



의학적 측면에서의 장애인 재활

강 세 윤

(강남성모병원 재활의학과장)

인간은 누구나 오래 살기를 원하고 있으며 살아있는 동안 신체적 기능을 유지하며 자유로이 활동을 할 수 있게 되기를 바라고 있다. 그러나 사람은 나이가 들수록 신체의 모든 기능은 점차 떨어지기 마련이며, 각종 질병과 외상으로 전과 같은 생활을 할 수 없는 경우가 생기게 된다.

의학의 발달로 질병이나 외상 등으로부터 많은 사람들이 생명을 구할 수 있게 되었고 또한 수명도 연장되어 매우 다행한 일이지만, 한편으로는 절단, 마비, 변형 등 여러 장애가 남게되어 많은 사람들이 활동의 제한을 받게 되었고 심한 경우에는 다른 사람의 도움없이 일상생활을 할 수 없게 되어 의학적인 면에는 물론 사회적인 측면에서도 해결하여야 할 또하나의 새로운 문제로 대두되고 있음은 주지의 사실이다.

유엔(UN)에서 정한 장애인 권리선언에서는 “장애자라 함은 선천적이든 후천적이든 관계없이 신체적·정신적 능력의 불완전으로 인하여 개인의 일상 또는 사회생활에 필요한 것을 확보하는데 자기자신 으로서는 완전하게 또는 부분적으로 할 수 없는 사람을 의미한다”라고 정의하고 있다. 한편 우리나라의 심신장애자 복지법에서는 심신장애를 지체부자유, 시각장애, 청각장애, 음성언어장애 및 정신박약으로 구분하고 있는데, 장애란 일반적으로 사지 절단, 마비, 농(귀머거리), 맹(소경) 등과 같이 신체의 어떤 부분에 결함이 있거나 또는 정신지체에서와 같이 지능이 떨어지어 사회적응이 잘 되지 않는 경우를 말한다. 그런데 이러한 신체적 또는 지능적 결함은 치료, 교육 그리고 훈련 등을 실시하면 많이 개선될 수 있으므로 장애의 개념은 시대와 사회에 따라 점차 달라지고 있다.

예를 들면 하퇴(중아리부위)가 절단된 환자는 신

체적으로는 심한 장애가 있지만, 만일 그가 재활치료를 잘받아 의지를 착용하고 직장생활을 하며, 탁구, 수영 등 운동을 즐기고, 등산, 낚시 등 취미생활을 하면서 살고 있다면 기능면이나 사회생활 면에서 볼때에는 그를 장애자라고 부르기가 매우 어려우며, 이와 반대로 무릎의 관절염이나 허리에 발생한 디스크 등으로 장기간 직장생활이나 사회생활을 하지 못하고 있는 사람이 있다면 비록 그는 신체적 결함은 경미하다 하겠으나, 기능면이나 사회적 측면에서 볼때에는 장애자로 보아야 타당할 것이다. 그러므로 근래에 와서는 장애자의 기준을 주로 신체적 또는 지적 결함의 정도에 두기보다는 오히려 일을 할 수 있는 능력과 가정 및 사회생활의 불편정도 등으로 장애자를 판정하고 구분하는 것이 타당한 것으로 받아들여지고 있는데, 이는 장애자의 능력은 얼마든지 향상될 수 있으며, 또한 장애자도 일반인과 마찬가지로 사회의 구성원으로 활동할 수 있기 때문이다. 장애인 재활이란 장애자에게 그의 기능을 최대한으로 회복시켜 사회로 복귀시키는 전과정을 말하며 이러한 과정에서 관여하는 전문분야에 따라 의료재활, 교육재활, 직업재활, 사회재활 등으로 구분한다.

Dr. Rusk(New York)는 일찍이 “의료적 치료는 외상과 질병에 대한 병소 치유만으로 끝나는 것이 아니며, 환자가 장애를 갖게 되었을때 남아 있는 기능으로 일상생활과 일을 할 수 있도록 훈련시키는 것까지 포함되어야 한다고 지적하였는데 그의 주장에서 우리는 의료재활의 의미를 찾아 볼수 있다. 즉 의료재활은 장애자에 대한 의료적인 치료뿐 아니라 장애의 발생을 최소로 줄이도록 하는 예방의 역할도 담당하고 있으므로 장애의 원인이 되는 질병이나 외상 치료의 초기에서부터 관여하여야 한다. 또한 직

업재활을 위한 기능검사와 적응훈련에도 관여하게 되며 장애자가 직업을 갖고 사회생활을 하는 중에 발생하는 여러가지 신체적 문제에 대한 의료적인 치료도 담당하게 된다.

