

어머니의 아동에 대한 치과의료 방임과 그 연관요인

주현정, 이흥수

원광대학교 치과대학 예방치과학교실

Dental neglect and related factors in mothers

Hyun-Jeong Ju, Heung-Soo Lee

Department of Preventive and Public Health Dentistry, College of Dentistry, Wonkwang University, Iksan, Korea

Received: January 8, 2018

Revised: March 15, 2018

Accepted: April 19, 2018

Corresponding Author: Heung-Soo Lee

Department of Preventive and Public
Health Dentistry, College of Dentistry,
Wonkwang University, 460 Iksan-daero,
Iksan 54538, Korea
Tel: +82-63-850-6851
Fax: +82-63-850-6851
E-mail: smagn@wonkwang**Objectives:** The purpose of this study was to determine the level of dental neglect in mothers and their children and to analyze the factors that were associated with it.**Methods:** The subjects included in this study were 431 mothers with preschool children. The participants were given a self-report questionnaire for the study. The survey collected data on sociodemographic characteristics and dental neglect. For dental neglect, the Adelaide dental neglect scale was used for measurement.**Results:** The percentage of mothers with a high level (≥ 15 points) of dental neglect was 52.7%. In terms of dental neglect in mothers and their children, 37.1% showed feeding of snacks before and after meals, followed by postponement of dental treatment for mothers at 22.8%, and dental treatment postponed due to children 21.7%. The demographic factors affecting the mother's dental neglect were found to be age of the mother, whether the mother was employed or not, and household income. The lower was the age of the mother, the higher was the level of dental neglect. In addition, when mothers had jobs, dental neglect was high, and the lower was the household income, the higher was the level of dental neglect.**Conclusions:** The level of dental neglect for mothers and their children was found to be high. Thus, this should be considered in the design of national oral health promotion strategies for children. In addition, the importance of dental neglect should be emphasized.**Key Words:** Children, Dental neglect, Mother

서 론

2016년 3월, ‘4살 아동 살해 암매장’이라는 충격적인 사건을 기억할 것이다. 이후 ‘12개월 아들 학대 혐의로 아동의 친부 구속 및 방임 혐의로 친모 불구속 입건’, ‘3살 아동 상습 학대로 숨지게 한 친부와 계모 구속’ 등이 대중매체를 통해 알려졌고, 이외에도 알려지지 않은 아동학대 사건이 지속적으로 발생하고 있다.

2015 아동학대현황보고서에 따르면, 2011년 1만146건이었던 아동학대 신고가 2015년 1만9203건으로, 5년 새 두 배 가량 증

가하였다. 아동학대는 최근에 들어 발생한 사회현상은 아니다. 우리 사회가 아동학대의 문제를 가정 내 문제로 간주하여 외부에 노출시키지 않으며, 아동을 부모의 소유물로 여기는 그릇된 자녀관, 체벌에 대한 관용 등이 팽배해 있어 이러한 문화를 가진 사회에서 아동학대는 은폐되기 쉬웠기에 많이 알려지지 않았을 뿐이다. 그렇기 때문에 아동학대의 심각성을 간과하기 쉽다¹⁾. 아동학대 및 방임은 아동기의 신체적 발달, 심리사회적, 인지적 발달에 부정적인 영향을 끼침으로 아동기 이후의 청소년기의 생활이나 사회적 성취에까지 영향을 미쳐 사회문제로 발전할 가능성이 매우 높다²⁾.

2013년도 전국 아동학대 유형별 현황을 살펴보면, 방임은 전체 아동학대 사례 중 26.2%로 정서학대(16.2%), 신체학대(11.1%)보다 높은 비중을 차지하였다(2013 아동학대현황보고서). 방임은 학대의 한 유형으로 인식되기도 하나 태만의 문제로 여겨지기도 한다. 즉 학대가 개인이 의도적으로 피해자에게 해를 가하는 것이라면 방임은 생존이나 건강에 필요한 것을 적절히 제공하지 않는 것을 의미한다^{3,4}. 방임은 소리 없는 학대(silent abuse)라고 불린다. 밖으로 드러나지 않지만 다른 유형의 학대만큼 혹은 그 이상의 피해를 아동에게 미치기도 한다⁵. 방임은 지나치기 쉽고 발견하기까지 상당한 시간이 소요되기 때문에 그 심각성이 다른 학대유형에 비해 사회적 관심을 크게 받지 못하였다. 이는 방임을 신체적 학대와 같이 심각하게 보지 않는 사람들의 인식 때문일 것이다⁵.

방임은 특수한 환경에서 발생하는 것이 아닌 일상생활 속에서 흔하게 나타난다. 방임의 가장 흔한 유형으로 아동의 필요한 기본적인 요건을 충족시키지 못하는 경우를 들지만, 전문가의 조언을 따르지 않는 것도 가장 흔한 방임의 유형 중 하나이다⁶. 일반적으로 아동의 치과치료가 필요할 때 진료예약을 하고도 치과방문을 하지 않거나 치과치료가 필요하지만 시기를 늦추는 것을 방임이라 여기는 사람은 많지 않을 것이다. 그러나 이 역시 방임, 치과적으로 방치된 치과의로 방임에 속한다. 세계보건기구(WHO) 역시 적절한 건강관리를 찾지 않는 것 또한 방임의 징후이며, 조기 치과치료는 아동의 구강질환, 특히 우식을 일으킬 가능성을 감소시킨다고 하였다⁷.

Welbury⁶는 아동학대와 방임의 징후를 알 수 있는 신체기관 중 하나는 구강으로, 구강에 발생된 증상 및 질환으로 신체적 학대, 성적 학대 및 방임을 의심할 수 있다고 하였다. 이는 혀나 입술, 혀점막, 구개, 치은, 소대 등에 발생한 타박상, 열상 및 찰과상, 그리고 탈구된 치아, 악골 골절, 변색된 치아(외상의 결과로 인해 발생된 치수괴사), 치료되지 않은 채 방치된 구강병(치아우식증, 치주병, 기타 구강문제), 불결한 구강위생 상태 등 구강 내 증상으로 아동학대나 방임을 유추해 낼 가능성이 높다는 것을 의미한다⁸. ADA는 이러한 구강 내 징후 등을 확인할 수 있고, 향후 이를 처리하는 과정 등을 담은 임상 지침을 배포하는 등 아동학대 및 방임에 대한 구강보건인력의 법적, 윤리적 책무에 대하여 강조하고 있다⁸. 또한 전문가들은 아동학대나 치과적 방임(태만)이 의심되는 경우, 구강보건인력이 이를 아동학대나 방임으로 즉시 인식하고 진단하여 보고하는 것은 아동보호의 기본임을 강조하기도 하였다⁹. 따라서, 구강은 치과적(치과의로) 방임을 포함한 아동학대를 찾아내는 데 매우 중요한 역할을 하는 신체기관으로 봐야 할 것이다.

치과 영역에서 아동방임 행위는 치과 처치와 관련된 정보를 취득하는데 있어 보호자의 관심 부족, 가정에서 보호자에 의해 수행되어야 하는 예방적 처치의 부족(예. 구강위생), 치과진료 예약 부도 등을 언급할 수 있는데¹⁰, 치과의로 방임은 '책임이 가능한 가족이나 보호자가 있는 곳에서, 아동이 통증 및 감염으로부터 자유롭고 적절한 기능을 즐길 수 있도록 아동의 기본적인 구강건강 필요에 부합하는데 있어 부모 또는 보호자의 실패'로 정의¹¹되는 경우가 많다. 즉, 학대의 측면보다는 태만의 측면으로 접근하는 것이

적당하다고 볼 수 있다. 구강 내 관리를 소홀히 하고 방치한다면 구강 내 문제가 발생하거나 구강질환을 앓을 가능성이 높고, 이로 인하여 치아통증 또는 수면장애, 음식물 섭취 어려움이 있거나 식품 선택 변화가 야기될 수 있다¹².

