保健敎育健康增進學會誌 第31卷 第4號(2014. 10) pp. 93-106
Korean J Health Educ Promot, Vol.31, No.4(2014)
http://dx.doi.org/10.14367/kjhep.2014.31.4.93

대상자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램: 고혈압, 당뇨병을 중심으로

송연이*, 이강숙**, 조현영**, 이빛나**
* 충청대학교 간호학과
** 가톨릭대학교 의과대학 예방의학교실

Client-Centered Self Management Program for Chronic Disease Patients: Focusing on Hypertension, Diabetes Mellitus

Yeon Yi Song*, Kang-Sook Lee**, Hyun-Young Cho**, Binna Lee**
* *Department of Nursing, Chungcheong University, Cheongju, Korea*
** *Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Catholic University, Seoul, Korea*

<Abstract>
Objectives: The aim of this study was to develop the efficient program protecting shift to cerebrovascular disease as complication for patients with diabetes and hypertension. **Methods:** Chronic disease self management program(CDSMP), implement manual, action plan, Q&A card and motivation methods were suggested based on Bandura`s social learning theory through reviewing various literatures and cases. **Results:** This program can increase self-efficacy, individual health behavior change and quality of life and it makes to continuous care of chronic disease. **Conclusion:** In order to operate chronic disease self-management program, standardized education courses training of specialist leaders and expert patients leaders would be required. And the development enlargement of self-management program for various other chronic disease such as arthritis, back pain, atopy, asthma would be required in the future.

Key words: Chronic Disease Self-Management Program(CDSMP), Diabetes Mellitus, Hypertension, Social Learning Theory

Ⅰ. 서론

2010년 인구주택총조사를 기준으로 발표한 장래인구추계 자료에 따르면 우리나라의 인구구조는 0-14세 인구의 감소와 65세 이상의 인구의 증가추세에 있고, 총 인구 중 65세 이상의 비율이 2020년 15.7%, 2040년 32.3%, 2050년 37.4%로 인구의 고령화가 급속하게 증가될 것으로 예상하고 있다(Statistics Korea, 2011). 또한, 우리나라의 기대수명은 81.3년으로 OECD 평균인 80.2년보다 길고, 지난 5년간 우리나라의 기대수명은 1.9년이 증가하여, OECD 평균의 증가 수준인 1.2년보다 큰 폭으로 증가하였다(OECD Health Data, 2014). 이러한 우리나라의 노인인구 증가는 만성 질환자 비율의 증가와 연계된다. 고혈압 유병률은 2007년 24.6%에서 2012년 29.0%로 증가하였으며, 특히 65세 이상의 경우 남자는 49.3%에서 59.3%로 10% 증가하였고, 여자는 61.8%에서 68.5%로 6.7% 증가하였다. 당뇨병 유병률도 2001년 8.6%에서 2012년 9.0%로 증가하였고, 65세 이상의 경우는 남자 15.1%에서 24.3%로 증가했으며, 여자는 17.7%에서 19.3%로 증가하였다(Ministry of Health and Welfare [MHW], 2013a).

고혈압과 당뇨병은 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진의 목표 질환으로 고혈압은 전체수검자 중 1차 검진

Corresponding author : Kang Sook Lee
222 Banpo-daero Seocho-gu, Seoul, 137-701, Republic of Korea
주소: 137-701 서울특별시 서초구 반포대로 222
Tel: 02-2258-7381 Fax: 02-532-3820 E-mail: leekangs@catholic.ac.kr
▪ 투고일: 2014.09.01 ▪ 수정일: 2014.09.12 ▪ 게재확정일: 2014.09.12

양성자는 20.2%이었고, 연령별로는 65～69세 44.1%, 70～74세 49.1%, 75～79세 53.4%, 80～84세가 55.8%로 연령이 증가할수록 양성률이 높았으며, 당뇨병은 전체수검자 중 1차 검진에서 양성자가 8.4%이었고, 연령별로는 65～69세가 18.2%, 70～74세 19.5%, 75～79세 19.6%, 80～84세 19.0%로 고령자에서 높은 양성률을 나타내었다(National Health Insurance Service [NHIS], 2013). 2012년 국민건강영양조사 결과에서도 연령이 증가할수록 고혈압 유병률이 증가하였는데, 30대 9.5%, 40대 22.6%, 50대 34.5%, 60대 54.0%, 70대 이상에서 66.4%이었으며, 당뇨병의 경우에서도 30대 1.9%, 40대 5.0%, 50대 12.6%, 60대 20.3%, 70대 이상 22.0%로 연령이 증가할수록 당뇨병의 유병률이 증가하였다(MHW, 2013a).

2012년도 주요 사망원인 중 당뇨병과 고혈압은 인구 10만명당 사망률이 각각 23.0명으로 5위, 10.4명으로 10위이었으며(Statistics Korea, 2013), 연간 질병별 진료비는 고혈압이 약 2조 2,811억원과 당뇨병 약 1조 6,147억원으로 1위와 2위를 각각 차지하여(NHIS & Health Insurance Review & Assessment Service [HIRA], 2013), 단일 질환으로는 가장 많은 진료비를 사용하고 있으며, 또한 이들 질병은 단일 질환으로 사망의 원인 1, 2위인 뇌혈관질환과 심장질환 등의 선행질환이 되어 의료비 증가의 주요인으로 작용하고 있다.

우리나라에서는 이에 대한 문제점을 인식하고, 만성질환 예방관리 국가종합대책을 기본으로 보건복지부, 질병관리본부, 광역자치단체 및 시, 군, 구 보건소 단위로 만성질환 관리사업을 실시하고 있으며, 국민건강보험공단에서는 유질환자를 대상으로 건강지원사업과 건강검진 사후관리 프로그램을 운영하고 있고, 건강보험심사평가원에서는 요양기관 대상 만성질환 적정성 평가를 실시하는 등 다양한 접근을 하고 있다(Yoon, 2012). 2000년부터 보건소 중심의 고혈압·당뇨관리 시범사업을 시작하여 2014년 현재 전국 대부분의 보건소에서 만성질환 관리사업을 시행하여 오고 있다. 그러나, 보건소의 만성질환 관리사업은 사업 수행 과정에서 많은 문제점이 드러났다. 고혈압·당뇨관리사업의 경우 지역주민 전체를 대상으로 사업을 하지 못한 채 진료실에 내원한 환자 및 방문보건 사업에서 파악된 대상자만을 관리하고 있다는 문제점이 지적되었다(Lee, 2010). 또한, 등록환자의 정보가 종합적으로 관리되지 못해 치료와 행태교정에 관한 교육이 분리되어 실시되고, 행태 교정을 위한 프로그램 운영이 일회성 행사에 그치고 있어서 관리사업의 효과 및 효율성에 의문이 제기되었다(Hwang, 2012). 만성질환의 지속관리를 위해 자가관리 능력향상을 위한 사업내용은 대부분 혈압과 혈당을 모니터링하고 보건교육과 정보제공 수준에 머물러 있다(Yim, Ko & Han, 2012). 또한, 고혈압·당뇨병 관리사업에서 일부 지역은 고혈압·당뇨병 환자 관리등록사업을 수행하고 있으나, 대상인구가 제한적이며, 전국적이고 종합적인 체계를 가지고 있지 못한 제한점을 가지고 있고 시범사업 수행과정에서 건강보험공단과 연계를 통해 환자발견사업이 선행되어야 하나 질병정보공유가 원활히 진행되지 못한 한계가 있다고 할 수 있다(Jeong, Ko & Kim, 2013). 이에 2014년 고혈압 당뇨병 등록관리사업 표준 실무지침에서는 심뇌혈관질환 고위험군 예방관리 실천전략으로 등록 대상자의 관리기록 전산화로 관리상황 모니터링과 지속치료와 관련하여 65세 이상 환자에게 치료비 감면 등의 직접 인센티브 제공과 병원 인센티브 제공 등으로 지속치료율 향상을 도모하고, 서비스 표준 프로토콜 개발 및 보급 등의 서비스의 질 향상 전략을 마련하고 있으며, 고혈압, 당뇨병 상설교육장 운영과 순회보건교육, 다양한 교육 모듈개발과 등록환자의 맞춤식 교육 실시를 통한 지역사회 보건교육 활성화 전략과 지역사회 기반 강화 전략으로 민간역할 강화를 기초로 한 공공부문의 협력체계를 구축하고, 민간·공공 부문이 고혈압, 당뇨병 환자에 대한 관리정보 공유하도록 하며, 지역사회 주민의 고혈압, 당뇨병 자가관리 능력향상을 위한 교육프로그램 개발 및 보급을 제시하고 있다(Korea Centers for Disease Control and Prevention [KCDC], 2014).

