

척수손상 환자를 위한 병원기반 사회복귀지원 프로그램의 개발 및 효과

The Effects and Development of a Hospital Based Community Reintegration Support Program for Patients with Spinal Cord Injury

호승희*, 유소연, 김예순, 방문석, 이범석, 김동아, 김은주, 김현경

S. H. Ho, S. Y. Yu, Y. S. Kim, M. S. Bang, B. S. Lee, D. A. Kim, E. J. Kim, H. K. Kim

요 약

본 연구는 척수손상 환자를 대상으로 병원기반 사회복귀 지원프로그램을 개발하고, 프로그램 시행 전·후를 비교 분석함으로써 프로그램의 효과성을 평가하고자 하였다. 재활병원에 입원해 있는 25명의 척수손상 환자를 대상으로 2~3개월 동안 일주일에 2번 평균 6.1개의 프로그램을 실시하였다. 프로그램 시행 전, 후 COPM, HADS, AD-R, WHOQOL-BREF를 통해 작업 수행도 및 만족도, 불안과 우울, 장애수용, 삶의 질을 비교하였으며, 퇴원 시 CIQ로 지역사회통합 수준과 퇴원 후의 사회복귀여부를 측정하였다. 자료분석은 기술 통계와 대응표본 t검정(paired t-test)을 실시하였다. 연구결과 병원기반 사회복귀 지원프로그램 실시 후 작업 수행도 및 만족도, 장애수용, 삶의 질에 향상을 보였다($p < 0.05$). 또한 퇴원 후 25명의 척수손상 환자 중에서 10명이 가정, 학업, 직업으로 복귀하였다. 이를 통해 병원기반 사회복귀 지원프로그램이 척수손상 환자들이 퇴원 후 그들이 속한 지역사회로 돌아가는데 효과적임을 알 수 있었다. 척수손상 환자들이 가정과 사회로의 빠른 복귀를 위해서는 사회복귀를 위한 다양한 프로그램 개발과 더불어 체계적인 사회복귀 연계시스템이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

ABSTRACT

The purpose of this research attempted to developed the Community Reintegration support Program(H-CRsP) on patients with Spinal Cord Injury(SCI) and identity the effect. To assess the effectiveness of a Hospital based H-CRsP with a comprehensive team approach for treating inpatients with Spinal Cord Injury(SCI), offered by the Korea National Rehabilitation Hospital. Participants with SCI were recruited from the Korean National Rehabilitation Hospital. Twenty-five participants who met inclusion criteria were provided with a H-CRsP. A H-CRsP with modules related to the training of daily living skills, driving, vocations and school support activities, leisure or recreational activities, peer counseling, sexual rehabilitation, and others support activities. The 25 enrolled patients had been treated with average of 6.1 programs 2 times a week for over 2 or 3months. COPM, HADS, WHOQOL-BREF, AD-R were administered before the treatment(pre-test) and also at the time of discharge(post-test) to compare the treatment outcomes in the 25 program participants. Measured level of community integration by CIQ at discharge. The data were analyzed by such statistical methods as frequency and paired t-test analysis. Significant improvements were found on the Occupational Performance and Satisfaction, Acceptance of Disability, Quality of Life score in the COPM, AD-R, WHOQOL-BREF ($p < 0.05$). In addition, 10 of the 25 patients returned to home, work or school. These results demonstrated the effectiveness of the H-CRsP in helping patients with SCI return their communities to which they belong. It considered development of the variety of programs and prepare systematically related system.

Keyword : Spinal cord injury, Hospital based Community Reintegration support Program (H-CRsP)

1. 서론

*

1.1 연구의 필요성

현대사회의 다양한 산업구조와 교통량의 증가로 각종 산업재해, 교통사고, 레저 및 스포츠 활동으로 인한 추락사고 등의 발생으로 척수장애인의 수는 증가하고 있다. 이는 사회적으로 심각한 문제가 되고 있으며, 손상 후 영구적인 신체적 장애를 가지고, 사회적인 제약을 받는다는 점에서 척수장애인뿐 아니라 그 가족에게도 심리적 고통과 경제적 어려움을 가중시키고 있다. 척수 손상을 입은 환자의 재활은 삶의 거의 모든 측면에서 재조정을 필요로 하는 평생 동안의 과정이다 (Pedretti & Early, 2001). 재활의 일차적 목표는 최적의 기능수준을 되찾아 일상생활을 유지할 수 있도록 도와주는 것이며, 궁극적인 목표는 퇴원 후 가정으로 돌아가 직장을 가지고 사회의 일원으로 복귀하는 것이다. 척수손상 환자의 기능수준과 사회참여를 최적의 수준으로 회복시켜주고, 삶의 질을 향상시키는 것은 재활 치료의 중요한 목표이다. 이를 위해서는 종합적인 재활 서비스들이 적절한 시기에 제공될 필요가 있다. 사회복귀란 가족과 지역사회 내 일상생활 역할과 책임, 사회구성원의 일원으로 동참하는 것이다(Kenneth Lam, 1994). 또한 신체적 손상이나 장애 후 의사결정의 독립성·상호의존성 그리고 지역사회에서 가족과 친구 등 다양한 사람들과 관계에서 수행되는 생산적 행동을 포함하여 연령·성별·문화적 적절한 역할과 상태·기능·활동

을 습득하고 재개하는 것을 의미한다(Marcel Dijkers, 1998). 장애인의 일상생활수행능력의 독립성과 사회적 역할 수행은 건강과 행복에 강한 관련성이 있으며, 높은 사회활동 참여는 더 나은 삶의 질을 갖도록 도와준다(Schönherr et al., 2005). 또한 지역사회활동의 참여는 주관적인 삶의 질과도 강한 연관성이 있다(Dijkers, 1999). 오늘날 척수손상 재활의 대부분은 기능적 제한을 최소화하는데 중점을 두고 있으며, 지역사회 참여를 최대화하기 위한 프로그램과 서비스는 제한되어 있다. 척수손상과 같이 사고나 재해로 인한 후천적 장애인들은 초기에 입원과 수술을 통해 회복에 대한 신체적 기능향상에 집중적인 의료재활을 거치게 되는데 입원 치료 기간에는 사회복지와 관련된 다양한 치료를 받기 어렵다. 또한 장애 발생 후의 달라진 환경에 적응을 유도하는 포괄적인 사회복지프로그램도 찾아보기 힘들다. 손상된 부분의 의학적인 치료 후 동료상담, 학업 및 직장복귀 지원, 스포츠 활동 및 레저, 보조기기 사용 등 사회복지 준비에 필요한 재활치료와 재활훈련이 중점적으로 필요하나 환자들은 이러한 것들을 충분히 경험해 보지 못한 채 퇴원을 하게 된다. 또한 퇴원 후 지역사회에서 받을 수 있는 서비스도 매우 부족하다. 그 결과 퇴원 후 지역사회로의 완전한 통합을 위한 가능성을 충족시키지 못하고 있다.

우리나라의 경우 선진국에 비해 입원기간이 상당히 길고 퇴원 후 집으로 돌아가는 비율은 낮은 것으로 보고되고 있다. 이범석 등(2003)의 연구에 의하면 우리나라의 척수손상 환자의 평균 재원기간은 하지마비의 경우 11.4개월, 사지마비의 경우 15.7개월이며, 집으로 퇴원하기까지 환자 개인당 평균 입원 병원 수는 3.7개로 나타났다. 2009년 RI Korea 의료분과에서 시행한 연구에서는 척수손상 후 가정으로 돌아가기 까지 전체 입원기간이 사지마비가 23.9개월, 하지마비가 17.7개월이었으며, 입원했던 병원 수는 사지마비가 5.1개, 하지마비가 3.0개로 보고하고 있다. 2012년 척수장애인 실태조사에 따르면 척수장애인이 장애를 입은 시점부터 평균 26개월, 즉 2년 이상의 기간 동안 병원 안에서 입원 치료를 받는 것으로 조사되었다. 또한 급성기 치료 후 재활병원에 입원하여 재활치료를 받고 있는 환자들의 퇴원계획을 조사한 결과 척수손상 환자의 70.4%가 재입원을 고려하고 있었으며, 15.3%만이 집으로의 퇴원을 계획하고 있었다(김원석 등, 2008). 반면 미국의 경우 척수손상 환자의 손상 후 급성기 병원 입원기간은 12일, 재활치료기간은 37일이며, 유럽의 경우도 손상 후 퇴원까지의 기간은 6~7개월이며(이범석, 2009), 대부분 집으로 퇴원하고 있었다. 병원 입원기간이 길어질수록 직장이나 사회와의 단절은 심해지게 되며, 장기 입원 후 직장, 사회와의 단절과 소득원의 상실에 대한 준

접 수 일 : 2015.01.15

심사완료일 : 2015.03.31

게재확정일 : 2015.05.31

* 호승희 : 국립재활원 재활연구소 재활표준연구과장

hsh@korea.kr (주저자, 교신저자)

유소연 : 국립재활원 재활연구소 재활표준연구과 연구원

we0904@korea.kr (공동저자)

김예순 : 국립재활원 재활연구소 재활표준연구과 연구사

yesoon@korea.kr (공동저자)

방문석 : 서울대학교 의과대학 재활의학과 교수

msbang@snu.ac.kr (공동저자)

이범석 : 국립재활원 재활병원부장

iambs@korea.kr (공동저자)

김동아 : 국립재활원 재활병원 사회복지지원과장

kana68@korea.kr (공동저자)

김은주 : 국립재활원 재활병원 뇌신경재활과장

silver73@korea.kr (공동저자)

김현경 : 국립재활원 재활병원 소아재활과장

fbkhk@korea.kr (공동저자)

※ 본 연구는 2011년 국립재활연구소 내부과제 지원에 의해 이루어진 연구임(#11-C-01, #15-S-01).

