

뇌졸중 환자가 인지하는 재활동기와 삶의 질 관계의 연구

유영열*, 안창식**

*삼육대학교 대학원 물리치료학과

**을지대학교 물리치료학과

국문초록

목적 : 본 연구에서는 뇌졸중 환자의 포괄적 재활과정에서 가장 중요한 요소인 재활동기의 수준과 이를 바탕으로 삶의 질 관계를 규명함으로써 뇌졸중 환자의 재활동기 조성 및 유발에 효과적으로 재활서비스를 제공할 수 있도록 하기 위함이다.

연구방법 : 이 연구의 대상자는 경기도 분당 및 용인에 소재한 재활전문병원 3곳과, 부평시에 소재한 재활전문병원 1곳, 서울에 위치한 요양병원 1곳에서 2008년 12월부터 2009년 1월까지 재활운동치료를 받는 뇌졸중 환자를 대상으로 하였으며, 200명의 설문지를 최종 분석에 사용하였다.

결과 : 재활동기와 삶의 질 간의 상관관계분석 결과 긍정적 및 부정적 재활동기, 의료기관 및 사회적 도움 기대 정도에 대해 5개 영역(삶의 질, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 건강영역, 환경영역)에서 모두 강한 양의 상관관계를 보였다($p < .05$). 그리고 재활동기와 삶의 질 간의 종합적인 영향력을 알아보기 위해 다중회귀 분석을 실시한 결과 재활동기에 대해 사회적 건강영역의 만족도(beta .680)가 클수록 높게 작용하였고, 그 다음 이 전반적인 삶의 질(beta .285), 신체적 건강영역(beta -.250)이었다.

결론 : 뇌졸중 환자의 재활동기와 삶의 질은 각 요소의 밀접한 관계에 있고 그중에서도 사회적 건강영역의 만족도와 재활동기가 연관성이 있음을 확인할 수 있었다. 따라서 뇌졸중 환자가 사회적 건강영역의 부분의 만족도가 증진될 수 있는 여러 가지 중재를 개발하여 제공한다면 이들의 삶의 질은 더 높아질 것으로 사료된다.

핵심어 : 뇌졸중 환자, 삶의 질, 재활동기

I. 서 론

WHO의 보고에 의하면 뇌졸중은 세계에서 두 번째 사망원인으로 의학의 발전과 고령화의 진행으로 더욱 증가 추세를 보이고 있다(WHO, 2007). 우리나라의 경우 통계청(2005)의 사망원인 통계 연보에 의하면 뇌혈관 질환이 우리나라 전체 사망자중 단일 질환으로 사망원인의 2순위(인구 10만명 당 64.3명)로 조사되었고, 연간 만성 질병 유병자율에서도 10만명 당 847.7명에 이르고 있다(통계청, 2005). 뇌졸중은 뇌의 혈액순환 장애로 인한 신

경증상의 갑작스런 발생으로 일시적 또는 영구적인 기능 상실을 초래하며, 사회생활뿐만 아니라 가정에 책임이 큰 연령층에서 발생하기 때문에 사회적, 경제적으로 무서운 질환이라 할 수 있다. 또한 전 세계적으로 사망의 주요 요인이 되는 동시에 생존하는 경우에도 일상생활 동작을 스스로 하기 어려운 질병이기 때문에 의료적인 면에서 뿐 아니라 사회적인 측면에서도 시급히 해결해야 할 과제라 할 수 있다.

뇌졸중 환자의 예후는 미국의 경우 대체적으로 발생하게 되면 18%가 사망하게 되며, 9%는 완전히 회복되지

만 나머지 73%는 심한 장애를 남기게 되는 중증의 질환이므로 예방이 중요하며 발병 후에는 삶의 질은 높이고 다시 사회에 복귀하기 위하여 적극적인 재활서비스가 필요하다(임선옥, 2002). 방광의 기능조절능력이 없고 혼자 식사 할 수 없거나 단단한 음식을 안전하게 삼킬 수 없고 미세한 운동기술과 협응이 상실된다. 또한 인지기능에 손상을 입어 의사소통을 할 수 없게 되거나 어린 아이와 같이 행동하게 된다(서문자, 2000). 뇌졸중의 후유증으로는 주로 상 하지의 기능장애로 인해 보행장애와 일상생활 활동장애, 뇌손상으로 인한 지각장애, 언어장애 등이 유발되며 불안, 우울, 흥분과 같은 정서적 장애도 나타난다. 이로 인해 일상생활에 불편을 겪는 정도의 장애가 따르게 되며 자율적인 활동의 어려움이나 주변의 도움을 받아야하는 상황으로 인해 자신의 역할 상실, 소극적인 건강관리, 의존적 생활양식으로의 변화, 자존감 저하, 자기 효능감 저하, 우울 등으로 인한 삶의 질의 저하가 야기된다(최선애, 2004). 이러한 뇌졸중의 특성 때문에 환자는 기본적인 자가 간호인 일상생활동작 수행을 스스로 할 수 없게 되어 남에게 의지해야 하고, 이는 환자 자신의 자존감 상실과 우울로 이어지고 삶의 질을 저하시키게 된다. 뇌졸중 환자의 특성상 활동력의 저하 등을 겪는 경우가 많고, 더욱이 일상활동과 인지, 정서의 장애를 함께 겪는 환자일 경우 그 삶의 질은 더욱 낮아진다(강현숙, 김원옥, 김정화, 왕명자와 조종희, 2004). 뇌졸중은 발병이후 신체적, 인지적, 정서적으로 장애를 동반하는 경우가 많으나 재활을 통해 기능회복을 할 수 있고 양질의 삶의 추구가 가능하다(Madden, Hopman, Bagg, Verner, & O'Challaghan, 2006).

과거에는 뇌는 한번 파괴되면 회복되지 않는 것으로 생각되었으나 뇌에도 매우 높은 회복력이 있는 것이 증명되었고 뇌의 회복능력을 높이려면 반드시 재활치료를 통한 자극과 환자의 적극적인 노력이 절대적이라고 할 수 있다. 뇌졸중에 대한 재활서비스의 목표는 환자가 최대한 기능적 독립을 얻도록 하기위하여 환자와 가족 모두가 이전의 역할을 되찾고 가정, 사회로의 복귀를 촉진시켜서 삶의 질(Quality of life)을 높이는 것이다. 포괄적 재활치료는 환자로 하여금 현재의 장애를 극복하여 다시 일상생활과 사회로 돌아가서 적응할 수 있도록 하는 모든 치료행위를 일컫는 것으로 운동능력의 강화나 통증의 완화를 위해 시행되는 의료적 치료와 함께 환자 개개인

의 장애의 종류와 정도에 따라 다양한 전문가들이 재활 치료에 관여하게 된다. 국내의 연구를 보면, 전문요원들과 주변 사람들이 아무리 재활에 도움을 주고자 할 경우에도 환자 스스로가 재활하고자 하는 의지가 없는 한 재활을 위한 행위는 오히려 개인에게 부담만을 안겨줄 수 있고 재활동기가 크면 클수록 재활의 시간이 단축되고 재활동기가 낮으면 낮을수록 재활속도는 감소하는 것으로 나타났다(구본권과 김효선, 1983). 또한 오정희(1985)의 연구는 환자 자신의 능력의 한계를 이해하고 장애를 극복하려는 적극적인 동기가 재활의 성패에 있어 중요한 영향을 미치는 요인임을 보고하고 있다.

