

관절염 환자 자조관리과정의 발전적 개편의 필요성 및 철학적 근거

이 은 옥*

미국과 한국의 자료에 의하면 인구의 14% 정도가 관절염에 이환되어 있고 65세 이상의 노인에서는 50% 이상을 차지하며 여성에게 더 많은 질환으로 보고되었다(Adam & Marano, 1994; 한국보건사회연구원, 1995). 우리 나라의 경우 한국 보건사회 연구원의 조사(1995)에 의하면 전국 유병율이 4.7%이고, 남정자 등(1998)의 연구에서는 4.1%이었고, 65세 이상의 노인의 경우 25.2%로 보고되어 미국에 비해서는 이환율이 낮으나 보고되지 않은 경우를 감안하면 국내 다른 질환에 비해 이환률이 높으며 한국 보건사회 연구원의 서울 시민 대상의 연구보고(1998)에 의하면 3번째로 흔한 만성질환이다.

이와 같이 관절염에 대한 조사는 류마티스 관절염과 골관절염을 혼용하여 실시하고 있고 여성에서 흔하다는 점, 만성질환이라는 점, 연령이 높을수록 환자가 많다는 점, 운동이 필요하다는 점에서 공통점이 있다. 그리고 그 원인이 확실히 규명되고 획기적인 치료방법이 개발되기까지는 이 질병을 평생동안 잘 관리하여 건강을 증진시키는 활동이 가장 최선의 국가적 사업이라고 할 수 있다. 그리하여 흔히 미국을 비롯한 여러 나라에서 류마티스 관절염이나 골관절염을 구분하지 않고 자조관리과정을 운영하고 있다.

그러나 1) 두 질병의 기전은 완전히 다르고,

2) 사용하는 약물도 다르며, 3) 연령층이 약간 다르며, 4) 운동부위도 다르고 5) 환자 유치기관도 류마티스 관절염은 병원, 골관절염은 보건소에서 유치하는 것이 용이하기 때문에 류마티스 관절염 환자와 골관절염 환자들을 분리하여 교육하는 것이 더 효율적이라고 생각된다.

그리고 특히 골관절염은 치료적 약물요법보다는 진통제나 수술에 의해 증상 완화를 도모하거나 운동에 의해 관절 주위 근육을 강화하는 방법을 많이 사용한다. 그리하여 휴식과 운동을 균형있게 유지하는 것이 자기 조절활동 중 가장 기본적이면서도 중요한데 휴식은 지나치면 근육의 약화와 관절 강직을 초래하여 오히려 일상생활이 방해받고 전신상태가 악화될 수도 있고 건과 뼈가 약해지면서 통증이 동반될 수 있으므로 균형 잡힌 휴식과 운동이 치료에 가장 중요하다(윤태자, 1989; 이경숙, 이은옥, 송경자, 1999; 최명애와 박미정, 1993).

운동은 관절염 환자의 질병관리를 위하여 매우 중요한데 현재까지 관절염 환자의 통증 및 증상의 완화와 기능증진에 효과가 있다고 보고된 운동으로는 근력 강화 운동(Fisher, Pendergast, Greham, & Calkins, 1991; Machover & Sapecky, 1966), 에어로빅 운동(Erkblom, Lovgren & Alderin, 1975; Minor et al.,

* 서울대학교 간호대학 교수

1989), 레크레이션을 겸한 집단 운동(Nordemar et al, 1981), 걷기 운동(Allergrante 등, 1993; McAuley, Courneya, Rudolph와 Lox, 1994), 수중운동(김종임, 강현숙, 최희정, 김인자, 1997; 김종임, 김인자, 이은옥, 1995; 김종임, 1994; 이영옥, 1998; McNeal, 1990), 저강도 운동(송경애, 1999) 등이 있다. 그러나 에어로빅 운동은 너무 강력하여 노인층의 관절염환자에게 적당하지 않은 것으로 판단된다. 그러나 수중운동의 경우 지상에서의 운동보다는 물의 부력을 이용하면서 실시하는 것이기 때문에 관절에 부담이 적고 물살을 가르는 운동이기 때문에 근력이 더 강화되는 운동이어서 골관절염 환자와 같이 체중부하 관절에 통증이 심하여 운동이 어려운 환자들에게는 더 효과적이라는 연구결과가 있다(김종임, 강현숙, 최희정, 김인자, 1997; 이영옥, 1998; McNeal, 1990). 실제로 대한 류마티스 건강전문학회에서는 학회사업의 일환으로 수 년 동안 관절염 환자들에게 수중운동 교육을 정기적으로 실시하고 있다(대한 류마티스 건강전문학회, 2000).

또한 최근에 중국 무술의 한 형태였던 Tai Chi 라고 하는 운동이 관절염 환자들의 건강을 증진시키는 목적으로 많이 활용되고 있다. 운동에는 관절범위운동을 부드럽게 할 수 있도록 유연성을 증진시켜주는 운동(flexibility exercise), 근력을 강화시켜주는 운동(strengthening exercise), 심폐기능을 강화시켜주고 체력을 증진시켜주는 운동(fitness exercise)이 있는데 Tai Chi는 이 세 가지 형태의 운동이 가져오는 효과를 모두 증진시켜 줄 뿐 아니라 자세를 교정해주고 신체와 마음과 영혼의 통합을 가져와 집중력을 높이고 긴장을 낮추게 되어 정신적 승화(uptlifting of spirit)도 가져온다(Lam, 2000). 이 운동이 가지고 있는 또 다른 장점으로서는 다른 운동에 비하여 매우 재미있고, 따라하기 쉽고 특별한 장비, 기구, 또는 의상이 필요 없고 기구나 장소에 구애

받지 않는다는 것으로서 환자들의 운동수행(compliance)을 높일 수가 있다.