비없이 사회에 던져지게 되는 것이다(김종인 등, 2013). 또한 타인들의 시선에 대한 두려움, 우울감, 미래에 대한 불안함과 막연함, 고독과 소외감, 사회복귀를 하게 되는 경우 비장애인들에 비해 뒤처지게 되고 피해를 줄 수 있을 것이라는 두려움과 같은 심리적인 어려움을 겪게 된다(배정현 등, 2008). 이처럼 다양한 사회복귀프로그램과 서비스의 부재, 집으로 가는 것에 대한 두려움과 불편함 등으로 인해 장애발생 후 입원기간이 길어지고, 재활치료를 받은 환자들의 대부분은 지역사회로 복귀하지 못하고 여러 재활의료기관으로의 입원과 퇴원을 반복하고 있다. 또한 긴 병원생활 후 준비되지 않은 상태에서의 사회복귀는 자신감의 상실과 경제적인 손실은 물론 가족 간의 분리 등 많은 문제들을 야기시켜 지역사회에서의 적응을 힘들게 만든다. 국내의 경우 사회복귀프로그램에 대한 정확한 개념이 아직 정립되어 있지 않은 상태이며, 장애인의 사회복귀프로그램의 개발에 관한 연구도 미흡한 실정이다. 또한 사회복귀와 관련된 단일 프로그램의 효과에 대한 연구는 일부 존재하나, 포괄적 사회복귀프로그램의 효과에 대한 연구결과는 매우 제한적이다. 퇴원 후 빠른 사회복귀를 위해서는 입원 초기부터 퇴원 후까지 단계적으로 개입하여 사회복귀를 위한 포괄적인 서비스를 제공하는 프로그램이 필요하다.

1.2 연구의 목적

본 연구의 목적은 척수손상 환자의 사회복귀를 위한 프로그램을 개발하여 그 효과를 파악하고자 함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 재활병원 입원중인 척수손상 환자의 사회복귀를 위한 병원기반 사회복귀 지원프로그램을 개발한다.

둘째, 병원기반 사회복귀 지원프로그램을 재활병원 입원중인 척수손상 환자를 대상으로 적용하고, 효과를 검증한다.

셋째, 병원기반 사회복귀 지원프로그램에 대한 만족도를 분석한다.

1.3 용어의 정의

1.3.1 척수손상

척수손상이란 뇌와 척수신경을 연결하는 척수에 골절이나 탈구로 손상을 받게 되어 감각상실이나 근육운동의 상실을 가져온 상태를 말한다. 척수에 가해진 외상으로 인해 손상부위 이하의 신경학적 증상과 함께 신체 전반의 생리학적 이상을 초래한다. 손상을 입은

부위가 머리에 가까울수록 심각한 결과를 초래할 수 있다. 목 부위의 척수손상은 사지마비를 초래하고, 허리 부위의 손상은 하반신 마비와 배변, 배뇨 및 성기능 장애를 초래할 수 있다. 주요 원인은 교통사고, 추락사고, 스포츠 손상과 같은 외상이 70~80%를 차지하며, 비외상성 원인으로는 혈관성 손상, 혈관 기형, 감염 등이 있다. 척수손상 후 신경 근육의 실제적인 회복에 대한 예후는 손상부위가 완전히 손상되었는지 불완전하게 손상되었는지에 따라 달라질 뿐만 아니라(Coleman & Geisler, 2004), 육창, 요로감염, 경직, 관절 구축, 호흡기 장애, 소화기 장애, 통증, 자율신경과잉반사, 만성 신장병 등의 합병증과 일상생활수행 제한으로 인하여 일상생활을 영위하는데 여러 가지 제약을 받게 된다(Schmitz & O'sullivan, 1994).

1.3.2 병원기반 사회복귀 지원프로그램(Hospital-based Community Reintegration Program, H-CRsP)

사회복귀프로그램(Community Reintegration Program, CRP)을 ICF(International Classification of Functioning, disability and health, 국제기능장애건강분류) 개념에 근거하여 사회복귀기본프로그램(Community Reintegration primary Program, CRpP)과 사회복귀 지원프로그램(Community Reintegration support Program, CRsP)으로 구성하였다. 사회복귀기본프로그램은 장애인의 사회복귀를 위해 제공되는 ICF 기반의 서비스 중 신체기능과 구조가 강조된 장애인의 재활치료에 중점을 둔 의학적 서비스를 의미하며, 주로 물리치료, 작업치료 중심의 의료 재활서비스를 지칭하고, 사회복귀 지원프로그램은 의학적 서비스 외에 활동과 참여 등 장애인의 사회참여를 위한 역량강화를 위한 재활서비스를 의미한다. 이에 본 연구에서는 병원에서 제공하는 사회복귀 지원프로그램을 병원기반 사회복귀 지원프로그램으로 지칭하였다<그림 1>.

2. 연구방법

본 연구는 척수손상 대상자와의 심층면담을 통해 드러난 질적 자료와 선행 연구를 기반으로 병원기반 사회복귀 지원프로그램을 구성·개발하여 척수손상 환자를 대상으로 적용함으로써 프로그램의 효과성을 검증하였다.

2.1 병원기반 사회복귀 지원프로그램 개발 단계



그림 1. 사회복지프로그램의 개념 모식도

2.1.1 척수손상 환자의 사회복지 지원프로그램 요구도 분석

입원중인 척수손상 환자의 상황과 특성에 부합되는 사회복지 지원프로그램 개발을 위한 기초연구로 11명 환자를 대상으로 “척수손상 환자가 겪은 신체적 어려움은 어떠한가, 이러한 어려움이 삶에 어떠한 영향을 미치는가?”, “척수손상 환자의 사회복지기를 돕는 프로그램은 어떠한 것들이 있을까?”에 질문의 초점을 두고 심층면담을 통해 질적 자료를 수집·분석하였다. 면담 시간은 1시간~2시간이 소요되었고, 총 자료 수집 기간은 2011년 6월 1일부터 2011년 6월 24일까지이며, 수집된 자료는 내용분석을 하였다. 자료 분석 결과 15개의 영역, 즉 일상생활훈련, 운전교육, 컴퓨터 교육, 학업/직장 복귀 지원, 주택개조 정보제공 및 연계, 레저 및 레크리에이션, 동료상담 프로그램, 정서적 지원, 성 생활, 지역사회 자원 연계, 가족지원 프로그램, 법률지원서비스, 독립생활체험, 활동보조인 이용체험, 보조기 평가 및 대역이용체험으로 분석하였다<그림 2>. 본 연구에서는 기존에 부분적· 단면적으로 시행되어 오던 사회복지 지원프로그램을 통합하여 총괄적 프로그램을 구성하였으며, 특히 ICF 개념에 근거하여 활동과 참여 등 장애인의 사회참여를 위한 역량강화 영역을 포함하여 사회복지기를 위해 요구되는 다양한 영역과 대상자 특성을 고려한 프로그램을 적용함으로써, 기존 병원기반 사회복지 지원프로그램과는 차별화되는 특성을 지닌다고 할 수 있다.



