뇌졸중 환자의 퇴원 후 재활치료 현황 및 요구도 조사

연세대학교 보건대학원
보건정책 및 관리학과
민 들 레

뇌졸중 환자의 퇴원 후 재활치료 현황 및 요구도 조사

지도 강 혜 영 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2002년 12월 일

연세대학교 보건대학원
보건정책 및 관리학과
민 들 레

감사의 글

아직 사회가 무엇인지도 모르고 시작했던 본 논문이 작은 결실을 맺게 되었습니다.

본 논문이 완성되기까지 묵묵히 지켜 봐 주시고, 많은 격려와 세심한 지도를 해주신 강혜영 교수님께 깊은 감사를 드립니다.

바쁘신 가운데에도 논문의 큰 방향을 잡아 주시고, 격려의 말씀을 아끼지 않으신 조우현, 김덕용 교수님께 감사드립니다.

아울러 본 논문이 나올 수 있도록 바쁘신 중에도 설문에 응해 주신 환자와 보호자께 감사의 말씀을 드리며, 빠른 회복을 기원합니다.

많은 어려움 속에서도 학교를 다닐 수 있게 근무를 내어 주시며 격려의 말씀을 아끼지 않으신 최복연 과장님께 깊은 감사를 드립니다. 힘들 때마다 자신들의 일처럼 걱정해 주며 힘이 되어준 서 14병동의 모든 식구들과 은영, 경화에게 감사의 마음을 전합니다. 또한 논문을 쓸 수 있도록 배려해 주신 간호부에도 감사드립니다.

학교 가실 때마다 병원의 막둥이로 잊지 않고 함께 챙겨 주시며 투정도 마다 않으신 현석균 차장님을 비롯한 모든 선배님께도 감사드립니다.

언제나 잘해나가리라는 믿음으로 지켜 봐 주시며 지치지 않는 후원자의 역할을 해주신 아버지와 어머니께도 깊은 감사의 마음을 전합니다. 항상 웃음을 주며 격려해 주었던 동생 윤미에게도 고마움의 말을 전합니다.

저 혼자만의 힘으로는 결코 해 낼 수 없었을, 본 논문이 결실을 맺기까지 도움을 주신 모든 분들께 감사를 드립니다.

2002년 12월

민 들 레 올림

차 례

국문요약 ····· i

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 배경 및 필요성 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 5

Ⅱ. 이론적 고찰

1. 지역 사회 중심의 장애인 재활 사업의 현황 및 문제 ····· 6
2. 장기 재활 치료 시설의 개념 ····· 10
3. 국외의 현황 ····· 11
4. 용어의 정의 ····· 16

Ⅲ. 연구방법

1. 연구의 틀 ····· 17
2. 연구 대상 ····· 18
3. 연구 도구 ····· 18
4. 자료 수집 방법 ····· 18
5. 주요 변수 ····· 20
6. 자료 분석 방법 ····· 22

Ⅳ. 연구결과

1. 일반적 특성 ····· 23
2. 퇴원 후 재활 치료 현황 ····· 27
3. 회복 정도 ····· 37
4. 재활 치료에 대한 요구 및 선호하는 치료 시설 ····· 46

Ⅴ. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰 ····· 54
2. 연구결과에 대한 고찰 ····· 55

Ⅵ. 결론 ····· 63

참고문헌 ····· 65
부록Ⅰ. 설문지 ····· 68
부록Ⅱ. 의무 기록으로 조사된 변수 ····· 80
영문요약 ····· 81

표 차 례

표1. 장애인 지역사회 재활 시설의 시·도별 설치 현황 ····· 7
표2. 변형된 Bathel index ····· 21
표3. 환자의 인구·사회학적 특성 ····· 25
표4. 환자의 퇴원 당시 건강 상태 ····· 26
표5. 재원 기간 및 입원 이유 ····· 29
표6. 충분한 치료를 받지 못했다고 생각하는 이유 ····· 30
표7. 현재 재활 치료 받는 곳 ····· 31
표8. 재활 치료 이유 ····· 32
표9. 재활 치료를 받지 않는 이유 ····· 32
표10. 재활 치료의 중단 시기 ····· 33
표11. 퇴원 후 재활 치료 현황에 영향을 미치는 환자의 인구·사회학적 특성 ····· 35
표12. 퇴원 후 재활 치료에 영향을 미치는 환자의 퇴원 당시 질병 상태 ····· 36
표13. 도구적 일상 생활 동작 수행 정도 : IADL ····· 38
표14. 퇴원시 ADL 각 항목의 점수 ····· 40
표15. 현재 ADL 각 항목의 점수 ····· 41
표16. 장애 정도와 care giver의 도움 정도 ····· 43
표17. 퇴원 후 일상 생활 수행 능력 변화 ····· 43
표18. 퇴원 후 재활 치료에 따른 회복 정도 ····· 45
표19. care giver의 도움 정도와 회복 정도 ····· 45
표20. 현재의 재활 관련 사업 중 원하는 서비스 ····· 46
표21. 사회나 국가에 관한 요구 사항 ····· 47
표22. 원하는 재활 치료 시설의 형태 ····· 48
표23. 현재 재활 치료 유무에 따른 요구도의 차이 ····· 49~50

표24. 장애 정도에 따른 요구도의 차이 ····· 51~52
표25. 장기 재활 시설의 보험 급여 ····· 52
표26. 장기 재활 치료 시설이 생김으로써 얻어지는 기대 효과 ····· 53

그 림 차 례

그림 1. 연구의 틀 ····· 17

국문요약

본 연구는 뇌졸중 후 재활 병동에서 치료를 받고 퇴원한 환자들의 퇴원 후 재활 치료 현황 및 영향을 주는 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성과 환자의 회복 정도, 치료에 대한 요구 및 선호하는 치료 방안에 대해 조사하여 뇌졸중 환자의 재활 치료 체계 설립과 운영에 대한 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

환자의 퇴원시 질병 상태를 알기 위해 의무 기록을 열람하였으며, 실태조사는 서울시내 1개 종합 병원에서 재활 치료를 받고 퇴원한 470명의 환자들을 대상으로 구조화된 설문지를 자기 기입 방법으로 작성토록 하였다.

현재의 재활 치료 현황에 따른 요구 사항과 회복 정도를 알기 위해 환자의 질병 및 인구·사회학적 특성과 재활 치료 유무, care giver의 유무에 따른 상관 관계를 x^2-test를 통해 차이성을 검토하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

첫째, 환자들의 평균 연령은 65세로, 65세 이상 노인은 68명, 65세 이하가 66명이었다. 성별은 남자가 78명, 여자가 56명으로 나타났으며, 85.1%가 기혼 상태로 배우자와 단 둘이 살고 있었다. 환자의 학력은 고졸이 32.1%로 가장 많았으며, 발병 전 직업으로 남자는 사무직, 여성은 주부가 많았다. 가족 전체 월 평균 수입은 200-300만원 미만과 500만원 이상이 24.6%로 같은 비율을 나타내었다. 치료비의 부담은 29.9%가 환자 본인이 부담하였으며, 42.5%가 장애인 등록을 하고 있었다.

질병 특성으로는 좌측 마비가 64명으로 가장 많이 나타났으며, 마비 이외에 당뇨를 가진 환자는 39.6%, 고혈압을 가진 환자는 37.3%이었다. 환자들의 의식은 대부분 명료하였으며, 70.1%의 환자들이 언어 양상에 문제를 가지고 있었다. 13.46%의 환자들이 tube를 통해 음식을 섭취하고 있었으며, 35.1%,

33.6%의 환자들이 실금, 실변, 빈뇨 등의 대소변에 문제가 있었다. 욕창은 대부분의 환자에서 나타나지 않았으며(98.5%), 기관 절개가 있는 상태에서 퇴원한 환자는 4명으로 3%이었다.

둘째, 퇴원 후 현재 재활 치료를 받고 있는 환자 수는 82명, 받지 않는 환자수는 50명이었다. 재활 치료를 받는 환자의 53%는 종합 병원/병원에서 치료를 받고 있었으며, 65.4%가 주 2.8회 외래에서 재활 치료를 받고 있었다. 재활 치료를 받는 이유는 재활 치료를 받으면 지금보다 기능적으로 나아질 것 같다고 답하였으며, 재활 치료를 받지 않는 환자들은 경제적으로 어려워서라고 답하였다. 재활 치료를 중단하는 시기는 40.7%의 환자가 재활 치료를 1년 정도 받은 후이었다. 현재 재활 치료에 영향을 주는 요인으로 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성 중 질병의 severity가 영향을 미치는 것으로 나타났으며, care giver가 있는 경우 재활 치료를 받는 것으로 나타났다.

셋째, 현재의 ADL 수행 정도를 mild, moderate, severe의 세 그룹으로 나누었을 때 severe그룹이 재활 치료를 더 받고 있는 것은 아니었다. 환자의 회복 정도에서는 퇴원시보다 현재 ADL점수가 호전된 환자는 73명, 악화된 환자는 15명이었으며 점수 변화가 없는 환자도 36명이었다. 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성 중 가족 전체의 월수입이 500만원 이상이거나 재활 치료를 받는 환자 군에서 회복 정도가 좋았다. care giver가 있고 없음은 큰 영향을 미치지 않았으나 care giver로부터 하루 1-2시간의 도움을 받는 환자 군에서 회복 정도가 좋았다.

넷째, 현재 재활 관련 사업 중 "재활 치료"에 대한 서비스 요구가 가장 높았으며, 사회나 국가에 대한 요구 사항으로는 "의료 혜택 확보", "생계 보장"에 대한 요구가 있었다. 현재 치료받고 있는 형태 이외에 원하는 재활 시설의 형태로는 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"

에 대한 요구가 35.07%로 높게 나타났다. 재활 치료를 받는 환자들일수록 "재활 치료"에 대한 서비스 요구가 있었으며, "생계 보장", "의료 혜택 확보"에 대한 요구가 있었다. 또한 이들 환자에게서 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구가 있었다. ADL수행 정도에 따른 요구 사항에서는 severe그룹일수록 "재활 치료"에 대한 서비스 요구와 "생계 보장"에 대한 요구가 있었으며, "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구가 있었다. 장기 재활 치료 시설은 평균 월 79만원 정도로 치료비의 50%를 보험 급여로 받기 원하고 있었다. 장기 재활 치료 시설이 생김으로 얻어지는 기대 효과에 대해서는 돌봐 줄 가족원이 부족한 환자의 치료 요구를 충족시킬 수 있으며, 지속적으로 치료받음으로써 치료의 연속성이 있다고 하였다.

본 연구의 제한점으로는 서울 시내 1개 종합 병원에서 연구가 이루어져 그 결과를 일반화하는데는 한계가 있으며, 질병의 특성상 환자 개인이 설문에 응답할 수 없을 경우 보호자가 설문에 응하도록 하였기 때문에 환자의 요구보다는 환자를 돌보는 보호자의 요구가 개입되었을 가능성이 있다는 것이다. 또한 환자의 ADL과 IADL의 점수를 환자나 보호자가 판단하여 기입함으로써 전문가가 점수를 판단한 것과는 상당한 차이가 있을 수 있다. 퇴원시의 ADL 역시 자기 회상적 방법으로 기입하였기 때문에 퇴원한지 1,2년이 지난 환자의 경우 기억에 의한 한계가 있다고 볼 수 있다. 향후 연구에서는 care giver의 부담감 경감이 환자의 회복 및 재활에 미치는 영향을 확인하는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

Ⅰ. 서론

1. 연구의 배경 및 필요성

뇌졸중이란 중추 신경계의 국소적 침범을 반영하는 신경학적 장애의 증후군들이 갑자기 발생하여 적어도 24시간 이상 지속되는 경우로 대뇌의 혈액 순환 장애의 결과로 발생한다. 이러한 뇌졸중은 혈전 또는 색전이 혈관을 막거나 혈관벽이 파열되거나 혈관벽에 죽종들의 병변이 발생하거나 또는 혈액의 정상 성분에 이상이 있을 경우 발생되며 뇌의 허혈 또는 뇌경색(85%),출혈성 뇌졸중(15%)로 분류될 수 있다.

뇌졸중은 뇌혈관성 질환 중 가장 흔히 볼 수 있는 질환으로 인간의 평균 수명 연장과 인구의 노령화에 따라 발생 빈도가 증가되고 있음은 세계적인 추세이다. 뇌졸중은 심장병 및 암과 더불어 3대 사인으로 동양에서는 사인의 제 1위, 서양에서는 제 3위를 차지하고 있다(서문자 등 1993). 또한 우리 나라에서도 1995년 인구 100,000명당 79.7%명이 뇌혈관 질환으로 사망하여 우리 나라 사망 원인의 1위를 차지하고 있다(통계청 1995).

뇌졸중 환자의 약 18%는 사망하고, 9%는 완전 회복되며, 73%가 재활을 요하게 되므로 뇌졸중의 치료에 있어서 급성기 치료가 매우 중요하며, 또한 뇌졸중의 발생 후 갑자기 저하된 기능의 궁극적인 회복을 위해서는 급성기 치료와 함께 반드시 조기 재활 치료가 뒷받침되어야 한다고 알려져 있다(남명호, 1991).

이와 같은 뇌졸중은 발생 후에 환자가 사망하지 않고 생존하는 경우 뇌병변의 손상 부위와 손상 정도, 발병 원인 등에 따라 매우 다양한 기능 장애를 가져오는데 일반적으로 상, 하지의 기능 장애로 인한 보행 장애와 일상 생활 활동 장애, 뇌 손상으로 인한 지각 장애, 언어 장애들이 유발되며,

불안, 우울, 흥분, 좌절과 같은 정서적 장애도 나타난다. 방광의 기능 조절 능력이 없고 혼자 식사 할 수 없거나 단단한 음식을 안전하게 삼킬 수 없고 미세한 운동 기술과 협응이 상실된다. 또한 인지 기능에 손상을 입어 의사 소통을 할 수 없게 되거나 어린 아이와 같이 행동하게 된다(서문자 등 2000). 특히 마비 환자의 경우는 오랫동안 자가 간호 수행을 하지 못하며, 의존적이 되고 지적 퇴행 및 우울증에 빠지게 되므로 가족들의 지속적인 애정과 지지가 필요하다(이은숙 1995).

Krusen et al(1971)은 뇌졸중으로 인한 편마비 환자의 90%가 재활 치료의 도움으로 침대에서 벗어날 수 있었고, 그 중 70%는 일상 생활 동작을 독립적으로 수행 할 수 있었으며, 일할 수 있는 연령층의 30%는 자신의 직업으로 복귀할 수 있으나 3-10%는 재활 과정이 끝날 때까지 의존 상태로 존재한다고 하였다. 그러나, 아직도 우리 나라에서는 재활 치료에 대한 인식 부족, 민간 치료의 선호, 경제적인 어려움, 재활 치료 시설 및 인적 자원 부족 등의 이유로 뇌졸중의 급성기 치료 후 충분한 재활 치료를 받아 기능적인 회복을 얻고 가정으로 퇴원하는 환자들의 수가 그리 많지 않은 상태이다(남명호, 1991).

재활이란 개인이 원래 가지고 있는 사회적, 정신적, 직업적, 경제적 능력을 가능한 한 최상의 상태로 복귀하도록 하는 것이며(Stryker, 1977), 재활 과정은 개인이 질병이나 사고로 인한 생활 양식의 변화에 대해 적응해 나가는 역동적 과정이다(Dittmar, 1989).

뇌졸중 환자에 있어서 재활의 의미는 관절 구축, 폐렴, 욕창, 요실금과 비뇨기계 감염, 장의 기능 장애, 심부정맥 혈전증, 지적 퇴행, 우울증 등의 합병증을 예방하는 것에서부터 물리 치료, 작업 치료, 언어 치료, 각종 보조 기구의 사용 등을 통해 환자의 저하된 기능을 회복시켜 최대한 타인의 도움 없이 일상 생활 동작의 독립성을 유지시키는 것이며, 광범위하게는

사회로 복귀하여 잘 적응할 수 있도록 도와주는 것이라 할 수 있다 (Skilbeck, 1983).

그러나 뇌졸중 환자들의 도움에 대한 요구는 증가하는 반면에 핵가족화와 여성 인구의 사회 참여 증가로 인하여 가족 부양이 약화되어 가족 부양을 대체할 간병 인력의 확보 및 비용의 보조 등 사회 부양 대책이 절실하게 필요한 실정이다.

현재 우리나라의 의료 환경은 1989년 전 국민 의료 보험의 실시와 사회 경제적 발전에 따른 국민의 건강 욕구 증대 및 다양화, 산업화 과정에서 야기되는 각종 사고 및 산업 재해, 의료 기술의 혁신적인 개발, 그리고 평균 수명의 연장으로 인한 노인 인구의 증가 등이 복합적으로 작용하여 대폭적인 의료 수요의 증가를 초래하였다. 이처럼 질적인 삶과 건강에 대한 요구 등이 높아지고 의료수요는 급증하고 있으나 현행 의료 기관은 다양한 의료 수요를 충족시키지 못하고 있는 실정일 뿐만 아니라, 만성 질환자의 퇴원 후 추후 관리가 적절치 않아 병원 치료를 더 이상 필요로 하지 않는 경우에도 장기간 병상이 점유되어 실제로 입원 치료를 받아야 할 많은 환자들은 장기간 대기 상태에 있게 되고, 병상 회전율이 저조하여 병원은 심함 경영난의 압박을 받고 있다(박세택 등, 1978). 종합 병원으로 환자들이 집중되는 현상을 완화하기 위하여 의료 전달 체계를 도입하여 의료의 지역화와 단계화를 실시, 국민의 의료 형태를 규제함으로써 의료 자원의 효율화를 기하고자 하였으나 종합 병원의 환자 집중 현상은 완화되지 못하고 여전히 해결하여야 할 과제로 남게 되었다. 이러한 문제에 대한 해결책으로 조기 퇴원이 권장되고 있는데, 이는 날로 급증하는 의료비를 경감시키고 동시에 환자의 자립심을 보다 빨리 회복시킬 수 있다는 점에서 널리 장려되고 있다. 그러나 지속적인 신체적, 정신적 지지를 필요로 하는 만성 질환자들이 퇴원 후 관리를 위한 적절한 준비 없이 가정이나 지역 사회로 내

보내는 것은 많은 건강 문제를 야기 시킬 수 있다. 그러므로 만성 질환자들의 조기 퇴원을 활성화시키기 위해서는 이들이 병원을 퇴원한 후에 지역사회에서 지속적인 관리를 받을 수 있도록 하는 법적, 제도적 장치가 시급히 요구되고 있는 실정이다(심정길, 1994).