Thomson과 Locker¹³는 치과의로 방임(dental neglect)을 개인의 구강건강에 유해한 결과를 나타낼 가능성이 높은 행위 및 태도라고 하였다. Joyce¹²는 치과의로 방임을 고의적 방임(wilful neglect)이라고 표현하며, 이미 알려진 중요한 치과적 문제에 대응하는 데 실패함을 설명한 용어라고 기술하였다. 그리고, 치료를 받지 않음으로 인한 통증, 비정기적 치과방문과 반복적인 진료예약 실패, 반복된 간격으로 돌아오는 통증, 계획된 치료의 미완료 등을 그 예로 들었다. 치과의로 방임은 Thomson과 Locker¹³, Joyce¹²의 주장처럼 결국 구강건강관련 유해한 행위 및 태도라 할 수 있겠다.

Skaret 등¹⁴은 치과의로 방임이 부정적 구강건강인식과 연관이 있으며, 설탕이 함유된 청량음료의 매일 섭취 및 보조구관리 용품 미사용과 관련이 있다고 하였다. Kvist 등¹⁵은 소아치과에서 전신마취(GA, general anaesthesia) 후 치과치료를 받은 6세 이하 아동들에서 치아우식증과 치근단 치주염, 치수괴사로 인한 감염률이 상당히 높았으며, 동일 기간 내 전신마취를 하지 않고 치과치료를 진행한 아동들과 비교한 결과, 이러한 아동들의 경우 치과의로 방임 정도가 높게 나타났다고 보고한 바 있다. 청소년 10명 중 5명이 치과치료 방임을 경험하였다고 언급한 Coolidge 등¹⁶의 연구와 육안적으로 확인이 되는 치아우식증이 있는 청소년에서 치과의로 방임 정도가 높게 나타난 Sarri 등¹⁷의 연구에서도 치과의로 방임에 대한 중요성이 강조되었다. 또한, 치과의로 방임이 치과적 장애(dental disability)와 연관이 있다는 Kvist 등¹⁵의 연구 결과와 치과의로 방임이 보유하고 있는 치아의 수 및 구강건강관련 삶의 질과 연관이 있음을 언급한 McGrath 등¹⁸의 연구 결과에 비추어 볼 때, 치과의로 방임은 결코 가벼이 넘길 수 없는 문제임이 확실하다.

Harris¹⁹에 따르면 영국의 소아치과 의사들은 치과의로 방임이 흔한 문제라고 인식하였는데, 그들의 60%가 방임된 구강상태의 아동을 하루에 한 번 이상 본다고 하였다. McGrath 등¹⁸은 치과서비스를 사용하는데 무관심한 치과치료 방임이 널리 퍼져 있으며, 교육수준 및 소득에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 보고한 바 있다. 특히 사회경제적 상태가 낮은 사람들에서 치과의로 방임 수준이 높은 것으로 보고된 바 있다^{4,11}. 사회경제적 상태는 구강건강 격차와 깊은 연관이 있는데, 사회경제적 상태가 낮은 사람들이 구강건강수준이 좋지 않거나 이로 인해 치과의료서비스 이용에 장애를 받는 것으로 알려져 있다²⁰⁻²². 우리나라의 경우 사회양극화가 심해지고 있어 사회경제적 수준이 낮은 사람들에서 그들의 자녀에 대한 치과의로 방임이 증가할 가능성이 높다. 그러므로 치과의로 방임은 구강건강 불평등이라는 차원에서 조망될 필요가 있으며, 치과의로 방임에 대한 연구가 활발해져야 한다.

Harris¹⁹는 아동의 최적의 구강건강을 유지하기 위해서 아동에게 필요한 것은 당분이 함유된 과자나 음료의 섭취 빈도를 제한하는 식이조절, 감독관리 및 지원을 동반한 구강위생, 예방치치나

필요할 경우의 치과치료를 위한 치과방문 등이라고 언급하였다. 이러한 구강건강관련 행위는 아동 단독으로 이루어지기 어려우며, 부모 또는 보호자의 지원과 노력이 요구된다. 그러나 부모 또는 보호자의 구강건강관리 행위 실행이 제대로 이루어지지 않을 경우, 불량한 구강위생상태, 우식 경험 등을 야기하므로 구강건강을 저해하는 요인으로 작용할 것이다.

아동의 구강건강 유지 및 증진에 있어 특히 어머니는 자녀의 구강건강에 영향을 미치는데, 취학 전 아동의 경우 구강건강에 관한 전반적인 정보 및 행위를 어머니가 행사하는 정도가 매우 크다²³⁻²⁵⁾. 즉, 아동의 보호자 중 주로 양육을 전담하는 어머니가 아동의 구강건강에 중추적인 역할을 함을 알 수 있다. 이는 어머니의 어린 자녀에 대한 구강건강관리 행위의 실행 정도에 따라 자녀의 구강건강상태가 달라질 것임이 명확하다는 것을 의미하며, 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 정도에 따라 자녀의 구강건강상태 역시 다른 결과가 나타날 수 있다는 또 다른 표현이라고 할 수 있을 것이다. Lourenco 등¹⁰⁾은 부모가 자녀의 구강건강상태에 대해 알고 있음에도 상당수의 부모가 그들 자녀를 데리고 구강진료기관에 방문한 적이 없었다고 보고한 바 있으며, 부모들이 자녀에게 행하는 일반적인 위생관리와 치아우식증 경험은 연관성이 있었는데, 이는 머리카락 및 손톱 청결이 부재된 경우처럼 아동의 일반적인 위생상태가 방임될 경우 구강위생상태 역시 방임된다는 것을 의미한다고 주장한 바 있다. 또한, 어머니의 적절한 구강건강관리 실행은 아동을 전문가와 구강건강관리 환경에 친숙하게 함으로서 보다 건강한 습관을 확보할 수 있는 기회를 만들어 결과적으로 삶의 질을 향상시킨다²⁶⁾. 따라서, 아동학대 측면의 방임뿐만 아니라 구강건강 불평등 측면, 그리고 아동 구강건강증진을 위해서라도 어머니의 아동 구강건강관리 방임 현황을 파악할 필요성이 있으며, 이에 따른 연구가 필수적으로 행해져야 한다.

국외에서는 치과의료 방임 연구^{11-19,27)}가 진행되고 있는 반면, 국내에서는 의료방임에 대한 연구 이외에 치과의료 방임 연구는 이루어지지 않았다. 국내에서는 아직 치과의료 방임에 대한 개념이 보편화되지 않은 상태로 실제적인 치과의료 방임이 행해지고 있을 가능성이 있다고 판단되어 저자들은 치과의료 방임에 대한 연구가 필요하다고 생각하였다.

이에 본 연구에서는 치과의료 방임 지수를 개발하여 미취학 아동 보호자 중 어머니의 치과의료 방임과 그 연관요인을 조사하고 이를 분석하여 효율적인 모자 구강보건정책을 개발하는데 기초자료로 활용하고자 한다.