Krusen(1982)은 뇌졸중으로 인한 편마비 환자의 90%가 재활치료의 도움으로 침대에서 벗어날 수 있고, 그 중 70%는 일상생활 동작을 독립적으로 수행 할 수 있으며, 일할 수 있는 연령층의 30%는 자신의 직업으로 복귀할 수 있으나 3~10%는 재활과정이 끝날 때 까지 의존 상태로 존재한다고 하였다. 그러나 아직도 우리나라에서는 재활치료에 대한 인식부족, 민간치료의 선호, 경제적인 어려움, 재활치료시설 및 인적자원부족 등의 이유로 뇌졸중의 급성기 치료 후 충분한 재활치료를 받아 기능적인 회복을 얻고 가정으로 퇴원하는 환자들의 수가 그리 많지 않은 상태이다(남영호, 김봉옥과 윤승호, 1991). 뇌졸중은 중도장애로서 사회적 활동을 통하여 삶의 안정과 자아통합을 이루어야 할 중년기에 많이 발생하는 경향이 있다. 갑작스런 발병과 이로 인한 신체적 장애는 뇌졸중 환자로 하여금 달라진 자신의 상황과 장애를 현실로 받아들이고 변화된 사회적 관계에 적응해야 하는 심리적인 어려움에 직면하게 한다. 또한 질병으로 인하여 직업을 유지하지 못할 경우 치료비 등의 경제적 문제를 포함한 이중의 어려움에 놓이게 되는 것이다. 특히 장애로 인하여 변화된 자신의 모습에 대한 수치심, 무력감, 우울감 등의 심리적 갈등과 자아 존중감의 상실을 경험할 수 있기 때문에(오정은, 2001) 뇌졸중 환자의 심리 사회적 재활을 포함한 전인적 재활치료는 매우 중요하다고 할 수 있다. 결국 뇌졸중 환자의 재활은 환자 스스로 움직이고자 노력하며 독립적인 생활을 위해 적극적으로 치료과정에 참여하고자 하는 확고한 재활동기에 따라 달라지므로 환자가 이러한 동기를 가질 수 있도록 전문적인 개입과 서비스가 제공되어야 할 것이다. 환자들의 행위변화에 영향을 미치는 요인으로 변화의 필요성에

관한 정보, 새로운 행동을 시작하기 위한 환자들의 동기, 새로운 행동양식을 성공적으로 수행하려는 능력이라고 제시하였다. 그 중 의료인들은 환자들에게 정보를 제시하는데 집중하는 경향이 있고 정보만으로는 대상자들에게서 변화를 유발시키기는 불충분하다고 지적하면서 변화의 핵심적인 요소인 동기와 능력에 많은 관심을 가져야 함을 강조하였다(한혜숙, 2001).

동기유발(motivation)이란 개인으로 하여금 목표추구나 욕구 만족을 위한 행동을 일으키고 그 행동을 유지하게 하며 그것을 이끌어가도록 개인에게 환기시키는 과정을 말한다. 그러므로 재활동기란 장애인이 자신의 능력에 대한 지각, 자율성, 환경과의 관계성에 의해 자신의 남아있는 능력을 활성화시키고 변화된 삶의 형태에 빠르게 적응하기 위한 행위변화 활동에 참여하려는 심리적 욕구이다. 재활동기는 재활의 효과를 결정하는 중요 요소로서 재활욕구, 재활에 대한 신뢰, 용기, 가치실현 등을 포함하게 된다. 뇌졸중 환자를 돕는데 있어 재활서비스는 환자의 신체적, 심리적 특성을 고려하여 그들이 최대한의 건강 잠재력을 보유하고 개인 스스로가 자신의 질병에 잘 적응하고 관리할 수 있도록 지지하고, 인도 교육해야 한다. 이들 환자를 돕는 재활의 목적은 삶과 건강에 대한 끊임없는 욕구를 충족시키며, 질병과 불능을 최소화 할 수 있는 지속적인 일상생활동작을 수행할 수 있도록 돕는 것이다. 따라서 본 연구에서는 뇌졸중 환자의 포괄적 재활과정에서 가장 중요한 요소인 재활동기의 수준과 이를 바탕으로 삶의 질 관계를 규명함으로써 뇌졸중 환자의 재활동기 조성 및 유발을 위한 기초자료를 제공할 수 있도록 하기 위함이다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 연구기간

이 연구의 대상자는 경기도 분당 및 용인에 소재한 재활 전문 병원 3곳과, 부평시에 소재 한 재활 전문 병원 1곳, 서울에 위치한 요양병원 1곳에서 2008년 12월부터 2009년 1월까지 재활운동 치료를 받는 뇌졸중 환자 중 아래와 같은 조건에 해당하는 자를 대상으로 하였으며, 200명의 설문지를 최종분석에 사용하였다. 대상환자는 우선 뇌졸중 후 편마비가 있고 활력증상이 안정된 자, 적절

한 의사소통과 이해력이 가능하고 질문내용을 이해 할 수 있는 자, 그리고 이 연구의 취지를 이해하고 자발적으로 참여하고자 하는 자로, 총 200명을 기준으로 하였다.

2. 연구 도구

1) 재활동기 측정도구

뇌졸중 환자의 재활동기를 측정하기 위한 도구는 지체장애인의 재활동기를 측정하기 위해 설정한 재활동기 검사에 구승신(1993)이 재활욕구, 재활에 대한 신뢰, 용기, 가치실현 등을 포함하여 만든 재활동기 검사(Cronbach's $\alpha = 0.875$)를 뇌졸중 환자에게 맞게 수정, 보완한 권은희(2003)(Cronbach's $\alpha = 0.708$)의 내용을 바탕으로 연구 목적에 맞게 문항을 구성한 5점 척도, 26문항으로 점수가 높을수록 재활동기가 높음을 의미(최소 26점, 최대 130점)한다.

2) 삶의 질 측정도구

본 연구에서 사용된 삶의 질 정도의 측정도구는 민성길, 이창일, 김광일, 서신영과 김동기(2000)가 세계보건기구(WHO)에서 제작된 WHOQOL-100(1995)을 기초로 개발된 WHOQOL-BREF(1998)를 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(Cronbach's $\alpha = 0.963$)로 개발한 도구를 김효명(2005)이 뇌졸중환자를 대상으로 수정 보완한 도구(Cronbach's $\alpha = 0.901$)를 바탕으로 5점 척도, 25문항으로 점수가 높을수록 삶의 질이 높음을 의미(최소 25점, 최대 125점)하게 문항을 구성하였다.

