



憂鬱病 患者의 看護

—1965년초부터 1966년 11월 초까지—
—경북의대 부속 병원 정신 신경과—

〈저도교수〉 소 주 영 〈경북의대병원〉 도 부 늑

緒 論

精神科 領域에 있어서 精神分裂症이라던 一般의 理解가 있으나 憂鬱症에 對해서는 그 症狀이 甚하지 않는 경우에는 大概가 이에 對한 認識이 不足하며 一般內科의인 治療로 看過되는 수가 많다.

早期發見하여 治療하면 좋은 結果를 가져 오는데도 불구하고 오랫동안 放置해 두어 重症患者를 만드는 경우가 많은데 精神科 看護員의 立場에서 볼 때 不幸한 일이 아닐 수 없다. 이에 이 論文이 精神科看護에 從事하고 있는 분에게 多少 도움이 되고 우울증에 對한 一般의 認識을 높일 수 있다면 多幸이라고 生覺한다.

筆者는 이 論文에서 退行期憂鬱症(Involuntal Depressive Reaction), 神經症의 憂鬱症(Psychoneurotic Depressive Reaction)과 躁鬱病(Manic Depressive Reaction)의 Depressive phase를 반복하는 患者를 中心으로 論하였고 精神分裂症(Schizophre-

nia)에서도 depression이 올 수가 있으나 便宜上 除外하였으며 憂鬱症의 概要에 對한 考察과 더불어 1965年初부터 1966年 11月初까지 約 2年間 慶北大學校 醫科大學 附屬病院 精神神經科에 入院加療을 받은 憂鬱症 患者를 中心으로 하여 臨床的 考察 및 看護上의 諸問題를 檢討하고자 한다.

우울증의 概要

躁鬱症에 있어서는 그 原因을 잘 모르고 있으며 素因的 因子로 遺傳이 作用한다는 것을 示唆하는 研究가 많으나 遺傳이 어떻게 作用하느냐의 過程은 아는 바 極히 적다고 한다.

Rüdin은 躁鬱病 兄弟에서는 보통 사람들보다 이 病의 發生率이 25배나 된다고 하며 Luxemberger의 統計에 依하면 最上流階級에서는 一般人에서 보다 이 病의 發生率이 3배, professional class에서는 4배나 發生한다고 한다. 女子가 男子의 倍, 發生年齡은 더 젊다고 하며 傳統社會가 붕괴되고 社會構造가 바뀌면 조울

병이 적어진다는 見解도 있다.

退行期 憂鬱症은 Involutional period 即 生理機能의 상실과 老衰現狀이 두드러지게 나타나는 時期에 特有한 것이 있어 따로 取扱하나 躁鬱病의 變形으로 보려는 사람이 많고 生理的 變動 自體보다도 이 變動의 心理的 意味가 더 重要한 것 같다.

女子가 男子의 2~3배가 된다고 하며 女子는 40歲 後半期, 男子는 50歲 後半期에 많다고 한다.

憂鬱症은 精神病理學的인 面으로 볼 때 그 根源이 「容納될 수 없는 事項이나 원하지 않는 義務를 行하여야 할 경우 그 對象에 對한 無意識的인 怨望스러운 感情과 攻撃的인 感情으로부터 야기되는 罪惡感에 있다」고 한다.

元來 他人에게 向하든 Hostility 가 그 對象이 없어짐으로서나 혹은 Superego 가 許諾지 않아 外部로 發散되지 못하고 攝取케 되어(Introjection) 自身에게로 向하여 罪惡感, 自責, 自己懲罰, 自己破壞의 傾向을 達成할 뿐만 아니라 憂鬱感을 야기시켜서 스스로에게 向하게 한다는 것이다. 슬픔을 자아낼 수 있는 事實, 即 依支하고 있던 家族이나 親舊의 死亡, 社會的인 地位의 喪失로 因한 수치감 失喪 등과 같은 明確한 外的 因子에 對한 反應으로서 일어나기도 한다고 한다.

症狀은 mild depressive syndrome

에서는 患者는 조용하고 말이 적으며 不幸과 悲觀에 젖어 있고 自己價値의 低下, 無氣力感, 坐切感, 絶望感, 心愾症이 있다. 결정을 쉽게 내릴 수 없으며 習慣的이고 쉬운 精神活動도 어렵게 됨을 經驗한다.

보다 甚한 憂鬱症에는 持續되는 不快感이 있고 對話가 苦痛스럽고 困難하며, 絶望과 失意가 있고 몸이 굽혀지고 머리가 수그러지고 얼굴이 움직이지 않으며 이맛살을 찌푸리고 눈동자는 아래로 向하는 전형적인 자세를 취하고 슬픔을 담은 外樣과 함께 풀이 죽은 感情이 두드러지게 外部에 나타나며 排斥感과 憂鬱感에 젖어서 흥미가 없어지고 集中力, 記憶力 등이 손상된다.

