

거동불편노인과 자가 활동 가능노인의 구강건강관련 삶의 질 관련 비교

- GOHAI 군집화를 활용하여 -

박 남 규, 고 영 규*

제주관광대학교 치기공과, 제주관광대학교 교직원*

Comparison of Oral Health Related Living Quality of the Elder with Physical Debilities & Ones Capable of Living at Homes (Using GOHAI Grouping)

Nam-Gyu Park, Young-Gyu Ko

Department of Dental Technology, Cheju Tourism College, Cheju Tourism College*

[Abstract]

Purpose: This study conducted a survey on the elderly of 65 years and over with physical debilities and ones capable of living at home residing in Jeju Special Self-Government Province to compare and analyze demographical characteristics and factors influencing on oral health related living quality. And also this study intended to provide basic data for developing effective public medical policies and health promotion programs to increase oral health related living quality of the elder.

Methods: The elderly of 65 years and over living in Jeju Special Self-Government Province were interviewed individually from 7 February 2011 to 18 April and interview results of a total of 220 subjects were analysed for this study.

Results: Current status of the elderly including ones with & without physical debilities influenced functional limitation and behavioral aspects of GOHAI criteria used in this study. The elderly with physical debilities experienced less limitaion in food chewing and swallowing, and pronunciation than ones capable of living at home. On the analogy of the previous study(by Park, N. G., 2010) in which oral health related quality and satisfaction of life of the elderly with physical debilities were different due to their physical, circumstantial and psychological limitations, the former's oral health conditions are worse than the ones capable of living at home and because of medical care accessibility limitation they suffer from deteriorated oral condition.

By the comparison of factors influencing on the living quality relating to the oral health of the elderly with physical debilities and ones capable of living at home, 2 factors, age and living area, were meaningful factors commonly influencing on the oral health related living qualities of both. The elderly of 75 years and over were more affected by psychological and behavioral aspects of oral health related living quality than the ones of 65-74 years, and the ones living in country suffered from functional limitations, pains and discomfort more than ones in city. Additionally, being different from the elderly capable of living at home, the ones with physical debilities were influenced by the factors of average monthly income and medical security type.

교신저자	성명	박 남 규	전화	064-740-8746	E-mail	ngpark@ctc.ac.kr	
	주소	제주도 제주시 애월읍 광령2리 2535 제주관광대학교 치기공과					
접수일	2012. 7. 4		수정일	2012. 9. 11		확정일	2012. 9. 21

Conclusion: Improvement of programs and systems to increase oral health related quality of life needs to be carried out preferentially for the elderly of 75 years and over, and dwelling in country. Also this study suggests that the policy of paying the denture insurance allowance in 2012 need effective planning considering the elderly's current status, age, living area, medical security type.

○Key words : Elderly Oral Health, GOHAI, Quality of life

I. 서 론

우리나라 65세 이상 노인 인구가 차지하는 비중은 1955년 3.3%에서 2010년 11.0%로 약3배 증가하여(통계청, 2011) 고령화는 빠른 속도로 진전되고 있으며, 2018년에는 노인 인구비율이 14.3%로 고령사회에 진입할 예정으로 있다(통계청, 2010). 고령화 사회에서 노인의 건강과 함께 경제적인 어려움, 질병, 심리적 문제 등에 기인되는 다양한 노인문제는 심각한 사회문제가 될 수 있으므로 노인의 삶의 질은 매우 중요하다.

삶의 질은 건강보다 광의의 개념으로 보건학적 요소 및 개인의 특성에 의해서도 결정되며, 인간의 삶에 있어서 정신적 및 사회적인 측면이 확대되어 개인의 건강 가치에 의해 영향을 받는다(Atchison, 2002). 최근 삶의 질에 대한 관심이 높아짐에 따라 질병을 치료하는 경우에도 신체적 측면뿐만 아니라 건강 관련 삶의 질 전반에 걸쳐 접근하는 것이 필요하며, 특히 구강건강과 관련한 삶의 질에서는 저작기능의 회복이 고령자의 생활의욕 향상 등 정신건강에 기여하는 것으로 보고되었다(조인호 등, 2001). 이에 따라 구강건강 관련 의료취약계층인 노인층을 중점 대상으로 하는 포괄적인 구강보건 진료서비스와 예방지향적인 구강건강 증진 사업체제로 사업효율성을 극대화하는 방안이 따른 구체적인 제정이 필요한 실정이다.

