

편마비 환자의 작업치료

(Occupational Therapy for hemiplegic patient)

智山看護保健專門大學 物理治療科

노 영 철

I. 서 론

뇌졸중은 뇌혈관 장애가 원인이 되어 환자가 갑자기 정신을 잃고 쓰러지며, 깊은 혼수에 빠지는 병이다. 이러한 혈관장애로 나타나는 편마비는 하나의 임상적 본체가 아니라 신체의 반측에 나타나는 기능적 장애인 하나의 증상이라고 이해되어지고 있다.¹⁾ 편마비는 뇌의 해부학적 결핵, 즉 뇌경색의 부위나 범위나 손상정도에 따라서 편마비의 형태가 매우 다양한 양상으로 나타나기 때문에 임상에서 치료를 담당하는 물리치료사나 작업치료사들이 환자에 대한 완전한 평가를 한다는 것은 매우 어렵다. 그러므로, 기능적인 면이나 기능에 영향을 미치는 요소 또는 환자가 행할 수 있는 능력이나 요구에 적합한 치료계획을 세워 나가는 것이 무엇보다도 중요하다고 하겠다.

II. 병인 과 분류

뇌졸중의 원인은 85% 정도가 동맥경화에 따른 혈관의 2차적인 퇴행성 변화에 있다고 하지만 그외에도 몇가지 원인들을 지적할 수 있다. 뇌졸중의 특징은 발병에 있어서는 어느 연령층이나 발병이 가능하며, 특히 노년기의 뇌혈관 장애로 인한 편마비가 많으며 고령자의 대부분의 경우 혈압의 상승과 뇌동맥의 퇴행적 변화가 그 원인의 주종을 이루며, 발병은 갑자기 일어난다. 그리고 회복기 이후에는 신경계적인 결함을 지닌다. 전반적인 병인을 적어보면 다음과 같다.

1. 혈관의 기형
2. 동맥류
3. 뇌혈관의 염증
4. 뇌염 및 각종 뇌막염
5. 공기나 지방 및 혈청 등으로 인한 혈관폐쇄
6. 심장 내막염
7. 악성종양

8. 외상성 손상 - 두부의 외적 충격이나 골절
 9. 전신의 순환장애로 인한 기능손상.
 10. 전신적인 질환 - 빈혈이나 요독증
- 이상과 같이 들 수가 있으며, 이와 같은 병인을 종류별로 분류해 보면 다음과 같다.

1. 출혈(Hemorrhage)

고혈압에 따른 2차적 원인에 의한 혈관의 파열이나 혈관이 압박을 받아서 발생하며 발병의 비율은 적지만, 재발되기 쉽고 또 치명적이다.

2. 색전증(Embolism)

순환혈액에 의해서 운반되는 색전자가 혈관내강을 폐쇄한 상태이며, 죽은 피라든가 심장질환에 부수적인 것이 원인이 된다.

3. 혈전증(Thrombosis)

혈관내에 지방(fat) 성분이 응집되어 점진적으로 발생되며 혈관이 전체적으로 막히는 것이다.

4. 일과성 뇌허혈증

일시적인 혈관의 경축(spasm)으로 인한 빈혈 현상으로 24시간 안에 곧 회복된다.

이상과 같은 혈관장애로 인하여 뇌조직 혈류의 순환이 3분 이상 지연되거나 순환이 차단 당하면 뇌조직은 변성을 일으키거나 또는 피사를 일으킨다. 이렇게 한번 뇌조직이나 세포에 변성이오면 뇌세포는 재생되지 않기 때문에, 뇌기능이 상실된 주변의 조직들이 손상받은 조직의 기능을 습득하려는 learning mechanism이 있기 때문에 뇌졸중의 편마비 환자에게는 지속적인 물리치료와 작업치료가 환자의 기능 회복을 위해서 중요하다고 하겠다.

III. 증 상(symptoms)

뇌졸중의 증상은 중추증상과 지질증상으로 구별하지만 여기에서는 구별없이 그 증상을 한꺼번에 정리해 보면 다음과 같이 요약된다.

