

「당뇨진료지침 시리즈 7」

당뇨병의 심리적 지원을 위한 지침

보건복지부지정 2형 당뇨병 임상연구센터 편



보건복지부 지정 2형 당뇨병 임상연구 센터

현대 의학의 눈부신 발전에 힘입어 많은 질병들의 병태생리가 속속 밝혀지고 있으며 그 치료 방법에 있어서도 획기적인 진보가 이루어지고 있다. 이러한 추세라면 머지 않은 장래에 인류는 자신들을 괴롭히던 상당수의 질병으로부터 자유로울 수 있게 될지 모른다.

하지만 이러한 의학의 진보에도 불구하고 오히려 그 유병률이 전세계적으로 폭발적으로 증가하는 질병이 엄존하는데 그 대표적인 질병이 바로 만성 생활습관병인 비만과 제2형 당뇨병이다. 특히 이들은 공히 심혈관 및 뇌혈관 질환 등을 비롯한 여러 중요한 만성 합병증의 직접, 간접적 원인으로 잘 알려져 있어 질병에서 벗어나고자 하는 인류의 노력을 헛되이 하는 가장 어려운 장애요소들의 하나라고 할 수 있다.

따라서 이러한 비만 및 제2형 당뇨병을 극복하기 위한 수많은 연구들이 전 세계적으로 진행되고 있으며 이에 따른 성과를 바탕으로 하여 실제 임상에 적용할 수 있는 과학적 진료 지침을 만들기 위한 노력들이 지금 이 순간에도 계속되고 있다. 하지만 현재까지도 이러한 근거 및 임상 지침들은 대부분 외국의 문헌들에 그 바탕을 둔 것으로 각 국가별 인종, 생활습관, 산업화 및 경제 수준의 차이에 따른 고유한 특성을 개개인의 진료에 정확하게 반영할 수 없었다는 문제가 상존하고 있다.

이에 본 지침에서는 기존에 연구되었던 여러 문헌들을 고찰하여 한국인들의 실정에 비교적 부합하는 근거를 토대로 제2형 당뇨병 환자들의 심리적 지원을 위한 객관적인 지침을 제시하고자 하였다. 나아가 본 센터에서 진행중인 대규모의 다기관 코호트 연구를 통하여 이러한 지침을 실제 한국인들을 대상으로 한 객관적 근거들을 바탕으로 하여 지속적으로 업데이트 하고자 한다

■ 작성위원

김영설	경희의대 내분비내과
김종우	경희의대 신경정신과
백종우	경희의대 신경정신과
이상열	경희의대 내분비내과
전진수	원광대학교 안산 시립 노인전문병원 심리치료실

■ 편집위원

우정택	경희의료원
백세현	고려대학교의료원 구로병원
박용수	한양대병원
남문석	인하대병원
이관우	아주대학교의료원

■ 자문위원

민헌기	전 서울의대 내과
최영길	중문의대 차병원 내과
이태희	전 전남의대 내과, 광주의원
허갑범	전 연세의대 내과, 허내과
신순현	중앙의대 내과

■ 실무위원

이현경	2형 당뇨병센터
-----	----------

■ 인준학회

대한당뇨병학회

대한내분비학회

대한비만학회

대한가정의학회

가이드라인의 증거에 대한 정도

이 지침에 사용된 증거들에 대한 평가 및 추천 강도의 등급은 다음과 같다

증거 평가분류

Level	설 명
I	Evidence obtained from meta-analysis of randomized controlled trials
II a	Evidence obtained from at least one well controlled study without randomization
II b	Evidence obtained from at least one other type of well designed quasi experimental study
III	Evidence obtained from well designed non – experimental descriptive studies, such as comparative studies, correlation studies and case control studies
IV	Evidence obtained from expert committee reports or opinions and/or clinical experience of respected authorities

추천강도의 등급

등급	설 명
A	시행을 강하게 권유
B	시행 권유
C	시행을 권유하나 증거가 명확하지 않음
D	시행 권유 안함

C.o.n.t.e.n.t.s.

- Section 01. 당뇨병 진단에 따른 정서적 반응 •1
 - 02. 당뇨병의 자기관리 •7
 - 03. 당뇨병 치료에서 가족 구성원의 참여 •12
 - 04. 식사요법의 심리적 지원 •18
 - 05. 운동에 대한 동기부여 •24
 - 06. 저혈당 공포에 대한 대책 •30
 - 07. 체중 감량의 심리적 지원 •35
 - 08. 금연을 위한 심리적 지원 •39
 - 09. 우울증의 인식과 관리 •48
 - 10. 엠퍼워먼트 접근과 환자의 행동 변화를 위한 지원 •55
 - 11. 당뇨병 환자의 탈진 상태에 대한 이해와 대응 •61
 - 12. 고령의 당뇨병 환자에 대한 치료 •67

■ 지침

- » 당뇨병으로 진단된 환자에게 효과적으로 대응하려면 의료인과 환자 간에 특별한 관계가 필요하다 (III, A).
- » 개진단 초기부터 자기 관리에 대한 정서적 장벽을 극복할 수 있도록 도와주는 것이 중요하다 (IV, B).
- » 부정, 분노, 죄의식에서부터 강박적 성향, 불안, 우울 상태까지 환자마다 나타내는 정서적 반응은 다 다르다 (III, B).
- » 진단 후의 정서적 반응에 대해 환자를 지지하는 적극적인 행동은 자기 관리의 어려운 문제를 해결해 줄 수 있다 (IIb, B).

■ 해설

A. 서론

당뇨병의 발생과 진단은 많은 사람에게 삶의 위기가 될 수 있다. 이런 위험한 시기에 임상적으로 명확하거나 잠재되어 있던 정서적 문제가 동반 출현하기도 하고, 아니면 이미 존재하던 정서적 문제가 악화되는 경우도 있다. 때로는 우울장애나 불안장애라고 진단해도 좋을 정도의 중증의 정신과적 문제가 당뇨병 진단 후에 나타나기도 한다.

의료인은 당뇨병 진단 후에 환자가 보이는 정서적 반응을 주의 깊게 관찰하는 것이 중요하다. 왜냐하면 치료적 이득이 가장 큰 초기부터 적절한 치료를 신속히 시작해야

하기 때문이다. 효과적인 치료는 정서적 균형을 회복시켜주며, 정서적 균형의 회복 자체는 매우 가치 있는 치료 목표가 된다. 더구나 부적응적인 정서 반응들은 효과적인 자기 관리(self-care)를 방해할 수 있기 때문에 부적응적(maladaptive) 정서반응들을 파악하는 것이 중요하다.

B. 환자의 부정을 알아차린다

부정(denial)은 2형 당뇨병 환자에서 흔히 나타나는 반응이다. 2형 당뇨병은 서서히 발병하고 증상이 종종 미묘하기 때문에 환자 편에서 보면 증상을 자각하기가 어렵다. 많은 경우 부정의 기제를 부정적으로 보지만, 진단 시에 나타나는 부정은 자연스러운 현상으로 생각해야 한다. 부정에 의해 일어나는 결과가 문제이지, 부정 자체가 문제가 되는 것은 아니다.

당뇨병으로 진단된 경우 부정은 정서적 충격으로부터 스스로를 보호하려는 건강한 방어기제라고 할 수 있다. 정서적 균형을 유지하는 효과적인 자기 관리의 확립에 꼭 필요한 부분이다. 그러나 특히 오랜 기간 동안 효과적인 질병관리를 방해하는 부정은 부적응적(maladaptive)이다.

이런 정서반응들을 구별하려면 환자를 상대로 당뇨병에 대한 태도나 생각 등을 물어 보아야 한다. 생활습관을 많이 바꿔야 한다는 생각이나, 당뇨병과 관련된 나쁜 결과를 경험한 가족이 있다는 사실 등은 두려움(fear)을 더 강화하는 요인들이 될 수 있다. 당뇨병에 대한 무관심은 ‘당뇨병은 대단한 병이 아니다’라는 생각에서 또는 ‘인슐린 주사를 맞지 않아도 되니 이 당뇨병은 심각한 질환이 아니다’라는 생각과 같은 잘못된 정보에서 시작된다.

C. 부정을 직접적 또는 효과적으로 밝혀낸다

가령 당뇨병이란 진단을 처음 내리는 환자에게 “경계수준의 당뇨병이다”, “경미한 수준의 당뇨병이다”, 또는 “소변에 당이 약간 나오고 있을 뿐이다”고 말하거나, 대사조절이 불량한 환자에게 “잘하고 있다”고 말함으로써 의료인이 사태의 심각성을 무마하는

부정을 거들어선 안 된다. 이렇게 접근하면 환자는 당뇨병은 대단한 병이 아니고 효과적인 관리가 중요치 않다고 믿을 수 있기 때문이다. 또는 당뇨병 때문에 생길 수 있는 결과를 극단적으로 설명하는 정반대의 접근도 피해야 하는데, 역시 이런 방식도 부적응적인 부정을 유도할 가능성도 있다. 특히 이미 부정을 통해 과도한 두려움에 대처하고 있는 환자에게 그럴 가능성이 크다. 공포를 일으키는 의사소통(fear-inducing communication)은 환자에게 희망을 없애고 당뇨병과 그 관리에 대한 현실도피적인 부정을 더 많이 쓰게 할 수 있다. 이런 까닭에 의료인은 정보 제공의 전략을 결정하기 전에 먼저 환자가 사용하고 있는 심적 각본이 무엇인지를 확실히 파악하고 있어야만 한다.

부적응적인 부정을 피하기 위하여, 환자에게는 구체적인 질병상황들에 걸맞은 정보가 필요하다. 만일 환자가 부정을 통해 공포에 대항하고 있다면, 효과적인 자기 관리가 향후 합병증을 크게 줄일 수 있다는 사실에 초점을 맞추어 도와준다. 만일 환자의 부정이 관심 부족에서 나온 것이라면, 당뇨병의 심각성과 비효과적인 자기 관리가 가져올 수 있는 부정적인 결과를 확실히 인식시켜준다.

일단 적절한 정서적 안정성이 확립되면, 환자가 효과적으로 당뇨병을 관리할 수 있도록 자기 관리 기술들을 몸에 익히도록 교육을 시킨다. 구체적인 장애물들은 공식적인 당뇨병 교육과 영양상담 등에서 밝혀질 것이다.

D. 다른 정서적 문제를 파악한다

강한 공포에 대한 또 다른 반응은 파국화이며 당뇨병의 최악 상태에 고착되는 것이다. 예를 들어, 무엇을 하려고 해도 당뇨병의 모든 합병증이 일어날 것이라고 생각하는 것이다. 이런 반응이 부정과 크게 다른 것처럼 보이나, 어떤 점에서는 동일한 선행감정의 결과이다. 이러한 반응을 나타내는 환자는 당뇨병에 압도되어 있다고 느끼며 자기 관리를 포기하게 된다.

분노(anger)는 당뇨환자들이 보이는 또 다른 정서다. 분노는 당뇨병이 불공평하고 힘에 부치는 버거운 짐이라는 생각에서 발생된다. 심한 분노는 당뇨병과 더불어 잘 살아가기 위해 꼭 해야 하는 변화들을 찾아내는 효과적인 접근에 방해가 될 수 있다.

마지막으로 슬픔(또는 임상적으로는 문제가 되지 않을 정도의 우울한 상태)도 진단

당시에 자주 나타난다. 건강이나 생활습관에서 자유가 상실된 것에 대한 비탄이 슬픔으로 반영된 것이다. 당뇨병의 부정적 측면을 강조하다 보면 환자 스스로 병을 관리하려는 의욕이 상실된다.

E. 정서적 문제의 치료에 가족과 모든 의료인이 참여한다

진단 시에 나타난 고통에 동반된 정서는 필히 존중되어야 한다. 당뇨병 관리에 대한 교육을 시작하기 전에 의료인은 이러한 정서 반응의 존재 여부를 반드시 파악하도록 노력해야 한다. 당뇨병과 관련된 정서적 문제들은 자기보고식 질문지를 통해 파악이 가능하며, 이런 질문지는 환자 스스로의 정서적 인식에도 도움이 될 수 있다. 특히 이런 정서의 기저에 깔려있는 신념에 주의를 모아야 한다. 환자에게 당뇨병과 함께 살아가는 삶에서 초반부의 질병적응 과정이 결코 녹녹지 않음을 알려주어야 한다.

환자 가족의 도움은 꼭 필요한 사회적 자원이므로 가능한 한 가족의 참여를 요구하도록 한다. 후원 단체에 환자를 소개하는 일도 하고 또 당뇨병의 정서적 측면에 대한 정기간행물, 비디오, 팸플릿, 서적 등도 환자에게 권한다.

F. 효과적인 자기 관리와 삶의 질이 균형을 이루도록 도와준다

자기 관리를 잘하고 있는 당뇨환자 중에는 진단 당시의 불안에 대처하기 위해, 반드시 엄격히 조절해야 한다는 신념 하에 정상의 혈당치를 유지하려고 강박적으로 노력하는 경우가 있다. 이러한 행동은 부정의 반대 상태이고 지나치다고 할 수 있다.

진단 초기에는 지나친 경계심(hyper-vigilance)과 효과적인 집중적 관리를 서로 명확히 구분하기가 곤란한 경우가 있다. 그러나 진단 후 몇 달이 지나면서 이런 것들 간의 차이가 드러나기 시작할 것이다. 치료에 대해 환자가 느끼는 편안함이 바로 이를 구분해 주는 가장 좋은 지표가 된다. 가령 “혈당치가 높으면(또는 낮으면) 당신은 얼마나 걱정이 됩니까?” 또는 “당신은 치료법을 얼마나 잘 준수하고 있습니까?” 등과 같은 질문을 통해 환자의 지나친 경계심을 알아낼 수 있다.

강박적 성향이 있는 환자라면 완벽하게 관리하지 않으면 안 된다고 답할 것이다. 즉,

매일 정확하게 같은 시간에 정확하게 같은 분량의 식사를 한다든지, 매일 수시로 자가 혈당측정을 반복한다든지, 또는 치료가 사회적 관계나 업무, 가정생활 등의 삶의 여러 측면들을 방해하여도 정확하게 요법은 지켜져야 한다고 말할 것이다.

바람직한 자기 관리는 다음과 같다:

- ① 양호한 대사 조절과 양질의 삶을 유지하려는 두 가지 목표에 초점을 맞춘다.
- ② 이들 목표를 유연하게 추구한다.
- ③ 당뇨요법이 비록 매우 중요하긴 하나 삶의 한 부분이며, 삶의 모든 부분을 지배하는 고통스런 집착이 되지 않도록 한다.

G. 우울 및 불안 장애를 알아차린다

임상적으로 문제가 되는 우울과 불안 장애는 당뇨병 관리에 지장이 될 수 있다. 종종 우울증과 관련된 절망감과 무력감은 불량한 자기 관리, 악화된 혈당, 그리고 우울증의 악화라는 악순환을 일으킬 수 있다.

마찬가지로 불안 장애도 효과적인 당뇨병 관리에 방해가 된다. 불안은 자기 관리 기법의 습득을 방해하고, 또 급성 스트레스는 고혈당을 일으키는 신경내분비적 반응의 원동력이 될 수 있다. 특정의 공포반응(가령 인슐린 주사의 거부 또는 저혈당이 언제 일어나는지 알 수 없는 공포)은 효과적인 당뇨병 관리에 큰 장애물이 된다.

우울증이 있다면 이를 발견하고 효과적인 처치를 하는 것이 중요하다. 불행히도 당뇨병 환자에서 우울증이 잘 진단되지 않는 경우가 많다. 그 이유는 우울증의 많은 보편적인 신체증상들(불면, 피로감, 식욕 장애, 성욕 저하)이 고혈당의 증상들이기 때문이다. 진단 시에 많은 환자들이 고혈당 상태에 있기 때문에 죄책감, 무쾌감증(anhedonia), 무력감 및 무가치감, 집중력 손상, 우유부단함 등과 같은 정의적 증상들이 있으면 특히 우울증의 정확한 진단에 도움이 된다.

불안 장애의 일부 증상들은 우울증의 증상들과 비슷하다. 불안 장애의 증상들로는 피로, 수면 장애, 집중력 곤란, 초조감이 있다. 다른 증상들로는 근육 긴장 등이 있다. 우울증에서처럼, 불안 장애의 일부 증상은 대사장애의 증상과 중복되며, 불안 장애의 증상

은 저혈당의 증상과 비슷하다.

당뇨병의 진단을 받은 초기에 우울 상태를 보인 환자는 장차 다시 우울증에 걸릴 위험성이 높기 때문에, 이런 환자들에게는 정기적인 우울증 검사가 꼭 필요하다. 특히 대사 조절이 악화될 때 우울증을 보이는 경향이 있다.

H. 정신건강 전문가에게 의뢰한다

당뇨병에서 정서적 측면이 중요하다는 인식이 점차 높아지고 있다. 특히 강화요법에 서는 환자가 시행해야 할 일이 많기 때문에 정서적 면과의 조화는 치료 성공의 기반이 된다.

때로 의료인은 이용 가능한 시간과 기술의 한계로 인해 당뇨병의 정서적 문제를 다루기가 어렵다고 느낄 수 있다. 이러한 상황이라면 환자를 의뢰할 수 있는 정신건강전문가를 확보하는 것이 중요하다. 심리사회적 치료는 그 자체가 고유한 전문영역이다. 당뇨병환자를 치료해 본 경험이 있는 정신건강전문가를 찾도록 노력해야 한다.

참고 문헌

1. Hamburg BA, Inhoff GE: Coping with Predictable crises of diabetes. *Diabetes Care* 6:409-416, 1983
2. Rubin RR, Biermann J, Toohey B: *Psyching out Diabetes*. Los Angeles, Lowell House, 1993
3. Rubin RR, Peyrot M: Psychosocial Problems and interventions in diabetes. *Diabetes Care* 15:1640-1657, 1992
4. The German Diabetes Association and German college for psychosomatic medicine. Evidence-based of the German diabetes association; Psychological factors and diabetes mellitus. 2004

■ 지침

» 환자의 자기 관리 지원

- ① 당뇨병이 중대한 문제라는 신념과 당뇨병 관리에서 자신의 행동이 상황을 바꿔줄 수 있다는 신념을 종합적으로 평가한다 (Ⅲ, A).
- ② 당뇨병이 건강 상태에 일으킬 수 있는 영향에 대해 각 개인에게 적합하게 피드백을 준다 (Ⅲ, B).
- ③ 자기 관리행동의 잠재적 효과에 관해 환자를 교육시킨다 (Ⅲ, B).

» 건강관리팀의 지원

- ① 진료할 때마다 환자에게 동일한 목표를 강화한다 (Ⅳ, C).
- ② 진료기록지에 다음 번 진료 때까지 환자가 해결해야 하는 자기 관리상의 문제점을 기록해 둔다 (Ⅳ, C).
- ③ 가능하면 다음 방문 전까지 목표를 재검토해줄 수 있는 지원을 제공한다 (Ⅳ, C).

» 사회적 환경의 정비

- ① 자기 관리 목표에서 무엇이 장애물인지를 평가한다 (Ⅳ, C).
- ② 장애물의 해결을 위해 이용할 수 있는 자원을 환자에게 알려준다 (Ⅳ, C)

■ 해설

A. 서론

환자가 일상생활에서 당뇨병을 잘 관리하는 것은 매우 어려운 과제이고 또 적극적인

로 직면해야 하는 과제이기도 하다. 건강한 식사와 규칙적인 신체활동과 같은 핵심적인 생활습관 과제들을 완벽하게 잘 관리할 수 있는 사람은 매우 드물다. 이들 활동 외에도 다른 많은 치료 과제들을 모두 실행하려면 적극적으로 도전해야만 한다. 당뇨합병증의 관리에는 비용이 매우 많이 들지만, 당뇨합병증에 대한 연구에 의하면 엄격한 혈당조절이 치료비가 많이 드는 합병증의 대부분을 줄여줄 수 있다고 한다.

