creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

간호학박사 학위논문

통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 개발과 평가

Development and Evaluation of Evidence-Based Practice on Discharge Education Contents for Ambulatory Surgery Patients (EBP-DECA)

2019년 8월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

정 애 리

통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 개발과 평가

지도교수 이 인 숙

이 논문을 간호학박사 학위논문으로 제출함
2019 년 **4** 월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
정 애 리

정애리의 간호학박사 학위논문을 인준함
2019 년 **6** 월

위 원 장 윤 주 영 (인)

부위원장 김 성 재 (인)

위 원 서 은 영 (인)

위 원 고 영 (인)

위 원 이 인 숙 (인)

국문초록

통원수술 환자들은 당일수술 직후 바로 퇴원하며, 가정에서 의료전문가의 도움 없이 자가간호를 통해 수술 후 회복 과정을 거친다. 퇴원 후 환자들은 신체적, 정신적 증상을 겪으며, 일상생활에서 어려운 상황에 직면하기 때문에 자가 관리를 통해 최상의 수술 결과에 도달할 수 있도록 간호사의 효과적인 퇴원교육이 무엇보다 중요하다. 이에 본 연구에서는 퇴원하는 환자에게 적용할 수 있는 퇴원교육 콘텐츠를 EBP를 기반으로 개발하고, 그 효과를 평가하고자 시도되었다.

본 연구의 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠(EBP-DECA) 개발을 위해 존스 홉킨스 대학의 근거기반실무(JHNEBP)모델의 19단계를 본 연구에 맞게 9단계로 수정하였다. 9단계는 문제의 정의, EBP 질문 개발, 근거 구축, 근거의 질 평가, 근거 요약, 근거의 질 합성, 근거 기반 콘텐츠, 콘텐츠의 적절성 검증, 결과 평가의 단계로 구성되었다.

EBP-DECA의 근거를 수집하기 위하여 국내와 국외 DB 검색을 통한 통합적 문헌고찰을 시행하였고, 환자 요구도 조사와 임상전문가 요구도 조사를 실시하였다. 선정된 문헌의 자료 분석 후, 각 문헌에서 통원수술 환자의 퇴원교육 콘텐츠에 적합한 내용을 추출하였으며, 통합적 문헌고찰과 관련 가이드라인의 검색, 전문가와 환자의 요구도 조사를 통합하고 분석하여 EBP-DECA를 신체적 증상 관리, 정신적 증상 관리, 일상생활, 환경-감염 관리의 4가지 범주로 구성하였다.

개발된 EBP-DECA는 전문가 내용 타당도 조사와 AGREE 평가 도구를 통한 질 평가를 거쳤으며, 전문가 내용 타당도는 모든 항목이 80% 이상이었고, AGREE 질 평가에서는 6개 범주 모두에서 70% 이상으로 나타났다.

본 연구는 개발한 EBP-DECA의 평가를 위해 비동등성 대조군 전후 시차설계의 유사실험연구를 실시하였다. 연구대상은 서울 소재 'S'병원 통원수술실에서 가장 다빈도로 이루어지고 있는 안과 백내장 수술, 산부인과 자궁내시경과 원추절제술, 외과 유방양성종양절제술을 받은 통원수

술환자 실험군 30명과 대조군 30명을 대상으로 시행하였으며, 불안, 지식, 만족도, 병원재방문율, 수술부위감염률을 평가하였다. 분석 결과 EBP-DECA를 적용받은 실험군은 이전 퇴원교육을 진행한 대조군에 비해 수술 후 불안이 낮고(t=1.894, p=.030), 만족도 점수는 유의하게 높았으며(t=-10.212, p=.002), 30일간의 병원 재방문율과 수술 부위 감염 발생률은 낮았으나, 자가간호 지식에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다.

의료의 효용성과 이용의 편의가 중시되며, 병원의 가동률을 높이기 위해 통원수술은 계속 증가할 것이다. 본 연구에서 개발된 EBP-DECA를 통해 통원수술환자들은 퇴원 후 나타날 수 있는 신체적인 증상 관리, 정신적인 증상 관리, 일상생활, 환경 관리가 이루어질 것이고, 임상 실무현장과 환자의 자가간호 사이의 격차를 줄여 회복의 질을 향상될 것이다.

최상의 근거를 기반으로 한 퇴원교육 콘텐츠의 개발은 임상 실무와 학계 사이의 연구 활성화에 이바지할 것이며, 향후 통원 환자들이 퇴원 후 이용 가능한 지역사회의 맞춤형 포괄적 간호서비스 제도를 마련하도록 국가적 정책이 필요함을 제언한다.

주요어 : 통원수술, EBP, 퇴원교육, 근거기반, 회복, 통합적 문헌고찰, 콘텐츠 개발

학 번 : 2012-20446

목 차

국문초록 ····· i

제 1 장 서 론 ····· 1
제 1 절 연구의 필요성 ····· 1
제 2 절 연구 목적 ····· 4
제 3 절 용어의 정의 ····· 4

제 2 장 문헌고찰 ····· 7
제 1 절 통원수술 환자 간호 ····· 7
제 2 절 통원수술 환자의 퇴원교육 ····· 16
제 3 절 근거기반실무 (Evidence-based Practice) ····· 18

제 3 장 이론적 기틀 ····· 23
제 1 절 연구의 개념틀 ····· 23
제 2 절 연구의 가설 ····· 26

제 4 장 연구방법 ····· 27
제 1 절 EBP-DECA 개발 ····· 27
제 2 절 EBP-DECA 효과 평가 ····· 37

제 5 장 연구결과 ····· 41
제 1 절 EBP-DECA 개발 결과 ····· 41
제 2 절 EBP-DECA 효과 평가 결과 ····· 56

제 6 장 논의 ····· 62
제 1 절 논의 ····· 62
제 2 절 연구의 제한점 ····· 72
제 3 절 간호학적 의의 ····· 73

제 7 장 결론 및 제언 ····· 74

참고문헌 ····· 76

부록 ····· 95

Abstract ····· 157

표 목 차

Table 1. PICO of this study ····· 30
Table 2. The Search Terms of this study ····· 32
Table 3. Research Design ····· 37
Table 4. The Demographic Characteristics of Needs Group ····· 41
Table 5. Result of qualitative contents ····· 42
Table 6. General Characteristics of the Expert's Group 46
Table 7. Contents Extraction for Patients ····· 48
Table 8. Critical Appraisal of EBP-DECA ····· 56
Table 9. Homogeneity Test of General Characteristics between the Experimental and Control Groups ····· 57
Table 10. Comparison of Postoperative Anxiety between the Experimental and Control Groups ····· 59
Table 11. Comparison of Knowledge between the Experimental and Control Groups ····· 59
Table 12. Comparison of Satisfaction between the Experimental and Control Groups ····· 60
Table 13. Comparison of Hospital Return Visit between the Experimental and Control Groups ····· 61
Table 14. Comparison of Incidence of Infection between the Experimental and Control Groups ····· 61

그 림 목 차

Figure 1. Conceptual framework of JHNEBP ····· 23
Figure 2. Conceptual framework of this study ····· 24
Figure 3. Development process of this study - 1 ····· 27
Figure 4. Development process of this study - 2 ····· 28
Figure 5. PRISMA flow chart of study selection ····· 45

부 록 목 차

[부록 1] 생명윤리심의위원회 심의결과 통보서 ····· 95
[부록 2] 연구 참여자용 동의서 ····· 97
[부록 3] 설문지 ····· 100
[부록 4] 기존 퇴원교육 자료 예시 ····· 109
[부록 5] EBP-DECA 참고문헌 ····· 110
[부록 6] EBP-DECA Contents and Reference ····· 114
[부록 7] EBP-DECA 환자 배포용 ····· 149

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 필요성

통원수술은 당일에 이루어지는 수술을 말하며, 환자들은 평균 약 4시간 정도의 짧은 시간 안에 입원, 수술 준비, 수술, 회복, 퇴원 과정을 거치게 된다. 의료 효율을 강조하는 보건의료 환경의 변화로 병원 재원기간을 최소화하는 것은 세계적으로 변하고 있는 추세이다. 최근에는 침습적 수술에 대한 의료 기술의 발전으로 절개 부위가 넓은 개복 수술보다 몸에 부담이 적은 내시경이나 로봇 등의 수술법 등장하고 있으며, 마취 방법의 발전, 포괄수가제, 병원의 입원 공간 부족, 통원수술센터 증가 등의 보건의료 환경 변화로 인하여 통원수술의 종류는 점점 증가하고 있는 상황이다(Mitchell, 2015). 영국의 경우 정규 수술의 약 64%가 통원 기반으로 발생하고 있다고 보고되었고(Toftgaard, 2009, 2012), 미국도 대략 70% 정도의 수술이 통원 기반으로 발생하고 있으며(Ead, 2016), 한국 역시 통원기반 수술이 증가하고 있는 상황이다. 통원수술로 가장 빈번하게 이루어지는 백내장 수술의 빈도는 인구 10만 명당 1048건으로 주요 수술 중 1위로 나타났으며, 주요 다빈도 수술 중 다수가 현재 통원수술로 이루어지고 있다(국민건강보험공단, 2017).

입원환자의 경우 수술 후 간호사가 환자의 회복을 위한 신체적 기능 모니터링, 증상 평가, 환경 통제, 감염 예방 등의 간호를 시행한다(Lewis et al., 2015). 하지만 통원 환자의 경우 병원에서의 회복 기간이 짧기 때문에 이런 체계적인 간호를 시행할 시간이나 장소, 인력이 부족하다(Kleinbeck, 2000).

통원수술 환자는 퇴원하기 직전 퇴원교육과 리플렛을 제공받고 있지만, 당일 퇴원으로 인하여 수술 후 회복 간호의 대부분을 집에서 시행하며 간호사의 즉각적인 사정없이 환자 스스로 증상과 징후를 평가하고 대처 방안을 결정해야 하며, 의료 전문가의 부재 속에서 예측 불가능한 회

복 기간과 사건의 발생, 정보의 부족 등으로 불안정을 경험하며, 회복 과정에 대한 어려움을 호소하게 된다(Allvin et al., 2007, Kleinbeck, 2000, Marley, 2001, Wetchler, 1985). 이에 통원환자는 교육이나 정서적인 지지를 필요로 하며(Dewar et al., 2004, Horvath, 2003), 수술 과정과 관련하여 정상적인 수술 후 회복 과정이 무엇인지 의료진이 더 관심을 가지고 정보를 제공해주길 원하는 것으로 나타났다(Berg et al., 2013).

통원수술 후 과정에 대한 기존의 연구는 대부분 안전한 퇴원과 수술 후 합병증 평가에 초점을 맞추고 있다(Chung & Mezei, 1999, Horvath, 2003). 하지만 출혈이나 감염이 발생하지 않더라도 통원수술 환자들은 회복기간 중에 통증이나 어지러움, 오심, 구토, 열, 졸림 등의 신체적 증상과 불확실성과 불안, 두려움 같은 정신적인 증상으로 일상생활의 어려움을 겪으며, 다양한 문제들과 예측하기 어려운 상황에 직면하게 된다는 것은 많은 선행연구들에서 언급되었다(Bull, 2000, Connolly et al., Holland et al., 2011, Mistiaen et al, 2007, 2009, Slieper et al., 2007).

통원수술 후 약 10% 환자들이 30일 내에 응급실을 방문하며(McIsaac et al, 2015), 통원수술 후 사망 원인 중 빠른 퇴원과 병원에 재방문해야 하는 합병증에 대한 환자의 정보 부족이 관련이 있음이 보고되었다(Theissen et al, 2018).

외국의 경우 퇴원환자의 재입원과 증상 관리를 위해 다양한 지역 사회 중심의 케어가 이루어지며, 환자 중심의 맞춤형 퇴원 간호와 재가서비스를 제공하고 있다(Mitchell et al., 2014). 그러나 국내의 경우 재가간호 서비스로 의료기관 가정간호와 보건소, 방문보건간호, 노인 장기 요양보험 방문간호가 있지만 통원수술 퇴원환자가 이용할 수 있는 의료 및 복지 체계의 연계는 현실적으로 어려운 실정이다(오의금 등, 2016, 이정석 등, 2011). 그러므로 가정에서의 수술 후 증상 관리가 무엇보다 중요하기 때문에 퇴원환자에 대한 양질의 안전한 의료서비스의 개발 및 제공이 필요하며, 간호사는 효과적인 교육 도구를 통해 환자가 최상의 수술 결과에 도달할 수 있도록 도와야하고, 환자와 보호자가 이해할 수 있는 교육을 제공해야한다(Morrell, 2001, Ortoleva, 2010, Spataro et al. 2016).

최근에는 근거기반 실무(Evidence-based practice, 이하 EBP)를 활성화하기 위해 간호교육, 연구, 임상실무에서 적용하는 사례가 늘고 있으며, 매년 활발한 학술활동이 이어지고 있다(최명애 등, 2011). EBP는 보건의료조직 내에서 임상적으로 의사결정을 하기 위한 문제해결 방법으로, 환자와 의료인의 최선의 유용한 경험 근거와 최선의 과학적 근거가 통합된 것이다(Dang & Dearholt, 2017). 미국의학협회(Institute of Medi-cine, IOM, 2003, 2009)는 EBP는 모든 보건의료 제공자의 주요 능력 중 하나라고 하였으며, 2020년까지 임상 실무 의사 결정의 90%를 근거에 기반 하는 것을 목표로 세웠다. 또한 국제간호협회(The Internatio-nal Council of Nurses, ICN)에서는 임상간호사들이 적극적으로 간호연구에 참여하는 것과 근거기반실무 수행을 위해 연구결과를 실무에서 활용하는 것을 강조하고 있다(ICN, 2007).

국내에서는 2000년대 초 EBP의 개념이 소개되어 필요성이 강조되었으나 활성화 정도는 낮은 상황이다(조명숙 등, 2013). 간호사들이 실무에서 확인된 근거를 활용하는 경우는 20.8% 정도(Olade, 2004)이며, 주로 동료간호사나 교과서를 활용하며 최신의 근거자료를 제공하는 문헌의 활용은 낮은 편이다(오의금 등, 2004). EBP는 최상의 지식과 기술에 기반한 안전한 간호 중재를 제공하고, 근거가 충분하지 않은 불필요한 업무를 감소하는 것으로 임상 실무의 발전을 위해서 반드시 수행해야 하는 기준이 되어야 한다.

통원 기반의 환자 퇴원교육에 대한 내용의 질이나 방식에 대한 연구가 필요하며, 환자와 보호자가 수술 후 최상의 결과에 도달하기 위한 근거에 기반을 둔 퇴원교육이 필요하다. 이에 본 연구에서는 퇴원하는 환자에게 적용할 수 있는 퇴원교육 콘텐츠를 EBP를 기반으로 개발하고, 그 효과를 평가하고자 한다.

제 2 절 연구 목적

본 연구의 목적은 통원수술 중 다빈도로 진행되고 있는 외과 유방절제술, 산부인과 자궁내시경과 원추절제술, 안과 백내장 수술을 받은 후 당일 퇴원한 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠를 개발하고, 적용하여 그 효과를 평가하는 것이다.

이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠를 개발한다.
2. 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠를 적용하고, 그 효과를 평가한다.

1) 통원수술 환자의 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 적용이 대상자의 불안과 지식, 만족도에 미치는 영향을 평가한다.

2) 통원수술 환자의 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 적용이 임상 지표인 환자의 병원 재방문율, 수술 부위 감염 발생률에 미치는 영향을 평가한다.

제 3 절 용어의 정의

1. 통원수술 환자

통원수술은 병원에 내원하여 접수 후 수술 전 준비부터 수술, 회복, 안정실 체류 후 귀가까지 6시간 내에 이루어지는 수술을 말하며(윤계숙 등, 2012, Mottram, 2011, Wetchler, 1985), 본 연구에서 통원수술 환자는 병원에 내원하여 접수부터 수술준비, 수술, 회복 후 귀가까지 당일에 이루어지는 수술을 받은 환자로 한다.

2. 근거기반실무 (EBP)

근거기반실무(EBP)란 최상의 근거를 가지고 활용 가능한 자원, 임상적 전문성과 대상자의 가치와 선호도를 바탕으로 임상적 의사결정을 내리는 것이라고 정의 할 수 있다(Sackett et al., 1996, 2000). 본 연구에서는 통합적 문헌고찰 및 검색, 요구도 파악을 통해 최상의 근거를 탐색한 후 전문가 합의를 통한 의사결정 과정을 뜻한다.

3. 퇴원교육 (Discharge education)

수술 후 퇴원교육은 환자가 병원에서 퇴원한 후 스스로 돌볼 수 있도록 지원하는 간호의 필수 구성요소이며, 환자의 상태, 수술 후 증상을 예방하고 관리할 수 있도록 필요한 정보를 제공함으로써 병원의 재입원률 및 이환율과 사망률을 감소시킬 수 있다(Fredericks et al., 2010) 본 연구에서는 통원수술 퇴원환자가 퇴원 후 회복을 향상시키기 위하여 신체적 증상, 정신적 증상, 일상생활, 환경 및 감염에 대한 근거 기반의 콘텐츠를 간호사가 교육하는 것을 뜻한다.

4. 불안

불안은 위협적인 상황에 대한 스트레스 반응으로, 기질불안과 상태불안으로 구분한다(Spielberger, 1972). 불안은 주관적인 긴장, 걱정, 초조함, 자율신경계 반응 등에 의한 가장 불유쾌한 경험적 상태로 복잡한 정신적 과정에 의해 스트레스로 반응한다고 하였다(Whitley, 1992). 본 연구에서 불안은 수술 후 단계에서 회복과 합병증 발생에 대한 환자의 염려를 뜻하며, Spielberger (1972)의 상태불안 측정 도구(State Anxiety Index, STAI)를 김정택과 신동균(1978)이 표준화한 도구를 이용하여 측정한 점수를 의미한다.

5. 지식

본 연구에서는 통원수술 후 회복 과정시 필요한 자가간호 지식 정도를 EBP-DECA를 바탕으로 연구자가 개발한 질문지로 측정한 점수를 의미한다.

6. 만족도

본 연구에서는 수술 후 전체적인 회복 과정에 대한 만족도는 서울대학교 노인건강증진팀에서 복지관 노인에게 제공한 하하 프로그램에서 사용한 서비스만족도 도구(김선호 등, 2011)를 이용하여 측정한 점수를 의미한다.

제 2 장 문헌고찰

제 1 절 통원수술 환자 간호

1. 통원수술의 정의와 현황

통원수술은 수술 준비와 수술, 회복이 당일에 이루어지는 수술의 종류를 말한다(Mottram, 2011). 통원수술의 종류로는 서울 S병원의 예를 들면, 외과의 양성 종양 제거술, 항암제 주입관 삽입술, 소아 탈장 수술, 안과의 백내장과 녹내장, 안성형 수술, 이비인후과 편도절제술, 비뇨의학과 요관 부목 삽입술과 전립선 생검 등의 수술이 시행되고 있으며, 통원으로 진행하는 수술의 종류와 비율은 매년 증가하고 있다(Kleinbeck, 2000, Toftgaard, 2012).

통원수술과 입원수술의 회복 과정의 차이를 살펴보면, 당일수술 환자는 입원환자와는 달리 퇴원 후 증상 관리를 스스로 시행해야 한다(Freeman & Denham, 2008, James, 2000). 입원환자의 경우에는 수술 후 전문성을 가진 간호사가 신체 증상을 측정하여 신체적, 정신적 위협을 예방할 수 있도록 도와주며, 문제가 생겼을 때 즉각적으로 중재를 시행하지만 통원수술 환자는 스스로의 상태를 모니터링하고 증상을 평가하여야 한다(Kleinbeck, 2000). 그러므로 통원수술 환자가 퇴원 후 가정으로 돌아가 자가간호를 통해 증상을 관리할 수 있도록 하는 통원수술 환자의 퇴원교육은 무엇보다 중요하다.

수술 후 회복 과정에 대한 선행연구들의 정의를 살펴보면 Baker(1989)는 수술 회복이란 생리적인 치유, 기능과 사회활동의 회복, 정상으로 되돌아왔다는 느낌의 3가지 특성을 가지고 있다고 하였으며, 수술 후 회복 과정을 수술 후에 나타나는 증상이 사라지고 일상 행동의 되찾음, 수술 전의 상태로 돌아가는 것으로 정의하였다(Horvath, 2003, Marshall & Chung, 1999). 회복은 정상적이고 완전한 상태로 돌아가는

에너지가 요구되는 과정이고, 이것은 일상과 비교하여 신체적, 정신적, 사회적, 일상적 기능을 통제를 통해 되찾아가는 것이다. 회복은 신체적인 기능의 측면에서 수술 전의 일상생활에서 독립적인 정도로 되돌아가고, 정신적인 측면에서 최상의 상태로 돌아가는 것으로 다양한 결과들과 연관된 복잡한 과정이다(Allvin et al., 2007, Myles et al.,1999). Zalon (2004)은 총체적인 관점에서 수술 후 회복은 신체 기능과 인지 기능의 향상을 통해 회복되는 과정이라고 정의했다. 수술 회복은 단순히 신체적인 증상이 사라지는 것뿐만 아니라 수술 전의 상태로 되돌아가는 방법을 환자가 알고 이해하고 대처할 수 있도록 간호사나 그 외 건강 전문가들의 도움을 포함한 통합적인 관점을 가지고 있어야 한다고 하였다.

통원수술의 수술 회복은 세 단계로 구분된다. 초기 단계는 마취에서 깨어나 아직 활력징후가 안정될 때까지의 단계이다. 중기 단계는 활력징후가 안정된 후 집으로 귀가할 때까지의 단계이다. 후기 단계는 퇴원 후 환자가 수술 전의 건강하고 안정된 상태로 될 때까지의 단계이다 (Korttila 1995, Marshall & Chung, 1999, Steward & Volgyesi, 1978). 통원수술을 받은 환자는 회복의 초기와 중기 단계까지는 병원에서 간호사의 돌봄을 받지만 후기 단계는 퇴원한 후 집에서 자가간호를 해야 한다. 환자는 퇴원 후 회복 과정을 통해 수술 전 건강과 웰빙 상태에 도달하는 것이 궁극적인 목표이며 환자 스스로의 간호를 통해 신체적 증상, 정신건강, 일상생활, 환경적 문제를 해결하게 된다(Brattwall et al., 2011).

Allvin 등(2007)은 수술 후 회복에 대한 개념 분석 연구에서 수술 후 회복을 4가지 차원으로 분류했다. 첫째, 신체적 회복은 반사 신경과 운동 신경의 통제 획득, 신체기능의 정상화, 통증과 피로의 소실, 에너지 충전이다. 둘째, 정신적 회복은 소극성 경험, 정신적 웰빙 상태로 회복, 완전성 회복, 통합성 회복, 질병에서 건강으로 전이, 우울, 화, 불안, 피로, 수동성의 상실이다. 셋째, 사회적인 회복은 독립적인 상태가 되어 사회적 기능이 안정화 되고, 다른 사람과 상호작용에 무리가 없는 것을 말한다. 넷째, 습관적인 회복은 일상생활의 안정화로 정상적으로 음식을 섭취하

고, 마시며, 배변활동 가능하고 직장으로 복귀하며 운전이 가능한 상태를 뜻한다.

Swan 등(1998)과 Myles 등(1999)의 연구에서 통원수술 후 첫 주가 가장 기능적으로 회복되는 시기이며, Braun 등(2009)은 환자들이 집으로 귀가한 후 적절한 정보의 부족과 의료진의 결여로 불안이나 불확실성을 느끼며 병원에서 퇴원 후 첫 주에 다양한 문제에 직면할 가능성이 높다고 하였다. 통원수술을 받은 환자들은 재가 회복 과정에서 통증, 상처관리, 부종 등으로 문의했으며, 대부분의 환자가 집에서 첫 주에는 가족이나 친척, 친구 등의 도움을 필요로 하였다. 4가지 증상, 통증, 운동성, 기분, 수면 문제에 대해 환자들이 한 주간 어려움을 나타냈으며 그 이후 감소하는 모습을 보였다(Brattwal et al., 2011). 회복 과정에 대한 문헌고찰 결과, 입원수술과는 달리 통원수술을 받은 환자는 퇴원 후 신체적 증상의 회복, 정신적 증상의 회복, 일상생활의 복귀와 환경적인 부분과 관련된 구체적인 퇴원교육이 필요하다고 하였다.

2. 통원수술 환자의 수술 후 신체적 증상

통원수술 후 발생하는 신체적 증상들을 살펴보면 통증, 투약, 오심과 구토, 상처 관리 등의 증상 관리에 대한 어려움을 경험하게 된다. Jenkins 등(2001)은 355명의 통원수술 환자의 수술 후 증상에 대한 설문조사 결과 오심, 의식저하, 떨림, 목이 따끔함, 졸림, 목마름 등의 증상을 겪는 것으로 나타났다. 통원수술을 받은 유방암 환자 219명을 대상으로 조사한 결과 퇴원 후 주요 증상으로 피곤과 통증이 나타났으며, 수술 후 첫 주에 통증, 내과적 이유, 상처 관리에 대해 병원에 문의하는 것으로 나타났다(Marchal et al., 2005).

퇴원 후 가장 많은 환자들이 호소하는 증상이 통증이다. 통증은 회복 과정을 연기시키는 요인이며(Horvath, 2003), 수술 후 통증은 환자들의 최대의 관심사 중 하나로 친숙하지 않은 통증으로 인하여 환자들은 불확실성과 불안을 겪게 된다(Kiyohara et al., 2004). 통원수술 후 많은 환자

들이 중등도 이상의 통증을 호소하며 수술 후 24시간이 가장 심하다고 나타났다(Elaqoul et al., 2017, McGrath et al., 2004) Elaqoul 등(2017)에 의하면 18세에서 80세 환자 300명을 대상으로 수술 당일부터 6개월간의 통증을 살펴본 결과, 수술 2시간 후 약 70%의 환자들이 통증이 없거나 약간의 통증이 있는 것으로 나타났으며, 30% 정도에서 중등도 이상의 통증을 나타냈다. 병원 퇴원 후 24시간 동안 휴식을 취한 환자의 25.3%, 움직인 환자의 43%가 중등도 이상의 통증을 나타났다.

수술 후 통증관리가 제대로 이루어지지 못하는 이유는 마약 사용에 대한 사회 전반적으로 부정적 인식, 환자들의 통증 및 진통제에 대한 지식 부족으로 가능한 진통제를 적게 사용하려는 경향, 진통제의 부작용에 대한 우려, 통증관리에 대한 지식 부족 및 부적절한 태도 때문이라고 하였다(김남정, 2003, 이희선, 안지혜, 2008, Dewar et al., 2004, Enck, 1991). 또한 수술 후 진통제의 양과 횟수를 잘못 알고 사용하는 비율로 높은 것으로 나타났다(Brat et al. 2018). 성별로 비교해보면 여성이 남성보다 통증에 대해 민감하게 반응한다고 하였다(Robinson et al., 2001). 환자들은 퇴원 시에는 아직 진통제의 효과가 남아 통증을 별로 느끼지 못하지만, 진통제의 효과가 떨어진 후 경험하는 통증에 당황하게 된다. 통원수술 환자는 통증이 가장 심한 수술 후 24시간의 기간 동안 대부분을 집에서 혼자 겪게 되며, 이런 통증이 정상적인 과정인지 진통제를 언제 복용하는 것이 맞는 것인지 끊임없이 의사결정을 해야 되기 때문에 이에 대한 관리 지침이 필요하다. 미국 마취의사회는 수술 후 통증관리 가이드라인에서 통원수술 후 의료진은 모든 환자와 보호자에게 퇴원 후 진통제를 포함한 통증관리에 대한 교육을 제공해야한다고 권고 하고 있다. 또한 진통제는 인지 작용의 손상시켜 운전과 직업 안전성에 영향을 끼칠 수 있으므로 의료진은 진통제 복용 환자와 상담이 필요하며, 환자의 진통제 복용과 관련된 부작용을 감시해야 한다고 권고하고 있다(Chou et al., 2009, 2016).

수술 후 발생하는 오심과 구토 증상은 수술과 마취 후 나타나는 가장 흔한 합병증으로 일반인의 30%, 고위험 환자의 80%에서 발생한다

(Chandrakantan & Glass, 2011). 통원수술은 의식회복 직후 가능하면 빠르게 환자를 퇴원시키기 때문에 마취에서 완전히 회복되기 전에 환자들이 움직이게 되고 이로 인해 수술 직후 오심과 구토가 높은 발생률을 보인다. Gan 등(2014)과 Wesmiller (2017)는 오심과 구토는 수술 후 24시간에서 48시간 사이에 주로 나타나며, 유방 수술과 산부인과 수술을 받은 환자들은 수술 후 처음 24시간 내에 80%의 환자에게 오심과 구토가 나타났다고 하였다. 또한 남성보다 여성에게 2.5배 더 발생하며 50세 이전 환자에게 더 많이 발생하는 것으로 나타났다(Wesmiller, 2017). 진통제의 복용, 비흡연자, 여성, 과거 수술 후 오심과 구토 혹은 멀미를 경험한 사람은 수술 후 오심이나 구토를 경험할 확률이 더 높으므로 주의해야 한다(Tabrizi et al., 2018). 오심과 구토에 대한 증상을 예방하기 위해서는 충분히 수분을 섭취하고 예방적으로 약물을 사용할 수 있다(Cao et al., 2017).

환자들은 상처 관리에 있어서도 어려움을 호소하는데, 외과 환자에게 상처 합병증은 통원 수술 퇴원 후, 발생빈도가 더 높게 나타나며 잘못된 상처 관리로 인하여 환자의 병원 방문을 증가시키는 것으로 나타났다(Mangram et al., 1999).

3. 통원수술 환자의 수술 후 정서적 간호

재가회복 기간 동안 환자가 겪는 정신적 증상으로 불안과 우울, 섬망, 피로와 수면 장애 등을 경험하게 된다. Davies (2000)는 환자와 보호자는 퇴원을 하는 시기가 준비가 되지 않아 적절하지 않다고 생각하며, 퇴원 후에도 정보 부족으로 인하여 재가 회복 간호에 어려움을 느끼게 된다고 하였다.

우울과 불안은 긍정적으로 회복하고자 하는 인간의 능력에 부정적인 영향을 끼치며, 정보 제공이 우울과 불안을 감소시킬 수 있다고 하였다(Remmers et al., 2010). 통원수술 유방암 환자 19명을 대상으로 한 질적 연구에 따르면 수술 후 환자들은 병원에서 떠밀려나가는 기분을 겪었다

고 표현하였다. 수술 후 즉시 정서적인 지지가 필요하며 집에서 회복하는 동안에도 정서적 지지와 정보 제공이 요구되었고 가족과 배우자의 역할의 중요성을 언급하였다(Dawe et al., 2014). 수술 전 불안과 수술 후 회복의 연관성 연구는 54명의 통원수술 환자를 대상으로 HADS(hospital anxiety and depression scale)과 QoR-40(the quality of recovery scale)로 측정하였으며, 수술 전 불안과 수술 후 불안이 관련이 있는 것으로 나타났다. 또한 수술 후 불안과 성별이 수술 후 회복과 유의미한 결과가 나타났다(McIntosh & Adams, 2011).

노인 환자의 경우 수술 후 섬망을 겪는 경우도 있다. 수술 후 발생하는 섬망은 주의력 결핍, 의식 변화, 인지기능장애 및 수면주기의 변화 등 다양한 증상을 동 반하는 급성 정신장애 증후군으로서(American Psychiatric Association, 2013), 대부분 수술 당일과 다음날 발생했으며, 지속 기간은 평균 2일 정도이다. 수술 후 발생하는 섬망은 질병의 이환률, 사망률의 증가, 수술 후 회복 지연 및 일상생활기능의 감소에 영향을 미쳐 환자들이 예상하지 못한 부정적인 결과를 초래한다. 경미한 경우 주의 집중력 장애를 나타내지만 심각한 경우는 수술 부위를 손상시키거나 불안정한 흥분 상태로 폭력을 행사하기도 한다(박은아 & 김민경, 2015, Ely et al., 2004). 수술 후 섬망 발생률을 살펴보면 전신 마취에 의한 수술을 받은 70세 이상의 노인환자 중 45%가 수술 후 섬망이 발생하고, 이러한 섬망은 대부분 회복실에서부터 나타났다(Neufeld et al., 2013). 고령 환자들의 통원수술 비율이 늘고 있는 상황에서 환자와 보호자가 이런 정신적인 증상에 대해 차분하게 대처할 수 있도록 정보를 제공할 필요가 있다.

피로는 수술 당일부터 3일까지 잘 나타나는 증상으로 수술 당일에 26.4%의 환자들이 피로를 호소하는데 반해 수술 후 3일째에 57.2%의 환자들이 피로를 호소하는 것으로 나타나 당일보다 3일째에 더 피로를 호소하는 것을 알 수 있었다(Horvath, 2003). 피로로 인하여 환자들은 일상생활로 복귀하는 것에 영향을 받을 수밖에 없고 일상생활에서 겪는 불편감이 환자의 만족도를 감소시킬 수 있다.

Dewar 등(2004)은 238명의 통원수술 환자에게 퇴원 후 전화로 환자의 질문에 답하고 충고해주었으며, 연구자는 환자들이 통증과 통증관리에 잘못된 인식을 가지고 있다는 것을 알게 되었다. 수술 직후 퇴원해야 하는 환자들은 퇴원교육 내용을 충분히 흡수하고 있지 못하며 이로 인해 불안해하며 회복과정에서의 상태 변화에 대해 충고와 지지를 필요로 한다. 많은 환자들이 계단을 오르거나 내려가는 과정에서 상처부위가 벌어질까봐 활동을 두려워했으며, 몇몇 환자들은 왜 그들의 차를 운전하지 못하게 하는지 이해하지 못했다. 물건을 들어 올리는 것을 포함한 일상생활에 대한 더 확실한 정보를 제공하기를 요구했다. Braun 등(2009)의 연구 결과를 살펴보면, 환자들이 약물이나 건강 상태 뿐만 아니라 식이나 일상생활에 대해서도 많은 질문을 가지고 있기 때문에 환자들이 퇴원한 후 이 부분에 대한 정보가 필요하다고 밝혔다. 의사들은 제공된 정보에 대한 환자들의 이해력을 과대평가하는 경향이 있으며, 의료진이 기대하는 것에 비해 상당수의 환자들이 약 복용법이나 부작용, 건강관리에 대한 요구를 가지고 있는 것으로 나타났다. 환자들의 눈에 보이는 증상뿐만 아니라 일상생활에서 겪을 수 있는 불편까지 체계적으로 접근하고 권고하는 것이 회복의 질을 높일 수 있을 것이다.

환자들의 병원 재방문은 퇴원 후 예기치 못한 증상을 경험할 때 병원을 방문하게 되는데, 수술 후 30일 이내 통원수술실이나 응급실에 방문하는 것을 말한다(Imasogie, Chung, 2001). Mezei & Chung(1991)과 Twersky 등(1997)의 연구 결과를 보면 통원수술 후 퇴원한 환자 중 1-3%에서 병원을 재방문하였으며 재방문 원인으로는 출혈과 수술 합병증 등이 나타났다. 통원수술 환자는 퇴원 후 신체적 증상, 정신적 증상, 일상 생활의 어려움을 관리할 수 있도록 도움이 필요하며, 회복의 질 향상을 위한 퇴원교육은 무엇보다 중요하다.

통원수술 후 재가 회복 간호 요구에 대한 연구를 살펴보면 Jun & Oh(2017)는 통원수술 후 간호에 대한 환자의 필요와 만족에 대한 연구에서 환자들이 적절한 재가 간호를 수행하기 위해 보호자가 단지 귀가 도움뿐만이 아니라 재가 간호에 대한 전반적인 준비가 필요하다는 결과

가 나왔다. 통증과 출혈에 관한 교육 요구도가 높았으며 정신적인 지지, 두려움과 불안 완화, 정보, 의사소통, 교육, 일상생활 복귀, 신체적 평안으로 나타났다.

