

다문화가족과 일반가족 청소년의 주관적 구강증상

Subjective Oral Symptoms between Multicultural and Ordinary Korean Families; Adolescents

박지혜

대구보건대학교 치위생학과

Ji-Hye Park(mahal23@naver.com)

요약

본 연구의 목적은 우리나라 다문화가족과 일반가족 청소년의 주관적 구강증상을 알아보고, 건강형평성 확보를 위한 정책결정과정에서 기초자료를 제공하고자 하는 것이다. 본 연구는 제10차(2014년) 청소년건강행태 온라인조사의 원시자료를 이용하였으며, 만 12-18세 청소년 총 66,857명을 연구대상자로 선정하였다. 주관적 구강증상 여부를 종속변수로 한 로지스틱 회귀분석 결과 모든 변수가 보정된 상태에서 성별, 연령, 학업성적, 아버지의 교육수준, 어머니의 교육수준, 주관적 경제 상태, 거주형태, 흡연여부, 음주여부, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수가 주관적 구강증상 여부와 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났다($p < 0.05$). 따라서 앞으로 다문화가족 관련 복지와 보건 서비스 사업을 점층적으로 확대함과 동시에 그 수가 증가하는 다문화 청소년에 초점을 맞춰 실시되어야 한다.

■ 중심어 : | 다문화가족 | 주관적 구강증상 | 청소년 |

Abstract

The purpose of this study was to clarify differences between adolescents from multicultural and ordinary Korean families in subjective oral symptoms. Moreover, this will be provide information in the policy making process that enhancing health equity. Data of 66,857 adolescents aged 12 to 18 years were derived from the 10th Korean Youth's Risk Web-based Study, which was conducted in 2014. Multiple logistic regression analysis revealed that subjective oral symptoms were related with sex, age, academic achievement, paternal education, maternal education, subjective economic status, residential type, smoking, alcohol consumption, drinking soft drink, eating fruits, eating snacks, and tooth brushing frequency. In conclusion, welfare and health services for multicultural family should be expanded and those ought to focus on increasing multicultural youth at the same time.

■ keyword : | Adolescent | Multicultural | Subjective Oral Symptom |

1. 서론

다문화가족은 우리나라에서 고유하게 사용되는 용어

로서 국내에 거주하고 있는 외국인이 포함된 가족을 말한다[1]. 2014년 1월 현재 우리나라의 결혼이주자는 240,203명으로 2013년 231,520명에 비해 3.8%p 증가하였

접수일자 : 2015년 04월 10일

수정일자 : 2015년 05월 19일

심사완료일 : 2015년 05월 22일

교신저자 : 박지혜, e-mail : mahal23@naver.com

으며, 결혼이민자의 증가에 따라 다문화가족 자녀수도 급격히 증가하여 2014년 1월 기준으로 다문화가족 자녀는 총 204,204명이다[2]. 이들 중 만 13세-18세의 청소년은 62,965명으로 다문화가족 자녀 전체의 30.8%를 차지한다[2]. 또한 ‘2009년-2020년 결혼이민자 자녀의 학령별 인구구성[3]’에 따르면 중학교학령기 아동(만 13-15세)은 32,000명에서 231,000명으로 7배 수준, 고등학교학령기 아동(만 16-18세)은 19,000에서 129,000명으로 6배 이상 수준으로 증가할 전망이며, 이는 영유아기 아동(만 0-6세)의 2배보다도 훨씬 높은 수준이다. 또한 다문화가족 자녀들은 경제적으로 불리한 위치에 있으며, 건강상태도 상대적으로 열악하다[1]. 따라서 앞으로의 구강보건정책은 다문화가족 청소년에 집중될 필요가 있다.

주관적 전신건강 및 주관적 구강건강은 행복과 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이다[4-6]. 주관적 구강건강은 국가단위의 보건연구를 포함하는 역학연구들에서 빈번하게 사용되며, 전반적인 구강건강상태를 나타내는 타당하고, 유용한 종합적 지표이다[6][7]. 많은 사람들에게 치과에서의 정기검진은 비싸고, 침습적이며, 불편하다고 느껴질 수 있다[8]. 또한 최근에는 임상연구의 생명 윤리 문제로 인해 구강검진과 같은 절차를 더욱 복잡하게 만든다[8]. 그 결과 설문지와 면접(주관적 평가)의 활용이 진단자료 수집 및 구강보건연구 실행의 기본적인 방법이 되었다[9-11]. 일반인들이 치과 정기검진을 꺼리는 이유 중에는 치과 공포증도 있다. 치과 공포증은 흔하게 나타나며, 일반적으로 남자보다는 여자에서 많고[12], 전 세계적으로 약 6-15%의 인구가 극심한 공포에서부터 두려움까지의 증상에 시달리고 있다[13]. 치과 공포증은 아동기에 시작되어[14], 초기 청소년기에 최고조를 나타내고[15], 연령이 증가함에 따라 감소하는 것으로 보고되었다[16]. 또한 치과 공포감은 치과진료형태에 따라 영향을 받는다[17]. 따라서 청소년기의 주관적 구강건강상태 평가는 구강검진(객관적 구강건강상태 평가)을 할 수 없는 상황에서 대체수단으로 활용될 수 있다.

