

비정상뇌파 환자의 간호 —경련성 환자를 중심으로—

박 윤 희

(연세대의 세브란스 신경과 병동 수간호원)

목 차

I. 서 론

II. 본 론

1. 경련시의 간호
2. 경련성환자의 계속적인 관리
3. 경련환자와 보호자 교육

III. 결 론

I. 서 론

정상 성인의 뇌파소견에는 3가지 형태의 리듬(rhythm)이 있다. 가장 흔한 리듬은 alpha 리듬으로 규칙적 sinusoidal 파로 구성되며 주기는 매초당 8~12파, 전압도 20~60 microvolts로 두피에서 기록한다. 두번째 흔한 리듬은 베타 리듬으로 전두피질에서 가장 잘 나타나며, 주기는 매초당 13~32파이고, 전압도 낮다. 가장 적게 나타나는 리듬은 감마 리듬으로 전두엽 lobe에서 유래하고 주기는 빨라서 매초당 33~55파이나, 전압은 아주 낮다. 더욱 느린 파인 theta(5~7/초), delta(1~4/초) rhythm은 깨어있는 정상 성인에서는 나타나지 않는다.

정상 소아에서도 서파(3~8/초)가 나타날 수 있기 때문에, 소아의 뇌파소견 판독은 성인보다 어렵다. 신생아에서는 피질 rhythm의 발달이 미숙하나, 성장하면서 뇌파는 무작위성으로 매초당 3~7파와 다소 낮은 voltage faster activity를 나타낸다. 점차적으로 기본 rhythm은 규칙

화되면서 6세가 되면 원칙적으로 매초당 5~7파가 나타나고, 10세가 되면 매초당 8~12파인 alpha rhythm이 우세하다. 유년기에는 매초당 14파 및 6파의 양자파(positive spikes)가 건강한 소아에서도 흔히 발견된다. 청소년기에는 다소 느린파(4~8/초)가 적지 않는데, 이것을 성인에 기준하면 이상뇌파소견으로 오관할 수 있다.

최면제를 사용하지 않고 취한 수면, 2분간의 파잉호흡, Pentylenetetrazol(Metrazol)의 투여, 인위적으로 유발시킨 고열, Vasopressin점사 및 깜박이는 빛은 뇌파소견에 잠재성 이상을 가져오며, 때로는 경련발작을 일으킬 수 있다. 임상적으로 경련성 질환이 의심되면 실제로 모든 예에서 뇌파검사를 시행해야 한다. 자파나 기타 특징적인 소견은 장기치료의 길잡이에 이용된다.

중추신경계의 안정성의 결여는 뇌파소견과 관련이 있다. 만일 세포막이 손상을 받으면, break나 leak는 과도한 혹은 장기간의 energy방출(excessive depolarization)을 초래한다. 인체에 있어서 leak의 회복은 고 energy인산염 화합물을 포함한 화학반응에 의존한다고 생각할 수 있는데, 이 반응은 세포막 사이의 potassim 및 sodium의 농도 차이를 재조정하기 위하여 빠르게 일어난다. 만일 손상받은 세포나 leak 되는 세포로부터 energy가 과도하게 방출되면 이웃한 세포가 손상을 받게 되며, 또 많은 세포들과 관련된 구조물에 변화가 일어날 수 있다. 항경련제는 아마 세포막을 안정시켜 과도하게 반복되는

방출을 적게하는 것으로 생각하고 있다.

빈번한 대발작을 일으키는 대부분의 환자의 경련과 경련사이에 기록한 뇌파는 무작위자파방전(random spike discharge)이나 미만성 고전압서파(diffuse high-voltage slow waves), 혹은 그 나이에 일치하지 않은 형태 같은 뚜렷한 비정상 소견을 보인다. 대발작 동안에 기록한 뇌파소견도 다발성고전압자파방전(multiple high-voltage spike discharges)이다. 발작후에는 두 대뇌반구 사이에 비대칭이 있고 피탄성 slowing이 나타난다.

대발작 이외의 경련 환자는 다양한 이상뇌파 소견을 보인다. 일 예로 영아 간대성근발작은 hypsarrhythmia라는 매초당 1~2개의 고전압자파형태(high-voltage, 1~2/초, spike and wave pattern)를 보이는데 이것은 완전히 문란된 인상을 준다.

소발작때는 특징적인 매초당 3개의 자파형태(3 per second spike and wave pattern)가 나타난다.

