

주요개념 : 뇌졸중, 사회적지지, 질병으로 인한 영향, 재적응

퇴원후 뇌졸중환자의 재적응과 사회적 지지와의 관계분석¹⁾

서문자²⁾ · Samuel Noh³⁾ · Gerald M. Devins⁴⁾ · 김금순⁵⁾ · 김국기⁶⁾
송지영⁷⁾ · 조남옥⁸⁾ · 홍여신⁹⁾ · 김인자¹⁰⁾ · 최희정¹¹⁾ · 정성희¹²⁾ · 김은만¹³⁾

I. 서 론

1. 연구목적 및 필요성

뇌졸중은 우리나라에서도 3대 사인 중의 하나로 보건 복지부 발표에 따르면 1995년 한해 사망자의 15%인 3만 6천 61명이 뇌졸중으로 대표되는 뇌혈관질환으로 사망하여 사망원인 1위를 차지하였다. 또 인구 10만명당 뇌혈관질환으로 인한 사망자 수는 81년 43.6명에서 95년 79.7명으로 약 1.8배나 증가한 것으로 나타났다(중앙일보, 1997.9.23).

뇌졸중은 환자의 1/3이 발병 후 한 달내에 사망하며, 생존하는 경우에도 50% 이상이 뇌병변의 부위에 따라 편마비나 언어, 감각, 인지 장애를 포함한 기능장애로 환자 및 가족의 삶의 질을 저하시킬뿐 아니라 치료 및 재활과정에서 막대한 비용부담까지 초래하여, 뇌졸중환자의 재적응을 높이고 가족의 부담감을 경감시킬 수 있는 보다 효율적인 사회적 지지체계에 대한 관심이 높아지고 있다.

뇌졸중환자의 재적응에 영향을 주는 중요한 요인은 환자의 연령과 인지능력을 포함한 질병의 중증도와 함께 사회적 지지가 인정되고 있다. Allen(1984)는 나이

가 많을수록 독립적인 기능회복이 늦어짐을 보고하였으며, Shah, Vanclay와 Cooper(1989)는 연령이 매 십년 증가할수록 Barthel 지수가 6점감소한다고 보고하고 있으며 Fullerton, Machenzie와 Stout(1988)은 인지점수가 독립적인 기능회복의 중요 인자임을 보고하고 있다.

사회적 지지와 관련해서 Granger, Shewood와 Greer(1977)는 장애발생 후 일단 재활치료를 받은 후라도 기능이 완전히 회복되기 전에 치료를 중단하면 ADL 점수가 저하되나 다시 재활치료를 시작하면 기능이 향상되므로 지속적인 치료와 재활간호를 위한 지지체계가 필요하다고 하였으며, 162명의 급성기 뇌졸중 환자들을 대상으로 일상생활동작과 상지의 기능, 보행능력, 언어능력 등이 회복되는 형태를 관찰한 Skilbeck 등(1982)의 연구에서 모든 기능의 회복이 대부분 발병 3개월 이내에 일어나지만 발병 1년 후 까지도 약간의 회복이 일어나는 것으로 나타나 조기 재활의 필요성을 주장하였다. 특히 뇌졸중환자의 대부분이 퇴원 후 집으로 돌아가면 수개월 이내에 상태가 악화된 Edinburgh stroke trial의 연구결과는 퇴원 후 환자를 위한 지역사회에 기초를 둔 사회적 지지체계의 필요성을 입증하고 있다.

또한 Devins 등(1983)은 류마티스성 관절염, 말기 신부전증 또는 다발성 경화증과 같은 만성질환을 앓고 있

1) 본 논문은 1997년 한국학술진흥재단 외국석학과의 공동연구과제 연구비 지원에 의해 수행되었음.

2) 서울대학교 간호대학 교수

4) 캐나다 토론토대학 교수

6) 경희대학교 의과대학 교수

8) 순천향대학교 간호학과 교수

10) 대전대학교 간호학과 교수

12) 서울대학교 간호학과 조교

3) 캐나다 토론토대학 교수

5) 서울대학교 간호대학 교수

7) 경희대학교 의과대학 교수

9) 일본오이타현 간호과학대학 교수

11) 건국대학교 간호학과 교수

13) 서울대학교병원 간호사

는 환자들이 질병과 치료과정으로 인해 지속적으로 가
치있는 생활경험이나 활동들이 방해받으면서 정상적인
생활양식이 붕괴되는 정도를 '질병으로 인한 영향'의 개
념으로 정의하면서 환자의 정신사회적 안녕감과 불안에
결정적인 영향을 미치는 매개변수임을 보고하고 있어
(Devins, 1989; Devins 등, 1992) 편마비를 포함한 기능
장애를 경험하는 뇌졸중환자의 심리, 사회적 재적응을
이해하기 위해서는 Devins 등(1983)이 제시한 '질병으
로 인한 영향'을 동시에 고려하여야 한다.

지금까지 우리나라는 유교적 사고방식과 가족규범을
바탕으로, 노인과 장애자에 대한 선가정보호의 경향이
있으며 뇌졸중환자에 대한 복지정책의 미개발과 뇌졸중
환자를 위한 독립적인 재활 또는 전문치료기관이 거의
없을뿐 아니라 보고된 뇌졸중환자에 대한 연구도 신체
적 기능회복상태나 퇴원 후 적응상태를 보는 것(황현숙
& 박경숙, 1996)이 대부분으로 신체적, 정서적, 사회적
문제를 복합적으로 경험하는 뇌졸중환자의 재활을 포괄
적으로 설명하지 못하고 있다.

특히 퇴원 후 재적응 현상을 밝혀내는 종단적 연구의
부재로 우리나라 가정과 사회문화 속에서 어떤 적응과
정을 보이는 지를 파악할 수 없어서 뇌졸중 환자의 퇴원
후 상호계획에 필요한 근거자료를 찾을 수 없는 것이 큰
문제로 지적되고 있다.

이에 본 연구는 서울과 지방에 거주하는 환자들을 대
상으로 현재 우리나라의 의료체계속에서 재활에 절대적
으로 중요한 시기인 병원 퇴원 후에 재가 뇌졸중환자가
지각한 가족 및 전문가의 사회적지지 및 신체적·심리
적·사회적 재적응상태와 가족의 주·객관적 부담감을
조사하고, 사회적 지지와 신체적·심리적·사회적 재
적응과의 관계를 분석하고자 한다. 또한 사회적 지지외
에 뇌졸중의 예후에 중요한 영향요인으로 제시된 환자
의 연령 및 인지능력과 질병으로 인한 영향 등의 변수가
뇌졸중 환자의 신체적, 심리적, 사회적 재적응에 어떤
영향력을 갖는지를 분석함으로써 이후 뇌졸중환자의 재
활에 유용한 사회적 지지체계의 발전을 위한 구체적 자
료를 제공하여 국민의료 및 복지정책 발전에 기여하고
자 한다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자가 지각한 가족 및 의료전문가의 지지정
도를 조사한다.
- 2) 뇌졸중 환자의 신체적, 정서적, 사회적 재적응 상태
와 가족의 부담감을 파악한다.
- 3) 뇌졸중환자가 받은 사회적 지지, 질병으로 인한 영향

및 신체적, 정서적, 사회적 재적응과의 상관성을 규
명한다.

- 4) 사회적 지지가 신체적, 심리적, 사회적 재적응 상태
에 영향 미치는 경로를 분석한다.

II. 문헌 고찰

1. 뇌졸중특성과 예후결정요인

뇌졸중 생존자의 90% 이상이 뇌병변 부위에 따라 여
러 가지 다양한 형태의 장애를 경험하며 이들중 대부분
이 평생 편마비라는 영구적인 장애를 가지고 살아야한
다(Andersen 등, 1995). 편마비로 인한 운동 기능 장애
가 나타나는 대상자는 활동 장애 뿐 아니라 기본적인 자
기간호도 불가능한 경우가 많다(서문자, 1988;
Feigenson, 1981). 뇌졸중 환자는 이러한 운동장애와
같은 신체적인 문제 뿐만 아니라 언어장애 및 감각과 인
식장애로 행위적인 문제도 발생하여 자율성이 손상되고
역할이 변하며 대인관계가 불가능해져 장기적인 스트레
스와 긴장에 따른 심리사회적 부적응 문제에도 직면한
다(Burvill 등, 1995).

Astrom, Asplund, Astrom(1992)은 뇌졸중 환자는
일반 노인 집단보다 정신과적 문제가 더 많고 삶의 만족
이 낮을 뿐 아니라 뇌졸중이 발생한 지 3년이 지난 후에도
우울과 같은 심리적 문제나 대인관계 감소와 같은 사
회적인 문제는 발생 전보다 유의하게 높았다고 보고하
였다. Burvill 등(1995)도 294명의 뇌졸중 환자 중 23%
가 우울 진단을 받았으며 이 중 86%가 1년 후에도 계속
우울 진단을 받았다고 보고하였고 Robinson과 Price
(1982)도 우울 진단을 받은 103명의 뇌졸중환자들은 일
상활동 능력과 상관없이 우울 증상이 나타났으며 이는
뇌졸중 발생 후 6개월에서 2년 사이가 가장 심하다고 하
였다.

이와 같이 뇌졸중으로 의존도가 증가되면 신체적, 심리
적, 사회적 영역에서 모두 고통을 경험하게 되며 이러한
결과에 영향 미치는 요인으로는 환자의 인구학적 특성과
질병특성 및 사회적 지지가 관련됨이 보고되고 있다.

인구학적 특성 중에서는 연령과 성별이 있는데, 성별
은 기능적 회복의 결과에 직접적인 영향을 주지 않는데
반해서(Fullerton, Machenzie & Stout, 1988) Allen
(1984)의 연구에서는 나이가 많을수록 독립적인 기능회
복이 늦어진다고 하였으며, Shah, Vanclay와 Cooper
(1989)는 연령이 매 십년 증가할수록 Barthel 지수가

6점 감소한다고 보고하여 연령이 기능적 회복과 관련이 높은 것으로 보고되었다.