대규모조사인 우리나라 청소년의 건강행태 조사에서는 치아과절, 치통, 치은출혈 및 구취와 같은 주관적 구강증상을 활용하여 주관적 구강건강상태를 평가하고자 하였다. 치통, 구취 및 치아과절과 같은 주관적 구강증상

은 청소년기에 아주 흔하게 발생하며, 그들의 삶의 질에 영향을 미친다[18-20]. 치은 출혈은 치은 부종, 구취, 식편압입(food impaction), 통증, 치은퇴축 및 치아동요와 같은 치주질환 징후들과 함께 발생한다[21]. 치은출혈 유병률은 치주탐침 시 출혈(bleeding on probing; BOP)을 통한 객관적 평가를 할 수 있지만, 칫솔질 시 출혈과 같은 주관적 평가도 치주탐침 시 출혈 및 임상적 출혈과 상당한 연관성이 있다[22].

다문화가족의 구강건강상태에 관한 이전 연구로는 일부지역 다문화가족 여성[23]과 어린이[24]를 대상으로 객관적 구강건강상태를 평가한 연구들은 있었지만, 청소년을 대상으로 대규모 연구에서 실용적인 주관적 구강건강상태인 구강증상을 평가한 연구는 아직 없다.

이에 본 연구는 국가 대표 표본을 이용하여 우리나라 다문화가족 청소년의 주관적 구강증상을 파악하여 향후 건강행태에 관한 정책결정과정에 있어서 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 2013년 6월 1일부터 6월 30일까지 시행된 제10차(2014년) 청소년건강행태 온라인조사의 원시자료 [25]를 이용하여 수행되었다. 조사 자료는 질병관리본부의 원시자료 요청절차 및 규정에 따라 원시자료 요청서를 제출하여 심사과정을 거쳐 제공받았다.

전국적으로 중학교 400개교와 고등학교 400개교에서 학교당 학년별 1개 학급을 선정하여 추출된 중학교 1학년년부터 고등학교 3학년까지의 학생 74,167명 중 온라인 자기기입식 설문조사를 완료한 대상자는 72,060명(97.2% 참여율)이었다. 본 연구에서는 다문화가족의 범위를 편의상 국제결혼가정 중 결혼이주여성과 그 자녀 및 가족으로 한정하였다. 따라서 다문화가족 판정을 위한 부모의 한국국적 여부가 결측된 5,105명과 부모가 모두 외국인인 청소년으로 분류된 98명을 제외한 66,857명을 최종 연구대상자로 선정하였으며, 일반청소년, 어머니가 외국인인 청소년 및 아버지가 외국인인 청소년은

각각 66,302명(99.3%), 495명(0.7%) 및 60명(0.1%)이었다.

2. 연구방법

2.1 변수의 선정

인구사회학적 요인은 성별, 연령, 학교유형, 도시규모, 주관적 학업성적, 부모의 학력, 주관적 경제상태 및 거주 형태를 포함하였다.

건강행태 요인은 흡연여부, 음주여부, 탄산음료섭취, 단 음료섭취, 우유섭취, 과일섭취, 채소섭취 및 과자섭취를 포함하였다.

구강보건행태 요인은 하루 칫솔질 횟수, 보조구강위생용품 사용 여부, 치면열구전색(dental sealant) 경험, 치석제거 경험 및 학교구강보건교육 경험을 포함하였다.

주관적 구강증상은 지난 1년간 치통, 치은출혈, 설통 또는 구내통증 및 구취 중 어느 한 가지라도 경험한 경우로 정의하였다.

2.2 분석방법

본 연구는 제10차(2014년) 청소년건강행태 온라인조사 자료를 분석하기 위해, PASW statistics 18.0에서 지원하는 복합표본 프로시저를 사용하였다. 층화변수는 층화(strata), 집락변수는 집락(cluster) 및 가중치변수는 가중치(w)로 하여 계획파일을 작성하였다.

