

한국 권역 호흡기전문질환센터 호흡물리치료 실태조사

대한심장호흡물리치료학회지 제3권 제1호, 2015, PP.29-35

■ 김난수¹, 정주현², 정종화³

■ ¹부산가톨릭대학교 보건과학대학 물리치료학과, ²김해대학교 물리치료과, ³부산대학교병원 재활의학과 물리치료실

A Study of the Status of Pulmonary Physical Therapy of the Regional Special Respiratory Disease in Korea

Nan-Soo Kim¹, Ju-Hyeon Jung², Jong-Hwa Jeong³

¹Department of Physical Therapy, College of Health Science, Catholic University of Pusan,

²Department of Physical Therapy, Gimhae College,

³Department of Physical Therapy, Rehabilitation Medicine, Pusan National University Hospital

Purpose : This study has been conducted to identify the status of pulmonary physical therapy of the regional special respiratory disease in Korea. **Method** : A survey was conducted through structured questionnaire for the physical therapists working in regional special respiratory disease center in Korea. Survey items included general characteristics of the therapists, general characteristics, specialized therapist, the existing state of pulmonary physical therapy, respiratory disease center condition, patient and therapist satisfaction. **Results** : twenty percent of respondents were not specialized physical therapist in the hospital. forty percent of respondents were a lack of exclusive team. the chief diagnosis of chest physical therapy was chronic obstructive pulmonary disease(COPD), pneumonia. A problem of pulmonary physical therapy was a lack of cognition of a clinicians and patients. furthermore, lack of developing national insurance for respiratory rehabilitation. **Conclusion** : For the activation of pulmonary rehabilitation, it is necessary to develop national insurance for respiratory rehabilitation and to increase the special hospital and specialized physical therapists for pulmonary physical therapy.

Key words : Pulmonary physical therapy, Pulmonary rehabilitation, Respiratory disease

I. 서론

호흡재활은 만성호흡기질환 환자들의 신체적 및 심리적 컨디션을 개선시키고 건강증진 행동을 장기간 유지할 수 있도록 설계된 운동, 교육, 행동수정을 포함하는 개별 환자에 맞춘 평가에 기초한 포괄적인 중재이다(Spruit 등, 2013). 호흡재활의 목표는 질환을 개선 또는 안정화시킴으로써 환자의 증상을 감소시키고 기능을 최적화시켜 사회적 참여를 증가시키고, 건강관리 비용을 감소시켜(Ries 등, 2007) 환자의 삶의 질을 향상시키는 것이다(Sharma와 Singh, 2011).

실제로 만성호흡기질환 환자 관리에서 포괄적인 호흡재활 중재가 명백히 호흡곤란을 감소시키고, 운동수행력을 증가시키고, 건강관련 삶의 질을 향상시킨다는 수준 높은 근거들이 증가하고 있다. 호흡재활에서 가장 큰 비중을 차지하는 질환은 여전히 만성폐쇄성폐질환이다. 그러나 호흡기질환의 유형에 상관없이 많은 환자들에게서 말초근육, 심장, 영양, 심리사회적

기능부전과 자기관리의 어려움으로 인한 이차적 손상으로 이환율이 증가한다. 따라서 호흡재활은 기능적 능력과 건강관련 삶의 질을 감소시키는 호흡기 증상을 갖고 있는 모든 환자들에게 유용할 수 있다(Nici 등, 2006).

그러나 호흡재활 치료의 효과에도 불구하고 개발도상국의 많은 환자들은 의료진들의 질환에 대한 인식과 이해 부족 및 무지로 여전히 고통을 받고 있다(Sharma와 Singh, 2011).