결국 感情은 憂鬱하고 自信과 希望이 없고 思考의 흐름과 精神運動의 制止가 三大基本症狀이며 妄想은 憂鬱한 氣分の 反映이며 自己過小評價, 罪惡觀念, 後悔, 自己非難, 心愾症으로 나타난다. 幻覺은 드물고 妄想(delusion)이 보통 있고 關係妄想(idea of reference)이 빈번하며 misinterpretation of reality)가 있을 때도 있고 拒絶症이 있을 때는 밥을 먹지 않는 수가 많은데 이것은 精神運動制止 혹은 밥을 먹을 자격이 없다든지 죽고 싶어서 그런 경우가 많고 無價値感과 自己懲罪의 慾望으로 自殺企圖, self-matilation을 하기도 한다.

肉體的 症狀으로는 體重 이 줄고 食慾 減退, 頭痛, 疲勞 感을 가지며 면역 이 오고 發汗 其他 分泌 가 減少 하며 性慾 이 준다. 不眠 症 特히 새벽 에 일찍 깨어나서 잠을 못 자고 모든 動作 이 느리고 depression stupor 에서는 自發 的인 運動 이 없다. 躁鬱 病의 經年 depression 에서나 恢復 期의 憂鬱 症患者에서는 自殺 的 危險 이 많은데 이와 重大 性을 家族 에게 認識 시키야 한다.

治療 上 무엇보다도 重要 한 것이 이 自殺 防止 이며 이것을 위해서 即時 入院 治療 해야 하고 mild depression 에서는 Antidepressants 가 매우 有效 하다고 하며 現在 Tobranil 이 가장 널리 쓰이고 있고 效力 이 좋다고 하며 Tranquilizer 와 結合 하면 더욱 좋다고 한다.

E.S.T. 는 보통 一週 에 三回 로 모두 10回 乃至 20回 시행 한다. manic state 에 있어 極度 的 흥분 에는 진정 될 때까지 每日 2~3回 씩 하는 수도 있으나 5~6回 정도 하면 治療 結果 가 나타난다.

躁鬱 病의 鬱 病 에는 90% 가 E.S.T 로써 治療 될 수 있다고 한다. Chlorpromazine, Reserpine 等의 出現 으로 manic state 的 患者 를 구속 하지 않고도 鎮靜 시킬 수 있게 되어 躁鬱 病의 治療 가 훨씬 수월 해졌으며 不眠 症 에 E.S.T 와 더불어 Barbiturates Chloral hydrate, Paraldehyde 等을

使用 하면 요즈음은 Chlorpromazine 을 많이 使用 한다. 其外 作業 療法 (occupational therapy), 精神 療法 (psychotherapy), 娛樂 (recreation) 等의 治療 를 併行 한다. 중한 躁鬱 症 에는 入院 治療 가 絶對 必要 하다.

拒食 이 오래 동안 계속 되는 경우는 정맥 주사 혹은 tube feeding 을 한다. 恢復 的 早期 徵兆 는 自信 과 自發 性 이 돌아오는 것이다. 이때 급격히 平常 時 的 責任 을 지워서는 안되며 이 恢復 期 에 自殺 的 危險 이 더욱 增大 함으로 緊張 을 풀지 않고 일층 더 면밀한 監視 가 필요하다. E.S.T. (電擊 療法) 의 出現 前 에는 退行 期 憂鬱 症 患者 的 40% 가 회복 하였으나 회복 이 느리고 2~3년 씩 앓았다고 하여 E.S.T. 로써 50% 以上 이 곧 회복 되고 병상이 躁鬱 病 的 鬱 症 에 가까울수록 豫後 가 좋다고 한다.

臨床 觀察

本 觀察 的 對象 은 1965年 初부터 1966年 11月 初까지 約 2年 間 慶北 大 學 校 醫科 大學 附屬 病院 精神 神經 科

考察 對象 者 數

	男	女	計
躁鬱 症	2	2	4
退行 期 憂鬱 症	4	5	9
神經 症 的 憂鬱 症	6	1	7
計	12	8	20

에 入院加療한 20名の 患者들이다.

이 20名の 患者가운데 躁鬱病이 4名, 退行期 憂鬱症이 9명, 神經症的 憂鬱症이 7명이었고 15名이 初發患者이며 5名은 再發患者이었다.

症 狀

主症狀別로 보면 mild depression 이 있는 患者가 15명이었고 5名에 있어서 severe depression 이 있었다. 13名에 있어서 somatic camplaints 가 있었으며 주로 두통을 호소 하였고 palpitation 이 있는 患者도 많았으며 그의 현운(dizziness) 설사, 변비, Anorexia, indigestion, 구토 등을 호소하거나 발한이 많은 患者도 있었다.

