

韓國老年學研究

Korean Journal of Research in Gerontology

2000, Vol. 9, 19-35

노인 기관지 천식 환자의 자가관리

오 현 숙

경상대학교 간호학과 및 노인건강연구소

(요약) 기관지천식을 앓고 있는 노인 환자들은 자신이나 가족이 일상생활 속에서 천식관리를 어떻게 하는가에 따라서 만성폐쇄성 폐질환으로 진행되는 것을 막을 수 있다. 본 연구는 노인 기관지천식 환자들을 대상으로 그들이 의료인과 접촉하고, 천식의 위험인자를 회피하고, 천식증상을 조절하고, 투약을 통한 치료적 건강행위를 수행하는 등 자가관리를 어느 정도 하고 있는가를 파악하는 것이었다. 노인환자들 중에서도 학력이 높거나 나이가 젊거나 배우자를 비롯하여 가족 구성원이 많은 사람들이 자가관리를 더 잘하고 있었다. 이러한 연구결과는 노인 기관지천식환자의 자가관리 증진에 필요한 간호중재 방안을 모색하는 데 응용될 것이다.

[Key Words: 기관지천식, 노인환자, 자가관리]

*** 이 논문에 관한 일체의 서신왕래는 (우) 660-280 경상남도 진주시 칠암동 92번지 경상대학교 간호학과 및 노인건강연구소 오현숙 교수 앞으로 하시기 바랍니다. 저자의 e-mail 주소는 nhs0h@gsnu.ac.kr입니다.

과학문명의 발달과 생활수준의 향상, 평균 수명의 연장 등으로 인하여 20세기 중반이래 노인인구가 빠르게 증가하고 있다. 우리 나라의 노인 인구는 2000년에 들어와 전체인구의 7%를 넘어섰으며, 이와 같은 추세를 따를 때 2020년대에는 노인인구가 현재의 2배 수준인 14% 이상으로 늘어날 것으로 전망된다 (통계청, 1999). 노인인구의 증가는 곧 만성질환을 앓고 있는 노인환자들의 수가 늘어나는 것과 관련이 높은데, 역시 노인환자들에 대한 건강관리체계 및 간호활동이 과거보다 더 중요한 사항으로 부각되고 있음을 뜻한다 (구미옥, 1996).

노인들이 앓고 있는 만성질환의 내용은 매우 다양하다. 그 중에서도 기관지천식은 사망과 관련이 매우 높은데, 임상적으로는 보통 가역적인 기도폐쇄(reversible airway obstruction) 증상, 기도의 과민반응(airway hyper-responsiveness) 및 염증소견(airway inflammation)이 관찰될 경우 기관지천식환자로 진단한다 (Partridge, 1995). 환자들은 평소에 별다른 증상을 보이지 않다가도 갑작스럽게 기도가 막히면서 호흡곤란이 나타날 수 있는데, 발병 초기에는 상태가 호전될 수 있는 특성을 보이기도 한다. 그렇지만 증상이 장기간 지속되면 만성 폐쇄성 폐질환으로 진행되는데, 이는 1996년도 미국인들의 사망률 자료에서는 심·혈관질환, 악성종양, 뇌혈관질환에 이어 4위를 차지하기도 했다. 우리 나라 노인들을 상대로 조사했던 1998년도에는 만성 폐쇄성 폐질환의 치료 유병율이 1000명당 12.8명 정도로 나타났다 (대한노인병학회, 2000).

노인들의 기관지천식은 환자가 적절한 치료와 관리를 수행하면 질병의 조절이 가능하고 생명을 위협하는 급성천식발작과 같은 위험한 상태를 피할 수 있다. 기관지천식을 앓는 노인환자가 천식발작을 줄이기 위한 자가관리를 할 경우 반복적인 천식 발작으로 인한 만성 폐쇄성 폐질환으로 진행되는 것도 예방할 수 있다 (김성규, 1995; Boulet, Boutin, Cote, LeBlanc, & Laviolette, 1995). 다른 문화권에서는 천식환자들을 치료의 주체로 끌어들여 질병관리의 중요성을 인식시키면서 환자 스스로 천식관리를 할 수 있는 프로그램을 제공하고 있는데 (Belloch, Perpina, Pascual, Diego, & Creer, 1997; Stout,

노인 기관지 천식 환자의 자기관리

White, Rogers, McRorie, Morray, Miller-Ratcliff, & Redding, 1998; Town, Hodges, Wilkie, Toop, Graham, & Drennan, 1995), 우리 나라에서는 프로그램의 운영은 고사하고 아직 노인의 기관지천식에 대한 연구도 미흡한 편이다.

이에 본 연구에서는 노인 기관지천식 환자를 상대로 기관지천식에 대한 자기관리 정도를 파악하고자 하는데, 그 목적은 노인 기관지천식환자의 자기관리 증진에 필요한 간호중재 방안을 모색하기 위함이다. 보다 구체적으로는 노인 기관지천식 환자의 일반적 특성을 비롯하여 질병과 관련된 특성, 그리고 자기관리 정도를 파악하는 것인데, 본고에서의 노인환자는 기관지천식 진단 후 입원이나 외래로 치료를 받고 있거나 보건진료소에서 치료를 받고 있는 55세 이상인 환자를 말한다. 또 자기관리란 개인 또는 가족이 건강증진, 질병예방, 만성질환관리를 위하여 의료서비스 이용 및 의료인과의 상호작용, 질병에 대한 평가, 자가증상관리, 투약행위 등을 수행하는 것을 말한다 (Steiger & Lipson, 1985).