1. 편마비 증상(Hemiplegia)
2. 감각신경장애(Sensory disturbance)
3. 언어장애(Speech disturbance)
4. 지능장애(Mental disturbance)

편마비의 증상은 신체의 반측에 나타나며, 감각이나 지각장애가 있고, 언어의 장애가 있고 지능이나 인식의 장애가 나타난다.

Ⅲ. 환자에 대한 문제

뇌졸중 환자에게는 증상에 따르는 환자의 관리적인 측면이나 치료적인 측면을 위한 여러가지 문제들이 따른다.

1. 육체적인 문제(physical problem)

대소변에 대한 용변처리 문제와 호흡근육 약화로 인한 호흡곤란 문제와 라비가 온 신체의 관측의 상지와 하지문제 그리고 안면 운동신경 가비동 신체적인 문제가 있다.

2. 감각신경과 운동신경 문제

주로 좌측편 마비 환자에게서 많이 볼 수 있다. 뇌의 두정엽의 손상이 있을 때 나타난다. 두정엽은 외부에서 오는 감각을 통해서 밖으로 내보내는 역할을 하는 곳인데, 이 두정엽이 손상을 받으면 좌측과 우측의 구별이 어렵고, 촉감에 대한 느낌의 손상이 있고, 수경과 수직의 차이점을 눈으로 구별하기 어렵고 신체 위치에 대한 혼란이 생기며, 시간과 속도에 대한 혼란이 온다.

3. 의사소통에 관한 문제

우측편 마비 환자에게서 언어장애를 많이 볼 수 있으며 말하기, 몸짓, 듣기, 쓰기, 읽기, 인식하기 등 이러한 능력들이 추상적이다. 여기에는 뇌손상으로 발성기관의 고장으로 인하여 말할 수 있는 언어기전의 결함인 늘어짐과 말을 못하고 읽기, 쓰기를 못하는 실어증이 있다. 이런 언어장애는 아무리 경미한 것이라 할지라도 환자 자신에게 불안과 자극을 주게 된다. 언어장애는 일반적으로 80%가 회복되어진다.

4. 심리적 문제

환자는 심리적 불안정으로 인하여 우울해지고, 화를 잘 내고 또 난폭해서서 퇴행적인 행동을 할 수가 있다. 이런 현상은 좌측편 마비 환자에게 더욱 심하다. 이런 것은 하나의 증상이라고 환자에게 주지시키서 가족이나 치료사는 환자와 대인관계를 좋게 유지하면서

환자를 관리해야겠다.

V. 환자의 평가

뇌졸중 환자에 대한 평가는 인체기능의 모든 측면을 포함시켜 평가함으로써 치료의 계획과 치료목표를 세우기 위한이다. 인체기능의 모든 면을 포함시키기 위해서는 관절 운동의 측정, 근육의 긴장력, 척추와 뇌간의 반사효과, 운동신경 억제, 회복의 정도, 감각과 시각결합, 인식과 지각장애, 작업수행 능력의 자립도 등을 평가에 모두 포함시켜야 한다. 그리고 편마비 환자의 평가에 손상받은 사지에만 국한시키지 말고, 손상받지 않은 사지를 평가해서 서로의 기능회복을 비교해서 측정해야 한다. 그리고 편마비의 실어증 환자를 평가하는데는 서로의 의사소통 장애로 어려움이 있다는 것을 염두에 두어야 한다.

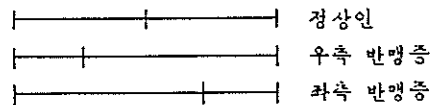
1. 시각장애에 대한 평가

가장 일반적인 시각장애는 동측반맹증과 거리지각장애이다. 반맹증은 앞을 보는 동안 시야의 일부분을 볼 수 있는 시야의 결함이다. 에로서 우측반맹증은 우측눈의 코쪽 절반과 왼쪽 눈의 측두골측의 절반의 시야가 보이지 않아서 중앙선을 중심으로 오른쪽이 보이지 않는다. 시험 방법은 아래와 같다.