연구대상 및 방법

1. 연구대상과 조사 방법

본 연구는 2014년 9월 5일부터 9월 30일까지 편의표본추출법에 의해 선정된 익산시, 전주시 및 군산시에 거주하는 미취학 아동을 자녀로 둔 어머니를 대상으로 하였다.

조사방법은 개별자기기입법에 의한 설문조사법이었다. 2014년 8월 27일부터 9월 1일까지 익산시에 거주하는 미취학 아동의

어머니 28명을 대상으로 예비 조사를 하였고, 예비 조사 결과를 토대로 설문지를 수정 및 보완하여 본 조사를 수행하였다. 조사대상은 어린이집을 포함하여 저자의 학연 및 지연 등 인적 네트워크를 이용하여 선정되었다. 본 조사는 조사대상 어머니에게 연구 목적과 내용을 설명한 후 설문에 동의한 어머니들을 대상으로 실시하였으며, 원광대학교 생명윤리위원회 심의를 거쳐 진행되었다(승인번호: 201409-059). 어린이집의 경우 어린이집 보육교사를 통해 가정통신문으로 연구 목적과 내용에 대해 설명하고 이에 동의한 어머니들에게 설문지를 전달한 후 회수하였다. 미취학 아동의 어머니 444명이 개별자기기입법에 의한 설문조사에 참여하였으며, 그 중 결측치가 많은 2명 및 중복 설문 11명(2명 이상의 미취학 아동을 자녀로 둔 어머니가 자녀 1명 이상의 설문에 응답한 경우 응답 순으로 1부만 채택)을 포함하여 총 13명의 자료를 제외한 431명(71.8%)을 최종 분석대상으로 하였다. 이 연구에서 다른 연구비 지원은 없었다.

2. 용어의 정의

2.1. 치과의료 방임의 개념적 정의

치과의료 방임의 개념적 정의는 ‘책임이 가능한 가족이나 보호자가 있는 곳에서, 아동이 통증 및 감염으로부터 자유롭고 적절한 기능을 즐길 수 있도록 아동의 기본적인 구강건강 필요에 부합하는데 있어 부모 또는 보호자의 실패’이다¹¹⁾.

2.2. 치과의료 방임의 조작적 정의

본고에서는 치과의료 방임을 태만의 문제로 접근하여, ‘치과의료 방임이란 자녀의 구강건강을 유지 증진하는데 필요한 적절한 행위를 어머니가 실행하지 않는 정도를 말하는 것으로, 치과의료 방임지수로 측정된 점수를 의미한다’로 조작적 정의를 하였다. 적절한 행위란 아동의 최적의 구강건강을 유지하기 위해 수행되는 구강건강관련 행위를 일컫는다.

3. 조사 내용 및 조사도구

설문조사의 내용은 어머니의 인구사회학적 특성, 자녀에 대한 치과의료 방임(dental neglect) 2개의 영역으로 구성하였다. 어머니의 인구사회학적 특성으로는 연령, 교육수준, 월평균 세대소득, 경제활동여부(직업유무), 자녀의 수를 조사하였고, 자녀에 대한 치과의료 방임은 7개 항목으로 구성된 측정도구를 이용하여 조사하였다.

본고에서 사용한 치과의료 방임(dental neglect) 측정도구의 개발과정은 Fig. 1과 같다.

치과의료 방임 수준을 측정하기 위해, Thomson 등¹¹⁾이 개발한 치과의료 방임지수(Adelaide dental neglect scale)를 번안 및 수정하여 사용하였다. Thomson 등¹¹⁾의 치과의료 방임지수(Adelaide dental neglect scale)는 5점 척도 7문항으로 구성되어 있으며, 문항당 1점(매우 아니다)부터 5점(매우 그렇다)까지의 점수를 부여하고 그 점수의 총합을 치과의료 방임 수준으로 평가한다.

점수의 범위는 7-35점이며, 점수가 높을수록 치과의료 방임 수준이 높다는 것을 의미한다. Thomson 등¹¹⁾의 치과의료 방임지수(Adelaide dental neglect scale)를 우리나라 말로 번안 및 수정하는 과정에서 Thomson과 Locker¹³⁾의 치과의료 방임 척도(dental neglect scale) 연구를 참고하였으며, 영어 전공자 2인이 한국어로 번역을 한 후 예방치과학 전공 교수 1인과 예방치과학 전공 박사 과정에 재학 중인 대학원생 3인의 자문 및 검토를 거쳤다. 본 연구에 사용된 측정도구는 '나의 자녀는 집에서 꾸준히 칫솔질 등 가정구강위생관리를 받는다', '나의 자녀는 꼭 필요한 경우에 치과치료를 받는다' 등 7문항으로 구성하였으며, 4점 척도로서 1점(그런 편이다)부터 4점(그렇지 않은 편이다)으로 측정하였다. 그리고 문항 중에서 부정형 문항은 2개 항목이었고, 이 문항은 점수를 역으로 부여하였다(나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, [엄마인] 내가 미루고 있다, '나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, 자녀가 미루고 있다'). 치과의료 방임 점수의 총점은 7-28점이었다. 본 연구에서 치과의료 방임지수는 점수가 높을수록 치과의료 방임 수준이 높다

는 것을 의미하였다. 본 연구에 사용된 치과의료 방임 측정도구의 신뢰도는 Cronbach's α 값이 0.65이었다. 본 연구에서 사용한 치과의료 방임지수의 타당도를 검증하기 위해 문항판별도 분석을 시행하였다. 문항판별도 분석은 치과의료 방임지수의 총점을 기준으로 상·하위 25%에 속하는 사람으로 두 집단을 만든 후, 개개 항목의 평균치가 두 집단에서 얼마나 차이가 있는지를 산출하여 시행하였다. 평균치 차이가 1.0 이상인 경우 문항판별력이 있는 것으로 판단하였다.

치과의료 방임지수의 판별력을 알아본 결과는 Table 1과 같다. 치과의료 방임 점수의 상·하위 25%에서 각 항목별로 평균치를 비교한 결과, 7개 문항 모두 평균 차이가 1.0 이상으로 나타나 판별력이 있는 것으로 나타났다. 이 중 가장 높은 판별력을 보인 문항은 '나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, 자녀가 미루고 있다'이었고 가장 판별력이 낮은 문항은 '나의 자녀는 집에서 꾸준히 칫솔질 등 가정구강위생관리를 받는다'이었다.

4. 자료 분석

조사결과와 기술통계학적 요약은 개개변수 급간별로 빈도 및 백분율, 평균치를 산출하여 기술하였다. 그런 다음, t-검정과 분산 분석을 실시하여 대상자의 인구사회학적 특성에 따라 치과의료 방임 점수의 차이가 있는지 알아보았다. 또한, 치과의료 방임에 영향을 미치는 요인을 분석하기 위해 다중회귀분석을 시행하였다. 모형의 설명력은 다중결정계수(R^2)와 수정다중결정계수(adjusted R^2)를 산출하여 파악하였다. 통계적 유의성 검정에 이용한 유의수준(α)은 0.05이었으며, 통계분석에 사용된 프로그램은 SPSS (Statistical Packages for Social Science, Ver 20.0, Chicago, IL, USA)이었다.

