

급성기 뇌졸중 환자의 간호중재 노인환자를 중심으로

김 분 한

(한양대학교 의과대학 간호학과 부교수)

I. 뇌졸중의 빈도, 병리, 발생과 간호의 적용방안

뇌졸중이란 용어는 혈관폐색이나 혈관파열을 의미한다.

폐색은 혈전형성과 색전형성에 의해서 올 수 있다. 폐색은 주로 허약함(weakness), 분당치 않은 빠른 말씨(slurred speech), 얼얼한 느낌(tingling sensation), 현기증(dizziness), 두통등의 증상이 서서히 일어난다.

간헐적폐색(intermittent occlusion)은 transient strokes의 원인일 수도 있다(짧은기간, 미세한 증상과 영향). 빠르고 급성폐색은 허탈감, 무의식, 편마비, 실어증을 일으킬 수 있다. 1년에 뇌졸중 사망원인은 미국에서 20만명에 달하며 사망원인의 3번째 원인이다. 또한 운동력의 주요 손상원인이 된다. 미국신경학협회는 매년 미국에서 250만명의 뇌졸중 발생 환자가 특수간호를 요구하면서 불능상태로 남아 있다고 발표하였으며 전체 뇌졸중 환자의 15%가 불능상태에 대한 제도를 요구하고 있다. 뇌졸중의 분류는 기간에 따라서

1. TIA (Trancient Ischemic Attack)

수분에서 24시간내에 갑자기 나타났다 사라질

2. RIND (Reversible Ischemic Neurologic Deficit)

임상증상이 지속되는 상태에서 1~3일간임

3. 진전되는 뇌졸중(stroke in evolution)

6 대한간호 제28권 제 2 호(5, 6월호) 통권 제150호

약간의 신경학적 손상에서 시작하여 점점 몇 시간에서 몇일까지 진행함.

4. 완전 뇌졸중(complete stroke)

오랜기간동안 계속해서 신경결함이 남아 있으며 완전히 사라지지 않음 등으로 나눌 수 있다.

뇌졸중의 증상과 증후의 차이점은 폐색과출혈, 경동맥과 척추 기저동맥순환(vertebral basilar artery)등에 영향을 받는다.

· 경동맥 순환결함은 한측 또는 양측에 허약과 무감각이 일어난다.

단일 중요한 반구가 손상을 입으면 대화곤란(dysphasia), 실행중(apraxia), 혼돈, 일시적 실명, 시야결손, 머리흔들림(throbbing headache)을 관찰할 수 있다.

· 척추기저동맥순환으로 발생하는 뇌졸중의 증상은 양측에 온다.

증상 및 증후로는 구음장애(dysarthria), 연하곤란을 포함하며 어지러움, 이명(tinnitus), 청각장애, 환측과양측의 감각, 운동결함, 불균형상태, 시야결함 등이다.

뇌졸중은 수술 및 치료요법을 병행하는데 수술은 위험율이 낮은 TIA등에 적용한다. 동맥류가 있을때 적용가능하다.

뇌졸중 환자의 치료요법은 증상적이며 지지적이 되어야 한다. 항응고 치료제는 비출혈성 뇌졸중에 사용될 수 있다.

항응고 약물은 수술이 적합치 않은 long-term 시기와 short-term TIA와 진행성 뇌졸중을 억제하는데 사용한다.

많은 연구가 TIA에 대한 warfarin 및 기타 응고제 사용의 진보를 제시하고 있다.

II. 간호진단에 관계된 간호문제들

1. 무의식 노인에 대한 간호문제
2. 마비 노인에 대한 간호문제
3. 노인의 실어증과 인지결함에 의해서 기인된 의사소통의 손상
4. 배설기능의 조절상실에 의한 자아개념의 손상

많은 뇌졸중환자는 무의식, 마비를 경험하며 언어전달, 인지적 손상, 실금의 손상등을 갖게 된다.

