

만성 새가 기동장애자의 가정병실 모델 개발을 위한 현장 연구

김 대 연* · 정 연 강*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오늘날 우리나라는 생활 수준의 향상, 생활 양식의 변화, 사회구조의 변화, 의학기술과 공중 위생의 발달 등에 따라 전반적인 국민의 건강상태는 개선되고 있지만(문옥륜, 1992) 한편으로는 질병의 구조 및 주요 사망원인이 변화되고 있다. 다시말해서 1965년 이전에는 결핵, 위장염 등의 호흡기계와 소화기계의 감염성 질환이 10대 사인의 상위를 차지하였으나 70년대 이후에는 뇌혈관 질환과 악성 신생물등 만성 퇴행성 질환과 교통사고나 산업재해로 인한 손상 및 상해가 주류를 이루게 되었다(통계청, 1990 ; 건강사회를 위한 보건의료인 연대회의, 1992).

이러한 만성질환은 사망하지 않더라도 신체적 장애를 가진채 어려운 생활을 해야 하는 예후가 많고, 완전히 회복될 수 없는 병리적 상태에 처할 수 있으며, 또 특별한 재활 치료를 계속 요하며, 장기자의 요양을 필요로 한다(이은옥등, 1982).

또한 1989년 7월 1일 전국민의료보험의 실시로 의료수요가 급증하며, 명상 외선술의 준화와 대학병원, 종합병원의 환자 집중으로 병상은 더욱 부족하게 되므로(김은주, 1991), 후유증이 많은 만성질환인 근골격계질환

및 신경계 질환도 완전 회복되기 전에 조기퇴원을 시킴으로서 가정에서 이러한 환자를 돌봄이 매우 중요한 실정이지만(윤매옥, 1992) 대부분의 만성질환자를 돌보는 가족은 의료지식이 전혀 없고 환경적 또는 심리적 준비가 되어있지 않은 상태에서 환자를 돌봄으로써 여러 가지 부정적 경험을 하는 것으로 나타나고 있다(Acorn, 1993 ; Braithwaite, 1993 ; Rosenthal et al., 1993 ; Desrosier et al., 1992, Evans & Bishop, 1991 ; Hudson & Hawthorn, 1989 ; Anderson, 1988 ; Evans, 1986 ; 서미혜·오가실, 1993 ; 김소선, 1992).

미국의 경우에 있어서 2,200만명의 미국인들이 활동을 제한하는 질병으로 고통을 받고 있고, 약 600만명이상이 기동장애 환자이며(최영희·이경혜, 1988), 65세 이상의 5%(약 백만명)가 근골격계 장애 및 신경계 장애로 인한 기동장애를 지니고 있는 재가환자로 추정되고 있으며(Liang et al., 1983), 영국의 Harris와 Hawthorn(1971)은 재가환자의 24.1%가 뇌졸중으로 인한 심한 기동장애를 경험하고 있는 것으로 추정하고 있다(Hudson, 1989) 한편 우리나라의 경우는 1989년 보건사회연구원의 국민건강조사 결과 우리나라 인구의 2.3%가 기동장애 환자로 타인의 도움이 없어서는 안되는 것으로 나타났는데 이러한 점에 비추어 전세계적으로 상당수의 환자가 의존적 자가간호 및 기동장애 상태에 있음을 예측할 수 있다.

* 중앙대학교, 의과대학 간호학과

또한 우리나라는 외국과는 달리 독립적인 재활 또는 만성질환 전문치료기관이 거의 없는 실정이며, 유교에 바탕을 둔 전통적 사고방식과 가족규범, 그리고 노인이나 장애자에 대한 가정보호를 강조하는 복지정책을 고려할 때, 가정에서 가족들이 대부분의 기동장애 환자를 돌보고 있음이 분명하다.

이와 같은 수적인 문제와 함께 의료수가의 상승으로 인한 조기 퇴원의 추세, 그리고 외국과는 달리 입원에서부터 계속 가족이 돌보는 우리나라의 현실을 볼 때 더 많은 숫자, 더욱 심각한 상태의 환자가 준비되어 있지 않은 많은 숫자의 가족에 의해 돌보아 질 것이라는 것을 예측할 수 있다(김소선, 1992).

따라서 이들에 대한 추후간호가 어느 질환보다 중요시 되고 있으며, 이에 따라 외국의 경우에서는 현재 많은 기관이 설립되어 추후간호를 받도록 되어 있지만(이선옥, 1976) 우리나라의 경우는 국민 건강의 차원에서 볼 때 이런 계속적인 간호를 필요로 하는 환자들이 장기 입원 시설에서부터 퇴원하여 방문 간호사를 통하여 가정간호를 받을 수 있는 전달 체계가 확립되어 있지 않아 시급히 개선되어야 할 문제점으로 대두되었고(김경인, 1987), 이에 정부에서는 현재 우리나라의 증가하는 재가 만성질환자에게 계속적이고 집적으로 보장되며 보다 저렴한 비용으로 포괄적인 보건 의료서비스를 제공하고 자 가정간호 분야에 간호사 제도를 합법화(1990. 1. 9. 보사부령 제 840조)하게 되었다. 그러나 아직 퇴원후 제도적 추후관리가 이루어지지 않고 있는 지금, 병원에서의 조기퇴원으로 가정에 돌아가서 지속적인 관리가 부족하거나 무방비 상태로 내버려 둠으로써 장애의 정도는 더욱 심각해지며 이에 따른 자원의 낭비 및 인력 소모가 막대해지고 있다(윤매옥, 1992).

이와같이 만성 재가 기동장애 환자의 간호에 대한 중요성이 날로 높아져감에도 불구하고 기동장애 환자의 간호에 관한 대부분의 연구는 병원 환경에서 돌봄과 관련된 일의 종류나 횟수, 소요되는 시간, 사회적 지지여부, 간호제공자의 욕구(need) 등과 같은 신체적, 정신적, 사회적 측면에 대한 결과만을 단편적으로 조사한 후 양적, 양적 연구들로만 행해져 왔고(Rosenthal et al., 1993; Laitinen, 1993; Evans et al., 1988), 가정에서의 환자들의 생활실태에 관한 연구는 거의 이루어지지 않고 있다.

그러나 인간의 신체적, 정신적, 사회적, 환경적 측면을 모두 고려하였을 때만이 양질의 간호가 제공될 수 있으며, 따라서 간호 연구도 어느 한쪽 부분에만 편중되

지 않는 것이 중요하다고 생각된다.

이에 본 연구자는 날로 그 수 및 심각성이 증가하고 있는 만성 재가 기동장애 환자와 관련하여 그동안 간호분야에서 깊이 있게 다루어지지 못한 환경적 측면에 중점을 두어 가정 환경과 가족의 간호 행위의 문제점과의 관계를 분석하여 가정 병실 모델을 개발함으로써 만성 재가 기동장애 환자에게 좀 더 효율적인 간호를 제공하는 데 기여하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구 목적

질병의 구조 및 주요 사망원인이 변화됨으로써 만성 재가 기동장애자 수 및 그 질환의 심각성이 증가하였으며, 전국민의료보험에 따른 의료수요 급증으로 완전한 회복이 되기 전에 환자를 조기퇴원시키게 되었고, 또한 이들을 추후간호 할 수 있는 제도적 장치가 아직 확립되고 있지 않아 가정에서 가족에 의한 돌봄의 비중이 점차 증가되었다. 따라서 제반 사회적 여건에 비추어 가정에서 일차적으로 환자를 돌보는 가족이 좀 더 효율적인 방법으로 용이하게 돌봄을 제공할 수 있는 환경을 조성하는데 본 연구의 목적이 있다.

본 연구의 구체적 목적을 살펴보면,

- 1) 가정에서 간호제공자에 의해 만성 기동장애자에게 제공되는 돌봄의 행위 유형을 파악하기 위함이다.
- 2) 돌봄 행위에 이용되는 각종 물품을 파악하기 위함이다.
- 3) 환자를 돌보는데 필요한 공간을 파악하기 위함이다.
- 4) 제공되는 돌봄 행위에 따른 문제점을 도출하기 위함이다.
- 5) 간호제공자의 돌봄 행위의 문제점과 환경과의 관계를 분석하여 효율적인 간호 제공에 적합한 가정병실 모델을 제시하기 위함이다.

II. 연구방법

1. 문화기술학적 연구방법

식민지 정역을 위해 미개 사회를 연구하기 위해서 시작된 문화기술학은 한 인간집단의 생활양식인 문화(한상복등, 1992)를 서술하는 작업으로, 현지인의 관점에서 다른 생활 방식을 이해하는 것을 중심 목표로 하고 있다. 이러한 것은 대상자의 언어에서 직접 알 수 있지만, 많은 부분은 우리가 당연하다고 여기는 말과 행동을 통

해 간접적으로만 의사소통이 된다. 즉 문화적 행태, 문화적 지식, 문화적 인공물이라는 세가지 기본적인 면으로 구성되는 다양한 문화 현상을 파악하기 위한 연구방법이 문화기술학적 연구방법인 것이다. 이러한 문화기술학은 인간의 사회적 행태의 정형과 변형을 묘사하고 설명하여 인간을 이해하기 위해 필요하며, 표출되어지고 있는 어떤 한 문화적 특성의 근거 이론을 발견하고, 인간이 살아가고 있는 복합사회에서 사람들이 한 문화 장면에서 다른 곳으로 옮길 때에 채택하는 문화적 규칙을 이해하기 위해 필요하다. 또한 문화기술학은 동물의 행태와는 대조적으로 모든 행동에 발견될 수 있는 의미를 시니고 있는 인간의 행태를 이해하고, 이를 도내로 인류에 봉사하기 위해 필요하다(이희봉역, 1993).

이상과 같은 필요성을 토대로 문화기술학은 그 연구방법에 있어서 기존의 사회과학 연구자들이 취하고 있는 선형조사 방법, 즉 연구의 시작시 가설을 세운 후 연구 과정을 통하여 이를 입증해 나가는 연구방법과는 달리 연구의 사회적 상황을 설정하고 많은 표본 대신에 소수의 표본만을 선정하여 그 문화에 들어가 현지조사를 통해 직접 경험적 증거를 수집하고 현지 주민의 말을 그대로 충실히 기록하는, 다시 말해서 참여관찰(완전참여에서 비참여까지)과 면접을 통해 자료를 수집하여 분석, 해석하는 방법을 사용한다. 관찰의 방법도 처음에는 전반적으로 넓게 해 나가다가 점차 중요하다고 생각되는 주제를 선별하여 집중적으로 파악하는 방법을 사용한다(서술관찰→집중관찰→선별관찰).

