

노인의 삶의 질 향상을 위한 주관적 구강건강에 영향을 미치는 요인

오하나 · 김지현¹

원광보건대학교 치위생과 · ¹고려대학교 보건학협동과정

Influencing factors for perceived oral health for the improvement of quality of life in Korean elderly

Han Na Oh · Ji Hyun Kim¹

Department of Dental Hygiene, Wonkwang Health Science University · ¹Public Health Graduate school, Korea University

*Corresponding Author: Ji Hyun Kim, Department of Prevent Medicine Korea University 126-1, 5Ga, Anam-Dong, Seongbuk-Gu, Korea 02841, Tel: +82-2-920-6343, Fax: +82-2-920-7220, E-mail: muchicchun@naver.com

Received: 1 November 2016; Revised: 23 June 2016; Accepted: 24 June 2016

ABSTRACT

Objectives: The purpose of the study was to investigate the influencing factors of the perceived oral health for improvement of quality of life in Korean elderly.

Methods: The subjects were 1,289 elderly over 65 years old from the sixth National Health and Nutrition Examination Survey 2013. The dependent variable was subjective oral health status. The independent variable was sociodemographic characteristics.

Results: The perceived oral health of the unemployed elderly and those having chewing problems were 1.65-fold(95% CI=1.12-2.44) and 3.45-fold(95% CI=2.37-5.02), respectively than employed and chewable elderly. The perceived oral health of the former was 2.49-fold worse(95% CI=1.73-3.60) than the latter.

Conclusions: The influencing factors of perceived oral health status included occupation, perceived health status and chewing problems. To improve the oral health-related quality of life in the elderly, continuous education and hands-on programs should be provided for the elderly in the long term care.

Key Words: elderly, Korean National Health and Nutrition Examination, perceived oral health, quality of life

색인: 국민건강영양조사, 노인, 삶의 질, 주관적 구강건강

서론

고령화 사회란 국제연합(UN)이 정한 바에 따라 65세 이상 노인 인구 비율이 전체 인구의 7% 이상을 차지하는 사회를 말한다. 우리나라 65세 인구는 2013년에는 12.2%, 2014년에는 12.7%, 2015년에는 6,624,000명으로 전체 인구의 13.1%로 점차 증가 추세에 있으며[1], 2030년에는 초고령

사회로 진입할 것으로 전망된다. 이러한 노인인구의 급격한 증가로 인해 현재 사회에서 노인이 갖는 영향력은 증가하고 있고 이러한 영향력은 계속 커질 것으로 예측되고 있어 노인에 대한 심층적 이해의 필요성이 높아지고 있다.

노인실태조사[2]에 따르면 자신의 건강상태를 건강하다고 평가하고 있는 노인은 32.4%, 건강하지 않다고 평가하고 있는 노인은 43.7%였고, 의사의 진단을 받은 만성질환 유병률은 89.2%, 2개 이상의 만성질환을 가지고 있는 복합이완자는 69.7%로 조사되었다. 구강건강상태의 경우 노인의 54.6%가 저작 기능에 불편함을 느끼고 있었고, 51.2%가 의치를 사용하고 있는 것으로 조사되었다. 건강상태에 대한 노인의 삶의 만족도는 만족한다가 29.5%, 만족하지 않는다

가 44.2%로 더 높게 나타났다. 이러한 결과는 노인의 삶의 질이 그다지 높지 않다는 것을 보여주고 있다.

주관적 건강상태란 자신의 정신적, 신체적 건강을 포함하여 본인 스스로가 전체적인 건강에 대해 내린 평가 또는 인식이다[3]. 건강지표는 객관적인 것뿐만 아니라 스스로 평가하는 주관적 건강지표도 있다. 이러한 주관적인 건강평가는 전반적인 건강상태를 반영하며[4], 단편적인 한 시점에서 특정 부분에 대한 건강평가가 아니므로 객관적인 건강지표보다 기능장애 및 사망률의 예측지표로 유용하다[5,6]. 주관적 구강건강인식도 임상적인 구강건강 진단과 정확히 일치하지 않지만 주관적 구강건강인식이 객관적 구강건강상태와 연관성이 있다고 보고된 연구도 있다[7].

