

뇌졸중 부부그룹 교육프로그램 개발

연세대학교 대학원
간 호 학 과
염 인 선

뇌졸중 부부그룹 교육프로그램 개발

지도 김 의 숙 교수

이 논문을 석사 학위 논문으로 제출함

2006년 7월 일

연세대학교 대학원

간 호 학 과

염 인 선

염인선의 석사 학위 논문을 인준함

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

연세대학교 대학원

2006년 7월 일

감사의 글

헤아릴 수 없는 사랑과 계획으로 이끌어주시는 과거에도 현재에도 또한 미래에도 삶의 주인이신 사랑하는 하나님께 모든 영광을 돌립니다.

본 연구를 위하여 바쁘신 시간 중에도 세심한 학문적 지도와 사랑으로 격려해주신 김의숙 교수님께 진심으로 감사드립니다. 항상 밝고 넘치는 칭찬과 용기를 주시고 무엇보다 교수님의 간호학 문의 발전을 위해 활발한 활동을 가까이서 보면서 아직 시작 단계인 저에게 좋은 모델이 되어주셨습니다. 깊이 감사드립니다. 그리고 바쁘신 중에도 미흡한 논문을 자세히 살펴주시고 문제점을 예리하고 체계적으로 지적 해 주셔서 연구의 틀을 바로 세울 수 있도록 해주신 김희순 교수님, 간호학자로, 임상 전문가로의 모습이 어떠해야 하는지 가르쳐주시고 대한 간호협회장의 바쁜 일정에도 논문의 방향을 잡아주시고, 용기를 주신 김조자 교수님께 진심으로 감사드립니다. 논문 주제로 고민할 때 무작정 찾아간 저에게 새로운 관점을 가질 수 있도록 조언을 해 주신 유지수 교수님께도 감사드립니다. 또한 지금 이 있기까지 많은 가르침을 주신 간호대학의 모든 교수님께도 진심으로 감사드립니다.

논문 과정동안 계속 격려해주시고 자료 수집 과정에도 “걱정하지마”, “잘 될 거야” 라는 말로 용기를 주시고 항상 긍정적인 생각을 가질 수 있도록 큰 힘이 되어주신 인생의 선배님 윤예섭 선생님과 안순 선생님, 해영언니에게 너무 감사드립니다.

대학원 과정 동안 병동의 어려움 중에도 시간을 배려해주시고 용기를 주신 112병동 파트장 김은배 선생님과 112병동 모든 선생님들께 감사드립니다. 112병동의 모든 선생님들의 관심과 격려가 없었다면 지금의 제가 없었을 것입니다.

무엇보다 연구과정에서 만난 환자분들과 가족분들께 너무 감사드립니다. 늦은 시간이지만 약속시간을 지켜서 만나주시고, 질병으로 인해 마음의 어려움 중에도 오히려 저에게 용기와 감사를 전하시는 많은 분들 때문에 본 연구를 무사히 마칠 수 있었던 것 같습니다. 퇴원 후에도 잊지 않고 연락주시고 찾아주신 분들께도 너무 감사합니다.

일과 공부로 바쁘다고 자주 찾아뵙지 못한 딸을 항상 믿어주시고 사랑해주시고 기도해 주신 아빠와 엄마, 항상 곁에서 도와준 언니와 정원이, 성민이에게 사랑과 고마움을 전합니다. 존재만으로도 큰 힘이 되고 버팀이 되는 가족을 주신 하나님께 감사할 뿐입니다. 바쁘다는 이유로 연락이 자주 없는 무심한 친구를 계속 기도해주는 사랑하는 현정이, 영경이에게 고마움을 전합니다.

이 프로그램이 뇌졸중 환자와 가족에게 작은 힘을 실어주었으면 좋겠습니다. 뇌졸중의 어려움을 접하였지만 용기와 의지를 가지고 질병을 극복하고 뇌졸중으로 변화된 환경과 삶을 멋지게 새롭게 가꾸어갈 뇌졸중 환자와 가족에게 이 논문을 바칩니다.

2006년 7월

염 인 선

차 례

표차례	viii
그림차례	ix
부록차례	x
국문요약	xi
I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
II. 문헌 고찰	4
1. 뇌졸중 환자	4
2. 뇌졸중 환자와 가족의 중재 프로그램	6
3. 연구의 개념틀	10
III. 연구 방법	11
1. 연구 설계	11
2. 연구 절차	11
IV. 연구 결과	37
1. 프로그램 운영 방법	37
2. 최종 프로그램 개발	38
3. 프로그램의 임상 타당도 검증	44
V. 논 의	52

1. 뇌졸중 부부 그룹 교육프로그램	52
2. 연구의 의의	54
VI. 결론 및 제언	56
1. 결 론	56
2. 제 언	58
참고문헌	60
부록	65
<ABSTRACT>	109

표 목 차

표 1. 문헌고찰에서 나타난 뇌졸중 환자 교육의 주요 개념 영역	9
표 2. 국내 간호중재프로그램 개발 연구에서 제시된 뇌졸중 간호중재 내용	13
표 3. 국내 뇌졸중 교육 프로그램 내용 분석	14
표 4. 기본 교육 프로그램 구성	15
표 5. 경증 대상자들의 인터뷰 질문 내용	24
표 6. 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램	25
표 7. 경증 2차 부부그룹 교육 프로그램	27
표 8. 경증증 대상자들의 인터뷰를 통해 질문된 내용	30
표 9. 경증증 1차 부부그룹 교육프로그램	31
표 10. 2차 경증증 부부 그룹 교육프로그램	33
표 11. 경증증 3차 부부 그룹 교육프로그램	35
표 12. 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램	40
표 13. 2차 경증 부부 그룹 교육프로그램	41
표 15. 1차 경증증 부부 그룹 교육프로그램	42
표 15. 2차 경증증 부부 그룹 교육프로그램	43
표 16. 3차 경증증 부부 그룹 교육프로그램	44
표 17-1. 경증 환자의 자기관리 능력의 항목별 사전 · 사후 검사(N:9)	47
표 18-1. 경증 배우자의 돌봄 능숙도의 사전 사후 검사 (N:9)	48
표 18-2. 경증증 배우자의 돌봄 능숙도의 사전 사후 검사 (N:9)	49
표 19-1. 경증 환자의 가족지지 사전 사후 검사 (N:9)	50
표 19-2. 경증증 환자의 가족지지 사전 사후 검사(N:9)	50
표 20. 프로그램 종료 후 대상자들의 소감 및 제언	51

그림 목차

그림 1. 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램을 위한 연구의 개념틀	10
그림 2. 프로그램 개발 과정	12
그림 3. 부부 그룹별 프로그램 운영 과정	21

부 록 차 례

부록 1. 설문지 참여 동의서	66
부록 2. 일반적 특성 조사 질문지	67
부록 3. 질병중증도 측정도구	68
부록 4. 뇌졸중 관련 지식척도	69
부록 5. 자기관리 능력 척도	70
부록 6. 돌봄 능숙도 척도	71
부록 7. 가족 지지 척도	72
부록 8. 뇌졸중 관련 지식 척도 사전-사후 반복 측정 분석 결과	75

국문 요약

뇌졸중 부부그룹 교육프로그램 개발

본 연구는 뇌졸중 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도를 향상시키고자 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램을 개발한 중재 개발 연구이다.

참여 대상자는 뇌졸중 진단을 받고 서울시 소재한 Y종합병원에서 입원 치료 받고 있는 입원 환자 18명, 이들의 배우자 18명으로 총 36명이었으며, 이들은 중증도에 따라 경한 그룹은 18명, 중한 그룹은 18명으로 구성되었다.

본 프로그램을 개발하기 위해 문헌 고찰을 통해 표준 뇌졸중 교육프램을 구성하였다. 프로그램 구성 내용은 질병에 대한 정보영역과 치료과정 환자간호영역, 재활운동훈련, 환자추후관리 영역이다. 본 연구의 진행에 앞서 2회의 집단 교육과 8회의 개별교육의 기초 프로그램을 실시, 기초 연구결과와 선행 연구의 중재 프로그램 고찰을 통해 본 연구의 프로그램 개발의 구체적인 운영방법을 결정하였다.

프로그램은 2006년 4월 3일부터 2006년 5월 24일 까지 환자의 중증도에 따라 경중 그룹과 경중중 그룹으로 구별하여 입원 후 3일째에 대상자의 인터뷰 후에 입원 후 5일째부터 프로그램을 운영하였다. 각 중증도에 따라 환자와 가족이 3쌍, 3그룹씩 총 18명으로 구성되었다. 경한 그룹은 입원 후 5일과 7일, 중한 그룹은 입원 후 5일, 7일, 9일에 실시하였고, 프로그램 운영은 기본프로그램 내용에 대상자들의 교육 요구도를 사정과 필요도에 의해 프로그램 내용을 추가하여 실시하였다.

최종 프로그램 내용 구성은 예비 프로그램 내용에서 추가 내용으로 질

병 관리와 관련하여 각종 의료기구 사용법과 한방치료 허용범위와 주의사항, 성생활, 심리적 간호, 스트레스 관리 등이다. 중증도별 프로그램의 내용은 중한 그룹에서는 재활운동요법과 환자간호영역에서의 내용의 차이가 있었다. 그러나 중증도에 관계없이 퇴원 전에 이루어진 교육프로그램 내용은 환자의 추후관리 영역과 대체요법의 허용범위와 종류, 재활운동요법, 뇌졸중 응급 대처법, 건강증진 생활 양식 등으로 유사하였다.

본 프로그램의 임상 타당도 검증하기 위해 부부그룹 교육프로그램 전과 후에 환자의 자기관리 능력과 가족지지, 가족의 돌봄 능숙도에 대한 자료를 분석하였다. 환자의 자기관리 능력을 측정하기 위한 도구는 일상활동과 자기간호 능력사정의 Barthel의 일상활동 척도와 기능적 독립 측정도구를 이재신(2006)이 수정 보완한 일상생활 수행 평가도구를 사용하였고, 가족의 돌봄 능숙도는 Lawton(1989)이 개발하여 2000년 수정된 Caregiving Appraisal Scale중 Caregiving Mastery Scale, 가족지지는 강현숙(1984)이 Cobb(1976)의 도구를 수정 보완한 가족지지 측정도구를 사용하였다. 수집된 자료의 분석은 기술통계를 통하여 사전, 사후 측정 점수를 비교하였다.

본 연구의 통계적 결과는 다음과 같다.

1. 환자의 자기관리 능력은 경증 환자의 경우 사전 총 점수 88점에서 사후 총 점수 107점으로, 경중증 환자는 41점에서 101점으로 사후에 더 상승되었다.

2. 돌봄 능숙도는 돌봄 문제를 다룰 수 있는 능력, 환자 요구에 대한 이해, 적당한 돌봄에 관한 안심, 환자를 돌보는 것에 관한 확신, 환자에게 최선을 다했다는 느낌, 환자에게 무언가 더 해줘야 한다는 느낌의 항목 등이 모두 사전보다 높게 나왔으며, 총 점수로는 경증 배우자는 55점에서

113점으로 경중증 배우자는 47점에서 119점으로 상승되었고, 부정 느낌의 항목인 환자에게 무언가 더 해줘야 한다는 느낌은 경증 사전 27점에서 25점으로, 경중증은 30점에서 25점으로 내려갔다.

3. 가족지지 부분에서는 정서적 격려, 신체적 도움, 의견 존중 항목 모두 상승했으며, 총점수로는 경증이 148점에서 166점으로, 경중증은 117점에서 154점으로 사후에 높게 나왔다.

이상의 연구 결과를 통하여 본 연구의 간호 중재로 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도를 향상시켰음을 할 수 있었다.

본 연구는 뇌졸중 환자와 가족을 교육 중재 프로그램으로 가장 효과적 접근 방법으로 질환의 중증도와 입원 시기별, 대상자 그룹의 교육요구도 사정을 기초한 맞춤형 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램을 개발하였다는 데서 의의를 찾을 수 있다. 또한 최종 프로그램을 통해 임상에서 뇌졸중 환자와 가족을 대상을 실제 적용 가능하며, 연구결과를 기초로 반복 연구를 통해 더 효과적인 중재 간호 개발의 좋은 기초적 도구로 사용을 기대할 수 있다.

핵심되는 말 : 뇌졸중, 부부그룹, 자기관리 능력, 돌봄 능숙도, 가족지지, 맞춤형, 질환 중증도, 요구 중심.

I. 서론

1. 연구의 필요성

뇌졸중은 뇌에 정상적인 혈액 공급을 방해하는 뇌혈관 장애로, 유병률이나 사망률에 있어 가장 중요한 신경학적 질환이다(노재규, 1990). 2005년도 통계청 보고에 따르면 단일 질환으로는 사망률 1위이며, 최근에는 경제성장과 의학의 발달로 인간의 평균 수명연장, 노령화와 더불어 뇌졸중 발생률은 계속 증가하고 있다. 또한 뇌졸중은 재발률이 높은 만성퇴행성질환으로, 발병 후 1년 내 6-14%, 5년 내 20-37%가 재발하는 것으로 보고 되고 있다(Jorgensen 등, 1997).

뇌졸중은 높은 사망률과 함께 생존한다 하더라도 대부분 기동성, 사지 기능, 배설기능 등 인체의 필수적인 신체기능이 저하되고 감각장애, 기억장애, 정서장애 등으로 인한 심리적 불안을 느끼며 변화된 자신의 기능의 대처에 어려움을 느끼게 된다. 이는 자가 간호, 일상생활 동작의 통합적인 조화과정과 기능적 독립수행능력에 영향을 주게 된다.

뇌졸중 후 대부분의 생존자들은 어느 정도의 신경학적 회복을 경험하지만 질환 발병 전과 같은 신체적 기능과 일상생활로의 회복 및 질환의 재발 관리를 위해서는 타인의 도움이 필요로 하며(Skilbeck 등, 1983), 이러한 상황에서 가족의 지지는 환자로 하여금 질병으로 인한 개인의 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 하게 된다(김조자, 1982). 사실 환자에게 있어서 가족은 광범위하고 무한정한 에너지장이라는 점(Hollen 등, 1980)에서 환자에 대한 가족의 지지는 환자의 회복 과정에 가장 중요한 요구로 인정되고 있다.

그러나 가족의 지지가 뇌졸중 환자에게 질병의 치료와 재활치료, 재발 관리에 있어서 긍정적인 역할을 하기 위해서는 가족의 역할이 질병 전과는 다른 지지개념으로 전환되어야하며, 따라서 환자에게 계속적인 돌봄 제공자로서 효과적인 역할을 위해서는 새로운 역할 학습과 정보가 필요하다. 돌봄 제공자로서의 가족의 효과적인 역할은 환자의 예후에 큰 영향을 미치는데 이는 효과적 가족지지를 통해 환자

의 치료 동기와 대처 방법 및 건강 행위에 직접적 영향을 줄 뿐 만아니라 가족의 삶의 질에도 긍정적인 영향을 미친 것(김정미, 2004)과 같은 의미라고 볼 수 있다. 그러나 가족도 여러 구성원으로 이루어진 조직이라는 점에서 가족 안에서 지지도는 일정한 흐름과 체계가 있다. 만성질환자들을 대상으로 가족 지지에 관한 선행연구에서는 가장 일차적이고 영향력 있는 가족원은 배우자이고(이현주, 2000), 일찍이 뇌졸중 환자를 대상으로 가족지지와 우울증 관련 연구에서도 자녀, 며느리, 형제 등의 가족 구성원들보다 배우자의 경우가 가장 영향력 있고 실제 정서적 장애 극복이 빠른 것으로 보고 되었다(Rakel 등, 1997). 따라서 뇌졸중 환자들은 건강관리 기관의 의료조직에 의한 도움 뿐 아니라 가족의 도움이 매우 중요하고, 그중에서도 배우자의 긍정적 지지가 중요함을 고려할 때 입원당시부터 환자와 배우자를 대상으로 중재 프로그램이 필요하다.

뇌졸중 환자와 가족을 위한 간호중재 프로그램 개발에 관한 선행연구로는 개별 교육프로그램 개발연구(함미영, 2001; 이영자, 2000), 운동 프로그램 개발 연구(노국희, 2002; 최은정, 2002; 서연옥, 1999; 우경미 외, 1998), 자조관리 프로그램 개발 연구(유수정 외, 2001; 김금순 외, 2000) 등이 있다. 이러한 연구는 주로 뇌졸중 환자와 가족 중 한쪽 대상만을 하는 프로그램이고, 급, 만성 및 증상과 관계없이 모든 뇌졸중 질환자를 대상으로 시행한 프로그램이다. 그러나 뇌졸중 질환이 질병 중증도에 따라 환자에게 나타나는 증상이 다르고, 이에 따라 환자와 가족에게 필요한 정보와 교육도 다르므로 환자의 중증도와 대상자의 특성에 따른 환자와 가족 모두에게 함께 적용할 중재 프로그램 개발 연구의 필요성이 제기된다.

이에 본 연구에서는 뇌졸중 환자와 배우자를 대상으로 환자의 질병 중증도에 따라 입원 중인 교육 요구도를 조사하여 환자와 가족이 필요로 하는 양질의 정보제공을 위한 부부 그룹별 맞춤형 교육 프로그램을 개발하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 뇌졸중 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도 증진을 목표로 뇌졸중 부부를 위한 교육 프로그램을 개발하는 것이다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 환자를 위한 부부그룹 교육 프로그램을 개발한다.
- 2) 개발된 교육 프로그램의 임상 타당도를 검증한다.

II. 문헌 고찰

1. 뇌졸중 환자

뇌졸중은 영어로 'stroke'이라 하지만 예전에는 그리스어 'apoplexy' 라는 말을 많이 사용하였다. apoplexy는 '마치 벼락을 치듯이 갑자기 증상이 온다'는 의미를 갖고 있다(김종성, 1998). 뇌혈관의 이상이 갑자기 발생하는 것은 아니며 많은 위험인자나 다른 환경적 요인 등의 뇌졸중 발병인자를 전부터 환자가 보유하고 있었다 하더라도 뇌졸중의 증상은 갑자기 나타난다. 뇌졸중의 증상으로는 뇌의 병변 부위에 따라 운동장애, 감각장애, 공간지각 능력의 손상, 언어장애, 협응 능력 등의 손상이 올 수 있다. 또한 기억장애, 지적 기능, 감정조절 기능의 저하 및 언어장애로 다른 사람과 상호작용 할 기회가 저하된다. 이는 가족과 사회의 일원으로서의 역할이 상실되어 사회활동을 지속적으로 수행하기 어렵게 된다(김경미, 이재신, 1997). 즉 갑작스런 뇌졸중 증상에 의해서 환자의 생활에 급격한 변화가 생기며 심한 경우 일상 생활을 전부 남의 도움을 받게 되므로, 가정이나 사회에서 자신의 위치를 상실한 것으로 생각되어 무력감, 당혹감, 수치심 등을 느끼게 되고, 자신과 주의 사람들에 대한 분노와 미안한 감정들이 복합적으로 나타난다(김소선, 1992).

옷을 입고 벗는 일에서부터 수저질까지 둔해지고, 의사 표현 및 이해의 장애로 답답함과 짜증이 자주 나며, 심한 경우 대인기피증과 정서장애인 불안, 분노, 우울증이 심해질 수 있다. 이런 뇌졸중 증상의 관리가 없이 부적응이 만성화 될 경우 정신적 측면의 후유 장애로 환자의 신체적인 문제보다는 감정적 문제 뿐 아니라 더 많은 어려움을 느끼게 되며 결국, 사회적, 직업적 역할이나 가족관계에 있어 여러 가지 심리적 문제를 일으킨다. 결국 심리적 문제를 해결하지 못하였을 경우 추후 관리와 재활에도 많은 부정적인 영향을 주게 된다고 밝혔다(박은주, 1994). 따라서 뇌졸중의 빠른 회복과 계속된 질병 관리를 위해서는 환자는 자신이 처한 신체적, 정서적 상황에 올바른 이해와 대처에 대한 구체적인 계획을 세워 희망을

가지고 자신의 처지를 받아들여 이에 적절한 대처에 대한 의지가 필요하다.

뇌졸중 환자가 질병 발병 이후 변화된 신체적 장애와 정서적 장애를 대처하기 위해서는 자기관리 능력을 키워야 하는데, 여기서 자기관리 능력이란 자신이 어떤 행동을 변화시키기 위하여 기술이나 전략들을 사용하여 변화를 주도하는 능력으로 재활 과정에서 필수적인 부분이다. 자기관리에 대해 Doyle과 Stern(1992)은 질병이나 장애가 있는 경우 방법을 수정해야 한다고 하였고, 자기관리 방법의 수정 과정에 주위의 이해와 보살핌이 필요하며, 심한 정서적 장애의 경우 정신과 의사의 도움을 받을 수도 있다(김정자 인용, 2000).

환자의 치료와 재활과정에서 영향을 미치는 요인은 환자 개인의 일반적 특성과 질병의 특성 뿐만 아니라 환자의 동기와 의지이다. Shontz(1978)는 재활과정에서 환자 자신의 재활에 대한 동기의 결여가 가장 큰 문제임을 지적하였고(강현숙 인용, 1984), 한혜숙(2002)은 환자 자신의 능력의 한계를 이해하고 장애를 극복하려는 적극적인 동기가 필요하다고 하였다. Grahn(1999)은 근골격계 환자에 대한 질적 연구에서 높은 동기 부여가 된 환자는 독립성이 개선되었고, 중간 정도로 동기 부여가 된 환자는 변하지 않는 정도의 수준에 머물러 있었으며, 동기 부여가 부족한 환자는 가족들에게 더욱 의존적이라고 하였다. 이와 같이 환자가 치료하겠다는 의욕이나 치료에 대해 적극적으로 임하겠다는 자세는 치료의 과정이나 결과에 중요한 작용을 한다. 이런 환자의 치료와 재활에 대한 동기와 의지는 가족이 얼마나 지지해주고 함께 참여해주는가에 따라 효과가 달라짐을 밝혔고(김소선, 1992), Myers(1952)도 장애자의 성공적인 재활과 사회적 적응을 위해서 가족은 매우 중요한 존재이고 가족의 분위기가 바로 재활의 동기를 좌우한다고 하였다(이현주 인용, 2000). 즉 뇌졸중 환자와 그들의 가족에 대한 상호 이해와 공감은 환자의 재활 속도에 결정적 영향을 준다고 볼 수 있다. 특히 가족 중에서도 배우자의 적극적인 지지는 재활 과정에서 가장 영향력 있는 지지 체계이며(이현주, 2000), 뇌졸중 대상으로 가족원의 지지와 우울관련 연구에서도 자녀, 며느리, 형제보다 배우자의 지지가 실제 회복력이 빠르며 가장 큰 일상생활 능력 회복이 있었음을 밝혔다(Rakel, 1977). 뇌졸중 환자가 급성기 질환 단계 이후 재활 치료와 재발 방지를 위해 장기간 계속적 관리를 필요로하는 질병 특성에 따라 환자와 많은 시간을

같이 보내며 실제 신체적, 정신적, 정서적인 도움을 제공해야한다는 점에서도 배우자는 가장 중요한 사회적 지원이 된다.

2. 뇌졸중 환자와 가족의 중재 프로그램

뇌졸중의 갑작스런 증상 발현으로 입원한 환자와 가족은 신체적, 정신적, 정서적인 충격 상태로 환자와 가족이 지각하는 간호요구 조사에서 치료적 영역, 환경적 영역, 교육적 영역, 사회 심리적 영역, 신체적 영역 순으로 나타났다(조혜진, 1999). 이 요구 영역들은 장기간 효율적 관리를 위해 환자와 가족이 참여하여 시행하는 것이 필요로 되며 이러한 모든 요구는 교육에 의해 실현가능하다. 또한 이 교육적 활동은 간호사에 의해 시행되어야 하는 부분이므로 임상에서 뇌졸중 환자와 가족에 대한 교육 중재 개발이 절실히 요구되고 있음을 알 수 있다.

건강 교육프로그램이란 일반적으로 공식적이며 특별하게 계획되고 조직된 프로그램이며 건강과 인간의 기본욕구, 일상생활 활동과 관련된 자가 간호를 실천하는 개인을 돕는 것이다(Joseph, 1980/ 함미영 인용, 2001).

뇌졸중 환자와 가족을 위한 교육의 시기에 대해서는 조기재활 교육의 연구(함미영, 2001)에서도 볼 수 있듯이 입원 하면서부터 시작되어야 하며, 조기 교육실시는 대상으로 하여금 자신들의 건강 문제에 대한 자기관리 능력을 키울 수 있고 또한 가족이 병원의 관리에서 퇴원하여 가정으로 돌아가 스스로 돌볼 수 있는 상태로 자연스럽게 전환 되도록 준비할 수 있으며(Connolly, 1991), 이는 입원 초기부터 제공되어야 하는 포괄적인 간호활동이다.

성공적인 교육 프로그램이 이루어지기 위해서는 교육 내용을 대상자들이 꼭 알아야 할 내용을 사전에 사정과 검토를 통해 구성되어야 할 뿐만 아니라 환자와 가족의 요구를 토대로 이루어져야 한다.

뇌졸중 환자가 갑작스런 증상 발현에 의해 입원하여 치료를 받고, 퇴원하여 질병관리를 적극적이고, 효과적으로 대처하기 위해서는 환자와 가족 모두에게 입원 기간 동안에 뇌졸중의 원인과 이에 따른 결과, 치료 과정, 재활을 위한 목표와 과

정, 퇴원 후 2차 예방 관리를 위한 정보와 광범위한 기회를 제공해 주어야 한다 (Glen, 1996). 또한 뇌졸중 환자를 돌보는 건강전문가들이 서비스를 적용할 때 뇌졸중 환자에게 나타나는 신경학적, 인지적 결핍, 기능장애 정도 및 예후에 대하여 교육하여야 하는데(Teraoka & Burgrand, 1992), 이는 환자와 가족의 교육은 환자의 예후와 재활을 통한 회복에 이르도록 공헌을 하기 때문이다.

Kittodhk Dale(1985)은 입원한 대상자들의 퇴원 전 교육 프로그램의 중요성을 제시하면서 대상자 사정에 Gordon의 기능적 간호진단분류에 근거를 두고 사회적 지지, 정신 사회적인 면, 행동적인 면, 가정환경, 건강, 기타로 구성된 6가지 목록으로 대상자를 사정하여 필요한 정보 제공의 계획의 중요성을 제시하였다. 그리고 Mezzanotte(1987)는 입원한 대상자의 퇴원 교육을 간호사가 일방적으로 제공하기 보다 환자의 기준에 준하여 환자와 함께 참여하여 필요한 정보를 주도록 추후방문, 식이요법, 약물복용, 치료/절차, 활동 및 특별한 제한 사항, 가정에서 의뢰할 수 있는 지역사회 자원, 퇴원시각을 내용으로 하는 퇴원 교육 양식을 제시하였다.