3. 연구 절차

연구에 필요한 자료 수집을 위해 연구대상 병원에 협조 공문을 보내 재활치료실 및 병원 관계자의 연구 승인을 얻고, 2008년 12월부터 2009년 1월 사이에 뇌졸중으로 인한 편마비로 입원해 있는 환자에게 연구의 취지와 목적에 대해서 설명한 후 자료를 수집하였다. 자료 배부시 연구 자료로만 사용한다는 사항을 설명하여 윤리적인 부분을 고려하였으며, 연구에 참여할 것을 동의한 대상자에게만 질문지를 배부하여 담당 치료 선생님의 자세한 설명 하에 이루어졌으며 또한 글을 읽지 못하거나 시력이 약화되고 체력이 모자라거나 직접 작성을 할 수 없는

경우에는 담당 치료 선생님이 읽어주거나 대상자의 가족 도움으로 해당되는 항목에 응답하도록 하였다.

4. 자료 처리

수집된 자료는 SPSS 12.0 windows 프로그램을 이용한 전산 통계과정을 거쳐서 분석하였다. 우선 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율을 사용하였고 대상자의 재활동기 정도와 삶의 질의 정도는 평균과 표준편차를 구하여 비교하였다. 그리고 대상자의 재활동기 정도와 삶의 질의 정도 상관관계는 Pearson correlation coefficient의 방법을 이용하여 검증하였으며, 일반적 특성에 따른 재활동기 정도와 삶의 질의 정도 차이는 T-test, ANOVA로 분석하고, 유의한 차이를 보이는 결과에 대해서는 사후검증(Duncan)을 실시하였다.

Ⅲ. 연구 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

본 연구의 대상인 뇌졸중 환자의 일반적인 특성을 살펴보면 다음과 같다(표 1). 성별은 남자가 57.5%(115명)

를 차지하였고, 여자는 42.5%(85명)를 차지하였다. 대상자의 연령별 분포는 51~60세가 30.5%(61명)로 가장 많았고, 그 다음이 61~70세로 28.5%(57명)이었으며, 41~50세가 13.5%(27명), 71~80세가 13.5%(27명) 등의 순서로 나타났다. 장애발생의 시기는 4~6개월이 21.0%(42명)으로 가장 높게 나타났고, 그 다음이 7~9개월로 14.0%(28명)이었고, 10~12개월이 13.5%(27명), 1~3개월이 8.5%(17명), 22~24개월이 8.5%(17명) 등의 순서로 나타났다. 혼인여부는 결혼이 79.0%(158명)으로 가장 많았고 미혼이 10.5%(21명), 사별이 7.5%(15명), 이혼이 2.5%(5명), 별거가 0.5%(1명) 순으로 나타났다. 의료보험 형태는 직장/지역의료보험 부분이 51.5%(103명)로 가장 많은 부분을 차지하였고 그 다음이 의료보호 31.0%(62명)이었고 산재보험 10.5%(21명) 기타 5.5%(11명), 공상 1.5%(3명) 순으로 이어졌다. 교육수준은 고졸이 51.5%(103명)로 가장 높았고 대졸 이상이 27.0%(54명), 중졸이 12.0%(24명), 초졸이 8.5%(17명) 무학이 1.0%(2명) 순으로 나타났다. 소득수준은 201~300만원 부분과 301~500만원 부분이 각각 32.5%(65명)를 차지해 전체의 65.0%(130명)를 나타내었고 그 다음이 101~200만원 17.5%(35명), 501만원 이상 13.0%(26명), 100만원 이하 4.5%(9명) 순으로 나타났다.

표 1. 연구대상자의 일반적 특성

(N=200)

특 성	구 분	빈도(명)	유효 백분율(%)
성별	남	115	57.5
	여	85	42.5
연령	30세 이하	9	4.5
	31 ~ 40세	16	8.0
	41 ~ 50세	27	13.5
	51 ~ 60세	61	30.5
	61 ~ 70세	57	28.5
	71 ~ 80세	27	13.5
	80세 이상	3	1.5
장애발생시기	1 ~ 3개월	17	8.5
	4 ~ 6개월	42	21.0
	7 ~ 9개월	28	14.0
	10 ~ 12개월	27	13.5
	13 ~ 15개월	12	6.0

	16 ~ 18개월	9	4.5
	19 ~ 21개월	12	6.0
	22 ~ 24개월	17	8.5
	25 ~ 27개월	6	3.0
	28 ~ 30개월	1	0.5
	31 ~ 33개월	2	1.0
	34 ~ 36개월	4	2.0
	37개월 이상	23	11.5
혼인여부	미혼	21	10.5
	결혼	158	79.0
	이혼	5	2.5
	별거	1	0.5
	사별	15	7.5
의료보험형태	의료보호	62	31.0
	직장/지역	103	51.5
	산재	21	10.5
	공상	3	1.5
	기타	11	5.5
교육수준	무학	2	1.0
	초졸	17	8.5
	중졸	24	12.0
	고졸	103	51.5
	대졸이상	54	27.0
소득수준	100만원 이하	9	4.5
	101 ~ 200만원	35	17.5
	201 ~ 300만원	65	32.5
	301 ~ 500만원	65	32.5
	501만원 이상	26	13.0

표 2. 연구대상자의 재활동기와 삶의 질의 정도 (N=200)

구 분	하위문항	평균	표준편차
재활동기	긍정적 재활동기(긍정적 마인드)	3.65	0.67
	*부정적 재활동기(부정적 마인드)	3.60	0.66
	의료기관 및 사회적 도움 기대 정도	3.56	0.67
	총 평점	10.81	2.00
삶의 질	전반적인 삶의 질	3.00	0.84
	신체적 건강영역	2.71	0.71
	심리적 건강영역	3.10	0.76
	사회적 건강영역	3.11	0.69
	환경영역	3.02	0.72
	총 평점	14.94	3.72

*: 부정문항임(역산문항)

2. 연구대상자의 재활동기와 삶의 질의 정도

뇌졸중 환자가 지각하는 재활동기의 정도에 대한 분석결과는 다음과 같다(표 2). 재활동기는 최대 평점 15점에서 총 평점 10.81점, 표준편차 2.00으로 나타나 대체적으로 긍정적인 것으로 나타났다. 또한 대상자들의 삶의 질 정도에 대한 인식은 최대 평점 25점에서 총 평점 14.94점, 표준편차 3.72로 나타나 대체적으로 긍정적인 것으로 확인되었다.