우리나라에서는 아직 노인의 질병 특성이 감안된 노인 보건 의료 서비스 공급 체계는 구축되어 있지 않다. 현행 의료 전달 체계는 급성 질환 위주의 치료 중심으로 만성 퇴행성의 복합적인 질환을 가지고 있는 노인들의 질환에 종합적으로 대응하는 장기간의 간호나 재활 서비스를 제공하지 못하고 있다. 전문 요양 시설, 노인 전문 병원이 부족하고, 노인 및 만성 질환자에게 다양한 서비스를 제공할 수 있는 우수한 전문 인력의 공급이 원활히 이루어지지 못하고 있다. 또한 현행 의료 보험 제도에서도 노인 질환 진료 서비스의 필수적인 물리 치료, 한방 치료, 간병비가 의료 보험에 포함되고 있지 못하여 비용면에서도 노인들에게 큰 부담을 지우고 있음을 알 수 있다(서미경, 1998). 어떤 이유에서든 집으로 퇴원하기 힘든 상황이 되면 결국 타 병원으로의 전원을 하게 되고, 급성기 치료가 끝난 상태에서 또다시 타 병원으로의 전원 경향이 높아지게 되는 것은 결국 전체적인 의료비 상승을 야기하게 되어 이는 국가적인 낭비라고 할 수 있다. 그러나, 현재 우리나라의 대부분의 병원의 사정으로는 이러한 현실을 따라가기 힘든 상황이 사실이다. 따라서 집으로 곧바로 퇴원하기 어려운 만성 환자들을 위한, 집과 병원의 중간적 역할을 하는 기관 혹은 시설, 즉 국립 재활 병원과 같은 독립적 재활 기관이나 아급성 재활 기관의 필요성이 대두되며 이에는 전폭적인 국가적 지원이 필요하다고 사료된다(이일영, 2001).

이와 같은 현실에서 재활 병동을 퇴원한 환자들의 현재 치료 현황과 장기 재활 치료 시설의 요구도를 조사하여 재활 치료 시설의 체계 설립과 운영에 대한 정책 대안을 제시하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구는 뇌졸중으로 급성기 치료가 끝난 후 재활 치료를 받고 퇴원한 환자들의 퇴원 후 재활 치료 현황과 장기 재활 치료 시설에 대한 요구도를 알아 재활 치료 시설의 체계 설립과 운영에 대한 정책 대안을 제시하고자 한다.

세부목적은 다음과 같다.

첫째, 일개 병원 뇌졸중 환자의 퇴원 후 재활 치료 현황에 대해 조사한다.

둘째, 퇴원 후 재활 치료 현황에 영향을 주는 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성을 분석한다.

셋째, 퇴원 후 재활 치료 현황에 따른 환자의 회복 정도를 분석한다.

넷째, 뇌졸중 환자의 퇴원 후 재활 치료에 대한 요구 및 선호하는 치료 방안에 대해 조사한다.

Ⅱ. 이론적 고찰

1. 지역사회 중심의 장애인 재활사업의 현황 및 문제

가. 장애인 재활 시설의 종류

2000년 1월부터 시행되고 있는 장애인 복지법에 의거, 종전 장애인 복지관 중심의 '장애인애용시설'이 '장애인 지역사회 재활 시설'로 체계가 정비되었다. 이에 따라 그 동안 프로그램 형식으로 운영되어 왔던 공동 생활 가정, 주간 보호 시설, 단기 보호 시설이 별도의 시설로 명시되고, 재활병·의원, 장애인 체육관 등에 대해서도 법적 근거가 마련되어 장애인 복지에 관한 제도적 체계가 지역 사회 중심으로 전화되는 과정에 있음을 증명해 주고 있다(유원곤, 2001).

지역 사회에 있는 장애인 재활 시설은 다음과 같다.

장애인 복지관은 장애인에 대한 상담, 사회 심리·교육·직업·의료 재활 등 종합적인 재활 서비스를 제공하며, 재활병·의원은 장애 진단·판정, 수술 및 치료 등 의료 재활 서비스를 제공하고 있다. 또한, 장애인을 낮 동안 일시 보호하여 필요한 재활 서비스 제공인 주간 보호 시설이 있다.

단기 보호 시설은 장애인을 일정 기간 보호하여 필요한 재활 서비스 제공하며, 공동 생활 가정은 장애인들이 전문 인력에 의한 지도와 보호를 받으며 공동으로 생활할 수 있게 한다. 그 외 장애인 체육관과 심부름 센터가 있는데, 장애인 체육관은 수영, 휠체어 농구 등 장애인의 체력 증진 및 신체 기능 회복 활동을 지원하며, 심부름 센터는 차량을 이용한 직장 출·퇴근 및 외출 보조 및 기타 이동 서비스를 제공한다(유원곤, 2001).

<표1> 지역사회 장애인 재활 시설의 시·도별 설치 현황

지역	장애인 복지관	의료재활 시설	주간 보호	단기 보호	공동생활 가정	장애인 체육관	심부름 센터	수화통역 센터
서울	29	4	14	3	6	4	1	3
부산	3	2	2	-	2	1	1	1
대구	1	1	2	-	2	1	2	1
인천	4	-	3	-	3	-	2	1
광주	2	1	1	-	2	1	1	1
대전	2	1	1	-	2	3	1	1
울산	1	-	2	1	2	-	2	1
경기	9	-	3	3	3	2	2	2
강원	2	-	1	-	4	-	2	2
충북	3	1	2	1	3	1	1	2
충남	6	1	1	1	2	1	1	2
전북	4	-	3	-	2	1	2	2
전남	5	1	4	-	2	1	2	1
경북	7	1	2	1	3	1	2	2
경남	1	1	1	-	2	-	1	2
제주	3	1	1	-	2	-	2	1
계	82	15	43	10	42	17	26	24

(자료 출처 : 통계청, 2001)

나. 설치 현황

장애인 지역 사회 재활 시설은 2001. 9월 현재 총 259개소가 설치되어 있으며, 대부분이 수도권에 편중 설치되어 있어 지역 간 불균형이 있음을 알 수 있다(표1).

다. 문제점

1) 장애인 복지관 등의 지역 사회 중심 재활 사업에 대한 인식 부족

지금까지 장애인 복지관 등 지역 사회 재활 시설은 양적인 확장에만 관심을 가지고 발전해 왔다. 이에 따라 장애인 복지관 등 지역 사회 재활 시설의 정체성이나 발전 방향에 대한 심도 깊은 논의가 부족한 것이 현실이고, 각 시설간의 기능 정립이나 역할 분담에 대한 고민도 이루어지지 못했다. 장애인 복지관은 재가 장애인을 위한 대표적인 시설이지만 그 동안 지역 사회로 파고드는 노력보다는 단순히 시설 운영의 마인드만 가지고 복지관 내에서만의 복지를 강조해 온 것이 사실이다.

2) 시설 공급의 절대량 부족 및 지역간 불균형 심화

지금까지 많은 수의 시설이 신설되어 재활 서비스 제공의 기반을 마련해 왔으나 아직까지 시·도의 장애인 복지 수요의 증대에 비추어 볼 때 공급은 절대적으로 부족하다고 할 수 있다. 특히 시설 보호와 가정 보호의 중간 체계라고 할 수 있는 장애인 복지관, 주간·단기 보호 시설, 공동 생활 가정 등의 절대량 부족으로 재가 장애인에 대한 보호 중단의 문제가 발생하고 있어 지역 사회 중심 재활 사업의 효율적 시행에 어려움을 겪고 있다. 재가 장애인에게 인지도가 가장 높은 시설인 장애인 복지관의 경우 자치 단체수(254개소) 대비 평균 설치율이 32.7%에 불과하여 사회 복지관 등의 설치율에 크게 미치지 못하며, 이 중 55%는 수도권에 편중 설치되어 있다. 따라서 농촌, 도서·산간 벽지는 장애인 복지의 사각 지대로 남아 있

는 실정이다.

3) 공급자 중심의 정형화된 사업 수행 및 프로그램의 다양성 결여

지역 사회 중심 재활 사업은 그 양적인 측면에서의 부족함도 문제이지만 지역 사회 재활 시설의 운영에 있어 각 지역의 특성, 장애인의 복지 욕구 등을 반영하여 사업을 수행하기보다 설립이 오래된 시설의 예를 따라 운영됨으로써 각 시설별 특성화, 차별화가 미약한 것도 큰 문제점으로 들 수 있다. 일률적으로 복지관 내관 중심의 프로그램을 운영하고 있고, 재가 복지 봉사 센터가 설치되어 운영되는 경우도 차별화 된 재활 서비스를 제공하지 않는 실정이다.

4) 효율적 지역 사회 중심 재활 사업의 내부적 장애 요인 존재

종사자 처우 수준 미흡, 사적이고 폐쇄적인 방법을 통한 직원 임용, 보수교육 부실 등으로 전문 인력 학보 곤란 및 서비스 제공의 질적 수준 저하를 초래하고 있는 것이 내부적인 장애 요인으로 작용하고 있다.

5) 지역 사회 내 관련 시설과의 연계성 부족

시설 밀집 지역은 유사 서비스가 중복 제공되는 반면, 장애인 시설 미설치 지역은 서비스 이용 기회가 차단되는 등 자원 활용의 비효율성이 발생하는 경우가 많다(유원곤, 2001).

2. 장기 재활 치료 시설의 개념

장기 재활 치료 시설이란, 현재와 같은 열악한 상황에서 바로 집으로 퇴원할 수 없는 환자들을 위한 병원과 가정을 연계해 주는 아급성 치료 기관으로서 병원의 기능과 요양 기관의 기능을 모두 가진 중간 시설이다.

뇌졸중으로 인한 마비 환자를 병원에서 치료한다는 것은 가족에게 많은 부담으로 작용할 수 있으며, 또한 병원측에도 많은 손실을 가져다 줄 수 있다. 환자의 상태가 완쾌 할 수 있다면 그 이상 바랄 것도 없지만 대부분의 환자들은 뇌졸중의 많은 후유증을 가지고 살아가는 것이 현실이다. 이러한 환자의 부양 문제를 시설에서 저렴한 비용으로 치료하는 것은 가족을 지원하는 서비스가 될 수 있다.

장기 재활 시설은 환자에 대한 장기간 관찰이 가능하며 환자 특성을 잘 파악 할 수 있어 필요한 욕구에 대해 서비스를 제공할 수 있다는 차원에서 경제적이며 효율성을 가진다. 또한, 24시간 돌보는 것이 가능하고, 필요한 장비를 한 곳에서 함께 이용할 수 있어 경비가 절감되며, 동질성을 가진 환자 집단을 통해 지지를 받기도 하며, 위로도 받는 친구를 만나기 쉽고, 이러한 동료들과의 교제는 사회적인 고립감을 예방하는 역할도 하게 된다.

현재의 재활 시설들은 병원이 아니라 단순한 시설이기 때문에 의료적인 서비스는 대부분 병원을 다시 이용하는 불편함을 가지고 있으므로 전문적이고 체계적인 서비스를 하기 위해서는 전문적인 인력이 충분히 배치되게 된다. 즉, 사회 복지사, 의사, 언어 치료사, 작업 치료사, 물리 치료사, 간호사 , 영양사, 심리 치료사 등의 전문인력이 환자 개개인에 대한 적합한 치료 계획을 정하고 협력하여 서비스를 제공하게 된다.

환자를 위한 기능 회복 훈련으로는 물리 치료와 Activity of Daily Living(일상 생활 활동 : 이하 ADL로 칭함)훈련과 Instrumental Activity

of Daily Living(도구적 일상 생활 활동 : 이하 IADL로 칭함)훈련 등이 이루어지게 된다.

3. 국외 현황

대부분의 나라에서는 본 연구에서 다루는 장기 재활 치료 시설의 형태 대신 재활 치료 시설을 찾는 환자들이 노인이라는 특성으로 인해 노인 요양 치료 시설들이 그 역할을 대신하고 있었다.

가. 일본의 노인 케어 시설의 운영 체계와 재정 운영

1)운영 체계

일본 정부는 1999년까지의 고령자 보건복지 추진 10개년 전략을 세워 1993년 4월부터는 지역의 실정에 맞는 서비스 제공을 위해 모든 도도부현, 시정촌에 있어서 고령자의 요구를 감안하여 향후 보건 복지 서비스의 구체적인 목표를 설정하는 노인 보건 복지 계획을 시도하고 있다. 고령자 보건 복지 추진 10개년 계획에 설정된 사업 및 복지 시설의 내용은 다음과 같다(후생통계협회, 1995)

가)재택 서비스 : 공동 생활 가정, 주간 보호 시설, 단기 보호 시설, 재택 개호 지원 센터가 있다.

나)시설 서비스 : 특별 양호 노인홈, 노인 보건 시설, 케어 하우스, 고령자 생활 복지 센터가 있다.

다)노인 보건 시설 : 노인에 대한 의료 서비스와 생활 서비스를 병행하여 제공하는 것으로서 1986년에 성립된 노인보건법 등의 일부를 개정하여 창설된 것이다.

라)노인 방문 간호 제도 : 1991년 9월 노인 보건법 개정에서, 개호를 필

요로 하는 노인이 가정에서도 안심하고 영양생활을 할 수 있도록 주치의와의 연계하에 방문 간호 서비스를 제공받는 시스템으로서 노인 방문 간호 제도가 창설되었다.

마)치매노인 대책 : 현재 고령화 사회를 앞에 둔 일본에서 치매 노인의 수는 1990년 현재 가정에 약 74만명, 병원, 노인 홈 등의 시설에 약 25만명 합계 약 99만명으로 65세 이상의 인구수의 6.7%에 해당하는 것으로 추계된다.

바)노인 병원 : 의료법에 의한 시설로써 특례허가 병원과 특례허가 외병원으로 구분된다. 특례허가 노인 병원은 65세 이상의 노인으로 수술을 필요로 하거나 만성기의 환자가 약 70%이상인 병원으로 일반 병원에 정해져 있는 정원 기준을 완화한 것이며, 특례 허가 외 노인 병원은 매년 월 1일에서 다음해 3월 31일까지의 기간에 70세 이상의 노인의 수용 비율이 60%이상인 병원을 말한다.

노인 병원은 노인을 위한 전문 시설이기보다는 일반 병원보다 의사수, 간호사수를 줄여도 상관없다는 식으로 의료의 질을 떨어뜨릴 뿐이라는 비판도 있다. 1991년 전체 병원수는 10,096인데 노인 병원수는 약 11%에 해당하는 1,197개이다. 최근 일반 병원수는 감소되는데 비해 노인 병원은 증가하고 있는 것이 특징이다(후생통계협회, 1995).

2)재정 운영

가)노인케어 시설 요양비

70세 이상의 의료 보험의 가입자 및 65세 이상 70세 미만의 거동 불편 등의 상태에 있는 자(노인 의료 수급 대상자)등이 노인 보건 시설을 이용할 경우, 시정 촌장이 필요하다고 인정한 경우는 노인 보건 시설 요양비를 지급하며, 실제로는 현물 급여화되어 있다.

나)노인 케어 시설 요양비의 비용 부담과 지불

요양비의 지급 대상이 되는 서비스는 노인 의료 급여와 동일한 부담 비율에 의해 부담된다. 요양비의 부담률은 지금까지 국가 20%, 도도부현 5%, 시정촌 5%, 보험자 70%로 되어 있으나 법개정에 의해 국가 4/12, 도도부현 1/12, 시정촌 1/12, 보험자 6/12으로 되어 공비 부담 비율이 높아졌다.

나. 미국의 노인케어 시설의 운영 체계와 재정 운영

1)노인 케어 시설의 운영 체계

미국의 노인 케어 시설은 단기 케어시설로서 일반 병원(General Hospital), 재활 센터(Rehabilitation Center), 일반 시설 센터(Intermediate Care Facility Center) 그리고 장기 케어 시설로서 전문 요양 시설(Skilled Nursing Home), 호스피스(Hospice)등이 있다.

2)노인 케어 시설의 재정 운영

연방의회 예산국의 추계에 의하면 1985년 현재 노인 장기 케어의 공적 비용과 사적 비용의 총액이 449억 달러에 이르고 그 중 358억 달러가 너싱홈, 91억 달러가 가정 보건 서비스의 지출로 되어 있다. 또한 너싱홈비의 358억 달러 중 연방 혹은 주정부에 의해 지불된 것은 49.1%이고, 자기 부담액은 49.4%이며 개인적으로 가입하는 너싱홈 보험에서 지불되는 것은 1.5%였다(Hing E, 1989) 최근에 너싱홈에서 1인당 연간 비용이 약 18,000 달러가 되고 그 중 자기 부담액이 크기 때문에 연방 의회는 자기 부담액의 시정을 검토하기 시작했다(DHEW, 1992).

다. 호주의 노인 케어 시설의 운영 체계와 재정 운영

노인 케어 개혁에서 노인 케어 시설 정책을 전개하는데 있어 중요한 역

할을 하고 있는 노인 평가 서비스팀과 SAM(Standard Aggregated Module) 방식에 의한 재정 원조 방식의 근거에 의해 너싱홈의 개호 기준이 만들어져 입소자 결정, 보조금의 교부 등이 이루어지고 있다. 이러한 시책이 최근에는 장기보호의 구체적 내용으로서 노인 케어 개혁의 중요한 부분을 차지하고 있다.

1)평가 서비스팀(Assessment Service Team)

호주에서는 GAT(Geriatric Assessment Team)를 1987에 설치하였고, 노인 보호 평가팀(Aging Care Assessment Team)을 1992년부터 도입하였는데, 너싱홈의 입소 희망자는 GAT와 ACAT의 평가 요건이 맞지 않는 경우에는 재정 지원과 너싱홈의 입소가 불가능하다. 이로 인해 전국 요양원의 병상수가 필요 적절하게 정비가 가능해졌으며, 입소자의 신체적 조건에 따라 보조금의 원조가 공평해졌다.

2)재정 지원 방식의 변경(SAM제도의 도입)

현재 케어 시설에 입소중인 노인에 대한 케어의 의존도를 평가하여 보조금을 결정하는 방법이 GAT제도를 실시하고 있다. 이것은 종래의 입소자 1인당 얼마라는 방식인 너싱 홈의 보조 방식을 바꾼 것으로, 입소자의 신체적 상황과 조건에 따라 보조금을 지급하는 방식이다.

