

뇌졸중환자의 삶의 질에 대한 연구 동향

김천대학 물리치료과

이규리 · 김 근조*

A Study of the Trend on Quality of Life with Stroke

Lee, Curie / Kim, Keun-Jo

Dept. of Physical Therapy, Kimchon College

— ABSTRACT —

Stroke is the leading cause of adult disability and the third leading cause of adult death in the world. Stroke has an impact on the physical, psychological and social dimensions of quality of life.

An increasing number of authors have reported a deterioration of the quality of life in a large proportion of patients after a stroke. Just as satisfaction with each dimension varies to every one, the importance of each dimension also varies and does not impact equally on the quality of life.

So assessment on the quality of life has to adopt a multidimensional approach and to make use of the subjective and objective indicators.

Key Words : Stroke · Quality of Life · Assessment

김천대학 물리치료과 조교수

* 김천대학 물리치료과 조교수

차 례

I. 서론

1. 연구의 필요성
2. 용어의 정의

II. 이론적 배경

1. 뇌졸중
 - 1) 정의
 - 2) 분류
 - 3) 위험요인 및 예후
2. 삶의 질
 - 1) 개념의 발달
 - 2) 삶의 질의 측정과 평가
3. 뇌졸중과 삶의 질
 - 1) 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 측정
 - 2) 뇌졸중 환자에서 삶의 질의 변화

III. 결론

1. 삶의 질에 대한 시사점
2. 삶의 질에 대한 과제

※ 참고문헌

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 의학 및 보건 분야에서는 질병의 치료 및 생명의 연장과 함께 심혈관 질환, 만성 폐색성 폐질환, 류마티스성 관절염 등의 만성질환과 종양환자 및 장애인의 삶의 질을 높이고 생의 만족도를 증진시키기 위하여 많은 관심이 집중되고 있으며(편성범 외, 1994), 건

강이 개인의 모든 면에서의 생활에 대한 적합성으로 질병의 부재 뿐 아니라 육체적, 정신적, 사회적 안녕의 상태에 있는 개인을 포괄하는 것이라는 WHO의 개념이 제시됨에 따라 종래의 의학적 가치보다는 환자의 삶의 질 및 만족도에 대한 관심이 증가하고 있다.(백태선, 1998)

뇌혈관 질환은 미국에서 제 3위의 사망원인이 되고 있고, 재활이 필요한 가장 빈번한 장애중의 하나이며, 한국에서도 순환기 질환이 가장 높은 비중을 차지하는 사인이 되고 있는데 그 중에서도 고혈압과 뇌혈관 질환이 대부분을 차지 하고있다.(조유향, 1989) 뇌졸중을 경험한 대부분의 사람들은 경도에서 중등도까지 신경학적 결함을 가지고 있고, 보행, 자조, 배변과 같은 기본적인 일상생활이 독립적으로 가능하지만, 가사의 운영, 여가활동과 같은 진보된 활동에서는 의존성이 증가하며, 삶의 질도 낮다고 보고하였다.(Duncan, 1997)

서구에서 삶의 질에 대한 논의가 시작된 것은 1940년대까지 거슬러 올라갈 수 있으나,(임희섭, 1996) 삶의 질 측정에 대한 노력은 아이젠하워 대통령의 국가 목표위원회에 대한 보고로 1960년에 시작되었다. 그 보고서는 교육, 개인에 대한 관심, 경제적 성장, 건강과 복지, 자유세계의 방어와 같은 다양한 사회적, 환경적 요인을 포함한다. 미국인의 최근의 삶의 질에 대한 연구는 Andrews, Withey, Campbell, Converse, Rodgers에 의하여 이루어 지고 있으며, 1977년 정부의 사회지표에 대한 보고는 가정에서의 만족, 건강에 대한 보호, 재창조의 기회와 같은 주관적 요인 뿐 아니라 경제적 생산성, 범죄율, 가족의 수입, 건강지표, 사고율과 같은 객관적인 지표를 포함시켰다.(Flanagan, 1982)

그러므로 물질적인 상태에 초점을 맞춘 객관적 척도 만으로는 삶의 질의 개념에 접근하는데 그 범위가 제한적일 수 밖에 없다. 1960년대 후반 이후 삶의 질은

정치적, 사회적인 의미까지 포함하는 개념으로 확대되어 개인적 자유, 여가, 감정, 기쁨까지도 포함하기에 이르렀다. 최근까지의 삶의 질에 대한 연구는 본질적인 삶의 질 개념의 정의보다는 척도 개발에 더욱 관심을 두었기에 아직 개념설정은 명확하지 못한 상태이다.(진기남 외, 1998)

임상 연구 및 실습에서 삶의 질에 대한 관심이 증가하고 있음에도 불구하고 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 평가에는 거의 주의를 기울이지 않고 있다. 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 연구는 병에 대한 환자의 반응을 이해하고 보존적 원조를 높일 뿐 아니라 치료적 중재의 효율성을 높이는 데 중요하다.

그리고 삶의 질에 대한 측정에는 신체적, 기능적, 심리적, 사회적 건강의 4차원이 포함되어야 하는데 신체적 차원은 병 및 치료와 관련된 증상을, 기능적 건강 차원은 가족과 일에 관련한 다양한 역할을 수행하는 능력 뿐 아니라 자조, 운동성, 신체적 활동 수준을, 심리적 수준은 인지적 기능, 정서 상태, 건강의 일반적 지각, 안녕, 자기 만족, 행복을, 사회적 기능은 사회적 접촉과 상호작용 측면에서 질적, 양적 측면을 포함하고 있다.(De Haan, 1993a)

따라서 본 연구에서는 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 개념을 정의하고, 기존의 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 연구를 고찰하고, 뇌졸중 분야에서 삶의 질이 주는 역할을 제시하고자 한다.

