

# 「Sickness Impact Profile」을 이용한 신체질환자의 삶의 질에 관한 연구\*

윤현숙

I. 문제제기
II. 삶의 질의 개념
III. 연구방법 및 내용
IV. 연구결과 분석
V. 실천적 함의

## I. 문제 제기

신체적 질병이나 장애는 개인과 가족의 생물적·심리적·사회적 균형(biopsychosocial equilibrium)을 파괴하여 신체기능의 손상은 물론 불안이나 우울등과 같은 심리적 고통을 동반하며, 일상생활과업을 수행하고 사회적 관계를 유지하는 사회적 기능에 손상을 가져온다. 특히 현대 의학기술의 발달은 만성중증질환의 증가를 가져와 완전한 치료(definite medical cure)가 이루어질 수 없는 상황이 많아지게 되었으며, 따라서 중증질환을 지닌 상태에서 단지 증상을 줄이거나 더이상의 악화를 막고 개인이 지니고 있는 기능적 능력을 최대한 향상

\* 이 논문은 1992년도 교육비지원 한국학술진흥재단의 자유공모(지방대학육성)과 제 학술연구조성비에 의해 연구되었음.

\*\* 한림대학교 사회복지학과 교수

시키는 것을 목표로 하는 치료상황이 많아지게 되었다. 이러한 현상은 결국 치료의 과정과 결과를 평가하는데 있어 개인의 신체적 상태와 함께 심리적 상태 및 사회적 기능의 정도를 포괄적으로 다루는 새로운 접근을 필요로 하게 되었다.

삶의 질(Quality of life)은 인간생활의 신체적, 심리적 및 사회적 영역을 모두 포함하는 포괄적인 개념으로 환자나 가족이 직면하는 문제를 파악하고 치료개입의 결과를 평가하기 위해 사용되는 매우 유용한 개념이다. 그동안 삶의 질에 관한 연구는 주로 사회과학분야에서 생활만족도나 사회지표개발과 관련하여 이루어져 왔으나 최근 의료분야의 임상영역에서도 삶의 질에 관한 개념적 모델과 치료과정과 결과를 평가하기 위한 측정도구의 개발을 위한 많은 연구가 이루어지고 있다. 일반적으로 의료분야에서 삶의 질에 관한 연구는 첫째, 질병의 예후를 예측하거나 치료적 개입의 신체적, 심리적 및 사회적 결과를 파악하고, 둘째, 다양한 치료개입의 효과를 비교, 평가하여 의료적 결정에 필요한 정보를 얻으며, 셋째, 환자의 치료나 간호에 관한 개선점을 구체적으로 파악하고 새로운 치료개입이나 프로그램을 개발하기 위하여 이루어진다.<sup>2)</sup>

의료분야에서 질병의 심리사회적 측면을 연구하기 시작한 것은 1930년대 이후 정신신체 의학이 대두되면서 질병에 대한 의학적 개념과 정신분석적 개념을 결합하여 특정의 질병과 개인의 성격적 특성과의 관계를 설명하려는 시도가 이루어졌다. 주로 정신분석이론에 기반하여 질병의 원인과 결과에 대한 심리적 영향을 강조하였으며, 이러한 정신신체의학은 의료사회사업의 중요한 지식기반이 되었다. 그러나 이러한 접근은 개인의 정신내적인 현상만을 강조하여 질병의 사회적 측면과 가족을 포함한 환경적 측면을 간과하는 한계를 지니고 있었다.

1950년대 이후 의학 및 정신의학, 사회과학분야에서 건강과 질병에 관련된 인간행동에 대한 연구가 활발히 이루어졌다. 인간행동에 대한 사회적, 문화적

---

2) N. K. Aaronson, M. Bullinger, and S. Ahmedzai, "A Modular Approach to Quality of Life Assessment in Cancer Clinical Trials," Recent Results in Cancer Research, Vol.IV, 1988.

향의 이해는 의료사회사업의 지식기반을 확장하는 계기가 되었으며, 특히 Parsons의 "Sick Role" 개념은 환자역할이 지니는 권리와 의무를 설명하면서 질병의 사회적 의미를 제시하였다. 그러나 환자역할에 대한 기능주의적 설명은 인간행동에 대한 사회문화적 차이와 의료접근성에 대한 계층간의 격차를 설명하지 못하였기 때문에 비판을 받기도 하였다.<sup>3)</sup>

만성중증질환의 증가로 과거 질병에 대한 생의학적(bio-medical) 혹은 생물기계적(biomechanical) 접근으로는 해결할 수 없는 많은 심리사회적 문제들이 발생하게 되었으며, 질병에 대한 생물적/심리적/사회적 모델(biopsychosocial model)에 기반한 새로운 접근을 필요로 하게 되었다. Moos와 Tsu는 개인의 생물적/심리적/사회적 균형에 대한 욕구에 초점을 두어 신체적 질병이나 장애는 개인의 이러한 균형을 파괴하는 것으로 개인의 심리사회적 기능을 위협하는 것으로 설명하였다.<sup>4)</sup>

의료사회사업은 이러한 질병에 대한 생물적/심리적/사회적 모델에 기반하여 질병이나 장애로 인해 환자들이 경험하는 심리사회적 문제를 해결하고 사회적 기능을 회복할 수 있도록 도움을 제공하는 전문적 활동이다. 따라서 인간생활의 신체적, 심리적 및 사회적 측면을 통합하여 설명해 주는 삶의 질의 개념은 의료사회사업분야에 매우 유용한 개념으로 환자를 하나의 전체로 파악하여 개인의 정신내적인 문제와 가족의 문제, 개인과 가족을 둘러싸고 있는 환경의 문제들을 포괄적으로 파악할 수 있다. 의료분야에서 현재 이루어지고 있는 치료는 주로 질병의 생물적 혹은 신체적 측면만을 다루고 질병이나 장애가 개인에게 미치는 심리사회적 측면을 거의 다루고 있지 않기 때문에 환자의 욕구를 충족시켜주지 못하고 있으며, 회복이나 재활과정에도 부정적인 결과를 가져오고 있다.

---

3) T. O. Carlton, *Clinical Social Work in Health Settings: A Guide to Professional Practice with Exemplars*, New York: Springer Publishing Co., 1984, pp.30-34.

4) R. H. Moos and V. D. Tsu, "The Crisis of Physical Illness: An Overview," Moos, R. H. ed., *Coping with Physical Illness*, New York: Plenum Medical Medical Book Co., 1984.

본 연구는 삶의 질의 개념을 적용하여 질병이 개인의 생활에 미치는 영향력을 신체적/심리적/사회적 측면에서 통합적으로 파악하고, 이러한 영향력이 치료개입에 따라 어떻게 변화하는지를 살펴 보고자 한다. 우선, 삶의 질에 대한 개념적 정의를 통해 본 연구의 분석틀을 설명하고, 질병이 개인의 삶의 질에 미친 영향력을 파악하며, 이러한 영향이 치료개입을 통해 어떻게 변화하는지를 살펴 보게 될 것이다.