요컨대 문화기술학적 방법은 일정집단의 문화적 패턴을 기술, 분석하는 것이지만 그 문화의 독특한 모습을 사전에 예측할 수 없기 때문에 연구자는 문화적 상황에 직접 들어가서 그 상황에 적합한 방식을 스스로 만들어 내야 하며, 따라서 표준화된 연구설계를 가질 수 없다. 왜냐하면 상황에 개입하기 전에 관찰 범주를 구체적으로 결정하거나, 연구문제를 지나치게 구체적으로 형성하거나, 구체적인 가설설정 및 구조화된 질문 등은 연구 상황에서 중요한 것을 발견하지 못하도록 미리 차단시킬 수 있기 때문이다(최영희등, 1992).

2. 문화기술학적 접근 방법의 필요성

간호(의료)행위에서 사회문화적 측면이 강조되기 시작한 것은 여러 민족으로 구성된 미국의 의학계에서 1950년대 후반 간호학자 라이닝거(Leininger)가 인류학에 눈을 뜨고 '문화간호'를 주창하면서 부터였고, 국내에

서는 80년대 초반부터 문화현상과 관련된 건강 질병 정신건강 개념 등의 연구가 조금씩 이루어지기 시작했다(최영희등, 1992).

인간의 관념, 행위, 가치, 그리고 인간의 환경에 대한 이해와 이를 바탕으로 한 질적인 간호는 문화에 대한 지식이 없이는 불가능하다고 할 수 있으며, 따라서 '문화간호'는 '환자들의 문화욕구에 부합하는 효과적이고 만족스러운 간호의 제공'을 그 목적으로 하고 있다.

특히 유교적 가치체제를 특징으로 하여 효를 중시하고, 남존여비 사상과 가족중심적 집합주의를 규범 원리로 인식하는 전통성과 근대화 및 도시화로 인해 가족이 소비생활의 단위로서 핵가족화하는 근대성이 공존하는 우리나라의 경우 대상자가 속한 문화와의 상호 작용을 무시한 연구는 각각의 대상자가 겪는 다른 경험들을 일정한 틀 속에서만 파악하게 되는 결과를 초래하므로 대상자에 대한 깊이 있는 이해가 어렵다.

이러한 사실에도 불구하고 간호는 전통적으로 인간의 사회문화적인 측면보다는 나이팅게일 당시나 현재의 한국 간호에 이르기까지 다같이 대상자의 생물학적인 면에 더 초점을 두고 있으며, 부분적으로만이 정서적인 면이 어느정도 고려되고 있는 실정이다. 또한 돌봄에 있어서도 전인적 간호접근을 강조하고 있는 오늘날에도 간호사는 대상자의 신체적 욕구 충족에 중점을 두고 있다. 현대 간호학계에서는 총체적인 간호를 제공하기 위해서는 문화적인 지식이 필요함에도 불구하고 이리현점에 관심이 미치지 못하고 있다. 따라서 인간과 환경의 상호작용으로 형성, 전수되어온 문화가 건강과 질병에 대한 지식, 생각, 믿음, 가치관, 관행, 행위에 영향을 미치고 있다는 점을 간파하고 있다고 보겠다.

이상의 사실을 고려해 볼 때 간호는 인간의 생물학적, 심리적면에서 그 범위를 확장하여 사회문화적, 환경적인 면을 고려해야 하는데, 간호사는 간호에 대한 간호사 자신의 개념이 아니라 문화가 가지고 있는 간호의 개념을 염두에 두어야 하며, 그러기 위해서는 사람들이 건강을 유지하고 질병을 다루는 방법에 대한 직접적인 관찰을 통해 대상자의 문화적 관점에서 대상자를 이해해야 한다.

따라서 간호제공자의 간호행위와 기정 환경과의 상호 작용을 분석하여 가정병실 모델 개발을 목적으로 하는 본 연구에서는 일차적 간호를 제공하는 가족의 간호 문화 파악이 그 기초가 되어야 하며, 이러한 점으로 미루어 볼 때 문화기술학적 접근 방법이야말로 본 연구의 목적에 부합하는 연구방법이라고 사료된다.

3. 연구방법 및 진행과정

본 연구는 문화인류학에 근간을 두고 귀납적 접근을 하고 있는 문화기술학적 방법(Ethnographic Methodology)을 통하여 이루어졌다.

연구대상자는 C대학 부속병원에 입원후 퇴원한 환자 중 의식의 유무와 관계없이 자가간호(self-care) 및 거동을 전혀 할 수 없는 환자로 간병인이 아닌 가족 및 친지가 간호를 제공하고 있는 환자를 선정하였으며, 그들의 현 거주지인 가정에서 참여관찰과 면접을 통하여 자료를 수집하였다. 자료수집에 있어서는 일정 기간을 정해놓고 행한 것이 아니었으며, 자료수집과 기록, 분석을 동시에 병행하며, 필요에 따라서는 다시 현장에 들어가 자료를 수집해 오는 순환적 방법을 따랐다. 그리고 문헌고찰은 연구과정 전단계에서 이루어졌지만 초기에는 주로 자료수집 방법과 관련한 문헌고찰이 이루어졌으며, 차츰 자료수집과 분석이 진행되면서 연구결과를 설명하는데 도움이 될 이론적 틀을 찾거나 다른 연구결과를 참고로 하여 그 현상을 일반화하기 위해 문헌고찰이 행해졌다.

III. 현장연구 결과

1. 분석 및 해석

1) 대상자의 일반적 사항

본 연구는 3명의 기동장애 환자를 대상으로 하였으며, 일반적 특성을 살펴보면, 첫번째 환자는 51세의 여자환자로 1988년 고혈압 진단하에 병원에서 약물요법을 받아오다가 1989년, 1991년 두차례에 걸쳐 뇌졸중으로 입원치료를 받고 회복이 되어 정상적인 일상 생활을 유지해 왔다. 그러다가 1993년 11월 다시 뇌혈관 출혈로 인해 수술을 받았지만 증상이 호전되지 않자 3개월간 입원 치료후 퇴원하여 가정에서 가족들에 의해 간호를 받고 있었다.

두번째 환자는 73세의 남자환자로 1989년 뇌출혈로 3차례에 걸쳐 입원치료후 우측편마비가 동반된 상태로 퇴원하여 가정에서 가족들에 의해 간호를 받아오다가 점차 기억상실과 시력상실을 보이면서 간헐적으로 정신적인 착란상태가 생겼고, 1991년에는 다시 뇌출혈이 발병하여 환자의 상태가 악화되어 거동불능 상태로 진전되었다.

세번째 환자는 58세의 남자환자로 1991년 교통사고로

척수가 손상되어 수술을 받았지만 치유되지 않았으며 현재 가정에서 부인과 딸의 간호를 받고 있다<표1 참조>.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

	대상자 1	대상자 2	대상자 3
성별	여	남	남
연령	51세	73세	58세
첫발병 시기	1989년	1989년	1991년
병리적 원인	뇌출혈	뇌출혈	교통사고로 인한 척수손상
의식상태	coma	semicomadrowsy	alext
마비부위	양측마비	우측마비	하지마비
수술	반응	반지 않음	반응
식사형태	위장관 영양	유동식 / 보통식	유동식 / 보통식
배뇨형태	유지 도뇨	실금	유지 도뇨
배변형태	실금	실금	실금
가족상황	남편과 아들 3, 며느리 1	아들부부, 손녀 1, 손자 1	부인, 딸 1
주택형태	아파트	단독주택	아파트

2) 간호제공자의 유형

1994년 2월 C 대학 부속병원에 입원해 있는 기동장애 환자를 대상으로 주 간호제공자를 조사해 본 결과 대부분의 환자에게서 발견할 수 있었던 사실은 가족에 의해 간호가 제공되기 보다는 간병인에 의해 환자의 간호가 이루어지고 있다는 사실이었다. 그러나 본 연구에서는 간병인이 아닌 환자와 함께 거주하고 있는 모든 가족들에 의해 간호가 이루어지고 있었으며, 그 유형을 분류분석해 보면 <표 2>와 같다.

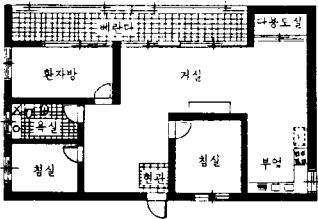
<표 2> 간호제공자의 유형

분류분석 : 간호제공자의 유형		
배	우	자
친		척
자		녀
손 자,	손	녀
며	느	리

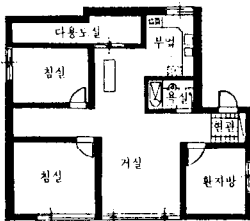
간호제공자인 부인과 아들은 “지저분한 것을 다른 사람에게 보이길 싫어하지 않으니가 간병인을 쓸 수도 없고, 그러니까 나 뿐이 할 사람이 없다.”라고 이야기 하였고, 한 사촌동생은 “형부가 어디 일 맡아서 하시는게 있는데, 볼 사람이 없어서 나한테 부탁을 했어요.”라고 진술하였다. 또한 며느리와 딸의 다음과 같은 면담 내용에서 환자 간호는 상황에 따라서 시간적 여유가 있는 가족성원이 이를 담당하며, 병원에서는와는 달리 가정에서는 간병인에 의한 간호제공이 비효율적인 것으로 인식되었다.

“저희 신앙같은 경우는 방학이었어요, 학생이라서 방학 이거든요, 그래서 이 사람이 다 했어요. 저같은 경우는 직장을 다닐려고 생각을 하고 있는데 어머님 쓰러지신 것을 알았어요, 그 뒤부터 직장 가기가 뭐 하더라고요.”

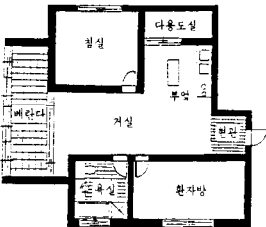
“집에서 간병인을 써보니까 병원에서 만큼 별로 도움
이 안되더라구요, 특별히 해 주는 것도 없이 오히려 불
편했어요.”



〈도 1-1〉 조사대상자의 실제 주택 구조의 평면도
(대상자 1)



〈도 1-2〉 조사대상자의 실제 주택 구조의 평면도
(대상자 2)



〈도 1-3〉 조사대상자의 실제 주택 구조의 평면도
(대상자 3)

3) 환자 간호에 필요한 공간

환자를 간호하기 위해서는 환자방, 마루, 부엌, 욕실, 다용도실이 필요한 공간임을 현장 관찰 및 간호제공자와의 면담을 통해서 알 수 있었으며(노 1-1~1-3 참조), 각 공간마다 뚜렷한 목적이 있음을 알 수 있었다.

