



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

한국형 활동분류카드를 적용한
실어증 언어치료 목표 활동과
관련 요인

연세대학교 대학원

언어병리학협동과정

최 미 리

한국형 활동분류카드를 적용한 실어증 언어치료 목표 활동과 관련 요인

지도교수 김 덕 용

이 논문을 석사 학위논문으로 제출함

2025 년 06 월

연세대학교 대학원

언어병리학협동과정

최 미 리

한국형 활동분류카드를 적용한
실어증 언어치료 목표 활동과 관련 요인

최미리의 석사 학위논문으로 인준함

심사위원장 _____ 김향희

심사위원 _____ 김덕용

심사위원 _____ 윤서연

연세대학교 대학원

언어병리학협동과정

2025 년 06 월

차 례

| | |
|---------------------------------------|-----|
| 표 차례 | iii |
| 그림 차례 | iv |
| 국문 요약 | v |
| 제 1 장 서론 | 1 |
| 1.1. 연구의 필요성 | 1 |
| 1.2. 이론적 배경 | 3 |
| 1.3. 연구 목적 | 6 |
| 제 2 장 연구 방법 | 7 |
| 2.1. 연구 대상 | 7 |
| 2.2. 연구 도구 | 12 |
| 2.3. 연구 절차 | 14 |
| 제 3 장 연구 결과 | 17 |
| 3.1. 실어증 환자의 한국형 활동분류카드 검사-재검사 신뢰도 | 17 |
| 3.2. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동과 순위 | 18 |
| 3.2.1. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동과 순위 | 18 |
| 3.2.2. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 순위 비교 | 23 |
| 3.2.3. 활동 영역 간 선호 활동 비율 비교 | 24 |
| 3.2.4. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 수 비교 | 25 |
| 3.3. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동 | 26 |
| 3.3.1. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동 | 26 |
| 3.3.2. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동 일치도 | 30 |
| 3.4. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 요인 | 31 |
| 3.4.1. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 인구학적 요인 | 31 |
| 3.4.2. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 임상 요인 | 33 |
| 제 4 장 고찰 | 35 |
| 제 5 장 결론 | 43 |

| | |
|-----------------|----|
| 참고 문헌 | 45 |
| 부록 | 50 |
| 영문 요약 | 52 |

표 차례

| | |
|--|----|
| <표 1> 실어증 환자와 보호자의 인구학적 정보 | 9 |
| <표 2> 실어증 환자의 임상 정보 | 11 |
| <표 3> 실어증 환자의 한국형 활동분류카드 검사-재검사 신뢰도 | 17 |
| <표 4> 실어증 환자와 보호자의 선호 활동과 순위 | 20 |
| <표 5> 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 순위 비교 | 23 |
| <표 6> 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 수 비교 | 25 |
| <표 7> 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동 일치도 | 30 |
| <표 8> 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 인구학적 요인 | 31 |
| <표 9> 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 임상 요인 | 33 |

그림 차례

| | |
|---|----|
| <그림 1> 한국형 활동분류카드의 수단적 일상 활동 카드 예 | 13 |
| <그림 2> 수단적 일상 활동 중 최고 선호 활동 선택 사례 | 15 |
| <그림 3> 활동 영역 간 선호 활동 비율 비교 | 24 |
| <그림 4> 수단적 일상 활동 중 최고 선호 활동 선택 빈도 | 27 |
| <그림 5> 여가 활동 중 최고 선호 활동 선택 빈도 | 28 |
| <그림 6> 사회 활동 중 최고 선호 활동 선택 빈도 | 29 |
| <그림 7> ICF 모델 | 36 |

국문 요약

한국형 활동분류카드를 적용한 실어증 언어치료 목표 활동과 관련 요인

본 연구는 실어증 환자의 언어치료 목표 설정 시 환자의 실제 욕구를 반영하기 위한 근거를 마련하고자, 한국형 활동분류카드(K-ACS)를 활용해 선호 활동을 평가하고, 이에 영향을 미치는 인구학적 및 임상적 요인을 분석하였다. 아울러 K-ACS의 검사-재검사 신뢰도를 검증하였다.

연구 대상은 65세 이상 경도~중도 실어증을 가진 뇌졸중 환자 50명(남:여=20:30, 연령=74.4±6.2)과 보호자 50명(남:여=17:33, 연령=58.3±14.3)으로 구성되었으며, K-ACS를 통해 각자의 관점에서 환자의 선호 활동을 선택하였다.

실어증 환자가 가장 선호한 활동은 ‘가족 모임 참석하기’, ‘텔레비전 시청하기’, ‘관광/여행하기’, ‘정원/화분 가꾸기’, ‘산책하기/걷기’ 순으로 나타났다. 활동 영역별로는 수단적 일상 활동에서 ‘식사 준비하기’, 여가 활동에서 ‘텔레비전 시청하기’, 사회 활동에서 ‘가족 모임 참석하기’가 가장 선호되었다. 활동 영역 간 비교에서 여가 활동에 대한 선호도가 가장 높게 나타났으며, 이는 언어치료 목표 설정 시 환자의 여가 생활을 우선적으로 고려해야 함을 시사한다.

환자와 보호자 간에는 선호 활동 선택에서 유의한 차이를 보였으며, 모든 영역에서 환자가 보호자보다 더 다양한 활동을 선택하였다. 특히 양측 간 최고 선호 활동의 일치도는 낮은 수준으로 나타나, 보호자의 판단만으로는 환자의 실제 욕구를 정확히 반영하기 어렵다는 점이 확인되었다. 이는 실어증 환자의 자가 보고 기반 평가가 언어치료 목표 설정에 필수적임을 의미한다.

인구학적 요인 분석에서는 연령이 증가할수록 선택한 활동 수가 감소했으며, 고령일수록 활동 참여가 줄어드는 경향이 나타났다. 이는 치료 목표 설정 시 연령에 따른 활동 감소 경향을 고려한 현실적 접근이 필요함을 시사한다. 임상 요인에서는 진단명, 마비 유무, 발병 후 경과 기간이 선호 활동에 유의한 영향을 미쳤다. 뇌출혈

환자와 마비가 있는 환자는 수단적 일상 활동을 더 선호하였고, 발병 기간이 길수록 여가 활동 선호도가 낮았다. 이러한 결과는 신체 기능 회복 수준, 재활 참여 의지, 시간 경과에 따른 활동 참여 저하 양상을 치료 목표에 반영해야 함을 보여준다.

K-ACS는 검사-재검사 신뢰도 분석에서 중등도 이상의 신뢰도를 보여, 실어증 환자의 선호 활동을 일관되게 측정할 수 있는 도구임이 입증되었다. 본 연구는 언어적 제약이 있는 실어증 환자도 사진 기반 평가 도구를 통해 언어치료 목표 설정에 능동적으로 참여할 수 있음을 확인하였으며, 자기결정권을 반영한 환자 중심 재활에 실질적 기초 자료를 제공한다.

핵심되는 말: 실어증, 언어치료, 환자 중심 재활, 치료 목표 설정, 선호 활동, 한국형 활동분류카드(K-ACS)

1. 서론

1.1. 연구의 필요성

언어재활사 뿐만 아니라 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사를 대상으로 한 선행 연구에서, 모든 임상가는 환자의 치료 결과를 향상시키는 가장 중요한 요인으로 동기(motivation)를 꼽았다.¹ 최근 언어재활사를 대상으로 한 설문조사에서도 환자의 동기와 중증도가 실어증 회복을 예측하는 주요 인자로 확인되었다.²

동기화된 행동은 자기 결정(self-determination)에서 비롯된다.¹ 자기 결정의 핵심 요소는 자율성(autonomy)으로, 이는 개인이 자신의 우선순위에 따라 활동을 스스로 선택하는 능력을 의미한다. 자기 결정과 자율성은 환자 중심 치료의 핵심 전제이다. 환자 중심 재활(patient-centered rehabilitation)은 의료진의 적극적인 협력을 바탕으로 환자의 관심사를 파악하고, 이를 재활 목표와 우선순위에 반영하는 것이다.³ 재활 과정에서 환자의 자기 결정권과 자율성이 보장되면 치료에 대한 순응도는 물론, 치료 성과와 만족도까지 향상된다.⁴

안타깝게도 실제 임상에서 환자와 협력적으로 목표를 설정하는 경우는 드물다.⁵ 환자의 요구는 의료 전문가들에 의해 종종 간과되며, 환자의 관심사 역시 치료 목표에 반영되지 않는 경우가 많다.⁶ 의무기록 분석 결과, 의료 전문가들은 치료사 중심(therapist-centered)의 장애 기반(impairment-based) 접근법을 주로 사용하고 있었다.⁷ 손상된 신체 부위와 관련된 목표 설정에 초점을 맞췄으며 그 결과, 환자와 치료 목표 간의 불일치가 빈번하게 드러났다.⁸ 이와 대조적으로 환자 중심 접근법은 환자의 필요(needs)와 욕구(wants)를 반영한다. 임상가와 환자가 팀으로 협력하여 의미 있는 목표를 설정하고 공유한다.⁹ 이로써 환자가 높은 치료 동기를 유지하도록 돕는다.⁸

환자 중심 치료를 위한 협력적 목표 설정은 원활한 의사소통을 기반으로 한다. 이는 실어증 환자에게 큰 장벽이 될 수 있다.¹⁰ 실어증은 전체 뇌졸중 생존자의 약

25~40%에서 나타나는 의사소통장애로, 말하기, 듣기, 읽기, 쓰기 등 다양한 언어 기능에 어려움을 초래한다. 특히 청각적 이해력(auditory comprehension)의 저하로 인해 구두 인터뷰의 신뢰도가 낮고, 읽기 이해력(reading comprehension) 저하로 서면 설문지 사용 또한 제한적이다.³ 그 결과, 실제 임상 현장에서 실어증 환자가 재활 목표 설정에 참여하는 경우가 드물 뿐더러 자신이 받고 있는 재활 프로그램의 목적조차 모르는 경우가 흔하다.¹¹ 이로 인해 언어재활사는 보호자의 대리 보고(proxy-report)에 의존하여 중재 목표를 설정하는 상황이 일반적이다.³

실어증 환자의 자가 보고와 보호자의 대리 보고를 비교한 연구에 따르면, 치료 목표 일치도는 평균 70%였으며, 가장 선호하는 세 가지 활동에 대한 일치율은 43%에 불과했다.¹² 실어증 환자의 건강 관련 삶의 질(Health-Related Quality of Life, HRQoL)을 다룬 연구에서도 보호자는 환자의 삶의 질을 실제보다 더 낮게 평가하는 경향을 보였다.¹³ 이러한 결과는 보호자의 대리 보고가 환자의 실제 욕구를 반영하지 못할 가능성이 높다는 점을 시사한다. 한편, 환자와 임상가 간 재활 목표 차이를 분석한 연구에 따르면, 임상가는 장애 중심의 과제 수행에 초점을 둔 반면, 환자는 이전에 중요했던 활동으로의 복귀를 중시하는 경향을 보였다.¹⁴ 언어재활사를 대상으로 한 연구에서도 의사소통 능력 향상이라는 목표는 일치했지만, 환자가 실제로 복귀하고자 하는 활동 수준에서는 불일치가 나타났다.¹⁰

언어재활사는 환자 개개인의 목표 활동을 파악하고 이를 치료에 반영할 필요가 있다. 기능적 활동을 중심으로 목표를 설정한 환자들이 더 높은 수준의 회복을 달성하기 때문이다.¹⁵ 현재 국내에서는 실어증 환자의 언어치료 목표 설정에 관한 연구가 거의 없는 실정이다. 이에 본 연구는 사진 카드 도구를 활용하여 실어증 환자의 선호 활동을 파악하고, 선호 활동에 영향을 미치는 관련 요인을 분석하고자 한다.

1.2. 이론적 배경

2001년 세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 건강과 장애를 설명하는 환자 중심의 개념 모델인 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability, and Health, 이하 ICF)를 공표했다. 기존의 국제장애분류기준(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps)은 장애를 질병의 결과로 간주하였으나, ICF는 장애를 건강 조건(health condition)과 개인이 가진 배경 요인(contextual factors)의 상호 작용 결과로 정의함으로써 장애에 대한 개념을 확장하였다.¹⁶ 이는 건강을 단순히 신체적 기능이 아닌 활동과 참여를 포함하는 포괄적 개념으로 재정의한 것이다.

실어증 치료 목표를 다룬 선행 연구에 따르면, 실어증 환자 스스로 설정한 재활 목표는 ICF 구성 요소 중 활동(activities)과 참여(participation) 영역에 집중되어 있었다. 신체 기능 및 구조(body functions & structures)보다 일상 활동 복귀, 지역사회 참여에 더욱 초점을 맞추고 있었다.¹⁷ 이는 언어재활사로 하여금 환자의 활동(activities) 및 참여(participation)를 재활의 최종 목표로 삼아야 한다는 점을 시사한다.

참여(participation)는 의미와 목적이 있는 작업(occupation)을 개인이 속한 환경 속에서 능동적으로 수행하는 것이다. 여기서 작업이란 일상생활활동(Activities of Daily Livings, ADLs), 수단적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Livings, IADLs), 휴식과 수면(rest and sleep), 교육(education), 일(work), 놀이(play), 여가(leisure), 사회 참여(social participation) 등 일상에서 이뤄지는 모든 활동을 포함한다.¹⁸

일반적으로 뇌졸중 생존자는 활동 감소, 대인 관계의 변화, 그리고 사회적 고립을 경험한다.¹⁹ 뇌졸중 생존자의 약 25~40%가 겪는 실어증은 활동 참여 전반에 부정적인 영향을 끼친다. 의사소통은 모든 활동에 필수적으로 연관되어 있기 때문이다.²⁰ 인간은 자신에게 의미 있는 활동에 참여함으로써 존재 가치를 느끼며, 현재 무언가를 수행하고 있다는 사실로 말미암아 자신이 살아있음을 느낀다. 이는 삶의 질(Quality of

Life, QoL)과도 직결된다.²¹

임상에서 언어재활사는 실어증 환자군의 개인별 목표 활동을 파악하고 협력적으로 목표를 설정하는 데 많은 어려움을 겪고 있다.²² 이에 대한 방안으로 실어증 환자의 자가 보고(self-report)를 위해 평가 도구를 활용한 해외의 선행 연구는 다음과 같다.

