

동료멘토(peer mentor) 프로그램이 뇌졸중 환자의 회복에 미치는 영향: 연구 프로토콜

이창대* 박지혁**

*연세대학교 대학원 작업치료학과

**연세대학교 보건과학대학 작업치료학과

국문초록

본 연구는 해외 많은 분야의 재활에서 적용되고 있는 peer mentor 프로그램을 국내에 연구적, 임상적으로 도입하여 뇌졸중 환자의 정신적, 신체적 회복을 돕는 방법을 소개하고자 하였다.

두 집단 실험 설계로 뇌졸중이 발생한지 3-6개월인 환자들을 대상으로 설계하였다. 동료멘토는 뇌졸중이 발생한지 2년이 지난 외래 환자로 서로 다른 회복수준을 보이는 환자들로 구성하고, 프로그램을 운영하기에 앞서 참가자들에게 심리적, 평가적, 정보적인 도움을 주는 방법과 프로그램 운영 방법에 대해 교육한다. 한국판 노인 우울 척도 단축형 (Geriatric Depression Scale Short Form-Korea Version; GDSSF-K)을 사용하여 프로그램 참가자들의 심리적 요인을 측정하고, 뇌졸중 영향척도(Stroke Impact Scale; SIS)를 통해 회복수준을, 노인 상지 기능평가도구(Upper Extremity Function Test for the Elderly; TEMPA)을 사용하여 신체적 요인을 측정한다.

본 연구를 토대로 연구를 진행하고자 하는 연구자는 본 연구에서 제안한 방법과 더불어 뇌졸중 환자의 회복에 더 효과적인 프로그램 적용 방법에 대한 모색이 필요할 것이다.

주제어 : 동료멘토, 뇌졸중, 프로토콜

1. 서론

동료멘토(peer mentor)는 같은 경험을 한 다른 사람과 경험을 공유하는 것으로 환자가 느낄 고독감과 두려움을 줄여주는데 효과적이다(Kessler, Egan, & Kubina, 2014). Peer mentor은 주로 만성적인 질병을 가진 사람들에게 사회적으로 심리적인 지지, 동

기부여, 유용하고 긍정적인 지지를 위해 사용되어왔으며 삶의 질을 향상에 효과적이다(Dennis, 2003; Manns & Chad, 2001). Peer mentor 프로그램은 현재 암환자(Allicock et al., 2014), 척수 손상환자(Haas, Price, & Freeman, 2012), 우울증, 정신과적 질병이나 중독과 같은 정신 질환(Dennis, 2014; Lloyd-Evans et al., 2014), 희귀 질병(Doyle, 2014),

육아중인 부모(Dennis, Hodnett, Gallop, & Chalmers, 2002; Niela-Vil n, Axelin, Salanter, & Melender, 2014), 전쟁 참여 군인(Nelson, Abraham, Walters, Pfeiffer, & Valenstein, 2014) 등 다양한 대상자들에게 많이 사용되고 있다. 현재 동료멘토 프로그램은 뇌졸중 환자에게도 많이 적용되고 있는데 이 프로그램은 환자로 하여금 뇌졸중 이후에 자신이 경험하고 있는 증상들을 이해하고, 정상적인 단계라는 것을 배우며 즐거움을 느낄 수 있게 한다고 보고되고 있다 (Kessler et al., 2014)