2012년 국민건강영양조사 결과 만성질환 관리현황에서 고혈압의 경우 유병자 중 고혈압 진단을 받은 비율은 66.2%이었으며, 또한 치료를 받은 비율은 60.7% 이었고, 당뇨병 유병자의 경우에서도 72.7%만이 의사로부터 당뇨병을 진단받았으며, 61.4%만이 당뇨병 치료를 받고 있어(MHW, 2013a), 만성질환의 자가 관리 수준이 미흡한 실정임을 알 수 있다. 많은 연구에서 건강에 대한 인지는 건강한 생활습관을 갖게 하며, 건강에 해로운 습관들을 없애도록 해준다고 보고하고 있다. 또한, 이러한 연구에서 지각된 자기효능감은 건강행동을 위한 결심과 유지에 중요하게 작용하는 요인이었다(Youn et al., 2009). 자가관리의 중심개념은 추구

하는 목표달성을 위해 필요한 행동을 수행할 수 있다는 신념인 자기효능감이다. 자기효능감은 자가관리 능력을 증진시키며, 기존의 전통적인 만성질환 교육 방법이 질병에 대한 정보와 기술을 제공하는 것에 반해 자가관리는 만성질환의 문제해결을 위한 기술을 제시해 줄 수 있다. 만성질환자는 날마다 그들의 질환을 자가관리하기 위한 의사결정을 해야 한다. 이러한 현실은 환자와 전문가간의 파트너십, 협력적 치료, 자가관리를 위한 교육 등을 통한 만성질환의 새로운 패러다임을 제시한다. 이러한 자가관리를 위한 교육은 만성 질환자가 만성질환을 지닌 상태에서의 삶의 질을 가능한 한 최고 수준으로 유지하도록 한다(Bodenheimer et al., 2002). 그러나, 국내의 만성질환관리 프로그램은 자가관리가 전문가 중심으로 운영되고 있으며, 강의식의 교육이 대부분이므로 자기효능감 증진을 도모하여 효과적인 자가관리 역량을 증진시키는데 어려움이 있다.

따라서, 이 글에서는 현재까지 국내에서 운영되어 온 국내의 만성질환 관리사업 중 자가관리 내용이 포함된 프로그램과 국외의 만성질환 자가관리 프로그램 등을 살펴보고 우리나라 실정에 적합한 대상자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램을 제시하고자 한다.

Ⅱ. 국내 만성질환 자가관리 프로그램

정부는 지난 1995년 국민건강증진법 제정을 통해 보건정책과 사업의 주 대상을 전염병예방에서 건강한 생활습관 형성을 통한 만성질환을 예방하는 방향으로 전환하였다. 국민건강증진기금(1995)의 마련과 지역보건법 개정(1995) 그리고 국민건강증진종합계획(Health Plan 2010)을 통해 보건소를 중심으로 하는 지역단위 보건사업을 수립하고 만성질환 관리 계획을 수립하는 등 정부 주도의 만성질환관리 사업이 추진되어 왔다. 이후 2000년부터 보건소 중심의 고혈압·당뇨 관리 시범사업이 시작되었고, 2001년에는 민간단체를 포함한 만성질환관리 사업을 추진하였으며, 2003년에는 보건소의 고혈압과 당뇨병 예방관리 사업이 전국 보건소로 확대되었다. 2004년에는 보건소 만성질환 관리 사업지원을 위한 광역자치단체사업이 추진되었는데, 2006년에는 이것을 전국으로 확대하였다. 2006년에는 심뇌혈관질환 종합대책을 수립하여 심뇌혈관 고위험군을 등록관리하는 사업이 현재 진행 중이다. 2007년 대구광역시의 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업을 시작으로, 경기도 광명시, 경기도 남양주시, 하남시, 안산시 등으로 심뇌혈관질환 고위험군 등록 관리시범사업이 확대되었다(Jeong, Ko & Kim, 2013).

우리나라의 만성질환 관리는 정부 주도의 보건소 중심 만성질환 관리 사업 외에 건강보험공단을 중심으로 하는 만성질환 사례관리 사업이 있다. 이 사업은 만성질환을 가지고 있는 건강보험 가입자의 자기 건강관리능력을 향상시켜 건강증진행태 개선 및 합리적 의료이용을 하게 함으로써, 만성질환자의 합병증을 예방하고 질병의 악화를 방지하여 건강상태 향상을 목적으로 하며, 장기적으로는 건강보험 가입자의 의료비용과 건강보험 재정의 절감을 목적으로 하였다(NHIS, 2007).

1. 중앙정부 주도의 만성질환관리 프로그램

1) 고혈압·당뇨병 등록·관리사업

2000년부터 시범사업으로 시작된 고혈압·당뇨병 등록·관리사업은 고혈압·당뇨병 지속치료율을 향상 및 적절관리를 통해 뇌졸중, 심근경색증, 만성 콩팥병 발생억제와 발생시기 지연을 목적으로 추진되었다. 등록·관리사업 대상은 고혈압·당뇨병 환자로 의료기관을 방문하여 등록관리에 참여하겠다고 동의서를 작성하고 전산에 등록된 환자로서 만 65세 이상은 필수 대상이 되며, 만 30세 이상은 권고 대상이 된다. 이 대상에게 병의원, 약국 등에서 환자 등록여부 확인 후 필수입력사항, 약물처방 내역 등을 입력, 조회하게 되며, 보건소 및 고혈압·당뇨병 등록·교육센터에서 진료일 안내서비스, 동기부여 상담, 환자 보건교육 정보를 제공하고 치료 비순응자 맞춤형 관리를 실시한다. 등록·관리 서비스 내용으로 환자본인부담금 및 병원 등록비를 지원받으며, 리콜·리마인더 서비스로 신규등록 환자상담, 진료일정 안내, 누락치료 안내, 보건교육 일정 안내서비스를 제공받는다. 또한 고위험군 집중관리 서비스로 지속적인 누락치료 대상자는 방문보건사업과 연계하여 추적관리하며, 상설교육장에서는 등록환자의 치료순응도, 위험요인 및 생활습관을 영역별로 평가하여 개인별 맞춤식 교육을 실시하며, 등록·관리 사업과 보건교육 사업을 연계하여 상호 의뢰와 의료기관으로의 회신체계를 구축한다(KCDC, 2014).

2) 맞춤형 방문건강관리사업

국가에서는 만성질환으로 인한 의료비 부담을 줄이고 의료서비스의 질을 향상시키고자 공공보건 서비스 제공체계 개편 등 혁신적인 만성질환 관리체계 도입의 필요성을 절감하고 있다. 이에 2007년부터 시행된 만성질환자 등을 대상으로 건강관리서비스를 제공하는 맞춤형 방문건강관리사업에서는 의료취약계층의 고혈압, 당뇨, 고지혈증 만성질환자 증가에 대비하여 건강생활실천 확산을 위한 적극적 중재로 질병예방 및 합병증 예방, 적정의료이용 유도 등을 도모하고 있으며, 2010년부터는 만성질환 특히 고혈압과 당뇨대상자를 집중관리군으로 분류하여 사례관리를 확대실시하고 있으며, 사업평가지표에 고혈압과 당뇨 조절률을 제시하고 있다(Hyoung & Jang, 2011).

방문건강관리사업 서비스는 국민건강보험공단의 건강검진 정보와 구청 및 동 주민센터로 부터 경제수준 정보를 확보하여 대상자를 발굴하며, 이 중 서비스에 동의한 대상자를 대상으로 방문간호사가 기초조사표와 건강 상담 등으로 대상자의 건강위험요인 및 건강문제를 파악하여 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군 등 세 군으로 분류하여 관리한다. 집중관리군은 6～10회의 집중관리를 하며, 정기관리군은 2～3개월에 1회, 자기역량지원군은 4～6개월에 1회 직접 방문하여 건강위험요인 및 건강문제 스크리닝, 일반검진 및 생애전환기검진 결과 확인, 생활습관 상담, 건강생활실천을 위한 동기 부여 및 교육, 대상자 가족에 대한 건강교육 및 정서적 지지 등의 건강관리 서비스를 제공하고 보건소 내외기관을 연계하여 주는 서비스를 제공한다(MHW, 2014).

이러한 맞춤형 방문건강관리사업은 대상자 발굴이 어려운 것이 문제이며, 고혈압·당뇨 등록·관리 사업에서는 월 100-300건 발생하는 치료 불순응자에 대한 방문관리가 어려워 현재 처방 후 30일～60일이 경과한 대상자에게 전화상담만 실시하는 실정이다. 따라서, 이 두 사업의 연계방안으로 맞춤형 방문건강관리사업의 대상자 선정시 고혈압, 당뇨 등록·관리사업에 등록한 자를 우선하여 선정하도록 유도하는 방안을 제시하고 있다(KCDC, 2014).