미국 노스캐롤라이나대(University of North Carolina at Chapel Hill) 연구팀은 실어증 환자의 재활 목표 설정을 돕기 위해 Life Interests and Values(이하 LIV) 카드를 개발했다. LIV는 실어증 환자의 희망 활동을 파악하기 위한 실어증 친화적 평가 도구이다.³ 95장의 선화 카드로 구성되어 있으며, 각 카드에는 하나의 활동이 그려져 있다. 카드의 뒷면에는 활동을 묘사하는 키워드가 적혀 있다. 95개의 활동은 4가지 영역으로 분류되어 있으며 가정 및 지역 사회 활동(home and community) 25개, 창의 및 휴식 활동(creative and relaxing) 25개, 신체 활동(physical) 25개, 사회 활동(social) 20개로 구성되어 있다.

LIV 연구에서 연구자는 환자와 마주 앉아, 초록색 √ 표시와 빨간색 X 표시를 테이블에 둔 채 LIV 카드를 한 장씩 제시했다. 카드에 인쇄된 활동이 하고 싶은 활동일 경우 초록색 √에, 하고 싶지 않은 활동일 경우 빨간색 X에 배치하라고 요구했다. 한 영역의 활동 카드 분류 작업이 끝났을 때 연구자는 초록색 √ 표시에 놓인, 다시 말해 환자가 하고 싶은 활동으로 선택한 카드만을 다시 제시하여 그중 가장 선호하는 활동 세 가지를 선택하라고 요구했다. 환자는 테이블 위 1, 2, 3 숫자가 적힌 곳 옆에 카드를 배열했다. 카드 분류 작업 시 환자의 구두 대답은 요구되지 않았다. 환자의 카드 분류가 모두 끝난 후 동일한 작업을 보호자에게도 실시했다. 보호자에게는 환자의 예상 선호 활동을 고르게 했다.

연구 결과, 전반적인 선호 활동의 일치도는 70%, 영역별 상위 세 가지 활동에 대한 일치도는 43%에 불과했다.¹² 이는 언어재활사가 보호자 보고에만 의존할 경우 환자의 실제 선호가 중재에 반영되지 못할 수 있음을 시사하며, 자가 보고를 통한 평가의 필요성을 강조한다.

현재 국내에는 LIV와 같은 실어증 환자용 치료 목표 설정 도구가 없다. 이에 본

연구는 한국의 65세 이상 노인을 대상으로 활동 수준을 평가하고 작업치료 계획을 수립하기 위해 개발된 한국형 활동분류카드(Korean-Activity Card Sort, 이하 K-ACS)를 활용하였다.²³ 활동분류카드(Activity Card Sort, 이하 ACS)는 1995년 미국에서 65세 이상 노인들을 대상으로 현재와 과거의 활동 수준을 평가하는 목적으로 개발되었다.²⁴ 각각의 카드에는 활동 실물 사진과 간단한 설명이 인쇄되어 있다. ACS는 환자 개인의 특성과 문화적 배경을 반영할 수 있어, 뇌졸중, 치매 등 다양한 환자군에 사용되고 있다.²⁵ 특히 K-ACS는 65세 이상 뇌졸중 노인과 정상 노인의 보유 활동 수준을 비교 분석하는 데 유용한 도구임이 밝혀졌다.²⁶

본 연구에서는 실어증 환자의 정확한 자가 보고를 지원하기 위해, 기호 처리의 부담을 줄이는 의사소통 보조 전략을 사용했다. 선화인 LIV 카드에 비해 실물 사진인 K-ACS는 도상성이 더 높고 시각적 이해가 용이하다.²⁷ 이에 인지 처리의 부담을 줄이고자 한국 문화가 반영된 K-ACS를 사용하였으며, 카드 분류 작업을 단순화했다.²⁸ 환자에게 매번 동일한 질문을 제공하고, 필요한 만큼의 시간을 제공하는 등 일관된 조건을 유지하였다.²⁹

1.3. 연구 목적

연구의 필요성 및 이론적 배경을 바탕으로 한 연구 목적은 다음과 같다.

- 1) 실어증 환자의 목표 활동 선택 도구로 한국형 활동분류카드의 평가자 내 신뢰도를 파악한다.
- 2) 실어증 환자의 선호 활동 특성 및 수를 파악한다.
- 3) 실어증 환자와 보호자 간 선호 활동의 차이를 파악한다.
- 4) 실어증 환자의 인구학적 정보와 임상 정보 중 선호 활동에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

2. 연구 방법

2.1. 연구 대상

본 연구는 연세의료원 세브란스병원 연구심의위원회의 승인을 받은 전향적 연구로, IRB 과제 번호는 4-2024-1072이다.

2024년 10월 17일부터 2025년 3월 21일까지 신촌 세브란스병원 재활의학과에 내원 하였거나, 뇌졸중 환우회에 소속된 실어증 환자와 보호자를 대상으로 연구가 진행되었으며, 총 50명의 실어증 환자와 50명의 보호자를 모집하였다.

실어증 환자 선정 기준은 65세 이상의 경도~중도 실어증 환자이다. 실어증 중증도는 파라다이스 한국판 웨스턴 실어증 검사 개정판(Paradise Korean version-Western Aphasia Battery-Revised, 이하 PK-WAB-R)의 실어증 지수(Aphasia Quotient, 이하 AQ)를 기준으로 분류하였으며, AQ 점수상 51점 이상인 자가 연구 대상에 속했다.³⁰ 환자 제외 기준은 1) 치매로 진단 받은 자, 2) 청력에 문제가 보고되거나 진단 받은 자, 3) 시지각 능력에 문제가 보고되거나 진단 받은 자이다.

보호자 선정 기준은 실어증 환자의 가족이거나 환자의 경과를 오랜 기간 가까이서 지켜본 자이다. 제외 기준은 1) 인지 장애로 진단 받은 자, 2) 청력에 문제가 보고되거나 진단 받은 자, 3) 시지각 능력에 문제가 보고되거나 진단 받은 자이다.

본 연구에 참여한 실어증 환자 50명 중 남성은 20명(40.0%), 여성은 30명(60.0%)이었다. 평균 연령은 74.4(± 6.2)세로 65~74세 29명(58.0%), 75~84세 17명(34.0%), 85세 이상이 4명(8.0%)이었다. 환자 중 오른손잡이는 47명(94.0%), 왼손잡이는 3명(6.0%)이었다. 학력 수준은 무학 4명(8.0%), 초등학교 졸업 3명(6.0%), 중학교 졸업 9명(18.0%), 고등학교 졸업 25명(50.0%), 대학교 졸업 이상 9명(18.0%)이었다. 발병

전 직업으로 무직 4명(8.0%), 생산직 7명(14.0%), 서비스직 13명(26.0%), 판매직 11명(22.0%), 사무직 7명(14.0%), 전문직 3명(6.0%), 관리직 5명(10.0%)으로 나타났다.

본 연구의 보호자 50명 중 남성은 17명(34.0%), 여성은 33명(66.0%)이었다. 환자군과 마찬가지로 여성 비율이 더 높았다. 평균 연령은 58.3(± 14.3)세로 환자군보다 약 16.1세 낮았다. 연령대별로 분류하자면 24세 이하 2명(4.0%), 25~34세 2명(4.0%), 35~44세 2명(4.0%), 45~54세 15명(30.0%), 55~64세 8명(16.0%), 65~74세 17명(34.0%), 75세 이상 4명(8.0%)으로 나타났다. 학력은 초등학교 졸업 3명(6.0%), 중학교 졸업 12명(24.0%), 고등학교 졸업 22명(44.0%), 대학교 졸업 이상 13명(26.0%)으로 나타나 전반적으로 환자군보다 학력 수준이 높았다. 환자와의 관계에서 배우자가 26명(52.0%)으로 가장 많았으며, 자녀 20명(40.0%), 손주 4명(8.0%) 순으로 나타났다(표 1).

표 1. 실어증 환자와 보호자의 인구학적 정보

| 인구학적 정보 | | 환자 수(비율) (N=50) | 보호자 수(비율) (N=50) |
|---------|-----------|--------------------|---------------------|
| 성별 | 남 | 20(40.0%) | 17(34.0%) |
| | 여 | 30(60.0%) | 33(66.0%) |
| 연령 | M±SD | 74.4±6.2 | 58.3±14.3 |
| 손잡이 | 오른손 | 47(94.0%) | - |
| | 왼손 | 3(6.0%) | - |
| 학력 | 무학 | 4(8.0%) | 0(0.0%) |
| | 초등학교 졸업 | 3(6.0%) | 3(6.0%) |
| | 중학교 졸업 | 9(18.0%) | 12(24.0%) |
| | 고등학교 졸업 | 25(50.0%) | 22(44.0%) |
| | 대학교 졸업 이상 | 9(18.0%) | 13(26.0%) |
| 관계 | 배우자 | - | 26(52.0%) |
| | 자녀 | - | 20(40.0%) |
| | 손주 | - | 4(8.0%) |
| 발병 전 직업 | 무직 | 4(8.0%) | - |
| | 생산직 | 7(14.0%) | - |
| | 서비스직 | 13(26.0%) | - |
| | 판매직 | 11(22.0%) | - |
| | 사무직 | 7(14.0%) | - |
| | 전문직 | 3(6.0%) | - |
| | 관리직 | 5(10.0%) | - |

M: Mean

SD: Standard Deviation

실어증 환자의 진단명에 따르면, 뇌경색에 37명(74.0%), 뇌출혈에 13명(26.0%)이 속했다. 마비 유무를 기준으로 분류한 결과, 마비가 없는 환자는 10명(20.0%), 마비가 있는 환자는 40명(80.0%)이었다. 발병 후 경과 기간으로 6개월 미만에 17명(34.0%), 6개월 이상~12개월 미만 12명(24.0%), 12개월 이상~18개월 미만 10명(20.0%), 18개월 이상~24개월 미만 7명(14.0%), 24개월 이상에 4명(8.0%)이 속했다.

실어증 환자의 평균 AQ는 $74.3(\pm 10.0)$ 점이었다. PK-WAB-R의 중증도 상 심도(severe)인 50점 이하는 없었으며, 중도(moderate)로 분류되는 51~75점에 29명(58.0%), 경도(mild)로 간주되는 76점 이상에 21명(42.0%)이 속했다. 실어증 유형 상 운동성실어증에 총 11명(22.0%)이 속했으며, 브로카실어증 6명(12.0%), 연결피질운동실어증 5명(10.0%)으로 나타났다. 감각성실어증에는 총 9명(18.0%)이 속했으며, 베르니케실어증 5명(10.0%), 연결피질감각실어증 4명(8.0%)이었다. 그 외 전도실어증 11명(22.0%), 명칭실어증 19명(38.0%)으로, 명칭실어증 환자가 가장 높은 비율을 차지했다(표 2).

표 2. 실어증 환자의 임상 정보

| 임상 정보 | | 환자 수(비율) (N=50) |
|---------|-----------------|--------------------|
| 진단명 | 뇌경색 | 37(74.0%) |
| | 뇌출혈 | 13(26.0%) |
| 마비 유무 | 무 | 10(20.0%) |
| | 유 | 40(80.0%) |
| 발병 후 기간 | 6개월 미만 | 17(34.0%) |
| | 6개월 이상 12개월 미만 | 12(24.0%) |
| | 12개월 이상 18개월 미만 | 10(20.0%) |
| | 18개월 이상 24개월 미만 | 7(14.0%) |
| | 24개월 이상 | 4(8.0%) |
| AQ | ≤50 | 0(0.0%) |
| | 51~75 | 29(58.0%) |
| | 76≤ | 21(42.0%) |
| | M±SD | 74.3±10.0 |
| 실어증 유형 | 브로카실어증 | 6(12.0%) |
| | 연결피질운동실어증 | 5(10.0%) |
| | 베르니케실어증 | 5(10.0%) |
| | 연결피질감각실어증 | 4(8.0%) |
| | 전도실어증 | 11(22.0%) |
| | 명칭실어증 | 19(38.0%) |

AQ: Aphasia Quotient

M: Mean

2.2. 연구 도구

활동분류카드(이하 ACS)는 미국에서 개발된 평가 도구로, 작업치료 분야에서 65세 이상 노인의 활동 참여 수준을 측정하기 위해 사용된다.²⁴ 평가자가 대상자에게 활동 사진 카드를 제시하면, 대상자가 자신의 실제 활동 수준에 따라 해당 카드를 분류하는 방식으로 진행된다. 이를 통해 개인의 현재 활동 수준(level of current activity)과 과거 활동 수준(level of previous activity), 그리고 이를 비교한 참여 활동 보유율(retained level of activity participation)을 산출할 수 있다. ACS는 단순히 활동 수준의 변화 양상을 파악하는 것을 넘어, 개인의 활동 선호도를 함께 확인할 수 있다는 점에서 환자 맞춤형 재활치료 계획 수립에 활용도가 높다.²⁴ 현재는 뇌졸중, 치매, 시력장애 등의 다양한 노인성 질환 뿐만 아니라, 노년층 대상 프로그램의 효과를 평가하는 목적으로도 광범위하게 사용되고 있다.³¹

이 평가 도구를 우리나라의 문화와 환경에 맞게 번안한 것이 한국형 활동분류카드(이하 K-ACS)이다.³² K-ACS는 총 67장의 활동 사진 카드로 구성되며, 각 카드의 하단에는 해당 활동을 설명하는 2~3어절의 짧은 문구가 적혀 있다. K-ACS는 수단적 일상 활동(instrumental activity), 여가 활동(leisure activity), 사회 활동(social activity), 세 가지 영역으로 구성된다. 수단적 일상 활동은 가사나 일과 같이 일상적으로 반복되는 활동을 의미하며, 총 33장의 카드가 이에 해당한다. 여가 활동은 자유 시간에 즐거움을 위해 수행하는 활동이며, 총 18장의 카드로 구성되어 있다. 사회 활동은 사람들과의 관계 형성과 유지를 위한 활동으로, 총 16장의 카드가 이에 속한다. 그림 1은 K-ACS 중 수단적 일상 활동의 카드 예시이다.