그런데 대부분의 당뇨환자들은 치료에 필수적인 여건을 제대로 해결하지 못하며, 이에 대해 환자와 의료인 모두가 의사소통을 제대로 하지 못하는 경우도 많다.

B. 자기 관리의 영향인자와 과제 및 그 결과

당뇨병의 자기 관리문제에서 핵심이 되는 문제점들을 더 잘 파악할 수 있도록 그림 1과 같은 모형이 개발되었다. 이 모식도는 생활개선을 위한 노력에서 무엇을 먼저 해야 할지 그 우선순위를 정하고 또 개입 방침을 정하는 데 도움을 준다.

왼쪽 그림은 당뇨병의 자기 관리에 영향을 주는 인자들에 관한 것으로서, 환자를 중심으로 가까운 순서대로 동심원으로 배치되어 있다. 물론 실제 개입에서 무엇을 평가해야 하며 어떤 개입을 할 수 있는지의 관점에서 각 수준의 영향인자를 고려하는 것이 순서이지만, 여러 수준의 영향인자들이 결합되어 자기 관리가 결정된다는 점을 먼저 알아야 한다.

효과적인 자기 관리는 환자에게 지식을 제공하는 것만으로는 이루어지지 않으며, 동기부여와 신념, 대처기법, 주위의 도움을 받아들여야 비로소 달성된다.

가운데 그림은 여러 종류의 독립적인 자기 관리과제들을 제시한 것으로서, 환자가 한 종류의 치료방침을 준수하는 정도와 다른 영역들에서의 자기 관리 수준 간에 관련성이 대체로 거의 적다는 것을 도식으로 보여준다. 달리 말하면, 자기 관리행동의 순응도가 한결같이 좋은 환자나 나쁜 환자는 없다. 환자가 여러 요법의 권고를 준수하는 정도는 변화무쌍하다. 따라서 영역 별로 자기 관리의 정도를 평가하는 것이 중요하다.

마지막으로 오른쪽 그림은 자기 관리의 결과에 관한 것으로서, 혈당조절을 포함하여 건강성과, 삶의 질, 의료기관의 이용 등이 있다.

자기 관리와 당뇨병 조절은 같은 게 아니다. 자기 관리(유전과 치료법, 기타 인자

등이 함께 작용하여서) 신체건강이 결정되는 많은 인자 중의 하나에 지나지 않는다. 환자의 자기 관리 수준을 당화혈색소 수준만으로 판단할 수는 없다. 예를 들어 불충분한 약물프로그램으로 훌륭한 자기관리의이득을 부정해선 안 되며, 그 반대과정도 마찬가지이다. 주요 요점은 바로 자기 관리 목표를 개인별로 조정해주고, 어느 시점에서 어떤 영향인자를 고려하는 것이 가장 적절하고 변화를 잘 가져올 것인지를 결정하는 것이다.

그림 1. 자기 관리의 각종 영향인자와 과제, 결과

자기관리의 영향인자	자기관리의 과제	자기관리의 결과
지역사회와 대중매체	1. 식사관리	생리적 성과
가족과 친구	2. 신체활동	·혈당조절
건강관리 팀	3. 금연	·혈중지질 및 기타 위험요인
환자의 조망	4. 약제의 사용 및 조정	건강에 대한 결과
	5. 혈당측정	·합병증
	6. 발 관리	·의료 이용
	7. 안전 대책	삶의 질

C. 평가와 개입을 위한 대책

자기 관리에 대한 포괄적 접근이 적합한 시기가 있긴 하지만(예를 들어, 진단 초기나 여러 전문분야가 한 팀이 되어 강화요법을 시작할 때처럼), 대부분의 진료에서 의료인은 여러 종류의 행동문제에 초점을 맞출 시간도 자원도 가지고 있지 않다. 환자도 마찬가지로, 다음 번 진료 때까지 한두 개의 행동에 초점을 맞추는 것만으로도 매우 성공할 것이다.

1) 환자 요인

자기 관리의 목표를 결정할 때 가장 중요한 요인은, 환자 자신이 당뇨병 치료에 대해 어떤 전망을 가지고 있는지와 합리적이며 현실적으로 무엇을 바꿀 수 있다고 생각하는지의 2가지이다. 이때 환자가 다음의 두 가지 중요한 신념을 가지고 있는지를 주의 깊게 파악하는 것이 필요하다. 즉 환자가, ① 자신의 당뇨병을 중대한 병이라고 생각하는지, ② 자신의 행동에 따라 상황이 변할 수 있다고 믿는지를 잘 알아야 한다. 당뇨병 환

자가 일상생활에서 흔히 겪는 경험, 예를 들어 가족이나 친구의 건강에 대한 행동, 일이나 사회적 역할에 의한 압력, 건강관리 팀이나 대중매체의 정보, 혹은 명백한 메시지 등은 신념의 확립을 촉진하거나 방해한다. 앞의 두 가지 신념을 가지고 있지 않은 환자는 당뇨병을 스스로 관리하려는 동기가 없을 수도 있다. 이런 환자에게는 건강유지와 당뇨병의 특별한 의미에 대해 개인적으로 교육을 시키며, 또 각각의 자기 관리행동의 잠재적 효과에 대해서도 교육을 시킬 필요가 있다.

특히 환자가, 당뇨병 관리의 의학적 측면(약을 먹거나 혈당을 측정하는 것)과 마찬가지로, 생활습관 측면(식사나 운동)도 중요한 것으로 간주하는지를 파악하는 것이 중요하다. 그렇지 않은 경우라면 환자가 생활습관개선을 위한 도전을 끝까지 해 낸다고는 볼 수 없다.

2) 건강관리팀 요인

건강관리팀의 중요한 문제는, 각 구성원이 환자의 목표에 일관성을 유지하고 또 그것을 강화시킬 수 있는지에 있다. 외래 진료에서 의사는 투약을 권고하고, 간호사는 혈당 측정을 권고하며, 영양사는 식사 내용을 바꾸도록 권고하는 개별적인 접근보다, 가령 발 관리와 같은 공통의 목표에 팀 전체가 동일하게 강조를 하면 성공하기 쉽다.

3) 사회적 환경 요인

환자의 자기 관리 목표에서 예상할 수 있는 장애물과 환자가 이용할 수 있는 자원을 평가하고, 그것을 치료에 도입하는 것은 매우 중요하다. 그러기 위해서는, 다음번 진료까지 해야 하는 자기 관리 목표에서 어떤 것이 장애요인이 되는지를 환자에게 물어보거나(예를 들어, “~씨 오늘 함께 정한 식사계획을 지키기 어렵게 하는 요인은 무엇이라고 생각합니까?”), 아니면 환자 스스로 “자기 관리의 장애요인”을 검토하도록 요구한다. 이런 방법을 통해 가족이나 친구의 협력을 얻거나, 아니면 지역사회의 자원을 이용하여 환자 스스로 실행할 수 있는 해결책을 찾도록 한다.

환자는 이상의 지원에 의해 외래 진료 중에 받은 동기부여를 확대, 강화해 나갈 수 있을 것이다. 그 밖의 활동프로그램(당뇨병학회나 당뇨병협회)이나 다른 만성질환에 대

한 지지집단의 활동 역시 당뇨병 관리에 대한 메시지를 보강해 줄 것이다

참고 문헌

1. Anderson LA, Jenkins CM (Eds.): Educational innovations in diabetes: Where are we now? Diabetes Spectrum 7:90-124, 1994
2. Anderson RM, Funnell MM: The role of the Physician in Patient education. Pract Diabetol May/June:10-12, 1990
3. Bradley C: Handbook of Psychology and Diabetes: A Guide to Psychological Measurement in Diabetes Research and Practice. Chur, Switzerland, Harwood Academic Publishers, 1994
4. Clement S: Diabetes self-management education. Diabetes Care 18:1204-1214, 1995
5. Glasgow RE: A Practical model of diabetes management and education. Diabetes Care 18:117-126, 1995
6. Glasgow RE, Toobert DJ, Hampson SE, Noell JW: A brief office-based intervention to facilitate diabetes dietary self-management. Health Educ Res, 1995
7. Litzelman DK, Slemenda CW, Langefeld CD, Hays LM, Welch MA, Bild DE, Ford ES, Vinicor F: Reduction of lower extremity clinical abnormalities in Patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized, controlled trial. Ann Intern Med 119:36-41, 1993
8. Raymond M: The Human Side of Diabetes: Beyond Doctors, Diets, and Drugs. Chicago, Noble Press, 1992
9. Rubin RR, Biermann J, Toohey B: Psyching Out Diabetes: A Positive Approach to Your Negative Emotions. Los Angeles, RGA Publishing Group, 1992
10. The German Diabetes Association and German college for psychosomatic medicine. Evidence-based of the German diabetes association; Psychological factors and diabetes mellitus. 2004

■ 지침

- » 당뇨병을 가진 환자의 일상생활에서 가족관계는 중대하고도 복잡한 역할을 하는데, 가족의 도움은 당뇨병환자의 대사조절에 좋은 효과를 미칠 수 있다 (IIa, A).
- » 가족을 당뇨병 치료에 참여시키는 기본원칙은 다음과 같다.
 - ① 가족에게 당뇨병 전반에 대해 가르친다 (IV, C).
 - ② 당뇨병에 대한 가족의 불안, 걱정, 과거의 체험 등을 경청해 준다 (IV, C).
 - ③ 가족이 환자의 혈당치나 행동에 대해 현실적으로 적합한 기대를 가지도록 교육시킨다 (IV, C).
 - ④ 가족에게 긍정적 도움을 주는 모델을 제시하여, 당뇨병 자기 관리에 대한 환자 자신의 건전한 의지를 꺾는 파괴적인 가족이 되지 않도록 한다 (IV, C).
- » 도움을 준다는 것은 때로 민감한 문제이다. 환자와 가족, 쌍방이 필요로 하는 것을 명확히 하고, 이들 간에 균형을 잘 잡아야 한다. 의료인은 가족 구성원의 역할을 명확히 알려주어 복잡한 과정을 처리하고, 가족의 힘을 빌릴 수 있다 (IV, C).

■ 해설

A. 서론

당뇨병 관리에서 성공하려면 가족의 도움이 꼭 필요하다는 사실이 많은 연구에서 밝혀졌다. 폭발적으로 증가하는 당뇨병 환자를 짧은 시간에 관리해야 하는 의료인의 입장에서 가족 구성원까지 껴안아야 한다는 것이 어찌면 비현실적인 것으로 생각될지도 모른다. 그러나 가족 구성원은 의료인의 일을 쉽게 만들어 줄 수 있으며, 바라는 한도 안

에서 환자의 건강과 삶의 질을 높이는데 도움이 된다는 연구 결과도 있다.

의료인이 환자의 가족과 효과적인 치료적 동맹관계를 맺는 데는 실제로 많은 시간과 노력이 든다. 가족 구성원은 환자가 요구하는 지원을 자율적으로 주지 않는다. 지원은 반드시 각 가족 시스템 안에서 개개 환자에 대해 개별적으로 규정되어야 한다. 더구나 지원은 역동적인데, 시간이 흐르면서 환자와 가족이 성장하고 변함에 따라 지원의 성격도 바뀐다.

당뇨병 치료에 가족 구성원을 참여시키려 할 때는 다음의 두 가지 지침이 중요하다.

- ① 당뇨병은 가족생활의 모든 면에 영향을 주기 때문에, 민족적 및 문화적 전통을 고려해야 한다.
- ② 가족의 상호관계가 손상되어 부적응적이거나 또는 심각한 정신적 문제를 가지고 있는 사람이 있는 가족인 경우에는 당뇨병 치료에 가족을 성공적으로 참여시키기가 어렵다.

당뇨병 치료에 가족 구성원을 참여시키기 위한 4가지 기본 원칙은 다음과 같다.

- ① 가족에게 당뇨병과 치료에 대해 진단 초기부터 교육한다.
- ② 가족 구성원이 당뇨병에 대해 가지고 있는 감정에 귀를 기울인다. 당뇨병에 대한 가족의 걱정과 근심을 말로 명확하게 표현하도록 하며, 또 당뇨병이 여러 가지 감정(예를 들어 공포, 욕구불만, 죄책감, 분노 등)을 일으킬 수 있음을 가족에게 가르친다.
- ③ 환자의 의학적 및 행동 목표에 대해 가족 구성원이 현실적으로 적절한 기대를 하도록 가르친다.
- ④ 환자를 강제하거나 지배하지 않고 효과적으로 도와주는 법을 가족 구성원에게 가르친다. 강제나 지배는 당뇨병 자기 관리에 대한 환자 자신의 시도를 엉망이 되게 할 뿐이다.

B. 가족에게 당뇨병과 치료에 대해 가르친다

당뇨병을 진단한 후, 당뇨병 교육과정이나 친목의 모임에 도움을 줄 만한 가족과 함께 다니도록 환자를 격려한다. 환자의 배우자, 친구, 조부모, 형제자매, 룸메이트 등이 지원가족이 될 것이다. 그 밖에도 환자의 관리가 가능한 사람이라면 누구든 지원자가 될 수 있다.

이미 진단이나 치료법이 확립된 환자일지라도 도움이 될 만한 가족 구성원이라면 언제든지 교육과 진료에 동반할 것을 환자에게 권한다. 그러나 가족과 함께 진찰을 받지 않으려는 환자도 있으며, 누구의 도움도 받지 않으려는 환자도 있을 것이다. 그러한 환자라도 가족 구성원을 치료에 참여시키고 교육을 받을 것을 권한다.

가족교육에서는 당뇨병이 만성질환이고 의학적 치료법이 여러 모로 복잡하다는 일반적인 교육부터 시작한다. 또한 당뇨병의 병인과 지난 20년 동안의 당뇨치료법의 변화, 그리고 일상적인 매일의 과제, 재정문제, 관혼상제, 식사스케줄 등 당뇨병이 가족생활의 여러 면에 영향을 미칠 수 있는 부분에 대해 가족 구성원에게 설명한다.

C. 당뇨병과 관련된 가족의 감정을 경청하고 찾아낸다

당뇨병에 관한 가족의 근심을 듣는 것은 가족치료에서 취할 점이 아니며 오히려 가족 교육에 있다. 환자의 배우자나 부모가 토로하는 감정에 대해 일일이 해결책이나 답을 하는 것은 중요하지 않다. 중요한 것은 감정이 말로 표현되고 걱정이 표명되는 그 자체이며, 가능하면 빠른 시기 안에 잘못된 생각에 근거한 감정을 찾아내는 것이다. 통상적으로 당뇨병은 다음과 같은 복잡한 감정을 가족에게 준다.

1) 죄의식

자신의 가족에서 당뇨병이 발생하면, 자신에게 유전적 책임이 있다고 믿는 양친이나 조부모는 일단 죄의식을 갖는다. 그러나 특정의 유전자 하나가 당뇨병을 일으키거나 또는 어느 한쪽 가계가 당뇨병 발생에 책임이 있는 것은 아니라고 설명하는 것이 중요하다. 당뇨병의 원인에 대해 아직 대답할 수 없는 의문이 많이 있지만, 현재로서는 당뇨병

이 양쪽 가계에서 오는 것이며 또 유전적 요인과 환경적 요인도 중요한 원인이라는 것을 명확히 알려준다.

2) 비난

비난은 당뇨관리를 무력화할 수 있다. 비난 때문에 지금까지 잘 지켜온 당뇨관리에 혼선이 야기된 환자도 많다. 2형 당뇨병이 있는 과체중의 환자에서 과식 때문에 체중이 증가하고 당뇨병이 생겼다고 잘못 생각하는 가족이 흔히 있다. 그러나 아직 1형이나 2형 당뇨병의 위험인자가 모두 알려진 것이 아니고 또 완전히 이를 예방할 수 있는 방법도 없다는 점을 설명하는 것이 중요하다.

3) 경제적 걱정

가족 구성원은 때로 환자의 건강보험과 생명보험의 보상범위는 물론이고 당뇨병에 의한 경제적 부담에 관해서도 고민을 한다. 실제로 당뇨병은 한 가정에 과도한 지출을 강요하게 된다. 따라서 당뇨병을 가진 환자에게 건강보험의 보상범위는 매우 중요하다. 경제적인 문제와 건강보험에 대해 걱정을 하는 환자들을 숙련된 의료사회사업가에게 의뢰하면 효과를 보는 경우가 많다.

4) “일상의 생활습관”의 상실

많은 가족 구성원들이 이제는 자신들의 생활이 결코 일상으로 되돌아가지 못할 것이라는 생각에 괴로워한다. 가족 구성원에게 가장 큰 걱정거리가 무엇인지를 물어본 후에, 그러한 걱정거리를 분명히 말로 표현하도록 가족을 도와준다. 당뇨병센터에 등록하거나 당뇨병을 잘 관리하고 있는 다른 가족들과 접촉하는 것은 당뇨병의 적응기간이 지난 후 다시 새로운 일상의 생활습관에 도달하는 가족이 많다는 것을 알려주는 유용한 방법이다.

5) 공포

가족 구성원은 당뇨병의 만성 합병증에 대한 두려움을 가지고 있다. 이러한 가족에게

는 양호한 혈당조절을 유지하도록 환자를 도와주는 노력이 만성 합병증을 예방하는 유일한 조치라는 사실을 재차 인식시킨다. 또한 합병증은 조기에 발견할 수 있으며, 조기 발견과 조기치료는 합병증의 진행을 막을 수 있다고 알려준다.

가족 구성원이 자주 보이는 두 번째로 많은 두려움은 저혈당에 대한 공포이다. 사랑하는 사람이 저혈당 반응으로 정신적 혼란 상태가 되거나 의식 장애나 경련 발작을 일으키는 것은 가족 구성원에게 무서운 경험이다. 그러나 이러한 공포의 존재를 현실로 직시해야 한다. 혈당 조절을 지금 보다 잘하고자 도전하며 엄격한 조절을 위해서 분투하고 있는 환자지만 저혈당이 발생할 수 있다는 점을 가족에게 이해시킨다.

D. 환자의 혈당치와 행동

1) 현실적이고 적합한 기대를 가족에게 가르친다

당뇨병의 관리에서 완벽한 혈당치나 완벽한 행동이란 것이 실은 매우 도달하기 어려운 목표라는 것을 가족 구성원에게 가르쳐야 한다. 다음은 가족 구성원의 이해를 돕는 내용이다.

의사가 지시한 방법을 환자가 모두 준수해도 항상 정상의 혈당치를 유지할 수 있는 건 아니라는 점을 인식하지 못한다면, 환자의 고혈당이나 저혈당에 대해 가족은 환자가 행동을 조절하지 않았기 때문이라고 치부해 버린다(예를 들면, “의지가 약하다”라든지 “게으름 피우고 있다”라고 생각하게 된다). 만일 환자에게 완벽한 혈당치나 완벽한 당뇨병 관리행동을 기대한다면, 환자는 관리실패 때문에 괴로워하고 또 가족의 비난과 부정적인 반응 때문에 이중고를 겪게 된다.

2) 가족의 참여가 실패하지 않도록 긍정적 방법을 가르친다

가족이 치료에 긍정적으로 참여하는 것은 환자의 자기 관리에 도움이 된다. 그러나 파괴적인 가족의 참여는 환자의 건전한 자기 관리 의지를 꺾어 버린다. 진정한 도움을 줄 수 있는 방법을 가족 모두가 배워야 한다. “잘못 전달된 악순환의 도움 고리”는 가족 구성원의 노력이 선의임에도 불구하고, 환자가 신뢰를 받지 못하고 있다고 느낄 때 생

긴다. 과도적인 지원 노력이 지나치거나 또는 시기가 부적당하거나 부적절하면 실패로 끝나버린다.