## II. 삶의 질의 개념

건강과 관련된 삶의 질(health-related quality of life)의 개념은 연구자들마다 다르게 정의하고 있으며, 명확한 개념정의없이 사용하는 경우도 있다. 예를 들어 유병율이나 사망율, 치료율등의 단일변수를 삶의 질과 직접적으로 상관하여 설명하는 경우도 있고, 삶의 질을 구성하는 한 부분만을 갖고 전체적인 삶의 질을 평가하는 경우도 있다. 본 절에서는 삶의 질에 대한 여러학자들의 접근방식과 이에 따른 개념정의를 살펴 보고, 본 연구에서 사용하는 삶의 질의 개념과 특성을 제시하고자 한다.

### 1. 삶의 질의 개념정의

건강과 관련된 삶의 질에 대한 개념적 논의는 Priestman과 Baum이 유방암 환자의 삶의 질에 관한 지표를 발표한 이후<sup>5)</sup> 본격적으로 시작되었으며, 이러한 논의들은 크게 다섯 가지의 접근방식을 통해 이루어졌다.<sup>6)</sup>

---

5) T. J. Priestman and M. Baum, "Evaluation of Quality of Life in Patients Receiving Treatment for Advanced Breast Cancer," *Lancet*, Vol.1, 1976, pp.899-901.

6) H. Schipper, J. Clinch, and V. Powell, "Definitions and Conceptual Issues," Spiker B. ed., *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*, New York: Raven Press., 1990.

첫째, 삶의 질에 대한 심리학적 접근으로 개인의 신체적 상태와 심리적 기능간의 상호작용을 중시하고, 질병에 대한 환자의 지각과 주관적 경험을 강조한다. 전통적으로 의사들은 생리학적 측면에서 질병을 치료하였으며, 환자의 주관적인 지각과 경험에는 거의 주의를 기울이지 않았다. 그러나 1930년대 이후 정신신체의학과 행동의학이 대두되면서 인간의 생리적 상태와 심리적 기능은 서로 영향을 주고 받는 상호작용의 관계에 있다는 것이 알려지게 되었다. 예를 들어 스트레스가 고혈압의 원인이 되며, 성격유형에 따라 심장질환의 발생률이 다르게 나타나고, 환자의 심리적 기능과 대처능력등에 따라 치료 결과가 다르게 나타나는 것을 제시하는 연구들이 발표되었다. 이러한 사실로 인해 질병의 원인과 치료에 대한 환자의 심리적 변수들의 관련성이 인정되었다.

둘째, Torrance와<sup>7)</sup> McNeil은<sup>8)</sup> 삶의 질을 극대화하려고 노력하는 환자들이 끊임없이 어떤 것을 얻기 위해 다른 것을 포기해야만 하는 교환(trade-off)의 과정에 있으며 따라서 각 개인이 인생의 어떤 것에 더 많은 가치를 부여하는가에 따라 삶의 질이 다르게 나타난다는 점을 강조하였다. 교환의 개념을 삶의 질에 적용하므로써 신체적 질병이나 장애가 개인이 가치를 부여하는 신체 기관이나 기능에 어떤 의미를 지니며, 어떤 과정을 통해 교환과 적용이 이루어지는지를 파악하고자 하였다.

셋째, 질병이 개인의 생활과 가족 및 지역사회에 미치는 영향력에 기반하여 건강과 관련된 포괄적인 삶의 질의 개념을 파악하였다. Ware는 동심원의 구조를 이용하여 질병의 생리적 상태(physiological parameter)를 중앙에 놓고, 이를 중심으로 동심원을 그려 나가면서 개인의 기능상태(personal functioning), 심리적 고통과 안녕(psychological distress and well-being), 일반적인 건강에 대한 지각(general health perceptions), 사회적 역할기능(social role functioning)의

7) G. W. Torrance, "Utility Approach to Measuring Health-Related Quality of Life," *Journal of Chronic Disease*, Vol.40, 1987, pp.593-600.

8) B. McNeil, R. Weichselbaum, and S. Pauker, "Tradeoffs Between Quality and Quantity of Life in Laryngeal Cancer, Special Article, Speech and Survival," *New England Journal of Medicine*, Vol.305:17, 1981, pp.983-987.

순서로 질병이 개인의 생활에 미치는 영향력을 확장시켜 나갔다. 질병의 생리적 상태란 질병으로 인한 신체적인 증상과 고통을 말하며, 개인의 기능상태란 자기간호능력과 신체적 이동 및 활동능력을 포함하는 하는 것으로 일상생활 과업을 수행할 수 있는 신체적 능력을 말한다. 심리적 고통과 안녕은 질병으로 인한 심리적인 변화를 파악하기 위한 것으로 심리상태자체가 하나의 질병으로 의미가 있을 뿐아니라 치료에 대한 반응과 상호작용하기 때문에 중요한 변수이다. 특히 Ware는 기존의 심리측정도구들이 주로 심리적 고통을 강조하여 심리상태의 연속선상의 반대편에 자리잡고 있는 심리적 안녕에 대해서는 관심을 기울이지 않는 것을 비판하면서 심리적 안녕상태의 감소가 질병이나 치료에 대한 반응을 명확하게 파악하는데 보다 유용하다는 것을 강조하였다. 일반적인 건강에 대한 지각은 자신의 건강상태에 대한 지각과 앞의 세 구성 요소들에 대한 전체적인 평가를 의미하며, 사회적 기능역할은 가정이나 직장, 지역사회에서의 역할수행능력을 의미한다.<sup>9)</sup>

네번째 접근방식은 질병이나 장애를 겪은 후의 생활적응정도를 통해 삶의 질을 파악하는 것으로 “정상적인 생활로의 재통합”을 강조한다. 정상적인 생활로의 재통합이란 개인의 신체적, 심리적 및 사회적 특성들이 하나의 조화로운 전체로 재조직되는 것을 말한다. 재통합의 정도를 파악하기 위한 변수로는 신체적 기동성, 자기간호능력, 일상생활능력, 여가활동, 사회활동, 가족역할수행능력, 대인관계, 자아존중감 및 일반적인 대응능력등이 포함된다. 특히 재통합이란 질병으로부터 완전히 자유로운 상태를 의미하는 것은 아니며, 할 수 있는 범위내에서 최선의 상태를 말하는 것으로 만성중증질환자의 삶의 질을 이해하는데 유용한 접근방식이다.<sup>10)</sup>

다섯번째 접근방식은 Calman에 의해 개인의 기대수준과 실제 성취수준간의 차이로 삶의 질을 파악하는 것이다. 개인에게 있어 기대와 성취간의 차이가 적을수록 삶의 질은 높아지며, 반대로 자신의 기대를 성취할 수 없을 때

9) J. E. Ware, "Conceptualizing Disease Impact and Treatment Outcomes," *Cancer*, Vol.53, 1984, pp.2316-2323.

10) S. Wood and J. I. Williams, "Reintegration to Normal Living as a Proxy to Quality of Life," *Journal of Chronic Disease*, Vol.40, 1987, pp.491-499.