3) 지역사회 일차의료 시범사업

만성질환이 급증하면서 효과적인 예방 관리체계의 필요성이 증대되고, 지속 치료율은 증가되었으나 일차의료서비스와 지역건강서비스간 분절적 제공으로 효과성이 미흡하고 의료기관에서는 건강상태, 생활습관 관리 필요성 및 올바른 관리방법 등에 대한 교육과 상담 없이 단순 진료만 이루어지고 있는 상황이다(MHW, 2013b). 지금까지 대부분의 보건의료전문가들은 환자의 기능적 능력에 대한 사정을 하거나 행위변화, 자가관리를 위한 교육을 제공하거나 정서적, 사회적 문제에 대해 다루는데 소홀하였다. 더욱이 복합만성질환을 가진 사람들은 여러 가지의 재정지원과 보건의료전달체계를 그들 스스로 조정해야 하는데, 이것은 그들이 알맞은 모든 서비스를 찾는 것을 더 어렵게 만든다. 이에 다양한 보건의료서비스 등의 조정(care coordination)을 통하여 만성질환자의 보건서비스의 접근을 돕고, 이를 위한 복잡한 전달체계를 조정하고 계획하며, 다양한 보건의료전문가 간의 의사소통을 용이하게 하고 변화를 모니터하는(Mollica & Gillespie, 2003) 것이 필요하다.

또한, 의원급 만성질환관리제나 고혈압·당뇨병 등록·관리사업 등은 서비스 내용을 변화시키기보다 일부 소액감면 혜택을 부여하는데 그치고 있고, 보건소나 건강보험공단 등에서 실시하는 만성질환관리 프로그램도 예산과 인력 부족 등으로 내소자 교육 위주로 이루어지고 있는 상황 등 다양한 지역사회 건강서비스와의 연계 등 환자상태에 따른 맞춤 서비스 제공 및 개인별 실천상황 관리 등이 미흡하여 의사의 역할을 강화하고 맞춤형 자기관리 지원체계를 형성하도록 하는 일차의료 모형 시범사업을 4개 시군구에서 2014년 추진을 계획하고 있다. 일차의료지원센터를 개설하여 간호사, 영양사 등의 전문인력을 배치하고, 환자의 평소 건강관리 상황을 점검하도록 하며 이를 의사에게 보고하고 이를 보고 받은 의원급 의료기관 의사는 이를 토대로 환자에게 전문상담서비스를 제공하고, 일차의료지원센터를 통해 지역사회의 다양한 건강서비스를 연계 제공하는 것이다. 이 시범사업을 통해 의원급 의료서비스에서 필요한 교육상담서비스에 대한 급여화 가능성을 타진하고 검토하며, 약 3년간 시범사업 추진 후 평가를 통해 전국 제도화를 검토하고자 한다. 궁극적으로는 일차의료 기능 강화 및 서비스 품질을 개선하고, 중장기적으로 고혈압·당뇨병의 적정관리로 합병증 예방을 통해 불필요한 입원감소 등을 도모하여 국민의료비를 절감효과를 기대하고 있다(MHW, 2013b).

2. 지방정부 주도의 만성질환관리 프로그램

1) 대구광역시 심뇌혈관질환 고위험군 등록관리 시범사업

심뇌혈관질환의 선행질환인 고혈압, 당뇨 지속치료율의 향상을 모색하고, 심근경색, 뇌졸중 등 중증 심뇌혈관질환의 발생 및 이로 인한 사망 및 장애를 예방하기 위하여 2007년대구광역시가 시범사업지역으로 선정되어 광역시 차원의 만성질환관리사업이 본격적으로 진행되었다. 환자에게 질병관리 및 자가관리를 위한 동기부여를 위해 65세 이상의 진료비 본인부담금을 경감하고 등록환자의 교육 및 상담, 정보제공을 강화하였으며, 의료기관의 환자관리 역할과 책임을 강화하기 위해 만성질환 관리의 주체로서의 역할을 강화하고 표준임상가이드라인을 적용하며 이를 위한 질평가 및 인센티브 도입을 검토하였다. 환자의 자가관리를 지지하기 위하여 구군 단위로 상설교육장을 설치하고, SMS/전자메일을 통한 정보를 제공하고 혈압과 혈당을 모니터링하는 자가관리 프로그램을 제공하였다. 보건소의 교육상담 및 방문보건사업과의 연계를 통한 예방 및 건강관리 서비스제공의 체계를 구축하고, 고혈압, 당뇨 교육자 인증 프로그램 도입하였다. 의사결정에 대한 도움을 주고자 웹을 기반으로 한 임상진료지침 사이버 교육, 최신지견, 뉴스레터 등 최신정보를 제공하였으며, 웹 기반의 데이터베이스와 관리체계 구축, 보건소 및 임상의사의 환자관리 지원시스템 구축, 환자 자가관리 지원시스템 구축, 만성질환 통계 및 정보생산 등의 임상정보체계 구축을 추진하였다(Yim, Ko & Han, 2012).

2) 서울시 대사증후군 관리사업

서울시는 2009년에 서울시민 대사증후군 발견 및 관리체계 구축회의를 시작으로 가이드라인 및 사업 모형개발과 '서울시 대사증후군 관리사업 지원단'을 구성하고 운영을 시작하였으며, 그 해 6월에 10개구의 시범보건소를 선정해 보편적 시민서비스를 제공하기 시작하였다. 2010년에는 15개구 보건소를 선정하여 서울시 대사증후군 시범사업을 실시하여, 2011년 서울시 자치구 25개 보건소로 대사증후군 관리사업을 확대 실시하였다(http://www.5check.or.kr/main.php?mid=introduce02). 이 사업은 30세 이상의 내소한 지역주민을 대상으로 기초설문지와 검사를 수행한 후 대사증후군 위험요인 보유개수와 관리수준 등에 따라 3가지 군으로 분류하였는데 미국 콜레스테롤 교육 프로그램의 대사증후군 진단기준((National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel [NCEP ATP]))에 의거하여 위험요인이 하나도 없는 군은 '정보 제공군'으로, 위험요인이 1-2개인 사람은 '동기부여 상담군 A', 위험요인 보유 개수에 상관없이 현재 약물을 복용하고 있는 사람은 '동기부여 상담군 B'로 분류되고 위험요인이 3개 이상인 군은 '적극적 상담군'으로 분류되어 관리하였다. '정보제공군'은 첫 회 상담을 받고 완료되며, '동기부여 상담군 A와 B'는 6개월 동안 3개월 주기로 3번의 상담을 제공받도록 되어 있고, '적극적 상담군'의 경우 6개월 동안 1개월 주기로 7번의 상담을 제공받도록 하였다. 상담은 영역별 전문가에 의해 이루어졌으며, 영역별 행동계획표를 작성하도록 하였다(Kim, et al., 2011). 그러나, 2013년 계획에서는 현재의 군분류, 특히 '동기부여상담군 B'에서 만성질환 관리목표가 서로 다른 대상자가 혼합되어 있는데, 고혈압, 당뇨 신환자는 자가관리 교육이 가장 필요하며, 복합상병자 및 미조절자는 합병증 발생을 낮추는 중재가 필요하며, 불규칙의료 이용자는 지속치료율을 높이는 중재가 필요함을 제시하여, 의사상담 및 자가관리교육을 강화하는 새로운 중재지침의 필요성과 자조모임을 통한 대사증후군 관리 계획을 제안하였다(http://opengov.seoul.go.kr/section/351003?fileIdx=0#pdfview).

3) 인천시 만성질환 관리사업

인천광역시는 'MacColl Institute for Healthcare Innovation'에서 개발된 만성질환관리모형(Chronic care model)에 기초하여 2005년부터 민간의료기관과 보건소, 건강보험공단 등 공공부문 간에 지역사회협력체계를 구축하고 고혈압·당뇨 환자에 대한 만성질환관리사업을 공동으로 수행하고 있다. 만성질환관리사업은 참여 기관들이 공동으로 환자발견사업을 실시하여 새로 발견된 환자를 참여 의료기관에 의뢰하고, 참여 의료기관은 의뢰된 환자를 '웹기반 만성질환등록관리체계' (Incheon Chronic Disease Management System [iCDMS])에 등록하며, 보건소 및 건강보험공단은 이렇게 등록된 환자를 추구 관리하는 것으로 구성되어 있다. 특히 2009년 3월부터는 환자의 자가관리 역량을 강화하고 지속치료를 유도하기 위하여 건강포인트제도를 운영하고 있는데, 건강포인트제도는 교육, 외래 방문, 정기적인 필수검사

등을 잘 하는 등록환자에게 일정한 포인트를 부여하고 일정기간 후 포인트가 적립되면 누적된 포인트를 현금처럼 참여 의료기관에서 검진 등의 필요 서비스를 구매할 수 있도록 하는 환자 인센티브 제도이다. 건강포인트제도에 참여할 수 있는 환자는 고혈압, 당뇨 진단 기준에 해당하고 iCDMS 등록 관리에 동의한 투약 환자로서 신규 발견환자뿐 아니라 기존에 의료기관에서 관리를 받고 있는 환자 모두를 대상으로 하고 있다(Yim, Ko & Han, 2012).