각 구분에 대한 문항은 Likert식 5점 척도로 구성되었고 평균적으로 재활동기에 비해 삶의 질에 대한 지각이 상대적으로 낮음을 나타냈다.

3. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 재활동기의 차이

1) 연구대상자의 일반적 특성에 따른 긍정적 재활동기의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 긍정적 재활동기의 차이는 다음과 같다(표 3). 성별($F=1.14, p=.257$) 및 혼인여부($F=.45, p=.774$), 의료보험형태($F=2.00, p=.096$)에 따른 긍정적 재활동기에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 다만, 연령대($F=2.72, p=.015$)와 장애발병시기($F=2.70, p=.015$)에 따라 긍정적 재활동기에 유의한 차이가 나타났다. Duncan의 방법으로 사후검증 결과 젊은 연령대일수록 보다 긍정적인 재활동기를 나타내었으며, 장애발병시기가 최근 일수록 더 긍정적인 재활동기를 나타내었다. 또한, 교육수준($F=6.53, p=.00$)과 소득수준($F=4.67, p=.001$)에 따른 긍정적 재활동기에도 유의한 차이를 나타내었다. 사후검증 결과 대체로 초졸, 중졸에 비하여 고졸 이상에서 더 긍정적인 재활동기를 보였으며, 소득수준도 월 100만 원 이하 보다 월 300만 원 이상에서 더 긍정적인 재활동기를 보였다.

2) 연구대상자의 일반적 특성에 따른 부정적 재활동기의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 부정적 재활동기의 차이는 다음과 같다(표 4). 성별($F=.64, p=.525$) 및 연령대($F=.88, p=.513$), 장애발병시기($F=1.34, p=.241$), 혼인여

부($F=.97, p=.428$)에 따른 부정적 재활동기에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 그러나 의료보험형태($F=3.49, p=.009$), 소득수준($F=4.16, p=.003$) 및 교육수준($F=7.21, p=.000$)에서는 유의한 차이를 보였다. 사후검증 결과 의료보험은 직장/지역의료보험보다 의료보호 및 산재보험에서 재활에 더 부정적인 마인드를 가지고 있는 것으로 보였으며, 교육수준과 소득수준에서도 대체적으로 교육수준이 낮을수록, 소득수준이 낮을수록 더 부정적인 재활동기를 보이는 것으로 나타났다.

3) 연구대상자의 일반적 특성에 따른 의료기관 및 사회적 도움 기대 정도

연구대상자의 일반적 특성에 따른 의료기관 및 사회적 도움 기대정도의 차이는 다음과 같다(표 5). 장애발병시기($F=2.08, p=.058$), 혼인여부($F=1.33, p=.262$)에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타난 것에 비해 성별($F=2.28, p=.024$), 연령대($F=3.83, p=.001$), 의료보험형태($F=4.49, p=.002$), 교육수준($F=11.33, p=.000$) 및 소득수준($F=4.78, p=.001$)에서는 유의한 차이를 보였다. 특히, 연령대가 젊을수록 의료기관 및 사회적 도움을 받고 있다고 대답한 정도가 높으며, 그 기대치도 컸다. 또한, 대체적으로 교육 및 소득수준이 높을수록 의료기관 및 사회적 도움의 정도와 기대치도 높을 것으로 나타났다.

4. 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 삶의 질의 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 삶의 질에 대한 차이는 다음과 같다(표 6). 연구대상자의 일반적인 특성에 따른 삶의 질을 나타내는 5개 영역의 지표(전반적인 삶의 질, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 건강영역, 환경영역)와의 차이를 조사한 결과 삶의 질의 하위 5개 영역 모두에서 성별, 연령대, 장애발병시기, 혼인여부와 삶의 질에는 유의한 차이가 없는 것으로($p<.05$) 나타난 반면에 의료보험형태, 교육 및 소득수준과 삶의 질에서는 5개 영역 모두에서 유의한 차이가 있었다($p<.05, p<.01$). 사후검증 결과 의료보호 및 산재보험보다 지역 및 직장의보에서 삶의 질이 높은 경향이 있었으며 교육수준이 높을수록, 소득이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

표 3. 연구대상자의 일반적 특성에 따른 긍정적 재활동기의 차이

(N=200)

일반적 특성	구 분	빈 도	평균	표준편차	t or F
성별	남	115	3.70	0.69	1.14
	여	85	3.59	0.64	
연령대	30세 이하	9	3.71	0.87	2.72*
	31 ~ 40세	16	3.90	0.48	
	41 ~ 50세	27	3.77	0.54	
	51 ~ 60세	61	3.81	0.61	
	61 ~ 70세	57	3.53	0.69	
	71 ~ 80세	27	3.32	0.80	
	80세 이상	3	3.28	0.55	
장애발병시기	1 ~ 3개월	59	3.91	0.65	2.70*
	4 ~ 6개월	55	3.59	0.63	
	7 ~ 9개월	21	3.39	0.83	
	10 ~ 12개월	29	3.58	0.60	
	13 ~ 15개월	7	3.88	0.55	
	16 ~ 18개월	6	3.53	0.63	
	19 ~ 21개월	23	3.46	0.68	
혼인여부	미혼	21	3.77	0.83	.45
	결혼	158	3.66	0.65	
	이혼	5	3.55	0.40	
	별거	1	3.67	.	
	사별	15	3.48	0.76	
의료보험형태	의료보호	62	3.56	0.73	2.00
	직장/지역	103	3.77	0.66	
	산재	21	3.43	0.55	
	공상	3	3.94	0.29	
	기타	11	3.46	0.64	
교육수준	무학	2	3.71	0.53	6.53**
	초졸	17	3.40	0.75	
	중졸	24	3.24	0.68	
	고졸	103	3.63	0.56	
	대졸 이상	54	3.97	0.73	
소득수준	100만원 이하	9	3.16	0.59	4.67**
	101-200만원	35	3.51	0.66	
	201-300만원	65	3.61	0.67	
	301-500만원	65	3.91	0.63	
	501만원 이상	26	3.48	0.67	

*p<.05, **p<.01

표 4. 연구대상자의 일반적 특성에 따른 부정적 재활동기의 차이

(N=200)

