

中風後遺症 患者 管理를 위한 프로그램 開發 研究*

- 韓方 再活醫學 및 看護를 中心으로 -

오민석·송태원·이철완**·김태임·이강이***

I. 緒 論

오늘날에도 中風을 일으킨 老人의 大部分이 急性期의 治療를 마치면 再活訓練을 받지 않고 退院하여 自家의 한쪽 구석에 누운채로 방치되어 있고 患者의 清潔은 不充分하고 시이트나 이불의 不潔과 겹쳐서 惡臭가 풍기고 있으며, 잘 觀察하면 關節은 拘縮되어 움직일 수 없게 되어 있고, 팔다리도 變形되어 있고, 身體의 뒤쪽은 褥瘡으로 傷處가 나 있다. 이래가지고는 恢復을 기대하기는 커녕, 感染 等の 合併症으로 生命의 危險을 招來하거나 또는 스스로 움직일 수 없게 되어 누운채로 죽음을 기다리게 된다. 以上과 같은 패턴이 中風後遺症의 典型的인 狀態이다

이처럼 中風은 身體의 機能相失과 더불어 많은 情緒의 問題를 惹起시키는 深刻한 疾患으로 최근 社會의 發展과 더불어 漸漸 增加 趨勢에 있다.

또한 中風의 後遺障礙는 多様な 個人 및 社會發展에 阻害되는 커다란 因子로 作用하고 있어 中風後遺障礙에 대한 對策이 時急한 實情이다.

現在까지의 中風後遺症 治療는 實際 患者를 治療하는 治療分野와 入院時 患者를 管理하는 看護分野로 나누어 이루어져 왔다. 그러나 病院이 發展하면 할수록 治療나 看護는 漸漸 細分化되어 患者나 保護者의 立場에서는 오히려 效果的인 患者治療를 施行하지 못하고 있는 것도 主旨의 事實이다.

또한 現在의 再活治療는 身體的인 側面에서의 運動療法, 物理治療만이 強調하고 있어 現行 醫療體系에 있어 患者의 精神的인 側面을 考慮한 治療方法은 疏忽하기 쉬워지고있는 實情이다. 하지만 옛부터 韓方 再活 프로그램에는 身體 部分의 再活

뿐만 아니라 精神(心理)部分의 再活을 強調하여 이에 對한 治療法이 應用되어 왔다. 中風 後遺症은 治療 側面 보다는 管理的인 側面이 더욱 重要한 疾患 중의 하나이다.

이러한 管理的인 側面은 醫師뿐만 아니라 看護士, 保護者, 그리고 患者自身 等 三者가 팀을 이루어 呼吸을 맞추어야 보다 나은 結果가 導出되리라 思料된다.

現在까지 研究된 再活과 看護業務에 關한 研究로는 偏麻痺 患者에게 物理治療를 實施하여 그 效果를 立證한 研究(김인숙, 1982 : 강현숙, 1984)와 中風患者 및 家族이 知覺한 不便感, 스트레스 및 家族의 經驗에 關한 極少數의 論文(박원경, 1988 : 김소선, 1992 : 최은숙, 1993)이 있는 實情으로 中風患者를 돕기 위한 短篇的인 研究가 進行되었을 뿐 體系의이고 組織的인 再活프로그램 開發을 위한 研究는 未備한 實情이다.

이에 本 研究는 中風患者를 重點으로 研究하고 治療하는 韓醫科 大學의 臨床 分野 中 中風患者의 恢復을 韓醫學의으로 治療하는 韓方 再活醫學와 患者管理를 研究하는 看護學과와 연계하여 病院에서의 看護業務의 效果的인 協助 方案을 研究하여 本 疾患에 對한 效果的인 管理方法을 提示하는데 있다.

II. 本 論

1. 研究方法

本 研究는 크게 中風後遺症에 對한 研究, 韓方 再活에 對한 研究, 看護管理에 對한 研究 等 4가지 파트로 나누어 研究調査하고, 이를 바탕으로 比較分析하여 臨床的으로 보다 쉽게 接近할 수 있는 새로운 側面의 프로그램을 導出하는데 重點을 두었다.

* 본 논문은 교내 연구비를 지원받아 작성하였음

** 대전대학교 한의과대학 한방재활의학교실

*** 대전대학교 한의과대학 간호학과

[중풍후유증에 대한 연구]

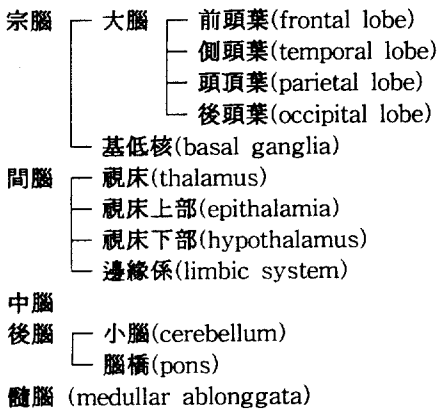
[한방재활에 대한 연구]

[간호관리에 대한 연구]
 [프로그램 연구]
 ↓ ↓
 [새로운 측면의 프로그램 개발]

2. 中風에 對한 東西醫學的 研究

1) 中風類型에 따른 後遺障碍

腦를 部位別로 보았을때 宗腦, 間腦, 中腦, 後腦, 髓腦로 나누어질 수 있고 다시 宗腦는 大腦와 基底核으로 間腦는 視床과 視床下部和 視床上部, 邊緣係로 나뉘어 지며 後腦는 小腦와 腦橋로 나뉘어져 있다.



前頭葉은 다시 運動領域, 前運動領域, 前頭眼球運動領域, 運動言語領域, 前頭聯合領域으로 나누어지며 이 部分에서 發生하는 中風の 境遇 後遺症으로 남을 수 있는 症狀들로서 몸 反對片의 不全麻痺 혹은 完全麻痺를 일으키고 이들 麻痺는 주로 末梢部 運動을 侵犯하여 微細한 隨意的 運動이 不可能해 진다. 또 破壞된 病所가 있으면 破壞된 쪽으로 향하는 共同偏視가 있다. 運動言語領域에서의 破壞가 있다면 多辯症이나 slow speech를 수반하고 運動失語症을 나타낸다. 前頭聯合領域은 記憶, 判斷, 聯關性, 理由, 知的聯合, 抽象的思考, 感情抑制 등과 關聯되어 있어 이 部位의 機能相失에 있어서 知能退化 性格이나 人格의 變化를 招來한다.

側頭葉 部位에는 들리는 소리를 鑑別하여 말로써 認識하는 中樞가 있어서 이 部位의 障碍는 感覺失語症을 誘發한다. 또한 幻視도 나타날 수 있으며 自動症, 錯覺, 幻覺, 嗅·味覺 幻覺 따르는 動作, 認識 및 回想障碍, dreamy state, 己視感, 不

安, 現實感覺喪失과 같은 精神現狀이 隋伴된다.

頭頂葉의 障碍는 苦痛은 거의 없고 觸覺, 壓覺은 남아있고 無感覺 일일함 등의 症狀이 나타날 수 있으며 手指失認, 左右混同, 計算不能, 失書症, 失讀症, 半盲缺損 등의 症狀이 나타날 수 있다.

後頭葉의 障碍는 이 部位가 直接 間接으로 視覺과 關係되어 視覺 集中維持의 어려움, 立體 視覺의 消失, 視覺 記憶의 障碍, 事物의 正確한 位置와 識別의 어려움, 視覺影像의 空間 識別의 障碍, 크기, 模樣, 色彩의 識別 障碍가 생긴다.

視床部位의 障碍로는 病所反對側의 全感覺鈍麻, 視床痛(견딜수 없는 甚한 自發痛), 不隨意 運動, 體溫異常 등이 있을 수 있다.

大腦邊緣係의 障碍로는 代表的인 것이 Kosakoff症候群이 생기는데 最近의 記憶障碍, 混亂, 方向喪失, 작화증이 있으며 健忘症도 隋伴된다.

小腦는 筋力은 있지만 身體가 휘청거리 설 수 없고, 動作이 잘 되지 않는 등의 失調를 보이는 呼訴가 있고, 特有의 느린대화를 나타내게 된다.

2) 中風後遺症 患者에 對한 臨床의 分類方法

韓醫學에서는 風邪에 損傷되면 대개는 卒中 暴瀉, 暴痞, 夢昧, 口眼斜斜, 手足癱瘓, 人事不省, 言語蹇澁, 痰涎壅盛 등이 發現한다.

東醫實鑑에 收錄된 中風の 四大症은 다음과 같다.

가. 偏枯 : 半身不遂가 되어 麻痺側의 肌肉이 枯瘦하여 骨間의 疼痛이 있다.

나. 風痲 : 身無痛하고 神志不亂하며 四肢不舉 혹은 偏臂不遂를 말한다.

다. 風懿 : 忽然卒倒하여 精神昏迷한 후에 舌強不語하는데 痰盛하므로 咳喉에서 痰聲이 나며 鼻鳴한다. 이것을 一名 「風痞」이라 한다.

라. 風痺 : 始初에 汗出後 風寒에 상하여 皮膚에 血凝되어 거의 모두가 半身不遂가 되든지 手臂不遂가 된다. 虛邪가 留而不舉하면 痺가 되고 衛氣가 不順하면 不仁이 된다.

腦卒中 後에 發生하는 一般的인 症候群은 意識障碍, 精神錯亂, 認知障碍, 嚥下困難, 運動 및 感覺의 障碍 혹은 不全麻痺, 強直, 協助不能, 統合運動障碍, 自覺症 缺如, 視覺域 缺損, 認識障碍, 보속증, 構音障碍, 發聲障碍, 情緒 不安定 등이며, 原發

性 障礙인 言語障礙(失語症)은 約 19%程度에서 나타난다.

腦卒中 患者에게 대개의 運動缺損은 不全麻痺, 選擇의 運動調節의 喪失, 非正常的인 筋緊張으로 發生하며 腦卒症의 가장 普遍的인 特徵으로 規定된다.

以上을 크게 나누면 다음과 같다.

가. 言語障礙 : 構音障礙, 失語, 失聲, 同語反復等

나. 運動障礙 : 單麻痺, 偏麻痺, 對麻痺, 四肢麻痺, 一部筋運動麻痺等

다. 感覺障礙 : 單一末梢神經障礙, 多發性神經障礙, 脊髓後筋의 障礙, 脊髓障礙, 腦幹部障礙, 視床障礙, 大腦障礙等

라. 意識障礙 : 指南力喪失, 記憶障礙, 計算障礙, 常識障礙, 幻覺이나 錯覺等

3) 中風後遺症 患者의 心理狀態

腦出血이나 腦膜出血으로 發病은 突然의이어서 腦軟化도 急激한 發病이 많으니 生命의 危險을 招來하는 경우가 많으며, 身體障礙도 갖게 되는 수가 또한 많다. 症狀이 恢復된다고 해도 完治가 되려면 상당한 期間은 必要로 하여 恐怖와 不安에 찬 疾病으로 알려져 있다. 이 공포와 不安과 苦惱에 關한 所武雄의 著述이 있음을 말해 둔다.

腦出血이 情動에 의하여 誘發되며 또 再發하기 쉬운 것은 잘 알려진 사실로써 忿怒, 苦悶, 緊張, 不安 등의 情性에 의하여 血壓이 上升되어 血管이 破裂되는 것이다. 또 長期間에 걸친 神經過勞도 持續的으로 血壓을 上升시켜서 腦出血을 일으키기 쉽다.

卒中이 發作할 때에는 輕重의 차이는 있지만 意識混濁이 있게 되며 또 失語症이나 여러가지 感覺鈍麻를 隨伴하는 수가 많다. 意識의 混濁이 그렇게 심하지 아니한때도 이 失語症이나 感覺障礙때문에 患者를 전혀 理解力을 잃어 버린 것처럼 誤認하기 쉽다. 그래서 患者에게 알려서는 안 될 것과 알려져 激動하여야 할 것의 選擇을 疏忽하게 하면 患者를 失望과 悲觀에 빠지게 할 위험이 있다. 意識混濁이 있는 듯한 때에도 患者에게 안심과 希望을 주는 것과 같은 말을 걸도록 해야한다.

卒中發作은 患者보다는 家族에게 感情的인 混亂을 일으키는 경우가 많다. 發作을 目擊하고 있는

家族은 患者가 죽음에 直面하였다고 恐怖에 싸여 기분이 混亂하여 견디기 어렵게 된다. 이러한 경우에 往診을 한 醫師는 萬事를 모두 해결할 수 있는 神처럼 여겨진다.

家族은 醫師로부터 現 狀態에 對한 樂觀的인 見解를 듣기를 원한다. 다른 사람의 氣分을 좋게 하려고 하는 氣分이 醫師에게도 생긴다. 腦出血이甚한 경우는 그 처음이 가장 危險하므로 그 豫候를 가볍게 判斷할 수 없다는 사실을 말하지 않으면 안된다. 醫師가 家族들의 氣分을 부드럽게 하는데 도움이 되는 수가 많다. 손을 쓰지 않고 거의 죽어가는 病者를 지켜보기만 하는 것은 家族들에 있어서는 견뎌내지 못할 노릇이기 때문이다.

卒中後의 絕對安定期間은 최근에 와서는 短縮되어 가고 있다. rehabilitation(再活, 日本에서는 更生, 中國에서는 復康이라고 함)의 早期實施는 취하성 肺炎의 防止를 하게 되기도 하고 機能의 恢復을 빠르게 할 뿐 아니라 患者의 自身 恢復에도 效果가 있는 것이 분명해진 까닭이다. 相澤은 이 時期를 늦추는 것은 再出血의 責任을 지는 것을 醫師가 무서워하고 있는 까닭이 아니냐고 지적하고 있다. Rusk는 出血의 경우 이외에는 恢復後 24時間 以內에 리해빌리테이션의 프로그램이 實施되어야 한다고 주장하고 있다. 食器를 使用하던가 팔이 受動運動을 하게 하는 것은 患者에게 그 機能의 恢復可能性에 對한 希望을 갖게 한다. 특히 이 경우에 醫師의 自身있는 態度는 患者를 安心하게 하며 醫師의 충고를 받아들이기 쉽다.

不隨意運動이나 失語症은 家族이나 患者로 하여금 미친 것이 아닌가 하고 不必要한 不安을 惹起시킨다. 이것은 氣質的 障礙에 의한 症狀로서 결코 腦 전체의 破壞나 狂氣를 意味하는 것이 아니라고 하는 것을 說明하여 不安을 解消하도록 할 必要가 있다. 患者는 자주 易怒性, 또 눈물을 보이는 情動失禁의 狀態를 보인다. 이것은 腦의 機質 障礙에 由來하는 것도 많으나 동시에 自己의 身體 不自由에 의한 無能感으로부터도 由來한다. 특히 이 無能함 때문에 氣分이 憂鬱하게 되는 경우가 많아서 이와 같은 경우 특히 리해빌리테이션에 對한 勇氣를 북돋우는 것이 患者에게 希望을 갖게 한다. 단지 '염려가 없다' '괜찮다' 라고 慰安만 하는 것으로는 效力이 없다. 리해빌리테이션은 특히 患者의 積極的인 協力이 있음으로 해서 비로소 完

全하게 되는 것이니 이 自發性을 促進시키기 위해서는 現實의 病狀의 理解가 必要하다. 그렇지만 患者의 脫落 症狀를 바로 말하는 것은 물론 칭찬 일수 없으며 醫師끼리 하는 病에 對한 論議를 患者가 듣게 되어도 逆效果를 招來하는 수가 많다. 病院에서 課長의 回診時에 症狀이나 檢査結果에 對한 醫師間의 論議를 들은 患者가 憂鬱 反應을 보이는 것은 흔히 經驗한 바와 같다.