3. 보건소 주도 만성질환 관리사업

보건소 만성질환 관리사업은 1980년대 이후부터 지역보건사업으로, 90년대 중반 이후는 보건소 건강증진사업의 일환으로 진행되었다. 이 사업은 지역사회 주민을 대상으로 고혈압과 당뇨 예방·관리 사업을 기획·실시하여, 심혈관질환·당뇨로 인한 사망, 중증 합병증의 발생, 유병 등 질병부담 감소 및 주민의 건강수명 연장이 주목적이었다.

1980년대 구리시 보건소에서는 고혈압 예방을 위해 뇌졸중 예방사업, 대중매체와 지역사회자원 활용 교육 및 홍보, 만성질환자 발견 및 등록사업을 실시하였다. 1990년 화천군 보건소에서는 사업대상자 실태조사와 등록, 추구관리를 실시하고, 교육 및 환자 자조모임을 실시하였고, 1993년 구미시 보건소는 고혈압 예방관리모형개발을 목적으로 주기적인 혈압측정, 교육자료 배부 및 교육실시, 정지적인 투약일 통보, 환자관리 표준지침 마련, 민간 의료기관과의 연계활동, 방문보건을 실시하였다. 1995년 천안시 보건소는 고혈압 환자발견사업과 교육매체를 개발하고 고혈압교실, 전화방문 등으로 보건소 중심의 지역사회 고혈압 관리체계 개발을 위한 사업을 실시하였으며, 1999년 성북구 보건소에서는 지역사회주민, 민간, 공공 의료기관의 협력체계를 구축하고, 보건교육 및 홍보, 지속적인 건강검진 및 등록 관리를 실시하였다. 2001년 단양군 보건소는 고혈압 환자 조기발견사업과 나의 혈압알기 사업을 하였다(Jang, Jin, Nam & Hong, 2005).

4. 건강보험공단 주도의 만성질환관리 프로그램

1) 사례관리 사업

이 사업은 2002년 8월부터 전국 15개 시범지역에 각각 2명의 건강관리사를 배치하여 시작되었다. 공단에서는 시범사업 추진을 위하여 임상경력이 있는 간호사 31명을 채용하였으며, 시범지역의 기술지원을 위하여 지역별로 협력대학을 구성하였다. 사례관리 시범사업은 2003년 12월까지 17개월간 이루어졌으며, 이 후 2006년 4월부터 전국 지사에서 사례관리 사업을 수행하고 있으며, 4년간에 걸쳐 정착되었으며 단계적으로 사업지역을 확대하였다. 사례관리 사업대상의 범위는 크게 2가지 유형으로 분류하여 진행되었는데, 고액진료비 발생 유형은 현재는 건강하나 향후 고액진료비 발생 가능성이 높은 환자 유형으로써 뇌졸중 발병 후 회복된 사람이며, 장기치료 필요 유형은 꾸준한 관리가 필요한 질환으로 중장기적으로 합병증을 유발할 가능성이 많은 환자 유형으로써 당뇨, 고혈압으로 확진된 사람이었다. 국민건강보험공단이 보유하고 있는 건강보험 자료를 이용하여 진단명, 연령, 의료이용량 등을 기초로 대상자를 발췌하며, 발췌된 대상자 중에서 선정 우선순위 기준 및 현실적, 효율적, 전략적인 측면을 고려하여 건강관리사가 대상자를 선별, 등록하였다. 사례관리 는 기본적으로 8-12주 기간 동안 진행되는데, 먼저 방문상담과 전화상담을 통해서 만성질환자의 건강문제를 파악하여 위험요인 감소를 위한 정보제공과 교육을 수행하며 이 기간이 종료된 이후엔 3개월 단위로 3회에 걸쳐 대상자의 건강행위와 생활습관 개선을 지원하기 위한 추구관리 상담을 지속적으로 제공한다(NHIS, 2007).

2) 의원급 만성질환관리제

의원급 만성질환관리제는 의원을 이용하는 만성질환자 중 고혈압, 당뇨 환자를 대상으로 자가관리 역량을 강화하여 건강을 증진시키기 위해 2012년 4월 1일부터 시행되어 왔다. 이에 국민건강보험공단에서는 진찰료 본인부담을 경감받은 환자를 대상으로 건강지원서비스를 2012년 7월 1일부터 시행하였다. 건강지원서비스는 공통형 건강지원서비스로 문자발송 서비스, 건강관리책자 제공, 혈압기 또는 혈당기 대여서비스, 전문건강상담, 온라인 건강정보제공 서비스가 있으며, 선택형 건강지원서비스로 맞춤형 개별 건강상담과 고혈압, 당뇨교실 및 자조모임 운영 등의 교육서비스 등으로 구성되어 있다(NHIS, 2014).

Ⅲ. 국외 만성질환 자가관리 프로그램

1. 미국

스탠포드대학교 의과대학의 가정의학과와 지역사회의학과는 캘리포니아 주의 Tobacco-Related Disease office와 연방정부의 Agency for Health Care Research and Policy로부터 5년간 연구비를 받아 만성질환을 관리하기 위한 Chronic Disease Self-Management Program(CDSMP)를 개발하였다. 이 연구의 목적은 무작위 비교연구를 통해, 만성질환자를 돕는 지역사회 기반의 자가관리 프로그램을 개발하고 평가하는 것이었다. 이 연구는 1996년에 완성되었는데, 프로그램은 Dr. Lorig 등 Stanford Patient Education Research Center의 구성원에 의해 작성되었으며, 이 프로그램의 과정은 자기효능감을 가진 연구자나 다른 사람들, 새로운 기술을 익힐 수 있다거나 자신의 건강에 스스로 영향을 줄 수 있다는 확신이 있는 사람들의 경험을 바탕으로 하였다. 심장질환, 폐질환, 뇌졸중, 관절염을 가진 1,000명 이상의 대상자는 이 연구에 무작위로 참여하였으며, 3년간 관찰되었다. 이 연구를 통해 건강상태(장애, 사회적/역할 활동제한, 통증과 신체적 불편감, 에너지/피로, 숨참, 정신적 안녕감/고통, 우울, 건강위험, 자체평가한 신체건강), 보건의료 활용(의사 방문, 응급실 방문, 재원기간, 병원의 야간이용시간), 자기효능감(자기관리 행동을 수행한다는 확신, 대체로 질병을 관리한다는 확신, 결과를 성취한다는 확신), 자기관리 행동(운동, 인지한 증상관리, 정신적 스트레스관리/완화), 지역사회 자원의 사용(의사와 연락)등 많은 부분의 변화를 기대했다. 연구의 결과, 이 프로그램에 참석한 대상자들은 참석하지 않은 대상자에 비해 운동, 인지한 증상관리, 의사와의 연락, 자가보고된 신체건강, 건강위험, 피로, 장애, 사회적/역할 행동제한 등에서 유의한 개선이 나타났으며, 이 결과들의 대부분은 3년간 지속되었다.