라. 독일의 노인케어 시설의 운영 체계와 재정 운영

1)케어 시설의 수입과 지출

노인 케어 시설의 재정은 경영주체가 공립, 비영리, 사회복지 단체, 사립 등 세 분야로 나누어 생각할 수 있다. 어떠한 형태이든 원칙적으로 계약에 의하여 입주하는 방식이기 때문에 입주자 개인의 부담 비율이 어느 정도

있으며 형태에 따라 그 차이가 있다. 대체로 복지 단체가 운영하는 노인 케어 시설과 비슷하지만 필요 경비의 공적 부조는 없다. 따라서 입거자의 입소비와 자체 비용 조달로 재원을 마련하고 있다. 이 단체가 운영하는 시설의 인건비는 매년 상승하고 있는데 그 이유 중의 하나가 입소자의 중증화와 치매 노인의 증가이다. 인건비 이외에 사무 경비와 사업비에 지출되고 있다.

2)시설 운영에 소요되는 재정

시설 운영 재정의 상황에 대하여 사회 복지 단체가 경영하는 개호홈의 예를 들어 개략적으로 살펴보면 시설의 운영 재원으로서 가장 큰 것이 입소자의 시설 이용료이다. 이 이용료에 의하여 시설 경비의 80%정도를 조달하고 있다. 개호홈 입소자의 이용료는 계속 상승하고 있으며 그 이용료의 납부금 중에서 연금으로 충당하는 경향이 있다. 이용료를 착실히 납부하는 입소자는 법률로 정한 범위내에서 사회 부조를 받고 있다. 또한 주택급부 등의 공적인 지원을 받는 입소자의 비율이 증가하고 있으며 공적 지원을 받고 있는 입소자는 70-80%이다.

공적 원조는 필요 경비로서 운영비를 보조받는 것이다. 단체에 대한 원조와 시설에의 기부는 본부에서의 원조와, 시설에의 기부금이 이에 해당한다고 볼 수 있다. 한편 인건비의 상승으로 입소자 부담의 증가와 사회 부조 급부율이 높아지게 되었고 입소자의 신체적, 정신적 상태의 악화로 인하여 복지기기의 도입 증가 그리고 치매 노인 입소자에 대한 비용 증가가 시설의 재정 지출을 높이고 있다(김기훈, 1998).

4. 용어의 정의

가. 기본적 일상 생활 활동

(Physical Activity of Daily Living : PADL, ADL)

기본적인 신체적 자립 능력을 나타내는 것으로 본 연구에서는 Bathel Index의 내용을 참고한 식사하기, 휠체어에서 침대까지 왕복 가능, 세면, 화장실 사용, 목욕하기, 같은 층을 걷기, 계단 오르내리기, 옷 입기, 배변 조절, 배뇨 조절을 뜻한다(서문자, 1993)

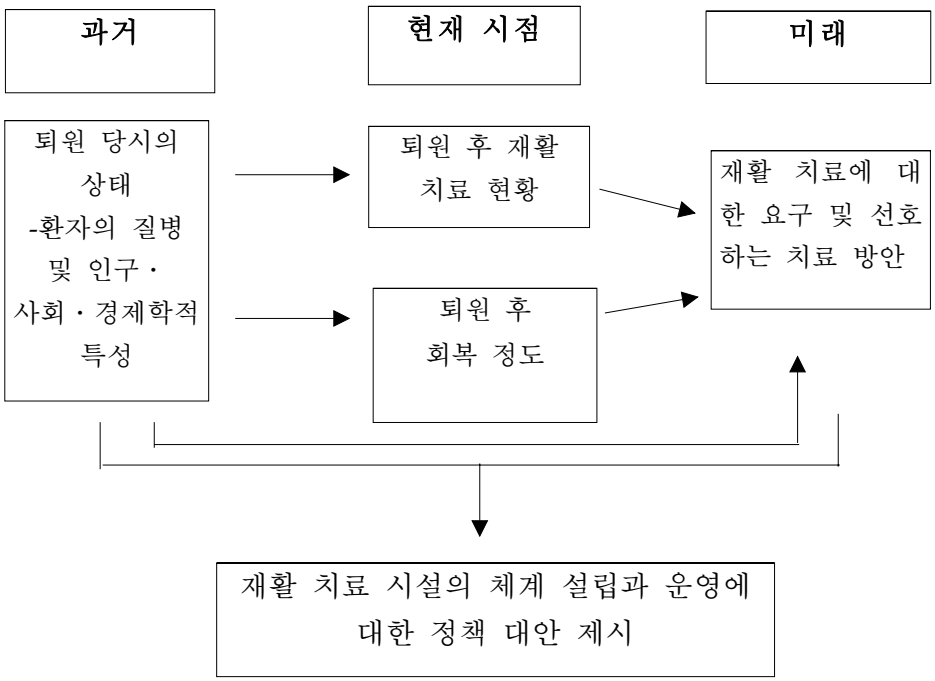
나. 도구적 일상 생활 활동

(Instrumental Activity of Daily Living : IADL)

신체적 자립 능력보다 한 단계 위의 능력으로 지역 사회에서 독립된 생활을 유지해 가는데 필요로 되는 생활 능력으로 본 연구에서는 실내에서 걷기, 실외에서 걷기, 길 건너기, 버스나 기차를 이용한 여행, 방바닥에서 일어나기, 계단 오르기, 머리 빗과 볼펜 쥐기, 요리하기, 가벼운 집안 일 하기, 무거운 집안 일 하기, 시장보기, 가족이나 친구 방문하기, 여가 활동하기, 보수를 받는 일에 종사하기의 내용을 포함한다(서문자, 1993)

Ⅲ. 연구방법

1. 연구의 틀


과거
현재 시점
미래
퇴원 당시의 상태 -환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성
퇴원 후 재활 치료 현황
퇴원 후 회복 정도
재활 치료에 대한 요구 및 선호하는 치료 방안
재활 치료 시설의 체계 설립과 운영에 대한 정책 대안 제시

2. 연구대상

본 연구는 2000년 1월부터 2002년 9월까지 서울 시내 1개 종합 병원에서 급성 뇌졸중 치료를 받고 퇴원한 470명의 환자를 대상으로 하였다.

3. 연구도구

연구 자료는 대상 환자들의 의무 기록 열람과 설문지 조사에 의해 수집되었다. 본 연구에 사용된 설문지는 문헌 고찰과 전문가 의견을 참고하여 개발되었으며, 1개 종합 병원의 재활 외래 치료를 다니는 10명의 환자들에게 자기 기입식 설문과 면접을 통한 예비 조사에 의해 수정, 보완되었다. 설문지는 내용의 유사성에 따라 다음과 같이 7개 영역으로 구분되었으며, 총 49문항을 포함하였다.

가. 장애 진단 및 치료(6개 문항)

나. 현재 재활 치료 현황(8)

다. 일상 생활 보호 여부(7)

라. 일상 생활 수행 능력(10)

마. 사회 활동(3)

바. 재활 및 복지 서비스(6)

사. 환자의 일반적 사항(9)

4. 자료수집방법

가. 의무 기록 열람

퇴원 당시 환자의 질병 및 건강 상태에 대한 기초 자려 수집을 위해 의

무 기록이 열람되었다. 수집된 자료는 환자의 마비 상태와 동반 질환의 유무, 의식 상태와 언어 소통 양상, 음식물 섭취 방법, 대소변 조절 기능, 욕창과 기관 절개의 유무 등이었다.

나. 환자 대상 설문 조사

본 연구의 설문 조사는 2회에 걸쳐 실시되었다.

1차 자료 수집은 2002년 10월 24일부터 11월 7일까지 2주 동안 실시되었으며, 2차 자료 수집은 2002년 11월 21일부터 11월 30일까지 실시되었다.

설문지의 배포와 수집은 우편을 통하여 실시되었고, 반송용 우편으로 자료를 수집하였다. 환자가 직접 설문에 응하기 어려운 경우에는 환자를 돌보고 있는 보호자가 설문에 응하고 설문 상단에 표시하도록 하였다.

1차 자료 수집시 전체 설문지 470부가 발송되어 107부 회수되었고(응답률 : 22.8%), 98부가 주소 이상 및 환자의 사망으로 반송되었다. 이 중 불완전하게 응답한 환자와 보호자에 대해서는 전화 방문과 직접 면접을 통해 설문의 미비점을 보충하였다.

2차 자료 수집은 1차 자료 수집에서 응답하지 않았던 265명의 환자들 중 본 연구가 실시된 병원의 외래를 다녀 연구자와 직접 면접을 실시할 가능성이 있는 150명에게 다시 설문지를 발송하여 반송용 우편으로 자료를 수집하였다. 150부가 발송되어 27부가 회수되었으며, 응답률은 18%이었다. 이 중 불완전하게 응답한 환자와 보호자에 대해서는 1차 자료 수집시와 마찬가지로 전화 방문과 직접 면접을 통해 설문의 미비점을 보충하였다.

1, 2차 설문 조사에서 총 134명의 환자들이 설문에 응하였으며, 총 응답률은 28.5%이었다.

5. 주요 변수

가. 재활 치료 현황

1)재활 치료의 유무

현재 재활 치료에 영향을 미치는 환자의 인구·사회·경제학적 특성 및 질병 특성, 보호자의 유무에 대해 알아본다.

나. 환자의 회복 정도

1)설문 조사 당시 환자의 IADL

2)퇴원시 ADL과 현재의ADL의 점수 표기 방법

설문 조사시 환자들의 편의를 위해 수행 능력의 척도를 0,1,2,3점으로 표기하도록 하였다. 이렇게 표기된 척도를 아래의 표와 같이 변형된 Bathel index의 점수로 바꾸어 각 항목에 대해 다른 가중치 점수를 주도록 한다.

3)현재의 장애 정도

현재 ADL 점수에 따른 ADL수행 정도를 말한다. mild, moderate, severe의 세 그룹으로 나누어 이에 영향을 미치는 환자의 인구·사회·경제학적 특성 및 질병 특성, 보호자의 유무, 재활 치료의 유무에 대해 비교한다.

mild그룹은 변형된 Bathel index의 점수 분류 방법에 따라 0~61이며, moderate그룹은 62~90, severe그룹은 91~100으로 정의하였다.

4)회복 정도

(현재의 ADL 점수 - 퇴원시의 ADL 점수)로 호전된 그룹과 변화 없는

그룹, 악화된 그룹으로 나누어 환자의 인구·사회·경제학적 특성 및 질병 특성, 보호자의 유무, 재활 치료의 유무에 대해 비교한다.

<표2>변형된 Bathel index

항목	점수		
	dependent	with help	independent
1. 식사	0	5	10
2. 휠체어에서 침대까지 왕복 가능(침대에서 일어나는 것 포함)	0	5-10	15
3. 세면(세안, 손톱정리, 면도, 양치질)	0	0	5
4. 화장실 사용(옷입기, 물내리기 등)	0	5	10
5. 목욕하기	0	0	5
6. 같은 층을 걷기	0	5-10	15
7. 계단 오르내리기	0	5	10
8. 옷입기(신발신기, 지퍼잠그기)	0	5	10
9. 배변 조절	0	5	10
10. 배뇨 조절	0	5	10

다. 재활 치료에 대한 요구도

재활 치료의 유무와 현재 장애 정도에 따른 아래 항목에 대한 차이를 본다.

1)현재의 재활 관련 사업 중 원하는 서비스

2)사회나 국가에 대한 요구 사항

3)원하는 재활 시설의 형태

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 부호화 한 후 SAS 8.2프로그램을 이용하여 분석하였다. 분석 방법으로는 설문 각 문항에 대하여 빈도와 백분율을 산출하였다.

(현재의 ADL 점수 - 퇴원시의 ADL 점수)로 호전된 그룹과 변화 없는 그룹, 악화된 그룹으로 나누어 세 그룹 간의 상관 관계는 ANOVA를 통해 차이성을 검토하였다. 또한, 환자의 질병 및 인구·사회학적 특성과 재활 치료 유무, care giver의 유무에 따른 상관 관계를 x^2-test를 통해 차이성을 검토하였다.

또한, 현재의 장애 정도에 따른 재활 치료의 요구 사항을 알기 위해 현재의 장애 정도는 ADL점수와 IADL점수에 의해 측정되었다. 현재 ADL 점수에 따라 mild, moderate, severe의 세 그룹으로 나누어 세 그룹 간의 차이는 ANOVA를 통해 검토하였으며, 환자의 질병 및 인구·사회학적 특성과 재활 치료 유무, care giver의 유무에 따른 상관 관계를 x^2-test를 통해 차이성을 검토하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 일반적 특성

환자의 일반적 특성은 설문지를 통해 연령, 성별, 결혼 여부, 동거인, 학력, 발병 전 직업, 가족 전체 평균 월수입, 치료비 부담자, 장애인 등록 여부로 구분하여 분석하였다. 또한, 의무 기록 열람으로는 퇴원 당시 환자의 마비 상태, 다른 질병의 유무, 의식 상태, 언어 양상, 음식 섭취의 방법, 대・소변의 문제, 욕창과 기관 절제의 유무에 대해 알아보았다.

그 결과, 설문에 응답한 사람은 45명(33.58%)이 환자였으며, 89명(66.42%)이 환자를 돌보는 보호자이었다. 환자들의 연령은 65세 이상 노인이 68명(50.8%), 65세 이하가 66명(49.2%)로 나타났고, 평균 연령은 65세였다.

한편, 환자의 성별은 남자가 78명(58.2%), 여자가 56명(41.8%)으로 나타났다. 결혼 여부는 85.1%가 기혼 상태였고, 67.9%가 배우자와 단 둘이 거주하는 것으로 나타났다. 그리고 환자의 학력은 고졸이 32.1%로 가장 많은 수를 차지했고, 중졸 이하도 35.1%를 차지했다. 발병 전 직업으로는 남자는 사무직이 16.4%, 여성이 주부로 28.4%로 가장 많은 수를 나타내었다. 가족의 전체 월 평균 수입은 200-300만원 미만과 500만원 이상이 24.6%로 같은 비율을 나타내었다. 반면 가족 전체 월 평균 수입이 100만원 미만도 13.4%로 경제적 격차가 있음을 알 수 있다. 치료비의 부담은 환자 본인이 29.9%로 가장 많았으며, 자녀와 배우자가 치료비를 부담한다는 응답도 각각 20.9%로 나타났다. 장애인 등록 여부는 42.5%가 등록을 하였으며, 57.5%가 등록을 하지 않은 것으로 나타났다.

의무 기록에 나타난 환자들의 질병 특성 중 마비의 형태는 좌측 편마비가 64명(47.8%), 우측 편마비가 58명(43.3%)이었다. 뇌졸중으로 인한 마비

이외에 가지고 있는 질병으로는 당뇨가 39.6%, 고혈압이 37.3%로 나타났다. 뇌졸중 이외에 질병이 없는 환자는 16.4%로 나타났다. 퇴원시 환자들의 의식 상태는 대부분 명료하였다(88.9%).

언어 기능이 정상적인 환자들이 29.9%이었으며 나머지 70.1%의 환자들은 말이 어둔하거나 실어증이 있는 것으로 나타났다. 음식 섭취시 tube feeding을 하는 환자의 수는 13.4%로 나타났다. 응답자의 35.1%, 33.6%가 실금, 실변, 빈뇨, 변비의 증상을 가지고 있었다. 욕창은 대부분의 환자에서 나타나지 않았으며(98.5%), 기관 절개 상태로 퇴원한 환자는 4명으로 3%를 기록했다.

<표3> 환자의 인구·사회학적 특성

구 분		환자 응답자 (명)	환자 백분율 (%)
연 령	65세 미만	66	49.2
	65세 이상	68	50.8
성 별	남 자	78	58.2
	여 자	56	41.8
결혼여부	기 혼	114	85.1
	미 혼	7	5.2
	이혼· 별거· 사별	13	9.7
학 력	중졸 이하	47	35.1
	고 졸	43	32.1
	대학교졸 이상	44	32.8
발병 전 직 업	사무직· 서비스직	50	37.3
	생산직· 농·어업직	19	14.2
	무직· 주부· 학생	65	48.5
월 수 입	200만원 미만	37	27.6
	200 - 300만원 미만	33	24.6
	300만원 이상	64	47.8
치료비 부담	환자 본인	40	29.9
	환자 외	94	70.1
장애인 등록 여부	예	57	42.5
	아니오	77	57.5
계		134	100.0

<표4>환자의 퇴원 당시 건강 상태

구 분		명	%
마 비	좌측 편마비	64	47.8
	우측 편마비	58	43.3
	사지마비	12	8.9
동반 질병	당뇨	53	39.6
	고혈압	50	37.3
	그 외 질병	9	6.7
	질병 없음	22	16.4
의 식	명료	119	88.8
	혼돈, 혼수	15	11.2
언 어	정상 기능	40	29.9
	어둔함, 실어증	94	70.1
음식 섭취	정상 기능	116	86.6
	tube feeding	18	13.4
실금, 빈뇨	무	87	64.9
	유	47	35.1
실변, 변비	무	89	66.4
	유	45	33.6
욕창	무	132	98.5
	유	2	1.5
기관 절제	무	130	97
	유	4	3
계		134	100.0

2. 퇴원 후 재활 치료 형태

가. 재입원 현황

급성기 치료를 마치고 퇴원한 후 뇌졸중과 관련하여 재입원을 했던 이유와 기간에 대해서 조사하였다. 첫 번째 입원의 재원 기간은 평균 40일이었고, 재원 이유는 37.1%가 “환자의 상태가 악화되었다”, 35.6%가 “환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다”고 대답하였다(표5). 두 번째 입원은 평균 54.4일을 입원하였었으며, 그 주된 이유는 “환자의 상태가 악화되었다”(29.2%)와 “입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다”(21.5%)이었다. 세 번째 입원의 평균 입원 기간은 41일이었으며, 그 주된 이유는 “집에서 돌보아 줄 사람이 없어 병원에 입원했다”(24.2%)와 “환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다”(24.2%)이었다. 네 번째 입원의 평균 입원 기간은 51.9일이었으며, 그 주된 이유는 “입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다”(50%)라고 나타났다. 다섯 번 이상의 입원을 한 환자도 4명이었으며 그 주된 이유는 “환자의 상태가 악화되었다”와 “입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다”이었다. 대체로 뇌졸중을 진단 받고 초반에 입원을 한 이유는 환자 상태가 악화가 되어서이며, 환자가 안정기에 들어서면서 부터는 집에서 환자를 돌볼 사람이 없거나, 입원하여 재활 치료를 받으면 효과가 좋다고 생각하기 때문이었다.