우리나라 65세 이하 성인을 대상으로 일반건강 및 구강건강관련 삶의 질 수준에 관련하여 송경희(2007)연구결과에서는 남자가, 연령이 적을수록, 교육수준이 높을수록, 월평균수입이 많을수록 삶의 질 수준이 높았으며, 65세 이상 일반노인을 대상으로 한 배지영(2008)의 연구결과에서는 도시에 거주하는 노인이 농촌에 거주하는 노인에 비해 구강문제로 인해 영향을 많이 받는 것으로 나타났다. 또한 일부노인을 대상으로 한 류경자(2008)의 구강

건강관련 삶의 질 연구에서는 학력수준이 낮을수록, 의료보호, 복용 약의 수가 많을수록 유의성이 있는 것으로 보고되었다.

Richmond 등(2007)의 연구결과에서는 구강건강상태가 양호하지 않은 사람들에게서 전신건강상태도 좋지 않은 것으로 나타났으며, Locker 등(2002)은 전신건강수준이 낮은 사람이 저작문제를 가질 가능성이 높으며, 치아보존 가능성은 감소한다고 하였다. 이러한 치아보존 가능성은 사회적 소외감과 고립감을 느끼게 할 가능성이 있으며, 저작시 불편감은 곧 행복감을 박탈함으로써, 삶의 질에 직접적으로 영향을 줄 수 있다.

구강건강관련 삶의 질을 측정하는 도구로는 OHIP(Oral Health Impact Profile), OIDP(Oral Impacts on Daily Performance), GOHAI(Geriatric Oral Health Assessment Index) 등이 있으며(Slade et al, 1998), 이 중 OHIP와 GOHAI는 노인의 구강건강관련 삶의 질 측정에 대표적인 도구라 할 수 있다. GOHAI는 노년층의 구강질환 영향을 기능적인 제한, 통증과 불편함, 심리적인 측면, 행동적인 측면의 4개 개념을 12개 문항으로 측정하는 노인구강건강 평가지수이다(Atchison KA & Dolan TA, 1990).

거동불편노인은 일상적으로 수행하여야 하는 실내 또는 실외활동이 자립적이지 못하여 가족이나 타인의 도움을 필요로 하는 노인 즉, 보건복지부 노인 장기요양보험 제도에서 제시(노인 장기요양법 시행령 제5조)한 등급판정은 심신의 기능상태에 따라 일상생활에서 도움이 얼마나 필요한 지에 따라 장기요양 인정점수 기준으로 3개등급으로 분류된다. 거동이 불편한 노인일수록 구강건강 관련 사회적 지원필요도와 미충족수요가 높은 박남규(2010)의 연구결과를 미루어볼 때 일상적인 생활이 스스로 가능한 노인과 거동이 불편한 노인을 대상으로 구강건강관련 삶의

의 질간의 요인을 파악하는 것이 필요하다.

본 연구에서는 GOHAI를 활용하여 거동불편노인과 자가활동 가능노인의 인구사회학적 특성과 구강건강관련 삶의 질과 관련하여 각 요인별 영향력을 파악함으로써 효율적인 구강보건정책과 건강증진 프로그램 개발에 따른 기초자료로 활용하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료 수집

본 연구는 2011년 2월 7일부터 4월 18일까지 제주특별자치도내에 거주하는 65세 이상 거동불편 노인 78명 및

자가활동 가능노인 142명을 대상으로 하였다. 그들 중 연구 목적과 내용 및 취지에 대하여 설명 후 본인의 동의를 얻어 구조화된 설문지를 이용하여 개별면접조사를 실시하여 총 220부의 자료를 최종분석에 사용하였다.

이에 본 연구는 제주도 노인을 대상으로 구강건강평가지수(Geriatric Oral Health Assessment Index)를 재구성하여 구강건강 삶의 질 12문항(5점척도), 일반적 특성 7문항으로 총 19문항으로 구성하였다.

노인구강평가 영향척도는 선행연구에서 제시한 GOHAI의 12가지 문항을 이용했으며, 기능적인 제한, 고통과 불편함, 심리적인 측면, 행동적인 측면 등과 같이 4가지 중위개념으로 군집화한 것을 활용하였다(Table 1).