KACS

병원 진료 받기

1



KACS

손주 키우기

22

그림 1. 한국형 활동분류카드의 수단적 일상 활동 카드 예³²

2.3. 연구 절차

연구 장소는 병원 또는 연구 대상자의 자택이었다. 연구 대상자인 환자와 보호자에게 연구 목적 및 절차를 설명한 후, 서면 동의서를 받은 뒤 검사를 진행했다. 보호자에게는 설문지를 배부하여 환자 및 보호자에 대한 기본 정보를 수집하였다.

먼저 환자를 대상으로 K-WAB-R Part1 검사를 실시했다. 이후 보호자는 퇴실하도록 하였고, 환자만 남은 상태에서 K-ACS를 활용한 카드 분류 작업을 진행했다. 연구자는 테이블을 사이에 두고 환자와 마주 앉은 뒤, 테이블 중앙에 O가 그려진 박스와 X가 그려진 박스를 올려 두었다. 그리고 환자와 가까운 쪽에 수단적 일상 활동 카드 33장을 쌓아두었다. 연구자는 환자에게 카드를 한 장씩 넘기며 하고 싶은 활동일 경우 O 박스에, 하고 싶지 않은 활동일 경우 X 박스에 넣으라고 요청했다. 마비로 인해 환자의 손 움직임이 제한된 경우에는 연구자가 대신 카드를 넘기고, 박스에 넣는 작업을 도왔다. 연구자는 카드가 제시될 때마다 구어로 해당 활동을 설명했고, “이거 하고 싶으세요?” 라는 동일한 질문을 반복하여 환자의 의사를 확인하였다.

수단적 일상 활동 카드 33장의 분류가 모두 완료된 후, O 박스에 분류된 카드들을 대상으로 최고 선호 활동을 선택하는 추가 작업을 실시했다. 이 작업에서는 환자에게 카드 2장을 한 쌍으로 제시한 후, 두 활동 중 더 하고 싶은 것을 선택하도록 요청하였다. 카드가 홀수 개일 경우 무작위로 한 장을 제외한 뒤 짝수 개로 맞춰 1차 분류를 진행하였으며, 제외된 카드는 다음 단계에 포함시켰다. 이러한 절차를 반복하여 최종적으로 하나의 카드가 남을 때까지 비교 선택을 실시했다. 수단적 일상 활동 카드 분류가 완료된 후에는 여가 활동, 사회 활동 순으로 총 세 가지 활동 영역에 대한 카드 분류 작업이 연속적으로 진행되었다. 그림 2는 수단적 일상 활동 중 최고 선호 활동을 선택한 사례이다.

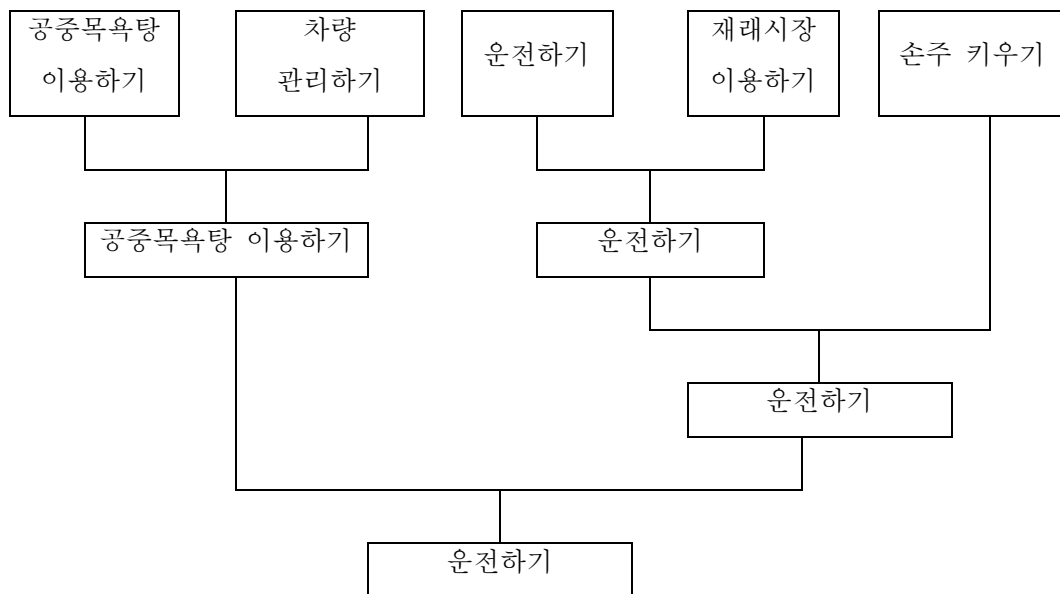


그림 2. 수단적 일상 활동 중 최고 선호 활동 선택 사례

환자에 대한 모든 검사가 종료된 후, 보호자만 있는 별도의 공간에서 보호자를 대상으로 K-ACS 카드 분류 작업을 실시하였다. 보호자에게는 환자가 하고 싶어 할 것이라고 예상되는 활동을 선택하도록 요청했다. 카드 분류 절차와 방법은 환자와 동일했으며, 모든 검사 과정에 평균 2시간이 소요되었다.

또한 검사-재검사 신뢰도 분석을 위해 2주에서 4개월의 간격을 두고 30명의 환자를 대상으로 동일한 방법으로 K-ACS 카드 분류 작업을 반복 실시하였다.

본 연구에 사용한 통계 분석 방법은 다음과 같다. K-ACS의 평가자 내 신뢰도 검증을 위해 카파 계수(Cohen's kappa coefficient)를 사용하였다. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동을 비교하기 위해 카이제곱 검정(Chi-square test)을 실시했으며, 선호 활동 순위 간 관계 분석에 스피어만 순위 상관분석(Spearman's rank correlation analysis)을 활

용했다. 또한, 활동 영역 간 선호 활동 비율 차이를 분석하기 위해 반복측정 분산분석(Repeated measures ANOVA)과 본페로니(Bonferroni) 사후 검증을 시행했으며, 환자와 보호자 간의 선호 활동 개수를 비교하고자 대응표본 t-검정(Paired samples t-test)을 실시했다. 환자와 보호자 간 최고 선호 활동 일치도는 카파 계수(Cohen's kappa coefficient)를 통해 분석하였다. 환자의 인구학적 정보와 임상 정보가 선호 활동 선택에 미치는 영향을 확인하기 위해 일반화 선형 혼합 모형(Generalized Linear Mixed Model, GLMM)을 활용했다. 모든 통계 분석에는 SPSS(Statistical Package for the Social Sciences, version 28.0)를 사용했다.

3. 연구 결과

3.1. 실어증 환자의 한국형 활동분류카드 검사-재검사 신뢰도

실어증 환자의 선호 활동 평가 도구로서 K-ACS의 평가자 내 검사-재검사 신뢰도를 검증하였다. 재검사는 최초 검사 이후 2주에서 4개월 사이의 간격을 두고 실시되었다. 자세한 환자 정보는 부록 1에 기술하였다.

통계 분석 결과, 모든 항목에서 중등도 이상의 신뢰도를 보였으며 이는 통계적으로 유의미하였다. 총 67개 선호 활동의 평균 Kappa 계수는 .796으로 높은 수준의 일치도를 보였다. 활동 중 ‘약 먹기’와 ‘다림질하기’를 제외한 65개 항목이 통계적으로 유의하였다($p < .05$). 항목별로 살펴보면, 수단적 일상 활동의 최고 선호 활동 Kappa 계수는 .705($p < .001$), 여가 활동 .741($p < .01$), 사회 활동 .800($p < .001$)으로 전체 항목 중 사회 활동이 가장 높은 일치도를 보여주었다. 이러한 결과는 K-ACS가 실어증 환자의 활동 선호도를 일관되게 측정할 수 있는 평가 도구임을 시사한다(표 3).

표 3. 실어증 환자의 한국형 활동분류카드 검사-재검사 신뢰도

| | | Kappa | p-value |
|----------|-----------|-------|---------|
| 선호 활동 | | .796 | - |
| 최고 선호 활동 | 수단적 일상 활동 | .705 | .000 |
| | 여가 활동 | .741 | .001 |
| | 사회 활동 | .800 | .000 |

Kappa: Cohen's kappa coefficient

3.2. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동과 순위

3.2.1. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동과 순위

총 67개의 활동 중, 실어증 환자가 가장 많이 선택한 선호 활동 1위는 ‘가족 모임 참석하기’로 총 35명(70.0%)이 선택했고, 보호자 역시 동일한 활동을 32명(64.0%)이 선택하여 양측의 1위 선호 활동은 일치하였다. 환자의 공동 2위 활동은 ‘텔레비전 시청하기’와 ‘관광/여행하기’로 각각 34명(68.0%)이 선택하였으며, 보호자는 ‘재래시장 이용하기’를 25명(50.0%)이 선택해 2위를 차지했다. 환자의 4위는 ‘정원/화분 가꾸기’로 32명(64.0%), 보호자의 공동 3위는 ‘찜질방 가기’와 ‘답소 나누기’로 각각 23명(46.0%)이 선택했다. 환자의 5위는 ‘산책하기/걷기’로 31명(62.0%)이 선택했으며, 보호자의 경우 ‘정원/화분 가꾸기’를 22명(44.0%)이 선택했다.

영역별 선호 활동 1위를 비교하면, 수단적 일상 활동에서는 환자가 ‘식사 준비하기’ (27명(54.0%))를, 보호자는 ‘재래시장 이용하기’ (25명(50.0%))를 가장 많이 선택했다. 여가 활동에서는 환자가 ‘텔레비전 시청하기’ (34명(68.0%))를, 보호자는 ‘찜질방 가기’ (23명(46.0%))를 가장 많이 선택하였다. 사회 활동에서는 환자(35명, (70.0%))와 보호자(32명(64.0%)) 모두 ‘가족 모임 참석하기’를 가장 많이 선택했다.

실어증 환자와 보호자의 선호 활동을 비교한 결과, 다수의 활동에서 통계학적으로 유의미한 차이가 나타났다. 수단적 일상 활동($p<.001$), 여가 활동($p<.001$), 사회 활동($p<.01$) 모든 영역에서 환자가 보호자보다 더 많은 활동을 선택했다. 세부 항목별로 살펴보면, 수단적 일상 활동 영역에서는 ‘설거지하기’ ($p<.01$), ‘집 안 청소하기’ ($p<.001$), ‘식사 준비하기’ ($p<.01$), ‘대중교통 이용하기’ ($p<.01$)에서 환자가 보호자보다 유의하게 높은 선호도를 보였다. 반면, ‘고추장/된장 담그기’ ($p<.05$)는 보호자의 선호가 더 높게 나타났다. 그 외 항목에서는 유의미한 차이

가 나타나지 않았다. 여가 활동 영역에서는 ‘텔레비전 시청하기’ ($p<.01$), ‘산책하기/걷기’ ($p<.05$), ‘신문 읽기’ ($p<.05$), ‘정원/화분 가꾸기’ ($p<.05$), ‘화투/카드 놀이하기’ ($p<.05$), ‘등산하기’ ($p<.05$), ‘라디오 듣기’ ($p<.01$), ‘책/잡지 읽기’ ($p<.05$)에서 환자의 선호가 보호자보다 통계적으로 유의하게 높게 나타났다. 사회 활동 영역에서는 ‘장례식 참석하기’ ($p<.01$), ‘마을 행사 참석하기’ ($p<.05$), ‘졸업식/입학식 참석하기’ ($p<.05$)에서 모두 환자의 선호도가 보호자보다 유의하게 높은 것으로 나타났다(표 4).

표 4. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동과 순위

| 활동 | 환자 | | | 보호자 | | |
|--------------|--------------|----|----|-----|----|----|
| | 선택수 | 순위 | | 선택수 | 순위 | |
| | | 항목 | 전체 | | 항목 | 전체 |
| 병원 진료 받기 | 11 | 11 | 40 | 4 | 18 | 49 |
| 설거지하기 | 9** | 12 | 42 | 1 | 28 | 62 |
| 약 먹기 | 2 | 23 | 62 | 0 | 32 | 66 |
| 집 안 청소하기 | 22*** | 4 | 16 | 5 | 15 | 40 |
| 식사 준비하기 | 27** | 1 | 9 | 14 | 5 | 23 |
| 미용실/이발소 이용하기 | 24 | 2 | 13 | 18 | 2 | 13 |
| 쓰레기 버리기 | 0 | 31 | 65 | 0 | 32 | 66 |
| 세탁하기 | 3 | 24 | 57 | 3 | 23 | 54 |
| 수 공중목욕탕 이용하기 | 23 | 3 | 15 | 17 | 3 | 14 |
| 단 대중교통 이용하기 | 21** | 5 | 18 | 9 | 10 | 33 |
| 적 쇼핑하기 | 18 | 7 | 24 | 15 | 4 | 17 |
| 일 김치/김장하기 | 7 | 14 | 46 | 10 | 8 | 28 |
| 상 이불 정리하기 | 1 | 29 | 63 | 1 | 28 | 62 |
| 활 옷 정리하기 | 7 | 14 | 46 | 6 | 14 | 39 |
| 동 은행 이용하기 | 7 | 14 | 46 | 2 | 26 | 59 |
| 재래시장 이용하기 | 19 | 6 | 21 | 25 | 1 | 2 |
| 제사모시기 | 6 | 18 | 50 | 9 | 10 | 33 |
| 집 밖 청소하기 | 0 | 31 | 65 | 1 | 28 | 62 |
| 고추장/된장 담그기 | 0* | 31 | 65 | 5 | 15 | 40 |
| 다림질하기 | 3 | 24 | 57 | 4 | 18 | 49 |
| 다과/간식 만들기 | 7 | 14 | 46 | 8 | 12 | 36 |
| 손주 키우기 | 13 | 9 | 36 | 12 | 7 | 26 |
| 관공서 이용하기 | 3 | 24 | 57 | 1 | 28 | 62 |