恢復期 및 일단 恢復을 하게 된 患者에 대하여 醫師가 하여야 할 일은 적지 않다. 우선 殘存機能 障礙의 種類와 程度, 機能恢復의 可能性을 評價하지 아니하면 안된다. 따라서 여러가지 檢査에 의한 結果를 患者에게 알릴 경우에는 殘存機能과 回復可能한 機能에 對한 所見에 重點을 두어 이야기 하는 것이 賢明하다. 恢復 可能性에 대해서는 患者는 지금의 狀態보다 改善되리라고하는 希望을 갖고 또 남은 機能을 把握할 때는 그 機能을 동원함으로써 再適應勞力을 繼續할 수 있기 때문이다. 그러나 悲觀의 結果를 말하여야 하는 경우에는 한꺼번에 그것들을 알릴 것인가, 천천히 알릴 것인가 問題가 된다. 사실을 確實히 分別하여서 困難한 事態의 對處가 可能한 사람도 있으며, 그 事實에 壓倒되어서 도저히 일어날수 없다고 느끼는 사람도 있다. 따라서 個個의 患者의 性格을 把握한 後에 이에 따라 患者에게 알려야 한다. 어쨌든 醫師의 評價는 患者의 今後의 生活方向을 正하는데, 重要한 影響을 준다.

患者가 할 일의 選擇에 있어서는 殘存하는 機能 障礙의 種類 程度는 물론이고, 病前의 職業 知能 執境의 事情 등을 綜合적으로 생각하지 아니하면 안 된다. 一般的으로 말하면 目標을 達成하는 것을 기다리고 있는 것 보다는 短期間 동안 中繼的 目標에 達하도록 計劃하는 편이 좋은 경우가 많다. 대개 遠大한 目標達成을 기다리는 것 보다 短期的이며 經濟的 目標을 達成할 때마다 患者는 自信을 얻어서 다음 段階로 한걸음 내딛는 勇氣를 가지게 된다.

運動機能 言語機能 括約筋機能 등의 喪失은 마치 어린아이때에 거처온 調節勞力을 다시 反復할 수 있겠다. 그리고 이것들이 患者에게 羞恥感을 갖게 하기 쉽다. 依存의 人間 或은 自己의 責任으로부터 도망치기를 바라는 듯한 사람은 周圍로부터의 保護를 받을 수 있는 狀態로 부터 離脫하

려고 할 것이며, 또 주위 사람의 愛情에 疑心을 품고 있는 듯한 사람들은 이 障礙를 必要以上으로 부끄럽게 여겨 罪惡感을 가져서 不安 焦燥를 느끼며 때로는 反對로 攻擊傾向을 取하게 되는 수도 있다. 따라서 患者를 에워싼 사람들의 情緒狀態는 이 苦痛에 對한 患者의 對處方法과 機能恢復에 큰 影響을 준다. 患者의 依存性을 強하게 할 수 있는 家族의 犧牲의 人 獻身, 그런가 하면 이와 反對가 되는 家族들의 방치에 對한 侮辱의 人 態度 등을 取하지 아니하도록 특히 注意 하여야 한다. 患者가 같이 家族에게도 또 現在의 症狀에 對하여 알도록 하여 病院에서 行하고 있는 看護法, 治療法 등을 집에 돌아간 後에도 繼續할 수 있도록 가르치는 것이 좋다.

家族은 때때로 患者의 知能狀態를 實際보다 낮게 생각해서 家庭의 일을 相識할때에 患者를 相對하여 간혹 어린애처럼 다루기 쉽다. 이와같은 家族의 態度는 患者의 自尊心을 傷하게 하여 無能함을 더 強하게 하며 쉽게 怒하게 하고 沈着性을 잃게 하며 悲觀을 하거나 依存性을 造成한다. 患者의 能力에 의해서 擔當할 수 있는 責任의 輕重의 差는 있다 하더라도 그 患者를 家族의 一員으로서 된가 役割을 하고 있다는 自負心을 갖게 하는 것이 重要하다.

家族은 患者를 中心으로 해서 일을 進行하여야 하나, 患者의 要求를 第一로 생각하라고 하는 것과 같은 態度를 醫師가 取하는 수가 있다. 그러나 患者의 再適應에의 道程은 먼 것이며 家族은 患者에게 종속된 狀態가 아니라 오래 繼續되는 것은 참기 어려운 일이다. 充分한 計劃을 수립하는데 있어서 醫師의 이러한 態度는 現實의 이 아니다.

患者의 症狀에 따라서 '積極·消極形' 으로부터 '指導·協力形'으로, 다시 '相互 關與形'으로 나갈 것이며, 近親者의 科學的이고 長期間 繼續되는 感情의 支持가 있음으로 해서 비로소 리해빌리테이션의 計劃은 矛盾없이 進行할 수 있게 되는 것이다.

3. 韓方再活研究

1) 韓方再活의 理解

時代와 社會의 變遷에 副應하여 對象者의 健康 要求도 많은 變化를 가져왔다. 이에 오늘날 3次 健康管理로서의 再活의 概念이 더욱 強調되고 있

는 實情이다.

再活이란 모든 患者나 障礙者에게 身體的, 精神的, 社會的, 經濟的, 職業的으로 最善의 利益을 주기 위하여 도와주는 力動的 過程으로 過去에는 이미 奇形이 나타난 後의 再活分野가 強調되어 왔으나, 現代에는 人間의 總體의 概念에 立脚한 早期再活의 側面이 強調되고 있다.

早期再活은 奇形豫防은 물론 恢復期間을 短縮시킬 수 있고, 따라서 治療費와 人力의 消耗을 줄일 수 있으므로 個人 家族 그리고 社會的 次元에서도 매우 有益하다. 만일 患者 스스로 自家看護를 修行 할 수 없다면 그로 因한 個人 家族 그리고 社會的 損失이 매우 크기 때문에 이를 도와 줄 수 있는 效果의 中樞事業의 必要性이 切實히 要求되고 있는 實情이다.

再活의 概念 中 韓方再活은 患者를 病者로 보지 않고 人格을 갖고 있는 한 生命體로 認識하는데 이는 患者의 精神이나 肉體 모두를 尊重하는 概念으로 결국 身體的 障礙로만을 認識하고 있는 西洋醫學과는 差異點이 있다.

韓方再活醫學의 再活 프로그램은 既存의 西洋醫學의 身體的 改善 方案外에 患者의 精神力, 呼吸, 體力 等과 密接하게 關聯되어 있는 “氣”의 機能恢復에 主眼點을 두고 있는데 이미 中國, 隨代에 나온 ‘巢氏諸病源候論’에서 各 疾患에 對한 養生 및 導引法을 提示하고 있다. 이 中 中風과 關聯되어진 導引法은 患者 스스로 하는 方法과 他人이 施行하여 주는 方法이 있으며 이를 바탕으로 本 疾患에 對한 活用도 可能하리라 생각된다. 그러나 이러한 作業은 醫師만이 이를 수 있는 것이 아니라 患者를 둘러싼 醫師, 看護士, 保護者, 및 物理治療士 等의 協力에 의해서만 可能하다.

東醫再活醫學은 筋骨格系統에 發生하는 疾患, 再活治療를 要하는 疾患 및 養生과 食餌療法을 要하는 疾患들을 研究하는 學問으로서 筋骨格系의 痛症을 비롯한 異常感覺과 여러가지 原因으로 인하여 萎弱하게 되는 疾病에 對한 韓方物理療法, 持續的인 再活治療가 必要한 疾患에 對한 韓方再活療法 그리고 成人病 等의 慢性疾患에 對한 養生과 食餌를 비롯한 自然療法에 關한 것으로 크게 나누어 볼 수 있다.

또한 이러한 疾病들을 보다 效率的으로 治療하고 豫防하기 위하여 東醫再活에서는 藥物, 鍼灸治

療 以外에 治療方法으로 導引按蹻에서 비롯된 여러가지 呼吸法과 體操療法, 手指·手掌·手拳을 利用하여 體表의 經絡, 經筋과 經穴을 調節하거나 歪曲된 骨格構造를 矯正하는 推拿法, 體表經穴部에 陰壓을 利用하여 精血시킴으로써 消炎 鎮痛을 目的으로 하는 附缸療法 其他 溫熱 電氣 및 光線을 經絡 및 局所 經穴上의 穴에 作用시켜서 治療하는 理學療法, 冷溫浴, 교葉湯 脚湯 等 水治療法, 食餌를 通하여 疾病을 治療 豫防하는 絶食療法이 再活醫學의 領域에 屬한다고 할 수 있으며, 앞으로는 自然科學의 副産物인 生體力學, 機械工學 및 尖端科學器機를 應用하여 韓醫學的인 治療觀을 가지고 이러한 器機들을 臨床에 活用함으로써 治療技術의 向上을 期待할 수 있다고 하겠다.

이러한 特性을 바탕으로 中風後遺症이 治療보다는 管理的인 側面이 重視되는 疾患이기에 中風後遺症 患者에게는 必須的이고 活用性이 매우 큰 療法들이라 할 수 있다.

특히 現在 臨床上 中風後遺症 患者에게 不足한 것은 運動療法, 物理治療가 아니라 不安한 心理狀態를 安定化시키는데 있다.

本 論文의 目的도 바로 心理狀態를 安定시키는데 韓方再活治療 部分과 看護管理和 協助 시스템을 구축하여 보다 나은 結果를 導出하고자 하는데 있다.

現在の 臨床 體系는 患者의 心理狀態를 無視한 狀態에서 단지 人體의 器械的, 物理的 側面만을 考慮한 運動療法, 物理治療 等만을 強調되고 있는 現實이다. 이에 對한 不作用 또한 무시 못하는 現實에 있다.

하지만 옛부터 韓方再活 프로그램에는 人體部分의 再活 뿐만 아니라 精神(心理)部分의 再活을 強調하여 이에 對한 治療法이 應用되어 왔다.

이러한 治療法을 醫師뿐만 아니라 看護파트로 熟知하고 理解하여 서로 協助體系가 이루어 진다면 中風 後遺症 患者를 管理하는데 보다 나은 結果가 導出되리라 思料된다.

2) 古典에 提示하고 있는 治療方法中 中風後遺症에 應用할수 있는 古典의 方法

古典의 治療 方法은 매우 多樣하나 醫師 뿐만 아니라 看護파트에도 關聯이 있는 治療 方法만을 羅列하면 다음과 같다.

(1) 香氣療法

이는 古來로 부터 宗教儀式 및 行事에 香을 使用하여 神과 自然과 人間사이의 靈的 道구를 誘導하는 道구로 利用되어 온 데서 부터 비롯되었다고 볼 수 있다.

香氣療法이란 藥物이나 꽃의 自然香氣를 利用하여 疾病을 豫防하고 治療하는 療法이며 《壽世保元·驚悸》中 “用麝香一枕中 治異夢 夜魘症” 《本草綱目·藿香》中 “藿香 可着衣服中” 이라 하여 衣香法을 利用하였으며 《千金要方》의 “取胡臭方 辛夷, 芎藭, 細辛, 杜冲, 膏本 各二分 左五味咬咀, 以淳苦酒漬之一宿 煎取汁傳之, 浴傳取臨臥時以著爲度”, “右方 青木香, 附子, 白灰 各一兩 礬石半兩 右四味爲散着粉中 常粉之”, “右方 辛夷, 細辛, 芎藭, 青木香 各 四分 右四味下節 薰竟粉之”는 香氣療法이 深身 潤膚 美容 등의 目的으로 應用되었음을 나타낸다. 《外臺秘要》에서는 “崔氏鹿角粉方”, “桃花粉方”, “千金濕香方”, “千金翼薰衣濕香方”, “千金乾香方” 등을 記載하였는데 이는 當時 高級化粧品에 該當하는 것으로 面部黑斑 止風痒 悅色 延年의 目的으로 應用되었으며 《本草綱目·薰草》는 “婦人浸油飾發 香無以加” 라 하였는데 이는 古代의 香脂를 言及한 部分으로 香脂法이 粧飾 美容 避嗅의 目的으로 使用되었음을 나타낸다.

香氣療法의 作用을 살펴 보면 芳香 植物이 香氣를 내품으면 우리의 嗅覺 神經이 腦의 가장 오래된 部分인 邊緣係에 직접 連結되어 온갖 感情과 情緒에 關한 기운에 影響을 준다. 嗅覺 神經은 우리의 코속에서 부터 腦까지 직접 連結되어 뻗어 있는 神經으로서 腦로 連結 되는 唯一한 直接 通路라고 볼 수 있다.

腦 속 깊숙이 자리잡고 있는 邊緣係는 性的인 本能, 배고픔, 목마름 등의 原始的인 慾求를 擔當하고 擔當하고 있는 部位로써 嗅覺 神經에서 온 刺戟이 電氣的 信號로 이곳에 到達하여 곧바로 消化器官, 生殖器官 等에 連結되어 情緒的 行動과 生理的 反應이 나타나게 된다. 이러한 過程을 통해 芳香劑는 身體的, 精神的으로 人體에 影響을 주고 治療效果를 얻을 수 있게 되는 것이다.

嗅覺은 대단히 銳敏하여 嗅覺 細胞는 한 개의 香水에서 始作하여 千億萬 개의 다른 냄새를 判別할 수 있다고 하지만 우리의 訓練된 코로는 수백 개의 다른 냄새로만 區別할 뿐이다. 그러나 이런

냄새의 差異를 言語로는 모두 表現 할 수 없어서 ‘장미같은 냄새’, ‘딸기같은 냄새’ 등으로 이야기 하게 된다.

이 嗅覺 神經은 腦에 連結되어 있으나 言語로는 區別되는 것이 아니라 想像과 感覺의인 것으로 認知되기 때문에 分析的이고 理智的인 形態로는 나타낼 수가 없다. 嗅覺의 異常은 맛과 色, 생각에 影響을 주고 이들 部分을 바꾸어 놓는다. 예를 들어 냄새 맡지 못하는 경우에는 맛을 모르고 鈍한 感覺으로 느껴지게 되며, 嗅覺에 異常을 가지고 있는 患者는 自身の 狀態에 따라 氣分 좋은 냄새나 나쁜 냄새, 고약한 냄새 等 多樣的 냄새로 나타나는 것이다.

사람은 生殖器와 가슴, 乳房, 腹部 等の 分泌腺에서 페로몬이라는 특별한 냄새를 뿜어 내는데, 이것은 麝香, 머스크향과 같은 香水의 냄새와 類似하다고 한다. 따라서 이들 향수는 人體의 自然的인 냄새를 더 強化시켜 주고 높여 준다고 할 수 있다.

예를 들면 女學校 寄宿舍에는 女學生 들의 月經 週期가 비슷해지는 現狀이 일어나는데 이것은 그들의 겨드랑이 等에서 分泌되는 페로몬에 의해 同時性이 誘發되기 때문이다. 또 유치원 아이들에게 엄마가 입업던 옷을 가려내게 했을 때 정확하게 찾아내는 것을 보더라도 알 수 있다. 香氣는 精神과도 密接한 關係가 있는데 宗教的인 儀式이나 行事에서 어떤 香氣를 통해 信念的인 動機가 솟아 오르고 增加되거나 ‘신성한 냄새’로써 歡喜를 느끼게 되기도 한다. 행복, 사랑, 기쁨과 같이 냄새는 精神的 感動을 느낌으로 잡을 수 있으며 이미지가 온 몸으로 퍼져서 自身을 變化시키게 한다. 냄새에 對한 感覺은 記憶과도 密接하게 連結되어 있어서 嗅覺 經驗은 대단히 正確하며 쉽게 지울 수가 없어 가장 確實하고 生생한 記憶을 되찾기도 한다. 精神治療 중에 라벤더 오일, 장미, 재스민 등을 利用하여 不安과 憂鬱 狀態를 벗어나게 하고 安定 狀態를 誘導하게 하는 方法이 있는데 이 또한 이러한 原理에 依한 것이다.