퇴원시 환자가 받은 수술에 대한 간략한 설명과 제한점, 식생활, 활동 정도, 상처관리, 통증관리, 약복용법, 문제가 있을 시 연락방법, 회복 과정에서 정상적으로 일어나는 사건과 비정상적으로 일어나는 사건은 무엇인지 알려야한다. 간호사는 환자가 회복 과정에서 받을 수 있을 스트레스를 알고, 회복 과정에서 환자마다 다양한 증상이 나타날 수 있기 때문에 당황하지 않도록 어떤 일이 벌어질지 충분하게 환자에게 알려야한다. 환자들은 수술 후 바로 증상이 완화되기를 기대하지만 첫 주간은 평소와 다른 증상이 나타날 수 있다. 회복 과정에서 흡연이나 음주를 자제하고 칼슘이나 종합비타민을 섭취하는 것이 도움이 된다. 수술 부위에 상처관리를 하기 전, 후에는 항상 손 소독을 시행해야 한다. 환자들은 회복과정에서 통증이나 불안감을 가지고 있어 교육을 제대로 이해하지 못하거나 흡수하지 못하는 경우가 많기 때문에 회복과정에서 회복 교육을 잘 수행할 수 있도록 가족이나 지인의 지지가 중요하며 이들에 대한 교육도 필요하다(Reiter, 2014).

많은 선행 연구들이 수술 후 회복을 평가하는 측정 요인으로 여러 가지 변수를 사용하였다. 측정 변수를 살펴보면 통증, 구토, 메스꺼움, 기억력 감퇴, 환자 만족, 편안함, 감정 상태, 정신사회적 지지, 신체적 독립, 건강상태, 직장생활, 피로, 수술 후 일상생활 회복, 수술 전 기대 등을 측정하였다. 수술 후 회복을 측정하는 도구로는 Surgical Recovery Index(SRI), 24-Hour Functional Ability Questionnaire(24h FAQ) 40-item Quality of Recovery Score (QoR-40), Quality of Recovery Score(QoR 9 Score), General Symptom Distress Scale (GSDS) and Functional Status Questionnaire (FSQ), Postanesthesia Short-term Quality of Life Tool (PAS QOL), Postdischarge surgical recovery (PSR) scale 등이 있다(Hogue, 2000, Kleinbeck, 2000, Myles, 1999, 2000, Oakes, 2002, Swan, 1998).

통원수술 후 회복 과정에 대한 다수의 선행 연구에서 회복 과정에 영향을 끼치는 요인으로 환자의 성격, 수술 타입, 마취 종류, 사회적 요인, 전문가의 지지 결핍, 자가간호에 대한 정보 부족 및 준비 부족, 회복에 대한 과도한 기대, 통증, 오심, 구토, 발 열, 출혈, 피곤, 어지러움 등 신체적 증상, 기분변화, 불안, 불확실성에서 오는 정신적 어려움(Berg, 2013, Boughton, 2009, Dewar, 2004, Mitchell, 2003, Pavlin et al, 2004)으로 인하여 회복과정에 영향을 받게 된다고 나타났다. 연구 결과를 살펴보면 Kleinbeck (1997)과 Jones 등(1996)은 나이나 성별, 교육정도, 직장, 수술 타입, 이전 수술 경험이 회복 수준과 연관이 없다고 밝혔지만 수술의 종류와 수술 소요 시간, 나이에 따라 회복 기간이 영향을 받는다는 결과도 나왔다(Chung & Mezei, 1999. Swan et al. 1998). Mitchell (2015)은 684명의 통원수술 환자의 정신사회적 회복의 경험에 대한 연구에서 수술 전 정보, 통증관리, 수술 후 정보, 불안 관리, 수술 후 오심과 구토, 가족의 도움과 휴식이 회복의 만족도에 영향 요인으로 나타났다. 재가 회복 과정에서의 모든 사건에 대한 준비의 완전성에 수술 전, 후의 정보제공이 긍정적인 영향을 끼쳤으며, 불만족스러운 통증관리, 불안의 증가, 집에서 도움의 부족은 부정적인 영향을 끼쳤다. 통원수술 환자의 회복에 영향을 미치는 요인은 통원수술 퇴원 후 처음 48시간 동안 퇴원 환자의 상태를 예측할 수 있는 변수 알아보기 위해 922명 통원수술 환자 연구에서 나이, 수술로 인한 증상의 심각성 정도, 수술시 발생한 사건으로 나타났다. 또한 같은 과 수술도 수술 종류에 따라 환자의 수술 후 증상의 심각도가 다르기 때문에 수술 종류로 수술 후 환자의 상태를 어느 정도 예측하는 것이 가능하였다(Viñoles et al., 2011). 선행연구들의 혼재된 결과에서 외생변수들의 영향이 확실하지 않아 본 연구에서는 효과 검증시 나이, 성별, 학력 수준, 결혼 여부, 거주 형태, 수술 종류, 마취 종류, 수술 경험에 대한 통제가 필요할 것으로 보인다.

제 2 절 통원수술 환자의 퇴원교육

Orem(1991)은 간호 현장에서의 환자 교육은 대상자들이 스스로 자신의 건강을 관리할 수 있도록 자가간호 능력을 증진시키고 자가간호 행위를 효율적으로 할 수 있도록 하는 것이라고 정의하였다.

수술 후 환자 교육은 환자가 병원에서 퇴원한 후 스스로 돌볼 수 있도록 지원하는 간호의 필수 구성요소이며, 환자의 상태, 수술 후 증상을 예방하고 관리할 수 있도록 필요한 정보를 제공함으로써 병원의 재입원률 및 이환율과 사망률을 감소시킬 수 있다. 수술 후 환자 교육의 효과에 대한 연구 및 메타분석 연구 결과 수술 후 입원 기간의 단축을 통한 비용 절감과 자가간호 지식, 자가간호 행동과 증상 경험을 향상시켰다(Fredericks et al., 2010, Moore, 1996).

수술 후 환자 교육의 목표는 회복 과정에 관한 정보를 전달하는 것으로 퇴원 후 가정환경에서 자가 관리시 요구되어지는 정보의 전달, 증상 및 합병증의 감소, 회복과 삶의 질을 향상시키기 위해 교육하는 것이다(Dunstan & Riddle, 1997). 간호사는 환자에게 교육이나 정보를 제공할 때 간호사 중심이 아닌 환자 중심에서 대상자의 교육 요구를 파악하여 그들이 원하는 교육을 제공하는 것이 중요하며, 환자들과 간호사 사이의 교육 요구도의 차이는 다수의 논문에서 언급되었다(김은경 등, 2008, 김효진 & 김동희, 2011, 유명덕, 2003).

퇴원교육의 영향요인은 교육 접근법, 전달 방식, 분량이다. 교육 접근법은 표준화된 퇴원교육과 개별적인 맞춤형 교육 방법이 있으며, 표준화된 퇴원교육은 모든 종류의 주제에 관해 간호사가 미리 결정한 주제 중심으로 정보를 제공하는 것이며, 개별적 맞춤형 교육은 환자에 의해 요구되어지는 정보를 제공하는 것이다. 전달방식은 면대면이나 전화, 브로슈어나 유인물, 온라인 웹기반 정보 제공, 오디오나 비디오, 앱을 통한 방식이 있으며, 일대일 방식이나 그룹을 통한 방식이 있다. 분량은 중재를 통해 주어지는 정보의 양이다(Fredericks et al., 2010, Redman, 2001).

미국보건의료연구소(AHRQ)는 통원수술 환자와 보호자를 위한 체계적인 교육을 위해 환자들의 정신, 사회적인 정보 수집을 통해 환자의 정신적 증상 발현을 예측할 수 있어야 하며, 환자로 하여금 불안이나 우울함에 대한 표현을 하도록 하여 환자의 기저에 있는 문제들을 줄이도록 권고하였다. 또한 통원수술 환자의 경우 병원에서 머무르는 기간이 짧기 때문에 간호사에게는 환자들이 최상의 수술 결과를 얻을 수 있도록 효과적인 교육 도구가 필요하며(Ortoleva, 2010), Crayford 등(1998)은 환자의 재가 회복을 돕기 위해 퇴원 후 전화 방문을 권고하였다. 이선자 등(2001)의 연구에서 노인 환자들은 퇴원시 환자관리에 대한 정보 부족이 가장 불편한 점으로 나타났으며, 노인 입원환자와 보호자가 선호하는 퇴원관련 서비스 중 환자들이 가장 원한 퇴원 관련 서비스는 퇴원 후 지속적인 전화 상담으로 나타났으며, 의사나 간호사 등 전문 의료 인력의 상담을 원하였다. 또한 재가 환자 관리를 위한 교육 및 상담교실 운영, 퇴원 결정 직후 전문인의 개별적인 상담을 원하였다. Ead(2016)는 퇴원 후 12시간에서 24시간 사이에 환자가 혼자 있지 않도록 해야 하며 24시간에서 72시간 사이에 환자 안전과 만족도 향상, 합병증 감소를 위해 간호사의 전화 방문이 필요하고, 전화 방문 내용에는 환자의 통증관리, 오심관리, 식이 진행정도, 배변 정도, 열이나 출혈 여부 등을 포함해야 한다고 제안하였다. 2006년 캐나다의 통원수술 환자 중 3분의 1이 65세 이상의 노인이었으며, 노인의 경우 퇴원교육을 이해하기 쉽지 않은 취약 집단이다(Bryson et al., 2014). 퇴원 후 부작용의 위험과 정보 부족은 다양한 질환을 가지고 있는 환자들이 더 취약하다(Lindpaintner et al., 2013). 하지만 통원수술을 받는 환자 중 복합적인 질환을 가지고 있는 환자나 노인 환자는 계속 증가하고 있다.

의료기관인증평가의 기준을 보면 진료의 연속성을 유지하기 위해 퇴원시 필요한 정보를 제공하고 퇴원 과정에 환자가 참여하며 환자 상태에 따라 퇴원 계획을 수립하며 식이, 운동, 일상 활동 관리, 투약설명, 통증관리 등을 포함하고 자료를 제공하였는지의 여부가 포함되어야한다(의료기관평가인증원, 2018). 현재에도 통원 환자의 퇴원시 필요한 정보를 포

함한 자료가 제공되고 있지만 병원은 인력 부족과 가중한 업무 부담으로 인하여 업무의 효율화를 목표로 진행하고 있는 상황에서 환자 개개인에게 소요되는 시간은 제한적일 수밖에 없다. 또한 수술 환자의 회복을 도와줄 지역사회 연계 프로그램이나 가정 간호도 미비한 실정에서 환자들은 조기에 퇴원을 해야 하는 상황에 놓이게 되므로 간호사의 환자 교육이 더 강화되어야 하며(Weingarten et al., 2009), 간호사의 교육과 환자의 자가간호 사이의 격차를 줄이고 질을 향상시키기 위해 근거기반의 퇴원교육이 필요한 것으로 보인다.

제 3 절 근거기반실무 (Evidence-Based practice, EBP)

근거기반실무(Evidence-Based practice, EBP)란 최선의 근거를 가지고 활용 가능한 자원, 임상적 전문성과 대상자의 가치와 선호도를 바탕으로 임상적 의사결정을 내리는 것이라고 정의 할 수 있다(Sackett et al., 1996, 2000). EBP는 최근 보건 의료에서 매우 중요한 개념으로 다루어지고 있으며, 환자들의 요구를 받아들이고, 효과적이고 효율적이며 공정하고 환자 중심의 안전하고 시기 적절한 돌봄을 제공하게 하는 명백한 과정이다(IOM, 2001). EBP는 환경별로 부적절한 격차를 감소시키며 양질의 근거기반의료를 증진시키고 중재에 대한 기전을 제공하므로 건강관리전문가들이 자신이 행하는 중재에 대한 근거를 설명할 수 있어야 한다. 환자를 위한 임상적 의사결정시 체계적인 고찰을 통해 얻어진 활용 가능한 최상의 근거와 임상 전문가의 경험, 환자의 선호도를 통합하여 문제를 해결하는 과정인 것이다(박명화, 2006, 조명숙, 2013). 간호사는 EBP를 통해 근거의 체계적인 문헌고찰과 치료의 이익과 해를 평가한 후 환자에게 최상의 치료, 간호를 제공하여, 이를 통해 간호 서비스의 질을 향상시킬 수 있다(Graham et al., 2011, Wright, 2014). 의료 기술의 증가와 지식의 발전, 환자 중심의 의료서비스가 증가함에 따라 임상 현장에

서 최선의 과학적 근거에 기반을 둔 대상자 중심의 간호를 제공하는 근거기반실무가 필수 요소가 되고 있다. EBP의 적용 방법은 임상질문을 만들고 그에 대한 답변을 구하기 위해 체계적인 방법을 통해 논문을 검색하고, 검색한 논문에 대한 타당성과 유용성을 검토한 후 그 결과를 실제 환자에게 적용하고 이러한 일련의 과정에 대한 평가를 시행하는 체계적인 과정이다(Sackett et al., 1995).

EBP의 역사를 살펴보면, 1972년 영국의 의학 연구자인 코크란은 근거 없는 치료법을 시행하는 건강 전문가들을 비판(Cochrane, 1972)한 것을 시작으로 1980년대에는 캐나다에서 근거기반의학(evidence-based medicine)이라는 단어가 처음 사용되었다. 1990년대에 들어와 보건의료의 무작위 실험 연구들의 체계적 문헌고찰이 시행될 수 있도록 코크란 연합이 설립되었고, 보건의료의 효과와 효과적인 치료법 제공을 위한 과학적 근거에 대한 체계적 문헌고찰을 제공하였으며, 연구에서 실무로의 전환을 촉진하기 시작했다. EBP는 경험, 환자의 요구, 조직 내부의 데이터를 모두 사용하여 환자의 치료 결과를 향상시켰고, 더 과학적인 연구가 가능하도록 하였다.

간호계에서도 EBP는 간호전문성 향상을 위한 교육과 간호표준 개발, 임상실무 질 향상 방법으로 활용되고 있다. 미국의학협회(Institute of Medicine)에서는 2020년까지 의료전문가들이 필수적으로 갖추어야 할 핵심 역량으로 다학제팀 활동, 환자중심 의료, 질 향상, 정보 활용과 함께 근거기반실무의 적용을 제시하였고, 미국간호사협회(American Nurses' Association)는 간호표준의 핵심요소로 질(Quality), 안전(Safety), 근거(Evidence)를 제시함으로써 EBP를 강조하였다.

EBP 모델을 살펴보면 IOWA EBP 모델과 JHNEBP(Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice) 모델이 있다. IOWA 모델은 다른 유형의 근거와 함께 연구의 수행 및 사용을 통합하는 조직과 협업 기관에 중점을 두고 있다. 이 모델을 통해 지식과 문제 중심에 초점을 맞출 수 있고, 최근의 연구 결과를 통해 현재의 간호 실무와 돌봄을 향상 시킬 수 있는지에 대해 질문할 수 있다(LoBiondo-Wood & Haber, 2017,

Titler et al, 2001). IOWA 모델은 7단계로 이루어진다. 1단계 주제 정하기, 2단계 팀 형성하기. 3단계 근거 검색, 4단계 근거 등급화, 5단계 근거기반실무 표준 개발, 6단계 근거기반실무 실행, 7단계 평가이다(Doody & Doody, 2011).

JHNEBP모델은 조사(inquiry), 실무(practice), 학습(learning)m이 3가지 구성요소 간의 상호 작용으로 구성된 개방형 체계이다. JHNEBP 과정은 PET 상위 3단계 안에 하위 19단계가 발생하며, 실무 문제, 이슈, 관심의 알아보기 위해 시작하는 과정이다.

상위 첫 단계인 실무 질문(Practice question)이며, 하위 1-6단계를 포함한다. 1단계 전문직간의 팀을 형성한다. 2단계 문제를 정의한다. 팀은 현존하는 실무와 이상적인 실무 사이의 차이를 확인하는 것이 필요하다. 3단계 EBP 질문을 개발하고 개선하며, PET 과정은 PICO(P: patient, population, problem, I: intervention, C: comparison with other treatments, O: measurable outcome)를 사용한다. 4단계 이해당사자를 확인한다. 5단계 프로젝트의 리더를 결정한다. 6단계 팀모임 일정을 정한다. 상위 두 번째 단계는 근거(Evidence)단계이며, 하위 7-11단계를 포함한다. 7단계 내부와 외부 검색을 통해 근거를 구축한다. 8단계 근거의 레벨과 질을 평가한다. 9단계, 각각의 근거를 요약한다. 10단계 근거의 질을 합성한다. 11단계 합성된 근거를 기반으로 변화된 권고안을 개발한다. 상위 세 번째 단계는 변형(Translation) 단계이며 하위 12-19단계를 포함한다. 12단계 변형 과정을 위한 권고안의 적절성, 실행가능성, 적합성을 고려한다. 13단계 실무 활동 계획을 수립한다. 14단계 활동 계획을 실행하기 위한 지지기반과 자원을 찾는다. 15단계 활동 계획을 실행한다. 16단계 결과를 평가한다. 17단계 이해당사자에게 결과를 보고한다. 18단계 다음 단계를 확인한다. 19단계 결과를 전파한다(Dang & Dearholt, 2017).

최근 몇 년간 EBP 기반의 실무 연구는 점점 증가하는 추세이다. EBP를 기반으로 연구된 선행 연구는 보면 Baptiste 등(2014)은 환자 중심의 심부전 환자 교육 프로그램을 개발하였다. 병원 퇴원 후 병원의 재

입원을 줄이고, 심부전 환자의 자가간호와 실무에서 적용되는 간호 사이의 지식의 격차를 줄이기 위해 근거 기반의 환자 교육 프로그램을 제공하고자 하였다. 심부전 환자들은 건강상태가 악화되고, 호흡곤란이나 수분 유지, 만성 피로를 포함한 증상의 악화로 입원을 반복한다. 병원 퇴원 후 병원의 재입원을 줄이고, 심부전 환자의 자가간호와 실무에서 적용되는 간호 사이의 지식의 격차를 줄이기 위해 근거 기반의 심부전 환자 교육 프로그램을 제공하고자 하였다. 연구자는 CINAHL, EMBASE, MEDLINE을 사용하여 환자 교육과 관련된 근거를 문헌 고찰하였다. 선택된 문헌은 JHNEBP 도구를 이용하여 등급을 나눈 후 문헌을 합성하였다. 연구 결과 환자의 자가간호 능력 측정, 간호사의 표준화된 퇴원교육 프로그램 배치, 퇴원 후 전화 방문이 제안되었고, 이를 통해 환자의 재입원을 줄이고 건강 결과를 향상시킬 수 있는 것으로 나타났다.

Wood 등(2017)은 소아 응급실에서 퇴원시 보호자가 가정으로 돌아가 환자를 돌볼 수 있도록 퇴원교육 자료를 개발하였다. 이를 통해 환자들의 불필요한 병원 재방문과 부정적인 건강 결과, 환자 만족도 감소를 방지하였다. 연구자는 JHNEBP 모델을 사용하여 연구 질문으로 소아응급실에서 퇴원하는 환아 보호자에게 비디오 퇴원교육이 기존의 종이나 면담방식의 퇴원교육보다 환자 돌봄에 대한 지식을 향상시키는지에 대한 연구를 수행하였다. 결과적으로 비디오 퇴원교육이 기존 방식에 비해 더 효과적이었다.

국내에서도 연구, 교육, 실무 영역에서 EBP 연구가 강조되고 있지만 근거기반연구의 관점에서 연구 설계와 방법상 근거로 활용하기에 미흡하다(최명애 등, 2011). 국내에서도 근거기반실무를 활성화하기 위한 프로그램을 개발하는 연구가 선행되었다(조명숙, 2013).

국내의 선행 연구를 살펴보면 남애리나 등(2013)은 실제 간호 실무 현장에서 일관되지 않게 적용되고 있는 비강 배뉼라를 이용한 저유량 산소 요법시 비가습에 관한 근거를 찾고, JHNEBP 모델을 통해 간호실무 가이드라인을 개발하여 일관성 있는 간호를 제공하고 실무 개선에 도움이 되고자 시행하였다. 신용순 등(2013)은 간호 실무에서 발열 환자 간

호 행위에 대한 편차가 광범위 편차가 있으며, 양질의 간호를 제공하기 위해 EBP를 이용하여 발열 환자의 간호 지침을 개발하고 평가하여 환자의 결과를 향상시키고자 하였다.

간호 실무 영역에서 EBP를 기반으로 하는 연구들이 증가하고 있지만 간호사의 실무 활동중심으로 이루어질 뿐 환자 퇴원교육을 위한 연구는 거의 이루어지고 있지 않은 실정이다. 하지만 퇴원 후 환자의 자가간호와 간호 실무의 수술 후 간호 사이의 차이를 줄이고, EBP 기반의 콘텐츠를 개발하는 것은 환자의 재입원 및 합병증을 감소시키고 궁극적으로 환자의 건강 결과를 향상시키기 때문에 이를 위한 연구가 필요할 것으로 보인다.

제 3 장 이론적 기틀

제 1 절 연구의 개념틀

본 연구는 목적은 통원수술 퇴원환자를 대상으로 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠를 개발하고 그 효과를 보고자 하는 것으로 JHNEBP(Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice)모델(Figure 1)을 기초로 이론적 기틀을 설정하였다(Dang & Dearholt, 2017).

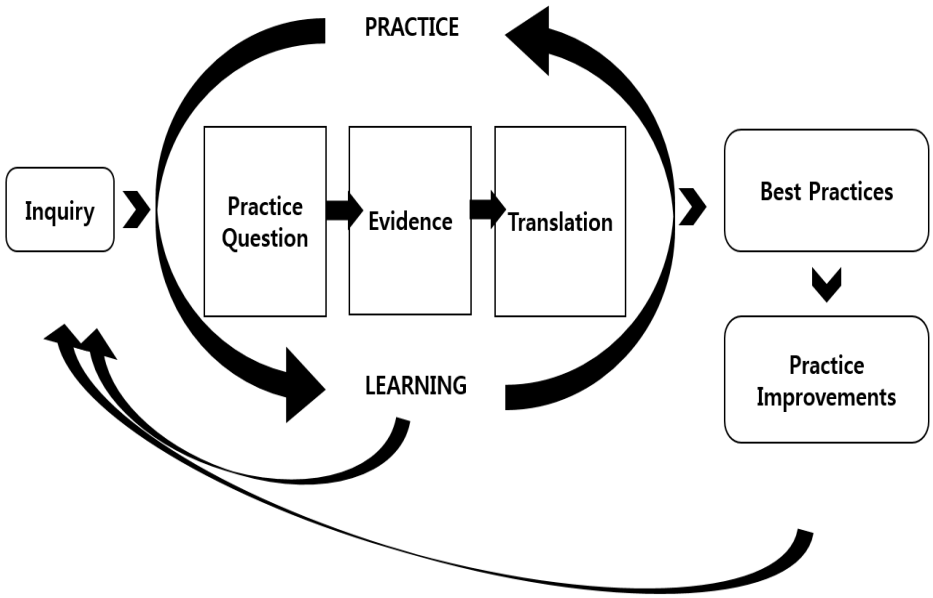


Figure 1. Conceptual framework of JHNEBP

본 연구에서는 JHNEBP의 개념틀을 차용하여 퇴원교육 콘텐츠를 개발하였으며, 연구의 개념틀은 Figure 2와 같다.

JHNEBP은 조사(inquiry), 실무(practice), 학습(learning)이 3가지 구

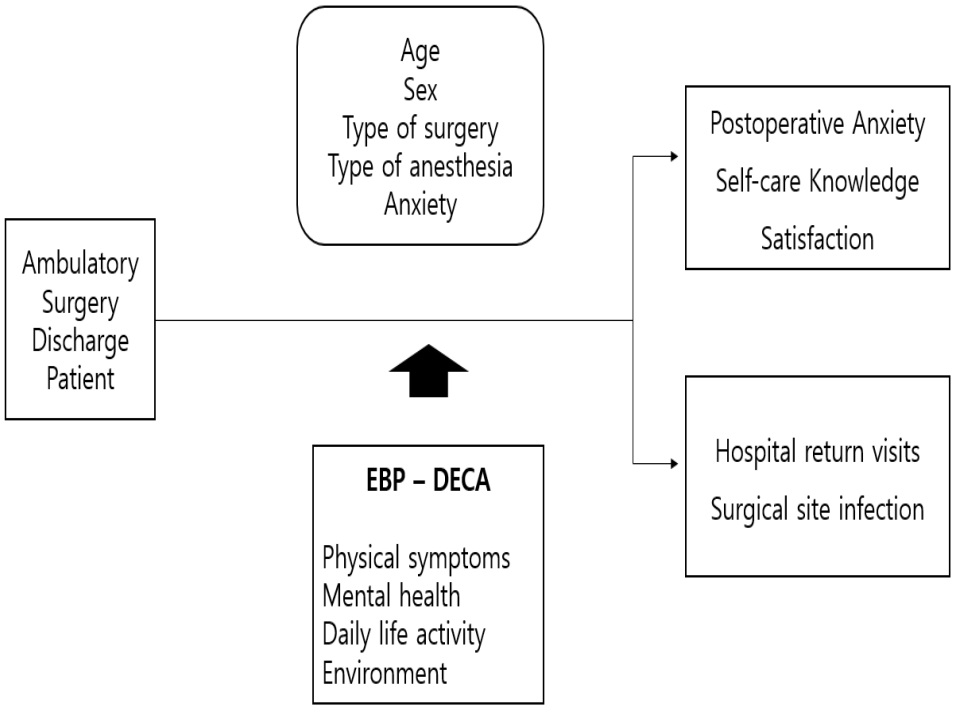


Figure 2. Conceptual framework of this study

성요소 간의 상호 작용으로 구성된다.

조사(inquiry)는 EBP 과정을 시작하기 위한 초기 구성요소이며 시작점이다. 개인이나 팀은 진정한 호기심을 가지고 현재의 실무가 특정한 문제나 환자들을 위한 최상의 근거를 반영했는지 확인하고자 한다. 본 연구에서는 통원수술 환자의 퇴원교육은 효과적인가라는 물음에서 연구가 시작되었다.

PET(Practice question, Evidence, Translation)과정은 실무에서 발생한 질문을 해결하고 최상의 근거를 찾아 실무에 최상의 근거를 옮기는 체계적인 접근을 제공한다. 본 연구에서는 PICO를 통해 연구 문제를 설정하고, 통합적 고찰 및 조사 활동을 통해 근거를 마련한 후 전문가의 평가를 거쳐 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원 콘텐츠를 개발하고자

하였다.

JHNEBP모델은 구성요소 간의 상호작용을 통한 개방형 체계이다. 실무(practice)는 모든 간호 활동의 기본 요소로 간호사가 알고 있는 것을 간호사가 해야 하는 것으로 옮긴 것을 반영한다. 학습(learning)은 정신적 과정, 감정적 기능, 기술과 경험의 결과로써의 행동의 변화가 일어난 상태이다. 학습과 실무의 순환과정에서 새로운 지식을 얻고 협력을 통해 기술을 향상시키며 통찰력을 얻음으로써 계속적으로 학습하고, 관련된 새로운 EBP 과정을 작동시킬 수 있을 것이다.

EBP 과정을 통해 개발된 콘텐츠는 최상의 실무(Best practice)로 대상 환자에게 적용함으로써 환자의 수술 후 불안, 퇴원 후 자가간호 지식, 만족도에 영향을 미칠 것이다. 또한 30일내 병원 재방문율, 수술 부위 감염률을 통해 임상 지표를 통해 임상 실무의 향상에 영향을 미칠 것이다.

본 연구에서는 실험군과 대조군의 동질성 검정을 위해 문헌고찰을 통해 외생변수요인으로 고찰된 연령, 성별, 결혼여부, 가족 구성원, 교육 정도, 종교, 수술 종류, 마취 종류, 수술 경험을 통제하였다. 또한 환자 기질적으로 가지고 있는 불안을 통제하고자 수술 전 환자 기질 불안을 측정하였다.

제 2 절 연구의 가설

제 1가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 수술 후 불안 점수가 낮을 것이다.

제 2가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 퇴원 후 자가간호 지식이 높을 것이다.

제 3가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 퇴원교육에 대한 만족도 점수가 높을 것이다.

제 4가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 30일내 병원 재방문율이 낮을 것이다.

제 5가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 수술 부위 감염 발생률이 낮을 것이다.

제 4 장 연구 방법

제 1 절 EBP-DECA 개발

본 연구는 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠(EBP-DECA) 개발 과정은 존스 홉킨스 대학의 근거기반실무(JHNEBP)모델의 19단계를 본 연구에 맞게 수정하여 9단계를 통해 진행하였으며, 구체적인 프로그램 개발 과정은 Figure 3과 같다.

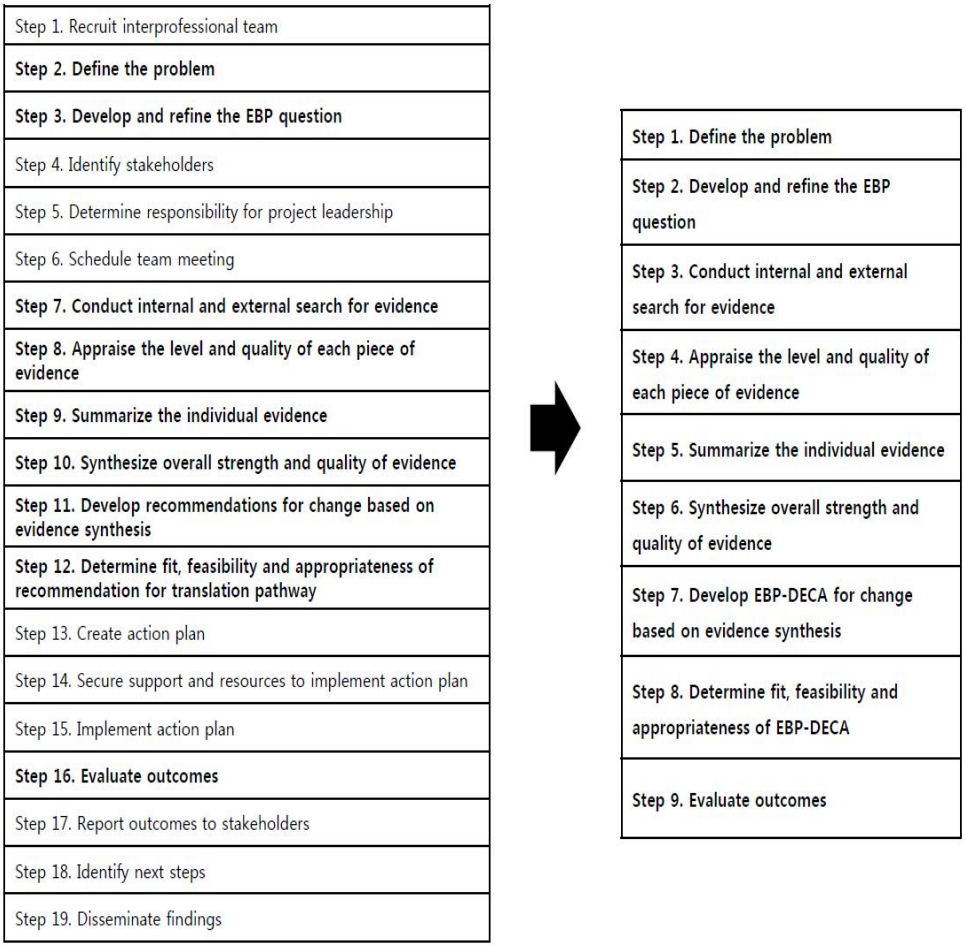


Figure 3. Development process of this study - 1

각 단계는 문제의 정의, EBP 질문 개발, 근거 구축, 근거의 질 평가, 근거 요약, 근거의 질 합성, 근거 기반 콘텐츠, 콘텐츠의 적절성, 실행가능성, 적합성 검증, 결과 평가의 단계로 구성되었다. 연구 단계별 수행방법과 결과는 Figure 4와 같다.

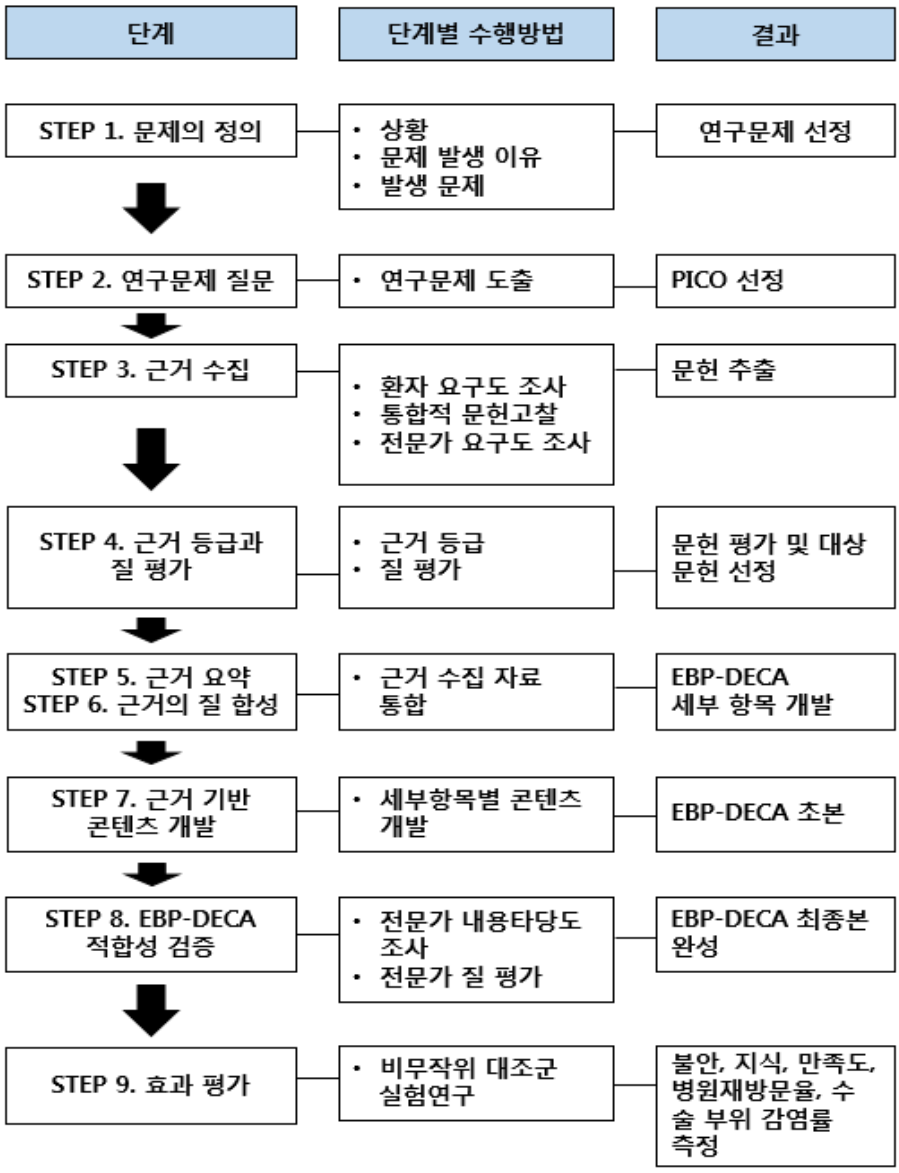


Figure 4. Development process of this study - 2

1. 문제의 정의

1) 상황

통원수술 환자는 평균 4시간 동안 수술 준비, 수술, 회복, 안정 후 퇴원을 하기 때문에 퇴원교육을 받은 후 환자가 스스로 증상 관리를 시행해야 한다.

2) 문제 발생 이유

퇴원 후 환자들은 증상 관리에 대한 지식, 인식 및 대처능력의 부족으로 어려움을 호소하게 된다. 상처 관리에 대한 지식 부족, 통증 관한 지식 및 인식의 부족, 정상적으로 나타나는 부작용에 대한 대처 부족, 빠른 퇴원으로 인해 회복기간 동안 겪는 정신적 증상(불안, 우울, 섬망, 피로, 수면부족)에 대한 대처 미흡 등의 문제가 발생하게 된다.

3) 발생 문제

예상되지 않은 의료 기관의 재방문(응급실이나 외래 방문) 및 합병증이 발생할 수 있다.

2. EBP 연구 질문

1) 연구 문제

(1) 통원수술 환자를 대상으로 회복 기간 중 요구되어지는 퇴원교육은 무엇인가?

(2) 통원수술 환자에게 개발된 퇴원교육을 적용한다면 기존 교육과 비교할 때 퇴원 후 결과에 변화가 생길까?

2) PICO 선정

연구 문제에 대해 설정한 PICO는 다음과 같다(Table 1). 대상자(Participants)는 통원수술을 받은 후 당일 퇴원하는 환자이다. 중재 방법(Intervention)은 퇴원교육이며, 대조군(Comparison)은 기존의 시행되고 있는 교육이다. 결과(Outcomes)는 환자의 불안, 지식, 만족도, 수술부위 감염률, 병원재방문율로 설정하였다.