환자방은 환자가 질병이 발병하기 전부터 거거하던 장소로 질환이 발생된 이후에도 구조적 변경이나 환경적 변화없이 발병이전과 동일하게 사용되고 있으며, 환자에게 필요한 모든 간호행위가 권적으로 여기에서 이루어지고 있었다.

환자간호를 위한 목적에 비추어 볼 때 욕실은 다른 어느 공간보다도 그 효용성이 적었으며, 이는 환자의 신체적 제한으로 인한 것으로 생각되며, 현장관찰 결과 환자의 소변기와 대변기를 욕실 한쪽 구석에 비치하여 두고 필요시 사용하는 것과 환자의 위생상태를 유지하기 위해 세수대야에 물을 받아다 사용하는 것 이외에는 다른 목적을 찾아볼 수 없었다. 이때 환자의 잦은 용변이나 그 이후의 정결한 위생상태를 유지하기 위해서는 자주 욕실을 드나들어야 하는 번거로움이 있는 것으로 관찰되었다.

부엌은 야채 및 과일즙스를 만들고, 미음 및 일반식사를 준비하며, 냉장고를 비치하여 위장관 영양시 제공할 미음(끓여둔 것) 및즙스를 저장해 두는 장소로서 환자의 영양요구를 충족시켜 주기 위해 반드시 필요한 공간이었다.

마루는 조사대상자의 주택 특성상 부엌과의 명확한 구분은 없었지만 환자 간호를 위해 필요한 공간이었다. 마루에는 환자의 기동을 보조해 주는 휠체어를 비치하고 있었으며, 실금으로 인해 많은 세탁물을 말려야 하는 문제가 발생하자 베란다 및 옥외에 두었던 건조대를 마루에도 두어 세탁물을 말리고 있었다.

다용도실은 세탁기를 비치해두고 환자의 의류 및 침구류를 세탁하는 장소로 이용되고 있었다<표 3-1 참조>.

〈표 3-1〉 환자 간호시 필요한 공간의 영역분석

	영역분석 : 간호공간
영역	목 적
환자방	환자의 거주 및 간호제공자의 간호행위 수행
마 루	간호에 필요한 물품 및 환자의 보조기구를 비치, 환자의 세탁물을 건조시킴
부엌	환자에게 제공되는 각종 음식 및 음료를 준비하고 비치함
욕 실	환자의 위생상태 유지 및 배설에 필요한 물품을 비치
다용도실	환의 및 소속, 친구류 세탁

〈표 3-1〉에서 각 공간마다 그 사용 목적이 명확함을 알 수 있었고, 그 중에서도 환자방은 사용 목적에 따라 〈표 3-2〉와 같이 세부 공간으로 나뉘어짐을 알 수 있었다.

〈표 3-2〉 환자방의 공간 분류분석

분류분석 : 환자방의 배치	
공 간	목 적
환자가 누워있는 곳	환자의 거주
의료물품을 두는 곳	환자에게 사용하는 각종 의료 물품을 비치해 놓음
약품육 두는 곳	현재 환자에게 투약되고 있는 약품을 종류별로 나누어 비치함
린넨 및 의복 두는 곳	환의 및 속옷, 침요를 비치함
침구류 두는 곳	담요와 베개를 비치함
기저귀 두는 곳	크기별로 기저귀를 비치함

환자가 누워있는 곳을 살펴볼때, 2명의 대상자는 침대를 사용하고 있었으며, 한명은 온돌에 매트리스(요)를 깔고 누워 있었으며, 의료물품과 약품을 환자가 누워있는 상부쪽으로 두고 사용하고 있었고, 린넨 및 의복, 기저귀는 환자의 발치 쪽으로 한쪽 벽에 쌓아 올려 놓고 있었다. 또한 환자들이 혼자서 몸을 지지하고 지탱할 능력이 없으므로 간호제공자들은 이들의 신체를 지지하기

위해 큰 베개를 여러개 비치하여 두고 있었는데 이것을 따로 보관할 장소가 없어서 환자가 누워있는 침대 발치 위에 쌓아 놓고 있었다.

간호제공자와 환자와의 상호관계가 일어나기 위해서는 기본적으로 〈표 3-1〉, 〈표 3-2〉와 같은 공간이 필요한 것으로 나타났지만 간호제공자와의 면담 내용을 살펴 본 결과 환자 간호에 있어서 부분적으로는 비효율적으로 공간이 활용되고 있음을 알 수 있었다.

“여기 다 들대가 없어서 기저귀는 다른 방에 두고 사용하고 있어요.”(사촌동생 및 아들 간호)

“이것들은(베개, 담요) 여기(침대위) 말고는 들대가 없어요.”(머느리 간호)

“마루에 건조대를 두니까 지저분하고 보기도 안 좋아요.”(딸 간호)

“요와 이불이 많이 필요한데 여기 다 두지는 못해요.”(아들 간호)

“하루에도 수십번 들락거려야 하나까(욕실) 힘도 들고 불편해요.”(머느리 간호)

4) 간호제공자의 간호행위 유형

현장관찰 및 면담 자료를 가지고 가족들에 의해 행해지는 간호행위를 분석하다 보니 7가지 공통적인 행동 유형으로 분류할 수 있었고 이러한 행위의 대부분은 환자 방에서 이루어지고 있는 것으로 나타났다(표 4 참조).

〈표 4〉 간호제공자의 간호행위 유형

영역분석 : 간호행위		분류분석 : 간호행위 및 장소	
영역		간 호 행 위	간호행위 장소
위 생		세면	환자방
		머리 감기기	환자방
		부분 /전신 목욕시키기	환자방
		손톱, 발톱손질	환자방
		환의 및 속옷 교환	환자방
		면도 해 주기	환자방
		귀청소 해 주기	환자방
		침요 교환	환자방
		환자방 청소	환자방
운 동		상하지 주물러주기	환자방
		있히기	환자방
		관절 운동 시키기	환자방
		휠체어에 앉히기 및 이동	환자방, 마루

〈표 4〉 간호제공자의 간호행위 유형

영역분석 : 간호행위	분류분석 : 간호행위 및 장소	
영역	간호행위	간호행위 장소
식사	위장관으로 유동식 주기	환자방
	식사 주기	환자방
배설	소변 두머니 미주시	환자방, 욕실
	기저귀 갈기	환자방
	관장 하기	환자방, 욕실
치료적 간호	흡인(suction) 하기	환자방
	혈압 측정	환자방
	체온 측정	환자방
	소독 하기(욕창 부위)	환자방
	투약하기	환자방
욕창예방	체위변경 하기	환자방
	습한 부위 말리기	환자방
	자주 관찰하기	환자방
기타 활동	식사준비	부엌
	우유병 닦고 소독하기	부엌
	환의 및 속옷, 침요 세탁	다용도실
	환자 간호에 필요한 정보 입수	

“병원용 변기는 사용하기에 불편하고, 하루에 관장을 다섯번 해도 실패하는 날이 많아요.”(아들 간호)

“방앗간에서 영양가 있는 것 여러가지 넣고 빵아다가 놓고 이틀에 한번씩 물을 넣고 팔팔 끓여 가지고 냉장고에 넣어둬요.”(사촌동생 간호)

“전혀 식물인간이에요, 심장만 뛰고 있을 뿐이지 전혀 움직이지지를 못하니까 변을 봐 드리는데, 기저귀, 기저귀를 차시거든요, 다 닦아내요, 물로, 하루에 몇번씩 할 때도 있어요.”(머느리 간호)

“물수건으로 세수시켜 드리고, 손도 닦아 드리고, 그리고 손톱같은 것도 깎아 드리고, 그리고 몸같은 것도 닦아 드리고, 옷이 더러우면 갈아 드리고 그래요.”(부인 간호)

“침요를 갈 때는 아들하고 같이 들어서 휠체어에 앉혀 밖으로 내보낸 다음 갈아요.”(남편 간호)

“올라가서 다리같은 것 올렸다 내렸다, 여기 뻗었다 내렸다, 팔도 이렇게 올렸다 내렸다, 몸도 주물러 주고, 다리도 주물러 주고.”(남편 간호, 아들 간호)

“이걸로 밥 드리고, 시간, 병원에서 정해진 시간에 줘요, ‘몇시에 주라’ 그러면 그 시간에 맞추어서 미음을 드

리거든요.”(사촌동생 간호, 아들 간호)

“하루에 일정한 양의 음식과 간식을 시간에 맞추어서 드려요.”(아들 간호)

“뭐든지 저희가 해야지, 어머님은 모르세요, 아무것도, 의식이 없으시니까.”(머느리 간호, 아들 간호)

“소변은 소변줄 겠거든요, 소변줄 끼었으니까 그것만 차면은 따라다 버리면 되고.”(부인 간호)

5) 환자 간호에 필요한 물품

새가 기동장애 환자를 간호하기 위해서는 여러가지 물품이나 기구가 필요한 것으로 나타났고, 이는 의료 물품과 일반 물품이라는 두가지 영역으로 나누어졌고, 각 영역은 7가지, 5가지의 세부영역으로 분류할 수 있으며, 각각의 목적 및 용도를 살펴본 결과는 다음과 같았다(표 5 참조).

6) 간호제공자의 간호행위와 관련된 문제점

현장 관찰 및 간호제공자와의 인터뷰, 그리고 지금까지의 분류 분석을 통해서 다음과 같은 문제점이 도출되었다(표 6 참조).

〈표 5〉 환자 간호시 필요한 물품의 분류 분석

분류분석 : 물 품			
영역	세부영역	종 류	목 적
의 료 물 품	영양	주사기(50cc)	위장관 영양
	배설	소변기 / 대변기	소·대변문제 해결
		관장기	대변문제 해결
	욕창예방	지지대 (벼개, 도나스 모양)	환자의 체위 유지
		물침대	신체의 압박 부위를 변화시키고 혈액 순환을 증진시킴
	활력증상 측정	혈압기	혈압 측정
		체온계	체온 측정
	치료 및 보조	소독솜 / 핀셋	욕창 부위 소독
		반창고(종이, 면)	위관 및 도뇨관을 고정시킴. 욕창 소독 부위를 고정시킴.
	객담제거	가정용 흡인기	객담 제거
		식염수	흡인시 사용
일 반 물 품	이동	휠체어	환자의 이동 및 운동 보조
		우유병	유동식 보관 및 유동식 제공시 이용
		전자레인지	식사 데우기
		물통	식사 및 약물 복용시 필요
	위생	냉장고	환자의 음식물 및 음료 보관
		기저귀(대, 소)	배설 문제 해결
		환의, 속옷	청결상태 유지
		오일 / 로션	신체의 건조방지
		가제수선, 면타올	청결상태 유지
		세수대야, 비누	청결상태 유지
		면봉	눈, 귀의 청결 유지
	욕창예방	쿠션	체위변경시 머리 및 신체지지
		부채 / 미니 선풍기	배변 후 건조상태 유지 보조
	안위	침요, 담요	환자의 안위 유지
	환경유지	가습기	방안의 건조를 예방함.

