

腦卒中 患者의 身體的·心理的·社會的 適應度에 關한 研究

황 현 숙*·박 경 숙**

I. 序 論

1. 研究의 必要性

最近 우리나라에서는 醫學 發展에 힘입어 腦卒中에 대한 豫防과 治療가 많이 向上되어 致死率과 不具率이 減少 하였으나(노재규, 1996) 아직도 腦卒中은 心臟疾患, 癌과 함께 成人의 주요 3대 死亡 原因이며(구본홍, 1984; 보건사회부 통계연보, 1994; 통계청 사망원인통계연보, 1994) 單一 疾患으로 항상 1위를 점하고 있다(통계청 사망원인통계연보, 1994; 노재규, 1996).

腦卒中은 死亡率이 높은 高危險 疾患일 뿐만 아니라 生存하는 境遇에도 再發하는 傾向이 있으며 不具狀態가 永久的으로 남아있는 慢性的인 健康問題이다(Feigenson, 1981).

不具나 慢性的인 健康問題는 機能의 制限이나 喪失로 인해 生活樣式的 變化를 招來하기 때문에(Dittmer, 1989), 腦卒中 患者는 身體的, 心理的, 社會的으로 어려움에 봉착하게 되므로 이에 대한 再活治療의 必要性이 강조되고 있다(강현숙의, 1995).

腦卒中은 높은 致命率 뿐만 아니라 死亡하지 않

더라도 社會生活에서 復歸가 가능한 정도의 機能 回復이 소수에 한정되고, 또 社會나 家庭에 責任이 큰 40대에서 60대에 대부분 발병하며, 社會的 측면에서의 損失이 매우 크다(강성만외, 1975; 신동인, 1987).

腦卒中 患者는 機動性, 上肢機能, 排泄機能, 性機能등 인체의 필수적인 身體 機能이 低下되고 感覺障礙, 記憶障礙, 情緒障礙, 記憶力 損傷등으로 인한 心理的 不安을 느끼며(장정부, 1972; 서문자외, 1993) 자아에 대한 위협과 낮은 자존감을 갖게 된다. 또한 自家看護缺乏, 意思疏通制限과 함께 社會的인 모든 機能의 低下되게 된다(Anderson, 1987).

腦卒中으로 인한 身體的 機能의 損傷은 心理的 機能의 損傷을 가져오고(박원경, 1987; 서문자, 1988; 이명해외, 1992) 身體的 및 心理的 機能의 損傷은 社會的 活動을 制限하여 더욱 閉鎖的이고 依存的인 生活을 하도록 한다(강현숙, 1984; 서문자, 1988).

患者는 自身の 신체상과 자아개념의 變化, 身體的·社會的 活動의 制限으로 인해 스트레스를 經驗하며(Pepper, 1977), 情緒的 苦痛이 심할 境遇에는 回復에도 深刻한 影響을 미치게 된다(박원

* 한국병원 물리치료과 물리치료사

** 중대의대 간호학과 교수

경, 1987).

患者는 이런 갑작스런 불구 때문에 正常的으로 適應할 時間의 餘裕도 없이 最惡의 狀態에서 適應을 始作해야만 하므로(이인구의, 1988) 物理治療士는 治療를 通하여 患者의 機能的인 向上뿐만 아니라 意慾을 높여 주는 것에도 念頭에 두고 治療에 임해야 한다(古澤正道, 1984).

腦卒中 患者의 再活의 意味는 獨自의인 生活에 必要한 日常生活 動作과 步行 能力을 다시 찾는 것이며 自我의 재정립을 通하여 心理的으로 安定된 삶의 狀態에서 社會的 活動에 參與하고 生産性 있는 職業을 追求하는 全人的인 概念이다(서문자, 1988).

腦卒中 患者의 再活治療는 可能한 早期에 始作하여야 하며(Dinken, 1947 ; Norack, 1984 ; Hayes & Carroll, 1986 ; Frederic, 1989 ; Bobath, 1990 ; 서문자, 1988 ; 김용천, 1992 ; 이정민, 1994 ; 석소현, 1995), 早期 再活治療는 障礙의 減少와 獨立의인 日常生活의 可能性을 增加시키고 再活 시기가 늦어질수록 再活의 效果도 적어진다(Brorestorn, 1967 ; Feigenson, 1981 ; 신정빈의, 1988). 初期 및 急性期의 一般的인 再活治療 目的은 患者를 누워만 있는 生活에서 벗어나게하여 可能한한 스스로 日常生活 動作을 할 수 있도록 하며, 患者를 될 수 있는데로 早期에 步行 시켜야 한다(Berta Bobath, 1990).

腦卒中 患者의 身體的 機能 回復을 위하여 運動治療의 必要性이 강조되고 있으며(신정빈, 1988 ; 남영호, 1991), 身體的 機能의 回復 後에도 心理的·社會的 再活의 必要性이 要求된다(Redford & Harris, 1980).

이에 본 연구자는 腦卒中 發病後 變化된 自身의 모습을 받아들이고, 周邊 環境 適應에 바람직한 行動을 追求하도록 誘導할 수 있는 計劃을 가능케 하기 위하여, 腦卒中 患者의 身體的, 心理的, 社會的 適應狀態를 把握하여 보다 包括的인 再活治療 計劃 樹立을 위한 方向을 提示하고자 본 研究를 시도하였다.

2. 研究의 目的

본 研究의 目的은 퇴원한 腦卒中 患者의 身體, 心理, 社會的 活動을 把握하여 患者에 대한 再活治療 計劃에 필요한 資料를 提供하기 위함이며 具體的인 目的은 다음과 같다.

1. 腦卒中 患者의 日常生活 動作 依存度를 調査한다.
2. 腦卒中 患者의 憂鬱程度를 調査한다.
3. 腦卒中 患者의 社會 活動量을 調査한다.
4. 腦卒中 患者의 人口社會學的 特性과 疾病의 特征성에 따른 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會的 活動量에 差異가 있는지 把握한다.
5. 腦卒中 患者의 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會 活動量間의 相關關係를 把握한다.

3. 用語의 定義

1) 腦卒中 患者

腦의 皮각부, 뇌교, 대뇌부위의 腦血管 損傷이나 機能障礙로 身體의 左側이나 右側에 나타나는 痲痺 症狀이나 感覺鈍癱가 있는 患者로서, 意識이 있고 意思疏通이 可能하며 外來로 來院하여 再活治療 받고 있는 患者로서 본 研究에서는 入院 하였다가 退院 한 지 적어도 1週日 以上 經過 하였거나, 그 이상 경과된 患者를 말한다.

2) 適應水準

퇴원후 日常生活에 對處한 결과로서 身體的 適應, 心理的 適應, 社會的 適應수준의 點數를 意味한다.

- ① 身體的 適應水準: 퇴원후의 生活을 日常生活 動作 依存度 도구로 測定한 점수.
- ② 心理的 適應水準: 퇴원후의 生活에서 Zung의 憂鬱尺度로 測定한 憂鬱의 점수.
- ③ 社會的 適應水準: 퇴원후 家庭과 社會에서 患者가 直接 參與하는 社會的 活動의 점수.

II. 文獻考察

1. 腦卒中的 特性 및 再活

腦卒中(Cerebral vascular accident, apoplexy, stroke)은 腦에 포도당과 산소 공급을 하는 혈액의 공급로인 血管이 막히거나 터지는 경우 이를 통한 에너지원의 供給이 不足하게 되어 나타나는 증상으로서(한대희, 1985 ; 김명호·김주환, 1992 ; 노재규, 1996) 腦組織의 損傷된 部位 및 程度에 따라 유발되는 기능장애와 그 예후도 달라진다(이상복, 1985).

腦卒中에서도 그 병태 生理的 棋戰은 조금씩 다르며 개개인의 장거나 기관의 상태에 따라 差異가 있으나(노재규, 1996) 대부분의 腦卒中 患者는 편측마비(hemiparesis), 반맹증(hemianopsia), 부전 실어증(dysphasia), 편측무시, 복시 및 안구운동장애, 실조증, 삼키기 곤란, 尿실금, 大便실금, 운동장애, 감각장애, 지각장애, 인지장애, 언어장애, 의식장애, 현훈, 두통 등의 증상으로 인하여(Kotia et al., 1984 ; 신정빈, 문제호, 오현탁, 손민규, 1988 ; 노재규, 1996) 自家看護(self-care) 缺乏, 可動性(mobility), 意思疏通 制限과 함께 社會的인 모든 機能의 低下가 온다(Kotia et al., 1984 ; Anderson, 1987 ; 신정빈외, 1988).

Dr. Bobath는 腦의 機能의 生理學的 特性에 관하여 다수의 억제기구에 의하여 自律運動機能을 끊임없이 갖고 있는 통합 system, 스스로 활동을 시작하지 않고 外部로 부터의 入力에 의하여 活動을 開始하는 re-action system, 말초 개개의 근육 정보에는 관여하지않고 運動패턴의 情報를 活性化 시키는 system, 운동 자체를 학습하는 것이 아니라 運動의 感覺를 學習하는 system, 모든 運動 및 姿勢를 意識下에서 制御하고 있는 system 이라고 하였다.

腦損傷에 의한 運動痲痺의 特徵은 움직임은 완전히 喪失했다는 것 보다도, 본래의 協調的 筋活動의 順序를 잃어버린 筋肉의 狀態라고 한다(鈴木俊明, 1995). 특히 뇌졸중에 의한 성인 편마비 환자를 중태에는 건측과 환측으로 보아왔으나 최근

에는 腦損傷이 있는한 基本的으로는 兩側이 함께 損傷받고 있기 때문에 健側(sound side)이라 하지 않고 非痲痺側(unaffected side, nonaffected side, nonhemiplegic side, uninvolved side, noninvolved side, nonparetic side)이라 한다(Brooke, 1991 ; Lazarus, 1992 ; 鈴木俊明, 1993 ; Pai, 1994). 이러한 배경에는 從來 健側이라고 불려온 측이 정말로 건강히 正常的으로 使用되고 있는지, 또 健側이라고 불려온 非痲痺側과 患側(痲痺側)과의 關係에 있어서 非正常的인 構築이 進行되는 점도 指摘되고 있다(古澤正道, 1995).

腦卒中 患者에 있어서 再活治療 時期는 발병후 48시간 동안 신경학적인 결손의 진행이 없으면 시작하는 것이 바람직하고(Frederic, 1989), 가능한 早期에 再活治療를 시작하는 것을 基本 原則으로 하고 있다(Norack, 1984 ; 이정민, 1994 ; 석소현, 1995).

