



## **실어증에 대한 최상의 실무 권고사항** (*Best Practice Recommendations for Aphasia*)

### **전문**

실어증은 뇌의 언어영역에 대한 손상, 주로 뇌졸중에 의한 후천적 의사소통장애이며, 외상성 뇌손상이나 뇌종양에 기인하기도 한다. 실어증은 말하기, 알아듣기, 읽기, 쓰기를 포함한 언어양식에 장애를 보인다. 일상생활에서 의사소통은 늘 이루어져야 하기 때문에, 실어증은 사회적 관계, 참여, 삶의 질에 부정적 영향을 끼친다. 실어증자는 지능에 문제가 없음에도 불구하고 의사소통장애로 인해 지능 상 문제가 있는 것으로 오인되거나 절대적으로 그렇지 않다. 실어증자는 정보나 활동에 대한 충분한 설명만 주어진다면, 의사결정을 하거나 활동에 참여하는데 문제가 없다. 실어증자는 자존감과 존대감 있게, 비실어증자와 동일한 정도로 건강관리를 받을 권리(정보를 얻거나 개인적으로 관련된 의사결정에 참여하는 것을 포함하여)가 있다. 실어증자와 가족은 의사소통 및 일상활동의 참여를 강화하기 위한 목적으로 개개인을 위해 고안된 서비스를 받을 권리가 있다. 실어증자를 위한 건강관리 서비스는 개인중심적인 동시에 협력적이어야 한다. 다음은 실어증자에 대한 건강관리나 지역사회 서비스를 위한 “최상의 실무 권고사항(Best Practice Recommendations)”을 소개한 것으로서, 전세계의 다양한 자료에 바탕을 두었다. 자료들에서 제안된 권고사항/근거의 단계가 함께 제시되긴 했으나 자료가 직접적으로 인용되지는 않았고 대표성을 갖도록 표현되었다. 근거의 단계에 대해 세부적으로 확인하려면 원자료를 참조하면 된다. 대부분의 권고사항은 기타 다른 병인이나 실어증에 기반한 가이드라인이 아니라 일반적인 뇌졸중 가이드라인에서 발췌하였다.

1. 모든 뇌손상 및 진행성 뇌질환 환자들은 의사소통장애에 대한 선별검사를 받아야 한다.<sup>1, 2, 3, 5, 7, 8, 9</sup> (단계 C).
2. 의사소통장애가 의심되는 경우에는 (해당 나라에서 인정하는) 자격을 갖춘 전문가로부터 평가를 받아야 한다; 평가는 선별검사보다 심도있게 이루어져야 하는데, 이는 의심되는 의사소통장애에 대한 본질, 중증도 및 개인적 영향을 확인할 수 있어야 하기 때문이다.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9</sup> (단계 B, C).
3. 실어증자는 실어증, 실어증의 병인 (예, 뇌졸중), 그리고 치료에 관련된 선택 사항에 대한 정보를 제공받아야 한다.<sup>1, 5, 6, 7, 8, 9</sup> (단계 A-C). 이는 급성부터 만성 단계까지 아우르는 모든 건강관리 단계에 적용된다.
4. 실어증자는 본인의 필요 및 희망 사항에 대해 의사소통할 수 있는 수단(예, AAC, 지원, 훈련된 파트너)이 없거나, 혹은 이러한 것이 언제, 어떻게 가능하게 될 지에 대해 문서화된 계획이 없이는 서비스로부터 종결 조치되어서는 안된다. (단계: Good Practice Point, GPP)
5. 실어증자는 본인의 의사소통 및 삶에 의미있는 영향을 미치게끔 고안된, 집중적이고도 개별화된 실어증 치료를 제공받아야 한다.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</sup> (접근법, 강도, 시기에 따라 레벨 A-GPP) 이러한 중재는 자격을 갖춘 전문가의 감독하에 고안되고 이루어져야 한다.
  - a. 중재는 장애중심적 치료, 보완적 훈련, 대화 치료, 기능적/참여중심적 치료, 환경적