Table 1. Variables of Geriatric Oral Health Assessment Index(GOHAI) Grouping

Geriatric Oral Health Assessment Index(GOHAI) Grouping	
Functional limitation	2. Trouble biting/chewing food
	3. Uncomfortable to swallow
	4. Prevented from speaking
Pain and discomfort	5. Discomfort when eating
	8. Use medication to relieve pain
	12. Teeth, gums sensitive to hot/cold
Psychological impacts	7. Unhappy with appearance
	9. Worried or concerned
	10. Nervous or self-conscious
	11. Uncomfortable eating in front of people
Behavioral impacts	1. Limit kinds or amounts of food
	6. Limit contacts with others

2. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하여 전산통계로 처리를 하였으며, 분석방법은 기술통계, 다중회귀분석을 이용하였다. 세부적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 일반적인 인구사회학적 특성을 살펴보기 위해 기술통계를 사용하였다.

둘째, 일반적 특성과 구강건강관련 삶의 질과 관련하여 각 요인별 영향력을 파악하기 위해 다중회귀분석을 실시하였다.

III. 결 과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

조사대상자의 인구 사회학적 특성에 따른 분포는 성별이 여성 82.7%(182명), 남성 17.3%(38명)였다. 각 특성별 분포는 자가활동 가능노인이 64.5%(142명), 연령은 75세 이상이 73.2%(161명), 교육수준은 초졸 이하가 58.2%(128명), 월평균수입은 10만원미만이 63.6%(140명), 의료보장유형은 의료보호가 69.5%(153명)로 가장 높은 것으

로 나타냈다(Table 2).

Table 2. The Demo-sociological Characteristics of the Subjects

N=220

Factor	Characteristic	N(%)
Gender	Male	38(17.3)
	Female	182(82.7)
Current Status	Able of living at home	142(64.5)
	With physical debilities	78(35.5)
Age	65-74	59(26.8)
	75(& over)	161(73.2)
Living Area	Town	110(50.0)
	County	110(50.0)
Education Level (school)	Elementary & none	128(58.2)
	Middle	35(16.0)
	High	33(15.0)
	Above College	24(10.9)
Average monthly income	Below ₩100,000	140(63.6)
	Below ₩200,000	28(12.7)
	Below ₩500,000	32(14.5)
	Above ₩700,000	20(9.1)
Medical security type	Health insurance	67(30.5)
	Medical protection	153(69.5)

2. 인구사회학적 특성이 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향

1) 인구 사회학적 특성이 기능적인 제한에 미치는 영향
 현재 상태에 있어서는 거동불편노인들이 자가활동 가능 노인들에 비해 기능적인 제한을 더 적게($\beta=.260$) 받는 것

으로 나타났고, 거주 지역에 있어서는 농촌에 거주하는 노인이 도시에 거주하는 노인보다 기능적인 제한을 더 많이 받는 것으로 나타났다($\beta=-.218$). 유의한 영향력을 가진 외부 변인들 중에서는 현재상태가 가장 큰 영향력을 가진 것으로 파악되었다(Table 3).

Table 3. The Recursive Analysis of Demo-sociological Characteristics & Functional Limitation of the Elderly

Subordinate Variable: Functional limitation	Non-standardization factor		Standardization factor
	B	SE	β
1 Invariable	8.538	1.155	
Gender(Male=1, Female=0)	.058	.563	.007
Current Status(1=with physical debility, 0=able to live at home)	1.721***	.472	.260
Age(1=75& over, 0=65-74)	.044	.511	.006

Subordinate Variable: Functional limitation	Non-standardization factor		Standardization factor
	B	SE	β
Living area(1=country, 0=town)	-1.378**	.438	-.218
Education Level(school)	-.189	.263	-.069
Avg. monthly income	-.292	.253	-.101
Medical security type(1=medical protection, 0=health insurance)	.174	.506	.025

R²: 0.110, Corrected R²: 0.081
 ***: p<0.001, **: p<0.01

2) 인구 사회학적 특성이 고통과 불편함에 미치는 영향 거주하는 노인보다 고통과 불편함을 더 많이($\beta=-.221$) 받는 것으로 나타났다(Table 4).
 거주 지역에 있어서는 농촌에 거주하는 노인이 도시에