뇌졸중은 갑작스럽게 발생되어 환자 자신뿐 만이 아닌 가족, 넓게는 사회에까지 영향을 끼치게 된다 (Mayo, Wood-Dauphinee, C t, Durcan, & Carlton, 2002; Smith, 2014). 갑작스러운 뇌졸중의 발생으로 인해 환자는 삶에 큰 변화를 느끼게 되는데, 생존자의 85%는 신체적인 기능의 장애를 경험하게 된다(Anderson & Whitfield, 2011; Rodgers et al., 2003). 하지만 이러한 변화는 신체적인 변화 뿐 아닌 정신적으로도 영향을 끼치게 되어, 환자의 50% 이상이 우울증을 호소하고 있으며, 고립감과 두려움을 느끼게 된다(Anderson & Whitfield, 2011; Hayhow, Brockman, & Starkstein, 2014). 이러한 정신적인 문제는 환자의 입원기간과 의존성의 증가, 신경학적 손상, 혹은 생존율과 같은 임상적인 측면과 매우 높은 연관이 있기에(Feigin et al., 2010; Ferri et al., 2011), 환자의 재활에 있어 신체적인 증상뿐만이 아닌 정신적인 측면까지 고려하는 것이 중요하다. 따라서, 뇌졸중 발생으로 인하여 환자가 겪게 되는 상황들을 이해해주고 직면한 상황들을 잘 극복할 수 있게끔 도움을 줄 수 있는 중재 방법이 필요하다 (Ch'ng, French, & McLean, 2008). 동료멘토 프로그램은 뇌졸중 환자의 재활에 있어 정신적이고 심리적인 지지를 해준다.

Hancock (2009)의 뇌졸중환자를 대상으로 한 동료멘토 프로그램의 효과에 대한 연구를 보면, 1) 의료가 할 수 없는 방식으로 생존자에게 뇌졸중의 이해를 돕고, 2) 외로움과 고립감을 감소시키고, 3) 우울증을 극복하게끔 도와주는 역할을 하며, 4) 가족들

이나 친구들에게 이야기 힘든 이야기를 할 수 있는 기회를 제공하고, 5) 기능 향상이나 회복에 소요되는 시간에 대한 이해를 도우며, 6) 받은 도움을 또 다른 사람에게 줄 수 있도록 도와주는 효과가 있다고 하였다. 따라서 아직 국내에서 연구나 임상 적용이 이루어지고 있지 않은 동료멘토 프로그램의 도입이 필요하다.

본 연구의 목적은 두 집단 실험 설계로 동료멘토 프로그램을 집단에 적용하는 방법과 절차를 서술함으로써 국내에 본 프로그램을 연구적, 임상적으로 도입하여 뇌졸중 환자의 정신적 신체적 회복을 돕는 방법을 소개하기 위함에 있다.

II. 연구방법

1. 연구 대상 및 기간

본 연구는 재활병원에 뇌졸중 발생으로 인해 입원하여 재활을 받고 있는 환자를 본 연구의 참가자로 고려한다. 대상자에 대한 선정기준은 다음과 같다. 1) 뇌졸중이 발생한지 3-6개월이 경과한 자, 2) 의학적으로 상태가 안정적인 자, 3) 이전에 뇌졸중이 발생한 경험이 없는 자, 4) K-MMSE 24점 이상으로 본 프로그램에 참여하기에 적절한 인지와 의사소통 능력이 있는 자, 5) 다른 질환으로 인한 신체적, 신경학적 문제가 없는 자, 6) 본 프로그램에 참여하기를 희망하는 자로 정한다.

본 연구는 주 1회, 4주 동안 총 4회기 동안 진행되었으며, 본 연구를 진행하기에 앞서 모든 참여자에게 본 프로그램의 목적과 진행방식에 대하여 구두와 지면을 통하여 설명을 하고 참가 동의서를 받는다.

2. 연구 절차

본 연구는 두 집단 실험 설계(Two group pre-postt-est design)로 진행하였고 이에 동료멘토 프로그램에 참여하는 대상자 집단과 대조 집단으로 나누었다.