노인에게서 주관적 구강건강상태가 중요한 이유는 연령이 증가할수록 타액 분비가 감소되어 맛 감각과 연하기능이 저하되고, 상실치아의 개수가 증가함에 따라 저작능력이 떨어질 뿐 아니라 발음과 외모에 영향을 미침으로써 사회생활과 대인관계에 영향을 주게 되어 노년기의 전반적인 삶의 질을 떨어뜨리기 때문이다[8,9]. 노인의 주관적 구강건강상태에 대한 인식은 구강건강행위에 영향을 미치며, 주관적 구강건강에 대한 인식이 좋을수록 행복감이 더 높다[10]. 또한 주관적 구강상태가 좋을수록 주관적 건강상태도 좋다는 선행연구의 결과[11]를 바탕으로 볼 때, 노인의 구강건강상태에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 노인의 구강건강 문제에 대한 구체적인 자료를 확보할 수 있고, 그 자료를 토대로 노년기의 삶의 질 향상을 위한 방안을 모색할 수 있는 중요한 밑거름이 될 수 있을 것이다.

현재 구강건강행위, 성별, 객관적 구강건강상태, 사회적 경제수준 등[10,12-14]을 주관적 구강건강과 관련하여 살펴본 연구는 많이 진행되어 있으나 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 전체적인 요인을 검토한 연구는 미비하다.

따라서 본 연구에서는 노인의 주관적 구강건강에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 노년기의 행복한 삶을 위해 구강건강증진과 유지를 위한 계획 및 대처방안을 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구방법

1. 연구대상

본 연구는 2013년 1월부터 12월까지 조사된 6기 국민건강영양조사 자료를 이용하였다. 전체 표본 8,018명 중 65세 이상 노인 1,375명을 대상으로 하였으며, 그 중 주관적 구강건강상태에 응답한 1,289명을 최종 분석 대상으로 하였다.

2. 연구 도구

2.1. 종속변수

종속변수인 주관적 구강건강상태는 국민건강영양조사 설문항목 중 ‘본인의 구강건강이 어떻다고 생각하십니까?’에 대한 ‘매우 좋음’, ‘ 좋음’, ‘보통’, ‘나쁨’, ‘매우 나쁨’에 대한 응답을 이용하였다. 이는 전반적인 구강건강수준을 나타내는 지표로서 성인 및 노인을 대상으로 한 국내외 연구에서 많이 사용된 지표이다[15,16]. 본 연구에서는 주관적 구강건강상태를 ‘매우 좋음’과 ‘ 좋음’은 ‘건강’으로, ‘보통’, ‘나쁨’ 그리고 ‘매우 나쁨’은 ‘불건강’으로 변환하여 분석에 이용하였다[17,18].

2.2. 독립변수

인구 사회학적 요인 변수는 성별(남, 여), 연령(65-69세, 70-74세, 75-79세, 80세 이상), 가구원수(1인 가구, 부부, 부부 이외), 교육수준(초졸, 중졸, 고졸, 대졸이상), 직업유무(있음, 없음), 배우자(유, 무), 의료보장(건강보험, 의료보험)을 포함하였다. 건강행태 변수는 흡연여부(흡연, 비흡연), 음주여부(음주, 음주 않함), 건강검진 수진여부(수진, 미수진), 1주일간 걷기 일 수(없음, 1-2일, 3-4일, 5일 이상), 영양섭취(충분, 불충분)를 포함하였다. 건강상태 변수는 주관적 건강상태(건강, 불건강), 동반질환(없음, 1가지, 2-3가지, 4가지 이상)을 포함하였으며, 삶의 질은 운동 능력(지장없음, 지장있음), 자기관리(지장없음, 지장있음), 일상활동(지장없음, 지장있음), 통증 및 불편감(없음, 있음), 불안 및 우울(없음, 있음)을 포함하였다. 구강관련문제는 씹기 문제(있음, 없음), 말하기 문제(있음, 없음)를 포함하였다.