그림 2. 사회복지 지원프로그램 구성

2.1.2 프로그램 내용 구성

사회복지 지원프로그램 초안은 11명의 척수손상 환자와 심층면담을 통해 규명된 질적자료를 바탕으로 대한재활의학회인증 재활전문병원, 근로복지공단 인증 재활전문의료기관, 재활병원의 재활훈련과 주간재활센터·사회사업실의 자료 및 관련문헌을 참고하여 프로그램의 내용을 구성한 후 대상자의 이해를 돕기 위해 애니메이션으로 구성·제작하였으며 개발된 프로그램은 예비연구를 거쳐 수정, 보완하여 최종 프로그램으로 개발하였다.

2.1.3 최종 프로그램 개발

본 프로그램은 일상생활훈련을 비롯하여 운전교육, 컴퓨터 교육, 학업 및 직장복귀지원, 주택개조 정보 제공 및 연계, 레저 및 레크리에이션, 동료상담, 정서적

지원, 성 재활, 지역사회자원 연계, 가족지원, 법률지원 서비스, 독립생활체험, 활동보조인 이용체험, 보조기 평가 및 대어이용체험 등의 프로그램으로 구성되고 세부 활동으로 구분되어 있다.

표 1. H-CRsP 프로그램 구성 및 내용

구분	내용	
일상생활 훈련	요리	메뉴 짜기 및 시장보기, 실습실을 이용한 요리 실습 시행
	쇼핑	대중교통 이용하여 백화점, 할인마트, 시장 방문하여 쇼핑하기, 계산하기 등 일상적인 가정관리 훈련제공
	금융이용 훈련	통장 및 현금카드 만들기, 현금인출기 이용, 세금 납부하기, 인터넷 뱅킹 등 금융이용 훈련 제공
	대중교통 이용 : 지하철	지하철 내 편의시설 이해, 엘리베이터, 장애인 개찰구 및 출입구 이용 등 사전 모의 체험 및 실제 지하철 이용하기
	대중교통 이용 : 시내버스	저상버스 이용법, 리프트 승하차, 휠체어장애인용 좌석 이용 등 사전 모의체험 및 실제 저상버스 이용하기
운전교육	운전클리닉	자동차 운전을 원하는 환자에게 전문적인 자동차 운전 평가와 가상현실운전 시뮬레이터를 이용한 훈련 제공
	운전면허취득	운전면허 취득을 위한 운전기능교육 및 도로주행교육 시행
	운전적응훈련	장애 발생 전 운전면허 소지 장애인을 위한 도로주행 교육 시행
컴퓨터 교육	타자연습 등 기초교육, 문서작성, 인터넷, 포토샵 등 개인 수준에 따른 정보 활용 교육 시행	
학업/직장 복귀 지원	학업복귀지원	입(복)학 관련 정보 제공, 장애인 편의시설 조사, 담당자 면담 등 진학 및 복학을 위한 지원
	취업준비지원	장애인고용공단 직업평가 및 상담 연계, 장애인일자리 관련 단체 안내 등 장애발생 전의 직장복귀 및 취업연계를 위한 서비스 제공
	직업훈련연계	장애인 직업전문학교 상담 및 장애인직업능력개발센터, 장애인 복지관 직업훈련 등 훈련 연계
주택개조 정보제공 및 연계	장애인의 주거환경 진단, 편의시설 및 주택개조에 대한 정보제공, 주택개조 지원연계 등의 서비스 지원	
레저 및 레크리에이션	재활스포츠	수중운동체험 및 농구, 럭비, 볼링, 배드민턴, 탁구, 사격, 게이트볼, 수영, 펜싱, 파크골프 등 다양한 원내·외 연계스포츠 제공
	문화활동	박물관, 민속촌 등 다양한 문화활동 체험 및 영화관, 미술관 관람
동료상담 프로그램	사회복귀 성공사례 및 정보 제공, 동료상담 활동가 및 사회복귀 코디네이터 연계	
정서적 지원	심리치료	인지·정서에 대한 심리학적 평가를 기반으로 정서적 어려움에 대한 상담과 스트레스 관리 프로그램 제공
	미술치료	그리기, 만들기 등 다양한 미술활동을 통한 내면의 정서상태 표현 및 역량 강화
	음악치료	노래 부르기, 악기연주, 율동 등 음악활동 및 치료 레크리에이션을 통한 정서순화
	원예치료	식물심기 및 기르기, 꽃꽂이, 창작품 만들기 등 원예활동을 통한 정서순화 및 취미개발
성 재활	성 재활 상담, 교육, 치료를 통하여 장애인의 올바른 성에 대한 인식과 성생활이 가능하도록 도와주어 행복한 가정생활을 영위하도록 하는 재활치료	
지역사회자원 연계	자립생활센터, 복지관 등 거주지에서 이용 가능한 지역사회 및 재활운동, 취미활동, 자조모임 등 프로그램 연계	
가족지원 프로그램	가정방문 및 가족상담	
법률지원서비스	장애인 관련 법 및 장애인 복지정책 관련 정보 제공과 법률상담 연계 지원	
독립생활체험	침단 보조기구 및 환경제어 시스템이 설치된 실거주형 원룸(침실, 욕실, 주방 등)에서 생활할 수 있는 기회 제공	
활동보조인 이용체험	활동보조지원 사업 및 이용법에 대한 안내, 활동보조서비스 신청 지원, 필요시 실제 활용 기회 제공	
보조기 평가 및 대어이용체험	장애인의 특성과 기능에 맞춘 보조기구 활용을 위해 보조기구 상담 및 제작, 개조 및 대어 등의 서비스 제공	

또한, 본 프로그램은 재활의학과 전문의, 재활전문간호사, 물리치료사, 작업치료사, 임상심리사, 언어치료사, 사회복지사, 특수훈련교사, 보조공학사, 연구원 등 25명이 포함된 프로그램 운영 추진단의 최종 검증을 받았다.

2.2 병원기반 사회복지 지원프로그램의 효과 검증

2.2.1 연구 설계

병원기반 사회복지 지원프로그램의 효과 검증을 위해 단일군 전후 실험설계(One group pretest-posttest design)를 이용하였다<그림 3>.

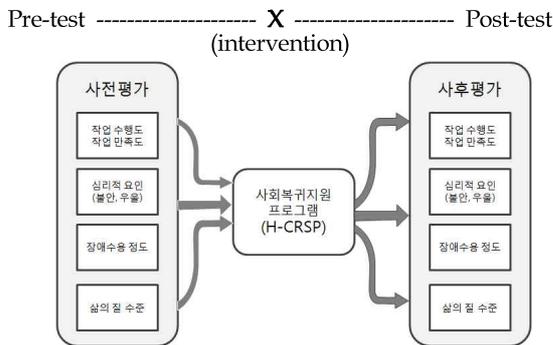


그림 3. 연구 설계

2.2.2 연구기간 및 대상

본 연구는 2011년 6월 30일부터 2011년 12월 29일까지 재활병원에 입원하여 재활치료를 받는 척수손상 환자를 대상으로 하였다. 선정기준은 척수손상 환자(ASIA 손상정도 A,B,C,D)로 18세 이상이며, 손상 후 18개월 이내, 의사소통이 가능하며, 연구에 동의한 자를 대상으로 하였으며, 이의 선정기준에 부합되지 않거나 정신과적 질환을 가진 자는 제외하였다. 최종 선정된 대상자는 25명이었다.

2.2.3 연구절차

본 연구는 기관 임상시험심사위원회(IRB)의 승인과 환자의 동의를 받아 진행되었다. 입원 시 의료진이 선정기준에 부합되는 환자를 선별하였다. 의료진(재활의학전문과), 담당 치료사, 프로그램 운영 담당자들과 매주 케이스 컨퍼런스를 통해 환자의 재활목표를 설정하고, 환자 맞춤형 병원기반 사회복지 지원프로그램을 선정하여 적용하였다. 25명의 척수손상 환자들은 2~3개월

동안 일주일에 2번 평균 6.1개 프로그램에 참여하였다. 클라이언트 중심의 치료 중재를 위해 COPM을 측정하였으며, 일상생활수행능력은 SCIMII로 평가하였다. 사회복지 지원프로그램 시행 전, 후 COPM, HAD, AD-R, WHOQOL-BREF를 이용하여 작업 수행도 및 만족도, 불안 및 우울, 장애수용, 삶의 질을 평가하였으며, 퇴원 시 지역사회통합 수준을 측정하였다. 또한 퇴원 후 전화 인터뷰를 통해 사회복지여부를 측정하였다.