(2) 方向療法

方向療法이란 久坐, 久臥의 方向을 考慮하여 人體 疾病 및 健康을 增進하는데 目的이 있는 療法으로 主로 導引法과 竝行하여 使用한다.

方向에 對한 認識을 《異法方宜論》에 “東方之

成, 天地之所時生也……西方者, 金玉之成 沙石之處……, 北方者 天地之所閉藏之處……, 南方者 天地所長養, 陽之所盛處也……, 中央者 其他平以濕, 天地所生以 萬物也中”이라 하여 地理에는 五方이 있음을 알 수 있으며 各 方向의 特性때문에 治法 또한 다르다는 것을 알 수 있다. 《金匱眞言論》에는 “東方青色 入通于肝…….”이라 하여 五方과 人體 五臟과의 相互關係를 內經 中에서도 많이 찾아 볼 수 있으며 後世醫家들도 이러한 理論을 發展시켜 方向療法을 形成시켰다. 《諸病源候論》에서는 “治目暗不明……, 東向坐不息再通”이라 하여 肝開竅於目, 東方入通于肝의 道理를 代入시켰음을 알 수 있다. 龔廷賢은 方向療法을 세밀히 應用하였는데 《壽世保元·呼吸靜功妙訣》에 “凡天地之氣, 自子之巳, 爲六陽時, 自午至亥爲六陰時, 如陽時即對東方……, 解帶正坐”라 하여 一日中을 陽時와 陰時로 나누어 各各 다른 方向을 取하였다.

이러한 韓醫學에 있어서 方向에 對한 認識은 古來부터 定立되어 있음을 알 수 있다. 이에 8方位의 機能과 性質, 意味 등을 要約 整理하면 다음과 같다.

먼저 東쪽은 萬物의 生肉을 관장하며 五行上 目에 屬한다, 人體의 肝과 쓸개가 여기에 該當되고 色은 靑色이며 進出, 機會, 才能, 發展 등을 意味한다.

西쪽은 萬物의 氣를 거두어들이는 氣運으로 五行上 金에 該當되며 人體의 肺와 大腸이 여기에 屬한다. 色은 약간 붉은 느낌의 靑색이며 금전, 기쁨, 놀이, 사랑 등의 意味가 있다.

南쪽은 萬物의 熟盛과 膨脹을 관장하며 五行上 火에 屬한다. 人體의 心臟과 小腸이 여기에 該當되고 色은 붉은 색이며 아름답고 情熱的인 화려함과 이별, 명예, 소송 등의 氣運이 있는 方位이다.

北쪽은 차분하고 理智的이며 縮小的인 氣運이 作用하며 五行上 水에 該當하고 人體의 腎臟과 膀胱이 여기에 屬한다. 色은 검은색이며 어둠, 고난, 疾病과 같은 否定的인 意味가 있다.

南東쪽은 萬物의 完成과 定理의 氣運이 作用하며 五行上 木에 該當한다. 色은 녹색이며 人體의 허리나 股關節 部位가 여기에 該當하고 신뢰, 결혼, 팀워크 등의 意味가 作用하는 方位이다.

南西쪽은 萬物의 氣를 蓄積하는 氣運으로 五行

上에 土에 該當하며 人體의 배가 여기에 該當한다. 色은 진한 황토색이며 蓄積과 結合, 收用의 氣運이 있는 方位이다.

北東쪽은 萬物의 變化와 革新을 관장하며 五行上 土에 該當한다. 人體의 코나, 손이 여기에 該當하고 色은 밝은 황토색이며 啓發과 相續, 마감의 氣運이 作用하는 方位이다.

北西쪽은 萬物의 收拾과 統制力을 관장하며 五行上 金에 該當하고 人體의 머리가 여기에 屬한다. 色으로는 순백색이며 健康, 주인, 협력자, 관청과 같은 意味가 作用하는 方位이다.

(3) 색깔療法

색깔治療는 人體가 反應하여 나타나고 보여 주는 結果가 매우 느리지만, 일단 治療 效果가 나타나면 오랫동안 持續된다는 長點이 있다. 색깔이 가지고 있는 에너지는 一種의 電氣 磁場波에 屬한다. 電氣 磁場波가 筋肉과 精神은 물론 神經 活動에 미치는 影響을 調査해 보면 다음과 같다. 예를 들어 普通의 빛에 筋肉 強度가 23 Unit 程度로 나타나는데 이것은 파란 불빛보다는 약간 낮으며 초록 불빛보다는 약간 높은 程度이다.

사람에게 어떤 색깔을 5分 程度 비취 주게 되면 筋肉 活動은 물론 精神 活動 까지 變化가 나타난다. 憂鬱한 氣分을 높여 주고 들뜬 氣分은 가라앉혀주는 색깔의 效果를 實驗的으로 經驗할 수가 있다.

病院에서 患者의 恢復을 빠르게 하고 學校에서 學生들의 集中力을 도와주며, 눈의 疲勞를 덜어 주고 호텔 등에서 손님들에게 편안함과 친근함을 느끼게 해주는 效果 등이 生活에서 活用되고 있는 색깔의 心理的 效果 들이다.

가디알리 博士의 噴射光 治療는 색깔治療의 臨床的 應用의 一種이라고 볼 수 있는데 그 原理는 어떤 特定 색깔이 身體의 特定 臟器에 影響을 준다는 것이다. 색깔과 特定 臟器外의 關係를 살펴 보면 다음과 같다.

색깔	臟器	색깔	臟器
붉은색	肝	파란색	松葉線
오렌지색	甲狀腺, 젖샘	남색	副甲狀腺
노란색	눈의 脈絡膜	보라색	지라
레몬색	臍臟, 胸腺	심홍색	콩팥, 前立腺
초록색	腦下垂體	주홍색	辜丸, 卵巢

브런너 博士는 糖尿 患者의 肝臟部位에 노란색

과 오렌지색을 비추어 준 후 인슐린을 145 Unit 써야 했던 患者를 25Unit로 낮추었다는 보고를 한 바 있다. 그 외에도 수 많은 實驗的, 臨床的 색갈治療를 통해 밝혀진 가장 重要한 事實 中の 하나는 색갈이 一種의 營養分 또는 發育劑에 該當된다는 것이다. 색갈을 含有한 營養分은 몸으로 직접 들어가거나 食品을 통해 들어가서 健康에 많은 影響을 주는데, 이 색갈이 가지고 있는 營養素는 約 20개의 重要한 成分으로 되어 있으며, 16개(소듐, 칼슘, 마그네슘, 철분, 카드뮴, 크로미움, 니켈, 구리, 아연 等)는 미네랄에 該當되고 4個는 산소, 수소, 질소, 탄소이다.

또한 햇빛이 비타민D의 原料인 것은 다 알고 있을 것이다. 이와 마찬가지로 다른 비타민들도 特定 색갈과 關聯되어 있는데 살펴보면 다음과 같다.

비타민 종류	비타민 색갈
비타민A	노란색
비타민B	빨간색
다른 비타민B군12	붉은색과 오렌지색
비타민C	오렌지색
비타민D	보라색
비타민E	주홍색
비타민K	남색

위의 表에서 알 수 있듯이 大部分 노란색 系統의 食品은 비타민A가 豊富하고 오렌지색은 비타민C, 붉은색과 오렌지색은 비타민B군이 豊富하다.

한편 各 색갈의 特徵을 살펴보면 다음과 같다.

붉은색은 따뜻하고 刺戟的이며 充血된 狀態를 풀어 준다. 貧血의 경우, 心臟 部位에 비추주면 赤血球 數가 增加하고 발바닥에 비추주면 血液循環에 좋다. 使用할 수 있는 症狀에는 濕疹, 紅疫, 充血狀態, 手術 後 痛症, 腰痛, 筋肉痛, 關節炎, 神經炎, 坐骨神經痛, 그리고 其他 麻痺 症狀 等이며 使用해서는 안 되는 症狀에는 붉은 머리, 얼굴이 붉은 사람, 열 있는 사람, 興奮狀態에 있는 사람, 急性 炎症이 있는 사람들이다. 붉은색 食品으로는 비트, 토마토, 홍당무, 붉은 양배추, 붉은 자두, 붉은 콩, 수박, 포도, 맥아, 肝 等이 있다.

주홍색은 腦刺戟 效果, 炎症減少效果, 動脈刺戟效果, 콩팥에 에너지를 불어넣어 주는 效果가 있으며, 心理的으로는 勇氣를 불어 넣어 주는 색이다.

노란색은 身體보다는 精神的인 面에 더 많은 影響을 주는 색갈로 몸의 진동을 높여 活力을 준다. 不眠症에 시달리면 핑크색 이불보다 파란색을 쓰는 것이 좋다. 熱이 있거나 興奮된 狀態에 使用해서는 좋다.

오렌지색은 칼슘을 가지고 있는 색갈로 몸의 機能을 正常化 시켜 주는 색이다. 適應症은 喘息, 呼吸器 疾患, 筋肉收縮證, 消化障礙, 潰瘍, 脂肪線 機能障礙, 其他 意慾이 떨어졌을 때 나타나며, 脾臟, 心臟, 目部位에 비추주면 效果的이다. 또한 毛髮을 부드럽고 潤氣나게 해주며, 神經 組織의 緊張을 풀어주고 甲狀腺과 肝 機能을 強化시켜 준다. 또한 心臟 拍動을 強하게 해주며 血壓을 높여 주고 糖尿病 治療시 인슐린 주사 낮춰주며 肺에도 影響을 주어 氣管支炎을 緩和시키고 副甲狀腺 疾患 等に 治療效果를 보인다.

生理痛, 生理 量의 減少 等 모든 種類의 分泌機能에 關係가 있고 칼슘과 關聯하여 뼈, 齒牙, 結核 等を 治療 할 수 있다. 癩疾, 腎臟結石, 膽石症, 痛症, 류마티즘 治療에도 使用한다. 精神的으로 憂鬱, 焦燥한 狀態에 있을 때 발바닥이나 다리 部分에 오렌지 불빛을 비추거나 노란색 종이 위에 글씨를 써 보도록 하는 것도 좋다. 오렌지색이 많이 含有된 食品으로는 옥수수, 감자, 바나나, 파인애플, 레몬, 자몽, 참외, 오렌지, 당근, 버터, 달걀, 호박, 치즈, 복숭아, 살구 등이 있다.

레몬색과 노란색은 요오드, 철분, 금, 포스포루스, 은, 황산 등이 들어 있어 피를 깨끗이 해 주는 것은 물론 粘液性 分泌物을 除去해 주는 作用을 하기 때문에 感氣에 效果的이다. 또한 制酸效果, 下劑效果, 뼈를 튼튼히 해주는 效果 等이 있고 胸腺과 肝을 도와 記憶力을 높이는 效果가 있다.

綠色은 가장 強한 治療效果를 가진 代表的인 색갈이다. 交感 神經系에 作用하여 腎臟, 肝臟의 機能을 도와주며, 煤煙, 公害食品, 해로운 물 等에 對한 解毒 作用이 強하다. 洗淨劑와 同一한 役割을 하고 腦下垂體를 刺戟하며, 피가 凝固되어 있는 것을 풀어주고 筋肉을 튼튼하게 해준다. 膽石症 治療에도 綠色 불빛은 效果的이다. 充血現狀을 없애주고 血壓을 낮추어 주는 것은 물론이고 視神經 保護에도 綠色 안경을 하루에 10-30分 程度 着用하면 效果가 있으나 너무 오랫동안 使用하면 오히려 頭痛을 일으킬 수 있다. 食品으로는 各種 綠

色채소, 양배추, 아스파라거스, 셀러리, 푸른후추, 완두콩, 시금치 등이 있다.

靑綠色은 綠色을 混合한 色으로 充分한 安定, 定溫效果를 나타낸다. 청록색깔은 마음을 차분하게 가라앉혀 주고 頭痛, 부어오른 症勢, 興奮된 狀態, 火傷, 가려움증 등에 效果가 있으며, 1 주일에 2번 程度 비취 주면 皮膚가 좋아진다.

파란색은 붉은색과 反對되는 色으로 마음을 차분히 가라앉혀 解毒시켜주는 效果가 있다. 熱, 빠른 脈搏, 痛症, 가쁜 呼吸, 感染, 炎症 등에 주로 쓰이며, 血壓를 낮추고 興奮해 있는 狀態와 亂暴한 狀態를 차분히 가라앉혀 준다. 殺菌作用이 있고 出血을 멈추고자 할때, 목이 아플때, 急性 류마티즘, 쑤시는 痛症, 極甚한 不眠症, 高血壓, 脫毛防止에도 效果가 좋다. 또한 腦膜炎, 腦神經性 頭痛, 焦燥感, 熱射病, 神經痛, 안절부절 등의 情緒障礙에도 좋다. 그러나 麻痺症勢, 便秘, 慢性 류마티즘, 憂鬱症 등에 파란색을 使用하는 것은 絶對 禁物이다. 食品으로는 블루벨리, 푸른 자두, 청포도 등이 있다

藍色은 짙은 靑色과 보라색을 혼합한 色으로 피를 淨化시키고, 눈의 炎症, 귀의 炎症, 등을 깨끗이 解毒시켜 주는 效果가 있다. 淋巴腺이 붓는 熱性 疾患, 急性 氣管支炎, 癩疾, 肺, 코의 疾病, 扁桃腺, 內臟器官의 出血, 코피 등에 效果가 있고 細菌에 粘性性 腸炎, 痢疾, 泄瀉 등에도 效果의이다.

보라색은 脾臟을 刺戟하고 白血球 生産을 促進시켜 준다. 血壓를 낮추고 血管 收縮을 調節하는 것은 물론 淋巴腺과 筋肉 運動을 安靜시키고 소디움과 포타시움의 均衡을 維持시켜 준다. 膀胱 疾患, 腦震蕩, 癩疾, 聾聵, 神經痛, 류마티즘, 坐骨神經痛, 皮膚疾患 등에 效果의이다. 또한 보라색은 食慾을 調節해 주는 作用이 있어 肥滿症 治療에 쓰이고 心臟 活動을 便宜히 해주므로 不眠症 治療에도 使用된다.

紫色은 靑色과 붉은색의 에 의한 血管 擴張을 도와주는 것은 물론 靜脈에 刺戟的이다. 腎臟 機能을 낮춰주어 睡眠을 誘導하고 血壓低下, 消化促進 등을 가져온다. 食品으로는 브로콜리, 빨간 양배추, 비트, 紫色포도, 검은 딸기 등이 있다.

深紅色은 붉은색과 보라색의 混合色으로 모든 種類의 心臟病에 좋다. 氣管支炎, 腎臟 結石에 使用되고, 利尿作用, 血液循環에 좋다. 특히 心臟과

콩팥 機能에 治療效果를 가져온다.

各 색깔이 가지는 波長에 대해서 알아 보자.

특히, 컬러 TV는 放射線을 發出하고 벽에 反射되어 害를 주는데 어린아이의 境遇 TV를 보다가 行動過多症 등이 나타나기도 한다. 심지어 어느 學者는 TV를 낮은 볼트의 X-레이 機械라고 까지 이야기 한다.