우리나라의 경우 폐쇄성폐질환 유병률은 40세 이상 13.5%, 65세 이상 31.5%로 연령이 높을수록 유병률이 높았으며, 40세 이상에서 남자 20.6%, 여자 6.8%로 남자가 3배 이상 높았고 65세 이상에서 남자 47.5%, 여자 18.5%로 남자가 2배 이상 높았다. 그러나 5년간(2009-2013)자료를 통합하여 산출한 결과, 40세 이상 폐쇄성폐질환 유병자 중 의사로부터 만성폐쇄성폐질환 진단을 받은 사람의 비율은 2.9%, 현재 치료 중인 사람의 비율은 1.6%로 관리현황의 두 지표 모두 매우 낮았다(보건복지부, 2013).

2013년 대한 결핵 및 호흡기학회에서 우리나라 500명상 이

교신저자: 정주현

주소: 50811 경남 김해시 삼안로 112번길 198 김해대학교 물리치료과, 전화: 055-320-1715, E-mail: hyuni610@naver.com

상 2차 병원(9명)과 3차 병원(19명)에서 근무하는 호흡기내과 의사 28명에게 호흡재활치료에 대해 조사한 결과, 70% 이상의 병원에서 호흡재활치료가 전혀 이루어지고 있지 않았다. 호흡재활치료 실행률은 25% (7/28)였지만 조사에서 대학 병원만이 참여한 점을 고려하면 실제적인 실행률은 훨씬 떨어질 것으로 추정되며, 외국 지침에서 권고하는 호흡재활프로그램은 이루어지지 못하는 실정이었다(대한결핵및호흡기학회, 2015).

우리나라 호흡기 질환에 의한 사망률은 2014년 4위(통계청, 2014)로, 노인 인구나 흡연 인구의 증가 추세를 감안하면 앞으로 더욱 늘어날 것으로 예상되어 국가적인 차원에서도 관심이 집중될 뿐 아니라 그 중요성이 증대되고 있어 효율적인 건강관리와 환자 접근방법에 대한 재평가가 요구되고 있다(김순희, 2002).

이런 요구에 맞추어 2015년 호흡재활의 활성화를 위해 대한결핵 및 호흡기학회를 중심으로 대한심장호흡재활의학회, 대한심장호흡물리치료학회, 한국운동생리학회, 한국임상영양학회, 대한신경정신의학회, 한국간호학회 등 여섯 유관학회가 참여하여 호흡재활 지침서를 발간하였다(대한결핵및호흡기학회, 2015). 그리고 보건복지부는 의료 자원의 수도권 집중현상을 완화하고 지방 의료 환경 개선을 위하여 2008년부터 5개 권역에 호흡기전문질환센터를 1개소씩 건립 및 지원하고 있다(보건복지부, 2010).

호흡재활은 의사를 비롯한 물리치료사, respiratory therapists (호흡관리 전문가), 간호사, 심리학자, 행동전문가, 운동생리학자, 영양사, 작업치료사, 사회복지사 등의 여러 학문 분야의 건강관리 전문가들로 구성된 팀에 의해 이루어진다(Spruit 등, 2013). 이러한 포괄적인 호흡재활프로그램에는 다학제적 평가, 치료계획, 환자교육, 운동치료, 영양상담, 약물치료, 심리사회적 지원, 추후관리가 포함된다(Nici 등, 2006). 그중 핵심이 되는 프로그램은 운동치료로, 호흡훈련과 체위배당, 기침 등의 흉부 물리치료와 상지 및 하지 운동, 흡기근 훈련으로 구성된다(Sharma와 Singh, 2011). 따라서 호흡재활이 활성화되기 위해서는 흉부물리치료와 운동치료를 담당하고 호흡물리치료의 역할이 중요시되고 있다.

이에 본 연구의 목적은 국내 호흡재활의 활성화의 초석이 될 수 있는 5개 권역 호흡기전문질환센터의 호흡물리치료 실태를 조사하고 개선방안을 모색하는 것이다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상 및 연구절차

본 연구의 자료 수집을 위해 2015년 09월10일부터 09월23일까지 권역별 호흡기 질환 센터에 근무하는 물리치료사를 대상으로 e-mail 발송 및 우편을 통해 설문을 실시하였다.