표 1. 동료멘토 프로그램 개요

회기	시간(분)	프로그램 내용
1	10	프로그램에 참가한 참가자, 멘토, 작업치료사 등의 자기소개
	10	프로그램에 대한 소개(진행 방식, 유의 사항 등)
	10	뇌졸중에 대한 의학적 지식, 치료법, 제공 받을 수 있는 서비스 등의 정보 전달
2-8	5	준비활동(참가자들 간의 인사 및 친교)
	10	멘토가 자신의 사례를 통하여 주제(현재 기능 상태, 경험한 치료법, 뇌졸중 발생 이후 달라진 삶, 심정, 달라진 가족들의 삶 등)를 나눔
	5-35	멘토가 언급한 주제에 대하여 참가자들 자신이 느끼고 있는 상황 및 감정에 대하여 이야기를 나눔
	10	프로그램을 통해 느낀 점 나누기 및 만족도 조사

1) 동료멘토

동료멘토는 현재 외래 치료를 받고 있는 뇌졸중이 발생한지 최소 2년이 지난 환자를 대상으로 모집한다. 동료멘토들을 선정 할 때에는 회복수준이 서로 다른 환자 중에서 선정하는데, 이는 동료멘토의 회복수준이 프로그램 참여 대상자에게 심리적으로 영향을 끼칠 수 있기 때문이었다(Kessler et al., 2014). 본 프로그램에 앞서 동료멘토에게 교육을 실시한다. 교육의 내용은 프로그램에 있어서 동료멘토들은 자기 효능감과 관련된 공감, 보호, 격려, 안심 등의 심리적 지원, 절망에 빠지지 않도록 지지해주는 격려, 마주한 문제를 해결하기 위한 인내와 긍정적 마음가짐, 참여자의 기분과 행동의 지지 등의 평가적 지원, 멘토들이 이미 자신이 겪어 왔던 변화에 대한 조언, 제안, 활동의 변화 등의 정보적인 지원을 제공 한다는 사전 연구(Dennis, 2003)를 토대로 집단 관리 기술 및 심리적 지지, 당사자의 책임, 재활동기, 및 긍정적 마음가짐, 뇌졸중의 발생 기원, 증상, 앞으로 받게 될 재활 치료 등으로 구성 하였다.

2) 중재

프로그램은 매주 1회, 30분에서 1시간씩 진행되었고 프로그램에는 실험참가자, 동료멘토들과 작업치료사가 함께 참가하였다. 실험 참가자는 한 그룹 당

8-10명으로 구성되었다. 동료멘토 프로그램은 멘토들이 프로그램을 이끌어나가며 필요한 정보 및 자신의 경험을 알려주는 시간뿐만 아니라 참가자들 스스로가 서로의 삶, 뇌졸중 발생 이후의 달라진 점, 느낌, 가족들의 삶 등에 대해서 서로 이야기를 나눌 수 있는 시간을 가질 수 있도록 자유로운 분위기를 만들었다(표 1). 실험집단에는 총 8회기의 동료멘토 프로그램과 함께 일반적인 작업치료를 1일 1회, 주 5일, 1회기 30분 동안 실시하였다.

3) 대조군

대조집단에는 동료멘토 프로그램이 없이, 주 5회, 1회기 30분 동안의 일반적인 작업치료를 실시하였다. 실험이 끝난 후 대조군 집단에서 동료멘토 프로그램에 참가하고 싶은 대상자들을 대상으로 같은 프로그램에 참가할 기회를 제공하였다.

3. 연구도구

1) 일반적 정보

참가 대상자들을 대상자들에게는 성별, 나이, 발병일, 결혼 상태, 교육수준, 직업 상태, 월 소득에 대한 정보를 수집하고, K-MMSE를 통해 대상자의 인지수준을 측정하였다.

2) 심리적 요인

(1) 한국판 노인 우울 척도 단축형 (Geriatric Depression Scale Short Form-Korea Version; GDSSF-K)

본 평가도구는 대상자의 우울증의 변화 정도를 평가하기 위해 사용한다. 한국판 노인 우울 척도 단축형은 Yesavage et al. (1983)이 개발한 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale; GDS)를 기백석과 이철원(1995)이 한국판 노인 우울척도(Geriatric Depression Scale Korea Version; GDS-K)로 번안하였고, 이것을 다시 기백석(1996)이 한국판 노인우울 척도 단축형(GDSSF-K)으로 수정 개발하였다. 총 15문항으로 구성되어있고 5개의 역 채점 문항(2, 7, 8, 11, 12번 문항)을 두었으며 총점은 15점으로 점수가 높을수록 우울의 정도가 높은 것을 의미한다. 본 평가도구의 문항내적 합치도는 $\alpha = .88$, 반분신뢰도, 검사-재검사 신뢰도는 각각 $r = .85$, $r = .93$ 으로 높은 신뢰도 값을 보였고, 높은 준거 타당도와 구성 타당도를 보였다(기백석, 1996).