2.2.4 측정도구

(1) 척수손상 환자 독립성 지수II(Spinal Cord Independent Measure II, SCIM II)

척수손상 환자의 일상생활수행능력은 Catz 등(2001)에 의해 SCIM의 단점을 보완하여 개발된 SCIMII로 평가하였다. SCIMII는 일상생활활동 평가도구로 자조활동, 호흡과 팔약근 조절, 이동의 세 영역으로 구성되어 있으며 각 항목은 생활에서의 비중을 따라 20, 40, 40점씩으로 점수화 하고 있다. 자조활동 영역은 식사, 목욕(상체, 하체), 착탈의(상체, 하체), 세면 및 꾸미기 등 4개 항목으로, 호흡 및 팔약근 조절 영역은 호흡, 방광 팔약근 조절, 장 팔약근 조절, 용변처리의 4개 항목으로 분류된다. 이동영역은 크게 방에서 화장실로의 이동항목과 실내 및 실외로의 이동항목으로 분류되며, 방에서 화장실로의 이동항목은 침상동작 및 욕창 방지 동작, 침대에서 의자차로 이동, 의자차에서 화장실 및 욕조로 이동의 3개의 세부항목으로 되어있다. 실내 및 실외로의 이동항목에는 10m이내의 실내이동, 10~100m의 중증도 이동, 100m이상의 실외이동, 계단이동, 의자차에서 자동차로 이동의 5개 항목으로 구분된다. Catz 등(2001)은 SCIMII의 검사자간 신뢰도를 검증하였고, Itzkovich 등(2002)은 200명의 척수손상 환자를 대상으로 하여 SCIMII의 신뢰도와 타당도를 검증하였다.

(2) 캐나다작업수행평가(Canadian Occupational Performance Measure, COPM)

COPM은 클라이언트가 자기관리, 생산적인 활동, 여가활동 중에서 수행에 문제가 있는지를 판단해 내는 평가도구로 반구조화된(semi-structured) 면접을 통해 시행한다. 클라이언트는 어떤 과제들의 수행에 문제가 있는지를 판단하고 그 중요도에 따라 10점 척도로(1=전혀 중요하지 않다, 10=매우 중요하다) 점수를 부여한다. 이 중 상위 다섯 과제에 우선순위를 두고 치료목표를 선택한다. 선택한 목표에 대하여 클라이언트는 10점 척도(1=전혀 수행하지 못한다, 전혀 만족하지 않는다, 10=매우 잘 수행한다, 매우 만족한다)로 현재 각 과제들의 수행도와 만족도 점수를 부여한다. 선택된 과제들

의 수행도와 만족도에 대한 점수는 따로 합산한 후 과제수로 나누어 평균값을 구한다. 본 연구에서는 환자가 스스로 문제가 있다고 인식하는 구체적인 수행과제들을 확인하여, 중요도에 따라 프로그램을 선정하고 평가하기 위한 목적으로 사용하였다. COPM의 검사-재검사 신뢰도는 다양한 연구(Cup, Scholte op Reimer, Thijssen, & van Kuyk-Minis, 2003; Kjekken et al., 2005; Pan et al., 2003)에서 .84~.92로 보고되었고, Law 등(2005)과 McColl 등(2000)은 내용타당도, 기준 관련타당도, 구성타당도 연구를 통하여 COPM의 타당성을 입증하였다.

(3) 병원 불안-우울 척도(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)

불안과 우울은 Zigmond와 Snaith가 개발한 병원 불안-우울척도(Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)를 이용하여 측정하였다. 총 14항목으로 불안을 측정하는 척도 7항목(HAD-A)과 우울을 측정하는 척도 7항목(HAD-D)으로 구성되어 있다. 각 항목은 0점에서 3점으로 4점 척도로 되어 있으며, 점수범위는 0~21점이다. 불안과 우울 각각 총점이 0~7점은 정상, 8~10점은 경계성 불안 또는 우울, 11~21점은 불안 또는 우울 상태로 정의하며, 점수가 높을수록 불안과 우울이 심함을 의미한다. 신뢰도 Cronbach's α 는 불안 .89, 우울 .86이었다.

(4) 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(Korean version of World Health Organization Quality of Life Scale Abbreviated, WHOQOL)

삶의 질은 세계보건기구(WHO)에서 개발한 WHOQOL-BREF(World Health Organization Quality of Life instrument-short version)를 민성길 등(2000)이 한국어로 번역하여 표준화한 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도를 사용하였다. 이 척도는 총 26문항으로 전반적인 삶의 질과 건강상태 영역 2항목, 신체적 건강 영역 7항목, 심리적 건강 영역 6항목, 사회관계 영역 3항목, 생활환경 영역 8항목으로 구성되어 있다. 각 문항은 전혀 그렇지 않다(1점)에서 매우 그렇다(5점)까지 5점 척도로 측정하며, 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미한다. 민성길 등(2000)의 한국판 표준화 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .89이었다.

(5) 장애수용 척도(Acceptance of Disability Scales Revised, AD-R)

장애수용 정도는 Groomes와 Linkowski(2007)가 개발한 장애수용 척도 수정본(Acceptance of Disability Scales Revised, AD-R)을 이용하여 측정하였다. 장애

수용 척도 수정본은 Wright(1983)의 가치변화 이론에 기초하고 있으며, 가치영역의 확대, 신체적 조건의 수용, 장애의 부정적 효과 차단, 비교가치에서 내적가치로의 전환의 4개 하위척도와 32개 항목으로 구성되어 있다. 전혀 그렇지 않다(1점)에서 매우 그렇다(4점)의 4점 척도로 각 하위 척도의 합산 점수가 높을수록 장애에 대한 수용 정도가 높은 것을 의미한다. Groomes와 Linkowski(2007)의 연구에서 Cronbach's α 가 .93으로 전체적으로 높은 내적일관성을 보였다.

(6) 지역사회통합도구(Community Integration Questionnaire, CIQ)

개인의 지역사회 통합 수준은 Willer의 지역사회통합척도(Community Integration Questionnaire, CIQ)를 사용하였다. 이 도구는 가정통합, 사회통합, 생산적 활동의 3개 영역과 하위 15개 항목으로 구성되어 있다. 가정통합의 5항목으로 주로 가정의 운영에 있어서 개인의 적극적인 참여(식사준비, 가사일, 양육 등)를 측정하며, 사회통합의 6항목은 가정 밖에서의 다양한 활동(쇼핑, 레저활동, 친구방문 등)의 참여정도를, 생산적 활동의 4항목은 개인의 취업, 교육, 자원봉사활동 등의 참여정도를 측정한다. 각 항목은 0점에서 2점으로 채점하며, 총점의 범위는 0~29점으로 점수가 높을수록 독립적이고 지역사회 통합수준이 높음을 의미한다.

(7) 병원기반 사회복지 지원프로그램 영역별 만족도

대상자가 병원기반 사회복지 지원프로그램을 제공받고 서비스 영역별 퇴원시점에 얼마나 만족하였는지를 파악하고자 프로그램에 대한 사항, 서비스 제공자에 대한 사항, 주관적 재할정도, 전반적 만족도를 포함한 4개 영역, 각 4가지 항목으로 구성된 5점 척도의 자기기입식 조사표를 통해 파악하였다. 먼저, 프로그램에 대한 사항은 프로그램 횟수를 비롯한 참여시간, 적합성, 내용구성 측면을 조사하였고, 서비스 제공자에 대한 사항으로는 제공자의 노력도, 신뢰도, 전문지식 및 기술 보유정도, 친절도를 조사하였다. 주관적 재할정도는 대상자가 느끼는 재할정도로 일상생활능력, 신체기능, 사회복지의지, 심리적인 부분을 조사하였다. 전반적 만족도는 프로그램 전반에 대한 만족도와 프로그램 신뢰도, 프로그램 재이용 의사, 타환자에 대한 권유정도를 질문하였다. 점수가 높을수록 만족도가 높은 것임을 의미한다.

2.2.5 분석방법

수집된 자료는 SPSS 17.0 통계프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구 대상자의 일반적 특성과 의학적 특성

은 기술통계를 사용하였으며, 병원기반 사회복지 지원 프로그램 적용 전, 후의 차이를 비교하기 위해서 대응 표본 t검정(paired sample t-test)을 실시하였다. 통계 분석의 유의수준은 .05로 설정하였다.