가족유형이 인구사회학적 요인과 건강행태 및 구강건강행태에 미치는 영향을 알아보기 위하여 복합표본 교차분석 및 일반선형분석을 하였고, 구강증상에 대하여 모든 변수가 보정된 상태에서 가족유형이 미치는 영향을 확인하기 위해 복합표본 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

모든 통계분석은 PASW 통계패키지 버전 18.0(Statistical Packages for Social Science Inc., Chicago, IL, USA)을 사용하였으며, 통계적 유의성 판정

을 위한 유의수준은 0.05로 하였다.

III. 연구결과

1. 가족유형에 따른 연구대상자들의 인구사회학적 특성

가족유형에 따른 연구대상자들의 인구사회학적 특성을 알아보기 위한 교차분석 및 일반선형분석 결과 연령, 학교유형, 도시규모, 주관적 학업성적, 아버지의 학력, 어머니의 학력, 주관적 경제 상태 및 거주형태에서 가족유형 별 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 연령에서는 일반가족 청소년이 평균 14.99세로 다문화가족 청소년 14.62세보다 약간 높았으며, 학교유형에서는 일반가족 청소년은 고등학교가 51.7%로 중학교 48.7%보다 많았고, 다문화가족 청소년은 중학교가 56.7%로 고등학교 43.3%보다 많았다. 도시규모에서는 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 중소도시가 각각 49.9% 및 46.0%로 가장 많았고, 주관적 학업성적에서는 일반가족 청소년은 ‘상’이라고 응답한 대상자가 37.7%로 가장 많았고, 다문화가족 청소년은 ‘하’라고 응답한 대상자가 42.9%로 가장 많았다. 아버지의 학력에서는 일반 청소년은 ‘대학 졸업 이상’이 60.9%로 가장 많았고, 다문화가족 청소년은 ‘고등학교 졸업’이 43.1%로 가장 많았으며, 어머니의 학력에서는 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘대학 졸업 이상’이 각각 50.7% 및 48.8%로 가장 많았다. 주관적 경제 상태에서는 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘중’이라고 응답한 대상자가 각각 48.9% 및 50.9%로 가장 많았고, 거주형태에서는 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘가족과 함께’라고 응답한 대상자가 각각 96.7% 및 93.9%로 대다수를 차지하였다[표 1].

표 1. 가족유형에 따른 연구대상자들의 인구사회학적 특성

변수		가족유형 명(%)		p-값
		일반	다문화	
성별	남자	33,403(52.0)	263(49.4)	0.271
	여자	32,899(48.0)	292(50.6)	
연령		14.99±0.02	14.62±0.09	<0.001**
학교유형	중학교	33,429(48.7)	337(56.7)	0.002*
	고등학교	32,873(51.3)	218(43.3)	

도시규모	대도시	29,758(43.9)	177(36.2)	<0.001**
	중소도시	31,444(49.9)	242(46.0)	
	군지역	5,100(6.2)	136(17.8)	
주관적 학업성적	상	25,100(37.7)	153(26.4)	<0.001**
	중	18,798(28.4)	161(30.6)	
	하	22,404(33.9)	241(42.9)	
아버지의 학력	중학교 졸업 이하	1,832(3.1)	80(19.1)	<0.001**
	고등학교 졸업	20,417(36.0)	192(43.1)	
	대학 졸업 이상	33,125(60.9)	148(37.9)	
어머니의 학력	중학교 졸업 이하	1,642(2.7)	23(7.0)	<0.001**
	고등학교 졸업	26,214(46.6)	187(44.2)	
	대학 졸업 이상	27,866(50.7)	205(48.8)	
주관적 경제 상태	상	22,871(34.8)	109(20.8)	<0.001**
	중	32,624(48.9)	282(50.9)	
	하	10,807(16.3)	164(28.4)	
거주형태	가족과 함께	63,854(96.7)	527(93.9)	0.008*
	기타	2,448(3.3)	28(6.1)	

Unweighted numbers and weighted %
p<0.01*, p<0.001**

2. 가족유형에 따른 건강행태 요인 및 구강건강행태 요인

가족유형에 따른 건강행태 요인 및 구강건강행태 요인을 알아보기 위한 교차분석 결과 음주여부, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수에서 가족유형 별 유의한 차이가 있었다(p<0.05). 음주여부에서는 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘비음주’가 각각 57.8% 및 63.2%로 ‘음주’보다 많았으며, 하루 탄산음료 섭취빈도에서도 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘1회 미만’이라고 응답한 대상자가 각각 93.1% 및 90.8%로 대다수를 차지하였다. 하루 과일 섭취빈도에서는 일

반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘1회 미만’이라고 응답한 대상자가 각각 70.1% 및 76.9%로 대다수를 차지하였으며, 하루 과자 섭취빈도에서도 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘1회 미만’이라고 응답한 대상자가 각각 90.2% 및 87.7%로 대다수를 차지하였다. 하루 칫솔질 횟수에서는 일반가족 청소년은 ‘3회 이상’이라고 응답한 대상자가 51.5%로 ‘2회 이하’라고 응답한 대상자 48.5%보다 약간 많았지만, 다문화가족 청소년은 ‘2회 이하’라고 응답한 대상자가 60.3%로 ‘3회 이상’이라고 응답한 대상자 39.7%보다 많았다[표 2].