Table 4. The Recursive Analysis of Demo-sociological Characteristics, Pains & Discomfort of the Elderly

Subordinate Variable: Pain and discomfort	Non-standardization factor		Standardization factor
	B	SE	β
1 Invariable	7.683	1.047	
Gender(Male=1, Female=0)	.258	.511	.035
Current Status(1=with physical debility, 0=able to live at home)	.702	.428	.120
Age(1=75& over, 0=65-74)	-.563	.463	-.089
Living area(1=country, 0=town)	-1.243**	.397	-.221
Education Level(school)	.123	.238	.050
Avg. monthly income	-.318	.229	-.124
Medical security type(1=medical protection, 0=health insurance)	-.115	.459	-.019

R²: 0.072, Corrected R²: 0.041
 **: p<0.01

3) 인구 사회학적 특성이 심리적인 측면에 미치는 영향 영향을 더 많이($\beta=-.230$) 받는 것으로 나타났다(Table 5).
 연령에 있어서는 75세 이상이 65~74세보다 심리적인

Table 5. The Recursive Analysis of Demo-sociological Characteristics & Psychological Impacts of the Elderly

Subordinate Variable: Psychological impacts	Non-standardization factor		Standardization factor
	B	SE	β
1 Invariable	13.064	1.643	
Gender(Male=1, Female=0)	.123	.802	.011
Current Status(1=with physical debility, 0=able to live at home)	1.116	.671	.121
Age(1=75& over, 0=65-74)	-2.283**	.726	-.230

Subordinate Variable: Functional limitation	Non-standardization factor		Standardization factor
	B	SE	β
Living area(1=country, 0=town)	-.623	.438	-.071
Education Level(school)	-.424	.374	-.111
Avg. monthly income	-.539	.359	-.134
Medical security type(1=medical protection, 0=heathinsurance)	.270	.720	.028

R²: 0.068, Corrected R²: 0.038

** : p<0.01

4) 인구 사회학적 특성이 행동적인 측면에 미치는 영향 현재상태에 있어서는 거동불편노인이 자가활동 가능노인에 비해 행동적인 영향을 보다 더 적게($\beta=.216$) 받는 것으로 나타났고, 연령에 있어서는 75세 이상이 65~74세

보다 행동적인 영향을 더 많이 받는 것으로 나타났다($\beta=-.170$). 또한 월평균수입이 높은 노인들일수록 행동적인 영향을 더 많이($\beta=-.185$) 받는 것으로 파악되었다(Table 6).

Table 6. The Recursive Analysis of Demo-sociological Characteristics & Behavioural impacts of the Elderly

Subordinate Variable: Behavioural impacts	Non-standardization factor		Standardization factor
	B	SE	β
1 Invariable	6.390	.823	
Gender(Male=1, Female=0)	-.097	.401	-.016
Current Status(1=with physical debility, 0=able to live at home)	1.003**	.336	.216
Age(1=75& over, 0=65-74)	-.850*	.364	-.170
Living area(1=country, 0=town)	-.216	.312	-.049
Education Level(school)	-.188	.187	-.098
Avg. monthly income	-.374*	.180	-.185
Medical security type(1=medical protection, 0=heathinsurance)	.285	.361	.059

R²: 0.082, Corrected R²: 0.051

** : p<0.01, * : p<0.05

3. 거동불편노인과 자가활동 가능노인의 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향

거동불편노인과 자가활동 가능노인의 구강건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 비교분석한 결과, 구강건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 연령과 거주지역이 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다(Table 7). 구체적으로 살펴보면, 자가활동 가능노인의 경우 농촌에 거주하는 노인이 도시에 거주하는 노인들에 비해 기능적인

한계를 더 많이 받는 것으로 나타났고($\beta=-.179$), 고통과 불편함 정도 역시 같은 것으로 파악되었다($\beta=-.207$). 또한 연령이 75세 이상인 노인들이 65~74세 노인들에 비해 심리적인 영향($\beta=-.201$)과 행동적인 영향($\beta=-.179$)을 더 많이 받는 것으로 나타났다.