2. 연구 도구

본 연구에 사용된 설문지는 우희순 등(2009)과 이희령 등(2012)의 연구에서 일부 항목을 발췌하였으며, 국내의 특이 사항에 따른 문항들은 호흡재활 관련 전문가 및 임상가의 의견을 반영하여 연구 목적과 최신 동향을 적절히 반영하도록 선택형 문항과 서술형 문항으로 구성하였다. 설문지 초안을 작성 후 호흡재활을 실시하고 있는 치료사 및 전문가를 대상으로 예비 조사를 실시하였으며, 수정보완하였다. 설문은 일반적 특성 5 문항, 호흡재활 전담치료사 4문항, 호흡물리치료 현황 7문항, 호흡물리치료 치료실 환경 2문항, 호흡물리치료 만족도 2문항, 호흡물리치료 개선사항 2문항으로 총 22문항으로 구성되었다.

3. 분석방법

본 연구의 결과 분석은 SPSS 18.0을 이용하여 실시하였으며, 5개의 기관에 대한 설문이므로 결과 값은 내용에 따라 인원 수 또는 기관의 개수로 표기하였다. 일반적 특성, 전담치료사 현황, 환자 현황 및 적용, 환경, 환자 만족도 및 개선사항은 모두 기술통계의 빈도분석을 사용하였다.

III. 연구결과

1. 설문 응답자의 일반적 특징

전체 응답자의 성별분포는 남자 5명(100%)이며, 최종학력은 학사 3명(60%), 석사 2명(40%)이었다. 응답자의 경력은 표에 나타난 바와 같이 4~6년 3명, 7~9년 1명, 10년 이상 1명으로 나타났다. 근무지역은 충청도 1명(20%), 경상도 2명(40%), 전라도 1명(20%), 강원도 1명(20%)로 나타났다(표 1).

표 1. 연구대상자의 일반적 특성 (n=5)

	구분	대상자 수(명)	백분율(%)
성별	남	5	100
	여	0	0
최종학력	학사	3	60
	석사	2	40
임상경력	4~6년	3	60
	7~9년	1	20
	10년 이상	1	20
근무지역	충청도	1	20
	경상도	2	40
	전라도	1	20
	강원도	1	20

2. 호흡물리치료 전담치료사

전담팀 유무의 응답에서 전담팀이 있다고 응답한 병원은 3기관(60%)이며, 전담팀이 없다고 응답한 병원은 2기관(40%)이었다. 전담치료사 인원은 1명이 2기관(40%)으로 가장 높았으며, 0명이 1기관(20%), 2명이 1기관(20%), 3명이 1기관(20%)으로 나타났다. 호흡물리치료 경력은 표에 나타난 바와 같이 3년 미만인 5명(80%)을 나타내어 높은 비중을 보였고, 6~9년이 1명(20%)으로 나타났다. 교육이수 시간은 30~50시간이 1명(20%), 50~60시간이 3명(60%), 100시간 이상이 1명(20%)으로 나타났다(표 2).

3. 호흡물리치료 현황

1일 호흡물리치료를 받고 있는 평균 환자 수를 묻는 질문에는 16~20명과 10명 미만이 2기관(40%)으로 가장 높았고, 10~15명 1기관(20%)으로 나타났다. 치료사 1인의 평균 치료시간은 20~30분과 30분 이상이 2기관(40%)으로 가장 높게 나타났고, 15~20분과 10분 이하는 1기관(20%)으로 나타났다. 환자의 치료비용은 1만원이 3기관(60%)으로 비중이 가장 높았고, 2만원과 3만원이 각각 1기관(20%)으로 나타났다.

각 호흡기 센터에서 호흡물리치료를 받고 있는 환자의 질환은 COPD와 폐렴, 근육병이 4기관(80%)으로 가장 높았고, 무기폐와 천식, 뇌졸중, 척수손상질환이 3기관(60%)로 나타났으며, 암이 2기관(40%), 외상환자가 1기관(20%)으로 나타났다.