Dishman(1994)은 운동을 1년 내에 포기하는 사람이 50%나 된다고 보고하였으며 한국에서의 중단시기는 6개월 이내가 50%이상이었다 (강현숙, 김종임, 이은옥, 1999). 그러한 중단의 주된 이유는 정해진 시간할애의 문제, 교통 불편, 재미 없음, 추운 계절, 경제적 문제 등 대부분이 외적 환경적 문제였다(강현숙, 김종임, 이은옥, 1999).

지금까지 운영하고 있는 자조관리과정에는 특정운동을 포함하지 않고 있는데 앞으로 한가지 운동을 주마다 단계별로 배우게 하면서 자조관리과정을 운영하는 방법으로 개편하는 것을 고려해 볼 필요가 있다. 그렇게 하면 프로그램이 종료된 후에도 일정한 운동을 계속하는 습관이 생겨서 운동에 중간에 포기하는 경우가 적을 것을 기대해 본다.

참 고 문 헌

- 강현숙, 김종임, 이은옥 (1999). 관절염환자의 수중운동 지속/중단요인에 관한 연구. 류마티스 건강학회지, 6(2), 185-196.
- 김종임 (1994). 자조집단과 자기효능성 증진법을 이용한 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 통증, 생리적 지수 및 삶의 질에 미치는 영향. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김종임, 강현숙, 최희정, 김인자 (1997). 수중운동 프로그램이 퇴행성관절염 환자의 통증, 신체 지수, 자기효능 및 삶의 질에 미치는 영향. 류마티스 건강학회지, 4(1), 15-25.
- 김종임, 김인자, 이은옥, (1995). 수중운동 프로그램이 류마티스 관절염 환자의 사지 피부 두껍 두께와 둘레에 미치는 영향. 류마티스 건강학회지, 2(2), 1-16.
- 남정자, 이상호 계훈방, 문병윤, 황나미, 오영호 (1998). 서울시민의 보건의료수준. 한국보건사회연구원.

- 대한 류마티스 건강전문학회 (2000). 비공개자료.
- 송경애 (1999). PACE 프로그램이 퇴행성 관절염 노인의 자기효능감과 통증 및 관절기능에 미치는 효과 -미국 이미 한국 노인을 중심으로-. 류마티스 건강학회지, 6(2), 278-294.
- 윤태자 (1989). 운동장애 환자의 사두근 소실에 대한 임상적 고찰. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 이경숙, 이은옥, 송경자 (1999). 여성 류마티스 관절염환자의 피로요인에 관한 연구. 류마티스 건강학회지, 6(1), 136-152.
- 이영옥 (1998). 수중운동이 관절염 환자의 하지근력, 관절각도 및 통증에 미치는 영향. 충남대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 최 명애, 박 미정 (1993). 하지석고 붕대 제거 후 정상측과 석고붕대 적용측의 상하지의 둘레, 피부두점두께 및 하지 근력의 비교. 간호학회지, 23(1), 56-67.
- 한국보건사회연구원 (1995). 한국인의 건강과 의료이용실태.
- 한국보건사회연구원 (1998). 서울 시민 건강증진 목표 설정 및 전략 개발.
- Adams, P. F., & Marano, M. A. (1994). Current estimates from the national health interview survey.
- Allegante, J. P., Kovar, P. A., MacKenzie, C. R., Peterson, M. G., & Gutin, B. (1993). A walking education program for patients with osteoarthritis of the knee: theory and intervention strategies. Health Education Quarterly, 20, 63-81.
- Erkblom, B., Lovgren, O., & Alderin, M., (1975). Effect of short term physical training on patients with rheumatoid arthritis. A six month follow-up study. Scan J Rheumatol, 4(2), 87-91.
- Fisher, N. M., Pendergast, D. R., Gresham, G. E., Calkins. (1991). Muscle rehabilitation: its effect on muscular and functional performance of patients with knee osteoarthritis. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 72, 367-374.
- Fontana, J. A. (2000). The energy costs of a modified form of Tai Chi Exercise. Nursing Research, 49(2), 91-96.
- Lam, P. (2000). How does Tai Chi improve health and arthritis? Unpublished (www.taichiproductions.com).
- Machover, S. & Sapecky, A. J. (1966). Effect of isometric exercise on the quadriceps muscle in patients with rheumatoid arthritis. Arch Phys Med Rehabil, 47, 737-741.
- McAuley, E., Courneya, K. S., Rudolph, D. L. & Lox, C. L. (1994), Enhancing exercise adherence in middle-aged males and females. Preventive Medicine, 23
- McNeal, R. L. (1990). Aquatic therapy for patients with rheumatic disease. Rheumatic Disease Clin. North America, 18(4), 915-929.
- Minor, M. A., Hewitt, J. E., Webel, R. R., Dresinger, T. E. & Kay, D. R. (1989). Exercise tolerance and disease related measures in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. J. Rheumatol, 15, 905-991.
- Nordemar, R., Erkblom, B., Zachrisson, L., & Lundqvist, K. (1981). Physical training in rheumatoid arthritis, a controlled long-term study. Scand. J. Rheumatol., 10, 17-23.