나. 치료의 만족도

최초 진단 후 충분한 치료를 받았다고 생각하느냐는 질문에는 62.7%가 “예”라고 대답했으며, 37.3%가 “아니오”라고 대답했다. 충분한 치료를 받지 못했다고 생각하는 환자들의 주된 이유로는 “치료 시기를 놓쳐서”(24.6%), “경제적으로 어려워서”(19.3%), “기타 - 병원측의 퇴원 요구”(19.3%)가 있었다(표6).

<표5> 재원 기간 및 입원 이유

	재원기간 (일)	입원 이유
첫 번째 입원	40.2	·환자의 상태가 악화되었다(37.1%) ·환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다(35.6%)
두 번째 입원	54.4	·환자의 상태가 악화되었다(29.2%) ·환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다(21.5%) ·입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다(21.5%)
세 번째 입원	41.8	·환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다(24.2%) ·집에서 돌보아 줄 사람이 없어 병원에 입원했다(24.2%)
네 번째 입원	51.9	·입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다(50%) ·환자의 상태가 악화되었다(25%)
다섯 번째 입원 이상	현재입원중	·입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다(50%) ·환자의 상태가 악화되었다(50%)

<표6> 충분한 치료를 받지 못했다고 생각하는 이유

단위 : 환자수(%)

	이유1	이유2	이유3	이유4
경제적으로 어려워서	11(19.3)	6(26.09)	0(0.00)	0(0.00)
치료 시기를 놓쳐서	14(24.56)	4(17.39)	2(14.29)	0(0.00)
장애 상태에 대한 무지, 무관심 때문	8(14.04)	5(21.74)	3(21.43)	1(100.00)
바빠서	2(3.51)	0(0.00)	1(7.14)	0(0.00)
수개월, 수년에 걸친 치료 기간이 너무 길어서	3(5.26)	3(13.04)	2(14.29)	0(0.00)
치료 해도 효과가 없을 것 같아서	4(7.02)	1(4.35)	4(28.57)	0(0.00)
치료 받으로 다니기 번거로워서	2(3.51)	2(8.70)	1(7.14)	0(0.00)
환자가 원치 않아서	2(3.51)	1(4.35)	0(00.00)	0(0.00)
기타	11(19.30)	1(4.35)	1(7.14)	0(0.00)
합계	57(100.00)	23(100.00)	14(100.00)	1(100.00)

다. 재활 치료 형태 및 내용

현재 재활 치료를 받고 있는 환자 수는 82명(62.1%)이었으며, 재활 치료를 받지 않는다고 대답한 환자 수는 50명(37.9%)이었다.

재활 치료를 받는 환자의 53%는 종합 병원/병원에서 받고 있었으며, 그 다음이 의원과 한의원의 순이었다(표7). 현재 받는 재활 치료의 형태는 65.4%가 외래에서 재활 치료를 받고 있었으며 그 횟수는 평균 주 2.8회였다. 재활 치료를 받는 이유에 대해서는 40.7%가 “재활 치료를 받으면 지금보다 더 기능적으로 나아질 것 같다”라고 대답했으며, “보호자 없이 혼자 생활이 가능하길 바란다”(14.8%), “빨리 회복되어 자녀들에게 짐이 되고 싶지 않다”(11.1%), “재활 치료를 받아야 심리적 안정이 온다”(11.1%)등의 순으로 답했다. 현재 상태에서 재활 치료를 더 받아야 한다고 생각하느냐는

질문에 대해서는 44.7%의 환자가 “그렇다”라고 대답했다(표8).

현재 재활 치료를 받지 않는 환자들은 21.4%에서 “경제적으로 어려워서”라고 답했으며, “치료해도 효과가 없을 것 같아서”라는 대답도 19.6%로 많은 수를 차지했다(표9). 재활 치료를 중단한 시기에 대해서는 40.7%의 환자가 “재활 치료를 1년 정도 받은 후”라고 답하였으며, 38.9%의 환자는 “뇌졸중으로 최초로 입원하고 퇴원함과 동시에”라고 답하였다(표10). 재활 치료를 2년 이상 받은 후 그만 둔 환자의 수는 20% 정도에 지나지 않아 대부분의 환자들이 재활 치료 초반에 치료를 중단함을 알 수 있다.

<표7> 현재 재활 치료 받는 곳

단위 : 환자수 (%)

종합병원 / 병원	의원	보건소	한의원	장애인 복지관	기타 장애인 관련 재활 기관	가정	기타	계
44 (53.65)	14 (17.07)	1 (1.22)	12 (14.64)	4 (4.88)	6 (7.31)	1 (1.22)	0 (0.0)	82 (100)

<표8> 재활 치료 이유

이유	환자수 (%)
재활 치료를 받으면 지금보다 더 기능적으로 나아질 것 같다	33(40.24)
보호자 없이 혼자 생활이 가능하길 바란다	13(15.84)
빨리 회복되어 자녀들에게 짐이 되고 싶지 않다	9(10.98)
재활 치료를 받아야 심리적 안정이 온다	9(10.98)
남의 도움으로 살아나가는 것이 수치스럽다	7(8.54)
다시 직업에 복귀하고 싶다	4(4.88)
계속 받던 것이라 그냥 받고 있다.	7(8.54)
합계	82(100.00)

<표9>재활 치료를 받지 않는 이유

단위 : 환자수 (%)

	이유1	이유2	이유3	이유4
경제적으로 어려워서	12(21.43)	6(24.00)	1(6.25)	0(0.00)
치료 시기를 놓쳐서	7(12.50)	1(4.00)	0(0.00)	0(0.00)
장애 상태에 대한 무지, 무관심 때문	2(3.57)	2(8.00)	0(0.00)	1(100.00)
바빠서	2(3.57)	1(4.00)	0(0.00)	0(0.00)
수개월, 수년에 걸친 치료 기간이 너무 길어서	5(8.93)	3(12.00)	2(12.50)	0(0.00)
치료 해도 효과가 없을 것 같아서	11(19.64)	2(8.00)	5(31.25)	0(0.00)
치료 받으러 다니기 번거로워서	5(8.93)	6(24.00)	4(25.00)	0(0.00)
환자가 원치 않아서	8(14.29)	4(16.00)	4(25.00)	0(0.00)
기타	4(7.14)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)
	56(100.00)	25(100.00)	16(100.00)	1(100.00)

<표10> 재활 치료의 중단 시기

단위 : 환자수 (%)

퇴원 후 중단 시기	
뇌졸중으로 최초로 입원하고 퇴원함과 동시에	21(38.89)
재활 치료를 1년 정도 받은 후	22(40.74)
재활 치료를 2년 정도 받은 후	9(16.67)
재활 치료를 3년 정도 받은 후	1(1.85)
재활 치료를 4년 정도 받은 후	1(1.85)
합계	54(100.00)

라. 퇴원 후 재활 치료에 영향을 미치는 환자의 특성

현재 재활 치료를 받는 환자와 받지 않는 환자의 질병 및 인구·사회학적 특성 중 연령, 가족 전체 평균 월 수입, 치료비 부담자가 누구인가는 통계적으로 유효하지 않았다. 또한 성별, 결혼 상태, 현재 함께 거주하는 사람, 직업에 따라서도 큰 차이를 보이지 않았다. 장애인 등록 여부에 따른 현재 재활 치료의 유무에서는 등록을 한 환자의 63.64%와 등록을 하지 않은 환자의 61.04%가 재활 치료를 받고 있어 통계적으로 유효성을 보이지 않았다.

환자의 마비 상태 역시 통계적 유효성을 보이지 않았으며, 주목할만한 사실은 동반 질환이 아주 없거나, 당뇨나 고혈압 같은 동반 질환이 있는 집단에서 더 재활 치료를 받고 있는 것으로 나타나 환자의 질병 상태가 미약하거나 아주 심각할 때 더욱 치료를 받는 경향이 있었다(p-value=0.92). 언어 소통 양상 역시 현재 재활 치료에 큰 영향을 미치지는 않았다. 음식 섭취 방법이나 대소변 조절, 욕창의 유무와 기관 절개의 유무 역시 통계적

유의성을 보이지 않았다.

care giver의 유무에 따른 현재 재활 치료의 유무에 대한 x^2-test에서는 care giver가 있는 환자가 64.42%로 재활 치료를 받고 있어 환자를 돌봐줄 사람이 있는 경우 재활 치료를 더 받는 경향이 있었다(p-value=0.23).

<표11> 퇴원 후 재활 치료 현황에 영향을 미치는 환자의 인구·사회학적 특성

일반적 특성		재활 치료 유무		p-value
		유(%)	무(%)	
평균 나이 (세)		64.26	63.38	0.32
성별	남	57.32	60	0.76
	여	42.68	40	
결혼 상태	기혼	59.82	40.18	0.33
	미혼	85.71	14.29	
	사별	69.23	30.77	
동거 가족	배우자	62.92	37.08	0.30
	부모	85.71	14.29	
	자녀	50.00	50.00	
	형제,자매	100.00	0.00	
	기타	80.00	20.00	
학력	국졸	56.26	40.74	0.37
	중졸	45.00	55.00	
	고졸	71.43	28.57	
	대졸	63.89	36.11	
	대학원 이상	57.14	42.87	
직업	사무직	72.73	27.27	0.06
	전문직	53.33	46.67	
	서비스직	83.33	16.67	
	판매직	33.33	66.67	
	생산직	0.00	100.00	
	농,어업직	80.00	20.00	
	학생	100.00	0.00	
	주부	68.42	31.58	
	무직	47.06	52.94	
	기타	37.50	62.50	
장애인 등록여부	예	63.64	61.04	0.76
	아니오	36.36	38.96	

<표12>퇴원 후 재활치료에 영향을 미치는 환자의 퇴원 당시 질병 상태

환자의 퇴원 당시 질병 상태		재활 치료 유무		p-value
		유(%)	무(%)	
마비	좌측	62.50	37.50	0.85
	우측	62.07	37.93	
	하지	100.00	0.00	
	사지	55.56	44.44	
동반 질환	없음	63.64	36.36	0.92
	당뇨	61.54	38.46	
	고혈압	59.18	40.82	
	요로 감염	100.00	0.00	
	심방 세동	75.00	25.00	
	심근 경색	75.00	25.00	
의식 상태	명료	61.54	38.46	0.33
	혼돈, 혼수	71.43	28.57	
언어 양상	문제 없음	58.97	41.03	0.39
	dysarthria	57.97	42.03	
	sensory aphasia	100.00	0.00	
	motor aphasia	75.00	25.00	
	global aphasia	78.57	21.43	
음식섭취 방법	경구 섭취	60.00	40.00	0.10
	tube feeding	60.00	40.00	
방광 기능	정상 기능	58.14	41.86	0.06
	무균,간헐적삽관법	71.43	28.57	
	foley cath	0.00	100.00	
	실금	82.61	17.39	
	빈뇨	37.50	62.50	
대변양상	정상 기능	61.36	38.64	0.95
	변비	63.16	36.84	
	실변	66.67	33.33	
욕창	유	50.00	50.00	0.72
	무	62.31	37.69	
기관절개	유	100.00	0.00	0.17
	무	61.24	38.76	

3. 회복 정도

일상 생활을 하는데 전적으로 매달려 환자를 돌봐주는 사람이 있느냐는 질문에 80.3%의 환자가 “예”라고 답했으며, 도와 주는 사람의 51.3%가 “배우자”이었다. 돌봐 주는 사람으로부터 받는 도움에 대해 45.3%의 환자가 “하루 24시간 내내” 도움을 받고 있다고 답하였다. 현재 도와주는 사람 이외에 일상 생활을 도와줄 외부인이 필요하냐는 질문에 대해서는 67.9%의 환자가 “아니오”라고 답하였다.

가. 도구적 일상 생활 동작(IADL)

설문 조사 당시 응답자의 도구 일상 생활 동작을 측정한 결과, 14개 문항 중 “실내 걷기”와 “방바닥에서 일어나기”, “머리빗과 볼펜을 쥘 수 있다”의 항목은 대부분의 환자들이 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태라고 답하였다. 그러나, “실외 걷기”, “길 건너기”, “버스나 기차를 이용하여 여행 할 수 있다”, “계단을 오르내릴 수 있다”, “가벼운 집안 일 하기”, “시장이나 가게에서 일상 용품을 살 수 있다”, “가족이나 친구를 방문 할 수 있다”, “여가 활동을 할 수 있다”의 항목에서는 보호자의 도움이 상당히 많이 필요하거나, 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태라고 답하였다. 또한 “요리하기”와 “무거운 집안 일 하기”, “보수를 받는 일에 종사 할 수 있다”의 항목은 환자 혼자 전혀 수행 할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주어야 한다고 답하였다. 42점 만점의 IADL의 점수 중 환자들의 평균 점수는 17.37로 보호자의 도움을 필요로 하고 있었다.

<표13> 도구적 일상 생활 동작 수행 정도 : IADL

단위 : 환자수 (%)

항목	척 도*			
	0점	1점	2점	3점
실내에서 걷기	30(22.39)	19(14.18)	34(25.37)	51(38.06)
실외에서 걷기	41(30.60)	30(22.39)	29(21.64)	34(25.37)
길 건너기	52(38.81)	30(22.39)	26(19.40)	26(19.40)
버스나 기차를 이용하여 여행하기	52(38.81)	34(25.37)	19(14.18)	29(21.64)
방바닥에서 일어나기	35(26.32)	24(18.05)	24(18.05)	50(37.59)
계단을 오르내리기	51(38.35)	23(17.29)	25(18.80)	34(25.56)
머리 빗과 볼펜 쥐기	33(24.6)	16(11.94)	18(13.43)	67(50.00)
요리하기	71(53.38)	22(16.54)	24(18.05)	16(12.03)
가벼운 집안 일하기	52(38.81)	26(19.40)	26(19.40)	30(22.39)
무거운 집안 일 하기	69(51.88)	29(21.80)	21(15.79)	14(10.53)
시장이나 가게에서 일상 용품을 사기	57(42.54)	27(20.15)	20(14.93)	30(22.39)
가족이나 친구를 방문하기	56(41.79)	29(21.64)	22(16.42)	27(20.15)
여가 활동하기	59(44.03)	30(22.39)	23(17.16)	22(16.42)
보수를 받는 일에 종사하기	84(63.16)	30(22.56)	10(7.52)	9(6.77)

*0점 : 환자 혼자 전혀 수행 할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 상태입니다.

1점 : 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태입니다.

2점 : 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태입니다.

3점 : 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태입니다.

Bathel index의 가중치로 점수를 변환하기 전, 퇴원시 환자들의 ADL점수는 각 항목이 평균 0.8에서 1.6으로 환자 혼자 전혀 수행할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주거나 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태였다고 답하였다. 그러나 가중치를 주어 점수를 변환시 “식사하기”, “세면(세안, 손톱 정리, 면도, 양치질)”, “화장실 사용(옷 입기, 물 내리기)”, “옷입기(신발 신기, 지퍼 잠그기)”, “배변 조절”, “배뇨 조절”에서 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태, 또는 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태였으며, “휠체어에서 침대까지 왕복 가능(침대엥서 일어나서 걸어가는 것까지 포함)”, “목욕하기”, “같은 층을 걷기”, “계단 오르내리기” 항목에서 환자 혼자 전혀 수행할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 상태이거나 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태로 나타났다.

현재의 ADL점수 또한 비슷한 패턴으로 결과가 나타났으며, 단지 각 항목의 점수 자체에 변화가 있었다.

<표14> 퇴원시 ADL 각 항목의 점수

단위 : 환자수 (%)

항목	척 도*			
	0점	1점	2점	3점
식사하기	32(24.06)	22(16.54)	45(33.83)	34(25.56)
휠체어에서 침대까지 왕복 가능(침대에서 일어나서 걸어가는 것까지 포함	41(30.60)	33(24.63)	42(31.34)	18(13.43)
세면(세안, 손톱 정리, 면도, 양치질)	43(32.09)	19(14.18)	29(21.64)	43(32.09)
화장실 사용(옷 입기, 물 내리기)	46(34.33)	27(20.15)	38(28.36)	23(17.16)
목욕하기	61(45.52)	43(32.09)	21(15.67)	9(6.72)
같은 층을 걷기	40(30.08)	24(18.05)	45(33.83)	24(18.05)
계단 오르내리기	53(39.55)	36(26.87)	31(23.13)	1(10.45)
옷 입기(신발 신기, 지퍼 잠그기)	44(32.84)	24(17.91)	40(29.85)	26(19.40)
배변 조절	33(24.64)	24(17.91)	38(28.36)	39(29.10)
배뇨 조절	33(24.63)	30(22.39)	31(23.13)	40(29.85)

*0점 : 환자 혼자 전혀 수행 할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 상태입니다.

1점 : 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태입니다.

2점 : 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태입니다.

3점 : 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태입니다.

<표15> 현재 ADL 각 항목의 점수

단위 : 환자수 (%)

항목	척 도*			
	0점	1점	2점	3점
식사하기	23(17.16)	12(8.96)	39(29.10)	60(44.78)
휠체어에서 침대까지 왕복 가능(침대에서 일어나서 걸어가는 것까지 포함	31(23.48)	23(17.42)	34(25.76)	44(33.33)
세면(세안, 손톱 정리, 면도, 양치질)	33(24.81)	15(11.28)	36(27.07)	49(36.84)
화장실 사용(옷 입기, 물 내리기)	33(24.63)	27(20.15)	32(23.88)	42(31.34)
목욕하기	48(35.82)	38(28.36)	20(14.93)	28(20.90)
같은 층을 걷기	36(26.87)	18(13.43)	34(25.37)	46(34.33)
계단 오르내리기	43(32.09)	29(21.64)	32(23.88)	30(22.39)
옷 입기(신발 신기, 지퍼 잠그기)	34(25.37)	20(14.93)	39(29.10)	41(30.60)
배변 조절	23(17.16)	28(20.90)	30(22.39)	53(39.55)
배뇨 조절	22(16.42)	26(19.40)	30(22.39)	56(41.79)

*0점 : 환자 혼자 전혀 수행 할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 상태입니다.

1점 : 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태입니다.

2점 : 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태입니다.

3점 : 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태입니다.