어떤 장소에 전기적인 활동이 없는 것은 경막하에 액체가 고이거나 뇌종양같은 큰 병소가 있음을 암시한다. 뇌수종 환자에서 연속뇌파를 해보면 process progress로써 기능장애를 보인다.

외상이나 뇌염, 뇌혈전증 및 장기간의 경련으로 인하여 뇌가 손상을 받으면 당분간 전기적 활동이 늦어질 수 있고 환자의 임상경과와 대략의 연관이 있을 수 있다.

저혈당증, 감상선기능 항진증 및 부신피질 부전증 같은 대사장애성 질환은 피질의 전기적 활동을 변화시킬 수 있으나 이 변화의 임상적 의미는 뚜렷하지 않다.

여러가지 형태의 대뇌 dysrhythmia가 경련과 경련사이의 짧은 시간 동안에 나타날 수 있다. 임상증세 없이 단일파와 차파(single wave and spike)를 형성하거나, 혹은 대발작에서 볼 수 있는 것과 비슷한 짧은 연속의 자파같은 이상방전이 짧은 기간 동안 발생하는 것을 subclinical 혹은 larval seizure라 한다. 이러한 subclinical burst는 때로는 임상발작의 시작을 예언하기도

한다.

비정상뇌파의 원인은 여러가지이다. Rowan 등(1974)은 뇌파검사상 비특이적 발작성서파(non specific paroxysmal slow wave)를 보인 환자들의 원인분석결과 뇌종양이 30%, 뇌혈관성질환이 19%, 원발성인 경우가 13% 였다고 보고하였다. Noiega-Sanchez와 Markand(1976)은 어린이에서 수두증, 결절성경화증(tuberous sclerosis), 주산기합병증, 외상, 산후감염시에 다발성자파(multiple spike)가 나타날 수 있다고 하였다.

어떤 연령에서나 일상적인 경련도 중추신경계 내의 전기적인 활동의 발작성돌발(paroxysmal burst)에 의해서 일어난다. 즉 뇌파이상의 가장 심각한 임상적 증상이 경련이며, 경련이 있다는 것은 대뇌에 이상이 있다는 것을 암시하기도 한다. 뇌파검사와 뇌전산화단층촬영등의 진단적인 검사의 팔복할만한 발전으로 경련의 원인이 다양하며, 때로는 복잡적이라는 것이 밝혀지게 되었다. 이러한 기질적인 경련은 저연령층에도 해당되며, 특히 성인에서는 더욱 많은 비율을 차지하고 있다.

1981년에서부터 1984년까지 입원하여 가료를 받은 16세이상의 처음 경련증상을 보인 50인 환자 218예를 대상으로 한 최경규의 보고에 의하면 65.7%에서 이상뇌파가 나타났으며, 원인미상이 38.1%, 감염성 질환과 두부의상이 15.1%, 뇌혈관성질환이 11.9%, 뇌종양이 2.8%, 기타가 20%였다. 연령이 올라갈수록 기질적 원인의 비율이 증가하였고, 청장년층에서는 두부의상과 감염이, 중년이후에는 뇌혈관성질환이 주된 원인이라고 하였다.

경련은 급성 또는 비재발성 경련과 만성 또는 재발성 경련으로 분류할 수 있다.

비재발성 경련은 어떤 육체적 혹은 대사장애의 증상으로 일시적으로 나타내며 원인이 되는 질병으로 열성경련, 두개강내 감염, 두개강내 출혈, 독성(약물, 파상풍, 연중독, 이질 및 장티프스), 무산소증, 뇌종양등이 있다.

재발성(만성) 경련은 보통 간질(발작)이라는

달로도 사용될 수 있는데 이 말은 무의식이나 의식장애가 반복해서 발작적으로 생기고, 이에 따라 흔히 강직성혹은 간대근경축이나 다른 비정상 행동이 수반되는 것을 특징으로 하는 증후군을 뜻한다. 일반적으로 간질환자는 인구 1,000명당 5명정도라고 하며 10대에서 가장 많이 발병하며 30세이전의 발병율이 72% 이상이며 대발작이 70%, 소발작이 7%, 부분발작이 20.2%라고 하였다. 기질성 간질의 원인으로서는 뇌조직의 손상후, 두개강내 출혈후, 두산소증 후에, 두개강내 감염후, 독성중독후, 발성질환, 기생충 질환 등이 있다. 모든 간질의 약 4/5는 원인불명이 라고 한다.