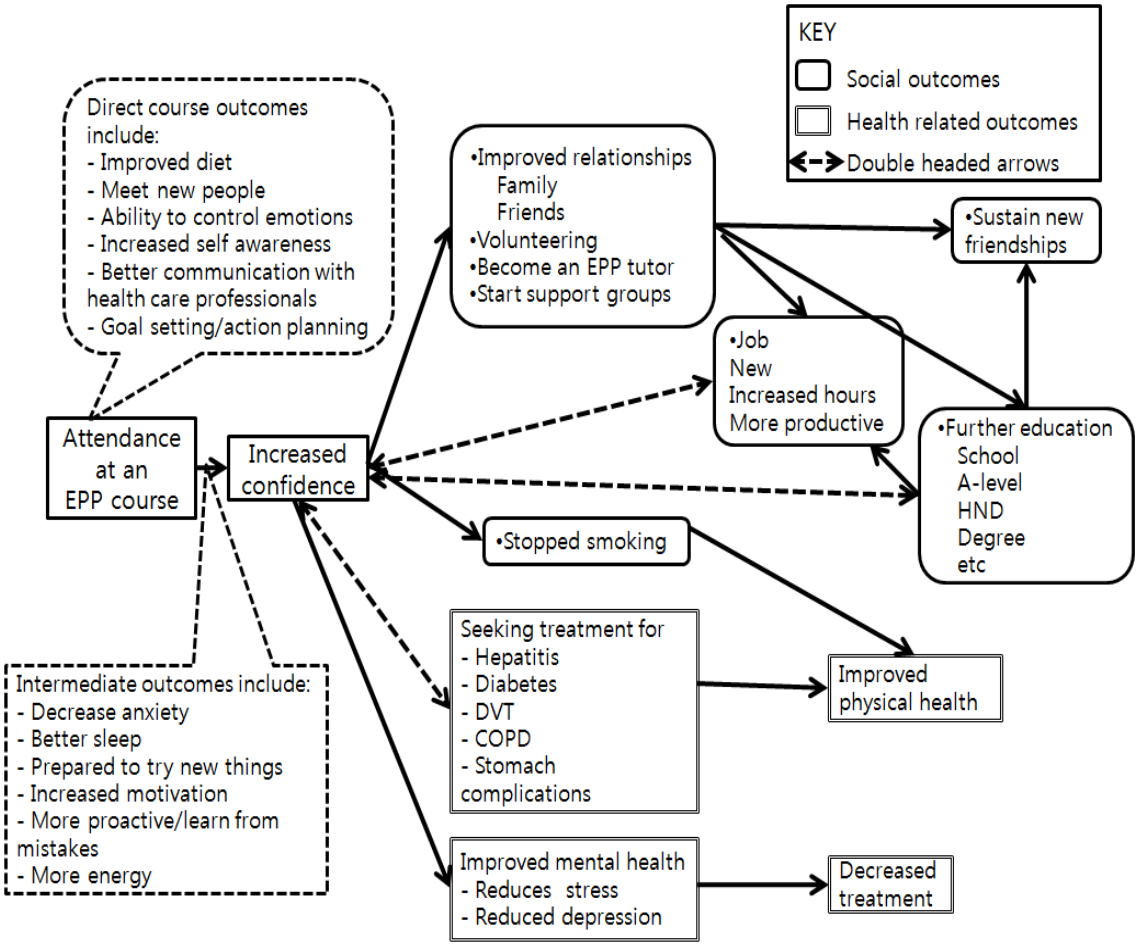
CDSMP는 노인센터, 교회, 도서관, 병원과 같은 지역사회 세팅에서 6주 동안 일주일에 한번씩 2시간 30분의 워크숍으로 진행한다. 각기 다른 만성적 건강문제를 가진 사람들이 함께 참석하며, 워크숍은 2명의 훈련받은 리더와 만성질환을 가진 1-2명의 훈련받은 비전문가에 의해 진행된다. 프로그램에서 다루어지는 주제는 좌절감, 피로, 통증과 고립감과 같은 문제를 다루는 기술, 근력, 유연성, 인내력을 유지, 증진시키기 위한 적절한 운동, 적절한 약물의 사용, 가족, 친구, 건강전문가와의 효과적인 소통, 영양, 의사결정, 새로운 치료의 평가방법 등이다(Stanford school of medicine, 2014). CDSMP의 기저를 이루는 세 가지 가정은 첫째, 각기 다른 만성질환을 가진 환자라도 비슷한 자가관리 문제와 질병과 관련된 과업이 있으며, 둘째, 매일의 질병 관리를 책임지기 위해 배울 수 있고, 셋째, 자신감 있고 아는 것이 많은 환자들이 수행하는 자가관리는 건강상태를 개선시킬 것이며, 보건의료자원을 덜 사용하게 할 것이라는 것이다(Lorig et al., 1999).

2. 영국

영국에서는 본래 자원봉사 분야에서 활용되어 온 경험공유를 통하여 이루어지는 자가관리 방법을 1990년대 이후로 이용하여 왔는데, 보건부는 2002년에 National Health Services(NHS)에 Expert Patients Programme(EPP)의 핵심프로그램인 CDSMP를 도입했다(EPP-CIC, 2014). 스탠포드 대학교로부터 2024년까지 CDSMP를 사용하고, 이 대학에서 개발한 일반 프로그램뿐만 아니라 새로운 EPP를 자체 개발할 수 있는 라이센스를 획득하였다. 지역사회 수준의 효과적인 만성질환 서비스에 대한 요구가 커지면서 보건과 복지가 결합된 정책에 대한 논의가 진행되어 영국 내 자선단체 및 LMCA(Long-term Medical Conditions Alliance)를 중심으로 CDSMP가 실시되기 시작하였다. 1999년 6월, 보건부는 정부 백서 ‘Saving Lives : Our Healthier Nation'과 ’NHS Plan of July 2000'을 통해 환자 중심의 새로운 NHS 비전을 제시하고, 그 일환으로 Expert Patient Programme(EPP) 도입을 결정하고 EPP 추진을 위한 Task Force Team을 보건부 내에 설치하였으며, 2002년부터 2004년까지 NHS 내의 28개의 Primary Care Trusts(PCTs)를 통해 시범사업을 진행하였다. 2002년부터 2005년까지 2,300개 이상의 EPP 코스가 운영되었으며, 17,000명이 코스에 참여하였다(NHIS, 2012).

이러한 EPP의 이론적 배경도 Bandura(1971)의 사회학습이론에 근거하고 있으며 성공적인 행동변화와 지속을 위한 핵심인자는 목적 달성 경험에서 오는 자신감으로, 모델링을 통한 학습과 행동주의적 개입전략이 효과적인 수단이 되었다. 경험을 공유하는 자가관리 코스의 참여는 긍정적 강화의 순환을 촉발시키며 행동의 지속적 변화와 자신감을 유도하고, 이전의 무력감과 의존성의 순환들을 뒤바꾸어 놓는다(EPP-CIC, 2014). 이 코스 참여의 직접적인 결

과로는 식이개선, 새로운 사람과의 만남, 감정 통제능력 증진과 자기인식, 자기가치의 증진 등이 있으며, 주요 결과는 일반적으로 자신감이 증가되는 것이다. 자신감의 증가는 불안 감소, 숙면, 새로운 일의 추진 능력과 동기 증가와 같은 결과를 이끈다. 이 코스 참여로 인해 자가관리에 대한 자신감이 증진되고, 이는 사회적 결과와 건강관련 결과가 나타나며, 이 결과가 다시 자가관리에 대한 자신감을 증진시키는 선순환 구조를 가져온다. 이 코스에서는 사회적 결과로 가족, 친구와의 관계가 개선되거나 EPP 튜터로 참여하게 되고, 그룹을 지지하기 시작하여 새로운 친구관계를 유지하고, 새로운 직업이나 보다 더 생산적인 직업을 얻으며, 더 많은 교육의 기회를 가지게 되고 이로 인해 다시 자신감이 높아지는 것을 볼 수 있다. 또한 건강관련 결과로는 스트레스가 감소되고 우울이 감소되는 등의 정신건강이 개선되며 이로 인해 치료가 덜 필요하게 되며, 금연을 하게 되고 가지고 있는 질병들에 대한 치료방법을 찾기 시작하면서 신체적인 건강이 개선되고, 또 이로 인해 다시 자신감이 상승되는 것을 볼 수 있다[Figure 1].



[Figure 1] Theory of change

EPP 운영의 핵심 기술은 첫째, 유사한 상황에 있는 사람으로 동료집단을 구성하여 학습효과를 극대화하며, 역할모델이 되도록 하는 것이다. 둘째, 주단위로 성취 가능한 작은 단위의 세분화된 목표 수립 방법을 학습하며, 매 세션마다 목표를 설정하고 이에 대한 활동계획을 수립한다. 활동계획대로 수행할 수 없을 시의 대처방법에 대해서도 논의하고 교육한다. 셋째, 문제 발생 이유에 대해 스스로 진단하여 해결방법을 작성하고 동료 집단과 공유한 후 동

료집단으로부터 동기부여와 역할모델을 함으로써 성취감과 자존감이 증진될 수 있도록 한다. 넷째, 증상의 악순환을 끊는 도구로서 활용하여야 하며, 흉통과 같은 질환 관련 응급상황에서는 사용하지 않고, 취업면접 시 경험하는 불안이나 스트레스 등과 같은 일반적인 상황에서만 사용한다(NHIS, 2012).

3. 호주

호주의 New South Wales 지역에서 관절염 환자를 돕기 위해 조직된 Arthritis NSW에 의해 개발된 만성질환자를 위한 포괄적인 자가관리 프로그램인 "Moving On"은 대상자에게 행동변화의 필요성을 인식시키고, 건강증진과 삶의 질을 증진시키기 위한 지식과 기술을 획득하도록 돕는데 목적을 두었다. 이 프로그램은 집단교육과 개인적인 자가관리 계획을 이용하여 그들의 만성질환 상태를 자가관리하기 위한 기술과 신뢰를 구축하기 위한 것으로, 자기효능감 이론과 범이론적 행동변화모델에 기반을 한 것이다.