국내 뇌졸중 교육프로그램의 선행연구의 예를 살펴보면, 한방병원에서 뇌졸중으로 처음 입원하여 치료받고 있는 환자를 대상으로 뇌졸중의 정의, 증상, 합병증, 재활의 정의 및 구체적 방법을 소책자를 이용하여 개별교육을 제공한 퇴원교육 프로그램(이혜진, 1997)을 실시하였으며 소책자에는 옷 입기와 벗기, 이동에 관한 방법을 삽화를 이용하여 구체적으로 제시하였으며 활동 수행정도를 실제 증진시켰다고 보고하였다. 그러나 뇌졸중의 정의 및 합병증, 재활과 관련된 내용에서는 환자들이 이해하기 어려운 전문적인 내용이 많았으며 1회 단일 교육으로 끝나 퇴원 후 학습의 지속적인 저장 효과는 크지 않을 것으로 판단된다.

최정희(2000) 연구에서는 한방병원에 입원하여 치료를 받고 있는 환자 가족에게 소책자를 이용하여 개별적으로 제공한 교육프로그램을 통해 뇌졸중의 종류, 증상, 간호 관리, 한방간호에 대한 내용을 제공하여 지식과 수행정도를 증진시켰다. 이 연구의 퇴원 교육내용은 한방병원에 입원한 뇌졸중 환자 가족에게 맞도록 구성된 내용이나 뇌졸중 환자에게 가장 중요한 문제점과 주의사항에 관해서는 미약한 부분이 있으며 1시간 1회 교육만 제공되어 이에 지속적인 교육요구에 대한 부분이 부족하다.

선행연구를 중심으로 볼 때 재원중인 뇌졸중 환자와 가족에게 제공되는 교육

프로그램은 질병에 대한 지식과 이해 그리고 재발을 예방하고 능률적인 일상생활을 할 수 있는 내용으로 구성되어야 하며 일회성이 아닌 질병과정과 함께 대두되는 환자와 가족의 요구를 포괄할 수 있어야 한다.

뇌졸중 환자와 가족을 위한 중재 프로그램 선행연구의 집단 프로그램의 상호 유대관계의 장점을 주장한 연구에서 보면 개별 프로그램에서는 기대할 수 없는 구성원들 간의 심리적 유대관계와 상호의존적인 관계를 형성하며 서로 의사소통을 하고 강한 동기 부여하는 힘으로 작용, 자신과 타인에 대한 건장한 태도의 확립을 이룰 수 있게 하는(Clare, 2001) 기회를 제공함을 밝혔다.

교육 프로그램의 접근 방법으로 개별이 아닌 그룹 교육 프로그램을 시행하면 구성원 간의 사회적 상호작용 체계로서의 기능이 활용될 수 있으며 이를 프로그램에 접목하면 환자와 가족의 욕구 충족의 매개체로 활용이 가능하다. 이러한 그룹교육은 치료적인 환경 조성을 위한 집단 활동 요법으로서 개인의 행동 문제를 공동 그룹을 통하여 치료적 분위기가 되도록 관리하는 개념으로 현재에 오면서 점차 중요한 치료적 과제로 대두되고 있다(신영일, 2002).

Olmsted(1959)는 프로그램 적용의 그룹 활용 목적에 따른 효과를 다음과 같이 분류했다. 첫째, 인간 잠재력 그룹(human potential group)으로서 제한된 시간 내에서 집중력과 집단경험을 통하여 성원들의 치료적 목적을 달성하기 위하여 이용된다. 둘째, 치료 그룹(therapeutic group)으로서 집단이 개인의 치료에 이용된다. 즉, 집단이 성원들의 비슷한 증상 문제의 해결에 이용된다. 셋째, 자조집단(self-help group)으로서 치료적 문제 해결을 위한 상부상조, 환경에 대한 대응을 위해 이용된다(김병식, 2001; 신영일 등 2002).

이형수 등(2002)은 뇌졸중 환자를 대상으로 한 집단 운동치료의 효과성 연구에서 집단 치료 전보다 치료 후가 치료집단의 집단운동치료에 대한 지식, 태도, 만족도에서 모두 유의하게 증가되었다고 하였으며, 이는 집단운동치료의 효과적인 측면에서 환자들에게 많은 도움이 된다고 하였다.

대상자의 요구에 기초한 프로그램의 개발은 모든 중재 프로그램 개발 시

기본이 되는 요소이다. 최근 교육계에서도 “수요자 중심의 교육”이라는 용어로 학습자 중심의 교육을 중요시 하고 있다. 즉 전통적인 교사 중심의 수업 방식에서 학습자들의 요구(needs)는 물론 이들의 경험과 흥미와 관심사를 반영한 교육으로 학습자들의 교육에 스스로 참여할 기회를 제공하는 것으로 변해가고 있다.

이러한 학습자 중심의 교육의 기본 정신은 학습자의 필요(needs)의 반영으로 교육학적인 용어로는 ‘학습자의 연령수준에 맞는 교육’이라는 개념과 ‘같은 연령의 학습자간의 차이(gap difference)’라는 개념을 지니고 있다(Tyler, 1949). 즉 학습자의 필요는 학습자들이 그 나이에 맞는 마땅히 받아야 할 교육 내용을 가르치는 것과 요구를 반영한 교육을 말하는 것이다.

이러한 원리를 적용하여 뇌졸중 환자와 가족이 알아야 할 내용으로 관련 문헌의 분석을 통해 구성된 내용과 각 그룹별 대상자의 요구(needs)를 반영한 프로그램의 개발은 중요한 방법론적 접근이라고 할 수 있다.

따라서 본 연구는 뇌졸중 환자와 가족이 알아야 할 필수 내용을 바탕으로 중증도가 비슷한 그룹의 요구를 재사정의 과정을 거쳐 교육 프로그램을 개발하고자 한다.

이상에서의 문헌 고찰을 통해 나타난 뇌졸중 환자를 위한 교육프로그램 관련 주요 개념 영역을 살펴보면 다음과 같다<표 1>.

표 1. 문헌고찰에서 나타난 뇌졸중 환자 교육의 주요 개념 영역

주요 개념	하 부 개 념
기본 교육 내용	질병 지식, 추후 관리 및 재발 예방, 일상생활 능력 재활의 목표와 과정, 정서적 지지, 인지기능향상지지
대상자 요구 가족지지	일반적 특성, 질병 상태, 대상자의 동기·의지 의사소통, 유대관계, 상호의존, 동기부여, 건강태도확립
그 룹	치료적 환경조성, 상호작용, 집중력, 상부 상조, 환경적 대응 능력 향상
목 표	자기관리 능력, 돌봄 능숙도

3. 연구의 개념틀

본 연구는 뇌졸중 환자를 위한 효율적 교육프로그램 개발을 위해 다음과 같은 개념틀을 기반으로 시도되었다.

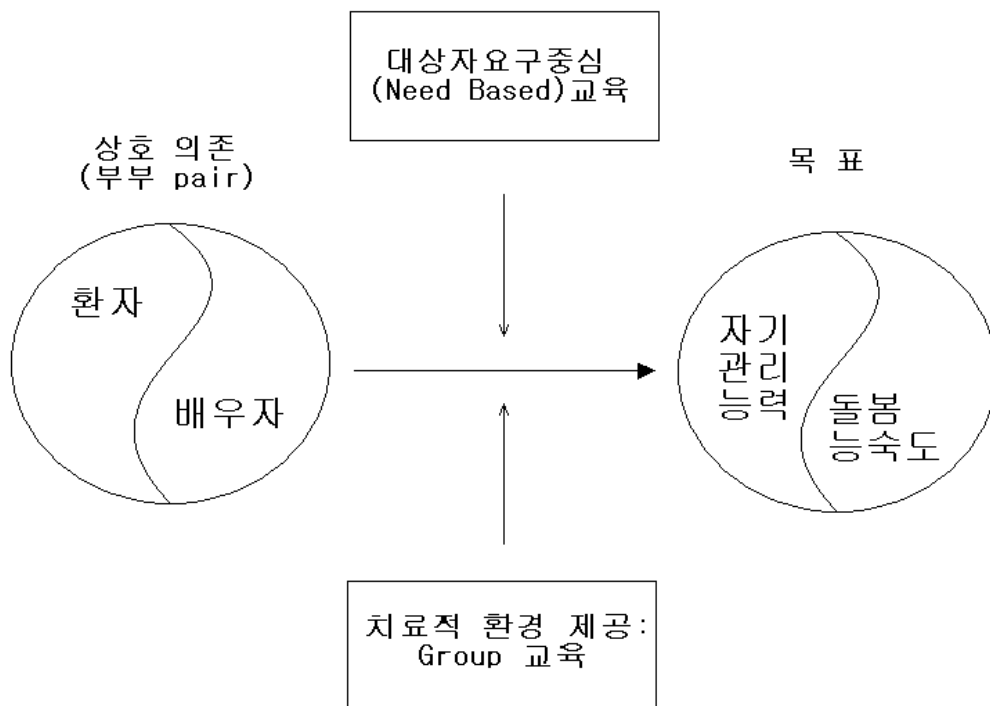


그림 1. 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램을 위한 연구의 개념틀

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 뇌졸중 환자와 가족을 위한 환자의 질병 중증도에 따른 입원 시기별 교육 요구도에 기초한 부부 그룹 교육 프로그램을 개발하기 위한 간호 중재 프로그램 개발연구이다.

2. 연구 절차

뇌졸중 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도의 증진을 위한 프로그램을 개발하기 위하여 본 연구는 4단계의 과정을 거쳤다. 첫 번째 단계로 문헌고찰을 통해 뇌졸중 환자 교육 프로그램의 내용을 분석하여 이를 기반으로 기본 교육프로그램을 구성하였다. 두 번째 단계에서는 pilot study를 시행 단계로 환자와 가족의 집단교육과 개별 교육 프로그램을 실시하여 교육프로그램 운영의 효율성을 평가하였다. 세 번째 단계는 pilot study 평가와 선행 연구를 통하여 환자와 가족을 대상으로 뇌졸중 프로그램 운영의 방법을 구체화하였다. 네 번째 단계에서는 계획된 운영방법에 따라 표준 뇌졸중 교육 프로그램을 개발하였다<그림 2>.

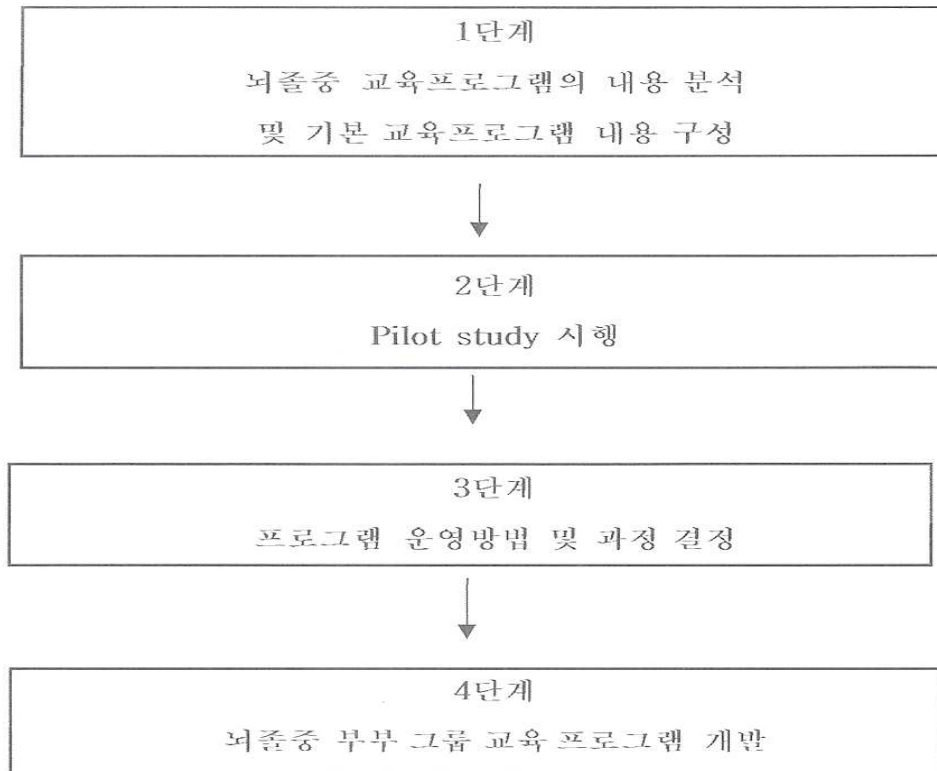


그림 2. 프로그램 개발 과정

A. 1단계 : 뇌졸중 교육 프로그램 분석 및 표준 교육 프로그램 구성

뇌졸중 환자와 가족의 상태와 요구도에 따른 교육 프로그램 개발을 위해 국내 선행연구에서 제시된 뇌졸중 중재 프로그램과 국내 종합병원에서 공식적으로 진행되었던 뇌졸중 교육 프로그램의 내용을 분석하였다.

국내 뇌졸중 환자와 가족을 대상으로 시행된 간호학 연구는 1989년부터 2004년까지 총 98편(학회지 42편, 학위 논문 56편)이며, 그 중 중재 프로그램 개발 연구

는 총 21편(학회지 9, 학위논문 12)이었다. 이들 21편의 중재 연구에서 제시된 뇌졸중 환자 중재프로그램의 구체적인 내용들은 <표2>와 같다.

표 2. 국내 간호중재프로그램 개발 연구에서 제시된 뇌졸중 간호중재 내용

(N : 21편)

연 도	중 재 특 성	대 상	장 소	방 법	도 구
1989-96	급성기 간호중재 개발	급성기 환자	병원	개별	설문지
1997	가족교육 프로그램	가족	병원	집단	시청각교재
1998	자조관리 프로그램	만성기 환자	지역사회	집단	시청각교재
1999	가정간호프로토콜	가족	가정	개별	설문지
~	일상생활동작 교육	만성기 환자	지역사회	집단	강의
	뇌졸중 주간프로그램	만성기 환자	가정	개별	책자
2000	집단적 지지간호중재	만성기 환자	병원	집단	강의
~	재활교육프로그램	만성기 환자	지역사회	집단	시청각교재
2001	조기 재활 교육프로그램	가족	병원	개별	팜플렛
	안전경락마사지	만성기 환자	지역사회	개별	직접간호
2002	정서, 정보적 지지중재	가족	지역사회	개별	상담, 강의
~	전신마사지	만성기 환자	병원	개별	직접간호
2003	가정방문물리치료	만성기 환자	가정	집단	시범교육
	집단스트레스관리프로그램벨	가족	지역사회	개별	강의
	런스테이핑	만성기 환자	지역사회	집단	직접간호
~	이차예방프로그램	만성기 환자	지역사회	집단	강의, 책자
2004	복부마사지(변비)	만성기 환자	병원	개별	직접간호
	단계별 운동프로그램	만성기 환자	지역사회	집단	강의
	집단적 지지간호	가족	병원	집단	강의, 책자
	가족 교육프로그램	가족	병원	집단	시청각교재
	집단치료 프로그램	가족, 환자	병원	집단	강의, 상담

이들 21편의 간호 중재 프로그램 개발연구 중에서 2000년도 이후 시행되었던 교육 프로그램을 집중 분석하여 구체적인 교육내용, 방법 및 목표, 결과를 확인 하였다..

표 3. 국내 뇌졸중 교육 프로그램 내용 분석

연도	대상자	프로그램 특성	교육 방법	교육 시기	교육내용	목표	결과
'00	가족	재활교육 프로그램	집단	입원 환자의 급성기가 지난 만성기	뇌졸중 이해(신체적, 심리적 변화), 재활요법, 한방 치료	1. 가족의 지식증가 2. 가족의 재활 간호 수행 증가	재활교육 프로그램을 받은 군이 받지 않은 군보다 지식과 수행 정도가 증가함
'01	환자	조기재활 프로그램	개별	입원 2일째인 급성기	뇌졸중 이해, 치료, 위험인자 관리, 일상생활, 자기관리	1. 환자의 지식증가 2. 일상생활 활동의 빠른 회복 3. 우울감소	조기재활 프로그램을 받은 군이 받지 않은 군보다 지식과 일상생활 동작이 향상, 우울증상이 적음
'03	가족	스트레스 관리 프로그램	집단	만성기	뇌졸중 환자 간호, 스트레스 관리, 의사소통술, 재활치료	가족의 스트레스 부담감 감소	스트레스 관리 프로그램에 참여한 가족 군이 참여하지 않은 가족군보다 스트레스, 부담감이 감소함
'03	환자	이차예방 프로그램	개별	만성기	뇌졸중이해, 일상생활 관리, 운동요법	건강증진 생활양식 증진	이차예방프로그램을 통해 재가 뇌졸중 환자의 건강증진 생활양식을 증진시킴
'04	가족	가족교육 프로그램	집단	만성기	뇌졸중 소개, 환자 간호, 치료방법, 재발방지법, 스트레스 관리	가족의 부담감 감소	집단 가족교육프로그램이 가족의 부담감을 감소시킴

특히 이들 뇌졸중 진단을 받은 환자와 가족을 대상으로 국내 시행되었던 연구와 국내 2개 종합병원에서 시행되었던 프로그램의 내용은 주로 상담과 교육의 방법을 통하여 뇌졸중 질환에 대한 정보영역과 치료과정, 환자간호영역, 재활활동 지침, 환자추후 건강 관리 영역으로 구성 하고 있었다. 교육 대상자에 따라 강조되어지고 제외되어진 내용을 볼 수 있었는데, 즉 입원환자를 대상으로는 치료와 환자 간호영역에 많은 비중을 두고 있었고, 재가 환자를 대상으로 하는 경우는 재활 운동지침과 건강 증진 관리 지침 부분이 강조되었다.

대상자 별로 가족의 경우에는 환자의 간호영역과 추후 건강증진 관리 및 뇌

졸중 증상과 응급시 대처 방법 및 스트레스 대처관리의 내용으로 구성 되고 있었다.

이들 국내 연구에서 제안된 뇌졸중 교육프로그램 내용과 종합병원에서 실시되
었던 교육 프로그램 내용 분석을 통해 표준 교육 프로그램을 구성하였다.

특히 뇌졸중 환자와 가족이 함께 교육 대상으로 포괄될 수 있도록 뇌졸중 이해
부분에 질환에 관한 정보와 환자의 질환에 의한 심리적 변화 치료과정, 환자 기
본 간호법, 재활 간호 및 운동 훈련, 환자 일상생활 능력 영역으로 구성하였다.

기본 교육 프로그램의 구체적 내용은 다음과 같다<표 4>.

표 4. 기본 교육 프로그램 구성

영역	프로그램 내용	기대 효과
뇌졸중 원인파 치료	뇌졸중의 정의 뇌졸중의 증상 -신체적 증상 -심리적 변화 뇌졸중의 위험인자 및 원인 검사 및 치료 방법 약물 요법	지식 및 태도 증진
환자 기본 간호법	초기 간호 욕창 및 화상의 예방 배변훈련 및 변비관리 배뇨훈련 및 방광감염 예방 일상생활 동작 연하장애 및 영양관리 정서적 장애 및 간호 지지간호중재	환자 간호와 자기 관리 에 자신감 증진
재활 간호 및 활동 훈 련	관절운동 연하곤란환자 운동 기동성유지를 위한 운동 일상생활 동작 훈련	재활을 통한 자신감 증 진
환자의 일상생활 능력	일상생활 지침 -식이 요법, 약물복용, 운동요법 스트레스 관리 요법 -이완요법	건강 신념 강화 스트레스 완화 정서적 안정

B. 2단계 : Pilot study 시행

기본 교육프로그램 내용을 토대로 Pilot study를 시행하여 본 프로그램의 운영 방법을 확인하였다.

Pilot study는 본 연구가 시행되어질 같은 장소에서 실시되었으며 대상자는 뇌졸중으로 입원 중인 환자와 교육 프로그램에 참여 가능한 대상자로 집단 교육 2회, 개별교육 8회 실시 하였다. 집단교육은 6명, 8명씩 약 70분 정도씩 1회 실시하였고, 개별교육은 한 환자와 가족을 대상으로 약 30분씩 8쌍에게 실시하였다.

Pilot study에 참가한 환자와 가족의 인구학적 특징을 보면 집단 교육 대상자는 평균 연령이 환자는 65.4세, 가족은 52.1세이고, 개별 교육 대상자 중 환자는 64.3세, 가족은 57.7세이다. 가족의 구성원은 집단 교육(배우자 5명, 딸 1명, 며느리 1명), 개별 교육(배우자 6명, 아들 1명, 딸 1명)으로 구성되었다.

모든 교육이 끝난 후 대상자들의 프로그램 적용 후 소감과 교육자의 프로그램 운영 경험에 대한 평가를 시행하였으며 구체적 내용은 다음과 같다.

가. 프로그램 진행 방법 : 집단과 개별

두 그룹 모두 프로그램을 통해 환자 돌봄에 대한 자신감이 교육 전보다 높아졌으며, 뇌졸중 질환에 대한 이해함을 통해 환자와 가족 모두 전보다 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도 측정값은 실제 높았다. 그러나 집단 교육 대상자들의 경우는 다른 대상자들의 사례를 통해 자신의 경우와 비취볼 수 있고, 또 다른 정보를 얻었다는 더 긍정적인 프로그램 평가가 있었다.

프로그램 교육자로서 개별 교육은 집단 교육보다 대상자의 이해 정도를 더 쉽게 파악될 수 있었다는 점과 짧은 시간에 필요한 정보를 전달하는 장점이 있었다. 그러나 다소 교육자 중심의 전달식 교육의 형태로 이루어지고, 대상자의 적극적인 참여를 유도하기 어려운 면이 있었다. 반면 집단 교육은 다른 대상자들과 함께 상호 지지적인 환경 저성이 가능하였고 프로그램의 운영 시 대상자들의 적극적인 질문과 참여가 가능하였다. 특히 뇌졸중 교육이 지식적 정보 뿐만 아니라 재활 요법 등의 시범 교육이라는 면에서 프로그램 운영이 수월하였다.

또한 집단 집단 크기로는 기초 프로그램에서는 6명, 8명으로 프로그램을 진행하였는데 프로그램 운영 중에도 대상자의 반응을 파악하면서 교육을 진행할 수 있고 대상자들 간의 상호지지적인 면에서 분산되지 않고 집중적인 효과를 기대할 수 있어 6-8명이 적합한 것으로 판단되었다.

박승희(1995)의 당뇨병환자를 대상으로 시행한 연구에서 대집단 그룹과 소집단 그룹으로 나누어 교육 프로그램을 적용한 결과 대집단 대상자보다 소집단 대상자에게서 지식이 더 증가하고 실제 인슐린 주사 등의 자기 관리 수행 능력이 향상되었음을 시사한 바 있다.

위의 Pilot test 평가 결과 본 연구의 프로그램의 크기는 6-8명의 운영방법으로 결정하였다.

나. 가족대상자 결정

Pilot study에 참석한 가족 대상자 중 배우자는 11명, 딸 2명, 며느리 1명, 아들 1명으로 구성되었다. 문헌 고찰을 통해 살펴 보았 듯이 가족지지는 환자의 치료와 재활에 매우 큰 영향을 미친다. 그러나 그 중에서도 배우자는 환자에게 가장 큰 가족 지지원이고 실제 뇌졸중 연구(Rakel, 1977)에서도 배우

자가 환자의 우울증에 가장 긍정적인 영향을 미친 것으로 보고하였다.

Pilot study 결과 배우자가 환자의 질병 전의 상태(건강 습관, 심리적, 성격 등)에 대해 가장 잘 알고 있으며, 또한 돌봄제공자로서도 가장 많은 비율을 차지하고 있었으므로 환자의 현재 질병 상태 관리와 심리적 적응, 추후 일상생활 관리 등에 가장 긍정적인 영향력 있는 가족원인 배우자로 구한하는 것으로 결정하였다.

다. 교육 시기

Pilot study에 참석한 환자는 질병 중증도 또는 입원 시기 구분없이 실시되었다. 그러나 프로그램 적용 과정에서 대상자들의 교육 요구도와 필요도가 질병 중증도와 입원 시기별로 다를 수 있었다.

질병 중증도가 있는 경증 대상자의 경우는 경증 대상자들 보다 기본 간호영역과 재활 치료요법 등의 방법론적 교육이 더 필요함을 알 수 있었고, 입원 시기별로도 입원 직후에는 질병과 관련된 환자의 변화와 치료, 검사 등에 대한 교육이 필요한 반면 퇴원을 앞두고 있는 대상자들은 일상생활에 대한 지침과 재활 운동법 등에 대한 자세한 교육이 필요함을 알 수 있었다.

선행연구에서도 김소선(1992)은 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구에서 환자의 중증도에 따라 가족 교육이 다르게 이루어져야 함을 제시한 바 있고, 유성희(2002)의 연구에서도 뇌졸중 가족에게 입원시와 퇴원시의 교육요구도의 차이를 밝히고 대상자의 특성에 따른 교육요구를 충족시킬 수 있는 교육 방법 및 교육 자료의 개발을 제시한 바 있다.

따라서 pilot study 결과 본 연구에서는 뇌졸중 교육프로그램 운영 방법으로 첫째 집단 교육 프로그램으로 하되 둘째 그룹의 크기는 그룹당 환자와 배우자 3쌍씩 6명으로 하고 셋째 프로그램의 운영시 질병 중증도와 환자의 입

원시기별로 구분하여 운영하는 것으로 결정하였다. 또한 본 연구의 교육프로그램의 내용으로는 기본 교육프로그램 내용에 대상자의 요구도 조사를 통한 맞춤형 교육 내용을 포함하는 것을 필수 과정으로 결정하였다 .

C.3단계 : 프로그램 운영 방법 및 과정 결정

가. 교육 대상 및 크기

집단 프로그램의 형태로 한 그룹 당 3쌍으로 6명으로 구성하였다. 따라서 한 프로그램에 참석한 대상자는 6명씩으로 2개 중증도별은 총 6그룹을 운영하였다.

나. 대상자의 중증도별 프로그램을 운영.

중증도별 그룹은 경증과 경증중의 두그룹으로 구분하였다. 뇌졸중 환자의 장애 정도의 구분은 임상에서 구분하는 기준이며 선행연구에서도 신뢰도가 높은 것으로 알려지고 있는 NIHSS(NIH stroke Scale)(Brott등, 1989)의 도구를 사용하여 입원 3일째 연구자가 직접 측정하였다. 이 도구에서는 환자의 신경계 사정으로 의식 수준, 응시능력, 시야, 안면마비, 팔과 다리의 운동, 감각 및 언어능력 등에 대한 15문항으로 이루어졌으며, 점수가 높을 수록 장애가 심각함을 의미한다.

본 연구에서 중증도 구별 기준은 NIHSS 도구 측정을 통해 경증 대상은 3점 미만, 경증중은 3점 이상에서 5점 미만으로 구분하여 선정하였다.