| | | | | | | | |
|------------------|------------|---------------|----|----|-----|----|----|
| | 성묘/벌초하기 | 1 | 29 | 63 | 4 | 18 | 49 |
| | 돈/자산 관리하기 | 8 | 13 | 44 | 5 | 15 | 40 |
| | 옷 수선하기 | 3 | 24 | 57 | 7 | 13 | 38 |
| | 직장 다니기 | 13 | 9 | 36 | 13 | 6 | 24 |
| | 간호하기 | 3 | 24 | 57 | 4 | 18 | 49 |
| | 집 유지/보수하기 | 5 | 20 | 52 | 4 | 18 | 49 |
| | 운전하기 | 15 | 8 | 29 | 10 | 8 | 28 |
| | 주유하기 | 4 | 22 | 55 | 2 | 26 | 59 |
| | 세차하기 | 5 | 20 | 52 | 3 | 23 | 54 |
| | 차량 관리하기 | 6 | 18 | 50 | 3 | 23 | 54 |
| | 소계 | 279*** | | | 221 | | |
| 여 가 활 동 | 텔레비전 시청하기 | 34** | 1 | 2 | 20 | 3 | 7 |
| | 휴식 취하기 | 19 | 7 | 21 | 17 | 8 | 14 |
| | 산책하기/걷기 | 31* | 3 | 5 | 20 | 3 | 7 |
| | 텃밭 가꾸기 | 28 | 5 | 8 | 19 | 6 | 11 |
| | 공원가기 | 29 | 4 | 6 | 20 | 3 | 7 |
| | 관광/여행하기 | 34 | 1 | 2 | 19 | 6 | 11 |
| | 신문 읽기 | 12* | 13 | 38 | 3 | 18 | 54 |
| | 정원/화분 가꾸기 | 32* | 2 | 4 | 22 | 2 | 5 |
| | 성경/불경 읽기 | 16 | 11 | 27 | 9 | 14 | 33 |
| | 화투/카드 놀이하기 | 19* | 7 | 21 | 10 | 12 | 28 |
| | 앉아서 사색하기 | 14 | 12 | 33 | 15 | 10 | 17 |
| | 찜질방 가기 | 26 | 6 | 10 | 23 | 1 | 3 |
| | 음악 감상하기 | 26 | 6 | 10 | 17 | 8 | 14 |
| | 등산하기 | 21* | 9 | 18 | 10 | 12 | 28 |
| | 라디오 듣기 | 29** | 4 | 6 | 15 | 10 | 17 |
| | 책/잡지 읽기 | 15* | 10 | 29 | 5 | 15 | 40 |

| | | | | | | | |
|---|--------------|---------------|----|----|-----|----|----|
| | 자전거 타기 | 12 | 13 | 38 | 5 | 15 | 40 |
| | 장기/바둑 두기 | 4 | 18 | 55 | 5 | 15 | 40 |
| | 소계 | 401*** | | | 254 | | |
| | 담소 나누기 | 25 | 2 | 12 | 23 | 2 | 3 |
| | 전화 통화하기 | 16 | 9 | 27 | 15 | 5 | 17 |
| | 가족 모임 참석하기 | 35 | 1 | 1 | 32 | 1 | 1 |
| | 친구 집 방문하기 | 18 | 6 | 24 | 13 | 8 | 24 |
| | 장례식 참석하기 | 11** | 12 | 40 | 2 | 16 | 59 |
| | 회갑/고회연 참석하기 | 5 | 15 | 52 | 3 | 15 | 54 |
| 사 | 마을 행사 참석하기 | 15* | 10 | 29 | 5 | 12 | 40 |
| 회 | 친지 방문하기 | 14 | 11 | 33 | 8 | 11 | 36 |
| 활 | 결혼식/돌잔치 참석하기 | 17 | 7 | 26 | 10 | 10 | 28 |
| 동 | 노인회관/경로당 가기 | 14 | 11 | 33 | 15 | 5 | 17 |
| | 친목회/계모임하기 | 21 | 4 | 18 | 15 | 5 | 17 |
| | 종교 활동하기 | 22 | 3 | 16 | 20 | 4 | 7 |
| | 병문안 가기 | 8 | 14 | 44 | 12 | 9 | 26 |
| | 손주와 놀아주기 | 24 | 5 | 13 | 21 | 3 | 6 |
| | 회식하기 | 9 | 13 | 42 | 5 | 12 | 40 |
| | 졸업식/입학식 참석하기 | 15* | 10 | 29 | 5 | 12 | 40 |
| | 소계 | 269** | | | 204 | | |

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

3.2.2. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 순위 비교

실어증 환자와 보호자의 선호 활동 순위를 비교한 결과, 세 가지 활동 영역 모두 강한 양의 상관 관계를 보였다. 활동 영역별로 살펴보면, 수단적 일상 활동의 상관 계수는 .722($p<.001$), 여가 활동 .833($p<.001$), 사회 활동 .810($p<.001$)이었다. 또한, 전체 활동을 통합한 순위 간 상관 계수는 .845($p<.001$)로 나타났다. 이는 환자와 보호자가 전반적으로 유사한 순위로 선호 활동을 평가하고 있음을 시사한다(표 5).

표 5. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 순위 비교

| | Spearman's rho | p-value |
|-----------|----------------|---------|
| 수단적 일상 활동 | .722 | .000 |
| 여가 활동 | .833 | .000 |
| 사회 활동 | .810 | .000 |
| 전체 | .845 | .000 |

Spearman's rho = Spearman's rank-order correlation coefficient

3.2.3. 활동 영역 간 선호 활동 비율 비교

활동 영역 간 선호 활동 비율을 비교한 결과, 환자($F=142.081$, $p<.001$)와 보호자($F=159.554$, $p<.001$) 모두 세 영역 간 비율 차이가 통계적으로 유의하였다. 환자의 경우 여가 활동의 선택 비율이 $45.1(\pm 10.6)\%$ 로 가장 높았으며, 그 다음은 사회 활동 $33.8(\pm 9.8)\%$, 수단적 일상 활동 $17.9(\pm 4.4)\%$ 순으로 나타났다. 보호자 또한 여가 활동의 선택 비율이 $29.4(\pm 6.1)\%$ 로 가장 높았으며, 사회 활동 $26.1(\pm 5.7)\%$, 수단적 일상 활동 $14.19(\pm 4.7)\%$ 순으로 나타나 환자와 유사한 결과를 보였다.

사후검정 결과, 환자와 보호자 모두 활동 쌍 간의 차이가 통계적으로 유의하였으며, 여가, 사회, 수단적 일상 활동 순으로 나타났다($p<.001$). 그림 3은 통계 결과를 도식화한 것이다.

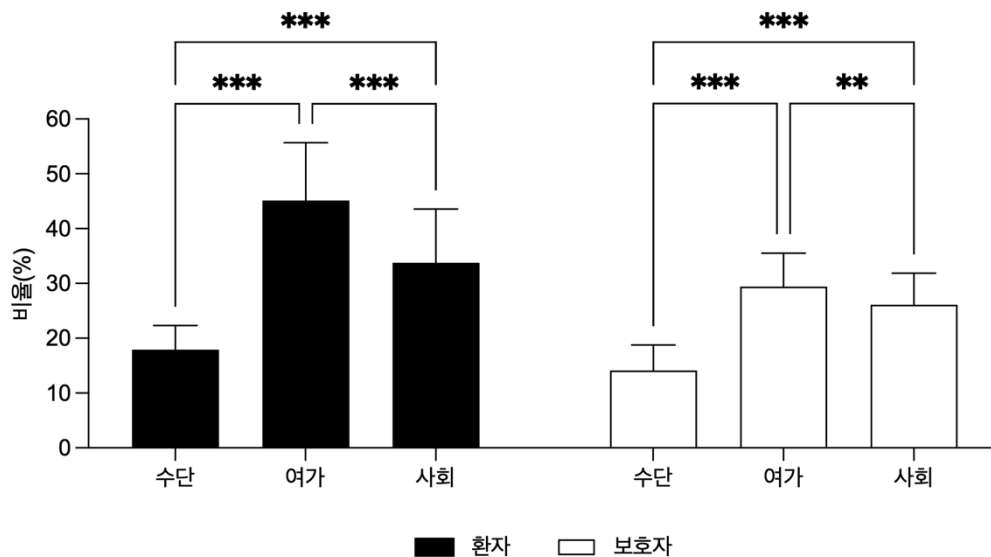


그림 3. 활동 영역 간 선호 활동 비율 비교

3.2.4. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 수 비교

실어증 환자와 보호자의 선호 활동 수를 비교한 결과, 모든 활동 영역에서 환자가 보호자보다 더 많은 수의 활동을 선택했다($p<.001$). 수단적 일상 활동에서는 1.3개, 여가 활동에서는 2.8개, 사회 활동에서는 1.2개의 차이가 있었으며, 이 중 여가 활동에서 가장 큰 차이를 보였다. 전체 활동 개수의 경우 환자가 보호자보다 5.8개 더 많았다(표 6).

표 6. 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 수 비교

| | 환자 | 보호자 | p-value |
|-----------|----------|----------|---------|
| 수단적 일상 활동 | 5.9±1.5 | 4.6±1.4 | .000 |
| 여가 활동 | 8.1±1.9 | 5.3±1.1 | .000 |
| 사회 활동 | 5.4±1.6 | 4.2±0.9 | .000 |
| 총계 | 19.9±3.0 | 14.1±2.7 | .000 |

3.3. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동

3.3.1. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동

수단적 일상 활동 중 실어증 환자가 최고 선호 활동으로 가장 많이 선택한 항목은 ‘공중목욕탕 이용하기’, ‘손주 키우기’, ‘운전하기’로 각각 7명이 선택했다. 여가 활동에서는 ‘텔레비전 시청하기’로 8명이, 사회 활동은 ‘가족 모임 참석하기’로 13명이 선택했다.

보호자가 환자의 최고 선호 활동으로 가장 많이 꼽은 수단적 일상 활동은 ‘재래시장 이용하기’와 ‘직장 다니기’로 각각 6명이 선택했다. 여가 활동에서는 ‘관광/여행하기’로 12명이, 사회 활동은 ‘가족 모임 참석하기’로 8명이 선택했다.

세 영역 중 사회 활동 영역에서만 환자군과 보호자군의 의견이 ‘가족 모임 참석하기’로 일치했다. 보다 자세한 선택 빈도는 그림 4, 5, 6에 제시하였다.