腦卒中과 같은 腦血管疾患은 長期間의 療養과 特殊專門인 관리가 필요한 慢性退行性 疾患으로 身體的, 精神的, 社會的, 그리고 生業的 機能에 최대한의 복귀를 할 수 있도록 長期間에 걸친 療養과 再活訓練 管理가 實질히 필요하다(유동준 외, 1992).

2. 腦卒中的 身體的, 心理的, 社會的 適應

腦卒中 患者의 回復은 Wade(1985)는 4주 이내에 주로 회복된다고 하였고, Roper(1982)는 첫 2-3개월에 만족스러운 정도의 회복이 있다고 하였으며, Trornbly(1983)은 뇌졸중 발병후 1년이 상된 慢性 腦卒中 患者도 集中的인 再活治療를 받고 機能的인 向上이 있었다고 보고하였다.

腦卒中 患者의 身體的 適應狀態를 把握하기 위하여 가장 보편적으로 사용되고있는(강현숙, 1985 ; 김순오, 1986 ; 서문자, 1988 ; 소희영, 1992 ; 이정민, 1994 ; 석소현, 1995), 日常生活 動作(activities of daily living : ADL) 尺度를 適用하여 患者의 日常生活 能力과 獨立性 程度를 測定하였다.

人間은 生理, 心理, 社會的 體系에서 부과되는

環境의 刺戟과 個人 內部에서의 要求가 자신에게 지각되어지는 狀態로서 個人의 適應能力을 넘어설 때 스트레스를 經驗하게 된다(이소우, 1984). 스트레스의 정도가 심하거나 오랜시간 지속되면 憂鬱로 이어져 腦卒中 患者에게는 再活을 沮害하는 妨害要因으로 作用한다(Goetter, 1986). 腦卒中 患者의 憂鬱 經驗은 機能喪失에 대한 슬픔의 問題이며(Lawson, 1978) 이러한 슬픈 감정의 정도가 지나치고 長時間 持續되어 초래된 病的인 狀態를 意味하는 것이다(이정균, 1981). 腦卒中 患者의 20-60%가 發病後 憂鬱을 經驗하는데 이때의 우울은 단순한 反應性 憂鬱(reactive depression)로(Folstein, 1977), 生活 適應能力에 대한 調節力을 잃어 버렸다고 느낄 때 頻繁히 發生한다(박원경, 1987). 腦損傷의 위치에 따라 우울의 발생 빈도가 다르게 나타나는데(Robinson & Price, 1982), 일반적으로 左側 腦반구의 전엽이 損傷되었을 때에 憂鬱의 發生頻도가 높아 진다(서문자, 1988). 腦卒中 환자에 있어서 ADL 依存성이 增加되면 憂鬱頻도가 높아지고(Lawson, 1978), 憂鬱의 程度가 높아지면 社會的 活動量이 低下됨을 나타내었다(서문자, 1988). 腦損傷에 따른 憂鬱 問題는 心理的으로 不適應의인 反應과 腦組織의 損傷部位에 關聯되는 問題이므로 더욱 깊은 醫學的 接近이 必要하다고 본다.

社會的 適應이란 사회적 活動의 回復과 活性化를 의미하는데(Labi, Phillips & Gresham, 1980), 日常生活 動作과 起動(mobility)능력이 향상되어도 個人의 差가 있어 社會的 適應의 程度가 다르게 나타날 수 있다(Moskowitz, Lightbody & Freitag, 1972).

身體的인 기능이 回復된 후에도 신체적 조건이나 연령에 관계 없이 腦卒中 患者의 약 30% 정도가 사회적 적응에 장애가 있는 原因은 주로 心理的 要因이다(Labi, Phillips & Gresham, 1980).

社會的 適應에서 오는 삶의 만족감은 正常 老人의 境遇에 社會的 活動의 참여가 많을수록 삶의 質이 높고(Palmore & Kivett, 1977), 慢性 患者는 社會 活動 程度가 많을수록 더욱 生의 滿足을 느낀다고 하였으며(Brown, Rawlinson & Hilles,

1981), 脊髓損傷 患者는 餘暇善用, 職業活動 및 對人關係를 통하여 社會的 機能이 活性化 될 때 삶의 滿足을 느낀다고 하였다(Carlson, 1980).

腦卒中 患者의 전인적인 再活을 위해서 積極的이며 能動的인 活動으로 社會에 參與할 것을 권하고 있다(Albercht & Higgins, 1977).

腦卒中 患者의 職業的 再活에서는 전업을 하거나 무시되는 경우가 많았으나 積極的으로 旺盛한 活動을 하고 있는 경우도 늘어나고 있다. Kotila, Waltimo & Niemi(1984)에 의하면 20-60세의 腦卒中 患者에 있어서는 3개월에서 6개월 사이에 68%가 日常生活 動作을 독립적으로 할 수 있었고, 32%는 자기 職業으로 復歸하였으며, 55%는 1년 후에 職業에 復歸하였다고 하여 직업복귀가 가능함을 나타내었다.

腦卒中 患者가 人間다운 삶을 영위할 수 있도록 社會的 活動을 向上시키고 職業的 機會를 부여하여 全人的인 再活治療가 이루어질 수 있도록 하는 方案 摸索이 要求 된다.

Ⅲ. 研究 方法

1. 研究對象者

본 研究의 대상인 腦卒中 患者는 서울, 경기지역의 23개 綜合病院에서 再活治療를 받고 있는 274명을 研究對象으로 그 選定 基準은 다음과 같다.

- ① 퇴원후 外來로 來院하여 再活治療를 받고 있는 患者.
- ② 意識이 있으며, 意思疏通이 가능한 患者.
- ③ 研究에 參與를 許諾한 患者.

2. 研究道具

본 研究를 위한 道具로는 설문지를 使用하였다. 설문지는 對象者의 人口社會學的 特性과 身體的, 心理的, 社會的 適應水準에 관한 98개 문항으로 構成되어 있다.

본 調査에 들어가기 前에 설문지 문항의 妥當度

를 높이기 위하여, 綜合病院에서 物理治療를 받고 있는 腦卒中 患者 7명을 對象으로 豫備調査를 실시하였다. 調査結果 腦卒中 患者에게 適合하지 않은 一部の 문항을 수정 또는 보완하여 본 설문지를 完成하였다. 豫備調査에 參與한 患者 7명은 研究 對象에서 除外 하였다.

설문지중에서 身體的 適應水準, 心理的 適應水準, 社會的 適應水準의 內容과 評點 方法을 記述 하고자 한다.

1) 身體的 適應水準-日常生活 動作 依存度 尺度

日常生活 動作(Activities of Daily Livings : ADL)依存度 尺度는 腦卒中 患者가 退院한 후 家庭에서나 外出하였을때의 身體的 適應도를 알아보기 위하여 利用하였다. 이 ADL 尺度는 서문자(1988)가 사용한 도구 66개의 문항을 재수정하여 37개의 문항으로 구성되어 있는 것을 본 研究者가 現實에 맞도록 表現을 수정하여 사용하였으며 信賴度 계수는(Cronbach's Alpha Reliability) $\alpha = .97$ 로 나타났다.

日常生活 動作 依存度 尺度는 4段階 評點法으로 각 문항의 評點은 도움없이 스스로 할 수 있는 境遇를 1點, 完全히 남에게 依存하는 境遇를 4點으로 評點하여 合算된 總點을 該當 문항수로 나누어 平均 點數를 내었다. 日常生活 動作에 대한 身體的 適應水準은 點數가 낮을수록 依存度가 적고 獨立의이며, 點數가 높을수록 依存的이다. 日常生活 動作이 完全히 獨立의이면 平均 點數가 1點이고 完全히 依存的이면 平均 點數는 4點이다.

2) 心理的 適應水準-憂鬱尺度

腦卒中 患者의 憂鬱 測定은 선행 연구자 박원경(1987)이 Zung의 自家 評價 憂鬱(Self-rating depression)도구를 使用하였는데, 이도구를 一部 表現만 수정 하여 使用하였다. Zung은 憂鬱 症勢가 보이거나 運動神經에 障礙가 있으면 많은 時間이 소요되는 尺度 보다는 짧고 간략한 量的 尺度가 適當하다고 하였다. 이 測定 道具는 Grinker, Overall, Friedman이 憂鬱症勢의 因子 分析을 통하여 共通 因子들로 만들어진 총 20문항이다. 肯

定的인 문항 10문항, 否定的인 문항 10문항으로 構成되어 있으며 憂鬱程度 測定은 5段階 評定法으로 肯定的인 문항은 “매우 동의한다”에 1點으로 評點하고 “전혀 아니다”에 5點으로 評點하며, 否定的인 문항은 “매우 동의한다”에 5點으로 評點하고 “전혀 아니다”에 1點으로 評點하여 점수가 높을수록 憂鬱程度가 높은 것으로 간주하였다.

Zung의 憂鬱 點數 分類에 의하여 合算한 點數를 문항수 20으로 나누어 2.45이하는 正常的인 憂鬱, 2.5이상 2.95이하는 輕증에서 中증도 憂鬱, 3.0이상 3.45이하는 中증도에서 重증 憂鬱, 3.5이상은 심한 中증 憂鬱로 分類하였다.

본 研究에서 憂鬱 測定 道具의 信賴度 계수는 (Cronbach's Alpha Reliability) $\alpha = .79$ 로 나타났다.

3) 社會的 適應水準-社會的 活動 調査

Belcher, Clowers(1982)와 Rock, Fordyce & Brockway(1984), Scranton, Fogel & Erdman(1970)등이 片癱痺 患者를 대상으로 社會的 再適應에 관한 研究 目的으로 開發한 道具와 Cooper, Osborn & Gath(1982)가 一般人을 대상으로 研究한 자기 보고식 기록 SAS(Social Adjustment Scale)를 참고로 서문자(1988)가 개발한 27개 항목의 도구를 본 연구자가 24개항목으로 수정, 보완하여 使用하였다. 腦卒中 患者가 社會 生活에서 實際로 行動의 主體者가 되어 最近 一週日 동안 參與한 行爲를 자기 보고식으로 기록하여 점수화하였다. 社會的 活動 調査는 7段階 評定法으로 전혀 행하지 않았을 경우를 0點으로 評點하고 6회이상 실시 하였을 경우에는 6點으로 評點하여 點數가 높을수록 生活이 獨立의이며 社會的으로 活動이 旺盛함을 意味한다.