색깔	파장A. U.(암스트롱 유니트)
붉은색	6000-67000A. U.
오렌지색	5900-6000A. U.
노란색	5800-5900A. U.
초록색	5000-5500A. U.
파란색	4700-65000A. U.
보라색	4300-46000A. U.

빛과 熱과 소리는 그 種類와 性質에 따라 각각 다르게 人體의 健康에 影響을 준다고 알려져 있다. 또한 색깔이 가지고 있는 固有한 波長과 振動數에 따라 하나의 에너지 形態로 사람과 動植物에게 影響을 준다.

색깔治療는 歷史적으로 自然 그대로의 方法, 即 햇빛에 全身을 露出시켜 우리 몸에 必要한 색깔을 받아들이게 하는 方法에서 부터 옷과 안경을 利用하는 方法, 中世紀의 성당 스테인드글라스의 색깔과 빛 등으로 이어져 왔으며, 精神病棟에서 그림 療法과 化學療法 등을 통해 患者의 精神活動과 情緒狀態를 校正해 주는 段階로 發展하게 되었다.

(4) 音樂療法

音樂療法이란 音樂을 통하여 사람의 情緒를 조절하여 疾病을 治療하는 療法으로 《呂氏春秋》에 「大樂」「侈樂」「古樂」「音律」「制樂」「明理」 등의 編을 통하여 音樂에 대해 論하였다.

音樂만큼 사람의 性情을 感化시키는 것이 그 이상 없다는 것을 古代의 학자들이 認識하여 人體에 音樂을 導入하여 生理, 病理, 養生益壽, 豫防 등에 應用함을 內經에서 찾아볼 수 있는데, 《靈樞·邪客》에 “天有五音, 人有五臟, 天有六律, 人有六腑...此人與天地相應者也”라 하여 이는 自然音樂의 五音과 律呂 등이 人體의 臟腑, 神靜에 대하여 影響이 있음을 말한 것이다. 《靈樞·五音五味編》에는 五音의 조치에 대해 詳細히 記載되어 있다.

최근 西洋에서도 音樂療法에 대해 研究가 한창이며 그것을 살펴보면 音樂療法에는 音樂研究療法과 音樂感想療法 두가지 方法이 治療的으로 使

用되고 있다.

특히 實驗的인 方法으로 音樂의 效果에 대하여 많이 證明 되고 있는 實情이다. 音樂療法の 原理는 陰陽 平衡을 維持시키는데 目的이 있기에 音樂과 中風은 매우 密接한 關係가 있다. 특히 腦梗塞과 腦出血으로 인한 後遺症에는 效果가 있는 곳으로 思料된다. 中風後遺症 患者는 疾病의 過程에서 不安이나 스트레스를 經驗하게 되고 이러한 不安이나 스트레스는 再活의 過程에 否定的 要素로 作用하고 있음을 알 수 있다. 이에 音樂療法の 必要性이 擡頭되고 있다.

(5) 소리療法

소리療法이란 天然의 소리 및 사람 音聲을 통하여 疾病을 다스리는 療法이다.

《靈樞·賊風》에 “黃帝曰, 其祝而已者, 其故何也, 岐伯曰, 先坐者, 固知百病之勝, 元知其病之所勝生者 可祝而已也.”이라 하였고, 都子光은 「五十二病方」을 分析한 結果 道教醫學에서 많이 찾아볼 수 있다.

最近 物理學에서도 波長이라는 概念으로 소리療法의 原理에 맞는 治療法이 先行되고 있다.

(6) 磁石療法

鐵磁石을 外治에 應用하는 方法이며 現代에는 磁場療法, 磁性療法, 磁穴療法이라 한다.

古來로 韓醫學에서는 各種 本草書에 磁石에 對한 技術이 言及되어 있는 바 性은 寒, 平하고 味는 辛, 鹹, 無毒하다 하였으며, 效能으로는 《神農本草經》에서는 主로 內服藥으로 風濕으로 인한 肢節痛에 쓰이고 《千金方》에서는 外用으로 金瘡出血에 磁石을 붙여 止血시켰으며 耳卒雙閉에 磁石을 耳內에 넣어 治하였다.

(7) 氣功導引療法

導引(氣功)은 野生動物의 動作을 본뜬 一種의 體操法으로 後代에 呼吸法이 加味되었고, 體位의 矯正과 骨, 關節, 筋肉 等 運動機의 彈力性和 柔軟性を 높이고, 單純히 人體의 屈身作用 만이 아니고 呼吸을 同時에 行하면서 人體內의 氣血의 循環을 活發히 促進시키고 體內의 邪氣를 몸밖으로 排泄해 내며 原氣를 능히 培養하며 不正祛邪하여, 自然治愈力을 極大化 시키는데 그 特徵이 있다.

按蹻(推拿)는 手技療法을 말하는데 醫師가 自身의 手指, 手掌, 手權을 使用하여 患者의 身體表面即 經絡과 經穴 等を 刺戟하여 疾病을 豫防하고

治療하는 一種의 醫療 方法으로써 氣血의 調和, 經絡의 疏通, 新陳代謝의 促進, 抵抗力의 增進, 局部의 血液循環, 營養狀態의 改善 및 正骨作用을 한다.

腦卒症 患者의 推拿療法은 김의성은 疏經通絡, 活血祛瘀하여 麻痺된 肢體의 機能恢復을 促進한다고 하였으며 유대국은 舒筋通絡, 行氣活血하는 效果가 있으며, 여명천은 辨證推拿에서 痰瘀阻絡, 氣虛血瘀, 肝陽上亢, 氣血虧損을 治療한다고 하였다.

推拿 治療時期는 腦卒症 發病後 2週後부터 施行하며 手技法은 推, 搨, 按, 捻, 搓, 拿, 擦 等を 使用하여, 顔面部, 背部, 四肢의 患側을 中心으로 하여 施行한다.

取穴은

① 背, 下肢部 : 天宗, 膈俞, 膈俞, 腎俞, 環跳, 陽陵泉, 委中, 承山, 風市, 伏兔, 膝眼, 解谿

② 上肢部 : 尺澤, 曲池, 手三里, 合谷, 肩井, 肩髃

③ 頭面部 : 印堂, 睛明, 太陽, 角孫, 風池, 風府를 爲主로 刺戟한다.

導引(氣功)은 漢大 華佗의 五禽戲, 宋金元 代의 八段錦, 太極拳, 等の 多樣한 方法이 만들어 졌으며 明清時代에는 辨證論治 原則이 導引에도 適用되어 臨床에 應用하였다. 腦卒症 患者의 導引 治療는 疏通經絡, 行血活血하며 血液循環을 促進시키는데 目的이 있으며, 治療方法으로는 劉貴珍은 尙功功을 爲主로 하고, 保健功, 太極氣功, 醫氣功, 行步功, 太極拳 等を 補助로 施行한다고 하였고 여명천은 周天通關法, 합막행기법, 토간기법, 찰통천법 等を 活用한다고 하였다. 王鳳環은 華佗의 五禽戲를 應用한 五禽健身氣功法으로 腦卒症 後遺症을 治療한다고 報告하였다. 腦卒症 後遺症 患者의 大部分은 氣血不活, 臟腑不調, 經脈不暢 等の 病理를 가지고 있으며 五禽健身氣功은 氣血을 調和하고 通利臟腑, 助暢經脈, 舒筋活絡의 效果가 있어 患者의 肢體機能을 恢復시켰다. 練功法은 總 16節로 이루어져 있으며, 練功 方法은 病情에 根據하여 患者는 坐位 혹은 立位하여 肢體를 自然스럽게 하고, 눈은 正面을 凝視하고, 精神을 가다듬고, 雜念을 排除시키며, 深呼吸를 하며, 精心하면서 運氣하고, 마음을 하나되게 한다. 그리고 나서 아래 各節의 運動을 20회씩 實施한다.

第1節 : 매가 토끼를 잡아채는 動作(....)

患者의 다섯손가락은 완전히 벌리게 하고, 다시 힘을 쓰면서 재빨리 할퀴듯이 손가락을 굽힌 후, 손바닥을 구부린다.

第2節 : 닭이 먹이를 쪼는 動作(綿鷄啄食)

다섯손가락을 모아서, 재빨리 주먹을 쥐어 손목을 背側로 伸展시켰다가 이어 앞으로 굽힌다.

第3節 : 공작이 잘개를 펴는 動作(孔雀開屏)

손가락을 구부려, 주먹을 쥐고 肘關節을 屈曲하여, 前臂가 뒤로 가게한다음 거드랑이가 앞에서 보이게끔 펴고 나서 外轉시킨다.

第4節 : 원숭이가 복숭아를 따는 動作(猿摘仙桃)

患側의 肘關節을 구부리고 上肢와 前臂를 外側의 위쪽으로 돌리는 動作으로 運動範圍는 작게 漸次 增大시킨다.

第5節 : 원숭이가 나무가지를 잡아채는 動作(猿攀樹枝)

患側 팔을 아래로 늘어뜨리고 난 後, 어깨, 팔꿈치 部位를 앞, 위로 最大 높이까지 올리게 한다.

그런 다음 緩慢하게 元來의 位置로 내린다.

第6節 : 새가 날개를 펴는 動作(鸚鵡展翅)

患側 팔을 주먹지게 한 후, 肩關節을 돌린다. 처음은 앞으로, 다시 뒤로 돌린다.

第7節 : 곰이 발바닥으로 하늘을 만지는 動作(熊掌觸天)

患手를 아래로 늘어뜨리고 난 후 차근 차근 끌어 올려서 머리 정수리 正中까지 끌어 올린 후, 百會穴을 按摩한다.

第8節 : 호랑이가 꼬리로 등을 치는 動作(虎尾擊背)

患臂를 뒤로 向하게 하고 등쪽으로 펴게하고 주먹을 쥐고 律動的으로 命門穴을 두드린다.

第9節 : 꿩이 홀로 서 있는 動作(綿鷄獨立)

患側 다리의 膝關節을 펴고 굽히는 屈伸 動作을 한다.

第10節 : 잠자리가 물을 스치는 動作(蜻蜓點水)

患側 발을 먼저 最大 角度로 뒤쪽으로 당기고 다시 발바닥을 最大 限度로 屈曲한다.

第11節 : 사슴이 다리를 돌리는 動作(小鹿旋足)

患者의 발꿈치를 땅에 대고, 발끝을 위로 향하게 하고 內外로 돌린다.

第12節 : 어깨를 흔드는 動作(搖肩)

施術者는 한 손으로 患者의 肩關節 上方을 잡고, 한 손으로는 患側 肘關節 部位를 잡아 時計方

向, 時計逆 方向으로, 圓形으로 돌린다.

第13節 : 팔꿈치를 흔드는 動作(攏肘)

施術者는 한손으로 가볍게 손목을 잡고, 다른 한손으로 肘關節 뒷부분을 잡고, 時計方向, 逆方向으로 交代로 圓形으로 搖動 시킨다.

第14節 : 腕關節을 돌려 筋肉을 펴는 動作(旋腕舒筋)

施術者는 한손으로 腕關節 上部를 잡고, 한손으로는 食指, 中指, 無名指, 小指를 잡고 圓形으로 關節을 旋回시키고 난 後 順序에 따라 손가락을 당긴다.

第15節 : 팔을 비벼 脈을 通하게 하는 動作(搓肢通脈)

施術者는 拇指, 食指 혹은 다섯손가락을 使用하여 患者의 皮膚, 肉, 期臑에 대고 經絡順行方向에 따라 連續하여 누른다.

練功時間과 治療過程은 每日 午後에 約 30分씩 하며, 3周를 한 번 治療過程으로 한다. 매 한번의 治療過程을 마친 後 各 關節의 活動도와 壓力를 記錄하여 比較한다.

와의 報告에 따르면 40名의 患者를 代償으로 施行한 結果 肩, 肘, 股 膝, 腕, 關節의 活動增加와 筋力增加, 壓力의 增加가 顯著하였다 한다.

(8) 이미지 療法

이 療法은 우리의 想像力을 利用하여 原하는 것을 創造해 내는 하나의 治療技術이다.

이 方法은 우리가 生活하고 있는 日常的인 것이 아니라 새롭고 낯설며 이상하지만 實質的으로는 우리들 自身도 모르게 이미 日常生活에서 利用하고 있다고 말할 수 있다.

이 方法으로 이루고자 하는 目的은 物理的인 것, 感情的인 것, 精神的인 것, 또는 靈的인 것이 될 수 있으며 病을 깨끗이 治愈하고자 하는 것, 어려운 狀況을 效果의으로 解決하고자 하는 것도 包含될 수 있다.

3) 再活療法의 時期, 方向, 恢復에 影響을 미치는 因子

腦卒中의 再活治療를 始作하는 時期는 腦卒中 後 48時間 동안 神經學的 缺損의 進行이 없으면 始作하는 것이 좋다고 하였다. 可能한 早期에 再活治療를 始作하는 것이 하나의 基本原則으로 되어있다. 再活治療 中에 注意하여야 하는 事項은

100회 이상의 頻脈, 呼吸困難, 眩氣症, 胸痛, 青色症이 나타나면 治療行爲를 멈추어야 한다. 腦卒中 的 再活에 있어서는 腦卒中 發生 後 再活治療를 받기 까지의 期間이 長수록 再活治療를 마친 後의 結果가 不良하다는 根據가 있으며, Johnson等에 의하면 早期 再活治療는 入院期間을 短縮시켰으며 50-60年代의 腦卒中 患者의 入院 期間은 8-9個月이었으며 早期再活治療를 施行한 後의 平均 入院 期間은 3-6周라고 밝히고 있다. 그리고 신현대에 의하면 腦卒中 後 早期再活治療를 받은 患者群은 다른 患者群에 비해 獨立的 步行의 比率이 意義性 있게 높다고 報告했다.

腦卒中의 恢復速度에 對한 研究는 여러저자들에 의해 發表되어 왔는데, 普通 6周에서 3-6個月 以內에 最大限度로 恢復된다고 하였으며, Tangeman은 腦卒中 後 적어도 1年 以上된 慢性腦卒中 患者도 集中的인 再活治療 後에 機能의 向上이 있었다고 報告하였다.

初期腦卒中의 恢復은 神經學的 恢復과 機能의 恢復으로 分類되며 神經學的 恢復은 腦卒中의 發病機轉과 病所部位에 따라, 機能의 恢復은 外部環境, 再活治療의 有無, 患者의 意志力 等에 左右된다. 또 Wade는 나이가 恢復에 重要하며 性(性)은 別 相關이 없으며 左側 或은 右側 偏麻痺의 差異는 有意性이 없다고 하였다. 그러나 一般的으로 右側 偏麻痺보다 左側 偏麻痺가 더 나쁘다. Mayo는 나이, 性, 病辨의 部位, comorbidity, 憂鬱症의 出現과 知覺認識, 聽覺理解와 言語의 障礙程度가 恢復에 影響을 주며, 특히 나이는 걸음과 계단오르기, 知覺障礙는 앉기와 계단오르기, 憂鬱症과 聽覺的 理解障礙는 步行에 影響을 미친다고 하였다. 그리고 Robinson은 憂鬱, 知的, 身體的 機能障礙 恢復에 있어 患者를 가장 잘 아는 家族의 役割을 強調하였다.