다. 입원 시기 별 운영

연구가 진행된 병원의 지난 3개월간의 경증과 경증증에 해당하는 환자의 평균 재원기간과 입원시기별 평균 검사 진행과 경과 정도의 사전 조사와 수년간의 임상 간호사로의 경험을 교육 프로그램 운영 시기결정에 참고하였다.

뇌졸중 환자가 입원 후 3일에서 5일은 급성기 기간으로 환자의 질병 경과를 집중 관찰하는 치료가 이루어지므로 집단 교육프로그램 참여가 가능한 입원 후 5일째부터 프로그램의 진행을 결정하였다. 중증도가 비교적 적은 경증의 환자의 경우 평균 재원기간이 9일 정도이며, 경증증 환자의 경우는 평균 12일 정도로 퇴원 전에 이루어지는 교육은 경증 7일, 경증증은 9일로 결정하였다. 두 그룹의 환자들이 받게 되는 검사와 치료를 시기별 사전 조사시 경증은 5일에서 7일 사이에, 경증증도 비슷한 시기에 이루어 짐을 알 수 있었다. 경증증 환자군은 재활치료에 대한 평가가 7일 전, 후에 이루어지고 필요시 집중 재활 치료가 이루어지므로 경증과는 다르게 입원 후 7일에 경증증 환자들에게 필요한 재활요법과 환자 간호에 대한 부분의 교육이 필요하리하고 판단하여 경증 대상자는 입원 5일과 7일째에 시행하였고, 경증증은 입원 5일과 7일, 9일에 시행하는 것으로 결정하였다.

라. 대상자들의 교육요구도의 반복적사정에 의한 맞춤형 프로그램 운영

Pilot test에서 시행된 프로그램을 기본 프로그램으로 하여, 대상자의 그룹별 만남을 통해 프로그램 진행 전과 후에 요구도를 사정하여 프로그램 내용에 포함하였다.

같은 중증도의 그룹이라고 하더라도 대상자의 개인적 상황(과거 질병, 생활습관, 가족관계, 직장, 심리적 상태 등)의 차이가 있으므로 교육 요구도를 교육 전과 후에 재 사정하여 프로그램을 운영하는 것으로 하였다.

본 프로그램의 개발의 요구도 조사 적용 과정은 다음과 같다<그림 3>.

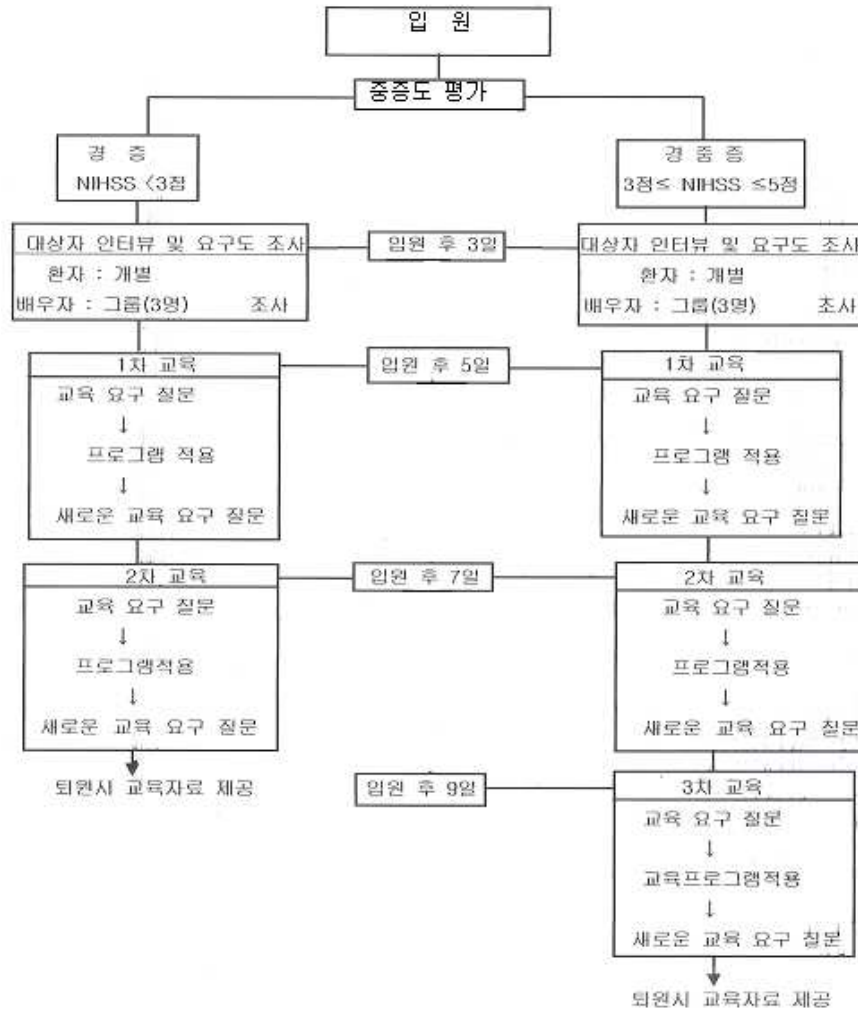


그림 3. 부부 그룹별 프로그램 운영 과정

D. 4단계 : 뇌졸중 부부 그룹 교육 프로그램 개발

뇌졸중 환자의 자기관리능력과 가족의 돌봄 능숙도 증진을 위해 뇌졸중 교육 프로그램 개발에 앞서 Pilot test를 통해 결정한 운영방법에 따라 프로그램을 시행하였다.

가. 경증 뇌졸중 부부 그룹 교육 프로그램

1) 대상자 선정

연구 대상자는 서울시 Y 대학 종합병원에서 2006년 4월 3일부터 5월 24일 까지 입원한 뇌졸중 진단을 받고 입원 치료 받고 있는 NIHSS점수가 3점보다 적은 환자와 그들의 배우자로 의사소통이 가능하고 격리 치료를 하지 않는 이동이 가능한 환자 9명과 그들의 배우자 9명을 편의 추출하였다.

2) 프로그램 개발 절차

(1) 입원 후 3일: 대상자 선정 및 인터뷰

대상자 선정 기준에 따라 환자와 보호자에게 방문하여 본 연구의 취지를 설명하여 이에 동의한 자에게 설문 조사를 실시하였다. 단 연구 진행 중에도 대상자가 중단하기 원할 경우 언제든지 중단 가능하며, 개인 신상에 대한 정보는 철저히 보호함을 설명 후 실시하였다.

환자의 경우는 연구자가 일대일 면담을 통해 교육 요구도를 조사하였고, 가족의 경우는 그룹별 meeting을 통해 1차 교육 전에 미리 이루어질 내용을 설명 후

추가로 이루어졌으면 하는 요구를 조사하였다.

환자를 대상으로 하는 면담에는 다음의 세가지 종류의 질문을 이용하였다.

- a) “첫 프로그램 시간에는 뇌졸중 질환에 대한 정의부터 원인, 증상, 검사 및 치료 등의 내용과 환자의 간호영역 및 자기 관리에 대한 내용이 이루어질 예정입니다. 그 외 환자분 질병이나 치료 과정에서 궁금하신 점은 무엇입니까?”
- b) “입원 생활에서 환자 분이 가족에게 도움을 받았으면 하시는 부분은 무엇입니까?”
- c) “기타 궁금하신 점이 있으십니까?”

배우자들에게는 다음의 세가지 질문을 사용하였다.

- a) “첫 프로그램 시간에는 뇌졸중 질환에 대한 정의부터 원인, 증상, 검사 및 치료 등의 내용과 환자의 간호영역 및 자기 관리에 대한 내용이 이루어질 예정입니다. 그 외 가족 분들이 환자의 질병이나 치료과정이나 계획 등에 대해 궁금하신 점은 무엇입니까?”
- b) “환자분에게 도움을 주고 싶은데 염려가 되시는 것이 있으십니까?”
- c) “기타 궁금하신 점이 있으십니까?”

위의 인터뷰를 통해 경증 그룹 대상자들이 질문한 내용을 중심으로 요구도를 정리한 결과는 다음과 같다<표5>.

표 5. 경증 대상자들의 인터뷰 질문 내용

주요 요구 영역	내 용
1. 뇌졸중 초기 지식	1) 처음 증상이 나타났을 때(두통, 복시 증상, 사지 저린감등) 예상롭게 생각함 2) 청심환이나 진통제 등을 먹는 등 응급처치를 제대로 못함 3) 사실 뇌졸중 증상을 잘 모름 4) 빨리 와야 치료나 예후에 영향을 미치는 것인지 잘 몰랐음
2. 검사 관련 지식	1) 검사 종류 2) 검사 방법 3) 검사 중 위험성 4) 검사는 누가 하는 것인지. 5) 가격
3. 치료 관련 지식	1) 환자의 질병과 검사, 치료 과정은 어떻게 이루어지는지
4. 설명의 요구	1)구체적인 의료진의 설명이 없는 경우는 당황하는 일이 많다-모든 것에 대해 설명을 요하심.
5. 돌봄에 관한 지식	1) 환자의 상태에 따른 가족의 간호방법 2) 환자의 심리적 변화의 대처
6. 예후에 대한 지식	1)환자의 회복 정도 2)재활 치료로 효과 정도

(3) 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램

뇌졸중으로 입원한 환자의 NIHSS점수가 3점 미만인 환자와 그들의 배우자를 대상으로 입원 후 5일에 1차 경증 부부그룹 교육프로그램을 시행하였다. 한 그룹에 3쌍씩 3그룹이 운영되었으며, 구체적인 프로그램 운영 내용은 다음과 같다<표 6>.

표 6. 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램

구성	목 표 와 내 용	기대 효과
소개	①교육자 소개(2분) 및 Ice breaking ②대상자 소개(12분) - 1쌍씩 환자 먼저 소개 후 배우자 소개의 시간을 가짐 - 소개 내용 : 이름, 거주지, 현재 직업 또는 과거의 직업, 입원 과정 등 프로그램의 목적과 진행 방법소개 ③교육 프로그램으로 기대되는 결과와 참여자의 적극적인 역할을 설명. ④그동안 추가로 생긴 궁금증에 대해 질문함(2분) - 검사, 재활, 추후 회복에 대한 질문	-마음 열기 -대상자들간의 관계형성 -대상자들의 뇌졸중 교육 프로그램의 필요성을 이해
교육과 상담	①목적 - 뇌졸중의 질병 및 대처 이해 ②내용(25분) -뇌졸중 정의, 종류, 원인, 신체적 증상과 심리적 변화, 위험인자, 검사 및 치료, 약의 작용, 부작용	지식 증진
	①목적 -간호 영역 이해, 자기 관리, 돌봄 능숙도 향상 (신체적, 심리적 돌봄 제공) ②내용(20분) -환자의 안전유지, 사고예방법, 배설 관리법, 재활 치료, 적절한 체위, 환자복 갈아 입는 법	지식 및 자신감 증진
친교 (스킨십)	①대상자 전원을 일어서게 한 후 오른쪽을 보게 한다 ②앞에 있는 사람의 어깨를 뒤에 서 있는 사람이 1분간 마사지를 한다 ③이때 앞사람의 주문에 의해 마사지 부위를 선택 할 수 있게 한다 ④1분이 지나면 역할을 바꾸어서 같은 방식으로 1분간 마사지를 하게 한다.	서로 친해지기
질문 및 2차 교육 계획	①대상자의 질문에 대한 대답과 다음 교육시간에 이루어질 내용 소개(5분)-대상자의 개인 검사 결과에 대한 질문이 많아 프로그램 종료 후 개인 상담 및 정보 제공 이루어짐	동기 부여

1차 경증 부부 그룹 교육프로그램 운영의 순조로운 출발을 위해 ice breaking 기법으로 교육자의 자기소개시 친근감 있는 소개로 대상자들의 마음을 열 수 있도록 하였다. 또한 상호지지적인 치료적 환경 조성을 위해 대상자 한사람씩 모두 자기소개의 시간을 충분히 가졌으며, 교육 중간에도 대상자들의 적극적인 발언을 유도하고, 서로 격려할 수 있는 분위기를 유도하였다. 뇌졸중 환자 분들이 장시간

있어있는 어려움을 고려하여 교육 프로그램 안에 대상자들 간 서로 마사지 할 수 있는 시간을 넣었다.

1차 경증 부부 그룹 교육프로그램을 진행한 결과 대상자들에게서 추가로 요구되어진 교육 내용은 본인 검사 스케줄에 대한 궁금증과 이에 따른 혈관조영술, 경식도 초음파, 뇌혈류 검사가 있었다. 재활치료와 관련하여서는 재활 치료를 통해 회복 정도, 치료 시기에 대하여, 환자의 심리적 적응과 관련하여 환자의 뇌졸중 이후 감정 변화에 대한 회복 정도에 대한 질문이 있었다. 프로그램 종료 후 개인적인 추가 질문에 대해서는 개인 상담을 통해 정보제공과 정서적 지지가 이루어졌는데, 이는 본 교육 프로그램이 대상자 요구 중심 교육이므로 지식적 요구 뿐 만 아니라 정서적 지지에 대한 요구는 프로그램 시간 외에 추가 상담시간을 통해 이루어졌다.

1차 경증 부부 그룹 교육프로그램에서는 뇌졸중 질환에 대한 이해를 위해 뇌졸중의 정의, 종류, 원인, 증상(신체적, 심리적), 위험인자, 검사 및 치료, 약의 작용과 부작용, 환자 간호 제공, 자기관리, 환자의 안전유지 및 사고 예방법, 배설 관리 및 재활치료의 방향에 대한 내용으로 구성하였다. 이 시기에 대상자들은 검사 뿐 만 아니라 예후에 대한 관심이 많으며, 뇌졸중 환자의 감정적 변화에 대해 배우자들의 대처와 회복 정도에 대해 교육적 요구가 있었다. 이에 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램에서는 갑작스런 질환 발병으로 질병에 대한 지식 제공 뿐 만 아니라 대상자들의 심리적 지지와 이를 위해 실제 비슷한 환자의 회복의 예를 소개하고 환자와 배우자 모두에게 질병 대처에 긍정적 반응을 기대할 수 있겠다.

(4) 2차 경증 부부 그룹 교육프로그램

2차 프로그램은 1차 프로그램을 종료하면서 대상자들에게 추가 교육 요구도를 조사한 뇌졸중 환자의 감정변화와 극복을 위한 대처, 재활 치료의 시기 등을 추가하여 프로그램을 구성하였다<표 7>.

표 7. 경증 2차 부부그룹 교육 프로그램

구 성	목 표 및 내 용	기대 효과
인사	① 교육자가 먼저 인사 후에 서로의 상태와 그동안 이루어진 경과에 대해 이야기하기(15분) -대상자들의 그동안 시행한 검사와 검사 중에 어떤 점이 힘들었으며, 본인 검사 결과와 후에 진행될 검사나 치료에 대해 서로 돌아가며 이야기함 (먼저 경험한 환자를 통해서 검사 계획 중이던 대상자들은 유용한 정보를 제공받을 수 있는 시간이 됨)	-open mind -대상자의 경험을 통해 본인에게 적용
질문	궁금한 점에 대해 질문(2분) -대체요법, 한약등 약물복용, 술 · 담배가 가능한 정도	대상자들의 궁금증 해결
교육과 상담	①목적 -건강생활 양식이해, 자기관리 의지 및 능력 증진 ②내용 -뇌졸중 환자의 감정변화와 대처 -건강증진 생활양식(약물요법, 식이요법, 운동요법, 금연, 금주, 스트레스 관리)(15분) -대체요법(침술, 마사지, 다른 민간 요법 등의 허용 범위)(5분) -지속적인 병원방문, 응급대처방법(5분) -재활치료의 필요와 시기 -간단한 재활 운동훈련(입, 팔, 발)(10분)	지식 및 태도 증진 건강신념 강화
발표 및 교제	① 교육자의 본 프로그램 진행 소감 발표 ② 대상자의 프로그램 소감 및 교육 후 자기관리 의지 및 돌봄에 대한 자신감 등 감정을 표현함. ③ 서로 칭찬하는 시간 -프로그램 참여 동안 수고했다고 15초씩 양 옆의 사람에게 칭찬하고, 특별히 칭찬하고 싶은 사람을 세워주는 시간을 가짐.(10분)	프로그램의 평가 및 대상자들의 적극적인 의지 표출
질문 및 인사	① 퇴원시 추가 교육 요구 사항 조사(5분) :직장생활(노동직/컴퓨터/사무직등 다양함), 성생활 ② 개인적인 질문과 추후 상담을 원하시는 분들과 상담과 정서적 지지 간호 시행함(15분)	추가 요구도 해결

2차 경증 부부 그룹 교육프로그램은 1차 때보다 친밀감이 형성되어진 분위기에서 대상자들의 적극적인 참여가 있었다. 대상자 중에는 알고 싶은 내용을 적어

와서 프로그램 전에 질문하기도하고, 프로그램 진행 중에도 주어진 질문 기회를 통해 편안한 가운데 질문하고 다른 대상자는 본인의 경우를 이야기 하며 다른 대상자의 질문에 반응을 보이기도 하였다. 프로그램 운영시 대상자들이 발언할 수 있는 기회를 통해 대상자들의 요구도 사정과 해결을 보다 활발하게 할 수 있었다. 2차 프로그램은 퇴원을 준비하는 시점에서의 교육이므로 환자의 자기관리 능력과 추후 건강관리에 대한 구체적인 교육 내용이 이루어졌다. 2차 경증 부부 그룹 교육프로그램을 통해 질문되어진 내용은 대체요법, 한약 등 약물 복용, 술, 담배가 가능한 정도 와 직장생활의 가능한 정도, 성생활에 대한 질문이었다.

프로그램 내용 구성은 뇌졸중 환자의 감정변화와 대처, 건강 생활 양식을 위한 약물요법, 식이요법, 운동요법, 금연, 금주, 스트레스 관리, 대체요법에 대한 허용범위, 응급대처방법과 재활 운동요법 등으로 구성되었다. 뇌졸중 환자 중 비교적 경미한 증상을 가지고 있는 그룹으로 환자와 배우자는 질병관리와 추후 일상생활에 대한 중요한 지침을 교육하는 것은 중요하였다. 또한 환자가 전엔 그렇지 않았는데 자주 화를 내거나 우는 증상 등에 대한 이해를 통해 긍정적인 정서적 지지의 필요성에 대한 교육, 젊은 층에서 성생활에 대한 질문과 직장 생활에 대한 가능한 범위 등에 대한 질문은 퇴원 전에 개별적인 교육을 통해 이루어졌다. 나이가 든 일부 대상자에게서는 침이나 한약 등에 대한 한방 치료의 효과에 대해 질문이 있었다. 이는 준비된 자료에 따라 교육이 이루어졌다. 따라서 경증 환자의 퇴원 전에는 연령에 따라 성생활이나 직장생활로의 복귀와 활동에 대한 내용을 포함해야 함을 알 수 있다.

나. 경증중 뇌졸중 부부 그룹 교육프로그램

1)대상자 선정

연구 대상자는 서울시 Y 대학 종합병원에서 2006년 4월 3일부터 5월 24일 까지 뇌졸중 진단을 받고 입원 치료 받고 있는 NIHSS점수가 3점 이상 5점 이하인

환자와 그들의 배우자로 의사소통이 가능하고 격리 치료를 하지 않는 이동이 가능한 환자 9명과 그들의 배우자 9명을 편의 추출하였다.

2) 프로그램 개발 절차

(1) 입원 후 3일 : 대상자 선정 및 인터뷰

대상자 선정 기준에 따라 환자와 보호자에게 방문하여 본 연구의 취지를 설명하여 이에 동의한 자에게 설문 조사를 실시하였다. 단 연구 진행 중에도 대상자가 중단하기 원할 경우 언제든지 중단 가능하며, 개인 신상에 대한 정보는 철저히 보호함을 설명 후 실시하였다.

환자의 경우는 연구자가 일대일 면담을 통해 교육 요구도를 조사하였고, 가족의 경우는 그룹별 meeting을 통해 1차 교육 전에 미리 이루어질 내용을 설명 후 추가로 이루어졌으면 하는 요구를 조사하였다.

대상자 선정 기준에 의해 입원 3일째 대상자와 본 연구의 설명과 동의 후 인터뷰를 시행한 과정은 경증 그룹과 동일하게 이루어졌다.

경증증 대상자와 인터뷰를 통해 대상자들에게서 질문되어진 내용은 다음과 같다 <표 8>.

표 8. 경중증 대상자들의 인터뷰를 통해 질문된 내용

주요 요구 영역	내 용
1. 기본 간호 관련 지식	1) 대·소변 간호 2) 환자 옮기는 방법
2. 검사 관련 지식	1) 검사 종류 2) 검사 가격 3) 검사 목적, 방법 4) 검사시 가족 동행 여부.
3. 질병 관련 지식	1) 뇌종양, 뇌출혈과의 차이
4. 돌봄에 관한 지식	1) 환자의 증상변화(말어둔함)와 관련한 가족 대처 2) 환자의 심리적 변화의 대처
5. 치료 관련 지식	1) 환자에게 이루어지는 치료 과정
6. 예후에 대한 지식	1) 환자의 회복 정도 2) 재활 치료로 회복 정도 3) 비슷한 환자의 경우 회복 정도

(2) 1차 경중증 부부 그룹 교육프로그램

뇌졸중으로 입원한 환자의 NIHSS점수가 3점 이상 5점 이하인 환자와 그들의 배우자를 대상으로 입원 후 5일에 1차 경중증 부부 그룹 교육프로그램을 시행하였다. 한 그룹에 3쌍씩 3그룹이 운영되었으며, 구체적인 프로그램 운영 내용은 다음과 같다<표 9>.

표 9. 경증증 1차 부부그룹 교육프로그램

구 성	목 표 와 내 용	기 대 효 과
소개 및 요구도조사	①교육자 소개(2분) 및 Ice breaking ②대상자 소개(12분) - 1쌍씩 환자 먼저 소개 후 배우자 소개의 시간을 가짐 - 소개 내용 : 이름, 거주지, 현재 직업 또는 과거의 직업, 입원 과정 등 프로그램의 목적과 진행 방법소개 - 한사람씩 소개가 끝나면 “반갑습니다.”인사하기 ③교육 프로그램으로 기대되는 결과와 참여자의 적극적인 역할을 설명. ④그동안 추가로 생긴 궁금증에 대해 질문함(2분) - 대소변 장애, 연하장애, 말어눌함 장애의 회복정도	-대상자들의 마음 열기 -대상자들간의 관계형성 -대상자들의 뇌졸중 교육 프로그램의 필요성을 이해
교육과 상담	①목적 - 뇌졸중의 질병 및 대처 이해 ②내용(15분) -뇌졸중 정의, 종류, 원인, 신체적 증상과 심리적 변화, 위험인자, 검사 및 치료, 약의 작용, 부작용	지식 증진
	①목적 -간호 영역 이해, 자기 관리, 돌봄 능숙도 향상 (신체적, 심리적 돌봄 제공) ②내용(15분) -환자의 안전유지, 사고예방법, 배설 관리법, 재활 치료, 적절한 체위, 환자복 갈아 입는 법, 환자 옮기는 법, 연하곤란 환자를 위한 음식섭취 방법 및 폐렴 방지 간호 -대상자들이 한 쌍씩 시범 후에 “잘하셨습니다” 칭찬하기	지식 및 자신감 증진
친교 (스킨쉽)	①대상자 전원을 일어서게 한 후 오른쪽을 보게 한다 ②앞에 있는 사람의 어깨를 뒤에 서 있는 사람이 1분간 마사지를 한다 ③이때 앞사람의 주문에 의해 마사지 부위를 선택 할 수 있게 한다 ④1분이 지나면 역할을 바꾸어서 같은 방식으로 1분간 마사지를 하게 한다.(3분)	서로 친해지기
질문 및 2차 교육 계획	①대상자의 질문에 대한 대답과 다음 교육시간에 이루어질 내용 소개(5분)-보조기 구입 방법, 식사 가능 시기, 한방치료 ②프로그램 종료 후 부부 개별 상담	동기 부여

1차 경증증 부부 그룹 교육프로그램의 시작 부분에도 Ice breaking을 통해 대상자들의 마음을 열기 위해 친근감 있는 교육자의 자기 소개를 통해 프로그램을 시작하였다. 경증증 대상자들은 경증군에 비해 언어장애가 있어서 자기 소개가 더 길게 진행되었고, 서로 많이 격려해주는 칭찬 요법을 적용하였다. 또한 경증증 환자의 신체적 상태와 질병상태를 고려하여 1차 프로그램 시간을 1시간 미만으로 진행하는 것이 효과적이라고 판단되어진다.

비교적 중증도가 있는 대상자 그룹은 경증 대상자 보다 배설 문제, 언어장애, 연하곤란 등에 대한 질문이 많았다. 어떤 치료를 통해 회복될 수 있는지와 재활치료에는 어떤 치료 등이 이루어지는지 알고 싶어 하였다. 이 그룹의 환자들에게 주로 나타난 연하곤란과 언어장애를 고려하여 프로그램의 첫 시간에 구체적인 연하곤란과 언어장애의 이유와 스스로 할 수 있는 재활 운동요법에 대해 교육하는 것이 필요하고, 경증 환자에 비해 힘든 연하곤란 테스트와 배설 문제, 언어 표현이 떨어짐에 따라 더 심하게 나타나는 우울증과 심리적 불안감을 고려하여 뇌졸중에 따른 신체적, 심리적 변화에 대한 구체적 대처 방법에 대한 교육 내용을 구성 할 필요가 있다.

(2) 경증증2차부부그룹 교육프로그램

경증증 2차 교육은 입원 후 7일에 실시하였고, 1차 프로그램을 종료하면서 대상자들에게 추가 교육 요구도를 조사한 한방치료, 연하곤란 장애 검사, 보조기 구입법 등을 추가하여 프로그램을 구성하였다<표 10>.

표 10. 2차 경증증 부부 그룹 교육프로그램

구 성	목 표 와 내 용	기 대 효 과
소개 및 요구도조사	①교육자가 먼저 인사 후에 서로의 상태와 그동안 이루어진 경과에 대해 이야기하기(15분) -대상자들의 그동안 시행한 검사와 검사 중에 어떤 점이 힘 들었으며, 본인 검사 결과와 후에 진행될 검사나 치료에 대해 서로 돌아가며 이야기함 (먼저 경험한 환자를 통해서 검사 계획 중이던 대상자들은 유 용한 정보를 제공받을 수 있는 시간이 됨)	-대상자들의 마인드 Opening
교육과 시범	①목적 - 재활간호영역, 자기관리, 돌봄 제공법 이해 ②내용(20분) -자가간호 교육(음식물, 면도, 구강위생, 머리빗기) -스스로 자기관리법(일상생활 영역, 옷입고, 벗는 방법, 수면요법) -운동 훈련(입운동, 혀자극법, 관절 운동, 기동성 유지 운동)	지식및 자신감 증진
친교 (박수 치기)	①손바닥 박수 ②주먹 박수 ③손목 박수 ④손가락 끝박수 ⑤손등박수 ①~⑤까지 20회씩 순서대로 시행한다.(5분)	집중높이기
감정 표현 하기	①목적 -심리자극, 인지능력향상 ②내용(15분) -한사람씩 돌아가면서 자신의 감정을 표현, 다른 사람의 이야 기를 듣고 이해하기, 다른 사람에게 용기를 심어주고 칭찬기	심리적 지지
질문 및 3차 교육 계획	①대상자의 질문에 대한 대답과 다음 교육시간에 이루어질 내용 소개(5분) ②프로그램 종료 후 부부 개별 상담	동기 부여

경증증 2차 프로그램은 주로 시범교육으로 이루어졌으며 주로 질문되어진 내
용도 재활 치료에 대한 방법과 치료의 기대 효과이다.