본 研究에서 社會的 活動 調査 道具의 信賴度 계수는(Cronbach's Alpha Reliability) $\alpha = .85$ 로 나타났다.

3. 資料收集

資料收集 期間은 1996년 2월 21일 부터 4월 23

일 까지 63일간 이었으며 資料收集 方法은 研究者가 각 綜合病院에 勤務하고 있는 物理治療士에게 본 研究의 目的과 方法을 直接 說明 하거나 電話로 充分히 理解 시킨뒤 資料收集에 협조해 줄 것을 要請하여 동의를 구한 다음 설문지를 直接 또는 郵便으로 發送, 回收하였다. 각 綜合病院에 배부한 설문지는 擔當 物理治療士가 腦卒中 患者와 直接 面談하여 作成되었다.

총 300부를 배부한 것 중에서 285부를 回收하여 95%의 회수율을 보였다. 回收한 설문지 중에서 문항의 10% 이상을 應答하지 않았거나 無誠意하게 應答한 11부는 資料分析에서 除外하고 274부만으로 分析하였다.

4. 資料 分析 方法

收集된 資料에 의해 測定된 腦卒中 患者의 日常生活 動作 依存度, 憂鬱尺度, 社會的 活動量 및 對象者의 人口社會學的 特性과 疾病의 特性을 SPSS(Statistical Package for Social Science)로 處理 하였다. 人口社會學的 特性과 疾病의 特性에 따른 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會的 活動量의 差異는 t-檢證과 일원 분산분석(One-Way ANOVA)方法을 利用하여 F檢證을 하였다. 유의한 差異가 있는 境遇는 Duncan法을 利用하여 사후 檢證을 하였다. 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會的 活動量間의 關係를 檢證하기위해 적률 상관 계수(Pearson Correlation Coefficient)를 算出하였다.

5. 研究의 제한점

본 研究는 서울, 경기 지역의 23개 綜合病院에서 退院後 外來로 通원하여 再活治療를 받고있는 腦卒中 患者중에서 一部分의 患者만을 대상자로 選定하였다. 이에 본 研究結果를 一般化 하는 데에는 慎重을 기하여야 하며, 外來로 來院하여 再活治療를 받고있는 腦卒中 患者 全體에게 擴大 解析할 수 없다.

IV. 研究 結果

1. 研究對象者의 人口社會學的 特性

본 研究에서 研究對象者의 人口社會學的 特性은 <표 1>과 같다.

274명의 男女의 比率은 男子가 60.9%, 女子가 39.1%로 나타났다. 年齡별로 살펴 보면 60세 이상이 39.4%로 가장 많고 50-59세가 32.8%, 40-49세는 15.7%, 39세이하는 12.0%의 순으로 젊은층보다 50세이상의 장년층이 많았다.

研究對象者의 78.5%가 既婚이며, 10.2%가 死別, 2.9%는 離婚이나 別居, 8.4%는 未婚로 나타났다.

教育程度에 있어서는 中卒以下 33.2%, 高卒 32.5%, 大卒以上이 34.3%로 나타났다.

社會的 活動과 密接한 關係가 있는 職業의 有無에 있어서는 66.4%가 職業이 없으며, 33.6%만이 職業을 갖고 있었다. 宗教에 있어서는 63.1%가 宗教 生活을 하고 있었으며, 36.9%는 宗教를 갖고 있지 않았다.

醫療保障類型별로 살펴 보면, 醫療保險이 80.3%로 가장 많고, 醫療保護 8.8%, 일반(교통) 6.6%, 산재 4.4%의 순으로 나타났다.

保護者로는 家族이 87.6%, 看病人 5.5%, 기타 6.9%로 대부분 家族 中心으로 보살피고 있었다.

經濟的 水準으로 家族 構成員의 月收入은 150만원 이상이 63.1%, 100만원이하 21.2%, 101-150만원이하 15.7%의 순으로 나타났다. 治療費 負擔者로는 本人이나 配偶者가 61.3%로 가장 많으며, 子女 19.7%, 기타 11.3%, 父母 또는 兄弟가 7.7%로 나타났다.

發病된 期間은 1년이내가 52.6%, 1-3년이내는 29.9%, 3년이상이 17.5%이며, 發病횟수에 있어서는 처음 發病人 境遇가 84.3%, 재발병 12.0%, 3회이상 3.6%의 순으로 나타났다.

家族中에서 發病經驗이 없는 경우가 67.2%, 있는 경우가 32.9%이며 發病經驗 構成員은 부모가 24.1%, 조부모(외조부모) 3.3%, 형제나 자매가

5.5%로 나타났다.

고혈압, 당뇨병, 심장疾患 등의 症勢 없이 갑자기 發病한 境遇가 55.1%, 고혈압, 당뇨병, 심장疾患 등을 治療中 發病이 44.9%로 나타났다.

發病直後 患者의 措置는 病院이 88.0%, 韓醫院 10.9%, 藥局 1.1%의 순으로 나타났다.

身體的인 障礙의 部位에 있어서는 왼쪽 上肢가 55.8%, 왼쪽 下肢 54.7%, 오른쪽 上肢 39.8%, 오른쪽 下肢 40.9%로 痲痺側이 오른쪽 보다는 왼쪽이 많았으며, 그 다음으로는 言語 障礙 24.8%, 얼굴 痲痺 13.1%, 기타 4.4%의 순으로 나타났다.

再活治療를 받은 기간은 1-6개월이 46.0%로 가장 많았으며, 1-2년미만 16.8%, 7-12개월 13.1%, 2-3년미만 9.1%, 5년이상 7.7%, 3-4년미만 4.4%, 4-5년미만 2.9%의 순으로 나타났다. 주로 3년 이내 期間까지 再活治療를 많이 받았으며, 3-5년미만의 기간보다는 오히려 5년 이상의 장기간 동안 再活治療를 받고있는 患者가 많았다.

〈표 1〉 研究대상자의 人口社會學的 特性 (N=274)

일반특성	구 분	N (%)
성별	남자	167 (60.9)
	여자	107 (39.1)
연령	39세 이하	33 (12.0)
	40-49세 이하	43 (15.7)
	50-59세 이하	90 (32.8)
	60세 이상	108 (39.4)
결혼여부	결혼	215 (78.5)
	미혼	23 (8.4)
	사별	28 (10.2)
	이혼·별거	8 (2.9)
교육정도	중졸이하	91 (33.2)
	고졸	89 (32.5)
	대졸이상	94 (34.3)
직업	유	92 (33.6)
	무	182 (66.4)
종교	유	173 (63.1)
	무	101 (36.9)
의료보장 유형	의료보험	220 (80.3)
	일반 (교통)	18 (6.6)
	산재	12 (4.4)
	의료보호	24 (8.8)

일반특성	구 분	N (%)
보호자	가족	240 (87.6)
	간병인	15 (5.5)
	기타	19 (6.9)
가족구성원의 월수입	100만원이하	58 (21.2)
	101-150만원이하	443 (15.7)
	150만원이상	173 (63.1)
치료비 부담자	본인·배우자	168 (61.3)
	부모·형제	21 (7.7)
	자녀	54 (19.7)
	기타	31 (11.3)
발병된 기간	1년 이내	144 (52.6)
	1-3년 이내	82 (29.9)
	3년 이상	48 (17.5)
발병횟수	1회	231 (84.3)
	2회	33 (12.0)
	3회 이상	10 (3.6)
가족중 발병경험	부모	66 (24.1)
	조부모(외조부모)	9 (3.3)
	형제·자매	15 (5.5)
	없음	184 (67.2)
질환여부	고혈압, 당뇨병, 심장질환 등 치료중	123 (44.9)
	고혈압, 당뇨병, 심장질환 등 증세없이 갑자기	151 (55.1)
발병후 조치	병원	241 (88.0)
	한의원	30 (10.9)
	약국	3 (1.1)
신체적 장애부위	오른쪽 上肢 장애	109 (39.8)
	오른쪽 下肢 장애	112 (40.9)
	왼쪽 上肢 장애	153 (55.8)
	왼쪽 下肢 장애	150 (54.7)
	언어 장애	68 (24.8)
	얼굴마비	36 (13.1)
재활치료 기간	기타	12 (4.4)
	1-6개월	126 (46.0)
	7-12개월	36 (13.1)
	1-2년미만	46 (16.8)
	2-3년미만	25 (9.1)
	3-4년미만	12 (4.4)
4-5년미만	8 (2.9)	
5년이상	21 (7.7)	
총 계		274 (100.0)

2. 腦卒中 환자의 身體的 適應水準

본 연구의 身體的 適應水準으로 日常生活 動作 依存度에 의한 측정치는 <표 2>와 같다.

日常生活 動作 依存度を 문항별로 분석하여 보면 37개문항 중 의존도가 가장 높은 항목은 “벽에 못박기”(Mean=3.46, S.D.=±.92)로 나타났고 연구대상자의 82.5%가 해당하였다. 두번째로는 “바느질하기”(Mean=3.42, S.D.=±.99)로 66.8%가 응답 하였다. 다음은 “다림질하기”(Mean=3.30, S.D.=±1.09, 66.4%), “끈으로 물건묶기”(Mean=3.25, S.D.=±1.02, 93.1%), “손빨래하기”(Mean=3.25, S.D.=±1.11, 67.5%) 등의 순으로 나타났다.

日常生活 動作 依存도가 가장 낮은 항목은 “누워서 움직이기”(Mean=1.48, S.D.=±.84)로 나타났고 전원 모두 응답 하였다. 두번째로는 “여닫이 문열기”(Mean=1.67, S.D.=±1.02)로 97.8% 해당 하였고, “미닫이 문열기”(Mean=1.73, S.D.=±1.05, 97.1%), “전화걸기”(Mean=1.76, S.D.=±1.14, 96.0%), “집안에서 걷기(Mean=1.79, S.D.=±1.05)” 등의 순으로 나타났다.

日常生活 動作 依存度の 全體平均은 2.57, 標準 偏差는 ±.75로 나타났다. 연구 대상자 중 日常生活 動作 依存도가 가장 높은 대상자는 3.95였고, 가장 독립적으로 日常生活를 한 대상자는 1.00이었다.

3. 腦卒中 患者의 心理的 適應水準

본 研究의 心理的 適應水準으로 憂鬱程度의 측정치는 <표 3>과 같다.