호흡물리치료실에서 적용하는 중재방법에 대한 질문에서 자세변경의 항목 중 이완자세교육이 5기관(100%)으로 비중이

가장 높았고, 체위변경과 통증억제자세교육 2명(40%)으로 나타났다. 호흡운동 항목에서 오프린입술호흡운동, 횡격막호흡, 흉곽확장운동이 5기관(100%)으로 가장 높았고, 강제폐활량계운동과 도수과팽창기법은 3기관(60%)으로 나타났으며, 허두호흡운동과 분절호흡법은 2기관(40%)으로 나타났다. 기도청결기법 항목에서 기침 및 보조기침과 체위 배담 법, 진동 및 흔들기 또는 타진은 5기관(100%)에서 모두 실시하여 가장 높게 나타났고, 간헐적 호흡치료가 4기관(80%), ACBT와 고빈도흉벽진동요법이 3기관(60%), PEP도구운동이 2기관(40%)으로 나타났다. 호흡근 근력운동 항목에서 들숨근과 날숨근 근력운동은 4기관(80%)으로 나타났고, 들숨근 저항도구운동은 3기관(60%)으로 나타났다.

심폐지구력운동 항목에서 에르고미터 및 트레드밀 운동은 5기관(100%)으로 가장 많은 기관에서 실시하였으며, 평지 및 계단운동은 4명(80%)으로 나타났다.

호흡물리치료실에서 사용하는 치료수가 항목은 호흡재활 물리치료가 4기관(80%)으로 가장 높았고, 복합운동치료와 간헐적 양압/음압 치료가 3기관(60%)으로 나타났으며, 매트치료가 2기관(40%), 단순운동치료와 보행치료, 비급여 청구가 각각 1기관(20%)으로 나타났다.

호흡환자에게 적용하고 있는 평가방법은 관절가동범위(ROM) 검사가 4기관(80%)으로 가장 높은 비중을 보였으며, 6분 보행검사와 도수근력평가(MMT)가 각각 3기관(60%), 기침유속검사와 폐기능검사, 운동부하 검사, 흡기압/호기압 검사가 각각 2기관(40%)으로 나타났다. 한편, 기타는 3기관(60%)으로 나타났으며, 기타의 항목은 호흡곤란척도 평가, 산소포화도 검사로 응답하였다(표 2).

표 2. 호흡물리치료 전담치료사

(n=5)

		기관	백분율(%)
전담팀 유무	있다	3	60
	없다	2	40
전담치료사 인원	0명	1	20
	1명	2	40
	2.5명	1	20
	3명	1	20
호흡물리치료 경력	3년 미만	4	80
	6~9년	1	20
교육이수 시간	30~50시간	1	20
	50~60시간	3	60
	100시간 이상	1	20

표 3. 호흡물리치료 현황

(n=5)

		기관	백분율(%)
1일 평균 환자 수 (물리치료사 1인 기준)	10명 미만	2	40
	10~15명	1	20
	16~20명	2	40
평균 치료시간 (1인 1회 치료 기준)	10분 이하	1	20
	15~20분	1	20
	20~30분	2	40
	30분 이상	2	40
치료비용	1만원대	3	60
	2만원대	1	20
	3만원대	1	20
환자질환	COPD	4	80
	폐렴	4	80

표 3. 호흡물리치료 현황 (계속)

(n=5)