1) 반맹증(hemianopsia)

침판이나 책상 위에 선을 그어 놓고 환자의 머리를 똑바로 보게 하고 나서 선의 정중앙에서 그 선을 2등분시켜 본다.

그림(1)



2) 거리인식(depth perception)

환자 눈 높이에서 서로 다른 거리로 두개의 연필을 들고 천천히 움직여서 환자가 평행하게 되었다고 생각될 때 지적하라고 요구한다.

2. 인식장애(perceptual disturbance)

우측뇌반구의 두정엽손상에 인식장애의 결함이 나타난다. 인식 결함이 있는 환자는 그들 자신의 세계에 대한 사실들을 파악하지 못하며 자신의 정상 기능에 대한 그들의 환경요소들은 조절해 나가지 못한다. 또 우측대뇌반구 손상의 대부분의 사람들은 심대 정도의 인식능력에 책임을 질 수 있는 정도이며 이전에 보았던 공간과 현재 공간 사이의 그 관계에 대하여 무력과 혼돈을 나타낸다. 그들이 갖는 장애는 body image,

지형파악의 혼란, 위치, 공간 파악의 장애, 얼굴인식 장애를 갖는다.

1) body image

신체부분의 관계와 위치 인식에 대한 장애이며, body scheme은 신체의 부분적인 인식보다는 신체에 대한 느낌을 포함해서 신체에 대한 정신적인 기억과 시각적인 기억을 합친 기능적인 장려를 말한다. bodyscheme에 장애가 있는 환자는 환경에 대한 자신의 신체관계와 그것에 대한 인식부족으로 옷입기와 안전보행이 어렵다.

test 방법에 있어서는

- ① 요구에 따르는 신체부분 지적 하기
 - ② 신체부분의 상호 위치관계에 대한 질문
 - ③ 사람의 형체 그리기
 - ④ 사람의 모양을 나타낸 puzzle 맞추기
- 등의 위와 같은 방법이 이용된다.

2) 무늬와 배경구별 (figure-ground)

배경과 도형의 구별이 어렵다. 흰 sheet 위에 흰 수건을 올려 놓으면 흰수건을 찾아내지 못한다. 또 정리된 배열을 뒤섞어 놓으면 지정된 품목을 찾아내지 못하며, 무늬있는 옷의 단추 구멍을 맞출 수가 없다.

test 방법은 peg board나 form board를 이용한다.

3) 지도 보기와 지형파악 (topographical orientation)

이것은 지도를 보고 길을 찾거나 지도 없이도 길을 찾아낼수 있는 능력이다. 이러한 환자는 시각과 촉각을 이용해서 지도를 따라서 다닐 수 없으며, 기억속에 적당한 상징물을 만들거나 가지지 못하는 것 같이 보인다. 입상에서 사용하는 평가방법은 병동 안에서 자기 병실 찾기를 요구한다. Teuber의 test 방법에 따르면, 사각마루방에 같은 거리에 있는 9개의 마루통로와 1개의 벽에 북쪽을 표시해 놓고, 지도를 보고 환자가 미로를 통해서 찾아오게 하는 것으로 시각과 촉각에 의한 위치 인식정도를 평가해 볼수 있는 방법이다.

4) 공간과 공간관계에 대한 위치 파악

공간에 대한 위치 인식의 장애는 위, 아래, 뒤, 앞과 같은 공간인식에 대한 취급을 할 수 없다. 즉 자신과 다른 사물과의 관계 또는 사물과 다른 사물과의 관계에 대해서도 인식할 수 없다. test는 어린이 지능검사 방법중에 하나이다.

5) 실행증 (apraxia)

동작을 하기 위한 방법은 완전하다 할지라도 필요한 운동형의 움직임을 구성할 수 없는 전달장애를 말한다. 의식 운동성, 실행증일 때는 자율적인 동작은 가능한지 몰라도 명령이나 지시에 따를 수 없다. 여기에는 body image의 결합과 공간관계 인식결함으로 자신의

의복을 입을 수 없는 착의실행증이 있고, 그리기, 보고격기와 목각쌓기 등을 못하는 구성성 실행증 (construction apraxia)이 있다. test 방법은 2차원 (dimension)에 대한 시험방법으로 평면에 그리기와 보고격기 등이 있고, 3차원 (tridimension)에 대한 시험방법은 목작이나 부록 쌓기 등이 있다.