3) 회복 수준

(1) 뇌졸중 영향척도(Stroke Impact Scale; SIS)

본 평가도구는 뇌졸중의 발생으로 인한 장애의 회복 정도를 확인하기 위하여 사용된다. 뇌졸중 영향척도(SIS)는 뇌졸중에 의해 발생된 장애의 정도를 확인하기 위한 도구로 근력, 기억과 사고, 기분과 정서, 의사소통, 일상생활동작과 도구적 일상생활동작, 가동성, 손의 기능, 사회 참여 총 8개 영역 64개 항목으로 이루어져있다. 5점 척도의 자기 보고식 평가 도구이고 점수는 $(\text{평균}-1)/(5-1) \times 100$ 으로 구한다. 점수의 범위는 최소 0점에서 최대 100점으로 0점은 회복이 일어나지 않았음을, 100점은 완전한 회복이 이루어졌음을 의미한다. 본 평가도구의 검사-재검사 신뢰도는 기분과 정서영역(ICC는 $= .57$)을 제외한 다른 영역에서는 $ICC = .70 \sim .92$ 였다(Duncan et al., 1999).

4) 신체적 요인

(1) 노인 상지 기능평가도구(Upper Extremity Function Test for the Elderly; TEMPA)

본 평가도구는 캐나다에서 Desrosiers, H bert, Dutil과 Bravo(1993)에 의해 개발된 노인용 상지 기능평가도구로 손 및 상지 기능의 변화 정도를 확인하기 위하여 사용된다. 노인 상지 기능평가도구(TEMPA)는 일상생활 동작 기반의 상지 기능 평가도구로 일상동작들의 과제분석을 통해 선별한 총 9개 항목으로 이루어져있고, 그 중 양손 평가항목이 5항목, 한 손 평가항목이 4개 항목으로 구성되어있다. TEMPA의 평가는 실행 속도, 기능 정도, 과제 분석 총 3가지 방법으로 측정하게 된다. 실행 속도는 각 항목 당 수행에 걸린 시간을 측정하는 것으로 항목 당 최대 120초가 주어지게 된다. 기능 정도와 과제 분석은 항목 당 0점에서 -3점 척도로 항목 수행의 질을 평가할 수 있다. TEMPA의 급내 상관계수 $ICC = .70 \sim 1.0$, 검사-재검사 신뢰도는 $.70 \sim 1.0$, 평가자간 신뢰도는 $.68 \sim 1.0$ 이었고(Desrosiers et al., 1993), 동시 타당도는 $r = .73 \sim .95$, 구성 타당도는 $r = .55 \sim .71$ 이었다(Desrosiers, H bert, Dutil, Bravo, & Mercier, 1994).

4. 분석 방법

자료 분석을 위해서는 SPSS 21.0을 사용하였다. 두 집단간 대상자의 일반적 특성을 비교하기 위해서는 기술통계, 교차분석(chi-square test), 독립 표본 t 검정을 사용하였다. 또한 독립 표본 t 검정과 대응 표본 t 검정을 사용하여 두 집단간 결과의 비교를 하였다.