Table 1. PICO of this study

Categories	Criteria
Participants	Ambulatory surgery patient
Intervention	Discharge education
Comparison	Current education
Outcomes	Anxiety, Knowledge, Satisfaction, Surgery site infection, Hospital return visit

3. 근거 수집

1) 환자 요구도 조사

안과 백내장수술, 산부인과 자궁 내시경이나 원추절제술, 외과 종양절제술을 받은 환자 3인을 선정하여 퇴원 일주일 후 전화 면담을 통해 질문지의 항목에 따라 일주일간의 퇴원교육 요구 내용을 설문 조사하여 통원수술 환자 퇴원교육 콘텐츠에 포함할 교육 요구 항목을 파악하였다.

2) 통합적 문헌고찰 (The integrative review)

본 연구에서는 EBP-DECA의 근거를 수집하기 위하여 국내와 국외 DB 검색을 통한 통합적 문헌고찰을 시행하였다. 통원수술 환자의 퇴원 시 간호 요구에 대한 연구 문헌이 적고, 환자의 다양한 교육 요구에 대한 근거를 마련하기 위하여 연구 방법에 대한 범위를 제안을 두지 않는 통합적 문헌고찰을 수행하였다. 통합적 문헌고찰은 메타 분석과 같은 양적인 근거 합성을 이끌어낼 수 없지만, 본 연구의 목적인 콘텐츠 개발을 위해서는 실험연구만이 아닌 다양한 연구 방법을 통해 마련된 근거가 바탕이 되어야하기 때문에 선택하게 되었다.

통합적 문헌고찰은 간호 과학의 수립, 정보검색, 실무와 정책의 개발에 유용하며, 최근 근거기반 실무의 개발에서 연구의 포괄 기준이 확장된 모든 종류의 문헌(통합적 문헌고찰, 체계적 문헌고찰, 메타분석, 질적 문헌고찰)을 고찰할 필요가 증가되었다(Whittemore & Knafl, 2005). 통합적 고찰 과정은 Whittemore 와 Knafl(2005)가 제시한 5가지 단계인 (1) 문제인식, (2) 문헌 검색 및 선정, (3) 자료의 평가, (4) 의미 해석, (5) 자료 통합을 통한 속성 도출의 과정을 따라 진행하였다.

(1) 국내외 문헌 검색

본 연구에서는 통원수술 환자를 대상으로 퇴원교육을 시행한 논문을 국내외 데이터베이스(Search Database)를 통해 자료를 수집하였다. 이때 국내 문헌은 보건의료 관련 검색 엔진 중 광범위한 논문을 보유한 Kmbase(한국의학논문데이터베이스), DBPIA(누리미디어), RISS(한국교육학술정보원), KISS(한국학술정보), NDSL(국가과학기술정보센터)를 이용하였다. 국외 문헌 검색 데이터베이스는 미국국립의학도서관이 제시한 COSI 모델(Core, standard, Ideal)을 근거로 Core DB인 EMBASE, Medline, Cochrane Library CENTRAL과 간호, 보건의학 분야 특화 DB인 CINAHL을 이용하였다.

검색어 선정은 국내 DB는 검색식 설계가 불가능하며, 불리언 연산자나 절단검색기능이 없는 경우가 많고 통합되지 않아 연구대상 혹은 중재

만 입력하여 검색하는 방법이 주로 사용된다. 본 연구에서는 '수술 AND 간호', '퇴원'을 검색어로 검색하였다.

국외 DB 검색에 사용된 검색어를 선정하기 위해 DB별로 Medline, Cochrane Library CENTRAL은 MeSH 검색어, EMBASE는 EMTREE, CINAHL은 CINAHL Headings 구조를 파악하였다. 우선 MeSH를 기준으로 검색을 수행하여 검색 결과의 초록을 검토한 후 필요한 검색어를 추출하였다.

검색식 수립은 통원수술 환자(P)와 퇴원교육(I) 검색식을 OR로 조합하여 검색하였으며, 통합적 분석을 위하여 결과변수와 측정시점, 연구종류에 대한 제한을 두지 않고 검색하였다. 검색의 민감도와 특이도를 향상시키기 위해 유의어와 대안어를 확인하였으며, 검색식 구성시 각 단어가 사용되는 형태를 검토하여 불리언 연산자(Boolean operators)와 절단검색(Truncation)과 와일드카드(Wildcard)를 사용하였다.

Table 2. The Search Terms of this study

Categories	Terms
Participants	Ambulatory Surgical Procedures, ambulatory, outpatients, day, office, local anesthesia, regional anesthesia, Surgery, operation, Procedures
	Conization, Uterine cervical neoplasm, cervical intraepithelial neoplasia, hysteroscopy, gynecologic surgical procedures, Cataract, Phacoemulsification, lens crystalline, capsulorhexis, lens implantation, breast excision, Breast Neoplasm, General Surgery
Intervention	Discharge, Education, Care, Evidence-Based, management, teaching, intervention, planning, program

(2) 문헌 선택 및 분류

통합적 문헌고찰을 통해 선정된 문헌은 배제 기준에 따라 문헌을 배

제하였다. 논문의 선정 및 배제는 PRISMA flow diagram을 통해 그 흐름도를 정리하였으며, 서지 관리는 EndNote X9 program을 이용하였다. 배제기준은 한국어와 영어 외의 언어를 사용한 문헌, 원문이 확인이 불가능한 문헌, 인간을 대상으로 하지 않은 문헌, 18세 미만을 대상으로 한 문헌, 2000년 이전 출판된 문헌을 배제하였다.

검색된 문헌은 우선 중복 배제를 시행한 후 1차 문헌 배제시에는 문헌의 제목과 초록을 통해 본 연구와 관련이 없다고 판단되는 문헌들을 배제하였다. 2차 배제는 원문(full text)을 확인 후 배제 사유를 정리하며 배제하였다. 최종 선정된 문헌과 수기 검색을 통해 검색된 가이드라인은 부록에 보고하였다.

문헌분류 과정은 개별 연구를 연구 설계별로 기준에 따라 분류하는 작업으로 본 논문에서는 Study Design Algorithm for Medical literature of Intervention (DAMI)라는 적합도 검증을 거친 문헌분류 도구를 사용하였다(Seo et al., 2016).

(3) 가이드라인 검색

가이드라인 검색은 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Guidelines International Network (GIN), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Registered Nurses′ Association of Ontario(RNAO)의 검색사이트를 활용하였으며, Core DB의 수기 검색을 더하여 EBP-DECA와 관련된 가이드라인을 검색하였다.

(4) 의학서적, 간호학서적, 인터넷 검색

의학 서적과 간호학 서적, 인터넷 검색을 통해 EBP-DECA와 관련된 콘텐츠 내용을 수집하였다.

3) 임상전문가 요구도 조사

본 연구에서 퇴원 후 교육에 대한 임상전문가의 요구도 조사는 서울 소재 일개 대학병원의 외과, 산부인과, 안과 전문의 각 1인과 10년 이상 통원수술센터에서 근무한 간호사 5인을 대상으로 각 진료과별로 환자 퇴원교육시 요구되어지는 내용을 조사하였다.

4. 근거 등급과 질 평가

배제 기준에 의해 선정된 문헌의 근거 등급은 JHNEBP의 근거 등급 도구에 의해 정하였다. 등급의 분류는 Level 1은 실험연구, 무작위 임상시험연구, 무작위 임상시험연구에 의한 체계적 문헌 고찰이나 메타분석, Level 1의 양적 연구가 포함된 혼합 연구이다. Level 2는 유사실험연구, 유사실험연구가 포함된 체계적 문헌고찰이나 메타 분석, Level 2의 양적 연구가 포함된 혼합 연구이다. Level 3는 비실험연구, 비실험 연구가 포함된 체계적 문헌고찰, 질적연구, Level 3의 양적 연구가 포함된 혼합 연구이다. Level 4는 전문가의 합의를 통한 의견이며, Level 5는 전문가 의견, 사례보고이다.

질 평가는 비뚤림 위험 평가를 시행하였다. 무작위배정 비교임상시험은 Cochrane group이 개발한 Risk of Bias 도구를 이용하였으며, 비무작위 연구는 Risk of Bias for Randomized studies(ROBANS) 도구를 바탕으로 이루어졌다. 비뚤림은 체계적인 오류로 결과나 추정에 있어 참값에서 벗어남을 의미하며 비뚤림의 종류는 선택 비뚤림, 실행 비뚤림, 결과 확인 비뚤림, 탈락 비뚤림, 보고 비뚤림의 다섯 가지이다(김수영 등, 2011). 연구자는 도구를 이용하여 각 부분 항목에 대해 비뚤림 위험 낮음, 높은, 불확실 세 가지로 평가하였다.

5. 근거 요약

선정된 문헌의 자료를 추출을 통해 근거를 요약하기 위해 연구정보, 선정사유, 연구 설계, 연구대상, 중재, 중재결과, 연구결과, 기타사항의 세

부 내용을 엑셀 프로그램을 이용하여 표를 작성하였다.

6. 근거의 질 합성

선정된 문헌을 바탕으로 자료를 분석하고 합성하여 본 연구의 목적인 콘텐츠 개발을 위한 근거 추출은 통계적으로 합성할 수 없다고 판단되어 서술적으로 기술하였다.

7. 근거 기반 콘텐츠 개발

개발 과정을 통해 선정된 문헌의 자료 분석 후 각 문헌에서 통원수술 환자의 퇴원교육 콘텐츠에 적합한 내용을 추출하였다. 문헌을 통해 추출된 내용은 환자와 임상전문가의 요구도 파악 조사 결과와 합성하여 최종적으로 외과, 산부인과, 안과의 퇴원교육 요구 항목을 선정하였다.

각 콘텐츠의 내용은 외과, 산부인과, 안과 통원수술로 분류하고, 각 영역별로 세부 항목을 정리하여 퇴원교육 콘텐츠를 개발하였으며, 각 요구 항목별 콘텐츠는 문헌 검색과 전문 서적, 인터넷 검색을 통해 그 내용을 기술하였다.

8. EBP-DECA의 적합성 검증

1) 전문가 내용 타당도 조사

각각의 진료과별 콘텐츠 내용은 그 적합성을 확인하기 위하여 내용타당도 평가를 시행하였다. 내용 타당도를 검토하기 위하여 전문가인 각 진료과별로 수술 집도의 1인과 10년 이상의 경력 간호사 5인으로부터 그 타당성을 확인받았다. EBP-DECA의 내용타당도(CVI)를 검토받기 위하여 각 세부항목에 대해 4점 척도로 각 항목의 적절성을 '매우 적절하다', '적절하다', '적절하지 않다', '매우 적절하지 않다'로 평가하도록 하였

다. 개발된 콘텐츠의 내용타당도를 측정한 후 전문가 집단에게 배부하여 각 항목별 콘텐츠의 적합성을 평가하였다.

2) 전문가 질 평가

전문가 집단을 통해 타당도가 검증된 EBP-DECA는 질 평가 도구 중 하나인 AGREE(The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) 평가 도구를 사용하여 질을 평가하였다.

The AGREE Next Steps Consortium(2009)은 AGREE 도구에 대한 사용자 매뉴얼에서 모든 질 평가는 최소 2인 이상 평가하여야 한다고 했으며 4명의 평가자가 평가하기를 권고한다고 명시해두고 있다. 본 논문에서는 최종 확정된 EBP-DECA의 질을 평가하기 위해 EBP 관련 전문적인 지식을 가지고 있으며 임상 실무 경력 10년 이상의 전문가 4인이 평가하였다.

AGREE 평가 도구는 EBP-DECA의 범위와 목적 3문항, 이해당사자의 참여 4문항, 개발의 엄격성 7문항, 명확성과 표현 4문항, 적용성 3문항, 편집의 독립성 2문항 등 6개 영역, 총 23개 문항으로 이루어져 있다. 각 문항에 대해 동의 정도를 1점 '전혀 그렇지 않다'에서 4점 '매우 그렇다'의 Likert 4점 척도로 측정하였으며, 최종적으로 6개의 영역별로 구분하여 평가자들의 점수를 합산한 후 각 표준 영역별 점수를 산정하였다. 영역별 표준 점수의 계산식은 아래와 같다.

$$\text{영역별 표준점수}(\%) = \frac{\text{평가점수} - \text{가능한 최소점수}}{\text{가능한 최대점수} - \text{가능한 최소점수}} \times 100$$

· 가능한 최대 점수 = 4점(매우 그렇다) × 문항 수 × 평가자수
· 가능한 최소 점수 = 1점(매우 그렇지 않다) × 문항 수 × 평가자수

이 점수는 영역별 표준 점수가 높을수록 해당영역에 대한 질이 높다는 것을 의미한다.

제 2 절 EBP-DECA 효과 평가

1. 연구 설계

본 연구는 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠(EBP-DECA)를 개발하고 이를 적용하고 효과를 검증하기 위한 연구로 비동등성 대조군 전후 시차설계의 유사 실험 연구이다. 실험 효과의 확산을 방지하기 위하여 대조군에 속한 대상자를 먼저 조사한 후 실험군을 조사하였다. 연구 설계의 표는 다음과 같다.

	Pre-test	Treatment	Post-test
Experimental Group	Ye1	X	Ye2
Control Group	Yc1		Yc2

Table 3. Research Design

X : EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 제공
Ye1, Yc1 : 사전 조사 (불안)
Ye2, Yc2 : 사후 조사 (불안, 지식, 만족도, 병원재방문, 수술부위감염)

2. 연구 대상자

연구대상자는 서울 소재 'S'병원 통원수술실에서 통원수술을 받은 후 당일 퇴원하는 환자로 19세 이상의 성인 중 연구 참여에 동의한 자로 선정하였다. 환자가 받는 수술 종류는 현재 S'병원 통원수술실에서 가장 다빈도로 이뤄지고 있는 안과 백내장수술, 산부인과 자궁내시경과 원추절제술, 외과 유방양성종양절제술 3가지로 한정하였다. 뇌질환이나 정신질환이 없어 의사소통이 가능하며, 연구의 목적을 이해하고 동의한 자를

대상으로 선정하였다.

EBP-DECA 효과 검증을 위한 실험군 30명과 대조군 30명, 총 60명이다. EBP-DECA 효과 검증에 필요한 대상자 수의 산출 근거는 Cohen(1988)의 공식에 근거하여 검정력 분석과 사용될 통계적 검정법을 고려하여 표본 수를 결정하였다. 검정력 (1-β)=.80 유의수준은 0.05, 효과 크기는 통원수술 환자에 관한 연구가 적으며 유사한 선행연구(최미정 & 박정숙, 2013)의 결과를 참고로 고려하여 중간 정도인 d=0.5로 설정하였고, 각 군당 적정 표본 수(n)는 20명이며 본 연구에서는 탈락자수를 고려하여 각 집단당 30명씩 모집하였다.

3. 자료 수집 절차 및 측정 도구

본 연구는 통원수술 당일 퇴원환자를 대상으로 EBP-DECA를 적용한 실험군 30명과 적용하지 않은 대조군 30명을 대상으로 효과를 검증하였다. 중재 효과의 확산을 막기 위해 먼저 대조군 30명에 대한 사전 조사를 실시하였고, 이후 실험군에 대한 조사를 실시하였다.

1) 사전 조사

수술 전 대기 중인 대상자에게 일반적인 특성과 상태불안 측정을 위한 설문지를 배부하여 환자가 직접 작성하게 하였다.

2) 사후 조사

일주일 뒤 외래 방문시 설문지를 배부하여 환자의 불안, 지식, 만족도 측정 설문지를 환자가 직접 작성하게 하였다. 30일간 병원 재방문율과 수술 부위 감염 발생률은 의무기록을 통해 측정하였다.

(1) 불안

불안 측정 도구는 Spielberger(1972)의 상태불안 측정 도구(State Anxiety Index, STAI)를 김정택과 신동균(1978)이 표준화한 한국형 설문지를 이용하였고 신뢰도는 상태 불안의 경우 Cronbach's α=.92이다. 본 도구는 20개의 문항이며, '전혀 그렇지 않다', '조금 그렇다', '보통으로 그렇다', '대단히 그렇다'를 1점에서 4점으로 점수화하였으며 부정 문항은 역환산하였다. 점수의 범위는 최저 20점에서 최고 80점까지로 점수가 높을수록 불안 정도가 높은 것을 의미한다. 본 연구에서는 수술 당일 수술하기 전과 퇴원 7일 후에 불안 점수를 측정하였다.

(2) 지식

EBP-DECA 내용을 기반으로 지식 측정 10개의 문항을 개발하여 EBP-DECA 적용군과 적용하지 않은 군에게 각각 측정하였다.

(3) 만족도

1983년 건강과 관련된 서비스 이용, 치료 결과 사이의 만족도를 정확하게 측정하기 위하여 Pascoe & Attkisson이 개발한 Client satisfaction questionnaire(CSQ8)로 측정하였다. 본 연구에서는 서울대학교 노인건강증진팀에서 복지관 노인에게 제공한 하하 프로그램에서 사용한 서비스만족도 문항을 이용하였다(김선호 등, 2011). 총 8개의 문항으로 구성되어 있으며 점수가 높을수록 만족도가 높음을 의미한다. 문항의 구성은 퇴원교육의 서비스의 질, 서비스 요구도, 서비스 충족 여부, 다른 사람에게 권유 여부, 도움의 양, 퇴원교육의 효과, 퇴원교육에 대한 만족 여부, 다른 질환에도 이런 서비스를 받고 싶은지 여부 등으로 구성되었다(Pasxoe & Attiksson, 1983). 도구의 신뢰도는 Bull 등(2000)의 연구에서 Cronbach's α=.95이었다.

개발된 EBP-DECA는 환자에게 적용 후 실험군에는 퇴원교육에 대한 8개의 만족도 문항 점수를 측정하였고, 대조군에게는 기존 퇴원교육에 대한 만족도 문항 점수를 측정 하여 두 집단 간의 차이를 통한 EBP-DECA의 효과를 평가하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 삼성서울병원 생명윤리위원회의 승인 (SMC 2018-02-087-002)을 받아 실시하였다. 기준에 부합한 대상자 중 연구 참여에 동의한 대상자에게 연구의 목적과 방법을 설명하고 사전 서면 동의를 받았으며, 대상자가 원치 않을 경우 언제든 자발적 철회가 가능하며 철회로 인해 어떤 불이익도 받지 않을 것임을 설명하였다. 수집된 자료는 연구 목적 이외에는 사용되지 않을 것이고 연구 참여자의 익명이 보장되며, 연구 종료 후 개인정보보호 및 자료의 기밀 유지를 위하여 대상자의 개인 식별 정보는 코드화하여 익명화하였으며 식별코드지 관리는 연구자가 하였고 전자파일에 비밀번호를 설정하여 연구자 외의 접근을 제한하였다. 연구대상자의 동의서와 설문지는 문서보관지침 및 생명윤리 및 안전에 관한 법률에 따라 연구 종료 후 연구관련 문서를 일정 기간 보관할 것이며, 연구 종료 후에는 폐기 처리하여 기밀을 유지할 것이다.

5. 자료 분석방법

수집된 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 시용하여 다음과 같이 분석하였다.

1) 대상자의 인구학적 특성, 수술 관련 특성은 서술적 통계로 빈도, 백분율을 이용하였고, 실험군과 대조군간의 동질성 검정은 Chi-square test로 분석하였다.

2) 가설 검증을 위하여 실험군과 대조군의 수술 후 불안, 지식과 만족도 점수는 Shapiro-wilk test로 정규분포를 확인한 후 정규성이 만족되어 Independent sample t-test로 분석하였으며, 전문가 내용타당도 검증은 Content Validity Index (CVI)를 이용하여 분석하였다.

제 5 장 연구 결과

제 1 절 EBP-DECA 개발 결과

1. 환자 요구도 조사 결과

본 연구에서 퇴원 후 교육 요구도 조사는 서울 소재 일개 대학병원의 통원수술센터에 통원으로 방문한 환자 3인을 통해 이루어졌으며, 각 진료과별로 1인을 선정하여 전화면담을 진행하였다. 요구도 대상자의 일반적 특징은 아래 <Table 4>와 같다.

Table 4. The Demographic Characteristics of Needs Group

(N=3)

	Age	Gen der	Marital status	Residen tial types	Educati -on	Religion	Aesthesia	Surgery
1	49	F	Married	with spouse	College over	Christian ity	General	GS
2	65	M	Married	with spouse	College over	Others	local	OPH
3	44	F	Married	with spouse	High	Christian ity	General	OBGY

통원수술을 시행한 외과, 산부인과, 일반외과 환자의 면담을 분석한 결과 이전에 입원하여 수술을 받은 경험이 있는 환자는 수술 경험이 없는 환자에 비해 수술 후에 나타나는 증상이 훨씬 참을 만하다고 언급했다. 수술 후 퇴원시 받은 설명에 대해서 내용이 부족하다는 의견이 있었다.

각 진료과 환자별로 퇴원 후 회복 과정에서 필요한 교육 요구도를 살펴보면 외과 환자는 상처 부위에 붙여있는 종이테이프 및 상처 소독, 처방약의 복용, 통증, 수술 후 가래가 생기는 이유, 오심, 수면의 어려움, 일상생활, 가사일과 샤워, 수술 후 식사나 건강보조식품, 병원 응급 연락처 및 결과에 따른 추후 계획에 대한 교육을 요구하였다. 이전에 수술 경험으로 입원을 한 적이 있는 대상자는 입원했을 때에 비해 상처 관리에 대한 설명이 너무 간단했다며 입원환자가 받는 자료를 받고 싶어 했다.

산부인과 환자는 회음패드, 처방약의 투약법과 중단한 약의 투약 가능 여부, 통증, 기침과 가래, 일상생활, 목욕, 운동, 식사와 영양보충, 변비, 병원 응급 연락처와 추후 치료 계획에 대한 교육을 요구하였다.

안과 환자의 경우 퇴원교육 요구 항목으로는 안대, 안약, 통증, 시야 이상, 회사생활 가능여부, 식사, 병원 응급 연락처에 대한 교육을 요구하였다. 정신적 증상에 대한 요구는 없었지만 면담 내용에서는 불안감과 초초함을 표현하였다. 각 진료과 환자별 퇴원교육 요구 항목은 아래 <Table 5>와 같다.

Table 5. Result of qualitative contents

Subject	Department	Contents	Related contents
신체적 증상	외과	상처 있는 쪽에 종이테이프는 언제 떼야하는지 따로 소독을 해야 하는지 모르겠더라고요.	1.1.1., 1.1.3.
	외과, 산부인과	받은 약은 안 아파도 계속 먹어야하는지...	1.2.1., 1.2.4.
		수술 끝나고 나서 언제까지 아플지가 제일 걱정되었어요. 마취가 깨면서 점점 아파오는데 불안하더라고요. 당일은 정말 아팠던 것 같아요.	1.3.1.
		수술하고 나서 평소보다 목도 좀 칼칼하고 가래도 더 많이 생기는 것 같았어요. 수술한 날은 속도 안 좋고 해서 입맛도 없더라고요. 아무거나 먹으면 토할 거 같고... 뭘 먹으면 좋을지,	1.5.5., 1.6.1. 3.4.1., 3.4.2. 3.4.5., 3.4.6.

		수술 받았으니까 몸에 좋은 홍삼 같은 것도 좀 먹어야할 것 같고...	
	산부인과	수술 받고 계속 피가 나오더라고요. 원래 이렇게 계속 피가 나오는 게 맞는지 걱정되더라고요.	1.1.2.
	안과	안대가 너무 답답한데 언제까지 해야 하는지... 잘 때도 하라는데 아프기도 하고 이것 때문에 신경 쓰여서 잠이 안 오더라고. 안약을 넣으면 눈도 근질근질한 거 같은데...	1.1.3., 1.1.4. 1.2.6., 1.3.1.
		수술한지 일주일이 지났는데 약간 흐릿흐릿하게 보이는데 괜찮은 건지...	1.4.1.
정신적 증상	외과. 산부인과	검사해서 암이 나오면 어떡하지... 자다가 불안한지 자꾸 깨고, 밤늦게까지 잠도 잘 안 오더라고요.	2.1.1., 2.3.1.
일상 생활	외과, 산부인과	수술하고 움직여도 되는지, 샤워는 언제부터 가능한지 궁금했고요. 청소도 해야 하는데 해도 되는 건지... 따뜻한 물에 몸 담그고 목욕도 하고 싶더라고요.	3.1.1.,3.1.3. 3.1.4., 3.1.6.
	산부인과	수술하고 언제부터 운동해도 되는 건지 궁금했어요. 등산이나 헬스장은 가도 되는지... 수술하고 나서 직장을 바로 나가도 되는지 걱정 되서 우선 휴가를 받았어요. 아래쪽 수술을 받아서 그런지 속도 더부룩하고 화장실가기도 어렵더라고요.	3.2.1., 3.2.4. 3.2.5., 3.3.1. 3.4.7.
	안과	안내문에 일주일 후부터 세수를 할 수 있다고 되어 있잖아. 그래서 세수하고 평소에 하듯이 수건으로 물기를 닦으면서 눈을 눌렀는데 눈에 피가 맺히더라고, 겁이 나서 얼른 외래로 왔는데... 안 되면 안 된다고 확실하게 설명을 해야지 그걸 우리가 어떻게 알겠어요. 수술하느라고 금식해서 배고픈데 언제 밥을 먹을 수 있는지 얘기해줘야 하고, 일은 해도 되는 건지...	3.1.1., 3.3.1. 3.4.1., 3.4.2.
환경 -감염	외과, 산부인	문제가 생겼을 때는 어디로 연락하면 되는지 그냥 수술실로 전화하면 되는 건지 모르겠더라	4.3.1., 4.3.2.

과	고요. 외래 와서 결과에 따라 앞으로 어떤 식으로 치료받게 될지 구체적으로 알려주면 좋겠어요. 입원환자들이 받는 설명서는 더 자세하지 않나요?

2. 통합적 문헌고찰 결과

국외 DB를 통하여 검색된 문헌은 Embase 1239편, CINAHL 2112편, MEDLINE 1225편, Cochrane library CENTRAL 543편으로 총 5119편의 문헌이 검색되었다. 국내 5개의 DB를 통하여 검색된 문헌은 DBPIA 458편, KISS 488편, NDSL 764편, RISS 656편, Kmbase 304편으로 총 2670건의 문헌이 검색되었다.

우선 각 DB에서 검색된 총 7789편의 문헌을 합하여 Endnote X9 프로그램을 이용하여 중복여부를 확인한 결과 2306편의 문헌이 중복으로 제거하였다. 중복 검사 후 남은 5483편의 문헌은 제목과 초록을 통해 선택 및 배제 기준에 따른 추출과정을 반복적으로 시행하여 5381편을 배제하였고, 문헌 선정이 어려운 경우는 전문(full test)을 확인하여 문헌을 선정하였다. 문헌 선정시 모든 연구 종류의 문헌을 검토하였다.

선정된 100편의 문헌 중 콘텐츠 개발 내용에 부적절한 주제의 경우 16편, 대상자가 아닌 경우 10편, 연구 결과 요인이 다른 경우 17편, 연구 중재가 다른 경우 10편, 영어나 한국어가 아닌 다른 경우 3편, 원문을 찾기 어려운 경우가 2편, 총 58편은 2차로 배제한 후 문헌을 선정하였다.

2차 배제를 통해 선정된 42편의 문헌은 JHNEBP의 근거 등급 도구에 의해 문헌의 등급을 정하였으며, 문헌의 질 평가는 무작위배정 비교임상시험은 Risk of Bias 도구를 이용하였으며, 비무작위 연구는 Risk of Bias for Randomized studies (ROBANS) 도구를 바탕으로 이루어졌다. 평가 결과 Level 4로 등급이 낮은 문헌 4편을 배제하여 총 38편의 문헌이 선정되었으며. 선정된 문헌은 가이드라인 검색을 통해 선정된 10편의 문헌을 추가하여 최종적으로 총 48편의 문헌이 선정되었다. 선정된 문헌

중 4편의 질적 연구 문헌은 질적 합성을 수행하였고, 44편의 문헌은 양적 합성을 수행하였다.

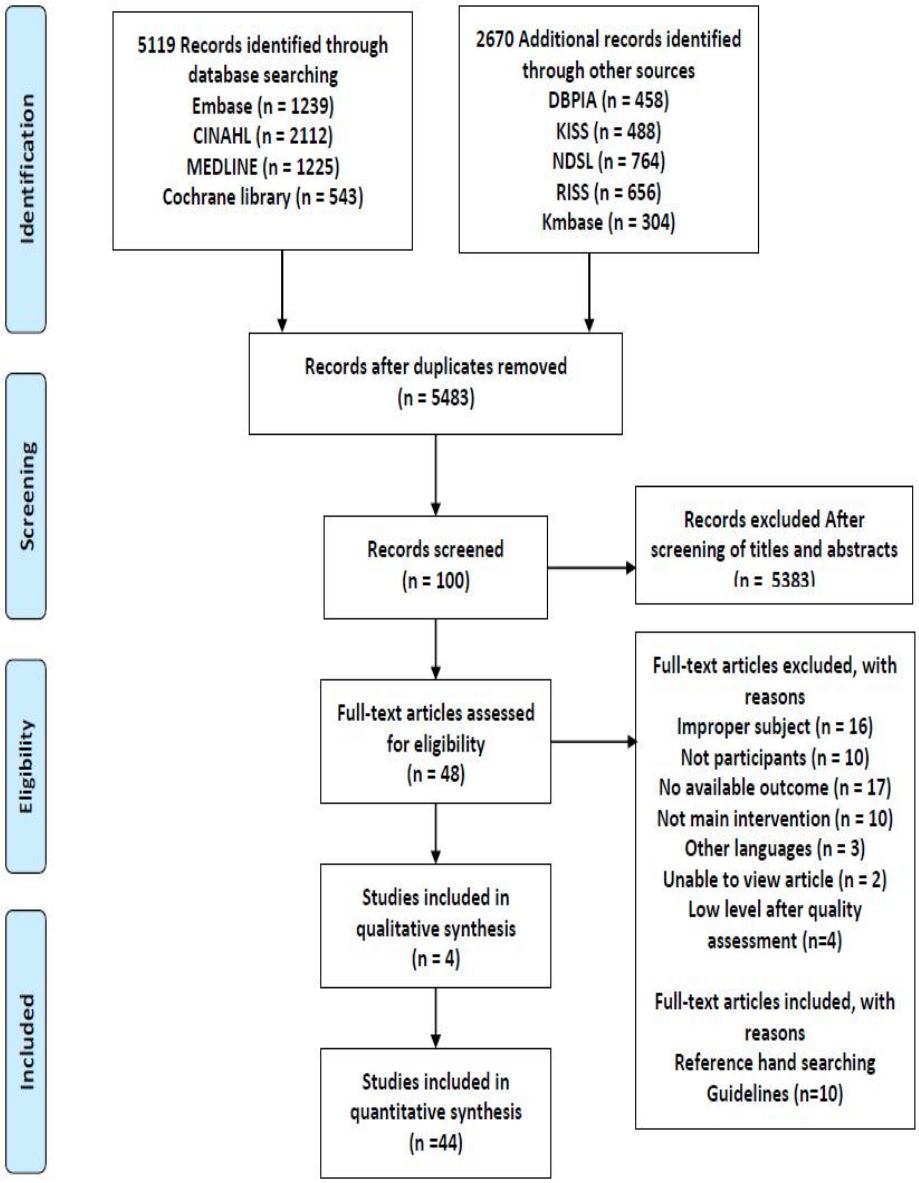


Figure 5. PRISMA flow chart of study selection

통합적 문헌고찰 결과 추출된 문헌을 살펴보면 국내 문헌 14편과 국외 문헌 24편이 포함되어 있다. 문헌의 선정은 통원수술을 받고 퇴원 후 회복 과정에서 환자에게 발생하는 증상 및 정보 제공이 필요한 항목을 추출하기 위해 시행되었고, 양적 문헌뿐 아니라 환자들의 회복 과정에 대한 경험 속에서 요구되어지는 항목을 추출하기 위해 질적 문헌 역시 선정하여 분석하였고, 양질의 근거를 바탕으로 한 가이드라인 역시 수기 검색을 진행하여 포함시켰다. 추출된 퇴원교육 콘텐츠 요구 항목은 환자 요구도 조사와 전문가 요구도 조사를 통합하여 세부 항목을 결정하였다.

3. 임상 전문가 요구도 조사 결과

본 연구에서 퇴원 후 교육에 대한 임상전문가의 요구도 조사는 서울 소재 일개 대학병원의 외과, 산부인과, 안과 전문의 각 1인과 10년 이상 통원수술센터에서 근무한 간호사 5인을 대상으로 조사하였다. 각 진료과 콘텐츠별로 총 6인의 평가로 이루어졌으며 전문가 집단의 일반적 특성은 아래 <Table 6>와 같다. 임상전문가의 교육요구도 조사 결과는 아래와 같다.

Table 6. General Characteristics of the Expert's Group

(N=8)

Characteristics	Category	n	%
Age	30-39	2	25
	40-49	6	74
Gender	Male	1	12.5
	Female	7	87.5
Final academic degree	Bachelor	3	37.5
	Master over	5	62.5
Clinical experience (year)	5-10	2	25

	10-15	2	25
	≥15	4	50
Type of occupation	Physician	3	37.5
	Registered nurse	5	62.5

4. 근거 수집 자료 통합 결과

각 문헌의 근거를 요약하고 결과를 합성하기 위해 연구 분석틀에 따라 각 문헌을 정리하였고, 선정 이유, 연구 설계, DAMI 분류, 연구대상, 대조군, 중재, 중재의 효과, 콘텐츠 항목으로 나누어 자료를 추출하였다. 선정 문헌의 자료 분석 결과는 부록에 보고하였으며, 환자 요구도, 전문가 요구도, 문헌고찰 결과 선정된 문헌을 바탕으로 EBP-DECA의 항목별 콘텐츠를 추출한 결과는 아래<Table 7>과 같다.