이론적 배경

기관지천식

기도과민성과 급성천식발작을 유발하는 방아쇠인자는 환자에 따라 매우 다양하다. 일반적으로 천식환자의 25-35%는 집먼지 진드기, 꽃가루, 매연, 곰팡이, 동물의 털을 포함한 알러젠(allergens)에 의해 천식발작이 일어나며, 또 약물, 공기오염, 날씨, 직업, 호흡기계감염, 운동, 음식물, 흡연, 정서적 스트레스 등에 의해서도 발생한다 (김성규, 1995; 박성학, 1995). 대부분의 의학자들은 1980년 후반까지만 해도 기관지천식이 기관지 평활근의 이상수축에 의해서 발생한 것이라고 믿었으나, 최근에는 기도과민반응을 유발시키는 원인물질 때문에 기도의 만성적 염증, 즉 점막부종이나 점액분비물, 기도염증 생겨 천식이 발생한다고 정리하고 있다 (Partridge, 1995).

그렇지만 기관지천식의 진단은 병력이나 임상증상, 이학적 소견,

및 검사소견을 토대로 이루어지는데, 대부분의 경우 임상병력이나 가족력, 직업력, 다른 알레르기성 질환의 합병여부 등이 중요한 단서가 되므로 문진에 포함시키고 있다 (김유영, 1996; 박성학, 1995). 기관지 천식을 의심할 수 있는 전형적인 임상증상으로는 호흡곤란, 천명, 흉부 압박감, 발작적인 기침과 객담 등이다. 환자가 그와 같은 증상을 보이더라도 이학적 소견은 정상으로 나타날 수 있으나, 일반적으로 기관지천식 발작을 할 경우 호흡과 맥박, 혈압이 증가하게 된다 (박성학, 1995).

기관지천식의 치료제는 기도의 염증성 반응과 이에 따른 기도 협착을 원상으로 회복시키는 것을 목표로 크게 이분한다. 하나는 기도폐쇄의 증상을 단기간 내에 완화시키는 증상완화제(기관지확장제)이고, 다른 하나는 기도의 염증반응을 억제하고 천식발작을 예방하는 질병조절제(항염증약제)이다 (김유영, 1996; 이양근, 1997; Middleton, 1997). 증상완화제인 기관지확장제는 기도 평활근에 작용하여 좁아진 기도를 단시간 내에 확장시키는 교감신경흥분제(β_2 -수용체 항진제), 테오필린, 항콜린제 등 세 가지 형태로 구분된다. 또 질병조절제인 항염증약제는 흡입성 스테로이드제로 기도염증을 경감시켜주고 점막손상을 복구하여 기도폐쇄를 환원시켜주기 때문에 천식을 자주 재발하는 환자에게 일차적으로 필수적인 처방요소이다 (Middleton, 1997; Tettersell, 1993).

현대식 천식치료전략으로는 흡입경로를 통해 치료제를 자가 투여하는 방법을 주로 사용하는데 (Hanania, Wittman, Kesten, & Chapman, 1994), 증상완화제인 기관지확장제 투여를 위해 사용되는 흡입기의 종류에는 정량식, 저용량, 및 대용량 흡입기가 있다. 이중 임상에서 가장 널리 사용되고 있는 것은 정량식 흡입기이다 (Guidry, Brown, Stogner, & George, 1992; Hanania 등, 1994).

자가관리

천식관리는 고비용을 요하므로 치료보다도 예방이 더 중요하다. 이를 위해서 천식환자의 자가관리능력이 개선되어야 하는데, 교육프로

노인 기관지 천식 환자의 자기관리

그램을 통해서 환자들의 자가관리능력을 향상시키는 것이 가능하다. 자가관리를 위한 교육프로그램의 내용에는 천식질환과 관리에 대한 정보가 제공되어야 한다. 실제로 외래를 방문하는 천식환자들을 대상으로 천식전문간호사가 자가관리를 위한 교육을 실시했더니 환자들의 투약에 대한 지식과 흡입기 사용법이 많이 개선되었다. 이로 인해 환자들은 천식증상이 조절되었고, 입원횟수와 천식으로 인한 비용이 줄어들었다 (Donaghy, 1995).

자가관리 교육프로그램에 포함될 정보들을 구체적으로 살펴보면, 폐의 생리와 해부, 천식질환과 천식치료 목적이해, 자신의 천식상태를 평가할 수 있는 능력, 천식악화의 조기증상인식과 관리를 포함한 증상이나 환경조절, 방아쇠인자의 회피와 통제 방법 등이다. 역시 천식발작을 예방하기 위해 항염증약제와 기관지확장제의 적절한 투약, 항염증 약제와 기관지확장제의 차이, 정량식 흡입기의 정확한 사용법, 약물의 부작용, 규칙적인 병원 방문의 중요성 등도 포함되어야 한다. 이러한 내용을 토대로 한 교육은 환자뿐만 아니라 가족을 참여시켜 환자의 자가관리를 돕도록 하는 것이 매우 중요하다 (Boulet 등, 1995; Flaum, Colleen, & Tinkelman, 1997; Middleton, 1997).