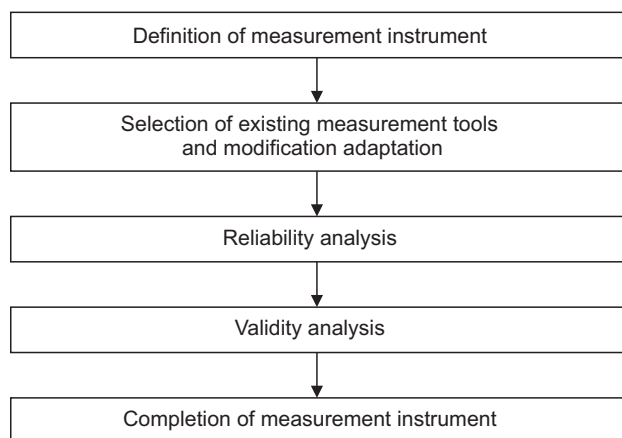


Fig. 1. Development of dental neglect measurement instrument.

Table 1. Discriminative power of dental neglect scale items (7 items)

Items	Statement	Total	Upper 25% (A)	Lower 25% (B)	Difference (A-B)
Needs dental care: child defers	Your child needs dental care, but he/she put it off. (나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, 자녀가 미루고 있다)	1.63	2.74	1.00	1.74
Needs dental care: parent defers	Your child needs dental care, but you put it off. (나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, [엄마인] 내가 미루고 있다)	1.68	2.69	1.00	1.69
Controls between meal snacking	Your child controls between meal snacking as well as he/she should. (나의 자녀는 식사전후로 간식 먹는 것을 조절한다)	2.21	2.64	1.00	1.64
Considers dental health important	Your child considers his/her dental to be health important. (나의 자녀는 치아건강이 중요하다고 생각한다)	1.51	2.51	1.00	1.51
Receives needed dental care	Your child receives the dental care he/she should. (나의 자녀는 꼭 필요한 경우에 치과치료를 받는다)	1.36	2.43	1.00	1.43
Brushes well as his/her should	Your child brushes as well as he/she should. (나의 자녀는 필요로 하는 만큼 이를 닦는다)	1.81	2.38	1.00	1.38
Maintains his/her dental care	Your child maintains his/her home dental care. (나의 자녀는 집에서 꾸준히 칫솔질 등 가정구강위생관리를 받는다)	1.50	2.20	1.00	1.20

연구 성적

1. 연구대상자의 인구사회학적 특성

연구대상자의 인구사회학적 특성은 Table 2와 같다. 연령은 30-34세가 174명(40.4%)으로 가장 많았으며, 35-39세는 172명(39.9%), 40세 이상 57명(13.2%), 29세 이하 28명(6.5%)이었다. 평균 연령은 34.9세로, 연령 범위는 최소 22세부터 최대 47세까지이었다. 자녀의 수는 2명이 246명(57.1%)으로 가장 많았으며, 1명이 121명(28.1%)이었다. 교육수준은 대학교 졸업(42.9%)이 가장 많았으며, 그 다음이 전문대 졸업(23.9%), 고졸이하(23.4%) 순이었다. 연구대상자 중 전업주부는 47.3%이었고, 직장인인 경우가 42.7%이었다. 월 평균 세대소득은 300만원대가 35.7%로 가장 많았으며, 월 평균 세대소득은 약 360만원이었다.

자녀의 특성을 살펴보면, 총 431명 중 만 6세가 128명(29.7%)

으로 가장 많았으며, 만 1세가 34명(7.9%)으로 가장 적었다. 자녀의 평균 연령은 4.2세이었다. 자녀의 성별은 여자(55.0%)가 남자(45.0%)보다 많았으며, 자녀 형제 중 첫째(61.5%)가 가장 많았다(표 제시하지 않음).

2. 치과의료 방임(dental neglect)

어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 정도에 대하여 알아본 결과, 치과의료 방임의 전체 평균 점수는 15.12점이었으며, 자녀에 대한 치과의료 방임 점수가 15점 이상인 어머니의 비율이 52.7%이었고, 최빈값은 13점이었다. 분포는 정규분포에 근사하는 것으로 나타났다(Table 3, Fig. 2).

어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임에 관한 항목을 분석한 결과는 Table 4와 같다.

치과의료 방임에 관한 항목에서 방임에 대한 동의율이 높았던 항목은 '아동의 식사전후 간식 섭취(37.1%, 평균값 2.21)', '부모 기인 치과치료 연기(22.8%, 평균값 1.68)', '자녀 기인 치과치료 연

Table 2. Socioeconomic characteristics of respondents (N=431)

Variable	Classification	N (%)	M±SD
Age (yr)	≤29	28 (6.5)	34.9±4.0
	30-34	174 (40.4)	
	35-39	172 (39.9)	
	≥40	57 (13.2)	
Numbers of children	1	121 (28.1)	1.8±0.6
	2	246 (57.1)	
	3	57 (13.2)	
	4	7 (1.6)	
Educational level	≤High school	101 (23.4)	
	College	103 (23.9)	
	University	185 (42.9)	
	Graduate school	42 (9.7)	
Occupation	Housewife	204 (47.3)	
	Employee	184 (42.7)	
	Self-employed	34 (7.9)	
	Etc.	9 (2.1)	
Family income* (10,000 KRW)	<200	14 (3.3)	359.7±97.1
	200-300	77 (17.9)	
	300-400	153 (35.7)	
	400-500	122 (28.4)	
	≥500	63 (14.7)	

*N=429 (two missing response).

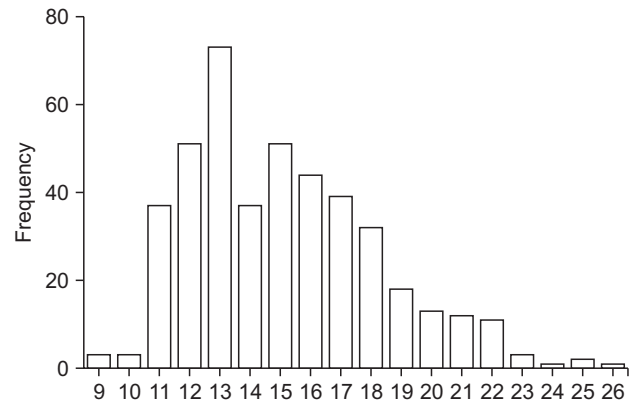


Fig. 2. Distributions of dental neglect.

Table 3. Distributions of dental neglect scores (range 7 to 28)

Range		M±SD	Median	Minimum	Maximum
7-14	15-28				
204 (47.3%)	227 (52.7%)	15.12±3.134	15.0	9	26

Table 4. Response distributions of dental neglect scale items

Items	Strongly disagree N (%)	Disagree N (%)	Agree N (%)	Strongly agree N (%)	Mean (SD)
Maintains his/her dental care	4 (0.9)	28 (6.5)	149 (34.6)	250 (58.0)	1.50 (0.66)
Receives needed dental care	14 (3.2)	19 (4.4)	76 (17.6)	322 (74.7)	1.36 (0.72)
Needs dental care: parent defer	258 (59.8)	75 (17.4)	77 (17.9)	21 (4.9)	1.68 (0.93)
Needs dental care: child defers	276 (64.1)	61 (14.2)	73 (16.9)	21 (4.8)	1.63 (0.93)
Brushes well as his/her should	10 (2.3)	76 (17.6)	167 (38.7)	178 (41.3)	1.81 (0.81)
Controls between meal snacking	44 (10.2)	116 (26.9)	157 (36.4)	114 (26.5)	2.21 (0.95)
Considers dental health important	19 (4.4)	36 (8.4)	89 (20.6)	287 (66.6)	1.51 (0.83)

Note) Strongly disagree 4 point, disagree 3 point, agree 2 point, strongly agree 1 point.