2. 용어의 정의

· 뇌졸중 : 뇌혈관 질환에 의하여 급격히 발생하는 국소적인 혹은 전반적인 신경학적 결손이 죽음에 이르게 하거나 24시간 이상 지속되는 것이다.

· 삶의 질 : 일반적 정의로 첫째, GNP 등 경제지표, 건강과 복지 지표, 교육지표 같은 각종 사회지표를 사용하여 삶의 질을 정의, 둘째, 무엇이 삶의 질을 구

성하는가에 대한 명확한 정의로 행복, 만족, 부, 생활양상 등으로 정의, 셋째, 삶의 질에 영향을 주는 요소로 사회 경제 정치 환경 지표들을 규정함으로써 간접적으로 삶의 질을 정의한다.

II. 이론적 배경

1. 뇌졸중

1) 정의

뇌혈관질환이라는 용어는 혈관의 병리학적 변화로부터 초래되는 뇌의 이상상태를 가리키고, 병리학적 과정은 혈전이나 색전으로 혈관의 막힘, 혈관의 터짐, 혈관벽의 병변, 투과성의 변화, 혈액내의 점성 증가 등을 말하며, 더욱 기본적으로 일차적인 변화인 죽상경화증, 고혈압성 동맥경화, 동맥염, 동맥류 팽창, 발육상의 기형을 포함한다.

뇌혈관질환의 발생양상은 독특해서 진단은 어렵지 않다. 흔한 발현 양상은 갑작스럽게 경련없이 국소적 신경학적 결손을 나타낸다. 심한 형태는 반신불수가 되고, 혼수상태에 빠지는데 발작, 속, 뇌혈관질환이라고도 하나 뇌졸중이 가장 흔히 쓰이는 명칭이다.(Adams, 1997) 즉, 뇌졸중이란 혈관기전이 원인이 되어 나타나는 뇌손상으로 장애의 이질적 집단을 서술하는데 이용되는 용어이다.(Netter, 1986)

인간의 수명이 늘어남에 따라 뇌졸중의 빈도도 증가하고 있으며 미국에서 사망의 원인 중 3위를 차지하고 있으나 조기 사망률은 감소하고 있고, 뇌졸중 환자의 60% 이상을 차지하는 신경학적 증상을 수반한 뇌졸중 환자들의 재활이 중요한 관심사가 되고 있다.(한태륜, 1997)

2) 분류

뇌졸중의 주요한 두 유목은 부적절한 혈류량이 원인

이 되어 뇌경색을 일으키는 허혈성과 뇌실질의 출혈이나 지주막하강의 손상, 뇌구조의 편위가 원인이 되는 출혈성 뇌혈관 질환이다.

허혈성 뇌졸중은 혈전이나 색전으로 혈관의 폐색, 심박동의 정지나 속으로 인한 혈류의 체계적 감소로 허혈을 일으키며, 출혈성은 뇌동맥류의 파열, 두개강 내 압력의 증가로 인한 지주막하 출혈이 있고 두통, 구토, 행동이나 의식의 차단과 같은 특징을 포함한다.(Netter, 1986)

국소성 뇌증상의 시간에 따른 변화에 따라 허혈성 뇌졸중은 국소성 뇌증상이 발현 후 24시간 이내에 완전히 회복하는 일과성 뇌허혈, 발병 이후 시간이 경과됨에 따라 뇌증상이 악화되거나 증상의 기복이 심한 경우로 응급의 신경학적 조치를 요하는 진행성뇌졸중, 뇌졸중 발생 후 1주일 이내에 증상이 완전히 회복되는 가역성뇌졸중, 뇌증상의 발병 후 장기간에 걸쳐 별다른 변화가 없는 안정성뇌졸중, 뇌전산화 단층촬영이나 자기공명 촬영을 시행하였을 때 우연히 발견된 뇌경색인 무증상뇌경색으로 구분할 수 있다.(이병인, 1992)

뇌졸중의 종류별 발생빈도는 미국의 경우 뇌경색 80%, 뇌출혈 12%, 지주막하 출혈이 7%이며, 일본은 각각 55%, 30%, 14%를 차지하고, 한국은 43.9%, 34.4%, 13.2%를 차지한다고 보고 하였다.

일반적으로 뇌졸중은 고령에서 발생한다고 알려져 있으나 최근의 보고에서는 15세에서 45세 사이의 뇌졸중 환자의 비율이 3.7%~8.5%정도 차지하고 있다. 계절적으로 보면 뇌출혈과 지주막하 출혈은 겨울과 봄에 발생한다고 알려져 있고, Bull에 의하면 뇌졸중의 유형에 관계없이 발병율과 사망률이 겨울과 봄에 최고이며, 가을과 여름에 최저를 나타내었다.(김명호 외, 1992)

3) 위험요인 및 예후

뇌혈관장애의 예방은 의료나 수술의 발전보다는 사

망물이나 장애를 감소시키기가 더 쉽다. 예방은 위험요인과 그의 관련성에 의존한다.