표 2. 가족유형에 따른 건강행태 요인 및 구강건강행태 요인

변수		가족유형 명(%)		p-값
		일반	다문화	
흡연여부	비흡연	54,073(81.0)	452(78.7)	0.222
	흡연	12,229(19.0)	103(21.3)	
음주여부	비음주	38,622(57.8)	371(64.0)	0.010*
	음주	27,680(42.2)	184(36.0)	
하루 탄산음료 섭취빈도	1회 미만	61,787(93.1)	501(90.8)	0.037*
	1회 이상	4,515(6.9)	54(9.2)	
하루 단 음료 섭취빈도	1회 미만	58,469(88.1)	492(88.5)	0.727
	1회 이상	7,833(11.9)	63(11.5)	
하루 우유 섭취빈도	1회 미만	41,761(63.7)	327(60.5)	0.161
	1회 이상	24,541(36.3)	228(39.5)	
하루 채소 섭취빈도	1회 미만	39,123(58.9)	312(56.2)	0.208
	1회 이상	27,179(41.1)	243(43.8)	

하루 과일 섭취빈도	1회 미만	46,641(70.1)	433(76.9)	0.001**
	1회 이상	19,661(29.9)	122(23.1)	
하루 과자 섭취빈도	1회 미만	59,709(90.2)	477(87.7)	0.044*
	1회 이상	6,593(9.8)	78(12.3)	
하루 칫솔질 횟수	2회 이하	31,820(48.5)	311(60.3)	<0.001***
	3회 이상	34,482(51.5)	244(39.7)	
	사용안함	40,931(61.1)	372(65.2)	
보조구강위생용품 사용 여부	사용함	25,371(38.9)	183(34.8)	0.060
	없음	48,186(72.8)	416(73.6)	
연간 치면열구전색 경험	없음	18,116(27.2)	139(26.4)	0.691
	있음	51,405(77.1)	449(80.2)	
연간 치석제거 경험	없음	14,897(22.9)	106(19.8)	0.090
	있음	50,369(76.8)	399(73.6)	
연간 학교구강보건교육 경험	없음	15,933(23.2)	156(26.4)	0.096
	있음			

Unweighted numbers and weighted %
 p<0.05*, p<0.01**, p<0.001***

3. 로지스틱 회귀분석에 따른 독립변수들이 주관적 구강증상에 미치는 영향

주관적 구강증상과 각 변수들 간의 관련성을 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과 주관적 구강증상을 종속변수로 한 모든 변수가 보정된 상태에서 성별, 연령, 학업성적, 아버지의 학력, 어머니의 학력, 주관적 경제 상태, 거주형태, 흡연여부, 음주여부, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수에서 통계적으로 유의하게 주관적 구강증상과 관련이 있는 것으로 나타났다(p<0.05). 남자에 비해 여자에서 구강증상 경험 위험이 1.56배 높았으며, 연령은 1세 증가할수록 구강증상 경험 위험이 1.07배 높았다. 학업성적이 '상'인 청소년에 비해 '중' 및 '하'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 각각 0.87배 및 0.89배 낮았다. 아버지의 학력이 '대학 졸업 이상'인 청소년에 비해 '고등학교 졸업'인 청

소년의 구강증상 경험 위험이 0.94배 낮았으며, 어머니의 학력이 '대학 졸업 이상'인 청소년에 비해 '고등학교 졸업'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 0.95배 낮았다. 주관적 경제 상태가 '상'인 청소년에 비해 '중' 및 '하'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 각각 1.16배 및 1.71배 높았으며, 거주형태가 '가족과 함께'인 청소년에 비해 '기타'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 1.14배 높았다. '비흡연' 및 '비음주'로 응답한 청소년에 비해 '흡연' 및 '음주'로 응답한 청소년의 구강증상 경험 위험이 각각 1.17배 및 1.31배 높았다. 하루 과일 섭취빈도가 '1회 미만'인 청소년에 비해 '1회 이상'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 0.94배 낮았으며, 하루 과자 섭취빈도가 '1회 미만'인 청소년에 비해 '1회 이상'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 1.33배 높았다. 하루 칫솔질 횟수가 '3회 이상'인 청소년에 비해 '2회 이하'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 1.41배 높았다[표 3].