2. 사회적 지지와 재적응

뇌졸중 환자들은 퇴원 후에도 계속적으로 여러 가지 기능장애로 일상생활 활동을 의존적으로 해야하며 이전 이 직업에 복귀하기 어려워 생산성을 감소시킬뿐 아니라 치료 및 재활비용 등으로 사회경제적으로도 큰 부담이 되고(Saeki 등, 1994) 심리적 정응수준인 우울증이 우려되는 수준이므로 뇌졸중 환자의 관리를 지속적이며 효율적으로 하기 위한 노력이 개인적인 차원에서 뿐만 아니라 사회적인 차원에서도 매우 중요하다. 특히 사회적 지지는 퇴원 후 3개월된 편마비환자가 사회적 지지를 지각하는 정도에 따라 적응수준에 차이가 있다고 한 서문자(1988)의 연구결과에서 나타난 바와 같이 퇴원 후 뇌졸중환자의 적응문제를 해결하는데 가장 중요한 요소의 하나이다.

Friedland과 McColl(1992)은 뇌졸중환자의 재활에 절대적으로 중요한 역할을 하는 사회적 지지를 지지원, 지지의 질과 양의 3축면으로 이루어진 복합적인 사회적 조직망으로 해석하고 분석하는 틀을 제공하였다. 이 틀은 조직망의 구성원으로 환자에게 가장 의미있는 사람, 가족 및 가까운 친구, 지역사회 이웃, 종교단체나 사회단체를 포함한 지역사회 지지그룹 및 전문가의 다섯 지지원으로부터 양적지지, 질적지지 및 지지의 만족도의 3가지 내용을 각각 묻고 있다.

연구 결과 신체적 인지적인 장애가 발생하는 뇌졸중 환자의 경우에는 다른 만성 질환자의 경우보다 더 가까운 사람들이 제공하는 사회적지지 뿐 아니라 건강전문인들이나 지역사회 자원에 의하여 제공되는 사회적 지지도 중요한 것으로 보고되고있다(Sandin, Cifu & Noll, 1994). 가족, 친지와 같은 가까운 사람들이 제공하는 사회적 지지가 뇌졸중 환자의 상태에 미치는 영향을 조사한 Andersen 등(1995)은 뇌졸중 환자의 중증 우울증 발생에 영향을 미치는 요인은 혼자 사는 것, 사회적 고독, 사회활동 감소와 같은 사회적 지지와 관계된 요인들을 제시하고 있다. 이순규(1987)의 연구에서도 편마비 환자가 인지하는 가족지지 정도가 양질의 삶 정도와 관계가 있음을 알 수 있으며, 그 중에서도 정신적 안녕 영역, 사회적 관심 영역, 신체상에 대한 관심 영역에 관계가 있다고 보고하였다. Briggs(1982)는 가족의 도움은 퇴원 후 계속 간호를 가능하게 하는 요소이기 때문에

뇌졸중 환자의 간호에 매우 중요한 부분이라고 강조하였다. 뇌졸중 환자를 대상으로 지각한 사회적 지지와 우울간의 관계를 조사한 Morris 등(1991)의 연구에서는 배우자를 간호제공자로 인지한 대상자에서 지각한 사회적 지지가 우울 여부 및 정도와 모두 유의한 관계가 있었다. 또한 사회적 지지가 불충분하다고 지각한 대상자의 우울 지속기간이 사회적 지지가 충분하다고 지각한 대상자보다 길어 주 간호제공자라고 지각한 사람에게서 받는 지각한 사회적 지지가 뇌졸중과 같은 삶의 위기에 대한 정서적 반응을 조정한다고 하였다.

건강전문인 또는 지역사회 자원에 의해 제공된 사회적 지지의 효과로는 영국의 경우 급성 간호 기관, 장기적으로 추후관리하는 재활 병원, 노인 낮병원 뿐만 아니라 가정간호, 가사 보조, 운송 제공, 이동 식사 제공 등의 도움을 받고 있는 것으로 보고되고 있으며(Briggs, 1982) 미국의 경우는 일반병원의 재활간호, 지역사회 기관에 있는 재활 센터, 건강관련 기관에서 제공하는 장기 관리, 병원이나 기타 기관에서 제공하는 가정간호, 낮병원, 외래를 통한 관리, 뇌졸중 환자 모임 등에서 사회적 지지를 받고 있는 것으로 보고되었다(Feigenson, 1981).

뇌졸중 환자들이 제공받는 건강전문인이나 지역사회 자원에 의한 사회적 지지가 뇌졸중 환자의 적응에 미치는 영향에 대하여 여러학자들이 연구하였다. 지역사회 대상자를 광범위하게 조사한 Burvill 등(1995)은 입원 환자나 재활 병동의 대상자가 유의하게 우울 정도가 낮았다고 하였으며 Holmqvist 등(1996)은 뇌졸중 환자를 대상으로 가정 재활 치료를 시행한 후 정서적 지지, 정보적 지지, 도구적 지지, 비용, 전문인과의 접촉 가능성, 간호의 계속성, 간호 결과 등에 관한 환자의 만족도는 조사한 결과 평균 92%의 환자가 만족하였으며 또한 대조군보다 가족에게 받는 도움과 재입원일수가 유의하게 적었다고 보고하였다. 또한 많은 학자들이 지지그룹이 뇌졸중 환자 뿐 아니라 가족의 기능을 증진시키는데 효과적인 중재방법이라고 제시하고 있다(Sandin, Cifu & Noll, 1994).

이와 같이 사회적 지지는 뇌졸중 환자의 적응에 영향을 주는 중요한 요인으로 연구되고 있는 점으로 볼 때 사회적 지지는 없으면서 생활 변화나 경제적인 문제로 증가된 가족의 부담감은 궁극적으로 뇌졸중 환자의 적응에 중요한 부정적인 영향을 미치게된다. Skaff와 Pearlin(1992)은 뇌졸중 환자가족이 경험하는 부정적인 영향의 이유로 이전의 활동이 감소하거나 불가능하기 때문이라고 하였다. Periard과 Ames(1993)는 뇌졸

중 환자의 간호제공자를 대상으로 시행한 질적 연구에서 95%의 대상자들이 생활양식이 변화하였다고 하였으며 양적인 자료 분석에서는 젊은 간호제공자일수록 지각한 생활 양식 변화와 그로 인한 스트레스가 컸다고 하였다. 가족의 불안이 오히려 뇌졸중 환자의 우울과 음의 관계가 있으며 환자의 간호에 더 적극적으로 참여하게 하는 요인이라는 연구결과를(Robinson, Bolduc, Kubos, 1985)를 고려할 때 가족의 심리정서적 상태가 대상자의 적응에 미치는 연구도 이루어져야 한다. 더욱이 가족은 고향압을 조절하여 뇌졸중을 예방하는 생활 양식 변화에 중요한 역할을 하므로 재활관리에서도 초기부터 가족을 포함시키는 것이 중요하다(Oldenburger, Perkins & Andrews, 1985). 뇌졸중 발생이 가족에게 미치는 영향을 질적 연구를 통하여 보고한 Jongbloed(1994)도 임상실무자나 연구자들이 뇌졸중 대상자와 같이 살고 있는 가족에게 더 많은 관심을 가져야 한다고 제시하고 있다.

종합하면 뇌졸중 대상자는 운동 기능 장애와 언어장애, 인지장애 등으로 발병 전 상태로 적응하기 위하여는 사회적 지지가 매우 중요하다. 사회적 지지는 제공자와 특성에 따라 구분할 수 있으며 양적 혹은 질적으로 측정할 수 있다. 뇌졸중 환자를 대상으로 한 연구에서는 가까운 사람들의 도움과 건강전문인 혹은 지역사회 자원이 제공하는 사회적 지지가 대부분 뇌졸중 환자의 신체적 심리사회적 적응에 매우 중요한 역할을 한다고 보고되었으나 몇 연구에서 오히려 나쁜 영향을 미친다고 보고하고 있어 가족과 전문가에 의한 사회적 지지가 각각 퇴원 후 뇌졸중 환자의 신체적, 심리적, 사회적 재적응에 영향 미치는 기전을 심층적으로 조사할 필요가 있다.

3. 질병으로 인한 영향

Devins 등(1983)은 류마티스성 관절염, 말기신부전증이나 다발성경화증과 같은 만성질병은 지속적으로 대상자의 가치있는 활동을 방해하면서 생활양식을 붕괴시킬 수 있음을 주목하고 이러한 영향을 '질병으로 인한 영향'이라는 개념으로 정의하였다. 즉 질병으로 인한 영향은 발병 후 초래된 해부학적 변화, 기능적 결손 및 신체적 장애로 인해 발생하며, 긍정적인 생활경험이 감소되고 개인의 통제력이 손상되었다는 느낌에 의해 정신사회적 안녕의 저하와 심리적 불안감을 증진시킨다고 가정하였다.

질병으로 인한 영향은 삶의 만족도, 긍정적 혹은 부정적 기분, 자아-존중감, 우울증상, 결혼역할로 인한 긴장

및 적응, 기본변화, 비판, 광범위한 정신병리적 증상을 포함하는 삶의 질과 유기적으로 관련된 것으로 확인되고 있다(Devins 등, 1992). 이러한 결과들은 질병으로 인한 영향이 만성질환이 환자의 정신사회적상태에 결정적인 영향요인이라는 것이다.

실제로 여러 연구들에서 질병으로 인한 영향의 증가는 류마티스성 관절염, 말기 신부전이나 다발성 경화증에 침범된 환자에서 우울의 증가와 크게 유의한 관련성이 검증되었다고 보고되고 있다(Devins, 1989; Devins 등, 1992). 또한 39명의 투석을 받는 말기신부전환자를 대상으로 한 연구(Devins, 1990)에서 지각된 질병으로 인한 영향이 유의하게 환자의 삶의 질과 관련성이 있는 것으로 나타남으로써 만성적이고 생명을 위협하는 질병의 매개변수로서의 기능이 검증되었다.