고혈압은 혈전성 뇌경색과 두개강내 출혈을 일으키는 중요한 원인이며, 류마티스성 심장질환뿐 아니라 심장의 확장, 부정맥이 원인이고, 당뇨병 환자는 일반인에 비하여 2배의 위험이 있다. 그리고 당뇨병이나 고혈압이 가족력이 있으므로 뇌졸중도 가족력이 요인이 되고 있으며, 혈액의 지질, 흡연, 다이어트, 비만 등도 관상동맥의 질환보다 덜 중요한 요인이 되며, 지질학적 변인으로 생활환경이 다른 인종 요인도 포함되고 있다.(Lindsay, 1987)

표1. 뇌졸중 후 예후 측정 인자들

1. 임상적 소견으로의 예후 변수

- 1) 연령
- 2) 성별
- 3) 체위 조절 능력
- 4) 수분 기능
- 5) 요실금 및 배변 실조
- 6) 보행 능력
- 7) 실어증
- 8) 시각 장애
- 9) 감각 장애
- 10) 이환측

11) 병소의 위치 및 크기

- 12) 병소의 종류
- 13) 정신 및 인지상태

2. 방사선적 방법으로의 예후 변수

- 1) 뇌전산화 단층촬영과 자기공명영상
- 2) SPECT(Single Photon Emission Tomograph)
- 3) PET(Positron Emission Tomograph)

3. 전기진단학적으로의 예후 변수

- 1) 체성감각 유발전위
- 2) 운동 유발전위

뇌졸중으로 신경학적 증상이 수반되면 환자, 보호자 및 의료팀은 환자가 어느 정도까지, 얼마나 빨리 회복을 할 것인가에 대하여 궁금하게 여기며, 환자를 효과적으로 치료하고, 치료효과를 최대화하며 경제적인 손실을 최소화하기 위하여 예후를 측정하려고 한다.

예후 측정의 요인은 다음의 표1과 같다.(한태륜, 1997)

2. 삶의 질

1) 개념의 발달

Campbell에 의하면 “삶의 질”이란 용어는 제2차 세계대전과 Lyndon Johnson의 Great Society Program사이에서 미국의 어휘로 도입되었다. 이것은 단순한 물질적 풍요보다 더 요구되는 “좋은 생활”을 강조하는데 이용되었고, 그 후 삶의 질은 건강에 대한 보호와 사회정책에 중요한 관심이 되었다.(Ferrans, 1985) 사회과학에 도입된 삶의 질에 대한 개념은 원래 만족, 행복과 같은 주관적으로 지각된 감정과 관련이 있고, 확대하여 심리측정적 연구에서 이론에 대한 기초를 수행하여 개념이 주관적 차원 뿐 아니라 객관적 차원까지 확대되었다. 이러한 경향은 의학이 삶의 질에 대한 개념을 채택하고 신체적, 심리적, 기능적, 사회적 건강을 포함하였을 때 더욱 분명해졌다.(Wyller, 1997)

최근에 삶의 질은 유명해졌으며 “사회지표”와 관련되었고, 삶의 질을 측정하려는 노력은 아이젠하워의 국가목표위원회의 보고로 시작되었다.(Flanagan, 1982) 사회지표는 사회과학자들이 사회적 변천을 알아보기 위하여 개발한 것으로 그 기원은 1920년대와 1930년대로 추정되나 1966년 Bauer에 의하여 “사회지표”라는 책이 발간된 후로 널리 보급되어 사용되었다. 그리고 이에 대한 관심을 가진 기관들과 학문분야들도 점차 늘어나면서 주로 사회과학자, 정책결정자,

언론인들이 사회, 경제적인 기록과 감시를 위해 개발되어 60년대와 70년대에 붐을 이루었다. 오늘날은 이러한 사회지표의 개념이 인간의 삶의 질 또는 행복도 측정을 위한 도구로 이해되고 있다.(노유자, 1988)

1960년에 출판된 보고서에는 교육, 개인에 대한 관심, 경제성장, 건강과 복지, 자유세계에 대한 방어와 같은 다양한 사회적이고 환경적 요인을 포함한다. 다른 노력으로 국가적 전망에 기초를 두지 않았지만 Gurin과 그의 연구자들은 심리적 곤란, 신체적 증상, 전문적 원조, 개인의 현재의 행복을 연구하였다.

삶의 질에 대한 연구는 1971년 미국연구소의 이사회에서 수행하여 여러 기관의 선택과 훈련을 통한 생산성 증가에 초점을 두었다. 1977년의 사회지표는 집에서의 만족, 건강의 보호, 재창조의 기회와 같은 주관적인 지표 뿐 아니라 경제적 생산성, 범죄율, 가족 수입, 건강 지표, 사고율과 같은 객관적인 지표도 포함한다.(Flanagan, 1982)

De Haan(1993b)은 삶의 질이 환자의 지각된 건강상태와 안녕 뿐 아니라 불구나 장애의 요소를 포함하여 질병에 대한 광범위한 스펙트럼의 결과라고 정의한다.

삶의 질이란 시대와 공간에 구애받지 않는 절대적 개념이기보다는 한 사회의 경제, 정치, 사회의 발전 수준과 사회 구성원들의 가치관과 관습에 따라 변화할 수 있는 상대적 개념이라고 할 수 있다. 따라서 삶의 질의 개념을 정의하기 위하여 사회 구성원들을 둘러싼 환경적 요소들의 변화에 대하여 개인과 사회가 어떻게 느끼고 판단하는가를 상대적인 관점에서 확인하고 평가하여야 하며 이러한 평가와 정의는 일반적으로 주관적이고 규범적인 성격을 띤다.