Table 5. Dental neglect scores by socioeconomic characteristics of mothers

(N=431)

Variable	Classification	N	Mean \pm SD	P-value
Age (yr)	<35	202	15.56 \pm 3.232	0.005
	\geq 35	209	14.72 \pm 2.997	
Educational level	\leq High school	101	15.25 \pm 3.093	0.223
	College	103	15.10 \pm 2.942	
	\geq University	227	15.07 \pm 3.246	
Mother's employment	Yes	227	15.52 \pm 3.228	0.005
	No	204	14.68 \pm 2.972	
Gender of child	Male	194	15.18 \pm 3.205	0.710
	Female	237	15.07 \pm 3.080	
Family income* (10,000 KRW)	<300	91	15.40 \pm 3.283	0.463
	300- <400	153	15.42 \pm 2.995	
	\geq 400	187	14.74 \pm 3.147	

*N=429 (two missing response).

Table 6. Multiple regression analysis about factors related dental neglect

Variable	B	β	P-value
Age of mother	-0.088	-0.113	0.030
Educational level of mother	-0.011	-0.011	0.829
Mother's employment	1.135	0.181	<0.001
Family income	-0.004	-0.111	0.035
Age of children	-0.025	-0.013	0.802
Gender of children	0.137	0.022	0.650
Numbers of children	0.442	0.096	0.057
$R^2=0.052$			
Adjusted $R^2=0.036$			

B: Unstandardized regression coefficients, β : Standardized regression coefficients.

기(21.7%, 평균값 1.63) 순이었다.

치과의료 방임에 관한 항목에서 방임에 대한 동의율이 낮았던 항목은 '아동에 대한 가정구강위생관리'로 아동의 구강위생관리를 잘 하고 있다고 응답한 비율은 92.6%이었다. '치과치료 수진' 항목 역시 치과치료가 필요할 때 이를 잘 수행하고 있다고 응답한 비율은 92.3%에 달하였다.

대상자의 인구사회학적 특성에 따라 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 점수의 차이가 있는지 알아본 결과(Table 5), 어머니의 연령이 35세 미만인 경우 자녀에 대한 치과의료 방임 점수가 35세 이상 어머니에 비하여 유의하게 높게 나타났으며($P<0.05$), 어머니가 직업이 있는 경우의 치과의료 방임 점수가 유의하게 높았다($P<0.05$).

3. 치과의료 방임에 영향을 미치는 요인

어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임과 관련이 있는 요인을 알아보기 위한 다중회귀분석결과, Table 6과 같다. 치과의료 방임에 영향을 미치는 인구사회학적 요인 중 어머니의 연령과 어머니의 직업유무, 가계소득은 치과의료 방임에 유의한 영향을 미쳤다($P<0.05$). 즉 어머니의 연령이 낮고, 어머니가 직업이 있으며, 가

계소득이 적을수록 치과의료 방임 수준이 높았다. 그러나 자녀관련 요인인 자녀의 성별 및 자녀의 나이, 자녀의 수는 치과의료 방임에 영향을 미치지 않았다($P>0.05$).

고 안

아동은 건강의 필수적 일부인 구강건강을 향유할 권리를 갖는다. 어린 아동에서 구강건강권이 확보되기 위해서는 부모 또는 보호자의 지원이 반드시 필요하며, 구강건강관리는 아무리 강조해도 지나치지 않을 만큼 중요하다. 그러나, 이러한 구강건강관리의 부정적인 측면이라 할 수 있는 치과의료 방임에 대한 인식은 미흡하다.

일반적으로 아동학대 및 방임이라 하면, 보통의 사람들은 특수한 상황에 처한 사람에게 해당되며, 자기 자신과는 관련이 없는 용어라고 생각한다. 아동학대 및 방임은 모르고 지나치기 쉬운 뿐 우리 주변에서 일어나며, 보통의 사람들에게서 해당되는 흔한 일일 수 있다. 특히 사랑의 매라는 용인된 학대, 또는 바쁜 일상으로 인한 아동의 기본적인 욕구를 충족시키지 못하는 방임 형태의 아동학대는 우리 주변에서 흔하다. 그러나, 우리가 이렇게 가볍게 생각한 아동학대 및 방임은 아동들에게 큰 상처로 남는다. 아동기 학대를 경험한 아동은 자신과 타인에 대한 태도자세를 변화시키게 되며, 이러한 태도는 공격성, 학업성취도 부족, 교우관계에서의 무능력, 가족애착장애 등을 겪을 가능성이 높다. 또한 더 공격적이 되며, 주위의 또래로부터 자신을 고립시키거나 거부당하기도 한다. 학대 유형에 따라서 신체적 학대는 공격적 특성을, 방임은 정서적 위축을 수반하기도 한다¹⁾.

방임은 아동의 영양결핍, 저체중 등 아동의 건강한 성장발달을 저해하거나 장애를 불러오기도 하고 심하게는 사망을 초래할 수도 있어 아동의 기본적인 생존권을 위협하기도 한다²⁸⁾. 또한 아동기에 오랜 기간 방임을 경험했던 성인은 자살기도, 경찰에 의한 체포, 우울증, 당뇨병, 심장질환과 같은 사건을 경험할 가능성이 높은 것으로 알려져 있다⁶⁾. 우리나라에서도 방임된 아동들에게서 결

식 및 위생문제가 보고되었고, 신체발달 지연과 언어지체도 나타났다며, 방임으로 인한 사망아동의 수도 적지 않았음이 보고된 바 있다(2013 아동학대현황보고서).

이러한 방임은 구강건강관리에서도 나타나는데, 구강 내 관리를 소홀히 하고 방치한 결과로 나타난 조기 유치 상실은 교합적 문제를 야기해 공간 상실(space loss), 대합치의 정출, 인접치의 회전 또는 전도, 비정형적인 연하작용과 발음 문제까지도 발생시킬 수 있다. 이러한 장애들은 간단하면서 저비용인 예방적 방법 대신 고비용의 전문적 치료가 필요하기 때문에, 시간적 및 경제적으로 부담을 가중시킨다¹⁰⁾. 그리고, 치료하지 않은 치과질환은 손상된 치아 형태로 인하여 아동들이 놀림을 당하거나 경멸적인 별명을 갖게 될 가능성을 높이기도 하며, 아동들을 반복적으로 항생제가 필요한 위험에 노출시키거나, 만성적인 국소적 감염으로 인해 치아 발달에 장애를 초래할 가능성을 높일 수 있다. 심한 경우 급성 감염으로 생명을 위협하는 전신질환을 야기할 수도 있다⁶⁾. 따라서, 저자들은 치과 영역에서의 아동방임의 중요성을 인식하고 현재 아동 보호자인 부모 중 양육을 주로 전담하는 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 수준을 파악하는 것이 우선이라는 인식하에 연구를 시작하였으며, 이를 토대로 연관된 요인들을 분석하여 효율적인 모자구강보건정책 개발의 기초자료로 활용하고자 하였다.