Devins(1994)는 다시 질병으로 인한 영향모형을 제시하면서 환자의 질병요인, 치료요인 및 심리사회적 요인이 질병으로 인한 영향을 매개로, 이 중 심리사회적 요인은 직접적으로도 삶의 질에 영향을 미친다는 하였다. 유방암진단을 받은 50세 이하의 환자 336명과 가정에서 면담을 통해 질병으로 인한 영향 모형을 검증하고자 한 Bloom 등(1998)의 연구결과 질병으로 인한 영향은 질병과 치료요인을 매개로 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타나 Devins(1994)의 모형과 일치하는 결과를 보인 것으로 나타났다.

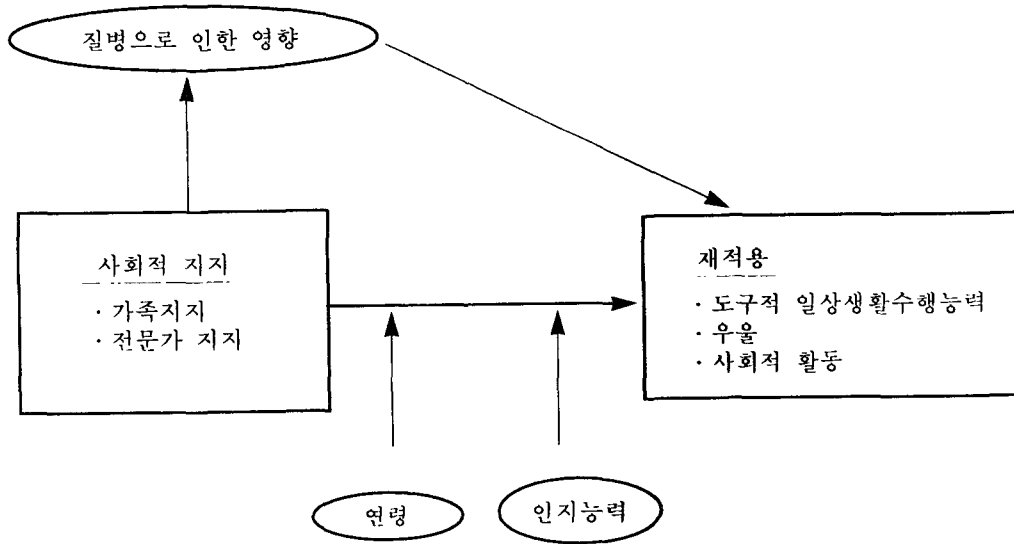
뇌졸중 역시 편마비를 포함한 신체적 장애와 기능결손은 지속적으로 대상자의 가치있는 활동을 방해하면서 생활양식을 붕괴시키고 있음으로 퇴원 후 뇌졸중환자의 신체적, 심리적, 사회적 재적응에 미치는 질병으로 인한 영향의 효과를 규명할 필요가 있다.

이상의 문헌고찰을 바탕으로 설정된 본 연구의 이론적 틀은 <그림 1>과 같다.

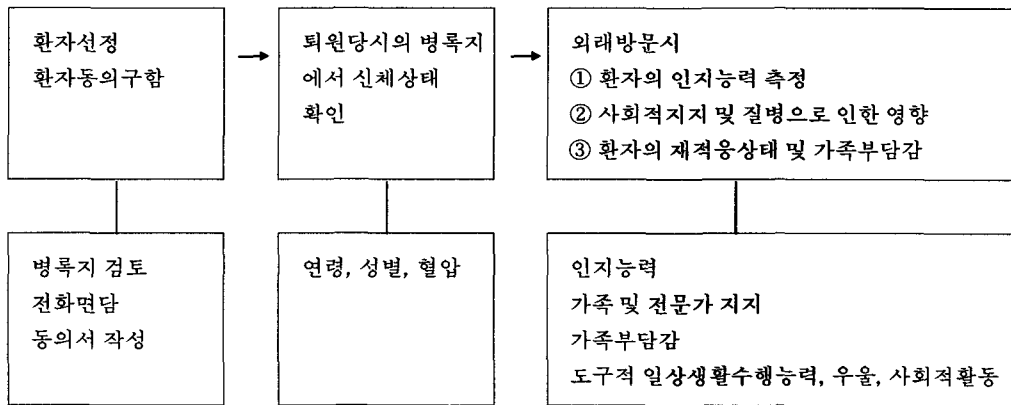
III. 연구 방법

본 연구는 퇴원 후 뇌졸중환자와 그 가족을 대상으로, 퇴원 후부터 현시점까지의 치료추구 행태를 후향적으로 조사하고, 조사시점에서 환자가 지각하는 가족 및 전문가에 의한 사회적 지지와 신체적, 정서적, 사회적 재적응 상태 및 가족의 부담감을 파악하고 제 변수간의 관련성을 규명하는 탐색연구이다.

본 연구의 전체적인 과정을 도식화하면 <그림 2>와 같다.



<그림 1> 본 연구의 이론적 틀



<그림 2> 연구 절차

1. 연구대상자 및 자료수집방법

뇌졸중으로 진단받아 병원 치료를 받은 후 외래로 통원하며 추후관리를 받고 있는 상태로 연구에 참여하기로 동의한 환자와 가족을 대상으로 하였다.

본 연구는 간호학과를 졸업한 15명의 자료수집자들을 훈련시킨 후 1998년 6월에서 1998년 10월까지 서울, 천안 그리고 부산의 종합병원에서 환자와 가족을 대상으로 변수에 따라 생리적 측정법, 자가보고 질문지, 관찰

법을 통하여 자료를 수집하였다. 가족이 동행하지 않은 환자의 경우 가족용 설문지는 우편으로 부쳐 응답하게 하였다.

최종적으로 본 연구에 참여한 환자는 서울지역에서 S대 병원 19명, P병원 83명, 국립재활원 7명, K대 병원 11명으로 120명, 부산 P병원에서 100명, 천안 D대 병원 34명으로 총 254명이었다. 외래에 가족이 동반하지 않은 경우가 모두 45명이었으며 이중 16명은 우편으로 설문지를 보내주었으나 29명은 설문지에 응답하지 않음으

로써 환자 가족은 모두 225명이 분석에 이용되었다.

2. 연구 도구

1) 인지능력

본 연구에서는 Kahn, Goldfarb, Pollack 과 Peck (1960)이 간단하게 인지기능 정도를 사정할 수 있도록 개발한 10문항으로 구성된 인지기능 검사지(Mental Status Questionnaire)를 이용하였다. 0-10점의 분포로 점수가 높을수록 인지능력이 좋은 것이며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach로 0.80이다.

2) 사회적지지

본 연구에서는 McColl과 Friedland(1989)이 개발한 뇌졸중환자가 지각하는 사회적 지지(Social support inventory for stroke survivors : SSISS)를 우리나라 상황에 맞게 수정하여 사용하였다. 내용타당성 검증을 위해 1차 도구의 원문을 번역한 후 일차적으로 6명의 간호학자가 문항내용과 표현의 적절성을 논의하였으며 다시 2명의 뇌졸중 전문의사와 사회적 지지 및 질병으로 인한 영향이 전문인 2명의 사회학자와 함께 2차례의 토론회를 거쳐 개발하였다.

본 연구에서는 대상자가 뇌졸중환자인 점을 고려하여 가족의 지지는 환자가 가장 가깝게 느끼는 주간호자와 주간호자 외의 1인으로 정하였으며, 전문가의 지지는 환자가 계속 다니고 있는 의사와 한의사, 간호사 또는 물리치료사를 포함하여 모두 3인까지 조사하였다.

- ① 주간호자의 사회적 지지 : 주간호제공자의 도움은 자주 보는 정도와 시간에 대한 만족도, 실제적, 정서적, 정보적인 지지에 대한 만족도, 관계의 질 등을 측정하는 도구를 연구자들이 개발하여 사용하였다. 총 7 문항으로 이루어져 있으며 점수가 높을수록 만족도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 Cronbach는 0.86이었다.
- ② 주간호자 이외의 의미있는 사람의 사회적 지지 : 주간호자 이외의 사람에게서 받는 도움은 주간호제공자의 도움과 같은 도구로 측정하였다. 본 연구에서의 Cronbach는 0.97이었다.
- ③ 전문가의 사회적 지지 : 전문가의 사회적 지지는 퇴원 후 외래방문시 의사를 포함하여 간호사, 물리치료사 등 환자가 경험한 모든 의료전문가를 대상으로 제 1, 제2, 제3의 전문가 순서로 조사하였으며 건강전문인의 지지 정도는 만나는 횟수와 시간에 대한 만족도,

실제적, 정서적, 정보적인 지지에 대한 만족도와 관계의 질을 묻는 6문항으로 이루어져 있다. 분석시에는 건강전문인의 숫자로 전체 점수를 나눈 평균 점수를 이용하였으며 점수가 높을수록 전문인의 도움에 만족한다는 것을 의미한다. 최고 3사람의 건강전문인에 대한 결과가 있어 각각의 신뢰도를 분석한 결과 Cronbach는 0.83에서 0.93이었다.

3) 질병으로 인한 영향(Illness intrusiveness)

질병이 실제 자신의 삶에 어떤 영향을 미쳤다고 생각하는지를 묻는 Devins 등(1983)이 개발한 도구를 사용한다. 이 도구는 질병이 미친 영향을 '매우 그렇다'에서 '전혀 아니다'의 6점 척도 13문항으로 구성되었다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach는 0.91로 나타났다.

4) 재적응

① 일상생활 수행능력

본 연구의 대상자들이 퇴원 후 뇌졸중환자임을 전제로 전화이용, 이동, 물건구입, 식사준비, 집안일 수행, 약물 복용, 돈 관리의 정도를 포함하고 있는 7문항으로 된 도구적 일상생활동작(IADL)으로 측정하였다. 문항별로 완전의존, 도움이 필요, 스스로 함의 3점 척도로 최저 7점에서 최고 21점까지 가능하다. 점수가 높을수록 스스로 일상생활 활동을 잘 할 수 있음을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach로 0.94이었다.