憂鬱程度를 문항별로 살펴보면 20개문항 중 우울정도의 평균치가 가장 높은 항목은 “나는 전혀 어렵 어려움없이 일을 쉽게 처리한다”(Mean=3.86, S.D.=±1.01) 였다. 그 다음으로는 “나는 우울하거나, 울고 싶을 때가 있다”(Mean=3.51, S.D.=±1.03), “나는 별 이유없이 피곤하다”(Mean=3.36, S.D.=±1.15), “나는 밤에 잠을 설칠 때가 있다”(Mean=3.30, S.D.=±1.16) 등의 순으로

<표 2> 퇴원한 腦卒中 患者의 日常生活 動作 依存度 (N=274)

내 용	N(%)	Mean±S.D.
1. 옷장에서 옷꺼내기	269(98.2)	2.49±1.24
2. 상의입기	274(100.0)	2.29±1.16
3. 하의입기	274(100.0)	2.28±1.15
4. 양말신기	273(99.6)	2.21±1.21
5. 신발신기	272(99.3)	2.20±1.19
6. 집안에서 걷기	269(98.2)	1.79±1.05
7. 집밖에서 걷기	267(97.4)	2.06±1.08
8. 5개정도 계단오르기	263(96.0)	2.12±1.17
9. 얼굴씻기	274(100.0)	1.85±1.07
10. 면도하거나 입술연저 바르기	259(94.5)	1.92±1.16
11. 발씻기	274(100.0)	2.49±1.26
12. 머리감기	274(100.0)	2.66±1.24
13. 손발톱깎기	274(100.0)	3.18±1.03
14. 욕조에서 목욕하기	272(99.3)	2.81±1.19
15. 누워서 움직이기	274(100.0)	1.48±.84
16. 방바닥에서 일어나기	272(99.3)	1.87±1.10
17. 쪼그리고 앉아서 일어나기	268(97.8)	2.15±1.15
18. 젓가락 사용하기	261(95.3)	2.01±1.23
19. 병뚜껑따기	254(92.7)	2.55±1.26
20. 높은 곳으로 물건올리기	249(90.8)	2.96±1.08
21. 높은 곳에서 물건내리기	248(90.5)	2.92±1.09
22. 끈으로 물건묶기	255(93.1)	3.25±1.02
23. 벽에 못박기	226(82.5)	3.46±.92
24. 전화걸기	263(96.0)	1.76±1.14
25. 여닫이 문열기	268(97.8)	1.67±1.02
26. 미닫이 문열기	266(97.1)	1.73±1.05
27. 그릇씻기	197(71.9)	2.84±1.22
28. 칼질하기	194(70.8)	3.11±1.13
29. 손빨래하기	185(67.5)	3.25±1.11
30. 다림질하기	182(66.4)	3.30±1.09
31. 바느질하기	183(66.8)	3.42±.99
32. 비질하거나 청소기사용하기	191(69.7)	3.08±1.16
33. 걸레질하기	193(70.4)	2.89±1.22
34. 버스타기	200(73.0)	2.88±1.23
35. 지하철타기	202(73.7)	2.77±1.30
36. 택시타기	249(90.9)	2.43±1.23
37. 자가운전하기	164(60.0)	3.54±1.00
총 계		2.57±.75

나타났다.
가장 평균치가 낮은 항목은 “나는 변비 때문에 고생한다”(Mean=2.56, S.D.=±1.14)로 나타났다. 두번째로 낮은 항목은 “나는 요즘 가슴이 두근거린다”(Mean=2.58, S.D.=±1.10) 였고, 다

음은 “나는 안절부절해서 진정할 수가 없다”(Mean=2.59, S.D.=±1.07), “내가 죽는다면 주위사람들(특히 가족들)이 편할 것 같다”(Mean=2.62, S.D.=±1.20) 등의 순으로 나타났다.

憂鬱程度의全體平均은 2.99, 標準偏差는 ±.52로 나타났다. 연구대상자 중에서 가장 우울의 정도가 심한 경우는 4.35였으며, 가장 경미한 경우는 1.35로 나타났다.

Zung의 憂鬱點數 따라 分類하여 본 結果 14.2%(39명)가 정상적인 우울이고, 34.3%(94명)는

<표 3> 腦卒中 患者의 憂鬱程度 (N=274)

내 용	N(%)	Mean±S.D.
1. 나는 슬프고 희망이 없다고 생각한다	274(100)	2.81±1.06
2. 나는 하루중 아침에 가장 기분이 좋다.	274(100)	2.71±1.14
3. 나는 우울하거나, 울고 싶을 때가 있다.	274(100)	3.51±1.03
4. 나는 밤에 잠을 설칠 때가 있다.	274(100)	3.30±1.16
5. 나는 예전과 같이 밤낮이 있다.	274(100)	2.94±1.21
6. 나는 매력적인 여성(혹은 남성)을 보면 기분이 좋다.	274(100)	3.14±1.42
7. 나는 요즘 전보다 체중이 줄었다.	274(100)	3.07±1.25
8. 나는 변비 때문에 고생한다.	274(100)	2.56±1.14
9. 나는 요즘 가슴이 두근거린다.	274(100)	2.58±1.10
10. 나는 별 이유없이 피곤하다.	274(100)	3.36±1.15
11. 내 정신은 예전처럼 맑다.	274(100)	3.00±1.18
12. 나는 전처럼 어려움없이 일을 쉽게 처리한다.	274(100)	3.86±1.01
13. 나는 안절부절해서 진정할 수가 없다.	274(100)	2.59±1.07
14. 나는 미래를 희망적으로 생각한다.	274(100)	2.89±1.07
15. 나는 예전보다 더 신경질적이 되었다.	274(100)	3.07±1.14
16. 나는 무슨 일이든지 결정을 쉽게 한다고 생각한다.	274(100)	3.22±1.04
17. 나는 유용하고 필요한 사람이라고 생각한다.	274(100)	2.81±1.03
18. 나의 삶은 아름답다고 생각한다.	274(100)	3.14±1.14
19. 내가 죽는다면 주위사람들(특히 가족들)이 편할 것 같다.	274(100)	2.62±1.20
20. 나는 전과 같이 일하는 것이 즐겁다.	274(100)	2.85±1.24
총 계		2.99±.52

경증에서 중증도 우울, 35.0%(96명)는 중증도 우울에서 중증우울, 16.4%(45명)는 심한 중증우울을 나타내고 있다. 주로 경증에서 중등도 우울이나 중증도 우울에서 중증우울을 지니고 있는 것으로 나타났다.

4. 腦卒中 患者의 社會的 適應水準

본 研究의 社會的 適應水準으로 社會 活動量의 측정치는 <표 4>와 같다.

社會 活動量을 문항별로 살펴보면 24개문항 중 가장 활동량이 많은 항목은 “텔레비전”(Mean=4.75, S.D.=±1.31) 이었다. 두 번째로는 “친척 또는 친구와 전화”(Mean=3.36, S.D.=±1.92), 다음은 “라디오”(Mean=3.00, S.D.=±2.24) “신

<표 4> 腦卒中 患者의 社會的 活動量 (N=274)

활동종류	N(%)	Mean±S.D.
1. 친척 또는 친구모임	274(100)	1.34±1.65
2. 친척 또는 친구와 전화	274(100)	3.36±1.92
3. 집수리 손수	274(100)	.30±.88
4. 정원가꾸기 또는 화분 가꾸기	274(100)	.60±1.29
5. 뜨개질	274(100)	.07±.52
6. 바느질	274(100)	.14±.69
7. 인근 시장 또는 상가	274(100)	.94±1.54
8. 대형 백화점	274(100)	.58±1.15
9. 금융기관	274(100)	.84±1.40
10. 외식	274(100)	1.22±1.50
11. 운동경기	274(100)	.29±1.02
12. 기타 구경거리(전시회, 연극, 영화, 음악회등)	274(100)	.25±.82
13. 음식준비	274(100)	.59±1.43
14. 설거지	274(100)	.56±1.44
15. 청소	274(100)	.66±1.44
16. 세탁	274(100)	.47±1.27
17. 아이들 보기	274(100)	.53±1.36
18. 텔레비전	274(100)	4.75±1.31
19. 라디오	274(100)	3.00±2.24
20. 신문	274(100)	2.64±2.21
21. 잡지	274(100)	1.71±2.08
22. 교회 또는 절	274(100)	.83±1.42
23. 협회 또는 단체	274(100)	.34±1.04
24. 학교 또는 직장	274(100)	.50±1.46
총 계		26.52±16.23

문”(Mean=2.64, S.D.=±2.21) 등의 순으로 나타났다.

가장 활동량이 적은 항목은 “뜨게질”(Mean=.07, S.D.=±.52)이었고, 그 다음이 “바느질”(Mean=.14, S.D.=±.69), “기타 구경거리(전시회, 연극, 영화, 음악회등)”(Mean=.25, S.D.=±.82) “운동경기”(Mean=.29, S.D.=±1.02) 등의 순으로 나타났다.

사회 활동량의全體平均은 26.52, 標準偏差는 ±16.23으로 나타났다. 연구대상자 중 가장 활동량이 많은 경우는 144점 만점에 100점을 취득하였고 최저점수는 3점이였다.

5. 一般的 特性에 따른 身體的 心理的 社會的 適應水準과의 差異

腦卒中 患者의 日常生活 動作 依存度, 憂鬱의 程度 및 社會 活動量이 人口社會學的 特性에 따라 差異가 있는지를 確認하기 위하여 分析한 結果는 <표 5>와 같다.

變數 가운데서 有意한 差異를 보인 것은 年齡, 結婚與否, 學歷, 職業, 保護者, 治療費 負擔者, 家族中 發病經驗, 高血壓·糖尿病·心臟病등의 疾患 與否, 右側 上·下肢 障礙, 言語 障礙, 얼굴 癱痺였다.

그의 性別, 종교, 의료보장 유형, 가족구성원의 월수입, 발병일, 발병횟수, 발병후 조치, 왼쪽 上·下肢 장애, 기타 장애, 치료기간에 있어서는 유의한 차이를 나타내지 않았다.

年齡에 따른 日常生活 動作 依存도는 30, 40, 59세이하보다 60세이상인 높은 것으로 나타났다(P=.0002). 憂鬱의 程度 역시 39세이하, 50-59세이하 보다 60세이상인 높은 것으로 나타났다(P=.0084). 社會 活動量은 60세이상 보다 30, 40, 59세이하가 많이 活動하는 것으로 나타났다(P=.0008).