표 3. 로지스틱 회귀분석에 따른 독립변수들이 주관적 구강증상에 미치는 영향

변수		보정된 오즈비	신뢰구간	p-값
성별	남자	ref	1.501-1.619	<0.001***
	여자	1.559		
연령	일반	ref	1.055-1.081	<0.001***
	다문화	1.126	0.903-1.404	
도시규모	대도시	ref		0.290
	중소도시	1.019	0.977-1.064	
학업성적	군지역	1.068	0.987-1.157	0.380
	상	ref		
	중	0.869	0.831-0.908	
	하	0.893	0.855-0.932	<0.001***

아버지의 학력	중학교 졸업 이하	1.033	0.916-1.165	0.596
	고등학교 졸업	0.944	0.904-0.987	0.011*
	대학 졸업 이상	ref		
어머니의 학력	중학교 졸업 이하	1.109	0.987-1.246	0.081
	고등학교 졸업	0.952	0.912-0.994	0.026*
	대학 졸업 이상	ref		
주관적 경제 상태	상	ref		
	중	1.162	1.118-1.208	<0.001***
	하	1.708	1.616-1.806	<0.001***
거주형태	가족과 함께	ref		
	기타	1.140	1.028-1.264	0.013*
흡연여부	비흡연	ref		
	흡연	1.172	1.116-1.231	<0.001***
음주여부	비음주	ref		
	음주	1.308	1.260-1.358	<0.001***
하루 탄산음료 섭취빈도	1회 미만	ref		
	1회 이상	1.027	0.955-1.104	0.469
하루 과일 섭취빈도	1회 미만	ref		
	1회 이상	0.942	0.906-0.980	0.003**
하루 과자 섭취빈도	1회 미만	ref		
	1회 이상	1.330	1.248-1.417	<0.001***
하루 칫솔질 횟수	2회 이하	1.406	1.355-1.460	<0.001***
	3회 이상	ref		

p<0.05*, p<0.01**, p<0.001***

보정된 독립변수들: 성별, 연령, 가족유형, 도시규모, 학업성적, 아버지의 학력, 어머니의 학력, 주관적 경제상태, 거주형태, 흡연여부, 음주여부, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수

IV. 고찰

2010년 3월 이전까지는 보건복지가족부에서 다문화가족과를 설치하여 다문화가족의 사업을 총괄적으로 관장하고, 전국에 80여개의 다문화가족지원센터를 설립하여 운영하였다[1]. 하지만 이후 다문화가족업무가 보건복지부에서 여성가족부로 이관되면서 보건복지부의 다문화가족 관련 사업 부문에서 복지와 보건서비스 사업이 위축되었다. 이에 현재의 결혼이주여성에 대한 건강지원사업은 지역 보건소를 통한 다문화가정 건강증진사업과 지역 정신보건센터를 통한 정신보건상담 등이 이루어지는 정도이다[1]. 또한 지역 보건소에서 제공하는 영양플러스사업, 모자보건사업, 방문보건사업 등도 다문화가족을 포함하는 취약계층을 대상으로 서비스를 제공하고는 있으나 이들 사업도 모성과 영유아만을 수혜 대상으로 하고 있다.

연구대상자들의 인구사회학적 특성 중 연령, 학교유형, 도시규모, 주관적 학업성적, 아버지의 학력, 어머니의 학력, 주관적 경제 상태 및 거주형태에서 가족유형별 유의한 차이가 나타났다(p<0.05). 주관적 학업성적

에서는 일반가족 청소년은 ‘상’이라고 응답한 대상자가 37.7%로 가장 많았고, 다문화가족 청소년은 ‘하’라고 응답한 대상자가 42.9%로 가장 많았다. 아버지의 학력에서는 일반 청소년은 ‘대학 졸업 이상’이 60.9%로 가장 많았고, 다문화가족 청소년은 ‘고등학교 졸업’이 43.1%로 가장 많았으며, 어머니의 학력에서는 일반가족 청소년 및 다문화가족 청소년 모두 ‘대학 졸업 이상’이 각각 50.7% 및 48.8%로 가장 많았다. 주관적 경제 상태에서는 일반가족 청소년은 ‘중’이라고 응답한 대상자가 48.9% 가장 많았고, 다음으로는 ‘상’ 34.8%, ‘하’ 16.3% 순이었다. 그에 비해 다문화가족 청소년은 ‘중’이라고 응답한 대상자가 50.9%로 가장 높은 비율을 차지하는 것은 동일하였지만 다음으로는 ‘하’ 28.4%, ‘상’ 20.8% 순이었다. 2012년 전국 다문화가족의 지난 1년간 월평균가구소득은 200-300만원 미만, 100-200만원 미만, 100만원 미만 및 500만원 이상인 가구가 각각 31.4%, 30.9%, 11.0% 및 5.8% 순으로 나타났다[3]. 또한 전국 월평균가구소득이 408만원인 것을 미루어볼 때 이보다 적은 200만원 미만인 가구가 41.9%를 차지하는 것으로 [3] 다문화가족 청소년이 일반가족 청소년에 비해 경제

상태가 상대적으로 낮은 것을 알 수 있으며, 이는 본 연구와 일치하는 결과이다.