그러므로 의료적 재활은 의사를 비롯한 여러 전문요원이 팀을 이루고 시행하게 된다. 즉 재활의학 전문의와 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 보장구제작사, 사회복지사, 임상심리사들이 의견을 종합하여 장애종류와 장애정도를 평가하고 치료계획, 치료목표를 설정하여 치료계획에 따라 치료를 실시하게 된다. 장애에 따라서는 재활학과 이외에도 정형외과, 안과, 이비인후과, 정신과, 신경외과, 소아과 등의 전문적 진료가 필요하게 된다.

이와 같이 의료재활이란 장애자 재활과정의 첫단계로부터 전과정에 관여하게 되는 가장 기본적이고 중요한 부분인 동시에 장애자나 그 가족이 원하는 가장 우선적인 욕구가 되기도 한다. 이러한 의료재활을 전문적으로 취급하는 의학의 한 전문분야가 재활의학이라 할 수 있다.

우리나라에서의 장애자의 의료재활은 6·25 동안으로 많은 전상자가 발생하여 국가보훈차원에서 이들 상이군경에 대한 치료를 실시한 것에서 그 맥을 찾을 수 있는데, 1960년대까지만 하더라도 의료재활은 외상환자와 소아마비 등 일부 질환에 대한 정형외과 및 신경외과적 수술치료에 의존도가 높았으며, 비 수술적치료로 주로 물리치료가 시행되고 있었다. 그후 동 분야에 관심이 있는 많은 의료인들의 꾸준한 연구와 노력으로 재활의학분야도 학회를 결성하게 되었고(1972), 장애자 진료에도 적극 참여하게 되었다. 1983년 재활의학이 전문과목으로 인정되게 되면서 매우 짧은 역사속에서도 연구와 진료에 전념하여 많은 발전을 가져오게 되었다. 그러나 현재 재활의학 전문의는 총 54명이고, 전문의에 의하여 독립된 “과”로서 진료를 실시하고 있는 의료기관은 전국에 20개(대학부속병원 : 13, 종합병원 : 4, 의원 : 3)에 불과하여 많은 장애자들이 올바른 의료재활을 받지 못하고 있는 것은 안타까운 일이다.

재활학과에서 시행하고 있는 진료내용은 임상 의 다른 과에서와 마찬가지로 진단과 치료이며, 재활의학 영역에서는 장애의 평가가 매우 중요시되고 있다.

어떤 치료에 있어서도 효과를 얻으며 정확한 진단

이 선행되어야 한다. 진단은 다른과에서와 마찬가지로 주로 문진, 이학적조건, X-선등 각종 검사를 통하여 이루어지는데, 특히 장애의 진단과 기능평가에는 근전도와 도수근력검사 및 관절운동가동력 측정이 중요시되고 있다. 근전도는 신경 및 근육의 병변을 진단하고, 감별하는데 매우 유효한 검사인데 근전도 검사를 통하여 병변부위 및 손상정도를 알수 있으며 병변에 따라서는 현재 진행상태와 예후를 판정하는데 많은 도움을 준다. 따라서 근전도는 진단 뿐 아니라 치료계획의 수립과 장애판정에도 응용되고 있다. 장애자의 정확한 능력평가는 재활치료 계획을 세우고 재활목표를 설정하는데 매우 중요하다. 장애자의 기능평가는 도수근력검사와 관절운동가동력 측정치를 기초로 하여 일상생활동작, 보행 등 주로 활동여부를 검사하고 관찰하므로 이루어진다. 그러나 실제에 있어서 기능평가는 그리 간단하지는 않다. 왜냐하면 재활은 환자의 의욕에 따라 많이 달라질 수 있으므로 기능평가지 환자의 심리상태와 가족의 관심도 등이 고려되어야 하며, 또한 같은 정도의 신체적장애가 있다하더라도 주거환경과 문화배경, 사회인식에 따라 장애자가 겪는 불편도는 얼마든지 달라질 수 있기 때문이다. 그러므로 기능평가는 절대적이어야 하면서도 상대적인 면을 전혀 배재할 수는 없게 된다. 기능평가는 “의료팀”에 의하여 실시된다. 팀은 장애부위뿐 아니라 전체적인 면에서 평가하게 되며, 장애로 인하여 환자가 어떤일을 할 수 없는가에 관심을 갖는것보다는 남아있는 기능으로 무슨일을 할수 있는가에 초점을 맞추게 된다. 임상에서는 흔히 PULSUS PROFILE 또는 BARTHEX INDEX 등이 기능평가에 이용되고 있는데, 우리의 의식구조와 생활양식에 맞는 장애자 기능평가 기준이 고안되면 더욱 유효한 평가를 실시할 수 있게 될 것으로 생각된다.

재활치료의 주목적은 크게 두가지가 있는데 그 하나는 장애의 발생을 예방하는 것이며, 나머지 하나는 기능을 회복시키거나 향상시키는 것이다. 그러므로 질병초기나 수상직후부터 재활치료가 실시되어야 한다. 예를 들면 뇌졸중에 의한 편마비나 척수손상에 의한 하지 마비 환자에게 초기부터 마비된 부위의 관절운동을 실시하면 좋은 결과를 얻을수 있음이 증명되고 있다.