즉, 삶의 질은 사회적 조건 및 제도와 사회 구성원의 상호작용의 결과를 반영하는 것으로 개인의 삶을 가치 있고 윤기 있게 만들어 주는 만족감의 총량이라고 말할 수 있다. 삶의 질이 만족감의 총량으로 정의될 경우

에 만족감이라는 개념은 특정한 욕구가 충족됨을 의미하며 만족감의 총량이 다양하다는 것은 궁극적으로 욕구의 다양성을 반영하는 것이 된다.(김상균, 1996)

2) 삶의 질의 측정과 평가

결과를 측정하는 도구의 선택은 변화에 대한 실행가능성, 타당도, 신뢰도, 민감도를 포함하는 심리측정적 특성에 기초를 두고 있다.(Dorman, 1998)

삶의 질을 측정하기 위하여 여러 차원을 하나의 도구로 검사하던가 여러 도구로 검사하였으나 전반적인 평가는 이루어지지 않았고, 삶의 수많은 측면이 삶의 질에 대한 측정에 포함되어야 한다고 동의하지는 않지만, 삶의 만족이 가장 중요한 차원이라는 점에는 일치하고 있다. 1965년 이후 Psychological Abstracts의 400편 이상의 연구에서는 노인집단에서 삶의 만족을 평가하였다. 또한 삶의 질에 대한 측정은 주관적이거

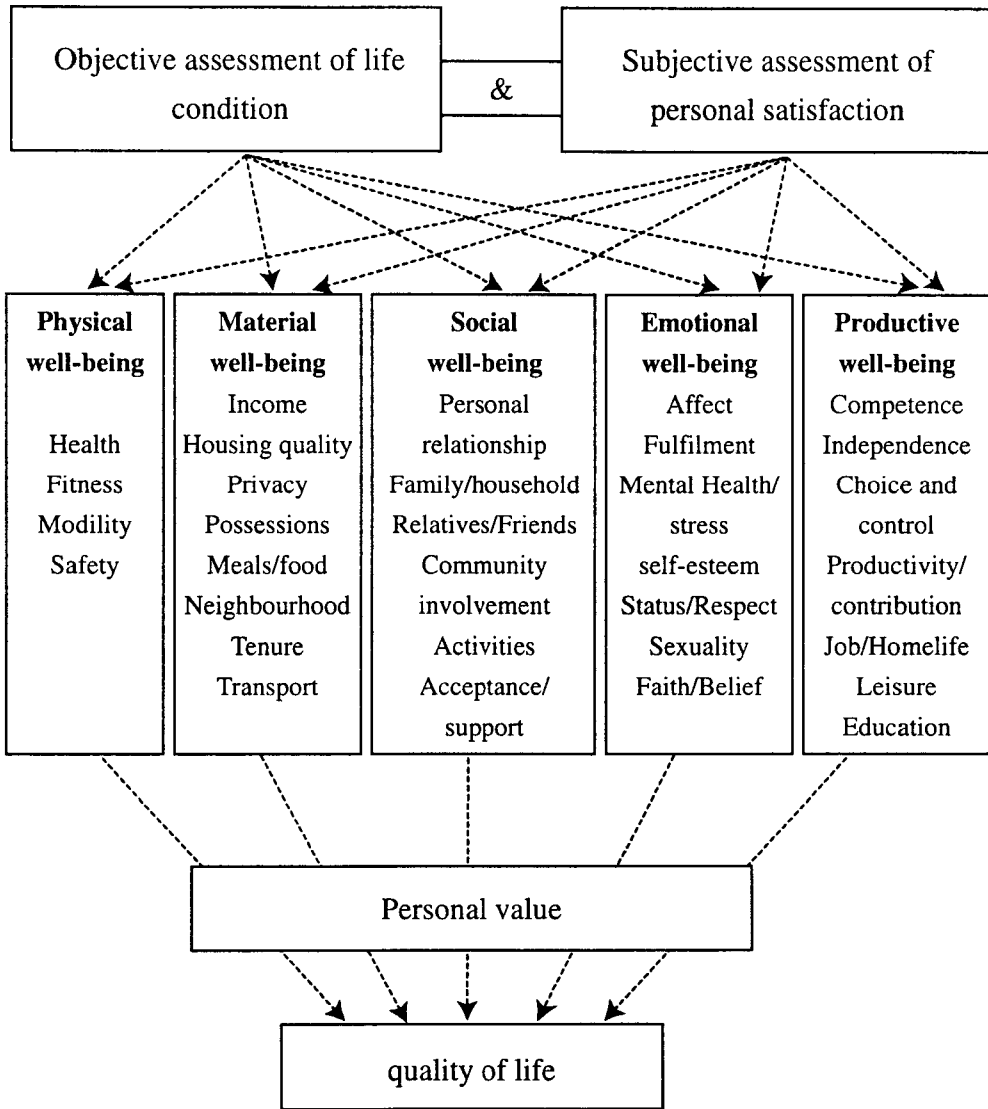


그림 1 삶의 질에 대한 연구의 틀

나 객관적인 차원의 측정을 이용하여야 한다는 것이다.

삶의 질에 대한 측정에서 부딪히는 다른 공통된 문제는 측정 영역에 대한 일치의 부족, 주관적인 측정의 부족, 중요한 영역에서 개인차를 설명하지 못하는 것이고, 삶의 질의 지표에 대한 심리측정적 특성을 평가하기 위하여 준거타당도, 재검사 신뢰도, 내적 일관성 신뢰도가 평가되어야 한다고 하였다.(Ferrans, 1985)

노유자(1988)는 삶의 질에 관심을 가진 분야는 의학, 간호학, 사회학, 심리학 등이 있으며 의학 분야에서는 삶의 질을 수술, 약물 등 치료의 효과를 통한 생명연장에 초점을 맞추었고, 간호학 분야에서는 환자를 대상으로 신체, 정신, 사회, 경제 영역과 증상 조절을 통한 간호중재의 효과에 관심을 가졌고, 사회·심리학 분야에서는 일부 연구자들이 재산, 건강상태, 재정적인 안정과 같은 인간의 특성을 객관적으로 보았으며, 또한 삶의 경험 및 관심영역에 대하여 개개인이 판단하고 느끼는 것을 주관적으로 평가하였다.