Table 7. Contents Extraction for Patients

			문헌	외과		산부인과		안과		전문가 내용타당도		
				환자	전문가	환자	전문가	환자	전문가	외과	산부인과	안과
신체적 증상 관리	1.1. 상처 관리	1.1.1.	한일경 등(2009)	√	√				√	83	92	96
		1.1.2.	양현미 (2013), Berg et al. (2010), NICE [NG125]	√			√			92	100	100
			안과) 최미정 & 박정숙 (2013)									
		1.1.3.	외과) Mangram et al. (1999), SIGN [134]			√		√		100	96	96
			산부인과) Aas-Eng et al. (2017), Golden et al. (1999)									
			안과) 최미정 & 박정숙 (2013), NICE [NG77]									
		1.1.4.	외과) SIGN [134]					√		88	100	100
			산부인과) Aas-Eng et al.(2017)									
			안과) NICE [NG77]									
		1.1.5.	SIGN [134]		√				√	83	-	100
		1.1.6.	Golden et al. (1999)		√					88	-	96

			안과) 최미정 & 박정숙 (2013)									
		1.1.7.	SIGN [134] NICE [NG125]						√	96	-	92
		1.1.8.	안과) 이현정 & 박현애 (2011), NICE [NG77]							96	-	100
	1. 2. 투약 관리	1.2.1.	양현미 (2013), AORN (2000), Chou et al. (2016), Dewar et al. (2004), NICE [NG102], O'Donnell (2018).	√	√	√				96	92	96
			안과) NICE [NG77]									
		1.2.2.	Berg et al. (2010)		√	√				96	100	96
			안과) NICE [NG77]									
		1.2.3.	Chou et al. (2016).							88	100	100
		1.2.4.	안과) 최미정 & 박정숙 (2013)	√		√				100	100	92
		1.2.5.	안과) Fayers et al. (2009)						√	-	-	100
		1.2.6.						√		-	-	96
		1.2.7.							√	-	-	100
	1.3. 통증 관리	1.3.1.	Chou et al. (2016), Mitchell (2003) 안과) NICE [NG77]	√		√		√		92	96	96
		1.3.2.	Elaqoul et al. (2017), Mitchell (2003), Odom-Forren (2017), Tabrizi et al. (2018)		√					88	100	96

			안과) NICE [NG77]									
		1.3.3.	Elaqoul et al. (2017), Robinson et al. (2001), Tabrizi et al. (2018), Tighe et al. (2014)							83	92	88
		1.3.4.	Mitchell (2003)							92	100	100
		1.3.5.	김남정 (2003), 이희선 & 안지혜 (2008)				√			100	100	100
		1.3.6.	한일경 등(2009)							100	100	100
		1.3.7.	Dewar et al. (2004), Mitchell (2003)							100	100	100
		1.3.8.	김정희 등 (2016) 안과) 양현미 (2013), Mitchell (2003)		√		√			92	100	100
		1.3.9.	양현미 (2013), Mitchell (2003)							92	100	92
		1.3.10.	정복례 & 최은희 (2007), Dewar et al. (2004), O'Donnell (2018).							96	92	-
	1.4. 출혈 관리	1.4.1.	안과) 이현정 & 박현애 (2011)				√	√		96	100	96
		1.4.2.	주애라 등 (2009)						√	96	100	96
		1.4.3.					√			88	96	
	1.5.	1.5.1.	이월숙 등 (2014)							96	100	96

			안과) 이현정 & 박현애 (2011), AORN (2005)									
	호흡 관리	1.5.2.	AORN (2000)		√		√			92	100	-
		1.5.3.			√		√			88	96	-
		1.5.4.			√		√			88	100	-
		1.5.5.		√		√				88	96	-
		1.5.6.	AORN (2000)							96	100	-
	1.6. 메스꺼움과 구토	1.6.1.	AORN (2000), Odom-Forren (2011, 2017), Odom-Forren et al. (2013, 2015), Tabrizi et al. (2018), Wemiller et al.(2017) 안과) 이현정 & 박현애 (2011)	√						88	88	96
		1.6.2.							√	92	92	92
		1.6.3.								83	92	-
		1.6.4.								88	92	-
		1.6.5.								92	92	-
		1.6.6.								92	92	-
		1.6.7.								92	100	-
		1.6.8.								92	92	-
2. 정신적 증상 관리	2.1. 불안과 우울	2.1.1.	주애라 등 (2009), Berg et al. (2013)	√						88	96	96
		2.1.2.	주애라 등 (2009), Mitchell (2002)							96	100	100
		2.1.3.	주애라 등 (2009), 황연자 등 (2004), Mitchell (2002)							96	100	100
		2.1.4.			√		√		√	96	100	96

		2.1.5.	Berg et al. (2013)							96	100	
	2.2. 섬망	2.2.1.	SIGN [157], S, M. et al. (2014)		√		√		√	92	100	100
		2.2.2.	박은아 & 김민영. (2015), 정미혜 등 (2011), DeCrane et al. (2011)							96	100	100
		2.2.3.	SIGN [157]		√					96	96	100
	2.3. 피로	2.3.1.	Berg et al. (2010), Odom-Forren (2017)	√						96	100	100
	2.4. 대체 요법	2.4.1.	SIGN [114]							92	100	96
		2.4.2.								96	100	100
		2.4.3.								92	100	96
		2.4.4.	Good et al. (2002), SIGN [114], Vaajoki et al. (2012)							96	100	100
		2.4.5.								96	100	100
3. 일상 생활	3.1. 일상 생활	3.1.1.	양현미 (2013) 안과) 이현정 & 박현애 (2011), 최미정 & 박정숙 (2013)	√	√			√		92	96	92
		3.1.2.	Kleinbeck & Dopp (2005) 안과) 이현정 & 박현애 (2011), 최미정 & 박정숙 (2013)			√				88	100	96
		3.1.3.	안과) Fayers et al. (2009), NICE [NG77]	√						92	100	92

		3.1.4.	NICE [NG125] 안과) 양현미 (2013)	√	√					96	96	92
		3.1.5.	한일경 등(2009)			√				96	92	-
		3.1.6.	양현미 (2013)	√	√					96	-	-
		3.1.7.								92	-	-
	3.2. 운동	3.2.1.	SIGN [134] 안과) 이현정 & 박현애 (2011)			√				100	100	100
		3.2.2.			√		√		√	92	96	92
		3.2.3.	안과) 최미정 & 박정숙 (2013)		√		√			88	92	92
		3.2.4.	SIGN [134]			√			√	96	100	96
		3.2.5.	SIGN [134] 안과) 최미정 & 박정숙 (2013)			√			√	96	100	96
		3.2.6.	안과) 최미정 & 박정숙 (2013)						√			96
	3.3 직장	3.3.1.			√	√		√		96	100	92
	3.4. 영양	3.4.1.		√		√		√		96	100	100
		3.4.2.	Guigoz & Yging. (2006)	√				√		92	92	100

		3.4.3.	양현미 (2013)						√	96	96	100
		3.4.4.				√				96	96	-
		3.4.5.		√			√			100	100	-
		3.4.6.	한일경 등(2009), NICE [NG102]							100	100	-
		3.4.7.				√				-	100	-
4. 환경, 감염 관리	4.1. 환경	4.1.1.	안과) 이현정 & 박현애 (2011)		√		√			83	88	92
		4.1.2.	Majholm et al. (2012), Odom-Forren (2017)							88	96	96
	4.2. 감염	4.2.1.	AORN (2000), NICE [NG125]		√					92	100	92
		4.2.2.	한일경 등(2009)							88	100	92
		4.2.3.					√				92	
	4.3. 위급 상황	4.3.1.	양현미 (2013)	√		√				96	100	92
		4.3.2.	양현미 (2013), 주애라 등 (2009), SIGN [134]	√	√	√	√			96	92	92

5. EBP-DECA 전문가 평가 결과

1) 임상전문가 내용 타당도 평가 결과

본 연구에서 전문가 집단의 평가는 외과, 산부인과, 안과 전문의 각 진료과 별 1인과 10년 이상 수술실에서 근무한 간호사 5인, 각 진료과 콘텐츠별로 총 6인의 평가로 이루어졌으며 임상전문가 요구도 조사와 대상자가 같다.

EBP-DECA의 대한 전문가의 내용 타당도 검증 결과 각 진료과별 4개 영역에서 모두 CVI 80% 이상으로 전문가들의 합의를 이뤘으며 각 세부항목별 CVI 결과는 <Table 7>에 제시되어 있다.

2) 전문가 질 평가

전문가 4인이 AGREE 도구를 사용하여 EBP-DECA를 평가한 결과 평균 표준 점수는 82%로 나타났으며, 각 항목별 평균 표준 점수는 아래 <Table 8>과 같다.

범위와 목적은 지침의 전반적 목적, 특정 임상질문, 대상인구집단에 대한 것으로 86%가 나왔고, 이해당사자 참여는 지침 사용자의 견해가 어느 정도 대표하고 있는가에 대한 것으로 81%가 나왔다. 개발의 엄격성은 근거를 모으고 결합하는 과정과 권고를 만들어 내고 갱신하는 방법에 대한 것으로 76%가 나왔고, 명확성과 표현은 지침의 언어와 형식에 대한 것으로 88%가 나왔다. 적용성은 지침을 적용할 때 발생할 수 있는 조직적, 행동적, 비용적 영향에 대한 것으로 78%가 나왔고, 편집의 독립성은 권고의 독립성으로 83%로 나왔다.

Table 8. Critical Appraisal of EBP-DECA

Category	Number of items	Score ranges		Scores	Standard Scores (%)
		Maximum	Minimum		
Scope and Purpose	3	48	12	31	86
Stakeholder Involvement	4	64	16	55	81
Rigour of Development	7	112	28	92	76
Clarity of Presentation	4	64	16	58	88
Applicability	3	48	12	40	78
Editorial Independence	2	32	8	28	83

제 2 절 EBP-DECA 효과 평가 결과

1. 연구 대상자의 동질성 검증

본 연구에서 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠(EBP-DECA)의 효과 검증은 서울 소재 일개 대학병원의 통원수술센터에 통원으로 방문한 환자 60인을 통해 이루어졌으며, 대조군의 평균 연령은 50.9세 실험군의 평균 연령은 55.7세였다. 산부인과와 유방외과의 특성상 여성의 비율이 대조군은 80%, 실험군은 83.3%로 높았으며 두 집단간 비율은 유사하였다. 결혼 여부는 기혼이 미혼에 비해 많았으며 거주 형태는 배우자와 함께 살고 있다는 응답이 가장 높았다. 학력은 대학

교 이상, 고등학교 순으로 높았으며 각 종교별 응답은 비슷했으며 기타 종교가 가장 많았다. 수술 종류와 마취방법은 각 진료과별로 10인씩 임의 표출하여 두 집단이 같았으며, 수술 경험이 없는 사람이 있는 사람보다 더 많았다. 수술 전 상태 불안 정도는 대조군 55.13점, 실험군 55.87로 거의 유사하게 나타났다. 환자의 인구학적 특성과 수술 관련 특성에 대한 동질성 검정결과는 <Table 9>와 같다.

Table 9. Homogeneity Test of General Characteristics between the Experimental and Control Groups

(N=60)

Characteristics		Experimental (n=30)	Control (n=30)	X^2 or t	p
		n(%)	n(%)		
Age	20-29	2 (6.7)	1 (3.3)	3.413	.561
	30-39	4 (13.3)	5 (16.7)		
	40-49	11 (36.7)	8 (26.7)		
	50-59	3 (10.0)	8 (26.7)		
	60≤	10 (33.3)	8 (26.7)		
Gender	Male	5 (16.7)	6 (20.0)	.111	.500
	Female	25 (83.3)	24 (80.0)		
Marital status	Un married	4 (13.3)	4 (13.3)	1.083	.710
	married	25 (83.3)	23 (76.7)		
	Bereaved	1 (3.3)	3 (10.0)		
Residential types	Alone	1 (3.3)	2 (6.7)	.528	.794
	with spouse	25 (83.3)	23 (76.7)		
	others	4 (13.3)	5 (16.7)		
Education	Elementary	1 (3.3)	0	1.059	1.000
	Middle	2 (6.7)	2 (6.7)		

	High	8 (26.7)	9 (30.0)		
	College over	19 (63.3)	19 (63.3)		
Religion	Christianity	8 (26.7)	6 (20.0)	1.186	.815
	Buddhism	7 (23.3)	5 (16.7)		
	Catholic	4 (13.3)	6 (20.0)		
	Others	11(36.7)	13 (43.3)		
Type of anesthesia	General	20 (66.7)	20 (66.7)	.000	1.000
	Local	10 (33.3)	10 (33.3)		
Surgery experience	Yes	13 (43.4)	11 (36.7)	.278	.792
	No	17 (56.7)	19 (63.3)		
Pre-op anxiety		55.87	55.13	14.202	.680

총 60명의 대상자 중에 임의 탈락자는 없었으며, 실험군과 대조군간의 동질성 검정 결과 모든 변수에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다. ($p \geq .05$)

2. 가설검정

1) 제 1가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 수술 후 불안 점수가 낮을 것이다.

불안 점수는 최저 20점에서 최고 80점 범위로서, 실험군은 수술 7일 후 36.93(±3.062)점, 대조군은 39.33(±6.227)점으로 평균 2.400점의 차이가 났으며 실험군이 대조군보다 유의한 차이로 낮아($t=1.894$, $p=.030$) 제 1가설은 지지되었다.

Table 10. Comparison of Postoperative Anxiety between the Experimental and Control Groups

(N=60)

	Experimental(A) (n=30)	Control(B) (n=30)	Difference (B-A)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
Postoperative Anxiety	36.93±3.062	39.33±6.227	2.400	1.894	.030

2) 제 2가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 퇴원 후 자가간호 지식 점수가 높을 것이다.

퇴원 후 자가간호 지식 점수는 10 문항으로 10점 만점에 실험군은 평균 8.87(±0.900)점, 대조군은 6.83(±1.117)점으로 실험군이 대조군에 비해 지식 점수가 높았다. 하지만 통계적으로 유의한 차이(t=-7.766, p=.194)가 나타나지 않아 제 2 가설은 기각되었다.

Table 11. Comparison of Knowledge between the Experimental and Control Groups

(N=60)

	Experimental(A) (n=30)	Control(B) (n=30)	Difference (B-A)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
Knowledge	8.87±0.900	6.83±1.117	-2.033	-7.766	.194 *

3) 제 3가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 퇴원교육 만족도 점수가 높을 것이다.

만족도 점수는 최저 8점에서 최고 32점 범위로서, 실험군은 29.83(±1.234)점, 대조군은 23.83(±2.972)점으로 평균 6.000점의 차이가 났으며 실험군이 대조군보다 유의하게 높아(t=-10.212, p=.002) 제 3 가설은 지지되었다.

Table 12. Comparison of Satisfaction between the Experimental and Control Groups

(N=60)

	Experimental(A) (n=30)	Control(B) (n=30)	Difference (B-A)	t	p
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
Satisfaction	29.83±1.234	23.83±2.972	-6.000	-10.212	.002

4) 제 4가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 30일내 병원 재방문율이 낮을 것이다.

30일간의 병원 재방문율을 살펴보면 실험군에서 1명, 대조군에서 3명으로 실험군이 대조군에 비해 낮았으므로 제 4 가설은 지지되었다.

Table 13. Comparison of Hospital Return Visit between the Experimental and Control Groups

(N=60)

	Experimental(A) (n=30)	Control(B) (n=30)	Difference (B-A)
	n(%)	n(%)	%
Hospital Return Visit	1(3.333)	3(10)	-6.667

5) 제 5가설 : 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육을 적용한 실험군은 적용하지 않은 대조군에 비해 수술 부위 감염 발생률이 낮을 것이다.

수술 부위 감염 발생률은 실험군 0명, 대조군은 1명으로 실험군이 대조군보다 낮아 제 5 가설은 지지되었다.

Table 14. Comparison of Incidence of Infection between the Experimental and Control Groups

(N=60)

	Experimental(A) (n=30)	Control(B) (n=30)	Difference (B-A)
	n(%)	n(%)	%
Surgical Site Infection	0	1(3.333)	3.333

제 6 장 논의

제 1 절 논의

1. EBP-DECA 개발 과정

본 연구는 통원수술 환자를 위한 퇴원교육 콘텐츠를 근거를 기반으로 개발하였다는 점에서 기존 퇴원교육과 차별화하였다. EBP-DECA는 전문가와 환자의 퇴원교육 요구도 조사, 통합적 문헌고찰 및 가이드라인 검색을 통한 근거 문헌을 기반으로 체계적이고 통합적인 콘텐츠를 개발하였다.

전문가와 환자의 교육요구도 조사 결과 두 그룹 사이의 교육 요구에 차이가 있었다. 임상 전문가들은 수술 부위를 보호하고, 합병증(출혈, 폐합병증, 감염 등)을 예방하고 위급 상황시 대처 방법 등 실무에 기반을 둔 퇴원교육 콘텐츠를 요구하였다. 이에 반해 환자들은 수술 후 통증이 있는지, 얼마나 지속되며 진통제를 언제까지 먹어야하는지 수술 후 잠이 잘 오지 않으며 피곤한데 건강보조식품을 먹어도 되는지, 샤워나 가사일, 직장생활이 가능한지, 문의 시 연락처 등 퇴원 후 일상생활로 돌아가 생활을 이어가기 위해 필요한 정보에 대해 구체적인 설명을 요구하였다.

환자와 전문가의 퇴원교육 요구에 대한 차이는 기존 연구결과와 유사하다(김효진, 김동희, 2011, 주애라 등, 2009). 김효진, 김동희(2011)는 갑상선암 수술환자의 퇴원교육 요구에 대한 연구에서 퇴원교육 요구의 우선순위에서 식이에 대한 영역은 환자에서 2순위, 간호사는 5순위인 반면 수술 후 증상 및 합병증 관리 영역은 환자에게 5순위, 간호사에게는 2순위로 나타나 간호사와 환자 사이의 교육 요구에서 우선순위의 차이가 있음을 보고하였다. 또한 주애라 등(2009)은 퇴원시의 간호 요구에서 치료, 증상관리와 합병증 예방과 더불어 식이와 일상생활 영역, 회복과 건강증진 영역, 지지 체계 영역에 대한 간호 요구가 있음을 보고하였다.

현재의 퇴원교육은 환자의 요구를 파악하지 못한 채 임상전문가의 교육 요구에 따라 교육이 이루어지고 있으며, 환자들의 수술 후 치유와 회복이 지연되고, 자가간호와 일상생활 적응에 어려움이 발생한다(이종경 & 이미순, 2003). Krohn(2008)은 환자 퇴원교육의 목적은 환자들이 퇴원교육을 통해 의사결정에 도움을 주고, 자가 간호 능력을 향상시켜 회복과정에서 문제를 인식하고 대처할 수 있도록 하는 것이며, 효과적인 퇴원교육은 환자 안전의 기본이 된다고 하였다. 하지만 기존 퇴원교육은 퇴원 후 겪을 수 있는 증상에 초점을 맞추며, 단순한 유인물에 일반적인 주의 사항과 식이, 문의사항이 있는 경우 연락처가 기재되어 있어 퇴원 후의 전반적인 내용을 간략하게 전달하고 있는 상황이다.

매시간 단위로 꽉 찬 수술 일정과 회복실과 안정실의 공간적인 제약, 간호사의 업무 부담 등으로 환자 개개인에게 긴 시간을 할애하여 체계적인 퇴원교육을 할 수 없는 것이 현실이다. 퇴원교육에 할애할 시간과 장소, 인력이 전적으로 부족하기 때문에 퇴원 후 자가간호를 시행해야 하는 환자와 보호자의 입장에서 퇴원교육이 중요함에도 불구하고 체계적인 퇴원교육을 하기 어려운 상황이다(최미정, 박정숙, 2013).

퇴원교육 수행의 저해 요인으로 주미정(2002)은 업무 과중으로 인한 시간 부족, 체계화된 퇴원교육 자료의 미비가 가장 높은 원인으로 나타났으며, Mills와 Sullivan(1999)은 시간, 교육 자료, 교육 내용에 대한 지식 및 기술, 환자의 이해력, 의료진의 환자 요구에 대한 인식 부족이 원인으로 나타났다. 이런 저해요인으로 인하여 간호사들은 교육의 중요성을 인식하고 있음에도 불구하고 수행도가 떨어지게 된다(임승복, 2011). 또한 퇴원교육 자료의 콘텐츠가 미비할 경우 환자나 보호자가 질문에 경험에 따른 퇴원교육이 진행되어 교육을 주관하는 간호사에 따라 다른 퇴원교육 콘텐츠가 전달될 수 있다(이종경, 이미순, 2003, 주미정, 2002). 퇴원교육 콘텐츠의 전달은 퇴원 후 환자의 안전에도 밀접한 영향을 끼치므로 퇴원교육 콘텐츠의 질과 일관성 있는 전달이 중요하다.

본 연구에서 개발한 EBP-DECA는 퇴원교육 콘텐츠 개발을 위해 통합적 문헌 고찰, 임상전문가, 환자의 요구도 조사를 통해 수집 가능한 모

든 근거를 모으고, 통합하고자 하였다. 국내 근거기반실무의 선행 연구들을 살펴보면 수용개작이나 외국의 가이드라인에서 제시된 근거기반 실무지침을 활용하여 연구를 진행하고 있다(구미옥 등, 2013, 박경희 & 최희정, 2015, 박명숙 등, 2015, 송소이 등, 2012, 유제복 등, 2013). 성인 발열환자 간호 지침을 직접 개발한 연구로 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)의 근거중심 가이드라인 개발 과정을 활용한 신용순 등(2013)의 연구가 있으나, 개발과정에서 전문가 중심의 합의 과정을 거쳐 진행함으로써 대상자의 요구나 관점이 반영되지 않았다.

본 연구는 JHNEBP의 개발 과정을 활용하여 개발 단계를 통해 직접 체계적이고 과학적이며, 엄격한 개발 과정을 거쳐 근거기반 콘텐츠를 개발한 후 적용함으로써 기존 연구과 차별화를 두었다. 전문가의 합의를 통한 기존 가이드라인이나 프로토콜, 콘텐츠 개발은 합의과정에서 전문가의 개별적인 관점과 요구에 따른 편중이 작용할 수 있는데 반해(김명애, 2006), 본 연구는 환자들의 개별적인 요구가 반영되어 환자맞춤형 퇴원교육 콘텐츠를 개발하였고, 각 진료과별 수술에 맞춰 세부적인 콘텐츠를 개발하였다. 근거 중심 실무는 개별 대상자의 요구와 실무의 경험적 지식, 문헌 고찰을 통한 연구 지식이 통합되어 기존의 간호와 차별화된다(박명화, 2006). 전문가와 환자의 요구 반영 및 통합적 문헌고찰을 통한 과학적인 근거 기반의 콘텐츠는 어느 한 분야의 편중을 최소화하고, 다각적으로 근거를 수용하여 의사 결정함으로써 콘텐츠의 신뢰도와 타당도를 높였다.

본 연구에서 개발한 EBP-DECA를 평가하기 위해 전문가 집단의 내용 타당도 평가와 AGREE 도구를 이용한 질 평가를 시행하였다. AGREE 도구를 사용하여 평가한 결과 평균 표준 점수가 82%로 나타났으며, 이는 김수미(2011)가 간호실무가이드라인에 사용한 결과 나타난 76.9%보다 높은 점수가 나온 것을 알 수 있다. 김수미(2011)는 근거를 선택시 전문가의 의견이 많이 반영되어 개발의 엄격성 영역에서 낮은 점수를 받은 반면 본 연구는 평가 항목 중 이해당사자의 참여에서 환자의 관점과 선호도의 포함되었고, 사용자를 대상으로 사전 조사를 시행하였

으며, 개발의 엄격성을 높이기 위해 체계적인 방법으로 근거를 검색하고, 연구 방법을 상세히 기록함으로써 더 높은 점수를 받은 것을 알 수 있다. 이처럼 근거가 기반이 되는 교육을 통해 환자들은 자가 관리에 대한 스트레스와 퇴원 후 발생할 수 있는 상황에 대한 불확실성이 감소할 것이며, 궁극적으로 수술 후 최상의 결과에 도달할 수 있을 것이다.

통원수술 환자는 체계적인 입원과 퇴원교육 없이 수술 시행 후 퇴원하므로 수술 후 증상 및 자가간호에 대한 정보가 부족하며(Gilmatin, 2004), 퇴원 교육이 중요함에도 제대로 교육이 이루어지지 않고 있다. 통원수술을 받은 환자들도 입원환자들과 마찬가지로 수술 후 증상과 불편함에 대해 전문가의 돌봄이 필요하며 차이점이 강조되어야 한다. 하지만 의료의 효용성과 이용의 편의가 중시되며 병원의 가동률을 높이기 위해 조기 퇴원을 해야 하는 현 보건의료 상황에서(Weingarten et al., 2002) 입원으로 진행되었던 수술들은 점점 통원수술로 변경되고 있어 통원수술은 앞으로도 계속 증가할 것이다. 건강관리서비스가 입원에서 통원 기반으로 변화함으로써 현실적인 관리의 대부분이 집에서 이루어짐에도 불구하고 간호사는 병원 기반의 간호서비스에서 벗어나지 못하고 있다(Flanagan, 2009). 그렇기 때문에 이로 인해 발생하는 의료 전문가에 의한 돌봄의 공백을 보완하기 위해 환자 교육을 더욱 강화해야 하며, 이런 맥락 속에서 근거를 기반으로 한 체계적인 퇴원교육 콘텐츠를 개발하고 통원 수술 환자 교육에 책임을 가지고 퇴원 후의 돌봄까지 관리해야만 한다.

수술 후 퇴원 단계는 통원수술의 전 과정 중에서도 가장 취약한 단계이며, 환자의 입장에서는 퇴원 후 회복에 대한 과정의 책임이 부여되기 때문에 체계적으로 자가간호를 수행할 수 있도록 정보를 제공해야 한다. 의학적인 증상뿐만 아니라 개인위생, 쇼핑, 식사준비와 영양섭취 같은 기본적인 생활에서도 문제가 발생할 수 있기 때문에 이에 대한 실용적인 지식이 필요하다(Berg et al., 2013). 단기간의 어려움이라도, 그 순간순간 환자들은 어떻게 대처해야 할지 몰라 당황하며 진료서비스를 요청하게 된다(Brix et al., 2017). 퇴원 후 긍정적인 회복의 결과를 얻기 위해

서는 환자의 다양한 요구를 반영한 퇴원교육 콘텐츠의 전달이 필요하다.

또한 간호사에 의한 환자의 추후 관리가 환자의 서비스 만족도, 외래 방문 횟수, 의료비용 등에 효과적으로 나타났다(Moore et al, 2002). 향후 간호사들이 환자의 퇴원교육에 관심을 가지고 시간을 할애하고, 퇴원교육에 집중할 수 있도록 적절한 간호 인력을 확보하는 것이 필요하며, 간호의 업무에서 퇴원교육의 중요성이 강조되어야 한다.

2. EBP-DECA 콘텐츠

본 연구에서는 콘텐츠를 개발하기 위한 근거 수집 단계에서는 연구 방법의 범위에 제한을 두지 않는 통합적 문헌고찰을 시행하여 환자의 다양한 요구를 기반으로 한 퇴원교육 콘텐츠를 개발하였다. 범주의 구성은 수술 후 회복에 대한 개념 분석 연구(Allvin et al., 2007)에서 제시한 4가지 차원(신체적 회복, 정신적 회복, 일상생활 회복, 사회적 회복)의 분류를 바탕으로 연구하였으며, 통합적 문헌고찰과 관련 가이드라인의 검색, 전문가와 환자의 요구도 조사를 통합하고 분석하여 4가지 속성(신체적 증상, 정신적 증상, 일상생활, 환경·감염)이 도출되었다.

콘텐츠의 각 항목별 세부 내용 구성시 수술 종류와 수술 정도, 환자 상태에 따라 내용이 다양하여 일반화시키기가 쉽지 않았으며, 공통적으로 적용할 수 있는 내용에 초점을 맞춰 콘텐츠를 개발하였다.

각 부분의 콘텐츠를 살펴보면 신체적 증상 관리 콘텐츠는 통증 감소를 위한 냉찜질의 적용 부분은 산부인과 환자의 경우 온찜질이 통증 감소에 효과적이라는 의견에 따라 문헌고찰 후 변경하였다. 수술 부위가 단단하게 봉합되어 기침 시에 터질 것이라는 두려움을 가지지 않아도 된다는 내용은 실제 기침으로 인해 수술 부위가 터진 전문가의 경험 사례가 있어 수술 부위가 터지지 않도록 환부를 지지하고, 기침할 수 있도록 내용을 수정하였다. 또한 상처 부위를 만지기 전과 후에는 반드시 손을 씻어야 한다는 항목은 환자들이 상처 부위를 만져 수술 부위 감염을 초

래할 수 있다는 임상전문가의 의견에 따라 가능한 상처 부위를 만지지 않도록 하라는 내용이 추가되었다. 박영숙 등(2008)은 환자들은 통증 자가관리시 약물복용보다는 온열요법이나 마사지 등을 더 많이 활용하고 있는 것으로 나타나 전문가와 환자 사이의 문제 해결 방법에 차이가 나타났다.

통증의 성별간의 차이는 여성이 남성에 비해 통증에 더 예민하다는 선행 연구(Elaqoul et al., 2017, Robinson et al., 2001, Tabrizi et al., 2018, Tighe et al., 2014)들의 근거를 기반으로 콘텐츠에 포함하였지만, 실제 임상 실무에서 활동하는 전문가들의 의견은 성별보다는 개인의 성향 차이가 더 크다고 판단하였다. 문헌을 통한 과학적 근거뿐 아니라 임상 전문가의 경험적 근거의 통합을 통한 콘텐츠의 개발은 합리적인 퇴원교육을 통해 실제 환자들의 수술 후 자가간호 적용을 용이하게 하며 콘텐츠의 전문성과 현실성을 향상시켰다.

Krohn(2008)의 연구에서 환자 퇴원교육 중 자가간호에 대한 교육시의 예시를 보면 '마취로 인하여 퇴원 후 나머지 시간 동안 졸리거나 어지러울 수 있으므로 운전을 하거나 술을 마시거나 중요한 결정을 내리지 않아야 한다'처럼 구체적인 콘텐츠가 포함되어야 하며, 응급 치료를 요청하는 징후와 증상을 정확히 알리고, 후속 조치에 대해서도 명확하게 명시하는 것이 필요하다고 하였다. 퇴원환자들의 회복을 증진시키기 위해 콘텐츠를 이해하기 쉽도록 구체적인 설명과 쉬운 표현을 사용하는 것은 환자의 지식, 태도와 기술의 변화를 유발시키고 이는 환자의 자가간호 행동에 영향을 미치게 된다(Simonds, 1979). 이에 대상자가 이해하기 쉬운 표의 사용과 시각화 자료를 이용하여 콘텐츠를 개발하였으며, 환자의 이해를 높이는데 초점을 맞추었다.

그러나 본 연구 콘텐츠 개발에서는 다음과 같은 한계점이 있었다. 첫째, 콘텐츠의 각 항목별 세부 내용 구성시 수술 종류와 수술 정도, 환자 상태에 따라 내용이 다양하여 일반화시키기가 쉽지 않았기 때문에 우선 공통적으로 적용할 수 있는 내용에 초점을 맞춰 콘텐츠를 개발하였다.

둘째, 대상자의 요구를 모두 반영하기에는 개발에 참여한 전문 인력

의 전문성에 한계가 있었다. 특히 영양 부분에 대해서 환자들은 수술 후 몸 회복을 위한 영양에 대해서도 관심이 많았으나 개발 과정에서 포함된 전문가가 의사와 간호사로 이루어져 영양 교육에 대한 개선이 쉽지 않아 다학제적인 접근의 필요할 것으로 보였다.

셋째, 근거의 편중으로 환자에 따른 회복속도와 특성을 반영하거나 환자의 일상생활이나 직장생활에 대한 내용 개발이 쉽지 않았다. 대부분의 연구 논문이 증상 관리에만 초점을 맞춰 퇴원 후 환자의 일상생활에 대한 연구가 거의 이루어지지 않는 현실을 반영한 것으로 보인다(김효진, 김동희, 2011).

개발된 콘텐츠에 대한 전문가의 내용 타당도는 각 항목별로 모두 CVI 80% 이상으로 나타났다. 내용 타당도 결과를 살펴보면 통증의 조절, 투약, 정신적인 증상의 관리 등에 대한 내용은 전문가들의 의견이 비슷하지만 개인의 일상생활이나 환경 관리, 영양 등의 콘텐츠에 대한 내용은 다양한 결과가 나타났다. 이는 퇴원 후 합병증 예방을 위한 증상 관리에 대한 참고 문헌은 많은 반면 일상생활이나 환경 관리 등에 대한 문헌은 거의 존재하지 않아 전문가들의 의견이 일치될 수 있는 근거가 부족한 것이 그 원인으로 판단된다. 안과 환자들에 대한 통증 조절, 개인위생, 안대사용, 항생제, 스테로이드 사용 등은 전문가 의견이 비슷하지만 개인 일상생활에 대해서는 의견이 다양하다는 Ament과 Hender-son(2007)의 연구 결과와 부합하는 결과라고 할 수 있다.

3. EBP-DECA 평가

통원수술 환자에게 퇴원교육 콘텐츠를 적용한 후 수술 후 불안, 자가간호 지식, 만족도, 병원 재방문율, 수술 부위 감염발생률에 미치는 영향을 평가하였다.

본 연구에서는 EBP-DECA를 적용한 실험군은 현재 시행하고 있는 퇴원교육을 진행한 대조군에 비해 만족도가 높았고, 수술 후 불안, 병원

재방문율, 수술 부위 감염 발생률이 유의하게 낮아 퇴원교육 콘텐츠가 효과적임을 확인할 수 있었다.

본 연구 결과에서 수술 후 상태 불안 점수는 두 군 사이에 유의한 차이가 있었다. 이는 통원 수술환자에게 구조화된 수술 전 교육을 진행한 최미정, 박정숙(2013), Morrell(2001)의 연구 결과와 일치하였다.

퇴원시 충분한 정보와 대처 방법을 학습할 기회를 가지지 못한 채 준비되지 않은 상태에서 가정으로 돌아가는 통원 수술 환자들은 불확실성과 불안, 두려움을 가지게 된다. 현재의 퇴원교육은 단순한 증상 관리일 뿐 환자들의 감정이나 정신사회적 요구에는 초점을 맞추지 않고 있다(Freeman & Denham, 2008). 대상자들의 신체적 증상 관리와 정신적 증상 관리 요구에 맞춰 퇴원교육을 제공하고 정서적 지지를 시도함으로써 환자들이 퇴원 후 재가 회복 간호를 잘 수행하고, 능동적으로 본인의 회복을 이끌어나갈 수 있도록 하여 환자의 수술 후 불안이 감소된 것으로 보여 진다. 퇴원 교육시 정보의 제공은 환자들의 불안을 감소시키고, 자가간호를 증진시키며, 안위감을 느끼게 한다(Millis & Sullivan, 1999). 퇴원교육 콘텐츠에 포함되어있는 증상들을 통해 퇴원 후 겪을 수 있는 증상들에 대해 미리 예측함으로써 불확실성에서 벗어나고, 증상 해결에 대한 지침을 통해 정확한 정보를 얻음으로써 의사 결정의 불안을 최소화시킨 것으로 볼 수 있다.

본 연구의 결과에서 실험군이 대조군에 비해 지식 점수가 높았지만 통계적으로 유의미하지 않았다. 이는 환자 대상 교육이 지식을 유의하게 높인 선행 연구(윤민아 등, 2016, 이미화, 이혜란, 2011, 황연자 등, 2004)의 결과와는 상이한 것으로 나타났다. 이는 지식 문항이 10문항으로 문항 수가 적고, 문항이 콘텐츠 내용을 반영하지 못하여 실험군과 대조군 간의 지식의 차이를 나타내기 어려웠던 것으로 추측할 수 있다.

EBP-DECA에 대한 만족도가 기존 퇴원교육보다 높은 것으로 나타났으며, 이는 통계적으로 유사한 차이를 보였다. 이 같은 결과는 당일 수술 환자에게 간호정보를 제공한 후 간호만족도를 비교 분석한 임연호 등(2010)의 연구 결과와 유사하였다. 또한 응급실 내원 호흡기 질환 노인

에게 퇴원계획중재를 시행한 후 간호서비스의 만족도를 본 Kim & Park(2014)의 연구 결과와 유사하다. 기존의 퇴원교육은 간단한 퇴원교육을 2-3분 내에 수행한 반면 EBP-DECA는 환자의 요구도에 따른 다양한 정보를 제공함으로써 환자의 만족도를 높인 것으로 볼 수 있다.

또한 근거를 기반으로 한 체계적인 퇴원교육을 통해 간호사와 환자와의 상호작용을 함으로써(Mottram, 2009), 환자들은 의료진의 관심을 받고 있다고 받아들여 만족도를 높일 수 있었다. 통원 수술 퇴원 환자에게 EBP-DECA의 적용이 대상자의 의료서비스에 대한 만족도를 높일 수 있는 방안으로 환자 만족도 증대를 위해 간호 실무에서 활용될 수 있을 것이다.

병원재방문율은 실험군은 3.3%, 대조군은 10%로 나타났으며, 실험군에 비해 대조군이 더 높았다. 다른 연구 결과를 보면 Mezei & Chung(1999)의 통원 수술 후 30일 이내 병원재방문율이 1.1%가 나왔으며, Mcgrath 등(2004)의 연구 결과에서는 1.4%의 환자들이 계획되지 않은 병원 방문을 하였다. McIsaac 등(2015)은 연구 결과로 통원 수술 후 약 10.5% 환자들이 30일 내에 응급실을 방문한 것으로 나타났다. 불충분한 퇴원 교육은 퇴원 후 자가간호에 대한 자신감을 상실시켜 회복시 좋지 않은 결과를 야기하며, 의료시설을 다시 찾게 한다(한일경, 2009). 본 연구의 대상자 수가 선행 연구에 비해 적어 결과를 비교하는데 제한점이 있지만, 퇴원교육을 통한 정보 제공이 증상 관리와 상처 관리를 높여 환자의 병원 재방문율에 영향을 끼친 것을 알 수 있다.

본 연구 결과는 수술을 받은 병원의 30일간의 재방문율을 의무기록을 통해 측정하였다. 연구 대상자 중 시간적 제약이나 거리상의 제약으로 다른 병원에 방문한 경우를 추적관리하지 못한 데에 그 제한점이 있으며, 이를 추가할 경우 병원 재방문율은 더 높아질 수 있다. 퇴원한 환자의 계획되지 않은 병원 재방문은 퇴원 후 부적절한 자가 관리의 결과로써 환자들의 자가간호 지식, 자가간호 행동과 관련이 있다. 환자교육은 환자 스스로 증상과 문제를 관리하고 기능을 유지하며, 문제시 적절하게 대처하는 기술을 증가시킨다(Mitchell et al., 2014). 병원의 재방문은 의

료서비스의 만족도를 낮추며, 의료비용의 증가를 초래하며 환자와 의료진간의 신뢰를 깨트릴 수 있기 때문에 근거를 기반으로 한 퇴원교육을 통한 응급실이나 외래 재방문율의 감소가 중요할 것으로 보인다. 퇴원한 환자에게 이용 가능한 정보 자원과 기회를 제공하는 것이 중요하며(Rees & Bath, 2000), EBP-DECA를 통해 정보를 제공받고, 이용할 수 있는 자원을 제공하는 것도 필요할 것이다.