치과의료 방임이 갖는 일반적인 특성으로는 첫째, 치과치료를 추구하는데 있어 실패 또는 지연(연기), 둘째, 기본적인 구강건강관리(구강위생, 식이와 치과방문) 수행 실패, 셋째, 치료를 완료하는 것에 대한 실패, 넷째, 동통이나 종창 등의 증상 보유 4가지를 들 수 있다²⁹⁾. 본 연구에서 치과의료 방임의 특성과 관련된 결과를 살펴보자면 먼저, 기본적인 구강건강관리(구강위생, 식이와 치과방문) 수행 실패에 대한 결과를 들 수 있다. 본 연구결과에서 구강건강관리의 식이 관련 수행과 관련된 '나의 자녀는 식사전후에 간식 먹는 것을 조절한다' 항목에 부정적인 응답은 37.1%이었다. 즉, 방임에 대한 동의율이 37.1%로 식사전후 간식 조절을 하지 않음을 의미하며 방임이 있었음을 뜻한다. Thomson 등¹¹⁾의 연구에서는 식사전후 간식 조절에 대한 방임이 있었다는 응답 비율이 71.7%이었다. 이러한 결과를 종합할 때 비록 응답 비율의 차이가 있으나, 40%에 가까운 아동들이 식사전후에 간식조절을 하지 않는 경향이 있으며, 부모의 방임이 있었음을 알 수 있었다.

그 다음으로, 치과치료를 추구하는데 있어 실패 또는 지연(연기)을 들 수 있다. 본 연구의 '나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, (엄마인) 내가 미루고 있다'와 '나의 자녀는 치과치료가 필요하지만, 자녀가 미루고 있다'라는 항목에서 방임에 대한 동의율이 각각 22.8%와 21.7%로 나타났다. 이는 어머니 또는 자녀로 인해 치과치료가 미루어지는 비율이 적지 않으며 방임이 일정 부분 이루어지고 있음을 판단할 수 있었던 결과로, 이에 대한 대책이 마련되어야 한다고 생각되었다.

본 연구에서 치과의료 방임에 관한 동의율이 낮은 항목은 '나의 자녀는 집에서 꾸준히 칫솔질 등 가정구강위생관리를 받는다'와 '나의 자녀는 꼭 필요한 경우에 치과치료를 받는다'이었다. 각각 7.4%, 7.7%만이 방임이 있었다고 응답하였고, 방임을 하지 않

았다고 응답한 비율이 높은 항목들이었다(92.6%, 92.3%). Thomson 등¹¹⁾의 연구결과에서는 위의 2개 항목에 대하여 방임이 있었다고 응답한 비율이 각각 19.0%, 10.5%로 나타나 본 연구결과보다 약간 더 높았다. 이러한 차이는 본 연구와 Thomson 등¹¹⁾의 연구가 아동의 부모를 대상으로 수행되었으나, 본 연구의 경우 아동의 연령이 만 6세 이하인 반면, Thomson 등¹¹⁾의 연구에서의 아동 연령은 10-11세이었던 때문인 것으로 추정되었다. 즉 아동의 연령이 낮을수록 아동의 부모에 대한 의존도가 높고, 아동 구강건강관리의 주체가 부모일 것이며, 반면에 아동의 연령이 높을수록 부모의 전적인 관리보다는 아동의 의지 또는 의견이 반영될 가능성이 있기 때문에 이러한 차이가 발생한 것으로 해석할 수 있을 것이다. 또한, 본 연구는 주 양육자인 어머니를 대상으로 한 반면, Thomson 등¹¹⁾의 연구에서는 아버지, 어머니 모두를 포함한 부모를 대상으로 하였다. 아동의 구강건강관리 및 생활전반에 아버지보다 어머니가 양육에 더 많은 관여를 하고 있는 상황을 고려해 본다면, 이에 따른 차이로 나타난 결과일 수도 있을 것이다.

그러나, 위의 '나의 자녀는 꼭 필요한 경우에 치과치료를 받는다' 항목은 깊게 생각해 볼 필요가 있다. 이는 이 항목에서 방임이 있었다는 응답이 비록 7.7%에 불과했지만, 꼭 필요한 경우가 아니라면, 치과치료를 받지 않을 가능성이 있다는 의미를 내포하고 있을 수 있기 때문이다. 본고에서 치과치료가 필요하지만, 어머니와 자녀로 인해 치과치료가 미루어지고 있다는 응답이 대략 20% 이상임을 감안한다면, 육안적으로 확인이 가능한 우식이나 통증을 유발하는 구강병이 있지 않을 경우, 치과방문을 하지 않고 미룰 가능성이 있다는 뜻일 수도 있다. 이는 우식이나 구강병 예방을 위한 예방진료를 받으려 치과방문을 하지 않을 수 있다는 다른 말이기도 할 것이다. 그러므로, '나의 자녀는 꼭 필요한 경우에 치과치료를 받는다'의 방임이 있었다는 응답 비율이 낮은 것을 방임이 적었고, 방임을 하지 않은 비율이 높았다는 성급한 판단을 해서는 안 될 것이다.

본 연구결과에서 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임의 평균 점수는 15.12, 치과의료 방임 점수가 15점 이상인 어머니의 비율은 52.7%이었는데, 점수가 15점 이상이면 치과의료 방임이 존재하는 것으로 볼 수 있으므로 적지 않은 어머니가 아동에 대한 치과의료 방임을 하고 있었다는 것을 의미한다고 생각되었다. 이러한 어머니의 치과의료 방임이 아동의 구강건강 결과에 영향을 미치는 것은 너무나 분명하다. Thomson 등¹¹⁾은 치과의료 방임이 아동에서 좋지 않은 구강건강의 예측인자임을 주장하며 치과의료 방임에 대한 경각심을 일깨웠다. Thomson 등¹¹⁾은 치과의료 방임 점수가 지난 2년 동안 치과 관리를 받지 않은 아동의 부모에서 높았고, 구강검진이 아닌 증상 중심으로 아동의 치과방문이 이루어졌다고 응답한 부모의 치과의료 방임 수준이 높았다고 하였다. 또한 치과의료 방임 정도가 높은 10-11세 아동의 경우 영구치에 더 많은 우식치면을 가지며, 14-15세 청소년의 경우 치과의료 방임 수준이 높은 집단이 또래보다 우식경험영구치면수(DMFS)가 많았으며, 우식영구치면수 역시 많았다고 보고하였다. Gurunathan과 Shanmuaavel³⁰⁾의 연구에서도 치과의료 방임 수준이 높은 아동에

서 우식경험유치아수(dmft)와 우식경험영구치아수(DMFT)가 많았으며, 잔사 지수(debris index)가 높았다. 또한 pufa index 역시 치과의로 방임 수준이 높은 아동에서 높게 나타났다. (PUFA)/pufa index는 치료되지 않은 치아우식증의 심각도를 평가하기 위해 치수의 노출, 치아 파편으로 인한 구강점막 궤양, 누공과 농양이 존재할 경우 점수를 부여하고 그 결과를 이용하는 임상결과 지표 중 하나로 점수가 높을수록 치아우식증이 심각한 상태라는 것을 의미한다³¹⁾.

이처럼 치과의로 방임은 구강건강관련 행위의 실천 여부와 매우 긴밀한 관련성이 있는 것으로 보인다. 따라서 높은 수준의 치과의로 방임은 바람직하지 않은 구강건강관리 및 좋지 않은 구강건강상태와 밀접한 연관이 있는 것이 확실한 바, 치과의로 방임에 대한 인식 제고와 어머니의 자녀에 대한 치과의로 방임 수준을 낮출 수 있는 중재 개발이 이루어져야 할 것이다.