再活治療는 拘縮과 褥瘡 等の 合併症을 豫防할 수 있도록 빨리 始作해야 하며, 集中的인 再活治療는 腦卒中 後 身體的인 不能을 줄이고 社會的 經濟的 費用을 줄일 수 있다. Dombory는 腦卒中 後 再活治療의 基本 方向과 目的을 1) 二次的인 合併症을 最小化하거나 豫防한다. 2) 感覺과 知覺喪失에 對한 報償 3) 失調된 運動機能의 代替 4) 外部刺戟을 提供 5) 社會適應에 勇氣를 附與 6) 높은 動機 附與 7) 獨立的 機能과 家庭生活營爲

8) 可能할 때 職業的인 成就를 이루게 한다는데 있다고 하였다.

急性期의 治療目的은 變形 拘縮 褥瘡 全身機能低下 等の 2次 障礙의 豫防으로 弛緩性으로 나타나는 症狀를 막는다. 安定期 治療目的은 全身機能의 改善, 關節可動의 維持 및 增大, 健側上下肢의 強化, 麻痺側의 機能恢復에 主力한다.

豫想되는 많은 合併症을 豫防하는 것에서 부터 物理治療, 作業治療, 言語治療, 各種 보장구의 使用 等を 通하여 患者의 低下된 機能을 恢復시켜 앉기, 이동하기, 서기 옷입고 벗기, 식사하기, 대소변 처리, 步行 等を 最大한 他人의 도움없이 할 수 있도록 하는 것, 即 日常生活 動作의 獨立性을 維持시키는 것이라 할 수 있으며, 廣範圍하게 腦卒中 發病機轉에 접하였던 社會로 復歸하여 잘 適應할 수 있도록 도와주는 것까지가 再活治療의 役割이다.

4. 看護管理研究

1) 看護學의 次元에서 再活에 關聯된 理論的 背景

Orem은 看護의 窮極的인 目標은 患者의 自家看護을 위한 潛在力을 最大化하여 獨立狀態로 되돌아 갈 수 있도록 도와주는 것이라고 하였다. 再活의 窮極的인 目標 또한 對象者의 獨立的인 自家看護으로써 全人看護의 第 2段階인 再活看護 領域에서 自家看護의 意義는 매우 크다고 볼 수 있다. 따라서 再活看護가 없는 狀態에서 全人看護의 目的은 達成될 수 없으며, 自家看護의 概念 없이 再活看護의 目標은 成就될 수 없다.

再活에 있어 自家看護는 무엇보다도 日常生活 活動을 스스로 하게 함으로서 漸次的으로 다른 活動도 自身이 할 수 있는 勇氣를 갖게 되기 때문에 自家看護는 全人看護의 重要한 概念으로 생각할 수 있으며, 이러한 意味에서 自家看護를 看護目標로 설정한 Orem의 看護理論은 再活領域을 매우 適切하게 說明하고 있다(Rusk ; Kelman,1962 ; Levine,1980).

Orem은 自家看護를 生命과 健康과 安寧을 維持하기 위해서 각 個人이 自身의 日常生活活動을 스스로 修行하는 行爲로 正義하면서 모든 사람에게 自家看護는 共通的으로 必須的인 要素이며 看護란 健康上의 問題로 인하여 이러한 自家看護를 스스

로 할 수 없는 사람에게 直接的인 도움을 주는 것이라고 하였다.

Orem의 看護理論은 一般的인 自家看護(self-care)理論, 自家看護缺損(self-care deficits)理論, 看護體制(nursing system)理論의 3가지 構造로 構成되어 있다.

첫째, 一般的인 自家看護理論에서 自家看護는 基本的인 人間慾求를 充足시키고 日常生活의 모든 活動을 包含시키는 一般的인 自家看護(universal self-care)와 人間의 生活週期에 따른 各 段階의 發達科程과 關聯된 自家看護(developmental self-care)로 區分된다. 一般的인 自家看護는 (1) 空氣의 充分한 攝取維持, (2) 물의 充分한 攝取維持 (3) 飲食의 充分한 攝取維持 (4) 圓滑한 排泄作用 (5) 活動과 休息의 均衡維持 (6) 孤立과 社會의 相互作用의 均衡維持 (7) 生命, 機能, 安寧의 障礙豫防 (8) 正常的인 삶을 위한 人間의 機能과 發達增進의 8개 領域으로 分類하였고 發達과 關聯된 自家看護는 發達過程에 있어서 特別한 一般的인 自家看護要求와 어떤 狀況(예;思春期, 妊娠)으로부터 流出되거나 事件(配偶者나 父母死亡等)과 關聯된 새로운 自家看護要求를 말한다.

둘째, 自家看護缺損理論에서 健康離脫과 關聯된 自家看護는 醫學的 診斷과 治療를 받고 있는 사람으로 病理的으로 아프거나 損傷을 입은 사람에게 該當되는 自家看護要求를 말하며 (1) 一般的인 自家看護要求를 充足시키도록 適應하는 일 (2) 自家看護에 對한 새로운 技術을 選定하는 일 (3) 自我像을 바꾸는 일 (4) 日常生活의 習慣을 바꾸는 일 (5) 새로운 삶의 形態로 發展시키는 일 (6) 健康離脫의 結果에 適應하는 일로 區分하였다.

셋째, 看護體制理論에 있어서 環境과의 相互作用을 通해서 健康과 關聯된 諸般行動을 하는 能力을 自家看護體制라고 하여 이러한 自家看護體制가 限定되거나 自家看護에 缺損이 있을 때 看護體制 즉 看護調整이 要求된다고 하여 3가지로 看護體制를 分類하였다. (1) 完全한 報償體制(wholly compensatory system)의 경우는 自家看護를 修行하는데 있어서 生理的, 心理的 制限을 받는 患者를 위하여 看護士의 도움이 必須的인 體制이고 (2) 部分的 報償體制(partly compensatory system)는 他人의 도움과 함께, 自身이 自家看護를 修行할수 있는 患者의 경우로 看護士와 患者의

行爲는 看護行爲遂行 內容에 따라 多樣하다. (3) 支持-教育的體制(supportive-educative system)는 患者가 內的, 外的으로 指示된 治療的 自家看護를 隨行할 수 있고 修行하도록 學習해야 하나 助力없는 할 수 없는 體制이며, 이 體制에서의 助力方法은 支持(supporting), 指導(guiding), 發展的인 環境의 提供(providing a developmental environment), 教育(teaching)의 組合이 要求된다. Orem, 1980)

이러한 Orem의 自家看護理論은 受惠者 自身の 健康管理을 하는데 있어서 受惠自家 보다 積極的인 役割을 하고 看護士는 受惠自家 自家看護 活動을 하도록 도와 주는데 要點을 두어 스스로 健康問題에 關心을 갖도록 主導權을 受惠者에게 둔 接近으로 看護의 目標 또한 患者의 自家看護를 위한 潛在力을 最大化하여 獨立狀態로 되돌아 갈 수 있도록 도와주는데 두고 있다.

再活看護의 窮極的인 目標은 日常生活에서의 活動을 遂行할 수 있도록 支持하는데 있으므로 再活看護는 自身の 生命과 健康과 安寧을 維持하기 위해서 各 個人이 日常生活를 遂行하는 活動의 實際인 自家看護와 같은 目的을 갖는다. 그러므로 自家看護의 概念없이 再活看護의 目標은 成就될 수 없다. Levin(1978)은 自家看護란 健康을 增進시키고 疾病을 豫防, 發見, 治療하는 데 있어서 그 自身을 위하여 機能하는 科程이라 하였고 Fry는 自家看護를 健康維持, 疾病豫防, 自家診斷과 自家投藥 및 自家治療, 健康管理참여의 4가지 役割이라고 하였다. Porter and Shamian(1983)은 自家看護란 個人的 安寧한 水準을 향해 스스로를 위해 스스로 하는 行爲로서 人間은 根本的으로 自身을 돌볼 수 있는 能力을 지니고 있고 環境을 調節하기 위한 選擇을 하며 意圖的인 活動을 하는 責任感있고 思考하는 存在이기 때문에 人間의 安寧水準은 그 사람의 自家看護 遂行能力 程度와 直接的으로 比例하는 것으로 볼 수 있다고 하였다. 이런 自家看護 行爲 移行에는 여러 가지 要因이 影響을 미친다고 볼 수 있는데 自家看護 行爲 移行을 북돋아주기 위한 가장 重要한 戰略으로 問題 解決을 위한 技術과 知識의 習得, 適合한 環境을 提示하였고(Levine, 1978) 疾病에 對한 知覺, 知識과 自家看護 行爲와의 關聯性を 提示했다.(최영희, 1983)

2) 再活看護의 定義

再活(rehabilitation)의 語原은 다시 能力을 찾는 다(reablement)라는 뜻으로서, 身體의 一部 또는 그 機能의 一部를 喪失한 사람에게 그가 가진 能力을 最大한 開發시켜 社會속에서 身體的, 教育的, 職業的으로 最大의 獨立性을 가지고 살 수 있도록 個人的 役割을 再確立하고 삶의 質을 增進시키도록 도와주는 모든 科程을 意味한다.

再活에서 무엇보다도 重要的 것은 對象者를 總體的 存在(holistic humanbeing)로 認識하는 것이다. 즉 對象者를 對象者와 그의 環境間의 相互依存的 觀點에서 理解하는 것으로, 이 科程은 力動的이고 專門的인 健康管理 팀 內에서 個人이 參與한 決定에 焦點을 두므로써 이루어질 수 있으며, 이러한 相互交換을 통해 個人的 潛在力을 開發하고 自我實現을 成就할 수 있다.

再活看護란 心身不具自家 自己的 障礙를 克服하기 위해 모든 能力을 動員하여 身體的, 精神的, 社會的으로 獨立하여 滿足한 生活을 할 수 있도록 다른 再活팀과 함께 協助하여 돕고 支持해주는 것을 意味한다. 美國의 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities에서는 再活看護의 主要 基準으로 team approach, 患者參與, 事例 管理, 全人的 接近, 評價 및 教育을 提示하고 있다.

再活팀에는 看護士, 醫師, 自然療法 專門醫, 心理學者, 物理治療士, 作業療法士, 言語治療士, 社會事業家, 再活 엔지니어, 性相談家, 精神과 醫師, 靈的 指導者, 醫療 補助裝備 製作士(orthotist) 등이 包含되며, 二重 看護士는 팀 調整者로서 看護科程의 諸段階를 適用하여 모든 팀의 構成員으로 부터 資料와 情報을 收集하고, 再活看護의 모든 側面을 調整하며, 患者를 위한 全人看護로 綜合하는 機能을 遂行하게 된다.

3) 간호사정

간호사정의 段階에서는 사람들은 不具에 대해서로 다르게 反應하므로 患者의 身體 機能이나 構造 變化에 대해 患者 및 患者의 家族들이 어떻게 知覺하고 있는지에 對한 確認과 患者의 不具나 機能의 影響을 동시에 考慮해야 한다. 機能의 能力에 對한 사정은 患者가 活動하는데 있어 依存과 自立의 程度, 日常生活 活動에 소요되는 時間, 必

要한 도움의 程度를 觀察하므로써 이루어질 수 있는데 FIM(functional independence measurement), Barthel index(Maryland disability index), PULSES profile 등이 널리 活用되고 있다. 認知 및 行動을 사정하기 위해 Glasgow coma scale, Rancho Los Amigos scale, Mini-mental status examination과 Beck's Inventory 또는 Zung 이 開發한 憂鬱 測定道具가 活用되기도 한다.

4) 看護診斷

사정資料에 根據하여 中風 後遺症 患者에게 내릴 수 있는 看護診斷의 例는 다음과 같다.

- ① 身體的 機動性 障礙 - 半身 不全麻痺, 均衡感과 調整力 喪失, 剛直, 腦損傷 등과 關聯된
- ② 痛症 - 半身麻痺와 使用 中止로 인한
- ③ 自家看護 缺乏 - 中風 後遺症으로 인한
- ④ 排尿障礙(失禁) - 弛緩性 膀胱, 排尿筋의 不安定性, 精神 混沌, 醫師疏通 障礙와 關聯된
- ⑤ 思考過程 障礙 - 腦損傷, 精神 混沌, 指示에 따르는 修行能力의 不足 등과 關聯된
- ⑥ 言語的 의사소통 障礙 - 腦損傷과 關聯된
- ⑦ 皮膚損傷(實際的 或은 潛在的) - 半身麻痺, 半身不全麻痺, 機動性 減少 등과 關聯된
- ⑧ 家族過程의 障礙 - 深刻的 疾病 및 그로 인한 過重한 看護負擔과 關聯된

5) 再活看護 目標

再活看護의 一般的 目標은 家庭이나 地域社會 內에서 獨立된 生活을 할 수 있도록 도와주는데 있다. 獨立的인 日常生活에 妨害되는 要素는 身體 障礙로 인해 招來된 合併症이라고 볼 수 있기 때문에 再活看護의 具體的 目標은 ① 奇形과 合併症을 豫防하여 身體的 可動性을 最大한 維持하고, 皮膚損傷을 豫防하며, ② 患者가 日常生活 活動을 最小한의 도움으로 行해 나갈 수 있도록 教育을 提供하고, 患者와 家族에게 動機를 附與하며 支持해 주고, ③ 不具에 따르는 心理的 問題를 肯定的으로 극복할 수 있도록 돕는데 있다.

6) 看護 修行

(1) 奇形과 合併症 豫防을 위한 看護

① 體位 維持

올바른 體位 維持는 身體에 가해지는 壓迫의 緩

和, 動縮豫防, 循環의 促進, 浮腫의 豫防 및 呼吸器 分泌物의 排出을 容易하게 하는데 必修的이다 (Lamb,1979).

體位維持時 神經部位의 壓迫을 最小化하고 바른 身體線列을 維持하기 위해 hard board, foot board, cradle, trochanter roll, hand resting splint, hand roll 等과 같은 器具를 使用한다. 즉 重力으로 인한 變形을 豫防하기 위해 매트리스 밑에 단단한 판(hard board)을 깔아 全身을 堅固하게 支持하고, 患者가 日常生活 活動(ADL=activities of daily living)에 參與時를 除外하고는 扁平한 姿勢로 寢上에 누워 있도록 激勵한다. 長時間 동안 앉아있는 姿勢는 股關節 屈曲 變形의 原因이 되므로 避하는 것이 좋다.

中風 弛緩期에는 발과 다리의 角度를 正常으로 維持시키기 위해 規則的으로 foot board를 대주어 腓腹筋의 動縮으로 인한 足底屈曲(foot drop)과 아킬레스건의 短縮을 豫防한다.

損傷받은 四肢에 強直現狀이 나타나면 침상 크레들을 適用하여 침요가 患者의 四肢에 닿지 않도록 한다.

屈曲筋은 弛緩筋 보다 強하게 作用하기 때문에 對象者의 損傷받은 쪽 四肢 屈曲을 豫防하기 위해서 就寢時 四肢 뒤쪽에 부목(posterior splint)을 대주어 바른 姿勢의 維持를 돕는다. 또한 股關節의 外回轉을 豫防하기 위해 trochanter roll을 腸骨陵에서 大腿 中間 部位까지 대주고 大轉子突起 아래 部分을 固定시켜 大腿骨의 外轉을 豫防한다.

베개를 겨드랑이 사이에 위치시켜 팔이 가슴에서 떨어지도록 해주므로써 損傷받은 쪽 어깨의 內轉을 豫防하고, 팔을 약간 屈曲시킨 狀態에서 中立的인 姿勢를 취해주고 베개를 팔 밑에 고여 팔꿈치는 어깨 보다 높게, 팔목은 팔꿈치 보다 높게 維持 하므로써 팔의 浮腫 豫防은 물론 纖維增殖(fibrosis)을 막아 正常關節 運動範圍의 維持를 激勵해 줄 수 있다.