삶의 질을 측정하는 다른 다차원적인 모델로 Wisconsin QOL Index를 들 수 있다. 이 모델은 9가지의 차원(삶의 만족, 직업활동, 심리적 안녕, 신체적 건강, 사회적 관계, 경제력, 일상생활동작, 증상, 환자의 목표)을 포함하며 환자, 환자의 가족, 측정자의 다른 측면과 현재 및 시간에 따른 경과를 설명한다. 분류와 환자의 결과 보고에 따라 개인이 얼마나 만족하는지 환자와 측정자 사이의 일치점과 불일치를 보여줄 뿐 아니라 시간에 따라 목표에 도달하는 것과 환자의 목표를 분류하도록 임상에 이용될 수 있다.(Diamond, 1999)

Carolyn Hughes와 Bogseon Hwang(1996)의 삶의 질의 측정과 개념화의 시도에서는 장애정책과 연구 분야에 삶의 질 개념을 포함시켰으나 일치를 보이지 않고 있다고 하였으며, 1970년부터 1993년까지 심리학에서 장애인이나 비장애인, 사회통합, 정신건강, 고

용문헌에서 44가지의 정의를 확인하였다. 정의를 함축하면 15가지의 차원으로 구성되는데 심리적 안녕과 개인적 만족; 사회적 관계와 상호작용; 고용; 신체와 물질적 안녕; 자신의 결정, 자율권과 개인의 선택권; 개인적 능력, 사회적응, 독립생활기술; 사회통합; 사회의 승인, 사회적 지위, 생태학적 적합성; 개인적 발달과 이행; 거주환경; 레크리에이션과 여가; 정상화; 개인적, 사회적, 인구통계학적 지표; 시민의 책임감; 지원받는 서비스이다. 이러한 차원과 요소는 문헌 고찰의 개념적 틀로 작용하고 다양한 분야의 삶의 질에 대한 목록으로 제안되었다.

David Felce와 Jonathan Perry는 삶의 질의 범위와 측정영역에서 삶의 질을 통일된 개념으로 자신과 환경에 대한 개인의 발달적 변화, 정체성, 주변환경의 본질, 경험, 생활양식, 지각을 요약하여 정의할 수 있다고 하였다. 그리고 문헌고찰에서 나타난 5가지 삶의 영역을 범주화하였는데 다차원적이고, 다요소적인 삶의 질에 대한 연구의 틀은 그림1과 같다.

3. 뇌졸중과 삶의 질

장애인의 삶의 질은 1970년대 초에 문헌에 나타나기 시작하였으며, 재활분야에서는 1980년대 이후 지역사회에서 삶의 질을 어떻게 향상시킬 수 있는가를 검사하였고, 1988년 Rehabilitation Brief에서는 삶의 질의 향상이 재활의 모든 것이라고 하였다.

재활에서 삶의 질에 대한 연구는 장애인의 정치적 환경을 변화시키는 극적이고 사회적인 운동을 반영한 주관적인 경험을 평가하였고, 특수한 행동변화의 단일 차원 척도로부터 개인의 문화적 성격을 포함하는 다차원적 접근을 이용하였으며, 주관적인 삶의 질을 평가하는데 의료의 발달에 의한 수명의 연장으로 일반화되었다.(Marinell, 1995)

Roth는 뇌졸중의 재활의 주요 기능을 이환된 질병

과 합병증의 예방 및 치료, 최대의 기능적 독립성을 얻기 위한 훈련, 환자와 가족의 정신사회학적 대처와 적응을 도와주기, 가정, 가족, 여가활동, 직업적 활동을 포함한 지역사회 재통합의 증진, 삶의 증진으로 설명하고, 뇌졸중 환자에서 재활치료의 진정한 목적이 환자의 삶의 질을 증진시키는 것이라고 하였다.(편승범, 1999)

손상, 불구, 장애의 국제적 분류는 의학과 재활에서 뇌졸중 생존자의 결과에 대한 평가에서 개념적인 틀로 자주 이용된다. 최근에 삶의 질은 질병의 주관적인 영향을 설명하는 다른 차원으로 소개되었다. WHO에서는 환자들의 목표, 기대, 기준, 관심과 관련하여 그들이 살고 있는 가치체계와 문화의 맥락안에서 자신의 위치에 대한 지각으로 정의하였다.

서구에서는 뇌졸중의 이환률이 1,000명 당 5~10명 사이이고, 적어도 뇌졸중 생존자의 55%는 불완전한 회복을 하므로 뇌졸중으로 인한 사망률의 감소와 평균 생존시간의 증가에 따라 뇌졸중 생존자의 장기적 결과에 초점을 두고 있다. 뇌졸중은 삶의 질에서 신체적, 심리과학적, 사회적 차원에 영향을 주기 때문에 많은 연구자들은 뇌졸중 후 삶의 질의 저하를 보고하고 있다.(Bethoux, 1999)

현재에 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 연구에서 논의가 되고 있는 내용들을 정리하면 다음과 같다.