연구 대상자 중 대조군의 병원 재방문 원인은 출혈, 수술 부위 부종, 수술 부위 염증으로 나타났다. 출혈은 수술 후 사망할 수 있는 요인이 될 수 있기 때문에 빠른 대처가 무엇보다 중요하다. 통원 수술 퇴원 후 발생할 수 있는 위험을 관리하기 위해서는 환자에게 발생할 수 있는 합병증에 대한 정보를 제공하고, 그 증상을 확실히 알려야하며, 회복 기간 중 비정상적인 증상이 발생했을 때 어떻게 대처해야 하는지를 교육해야 한다(Theissen et al., 2018). EBP-DECA를 통해 수술 후 일어날 수 있는 증상들을 미리 예측하고, 대처함으로써 환자의 회복의 질이 향상될 것이다.

수술부위 감염 발생률 연구 결과 실험군은 0건, 대조군은 1건으로 실험군이 대조군보다 더 낮은 결과가 나왔다. 하지만 연구 대상자 수가 적고, 수술 부위 감염 발생자가 1명임을 감안한다면 감염 발생률이 낮은 원인을 퇴원교육 콘텐츠의 효과라도 단정 짓기 어렵다. 다만 퇴원교육을 통한 환자의 자가 간호 수행으로 인한 개인위생의 향상이 감염 발생률을 감소시킬 수 있을 것으로 사료된다. 환자의 요구에 근거한 적절한 내용의 정보는 환자의 자가 간호 능력을 강화시키기 때문에(Graydon et al., 1997) EBP-DECA를 통해 환자의 수술 후 자기 돌봄 능력이 강화되었다고 볼 수 있다.

간호의 지속성(Continuity of care)은 진단 시부터 수술 및 퇴원 후 추후관리 과정 동안 환자의 지지적 파트너로서 연속적이고 일관된 관계를 유지하며 최적의 간호를 제공하는 것이다(박양숙 등, 2008). 퇴원 후 가정으로 돌아가 의료진의 직접적인 도움을 받기 어려운 통원수술 환자들은 퇴원 시점부터 간호가 중단됨을 느낀다. 하지만 EBP를 기반으로

한 체계적인 퇴원교육 콘텐츠를 제공받음으로써 질 높은 회복 간호를 수행하고, 일상생활로 복귀하는 데 도움을 받을 수 있으며, 이를 통해 간호의 일관성 및 지속성이 유지될 것이다.

제 2 절 연구의 제한점

본 연구를 해석하는 데는 다음과 같은 점을 고려할 필요가 있다.

첫째, 서울 소재 일개 종합병원에서 이루어진 연구이며, 대상자가 60명으로 작고, 수술의 종류를 통원 다빈도 수술로 한정하여 연구하였기 때문에 전체 통원수술 환자의 퇴원교육 콘텐츠로 일반화시키기에는 제한점이 있다.

둘째, 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠는 각 영역별 내용에 대한 추후 수정 보완이 계속 필요하며, 다양한 분야의 전문가들을 통한 다각적인 연구와 평가가 필요하다고 생각된다.

셋째, 개발된 콘텐츠의 안정성 평가를 계속적으로 추적하여 효과를 재확인하는 것이 필요할 것이다.

제 3 절 간호학적 의의

본 연구는 통원환자 대상 EBP를 기반으로 퇴원교육 콘텐츠를 처음으로 개발된 연구인 것에 간호학적 의의가 있으며, 간호이론·간호연구·간호실무 측면에서 다음과 같은 의의를 갖는다.

첫째, 간호이론의 측면에서 본 연구는 엄격한 과정의 통합적 문헌 고찰을 통한 과학적 근거를 바탕으로 콘텐츠를 개발하였으며, 실험 연구를 통해 그 효과를 실증적으로 평가하였다는데 연구의 의의가 있다. JHNEBP 모델 및 개발 과정을 바탕으로 근거기반 퇴원교육 콘텐츠를 개발함으로써 앞으로 향후 근거기반실무 개발에 있어서 이론적 밑바탕이 될 것을 기대한다.

둘째, 간호연구의 측면에서 본 연구는 통원수술 퇴원환자에 대한 양질의 의료 서비스 제공 부족과 지역사회 재가서비스 연계 부족에 대한 필요성을 알리고, 환자 맞춤형 퇴원 의료 서비스의 중요성을 제기한 점에 간호학적 의의가 있다. 또한 개발된 콘텐츠는 간호사의 환자교육 역량 강화하기 위하여 간호사와 간호학생들의 수술 간호 학습 콘텐츠로 활용할 수 있을 것으로 기대된다.

셋째, 간호실무의 측면에서 본 연구는 체계적인 환자 교육 콘텐츠의 제공으로 간호사들의 개인별 교육역량 차이를 최소화함으로써 퇴원환자에게 시행되는 간호의 일관성과 지속성을 유지시키고 간호의 전문성 및 간호 지식의 질을 향상시키는데 의의가 있다. 또한 근거기반 퇴원교육을 통해 환자와 보호자가 수술 후 최상의 결과를 도달할 수 있도록 하였다. 국내의 통원수술이 증가되고 있는 상황에서 입원환자에 비해 정보와 간호가 부족한 통원수술 환자들의 퇴원 후 자가간호에 대한 질을 향상시키고, 간호사와 환자 사이의 자가간호 격차를 줄일 수 있을 것이다.

제 7 장 결론 및 제언

본 연구에서는 통원수술 환자를 대상으로 존슨홉킨스 대학의 근거기반실무(JHNEBP) 모델을 수정한 9단계의 연구 개발 단계에 따라 EBP를 기반 퇴원교육 콘텐츠(EBP-DECA)를 개발하고, 비동등성 대조군 전후 시차설계의 유사 실험 연구를 통해 그 효과를 평가하였다.

EBP-DECA는 통합적 문헌고찰과 관련 가이드라인의 검색, 전문가와 환자의 요구도 조사를 통합하고 분석하여 신체적 증상 관리, 정신적 증상 관리, 일상생활, 환경, 감염 관리의 4가지 범주로 구성하였으며, 전문가 내용 타당도는 모든 항목이 80% 이상으로 나타났으며, AGREE 질평가 결과 6개 범주에서 모두 70% 이상으로 나타났다.

EBP를 기반으로 통원수술 환자의 퇴원교육 콘텐츠 제공은 퇴원 후 나타날 수 있는 신체적인 증상 관리, 정신적인 증상 관리, 일상생활, 환경-감염 관리를 통해 안전한 회복에 도움이 될 것이다. 이는 임상 실무 현장과 환자의 자가간호 사이의 격차를 줄이고, 회복의 질을 향상시킬 것이며 교육 자료 배포를 통해 환자와 가족들이 수술 후 회복시 참고 자료로 사용하게 될 것이다. EBP-DECA는 근거 기반의 환자 교육을 통해 간호사의 전문성을 높이고, 환자 만족을 높일 수 있을 것으로 본다.

퇴원교육 콘텐츠 개발은 첫째, 통원수술의 종류와 건수가 급속하게 증가되고 있는 보건의료 환경 속에서 환자들이 불확실하고 모호한 상황들을 불안감과 불편감 없이 대처하며, 둘째, 이를 통해 환자의 회복을 질을 향상시키고, 셋째 궁극적으로 환자 안전과 임상 결과를 향상시키는데 그 의미가 있다. 근거 기반 퇴원교육은 임상 근거를 통합하여 환자의 최고의 결과를 이끌어내며, 일관적이고 구체적인 설명으로 교육의 질을 높여 간호사의 전문성을 향상시키고, 현재의 통원 환자 퇴원교육 시스템에서 간호사의 교육 업무의 필요성과 중요성을 강조하였다.

본 연구의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 개발된 EBP기반 통원수술 환자 퇴원교육 콘텐츠를 통원수술 환자에게 실무 적용할 수 있도록 간호사의 퇴원교육 업무 여건이 개선되길 제언한다.

2. 본 연구에서 개발한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠를 계속 모니터링하고, 수정, 보완하여, 향후 통원수술 퇴원교육 적용할 수 있도록 모바일 어플리케이션이나 동영상 등으로 개발하여 적용할 것을 제언한다. 또한 전화나 SMS, 모바일 어플리케이션 등을 기반으로 퇴원 후에도 환자들의 상태를 모니터링하거나 의사소통할 수 있는 시스템이 도입되길 제언한다.

3. 병원 의료서비스와 지역사회 의료서비스의 분리가 아닌 병원 퇴원 환자가 이용할 수 있는 지역사회 재가서비스 제도의 조정과 연계를 통해 보다 체계적이고 종합적인 의료서비스가 필요함을 제언한다.

참 고 문 헌

Aas Eng, M. K., Langebrekke, A., & Hudelist, G. (2017). Complications in operative hysteroscopy - is prevention possible?. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 96*(12), 1399-1403.

AGREE Next Steps Consortium. (2009). The AGREE II instrument [Electronic version]. Retrieved from https://www.agreetrust.org/

Allvin, R., Berg, K., Idvall, E., & Nilsson, U. (2007). Postoperative recovery: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 57*(5), 552-558.

Ament, C. S., & Henderson, B. A. (2007). Instructions after routine phacoemulsification cataract surgery with clear corneal incision. *Journal of Cataract & Refractive Surgery, 33*(2), 352-353.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

AORN(2000), *Perioperative nursing data set*. USA

Baptiste, D. L., Mark, H., Groff-Paris, L., & Taylor, L. A. (2014). A nurse-guided patient-centered heart failure education program. *Journal of Nursing Education and Practice, 4*(3), 49-53.

Berg, K., Årestedt, K., & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: A phenomenographic study. *International journal of nursing studies, 50*(12), 1630-1638.

Bonkowski, S. L., De Gagne, J. C., Cade, M. B., & Bulla, S. A. (2018). Evaluation of a pain management education program and operational guideline on nursing practice, attitudes, and

pain management. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 49*(4), 178-185.

Boughton, M., & Halliday, L. (2009). Home alone: Patient and carer uncertainty surrounding discharge with continuing clinical care needs. *Contemporary Nurse, 33*(1), 30-40.

Bradshaw, C., Pritchett, C., Bryce, C., Coleman, S., & Nattress, H. (1999). Information needs of general day surgery patients. *Ambulatory surgery, 7*(1), 39-44.

Brat et al. (2018). Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: Retrospective cohort study. *BMJ, 360*(2), J5790.

Brattwall et al. (2011). Patients' assessment of 4 week recovery after ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 55*(1), 92-98.

Braun, E., Baidusi, A., Alroy, G., & Azzam, Z. S. (2009). Telephone follow-up improves patients satisfaction following hospital discharge. *European Journal of Internal Medicine, 20*(2), 221-225.

Brix, L. D., Bjørnholdt, K. T., Thillemann, T. M., & Nikolajsen, L. (2017). Pain related unscheduled contact with healthcare services after outpatient surgery. *Anaesthesia, 72*(7), 870-878.

Bull, M. J. (2000). Discharge planning for older people: A review of current research. *British Journal of Community Nursing, 5*(2), 70-74.

Cao, X., White, P. F., & Ma, H. (2017). An update on the management of postoperative nausea and vomiting. *Journal of Anesthesia, 31*(4), 617-626.

Chandrakantan, A., & Glass, P. S. A. (2011). Multimodal therapies for postoperative nausea and vomiting, and pain. *British Journal of*

Anaesthesia, 107(suppl1), i27-i40.

Chou et al. (2016). Management of Postoperative Pain: A Clinical Practice Guideline From the American Pain Society, the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, and the American Society of Anesthesiologists' Committee on Regional Anesthesia, Executive Committee, and Administrative Council. *The Journal of Pain, 17*(2), 131-157.

Chou, R. (2009). 2009 Clinical Guidelines from the American Pain Society and the American Academy of Pain Medicine on the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain: What are the key messages for clinical practice? *Polskie Archiwum Medycyny Wewnetrznej, 119*(7-8), 469-477.

Chung, F., & Mezei, G. (1999). Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia, 87*(6), 1352.

Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services* (Vol. 900574178). London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.

Committee on Quality of Health Care in America, & Institute of Medicine Staff. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century.* National Academies Press.

Connolly et al. (2009). Systems and people under pressure: The discharge process in an acute hospital. *Journal of Clinical Nursing, 18*(4), 549-558.

Courtney, K. E., & Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions, and determinants. *Psychological bulletin, 135*(1), 142.

Crayford, T. J. B., Morgan, M., & Noah, N. D. When patients leave the day surgery unit: A study of the economic impact of day

surgery on primary care services and the social impact on patients. (1998). *London: Department of Health.*

Dang, D., & Dearholt, S. (2018). *Johns Hopkins Nursing Evidence-based Practice : Model and Guidelines / Deborah Dang, Sandra L. Dearholt.*

Davies, N. (2000). Patients' and carers' perceptions of factors influencing recovery after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing, 32*(2), 318-326.

Dawe, D. E., Bennett, L. R., Kearney, A., & Westera, D. (2014). Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Canadian Oncology Nursing Journal/Revue Canadienne de Soins Infirmiers En oncologie, 24*(1), 20-24.

Dewar, A., Scott, J., & Muir, J. (2004). Telephone follow-up for day surgery patients: Patient perceptions and nurses' experiences. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 19*(4), 234-241.

Doody, C. M., & Doody, O. (2011). Introducing evidence into nursing practice: Using the IOWA model. *British Journal of Nursing, 20*(11), 661-664.

Ead, H. (2016). Ensuring a smooth discharge home after ambulatory surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 31*(3), 254-256.

Eden, A. (2005). Delirium as a Predictor of Mortality in Mechanically Ventilated Patients in the Intensive Care Unit. *Survey of Anesthesiology, 49*(2), 66.

Elaqoul et al. (2017). Postoperative pain among patients after day-case surgery. *Plastic Surgical Nursing, 37*(4), 130-136.

Enck, R. E. (1991). Pain control in the ambulatory elderly. *Geriatrics (Basel, Switzerland), 46*(3), 49-53.

Flanagan, J., & Jones, D. (2009). High frequency nursing diagnoses

following same day knee arthroscopy. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 20*(2), 89-95.

Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, S., & Wan, T. (2010). Postoperative patient education: A systematic review. *Clinical Nursing Research, 19*(2), 144-164.

Freeman, K., & Denham, S. A. (2008). Improving patient satisfaction by addressing same day surgery wait times. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 23*(6), 387-393.

Gan et al. (2014). Consensus Guidelines for the Management of Postoperative Nausea and Vomiting. *Anesthesia & Analgesia, 118(1), 85-113.*

Gardner et al. (2001). A tool to assess clinical signs and symptoms of localized infection in chronic wounds: development and reliability. *Ostomy/Wound Management, 47*(1), 40-47

Gilmartin, J. (2004). Day surgery: Patients' perceptions of a nurse led preadmission clinic. J*ournal of Clinical Nursing, 13*(2), 243-250

Gilmartin, J. (2007). Contemporary day surgery: Patients' experience of discharge and recovery. *Journal of Clinical Nursing, 16*(6), 1109-1117.

Gindill, J. (2007). The Multi-Skilled Day Surgery Practitioner. *Journal of Perioperative Practice, 17*(9), 437-440.

Golden, S., Peart-Vigilance, C., Kao, W., & Brancati, F. (1999). Perioperative glycemic control and the risk of infectious complications in a cohort of adults with diabetes. *Diabetes Care, 22*(9), 1408-14.

Good, M., Anderson, G. C., Stanton-Hicks, M., Grass, J. A., & Makii, M. (2002). Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery. *Pain Management Nursing, 3*(2), 61-70.

Graham, R., Mancher, M., Wolman, D. M., Greenfield, S., & Steinberg,

E. (2011). Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. *Wolman D, Greenfield S, Steinberg E, editors. Washington: The National Academies Press.*

Graydon, J., Galloway, S., Palmer Wickham, S., Harrison, D., Bij, L. R. V. D., West, P., ... & Evans Boy den, B. (1997). Information needs of women during early treatment for breast cancer. *Journal of Advanced Nursing, 26*(1), 59-64.

Güell, J., & European School for Advanced Studies in Ophthalmology. (2013). *Cataract / Volume Editor, José L. Güell.*

Haeck, P. C., Swanson, J. A., Iverson, R. E., Schechter, L. S., Singer, R., Basu, C. B., ... & ASPS Patient Safety Committee. (2009). Evidence-based patient safety advisory: patient selection and procedures in ambulatory surgery. *Plastic and reconstructive surgery, 124*(4S), 6S-27S.

Haripriya, A., Baam, Z., & Ravindran, R. (2016). Postoperative cataract care: the Aravind perspective. *29*(94), 25.

Hogue et aL. (2000). Assessing a tool to measure patient functional ability after outpatient surgery. *Anesthesia & Analgesia, 91*(1), 97-106.

Holland, D. E., Mistiaen, P., & Bowles, K. H. (2011). Problems and unmet needs of patients discharged "home to self-care". *Professional Case Management, 16*(5), 240-250.

Horan, T., Gaynes, R., Martone, W., Jarvis, W., & Emori, T. (1992). CDC definitions of nosocomial surgical site infections, 1992: A modification of CDC definitions of surgical wound infections. *American Journal of Infection Control, 20*(5), 271-274.

Horvath, K. J. (2003). Postoperative recovery at home after ambulatory gynecologic laparoscopic surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing, 18*(5), 324-334.

Imasogie, N., & Chung, F. (2001). Effect of return hospital visits on economics of ambulatory surgery. *Current Opinion in Anesthesiology, 14*(5), 573-578.

Fayers, T., Abdullah, W., Walton, V., & Wilkins, M. R. (2009). Impact of written and photographic instruction sheets on patient behavior after cataract surgery. *Journal of Cataract & Refractive Surgery, 35*(10), 1739-1743.

Field, M., & Kathleen, N. (1990). Institute of Medicine Committee to Advise the Public Health Service on Clinical Practice Guidelines (1990). *Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program.*

James, D., Williams, M., & County, B. (2000). Patient perceptions of day surgery. *British Journal of Perioperative Nursing (United Kingdom), 10*(9), 466-472.

JJenkins, K., Grady, D., Wong, J., Correa, R., Armanious, S., & Chung, F. (2001). Post operative recovery: Day surgery patients' preferences. *British Journal of Anaesthesia, 86*(2), 272-274.

Jickling, J. & Graydon, J. (1997). The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: A pilot study. *Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care, 26*(5), 350-357.

Johnston, M. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychological Medicine, 10*(1), 145-152.

Jones, D., O'Neil, J., Coakley, A. B., Horvath, K., & Morris, N. (1996). Patient function, high frequency nursing diagnoses, state anxiety and satisfaction with same day surgery and general anesthesia. In *Proceedings of the 8th biennial conference of*

The Workgroup of European Nurse Researchers, Stockholm, Sweden (Vol. 268, No. 283, pp. 24-27).

Jun, E., & Oh, H. (2017). Patient Needs and Satisfaction With Nursing Care After Day Surgery Based on a Patient-Centered Care Framework. *Clinical Nursing Research, 26*(3), 301-317.

Kim, H. J., & Park, Y. H. (2014). The effects of discharge planning for the elderly with pulmonary disease in the emergency room. *Journal of Korean Critical Care Nursing, 7*(1), 24-32.

Kiyohara et al. (2004). Surgery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Revista Do Hospital Das Clínicas, 59*(2), 51-56.

Kleinbeck, S. V., & Hoffart, N. (1994). Outpatient recovery after laparoscopic cholecystectomy. *AORN Journal, 60*(3), 394-397.

Kleinbeck, S. V. (2000). Self reported at home postoperative recovery. *Research in Nursing & Health, 23*(6), 461-472.

Korttila, K. (1995). Recovery from outpatient anaesthesia: Factors affecting outcome. *Anaesthesia, 50*, 22-28.

Krohn, D. A. (2008). Discharge instructions in the outpatient setting: Nursing considerations. *Journal of Radiology Nursing, 27*(1), 29-33.

LoBiondo-Wood, G., & Haber, J. (2017). *Nursing research-E-book: methods and critical appraisal for evidence-based practice.* Elsevier Health Sciences.

Majholm, B., Esbensen, B. A., Thomsen, T., Engbæk, J., & Møller, A. M. (2012). Partners' experiences of the postdischarge period after day surgery - a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing, 21*(17 18), 2518-2527.

Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., Jarvis, W. R., & Hospital Infection Control Practices Advisory

Committee. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *Infection Control & Hospital Epidemiology, 20*(4), 247-280.

Marchal et al. (2005). Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *European Journal of Surgical Oncology, 31*(5), 495-499.

Marshall, S. I., & Chung, F. (1999). Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia, 88*(3), 508-517.

Marley, R. A., & Swanson, J. (2001). Patient care after discharge from the ambulatory surgical center. *Journal of PeriAnesthesia Nursing, 16*(6), 399-419.

McGrath, B., Elgendy, H., Chung, F., Kamming, D., Curti, B., & King, S. (2004). Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: A survey of 5,703 patients. *Canadian Journal of Anesthesia, 51*(9), 886-891.

McIntosh, S., & Adams, J. (2011). Anxiety and quality of recovery in day surgery: A questionnaire study using Hospital Anxiety and Depression Scale and Quality of Recovery Score. *International Journal of Nursing Practice, 17*(1), 85-92.

McIsaac, D. I., Bryson, G. L., & van Walraven, C. (2015). Impact of ambulatory surgery day of the week on postoperative outcomes: A population-based cohort study. *Canadian Journal of Anesthesia, 62*(8), 857-865.

Mezei, G., & Chung, F. (1999). Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery. *Annals of surgery, 230*(5), 721-727.

Mistiaen, P., Francke, A. L., & Poot, E. (2007). Interventions aimed at reducing problems in adult patients discharged from hospital to

home: a systematic meta-review. *BMC health services research, 7*(1), 47.

Mitchell, M. (2002). Guidance for the psychological care of day case surgery patients. *Nursing Standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987), 16*(40), 41-43.

Mitchell, M. (2003). Impact of discharge from day surgery on patients and carers. *British Journal of Nursing, 12*(7), 402-408.

Mitchell, M. (2015). Home recovery following day surgery: A patient perspective. *Journal of Clinical Nursing, 24*(3-4), 415-427.

Mitchell et al. (2014). Patient Activation and 30-Day Post-Discharge Hospital Utilization. *Journal of General Internal Medicine, 29*(2), 349-355.

Moore, S. M. (1996). The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *International Journal of Nursing Studies, 33*(2), 181-189.

Moore et al. (2002). Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: Randomised trial. *BMJ, 325*(7373), 1145-1147.

Morrell, G. (2001). Effect of structured preoperative teaching on anxiety levels of patients scheduled for cataract surgery. *Insight-the Journal of the American Society of Ophthalmic Registered Nurses, 26*(1), 4-9.

Morris, J. (1995). Monitoring post-operative effects in day-surgery patients. *Nursing Times, 91*(10), 32-34.

Mottram, A. (2009). Therapeutic relationships in day surgery: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing, 18*(20), 2830-2837.

Mottram, A. (2011). 'They are marvellous with you whilst you are in

but the aftercare is rubbish': a grounded theory study of patients' and their carers' experiences after discharge following day surgery. *Journal of Clinical Nursing, 20*(21 22), 3143-3151.

Myles et al. (1999). Development and psychometric testing of a quality of recovery score after General Anesthesia and Surgery in Adults. *Anesthesia & Analgesia, 88*(1), 83-90.

Myles, P., Weitkamp, B., Jones, K., Melick, J., & Hensen, S. (2000). Validity and reliability of a postoperative quality of recovery score: The QoR-40. *BJA: International Journal of Anaesthesia, 84*(1), 11-15.

Neufeld et al. (2013). Outcomes of early delirium diagnosis after general anesthesia in the elderly. *Anesthesia & Analgesia, 117*(2), 471-478.

Oakes et al. (2002). Assessment of postanesthesia short-term quality of life: A pilot study. *AANA Journal, 70*(4), 267-273

Odom Forren, J., Reed, D., & Rush, C. (2017). Postoperative Distress of Orthopedic Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal, 105*(5), 464-477.

Orem, Dorothea E., Susan G. Taylor, and Kathie McLaughlin. Renpenning. *Nursing : Concepts of Practice / Dorothea E. Orem, with a Contributed Chapter by Susan G. Taylor and Kathie McLaughlin Renpenning.* 6th ed. St. Louis: Mosby, 2001. Print.

Ortoleva, C. (2010). An approach to consistent patient education. *AORN journal, 92*(4), 437-444.

Pascoe, G. & Attkisson, C. (1983). The evaluation ranking scale: A new methodology for assessing satisfaction. *Eval Program Plann, 6*(3-4), 335-347.

Pavlin, D. J., Chen, C., Penaloza, D. A., & Buckley, F. P. (2004). A survey of pain and other symptoms that affect the recovery process after discharge from an ambulatory surgery unit. *Journal of Clinical Anesthesia, 16*(3), 200-206.

Peikes, D., Genevro, J., Scholle, S., & Torda, P. (2011). The Patient-Centered Medical Homes Strategies to Put Patients at the Center of Primary Care (Issue Brief). *IDEAS Working Paper Series from RePEc*, IDEAS Working Paper Series from RePEc, 2011.

Porras-González, M. H., Barón-López, F. J., García-Luque, M. J., & Morales-Gil, I. M. (2015). Effectiveness of the nursing methodology in pain management after major ambulatory surgery. *Pain Management Nursing, 16*(4), 520-525.

Redman, B. (1997). *The practice of patient education / Barbara Klug Redman.* (8th ed.). St. Louis: Mosby.

Rees, C., & Bath, P. (2000). Exploring the information flow: Partners of women with breast cancer, patients, and healthcare professionals. *Oncology Nursing Forum, 27*(8), 1267.

Reiter, K. (2014). A look at best practices for patient education in outpatient spine surgery. *AORN Journal, 99*(3), 376-384.

Remmers, Holtgräwe, & Pinkert. (2010). Stress and nursing care needs of women with breast cancer during primary treatment: A qualitative study. *European Journal of Oncology Nursing, 14*(1), 11-16.

Robinson et al. (2001). Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain. *Journal of Pain, 2*(5), 251-257.

Ruhl, M. (2009). Postoperative Voiding Criteria for Ambulatory Surgery Patients. *AORN Journal, 89*(5), 871-874.

Sackett, D. L. (1997, February). Evidence-based medicine. In Seminars

in perinatology (Vol. 21, No. 1, pp. 3-5). WB Saunders.

Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, R., & Richardson, W. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ, 312*(7023), 71-72.

Samama et al. (2006). Venous thromboembolism prevention in surgery and obstetrics: Clinical practice guidelines. *European Journal of Anaesthesiology, 23*(2), 95-116.

Seo et al. (2016). A newly developed tool for classifying study designs in systematic reviews of interventions and exposures showed substantial reliability and validity. *Journal of Clinical Epidemiology, 70*, 200-205.

Shoss & Tsai (2013). Postoperative care in cataract surgery. *Current Opinion in Ophthalmology, 24*(1), 66-73.

Sigma Theta Tau International 2005 2007 Research and Scholarship Advisory Committee. (2008). Sigma theta tau international position statement on evidence based practice February 2007 summary. *Worldviews on Evidence Based Nursing, 5*(2), 57-59.

Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs, 2*(1_suppl), 1-10.

Slieper, C. F., Hyle, L. R., & Rodriguez, M. A. (2007). Difficult discharge: Lessons from the oncology setting. *The American Journal of Bioethics, 7*(3), 31-32.

Spataro, E., Branham, G., Kallogjeri, D., Piccirillo, J., & Desai, S. (2016). Thirty-Day Hospital Revisit Rates and Factors Associated With Revisits in Patients Undergoing Septorhinoplasty. *JAMA Facial Plastic Surgery, 18*(6), 420-428.

Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state.

Anxiety-Current trends and theory, 3-20.

Steward, D. J., & Volgyesi, G. (1978). Stabilometry: A new tool for the measurement of recovery following general anaesthesia for out-patients. *Canadian Anaesthetists' Society Journal, 25*(1), 4-6.

Swan, B. A., Maislin, G., & Traber, K. B. (1998). Symptom distress and functional status changes during the first seven days after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia, 86*(4), 739-745.

Tabrizi, S., Malhotra, V., Turnbull, Z., & Goode, V. (2018). Implementation of Postoperative Nausea and Vomiting Guidelines for Female Adult Patients Undergoing Anesthesia During Gynecologic and Breast Surgery in an Ambulatory Setting. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*.

Talamini, M. A., Stanfield, C. L., Chang, D. C., & Wu, A. W. (2004). The surgical recovery index. *Surgical Endoscopy And Other Interventional Techniques, 18*(4), 596-600.

Theissen, A., Fuz, F., Bouregba, M., Autran, M., & Beaussier, M. (2018). A ten-year analysis of the reasons for death following ambulatory surgery: Nine closed claims declared to the SHAM insurance. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine, 37*(5), 447-451.

Tighe, P. J., Riley III, J. L., & Fillingim, R. B. (2014). Sex differences in the incidence of severe pain events following surgery: a review of 333,000 pain scores. *Pain Medicine, 15*(8), 1390-1404.

Titler et al. (2001). The Iowa model of evidence-based practice to promote quality care. *Critical Care Nursing Clinics, 13*(4), 497-509.

Toftgaard, C. (2009). Day surgery development. *Ambulatory Surgery, 15*(1), 4-9.

Toftgaard, C. (2012). Day Surgery Activities 2009: International Survey on Ambulatory Surgery conducted 2011. *Ambulatory Surgery, 17*(3).

Twersky, R., Fishman, D., & Homel, P. (1997). What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia, 84*(2), 319-324.

Viñoles, J., Ibáñez, M. V., & Ayala, G. (2011). Predicting recovery at home after ambulatory surgery. *BMC health services research, 11*(1), 269.

Weingarten et al. (2002). Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illnesswhich ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ, 325*(7370), 925-928.

Wesmiller et al. (2017). Exploring the multifactorial nature of postoperative nausea and vomiting in women following surgery for breast cancer. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical, 202*, 102-107.

Wetchler, B. V. (1985). *Anesthesia for ambulatory surgery*: Lippincott Williams & Wilkins.

Whittemore, R., & Knafl, K. (2005). The integrative review: updated methodology. *Journal of advanced nursing, 52*(5), 546-553.

Wood et al. (2017). Evidence-Based Practice: Video-Discharge Instructions in the Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing, 43*(4), 316-321.

Wright, J. (2014). Evidence-based Guidelines for Prehospital Practice: A Process Whose Time Has Come. *Prehospital Emergency Care, 18*(Supplement 1), 1-2.

Zalon, M. L. (2004). Correlates of recovery among older adults after major abdominal surgery. *Nursing Research, 53*(2), 99-106.

구미옥 등 (2013). 정맥주입요법 간호실무지침 수용개작. *임상간호연구,*

19(1), 128-142.

구현주, & 양진향. (2016). 노인환자의 수술 후 섬망에 대한 회복실 간호사의 간호수행과 영향요인. *한국간호교육학회지, 22*(3), 387-395.

국민건강보험공단 (2017). 2017년 주요 수술 통계 연보

김남정. (2003). *환자와 간호사의 수술 후 통증관리에 대한 지식과 태도.* 한양대학교 석사학위논문.

김선호, 송미순, 박연환, 송욱, 조비룡, 임재영, & 소위영. (2011). 만성질환 노인을 위한 운동교실 통합 자기관리교육 프로그램(하하프로그램)의 개발과정과 내용. *근관절건강학회지, 18*(2), 169-181.

김수미, & Kim, S.-M. (2011). 혈액투석실 투석용수관리를 위한 간호실무가이드라인 개발 및 평가. *기본간호학회지 = Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 18*(4), 463-471.

김수영, & 한국보건의료연구원. 신의료기술평가사업팀. (2011). *NECA 체계적 문헌고찰 매뉴얼 = NECA's guidance for undertaking systematic reviews and meta-analyses for intervention / 김수영 외집필.* (NECA 연구방법 시리즈 ; 2). 서울: 한국보건의료연구원 신의료기술평가사업팀.

김은경, 엄미란, & 정지영. (2008). 척추수술 환자와 간호사가 인지하는 간호요구도 비교. *기본간호학회지*, 15(1), 89-97.

김정택, & 신동균. (1978). STAI의 한국표준화에 관한 연구. *최신의학, 21*(10), 1223-1229.

김정희 등 (2016). 순차적 냉·온 요법이 척추 수술 후 통증과 통증 조절 만족도, 안위, 주관적 반응에 미치는 효과. *기본간호학회지 = Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 23*(2), 184-193.

김지희. (2001). *통원수술 이용환자들의 서비스 질에 대한 인식 및 만족도* (Doctoral dissertation, 연세대학교 보건대학원).

김효진, & 김동희. (2011). 갑상선암 수술환자의 퇴원교육 요구: 환자 vs. 간호사. *한국간호교육학회지, 17*(2), 287-295.

남애리나 등 (2013). 비강 캐뉼라를 이용한 저유량 산소 요법에서 비가습 적용의 간호실무 가이드라인 개발. *간호행정학회지 = Journal of Korean Academy of Nursing Administration, 19*(1), 87-94.

박경희, & 최희정. (2015). 실금간호 프로토콜 수용개작 및 효과 검증. *Journal of Korean Academy of Nursing, 45*(3), 357-366.

박명숙 등 (2015). 요양시설노인을 위한 구강간호 임상실무지침 수용개작. *재활간호학회지 = The Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 18*(1), 1-10.

박명화. (2006). *근거중심 간호의 이해와 적용 = Understanding and application of evidence based nursing / 박명화 지음*. 서울: 서울: 군자출판사.

박영숙 등 (2008). 퇴원 후 전화상담중재가 부인암환자의 지각된 건강상태, 심리적 안녕과 간호만족도에 미치는 효과. *한국간호교육학회지, 14*(2), 294-304.

박은아, & 김민영. (2015). 노인 환자의 골관절염 수술 후 발생한 섬망과 섬망 위험요인. *근관절건강학회지, 22*(2), 57-66.

삼성서울병원 건강자료실 Retrieved from http://www.samsunghospital.com/

송소이 등 (2012). 급성 뇌졸중 환자 대상 근거중심 간호 가이드라인 수용개작의 적용 평가. *기본간호학회지 = Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 19*(1), 87-97.

신용순 등 (2013). 성인 발열 환자를 위한 근거기반 간호 지침 개발 및 평가. *[국립중앙도서관 연계] 지식경제부 발간자료, 25*(3), 250-262.

오의금 등 (2016). 퇴원환자의 신체적 기능상태 및 미충족 간호요구도: 만성호흡기질환, 장루보유 대장암, 뇌졸중 환자를 중심으로. *임상간호연구, 22*(2), 194-204.

오의금, 오현주, & 이윤정. (2004). 임상 간호사들의 연구 관련 활동 실태 및 연구결과 활용의 장애 요인. *Journal of Korean Academy*

of Nursing, 34(5), 838-848.
유명덕. (2003). *암환자의 교육요구도와 이해도* (Doctoral dissertation, 연세대학교 보건대학원).
윤계숙, 김은경, 정소현, 이승주, 정미경, & 이영미. (2012). 통원수술환자의 안전한 귀가 결정을 위한 퇴실기준에 관한 연구. *임상간호연구, 18*(3), 435-446.
윤민아. (2016). *표준화된 수술 전 교육이 위암수술 후 환자의 자가간호 지식, 자가간호수행 및 신체회복에 미치는 효과* (Doctoral dissertation, 연세대학교 간호대학원).
의료기관평가 인증원 Retrived from http://www.koiha.or.kr/
이근무. (2002). 수술후 통증관리. *인제의학회지, 23*(3), 185-192.
이선자, 신은영, & 장숙랑. (2001). 노인 입원환자의 퇴원계획 프로그램 개발을 위한 퇴원 서비스 요구도 조사. *한국보건간호학회지, 15*(2), 376-386.
이성희, 홍성정, 김화선, & 전영훈. (2015). 복강경 수술 환자의 수술 후 오심과 구토 관리를 위한 근거중심 실무 가이드라인 적용 효과. *성인간호학회지, 27*(5), 481-492.
이월숙, 양유리, & 오의금. (2014). 수술 후 폐 합병증 예방을 위한 심호흡 운동의 효과에 대한 체계적 고찰. *기본간호학회지 = Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 21*(4), 423-432.
이정석, 한은정, & 강임옥. (2011). 장기요양방문간호 이용자의 특성 및 이용실태. *지역사회간호학회지, 22*(1), 33-44.
이종경, & 이미순. (2003). 위암 수술 환자의 퇴원 간호요구. *성인간호학회지, 15*(1), 22-32.
이현정, & 박현애. (2011). 눈질환자의 퇴원 후 증상관리를 위한 전화상담 알고리즘 개발. *간호행정학회지, 17*(3), 336-348.
이희선, & 안지혜. (2008). 간호사와 환자에게 제공된 수술통증관리 교육이 수술 후 통증관리에 미치는 효과. *임상간호연구, 14*(2), 5-17.