일반적 특성	구 분	빈 도	평 균	표준편차	t or F
성별	남	115	3.62	0.65	.64
	여	85	3.56	0.68	
연령대	30세 이하	9	3.78	0.81	.88
	31~40세	16	3.83	0.61	
	41~50세	27	3.57	0.51	
	51~60세	61	3.65	0.63	
	61~70세	57	3.54	0.72	
	71~80세	27	3.46	0.72	
	80세 이상	3	3.29	0.94	
장애발병시기	1~3개월	59	3.78	0.62	1.34
	4~6개월	55	3.52	0.60	
	7~9개월	21	3.48	0.72	
	10~12개월	29	3.44	0.72	
	13~15개월	7	3.78	0.66	
	16~18개월	6	3.67	0.45	
	19~21개월	23	3.58	0.81	
혼인여부	미혼	21	3.86	0.67	.97
	결혼	158	3.57	0.66	
	이혼	5	3.51	0.50	
	별거	1	3.86		
	사별	15	3.52	0.79	
의료보험형태	의료보호	62	3.47	0.62	3.49**
	직장/지역	103	3.76	0.67	
	산재	21	3.33	0.66	
	공상	3	3.71	0.14	
	기타	11	3.33	0.68	
교육수준	무학	2	4.00	0.00	7.21**
	초졸	17	3.29	0.72	
	중졸	24	3.26	0.64	
	고졸	103	3.54	0.60	
	대졸 이상	54	3.94	0.64	
소득수준	100만원 이하	9	3.37	0.64	4.16**
	101~200만원	35	3.44	0.77	
	201~300만원	65	3.48	0.59	
	301~500만원	65	3.86	0.60	
	501만원 이상	26	3.52	0.70	

**p<.01

표 5. 연구대상자의 일반적 특성에 따른 의료기관 및 사회적 도움 기대 정도

(N=200)

일반적 특성	구 분	빈 도	평 균	표준편차	t or F
성별	남	115	3.65	0.67	2.28*
	여	85	3.43	0.64	
연령대	30세 이하	9	3.95	0.54	3.83**
	31~40세	16	3.86	0.65	
	41~50세	27	3.71	0.57	
	51~60세	61	3.65	0.62	
	61~70세	57	3.45	0.66	
	71~80세	27	3.16	0.72	
	80세 이상	3	3.14	0.76	
장애발병시기	1~3개월	59	3.78	0.67	2.08
	4~6개월	55	3.53	0.60	
	7~9개월	21	3.34	0.87	
	10~12개월	29	3.48	0.56	
	13~5개월	7	3.67	0.57	
	16~18개월	6	3.48	0.39	
	19~21개월	23	3.34	0.73	
혼인여부	미혼	21	3.78	0.67	1.33
	결혼	158	3.55	0.67	
	이혼	5	3.66	0.41	
	별거	1	3.71	.	
	사별	15	3.28	0.69	
의료보험형태	의료보호	62	3.37	0.63	4.49**
	직장/지역	103	3.73	0.66	
	산재	21	3.33	0.65	
	공상	3	4.05	0.08	
	기타	11	3.34	0.66	
교육수준	무학	2	3.43	0.81	11.33**
	초졸	17	3.10	0.69	
	중졸	24	3.09	0.68	
	고졸	103	3.55	0.57	
	대졸 이상	54	3.94	0.61	
소득수준	100만원 이하	9	3.02	0.69	4.78**
	101~200만원	35	3.38	0.75	
	201~300만원	65	3.48	0.59	
	301~500만원	65	3.80	0.64	
	501만원 이상	26	3.57	0.60	

*p<.05, **p<.01

표 6. 연구대상자의 일반적 특성에 5개 영역의 삶의 질 차이

(N=200)

특 성	구 분	전반적인 삶의 질		신체적 건강영역		심리적 건강영역		사회적 건강영역		환경영역	
		빈도 평균	t or F	빈도 평균	t or F	빈도 평균	t or F	빈도 평균	t or F	빈도 평균	t or F
성별	남	115	.10	115	1.69	115	1.43	115	1.10	115	.41
		3.00		2.78		3.16		3.15		3.04	
	여	85		85		85		85		85	
		2.99		2.61		3.01		3.04		3.00	
연령	30이하	59	.52	59	1.88	9	.83	9	.76	9	1.28
		3.16		2.83		3.15		3.44		3.30	
	31~40	55		55		16		16		16	
		3.05		2.69		3.26		3.17		3.16	
	41~50	21		21		27		27		27	
		2.93		2.80		3.06		3.05		3.03	
	51~60	29		29		61		61		61	
		2.83		2.55		3.16		3.08		3.02	
	61~70	7		7		57		57		57	
		3.14		2.90		3.13		3.17		3.10	
	71~80	6		6		27		27		27	
		2.67		2.43		2.87		2.96		2.73	
	80이상	23		23		3		3		3	
		2.76		2.54		2.61		2.89		2.76	
발병시기	1~3월	17	1.13	17	1.03	59	1.00	59	1.17	59	1.05
		3.06		2.77		3.28		3.25		3.19	
	4~6월	42		42		55		55		55	
		3.20		2.86		3.02		3.10		2.95	
	7~9월	28		28		21		21		21	
		3.11		2.85		2.97		3.14		2.93	
	10~12월	27		27		29		29		29	
		2.98		2.52		3.02		2.99		3.04	
	13~15월	12		12		7		7		7	
		2.63		2.75		3.21		3.19		3.14	
	16~18월	9		9		6		6		6	
		3.33		2.86		2.83		2.78		2.67	
	19~21월	12		12		23		23		23	
		2.88		2.51		3.04		2.91		2.91	
혼인여부	미혼	21	.46	21	.60	21	.49	21	1.49	21	1.31
		3.17		2.88		3.24		3.35		3.27	
	결혼	158		158		158		158		158	
		2.99		2.70		3.10		3.11		3.02	
	이혼	5		5		5		5		5	
		2.90		2.60		2.80		2.80		2.60	
	별거	1		1		1		1		1	
		2.50		2.71		3.00		3.33		2.86	
	사별	15		15		15		15		15	
		2.83		2.51		2.97		2.84		2.85	

보험형태	의료보호	62	4.22*	62	4.11*	62	4.68*	62	4.48*	62	8.36*
		287		252		298		297		278	
	직장/지역	103		103		103		103		103	
		316		287		327		328		327	
	산재	21		21		21		21		21	
		243		287		260		268		254	
	공상	3		3		3		3		3	
		333		291		350		311		324	
교육수준	기타	11		11		11		11		11	
		314		284		291		309		292	
	무학	2	2.61*	2	2.64*	2	6.44**	2	3.95**	2	4.73**
		275		314		333		333		286	
	초졸	17		17		17		17		17	
		279		253		278		292		266	
	중졸	24		24		24		24		24	
		273		255		269		281		271	
소득수준	고졸	103		103		103		103		103	
		295		264		304		306		301	
	대졸이상	54		54		54		54		54	
		328		295		347		338		331	
	100만원 이하	9	3.16*	9	1.89	9	4.06**	9	2.51*	9	3.70**
		256		254		276		270		257	
	101~200만원	35		35		35		35		35	
		277		246		285		292		280	
	201~300만원	65		65		65		65		65	
		294		276		305		312		297	
	301~500만원	65		65		65		65		65	
		326		283		337		327		326	
	501만원 이상	26		26		26		26		26	
		292		263		297		303		302	