참고 문헌

1. Anderson BJ: Diabetes and adaptations in family systems. In Neuropsychological and Behavioral Aspects of Insulin-and Non-Insulin-Dependent Diabetes. Holmes CS, Ed. New York, Springer Verlag, 1990, p.85-101
2. Anderson BJ: Working with families of Patients on intensive insulin regimens. Diabetes Spectrum 8:69-70, 1995
3. Anderson BJ, Coyne JC: "Miscarried helping" in the families of children and adolescents with chronic diseases. In Advances in Child Health Psychology. Johnson J. Johnson S, Eds. Gainesville, University of Florida Press, 1991, p.167-177
4. Baron RA: Negative effects of destructive criticism: impact on conflict, self-efficacy and task Performance. J Appl Psychol 73:199-207, 1988
5. Polonsky WH; Besieged by the diabetes Police. Diabetes self-Management 12:21-26, 1995
6. Warram JH, Rich SS, Krolewski AS: Epidemiology and genetics of diabetes mellitus. In Joslin's Diabetes Mellitus. 13th ed. Kahn C, Weir G, Eds. Malvern, PA, Lea & Febiger, 1994, p.210-215

■ 지침

- » 당뇨병의 영양관리에서는 환자에게 규정식을 지시하고 이를 엄격히 지킬 것을 강요하지만, 대부분의 경우 환자들이 욕구불만에 빠져들어 실패로 끝난다 (I, A).
- » 환자 중심 접근(patient-centered approach)은, 개별적인 평가와 합의를 통한 목표 설정, 문제 해결 기법을 기반으로 하기 때문에 환자와 의료인 양자의 시간과 공이 많이 들지만 식사관리를 성공시킬 가능성이 높아지게 한다 (IIa, B).
- » 삶의 상황과 환경에 맞추어서 식사, 운동, 인슐린 주사 등을 잘 조절할 수 있는 환자는, 좀 더 양호한 혈당조절을 할 수 있을 것이므로 분노하는 일도 적어질 것이다 (IIb, C).
- » 당뇨병의 영양관리에서 의료인이 환자와 좀 더 좋은 치료적 동맹관계를 형성하면 환자에게 도움이 되어 혈당이 개선된다 (IIa, B).

■ 해설

A. 서론

당뇨병 환자의 혈당은, 인슐린 작용이나 운동량 그리고 음식물 섭취에 따라 시시각각 또는 때에 따라, 극적으로 변동한다. 이러한 세 가지 요인 중에서 음식물 섭취는 환자나 의료인 양자가 가장 적극적으로 검토해야 하는 부분이고 또 가장 어려운 것이기도 하다. 전통적인 의학적 관리에서는 정해진 식사요법을 처방하고 환자가 이를 준수할 것을 지시하였다. 그러나 이렇게 단순화된 방법으로 인해 의료인 쪽에서는 대부분의 환자가 처

방을 준수하지 않는다는 불평이 불거졌고, 환자는 환자대로 전통의 식사요법 처방이 비현실적이고 장기간 이를 지키는 것이 실로 불가능하다는 불만을 호소하면서, 양자가 불만을 가지게 되었다. 그러나 식사요법을 개선하는 방법은 실행이 가능한 문제이며, 개선식이 환자의 마음에 들 수 있다는 것이 실증된 바 있다.

B. 환자 중심의 당뇨병 관리란 무엇인가?

당뇨병에서 식사요법의 목표는 정상에 가까운 혈당치, 최적의 혈청 지질치, 적절한 체중의 증가나 유지 등을 위해 합당한 수준의 칼로리를 공급하려는 데 있고, 이를 통해 궁극적으로 급성 및 만성 당뇨병 합병증을 방지하며 최적의 영양 섭취를 통해 건강을 촉진시키려는 것이다.

이러한 목표를 달성하기 위하여, 식사요법과 개인의 생활습관을 통합시킨 맞춤형의 개별화된 환자 중심의 접근이 필요하다. 맞춤형 접근은 인종, 문화, 개인차 등을 민감하게 반영한 것이며, 여기에는 다음과 같은 사항들이 포함된다.

- 환자의 최근 식습관, 인슐린 또는 약제의 사용, 운동 양상 또는 운동량을 평가한다.
- 최근의 생활습관으로 시작하고 환자가 수용하는 범위 안에서 생활습관을 변화시킴으로서 양호한 혈당조절에 이르도록 의학적 관리 계획을 정한다.
- 일상생활에서 완벽하게 목표혈당치에 도달하는 것이 어렵다는 사실에 입각하여 현실적인 기대치를 환자와 함께 갖는다.
- 삶의 질은 최대한으로 향상시키고 합병증은 최소한으로 억제하면서, 일생에 걸쳐 자기 관리행동을 실천하고 유지토록 한다.
- 일상생활에서 목표 달성 및 유지에 도움이 되는 행동 전략을 환자에게 교육시킨다.

C. 식사패턴과 생활습관의 평가

식사계획을 의논하여 결정하기 전에, 의료인은 환자가 무엇을, 언제, 어디에서, 왜, 얼마나 먹었는지에 관한 최근의 식습관을 파악해야 한다. 음식물은 배를 채우는 것만이 아니며, 미량의 필수영양소나 3대 영양소의 단순한 혼합물 이상이다. 음식물은 문화와

인간관계, 감정적인 의미를 포함한다. 음식물이 개인에게 어떤 의미를 주는지를 그리고 생활환경이 음식물 선택에 어떤 영향을 주는지를 이해하는 것은, 당뇨병 자기 관리에서 현실적인 식사계획의 결정에 도움이 된다.

표 1. 생활습관 및 섭식의 평가

상황유형	설명내용	구체적인 질문내용
부정적 정서	환자는 스트레스나 부정적 정서에 대처하기 위하여 과식한다.	최근에 일상 속에서 강하게 스트레스를 받는 사건은 무엇입니까? 당황하거나 우울할 때 또는 스트레스를 받을 때 평소시와 다르게 먹습니까?
유혹에 대한 저항	음식의 존재, 어떤 단서, 강한 욕구 때문에 환자가 부적절한 음식물을 먹게 된다.	어떤 음식이나 상황이 강하게 먹고 싶은 욕구를 촉발시킵니까? 어떤 음식이나 상황이 부적절한 식사를 유혹합니까?
외식	외식은 환자가 무엇을 얼마나 먹을지를 잘 조절할 수 없게 한다.	집 밖에서 식사를 할 때는 보통 때 먹는 양과 종류가 달라집니까?
음식 박탈감	좋아하는 음식을 먹지 못한다고 느껴 환자는 먹는 것을 포기하거나 이에 굴복한다.	당뇨병 관리를 잘 하고 계시면서도 즐겁게 식사할 수 없다는 이유 때문에 단념하고 싶다는 생각이 듭니까? 포기해야 하는 음식은 무엇이라고 생각합니까?
시간 압박	환자가 많은 일을 제한된 시간 안에 해야 하므로 건강식의 선택이 어려워진다.	사회, 가정, 업무상의 압박 때문에 식사시간을 맞추기가 어렵습니까?
재발 유혹	실망감과 실패감 때문에 더 이상 올바른 식사를 하려는 생각이 없어진다.	그동안 식사계획에 실망하여 포기하려던 적이 몇 번이나 있었습니까? 현재의 식사계획은 엄격한 것입니까 아니면 탄력적인 것입니까?
식사 계획	작성된 스케줄이 복잡해서 환자가 무엇을 언제 먹을지를 계획하기가 어렵다.	언제, 어디서, 무엇을 먹을 것인지를 계획하기가 곤란합니까?
우선순위의 비교	(가령, 가족과 업무에 대해) 책임과 의무감이 많은 환자는 건강식을 선택하는 능력이 방해받는다.	일상생활상의 긴급한 일 때문에 건강에 좋은 음식을 선택하는 것이 방해됩니까? 최적의 당뇨병 관리와 인생의 목표 중 어느 쪽을 선택해야 한다고 생각합니까?

표 1은 평상시의 생활습관이 식사요법의 준수에 미치는 영향을 제시한 것이다. 각 항목은 식사요법의 준수를 곤란하게 하는 일상의 상황유형과 평가 때 쓰는 질문을 제시하고 있다.

D. 생활습관에 대한 의학적 관리의 구축

당뇨환자 중심의 영양학 및 의학적 관리에는 다음의 핵심요소들이 포함되어야 한다.

1) 혈당 모니터링과 목표범위

혈당치의 목표범위는 환자와 의논하여 결정한다. 대개 목표범위는 환자에게 바람직한 정도의 혈당조절, 저혈당의 위험성, 합병증의 예방을 위한 몰입 정도, 그리고 이용 가능한 자원이나 능력 등에 의해 조정된다.

2) 현실적인 기대를 갖기 위한 열쇠는 합리적인 목표

환자와 자주 연락을 취하고 신뢰를 형성하며 마음을 열고 대화하면 장기적인 성공이 쉬워진다. 문제가 발생했을 때는 그것을 수용해주고 해결을 위한 노력을 해야지, 환자를 비난하거나 꾸짖고 위협하는 일은 삼가야 한다.

3) 자기 관리식의 식사요법

식사요법의 지도는, ① 당뇨병 조절을 쉽게 하고, ② 건전한 식습관을 통해 건강을 증진시키는 것이어야 한다. 자가혈당측정과 인슐린 종류, 인슐린 주사법 및 신약 등의 발전 등으로 인해 엄격하고 정형화한 식사요법을 억지로 할 필요가 없다고 생각하는 환자도 있다. 또는 식사요법의 강조 대신에 적절한 자기 관리에 초점을 맞추면 된다는 주장도 있다. 그러나 자기가 먹은 음식이나 식품의 선택이 자신의 몸 상태를 끌어간다는 사실에는 책임을 가져야 한다.

E. 성공적인 식사요법을 위한 교육

식사관리에서 성공하려면 적어도 다음의 5가지 행동지침이 환자 교육에 포함되어야 한다.

1) 일관성을 가진다.

식사 시간이나 식사 내용, 식사량을 예측 할 수 있으면 식사 때마다 결정하거나 조정 할 필요가 적어진다.

2) 일관적이진 않아도 근접하도록 노력한다.

일상적인 식사량과 식사유형을 먹지 못할 때는 평상시와 비슷한 음식을 선택한다.

3) 근접할 수 없을 때는 조정한다.

주위의 사정에 따라 식사량이나 내용, 시간을 지킬 수 없는 경우가 있다. 이럴 때는 문제해결과 의사결정을 통해 혈당치를 목표범위 내로 되돌리기 위한 조정을 탐색하고 실행한다.

4) 문제의 발생을 염두에 두고 미리 계획을 세운다.

문제가 일어날 것을 각오하고 미래를 예측하여 계획을 세워두면 많은 어려움을 피할 수 있다.

5) 양자택일식의 생각을 피한다.

일탈이나 예기치 못한 난관에 봉착한 경우, 이렇게 문제 해결과 조정이 필요한 상황이 발생했을 때 이런 시기를 실패의 사례로 간주하지 않는다. 성공 아니면 실패라고 생각하는 “흑백 논리”의 사고방식을 현실적인 목표와 자기 수용 그리고 합리적인 사고방식으로 바꾸는 것이 중요하다.

환자 중심의 당뇨관리를 실천하는 일은 쉽지 않다. 환자가 양호한 혈당조절을 달성하

려 할 때 많은 장애에 부딪치는 것처럼, 치료진도 환자 중심의 팀 관리를 실행할 때 많은 장애에 부딪친다. 즉, 의료보험에 의한 지불의 유무, 전문분야 간에 생기는 의견의 차이, 짧은 시간에 보다 많은 환자를 진료하려는 병원조직상의 압력, 환자와 전문가를 갈라놓는 문화적 및 경제적 장벽, 그리고 전문가가 받는 스트레스와 탈진 등이 장애다.

참고 문헌

1. American Diabetes Association: Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. *Diabetes Care* (Suppl. 1)19:S16-S19, 1996
2. The DCCT Research Group: Nutrition interventions for intensive therapy in the Diabetes Control and Complications Trial. *J Am Diet Assoc* 93:768-772, 1993
3. Gregory RP, Davis DL: Use of carbohydrate counting for meal Planning in type I diabetes. *The Diabetes Educator* 20:406-409, 1994
4. Schlundt DG, Rea MR, Kline SS, Pichert JW: Situational obstacles to dietary adherence for adults with diabetes. *J Am Diet Assoc* 94:874-876, 1994
5. Tinker LF, Heins JM, Holler HJ: Commentary and translation: 1994 nutrition recommendations for diabetes. *J Am Diet Assoc* 94:507-511, 1994

■ 지침

- » 환자가 하고 싶은 마음이 생기고 또 환자를 강화시키는 운동 프로그램을 추진한다 (IIa, A).
- » 환자가 현실적으로 실행하기 쉽고 또 장기간 계속할 수 있는 운동프로그램을 권한다 (IIa, B).
- » 운동이 야기할 수 있는 여러 가지 위험성(특히 당뇨병 특유의 위험성)은 피한다 (IIb, B)

■ 해설

A. 서론

일관성 있고 규칙적인 운동프로그램이 당뇨병 환자에게 바람직한 효과를 가져온다는 증거가 날로 많아지고 있다. 운동 결과, 당뇨병 환자의 체중은 감소하고, 인슐린이나 경구혈당 강하제의 용량이 줄며, 혈당조절과 혈압 그리고 혈중지질이 개선되면서 당뇨병 합병증이 저하된다. 그러나 이와 같은 효과가 인정되고 있음에도 불구하고, 당뇨병 환자의 대부분은 정기적인 운동을 치료의 필수요소로 받아들이는 것에 인색하다.

그러한 환자에게는 효과적이며 안전하고 장기적인 운동프로그램을 시작하여 계속하도록 동기를 부여할 필요하다. 이와 관련하여 건강관리전문가는 영향력이 강한 입장에 있다.

B. 환자가 원하고 환자에게 강화를 주는 프로그램을 추진한다

환자에게 신체활동을 증진시키는 프로그램을 하도록 동기를 부여하려면, 운동하려는 결단을 형성하는 행동 수정의 3가지 기본 원칙에 대해 생각해볼 필요가 있다.

- ① **이익의 인식도:** 가장 기본적인 첫 번째 원칙이다. 운동프로그램을 전혀 새로운 행동으로 새롭게 시작하는 경우에, 그런 행동이 가져오는 이득과 그런 이득을 얻는 것이 중요하다고 환자가 느끼는지의 여부가 동기의 배경이 된다.
- ② **손실의 인식도:** 어떤 행동에서 얻는 이익이 그 행동을 하는 데 드는 비용과 균형이 맞지 않으면, 그러한 행동은 시작과 지속이 어렵다. 이것이 두 번째 원칙이다.
- ③ **강화:** 세 번째 원칙이다. 어떤 행동의 시작과 유지를 강화하려면 바람직한 성과가 있을 때 강화를 즉각 주어야 효과적이다. 대부분의 경우에 긍정적 강화는 처벌보다 더 효과적이다.

대부분의 환자는, 운동에 의한 이익이나 손실을 구체적으로 예상하지 못하며 또 합병증의 위험성을 낮출 수 있다는 의미에서 운동이 얼마나 효과적인지도 이해하지 못한다. 더구나 운동을 시작해도, 신체적으로 쾌적하지도 않고 저혈당이 생겨서 다치거나 하면, 이런 단기적인 손실이 긴 안목으로 본 이익의 가능성보다 크다고 느낄 수 있다.

인간은 태생적으로 긍정적 강화를 얻으려고 노력하는 특성이 있다. 그러나 환자에게 운동의 유용성을 설명하면서 그러한 특성을 잘 활용하는 건강관리전문가는 그리 많다고 할 수 없다.

C. 동기부여의 기초를 세운다

치료를 시작하면서부터 정기적인 운동프로그램의 실시를 권해야 한다. 그리고 일반인 뿐만 아니라 당뇨병 환자에서도 운동의 유효성이 입증된 연구결과를 설명해 주는 것이 좋다. 운동에 의해 얻어지는 이득은 다음과 같다.

- ① **건강의 이득:** 혈당이나 체중조절, 지질대사, 혈압 등이 개선되거나 또는 업무능력이 향상된다.

- ② **사회적 이득:** 가정 안에서 또는 트레이닝 중에 “사회적 인간관계”의 교류가 늘어나고, 조직이나 지역사회에서 활동, 종사하는 기회가 늘어난다.
- ③ **심리적 이득:** 특히 불안이나 우울, 스트레스의 해소 등에 효과적이고, 안녕감을 높여준다.

D. 환자가 올바른 운동 프로그램을 선택하도록 돕는다.

운동처방에서 운동의 내용이나 운동법에 대한 구체적인 설명이 없이, 막연한 지시를 하는 경우가 자주 있다. 환자가 간단한 운동조차 거부하는 경우가 있는데, 이때는 다음의 두 질문을 통해 이유를 확인하고 환자와 의논하면 도움이 된다.

① 운동 목표가 무엇입니까?

환자의 목표가 명확하면 효과적인 운동 종목을 찾기가 쉬워진다. 목표가 무엇이든 이에 대해 비판해서는 안 된다. 환자가 중요하다고 생각하고 있는 점이 의사와 다르다고 해도 결국 같은 결론에 다다르는 경우가 많다.

② 좋아하거나 해 보고 싶은 운동은 무엇입니까?

이 질문은 이미 운동을 시작하고 싶다는 동기를 가진 환자가 적합한 운동을 결정할 때 도움이 된다.

환자에게 운동종목을 나열해 주고 실제로 수행할 수 있는 운동 방법을 생각해 보도록 격려한다. 환자가 가능성을 보이거나 특정 운동을 선택하면, 다음 원칙인 “운동프로그램은 현실적이고 실행 가능하지 않으면 장기간 지속할 수 없다”에 따라 환자를 지도한다. 이에 따라 “접근 용이성”과 “수행 용이성”의 지표에 대해 생각해 본다. 이러한 과정으로 환자는 자신의 생활습관에서, 그 활동이 어느 정도 현실적인가 평가할 수 있다.

E. 접근 용이성과 수행 용이성의 지표

접근 용이성의 지표에서는, “선택한 운동을 자신의 생활에서 계속하려면 어떻게 해야 좋은가?”라는 문제 해결이 그 목표이다. 많은 환자가 운동프로그램을 시작하지만, 대부분이 일상생활에서 그 뿌리를 내리는 것이 너무 어렵고도 무리수라는 결론에 도달한다.

그 원인은, 단순히 무지 또는 결심의 부족, 아니면 처음부터 깊이 생각하지 않았기 때문이다.

환자가 흥미를 보인 운동이 “접근 용이성의 지표”에서 실행이 가능하다고 결정되면, 다음 단계는 “수행 용이성의 지표”에 따라 환자에게 운동을 권한다. 수행 용이성의 지표는 “해당 운동이 환자의 신체적 특성이나 생활습관과 얼마나 잘 맞는가?”를 고려하는 과정이다.

일부 환자는 신체검사 외에 추가로(트레드밀을 이용한 스트레스 부하 심전도인) 심장 부하검사를 하여 심폐기능을 평가하는 것이 바람직하다. 이러한 부하검사는 운동 적합성의 결정뿐만 아니라 운동능력의 한계도 알려주기 때문에 운동처방에 도움이 된다. 다른 간단한 방법은 일상생활의 활동을 점검하는 질문표를 만들어 이에 기입하게 하는 것도 하나의 방법이다.

F. 운동하고 싶은 생각이 계속 나도록 도와준다

운동프로그램이 시작된 후에도 긴장을 풀어서는 안 된다. 환자가 운동을 하고 싶은 마음이 계속되도록 도와주는 구체적인 방법을 찾는다.

G. “현명한 방법”으로 운동하도록 권한다.

현명하게 운동하면, 부상이 방지되어 더 이상 운동을 못하게 되는 사태가 막아진다. 이를 위해 운동 전에 적절한 준비운동이나 스트레칭을 하는 것도 좋다. 또 적합한 운동 도구를 사용해야 하는데, 특히 적합한 신발이나 양말을 잘 선택하는 것이 중요하다. 더 많이, 더 빨리 하고 싶어지는 유혹에 빠지지 않도록 해야 한다. 서서히 운동량을 증가하려는 원칙이 지켜져야 한다.