3. 자료 분석

분석대상자의 주관적 구강건강상태에 따른 인구사회학적 인 특성, 건강행태의 차이는 카이제곱 검정으로 분석하였다. 주관적 구강건강상태에 미치는 각 변수의 영향력을 파악하기 위해서 단변량 분석에서 유의한 변수를 선정하였으며, 회귀모델을 구축하기 위해 후진제거법(backward elimination)을 적용하여 비차비(Odds Ratio, OR)와 95% 신뢰구간을 산출하였다. 자료분석은 통계프로그램 STATA 14.0(StataCorp, College Station, Texas)을 이용하여 분석하였으며, 통계적 유의수준은 0.05로 하였다.

연구결과

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 <Table 1>과 같다. 대상자들의 주관적 구강건강상태를 파악한 결과, 건강은

Table 1. The demographic characteristics according to perceived

Unit: N(%)

Characteristics ^a	Perceived oral health status			p-value [†]
	Total	Good	Bad	
Total	1,289(100.0)	201(100.0)	1,088(100.0)	
Gender				
Male	541(41.6)	76 (35.1)	465(42.8)	0.193
Female	748(58.4)	125(64.9)	623(57.2)	
Age				
65 to 69	419(31.6)	64(31.1)	355(31.7)	0.992
70 to 74	401(28.4)	62(28.3)	339(28.3)	
75 to 79	268(23.2)	43(23.5)	225(23.2)	
≥ 80	201(16.8)	32(17.1)	169(16.8)	
Living type				
Alone	296(21.5)	71(38.9)	411(43.4)	0.622
Spouse	506(35.9)	85(38.7)	421(35.3)	
Others	482(42.7)	44(22.5)	252(21.3)	
Education				
Elementary school	783(67.6)	121(67.1)	662(67.7)	0.062
Middle school	155(13.3)	17(9.9)	138(13.9)	
High school	172(13.4)	36(15.3)	136(13.1)	
≥ College	73(5.7)	15(7.7)	58(5.3)	
Occupation				
Unemployment	833(70.2)	145(75.9)	688(69.2)	0.038
Employment	350(29.8)	44(24.1)	306(30.8)	
Marital status				
Married	812(61.1)	129(59.5)	683(61.4)	0.687
Single	472(38.9)	71(40.5)	401(38.7)	
Medical security				
National Health	1149(91.9)	188(96.3)	961(91.2)	0.015
Medical Aid	99(8.1)	7(3.7)	92(8.9)	

^aNumbers may not be added to total due to missing information[†]by chi-square tests

Table 2. Distribution of perceived oral health status according to the health behavior

Unit: N(%)

Characteristics ^a	Perceived oral health status			p-value [†]
	Total	Good	Bad	
Smoking history				
Never	322(72.0)	43(67.8)	279(72.6)	0.658
Ever	134(28.0)	20(32.2)	114(27.4)	
Alcohol consumption				
Never	336(29.2)	63(34.1)	273(28.2)	0.102
Ever	840(70.8)	125(65.9)	715(71.8)	
Health checkup				
Yes	782(64.8)	131(65.1)	651(64.8)	0.289
No	397(35.2)	57(34.9)	340(35.2)	
Walking exercise (days)/week				
No	338(29.6)	58(31.3)	280(29.3)	0.105
1-2	453(38.2)	59(31.7)	394(39.4)	
3-4	235(20.3)	36(19.7)	199(20.4)	
≥ 5	143(11.9)	35(17.3)	108(10.9)	
Food condition				
Sufficient	1,096(90.8)	180(92.8)	916(90.4)	0.166
Insufficient	121(9.2)	14(7.2)	107(9.6)	

^aNumbers may not be added to total due to missing information[†]by chi-square tests

15.5%, 불건강은 83.8%이었고, 성별에 따른 주관적 구강건강상태 불건강이 남자가 42.8%, 여자가 57.2%로 여자에서 높게 나타났다. 연령별 분포에서는 65-69세 31.7%, 70-74세 28.3%, 75-79세 23.2%, 80세 이상 16.8%로 65-69세에서 주관적 구강건강상태 불건강이 가장 많았다. 직업유무에 따른 주관적 구강건강상태 불건강은 직업 있음 30.8%, 직업 없음이 69.2%로 직업 없음에서 유의한 차이를 보였다($p<0.038$). 의료보장에 따른 주관적 구강건강상태 불건강은 국민건강보험이 91.2%, 의료보호 8.9%로 국민건강보험에서 높게 나타났다($p<0.015$). 성별, 연령, 가구원수, 교육수준, 배우자 유무에 따른 주관적 구강건강상태는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