삶의 질은 낮아진다. 따라서 치료자와 환자에 의해 설정된 목표들은 불필요한 좌절을 피할 수 있도록 현실적인 것이어야 하며 의료진은 환자의 기대를 낮추고 치료의 진행과정에 따라 환자를 준비시켜야 한다는 점을 강조하였다.<sup>11)</sup>

이러한 삶의 질에 대한 접근방식들은 삶의 질의 어떤 측면을 강조하느냐에 따라 차이가 있으며, 따라서 삶의 질의 개념을 구성하고 있는 요소들에 대해서도 학자들마다 다르게 정의하고 있다. Schipper와 Clinch, Powell은 삶의 질이란 질병과 치료의 기능적인 결과(functional outcome)로 신체적/직업적 기능(physical and psychological function)과 심리적 기능(psychological function), 사회적 상호작용(social interaction), 신체적 감각(somatic sensation)의 네가지 요소들로 구성되어 있다고 제시하였다.<sup>12)</sup>

한편, Fries와 Spitz는 위계질서의 개념을 적용하여, 삶의 질이란 죽음(death), 장애(disability), 불편함(discomfort), 치료부작용(astrogenic effect), 경제적 부담(economic burden)의 다섯가지 차원들로 구성되어 있다고 하였다.<sup>13)</sup> 특히 질병으로 인한 경제적 부담을 삶의 질의 개념속에 포함하여 많은 논쟁을 불러 일으켰다. 학자에 따라서는 질병과 치료로 인한 경제적인 영향을 삶의 질의 개념속에 포함해서는 안된다고 주장하기도 하였으며, 그 근거로는 질병과 치료를 위한 직접적인 비용은 사회의 의료보장제도나 의료행정과 관련된 것이며, 실직등과 같은 간접적인 비용은 신체기능이나 직업기능속에 포함되기 때문에 한 개인의 삶의 질을 이해하는데 부적절하다는 것이다. 일반적으로 의료보장제도가 발달되어 있는 국가에서는 삶의 질의 개념속에 경제적인 요인을 포함하지 않는 반면, 미국과 같이 개인의 의료비부담이 사회문제가 되는 국가에서는 의료비문제가 삶의 질을 구성하고 있는 다른 요인들과 마찬가지로 커다란 영향을 미치기 때문에 삶의 질의 개념속에 포함하는 경향이 있다.

---

11) K. C. Calman, "Quality of Life in Cancer Patients - An Hypothesis," *Journal of Medical Ethics*, Vol.10, 1984, pp.124-127.

12) H. Schipper, J. Clinch, and V. Powell, 앞글, pp.16-19.

13) J. F. Fries and P. W. Spitz, "The Hierarchy of Patient Outcomes," B. Spilker, ed., *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*, New York: Raven Press, 1990.

또한 Spilker는 삶의 질의 구성요소로 신체적 지위와 기능적 기능력(physical status and functional abilities), 심리적 지위와 안녕(psychological status and well-being), 사회적 상호작용(social interaction), 경제적 지위와 요인(economic status and factors)을 제시하였으며, 치료적 개입의 안전성과 효율성이 환자의 가치관과 믿음, 판단을 통해 삶의 질에 영향을 미친다고 하였다.<sup>14)</sup>

## 2. 삶의 질의 개념적 특성

삶의 질의 개념은 질병에 대한 전통적인 생의학적 모델에 대해 생리적/심리적/사회적 관점을 제시하는 하나의 새로운 패러다임으로 생의학적 모델과 구별되는 특성을 지닌 동시에 이러한 특성으로 인해 해결되지 못한 문제점을 지니고 있다.<sup>15)</sup>

첫째, 삶의 질은 복합적인 혹은 다차원적인 개념으로 신체적, 심리적 및 사회적 요인들로 구성되어 있으며, 학자에 따라 경제적 요인을 포함시키기도 한다. 삶의 질을 구성하고 있는 각 구성요소들이 개별적으로 이해되기도 하며, 각 구성요소들을 총합하여 전체적인 삶의 질을 파악하기도 한다. 그러나, 각 구성요소들이 지니는 상대적인 중요성은 질병의 유형이나 심각성, 환자의 연령이나 성별, 직업, 가치관등의 특성에 따라 차이가 있기 때문에 단순히 각 구성요소들을 총합하여 전체적인 삶의 질을 평가하는데는 많은 문제가 따르며, 각 구성요소에 어떻게 상대적인 가중치를 부여할 수 있는가는 아직 해결되지 못한 과제로 남아있다.

---

14) B. Spilker, "Introduction", B. Spilker, ed., *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*, New York:Raven Press, 1990.

15) J. Siegrist and A. Junge, "A Conceptual and Methodological Problems in Research on the Quality of Life in Clinical Medicine," *Social Science Medicine*, Vol.27, 1989.

N. K. Aaronson, "Methodological Issues in Psychosocial Oncology with Special Reference to Clinical Trials," V. Ventrafridda et als., eds., *Assessment of Quality of Life and Cancer Treatment*, Amsterdam:Elsevier Science, 1986.



둘째, 삶의 질은 질병과 치료에 영향을 받는 결과(outcome)변수로서 시간의 흐름에 따라 변화하는 특성을 지니고 있다. 따라서 삶의 질에 관한 연구는 연구의 설계와 실시에 있어 세심한 추적과 일관성을 필요로 한다.

셋째, 삶의 질은 개인의 가치관이나 믿음, 판단에 의존하는 주관적인 것이다. 즉 삶의 질의 개념은 질병의 객관적인 상황(신체기능정도, 증상)과 개인의 주관적인 판단간에 상호작용이 있음을 전제로 하고 있으나 경우에 따라서는 개인의 객관적인 상황과 주관적인 판단간에 뚜렷한 차이가 있을 수 있기 때문에 연구의 과학성에 대한 의문이 제기되기도 한다.

삶의 질의 개념이 지니는 이러한 문제점을 해결하기 위한 시도로 Bullinger는 「삶의 질 모형 모델(Quality of Life Matrix Model)」을 제안하여 구체적인 측정도구를 개발하고 있다. 우선 삶의 질의 개념적 구성요소로 신체적 상태(physical state)와 심리적 안녕(psychological well-being), 사회적 관계(social relations), 기능적 능력(functional capacities)의 네가지를 포함하였으며, 각 구성요소에 대해 정서적 차원(emotional dimension)과 행동적 차원(behavioral dimension), 인지적 차원(cognitive dimension)에서 평가할 수 있도록 고안하였다. 또한 개인의 삶의 질에 영향을 미치는 개인적 특성과 환경적요인들로 개인의 성격(personality), 질병의 심각성(disease), 생활조건(living condition), 자원(resources), 증상 및 부작용(symptoms/side effects), 대응기제(coping mechanisms), 사회적 지지(social support), 일상의 어려움(daily hassles)을 포함하여 이러한 요인들과 삶의 질간의 상호작용을 파악하고자 하였으며, 시계열 분석을 통해 시간의 흐름에 따라 변화하는 정도를 파악하고자 시도하였다.<sup>16)</sup>

Bergner는 만성중증질환이 개인의 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위하여 질병으로 인해 일어난 생활의 변화를 측정하려고 하였다. 만성중증질환자

---

16) M. Bullinger, "Testing and Evaluating Quality of Life Measures for German Clinical Trials," *Controlled Clinical Trials*, in press.