不眠症은 20名 全體에서 볼 수 있었으며 초저녁에는 일찍 잠자리에 들었으나 새벽 일찍 깨어나서 다시 잠이 오지 않아 애를 썼다.

拒食症(refusal of food)은 8名에서 볼 수 있었으며 自殺企圖者가 7명이었고 이 7名에서는 自殺을 企圖하는 現場을 目擊당했거나 혹은 病院에 오기 전에 이미 藥物服用을 하고 오는 患者들이었고, 藥物服用으로서 시도하는 患者가 大部分이며 그 외 목을 졸라매어 시도하는 患者도 있었다.

나머지 自殺을 企圖하지 않은 患者에서도 自殺이나 죽음을 생각하고 있

는 것을 볼 수 있었으며 이것은 看護者의 神經을 集中케 하였다.

Mutism 은 3名에서 볼 수 있었으며 wetting and soiling 을 초래하고 患者도 2名 있었으나 比較的의 呆笨 癖이었다. 姿勢는 몸을 아래로 굽으리고 있는 전형적인 형태를 취했고 좀처럼 움직이지 않는 患者나 記憶減退, 現實歪曲, 妄想이 있는 患者도 있었다.

治 療

Mild depression 에서는 antidepressant 와 tranquilizer 를 주로 사용했으며 9名の 患者가 위의 藥物으로써 治療한 結果 有効한 것을 보았다. 特히 神經症的 憂鬱患者 7名中 5名이 antidepressant 와 tranquilizer 單으로 効果를 보는 것 같았다. 그의 10名에 있어서는 重症患者이고 退行期 憂鬱症患者가 6名을 차지했는데 E.S.T.와 tranquilizer, supportive psychotherapy 등의 治療를 받았고 antidepressant 를 겸용한 예도 있었다.

對症療法으로서 不眠症에 chlorpromazine, barbiturates 를 쓰고 있고 오랜 拒食으로 脫水가 甚하거나 營養失調가 있는 患者에게는 5% dextrose 나 vitamine 의 정맥주사를 하였다. 病勢가 好轉을 보일때 차차 recreational therapy 와 occupational therapy 에 참여토록 하였다.

30日內의 入院加療를 받은 患者가 15名, 2個月 以內의 加療를 받은 患者가 5名으로 退行期憂鬱症患者와 神經症的憂鬱症患者의 大部分이 1個月 以內의 入院加療를 받았다.

轉歸別로 보면 完全 恢復되어 退院한 患者는 5名이었고 好轉을 보이고 退院한 患者가 12名이었으며, 이 12名의 患者 가운데는 入院期間을 좀 더 연장하였더라면 完全恢復을 기대할 수 있을 것으로 추측되는 환자도 있었다. 死亡은 없었고 별 進展을 보이지 못하고 退院한 患者가 1명 있었으나 難治는 아니었으며 診斷만 받고 退院한 患者도 2名 있었다.

大體的으로 봐서 重症이 아니면 外來加療로 滿足하거나 認識 不足으로 入院加療가 쉽지 않으며 特히 神經症的 憂鬱患者에서는 많은 수가 外來加療로 그치는 수가 많은데 經濟事情에 依한 것이 아닌가 생각한다.

看 護

1) Emotional Depression 에 關하여

관찰에 依해서 affect 를 評價하고 病前性格을 알아내어 그 變化한 樣式에 따라 心理的手法을 쓴다. Depression에서 벗어나게 하도록 돕기 위하여 可能的限 患者를 홀로 두지 않고 生覺하는 時間을 가지지 않도록 ward activities에 참가시키려고 하

였다.

처음에는 잘 어울리지 않았으나 차츰 適應이 잘 되어갔으며 점차 關心을 보였다. 患者를 唯一하고도 重要한 人間으로 받아들여드리어서 또 患者의 人格을 존중하므로서 患者가 無價値感으로부터 스스로의 價値를 再認識하게 하고 健康人에서와 마찬가지로 對하여 患者라는 先入感을 버리고 자포자기의 경향을 가지지 않게 노력했으며, 그들의 判斷을 존중하고 친절하며 眞實한 또 확고부동한 態度를 取하여 간호원을 신뢰하며 病院生活에 안도감을 가지게 하였다.

그들의 健康한 面과 좋은 點을 관찰發見하여 칭찬해 주며 健康한 面을 더욱 키워 주려고 애쓰고 ego를 強化하도록 도왔으며, 절망감으로 괴로워하고 스스로의 行爲에 自信을 가지지 못하는 患者에게는 잠깐 존경심을 가지고 對하여 어떤 결정을 내리는데 힘에 겹치지 않는 限 많은 責任을 지게 하며 한번 결정한 일에는 自信感을 가지도록 격려해 주었다.