자가간호 영역과 연하곤란 환자를 위한 입 운동, 혀 자극법, 관절 운동과 기동

성 유지를 위한 운동법, 일상 활동의 자기관리를 위한 일반 티와 바지를 이용한 옷 입고 벗는 방법 등이 시범교육과 실제 대상자들이 스스로 해보는 방법으로 진행되었다. 시범 방법은 교육자가 먼저 시범을 보인 후 부부 한 쌍씩 돌아가면서 시행하게 하고 재 교육이 필요한 대상자에게는 교육자가 가족이 되어서 환자와 직접 시행하였다.

인지 능력 향상을 위한 자신의 감정을 표현하고 다른 사람의 이야기를 듣고 이해하는 시간 등의 내용으로 구성하였다. 이때 주 내용은 프로그램을 통해 교육된 내용에 대한 환자와 배우자의 느낌이나 각오, 의지 등에 대한 나눔이었고, 개인적인 고민 내용은 교육자 뿐 만 아니라 그룹 대상자들도 함께 고민을 나누고 격려하였다.

(3) 경증증3차 부부 그룹 교육 프로그램

경증증 3차 교육은 입원 후 9일에 시행하였고, 퇴원을 준비하면서 건강생활 양식에 대한 내용으로 이를 통해 환자의 자기관리 의지와 돌봄제공자들의 올바른 지식을 통한 환자에게 효과적인 영향을 주고자 프로그램을 구성하였다<표 11>.

표11. 경증증 3차 부부 그룹 교육프로그램

구 성	목 표 및 내 용	기 대 효 과
인사	①교육자가 먼저 인사 후에 서로의 상태와 그동안 이루어진 경과에 대해 이야기하기(15분)	-마음 열기
질문	궁금한 점에 대해 질문(2분) -대체요법, 한방치료 효과, 좋은 음식과 나쁜 음식	대상자들의 궁금증 해결
교육과 상담	①목적 -건강생활 양식이해, 자기관리 의지 및 능력 증진 ②내용 -뇌졸중 환자의 감정변화와 대처 -건강증진 생활양식(약물요법, 식이요법, 운동요법, 금연, 금주, 스트레스 관리)(15분) -대체요법(침술, 마사지, 다른 민간 요법 등의 허용 범위)(5분) -지속적인 병원방문, 응급대처방법(5분) -재활치료의 필요와 시기 -간단한 재활 운동훈련(입, 팔, 발)(10분)	지식 및 태도 증진 건강신념 강화
발표 및 교제	①교육자의 본 프로그램 진행 소감 발표 ②대상자의 프로그램 소감 및 교육 후 자기관리 의지 및 돌봄에 대한 자신감 등 감정을 표현함. ③서로 칭찬하는 시간 -프로그램 참여 동안 수고했다고 15초씩 양 옆의 사람에게 칭찬하고, 특별히 칭찬하고 싶은 사람을 세워주는 시간을 가짐.(10분)	프로그램의 평가 및 대상자들의 적극적인 의지 표출
질문 및 인사	①퇴원시 추가 교육 요구 사항 조사 ②개인적인 질문과 추후 상담을 원하시는 분들과 상담과 정서적 지지 간호 시행함(15분)	추가 요구도 해결

경증증 대상자의 3차 프로그램 진행 과정에서 주로 질문되어진 내용은 한방 치료와 대체요법의 허용범위에 대한 내용이었다. 한방 치료 및 대체 요법에 대한 치료적 의지나 기대로 대상자의 교육 요구도가 높는데 반하여 현재 밝혀진 객관적인 과학적 근거의 부재로 교육자로서 프로그램을 진행하면서 가장 어려웠던 부분 중의 하나였다. 본 프로그램에서는 대상자의 약물치료와 질병 경과에 따라 무분별한 한방 치료 및 대체 요법에 대한 경각심을 주는 내용과 허용 가능한 물리

치료와 유용한 식이 요법에 대한 내용으로 대상자들의 교육 요구도를 해결하였다. 이에 한방 치료와 대체요법에 대한 더 많은 연구를 통해 근거 중심의 중재가 제시되어야 할 필요가 있다.

3차 프로그램 내용 구성은 건강증진 생활 양식을 위한 약물요법, 식이요법, 운동요법, 금연, 금주, 스트레스 관리, 대체요법에 대한 허용범위와 지속적인 병원 방문, 응급대처 등으로 이루어졌다. 3차 프로그램의 내용은 퇴원 전에 시행되었던 경증 대상자의 2차 프로그램 내용과 거의 유사하며, 운동 요법의 복습 내용만 추가되었다.

IV. 연구 결과

1. 프로그램 운영 방법

가. 소집단 교육 프로그램 운영

본 연구가 뇌졸중 부부그룹을 대상으로 상호 지지적 교육 환경과 대상자들의 요구에 기초한 프로그램 개발로 뇌졸중 교육의 효율적 운영을 위해 소그룹 집단의 장점을 살려 시행하였다.

프로그램 운영 결과 교육자는 대상자들의 이해 정도를 프로그램 진행 중에 파악하면서 대상자들의 즉각적인 요구 등에도 적절한 피드백을 줄 수 있고 개별 그룹에서는 볼 수 없는 대상자들 간의 상호지지적인 장점이 있었다. 또한 뇌졸중 교육의 특성상 시범교육과 정서적 지지가 함께 이루어지는 교육적 특성상 대집단 보다는 6명으로 이루어진 소집단의 교육프로그램 운영이 효과적이었다고 판단되어진다.

나. 중증도별 프로그램 운영

뇌졸중 중증도에 따라 경증, 경중증으로 나누어 그룹을 모집하여 교육프로그램을 적용한 점은 대상자에게 필요한 내용만을 중심으로 프로그램을 구성할 수 있었고, 대상자들의 비슷한 중증도로 공감대 형성이 쉬웠고, 교육자가 프로그램 진행에도 수월하였다.

다. 입원시기별 교육 프로그램 운영

입원 시기별, 즉 환자의 질병 경과에 따라 교육 요구도의 차이가 있는 점을 고려하여 시행된 입원 시기별 프로그램 운영은 계속된 대상자들의 교육 요구도 사정 결과와 비슷하게 이루어져서 대상자들의 필요를 더 효과적으로 해결하는 접근 방법이 되었다. 그러나 입원 직후 대상자들은 가장 큰 궁증을 가지고 있는 점을 고려하여 본 프로그램에서 시행된 시기보다 빠른 시기에 프로그램 운영이 필요하리라고 판단되어진다.

라. 대상자 요구도에 근거한 맞춤형 교육 프로그램 운영

본 연구의 가장 효과적인 운영 전략으로 미리 계획된 일관된 교육 프로그램이 진행되어진 것이 아니라 같은 중증도의 대상자인 경우에도 그룹의 특성과 사정된 교육 요구도를 바탕으로 교육 내용을 구성하였다.

대상자들의 프로그램 적용 후 면담을 통해 본 프로그램의 맞춤형 방식이 자신들의 궁금점을 언제든지 물어 볼 수 있고 그 해결을 교육 프로그램을 통해 얻을 수 있다는 점에 큰 만족을 하고 있음을 알 수 있었다. 본 프로그램 운영의 가장 큰 의의는 수요자 중심의 교육을 시도하여 계속된 그들의 교육 요구를 사정하고 프로그램 내용에 반영한 점이라고 판단 되어진다.

2. 최종 프로그램 개발

뇌졸중 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도를 증진시킬 목적으로 개발된 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램은 중증도에 따라 경증그룹과 경중증 그룹으로 나누어 각각 3그룹에게 입원 시기별 운영하면서 프로그램 내용을 구성

하여 최종 프로그램을 작성하였다.

뇌졸중 부부그룹 교육프로그램 내용은 질병에 대한 정보영역과 치료과정, 환자의 신체적, 심리적 변화, 환자 간호영역, 재활운동훈련, 환자건강 관리 영역으로 구성되었다.

본 연구가 뇌졸중 부부 그룹으로 구성된 교육프로그램 개발로 소집단 지지 그룹의 특성을 최대한 살려서 매 프로그램 진행시 모인 그룹원의 신뢰형성을 위해 연구자의 인사와 ice breaking, 대상자들의 소개 후, 연구의 취지 및 절차, 간단한 도입 전 질문을 하여 대상자들이 마음을 열고 이야기할 수 있는 시간을 가졌다. 또한 상호지지 작용을 위해 교육 중에도 대상자들이 현재 느낌과 경험과 생각 등을 표현하고 이러한 표현에 적절한 용기를 주고 대상자 서로 수용과 이해를 표현하는 정서적 지지, 필요한 경우 전문적 지식 정보의 제공과 문제 해결적 대안을 제시하는 운영을 하였다. 프로그램을 마무리하면서는 진행된 프로그램을 종합하고 다시 자신의 의견이나 궁금증을 표현할 수 있는 기회를 제공하고 다음 프로그램이 있는 경우는 다시 만날 약속과 인사를 하고 마지막 시간에는 서로의 빠른 회복을 격려하며 마무리 하였다.

경증과 경중증 그룹의 프로그램 내용을 비교하면 경증 대상자 그룹은 간호 영역의 부분이 비교적 간단히 구성 되었으며, 입원 기간 중에는 2회의 교육 시간으로 대부분의 교육적 요구부분은 내용 구성이 가능하였다. 반면 중증도가 있는 경중증 그룹에서는 환자 간호영역과 재활 운동요법 부분이 추가되어 프로그램 운영을 3회로 구성한 결과 대상자의 교육 요구를 대부분 포함하여 내용을 구성할 수 있었다.

가. 경증 부부 그룹 교육프로그램

1) 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램

경증 뇌졸중 부부그룹 교육 프로그램의 첫 시간에는 교육자와 모인 그룹원간

의 상호 지지적 분위기를 만드는 중요한 시간으로 자기 소개 시간을 통하여 서로 이해하는 것은 중요하다.

프로그램 운영시 주의 사항은 뇌졸중 환자가 장시간 고정 자세로 앉아있는 것이 힘들 수 있으므로 1시간 정도의 시간으로 프로그램 시간을 갖는 것이 효율적이다. 부부그룹 교육 프로그램은 정서적지지 중재 성격이 포함되므로 대상자의 적극적인 감정 표현과 문제 해결을 위해 서로 의견을 내고 격려하는 시간을 포함하여야 한다<표 12>.

표 12. 1차 경증 부부 그룹 교육프로그램

	구체적 목표	프로그램 내용	소요 시간
도입	인사 및 대상자 간의 관계 형성	교육자 소개와 대상자들 각자 소개하는 시간 Ice breaking을 위해 교육자의 친근감 있는 소개와 대상자의 소개 시간을 충분히 갖기	12분
본론 I	대상자는 뇌졸중 질환이 무엇이며 검사와 치료 등에 대한 이해	①뇌졸중이란 무엇인가 ②뇌졸중의 종류에는 어떤 것이 있는가 ③뇌졸중의 증상(신체적, 심리적 변화) ④뇌졸중의 원인 ⑤뇌졸중 위험 요인 ⑥뇌졸중 질환의 진단법 ⑦뇌졸중 치료법 ⑧약의 작용과 부작용	20분
친교	스킨십을 통해 친밀감 형성	①대상자 전원을 일어서게 한 후 오른쪽을 보게 한다 ②앞에 있는 사람의 어깨를 뒤에 서 있는 사람이 1분간 마사지를 한다 ③이때 앞사람의 주문에 의해 마사지 부위를 선택 할 수 있게 한다 ④1분이 지나면 역할을 바꾸어서 같은 방식으로 1분간 마사지를 하게 한다.	3분
본론 II	대상자는 환자의 간호 영역에 대해 이해하고 효과적인 자기 관리 및 간호제공 방법 이해	①환자의 초기 간호 -의식장애, 심리 문제, 대처 -구강 청결과 호흡기 감염예방 -올바른 자세유지 -안전관리 ②욕창 및 화상의 예방 관리 ③배변훈련 및 변비관리 ④배뇨훈련 및 방광감염 예방 ⑤일상생활 훈련	20분
마무리	추가 의문점 해결 및 정서적 지지	한사람씩 질문이나 자신의 감정 표현 추후 개별 상담	10분

2) 2차 경증 부부 그룹 교육프로그램

경증 2차 부부그룹 교육프로그램은 1차를 통해 이미 지지그룹의 성격을 가지고 있기 때문에 교육 뿐 만 아니라 서로 건강 증진 생활 태도에 대한 의지를 키우며, 서로 격려 할 수 있는 프로그램 내용으로 구성하였다<표 13>.

표 13. 2차 경증 부부 그룹 교육프로그램

	구체적 목표	프로그램 내용	소요 시간
도입	대상자는 서로 이해, 정보 나눔	①교육자가 먼저 인사 후에 서로의 상태와 그동안 이루어진 경과에 대해 이야기하기 -대상자들의 그동안 시행한 검사와 검사 중에 어떤 점이 힘들었으며, 본인 검사 결과와 후에 진행될 검사나 치료에 대해 서로 돌아가며 이야기하기	10분
본론 I	대상자는 추후 관리 내용을 이해하고 실천 의지를 키우기	①환자의 건강 증진 생활양식 -약물, 식이 요법, 운동요법 -금연, 금주, 스트레스 관리법 ②대체 요법에 대한 가능한 범위 ③직장생활로의 복귀 ④성생활 ⑤뇌졸중의 주요 증상과 응급 대처 법 ⑥재활 운동 훈련 -입 운동, 팔, 다리 운동, 관절운동 등	30분
본론 II	인지강화훈련 및 지지간호	①대상자의 프로그램 소감 및 교육 후 자기관리 의지 및 돌봄에 대한 자신감 등 감정을 표현함. ②서로 칭찬하는 시간 -프로그램 참여 동안 수고했다고 15초씩 양 옆의 사람에게 칭찬하고, 특별히 칭찬하고 싶은 사람을 세워주는 시간을 가짐.	10분
마무리	추가 의문점을 해결	질문과 추후 상담	10분

나. 경증증 부부 그룹 교육프로그램

1) 1차 경증증 부부 그룹 교육프로그램

경증증 환자는 경증환자에 비해 언어장애가 있는 경우가 많으므로 대상자의 의견 표현시 편안한 가운데 말 할 수 있도록 격려하는 분위기를 이끄는 것이 중요하다. 칭찬 요법을 사용하여 상호 지지적인 환경조성을 만들도록 한다<표 14>.

표 14. 1차 경증증 부부 그룹 교육프로그램

	구체적 목표	프로그램 내용	소요 시간
도입	인사 및 대상자 간의 관계 형성	①교육자 소개(2분) 및 Ice breaking ②대상자 소개(12분) -1쌍씩 환자 먼저 소개 후 배우자 소개 하기 -한사람씩 소개가 끝나면 “반갑습니다.”인사하기 ③교육 프로그램으로 기대되는 결과와 참여자의 적극적인 역할을 설명.	15분
본론 I	대상자는 뇌졸중 질환이 무엇이며 검사와 치료 등 이해	①뇌졸중이란 무엇인가 ②뇌졸중의 종류에는 어떤 것이 있는가 ③뇌졸중의 증상(신체적, 심리적 변화) ④뇌졸중의 원인 ⑤뇌졸중 위험 요인 ⑥뇌졸중 질환의 진단법 ⑦뇌졸중 치료법 ⑧약의 작용과 부작용	20분
친교	스킨십을 통해 친해지기	①대상자 전원을 일어서게 한 후 오른쪽을 보게 한다 ②앞에 있는 사람의 어깨를 뒤에 서 있는 사람이 1분간 마사지를 한다 ③이때 앞사람의 주문에 의해 마사지 부위를 선택 할 수 있게 한다 ④1분이 지나면 역할을 바꾸어서 같은 방식으로 1분간 마사지를 하게 한다.(3분)	5분
본론 II	대상자는 환자의 간호영역에 대해 이해하고 효과적인 자기 관리 및 간호제공 방법 이해	①환자의 초기 간호 -의식장애, 심리 문제, 대처 -구강 청결과 호흡기 감염예방 -올바른 자세유지 -안전관리 ②욕창 및 화상의 예방 관리 ③배변훈련 및 변비관리 ④배뇨훈련 및 방광감염 예방 ⑤환자복 갈아 입는 법	20분
마무리	추가 교육 요구 해결 및 상담	추가 질문 및 프로그램 종료 후 개별 상담	10분

2)2차 경중증 부부 그룹 교육프로그램

2차 경중증 부부 그룹 교육 프로그램은 재활 간호영역과 인지 기능 향상을 위한 정서적지지 중재내용으로 구성하였다<표15>.

표 15. 2차 경중증 부부 그룹 교육프로그램

	구체적 목표	프로그램 내용	소요 시간
도입	대상자는 서로 이해하며 프로그램 진행전 질문을 통해 의문점을 해결	①교육자가 먼저 인사 후에 서로의 상태와 그동안 이루어진 경과에 대해 이야기하기 -대상자들의 그동안 시행한 검사와 검사 중에 어떤 점이 힘들었으며, 본인 검사 결과와 후에 진행될 검사나 치료에 대해 서로 돌아가며 이야기함 ②대상자들의 궁금한 점에 대해 질문 ③교육자는 대상자의 질문에 응답	15분
본문 I	재활 간호영역을 이해, 자기관리능력 키우기	①자가 간호 교육 -음식물, 면도, 구강위생, 머리 빗기 ②스스로 자기관리법 -일상생활 영역, 옷 입기, 벗기 훈련 ③운동 훈련 -입 운동, 혀 자극법, 관절 운동, 기동성 유지 운동	20분
친교	박수치기	①손바닥 박수 ②주먹 박수 ③손목 박수 ④손가락 끝박수 ⑤손등박수 ①~⑤까지 20회씩 순서대로 시행한다	5분
본문 II	심리자극, 인지능력 향상	한사람씩 돌아가면서 자신의 감정을 표현, 다른 사람의 이야기를 듣고 이해하기, 다른 사람에게 용기를 심어주고 칭찬하기	10분
마무리	추가 의문점을 해결 및 정서적 지지	①대상자의 질문에 대한 대답과 다음 교육시간에 이루어질 내용 소개(5분) ②프로그램 종료 후 부부 개별 상담	10분

3)3차 경증증 부부 그룹 교육프로그램

표 16. 3차 경증증 부부 그룹 교육프로그램

	구체적 목표	프로그램 내용	소요 시간
도입	마음열기 및 궁금증 해결	①교육자가 먼저 인사 후에 서로의 상태와 그동안 이루어진 경과 에 대해 이야기하기 ②궁금한 점에 대해 질문	15분
본론	건강 생활 양식 이해 및 자기관 리 의지 키우기	①뇌졸중 환자의 감정변화와 대처 ②건강증진 생활양식 -약물요법, 식이요법, 운동요법, 금연, 금주, 스트레스 관리 ③대체요법 -침술, 마사지, 다른 민간 요법 등의 허용 범위 ④지속적인 병원방문, 응급대처방법 ⑤재활치료의 필요와 시기 ⑥간단한 재활 운동훈련(입, 팔, 발)	30분
본론 II	인지 능력 증진 및 정서적 지 지	①대상자의 프로그램 후 자기관리 의지 및 돌봄에 대한 자신감 등 감정을 표현함. ②서로 칭찬하는 시간 -프로그램 참여 동안 수고했다고 15초씩 양 옆의 사람에게 칭찬하 고, 특별히 칭찬하고 싶은 사람을 세워주는 시간을 가짐.	15분
마무 리	정서적 지 지	①퇴원시 추가 교육 요구 사항 조사 ②개인적인 질문과 추후 상담을	10분

3. 프로그램의 임상 타당도 검증

본 프로그램의 임상 타당도 검증을 위해 교육프로그램의 목표인 환자와 배우자의 자기관리 능력과 돌봄능숙도의 도달 정도를 검증하였다. 이를 위해 대상자의 프로그램 사전, 사후 측정 점수를 각 척도별, 항목별로 분석하였다.

가. 연구 도구

1) 자기관리능력 척도

자기관리 능력 척도로 일상활동과 자기간호 능력 사정은 Barthel의 일상 활동 척도와 기능적 독립 측정도구를 이재신(2006)이 수정 보완한 일상생활 수행 평가 도구로 수행불능(0), 최대의 도움필요(1), 중간정도의 도움필요(2), 최소의 도움 필요(3), 독립수행(4)등의 5단계로 이루어졌다.

본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었다.

2) 돌봄 능숙도

Lawton(1989)이 개발하여 2000년 수정된 Caregiving Appraisal Scale중 Caregiving Mastery Scale로 돌봄 행위에 대한 주관적 지각을 나타내는 것으로 환자를 돌보는 것에 관한 불확신, 적당한 돌봄에 관한 안심, 환자에게 더 해줘야 한다는 느낌, 부분의 문제를 다룰 수 있는 능력, 환자의 요구에 관한 이해, 환자에 대해 최선을 다했다는 느낌을 포함하여 5점 척도의 5개 문항으로 이루어졌으며 전혀 그렇지 않다는 1점, 매우 그렇다는 5점으로 점수가 높을수록 돌봄 제공자의 돌봄 능숙도는 높은 것이다.

본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.70$ 이었다.

3) 가족지지 측정 도구

강현숙(1984)이 Cobb(1976)의 도구를 우리나라의 실정에 맞게 수정 보완한 "가족지지 측정 도구"를 이용하여 총 11문항으로 문항 점수는 0점에서 4점 평정

척도로 이루어져 있으며 최저 0점에서 최고 44점까지 점수가 높을 수록 가족지지
가 높은 것을 의미한다.

본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.74$ 이었다.

나. 자료수집

자료 수집 기간은 2006년 4월 3일부터 2006년 5월 24일 까지 질문지와 인터
뷰, 측정 등의 방법을 통하여 자료 수집을 실시하였다.

자료 수집은 자료수집에 대한 신뢰도를 증진시키기 위해 본 연구자가 실시
하였다.

자료 수집 전 연구자가 대상자의 질병중증도 평가 후 대상자별 연구 목
적과 작성 방법을 설명, 인터뷰를 시행하였으며, 대상자 중 환자는 질병지
식측정, 자기관리능력, 가족지지정도, 가족은 질병지식 측정, 돌봄능숙도 정도
를 스스로 작성하였으며 사전 조사는 입원 3일째 인터뷰와 함께 이루어졌고,
사후 조사는 퇴원 시 실시하여 자료를 수집하였다.

다. 자료 분석 방법

본 프로그램의 임상타당도를 알아보기 위하여 사전, 사후 검사를 실시하였
고, 자료의 분석은 기초통계를 이용하였다.

라. 연구자의 윤리적 측면

본 연구의 자료수집을 위해 질문지 작성시 연구 참여 동의서를 첨부하였고 연
구대상자가 서명한 후 필요시 언제든지 중단할 수 있게 하였다. 수집된 자료는 연
구목적으로만 사용할 것과 참여자의 익명을 지킨다는 내용을 구성함으로서 연구

자의 윤리적 측면을 고려하였다.

마. 검증 결과

경증그룹과 경중증 그룹 모두 프로그램 적용 후 점수가 프로그램 전 점수보다 일관되게 높아졌다 분석 결과는 (표17), (표 18), (표 19)에 제시되어 있다.

1) 뇌졸중 환자의 자기관리 능력의 변화

뇌졸중 환자의 자기관리 능력의 검증 결과는 경증, 경중증 모두 교육 프로그램 후 총 점수가 높게 나왔고, 구체적 항목 내용은 일상생활 동작과 자가 간호, 기능적 독립 수행 모두 교육 후에 상승하였다. 특히 경증, 경중증 환자 모두 일상생활 동작 항목의 점수 차이를 보였다.

표 17-1. 경증 환자의 자기관리 능력의 항목별 사전 · 사후 검사(N:9)

	사 전	사 후
총 점수	88	107
일상생활 동작	30	35
자가 간호 점수 평균값	32	36
기능적 독립 수행 점수	26	36

표 17-2. 경증증 환자의 자기관리 능력의 항목별 사전 · 사후 검사(N:9)

	사 전	사 후
총 점수	41	101
일상생활 동작	15	34
자가 간호 점수 평균값	15	34
기능적 독립 수행 점수	11	33

2) 뇌졸중 배우자의 돌봄 능숙도의 변화

뇌졸중 배우자의 돌봄 능숙도의 검증 결과는 교육 후 경증, 경증증 모두에서 향상된 점수를 보였고, “환자에게 더 해줘야 한다고 느낀다”라는 항목은 점수가 낮을 수록 능숙도가 높은 것으로 두 그룹 모두 사후 점수가 낮았다.

표18-1.경증 배우자의 돌봄 능숙도의 사전 사후 검사 (N:9)

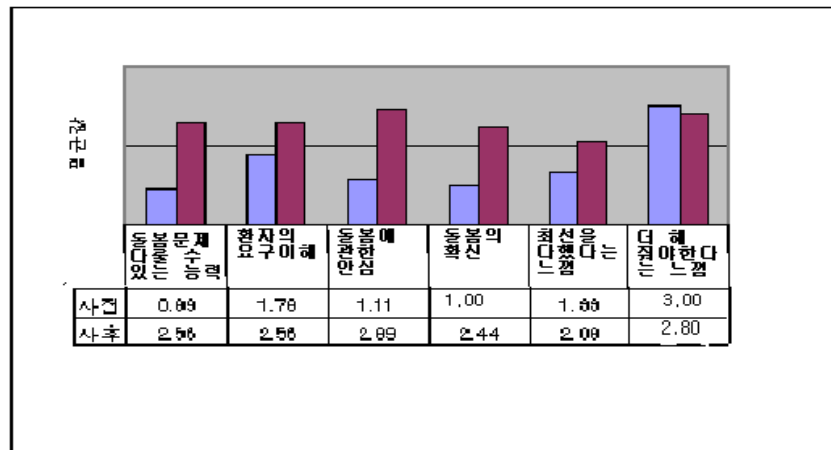
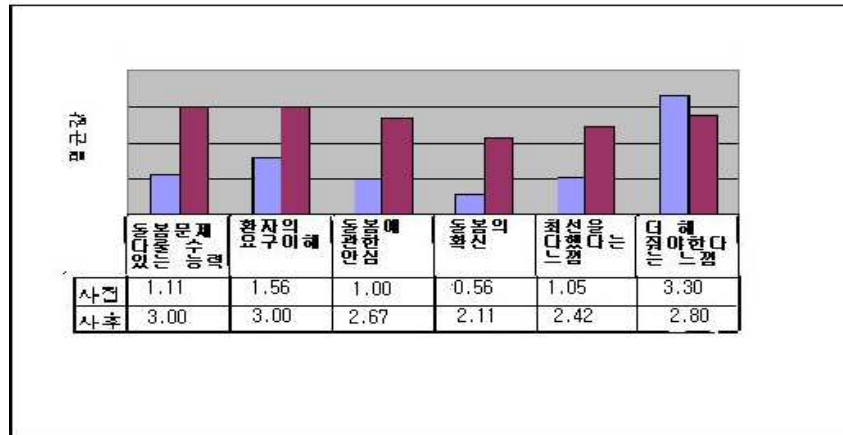


표18-2. 경증증 배우자의 돌봄능숙도의 사전 사후 검사 (N:9)



3) 환자의 가족지지 변화

뇌졸중 환자가 느끼는 가족지지 부분에서도 사후 점수가 모든 항목에서 높게 나왔다. 경증 환자의 경우는 정서적 격려를 교육 전보다 더 많이 지지 받는 것으로, 경증증 환자는 신체적 도움 부분을 교육 후 더 많이 지지 받는 것으로 나왔다. 이는 경증 환자의 경우 신체적 증상의 경한 정도로 정서적 지지와 격려가 가장 요구된 부분이 적절히 지지되었다고 판단 되어진다. 반면 경증증 환자는 신체적 장애로 불편감이 많은 것으로 환자의 신체적 도움의 요구도에 따라 적절히 지지 되었다고 판단되어진다.