노인 기관지천식 환자의 자기관리

노인들이 천식환자일 경우 자가관리를 수행하는 것은 젊은 사람들이 환자일 때보다 더 어렵다. 그들은 사회경제적 수준이 낮아 의료비에 대한 걱정 때문에 또 교육수준이 낮아 질병에 대한 태도가 올바르지 못하기 때문에 의료진과의 관계를 제대로 형성하지 못할 가능성이 높다 (Kolbe, Vamos, Fergusson, & Elkind, 1998). 또한 노인천식환자들은 잘못된 생활습관 때문에 자가관리를 제대로 못할 수 있다 (Belloch 등, 1997). 예를 들면, 담배연기와 같은 천식의 방아쇠인자를 피해야 하는데도 불구하고 금연에 대한 의지가 부족하여 자가관리 효과가 전혀 나타나지 않을 수 있다. 노인환자가 자가관리를 할 때 그 가족이 환경적 항원과 담배연기와 같은 방아쇠인자를 가장 잘 관리할 수 있는 사람이어야 한다 (Klinnert, McQuaidand, & Gavin, 1997).

오 현 속

천식환자들은 자가관리를 성공적으로 수행하면 급성천식질환을 덜 경험하게 되며, 응급실 방문과 입원의 기회가 줄어들어 비용절감과 함께 신체활동의 제한을 덜 받고, 수면방해를 받지 않으며, 사망률이 줄어들고 천식을 관리하는데 자신감과 안정감이 증가되어 삶의 질이 높아질 수 있다 (Boulet 등, 1995). 천식증상조절과정에서 많은 노인천식환자들이 급성천식이 발작하더라도 천식악화의 조기증상을 인식하지 못하거나 의료서비스를 이용하지 않았다 (Boulet 등, 1995). 가상의 천식발작 시나리오를 이용한 연구에서도 심각하게 생명을 위협하는 상황에서 천식환자의 50% 정도만이 응급서비스를 이용하였다 (Kolbe 등, 1998).

천식환자의 자가관리를 위해서 가족의 지지나 방아쇠인자의 회피, 투약 등을 통하여 천식증상을 예방하거나 조절하는 것도 중요하지만, 특히 노인환자들에게는 의료진과의 의사소통이 매우 중요하다. 예를 들면, 노인들은 겨울철에 감기로 인한 천식발작이 가장 흔하기 때문에 이를 예방하기 위해 매년 가을 인플루엔자 백신 접종이 매우 중요하다 (Bauer, Reed, Yunginger, Wollan, & Silverstein, 1997). 또한 투약에서의 가장 큰 문제는 부적절한 약물사용과 부정확한 투약 그리고 불이행이며, 이로 인하여 효과적인 치료에도 불구하고 천식이 잘 조절되지 못하여 많은 천식환자들이 고통받고 있다 (Kolbe 등, 1998).

방 법

연구대상자

본 연구의 대상자는 66명의 기관지 천식환자(남성 29명, 여성 37명)였는데, 그들은 경남 진주시에 위치한 한 병원에 입원하고 있거나 통원 치료를 받고 있는 28명 및 인근 지역의 보건진료소에서 치료를 받고 있는 38명의 환자들이었다. 그들의 평균연령은 67.9세($SD = 8.38$, $Range = 55-84$)이었으며, 연령분포에 따른 비율은 55-64세가 36.4%($n = 24$), 65-74세가 42.4%($n = 28$), 그리고 75-84세가 21.2%($n = 14$)이었다. 연구대상자들 가운데 종교가 있다고 응답한 비율은

노인 기관지 천식 환자의 자기관리

81.8%($n = 54$), 배우자가 있다는 비율이 63.6%($n = 42$), 또 직업이 있다는 비율은 89.4%($n = 59$)이었다. 가족관계에 대한 질문에서는 혼자서 산다는 비율이 36.4%($n = 24$), 배우자하고만 산다는 비율이 34.8%($n = 23$), 그리고 자녀들과 함께 산다는 비율이 28.8%($n = 19$)이었다. 연구대상자들의 최종학력 및 월수입에 대한 정보는 <표 1>에 제시하였다.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성

특성	구분	n	%
학력	초등졸	28	42.4
	중졸	7	10.6
	고졸	5	7.6
	무학	21	31.8
	무응답	5	7.6
월수입	50만원 미만	32	48.5
	50-100만원 미만	22	33.3
	100-150만원 미만	5	7.6
	150만원 이상	2	3.0
	무응답	5	7.6