노인의 급성뇌졸중 환자에서 직면한 3가지 주요문제가 마비, 실어증, 실금이다. 간호사는 이 영역의 간호에 대하여 간호문제와 치료진단 분야에서 무관심하고 도외시했던 것들을 찾아내어 노인에게 적용해야 할 것이다.

그러므로 간호진단에 관계하는 간호는 다음과 같다.

III. 급성기 환자간호

1. 무의식 노인에 대한 간호중재

뇌졸중이 발생하면 갑자기 또는 서서히 무의식으로 빠진다.

완전한 무기력상태에 있는 노인에게는 그가 살아야 한다는 활력이다.

무의식이 된다는 것은 모든 연령군에서 가장 높은 삶의 위험이지만 노인은 더욱더 고위험의 상태이다. 따라서 동반된 연령에 대한 정상적변화는 증가하는 병리상태의 능력이 감소하는 현상을 보인다. 환자는 중환자실에 입원하게 되며, 중환자간호가 젊은 환자에게만 또는 예후가 명백하게 좋은 환자만 적용할 수는 없다. 종종 부수적 노인 간호가 일반병동과 중환자실에서 이루어지면 노인의 회복 또는 편안한 죽음에 직접적으로 기여할 것이다. 그리고 환자의 마음의 안

정과 가족의 평화에도 기여할 것이다.

노인과 그의 가족은 그가 받고 있는 간호가 최고의 간호라는 것을 알았을때 더욱 더 안정감을 느낀다.

① Open Airway의 유지

기도유지는 무의식환자의 첫번째 순위로써 강조된다. 폐쇄의 원인이 되는 틀니를 제거하며 혀는 인두후부를 막지 않도록 한다. Side lying position과 기도유지는 폐쇄를 예방하는데 도움을 줄 수 있다.

무의식환자는 기침을 할 수 없으므로 흡인(suction)이 필수적이다.

IPPB(Intermittent Positive Pressure Breathing)는 무기폐의 예방과 폐포의 공기유통을 원활히 해준다. 특히 환자가 구강호흡을 하는경우 가슴된 공기는 호흡기관과 분비물의 건조를 예방한다.

구강호흡환자에게 비관산소공급방법은 의심스러운 방법이다.

마스크는 구강호흡환자에게 가장 적합한 방법이라고 할 수 있다.

② 구강위생

분비물이 인두후부와 혀후부 또는 구개부위에 쌓일 수 있다. 입의 조직은 분비물이 딱딱하면 치약, hydrogen peroxide와 물회석액등으로 흡백적시어 거즈겸자(forceps)로 깨끗이 닦아준다.

글리세린과 레몬쥬스는 입술을 촉촉이 하는데 사용한다. 환자가 치아가 없으면 구강위생을 조심스럽게 빈번히 시행한다.

③ 자세와 운동

④ 사려깊은 의사전달(Thoughtful Communication)은 무의식 환자에게 청력이 존재하기 때문에 필수적이다. 환자에 대한 비통한 것을 환자앞에서 말해서는 안된다.

실지어 완전무의식인경우라도 환자는 수시로 자신이 어디 있으며, 어떤 일이 일어났으며 무엇을 하고 있는지를 추측할 수도 있다. 간호사의 말은 절망의 감정에서 보호하여 주며 삶에대한 동기를 부여하여 그가 할 수 있는 기능이 무엇이던지 회복할 수 있게 해야한다.

⑤ 눈간호

환자의 눈이 완전히 감겨 있지 않으면 각막건조를 예방하기 위하여 안연고를 사용한다. 깜빡임(blinking)은 눈표면을 자극하여 습기를 제공하지만 무의식 환자는 눈꺼풀을 일정하게 깜빡이지 못한다.

눈은 특히 각막압력과 같은 외상으로부터 보호해야 할 것이다. 눈안대는 이와같은 이유에서 적용할 수 있다.