표 19-1. 경증 환자의 가족지지 사전 사후 검사 (N:9)

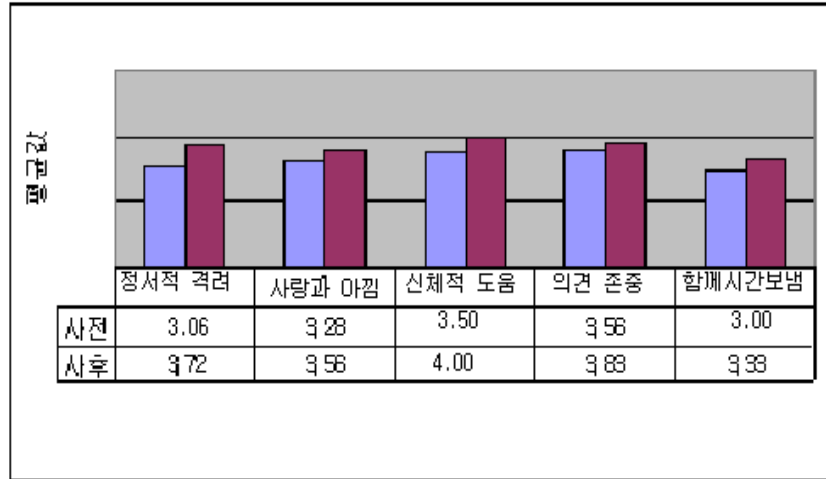
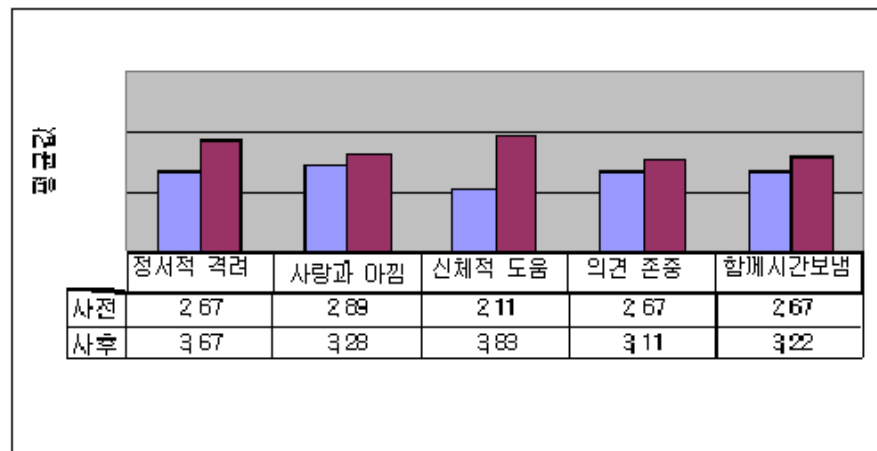


표 19-2. 경중증 환자의 가족지지 사전 사후 검사(N:9)



중증도별 그룹 비교에서는 경중증 환자의 그룹이 사후 점수가 사전보다 높은 차이를 보였다. 이는 중증도가 있는 그룹은 처음 발병 후 환자의 경우 더 자기관리 능력과 배우자의 돌봄에 대한 어려움을 느끼며, 이는 교육 프로그램을 통해 그

들의 어려운 점을 해결 받는 기회가 되었음을 알 수 있다.

프로그램을 마치고 대상자들의 소감을 나누는 부분에서 대상자들은 환자들은 변화된 신체적 기능으로 인해 회복의 여부 뿐 만 아니라 일상생활에 대한 자신감이 없었던 상태에서 교육을 통해 자신의 상태를 올바르게 알고 새롭게 일상생활을 유지하기 위한 방법들을 배움을 통해 자신감을 갖게 되었다는 표현과 배우자의 경우 환자의 돌봄에 대한 막연함에서 구체적으로 무엇을 해야 할지 알게 된 것에 대해 도움이 되었음을 표현들이 있었다. 구체적 내용은 다음과 같다<표 20>.

표 20. 프로그램 종료 후 대상자들의 소감 및 제언

항 목	내 용
지식 증진	-뇌졸중 질환을 이해하였다 -검사와 치료 방법에 대해 구체적으로 알게 되었다 -환자의 증상 변화 대처에 대해 구체적으로 알게 되었다
자기관리 의지	-당뇨와 뇌졸중 모두 잘 관리해야 겠다 -할 수 있다는 자신감 생겼다 -마음을 잘 다스리며, 질병 관리를 할 것이다
돌봄에 대한 자신감	-처음엔 갑작스런 상황에 당황했었는데, 이젠 많이 나아지고 잘 할 수 있다 -이젠 다른 환자가 입원하면 보호자들에게 어떻게 해야 할지 알려 준다 -집에 가서도 당뇨와 고혈압도 잘 관리할 수 있게 음식도 신경쓰고, 운동도 같이 할 것이다
긍정적 태도 변화	-술과 담배를 꼭 끊겠다 -뱃살을 빼야 겠다 -음식 조절을 해야 겠다
프로그램에 대한 제언	-입원 첫날이 가장 당황스럽고 궁금한 점이 많은데 조금 일찍 교육을 받는 것도 좋았을 것 같다 -여러 사람 시간을 맞추다보니 시간 조정이 어려웠다 -말이 많은 보호자들은 교육 중간에 조정이 필요하다

V. 논의

1. 뇌졸중 부부 그룹 교육 프로그램

뇌졸중 부부그룹 교육프로그램은 뇌졸중 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도를 증진시킬 목적으로 개발되었다. 본 연구는 질병으로 인한 뇌졸중 환자와 가족이 뇌졸중 발병 후 건강 문제대처 적응의 중요한 시점인 입원 기간으로 하였다. 이는 선행연구(함미영, 2001; Connolly, 1991)에서도 입원 초기부터 대상자 사정에 의한 교육 프로그램의 적용의 관점과 같다.

본 프로그램의 효과적인 운영방법으로 첫째 부부소그룹 모임을 계획하였다. 한 개인의 가장 긍정적인 지지자는 배우자이며, 개별적 접근의 교육 보다 그룹 모임의 상호지지적인 영향을 미칠 수 있는 소집단의 모임은 보다 뇌졸중 대상자들의 교육 프로그램의 접근이었음을 확인 할 수 있었다. 이현주(2000)와 Rakel(1977)의 연구에서도 뇌졸중 환자의 일상생활 회복과 재활 과정에 가장 영향력 있는 지지자로 배우자임을 밝혔고 본 프로그램에서도 부부 소그룹 모임을 통해서 교육 프로그램 안에 지지적 성격이 강한 교육 모임으로 이끌 수 있었다.

두 번째로 입원한 환자의 질병 중증도를 나누어 경증과 경중증의 모임을 구분하여 운영하였다. 뇌졸중 환자와 그들의 돌봄제공자는 그들의 질병 중증도는 간호요구와 그에 따른 교육요구의 차이의 결정적인 요소가 된다. 이는 환자의 자기 관리와 돌봄 제공을 위한 정보의 차이가 다르며 효과적인 교육프로그램을 위해서는 대상자의 요구도가 비슷한 그룹의 구성은 중요한 접근으로 본 프로그램의 운영 결과 중증도 구별은 정해진 시간에 대상자에게 필요한 정보와 지지를 줄 수 있는 프로그램이었다. 이는 김소선(1992)이 뇌졸중 환자 가족을 대상의 경험에 관한 질적 연구에서도 중증도에 따라 가족의 경험과 정보가 다를 것을 밝힌 것과 같다. 그러나 뇌졸중 입원 환자와 가족의 경우 퇴원 전에 이루어지는 교육과 지지는 본 프로그램에서 중증도의 특별한 차이를 보이지 않은 것으로 비용 효과적인 면에서는 퇴원전 교육 프로그램 운영은 모든 대상으로 이루어

어저도 무관하리라 판단되어진다.

셋째, 대상자의 교육 프로그램 진행은 입원 시기별 이루어 졌다. 이는 환자의 입원하여서 환자의 경과가 진행되면서 시기별 교육적 요구와 지지의 차이를 보임을 확인하여 본 프로그램은 입원 후 3일 째 대상자 사정과 교육 실시는 경증의 경우 입원 후 5일과 7일에 이루어졌고 경중증은 입원 후 5일과 7일, 9일에 이루어졌다. 유성희(2002)가 뇌졸중 가족의 입원과 퇴원 시 교육 요구도 차이를 보인 점과 같다. 본 연구에서 프로그램 내용을 입원 시기별 나누어서 프로그램을 운영한 점은 대상자들의 소감을 통해서 만족도를 높였음을 알 수 있다. 그러나 대상자들이 입원 후 처음이 가장 궁금한 점이 많고 정서적 지지가 필요한 시기이므로, 본 연구보다 더 이른 시기에 프로그램 운영의 계획을 고려해볼 필요가 있다.

넷째, 프로그램 운영을 대상자의 요구도에 기초함을 기초로 하여 매 프로그램 운영 전과 후에 사정의 절차를 거쳐 프로그램 내용을 구성하였다. 이는 수요자 중심의 교육 방법을 적용한 것으로 밀 계획된 프로그램만으로 운영한 것이 아니라 대상자들에게 필요한 정보와 지지증재를 문헌을 통해 미리 계획한 후에 각 그룹의 대상자들의 교육 요구도 사정을 통해 프로그램 내용을 추가 하였다. 본 프로그램 운영 결과 중증도가 같더라도 대상자들의 특성에 따라 교육 정보와 지지가 다를 수 있고, 이는 모든 프로그램 적용의 기본 운영 방법이 되어야 함을 본 연구 결과 알 수 있다.

다음은 최종 프로그램 개발과 프로그램 진행 과정을 통해 나타난 결과를 통한 논의할 점은 다음과 같다.

첫째, 경증, 경중증 그룹 모두 중증도에 관계없이 퇴원 직전에 이루어진 프로그램 내용은 교육내용면에서나 교육의 운영면에 있어서도 비슷한 경향이 나타났으므로 중증도에 상관없이 비용 효율성면에서 함께 시행되어도 무관하리라 판단된다.

둘째, 본 연구에서 중증도에 따라 교육 대상자 그룹원을 결정하였기 때문에 연

령층이 다양하게 구성되었는데 본 연구 운영 결과 한 그룹에 연령차이가 많은 경우보다 비슷한 그룹이 프로그램 진행이 수월하였다. 프로그램 진행의 효과적인 운영의 방법으로 비슷한 연령층으로 구성하는 점은 더 효과적인 프로그램 운영 방법으로 기대할 수 있다.

본 연구에서는 다른 중재 연구 프로그램의 결과에서도 볼 수 있듯이 환자의 교육프로그램은 실제 환자의 일상생활 활동을 증진 시키고, 가족의 경우는 돌봄에 대한 부담감을 감소시켜 환자에게는 긍정적인 회복의 결과를 보인다는 선행 연구 결과와 일치점을 보였다. 특히 본 연구는 가족 중 가장 긍정적 지지체인 배우자를 대상으로 환자의 필요에 기초하여 질병 중증도와 입원 시기별 체계적인 교육 프로그램을 통해 대상자들의 적극적인 질문과 참여시켰고 프로그램 종료 후 소감 발표 부분의 내용을 통해서 입원 과정에 있는 환자와 가족을 대상으로 대상자의 필요도에 기초한 맞춤형 교육 프로그램이 대상자의 교육 만족도를 높이는 중재프로그램이었음을 알 수 있다.

2. 연구의 의의

1) 간호실무 측면

간호 실무 영역에서 뇌졸중 대상자들의 간호 요구를 도출하여 교육 프로그램을 개발 적용한 것으로 환자의 가장 큰 지지자인 환자의 배우자를 대상으로 질병 중증도와 입원 시기별, 대상자의 요구도에 기초하여 중재 프로그램을 개발하고 임상타당도를 평가 적용했다는 점으로 임상 실무자들이 본 프로그램을 간호 중재 도구로 그대로 활용할 수 있다는 의의를 갖는다 또한 간호 중재가 이루어질 교육적 환경이나 교육자의 경험에 따라 그룹원의 수를 조정하여 활용할 수 있다.

2) 간호 이론 측면

비록 본 연구가 제한된 연구 대상자에게 실시된 점으로 연구결과를 일반화하긴 어려우나 본 연구가 임상에서 간호문제를 도출, 계획, 실시 되었다. 선행 연구의 중재 연구결과와 같이 프로그램 적용 후 환자의 자기관리 능력과 가족의 돌봄 능숙도가 증가하는 것으로 나타났으므로 간호교육 중재의 효과에 대한 간호중재의 효과를 보여주는 지식체 개발에 기여하였다.

3) 간호 연구 측면

환자의 자기관리와 가족의 돌봄에 대한 문제를 중재 교육 프로그램 개발에 이용하였다는 점에서 방법론적인 의의와 본 연구의 결과에 임상타당도로 나타났으므로 뇌졸중 대상자를 위한 추후 연구의 기초 자료로 활용할 수 있다는 데에 의의가 있다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 뇌졸중 입원 환자와 가족을 대상으로 환자의 자기관리능력을 증진시키고 가족의 돌봄 능숙도를 높이고자 입원 후 환자의 중증도를 판단하여 소그룹별 대상자의 요구도 사정을 바탕으로 교육 프로그램을 개발하였다. 국내 문헌 고찰 후 그 중 21개 뇌졸중 중재 프로그램의 특성을 분석, 최종 2000년 이후 교육 프로그램 내용과 국내 2개의 종합병원에서 시행되었던 뇌졸중 교육프로그램의 내용을 분석하여 표준 교육프로그램을 구성한 후 Pilot study를 시행하였다. Pilot study는 집단과 개별 교육을 구분하여 적용하였고, 평가 결과 뇌졸중 질병 특성상 시범과 많은 질의, 응답이 필요한 요구 중심의 교육이라는 점에서 집단 프로그램의 대상자에게 더 적극적인 프로그램 참여와 상호지지적인 프로그램 운영을 보였다. 또한 가족의 대상자 선정도 환자의 개인 성향과 생활 습관, 심리적 변화 등에 가장 긍정적 지지자로 판단되어진 배우자로 결정하였다. Pilot study의 결과에 의해 본 프로그램에서는 1)부부 집단 교육 2)중증도별 교육 3)입원 시기별 4)대상자의 요구에 기초한 프로그램의 개발을 계획하였다. Pilot test에서 실시하였던 뇌졸중 표준 교육프로그램을 기초로 입원 후 3일에 대상자 선정과 인터뷰를 통해 각 그룹별 교육 요구도를 사정하고, 경증 대상자는 입원 후 5일과 7일에 교육을 시행, 경중증 대상자는 입원 후 5일, 7일, 9일에 교육을 시행하였다. 각 프로그램 전·후 교육 요구도를 사정하여 표준 프로그램에 추가하여 최종 뇌졸중 부부그룹 프로그램을 개발하였다.

교육 내용은 질병관련영역과 환자 간호영역, 재활운동요법, 추후 관리 영역 부분으로 구성되었으며 경증 그룹은 입원 중 2회의 교육과 경중증 대상자 그룹은 입원 중 3회의 교육을 실시하였다.

개발된 교육 프로그램의 임상효과를 판단하기 위한 임상 타당도 검증에서 프로

그럼 실시 전에 비하여 실시 후 환자의 자기관리 능력이 모두 상승하였다. 자간호 영역의 상승은 뇌졸중 교육을 통해 일상생활이나 질병, 장애가 있는 모든 상황에서 어떤 행동을 변화시키기 위한 스스로 변화를 주도하려는 능력의 상승의 의미로 이해할 수 있다. 배우자의 경우 돌봄 능숙도는 돌봄 문제를 다룰 수 있는 능력, 환자 요구에 관한 이해, 적당한 돌봄에 관한 안심, 환자를 돌보는 것에 관한 확신, 환자에 대해 최선을 다했다는 느낌 등 모두 높았다.

가족지지 측정도 사후에 높은 상승 점수 결과가 나왔으며 특히“정서적 격려”와 “신체적 도움”부분이 가장 높게 나왔다.

뇌졸중 부부 그룹 교육 프로그램 개발의 전체 과정의 분석된 결과 대상자의 중증도에 관계없이 퇴원 직전에 이루어진 프로그램 내용은 최종 결과 같은 내용으로 되었고, 대상자의 교육 요구도 사정의 결과 중증별로는 중한 대상자의 경우는 경한 대상자보다 재활, 관절운동, 수술 치료적 방법, 한방 치료 등에 대한 질문이 많았고, 경한 대상자는 약물로 인한 완치 가능성, 뇌졸중 후 식이 요법, 치료 등에 대한 질문이 더 많았다. 또한 중증도와 상관없이 연령별 질문의 차이를 보였는데 비교적 젊은 50세 이하의 경우는 성생활이나 직장생활에 대한 궁금증을 표현 하였고, 65세 이상에서는 재활을 통한 회복 정도와 한방 치료에 대한 질문이 많았다.

본 연구의 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램 개발 운영 전략에 따른 결론은 다음과 같다.

첫째, 뇌졸중 부부 그룹 교육 프로그램 개발 결과 비교적 경한 그룹의 환자보다 중한 그룹의 경우는 재활 운동 및 일상생활 증진을 위한 교육 내용이 더 추가되었다. 중한 그룹에서 시행된 재활 요법 등이 경한 그룹의 대상자에게는 불필요한 부분으로 중증도를 나누어 프로그램을 운영한 결과 효과적이었음을 확인 할 수 있었다.

둘째, 뇌졸중 부부 그룹 교육 프로그램을 입원 시기별 필요한 내용으로 구성한 점은 프로그램을 운영 면에 효과적이었다. 대상자들의 교육 요구도 및 입원 시기별 질문 등과 고려하여 적절한 프로그램이 운영 대상 환자의 치료 경과와 비슷하게 진행되어 대상자들에게 공감되어지는 교육

시간이었다.

셋째, 뇌졸중 부부그룹 교육 프로그램이 대상자의 요구를 기초로 진행된 맞춤형 교육은 대상자의 교육 동기 부여 및 프로그램 내용의 만족도에 있어 효과적이었다. 교육자 중심의 일괄된 교육 프로그램의 진행이 아니라 대상자 중심의 프로그램 운영 대상자 그룹을 정해진 시간에 효율적이면서 대상자의 흥미와 적극적인 프로그램 참여를 유도할 수 있었다.

넷째, 뇌졸중 부부그룹 프로그램의 중증도별 한 그룹이 3쌍으로 이루어진 점은 교육자가 대상자들의 이해 정도를 프로그램 진행과정에서도 적절히 파악하면서 정해진 시간 안에 교육과 시범, 실행이 이루어진 점에서 효과적이었다. 대그룹보다 소그룹 교육의 교육 운영의 효과를 이용해서 교육자와 대상자의 상호 작용 뿐만 아니라 대상자간 상호작용에도 긍정적 결과가 있었다.

그러나 본 연구에서 일개 종합병원 부부 그룹으로 진행되었다는 점과 대상이 소수인 점에서 본 연구의 결과를 일반화 하는데 제한점을 갖는다고 할 수 있다.

2. 제 언

본 연구의 결과와 논의를 바탕으로 다음을 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 개발된 부부그룹 교육프로그램을 중재로 적용한 유사 실험 연구를 제언한다.

둘째, 본 연구에서는 입원 시기별 교육 프로그램 진행을 첫 시간으로 입원 5일째 부터 시작하였는데 환자와 가족은 처음 입원 후 가장 궁금한 점이 많음을 고려할 때 입원 시부터 대상자 사정에 의해 교육 프로그램을 진행해 보는 것을

제언한다.

셋째, 뇌졸중 대상자들의 퇴원 후에도 연결되어지는 프로그램의 개발을 제언한다.

넷째, 본 연구에서는 프로그램 종료 후 그룹 모임 대상자들 간의 상호지지 및 영향력에 대한 평가가 이루어지지 않았으나 지지 그룹의 모임에 대한 추후 관리와 평가가 계획된 연구를 제언한다.

참고 문헌

- 강복희 (2000). 뇌졸중 후 편마비환자의 가족지지와 일상생활동작수행과의 관계 분석, 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 권삼숙 (2002). 뇌졸중 환자의 재활 동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 계명대학교 대학원 석사학위 논문.
- 권은희 (2003). 뇌졸중 환자의 재활 동기에 관한 연구: 개인 및 가족지지 요인을 중심으로. 이화여자대학원 석사학위 논문.
- 김경선 (1995). 뇌졸중 환자의 일상생활동작 수준에 따른 스크레스 및 우울에 관한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문 .
- 김금순, 서현미, 강지현 (2000). 재가 뇌졸중 환자를 위한 자조관리 프로그램이 일상활동, 근육강도, 우울 및 삶의 만족도에 미치는 효과. *재활간호학회지*, 3(1), 108-117.
- 김복량 (2000). 집단지지 중재가 뇌졸중 환자 가족원의 제 적응에 미치는 효과. *성인간호학회지*, 12(3), 334-344.
- 김소선 (1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김영희(1995) 뇌졸중 환자의 시지각과 일상생활동작의 관련성에 대한 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위 논문.
- 김정미 (2005). 뇌졸중 환자와 가족을 위한 집단 치료 프로그램 개발과 평가 : 해결모델 중심으로. 연세대 석사학위 논문.
- 김정자 (2000). 뇌졸중 환자-보호자의 심리적 특성 연구. 고려대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김종성, 최스미 (1998). 뇌졸중의 모든 것. 정담.
- 남미숙 (1997). 뇌졸중 환자 가족교육이 가족의 부담감 및 역할 스트레스에 미치는

- 는 영향. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문.
- 노국희 (2002). *제가 만성 뇌졸중, 편마비 환자의 가정 재활운동프로그램의 효과*. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 류미정 (2002). *집단적지지 간호가 뇌졸중 환자 가족의 부담감에 미치는 효과*. 연세대 석사학위 논문.
- 박경애, 감화성, 김종성, 권순억, 최스미 (2001). 뇌졸중 발생 후 뇌졸중 환자의 식습관 및 식이순응도 조사 연구. *대한지역사회영양학회지*, 6(3S), 542-552.
- 박연환, 유수정, 송미순 (1999). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족간호자의 부담감과 집단적 지지간호 중재 프로그램에 대한 요구 조사. *성인간호학회지*, 11(1), 119-134.
- 박영숙, 박혜연 (2001). 정서-정보적 지지중재가 뇌졸중환자 가족원의 역할 스트레스와 우울에 미치는 영향. *한국보건간호학회지*, 15(1), 96-110.
- 박은숙 (1996). 가족치료의 실제 적용. *가정의학회지*, 17(4), 64-73.
- 박철완 (2003). 뇌졸중(중풍)의 예방과 치료. *가천의과대학교 길병원 신경외과*.
- 서연옥 (1999). 재활운동프로그램이 뇌졸중환자의 기능상태 회복에 미치는 효과. *대한간호학회지*, 29(3), 665-678.
- 석소현, 강현숙 (1995). 뇌졸중 환자의 일상생활 동작 증진을 위한 침상 운동 프로그램의 효과. *기본간호학회지*, 2(1), 87-102.
- 송윤희 (2003). *뇌졸중 환자의 일상생활동작에 따른 불안 및 가족 지지도에 관한 연구*. 포천중문의과대 보건복지 대학원 석사학위 논문.
- 안수연 (1997). *뇌졸중 환자 배우자의 수발경험에 관한 연구*. 한양대학교 박사학위 논문.
- 우경미, 이명화(1998). 비치볼 놀이가 뇌졸중 환자의 우울, 무력감, 자아존중감, 일상생활동작 수행정도에 미치는 효과. *재활간호학회지*, 1(1), 15-25.
- 유수정, 김현수, 김금순, 백환금 (2001). 제가 뇌졸중 노인환자에서 자기효능증진 전력을 이용한 자조관리프로그램이 효과. *재활간호학회지*, 4(2), 187-197.

- 이강이외(1996). 뇌졸중 환자가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구. *대한간호학회지*, 26(4), 853-862.
- 이민미 (1999). 뇌졸중 입원 환자 간호에 대한 질 평가 연구. 이대 교육대학원 석사학위 논문, 서울.
- 이영자 (2000). 퇴원교육 프로그램이 뇌혈관 수술환자의 역할행위이행에 미치는 영향, 전남대학교 대학원 석사학위논문.
- 이은옥외(1998). *간호의료연구와 통계분석*. 수문사
- 이은화외(2002). 뇌졸중 환자의 자가간호 수행정도와 가족의 교육적 요구에 관한 연구. *간호과학*. 14(2)1-16
- 이동영 (2002). 뇌졸중 후 무감동 및 불안. *대산노인정신의학회 춘계학술대회 및 연수교육*. 101-108.
- 이상복, 김명호, 김상옥, 김영, 최일생, 경난호, 김진수, 유동준 (1997). *뇌졸중(중풍)백과*. 단음출판사.
- 이정희 (1996). 뇌졸중 환자의 가정의 가족관계의 질과 정신건강. 고려대 석사학위 논문.
- 이혜리 (1994). 가족과 질병이 상호관계. *가정의학회지*, 15(11), 714-723.
- 이혜진, 이향련 (1997). 구조화된 환자교육이 뇌졸중환자의 조기 재활에 관한 지식과 활동수행에 미치는 영향. *대한간호학회지*, 27(1), 109-119.
- 이희승 (1994). *국어사전(5판)*. 서울 : 민중서림.
- 임성용 (2002). 뇌졸중. *가정의학회지*, 23(1), 1-10.
- 정상준, 정 부, 김희태, 김주한, 김명호 (2000). 뇌졸중으로 인한 입원 환자수와 사망률의 계절적 변화. *대한신경과학회지*, 18(4). 386-389.
- 전세일 (1999). *뇌졸중 백과(중풍)*. 민중서관.
- 최은정 (2002). 자기효능강화 뇌졸중 재활프로그램의 효과. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 최정희(2000). 뇌졸중 환자 가족에 대한 재활교육프로그램 효과 연구. 한양대학교 대학원 석사학위 논문, 서울.
- 최혜숙(1996). 뇌졸중 환자의 신체적 회복정도와 사회. 심리적 적응간의 관계. 중

양대학교 사회개발대학원 석사학위 논문 , 서울.