재발성경련의 대부분이 그 원인을 알 수 없지만 뇌신진대사에 어떤 유전적인 결함을 원인으로 추측하기 때문에, 가족뿐 아니라 가까운 친척도 그 병을 겪고 있는 것이 자기들에게 어떤 영향을 미치지 않을까 염려하며 수치스러워하고 극구 감추려고 하고 있다. 이 질병을 갖은 환자들은 재발되는 경련에 대한 두려움과 더욱이 인격형성이 아직 완성되지 않은 나이에 발병하기 때문에 사회적응에 어려움이 있다.

간질에 대한 간호는 경련시의 간호, 만성질환이 갖고 있는 문제점등을 모두 포함하고 있기 때문에 뇌파이상을 보이는 질환의 일 예로서 간질 환자간호에 대하여 접근을 해본다.

이 질병에 대한 일반인들의 그릇된 인식때문에, 환자나 보호자와 대화할 때 간질이라는 말의 사용을 꺼리게 된다. 비록 부드럽고 냉정하게 이 말의 뜻을 설명하면서 사용한다해도 부모나 환자를 즉시 놀라게 하므로, 환자가족은 그 말의 참뜻과 어떻게 그들에게 그말이 사용하게 되었는가를 알아야 한다. 만성질환이 있는 가족들이 보다 쾌적한 생활을 할 수 있도록 교육시키는 것이 간호원의 책임중 하나이다. 만성질환에 대한 지식을 얻으려는 가족의 능력과 욕망은 그 지식을 소화할 수 있는 정도에 따라 다르다. 한번에 너무 많은 지식을 한꺼번에 주는 것은 좋지 않다. 교육은 계속적으로 이루어져야 하며 특히 초기에는 더욱 그러하다.

II. 본 론

1) 경련시의 간호

1) 각 발작의 간호

발작중에 있는 환자를 위해서 실제적으로 할 일은 신체손상을 안받도록 환자를 보호하는 일이다. 심한 환자에서는 지속적인 감시가 필요하다. 큰발작이 시작되면 목주위의 옷을 느슨하게 풀어주고 환자를 옆으로 눕혀서 입안에 가득찬 분비물이 흡입되지 않도록 해야 한다. 혈액변화를 주의깊게 관찰하고 경련이 장시간 계속되면 산소호흡을 시켜야 한다. 혀나 구강내 손상은 경련이 처음 시작할 무렵에 가장 잘 일어난다. 거즈로 싼 압설자나 airway를 입에 넣어 주어서 혀의 손상을 예방하며, 칩대난간을 올리고, 그 난간에 패드를 대주어서 떨어지지거나 외상을 예방해야 한다. 구강의 분비물을 제거하기 위해 칩대결에 흡입기를 준비하며 칩대를 낮게해 줄 필요가 있다.

경련을 일으키는 환자를 간호할 때는 전구증상이 있는가? 어떻게 경련이 시작되고 진행되는가? 신체의 어떤부분이 어떻게 움직이는가? 동공의 크기의 변화가 있는가? 실금이나 실뇨가 있는가? 경련하는 자 단계의 시간은? 경련후의 환자의 행동은 어떤가? 경련후 사지의 약함이나 마비가 있는가? 경련후 환자가 잠을 잤느냐 등을 사정하여 기록하여야 한다.

또한 숙련되지 않은 기술은 또 다른 손상을 줄 수 있으므로 환자의 가족들이 압설자를 삽입하거나 환자를 지켜보고 있을 때 간호원의 도움을 받아야 한다.

2) 간질증적 상태(status epilepticus)의 간호

경련으로 부터 환자가 완전히 회복되기 전에 일련의 대발작이 발생하여, 장기간 발작하는 것을 간질증적 상태라 한다. 각 경련 사이의 간격이 너무 짧아서 발작이 실제로 연속적인 것같이 보인다. 간질증적 상태에서는 근수축이 한쪽부위에만 나타나거나, 혹은 한쪽부위에서 다른쪽부위로 이동하거나 하나, 진성극소발작(Jackson

형간질)은 아니다. 가장 흔한 원인은 전에 매일 투여하던 항경련제를 중단하기 때문이며, 보통 2주안에 발생한다.