III. 논 의

현재 해외에서 사용되고 있는 동료멘토프로그램의 방식은 주로 1대 1 방식으로 한 명의 동료멘토와 한 명의 프로그램 참가자가 프로그램을 진행하는 방식이다. 이는 기존의 집단 프로그램에서 변형된 방식으

로, 집단프로그램의 경우 환자들의 스케줄을 조절하기 어렵다는 점과 지나치게 많은 주제를 다루는 과정에서 발생하는 참가자들의 부담이 원인인데(Kessler et al., 2014), 해외의 경우 뇌졸중의 발생으로 인한 입원기간이 국내보다 현저하게 짧아 치료시간을 일일이 조정하기 힘든 점과 프로그램을 진행하기에는 너무 짧은 입원 기간 때문 일 것이다. 하지만, 뇌졸중 발생 후 입원기간이 긴 국내(박기택, 2014)의 경우 프로그램 진행에 문제점을 극복 할 수 있고, 1대 1 방식의 경우 개인적, 온라인 혹은 전화 면담(Doull, O'Connor, Welch, Tugwell, & Wells, 2005)으로 이루어 지는 경우가 대부분이기 때문에 문화적 사회적 상황을 고려할 때 본 프로그램을 처음 도입하는 시점에서 집단 프로그램이 더욱 효과적일 것으로 사료되어 본 프로토콜 연구에서는 프로그램 진행 방식을 집단 동료멘토프로그램으로 정하였다. 또한 프로그램의 진행 시간을 1시간으로 정해 놓은 것이 아닌 각 회기별 상황과 분위기, 토론 주제를 고려하여 유동적으로 시간을 조절할 수 있도록 구성하여 참가자들의 프로그램 참가에 대한 부담을 줄일 수 있도록 하였다.

Kessler et al. (2014)은 연구에서 동료멘토들의 회복 수준을 고려하지 않은 멘토와 프로그램 참가자의 배정은 동료지지 프로그램 성공 위협요인으로 지목되었는데, 이는 프로그램의 참가자가 서로 다른 발병부위, 손상 정도를 가지고 있기 때문에, 만약 회복 수준이 매우 높은 멘토와 손상 정도가 심한 참여자가 함께 프로그램에 참여할 경우 참가자가 멘토를 보고 자신 또한 높은 회복이 가능 할 것이라는 무리한 희망을 가졌다가 오히려 더 큰 실망을 하는 경우, 회복 정도가 낮은 멘토와 손상 정도가 심하지 않은 참가자가 함께 프로그램에 참여하는 경우 참가자가 멘토를 보고 자신 또한 회복이 이루어져도 멘토의 수준과 같을 것이라는 절망감에 빠지는 경우, 멘토가 뇌졸중의 발병을 겪었음에도 회복 수준이 높아 정상인과 같은 기능을 되찾을 경우 프로그램 참가자들과 공감대를 형성하지 못하는 경우 등이 있기에 본 프로그램의 진행을 위해서 멘토들의 현재 기능상태를 고려하여 회복수준이 서로 다른 멘토들로 선정, 동일한 집단에

배치하여 프로그램을 진행하는 방식으로 구성하였다.

동료멘토 프로그램을 진행하는데 있어 염두 해야 할 요소로는 Doull et al. (2005)의 연구에서 언급한 프로그램의 결과에 영향을 끼칠 수 있을 것으로 예상되는 거주 지역, 인종/문화, 직업, 성별, 종교, 학력, 사회경제적 상태, 사회 자본과 같은 8개의 사회 경제적 요소를 다루는데 있어서 주의를 기해야 할 것이다.