연구도구

본 연구에서 사용한 측정도구는 김부남(1999)의 기관지천식 환자의 자기관리 측정도구를 수정한 것으로 34문항으로 구성되어 있다. 이들은 5가지 하위척도로 구분되는데, 가족의 지지가 10문항, 의료진과의 의사소통이 7문항, 방아쇠인자 회피가 4문항, 증상조절이 6문항, 그리고 투약이 7문항이었으며, 모두 Likert식 5점 척도로 반응하도록 했다 ('거의 그렇지 않다' = 1, '대체로 그렇지 않다' = 2, '보통이다' = 3, '대체로 그렇다' = 4, '항상 그렇다' = 5). 문항의 일부, 즉 8개 문항은 진술문이 부정적이었는데, 이들은 역으로 채점되었다. 측정도구의 총

오 현 속

점 범위는 34-170점으로 점수가 높을수록 자가관리를 잘하고 있는 것을 의미한다. 또 측정도구의 하위척도들의 내적 일치도 계수 α 는 가족의 지지 영역에서 .83, 의료진과의 의사소통 영역에서 .90, 회피요법 영역에서 .92, 증상조절 영역에서 .70, 그리고 투약영역에서 .70이었으며, 이들은 모두 66명의 연구대상자들로부터 얻어졌다.

연구절차

천식악화로 내과병동에 입원했거나 외래진료를 받고자 병원을 찾은 천식환자, 그리고 보건진료소를 방문한 천식환자들에게 연구목적을 설명하고서 이에 응할 경우 설문지에 응답하도록 했다. 환자들이 대부분 노인들이기 때문에 연구자나 연구자에게 훈련받은 연구보조원이 설문지의 내용을 읽어준 후 응답한 내용을 그대로 기록하여 수집하였다. 자료의 수집시기는 2000년 7월부터 9월 사이였다.

결 과

연구대상자의 질병과 관련된 특성

기관지 천식이 발병하여 현재까지 지속된 기간은 평균 143.8개월 ($SD = 137.2$, $Range = 0-480$)이었으며, 아직 3년이 경과되지 않는 환자가 12명(18.2%), 3년 이상 5년 미만인 경우가 8명(12.1%), 5년 이상 10년 미만인 경우는 19명(28.8%), 그리고 10년 이상 경과된 환자는 27명(40.9%)이었다. 또 환자들은 모두 병원에 입원한 경험이 있었는데, 입원횟수가 1-3회인 경우가 36명(54.5%), 4-5회인 경우는 7명(10.6%), 그리고 5회 이상은 23명(34.8%)이었다. 간호제공자가 누구인가라는 질문에 배우자라는 응답이 40.9%($n = 27$), 부모나 자식이라는 응답은 16.7%($n = 11$), 이웃이나 의료인 등이라는 응답이 28.8%($n = 19$), 그리고 없다고 응답한 비율은 13.6%($n = 9$)이었다.

전체 응답자들 중에서 응급실을 방문했던 경험이 있다고 응답한 비율은 56.1%($n = 37$), 중환자실을 이용한 경험이 있다는 비율은

노인 기관지 천식 환자의 자기관리

42.4%($n = 28$), 동반질환은 있는가의 질문에 그렇다는 반응은 66.7%($n = 44$), 일상생활에서 불편한 느낌이 있는가의 질문에 그렇다는 응답은 95.5%($n = 63$), 약물을 복용하는가에 그렇다는 대답은 89.4%($n = 59$), 흡입제를 사용하는가에 그렇다는 대답은 43.9%($n = 29$), 그리고 교육을 받은 경험이 있는가에 그렇다는 응답은 65.2%($n = 43$)이었다.

대상자의 일반적 특성에 따른 자가관리

대상자의 일반적 특성에 따른 자가관리를 살펴보면 <표 2>와 같다. 우선 남녀간의 차이는 오직 증상조절 영역에서만 유의하게 나타났다 ($F = 10.30, p < 0.01$). 연령에서는 75세 이상의 집단이 다른 두 집단에 비해 전체점수($F = 5.42, p < .01$) 및 의료진과의 의사소통영역($F = 7.08, p < .01$), 회피요법영역($F = 3.69, p < .05$), 증상조절영역($F = 4.42, p < .05$)에서 더 낮은 점수를 보였다. 또 의미 있는 차이는 아니었지만, 나이가 더 젊은 환자집단에서 전반적으로 자가관리의 점수가 높게 나타났다.

종교에서는 종교가 있다고 응답한 환자들이 그렇지 않은 환자들보다 증상조절 면에서 자가관리를 더 잘하고 있었다 ($F = 5.19, p < .01$). 결혼상태에서는 배우자와 함께 살고 있는 환자들이 사별이나 이혼 등으로 배우자가 없는 환자들보다 전체적으로 자가관리를 더 잘하고 있었는데 ($F = 7.78, p < .01$), 특히 가족의 지지나 증상조절 영역에서 더 높은 점수를 보이고 있다 (가족의 지지는 $F = 7.39, p < .01$, 그리고 증상조절은 $F = 9.06, p < .01$ 임). 직업의 유무에 따라서는 자가관리의 차이를 보이지 않았다.