Moving On은 연속 7주 동안 진행되며, 매주 3시간의 세션으로 구성된 7개의 모듈로 구성되어 있다. 2명의 훈련된 지도자와 1명씩의 건강전문가와 일반 지도자에 의해 운영된다. 도입 세션은 피로관리, 신체활동, 건강식이, 레져, 만성질환 대처, 스트레스 관리, 휴식, 숙면하기, 약물복용 관리, 전문가 팀과 함께 개인의 활동계획이나 자가관리 점검 및 평가하기 등으로 구성된다. 참가자들은 각 모듈마다 워크북과 읽을거리를 제공받고 다른 모듈을 연계한 목표를 설정하도록 격려받고, 각 세션마다 주별 점검계획을 세운다. 마지막 세션 동안 참가자들에게 프로그램이 끝난 후에도 자가관리를 계속할 수 있는 계획을 작성하도록 한다. 최종 자가관리 계획서 한 부는 참가자의 동의하에 의뢰하는 일차보건의료기관과 일반의에게 전달된다. 집단토론과 자가관리기술 및 경험을 공유하는 것은 교훈을 주는 식의 방법보다 유용하다. Moving On 프로그램은 자기효능감과 범이론적 행동변화모형에 기초한다는 점에서 스탠포드 프로그램과 EPP와는 다르다. 더욱이 이 프로그램은 이 프로그램을 이끄는 일반 지도자와 더불어 훈련된 건강전문가를 활용한다. 프로그램의 마지막 세션에 작성한 자가관리 계획을 이들과 공유함으로써 자가관리 프로그램과 환자의 지속되는 일차보건의료 제공자 간의 연계가 증진되므로 치료의 연속성을 지지해 준다(Williams et al., 2013)

4. 일본

일본은 생활습관의 서구화, 고령인구의 증가 등에 따라 생활습관병 환자가 증가하고 발병 가능집단이 지속적으로 증가하고 있어 이에 대한 국가 및 지역단위의 대책 및 역할을 마련하였는데, 검진 및 보건지도에 대사증후군의 개념을 도입하여 뇌졸중이나 심장병의 발병예방을 사전에 예방하고 국민을 대상으로 건강한 생활습관의 중요성 및 실천을 유도하고 보험자에게는 생활습관병 예방에 대한 보험자의 역할을 명확히 하여 효과적이고 효율적인 진단, 보건 지도를 의무화하였으며, 2006년에 특정건강검진 프로그램을 시행하도록 의료법을 개정하였다. 이 제도는 매년 40～74세 국민에 대한 건강진단을 실시하여 2013년부터 보험자가 제시한 목표를 충족시키지 못하는 경우 10%의 추가 보험료를 지불하고, 달성하면 보험료의 10%를 감소해 주는 경제적인 패널티 및 인센티브를 받게 되어 있다. 보건지도를 위해 설문지, 진찰, 혈액검사 결과 등으로 대상자를 계층화하는데 ‘정보제공군’, ‘동기부여지원군’, ‘적극적지원군’ 으로 나누어 각각의 그룹에 따라 보건교육을 포함한 보건지도를 실시하여야 한다(Yim, et al., 2012).

또한, 일본 후쿠오카 지역의 ‘카르나 프로젝트’는 일본 후쿠오카 지역 쿠슈의과대학에서 개발된 시범사업으로 주로 당뇨병 환자의 2, 3차 예방관리 사업 내용으로 구성하였다.

카르나 프로젝트의 두 가지 프로그램은 1차 예방과 2, 3차 예방인데, 1차 예방은 질병이 발생하지 않고, 생활습관의 개선이 필요한 사람들과 통원치료를 하거나 질병이 진행된 환자들에 대한 보건교육을 모두 포함하고 있다. 2차, 3차 예방은 환자에 대하여 시행되는 서비스인데, 주치의와 전문의에 의하여 제공되며, 일본 의료보험에서는 의료기관에 생활양식 교육비용(상담비용)을 지불한다. 1, 2, 3차 예방 공통적으로는 콜센터 서비스와 포인트 시스템을 제공·적용한다. 외부와 연계한 콜센터는 간호사 또는 영양사로 구성되는데, 보험자, 의료기관, 환자에게서 얻은 모든 자료를 근거하여 정기적으로 전화, 우편, 전자메일을 통해 서비스를 제공한다. 이러한 콜센터 서비스와 포인트 시스템을 제공하는데 건강포인트 제도는 마일리지와 유사한 것으로 병의원을 정기적으로 방문하거나 의사의 평가(혈압 및 혈당측정, 건강생활실천 정도), 당화혈색소 수치의 관리 등에 의해 포인트를 받을 수 있도록 하고, 이것을 이용해서 지역

내 건강식당, 운동시설, 승마장 등을 할인혜택을 받으면서 이용할 수 있도록 하는 것이다(Lee et al., 2007).

Ⅳ. 대상자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램 운영 방안

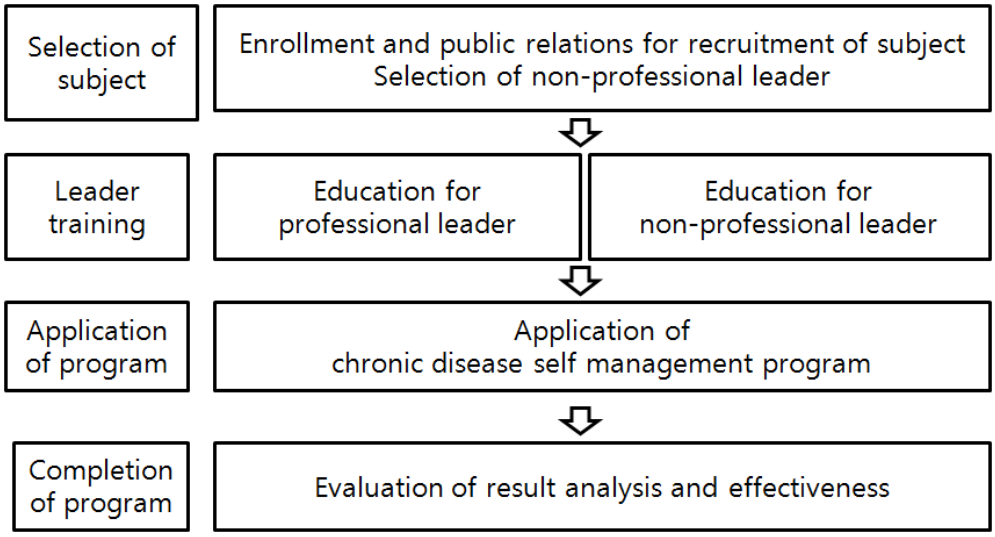
1. 운영 원칙 및 목표, 핵심 운영기술

위에서 제시된 국내외 사례 등을 기반으로 국내에서 활용할 수 있는 대상자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램을 제안하고자 한다. 자가관리 프로그램의 운영 원칙은 기존 만성질환 관리사업의 문제점으로 지적된 지속적인 관리(치료율 및 지속률)의 어려움을 해결하고자 환자가 중심이 되어 지속적으로 프로그램을 이끌어 나가는 것을 운영 원칙으로 한다.

자가관리 프로그램의 목표는 만성질환의 선행질환인 고혈압 및 당뇨를 가진 환자들을 대상으로 심뇌혈관계 질환으로 이환되지 않도록 스스로 자신의 건강을 관리하고 개선해 나갈 수 있도록 설정한다.

핵심운영기술은 운영 주체를 전문가가 아닌 환자를 대상으로 표준교육을 제공하여 이 프로그램의 주요 역할을 담당할 수 있도록 숙련시켜 리더(숙련환자 리더)로서의 역할을 부여하는 것이다. 또한 프로그램 참여자들은 활동계획을 통하여 스스로의 잘못된 생활습관을 파악하고 그 경험을 공유하며, 매주 활동계획을 설정하여 생활습관을 개선하고, 이를 통하여 합병증을 예방할 수 있도록 하는 것이다. 특히 스탠포드의 CDSMP나 영국의 EPP와의 차이점으로 자조모임시 이 프로그램의 강의를 통해 학습한 고혈압·당뇨병의 치료와 일상생활관리 등과 같은 내용을 포함한 다양한 질문과 답변으로 구성된 Q&A카드를 구성하고 이를 활용하여 전문가 리더의 개입없이 만성질환의 자가관리 기술에 대한 상식과 오류를 숙련환자 리더와 프로그램 참여자가 스스로 익히고 토론함으로써 자기효능감을 최대한 증진시켜 지속적으로 자가관리를 할 수 있도록 하는 것이다.

2. 만성질환 자가관리 프로그램 운영 흐름도



[Figure 2] Management process of chronic disease self management program

프로그램 참여자 모집을 위한 홍보를 하여 신청자를 받고 신청자 중 프로그램 적용 대상자를 선정하여 등록하도록 한 후 이들을 대상으로 비전문가 리더 기준에 맞는 비전문가 리더를 선정한다. 이 프로그램의 적용을 위해 두 종류의 리더양성 교육을 실시하는데, 보건의료인을 대상으로 한 전문가 리더교육과 만성질환자를 대상으로 한 비전문가 리더교육을 실시다. 전문가 리더 중심의 이론 및 실습 교육과 비전문가 리더 중심의 자조모임 활동으로 구

성된 세션별 프로그램을 적용한다. 모든 세션이 종료된 후에서는 프로그램 진행상의 문제점과 개선방안 등을 도출할 수 있도록 프로그램의 결과를 분석하고 효과를 평가한다.