통계청 (2005). *사망원인 통계 연보*, 2005

한애경 (1998). *가족참여 환자교육이 가족지지 행위와 자가간호수행에 미치는 효과(관상동맥 질환자를 중심으로)*. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.

한영애 (2004). *뇌졸중 후 편마비 환자의 특성에 따른 일상생활동작 수행, 가족지지 및 우울정도의 차이 분석*. 연세대학교 보건환경대학원 석사 논문.

한금선 외(2004).가족교육 프로그램이 뇌졸중 환자 가족의 부담감에 미치는 영향. *정신간호학회지*, 13(1), 43-50

함미영 (2001). *급성허혈성 뇌혈관 질환자에게 적용한 조기재활프로그램의 개별 교육 효과*. 중앙대학교 대학원 박사학위 논문.

허지희, 천화영, 남정모, 김동찬, 김경환, 이병인(2000). 허혈성 뇌졸중 환자의 병원 도착시간과 뇌졸중에 대한 인식. *대한신경과학회지*, 18(2), 125-131.

홍여신, 서문자, 김금순, 김인자, 조남옥, 최희정, 정성희, 김은만(1998). 뇌졸중 환자의 삶의 질의 관련 요인. *재활간호학회지*, 1(1), 73-82.

American Occupational therapy Assosiation(AOTA). *Uniform terminology for occupational therapy*. 3rd ed, 1

Bahle, J. (1998). Stroke prevention screening program. *journal Vasc Nursing*, 16(2), 35-37.

Clark, S. (1999). Change in family functioning for sroke rehabilitation patients and their families, *Int J Rehabilitation*, 22(3), 171-179

Connolly, M. L. (1991). Ambulatory surgery and prepared discharges; Effects on orthopedic patients and nursing practice. *Nursing clinics of North America*, 26(1), 105-112.

Evans, R. L., Matlock, A. L., Bishop, D.S, & Stranahan, s., & Pederson, C.(1988). Family Intervention after stroke does counseling or education help? *stroke*, 19, 1243-1249.

George, L. K. & Gwyther. I. P.(1986). Caregiver Well-being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented

- Adults. *The Gerontologist* 41, 4-14.
- Glen. E. G(1996). *Post-Stroke Rehabilitation*, Maryland; An ASPEN Publication.
- Hamlet, E. & Read. S. (1990). "Caregiver Education and Support Group: A Hospital Based hroup Exiperience," *Journal of Gerintological Social Work*, 15(1), 75-80.
- Kitto, J. & Dale, B. (1985). Designing a brief discharge planning screen. *Nursing*, 19(9), 28-30.
- Mezzanotte, E. J(1987). A checklist for better discharge planning, *Nursing*, 19(9), 28-30.
- Johnson, G. A. Psychological sequelae in stroke patient, *Aust Fam Phys* 1991;20(11):1605-1611.
- Jorgensen, H.S., Nakayama, H., Reith, J., & Raaschou, H. O .(1997). Stroke recurrence, predictors, severity, and prognosis. The Copenhagen stroke study. *Neurology*, 48.891-895.
- Robertson, P. K. & Suinn, R. M.(1968). The determination of rate of progress of stroke patients through empathy measure of patient and family. *Journal of Psychosomatic Research* ,12:189-197.
- Skilbeck, C. E. Wade, D. T., Hewer, R. L. & Wood, V.A. (1983). Recovery after Stroke. *Journal Neurology Neurosurgery Psychiatry*, 46.

부 록

차 례

- 부록 1. 설문지 참여 동의서
- 부록 2. 일반적 특성 조사 질문지
- 부록 3. 질병중증도 측정도구(NIHSS)
- 부록 4. 자기관리 능력 척도
- 부록 5. 돌봄 능숙도 척도
- 부록 6. 가족 지지 척도
- 부록 7. Pilot test result
- 부록 8. 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램

부록 1.

설 문 지

안녕하세요?

저는 연세대학교 간호학과 대학원에 재학중인 석사생입니다. 뇌졸중 환자분들과 가족분들을 위한 그룹 교육 프로그램 시행 후 효과를 측정하기 위한 조사입니다.

본 설문지는 오직 학문적 목적과 간호의 질을 높이기 위한 순수한 연구목적으로 진행되고 사용되므로 여러분의 비밀은 절대 보장됩니다.

귀하의 협조가 뇌졸중 환자들에게 중요한 보탬이 되오니 솔직하고 정확하게 작성하여 주시면 감사하겠습니다.

2006년 4월

연구자 염인선 올림

뇌졸중 그룹 교육 프로그램 참여 동의서

본 프로그램은 뇌졸중 환자와 가족을 위한 요구도에 따라 진행될 그룹 프로그램입니다.

뇌졸중 질병, 치료, 재활, 퇴원 후 관리, 간호 등으로 구성된 프로그램으로 꼭 숙지되어야 할 내용과 귀하의 교육 요구 내용을 추가하여 실시될 예정으로 귀하의 참여는 입원과정 및 퇴원 후 가정에서의 건강 증진, 이차예방 등의 체계적인 교육을 통해 효율적인 질병 관리, 대처하는데 이바지하게 될 것입니다.

따라서 본인은 본 프로그램에 적극 참여할 것을 동의합니다.

환자 성명 :

가족 성명(관계) : ()

주 소 :

연락처 :

부록 2.

대상자의 일반적 특성 질문지

*물음에 답하거나, 해당 번호에 “V”로 표시하여 주십시오.

1. 성별 (환자) : ①남 ②여자

성별 (가족) : ①남 ②여자

2. 교육정도(환자) : ①무학 ②초졸 ③중졸 ④고졸 ⑤대졸 이상

교육정도(가족) : ①무학 ②초졸 ③중졸 ④고졸 ⑤대졸 이상

3.종교 : ①기독교 ②천주교 ③불교 ④불교 ⑤무

4.경제 상태 : ①상 ②중 ③하

5.직업(환자) : 유(직업명 :)

무(과거의 직업명:)

직업(가족) : 유(직업명 :)

무(과거의 직업명:)

부록 3.

질병중증도 측정 도구(NIHSS)

Instructions	Scale Definition	Score
Level of consciousness:	0=정확히 반응	
	1=약간의 자극에 의해 깨어남	
	2=깨우는데 통증 자극 필요	
	3=반사적으로 자극하거나 전혀 반응 없음	
LOC Question	0=둘다 정확히 맞춤	
	1=하나만 맞춤	
	2=둘다 틀림	
LOC commands	0=둘다 정확히 수행	
	1=나만 수행	
	2=둘다 따라하지 못함	
Best Gaze	0=정상	
	1=하나 혹은 두 눈의 비정상적이나 완전 혹은 강제적 편위는 없음	
	2=occulocephalic manenver로 교정되지 않는 편위	
Visual	0=정상(0)	
	1=확실히 비대칭적(1/4 반맹 포함)	
	2=완전 반맹	
	3=양측성 반맹(blindness 포함)	
Facial palsy	0=대칭적	
	1=웃을 때 비대칭적, 코와 입술 주위의 주름이 없음	
	2=얼굴 아랫부분의 거의 완전 마비	
	3=한쪽 혹은 양쪽 완전 대비	
Motor Arm	0=10초 동안 그대로 있는 경우	
	1=10초 내에 떨어뜨리나 침대를 치지는 않음	
	2=노력은 하나 침대로 툭 떨어뜨림	
	3=그대로 떨어뜨림	
	4=움직이지 못함	
Motor leg	0=10초 동안 그대로 있는 경우	
	1=10초 내에 떨어뜨리나 침대를 치지는 않음	
	2=노력은 하나 침대로 툭 떨어뜨림	
	3=그대로 떨어뜨림	
	4=움직이지 못함	

Instructions	Scale Definition	Score
Limb Ataxia	0=정상	
	1=한쪽만 있음	
	2=양쪽 다 있음	
Sensory	0=정상	
	1=무디게 느끼거나 접촉만 느낌	
	2=접촉하는 것도 못 느낌	
Best language	0=정상, 실어증 없음	
	1=약간의 실어증, 이해력과 말하는 능력이 떨어짐	
	2=단편적인 표현으로 의사소통, 검사자가 짐작으로 이해하는 경우	
	3=말하거나 듣는 이해능력 전혀 없음	
Dysarthria	0=정상	
	1=몇 단어는 약간 느리게 읽음	
	2=이해할 수 없을 정도로 느리게 읽음	
Extinction and inttention	0=정상	
	1=시간, 촉각, 청각, 공간 감각 자극 중 어느 한 자극에 대한 무관심	
	2=하나 이상의 자극에 완전히 편측 무관심, 한쪽 면만 느끼거나 자신의 손을 인식하지 못함	

부록 4.

다음 문항은 귀하의 자기관리 능력에 대하여 알아보고자 합니다.

귀하의 의견과 가장 일치되는 곳에 V로 표시해 주십시오.

평가 항목	독립 수행 (4)	최소의 도움필요 (3)	중간정도의 도움필요 (2)	최대의 도움필요 (1)	수행 불능 (0)
몸단장 하기					
1. 세수하기,, 손, 발 닦기					
2. 양치질하기					
3. 머리손질하기					
샤워 / 목욕하기					
4. 비누질하고 씻기					
5. 목욕자세 유지하기					
화장실 사용하기(*양변기 기준)					
6. 옷 벗고 다시 입기					
7. 자세 유지하기					

8. 뒤처리 하기					
9. 일어서기					
옷 입기					
10. 옷입고 벗기					
11. 양말 신고 벗기					
식사하기(*일반식 기준)					
12. 적절한 식사도구(숟가락, 젓가락, 포크) 사용하기					
13. 음료마시기					
14. 얼굴, 손, 옷에 흘린 음식물 닦기					
기능적으로 이동하기					
15.방바닥, 침상에서 이동하기					
16. 옮겨앉기					
16-1 자동차로 옮겨 앉기					
16-2 바닥으로 옮겨 앉기					
17. 보행하기					
17-1 실내에서 이동하기					
17-2 실외에서 이동하기					
17-3 계단 오르내리기					

부록 5.

다음은 환자 돌보기와 관련된 귀하의 생각에 관한 것입니다. 해당 번호에 V표 해주세요.

문 항	매우 그렇다	약간 그렇다	그저 그렇 다	거의 그렇 지 않다	전혀 그렇 지 않다
1.나는 환자를 돌보는데 있어서 대부분의 문제를 다룰 수 있다고 느낀다.					
2.나는 환자가 무엇을 필요로 하는지 아주 잘 알아낸다.					
3. 당신이 환자를 돕고 있는 동안 환자가 적절한 보살핌을 받고 있음을 알게 되어 안심됩니까?					
4. 얼마나 자주 당신은 환자에 관해 무엇을 해야					

할지 확신을 합니까?					
5. 얼마나 자주 당신은 환자를 돌보는 데 있어 최선을 다했다고 스스로 느낍니까?					
6. 얼마나 자주 당신은 환자를 위해서 무언가를 더해야 한다고 느낍니까?					

부록 6.

다음 문항은 귀하가 요즘 느끼고 있는 가족지지에 대하여 알아보고자 합니다.

귀하의 의견과 가장 일치되는 곳에 V로 표시해 주십시오.

No	내 용	항상 그렇다	그렇다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1	가족은 나에게 회복될 수 있다고 용기와 격려를 준다.					
2	가족은 내가 불편하지 않도록 도와 준다.					
3	가족은 나를 아끼고 사랑한다.					
4	가족은 나를 귀찮은 존재로 생각한다.					
5	가족은 내가 지루하지 않도록 많은 이야기를 해 준다.					
6	나는 나를 아끼고 사랑한다.					
7	가족은 경제적인 문제 때문에 나를 부담스러워 한다.					
8	가족은 나의 의견을 존중해 준다.					
9	가족은 나와 집안 일을 의논한다.					
10	가족은 나에게 헌신적인 도움을 준다.					
11	가족은 내가 외로워하거나 괴로워할 때 지지해 준다.					

부록 7-1

1. Pilot study result

① 집단교육 환자의 자기관리 능력 사전, 사후 결과 (n:7)

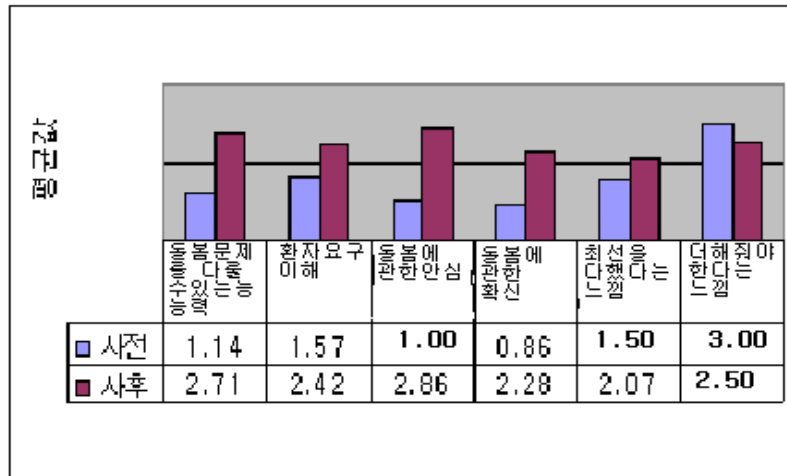
	사 전	사 후
총 점수	81	101
일상생활 동작	31	32
자가 간호 점수 평균값	32	34
기능적 독립 수행 점수	28	35

② 개별교육 환자의 자기관리 능력 사전, 사후 결과 (n:8)

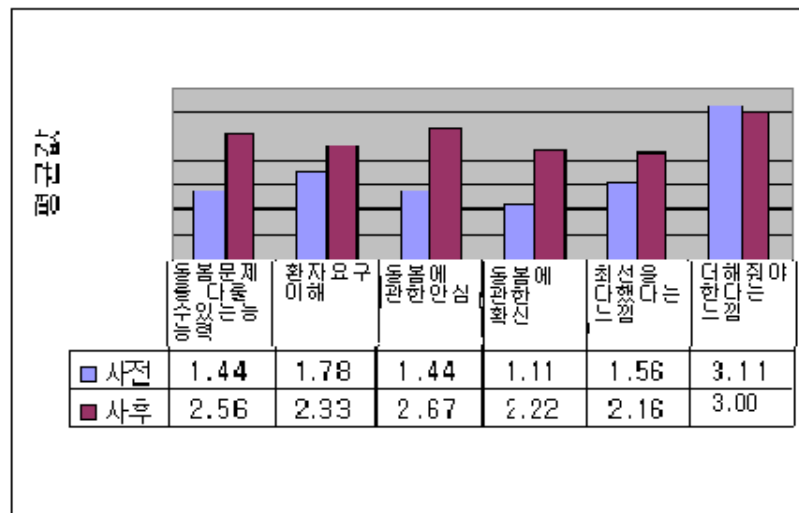
	사 전	사 후
총 점수	88	102
일상생활 동작	30	34
자가 간호 점수 평균값	30	34
기능적 독립 수행 점수	28	34

부록 7.-2

③ 집단교육 가족의 돌봄 능숙도 사전, 사후 결과 (N:7)

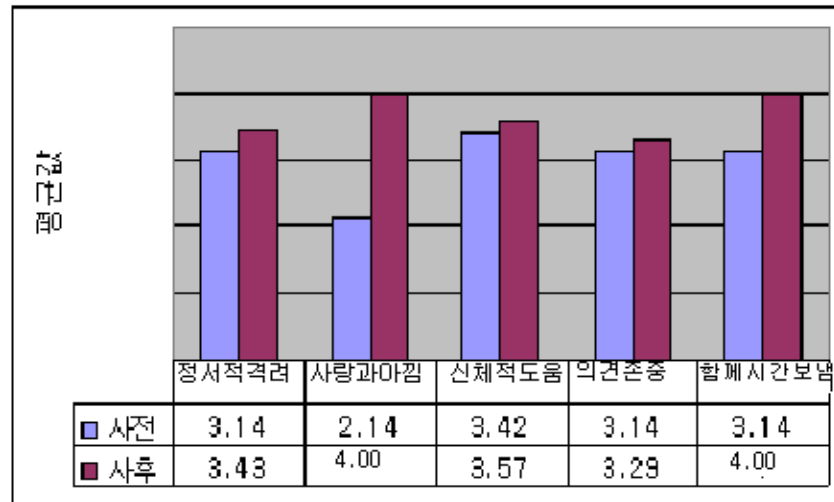


④ 개별교육 가족의 돌봄 능숙도 사전, 사후 결과 (N:8)

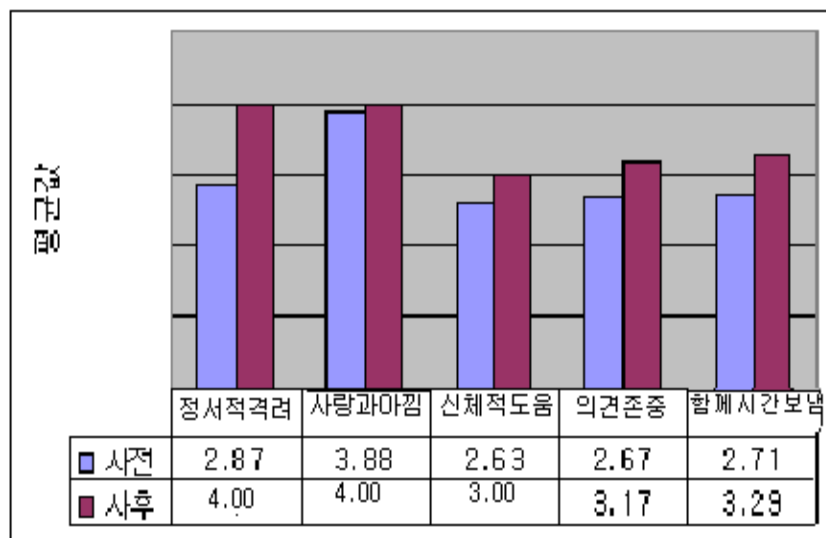


부록 7-3

⑤ 집단교육 환자의 가족지지의 사전, 사후 결과(n:7)



⑥ 개별교육 환자의 가족지지의 사전, 사후 결과(n:8)



부록 8. 뇌졸중 부부그룹 교육프로그램

목 차

I. 뇌졸중의 이해

1. 뇌졸중의 정의
2. 뇌졸중의 종류
3. 뇌졸중의 원인, 위험인자
4. 뇌졸중의 증상-신체적, 심리적
5. 검사 및 치료
6. 약의 종류 및 주의 사항

II. 환자의 간호영역

1. 연하장애 및 영양관리
2. 배설장애와 간호
3. 뇌졸중 환자의 정서적 간호

III. 재활 훈련

1. 관절운동법
2. 기동성 유지 운동법
3. 연하곤란 환자를 위한 운동

IV. 건강증진 생활 양식

1. 뇌졸중 재발이란
2. 식이 요법 및 영양 관리
3. 금연, 금주
4. 운동 관리
5. 스트레스 관리
6. 뇌졸중 후 재가치료

7. 성생활

8. 자조 모임 소개

V. 상호 지지 중재

1. 칭찬 요법

2. 스킨십, 박수치기

3. 인지기능 향상을 위한 간호

프로그램 운영 주의사항

1. 뇌졸중 환자 분들의 신체적 상태를 고려하여 장시간 교육시간을 갖는 것은 오히려 효율성이 떨어집니다. 따라서 약 60분 정도의 시간으로 section을 나누어 교육을 시행하는 것이 효과적입니다.

2. 뇌졸중 부부그룹 교육 프로그램은 지지그룹의 성격이 강하므로 교육 중에 대상자들의 적극적인 참여를 유도하여야 합니다. 즉 질문할 수 있는 기회와 프로그램 진행 과정에서 자신의 감정을 표현하고 함께 격려할 수 있는 지지 중재가 함께 이루어져야 합니다.

3. 프로그램의 중간에는 긴장을 풀 수 있는 신체적 자극 요법을 시행하여 편안한 분위기에서 프로그램이 시행함이 중요합니다.

4. 교육자의 친근감 있는 말을 통해 대상자들의 마음을 열 수 있도록 해야 하며, 교육 프로그램 안에 상담과 지지 기능이 추가된 소그룹 모임의 장점을 최대한 살려야 합니다. 예를 들어 자신의 감정을 표현하며 개인적인 질문이 있을 시에도 다함께 문제를 생각해보고, 교육자의 의견과 대상자들의 의견을 나누어 질문한 대상자가 긍정적 의지와 해답을 얻도록 해야 합니다. 즉 교육자 중심의 답변은 삼갑니다.

다음은 뇌졸중 교육 시 사용되어질 프로그램의 내용을 section별로 나누었습니다. 프로그램 구성은 대상자의 필요와 그룹의 성격에 따라 재구성하여 대상자에게 맞춤형 프로그램으로 사용할 수 있습니다.

뇌졸중, 함께 배워 보아요.



I. 뇌졸중의 이해

♡ 뇌졸중이란 무엇인가요?

뇌의 혈액순환 장애에 의한 질환으로 흔히 중풍이라고 합니다.

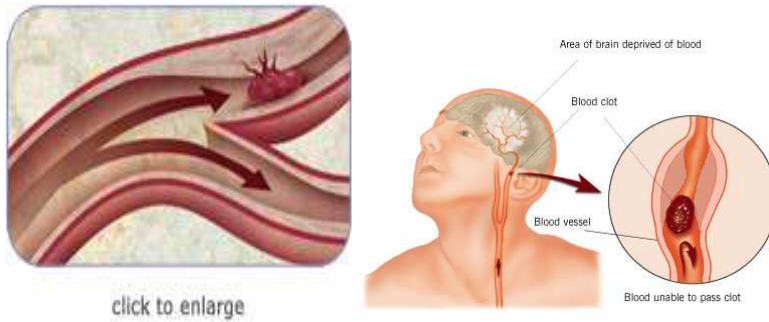
뇌혈관이 막혀 뇌조직이 산소와 영양을 공급받지 못하거나 뇌혈관이 터져 혈액이 생성되어 주위 뇌조직을 압박하게 되면 뇌가 손상을 입어 신경학적 증상을 나타내게 됩니다.

뇌졸중은 사망률이 높을 뿐 만 아니라 생존하는 경우에도 재발하는 경향이 있으며 후유증이 영구적으로 남게 됩니다.

♡ 뇌졸중의 종류에는 무엇이 있을까요?

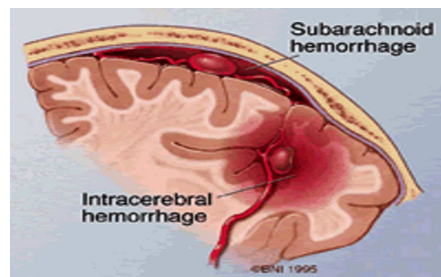
폐쇄성 뇌졸중

뇌혈관이 막히는 것으로 그 혈관에 의해 공급 받던 뇌의 일부가 손상됩니다.



출혈성 뇌졸중

뇌혈관 출혈과 혈종으로 인한 두 개강 내 압력 상승으로 초기 치사율이 높으며, 심한 두통과 구토 등의 뇌압 상승 증상을 동반합니다.



♡ 뇌졸중의 원인과 위험 인자는 무엇인가요?

교정 불가능한 인자 : 나이, 인종, 가족력

교정 가능한 인자 : 고혈압, 당뇨, 고지혈증, 심장병, 기타

***나이:**나이가 많을 수록 혈관벽이 손상되어 동맥경화가 생기므로, 뇌졸중에 걸릴 확률이 높아집니다.

***가족력:**혈연관계에 있는 가족이나, 친지 중에 뇌졸중을 앓는 경우, 뇌졸중에 걸릴 유전적 확률이 높습니다.

***인종:** 뇌경색(서구:우리나라=9:7),

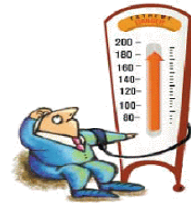
뇌출혈(서구:우리나라=1:3)

그러나 우리나라도 서구화된 식생활변화로 뇌경색이 늘어나고 있습니다

***고혈압:**뇌졸중 환자의 60-70%가 고혈압이 원인입니다.

고혈압 동반 뇌경색: 뇌경색 환자의 50%이상 뇌출혈:

뇌출혈 환자의 60-70% 일반적으로 고혈압이 있는 사람은 정상인에 비해 약 4-5배 정도 뇌경색에 잘 걸린다고 합니다. 따라서 뇌졸중 예방을 위한 고혈압 치료는 필수 라고 할 수 있습니다.



권장 혈압:120/80mmHG

***당뇨병**

당뇨병 환자는 정상인보다 2-3배정도 뇌졸중에 잘 걸립니다.

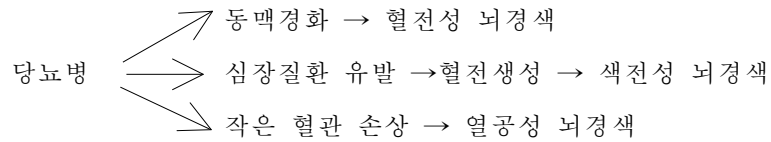
지질성분증가

당뇨병

동맥경화 증가→ 뇌경색 발생

혈압증가

당뇨병에 오래 앓은 사람일수록 뇌졸중에 걸릴 가능성이 높고, 당뇨병이 있는 뇌졸중 환자는 다른 뇌졸중 환자에 비해 사망률이 높고, 뇌졸중 증상의 회복이 느리며, 재발이 빠릅니다.



*고지혈증

고지혈증은우리몸의혈액에지방질이너무많은상태를말합니다.

지방질 : 콜레스테롤, 유리지방산, 중성지방 등. 고지혈증은 동맥경화 특히 심장병 (관상동맥 질환)을 일으키는 주요원인!

뇌졸중은 뇌혈관의 동맥경화에 의해 생기므로 고지혈증은 동맥경화에 의한 뇌졸중을 일으키는 원인입니다.

콜레스테롤을 낮추는 식사

규칙적인 운동

의사지시에 의한 약물 복용

고지혈증을 낮춤

*심장 질환

심장질환은 뇌졸중의 주요원인입니다.

우리나라 뇌졸중 원인의 10-15%

서양 전체 뇌졸중 원인의 30-40%

혈전은 뇌경색의 원인입니다.