치료는 phenobarbital sodium 5~6mg/kg을 즉각 근육주사 하며, 투약후 경련이 15분내에 멈추지 않으면 시초량(initial dose)을 다시 투여한다. 계속적인 투여가 필요할 수도 있다. 심한 경련후에 단일근군의 울동성(rhythmic)수축이 있을 때는 약을 더 투여할 필요는 없다. 단일 phenobarbital 투여후 60분 이내에 경련이 멈추지 않으면 뇌염이나, 대사장애 혹은 혈관장애같은 기질성원인의 가능성을 염두에 두어야 한다.

경련이 오래 계속되면 산소호흡을 시켜야하며 수액요법을 해야 한다. 조용하고 안정된 분위기 환자를 안심시키는 일, 환자에게 불필요하고 성가신일을 피하게 하는 간호가 특히 회복기에 중요하다.

2) 간질환자의 계속적인 관리

간질환자의 계속적인 간호의 목적은 환자가 사회나 가족의 일원으로써 의무를 감당할 수 있는 정상적인 생활을 하도록 하게 하기 위함이다. 계속적인 투약과 자극이 필한 요소 제거하므로써 발작을 방지하며, 현실을 이해하고 받아들이며, 사회의 거부와 이해부족에 효과적으로 대처하는 것을 도와 주는 것이다.

1) 약물요법

환자 자의로 약물복용을 잘 받아 들이도록 해야 한다. 발작을 예방하기 위해서 규칙적인 약의 복용의 중요성을 깨닫도록 하며, 투약후 환자는 느낌과 변화된 상태에 대해 정기적으로 의사 간호원에게 보고함으로써 부작용의 증상을 알아내는 데 도움이 되도록 한다. 환자 가족에게 약에 대한 설명(약명, 용량, 투약횟수, 독성 및 부작용등)하고, 치료적인 적정혈액농도를 유지하는 것에 대하여 강조하여 투약을 하지 않는 일이 없도록 하며, 항경련제의 부작용(졸림, 현기증, 피부발진, 위장장애, 정서불안등)이 나타나면 즉시 보고하도록 해야 한다.

일반적인 항경련제들은 다음과 같다.

① Phenobarbital(Luminal)

대발작 환자에게 장기간 사용하기에 가장 좋은 약이다. 비교적 효과가 좋고 오래 사용해도 독성이 적으며 투여하기 쉽고 가격이 싸다. 용량은 3mg/kg이며, 치료범위의 혈청농도는 15~25 μ g/ml이다. 가끔 phenobarbital에 대한 특이 체질을 가지고 있는 사람이 있다. 피부와 점막에 반점성 구진이 생기고 심한 졸림증과 발열이 나타나는 것도 이 약물에 대한 과민성이나 과량 투여의 징후이다.

② Phenyton(Dilantin)

대발작 치료약으로 barbiturates에 버금가는 약이다. dilantin 투여후 흔히 잇몸에 부푼, 무출혈성 비대가 생긴다. 이때 구강위생단 좋게 해주면 특별한 치료는 필요없다. 용량은 3mg/kg을 시초량으로 투여하며, 혈청치료농도는 15~30 μ g/ml이다. 시초량이 너무 많거나 갑자기 약을 증가시키거나 8mg/kg 이상 투여하면 운동실조(ataxia)와 졸림증이 생길 수 있다. 구역이나 구토, 흥진, 홍역형발진 및 손의 진전, 운동실조, 안구진탕과 복시, 마비증세와 가벼운 정신병같은 신경증세등의 심한 증독현상도 비교적 드물며, 약용량을 전에 사용하던 양보다 2/3정도 이하로 줄이면 없어진다. Dilantin과 phenobarbital의 장기투여시 칼슘과 Vit. D의 결핍등이 있을 수 있으므로 Vitamin과 각종 영양이 고루적인 음식물을 섭취해야하며 병리적인 골절이나 골연화증이 있으면 칼슘과 Vit. D 제제를 투여한다.

③ Tridion(trimethadiane)

이 약물은 하루에 0.3gm을 1~4회 투여함으로써 소발작을 효과적으로 치료할 수 있다. tridione은 대발작이 같이 있는 환자에서는 발작빈도를 증가시킬 수 있으므로 barbiturates나 Dilantin을 같이 투여해야 한다. 과량사용하거나 장기간 사용하면 수명, 주맹증, 졸림, 구역, 피부발진등이 있을 수 있다. 수개월과 규칙적으로 tridione을 투여 받았던 환자중에서 재생불량성빈혈로 사망한 예가 다수 있으므로, 장기간 사용할 시는 반드시 정기적으로 혈액검사를 받아야

한다.