또한 치과의로 방임에 대한 책임을 양육자인 어머니에게 전적으로 맡기는 것은 어머니에게 큰 부담을 지우게 할 수 있으므로, 어머니뿐만 아니라 가정 내 모든 가족들에게 구강건강관리에 대한 정보 제공과 구강보건지도를 확대하고, 보건소 이외에 치과의로 방임에 대한 지도·관리 및 상담할 수 있는 지역사회 내 조직이 필요할 것으로 사료되었다. 이와 더불어 구강건강전문가인 구강보건인력은 치과의로 방임 문제에 관하여 전문가임을 인식해야 한다. 구강보건인력이 의학적 그리고 구강 내 방임뿐만 아니라 학대를 인지할 수 있는 독특한 위치에 있음³²⁾을 자각할 수 있도록 구강보건인력의 치과의로 방임에 대한 인식을 높이고 그 중대성을 인지하도록 함으로 구강진료기관을 방문하는 아동의 부모 또는 보호자에게 치과의로 방임의 중요성에 대해 정보를 제공하고, 관련 단체와 긴밀히 협조하게 하여 보호자와 더불어 치과의로 방임의 책무가 있음을 상기하도록 해야 할 것이다. 궁극적으로 아동에게 가장 이득이 되는 행동을 취하는 것이 모든 구강건강전문가의 의무⁶⁾임을 잊지 않아야 한다. Bhatia 등²⁷⁾은 아동 치과의로 방임에 관한 연구들을 체계적으로 고찰(systematic review)한 결과, 일반적인 방임의 첫 번째 신호일 수 있는 아동 치과의로 방임은 구강보건전문가가 확인할 수 있어야 하나, 영국을 포함한 많은 국가들의 구강보건전문가들이 아동학대 관련 지침이 있음에도 아동학대와 방임이 의심이 가는 사례를 보고하는 것을 꺼려한다고 주장하였다. Bhatia 등²⁷⁾은 진단의 확실성 부족이 이러한 전문가적 의무의 실패에 기여하는 중요한 요인임을 확인한 바 있다. 따라서, 구강보건인력에게 치과의로 방임의 중요성과 인식만을 강조하기보다는 치과의로 방임에 관한 확실한 진단을 위해서 치과의로 방임의 진단을 구성하는데 충분히 고려되어야 할 구강 및 치과적 특징은 무엇인지 명확하게 설정해야 할 필요가 있다. 이를 확인하기는 쉽지 않은 문제이기 때문에 이를 위해 치과관련 단체와 아동전문기관의 논의가 선행되어야 하며, 명확한 진단이 설정된 후에는 구강보건인력들이 이를 훈련받을 수 있도록 교육(훈련) 프로그램이 실행되어야 한다. 또한, 단순히 개인과 가정의 문제가 아닌 사회적 문제로의 접근이 필요하다고 여겨지는 바, 정책결정자의 인식 변화 역시 고려되어야 할 것이다. Sarri와 Marcenes³³⁾는 아동 치과의로 방임을 해

결하기 위해서는 부모와 가정환경에 전적으로 그 책임을 돌리기 보다는 이를 지지적 공중보건 접근방식(supportive public health approach)으로 접근해야 함을 제안하였고, 아동의 치과적 처치, 치과 치료를 받으려는 부모들이 직면할 수 있는 장애물을 감소시킬 수 있는 효율적인 국가적 차원의 전략 개발 등의 거시적 접근방법(holistic approach)을 주장한 바 있다.

본 연구에서 어머니의 연령과 어머니의 직업 유무, 가계소득이 어머니의 자녀에 대한 치과의로 방임에 영향을 주는 인구사회학적 요인으로 나타났는데, 어머니의 연령이 낮고, 가계소득이 적으며, 직업이 있는 경우 자녀에 대한 치과의로 방임 수준이 높을 가능성이 있어 어머니의 연령이 낮은 저소득계층 맞벌이 가정의 아동에서 치과의로 방임 수준은 관심을 갖고 지켜봐야 할 문제일 것으로 생각되었다. 더욱이 통계청 발표에 따르면, 2016년 배우자가 있는 가구의 44.9%가 맞벌이 가구였고, 10가구 중 4가구가 맞벌이 가구로 이 중 6세 이하 자녀가 있는 맞벌이 가구는 39.7%이었다³⁴⁾. 6세 이하 자녀가 있는 한 부모 가정까지 고려한다면 그 비중은 더 클 것으로 추정되었다. 그리고 매 3년마다 실시되는 국민구강건강실태조사³⁵⁾에서 만 5세 아동의 유치우식경험자율이 2010년 61.5%, 2012년 62.2%이라는 것을 감안한다면, 6세 이하 아동에 대한 치과의로 방임은 결코 가벼이 넘겨서는 안 될 사안임이 분명하다. 또한 방임은 누적적이며, 재발성이 높다는 특성을 고려해야 한다. Welbury⁶⁾는 영국 소아치과 의사회의 치과의로 방임에 대한 정의 중 ‘지속적인 실패’란 용어를 언급하며, 치과의로 방임은 일회성이 아님을 강조하였다. 이에 따라 어머니의 아동에 대한 치과의로 방임 수준을 낮출 수 있는 중재 개발과 더불어 어머니가 경제적 활동을 하는 맞벌이 가구의 아동, 또는 보호자의 보살핌을 충분히 받지 못하는 가정의 아동, 6세 이하 아동을 담당하는 보육기관에 대한 치과의로 방임 수준을 낮출 수 있는 구체적인 정책적 전략 역시 필요할 것으로 생각되었다. 2014년 10월 기준으로 어린이집이나 유치원을 이용하는 시설이용 어린 아동은 214만 9천명으로 보고된 바 있다³⁴⁾.

Thomson 등¹¹⁾은 구강건강증진 전략을 설계하는 데 있어 구강건강의 변화를 이해하고 예측하고자 할 경우 치과의로 방임 측정도구가 유용할 수 있다고 주장한 바 있음으로 이를 활용하는 방안도 고려해 볼 필요가 있다.

그리고, 시행되고 있는 제도나 정책을 활용하는 것도 고려해 볼 사항이라 생각되었다. 현재 만 6세 미만을 대상으로 구강검진이 포함되어 있는 영유아 건강검진이 국가적 차원에서 이루어지고 있는데, 구강검진은 3차례의 검진시기인 3차(2세, 생후 18-29개월), 5차(4세, 생후 42-53개월), 6차(5세, 생후 54-65개월)에 시행되고 있다. 이 영유아 구강검진이 형식적으로 이루어지지 않도록 더욱 더 관심을 가져야 할 것이며(법적 의무화 등), 이 기간 중 구강검진을 통하여 치과의로 방임이 이루어지고 있는지를 점검해 아동의 구강건강을 개선하는 계기가 되도록 하는 방안도 생각해 볼 것이다. 그러나, 이 역시 보호자가 영유아 구강건강검진을 활용하지 않는다면, 치과의로 방임이 이루어지고 있는지 여부조차 파악하지 못할 수 있다. 따라서, 이에 대한 보완책도 생각해보아야

할 것이다.

본 연구는 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 첫째, 본 연구의 대상이 편의표본추출법에 의해 선정된 전라북도 익산시, 전주시 및 군산시의 어머니이었기에 본 연구의 결과를 우리나라 미취학 아동의 어머니 전체로 일반화하기에는 한계가 있다. 둘째, 치과의료 방임과 아동의 임상적 구강건강상태의 관계를 파악하지 못한 한계점 역시 있었다.