의료재활은 장애의 종류, 장애자의 나이, 직업, 가정형편 등 여러조건에 따라 치료내용을 달리하게

된다. 치료에는 장애의 원인이 되는 병적요소를 제거하기 위한 약물 및 수술치료와 기능을 향상시키기 위한 물리치료, 작업치료, 언어치료 등이 대중을 이루고 있다. 이 밖에도 보조기, 목발, 지팡이, 의자차(휠체어)를 사용하게 하며, 난청환자에게는 보청기를 착용시키고 절단 환자에게는 의지를 제작하여 착용하게 한다. 이들중 물리치료와 작업치료에 대하여 간략하게 설명하면 다음과 같다.

물리치료란 열, 광선, 전기, 물, 운동 등 물리적 요소(physical agent)를 이용하여 신경근 골격계의 병변을 치료하는 것으로 의료재활에 있어서 중요한 치료분야의 하나이다. 사용하는 물리적 요소에 따라 열치료(온열치료, 한냉치료), 전기치료(전기자극치료, 경피신경자극), 광선치료, 수치료, 운동치료, 맛사지, 척추전인치료 등으로 구분한다.

물리치료는 여러 목적에 따라 처방 하게 된다. 즉 통증제거, 근력강화, 관절운동범위 확대 등을 얻기 위하여 시행되며 특히 의료재활측면에서는 이동능력증진과 보행훈련 등이 매우 중요한 치료내용이 되고 있다.

작업치료는 기능장애가 있는 환자를 치료하고 훈련시키기 위하여 선택된 동작이나 활동을 할 수 있도록 가르치는 것으로, 이러한 치료적활동(Remedial Activity)은 대부분 작업(Work)과 운동(Exercise) 그리고 놀이(Play)를 통하여 이루어지고 있다. 그러므로 작업치료는 치료라기 보다는 훈련적 요소가 많으며, 일상생활을 하는데 필요한 상지기능 향상에 역점을 두게 된다.

한국인구보건연구에서 실시한 전국 심신장애자 실태보고서(1985년)에 의하면 우리나라의 심신장애자는 915,000명에 이르고 있는데 이 중 지체장애자가 58.5%로 약 3/5를 차지하고 있다. 시각장애자는 6.4%이며, 언어, 청각장애자가 26.8%, 그리고 정신지체가 8.3%이다. 지체 장애자중 마비에 의한

것이 47%로 약 반수에 이르고 있으며, 관절강직이 17%, 기형 및 변형으로 인한 것이 16%이고 그리고 동통으로 인한 장애가 14%이다. 동 조사에서 우리의 관심을 끌게하는 것은 지체장애자들중 재활치료를 받지 못한 경우가 77.9%나 되며, 또는 그들이 개인적 요구와 사회적지원 요구가 무엇인가에 대한 질문에 “의료혜택”이라 답한 것이 각각 61.1%, 52.3%나 되어 지체장애자의 반수 이상이 의료재활의 서비스를 받기를 원하고 있음이 나타나고 있다. 이미 지적한바대로 현재 우리나라에는 약 100만명의 장애자가 있음에도 이들이 전문적 진료를 받을 수 있는 의료기관은 극히 적으며, 이들을 전문적으로 진료할 재활의학 전문의도 아직 많이 모자라는 형편이다.

의료재활이 잘 이루어 지려면 모든 시설을 갖춘 의료기관에서 전문직 팀에 의하여 질병이나 외상초기부터 진료를 실시하여야 하며, 또한 환자나 그 가족의 욕구와 이해 그리고 협조와 노력이 뒷받침되어야 한다. 이는 장애를 최소로 줄이고, 기능을 최대한 증대시킬 수 있으며 또한 재활 기간을 단축시킬 수 있는 유일한 길이기 때문이다.

장애자가 재활을 하는데에는 많은 경우에 장기간이 걸리며, 어느단계에 이르면 의료재활의 내용도 치료보다는 훈련이 더 많은 비중을 차지하게 된다. 따라서 병원에서 일차적인 재활치료를 받은 장애자들이, 장기적으로 재활치료를 받을 수 있는 장애자센터나, 기타 장애자 복지시설의 건립이 요구되고 있다. 장애자의 재활은 사회전체가 참여할때 이루어 질 수 있다. 특히 재활과정에서 가장 중요한 역할을 하고있는 의료재활에 종사하는 의료인과 의료기관의 경영자들이 장애자를 이해하고 이들의 재활에 관심을 갖고 장애자 재활에 적극적으로 참여하게 될 때 복지사회가 한 걸음 빨리 이룩되리라 생각된다.