- 중재, 그리고/또는 의사소통 지원의 훈련이나 보완대체의사소통으로 구성될 수 있다.
- b. 치료 방식으로는 개별치료, 그룹치료, 원격재활 그리고/또는 컴퓨터 보조 치료를 포함할 수 있다.
  - c. 안정적 질환(예, 뇌졸중) 뿐만 아니라 진행성 뇌손상에 기인한 실어증자 모두 중재를 통해 효과를 볼 수 있다.
  - d. 뇌졸중이나 기타 안정적 형태의 뇌손상에 기인한 실어증자는 급성 및 만성 회복 단계 모두에서 중재에 의한 효과를 볼 수 있다.
6. 실어증자와의 의사소통을 향상시키기 위해서는 의사소통 파트너 훈련이 이루어져야 한다.<sup>1, 2, 3, 5, 8</sup> (단계 A, B).
  7. 실어증자의 가족이나 간병인은 재활 과정에 포함되어야 한다.<sup>1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9</sup> (단계 A-C).
    - a. 가족과 간병인은 실어증의 원인 및 영향에 대한 교육과 지원을 제공받아야 한다. (단계 A)
    - b. 가족과 간병인은 실어증자와 의사소통하는 법을 배워야 한다. (단계 B)
  8. 실어증자를 위한 서비스는 문화적으로, 개인적으로 적절(personally relevant)해야 한다.<sup>1, 2, 5, 8</sup> (단계: Good Practice Point)
  9. 실어증자를 다루는 모든 보건의료 및 사회복지 제공자들은 어떤 단계(즉, 급성 단계부터 인생 말기까지)의 보살핌이든 상관없이 실어증에 관한 교육을 받아야 하고 의사소통을 지원하기 위한 훈련을 받아야 한다.<sup>2, 3</sup> (단계 C)
  10. 실어증자가 사용할 정보는 실어증-친화적인 방식이나 의사소통적으로 활용 가능하도록 구성되어야 한다.<sup>1, 3, 5, 7, 8</sup> (단계 C)

### 권고단계(Levels of Recommendation) / 근거(Evidence)

단계 A: 실무에 활용될 수 있는 연구 결과의 근거가 있음(Body of research evidence can be trusted to guide practice)

단계 B: 대부분 상황의 실무에 활용될 수 있는 연구 결과의 근거가 있음(Body of research evidence can be trusted to guide practice in most situations)

단계 C: 어느 정도는 권고할 만한 연구 결과의 근거가 있음(Body of research evidence provides some support for recommendation)

단계 D: 연구 결과의 근거가 미약함(Body of research evidence is weak)

Good Practice Point: 권고가 전문가 의견이나 합의에 근거함(Recommendation is based on expert opinion or consensus)

### *Aphasia United* 의 실어증에 대한 최상의 실무 권고사항(Best Practice Recommendations)의 주요 문헌

1. National Health and Medical Research Council Clinical Centre for Research Excellence in Aphasia Rehabilitation (CCRE) (2014). *Australian Aphasia Rehabilitation Pathway*.

<http://www.aphasiapathway.com.au/>

2. Intercollegiate Stroke Working Party. *National clinical guideline for stroke*, 4th edition. London: Royal College of Physicians, 2012.

Translation: Revised November, 2016

3. Lindsay MP, Gubitz G, Bayley M, Hill MD, Davies-Schinkel C, Singh S, and Phillips S. *Canadian Best Practice Recommendations for Stroke Care* (Update 2012). On behalf of the Canadian Stroke Strategy Best Practices and Standards Writing Group. Ottawa, Ontario Canada: Canadian Stroke Network.
4. Miller, E., Murray, L., Richards, L., Zorowitz, R., Bakas, T., Clark, P. Billinger, S. (2010). Comprehensive Overview of Nursing and Interdisciplinary Rehabilitation Care of the Stroke Patient: A Scientific Statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41:2402-2448. Downloaded from <http://stroke.ahajournals.org/>
5. National Stroke Foundation Australia (2010) *Clinical guidelines for stroke prevention and management*. Melbourne Australia. [http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical\\_guidelines\\_stroke\\_management\\_2010\\_interactive.pdf](http://strokefoundation.com.au/site/media/clinical_guidelines_stroke_management_2010_interactive.pdf)
6. Royal College of Speech & Language Therapists (2005). *RCSLT Clinical Guidelines*. London: RCSLT.
7. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2010) *Management of patients with stroke: Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning A national clinical guideline*. Edinburgh, Scotland. <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign118.pdf>
8. Stroke Foundation of New Zealand and New Zealand Guidelines Group. *Clinical Guidelines for Stroke Management 2010*. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand; 2010. <http://www.stroke.org.nz/resources/NZClinicalGuidelinesStrokeManagement2010ActiveContents.pdf>
9. US Veteran's Administration / Department of Defense (2010). *Management of Stroke: VA/DoD Clinical Practice Guideline*. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/online>