⑥ 피부간호

피부간호는 압박부위를 없애는 것이 매우 중요하다. 약간의 비누로 세척하여 행구어내도록 한다. 생식기부위, 유방밑부분, 마찰이 빈번히 일어나는 부위를 조심스럽게 주시해야 한다.

매 1~2시간마다의 자세변경은 순환과 폐확장을 증진시킨다.

회전(turning)과 맞사지를 필요로 하는 모든 불그스레한 부분과 세척해야 하는 부분을 알 수 있다. 욕창예방에 특별한 주시가 필요한 부분은 coccyx, scapula, heels, vertebra, ears, sholders, ankles등이다. 이 부분은 매일 주시해야만 한다. 양피, 발뒷굽쿿션, air matress, 그밖에 압력 감소방법, 빈번한 자세변경, 맞사지, 청결유지 등은 욕창방지에 이용될 수 있다.

⑦ 영양상태

좋은 영양상태는 욕창방지에 매우 중요하다. 갑자기 뇌졸중이 일어나면 정맥액주입은 모든 무의식 환자에게 필요하게 된다. 따라서 무의식이 지속되면 영양식을 공급하는 것이 필수적이다.

비관영양법과 위관영양법은 의사의 지시에 따라야 한다.

⑧ 영적 지지

환자에게 성직자와 간호사의 영적지지는 매우 중요하다. 환자가죽은 영적지지로 부터 유익을 얻을 것이다.

간호사는 필요한 경우 성경과 기도를 통하여 환자가 영적지지를 보고 느끼도록 한다. 종종 목사, 사제, 스님등은 가족멤버의 심각한 질병의 증압감에서 가족에 대한 상담을 하도록 한다.

성직자는 환자와 간호사의 연락자로서 또는 환자의 변론자로서 봉사할 수 있다.

목사와 사제는 환자의 조건이 나빠질때 많은 도움을 줄 수 있다.

영적 충고자로서 강인함, 안정, 지지의 제공은 결코 무시할 수 없는 중요한 것이다.

2. 마비에 대한 간호중재

마비는 기능자세로서의 관절위치와 ROM운동 등 위축방지에 대한 것이 특수한 문제이다. 마비와 병리의 형태를 이해하기 위하여는 관절과 근육간호에 대한 자각을 도울 수 있다.

◦ Flaccid paralysis는 하측 운동신경단위마비로부터 기인한다.

운동기능의 수의적반사를 담당하는 하측운동신경단위는 anterior horn cell에서 근육점유로 신경충격을 전달한다. Flaccid paralysis는 근육의 소모와 사지에 영향을 준다.

◦ Spastic paralysis는 상측운동신경단위마비로부터 기인한다.

◦ Corticospinal tract와 손상이며 수의운동으로 보존되는 반사가 손상되거나 상실된다. 따라서 근육강직과 사지경직을 일으킨다. 상측운동신경단위의 주원인이 되는 반신마비(결손된 뇌반구에 반대되는 신체 부위의 마비)는 뇌졸중, 손상, 종양의 특징이다. 양측 또는 한측마비의 첫번째 간호원리는 관절, 근육, 피부의 손상예방과 근육강직에 대한 full range of joint motion을 유지하기 위한 운동과 자세가 필요하다. 마비되지 않은 편은 건강하게 남아 있어서 재활이 가능하다.

① 운동(exercise)은 환자의 치료 조건에 따라 결정할 수 있다.

심장과 정신적 기능이 충분하면 혈전증에 의한 마비부동에 대하여 복부를 옆에서 옆으로 돌리고, 침대에서 누웠다 일어났다, 머리위에 그네를 사용하도록 고무시키며 그 자신이 간호에 참여하도록 한다.

단일 부동(immobility)이 출혈로 기인되었거나 심장기능과 정신기능이 자발적 운동을 할 수

없으면 침대에서 환자를 회전(turning) 또는 운동(moving)해주어야 한다.