H. 사전에 운동 계획을 세우고 그것을 지킬 것을 격려한다.

환자가 셋길로 빠지지 못하게 미리 운동 계획을 세우는 것이 가장 좋은 방법이다. 운동

은 습관을 변하게 한다. 사전에 운동 계획을 세워두면, 다른 일정과 겹쳐지지 않게 된다.

I. 함께 운동할 동료를 만들도록 격려한다.

동료가 있으면 운동의 시작이나 계속에 도움이 된다. 같이 운동하는 동료가 가족이 아닌 경우에는 저혈당 대비책을 포함하여 자신의 당뇨병에 대해 동료에게 미리 알려주도록 환자에게 조언하는 것을 결코 잊어서는 안 된다.

J. 현실적인 목표를 갖도록 권고한다.

환자가 충분히 도달할 수 있는 명확한 목표를 설정하는 것이 중요하다. 목표설정에서는 운동의 결과(즉, 10 kg의 체중감량)보다 운동의 내용(즉, 주 3회 30분의 보행)으로 정하는 것이 좋다. 스스로 자신의 성과나 발전을 실감할 수 있도록, 구체적이고 단계적인 목표를 지킬 것을 환자에게 권한다.

K. 자신에게 상을 주도록 격려한다.

목표를 달성할 적마다 자기 보상(스스로를 칭찬하는 행위)을 하는 것은 운동프로그램의 유지에 좋은 동기가 된다.

L. 싫증을 느낄 때 대체할 수 있는 다른 운동을 마련해 놓는다.

한 가지 운동에 싫증을 느낀 경우에도 운동하고 싶은 마음을 유지하기 위해 대신할 수 있는 다른 운동을 찾아보는 것이 좋다. 어떠한 형태이든지 운동을 계속하는 것이 목표이다.

M. 「실패」와 「후퇴」의 차이를 설명한다.

계획에서 조금이라도 벗어나거나 예정대로 진전되지 않을 때, 이를 실패로 보는 사람

이 있다. 쉬는 것도 장기간의 운동 계획의 한 부분임을 이해시키고 이를 수용토록 하는 것도 중요하다. 잠시 쉬 때 지금은 일시적으로 「후퇴」 하고 있는 것일 뿐이며 언제든 원래대로 시작하는 것이 가능하다고 강화하는 것을 잊어서는 안 된다. 과거에 구애받지 말고 미래에 도전하는 기분을 환자가 갖도록 한다.

참고 문헌

1. American College of Sports Medicine: ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. 5th ed. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1995
2. Campaign B, Lampman RM: Exercise in the Clinical Management of Diabetes. Champaign, IL, Human Kinetics, 1994
3. The American Diabetes Association Council on Exercise: The Fitness Book for People With Diabetes. Hornsby WG, Ed. Alexandria, VA, American Diabetes Association, 1994
4. American diabetes association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes care. 28; 1(Supp) S4-36

■ 지침

- » 저혈당 발작은 경구 혈당강하제나 인슐린을 사용하고 있는 당뇨병 환자에게 문제가 된다 (I, A).
- » 저혈당은 환자를 신체적 위험에 직면시킬 뿐만 아니라, 저혈당에 대한 과도한 공포나 인간관계 갈등 등과 같은 심리적 문제를 일으킬 가능성이 있다 (IIa, A).
- » 저혈당 증상의 종류나 정도는 환자에 따라 다르기 때문에, 저혈당의 전조증상을 잘 인식하는 것이 중요하다. 신경성 저혈당의 증상이나 기분의 변화를 점검하도록 환자를 교육시킬 필요가 있다 (IIb, B).
- » 혈당의 자가측정과 증상을 기록한 혈당일지를 함께 활용하면 환자의 증상을 객관적으로 평가할 수 있다 (I, A).

■ 해설

A. 서론

저혈당은 중요한 문제이다. 저혈당의 증상이나 무자각성 저혈당 외에도 심리사회적 중요성을 이해해야 한다.

B. 저혈당의 문제

저혈당은 정상적인 신체기능을 유지할 수 없을 정도로 혈당치가 떨어진 상태이다. 1

형 당뇨병에서 식사량과 신체활동에 비해 인슐린이 과잉상태일 때 저혈당(70 mg/dL 이하)이 일어난다.

저혈당은 경증과 중증으로 구분되는데, 특정의 혈당치를 기준으로 구분되기 보다는 ① 중증 신경성 저혈당(neuroglycopenia)의 발생 여부와, ② 환자가 혼자 처치할 수 있는지에 따라 구분된다. 신경성 저혈당은 두뇌나 중추신경계의 혈당치가 정상 기능을 유지할 수 없을 정도로 낮아진 경우에 일어난다.

중증 저혈당이 어떤 특정의 혈당치에서 발생한다고 볼 수는 없다. 왜냐면 생리적 반응과 증상에 대한 혈당 역치(glycemic threshold)에 개인차가 있기 때문이다. 환자마다 저혈당 반응들이 매우 다르게 나타나기 때문이다.

표 1. 저혈당의 공포를 평가하기 위한 질문

-
1. 최근 또는 과거에 외상을 경험한 경우라면 다음과 같은 사항을 찾아본다:
 - 저혈당 발작은 얼마나 두렵고 고통스러웠나요?
 - 저혈당 발작 후에 어떤 나쁜 결과가 있었나요? (사고, 당혹감 등).
 - 다시 발작이 일어나지 않도록 당뇨병의 관리 방향에 변화가 있었는지요?
(혈당치를 높게 유지하려는 행동이 있었는지 찾아본다).
 2. 최근 또는 과거에 외상의 경험이 없는 경우라면 다음과 같은 사항을 찾아본다:
 - 저혈당 발작이 얼마나 두려운 것인가요?
 - 저혈당 발작에 대한 대처준비는 되어 있으십니까?
 - 운전이나 중요한 회의 중과 같은 결정적인 순간에 저혈당이 발생하지 않게 할 자신이 있나요? (혈당을 높게 유지하려는 행동을 찾아본다.)
-

C. 저혈당의 공포

대부분의 환자가 저혈당이 생길 가능성이나 저혈당에 동반된 좋지 않은 결과에 대해 공포나 불안을 가지고 있다는 점에 그리 놀라워 할 것은 없다. 환자는 때로 이런 공포 때문에 혈당치가 조금 높지만 “보다 안전한” 범위로 유지하려는 부적절한 행동을 하게 된다.

환자가 저혈당에 의한 외상을 경험한 경우에는 언제 또 다시 일어나는 것은 아닐까 하는 불안이 생기므로, 이런 불안이 당뇨병 관리에 미치는 영향을 평가해야 한다. 이때

표 1에 제시된 것과 같은 저혈당 공포에 대한 질문을 한다.

소아나 성인에서 저혈당의 공포는 인간관계에서 긴장과 갈등을 가져온다. 예를 들어, 저혈당 발작을 방지하기 위해 배우자나 부모가 과도하게 환자를 보호하거나 경계하게 되는데, 이것이 환자를 화나게 할 수도 있다.

D. 저혈당과 기분의 변화

저혈당이 일어나면 신체 증상들이 나타나고 정신운동능력이 혼란되며, 많은 환자가 기분의 변화도 경험한다. 이러한 기분의 변화는 아드레날린 분비에 의한 경미한 불안과 초조에서부터 분노폭발, 호전성 또는 신경성 저혈당에 의한 현기증까지 여러 모습으로 나타난다.

저혈당은 이미 출현하고 있는 당시의 기분을 증폭시키는 경향이 있다. 따라서 환자는 자신의 기분 변화와 정서적 반응을 점검하고 이런 것들이 주위 상황과 일치하지 않는지를 알아차릴 필요가 있다.

저혈당과 관련된 기분의 변화가 인간관계에 주는 스트레스를 종종 임상적으로 간과하는 경우가 있다. 반복해서 말하면, 이런 문제점을 환자가 깨닫도록 몇 가지의 질문으로 도와주어야 하는데, 이때 직접적이지만 비판적이지 않은 방식으로 질문을 한다(예를 들어, 저혈당이 당신의 감정이나 기분에 어떤 영향을 준 적이 있습니까? 또는 이런 기분 변화 때문에 다른 사람과 말다툼을 하거나 다른 문제를 일으킨 적은 없습니까?).

E. 저혈당 증상을 이해한다.

아드레날린이 분비되거나 신경성 저혈당이 일어나면 여러 가지 신체증상이 일어나는데, 이러한 저혈당 증상은 매우 다양하여 모두 열거하기가 어렵다. 환자가 저혈당에서 나타나는 모든 증상을 경험하는 것도 아니며, 모든 환자가 같은 증상을 경험하는 것도 아니다. 저혈당 증상은 개인에 따라 다르다. 한 환자에서 가장 명확한 증상이 다른 환자에서 신뢰할 수 있는 증상이 아닌 경우도 있다. 따라서 각 환자마다 자신의 저혈당을 가장 잘 경고해주는 증상을 확실히 인식하고 있는 것이 중요하다.

대부분의 환자가 저혈당의 전조증상을 알고 있다고 하나, 이것이 항상 옳다고는 할 수 없다. 증상을 정확하게 인식하지 못하는 까닭은 다음의 세 가지 심리적 장벽이 작용하기 때문이다.

- ① 저혈당 증상에 주의를 기울이지 않는다.
- ② 부정확한 증상을 저혈당 증상으로 믿고 있다.
- ③ 저혈당 증상을 다른 원인에 의한 증상으로 잘못 알고 있다.

환자가 재미있거나 생산적인 일을 할 때 방해 받기 싫어서 증상에 주의를 주지 않거나 주의산만 할 때 증상을 놓칠 수 있다. 모든 증상을 당뇨병 때문이라고 생각하는 환자가 있다. 실제로 측정된 혈당치와는 무관하게, 부정확한 “잘못된 경고(false alarm)”의 증상을 저혈당 증상으로 믿는 환자가 있다. 환자가 저혈당의 경고 신호라고 믿고 있는 증상 중에는 실제로 저혈당과 관계없는 것도 많다. 공복감이나 피로감은 잘못된 경고의 증상이며, 이러한 증상은 정상수준의 혈당 또는 고혈당에서도 일어날 수 있다. 특성불안(trait anxiety)이 높은 환자는 불안관련증상을 저혈당에 의한 것으로 믿는 경우가 종종 있다. 때로는 저혈당과 관련된 증상을 다른 원인 탓으로 돌리는 경우도 있다. 가령, 운동 중에 흐르는 땀을 저혈당이 아닌 운동 때문이라고 생각할 수 있다.

환자가 저혈당 증상을 항상 정확하게 인식하진 못하기 때문에, 개개 환자 별로 어떤 증상이 가장 확실한 단서가 되는지를 객관적으로 평가할 수 있도록 교육시켜야 한다.

이를 위한 교육 방법으로 혈당인식훈련 등의 방법이 있다. 이것은 환자가 자신의 증상을 자세히 조사하여 혈당을 측정하기 전에 그 증상을 혈당일지(당뇨수첩)에 기록하는 것이다. 의료진과 환자는 혈당일지를 보고, ①혈당치 70 mg/dL 이하, ② 혈당치 120 mg/dL 이상에서 나타난 개개 증상의 횟수를 세어본다. 이렇게 하면 ① 어떤 증상이 저혈당에 대해 얼마나 예민한지, ② 해당 증상이 저혈당에 대해 얼마나 특이한지를 평가할 수 있다.

가장 명확한 증상은 예민성과 특이성이 높은 증상이다. 즉, 혈당치가 낮을 때 많이 나타나고, 낮지 않을 때는 드물게 일어나는 증상이 가장 명확한 저혈당 증상이다. 환자가 증상의 변화를 호소하거나 무자각성 저혈당 빈도가 증가한다고 말하면, 이런 식으로 증상 평가를 반복해야 한다.

F. 무자각성 저혈당

시간이 경과하면서 저혈당에서 나타나는 자율신경 증상이 줄어들거나 소실되는 환자가 있다. 원인으로는 일시적 요인(가령, 알코올 섭취)이나 지속적 요인(가령, 자율신경 장애)등의 여러 가지 인자가 있다.

무자각성 저혈당은 가역적이라고 알려져 있다. 즉, 평균 혈당치를 상승시키거나 조심해서 저혈당을 피하게 되면, 자율신경 증상이 다시 강화된다. 그러나 이런 과정에서 대사 조절이 악화될 위험성도 있다. 따라서 의료인은 환자가 주의하지 않는 증상이나, 제대로 처리하지 못하는 증상은 없는지 처음부터 확인해 둔다.

환자가 저혈당 증상 인식력이 저하되었음을 호소하면 앞에서 설명한 혈당기록 일지법을 실시한다. 이러한 방법은 저혈당 증상을 명확히 인식할 수 있고 또 저혈당 증상에 주의를 기울일 수 있도록 도와준다. 가벼운 신경성 저혈당의 증상을 저혈당의 초기 경고로 받아들일도록 환자를 교육시켜야 한다.

참고 문헌

1. Cox DJ, Gonder-Frederick LA, Antoun B, Cryer PE, Clarke WL: Perceive symptoms in the recognition of hypoglycemia. *Diabetes Care* 16:519-527, 1993
2. Gonder-Frederick LA, Cox DJ, Driesen NR, Ryan CM, Clarke WL: Individual differences in neurobehavioral disruption during mild and moderate hypoglycemia in adults with IDDM. *Diabetes* 43:1407-1412, 1994
3. Irvine A, Cox D, Gonder-Frederick L: Fear of hypoglycemia: relationship to glycemic control and Psychological factors in IDDM Patients. *Health Psychol* 11:135, 1992

■ 지침

- » 합리적인 목표를 설정한다 (IV, A).
- » 운동요법을 식사요법이나 그 이상으로 강조한다 (I, A).
- » 저칼로리 식사를 하는지를 스스로 점검하게 한다 (IIa, B).
- » 행동수정요법을 실시한다 (IIb, B).
- » 전략의 요점은, 쉬운 목표에서부터 시작하여 환자가 최초의 성공을 느끼게 하는 것이다. 성공경험을 통해 체중은 확실히 감소시킬 수 있다는 확신을 갖게 된다 (IV, C)

■ 해설

A. 서론

체중을 줄이는 것은 당뇨병 환자 관리에서 매우 중요한 문제다. 체중감량은 비만한 2형 당뇨병환자의 치료적 성공에 중요한 열쇠이고, 내당능장애(impaired glucose tolerance, IGT)인 사람에서는 당뇨병 발생을 예방하는 데 도움이 된다. 특히 인슐린 강화요법을 하고 있는 당뇨 환자인 경우에는 체중 증가의 예방 및 치료에도 중요하다.

그러나 대부분의 체중조절 프로그램의 장기적 결과가 실망을 주는 것이었기 때문에, 많은 의료인이 환자의 체중감량을 도우려는 시도조차 단념했다. 이런 것을 심리학적으로 “자기충족적 예언”이라고 본다. 즉, 실패하지 않을까 하고 생각하면 실패할 가능성이

커진다는 것이다. 또 환자 자신도 감량할 수 없을 것이고 감량된다 해도 유지할 수 없을 것이라고 예상하면서 노력하면 실패할 가능성이 커진다.

B. 체중감량의 합리적인 목표를 설정한다

미국에서 체중감량 프로그램에 참여하는 2형 여성환자의 평균 체중은 약 99.7 kg이다. 생명보험회사의 체중자료나 다른 표준체중자료를 기준 삼아 이 환자를 63.4 kg까지 만들겠다는 이상적인 목표를 정하면 처음부터 실패를 준비하고 있는 것이다. 처음에는 체중의 10% 감량을 목표로 하는 것이 타당하다(즉, 체중이 99.7 kg인 여성이라면 약 10 kg의 감량과 유지를 시도한다).

이렇게 적당한 정도의 체중감량도 장기적으로는 혈당조절의 개선효과를 보이는 것으로 알려져 있다. 비만한 2형 당뇨병환자가 7~14 kg을 감량하고 이를 1년간 유지하면 HbA1c, 인슐린, HDL 콜레스테롤 및 중성지방 등에서 장기적 개선이 있었다.

C. 운동요법을 식 Mayo법 이상으로 강조한다

운동은 체중감량에 대한 장기적인 유지를 예언하는 가장 강력한 요인이다. 식 Mayo법과 운동요법이 병용된 프로그램이 식 Mayo법이나 운동요법만 단독으로 실시하는 프로그램보다 장기적으로 감량에 더 효과가 있다. 식 Mayo법 프로그램에 운동요법을 추가하면 체지방의 상실을 최소로 줄일 수 있고, 혈청 지질농도를 개선하며, 혈당조절의 장기적 개선도 더 좋아진다. 또 감량에 성공한 사람들과 재발한 사람들을 비교한 연구에서 두 그룹을 가장 명확하게 구분해 준 변인은 운동량이었다.

운동을 권할 때 중요한 것은 환자가 달성할 수 있는 목표를 먼저 설정하는 것이다. 비교적 낮은 목표에서부터 시작하는 것이 좋다. 즉, 주 3회 짧은 시간(10~15분)의 산보를 위한 외출부터 환자에게 권한다. 2~3주 동안 이 목표가 달성되면, 그 다음에는 하루 약 3 km를 주 5회 걸을 수 있을 때까지 서서히 거리를 늘려간다.

체중감량 프로그램의 목표는 에너지 소비를 늘리는 것이다. 이러한 목표는 걷는 속도(혹은 강도)보다 걷는 거리를 늘려야 달성하기가 쉽다. 왜냐면 1.6 km를 걷는 것과 1.6

km를 조깅하는 것은 비슷한 정도의 칼로리를 사용하기 때문이다. 기억해야 할 중요한 원칙은 바로 **1.6 km를 걸으면 100 칼로리가 소비된다**는 점이다.

이는 환자가 매주 16 km를 걸으면 1,000 칼로리의 에너지를 더 사용하게 된다는 것을 뜻한다. 15~30분간 실내자전거를 타기, 20분간 낙엽을 긁어 모으기, 30분간 역기를 들기, 혹은 15분간 테니스를 치기 등도 에너지를 100 칼로리 소비하는 운동이다.

D. 저지방/저칼로리 식사를 위한 자기감찰

최근 연구에서는 중등도의 칼로리 제한과 저지방식이 체중감량에 가장 효과가 있다고 제시했다. 총 칼로리를 제한을 하지 않고 단지 지방 섭취만 제한하면 감량 정도가 적었다(2~3 kg). 그러나 지방과 칼로리를 모두 제한하면 결과가 좋았다.

2형 당뇨병 환자에게 하루에 1,000~1,500 칼로리와 20% 지방을 처방하고 자기 관찰(self-monitoring)을 실시한 그룹과 지방은 제한하지 않고 칼로리만 제한한 그룹의 감량 정도를 비교하였다. 16주간의 감량프로그램을 종료하고 1년 후 체중감소 정도를 비교한 결과, 칼로리만 제한한 그룹보다 칼로리와 지방을 모두 제한한 그룹의 체중감소 정도가 더 컸다(16주에 4.6 kg에 비해 7.7 kg, 1년 후에 1.0 kg에 비해 5.2 kg).

자기 관찰을 위해서는 환자가 식품의 칼로리에 대해 배워야 한다. 환자는, 어떤 종류의 식품이 전체 칼로리와 지방 섭취에 얼마나 많은 영향을 주는지를 배워야 하고, 또 어떻게 저칼로리/저지방식으로 바뀌어나가야 하는지도 알아야 한다.

E. 행동수정 요법의 실시

체중조절 프로그램에 식사요법과 운동요법, 행동수정이 포함되어야 한다고 자주 말한다. 그러나 행동수정 요법은 감량프로그램에서 하나의 독립된 구성요소라기보다는, 환자 자신의 식사나 운동행동의 변화를 이해하고 도와주는 한 방편이라고 할 수 있다.