임연호, 서인선, & 정승희. (2010). 간호정보 제공이 당일수술 환자의 불안과 간호만족도에 미치는 효과. *성인간호학회지, 22*(1), 1-10.

임진이. (2008). *호흡기계 합병증 예방을 위한 중환자실 이행간호 임상지침 개발* (Doctoral dissertation, 연세대학교 대학원).

정민진, 신현아, 김윤희, 이지향, 이승자, & 송미라. (2012). 응급실 내원 발열 소아 환자의 열관리를 위한 근거중심 간호실무 가이드라인 개발. *Child Health Nursing Research, 18*(4), 214-221.

정복례, & 최은희. (2007). 발마사지가 유방절제술 환자의 수술후 불안과 통증에 미치는 효과. *Asian Oncology Nursing, 7*(1), 47-55.

조경숙, & 노창래. (2012). 통원 백내장 수술 후 개별 교육이 불안과 자가관리 수행에 미치는 영향. *대한안과학회지, 53*, 412-419.

조명숙, 조용애, 송미라, 김미경, & 차선경. (2013). 범이론적 모형에 기반한 근거기반실무 활성화 프로그램의 개발. *성인간호학회지, 25*(2), 136-147.

주미정. (2002). *개심술 환자의 퇴원교육에 대한 조사연구*. 이화여자대학교 교육대학원.

주애라, 염순교, & 박경숙. (2009). 대장암 수술 환자의 퇴원 시 간호요구도 조사. *기본간호학회지*, *16*(4), 392-401.

최명애, 방경숙, 박연환, & 강현주. (2011). 국내 근거기반간호의 현황과 발전 방향. *Perspectives in Nursing Science, 8*(2), 129.

최미정, & 박정숙. (2013). 구조화된 수술 전 교육이 백내장 수술 환자의 불안과 자가간호 수행에 미치는 효과. *성인간호학회지, 25*(4), 473-482.

[부록 1] 생명윤리심의위원회 심의결과 통보서

SMC201802087002-HE008 2013.12.23 개정본

통지서

※ 본 과제의 문서보존기간은 10 년 입니다.						
수신	의뢰(지원)기관	서울대학교				
	연구책임자	수술실 주미자				
IRB File No.		SMC 2018-02-087-002	심사내용	시정계획서	통지일자	2018.04.11
연구과제명	국문	통원 수술 환자의 재가회복간호 가이드라인 개발 및 효과 검증				
	영문					
임상시험코드			Study Nick Name			

연구분류1	□ 약물	□ 생물학적 제재	□ 세포치료제	□ 건강기능식품
	□ 의료시술	□ 의료기기 (○ 1등급	○ 2등급	○ 3등급 ○ 4등급)
	■ 해당사항 없음			
연구분류2	■ 인간대상연구	□ 인체유래물(검체)연구	□ 의무기록연구	
	□ 유전자연구	□ 유전자 치료		
	□ 배아연구	□ 체세포복제배아연구	□ 줄기세포주연구	
	□ 기타 ( )			
연구분류3	● 전향적 연구	○ 후향적 연구	○ 전향적 & 후향적 병행연구	
연구분류4	□ 중재연구	■ 설문조사	■ 자료분석 및 분석연구	
	□ 관찰연구 (	□ 단면조사연구	□ 환자대조군연구	□ 코호트 연구)
	□ 기타 ( )			
연구분류5	□ 인간을 대상으로 하지 않는 연구 Non-clinical study (in vitro. in vivo preclinical study)			
일반명		상품명		
전체피험자증례수	전체	68 명	국내	68 명
	본원			
연구승인기간	2018.04.11 ~ 2019.04.10			
지원의뢰기관	기관명	서울대학교	대표(직위)	성명
제출서류목록	1) 임상시험계획서 [] [] 2) 증례기록서 (CRF) [] [] 3) 별첨1) 요구도파악 동의서 4) 별첨2) 예비조사 동의서 5) 별첨3) 가이드라인 효과 검증 연구 동의서 6) 설문지 [] []			

1 / 2

제출서류목록	7) 연구개요 [] [] 8) 연구자 서약서 [] [] 9) 연구자 최근 이력 [] []		
관련근거	평가일자	2018.04.11	
중간보고시기	2019년 02월 10일부터	비고	
심사결과	● 승인 ○ 시정승인		
	본 위원회의 시정요구사항에 대해 적절히 조치된 것으로 판단합니다. 연구대상자에게 부가되는 위험 수준은 최소위험 이하로 신속심사 요건에 해당합니다. 지속심사 주기를 1년으로 하며 연구의 진행을 승인합니다. IRB 승인 기간 이후에도 연구를 지속하기 위해서는 연구의 진행상황에 대하여 e-irb 게시판 양식함 내 "연구과제 점검리스트" 서식을 이용하여 2019년 02월 10일 이후부터 중간보고를 하셔야 합니다.		

▧ 시정 / 보완 계획 및 그 밖의 IRB결정사항에 대한 이의신청은
해당 심사결과 통지일로부터 3개월 이내에 제출하시기 바랍니다.
신규계획의 답변이 심사결과 통지일로부터 1년이상 경과한 경우에는
시정 / 보완계획을 제출하실 수 없으며, 해당 연구는 다시 신규계획으로 제출하시기 바랍니다.
▧ 본 과제의 연구자와 이해상충(COI, Conflict of Interest)이 있는 위원은
심사 결정과정에 참여하지 않습니다.
▧ 본 임상연구 결과는 임상시험실시기관의 사전 서면동의 없이는 어떤 경우라도 학술목적 이외에
실시기관명을 사용할 수 없습니다.
▧ 문서 하단의 바코드를 스캐너로 확인하여 위변조 여부를 확인할 수 있습니다.
▧ 본 위원회는 국제 임상시험 통일안(ICH) 및 임상시험관리기준(GCP)을 준수합니다.

삼성서울병원 Institutional Review Board

[부록 2] 연구 참여자용 동의서

SAMSUNG MEDICAL CENTER

[서식 35-2] <2013.05.20> 페이지 1 / 4

연구 참여 설명문 및 동의서

동의서 버전 또는 버전 날짜:	Version _____ date _____					
피험자 식별 CODE						
연구 제목:	통원 수술 환자의 재가회복간호 가이드라인 개발 및 효과 검증					
연구책임자:	(성명)	주미자	(소속)	삼성서울병원	(연락처)	
연구담당자:	(성명)	정애리	(소속)	삼성서울병원	(연락처)	
연구대상자의 권리에 대한 문의처			피험자보호 연구윤리담당자		(연락처)	02-3410-2980

*** 만일 본 연구에 문의사항이 있으시거나, 위험이나 불편 또는 손상이 발생할 경우, 상기 연구책임자 또는 연구담당자에게 연락하여 주시기 바랍니다.**

1. 연구의 목적

본 연구는 수술 후 당일 퇴원하는 환자분들이 집에서 보내는 회복 단계에서 자가 관리를 향상시키기 위한 다양한 환자 요구를 바탕으로 재가회복간호 가이드라인을 개발 하고 효과를 검증하기 위한 연구입니다. 재가 회복은 통원 수술 후 집에서 겪는 회복 과정에서 신체적 증상, 정신건강, 일상생활, 환경적 문제에 대한 어려움 없이 돌아온 상태를 말하며 이런 회복 과정을 신체적, 정신적 어려움 없이 지낼 수 있도록 연구를 진행하여 가이드라인 만들고 이를 환자분들에게 배포할 예정입니다.

2. 연구 참여 기간, 절차 및 방법

본 연구에 참여하기로 동의하시면 설문지를 이용하여 불안 및 지식, 만족도에 대한 설문조사를 시행할 예정입니다. 연구는 시험군과 대조군을 나눠서 진행하는 연구이며, 시험군은 개발된 재가회복간호 가이드라인을 적용 받을 것이며, 대조군은 현재 사용되고 있는 퇴원 교육을 받게 될 것입니다. 설문 조사는 모두 4 페이지로 구성되어 있고 설문 작성에는 약 10 분 정도가 걸릴 것으로 예상됩니다. 설문 조사는 사전 설문과 사후 설문으로 나누어 진행될 것입니다. 사전 설문지는 수술 전 환자의 일반적 특성 설문지와 불안 설문지 작성이 있으며, 사후 설문지 작성은 통원 수술 퇴원시 가이드라인을

SAMSUNG MEDICAL CENTER
Irwonro 81, Gangnam-gu
Seoul, Korea

전달해드리고 일주일 후 외래 진료시 불안, 지식, 만족도를 측정하여 완료됩니다. 또한 귀하의 임상정보를 eMR을 통해 수술 부위 감염 여부를 확인하기 위해 일부 사용할 것입니다.

3. 예상되는 위험 및 이득

본 연구는 가이드라인 배포 사전, 사후에 설문을 통해 진행하는 연구로 연구참여로 인한 직접적인 위험성은 없습니다. 다만 본 연구는 시험군과 대조군을 나누어 진행하는 연구로 귀하가 어느 군에 포함되는지는 알 수 없습니다. 본 연구를 통하여 향후 더 많은 환자들에게 유익한 정보를 제공하고 의학 발전에 도움이 될 수 있을 것으로 기대됩니다.

4. 연구참여에 따른 손실에 대한 보상

본 연구에 참여하시게 되면 5000원 상당의 상품이 제공됩니다.

5. 개인 정보의 제공에 대한 동의

귀하의 자료는 향후의 다른 연구에서도 사용하여 더 좋은 결과를 얻을 수 있습니다. 귀하의 자료를 향후의 다른 연구에 사용하는 것과 관련하여 다음 중 하나를 선택해 주시기 바랍니다.

- ☐ 향후의 모든 다른 연구에, 귀하의 자료를 제공하여 연구하는 것에 동의합니다.
- ☐ 삼성서울병원의 연구자에게만 동의합니다.
- ☐ 본 연구의 연구자에게만 동의합니다.
- ☐ 동의하지 않습니다.

6. 자유의사에 의한 연구 참여 및 동의 철회

본 연구에 참여할지 여부는 전적으로 귀하의 선택에 의한 것이며 참여하지 않을 경우에도 전혀 불이익은 없습니다. 또한 참여에 동의한 이후에도 동의 철회를 원할 경우 조사된 자료를 폐기하도록 요청하실 수 있으며 이 경우 이미 연구에 사용된 정보와 자원을 제외하고 모든 자료는 적법한 절차에 따라 폐기됩니다.

7. 개인정보 보호

만약 귀하가 본 연구에 참여하신다면 본 연구에서는 귀하의 개인정보(성명과 같은 개인식별정보 및 건강에 관한 정보 등)를 수집하게 됩니다. 이렇게 수집된 개인정보는 관련 법규에 따라 엄격하게 관리되며 연구에 관련된 담당자만이 수집된 자료에 접근할 수 있습니다. 수집된 개인정보 중 개인식별정보는 연구에 직접 이용되거나 필요한 정보가 아니며 연구로 인해 획득되는 임상 자료와 귀하를 연결하기 위한 목적으로만 사용됩니다. 귀하의 개인정보는 연구 목적을 달성할 때까지 사용하게 되며 수집된 정보는 개인정보보호법에 따라 적절히 관리됩니다.

연구대상자 성명: _____

서명: _____ 날짜: _____

법정대리인: _____ 대상자와의 관계: _____
(필요한 경우)
서명: _____ 날짜: _____

연구책임자/공동연구자 성명: _____

서명: _____ 날짜: _____

연구대상자가 본인이 읽을 수 없다는 의사를 표현한 경우로, 연구자가 본 동의서를 연구대상자에게 읽어 주었고 연구대상자와 함께 이를 논의하였으며 질문할 기회를 제공함을 확인합니다

참관인 성명: _____ 비고(관계, 신분, 입회사유 등): _____
(글을 읽지 못하는 연구대상자의 경우)
서명: _____ 날짜: _____

본 동의서는 삼성서울병원 기관윤리심의위원회(IRB)에서 심의하여 사용을 승인한 동의서로, SMC 철인이 된 경우에만 유효합니다

SAMSUNG MEDICAL CENTER
Irwonro 81, Gangnam-gu
Seoul, Korea

[부록 3] 설문지

1. 환자 요구도 파악 설문지 및 질문지

1. 연구 제목

통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 개발 및 효과

2. 연구 담당자

정애리 (서울대학교 간호대학 지역사회간호학 석박사통합과정, 삼성서울 병원 별관 수술실 간호사)

3. 연구의 배경 및 목적

안녕하십니까? 서울대학교에서 지역사회간호학 석박사통합과정을 하고 있는 정애리 입니다.

본 설문지는 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 개발 및 효과 검증에 관한 연구의 설문지입니다. 설문조사의 결과는 순수하게 연구의 목적으로만 사용될 것이며 응답사항에 대하여 다른 목적으로 사용되는 일은 절대 없을 것을 약속드립니다.

본 설문에 동의하시는 분은 다음 장에 기술된 설문에 응답하여 주시길 바랍니다.

끝으로 소중한 시간을 할애하여 본 설문지 작성 및 면담에 응해주셔서 감사합니다.

* 담당자 소속부서: 삼성서울병원 별관수술실
* 담당자 E-mail : 정애리
* 담당자 연락처 :
* 피험자 보호 연구윤리담당자 : 02-3410-2980

< 면담 전 일반적 특성 설문지 >

다음은 일반적인 사항에 대한 질문으로 해당되는 문항에 V 표시해 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 연령대는 어디에 해당되십니까?
① 만 20-29세 ② 만 30-39세 ③ 만 40-49세 ④ 만 50-59세 ⑤ 만 60세 이상

2. 귀하의 성별은 어디에 해당됩니까?
① 남자 ② 여자

3. 귀하는 결혼을 하셨습니까?
① 미혼 ② 기혼 ③ 기타

4. 귀하는 누구가 함께 살고 있습니까?
① 혼자 산다. ② 배우자와 함께 거주 ③ 배우자 외 동거 가족과 함께

5. 귀하의 교육 정도는 어느 정도 입니까?
① 초등학교 이하 ② 중학교 ③ 고등학교 ④ 대학교 이상

6. 귀하의 종교는 어디에 해당됩니까?
① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타

7. 귀하가 받는 수술 종류는 무엇입니까?
① 일반외과 ② 산부인과 ③ 안과

8. 귀하가 받는 마취의 종류는 무엇입니까?
① 전신마취 ② 척추마취 ③ 국소마취

9. 귀하는 이전에 수술을 받은 적이 있습니까?
① 있다 ② 없다

< 면담 질문지 >

1. 수술 후 퇴원시 설명된 부분에 대해 만족하셨나요?
2. 퇴원교육에서 이해하기 어려웠던 부분을 말씀해주세요.
3. 퇴원 후 회복 과정에서 가장 힘든 점은 무엇인가요?
4. 어려웠던 부분을 어떻게 극복하셨나요?
5. 회복 과정에서 불안했던 부분이 있습니까?
6. 퇴원시 어떤 부분에 대한 설명이 더 필요하다고 생각하십니까?
7. 퇴원 후 회복하면서 도움이 되었던 것이 있습니까? (예 : 가족, 친지)

2. EBP-DECA 전문가 질 평가

다음은 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 평가에 필요한 내용입니다. 아래에 제시한 내용에 해당되는 칸에 V 표시 해 주십시오.

영역	문항	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	매우 그렇지 않다
범위와 목적	1. 퇴원교육 콘텐츠의 전반적 목적을 구체적으로 기술하였다.	1	2	3	4
	2. 퇴원교육 콘텐츠에서 다루는 임상 질문이 특이적으로 기술되었다.	1	2	3	4
	3. 퇴원교육 콘텐츠 적용 대상인 환자에 대해 구체적으로 기술하고 있다.	1	2	3	4
이해당사자의 참여	4. 퇴원교육 콘텐츠 개발 그룹에 모든 관련 전문가 집단이 포함되어 있다.	1	2	3	4
	5. 환자의 관점과 선호도를 포함하였다.	1	2	3	4
	6. 퇴원교육 콘텐츠 사용자가 명백하게 규정되어 있다.	1	2	3	4
	7. 목표 사용자를 대상으로 개발된 퇴원교육 콘텐츠에 대한 사전 조사를 시행하였다.	1	2	3	4

개발의 엄격성	8. 근거 검색에 체계적인 방법을 사용하였다.	1	2	3	4
	9. 근거를 선택하는 기준이 명시되어 있다.	1	2	3	4
	10. 권고 도출의 방법이 명시되어 있다.	1	2	3	4
	11. 권고 도출에 건강상 편의, 부작용, 위험을 고려하였다.	1	2	3	4
	12. 권고와 이를 지지하는 근거들이 명시적으로 연결되어 있다.	1	2	3	4
	13. 퇴원교육 콘텐츠 출간 전에 전문가에 의한 외부 검토를 받았다.	1	2	3	4
	14. 퇴원교육 콘텐츠의 갱신 절차가 있다.	1	2	3	4
명확성과 표현	15. 권고안이 특이적이며 모호하지 않다.	1	2	3	4
	16. 임상 상황에서 선택할 수 있는 다양한 방법이 명확하게 제시되어 있다.	1	2	3	4
	17. 주요 권고안을 쉽게 확인할 수 있다.	1	2	3	4
	18. 퇴원교육 콘텐츠를 보급하기 위한 도구가 있다.	1	2	3	4
적용성	19. 권고를 적용할 때 기관에서 발생할 수 있는 잠재적 장벽에 대해 고려하고 있다.	1	2	3	4
	20. 권고를 적용할 때 발생할 수 있는 비용 문제를 고려하였다.	1	2	3	4
	21. 퇴원교육 콘텐츠 시행정도를 모니터링하고 평가할 수 있는 주요 기준이 제시되었다.	1	2	3	4
편집의 독립성	22. 퇴원교육 콘텐츠의 내용은 재정 후원을 한 단체로부터 독립되어 있다.	1	2	3	4
	23. 퇴원교육 콘텐츠 개발 내에 이해 상충 문제를 기록하였다.	1	2	3	4

3. 가이드라인 효과 검증 연구 설문지

연구대상자 설명문
1. 연구 제목 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 개발 및 효과 **2. 연구 담당자** 정애리 (서울대학교 간호대학 지역사회간호학 석박사통합과정, 삼성 서울 병원 별관 수술실 간호사) **3. 연구의 배경 및 목적** 안녕하십니까? 서울대학교에서 지역사회간호학 석박사통합과정을 하고 있는 정애리 입니다. 본 설문지는 통원수술 환자를 위한 EBP기반 퇴원교육 콘텐츠 개발 및 효과에 관한 연구의 설문지입니다. 설문조사의 결과는 순수하게 연구의 목적으로만 사용될 것이며 응답사항에 대하여 다른 목적으로 사용되는 일은 절대 없을 것을 약속드립니다. 본 설문에 동의하시는 분은 다음 장에 기술된 설문에 응답하여 주시길 바랍니다. 끝으로 소중한 시간을 할애하여 본 설문지 작성에 끝까지 응답하여 주심에 다시 한 번 깊은 감사를 드립니다. * 담당자 소속부서: 삼성서울병원 별관수술실 * 담당자 E-mail : 정애리 * 담당자 연락처 : * 피험자 보호 연구윤리담당자 : 02-3410-2980

< 일반적 특성 >

다음은 일반적인 사항에 대한 질문으로 해당되는 문항에 V 표시해 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 연령대는 어디에 해당되십니까?
① 만 20-29세 ② 만 30-39세 ③ 만 40-49세 ④ 만 50-59세 ⑤ 만 60세 이상

2. 귀하의 성별은 어디에 해당됩니까?
① 남자 ② 여자

3. 귀하는 결혼을 하셨습니까?
① 미혼 ② 기혼 ③ 기타

4. 귀하는 누구와 함께 살고 있습니까?
① 혼자 산다. ② 배우자와 함께 거주
③ 배우자 외 동거 가족과 함께

5. 귀하의 교육 정도는 어느 정도 입니까?
① 초등학교 이하 ② 중학교 ③ 고등학교 ④ 대학교 이상

6. 귀하의 종교는 어디에 해당됩니까?
① 기독교 ② 불교 ③ 천주교 ④ 기타

7. 귀하가 받는 수술 종류는 무엇입니까?
① 일반외과 ② 산부인과 ③ 안과

8. 귀하가 받는 마취의 종류는 무엇입니까?
① 전신마취 ② 척추마취 ③ 국소마취

9. 귀하는 이전에 수술을 받은 적이 있습니까?
① 있다 ② 없다

< 불안 평가 설문지 >

다음은 수술 불안을 평가에 필요한 내용입니다. 아래에 제시한 내용에 해당되는 칸에 V 표시 해 주십시오.

항목	전혀 그렇지 않다	조금 그렇다	보통으로 그렇다	매우 그렇다
1. 나는 마음이 차분하다.	①	②	③	④
2. 나는 마음이 든든하다.	①	②	③	④
3. 나는 긴장되어 있다.	①	②	③	④
4. 나는 후회스럽고 서운하다.	①	②	③	④
5. 나는 마음이 편하다.	①	②	③	④
6. 나는 당황해서 어찌할 바를 모르겠다.	①	②	③	④
7. 나는 앞으로 불행이 있을까봐 걱정하고 있다.	①	②	③	④
8. 나는 마음이 놓인다.	①	②	③	④
9. 나는 불편하다.	①	②	③	④
10. 나는 편안하게 느낀다.	①	②	③	④
11. 나는 짜증스럽다.	①	②	③	④
12. 나는 마음이 조마조마하다.	①	②	③	④
13. 나는 극도로 긴장되어 있다.	①	②	③	④
14. 내 마음은 긴장이 풀려 푸근하다.	①	②	③	④
15. 나는 만족스럽다.	①	②	③	④
16. 나는 걱정하고 있다.	①	②	③	④
17. 나는 흥분되어 어쩔 줄 모른다.	①	②	③	④
18. 나는 즐겁다.	①	②	③	④
19. 나는 기분이 좋다.	①	②	③	④
20. 나는 자신감이 있다.	①	②	③	④

< 만족도 평가 설문지 >

다음은 퇴원교육 만족도 평가에 필요한 내용입니다. 응답이 긍정적이든 부정적이든 상관없이 정직하게 응답하여 주시고 모든 질문에 빠짐없이 응답해주세요.

1. 환자분께서 받은 퇴원교육의 서비스 질에 대해 어떻게 평가하십니까?
① 대단히 좋다(4) ② 좋다(3) ③ 그저 그렇다(2) ④ 좋지 않다(1)

2. 환자분께서 원했던 서비스를 받았습니까?
① 전혀 그렇지 않다(1) ② 그렇지 않다(2) ③ 그렇다(3) ④ 확실히 그렇다(4)

3. 저희 통원수술 퇴원교육은 환자분께서 원하는 바를 얼마나 충족시켜주었습니까?
① 내가 원하는 바가 거의 모두 충족되었다(4)
② 내가 원하는 바가 대부분 충족되었다(3)
③ 내가 원하는 바가 약간 충족되었다(2)
④ 내가 원하는 바가 전혀 충족되지 않았다(1)

4. 환자분의 친구가 환자분과 유사한 도움이 필요하다면, 퇴원교육 중재를 받아보시도록 권유하시겠습니까?
① 절대로 그렇게 하고 싶지 않다(1)
② 그렇게 하고 싶지 않다(2)
③ 그렇게 하고 싶다(3)
④ 반드시 그렇게 하고 싶다(4)

5. 환자분께서 받은 도움의 양에 대해 얼마나 만족하십니까?
① 매우 불만족한다(1) ② 약간 불만족한다(2)
③ 대체로 만족한다(3) ④ 매우 만족한다(4)

6. 환자분께서 받은 퇴원교육은 회복에 보다 효과적으로 도움을 주었습니까?
① 많은 도움이 되었다(4) ② 상당한 도움이 되었다(3)
③ 도움이 되지 않았다(2) ④ 상황이 더 나빠진 것 같다(1)

7. 전반적으로 환자분께서 받은 퇴원교육 서비스에 대해 얼마나 만족하십니

까?
① 매우 만족한다(4) ② 대체로 만족한다(3)
③ 약간 불만족한다(2) ④ 매우 불만족한다(1)

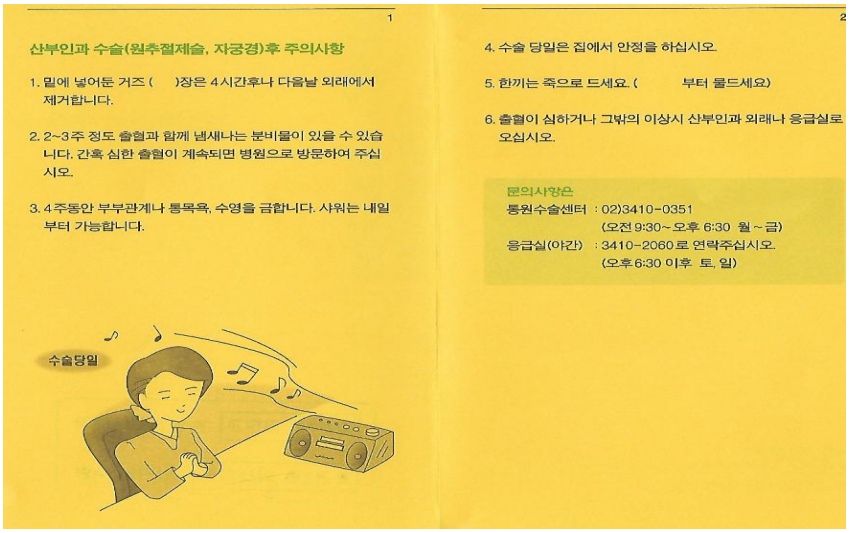
8. 환자분께서는 다른 질환에 대해서도 이런 퇴원교육 서비스를 받아보고 싶습니까?
① 절대 이용하지 않겠다(1) ② 이용하고 싶지 않다(2)
③ 이용하고 싶다(3) ④ 반드시 이용하겠다(4)

< 지식 평가 설문지 >

문제	O	X
1. 상처부위를 만지기 전에는 반드시 손을 씻어야 한다.		
2. 진통제를 계속 복용할 경우 약물에 중독될 우려가 있다.		
3. 수술 후 회복 과정에서 겪는 통증은 누구나 겪을 수 있는 자연스러운 과정으로 시간을 가지고 지켜봐야 한다.		
4. 수술을 받은 후 일주일 동안 집에서 움직이지 않는 것이 회복에 도움이 된다.		
5. 수술 후 등산이나 목욕, 수영 등은 수술 부위를 감염시킬 수 있기 때문에 피해야 한다.		
6. 진통제는 아플 때만 먹는 것이다.		
7. 통원수술은 당일에 수술하고 바로 회복하는 수술을 말한다.		
8. 수술 후 38도 이상의 열이 지속되면 병원에 문의해야 한다.		
9. 수술을 하고 피가 나는 것은 당연한 현상이므로 시간을 가지고 지켜본다.		
10. 열이 나거나 수술 부위의 색이 변하면 수술 부위가 감염될 가능성이 높다.		

[부록 4] 기존 퇴원교육 자료 예시

< 산부인과 퇴원교육 자료 >



1

산부인과 수술(원추절제술, 자궁경)후 주의사항

1. 밑에 넣어둔 거즈 ( )장은 4시간후나 다음날 외래에서 제거합니다.

2. 2~3주 정도 출혈과 함께 냄새나는 분비물이 있을 수 있습니다. 간혹 심한 출혈이 계속되면 병원으로 방문하여 주십시오.

3. 4주동안 부부관계나 통목욕, 수영을 금합니다. 샤워는 내일부터 가능합니다.

수술당일

2

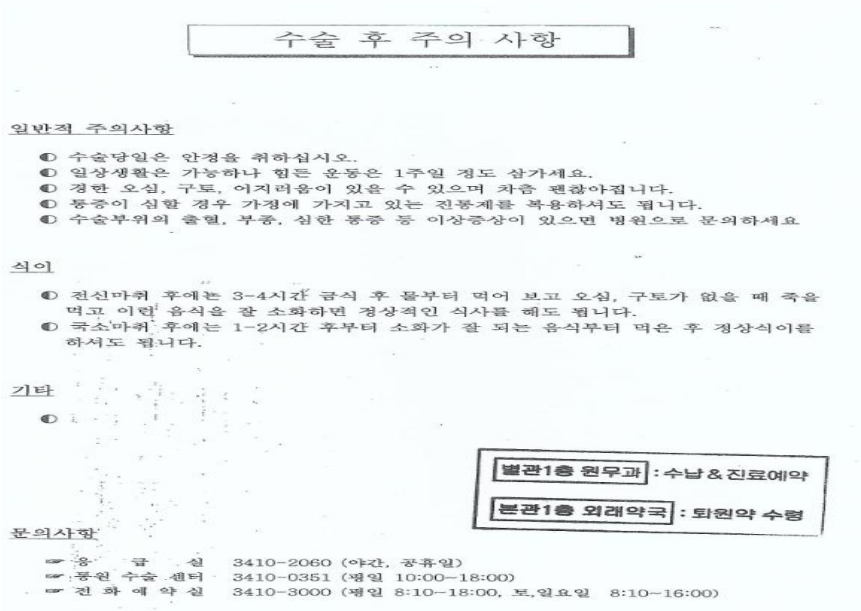
4. 수술 당일은 집에서 안정을 하십시오.

5. 한끼는 죽으로 드세요. (부터 물드세요)

6. 출혈이 심하거나 그밖의 이상시 산부인과 외래나 응급실로 오십시오.

문의사항은
통원수술센터 : 02)3410-0351
(오전 9:30~ 오후 6:30 월~금)
응급실(야간) : 3410-2060로 연락주십시오.
(오후 6:30 이후 토, 일)

< 일반외과 퇴원교육 자료 >



수술 후 주의 사항

일반적 주의사항

- 수술당일은 안정을 취하십시오.
- 일상생활은 가능하나 힘든 운동은 1주일 정도 삼가세요.
- 경한 오심, 구토, 어지러움이 있을 수 있으며 차츰 괜찮아집니다.
- 통증이 심할 경우 가정에 가지고 있는 진통제를 복용하셔도 됩니다.
- 수술부위의 출혈, 부종, 심한 통증 등 이상증상이 있으면 병원으로 문의하세요

식이

- 전신마취 후에는 3-4시간 금식 후 물부터 먹어 보고 오심, 구토가 없을 때 죽을 먹고 이런 음식을 잘 소화하면 정상적인 식사를 해도 됩니다.
- 국소마취 후에는 1-2시간 후부터 소화가 잘 되는 음식부터 먹은 후 정상식이를 하셔도 됩니다.

기타

-

별관1층 원무과 : 수납 & 진료예약
본관1층 외래약국 : 퇴원약 수령

문의사항

- 응 급 실 3410-2060 (야간, 공휴일)
- 통원 수술 센터 3410-0351 (평일 10:00~18:00)
- 전 화 예 약 실 3410-3000 (평일 8:10~18:00, 토,일요일 8:10~16:00)

[부록 5] EBP-DECA 참고문헌

1. 통합적 문헌 고찰 대상 논문

	논문제목
1	김남정 (2003). 환자와 간호사의 수술 후 통증관리에 대한 지식과 태도
2	김정희 등 (2016). 순차적 냉· 온 요법이 척추 수술 후 통증과 통증조절 만족도, 안위, 주관적 반응에 미치는 효과.
3	박은아, & 김민영. (2015). 노인 환자의 골관절염 수술 후 발생한 섬망과 섬망 위험요인.
4	양현미. (2013). 고관절 골절 수술을 받은 노인과 가족 주 돌봄자를 위한 퇴원교육 자료 개발
5	이월숙 등 (2014). 수술 후 폐 합병증 예방을 위한 심호흡 운동의 효과에 대한 체계적 고찰.
6	이현정, & 박현애. (2011). 눈질환자의 퇴원 후 증상관리를 위한 전화상담 알고리즘 개발
7	이희선, & 안지혜. (2008). 간호사와 환자에게 제공된 수술통증관리 교육이 수술 후 통증관리에 미치는 효과.
8	정미혜 등 (2011). 정형외과 수술 후 섬망 발생요인 분석.
9	정미영, 최효선, & 박경연. (2012). 냉요법을 이용한 수술 후 구강간호가 복강경 자궁근종절제술 환자의 오심, 구토 및 구강 불편감에 미치는 효과.
10	정복례, & 최은희. (2007). 발마사지가 유방절제술 환자의 수술후 불안과 통증에 미치는 효과
11	주애라 등 (2009). 대장암 수술 환자의 퇴원 시 간호요구도 조사.
12	최미정, & 박정숙. (2013). 구조화된 수술 전 교육이 백내장 수술 환자의 불안과 자가간호 수행에 미치는 효과
13	한일경 등 (2009). 퇴원하는 환자의 상처관리에 대한 지식과 염려에 관한 연구

14	황연자 등 (2004). CD ROM 을 이용한 교육프로그램이 단기입원수술 환자의 수술 전 불안과 수술 후 자가간호 수행을 위한 지식에 미치는 효과.
15	Aas Eng et al. (2017). Complications in operative hysteroscopy - is prevention possible?.
16	Berg, K., Arestedt, K., & Kjellgren, K. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study.
17	DeCrane et al. (2011). Factors associated with recovery from early postoperative delirium.
18	Dewar et al. (2004). Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences.
19	Elaqoul et al. (2017). Postoperative Pain Among Patients After Day-Case Surgery.
20	Fayers et al. (2009). Impact of written and photographic instruction sheets on patient behavior after cataract surgery.
21	Golden et al. (1999). Perioperative glycemic control and the risk of infectious complications in a cohort of adults with diabetes.
22	Good et al. (2002). Relaxation and music reduce pain after gynecologic surgery.
23	Guigoz, Y., & Aging. (2006). The Mini Nutritional Assessment (MNA®) review of the literature-what does it tell us?
24	Kleinbeck, S. V., & Dopp, A. (2005). The Perioperative Nursing Data Set－A new language for documenting care.
25	Majholm et al. (2012). Partners' experiences of the postdischarge period after day surgery - a qualitative study.
26	Mitchell, M. (2002). Guidance for the psychological care of day case surgery patients.

27	Mitchell, M. (2003). Impact of discharge from day surgery on patients and carers.
28	O'Donnell, K. F. (2018). Preoperative Pain Management Education: An Evidence-Based Practice Project.
29	Odom Forrenet al. (2017). Postoperative distress of orthopedic ambulatory surgery patients.
30	Odom-Forren, J. (2011). Measurement of post discharge nausea and vomiting for ambulatory surgery patients: a critical review and analysis.
31	Odom-Forren et al. (2013). Incidence and predictors of postdischarge nausea and vomiting in a 7-day population.
32	Odom-Forrenet al. (2015). The Relationship of Pain and Nausea in Postoperative Patients for 1 Week After Ambulatory Surgery.
33	Robinson et al. (2001). Gender role expectations of pain: Relationship to sex differences in pain.
34	S, M. et al. (2014). Incidence and risk factors of delirium in the elderly general surgical patient.
35	Tighe et al. (2014). Sex differences in the incidence of severe pain events following surgery: a review of 333,000 pain scores.
36	Topcu, S. Y., & Findik, U. Y. (2012). Effect of Relaxation Exercises on Controlling Postoperative Pain.
37	Vaajoki et al. (2012). Effects of listening to music on pain intensity and pain distress after surgery: an intervention.
38	Wesmiller et al.(2017). Exploring the multifactorial nature of postoperative nausea and vomiting in women following surgery for breast cancer.

2. 콘텐츠 개발 대상 가이드라인

	논문제목
1	AORN Guidance Statement: postoperative patient care in the ambulatory surgery setting. (2005).
2	Cataracts in adults: management NICE guideline [NG77] NICE National Institute for Health and Clinical Excellence.
3	Chou et al. (2016). Management of Postoperative Pain: a clinical practice guideline from the American pain society.
4	Community pharmacies: promoting health and wellbeing NICE guideline [NG102]
5	Mangram et al. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. 20(4), 247-280.
6	SIGN 114. Non-pharmaceutical management of depression
7	SIGN 134. Treatment of primary breast cancer
8	SIGN 157. Risk reduction and management of delirium
9	Surgical site infections: prevention and treatment Clinical NICE guideline [NG125]
10	Tabrizi et al. (2018). Implementation of Postoperative Nausea and Vomiting Guidelines for Female Adult Patients Undergoing Anesthesia During Gynecologic and Breast Surgery in an Ambulatory Setting. Journal of PeriAnesthesia Nursing.