④ Zaronin(ethosuximide)

소발작치료에 tridione보다 더 유용하다. 부작용으로는 구역, 현기증, 졸림증, 피부발진 및 빨국질등이 있다. blood dyscrasias의 발생도 흔하지 않다.

⑤ Diazepam(Valium)

간질증적상태에서 경련을 빨리 멈추게하는 이점이 있다. 상용량은 5~10mg을 서서히 정맥주입하여 30mg이상을 초과해서는 안된다.

Zaronin과 기타 약물에 불응하는 소발작 환자에게 효과가 좋다. (1~10mg씩 하루 3번) 졸림증, 운동실조 및 slurred speech 같은 부작용이 있다.

⑥ Carbamazepine(tegretol)

이 약은 주로 3차신경통환자에서 통증을 완화시키기 위해서 광범위하게 사용해진 약이다. Dilantin이나 phenobarbital로 조절되지 않는 대발작 치료에 쓰인다. 종종 현기증, 졸림증, 구역, 구토, 운동실조 같은 부작용이 나타나며, 심한 부작용은 처방할 당시의 병세까지 영향을 미칠 수 있다. 혈청농도를 3~10 μ g/ml로 유지해야 하며, 투여가 잘되면 진정작용이 없는 것이 중요한 이점이다.

⑦ Valproic acid(Depakene)

어린이 소발작 치료에 효과적이다. 용량은 20~30mg/kg이며, 부작용으로는 두통, 간손상, 현기증, 구토, 구역, 설사등이 있다.

2) 식사요법

칼슘과 Vitamine이 풍부한 well-balance diet을 권하며 coffee나 카페인이 들어있는 음료수는 하루에 한두잔 정도를 허용하며 수분섭취는 1,000~1,500ml/day 정도로 제한한다.

3) 활동과 일상생활

통목욕보다는 shower를 하도록 하며 정상적인 활동을 격려한다.

갑작스러운 발작이 있으면 위험한 상황이나 장소에 대하여 주의를 준다. (혼자서 수영하지 않는다. 얇은 물에서 수영한다. 등산은 피한다. 강력한 힘을 작용하는 연장도 사용하지 않는다.

예 : 드릴)

발작을 유도할 가능성이 있는 요인들을 피해야 하는데 다음과 같은 요인들이 알려져 있다. —번비, 피로, 수면장애, 정서불안, 내분비의 불균형(임신, 생리), 전기적인 자극, 반짝이는 빛 (T.V의 불빛, 디스코텍의 조명, 과도호흡, 술과 약물, 환경연계의 갑작스런 중단, 부적당한 환경연계의 투약, 수분의 과잉 섭취, 전해질 불균형 등이다.

3. 환자와 보호자 교육

간호원은 환자와 그의 가족이 간질의 진단을 받아들이고 그에 적응할 수 있도록 돕는 역할을 한다. 간호는 발작을 막고 사회생활을 만족스럽게 하며 자기 스스로의 지지를 향한 현실적인 목표를 향한 것이다. 간질환자는 발작이 일어났을 때 그와 다른 사람에게 위협의 가능성이 있는 활동과 직업을 피하도록 충고를 받게 된다. 직업이나 오락의 형태는 발작의 유형, 빈도, 심한 정도에 따라 개인적으로 의사와 상의하여 결정하게 된다. 가족이나 친구는 과잉보호나 거절을 피해야 하며 발작동안 해야 될 간호법을 미리 배워야 한다. 간호원은 환자가 자신의 주소, 이름, 친지의 전화번호, 그의 상태, 약물 이름과 용량, 발작시 행해야 할 간호법, 치료를 담당할 의사이나 병원이름 등을 알리는 카드를 항상 지참하고 다니도록 권고 해 주는 것이 좋다.