② 우울척도(Center for Epidemiologic studies-Depression : CES-D)

본 도구는 개인의 우울감정에 초점을 두고 현재 우울 정도를 측정하도록 고안된 도구로, 원래의 20문항 중 한국인의 정서에 부적합한 것으로 드러난 4문항(4, 8, 12, 16번)을 뺀 16문항 4점 척도로 구성되었다. 우울 정도는 각 문항별로 대상자가 지난 1주동안에 우울을 몇 번 경험했는지 묻고, '거의 없다'에서 '항상 그렇다'의 4점 척도로 응답하게 되었다. 본 도구의 점수범위는 0점-48점으로 점수가 높을수록 우울이 높다. 본 연구에서의 Cronbach는 0.89이었다.

③ 사회적 활동조사지(Social Activity)

사회적 재적응상태의 조사위해 연구팀이 개발한 것으로 사회적 활동의 횟수와 만족도 2가지로 측정하였다. 연구팀은 환자에게 뇌졸중 발생 전부터 의미있던 활동과 뇌졸중 발생 후 조사시점에서 다시 그런 활동을 하는지 여부와 활동에 대한 만족도를 측정할 수 있는 도구를 개발하였다. 환자에게 발병 전부터 가장 의미있고 중요

했거나 혹은 즐거웠던 활동을 5가지까지 조사하고, 그 활동을 조사시점에서 1주일을 단위로, 활동을 했는지 여부와 했다면 주당 몇회를 했는지, 그리고 그 활동에 대한 만족도를 측정한다.

5) 가족 부담감 척도

만성환자가족들이 겪는 부담감은 Montgomery(1985)의 주관적 부담감과 객관적 부담감도구를 번역하고 수정, 보완하여 만든 이영신(1993)의 도구를 사용하였다. 이 도구의 문항은 6점척도 22개 문항으로 이중 객관적 부담감은 9문항, 주관적 부담감은 총 13문항이다. 본 도구의 신뢰도는 객관적 부담감은 Cronbach로 .85였고 주관적 부담감은 Cronbach로 .86이었다.

6) 환자 및 가족에 대한 일반적인 정보 조사지

가족구조, 성별, 학력, 직업 및 사회경제적 상태를 포함한 환자 및 가족에 대한 정보를 포함하고 있다. 특히 환자 정보지에는 뇌졸중발생 요인으로 제시되는 음주, 흡연력을 조사한다.

3. 분석

환자 및 가족의 일반적 사항과 측정단계별 환자 상태는 기술적인 통계를 이용하며, 환자가 받은 사회적 지지와 재적응과의 관계는 상관관계 및 경로분석을 이용하여 분석한다. 뇌졸중환자를 돌보는 가족의 부담감, 우울, 지각된 사회적지지 및 지각된 변화 각각은 기술적인 통계를 이용하고, 제 변수간의 관계는 상관관계를 이용하여 분석하였다.

다중회귀분석과 경로분석을 통해 퇴원후 뇌졸중 환자의 신체적, 심리적, 사회적 재적응 각각에 영향 미치는 요인들을 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 특성

대상자들의 평균 연령은 56세였으며 남자가 50.6%(128명), 여자가 49.4%(125명)로 성에 따른 분포의 차이는 없는 것으로 나타났다. 발병전에 직업이 없는 경우는 전체의 32%인 81명이었으나 발병 후에는 75%인 190명이 없는 것으로 나타나 뇌졸중발병으로 109명이 직업에 복귀하지 못한 것으로 나타났다. ‘치료나 일상생활을 하

는데 만족스럽게 생각하는 정도’로 본 수입은 40명이 만족, 77명이 보통이었으며 135명이 부족하다고 응답하여 부족하다고 생각하는 응답자가 조금 더 많은 것으로 나타났다. 동거 가족수는 평균 2.76명인 것으로 나타났다.

대상자의 질병특성은 <표 1>에서 보는 바와 같이 퇴원 후 6개월 이하가 99명(44%), 7개월에서 12개월인 환자가 24.4%(55명), 13개월 이상이 31.6%(71명)로 6개월 이하인 경우가 가장 많았으며 평균 11.8개월인 것으로 나타났다. 이번 발병이 몇번째인가를 조사한 결과 처음 발병이 74.4%인 189명으로 가장 많았다. 2차발병인 경우도 15.4%인 39명, 3차인 경우는 10명, 4차 이상인 경우도 1명 있는 것으로 나타났다.

<표 1> 대상자의 질병 특성 (N=254)

	변수 및 항목	빈도(N)	백분률(%)
퇴원후 기간	6개월이하	99	44.0
	7-12개월	55	24.4
	13개월이상	71	31.6
병명	우측뇌경색	21	8.3
	좌측뇌경색	26	10.2
	뇌경색	42	16.5
	뇌출혈	40	15.7
	우측뇌출혈	24	9.4
	좌측뇌출혈	32	12.6
	지주막하출혈	47	18.5
	기타	19	7.5
	무응답	3	1.2
수술여부	했다	91	35.8
	안했다	160	63.0
	무응답	3	1.2
발병횟수	1차	189	74.4
	2차	39	15.4
	3차	10	3.9
	4차이상	1	.4
	무응답	15	5.9
관련질병	고혈압	113	44.5
	당뇨	8	3.1
	심장질환	3	1.2
	고혈+당뇨	19	7.5
	고혈+동맥경화+심장	1	.4
	고혈+심장질환	9	3.5
	고혈+기타	5	2.0
	당뇨+기타	2	.8
	고혈+당뇨+심장질환	2	.8
	기타	7	2.8
없음	85	33.5	

병명은 지주막하출혈이 18.5%(47명)로 가장 많았으며, 다음이 뇌경색으로 16.5%(42명), 뇌출혈이 40명(15.7%) 순이었다. 이를 다시 경색성과 출혈성으로 구분해보면 우측뇌경색, 좌측뇌경색을 포함한 경색성 뇌졸중이 35%(89명)이고, 우측뇌출혈, 좌측뇌출혈 및 지주막하 출혈을 포함하는 출혈성 뇌졸중은 56.2%(143명)로 출혈성 뇌출혈이 더 많은 것으로 나타났으며 수술 여부와 관련해서는 35.8%(91명)가 수술을 받았으며, 63%(160명)는 수술을 받지않았다.

관련질환의 조사결과 전체대상자의 44.5%인 113명이 고혈압만이 있었던 것으로 나타났다. 당뇨, 동맥경화 또는 심장질환 등 다른 질병과 함께 고혈압이 있었던 36명을 더하면 고혈압이 있었던 경우는 모두 149명으로 가장 빈도가 높은 것으로 나타났다. 이외에 당뇨만 있는 경우가 3.1%(8명), 심장질환만 있는 경우는 1.2%(3명)로 나타났으며, 당뇨와 심장질환도 고혈압이나 동맥경화 혹은 기타질환과 함께 있는 경우도 있는 것으로 나타났다.

2. 가족 및 전문가에 의한 사회적 지지

McColl과 Friedland(1989)이 개발한 SSISS를 수정하여 본 연구에서는 주간호자와 주간호자를 제외한 후 의미있는 사람, 그리고 3인까지 환자가 만나는 전문가로부터의 양적지지, 질적지지 및 지지의 만족도를 포함하여 환자가 지각한 사회적 지지를 분석하였다.

사회적 지지원과 관련해서는 <표 2>에서 볼 수 있는 것과 같다. 주간호자의 환자와의 관계는 배우자가 61.8%(157명)로 가장 많았으며, 부모가 2.8%인 7명으로 배우자와 부모가 64.6%인 164명이었으며, 기타인 경우가 34.6%인 88명으로 나타났다. 이들 주간호자는 89.4%인 227명이 환자와 함께 거주하는 것으로 나타났으나 함께 거주하지 않는 경우도 8.7%에 이르는 것으로 나타났다. 2명은 주간호자를 제시하지 못하였다.

주간호자 이외의 의미있는 사람으로는 배우자, 부모가 13%(33명)였으며, 자식, 형제를 포함한 기타가 72.8%(185명)였고 이들 의미있는 사람들 중에 39.4%(100명)는 환자와 동거하지 않는 것으로 나타났다. 또한 주간호자외에 의미있는 사람이 '없다'고 한 경우도 12.2%(31명)에 이르는 것으로 나타났다.

전문가의 지지와 관련해서 병원전문가와 지역사회전문가를 대상으로 3명까지 조사한 결과 제1의 전문가는 의사가 246명으로 96.9%를 차지하였으나 제2 전문가는

83.1%인 211명이 없다고 하였으며, 제3의 전문가도 96.1%인 244명이 없다고하여 퇴원 후 외래로 방문하는 것 외에 다른 지역사회 전문가는 거의 접하지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 퇴원 후 뇌졸중 환자가 쉽게 접할 수 있는 지역사회 자원이 거의 없을뿐 아니라 환자들이 '의사만이 전문가'라는 의식을 갖고 있는 현실이 반영된 것으로 보인다.

<표 2> 사회적 지지원 (N=254)

지지원	변수 및 항목	빈도(N)	백분률(%)		
주간호자	관계	배우자	157	61.8	
		아버지	3	1.2	
		어머니	4	1.6	
		기타	88	34.6	
		없음	2	.8	
	주간호자	예	227	89.4	
	와의 동거	아니오	22	8.7	
	의미있는 사람	관계	배우자	23	9.1
			아버지	2	.8
			어머니	8	3.1
기타			185	72.8	
무응답			5	2.0	
의미있는 사람과의 동거	예	116	45.7		
	아니오	100	39.4		
전문가	제1 전문가	의사	246	96.9	
		무	8	3.1	
	제2 전문가	의사	43	16.9	
		무	211	83.1	
	제3 전문가	의사	10	3.9	
		무	244	96.1	

3. 퇴원후 기간에 따른 환자의 인지기능, 재적응 상태 및 가족부담감

본 연구에서 대상자의 퇴원 후 재적응상태는 도구적 일상생활수행능력이 평균 21점 만점에 평균 19점으로 양호한 상태였으나 우울은 60점 만점에서 16점 이상을 우울로 진단하는 CES-D의 기준으로 볼 때 48점 만점에서 평균 12.9점으로 우울이 있는 것으로 나타났다. 사회적 활동에 대한 만족도는 5점 만점에서 2.9점으로 '보통' 이하의 만족도를 보이고 있는 것으로 나타났다.