손가락의 屈曲狀態 維持를 위해 hand roll을 適用하고, 손목과 손의 機能的 狀態를 維持하기 위해 손바닥이나 손목에 固定用 부목(hand resting splint)을 適用하기도 한다.

② 體位 變更

對象者의 體位는 每2時間 마다 變更해 준다. 이 때 損傷 받은 部位는 感覺損傷이 있으므로 長時間

損傷된 部位쪽으로 눕히는 것은 避한다. 그러나 이러한 體位는 側面에 對한 對象者의 知覺增進과 正常的인 손의 使用을 容易하게 할 수 있다. 또한 腹位를 取할 수 있는 境遇 하루 2-3回, 한번에 15-30分間 對象者에게 腹位를 取해주므로써 무릎과 大腿 關節의 屈曲動縮을 豫防하고, 正常的인 걸음이 可能하도록 股關節을 遇伸展시켜주며, 氣管支 分泌物의 배액과 어깨와 무릎의 動縮性 變形을 豫防할 수 있다.

김인숙(1982)은 中風 後遺症 患者에게 適切한 體位維持와 運動을 통해 自家看護 修行의 빠른 恢復을 立證하였다.

③ 治療의 運動

運動은 關節과 軟組織의 可動力 維持 및 增進, 奇形豫防, 循環의 刺戟, 힘과 持久力 增進과 弛緩을 促進 하므로, 中風 後遺症 患者의 自家看護 增進을 위한 目標로 設定되어야 한다(Stryker,1977 ; Furerst et al.,1974).

中風 後遺症 患者는 身體의 한쪽 部分이 完全히 또는 部分的으로 硬直性과 協力作用을 나타내므로 麻痺된 部位 筋肉의 強度와 硬直性, 體幹部筋力, 隨意筋力, 運動 및 鍵盤射恢復, 柔軟性의 恢復에 重點을 둔 運動方法이 要求된다(나영설,1989 ; 윤창구,1990 ; 신정빈,1988 ; 남영호,1991 ; Murray,1987 ; Otto,1989).

筋肉의 機能恢復과 關節 可動性의 向上 그리고 柔軟性 增進을 위한 運動으로는 筋肉運動과 柔軟性 運動이 있다. 筋肉運動에는 等尺性 運動과 等長性 運動, 等速性 運動이 있는데 等尺性 運動은 주먹을 움켜 쥐거나 무거운 짐을 밀어 낼때 이루어 질 수 있는 運動이고, 等長性 運動은 患者는 固定된 姿勢에서 筋肉의 收縮과 弛緩을 交代로 反復하는 運動으로 筋肉의 強度를 維持하기 위해 實施되는데 方法은 關節을 움직이지 않고 筋肉을 몇 초 동안 收縮시킨 後 弛緩시키는 動作을 反復하는 것이다. 等速性運動은 일정한 重力하에 機械的으로 運動을 시키는 運動治療 方法을 意味한다. 柔軟性 運動은 關節의 運動範圍(range of motion)로서 動的 스트레칭과 靜的 스트레칭이 있으나 安定性을 위해 靜的 스트레칭이 勸獎되고 있다(최명애,1994).

그러나 中風 後遺症 患者들은 大部分이 스스로 움직이지 못하기 때문에 運動計劃은 患者의 狀態

에 따라 日常生活 動作 增進을 目標로 受動運動, 補助的 能動運動, 能動運動으로 計劃한다. 受動運動은 關節 運動性的 維持, 增進에 效果的이다. Hathaway(1983)의 研究에서는 能動運動이나 等長性 運動이 受動 運動 보다 效果가 크다고 밝히고 있다.

受動運動으로서 關節 運動範圍는 中風 後遺症 患者의 廢上運動으로 매우 重要하며, 關節 運動 範圍 中 어깨와 팔꿈치, 손 그리고 발목의 運動은 日常生活 動作과 매우 密接한 關係가 있기 때문에 특히 有意하여야 한다. 上肢運動은 關節에 따라 多樣的 運動 範圍를 必要로 하는데 治療 初期 부터 上肢의 機能이 恢復될 때 까지 上肢를 계속 刺戟 하는 것이 必修的이며, 四頭筋 運動과 臀筋의 運動은 걷기에 必要한 筋力을 恢復하기 위해 初期 부터 實施한다.

Brunner(1982)는 하루 3-10회 受動的 關節 運動을 實施하면 動縮을 豫防할 수 있고, 損傷받지 않은 손으로 麻痺된 部位의 四肢運動을 하는 것이 日常生活 動作의 修行에 도움을 준다고 하였고, Gersten 等(1970)의 研究에서는 어깨의 屈轉, 外轉과 外回轉이 ADL과 높은 相關關係를 나타내었다. 또한 正中線 等(1991)은 中風 後遺症 患者에게 等速性 運動治療를 한 結果 患側 部位에서 有意한 差異를 나타내며 運動治療 效果가 있었음을 報告하였다. 한편 강현숙(1985)의 研究에서 運動을 再活 強化教育 內容으로 實施한 結果 患者의 自家看護 修行 程度를 向上시켰고, 김병은(1991)의 研究에서도 健康계약 內容에 運動을 包含시킨 結果 日常生活 動作 修行程度가 增進되는 것으로 나타났으며, 서문자(1988)와 이정민(1994)의 研究에서도 再活 運動의 重要性이 立證된 바 있으며, 석소현과 강현숙(1995)은 現在 普遍的으로 施行되고 있는 運動 프로그램에 中國의 推拿療法을 토대로 한 침상 運動프로그램을 開發하여 中風 後遺症 患者의 日常生活 動作에 미치는 效果를 확인 結果 發病日로부터 治療時間이 빠를 수록 日常生活 動作 修行 恢復程度가 높게 나타나 早期再活이 偏麻痺 患者의 基本治療 原則임을 再確認하였다.

그러나 現在 大部分의 患者는 物理 治療室에서 1日 1回 程度만 運動을 하고 入院室에서는 거의 運動을 하고 있지 않기 때문에 運動效果가 떨어지고, 그 結果 日常生活 動作 修行能力의 恢復이 遲

延된다. 運動에 있어 가장 重要한 것은 運動의 始作時期와 規則性 및 反復性 이므로 中風後遺症 患者의 早期 再活을 激勵하기 위해 入院室이나 침상에서 可能한 規則的이고 包括的인 運動 프로그램의 開發이 要求된다.

④ 物理治療

奇形과 合併症 豫防을 위한 여러가지 治療의 運動이나 機能 恢復을 위한 身體의 看護중재는 열, 물, 광선, 전기, 마사지, 초음파 等과 같은 物理的 要所를 利用하여 神經 筋骨格系의 病變을 治療하고 疼痛을 緩和시키는 物理治療가 竝行될 때 더욱 效果的이다.

熱療法(heat therapy)은 接觸熱이나 輻射熱을 利用해서 皮膚와 皮下 脂肪 組織까지 熱을 傳達하므로써 鎮痛作用, 結合 組織의 伸展도 增加, 筋攣縮의 減少, 浮腫의 吸收를 促進시킨다. 水療法(hydrotherapy)은 筋肉의 弛緩과 부력을 利用한 水中運動, 氣泡를 利用한 마사지와 電氣刺戟을 줄 수 있으며, 마사지와 손을 利用하여 神經 筋肉의 活動을 돕고 血液과 淋巴液의 循環을 圓滑하게 하여 全身의 平安함과 疲勞恢復 效果를 얻을 수 있다. 여기에는 쓰다듬기, 누르기, 두드리기, 문지르기 및 振動 等의 方法이 使用된다.

(2) 褥瘡의 豫防과 管理

褥瘡은 軟組織의 局所的 硬塞으로 이는 正常 모세혈관압(32mmHg) 보다 큰 힘이 皮膚에 長期間 可해졌을 때 發生한다. 특히 中風 後遺症 患者는 麻痺로 인해 恒常 同一한 體位를 維持하는 境遇 皮膚에 몸무게가 가해져서 그 部位에 血液循環의 障礙가 오며 그로 인해 짧은 時間內에 褥瘡이 發生하기 쉽고, 특히 感覺損傷이 同伴된 患者는 疼痛과 壓迫을 느끼지 못해 皮膚 損傷이 加速化 되기 쉽다. 따라서 中風 後遺症 患者 看護時 褥瘡의 豫防을 위한 看護管理가 매우 重要時 된다.

① 褥瘡의 豫防을 위한 看護管理

褥瘡을 豫防하기 위해 持續的인 皮膚 觀察, 皮膚看護 實施, 體位變更, 營養 供給, 體重調節, 傷害로 부터의 保護 等이 要求된다. 褥瘡의 첫 徵候는 發赤이므로 看護士는 每日 皮膚表面을 觀察하여 發赤 有無를 確認하고 適切한 皮膚看護를 實施한다. 즉, 每日 溫水와 비누를 使用하여 沐浴을 實施하고, 皮膚의 乾燥를 恒常 維持하며, 허리, 臀部, 股關節, 발, 발뒤꿈치 部位는 로손이나 항균 파우

더를 適用해 주며, 부드러운 고무베개나 패드를 사용하여 發赤部位의 壓迫을 減少시켜 준다. 또한 體位 變更을 자주 實施하여 한 部分에 1時間 以上 壓迫을 가하지 않도록 注意하고, 보조기를 着用하고 있는 患者는 보조기가 皮膚를 壓迫하거나 磨擦을 일으키는가의 여부를 觀察한다. 褥瘡의 豫防과 治愈의 增進을 위해 高蛋白 食餌를 投與하고, 麻痺가 온 部位는 傷害로 부터 保護하여야 한다.

② 褥瘡의 管理

일단 褥瘡이 發生하면, 褥瘡部位를 開放하고 加해질 수 있는 모든 壓迫을 除去해 준다. 특히 身體 後面에 褥瘡이 發生한 境遇에는 伏臥位나 側位를 取해준다. 또한 循環을 增進하고 細胞 機能의 恢復을 위해 高蛋白 食餌를 投與하며, 敗血症의 豫防과 上皮組織의 再生을 促進하기 위해 傷處部位를 消毒하고 壞死組織을 除去해 준다.

(3) 自家看護의 增進 ; 日常生活 活動의 支持

日常生活 活動(ADL)은 每日 修行해야 하는 自家看護 活動으로 個人衛生, 옷입기, 식사하기, 화장실 利用하기, 身體의 移動, 휠체어 使用하기, 步行, 손동작 등이 包含된다. 實際 患者가 日常生活 活動을 修行하는 能力程度는 家庭이나 社會로 復歸하는데 重要한 열쇠 된다.

ADL 프로그램을 實施하기 전에 看護士 機能의 能力을 把握하고, 家族의 支持를 얻기 위해 家族의 背景에 對한 確認을 해야 한다. 특히 오늘날 中風 後遺症 患者 再活 看護 計劃에 있어 自家看護에 對한 早期 教育의 實施가 強調되고 있으며, 教育의 效果를 增進시켜 對象者들을 바람직한 方向으로 行動을 修正하기 위해 強化(reinforcement) 教育이 效果的이었음이 여러 研究에서 立證된 바 있다.(강현숙,1984 ; 한,1987 ; Fowler,1969 ; Grosik,1968 ; Hollon,1973 ; Baltes et al.,1976)). 이 以外에도 ADL 프로그램의 成功에 影響을 미치는 要所로는 家族의 支持, 再活에 對한 意志 및 動機, 患者의 性格, 對人關係 등이 있다(Lehmann, 1975 ; Smits, 1974 ; Adderman, 1980 ; Albrecht, 1975 ; Egglund, 1973 ; Egbert, 1964).

(4) 社會 心理的 看護

① 中風 後遺症 患者의 스트레스

中風 後遺症은 매우 衝擊的 事件이며 갑작스런 不具로 因하여 患者와 家族은 甚한 憂鬱과 스트레스를 經驗하게 된다(Rusk, 1977).

臨床적으로 볼 때 患者들은 憂鬱症, 不安感, 忿怒, 興奮을 抑制하지 못하고 쉽게 밖으로 表出하기도 한다. 中風 後遺症 患者의 60% 程度에서 憂鬱症을 經驗하는데, 이 憂鬱症은 知覺運動症候과 聯關된 情緒에 逆機能을 나타내기도 한다 (Walsh,1978).

中風 後遺症 患者의 스트레스와 關聯된 先行研究를 살펴 보면 박원경(1988)은 中風 後遺症 患者가 知覺한 스트레스를 身體的, 社會的, 心理的 要因으로 區分했는데 身體的 要因에는 身體機能 障礙로 인한 步行障礙, 日常生活 活動障礙, 視力障礙, 感覺障礙가 包含되고, 社會的 要因에는 家族關係, 家族內의 役割變化, 對人關係에 對한 두려움, 그리고 心理的 要因에는 入院으로 인한 治療費 負擔, 職場復歸 問題, 娛樂이나 취미生活의 어려움, 病院生活에 對한 不便感 등이 包含되며 麻痺患者는 身體機能 障礙로 오는 個人 內部的 스트레스가 主要 스트레스 要因이며 이로 인해 情緒의 障礙인 反應性 憂鬱을 더 많이 經驗한다고 하였다.

이명해(1991)의 研究에서도 身體的 要因으로 인한 스트레스가 가장 높음을 볼수 있으며, 최은숙(1993)은 中患者의 自家看護 水準에 따른 保護者의 스트레스 程度는 統計적으로 有意한 差異가 없었다고 報告하였다. 강현숙(1994)은 再活過程을 통해 少陰人 體質에서 스트레스가 가장 높고, 左側麻痺 보다 右側麻痺 患者에서, 再發 患者에서 스트레스 程度가 높았으나 統計적으로 有意한 差異는 없었다고 報告하였다. 또한 스트레스 程度는 入院初期보다 退院前 그리고 추후 管理時期에 漸次的으로 減少되어 再活過程에 따라 有意한 變化가 있으나 對處樣相은 全 再活過程을 통해 對象者의 大部分이 消極的인 對處를 하고 있는 것으로 나타났다.

Ahlsio等(1984)은 中風 後遺症 患者 96名을 2年間 追跡 觀察한 結果 憂鬱이나 不安이 身體的 障礙 以上으로 機能恢復과 質的 삶에 큰 影響을 미치는 要因임을 指摘하고, 中風 後遺症 患者에게는 반드시 心理的 治療가 並行되어야 함을 強調하였다. Feibel과 Springer(1982)는 腦卒中 患者의 26%가 發病 6個月 後에 憂鬱이 나타났으며 日常生活 活動과 身體的 可動性과 有意한 關係는 없으나 發病 以前의 狀態로 復歸하는 데는 影響을 미치므로 注意 깊게 觀察하여 對策을 세우는 것이 重要하다

고 하였다.

以上の研究結果들을 綜合해 보면 中風 後遺症 患者는 疾病의 過程에서 不安이나 스트레스를 經驗하게 되고, 이러한 不安이나 스트레스는 再活의 過程에 否定的 要素로 作用하고 있음을 알 수 있다. 따라서 對象者의 不安이나 스트레스를 減少시키기 위한 多様な 看護仲裁 戰略이 要求된다.

② 中風 後遺症 患者의 心理的 看護

오늘날 不安이나 스트레스 減少를 위한 看護중재 方法으로 敎育을 通한 事前 準備의 強化, 社會的 支持의 增進을 위한 支持모임(self help group)에의 참여 격려 및 靈의 看護의 提供, 漸進的 筋肉弛緩(progressive muscle relaxation=PMR), 冥想(meditation), 心象療法(imagery), 催眠, 音樂療法 등이 있다(박, 1986 ; 韓國 스트레스 매니지먼트 研究所, 1990). 그러나 中風 後遺症 患者를 對象으로 이와 같은 心理的 看護仲裁를 適用한 研究는 찾아 보기 힘들어 이들 心理的 看護를 適用한 看護仲裁 效果를 檢證하는 研究가 要求된다.