ROM운동은 환자의 전반적 조건에 의하여 결정한다. 운동은 능동운동, 완전한 수동운동, 또는 출혈이 흡수될 때까지 중지할 수도 있다. 운동은 근육축과 관절수축의 예방을 돕는다.

② 자세는 부동에 대한 손상의 예방과 마비된 사지, 일반적 신체적기능에 대하여 필수적이다.

자세의 빈번한 변경은(양쪽, 뒷쪽, 복부쪽)은 적어도 매시간 마다 수행한다.

Side lying position과 prone position(face lying position)을 취한다. 선자세(standing position)로 견딜 수 있으면 정상기능을 자극하는 또 다른 자세이다. 선 자세에 의해서 생기는 weight bearing은 기립성저혈압(orthostatic hypotension)을 극복하도록 도우며 노적생성과 뼈의 무기질감소를 예방하여야 한다.

빈번한 자세변경은 정맥혈전, 욕창, 수축, 침강성 폐렴의 예방에 중요하다.

관절자세는 매우 중요하다. 일반적으로 굴근육(flexor muscle)은 신장근육(extensor muscle)보다 더 강하다. 따라서 팔의 굴근육의 영향은 팔상축의 내전과 팔굽치기의 굴곡, 가슴앞쪽과 전박의 내전과 손목의 굴곡, 손가락 움직임의 근원이 된다. 이 자세운동의 시행은 뇌졸중발현이후에 바로 시행해야 한다.

몇개월후에는 환자의 팔이 딱딱하게 수축되어서 모든 운동형태를 수행하기에 거의 불가능하다. 환자는 빈번하게 강직성마비를 일으켜서 수축형태인 frozen shoulder를 갖게 된다.

어깨 관절은 팔의 부주의한 취급과 관절의 과격한 운동에 의해 손상을 받는다.

탈구는 어깨에 매달린 팔의 무게에서 일어날 수 있다.

상지의 문제는 팔의 조심스런 취급, 앉거나 설때의 삼각건사용, 베개, hand roll을 사용하여 기능적 자세로서의 팔의 위치를 유지할 수 있다.

손목은 삼각건으로 wrist drop을 방지하여 팔의 무게가 목에 고통을 주어서는 안된다. 삼각

건방법의 적용은 어깨에 weight bearing을 주게되며 ROM운동은 삼각건 제거시에 시행한다.

하지는 foot drop과 고관절과 무릎의 외전운동, 고관절의 수축을 예방하기 위하여 필요하다.

침대에서의 head elevation은 고관절수축을 일으킬 수 있다.

3. 노인의 실어증과 인지결함에 의해서 기인된 손상된 의사소통의 간호중재

노인의 실어증, 인지결함은 많은 원인이 있으나 대개 뇌졸중이 원인이 된다.

노인은 뇌의 병리가 일어난 쪽에 따라 좌우, 좌 또는 우편에 편마비가 나타난다. 뇌의병리가 포함된 면에 따라 실어증과 인지문제가 발생된다.

의사소통, 인지문제에 대한 환자의 간호는 변화된 내면적 사고에 대하여 인내가 필요하며 문제에 대한 이해가 필요하며 조심스런 태도로 간호의 계획수행을 위해 적당한 진단을 내린다.

또한 노인 개인에 대한 간호는 필수적이다. 언어, 인지문제에 부과하여 환자는 시야변화와 신체상 문제를 갖고 있으며 그에게 어떤 일이 일어나고 있으며 어디에 있는지에 대한 이해의 결핍, 대화 또는 설명할 수 없는 것에 대한 좌절, 두려움, 근심, 무능함과 무기력에 대한 울분 때문에 정서적 혼란상태가 될 것이다.

간호사의 사고력, 친절, 이해, 명랑함, 수용적근은 환자를 이런 문제와 부정적 느낌에서 극복하는데 많은 도움을 줄 것이다.