이러한 환자상태를 퇴원후 기간에 따라 분석한 결과는 다음과 같다. 인지기능은 6개월 이하에서 평균 9.72로 가장 낮았으며, 1년 이상에서 10.73로 가장 높게 나타남으로써 퇴원 후 시간이 지나면서 회복되는 양상을 보

였으나, 그룹간에 통계적으로 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다($p=.0731$).

재적응상태 중 신체적 재적응상태로 본 도구적 일상생활수행능력은 6개월이하에서 18.01, 7-12개월에서 18.6, 1년 이상에서 19.76으로 그룹간에 통계적으로 유의한 차이를 보임($p=.0035$)으로써 퇴원후 시간이 지나면서 회복되는 것으로 나타났다. 그러나 우울은 6개월 이내가 평균 14.43, 7-12개월에서 13.65, 13년이상에서는 11.61로 시간이 지남에 따라 감소되는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않는 것으로 나타났다. 사회적 활동도 6개월 이하가 평균 0.8회인데 반해 7-12개월에서는 0.9회, 1년 이상에서도 0.9회로 퇴원 후 시간이 지나면서 점차 증가되는 양상은 보였으

나 사회적 활동에 대한 만족도는 6개월 이내가 2.7점, 7-12개월에는 3.2점, 그리고 1년 이후에는 4.4점으로 만족도가 점차 높아졌으나 각각 그룹간에 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다(표 4 참조).

환자를 주로 돌보는 가족의 주관적 부담감과 객관적 부담감을 퇴원 후 기간에 따라 분석해 본 결과 객관적 부담감은 시간이 지나면서 점차 감소하였으며 통계적으로도 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났으나 주관적 부담감은 6개월 이내가 40.64, 7-12개월에서 41.35, 13개월 이상에서 39.01로 거의 차이를 보이지 않음으로써 퇴원 후 1년 이후의 기간에서도 가족의 주관적 부담감 정도는 높은 것으로 나타났다(표 3 참조).

〈표 3〉 퇴원 후 기간에 따른 환자재적응 상태 및 가족부담감

변 수	기 간	N	mean	S.D	F	P
인지기능	6개월이하	99	9.7273	3.4221	2.6476	.0731
	7-12개월	55	10.6545	2.7435		
	1년이상	71	10.7324	3.0377		
도구적 일상생활 수행능력	6개월이하	99	18.0101	4.3601	3.6481	.0276*
	7-12개월	55	18.6465	4.0379		
	1년이상	71	19.7606	4.0017		
우울	6개월이하	99	14.4343	10.2032	1.6689	.1908
	7-12개월	55	13.6545	8.6842		
	1년이상	71	11.6143	8.4947		
사회적 활동 횟수	6개월이하	99	.7980	.9256	.4165	.6599
	7-12개월	55	.9273	.9200		
	1년이상	71	.9014	1.0022		
사회적 활동 만족도	6개월이하	52	2.7147	6.2137	.7291	.4844
	7-12개월	35	3.2286	6.2518		
	1년이상	41	4.3638	7.3232		
주관적 부담감	6개월이하	99	40.6364	8.6195	.8582	.4253
	7-12개월	55	41.3455	7.7321		
	1년이상	71	39.0141	14.0910		
객관적 부담감	6개월이하	99	39.3737	6.1902	4.5295	.0118*
	7-12개월	55	39.3818	6.2760		
	1년이상	71	35.7042	12.0587		

4. 사회적 지지, 질병으로 인한 영향 및 재적응의 상관성

사회적 지지를 중심으로 환자의 신체적, 심리적, 사회적 재적응을 포함하여 환자의 연령, 인지기능과 질병으로 인한 영향 등 본 연구에서 의미있는 변수들 간의 상관관계를 분석하였다. 이때 가족의 지지는 주간호자와 의미있는 사람으로부터 받은 사회적 지지의 합으로, 전문

가의 지지는 3인까지의 전문가로 받은 사회적 지지의 합으로 하였다.

〈표 4〉에서 제시된 바와 같이 가족의 지지는 심리적 재적응상태를 대표하는 환자의 우울($p=.015$), 사회적 재적응상태를 대표하는 사회적 활동의 만족도($p=.005$) 및 가족의 주관적 부담감($p=.006$)과 통계적으로 유의한 상관관계를 보이는 것으로 나타났다. 즉, 가족의

지지가 크면 환자의 우울은 낮고, 사회적 활동의 만족도는 높으며, 가족의 주관적 부담감이 낮은 것으로 나타났다. 전문가의 지지는 환자의 도구적 일상생활수행능력($p=.035$)과 순상관관계를 그리고 환자의 우울($p=.039$)과는 역상관관계를 가지는 것으로 나타나 전문가의 지지가 크면 도구적 일상생활수행능력은 좋고 우울 정도는 낮은 것으로 나타났다.

환자의 일반적 특성 중 문헌에서 중요하게 제시된 연령과 인지능력이 제변수와 갖는 관련성을 분석한 결과 연령은 사회적 활동의 횟수($p=.014$)와만 유의한 상관관계가 있으며 환자의 인지능력, 도구적 일상생활수행능력, 질병으로 인한 영향 등 제변수들과 유의한 관련성이 없는 것으로 나타났다. 즉, 환자의 연령이 많을수록 사회적 활동의 횟수가 적은 것으로 나타났다.

그러나 환자의 인지능력과 제변수와의 관계는 모두 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났는데 질병으로 인한 영향($p=.000$), 도구적 일상생활수행능력($p=.000$), 우울($p=.000$), 사회적 활동의 횟수($p=.000$), 사회적 활동의 만족도($p=.006$)와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉, 인지능력이 좋을수록 질병으로 인한 영향은 적고, 도구적 일상생활수행능력과 사회적 활동의 횟수 및 만족도는 높으며, 우울은 낮아지는 것으로 나타났다. 또한 환자의 인지능력은 가족의 주관적 부담감($p=.000$) 및 객관적 부담감($p=.001$)과도 높은 관련성이 있는 것으로 나타남으로써 인지능력이 매우 중요한 요인으로 나타났다.

제변수와 퇴원후 뇌졸중환자의 재적응상태와의 상관관계에 대한 분석 중 도구적 일상생활수행능력은 인지능력($p=.000$), 전문가의 지지($p=.035$) 및 질병으로 인한 영향($p=.001$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 인지능력이 좋고, 전문가의 지지가 많으며, 질병으로 인한 영향이 적을수록 퇴원 후 환자의 일상생활수행능력은 좋은 것으로 나타났다. 또한 환자의 도구적 일상생활수행능력은 환자의 우울($p=.000$), 사회적 활동 횟수($p=.000$) 및 사회적 활동의 만족도($p=.007$)와도 모두 높은 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

우울정도는 인지능력($p=.000$), 가족 지지($p=.015$), 전문가 지지($p=.014$), 질병으로 인한 영향($p=.000$) 및 도구적 일상생활수행능력($p=.000$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 퇴원후 뇌졸중환자의 우울은 인지능력이 좋을수록, 가족의 지지와 전문가의 지지가 많을수록, 도구적 일상생활수행능력이 좋을수록 낮은 것으로 나타났으며 특히 질병으로 인한 영향이 적

을수록 우울이 낮은 것으로 나타났다.

사회적 재적응 정도를 보기 위해 조사한 사회적 활동의 횟수는 환자의 연령($p=.014$), 인지능력($p=.000$), 질병으로 인한 영향($p=.000$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났으며 사회적 활동의 만족도는 연령($p=.014$), 인지능력($p=.000$), 가족 지지($p=.005$)와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다(표 4 참조).

〈표 4〉에서 볼 수 있는 바와 같이 본 연구에서 매개변수로 설정한 질병으로 인한 영향은 환자의 도구적 일상생활수행능력($p=.000$), 우울($p=.000$), 사회적 활동의 횟수($p=.000$) 및 가족의 주관적($p=.001$), 객관적 부담감($p=.000$)과 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉, 환자가 인식하는 질병으로 인한 영향이 클수록 도구적 일상생활수행능력과 사회적 활동횟수는 적었으며, 우울정도는 높아지는 것으로 나타났다. 특히 환자가 인식하는 질병으로 인한 영향이 클수록 가족의 주관적, 객관적 부담감이 높은 것으로 나타났다.

5. 신체적, 심리적, 사회적 재적응의 영향요인 분석

위에서 제시된 제변수간의 상관관계 분석을 바탕으로 본 연구에서 보려고 하는 환자의 연령과 인지능력과 사회적 지지 및 질병으로 인한 영향이 신체, 심리, 사회적 재적응을 어떻게 설명하는지를 분석하기 위해 신체적, 심리적, 사회적 재적응상태로 설정한 도구적 일상생활수행능력, 우울 및 사회적 활동 각각에 대한 다중회귀분석을 하였다.

분석 결과 〈표 5〉에서 볼 수 있는 바와 같이 신체적 재적응 상태인 도구적 일상생활수행능력은 인지능력, 질병으로 인한 영향, 연령 및 전문가의 지지가 유의한 설명력을 갖는 것으로 나타났으며 이중 인지능력이 31%의 설명력으로 가장 높고 다음이 질병으로 인한 영향이 16%, 연령이 2.1%의 설명력을 갖고 있으며 전문가의 지지는 1% 미만의 적은 설명력이 있는 것으로 나타났다. 이들 변수에 의해 총 49.3%가 설명되는 것으로 나타났다.

심리적 재적응 상태인 퇴원 후 우울에 대해서는 질병으로 인한 영향, 인지능력 및 가족의 지지가 유의한 설명력을 갖고 있으며 이 중 질병으로 인한 영향이 28.4%, 인지능력이 2.3%, 가족의 지지가 2.3%로 총 33%의 설명력을 갖고 있는 것으로 나타났다.