3. 연구결과

3.1 연구대상자의 일반적 특성

25명의 척수손상 환자를 대상으로 하였으며, 남성이 17명(68.0%), 여성이 8명(32.0%)으로, 평균 연령은 34.6세였다. 배우자가 있는 경우는 12명(48.0%), 없는 경우는 13명(52.0%)으로 비슷한 분포를 보였다. 종교가 있는 경우가 15명(60.0%)으로 더 많았으며, 학력은 대졸 이상이 11명(44.0%), 고졸이 9명(36.0%), 중졸이하가 5명(20.0%)으로 나타났다. 사고 전 직업을 가지고 있던 사람은 15명(60.0%)이며, 대상자의 17명(68.0%)가 향후 구직활동에 대한 의지를 보였다. 월평균 가구소득은 200~300만원 미만과 300만원 이상이 80.0% 이상을 차지하였고, 건강보험 종류는 17명(68.0%)이 국민건강보험 대상자였다. 현재 주 간병인은 직업간병인이 9명(36.0%), 부모가 7명(28.0%), 배우자가 5명(20.0%), 형제·자매가 2명(8.0%)이었다.

표 2. 연구대상자의 일반적 특성

변수		빈도 (명)	비율 (%)
성별	남	17	68.0
	여	8	32.0
연령	10세이상~20세미만	2	8.0
	20세이상~30세미만	9	36.0
	30세이상~40세미만	6	24.0
	40세이상~50세미만	2	8.0
	50세이상	6	24.0
배우자	유	12	48.0
	무	13	52.0
종교	유	15	60.0
	무	10	40.0
학력	중졸이하	5	20.0
	고졸	9	36.0
	대졸 이상	11	44.0
전직 유무	유	15	60.0
	무	10	40.0
구직활동의 지	있음	17	68.0
	없음	7	32.0
월평균 가구소득	100만원 미만	4	16.0
	100~200만원 미만	1	4.0
	200~300만원 미만	12	48.0
	300만원 이상	8	32.0
보험유형	국민건강보험	17	68.0
	의료급여	0	0.0
	자동차보험	8	32.0

변수		빈도 (명)	비율 (%)
주 간병인	배우자	5	20.0
	부모	7	28.0
	형제·자매	2	8.0
	간병인	9	36.0
	독립	2	8.0

3.2 연구대상자의 의학적 특성

척수손상 환자 중 21명(84.0%)이 외상, 4명(16.0%)이 비외상으로 척수손상이 되었으며, 발병기간은 평균 316일, 입원기간은 평균 91.3일로 나타났다. 장애등록이 된 환자는 14명(56.0%)이고, 대상자 모두 입원 전 치유력과 수술경험을 갖고 있었다. 손상 수준은 흉추가 9명(36.0%), 경추가 7명(28.0%), 요추가 6명(24.0%)이고, 손상 유형은 하지마비가 19명(76.0%), 사지마비가 6명(24.0%)이었다. 마비 정도는 불완전손상이 9명(36.0%), 완전손상이 16명(64.0%)이었고, ASIA 분류상 A는 15명(60.0%), B는 1명(4.0%), C는 2명(8.0%), D는 7명(28.0%)으로 나타났다.

표 3. 연구대상자의 의학적 특성

변수		빈도 (명)	비율 (%)
장애등록	있음	14	56.0
	없음	11	44.0
입원 전 치유력	있음	25	100.0
	없음	0	0.0
수술여부	있음	25	100.0
	없음	0	0.0
손상원인	외상	21	84.0
	비외상	4	16.0
손상 수준	경추	7	28.0
	흉추	9	36.0
	요추 기타	6 3	24.0 12.0
손상 유형	하지마비	19	76.0
	사지마비	6	24.0
마비 정도	불완전손상	9	36.0
	완전손상	16	64.0
ASIA	A	15	60.0
	B	1	4.0
	C	2	8.0
	D	7	28.0
발병기간(일) (평균±표준편차)		316±158.4	
입원기간(일) (평균±표준편차)		91.3±18.8	
SCIMII 일상생활수행능력 (평균±표준편차)		55.4±21.7	

3.3 병원기반 사회복지 지원프로그램의 효과

3.3.1 작업 수행도와 만족도

사회복지 지원프로그램 실시 전·후의 캐나다작업수행측정(COPM)의 수행도와 만족도를 살펴본 결과, 평균 수행도는 2.2점에서 3.9점으로 1.7점 향상되었으며, 평균 만족도는 2.0점에서 3.8점으로 1.8점 향상되었다. 이는 모두 통계적으로 유의하였다($p < .05$).

표 4. 캐나다작업수행측정(COPM)의 사전·사후점수 및 변화 정도 (단위: 점수)

구분	사전	사후	변화량 평균	t-값	p-value
	평균 ±표준편차	평균 ±표준편차			
수행도	2.2±0.8	3.9±1.4	+1.7	5.712	0.000*
만족도	2.0±1.0	3.8±1.4	+1.8	5.014	0.000*

주) * $p < .05$

3.3.2 불안-우울수준

불안-우울 수준은 HADS의 검사 도구를 통하여 불안 및 우울 수준을 파악하였다. 불안-우울 수준의 전체 점수는 15.7점에서 15.4점으로 다소 미미한 수준으로 낮아졌다. 각 영역별로 살펴보면, 불안은 경계성 불안 수준인 8.2점에서, 정상 수준인 7.6점으로 낮아졌으며, 우울은 7.5점에서 7.8점으로 0.3점 높아졌으나 통계적으로는 유의하지 않았다($p > .05$).

표 5. 병원불안-우울척도(HADS)의 사전·사후점수 및 변화 정도 (단위: 점수)

구분	사전	사후	변화량 평균	t-값	p-value
	평균± 표준편차	평균± 표준편차			
불안- 우울	15.7±8.6	15.4±9.0	-0.3		
불안	8.2±3.8	7.6±4.2	-0.6	-1.414	0.170
우울	7.5±4.9	7.8±4.9	+0.3	0.753	0.459

주) * $p < .05$

3.3.3 장애수용

장애수용은 4가지 영역으로 구성되고, 전체적으로는 78.0점에서 81.6점으로 3.6점의 긍정적인 변화량을 보였다. 각 영역으로 살펴보면, 신체적 조건의 수용은 11.9

점에서 12.7점으로, 장애의 부정적 효과차단은 19.3점에서 21.8점으로 향상되었으며, 통계적으로 유의하였다($p < .05$). 가치영역 확대는 24.2점에서 24.8점으로, 비교가치에서 내적가치로의 전환은 22.1점에서 23.3점으로 향상되었으나, 통계적으로 유의하지 않았다($p > .05$).

표 6. 장애수용척도(AD-R) 사전·사후점수 및 변화 정도 (단위: 점수)

구분	사전	사후	변화량 평균	t-값	p-value
	평균± 표준편차	평균± 표준편차			
장애수용	78.0±16.2	81.6±16.8	+3.6		
가치영역의 확대	24.2±4.6	24.8±4.4	+0.6	1.1431	0.165
신체적 조건의 수용	11.9±2.8	12.7±2.9	+0.8	2.219	0.036*
장애의 부정적 효과 차단	19.3±5.5	21.8±5.5	+2.5	3.636	0.001*
비교가치에서 내적가치로의 전환	22.1±5.2	23.3±5.5	+1.2	1.964	0.061

주) * $p < .05$

3.3.4 삶의 질

삶의 질의 신체적 건강 영역은 10.9점에서 12.8점으로, 심리적 건강 영역은 11.2점에서 12.3점으로, 생활환경 영역은 11.1점에서 11.9점으로 향상되었다. 이는 모두 통계적으로 유의하였다($p < .05$). 사회관계 영역은 11.0점에서 11.7점으로 0.7점 향상되었으나 통계적으로 유의하지 않았다($p > .05$).

표 7. 삶의 질 평가(WHOQOL-BREF) 사전·사후점수 및 변화 정도 (단위: 점수)

구분	사전	사후	변화 평균	t-값	p-value
	평균±표준 편차	평균±표준 편차			
신체적 건강	10.9±2.9	12.8±2.9	+1.9	4.768	0.000*
심리적 건강	11.2±3.2	12.3±3.0	+1.1	3.523	0.002*
사회관계	11.0±3.4	11.7±2.8	+0.7	1.156	0.259
생활환경	11.1±2.4	11.9±2.4	+0.8	2.436	0.023*

주) * $p < .05$

3.4 퇴원 시 지역사회통합 수준

퇴원 시 지역사회통합척도(CIQ)를 측정한 결과, 가정 통합은 2.3점, 사회 통합은 5.7점, 생산적 활동은 1.4 점이었다. 세 영역 중 사회통합 점수가 가장 높은 것으로 나타났다.