이번 연구는 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임에 대하여 국내에서 처음 시도한 연구라는데 의의가 있다. 본 연구를 바탕으로 좀 더 심도 있는 후속 치과의료 방임에 대한 활발한 연구가 이루어지길 기대하며, 아동학대 및 방임에 대한 실제적인 대책이 조속히 마련되기를 소망한다.

결론

어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 수준을 조사하여, 효율적인 모자구강보건정책을 개발하는데 기초자료로 활용하고자 편의표본추출법에 의해 선정된 전라북도 익산시, 전주시 및 군산시의 미취학 아동 어머니 431명을 대상으로 단면 조사연구를 시행하고 다음과 같은 주요결과를 얻었다.

1. 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 평균 점수는 15.12, 15점 이상인 어머니의 비율은 52.7%로 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임이 적지 않은 것으로 나타났다.

2. 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임에 관한 항목에서 방임에 관한 동의율이 높았던 항목은 ‘아동의 식사전후 간식 섭취(37.1%)’, ‘부모 기인 치과치료 연기(22.8%)’, ‘자녀 기인 치과치료 연기(21.7%)’순이었다.

3. 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임에 영향을 미치는 인구사회학적 요인은 어머니의 연령과 어머니의 직업유무, 가계소득이었다. 어머니의 연령이 낮을수록, 그리고 어머니가 직업이 있는 경우 치과의료 방임 수준이 높았으며, 가계소득이 낮을수록 치과의료 방임 수준이 높았다.

이상의 결과를 종합할 때, 어머니의 자녀에 대한 치과의료 방임 수준이 높으므로 치과의료 방임 수준을 낮추기 위한 구강보건 프로그램이 마련되어야 할 것이다. 또한, 사회적 의제로서 치과의료 방임의 중요성이 부각되어야 한다.

References

- Hong EJ. The effects of childhood maltreatment experiences on children's psychosocial development. *Journal of Korean Council for Children's Rights* 1998;1:97-111.
- Kim KH. Effects of child abuse and neglect on child development. *Journal of Social Sciences* 2009;24:27-46.
- Kang SW. A study on the actual condition of athletes medical neglect and medically neglected athletes' social-psychological, behavioral characteristics. *The Korean Journal of Physical Education* 2011;50:71-86.
- Song HA, Sun GY. A study on elder mistreatment 2: empirical investigation of elder abuse and neglect among the elderly. *Journal of the Korean Home Economics Association [Family and Environment Research]* 1998;36:145-159.
- Bae HO, Kang JY. Repeat of neglect and correlates. *Health and Social Welfare Review* 2015;35:455-474.
- Welbury R. Dental neglect, child maltreatment, and role of the dental profession. *Contemp Clin Dent* 2016;7:285-286.
- Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World Health Organization (WHO): In World report on violence and health. Geneva:World Health Organization;2002:1-54.
- American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics Dentistry; American Academy of Pediatrics Dentistry Council on Clinical Affairs. Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. *Pediatr Dent* 2008-2009;30:86-89.
- Massoni AC, Ferreria AM, Aragão AK, de Menezes VA, Colares V. Orofacial aspects of childhood abuse and dental negligence. *Cien Saude Colet* 2010;15:403-410.
- Lourenco CB, Saintrain MV, Vieira AP. Child, neglect and oral health. *BMC Pediatr* 2013 Nov 18 [Epub]. DOI:10.1186/1471.2431.13.188.
- Thomson WM, Spencer AJ, Gaughwin A. Testing a child dental neglect scale in South Australia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1996;24:351-356.
- Joyce M. Dental neglect and professional responsibilities. *Dental Nursing* 2013;346-349.
- Thomson WM, Locker D. Dental neglect and dental health among 26-year-olds in the Dunedin multidisciplinary health and development study. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000;28:414-418.
- Skaret E, Astrøm AN, Haugejorden O, Klock KS, Trovik TA. Assessment of the reliability and validity of dental neglect scale in Norwegian adults. *Community Dent Health* 2007;24:247-252.
- Kvist T, Zedén-Sunemo J, Graca E, Dahllöf G. Is treatment general anaesthesia associated with dental neglect and dental disability among caries active preschool children? *Eur Arch Paediatr Dent* 2014;15:327-332.
- Coolidge T, Heima M, Johnson EK, Weinstein P. The dental neglect scale in adolescents. *BMC Oral Health* 2009 Jan 5 [Epub]. DOI:10.1186/1472.6831.9.2.
- Sarri G, Evans P, Stansfeld S, Marcences W. A school-based epidemiological study of dental neglect among adolescents in a deprived area on the UK. *Br Dent J*. 2012 Nov [Epub]. DOI:10.1038/sj.bdj.2012.1042.
- McGrath C, Sham AS, Ho DK, Wong JH. The impact of dental neglect on oral health: a population based study in Hong Kong. *Int Dent J* 2007;57:3-8.
- Harris J. Dental neglect in children. *Paediatr Child Health* 2012;22:476-482.
- Nasseh K, Vujicic M. The effect of growing income disparities on U.S. adults' dental care utilization. *J Am Dent Assoc* 2014;145:435-442.
- Friedman PK, Kaufman LB, Karpas SL. Oral health disparity in older adults: dental decay and tooth loss. *Dent Clin North Am* 2014;58:757-770.
- Luchi CA, Peres KG, Bastos JL, Peres MA. Inequalities in self-rated oral health in adults. *Rev Saude Publica* 2013;47:740-751.
- Lee HS. Association between dental health belief and dental health-related behavior in mothers and children. *J Korean Acad Oral Health* 1996;20:11-30.
- Sim SJ, Kim JB, Baeg DI, Mun HS. The influence of mothers' oral health knowledge on incidence and treatment of deciduous dental caries among their children. *J Korean Acad Oral Health* 2003;27:415-434.
- You RK, Lee KH, Ra JY, Lee DJ. Prevalence of severe early childhood caries and feeding practices in preschool children in Iksan

- city. *J Korean Acad Pediatr Dent* 2007;34:383-389.
26. Guimarães AO, Costa ICC, Oliveira ALS. As origens, objetivos e razões de ser da odontologia para bebês. *JBP J Bras Odontopediatr Odontol Bebê* 2003;6:83-86.
27. Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, et al. Characteristics of child dental neglect: a systematic review. *J Dent* 2014;42:229-239.
28. Bennett DS, Sullivan MW, Thompson SM. Early child neglect: does it predict obesity or underweight in later childhood? *Child Maltreatment* 2010;15:250-254.
29. Noble F, Dickie J, Conway DI. Systematic review highlights difficulty in clearly identifying dental neglect in children. *Evid Based Dent* 2014;15:3-4.
30. Gurunathan D, Shanmuaavel AK. Dental neglect among children in Chennai. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2017;34:364-369.
31. Monse B, Heinrich-Weltzien R, Benzian H, Homlgren C, van Palenstein Helderma W. PUFA—an index of clinical consequences of untreated dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2010;38:77-82.
32. Loochman RM, Bross DC, Domoto PK. Dental neglect in children: definition, legal aspects, and challenges. *Pediatr Dent* 1986;8:113-116.
33. Sarri G, Marcenes W. Child dental neglect: is it a neglected area in the UK? *Br Dent J* 2012;213:103-104.
34. Statistics Korea. Korea Statistics Information System (KOSIS), Statistics DB [internet]. [cited 2017 July 21]. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/3/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=361185&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&target=title&sTxt=.
35. Ministry of Health and Welfare. Korean national oral health survey 2012. Summary Report. Seoul: Ministry of Health and Welfare;2012:61.