나. 현재 재활 현황 및 정도

환자들의 재활 현황 및 정도를 알아보기 위하여 현재 ADL점수의 합계를 가지고 Bathel index의 분류에 따라 mild, moderate, severe의 세 그룹으로 나누어 환자들의 질병 및 인구·사회학적 특성과 재활 치료 유무, care giver의 유무와의 상관 관계를 분석하였다. mild 그룹은 33명이었으며, moderate그룹은 30명, severe그룹은 68명이었다.

세 그룹과 환자들의 성별, 결혼 상태, 학력, 발병 전 직업, 장애인 등록 여부는 통계적으로 유의하지 않았다. 마비 상태 역시 통계적 유의성을 보이지는 못했지만 severe그룹내의 비교에서는 좌, 우측 마비에 비해 사지 마비의 비율이 높았으며, mild그룹에 비해 severe그룹이 당뇨와 고혈압의 동반 질환을 가진 비율이 높았다. 이것은 마비 상태나 동반 질환이 환자들이 severity에 영향을 미친다는 사실을 알게 한다. 언어 소통 양상은 통계적으로 유의성을 가지지 않았으나, 음식 섭취의 경우 severe그룹에서 tube feeding하는 수가 70%를 나타내었다(p=0.04). 또한 severe 그룹에서 대, 소변의 조절이 잘 이루어지지 않고 있었다. 욕창의 유무나 기관 절개의 유무는 통계적 유의성을 가지지 않았으나 case의 수가 적음을 생각할 때 전혀 관계가 없다고는 말할 수 없다.

세 그룹과 재활 치료의 유무를 살펴 보면 환자의 ADL 수행 능력이 떨어진다고 하여 재활 치료를 더 받는 것은 아니라는 것을 알 수 있다(p=0.76). 현재 재활 치료를 받는 형태에서는 환자가 severe 그룹일수록 입원 치료를 받고 있으며, mild그룹에서는 외래 치료를 받고 있음을 알 수 있다(p=0.002).

현재 장애 정도와 care giver의 유무에 관한 분석 결과는 환자가 severe 그룹에 속할수록 care giver가 있었다(p=0.03). 또한 severe그룹일수록 care giver로부터 24시간 내내 도움을 받고 있었다(표16).

<표16>장애 정도와 care giver의 도움 정도

단위 : 환자수(%)

	mild그룹	moderate그룹	severe그룹	p-value
하루 1-2시간	6(33.33)	7(38.89)	5(27.78)	
5-6시간	5(38.46)	5(38.46)	3(23.08)	
7-8시간	3(17.65)	7(41.18)	7(41.18)	0.0013
10-12시간	2(13.33)	5(33.33)	8(53.33)	
24시간 내내	8(15.38)	4(7.69)	40(76.92)	

다. 회복 정도에 영향을 미치는 요인

환자의 질병 및 인구·사회학적 특성과 재활 치료의 유무, care giver의 유무와의 관련성에 대해 알아보기 위하여 환자의 회복 정도를 (현재 ADL-퇴원시 ADL)의 값으로 계산하여 호전된 그룹과 변화 없는 그룹, 악화된 그룹으로 나누었다(표17). 호전된 그룹의 평균 연령은 63.71세로 73명이었으며, 변화 없는 그룹은 66.86세로 36명, 악화된 그룹은 66.12세로 25명이었다.

<표17>퇴원 후 일상 생활 수행 능력 변화

그룹*	환자 수(명)	평균 나이(세)
호전	73	63.71
변화없음	25	66.86
악화	36	66.86

*호전됨 : (현재 ADL - 퇴원시 ADL) > 0

변화없음 : (현재 ADL - 퇴원시 ADL) = 0

악화됨 : (현재 ADL - 퇴원시 ADL) < 0

환자의 질병 및 인구·사회학적 특성과 세 개의 그룹 사이의 관련성을 분석한 결과 연령은 통계적으로 유의성을 보이지 않았다. 결혼 여부는 p-value 0.056으로 통계적 유의성을 보이지 않았으나 기혼인 환자가 미혼이거나 사별한 환자에 비해 호전된 그룹에 속하는 경향을 보였다. 함께 사는 사람이 누구인지와 환자의 학력, 발병 전 직업 역시 통계적 유의성을 보이지 않았다. 가족 전체의 월수입은 p-value 0.01에서 통계적 유의성을 가져 수입이 500만원 이상인 가정의 환자가 100만원 미만인 가정의 환자들에 비해 회복 정도가 좋았다. 마비 상태 역시 유의성을 보이지는 않았다. 그러나 동반 질환의 유무에 따라서는 동반 질환이 없는 환자의 77%가 호전된 그룹에 속해 있어 동반 질환이 없을 때 더 회복 정도가 좋은 경향을 보여주었다. 또한 퇴원시 의식 상태가 명료했던 환자가 혼돈이나 혼수 상태에 있던 환자들에 비해 호전된 그룹에 많은 수 포함되어 있었고, 반면 악화된 그룹에는 적게 포함되어 있어 퇴원시 환자의 질병 severity가 회복 정도와 관련이 있는 경향을 나타내었다. 언어 양상은 크게 회복 정도에 미치는 영향이 없었으나, 환자의 severity를 보여 주는 음식 섭취 방법이나 방광 조절은 p-value 0.05에서 통계적 유의성을 가지며 관련성이 있음을 나타냈다. 대변 양상, 욕창의 유무, 기관 절개의 유무는 통계적 유의성을 가지지는 않았으나 문제가 없을 시에 호전된 그룹에 속하는 수가 많음을 보이는 경향을 나타내었다.

현재 재활 치료의 유무과 호전된 그룹, 변화 없는 그룹, 악화된 그룹 사이의 관련성에서는 재활 치료를 받는 군에서 호전된 그룹에 59.76%가 속해 있고, 악화된 그룹에 21.95%가 속해 있어 재활 치료가 회복 정도와 관련성이 있음을 나타냈다(표18).

<표18> 퇴원 후 재활치료에 따른 회복 정도

단위 : 환자수(%)

퇴원후 일상 생활수행능력	퇴원 후 재활 치료 유	무	p-value
호전됨	49(59.76)	23(46.00)	
변화없음	15(18.29)	9(18.00)	0.18
악화됨	18(21.95)	18(36.00)	

치료 형태에 따른 회복 정도에서는 외래를 다니는 환자들이 입원해 있는 환자들에 비해 호전된 그룹에 속한 수가 많았다. p-value는 0.24로 통계적 유의성을 보이지는 않았다.

care giver의 유무 자체는 p-value 0.65로 통계적 유의성을 보이지 않았다. 그러나 care giver로부터 받는 도움은 p-value 0.0005로 매우 통계적 유의성을 보였다. 즉, 이것은 care giver로부터 하루 1-2시간 정도의 도움을 받는 중증도를 가진 환자들이 24시간 내내 care giver의 도움을 받아야 하는 환자들에 비해 회복 정도가 많은 것을 나타낸다(표19).

<표19> care giver의 도움 정도와 회복 정도

단위 : 환자수(%)

care giver의 도움 정도	퇴원 후 일상 생활 수행 능력 호전됨	변화없음	악화됨	p-value
하루 1-2시간	14(77.78)	0(0.00)	4(22.22)	
5-6시간	11(84.62)	1(7.69)	1(7.69)	
7-8시간	9(52.94)	0(0.00)	8(7.06)	0.0005
10-12시간	9(56.25)	2(12.50)	5(31.25)	
24시간 내내	20(37.74)	19(35.85)	14(26.42)	

4. 재활 치료에 대한 요구 및 선호하는 치료 시설

가. 현재의 재활 관련 사업 중 원하는 서비스

현재의 재활 관련 사업 중 원하는 서비스를 묻는 항목에서는 “재활 치료”가 41.79%로 나타났으며, “재활 상담 및 교육”, “건강 검진 및 관리”등에 요구도가 높았다. 주목할 만한 사항은 “이, 미용, 목욕 지원”의 항목이 세 번째 우선 순위가 있도록 나타났는데, 일상 생활 수행 능력 항목 중 “목욕하기”가 0점으로 나타난 것과 관련이 있는 것으로 보인다(표20).

<표20> 현재의 재활 관련 사업 중 원하는 서비스

단위 : 환자수(%)

	1순위	2순위	3순위
건강 검진 및 관리	26(2.30)	11(11.00)	9(9.89)
재활 치료	42(39.25)	21(21.00)	9(9.89)
재활 상담 및 교육	9(8.41)	21(21.00)	17(18.68)
가정 방문 간호	11(10.28)	7(7.00)	9(9.89)
일상 생활, 외출 도움	2(1.87)	12(12.00)	3(3.30)
재활 기구 대여	5(4.67)	11(11.00)	9(9.89)
주택 개조 도움	1(0.93)	6(6..00)	5(5.49)
주간 보호	5(4.67)	1(1.00)	4(4.40)
복지 정보 제공 및 연계	1.(0.93)	5(5.00)	9(9.89)
장애인, 가족 모임 지원	0(0.00)	1(1.00)	3(3.30)
야외 행사 지원	0(0.00)	1(1.00)	1(1.10)
이, 미용, 목욕 지원	2(1.87)	3(3.00)	11(12.09)
기타	1(0.93)	0(0.00)	2(2.20)

나. 사회나 국가에 대한 요구 사항

뇌졸중 치료와 관련하여 사회나 국가에 대한 요구 사항을 묻는 항목에서는 1순위로 “의료 혜택 확보”가 33.58%로 높은 수치를 보였으며, “생계 보

장", "건물, 도로 등의 편의 시설 확대" 등의 요구 사항이 있었다. 2순위로는 "의료 혜택 확보"(22.8%), "교통 수단 이용 편의 확대"(16.28%) 등이 나타났고, 3순위로는 "장애인 복지 시설의 확충, 개선"(21.95%), "교통 수단 이용 편의 확대"(20.33%)등의 요구 사항이 있었다(표21).

<표21> 사회나 국가에 관한 요구 사항

단위 : 환자수(%)

	1순위	2순위	3순위
생계 보장	31(23.13)	11(8.53)	3(2.44)
의료 혜택 보장	45(33.58)	29(22.48)	8(6.50)
세제 혜택 확대	9(6.72)	12(9.30)	15(12.20)
건물, 도로 등의 편의 시설 확대	14(10.45)	18(13.95)	15(12.20)
주택 보장	3(2.24)	6(4.65)	3(2.44)
장애인에 대한 인식 개선	6(4.48)	7(5.43)	3(2.44)
교통 수단 이용 편의 확대	10(7.46)	21(16.28)	25(20.33)
보장구 및 재활 편의 용품 개발, 보급	3(2.24)	9(6.98)	9(7.32)
특수 교육의 확대, 개선	4(2.99)	7(5.43)	7(5.69)
장애인에 대한 조사 연구 강화	1(0.75)	3(2.33)	6(4.88)
장애인 복지 시설의 확충, 개선	7(5.22)	6(4.65)	27(21.95)
기타	1(0.75)	0(0.00)	2(1.63)
	134(100.00)	129(100.00)	123(100.00)

다. 원하는 재활 시설의 형태

현재 치료받는 형태 이외에 원하는 재활 시설의 형태로는 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"가 35.07%를 나타냈고, "물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료"도 21.64%로 나타났다(표22).

<표22> 원하는 재활 시설의 형태

단위 : 환자수(%)

재활 시설	
입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터	47(35.07)
물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료	29(21.64)
전문 의료진이 갖추어진 노인 병원	21(15.67)
보호자가 없는 시간 동안 돌보아 주는 보호소	14(10.45)
일정 기간 입소하여 있을 수 있는 단기 요양소	12(8.96)
낮 동안 재활 치료를 받을 수 있는 낮 병원	11(8.21)
계	134(100)

라. 재활 치료 유무에 따른 요구도의 차이

현재의 재활 관련 사업 중 재활 치료를 받는 군에서는 "재활 치료", "재활 상담 및 교육", "주간 보호", "장애인, 가족 모임 지원"에서 받지 않는 군보다 요구도가 많았으며, 반면 재활 치료를 받지 않는 군에서는 “건강 검진 및 관리”, "재활 기구의 대여", "주택 개조 도움", "이・미용, 목욕 지원"의 요구도가 있었다(p=0.02).

현재 재활 치료 유무에 따른 사회나 국가에 대한 요구 사항에서는 재활 치료를 받는 환자 군에서 그렇지 않은 환자 군에 비해 “생계 보장”, “의료 혜택 확보”, “건물, 도로 등의 편의 시설 확대”, “주택 보장”, “교통 수단 이용 편의 확대”, “보장구 및 재활 편의 용품 개발, 보급”, “특수 교육의 확대, 개선”의 항목에서 더 많은 요구를 나타냈다(p=0.96).

또한 현재 재활 치료를 받는 환자들은 재활 시설 중 “입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터”와 “전문 의료진이 갖추어진 노인 병원”에 대한 요구를 가지고 있었으며, 재활 치료를 받지 않는 환자들은 “낮 동안 재활 치료를 받을 수 있는 낮 병원”, “보호자가 없는 시간 동안 돌보아 주는 보호소”에 대한 요구를 가지고 있었다(p=0.06)(표23).

<표23>현재 재활 치료 유무에 따른 요구도의 차이

단위 : 환자수(%)

항 목	재활 치료 유	재활 치료 무	p-value
1. 현재의 재활 사업 중 원하는 서비스			
건강 검진 및 관리	12(42.86)	16(57.14)	
재활 치료	43(76.79)	13(23.21)	
재활 상담 및 교육	10(83.33)	2(16.67)	
가정 방문 간호	5(45.45)	6(54.55)	
일상 생활, 외출 도움	3(60.00)	2(40.00)	
재활 기구 대여	1(33.33)	2(66.67)	0.02
주택 개조 도움	2(33.33)	4(66.67)	
주간 보호	1(100.00)	0(0.00)	
복지 정보 제공 및 연계	3(60.00)	2(40.00)	
장애인, 가족 모임 지원	1(100.00)	0(0.00)	
이・미용, 목욕 지원	0(0.00)	3(100.00)	
기타	1(100.00)	0(0.00)	
2. 사회나 국가에 대한 요구 사항			
생계 보장	17(54.84)	14(45.16)	
의료 혜택 확대	31(68.89)	14(31.11)	
세제 혜택 확대	4(50.00)	4(50.00)	
건물, 도로 등의 편의 시설 확대	9(64.29)	5(35.71)	
주택 보장	2(66.67)	1(33.33)	
장애인에 대한 인식 개선	3(50.00)	3(50.00)	0.96
교통 수단 이용 편의 확대	6(60.00)	4(40.00)	
보장구,재활 편의 용품 개발, 보급	2(66.67)	1(33.33)	
특수 교육의 확대, 개선	3(75.00)	1(25.00)	
장애인에 대한 조사 연구 강화	0(0.00)	0(0.00)	
장애인 복지 시설의 확충, 개선	4(57.14)	3(42.86)	
기타	1(100.00)	0(0.00)	

=표 계속=

3. 원하는 재활 시설의 형태			
낮 동안 재활치료를 받을 수 있는 낮 병원	5(45.45)	6(54.55)	
보호자가 없는 시간동안 돌보아 주는 보호소	6(42.86)	8(57.14)	
물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료	14(50.00)	14(50.00)	0.06
일정 기간 입소하여 있을 수 있는 단기 요양소	7(58.33)	5(41.67)	
전문 의료진이 갖추어진 노인 병원	17(80.95)	4(19.05)	
입소하여 재활치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터	33(71.74)	13(28.26)	

마. 현재 장애 정도에 따른 요구도의 차이

현재의 장애 정도를 mild, moderate, severe의 세 그룹으로 나누어 비교하였을 때, severe그룹에서는 현재의 재활 관련 사업 중 다른 두 그룹보다 “재활 치료”, “재활 상담 및 교육”, “”가정 방문 간호“, ”재활 기구 대여 “에 대한 요구도가 높은 경향을 나타내었다(p=0.5).

또한, 사회나 국가에 관한 요구 사항의 항목에서는 세 그룹 중 severe그룹에서 “생계 보장”, “건물, 도로 등의 편의 시설 확대”의 요구가 높은 경향을 나타내었다(p=0.26).

현재 재활 치료를 받는 시설 이외의 원하는 시설에서는 severe그룹일수록 “입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터”와 “물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료”에 대한 요구도가 높은 경향을 나타내었으며, 환자의 장애 정도에 따라 원하는 시설에 대한 차이성은 보이지 않았다(p=0.16)(표24).

<표24>장애 정도에 따른 요구도의 차이

단위: 환자수(%)

항 목	mild	moderate	severe	p-value
1. 현재의 재활 사업 중 원하는 서비스				
건강 검진 및 관리	10(35.71)	8(28.57)	10(35.71)	
재활 치료	10(18.52)	9(16.67)	35(64.81)	
재활 상담 및 교육	4(33.33)	2(16.67)	6(50.00)	
가정 방문 간호	3(25.00)	2(16.67)	7(58.33)	
일상 생활, 외출 도움	1(20.00)	2(40.00)	2(40.00)	
재활 기구 대여	0(0.00)	1(33.33)	2(66.67)	0.51
주택 개조 도움	1(16.67)	2(33.33)	3(50.00)	
주간 보호	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	
복지 정보 제공 및 연계	1(20.00)	3(60.00)	1(20.00)	
장애인, 가족 모임 지원	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
이・미용, 목욕 지원	1(33.33)	1(33.33)	1(33.33)	
기타	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
2. 사회나 국가에 대한 요구 사항				
생계 보장	4(13.79)	9(31.03)	16(55.17)	
의료 혜택 확대	14(31.82)	9(20.45)	21(47.73)	
세제 혜택 확대	1(11.11)	4(44.44)	4(44.44)	
건물, 도로 등의 편의 시설 확대	3(21.43)	3(21.43)	8(57.14)	
주택 보장	1(33.33)	0(0.00)	2(66.67)	
장애인에 대한 인식 개선	1(16.67)	3(50.00)	2(33.33)	
교통 수단 이용 편의 확대	3(30.00)	0(0.00)	7(70.00)	0.26
보장구, 재활 편의 용품 개발, 보급	0(0.00)	0(0.00)	3(100.00)	
특수 교육의 확대, 개선	2(50.00)	1(25.00)	1(25.00)	
장애인에 대한 조사 연구 강화	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	
장애인 복지 시설의 확충, 개선	3(42.86)	0(0.00)	4(57.1)	
기타	1(100.00)	0(0.00)	(0.00)	

=표 계속=

3. 원하는 재활 시설의 형태				
낮 동안 재활치료를 받을 수 있는 낮 병원	5(45.45)	3(27.27)	3(27.27)	
보호자가 없는 시간동안 돌보아 주는 보호소	6(42.86)	3(21.43)	5(35.71)	
물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료	4(14.81)	(14.81)	19(70.37)	0.16
일정 기간 입소하여 있을 수 있는 단기 요양소	3(25.00)	5(41.67)	4(33.33)	
전문 의료진이 갖추어진 노인 병원	7(33.33)	4(19.05)	10(47.62)	
입소하여 재활치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터	8(17.39)	11(23.91)	27(58.70)	

바. 장기 재활 치료 시설의 월 비용과 보험 급여

장기 재활 치료 시설의 경우 월 비용이 어느 정도이면 이용하겠느냐는 항목에 대해서는 다양한 수치가 나타났는데, 최소 3만원에서 최대 1500만원까지 그 변수의 차이가 크게 나타났다. 가장 많은 빈도를 보인 것은 월 20만원이었으며(16.82%), 평균값은 월 79만원이었다.