학력의 경우 학교를 다니지 못했거나 초등학교만 졸업한 환자들보다 중학이나 고등학교를 졸업한 환자들이 자가관리를 더 잘하고 있었는데, 특히 증상조절 영역에서 그 차이가 의미 있게 드러났다 ($F = 5.82, p < .01$). 월수입의 경우 소득이 높을수록 가족의 지지를 더 잘 받고 있었으며 ($F = 5.56, p < .01$), 또 증상조절도 더 잘하고 있었다 ($F = 3.60, p < .05$). 가족형태에서는 홀로 사는 환자들은 자신을 지지해주는 가족이 없어서 다른 집단에 비해

오 현 숙

〈표 2〉 일반적 특성에 따른 자가관리 [$M(SD)$]

특성		n	가족의 지지	의료진과 의사소통	회피요법	증상조절	투약	전체
성별	전체	66	2.90(.82)	3.77(.67)	3.53(.76)	3.41(.67)	3.38(.53)	3.35(.49)
	여자	37	2.76(.84)	3.67(.70)	3.59(.80)	3.19(.66)	3.31(.52)	3.24(.46)
	남자	29	3.07(.78)	3.85(.63)	3.46(.72)	3.70(.58)	3.46(.55)	3.48(.50)
	F		2.37	1.10	< 1	10.30**	1.37	3.84
연령	55-64세	24	2.97(.93)	3.92(.42)	3.71(.69)	3.69(.58)	3.47(.63)	3.49(.46)
	65-74세	28	2.96(.79)	3.88(.59)	3.61(.78)	3.35(.63)	3.44(.47)	3.41(.44)
	75-84세	14	2.64(.68)	3.20(.89)	3.07(.68)	3.07(.74)	3.10(.41)	2.99(.50)
	F		< 1	7.08**	3.69*	4.42*	2.47	5.42**
종교	있다	54	2.90(.83)	3.76(.70)	3.60(.71)	3.50(.66)	3.38(.46)	3.37(.48)
	없다	12	2.88(.82)	3.72(.53)	3.25(.94)	3.02(.58)	3.38(.82)	3.26(.55)
	F		< 1	< 1	2.10	5.19*	< 1	< 1
배우자	유	42	3.10(.84)	3.81(.59)	3.58(.77)	3.59(.63)	3.45(.57)	3.47(.46)
	무	24	2.55(.66)	3.65(.80)	3.45(.76)	3.10(.63)	3.25(.44)	3.13(.47)
	F		7.39**	< 1	< 1	9.06**	2.10	7.78**
직업	있다	59	2.91(.85)	3.80(.65)	3.57(.76)	3.43(.66)	3.37(.54)	3.37(.49)
	없다	7	2.79(.55)	3.31(.72)	3.21(.79)	3.29(.83)	3.44(.48)	3.18(.50)
	F		< 1	3.42	1.39	< 1	< 1	< 1
학력	초등졸	28	2.84(.91)	3.72(.73)	3.51(.79)	3.55(.62)	3.34(.54)	3.35(.47)
	중졸	7	3.55(.67)	4.08(.33)	3.96(.52)	3.73(.49)	3.69(.44)	3.79(.39)
	고졸	5	3.11(.94)	3.94(.12)	4.00(.46)	3.72(.28)	3.60(.66)	3.57(.39)
	무학	21	2.69(.67)	3.54(.67)	3.25(.81)	2.97(.57)	3.24(.46)	3.10(.44)
	F		2.10	1.43	2.34	5.82**	1.67	4.77**
월소득 (만원)	0-50	32	2.58(.72)	3.52(.67)	3.40(.77)	3.18(.70)	3.23(.51)	3.12(.45)
	50-100	22	3.09(.69)	3.97(.69)	3.55(.77)	3.71(.59)	3.45(.57)	3.52(.47)
	100-150	5	3.42(.91)	4.02(.35)	3.90(.37)	3.80(.27)	3.51(.54)	3.70(.35)
	150이상	2	4.20(.14)	4.06(.26)	4.00(.35)	3.21(.54)	3.78(.50)	3.88(.12)
	F		5.56**	2.45	< 1	3.60*	1.37	5.54**
가족 형태	혼자	24	2.43(.82)	3.79(.73)	3.41(.81)	3.35(.64)	3.27(.39)	3.17(.45)
	자녀와 함께	17	3.12(.83)	3.51(.72)	3.48(.91)	3.15(.75)	3.48(.60)	3.33(.63)
	대가족	2	3.20(.00)	3.87(.00)	3.75(.00)	4.00(.00)	3.42(.00)	3.61(.00)
	부부	23	3.20(.64)	3.88(.57)	3.68(.61)	3.62(.61)	3.40(.63)	3.53(.37)
	F		4.87**	10.3	< 1	2.25	< 1	2.36

* $p < .05$ ** $p < .01$

노인 기관지 천식 환자의 자기관리

<표 3> 질병과 관련된 특성에 따른 자가관리 [$M(SD)$]