6) 수적인식 결합

환자는 사소한 환경의 변화나 변경에도 수직에 대한 인식을 못하는 것이다. 이런 인식은 전두엽과 기저신경질의 통합현상에 기인된다고 한다.

7) 실인증

경험했던 것이나 익숙한 사물에 대한 인식을 못하는 것이며 여기에는 몇가지 종류가 있다.

① 접촉인식불능 (tactile agnosia)

사물을 만지거나 접촉해서 실체를 구별 못하는 것이다.

② 시각실인증

시력은 완전해도 사물이나 얼굴을 인식 못하는 것이다.

③ 시각공간 실인증

자기 자신이나 사물과 공간의 관계에 대한 인식불능이다.

④ 청각실인증

음향이나 단어에 대한 인식불능이다. 이상과 같은 평가도 경시해서는 안된다.

3. 언어장애에 대한 평가

언어장애는 쓰는 단어나 말에 사용되는 상징에 대한 언어의 장애다. 이것은 뇌손상으로 발생하는 가장 보편적인 장애이다. 실어증 (aphasia)에는 감각적 결함이 주가 되는 수용성 실어증 (receptive aphasia)과 운동성 결함이 주원인이 되는 표현성 실어증 (expressive aphasia)과 두가지 모두가 결함이 있는 혼합형인 전체성 실어증이 있어서 언어능력이 전부 소실되는 것을 말한다. 그리고 실독증 (alexia)은 언어라든가 쓰여진 상징을 이해하는 능력이 소실되어서 글 읽기를 못하는 것이며 실어증은 환자가 받음이나 말이 명료치 않으며 이것은 입술과 혀와 그리고 후두의 근육들의 기능이 적당치 못해서 야기된 언어를 할 수 있는 어떤 기계적인 결함 (mechanical defect)이다. 이런 언어 장애에 대한 평가는 언어교정 전문가에 의해서 평가되어져서 작업 치료에 대한 정보를 교환해 주고 환자치료를 효과적으로 하기 위해서 서로 보충시켜 주는 역할을 담당한다.

4. 인식과 지능의 결합

뇌손상의 일반적인 두가지 문제점은 운동 수행의 불

능과 보속증이다. 환자는 정상인이 할 수 있는 것과 같은 눈감기라든가, 혀를 밖으로 내보이기, 시선을 한 곳으로 응시하게 하는 이러한 운동성 요청에 응할 수 없다. 보속증(perseveration)은 자극을 중지한 후에도 반응을 계속하는 것이다. 이런 환자는 반복해서 같은 글자나 같은 말이나 문장을 계속해서 쓰거나 말하며, 혹은 목적없이 같은 행동을 반복해서 행한다. 뇌의 손상은 정보의 입수 과정과 수용의 어려움이 있기 때문에 가르치는 효과년의 결합이 생겨서 교육적 효과가 낮아진다. 그래서 뇌손상 환자의 교육에는 예비연습과 분명한 지시와 정확한 교육증대 속도가 필요하다. 그리고 또 기억력의 장애가 있다. 청각 주의력이 없는 환자는 짧은 전달사항은 기억할 수 있지만, 긴 것은 기억이 불가능하다. 오래전의 기억은 최근의 기억보다 더 잘 기억할 수 있다. 기억과 집중력의 시험 방법은 전화번호 외워보기와 큰 수에서 계속적으로 같은 수를 빼어 나가는 별점을 시켜보는 것으로 할 수 있다. 그리고 장소나 사람이나 시간에 대한 test도 중요하다. 자기가 누구인지, 지금 어디에 있는지, 어느 계절인지, 오전인지, 오후인지를 물어 볼 수 있다. 환자는 감정적 불안정성 때문에 대수롭지 않은 것과 외부 환경에 대해서 까닭없이 화를 잘 내거나, 공격적이 된다. 웃거나 울거나 할 수 있다. 환자에게 이것들은 정신의 병이 아니라, 불안정한 뇌졸중환자들이 가지는 하나의 증세일 뿐이라고 말해 주어서, 그의 억제력은 시간이 가면 회복되고, 좋아진다고 확신시키는 것이 중요하다.