2. 건강행태와 주관적 구강건강상태와의 관련성

건강행태에 따른 주관적 구강건강상태를 <Table 2>에서 나타냈다. 식생활행태에서 식품충분섭취 비율은 주관적 구강건강상태가 건강한 군에서 높은 반면, 식품섭취부족의 비율은 주관적 구강건강상태가 불건강한 군에서 높았으나, 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 주관적 구강건강상태의 건강과 불건강에 대한 흡연상태, 음주, 건강검진 수진여부, 그리고 1주일간 걷기일수를 비교한 결과에서도 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

Table 3. Distribution of perceived oral health status by the perceived health status and perceived oral related problem
Unit: N(%)

Characteristics ^a	Perceived oral health status			p-value [†]
	Total	Good	Bad	
Health status				
Perceived health status				
Good	255(18.3)	64(33.9)	161(16.2)	<0.001
Bad	960(81.7)	125(66.1)	835(83.8)	
Comorbidity				
0	144(21.7)	41(20.2)	219(21.1)	0.928
1	225(33.9)	64(31.7)	363(33.4)	
2-3	165(23.1)	48(23.2)	270(23.4)	
≥4	132(21.3)	47(24.9)	234(22.1)	
Quality of life				
Mobility				
No	676(56.1)	135(67.7)	541(53.9)	<0.001
Yes	506(43.9)	54(32.3)	452(46.1)	
Self-care				
No	1,002(83.3)	169(87.0)	833(82.6)	0.049
Yes	181(16.7)	20(13.1)	161(17.4)	
Activity of daily living				
No	834(69.7)	156(79.7)	678(67.8)	<0.001
Yes	346(30.3)	32(20.3)	314(32.3)	
Pain/discomfort				
No	679(56.8)	125(61.7)	554(55.9)	0.007
Yes	501(43.2)	63(38.4)	438(44.1)	
Anxiety/depression				
No	930(78.6)	166(86.9)	764(77.0)	0.001
Yes	248(21.4)	22(13.1)	226(23.0)	
Oral health problem				
Chewing ability				
No	608(51.3)	145(77.2)	463(46.3)	<0.001
Yes	558(48.7)	43(22.9)	515(53.8)	
Speaking problem				
No	843(71.7)	159(84.1)	684(69.3)	<0.001
Yes	322 (28.3)	29(15.9)	293(30.7)	

^aNumbers may not sum to total due to missing information

[†]by chi-square tests

3. 주관적 건강상태와 구강관련문제에 따른 주관적 구강건강상태와의 관련성

주관적 건강상태가 불건강한 경우에 주관적 구강건강상태가 건강한 경우 66.1%인데 비해 주관적 구강건강상태가 불건강한 경우 83.8%로 두 군간에 유의한 차이가 있었다. 삶의 질은 전체적으로 주관적 구강건강상태 불건강군이 건강군에 비해 삶의 질이 지장있다고 생각하는 것으로 조사되었으며, 구강관련문제는 주관적 구강건강상태 불건강군이 건강군에 비해 씹기능력에 문제가 있는 경우($p<0.001$)와 말하기 문제가 있다고 응답한 경우($p<0.001$)에서 유의하게 높게 나타났다<Table 3>.

4. 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 요인

65세 이상 노인의 주관적 구강건강상태와 유의한 관련이 있는 요인을 찾기 위해 로지스틱 회귀분석을 실시하였다 <Table 4>. 분석결과 직업이 있는 경우는 직업이 없는 경우에 비해 주관적 구강건강상태가 불건강할 OR이 1.65배(95% CI=1.12-2.44) 높았다. 씹기문제가 없는 경우에 비해 문제가 있는 경우 주관적 구강건강상태가 불건강할 OR이 3.45배(95% CI=2.37-5.02) 높게 나타났다. 주관적 건강상태가 불건강한 경우에서 주관적 구강건강상태가 불건강할 OR이 2.49배(95% CI=1.73-3.60) 높게 나타났다.