M. Bullinger and the Quality of Life Study Group, "Quality of Life Research in West-Germany: the Munich Experience," S. Schumaker, C. Furberg, S. Czajkowski, and E. Schron, eds., *Quality of Life and Cardiovascular Disease*, New York:Springer Publishing Co., in press.

를 대상으로 질병으로 인한 신체적 및 심리사회적 변화를 서술하는 문장들을 수집한 후, 각 문장에 대한 신뢰도와 타당도검증을 통해 건강과 관련된 삶의 질의 영역을 파악하였다. 삶의 질의 영역을 크게 일상생활기능과 신체기능, 심리사회적 기능으로 구분하여 각 기능별로 세부활동영역을 설정하였다. 본 연구에서는 Bergner에 의해 개발된 「질병 영향력 평가척도(Sickness Impact Profile)」를 사용하여 만성중증질환자의 삶의 질을 평가하고자 한다.<sup>17)</sup>

### Ⅲ. 연구 방법 및 내용

#### 1. 연구 대상 및 방법

본 연구는 서울시의 K종합병원에 입원중인 만성중증질환자중 악성신생물 환자(18명), 뇌혈관질환자(19명), 만성간질환 및 경변증환자(15명), 만성신부전증환자(19명), 척수손상환자(14명)를 대상으로 설문지 면접조사를 실시하였으며, 총 85명에 대해 조사가 완료되었다. 환자기록부에 기록된 지남력(orientation)을 기준으로 면접가능성을 결정하였으며, 의식이 명료하고 의사소통이 가능한 환자에 대해 조사를 실시하였다. 중환자실에 입원중인 환자는 연구대상에서 제외하였다.

환자들의 삶의 질의 정도와 치료개입에 따른 변화를 살펴 보기 위해 2차에 걸쳐 조사가 실시되었다. 1차조사는 1993년 5월 1일에서 5월 31일까지 실시되

---

17) M. Bergner, R. A. Bobbitt, W. B. Cater, and B. S. Gilson, "The Sickness Impact Profile: Development and Final Revision of a Health Status Measure," *Medical Care*, Vol.XIX, No.8, 1981, pp.787-805.

M. Bergner, R. A. Bobbitt, W. E. Pollard, D. P. Martin, and B. S. Gilson, "The Sickness Impact Profile: Validation of a Health Status Measure," *Medical Care*, Vol. XIV, No.1, 1976, pp.57-67.

W. E. Pollard, R. A. Bobbitt, M. Bergner, D. P. Martin, and B. S. Gilson, "The Sickness Impact Profile: Reliability of a Health Status Measure," *Medical Care*, Vol.XIV, No.2, 1976, pp.146-155.

었으며, 2차조사는 1차조사 대상자에 한하여 3개월후인 1993년 8월 1일에서 8월 31일까지 실시되었다. 본 조사는 치료과정에 따른 삶의 질의 변화를 파악하는 것이 목적이었기 때문에 1차조사이후 의학적 치료외에 사회사업적 개입이 제공된 것은 아니었다. 1차조사가 완료된 85명중 계속 입원중이거나 퇴원 후 외래치료를 받고 있는 56명에 한해 재조사가 가능하였으며, 재조사가 불가능한 29명중 5명은 사망한 것으로 확인되었다. 나머지 24명은 재조사를 거부하거나 연락불능으로 2차조사가 이루어지지 못하였다.

## 2. 연구 내용

만성중증질환자의 삶의 질을 평가하기 위해 Bergner에 의해 개발된 「질병 영향력 평가척도(Sickness Impact Profile)」를 사용하였다. 「질병 영향력 평가척도」는 질병으로 인해 개인의 삶에 일어난 변화를 측정하기 위해 개발된 척도이며, 주로 행동으로 나타난 변화를 통해 신체적 및 심리사회적 기능의 손상 정도를 측정하도록 고안되었다.<sup>18)</sup>

이 척도는 삶의 영역을 크게 일상생활기능과 신체기능, 심리사회적 기능으로 나누어 모두 12개의 활동영역으로 구성되었으며, 질병이나 장애로 인한 기능손상을 설명하는 136개의 항목으로 구성되었다. 12개 활동영역 각각에 대한 기능손상의 정도와 일상생활기능, 신체기능, 심리사회적 기능으로 묶었을 때 각 기능에 대한 손상정도를 파악할 수 있으며, 전체활동영역 모두에 대한 전체적인 심신기능의 손상정도를 파악할 수 있다. 본 연구에서 검증된 척도의 신뢰도는 심신기능 손상정도 총합의 경우, Cronbach  $\alpha = .8358$ , 일상생활기능 영역 .7420, 신체기능 영역 .7609, 심리사회적 기능 영역 .7778로 높게 나타났다.

「질병 영향력 평가척도」의 내용을 구체적으로 살펴 보면 다음과 같다.

---

18) The Sickness Impact Profile: A Brief Summary of Its Purpose, Uses, and Administration, Department of Health Services, University of Washington, 1978.

**<질병 영향력 평척도>**

영역	항목	활동내용
일상생활 기능영역	SR	수면/휴식(Sleep and Rest)
	E	식사(Eating)
	W	직업활동(Work)
	HM	가사관리(Home Management)
	R	여가활동(Recreation)
신체기능영역	A	보행(Ambulation)
	M	이동(Mobility)
	BC	신체관리/운동(Body Care and Movement)
심리사회적 기능영역	SI	사회적 상호작용(Social Interaction)
	AB	인지행동(Alertness Behavior)
	EB	정서행동(Emotional Behavior)
	C	의사소통(Communication)

## IV. 연구 결과 분석

### 1. 연구 대상자의 질병 및 인구사회학적 특성

본 연구의 연구대상자는 모두 85명으로 뇌졸중을 비롯한 뇌혈관질환자 19명(22.4%), 혈액투석을 받고 있는 만성신부전증환자 19명(22.4%), 악성신생물로 인해 방사선치료를 받고 있는 암환자 18명(21.2%), 만성간염 및 경변증환자 15명(17.6%), 척수손상으로 인한 하반신마비환자 14명(16.5%)으로 구성되었다. 질환의 특성상 연구대상자의 연령에 따른 뚜렷한 차이가 나타나 악성신생물환자의 61.1%와 뇌혈관환자의 47.4%가 61세이상인 반면 척수손상환자는 92.9%가 40세이하였으며, 간질환자와 신부전증환자는 각각 53.3%와 52.6%가

41-60세이하인 것으로 나타났다. 또한 성별에 있어서도 남자의 경우 간질환과 척수손상환자의 비율이 높고, 여성은 신부전증환자의 비율이 높게 나타났으나 통계적으로 유의미한 차이는 아니었다.