〈표 6〉 간호제공자의 간호행위와 관련된 문제점

분류분석 : 간호문제		
영역	현행 문제점	예측되는 문제점
위생	전신 목욕을 못 시키고 있다.	위생상태 불량
	환자방의 청결상태가 불량하다(특히 냄새문제)	환자 및 가족의 주거환경 불량
운동	환자의 움직임이 제한되어 있다.	혈액순환 장애 및 욕창 발생
배설	대·소변을 자주 보고 있다.	비뇨기계 감염 및 하체의 염증 유발
기타	환자가 누워 있는 곳을 항상 일정한 온도로 유지시키지 못하고 있다.	호흡기 질환 유발
	환자에게 필요한 물품이 비효율적으로 배치 되어 있다.	간호제공자의 능률저하

환자들은 장기자의 부동 및 뇌혈관 질환으로 인해 번비가 심하여 관장을 하여 용변 문제를 해결하는데 이때 한번에 성공적으로 해결되지 않고 여러번 관장을 시도해야 하고, 실패하던 성공하던 간에 관장을 시도할 때마다 환자의 신체 및 방바닥에 온통 관장액이 흘러나와서 냄새는 물론 환자의 청결상태가 불량해졌다. 또한 위장관 영양을 하는 환자는 첨가된 식이의 종류(주로 지방이 많이 함유된 음식)에 따라 경우에 있어서는 설사가 유발되어 하루에도 몇 차례씩 배변을 하게 되므로 이 또한 신체의 청결상태 불량을 유발하는 요인이었다.

한편 본 연구의 대상자는 모두 장기간 마비 상태가 지속된 환자로 스스로 자가간호 행위는 물론 체위변경도 할 수 없기 때문에 함께 있는 가족이 환자의 모든 욕구를 충족시켜야 하고, 이에 따라 간호제공자들의 신체적 부담감이 가중되어 있는 상태였다.

간호제공자들의 이러한 신체적 부담감은 환자 간호에도 영향을 미쳐 첫 발명배보다 환자의 수동적 운동 및 체위변경의 횟수가 줄어들고 휠체어 운동은 전혀 이루어지지 않고 있었다.

“목욕을 시키기는 시켜야 할 텐데 어떻게 해야 할지 모르겠어요, 쓰러진 이후로 한번도 목욕을 못 시켰는데, 환자 몸이 더러우면 없는 병도 생기지 않을까 하는 생각이 들어요.”(사촌동생 간호)

“목욕시키는 문제가 보통이 아니고 매우 어려운 일이에요.”(아들 간호)

“관장을 하게 되면 굳은 대변이 조금 나오고는 방바닥으로 관장액이 모두 흘러나와 방안이 악취는 물론 온통 물바다가 되요.”(아들 간호)

“관장을 하고 나서 환자를 씻어주고 방을 청소하려면 5시간이나 걸려요.”(딸 간호)

“한번 설사를 하면 10일씩 계속되고, 그렇게 되면 빨래감은 물론 목욕시키는 문제가 보통이 아니예요, 하루에 이불 두채, 요 한채를 세탁해야 하고, 방안 청결은 더욱 힘이 들어요.”(며느리 간호)

“중증 환자 몸에는 차가운 것이 굉장히 해롭대요.”(며느리 간호)

“저희같은 경우는 휴지로 몇 번 닦으면 괜찮잖아요, 그런데 (환자는) 안돼요, 왜냐하면 기저귀가 좋은게 아니예요, 그렇다고 휴지로 닦아내기에는 면적도 넓고, 그래서 번 보실때마다 닦아드려야 되요, 어쩔때는 하루에 몇번씩.”(며느리 간호)

“냄새가 되게 나더라고요, 물로 좀 닦아내야지, 청결하고 냄새도 덜 나요.”(부인 간호)

“식구들이 다 있어야지 휠체어에 겨우 앉힐 수 있어요.”(사촌동생 간호)

“휠체어에 앉으면 피가 아래로 몰린다고 해서 10분도 못 있어요.”(부인 간호)

7) 환자 간호에 따른 간호제공자의 반응

본 연구에서는 만성적인 질환으로 인해 가족들의 간호가 장기화되면서 이들에게 신체적, 정신적으로 부정적 반응이 도출되는 것으로 나타났다(표 7 참조).

〈표 7〉 간호제공자의 반응

분류분석 : 간호제공자의 반응	
정신적, 사회적인면	슬프다
	걱정이 된다
	신경이 많이 쓰인다.
	궁금하다
	어떻게 해야 하는지 모른다.
	불편하다
	개인시간이 없다.
신체적인면	가족간의 대화가 부족하다.
	힘들다.
	피곤하다.

“이쪽 저쪽 양쪽 살림을 하려니까 힘들어서 못 살겠어요.”(사촌동생 간호)

“저 혼자서는 힘들어서 어머님 운동을 못 시켜드려요, 아버님이나 아들들이 있어야 뭐를 할 수가 있어요.”(며느리 간호)

“환자를 일으킬려면 침대 위에 올라가서 등을 붙잡고 있어야 하기 때문에 너무나 힘이 들어요.”(딸 간호)

“호스가 더러운 것 같은데 어떻게 해야 좋을지 모르겠어요, 또 간혹가다 푼각푼각하는 소리를 내는데 왜 그런 것인지, 꽤 참은 것인지 궁금해요.”(남편 간호)

“욕창이 생길까봐 신경을 많이 쓰고 있어요.”(아들 간호)

“소변 역시 누워서 방뇨하니까 냄새 또한 지독하고, 환자 피부에 염증이 발생할까봐 걱정이에요.”(아들 간호)

“말을 못하니까 답답해요, 알아 듣지를 못하고, 그냥 말귀라도 알아들으며, ‘어디가 불편하니? 어디가 아프니?’하고 물으면 말은 못해도 고개라도 끄덕끄덕 했으면, 그런 것을 못하니까 불편해요.”(사촌동생 간호)

“밖에 나가서 시달리고 안에 들어오면 또 부인한테 시달리고, 형부가 너무 피곤해 해요.”(사촌동생 간호)

“환자가 집에 있으니까 마음대로 돌아다니지도 못하겠고.”(남편 간호)

2. 고찰 및 모델 개발

본 연구의 대상자는 모든 동작을 스스로 전혀 못하는 환자들이었고, 이들을 간호하는 주 간호제공자는 가족으로 모든 가족이 가능한 시간별로 나누어 환자를 돌보고 있었다.

급격한 산업화에 따른 산업재해, 교통사고를 비롯한 각종 사고, 인구의 노령화, 질병 등 여러 원인에서 오는 장애의 출현율은 계속 증가 추세에 있으며(김영일, 1986), 최은숙(1992)은 뇌혈관질환자 111명중 31.2%가 ‘모든 동작을 스스로 전혀 못한다’고 하였으며, 이중 4%(7명)가 사지마비(quadruplegia) 환자였다고 보고하였고, 이선옥(1976)은 뇌졸중 환자 334명을 輕症, 中症, 重症, 最重症으로 나누었을 때, 25%에 해당하는 약 84명이 重症 이상의 신체장애를 가지고 퇴원한다고 하였으며, 전체대상자중 매일의 일과를 독립적으로 할 수 없어 항상 간호가 필요한 상태에서 퇴원한 대상자 119명으로 35%나 차지하여 퇴원후 가정에서의 간호가 매우 중요하다고 하였다. 또한 김은주(1991)는 130명의 뇌혈관질환자중 계속 누워 지내는 환자가 20.2%이고 혼수전단계에 있는 환자도 4.3%나 된다고 하였다.

Periard(1993)는 뇌졸중 환자의 90%가 몇가지 기능적 장애를 지닌채 살아가고 있다고 했으며, Hudson(1989)은 564명의 뇌졸중 환자중 21.6%에 해당하는 122명의 환자가 심한 기동성이나 혼수상태를 경험하고 있다고 하였다. 또한 Dyken과 그의 동료들은(1984) 뇌졸중이 성인을 무능력하게 만드는 가장 일반적인 신경학적 질환이라 하였고, Sahs(1979)와 Kannel(1983)은 뇌졸중 이후 50% 정도의 환자가 심한 기능장애 상태에 처해 있으며, 이중 10-15%는 특수 기관의 간호를 필요로 한다고 하였다(Carr & Kenvey, 1992).

그리고 Wade(1992)는 뇌졸중을 경험하고 있는 환자의 1/3이 상당한 수준의 기능장애를 가지고 타인의 도움을 받으면서 살아간다고 하였으며, 6개월이상 생존한 뇌졸중 환자의 약 40%가 목욕, 착의, 식사, 이동과 같은 일상생활중 한가지 혹은 그 이상의 활동에서 도움을 필요로 하고 대부분은 그들의 가족에게서 도움을 받고 있다고 하였고, 생존해 있는 뇌졸중 환자의 약 10%는

open community에서 살 수 없고, 장기간의 간호를 필요로 한다고 하였다. 또한 Anderson(1988)은 176명의 뇌졸중 환자중 발병한지 18개월된 조사대상자의 17%가 심한 장애를 지니고 있다고 하였으며, 이들의 88%가 가족 및 친지에 의해 간호를 받고 있다고 하였다.

조윤희(1990)는 뇌혈관질환자 70명중 95.7%가 마비를 동반하고 있으며, 현재 주요 간호제공자는 직계가족이 85.7%, 친지 및 친구가 5.7%, 병원에서 고용한 간병인이 8.6%로 연구대상자의 주요 간호제공자는 직계가족이 많다고 하였는데(Laitinen, 1993; Edelman & Hughes, 1990) 이러한 결과는 본 연구결과와도 일치하고 있다.

한편 만성 재가 기동장애자를 가정에서 간호하는 간호제공자와 관련하여 본 연구에서 나타난 문제점들 1) 욕창 예방 문제, 2) 잦은 용변 후의 환자 청결상태 유지 문제, 3) 가족의 신체적, 정신적, 정서적 부담감이라는 세가지 문제점으로 크게 대별할 수 있었다.