환자는 구음장애(dysarthria)를 갖는데 근육마비에 의해서 언어사용이 상실된 실어증(aphasia)으로써 말을 하지 못하는 것이다. 이런 조건은 좌절의 느낌, 조정의 어려움과 자신의 진실을 부정하며, 타인에게 연민의 정을 갖게 한다.

환자는 울면서 그가 쓸모없이 부가적인 사람이라고 생각할 때 더욱 두렵다.

말은 많은 기능을 담당한다. 말은 자신감을 갖게 해주며, 생각과 느낌의 변화, 다양한 생각과 정보를 주고, 증가시키며 견해와 판단을 변화시키고, 사회기능을 증가시키며 현실접촉을

유지시킨다.

실어증의 행위는 부적당하게 보일때도 있다. 환자는 간호사의 말을 잘못 이해할 것이며 그의 행동은 그가 이해한 것에 근거를 두게 될 것이다.

그러나 환자의 행동이 조정불능이나 어리석은 것은 아니다.

실어증 환자의 비언어적 의사소통(nonverbal communication)은 매우 중요하다.

환자는 간호사의 언어소통보다 비언어적 의사소통으로 더욱더 반응하게 될 것이다. 머리, 눈, 얼굴표정, 자세, 손놀림, 목소리크기 등으로 알게 될 것이다.

간호사의 언어적, 비언어적 전달이 합치되어야 할 것이다.

느리며, 보통의 목소리로 일관성 있는 말은 중요하다는 생각을 강조한다.

제스처는 실어증 환자 이해를 도울 수 있으나 인지적 문제에서는 환자를 혼돈시킬 수 있다. 단순한 간단한 문장을 사용한다. 말을 하려고 할때 중단하게 하지 말고 크게 말하도록 한다. 단어를 알려주지 말며 자신이 단어를 찾으므로써 좌절을 극복하는데 도움이 되도록 한다.

말에 있어서 모든 시도를 고무시켜야 하며 교정하여서는 안된다.

정확한 질문에 있어서 필요성을 확인하면 Yes/No의 대답을 필요로 하나, 환자에게 질문 공세는 좋지 않다.

환자에게 나타나는 또 다른 조건을 말할때 주의하라.

합병증과 퇴화에 관계되는 의학용어는 걱정과 근심의 원인이 된다. 이러한 주의는 심지어 대화는 불가능하나 이해 가능한 환자와 무의식 또는 무반응환자에게도 적용된다.

그가 어릴때 같은 행동을 할때는 환자에게 말 해주어야 하며 환자가 사회활동에 관여하도록 고무시키지만 큰모임의 의사소통에는 기대할 수 없다.

① 수용적 실어증(Receptive aphasia)

언어를 듣고 이해하나 적당한 반응을 하기 위

하여 긴것을 충분히 기억하지 못하며 질문의 영역만을 기억하고 반응한다. 정확하게 들을 수 있으나 언어를 선택할 수 없으므로 다음 단어의 선택을 할 수 없다. 환자를 무시하지 말고 질병의 부분으로써의 행위로 받아들여야 한다. 환자의 제스처의 반응은 내용과 비언어 전달의 관찰에 의하여 이해하도록 한다.

환자를 간호사가 단순한 일무수행에 대하여 질문하면 환자의 이해수준을 결정할 수 있다. 만일 하나를 이해하였으면 두번째 것을 주어 이해하도록 해야 한다.

언어치료사는 환자의 실어증에 대한 명확한 본질을 알고 접근에 기여해야 한다.

② 표현적 실어증(expressive aphasia)

언어표현이 어렵다. 간호사는 환자가 표현하고자 하는 말의 소리가 무엇인지를 알아야 한다. 간호사의 말이 환자의 대답을 자극하면 가능한 만큼 언어를 구사할 수 있다. 환자가 대답할 수 없을때 흥미있는 한가지 방법의 대화를 하라. 또한 환자에게 대답할 것을 강요해서도 안된다.

환자에게 종이와 연필을 주어서 말하고자하는 것을 쓰고 그리도록하며 말을 하지 못하나 듣고 이해할 수 있다는 점을 알아야 할 것이다.