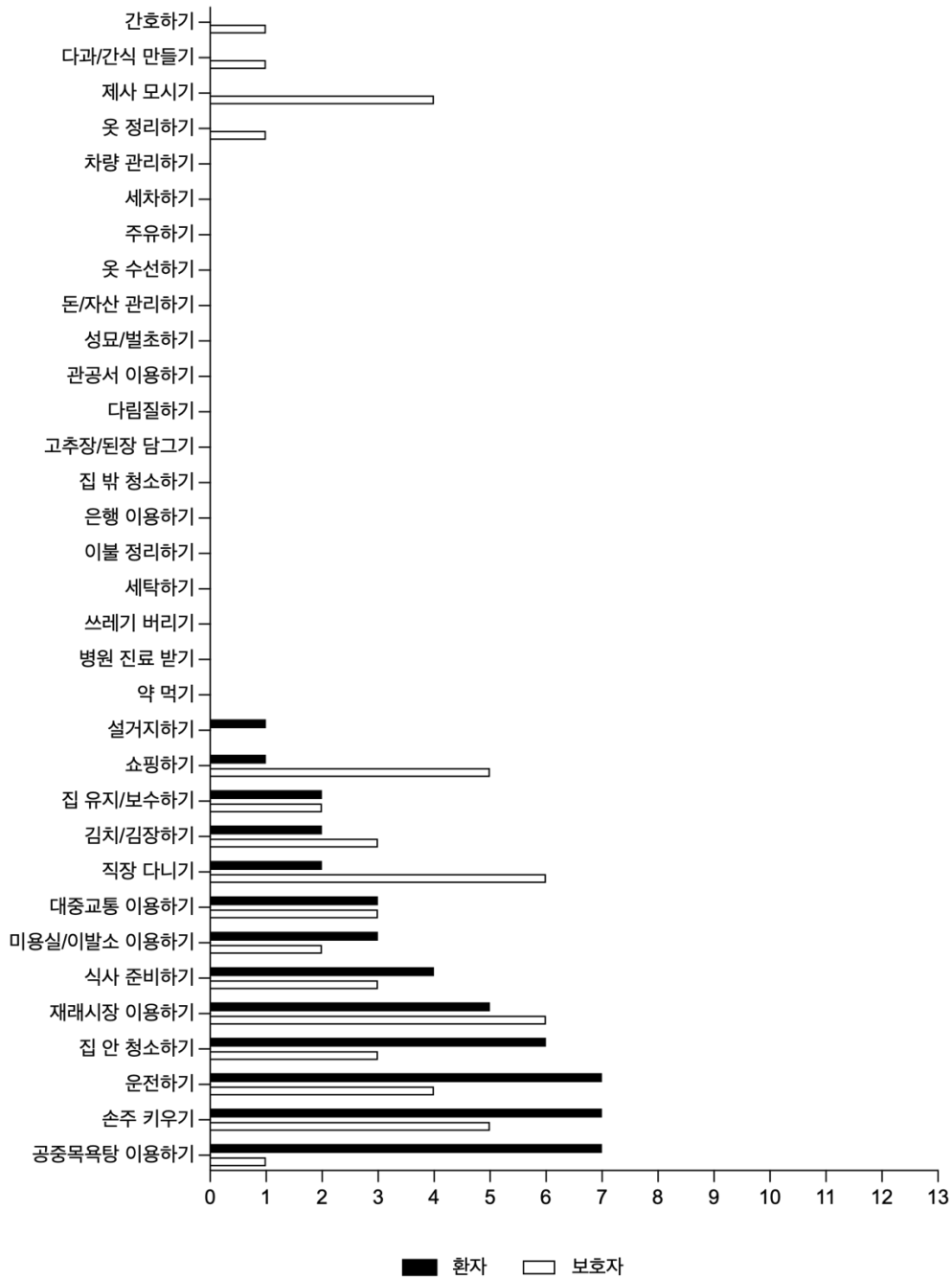


그림 4. 수단적 일상 활동 중 최고 선호 활동 선택 빈도

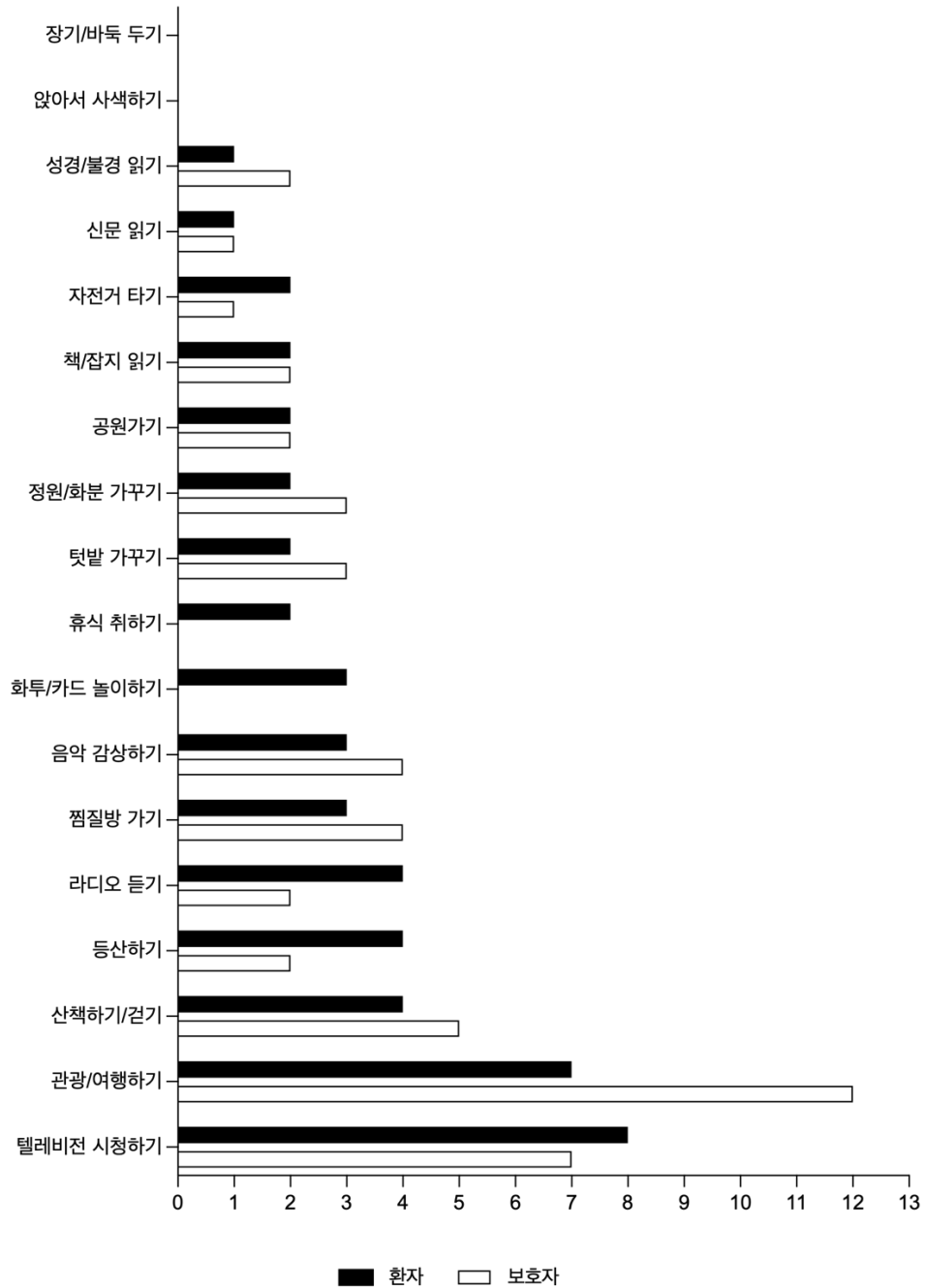


그림 5. 여가 활동 중 최고 선호 활동 선택 빈도

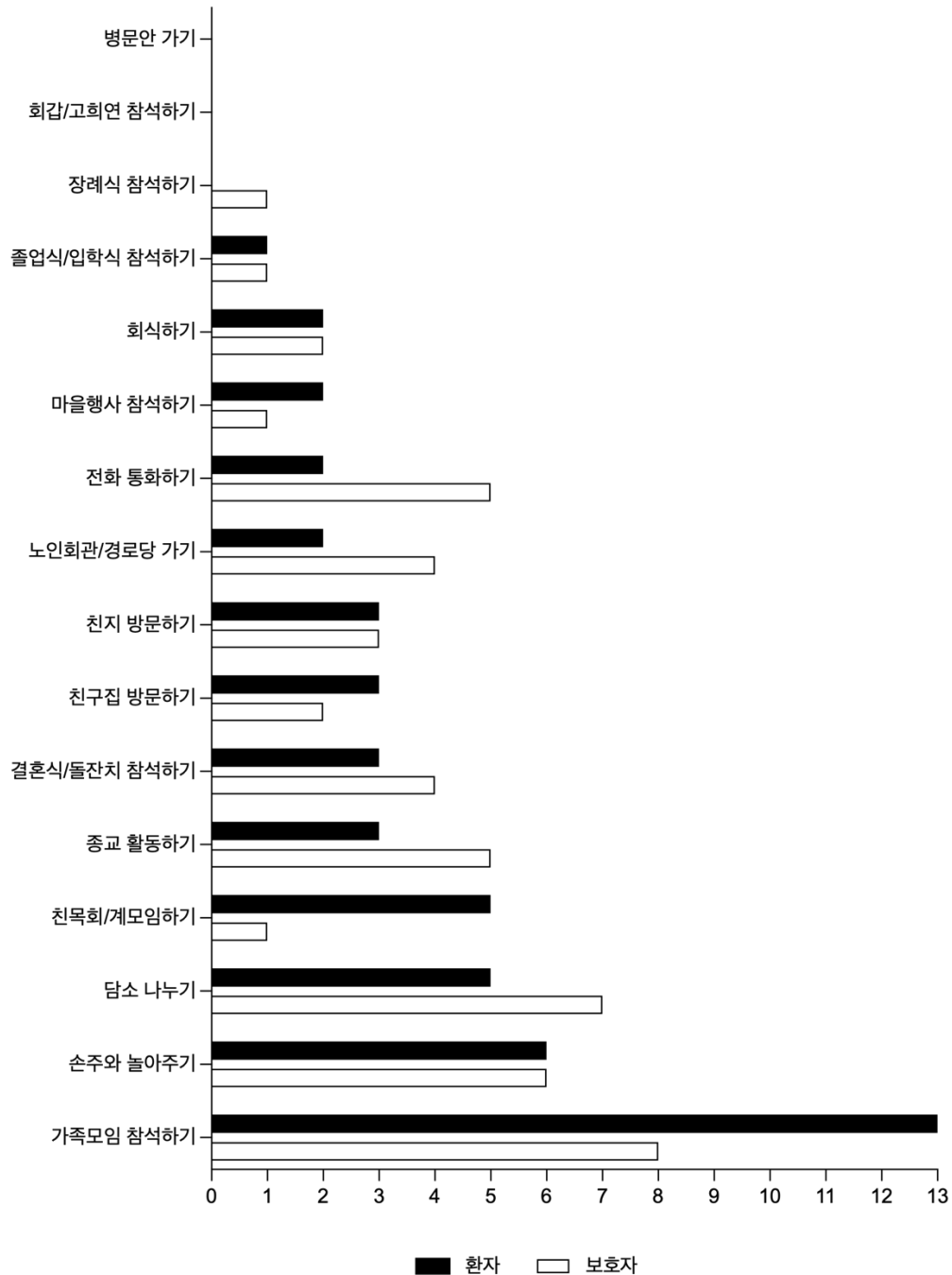


그림 6. 사회 활동 중 최고 선호 활동 선택 빈도

3.3.2. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동 일치도

실어증 환자와 보호자가 선택한 최고 선호 활동 간 일치도를 분석한 결과, 사회 활동만이 통계적으로 유의하였다($p < .01$). Kappa 계수는 .134로 매우 낮은 일치도를 보였다. 이는 사회 활동 영역에서 환자와 보호자의 최고 선호 활동 간 인식 차이가 크다는 것을 의미한다. 다만, Kappa 계수에 비해 표준 오차가 작아 p-value가 과소 추정되었을 가능성이 있으므로 통계 결과 해석에 주의가 필요하다(표 7).

표 7. 실어증 환자와 보호자의 최고 선호 활동 일치도

| | Kappa | p-value |
|-----------|-------|---------|
| 수단적 일상 활동 | .012 | .748 |
| 여가 활동 | .077 | .069 |
| 사회 활동 | .134 | .003 |

Kappa: Cohen's kappa coefficient

3.4. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 요인

3.4.1. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 인구학적 요인

분석 결과, 연령이 사회 활동($\beta = -.037$, $p < .05$)과 전체 활동($\beta = -.024$, $p < .01$) 선택에서 통계적으로 유의한 변수로 나타났다. 이는 연령이 증가할수록 사회 활동을 포함한 전반적인 활동의 선호도가 줄어든다는 점을 시사한다(표 8).

표 8. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 인구학적 요인

| | | | β | SE | t | p-value |
|-----------------|------|-------|---------|------|--------|---------|
| 수단적 일상 활동 | 성별 | 남 | - | - | - | - |
| | | 여 | .143 | .099 | 1.436 | .159 |
| | 연령 | | -.021 | .011 | -1.861 | .070 |
| | 교육년수 | | .011 | .023 | .475 | .638 |
| | 전 직업 | 무직 | - | - | - | - |
| | | 블루칼라 | -.178 | .236 | -.753 | .456 |
| | | 화이트칼라 | -.251 | .291 | -.863 | .394 |
| | 손잡이 | 오른손 | - | - | - | - |
| | | 왼손 | -.126 | .205 | -.616 | .542 |
| 여가 활동 | 성별 | 남 | - | - | - | - |
| | | 여 | -.051 | .147 | -.346 | .731 |
| | 연령 | | -.021 | .016 | -1.311 | .198 |
| | 교육년수 | | -.030 | .033 | -.912 | .368 |
| | 전 직업 | 무직 | - | - | - | - |
| | | 블루칼라 | .065 | .342 | .190 | .851 |
| | | 화이트칼라 | .027 | .422 | .064 | .949 |
| | 손잡이 | 오른손 | - | - | - | - |
| | | 왼손 | .428 | .306 | 1.398 | .170 |

| | | | | | | |
|----------|------|-------|-------|------|--------|-------------|
| 사회 활동 | 성별 | 남 | - | - | - | .- |
| | | 여 | -.074 | .140 | -.527 | .601 |
| | 연령 | | -.037 | .016 | -2.311 | .026 |
| | 교육년수 | | -.022 | .032 | -.694 | .492 |
| | 전 직업 | 무직 | - | - | - | - |
| | | 블루칼라 | -.309 | .326 | -.949 | .349 |
| | | 화이트칼라 | -.259 | .403 | -.641 | .525 |
| | 손잡이 | 오른손 | - | - | - | - |
| | | 왼손 | .226 | .283 | .801 | .428 |
| 전체 | 성별 | 남 | - | - | - | - |
| | | 여 | .015 | .077 | .193 | .848 |
| | 연령 | | -.024 | .009 | -2.750 | .009 |
| | 교육년수 | | -.011 | .018 | -.603 | .550 |
| | 전 직업 | 무직 | - | - | - | - |
| | | 블루칼라 | -.044 | .182 | -.240 | .811 |
| | | 화이트칼라 | -.071 | .224 | -.319 | .752 |
| | 손잡이 | 오른손 | - | - | - | - |
| | | 왼손 | .144 | .156 | .926 | .360 |

β: Regression coefficient

SE: Standard Error

t: t-statistic

3.4.2. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 임상 요인

분석 결과, 진단명과 마비 유무, 발병 후 경과 기간이 통계적으로 유의한 변수로 나타났다. 진단명이 뇌출혈인 경우 뇌경색에 비해 더 많은 수단적 일상 활동($\beta=.250$, $p<.05$)과 전체 활동($\beta=.190$, $p<.05$)을 선택했다. 또한, 마비가 있는 환자가 없는 환자보다 더 많은 수단적 일상 활동을 선택했다($\beta=.310$, $p<.05$). 한편, 발병 후 경과 기간이 증가할수록 여가 활동 선택 수가 유의미하게 감소했다($\beta=-.025$, $p<.01$). 보다 자세한 결과는 표 9에 제시하였다.