5. 우뇌반구와 좌뇌반구 손상의 차이

우뇌반구는 지각과 연관되어진 형태와 위치와 운동과 무게와 거리와 시각공간 임무식별에 관계되는 정신작용을 담당한다. 직관적 통찰을 묘사하는 과정과 즉각적인 사용을 위해서 통합되어야 하는 정보의 과정이 산만한 것 같이 보인다. 우뇌반구손상 환자들은 문제들을 알보거나, 빠뜨리면서 처리하는 경향이 있다. 어떤 도안을 그린 때 모순되고 생략된 박박한 도안을 그린다. 좌뇌반구는 수의 개념이나 아이디어나 언어의 상징적 기능과 학문적 사고나 분석적 사고에 관계되어진다. 이러한 환자는 문제 발생에 주의하지 않으며, 느리지만은 정확하게 임무를 수행하려는 노력을 보인다. 일상적으로 시각공간의 임무 수행에 잘못은 나타나지 않는다. 환자는 언어로 가르치는 것은 이해하지 못하고 뜨발악 들일 수도 없지만 몸짓은 이해한다.

6. 직업수행 임무

환자가 재활훈련 후에도 계속되기를 희망하는 직업 수행과 여가선용 그리고 자기관리를 처리하는 능력을

관찰해야 한다. 자기관리는 보통 재활훈련 초기에 관리되어진다. 환자가 퇴원 이후에 고용되어서 매일 수행하려는 생활의 모든 측면은 퇴원 이전에 평가되어져야 한다. 편마비 환자의 평가의 형태는 작업 치료의 임상에서 가장 많이 이용되며 통상적인 관리를 위한 몇 가지의 평가 방식이 있지만 이러한 평가 형태는 환자의 모든 국면을 작업치료요원들이 환자의 상황을 더 잘 파악하기 위한 것들이다.

Ⅶ. 치 료⁸⁾

작업치료 과정을 시작하기 전에 치료적 계획이나 치료상의 주의점은 의학적 병역기록지나 재활담당요원들로부터 정보를 얻어서 실제적인 치료계획들이 근본적인 치료가 되는 것부터 실시하게 된다. 그리고 작업치료의 목적은 수동관절 운동 범위를 유지시키고 상지의 근력과 기능을 회복시켜서 일상생활 동작과 가사 돌보기 등의 훈련을 실시하여 그 기능을 회복시키는 데 목적을 둔다.

1) 통증없이 수동관절 운동 범위를 증가시키기

여기에는 위치에 따라서 삼각진(sling)이나 부목을 사용한다. 특히 견갑수축후군으로 인한 견갑관절을 지지해 주기 위한 삼각진은 약한 어깨의 근력을 도와주고 팔의 기능을 개선시켜 주고 견갑관절의 부전탈구(subluxation)를 예방해 주는 중요한 역할을 한다. 그리고 필요하면 의자차에도 삼각진(sling)을 매달아서 사용할 수 있는 장치를 하여 팔을 지지하면서 운동범위를 유지할 수 있고 부종을 감소시켜 줄 수가 있다. 부목(splint)의 사용에는 2가지 종류가 있는데, 정적인 손부목(static hand splint)은 팔근의 경련을 줄여서 신전근의 긴장력을 증가시켜 주며 손목과 손가락의 굴곡변형을 방지시켜 줄 수 있다. 그리고 환자의 손을 기능적인 위치로 유지시켜 준다. 특히 엄지손가락의 굴곡과 내전을 방지하기 위한 opponens splint를 사용해야 한다. 동적인 손과 손가락 신전보조 부목(dynamic hand finger assist splint)은 하루에 4시간 정도 사용해서 손으로 움켜잡는 동작과 펴는 동작을 할 때 일어나는 신장반사(stretch reflex)를 감소시켜야 하고 손이 쥘려 있는 시간을 줄여주기 위해서 사용된다. 수동적 관절운동을 위해서는 수동적으로 전체적인 관절 운동 범위를 통해서 손상전체의 움직임을 알 수 있게 해준다. 이때 침범 당한 지점을 지지하는 관절구조가 느슨해지는 경향이 있는 관절에는 지나친 관절운동 범위 운동(R.O.M exercise)은 금해야 한다. 관절의 불안정성은 농증과 부전탈구를 문고 울지 모른다(특히 상지의 어깨관절에 주의해야 한다). 수동운동을 시도해