結婚與否에서는 기혼이나 미혼보다 配偶者를 死別한 境遇가 憂鬱의 程度가 심한 것으로 나타났

다(P=.0161). 社會 活動量은 사별보다 既婚, 離婚·別居가 活動이 많음을 보여 주었다(P=.0192).

學歷별로 보면 대졸이상보다 高卒以下에서 憂鬱程度가 높게 나타났다(P=.0066). 社會 活動量은 중졸이하보다 高卒以上이 旺盛하게 나타났다(P=.0001).

職業에서는 職業이 있으면 社會的으로 活動量이 많은 것으로 나타났다(P=.035).

保護者는 기타 보다 看病人일 때가 日常生活 動作 依存度가 높게 나타났다(P=.0440).

治療費 負擔者별로 보면 자녀나 기타보다 本人이나 配偶者가 負擔할 境遇에 있어서는 日常生活 動作 依存度가 낮고(P=.0073), 社會的 活動量도 旺盛하였다(P=.0083).

家族中 發病經驗별로 보면 兄弟·姊妹중에서 發病經驗이 있으면 憂鬱의 程度가 높은 것으로 나타났다(P=.0245).

疾患與否별로 보면 갑자기 발병한 경우 보다 高血壓, 糖尿, 心臟疾患등의 疾患을 갖고 治療中 發病한 境遇가 憂鬱의 程度가 더 높았다(P=.005).

障礙 部位별로 보면 오른쪽 上肢에 障礙가 있으면 日常生活 動作 依存度가 높고(P=.004), 오른쪽 下肢에 障礙가 있어도 日常生活 動作 依存度가 높게 나타났다(P=.017). 言語에 障礙가 있으면 憂鬱의 程度가 높게 나타났다(P=.008). 얼굴 癱痺가 있으면 日常生活 動作 依存度가 높게 나타났고(P=.002), 憂鬱의 程度도 높게 나타났다(P=.005).

이러한 研究 結果로 보아 腦卒中 患者에게 있어서 一般的 特性성과 身體的, 心理的, 社會的 適應水準은 많은 境遇에서 有意한 差異를 보였다.

平素의 生活에서 右側을 많이 사용하므로, 右側 上·下肢에만 障礙가 있는 境遇에 年齡을 교란변수로 넣어 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會 活動量의 差異를 보았으나 <표 6>과 같이 有意한 差異가 없었다.

<표 5> 一般的 特性에 따른 身體的, 心理的, 社會的 適應水準과의 差異

변 수	N	일상생활 동작 의존도 Mean±S.D.	우울정도 Mean±S.D.	사회 활동량 Mean±S.D.
성별				
남자	161	2.6203±.772	2.9617±.532	25.9701±15.661
여자	107	2.4981±.702	3.0654±.479	27.3788±17.122
t값		1.32	-1.64	-.70
p		.186	.103	.486
연령				
39세이하	33	2.2752±.7849	2.8106±.4751	29.3939±13.7043
40-49세이하	43	2.3488±.6911	2.9651±.4294	33.1860±17.9500
50-59세이하	90	2.5162±.6910	2.9478±.5672	27.5333±16.7118
60세이상	108	2.7995±.7416	3.1208±.4871	22.1389±14.7157
f값		6.9649***	3.9879**	5.7923***
p		.0002	.0084	.0008
결혼여부				
결혼	215	2.5916±.7531	2.9837±.5179	27.4047±16.9824
미혼	23	2.2691±.6841	2.8196±.5189	25.3478± 9.8239
사별	28	2.4392±.7494	3.2187±.4480	34.6250±19.5005
이혼·별거	8	2.7143±.7080	3.2321±.4137	18.3571±10.2278
f값		1.7504	3.4989*	3.3637*
p		.1570	.0161	.0192
교육정도				
중졸이하	91	2.7134±.7030	3.1082±.4855	20.8352±11.6669
고졸	89	2.5509±.7718	3.0287±.5047	27.4382±16.5639
대졸이상	94	2.4569±.7480	2.8745±.5266	31.1489±18.1078
f값		2.8248	5.1117**	10.1897***
p		.0611	.0066	.0001
직업				
유	92	2.4777±.781	2.9185±.489	29.4239±16.957
무	182	2.6206±.725	3.0445±.522	25.0495±15.694
t값		-1.50	-1.93	2.12*
p		.135	.055	.035
종교				
유	173	2.5865±.741	2.9815±.539	26.9538±16.916
무	101	2.5488±.758	3.0376±.468	25.7723±15.037
t값		.40	-.87	.58
p		.688	.384	.562
의료보장 유형				
의료보험	220	2.5172±.7104	3.0100±.5187	26.6727±16.0294
일반(교통)	18	2.8664±.9379	2.8861±.5972	32.0556±18.3190
산재	12	2.7523±.8425	3.1500±.5502	21.1667±15.0685
의료보호	24	2.7703±.8130	2.9438±.3687	23.6250±16.6075
f값		2.1540	.7559	1.4002
p		.0938	.5198	.2431
보호자				
가족	240	2.5809±.7509	2.9885±.5147	26.3042±16.2551
간병인	15	2.8667±.6701	3.2200±.4795	31.0000±18.0079
기타	19	2.2361±.6468	3.0026±.5141	25.6842±14.7236
f값		3.1596*	1.4375	.6161
p		.0440	.2393	.5408

변 수	N	일상생활 동작 의존도 Mean±S.D.	우울정도 Mean±S.D.	사회 활동량 Mean±S.D.
가족의 월수입				
100만원이하	58	2.5923±.8049	2.9629±.4208	25.4828±18.2355
101-150만원이하	43	2.6235±.7755	3.0267±.4716	26.8837±15.1880
150만원이하	173	2.5534±.7220	3.0092±.5524	26.7746±15.8474
f값		.1767	.2335	.1496
p		.8382	.7919	.8611
치료비부담자				
본인·배우자	168	2.4601±.7496	2.9503±.5391	28.6845±16.1216
부모·형제	21	2.6075±.6784	3.0738±.5229	29.2381±21.8241
자녀	54	2.7237±.6684	3.1380±.4695	21.1296±13.7800
기타	31	2.8954±.7897	2.9984±.3999	22.3226±13.9842
f값		4.0937**	1.9866	3.9960**
p		.0073	.1163	.0083
발병된 기간				
1년이하	144	2.6030±.7443	3.0361±.5151	25.4931±13.7719
1-3년이하	82	2.5521±.7758	2.9878±.5049	27.8780±18.9231
3년이상	48	2.5163±.7109	2.9250±.5257	27.2708±18.1375
f값		.2858	.8872	.6249
p		.7517	.4130	.5361
발병 횟수				
1회	231	2.5474±.7480	2.9929±.5248	25.9654±16.5369
2회	33	2.6159±.7344	3.0500±.5028	26.0303±14.6041
3회이상	10	3.0108±.6628	3.0600±.2331	17.8000±12.3900
f값		1.9237	.2430	1.5514
p		.1481	.7845	.2138
가족중 발병 경험				
부모	66	2.4447±.7273	3.0644±.4812	27.6061±16.0824
조부모(외조부모)	9	2.8679±.5950	3.1500±.4975	28.6667±21.5465
형제·자매	15	2.8541±.5998	3.3133±.5373	19.0667±16.4858
없음	184	2.5811±.7637	2.9473±.5149	26.6304±15.9632
f값		1.8520	3.1801*	1.2110
p		.1381	.0245	.3061
질환여부				
치료중	123	2.6632±.735	3.0980±.474	24.6423±16.508
갑자기	151	2.4988±.750	2.9242±.533	28.0464±15.892
f값		1.82	2.82**	-1.73
p		.070	.005	.084
발병후 조치				
병원	241	2.5643±.7359	3.0068±.5243	26.6266±15.8375
한의원	30	2.5964±.8591	2.9717±.4531	26.3000±19.5168
약국	3	3.0000±.1892	2.9333±.2021	20.0000±16.4621
f값		.5203	.0892	.2486
p		.5950	.9147	.7801
신체적 장애부위				
右上肢장애	109	2.7320±.736	3.0537±.563	25.8716±16.021
t값		2.91**	1.35	-.54
p		.004	.178	.593
右下肢장애	112	2.7020±.767	3.0496±.556	26.7946±17.729
t값		2.42*	1.27	.23
p		.017	.205	.815

변 수	N	일상생활 동작 의존도 Mean±S.D.	우울정도 Mean±S.D.	사회 활동량 Mean±S.D.
左上肢장애	153	2.5727±.746	2.9693±.495	25.3660±14.313
t값		.00	-1.19	-1.32
p		.998	.234	.187
左下肢장애	150	2.5587±.750	2.9737±.493	24.9733±14.309
t값		-.34	-1.01	-1.74
p		.736	.313	.083
언어장애	68	2.7035±.771	3.1449±.470	24.7206±14.494
t값		1.67	2.67**	-1.05
p		.95	.008	.293
얼굴마비	36	2.9272±.683	3.2236±.452	24.4444±11.753
t값		3.11**	2.81**	-.82
p		.002	.005	.412
기타	12	2.8423±.546	3.1708±.229	21.3333± 8.595
t값		1.28	1.16	-1.13
p		.201	.246	.259
재활치료기간				
1-6개월	126	2.6456±.7400	3.0290±.4972	25.1429±15.4603
7-12개월	36	2.4414±.7876	3.0861±.5613	27.6667±15.4476
1-2년미만	46	2.4877±.7551	3.0250±.5298	28.0217±18.6088
2-3년미만	25	2.6097±.7392	2.8860±.4825	30.5600±17.5644
3-4미만	12	2.8941±.5410	3.1208±.5246	21.1667±11.4561
4-5미만	8	2.3176±.4964	2.6000±.4871	28.3750±13.0706
5년이상	21	2.4144±.8432	2.8714±.4805	27.0476±18.5566
f값		1.1852	1.6177	.7393
p		.3144	.1423	.6184
총 계	274	2.5726±.7463	3.0022±.5137	26.5182±16.2308

*P<.05 **P<.01 ***P<.001

<표 6> 右側障礙에 의한 身體的, 心理的, 社會的 適應水準 (N=274)

변 수	N	일상생활 동작 의존도 Mean±S.D.	우울정도 Mean±S.D.	사회 활동량 Mean±S.D.
右側障礙만 있음	55	2.5907±.719	2.9176±.580	29.4909±20.606
右側障礙가 없음	219	2.5681±.754	3.0065±.498	25.7717±14.897
t값		.20	-1.11	1.52
p		.841	.270	.129

6. 腦卒中 患者의 身體的, 心理的, 社會的 適應水準과의 相關 關係

본 研究에서 腦卒中 患者의 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會 活動量간의 상관관계를 확인한 결과 <표 7>과 같이 有意한 相關關係가 있었다.