Table 4. ORs and 95% CIs for perceived oral health status

Variable		OR(95% CI)
Occupation		
Unemployment	ref	
Employment	1.65	(1.12-2.44)
Chewing ability		
No	ref	
Yes	3.45	(2.37-5.02)
Perceived health status		
Good	ref	
Bad	2.49	(1.73-3.60)

총괄 및 고안

평균수명이 급격히 연장되면서 노년의 시간이 길어짐에 따라 노인들의 건강관리와 더불어 노년기 삶의 질과 만족도가 매우 중요한 사회적 관심사로 떠오르고 있다. 한국 노인 61%가 노후에 가장 중요한 것은 건강이며, 스스로의 건강상태에 대해 대체로 나쁘다고 인식하고 있었으며[19], 노인의 주관적 건강수준이 높을 때 행복함을 가장 많이 느낀다고 대답한 경우가 52.5%였다[20]. 이렇듯 노인의 행복한 삶을 영위하는데에는 건강이 무엇보다 중요하며, 이 중에서 구강건강은 완전한 건강을 위해 매우 중요하다[21,22]. 이에

본 연구에서는 노인들의 삶의 질 향상을 위해 요구되는 주관적 구강건강에 영향을 미치는 요인을 살펴보고, 그 결과에 대해 논의하고자 한다.

주관적 구강건강상태에 미치는 각 변수의 영향력을 파악하기 위해서 단변량 분석에서 유의한 변수를 선정하여 로지스틱 회귀분석을 실시한 결과, 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 요인은 직업, 씹기 문제, 주관적 건강상태의 세 가지 변수로 확인되었다.

직업이 있는 경우는 직업이 없는 경우에 비해 주관적 구강건강상태가 불건강할 OR이 1.65배(95% CI=1.12-2.44) 높았는데, 이는 직업이 있는 노인들이 주관적 구강건강상태가 나쁘다는 것을 의미한다. 65세 이상의 노인의 직업은 본 연구결과에는 제시하지 않았지만 단순노무종사자와 농림어업 숙련종사자가 많은 부분을 차지하고 있었다. 직업과 주관적 구강건강과 관련된 선행연구에서는 비전문직에 비해 전문직에서 건강하다고 인식할 확률이 높았고[13], 농림어업, 기능원에 종사하는 경우 본인의 구강건강상태를 나쁘게 인식한다고 하였다[14]. 이러한 선행 연구들은 성인을 대상으로 한 연구결과로 본 연구대상자와 연령의 차이가 있었음에도 유사한 연구결과를 보였다. 직업과 주관적 건강을 살펴본 배와 김[12]의 연구, 김 등[11]의 연구에서 직업이 주관적 건강의 위험요인임이 확인되었으며, 본 연구와 유사한 결과를 보였다. 그러나 직업의 유무를 살펴보면 배와 김[12]의 연구는 직업이 없는 경우가 주관적 건강상태가 좋았다고 하여, 본 연구결과와 맥을 같이 하는 것으로 생각된다. 반면, 직업이 있는 경우가 주관적 건강상태가 좋았다는 김 등[11]의 결과와는 차이를 보였다. 직업이 있는 것이 혹은 직업이 없는 것이 더 건강에 이로운지는 세밀한 연구가 더 진행되어 확인이 되어져야 할 것이다. 즉 65세 이상의 노인들이 가질 수 있는 직업을 세분화 시켜 조사를 진행하거나 또는 대도시, 농촌, 어촌 등의 지역으로 나누어 연구를 진행해 볼 필요가 있다고 생각된다.

노인들은 씹기 문제가 없는 경우에 비해 문제가 있는 경우 주관적 구강건강상태가 불건강할 OR이 3.45배(95% CI=2.37-5.02) 높게 나타났다. 이 등[23]의 연구에서 주관적 구강건강상태가 나쁘다고 인식하는 경우 잔존치아 수가 적었고, 상실영구치수와 우식경험영구치수가 증가하였다고 보고하였다. 잔존치아수가 적고 상실치아수가 많다는 것은 음식섭취에 장애가 발생하며 이는 음식의 선택범위가 제한되어 식사의 양과 질이 저하되어 결과적으로 건강 유지에도 영향을 미칠 수 있을 것이라 예측되어진다. 2014년도 노인실태조사 결과에 따르면 노인의 54.6%가 씹기 기능에 불편함을 느끼고 있고, 39.5%의 시력의 불편함이나 24.6%의 청력의 불편함보다 씹기 기능에 대한 불편함을 더 크게 느끼고 있었다. 이 등[23]의 연구에서도 구강질환으로 인한 대표적인 삶의 질 저하가 씹기 문제의 발생으로 나타났으며, 입안의 문제로 음식을 저작하기 힘든 비율이 연령에 따라 점차 증가하여 심각한 수준에 놓여 있다고 보고되었다. 저작의 어려움은 높은 섬유질의 단단한 과일과