사회적 활동의 횟수로 본 사회적 재적응에 대한 제변수의 영향력 정도는 연령과 가족의 지지가 유의한 설명

<표 4> 사회적 지지와 제변수와의 상관관계

상관관계	연령	인지기능	가족지지	전문가 지지	질병으로 인한 영향	도구적 수행능력	우울	사회적 활동횟수	사회적활동 동만족도	주관적 부담감	객관적 부담감
연령	1.0000 P=.	-.0676 P=.156	-.0225 P=.368	-.0506 P=.228	.0392 P=.279	.0238 P=.362	.0054 P=.468	-.1472 P=.014	-.0660 P=.230	-.0201 P=.382	-.0588 P=.190
인지기능		1.0000 P=.	.1063 P=.056	.0930 P=.086	-.3772 P=.000	.5260 P=.000	-.4260 P=.000	.2913 P=.000	.2226 P=.006	-.2568 P=.000	-.1982 P=.001
가족지지			1.0000 P=.	.2400 P=.000	.0126 P=.425	-.0825 P=.109	-.1450 P=.015	.0523 P=.217	.2287 P=.005	-.1658 P=.006	-.0407 P=.272
전문가 지지				1.0000 P=.	-.0975 P=.076	.1225 P=.035	-.1487 P=.014	.0321 P=.319	.1007 P=.132	-.0910 P=.090	-.0516 P=.224
질병으로 인한 영향					1.0000 P=.	-.4635 P=.000	.5370 P=.000	-.3027 P=.000	.0458 P=.304	.2092 P=.001	.2995 P=.000
도구적 수행능력						1.0000 P=.	-.3436 P=.000	.2752 P=.000	.2152 P=.007	-.1377 P=.020	-.2181 P=.000
우울							1.0000 P=.	-.1724 P=.005	-.0243 P=.393	.2240 P=.000	.2183 P=.000
사회적 활동횟수								1.0000 P=.	.5854 P=.000	-.1651 P=.007	-.1721 P=.005
사회적활동 만족도									1.0000 P=.	-.1117 P=.105	-.1182 P=.092
주관적 부담감										1.0000 P=.	.5694 P=.000
객관적 부담감											1.0000 P=.

력을 갖는 것으로 나타났다. 이 중 연령이 23.7%, 가족의 지지가 7.5%, 인지능력이 6.9%로 이들 변수에 의한 설명력은 총 30.6%인 것으로 나타났다.

또한 본 연구에서 매개변수로 설정한 질병으로 인한 영향에 대한 환자의 연령, 인지능력 및 가족과 전문가 지지의 영향력 정도는 다중회귀분석 결과 환자의 인지능력만이 8%(p=.000)의 설명력을 갖는 것으로 나타났다.

환자의 연령, 인지능력, 환자가 지각한 가족 및 전문

가에 의한 사회적지지, 질병으로 인한 영향과 신체적, 심리적, 사회적 재적응과의 인과관계 분석을 위해 제변수들간의 경로분석을 하였다. 경로분석 결과 <그림 3>에 제시된 바와 같이 환자의 연령이 많을수록 도구적 일상생활수행능력과 사회적 활동이 유의하게 낮았으며, 인지능력이 좋으면 유의하게 우울정도는 낮고 도구적 일상생활수행능력은 증가하는 것으로 나타났다.

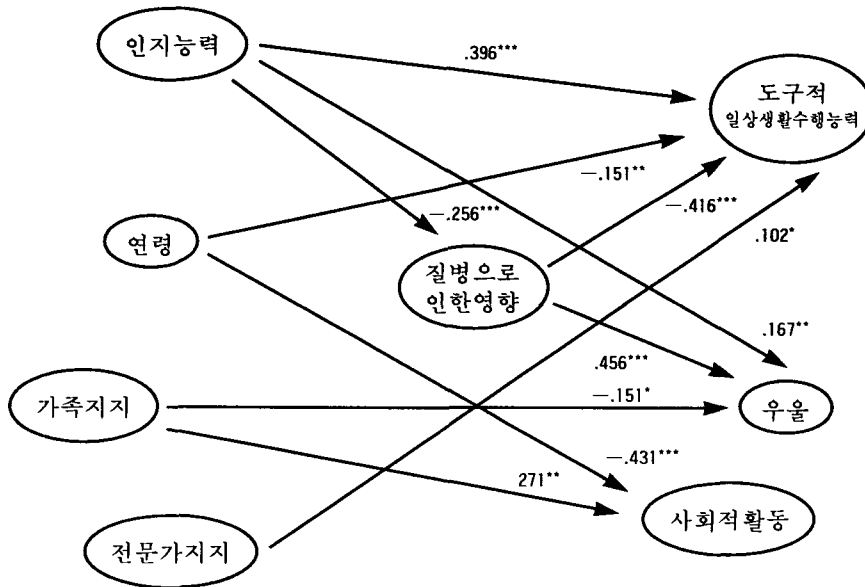
가족의 지지가 좋으면 유의하게 우울이 낮고, 사회적

<표 5> 일상적 수행능력, 우울 및 사회적 활동에 대한 다중회귀분석

종속변수	변수	Multiple R	R Square	Beta	F/T	Sig T
도구적 일상생활 수행능력	인지기능	.55746	.31076	.39619	7.216	.0000
	질병으로 인한 영향	.68670	.47155	-.41626	-7.914	.0000
우울	연령	.70208	.49292	-.15123	-2.874	.0045
	전문가 지지	.70940	.49316	.10198	2.024	.0443
사회적 활동	질병으로 인한 영향	.53316	.28426	.45562	7.896	.0000
	인지기능	.55464	.30762	-.16792	-2.727	.0070
	가족 지지	.57485	.33045	-.15130	-2.579	.0107
사회적 활동	연령	.48647	.23665	-.43077	-4.751	.0000
	가족 지지	.55300	.30581	.27135	3.092	.0027

활동은 증가하였으며, 전문가의 지지는 환자의 신체, 일상생활수행정도에만 유의한 관련성이 있었으며 심리적, 사회적 재적응과는 관련성이 인정되지않는 결과를 나타냈다.

또한 질병으로 인한 영향이 클수록 도구적 일상생활수행능력은 유의하게 감소하고, 우울은 증가하는 것으로 나타났으며 인지능력이 질병으로 인한 영향에 유의한 관련성이 있는 것으로 나타났다.



〈그림 3〉 사회적 지지와 신체, 심리, 사회적 재적응의 경로분석

V. 논 의

본 연구는 퇴원 후 뇌졸중환자와 가족을 대상으로 퇴원 후 환자가 받는 가족 및 전문가로부터의 사회적 지지가 뇌졸중환자의 신체, 심리 및 사회적 재적응과 가족의 부담감에 어떤 영향을 미치는 가를 규명함으로써 향후 우리나라 뇌졸중환자의 재활을 위한 사회적 지지체계 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 하였다.

본 연구대상자들의 재적응상태는 신체적 재적응상태로 본 도구적 일상활동수준이 평균적으로 양호한 상태인 것으로 나타났는데 이는 퇴원 후 뇌졸중환자를 대상으로 한 때문으로 이해된다. 이처럼 도구적 일상활동수준이 양호함에도 우울정도는 높게 나타났으며, 발병전에 의미있던 활동을 퇴원 후 조사시점에서 지난 1주일동안에 한 사회적 활동의 횟수가 평균 1회가 되지않음으로써 뇌졸중환자에서는 일상활동 능력과 무관하게 우울증상이 심각함을 보고한 Robinson과 Price(1982)의 연구나 뇌졸중이 발생한 지 3년이 지난 후에도 우울 및 대인관계 감소와 같은 사회적인 문제가 발생전에 비해 유의

하게 높았다는 Astrom, Asplund 및 Astrom(1992)의 연구결과와 일치하는 결과를 보였다.

그러나 본 연구결과에서는 퇴원 후 기간에 따른 환자의 우울이 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았지만 퇴원 후 6개월이내가 가장 높았고 1년 이상된 환자가 가장 낮음으로써 시간이 지나면서 우울정도가 감소되는 것으로 나타났는데 우울이 가장 심한 경우가 뇌졸중 발생 후 6개월에서 2년사이라고 한 Robinson과 Price(1982)의 결과나 뇌졸중 환자의 23%가 우울진단을 받았으며 이중 86%가 1년 후에도 계속 우울진단을 받았다고 한 Burvill 등(1995)의 연구결과와는 다른 양상을 보인 것으로 나타났다.

특히 본 연구 결과에서도 대상자 중 109명이 뇌졸중 발병으로 직업활동을 하지 못하는 것으로 나타남으로써 생산성의 감소와 함께 치료 및 재활비용으로 커다란 부담을 지게된다는 Saeki 등(1994)의 보고나 뇌졸중후 직업을 잃는 환자가 71%이며, 약 30%에서 일상생활작업이나 보행에 도움이 필요하다고 한 DeLisa와 Gans(1993)의 연구결과와 일치되는 결과를 나타냄으로써 사

회적 차원에서의 지지체계 마련의 필요성이 입증된 것으로 생각된다.

본 연구에서 퇴원 후 뇌졸중환자들은 외래방문에서 만나는 의사외에는 거의 지역사회 중심의 전문적인 지지를 받지 못하는 것으로 나타났으며 환자들이 필요로 하는 전문적인 재활치료가 제공되지 못하고 있음을 확인할 수 있었다. 그 결과 장기적으로 추후관리를 받을 수 있는 지역사회 중심의 사회적 지지가 뇌졸중 환자의 적응에 미치는 긍정적인 영향들을 보고한 연구결과들 (Briggs, 1982; Holmqvist 등, 1996)이나 의료인의 지지가 높을수록 환자의 우울정도가 낮아졌다는 연구들 (임경춘, 박광옥 및 김복자, 1997; 강현숙, 1984)과는 달리 본 연구에서는 전문가에 의한 사회적 지지가 환자의 도구적 일상활동수준에만 설명력을 갖고 있는 것으로 나타났는데 이러한 결과는 본 연구결과에서 드러난 우리나라의 열악한 사회적 지지체계와 관련이 있는 것으로 추정된다.