행동수정은 먹는 행동이나 운동하는 행동이 학습에 의한다는 가정에 기초한다. 고로 환자는 새로운 행동을 학습할 수 있다. 또한 행동은 환경에 의해 통제된다고 가정한다. 즉, ① 자신이 행동하고 있는 환경 범위 안에 존재하는 단서(음식의 모양이나 냄새)와,

② 행동 후에 수반되며 행동 재현을 유도하는 강화물에 의해 행동이 통제된다. 따라서 행동을 바꾸려면, 행동을 조절하고 있는 환경을 바꾸는 것이 중요하다.

행동 변화의 열쇠가 되는 전략들은 다음과 같다.

- ① 환자에게 자신의 행동을 깨닫게 하는 자기관찰.
- ② 환자가 자기가 살고 있는 환경을 바꾸도록 도와주는 자극통제 기법과 사전계획.
- ③ 새로운 행동에 대해 강화를 주는 자기강화 및 피드백.

참고 문헌

1. Jeffery RW, Wing RR, Thorson C, Burton LR, Raether C, Harvey J, Mullen M: Strengthening behavioral interventions for weight loss: a randomized trial of food Provision and monetary incentives. J Consult Clin Psychol 61:1038-1045, 1993
2. National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity: Very low-calorie diets. J Am Med Assoc 270:967-974, 1993
3. Pascale RW, Wing RR, Butler BA, Mullen M, Bononi P: Effects of a behavioral weight loss Program stressing calorie restriction versus calorie Plus fat restriction in obese individuals with type II diabetes or a family history of diabetes. Diabetes Care 18:1241-1248, 1995
4. Perri MG, McAllister DA, Gange JJ, Jordan RC, McAdoo WG, Nezu AM: Effects of four maintenance programs on the long-term management of obesity. J Consult Clin Psychol 56:529-534, 1988
5. Pronk NP, Wing RR: Physical activity and long-term maintenance of weight loss. Obesity Res 2:587-599, 1994
6. Wing RR, Koeske R, Epstein LH, Nowalk MP, Gooding W, Becker D: Long-term effects of modest weight loss in type II diabetic patients. Arch Intern Med 147:1749-1753, 19

■ 지침

- » 당뇨병 관리에서 금연의 중요성을 정확히 알려 준다 (III, A)
- » 금연의 어려움을 충분히 이해하고 있음을 알려 준다 (IV, B)
- » 권위 있는 중개자로 의료인의 역할을 강조한다 (IV, C).
- » 환자에게 금연상담을 시행한다 (IIa, B)

■ 해설

A. 서론

흡연은 미국에서 예방이 가능한 사망원인으로 가장 큰 요인이며, 매년 40만 명 이상이 담배 때문에 사망한다. 즉 사망 6~7건 중 1건에 해당한다. 흡연에 관련된 암보다도 흡연에 관련된 심장질환에 의해 더 많은 사람이 사망하고 있다. 이것이 당뇨병에서 흡연이 문제가 되는 중요한 이유이다. 흡연을 하는 당뇨병 환자의 심혈관질환의 위험성은 흡연을 하지 않거나 당뇨병이 없는 사람의 약 14배가 된다. 또한 망막증, 신경병증, 폐쇄성 동맥질환 등을 포함한 당뇨합병증의 발생률 상승에도 흡연이 관련이 관련되어 있다. 성인 당뇨환자의 흡연율은 당뇨병이 없는 사람보다 높아 36:27%라는 조사가 있다. 더욱이 금연하는 비율은 연간 1:3~5%로 당뇨병 환자에서 낮았다. 미국당뇨병학회는 당뇨병의 관리와 치료에서 금연을 1차 목표로 잡고 있으며, 금연 프로그램은 모든 당뇨환

자에게 권장되어야 하는 비용-효과적인 중재이다. 그러나 어떤 이유 때문인지 잘 모르지만 흡연을 하는 당뇨병 환자는 이러한 사실이 보여주는 메시지의 의미를 파악하지 못하고 있다.

B. 당뇨병 관리에서 금연의 중요성을 정확하게 알려 준다

의료인이 흡연의 위험에 대해 이야기를 하나 일회성으로 끝나고 반복하지 않거나, 당뇨병 관리에 대한 다른 복잡한 메시지와 복잡하게 얽혀 전달되거나, 또는 “구체적으로 설명하지 않아도 잘 알겠지”라고 기대한다면, 그런 메시지는 별로 부각되지 않고 잊게 된다. 무엇보다도 금연의 중요성을 환자에게 전할 필요가 있다. “흡연이 암의 원인이 라는 것은 누구나 알고 있다”라는 이유 때문에 건강관리 전문가가 환자에게 흡연의 위험성에 대해 새삼스럽게 이야기할 필요는 없다고 생각할지도 모른다. 그러나 매우 많은 질환이 흡연과 관련되는지에 대해 모두가 알고 있는 건 아니다. 더욱이 흡연이 수명에 미치는 큰 영향력을 모든 사람이 인식하고 있는 것도 아니다. 일반적으로 흡연은 평균 수명을 6~7년 단축시킨다. 이러한 영향 외에도 생활습관과 관계된 다른 위험인자를 사소한 것으로 간주하는 경향도 있다.

C. 금연의 어려움을 충분히 이해하고 있다고 알려 준다

금연의 성공은 많은 실패 후에야 비로소 달성된다. 따라서 금연은 당뇨병 치료와 마찬가지로 지속적으로 계속해야 하는 고질적인 문제이다. 금연이 어렵다는 것을 인식시키고, 또 금연에 실패하는 것이 그에 대한 걱정과 관심이 없기 때문은 아니라는 점을 이해하고 있다고 하면서 금연을 권한다.

표 1. 금연은 왜 어려운 것인가?

- 니코틴은 습관성이 있으며, 니코틴을 공급하는 가장 효과적인 수단이 바로 흡연이다. 니코틴이 심장에 도달하는 시간은 연기를 들이마시고 약 7초밖에 걸리지 않는다.
- 흡연 행동도 조건 행동이며, 어떤 상황이나 기분이 계기가 되어 흡연 행동을 유도한다.
- 습관과 조건은 서로를 강화시킨다. 일상생활의 많은 계기가 금연을 어렵게 만든다. 다른 습관성 약물에서처럼, 일상생활의 거의 모든 상황들이 연결되어 흡연의 원동력이 되므로 금연이 어려워진다.
- 광고 선전에서 담배는 성공과 독립, 사회적 및 성적 매력, 집단 동질화의 상징 등으로 강조되며, 마치 니코틴이 감정조절에 작용하는 것처럼 잘못된 정보를 많이 제공하고 있다. 아낌없이 투자하자라는 대량판매 전략 때문에 담배는 다른 소비재보다 3~4배 수익을 더 올리고 있다. 이러한 담배 선전 때문에 담배를 끊었다고 생각하는 사람도 재흡연의 유혹에 자주 부딪친다

D. 권위 있는 중개자로 의료인의 역할을 강조한다

많은 의료인이 금연을 격려하는 노력을 하지만, 자신들이 이 영역에서 그다지 영향력을 발휘할 수 없다고 간주하여 불만을 가지고 있다. 그러나 단 한번 금연 시도가 성공할 확률은 거의 없어도, 모든 성인 흡연자 중 절반 정도는 금연에 성공하고 있다. 의료인에게는 다음과 같은 결정적으로 중요한 3가지 특징이 있다.

① **권위:** 당뇨병 환자는 자신의 건강 습관을 바꾸기 전에 당뇨병 관리팀의 점검을 받는 경우가 많다. 환자는 금연에 대한 사소한 한마디도 유익하다고 생각한다. 그러나 금연을 화제로 다루다가 감정이 손상되면 점검이 제대로 이루어지지 못할 것이다.

② **환자와 접할 기회:** 일반 성인은 적어도 1년에 한번 건강관리팀을 만날 기회가 있다. 당뇨병을 가진 사람은 대부분 한번 이상 관리를 받기 때문에, 보다 많은 기회가 있다.

③ **중재자 역할:** 의료인은 권위도 있고 또 환자와 접하는 기회가 있으므로, 금연을 권하는 영향력도 있고 금연을 지원하거나 중재할 수도 있다. 따라서 의료인의 개인적인 노력만으로는 환자의 금연이 성공할 기회는 크지 않겠지만 금연을 권하는 영향력 있는 중재자로서 의료인의 기여도는 상당히 클 것이다.

표 2. 단시간의 금연 상담 (3분 동안)

- 금연에 대한 환자의 생각을 묻는다.
 - 당뇨병 치료에서 금연의 중요성에 대해 강조한다.
 - 금연요일을 정하거나 흡연 재발의 원인이 되는 사건과 일에 효과적으로 대응하기 위하여, 각각의 대처법을 세우며 어떻게 협력지원을 할 것인지에 대해 환자가족 또는 친구와 의논한다.
 - 환자를 다른 전문가의 상담에 또는 니코틴 대용품을 사용하는 프로그램이나 금연집단프로그램에 소개한다.
-

E. 금연하는 환자에게 카운슬링을 시행 한다

단순하고 간단한 상담만으로도 환자의 금연 가능성을 높일 수 있는데, 치료 팀이 이런 금연상담을 분담하여 시행할 수 있다. 표 2는 짧은 시간(3분 정도) 동안에 상담할 때 다루는 내용이고, 표 3은 좀 더 긴 시간(5~10분)을 하면서 광범위하게 다룰 내용이다.

표 3. 금연 상담의 내용(5~10분 동안)

1. 환자에게 흡연 상황에 대한 질문을 한다.
 - 지금까지 담배를 피운 적이 있습니까?
 - 현재 담배를 피우고 계십니까?
 - 금연에 대해 어떤 점이 걱정되거나 예상됩니까?
 - 금연을 생각해 본 적이 있습니까?
 - (만일 금연한다면) 6개월 안에 시작할 예정입니까?
 - (만일 금연한다면) 1개월 안에 시작할 예정입니까?
 - 최근에 금연을 하였습니까?
2. 금연을 생각하고 있지 않은 사람에 대해서는 다음과 같이 한다.
 - 흡연 위험성에 대한 적절한 정보를 준다.
 - 흡연과 당뇨병의 조합이 심장질환이나 당뇨합병증의 위험성을 증가시킨다는 점을 강조해 준다.
 - 금연이 주는 이득에 대해 재차 확인시켜 준다. 즉, 심장질환 위험성이나 특히 돌연사 위험성은 금연으로 감소된다.
 - 환자의 금연 노력을 흔쾌히 도와줄 것임을 약속하고, 다음 번 진료에서 금연에 대한 생각을 재확인한다.

3. 금연을 생각하고는 있으나 아직 준비가 안 된 사람에 대해서는 다음과 같이 한다(1개월 안에 시작할 수 없다고 대답한 경우).
 - 당뇨병에 관련된 위험성에 대해 재차 확인시켜 준다.
 - 금연의 이득이 금연의 노고를 충분히 보상해준다는 것을 강조해 준다.
 - 금연을 위한 사회적 지원에 대해 지적해주고 환자가 그런 자원에 접할 수 있도록 돕는다.
 - 당신은 금연할 수 있는 능력을 가지고 있다는 신뢰를 보여준다.
 - 금연의 잠재적 장벽에 대해 논한다(금연의 실패 경험이나 체중 증가의 두려움).

4. 금연을 생각하고 있는 사람이나 금연 계획을 세우고 있는 사람에 대해서는 다음과 같이 한다(1개월 안에 금연을 시작할 예정이라고 대답한 경우).
 - 금연 단계에 대해 환자 스스로 생각해 보도록 한다.
 - 1) 흡연 습관에 맞춰 담배를 피우지 않는 요일을 정한다(업무스트레스가 담배를 피우는 원인이라면, 주말을 금연요일로 잡는다).
 - 2) 실패의 원인이 될 만한 대상 또는 사건을 확인한 후, 금연 전에 처리할 것을 각 항목별로 나열한다.
 - 3) 가족과 친구의 협력과 지지를 요청하도록 강화한다.
 - 니코틴 대용품의 사용에 대해 평가하고 논의한다.
 - 체중 증가의 걱정이나 당뇨병에 관련된 다른 걱정거리에 대해 어떻게 처리하면 좋은지를 검토한다.
 - 금연을 위한 확고한 계획을 세울 준비가 되었다면, 당뇨병 치료 팀이나 다른 기관에 의뢰하여 금연상담을 받도록 권한다
 - 다른 기관에 또는 니코틴 대용품을 소개하거나, 프로그램용 자료를 제공하며, 개인의 계획에 따라 다른 지원을 실행한다.
 - 다른 기관에 또는 니코틴 대용품을 소개하거나, 프로그램용 자료를 제공하며, 개인의 계획에 따라 다른 지원을 실행한다.

5. 금연에 임박해 있을 때는 다음과 같이 한다.
 - 가족 또는 친구의 지원을 더 받을 수 있는 계획을 세우도록 환자를 돕는다.
 - 의료 팀의 구성원이 방문 지원을 하거나 점검해 주는 계획을 세워본다.
 - 잠재적 실패의 원인에 대해 나름대로 대처법을 재차 확인해 본다.

6. 적어도 1주일 안에 금연을 시작할 수 있다고 하면 다음과 같이 한다.
 - 금연 노력이 완전무결하지 않아도 칭찬해준다.
 - 경계를 게을리 하지 않도록 독려해준다. 금연 유지의 최대 위협은 다음과 같은 것들이다. 「한고비를 넘겼다. 정말 기분 좋다. 그러니까 (파티, 포커 게임, 식당, 수요일 밤 등에는) 조금 피워도 괜찮겠지」

- 실패에 이르는 원동력을 피하기 위한 전략을 재확인한다. 그리고 그 전략의 속행을 격려한다. 방심하기보다는 지나칠 정도로 조심하는 것이 좋다.
- 가족이나 친구, 또는 건강관리 팀의 지원 계획을 재확인한다. 환자가 그런 지원에 접한 적이 없었다면 팀의 금연점검과 격려를 제공한다.
- 적어도 6개월, 또는 가능하면 1년 동안은 흡연에 대한 의논하고 실패에 대해 경계하도록 계속 격려한다.

7. 적어도 1년간 금연했던 사람에게는 다음과 같이 한다.

- 금연을 계속해야 하는 그 중요성을 설명한다.
- 만일 실패해도 열의를 가지고 도울 것을 알려준다.
- 금연의 유지와 그 중요성을 입증하기 위하여 그리고 당뇨병의 다른 측면에서도 신뢰를 쌓기 위하여, 금연 성공을 강화해준다.

F. 니코틴 대용품을 고려한다

금연을 위한 다음의 2 과제를 달성하는 과정에서 때로는 니코틴 대용품을 활용할 수 있다.

- ① 지금까지 계속해 온 흡연하지 않는 금연습관의 생활에 익숙해져야 한다.
- ② 니코틴 자체를 전혀 사용하지 않아야 한다.

물론 니코틴 대용품은 하나의 보조제에 불과하고, “기적의 치료제”는 아니다. 환자의 금연하려는 노력에 대신할 것은 그 어느 것도 없다. 따라서 니코틴 대용품을 이용한다 해도 누구나 담배를 끊을 수 있는 건 아니다.

G. 체중 증가의 문제에 주의한다

흡연자는 비흡연자 보다 체중이 잘 늘지 않지만, 일단 금연하면 평균 3~4.5 kg 정도 체중이 증가한다. 당뇨 환자에게 체중 유지를 지나치게 강조하면, 환자는 금연에 수반되는 체중 증가를 두려워하게 된다. 당뇨 환자는 약간의 체중 증가의 위험성을 흡연의 위험성과 동등한 것으로 생각하는 경우가 있다. 그러나 당뇨 환자에서는 흡연의 위험성이 약간의 체중 증가의 위험성보다 훨씬 더 높다.

체중 감소에 대한 강조의 고풍을 조금 느슨하게 하고, 운동요법과 건강한 식사를 계

속 격려한다. 금연 후의 운동요법은 흡연하고 싶은 충동에서 벗어나게 하는 데 도움이 된다.

H. 이용 가능한 치료를 환자에게 소개한다

금연 자료를 제공하는 학회가 있다. 금연교실을 운영하는 병원도 있으며, 이러한 정보를 환자에게 제공하거나 소개해줄 준비가 되어 있어야 한다.

정서장애에 대해 치료를 받고 있는 환자가 금연 상담을 이미 받고 있는 경우도 있다. 또는 환자가 흡연에 의지하여 자신의 정서를 조절하고 있는 경우라면 상담전문가에게 소개할 필요가 있다. 이런 경우 상담은 금연에 대한 경험이 많은 사람이 해야 한다.

I. 금연 유지를 격려한다

금연 후에 나타나는 증상으로는 금방이라도 꼭 피우고 싶은 흡연 갈구, 초조, 무기력 (또는 활동성의 향진), 주의집중 장애, 두통, 혈당 변화 등이 있다. 환자에게는 이러한 증상이 3~10일 이내에 소실된다고 알려주고 안심시키면서 이러한 증상에 대처하기 위한 실제적인 조언을 해 준다. 물론 이런 조언이 도움이 되지 못하는 경우도 있고 너무 상식선에서 하는 것으로 보일 수도 있다는 점을 깨달아야 한다. 하지만 그러한 조언이 실제로 도움이 되지 않는다고 해도, 반드시 환자에 따라 개별적으로 적절히 제공되어야 한다. 왜냐하면, 한 사람에게는 그렇고 그런 단순한 조언이지만 다른 사람에게는 “생명의 은인”이 될 수도 있기 때문이다. 또한 조언을 할 때 “낮잠을 자도록 해 본다”와 같은 단순한 조언보다는 환자 자신의 생각을 동원하도록 격려하거나, 금단 증상은 당연한 것이고 임박한 실패의 징조는 아니라고 안심시키는 것이 보다 좋은 결과를 가져올 수 있다.

처음 1주일 정도가 지나면, 금단 증상의 가장 어려운 고비를 넘겼다고 할 수 있다. 그러나 금연의 과정은 이제부터가 가장 지루하다. 역설적으로는, 환자는 자신이 성공했다는 기분에서 가끔 담배를 피워도 된다고 생각하는 시점이 된다. 장기간 금연에 성공한 사람은 흔히 이렇게 말한다. 즉, 처음에 금연 실패에서 배운 가장 중요한 교훈은 바로

“딱 한 개피 만”이라는 것은 거의 불가능한 것이고, 장기적 안목에서 보아 담배개피 수의 조절보다는 완전히 끊어버리는 것이 더 간단하다고 한다.

흡연 재발을 부추기는 원인으로는, 환경적 요인(사회적 상황, 흡연 동기를 자극하는 상황, 동료의 강요), 심리적 요인(부정적 감정, 스트레스, 금연 지속의 동기 상실), 그리고 생리적 갈망이나 금단증상 등이 있다. 이런 경우에는 자기 관리 전략이 재발 요인을 최소한으로 줄여줄 수 있다. 표 4는 금연 유지, 즉 흡연 재발을 방지하는 데 필요한 자기 관리 전략을 제시한 것이다.

표 4. 흡연 재발의 방지에 필요한 자기 관리 전략

- I. 흡연을 일으키는 상황을 자세히 파악한다. 적절한 자기 관리 전략은 상황에 따라 다르다. 가령, 흡연 유발 상황이 단순한 “전화 중”일 때인지 아니면 “고객과 전화 중”일 때인지를 구분한다.
 - IIa. 흡연 유발 상황을 통제하기가 어려운 경우에는 흡연을 피하는 전략을 세운다(가령, 휴식시간에 흡연자와 멀리 떨어져 앉거나 아니면 아예 산보를 나간다).
 - IIb. 흡연에 제동을 거는 전략을 세운다(가령, 금연 식당이고 식후에 커피가 나오는 곳을 가면, 흡연 유혹을 피할 수 있다).
 - III. 불안하거나 스트레스를 받을 때 다시 흡연하지 않도록 이완기법(녹음테이프 듣기, 명상, 근육 긴장 및 이완, 운동 등)을 쓴다.
-

J. 재발의 파라독스를 수용한다

금연 1주일 만에 다시 흡연하는 사람은 금연 유지의 가능성이 매우 적다. 이때 “딱 1개피 만” 보다는 끊겠다는 확고한 결단을 하도록 격려하는 것이 중요하다. 또한 한번 실패했다고 해도 환자의 노력을 강화하고, 금연을 다시 한 번 시도하도록 격려하는 것도 중요하다. 몇 번 실패한 사람도 대부분은 성공에 이르게 된다. 이러한 역설적 사실을 환자에게 설명하는 것이 금연에 효과가 보이는 경우가 있다.