1) 뇌졸중 환자의 삶의 질에 대한 측정

뇌졸중 후 삶의 질은 기능적 수준 만큼 중요하다. 뇌졸중의 완전한 평가로 삶의 질에 대한 영향을 관찰할 필요가 있다. 개인의 "실질적" 삶의 질을 평가하기란 불가능하지만 대부분의 연구자들은 다차원적인 접근을 채택하고 있다. 광범위한 여론은 삶의 질의 측정이 신체적, 기능적, 심리적, 사회적 건강의 4가지 차원을 포함시켜야 한다는 것이다. 신체적 건강은 우선적으로 질병이나 치료와 관련된 증상을 언급하고, 기능적 건

강은 가정과 직장에서 다양한 역할을 수행하는 능력 뿐 아니라 자조, 운동성, 신체적 활동을 포함한다. 심리적 생활 영역은 인지적 기능, 심리 상태(특히, 뇌졸중 후 우울), 건강, 안녕, 생의 만족, 행복에 대한 일반적인 지각을, 사회적 기능은 사회적 접촉과 상호작용의 질적 및 양적 평가를 포함한다.

이러한 4가지 차원은 부분적으로 WHO의 ICDH(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)와 "질병이나 쇠약의 부재만이 아니라 신체적, 정신적, 사회적 안녕의 완전한 상태"라는 건강에 대한 정의와 중복된다.

시간이 지남에 따라 환자의 임상적인 상태변화에서 도구의 반응에 대한 요구가 있다. 적절한 도구의 선택은 심리측정적 특성 뿐 아니라 특수한 연구문제, 연구의 객관적 유연성, 유용한 자료, 연구에서 뇌졸중 환자의 특수한 특성에 기초한다. 뇌졸중 환자는 전향적으로 나이가 많고 합병증이 있어 삶의 질의 측정은 간단하게 능력이 측정되어야 한다.

R. de Haan(1993)은 뇌졸중의 삶의 질에 대한 측정에서 방법론적, 개념적 문제를 극복하기 위하여 다음과 같이 연구의 방향을 제시한다.

- ① 삶의 질의 개념화와 WHO의 손상(Impairment), 불능(Disability), 장애(Handicap)의 관계는 더 분류되어야 한다.
- ② 새로운 도구의 일반화보다는 존재하는 도구에 대한 심리측정적 평가를 강조한다.
- ③ 중재연구에서 통합된 삶의 질에 대한 측정의 입장, 부수적 자료는 시간의 경과에 따라 도구에 대한 반응이 일반화되어야 한다.
- ④ 뇌졸중 결과 연구는 뇌졸중환자의 특수한 문제에 초점을 둔 실제적인 삶의 질 척도에 필요하다. 이러한 도구는 노화부터 정서적 고통을 피하기 위한 효과를 분화시킨다.
- ⑤ 이용된 삶의 질에 대한 도구는 뇌졸중이 없는 통

제집단의 자료와 유사하다.

⑥ 고전적인 삶의 질에 대한 측정은 일반화되어야 한다.

뇌졸중의 사회적 영향에도 불구하고 뇌졸중의 결과를 측정하는 방법은 불분명하다. 언어, 인지, 심리, 사회적 기능이 소홀히 다루어지는 결합 때문에 Williams L. S.(1999)는 뇌졸중의 증상과 정도를 통하여 특수한 기능 상태 및 건강과 관련된 삶의 질을 결정하는 다양한 영역을 평가하는데 효율적인 뇌졸중 측정도구(Stroke - Specific QOL Scale; SSQOL)를 개발하였다.

2) 뇌졸중환자에서 삶의 질의 변화

뇌졸중환자에서 재활치료의 목적은 환자의 삶의 질을 증진시키는 것이라고 할 수 있는데 Roth는 뇌졸중의 재활의 주요 기능을 함께 이환된 질병과 합병증의 예방 및 치료, 최대의 기능적 독립성을 얻기 위한 훈련, 환자와 가족의 정신사회학적 대처와 적응을 도와주는 것, 가정, 가족, 여가활동, 직업적 활동을 포함한 지역사회 재통합의 증진, 삶의 증진으로 열거하고 있다.

편성범(1999)은 뇌졸중 후 6개월이 경과한 환자에서 MBI, BMI, QLI의 상관관계를 조사하였다. 삶의 질에 영향을 미치는 요인들로는 환자의 기능상태, 우울증의 유무, 의사소통능력이었으며, 보행을 포함한 일상생활 동작에 대한 의존도가 적을수록, 우울증이 없을수록, 의사소통에 제약이 없을수록 삶의 질은 높았으며, 사회경제적 특성, 뇌졸중의 유형, 뇌 병변의 위치 등 다른 요인들은 삶의 질에 크게 영향을 미치지 않는다고 하였다.

뇌졸중 후 1년이 된 평균 74세의 60명 환자에서 주관적인 안녕은 통제집단과 비교하였을 때 감소하였으며, 두 집단에서 모두 남자가 여자보다 더 높았고 나이가 증가함에 따라 감소를 보였으며 이것은 주로 팔의

운동 손상과 깊은 관련이 있었다.(Wyller, 1997)

뇌졸중 후 삶의 질, 장애, 정서적 요인에 얼마나 영향을 미치는가에 대한 2년간의 추적 연구에서 삶의 질은 일상생활에서 의존적인 환자가 더 감소하였으며, 우울과 불안 요인도 신체장애 만큼 삶의 질에 중요하다고 하여 심리적 지원을 강조하고 있다. 그리고 일상생활동작을 잘 수행할 지라도 지각된 삶의 질은 추적하는 동안 높아지지 않았다고 하였다.(Ahlsio, 1984)