특성		n	가족의 지지	의료진과 의사소통	회피요법	증상조절	투약	전체
간호제공자	배우자	27	3.23(.78)	3.87(.58)	3.68(.68)	3.73(.59)	3.48(.62)	3.57(.48)
	부모/자식	11	3.20(.61)	3.75(.58)	3.81(.58)	2.98(.62)	3.47(.54)	3.41(.40)
	기타	19	2.55(.57)	3.53(.90)	3.06(.80)	3.11(.63)	3.14(.42)	3.05(.46)
	없다	9	2.27(.05)	3.82(.37)	3.75(.77)	3.62(.54)	3.45(.37)	3.25(.37)
	F		5.89**	< 1	3.92*	6.33**	1.71	5.03**
발병기간	1-3년	12	3.15(.92)	3.97(.43)	4.08(.49)	3.45(.63)	3.66(.60)	3.58(.45)
	3-5년	8	2.72(.80)	3.71(.58)	3.34(.84)	3.43(.35)	2.97(.39)	3.19(.47)
	5-10년	19	2.95(.69)	3.72(.87)	3.46(.69)	3.65(.68)	3.47(.42)	3.40(.53)
	10년+	27	2.80(.88)	3.68(.63)	3.40(.81)	3.23(.73)	3.31(.55)	3.25(.46)
	F		< 1	< 1	2.73	1.45	3.23*	1.60
응급실 방문	있다	37	2.98(.81)	3.83(.66)	3.68(.61)	3.55(.69)	3.52(.47)	3.46(.48)
	없다	29	2.80(.84)	3.64(.68)	3.35(.90)	3.24(.62)	3.20(.56)	3.21(.47)
	F		< 1	1.25	2.82	3.42	6.15*	4.49*
중환자실 이용	있다	28	2.72(.85)	3.75(.70)	3.55(.62)	3.53(.70)	3.47(.47)	3.34(.46)
	없다	38	3.03(.79)	3.75(.65)	3.52(.86)	3.33(.64)	3.31(.58)	3.35(.52)
	F		2.22	< 1	< 1	1.39	1.44	< 1
입원횟수	1-2회	36	2.98(.86)	3.72(.73)	3.54(.82)	3.30(.62)	3.25(.48)	3.32(.50)
	3-4회	7	2.46(.53)	3.46(.66)	3.10(.85)	3.04(.50)	3.31(.60)	3.48(.46)
	5회+	23	2.91(.81)	3.88(.57)	3.66(.61)	3.70(.71)	3.59(.54)	3.48(.46)
	F		1.16	1.15	1.43	3.99	3.13	2.34
동반질환	있다	44	2.94(.80)	3.75(.68)	3.50(.70)	3.32(.66)	3.36(.47)	3.34(.47)
	없다	22	2.81(.87)	3.75(.66)	3.61(.89)	3.60(.66)	3.41(.65)	3.36(.53)
	F		< 1	< 1	< 1	< 1	< 1	< 1
일상생활 불편감	있다	63	2.89(.82)	3.74(.68)	3.52(.75)	3.43(.67)	3.42(.51)	3.35(.49)
	없다	3	3.05(.02)	3.98(.45)	3.83(.15)	3.02(.53)	2.49(.31)	3.28(.47)
	F		< 1	< 1	< 1	1.05	9.67**	< 1
약물복용 여부	예	59	2.93(.82)	3.76(.70)	3.55(.78)	3.46(.69)	3.37(.53)	3.37(.50)
	아니오	7	2.67(.87)	3.62(.31)	3.35(.62)	3.03(.38)	3.46(.63)	3.16(.38)
	F		< 1	< 1	< 1	2.59	< 1	1.08
흡입제 사용여부	예	29	3.03(.91)	3.88(.47)	3.68(.75)	3.60(.58)	3.58(.48)	3.51(.42)
	아니오	37	2.80(.74)	3.65(.78)	3.42(.76)	3.26(.71)	3.22(.53)	3.22(.51)
	F		4.17	6.72	1.82	4.24	8.18**	5.76*
교육경험	있다	43	3.04(.67)	3.73(.66)	3.59(.71)	3.52(.65)	3.41(.52)	3.42(.48)
	없다	23	2.63(.02)	3.79(.70)	3.42(.86)	3.21(.68)	3.30(.56)	3.22(.49)
	F		3.72	< 1	< 1	3.28	< 1	2.31

* $p < .05$

** $p < .01$

오 현 숙

여 오직 가족의 지지 영역에서만 차이가 났을 뿐, 다른 차이는 보이지 않았다.

질병과 관련된 특성에 따른 자가관리

질병과 관련된 특성에 따른 자가관리를 살펴보면 <표 3>과 같다. 간호제공자에서는 배우자나 자녀 등 가족일 경우가 그렇지 않을 때보다 가족의 지지를 비롯하여 다른 하위영역에서도 자가관리를 더 잘하고 있는 것으로 나타났다. 발병기간에서는 집단간 차이가 별로 없었지만, 투약영역에서만 발병 후 3년에서 5년 사이의 대상자들만 점수가 더 낮게 드러났다. 응급실 방문에서는 방문 경험이 있는 대상자, 일상생활에서 불편함을 지각하는 대상자, 그리고 흡입제를 사용하고 있는 대상자들이 투약 부분에서 자가관리를 더 잘하는 것으로 나타났다. 중환자실 이용경험 여부, 입원 횟수의 차이, 동반질환의 유무, 약물복용 여부, 및 교육경험에 따른 차이는 전혀 없었다.