가. 社會的 支持

社會的 支持(social support)란 個人으로 하여금 그가 사랑과 보살핌을 받고 있으며(情緒的 支持), 그가 尊重받고 가치롭게 여겨지고 있고(尊重的 支持), 그가 醫師疏通과 相互 責任을 갖는 組織望의 一部라는 事實을 믿도록 하는 情報로서 여러 研究들에서 社會的 支持가 個人의 身體的 心理的 健康과 密接한 關係가 있으며, 疾病으로 부터의 恢復期間을 短縮시키고 再活速度를 增加시켜 주므로서 再活 分野에서도 그 重要性이 人情되고 있다(Robson et al., 1968 ; Kiritz & Moos, 1974 ; Cobb, 1976 ; Heller & Swandle, 1983 ; Leavy, 1983).

나. 漸進的 筋肉 弛緩(progressive muscle relaxation = PMR)

弛緩術이란 緊張을 緩和시키고 交感神經係의 活動을 減少시켜서 生理的, 心理的 스트레스를 減少시키는 技術이다. 弛緩術을 통해 스트레스 反應을 輕減시키며, 結果적으로 스트레스로 인한 否定的 影響을 豫防하고, 管理할 수 있으며, 나아가 對象者의 삶의 質 까지 增進시킬 수 있다(Benson, 1975 ; Snyder, 1984 ; Sims, 1987 ; 박, 1988).

弛緩術은 藥物이나 특별한 道具를 使用할 必要가 없이 看護士가 獨自的으로 計劃하여 對象者에

게 實施할 수 있으며, 대상자가 배워서 익히게 되면 日常生活에서 스스로 使用할 수 있는 스트레스 管理法이다. 또한 對象者-看護士 間의 信賴感 增進은 물론 家庭, 産業場, 學校, 地域社會 등에서 活用할 수 있어 그 適用範圍가 매우 넓은 스트레스 管理 方法이다(박, 1989)

Mast等(1987)은 深呼吸, 筋肉의 弛緩과 함께 즐겁고 弛緩되는 場面를 想像하는 것이 도움이 된다고 하였고, Griffin(1986)은 弛緩術을 施行하여 筋肉이 어느 程度 弛緩이 되면 그의 生涯 중 가장 아름답고 平和스러웠던 經驗을 想像하게 하므로써 弛緩을 도울 수 있다고 하였다. 그러므로 弛緩術을 開發할 때 對象者의 文化나 過去 經驗에 適切한 弛緩 想像를 첨가 함으로써 弛緩效果를 增進시킬 수 있을 것이다.

다. 冥想(meditation)과 心象療法(imagery)

冥想은 個人이 學習을 통하여 精神을 고요하게 만드는 過程으로 意識으로 妨害되는 생각을 除去하거나 오직 한가지 생각만으로 精神을 集中하므로써 이루어 진다.

心象 療法는 冥想과 類似하게 自身의 生覺을 調節하는 方法으로서 肯定的이고 즐거운 精神的 이미지로 마음을 가득 채우는 方法으로 平和로운 場面에 대해 生覺하는 것을 포함한다.

(5) 家族看護

慢性疾病患者를 돌보는 家族은 醫療 知識이 없고 環境的 또는 心理적으로 準備가 되어있지 않은 狀態에서 돌봄을 始作하고, 長期的인 돌봄活動으로 인해 많은 어려움을 經驗하게 된다. 특히 中風은 疾病의 特性上 發病率이 높고 急性期에 死亡하는 20% 外의 患者 大部分이 家庭으로 돌아가 家族에 의한 돌봄을 提供받고 있다. 이런 數的인 問題와 함께 의료수가의 上昇으로 인한 早期退院의 趨勢, 그리고 外國과는 달리 入院에서 부터 계속 家族이 돌보는 우리나라의 現實을 볼 때 患者家族은 必修的으로 看護對象者로 包含되어야 한다. 實際로 中風 後遺症은 患者의 自家看護 修行이나 步行 등에 家族의 補助를 必要로 할 뿐만 아니라, 效果的인 再活을 위해서도 家族의 繼續的인 支持가 要求되므로 中風 後遺症 患者의 恢復은 患者家族에 의해 左右된다고 볼 수 있다.

돌봄의 過程에서 患者家族이 갖는 經驗에 關한 研究들을 살펴 보면, 돌봄은 負擔感, 緊張, 스트레

스, 否定的 結果 等과 같은 否定的인 經驗으로써 表現되고 있다. Johnson(1983)은 老人患者를 돌보는 자의 80%는 돌봄을 부담스럽게 여긴다고 하였고, Issac(1971)도 이들의 50%가 自身の 身體的, 精神的 健康에 危險을 느낄 程度의 스트레스를 經驗한다고 했다. 김성혁(1995)은 慢性疾患 老人 家族의 돌봄에 關한 研究에서 家族 돌봄 提供者의 어려움을 身體的, 精神的, 社會的, 輕劑的 및 知識缺如의 側面으로 範疇化했는데 身體的 側面에는 힘 부침, 睡眠妨害, 身體症狀 等이 있었고, 精神的 側面에는 患者와의 意見相衝, 정떨어짐, 對話斷切과 돌봄提供者의 소진, 不安, 걱정 및 患者의 非協助 等이 있었다. 社會, 經濟的 側面에는 經濟的 困難, 生活 制約, 他人의 誤解, 他人과 社會에 신세짐, 社會로 부터의 孤立과 疏外, 親姻戚들의 물인정 等이 있고 知識缺如 側面에는 疾病發生 原因, 疾病經過, 돌봄方法, 保健醫療利用에 對한 知識缺如로 인한 어려움을 겪고 있다고 하였다. 또한 이런 家族의 돌봄 過程은 患者 狀態에 따라 衝擊期, 妥協期, 追究期, 絕望期, 收用期の 段階를 거친다고 하였다.

中風 患者를 돌보는 자에 關한 研究들 역시 돌봄에 따른 否定的 結果에 關해 記述하고 있다. 中風의 갑작스런 發病과 두드러진 機能障礙의 特性으로 準備가 전혀 없는 家族은 갑자기 오랜기간 동안 患者를 돌보아야만 한다. Brooklehurst, Morris, Andrews, Laycock (1981)은 中風 後遺症 患者를 돌보는 첫 1년 동안 돌보는 자의 28%가 健康狀態의 惡化를 呼訴하였고, 12%는 不安 또는 憂鬱로 治療를 받았다고 했다. Wade 等(1986)에 의하면 腦卒症 患者의 家族은 患者의 發病後 1年 쯤에서 患者의 느린 機能恢復, 낮은 活動水準, 憂鬱과 關聯하여 11%가 全般的 健康에서 낮은 水準을 나타내고, 1年後에는 이들의 숫자가 13%로 增加되었다고 하였다. Silliman 等(1986)도 腦卒症 患者 家族의 40%에서 精神的 健康問題가 나타났다고 했는데 이것은 患者의 依存的인 機能狀態, 自身の 家庭生活에 의한 附加的인 스트레스, 自身の 社會的 活動制限, 다른 家族들에 의한 낮은 支持와 關聯된 것으로 나타났고 이 중 가장 견디기 어려운 것은 患者의 行爲問題, 自身の 生活樣相의 變化, 患者의 機能障礙를 指摘하였다.

김소선(1992)은 腦卒症患者를 돌보는 家族의 經

驗에 關해 分析한 結果 精神的 危機感, 身體的 不便感, 罪責感, 不安感, 社會的 孤立感, 憂鬱感, 絕望感, 經濟的 어려움과 같은 否定的 經驗을 가진다고 하였고 이들 範疇는 患者의 恢復 時期 즉 發病에서 入院, 入院에서 退院前, 退院後부터 患者가 혼자 화장실을 使用하기前, 患者가 혼자 화장실을 使用하기부터 홀로 서기까지의 4時期에 따라 다르게 나타난다고 하였는데, 이들 時期別 經驗이 患者 家族의 돌보는 活動, 家族이 知覺한 책무감, 家族이 認知하고 知覺한 恢復樣相에 따라 差異가 나는 것으로 說明하고 있다.

看護士는 이러한 研究結果를 土臺로 患者家族의 經驗을 理解하고, 이들이 必要로 하는 情報와 看護를 摘載 適所에 提供하여 이들의 否定的 經驗을 最小化 하고 肯定的 經驗으로 誘導하기 위해 患者 家族이 도움을 청할 수 있도록 信賴感을 줄 수 있는 人間關係 形成에 勞力해야 할 것이며, 다른 家族 構成員의 參與로 患者家族이 必要時에 도움을 구할수 있게 하며, 社會的 次元에서 도움을 줄 수 있는 機關과의 關係形成 및 利用方法에 對한 理解도 主旨시켜야 할 것이다. 또한 이들의 追後 管理를 위하여 家庭看護 事業과 地域社會 看護事業을 通하여 患者와 家族 돌봄提供者를 對象으로 한 繼續的인 看護管理가 이루어질 수 있도록 追後 管理體系를 確固히 해야 하겠다.

5. 韓方再活과 看護管理의 能動的인 協助프로그램

現行 實施되고 있는 再活治療의 대부분이 肉體的인 再活治療 즉 運動治療에 重點을 두고 있는 現實에 비추어 볼때 韓方再活의 治療方法과 看護管理의 目的에 서로 附合되고 보다 效果적인 中風 後遺症에 對한 프로그램은 肉體的인 再活治療보다도 精神 心理的인 側面에서의 프로그램開發이 容易하다 할 수 있다.

이러한 프로그램의 實施에 앞서 다음과 같은 事項이 先行되어야 할 것으로 思料된다.

우선 醫師와 看護士간의 study가 충분히 이루어져야 한다. 즉 서로간의 領域에 對한 study이다.

또한 study를 通하여 이 프로그램에 대해 확실한 믿음이 있어야 하고 이러한 프로그램을 患者에게도 충분히 認識시켜야 함도 잊어서는 안된다. 그래야 忍耐力을 갖고 꾸준히 施行하리라 思料된

다

도표3. 中風後遺症의 臨床分類에 따른 韓方 再活治療方法과 看護管理

1) 韓方 再活治療에 있어 主된 刺戟部位
도표1. 韓方, 再活治療에 있어 主된 刺戟部位

治療方法	治療 刺戟部位
香氣療法	·邊緣係·前頭聯合領域·側頭葉
方向療法	·視床下部·腦下垂體·邊緣係·小腦
색갈療法	·後頭葉·側頭葉·視床下部·側頭葉
音樂療法	·大腦皮質·視床下部·側頭葉
소리療法	·側頭葉·前頭葉
磁石療法	·視床·小腦
氣功導引法	·基底核·小腦·腦橋·視床·前頭葉
이미지療法	·前頭聯合領域·視床·側頭葉·頭頂葉· ·邊緣係

2) 看護管理에 있어 韓方再活治療方法과 相關性
도표2. 看護管理에 있어 韓方再活治療方法과의 相關性

看護管理	韓方 再活治療方法
安靜된 治療 環境維持	香氣·音樂·색갈因子를 通하여 安靜된 분위기를 可할수 있고 특히 治療室 目的에 맞게 調節 할 수 있다. 또한 方向療法을 定理整頓을 可함으로써 患者가 安樂하게 느낄 수 있고 治療에 도움을 줄 수 있도록 한다.
신선한 空氣	香氣를 通한 病室분위기를 調節한다. 특히 라벤다 장미 자스민향을 利用하여 病院보다는 편안한 家庭과 같은 認識을 심어준다.
光線의 調節	색갈의 原理를 利用하여 光線을 疾病에 맞게 調節함으로써 治療에 臨하도록 한다.
定理整頓	方向이 人體에 미치는 原理를 利用하여 침대 및 家具등을 再配置함으로써 事物들이 人體에 좋지 않은 影響이 미치지 않도록 注意한다.
心理·精神 看護	氣功導引法·音樂 등을 利用하여 患者의 不安한 心理狀態를 安定化하여 精神治療 및 健康에 도움을 주고자 한다.

3) 中風後遺症의 臨床分類에 따른 韓方 再活治療方法과 看護管理

韓方再活治療	中風後遺症 臨床分類	看護管理
香氣療法 색갈療法 이미지療法 方向療法	意識障礙	1. 病室看護 1) 安靜된 環境-香氣·音樂 方向·색갈
소리療法 音樂療法 이미지療法	言語障礙	2) 신선한 空氣-香氣·方向
氣功導引療法 香氣療法 音樂療法 磁石療法	感覺障礙	3) 光線調節- 색갈·音樂 4) 病室溫度調節-색갈
氣功導引法 音樂療法 香氣療法 一般的인 再活治療	運動障礙	5) 定理整頓-方向 2. 精神看護 氣功導引法·磁石·香氣·音樂·색갈

을 얻었다.

1. 現行 實施되고 있는 再活治療의 대부분이 肉體의인 再活治療 즉 運動治療에 中點을 두고 있는 現實에 비추어 볼때 心理的이고 精神的인 再活治療의 必要性을 느끼게 되었다.

2. 心理的이고 精神的인 中風後遺症 患者 管理에는 醫師 뿐만 아니라 看護파트와의 協助體制가 絶對적으로 必要한 것으로 思料된다.

3. 韓方再活醫學의 領域에서 音樂·方向·香氣·색갈·이미지·磁石·소리·氣功導引療法 등은 精神的인 再活파트부분으로써 매우 기대되는 治療方法들이다.

4. 音樂·方向·香氣·색갈 등 理學的 刺戟因子로 看護部分管理에 應用하면 보다 效果的인 看護管理 프로그램이 開發될 것으로 思料된다.

5. 韓方再活醫學科 看護파트와의 關係는 매우 密接한 것으로 나타났으며 더욱 發展시키면 中風後遺症 患者 管理에 있어 새로운 프로그램이 보다 많이 提示될 수 있을 것으로 思料된다.

參考文獻

1. 許浚 : 東醫實鑑, 서울, 南山堂, 1966.
2. 강삼석 : 神經外科學, 서울, 大韓神經外科學會, 1984.
3. 김완희 : 韓醫學原論, 서울, 成輔社, 1982.
4. 오정희 : 再活醫學, 서울, 大學書林, 1986.
5. 김용주 : 運動治療學, 서울, 大學書林, 1991.