간호사의 말을 이해하고 대답하는 시간외에 환자와 반응하는 시간을 갖도록 한다. 환자는 매일매일의 것을 기억하지 못하기 때문에 서서히 반복하여 한번에 한가지를 말하도록 한다. 제스처를 사용하여 간호사의 전달내용을 돕도록 한다.

③ 안전에 대한 문제

인지문제를 가진 환자는 행동을 시도할때 시행의 어둠으로 손상과 사고를 일으킬 수 있다. 환자는 자신의 불능을 깨닫지 못하여 충동적이고 저하된 판단력을 갖으며 환경과 관련된 몸과 그 자신을 인지할 수 없어서 손상을 깨닫지 못한다.

이런 환자는 행동할때 보조자를 부르지 않는다. 자신의 조건이 그의 활동을 억제하고 있는 것을 이해하지 못하고 휠체어를 사용하고 화장실을 가려고 한다.

간호사실에서 밀폐된 위치에 있으면 환자의 욕구를 고려하여 문제를 극복 하는데 도움을 주어야 한다.

Side rail이나 posey belt와 자켓은 도울 수 있으나 좌절과 울분을 나타낼 수도 있다.

안전을 위해 위에 것을 사용하던 반드시 설명이 필요하며 모든 환자의 요구는 신속히 부정적 반응이 없도록 노력해야 한다. 뇌손상의 원인으로 개인적 변화의 접근은 실어증에 대한 적응이다.

환자는 환경에서 계속적 자극을 받으면 쉽게 압도당한다. 조정되고 구조적인 환경과 계획은 비구조적이고 자유로운 환경보다 적합하다.

필요하면 대리자로서 가능하면 한사람이 환자의 매일의 간호를 담당한다.

신속한 자극과 다양한 요구를 피하며, 빈번한 많은 방문자는 좌절을 가지며 새로운 환경적응의 조정을 어렵게 한다.

④ 용기와 칭찬

용기와 칭찬은 재활에 매우 중요하다. 왜냐하면 환자가 특정한 임무를 수행하거나 사고표현의 목표를 성취할 수 없으면 좌절과 불안을 갖게 된다.

좌절감은 충동적으로 훌륭한 판단없이 환자의 활동을 유도하며 행동의 결과에 관계한다. 안전 측정은 충격적 행동을 예방하기 위해 이용된다. 좌절감속에 있을때 위기적 반응이라 부르는 격노상태와 같은 조정불가능한 반응을 갖는다. 위기적 반응은 무의식적으로 나타나며 좌절감행위는 가능하면 빠르게 없애야 한다.

실어증과 인지적 어려움은 좌절감, 화남, 무기력의 원인이 된다. 언어를 모르는 나라를 여행하는 것 같은 좌절과 무기력이 부과되며 죽음의 두려움, 불능, 마비, 일상활동의 조정결핍이 나타난다.

간호사가 인내와 용기, 이해만이 그들의 임무를 쉽게 하도록 할 것이다.

⑤ 자아개념, 신체상의 재활은 통합능력(실어증, 실인증, 실행증, 반복증(perseveration))의 상실로써 일어난다. 손상이 있는 뇌영역은 신체

상 인지(body image perception)에 영향을 준다.

• 우측반마비(Right hemiplegia)는 신체부분의 부수적인 언어와 언어소통지식의 이해와 수행이 어렵다. 우측반마비는 오른쪽반을 볼 수 없으며 따라서 그의 환경의 반을 부적합한 위치에서 보게 된다.

• 좌측반마비(Left hemiplegia))는 중요한 인지적손상이 있는 영역이므로 그 자신의 문제를 극소화하기는 매우 어렵다.

환자는 위치, 거리, 운동횟수, 모양, 다른 물체와 관계하는 몸의 부분을 판단할 수 없다. 따라서 환자의 왼쪽시야는 보이지 않아(좌측 반맹증) 정확한 자기인지에 또다시 방해를 준다.