논 의

본 연구는 만성폐쇄성 폐질환의 예방을 위한 간호중재의 기초자료를 제공하기 위해 노인 기관지천식 환자의 자가관리정도를 파악하였다. 자가관리의 내용으로는 가족의 지지를 비롯하여 의료진과의 의사소통, 방아쇠 인자의 회피 요법, 증상조절, 그리고 투약의 다섯 가지 차원을 제시하였다. Atkins(1997)는 천식환자들이 자가관리를 계획할 때 환자가 의료진을 신뢰하면서 협조적인 태도를 보이는 것이 무엇보다도 중요하다는 점을 지적하였다. 본 연구의 대상자들로부터는 그 다섯 가지 영역 중에서 의료진과의 의사소통영역이 점수가 가장 높게 나타나 다행스럽게 생각되기도 했지만, 조사대상자들 모두 현재 병원에 입원 중이거나 통원치료를 받고 있기 때문에 그러한 반응을 나타냈을 것으로 해석될 수 있다.

입원했거나 외래를 방문하는 천식환자들을 대상으로 자가관리를 비교한 결과, 환자의 연령이나 성별은 자가관리에 별다른 영향을 미치

노인 기관지 천식 환자의 자기관리

지 않았다 (Sibbald, 1989). 그러나 본 연구에서는 남성 환자들이 여성들보다 자기관리를 더 잘하고 있었으며, 또 젊은 연령층의 환자들이 자기관리를 더 잘하고 있었다. 의료진과의 의사소통영역, 회피요법영역, 증상조절영역에서 연령이 증가할수록 자기관리를 제대로 하지 못하고 있었는데, 이는 나이가 들수록 노인 스스로가 의료진과의 의사소통이나 회피요법, 증상조절 등의 자기관리를 하기가 어렵다는 것을 의미한다. 그러므로 고령자일수록 이를 해결해줄 수 있는 전문가의 도움을 받거나 또는 자기관리 훈련을 철저하게 받을 필요가 있다고 생각되어진다.

또 성별의 차이를 보이는 이유는 남성이 환자일 때가 여성일 환자일 때보다 배우자로부터 관심을 더 많이 받고 있기 때문인지도 모른다. 이는 역시 가족의 형태와도 관련이 높는데, 가족의 수가 많을수록 가족의 지지를 더 많이 받고 있었다. 천식환자의 입원과 천식을 조절하기 위하여 약물을 사용하는 행위 자체가 배우자나 가족들의 관심을 불러일으키는 원인이 되며, 특히 노인이 환자였을 경우 그러한 지지를 해줄 수 있는 사람이 절대적으로 필요하다는 것을 인식시켜주는 결과였다. 간혹 가족이나 친지 등이 천식환자를 잘 이해하지 못하여 자기관리를 방해할 수도 있겠지만, 반대로 그들이 자기관리를 잘할 수 있도록 도와줄 때 치료의 효과가 매우 뛰어난 편이었다 (Flaum 등, 1997).

질병과 관련된 특성으로는 간호제공자, 응급실 방문, 흡입제 사용 여부 등이 자기관리에 영향을 미치는 요인이었는데, 간호제공자가 가족일 경우나 응급실을 방문한 적이 있었을 경우 자기관리를 잘 하는 것으로 나타났다. 흡입제의 사용여부는 특히 투약영역에서만 차이를 보였는데, 이는 천식약제인 흡입제를 사용하면서 투약에 관한 교육을 받을 기회가 많았기 때문이라고 생각된다 (Boulet 등, 1995; Partridge, 1996). 또 일상생활에서의 불편함을 느끼는 것에서는 투약영역에 차이가 있는 것으로 나타났다. 이는 불편함을 많이 느낄수록 투약을 자주 또는 많이 한다고 해석되어질 수 있으며, 따라서 반복되는 투약으로 자기관리를 잘하게 됨을 알 수 있다.

천식환자들은 학력이 높을수록 그리고 월수입이 많을수록 자기관

리를 더 잘하고 있었는데, 이는 경제상태가 자가간호행위에 영향을 준다는 뜻이다 (강혜영, 1986; Kolbe 등, 1998). 그 이유는 빈곤이 천식환자로 하여금 보건의료접근을 용이하지 못하게 하여 처방된 약물 구입에 어려움을 주는 등 천식발작에 방해가 되는 환경인자들을 적절하게 통제할 수 없게 만들기 때문이다 (Klinnert 등, 1997).

Partridge(1995)는 천식으로 인하여 사망한 환자들 중에서 거의 80% 이상이 방아쇠 인자를 회피하지 못한 것과 관련된다고 보고하였다. 증상조절을 위해서는 천식이 악화되기 전에 곧바로 병원이나 진료소를 방문하여 치료를 받는 것이 중요하다. 본 연구에서의 기관지천식환자들은 자가관리의 영역 중 특히 가족의 지지가 잘 이루어지지 않았다. 노인 기관지천식 환자들이 만성폐쇄성 폐질환으로 진행되는 것을 예방하고 자가관리 능력을 향상시키기 위해서는 가족의 지지와 더불어 천식발작이 발생하였을 때의 흡입제 사용과 간호제공자의 적극적인 간호가 필요함을 알 수 있다. 이와 같은 연구결과들은 노인 기관지천식 환자들에게 질적인 간호를 제공할 수 있는 제도적 장치를 노인의료복지정책차원에서 마련되어야 함을 암시해준다.