야 할 상지는 어깨관절의 90° 굴곡과 외전 그리고 30° ~ 35° 외측회전 운동과 주관절을 20° 신전에서 120° 굴곡 운동과 전박의 회내, 회외운동과 팔목관절의 20° ~ 30° 신전 운동을 지속적으로 수동 운동시켜야 한다. 동작들 (Activities)은 현수삼각건을 이용한 양측의 모래꾸기, 벽자기 등이며, 또 다른 큰 동작도 통증없이 수동관절 범위를 증가시켜 줄 수 있다. 이러한 운동기술로는 bearing을 이용한 skate식 운동과 단봉을 이용한 운동들이 이용된다.

2) 침범 당하지 않은 상지의 기민성 증가를 위해서 침범 받은 상지의 사용과 근육힘을 기르기 위한 치료계획이 실천되어지는 동안 침범받지 않은 지절은 한 손으로 취급하는 동작을 실행하기 위해서 더욱 세밀한 동작으로 숙련시켜져야 한다.

3) 상지강화를 위한 근육 재교육

신경계는 자극에 따른 촉진과 억제 의 원리와 통합 (integration) 반응에 작용하며 자극에 목적있게 반응하는 균형체제이다. 그러나 뇌졸중의 뇌손상은 균형체제를 방해하게 된다. 그래서 감각신경 입력이 불안해지고 그 통합이 어려워져, 적당하지 못한 신경성 반응이 일어나며, feed back이 불안해진다. 그러므로 고유수용기(근육, 건, 관절)와 외수용기(피부, 눈)에 많은 자극들을 사용해서, 약한 근육은 촉진시켜 주거나 근육의 힘을 길러주고, 강한 저항근을 약하게 혹은 억제시켜서 근육을 재교육시킨다. 상지를 재교육시키기 위한 치료적 원리는 첫째로, 세밀한 기술들이 성취되기 전에 큰 운동양상들이 이루어져야 하며, 둘째로, 전체적인 운동양상 속에서 적당한 정도의 저항을 적용하면 운동신경의 출력률 더 높일 수 있으며, 셋째로, 여러가지 감각신경과 고유신경 자극에 영향을 주는 운동신경계는 적용하는 부위와 방법에 따라서 억제와 촉진이 달라진다. 비례로, 운동신경계는 잠재의식 수준의 반복을 통하여 교육된다. 근육강화를 위한 동작들(activities)은 모든 운동 양상이 감각신경과 운동신경을 통하여 이루어져야 환자의 기능적 수준에 맞는 것을 골라서 행하여야 하며 동작들은 재미있어야 하고 실제적인 운동들이 자발적으로 이루어져야 한다. 그리고 동작들은 외수용기와 고유수용기에 적합한 자극을 주는 것으로 적용시킨다. 예를 들면 상지의 신전을 위해서는 베들까지와 양측동작을 위해서는 잔디깎기, 톱질하기, 자루걸레 청소기 등을 이용한다. 거기에 대한 운동기술은 보조하면서 점차적으로 저항을 주는 운동으로 고무판 깔을 이용하거나 볼 베어링을 부착한 Skate Exercise를 이용한다.