뇌졸중환자의 심리적 재적응상태인 우울은 본 연구결과와 환자의 인지능력, 질병으로 인한 영향 및 가족의 지지에 의해 큰 영향을 받는 것으로 나타났는데 이러한 결과는 파손질환자가 지각한 가족의 지지가 높을수록 유의하게 우울정도는 낮아지는 것으로 나타났음을 보고한 임경춘, 박광옥 및 김복자(1997)의 연구나 편마비환자에서 환자가 지각한 가족의 지지가 높을수록 우울정도가 낮다고 한 강현숙(1984)의 연구와 일치하는 결과를 보임으로써 환자의 심리적 재적응에 가족의 지지가 중요한 요인임을 확인할 수 있었다.

특히 본 연구에서는 긍정적인 경험의 가능성을 감소시키고, 개인적인 통제력을 저하시켜 만성질환자의 심리·사회적인 안녕에 부정적인 영향을 미치는 결정적인 요인으로 밝혀진 질병으로 인한 영향(Devins & Seland, 1987)을 매개변수로 가정하고 분석한 결과 도구적 일상생활 수행능력과 우울에 대해 높은 영향력을 보였으며 특히 우울에 대해서는 28.4%의 높은 설명력을 갖고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 실제로 류마티스성 관절염환자와 말기신장질환자에서 연구에서 질병으로 인한 영향이 우울과 유의미한 관련성을 갖는 것으로 나타났으며, 이러한 관련성은 질병의 심각성이나 기간과 무관하게 중요한 것으로 나타났음을 보고한 Devins 등(1993)의 연구나 24세에서 78세의 분포를 가진 110명의 류마티스성 관절염환자를 대상으로 한 연구에서 질병으로 인한 영향과 우울은 통계적으로 유의한 관련성을 모든 대상자가 보이고 있다고 보고한 결과

(Devins 등, 1992)와 일치하는 것으로 뇌졸중을 비롯하여 관절염, 만성신장질환, 혹은 척추장애와 같은 만성질환자의 재적응 연구에서 중요하게 고려해야 할 변수로 확인되었다.

뇌졸중이 신체적 기능손상으로 심리적 기능의 손상을 가져오고, 신체 및 심리적 기능손상은 사회활동을 제한하여 더욱 폐쇄적이고 의존적인 생활을 하게하는 것을 고려할 때 사회적 기능회복은 무엇보다도 중요하다고 할 수 있다. 현상학적 방법을 통해 뇌졸중환자의 희망을 분석한 김이순(1996)의 연구에서도 뇌졸중환자들은 신체적, 심리적, 사회적인 통제력의 상실로 우울증에 빠지고 수동적이 되며 삶의 의지를 포기하여 재활을 어렵게 하므로 환자가 삶의 의지를 가지고 독립적이며 생산적인 생활양식의 회복을 위한 재활이 가장 중요하다고 결론지었으면 이를 위해서는 퇴원 후 지속적인 재활이 이루어지도록 추후관리체계의 확립과 전문요원들의 보급이 시급하다고 제언하고 있다.

본 연구결과 대상자들의 사회적 재적응을 나타내는 사회적 활동은 환자의 연령과 가족의 지지가 영향요인으로 분석되었는데 이러한 결과는 가족의 지지가 높을수록 뇌졸중환자의 자가간호수행정도가 높다는 김정식(1996)의 연구결과에서와 같이 뇌졸중환자의 재활에 가족의 지지가 갖는 의미가 무엇보다도 큼을 재확인한 것으로 가족의 지지를 높일 수 있는 다양한 간호중재방안의 개발이 사회적 지지체계 개발의 중요한 한 부분이 되어야 할 것으로 생각된다.

종합병원 외래에서 추후관리를 받고 있는 뇌졸중환자 274명을 대상으로 신체적, 심리적 사회적 적응수준을 조사한 황현숙과 박경숙(1996)의 연구에 의하면 일상생활수행에서 의존도와 우울정도는 높았으며, 사회활동량은 'TV보기' 외에는 대체로 낮은 것으로 나타났다. 또 일상생활의존도가 높을수록 우울이 심하고 사회활동량은 적은 것으로 나타났는데 본 연구에서도 결과변수들간의 경로분석이 불가능하여 신체, 심리, 사회적 재적응상태가 상호에게 미치는 인과관계를 분석하지 못하였으나 제 변수간 상관관계 분석결과 퇴원 후 뇌졸중환자의 도구적 일상활동과 우울 및 사회적 활동간에 높은 수준에서 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

이미 우리나라에서도 퇴원 후 뇌졸중환자들을 대상으로 재활치료 및 간호중재를 적용하여 많은 연구들이 그 효과를 보고하고 있다. 김창환과 김세주(1995)는 뇌졸중으로 입원한 환자 중 재활치료를 시행하면서 3개월 이상추적관찰이 가능한 75명의 환자를 대상으로 운동기능

의 회복을 조사한 결과 뇌졸중 후 운동기능회복은 환자의 77.3%가 8.7주내에 보행하였고, 50.7%가 상지기능을 회복한 것으로 나타났다. 또한 요실금, 감각기능 및 언어기능장애등이 재활에 영향미치는 요인으로 나타남으로써조기에 이들 요인을 관리할 필요성이 있는 것으로 나타났다. 재활병원에서 포괄적인 재활치료를 받는 뇌졸중 환자 78명을 대상으로 환자의 시지각과 일상생활 동작의 관련성을 본 김영희(1995)는 옷입기와 이동동작에 전경배경(figure-ground)과 시각적 기억(visual memory)이 각각 51.8%와 46.3%의 설명력을 갖는 것으로 보고하고 있다.

이러한 연구결과에서 볼 수 있는 것처럼 퇴원 후 뇌졸중환자의 체계적이고 지속적인 재활치료 및 간호는 그 효과가 입증되고 있으므로 이를 종합적이고 사회적인 지지체계 프로그램으로 발전시켜야 할 과제가 의료전문인의 책임으로 남아있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 퇴원 후 뇌졸중환자가 지각하는 가족 및 전문가에 의한 사회적 지지와 신체적, 심리적, 사회적 재 적응상태와의 관계를 분석하기 위한 탐색연구로 신체적 재적응은 도구적 일상생활수행능력으로, 심리적 재적응은 우울로, 그리고 사회적 재적응은 발병 전 환자에게 의미있었던 활동의 횟수와 만족도로 측정하였다. 또한 경로분석을 통해 사회적 지지이외에 문헌에서 중요하게 제시된 인지능력과 질병으로 인한 영향의 재적응상태에 대한 효과도 함께 분석하였다. 서울, 천안, 부산의 종합병원 신경외과 및 신경과 외래에 등록된 254명의 뇌졸중환자와 225명의 가족을 대상으로 관찰법, 설문지 및 면접을 통해 자료수집하였다.

연구결과는 다음과 같다.

- 1) 대상자의 도구적 일상생활 수준은 양호하였으나, 우울 정도는 높았으며 사회적 활동은 낮은 것으로 나타났다.
- 2) 퇴원 후 기간에 따른 환자상태 중 인지기능, 우울 및 사회적 활동은 회복되었으나 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 도구적 일상생활수행능력 수준은 유의한 차이를 보이는 것으로 나타났다.
- 3) 전문가에 의한 지지원은 외래 의사가 대부분으로, 다른 지역사회 전문가의 지지는 거의 받지 못하는 것으로 나타났다.
- 4) 가족에 의한 지지는 환자의 우울, 사회적 활동 및 가

족의 주관적 부담감과 전문가에 의한 지지는 환자의 도구적 일상생활수행능력 및 우울과 유의한 상관관계를 갖고 있는 것으로 나타났다.

- 5) 매개변수인 질병으로 인한 영향은 환자의 도구적 일상생활수행능력과 우울에 강력한 예측요인으로 나타났다.
- 6) 경로분석 결과 환자의 인지기능이 좋으면 질병으로 인한 영향이 적어져서 유의하게 도구적 일상생활수행능력은 증가하고 우울은 감소하는 것으로 나타났다.
- 7) 경로분석 결과 인지기능과 가족의 지지가 좋고 나이와 질병으로 인한 영향이 적을수록 도구적 일상생활수행능력 수준이 높은 것으로 나타났다. 인지기능이 좋고, 질병으로 인한 영향이 적고, 가족의 지지가 많을수록 환자의 우울은 낮은 것으로 나타났으며, 연령이 적고 가족의 지지가 좋을수록 사회적 활동이 좋았으며, 연령이 적고 가족의 지지가 많을수록 사회적 활동이 활발한 것으로 나타났다.

이상의 연구결과에서, 본 연구대상자에 제한되는 것으로, 환자의 인지기능, 질병으로 인한 영향이 퇴원 후 뇌졸중 환자의 도구적 일상생활수행능력, 우울 및 사회적 활동에 영향을 미치는 중요한 요인들임이 검증됨으로써 향후 뇌졸중 환자의 재적응 증진을 위한 간호중재의 방향을 제시했다는 점에서 간호실무와 연구측면에서의 의의를 찾을 수 있다.

그러므로 퇴원 후 뇌졸중 환자의 재활프로그램에는 인지기능 향상과 질병으로 인한 영향을 감소시킬 수 있는 간호중재가 포함되어야 하며, 이를 위한 구체적인 프로그램의 개발과 그 효과를 규명하는 연구가 활발히 이루어져야 할 것을 제언한다.

또한 본 연구에서는 재적응을 도구적 일상생활수행능력, 우울 및 사회적 활동의 3영역으로 나누어 보았으나 향후 이들 간의 상관성과 위의 3변수를 포함하는 삶의 질과의 관련성 규명을 위한 연구도 필요하다고 생각된다.

참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화 교육이 편마비환자의 자가간호수행에 미치는 영향에 관한 실험적 연구. 연세대학교 간호학 박사학위논문.
- 김영희 (1995). 뇌졸중환자의 시지각과 일상생활 동작의 관련성에 관한 연구. 연세대 보건대학원 석사학위논문.