거동불편노인의 경우에는 연령이 75세 이상인 노인들이 65~74세 노인들에 비해 심리적인 영향을 더 많이 받는 것으로 나타났고($\beta=-.243$), 농촌에 거주하는 노인이

도시에 거주하는 노인들에 비해 기능적인 한계($\beta=-.226$)와 고통과 불편함($\beta=-.252$)을 더 많이 받는 것으로 나타났다.

특징적으로 거동불편 노인의 경우에는 월평균수입과 의료보장유형이 자가활동 가능노인과는 다르게 구강건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 구체적

으로 살펴보면 월평균수입이 높은 노인들일수록 심리적인 영향($\beta=-.395$)과 행동적인 영향($\beta=-.420$)을 더 많이 받는 것으로 나타났고, 의료보호 대상 거동불편노인들이 건강보험 대상 거동불편노인들에 비해 행동적인 영향을 더 적게 받는 것으로 파악되었다($\beta=.281$).

Table 7. The Recursive Analysis of Demo-sociological Characteristics & Oral Health Related Living Quality Factors of the Elderly with Physical Debilities & Ones Capable of Living at Home

Independent variable	The elderly capable of living at home								The elderly with physical debilities							
	Functional limitation		Pain and discomfort		Psychological impacts		Behavioral impacts		Functional limitation		Pain and discomfort		Psychological impacts		Behavioral impacts	
	B (SE)	β	B (SE)	β	B (SE)	β	B (SE)	β	B (SE)	β	B (SE)	β	B (SE)	β	B (SE)	β
Gender (Male=1, Female=0)	-.069 (.608)	-.010	.011 (.605)	.002	-.129 (.912)	-.012	-.603 (.463)	-.012	1.128 (1.448)	.101	1.723 (1.152)	.200	.876 (1.924)	.060	-.143 (.917)	-.020
Age (1=75& over, 0=65-74)	-.024 (.547)	-.004	-.577 (.544)	-.096	-1.838* (.820)	-.201	-.822* (.417)	-.179	1.042 (1.274)	.093	-.209 (1.014)	-.024	-3.526* (1.693)	-.243	-.554 (.806)	-.079
Living Area (1=country, 0=town)	-1.043* (.559)	-.179	-1.199* (.556)	-.207	-.816 (.838)	-.092	-.237 (.426)	-.053	-1.561* (.781)	-.226	-1.347* (.621)	-.252	.152 (1.038)	.017	.218 (.494)	.050
Education Level (school)	-.085 (.284)	-.034	.093 (.282)	.037	-.286 (.425)	-.075	-.094 (.216)	-.049	-1.169 (.759)	-.296	.180 (.604)	.059	-1.505 (1.009)	-.294	-.874 (.481)	-.351
Avg. monthly income	-.151 (.261)	-.060	-.243 (.259)	-.097	-.326 (.391)	-.085	-.274 (.198)	-.143	-1.266 (.771)	-.325	-.762 (.613)	-.253	-1.998* (1.024)	-.395	-1.031* (.488)	-.420
Medical security type (1=medical protection, 0=health insurance)	-.433 (.563)	-.072	-.017 (.560)	-.003	-.329 (.844)	-.036	-.169 (.429)	-.037	1.707 (1.078)	.199	-.506 (.858)	-.076	1.549 (1.432)	.139	1.520* (.682)	.281
Invariable		8.717		7.601		12.500		6.208		13.071		8.671		19.679		9.299
SE																
F Value		1.012		1.103		1.617		1.041		2.502*		1.721		1.868		2.396*
R ²		0.043		0.047		0.067		0.044		0.175		0.127		0.136		.168
Corrected R ²		0.000		0.004		0.026		0.002		0.105		0.053		0.063		.098

*: p<0.05

IV. 고찰

인구사회학적 특성의 구강건강관련 삶의 질에 대한 영향력을 검증한 결과, 거동불편노인이 자가활동 가능노인에 비해 음식물저작제한, 음식물연하제한, 발음제한에 따른 기능적인 제한($\beta=.260$)과 식사량, 음식종류, 타인과의

만남에 따른 행동적인 영향($\beta=.216$)을 보다 적게 받는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 거동불편 노인들은 신체적 불편, 거동 불능, 육체적 고통 등을 노화과정에 따른 불가피한 경험으로 생각하여 적극적으로 치료나 의료적 처치를 받으려 하기보다는 질병을 방치하고 고통을 견디는 경우가 많은(김수영 등, 2009)점, 거동불편 노인들이 갖는

구강건강 관심도, 구강건강 실천행위, 구강보건지식 등을 배제할 수 없는 점 등에 기인한 것으로 유추해 볼 수 있다 (박남규, 2010).