		기관	백분율(%)
환자질환	무기폐	3	60
	천식	3	60
	근육병	4	80
	뇌졸중	3	60
	척수손상질환	3	60
	암	2	40
	외상환자	1	20
치료방법	체위변경	4	80
	자세변경		
	이완자세교육	5	100
	통증억제자세교육		
	오르린입술 호흡운동	5	100
	허인두호흡운동	2	40
	횡격막호흡	5	100
	호흡운동		
	분절호흡법	2	40
	흉곽확장운동	5	100
	강화폐활량계 운동	3	60
	도수과팽창기법	3	60
	기침 및 보조기침	5	100
	체위배당법	5	100
기도청결 기법	진동, 흔들기, 타진	5	100
	PEP도구운동	2	40
	ACBT	3	60
	간헐적호흡치료	4	80
	고빈도 흉벽진동요법	3	60
호흡근 근력운동	들숨근과 날숨근 근력운동	4	80
	들숨근 저항도구운동	3	60
	심폐 지구력 운동		
	에르고미터 및 트레드밀운동	5	100
	평지 및 계단운동	4	80
치료 수가	호흡재활 물리치료	4	80
	단순운동치료	1	20
	복합운동치료	3	60
	매트치료	2	40
	보행치료	1	20
	간헐적 양압/음압 치료	3	60
	비급여	1	20
	기침유속검사	2	40
평가방법	폐 기능검사	2	40
	운동부하 검사	2	40
	6분 보행검사	3	60
	흡기압/호기압 검사	2	40
	ROM	4	80
	MMT	3	60
	기타	3	60

4. 호흡물리치료 치료실 환경

전용치료실 보유현황에서 전용치료실이 있다고 응답한 병원은 4기관(80%)이며, 전용치료실이 없다고 응답한 병원은 1기관(20%)이었다. 치료실 면적은 10~20평이 1기관(20%), 20~30평은 1기관(20%), 30평 이상은 2기관(40%)으로 나타났다(표 4).

5. 호흡물리치료 만족도

환자의 호흡물리치료 만족도는 매우 만족이 1기관(20%), 만족 1기관(20%), 보통 3기관(60%)으로 나타났다.

호흡물리치료사 업무만족도는 매우 만족이 2기관(40%)으로 높았고, 보통이 1기관(20%), 불만족이 1기관(20%), 매우 불만족이 1기관(20%)으로 나타났다(표 5).

6. 호흡물리치료 개선사항

호흡물리치료 적용 시 중요한 요소에 대한 응답에서 의료가 수가 및 비용과 치료사 인원이 4기관(80%)으로 가장 높은 요소로 나타났으며, 치료실 공간, 치료시간 보장, 치료사의 치료 기술 및 교육이수 2기관(40%), 치료기구 확보와 기타가 1기관(20%)으로 나타났다. 한편 기타의견은 호흡재활 관련 의료진의 의식개선을 중요요소로 응답하였다.

호흡물리치료사로서 갖춰야 할 필수요소로는 호흡훈련 및

표 4. 호흡물리치료 치료실 환경

(n=5)

		기관	백분율(%)
전용치료실	예	4	80
보유현황	아니오	1	20
치료실 면적	10~20평 (33.05~66.11 m ²)	1	20
	20~30평 (66.11~99.17 m ²)	1	20
	30평 이상 (99.17 m ² ~)	2	40

표 5. 호흡물리치료 만족도

(n=5)

		기관	백분율(%)
환자의	매우 만족	1	20
호흡물리치료	만족	1	20
만족도	보통	3	60
	매우 만족	2	40
호흡물리치료사	보통	1	20
업무만족도	불만족	1	20
	매우 불만족	1	20

표 6. 호흡물리치료 개선사항

(n=5)

		기관	백분율(%)
호흡물리치료 의 중요한 요소	치료실 공간	2	40
	치료시간 보장	2	40
	치료기구 확보	1	20
	치료사의 치료기술 및 교육이수	2	40
	의료수가 및 비용	4	80
	치료사 인원	4	80
	기타	1	20
호흡물리치료 사의 필수요소	방사선 판독 및 폐기능 검사	4	80
	호흡훈련기구 및 기구사용법	4	80
	호흡훈련 및 객담 배출방법	5	100
	운동처방 및 운동요법	5	100
	폐 질환에 대한 병태생리 및 질환의 특성이해	5	100
	기타	1	20

객담 배출방법, 운동처방 및 운동요법, 폐 질환에 대한 병태생리 및 질환의 특성이해 5기관(100%)으로 응답하였고, 방사선 판독 및 청진을 포함한 폐 기능검사 판독, 호흡재활기구 사용법 4기관(80%)으로 답하였다. 기타로는 영양 및 심리적 중재에 대한 이해에 대해 응답하였다(표 6).

