325-332

Cho YS. The relevance of social class to the prevalence of dental caries. Master's thesis, Univ. of North Carolina. 1992

Cockerham, W.C, Sharp. K, Wilcox, J.A . Aging and perceived health status. Journal of Gerontology 1983;38(3):349-355

Dominguez-Rojas V et al. Analysis of several risks factors involved in dental caries through multiple logistic regression, *Int Dent J*, 1993; 43:149-156

Doorslaer E, Wagstaff A, Burg H, Christiansen T, De Graeve D, Duchesne I, Gerdtham UG, Gerfin M, Geurts J, Gross L, Häkkinen U, John J, Klavus J, Leu RE, Nolan B, O'Donnell O, Propper C, Puffer F, Schellhorn M, Sundberg G, Winkelhake O. Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*. 2000 Sep;19(5):553-83

Gilbert L. Social factors and self-assessed oral health South Africa Community. *Dent oral Epidemiol* 1994;22:47-51

Hocking PM, McCormack H, Whitehead CC. Plasma oestrogen and triglyceride concentrations and reproductive characteristics of broiler chickens after ten generations of selection at seven weeks of age for high or low plasma very low density lipoprotein concentration. *Br Poult Sci*. 1992 Dec;33(5):1043-55

Horowitz AM. Dental hygiene's new initiative-how can we work together? Reaction paper. *J Public Health Dent*. 1985 Fall;45(4):215-7.

Ismail A, Burt BA, Eklund SA. Epidemiologic patterns of smoking and periodontal disease in United States. *J Am Dent Assoc* 1983;106(5):617-621

Leun WK, Chu CH. Dental caries and periodontal status of 12-year-old school children in rural Qinghai, China. *Int Dent J*. 2003 Apr;53(2):73-8

Page RC, Beck JD. Risk assessment for periodontal disease. *Int Dent J*, 1997;47:61-87

Papapanou Pn. Periodontal diseases. *Ann Periodontol* 1996;1(1):1-36

Sakki TK, Knuuttila MLE, Anttila SS. Lifestyle gender and occupational

status as determinants of dental health behavior. J Clinical
Prriodontology 1998;25:566-570

Steele,JL, Mcbroom W.H. Conceptual and Empirical dimensions of health
behavior. Journal of health & Social behavior 1972;13:382-392

Verhey JGC, Hoogstraten S. Severeness of toothache and other
symptome as a function of frequency of occurrence and intensity.
Communit Dent Oral Epidemiol 1986;14:142-5

Weissman JS, Stern R. Delayed access to hselth care : Risk factors,
reasons and consequences, Annals of Int Med 1991;114:325-331

부록.