야채의 풍부한 비타민보다 영양적 가치가 낮은 부드러운 음식을 선호하는 등의 음식의 선택에 영향을 줄 수 있다[24]. 이렇듯 저작의 어려움은 노인의 영양섭취를 어렵게 하고, 노인들의 일상생활 중에서 가장 큰 즐거움은 ‘식사’라고 답한 노인이 80%라는 보고[25]를 통해서도 알 수 있듯이 본인이 먹고 싶은 음식을 제대로 먹지 못한다는 것은 노인의 삶의 질에도 영향을 미칠 수 있을 것이라 생각된다. 노인의 정상적인 음식섭취를 위해서는 노인들의 저작기능을 유지하는 것이 매우 중요하다고 생각되며, 이를 위하여 노년기의 구강건강관리가 무엇보다 필요하다. 노년기의 적극적인 구강건강관리를 통해 구강기능을 증진시켜 노년기에 먹는 즐거움을 회복하여 신체적 건강 및 삶의 의욕을 고취시켜 건강한 노년을 유지할 수 있도록 해야 할 것이다.

노인들의 주관적 건강상태가 불건강한 경우에서 주관적 구강건강상태가 불건강할 OR이 2.49배(95% CI=1.73-3.60) 높게 나타났다. 원과 진[26]의 연구 결과 구강건강상태와 전신건강과 서로 밀접한 관계가 있음을 보고하였으며, 김 등[11]의 선행 연구에서는 주관적 건강상태에 영향을 주는 요인들 중에 주관적 구강상태가 영향을 미치는 것으로 보고하였고, 본 연구에서도 유사한 결과를 보였다. 건강의 일부인 구강건강은 노인의 삶의 질에 긍정적 혹은 부정적 영향을 미칠 수 있으므로 신체 건강과 밀접하게 연관되어 구강건강을 제외한 건강은 완전한 건강이라고 볼 수 없다[27]. 또한 노인의 구강건강은 구강에 국한된 것이 아니라 전신건강에 영향을 미치고 나아가 정신적, 사회적 문제로 까지 확대될 수 있기 때문에 노인구강보건사업이 더욱 발전되어야 한다[28]고 하였다. 따라서 노인들의 구강건강관리를 위한 서비스 제공시 구강건강 뿐 만 아니라 신체 건강과 관련된 내용들을 포함하는 포괄적 노인구강건강관리 프로그램 개발이 필요한 것으로 생각된다.

본 연구결과를 종합해보면, 노인의 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 요인은 직업과 씹기 문제 그리고 주관적 건강상태로 확인되었다. 노인들은 구강건강 상태가 건강하지 못하다는 것을 본인들 스스로 노화현상의 일부로 자연스럽게 받아들이고 있으며, 연령이 증가함에 따라 죽음에 대한 불안감으로 건강에 대한 자신감이 상실되고 있다[29]. 그러므로 노인의 건강과 삶의 향상을 위하여 주관적 구강건강상태에 대한 올바른 이해가 필요하며, 삶의 질 향상과 구강건강증진을 위해 지역사회 노인을 대상으로 자신의 구강건강을 관리할 수 있는 지식과 행동 등에 대한 교육이 필요하다. 이러한 교육은 노인들의 건강 및 구강건강 향상을 위한 건강증진 체험 프로그램의 개발이 되어 적극적으로 활용되어야 할 것이다. 또한 노인들의 구강건강관련 연구가 계속되어져 다양한 요인들을 살펴 볼 필요가 있다.