IV. 논 의

보건복지부는 2008년 전북대학교병원, 2009년 영남대학교병원, 충북대학교병원, 2010년 부산대학교병원, 강원대학교병원을 권역 호흡기전문질환센터 사업자로 선정하여 건립을 지원하여, 5개 권역에 호흡기전문 질환센터가 개원되었다(보건복지부, 2010). 이에 본 연구에서는 포괄적인 호흡재활에서 중요한 역할을 담당하고 있는 호흡물리치료 실태를 조사하였다.

호흡물리치료 전담팀은 권역 호흡기전문질환센터 물리치료실 5기관 중 2개 기관에서 구성되어 있지 않았고, 전담 물리치료사가 없는 기관도 1개, 1인 이하인 경우가 전체 60%로 나타났다. 이러한 결과는 서울, 경기지역 종합병원의 흉부물리치료 실태조사에서 전담치료사가 없다는 응답 86.7%보다는 낮았으나(이윤섭과 임승건, 2002), 호흡기전문질환센터라는 전문성을 고려할 때 아직 체계적인 호흡물리치료를 담당할 수 있는

조직과 인력이 부족함을 보여준다.

치료사의 호흡물리치료 경력은 3년 이하가 80%, 관련 교육 이수 시간도 60시간 이하가 80%로 나타난 것은 우리나라에서 흉부물리치료가 1958년부터 시작되었으나(이윤섭과 임승건, 2002), 호흡물리치료 전문기관이 부족하고 활성화되지 않았기 때문으로 사료된다. 미국의 경우 심호흡계 전문물리치료사 자격 시험 요건은 최근 10년 동안 2000시간을 그 분야에서 직접 환자를 치료한 임상경험을 갖고 있으면서, 전체 시간의 25%에 해당하는 500시간을 최근 3년 동안 경험한 물리치료사이거나 APTA의 심호흡계 전문가 과정(postprofessional clinical residency)을 이수한 사람이다(American Physical Therapy Association, 2015). 우리나라에서도 2013년부터 대한심장호흡물리치료학회를 중심으로 호흡물리치료전문가 양성 교육과정이 운영이 되고 있는데(김호봉, 2015), 앞으로도 전문지식과 자격을 갖춘 전문가를 양성하는 체계적인 교육과 임상 현장이 확대되어야 할 것이다.

호흡물리치료 현황에서 물리치료사 1인의 1일 평균 환자 수가 5개 기관에서 평균 15명 정도, 환자 1인의 평균 치료시간은 20분 이상이 60%로 나타났다. 이 결과는 서울, 경기지역 종합병원의 흉부물리치료 대상 환자 수가 1개월 동안 평균 5명 미만이 79.4%, 치료시간은 10분이 52.7%로 나타난 선행연구(이윤섭과 임승건, 2002)와 큰 차이가 있다. 치료비용은 1회 2만 원 이상이 40%를 차지하여 환자의 의료비 부담이 클 수 있었다. 치료가 적용되는 주요 질환은 COPD와 폐렴 등 호흡계 질환과 근육병이었으나 뇌졸중이나 척수손상 같은 신경계 질환에도 적용되고 있었다. 만성질환자는 호흡기 기능감퇴로 유병률이나 사망률이 증대될 수 있으므로, 장기간 동안 신체적인 활동에 제한을 받고 있는 만성질환자가 치료의 대상일 때는 심호흡계 적합성에 대한 평가와 적절한 치료적 운동을 모색해야 한다(김기승, 2009).