표 1. 잇솔질 빈도수 및 치과방문형태

			잇솔질빈도	예방	치료	기타	P
인구학적특성	연령	청년층	2.81	253(46)	530(45.4)	342(32)	<.0001
		장년층	2.43	257(46.7)	484(41.5)	399(37.4)	
		노인층	2.09	40(7.3)	153(13.1)	327(30.6)	
	성	남	2.39	286(52)	579(49.6)	522(48.9)	0.486
		여	2.61	264(48)	588(50.4)	546(51.1)	
		대도시	2.55	292(53.1)	533(45.7)	521(48.8)	
지역	중소도시	2.5	203(36.9)	460(39.4)	407(38.1)	0.019	
	농어촌	2.33	55(10)	174(14.9)	140(13.1)		
	100만원미만	2.22	88(16)	328(28.1)	422(39.5)		<.0001
수입	200만원미만	2.54	141(25.6)	374(32)	272(25.5)		
	300만원미만	2.61	146(26.5)	255(21.9)	179(16.8)		
	400만원미만	2.78	81(14.7)	107(9.2)	109(10.2)		
	400만원이상	2.9	94(17.1)	103(8.8)	86(8.1)		
사회경제학적특성	교육	초졸	2.04	39(7.1)	159(13.6)	287(26.9)	<.0001
		중졸	2.18	35(6.4)	133(11.4)	149(14)	
		고졸	2.59	205(37.3)	445(38.1)	347(32.5)	
		대졸이상	2.83	271(49.3)	430(36.8)	285(26.7)	
	직업	전문직	2.88	183(33.3)	264(22.6)	173(16.2)	
비전문직		2.49	182(33.1)	402(34.4)	305(28.6)		
기타		2.52	131(23.8)	331(28.4)	275(25.7)		
무직		2.15	54(9.8)	170(14.6)	315(29.5)		
의료보장	건강보험	2.53	519(94.4)	1,049(89.9)	954(89.3)	0.003	
	의료급여	2.27	31(5.6)	118(10.1)	114(10.7)		
T Health index ³⁾				107.30(12.29)	102.48(13.35)	96.46(16.73)	<.0001
객관적건강	보철상태	없음	2.61	423(76.9)	823(70.5)	503(47.1)	<.0001
		고정성가공의치	2.4	117(21.3)	274(23.5)	342(32)	
		국소의치	2.17	8(1.5)	19(1.6)	164(15.4)	
	총의치	2.08	2(0.4)	19(1.6)	59(5.5)		
보철필요	없음	2.59	487(88.5)	920(78.8)	780(73)	<.0001	
	고정성가공의치	2.3	49(8.9)	198(17)	216(20.2)		
건강	CPITN	국소의치	2	14(2.5)	49(4.2)	72(6.7)	<.0001
		건강	2.81	101(18.4)	206(17.7)	122(11.4)	
		출혈	2.56	95(17.3)	162(13.9)	141(13.2)	
		치석	2.53	260(47.3)	522(44.7)	492(46.1)	
		치주낭	2.25	94(17.1)	277(23.7)	313(29.3)	
악관절장애	무	2.81	27(4.9)	35(3)	33(3.1)	0.096	
	유	2.49	523(95.1)	1,132(97)	1,035(96.9)		
주관적구강건강	구강건강인식	매우건강	2.63	33(6)	39(3.3)	39(3.7)	<.0001
		건강	2.53	150(27.3)	228(19.5)	225(21.1)	
		보통	2.55	181(32.9)	359(30.8)	269(25.2)	
		건강하지않음	2.45	161(29.3)	456(39.1)	447(41.9)	
	구강염려	매우건강하지않음	2.4	25(4.5)	85(7.3)	88(8.2)	
		걱정안함	2.47	91(16.5)	269(23.1)	276(25.8)	
		가끔	2.54	359(65.3)	727(62.3)	583(54.6)	
		항상염려	2.4	100(18.2)	171(14.7)	209(19.6)	

3) T-Health는 건강한 치아 조직을 세어 측정한다. 이러한 T-Health를 계산하기 위해서는 치아의 상태에 따라, 건강한 치아에는 4점, 충전치아에는 2점, 우식치아에는 1점, 상실치아에는 0점으로 가중치를 부여한다. 건강한 치아에 좀 더 큰 가중치를 줌으로써, 개인들의 치아 예방 영향을 측정하고자 함이며 T-Health 지수는 0에서 128사이 값을 갖는다.(Sheiham A, 1993; 조남익, 2005)

표 2. 통계적 유의수준 현황

		잇솔질	치과방문	금연	간식미섭취
인구학적 특성	연령	○	○	○	○
	성	○		○	○
	지역	○			
사회경제학적 특성	소득		○		
	교육	○	○	○	○
	직업	○	○	○	○
	의료보장	○	○		
객관적구강 건강상태	보철상태				
	보철필요	○	○		○
	CPITN (치주조직상태)	○	○	○	○
주관적구강 건강인식	악관절장애				
	구강건강인식	○		○	
	구강염려	○	○		○

Abstract

Study on Relation Factors of Oral Health Behaviors in Korean

Eun-AE Kim

Dept. of International Health

The Graduate School of

Public Health

Yonsei University

(Directed by Professor Ho-Keun Kwon, D.D.S., Ph D.)

The purpose of this study was to examine oral health behaviors of Korean population. And the relationship oral health behaviors to a demographic, socioeconomic factors and oral health was tried to clarify. The 3,989 subjects over 18 years were selected for oral examination survey. Multiple logistic regression was used to assess perceived oral health behaviors. The results are as follows;

1. By means of multiple logistic regression analysis and by

understanding the related factors of oral health of Korean adult ; age, sex, level of education, occupation, health insurance, prosthesis units need, periodontal disease, perceived self oral health, and concern about self oral health had notable connections.

2. By examine oral health behaviors of Korean population, the percentage of people brushing teeth were decreased as age increases, and females and urban-living people were higher. The percentage of people visiting dental clinic were increased as goes up, males had lower ratio than females on prohibition of smoking and snacks, and the ratio of people not eating snacks were lower as age goes up.

3. By examine oral health behaviors to a socioeconomic factors, the people with higher income had higher ratio of brushing teeth, visiting dental clinic, and prohibition of smoking and snacks. People with higher education and occupation had higher frequency of brushing teeth and visiting dental clinic.

4. The people with health oral condition took better care of their teeth.

To increase the level of Korean adult's oral health awareness, we need to consider the age, sex, level of education, occupation, and personal oral health to make oral health education program.