연구대상자의 인구사회학적 특성을 살펴 보면, 남녀비율은 각각 61.2%와 38.8%였으며, 연령별로는 41세-60세이하가 36.5%로 가장 많고 61세이상 34.1%, 40세이하 29.4%의 순으로 나타났다. 교육정도에서는 고졸이상이 36.5%로 가장 많고, 국졸이하 27.1%, 중졸 17.6%, 고졸 36.5%로 나타났다. 연구대상자의 83.5%가 현재 배우자와 함께 살고 있으며, 나머지 16.5%는 사별이나 별거, 이혼으로 혼자 살고 있다.

만성중증질환자의 사회적 기능정도를 나타내주는 직업활동에서는 51.8%만이 직업을 갖고 있었으며, 이중 사무관리직에 종사하는 비율이 29.5%로 가장 많고, 생산노무직 15.9%, 전문관리직 13.6%, 판매직과 농업이 각각 11.4%의 순으로 나타났다.

## 2. 만성중증질환자의 삶의 질

「질병 영향력 평가척도」를 이용하여 만성중증질환자의 삶의 질의 정도를 설명해주는 심신기능 손상정도를 살펴 본 결과, 일상생활기능과 신체기능, 심리사회적 기능의 손상정도를 모두 합한 심신기능 손상정도는 23.26%로 나타났다. 일상생활기능 손상정도는 25.13%로 각 활동영역별로 살펴 보면, 직업활동이 37.06%로 손상정도가 가장 높았으며, 수면/휴식활동이 28.07%, 가사관리 25.29%, 여가활동 20.45%, 식사 16.98%의 순으로 나타났다. 신체기능 손상정도는 28.14%로 이동 32.76%, 신체관리/운동 30.19%, 보행 20.54%의 손상을 입은 것으로 나타났다. 심리사회적 기능의 손상정도는 16.79%로 정서행동 19.32%, 인지행동 17.97%, 사회적 상호작용 17.68%, 의사소통 11.27%의 손상이 있는 것으로 나타났다.

<표 1> 만성중증질환자의 심신기능 손상정도

변수	활동영역	Mean (SD)
일상생활기능손상정도	수면/휴식(SR)	28.07% (20.36%)
	식사(E)	16.98% (14.23%)
	직업활동(W)	37.06% (34.75%)
	가사관리(HM)	25.29% (27.44%)
	여가활동(R)	20.45% (10.62%)
	총합	25.13%(15.61%)
신체기능손상정도	보행(A)	20.54% (20.12%)
	이동(M)	32.76% (24.84%)
	신체관리/운동(BCM)	30.19% (27.34%)
	총합	
심리사회적기능손상정도	사회적 상호작용(SI)	17.68% (16.99%)
	인지행동(AB)	17.97% (16.99%)
	정서행동(EB)	19.32% (16.68%)
	의사소통(C)	11.27% (18.68%)
	총합	16.79%(15.16%)
심신기능손상정도	총합	23.26%(13.91%)

본 연구의 결과를 외국의 결과와 비교 평가하는데는 많은 한계가 따르지만 Bergner등이 질병을 앓고 있지 않은 일반인 75명을 대상으로 「질병 영향력 평가척도」를 이용하여 심신기능 손상정도를 평가한 결과 3.6%로 나타났으며,<sup>19)</sup> 따라서 본 연구대상자들의 심신기능 손상정도 23.26%는 매우 높은 정도임을 알 수 있다. Deyo등에 의해 보고된 류마치스성 관절염환자의 심신기능 손상 정도는 15.6%였으며,<sup>20)</sup> 중증 만성 폐색성폐질환자를 대상으로 McSweeny등에

19) M. Bergner, R. A. Bobbitt, W. E. Pollard, D. P. Martin, and B. S. Gilson, 앞글, 1976, p.62.

20) R. A. Deyo, T. S. Inui, and J. Leininger, "Physical and Psychosocial Function in Rheumatoid Arthritis: Clinical Use of a Self-Administered Health Status Instrument," Archives of Internal Medicine, Vol. 142, 1982, p.879.

이해 조사된 심신기능 손상정도는 24.0%였다.<sup>21)</sup> 본 연구자에 의해 60세이상의 뇌졸중환자를 대상으로 한 연구에서는 심신기능 손상정도가 29.53%였으며, 일상생활기능 19.56%, 신체기능 39.61%, 심리사회적 기능 22.98%의 손상이 있는 것으로 나타났다.<sup>22)</sup>

[표 2]에서 인구사회학적 특성중 질환별로 차이가 나타나는 성별과 연령변수에 대해 심신기능 손상정도와의 상관관계를 살펴 본 결과, 남녀간에 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 전체적으로 여성이 남성에 비해 손상정도가 높았으며, 특히 일상생활기능의 손상정도가 높아 수면/휴식활동(.008)과 가사관리(.007)에서 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 연령에 따라서는 질환별로 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

<표 2> 성별·연령에 따른 심신기능 손상정도

변수	심신기능 손상정도(%)			
	일상생활기능 Mean (SD)	신체기능 Mean (SD)	심리사회적기능 Mean (SD)	심신기능손상정도 Mean (SD)
성별				
남자	21.7673(14.302)	25.3664(21.368)	15.9399 (15.958)	20.9236 (14.355)
여자	30.4271(16.314)	33.2100(21.895)	18.1172 (13.936)	26.9304 (12.523)
t	-2.50	-1.62	-.66	-2.03
p	.015	.109	.509	.045
연령				
40세미만	23.8234(15.2007)	32.3760(19.4479)	18.6535(15.3416)	24.9800(11.6698)
41-60세	22.4440(14.0268)	22.2539(21.6450)	16.1229(15.3996)	20.0737(13.8685)
61세이상	29.1256(17.2018)	31.5763(23.0511)	15.8826(15.1310)	25.1705(15.4958)
F	1.5153	2.0050	.2662	1.2864
P	.2258	.1412	.7669	.2818

21) A. J. McSweeney, I. Grant and R. K. Heaton, "Life Quality of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease," Archives of Internal Medicine, Vol.142, 1982, p.473.

22) 윤 현숙, "노인 뇌졸중환자의 심신기능 손상정도와 관련요인에 관한 연구," 이화여자대학교 박사학위논문, 1994, p.65.

[표 3]에서 심신기능 손상정도를 구성하고 있는 일상생활기능과 신체기능, 심리사회적 기능간의 상관관계를 분석한 결과, 세 영역간에 유의미한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 특히 의료사회사업의 주요 영역인 환자들의 심리사회적 기능정도는 일상생활기능정도와 높은 상관관계(.5528)를 지니고 있으며, 신체기능정도와도 상관관계(.2960)가 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 개인의 신체적 및 심리사회적 기능간에 밀접한 상관관계가 있음을 의미하는 것으로 의료사회사업이 질병에 대한 생물적/심리적/사회적 모델에 기반하여 인간생활의 신체적 측면과 심리사회적 측면을 포괄적으로 파악해야 한다는 기본전제를 보여주고 있다.