본 연구의 제한점으로 국민건강영양조사에서 훈련된 조사원에 의해 자료를 수집했음에도 불구하고 조사 대상자인 노인의 경우 저학력인 경우가 많아 설문 문항을 충분히 이

해했을지에 대한 문제가 제기될 수 있다. 또한 본 연구는 기존 선행 연구에서 노인의 주관적 건강상태에 영향을 미치는 요인으로 언급된 변수를 최대한 반영하려고 노력하였으나 국민건강영양조사에서 조사되지 못한 다양한 요인을 충분히 포함할 수 없었다는 한계점이 있다. 이러한 연구의 제한점에도 불구하고 본 연구는 대표성과 신뢰성이 확보된 국민건강영양조사 자료를 이용하여 노인의 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 요인을 확인하였다는 점에서 의미가 있다고 생각된다.

결론

본 연구는 노인의 주관적 구강건강에 영향을 미치는 요인들을 파악하여 노년기의 행복한 삶을 위해 구강건강증진과 유지를 돕는 계획과 대처방안을 마련하기 위한 기초자료를 제공하고자 시행하였다. 연구 자료는 국민건강영양조사 제 6기 자료를 활용하여 65세 이상 노인 중 주관적 구강건강상태에 응답한 1,289명을 대상으로 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 인구학적 특성에 따라 주관적 구강건강상태를 살펴본 결과 직업과 의료보장에서 유의한 차이를 보였다.
2. 건강행태와 주관적 구강건강상태와의 관련성을 살펴본 결과, 주관적 건강, 삶의 질, 씹기문제, 말하기 문제에서 유의한 차이를 보였다.
3. 주관적 구강건강상태에 영향을 미치는 요인을 살펴본 결과, 직업이 있는 경우에 1.65배, 씹기문제가 있는 경우에 3.45배, 주관적 건강상태가 불건강한 경우에 2.49배로 주관적 구강건강상태가 불건강한 것으로 나타났다.

따라서 노년기의 건강한 삶을 위하여 주관적 구강건강상태에 대한 올바른 이해가 필요하며, 삶의 질 향상과 구강건강증진을 위해 지역사회 노인을 대상으로 자신의 구강건강을 관리할 수 있는 지식과 행동 등에 대한 교육 및 체험 프로그램을 지속적으로 실시하여야 할 것이다.

Acknowledgements

이 논문은 2015년도 원광보건대학교 교내연구비 지원에 의해서 수행됨.