간질환자가 당면하는 가장 심각한 문제는 그들에 대한 그릇된 인식과 사회적 편견으로부터 기인된다. 비록 간질에 대한 사회적 태도가 최근 상당한 진전을 보여왔지만 많은 사람들은 아직도 간질환자는 지능과 능력손상이 반드시 따르는 것으로 보며 고대로부터 수치로 여겨왔다. 그리하여 경험환자는 자주 동정과 거절, 불신, 공포의 대상이며 그의 잠재적인 소질을 발휘하고 발달시킬 기회를 부여받지 못한다. 간질환자에게 그릇된 편견을 가진 사람에게서는 발작을 경험했던 역사상의 많은 유명한 인물들 상기를 시키는 것이 필요하며 이것은 간질을 이해하는데 도움이 된다. 그러한 인물들은 유리우스씨—

저, 영국의 시인 바이런, 찰스 디킨스, 마틴 루터, 반 고흐, 베토벤, 헨델, 차이코프스키, 노벨 등이다. 간질이 없는 사람에서 그들의 능력이 다양한 것처럼 간질환자에서도 능력은 다양한 것이다.

많은 간질환자들은 자신들이 당면해 왔던 거절과 냉담한 태도 때문에 자신의 상태를 감추려 드는 경향이 있으며 도움을 받을 수 있는 곳으로부터 조력을 얻지 못하게 된다. 그들은 자신의 비밀을 드러내는 발작이 일어날 것에 대해 공포와 근심의 상태속에서 산다. 간질에 따른 특징적인 인격은 없다. 인격의 차이는 정상인에서와 같이 간질환자에서도 다양한 것이다.

이 질환에 대한 소아환자의 태도는 일반적으로 부모의 영향을 받는다. 부모와 상담할 때에 아이도 참석시키는 것이 바람직하다. 용어가 어렵더라도 아이는 눈치로써 안다. 부모가 소아에게 장기적인 병에 대해서 설명하기는 지식이 부족하다. 부모나 소아에게 서로 다른 입장에서 문답할 기회를 줌으로써 많은 의문과 두려움을 해결할 수 있다. 발작이 있는 것을 숨기려고 하는 것은 현명하지 못하며 때로는 해롭기도 하다.

아이들이 하는 질문은 학교생활과 운동등에 관한 것이나, 치료기간에 관한 것이기 쉽다. 대부분의 아이들은 일상생활에 참여할 수 있도록 격려받으면 좋아한다. 보호자 없이 말을 한다거나 수영을 하는 것은 제한하는 것이 좋다. 아동 자신이나 다른 사람을 다치게 하는 경쟁성 운동에 참여하는 것은 개인에 따라서 결정한다. 다른 모든 것이 잘 조절된 어린이에서 운동할 때 발작을 일으키는 것은 드물다. 치료기간은 예측할 수 없다. 현재 사용하고 있는 방법은 뇌파소견이 시종일관 정상일때까지 치료를 계속하는 것이다. 뇌파검사는 일년에 한번씩 한다.

청소년기의 경련성 질환을 가진 아동의 행동 변화가 정상적인 아동의 행동변화와 비슷하다라도 주의를 끌기에는 더 좋다. 공연한 눈물, 적개심, 어색함, 특히 학교생활의 태만, 건망증, 형제간의 경쟁심, 반편위주의 등과 같은 정상 청소년에서도 볼 수 있는 행동의 일부가 이 질환을

갖은 아동에서는 약때문이거나 혹은 질환때문으로 생각할 수 있다. 만일 전에 청소년기에는 독립하려는 욕구가 증가하는 것에 대하여 토론했으면 이런 증상들이 나타나도 안심할 수 있다. 현실성있는 교육계획을 마련하기 위해서는 학교 선생님과 심리학자가 함께 일하는 것도 도움이 될 수 있다.

간질이 있는 아동은 정상아기를 바라며, 독립하기를 원하며, 자기 친구들에 의해서 인정받고 칭찬받기를 원하며, 또 어떤 때는 비현실적 상징의 상태에 도달하기를 원한다. 이러한 목적을 달성하기 위해서 경련성 질환이 있는 청소년들은 그에게 아무 잘못이 없다는 환상을 시험할 수 있으며, 또 약복용을 거절하거나 잊어버릴 수 있다. 만약 발작이 생기면 그의 건망증, 인격변화(우울증) 및 재발성 발작 때문에 불필요한 입원을 하게 되고 명분없는 검사를 받게 된다. 이러한 일이 있으면 독립적이고, 자부심이 강한 사람이 되는 것을 더욱 지연시킬 수 있다. 어떤 경우엔 한쪽 부모나 양쪽 부모가 싫증을 내서 아이를 치료하는 것을 포기할 수 있다.