<표 3> 심신기능 손상정도 영역간의 상관관계

영역	일상생활기능	신체기능	심리사회적기능
일상생활기능	-	.4711**	.5528**
신체기능		-	.2960
심리사회적기능			-

\* P < .01    \*\* P < .001

각 질환별로 심신기능 손상정도를 살펴 보면, [표 4]에서와 같이 뇌혈관질환의 손상정도가 29.0%로 가장 높았으며, 간질환 24.56%, 척수손상 23.40%, 악성신생물 22.71%, 신부전증 16.87%의 순으로 나타났다.

[표 5]에서 질환별 심신기능 손상정도를 각 기능별로 나누어 살펴 보면, 우선 일상생활기능에서는 악성신생물환자집단이 27.43%로 가장 많은 손상을 입었으며, 뇌혈관질환 26.77%, 간질환 26.55%, 신부전증 24.73%, 척수손상 18.97%로 나타났다. 일상생활기능중 가장 많은 손상을 입은 활동영역은 직업활동으로 연구대상자의 51.8%가 직업을 갖고 있다고 응답하였으나 대부분 직업활동을 계속할 수 없는 상태에 있다는 것을 알 수 있다. 또한 수면/휴식과 가사관리에도 많은 장애가 있는 것으로 나타났다.



<표 4> 질환별 심신기능 손상정도

질 환	심신기능 손상정도 총합(%)
	Mean (SD)
악성신생물	22.7175 (14.2129)
뇌혈관질환	29.0043 (15.8517)
간질환	24.5654 (16.1344)
신부전증	16.8732 (10.3843)
척수손상	23.4043 ( 9.9253)
F	1.9336
P	.1129

<표 5> 질환별 일상생활기능 손상정도

질 환	일 상 생 활 기 능 손 상 정 도 (%)					
	수면/휴식	식사	직업활동	가사관리	여가활동	총합
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
악성신생물	38.2432 (24.1221)	16.5273 (12.9984)	39.3653 (33.2484)	28.2269 (22.5718)	16.8510 (19.5374)	27.4277 (16.1117)
뇌혈관질환	23.6473 (19.4460)	24.4345 (18.2648)	47.7261 (34.3057)	23.5109 (30.7324)	13.9312 (22.2779)	26.7673 (15.8762)
간질환	35.3908 (21.6650)	16.6619 (14.8224)	35.6634 (38.8358)	24.7605 (28.2210)	24.3286 (16.4158)	26.5504 (17.6658)
신부전증	25.5142 (16.5592)	15.0504 (10.7582)	34.1645 (33.3966)	24.4879 (26.4099)	28.8476 (23.8240)	24.7307 (15.0327)
척수손상	16.6333 (11.1612)	10.2837 (9.6795)	25.0347 (34.8554)	25.5667 (32.4191)	18.3988 (16.7018)	18.9696 (13.4886)
F	3.3487	2.3050	.9220	.0739	1.6134	.7195
P	.0138	.0654	.4554	.9899	.1790	.5811

악성신생물환자의 경우 직업활동(39.36%)과 수면/휴식(38.24%), 가사관리

(28.23%)에 많은 손상을 입고 있으며, 뇌혈관질환자는 직업활동과 함께 식사(24.43%)와 수면/휴식(23.65%), 가사관리(23.51%)에 상당정도의 손상이 있는 것으로 나타났다. 뇌혈관질환자의 경우 대부분 뇌졸중으로 인한 편마비환자들로 혼자서 식사하는 것이 어렵기 때문에 식사영역에서 가장 많은 기능손상을 지니고 있는 것으로 나타났다. 간질환자의 경우는 직업활동(35.66%)과 수면/휴식(35.39%), 가사관리(35.66%), 여가활동(24.33%)에서 손상정도가 높게 나타났으며, 주로 만성간염과 간경변환자들로 신체적으로 기동이 가능함에도 불구하고 절대적인 안정을 위해 치료과정에서 거의 누워 지내도록 요구되기 때문에 일상생활기능의 거의 모든 영역에 상당한 제한을 받기 때문인 것으로 해석할 수 있을 것이다. 신부전증환자는 일반적으로 1주에 2회정도의 혈액투석을 필요로 하는 환자들로 전체적인 에너지 탈진상태에 있게 되며, 따라서 직업활동(34.16%), 여가활동(28.85%), 수면/휴식(25.51%), 가사관리(26.41%)에 많은 손상을 입고 있는 것으로 나타났다. 특히 다른 질환들에 비해 신체적 기동이 가능하고 자유로움됨에도 불구하고 여가활동에 많은 손상이 있는 것은 전체적인 에너지 탈진상태에 있기 때문인 것으로 해석할 수 있을 것이다. 척수손상환자는 가사관리(25.57%)와 직업활동(25.03%)에 가장 많은 손상이 있는 것으로 나타났으며, 전체적으로 다른 중증질환자들에 비해 일상생활기능에서의 손상정도가 낮게 나타났다. 대부분 하반신마비환자들로 휠체어를 사용하고 있음에도 불구하고 조사당시 병원에 입원중이었기 때문에 휠체어사용으로 인한 생활의 장애를 경험하지 못한 상태이며, 이러한 이유로 다른 중증질환자들에 비해 일상생활기능에서의 손상정도가 낮게 나타나는 결과를 가져온 것으로 해석할 수 있을 것이다.

[표 6]을 통해 질환별 신체기능 손상정도를 살펴 보면, 대부분 편마비증상을 지니는 뇌혈관질환자와 하반신마비증상을 지니는 척수손상환자들이 각각 41.85%와 40.03%로 가장 많은 손상을 입은 것으로 나타났다. 특히 자신의 몸을 관리하거나 움직이는 활동에서는 각각 49.40%와 47.63%의 기능손상을 입은 것으로 나타나 전적으로 다른 사람의 도움에 의지하고 있음을 알 수 있다. 또한 이동영역에서도 척수손상환자 40.08%, 악성신생물환자 39.01%, 뇌혈관질

환자 35.0%, 간질환자 26.09%의 손상을 입은 것으로 나타나 이들의 활동영역이 매우 제한되어 있음을 제시하고 있다. 보행에서는 뇌혈관질환자와 척수손상환자들이 각각 29.73%와 21.91%의 손상이 있었으며, 질병의 특성상 신부전증환자들이 다른 중증질환자들에 비해 신체기능 손상정도가 가장 낮게 나타났다.