日常生活 動作 依存度는 憂鬱 程度와 정적 상관

관계가 있었으며, 日常生活 動作 依存度가 높을수록 憂鬱 程度도 높아 통계적으로 有意한 水準으로 나타났다(P=.000).

憂鬱 程度와 社會的 活動量간에는 부적 상관관계가 있었고, 憂鬱 程度가 높을수록 社會的 活動량이 低下되어 統計的으로 有意한 水準으로 나타났다(P=.000).

日常生活 動作 依存度와 社會 活動量간에도 부

적 상관관계가 있었으며, 日常生活 動作 依存도가 높으면 社會 活動량이 低下됨을 보여주어 統計的으로 有意한 水準으로 나타났다(P=.000).

<표 7> 日常生活 動作 依存度, 憂鬱程度, 社會 活動量과의 相關關係(r) (N=274)

變 因	日常生活 動作 依存度	憂鬱程度	社會活動量
日常生活 動作 依存度	1.0000	.3699*** (P=.000)	-.4763*** (P=.000)
憂鬱程度		1.0000	-.3160*** (P=.000)
社會活動量			1.0000

V. 論 議

1. 腦卒中 患者의 身體的, 心理的, 社會的 適應狀態

腦卒中 發病後 患者에게 나타나는 障礙는 동일한 형태가 아니고 병변부위에 따른 特性으로 障礙의 程度나 種類가 달라지므로, 患者들에게 있어서는 身體的, 心理的, 社會的 適應能力에도 많은 差異를 나타내게된다(오정희, 1988).

본 研究에서 퇴원한 腦卒中 患者의 身體的 適應 水準인 日常生活 動作 依存도에 대하여 측정한 結果는 年齡(p=.0002), 保護者(p=.044), 治療費 負擔者(p=.0073), 右上肢 障礙(p=.004), 右下肢 障礙(p=.017), 얼굴 痲痺(p=.002)에서 有意한 差異가 있었으며, 全體平均은 2.57로 대부분의 환자가 機能的으로 制限이 남아 있음을 나타내고 있다.

保護者는 기타 보다 看病人일 때가 日常生活 動作 依存도가 높게 나타났는데, 이것은 의지력이 약화된 患者 自身이 看病人에게 많은 도움을 要請하기 때문인 것으로 생각된다.

障礙 部位별로 보면 오른쪽 上·下肢에 障礙가 있으면 日常生活 動作 依存도가 높게 나타났는데, 이러한 연구 結果는 대부분 사람들이 日常生活 習慣에서 오른쪽을 많이 使用하기 때문일 것으로 사료된다.

서문자(1988)의 편마비 患者의 退院後 適應狀

態와 關聯要因에 대한 分析的 研究에서 教育程度가 높으면 身體的 適應水準도 높게 나타났으나, 본 研究에서는 유의한 差異를 보이지 않았다.

서문자(1988)의 研究에서 퇴원후 3개월에 日常生活 依存도는 퇴원전 보다 저하되었다고 보고 하였으며, Granger, Shewood & Greer(1977)는 퇴원하여 6-9개월이 지나면 ADL점수가 저하되나 다시 再活治療를 始作하면 機能이 向上되므로 계속적인 再活治療가 必要하다고 하였다.

心理的 適應水準인 憂鬱程度는 Zung의 憂鬱尺度에 의하면 年齡(p=.0084), 結婚與否(p=.0161), 教育程度(p=.0066), 家族中 發病經驗(p=.0245), 高血壓·糖尿病·心臟疾患 등의 疾患與否(p=.005), 言語 障礙(p=.008), 얼굴 痲痺(p=.005)에서 有意한 差異를 보였고, 全體平均 2.99로 나타났는데 경증에서 중증도 憂鬱의 狀態를 의미한다.

박원경(1987)의 腦卒中으로 인한 편마비 患者가 知覺한 스트레스와 憂鬱에 관한 研究에서는 평균 2.98로 본 연구와 비슷하게 나타났다. 그러나 서문자(1988)의 편마비 患者의 憂鬱보다 높게 나타났고, 태영숙(1985), 엄동춘(1986)의 癌患者의 憂鬱程度와 비교 하여도 본 연구 結果가 높게 나타났다.

結婚하여 配偶者를 死別한 境遇에 憂鬱의 程度가 심하게 나타났는데, 윤현숙(1994)의 老人 腦卒中 患者의 心身機能 損傷程度와 關聯要因에 관한 研究에서 配偶者와 함께 살고있는 老人들이 心身機能 損傷程度가 낮게 평가된 것과 비슷하게 나타났다. 이러한 結果는 腦卒中 患者의 憂鬱程度에 配偶者가 重要한 影響을 미친다는 것을 意味한다.

學歷程度가 높을수록 憂鬱程度가 낮게 나타났는데, 이것은 Jenkins(1978)의 報告에서 보면 學歷程度가 높을수록 憂鬱程度가 낮은 것은 學歷程度가 높을수록 疾病에 대한 適應力이 크며 自身을 調節할 수 있는 能力이 있기 때문이라고 하였다. 서문자(1988)의 연구결과에서도 教育 程度가 높을수록 憂鬱의 程度가 낮게 나타났는데 이는 본 研究 結果와도 一致한다.

腦卒中 患者의 憂鬱要因은 지속되는 慢性적 스

트레스와 사회적 役割의 喪失로 對人關係에서 支각되는 自尊心의 損傷때문이라고 하였다. 이는 腦卒中 患者에게는 平素 뿐만 아니라 再活治療時에는 더욱 憂鬱에 대한 問題를 소홀히 할 수 없는 重要한 要素로 積極的인 配慮와 關心이 要求된다. 身體的인 機能이 回復된 後에도 身體的 條件이나 年齡에 關係 없이 腦卒中 患者의 약 30% 정도가 社會的 適應에 障礙가 있는 原因은 주로 心理的 要因이라고 하였다(Labi, Phillips & Gresham, 1980).

社會的 適應水準인 社會的 活動량은 年齡($p=.0008$), 結婚與否($p=.0192$), 教育程度($p=.0001$), 職業($p=.035$), 治療費 負擔者($p=.0083$)에서 有意한 差異를 보였다. 全體平均 26.52로 最大 活動量인 144점의 약 18.4%에 해당하는 低調한 狀態였으나, 서문자(1988)의 연구에서 약 11.8%의 결과 보다는 높은 活動량을 나타내었다.

治療費 負擔者에서 자녀나 기타보다 本人이나 配偶者가 負擔할 境遇에 있어서는 日常生活 動作 依存도가 낮고 社會的 活動량도 旺盛하였는데, 이러한 점은 經濟的으로 責任感이나 負擔感을 느낀 患者 스스로가 빠른 回復에 대한 熱望을 지니고 있기 때문인 것으로 사료된다.

社會的으로 활약하고 참여하는 機能에 있어서는, 아직 미미하여 生産的이고 獨立的인 生活를 營爲하지 못하는 것으로 나타났다.

2. 身體的, 心理的, 社會的 適應水準간의 相關關係

腦卒中 患者의 身體的 適應水準인 日常生活 動作 依存도와 心理的 適應水準인 憂鬱程度와는 有意한 正적 相關關係를 보였다($p=.000$). 이러한 결과는 Lawson(1978)의 ADL 依存성이 增加되면 憂鬱頻도가 높아진다는 것과 一致하였으며, 윤현숙(1994)의 연구에서 日常生活機能과 身體機能의 損傷程度가 높을수록 心理 社會的 機能의 損傷程度가 높게 나타난 것과도 일치하였다.

憂鬱程度와 社會的 適應水準인 社會 活動량과는 有意한 負적 相關關係를 보였는데($p=.000$) 이는 서문자(1988)의 憂鬱의 程度가 높아지면 社會

的 活動량이 低下됨을 나타낸($P=.016$) 研究 結果와 一致한다.

日常生活 動作 依存도와 社會 活動량과는 有意한 負적 相關關係가 있는 것으로 나타났으며($p=.000$), 이러한 結果는 윤현숙(1994)의 研究와 一致하였다.

Feibel & Springer(1982)에 의하면, 腦卒中 患者는 身體的 障礙로 스트레스가 加重되고, 日常生活 機能의 低下로 憂鬱, 挫折, 不安과 같은 情緒的 苦痛을 經驗하게 되며, 심할 경우에는 再活에도 深刻한 影響을 미친다고 하였다.

이러한 結果로 볼 때 腦卒中 患者의 適應狀態를 把握하기 위해서는 身體的, 心理的, 社會的 變數모두를 分析 하여야 하며, 成功的인 再活治療를 위해서도 반드시 同時에 사정해야 함을 意味한다.

退院한 腦卒中 患者는, 外來로 來院하여 再活治療를 받거나, 집에서 再活治療를 실시하는등 상당히 오랜기간 再活治療를 해야하는 必要性이 생긴다. 發病後 治療를 始作할때 부터 痲痺側의 潛在的 能力을 無視한다는 것은 문제가 되는데, 특히 外來患者로 治療를 받아야 할 때에 痲痺側 上肢의 機能回復을 위한 努力이 늦어지면, 필요이상으로 비마비측을 사용하는 과잉보상은 더욱 고정화된다. 이때의 硬直은 非痲痺側 한쪽만의 사용으로 생기는 過度한 努力과 均衡缺如, 넘어짐에 대한 不安 등으로 나타나는 聯合反應에 의해 대단히 강해진다(Berta Bobath, 1990).

上肢의 運動能力과 感覺機能은 患者의 生命에 直接的인 影響을 주지는 않으나, 患者들 삶의 質을 增進시켜 섬세한 움직임이 요구되는 일상활동과 취미생활등 最適의 安寧을 維持한다는 점에서도 큰 重要性을 갖는다(최스미, 1996).