장기 재활 치료 시설의 경우 치료비의 50%를 보험 급여로 받기 원한다는 환자가 전체의 40.30%를 차지했으며, 80%를 원한다는 대답이 24.63%, “잘 모르겠다”의 항목도 20.15%를 나타냈다(표25).

<표25>장기 재활 시설의 보험 급여

	환자수	%
전액	14	10.45
20%	6	4.48
50%	54	40.30
80%	33	24.63
잘 모르겠다	27	20.15
합계	134	100.00

사. 장기 재활 치료 시설이 생김으로써 얻어지는 기대 효과

장기 재활 치료 시설이 생김으로써 얻어지는 기대 효과에 대해서는 23.13%의 환자가 "돌봐줄 가족원이 부족한 환자의 치료 요구를 충족시킬 수 있다"고 답하였으며, "지속적으로 치료받음으로써 치료의 연속성이 있다", "병원 왕래의 불편을 해소할 수 있다"고 답하였다(표26).

<표26> 장기 재활 치료 시설이 생김으로써 얻어지는 기대 효과

단위 : 환자수(%)

	1순위	2순위	3순위
불필요한 입원을 억제학 입원 기간을 단축 시킬 수 있다	16(11.94)	5(3.76)	3(2.27)
돌봐줄 가족원이 부족한 환자의 치료 요구를 충족 시킬 수 있다	31(23.13)	14(10.53)	8(6.06)
간병 등으로 인한 가족의 심리적 부담을 줄일 수 있다	23(17.16)	20(15.04)	11(8.33)
장기 치료가 필요한 환자에게 지속적으로 치료를 할 수 있다	22(16.42)	28(21.05)	11(8.33)
병원 왕래의 불편을 해소할 수 있다	11(8.21)	13(9.77)	19(14.39)
가사와 직업에 종사하면서 치료를 받을 수 있다	1(0.75)	0(0.00)	3(2.27)
의료비 부담을 줄일 수 있다	10(7.46)	8(6.02)	13(9.85)
지속적으로 치료받음으로써 치료의 연속성이 있다	11(8.21)	29(21.80)	16(12.12)
거동이 불편한 환자들이 효율적으로 관리 될 수 있다	7(5.22)	12(9.02)	19(14.39)
병원 방문 시간과 치료 대기 시간이 없어 시간을 활용할 수 있다	0(0.00)	2(1.50)	6(4.55)
환자와 가족의 경제적 부담을 줄일 수 있다	1(0.75)	1(0.75)	13(9.85)
장기 입원으로 인해 병원측으로부터 조기 퇴원을 강요당하는 일을 면할 수 있다	1(0.75)	1(0.75)	10(7.58)
	134(100)	133(100)	132(100)

Ⅴ. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

본 연구는 서울 시내에 위치한 1개 종합 병원의 재활 병동에서 재활 치료를 받고 퇴원한 뇌졸중 환자들을 대상으로 하였다. 본 연구가 전국 단위로 이루어지지 않고 서울시에 위치한 1개 병원을 대상으로 이루어졌기 때문에 일반화하는데 한계점을 가지고는 있다. 그러나, 기존의 연구들이 입원 환자 또는 외래 방문 환자와 보호자들을 대상으로 실시되었거나 또는 일정 지역을 대상으로 같은 질환을 가진 환자들의 수와 요구도를 조사했던 것과는 달리 본 연구는 일정 병원에서 같은 질병으로 재활 치료를 받고 퇴원한 환자들을 대상으로 하여 현재 재활 치료의 실태와 요구도를 조사한 후향적 코호트 연구라는 점에 가치가 있다고 사료된다. 또한, 재활 치료를 받기 위해 병원이나 다른 기관을 찾는 환자 뿐 아니라, 재활 치료를 받지 않고 있는 환자들까지도 연구 대상으로 하였다는 사실에도 그 의의가 있다고 하겠다.

본 연구는 대상자 선정시 일정 기간 동안 퇴원한 470명의 환자 전수를 대상으로 하였으나, 우편 설문 조사의 한계점으로 인해 응답률이 낮아 최종 분석 대상자는 134명으로 그 수가 정밀한 통계 분석을 수행하기에는 충분하지 못한 한계점을 갖고 있다. 그러나, 뇌졸중 환자를 대상으로 하여 뇌졸중 환자와 가족의 부담감을 조사한 박연환(1999), 임영신(1993), 이은숙(1995)의 연구에서도 각각 대상자의 수가 81명, 64명, 102명으로 그 수가 본 연구보다 많지는 않았다. 인천시의 3개 종합 병원에 입원중인 노인 환자의 장기 요양 서비스 요구를 조사한 최공옥(1995)은 대상자 수가 259명이었으나, 본 연구가 1개 병원에서 조사한 것을 고려한다면 그 수가 적다고는 볼 수 없다.

본 연구의 제한점은 질병의 특성상 환자 개인이 설문에 응답할 수 없을

경우 보호자가 설문에 응하도록 하였기 때문에 환자의 요구보다는 환자를 돌보는 보호자의 요구가 개입되었을 가능성이 있다는 것이다. 또한 환자의 ADL과 IADL의 점수를 환자나 보호자가 판단하여 기입함으로써 전문가가 점수를 판단한 것과는 상당한 차이가 있을 수 있다. 퇴원시의 ADL 역시 자기 회상적 방법으로 기입하였기 때문에 퇴원한지 1,2년이 지난 환자의 경우 기억에 의한 한계가 있다고 볼 수 있다.

2. 연구결과에 대한 고찰

환자들의 일반적 특성을 보면 65세 이상 노인이 68명, 65세 이하가 66명이었으며, 성별은 남자가 78명, 여자가 56명으로 나타났다. 결혼 여부는 85.1%가 기혼 상태였으며, 67.9%가 배우자와 단 둘이 거주하고 있었다. 이것은 박연환(1999)의 연구 결과와도 일치하는 결과로 대부분 노인 여성이 care giver로 환자를 돌보고 있었다. 이것은 핵가족화와 여성의 사회 참여 확대로 인한 현상으로 보이며, 환자를 주로 돌보는 배우자에게 신체적, 정신적 부담이 있을 수 있음을 단적으로 보여 준다고 할 수 있다. 또한, 질병의 특성상 단기간 내에 회복되지 않는 것과도 관련이 있는 것으로 보인다. care giver의 신체적, 정신적 부담을 줄일 수 있는 방법이 필요하며, 가족 내 지지 그룹에 의한 장기적 대책이 필요함을 알 수 있다.

환자들은 좌, 우측의 편마비를 가지고 있었으며, 마비 이외의 다른 질병을 가진 환자 수는 당뇨를 가진 환자가 53명, 고혈압을 가진 환자가 50명으로 박창일(2002)의 연구 결과에서 고혈압이 36명, 당뇨병이 6명으로 나타났던 것과는 차이가 있으나, 이 두 질병의 유병률이 적지 않음의 근거가 될 수 있으며, 대부분의 환자가 배우자와 단 둘이 살고 있음을 고려할 때 동반 질환의 관리 역시 소홀할 수 있다. 그러므로 이에 대한 대책이 마련되어야 할 것

이다.

뇌졸중으로 인한 신체 장애 중 환자가 느끼는 신체 장애의 불편감은 운동 장애, 언어 장애, 인지 장애의 순으로 나타났으며, 이것은 박창일(2002), 박연환(1999)의 결과와 같다.

장애인 등록이 된 환자는 57명(42.5%)으로 나타났으며, 이는 나은우의 7명(7.7%)과는 큰 차이를 보였다. 이는 나은우의 연구는 강화지역이라는 특정 지역을 대상으로 한 연구이고, 본 연구는 서울시에 위치한 종합 병원을 대상으로 한 것이기 때문으로 보인다.

본 연구에서는 평균 입원 기간이 첫 번째 입원시는 평균 40.2일, 두 번째 입원시는 54.4일, 세 번째 입원시는 41일, 네 번째 입원시는 51.9일이었으며 이는 이일영(2001)의 평균 51.4일과 비슷한 결과라고 볼 수 있다. 여러 번 입원을 했던 환자들의 주된 이유는 "환자의 상태가 악화되었다"와 "환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다", "입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다", "집에서 돌보아 줄 사람이 없어 병원에 입원했다"로 나타나 대부분 집에서 적절한 care를 받지 못해 입원을 하거나, 재활 치료를 받고 싶어 입원을 하는 것으로 나타났다. 이런 경향은 입원의 횟수가 늘어날수록 강해지는 것으로 보인다.

최초 진단 후 충분한 재활 치료를 받았다고 생각하는 환자는 62.7%, 충분한 재활 치료를 받지 못했다고 생각하는 환자들은 37.3%로 나타났다. 충분한 재활 치료를 받지 못했다고 생각하는 환자들의 주된 이유는 "치료 시기를 놓쳐서"(24.56%), "경제적으로 어려워서"(19.3%)라고 말하였는데, 이는 박창일(2002)의 연구 결과와는 같으나, 나은우(1997)의 연구 결과와는 차이를 보인다. 나은우의 연구 결과에서는 "나을 것 같지 않아서", "잘 몰라서"가 주된 이유였으며, 경제적 어려움은 크게 관련이 없다고 했다. 이 역시 서울

과 강화라는 지역차에 의한 인구·사회학적 차이의 결과로 보인다.

현재 재활 치료를 받는 환자 수는 82명, 받지 않는 환자 수는 50명이었다. 재활 치료를 받는 환자들은 대부분 종합 병원/병원에서 입원 및 외래 치료를 받고 있었으며, 의원이나 한의원에서 재활 치료를 받는 환자수도 적지 않았다. 이는 박창일(2002)의 연구 결과와 같다. 대부분의 환자들은 "재활 치료를 받으면 지금보다 더 기능적으로 나아질 것 같다", "보호자 없이 혼자 생활이 가능하길 바란다", "재활 치료를 받아야 심리적 안정이 온다"의 이유로 재활 치료를 받고 있어 재활 치료에 대한 기대감이 높은 것으로 나타났다. 반면, 재활 치료를 받지 않는 환자들의 주된 이유는 "경제적으로 어려워서", "치료해도 효과가 없을 것 같아서"라고 답하였으며 대부분의 환자들이 재활 치료를 1년 정도 받은 후 그만 두는 것으로 나타났다. 이 역시 질병의 특성상 치료의 효과를 바로 확인할 수 없으며, 지속적인 경제적 부담을 필요로 하고, 재활 치료의 시간이 오래 걸리기 때문으로 보인다. 이를 위해 부족한 재활 치료에 대한 인식 개선이 필요하며, 가계의 경제적 어려움을 줄일 수 있는 방안이 수립되어야 할 것이다.

현재 재활 치료를 받는 환자군과 받지 않는 환자군 사이에 연령, 성별, 결혼 상태, 현재 함께 거주하는 사람, 발병 전 직업, 가족 전체 평균 월 수입, 치료비 부담자가 누구인지는 큰 영향을 미치지 않았다. 또한 장애인 등록 여부와 마비 상태 역시 큰 영향을 미치지 않았다. 그러나, 당뇨나 고혈압과 같은 동반 질환이 있는 경우와 전혀 없는 경우에 재활 치료를 받고 있는 것으로 나타나 환자의 질병 상태가 재활 치료에 영향을 미치는 것으로 나타났다. care giver의 영향에서는 care giver가 있는 경우에 더욱 재활 치료를 받는 것으로 나타나 거동이 불편한 환자들이 치료를 받기 위해 병원으로 올 수 있을 경우 재활 치료를 받는 것으로 나타났다. 대부분의 환자는 care giver로부터 하루 24시간 내내 도움을 받고 있는 것으로 나타났으며, 현재 도와주

는 사람 이외에 일상 생활을 도와줄 외부인이 필요하지는 않다고 하였다.

도구적 일상 생활 동작 수행 정도(IADL)에서는 “머리 빗과 볼펜을 쥘 수 있다”를 환자들이 혼자서 가장 쉽게 할 수 있다고 하였으며 “실내에서 걷기”, “방바닥에서 일어나기” 역시 보호자의 최소의 도움을 필요로 하였다. 반면, ”보수를 받는 일에 종사할 수 있다“는 전혀 수행할 수 없다고 하였으며, “실외에서 걷기”, “길 건너기”, “버스나 기차를 이용하여 여행할 수 있다”, “계단을 오르내릴 수 있다”, “요리하기”, “무거운 집안 일 하기”, “시장이나 가게에서 일상 용품을 살 수 있다”, “”여가 활동을 할 수 있다“의 항목은 환자 혼자 수행할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주거나, 상당히 많은 도움을 주는 것으로 나타났다. 이는 나은우(2002)의 결과와도 일치한다.

현재의 일상 생활 동작 수행 정도(ADL)에서는 “식사하기”, “세면(세안, 손톱 정리, 면도, 양치질)”, "같은 층을 걷기“, ”배변 조절“, ”배뇨 조절“의 항목은 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 경우가 대부분이었으며, ”휠체어에서 침대까지 왕복 가능(침대에서 일어나서 걸어가는 것까지 포함)“, ”화장실 사용(옷 입기, 물 내리기)“, ”옷 입기(신발 신기, 지퍼 잠그기)“, ”계단 오르내리기“는 어떤 단계에서 보호자의 최소 도움이나 감독을 필요로 하는 경우가 많았다. ADL에서 환자 혼자 전혀 수행할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 항목은 ”목욕하기“로 환자들이 가장 어려움을 겪는 항목으로 나타났다. 이는 나은우(1997)의 연구 결과와도 일치하는 결과이다.

환자들의 재활 현황 및 장애의 정도를 알아보기 위해 현재 ADL을 점수에 따라 세 개의 그룹으로 나누었으며, mild그룹은 33명, moderate그룹은 30명, severe 그룹은 68명으로 나타났다. 세 그룹 사이에 환자의 성별, 결혼 상태, 학력, 발병 전 직업, 장애인 등록 여부는 큰 차이가 없었으나, 마비 상태, 동반 질환 여부는 환자들의 severity에 영향을 주는 것으로 나타났다. ADL 수행 정도와 재활 치료와의 관련성은 없는 것으로 나타나 ADL수행 정도가

떨어진다고 하여 재활 치료를 받는 것은 아니라는 것을 알 수 있다. 그러나, 환자들의 ADL수행 정도와 care giver의 있고 없음의 차이에서는 severity가 높은 환자일수록 care giver가 있는 것으로 나타났다.

퇴원시와 현재 ADL점수의 변화에 의한 회복 정도를 보았을 때에는 퇴원시보다 점수가 호전된 환자가 73명, 변화 없는 환자가 36명, 악화된 환자가 25명으로 나타났다. 이 세 개의 그룹 사이에 연령, 성별, 학력, 발병 전 직업, 마비 상태는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았으나, 결혼 여부에서는 기혼자가 미혼자나 사별한 환자보다 호전된 군에 속한 환자 수가 많았으며, 가족의 월 수입도 500만원 이상인 환자들이 회복 점수가 좋았다.

세 그룹과 재활 치료와의 관련성을 보았을 때 재활 치료를 받는 환자 군에서 호전된 환자들이 많았으며, 외래보다는 입원해 있는 환자들이 회복 정도가 더 좋았다. 또한 단순히 care giver가 있고 없음은 회복 정도와 관련이 없었으나, care giver로부터 받는 도움은 관련성을 보여 하루 24시간 내내 도움을 받아야 하는 환자들에 비해 1-2시간의 도움을 받는 환자들이 더 회복 정도가 좋았다. 이는 환자들의 severity와 관련하여 환자들의 중증도가 심할 경우 재활 치료의 효과가 떨어지며, mild할수록 재활 치료를 하여 향상되는 점수가 높은 것으로 나타났다. 이와 같은 도구적 일상 생활 동작 수행 정도(IADL)와 일상 생활 동작 수행 정도(ADL)의 결과는 뇌졸중 후 마비 환자들이 기본적 생활을 하기 위해서는 재활 치료가 필요하며, 누군가의 도움을 지속적으로 필요로 한다는 사실을 알게 한다. 대부분의 care giver가 여성 배우자임을 고려할 때 이들 care giver에 대한 도움에 대해서도 고려되어야 할 것으로 보인다.

현재 받고 싶은 서비스로는 "재활 치료"가 1순위로 나타났는데, 이는 박창일(2002)의 연구 결과 중 "물리 치료"가 1순위로 나타난 것과 같은 맥락으로 보이며, 나은우(1997)의 연구 결과와는 같다. 그 외에도 환자들은 건강 검진

및 관리를 받고 싶어했으며, 거동이 불편한 환자들일 경우 가정 방문 간호를 원하고 있어 문태순(2000)의 연구 결과를 뒷받침 해 주고 있다.

뇌졸중 치료와 관련하여 사회나 국가에 대한 요구 사항을 묻는 항목에서는 "의료 혜택 확보", "생계 보장"이 1,2순위로 높은 요구도를 보였는데, 이는 박창일(2002)의 연구와 한국 보건 사회 연구원이 2000년도 조사한 연구 결과의 1순위 "생계 보장", 2순위 "의료 혜택 확보"와는 차이가 있으나, 두 항목이 차지하는 비율이 높아 이에 대한 대책이 필요함을 알 수 있다.

현재 받는 재활 치료 이외의 원하는 재활 시설의 형태로 35.07%의 환자들이 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"를 원하고 있었다. 물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료는 21.64%가 원하고 있어 이 역시 문태순(2000)의 연구를 뒷받침해 주고 있다.