<표 6> 질환별 일상생활기능 손상정도

질 환	일 상 생 활 기 능 손 상 정 도 (%)			
	보 행 Mean (SD)	이 동 Mean (SD)	신체관리/운동 Mean (SD)	총 합 Mean (SD)
악성신생물	19.3455 (16.2574)	39.0125 (26.5417)	27.7251 (25.4336)	28.0225 (19.6301)
뇌혈관질환	29.7350 (25.4104)	34.9974 (26.0876)	49.4048 (27.7736)	41.8513 (23.6852)
간질환	17.4663 (23.5499)	32.5637 (25.2321)	19.5041 (23.1795)	21.6573 (20.7251)
신부전증	13.8705 (15.2006)	18.9518 (18.6655)	8.9156 (10.2717)	12.1109 (11.3988)
척수손상	21.9121 (15.9942)	40.0854 (23.5973)	47.6286 (22.8343)	40.0313 (17.1211)
F	1.6868	2.2177	10.5616	7.6759
P	.1612	.0744	0.0000	0.0000

[표 7]에서 질환별 심리사회적 기능 손상정도를 살펴 보면, 간질환자집단의 손상정도가 25.87%로 가장 높게 나타났으며, 뇌혈관질환 18.19%, 신부전증 15.47%, 악성신생물 13.92%, 척수손상 10.60%의 순으로 나타났다. 간질환자집단의 경우 사회적 상호작용(30.10%)과 인지행동(31.12%), 정서행동(24.05%)영역에서 다른 중증질환자들에 비해 손상정도가 높게 나타나 만성간염이나 간경변증이 미치는 심리사회적 영향이 매우 심각한 것임을 알 수 있다.

심리사회적 기능중에서 특히 사회적 상호작용과 의사소통영역에서 질환별로 통계적으로 유의미한 차이가 나타났다. 사회적 상호작용영역에서는 간질환자들이 30.10%로 가장 많은 손상을 입고 있으며, 신부전증 17.09%, 악성신생물 15.60%, 뇌혈관질환 14.06%, 척수손상 12.74%의 손상을 입은 것으로 나타났다. 의사소통영역에서는 뇌혈관질환집단이 22.98%로 가장 많은 손상을 입었으며, 이러한 현상은 뇌혈관질환자들이 대부분 편마비와 함께 언어장애증상을 동반하기 때문인 것으로 해석할 수 있다.

정서행동영역에서는 간질환(24.05%) 다음으로 신부전증(22.0%)과 악성신생물환자들(20.31%)이 많은 손상을 입은 것으로 나타났으며, 뇌혈관질환(16.33%)과 척수손상환자들(13.38%)도 중증질환으로 인한 불안과 우울등의 심리적 고통이 매우 심각한 것으로 나타났다. 인지행동영역에서는 간질환(31.12%) 다음으로 뇌혈관질환 23.12%, 신부전증 15.84%, 악성신생물 12.33%, 척수손상 12.74%의 손상을 입은 것으로 나타났다.

<표 7> 질환별 일상생활기능 손상정도

질 환	일 상 생 활 기 능 손 상 정 도 (%)				
	사회적상호작용 Mean (SD)	인지능력 Mean (SD)	정서적 안녕 Mean (SD)	의사소통 Mean (SD)	총합 (Mean(SD)
악성신생물	15.6054 (14.9688)	12.3338 (19.4811)	20.3152 (15.3620)	6.0460 (15.5559)	13.9231 (14.6640)
뇌혈관질환	14.0653 (17.5515)	23.1186 (32.9431)	16.3345 (15.3064)	22.9837 (27.0122)	18.1944 (18.4277)
간질환	30.0966 (23.5407)	31.1197 (31.6274)	24.0473 (16.2551)	13.5540 (20.7678)	25.8682 (18.6296)
신부전증	17.0889 (12.2584)	15.8437 (18.3703)	22.0007 (17.2882)	5.5027 (7.3408)	15.4743 (10.3542)
척수손상	12.7438 (10.5388)	7.0142 (10.2856)	13.3840 (19.4453)	7.4483 (9.0219)	10.6000 (7.5986)
F	2.8089	2.2915	1.0370	3.1705	2.3007
P	.0309	.0667	.3935	.0180	.0658

### 3. 치료과정에 따른 삶의 질의 변화

치료과정에 따른 삶의 질의 변화정도를 파악하기 위해 1차조사 실시후 3개월후에 2차조사가 실시되었으며, 1차조사 대상자 85명중 계속 입원중이거나 퇴원후 외래치료를 받고 있는 56명에 한해 2차조사가 완료되었다.

[표 8]에 나타난 바와 같이 전체적으로 심신기능 손상정도가 4.52% 감소하였고, 신체기능과 일상생활기능의 손상정도도 각각 4.89%, 4.20%로 감소하였으나 통계적으로 유의미한 차이를 보이지는 않았다. 심리사회적 기능 손상정도의 경우 15.88%로 가장 많이 감소하였으며  $P<.10$ 수준에서 유의미한 차이를 보였다. 이러한 결과는 치료가 진행됨에 따라 신체기능과 일상생활기능에는 거의 진전이 없음에도 불구하고 심리사회적으로는 3개월의 치료과정을 통해 어느정도 질병에 적응하고 있음을 알 수 있다. 그러나 이러한 심리사회적 기능의 변화로 인해 만성중증질환자의 심리사회적 기능이 회복된 것은 아니며, 1차조사이후 3개월이 경과하였음에도 불구하고 여전히 심리사회적 기능의 손상정도는 12.46%로 높게 나타났으며, 이중 사회적 상호작용은 13.86%, 인지행동 11.13%, 정서행동 16.24%, 의사소통 7.41%의 손상이 있는 것으로 나타났다.

2차조사결과 1차조사보다 오히려 심신기능 손상정도가 심해진 영역도 나타났다. 특히 직업활동의 손상정도는 28.68% ( $P<.10$ ) 증가하여 중증질환자들의 직업활동이 더욱 제한되고 있음을 알 수 있다.

$P<.10$ 수준에서 유의미한 차이를 보인 심리사회적 기능의 손상정도에서는 인지행동영역이 25.87%의 향상이 있었으며, 통계적으로 유익한 차이는 아니지만 정서행동 14.52%, 사회적 상호작용 14.00%, 의사소통 6.11%의 손상정도가 감소하여 치료과정에 따라 질병에 적응하고 있는 것으로 나타났다.

Deyo등에 의해 급성후부동통환자 136명을 대상으로 2차에 걸쳐 심신기능 손상정도를 평가한 결과에 의하면, 심신기능 손상정도 20.8%, 신체기능 손상정도 19.4%, 심리사회적 기능 손상정도 21.0%로 나타났으며, 3주후의 2차조사에서 심신기능 손상정도 15.1%, 신체기능 손상정도 11.5%, 심리사회적 기능 15.5%로 감소하였다.<sup>23)</sup> 또한 지속적인 치료를 받고 있는 충혈성심장질환자 43

명에 대한 조사에서는 1차조사에서 심신기능의 손상정도 11.6%, 신체기능 손상정도 6.1%, 심리사회적 기능 손상정도 8.5%로 나타났으며, 3개월후의 2차조사에서는 심신기능 손상정도 9.64%, 신체기능 손상정도 3.94%, 심리사회적 손상기능 6.75%로 나타나 전체적인 심신기능 손상정도가 감소한 것으로 보고하였다.<sup>24)</sup>