건강행태 요인 및 구강건강행태 요인 중 음주여부, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수에서 가족유형별 유의한 차이가 나타났다($p < 0.05$). 하루 칫솔질 횟수에서는 일반가족 청소년은 '3회 이상'이라고 응답한 대상자가 51.5%로 '2회 이하'라고 응답한 대상자 48.5%보다 약간 많았으나, 다문화가족 청소년은 '2회 이하'라고 응답한 대상자가 60.3%로 '3회 이상'이라고 응답한 대상자 39.7%보다 많았다. 이는 이 등[26]이 일반가족에 비해 다문화가족 어머니는 자녀의 구강건강에 관심이 낮으며, 다문화가족 모자는 점심시간 · 취침 전 칫솔질 실천율과 하루 평균 칫솔질 횟수가 낮게 나타났다고 한 연구와 일치하는 결과이다.

주관적 구강증상과 각 변수들 간의 관련성을 알아보기 위한 로지스틱 회귀분석 결과 주관적 구강증상을 종속변수로 한 모든 변수가 보정된 상태에서 가족유형, 도시규모 및 하루 탄산음료 섭취빈도를 제외한 모든 변수에서 통계적으로 유의하게 주관적 구강증상과 관련이 있는 것으로 나타났다($p < 0.05$). 여자들은 남자들에 비해 치통을 더 많이 호소할 가능성이 있으며[18][33], 본 연구에서도 남자에 비해 여자가 구강증상을 경험할 위험이 1.5배 높았다. 청소년의 구강질환[27-31]과 주관적 구강상태[32]는 사회경제적 불평등(건강상의 차이)이 존재한다. 이에 본 연구에서는 주관적 구강증상에 강하게 영향을 미칠 수 있는 사회경제적 요인들을 모두 보정한 후 오즈비(odds ratio)를 알아보았으며, 그 결과 주관적 경제 상태가 '상'인 청소년에 비해 '중' 및 '하'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 각각 1.16배 및 1.71배 높은 것으로 나타났다. 이는 2007년 청소년건강행태 온라인조사 자료를 활용하여 경제 상태와 구강증상 간의 관련성을 알아본 Jung 등[34]이 보고한 경제 상태가 '상'인 청소년에 비해 '하', '중하', '중' 및 '중상'인 청소년에서 구강증상 경험 위험이 각각 2.2배, 2.0배, 1.4배 및 1.2배 높았다(보정된 독립변수: 주관적 경제상태, 성별, 학년, 학교유형, 거주형태, 하루 칫솔질 횟수, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 단 음료 섭취빈도, 흡연여

부 및 음주여부)고 한 것과 일치하는 결과이다. 주관적 사회경제적 상태는 청소년에서 건강상태를 예측하는데 있어서 일관적으로 중요한 역할을 한다[35][36].

흡연과 음주를 하는 청소년은 그렇지 않은 청소년에 비해 구강증상 경험 위험이 각각 1.17배와 1.31배 높았다. 또한 하루 과일 섭취빈도가 '1회 이상'인 청소년이 '1회 미만'인 청소년에 비해 구강증상 경험 위험이 0.94배 낮았으나 하루 과자 섭취빈도가 '1회 이상'인 청소년은 '1회 미만'인 청소년에 비해 구강증상 경험 위험이 1.33배 높았다. 이는 과일은 청정식품인데 반해 과자는 우식성 식품이기 때문에 나타난 결과로 사료된다. 하루 칫솔질 횟수가 '3회 이상'인 청소년에 비해 '2회 이하'인 청소년의 구강증상 경험 위험이 1.4배 높았다. 불량한식이습관, 흡연, 음주 및 불충분한 위생습관은 다른 만성질환과 마찬가지로 구강질환 발생과 연관된 위험요인이다[37].

일반가족 청소년에 비해 다문화가족 청소년의 구강증상 경험 위험이 1.13배 높았지만 통계적으로 유의한 수준은 아니었다($p = 0.290$). 하지만 결과를 종합해보면 다문화가족 청소년은 일반가족 청소년에 비해 사회경제적 상태와 구강건강행태 측면에서 불리한 위치에 있다. 따라서 구강건강행태 개선을 위한 구강건강교육과 구강건강증진 프로그램이 다문화가족 청소년들에게 제공되어야 한다.