K. 당뇨병에 연관된 정서적 요인을 수용한다

흡연은 불안을 억제하고, 기분을 좋게 한다. 이러한 효과는 당뇨병에 의한 스트레스를 이겨나가는 데 도움이 될 수 있다. 또한 흡연하는 당뇨병환자는 그렇지 않아도 당뇨병 때

문에 아무런 즐거움이 없는데 담배마저 끊어야 한다는 사실에 저항감을 느낀다고 말한다. 이러한 환자에게 가족, 친구, 그리고 건강관리전문가의 격려와 도움은 특히 중요하다. 추적 관리를 위한 전화나 방문도 유용하다.

L. 다양하고 지속적인 지원 계획을 조절한다

금연한 며칠 후에는 방문이나 전화로 추적하며, 그 후에도 처음 몇 주간은 환자와 여러 번 연락을 취한다. 그 다음은 2주에 1회, 월 1회, 또 2개월에 1회 등으로 접촉을 줄여가면서 적어도 반년 정도는 연락이 끊기지 않도록 한다.

참고 문헌

1. Fisher EB Jr, Lichtenstein E, Haire-Joshu D: Multiple determinants of tobacco use and cessation. In Nicotine Addiction: Principles and Management. Orleans CT, Slade JD, Eds. New York, Oxford University Press, 1993
2. Fisher EB Jr, Lichtenstein E, Haire-Joshu D, Morgan GD, Rehberg HR: Methods, successes, and failures of smoking cessation programs. In Annual Review of Medicine. Palo Alto, Annual Reviews, Inc., 1993, P. 481-513
3. Ford ES, Newman J: Smoking and diabetes mellitus: findings from 1988 behavioral risk factor surveillance system. Diabetes Care 14:871-874, 1991
4. Haire-Joshu D: Smoking cessation: a priority in diabetes care. Diabetes Spectrum 3:81-115, 1990
5. Haire-Joshu D: Smoking, cessation, and the Diabetes Health Care Team. The Diabetes Educator 17:54-67, 1991
6. Kottke TE, Battista RN, DeFriesse GH: Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. J Am Med Assoc 259:2882-2889, 1988
7. United States Department of Health and Human Services: How to Help Your Patients Stop Smoking: A National Cancer Institute Manual for Physicians. Washington, DC, U.S. Govt. Printing Office, 1990 (NIH Publ. no. 90-3064)

■ 지침

- » 당뇨병 환자에게는 우울증의 발생률이 높고 만성적이며, 우울증은 정신 기능에 많은 영향을 미치는 중요한 문제다 (III, A).
- » 우울증은 당뇨병의 증상 호소를 증가시키며, 순응도를 저하시키고, 혈당 조절을 불량하게 하며, 말초 장기의 손상이 진행되는 위험성을 증가시키기 때문에, 우울증은 당뇨병을 전반적으로 복잡한 문제로 만들어버린다 (III, B).
- » 우울 척도 같은 간편한 지필검사로 외래 진료에서 우울증을 선별할 수 있으며, 건강관리 팀이 우울증 치료가 필요한 환자를 발견하는 데 도움이 된다 (IIa, B).
- » 우울증의 치료는 환자의 기분, 혈당 조절 및 삶의 질 등에 바람직한 효과가 있다는 점에서 매우 유효하고도 중요하다 (IIa, A).

■ 해설

A. 서론

우울(depression)이란 용어는 명확하게 다른 두 종류의 경험을 의미한다. 하나는 보편적인 경험인데, 가끔 기분이 가라앉고 초조하며 스트레스를 느끼거나 혹은 일반적으로 기운이 없는 때를 말한다. 그러나 이러한 우울한 감정들은 보통 짧은 기간 동안 있고 대수롭지 않은 것이다. 곱은 날이 있으면 맑은 날도 있듯이, 삶은 그렇게 계속되기 때문이다. 다른 하나는 심각한 것으로서 때로 생명을 위협하는 정신장애가 되는 우울증의

경험을 말한다. 의학적으로는 이러한 우울증을 주요우울 장애(major depressive disorder)라고 진단한다. 이 장애는 정신적 증상(가령, 비통과 흥미 상실)과 신체적 증상(가령, 피로감과 수면장애)이 장기간 지속되고, 대인관계와 직업 기능 그리고 삶의 질이 현저하게 손상된다. 지금부터 사용하는 우울증이란 용어는 바로 이런 심각한 우울장애를 뜻한다.

B. 당뇨병에서 우울증의 빈도, 원인, 결과를 이해한다

전 인구 중 약 5~8%는 삶의 어느 한 시점에서 우울 장애를 경험하는데, 당뇨병에서는 15~20%로 일반인의 3배에 이른다.

우울증은 1형과 2형 당뇨 환자 모두에서 나타난다. 연구에 의하면 성차는 명확하지 않지만, 일반인의 빈도와 유사하게 남성보다 여성의 빈도가 높다고 한다. 당뇨병 환자에서 우울증 빈도가 높다는 사실에서, 당뇨병이 우울증의 원인이 된다거나 우울증이 당뇨병의 원인이 된다고 증명하는 건 아니다. 오히려 우울증과 당뇨병이 자주 함께 출현한다는 것은 이 두 조건이 서로 영향을 미칠 기회가 많다는 사실을 입증하고 있다.

당뇨병 환자에서 우울증의 원인은 아직 불명확하지만, 아마도 복잡한 심리적, 신체적, 유전적 요인 등의 상호작용 결과라고 생각된다. 그리고 이들 요인의 구체적인 기여도는 환자에 따라 다를 가능성이 있다.

당뇨병 치료에는 많은 노력이 필요하다. 식사제한 및 복잡한 치료법에 적응하기, 입원, 경제적 부담의 증가 등은 환자와 가족에게 큰 부담이 된다. 시력이나 성기능의 상실 같은 진행성 당뇨병과 관련된 기능 제약에 대처하는 것이 어려워서 우울증의 원인이 될 수 있다. 신경화학적 또는 신경혈관계의 이상을 포함한 당뇨병에 동반된 다양한 신체적 변화들도 우울증을 일으키는 요인이 된다.

원인이 무엇이건 간에 일단 우울증이 있으면 우울증은 당뇨병과 서로 나쁘게 작용할 가능성이 높다. 정신과적 장애에서는 좋지 않은 속성들이 서로 침투해 나가는 특징이 있다.

우울증 환자는 생활습관 개선(예를 들어, 금연 또는 체중감량 프로그램)에 거의 반응하지 않으며, 혈당 조절이나 혈당 개선을 위한 노력을 하지 않게 되므로 합병증의 위험이 높아진다.

우울증은 지각과정에 영향을 주어 신체적 증상에 대한 민감도는 높아지고 내구력은 낮아지게 만든다. 예를 들어, 대개는 간헐적으로 짜증스러운 정도의 신경병증 통증도 우울할 때는 항상 아픈 것처럼 느껴져 견딜 수 없게 되어 병원 치료를 받아야 한다.

이와 같이 우울증은 기분과 기능, 대인관계, 삶의 질에 영향을 미치는 것 외에도 당뇨병 증상과 서로 관련성이 있다. 우울증은 신체 증상을 증폭시키고, 불량한 혈당 조절을 촉진하며, 당뇨합병증의 위험성을 증가시킨다. 이런 상호작용 때문에 당뇨병 환자가 나타내는 임상 증상의 어떤 면이 실제로는 우울증의 존재를 시사해 줄 수도 있다.

다음과 같은 경우에서 우울증의 동반을 고려해야 한다.

- ① 적당수준의 혈당 조절에 대한 객관적 증거가 있는데 고혈당 또는 저혈당 증상이 지속될 때.
- ② 의학적으로 설명되지 않거나 객관적인 검사소견과 맞지 않는 여러 가지 증상이 있을 때.
- ③ 성기능 장애가 주된 관심사로 등장할 때.
- ④ 만성 통증을 주로 불평할 때.

C. 당뇨병 환자의 우울증을 진단한다

최근에 사용되는 주요우울 장애의 진단 기준은 몇 가지 증상이 함께 출현하고 그 정도가 심하며 또 적어도 2주일 이상 지속될 때를 참작한다. 표 1에 우울 장애의 진단 기준을 제시한다. 슬픈 기분, 흥미나 즐거움의 현저한 상실은 진단에 핵심 기준이다. 그리고 이들 중 적어도 한 가지 기준과 표 1에 제시된 기준 중 4개 기준이 함께 출현해야 한다. 우울증 진단을 하려면 우울증으로 인해 사회적, 직업적, 기타 중요한 영역에서 현저한 기능 저하가 있거나 불편해야 한다. 진단 기준에 나타난 증상일지라도 약물 복용이나 불법마약, 또는 사별 등으로 인해 온 것이라면 우울증에 해당되지 않는다.

표 1. 우울 장애의 진단 기준

1. 다음 중 한 개 기준을 가지고 있어야 한다:
 - 우울한 기분
 - 거의 모든 활동에서 흥미와 즐거움의 현저한 저하
2. 다음 중 네 개 기준을 가지고 있어야 한다:
 - 현저한 체중 감소나 증가
 - 불면이나 수면과다
 - 정신운동성의 초조나 지체
 - 피곤, 에너지 상실
 - 무가치감이나 죄책감
 - 집중력 감퇴나 우유부단함
 - 죽음과 자살에 대한 반복적 생각
3. 이런 증상이 반드시 하루 중 대부분 있다.
4. 증상이 반드시 적어도 2주 이상 매일 있다.
5. 증상이 반드시 중요한 불편감과 손상의 결과이며, 약제와 질환, 사별 등의 결과는 아니다.
 - 이상 5가지 기준을 만족시켜야 우울 장애 진단이 가능하다

그런데 증상 평가에서 고려해야 할 또 하나의 기준이 있다. 즉, 의학적 상태인 신체질환(우울증이 아닌 다른 질병) 때문에 생긴 것으로 판단된 증상은 우울 진단 기준에 넣지 않는다. 조절되지 않은 당뇨병은 우울증의 전형적인 증상들(예를 들어 피로, 체중 변화)과 매우 유사한 증상들을 나타내기 때문에, 이러한 신체질환의 기준이 중요하고 이로써 정서장애로 과잉 오진되는 것도 막을 수 있다. 당뇨병이 우울 진단에 핵심이 되는 증상(슬픔 sadness, 흥미나 즐거움의 상실)을 직접 일으키진 않는다는 사실을 알고 있으면, 우울증으로 잘못 진단할 위험(false-positive diagnosis)은 없다. 의료인은 당뇨병이 잘 조절되고 있지 않은 환자인 경우 우울증을 정확하게 진단할 수 있어야 한다.

당뇨병 경과와의 관련성이 있긴 하나, 당뇨환자의 1/3 미만만이 실제로 우울증이 발견되어 치료를 받고 있다. 이런 문제가 발생한 이유는, 우울증이 당뇨병에 부수된 단지 이차적인 문제라고 생각하여 그 자체가 별로 중요하지 않다고 생각한 것 등을 포함하여 많은 요인이 기여하기 때문이다. 우울증이 당뇨병과 나쁜 식으로 상호작용한다는 명확한 증거가 있음에도 불구하고 이런 인식이 지속되며, 불행히도 의학적 상태에만 독점적으로 임상관리의 초점을 맞추고 있다.

일반적으로 의료인은 공식적인 심리진단 면담(psychodiagnostic interview)을 실시할

수 있는 시간도 없고 또 훈련도 받지 않았기 때문에, 의학적으로 치료가 필요한 중증의 우울증을 알지 못하고 넘어가는 것이다. 그러나 우울증을 발견할 수 있는 간단한 선별 검사용 지필검사는 이런 문제를 해결하는데 도움이 된다. 외래진료의 현실에 잘 맞는 정신의학적인 진단을 내릴 수 있는 적절한 방법이 있다. 예를 들어 21문항의 벡 우울척도(Beck Depression Inventory: BDI)는 별도의 면담이 필요 없는 선별검사로서, 환자 스스로 5~10분 동안 질문지에 체크하고 21문항에 표시한 점수를 합산하면 된다. 지난 2주 이상 동안 우울증상이 있고 16점 이상인 환자인 경우 주요우울 장애의 존재 여부를 결정하기 위해 공식적인 진단 검사를 감행한다. 16점 이상의 절단점은 우울증이 있는 환자의 70% 이상을 선별할 수 있다. 12점 이하로 낮추면 적어도 우울증이 있는 환자의 90%가 진단 가능한 우울증(diagnosable depression)에 포함된다고 한다.

D. 당뇨병에서 우울증의 경과와 관리에 관한 지식을 갖는다.

당뇨병에서 우울증은 흔히 반복되는 현상인데, 슬픔의 시기와 정상 또는 호전 상태의 시기가 번갈아 온다. 평균적으로 우울환자는 매년 한번 우울삽화로 고통을 받는다고 하며, 우울증에서 회복한 당뇨병 환자가 5년 이상 호전 상태를 유지하는 경우는 약 20% 뿐이다. 특별히 우울 치료를 받지 않으면 금방 차도가 없고 혈당조절을 개선하기 위한 노력도 하지 않는다. 당뇨병 환자에 대한 우울증 치료가 신속히 의학적 상태를 호전시키고, 보다 장기간 유지시키는 지에 대한 체계적인 보고가 아직 없다. 따라서 우울증 치료에 대한 다음의 권장사항은 만성적 신체질환(우울증 이외의 만성 질환을 말함)이 없는 우울증 환자의 관리에 관한 지식과 당뇨병 환자에서 얻은 정보를 종합하여 제시한 것이다.

우울증의 치료에는 다음의 2가지 일반적 방법이 있다: ① 약물치료와, ② 심리치료. 심리치료는, 우울증 증상을 제거하고 심리사회적 기능을 개선시키는 데 목표를 둔 구체적으로 입증된 기법을 적용한다는 점에서, 일반적인 지지상담과 다르다.

일반적으로 약물치료와 심리치료는 우울증에 대해 거의 동등한 효과가 있으며, 치료를 받은 환자의 약 50~60%가 3개월 내에 효과를 보인다. 환자에 따라서는 약물치료와 심리치료의 병용요법이 효과가 있다는 보고가 있으나, 어떤 환자에게 병용요법이 필요

한지에 대한 명확한 지침은 없다.

당뇨병 전문의는 약물치료와 상식적인 조언으로 우울증을 치료하는 경향이 있다. 심리학자와 사회사업가는 심리치료와 상담을 택한다. 정신과 의사는 약물치료와 심리치료를 병용하지만, 일반적으로 약물치료에 중점을 둔다. 우울증의 개개 증상을 고려하면 효과적인 치료계획을 세울 수 있다. 우울증의 신체증상에 대해서는 일차적으로 우울증의 심각도에 따라 약물치료가 필요할 수 있으며, 대인관계 장애가 있다면 심리치료를 선택하는 것도 추천된다. 우울증의 제거와 재발 방지를 위한 대처기법이나 자기 관리기법을 익히고 싶은 환자에게도 심리치료를 권할 수 있다. 심리치료를 위한 시간이나 경비를 낼 수 없는 환자나 자신의 문제에 대해 말하기 싫어하는 환자에게는 약물치료가 적절하다. 자살의 우려가 있는 환자에게는 우울증의 모든 치료법을 동원해야 하고 반드시 정신과의사에게 의뢰해야 한다.

약물치료와 관련하여, 일반적으로 사용되는 항우울제는 초기 치료에 사용할 수 있으며, 당뇨병 환자에게도 같은 효과가 있다. 따라서 우울증 증상과 그 밖의 질환 상태, 약제 간의 상호작용과 부작용 등에 따라 약제 선택을 정한다. 약제 중에서 삼환계(tricyclic)의 항우울제는 40년 이상 동안 초기 치료에 효과적으로 사용되었고, 특히 수면 조절에 유용하였다. 그러나 삼환계 약제를 당뇨 환자에게 투여하면, 체중 증가, 항콜린성 부작용, 기립성 저혈압, 심혈관계 질환의 발생 등과 같은 부작용의 가능성을 고려해야 한다. 어떤 환자에서는 삼환계 항우울제가 혈당조절을 악화시킬 수도 있다. 최근에는 많이 쓰이는 세로토닌 재흡수 억제제(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)는 보다 효과적이고, 항콜린성 부작용, 기립성 저혈압 등의 부작용이 적으며 진정 작용(sedation)을 일으키지 않는다.

심리치료는 우울 치료에서 독특하게 중요한 역할을 하고 있다. 당뇨병 환자에게 실시해도 신체적인 부작용이 없기 때문이다. 인지행동치료(cognitive behavior therapy: CBT)와 대인관계 치료(interpersonal therapy: IPT)는 효능이 있는 것으로 입증된 심리요법이다. 인지행동치료는 우울한 사람들이 고정관념적으로 생각하는 것들, 가령 "내 자신이 싫다. 내 인생은 최악이고, 나는 미래가 없다"는 등의 사고방식을 관찰하는 데에서 시작한다. 환자에게 우울을 조장하는 사고패턴을 탐색하고 도전하며 이를 다른 생각으로 교체하도록 교육함으로써 우울증을 제거시킨다. 대인관계 치료에서는 우울증이 스트레스

가 많고 갈등을 야기하는 대인관계 상황에서 발생하며, 이런 대인관계가 우울의 원인과 유지, 악화를 담당하는 것으로 본다. 이런 치료에는 의사소통 기법과 사회기술 훈련의 교육이 포함된다. 당뇨병 상태가 악화되면 역할과 기능상의 변화가 자주 생기기 때문에 당뇨스트레스와 일상생활 스트레스의 대처에 이런 치료법들이 특히 유용할 것이다.

참고 문헌

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994
2. Beck AT, Beamesderfer A: Assessment of depression: the depression inventory. Mod Probl Pharmacopsychiatry 7:151-169, 1974
3. Gavard JL, Lustman PJ, Clouse RE: Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiological evaluation. Diabetes Care 18:1592-1599, 1995
4. Kovacs M, Mukerji P, Drash A, Iyengar S: Biomedical and Psychiatric risk factors for retinopathy among children with IDDM. Diabetes Care 18:1592-1599, 1995
5. Lustman PJ (Guest Editor): Depression in adults with diabetes. Diabetes Spectrum 7:161-189, 1994
6. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA, Clouse RE: Depression in adults with diabetes. Diabetes Care 15:1631-1639, 1992
7. U.S. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, Depression Guideline Panel: Depression in Primary Care: Volume 2. Treatment of Major Depression (Clinical Practice Guidelines, no. 5). Washington, DC, U.S. Government Printing Office (AHCPR publ. no. 93-0551), 1993
8. Canadian Diabetes association. Clinical Practice Guideline. Psychological aspects of diabetes. 2003. S50-52

■ 지침

- » 효과적인 당뇨병 치료를 위하여 의료인과 환자 양자에게 새로운 역할이 필요하다 (III, B).
- » 각각의 역할에서 적절한 변화가 일어나면, 의료인과 환자는 만족스러운 협력관계에서 한몫을 하고 있음을 깨닫게 된다 (II, B).
- » 환자에게 엠파워먼트 접근을 하면 결과적으로 혈당조절이 개선되고, 쌍방의 자기효능감과 치료 만족도는 높아질 것이다 (I, A)

■ 해설

A. 서론

당뇨병에서 자기 관리와 삶의 질을 개선하기 위한 한 방편으로 환자 스스로 자신의 행동을 변화시키도록 도와주는 엠파워먼트 접근법이 있다. 엠파워먼트 접근에서는 의료인의 역할과 환자의 역할을 다시 평가할 필요가 있다. 이런 새로운 역할에 대한 평가는 당뇨병 치료가 급성 질환의 치료와 매우 다르다는 점에 근거한 것이다.