<표 8> 치료과정에 따른 심신기능 손상정도의 변화

활동영역	평균의차이 (SD)*	변화량 (%)**	t	P
수면/휴식	1.8411(3.913)	6.75%	.48	.633
식사	0.9663(1.262)	5.11%	.36	.719
직업활동	-11.6626(2.893)	-28.68%	-1.73	.094
가사관리	-0.3976(1.962)	-1.56%	-.07	.945
여가활동	3.6581(0.237)	16.06%	.97	.342
일상생활기능 총합	1.1136(0.862)	4.20%	-.42	.679
보행	2.9543(0.726)	15.19%	-.99	.331
이동	-0.0087(3.585)	0.03%	-.00	.998
신체관리/운동	3.6555(2.425)	12.03%	1.15	.260
신체기능 총합	1.3574(1.157)	4.89%	.51	.616
사회적 상호작용	2.2564(1.641)	14.00%	.96	.345
인지행동	3.8851(1.734)	25.87%	1.87	.071
정서행동	2.7615(2.718)	14.52%	.98	.334
의사소통	0.4828(2.915)	6.11%	.32	.754
심리사회기능 총합	2.3483(1.839)	15.86%	1.82	.79
심신기능 총합	1.0258(0.262)	4.52%	.60	.552

\* 2차조사의 평균 - 1차조사의 평균

\*\* 평균의 차이 ÷ 1차조사의 평균 X 100

23) R. A. Deyo and R. M. Centor, "Assessing the Responsiveness of Functional Scales to Clinical Change: An Analogy to Diagnostic Test Performance," Journal of Chronic Disease, Vol.39, No.11, 1986, pp.897-906.

24) P. K. Tandon, H. Stander and R. P. Schwarz Jr., "Analysis of Quality of Life Data from A Randomized, Placebo-Controlled Heart Failure Trial," Journal of Clinical Epidemiology, Vol.42, No.10, 1989, pp.959-960.

## V. 실천적 함의

본 연구는 삶의 질의 개념을 적용하여 질병이 개인의 생활에 미치는 영향력을 신체적/심리적/사회적 측면에서 통합적으로 파악하고, 이러한 영향력이 치료과정에 따라 어떻게 변화하는지를 살펴 보고자 하였다. 그러나 연구대상 집단이 서울시 K종합병원의 만성중증질환자에 제한되기 때문에 본 연구의 결과를 일반화하는데는 많은 한계가 있다.

만성중증질환자중 악성신생물, 뇌혈관질환, 만성간질환 및 경변증, 만성신부전증, 척수손상을 앓고 있는 85명을 대상으로 「질병 영향력 평가척도」를 사용하여 삶의 질의 정도를 파악한 결과, 전체적인 심신기능의 손상정도는 23.26%였으며, 이중 일상생활기능 25.13%, 신체기능 28.14%, 심리사회적 기능 16.79%의 손상이 있는 것으로 나타났다. 특히 직업활동의 손상정도가 37.06%로 가장 높았으며, 이동과 신체관리/운동영역에서도 각각 32.76%, 30.19%의 손상이 있었다. 각 질환별로는 뇌혈관질환의 손상정도가 29.0%로 가장 높았으며, 간질환 24.56%, 척수손상 23.40%, 악성신생물 22.71%, 신부전증 16.87%의 순으로 나타났다.

의료사회사업의 주요 영역인 심리사회적 기능에서는 간질환자의 손상정도가 25.87%로 가장 높았으며, 뇌혈관질환 18.19%, 신부전증 15.47%, 악성신생물 13.92%, 척수손상 10.60%의 손상이 있는 것으로 나타났다. 특히 간질환자의 경우 사회적 상호작용(30.10%)과 인지행동(31.12%), 정서행동(24.05%)영역에서 기능손상정도가 매우 높아 만성간염이나 간경변증이 미치는 심리사회적 영향력이 매우 심각한 것으로 나타났다.

이러한 연구결과는 만성중증질환자들이 신체적 증상외에 심각한 심리사회적 문제를 겪고 있으며, 따라서 만성중증질환에 대한 생의학적 접근 혹은 의학적 치료만으로는 환자들의 심리사회적 문제를 해결하지 못한다는 점을 분명히 보여주고 있다. Bracht는 사회사업활동이 의료기관에 존재해야하는 기본적인 전제로 개인의 심리사회적 기능이 질병의 원인이 되며 동시에 치료과정과 결과에 중요한 영향을 미치기 때문에 질병에 대한 심리사회적 접근이 반드시

필요하다고 하였다. 또한 질병에 대한 생의학적 접근은 불완전한 치료이며, 따라서 사회사업가를 포함한 여러 의료전문직간의 팀접근을 강조하였다.<sup>25)</sup>

또한 만성중증질환자들이 겪고 있는 심각한 심리사회적 기능의 손상은 이들에 대한 의료사회사업의 필요성과 함께 만성중증질환자들이 의료사회사업의 중요한 대상임을 제시하고 있다. 그러나 우리나라에서는 아직도 의료사회사업의 대상이 매우 제한되어 있으며, 심지어 정신장애에 제한되는 것으로 이해하는 경우도 있다. 또한 의료보험에서 정신장애에 한하여 지급해왔던 정신의학적 사회사업료 외에 1994년 7월 1일부터 재활의료 사회사업료를 추가하여 일반외과와 신경외과, 재활의학과에서 재활치료를 받고 있는 환자에 한하여 보험료를 지급하고 있으나 만성중증질환자에 대한 사회사업개입에 대해서는 보험료를 지급하지 않고 있다. 본 연구에서 나타난 바와 같이 간질환자를 포함하여 만성중증질환자들이 심각한 심리사회적 기능의 손상을 겪고 있으며, 따라서 이들에 대한 사회사업활동이 활발히 이루어지고 이러한 활동에 대해서도 보험료가 지급되어야 할 것이다.

본 연구에서 치료과정에 대한 삶의 질의 변화를 측정된 결과, 전체적인 심신기능의 손상정도는 4.52% 감소하였고, 신체기능과 일상생활기능의 손상정도도 각각 4.89%, 4.20% 감소하였으나 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다. 심리사회적 기능 손상정도의 경우 P.10수준에서 유의미한 15.86%의 감소를 보였으나 이러한 심리사회적 기능의 변화는 일상생활기능과 신체기능의 변화에 비해 많은 것일 뿐 1차조사이후 3개월이 경과하였음에도 불구하고 여전히 심리사회적 기능의 손상정도는 12.46%로 높게 나타났으며, 이중 사회적 상호작용과 정서행동은 각각 13.86%, 16.24%의 손상이 남아 있는 것으로 나타났다. 즉 만성중증질환자들이 치료과정을 통해 어느정도 질병에 적응하고 있지만 여전히 심리사회적으로 많은 문제를 지닌채 지내고 있음을 알 수 있다. 다음 연구를 통해 만성중증질환자들에 대해 의료사회사업의 개입이 이루어진 경우와 본 연구결과를 비교한다면, 의료사회사업개입의 효과성을 더욱 분명하게 보여줄 수 있을 것이다.

---

25) N. F. Bracht, *Social Work in Health Care: A Guide to Professional Practice*, New York : Haworth Press, 1978, pp.137-155.