Bobath Approach에서는 痲痺側을 機能化하기 위한 準備를 계통적으로 企劃한 治療로, 痲痺側으로부터 期待 이상의 正常 活動性을 이끌어 낼 수 있음을 시사했다. 腦의 可塑性(plasticity)에 의하여 痲痺側의 機能的 潛在性 發達에 治療의 중점을 둔다면 보다 빠르게 좋은 結果를 얻을 수 있다고 하였다(Berta Bobath, 1990). 腦의 可塑性을 증명하는 실험은 Nudo, Wise, Sifuentes, Milli-

ken, Jenkins, Merzenich, Ramachandran, Recanzone & 久保田 등 여러 報告書에서도 나타났다. 腦의 局所障敝가 있는 狀態에서 再活治療를 실시한 후 PET(position emission tomography)로 腦의 局所 혈류량을 測定한 결과, 腦의 혈류량이 增加하였고 運動야(motor field)나 감각야(sensory field)의 機能이 回復되는 것을 볼 수 있었다.

그러므로 腦卒中은 결코 回復이 不可能한 것이 아니며 障敝가 殘存하여도 良質의 삶이 可能하므로, 患者들에게 獨立의이고 生産的인 生活樣式으로 回復시켜야 한다.

腦卒中 患者의 全人的인 再活治療를 위해서 身體의 苦痛뿐만 아니라 心理的·社會的 苦痛을 함께 다루어, 家事業이나 職業復歸 등 能動的으로 社會活動에 參與할 수 있도록 격려하고 機會를 부여하는 것은 物理治療士에게 重要的 課題가 되고 있다.

따라서 身體的 回復만이 아닌 心理的·社會的으로도 機能的인 側面에 焦點을 맞춘 具體的이고 實質的인 再活治療 計劃이 重要的 部分으로 要求된다.

VI. 結論 및 提言

1. 結論

본 研究의 目的은 서울, 경기지역의 23개 綜合病院에서 外來로 再活治療를 받고 있는 腦卒中 患者 274명을 對象으로 身體的, 心理的, 社會的 適應水準을 調査하여 全人的인 再活治療를 위한 基礎 資料로 活用하고자 시도하였다.

資料收集 期間은 1996년 2월 21일 부터 4월 23일 까지 63일간이었으며 각 綜合病院에 배부한 설문지는 擔當 物理治療士가 直接 面談하여 作成하고 收集하였다.

收集된 資料는 SPSS로 處理하였으며 身體的, 心理的, 社會的 適應水準에 대한 分析을 通하여 얻어진 結果는 다음과 같다.

1) 腦卒中 患者의 身體的 適應水準인 日常生活 動

作 依存度를 調査한 결과 全體 平均 點數는 2.57(만점 1.0)점, 標準偏差 ±.75, 最低點數 3.95, 最高點數 1.00으로 依存도가 심하였으며, 依存도가 가장 높은 항목은 “벽에 못박기(3.46)”로 82.5%만이 응답하였고 의존도가 가장 낮은 항목은 “누워서 움직이기(1.48)”로 全員 應答하였다.

그 分布는 最頻數 2.68, 中位數 2.65로 中心傾向을 이루었다.

2) 心理的 適應水準인 憂鬱程度의 全體 平均은 2.99로 정상적인 우울 2.45이하보다 높게 나타났다. 標準偏差는 ±.52, 最低點數 4.35, 最高點數 1.35로 나타났으며, 平均치가 가장 높은 항목은 “나는 전혀림 어려움없이 일을 쉽게 처리한다(3.86)”이고 가장 낮은 항목은 “나는 번비 때문에 고생한다(2.56)”로 조사 되었다.

그 分布는 最頻數 3.00, 中位數 3.00으로 中心傾向을 이루었다.

3) 社會的 適應水準인 社會 活動量의 全體 平均은 26.52(만점 144)점으로 매우 저조한 상태였으나 최고 100점을 취득한 대상자도 있었으며, 최저 3.00, 표준편차 ±16.23이었다. 활동량이 많은 문항은 “텔레비전(4.75)”이었고 적은 문항은 “뜨게질(.07)”로 나타났다.

그 分布는 最頻數 20.00, 中位數 24.00으로 社會 活動량이 低調하였으므로 왼쪽으로 치우쳤다.

4) 人口 社會學的 特性에 따른 身體的, 心理的, 社會的 適應水準에서 人口 社會學的 特性과 身體的 適應水準인 日常生活 動作 依存도와 有意한 差異를 보인 것은 年齡, 保護者, 治療費負擔者, 右側 上·下肢障敝, 얼굴 痲痺였다. 젊을 수록 의존도가 낮으며 60세이상에서는 依存도가 높게 나타났고, 치료비 부담자가 본인이나 배우자일 경우 의존도가 낮았다.

人口 社會學的 特性과 心理的 適應水準인 憂鬱程度와 有意한 差異를 나타내는 要因은 年齡, 結婚與否, 教育程度, 家族中 發病經驗, 疾患與否, 言語障敝, 얼굴 痲痺였다. 연령이 높을수록 우울하였고 교육의 정도가 높을수록 우울정도가 낮았다.

人口 社會學的 特性과 社會的 適應水準인 社會 活動量과 有意한 差異를 보인 것은 年齡, 結婚與否, 教育程度, 職業有無, 治療費負擔者 였다. 연령이 낮을수록, 교육의 정도가 높을수록 활동량이 많았다.

- 5) 身體的, 心理的, 社會的 適應水準과의 相關關係에서는 身體的 適應水準인 日常生活 動作 依存度와 心理的 適應水準인 憂鬱程度와는 有意한(p=.000) 正적 상관관계가 있어, 日常生活 動作 依存도가 높으면 憂鬱程度도 높게 나타났다.

憂鬱程度와 社會的 適應水準인 社會 活動量과는 有意한(p=.000) 負적 상관관계를 보여, 憂鬱程度가 높으면 社會 活動量이 低調 하였다. 日常生活 動作 依存도와 社會 活動量과도 有意한(p=.000) 負적 상관관계로 나타나 日常生活 動作 依存도가 높으면 社會 活動量이 低下 되었다.

以上的 結果를 보면 腦卒中 患者의 身體的 適應水準인 日常生活 動作 依存도는 높으며 身體 機能이 자유롭지 못하였고, 心理的 適應水準인 憂鬱程度는 正常의 憂鬱보다 훨씬 憂鬱하였으며, 社會的 適應水準인 社會 活動量은 低調한 狀態이었다. 身體的, 心理的, 社會的 適應 關聯 要因으로는 年齡, 結婚與否, 教育程度, 職業有無, 保護者, 治療費負擔者, 家族中 發病經驗, 疾患與否, 右側 上·下肢 障礙, 言語障礙, 얼굴 痲痺가 유의하게 나타났다.

그러므로 腦卒中 患者의 適切한 適應을 돕기 위하여 身體的인 機能 向上 뿐만 아니라 心理的, 社會的 適應에 대한 再活治療의 具體的인 計劃이 반드시 도입되어 包括的인 再活治療의 實踐이 要望 된다.

2. 提 言

以上的 研究 結果를 基礎로하여 다음과 같이 제언하고자 한다.

- 1) 腦卒中 患者의 身體的, 心理的, 社會的 適應에서는 서로 깊은 相關關係가 있었으므로 再活治療 計劃에서 心理的, 社會的인 適應을 위한 프

로그램과 患者의 家族 및 一般人을 위한 프로그램이 開發되어 導入 될 것을 提言한다.

- 2) 우리 文化에 적합한 身體的, 心理的, 社會的 측정도구 개발이 필요하다.
3) 腦卒中 患者의 日常生活 動作, 憂鬱程度, 社會 活動量을 촉진시키기위하여 身體的, 心理的, 社會的 適應狀態의 파악을 위한 반복적인 研究가 必要하다.

참 고 문 헌

강성만 외(1975). 뇌졸중의 411예에 대한 임상적 고찰, 대한내과학회지, 18(12).
강현숙(1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호 수행능력에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
강현숙 외(1995). 뇌졸중 환자의 체질별 건강통제 위 성격별 자가간호에 대한 교육의 효과, 기본간호학회지, 2(1), pp.7-18.
김이순, 황보선(1995). 뇌졸중 환자의 희망에 대한 이론적 고찰, 지역사회간호학회지, 6(2), pp.212-233.
고홍화, 김형일(1990). 행동연구, 서울:법문사.
구본홍(1984). 뇌졸중(중풍)의 동서의학적 치료에 관한 연구, 중앙의학, 46(3).
김명호, 김주환(1992). 뇌졸중의 개요, 대한의학협회지, 35(8), pp.976-977.
김영숙(1995). 뇌졸중 환자의 진료 양상 조사 연구, 경희대학교 행정대학원 석사학위 논문.
남영호 외(1991). 재활치료를 받는 뇌졸중 환자의 일상생활, 대한재활의학회지, 15(3), pp.295-308.
노재규(1996). 뇌졸중, 병원신보, 제841호.
박원경(1988). 뇌졸중으로 인한 편마비환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
보건사회부(1994). 보건사회 통계연보, 서울:보건사회부, p.283.
서문자(1988). 편마비환자의 퇴원후 적응상태와 관련요인에 대한 분석적 연구, 서울대학교 대