[부록 6] EBP-DECA Contents and Reference

1. 일반외과 유방절제술 퇴원교육 콘텐츠

CONTENTS	Reference
1. 신체적 증상 관리	
1.1 상처관리	
1.1.1. 상처에 붙여져 있는 종이테이프는 상처를 보호하고, 상처가 벌어지지 않도록 유지하기 위해 붙여놓은 것입니다. 퇴원 후 직접 제거하지 말고 다음 외래에 방문할 때까지 그대로 유지하세요.	- 삼성서울병원 건강자료실 - Mangram et al. (1999).
1.1.1.1. 상처가 아물기 전에는 떨어지지 않으나 떨어진 경우에는 다음 외래 진료시까지 다시 붙이지 않으셔도 됩니다.	
1.1.2. 수술 부위에 붙어있는 투명한 재질의 막은 수술용 피부 본드 입니다. 수술 부위를 보호하고 상처가 벌어지지 않도록 유지해주며, 방수 기능이 있습니다. 이 본드는 일주일 뒤에 자연스럽게 떨어집니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.1.2.1. 소독이나 실밥 제거는 필요하지 않습니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.1.2.2. 수술 상처에 붙여져 있는 방수 거즈는 다음 외래 진료까지 제거하지 않으며, 떨어진 경우에는 방수 거즈를 새로 구입하여 붙여줍니다.	Mangram et al. (1999).

1.1.3. 퇴원 후 수술 부위에 소독이 필요하신 분은 2-3일에 1번 스스로 소독하거나 가까운 1차 병원에서 소독 받으세요.	NICE [NG125]
1.1.4. 상처 부위가 출렁이는 느낌이 드는 경우 병원에 문의하세요. 이는 대부분 조직을 제거한 부위에 체액이 고인 경우입니다. 고인 체액을 밖으로 빼내는 것이 상처 치유에 좋으므로 외래 방문이 필요합니다.	Mangram et al. (1999).
1.1.5. 수술 부위의 감각이 약간 덜하거나 가끔 따끔거릴 수 있으나 이런 증상은 흔한 증상이며, 약 1달 후 회복됩니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.1.6. 상처 치유와 절개 부위의 힘이 가는 것을 줄이기 위해 팔을 늘어뜨린 자세를 피하고 가능한 안쪽으로 팔을 모으는 자세를 취하는 것이 좋습니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.1.7. 당뇨 환자는 혈당 조절이 잘 되지 않아 상처 치유가 더 오래 걸릴 수 있으므로 좀 더 기다리셔야합니다. 고혈당은 상처 치유에 필요한 백혈구가 생기는 것을 막으며 치유하는 섬유 조직의 생기는 것을 방해하고, 조직이 엉겨 붙는 힘을 감소시킵니다. 그러므로 회복시 혈당 관리를 잘하셔야 합니다.	Golden et al. (1999).
1.1.8. 아래의 증상이 나타나는 경우 수술 부위의 감염이 의심되므로 바로 병원으로 연락하거나 응급실에 내원해주세요.	- AORN(2000) - Gardner et al. (2001). - Mangram et al. (1999).
1.1.8.1. 수술 30일 이내에 상처가 붉게 변하는 경우	
1.1.8.2. 상처 부위가 벌어진 경우	
1.1.8.3. 몸에서 38도 이상의 열이 나거나 오한이 오는 경우	

1.1.8.4. 상처 부위에서 역한 냄새가 나거나 고름이 나오는 경우	
1.1.8.5. 상처 부위에 견딜 수 없는 통증이 있는 경우	
1.2. 투약관리	
1.2.1. 수술 후 통증이 있을 경우에는 처방받은 퇴원약을 복용하세요.	- Chou et al. (2016). - 의약품사전
1.2.1.1. 처방받은 acetaminophen은 진통제입니다. 하루에 3번 한 알씩 복용하세요.	
1.2.1.2. 복용 후 구역질이나 구토, 피부 과민 반응이 일어날 경우 복용을 중단하세요.	
1.2.2. 통증이 있는데 처방된 약이 없거나 약이 부족할 경우에는 일반약국에서 타이레놀을 사서 복용하시면 됩니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.2.3. 통증이 조절되지 않거나 악화된다면 병원으로 연락해주세요.	AORN(2000)
1.2.4. 아프지 않다면 진통제를 드시지 않으셔도 됩니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.3. 통증관리	
1.3.1. 수술 부위 통증은 개인차가 심하며 환자의 성격, 성별, 나이, 수술 부위와 범위, 마취 방법 등에 따라 다릅니다. 통증의 지속 기간은 수술 후 2-3일에서 한 달까지 지속될 수 있습니다.	Chou et al. (2016)
1.3.2. 수술 환자의 30% 환자들이 수술 후 통증을 호소하며 수술 후 24시간 내에 통증이 가장 심합니다. 수술 후 활동시에 통증이 증가할 수 있으므로 수술 한 당일은 휴식을 취하도록 합니다.	Elaqoul et al. (2017).

1.3.3. 일반적으로 여성이 남성에 비해서 통증에 더 예민하게 반응합니다.	Tighe et al. (2014).
1.3.4. 마음이 불안하거나 피곤한 경우 통증이 더 심하게 느껴질 수 있습니다.	Mitchell, M. (2003).
1.3.5. 통증이 있을 때에는 진통제를 투여하는 것이 매우 효과적입니다.	- 김남정 (2003). - Dewar et al. (2004).
1.3.5.1. 통증이 심하다고 한 번에 많은 진통제를 복용하거나 통증이 약하다고 판단하여 진통제를 잘라서 먹지 않도록 주의해야 합니다.	
1.3.5.2. 수술로 인한 통증을 완화시키기 위해 짧은 기간 동안 진통제를 복용하는 것은 약물 중독이 될 가능성이 거의 거의 없습니다.	
1.3.6. 자세를 편안하게 하여 신체 각 부분의 긴장을 가라앉혀야 합니다.	Bonkowski et al. (2018).
1.3.7. 통증이 지속되거나 악화되는 경우 병원에 방문하여 상담하세요.	Dewar et al. (2004).
1.3.8. 냉찜질의 적용은 피부가 부어오르는 것, 감염, 통증, 피가 나는 것을 감소시킬 수 있습니다. 냉찜질은 수건에 찬물을 적셔 비닐주머니에 넣어서 아픈 곳에 15분에서 20분 대어줍니다. 이때 물이 상처부위에 들어가지 않도록 주의하세요.	김정희 등 (2016).
1.3.9. 보호자는 환자의 통증 정도를 살피고 파악하며 다음과 같이 해결되지 않을 경우 병원에 문의하세요.	Evaluation of a Pain Management Education AORN(2000)
1.3.9.1. 침착하지 못하고 흥분하는 경우	
1.3.9.2. 혈압의 증가나 감소	

1.3.9.3. 창백하거나 땀을 흘리는 경우	
1.3.9.4. 구역질을 하거나 토하는 경우	
1.3.9.5. 불규칙하고 낮은 호흡 양상	
1.3.9.6. 아파서 우는 경우	
1.3.10. 진통제 외에 통증을 경감시킬 수 있는 방법	
1.3.10.1. 이완법 : 호흡을 깊게 들이쉬고 내쉽니다.	Good et al. (2002).
1.3.10.2. 마사지법 : 긴장된 근육을 풀어주기 위해 마사지를 하면 혈액 순환이 증가하고 마음을 편안하게 해줍니다.	정복례, & 최은희. (2007).
1.4. 출혈관리	
1.4.1. 출혈량 및 출혈 지속 시기는 시행한 수술의 심각도와 수술 시간에 따라 그리고 사람마다 차이가 큽니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.4.2. 수술 부위의 출혈 유무를 잘 관찰합니다.	
1.4.3. 피가 날 경우 몇 분 압박 후에도 피가 멈추지 않는 경우, 거즈가 피로 인해 젖어 교체한 후에도 피가 날 경우는 수술 부위를 손으로 압박한 상태로 응급실에 내원합니다.	
1.5. 호흡관리	

1.5.1. 전신마취 후에는 폐기능이 떨어지고 통증으로 인해 심호흡이나 기침이 어려울 수 있습니다. 끈적끈적한 가래가 기관지를 막아 폐에 공기가 없는 상태인 무기폐가 발생할 수 있으며 여기에 세균이 증식하여 폐렴으로 진행하기도 합니다. 폐렴이 진행되면 패혈증이나 호흡부전 등으로 위험할 수 있으므로 심호흡과 기침, 빠른 시기에 보행으로 가래를 배출하고 폐 기능을 회복시키는 것이 중요합니다.	- 이월숙 등 (2014). - Haeck et al. (2009).
1.5.2. 전신 마취시 수술 후 다음날까지 1시간에 10회 이상 심호흡 시행하세요.	이월숙 등 (2014).
1.5.3. 폐 확장을 위해 자주 일어나도록 합니다. 폐가 최대한 확장되도록 앉거나 침상에 기대어 심호흡을 합니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.5.4. 기침이 날 경우는 수술 부위가 터질 수 있으므로 환부를 손으로 지지해주면서 시행해야 합니다.	전문가 요구
1.5.5. 가래가 생기는 경우는 뱉어내고 물을 자주 섭취합니다.	임진이. (2008).
1.5.6. 환자가 갑작스런 호흡 곤란과 흉통, 숨이 차는 등의 증상을 호소하면 즉시 가까운 응급실로 가세요.	AORN(2000), Perioperative nursing data set.
1.6. 메스꺼움과 구토	
1.6.1. 오심과 구토가 발생할 경우는 우선 심호흡을 시행하고 안정되면 수분을 조금씩 섭취합니다.	Cao et al.(2017)
1.6.2. 매 15~20분마다 소량의 물(5ml~15ml)을 마시는 것이 한꺼번에 많이 마시는 것보다 좋습니다.	

1.6.3. 고탄수화물, 저지방식이를 드십시오.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.6.4. 오심이 날 경우 구운 감자, 시리얼, 사탕 같은 음식이 좋습니다. 위의 과도한 팽창을 예방하기 위해 음식은 천천히 소량씩 먹어야 합니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.6.5. 물은 식사와 함께 먹기보다는 식사와 식사 사이에 마시도록 하는 것이 좋습니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.6.6. 물 섭취 후 증상이 가라앉으면 자극 없는 음식부터 섭취하시면 됩니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.6.7. 식사 후 바로 눕지 않도록 합니다.	Cao et al.(2017)
1.6.8. 편안한 옷을 입어 위를 압박하지 않도록 합니다.	
2. 정신적 증상 관리	
2.1. 불안과 우울	
2.1.1. 불안은 진단의 불확실성과 지속되는 스트레스로 인하여 발생합니다. 병원에서의 퇴원이 회복이 되었다는 의미는 아닙니다. 회복에는 시간이 필요합니다.	Odom-Forren et al. (2017).
2.1.2. 회복 기간 중 주변 사람들에게 감정을 표현하도록 하세요. 수술의 신체적, 심리적 영향, 수술에 대한 감정, 기대되는 결과를 직접 말로 나타내는 것이 불안을 해소하는 데 도움이 됩니다.	Mitchell, M. (2002).
2.1.3. 가족이나 지인, 종교를 통해 지지받을 수 있도록 합니다.	American Psychiatric

	Association. (2013).
2.1.4. 가족 또는 친구들과의 대화를 하세요.	Reiter (2014).
2.1.5. 불확실한 미래를 걱정하다보면 지금의 소중한 순간을 잃게 됩니다. 지금 이 순간에 집중하고 좋은 기억을 떠올려보세요.	Educate Patients and Families About Integrated Ambulatory Care
2.2. 섬망	
2.2.1. 수술 후 발생하는 섬망은 주의집중이 잘 안 되고, 의식의 변화, 기억력의 감퇴 등이 급성으로 나타나는 증상이며, 수술날과 다음날 주로 나타나며 그 이후 차차 나아집니다.	- 구현주, & 양진향. (2016). - 박은아, & 김민영. (2015). - DeCrane et al. (2011). - SIGN 157.
2.2.2. 섬망은 70세 이상의 노인 분들에게 더 잘 일어나는 증상입니다.	
2.2.3. 심한 경우 수술 부위에 손상을 줄 수도 있기 때문에 보호자의 관찰이 필요합니다.	
2.3. 피로와 불규칙한 수면	
2.3.1. 수술 당일과 다음 날은 수술로 인한 긴장감 및 마취로 인하여 평소보다 더 피곤하고 깊은 잠에 들기 어려울 수 있습니다. 마음을 편안하게 가지고 긍정적인 생각을 하는 것이 중요하며, 안정을 취하세요.	Berg et al. (2013).
2.4. 대체요법	
2.4.1. 향기요법 : 향기요법이란 향을 통해 스트레스와 통증, 오심, 우울증을 감소시키는 보완요법으	배종면, & American

로 효능이 있는 것으로 알려져 있습니다. 향기요법은 환자가 스트레스, 만성통증, 오심, 우울증에 대처하여 행복한 기분을 이끌어내도록 돕는 자연적인 요법입니다. 향기요법은 세균성 감염을 줄이고 혈액 순환을 도우며 근육의 긴장을 완화시키고, 불안, 불면증을 감소시킵니다. 오일을 피부에 흡수시키거나 배게에 몇 방울 떨어뜨립니다.	Cancer, S. (2009). 암의 보완대체 요법 : 암환자와 의료진을 위한 안내서 / 미국암협회 편 배종면 책임번역 (제2판.. ed.). 서울: 서울 : 사단법인 대한암협회.
2.4.2. 호흡요법 : 자유롭게 들이마시고 내쉬는 숨을 집중해서 깊이 호흡할 경우 이완, 자각, 정서적 안정을 유도합니다. 얕은 숨은 스트레스와 불안을 나타냅니다. 길고 깊은 호흡은 건강을 위협하는 독소를 제한하고 배출시켜서 불쾌감을 줄어드는 등에 효과가 있습니다.	
2.4.3. 유머요법 : 유머요법으로 삶의 질을 향상시키고 고통을 경감시키며 안정을 가져오고 스트레스를 줄입니다. 웃음은 호흡, 산소 소비, 심박 수를 증가시키며 웃는 동안 스트레스 유발 호르몬이 감소합니다.	
2.4.4. 명상 : 명상은 몸을 이완하고 마음을 안정시키는 집중이나 반성을 통해 안녕감을 느끼게 하는 심신 과정입니다. 만성 통증과 불면증 치료의 보완요법입니다. 조용한 장소를 찾아 좌장하고 눈을 감은 뒤 호흡과 육체적 감각을 의식하면서 즐거운 생각을 하거나 자신의 호흡에 집중합니다. 15분에서 20분 정도합니다.	
2.4.5. 음악요법 : 음악은 통증을 경감시키고 스트레스를 줄입니다. 개인의 기호에 맞추어 음악을 구성하여 듣도록 합니다.	
3. 일상생활	
3.1. 일상생활	

3.1.1. 일상생활은 무리가 되지 않는 범위에서 가능합니다.	Horvath, K. J. (2003).
3.1.2. 수술 후 한 달 동안은 무리한 장거리 여행은 피하세요.	
3.1.3. 간단한 가사일은 가능합니다.	
3.1.4. 샤워시에는 상처 위에 방수 테이프를 덧대어 상처에 물이 닿지 않도록 주의하세요.	Mangram et ai. (1999).
3.1.5. 최소한 일주일 간은 수술 부위가 물에 젖지 않도록 주의하세요.	
3.1.6. 퇴원 후 1달 정도 지난 후 상처가 완전히 아문 후에 통목욕, 찜질방, 온천이 가능합니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
3.1.7. 수술 부위가 당기는 느낌이 들 수 있으며 상체를 높인 상태를 유지하세요.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
3.2. 운동	
3.2.1. 수술 당일은 안정을 취하도록 합니다.	Horvath, K. J. (2003).
3.2.2. 수술 다음날부터 장시간 누워있는 것보다는 가볍게 걷는 것이 수술 부위에 혈액 순환을 증진시키고 마취 후 합병증을 감소시킵니다.	
3.2.3. 수술 후 움직이지 않는 것은 혈류를 느리게 하여 혈전증을 유발할 수 있으므로 침상에서 하지 운동을 하는 것을 권장합니다. (예 : 다리 들기 5회 발목 접었다 피기, 발목 돌리기)	Samama et al. (2006).
3.2.4. 상처가 잡아당겨 질 수 있으니 과도하게 팔을 사용하고, 뻗거나 힘을 주어야 하는 심한 운동	Lewis et al. (2015) 성인간호학

은 하지 마십시오.	
3.2.5. 열이 있거나 피곤한 경우는 운동을 하지 않도록 합니다.	Horvath, K. J. (2003).
3.3 직장생활	
3.3.1. 수술 다음날부터 회사 생활은 가능합니다.	- 삼성서울병원 건강자료실
3.4. 영양	
3.4.1. 수술 후 처음 한 끼는 죽부터 드십시오. 죽을 먹고 잘 소화하면 정상적인 식사를 해도 됩니다.	- 삼성서울병원 건강자료실
3.4.2. 상처 회복을 위해 더 섭취해야 할 영양소는 단백질과 비타민 B, C 등입니다.	Reiter (2014).
3.4.3. 음식은 골고루 섭취하십시오.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
3.4.4. 지방이 많은 음식이나 너무 맵고 짠 음식은 피하는 것이 좋습니다.	
3.4.5. 한약이나 건강보조식품은 수술 후 간손상을 일으킬 수 있으므로 드시지 마세요.	전문가 요구
3.4.6. 담배와 술은 삼가세요.	Reiter (2014).
4. 환경, 감염관리	
4.1. 환경관리	

4.1.1. 객담을 묽게 할 수 있도록 집안의 습도를 높게 유지하는 것이 필요합니다.	최연순 등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
4.1.2. 가족들은 환자의 요구를 최대한 들어주고 서두르거나 강요하는 등의 거친 행동을 보여선 안 됩니다.	Majholm et al. (2012).
4.2. 감염관리	
4.2.1. 상처 부위는 가급적 만지지 않으며, 상처 부위를 만지기 전과 후에는 반드시 손을 씻어야 합니다.	Mangram et al. (1999).
4.2.2. 개인위생이 불량할 경우 수술 부위 감염 가능성이 높습니다. 자주 손을 씻고 비누거품을 손과 손목까지 문지르며 눈에 보이는 오염이 있을 경우 더 오랫동안 손을 씻어야합니다.	- Reiter (2014). - NICE guideline [NG125]
4.3. 위급상황	
4.3.1. 외래에 문의가 필요한 경우 전화예약실 : 02)3410-3000을 통해 연락해주세요. 통원수술실 번호 : 02)3410-0351 (평일 : 9:30~19:30) 응급실에 가야할 경우 02)3410-2060 (야간, 휴일)	- Kleinbeck, S. V., & Dopp, A. (2005).
4.3.2. 외래에서 조직검사 결과 상담과 상처 확인을 한 후 추후 치료 계획을 세울 것입니다. 다음 외래 예약일은 _____입니다.	

2. 산부인과 퇴원교육 콘텐츠

Contents	Reference
1. 신체적 증상 관리	
1.1 상처관리	
1.1.1. 질 분비물이 없어질 때까지 회음패드를 제공하며 분비량, 냄새, 색깔 및 분비물 양상을 관찰합니다.	최연순 등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
1.1.2. 회음패드 교환시마다 회음 부위를 청결히 합니다.	
1.1.3. 수술 부위에 넣어둔 거즈는 출혈 여부 확인 및 출혈 예방 목적입니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.1.3.1. 삽입되어 있는 거즈 ( )장은 4시간 후나 다음날 외래에서 제거합니다. 거즈가 그냥 흘러나온 경우에는 다시 넣지 않도록 합니다.	
1.1.3.2. 2~3주 정도 출혈과 함께 냄새나는 분비물이 있을 수 있습니다.	최연순 등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
1.1.3.3. 염증성 분비물의 경우는 감염을 의심할 수 있습니다. 감염은 상처의 치유를 지연시킵니다.	
1.1.3.4. 당뇨 환자는 혈당 조절이 잘 되지 않아 상처 치유가 더 오래 걸릴 수 있습니다. 고혈당은 상처 치유에 필요한 백혈구가 생기는 것을 막으며 치유하는 섬유 조직의 생기는 것을 방해하고, 조직이 엉겨 붙는 힘을 감소시킵니다.	Golden et al. (1999).

1.1.3.5. 원추절제술의 경우 회복 속도는 사람마다 차이가 있을 수 있고 경부가 완벽하게 회복하는 데는 4-6주간의 시간이 필요합니다.	최연순 등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ. 서울: 수문사.
1.1.3.6. 원추절제술 후 수술 부위에 하얀색의 지혈제를 뿌려놓은 상태이므로 수술 후 하얀색 약이 묻어나올 수 있습니다.	- 삼성서울병원 건강자료실
1.1.4. 아래의 증상이 나타나는 경우 수술 부위의 감염이 의심되므로 바로 병원으로 연락하거나 응급실에 내원해주세요.	- AORN(2000), - Gardner et al. (2001). - Mangram et al. (1999).
1.1.4.1. 몸에서 38도 이상의 열이 나거나 오한이 오는 경우	
1.1.4.2. 상처 부위가 붉고 통증이 동반되는 경우	
1.1.4.3. 분비물의 색이 변할 경우	
1.1.7.4. 상처 부위에서 역한 냄새가 나거나 고름이 나오는 경우	
1.2. 투약관리	
1.2.1. 처방받은 약 나프록센(naproxen)은 진통제이며 1일 2회, 1알씩 물과 함께 드시면 됩니다. 다른 해열 진통제와 함께 복용할 경우는 의사나 약사와 상담해야 합니다.	- 퇴원 처방약 - Chou et al. (2016).
1.2.1.1. 투여시 위장관계 이상 반응 발생 가능성이 있습니다.	
1.2.1.2. 이 약을 술과 함께 복용하지 마세요.	

1.2.1.3. 공복시에는 투여하지 마세요.	
1.2.1.4. 진통제의 부작용으로 어지러움이나 멍함, 변비나 오심, 구토, 배변 어려움 등이 있을 수 있습니다.	
1.2.1.5. 아프지 않다면 진통제를 드시지 않으셔도 됩니다.	
1.2.2. 처방받은 약 cefixim은 항생제이며 1일 2회, 1알씩 물과 함께 드시면 됩니다.	퇴원 처방약
1.2.2.1. 페니실린계 알러지가 있으신 분은 복용하지 마세요. 다른 계열의 항생제를 복용할 수 있습니다.	의약품사전
1.2.2.2. 항생제는 임의로 중단하지 마세요.	삼성서울병원 건강자료실
1.2.2.3. 모유 수유를 하고 계신 경우 항생제는 aceclefenac으로 변경할 수 있습니다. 처방받은 다른 약은 모유 수유시에도 복용이 가능합니다.	
1.2.3. 처방받은 약 medilac은 장정제이며 1일 2회 1알씩 물과 함께 드시면 됩니다.	퇴원 처방약
1.2.4. 수술을 위해서 중단한 약인 _____는 _____부터 복용 가능합니다. (예 : 아스피린)	삼성서울병원 건강자료실
1.3. 통증관리	
1.3.1. 수술 부위 통증은 개인차가 심하며 환자의 성격, 성별, 나이, 수술 부위와 범위, 마취 방법 등	Chou et al. (2016)

에 따라 다릅니다. 통증의 지속 기간은 며칠에서 몇 주까지 지속될 수 있습니다.	
1.3.2. 수술 환자의 30% 환자들이 수술 후 통증을 호소하며 수술 후 24시간 내에 통증이 가장 심합니다. 수술 한 당일은 휴식을 취하도록 합니다.	Elaqoul et al. (2017).
1.3.3. 일반적으로 여성이 남성에 비해서 통증에 더 예민하게 반응합니다.	Tighe et al. (2014).
1.3.4. 마음이 불안하거나 피곤한 경우 통증이 더 심하게 느껴질 수 있습니다.	Mitchell, M. (2003).
1.3.5. 통증이 있을 때에는 진통제를 투여하는 것이 매우 효과적입니다.	- 김남정 (2003). - Dewar et al. (2004).
1.3.5.1. 통증이 심하다고 한 번에 많은 진통제를 복용하거나 진통제를 잘라서 먹지 않도록 주의해야 합니다.	
1.3.5.2. 수술로 인한 통증에 대한 짧은 기간의 진통제 복용이 약 중독으로 갈 가능성은 거의 없습니다.	
1.3.6. 자세를 편안하게 하여 신체 각 부분의 긴장을 가라앉혀야 합니다.	Bonkowski et al. (2018).
1.3.7. 수술 후 서혜부나 다리에 통증이 지속되거나 악화되는 경우 병원에 방문하여 상담하세요.	1. 최연순등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
1.3.8. 통증시에는 온찜질이 도움이 됩니다. 따뜻한 물에 적신 수건을 비밀주머니에 넣고 배 위에 10분-15분 적용하시면 근육이 이완되고 통증이 감소할 것입니다.	
1.3.9. 보호자는 환자의 통증 정도를 살피고 파악합니다.	Evaluation of a Pain Management

1.3.9.1. 침착하지 못하고 흥분하는 경우	Education AORN(2000)
1.3.9.2. 혈압의 증가나 감소	
1.3.9.3. 창백하거나 땀을 흘리는 경우	
1.3.9.4. 구역질을 하거나 토하는 경우	
1.3.9.5. 불규칙하고 낮은 호흡 양상	
1.3.9.6. 아파서 우는 경우	
1.3.10. 진통제 외에 통증을 경감시킬 수 있는 방법	
1.3.10.1. 이완법 : 호흡을 깊게 들이쉬고 내쉽니다.	Good et al. (2002).
1.3.10.2. 마사지법 : 긴장된 근육을 풀어주기 위해 마사지를 하면 혈액 순환이 증가하고 마음을 편안하게 해줍니다.	정복례, & 최은희. (2007).
1.4. 출혈관리	
1.4.1. 출혈량 및 출혈 지속 시기는 시행한 수술의 심각도와 수술 시간에 따라 그리고 사람마다 차이가 큽니다.	Gilmartin, J. (2007).
1.4.2. 수술 부위의 출혈 유무를 잘 관찰합니다.	1. 최연순등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
1.4.3. 피가 날 경우 몇 분 압박 후에도 피가 멈추지 않는 경우, 거즈가 피로 인해 젖어 교체한 후	

에도 피가 날 경우는 수술 부위를 손으로 압박한 상태로 응급실에 내원합니다.	
1.5. 호흡관리	
1.5.1. 전신마취 후에는 폐기능이 떨어지고 통증으로 인해 심호흡이나 기침이 어려울 수 있습니다. 끈적끈적한 가래가 기관지를 막아 폐에 공기가 없는 상태인 무기폐가 발생할 수 있으며 여기에 세균이 증식하여 폐렴으로 진행하기도 합니다. 폐렴이 진행되면 패혈증이나 호흡부전 등으로 위험할 수 있으므로 심호흡과 기침, 빠른 시기에 보행으로 가래를 배출하고 폐 기능을 회복시키는 것이 중요합니다.	- 이월숙 등 (2014). - Haeck et al. (2009).
1.5.2. 전신 마취시 수술 후 다음 날까지 1시간에 10회 이상 심호흡 시행하세요.	이월숙 등 (2014).
1.5.3. 폐 확장을 위해 자주 일어나도록 합니다. 폐가 최대한 확장되도록 앉거나 침상에 기대어 심호흡을 합니다.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.5.4. 기침이 날 경우는 수술 부위가 터질 수 있으므로 환부를 손으로 지지해주면서 시행하세요.	전문가 요구
1.5.5. 가래를 생기는 경우는 뱉어내고 물을 자주 섭취합니다.	임진이. (2008).
1.5.6. 환자가 갑작스런 호흡 곤란과 흉통, 숨이 차는 등의 증상을 호소하면 즉시 가까운 응급실로 가세요.	AORN(2000),
1.6. 메스꺼움과 구토	
1.6.1. 오심과 구토가 발생할 경우는 우선 심호흡을 시행하고 안정되면 수분을 조금씩 섭취합니다.	Cao et al., (2017).

1.6.2. 매 15~20분마다 소량의 물(5ml~15ml)을 마시는 것이 한꺼번에 많이 마시는 것보다 좋습니다.	
1.6.3. 고탄수화물, 저지방식이를 드십시오.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
1.6.4. 오심이 날 경우 구운 감자, 시리얼, 사탕 같은 음식이 좋습니다. 위의 과도한 팽창을 예방하기 위해 음식은 천천히 소량씩 먹어야 합니다.	
1.6.5. 물은 식사와 함께 먹기보다는 식사와 식사 사이에 마시도록 하는 것이 좋습니다.	
1.6.6. 물 섭취 후 증상이 가라앉으면 자극 없는 음식부터 섭취하시면 됩니다.	
1.6.7. 식사 후 바로 눕지 않도록 합니다.	Cao et al., (2017).
1.6.8. 편안한 옷을 입어 위를 압박하지 않도록 합니다.	
2. 정신적 증상 관리	
2.1. 불안과 우울	
2.1.1. 진단의 불확실성과 지속되는 스트레스와 함께 발생합니다. 병원에서의 퇴원이 회복의 의미는 아닙니다. 회복에는 시간이 필요합니다.	Odom-Forren et al. (2017).
2.1.2. 충분한 감정을 표현하도록 안전한 환경을 제공합니다. 수술의 신체적, 심리적 영향, 수술에 대한 감정, 기대되는 결과를 직접 말로 나타내는 것이 중요합니다.	Mitchell, M. (2002).

2.1.3. 가족이나 지인, 종교를 통해 지지받을 수 있도록 합니다.	APA. (2013).
2.1.4. 가족 또는 친구들과의 대화를 하세요.	Reiter (K014).
2.1.5. 불확실한 미래를 걱정하다보면 지금의 소중한 순간을 잃게 됩니다. 지금 이 순간에 집중하고 좋은 기억을 떠올려보세요.	Educate Patients and Families About Integrated Ambulatory Care
2.2. 섬망	
2.2.1. 수술 후 발생하는 섬망은 주의력이 부족하거나 의식의 변화 기억력의 감퇴 등이 급성으로 나타나는 증상이며, 수술날과 다음날 주로 나타나며 그 이후 차차 나아집니다.	- 구현주, & 양진향. (2016). - 박은아, & 김민영. (2015). - DeCrane et al. (2011). - SIGN 157.
2.2.2. 섬망은 70세 이상의 노인 분들에게 더 잘 일어나는 증상입니다.	
2.2.3. 심한 경우 수술 부위에 손상을 줄 수도 있기 때문에 보호자의 관찰이 필요합니다.	
2.3. 피로와 불규칙한 수면	
2.3.1. 수술 당일과 다음날은 수술로 인한 긴장감 및 마취로 인하여 평소보다 더 피곤하고 깊은 잠에 들기 어려울 수 있습니다. 마음을 편안하게 가지고 긍정적인 생각을 하는 것이 중요하며, 안정을 취하세요.	Berg et al. (2013).
2.4. 대체요법	

2.4.1. 향기요법 : 향기요법이란 향을 통해 스트레스와 통증, 오심, 우울증을 감소시키는 보완요법으로 효능이 있는 것으로 알려져 있습니다. 향기요법은 환자가 스트레스, 만성통증, 오심, 우울증에 대처하여 행복한 기분을 이끌어내도록 돕는 자연적인 요법입니다. 향기요법은 세균성 감염을 줄이고 혈액 순환을 도우며 근육의 긴장을 완화시키고, 불안, 불면증을 감소시킵니다. 오일을 피부에 흡수시키거나 베게에 몇 방울 떨어뜨립니다.	배종면, & American Cancer, S. (2009). 암의 보완대체 요법 : 암환자와 의료진을 위한 안내서 / 미국암협회 편 배종면 책임번역 (제2판.. ed.). 서울: 서울 : 사단법인 대한암협회.
2.4.2. 호흡요법 : 자유롭게 들이마시고 내쉬는 숨을 집중해서 깊이 호흡할 경우 이완, 자각, 정서적 안정을 유도합니다. 얕은 숨은 스트레스와 불안을 나타냅니다. 길고 깊은 호흡은 건강을 위협하는 독소를 제한하고 배출시켜서 불쾌감을 줄어드는 등에 효과가 있습니다.	
2.4.3. 유머요법 : 유머요법으로 삶의 질을 향상시키고 고통을 경감시키며 안정을 가져오고 스트레스를 줄입니다. 웃음은 호흡, 산소 소비, 심박 수를 증가시키며 웃는 동안 스트레스 유발 호르몬이 감소합니다.	
2.4.4. 명상 : 명상은 몸을 이완하고 마음을 안정시키는 집중이나 반성을 통해 안녕감을 느끼게 하는 심신 과정입니다. 만성 통증과 불면증 치료의 보완요법입니다. 조용한 장소를 찾아 좌장하고 눈을 감은 뒤 호흡과 육체적 감각을 의식하면서 즐거운 생각을 하거나 자신의 호흡에 집중합니다. 15분에서 20분 정도합니다.	
2.4.5. 음악요법 : 음악은 통증을 경감시키고 스트레스를 줄입니다. 개인의 기호에 맞추어 음악을 구성하여 듣도록 합니다.	
3. 일상생활	
3.1. 일상생활	

3.1.1. 일상생활은 무리가 되지 않는 범위에서 가능합니다. 무거운 물건을 들거나 옮기는 것은 제한해주세요.	Horvath, K. J. (2003).
3.1.2. 걷기와 같은 일상적인 활동과 가사일은 수술 다음날부터 가능합니다.	
3.1.3. 가능하다면 비행기를 통한 장시간 이동은 제한해주세요.	
3.1.4. 샤워는 수술 다음날부터 가능합니다.	1. 최연순등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
3.1.4. 퇴원 후 1달 정도 지난 후 상처가 완전히 아문 후에 통목욕, 찜질방, 온천이 가능합니다.	
3.2. 운동	
3.2.1. 수술 당일은 안정을 취하도록 합니다.	Horvath, K. J. (2003).
3.2.2. 수술 다음날부터 장시간 누워있는 것보다는 가볍게 걷는 것이 수술 부위에 혈액 순환을 증진시키고 마취 후 합병증을 감소시킵니다.	1. 최연순등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
3.2.3. 수술 후 움직이지 않는 것은 혈류를 느리게 하여 혈전증을 유발할 수 있으므로 침상에서 하지 운동을 하는 것을 권장합니다. (예 : 다리 들기 5회 발목 접었다 피기, 발목 돌리기)	Samama et al. (2006).
3.2.4. 수술 후 2-3주 동안은 에어로빅, 달리기 같은 힘든 운동은 피하세요.	Horvath, K. J. (2003).
3.2.5. 질 분비물이 멈출 때까지 수영을 권하지 않습니다.	1. 최연순등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
3.3 직장생활	

3.3.1. 수술 다음날 본인이 느끼기에 상태가 괜찮다면 바로 회사생활이 가능하지만 수술 다음날까지 불편해하는 분들도 있습니다.	Horvath, K. J. (2003).
3.4. 영양	
3.4.1. 수술 후 처음 한 끼는 죽부터 드십시오. 죽을 먹고 잘 소화하면 정상적인 식사를 해도 됩니다.	삼성서울병원 건강자료실
3.4.2. 상처 회복을 위해 더 섭취해야 할 영양소는 단백질과 비타민 B, C 등입니다.	Reiter, K. (2014).
3.4.3. 음식은 골고루 섭취하십시오.	Lewis et al. (2015) 성인간호학
3.4.4. 지방이 많은 음식이나 너무 맵고 짠 음식은 피하는 것이 좋습니다.	
3.4.5. 한약이나 건강보조식품은 수술 후 간손상을 일으킬 수 있으므로 드시지 마세요.	1. 최연순등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.
3.4.6. 담배와 술은 삼가세요.	
3.4.7. 배변이 어려울 경우는 물을 많이 마시고 과일이나 채소를 섭취하는 것이 도움이 됩니다.	Reiter, K. (2014).
4. 환경, 감염관리	
4.1. 환경관리	
4.1.1. 객담을 묽게 할 수 있도록 집안의 습도를 높게 유지하는 것이 필요합니다.	최연순 등 (1999). 여성건강간호학 Ⅰ.