- 김이순 (1996). 뇌졸중 환자의 희망. 부산대학교 간호학 박사학위논문.
- 김정식 (1996). 뇌졸중환자의 가족지지와 자가간호 수행과의 상관연구. 한양대학교 석사학위논문.
- 김창환, 김세주 (1995). 뇌졸중후 운동기능 회복에 대한 연구. 대한재활의학회지, 19(1), 55-61.
- 서문자 (1988). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련 요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위 논문.
- 이순규 (1987). 편마비환자가 지각하는 가족지지와 양질의 삶의 관계 조사 연구. 연세대학교 석사학위 논문.
- 이영신 (1993). 만성입원환자 가족원의 부담감. 서울대학교 간호학 석사학위논문.
- 임경춘, 박광옥, 김복자 (1997). 파킨슨 질환자에서의 사회적 지지와 일상생활동작 의존도가 우울에 미치는 영향. 성인간호학회지, 9(3), 366-377.
- 중앙일보, 1997년 9월 23일자.
- 황현숙, 박경숙 (1996). 뇌졸중환자의 신체적, 심리적, 사회적 적응도에 관한 연구. 기본간호학회지, 3(2), 213-233.
- Allen, C. M. C. (1984). Predicting the outcome of acute stroke : A prognostic score. J. Neurology Neurosurg Psychiatry, 47, 475-480.
- Andersen, G., Vestergaard, K., Ingemann-Nielsen, M., & Lauritzen, L. (1995). Risk factors for post-stroke depression. Acta Psychiatr Scand, 92, 193-198.
- Astrom, M, Asplund, K., & Astrom, T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. Stroke, 23, 527-531.
- Bloom, J. R., Stewart, S. L., Johnston, M., & Banks, P. (1998). Intrusiveness of illness and quality of life in young women with breast cancer. Psychooncology, 7(2), 89-100.
- Briggs, R. S. (1982). Stroke management of the elderly in Great Britain. Postgraduate Medicine, 71(4), 101-111.
- Burvill, P. W., Johnson, G. A., Chakera, K. D., Anderson, C. S., Stewart-Wynne, E. G., & Chakera, T. M. H. (1995). Prevalence of depression after stroke : The Perth community stroke study. British Journal of Psychiatry, 166, 320-327.
- DeLisa, J., & Gans, B. M. (1993) Rehabilitation Medicine, 2nd ed. Philadelphia: JB Lippincott Co., 801-824.
- Devins, G. M. (1994). Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. Advances in Renal Replacement Therapy, 1(3), 251-263.
- Devins, G. M. (1990). Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease : Comparison and stability across treatment modalities. Health Psychology, 9(2), 117-142.
- Devins, G. M. (1989). Enhancing personal control and minimizing illness intrusiveness. In NG Kutner, DD Cardenas, JD Bower(Eds), Maximizing rehabilitation in chronic renal disease(pp.109-136). New York: PMA.
- Devins, et al. (1983). The emotional impact of end-stage renal disease : Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. Int J. psychiatry Medicine, 13, 327-343.
- Devins, G. M., et al. (1993). Illness intrusiveness and depressive symptoms over the adult years : Is there a differential impact across chronic conditions? Canadian Journal of Behavioural Science, 25(3), 400-413.
- Devins, G. M., Edworthy, S. M., Guthrie, N. C., & Martin, L. (1992). Illness intrusiveness in rheumatoid arthritis : Differential impact on depressive symptoms over the adult lifespan. Journal of Rheumatology, 19, 709-715.
- Devins, G. M., & Seland, T. P. (1987). Emotional impact of multiple sclerosis : Recent findings and suggestions of psychosocial well-being in multiple sclerosis. Rehabilitation Psychology, 38, 11-26.
- Feigenson, J. S. (1981). Stroke rehabilitation. Outcomes studies and guidelines for alternative level of care. Stroke, 12(3), 372-375.
- Friedland, J. F., & McColl, M. (1992). Social support intervention after stroke : Results of a randomized trial. Arch Phys Med Rehabil, 73, 573-581.

- Fullerton, K. J., Mackenzie, G., & Stout, R. W. (1988). Prognostic indices in stroke. Quarterly Journal of Medicine, New Series 66, 147–162.
- Granger, C. V., Hamilton, B. B., Gresham, G. E., & Kramer, A. A. (1989). The stroke rehabilitation outcome : Part II. relative merits of the total Barthel index score and a four-item score in predicting patient outcome. Ach Phys Med Rehabil, 70(2), 100–103.
- Holmqvist, L. W., Cuesta, J. P., Moller, G., Holm, M., & Siden, A. (1996). A pilot study of rehabilitation at home after stroke : A health-economic appraisal. Sacnd J Rehab Med, 28, 9–18.
- Jongbloed, L. (1994). Adaptation to a stroke : The experience of one couple. The American Journal of Occupational Therapy, 48(11), 1006–1013.
- Kahn, R., Goldfarb, R., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. American Journal of Psychiatry, 17, 326–328.
- McColl, M., & Friedland, J. (1989). Development of a multidimensional index for assessing social support in rehabilitation. Occupational Therapy Journal of Research, 9, 218–234.
- Montgomery, R. J., Gonyea, J. C., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective & objective burden. Family relations, 34, 19–26.
- Morris, P. L. P., Robinson, R. G., Raphael, B., & Bishop, D. (1991). The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients. Psychiatry, 54, 306–315.
- Oldenburg, B., Perkins, R. J., & Andrews, G. (1985). Controlled trial of psychological intervention in myocardial infarction. J Consult Clin Psychol, 53, 852–859.
- Periard, M. E., & Ames, B. D. (1993). Lifestyles changes and coping patterns among caregivers of stroke survivors. Public Health Nursing, 10 (4), 252–256.
- Robinson, R., Bolduc, G. A., & Kubos, K. L. (1985). Social functioning assessment in stroke patients. Arch Phys Med Rehabil, 66, 496–500.
- Robinson, R. G., & Price, T. R. (1982). Post-stroke depressive disorder : A follow up study of 103 patients. Stroke, 13, 635–640.
- Sacco, R. L., Wolf, P. A., Kannel, W. B., & McNamara, P. M. (1982). Survival and recurrence following stroke : The Framingham study. Stroke, 13, 290–295.
- Sandin, K. J., Cifu, D. X., & Noll, S. F. (1994). Stroke rehabilitation : Psychologic and social implication. Arch Phys Med Rehabil, 75, S52–55.
- Saeki, S., Ogata, H., Hachisuka, K., Okubo, T., Takahashi, K., & Hosuyama, T. (1994). Association between location of the region and discharge status of ADL in first stroke patients. Arch Phys Med Rehabil, 75(8), 858–860.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Predicting discharge status at commencement of stroke rehabilitation. Stroke, 20, 766–769.
- Skaff, M., & Pearlin, L. (1992). Caregiving : Role engulfment and the loss of self. Gerontologists, 32, 656–664.
- Skillbeck, C. E., Wade, D. T., Hower, R. L., & Wood, V. A. (1983). Recovery after stroke. Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry, 46, 5–8.

– Abstract –

Key concept : Stroke, Social support,
Illness intrusiveness, Readjustment

Readjustment and Social Support of the Post Hospitalized Stroke Patients*

*Suh, Moonja*¹⁾ · *Noh, Samuel*²⁾ · *Devins, Gerald M.*³⁾
*Kim, Keumsoon*⁴⁾ · *Kim, Kookgi*⁵⁾ · *Song, Jiyoung*⁶⁾
*Cho, Namok*⁷⁾ · *Hong, Yeoshin*⁸⁾ · *Kim, Inja*⁹⁾
*Choi, Heejung*¹⁰⁾ · *Jung, Sunghee*¹¹⁾ · *Kim, Eunman*¹²⁾

An explanatory design was employed to identify the relationship of physical, emotional & social readjustment and social support of post hospitalized stroke patients and their caregivers.

A convenient sample of 254 patients who given follow-up care at the outpatient department after discharge and 225 caregivers were recruited. Mental Status Questionnaire(MSQ), Social Support Inventory Stroke Survivors(SSISS), Illness intrusiveness(II), Instrument Activity of Daily Living(IADL), Center of Epidemilogic Studies-Depression(CES-D), social activity and caregiver burden were used for measurement in this study.

Results showed patient's physical level measured by IADL and psychological level measured by depression were high. But social activity was low.

Cognitive function, depression & social activity were not significantly different by the posthospitalized period, but IADL was.

The source of professional support was mostly the physician at the outpatient department. The family support was found significantly related to patient's depression & social activity and caregiver's subjective burden. Professional support was found significantly related to patient's IADL & depression. Illness intrusiveness as a mediating variable was a significantly predicting power on patient's IADL & depression.

The path analysis was used to identify the variables to predict the physical, emotional, and social status of patients. As a result, patient's age, cognitive function, illness intrusiveness and professional support significantly predicted the level of IADL ; patient's cognitive function, illness intrusiveness and family support significantly predicted the level of depression ; and patient's age and family support significantly predicted the level of social activity of posthospitalized stroke patients.

Based upon these results, the rehabilitation programs to reduce the illness intrusiveness and improve cognitive function were recommended for the readjustment of the stroke patients. This model of the readjustment of the posthospitalized stroke patients is recommended as the framework for care of the stroke patients.

* This work was supported by Korea Research Foundation Grant, 1997.

1) College of Nursing, Seoul National University
2) Department of Psychiatry, Toronto University, Canada
3) Department of Psychiatry, Toronto University, Canada
4) College of Nursing, Seoul National University
5) College of Medicine, Kyunghee University
6) College of Medicine, Kyunghee University
7) Department of Nursing, Soonchunhyang University
8) Oita University of Nursing & Health Sciences, Japan
9) Department of Nursing, Taejon University
10) Department of Nursing, Kunkuk University
11) College of Nursing, Seoul National University
12) Seoul National University Hospital