*p<.05, **p<.01

5. 연구대상자의 삶의 질과 재활동기에 미치는 영향

연구대상자의 재활동기에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 각 영역에 대한 상관관계를 분석하였다(표 7). 먼저 긍정적 재활동기, 부정적 재활동기, 의료기관 및 사회적 도움 기대정도를 종속변수로 설정하고, 삶의 질을 나타내는 전반적인 삶의 질, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 건강영역, 환경영역을 독립변수로 설정하여, 재활동기와 삶의 질 간의 상관관계를 분석하고, 나아가 연구대상자의 삶의 질이 재활동기에 미치는 영향을 다중회귀분석을 실시하여 분석하였다. 상관관계분석결과

종속변수로 사용된 긍정적 재활동기는 전반적인 삶의 질($r = .58$), 신체적 건강영역($r = .35$), 심리적 건강영역($r = .63$), 사회적 건강영역($r = .53$), 환경영역($r = .55$)과 강한 양의 상관관계를 보여, 5개 영역에 걸친 연구대상자의 삶의 질이 높을수록 긍정적인 재활동기와 마인드를 가지는 경향이 있다는 것을 알 수 있었다. 부정적 재활동기 또한 전반적인 삶의 질($r = .65$), 신체적 건강영역($r = .54$), 심리적 건강영역($r = .72$), 사회적 건강영역($r = .62$), 환경영역($r = .66$)과 강한 양의 상관관계를 보였으며 이 역시 연구대상자의 삶의 질이 높을수록 부정적인 재활동기 및 마인드는 줄어드는 경향이 있다는 것을 확인하였다. 의료기관 및 사회적 도움 기대 정도에 대해서도 역시 각 5

개 영역에 걸친 삶의 질 평가에서 높은 양의 상관관계를 보였으며, 삶의 질이 높은 대상자일수록 의료기관 및 사회적 도움을 많이 받으며 그 기대치도 높다는 것을 나타내었다.

IV. 고 찰

연구는 뇌졸중 환자의 일반적 요인, 즉 성별, 연령, 장애발생시기, 혼인여부, 의료보험형태, 교육수준, 소득수준 등의 정도를 알아보고 환자의 재활동기와 삶의 질과의 관계를 분석해 보았다. 뇌졸중 환자의 일반적 특성을 살펴보면, 연령별 분포는 51~60세가 37.5%로 가장 많았고, 61~70세가 32%, 71세 이상이 14%, 40세 이하가 6.2%의 순서로 분포되어 있었다. 본 연구에서 연구대상자의 연령별 분포는 51~60세가 30.5%(61명)로 가장 많았고, 61~70세가 28.5%(57명)로 그 다음으로 많았다. 이는 대체적으로 가정이나 사회에서 중요한 역할을 맡고 있는 40대~60대에 대부분 발생한다는 이원희와 김정순(1981)이 제시한 것과 비슷한 성적이었다. 이는 뇌졸중으

로 인한 편마비 환자는 생의 주기 가운데 성인기에 많이 올 수 있기 때문인 것으로 사료되며, 이렇듯 최근 들어 뇌졸중이 젊은 층에서도 증가하는 데는 우리나라의 생활수준 및 식습관이 점차 서구화됨에 따라 체내지방의 증가와 더불어 혈중 콜레스테롤 수치의 증가, 그에 따른 고혈압 증세가 과거에 비하여 젊은 층에서도 많이 나타나고 있기 때문인 것으로 사료된다(장경옥, 2003). 본 연구대상자인 뇌졸중환자의 재활동기를 분석한 결과는 총 평점 10.81점(최소 3점, 최대 15점) 보통 이상으로 나타났다. 다른 도구를 사용한 최성희(1991)의 연구에서는 대상자의 재활동기 점수가 27.23점(40점 만점)으로 나타났고, 박영숙과 권삼숙(2002)의 연구에서도 재활동기 점수가 121.8점(최소 44점, 최대 176점)으로 나타나 뇌졸중 환자의 일반적인 재활동기 수준은 보통 이상임을 알 수 있었다. 연구대상자의 일반적 특성 중 연령대와 장애발병시기, 교육수준과 소득수준이 긍정적 재활동기에 영향을 미치는 변인으로 확인되었는데 이는 젊은 연령대일수록 보다 긍정적인 재활동기를 가진다는 점에서 최성희(1991)의 연구결과와 일부가 일치하고 있고 장애발병시

표 7. 각 영역 간 상관관계 분석

(N=200)

구 분	긍정적 재활동기	부정적 재활동기	의료기관 및 사회적 도움 기대정도	전반적인 삶의 질	신체적 건강영역	심리적 건강영역	사회적 건강영역	환경영역
긍정적 재활동기	1							
부정적 재활동기	0.79 ***	1						
의료기관 및 사회적 도움 기대정도	0.84 ***	0.81 ***	1					
전반적인 삶의 질	0.58 ***	0.65 ***	0.63 ***	1				
신체적 건강영역	0.35 ***	0.54 ***	0.51 ***	0.71 ***	1			
심리적 건강영역	0.63 ***	0.72 ***	0.69 ***	0.80 ***	0.77 ***	1		
사회적 건강영역	0.53 ***	0.62 ***	0.62 ***	0.74 ***	0.77 ***	0.81 ***	1	
환경영역	0.55 ***	0.66 ***	0.65 ***	0.81 ***	0.78 ***	0.86 ***	0.81 ***	1

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

기가 최근일수록 재활동기가 높다는 점은 권은희(2003)와 일치한다. 그리고 교육정도와 소득수준이 높을수록 재활동기가 높다는 것은 권삼숙(2001)과 연구결과가 일치한다. 이와 관련하여서는 Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd (2000)의 질적 연구와 비교될 수 있다. 이 연구자들은 재활동기가 낮은 참여자들은 자신의 재활에 대한 이해 부족으로 재활에의 참여가 두렵다고 하였다. 따라서 정보의 제공은 재활의 동기를 증가시키는데 긍정적 요인이 될 수 있음을 확인하였다(Maclean et al., 2000). 또한 연구대상자의 일반적 특성 중 의료보험형태와 소득 및 교육수준이 부정적인 재활동기에 영향을 미치는 변인으로 확인되었는데 장애발병시기가 오래된 경우 경제적 스트레스와 관련해, 권지현(2002)은 부양기간이 길어지면서 치료에 대한 병원 진료비, 물리치료비, 약품구입비, 의료보조기(휠체어, 마비환자용 변기, 환자용 침대 등) 구입비 등의 비용이 증가하게 되어 가계에 부담을 준다는 부분도 결과에 어느 정도 영향을 주는 부분이라 사료된다.