농촌에 거주하는 노인이 도시에 거주하는 노인보다 기능적인 제한($\beta = -.218$)과 음식섭취의 불편함과 치아나 잇몸의 고통 경감을 위해 약물을 사용, 뜨거운 음식, 찬음식, 단 음식에 민감함에 따른 고통과 불편함($\beta = -.221$)을 더 많이 받는 것으로 나타났다. 구강건강관련 기능적인 제한, 고통과 불편함의 삶의 질이 농촌과 도시의 거주지역에 따라 유의미한 차이로 나타난 점은 윤영숙(2006), 이민선(2011) 등의 연구결과를 유추하여 뒷받침해주는 결과로 해석된다.

연령에 있어서는 75세 이상이 65~74세보다 외형만족, 구강문제 염려, 신경질성, 타인과 식사 시의 불편함에 따른 심리적인 영향($\beta = -.230$)과 행동적인 영향($\beta = -.170$)을 더 많이 받는 것으로 나타났다. 또한 월평균수입이 높은 노인들일수록 식사량, 음식종류, 타인과의 만남에 따른 행동적인 영향을 더 많이($\beta = -.185$) 받는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 이가령(2010)의 일부 농촌노인들의 OHIP-14를 이용한 연구에서 연령이 정신적 능력저하와 연령과 월평균수입이 사회적 능력저하와 통계적으로 유의미한 상관관계가 있다고 보고된 결과와 유사하다고 볼 수 있다.

거동불편노인과 자가활동 가능노인의 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인을 비교 분석한 결과, 구강건강관련 삶의 질에 거동불편노인, 자가활동 가능노인에 공통적으로 영향을 주는 유의한 요인으로는 연령과 거주지역 2개로 나타났다.

추가적으로 거동불편 노인의 경우에는 월평균수입과 의료보장유형이 자가활동 가능노인과는 다르게 구강건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 이와 유사한 연구에서 신선정 & 정세환(2011)은 최종학력, 월평균소득이 구강건강관련 삶의 질에 유의미한 영향요인으로 밝혀졌으며, 배지영(2008)의 연구결과에서는 성별, 연령, 거주지역, 월평균수입이 유의미한 영향을 주는 것으로 나타난 점과 비교해 볼 수 있다.

연구결과를 종합해 보면 노인들의 현재 상태(거동불편노인/자가활동 가능노인)가 본 연구에서 사용한 GOHAI

중위개념 중 기능적인 제한, 행동적인 측면에 영향을 미치는 것으로 나타났는데 앞서 언급하였듯이 거동불편 노인들은 신체적, 환경적인 제약 등이 많이 따르지만 구강건강관련 삶의 질 수준이 높게 나타난 점은 선행연구 중 박남규(2010)의 연구결과와 일치하는 결과로 이는 거동불편노인이 상대적으로 구강보건 상태가 열악하고 진료접근성 등에 제한받아 악화된 구강상태로 인해 고통 받고 있다는 점을 감안한 구강보건정책의 필요성을 시사한다.

V. 결 론

본 연구는 2011년 제주특별자치도내 거주하는 65세 이상 거동불편노인과 자가활동 가능노인을 대상으로 인구사회학적 특성과 구강건강 관련 삶의 질의 영향을 미치는 요인을 비교분석하였으며 그 결과는 다음과 같다.

거동불편노인이 자가활동 가능노인에 비해 기능적인 제한과 행동적인 영향을 적게 받는 것으로 나타났다. 이는 거동불편 노인들의 신체적, 환경적, 심리적인 제약 등에 따라 구강건강관련 삶의 질과 삶의 만족도가 다르게 나타난 박남규(2010)의 선행 연구결과와 유추하여 볼 때 거동불편노인들은 자가활동 가능노인에 비해 상대적으로 구강보건 상태가 열악하고 진료접근성 등에 제한받아 악화된 구강상태로 인해 고통 받고 있다는 점을 알 수 있다.