사전의 집단 동료멘토 프로그램의 결과 프로그램 참가자들은 활동적, 사회적, 인지적 극복방안에 대한 전략에서 긍정적인 반응을 나타내었다(Ch'ng et al., 2008). 활동적 전략은 퇴원 후 자신이 할 수 있는 활동들과 취미생활에 관한 것에 대한 정보를 주는 것으로 대상자가 뇌졸중 발생 후 새로운 취미 활동들에 즐겁게 참여하고 수행 할 수 있도록 돕는 전략이고, 사회적 지지 전략은 뇌졸중 발생 경험이 없는 보호자나 다른 사람이 느낄 수 없는 감정들과 심리 상태를 참가자들이 서로 지지 해줌으로 다시금 즐겁게 사회적인 만남을 시작할 수 있게 하는 전략이다. 인지 전략이란 참가자 자신이 처한 상황을 정확히 인지하고 자신의 상태를 있는 그대로 받아들이도록 도와주는 전략으로 다른 사람에게 어떠한 도움은 받아야 하고 어떠한 변화가 일어났는지에 대한 정보를 제공하고, 종교나 다른 심리적 편안함을 제공하는 요소들을 찾아 긍정적으로 살아 갈 수 있게 도와주는 전략이다. 따라서 본 중재 프로토콜을 기반 한 연구를 진행하고 자 하는 연구자는 Ch'ng et al. (2008)의 연구 결과와 앞서 말한 동료멘토 프로그램은 크게 심리적, 평가적, 정보적으로 3가지 지원을 한다는 Dennis (2003)의 연구결과를 토대로 본 연구 방법에 기술된 교육 내용보다 더 효과적인 교육 내용과 교육 방법이 있다면 본 연구자가 제시한 교육 방법과 더불어 효과적인 내용을 적용한 동료멘토 프로그램을 진행하는 것이 뇌졸중 환자의 회복에 효과적일 것이다.

References

- 기백석. (1996). 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. [A Preliminary Study for the Standardization of Geriatric Depression Scale Short Form-Korea Version]. *신경정신의학*, 35(2), 298-307.
- 기백석, & 이철원. (1995). 한국판 노인 우울 척도의 표준화 예비연구. [A Preliminary Study for the Standardization of Geriatric Depression Scale in Korea]. *신경정신의학*, 34(6), 1875-1885.
- 박기택. (2014). 재활의료체계 영망진창... 요양병원, 환자 만드는 블랙홀. <http://m.docdocdoc.co.kr/news-view?newsid=2014040300001&type=>
- Allcock, M., Carr, C., Johnson, L.-S., Smith, R., Lawrence, M., Kaye, L., . . . Manning, M. (2014). Implementing a One-on-One Peer Support Program for Cancer Survivors Using a Motivational Interviewing Approach: Results and Lessons Learned. *Journal of Cancer Education*, 29(1), 91-98.
- Anderson, S., & Whitfield, K. (2011). An ecological approach to activity after stroke: it takes a community. *Topics in stroke rehabilitation*, 18(5), 509-524.
- Ch'ng, A. M., French, D., & McLean, N. (2008). Coping with the challenges of recovery from stroke: long term perspectives of stroke support group members. *Journal of Health Psychology*, 13(8), 1136-1146. doi: 10.1177/1359105308095967
- Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 40(3), 321-332.
- Dennis, C. L. (2014). The process of developing and implementing a telephone-based peer support program for postpartum depression: evidence from two randomized controlled trials. *Trials*, 15(1), 131.
- Dennis, C. L., Hodnett, E., Gallop, R., & Chalmers, B. (2002). The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 166(1), 21-28.
- Desrosiers, J., H bert, R., Dutil, E., & Bravo, G. (1993). Development and reliability of an upper extremity function test for the elderly: the TEMPA. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(1), 9-16.
- Desrosiers, J., H bert, R., Dutil, E., Bravo, G., & Mercier, L. (1994). Validity of the Tempa-a Measurement Instrument for Upper Extremity Performance. *Occupational Therapy Journal of Research*, 14(4), 267-281.
- Doull, M., O'Connor, A. M., Welch, V., Tugwell, P., & Wells, G. A. (2005). Peer support strategies for improving the health and well-being of individuals with chronic diseases. *The Cochrane Library*.
- Doyle, M. (2014). Peer Support and Mentorship in a US Rare Disease Community: Findings from the Cystinosis in Emerging Adulthood Study. *The Patient* 8(1), 65-73.
- Duncan, P. W., Wallace, D., Lai, S. M., Johnson, D., Embretson, S., & Laster, L. J. (1999). The Stroke Impact Scale Version 2.0 evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. *Stroke*, 30(10), 2131-2140.
- Feigin, V. L., Barker-Collo, S., Parag, V., Senior, H., Lawes, C. M., Ratnasabapathy, Y., & Glen, E. (2010). Auckland Stroke Outcomes Study. Part 1: Gender, stroke types, ethnicity, and functional outcomes 5 years poststroke. *Neurology*, 75(18), 1597-1607.
- Ferri, C. P., Schoenborn, C., Kalra, L., Acosta, D., Guerra, M., Huang, Y., . . . Prince, M. J.