뇌졸중 후 4년이 경과한 65세 이하 46명의 환자에게 작업상태, 가정활동, 가족관계, 여가시간 활동을 검사한 연구에서는 퇴원하여 회복이 잘 이루어졌음에도 불구하고 83%의 환자는 뇌졸중 이전의 수준으로 돌아가지 않았고, 가정에서의 활동은 낮은 저하를, 여가활동의 영역에서는 높은 저하를, 손상위치, 마비, 협응곤란, 특히, 우울 항목에서 삶의 질의 저하가 심하였다.(Niemi, 1988)

시간에 따른 뇌졸중 환자의 삶의 질의 변화에서 F. Bethoux(1999)는 6개월 이상된 환자와 이하된 환자의 삶의 질의 비교에서 불능을 검사하였을 때 두 집단에서 유의한 차이가 없었으나 삶의 질의 측정에서는 6개월 이상된 환자집단에서는 유의하게 낮았다. 특히, 실내에서의 운동성, 자조육구, 개인관계, 생활사의 처리에서 낮았는데 이러한 결과는 불능수준이 변하지 않을지라도 시간이 지남에 따라 삶의 질은 저하될 수 있다고 제시하고 있다.

그리고 손상부위와 뇌졸중의 종류가 삶의 질에 주는 영향에 대한 연구에서는 손상부위와 삶의 질 사이에는 상관이 낮다고 하였으며, 출혈성 생존자는 허혈성 생존자보다 삶의 질이 더 낮다는 증거는 없었고, 뇌졸중 자체는 정서적 불안에 따라 애매하고, 임상적 특성이 낮은 삶의 질을 설명하는데 중요한데 예를 들면, 자조, 의사소통, 먹기와 같은 기본적인 활동에서 일어난다고 하였다.(De Haan, 1995)

III. 결 론

1. 삶의 질에 대한 시사점

서구에서 삶의 질에 관한 정책적 관심은 “경제적 여건의 향상이 자동적으로 개인의 삶에 대한 만족을 증진시킬 것”이라는 종래의 가정에 대한 회의에서 시작되어 경제지표를 보완하는 사회지표운동으로 이어졌던 것은 사실이지만 초기의 삶의 질에 관한 학문적 연구들은 대부분 특수한 인구층을 대상으로 이루어졌다. 의학분야에서는 질환으로 고통받는 환자들의 삶의 질에 대하여, 심리학에서는 정신장애인의 삶의 질에 대하여, 사회학이나 사회복지에서는 빈곤층과 장애인들의 삶의 질에 관한 주된 관심을 기울였다.(임희섭, 1996)

삶의 질에 대한 측정에서 주관적이거나 객관적인 차원의 측정이 문제가 되는데 주관적인 측정은 자신의 경험에 대한 주관적인 서술이고 객관적인 지표는 아니라고 하였다. Campbell은 주관적 지표는 직접적으로 삶의 경험을 평가하고, 객관적인 것은 경험에 영향을 주는 일을 평가할 뿐이라고 하여 1957년부터 1972년까지 거의 모든 객관적 사회경제적 지표가 증가하였을 지라도 많은 사람들의 행복이 감소하였다고 지적하였다. 이러한 경향은 풍요속에서 증명되었으므로 객관적 지표의 삶의 질이 대리측정(surrogate measure)이었다고 결론내렸다.(Ferrans, 1985)

신도철(1981)은 “한국인의 삶의 질의 대연구”에서 정부는 최대다수의 최대행복을 초래할 수 있는 공익사업을 추진하기 위하여 국민이 추구하고 있는 삶의 목표와 가치가 어떻게 변화하고 있는지 파악하고, 개개 목표와 가치의 우선 순위를 결정하여야 한다고 하였으며 가치관의 조사는 삶의 환경과 조건의 변화를 측정하기 위하여 고안된 객관적 지표에 의해서는 불가능하고 국민이 직접 체험하는 삶의 질을 말해주는 주관적

지표가 가치관과 의식구조의 변동을 정확히 말해준다고 하였다.

그러나 편성범(1999)은 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인으로는 연령, 건강, 교육수준, 경제수준, 정서적 측면, 자아인식, 대인관계, 일상생활의 수행능력 등이 알려져 있으며, 삶의 만족도를 객관적으로 평가하기 위하여 신뢰성과 타당성이 높은 지표의 개발과 이를 이용한 연구가 활발하게 이루어지고 있으나 아직 통일된 지표는 없는 실정이라고 하였다.

삶의 질의 정의와 삶의 질에 영향을 미치는 변인은 다차원적인 면에서 이루어져야 하며, 측정영역에서의 일치가 이루어져 각각의 영역에서 개인차를 설명할 수 있어야 할 것이다.

2. 삶의 질에 대한 과제

삶의 질은 시대와 공간에 구애받지 않는 절대적 개념이라기 보다는 한 사회의 경제·정치·사회의 발전 수준과 사회구성원들의 가치관과 관습에 따라 변화할 수 있는 상대적 개념이라고 할 수 있다. 따라서 삶의 질은 사회 구성원을 둘러싼 환경적 요소들의 변화에 대하여 개인과 사회가 어떻게 느끼고 판단하는가를 상대적인 관점에서 확인하고 평가하여야 하며, 이러한 평가와 정의는 일반적으로 주관적이고 규범적인 성격을 띠게 된다.(김상균, 1996)

우리 나라의 경우 지금까지의 연구 경향은 사회·정치·경제적 측면에서는 삶의 질에 대하여 주관적 지표에 의한 분석이 이루어 졌고, 장애나 암을 비롯한 만성적인 질병을 다룬 연구에서는 객관적인 지표에 의하여 이루어 졌다.