호흡물리치료 중재로 호흡운동, 자세변경, 기도청결기법, 호흡근 근력운동, 심폐지구력운동이 시행되는 것에 반해 적용되는 치료수가는 단순한 호흡재활이나 복합운동, 또는 간헐적 양압/음압치료로 실제 중재와 수가가 일치하지 않았다. 따라서 호흡재활이 활성화되기 위해서는 의료서비스를 제공하는 병원과 환자의 경제적 측면을 고려한 의료수가의 개발과 현실화가 필요하다. 미국흉부학회와 유럽호흡기학회에서는 호흡재활프로그램 중 운동치료로 심폐지구력운동 이외에도 인턴벌이나 근력, 상지, 유연성 훈련도 추천하고 있으며 신경근 전기 자극치료에 대한 근거도 제시하고 있다(Spruit 등, 2013). 특히 근력운동은 근기능 개선과 더불어 말초조직의 유산소 에너지시스템의 효율성을 제고시켜 호흡계 질환의 주요 증상인 호흡곤란을 감소시킬 수 있는 중요한 중재이므로 적용되어야 한다. 또한 비침습적 중재

의 전문가로서 물리치료사는 환자가 건강증진 행위를 채택하고 유지할 수 있도록 교육하는 것도 중요하다(Frownfelter과 Dean, 2012).

호흡물리치료 전용치료실은 4개의 기관에서 보유하고 있으며 기관에 따라 전용면적의 크기가 10평에서 30평 이상으로 다양했다. 표준화된 근거중심 호흡물리치료를 실시하기 위해서는 병원규모에 맞는 시설 및 장비 등에 관한 지침에 대한 논의가 필요하다.

호흡물리치료에 대한 환자의 평균 만족도는 3.6점(5점 만점)으로 대도시 종합병원 물리치료실을 이용하는 환자를 대상으로 조사한 만족도 78점(100점 만점)보다 조금 낮았다(정현식 등, 2002). 물리치료사의 평균 업무 만족도는 3.2점(5점 만점)으로 부산지역 대학병원 물리치료사를 대상으로 조사한 만족도 2.62(4점 만점)점과 유사했다(안소운 등, 2002). 그러나 기관에 따른 업무만족도의 차이가 매우 큰 것으로 나타났는데, 이러한 차이는 기관에 따른 전담팀과 전용치료실 유무 등과 같은 업무 환경의 차이가 반영된 것으로 생각된다.

호흡재활이 활성화되기 위해서는 첫째 적용되는 중재에 적합한 의료수가의 개발, 둘째 포괄적인 팀치료를 위한 관련 전문가들의 이해와 협력, 셋째 호흡물리치료 전문가 양성 및 시설의 확충, 넷째 호흡재활에 대한 홍보를 통한 의료진과 환자의 인식 개선이 필요하다고 나타났다. 이것은 호흡재활이 활성화되지 않는 이유가 낮은 수가로 인한 운영상 문제점과 의료시설의 미비와 의료진의 인식부족 때문이며, 호흡재활의 활성화를 위해서는 수가의 현실화, 환자와 의료진의 인식전환, 인력과 시설의 확충, 국내 현실에 맞는 호흡재활 프로그램의 개발이 필요하고(대한결핵및호흡기학회, 2015), 호흡재활치료에서 각 분야의 전문가간의 의사소통은 매우 중요하다(김기송, 2009)는 주장과 일치한다.

호흡전문 물리치료사가 갖춰야 할 필수요소로는 가장 많이 중재로 적용하고 있는 호흡훈련과 객담배출, 운동처방 및 운동요법에 대한 지식 외에도 폐질환에 대한 이해와 방사선 판독 및 폐기능검사에 대한 이해가 필요한 것으로 나타났다, 따라서 호흡물리치료 전문가 양성 교육프로그램에 물리치료 중재 이외에도 호흡기 질환에 대한 의학적인 검사와 평가에 대한 교육이 강화되어야 할 것이다.