표 9. 실어증 환자의 활동 선택에 영향을 미치는 임상 요인

| | | | β | SE | t | p-value |
|-----------------|---------|-----|---------|------|--------|-------------|
| 수단적 일상 활동 | 진단명 | 뇌경색 | - | - | - | - |
| | | 뇌출혈 | .250 | .097 | 2.581 | .014 |
| | 마비 유무 | 무 | - | - | - | - |
| | | 유 | .310 | .115 | 2.690 | .010 |
| | 발병 후 기간 | | .002 | .006 | .296 | .768 |
| | AQ | | .002 | .005 | .473 | .639 |
| | 실어증 유형 | 운동성 | - | - | - | - |
| | | 감각성 | .050 | .137 | .365 | .717 |
| | | 전도 | .008 | .146 | .054 | .957 |
| | | 명칭 | .084 | .141 | .593 | .556 |
| 여가 활동 | 진단명 | 뇌경색 | - | - | - | - |
| | | 뇌출혈 | .144 | .139 | 1.043 | .303 |
| | 마비 유무 | 무 | - | - | - | - |
| | | 유 | -.002 | .156 | -.011 | .992 |
| | 발병 후 기간 | | -.025 | .009 | -2.846 | .007 |
| | AQ | | .006 | .008 | .851 | .400 |
| | 실어증 유형 | 운동성 | - | - | - | - |
| | | 감각성 | .374 | .191 | 1.960 | .057 |

| | | | | | | |
|----------|---------|-----|-------|------|--------|-------------|
| | | 전도 | -.030 | .207 | -.147 | .884 |
| | | 명칭 | .175 | .202 | .870 | .390 |
| 사회 활동 | 진단명 | 뇌경색 | - | - | - | - |
| | | 뇌출혈 | .172 | .148 | 1.165 | .251 |
| | 마비 유무 | 무 | - | - | - | - |
| | | 유 | -.127 | .167 | -.760 | .452 |
| | 발병 후 기간 | | -.003 | .009 | -.343 | .733 |
| | AQ | | -.003 | .008 | -.337 | .738 |
| | 실어증 유형 | 운동성 | - | - | - | - |
| | | 감각성 | -.113 | .210 | -.539 | .593 |
| | | 전도 | .043 | .222 | .193 | .848 |
| | | 명칭 | .178 | .216 | .826 | .414 |
| 전체 | 진단명 | 뇌경색 | - | - | - | - |
| | | 뇌출혈 | .190 | .080 | 2.385 | .022 |
| | 마비 유무 | 무 | - | - | - | - |
| | | 유 | .080 | .091 | .880 | .384 |
| | 발병 후 기간 | | -.007 | .005 | -.1451 | .154 |
| | AQ | | .003 | .004 | .719 | .477 |
| | 실어증 유형 | 운동성 | - | - | - | - |
| | | 감각성 | .144 | .112 | 1.288 | .205 |
| | | 전도 | .023 | .121 | .192 | .849 |
| | | 명칭 | .154 | .118 | 1.304 | .200 |

β: Regression coefficient

SE: Standard Error

t: t-statistic

4. 고찰

세계보건기구(WHO)는 ICF 를 통해 건강의 개념을 신체 기능 및 구조(body functions & structures)에 국한하지 않고, 활동(activities)과 참여(participation)까지 포함하는 포괄적인 틀로 확장하였다. ICF 는 개인의 기능 수준(functioning)과 장애(disability)에 영향을 미치는 요인으로 개인 요인(personal factors)과 환경 요인(environmental factors)을 제시하였다.¹⁶ 이러한 배경 요인(contextual factors)이 부정적으로 작용할 경우, 개인은 활동 제한(activity limitation)과 참여 제약(participation restriction)을 경험하게 된다. 이는 장애를 질환이나 손상의 선형적 결과가 아닌, 배경 요인(contextual factors)과의 상호작용 속에서 변화 가능한 가변적 개념으로 이해해야 함을 시사한다. 그림 7 은 ICF 모델을 도식화한 것이다.

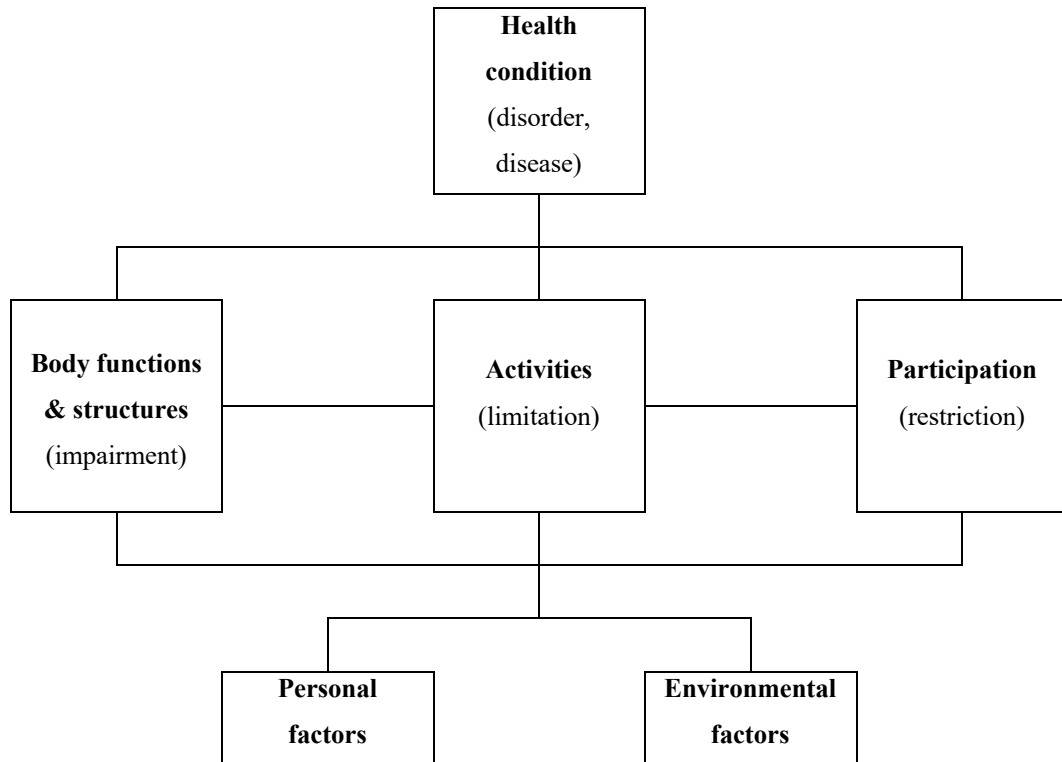


그림 7. ICF 모델¹⁶

본 연구에서 다룬 요인들을 ICF 모델에 적용하면 다음과 같다. 뇌졸중은 건강 상태(health condition)에 해당하며, 실어증을 포함한 뇌졸중 관련 손상은 신체 기능 및 구조(body functions & structures)에 속한다. K-ACS 를 통해 측정한 활동 항목들은 활동(activities) 및 참여(participation)의 영역에 해당한다. 또한, 환자의 인구학적 정보는 개인 요인(personal factors), 가족의 인식과 태도, 그로 인한 지원은 환경 요인(environmental factors)으로 분류된다. 본 연구는 실어증 환자와 보호자의 선호 활동 선택을 통해 ICF 구성 요소 간 상호작용을 간접적으로 살펴보았다. 이를 기반으로 도출된 본 연구의 시사점은 다음 다섯 가지로 정리될 수 있다.

본 연구의 첫 번째 시사점은 다음과 같다. 본 연구는 실어증 환자의 활동(activities) 및 참여(participation) 욕구를 평가하기 위한 도구로서 검사 도구의 구조와 절차, 그리고 신뢰도를 통해 K-ACS의 활용 가능성을 확인하였다. 먼저 검사 도구의 구조 측면에서 보자면, 선행 연구의 LIV 카드는 총 95 장의 선화로, 활동을 설명하는 문구가 카드 뒷면에 기재되어 있다. 활동은 ‘가정 및 지역 사회 활동’, ‘창의 및 휴식 활동’, ‘신체 활동’, ‘사회 활동’의 네 가지 영역으로 분류된다.³ 이에 반해 본 연구의 K-ACS는 총 67 장의 사진 카드로, 사진 하단에 활동을 설명하는 문구가 함께 제시된다. 마비를 동반한 실어증 환자의 경우 설명 문구를 확인하기 위해 카드를 뒤집는 데에 어려움을 겪을 수 있다는 점에서, 한 면에 사진과 문구를 함께 제시한 K-ACS 구성은 이미지의 모호성을 줄이고 도상성을 높이는 데 도움이 될 수 있다. 또한, K-ACS의 활동은 ‘수단적 일상 활동’, ‘여가 활동’, ‘사회 활동’의 세 가지 영역으로 간소화되어 있어³², 분류 과정에서 요구되는 인지적 부담이 상대적으로 적다.

검사 절차 상 LIV 선행 연구와 본 연구 모두 구조화된 질문을 통해 선호 활동을 선택하게 한다는 점에서는 유사하다. 그러나 개인의 내재적 동기가 가장 크게 반영되는 최고 선호 활동의 선택 방식과 그로 인한 정보 처리 부담에서는 차이를 보였다. LIV 연구에서는 다수의 카드 중 환자가 선호도에 따라 1, 2, 3 순위를 직접 나열하도록 하였으나¹², 본 연구에서는 연구자가 두 장의 카드를 반복적으로 제시하여 쌍 비교를 통해 최종 한 장을 선택하도록 유도하였다. 한 번에 여러 카드를 제시하는 방식보다 제한된 수의 카드를 단계적으로 비교하는 방식이 인지적 부담을 줄이는 데 더 효과적인 것으로 판단된다.³

또한, 본 연구에서 실시한 K-ACS의 검사-재검사 신뢰도 분석 결과, 모든 항목에서 중등도 이상의 일치도를 보였다. 이는 K-ACS가 언어적 제약이 있는 실어증 환자의 활동 선호도를 신뢰성 있게 측정할 수 있는 도구임을 의미한다. 이러한 자가 보고 기반의 접근은 실어증 환자에게 환자 중심 치료를 실현하는 중요한 기반이 될 수 있다.

본 연구의 두 번째 시사점은 다음과 같다. 실어증 환자가 선호하는 활동(activities) 및 참여(participation)의 특성을 보여주었다. 실어증 환자는 보호자보다 더 다양한

활동을 선호하는 경향을 보였으며, 이는 보호자가 인식하는 것보다 환자의 실제 활동 욕구 범위가 더 넓고 다양하다는 점을 시사한다. 환자들은 언어적 제약에도 불구하고 ‘가족 모임 참석하기’, ‘텔레비전 시청하기’, ‘관광/여행하기’, ‘정원/화분 가꾸기’, ‘산책하기/걷기’ 등 다양한 활동 참여에 대한 높은 욕구를 보였다.

수단적 일상 활동 중 환자가 가장 많이 선택한 활동은 ‘식사 준비하기’였으며, 이는 뇌졸중 환자가 설정한 최종 재활 목표가 일상 생활 자립이라는 선행 연구 결과와 일치한다.³³ 여가 활동 중 가장 높은 선호를 보인 항목은 ‘텔레비전 시청하기’였으며, 이는 마비로 인한 신체적 제약과 실어증으로 인한 의사소통능력 저하로 인해 뇌졸중 환자의 여가 생활 수준이 수동적 활동에 제한되고 있음을 보여준다. 사회 활동에서는 ‘가족 모임 참석하기’가 가장 높은 선호도를 보였으며, 이는 한국 노인의 사회적 관계망이 주로 혈연 중심으로 축소된다는 기존 연구 결과와도 부합된다.³⁴

본 연구의 세 번째 시사점은 다음과 같다. 활동(activities)과 참여(participation)에 대한 환자와 보호자의 선호도 차이를 보여주었다. 수단적 일상 활동 영역에서는 ‘설거지하기’, ‘집 안 청소하기’, ‘식사 준비하기’, ‘대중교통 이용하기’에서 환자가 보호자보다 유의하게 높은 선호를 보였다. 이는 뇌졸중 환자의 주요 활동 목표가 자기 관리와 이동이었다는 선행 연구 결과와 일치한다.³³ 이러한 결과는 환자들이 일상 생활 자립에 대한 강한 의지를 갖고 있음을 시사한다. 기본적인 일상 생활에서 타인에 대한 의존성 증가는 뇌졸중 환자의 우울감 및 심리적 위축을 유발하는 요인으로 작용하며,³⁵ 일상 생활 활동으로의 성공적인 복귀는 사회 재적응의 시작점이 된다.³⁶ 한편, 수단적 일상 활동은 환자와 보호자 간 선호 순위의 일치도가 가장 낮게 나타난 영역이기도 하다. 이는 보호자가 환자의 활동 가능성을 과소 평가하거나 과대 평가하고 있을 가능성을 보여준다. 이러한 인식 차이는 보호자의 판단이 환자의 수행 능력과 욕구를 정확히 반영하지 못할 뿐만 아니라, 뇌졸중 환자의 기능 수준에 대한 보호자의 평가가 실제와 불일치할 수 있음을 의미한다.³⁷

여가 활동 영역에서는 ‘텔레비전 시청하기’, ‘산책하기/걷기’, ‘신문 읽기’, ‘정원/화분 가꾸기’, ‘화투/카드 놀이하기’, ‘등산하기’, ‘라디오 듣기’,

‘책/잡지 읽기’에서 환자의 선호도가 더 높게 나타났다. 선행 연구에 따르면, 여가 참여 수준이 낮은 뇌졸중 환자는 심리적 만족도가 낮은 경향을 보이며,²⁵ 여가 활동은 뇌졸중의 회복 정도와 무관하게 삶의 질과 밀접하게 연관되어 있다.³⁸ 본 연구의 활동 영역 간 선호 비율 비교에서도 여가 활동 영역이 가장 높은 선호도를 보였으며, 이는 실어증 환자가 단순한 일상 생활 복귀를 넘어, 자율성과 즐거움, 정서적 만족을 충족시켜 주는 활동에 가장 강한 욕구를 지니고 있음을 보여준다. 특히 노년기 뇌졸중 환자에게 여가 활동은 삶의 목적과 의미를 재정립하는 도구로 기능하며,³⁹ 이는 전통적인 손상 중심 치료 접근에서 벗어나 개별 환자의 여가 생활을 고려한 포괄적 중재의 필요성을 강조하는 근거가 된다.