본 조사에서는 3명의 대상자중 2명이 천골부위의 욕창으로 고통을 겪고 있었다. 또한 배설형태에 있어서 2명은 유치도뇨관을 삽입하고 있었고, 1명은 실금을 하는 상태였으며, 대변은 3명 모두 실금상태여서 욕창 및 하지 부위 염증의 발생율이 상대적으로 높은 상태에 있었고, 따라서 이들의 위생상태 유지가 가족들에게 어려운 간호문제였다.

욕창은 일단 발생하면 의학적인 치료가 필요한 것은 물론이고 환자 개인이나 사회 전체로 보아 경제적, 심리적 손실을 초래하고 욕창이 생겼을 때 소요되는 치료비용도 상당하다.

미국의 경우 욕창 치료에 소요되는 비용은 욕창당 평균 \$4,000-\$5,000에서 \$21,000까지 추산하고 있으며(Bliss & McLaren, 1967; Curtin, 1984), 동일질병의 환자 간호시 요구되는 간호시간이 욕창발생자의 경우가 미발생자의 경우보다 50~100%나 더 소모되는 것으로 보아(Gosnell, 1973) 욕창치료에는 막대한 비용과 인력이 소요됨을 알 수 있다.

Maklebust(1987)는 욕창발생의 위험이 가장 큰 집단은 신경계 문제로 인하여 심한 기동성 제한이 있는 환자와 노인환자로 환자가 자신의 체위를 바꾸고 조절하는 능력이 감소되어 있거나 없는 경우에 피부에 장기적인 강한 압력을 주게되므로 욕창이 발생함 가능성이 높다고 하였다. 특히 척수장애가 있는 환자의 경우 운동장애로 욕창이 많이 생기는데 Richardson과 Meyer(1981)의 연구에서는 사지 마비의 경우 60%가 욕창발

생의 병력을 가지고 있는 것으로 나타났고, Spence (1967)는 척수장애환자의 80%에서 욕창이 발생되었다고 하였다. Reichel(1958)은 반좌위를 취한 마비환자의 욕창의 원인은 응전력임을 밝힌 바 있으며, 이 결과는 노인과 하반신마비 환자가 정상인보다 응전력이 더 크다고 한 Bennett와 Karvner등(1984)의 연구에서도 밝혀졌다. 김은주(1991)의 연구 결과에 의하면 대상자 130명중 욕창이 있는 환자는 7명으로 모두 가정에서 치료하고 있었고, 부위는 천골 부위 71.4%로 기저 많았다.

Bennett와 Karvner등(1984)은 마비에 의해 체위변경의 문제가 있으며, 조직에 궤혈이 유발되어 욕창 발생의 위험이 커진다고 하였다. 또한 송미순(1991)의 연구 결과에서도 의식상태가 나쁜 환자는 불편감을 느끼는데 장애가 있거나 체위변경을 요구하는 것에 어려움이 생기게 되므로 욕창 발생의 위험이 큰 것으로 나타났다.

Braden과 Bergstrom(1987)은 욕창발생에 가장 중요한 요소는 외적 압력과 조직의 내성이라고 하였으며, 외부에서 압력을 높이는 요인으로는 동작제한, 활동부족, 감각지각 장애를 들었고, Berecek(1975)은 욕창발생의 원인과 유발요인에 따라 영양결핍, 노령, 운동성마비, 표면감각손상, 자율기능 손상등의 문제가 있는 경우를 '요주의 환자(clients at risk)'로 보았으며, 요주의환자들에게서 욕창발생 여부를 특히 잘 사정하여야 한다고 하였다.

기동성 장애는 욕창의 위험성을 증가시키며, Clark 등(1978)은 기동성 정도를 ① 침대에 국한(bed-fast)됨, ② 의자에 국한(chair-fast)됨, ③ 반보행(semiambulant), ④ 완전보행(totally ambulant)의 네가지로 구분하고 침대와 의자에 국한한 경우를 다시 ① 전혀 못 움직임(helpless), ② 부분적으로 움직임(partially helpless), ③ 정상적으로 움직임(not helpless)으로 나누었다. 이때 침대에 국한되어 전혀 움직이지 못함으로 분류된 환자의 18.6%에서 욕창이 발생하였고, 의자에 국한됨으로 분류된 환자의 24.8%에서 조직파손이 있었으며, 하지마비, 사지마비, 반신마비가 있는 환자들은 욕창발생을 증가시키는 감각상실을 동반하는 경우가 많았다.

Reuler와 Cooney(1962)는 피부에 습기가 있으면 욕창발생을 5배나 증가시킨다고 하였으며 Exton-Smith 등(1961)과 Anderson과 Kovrning(1982)의 연구에서도 욕창발생을 예견하는 가장 중요한 지표로 실금을 들었다.

Notlund등(1962)은 비실금환자에서의 욕창발생률은

7%인데 반해 실금 환자의 욕창발생률은 39%로 나타나 실금(incontinence)으로 인한 습기의 유무가 욕창발생을 예측할 수 있는 가장 유의한 지표라고 하였다. 또한 Allman등(1962)은 노실금보다도 대변실금이 더욱 중요한 위험요소라고 하였는데, 왜냐하면 변실금이 있으면 피부가 벗겨지고, 피부가 변에 포함된 박테리아와 독소에 노출되어 해가 커지기 때문이다(송미순, 1991).

본 연구의 간호제공자와 면담을 한 결과 가족구성원 모두가 정기적인 환자 간호로 인해 신체적, 정신적, 정서적으로 부담감을 경험하고 있는 것으로 나타났는데, 이러한 가족의 부담감에 대해 취약한 노인, 불구 혹은 만성질환에 이환되어 있는 환자들을 간호하는 가족을 대상으로 지금까지 많은 연구가 이루어져 왔다.

Koseberg, Cairl & Keller(1990)도 기능장애 환자의 가족원은 부담이 컸다고 하였고, 박명희(1991)는 마비 환자의 가족원중 환자의 일상활동 장애가 심할수록 가족원의 부담이 높다고 하였다. 또한 뇌졸중 환자의 장애는 환자의 자기간호 수행이나 보행동에 보호자의 도움을 필요로 하며, 이에 따라 가족은 질병상태 변화와 돌보는 일의 어려움에서 가장 스트레스를 많이 받는 것으로 나타났다(최은숙, 1992).

질병에 대해 가족에게서 경제적인면, 시간적인면, 심리적인면, 사회적인면에서 어느 정도 부담을 느끼는가에 대하여 분석한 결과 4가지면에서 모두 70%이상의 부담을 느끼고 있다고 응답하였으며(조윤희, 1990), 보호자의 가장 큰 애로사항은 뇌혈관질환자의 가족 130명중 환자 다루기가 벅차다로서 26.2%이고, 25.4%에서 경제적 어려움을 호소하였으며, 가정의 분위기가 우울하다가 6.2%를 차지하였다(김은주, 1991).

임영신(1993)의 연구에 따르면 64명의 노인환자 가족의 부담감 문항을 순위에 따라 나열하여 보니 가족원이 '환자 간호로 인해 내시간을 충분히 가지지 못한다.' '환자의 장래가 어떻게 될지 염려된다.' '환자 간호로 인해 몸이 고달프다'고 답한 문항이 전체 25문항 중 1, 2, 3위에 해당하는 것으로 나타났으며, 환자를 보거나 간호하노라면 긴장되고 우울해진다는 항목도 상위권에 올라있는 것으로 나타났다.

Findeis등(1994)이 13명의 home ventilator를 사용하는 환자의 가족을 대상으로 한 연구에서 3명의 간호제공자가 '신체적 간호는 시간을 소비하는(time-consuming) 것이었다.'라고 이야기 했으며, 간호제공자들은 좌절, 피로, 주기적인 자유시간의 상실을 경험했다고 보고했다.

Evans등(1988)은 뇌졸중과 관련된 기동장애 문제로 인해 직간접적인 가족 기능의 장애가 초래될 수 있다고 하였으며, Rosenthal(1993)은 한 개인이 뇌혈관질환에 이환되었을때 전체 가족이 영향을 받으며, Crewe(1969)는 가족 구성원은 사랑하는 사람의 심한 만성 장애보다는 오히려 그의 죽음에 더 잘 대처할 수 있다고 했다(Rosenthal, 1993).

Periard등(1993)은 뇌혈관 질환자를 간호하는 20명의 간호제공자 중 65%인 13명이 그들의 여가활동에서 변화를 경험했다고 이야기 했으며, 60%인 12명의 간호제공자가 세탁, 청소, 수선, 외부작업을 수행하는데 있어서 어려움이 있었다고 보고했으며, 환자를 간호하는데 있어서 너무나 지쳐서 아무것도 먹을 수 없었다고 한 사람도 있었다. 또한 45%(9명)가 그들의 사회활동 및 개인활동에 변화를 가져왔다고 했는데 그 이유는 환자 곁을 떠날 수 있는 시간이 없기 때문이라고 대답하였다.

Webster와 Newhoff(1981)는 여가시간의 부족과 교제시간의 부족을 포함하여 뇌졸중 환자의 배우자들 사이에 있어서 나타나는 간호 문제점을 규명했으며, 여기에는 결혼관계의 부적응, 간호제공자의 쇠약, 우울을 포함하고 있다. 또한 Coughlan과 Humphrey(1982)는 가정에서 살고 있는 뇌졸중 환자의 배우자들 가운데 생활 만족감이 줄어들고 있다고 보고하였고(Evans & Bishop, 1991), Issacs와 그의 동료들은(1976) 가족 및 친척과의 접촉에서 만성질환자의 의존성 증가는 가정에서 갈등과 적대감을 증가시키는데 기여할 수 있다고 보고했다(Anderson, 1988).

Anderson(1988)은 기동장애 환자를 돌보는 많은 간호제공자의 건강이 양호하지 못하다고 하였다. 즉 그들의 반수이상이 환자의 욕구나 질병에 대처하는데 영향을 미칠 것 같은 만성 질병이나 건강문제를 갖고 있다고 하였다. 또한 Anderson은 환자의 뇌졸중으로 가정주부가 그들의 신체적, 사회적 생활에서 심각하게 고통을 받고 있다고 하면서, 그러한 긴장과 스트레스는 주로 신체적 간호 요구도 인한 것은 아니지만 환자와의 관계에서의 문제, 그들의 사회적 삶의 제한, 뇌졸중 환자의 의존성으로 인한 고통을 반영하고 있는 것이라 했다.

이상에서 살펴본 바와 같이 만성기동 장애 환자를 간호하는 가족은 신체적, 정신적으로 스트레스를 경험한다는 것이 본 연구결과와 일치하고 있다.