심장질환(심방세동, 류마티스성심장, 판막질환, 급성심근경색 등)이 있는 경우



심장안에 혈전생성



혈전이 심장에서 떨어져나와 혈류를 타고 가다가 뇌혈관을
막아 뇌경색(심인성 뇌졸중, 색전증)발생

♡ 나타날 수 있는 증상은 무엇이 있을까요?

- *운동기능장애 *감각기능장애
- *인지기능장애 *언어기능장애
- *연하장애 *배뇨, 배변문제
- *자가간호결여 *정서장애

****인지기능장애**

-좌측 뇌반구는 신체의 우측을 총괄하며, 언어기능에 대해 우월하고 우측 뇌는 신체의 좌측을 지배하며 인지능력 및 지적 능력에 대한 여러가지 통합기능을 가지고 있습니다. 병변이 뇌의 한쪽에 있어도 신체기능에 미치는 영향은 양측성이며 신체 증상은 한쪽이 더 심하고 다른 쪽은 경한 상태이나 좌우 뇌반구 병변에 따라 인지기능장애는 차이가 있습니다.

(지각장애, 행동양상의 변화, 기억장애, 실인증, 실행증 등)

****자가간호결여**

-근력이 약하거나 운동 및 협응능력 장애가 있거나 감각 및 인지 장애로 인하여 기본적 일상생활동작을 수행하기 어렵습니다. 혼자서 세수하기 등 개인 위생과 옷

입고 벗기, 배뇨, 배변관리 및 이동동작을 할 수 없습니다.

****정서장애**

-정서적 불안정, 스트레스에 대한 대처능력 감소, 우울, 부정, 불안, 고립감, 위축, 개심 등이 나타날 수 있습니다. 또한 지적 퇴행이 나타나는데 이는 뇌의 병변자체로도 올 수 있으나 안정을 이유로 주위환경으로부터 격리되어올 수도 있습니다.

♥뇌졸중후우울증이란무엇인가요?

뇌졸중에 의한 뇌조직의 손상, 즉 신경세포 사이에서 신호 전달의 역할을 수행하는 신경전달물질(세로토닌, 노르에피네프린)을 생성하는 세포의 손상이 우울증을 유발합니다.

특히 뇌졸중의 위치가 왼쪽 뇌의 앞쪽에 가까울수록 우울증이 쉽게 발생합니다. 또한 과거에 우울증을 앓았던 사람이나 가족 중에 우울증 환자가 있었던 경우 우울증이 많이 발생합니다. 나이, 성별, 경제적 수준 및 교육정도 등은 영향을 미치지 않는 것으로 알려져 있습니다

****우울증경과**

대개의 경우 6-12개월 정도 지속되다가 없어지나, 만성적인 우울증으로 발전하기도 합니다.

항우울제의 투약은 병의 기간을 단축시키며, 만성화를 방지시킬 수 있습니다.

뇌졸중의 위치에 따라 병의 기간에 차이가 있으며, 대뇌 피질에 발생한 경우 우울증이 보다 오래 지속되는 경향이 있습니다.

♥뇌졸중 진단을 위한 검사에는 무엇이 있나요?

*CT(전산화 단층 촬영)



뇌경색



뇌출혈

*MRI

MRI는 뇌경색 발병 30분 후부터 병변을 볼 수 있고 수시간 이내에는 대부분 확인할 수 있으며, 뇌간의 병소도 정확히 보여 CT보다 우수한 면이 있습니다. 또한 뇌졸중에 동반된 부종을 확인하고, 출혈 병변에서 시간 경과와 원인을 추측할 수 있는 장점이 있습니다. 그밖에도 내경동맥이나 기저동맥의 폐색이나 구조를 자세히 볼 수 있습니다. 또한 최근에는 주위 조직에서 혈관을 분리하여 영상을 얻는 자기공명혈관조영(Magnetic Resonance AngiographyMRA)이 개발되어 비침습성 검사로 경동맥 및 뇌기저부 혈관의 상태를 관찰할 수 있어 기존의 혈관조영술을 시행할 수 없는 경우 대신할 수 있습니다. 이외에도 특수한 방법의 MRI 검사법이(확산 MRI, 관류 MRI 등) 개발되어 뇌조직의 손상을 보다 빠르게 파악하는데 도움을 주고 있습니다

*뇌혈관조영술

새로 개발된 MRA 기술은 개략적인 혈관에 관한 정보만을 제공할 뿐이며 좀 더

정확한 이미지를 필요로 하는 경우에는 좀 더 침습적인 방법이기도 하지만 대퇴동맥을 통한 뇌혈관조형술(Transfemoral Cerebral Angiography TFCA)을 시행하게 됩니다. 이것은 대퇴동맥으로 긴 바늘을 넣어 뇌혈관까지 다다르게 한 후 혈관이 잘 보이도록 혈관 조영제를 주사하여 혈관을 관찰하는 방법입니다. 특히 뇌경색환자에서 발생 3시간 이내에 진단되어 혈전용해제를 사용하는 경우나 동맥이 좁아져 이를 늘리는 경우에 필수적인 검사입니다

***경식도초음파**

심장의 상태를 보는 검사

초음파 탐촉자를 식도를 통해 내시경을 넣어 식도나 위상부에 위치한 후 심장의 구조와 심장 근육, 판막과 심장 기능, 색전 유무, 대동맥에 대한 정확한 정보를 얻을 수 있는 검사입니다.

***뇌혈류검사및 경동맥초음파**

초음파를 이용하여 뇌혈류를 측정함으로써 뇌혈관의 협착(동맥경화증)을 간접적으로 진단할 수 있고 혈류의 방향을 측정할 수 있으므로 뇌혈관촬영의 결과를 더욱 더 정확하게 알 수 있는 보조검사이다

경동맥(목의 큰 혈관)의 동맥경화증을 진단할 수 있는데 혈관의 내부 상태 및 혈류를 육안으로 직접 볼 수 있습니다

♥뇌졸중의 치료에는 무엇이 있을까요?

****응급처치**

1. 뇌졸중의 증상이 나타나면 119 구조대로 연락하여 최대한 빨리 인근 대학병원 응급실로 (혈전용해술 혹은 응급수술이 가능)

2. 의식이 없는 뇌졸중 환자는 제대로 삼킬 수 없으므로 절대로 약(한약, 청심환 등)이나 음식물을 먹이지 마십시오. 가장 위험한 합병증인 폐렴을 일으킬 수 있습니다.

3. 의식이 없는 환자를 눕힐 때는 목과 어깨 아래에 베개나 타월을 놓아 고개를 뒤로 젖히십시오. 호흡을 쉽게 할 수 있습니다.

4. 의치(틀이)를 빼고 넥타이 및 벨트는 느슨하게 합니다.



****뇌졸중치료의 원리**



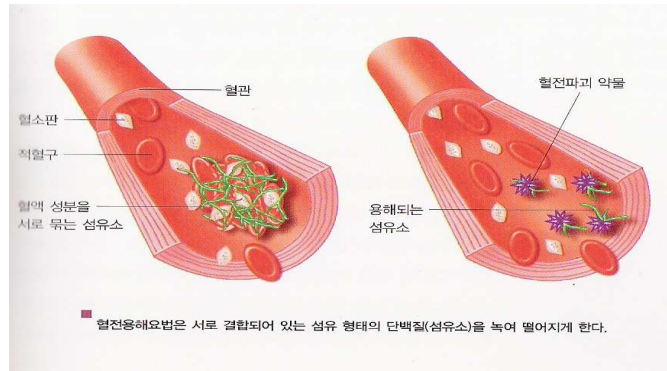
뇌경색 : 막힌 혈관을 뚫음



뇌출혈 : 파열된 혈관을 막음

****혈전용해요법**

뇌경색이 발생한 후 3시간 이내에 병원에 도착하면 혈전용해제를 주입하여 혈전을 녹임으로써 반쯤 죽어있는 세포들을 살릴 수 있습니다. 성공적으로 혈전이 용해되면 마비가 급격히 회복됩니다. 뇌경색이 발생한 후 중심부에 이미 죽어버린 뇌세포는 어떠한 방법으로도 다시 살릴 수 없습니다.



부 작용

-뇌출혈, 위장출혈 등의 위험성이 있습니다.

시술할수 없는 경우

1. 보름 이내에 수술을 받았거나 심한 상처가 있어서 출혈의 위험이 높은 경우
2. 혈압이 너무 높은 경우
3. 3시간이 지나서 병원에 도착한 경우
4. CT와 MRI에 이미 뇌손상이 심한 경우
5. 말기 암환자

**뇌경색의수술적 치료

[두개절제감압술]

뇌경색이 매우 광범위하여 부종이 심한 경우에는 아랫 쪽(뇌간)의 심장중추와 호흡중추(뇌간)이 압박되면 사망할 수 있으므로 목숨을 살리기 위하여 손상된 뇌의 일부를 제거하여 뇌압을 감소시킵니다

[경동맥내막절제술]

동맥경화증으로 인하여 혈관 내막이 증식하여 혈관이 좁아지면 혈액순환이 불

충분하여 일과성 뇌허혈증(전구증상)이나 뇌경색이 발생할 수 있습니다. 비후된 내막을 수술로 제거함으로써 혈관을 확장시킬 수 있습니다.

[혈관확장술]

동맥경화증이 혈관이 좁아져 수술이 필요하지만 수술을 할 수 없는 경우에는 (고령, 수술을 할 수 없는 부위) 작은 풍선이 관을 사용하여 혈관을 확장시키고 다시 좁아지지 않게 스텐트(금속망의 일종)를 삽입합니다.

****항응고제**

엄밀한 의미에서 항응고제는 치료제로 볼 수 없으며 증상의 악화와 재발을 예방하는 약물이다. 부작용이 일어날 수 있으므로 효과가 입증된 경우에만 사용해야 합니다.

(1) 심장에서 형성된 혈전에 의하여 뇌경색이 발생한 경우에는 재발 위험성이 매우 높습니다.

(2) 큰 동맥이 완전히 막히지는 않았으나 심하게 좁아져서 막힐 위험성이 높은 경우(일과성 뇌허혈증, 진행성 뇌경색)

부작용

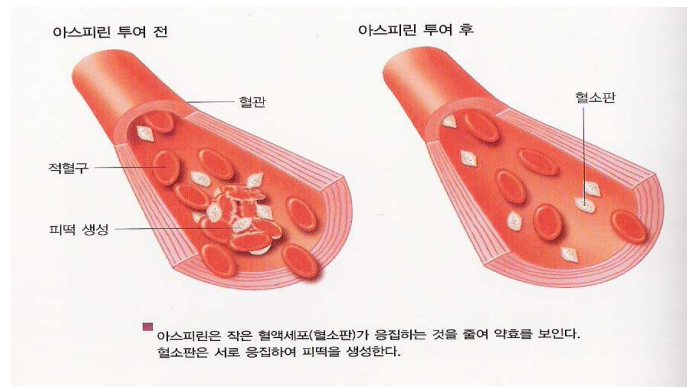
-항응고제는 혈전의 형성을 억제하는 효과는 높으나 지혈이 잘 안되고 장출혈과 뇌출혈을 일으킬 수 있습니다.

주의사항

-아래에 해당되면 즉시 병원을 방문

- (1) 짜장처럼 검은 설사가 일어나는 경우(장출혈)
- (2) 심한 두통과 함께 구토가 발생하는 경우
- (3) 뇌졸중이 발생하는 것처럼 반신마비, 의식변화, 언어장애 등이 발생하는 경우
- (4) 잇몸, 항문 혹은 상처에서 30분 이상 출혈이 멈추지 않는 경우

- (5) 다리와 팔에 여러 군데 심하게 멍이 들거나 외상을 입은 곳이 심하게 붓는 경우
- (6) 응급수술을 해야 할 경우에는 항응고제를 복용하고 있다고 의료진에 말하여야 합니다.
- (7) 발치, 특수검사(내시경, 혈관촬영술) 혹은 수술(조직검사 포함)을 받아야 하면 주치의와 사전에 상의해야 합니다.
- (8) 부작용이 발생하거나 이상이 있으면 절대로 임의로 항응고제를 중단하지 말고 상의하십시오. 뇌경색이 재발할 수 있습니다.
- (9) 병원에서 정해진 용량을 정시에 복용하세요
- (10) 정해진 시간에 피검사를 하여 약물의 효과를 확인하세요



****아스피린**

-혈액을 묽게 하고 피떡을 방지하는 것으로 알려진 약입니다.

II. 뇌졸중 환자의 간호 영역

♥연하장애 및 영양관리

**연하장애란?

연하과정의 구강단계, 인두단계, 식도단계의 어느 단계에서도 나타날 수 있는데, 즉 입술, 혀, 인, 후두기능 저하로 음식을 섭취할 수 없고 침흘림, 환측의 구강내 음식물 정체, 식사시 사래들리거나 기침하는 증상입니다. 이런 연하 장애로 인해 음식물의 기도 흡인은 질식이나 기관지 폐렴을 유발할 수 있습니다.

연하장애 간호

- 1) 음식 머기 좋은 자세를 취해줍니다.
 - 머리가 몸의 중심선에 있도록 똑바로 앉고 턱이 아래로 가도록 목을 약간 구부립니다.
- 2) 식사하는데 적절한 환경을 준비합니다.
- 3) 식사량과 식사속도를 조절합니다.
- 4) 음식의 온도는 체온보다 약간 뜨겁게 하거나 차게 합니다.
- 5) 필요하면 입술조절, 혀 조절과 저작능력을 도와주는 감각 운동자극을 합니다.
- 6) 혀의 조절이 어려운 경우는 음식물을 혀의 뒤쪽에 놓아줍니다.
- 7) 음식을 먹여줄 때 고형음식과 액체음식을 한꺼번에 같이 섞어주지 않습니다.
- 8) 음식을 삼켰는지 확인합니다.
- 9) 음식 섭취 후 30분 정도 앉아 있게 합니다.

****영양관리**

영양상태사정

-환자의 신장과 현재의 체중을 측정하여 이상적인 체중을 평가: 표준체중(신장-100)*0.9을 산출하고, 피부의 겹치는 정도, 과거 건강할 때의 체중을 평가합니다.

-머리카락과 피부를 점검합니다.

-치열 관찰:충치,어떤 치아가 빠졌는지,깨졌는지 착색되었는지 확인합니다

-칼로리 요구를 결정: 칼로리는 활동 정도에 따라 조정하며, 주로 앉아서 활동할 때는 1300Cal/day, 중등도의 활동시에는 1500Cal/day, 매우 활동적일 때는 2000Cal/day

뇌졸중 환자를 위한 식사 권장사항

-에너지(칼로리), 단백질, 비타민, 무기질과 섬유질을 얻기 위해 여러가지 음식을 골고루 먹습니다.

-정상체중을 유지하여 고혈압 등 성인 질병의 기회를 줄입니다.

-지방, 포화지방, 콜레스테롤이 적은 식사를 선택합니다.

-싱겁게 먹는 것을 권장하며 설탕은 알맞게 사용합니다.

콜레스테롤을 감소시키는 방법

-고기는 튀김보다 찌고, 끓이고 굽는 요리로 합니다.

-육류는 요리하기 전에 눈에 보이는 지방과 껍질을 제거합니다.

-새우, 뱀장어, 계란노른자, 오징어, 생굴, 문어, 게, 명란 등은 적게 먹습니다.

-버터나 돼지기름 대신에 불포화지방이 많은 옥수수과 콩, 면실유 등 채소류를 이용합니다.

-간, 뇌, 콩팥, 지라, 허 같은 기관고기를 적게 먹습니다. 생선, 곡류, 과일, 야채는 많이 먹되 베이컨, 핫도그, 소세지, 햄, 런치미트, 햄버거, 아이스크림 등은 적게 먹습니다.

■ 식품 중의 콜레스테롤 함량 (mg/식품 100g)

도넛	110	쇠고기 간	240	뱀장어	200
초콜릿	16	베이컨	60	성게	290
닭고기 가슴살	70	소시지	60	새우	130
닭고기 날개	110	달걀 흰자	470	물오징어	300
닭고기 간	370	달걀 노른자	1300	굴	50
돼지고기 등심	55	메추리알	470	모시조개	50
돼지고기삼겹살	60	갈치	80	꽃게	80
되새고기 간	250	고등어	55	가공 치즈	80
쇠고기 갈비	55	연어알	510	마요네즈	300
쇠고기 안심	70	명란젓	340	버터	210

식품성분표, 제 5개정판, 1996, 농촌진흥청, 농촌생활연구소

**고혈압 환자를 위한 식사 지침

고혈압 환자가 있는 가정에서는 다음과 같은 점에 유의하여 식사를 준비하도록 합니다.

- 조리할 때 소금을 조금만 사용하거나 아예 넣지 않고, 대신 식초나 들깨 가루 등을 이용합니다.
- 쌀밥을 적게 먹음으로써 김치, 국, 젓갈 등 소금이 많이 들어 있는 반찬 종류를 줄입니다.
- 음식을 만든 즉시 염분이 스며들기 전에 바로 섭취합니다. 염분이 음식에 스며든 후에는 덜 짜게 느껴지므로 소금이나 간장을 더 치게 됩니다.
- 가능하면 신선한 재료를 선택하여 옅은 맛으로 입맛을 돋우도록 합니다.
- 일일이 염분 함량을 계산하기 보다는 가급적 온 식구가 싱겁게 먹도록 하는 것이 신경도 덜 쓰이고 오랫동안 지켜 나갈 수 있어 좋습니다.

♥ 배설장애와 간호

배뇨, 배변문제

배뇨

- 정해진 시간 간격에 따라 배뇨 훈련은 방광 훈련을 시키는 방법입니다.
 - 즉각 배뇨 :뇨의를 느끼면 즉시 화장실을 이용하도록 하며, 계획된 배뇨 훈련의 방법으로 아침식후 30분, 일어난 후 30분, 잠자기 전 30분, 하루 동안 매 3시간마다, 잠자는 동안 2번 배뇨를 하게 하는 방법을 사용할 수 있습니다
 - 계획된 배뇨훈련 : 하루 일과 중 배뇨해야 할 시간을 정해주는 방법이다. 예를 들어, 아침식사 후 30분, 일어난 후 30분, 잠자기 전 30분에 배뇨를 하게 하거나, 하루 동안 매 3시간마다, 잠자는 동안 2번 배뇨를 하게 하는 방법입니다.
 - 지침
- ①수분섭취량을 증가시키도록 합니다(3L이상/일)
 - ②정기적인 배뇨시간을 정해 놓습니다.
 - ③저녁식사 후 수분섭취를 제한합니다.
 - ④필요시 간헐적 도뇨법을 합니다.

배변

- 연동운동을 촉진하기 위해 신체적 활동을 장려합니다.
- 수분섭취를 증가시킵니다.
- 섬유성 식이의 섭취를 증가시킵니다.
- 배 맛사지 : 맹장부위부터 시작해서 시계방향으로 실시합니다.
- 배변시간을 정하여 정기적으로 배변 하도록 합니다.

-실변의 경우

- ①수분공급을 권장하지만 저녁 식사 후에는 제한합니다.
- ②고섬유성 식이를 권장하고, 가스형성 음식은 제한합니다.
- ③식후 20-40분 후에 화장실이나 변기 사용을 권장합니다.
- ④복부마사지를 실시합니다.
- ⑤필요시 식사 직후 좌약을 삽입합니다.

♥뇌졸중 환자의 정서적 간호

뇌는 정서의 억제에 중요한 역할을 하고 있으며 뇌졸중으로 인해 뇌의 기능이 부분적으로 상실되었을 때 정서적으로 불안정하며, 잊기를 잘하고 좌절합니다. 또한 다양한 기능 장애와 함께 장기적인 재활과정에서 심리 사회적 갈등과 부적응 문제가 나타납니다. 주로 나타나는 정서적인 변화는 우울, 무감동, 불안정성, 다행증, 충동적인 행동, 부정, 판단력 부족, 자기중심적 행동, 분노 등이 있습니다.

*우울증

대상자를 위한 행동지침

- 스스로 어려운 목표를 세우거나 많은 양의 책임을 지지 않습니다.
- 다른 사람과 함께 있도록 합니다.
- 기분이 좋아질 수 있는 활동에 참여합니다.
- 가벼운 운동, 종교활동이나 사회활동에 참여하도록 합니다.
- 부정적인 생각들을 받아들이지 않아야 합니다. 왜냐하면 이것은 우울의 일부 분이며 치료하는 동안에 없어지기 때문입니다.

우울을 위한 간호

- 타인과 감정을 나누게 합니다.

: 뇌졸중 자조그룹은 같은 질병을 겪은 사람을 만나서 서로 이해해주고 나눌 수 있는 점에서 좋은 모임입니다.

-좋아짐을 축하한다.

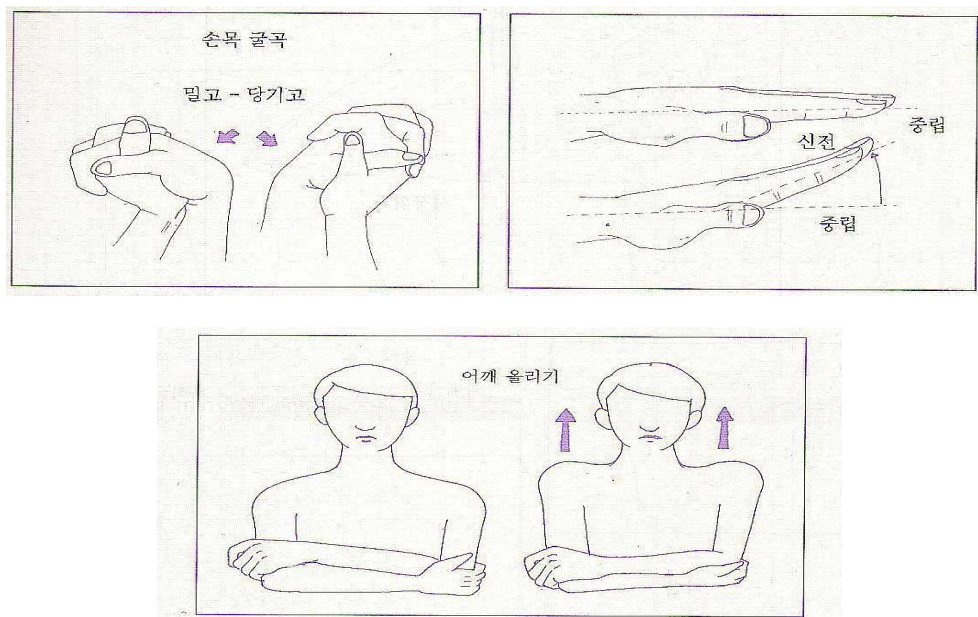
-치료를 격려한다.

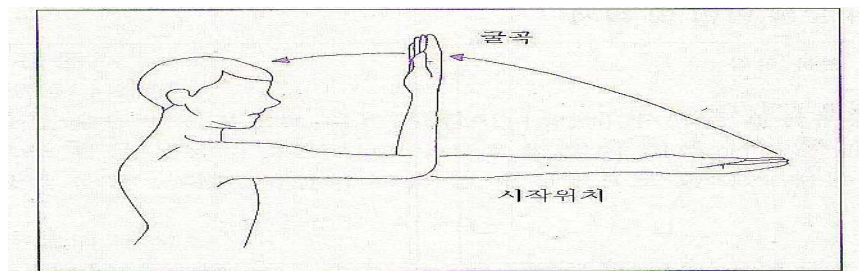
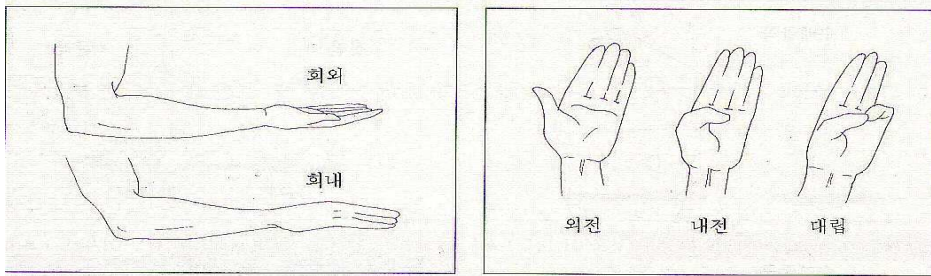
-정서적인 지지를 제공합니다. 정서적 지지란 이해, 인내, 애정, 격려를 말하며 우울한 사람과 대화를 나누고 경청하며 우울한 감정을 비난하지 않고 지적하고 희망을 제공합니다. 자살에 대한 생각을 무시하지 않고 치료자에게 알리도록 합니다.

-안심하게 합니다.