- (2011). Prevalence of stroke and related burden among older people living in Latin America, India and China. *Journal of Neurology, Neurosurgery, Psychiatry, 82*(10), 1074–1082.
- Haas, B., Price, L., & Freeman, J. (2012). Qualitative evaluation of a community peer support service for people with spinal cord injury. *Spinal cord, 51*(4), 295–299.
- Hancock, E. (2009). Health Recovery Social Networks: Exploring the experiences of participants in stroke recovery peer support groups. Paper presented at the Group Development and Support Coordinator for Stroke Recovery Canada, Ottawa.
- Hayhow, B. D., Brockman, S., & Starkstein, S. E. (2014). Post-stroke Depression The Behavioral Consequences of Stroke (pp. 227–240): Springer.
- Kessler, D., Egan, M., & Kubina, L.-A. (2014). Peer support for stroke survivors: a case study. *BMC health services research, 14*(1), 256.
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S., . . . Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry, 14*(1), 39.
- Manns, P. J., & Chad, K. E. (2001). Components of quality of life for persons with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. *Qualitative Health Research, 11*(6), 795–811.
- Mayo, N. E., Wood-Dauphinee, S., C t , R., Durcan, L., & Carlton, J. (2002). Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archive of Physical Medicine & Rehabilitation, 83*(8), 1035–1042.
- Nelson, C. B., Abraham, K. M., Walters, H., Pfeiffer, P. N., & Valenstein, M. (2014). Integration of peer support and computer-based CBT for veterans with depression. *Computers in Human Behavior, 31*, 57–64.
- Niela-Vil n, H., Axelin, A., Salanter , S., & Melender, H. L. (2014). Internet-based peer support for parents: A systematic integrative review. *International Journal of Nursing Studies, 51*(11), 1524–1537
- Rodgers, H., Mackintosh, J., Price, C., Wood, R., McNamee, P., Fearon, T., . . . Curless, R. (2003). Does an early increased-intensity interdisciplinary upper limb therapy programme following acute stroke improve outcome? *Clinical Rehabilitation, 17*(6), 579–589.
- Smith, G. (2014). Acute Stroke-Diagnosis and Management. *Scottish Universities Medical Journal, 3*(1), 18–27
- Yesavage, J. A., Brink, T., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of psychiatric research, 17*(1), 37–49.

Abstract

A Effect of Peer Mentor Program on Recovery after Stroke

Lee, Chang Dae*, B.H.Sc., O.T., Park, Ji Huk**, Ph.D., O.T.,

*Dept. of Occupational Therapy, Graduate School of Yonsei University

**Dept. of Occupational Therapy, College of Health Science, Yonsei University

The purpose of this study was introduce peer mentoring which is well used in various rehabilitation areas in overseas country to Korea academically and clinically and help psychological and physical recovery for stroke survivor. It was two group experimental design study, this protocol is designed for stroke survivor, 3-6 months after the onset. Peermentors were consisted of outpatients who is stroke survivor in different recovery levels, at least 2 year after the onset. Peermentors received education about how to support and mentor participants of the program emotionally, appraisally, and informationally and how to run the program. Geriatric Depression Scale Short Form-Korea Version(GDSSF-K) is used to measure psychological factor, Stroke Impact Scale(SIS) is used to measure recovery level of patient, and for physical factor Upper Extremity Function Test for the Elderly(TEMPA) was used. A researcher who is interested in the peer mentor program needs to find more effective applying method based on be offered method in this study for helping recovery after stroke.

Key Words : Peer mentor, Stroke, Protocol