- 학원 박사학위 논문.
- 서문자 외(1993). 재활의 이론과 실제, 서울 : 서울대출판부, p.266.
- 석소현(1995). 뇌졸중환자의 일상생활 동작증진을 위한 침상 운동프로그램의 효과, 경희대학교 대학원 석사학위 논문.
- 신동인(1987). 뇌졸중 환자의 사례 연구 보고, 대한간호학회지, 26(1), pp.49-52.
- 엄동춘(1986). 암환자의 불편감 및 우울에 미치는 요인에 대한 탐색적 연구, 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 오정희(1988). 재활의학, 서울 : 대학서림, pp. 20-100.
- 유동준 외(1992). 腦卒中 백과, 서울 : 단음출판사, pp.17-18.
- 윤현숙(1994). 노인 뇌졸중환자의 심신기능 손상 정도와 관련요인에 관한 연구, 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이명해, 강현숙(1992). 편마비환자가 지각한 가족 지지와 불안과의 관계 연구, 대한간호학회지, 21(1), pp.50-61.
- 이정민(1994). 뇌졸중 환자의 재활과정에 따른 스트레스 변화 양상, 경희대학교 대학원 석사학위 논문.
- 이소우(1984). 간호직과 스트레스, 대한간호, 23(4), pp.25-29.
- 이승욱(1994). 통계학의 이해, 서울 : 자유아카데미.
- 이정균(1981). 정신의학, 서울 : 일조각.
- 장정부(1972). 두부손상과 정서적 문제, 한국의 과학, 4(2).
- 전산초(1975). 내외과간호학, 서울 : 수문사, p.457.
- 최스미(1996). 뇌졸중 환자의 촉각 및 위치 식별 감각 이상에 관한 연구, 대한간호학회지, 26(1), pp.138-147.
- 태영숙(1985). 암환자가 지각한 사회적 지지와 우울과의 관계, 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 통계청(1994). 사망원인통계연보, 서울 : 통계청, PP.27-35.
- 한대회(1985). 뇌혈관 질환의 최신지견, 대한의학 협회지, 28(4), pp.332-343.
- Albrecht G.L., Higgins P.C.(1977). Rehabilitation Succes ; The Interrelationships of Multiple Criteria, J. Health and Social Behavior, 18, pp.36-45, March.
- Anderson, E.A.(1987). Preoperative Preparation for Cardiac Surgery Facilitate-srecovery, Reduces Psychological Distress & Reduces the Incidence of Acute Postoperative Hypertension, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55, pp.520-523.
- Bobath, B.(1990). Adult Hemiplegia : Evaluation and Treatment, 3rd ed. London : Heinemann medical books.
- Brooke, M.M. et al.(1991). Shoulder Subluxation in Hemiplegic Effect of Three Different Supports, Arch Phys Med Rehabil, 72, pp.582-586.
- Brown, J.S., Rawinson, M.E., Hilles, N.C. (1981). Life Satisfaction and Chronic Disease;Exploration of a Theoretical Model, Medical Care, 19(11), pp.1136-1146, Nov.
- Carlson, C.E.(1980). Psychosocial Aspects of Neurologic Disability, Nursing Clinics North America, 15(2), June.
- Dinken, H.M.(1947). The Evaluation of Disability and Treatment in Hemiplegia, Arch Phys Med Rehabil, 28, pp.263-272.
- Feibel, J.H., Springer, C.J.(1982). Depression and Failure to Resume Social Activities after Stroke, Arch Phys Med Rehabil, 63, pp.276-278, June.
- Feigenson, J.S.(1981). Stroke Rehabilitation, Outcome Studies and Guidelines for Alternative Levels of Care, Stroke, 12(3), pp.372-375.
- Folsten, M.F., Maiberger, R., et al.(1977). Mood Disorders as a Specific Compli-

- cation of Stroke, J. Neurol Neurosurg Psychiatry, 40, p.1018.
- Frederic, J.K., Justus, F.I.(1989). Krusen's Hand Book of Physical Medicine and Rehabilitation 4th, Philadelphia, Saunders Co.
- Goetter, W.(1986). Nursing Diagnosis and Intervention with the Acute Stroke Patient, Nursing Clinics North America, 21(2), pp. 309-343, June.
- Granger, C.V., Shewood, C.C., Greer, D.S. (1977). Functional Status Measures in Comprehensive Stroke Care Program, Arch Phys Med Rehabil, 58, PP. 555-561, Dec.
- Hayes, S.H., Carroll, S.R.(1986). Early Intervention Care in The Acute Stroke Patient, Arch Phys Med Rehabil, 67, pp. 319-321.
- Kotila, M., Waltime, O., Niemi, M., et al. (1984). The Profile of Recovery from Stroke and Factors Influencing Outcome, Stroke, 15(6), pp. 1039-1044, Dec.
- Labi, M., Phillips, T.F., Gresham, G.E. (1980). Psychosocial Disability in Psychically Restricted Long Term Stroke Survivor, Arch Phys Med Rehabil, 61, pp. 561-565, Dec.
- Lawson, N.C.(1978). Significant Event in the Rehabilitation Process, the Spinal Cord Patient's Point of View, Arch Phys Med Rehabil, 59, pp.573-579, Dec.
- Lazarus, J.C.(1992). Associated Movement in Hemiplegia, The Effects of Forced Exertion, Limb Usage and Inhibitory Training, Arch Phys Med Rehabil, 73, pp. 1044-1049.
- Moskowitz, E., Lightbody, F.E., Freitag, N. S.(1972). Long Term Follow up of The Poststroke Patient, Arch Phys Med Rehabil, April, pp.167-172, April.
- Norack, T.A.(1984). Stroke Onset and Rehabilitation, Arch Phys Med Rehabil, 65, pp.316-319.
- Nudo, R.J., Milliken, G.W.(1996). Reorganization of Movement Representations in Primary Motor Cortex Following Focal Ischemic Infarcts in Adult Squirrel Monkeys, J. Neurophysiology, 75(5), pp. 2144-2149, May.
- Nudo, R.J., Wise, B.M., Sifuentes, F., Milliken, G.W.(1996). Neural Substrates for the Effects of Rehabilitative Training on Motor Recovery After Ischemic Infarct, Science, 272, pp.1791-1794, June.
- Palmore, E., Kivett, V.(1977). Changing in Life Satisfaction, A Longitudinal Study of Persons Aged 46-70, J. Gerontology, 32(3), pp.311-316.
- Pai, Y.C., et al.(1994). Alterations in Weight-Transfer Capabilities in Adults with Hemiparesis, Phys Ther, 74, pp. 647-659.
- Payton, O.D.(1977). Manual of Physical Therapy, New York : Churchill Livingstone, pp. 291-307, 1989.
- Peper, G.A. Psychological Care, Am J. Nursing, 77(8), pp.1330-1336.
- Ramachandran, V.J.(1992). Rogers-Ramachandran, M., Stewart, M. Perceptual Correlate of Massive Cortical Organization, Science, 258, pp.1159-1160.
- Recanzone, F.J., Jenkins, W.M., Hradek, G. T., et al.(1992). Progressive Improvement in Discriminative Abilities in Adult Owl Monkeys Performing a Tactile Frequency Discrimination Task, J. Neurophysiology, 67, pp.1015-1030.
- Redford, J.B., Harris, J.D.(1980). Rehabilitation of The Elderly Stroke Patient,

AFP, 22(3), pp.153-160.

Robinson, R., Price. T.R.(1982). Post Stroke Disorders, A Follow up Study of 103 Patients, Stroke, 13(5), pp.635-640.

Roper, B.A.(1982). Rehabilitation after a Stroke, J. Bone and Joint Surgery, 64B (2), pp.156-163.

Sawaguchi, T., Yamane, I., Kubota, K. (1996). Application of the GABA Antagonist Bicuculline to the Premotor Cortex Reduces the Ability to Withhold Reaching Movements by Well-Trained Monkeys in Visually Guided Reaching Task, J. Neurophysiology, 75(5), pp.2150-2156, May.

Trornbly, C.A.(1983). Occupational Therapy for Physical Dysfunction, 2nd Ed, Baltimore : Williams and willkins Co.

Wade, D.T., Wood, V.A., Heller, A.T., Maggs, J.M., Hower, R.L.(1985). Walking after Stroke, Scand J Uehab Med, 19, pp.25-30.

古澤正道(1984). 成人片麻痺の 上肢の ボバース 概念, 日本理學療法, 第11卷 第1号, pp. 25-30.

鈴木俊明・他(1993). 脳血管障碍 片麻痺 患者の 非麻痺側 脊髄 運動神経につ いて, 理學療法 學, 20(學會特別号), p.282.

鈴木俊明(1995). ボバースアプローチのもたらした 神経生理學的意義, ボバースジ ャナル, 第18 卷 第1号, pp.47-54.

Abstract

A Study on the Degree of Physical, Psychological and Social Adaptation of CVA Patients

Hwang, Hyun Sook* · Park, Kyung Sook**

This study was made on 274 apoplectics patients who received the rehabilitation therapy and tests on physical, psychological and social adaptations as outpatients in 23 general hospitals in the Seoul and Kyungi area. The basic data on degree of improvement of apoplectic patients studied from rehabilitation therapy.

Data was collected over a period of 63 days, from February 21st till April, 23, 1996. The assigned physical therapist conducted direct interviews with patients after he answered the distributed questionnaires for each individual patient.

The colleted data was processed by the SPCC /C⁺ method.

The results of the tests conducted to meascne the the degree of ADL dependency, depression and social activity corresponding to the physical, psychological, and social adaptation. The details are :

- 1) The test to meascne the degree of ADL dependency, corresponding to the study of physical adaptation of CVA patients, indicated a mean score of 2.57(ideal score is 1.0) with a standard deviation of ± 0.75 . The worst score was 3.95 while the best score was a perfect 1.0, representing a

* Department of Physical Therapy, Hankook General Hospital.

** Department of Nursing, College of Medicine, Chung Ang University.

severe range of dependency. The distribution was centered with a median of 2.65 and a mode of 2.68.

- 2) The test to measure the degree of depression which corresponds to the level of psychological adaptation yielded a mean of 2.99 which is higher than the normal limit of 2.45. The standard deviation was ± 0.52 and the worst score and the best score were 4.35 and Respectirdy. The distribution was centered with a median of 3.00 and a mode of 3.00.
- 3) The test to measure the degree of social activities for the level of social adaptation indicated a very low mean score of 26.52 (perfect score is 144), with the standard deviation of ± 16.23 . Some patients scored as high as 100, but others scored as low as 3. The distribution of social activities at a very low level was shifted to the left with a median of 24.00 and a mode of 20.00.
- 4) Factors influencing the level of physical, psychological and social adaptation are as follows:

Factors significantly influencing the level of physical adaptation measured by ADL dependency are age, personal guardian, payer of medical expenses, and paralysis of the right arm, right leg and facial paralysis.

Factors significantly influencing the level of psychological adaptation measured by the degree of depression, are age, marital status, education, medical history of individual and family, speech impediment, and facial paralysis.

Factors significantly influencing the level of social adaptation measured by the degree of social activity are age, marital status, education, employment status, and the burden of medical expense.

- 5) The Corelationship is significant(9.00), between ADL dependeing as degree of physical adaptation and depreseion as degree of psychological adaptation. ADL dependency is proportional to depression. But social activity is inversely protional to ADL dependeny and depression.

In conclusion, the increased care for physical function of the patients is not the only necessary means to better facilitate the appropriate adaptation of CVA patients. The introduction of a solid rehabilitation program for psychological and social adaptation will also play the integral part of the treatment of CVA patients.

Key Concept : CVA, physical psychological and social adaptation