좌측반마비인 경우에는 상하, 좌우, 안, 밖등을 혼돈한다.

환자는 오랫동안 지남력상실이 있으며 공간을 잘못 판단하여 문에 부딪치기도 한다. 책을 주시하지 못하므로 책을 읽지 못한다.

• 반맹증(Hemianopsia)은 한쪽으로 치우쳐서 방치함으로써 기인한다. 환자의 손상은 침범된 부분과 심지어 고통스런 손상외에 침범된 부위쪽에 있는 음식을 인식하지 않고 음식상의 반만을 인식한다.

환자가 한방향으로 걸을 때 길의 반쪽만 보고 걷는다. 돌아올때 다른 반쪽을 봄으로써 다른길로 간다고 생각한다.

환자는 ROM운동의 반복, 침범된 사지의 간호사의 언어인식, 침범된 사지에 리본과 벨을 부착하여 침범부위를 인식하는데 도움을 준다. 환자가 누워있는 동안에는 침범된 부위를 향하여 머리를 돌려라, 침범된 부위를 운동하며 침범되지 않은 부위를 쓰도록 한다.

• 실인증(Agnosia)

시각과 청각 등의 감각자극 방법을 인식하는 능력이 감소된 것이며, 병인식불능(anosognosia)은 뇌졸중과 관계된 뇌손상과 질병의 위기에서 기인된 행동이다.

환자는 시간, 장소, 사지마비에 관계하는 환경의 논리성을 무시한다.

환자는 주제를 보고 문장을 듣지만 의미를 이

해하지 못한다.

· 입체감각의 소실(Astereognosis)

침범된 손의 능력상실이 touch에 의해 다른 목표물을 안다. 침범된 부위의 통증이나 touch감각은 감소하며 뜨거운 물과 물주머니에 의해 화상을 입고 압박부위에 적용시켜야 한다.

· 실행증(apraxia)은 행동에 관계하는 근육능력의 상실이다. 손근육은 신체적으로 대상물을 잡는데 사용하지만 환자의 손은 직접 물건을 잡을 수가 없다. 물건을 잡을 때는 서툴며 fork나 spoon등과 같은 물건사용능력도 결여되어 있다. 또 물건을 인식할 수도 없으면서 사용방법도 묻지 않는 경우도 있다. 환자에게 물건사용법을 보여주어야 한다.

· 반복증(perseveration)

같은 운동을 타인에 의해 제지될 때까지 반복하는 것이다. 간호사에 의해 물리적으로 운동을 중지 당해야만이 그 운동을 그칠 수 있기 때문에 계속 반복하는 것인 고통을 주게 된다.

Agnosia, Apraxia, Perseveration은 환자가 자신의 느낌에 대해서 서술할 수 없기 때문에 인식과 간호가 매우 어렵다.

환자의 행위가 완강하고, 무관심, 동기화의 결핍으로 잘못 시행될 수 있다.

반맹증, 실어증, 학습결함은 예리한 주의력, 판단, 요약된 사고, 한상황에서 다른 상황으로의 학습전달의 손상을 의미한다.

실제적으로 단기목표는 초기에 매우 중요하며 환자, 가족, 간호사의 간호과정에 달려 있다.

4. 배설에 대한 간호중재

배설기능의 조절상실만큼 자아개념에 대한 많은 손상과 혼란을 오게하는 것은 없다. 일찌기 어린시절에 장, 방광, 조절성취에 대하여 보상을 가졌었다. 침대를 적시는 어린이는 잔소리를 듣거나 의사사무실에서 실수의 원인을 결정하였으며 증지시키기도 하였다.

따라서 조절상실된 노인은 께의식과 불만족, 억압, 더러움의 감정을 느낀다.