연구대상자의 의료기관 및 사회적 도움 기대정도는 대상자의 일반적 특성 중 성별, 연령대, 의료보험형태, 교육 및 소득수준에서 유의한 차이를 보였는데 특히, 연령대가 젊을수록, 교육수준 및 소득수준이 높을수록 의료기관 및 사회적 도움의 정도와 기대치가 높았다. 상대적으로 노인 연령에서 의료기관 및 사회적 도움과 그 기대치가 적어 상대적으로 취약함을 알 수 있었다. 이 부문에 있어서 사회적 개입(복지, 의료기관접근성 등)이 필요하리라 생각된다. 본 연구에서 연구대상자의 삶의 질을 분석한 결과는 총 평점 14.94점(최소 5점, 최대 25점) 보통 이상으로 나타났다. 장경옥(2003)의 연구에서는 대상자의 삶의 질 평균 점수가 5.96(10점 만점)으로 나타나 본 연구와 유사하여 삶에 대해 보통 정도로 현재의 생활에 만족하는 수준임을 알 수 있었다. 이순규(1987)의 연구에서는 평균 평점이 5.71점으로 본 연구보다 비교적 낮게 나타났는데 이는 연구대상자를 외래와 내원환자 모두를 포함하였기 때문으로 사료된다. 연구대상자의 삶의 질에 유의한 영향을 주는 대상자의 일반적인 특성은 의료보험형태와 교육 및 소득수준 부분으로 나타났는데 기존의 연구에서는 입원 노인환자를 대상으로 한 김연숙, 권영은, 성기순과 곽혜련(2007)의 연구에서는 경제적 상태와 가족과의 유대관계가 좋을수

록 삶의 질은 높아진다고 하였고, 일반 노인을 대상으로 한 박영례, 권혜진, 김경희, 최미혜와 한승의(2005)는 직업과 배우자가 있고, 자가주택 거주이며, 경제상태가 좋을 때, 삶의 질이 높아진다고 하여 본 연구와 일정 부분 일치함을 확인하였다. 또한 조복희, 고미혜와 김순영(2003)은 소득수준이 높을수록 삶의 질이 올라가고, 한방병원에 입원중인 뇌졸중 환자를 대상으로 연구한 김혜숙과 김이순(2003)은 교육수준이 높고, 직업과 종교가 있으며, 월수입이 높을 때에 삶의 질은 향상된다고 하여 본 연구결과와 일치한다.

삶의 질의 5개 부문에 전반적인 삶의 질이 높을수록, 사회적 건강요인의 만족도가 높을수록 재활동기가 강해지고 신체적 건강요인의 만족도가 낮을수록 재활동기가 높아졌다. 세계보건기구인 WHO에 의하면 삶의 질이란 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 자신의 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 자신이 차지하는 위치에 대한 개인적인 견해를 의미한다(WHO, 1995). 김정화, 강현숙, 김원옥, 왕명자와 장정미(2006)은 신체적, 사회적 고통을 경험하는 뇌졸중 환자의 삶의 질을 향상시키기 위해서 독립적으로 일상생활이 가능하도록 기능적 재활이 필요하다고 하여 본 연구결과와 일정 부분 일치한다.

본 연구의 제한점은 우선 대상자가 경기도 및 기타지역 2개 재활병원에 입원하여 있는 환자를 선정하였으므로 본 연구 결과를 전체 뇌졸중으로 인한 편마비환자들에게 일반화하여 설명 하기는 어려울 것이며 본 연구에서 사용한 재활동기 및 삶의 질 측정도구는 대상자의 객관적 관찰이 아닌 대상자의 주관적 보고에 의존하여 작성된 것이므로 개념간의 관계를 명확히 반영하는 데는 제한이 있다.

결론적으로 뇌졸중환자의 경우 신체적, 심리적, 사회적, 환경적 측면 등 다양한 삶의 질 요소가 있으며, 특히 사회적 건강영역이 재활동기에 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 그러므로 뇌졸중환자의 재활동기를 향상시킬 수 있도록 삶의 질에 미치는 사회적 건강영역에 대한 요인들을 분석하고 이를 바탕으로 다양한 방법을 개발 연구한다면 뇌졸중 환자의 재활동기와 삶의 질에 긍정적인 영향을 미칠 수 있을 것으로 사료된다. 이 연구의 제한점으로는 첫째, 연구대상자의 분포가 일부 지역에 국한되었고, 5개의 의료기관으로 제한하였기 때문에 연구

대상에서 대표성이 부족할 수 있다. 둘째, 뇌졸중 환자의 재활동기와 삶의 질 측정을 Likert식 5점 척도로만 파악하여 주관적 자기 인식에 의한 편견이 있을 수 있다. 후속 연구에서는 보다 객관적이고 정확한 지표를 사용하여 평가하고 분석한다면 임상적으로 중요한 자료가 될 것이다.

V. 결 론

본 연구의 결과는 다음과 같다. 대상자의 재활동기 정도는 총 평점 10.81점, 표준편차 2.00(최소값 3점, 최대값 15점), 삶의 질 정도는 총 평점 14.94점, 표준편차 3.72(최소값 5점, 최대값 25점)이었다. 일반적 특성에 따른 뇌졸중 환자의 긍정적 재활동기는 연령대($F=2.72$, $p=.015$)와 장애발병 시기($F=2.70$, $p=.015$), 교육수준($F=6.53$, $p=.000$), 소득수준($F=4.67$, $p=.001$)에서 유의한 차이가 나타났고 부정적 재활동기는 의료보험형태($F=3.49$, $p=.009$), 소득수준($F=4.155$, $p=.003$) 및 교육수준($F=7.21$, $p=.000$)에서는 유의한 차이를 보였으며, 의료기관 및 사회적 도움 기대 정도에서는 성별($F=2.28$, $p=.024$), 연령대($F=3.83$, $p=.001$), 의료보험형태($F=4.49$, $p=.002$), 교육수준($F=11.33$, $p=.000$) 및 소득수준 ($F=4.78$, $p=.001$)에서는 유의한 차이를 보였다. 그리고 일반적 특성에 따른 뇌졸중 환자의 삶의 질은 5개 영역의 지표(전반적인 삶의 질, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 건강영역, 환경영역)에서 의료보험형태, 교육 및 소득수준에서 유의한 차이를 보였다($p<.05$). 재활동기와 삶의 질 간의 상관관계분석(pearson correlation coefficient) 결과 긍정적 및 부정적 재활동기, 의료기관 및 사회적 도움 기대 정도에 대해 5개 영역(삶의 질, 신체적 건강영역, 심리적 건강영역, 사회적 건강영역, 환경영역)에서 모두 강한 양의 상관관계를 보였다($p<.05$).

이상의 결과에 의하면 뇌졸중 환자의 재활동기와 삶의 질은 각 요소에 밀접한 관계에 있고 그중에서도 사회적 건강영역의 만족도와 재활동기가 큰 연관성이 있음을 확인할 수 있었다. 따라서 뇌졸중 환자가 사회적 건강영역의 부분의 만족도가 증진될 수 있는 여러 가지 중재를 개발하여 제공한다면 이들의 삶의 질은 더 높아질 것으로 사료된다.