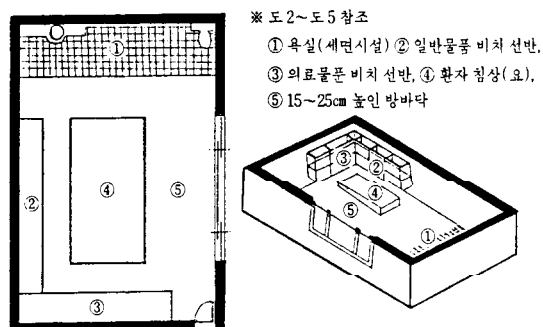
환자의 거동은 정상적인 관절운동, 적절한 근육강도, 손상받지 않은 신경학적 상태에 달려 있는데(Liang et al., 1983) 만성적으로 이를 상실한 환자에게 있어서는

가족 및 친척, 친구등의 간호 제공이 중요한 역할을 하게 된다.

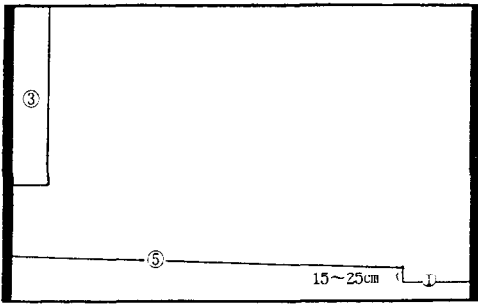
Periard(1993)의 질적연구결과에 따르면 만성질환자를 간호하는 간호제공자에게는 '시간'과 '구속'이라는 2가지 주요 문제가 드러났으며, 이를 구체적으로 살펴보면 개인관리시간, 사회활동시간, 여가시간과 같은 방해받지 않는 시간이 부족하다는 것과 집에 있는 뇌졸중 환자를 두고 나갈 수 없기 때문에 신체적 활동 및 여가시간이 줄어들었다고 하는 것이다. 이와 더불어 아직 국가적 차원에서 만성적인 기동장애 환자들을 위한 서비스를 수행, 평가하는 정책이 뒷받침되고 있지 못하기 때문에 가정에서 인지적, 신체적 손상을 갖고 있는 개인을 위해 만족할만한 간호를 제공하기 위해서는 보조기구의 사용이나 가정환경 및 기구를 변형시키므로써 도움을 받을 수 있으며(Liang et al., 1983), 이는 간호제공자의 신체적 부담감 및 시간의 제약을 줄이는데 일조를 할 수 있으리라 본다.

또한 Hudson(1989)의 연구에 따르면 방문간호사의 방문을 원하는 이유중의 46.5%가 환자의 washing과 bathing이었고, 약 20%가 환자의 일반적 간호였으며, Anderson(1988)은 간호기관에 의해 제공되는 서비스가 환자 목욕에 기여하는 바가 크다고 하였다.

따라서 본 연구결과 및 선행 연구결과를 토대로 본 연구에서는 환자의 합병증 예방 및 만성 기동장애 환자를 간호하는 가족의 신체적, 정신적 부담감과 환자의 잦은 배뇨 및 배변으로 인한 청결 상태 유지에 소요되는 장시간의 간호시간을 줄이는데 도움이 되고자 다음과 같은 가정 병실을 개발하게 되었다(도 2~3 참조).



<도 2> 가정병실 모델의 평면도 및 투시도



〈도 3〉 가정병실 모델의 좌측면도

이 가정병실 모델은 환자에게 필요한 주거 공간과 욕실공간을 혼합하여 한 방에서 환자의 안위 유지 및 청결 유지를 할 수 있도록 고안한 병실이다. 이 모델의 구조적 측면을 구체적으로 설명하면, 첫째, 방의 가장 윗쪽인 1/5정도의 공간에 배수시설을 갖추고, 줄이진 샤워기를 설치하여 필요시마다 냉수와 온수를 사용할 수 있는 세면시설을 마련한다.

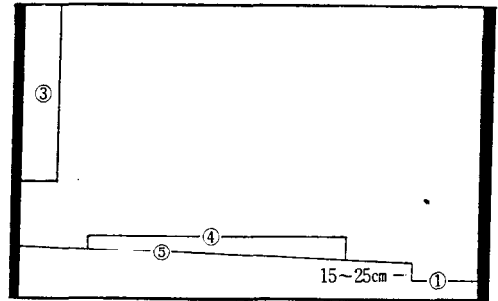
둘째, 방의 나머지 공간인 4/5는 환자가 거주할 공간으로 기존의 방바닥 높이를 조절하여 15~25cm 정도로 높인 다음 그 밑으로 보일러 시설을 갖추어 항상 방의 온도가 $22 \pm 2^\circ\text{C}$ 로 유지될 수 있도록 조절한다. 여기에서 방바닥의 높이를 높인 이유는 환자를 목욕시킨 후 빨리 배수가 되도록 하여 환자가 누워 있는 곳을 건조하게 유지시키기 위함이다.

세째, 방바닥을 높일때 세면시설이 설치되어 있는 부분과 접한 부분의 반대쪽, 즉 환자가 머리를 두는 쪽을 약 15° 정도 올려서 방바닥의 높이를 약간 경사지게 한다. 이것도 환자를 목욕시킨 후 배수의 축진을 도모하기 위하여 필요하다.

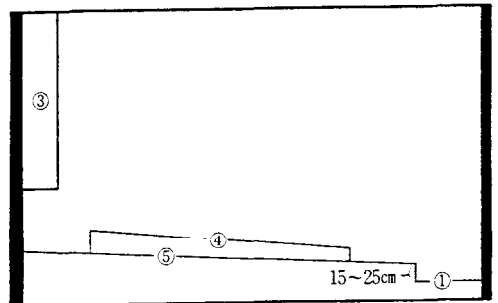
네째, 환자가 누워있는 벽면에는 선반을 구조적으로 조직하여 환자에게 이용되는 의료물품과 일반물품을 비치할 수 있게 한다.

다섯째, 방바닥에 깔 단단한 매트리스(9)를 제작한다(2개). 매트리스는 방바닥의 기울기를 고려하여 매트리스의 두께를 상, 하로 달리하여 하부쪽이 상부쪽보다 약 3cm정도 더 두껍게 제작하여 여기에 환자가 누웠을 때 신체의 평형성을 유지시켜 주어야 한다. 이렇게 제작한 매트리스는 비닐로 싸서 물이 들어갈 수 없게 만들며 환자를 눕힐때는 매트리스 위에 얇은 먼시트를 깔다. 그리고 환자를 목욕시킬 때는 이 매트리스의 상부와 하부를 돌려 방바닥의 기울기에 맞추어 매트리스를 놓음으

로써 배수가 원활히 이루어지게 한다(㉔4~5 참조). 또한 평상시에도 간혹 이러한 상태로 환자를 눕혀 놓으면 환자의 몸을 15° 각도로 기울어지도록 유지시킴으로서 미약하지만 경사침대(tilt-table)의 효과를 가져올 수 있다. 사용하지 않는 매트리스는 선반이 설치되어 있지 않은 한쪽 벽에 붙여서 비치한다.



〈도 4〉 일반적인 침요의 위치 단면도



〈도 5〉 목욕시 침요의 위치 단면도

다음으로 이러한 가정병실의 이점을 살펴보면,

첫째, 환자를 전신 목욕시킬 때, 환자의 무리한 이동 없이 매트리스 위에서 방 한쪽에 부착되어 있는 샤워기를 이용함으로써 비교적 단시간 내에 용이하게 목욕을 시킬 수 있다. 목욕이 끝난 후에는 환자를 옆에 준비되어 있는 깨끗한 매트리스로 굴러서 누이면 된다. 이때 매트리스는 단단하게 제작된 것은 이용함으로써 환자의 기동성을 증진시키고, 이동을 용이하게 할 수 있다(Farzan, 1991; Liang, 1983).

둘째, 요실금이나 변실금 후에도 용이하게 환자를 청결하게 해 줄 수 있으므로 환자의 위생상태를 양호하게 유지할 수 있다.

세째, 소변이나 대변으로 인한 환자의 피부 자극이 현저하게 감소됨으로써 습기 및 세균으로 인한 욕창의 발생 소인을 방지할 수 있다.

네째, 마비 또는 기타 장애로 일어나 앓을 수 없을 환자에게는 수동적인 경사침대 위에 환자를 똑바로 눕혀 신체에 중력의 영향이 주어질 수 있도록 하여 환자의 심맥관계 기능이 원활이 이루어지도록 하고 있는데, 방바닥의 기울기는 바로 이러한 경사침대의 효과를 제공함으로써 환자의 심맥관계 기능을 증진시키고 나아가 피부의 압박 부위를 변경시켜 줌으로써 욕창 예방의 효과를 가져온다.

다섯째, 선박을 제작함으로써 환자에게 이용되는 모든 물품을 조직적으로 비치하여 사용할 수 있고, 또한 만성 기동장애 환자를 간호하는 간호제공자들이 가장 힘들어하는 부분인 선진복을 쉽게 할 수 있으므로 간호제공자의 신체적 피로를 줄여주고, 환자 간호시간을 줄일 수 있는 효과를 가져온다.

여섯째, 쉽게 환자의 청결을 유지해 줄 수 있기 때문에 자주 노실금 및 변실금을 하는 환자에게 있어서는 환자를 침요에 눕힐 때 환의를 입히지 않고 간단히 면시트를 덮어줌으로써 계속해서 환의 및 기저귀를 갈아 입혀야 하는 번거로움 및 세탁에 필요한 노력을 절감할 수 있고, 아울러 소모품(기저귀)의 절약으로 비용 절감의 효과도 가져올 수 있다.

IV. 결론 및 제언

1. 결 론

질병의 구조 및 주요 사망원인이 변화됨으로써 만성 재가 기동장애자 수 및 그 질환의 심각성이 증가하였으며, 전국민의료보험에 따른 의료수요 급증으로 완전한 회복이 되기 전에 환자를 조기퇴원시키게 되었고, 또한 이들을 추후간호 할 수 있는 제도적 장치가 아직 확립되고 있지 않아 가정에서 가족에 의한 돌봄의 비중이 점차 증가되었다. 따라서 제반 사회적 여건에 비추어 가정에서 일차적으로 환자를 돌보는 가족이 좀 더 효율적인 방법으로 용이하게 돌봄을 제공할 수 있는 환경을 조성하는데 본 연구의 목적이 있다.

환경 조성이라는 측면에서 본 연구는 만성 재가 기동장애 환자의 주거공간인 가정병실에 초점을 맞추었다. 가정병실은 환자 생활의 대부분을 수용해 주는 가장 기본적인 단위이지만 대부분의 기존 주거는 만성 기동장애자들을 돌보기에 비효율적인 상태이며, 따라서 이들의 생활상과 가정병실의 대응 측면에서 접근한 총체적인 분석을 기준으로 가정병실을 계획하면 환자의 안위

증진 및 간호제공자의 돌봄행위가 모두 용이하게 이루어지리라고 본다.