사회 활동 영역에서 ‘가족 모임 참석하기’는 환자와 보호자 모두에게서 가장 많이 선택된 선호 활동으로 나타났으며, 이는 양 집단 간 유일하게 선호가 일치한 항목이다. 이러한 결과는 가족과의 정서적 유대가 실어증 환자에게 매우 중요한 의미를 가지며, 보호자 역시 이를 인식하고 있음을 의미한다. 가족의 정서적 지지와 소속감은 뇌 손상 환자의 회복 과정에서 중요한 사회 심리적 자원이며, 회복 동기를 유지하는 핵심 요인이다.⁴⁰ 또한, ‘장례식 참석하기’, ‘마을 행사 참석하기’, ‘졸업식/입학식 참석하기’처럼 공동체 소속과 관련된 활동에서 환자는 보호자보다 더 높은 선호도를 보였다. 이는 실어증 환자가 여전히 사회적 관계 속에서의 역할 수행을 중요하게 여기며, 공동체 구성원으로서 소속감을 유지하고자 하는 강한 욕구를 지니고 있음을 보여준다. 선행 연구에 따르면, 많은 뇌졸중 환자는 발병 이후 사회적 고립과 추방을 경험하며,⁴¹ 공동체 참여와 사회적 소속감은 새로운 자아 수용 및 정서적 안정에 기여하는 중요한 회복 요인으로 작용한다.⁴² 이러한 결과는 실어증 환자의 사회적 참여 기회를 확대하는 방향의 재활적 접근이 필요함을 뒷받침한다.

본 연구의 네 번째 시사점은 다음과 같다. 본 연구는 개인 요인(personal factors) 중 인구학적 정보와 신체의 기능 및 구조(body functions & structures)로 대변되는 임상 정보가 실어증 환자의 활동(activities) 및 참여(participation)에 미치는 영향을 분석하였다. 연구 결과, 인구학적 정보 중에서는 연령이 사회 활동 및 전체 활동 선택에 유의미한 영향을 미치는 변수로 나타났다. 연령이 증가할수록 사회 활동 및 전체 활동에 대한 선택이 감소하였다. 선행 연구에서도 고령일수록 에너지 감소와

피로로 인해 활동 참여 빈도가 감소하는 경향이 보고된 바 있다.³⁸ 또한, 노년기 뇌졸중 환자들은 외부 활동 시 계단과 대중교통과 같은 환경적 장애물에 더 큰 영향을 받는다.⁴³ 이러한 복합적인 요인은 활동 제한(activity limitation)과 참여 제약(participation restriction)으로 이어질 수 있음을 시사한다.

임상 정보 분석 결과, 진단명, 마비 유무, 발병 후 경과 기간이 활동 선택에 유의한 영향을 미치는 변수로 확인되었다. 진단명과 관련하여, 뇌출혈 진단을 받은 환자는 뇌경색에 비해 수단적 일상 활동과 전체 활동에서 더 높은 선호도를 보였다. 이는 뇌출혈 환자가 뇌경색 환자보다 재활 후 일상 생활 수행 능력, 이동성 등에서 더 나은 기능 회복을 보인다는 선행 연구 결과와 일치하며,⁴⁴ 상대적으로 향상된 기능이 더 폭넓은 활동 선호로 이어졌을 가능성을 시사한다. 또한, 마비가 있는 환자가 더 많은 수단적 일상 활동을 선택한 점은 기능 회복에 대한 욕구와 주관적 의지가 반영된 결과일 수 있다. 이는 신체적 제약이 있는 환자군이 활동 참여에 대해 더욱 강한 갈망을 보인다는 기존 연구 결과와도 부합한다. 특히, 움직일 수 없다는 경험이 환자에게 심리적 반작용을 유발하여 오히려 더 높은 수준의 동기를 형성하고,⁴⁵ 이는 더 적극적인 재활 참여와 자발적 활동량 증가로 이어질 수 있음이 보고되었다.⁴¹ 여가 활동의 경우, 발병 후 경과 기간이 길수록 선호 활동 수가 유의하게 감소하는 경향을 보였다. 선행 연구에 따르면, 뇌졸중 발병 1~2년 경과 시 여가 활동 참여가 급감하고, 5년 후 대상자의 60% 이상이 과거의 취미를 포기했다고 응답한 바 있다.⁴⁶ 이는 시간이 지남에 따라 유희 장애를 받아들이고 활동 유형을 점차 변화시킨다는 기존 연구와도 부합한다.⁴⁷ 또한 환자들은 여가 활동 감소의 원인으로 신체 기능 저하와 더불어 사회적 지지 부족을 중요한 요인으로 꼽았다.⁴⁸ 이러한 결과는 환자의 여가 활동 유지와 참여 증진을 위해 환경적 차원의 지속적인 지원이 필요함을 시사한다.

본 연구의 다섯 번째 시사점은 다음과 같다. 본 연구는 환경 요인(environmental factors)으로서 가족의 지원과 태도가 실어증 환자의 활동(activities) 및 참여(participation)에 효과적으로 작용하지 않을 수 있음을 보여주었다. 선호 활동 비율 분석 결과, 보호자는 모든 활동 항목에서 환자보다 낮은 선호도를 보였다. 이는 보호자가 환자의 실제 활동 욕구를 제한적으로 인식하거나, 활동 수행 가능성에 대해

보다 보수적으로 판단하고 있음을 시사한다. 이러한 결과는 실어증 환자와 보호자가 설정한 치료 목표의 일치도가 약 70%로 낮았으며, 보호자가 환자의 삶의 질을 실제보다 더 낮게 평가한 선행 연구 결과와도 일치한다.¹²

또한, 개인의 내적 동기가 크게 반영되는 최고 선호 활동 비교에서도 환자와 보호자 간의 일치도는 낮게 나타났다. 이는 최상위 세 가지 활동 간 일치율이 43%에 불과했던 선행 연구와도 맥락을 같이 한다.¹³ 이러한 결과는 보호자가 실어증 환자의 활동 욕구를 충분히 이해하지 못하고 있을 뿐만 아니라, 보호자가 제공하는 지원 역시 제한적일 수 있음을 의미한다. 즉, 가족이라는 환경 요인(environmental factors)이 환자의 활동 참여를 효과적으로 촉진하지 못할 수도 있음을 보여준다.

더 나아가, 임상 현장에서 보호자의 판단만으로 환자의 선호를 대변하는 데에는 분명한 한계가 있음을 보여준다. 보호자의 인식에만 의존해 설정된 목표 활동은 환자의 실제 욕구를 충분히 반영하지 못할 수 있으며, 이는 환자 중심 재활 계획 수립에 걸림돌이 될 수 있다. 따라서 실어증 환자의 선호를 직접적으로 반영할 수 있는 평가 도구와 접근 방식의 필요성이 제기된다.

환자 중심 재활을 실현하기 위해, 언어재활사는 실어증 환자의 자가 보고를 바탕으로 개인별 목표 활동을 파악한 후, 이를 중재 과정에서 자극 사진이나 자극 단어 형태로 활용할 필요가 있다. 이는 개인화된 치료 자극이 신경가소성(neuroplasticity)을 촉진하는 주요 기전 중 하나인 현저성(salience)의 요소로 작용하기 때문이다.⁴⁹ 환자에게 의미 있는 자극은 뇌의 반응성을 증대시키며, 이러한 반응 증가는 신경가소성을 강화하고 언어 회복을 촉진하는 데 중요한 역할을 한다.⁵⁰ 더불어 개인화된 자극을 활용한 환자 중심 치료는 치료에 대한 순응도와 만족도를 높이는 데 긍정적으로 작용한다.⁸ 효과적인 언어 중재를 위해 언어재활사는 환자와 높은 관련성을 지닌 자극 및 방법론을 선별하여 사용하는 것이 필요하다. 실어증 환자는 개인 맞춤형 사진 자극을 더 선호하며, 이러한 자극은 인지적 부담을 경감시키는 효과가 있음이 보고되었다.⁵¹ 또한, 환자들은 개인적 의미가 담긴 단어를 목표 단어로 설정할 때 더 높은 반응성과 동기 수준을 보이는 경향이 있다.⁵² 이처럼 개인의 가치 및 삶의 맥락과 밀접하게 관련된 자극을 활용하는 접근은 환자의 내재적 동기를 유지시키고, 결과적으로 재활 성과 향상에 기여할 수 있다.⁵¹

이러한 맥락에서, 본 연구는 실어증 환자를 대상으로 K-ACS를 활용하여 개인별 선호 활동을 평가하고, 이에 영향을 미치는 요인을 분석하였다. 또한, 사진 카드 기반의 평가 도구와 다양한 의사소통 전략을 병행할 경우, 언어재활사가 실어증 환자의 실제 욕구를 직접적으로 파악할 수 있음을 입증하였다. 이는 언어적 제한이 있는 환자도 치료 목표 설정 과정에 적극적으로 참여할 수 있음을 보여주며, 기존의 일방적인 치료 계획 수립 방식에서 벗어나 환자의 주관적 선호와 필요를 보다 정확히 반영할 수 있는 임상적 근거를 제공한다.

더불어, 활동 중심 평가를 통해 도출된 선호 활동 기반의 맞춤형 언어 중재 방법은 환자에게 의미 있는 활동을 치료 목표로 설정함으로써 내재적 동기를 유발하고, 보호자의 협력을 자연스럽게 이끌어낼 수 있으며, 궁극적으로 활동 제한(activity limitation)과 참여 제약(participation restriction)을 효과적으로 감소시킬 수 있을 것으로 기대된다. 더 나아가, 이러한 접근은 환자의 가치와 삶의 맥락을 반영하는 환자 중심 치료를 실현하는 데 있어 중요한 실천적 기반이 될 수 있을 것이다.

5. 결론

본 연구에서는 실어증 환자의 언어치료를 위해 K-ACS를 활용하여 목표 활동을 선택하고 관련 요인을 분석하였다. 본 연구의 의의는 다음과 같다.

첫째, 실어증 환자의 목표 활동 선택 도구로 K-ACS의 평가자 내 신뢰도를 분석하였다. 모든 항목에서 중등도 이상의 일치도를 보여, K-ACS가 실어증 환자의 활동 선호를 일관되게 측정할 수 있는 신뢰도 높은 평가 도구임이 확인되었다. 이는 치료 목표 설정 과정에서 실어증 환자의 협력적 참여를 유도하는 도구로 활용될 수 있음을 시사한다.

둘째, 실어증 환자의 선호 활동 특성 및 수를 파악하였다. 가장 선호하는 활동은 ‘가족 모임 참석하기’, ‘텔레비전 시청하기’, ‘관광/여행하기’, ‘정원/화분 가꾸기’, ‘산책하기/걷기’ 순으로 나타났으며, 활동 영역 중에서는 여가 활동에 대한 욕구가 가장 높게 나타났다. 여가 활동은 삶의 질과 밀접하게 연관된 영역으로 언어치료 목표 설정 시 환자의 여가 생활을 우선적으로 평가하고, 이를 중재에 적극 활용할 필요가 있음을 시사한다.

셋째, 실어증 환자와 보호자 간 선호 활동의 차이를 확인하였다. 모든 활동 영역에서 환자가 보호자보다 더 많은 활동을 선호하였으며, 이는 보호자가 인식하는 것보다 실어증 환자의 실제 활동 욕구 범위가 더 넓다는 점을 보여준다. 또한 최고 선호 활동의 일치도가 낮게 나타나, 보호자의 대리 보고가 환자의 실제 욕구를 충분히 대변하지 못할 수 있음을 시사하며, 자가 보고의 중요성을 부각시킨다.

넷째, 실어증 환자의 인구학적 정보와 임상 정보 가운데 선호 활동에 영향을 미치는 주요 변인을 확인하였다. 연령이 높을수록 사회 활동 및 전체 활동의 선택 빈도가 감소했다. 진단명이 뇌출혈인 환자는 뇌경색 환자에 비해 수단적 일상 활동 및 전체 활동에 대한 선호가 높았으며, 마비가 있는 환자 역시 수단적 일상 활동을 더 많이 선택하는 경향을 보였다. 또한 발병 후 경과 기간이 길수록 여가 활동 선택 수가 감소하는 양상을 보였다. 이러한 요인들은 언어재활사가 치료 목표를 설정할 때 참고

지표로 활용될 수 있다.

본 연구의 제한점과 후속 연구에 대한 제언은 다음과 같다.

첫째, 본 연구에서는 실어증 환자 전용 평가 도구를 활용하지 못했다. 현재 국내에는 실어증 환자를 위한 치료 목표 설정 도구가 부재한 상황이다. 향후에는 보다 높은 도상성을 갖춘, 실어증 환자 맞춤형 평가 도구가 개발될 필요가 있다.

둘째, 환자군의 연령이 65세 이상에 한정되어 있다. 이는 K-ACS의 검사 대상 연령을 따른 것으로, 이후 연구에서는 보다 다양한 연령층의 실어증 환자를 포함할 필요가 있다.

셋째, 환자군의 실어증 중증도가 경도~중도에 국한되어 있다. 중증 실어증 환자의 경우, 평가 도구에 대한 이해나 사진 분류 작업 수행에 어려움이 있을 것으로 판단되어 제외된 것이다. 실어증 환자용 도구가 개발된다면 모든 중증도를 아우르는 연구가 필요할 것이다.

넷째, 다양한 병인이 포함되지 않았다. 본 연구에서 환자를 모집한 주된 경로는 뇌졸중 환우회로, 뇌졸중에 기인한 실어증 환자만이 연구 대상자가 되었다. 후속 연구에서는 진행성 실어증 환자를 비롯한 다양한 병인을 가진 환자를 연구 대상으로 삼을 필요가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고, 본 연구에서 밝힌 실어증 환자의 선호 활동과 관련 요인은 언어재활사가 임상 현장에서 치료 목표를 설정할 때 유용한 참고 자료로 활용될 수 있을 것이다. 특히 치료 목표 설정 과정에서 환자 본인을 적극 개입시키기 위한 방안으로 사진 기반 평가 도구의 활용 가능성을 확인하였다는 점에서 실용적 의의가 크다. 향후에는 실어증 환자 전용 평가 도구의 개발을 포함하여, 다양한 연령대와 중증도, 그리고 병인을 반영한 보다 확장된 후속 연구가 이뤄져야 할 것이다.