III. 結 論

韓方再活醫學 및 看護를 中心으로 中風後遺症 患者管理에 對하여 研究한 結果 다음과 같은 結論

6. 김정진 : 生理學, 서울, 高文社, 1988.
7. 김진수 : 神經局所診斷學, 서울, 科學書籍, 1993.
8. 박희진 : 알고 싶었던 腦의 秘密, 서울, 精神世界史, 1992.
9. 오경환 : 偏麻痺 患者의 物理治療, 서울, 大學書林, 1990.
10. 윤창구 : 成人 偏麻痺의 段階治療, 서울, 賢文社, 1990.
11. 윤창구 : 成人 偏麻痺의 運動治療, 서울, 賢文社, 1994.
12. 이충휘 : 高級 物理治療, 서울, 賢文社, 1993.
13. 김인상 : 腦卒中의 再活療法, 서울, 賢文社, 1993.
14. 김영호 : 科學的 運動療法, 서울, 書林文化社, 1996.
15. 임준규 : 東醫物理療法科學, 서울, 高文社, 1990.
16. 신현대 : 東醫再活醫學科學, 서울, 書苑堂, 1995.
17. 李哲滄 : 理學的 原理를 利用한 韓方物理療法, 서울, 一中社, 1994.
18. 이동현 : 生活氣功, 서울, 精神世界史, 1992.
19. 고희영 : 中國醫用氣功學, 北京, 人民衛生出版社, 1991.
20. 나설영 : Internal capsule이 侵犯된 腦卒中의 偏麻痺의 豫候, 서울, 大韓再活醫學會誌, Vol.10, No2, 1986.
21. 박창일 : 脊髓損傷供養이에서 脊髓刺戟이 硬直成에 미치는 影響, 서울, 大韓再活醫學會誌, Vol.18, No.2, 1994.
22. 신길조 : 中風患者의 物理治療에 對한 臨床的 考察, 서울, 大韓韓醫學會誌, Vol.13, No.2, 1992.
23. 양승희 : 手太陽之經筋과 手少陰經筋流注에 分布하는 筋肉收縮時 나타나는 姿勢에 關한 考察, 서울, 大韓鍼灸學會誌, Vol.10, NO.1, 1993.
24. GUYTON : Medical physiology, 8th edition, W. B. Saunders company, Philadelphia, p.592, 1991.
25. Joseph GOOD GOLD : Rehabilitaton meditation, The C.V. Mosby company, St.louis. pp.113-118, 1988.
25. 민경옥 : 運動治療學, 서울, 高麗醫學, pp.470-503, 1987.
26. 서울大學校 醫科大學編 : 神經學, 서울, 서울大學校出版部, p.214, 1986.
27. 고영진 외 3인 : 偏麻痺 患者에서 ambulator를 利用한 步行訓練의 效果, 大韓再活醫學會誌, Vol.11, No.1, pp.22-27, 1987.
28. 권순호 외 2인 : 障礙患者의 機能評價 -10ADLs를 利用하여, 大韓再活醫學會誌, Vol.15 No.2, pp.186-193, 1991.
29. 권오희 외 1인 : 腦卒中의 臨床的 研究, 大韓再活醫學會誌, Vol.8, No.2, pp.22-27, 1987.
30. 김범생 : 腦卒中의 臨床的 側面, 最新醫學, Vol.31, No.12 p.27, 1988.
31. 김연희 외 2인 : 偏麻痺 患者에서 plastic Ankle-Foot Orthosis(AFO)의 使用, 大韓再活醫學會誌, Vol.8, No.81 pp.50-54, 1984.
32. 김진호 외 2인 : 偏麻痺 患者에서의 凍結肩의 治療效果, 大韓再活醫學會誌, Vol.11, No.1, pp.48-54, 1987.
33. 남명호 외 2인 : 再活治療를 받는 腦卒中 患者의 日常生活, 大韓再活醫學會誌, Vol.15, No.3, pp.295-308, 1991.
34. 신정빈 외 3인 : 腦卒中의 早期 再活治療에 對한 檢討, 大韓再活醫學會誌, Vol.12, No.1, pp.78-84, 1988.
35. 명호진 외 9인 : 最近 國內 腦卒中의 力學的 動向에 對한 研究, 大韓神經科學會誌, Vol.7, No.2 pp.179-187, 1989.
36. 신길화 외 5인 : 中風患者의 物理治療에 對한 臨床的 觀察, 大韓再活醫學會誌, Vol.13, No.2, pp.230-238, 1992.
37. 오재근 외 1인 : 腦卒中으로 인한 偏麻痺 患者의 肩臂痛 治療에 關한 文獻的 考察, 大韓物理療法科學會誌, Vol.13, No.1, pp.153-166, 1993.
38. 안용팔 : 腦卒中 偏麻痺 患者의 보장구 治療, 大韓再活醫學會誌, Vol.14, No.1, pp.1-9, 1990.
39. 이은용 : 腦卒中에 의한 偏麻痺患者의 上肢 및 下肢에 對한 筋傳導 Biofeedback治療, 大韓再活醫學會誌, Vol.10, No.1, pp.58-68, 1986.
40. 李鐘秀 외 3인 : 腦卒中에 의한 偏麻痺 患者의 物理治療, 大韓再活醫學會誌, Vol.8, No.2, pp.73-76, 1989.

41. 정한영 외 3인 : 腦卒中 患者의 再活治療 時點에서의 評價와 機能的 恢復에 關한 研究, 大韓再活醫學會誌, Vol.15, No.4 pp.398-404, 1991.

42. 정중선 외 3인 : 偏麻痺 患者에 對한 等速性 運動治療의 效果, 大韓再活醫學會誌, Vol.15, No.1, pp.57-66, 1991.

43. 한혜연 외 1인 : 腦卒中 患者의 患側 上肢에 同伴된 末梢神經에 對한 調查, 大韓再活醫學會誌, Vol.13, No.1, pp.234-238, 1989.

44. 김의성 : 老年推拿保健術, 上海, 삼련서점上海發行所, pp.65-57, 1991.

45. 上海中醫學院編 : 推拿學, 上海, 상무인서관, pp.140-142, 1982.

46. 余明千 : 中醫非藥物療法, 北京, 中醫古籍出版社, pp.259-266, 1991.

47. 유귀진 : 氣功療法實踐, 河北城, 河北科學技術出版社, pp.94-95, 1985.

48. 유대국 : 推拿學, 上海, 上海科學技術出版社, pp.147-150, 1985.

49. 왕봉환 : 五禽健身氣功治療中醫後遺症 40例, 上海, 上海中醫雜誌, 6 : pp.9-10, 1990.

50. Derick T. Wade ET. AL : Recovery after stroke- The first 3months, Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 48:7-13, 1985.

51. D erick T. Wade ET. AL : Infuence of Patients Sex and Side of Weakness on Outcome, Arch Phys Med Rehabil, 65 : 513-516, 1984.

52. Mark V. Johnston, Michael keister : Early Rehabilitation for stroke Patrents : a New Look, Arch Phys Med Rehabil, 65:437-441, 1984.

53. Mary L. Dombovy ET. AL. : Rehabilitation for stroke : A Review Stroke, 17:363-369, 1986.

54. Nancy E. Mayo. ET. AL. : Recovery time of independent Function Post Stroke, Ami J. Physical Medicine & Rehabilitation, 99 : 5-12, 1991.

55. Robert G. Robinson ET. AL. : Social Functioning Assessment in stroke Patients, Arch phys Med Rehabil, 66:496-500, 1985.

56. Pat T. Tangeman ET. AL. : Rehabilitation of Chronic stroke Patients : Changes in

Functional Performance, Arch Phys Med Rehabil, 71 : 876-880, 1990.

57. 강현숙 : 再活強化教育이 偏麻痺 患者의 自家看護 修行에 미치는 效果에 關한 實驗的 研究, 延世大 大學院 博士學位 論文, 1984.

58. 구미옥 : 糖尿病 患者의 自家看護 行爲와 代謝調節에 關한 構造模型, 서울大 大學院 博士學位 論文, 1992.

59. 김남초 : 本態性 高血壓 對象者에게 適用한 丹田 呼吸術의 血壓下降 效果에 關한 研究, 梨花女大 大學院 博士學位 論文, 1993.

60. 김명자 : 認知的 看護仲裁, 看護學會誌, 22(3), 337-351, 1992.

61. 김병은 : 健康契約이 偏麻痺 患者의 日常生活 動作 修行에 미치는 影響, 慶熙大 大學院 碩士學位 論文, 1991.

62. 김소선 : 腦卒中 患者를 돌보는 家族의 經驗에 關한 研究, 延世大 大學院 博士學位論文, 1992.

63. 김인숙 : 偏麻痺 患者를 위한 物理治療, 物理治療社 雜誌, pp.33-39, 1982.

64. 김정인 : 弛緩療法이 精神疾患患者의 不安 減少에 미치는 影響, 延世大 大學院 博士學位論文, 1985.

65. 김정자 : 弛緩術이 老人의 不安, 睡眠障礙, 高血壓에 미치는 效果, 慶北大 大學院 博士學位論文, 1990.

66. 김종임 : 차조집단 活動과 自己效能性增進을 利用한 水中運動 프로그램이 류마티스 關節炎 患者의 痛症, 生理的 지수 및 삶의 質에 미치는 影響, 서울大 大學院 博士學位 論文, 1994.

67. 김주현 : 血液透石 患者에게 適用한 指示의 心象療法의 效果, 서울大 大學院 博士學位論文, 1995.

68. 김주희 : 支持的 接觸과 患者教育이 手術 後 疼痛에 미치는 影響에 關한 研究, 延世大 大學院 博士學位 論文, 1984.

69. 김희자 : 施設老人의 筋力強化運動이 筋力, 筋持久力, 日常生活 機能 및 삶의 質에 미치는 效果, 서울大 大學院 博士學位 論文, 1994.

70. 박상연 : 弛緩訓練이 本態性 高血壓 患者이 血壓下降에 미치는 影響, 中央醫學, 44(1), pp.75-80, 1983.

71. 박정숙 : 弛緩術 使用이 看護 學生들의 첫

臨床實習 直前 不安 減少에 미치는 影響,看護學會誌, 16(3):123-124, 1983.

72. 박정숙 : 弛緩術이 血液透石 患者의 스트레스와 삶의 質에 미치는 影響, 延世大 大學院 博士學位 論文, 1989.

73. 박정숙 : 韓國人的 弛緩概念에 關한 研究, 大韓看護, 31(2), 70-85, 1992.

74. 박정숙 : 韓國人的 弛緩想像에 關한 研究, 看護學會誌, 23(1), 29-39, 1993.

75. 변창진 : 弛緩訓練 프로그램, 指導와 相談, 6 : 23-29, 1981.

76. 서순림 : 本態性 高血壓 患者의 自家看護 增進을 위한 教育의 效果, 慶北醫大誌, 30(1), 69-77, 1989.

77. 석소현, 강현숙 : 腦卒中 患者의 日常生活 動作 增進을 위한 寢上運動 프로그램의 效果, 基本看護學會誌, 2(1) : 87-102, 1995.

78. 소희영, 김봉옥 : 再活看護, 서울, 賢文社, 1995.

79. 송지호 : 入院兒童의 注射恐怖 減少를 위한 필름 모델기법 프로그램의 開發과 그 效果測定, 梨花女大 大學院 博士學位 論文, 1995.

80. 신정빈, 문재호, 오현탁, 손민균 : 腦卒中의 早期 再活治療에 對한 檢討, 大韓再活醫學會誌, 12(1) : 78-83, 1988.

81. 유숙자 : 精神分裂症 患者 退院教育이 退院 후 自家看護 修行에 미치는 效果, 서울大 大學院 博士學位 論文, 1991.

82. 윤창구 : 成人 偏麻痺 患者의 段階的 治療, 서울, 賢文社, 1990.

83. 오경환, 정진우 : 偏麻痺 患者의 運動治療, 서울, 大學書淋, 1989.

84. 이근후 : 行動治療의 理論과 實際, 서울, 하 나의학사, 1989.

85. 이선옥 : 中樞神經系 血管疾患(CVA) 患者 中 退院患者의 身體機能 程度와 그 特性에 關한 考察, 看護學會誌, 6(1), 23-28, 1976.

86. 이향련 : 自家看護 增進을 위한 健康契約이 高血壓患者의 健康行爲 이행에 미치는 影響, 延世大 大學院 博士學位 論文, 1985.

87. 전시자 외 : 成人 看護學, 서울, 賢文社, 1996.

88. 전중선, 신정순, 전세일 : 腦卒中患者에 對한

等速性 運動治療 效果, 大韓再活醫學會誌, 15(1), 57-66, 1991.

89. 조윤희 : 腦血管性 疾患者의 自家看護 能力과 家庭看護 要求度와의 關係, 延世大 保健大學院 碩士學位 論文, 1990.

90. 최명애 : 運動의 生理的 效果 測定, 大韓基本看護學會 學術 세미나 發表 未刊行物, 41-78, 1994.

91. 최헌자 : Benson 의 緊張弛緩法과 GSR II 생체회환 弛緩訓練이 看護大學生의 心理的 스트레스 水準에 미치는 效果에 關한 研究, 高麗大 大學院 碩士學位 論文, 1985.

92. 한경순 : 強化教育이 麻痺患者의 自家看護 移行에 미치는 效果에 關한 實驗的 研究, 中央大 大學院 看護學 碩士學位 論文, 1987.

93. 한경자 : 놀이療法을 통한 情報提供이 手術後 心疾患兒의 認知變化에 미치는 影響에 關한 研究, 最新醫學, 26(2), 1983.

94. 한국스트레스 매니지먼트 研究所 : 스트레스 매니지먼트 入門, 서울, 한국스트레스 매니지먼트, 1990.

95. Albrecht G.L, Higgins P.C. : Rehabilitation Success : The interrelationships of multiple criteria, Journal of Health and Social Behavior, 18 : 36-45, 1977.

96. Adderman M.K.(1980). Self-responsibility in health care/promotion : Motivational factors, The Journal of School Health, Jan. : 22-25, 1980.

97. Brunner L.S., Suddarth D.S. : The Lippincott Manual of Nursing Practice 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1982.

98. Cobb S. : Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38(5) : 300-314, 1976.

99. DeVrice H. A. : Tips on prescribing exercise resimens for your older patient, Geriatrics, 34 : 75-81, 1979.

100. Egglund E.T. : Locus of control and children with cerebral palsy, NR, 22(4) : 329-333, 1973.

101. Furlow J. W., Oberman A. et al. : A step by step guide to exercise for aCAD patient,

Geriatrics, 40 : 41-47, 1980.

102. Griffin M. : In the mind's eye, AJN, July:804-806, 1986.

103. Hanson J. S. and Needle W. H. : Long-term physical training effect insedentary,females, J. Applied Physiol., 37(1), 112-116, 1974.

104. Heller K. & Swandle R.W. : Social Network, percieved social stress and coping with the sress. In Felmer R.D., Jason L.A., Moritsugu J.N. & Farber S.S. (Eds), Preventive Psychology :Theory, Research and Practice. NY:Pergamon Press, 1983.

105. Kottke F. J. : The effects of limitation of activity upon the human body, JAMA, 196(10), 17-122, 1966.

106. Leavy R.L. : Social support and psychological disorder ; A review. Journal of Community Psychology, 11:3-21, 1983.

107. Mast D., Meyers J. & Urbanski A. : Relaxation technique : A self-learning modules for Nurses : Unit I, Cancer Nursing, 10(3) : 141-147, 1987.

108. Orem D.E. : Nursing : Concepts of practice 2nd ed., NY:McGraw-Hill Book Co., 1980.

109. Payton O.D. : Manual of physical therapy, NY : Churchill Civingston, 1989.

110. Pfaudler M. : n After stroke ; Motor skill rehabilitation for hemiplegic patient, AJN, 73(11), 18-26, 1973.

111. Stern P.H. : Factors influencing stroke rehabilitation, Stroke, 2 : 213-218, 1973.

112. Stevenson J. S. and Topp R. : Effects of moderate and low intensity long-term exercise by older adults, Research in Nursing & Health, 13 : 20-28, 1990.

113. Stryker R. : Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care, Philadelphia: W.B. Saunders Co., 1977.

114. Warner J. E. : Involvement of families in pain control of terminally ill patient. Hospice J. 8 : 155-170, 1992.

115. Zahourek R. : Rexation and imagery, Philadelphia ; W.B.Saunders Co., 1988.

116. ZungW.K. : A self-rating depression scale, Archives od General Psychiatry, 12:63-70, 1965.