그러므로 삶의 질에 대한 측정을 위하여 광범위한 모델이 필요하며 과학자, 행정가, 임상가, 각각의 환자를 비롯한 그의 가족, 치료사의 욕구에 적합한 평가가 요구되고 있다. 또한 정상화된 환경, 각 연령에 맞는

서비스의 준비, 개별화된 지원체제, 역할이나 권한의 부여 등이 필요하고, 장애 그 자체는 삶의 질을 감소시키지 않으나 개인이 일상생활의 변화에 대처하는 능력은 중요하기 때문에 삶이 서로 다른 단계에 있는 사람들은 사회적 통합 뿐 아니라 직업활동도 할 수 있도록 각종의 교육프로그램이 작성되어야 할 것이다.

최근에는 삶의 질에 대한 연구가 암이나 만성 질환을 중심으로 이루어지고 있어 타당성과 신뢰도의 문제가 대두되고 있고, 각 연구자마다 서로 다른 평가방법과 도구를 사용하고 있기 때문에 연구 결과의 비교에서 제한점이 있을 수 있다. 그러므로 우리나라의 환자나 장애 및 사회 특성에 맞는 삶의 질에 대한 도구의 개발이 필요하다고 하겠다.

참 고 문 헌

1. 김명호 외, 뇌졸중의 개요, 대한의학협회지, 제 35권 제8호, 1992, pp.976 - 983.
2. 김상균, 21C의 삶의 질, 삶의 질 향상을 위한 생활 개혁, 공보처, 1996, p.75 - 77.
3. 노유자, 서울지역 중년기 삶의 질에 관한 분석 연구, 연세대학교대학원 박사학위논문, 1988.
4. 백태선, 뇌졸중환자의 삶의 질에 관한 실증적 연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문, 1998.
5. 신도철, 한국인의 삶의 질 대연구, 정경문화, 1981,5, pp.26 - 47.
6. 이병인, 뇌졸중의 임상증상, 대한의학협회지, 제35권, 제8호, 1992, pp.984 - 990.
7. 임희섭, 삶의 질에 대한 개념적 논의, 한국행정 연구, 제5권 제1호, 1996, pp.5 - 18.
8. 조유향, 노인보건, 서울 : 현문사, 1989, p.104.
9. 진기남 외, 장애인의 삶의 질, 장애인고용, 1998, p.50 - 61.
10. 편성범 외, 장애인의 생의 만족도, 대한재활의학회지, 제18권 제3호, 1994, pp.532 - 543.
11. 편성범 외, 뇌졸중 후 편마비 환자의 삶의 질, 대한재활의학회지, 제23권 제2호, 1999, pp. 233 - 239.
12. 한태륜, 뇌졸중환자의 예후 측정, 대한재활의학회지, 제21권, 제5호, 1997, pp.817 - 823.
13. Adams R.D. et al., 신경과학, 아담스신경과 학편찬위원회 편, 서울 : 정담, 1997, p.716.
14. Ahlsio B. et al., Disablement and QOL After Stroke, Stroke, Vol.15, No.5, 1984, pp.886 - 890.
15. Bethoux F. et al., Changes in the QOL of Hemiplegic Stroke Patients with Time, Am J Phys Med Rehabil., Vol.78, No.1, 1999, pp.19 - 23.
16. De Haan R. et al., Measuring QOL in Stroke, Stroke, Vol.24, No.2, 1993(a), pp.320 - 327.
17. De Haan R. et al., A Comparison of Five Scale With Measures of Disability, Handicap and QOL, Stroke, 1993(b), Vol.24, pp.1178 - 1181.
18. De Haan R. et al., Quality of Life After Stroke : Impact of Stroke Type and Lesion Location, Stroke, Vol.26, No.3, 1995, pp.402 - 408.
19. Diamond R. et al., The Wisconsin QOL Index : A Multidimensional Model for Measuring QOL, J Clin Psychiatry, 1999, 60, pp.29 - 31.
20. Dorman P. et al., Qualitative Comparison of the Reliability of Health Status Assessment With the EuroQol and SF -

- 36 Questionnaires After Stroke, *Stroke*, 1998, 29, pp.63 - 68.
21. Duncan P.W. et al., Health Status of Individuals with mild Stroke, *Stroke*, Vol.28, No.4, 1997, pp.740 - 745.
 22. Felce D. et al., Quality of Life : the scope of the term and its breath of measurement QOL for people with disabilities 2nd ed., Stanly Thornes Ltd., 1997, pp.56 - 65.
 23. Ferrans C.E. et al., QOL index : development and psychometric properties, *Advances in Nursing Science*10, 1985, pp.15 -24.
 24. Flanagan, J.C. et al., Measurement of QOL : Current State of the Art, *Arch Phys Med Rehabil.*, Vol.63, 1982, pp.56 - 59.
 25. Hughes C. et al., Attempts to Conceptualize and Measure QOL, Vol. I, AAMR, 1996, pp.51 - 58.
 26. Lindsay K.W. et al., *Neurology & Neurosurgery Illustrated*, Longman Group UK Ltd., p.226.
 27. Marinell R.P., Quality of Life, *Encyclopedia of Disability and Rehabilitation*, Macmillan Library Prentice USA, 1995, pp.607 - 609.
 28. Niemi M.L. et al., Quality of Life 4 Years After Stroke, *Stroke*, 1988 :19, pp.1101 - 1107.
 29. Willams L. S. et al., Development of a Stroke - Specific QOL Scale, *Stroke*, 1999, 30, pp. 1362 - 1369.
 30. Wyller T.B., et al., Subjective well-being one year after Stroke, *Clinical Rehabilitation*, 1997, pp.139 -145.