References

1. Korea National Statistical Office. Statistics in elderly 2015[cited 2016 Jan 04]. Available form: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/3/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=348566&pageNo=9&rowNum=10&navCount=10&currPg=&sTarget=title&sTxt.
2. Jung KH, Oh MH, Kang EN, Kim JH, Sun WD, Oh MA, et al. 2014 National survey on older adults. Korea Institute for Health and Social Affairs 2014; 1-558.
3. Liang J. Self-reported physical health among aged adults. *J Gerontol* 1986; 41(2): 248-60.
4. Choi SH. Health behavior with disparity patterns self perceived health status and body mass index result[Doctoral dissertation]. Seoul: Univ. of Kyonggi, 2005.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38(1): 21-37. <http://dx.doi.org/10.2307/2955359>.
6. Kaplan GA, Camacho T. Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the human population laboratory cohort. *Am J Epidemiol* 1983; 117(3): 292-304.
7. Ostberg AL, Eriksson B, Lindblad U, Halling A. Epidemiological dental indices and self-perceived oral health in adolescents: ecological aspects. *Acta Odontol Scand* 2003; 61(1): 19-24.
8. Lee HO, Kim J. Effects of elders' oral health beliefs and oral health behaviors on their quality of life. *J Dent Hyg Sci* 2008; 8(2): 57-63.
9. Kim SH, Lim SA, Park SJ, Kim DK. Assessment oral health-related quality of life using the oral health impact profile(OHIP). *J Korean Acad Dent Health* 2004; 28(4): 559-69.
10. Park CS, Park SY. Effects of subjective oral health condition and oral health behavior on happiness in the elderly people. *J Korean Soc Dent Hyg* 2015; 15(3): 443-50. <http://dx.doi.org/10.13065/jksdh.2015.15.03.443>.
11. Kim ES, Lee SK, Yoon HJ, Nam HM, Kim KH, Kwon GH. Subjective health status and relative factors of old-old elderly of more than 75-year-old -Based on 2011 Korea National Health and Nutrition Examination Survey-. *J Korea Acad Industr Coop Soc* 2014; 15(7): 4279-89. <http://dx.doi.org/10.5762/KAIS.2014.15.7.4279>.
12. Bae YH, Kim HA. Gender differences in factors affecting subjective health state among korean elderly: analysis of 2012 and 2013 Korean National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of The Korean Society of Integrative Medicine* 2015; 3(4): 79-90. <http://dx.doi.org/10.15268/ksim.2015.3.4.079>.
13. Kim YM, Kwon HK, Chung WG, Cho YS, Choi YH. The association of perceived oral health with oral epidemiological indicators in Korean adults. *J Korean Acad Dent Health* 2005; 29(3): 250-60.
14. Jung MH, Kim SS, Kim YS, Ahn ES. Relationship of socioeconomic status to self-rated oral health. *J Dent Hyg Sci* 2014; 14(2): 207-13.
15. Kim SJ, Lee BJ. An association between self-reported oral health and oral health status among Korean male soldiers aged 18-24. *J Korean Acad Oral Health* 2012; 36(4): 282-88. <http://dx.doi.org/10.11149/jkaoh.2012.36.4.282>.
16. Lee JY, Divaris K, Baker AD, Rozier RG, Vann WF. The relationship of oral health literacy and self-efficacy with oral health status and dental neglect. *Am J Public Health* 2012; 102(5): 923-9. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300291>.
17. Borg V, Kristensen TS. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Soc Sci Med* 2000; 51(7): 1019-30. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00011-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00011-3).
18. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-reported health status among men and women: what is the role of work organisation, household material standards and household labour?. *Soc Sci Med* 2004; 58(10): 1869-87. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00408-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00408-8).
19. Kim HY, Lee AH, Lee SJ, Choi SH. Fourfold hardships of Korean elders, causes and countermeasures. Gyeonggi Research Institute Issue & Analysis. Suwon: 2013: 1-20.
20. Kim SK, Jang YS, Cho HS, Cha MS. A study of determinants and indicators of happiness among Koreans. Korea Institute for Health and Social Affairs 2008; 1-362.
21. Saltnes SS, Storhaug K, Borge CR, Enmarker I, Willumsen T. Oral health-related quality-of-life and mental health in individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Acta Odontol Scand* 2015; 73(1): 14-20. <http://dx.doi.org/10.3109/00016357.2014.935952>.
22. Won YS, Park SY. Influences of health behaviors and perceived oral symptoms on subjective oral health status. *J Korean Soc Dent Hyg* 2013; 13(5): 787-95. <http://dx.doi.org/10.13065/jksdh.2013.13.05.787>.
23. Lee JH, Kim JS, Jun MS, Yun HK. The relationship between objective oral health conditions and subjective oral health perception of the elderly in Gimcheon. *J Korean Soc Dent Hyg* 2015; 15(3): 417-24. <http://dx.doi.org/10.13065/jksdh.2015.15.03.417>.
24. Sheiham A, Steele J. Does the condition of the mouth and

- teeth affect the ability to eat certain foods, nutrient and dietary intake and nutritional status amongst older people?. *Public Health Nutr* 2001; 4(3): 797-803. <http://dx.doi.org/10.1079/PHN2000116>.
25. Yang SB, Moon HS, Han DH, Lee HY, Chung MK. Oral health status and treatment need of institutionalized elderly patients. *J Adv Prosthodont* 2008; 46(5): 455-69. <http://dx.doi.org/10.4047/jkap.2008.46.5.455>.
 26. Won YS, Jin KN. The relationship of oral state and health condition among elderly people. *J Korean Soc Dent Hyg* 2003; 3(2): 157-68.
 27. Park JY. The impact of health status of for the elderly on oral health-related of life quality. *J Digital Convergence* 2014; 12(5): 271-80. <http://dx.doi.org/10.14400/JDC.2014.12.5.271>.
 28. Mok SA. A study on the needs of oral health services for the elderly[Master's thesis]. Kyonggi: Univ. of Anyang, 2013.
 29. Kim YN. Factors influencing the oral health related quality of life of Korean aged population : focused on the PRECEDE mode[Doctoral dissertation]. Seoul: Univ. of Hanyang, 2012.