이에 따라 본 연구는 문화인류학에 근간을 두고 귀납적 접근을 하고 있는 문화기술학적 방법을 통하여 연구 과정을 진행시켰다. 즉 3명의 조사대상자를 선정하여 그들의 문화에 들어가 참여관찰과 면접을 이용한 현지 조사를 통해 직접 경험적 증거를 수집하고, 현지주민의 말을 그대로 충실히 기록하여 이를 분석, 해석하는 방법을 사용하였다.

수집된 자료를 분석한 결과는 다음과 같다.

첫째, 만성 재가 기동장애 환자의 돌봄은 주로 직계 가족에 의해 이루어지고 있었다.

둘째, 환자를 간호하기 위해서는 환자방, 마루, 부엌, 욕실, 다용도실이 필요한 공간으로, 각각은 환자의 거주 및 간호제공자의 간호행위 수행, 간호에 필요한 물품 및 환자의 보조기구를 비치하고 환자의 세탁물을 건조시키고, 환자에게 제공하는 각종 음식 및 음료를 준비하고 비치함, 환자의 위생상태 유지 및 배설에 필요한 물품을 비치함, 환의 및 속옷, 침구류 세탁을 위한 목적으로 이용되었다. 또한 환자방은 사용 목적에 따라 환자가 누워 있는 곳, 의료물품을 두는 곳, 약품을 두는 곳, 린넨 및 의복 두는 곳, 침구류 두는 곳, 기저귀 두는 곳으로 분류할 수 있었다.

세째, 간호제공자의 간호행위 유형은 크게 7가지의 영역, 즉 위생, 운동, 식사, 배설, 치료적 간호, 욕창 예방, 기타활동의 영역으로 구분할 수 있었으며, 각 영역은 다시 몇가지의 간호행위로 세분되었고, 이러한 행위의 대부분은 환자의 방에서 이루어지고 있었다.

네째, 만성 재가 기동장애 환자를 돌보기 위해 필요한 물품은 크게 의료물품과 일반물품의 두가지 영역으로 구분할 수 있었다.

다섯째, 만성 재가 기동장애자를 가정에서 간호하는 간호제공자와 관련하여 본 연구에서 나타난 문제점은 욕창 예방 문제, 잦은 용변 후의 환자 청결 상태 유지 문제, 가족의 신체적, 정신적, 정서적 부담감이라는 세가지 문제점으로 크게 대별할 수 있었다.

이러한 점을 고려하여 본 연구에서는 환자의 합병증 예방 및 만성 기동장애 환자를 돌보는 가족의 신체적, 정신적 부담감과 환자의 잦은 배뇨 및 배변으로 인한 청결 상태 유지에 소요되는 장시간의 간호시간을 줄이는데 도움이 되고자 다음과 같은 이점이 있는 가정병실 모델을 개발하였다.

첫째, 간호제공자가 환자의 청결 유지에 필요한 시간

및 노력을 덜 수 있어 이들의 신체적 부담감을 덜어줄 수 있다.

둘째, 뇨실금이나 변실금 후에도 용이하게 환자를 청결하게 해 줄 수 있으므로 환자의 위생상태를 양호하게 유지할 수 있다.

세째, 소변이나 대변으로 인한 환자의 피부 자극이 현저하게 감소됨으로써 습기 및 세균으로 인한 욕창의 발생 소인을 방지할 수 있다.

네째, 방바닥의 기온기로 인해 경사침대의 효과를 제 공함으로써 환자의 심맥관계 기능을 증진시키고 나아가 피부의 압박 부위를 변경시켜 줌으로써 욕창 예방의 효과를 가져온다.

다섯째, 선반을 구조적으로 배치함으로써 환자에게 이용되는 물품을 용이하게 비치하여 환자 간호의 편리성을 도모할 수 있다.

여섯째, 쉽게 환자의 청결을 유지해 줄 수 있기 때문에 자주 뇨실금 및 변실금을 하는 환자에게 있어서는 환자를 침소에 눕힐 때 환의를 입히지 않고, 간단히 면시트를 덮어줌으로써 계속해서 환의 및 기저귀를 갈아 입혀야 하는 번거로움 및 세탁에 필요한 노력을 절감할 수 있고, 아울러 소모품(기저귀)의 절약으로 비용 절감의 효과도 가져올 수 있다.

2. 제 언

본 연구에서 개발된 모델은 만성 기동장애자가 재가해 있는 가정에게 우선적으로 추천할 만한 것으로 사료되며, 또한 양로원이나 요양원 같은 복지시설에 거주하는 만성적인 기동장애 환자를 위한 병실을 계획할 때, 본 연구에서 개발된 모델을 한국의 주거문화의 특성을 고려하여 건축, 시범운영함으로써 본 모델의 효과를 측정해 볼 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강영환(1991). 한국주거문화의 역사, 지문당.
- 건강사회를 위한 보건의료인 연대회의(1992). 건강사회를 위한 보건의료, 실천문약사.
- 공세권등(1990). 한국가족의 기능과 역할변화, 한국보건사회연구원.
- 김경인(1987). 뇌손상환자의 추후간호에 대한 연구, 한양대학교 석사학위논문.
- 김금순등(1992). 신경계간호학, 서울대학교출판부.
- 김소선(1992). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구, 연세대학교 박사학위논문.
- 김수지, 김정인(1981). 가족정신건강, 수문사.
- 김영임(1986). 지체장애자의 자기간호수행정도 및 사회활동에 관한 분석적 연구, 대한간호학회지, 16(2).
- 김영준등(1991). 뇌졸중의 임상적 고찰; 한 지역 병원을 중심으로, 가정의, 12(12).
- 김영후역(1985). 인간적도론, 단대출판사.
- 김예홍(1980). 욕창환자에 관한 임상적 고찰, 중앙의학, 39.
- 김원옥(1991). 부동의 위험; 심맥관계, 호흡기계, 대사 및 영양을 중심으로, 대한간호, 30(2).
- 김은주(1991). 퇴원한 뇌혈관질환자의 후유증과 가정간호 필요성 및 간호수행, 경북대학교 석사학위논문.
- 김종옥(1994). 한국 가족의 특성, 대한간호, 33(1).
- 김주식(1990). 한국인의 의료문화에 적합한 병실계획을 위한 환경연구, 중앙대학교 석사학위논문.
- 명철제(1989). 척수손상자의 가족구조 실태, 연세대학교 석사학위논문.
- 문옥륜(1992). 의료보장정책연구, 신광출판사.
- 서문자(1991). 근골격계 중심의 기동성 장애 가정간호, 대한간호, 30(3).
- 서미혜, 오가실(1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구, 대한간호학회지, 23(3).
- 소희영, 김봉옥(1992). 재활간호, 현문사.
- 손영희(1992). 부동의 위험에 대한 간호관리; 심맥관계, 호흡기계, 대사 및 영양을 중심으로, 대한간호, 31(2).
- 송미순, 최경숙(1991). 욕창발생 예측 요인에 관한 연구, 대한간호학회지, 21(1).
- 송미순, 최경숙(1991). 욕창위험 사정도구의 예측 타당도 검증, 성인간호학회지, 3.
- 송성자(1991). 가족관계와 가족치료, 홍익제.
- 신동훈(1980). 지체장애자를 위한 주거계획에 관한 연구, 저국대학교 석사학위논문.
- 우동주(1991). 주거생활의 부분문화를 중심으로한 집합주거계획에 관한 연구; 도시소형 아파트를 대상으로 한 현상연구, 용인대학교 박사학위논문.
- 유재희(1991). 부동의 위험; 근골격계 중심으로, 장, 비뇨기 배설을 중심으로, 대한간호, 30(2).
- 윤매옥(1992). 재가 척수손상인의 재활에 관한 간호사례 연구, 대한간호, 31(2).
- 이 심(1988). 주거의식 주거문화, 현대공론사.

- 이문호(1993). 독립노령자를 위한 주거계획에 관한 연구, 중앙대학교 석사학위논문.
- 이선옥(1976). 중추 신경계 혈관질환(C.V.A) 환자중 퇴원환자의 신체기능 장애 정도와 그 특성에 관한 고찰, 대한간호학회지, 6(1).
- 이원상(1991). 종합병원 입원환자의 병상주위 생활실태와 공간이용에 관한 연구, 한양대학교 석사학위논문.
- 이은옥, 김채숙. 서문자, 임난영(1982). 만성 및 재활간호, 수문사.
- 이주호역(1969). Bollonow, O. F., 현대철학의 전망, 범문사.
- 이희봉역(1993). Spradley, J. P., 문화탐구를 위한 참여관찰방법, 대한교과서주식회사.
- 임영신(1993). 노인환자 가족의 부담감에 관한 연구, 성인간호학회지, 5(2).
- 조복희(1992). 부동으로 인한 사회심리적 반응과 간호관리, 대한간호, 31(2).
- 조윤희(1990). 뇌혈관성 질환 환자의 자가간호 능력과 가정간호 요구도와와의 관계, 연세대학교 석사학위논문.
- 최영희, 이경혜(1988). 가족중심간호학, 신광출판사.
- 최영희등(1992). 간호와 한국문화 : 문화기술학적 접근, 수문사.
- 최은숙(1992). 뇌졸중 환자의 자가간호 수준에 따른 보호자의 스트레스, 충남대학교 석사학위논문.
- 최정림(1967). 욕창에 관한 임상적 고찰, 중앙의학, 31.
- 추수경(1991). 가정간호사업 대상자의 선정기준 개발과 서비스 내용에 관한 연구 : 뇌졸중, 뇌 척수 손상 입원 환자를 중심으로, 연세대학교 박사학위논문.
- 통계청(1990). 사망원인통계연보.
- 한국문화예술진흥원 문화발전연구소(1991). 한국의 주거문화 모델 개발 보급 방안 연구.
- 한국보건사회연구원(1990). 1989년도 국민건강조사.
- 한상복등(1992). 문화인류학 개론, 서울대학교출판부.
- Acorn, S. (1993). Head-injured Survivors : Caregivers and Support Groups, Journal of Advanced Nursing, 18(1), Jan., p39-45.
- Anderson, K.E. & Kvorning, S.A. (1982). Medical Aspects of the Decubitus Ulcer, International Journal of Dermatology, 21, p256-270.
- Anderson, R. (1988). The Contribution of Informal Care to the Management of Stroke, International Disabilities Studies, 10(3), p107-112.
- Bennet, L., Karvnenner, D., Lee, B. Y., Trainor, F. S. & Lewis, J. M. (1984). Skin Stress and Blood Flow Sitting Paraplegic Patients, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 65, p186-190.
- Berecek, K. (1975). Treatment of Decubitus Ulcers, Nursing Clinics of North America, 10, p171-210.
- Bliss, M. E. & McLaren, R. (1967). Preventing Pressure Sores in Geriatric Patients, Nursing Mirrors, 123, p434-437.
- Braden, B. & Bergstrom, N. (1987). A Conceptual Schema for the Study of the Etiology of Pressure Sores, Rehabilitation Nursing, 12(1), p8-12.
- Braithwaite, V. (1993). Caregivers' Emotional Well-being and their Capacity to Learn about Stroke, Journal of Advanced Nursing, 18(2), Feb., p195-202.
- Carr, E. K. & Kenvey, F. D. (1992). Positioning of the Stroke Patient : A Review of the Literature, International Journal of Nursing Studies, 29(4), p355-369.
- Chenitz, W. C. & Swanson, J. M. (1986). From Practice to Grounded Theory : Qualitative Research in Nursing, Addison-Wesley Publishing Nursing.
- Clark, M., Barbanel, J., Jordon, M. & Nicol, S. (1978). Pressure Sores, Nursing Times, 74, p363-366.
- Curtin, L. (1984). Wound Management : Care and Cost - An Overview, Nursing Management, 15, p22-25.
- Dacher, J. E. (1989). Rehabilitation and the Geriatric Patient, Nursing Clinics of North America, 24(1), Mar., p225-237.
- Deimling, G. T. & Bass, D. M. (1986). Symptoms of Mental Impairment among Elderly Adults and Their Effects of Family Caregivers, Journal of Gerontology, 41(6), p778-784.
- Desrosier, M. B., Catanzaro, M. & Piller, J. (1992).