간질이 확진되면 부모가 의문점을 갖는 것은 대개 다음과 같은 것들이다. 아이에게 별을 주면 발작을 일으키는지, 아이의 장래는 어떻게 되는 것인지, 병때문에 지능발달이 늦어지는지, 정신황폐가 생기려는지, 수명이 짧아지는지, 학교에 보내야 하는지, 결혼하고 자녀를 가질 수 있는지 등이다. 의사나 간호원이 환자 가족들이 일반적인 문제를 이해하도록 도와주기 위해서는 다음과 같은 점이 기본적인 점이다.

① 발작은 증상이며, shock(달초혈관허탈)의 임상적 증거가 없는 한, 중추신경계의 불가역손상은 드물다.

② 발작 때문에 지나친 보호를 받게 되면, 약물 단독투여로는 치료가 어렵다.

③ 대부분의 경우 발작의 재발을 강조하는 것은 피하는 것이 좋다.

④ 부모나 환자에게 자신감을 회복시켜 주는 것이 중요하다. 부모에게는 그들의 책임을 적절히 해결할 수 있는 능력이 있고 유능한 사람임

을 알도록 하는 것이 필요하다.

⑤ 환자가 적당한 용량으로 약물치료를 받고 있으면 그의 지적능력이나 인격이 결코 치료의 영향을 받지 않으며, 약 상용자(drug addict)가 되지 않는다.

⑥ 아동은 보통 아이들과 마찬가지로 양육하는 것이 가장 좋다. 발작이 있다는 단지 그 이유 때문에 정상아와 달리 상을 주거나 벌을 주는 것은 행동장애를 초래한다.

⑦ 환자는 그 자신에게 알맞은 수준에서 성공적인 경쟁을 할 수 있는 환경을 요구한다.

가족들은 환자의 간호에 능숙해짐에 따라 전에 알지 못하였던 정신박약, 행동장애, 부적절한 학교생활 및 가족간의 갈등 같은 밀에 깔린 중요한 어려움에 대하여 보다 깊이 생각하게 된다.

사회생활은 환자 요구에 의하여 적당한 교육기관을 이용할 수 있으면, 집에서 가까운 학교에 보내서 본래 하고 싶어하던 여러가지 활동에 참여시켜야 한다. 간질환자와 그 질환에 대한

일반인의 태도를 개선하는 것은, 그것에 대한 문제점을 알고 있는 의사, 간호원, 사회사업가의 임무이다. 거의 모든 똑똑한 간질환자는 조만간 그를 불쌍히 여기며 지나치게 염려하거나 혹은 중요하며 무시워하는 태도에 부딪치게 된다. 이러한 것은 환자가 적당한 인생관을 얻을 수 없으면 계속적인 불안의 원인이 되기 쉽다.

III. 결 론

비정상뇌파의 가장 심각한 증상인 경련은 어떤 질병을 암시하며 진단의 지침이 되지만, 경련을 지켜보아야하는 보호자는 그 의미의 심각성에 우선 당황하게 되어 침착한 관리를 하지 못하게 된다. 간호원의 역할은 경련하는 환자를 손상받지 않게 하며 보호자를 심리적으로 지지하고 또 간질이라는 진단을 받은 환자들에게는 추후관리를 위해서 특별한 계획을 세워서 정상적인 일상생활을 유지하도록 도와주는 것이라고 하겠다.

〈32페이지에서 계속〉

(표 8)

간호교육기관 교수직위 현황

(1986. 11월 현재)

교육과정 \ 직 위	교 수	부 교 수	조 교 수	전일강사	조 교	계(%)
대 학 과 정	40	40	69	32	41	222(29.5)
전 문 대 학 과 정	50	113	168	156	44	531(70.5)
계 (%)	90 (11.9)	153 (20.3)	237 (31.5)	188 (25.0)	85 (11.3)	753 (100.0)

VI. 요 약

본 조사는 1986년 10월부터 11월까지 전국 간호교육기관 59개교를 대상으로 조사하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1. 전국 간호교육기관 수는 대학과정 17개교, 전문대학과정 43개교로 총 60개교이다.

2. 1986년도 재학생 수는 대학과정 3,448명, 전문대학과정 15,956명으로 총 19,404명이다.

3. 1986년도 졸업생 수는 대학과정 772명, 전문대학과정 4,259명으로 총 5,031명이다.

4. 1986년도 졸업생의 취업율은 78.3%로, 대부분이 임상간호분야에 취업하고 있다.

5. 1986년도 간호교육자 수는 대학과정 222명 전문대학과정 531명으로 총 739명이다.