본 연구는 5개 권역 호흡기전문질환센터의 물리치료실을 대상으로 조사를 제한한 것이므로 우리나라 전체의 호흡물리치료 현황을 살펴보기 위해서는 앞으로 다양한 기관과 이용 환자를 대상으로 조사하는 연구가 필요하다.

V. 결 론

5개 권역 호흡기전문질환센터의 호흡물리치료 실태를 조사한 결과 기관에 따라 차이는 있으나 호흡물리치료 전담 조직과 인력이 부족하고, 치료방법에서 호흡재활프로그램으로 권장되는 중재법이 시행되고 있지만 추가적으로 프로그램에 근력운동의 강화가 필요하고, 시행되는 치료방법에 해당하는 의료수가가 없거나 비현실적이어서 의료서비스를 제공하는 병원과 환자가 경제적 부담을 갖고 있으며, 기관에 따라 치료사의 업무만족도의 차이가 컸다.

따라서 호흡재활이 활성화되기 위해서는 적합한 의료수가의 개발, 포괄적 중재를 위한 관련 전문가들의 이해와 협력, 호흡물리치료 시설의 확충, 호흡재활에 대한 홍보를 통한 의료진과 환자의 인식 개선이 필요하다. 또한 호흡기 질환에 대한 의학적인 전문지식을 바탕으로 환자의 문제를 평가하고 근거중심의 운동치료를 중재하고 건강증진 행위를 교육하여 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 호흡전문물리치료사의 양성이 요구된다.

참고문헌

- 김기송. 호흡기 질환의 물리치료적 접근방법. 대한물리치료과학회지. 2009;16(3):67-74.
- 김순희. 만성 폐쇄성 폐질환 환자에게 적용한 가정 호흡재활프로그램의 효과 검증. 석사학위논문 2002.
- 김호봉. 한국의 심장호흡물리치료. 제2회 국제학술포럼; 한일 호흡재활 활성화. 발표자료. 2015.
- 대한결핵및호흡기학회. 호흡재활지침서. 대한결핵및호흡기학회 2015.
- 보건복지부. 2013 국민건강통계 국민건강영양조사. 2014
- 보건복지부. 권역별 전문질환센터 4개소, 어린이병원 1개소 선정 · 지원. 2010.
- 안소운, 김원중, 허영배. 물리치료사의 근무실태와 직무만족 및 직장애착. 대한물리치료학회지. 2002;14(4):308-322.
- 우희순, 장기연, 차태현, 오종치. 국내 작업치료사의 연하장에 재활치료 실태조사. 대한작업치료학회지 2009;17(3):69-77
- 이운섭, 임승진. 서울, 경기도지역 종합병원의 흉부물리치료 실태조사. 대한물리치료학회지 2002;14(2):153-161.
- 이희령, 김지연, 한 대성. 한국 작업치료의 인지재활 실태조사. 대한작업치료학회지 2012;20(2):74-84
- 정형식, 박형식, 박태섭, 박진형, 김영록. 물리치료 서비스에 대한 환자의 만족도 조사. 한국전문물리치료학회지 2002;9(1):97-110.
- 통계청. 사망원인통계연보. 통계청 2014.

- American Physical Therapy Association. 2016 CARDIOVASCULAR & PULMONARY SPECIALIST CERTIFICATION CANDIDATE GUIDE. Alexandria, VA: American Physical Therapy Association; 2015.
- Frownfelter D, Dean E. Cardiovascular and Pulmonary Physical Therapy, 5th ed. Mosby; 2012:20.
- Nici L, Donner C, Wouters E, et al. American Thoracic Society; European Respiratory Society. ATS/ERS statement on pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2006;173(12):1390-1413
- Ries AL, Bauldoff GS, Carlin BW, et al. Pulmonary rehabilitation: Joint ACCP/AACVPR evidence based clinical practice guidelines. Chest 2007;131(5):4S-42S.
- Sharma BB, Singh V. Pulmonary rehabilitation: An overview. Lung India 2011;28(4):276-284.
- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, et al.; ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med 2013; 188(8):13-64.