농촌에 거주하는 노인이 도시에 거주하는 노인보다 기능적인 제한과 고통과 불편함을 더 많이 받으며, 연령에 있어서는 75세 이상이 65~74세보다 심리적인 영향과 행동적인 영향을 더 많이 받는 것으로 파악되었다. 또한 월평균수입이 높은 노인들일수록 행동적인 영향을 더 많이 받는 것으로 나타났다.

거동불편노인과 자가활동 가능노인의 구강건강관련 삶의 질에 미치는 영향 요인으로는 연령과 거주지역이 유의미하게 나타났으며, 거동불편 노인의 경우에는 월평균수입과 의료보장유형이 자가활동 가능노인과는 다르게 구강건강관련 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

따라서 구강건강 관련 삶의 질 증진을 위한 프로그램 및 제도개선 시 75세 이상 노인 및 농촌지역에 거주하는 노인을 우선 대상으로 시행할 필요가 있다. 또한 현재 추진

중에 있는 2012년 의치보험급여화 정책을 시행함에 있어 구강건강관련 삶의 질 향상을 위한 노인들의 현재 상태, 연령, 거주 지역, 의료보장유형 등을 고려한 효율적인 구강보건정책 수립이 필요함을 본 연구에서는 시사한다.

참 고 문 헌

김수영 외. 노년사회학. 학지사, 2009.

류경자. 일부노인의 구강건강 수준과 구강건강관련 삶의 질의 관련성. 충남대학교 대학원 박사학위논문, 2008.

박남규. 제주도 노인요양시설 거동불편노인의 사회적 지원과 미충족 수요가 구강상태 및 삶의 질에 미치는 영향. 영남대학교 대학원 박사학위논문, 2010.

배지영. 노인의 구강건강이 삶의 질에 미치는 영향. 영남대학교 대학원 박사학위 논문, 2008.

보건복지부. 노인장기요양보험법 시행령 제7조. 2010.

송경희. 한국 성인의 건강 및 구강건강관련 삶의 질 평가에 관한 연구. 한양대 대학원 박사학위논문, 2007.

신선정, 정세환. 강원도 일부 노인에서의 노인구강건강평가지수(GOHAI)의 타당도와 신뢰도. 대한구강보건학회, 35(2), 187-195, 2011.

윤영숙. 도시농촌 노인의 구강건강과 삶의 질에 관한 연구. 치위생과학회지, 6(1), 23-28, 2006.

이가령. 일부 농촌노인들의 구강건강영향지수 14 평가. 한국치위생과학회, 10(2), 113-114, 2010.

이민선. 강원도 일부 농촌지역 노인의 사회경제적 위치와 구강건강관련 삶의 질과의 연관성. 한국치위생학회지, 11(5), 707-715, 2011.

조인호, 최대균. 노인의 치과보철치료. 나래출판사, 2001.

통계청. 노인추계인구. 2011.

통계청. 고령자통계. 2010.

Atchison KA & Dolan TA. Development of the Geriatric Oral Health Assessment Index. J Dent Educ, 54(11), 680-687, 1990.

Atchison KA. Understanding the Quality in Quality Care and Quality of Life. Quintessence

Publishing Co, 13-28, 2002.

Atieh MA. Arabic version of the Geriatric Oral Health Assessment Index. Gerodontology, 25(1), 34-41, 2008.

Hassel AJ et al. A German version of the GOHAI. Community Dent Oral Epidemiol, 36(1), 34-42, 2008.

Locker, D., Matear, D. & Stephens, M.. Oral health-related quality of life of a population of medically compromised elderly people. Community Dental Health, 2002.

Naito M et al. Linguistic adaptation and validation of the General Oral Health Assessment Index(GOHAI) in an elderly Japanese population. J Public Health Dent, 66(4), 273-275, 2006.

Richmond, S., Chestnutt, I., Shennan, J. & Brown, B.. The relationship of medical and dental factors to perceived oral and general health. Community Cushing, A., The concept of need in dentistry. International Dental Journal, 32, 265-268, 2007.

Slade GD et al. Conference summary: assessing oral health outcomes-measuring health status and quality of life. Community Dent Health, 15(1), 3-7, 1998.