재활 치료 유무에 따른 요구도의 차이를 보면, 현재 재활 치료를 받는 군은 "재활 치료", "재활 상담 및 교육", "주간 보호", "장애인, 가족 모임 지원"등의 서비스 요구를 가지고 있었다. 이는 재활 치료를 받는 환자들일수록 더욱 재활 치료에 대한 요구가 많음을 알 수 있게 한다. 또한, 재활 치료를 받지 않는 환자들에게서는 "재활 기구의 대여", "주택 개조 도움", "이·미용, 목욕 지원"등의 서비스 요구가 있었는데 이는 ADL수행 능력이 떨어지는 환자들이 재활 치료를 받지 않고 있는 것과 관련이 있는 것으로 사료된다. 그러므로, 현재 재활 치료를 받지 않고 가정에 있는 환자들을 위한 대책이 마련되어야 한다고 생각한다. 또한 현재 재활 치료를 받는 환자들은 사회나 국가에 대해 "생계 보장", "의료 혜택 확보", "건물, 도로 등의 편의 시설 확대", "주택 보장", "교통 이용 편의 확대", "보장구 및 재활 편의 용품 개발, 보급", "특수 교육의 확대, 개선"등 설문지의 모든 항목에서 받지 않는 환자들에 비해 많은 요구를 가지고 있었다. 재활 치료를 받는 환자들에게서 받지 않는 환자들보다 모든 항목에서 요구 사항이 많다는 것은 그만큼 현재

의 환경이 좋지 않다는 것을 대변하는 것일 수 있다. 현재 우리 사회가 장애인을 위해 많은 시설들을 확충하고, 제도를 만들고는 있으나 아직까지 장애인들은 부족하게만 느끼고 있는 것일 수 있다. 이에 대한 더 많은 배려와 대책이 필요할 것이다. 재활 치료의 유무에 따라 재활 시설에 대한 요구도 다르게 나타났는데, 현재 재활 치료를 받는 환자들일수록 "전문 의료진이 갖추어진 노인 병원"과 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구도가 높았으며, 재활 치료를 받지 않는 환자들일수록 "낮 동안 재활 치료를 받을 수 있는 낮 병원", "보호자가 없는 시간 동안 돌보아 주는 보호소"에 대한 요구를 가지고 있었다. 이는 거동이 불편한 환자들이 재활 치료를 받기 위해 이동을 하는 것에 대한 불편감과 입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정이 되어 재활 치료의 효과가 좋다고 생각하는 입원의 이유와 관련이 있다고 판단된다.

현재의 장애 정도에 따른 요구도의 차이를 보면, severe그룹일수록 "재활 치료", "재활 상담 및 교육", "가정 방문 간호", "재활 기구 대여"에 대한 서비스 요구도가 높게 나타났다. 이것으로 severe한 그룹이 재활 치료는 받고 있지 않지만 재활 치료에 대한 요구는 있음을 알 수 있다. severe한 상태로 치료 받지 않고 집에 머무는 이들 환자에 대한 관리가 필요하다고 생각된다. 또한 severe그룹에서 "생계 보장", "건물, 도로 등의 편의 시설 확대"의 요구가 높은 경향을 나타내었으며, 이들 그룹에서 "물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료", "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구도가 높은 경향을 나타내었다. 이는 재활 치료를 받고자 하는 환자의 요구도 나타나지만, 환자를 돌보고 있는 care giver의 요구 또한 반영된 것이라고 생각된다. care giver에 대한 신체적, 정신적 부담감을 줄일 수 있는 방안이 있어야 한다고 판단된다.

시설의 월 비용을 물었을 때 가장 많은 빈도를 보인 것은 20만원이었으며,

평균값은 월 79만원이었다. 이는 현재 운영되고 있는 다른 노인 시설이나, 장, 단기 입소 시설보다는 낮은 가격임을 알 수 있다. 40.30%의 환자들은 50%를 보험 급여로 받기 원하고 있었으며, 80%이상을 원하는 환자들도 24.63%를 나타냈다.

장기 재활 치료 시설이 생김으로써 얻어지는 기대 효과로는 돌봐줄 가족원이 부족한 환자의 치료 요구를 충족시킬 수 있다고 답하였으며, 가족의 심리적 부담을 줄일 수 있다, 지속적으로 치료받음으로써 치료의 연속성이 있다, 병원 왕래의 불편을 해소 할 수 있다고 답하였다. 환자에게는 재활 치료의 요구를 충족 시켜 주며, 환자를 돌보는 가족의 부담감의 부담감은 줄여주는 것이 장기 재활 치료 시설의 주요 기대 효과라고 할 수 있다.

Ⅵ. 결론

본 연구는 뇌졸중 후 재활 병동에서 치료를 받고 퇴원한 환자들의 퇴원 후 재활 치료 현황 및 영향을 주는 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성과 환자의 회복 정도, 치료에 대한 요구 및 선호하는 치료 방안에 대해 조사하여 뇌졸중 환자의 재활 치료 체계 설립과 운영에 대한 기초 자료를 제공하는데 그 목적이 있었다. 그리하여 서울시 1개 종합 병원에서 재활 치료를 받고 퇴원한 470명의 환자들에게 우편 설문 조사를 실시하여 회수된 134명을 대상으로 하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

첫째, 퇴원 후 현재 재활 치료를 받고 있는 환자 수는 82명, 받지 않는 환자수는 50명이었다. 재활 치료를 받는 환자의 53%는 종합 병원/병원에서 치료를 받고 있었으며, 65.4%가 주 2.8회 외래에서 재활 치료를 받고 있었다. 재활 치료를 받는 이유는 재활 치료를 받으면 지금보다 기능적으로 나아질 것 같다고 답하였으며, 재활 치료를 받지 않는 환자들은 경제적으로 어려워서라고 답하였다. 재활 치료를 중단하는 시기는 40.7%의 환자가 재활 치료를 1년 정도 받은 후이었다. 현재 재활 치료에 영향을 주는 요인으로 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성 중 질병의 severity가 높을수록, care giver가 있을수록 재활 치료를 받는 것으로 나타났다.

둘째, 현재의 장애 정도를 알기 위해 ADL점수로 Bathel index의 분류에 따라 mild, moderate, severe의 세 그룹으로 나누었을 때, mild그룹은 33명, moderate그룹은 30명, severe그룹은 68명이었다. severe그룹이라고 해서 재활 치료를 더 받고 있는 것은 아니었으며, care giver로부터 24시간 내내 도움을 받고 있었다. 환자의 회복 정도에서는 퇴원시보다 현재 ADL점수가 호전된 환자는 73명, 악화된 환자는 15명이었으며 점수 변화가 없는 환자도 36명이었다. 환자의 질병 및 인구·사회·경제학적 특성 중 가족 전체의 월수

입이 500만원 이상인 환자 그룹에서 회복 정도가 좋았으며, 현재 재활 치료를 받는 환자 군에서 회복 정도가 좋았다. care giver가 있고 없음은 큰 영향을 미치지 않았으나 care giver로부터 하루 1-2시간의 도움을 받는 환자 군에서 회복 정도가 좋았다.

셋째, 현재 재활 관련 사업 중 "재활 치료"에 대한 서비스 요구가 가장 높았으며, 사회나 국가에 대한 요구 사항으로는 "의료 혜택 확보", "생계 보장"에 대한 요구가 있었다. 현재 치료받고 있는 형태 이외에 원하는 재활 시설의 형태로는 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구가 35.07%로 높게 나타났다. 또한 재활 치료를 받는 환자들일수록 "재활 치료"에 대한 서비스 요구가 있었으며, "생계 보장", "의료 혜택 확보"에 대한 요구가 있었다. 재활 치료를 받는 환자들일수록 "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구가 있었다. 장애 정도에 따른 요구 사항에서는 severe그룹일수록 "재활 치료"에 대한 서비스 요구와 "생계 보장"에 대한 요구가 있었으며, "입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터"에 대한 요구가 있었다. 장기 재활 치료 시설은 평균 월 79만원 정도로 치료비의 50%를 보험 급여로 받기 원하고 있었다. 장기 재활 치료 시설이 생김으로 얻어지는 기대 효과에 대해서는 돌봐줄 가족원이 부족한 환자의 치료 요구를 충족시킬 수 있으며, 지속적으로 치료받음으로써 치료의 연속성이 있다고 하였다.

본 조사를 통하여 환자들의 재활 치료를 받고자 하는 욕구와 지속적 재활 치료, care giver의 중요성을 알 수 있었다. 또한 지속적으로 환자를 돌보는 care giver의 부담감에 대해 짐작 할 수 있었는데 향후 연구에서는 care giver의 부담감 경감이 환자의 회복 및 재활에 미치는 영향을 확인하는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

참고 문헌

김기훈. 노인케어시설의 정책개발을 위한 국제비교 연구. 보건행정학회지 1998;8(1):203-234

김병은, 이향련. 건강 계약이 편마비 환자의 일상 생활 동작 수행 정도에 미치는 영향. 간호학회지 1991;20(1):63-78

김용익. 재활 서비스 체계 확립을 위한 정책 방향. 국립재활원 2000; 121-151

김현미, 장군자. 뇌졸중 환자 가족이 인지한 부담감 및 삶의 질에 관한 연구. 한국간호교육학회지 1998;4(1):81-94

나은우, 전세일, 김덕용 등. 강화군에 거주하는 지체 장애 노인의 실태 조사. 대한재활의학회지 1997;21(6):1124-1133

남명호, 김봉옥, 윤승호. 재활 치료를 받은 뇌졸중 환자의 일상 생활 동작 평가. 대한재활의학회지 1991;15(3)

문태순. 가정물리치료사 제도 도입 요구에 관한 요구. 연세대학교 보건대학원석사학위논문. 2000

박세택, 문옥륜. 의료 보험 실시 이후의 병원 경영에 대한 고찰. 인간과학, 1978

박연환, 유수정, 송미순. 뇌졸중 환자를 돌부는 가족 간호자의 부담감과 집단적 지지 간호 중재 프로그램에 대한 요구 조사. 성인 간호학회지 1999;11(1):119-133

박창일, 이상건, 김미정 등. 일부 도시 지역의 뇌졸중 재가 장애인의 기초 요구도 조사. 대한재활의학회지 2002;26(3):254-259

서문자. 재활의 이론과 실제. 서울대학교출판부, 1993

서문자. 통합적 재활 간호. 신광출판사, 2000

서미경. 노인 보건 의료의 현황과 정책 방향. 보건복지포럼 1998;27-35

심정길. 가정 방문 물리 치료제도의 도입에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원석사학위논문, 1994

유원곤. 장애인 지역사회 재활사업 현황 및 정책적 지원 방안. 국립재활원 2000;89-104

이은숙. 뇌졸중 환자의 조기 재활 관리에 대한 가족의 지식, 태도, 실천에 대한 조사 연구. 성인간호학회지 1995;7(1):17-3

이일영. 지속적 재활의 필요성과 국내 현황. 국립재활원 2000;7-17

이지전, 김한중, 조우현 등. 유료요양원의 수요와 시장세분화에 관한 연구. 보건행정학회지 1997;7(1):55-72

임영신. 노인환자 가족의 부담감에 관한 연구. 성인간호학회지 1997; 5(2):164-170

최공옥. 일 시내 일부 종합 병원 노인 입원 환자의 장기요양서비스 요구에 관한 요구. 성인간호학회지 1995;7(2):228-242

통계청. 사망 원인 통계 연보, 1995

일본, 후생통계협회. 국민위생의 동향. 1980-1996

Albrecht MN. "The Albrecht nursing model for home health care: Implication for Research, Practice, and Education", Public Health Nursing, 1990;7(2):118-126

Anderson TP. Rehabilitation of Patient with Complete Stroke, In Kottke FJ., Lehman JF., Krusen's handbook of Physical

Medicine and Rehabilitation, 4th ed, WB Saunder's Company, Philadelphia, 656-678, 1990

DHEW. United States of America. Administration on aging. NY. 1992

Dittmar SS. Rehabilitation Nursing. st. Louis : The C. V. Mosby co. 2-8

Hilke FU. Nursing involvement in long term care policy, Nursing Clinics of North America, 1979

Hing E. Nursing home utilization by current residents. United States. 1989

Skilbeck CE., Wade DT., Hewer RL. Wood VA. Recovery after stroke. J. Neurol Neurosurg Psychiat. 1983;46

Stryker R. Rehabilitative aspects of acute and chronic nursing care, Philadelphia, W.B. Saunders CO, 1977;13

부록Ⅰ. 설문지

뇌졸중 환자들의 재활 치료 현황 및 요구도 조사

안녕하십니까?
힘든 투병생활을 하시는 환자님들, 그리고 환자를 돌보시는 보호자님들 얼마나 노고가 많으십니까?
저는 서울 삼성 병원 재활 병동에 근무하는 간호사이며, 그 동안 저희병원에서 치료를 받으시는 뇌졸중 환자님들을 돌보면서 무언가 도움이 될 일을 찾다가, 이번 연세대학교 보건대학원 석사논문 과제를 "뇌졸중 환자들의 재활치료 현황 및 요구도 조사"로 선정하였습니다.

뇌졸중은 인간의 평균 수명 연장과 노령화에 따라 발생 빈도가 증가되고 있는 반면, 우리나라의 경우 급성기가 지난 마비 환자들이 재활치료를 위해 이용할 수 있는 시설이 현저히 적어 환자와 그 가족들이 많은 고충을 안고 있는 실정입니다. 따라서, 본인은 과거 저희 병원에서 뇌졸중치료를 받고 퇴원하신 환자들을 대상으로 퇴원 후 재활 치료 현황 및 요구에 대한 의견을 수집하여 체계적인 재활 치료 기획의 기초자료로 삼고자 본 연구를 시작하였습니다. 투병생활에 어려움이 많으시겠지만, 귀하께서 응답하신 내용은 향후 보다 나은 뇌졸중 치료를 위한 기초자료로 매우 소중하게 활용될 예정이오니, 부디 솔직한 응답을 해주시기 바랍니다.
재활 치료란, 운동 치료, 작업 치료, 언어 치료, 수치료, 열전기 치료 등으로 이루어져 환자 개개인이 최대의 독립성을 가지고 살아 갈 수 있도록 도와주는 모든 치료의 총칭입니다.
환자 자신이 직접 설문에 응답하기 곤란할 경우 환자를 가장 가까이에서 돌보는 보호자(가족, 간병인 등)가 환자를 대신해서 설문에 응답하셔도 좋습니다. **단, 설문지 첫 장에 환자 혹은 보호자 중 어느 분이 응답하셨는지를 해당란에 표시**해 주십시오. 응답하신 설문지는 우표가 이미 부착된 동봉한 봉투에 넣으셔서 10월 31일까지 보내주시면 감사하겠습니다.
이 조사를 통하여 수집된 자료는 학문적 연구 외에는 절대로 사용하지 않으며 모든 자료는 기호화된 자료로 통계 처리함으로 개인의 신상에 대한 비밀은 절대 보장됩니다.

바쁘심에도 불구하고 협조하여 주셔서 진심으로 감사 드립니다.

2002년 10월
서울삼성병원 재활병동
연세대학교 보건대학원 보건정책학과
민들레 올림
연락처 : 02-3410-1470
011-9349-0868

□ 환자가 응답한 경우
□ 보호자가 응답한 경우

I. 장애 진단 및 치료

* 다음은 최초 뇌졸중 진단에 대한 문항들입니다.

1. 최초로 뇌졸중으로 진단 받은 것은 언제입니까? (　　년　　월)

2. 뇌졸중으로 인한 신체 장애 중 환자본인이 가장 불편하게 느끼는 것은 무엇입니까?
   (해당사항에 모두 고르시고 순서대로 번호를 적어주십시오)
   □ 1)시각 장애　□ 2)운동 장애　□ 3)언어 장애　□ 4)인지 장애
   □ 5)연하 곤란　□ 6)배변 장애　□ 7)배뇨 장애

3. 만약 뇌졸중치료와 관련되어 그 동안 입원을 여러 차례 했었다면 그 입원 했을 때마다의 이유를 아래에서 선택하시오

첫 번째 입원 : 입원 시기(　　) 기간(　　)일간 이유(　　)
두 번째 입원 : 입원 시기(　　) 기간(　　)일간 이유(　　)
세 번째 입원 : 입원 시기(　　) 기간(　　)일간 이유(　　)
네 번째 입원 : 입원 시기(　　) 기간(　　)일간 이유(　　)
네 번째 이상 입원 : 입원 시기(　　) 기간(　　)일간 이유(　　)

□ 1) 환자의 상태가 악화되었다.
□ 2) 요로 감염, 폐렴, 욕창 등의 합병증이 발생했다.
□ 3) 환자의 상태가 좋지 않았지만 입원했던 병원의 정책상 퇴원을 해야만 했기 때문에 다른 병원으로 전원했다.
□ 4) 집에서 돌보아 줄 사람이 없어 병원에 입원했다.
□ 5) 병원비가 너무 비싸서 퇴원했다가 경제적 상태가 좋아져 다시 입원했다.
□ 6) 입원을 하여 재활 치료를 받으면 정서적으로 안정되어 재활 치료의 효과가 좋다.
□ 7) 외래 재활 치료를 받으러 다니기 번거롭고 함께 다닐 사람이 없다.

4. 최초 진단 이후 충분한 치료를 받았다고 생각하십니까?
   ☐ 1)예 ☐ 2)아니오

5. 충분한 치료를 받지 않았다고 생각하시면 주된 이유는 무엇이라고 생각하십니까?
   (해당되는 사항을 모두 고르시고 순서대로 번호를 적어주십시오)
   ☐ 1) 경제적으로 어려워서
   ☐ 2) 치료 시기를 놓쳐서
   ☐ 3) 장애 상태에 대한 무지, 무관심 때문
   ☐ 4) 바빠서
   ☐ 5) 수개월, 수년에 걸친 치료 기간이 너무 길어서
   ☐ 6) 치료 해도 효과가 없을 것 같아서
   ☐ 7) 치료 받으러 다니기가 번거로워서
   ☐ 8) 환자가 원치않아서
   ☐ 9) 기타 _____

Ⅱ. 현재 재활치료

* 다음은 현재 환자가 받고 있는 재활 치료에 대한 문항들입니다.