3. 만성질환 자가관리 프로그램 참여자 선정과 숙련환자 리더 선정기준 및 역할

1) 만성질환 자가관리 프로그램 참여자

참여자의 선정은 보건소에 등록된 고혈압, 당뇨병 환자나 국민건강보험공단의 만성질환 건강지원서비스를 신청한 대상자 중 자가관리 프로그램 등록 신청을 받아 선정한다.

2) 숙련환자 리더

(1) 선정기준

이 프로그램을 신청한 만성 질환자 중에서 읽고, 말하고, 쓰는 능력이 있어야 하며, 프로그램에 모두 출석할 수 있다는 확신을 가진 사람으로 리더 역할에 동의하는 사람으로 선정한다.

(2) 준수사항

그룹 앞에서 말하는 것을 두려워하지 않아야 하며, 프로그램을 위해서 시간을 할애하고 그룹을 도울 의사가 있어야 한다. 또한, 커리큘럼대로 충실히 그룹을 이끌어 나가며, 경험 공유하기, 활동계획 짜기, 활동계획 실천에 대한 피드백하기, 문제 해결, 의사 결정하기 등과 같은 그룹 활동에 기여해야 한다. 숙련환자 리더로 남아있기 위해서는 차후 워크숍에 참여해야 하며, 시간을 준수하고 정해진 스케줄대로 프로그램이 진행되게 도와야 한다. 그룹 멤버들을 존중해야 하고, 주관적으로 평가하거나 그들의 선택을 대신 해주지 않아야 한다.

(3) 역할

역할모델로서 건강하게 지내는 모습을 유지해야 하며, 전문가를 도와 수업을 이끌어가야 하지만, 참가자들을 평가하지 말고, 늘 존중해 주어야 한다. 표준교육에서 제시한 시나리오대로 수업을 진행해야 한다는 점을 항상 숙지하고 있어야 하고, 커리큘럼에서 사용하는 자료 외에 개인이 준비한 자료를 사용하지 말아야 한다. 참가자들이 활동계획대로 실행하고 있는지 매 세션마다 확인해야 하며, 자신의 개인적인 이야기를 길게 늘어놓지 않고 모두 수업에 참여할 수 있도록 이끌어 가야 한다. 또한, 실습 및 토의시, 전문가 리더를 도와 참가자들이 올바르게 실습 및 토의에 참여할 수 있도록 돕는다.

4. 만성질환 자가관리 프로그램 운영을 위한 교육

1) 전문가 리더 교육

보건의료인을 대상으로 전문가 리더 교육을 실시한다. 교육 훈련의 내용은 고혈압, 당뇨병 에 대한 질병의 이해와 함께 만성질환 자가관리 프로그램에서 대상자에게 실시할 교육내용인 생활습관개선, 정신적 영역관리, 운동, 영양, 합병증관리를 중심으로 이론교육과 실습으로 구성하며, 보건교육 기술 및 방법에 대한 교육을 제공한다. 또한, 대상자와의 원활한 의사소통을 위한 만성질환자 의사소통의 실제를 교육한다. 전문가 리더 교육생을 대상으로 실제 프로그램 운영 가상팀을 구성하여 실제 프로그램의 전문가 리더로서의 경험을 하며, 또한 비전문가 리더로서의 경험을 해 볼 수 있도록 활동계획 실습을 하도록 구성한다.

2) 숙련환자 리더 교육

고혈압, 당뇨병 환자의 자가관리 능력향상 및 효과적인 질병관리를 지원하기 위한 자조모임 프로그램의 운영기술 및 전문지식을 습득하도록 하며, 직접 자조모임을 이끌 수 있는 숙련환자 리더로서의 역할을 할 수 있도록 교육내용을 구성한다.

숙련환자 리더의 준수사항 및 역할을 숙지할 수 있도록 하며, 자조모임시 주의사항 및 의사소통 방법을 교육한다. 또한 자조모임에서 사용하는 고혈압, 당뇨병에 대한 Q&A 카드를 포함한 교육도구 활용법을 설명하고, 연습해 보도록 한다. 활동계획을 활용한 경험나누기를 실제로 수행하도록 하여 자조모임시의 주의사항과 의사소통 방법을 경험해 보고, 서로 토의하도록 한다.

5. 만성질환 자가관리 프로그램 내용

만성질환 자가관리 프로그램의 내용 구성은 대상자들이 일상생활에서 자신의 질환을 스스로 관리할 수 있는 능력을 증진시킬 수 있도록 구성하였으며, 내용은 크게 세 가지로 분류해 볼 수 있다. 고혈압, 당뇨에 대한 이론 교육,

이들 질병에 관련된 현재 나의 상태와 생활습관에 대한 실습 및 토론, 각 세션별 교육내용에 해당하는 활동계획 및 이의 실천에 대한 경험을 공유하는 자조모임활동을 주 내용으로 구성한다. 이론교육 및 실습 내용은 투약, 식이, 증상체크하기, 올바른 생활습관 유지하기 등의 고혈압, 당뇨병의 치료에 대한 것과 질병의 치료와 진행과정에 영향을 미치는 정신건강을 유지하기 위한 스트레스 관리와 자기효능감 증진을 위한 내용으로 구성한다. 숙련환자 리더가 진행하는 자조모임활동을 위한 내용은 각 세션별 교육 내용에 해당하는 활동계획을 작성하여 스스로 실천할 수 있는 목표를 설정하도록 하며, 그 다음 주에는 스스로 활동계획에 따라 실천하였는지 자가관리 점검표를 발표함으로써 참석자들간의 경험을 공유할 수 있도록 한다. 또한, 고혈압, 당뇨병에 대한 평소 궁금했던 점이나 고민들을 미리 작성된 교육자료인 Q&A카드를 통하여 서로 이야기 해보고 스스로 점검하며, 잘못된 생활습관을 발견하고, 이에 대한 해결책을 모색해 본다.

6. 만성질환 자가관리 프로그램의 운영방법

프로그램 참가자들은 이론교육 뿐만 아니라, 실습과 경험을 서로 공유하므로 한 그룹당 인원이 많은 경우 진행이 어려울 수 있으므로, 질환별, 연령별로 그룹 당 10-15명 이내로 구성하며, 총 12주 동안 매주 1회 1시간으로 진행한다. 프로그램 운영인력은 전문가 리더 1명, 숙련환자 리더 1명, 코디네이터 1명으로 구성한다. 전문가 리더는 전체적인 프로그램의 주 진행자이며, 자조모임시 조력자로서 진행을 관찰하고 협조한다. 숙련환자 리더는 자조모임의 주 진행자 역할을 하여, 참가자들의 활동계획 실행을 확인하고, 경험을 나누는데 있어 리더역할을 수행하고, 전체 프로그램에서 전문가 리더를 도와서 참가자들이 수업 및 실습에 적극적으로 참여할 수 있도록 돕는다. 코디네이터는 전 과정동안 관련 행정업무를 지원하는데, 프로그램 운영에 필요한 교육자료를 준비하고, 전문가 리더의 운영방법이 표준지침에 맞도록 운영되는지 모니터링하여 질관리를 담당하게 하며, 이들 또한 프로그램 행정지원 체크리스트를 통해 각 세션별로 진행이 원활하게 되도록 지침에 따라 사전준비를 할 수 있도록 한다.

7. 만성질환 자가관리 프로그램 결과 분석 및 효과성 평가

프로그램의 운영에 대한 계속적 질 관리와 대상자에 미치는 효과성을 평가할 수 있도록 구성한다. 따라서, 구조영역, 과정영역, 결과영역으로 구분하여 영역별 세부 평가내용을 제시하였다. 구조영역으로는 투입인력 수와 교육훈련여부, 자질 등에 대한 운영인력 관련 평가, 운영시설, 장비, 교육자료, 운영비용 확보 등에 관한 항목으로 구성하였고, 과정영역은 적정 대상자를 선정하였는지, 운영지침대로 운영을 하였는지, 참가자의 참석률 및 만족도 등을 항목으로 구성하고, 결과영역으로는 외래정기 방문율이나 처방지속율 등의 의료이용행태와 자가관리 이행수준, 정서적 변화, 자기효능감, 질병관련 지식수준, 실제적인 건강수준 변화인 혈압, 혈당 수치 등을 평가내용으로 구성한다.

Ⅴ. 결론

환자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램은 영국의 운영 사례 결과를 비추어 볼 때, 자기효능감이 증진되었으며, 생활습관행태 개선과 함께 사회생활이나 취업 등과 같은 사회적 효과가 있었으며, 장기적인 효과로 의료비 절감을 볼 수 있었다.