본 연구는 대규모의 국가 표본 통계자료를 이용하여 우리나라 다문화가족 청소년에서 가족유형과 구강증상의 관련성을 분석한 첫 번째 연구임에도 불구하고, 연구의 한계점들이 존재한다. 단면조사의 제한점으로 인과관계를 설명하기에는 다소 무리가 있을 수 있다. 따라서 향후 보다 세밀하게 계획된 종단연구를 통해 관련 요인 분석이 시행될 필요가 있다.

V. 결론

본 연구는 제10차(2014년) 청소년건강행태 온라인조사의 원시자료를 활용하여 우리나라 청소년에서 가족유형이 구강증상에 미치는 영향을 알아보았으며, 다음

과 같은 결론을 얻을 수 있었다.

첫째, 가족유형에 따른 연구대상자들의 인구사회학적 특성을 알아본 결과 연령, 학교유형, 도시규모, 주관적 학업성적, 아버지의 학력, 어머니의 학력, 주관적 경제 상태 및 거주형태에서 가족유형별 유의한 차이가 나타났다($p<0.05$).

둘째, 가족유형에 따른 건강행태 요인 및 구강건강행태 요인을 알아본 결과 음주여부, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수에서 가족유형 별 유의한 차이가 나타났다($p<0.05$).

셋째, 모든 변수가 보정된 상태에서 성별, 연령, 학업성적, 아버지의 교육수준, 어머니의 교육수준, 주관적 경제 상태, 거주형태, 흡연여부, 음주여부, 하루 탄산음료 섭취빈도, 하루 과일 섭취빈도, 하루 과자 섭취빈도 및 하루 칫솔질 횟수가 주관적 구강증상과 유의하게 관련성 있는 것으로 나타났다($p<0.05$).

이에 앞으로 다문화가족 관련 복지 및 보건서비스 사업을 점층적으로 확대함과 동시에 그 수가 증가하는 다문화 청소년에 초점을 맞춰 실시되어야 한다.

참 고 문 헌

[1] <http://www.kihasa.re.kr>
 [2] <http://www.mospa.go.kr>
 [3] <http://www.mogef.go.kr>
 [4] S. T. Ng, H. Tengku-Aizan, and N. P. Tey, "Perceived health status and daily activity participation of older Malaysians," *Asia Pac J Public Health*, Vol.23, No.4, pp.470-484, 2011.
 [5] D. C. Seo, M. R. Torabi, N. Jiang, X. Fernandez-Rojas, and B. H. Park, "Correlates of college students' physical activity: cross-cultural differences," *Asia Pac J Public Health*, Vol.21, No.4, pp.421-432, 2009.
 [6] M. Ueno, T. Zaitso, S. Ohara, C. Wright, and Y. Kawaguchi, "Factors Influencing Perceived Oral

Health of Japanese Middle-Aged Adults," *Asia Pac J Public Health*, 2011[Epub ahead of print].
 [7] M. Furuta, D. Ekuni, S. Takao, E. Suzuki, M. Morita, and I. Kawachi, "Social capital and self-rated oral health among young people," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.40, No.2, pp.97-104, 2012.
 [8] G. R. Samorodnitzky and L. Levin, "Self-assessed dental status, oral behavior, DMF, and dental anxiety," *J Dent Educ*, Vol.69, No.12, pp.1385-1389, 2005.
 [9] P. G. Robinson, P. Nadanovsky, and A. Sheiham, "Can questionnaires replace clinical surveys to assess dental treatment needs of adults?," *J Public Health Dent*, Vol.58, No.3, pp.250-253, 1998.
 [10] A. D. Gilbert and N. M. Nuttall, "Self-reporting of periodontal health status," *Br Dent J*, Vol.186, No.5, pp.241-244, 1999.
 [11] L. A. Heloë, "Comparison of dental health data obtained from questionnaires, interviews and clinical examination," *Scand J Dent Res*, Vol.80, No.6, pp.495-499, 1972.
 [12] G. ter Horst and C. A. de Wit, "Review of behavioural research in dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance," *Int Dent J*, Vol.43, No.3, pp.265-278, 1993.
 [13] I. Eli, *Oral psychophysiology: stress, pain and behavior in dental care*, CRC press, 1992.
 [14] L. G. Ost, "Age of onset in different phobias," *J Abnorm Psychol*, Vol.96, No.3, pp.223-239, 1987.
 [15] W. M. Thomson, D. Locker, and R. Poulton, "Incidence of dental anxiety in young adults in relation to dental treatment experience," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.28, No.4, pp.289-294, 2000.