1. 현재 재활 치료를 받고 있습니까?
   ☐ 1) 예 ---> 2-5 문항에 응답해 주십시오
   ☐ 2) 아니오 ---> 6-7 문항에 응답해 주십시오

2. 현재 재활 치료를 받는 곳은 어디입니까?
   ☐ 1) 종합 병원/병원 ☐ 2) 의원 ☐ 3) 보건소 ☐ 4) 한의원 ☐ 5) 약국
   ☐ 6) 장애인 복지관 ☐ 7) 기타 장애인 관련 재활 기관 ☐ 8) 가정
   ☐ 9) 기타 _____

3. 현재 받는 재활 치료의 형태는 무엇입니까?
   ☐ 1) 입원 치료
   ☐ 2) 외래 치료 -주 ( )회

4. 현재 재활 치료를 받는 이유는 무엇입니까?
   ☐ (1)재활 치료를 받으면 지금보다 더 기능적으로 나아질 것 같다
   ☐ (2)보호자 없이 혼자 생활이 가능하길 바란다.
   ☐ (3)빨리 회복되어 자녀들에게 짐이 되고 싶지 않다
   ☐ (4)재활 치료를 받아야 심리적 안정이 온다.
   ☐ (5)남의 도움으로 살아나가는 것이 수치스럽다.
   ☐ (6)다시 직업에 복귀하고 싶다.
   ☐ (7)계속 받던 것이라 그냥 계속 받고 있다.

5. 현재 환자 상태에서 재활 치료를 좀 더 받아야 한다고 생각하십니까?
   ☐ 1) 매우 그렇다
   ☐ 2) 그렇다
   ☐ 3) 그저 그렇다
   ☐ 4) 별로 그렇지 않다
   ☐ 5) 전혀 그렇지 않다

6. 현재 재활 치료를 받지 않고 있다면 그 주된 이유는 무엇입니까?
   (해당되는 사항을 모두 고르시고 순서대로 번호를 적어주십시오)
   ☐ 1) 경제적으로 어려워서
   ☐ 2) 치료 시기를 놓쳐서
   ☐ 3) 장애 상태에 대한 무지, 무관심 때문
   ☐ 4) 바빠서
   ☐ 5) 수개월, 수년에 걸친 치료 기간이 너무 길어서
   ☐ 6) 치료 해도 효과가 없을 것 같아서
   ☐ 7) 치료 받으러 다니기가 번거로워서
   ☐ 8) 환자가 원치 않아서
   ☐ 9) 기타

7. 환자는 재활 치료를 언제쯤 중단하셨습니까?
   ☐ 1) 뇌졸중으로 최초로 입원하고 퇴원함과 동시에
   ☐ 2) 재활 치료를 1년 정도 받은 후
   ☐ 3) 재활 치료를 2년 정도 받은 후
   ☐ 4) 재활 치료를 3년 정도 받은 후
   ☐ 5) 재활 치료를 4년 정도 받은 후

Ⅲ. 일상 생활 보호 여부

* 다음은 환자가 가정에서 생활할 때 어느 정도 가족이나 다른 사람의 도움이나 보호를 필요로 하는지를 알아보기 위한 문항들입니다.

1. 현재 일상 생활을 하는데 전적으로 매달려 환자를 돌봐주는 사람이 있습니까?
   ☐ 1) 예 ☐ 2) 아니오

2. 돌봐 주는 사람이 있다면 하루 어느 정도의 도움을 받으십니까?
   ☐ 1)1-2시간
   ☐ 2)5-6시간
   ☐ 3)7-8시간
   ☐ 4)10-12시간
   ☐ 5)24시간 내내

3. 주로 돌봐주는 사람은 누구입니까?
   ☐ 1) 배우자 ☐ 2) 부모 ☐ 3) 자녀(며느리, 사위 포함)
   ☐ 4) 형제 자매 ☐ 5) 기타 가족 ☐ 6) 친척
   ☐ 7) 친구 ☐ 8) 이웃 ☐ 9) 간병인
   ☐ 10) 무료 가정 봉사원 ☐ 11) 기타 _____

4. 현재 도와 주는 사람 이외에 일상 생활을 도와 줄 외부인을 필요로 하십니까?
   ☐ 1) 예 ☐ 2) 아니오

5. 다음은 도구 일상 생활 동작 수행 정도를 보는 항목입니다. 환자의 상태에 맞게 표시해 주세요

0점 : 환자 혼자 전혀 수행 할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 상태입니다.
1점 : 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태입니다.
2점 : 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태입니다.
3점 : 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태입니다.

1 . 실내에서 걷기	0	1	2	3
2 . 실외에서 걷기	0	1	2	3
3 . 길 건너기	0	1	2	3
4 . 버스나 기차를 이용하여 여행할 수 있다.	0	1	2	3
5 . 방바닥에서 일어나기	0	1	2	3
6 . 계단을 오르내릴 수 있다.	0	1	2	3
7 . 머리 빗과 볼펜을 쥘 수 있다.	0	1	2	3
8 . 요리하기	0	1	2	3
9 . 가벼운 집안 일 하기	0	1	2	3
10 . 무거운 집안 일 하기	0	1	2	3
11 . 시장이나 가게에서 일상 용품을 살 수 있다.	0	1	2	3
12 . 가족이나 친구를 방문 할 수 있다.	0	1	2	3
13 . 여가 활동을 할 수 있다.	0	1	2	3
14 . 보수를 받는 일에 종사할 수 있다.	0	1	2	3

*6-7번은 아래 보기에서 번호를 골라 주세요.

6. 일상 생활을 위해 사용하는 보장구 및 재활 보조 기구가 있습니까?
   □ 1) 예 ---> 어떤 것입니까? _____
   □ 2) 아니오

7. 현재는 없으나 필요한 보장구 및 재활 보조 기구가 있습니까?
   □ 1) 예 ---> 어떤 것입니까? _____
   □ 2) 아니오

보기 : ①의자차 ②지팡이 ③발보조기 ④손보조기 ⑤목발

Ⅳ. 일상 생활 수행능력

* 다음은 환자의 **서울삼성병원 퇴원당시**, 그리고 **현재** 일상 생활 수행 능력을 알아보기 위한 문항입니다. 각 문항별로 환자의 상태를 가장 가깝게 나타낼 수 있는 숫자 위에 표시해 주십시오.

0점 : 환자 혼자 전혀 수행 할 수 없어 보호자가 전적으로 시행해 주는 상태입니다.
1점 : 보호자의 도움이 상당히 많이 필요한 상태입니다.
2점 : 어떤 단계에서 최소의 도움이 필요하거나 보호자의 감독이 필요한 상태입니다.
3점 : 보호자의 도움 없이 환자 혼자 독립적으로 시행할 수 있는 상태입니다.

	삼성병원 퇴원당시	현재
1. 식사하기	0 1 2 3	0 1 2 3
2. 휠체어에서 침대까지 왕복 가능(침대에서 일어나서 걸어나는 것까지 포함)	0 1 2 3	0 1 2 3
3. 세면(세안, 손톱 정리, 면도, 양치질)	0 1 2 3	0 1 2 3
4. 화장실 사용(옷 입기, 물 내리기)	0 1 2 3	0 1 2 3
5. 목욕하기	0 1 2 3	0 1 2 3
6. 같은 층을 걷기	0 1 2 3	0 1 2 3
7. 계단 오르내리기	0 1 2 3	0 1 2 3
8. 옷 입기(신발 신기, 지퍼 잠그기)	0 1 2 3	0 1 2 3
9. 배변 조절	0 1 2 3	0 1 2 3
10. 배뇨 조절	0 1 2 3	0 1 2 3

V. 사회 활동

* 다음은 환자의 사회 활동에 대항 항목들입니다.

1. 환자는 과거 1개월간 재활 치료를 받기 위한 외출 외에 **얼마나 자주** 외출을 하셨습니까?
   ☐ 1) 매일 ☐ 2) 주 3-4회 ☐ 3) 주 1-2회 ☐ 4) 1달에 1-2회
   ☐ 5) 전혀 외출하지 않음

2. 환자가 외출을 하는 주된 목적은 무엇입니까?
   (해당되는 사항을 모두 고르시고 순서대로 번호를 적어주십시오)
   ☐ 1) 시설 이용(병원, 복지관 등) ☐ 2) 봉사 활동
   ☐ 3) 사교, 단체 활동 ☐ 4) 종교 활동
   ☐ 5) 가사(쇼핑 등) ☐ 6) 문화, 여가 활동
   ☐ 7) 운동, 산책 ☐ 8) 친구, 친지 방문
   ☐ 9) 통근, 통학 ☐ 10) 기타

3. 집밖 활동 시 가장 불편한 점은 무엇입니까?
   ☐ 1) 교통 수단 이용
   ☐ 2) 건물, 도로 등의 편의 시설 미비
   ☐ 3) 남의 이목
   ☐ 4) 화장실
   ☐ 5) 외출 시 필요한 동반자가 없음
   ☐ 6) 기타 _____

Ⅵ. 재활 및 복지 서비스

*다음은 재활 및 복지 서비스에 대한 환자와 보호자의 요구에 대한 항목들입니다.

1. 현재의 재활 관련 사업 중에서 어떤 서비스를 가장 원하십니까?
   (가장 요구도가 높은 순서대로 3개만 번호를 적어주십시오)
   ☐ 1) 건강 검진 및 관리
   ☐ 2) 재활 치료
   ☐ 3) 재활 상담 및 교육
   ☐ 4) 가정 방문 간호
   ☐ 5) 일상 생활, 외출 도움
   ☐ 6) 재활 기구 대여
   ☐ 7) 주택 개조 도움
   ☐ 8) 주간 보호
   ☐ 9) 복지 정보 제공 및 연계
   ☐ 10) 장애인, 가족 모임 지원
   ☐ 11) 야외 행사 지원
   ☐ 12) 이, 미용, 목욕 지원
   ☐ 13) 기타 _____

2. 뇌졸중 치료와 관련하여 사회나 국가에 대한 요구 사항이 있다면 무엇입니까?
   (가장 요구도가 높은 순서대로 3개만 번호를 적어주십시오)
   ☐ 1) 생계 보장
   ☐ 2) 의료 혜택 확보
   ☐ 3) 세제 혜택 확대
   ☐ 4) 건물, 도로 등의 편의 시설 확대
   ☐ 5) 주택 보장
   ☐ 6) 장애인에 대한 인식 개선
   ☐ 7) 교통 수단 이용 편의 확대
   ☐ 8) 보장구 및 재활 편의 용품 개발, 보급
   ☐ 9) 특수 교육의 확대, 개선

☐ 10) 장애인에 대한 조사 연구 강화
☐ 11) 장애인 복지 시설의 확충, 개선
☐ 12) 기타 _____

3. 현재 치료 받는 형태 이외에 원하는 재활 치료 시설의 형태는 어떤 것입니까?
☐ 1) 낮 동안 재활 치료를 받을 수 있는 낮 병원
☐ 2) 보호자가 없는 시간 동안 돌보아 주는 보호소
☐ 3) 물리 치료사나 가정 간호사의 방문 재활 치료
☐ 4) 일정 기간 입소하여 있을 수 있는 단기 요양소
☐ 5) 전문 의료진이 갖추어진 노인 병원
☐ 6) 입소하여 재활 치료를 받을 수 있는 장기 재활 치료 센터

4. 장기 재활 치료 시설의 경우 월 얼마 정도의 비용이면 이용하시겠습니까?
월 (　　)원

5. 장기 재활 치료 시설의 경우 치료비의 몇 % 정도를 보험 급여로 받기 원합니까?
☐ 1) 전액　☐ 2) 20%　☐ 3) 50%　☐ 4) 80%　☐ 5) 잘 모르겠다

6. 장기 재활 치료 시설이 생김으로써 얻어지는 기대 효과는 무엇이라고 생각합니까? **(순서대로 3개만 번호를 적어주십시오)**
☐ 1) 불필요한 입원을 억제하고 입원 기간을 단축시킬 수 있다
☐ 2) 돌봐줄 가족원이 부족한 환자의 치료 요구를 충족시킬 수 있다
☐ 3) 간병 등으로 인한 가족의 심리적 부담을 줄일 수 있다
☐ 4) 장기 치료가 필요한 환자에게 지속적으로 치료를 할 수 있다
☐ 5) 병원 왕래의 불편을 해소할 수 있다
☐ 6) 가사와 직업에 종사하면서 치료를 받을 수 있다
☐ 7) 의료비 부담을 줄일 수 있다
☐ 8) 지속적으로 치료 받음으로써 치료의 연속성이 있다
☐ 9) 거동이 불편한 환자들이 효율적으로 관리 될 수 있다
☐ 10) 병원 방문 시간과 치료 대기 시간이 없어 시간을 활용할 수 있다
☐ 11) 환자와 가족의 경제적 부담을 줄일 수 있다
☐ 12) 장기 입원으로 인해 병원 측으로부터 조기 퇴원을 강요당하는 일을 면할 수 있다

Ⅶ. 환자의 일반적 사항

* 다음은 환자의 일반적 사항에 대한 항목입니다.

1. 연령 : 만 ( )세

2. 성별 ☐ 1)남 ☐ 2)여

3. 결혼 여부
   ☐ 1)기혼 ☐ 2)미혼 ☐ 3)이혼 ☐ 4)별거 ☐ 5)사별

4. 환자는 현재 누구와 거주하고 있습니까?
   ☐ 1) 본인 혼자 ☐ 2) 배우자 ☐ 3) 부모 ☐ 4) 자녀
   ☐ 5) 형제, 자매 ☐ 6) 친척 ☐ 7) 기타 _____

5. 학력
   ☐ 1)국졸 ☐ 2)중졸 ☐ 3)고졸 ☐ 4)대졸 ☐ 5)대학원 이상

6. 발병 전 직업
   ☐ 1)사무직 ☐ 2)전문직 ☐ 3)서비스직 ☐ 4)판매직 ☐ 5)생산직
   ☐ 6)농, 어업직 ☐ 7)학생 ☐ 8)주부 ☐ 9)무직 ☐ 10)기타

7. 가족 전체 평균 월수입
   ☐ 1) 100만원 미만
   ☐ 2) 100-200만원 미만
   ☐ 3) 200-300만원 미만
   ☐ 4) 300-500만원 미만
   ☐ 5) 500 만원 이상

8. 치료비 부담은?
   ☐ 1) 환자 본인 ☐ 2) 환자 본인과 자녀 ☐ 3) 자녀 ☐ 4) 배우자
   ☐ 5) 배우자와 자녀 ☐ 6) 부모 ☐ 7) 기타_____

9. 장애인 등록 여부
   ☐ 1) 예 ☐ 2) 아니오

부록Ⅱ. 의무 기록으로 조사된 변수

1. 마비 상태
 ①좌 ②우 ③상지 ④하지 ⑤사지

2. 다른 질병의 유무
 ①없음 ②당뇨 ③고혈압 ④만성 신부전 ⑤seizure ⑥요로 감염 ⑦심방 세동 ⑧심근 경색 ⑨폐렴

3. 의식 상태
 ①alert ②confused ③drowsy ④semi-coma ⑤coma

4. 언어 소통 양상
 ①없음 ②dysarthria ③sensory aphagia ④motor aphagia ⑤global aphagia

5. 음식물 섭취 방법
 ①문제 없음 ②levin tube를 통해서 ③PEG 통해서

6. 방광 기능
 ①문제 없음 ②CIC ③foley cath통해서 ④실금 ⑤빈뇨

7. 대변 양상
 ①문제 없음 ②변비 ③실변

8. 욕창의 유무
 ①없음 ②있음

9. 기관 절개 유무
 ①없음 ②있음

ABSTRACT

Current Status and Future Demand for Rehabilitation in Stroke patients after Discharge

Deul Le Min
Graduate School of
Health Science and Management
Yonsei University

(Directed by Professor Hye - Young Kang ph.D)

This study attempted to provide the basis data for the establishment and operation of rehabilitation systems and institutions for cerebral infarction patients by researching: 1)the rehabilitation status of discharged patients who have, after their stroke, received acute care, 2) the impact of receiving rehabilitation therapy on degree of recovery and 3) patients' demand and preference for types of rehabilitation systems and policy.

Study subjects included 470 stroke patients who have been hospitalized and received acute care between January 2000 and September 2002 in a hospital located in Seoul, Korea. A mailed questionnaire survey was conducted with these patients in November, 2002. Ninety-eight patients were excluded from the study because they had died or moved out. A total of 134 patients or their caregivers answered the questionnaire, yielding a response rate of 36.02% (=134/372). Also, patients' medical chart was reviewed in order to obtain their baseline characteristics at the time of discharge. Rehabilitation status was investigated by asking the patients whether they receive rehabilitation treatments, types of treatments and institutions utilized, and reasons for not receiving rehabilitation treatments. The level of recovery was measured by examining the difference in Activities of Daily Living (ADL) scores between the time of discharge and the questionnaire survey.

The survey results showed that 82 patients still received rehabilitation

treatments after discharge, while 50 did not. Among those still treated, 65.4% received treatment as outpatients for an average of 2.8 times per week. One of the major reasons for discontinuing rehabilitation treatments was due to financial difficulties in paying for the treatments. About 40.7% of the respondents stopped receiving rehabilitation treatments about one year after discharge. Factors affecting the rehabilitation status were presence of comorbid conditions and severity of stroke. Patients with over 5 million Won of monthly family income and those who still received rehabilitation treatment showed a higher degree of recovery.

The respondents demand for service in 'rehabilitation treatment,' 'secure acquisition of medical welfare,' and 'guarantee for livelihood.' 'Long-term care residency facilities' was among the most desired forms of rehabilitation institutions. Patient group with lowest ADL score showed higher demand for services in 'rehabilitation treatment,' 'guarantee for livelihood' and 'long-term care residency facilities' than those with middle or high score. Most of the patients desired 50% insurance coverage.

This study has several limitations. First, because this investigation was carried out with patients treated from one hospital, the generalizability of the study results are limited. Second, due to the characteristics of the disease, the guardian of a patient was entrusted to answer in lieu of the patient in case the patient could not fill the questionnaire. Thus, there are some possibilities that the demand of guardians, rather than that of patients themselves, may have intervened. Third, the patients' ADL has been judged and given by the patients themselves, or their guardians, and this may have significant differences from that an expert may give.

Through this study, it was found that the self-desire for rehabilitation and a constant, continuous therapy along with an existent care giver are crucial in a patient's remedy. Moreover, the heavy burden of the care giver who incessantly keeps an eye on the patient was surmisable, and it is believed that future researches should be focused on what effects that reducing the burden on a care giver might have in the rehabilitation and recovery of a patient.