표 8. 지역사회통합척도(CIQ)에 따른 점수 현황

(단위: 점수)			
구분	최소값	최대값	평균±표준편차
가정 통합	0	6	2.3±2.0
사회 통합	0	12	5.7±2.7
생산적 활동	0	6	1.4±2.0

3.5 퇴원 후 사회복지 현황

대상자가 퇴원 후 사회복지 여부를 모니터링 한 결과, 가정복귀 4명(16.0%), 학업복귀 1명(4.0%), 직업복귀 1명(4.0%), 타 병원으로 입원 16명(64.0%), 기타(스마트 홈 등) 3명(12.0%)으로 9명(36%)이 사회복지를 한 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 우리나라 재활환자가 지역사회로 복귀보다는 타병원으로의 입원을 반복적으로 하는 실정이라는 것을 단적으로 보여주는

예이다.

표 9. 퇴원 후 사회복지 현황

구분	빈도(명)	비율(%)
가정복귀	4	16.0
학업복귀	1	4.0
직업복귀	1	4.0
타 병원	16	64.0
기타(스마트 홈 등)	3	12.0
계	25	100.0

3.6 병원기반 사회복지프로그램의 서비스 영역별 만족도

대상자가 병원기반 사회복지프로그램을 종료하는 시점에 제공 서비스 영역별로 프로그램 관련 사항, 서비스 제공자 관련 사항, 주관적 재활정도 관련 사항, 전반적 만족도 관련 사항에 대해 5점 척도로 만족도를 측정하였고, 각 영역의 문항별 개인의 만족도는 모든 서비스 영역에서 서비스 제공자 측면에서의 만족도가 매우 높은 것으로 분석되었다. 다만, 사회참여 및 독립생활체험 영역의 프로그램은 서비스 제공자 관련 사항 및 프로그램이나 전반적 만족도 관련 사항에서도 높은 만족도를 보였다.

표 10. 병원기반 사회복지프로그램의 서비스 영역별 만족도

(단위: 평균±표준편차)

구분	상담 및 지원	자기관리 및 가정생활훈련	문화 및 레크리에이션 교육	사회참여 및 독립생활체험	
프로그램	평균 3.7±0.1	3.7±0.1	4.0±0.1	4.2±0.1	
측면	횟수	3.7	3.8	4.0	
	참여시간	3.7	3.7	4.0	
	적합성	3.8	3.7	4.3	
	내용구성	3.7	3.7	4.0	
서비스 제공자	평균 4.1±0.2	4.3±0.2	4.3±0.1	4.2±0.1	
측면	노력도	4.4	4.5	4.3	
	신뢰도	4.0	4.1	4.2	
	전문지식기술보유정도	3.9	4.1	4.5	
주관적 재활정도	친절도	4.0	4.5	4.4	
	평균	3.6±0.3	3.9±0.3	3.9±0.1	4.0±0.2
	심리 우울의 회복	3.3	3.6	3.9	
	사회복귀의지	3.7	3.6	3.8	
측면	일상생활능력 향상	3.8	4.4	4.0	
	심리적 자신감 향상	3.9	4.4	4.1	
전반적 만족도	평균 3.7±0.05	4.0±0.1	4.0±0.1	4.2±0.1	
측면	타환자 권유	3.7	3.9	4.1	
	재이용	3.7	4.1	3.8	
	신뢰도	3.7	4.0	4.0	
만족도	3.75	4.1	4.0	4.1	

4. 고찰

본 연구는 척수손상 환자를 대상으로 병원기반 사회복지 지원프로그램을 개발·적용한 후, 프로그램의 효과를 분석하고자 하였다. 연구 대상자들은 COPM 측정에서 자조활동, 여가 활동 및 생산적 활동 등 다양한 활동에서 문제가 있다고 응답하였다. 이는 척수손상 환자의 치료 시 환자에게 필요한 문제의 우선순위가 다양하기 때문에 환자가 원하고 중요하게 생각하는 것이 무엇인지 파악하고, 개인의 요구도를 고려한 목표 설정이 필요하다는 점을 시사하고 있다. COPM은 환자의 가치관을 반영하여 치료목표의 우선순위를 정하는데 도움을 줄 수 있으며(Law et al., 1998), 자기관리, 생산적 활동 및 여가생활에 있어서 수행도와 만족도에 대한 환자의 자가 인식 변화를 측정하는데 민감한 도구로 보고되어 있다(Case-Smith, 2003; Law et al., 2005; Pollock, 1993; Trombly et al., 2002; VanLeit & Crowe, 2002). H-CRSP 시행 후 수행도는 2.2점에서 3.9점으로, 만족도는 2.0점에서 3.8점으로 향상되었다. COPM에서 수행도와 만족도 점수의 전·후 비교에서 2점 이상의 변화는 임상적으로 중요하다고 해석할 수 있다(Law et al., 1998). 본 연구에서는 프로그램 시행 후 수행도는 1.7점, 만족도는 1.8점 향상되어 통계적으로 유의한 향상을 보였지만, 임상적으로 유의미한 증가는 보이지 않았다. 사람들은 자신의 불확실한 미래에 대한 계획을 세울 수 없을 때 불안을 느낀다고 보고하고 있다(황옥남, 1995). 얼마간의 시간이 지나면서 초기의 심리적 충격에서 벗어났다 하더라도 신체적 기능상실로 인한 자존감의 저하와 우울을 경험하며, 사회적 격리에 따른 소외감과 불안감을 느낀다(유양숙, 2000). 본 연구 결과 사회복지 지원프로그램 시행 후 불안수준은 낮아졌으나 통계적으로 유의하지 않았다. 입원환자들은 퇴원 후 사회로의 복귀에 대해 불안감을 가지고 있다. 그러나 사회복지 지원프로그램을 통해 사회복귀를 미리 준비하고, 장애나 미래에 대해서 다른 시각들을 탐색하면서, 정서적으로 안정을 찾아가며 불안을 감소시킬 수 있을 것으로 사료된다. 또한 중도장애인이 사회적 지지를 경험하면 사회통합 수준이 높아지지만 우울은 사회통합에 부정적 영향을 미치는 중요한 심리적 요인이라고 보고하고 있다(신은경 등, 2007). 우울은 척수장애에서 가장 많이 발생하는 정서문제로 척수손상인의 1/3이 경험하며, 이는 정상인의 발생빈도에 비해 2~3배 높은 비율이다(Dryden 등, 2005). 장애 초기의 우울은 대부분은 예상하지 않았던 외상과 이로 인한 상실에 의해 발생되지만, 장애이후 상당한 기간이 지난 후에도 지속되기도 한다. 장애초기의 우울은 재활

동기를 저하시킴으로써 성공적인 재활과 사회복지에 부정적인 영향을 미친다(김윤화, 2006). Geurysen 등(2008) 연구에서는 사회복지프로그램 시행 후 참여자들의 우울수준이 cut-off 아래로 유의하게 감소하였으며, 이는 프로그램이 참여자들의 부정적인 기분을 극복하고, 미래에 대해 자신감을 갖도록 도와준 것을 의미한다. 그러나 본 연구에서는 사회복지 지원프로그램 시행 후 우울 수준이 약간 높아진 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지 않았다. 배정현(2008) 연구에서는 척수손상 환자들의 삶에 대한 사회복지이전 단계에서의 심리적 고통 범주에서 우울감, 불안, 막연함, 고독, 소외 정서가 나타나는 것으로 보고하고 있다.

장애 수용은 중도 장애이후 긍정적 적응을 나타내는 대표적인 지표라 할 수 있다(Elliott 등, 2000). 장애이후의 변화를 원만하게 수용하는 사람은 재활과 사회복지 과정에서 겪는 어려움이 적지만, 그렇지 못한 사람은 재활과 사회복지에 많은 어려움을 겪는다(정정숙, 2013). 척수손상 이후 장애에 대한 긍정적 적응 결과는 장애를 인정하고 받아들이고, 개인의 가치와 정체성을 재확립하고, 사회 재참여도 원활히 이루어지는 것이다. 장애수용은 장애가 불편하고 여러 가지 제한을 주기는 하지만 자신의 가치를 저하시키는 것만은 아니라고 여기는 것이며, 이는 장애와 자신에 대한 가치를 전환하고 재평가하는 것을 말한다(Smart, 2001; Wright, 1983). 장애에 대한 인정과 수용이 되어야, 장애를 개인의 특성 중의 하나로 받아들이고, 나은 삶을 긍정적으로 설계하고, 새로운 목표와 미래를 준비하고 노력을 기울이고, 사회생활에도 재참여가 원활히 이루어질 수 있다. 또한 장애수용이 이루어지면서 다른 사회적 참여나 직업적 재활로 나아가는 재활과정도 원활히 이루어질 수 있다(김성희, 2000). 본 연구에서는 사회복지 지원프로그램 참여 후 장애수용의 신체적 조건의 수용과 장애의 부정적 효과 차단 영역에서 향상된 결과를 보였다. 이는 사회복지프로그램이 척수장애인의 장애수용에 긍정적 효과가 있음을 시사하며, 궁극적으로는 장애수용을 높여 사회에 복귀한 후 장애에 좀 더 잘 적응하는데 도움이 될 것으로 여겨진다. 다양한 연구들에서도 장애수용이 고용과 독립적 생활(Green, Pratt & Grigsby, 1984)을 촉진하며, 고용여부(Melamed, Groswasser & Stern, 1992) 그리고 사회적 통합, 지역 사회 복귀(Snead & Davis, 2002)와 유의한 관계가 있다고 보고하고 있다.