B. 엠파워먼트 원칙에 관해 배운다

엠파워먼트 접근은 당뇨병과 그 관리, 그리고 행동 변화의 심리학과 관련된 다음의 3

가지 핵심원칙을 토대로 한 것이다.

- ① 당뇨병 치료의 현실은 실제로 98% 이상을 환자가 시행한다는 것이다. 따라서 환자는 매일 매일의 치료에서 통제와 의사결정의 위치에 있다.
- ② 건강관리 팀의 일차적 임무는 지금도 계속 발전하고 있는 당뇨병의 전문지식과 교육 및 심리사회적 지원을 환자에게 제공하는 것이고, 환자는 일상의 자기 관리에서 정보에 근거한 결정(informed decisions)을 내릴 수 있어야 한다.
- ③ 만약 행동변화가 개인적으로 의미가 있고 자유롭게 선택한 것일 때 성인은 이런 행동변화를 실천하거나 유지하기가 훨씬 더 쉽다.

C. 급성질환 치료와 만성질환 치료의 차이

급성질환 치료에서는 건강관리 전문가가 1차로 의사결정을 하며, 일반적으로 전문가가 치료를 통제하는 위치에 있다. 그러나 당뇨병은 자기 관리가 필요한 질환이기 때문에, 치료 과정에서 급성 질환과 다른 식의 접근이 필요하다. 당뇨병 치료에서 전문가는 환자에 대해 다음의 4가지 중요한 책임을 갖는다.

- ① 효과적인 자기 관리 계획의 개발에 필요한 당뇨병의 전문지식을 환자에게 제공한다.
- ② 환자가 지식을 갖춘 상태에서 의사결정을 할 수 있도록 환자에게 당뇨병 교육을 시킨다.
- ③ 자기 관리 계획이 필요할 때 검토되고 바뀔 수 있도록 환자와 가족 간의 협력관계를 새로 만든다.
- ④ 환자 스스로 행동 변화를 선택하고 이를 유지하는 데 필요한 지원을 제공한다.

당뇨병 자기 관리에 필요한 행동 변화는 건강관리 전문가가 강요하기보다 오히려 환자가 선택해야 한다. 당뇨병 치료에서 이런 식의 접근은 환자와 전문가 간의 전통적인 관계에서 어떤 중요한 변화를 나타내는 것이고, 양자에게는 각각 새로운 역할이 요구된다. 환자는 당뇨병에 대한 일상의 치료가 자신의 개인적인 책임이라는 점을, 또 건강관리 전문가와 동료의식(partnership)을 만드는 것도 자기 책임이라는 점을 이해해야 한다. 건강관리 전문가의 역할은 조언자이자 협력자이며, 환자는 의사결정자의 역할을 한다.

D. 엠파워먼트 활용에서 건강관리 전문가의 장애를 이해한다

당뇨병 치료에 대한 엠파워먼트 접근을 잘 실행하려면, 건강관리 전문가는 다음의 2가지 중요한 장애를 잘 넘어가야 한다.

- ① 첫 번째 장애는 건강관리 전문가가 경험하는 불편한 마음이다. 즉, 환자가 찾아낸 당뇨병의 정서적 내용, 즉 당뇨병 문제점을 논할 때 일부 전문가는 저항을 느끼거나 역부족을 느낀다. 당뇨병과 당뇨병의 관리에는 많은 정서적 요소들이 잠재적으로 달려있다. 성인들은 변화에 대한 강력한 필요를 느끼지 않으면 좀처럼 중요한 변화를 갖거나 유지하지 않는다. 변화 과정이 성공하려면, 건강관리 전문가가 이런 문제점과 관련된 환자의 감정을 어떻게든 끌어내는 것이 매우 중요하다. 만약 환자가 현재의 상황에 관해 강한(대개는 부정적인) 감정을 경험하지 않고 있다면, 행동 변화가 유지될 가능성은 적다. 이런 경우 전문가는 환자의 정서를 해결하거나 바꾸어줄 필요가 없다. 오히려 환자의 정서적 경험이 타당하고 이를 자유롭게 표현될 수 있는 환경을 새로 만들어 주어야 한다.
- ② 두 번째 장애는 건강관리 전문가의 일방적인 문제해결의 지시에 있다. 전문가가 환자와 함께 문제 해결법을 생각하기보다는 일방적으로 문제 해결을 지시하는 경향이 있다. 환자가 전문가가 소지하고 있는 전문기술에 대해 묻는 것은 적절한 행동이다. 예를 들어 환자가 “혈당측정기를 어떻게 쓰는 건지 모르겠어요.”라고 말할 때, 환자에게 쓰는 법을 가르치는 것은 적절한 반응이다. 그러나 일상의 당뇨병 치료에 내재되어 있는 대부분의 문제점은 기술보다는 심리사회적 문제가 더 많다. 즉, “가족이 자주 튀김음식을 먹으려고 하는 데 지방섭취를 줄이기가 어려워요.”라고 말할 때는 환자 스스로 그 문제를 해결해야 한다. 혼자서 문제를 해결하는 힘을 발견하도록 환자를 돕는 과정이 곧 당뇨병 치료에 대한 자기효능감(self-efficacy)과 개인의 책임성을 강화하는 것이다.

E. 엠파워먼트의 활용에서 환자의 어려움을 이해한다

당뇨병 치료에서 이런 식의 접근을 실행하려면 극복해야 할 장애가 많다. 많은 환자

가 당뇨병 관리에 대한 노력에 대해 꾸중을 듣거나 비난 받을 것을 우려하여, 전문가를 방문하는 것을 꺼려하거나 허심탄회하게 당뇨관리에 대해 말하지 못하며, 전문가의 의견에 찬성할 수 없다는 의사를 표하지도 못하고, 그리고 당뇨치료와 관련된 자기만의 욕구나 가치를 표현하길 꺼려한다. 그러나 이런 행위들은 성공적인 당뇨관리에 필요한 것이다. 엠파워먼트 접근이 잘 시행되려면, 치료 과정에서 전문가가 동등한 파트너라는 점을 환자가 이해해야만 한다.

F. 행동변화를 겨냥한 프로토콜을 이용한다

다음의 프로토콜은 일련의 질문형태로 된 것으로서, 환자의 당뇨병 자기 관리 능력을 개선하도록 행동 변화를 계획하고 실천하는 데 목표를 둔 것들이다. 일련의 논리적 관계에 따라 질문을 하는데 고정된 순서보다는 자연스런 관계 속에서 순서를 바꾸거나 생략 또는 다른 질문을 부연해도 좋다. 환자 중심으로 진행되며, 개별적 또는 집단적으로 사용할 수 있고, 그리고 의료인이 환자의 길잡이라고 생각하지 않는 것이 더 바람직하다.

① **당뇨병과 더불어 살아가는 생활에서 어떤 점이 가장 어렵고 불만스럽습니까?** (이점에 대해 자세히 말씀해 주세요. 구체적인 예를 몇 가지 들어주세요. 그런 상황에 대해 그림을 그려 보여 주세요.)

이 질문의 목적은, 당뇨병과 함께 살아가는 것에 관한 근심과 걱정거리에 관한 논의에 초점을 맞추는 것이다.

② **그럴 때(앞에서 기술한 상황에서) 어떻게 느끼시나요?** (그럴 때 어떤 기분(가령 화, 슬픔, 혼동 등의 감정을 삽입한다)이 드는지요? 왜 ~ 때문에 그런 ~한 느낌이 드나요?).

앞에서 언급한 것처럼, 환자가 문제해결이나 상황개선을 위해 심각하게 고민하지 않는다면, 환자는 좀처럼 상황을 변화시키거나 변화를 유지하려고 하지 않는다. 사람들이 불쾌한 감정을 억압하는 것은 흔한 일이고, 억압된 정서는 문제 해결에 필요한 에너지와 명료성을 감소시킨다.

③ **기분이 좀 더 좋아지려면 그 상황을 어떻게 바꾸면 좋을까요?** (그 상황에서 한동안

(가령 1개월이나 3개월 동안) 어떻게 하면 좋을까요? 만약 그런 상황을 바꾸려는 시도를 전혀 하지 않는다면 어떤 일이 일어날까요? 만약 아무것도 변하지 않는다면 어떤 느낌이 들까요?)

이 질문의 목적은 환자로 하여금 만약 상황이 개선되면 그 상황이 어떻게 보일 것 인지를 구체적으로 확인하는 데 도움이 된다. 바꾸어야 할 상황에 대해 각각의 특성을 생각해보며 이와 동시에 상황이 개선되면 어떻게 느껴지는지를 상상해 보도록 하는 것도 의미가 있다.

- ④ **상황 개선을 위해 기꺼이 행동을 취할 생각이 있으십니까?** (상황을 개선하는 것이 당신에게 얼마나 중요하나요?)

이런 질문은 환자로 하여금 상황 개선을 위한 결심을 했는지를 명확히 하는데 도움이 된다. 매우 결정적인 질문이다. 그러나 이 질문이 효과를 나타내기 위해서는 변화의 결심이 환자 자신의 의지에서 비롯된 것이라고 스스로 느껴야 한다.

- ⑤ **당신이 되고자 하는 곳으로 다가가려면 어떤 단계를 밟아야 하나요?** (해결될 문제는 무엇인가요? 극복해야 할 장애는 무엇입니까? 당신을 도와줄 사람이 있습니까?)

이 질문은 환자로 하여금 변화를 굳히려 할 때 몰입하는 구체적인 계획을 세우도록 도와준다. 실행이 가능한 여러 가지 행동, 이런 행동에 대한 장애물, 그리고 환자가 스스로 노력할 때 이용할 수 있는 개인적 또는 다른 잠재적인 자원 등을 고려하는 것이 유익하다.

- ⑥ **이제부터 상황을 바꾸기 위해 계획한 한 가지 일이 있습니까?** 이 질문은 환자로 하여금 상황을 개선하기 위해 시작해야 하는 제일 첫 번째 일에 초점을 맞추도록 도와준다. 환자가 행동변화과정을 시작하기 위하여 바로 시행할 수 있는 단계를 적어도 한 가지 확인하고 대화를 종료하는 것이 좋다. 다음 번 진료 때까지 문제 해결 과정이 어떻게 진행될 것인지 그리고 만약 그 과정이 잘 되지 않는다면 어떤 다른 새 전략을 세울 것인지를 논의하며, 이런 것들을 숙제로 글로 기록하게 하고 다른 사람 앞에서 발표하게 하면 유익한 경우가 많다.

참고 문헌

1. Anderson RM: Patient empowerment and the traditional medical model: a case of irreconcilable differences? *Diabetes Care* 18:412-415, 1995
2. Anderson RM, Funnell MM, Butler P, Arnold MS, Fitzgerald JT, Feste C: Patient empowerment: results of a randomized control trial. *Diabetes Care* 18:943-949, 1995
3. Arnold MS, Butler PM, Anderson RM, Funnell MM, Feste C: Guidelines for facilitating a patient empowerment Program. *The Diabetes Educator* 21:308-312, 1995
4. Feste C, Anderson RM: Empowerment: from Philosophy to Practice. *Patient Educ Counsel* 26:139-144, 1995
5. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS: Empowerment: a winning model for diabetes care. *Pract Diabetol* 10:15-18, 1991
6. Funnell MM, Anderson RM, Arnold MS, Barr PA, Donnelly MB, Johnson PD, Taylor-Moon D, White N: Empowerment: an idea whose time has come in diabetes education. *The Diabetes Educator* 17:37-41, 1991

■ 지침

- » 당뇨병 자기 관리에서 좋지 않은 부정적 결과를 너무 부담스러워하면 결과적으로 당뇨병 탈진 상태(diabetes burnout)가 일어나게 된다 (Ⅲ, C).
- » 당뇨병 탈진의 특징으로는 당뇨병에 압도되고 패배했다고 느끼는 것, 적절한 자기 관리를 달성하고 유지할 수 없어 무기력하다는 것 등이 있다. 결과적으로는 불량한 자기 관리와 고질적인 고혈당으로 이어진다 (Ⅲ, C).
- » 많은 환자가(호소하지는 않지만) 당뇨병 탈진으로 고통 받고 있는 것으로 생각된다. 따라서 당뇨병 탈진을 발견하고 치료하는 것이 매우 중요하다 (Ⅲ, C).
- » 당뇨병 탈진을 치료하기 위한 대책으로는 탈진의 인식, 인간관계 재구성, 목표의 재조정, 당뇨병의 부정적 감정에 대한 주의집중, 사회적 지원의 최대 활용, 문제해결에 대한 적극적 개입 등이 있다 (Ⅲ, C).
- » 향후 연구에서 당뇨병 탈진에 대한 좀 더 정교한 설명이 필요하다. 당뇨병 탈진의 실제 유병률과 그 결과, 그리고 포괄적인 치료 전략에 대한 좀 더 명확한 증거를 제시할 필요가 있다 (Ⅳ, C)

■ 해설

A. 당뇨병 탈진이란 무엇인가?

탈진(burnout)이란 개념은, 원래 장기간 종사하면서 매일 열심히 분발하여 일을 하지만 이런 노력이 아무런 변화를 일으키지 못한다고 느낄 때 생기는 만성적으로 어렵고 좌절을 주는 역할에 대한 어떤 보편적인 반응을 말한다. 이런 느낌이 널리 확대되고 고

갈된 느낌이 들 때 자신이 그런 직무에 부적당하다는 느낌과 죄의식이 든다. 또한 무기력감, 절망감, 초조감, 적대감 등도 만성적인 감정의 고갈 상태에서 흔히 일어난다.

당뇨병과 더불어 살아가는 생활은 이와 비슷한 탈진 상태로 이어지기 쉽다. 엄격하게 당뇨병 관리를 할 때 필요한 매일 매일의 경계심과 노고가 환자에게는 너무나 번거롭고 불만을 야기한다. 또 그렇게 해도 관리의 결과란 것이 노력을 들인 것에 비해 대수롭지 않은 것이다. 당뇨병에 압도되어 어떻게 할 도리가 없다고, 또는 완전히 패배했다고 느끼면서도 환자는 아직 당뇨병을 충분히 관리하지 못하고 있음을 걱정한다. 더욱이 변화에 대해 무력감을 가지며, 동기부여도 되지 않고, 마음도 내키지 않는다고 느낀다. 이와 같이 당뇨병 탈진의 뿌리에는 절망감과 부족한 자기효능감이 존재한다. 즉, 환자는 당뇨병 자기 관리가 중요한 목표라고 알고 있어도 자신은 적절한 당뇨병 자기 관리를 달성하거나 계속할 수 없다고 느낀다.

B. 당뇨병 탈진을 걱정하는 이유는 무엇인가?

당뇨병 탈진의 유병률이 아직 알려지진 않았으나 그것이 비교적 흔할 것이라고 추측하고 있다. 최근 연구에 의하면 당뇨병과 관련된 특수한 정서적 불편감이 대규모 당뇨병 센터에 다니는 환자들 사이에 널리 확산되어 있다고 한다. 조사 대상이 된 환자의 약 60%에서 당뇨병과 관련된 심각한 걱정거리를 적어도 하나씩은 가지고 있다고 보고하였다. 당뇨병 탈진이 심하다고 보고한(만성적인 좌절감과 실패감을 보이는) 환자는 당화혈색소치가 현저하게 높았고, 자기 관리도 의미 있게 나쁜 것으로 보고하였다.

당뇨병 탈진은 의학적 치료에서 탈락된 환자들에서 더 흔하다. 당뇨병 탈진을 보이는 환자는 자기 관리를 적당히 해오던 환자라고 할 수 있다. 즉, 만성적으로 고혈당 수준에 있으며, 그 결과 합병증이 일어나기 쉬운 상태에 있는 환자이다. 더욱 비참한 사실은 이러한 환자의 대부분이 합병증이 나타날 때까지 의료인이 이들을 진료하지 못한다는 것이다. 향후 연구에서는 당뇨병 탈진이 불량한 대사조절과 그 결과 아마도 합병증이 조기에 발생하는 중요한 위험인자라는 보고가 나올 것으로 예상된다. 당뇨병 탈진이 의료인의 사각지대에 있는 환자들에게 인식되고 이해됨으로써 제대로만 치료가 된다면, 탈진을 인식하고 이해하는 것은 대부분의 환자에서 장기적으로 혈당 조절을 개선시키고,

합병증 발생을 낮추는데 공헌할 가능성이 있다.

C. 당뇨병 탈진을 줄이기 위한 6가지 대책을 안다

당뇨병 탈진을 감소시키고 환자로 하여금 자기 관리를 계속 잘할 수 있도록 지원하기 위한 대책은 다음과 같다. 대책들이 다소 중복되지만, 그 효능은 상승적인 것으로 생각된다.

1) 당뇨병 탈진을 인식하는 법을 배운다.

당뇨병 탈진의 평가는 매우 어렵다. 환자는 당뇨병에 대한 자신의 복잡한 감정을 인지하지 못하거나 아니면(옳든 그르든 간에) 환자에게 판결을 내리는 의료인에게 자신의 그런 감정을 말하는 것에 당혹감을 느끼기 때문이다. 따라서 환자가 당뇨병 관리를 기준으로 지키려고 할 때 일어나는 분노나 고뇌에 대해 솔직하고 마음 편하게 표현하도록 유도할 필요가 있다. 예를 들어, “당뇨병 관리에 아무런 문제가 없지요! 그렇죠?”라고 묻기보다는 “당뇨병 관리를 할 때 누구나 많은 문제로 괴로워하는데 당신한테는 어떤 문제가 있습니까?”라고 물어 본다.

2) 환자와 함께 협력하는 인간관계를 만든다.

당뇨병 탈진이 있는 환자는 의료인과의 관계를 적대적인 것으로 생각하는 경우가 많다. 자신들을 비판을 받는 하급인간으로 간주하며 무례한 취급을 받고 있다고 믿는다. 따라서 이들은 면담 중에 위축되어 있거나 회피적일 수 있다. 또 의료인과의 약속을 연기하거나, 취소 또는 완전히 회피하는 경향이 있다. 이런 종류의 감정이나 생각이 전혀 불합리한 것은 아니다. 왜냐하면 이들은 전에 당뇨병에 관한(의료인을 포함한) 다른 중요한 사람들과 부정적 인간관계를 가진 일이 있기 때문이다. 따라서 효과적인 개입을 위해서는 환자가 당뇨병 관리에서 고군분투하고 있다는 점을 충분히 존중하는 것이 중요하다. 또한 의료인은 권위적이지 않고 부모와 같은 태도를 취하지 않으면서도 적극적인 관리 참여를 격려해 주는 유일하고 강력한 조언자이어야 한다.

당뇨병 탈진 환자와 면담할 때는 먼저 지금까지 시행해온 모든 자기 관리 행동을 재검토하는 시간을 충분히 가져야 한다. 목표를 설정하는 동시에 자기 관리의 결함뿐 아니라, 잘 되고 있는 부분을 환자가 인식할 수 있도록 도와야 하는 것도 잊지 말아야 한다. 또 혈당 기록을 잘 하도록 주의를 기울여야 한다. 비록 기록 자료가 빈약하더라도 만약 환자가 기록지를 보여줄 수 있는 여유가 있다면, 함께 혈당기록 자료를 차분히 검토하고 환자와 논의해야 한다. 혈당 기록에 주의를 기울인다는 것은 환자에 대해 충분한 배려를 하고 있다는 뜻이 되고, 이런 배려 행동이 환자로 하여금 계속 혈당기록 자료를 지참하도록 만든다.

당뇨병 탈진을 호전시키는 데는 시간이 걸린다. 그리고 정기적인 치료나 지속적인 만남의 관계를 확립하려면, 지지적이고 관심을 표하는 의료인의 존재가 가장 중요하다. 앞에서 설명한 것처럼, 당뇨병 탈진이 있는 환자는 면담 약속을 무시하거나 또는 이를 취소하는 경향이 있는데, 특히 환자가 자기 관리에 의욕을 잃어버리고 있을 때 이런 것이 더 강해진다(예를 들어, “혈당수치를 거의 기록을 하지 않았는데, 진료예약 일에 갈 필요가 없다. 어차피 담당의사는 화를 낼 테니까”).