- Living with Chronic Illness : Social Support and the Well Spouse Perspective, Rehabilitation Nursing, 17(2), Mar /Apr., p87-91.
- Doolittle, N.D. (1991). Clinical Ethnography of Lacunar Stroke : Implications for Acute Care, Journal of Neuroscience Nursing, 23(4), Aug., p235-240.
- Dudas, S. (1986). Nursing Diagnoses and Interventions for the Rehabilitation of the Stroke Patient, Nursing Clinics of North America, 21(2), June, p345-357.
- Edenberg, E.L., Cerny, K. & Stauffer, E.S. (1973). Prevention and Treatment of Pressure Sores, Physical Treatment, 53, p246-252.
- Edelman, P. & Hughes, S. (1990). The Impact of Community Care on Provision of Informal Care to Homebound Elderly Persons, Journal of Gerontology, 45(2), pS74-84.
- Evans, R.L. & Bishop, D.S. (1991). Factors Predicting Satisfactory Home Care after Stroke, Arch - Phys - Med - Rehabil, 72(2), Feb, p144-147.
- Evans, R.L. & Northwood, L.K. (1983). Social Support Needs in Adjustment to Stroke, Arch - Phys - Med - Rehabil, 64, Feb., p61-64.
- Evans, R.L. (1986). Caregiver Compliance and Feelings of Burden in Poststroke Home Care, Psychological Reports, 59, p1013-1014.
- Evans, R.L., Matlock, A., Bishop, D.S., Stranahan, S. & Pederson, C. (1988). Family Intervention after Stroke : Does Counseling or Education Help?, Stroke, 19(10), Oct., p1243-1249.
- Exton-Smith, A.N. & Sherwin, R.W. (1961). The Prevention of Pressure Sores : Significance of Spontaneous Bodily Movement, Lancet, 2, p1124-1129.
- Farzan, D.T. (1991). Reintegration for Stroke Survivors : Home and Community Considerations, Nursing Clinics of North America, 26(4), Dec., p1037-1048.
- Findeis, A., Larson, J.L., Gallo, A. & Shelkleton, M. (1994). Caring for Individuals Using Home Ventilators : An Appraisal by Family Caregivers, Rehabilitation Nursing, 19(1), Jan. Feb., p6-11.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver Well-being : A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults, The Gerontologist, 26(3), p253-259.
- Gosnell, D.J. (1973). An Assessment tool to Identify Pressure Sores, Nursing Research, 22, p55-59.
- Hudson, M. & Hawthorn, P. (1989). Stroke Patients at Home : Who Cares?, Nursing Times, 85(22), May, p48-50.
- Ilusian, T. (1953). An Experimental Study of Some Pressure Effects on Tissues with References to the Bed-sore Problem, Journal of Pathology & Bacteriology, 66, p347-358.
- Kirby, N.A. (1989). The Individual with High Quadriplegia, Nursing Clinics of North America, 24(1), Mar., p179-191.
- Laitinen, P. (1993). Participation of Caregivers in Elderly-Patient Hospital Care : Informal Caregiver Approach, Journal of Advanced Nursing, 18(9), Sep., p1480-1487.
- Liang, M.H., Partridge, A. & Eaton, H. (1983). Management of Functional Disability in Homebound Patients, Journal of Family Practice, 17(3), p429-435.
- Litman, T.J. (1974). The Family as a Basic Unit in Health and Medical Care : A Social Behavior Overview, Social Science & Medicine, 8, p495-519.
- Maklebust, J. (1987). Pressure Ulcers : Etiology and Prevention, Nursing Clinics of North America, 22(2), p359-377.
- Marriner, A. (1986). Nursing Theorists and Their Work, The C. V. Mosby Company.
- Periard, M.E. and Ames, B.D. (1993). Lifestyle Changes and Coping Patterns among Caregivers of Stroke Survivors, Public Health Nursing, 10(4), Dec., p252-256.
- Rapoport, A. (1969). House Form and Culture, Pfentice-Hall Inc.
- Reichel, S.M. (1958). Shearing Force as a Factor in Decubitus Ulcers in Paraplegics, JAMA, 166,

p762-763.

- Reuler, J.B. & Cooney, T.G. (1962). The Pressure Sores : When Prevention Fails, Hospital Practice, Oct., p14.
- Richardson, R.R. & Mayer P.R.Jr. (1981). Prevalence and Incidence of Pressure Sores in Acute Spinal Cord Injuries, Paraplegia, 19, p235-247.
- Rosenthal, S.G., Pituch, M.J., Greinger, L.O. & Metress, E.S. (1993). Perceived Needs of Wives of Stroke Patients, Rehabilitation Nursing, 18 (3), May /Jun., p148-153.
- Spence, W.R. (1967). Gel Support for Prevention of Decubitus Ulcers, Archives of Physical Medical Rehabilitation, 48, p283-288.
- Spradley, J.P. (1979). The Ethnographic Interview, Holt, Rinehart and Winston Inc.
- Steadman Staffel, P.E., Fraist Schenk, E.A. & Walker, S.L. (1980). Reducing Devices for Pressure Sores, Nursing Research, 29, p228-230.
- Wade, D.T. (1992). Stroke : Rehabilitation and Long-term Care, Lancet, 339, Mar. 28, p791-793.

- Abstract -

A Ethnographic Field Study for a Model Development of the Chronic Bed-ridden Patient's Home-ward

*Kim, The Youn · Chung, Yeon Kang**

This study is designed to facilitate the creation of home environment conducive to the family taking care of chronic bed-ridden patients with more effective method. The need for this study has emerged against the background of marked changes in the structure of ailments and causes of death, resulting in the number and plights of chronic bed-ridden patients as well as of a rapid increase in

demand for medical care and resulting premature discharge.

Keeping these in mind, this study focused on home wards where the majority of chronic bed-ridden patients are being cared for. Despite their overriding importance, home-wards are less than efficient in caring for chronic bed-ridden patients. These circumstances require the designing of home-wards that can offer greater comfort to patients and at the same time make things easier for caregivers, on the basis of an overall analysis of patients' life and home-ward situation.

Accordingly this study adopted a Participant Observation Method derived cultural anthropology. Toward this end, 3 patients were chosen as subjects of this study for intensive interviewing and participant observation. In the process of this field research efforts were made to collect empirical data, that is, to faithfully record the words of the subjects and their caregivers for analysis and interpretation.

The findings of these analyses are as follows.

Firstly, the chronic bed-ridden patients are mostly being taken care by close family members.

Secondly, a room for the exclusive use of the patient, floor, kitchen, bathroom, and multipurpose space were found to be necessary for proper caring of the patient. These spaces were respectively used with a view to 1) accommodating the patient as well as caregivers' activities, 2) keeping general and medical supplies and other appliances for patient's care and drying the patient's washing, 3) preparing and keeping the patient's foods and beverages, 4) keeping the supplies necessary for cleaning the patient's body and treating the patient's eliminations. 5) washing the patient's clothes, underwears and bedclothes.

The patient's room in turn is subdivided into six portions in terms of uses ; specifically the places for accommodating 1) the patient, 2) medical supplies, 3) medicines, 4) linens & clothes, 5) bedclothes and, 6) diapers.

* Dept. of Nursing, College of Medicine, Chung - Ang University

Thirdly, the activities of the caregiver are subdivided into seven key areas : hygiene, exercise, diet, elimination, therapeutic nursing, prevention of sore, and other activities. Each area is further classified into several different activities of caring. These activities are mainly carried out in the patient's room.

Fourthly, the supplies for caring the chronic bed-ridden patient is divided into two large domains : medical and general supplies.

Finally, three main problems areas were found in this study on the part of caregivers, that is, sore prevention, hygiene problem related frequent urination/defecation, the caregiver's physical, psychological and emotional burden.

In consideration of the aforesaid problem areas, a model home-ward was developed in this study.

The newly-developed model has been found to have the following six advantages.

Firstly, the time and effort required for maintaining the patient's hygiene are reduced, thus relieving

the caregiver's physical and psychological burden.

Secondly, the patient's hygiene can be maintained in satisfactory conditions, because the patient's eliminations are more easily removed.

Thirdly, skin irritations caused by the patient's eliminations were remarkably reduced and so were the patient's sores due to moisture and bacteria.

Fourthly, the home-ward have a tilt-table effect thanks to the inclining room floor. This improves the patient's cardiovascular function as well as constantly changes pressed skin areas and thus prevents sores.

Fifthly, improved shelf arrangements help make the best use of patient's supplies.

Sixthly, the trouble of continuously changing clothes, underwears, diapers & bedclothes is remarkably reduced simply by covering the patient with cotton sheets when laid in bed. This is expected to cut down expenses by reducing the consumptions of diapers and other disposable supplies.