환자는 당혹하며 간호사나 가족은 더러운것을

깨끗이 해주며, 환자의 당혹감을 인정하고, 결손한 느낌을 갖도록 한다. 신체를 덮을 때는 불필요한 노출을 피하고 조심스럽게 덮는다. 심지어 가족앞에서의 노출도 꺼린다. 신체의 노출없이 빠르게 청결한 것이 환자를 돕는 것이다.

· 실금은 뇌졸중환자의 무의식, 혼돈, 언어전달 불능시에 일반적으로 동반한다.

환자가 의식혼돈, 실어증, 마비를 회복하면 그의 배설에 대한 책임감이 회복을 계속 억압시킬 수 있다. 배설문제에 인하여 그의 욕구지도를 좌절시키며 실금을 포기하고 부정할 수도 있다.

장과 방광 조절은 뇌졸중환자인 경우 피질의 정상부분이 실금조절을 담당할 수 있으며 마비환자에게도 가능하다.

배설에 대한 계획의 필요성이 강조되어야만 한다. 수분은 1일 2,000~3,000ml의 섭취로 조절되어야 한다.

변기를 2시간마다 대어주며 자연스런 자세로 대어질때 결과가 더 성공적이다.

화장실 또는 실내변기가 사용가능 하다면 변기보다 더욱 좋다.

식사전의 배설은 조절시작의 필수적인 것이며 환자의 당혹감의 예방은 침대에 패드를 대주거나, 고무포, 옷속에 1회용 패드를 대움으로 지지한다.

남자 환자는 leg drainage bag을 사용할 수 있다. 이 경우 뇌졸중의 경우에 따라, 배설양상에 따라 조절계획이 다를 수 있다.

· 유치도뇨관 사용은 뇌졸중 환자에게 필요치 않으나 만일 주입했으면 멸균적 방법을 시행한다. 밀폐식 방법은 ascending infection을 방지하기 위하여 매24시간 마다 교환한다.

· 다음의 계획은

유치도뇨관 제거

매 2시간마다 배설시키며 점점 4시간으로 증가시킴

매일 2번 도뇨시 잔여소변이 100ml미만이 되어야 함.

가능하면 도뇨관 사용을 피해야 한다. 72시간

내에 뇨관감염이 70%로 연구되고 있다.

상측운동신경 단위이상 환자의 배뇨는 음부신경의 자극부위인 촉각자극에 의하여 증가될 수 있다.

예를 들면 회음부위의 따뜻한 물 흐름은 배설을 자극한다.

간호사가 실금환자의 배설에 대한 처벌행위를 바라는 보상체계를 접근하였는데 이를 우연적관리(contingency management)라고 명명하였으며 이 연구의 결과에서 환자의 문제평가를 통하여 필요한 보상이 무엇인지 재조사 하였다.

보상판단후 환자는 반시간 간격으로 실금되지 않은 자신의 건조한 침대상태를 확인할때 보상이 된다고 하였다.

단일 실금하면 보상이 되지 못한다.

이 상태는 화장실 사용이 용이하거나 몇시간씩

건조한 침대상태 일때 가능하다. 보상은 결국 적당한 시기에 배변 할 수 있을때 가능하다.

· 배뇨관의 감염은 마비환자에게 심각한 합병증이나 정상적으로는 방광이 빈공간에 신선한 소변으로 채워져 희석되어 멸균체로 남게 된다.

잔여소변은 경체된 것이며 중간채집이 이상적이다. 잔여소변의 역류는 신장감염을 유발한다. 많은 유기체는 알칼리성 소변에 있는 대사성 요소가 뇨관 감염에 원인이 된다. pH의 증가는 소변의 작은 양의 배설과 관계가 있다.

침전된 요석에 의한 소변감염 증상은 오한, 체온상승, 소변배설감소, 혈뇨, 작열감, 빈번한 횡수, 긴급한 경우 등으로 보고되고 있다.

매일 3,000ml의 수분흡수로 희석을 유지하고 감염을 예방하며 산성소변이 될 수 있는 주스등을 제공한다.