참 고 문 헌

- 강현숙, 김원옥, 김정화, 왕명자, 조종희. (2004). 뇌졸중 후 대상자의 동서재활자조관리 프로그램 개발 및 운영효과. *성인간호학회지*, 16(1), 37-48.
- 구본권, 김효선. (1983). 재활동기수준과 그 변화에 대한 연구. *재활연구*, 8, 49-54.
- 구승신. (1993). 척수장애인의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 권삼숙. (2001). 뇌졸중환자의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 석사학위논문, 계명대학교, 대구.
- 권은희. (2003). 뇌졸중 환자의 재활동기에 관한 연구. 석사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 권지현. (2002). 뇌졸중 환자 가족의 부양부담에 미치는 요인. 석사학위논문, 전북대학교, 전주.
- 김연숙, 권영은, 성기순, 곽혜련. (2007). 입원노인의 삶의 질, 죽음 불안, 영적안녕에 관한 연구. *노인간호학회지*, 9(2), 143-153.
- 김정화, 강현숙, 김원옥, 왕명자, 장정미. (2006). 재가 뇌졸중 환자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. *재활간호학회지*, 9(1), 49-55.
- 김혜숙, 김이순. (2003). 한방병원 뇌졸중환자의 삶의 질과 자기 효능감, 가족지지와의 관계연구. *한국보건교육·건강증진학회지*, 20(1), 111-129.
- 김효명. (2005). 뇌졸중 환자의 일상생활동작수행, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. 석사학위논문, 한양대학교, 서울.
- 남영호, 김봉옥, 윤승호. (1991). 재활치료를 받은 뇌졸중 환자의 일상생활동작평가. *대한재활의학회지*, 15(3), 295-308.
- 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기. (2000). 한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도(WHOQOL-BREF)의 개발, *신경정신의학*, 39(3), 571-579.
- 박영례, 권혜진, 김경희, 최미혜, 한승의. (2005). 노인의 자아 존중감, 자기효능과 삶의 질에 관한 연구. *노인복지연구*, 29, 237-258.
- 박영숙, 권삼숙. (2002). 뇌졸중환자의 재활동기에 영향을 미치는 요인. *대한보건협회학회지*, 28(1), 21-30.
- 서문자. (2000). *통합적 재활간호*. 서울: 신광출판사.

- 오정은. (2001). 뇌졸중퇴원환자의 욕구에 관한 연구. 석사학위논문, 서강대학교, 서울.
- 오정희. (1985). 재활의학에서의 실어증 관리. 대한재활의학회지, 9(2), 49-56.
- 이순규. (1987). 편마비환자가 인지하는 가족지지와 양질의 삶의 관계조사연구. 석사학위논문, 연세대학교, 서울.
- 임선옥. (2002). 재가 뇌졸중환자의 삶의 질에 관한 구조모형. 박사학위논문, 경희대학교, 서울.
- 이원희, 김정순. (1981). 우리나라에서 연구 발표된 뇌혈관질환에 관한 문헌고찰. 한국역학회지, 3(1), 1-22.
- 장경옥. (2003). 편마비환자가 인지하는 가족지지와 일상생활 동작, 삶의 질과의 관계. 석사학위논문, 아주대학교, 수원.
- 조복희, 고미혜, 김순영. (2003). 재가 뇌졸중 환자의 일상 활동수행능력, 우울, 자기 효능감 및 삶의 질과의 관계. 재활간호학회지, 6(1), 51-60.
- 최선애. (2004). 만성 뇌졸중 장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 연구. 석사학위논문, 성균관대학교, 서울.
- 최성희. (1991). 뇌졸중 노인의 재활의욕을 높이기 위한 사회사업적 연구. 석사학위논문, 서울여자대학교, 서울.
- 통계청(2005). 사망원인통계연보. 서울: 통계청.
- 한혜숙. (2001). 장애인의 재활동기 측정도구개발. 박사학위논문, 한양대학교, 서울.
- Krusen, F. H. (1982). *Handbook of physical medicine and rehabilitation*. Philadelphia: Saunders.
- Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2000). Qualitative analysis of stroke patients motivation for rehabilitation. *British Medical Journal*, 321(7268), 1051-1054.
- Madden, S., Hopman, W. M., Bagg, S., Verner, J., & O'Challaghan, C. J. (2006). Functional status and health-related quality of life during inpatient stroke rehabilitation. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 85(10), 831-838.
- WHO. (1995). *WHOQOL-BREF : WHO health of quality of life abbreviated version*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2007). *The top ten cause of death*. Geneva: World Health Organization.

Abstract

A Study of the Relationships Between Perceived Rehabilitation-motivation and Quality of Life in Patients After a Cerebrovascular Accident

You, Young-Youl*, M.Sc., P.T., Ann, Chang-Sik**, Ph.D., P.T.

*Dept. of Physical Therapy, Sahmyook Graduate School

**Dept. of Physical Therapy, Eulji University

Purpose : This study is designed to shed light on the relationships between perceived rehabilitation-motivation and quality of life in patients after a cerebrovascular accident.

Method : The data were collected from 5 rehabilitation medical centers in the Seoul and Gyonggi-do districts from Dec. 2008 to Jan. 2009. The data were analyzed using an SPSS 10.0 program for descriptive statistics, Pearson correlation coefficients, and multiple regression analysis.

Result : The results are as follows: For mean rehabilitation-motivation, the total score was 10.81, while for mean quality of life, the total scores was 14.94. The positive rehabilitation-motivation was influenced by the onset of patient status ($F=2.701$, $p=.015$), education level ($F=6.532$, $p=.000$), economic status ($F=4.668$, $p=.001$), while the negative rehabilitation-motivation was influenced by medical insurance forms ($F=3.490$, $p=.009$), economic status ($F=4.155$, $p=.003$), and education level ($F=7.209$, $p=.000$). Also, expectations regarding the medical institution & the social support were influenced by sex ($F=2.281$, $p=.024$), age ($F=3.827$, $p=.001$), medical insurance forms ($F=4.485$, $p=.002$), education level ($F=11.332$, $p=.000$), and economic status ($F=4.776$, $p=.001$). The quality of life in patients after a cerebrovascular accident was influenced by medical insurance forms, education level, and economic status ($p<.05$). As a result, the more quality of life in social health increases, the more rehabilitation-motivation is influenced (beta .680). Second, is the general quality of life (beta .285), while third is physical health(beta -.250).

Conclusion : This study shows that there is an affinity between perceived rehabilitation-motivation and quality of life in patients after a cerebrovascular accident, particularly relationships between quality of social health and rehabilitation-motivation. Therefore, we should come up with programs to provide patients after a cerebrovascular accident so that they can increase their quality of life in social health.

Key words : Cerebrovascular accident, Motivation, Quality of life