4.1.2. 가족들은 환자의 요구를 최대한 들어주고 서두르거나 강요하는 등의 거친 행동을 보여선 안 됩니다.	Majholm et al. (2012).
4.2. 감염관리	
4.2.1. 수술 부위를 만지기 전과 후에는 반드시 손을 씻어야 합니다.	Mangram et al. (1999).
4.2.2. 개인위생이 불량할 경우 수술 부위 감염 가능성이 높습니다. 자주 손을 씻고 비누거품을 손과 손목까지 문지르며 눈에 보이는 오염이 있을 경우 더 오랫동안 손을 씻어야합니다.	- Reiter, K. (2014). - NICE guideline [NG125]
4.2.3. 질 분비물이 멈추기 전까지 질 세척을 하지마세요.	삼성서울병원 건강자료실
4.3. 위급상황	
4.3.1. 외래에 문의가 필요한 경우 전화예약실 : 02)3410-3000을 통해 연락해주세요. 통원수술실 번호 : 02)3410-0351 (평일 : 9:30~19:30) 응급실에 가야할 경우 02)3410-2060 (야간, 휴일)	Kleinbeck, S. V., & Dopp, A. (2005).
4.3.2. 외래에서 조직검사 결과 상담과 상처 확인을 한 후 추후 치료 계획을 세울 것입니다. 다음 외래 예약일은 _____입니다.	

3. 안과 백내장 수술 퇴원교육 콘텐츠

Contents	Reference
1. 신체적 증상 관리	
1.1 상처관리	
1.1.1. 수술로 인하여 상처 부위가 약해져 있는 상태이므로 눈을 보호하는 것이 중요합니다.	Fayers et al. (2009).
1.1.2. 눈을 비비거나 누르다가 수술 부위가 터질 수 있으므로 삼가주세요.	
1.1.3. 수술 후에는 거즈와 플라스틱 안대를 사용하는데 수술 후 특별한 지시사항이 없는 경우 외래 오기 전까지 그대로 유지합니다.	
1.1.4. 수술 후 일주일 동안은 낮에도 안대를 착용하며 그 이후에는 낮에는 안대를 착용하지 않아도 됩니다.	
1.1.5. 잠을 자는 동안에는 본인도 모르게 눈을 만질 수도 있으므로 수술 후 1개월 동안에는 잠을 잘 때에도 안대를 착용합니다.	Fayers et al. (2009).
1.1.6. 이물감은 1주 - 1달간 증상이 지속될 수 있습니다.	Cataracts in

1.1.7. 수술 후 눈이 충혈 되었거나 출혈은 2-3주 후 서서히 흡수되어 없어집니다.	adults: management NICE guideline [NG77]
1.1.8. 아래의 증상이 나타나는 경우 바로 병원으로 연락하거나 응급실에 내원해주세요.	- Fayers et al. (2009). - Ament, C. S., & Henderson, B. A. (2007). - Cataracts in adults: management NICE guideline [NG77]
1.1.8.1. 눈에 심한 통증이 동반되는 경우	
1.1.8.2. 눈의 출혈	
1.1.8.3. 시야의 이상 (예 : 수술한 눈에 커튼을 친 듯이 일부가 가려 보이는 경우)	
1.1.8.4. 갑작스러운 시력의 감소가 생기는 경우	
1.2. 투약관리	
1.2.1. 가티플로 점안액은 항균 점안제로 수술한 눈의 결막낭에 하루에 4번 1-2방울씩 안약을 넣습니다.	퇴원 처방약
1.2.2. 프레드니론은 수술 후 염증 치료 안약으로 수술한 눈의 결막낭에 하루에 4번 1-2방울씩 안약을 넣습니다.	퇴원 처방약
1.2.3. 외래에서 거즈를 제거한 후에는 하루에 2~4가지 안약을 투여합니다. 안약은 실온에서 보관하고 안약을 넣기 전 우선 손을 씻습니다. 안약은 종류에 상관없이 먼저 1가지 안약을 넣은 후 5분 후에 다른 안약을 넣습니다.	Haripriya et al. (2016).

1.2.4. 안약 넣는 법 (1) 안약을 넣기 전 손을 씻으세요. (2) 고개를 뒤로 젖힙니다. (3) 한 손으로 가볍게 아랫 눈꺼풀을 당깁니다. (4) 위를 봅니다. (5) 아랫 눈꺼풀 안쪽으로 안약을 한방울 떨어트립니다. (6) 약병이 속눈썹이나 안대에 닿지 않도록 주의합니다. (7) 살짝 눈을 감으며 눈을 깜박이지 마세요. (8) 피부나 속눈썹에 안약을 떨어트리지 마세요.	Fayers et al. (2009)
1.2.5. 아프지 않다면 진통제는 드시지 않아도 됩니다.	삼성서울병원 건강자료실
1.2.6. 안약을 넣은 후 알러지 반응(눈이 충혈 되거나 붓는 경우, 시큰거리거나 간지러운 경우)이 나타난다면 바로 중단하세요.	삼성서울병원 건강자료실
1.2.7. 수술을 위해서 중단한 약인 _____는 _____부터 복용 가능합니다. (예 : 아스피린)	삼성서울병원 건강자료실
1.3. 통증관리	
1.3.1. 수술 부위 통증은 개인차가 심하며 환자의 성격, 성별, 나이, 수술 부위와 범위, 마취 방법 등에 따라 다릅니다. 신체의 다른 부위에 문제점이 있을 때 더 심하게 느끼게 됩니다. 통증의 지속 기간은 며칠에서 몇 주까지 지속될 수 있습니다.	Chou et al. (2016)

1.3.2. 수술 환자의 30% 환자들이 수술 후 통증을 호소하며 수술 후 24시간 내에 통증이 가장 심합니다. 수술 한 당일은 휴식을 취하도록 합니다.	Elaqoul et al. (2017).
1.3.3. 일반적으로 여성이 남성에 비해서 통증에 더 예민하게 반응합니다.	Tighe et al. (2014).
1.3.4. 마음이 불안하거나 피곤한 경우 통증이 더 심하게 느껴질 수 있습니다.	Mitchell, M. (2003).
1.3.5. 통증이 있을 때에는 진통제를 투여하는 것이 매우 효과적입니다.	- 김남정 (2003). - Dewar et al. (2004).
1.3.5.1. 통증이 심하다고 한 번에 많은 진통제를 복용하거나 진통제를 잘라서 먹지 않도록 주의해야 합니다.	
1.3.5.2. 수술로 인한 통증에 대한 짧은 기간의 진통제 복용이 약 중독으로 갈 가능성은 거의 없습니다.	
1.3.6. 자세를 편안하게 하여 신체 각 부분의 긴장을 가라앉혀야 합니다.	Bonkowski et al. (2018).
1.3.7. 수술 후 통증이 지속되거나 악화되는 경우 병원에 방문하여 상담하세요.	Dewar et al. (2004).
1.3.8. 보호자는 환자의 통증 정도를 살피고 파악합니다.	Evaluation of a Pain Management Education AORN(2000),
1.3.8.1. 침착하지 못하고 흥분하는 경우	
1.3.8.2. 혈압의 증가나 감소	

1.3.8.3. 창백하거나 땀을 흘리는 경우	
1.3.8.4. 구역질을 하거나 토하는 경우	
1.3.8.5. 불규칙하고 낮은 호흡 양상	
1.3.8.6. 아파서 우는 경우	
1.3.9. 진통제 외에 통증을 경감시킬 수 있는 방법	
1.3.9.1. 이완법 : 호흡을 깊게 들이쉬고 내쉽니다.	Good et al. (2002).
1.3.9.2. 마사지법 : 긴장된 근육을 풀어주기 위해 팔이나 다리를 마사지를 하면 혈액 순환이 증가하고 마음을 편안하게 해줍니다.	정복례, & 최은희. (2007).
1.4. 시력 관리	
1.4.1. 수술 후 시야가 흐릿하거나 침침함, 흐릿하거나 이물질이 느껴지는 경우가 있습니다. 대부분의 경우 시간이 경과하면 좋아집니다.	Shoss & Tsai (2013).
1.4.2. 수술 후 1개월까지는 시력 변동이 나타날 수 있으며 당뇨병이 있거나 고령 환자의 경우에는 시력이 늦게 회복되는 경우가 있습니다.	
1.5. 호흡관리	
1.5.1. 수술 후 기침으로 인해 안압이 높아질 경우 수술 부위에 손상을 줄 수 있으므로 부드럽게 심호흡합니다.	Ament, & Henderson, (2007).

1.6. 메스꺼움과 구토	
1.6.1. 수술 후 시야가 적응이 안 된 상태로 인하여 속이 메스껍거나 현기증이 날 수 있습니다.	NICE guideline [NG77]
1.6.2. 이런 경우에는 잠시 눈을 감고, 심호흡을 하면서 속을 가라앉히는 것이 좋습니다.	NICE guideline [NG77]
2. 정신적 증상 관리	
2.1. 불안과 우울	
2.1.1. 진단의 불확실성과 지속되는 스트레스와 함께 발생합니다. 병원에서의 퇴원이 회복의 의미는 아닙니다. 회복에는 시간이 필요합니다.	Odom-Forren et al. (2017).
2.1.2. 충분한 감정을 표현하도록 안전한 환경을 제공합니다. 수술의 신체적, 심리적 영향, 수술에 대한 감정, 기대되는 결과를 직접 말로 나타내는 것이 중요합니다.	Mitchell, M. (2002).
2.1.3. 가족이나 지인, 종교를 통해 지지받을 수 있도록 합니다.	APA. (2013).
2.1.4. 가족 또는 친구들과의 대화를 하세요.	Reiter, K. (2014).
2.2. 섬망	
2.2.1. 수술 후 발생하는 섬망은 주의력이 부족하거나 의식의 변화 기억력의 감퇴 등 급성으로 나타	- 구현주, &

나는 증상이며, 수술 날과 다음 날 주로 나타나면 그 이후 차차 나아집니다.	양진향. (2016). - 박은아, & 김민영. (2015). - DeCrane et al. (2011). - SIGN 157.
2.2.2. 섬망은 70세 이상의 노인 분들에게 더 잘 일어나는 증상입니다.	
2.2.3. 심한 경우 수술 부위에 손상을 줄 수도 있기 때문에 보호자의 관찰이 필요합니다.	
2.3. 피로와 불규칙한 수면	
2.3.1. 수술 당일과 다음날은 수술로 인한 긴장감 및 마취로 인하여 평소보다 더 피곤하고 깊은 잠에 들기 어려울 수 있습니다. 마음을 편안하게 가지고 긍정적인 생각을 하는 것이 중요하며, 안정을 취하세요.	Berg et al. (2013).
2.4. 대체요법	
2.4.1. 향기요법 : 향기요법이란 형을 이용하여 스트레스와 통증, 오심, 우울증을 감소시키는 보완요법입니다. 향기요법은 환자가 스트레스, 만성통증, 오심, 우울증에 대처하여 행복한 기분을 이끌어내도록 돕는 자연적인 요법입니다. 향기요법은 세균성 감염을 줄이고 혈액 순환을 도우며 근육의 긴장을 완화시키고, 불안, 불면증을 감소시킵니다. 오일을 피부에 흡수시키거나 베게에 몇 방울 떨어뜨립니다.	배종면, & American Cancer, S. (2009). 암의 보완대체 요법 : 암환자와 의료진을 위한 안내서
2.4.2. 호흡요법 : 자유롭게 들이마시고 내쉬는 숨을 집중해서 깊이 호흡할 경우 이완, 자각, 정서적 안정을 유도합니다. 얕은 숨은 스트레스와 불안을 나타냅니다. 길고 깊은 호흡은 건강을 위협하는 독소를 제한하고 배출시켜서 불쾌감을 줄어드는 등에 효과가 있습니다.	

2.4.3. 유머요법 : 유머요법으로 삶의 질을 향상시키고 고통을 경감시키며 안정을 가져오고 스트레스를 줄입니다. 웃음은 호흡, 산소 소비, 심박 수를 증가시키며 웃는 동안 스트레스 유발 호르몬이 감소합니다.	
2.4.4. 명상 : 명상은 몸을 이완하고 마음을 안정시키는 집중이나 반성을 통해 안녕감을 느끼게 하는 심신 과정입니다. 만성 통증과 불면증 치료의 보완요법입니다. 조용한 장소를 찾아 좌장하고 눈을 감은 뒤 호흡과 육체적 감각을 의식하면서 즐거운 생각을 하거나 자신의 호흡에 집중합니다. 15분에서 20분 정도합니다.	
2.4.5. 음악요법 : 음악은 통증을 경감시키고 스트레스를 줄입니다. 개인의 기호에 맞추어 음악을 구성하여 듣도록 합니다.	
3. 일상생활	
3.1. 일상생활	
3.1.1. 수술 후 일주일 동안은 세수를 하거나 머리를 감는 것을 삼가며 눈에 물이 들어가거나 눈을 비비지 않도록 주의합니다.	- Haripriya et al. (2016). - Fayers et al. (2009).
3.1.2. 일상 생활시에 수술 부위에 외상을 입지 않도록 주의해야 합니다.	- Cataracts in adults: management NICE guideline [NG77]
3.1.3. 삽입한 렌즈의 위치가 자리를 잡기 전까지는 안압을 올리는 행동은 삼가주세요.	

3.1.3.1. 구부리는 시간이 오래되거나 쪼그려 앉는 자세는 안압을 상승시킬 수 있습니다.	- Haripriya et al. (2016)
3.1.3.2. 처음 1개월 동안은 무거운 물건을 옮기거나 힘에 많이 들어가는 일은 하지 않도록 합니다.	
3.1.3.3. 엎드려 있거나 한 쪽으로 눕는 자세는 안압을 높일 수 있으므로 상체를 일으켜있는 것이 좋습니다.	
3.1.3.4. 시야나 시력이 괜찮은 경우 요리, 청소, 쇼핑, TV보기, 컴퓨터 쓰기 등은 가능합니다.	Fayers et al. (2009). I
3.1.4. 퇴원 후 1달 정도 지난 후 상처가 완전히 아문 후에 통목욕, 찜질방, 온천이 가능합니다.	
3.2. 운동	
3.2.1. 수술 당일은 안정을 취하도록 합니다.	Horvath, K. J. (2003).
3.2.2. 열이 있거나 피곤한 경우는 운동을 하지 않도록 합니다.	
3.2.3. 무거운 운동기구를 드는 행위는 눈의 압력을 높여 수술 부위를 자극할 수 있습니다.	- Ament, & Henderson, (2007). - Fayers et al. (2009). I - Güell, J., (2013).
3.2.4. 축구나 농구, 골프 등과 같이 다른 사람과 함께 하는 운동, 공을 가지고 하는 운동은 공으로 인해 눈에 부딪힐 우려가 있으므로 한 달간 피합니다.	
3.2.5. 수영은 눈에 물이 들어갈 수 있으므로 수술 부위가 감염에 노출될 수 있어 한 달간 피합니다.	

3.2.6. 체력 소모가 많이 되는 운동으로 인해 땀을 흘릴 경우 땀으로 인해 수술 부위가 감염에 노출될 수 있어 한 달간 피합니다.	
3.3 직장생활	
3.3.1. 수술 다음날 본인이 느끼기에 상태가 괜찮다면 바로 회사생활이 가능하지만 수술 다음날까지 불편해하는 분들도 있습니다.	삼성서울병원 건강자료실
3.4. 영양	
3.4.1. 국소마취이므로 수술 후 바로 물을 드실 수 있습니다.	삼성서울병원 건강자료실
3.4.2. 국소 마취 후에 바로 정상적인 식사를 해도 됩니다.	
3.4.3. 음식은 골고루 섭취하십시오.	Haripriya et al. (2016).
4. 환경, 감염관리	
4.1. 환경관리	
4.1.1. 환자가 움직이는 주변에 발에 걸려 넘어질 만한 물건들은 치워주세요. 아직 시야가 완벽하지 않아 넘어질 수 있습니다.	Shoss & Tsai (2013).
4.1.2. 가족들은 환자의 요구를 최대한 들어주고 서두르거나 강요하는 등의 거친 행동을 보여선 안 됩니다.	Majholm et al. (2012).

4.2. 감염관리	
4.2.1. 상처 부위를 만지기 전과 후에는 반드시 손을 씻어야 합니다.	Mangram et al. (1999).
4.2.2. 개인위생이 불량할 경우 수술 부위 감염 가능성이 높습니다. 자주 손을 씻고 비누거품을 손과 손목까지 문지르며 눈에 보이는 오염이 있을 경우 더 오랫동안 손을 씻어야합니다.	- Reiter, K. (2014). - NICE guideline [NG125]
4.3. 위급상황	
4.3.1. 외래에 문의가 필요한 경우 전화예약실 : 02)3410-3000을 통해 연락해주세요. 통원수술실 번호 : 02)3410-0351 (평일 : 9:30~19:30) 응급실에 가야할 경우 02)3410-2060 (야간, 휴일)	Kleinbeck, S. V., & Dopp, A. (2005).
4.3.2. 외래에서 검사를 한 후 추후 치료 계획을 세울 것입니다. 다음 외래 예약일은 _____입니다.	

[부록 7] EBP-DECA 환자 배포용

유방절제술 환자

퇴원교육자료

삼성서울병원 통원수술센터

신체적 증상관리

1. 상처관리
2. 투약관리
3. 통증관리
4. 출혈관리
5. 호흡관리
6. 메스꺼움과 구토

Q. 수술 부위 상처는 어떻게 관리하나요?

- 상처에 붙여져 있는 종이테이프는 상처를 보호하고, 상처가 벌어지지 않도록 유지하기 위해 붙여 놓은 것입니다. 퇴원 후 직접 제거하지 말고 그대로 유지하세요.
  - 상처가 아물기 전에는 떨어지지 않으나 떨어진 경우에는 다음 외래 오실 때까지 다시 붙이지 않으셔도 됩니다.
- 수술 부위에 붙어있는 투명한 재질의 막은 수술용 피부 본드 입니다. 수술 부위를 보호하고 상처가 벌어지지 않도록 유지해주며, 방수 기능이 있습니다. 이 본드는 일주일 뒤에 자연스럽게 떨어집니다.
  - 소독 및 실밥 제거는 필요하지 않습니다.
  - 수술 상처에 붙여져 있는 방수 거즈는 다음 외래 진료까지 제거하지 않으며 제거된 경우에는 방수 거즈를 새로 구입하여 붙여줍니다.
- 필요한 경우 2-3일에 1번 스스로 소독하거나 가까운 1차 병원에서 소독 받으세요.

- 상처 부위가 출렁이는 느낌이 드는 경우 병원에 문의하세요. 이는 대부분 조직을 제거한 부위에 체액이 고인 경우입니다. 고인 체액을 밖으로 빼내는 것이 상처 치유에 좋습니다.
- 수술 부위의 감각이 약간 덜하거나 가끔 따끔거릴 수 있으나 이런 증상은 흔한 증상입니다. 수주 후 호전됩니다.
- 상처 치유와 절개 부위의 힘이 가는 것을 줄이기 위해 팔을 늘어뜨린 자세를 피하세요.
- 당뇨 환자는 혈당 조절이 잘 되지 않아 상처 치유가 더 오래 걸릴 수 있습니다. 고혈당은 상처 치유에 필요한 백혈구가 생기는 것을 막으며 치유하는 섬유 조직의 생기는 것을 방해하고, 조직이 엉겨 붙는 힘을 감소시킵니다.

아래의 증상이 나타나는 경우 수술 부위의 감염이 의심되므로 바로 병원으로 연락하거나 응급실에 내원해주세요

- 수술 30일 이내에 상처가 붉게 변하는 경우
- 상처 부위가 벌어진 경우
- 몸에서 38도 이상의 열이 나거나 오한이 오는 경우
- 상처 부위에서 역한 냄새가 나거나 고름이 나오는 경우
- 상처 부위에 견딜 수 없는 통증이 있는 경우

Q. 진통제는 어떻게 복용하나요?

- 수술 후 통증이 있을 경우에는 처방받은 퇴원약을 복용하세요.
  - 처방받은 acetaminophen은 진통제입니다. 하루에 3번, 한 알씩 복용하세요.
  - 복용 후 구역질이나 구토, 피부 과민 반응이 일어날 경우 복용을 중단하세요.
- 통증이 있는데 처방된 약이 없거나 약이 부족할 경우에는 일반약국에서 타이레놀을 사서 복용하시면 됩니다.
- 통증이 조절되지 않거나 악화된다면 병원에 문의하세요.
- 아프지 않다면 진통제를 드시지 않으셔도 됩니다.

Q. 수술 후 통증으로 불편하고 불안한가요?

- 수술 부위 통증은 개인차가 심하며 환자의 성격, 성별, 나이, 수술 부위와 범위, 마취 방법 등에 따라 다릅니다. 통증의 지속 기간은 며칠에서 몇 주까지 지속될 수 있습니다.
- 수술 환자의 30% 환자들이 수술 후 통증을 호소하며 수술 후 24시간 내에 통증이 가장 심합니다. 수술 한 당일은 휴식을 취하도록 합니다.
- 일반적으로 여성이 남성에 비해서 통증에 더 예민하게 반응합니다.
- 마음이 불안하거나 피곤한 경우 통증이 더 심하게 느껴질 수 있습니다.
- 통증이 있을 때에는 진통제를 투여하는 것이 매우 효과적입니다.
  - 통증이 심하다고 한 번에 많은 진통제를 복용하거나 진통제를 잘라서 먹지 않도록 주의해야 합니다.
  - 수술로 인한 통증에 대한 짧은 기간의 진통제 복용이 약 중독으로 갈 가능성은 거의 없습니다.

- 자세를 편안하게 하여 신체 각 부분의 긴장을 가라앉혀야 합니다.
- 통증이 지속되거나 악화되는 경우 병원에 방문하여 상담하세요.
- 냉찜질의 적용은 피부가 부어오르는 것, 감염, 통증, 피가 나는 것을 감소시킬 수 있습니다. 냉찜질은 수건에 찬물을 적셔 비닐주머니에 넣어서 아픈 곳에 15분에서 20분 대어줍니다. 이때 물이 상처부위에 들어가지 않도록 주의하세요.

보호자는 환자의 통증 정도를 살피고 파악하며 해결되지 않을 경우 병원에 문의하세요.

- ✓ 침착하지 못하고 흥분하는 경우
- ✓ 혈압의 증가나 감소
- ✓ 창백하거나 땀을 흘리는 경우
- ✓ 구역질을 하거나 토하는 경우
- ✓ 불규칙하고 낮은 호흡 양상
- ✓ 아파서 우는 경우

진통제 외에 통증을 경감시킬 수 있는 방법

- 이완법 : 호흡을 깊게 들이쉬고 내쉽니다.
  - ✓ 자, 숨을 깊이 들이쉬세요.
  - ✓ 당신의 폐에 공기를 가득 채워보세요.
  - ✓ 이제 마치 풍선에서 공기가 빠져나가듯이 천천히 숨을 내쉬세요.
  - ✓ 그리고 당신의 몸을 할 수 있는 한 최대로 축 늘어지게 해보세요.
  - ✓ 이제 정상적으로 숨을 쉬세요.

- 마사지법 : 긴장된 근육을 풀어주기 위해 마사지를 하면 혈액 순환이 증가하고 마음을 편안하게 해줍니다.

Q. 수술 부위에 피가 멈추지 않나요?

- 출혈량 및 출혈 지속 시기는 시행한 수술의 심각도와 수술 시간에 따라 그리고 사람마다 차이가 큽니다.
- 수술 부위의 출혈 유무를 잘 관찰합니다.
- 피가 날 경우 몇 분 압박 후에도 피가 멈추지 않는 경우, 거즈가 피로 인해 젖어 교체한 후에도 피가 날 경우는 수술 부위를 손으로 압박한 상태로 응급실에 내원합니다. .

Q. 전신마취 후 호흡관리

- 전신마취 후에는 폐기능이 떨어지고 통증으로 인해 심호흡이나 기침이 어려울 수 있습니다. 끈적끈적한 가래가 기관지를 막아 폐에 공기가 없는 상태인 무기폐가 발생할 수 있으며 여기에 세균이 증식하여 폐렴으로 진행하기도 합니다. 폐렴이 진행되면 패혈증이나 호흡부전 등으로 위험할 수 있으므로 심호흡과 기침, 빠른 시기에 보행으로 가래를 배출하고 폐 기능을 회복시키는 것이 중요합니다.
- 전신 마취시 수술 후 다음날까지 1시간에 10회 이상 심호흡 시행하세요.
- 폐 확장을 위해 자주 일어나도록 합니다. 폐가 최대한 확장되도록 앉거나 침상에 기대어 심호흡을 합니다.
- 기침이 날 경우는 수술 부위가 터질 수 있으므로 환부를 손으로 지지해주면서 시행해야 하며 봉합 부위가 단단하게 봉합되어 있어 크게 염려하지 않으셔도 됩니다.
- 가래를 생기는 경우는 뱉어내고 물을 자주 섭취합니다.
- 환자가 갑작스런 호흡 곤란과 흉통, 숨이 차는 등의 증상을 호소하면 즉시 가까운 응급실로 가세요.

Q. 속이 불편하신가요? – 메스꺼움과 구토

- 오심과 구토가 발생할 경우는 우선 심호흡을 시행하고 안정되면 수분을 조금씩 섭취합니다.
- 매 15~20분마다 소량의 물(5ml~15ml)을 마시는 것이 한꺼번에 많이 마시는 것보다 낫습니다.
- 고탄수화물, 저지방식이를 드십시오.
- 오심이 날 경우 구운 감자, 시리얼, 사탕 같은 음식이 좋습니다. 위의 과도한 팽창을 예방하기 위해 음식은 천천히 소량씩 먹어야 합니다.
- 물은 식사와 함께 먹기보다는 식사와 식사 사이에 마시도록 하는 것이 좋습니다.
- 물 섭취 후 증상이 가라앉으면 자극 없는 음식부터 섭취하시면 됩니다.
- 식사 후 바로 눕지 않도록 합니다.
- 편안한 옷을 입어 위를 압박하지 않도록 합니다.

정신적 증상관리

1. 불안과 우울
2. 섬망
3. 피로와 불규칙한 수면
4. 대처방법

Q. 수술 후 너무 불안해요…

- 진단의 불확실성과 지속되는 스트레스와 함께 발생합니다. 병원에서의 퇴원이 회복의 의미는 아닙니다. 회복에는 시간이 필요합니다.
- 충분한 감정을 표현하도록 안전한 환경을 제공합니다. 수술의 신체적, 심리적 영향, 수술에 대한 감정, 기대되는 결과를 직접 말로 나타내는 것이 중요합니다.
- 가족이나 지인, 종교를 통해 지지 받을 수 있도록 합니다.
- 가족 또는 친구들과의 대화를 하세요.
- 불확실한 미래를 걱정하다 보면 지금의 소중한 순간을 잃게 됩니다. 지금 이 순간에 집중하고 좋은 기억을 떠올려보세요.

Q. 수술 후 기억력의 감퇴 - 섬망

- 수술 후 발생하는 섬망은 주의집중이 잘 안 되고, 의식의 변화, 기억력의 감퇴 등이 급성으로 나타나는 증상이며, 수술날과 다음날 주로 나타나며 그 이후 차차 나아집니다.
- 수술 후 발생하는 섬망은 주의집중이 잘 안 되고, 의식의 변화, 기억력의 감퇴 등이 급성으로 나타나는 증상이며, 수술날과 다음날 주로 나타나며 그 이후 차차 나아집니다.
- 심한 경우 수술 부위에 손상을 줄 수도 있기 때문에 보호자의 관찰이 필요합니다. ㅍ

Q. 피곤하고, 잠에 들기 어려워요.

- 수술 당일과 다음날은 수술로 인한 긴장감 및 마취로 인하여 평소보다 더 피곤하고 깊은 잠에 들기 어려울 수 있습니다.
- 마음을 편안하게 가지고 긍정적인 생각을 하는 것이 중요하며, 안정을 취하세요.

Q. 향기요법

라벤더, 오렌지, 마조람, 로즈우드, 샌달우드, 베르가못, 캐모마일 등

- 향기요법은 스트레스와 통증, 오심, 우울증을 감소시키는 보완요법으로 효능이 있는 것으로 알려져 있습니다.
- 향기요법은 환자가 스트레스, 만성통증, 오심, 우울증에 대처하여 행복한 기분을 이끌어내도록 돕는 자연적인 요법입니다.
- 향기요법은 세균성 감염을 줄이고 혈액 순환을 도우며 근육의 긴장을 완화시키고, 불안, 불면증을 감소시킵니다.
- 오일을 피부에 흡수시키거나 베개에 몇 방울 떨어뜨립니다.

Q. 호흡요법

- 자유롭게 들이마시고 내쉬는 숨을 집중해서 깊이 호흡할 경우 이완, 자각, 정서적 안정을 유도합니다.
- 얕은 숨은 스트레스와 불안을 나타냅니다.
- 길고 깊은 호흡은 건강을 위협하는 독소를 제한하고 배출시켜서 불쾌감을 줄어드는 등에 효과가 있습니다.

Q. 유머요법

- 유머요법으로 삶의 질을 향상시키고 고통을 경감시키며 안정을 가져오고 스트레스를 줄입니다.
- 웃음이 신체에 미치는 영향으로는 호흡, 산소 소비, 심박 수를 증가시키며 웃는 동안 스트레스 유발 호르몬이 감소합니다.

Q. 명상

- 몸을 이완하고 마음을 안정시키는 집중이나 반성을 통해 안녕감을 느끼게 하는 심신 과정입니다.
- 만성 통증과 불면증 치료의 보완요법입니다.
- 조용한 장소를 찾아 좌정하고 눈을 감은 뒤 호흡과 육체적 감각을 의식하면서 즐거운 생각을 하거나 자신의 호흡에 집중합니다.
- 15분에서 20분 정도합니다.

Q. 음악요법

- 음악은 통증을 경감시키고 스트레스를 줄입니다.
- 개인의 기호에 맞추어 음악을 구성하여 듣도록 합니다.

★마음을 안정시킬 때

쇼팽의 '마주르카' '프렐류드', 요한 스트라우스의 '왈츠', 리스트의 '헝가리안 랩소디 1번', 오펜바흐의 '호프만의 이야기', 베토벤의 '피델리오 서곡', 보르딩의 '프린스 이골'

일상생활

1. 일상생활
2. 운동
3. 직장생활
4. 영양

Q. 수술 후 일상생활은?

- 일상생활은 무리가 되지 않는 범위에서 가능합니다.
- 수술 후 한 달 동안은 무리한 장거리 여행은 피하세요.
- 간단한 가사일이나 사무실일은 가능합니다.
- 샤워시에는 상처 위에 방수 테이프를 덧대어 상처에 물이 닿지 않도록 주의하세요.
- 최소한 일주일간은 수술 부위가 물에 젖지 않도록 주의하세요.
- 퇴원 후 1달 정도 지난 후 상처가 완전히 아문 후에 통목욕, 찜질방, 온천이 가능합니다.
- 수술 부위가 당기는 느낌이 들 수 있으며 상체를 높인 상태를 유지하세요.

Q. 운동은 가능한가요?

- 수술 당일은 안정을 취하도록 합니다.
- 수술 다음날부터 장시간 누워있는 것보다는 가볍게 걷는 것이 수술 부위에 혈액 순환을 증진시키고 마취 후 합병증을 감소시킵니다
- 수술 후 움직이지 않는 것은 혈류를 느리게 하여 혈전증을 유발할 수 있으므로 침상에서 하지 운동을 하는 것을 권장합니다. (예 : 다리 들기 5회 발목 접었다 피기, 발목 돌리기)
- 상처가 잡아당겨 질 수 있으니 심한 운동은 하지 마십시오.
- 열이 있거나 피곤한 경우는 운동을 하지 않도록 합니다.

Q. 직장생활

- 수술 다음날부터 회사 생활은 가능합니다.

Q. 수술 후 식이는 어떻게 해야할까요?

- 수술 후 처음 한 끼는 죽부터 드십시오. 죽을 먹고 잘 소화하면 정상적인 식사를 해도 됩니다.
- 상처 회복을 위해 더 섭취해야 할 영양소는 단백질과 비타민 B, C 등입니다.
- 음식은 골고루 섭취하십시오.
- 지방이 많은 음식이나 너무 맵고 짠 음식은 피하는 것이 좋습니다.
- 한약이나 건강보조식품은 수술 후 간 손상을 일으킬 수 있으므로 드시지 마세요.
- 담배와 술은 삼가세요.

Q. 수술 후 식이는 어떻게 해야할까요?

- 수술 후 처음 한 끼는 죽부터 드십시오. 죽을 먹고 잘 소화하면 정상적인 식사를 해도 됩니다.
- 상처 회복을 위해 더 섭취해야 할 영양소는 단백질과 비타민 B, C 등입니다.
- 음식은 골고루 섭취하십시오.
- 지방이 많은 음식이나 너무 맵고 짠 음식은 피하는 것이 좋습니다.
- 한약이나 건강보조식품은 수술 후 간 손상을 일으킬 수 있으므로 드시지 마세요.
- 담배와 술은 삼가세요.

환경, 감염관리

1. 환경관리
2. 감염관리
3. 위급상황시 연락처

Q. 환경은?

- 객담을 묽게 할 수 있도록 집안의 습도를 높게 유지하는 것이 필요합니다.
- 가족들은 환자의 요구를 최대한 들어주고 서두르거나 강요하는 등의 거친 행동을 보여선 안 됩니다.

Q. 감염 예방은?

- 상처 부위는 가급적 만지지 않으며, 상처 부위를 만지기 전과 후에는 반드시 손을 씻어야 합니다.
- 개인위생이 불량할 경우 수술 부위 감염 가능성이 높습니다.
- 자주 손을 씻고 비누거품을 손과 손목까지 문지르며 눈에 보이는 오염이 있을 경우 더 오랫동안 손을 씻어야 합니다.

Q. 위급상황시 연락처

- 외래에 문의가 필요한 경우 전화예약실 : 02)3410-3000을 통해 연락해주세요.
- 통원수술실 번호 : 02)3410-0351 (평일 : 9:30~19:30)
- 응급실에 가야할 경우 02)3410-2060 (야간, 휴일)

- 외래에서 조직검사 결과 상담과 상처 확인을 한 후 주후 치료 계획을 세울 것입니다. 다음 외래 예약일은 _____입니다.

Abstract

Development and Evaluation of Evidence-Based Practice on Discharge Education Contents for Ambulatory Surgery Patients (EBP-DECA)

Jung, Aeri
Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University

Directed by Professor Lee, In Sook, PhD, RN

Ambulatory surgery patients are discharged immediately after the operation on that day and recovery occuring at home with little access to professional support. The patients can experience physical, mental symptoms and are confronted with difficult situations in daily life during home recovery. Therefore, discharge education of nurses is most important for self-management to reach the best results of surgery. The purpose of this study is to develop the discharge education contents and to evaluate the effect.

In order to develop EBP-based discharge education contents

(EBP-DECA) of this study, 19 stages of JHNEBP model were modified to 9 stages according to this study.

The stages consisted of the define the problem, development and refine the EBP question, conduct internal and external search for evidence, appraise the level and quality of each piece of evidence, summarize the individual evidence, synthesize overall strength and quality of evidence, develop EBP-DECA for change based on evidence synthesis, determine feasibility of EBP-DECA and evaluate outcomes.

We followed integrated review of literature searched for studies all databases based on PICO and conducted a survey of patient needs and a survey of clinical expert needs for evidence.

After analyzing and synthesizing data, we were extracted the appropriate contents from each literature for discharge education contents of hospital patients. The EBP-DECA was divided into 4 categories: physical symptoms management, mental symptoms management, daily life management and environment-infection control.

The EBP-DECA was evaluated expert verification and the AGREE evaluation tool. The results was over 80% for all items in expert contents validity and over 70% in the AGREE quality evaluation.

This study was designed as a nonequivalent control group quasi-experimental study to evaluate the EBP-DECA. The purpose of this study was to evaluate the effects of discharge contents on postoperative anxiety, knowledge, satisfaction, hospital return visits and surgical site infection. We were collected the participants who underwent cataract surgery, hysteroscopy and conization and breast excision surgery in the 'S' hospital ambulatory surgery center in Seoul. The experimental group (n=30) was given EBP-DECA and the control group (n=30) was given current education.

There were significant differences in postoperative anxiety (t=1.894, p=.030), satisfaction (t=-10.212, p=.002), hospital return visits and surgical site infection. But this finding was not statistically significant in knowledge.

The volume and diversity of day surgery will continue to increase in order to healthcare cost and patient preference for minimal stay. The EBP-DECA will provide information about physical and mental symptoms management, daily life and environmental management that can occur after discharge from the hospital. The gap between clinical professional and patient self-care in the quality of the recovery will reduce.

This can be used as a reference for developing the evidence-based patient education for other similar areas in the future and will contribute to the activation of research between the clinical practice and academia. In addition, the results suggest to prepare the comprehensive national policy nursing service system on the community for discharge patients following surgery.

keywords : ambulatory surgery, EBP, JHNEBP, discharge, education, recovery, contents, integrated review

Student Number : 2012-20446