3) 목표를 논의하여 결정한다.

자기 관리 목표가 명확하지 않거나 비합리적일 때, 당뇨병 탈진 상태가 일어나기 쉽다. 환자가 현재 가지고 있는 희망을 명확하게 하고, 보다 구체적으로 달성하기 쉬운 새로운 자기 관리의 목표를 지키도록 환자를 도울 필요가 있다.

4) 당뇨병에 대한 부정적 감정에 주의를 기울인다.

당뇨병 탈진에서는 목표 설정이나 다른 행동 개입이 잘 진행되지 않는다. 즉, 환자가 당뇨병에 대해 죄책감의 고통이 있거나, 낙담하고 화를 내며 두려움을 가지고 있는 경우에는 의료인의 지원 행동이 소중한 것으로 느껴지지 않는다. 이런 때는 환자가 당뇨병에 대해 가지고 있는 어렵고도 괴로운 심정을 시간을 두고 스스로 수용하도록 해야 한다. 환자가 어떻게 느끼는지에 대한 미리 짐작하지 말고, 환자에게 당뇨병에 대한 괴로움을 직접 물어보거나(예를 들어, “당뇨병이 당신을 어떻게 괴롭히고 있습니까?”), 환

자가 당뇨병을 어떻게 느끼고 있는지를 확인하는 것이 필요하다. (가령, “당뇨병을 어떻게 느끼고 있습니까?”, “당뇨병에 주의를 주는 것이 확실히 가치가 있다고 생각하십니까?”, “합병증이 일어날지도 모른다고 걱정하고 있습니까?” 등등)

5) 사회적 지원을 최대한으로 활용한다.

당뇨병 탈진 환자는 당뇨병 때문에 매우 고립되어 있다고 느낀다. 어느 누구도 자신의 질병의 고통을 이해하지 못한다거나 아니면 그것이 제대로 평가되지 않는다고 믿고 있다. 친구나 가족 구성원 또는 의료인이 환자를 진정으로 이해하고 적극적으로 지원하는 한편 환자 스스로 자신이 지원받고 있다고 느끼기 시작하면, 당뇨병 탈진 상태는 없어지기 시작한다.

보다 효과적으로 지원하기 위한 문제 해결 방법은 다음과 같다.

- ① 긍정적 지원 행동을 추가한다,
- ② 부정적 지원 행동을 배제한다,
- ③ 치료에 대한 책임을 명확히 한다.

6) 환자를 문제 해결에 적극적으로 개입시킨다.

당뇨병 탈진 환자에 대한 개입은 다음의 4가지 문제 해결의 관점에서 고려하는 것이 중요하다.

- ① 압도되어 어떻게 할 도리가 없다는 감정이 당뇨병 탈진 상태의 중심을 있기 때문에, 자기 관리 방법의 변경은 한 번에 한 가지 행동만으로 제한한다.
- ② 자기 관리 계획을 바꾸려 할 때 바꾸려는 영역이 환자의 생활습관에서 일상적으로 수행되고 있는 행동이 아닌 경우에는 먼저 그 행동을 규칙적인 생활습관으로 확립시키는 작업에 초점을 맞춘다.
- ③ 문제 해결책을 고려할 때 가능하면 환자가 전에 비슷한 문제를 잘 해결했던 방법이 무엇인지를 알아본다.
- ④ 간단하면서도 환자의 생활범위 내에서 할 수 있는 해결 방법을 먼저 실시한다.

참고 문헌

1. Cox DJ, Gonder-Frederick LA: Major developments in behavioral diabetes research. *J Consult Clin Psychol* 60:628-638, 1992
2. Goodall TA, Halford WK: Self-management of diabetes mellitus: a critical review. *Health Psychol* 10:1-8, 1991
3. Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE, Yano EM, Frank HJL: Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 3:448-457, 1988
4. Hoover JW: Patient 'burnout' can explain non-compliance. In *World Book of Diabetes in Practice*. Vol. 3. Krall LP, Ed. New York, Elsevier Science Publishers, 1988
5. Kurtz SMS: Adherence to diabetes regimens: empirical status and clinical application. *The Diabetes Educator* 16:50-56, 1990
6. Meichenbaum D, Turk D: *Facilitating Treatment Adherence*. New York, Plenum, 1987
7. Polonsky WH: Psychosocial aspects of diabetes. In *Psychophysiological Disorders*. Gatchel R, Blanchard E, Eds. Washington, DC, American Psychological Association, 1993
8. Polonsky WH, Anderson BJ, Lohrer PA, Welch G, Jacobson AM, Schwartz C: Assessment of diabetes-specific distress. *Diabetes Care* 18:754-760, 1995
9. Polonsky WH, Welch GM: Listening to our patients' concerns: understanding and addressing diabetes-specific emotional distress. *Diabetes Spectrum* 9:8-11, 1996
10. Rubin RR, Biermann J, Toohey B: *Psyching Out Diabetes*. Los Angeles, Lowell House, 1992
11. Welch G, Jacobson AM, Polonsky WH: Attitudinal predictors of the emotional impact of diabetes mellitus. *Diabetes* 44 (Suppl. 1):259A, 199

■ 지침

- » 고령의 당뇨병 환자가 직면하는 심리사회적 현실을 이해하는 것은 성공적인 당뇨병 치료 계획의 수립에 중요하다 (IIb, B).
- » 고령 환자의 당뇨병 관리를 위한 대책으로는 기능 상태의 평가 및 당뇨병 치료라는 두 측면에 환자 가족을 참여시키는 것이 있고, 그리고 현실적으로 달성 가능한 목표를 설정하는 것이다 (III, B).
- » 의료인은 고령 환자가 현재 직면하고 있는 정상적 발달 과제와 당뇨병이 부과하는 심리적 및 기능상의 장애를 이해하며, 노화와 당뇨병 조절에 관해 판단하지 않는(nonjudgmental) 태도를 취한다 (III, B)

■ 해설

A. 서론

당뇨병에서 대사 조절을 유지하려면 매일같이 적극적인 관심이 필요하다. 자기 관리 행동의 필요성은 나이가 든다고 감소되는 것이 아니다. 오히려 고령 환자인 경우에는 노화에 동반된 신체적, 사회적, 기능적, 심리적 변화와 당뇨합병증, 또는 여러 가지 만성 질환 때문에 보다 적극적인 관리가 요구된다.

B. 노화의 정상적 발달과제를 이해한다

노화는 인생에서 하나의 정상적인 현상이며 질병이 아니다. 많은 사람에게 노화는 우울증 혹은 치매의 증가를 의미하는 것도 아니고, 또 양육에서 자유롭고 낯시 또는 손주에게 줄 과자를 구우면서 유유자적하는 시기라고도 말할 수 없다. 은퇴의 과도기 동안에 사람들은 지적 활력을 시험 당하거나, 사회생활의 변화에 대응하거나, 새로운 가치관 확립에 주력하는 등과 같은 변화를 겪는다. 따라서 노화의 일차적인 발달 과제는 새로운 역할과 활동을 확립하고, 노화에 의한 신체적, 인지적 변화를 참아내며, 과거를 수용하고, 남은 인생의 의미를 찾아내는 것이다.

노화에서 어느 정도의 생애 위기는 정상 과정에 해당하지만, “상실”은 가장 중대하고 대처하기 어려운 경험이고, “슬픔”은 배우자나 가족, 친구를 잃은 사람이 보통 경험하는 것이다. 고령자가 직면하는 또 하나의 장애는 신체 질병이다. 다양한 신체 기능의 쇠퇴는 노화의 결과이고, 나이가 들수록 질병과 입원, 수술, 통증 등이 생길 가능성이 높고 능력이 상실될 가능성도 더 커진다. 노화에 수반된 신체적 부자유에 당뇨합병증이 추가로 발생하면 자활이나 생산적 활동이 더 어려워진다. 고령 환자에 대한 의료인의 태도는 환자의 치료에 영향을 준다.

1) 고령 환자와 공감하지 못하는 의료인의 태도로는 다음과 같은 것들이 있다:

- ① 당뇨병은 단순히 노화 과정의 한 부분이며, 심각한 게 아니다.
- ② 고령 환자는 변하지 않으며, 변화를 바라기에는 너무 나이를 먹었으며, 따라서 어떤 제안도 쓸모가 없다.
- ③ 고령자는 약하므로 고령자를 어린아이 다루듯 해야 한다.
- ④ 고령 환자의 두려움이 의료인 자신의 고령화나 죽음 또는 미래에 대한 두려움을 자극한다.
- ⑤ 고령 환자의 갈등이 의료인의 개인적 갈등을 자극한다.

2) 문제의 태도를 회피하려면 다음과 같이 해야 한다:

- ① 환자를 향한 자신의 부적절하고, 과장되며, 양가감정적이거나, 괴팍하고 집요한 감정에 주의를 기울리 하지 않는다.
- ② 이런 감정들을 함께 논할 수 있는 개인적 지원 시스템을 갖는다.
- ③ 치료 팀의 다른 사람들과 치료 책임을 분담한다.
- ④ 전문가로서 환자와 적당한 거리를 둔다.

C. 노화에 관한 환자의 생각을 이해한다

나이가 들면 당뇨병을 노화과정의 일부로 쉽게 생각하는 경향이 있다. 또 당뇨병을 그다지 중대한 것으로 받아들이지 않는 경향이 있어, 신중한 관리가 필요치 않다고 생각한다. 게다가 대부분의 고령자는 더 괴롭고 주의를 요하는 다른 만성 질환을 가지고 있다. 기본적으로 환자가 자신의 당뇨병을 인지하는 것이 치료준수를 결정하는 중요한 요인이 된다. 이런 “인지(perceptions)”에는 원인, 심각성, 결과, 통제감, 치료 효과성 등에 관한 신념이 들어 있다. 최근 연구에 의하면, 치료 효과성에 관한 신념과 의료 만족도에 대한 신념이 섭식과 신체활동을 가장 잘 예언해 주는 요인이었다고 한다. 또한 치료에 관한 신념은, 당뇨병에 관한 가족의 태도와 의료를 받은 과거의 체험, 합병증이나 혈당결과로 인한 주관적 불편감, 그리고 자존심 등이 혼합된 것이다.

가장 중요한 요점은, 자신의 걱정거리를 들어주고 그것이 진지하게 수용되길 고령자가 원한다는 것이다. 따라서 당뇨병이 고령 환자의 생활에 어떤 영향을 미치는지를 그리고 당뇨병 치료 중 어느 부분이 어려운지를 환자에게 물어보지 않으면 안 된다.

D. 고령 환자의 기능상태의 역할을 이해한다.

고령 환자의 기능 상태를 이해하는 것은 중요하다. 고령 환자가 단추를 채우거나 계단을 올라가는 일상의 활동을 어느 정도 수행하는지를 파악해야 한다. 사실 환자의 일상생활의 기능은 그의 대사 상태보다 더 절박하다. 또한 기능 평가(functional assessment)는, 실제적인 의료 관리나 현실적인 치료 목표들이 고령 환자의 잠재능력을

파악한 것에 달려 있기 때문에, 매우 중요하다. 물론 과거 병력이 도움이 되지만, 중요한 점은 관찰이다. 예를 들어, 청력과 시력의 감퇴는 효과적인 의사소통과 교육적인 지시, 의료적 권장내용 등의 이해를 방해한다. 이런 경우에는 외부의 잡음을 제거하고 환자와 마주 보고 천천히 굵은 소리로 말하며 질문을 큰 글자로 쓰며 적당한 조명을 제공하는 기법들이 효과가 있다. 또한 다음과 같은 고령 환자의 상태들에 주의를 주는 것이 중요하다:

- ① 인슐린을 계량하고, 혈당측정 검사를 하며, 발 검사를 충분히 할 수 있는 시력인지를 알아본다.
- ② 의학적 권고를 이해할 만큼 청력이 충분한지를 알아본다.
- ③ 계단을 오르고, 휠체어를 운전하며, 점검표에 기입하고, 침대에서 일어나고, 약병을 열고, 물건을 사고, 요리를 하고, 목욕탕에 들어가고, 옷을 입고, 또 운동 처방에 따라 걷거나 수영하거나 자전거를 타기 등등에 관한 신체적 적응력이 있는지를 알아본다.
- ④ 약제요법, 섭식 제한, 그리고 다음 번 방문 약속을 충분히 기억할 정도의 기민성과 지남력이 있는지를 알아본다.

E. 자기 관리의 장애를 명확히 한다

경제적인 궁핍은 고령자에게 큰 부담이 된다. 당뇨병 관리에 필요한 의료적 주의와 물품은 의식주와 밀접하게 관련되어 있다. 예를 들어, 충분한 영양 섭취가 혈당 측정보다 훨씬 더 중요할지도 모른다. 따라서 담당의사는 환자의 수입, 주거, 가정 간호, 자원(의식주, 운송, 이용시설, 개인 간호, 오락), 의료보험, 법률적 문제, 가족의 지원 등을 확실히 평가해 두어야 한다.

이러한 이용 가능한 자원들을 평가해야 할 의무가 있으며, 실제로 고령 환자를 공공 서비스에 연결시켜 주고 그에 대한 옹호자가 될 필요가 있다.

이러한 전략에서는 건강관리자가 환자에게 자주 시간 품을 들여야 하는 데, 하지만 치료 준수의 개선은 노력을 들인 만큼 빛을 발한다.

F. 작고 현실적인 목표를 설정한다

환자들은 기계적인 일상에서 혈당 문제의 원인이 되는 예측할 수 없는 변이들 (variations)을 쉽게 알아차린다. 이러한 자각이 종종 환자에게 죄의식이나 수치심을 갖게 하므로, 환자를 나무라거나 더 엄격한 담금질을 기대하는 것만으로는 효과가 없다. 이미 여러 번 나쁜 습관을 바꾸려고 시도했었을 것이기 때문이다. 더구나 지금껏 길들여진 식습관을 바꾸는 것은 환자에게 감당하기 어려운 문제가 된다. 당뇨병 관리에 대한 준수는 투병기간, 행동변화의 정도, 그리고 치료법의 복잡성에 부정적으로 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 목표를 달성할 수 없다는 무능감보다 소수의 사건들이 더 동기를 깎아 내리고 절망을 부추긴다. 아무리 작은 개입이 어떻게 삶의 질에 중요한 영향을 줄 수 있는지를 평가하는 노력을 한다.

한 번에 한두 가지 변화를 시도하도록 돕는다. 예를 들어, 아침식사 한 가지를 바꾸는 것은 전체 식단을 바꾸는 것보다 훨씬 더 현실적인 목표라 할 수 있다. 또 의자를 사용한 에어로빅 혹은 산보는 헬스클럽에 다니는 것보다 훨씬 더 실리적이다.

대부분의 고령 환자는 경구 혈당강하제에서 인슐린 주사로 바뀌는 것에 두려워한다. 이때 서서히 바꾸는 작전은 두려움의 완화에 도움이 될 것이다. 예를 들면, 경구 혈당강하제를 계속 투여하면서 취침 시에 소량의 인슐린을 주사하는 것부터 시작할 수 있다. 이런 방법으로 환자는 주사기를 다루는 것에 익숙해지고, 어린 시절의 아픈 기억에 남아 있는 예방주사와 인슐린 주사는 전혀 다른 것임을 알게 된다. 또한 주사 놓는 일에 익숙해진 것을 실감하게 되면 기분도 좋아지며, 아침에 한번 인슐린 주사로 시작하면 이미 절반은 한 것이라고 안심하게 된다. 다른 방법으로는 시험 삼아 한 달 동안 환자에게 인슐린 주사를 하고 이때 스스로 몸 상태가 좋아진 것을 실감케 하는 것이다.

G. 가족을 참여시킨다

고령 환자를 평가할 때 가족이나 사회적 지지를 고려하는 것이 항상 필요하다. 연구와 임상 증거 모두에서 가족 지지가 당뇨병 관리에 긍정적인 영향을 미친다고 주장한다. 가족 구성원은 당뇨병 치료의 관리자이며, 치료 준수의 감찰자이고, 진찰실로 데려가 주

는 교통수단의 제공자이기도 하다. 그러나 대부분의 당뇨간병인은 60세 이상의 여성이고 이들 중 거의 50%가 과중한 간병 부담으로 우울해 한다고 추정하였다.

가족회의에서는 당뇨간병인의 탈진(caregivers burnout)을 평가하고, 치료계획을 알려 주어 의논하며, 현실적으로 취할 수 있는 다른 방도를 검토하면서 결정을 분담한다. 가족 구성원은 환자의 당뇨병 관리에 관해 다른 조망을 가지고 있다. 환자의 자기보고내용과 가족의 관찰내용을 비교하다 보면 사회적 지지의 정도와 당뇨병 자기 관리의 수준에 대해 소중한 통찰을 얻는다.

H. 우울증의 경고신호를 잘 알아차린다.

당뇨병 환자에서 우울증 발생률이 성인일반인구의 3배에 이르지만, 고령 당뇨환자의 우울증은 잘 발견되지 못하고 제대로 치료되지도 않는다. 다른 연령집단에 비해 노년층의 자살률이 가장 높다. 우울증은 점점 가세되는 당뇨합병증, 자기 관리의 요구사항, 또는 변덕스런 혈당에 의한 좌절 등이 직접 축적된 결과인 경우가 많다. 치료 준수의 감소, 신체적 활동의 저하, 불량한 혈당 조절 등이 다시 우울증이란 결과로 이어진다. 우울증은 종종 알코올 섭취량을 증가시킨다. 알코올 의존은 심리적 및 신체적 부작용이 크기 때문에 고령 환자를 치료할 때 중요하게 고려해야 한다. 알코올 남용은 여성노인보다 남성노인에서 4배나 더 많다. 담당의사는 환자에게 알코올 소비량이 문제라고 생각하는지를 물어볼 필요가 있다.

우울증의 진단은 쉬운 것이 아니다. 혈압과 심장약, 신경안정제와 같은 일부 약제도 우울증을 야기할 수 있다. 더구나 고혈당 때문에 생긴 증상들이 종종 우울증으로 오인된다. 인지적 손상이 있을 때는 진단이 심지어 더 복잡해진다. 우울증과 치매의 감별진단은 매우 중요하다. 우울증은 치료가 가능하고, 지지적 처치와 항우울제에 잘 반응하기 때문이다.

참고 문헌

1. Funnell MM, Merritt JH: The challenge of diabetes and older adults. Nurs Clin North Am

- 28:45-60, 1993
2. Halter JB, Christensen NJ (Eds.): Diabetes mellitus in elderly people. *Diabetes Care* 13:1-96, 1990
 3. Hampson SE, Glasgow RE, Foster LS: Personal models of diabetes among older adults: relationship to self-management and other variables. *The Diabetes Educator* 21:300-307, 1995
 4. Kane RL, Ouslander J, Abrass IB: *Essentials of Clinical Geriatrics*. New York, McGraw-Hill, 1993
 5. Mooradian AG (Ed.): Diabetes in the elderly. *Diabetes Spectrum* 7:357-383, 1994
 6. Ruggiero L, Clark MM (Eds.): Obesity management in people with diabetes. *Diabetes Spectrum* 5:198-237, 1992

당뇨진료지침 시리즈 7

당뇨병의 심리적 지원을 위한 지침

발행처 : 보건복지부지정 2형 당뇨병 임상연구센터

서울시 동대문구 회기동 1번지 경희의료원 내분비내과

TEL: 02)958-8339

FAX: 02)958-8340

발행일 : 2008년 3월 00일

만든곳 : 골드기획

서울시 마포구 연남동 383-93

TEL: 02)326-2600

FAX: 02)335-2600

ISBN 978-89-93084-03-0

정가 10,000원