4) 몸통과 하지 강화를 위한 치료

편마비 환자의 재산에는 앉기와 서기의 균형 (balance)

이 매우 중요하다. 점차적으로 앉아있는 시간을 증가시키고 평형반응을 자극하는 동작 또는 양측동작을 이용하여 몸의 균형을 증가시키고 서기의 인내력을 길러준다. 서기(standing)는 역시 처음에는 세우기 위한 탁자(standing table)에서 세우고 서있는 서전을 늘리면서 점차적으로 부축대 주는 것을 풀어 주면서 환자가 서는 것을 정립시켜 나간다. 서 있을 때의 균형반응의 자극은 양손을 요구하는 동작과 공놀이와 같은 레크레이션 동작을 이용하여 이루어질 수도 있다.

5) 기능적 사용의 증가를 위한 것

기능적 동작을 수행하기 위해서는 가능한 한 많이 침범된 사지를 사용할 수 있도록 훈련시켜야 한다. 치료사는 특별한 동작을 위해서 팔이 어떻게 사용되는지 시범을 보이고 요청되어지는 위치에 손과 팔이 위치하도록 시킨다. 안정이 요구되는 팔의 기능은 특별한 동작을 통해서 매일 사용하게 해야 한다. 또 조금씩 진전이 있어 기능적인 동작을 사용하게 되면 근육의 힘과 조실력이 생기게 된다. 최소한의 수의운동을 억제할 수 있는 사람은 단지 안정을 위해서나 또는 무게 있는 물건을 위해서 팔을 이용할 수 있다. 집단굴곡양상의 발달에 따라서 손의 쥐기와 기능은 향상되고 집단견갑역제와 협응운동과 꼬집기와 펴기의 발달에 따라서 침범된 손은 더욱 더 세밀한 협응동작으로 보조되어야 한다.

6) 일상생활 동작(ADL)

일상생활 동작에서의 평가는 기능장애의 영역을 측정해야 하며 치료계획의 범위가 측정되면 환자는 매일 그 영역 안에서 훈련되어진다. 침범된 손의 이용을 높이기 위해서 침범된 손이 작업수행률 도와 주도록 노력하고 침범된 손을 이용할 수 있게 만들어진 장치물 사용해서 발병된 손을 통한 실제적인 훈련이 실시된다. 환자에 대한 지식은 실재를 줄이기 위해서 구체적이고 정확한 것이어야 하며, 일반적으로 언어장애를 가진 우측 편마비 환자에게는 말로서 지식하는 것보다 말이 아닌 시범이나 동작이 더 유익하고, 좌측 편마비 환자에게는 시범이나 동작보다는 말로서 지식하는 것이 더 유익하다. 우측 편마비 환자는 주어진 일에 대하여 너무 느리게 실행하리 하지만, 좌측 편마비 환자는 너무 빨리 충동적으로 불규칙하게 실행하려는 경향이 있어 잘못을 많이 일으킨다. 그래서 좌측 편마비 환자에게는 천천히 차근 차근하게 작업하도록 제안하면 일부수행능력이 개선될 수 있다. 피로나 욕구 불만의 요인으로 자기기급압무를 실행하는데 충분한 시간을 주어야 한다는 것을 잊지 말아야 한다. 환자는 침범된 손을 많이 사용하려고 노력해야 하며, 조금씩 기능이 회복되면 침범된 손으로 사용할 수 있는 기구

를 선택해서 환자를 독립시켜야 한다. 퇴원하기 전에 일관성있는 기능의 확신을 가지기 위해서 보호자와 의사 소통이 잘 되어야 하고 밀접한 작업관계를 가져서 집으로 돌아가서도 정상적인 생활양상을 가질수 있게 해야 한다. 그러므로 가족과 보호자에게 환자에 대한 시중과 장비에 대한 충분한 지식이 사전에 있어야 한다.

7) 의사 소통과 언어

의사소통에 대한 기술이 장애를 받으면 전마비 환자들은 많은 좌절감을 받게 된다. 작업치료사는 언어기능적인 면을 격려하고 언어적 자극을 준비하여 말운동한 의사소통에 참여할 수 있도록 격려함으로써 언어병리학자를 도와준다. 환자에게 쉽고 간단한 문장을 사용하여 자신을 표현할 충분한 시간을 주는 것이 중요하다.