세계보건기구에서 제시한 삶의 질이란 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련된 자신이 차지하는 위치에 대한 견해이다(Deborah et al., 2000). 이것은 삶의 질이 개인의 신체적 건강, 자립, 사회적 관계와 심리적

상태 등에 복합적으로 영향을 미칠 수 있는 폭넓은 개념으로 정의되고 있다(이종렬, 1999). 척수손상을 입은 후 급성기 재활 목표는 생존과 함께 신체 기능의 손상을 최소화하는데 초점을 두게 되는 반면, 장기 재활의 목표는 건강을 유지하고 기능의 결과를 최적화하여 궁극적으로 삶의 질을 높이는 것이다(Rauch 등, 2010). Duggan 등(1999)은 삶의 질은 주관적이고 변동적인 개념이기 때문에, 척수장애인의 환경적 요인과 심리적 요인을 통해 삶의 질을 확인하는 것이 중요하다고 하였다. 즉 척수장애인은 손상 후 완치나 회복이 되는 것이 아닌 만성적인 신체적 상태가 지속되는 것이므로 이들의 삶의 질에 있어 심리사회적 측면은 매우 큰 의미를 가진다(Chevalier 등, 2009).

본 연구결과 프로그램 시행 후 삶의 질에서는 신체적 건강, 심리적 건강, 생활환경 영역에서 삶의 질이 유의하게 향상되었다. 이는 Geurtsen 등(2011)의 연구에서 만성 뇌손상 환자를 대상으로 지역사회 사회복귀 프로그램을 실시한 결과 신체적, 심리적, 사회적, 환경적 영역에서 삶의 질이 향상되었다고 보고한 것과 일치하는 결과이다. Mcveigh 등(2006) 연구에서는 척수손상 후 스포츠 참여군과 비참여군에서 사회통합과 삶의 질을 비교한 결과 스포츠 참여가 사회통합과 삶의 질을 향상시키는데 관련성이 있는 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 척수손상 장애인에게 레저를 통한 중재 활동이 여가만족도 및 삶의 질을 향상시킨다는 연구도 있다(Daniel and Maniganda, 2005). 여가참여는 개인의 안녕과 삶의 만족도에 기여하며(Kinney and Coyle, 1992) 특히 장애인에게 있어 여가참여는 장애를 가진 삶에 적응하고, 삶의 변화를 받아들이도록 도와준다(Turner-Stokes, 1997). 신영주(2002) 연구에서 단순성 재활교육군에 비해 부부소그룹 상담군에서 전반적인 삶의 질 수준이 높은 것으로 나타났다.

퇴원 시 CIQ의 지역사회통합 정도를 측정하였다. Geurtsen 등(2008) 연구에서는 사회복귀프로그램 시행 후와 follow-up시 지역사회통합 점수가 높아졌으며, 참여자의 대다수가 급성기 재활 후 도움을 받지 않았다고 보고하고 있다. 본 연구에서는 CIQ(29점 만점)로 지역사회통합 정도를 측정된 결과, 9.4점으로 측정되었다. 이는 타 연구들(Ciceron et al., 2004, 2008; Hashimoto et al., 2006; Geurtsen et al., 2008)의 평균 12.7점에서 17.2점에 비해서는 상대적으로 낮았다. 프로그램 시행 전·후, 퇴원 후 사후평가를 통한 비교분석이 필요할 것으로 사료된다.

프로그램 종료 후 대상자의 프로그램에 대해 만족도는 매우 높은 것으로 나타났다. 특히, 프로그램 제공자에 대한 만족도가 높았는데, 이것은 개발한 병원기반 사회복귀 지원프로그램이 개개인의 요구도와 의학적인

필요를 반영하여 집중적인 서비스를 제공하였기 때문인 것으로 생각된다. 아울러 대상 환자에 대해 신체적, 심리적, 정신적인 다각적인 중재를 제공함으로써 직간접적으로 긍정효과를 나타낸 것으로 판단된다.

연구의 제한점으로는 첫째, 병원기반 사회복귀 지원 프로그램에 참여한 척수손상 환자의 수가 적기 때문에 프로그램의 효과를 전체 척수손상 환자에게 일반화하기에는 어려움이 있다. 둘째, 본 연구에서는 실험군과 비교할 수 있는 대조군이 없기 때문에 이러한 결과가 사회복귀 지원프로그램의 효과라는 것을 명확히 입증하기 어렵다. 셋째, 사회복귀 지원프로그램의 효과의 지속여부에 대한 검증이 이루어지지 않았다. 프로그램 시행 전·후 비교만으로 이루어져서, 향후 퇴원 후에도 프로그램의 효과가 지속되는지를 검증하여, 프로그램의 효과 지속성을 검증할 필요가 있다. 넷째, 지역사회통합 질문지는 프로그램 직후 사후평가만을 실시하였으므로 중재효과의 지속성에 대한 follow-up이 필요할 것으로 사료된다. 추후 참여자의 수를 확대하여 대조군과 비교한 프로그램의 효과를 재검증할 필요가 있다. 또한 프로그램의 단편적 측정에서 벗어나 입·퇴원 시, 퇴원 후 주기적이고 지속적인 평가와 모니터링이 이루어져야 할 것으로 사료된다. 그러나 본 연구는 사회복귀프로그램의 개념을 정립하고, 병원기반 사회복귀 지원프로그램을 개발하여, 재활병원에 입원해 있는 척수손상 환자를 대상으로 프로그램을 효과성을 평가했다는 데 큰 의미가 있다.

척수손상 환자의 재활은 단기간에 이루어지는 부분이 아니기 때문에 가정과 사회로의 빠른 복귀를 위해서는 입원 시부터 장애특성을 고려한 체계적인 프로그램 제공과 회복정도에 따른 단계적인 접근이 필요하다. 또한 퇴원 후 지역사회의 다양한 자원과 연계하여, 지속적이고 포괄적인 사회복귀프로그램이 제공될 수 있는 연계시스템이 마련되어야 할 것이다.

5. 결론

본 연구는 장애인의 사회복귀 촉진을 위한 병원기반 사회복귀 지원프로그램을 개발하고, 재활병원에 입원하여 재활치료를 받는 척수손상 환자 25명을 대상으로 프로그램의 효과성을 알아보고자 하였다. 병원기반 사회복귀 지원프로그램은 일상생활훈련, 운전교육, 컴퓨터 교육, 학업 및 직장복귀지원, 주택개조 정보 제공 및 연계, 레저 및 레크리에이션, 동료상담, 정서적 지원, 성 재활, 지역사회자원 연계, 가족지원, 법률지원서비스, 독립생활체험, 활동보조인 이용체험, 보조기 평가 및 대어이용체험 등의 프로그램으로 구성되어 있다. 병

원기반 사회복귀 지원프로그램 시행 전·후 작업 수행도 및 만족도, 불안 및 우울, 장애수용, 삶의 질 등을 평가하였으며, 퇴원 시 지역사회통합 수준과 퇴원 후 사회복귀여부를 측정하였다.

연구결과 병원기반 사회복귀 지원프로그램은 척수손상 환자의 작업 수행도와 만족도, 장애수용, 삶의 질을 향상시키는데 효과적인 것으로 나타났다. 작업 수행도는 2.2점에서 3.9점으로 만족도는 2.0점에서 3.8점으로 향상되었다. 장애수용 정도는 78.0점에서 81.6점으로, 삶의 질은 44.2점에서 48.7점으로 향상되었다. 또한 퇴원 후 25명의 척수손상 환자 중에서 10명이 가정, 학업, 직업으로 복귀하였다. 또한 병원기반 사회복귀 지원프로그램의 대한 만족도 조사에서 프로그램 제공자에 대한 만족도가 매우 높은 것으로 나타나 프로그램 제공 효과에 긍정적이면서 유의미한 영향을 미친 것으로 판단된다. 따라서 병원기반 사회복귀 지원프로그램이 척수손상 환자들이 퇴원 후 그들이 속한 지역사회로 돌아가는데 효과적임을 시사한다. 척수손상 환자들이 가정과 사회로의 빠른 복귀를 위해서는 사회복귀를 위한 다양한 프로그램 개발과 더불어 체계적인 사회복귀연계시스템이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

[1] 김원석, 강은경, 신형익, 방문석, 신지철, 박지웅. “급성기 후 재활병원에 입원한 척수손상 환자의 재활서비스 욕구”, 대한재활의학회지, 제32권 제2호, pp.169-174. 2008.