참고 문헌

1. Biel M, Haley KL. Motivation in aphasia treatment: self-determination theory applied to the FOURC Model. *Am J Speech Lang Pathol*. 2023;32(3):1016-1036.
2. Cheng BBY, Worrall LE, Copland DA, Wallace SJ. Prognostication in post-stroke aphasia: how do speech pathologists formulate and deliver information about recovery? *Int J Lang Commun Disord*. 2020;55(4):520.
3. Haley KL, Womack J, Helm-Estabrooks N, Lovette B, Goff R. Supporting autonomy for people with aphasia: use of the Life Interests and Values (LIV) Cards. *Top Stroke Rehabil*. 2013;20(1):22-35.
4. Helm-Estabrooks N, Whiteside J. Use of life interests and values (LIV) cards for self-determination of aphasia rehabilitation goals. *Perspect Neurophysiol Neurogenic Speech Lang Disord*. 2012;22(1):6-11.
5. McAndrew E, McDermott S, Vitzakovitch S, Warunek M, Holm MB. Therapist and patient perceptions of the occupational therapy goal-setting process. *Phys Occup Ther Geriatr*. 2000;17(1):55.
6. Bendz M. The first year of rehabilitation after a stroke – from two perspectives. *Scand J Caring Sci*. 2003;17(3):215.
7. Leach E, Cornwell P, Fleming J, Haines T. Patient centered goal-setting in a subacute rehabilitation setting. *Disabil Rehabil*. 2010;32(2):159.
8. Gustafsson L, McLaughlin K. An exploration of clients' goals during inpatient and outpatient stroke rehabilitation. *Int J Ther Rehabil*. 2009;16(6):324.
9. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med*. 2002;34(1):5.
10. Rohde A, Townley-O'Neill K, Trendall K, Worrall L, Cornwell P. A comparison of client and therapist goals for people with aphasia: a qualitative exploratory study. *Aphasiology*. 2012;26(10):1298.
11. Imaezue GC, Goral M. Toward self-regulated learning in aphasia rehabilitation: a proposed framework. *Aphasiology*. 2024:1-16.

12. Nicholas M, Jennelle L, Connor LT, Haynes C, Zipse L. Do caregiver proxy reports and congruence of client-proxy activity participation goals relate to quality of life in people with aphasia? *Int J Lang Commun Disord*. 2020;55(3):373-386.
13. Hilari K, Owen S, Farrelly SJ. Proxy and self-report agreement on the stroke and aphasia quality of life scale-39. *J Neurol Neurosurg*. 2007;78(10):1072.
14. Bendz M. Rules of relevance after a stroke. *Soc Sci Med*. 2000;51(5):713.
15. Ponte-Allan M, Giles GM. Goal setting and functional outcomes in rehabilitation. *Am J Occup Ther*. 1999;53(6):646-9.
16. World Health Organization. International classification of functioning, disability, and health. 2001. WHO.
17. Worrall L, Sherratt S, Rogers P, Howe T, Hersh D, Ferguson A, Davidson B. What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology*. 2011;25(3):309.
18. American Occupational Therapy Association. Occupational therapy practice framework: domain and process—fourth edition. *Am J Occup Ther*. 2020;74:1.
19. Woodman P, Riazi A, Pereira C, Jones F. Social participation post stroke: a meta-ethnographic review of the experiences and views of community-dwelling stroke survivors. *Disabil Rehabil*. 2014;36(24):2031.
20. O'Halloran R, Larkins B. The ICF activities and participation related to speech-language pathology. *Int J Speech Lang Pathol*. 2008;10(1/2):18.
21. Gregory MD. Occupational behavior and life satisfaction among retirees. *Am J Occup Ther*. 1983;37(8):548.
22. Brown SE, Scobbie L, Worrall L, Brady MC. A multinational online survey of the goal setting practice of rehabilitation staff with stroke survivors with aphasia. *Aphasiology*. 2023;37(3):479.
23. 이상현, 유은영, 정민예, 박수현, 이재신, 이택영. 한국형 활동분류카드 (Korean Activity Card Sort) 개발. *대한작업치료학회지*. 2010;18(3):103-117.
24. Baum CM, Edwards D. Activity card sort. Washington University School of Medicine; 2001.
25. Hartman-Maeir A, Soroker N, Ring H, Avni N, Katz N. Activities, participation and satisfaction one-year post stroke. *Disabil Rehabil*. 2007;29(7):559.

26. 이상현. 한국형 활동분류카드(Korean Activity Card Sort) 개발 및 신뢰도 · 타당도 연구. 연세대학교 대학원; 2010.
27. Griffith J, Dietz A, Weissling K. Supporting narrative retells for people with aphasia using augmentative and alternative communication: photographs or line drawings? text or no text? *Am J Speech Lang Pathol.* 2014;23(2):S213.
28. Grisso T, Appelbaum PS. The MacArthur treatment competence study. III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law Hum Behav.* 1995;19(2):149.
29. Murphy J, Tester S, Hubbard G, Downs M, MacDonald C. Enabling frail older people with a communication difficulty to express their views: the use of Talking Mats as an interview tool. *Health Soc Care Community.* 2005;13(2):95-107.
30. 김향희, 나덕렬. 파라다이스 한국판-웨스턴 실어증 검사 개정판(Paradise-Korean Western Aphasia Battery Revised: PK-WAB-R). 파라다이스 복지재단; 2012.
31. Law M, Baum CM, Dunn W. Measuring occupational performance: supporting best practice in occupational therapy. Routledge; 2001.
32. 인사이트심리검사연구소. 한국형 노인활동분류카드 (Korean-Activity Card Sort). 학지사; 2014.
33. Evensen J, Soberg HL, Sveen U, Hestad KA, Moore JL, Bronken BA. Individualized goals expressed by patients undergoing stroke rehabilitation: an observational study. *J Rehabil Med.* 2024;56.
34. 강은나, 김혜수, 정찬우, 김세진, 이선희, 주보혜, 황남희, 김경래, 이해정, 최경덕. 2023년도 노인실태조사. 2024.
35. 안희수, 전보라, 최소은, 최영석, 김덕주. 뇌졸중 환자의 정신건강과 삶의 질이 수면의 질에 미치는 영향. *대한고령친화산업학회지.* 2022;14(2):1.
36. Cho NO, Suh MJ, Kim KS, Kim IJ, Choi HJ, Jung SH. Social readjustment and relating factors in stroke survivors. *J Korean Acad Adult Nurs.* 2001;13(1):96.
37. 최은숙, 박주현, 고준, 박도훈, 이승희, 홍기훈, 이준엽. 일상생활활동에 대한 뇌졸중 환자 능력과 보호자 인식의 비교. *대한작업치료학회지.* 2016;24(4):69.

38. Toglia J, Askin G, Gerber LM, Jaywant A, O'Dell MW. Participation in younger and older adults post-stroke: frequency, importance, and desirability of engagement in activities. *Front Neurol*. 2019;10.
39. Ahmadizadeh Z, Samaei SA, Alibakhshi H, Pahlevanian A, Binesh M. Factors associated with occupational performance in older people with stroke. *Iran Rehabil J*. 2024;22(4):673.
40. Olson DH, Waldvogel L, Schlieff M. Circumplex model of marital and family systems: an update. *J Fam Theory Rev*. 2019;11(2):199.
41. Norlander A, Iwarsson S, Jönsson AC, Lindgren A, Lexell EM. Participation in social and leisure activities while re-constructing the self: understanding strategies used by stroke survivors from a long-term perspective. *Disabil Rehabil*. 2022;44(16):4284.
42. Trevorrow S, Gustafsson L, Hodson T. Leisure engagement among people living with acquired brain injury: a scoping review. *OTJR*. 2024;44(2):263.
43. Gillen G, Nilsen DM, Attridge J, Banakos E, Morgan M, Winterbottom L, York W. Effectiveness of interventions to improve occupational performance of people with cognitive impairments after stroke: an evidence-based review. *Am J Occup Ther*. 2015;Jan-Feb:69.
44. Paolucci S, Antonucci G, Grasso MG, Bragoni M, Coiro P, Angelis DD, Fusco FR, Morelli D, Venturiero V, Troisi E, Pratesi L. Functional outcome of ischemic and hemorrhagic stroke patients after inpatient rehabilitation: a matched comparison. *Stroke*. 2003;34(12):2861.
45. Maclean N, Pound P, Wolfe C, Rudd A. Qualitative analysis of stroke patients' motivation for rehabilitation. *Br Med J*. 2000;321(7268):1051.
46. Norlander A, Carlstedt E, Jönsson AC, Lexell EM, Ståhl A, Lindgren A, Iwarsson S. Long-term predictors of social and leisure activity 10 years after stroke. *PLoS One*. 2016;11(2):1.
47. 송해란. 후천적 신체 장애인의 장애기간에 따른 장애수용도의 변화와 장애 정도의 조절효과. *한국장애인복지학*. 2022;57(57):185.
48. Harrison J, Thetford C, Reeves MJ, Brown C, Joshi M, Watkins C. Returning to leisure activity post-stroke: barriers and facilitators to engagement. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(21).

49. Crosson B, Rodriguez AD, Copland D, Fridriksson J, Krishnamurthy LC, Meinzer M, Raymer AM, Krishnamurthy V, Leff AP. Neuroplasticity and aphasia treatments: new approaches for an old problem. *J Neurol Neurosurg.* 2019;90(10):1147.
50. Kiran S, Thompson CK. Neuroplasticity of language networks in aphasia: advances, updates, and future challenges. *Front Neurol.* 2019;10.
51. Thiessen A, Brown J. Personalization of restorative and compensatory treatments for people with aphasia: a review of the evidence. *Top Lang Disord.* 2021;41:269-281.
52. Renvall K, Nickels L, Davidson B. Functionally relevant items in the treatment of aphasia (part I): challenges for current practice. *Aphasiology.* 2013;27(6):636.

부록 1. 한국형 활동분류카드 검사-재검사 연구에 참여한 실어 증 환자 정보

| 정보 | | 환자 수(비율) (N=30) |
|---------|---------|--------------------|
| 성별 | 남 | 15(50.0%) |
| | 여 | 15(50.0%) |
| 연령 | M±SD | 73.2±6.0 |
| 손잡이 | 오른손 | 27(90.0%) |
| | 왼손 | 3(10.0%) |
| 학력 | 무학 | 0(0.0%) |
| | 초등학교 졸업 | 2(6.7%) |
| | 중학교 졸업 | 4(13.3%) |
| | 고등학교 졸업 | 15(50.0%) |
| | 대학교 졸업 | 9(30.0%) |
| 발병 전 직업 | 무직 | 0(0.0%) |
| | 생산직 | 3(10.0%) |
| | 서비스직 | 6(20.0%) |
| | 판매직 | 10(33.3%) |
| | 사무직 | 5(16.7%) |
| | 전문직 | 3(10.0%) |
| | 관리직 | 3(10.0%) |
| 진단명 | 뇌경색 | 21(70.0%) |
| | 뇌출혈 | 9(30.0%) |
| 마비 유무 | 무 | 8(26.7%) |
| | 유 | 22(73.3%) |

| | | |
|---------|-----------------|-----------|
| 발병 후 기간 | 6개월 미만 | 9(30.0%) |
| | 6개월 이상 12개월 미만 | 8(26.7%) |
| | 12개월 이상 18개월 미만 | 6(20.0%) |
| | 18개월 이상 24개월 미만 | 5(16.7%) |
| | 24개월 이상 | 2(6.7%) |
| AQ | ≤50 | 0(0.0%) |
| | 51~75 | 15(50.0%) |
| | 76≤ | 15(50.0%) |
| | M±SD | 75.9±9.8 |
| 실어증 유형 | 브로카실어증 | 2(6.7%) |
| | 연결피질운동실어증 | 2(6.7%) |
| | 베르니케실어증 | 4(13.3%) |
| | 연결피질감각실어증 | 2(6.7%) |
| | 전도실어증 | 7(23.3%) |
| | 명칭실어증 | 13(43.3%) |

M: Mean

SD: Standard Deviation

AQ: Aphasia Quotient

ABSTRACT

Analysis of Associated Factors and Goal Activity Selection Based on the Korean Activity Card Sort for Aphasia Therapy

This study aimed to establish an evidence base for incorporating the actual needs of individuals with aphasia into goal-setting for speech-language therapy. Utilizing the Korean Activity Card Sort (K-ACS), the study assessed preferred activities from both patients and caregivers, and analyzed the influence of demographic and clinical factors. Additionally, the test-retest reliability of the K-ACS was examined.

Participants included 50 stroke survivors aged 65 or older with mild to moderate aphasia (male:female=20:30, age=74.4±6.2) and their 50 caregivers (male:female=17:33, age=58.3±14.3). Each participant selected preferred activities using the K-ACS from their respective perspectives.

The most preferred activities among patients were “attending family gatherings,” “watching television,” “traveling,” “gardening,” and “walking.” By domain, the top-ranked activities were “preparing meals” in instrumental activities of daily living, “watching television” in leisure, and “attending family gatherings” in social participation. Leisure activities showed the highest overall preference, suggesting their prioritization in therapy goal-setting.

Significant discrepancies emerged between patients and caregivers in activity selection, with patients reporting a broader range of preferred activities across all domains. The low level of agreement on top-preferred activities indicates that caregiver reports alone may not accurately represent patients’ true preferences. These findings underscore the necessity of including self-report-based assessments in aphasia rehabilitation to support patient-centered care.

Demographic analysis revealed a decrease in the number of selected activities with advancing age, suggesting a decline in activity participation among older adults. Clinical factors—diagnosis type, presence of paralysis, and time since stroke onset—were found to significantly influence activity preferences. Individuals with hemorrhagic stroke and those with paralysis showed stronger preferences for instrumental activities, while those with longer post-onset durations showed decreased preference for leisure activities. These results suggest the need for therapy planning to

consider physical recovery status, motivation for rehabilitation, and time-related declines in participation.

The K-ACS demonstrated moderate or higher levels of test-retest reliability, confirming its consistency as a tool for measuring activity preferences in individuals with aphasia. This study highlights the utility of a photo-based self-report instrument in supporting active patient involvement in therapy planning, providing a practical foundation for patient-centered rehabilitation that honors individual autonomy and contextual values.

Key words: Aphasia, Speech-language therapy, Patient-centered care, Goal setting, Activity preference, Korean-Activity Card Sort (K-ACS)