만성질환 자가관리 프로그램의 주요 부분인 자조모임은 참가자가 듣는 교육보다 직접 참여함으로써 적극적인 건강행태변화를 할 수 있도록 유도하고, 매주 활동계획을 세우고, 실행함으로써 자기효능감을 높인다. 숙련환자를 활용하여 이들 스스로 리더가 될 수 있음을 인식하도록 하고, 서로의 경험을 공유함으로써 서로에게 좋은 안내자로서의 역할을 하고, 이것이 또한 자기효능감을 증진시킴으로써 궁극적으로 만성질환을 스스로 관리할 수 있는 역량을 키우는데 주요 요소가 될 것이다. 기존의 만성질환 관리 프로그램이 일시적인 사업효과를 보이는 것은 지식 위주의 정보제공으로 인해 단기적 기억에 의존해 지속적인 관리가 이루어지지 못해서 만성질환의 특성을 고려한 지속적 자가관리가 매우 중요하다는 것을 시사한다. 이 글에서 제시한 프로그램은 스탠포드의 CDSMP와 영국의 EPP를 기반으로 하지만, 특히, Q&A카드를 구성하고 이를 활용하여 만성질환의 자가관리 기술에 대한 상식과 오류를 숙련환

자 리더와 프로그램 참여자 중심으로 스스로 익히고 토론함으로써 자기효능감을 최대한 증진시켜 지속적으로 자가관리를 할 수 있도록 하여 건강유지와 증진을 도모하는데 그 목적이 있다. 그러나, 이러한 프로그램이 개인수준에서 이루어지는 것보다는 영국의 사례와 같이 국가적인 차원에서 실행된다면 앞에서 제시한 의료비 증가의 주 요인인 만성질환의 효과적인 관리가 이루어질 것으로 기대할 수 있다.

개인의 건강행태 변화에 초점을 맞춘 환자 중심의 만성질환 자가관리 프로그램 모형이 향후 국가적 자가관리 프로그램 체계로 활용된다면, 인력개발과 교육과정개발의 표준화 지침이 우선적으로 제시되어야 한다. 우선, 프로그램에 대한 공신력을 높이기 위해 스탠포드대학교 환자교육연구센터의 자가관리 프로그램 운영인력 양성 프로그램 등을 참고하여 전문가 리더 교육과정과 표준화된 지침을 만들고, 이에 대한 인증제도 도입이 필요하다. 이러한 인력 양성을 하는 주최 기관은 국내 · 외에서 성공적으로 자조모임을 수행하고 인력을 양성하는 기관의 연수 등을 통해 훈련되어야 한다. 자조모임 프로그램 종료 후에도 지속적인 자조모임의 활성화가 필요하므로, 숙련환자 리더는 그 역할을 지속할 수 있도록 계속적이고 정기적인 훈련을 받아야 하며, 지속적 자조모임을 위해 모임 장소와 예산의 마련이 필요하다. 이로써 양성된 숙련환자 리더는 자조모임 종료 후에도 지역사회내에서 생활습관 개선 활동 등에서 건강멘토로서 지속적인 역할을 수행할 수 있다. 2014년 시범사업예정인 지역사회 일차의료사업에서 운영하게 될 일차의료지원센터에서 이 프로그램을 활용하여 전문가와 숙련환자를 양성하고, 이를 활용하여 프로그램을 진행한다면 환자의 자기주도적 건강관리가 체계적이며 지속적으로 원활하게 이루어질 것이라 기대할 수 있을 것이다. 이 글에서는 고혈압과 당뇨병 등의 질환으로만 프로그램을 나누어 진행하는 것으로 제시하였으나, 향후에는 연령별 특성을 연구하여 연령별로 차별화된 활동계획 및 교육자료를 준비할 필요가 있을 것이다. 또한, 농촌과 도시별, 사업장별 특색을 고려한 교육 자료도 더불어 개발해 보아야 하며, 향후 고혈압, 당뇨병 외에도 관절염, 요통, 아토피, 천식 등 다양한 만성질환에 대한 프로그램 개발의 확대가 필요하다.

Reference

Bandura, A. (1971). *Social Learning Theory*. New York, USA: General Learning Press.

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA, 288*(19), 2469-2475.

Expert Patients Programme - Community Interest Company. (2014, July 9). *Healthy lives equal healthy communities - The social impact of self management*. Retrieved from http://can-invest.org.uk/uploads/editor/files/Invest/EPP_social_impact_report.pdf

Health Insurance Review&Assessment Service.(2008).

Hwang, E. A. (2012). An acceptance expanding way of medical consumer of chronic disease management system at clinic level. *Policy trends of consumer, 32,* 1-26.

Hyoung, H. K., Jang, H. S. (2011). The Comparison of Health Status and Health Behavior among Hypertension Group, DM Group, and Hypertension DM Group for the Aged Provided with Customized Home Care Service by Visiting Nurses. *Journal of Korean Academy Community Health Nursing, 22*(1), 11-21.

Jang, H. S., Jin, Y. R., Nam, S. Y., Hong, D. H. (2005). *Construction of management system for chronic disease in Seoul*. Cheongju: Health Industry Development Institute.

Jeong, Y. H., Ko, S. J., Kim, E. J. (2013). *A study on the effective chronic disease management*. Seoul: KIHASA.

Kim, H. S., et al. (2011). Effects of a Self-management Program for Metabolic Syndrome - A Metabolic Syndrome Management Program in Seoul. *Korean Journal of Health Education and Promition, 28*(2), 51-62.

Korea Centers for Disease Control and Prevention.(2014). *2014 Standard practice guideline for registration·management of hypertension·diabetes*. Cheongju, Korea:Author.

Lee, J. H. (2010). A project of the Incheon metropolitan center for chronic disease control and prevention & Michuhol health point system. *Local informatization magazine, 61,* 26-31.

Lee, K. S., Kam, S., Park, K. S., Jeong, B. G., Kim, S. G. (2007). *Community-based hypertension and diabetes management model development for improving adherence and compliance*. Cheongju: Korea Center for Disease Control and Prevention.

Lorig, K. R., Sobel, D. S., Stewart, A. L., Brown, B. W., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., Holman, H. R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization - A randomised trial. *Medical Care, 37*(1), 5-14.

Ministry of Health and Welfare. (2013). *Korea health statistics*

2012 : Korea national health and nutrition examination survey[KNHANES Ⅴ-3]. Sejong, Korea:Author.

Ministry of Health and Welfare. (2013). Press release : *A pilot project promotion of new primary healthcare model*. retrieved from: http://www.mw.go.kr/front_new/al/sal0301vw.jsp

Ministry of Health and Welfare. (2014). *A guideline of the integrated health promotion programs in community - part of visiting health services in 2014*. Sejong, Korea:Author.

Mollica, R. L., Gillespie, J. (2003). *Care coordination for people with chronic conditions*. Maryland: Johns Hopkins University.

National Health Insurance Service, Health Insurance Review&Assessment Service. (2013). *2012 National health insurance statistical yearbook*. Seoul, Korea:Author.

National Health Insurance Service. (2007). *Press release 2007.01.26*. retrieved from: http://stat.mw.go.kr/front/include/download.jsp?bbsSeq=15&nttSeq=9667&atchSeq=934

National Health Insurance Service. (2012). *A case research in England for a patient centered health care services*. Seoul, Korea: Author.

National Health Insurance Service. (2013). *2012 National health screening result analysis*. retrieved from: http://www.nhis.or.kr/portal/site/main/MENU_WBDDG0206

National Health Insurance Service. (2014, July 9). *Chronic care based on primary clinics FAQ*. retrieved from: http://hi.nhic.or.kr/ggpb007m01_p01.do

OECD. (2014). *OECD Health Data 2014*. retrieved from: http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm

Research and Development Center for Interoperable EHR. (2009). *Informatization planning for chronic disease*. Retrieved from: http://www.snu-dhpm.ac.kr/pds/files/%B8%B8%BC%BA%C1%FA%C8%AF%20%C1%A4%BA%B8%C8%AD%20%BD%C7%C0%FB%BA%B8%B0%ED%BC%AD(FULL).pdf

Stanford school of medicine. (2014, July 9). *Chronic Disease Self-Management Program*. Retrieved from: http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html

Statistics Korea. (2011). *Population projections for Korea : 2010-2060*. Daejeon, Korea:Author.

Statistics Korea. (2013). *2012 Annual report on the causes of death statistics*. Daejeon, Korea:Author.

Williams, A. A., Bloomfield, L., Milthorpe, E., Aspinall, D., Filocamo, K., Wellsmore, T., Manolios, N., Jayasinghe, U. W., Harris, M. F. (2013). Effectiveness of moving on: an Australian designed generic self-management program for people with a chronic illness. *BMC Health Services Research, 13*(90), 1-15.

Yim, J., Ko, K. P., Han, E. A.(2012). *The effects assessment of chronic care management based on primary clinics for hypertension, diabetes patients*. Seoul: Korea Health Promotion Foundation.

Yoon, S. J. (2012). An improvement direction and current status of Korean chronic disease management system. *Health insurance review & assessment service policy brief, 6*(1), 5-13.