[2] 이범석, 신형익, 장순자, 김병식. “척수손상환자의 재원기간과 재원기간에 영향을 미치는 요인” 대한재활의학회 추계학술대회, 2003.

[3] 이범석. “척수장애인 의료기관 이용시 문제점과 개선방안” In: 제17회 RI Korea 재활대회 자료집. 한국장애인재활협회 pp. 339-366. 2009.

[4] 이종렬. “WHOQOL-BREF를 이용한 대구광역시민의 삶의 질에 관한 조사” 계명대학교 석사학위 논문. 1999.

[5] 배정현, 서동명. “척수손상장애인들의 삶에 대한 현상학적 연구”, 재활복지, 제12권 제3호, pp. 117-141. 2008.

[6] 신은경, 최정아. “구조방정식 모형을 이용한 척수손상장애인의 사회통합 영향요인: 우울, 장애정체감, 사회적 지지를 중심으로”, 재활복지, 제11권 제1호, pp.1-29. 2007.

[7] 신영주. “척수손상인의 부부소그룹과 삶의 질에 관한 연구” 연세대학교 석사학위논문. 2002.

[8] 정정숙. “척수장애인의 우울과 장애수용에 영향을 미치는 심리적 요인과 단기심기상담 효과 연구” 고려대학교 박사학위논문. 2013.

[9] 홍려교. “스포츠 참여가 지체 장애인의 장애수용과 신체상에 미치는 영향” 이화여자대학교 박사학위논문, 2001.

[10] 호승희. 장애인의 사회복귀 촉진을 위한 ICF 기반의 재활서비스 프로그램 운영 및 평가, 국립재활원. 2011.

[11] RI Korea 의료분과, “척수장애인 의료기관 이용시 문제점 개선방안 연구” 한국장애인 협회. 2009.

[12] Coleman, W. P, & Geisler, F. H. “Injury severity as primary predictor of outcome in acute spinal cord injury : Retrospective results from a large multicenter clinical trial” Spinal Journal vol.4, no. 4, pp. 373-378. 2004.

[13] Daniel A, and Maniganda C. “Efficacy of leisure intervention groups and their impact on quality of life among people with spinal cord injury” International Journal of Rehabilitation Research, vol. 28, No.1, pp. 43-48. 2005.

[14] Deborah,B., Ann,J., Anna,M,& Gary,F. “Evaluation of measures used to assess quality of life after stroke” Stroke vol.31 pp. 2004-2010. 2000.

[15] Dijkers MP. “Correlates of life satisfaction among persons with spinal cord injury” Archives of Physical Medicine and Rehabilitation vol. 80. pp.866-876. 1999.

[16] Elliott, T. R., Uswatte, G., Lewis, L. & Palmatier, A. “Goal instability and adjustment to physical disability” Journal of Counseling Psychology. vol. 47, no. 2, pp. 251-265. 2000.

[17] Geurtsen GJ, van Heugten CM, Martina JD, Rietveld AC, Meijer R, Geurts AC. “A prospective study to evaluate a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury” Archives of Physical Medicine and Rehabilitation vol. 92. pp. 696-704. 2011.

[18] Kenneth Lam. Community reintegration: life after stroke. 1994.

[19] Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N.(3rd ed).Canadian Occupational Performance Measure. 1998.

[20] Marcel Dijkers. “Community integration: conc

ceptual issues and measurement approaches in rehabilitation research” Spinal Cord Injury Rehabilitation vol. 4, no. 1. pp. 1-15. 1998.

[21] McVeigh SA, BSc, MD, FRCPC; Sander L. Hitzig, MA; B. Cathy Craven, MD, MSc, FRCPC. The Journal of Spinal Cord Medicine, vol. 32, no. 2. 2009.

[22] National Commission on Macroeconomics and Health. Burden of disease in India. New Delhi; Ministry of Family and Welfare, Government of India. 2005.

[23] NY Yasui, NL Berven. “Community integration: conceptualisation and measurement. Disability and Rehabilitation” vol. 31, no. 9. pp. 761 - 771. 2009.

[24] Pedretti LW, Early MB(5th ed.). Occupational therapy Practice skills for physical dysfunction. C. V. Mosby. 2001.

[25] Scelza WM, Kirshblum SC, Wuermsler LA, Ho CH, Priebe MM, Chiodo AE. “Spinal Cord Injury Medicine.4. Community Reintegration After Spinal Cord Injury. Arch Phys Med Rehabil” vol. 88, no. 3, pp. S71-5. 2007.

[26] Schmitz,T, O’sullivan,S. Physical rehabilitation: Assessment and Treatment. Philadelphia: F A Davis. 1994.

[27] Schonherr MC, Groothoff JW, Mulder GA, Eisma WH. “Participation and satisfaction after spinal cord injury: results of a vocational and leisure outcome study” Spinal Cord vol. 43. p p. 241-8. 2005.

[28] Turner-Stokes L, Sykes N, Silber E, Khatri A, Sutton L, and Young R. “From diagnosis to death: exploring the interface between neurology, rehabilitation and palliative care in managing people with long-term neurological condition. Medicine” vol. 7, no. 2. pp. 130-137. 2007.



호 승 희

2000년 8월 아주대학교 의과대학 예방의학전공 (의학박사)
 2002년~2003년 KAIST 테크노경영대학원 Post-doc.
 2006년~2008년 연세대학교 보건대학원 연구 조교수
 2009년 2월 연세대학교 정보대학원 정보시스템전공 (정보학박사)
 2009년 3월~현재 국립재활원 재활연구소 재활표준연구과장

관심분야 : 재활의료서비스, 장애인건강증진, 의료정보 및 표준화



유 소 연

2013년 2월 연세대학교 보건대학원 건강증진교육전공 (보건학석사)
 2008년~2014년 국립재활원 재활연구소 재활표준연구과 연구원

관심분야 : 건강증진, 재활치료



김 예 순

2010년 2월 이화여자대학교 대학원 보건관리학 전공 보건학박사 수료
 2010년~현재 국립재활원 재활연구소 재활표준연구과 연구사

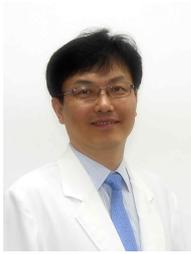
관심분야 : 건강증진, 보건의료서비스, 재활정책



방 문 석

1996년 서울대학교 대학원 재활의학전공 (의학박사)
 1986년~1997년 서울대학교병원 인턴, 레지던트, 전임의, 임상전임강사
 1997년~2001년 서울의대 기금조교수, 해외연수
 2001년~현재 서울대학교 의과대학 조교수, 부교수, 교수

관심분야 : 척수손상재활, 성인 뇌성마비



이 범 석

1988년 연세의대 졸업
1992년 재활의학과 전문의취
득
1997년 연세대학교 보건대학
원 보건학 석사졸업
1995년~현재 국립재활원
재활병원부장

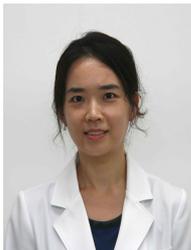
관심분야 : 적수손상재활, 성재활



김 동 아

1994년~2001년 연세대학교
신촌세브란스병원 인
턴, 재활의학과 레지
던트, 전임의
2003년 연세대학교 대학원
재활의학전공 (의학석
사)
2011년 고려대학교 대학원
(의학박사)
2001년~현재 국립재활원 재
활병원 소아재활, 뇌
졸중재활, 사회복귀지
원과장

관심분야 : 뇌졸중 및 소아재활, 운전재활, 사회
복귀



김 은 주

2005년 8월 연세대학교 의학
과(재활의학) 석사
2006년~현재 국립재활원 재
활병원 뇌신경재활과
과장

관심분야 : 뇌신경재활, 노인재활



김 현 경

2004년 조선의대 졸업
2004년~2009년 국민건강보험
공단 일산병원 인턴,
전공의 수련
2009년~현재 국립재활원 재
활병원 소아재활과 과
장

관심분야 : 소아재활