참 고 문 헌

- 강혜영 (1986). 만성질환 환자의 건강행위 특성에 관한 연구. *전남의대잡지*, 23 (2), 265-271.
- 구미옥 (1996). 만성질환자의 자기간호행위 증진과 지속에 대한 자기조절교육 프로그램의 효과. *간호학회지*, 26 (2), 413-425.
- 김부남 (1999). *기관지 천식환자의 자가관리*. 경상대학교 대학원 석사학위논문.
- 김성규 (1995). 기관지 천식. *결핵 및 호흡기 질환*, 42 (3), 267-275.
- 김유영 (1995). 기관지천식의 최신 치료전략. *결핵 및 호흡기질환*, 43 (1), 1-7.
- 대한노인병학회 (2000). *노인병학*. 서울: 의학출판사.
- 박성학 (1995). 기관지 천식. *결핵 및 호흡기질환*, 42 (5), 635-643.
- 이양근 (1997). 기관지천식 환자에 있어서 살메테롤과 살부타몰 흡입

- 제의 치료 효과 비교. *결핵 및 호흡기질환*, 44 (4), 815-821.
- 통계청 (1999). *장애인구추계*. 서울: 통계청.
- Atkins, F. (1997). The asthma action plan: At the fulcrum of individualized asthma care. *Journal of Asthma*, 34, 1-3.
- Bauer, A., Reed, C., Yunginger, J., Wollan, P., & Silverstein, D. (1997). Incidence and outcomes of asthma in the elderly. *Chest*, 111, 303-309.
- Belloch, A., Perpina, M., Pascual, L., Diego, A., & Creer, T. (1997). The revised asthma problem behavior checklist: Adaptation for use in spanish asthmatic patients. *Journal of Asthma*, 34, 31-41.
- Boulet, L., Boutin, H., Cote J., LeBlanc, P., & Laviolette, M. (1995). Evaluation of an asthma self-management education program. *Journal of Asthma*, 32, 199-206.
- Donaghy, D. (1995). The asthma specialist and patient education. *Professional Nurse*, 11 (3), 160-162.
- Flaum, M., Colleen, L., & Tinkelman, D. (1997). Take control of high-cost asthma. *Journal of Asthma*, 34, 5-14.
- Guidry, G., Brown, W., Stogner, S., & George, R. (1992). Incorrect use of metered dose inhalers by medical personnel. *Chest*, 101, 31-33.
- Hanania, N., Wittman, R., Kesten, S., & Chapman, K. (1994). Medical personnel's knowledge of and ability to use inhaling devices. *Chest*, 105, 111-116.
- Klinnert, M., McQuaidand, E., & Gavin, L. (1997). Assessing the family asthma management system. *Journal of Asthma*, 34, 77-88.
- Kolbe, J., Vamos, M., Fergusson, W., & Elkind, G. (1998). Determinants of management errors in acute severe asthma. *Thorax*, 53, 14-20.
- Middleton, A. (1997). Managing Asthma: It takes teamwork.

- American Journal of Nursing*, 97, 39-43.
- Partridge, M. (1995). Asthma: Lessons from patient education. *Patient Education and Counseling*, 26, 81-86.
- Sibbald, B. (1989). Patient self care in acute asthma. *Thorax*, 44, 97-101.
- Steiger, N., & Lipson, J. (1985). *Self-care nursing: theory and practice*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall Co.
- Stout, J., White, L., Rogers, L., McRorie, T., Morray, B., Miller-Ratcliff, M., & Redding, G. (1998). The asthma outreach project: A promising approach to comprehensive asthma management. *Journal of Asthma*, 35, 119-127.
- Tettersell, M. (1993). Asthma patients' knowledge in relation to compliance with drug therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 103-113.
- Town, G., Hodges, I., Wilkie, A., Toop, L., Graham, P., & Drennan, C. (1995). A Community-wide Promotion of Asthma Self-Management in New Zealand. *Patient Education and Counseling*, 26, 219-224.

Self-Management of Asthma in the elderly patients

Hyun-Sook Oh

Department of Nursing & Gerontological Health Research Center
Gyeongsang National University
Chinju, Korea 660-715

The purpose of the study was to identify the self-management of the elderly patients who have suffered from asthma. There were 66 patients who were from 55 to 84 years old. The self-management capabilities were dependent upon their age, socio-economic status, number of family members including their spouse, experience of using inhaler and so on. It was discussed that the findings should be applied to develop nursing intervention programs for improving the self-management capabilities of the elderly asthma patients.

(논문접수일: 2000년 10월 3일)

(수정논문접수일: 2000년 11월 10일)

(논문게재승인일: 2000년 11월 20일)