8) 가사 돌보기 훈련과 집에서의 계획

가사돌보기에 대한 필요와 능력을 평가한 후에 훈련 계획이 실시된다. 가사돌보기의 동작에 있어서 계획은 작업방법을 단순화 시켜야 하고, 작업으로 인한 힘의 낭비문제를 고려한 작업범위와 동작범위를 재 정비 하여 좀 더 효율적인 작업방법을 익혀야 하며, 가능한 가사돌보기 동작에서는 칫빔된 손을 사용하여 칫빔된 손을 이용한 장비 사용방법을 배워둬야 한다. 환자의 독립을 결정하는데는 환자의 사리 판단과 능력이 고려되어야 하며, 그리고 가족들은 퇴원하여 환자가 가사돌보기 임무를 책임져야 하는 가정으로 돌아 왔을 때 환자의 능력과 제한의 범위를 깨닫는 것이 중요하다. 가족들은 변함없는 확신 속에서 환자를 보호하기 위해서 환자가 필요로 하는 것이 무엇인가를 알아야 한다. 가정에서의 적응은 최대기능에 대한 이해와 협동적인 계획을 정하는 것이며 퇴원 전후에 가정을 방문하여 가족과 환자를 위한 환경변화를 미리 실감케 하는 것도 중요하다.

이상과 같이 편마비환자의 치료에 대해서 서술했다. 즉 치료는 환자의 증상을 종합 평가해서 기능적인면과 기능에 영향을 주는 요인들을 환자의 능력과 회복단계에 적합한 것으로 계속 치료해 나가는 것이다.

VII. 결 론

지금까지 뇌졸중환자의 평가와 작업치료에 대하여 언

급하였다. 산업과 문화의 발달에 따라서 기존 의식주의 변화가 성인병을 급증시키는 추세로 본다면 뇌졸중 환자는 앞으로 더욱 늘어만 갈 것이다. 그러나 뇌졸중에 대한 일반의 인식과 일반의 치료방법은 별다른 진보를 하지 못한 상태에서 갑작스럽게 발병된 뇌졸중 환자나 가족들은 각실한 치료의 방향을 잡지 못하고, 경제, 시간적 낭비는 물론 환자의 재활에 많은 고통을 주는 현실점에서, 체계적인 의료혜택을 받지 못하는 뇌졸중환자들은 전문적인 요원으로 조직된 재활과에 수용되어서 인체 기능의 전반적인 평가와 함께 손상받은 모든 부위에 대한 정확한 치료와 보호가 필요한 것이다. 그러기 위해서는 뇌졸중환자 치료에 대한 많은 관찰과 임상보고와 치료적 이론들이 모두 통합 정리되어 소재자로 만들어져서 고통받는 환자와 일반인들에게 치료적 안내서가 되어서 당황함이 없이 환자를 치료시설에 맡길 수 있는 정도로 지도 교육되기를 기대한다.

REFERENCES

1. 오정희 : 재활의학 (하권) 고려대학교 의과대학 재활의학과 교수실 p. 87 ~116.
2. Trombly CA, Scott AD : Occupational Therapy for physical Dysfunction. The Williams & Wilkins Co 1977 pp. 109~119
3. Jones M : An approach to Occupational Therapy, Butterworths 1977 pp. 365~396
4. Rusk HA : Rehabilitation medicine. mosby Co 1977, pp. 601~620
5. Krusen, Kottke, Ellwood : Handbook of physical medicine and Rehabilitation. W B Saunders Co 1971, pp. 505, 521~549
6. Cash J : Neurology for physiotherapists, JB Lippincott Co 1974, pp. 288~300
7. Willard Spackman : Occupational Therapy, JB Lippincott Co 1963, 1971
8. Licht S : Stroke & its Rehabilitation Elizabeth Lich 1975, pp. 347~379