- [16] A. Liddell and D. Locker, "Dental anxiety in the elderly," *Psychol Health*, Vol.8, No.3, pp.175-183, 1993.
- [17] 권수진, 최유진, "경남지역 청소년들의 치과진료 형태가 치과공포감에 미치는 영향", *한국콘텐츠학회논문지*, 제10권, 제2호, pp.277-285, 2010.
- [18] E. Honkala, S. Honkala, A. Rimpelä, and M. Rimpelä, "The trend and risk factors of perceived toothache among Finnish adolescents from 1977 to 1997," *J Dent Res*, Vol.80, No.9, pp.1823-1827, 2001.
- [19] U. Glendor, "Epidemiology of traumatic dental injuries—a 12 year review of the literature," *Dent Traumatol*, Vol.24, No.6, pp.603-611, 2008.
- [20] P. Nadanovsky, L. B. Carvalho, and A. Ponce de Leon, "Oral malodour and its association with age and sex in a general population in Brazil," *Oral Dis*, Vol.13, No.1, pp.105-109, 2007.
- [21] B. M. Eley and J. D. Manson, *Periodontics*, Wright publishing, 2010.
- [22] P. Kallio and H. Murtomaa, "Determinants of self-assessed gingival health among adolescents," *Acta Odontol Scand*, Vol.55, No.2, pp.106-110, 1997.
- [23] 전은숙, 진혜정, 최순례, 장분자, 정선영, 송근배, 최연희, "대구 지역거주 다문화가족의 구강건강 상태에 관한 조사", *대한구강보건학회지*, 제33권, 제3호, pp.499-509, 2009.
- [24] 서윤진, 이광희, 라지영, 안소연, 김윤희, "전북지역 다문화가족 어린이의 구강건강 실태조사", *대한소아치과학회지*, 제38권, 제2호, pp.137-145, 2011.
- [25] <http://yhs.cdc.go.kr>
- [26] 이나경, 오효원, 이홍수, "다문화가족과 일반가족 모자의 구강보건행태 비교 분석", *대한구강보건학회지*, 제35권, 제4호, pp.450-456, 2011.
- [27] J. L. Antunes, P. C. Narvai, and Z. J. Nugent, "Measuring inequalities in the distribution of dental caries," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.32, No.1, pp.41-48, 2004.
- [28] R. K. Celeste and P. Nadanovsky, "Income and oral health relationship in Brazil: is there a threshold?," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.37, No.4, pp.285-293, 2009.
- [29] R. López, O. Fernández, and V. Baelum, "Social gradients in periodontal diseases among adolescents," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.34, No.3, pp.184-196, 2006.
- [30] M. A. Peres, K. G. Peres, A. J. de Barros, and C. G. Victora, "The relation between family socioeconomic trajectories from childhood to adolescence and dental caries and associated oral behaviours," *J Epidemiol Community Health*, Vol.61, No.2, pp.141-145, 2007.
- [31] I. Perera and L. Ekanayake, "Social gradient in dental caries among adolescents in Sri Lanka," *Caries Res*, Vol.42, No.2, pp.105-111, 2008.
- [32] M. P. Pattussi, M. T. Olinto, R. Hardy, and A. Sheiham, "Clinical, social and psychosocial factors associated with self-rated oral health in Brazilian adolescents," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.35, No.5, pp.377-386, 2007.
- [33] A. Pau, R. E. Croucher, and W. Marcenes, "Demographic and socio-economic correlates of dental pain among adults in the United Kingdom, 1998," *Br Dent J*, Vol.202, No.9, pp.548-549, 2007.
- [34] S. H. Jung, R. G. Watt, A. Sheiham, J. I. Ryu, and G. Tsakos, "Exploring pathways for socio-economic inequalities in self-reported oral symptoms among Korean adolescents," *Community Dent Oral Epidemiol*, Vol.39, No.3, pp.221-229, 2011.
- [35] B. Piko and K. M. Fitzpatrick, "Does class matter? SES and psychosocial health among Hungarian adolescents," *Soc Sci Med*, Vol.53,

No.6, pp.817-830, 2001.

[36] B. F. Piko and K. M. Fitzpatrick, "Socioeconomic status, psychosocial health and health behaviours among Hungarian adolescents," *Eur J Public Health*, Vol.17, No.4, pp.353-360, 2007.

[37] R. G. Watt, "Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion," *Bull World Health Organ*, Vol.83, No.9, pp.711-718, 2005.

저 자 소 개

박 지 혜(Ji-Hye Park)

종신회원



- 2008년 2월 : 경북대학교 치의학
과(치의학석사)
- 2012년 2월 : 경북대학교 치의학
과(치의학박사)
- 2012년 3월 ~ 현재 : 대구보건
대학교 치위생과 시간강사

<관심분야> : 치의학, 공중보건학, 역학