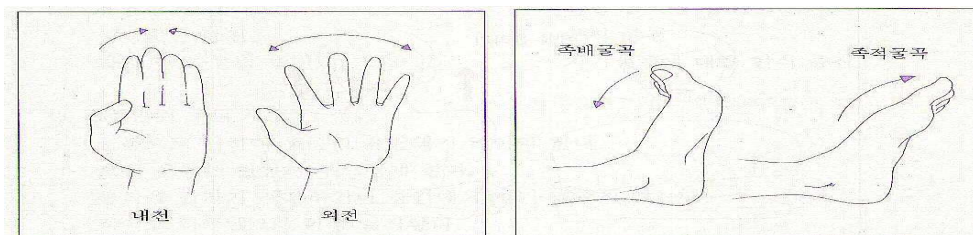
♥재활요법

각 관절운동과 운동 범위

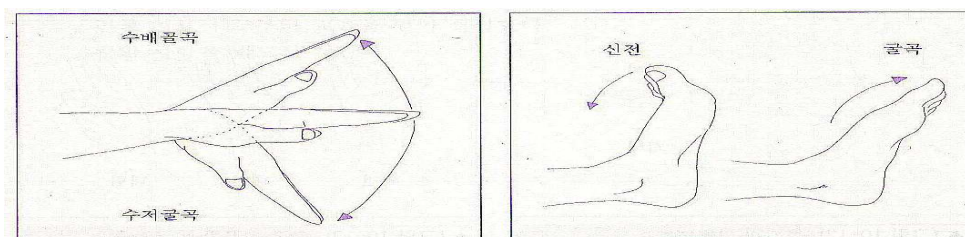




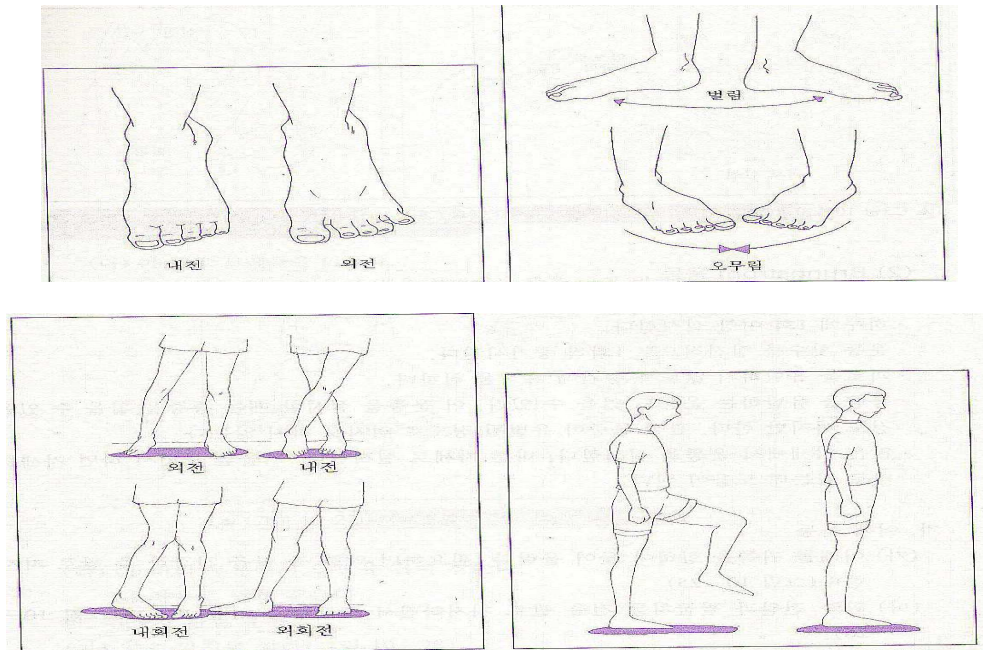
손가락과손가동운동 발목가동운동



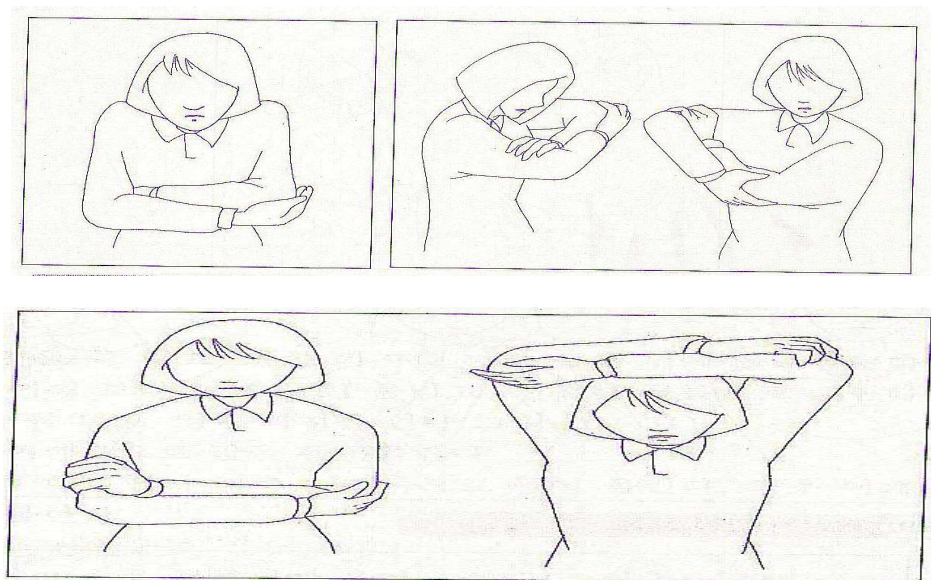
손목가동운동 발과발가락가동운동



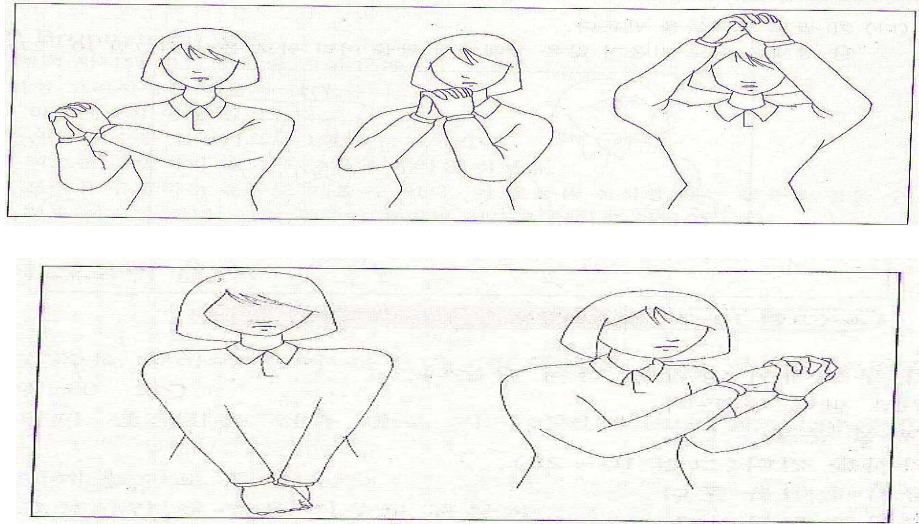
발 운동



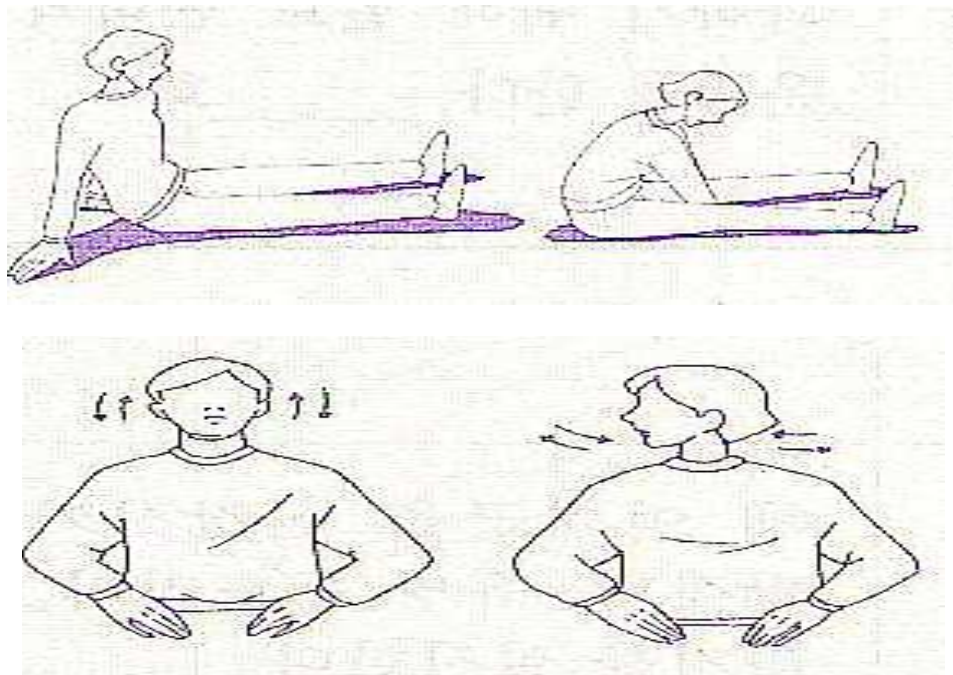
어깨운동

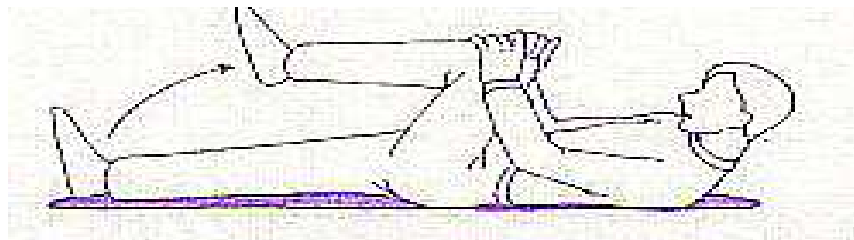
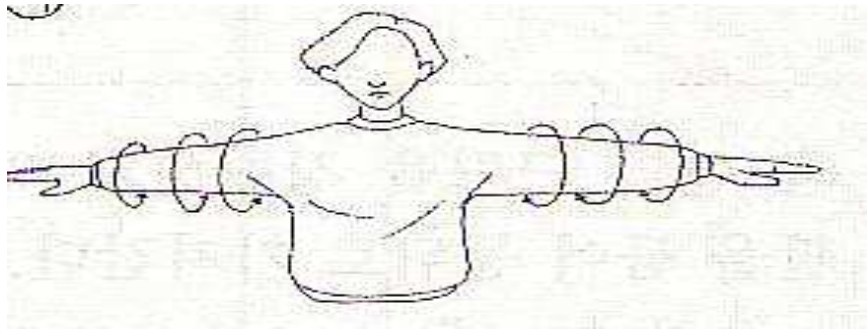


팔꿈치관절운동

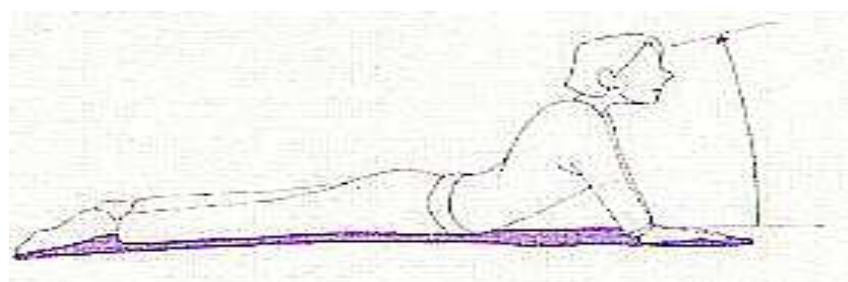
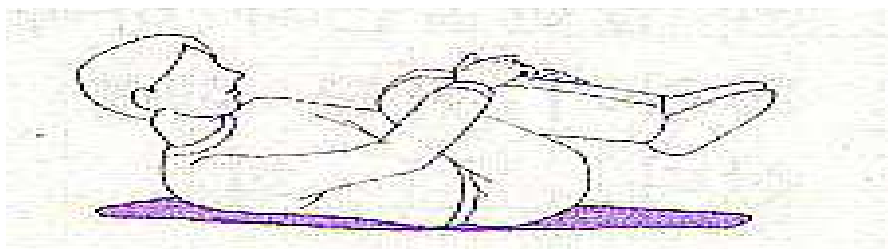


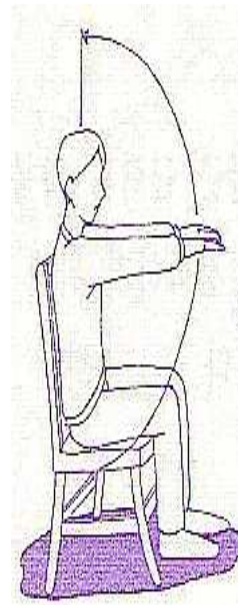
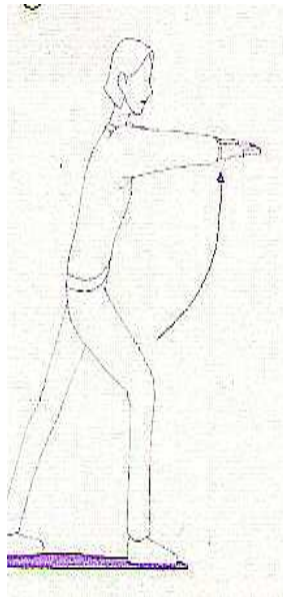
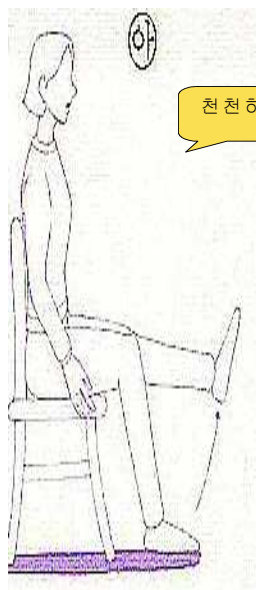
기동성유지운동1





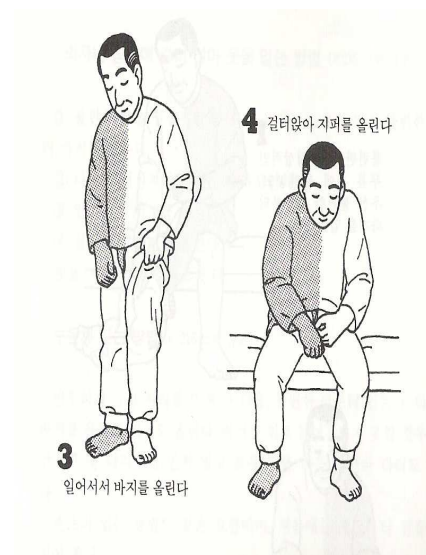
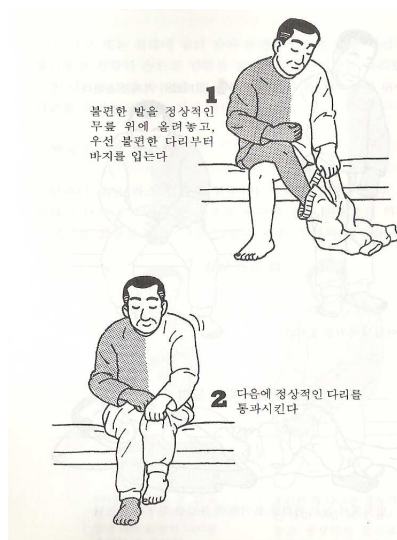
기동성 유지 운동2





일상생활 활동

-옷 입기





연하곤란 장애를 위한 입운동



♥뇌졸중 질병 관리(재발방지)는 어떻게 할 수 있을까요?

뇌졸중 관리는 이렇게..

1. 처방 된 약을 잘 복용하며, 정기적인 검진을 통해 지속적인 뇌졸중관리를 합니다.
2. 관련 질환은 전보다 더 열심히 관리합니다.
3. 일상생활 관리를 합니다.

금연

-담배연기 속의 해로운 물질은 혈관을 좁게 만들어 뇌졸중에 걸릴 위험성을 매우 높입니다.



음주

- 과도한 음주는 뇌졸중에 해롭습니다.

살 빼기와 규칙적인 운동

-살이 찐 사람은 혈관안에도 지방이 많아 혈관이 좁아질 수 있고 뇌졸중을 일으킬 수 있는 여러 다른 병이 걸릴 수 있습니다. 빠르게 걷기, 달리기, 자전거 타기 등과 같은 적당한 운동은 1주일에 3-4번, 한번에 30분 이상 규칙적으로 합니다.

건강한 식습관

- 콜레스테롤이 적은 음식을 싱겁게 먹도록, 과일과 야채를 항상 먹습니다.
- 싱겁게 먹습니다.

운동

규칙적인 운동은 혈압과 비만을 낮출 뿐만 아니라 스트레스를 줄입니다. 활발한 신체활동을 통해 뇌졸중도 예방합니다.

운동 종류

-처음부터 격심한 운동을 하기보다는 걷기나 수영과 같이 몸에 무리가 되지 않는 운동을 하는 것이 좋고 고혈압 환자는 지속 적인 유산소 운동 즉 걷기, 달리기, 자전거 타기, 수영, 체조 등이 도움이 됩니다.

인슐린을 맞는 당뇨 환자는 인슐린 주사 부위의 운동은 삼가는 것이 좋습니다.

운동 시간

-뇌졸중의 경험이 있거나 고혈압이 있는 사람은 추운 날씨에는 운동을 하지 않는 것이 좋으며, 이른 아침에는 삼가는 것이 좋습니다. 당뇨환자라면 식후에 운동을 하는 것이 저혈당의 예방에 좋습니다.

운동의 강도

-적절한 운동 강도는 운동을 하는 동안 옆 사람과 이야기를 나눌 수 있고 숨이 차지 않을 정도입니다. 운동을 처음 시작할 때는 낮은 강도로 시작하여 점차 운동의 강도를 증가시키는 것이 필요합니다.

운동의 횟수

-운동은 매일 조금씩 실시하는 것이 좋으나 적어도 일주일에 3-4회는 운동하는 것이 좋습니다.

스트레스 관리

점진적 근육이완요법

방 법

각 근육들에 대한 조절을 익혀서 골 근육들을 가장 낮은 긴장의 상태를 유지할 수 있고 조용하고 어두운 조명에서 편안한 상태로 앉거나 누워서 시행합니다.

근육에 주의를 집중합니다. 지정된 근육을 긴장시킨 채 5-7초간 긴장을 유지합니다. 지정된 근육을 이완시킵니다. 이완된 상태를 30-40초간 유지합니다.

이와 같은 방법을 되풀이하면서 16개 근육군을 2회씩 긴장시킵니다.

상지에서 하질 근육의 긴장과 이완을 반복합니다.

한 근육군의 긴장이 끝나면 45-60초간 이완된 상태로 쉬고 다음 근육을 긴장합니다.

뇌졸중 환자의 퇴원 후 재가치료

뇌졸중은 무서운 병이지만 급성기를 지나면 대체로 그 증상은 점차 좋아집니다. 그러나 완전히 좋아지지 않고 후유증이 남는 환자가 많습니다. 그래서 병원에서 퇴원 후에도 가정에서 가족들이 한 팀이 되어 가능한 한 병원에서 치료받았던 기술들을 학습하여 적극적으로 재활 치료를 계속할 때 최대한의 기능을 회복하게 됩니다. 이러한 과정은 뇌졸중 환자 뿐만 아니라 모든 가족들의 관심과 인내가 필요하며 회복에 대한 희망을 갖고 끊임없이 도전할 때 환자는 보이지 않게 점차 회복됩니다.

이미 손상된 뇌 세포까지도 심하게 손상되지 않은 신경세포의 유연성의 증가로

뇌세포가 활성화되어 서서히 회복되는 기적을 체험하게 됩니다.

재발시 간호

병원에 도착하기 전의 간호

-뇌졸중의 증상이 가벼운 환자라도 응급질환으로 생각하고 빨리 응급실로 옮겨야 합니다.

-환자가 의식이 없는 중한 상태라면 편안히 눕히고 넥타이, 벨트 등 조이는 것을 풀어주고 빨리 119로 신고하여 병원 응급실로 후송해야 합니다.

-환자가 구토 시 토물이 기도로 들어가지 않도록 얼굴을 옆으로 돌린 후 입안을 닦아줍니다.

-뇌경색이 심한 환자는 혈전 용해제를 사용하는데 이것은 환자가 아주 일찍 병원에 도착한 경우에만 효과를 기대할 수 있습니다.

성생활

뇌졸중으로 인한 성생활 미치는 영향이 있으나 신뢰와 정직한 의사소통을 통하여 질환 전과 같은 성생활을 할 수 있습니다. 가능한 긴장이 적은 체위로 서로의 의견을 말하도록 합니다.

남자의 경우 성기능이 바뀌지는 않으나 당뇨, 혈액 순환, 혈압 약물 때문에 발기 문제가 생길 수 있으므로 뇌졸중 후 몇 주 동안 발기되지 않으면 의사와 상담합니다.

여성의 경우는 유방이나 성기의 감각이 상실될 수 있으며 간혹은 질 분비물이 감소하기로 합니다. 성행위시 동안 수용성 젤리를 사용하시면 도움이 됩니다.

주의사항

1. 성행위를 할때의 혈압상승, 맥박수 증가, 심장운동량 증가는 두 층(1층에서 3층까지 올라가는 거리)만큼 올라갈 때와 같은 정도입니다.

2. 보통 속도로 두 층을 걸어올라 갔을 때 몸에 무리한 증상이 생기지 않는 사람은 안심하고 성행위를 해도 됩니다.

3. 다음과 같은 상황에서는 성행위를 피합니다.

-포식을 한 직 후

-술이 취한 상태

-너무 지친 상태

-낮선 장소

-너무 춥거나 너무 더운 장소

-부담이 되는 자세

자조 협회 소개

한국뇌졸중 장애인 협회=한국 뇌졸중 가족 협회

뇌졸중 장애인 및 가족의 권익 보호 및 실질적인 사회복지 실현을 제공하고 뇌졸중 장애인의 상호 교류 및 협력을 통해 뇌졸중 장애인의 복지활동 그리고 뇌졸중 예방과 치료 및 기타 정보 등을 제공하여 일상생활에 자유롭게 참여할 수 있도록 하기 위해 설립되었습니다.

위치 : 인천광역시 부평구 부개 3동 49-9

전화 : 032-505-1241

프로그램 : 보행훈련, 일상생활 동작 훈련, 언어 훈련 및 교육

주간 보호프로그램-오전, 오후반, 종일반

뇌졸중 가족을 위한 교육 실시

사이버 카페

뇌졸중을 이겨내는 사람들

cafe.daum.net/koreainfocenter

뇌졸중 임상의 및 치료사들이 함께 고민과 정보를 나누는 사이트입니다.

작은 등불

cafe.daum.net/silen

뇌출혈(뇌졸중)으로 고생하는 환자와 가족을 위한 카페

직장으로의 복귀

신체에 심한 무리가 가지 않는 일은 오히려 삶에 의욕을 주고 발병 전으로의 생활로의 적응에 도움이 됩니다.

과로하거나 심한 스트레스가 되는 일은 가능한 피하도록 합니다.

전보다는 일과 일 사이에 쉬는 시간을 두고 편안한 마음으로 일에 적응하도록 하는 것이 필요합니다.

한방 치료에 대한 소견

한방 치료와 양방 치료를 함께 하는 것은 무리가 있습니다.

한방 치료에는 침 치료나 뜸 치료 등 뇌졸중 환자가 복용하시는 약의 부작용이 나타날 시 치명적인 해를 줄 수 있는 치료가 있으므로 반드시 한발 치료를 하고자 하실 때는 담당 주치의와 상의하여야 합니다.

한약의 종류도 다양하여 현재 복용 중인 약과 어떤 상승 작용을 할 지 모르므로 임의로 한약을 드시거나 대체 식품을 드시는 것은 치료과 회복 과정에 도움이 안 됩니다.

인지기능 향상을 위한 지지

① 대상자의 프로그램 후 자기관리 의지 및 돌봄에 대한 자신감 등 감정을 표현함.

② 서로 칭찬하는 시간

-프로그램 참여 동안 수고했다고 15초씩 양 옆의 사람에게 칭찬하고, 특별히 칭찬하고 싶은 사람을 세워주는 시간을 가짐.

박수치기

① 손바닥 박수

② 주먹 박수

③ 손목 박수

④ 손가락 끝박수

⑤ 손등박수

①~⑤까지 20회씩 순서대로 시행한다

스킨십

① 대상자 전원을 일어서게 한 후 오른쪽을 보게 한다

② 앞에 있는 사람의 어깨를 뒤에 서 있는 사람이 1분간 마사지를 한다

③ 이때 앞사람의 주문에 의해 마사지 부위를 선택 할 수 있게 한다

④ 1분이 지나면 역할을 바꾸어서 같은 방식으로 1분간 마사지를 하게 한다.

<ABSTRACT>

Educational Program Development for Married Couple Groups Suffering from Brain Strokes

**Yeom, In sun
Department of Nursing
The Graduate School
Yonsei University**

This is a mediating developmental research done to develop Educational Program Development for Married Couple Groups Suffering from Brain Strokes. The program is to enhance the self management ability of stroke patients and the their family's caring proficiency.

The total number of subjects were 36, and this number included 18 inpatients who had been getting hospital treatment at Y General Hospital in Seoul and their 18 partners. They were divided into 2 groups according to the seriousness of their illness: 18 people for mild condition group and other 18 people for serious condition group.

The basic frame of Brain Stroke Educational Program was formed by studying documents to develop the program. The contents of the program includes the following parts: Information of illness, Treatment process and patient nursing, Remedial exercise treatment, and Post management of patient. Before proceeding with this research, basic programs including 2 sessions of group training and 8 sessions of individual training were carried out. By studying the result of basic program and mediating program of pre-research, the specific operational method for the program development for the research

was decided.

The subjects were hospitalized from April 3, 2006 to May 24, 2006. They were divided into 2 groups, mild condition group and serious-mild condition group, based on the seriousness of their illness. The subjects had an interview on their third day in hospital and began participating in the program on the fifth day. There were 3 groups for each level of illness. Each group included 3 couples consisting of a patient and one of his or her family member, making up the total of 18 people each. The mild condition group had the program done on the fifth and seventh day of hospitalization, and the serious condition group had it on the fifth, seventh and ninth day. The program was operated based on the basic program contents and additional contents, such as subjects' educational demands, were added on according to their circumstances and needs.

For the final program, additional contents related to sickness management were added to the preliminary program. These included the directions for using all kinds of medical instruments, permissible ranges and cautions of oriental medical therapy, sexual life, psychological nursing, stress management, etc. The program had some differences in its contents for different levels of seriousness like in remedial exercise treatment and patient nursing parts for serious condition group. However, the educational program operated before leaving hospital that consists of post patient management part, permissible ranges and kinds of alternative remedy, remedial exercise treatment, emergency preparation, the modes of health-enhancing lifestyle, etc, had similar contents.

To evaluate the clinical validity of this program, patients' self management ability and family support, and family's caring proficiency before and after the educational program were analyzed. For patient's self management ability measurement, Daily Life Accomplishment Evaluation tool was used, of which Lee Jae Shin(2006) developed by revising Barthel's Daily Activity Scale and

Functional Independence Measurement tool for daily activities and self nursing abilities. For family's caring proficiency, Caregiving Mastery Scale from Caregiving Appraisal Scale was used, which was developed by Lawton(1989) and was revised in 2000. For family support, Family Support Measurement tool was used, of which Kang Hyun Sook(1984) developed by revising Cobb(1976)'s tool. The gathered data were analyzed by using technical statistics to compare the scales for before and after.

The statistical result of the research is like the following.

1. The scores for patient's self management ability increased from 88 to 107 in case of mild condition, and from 41 to 101 in case of serious-mild condition.

2. Caring proficiency showed higher scores after the program in categories such as ability for caring problem management, understanding patient's demands, relief for reasonable caring, certainty for caring patients, feeling of having done the best for the patient, and feeling of wanting to do something more for the patient. The total scores rose from 55 to 113 for the partners of patients in mild conditions. In categories for negative feelings, the scores for the feeling of wanting to do something more for the patient dropped from 27 to 25 for mild condition, and from 30 to 25 for serious-mild condition.

3. As for family support, all categories including emotional encouragement, physical aid, opinion appreciation increased. The total score rose from 148 to 166 for mild condition, and from 117 to 154 for serious-mild condition.

Through the result of the above analysis, this research was supported in that the mediation in nursing could improve patient's self management ability and family's caring proficiency.

This research finds itself meaningful in that it developed a customized educational program for married couple group suffering from brain strokes, based on the disease severity, hospitalization time, and the educational demands of subject's group, by using the most effective method of approach. Through the final program, the actual clinical application on stroke patients and their family is also possible. It can be expected to be used as a good basic tool to develop a more effective mediation in nursing through repeated researches based on the result of this research.

Key words: Brain stroke, couple group, self management ability, caring proficiency, family support, customized, disease severity , Need based.