그들의 이야기에 誠實하게 귀를 기울여 배척받지 않고 받아들여질 수 있다는 安全感과 도움에 아낌없는 態度를 보였다. 즐거움에 넘친 態度나 유쾌한 웃음은 더욱 더 깊은 질망에 빠지게 하므로 變함없는 부도러움과 眞心으로서 理解하는 態度를 보였다. 절망적이고 어리석은 질문

「내 病이 정말 낫겠오?」 등을 되

풀이하는 患者에게 귀찮게 生覺 말고
인내심을 가지고 理解하여 可能할 때
說明도 해준다.

장려나 권고보다도 지지자가 되어
주는 態度가 좋고 책망은 되도록이
면 피하도록 하는 것이 좋다. 결국
患者를 바쁘게 만들어 depression 을
일으키는 집념에서 떠나도록 하려고
努力했다.

2) Mutism 에 關하여

많은 患者들이 그들의 feeling 을
말하려 하지 않으며 말할 수 없다고
한다. 臨床 관찰중에 3명의 患者에서
Mutism 을 볼 수 있었고 看護者는
그들의 姿勢, 얼굴표정, 옷맵씨, 걸
음걸이, motor activity 등에서 그들
의 feeling 이나 意思를 알아 내어야
했다. 對答을 못듣거나 신통치 않은
對答을 듣는다 하더라도 mute pati-
ent 와는 계속 대화에 努力했으며 때
로는 얘기도중에 말문이 터져서 얘기를
할 수 있게 되는 경우도 있었다.
반드시 患者의 이름을 불러서 그의
關心을 끌려고 했으며 患者들은 여기
에 反應이 좋았고 얘기를 나누지 않
더라도 곁에 있어 주어 安心하는 마
음을 가지게 하기도 했고 좀처럼
얘기를 않던 患者가 스스로 얘기를
걸어오는 수도 있었다. 말을 할 수
없는 患者에게는 자진해서 얘기를 계속
해 주어 關心을 보이고 들도록 한

다든지, 심심찮게 하였고 얘기하는
동안은 아무런 反應이 없던 患者라도
뒷날 그것을 기억하고 감사하는 患者
도 있다.

思考, 感情, 行動의 領域에 制止를
받고 있는 患者에게 短時日에 效果를
기대하기는 어렵고 기다리고 참는다는
것이 看護의 key note 인것 같다.

3) Suicidal attempt 에 關하여

우울증 患者看護에 가장 重要한 것
이 자살문제 취급이다. 臨床觀察한
20명의 患者中 7명이 自殺을 企圖하
였고 最高 4回까지 企圖한 者도 있
었다.

주로 藥物服用이 많고 다음이 머리를
벽이나 침대에 부딪치며 belt 나
옷고름으로 목을 매는 것이었다. 그
外 등맥절단, 投身, 익사기도가 있
으며 大部分의 우울증 환자가 죽음에
對한 生覺(suicidal rumination)이 있
다. 自殺에 關한 暗示(hint)로는 그
들의 對話中에 죽음에 關한 것을 말
하고, 自殺에 關한 얘기를 끝낼 하
는 사람도 있었다. 또

「당신 다음에 올 때는 나를 못볼지
도 모릅니다」

와 같은 間接的인 말로서 죽음을 示
唆하는 例도 있다. 此外 入院加療時
病院에 關한 공포로 自殺을 企圖하는
患者, 財産이나 家族을 갑자기 잃어서
depression 이 甚한 患者에게는 自

殺의 危險이 많으며 觀察을 철저히 해야하고 면도날, knife, rope, 藥 등을 감추어 놓은 患者나 自己의 소중한 소유물을 갑자기 他人에게 주어버리는 患者, 위험한 장소를 두려워 않고 接近하거나, 사람의 눈을 피해서 한적한 장소로 잘 가는 환자 등은 일단 위험대상자로 認定하고 그의 行動을 감시함과 同時 모든 行動을 기록해 두어서 의사나 看護員 등 病室職員이 볼 수 있게 하여야 한다.

自殺은 Hallucination 이 있거나 살 價値가 없고 살아서는 안되며 삶이 허무하고 살고 싶지 않는것 등이 그 動機가 되며 他人에게나 自身에게 극도로 분개하여서 그 상태를 견디지 못하여 自殺하는 사람도 있다.

自殺防止를 위해서는 患者 주위로 부터 모든 危險物質을 치워버리는 것이다. 때로는 침대도 들어내고 침요만 남겨서 누울 장소를 만들어 주고 머리를 벽에 부딪치는 患者에게는 attendant 나 nurse 가 꼭 곁에서 監視하도록 한다. 自殺危險이 있는 患者의 방은 看護員室에서 곧 바로 볼 수 있는 가까운 위치의 잘 보이는 창문쪽에 놓혀 두는 것이 좋고 患者周圍로부터 knife, necktie, belt, 유리그릇, 라이타, 안경 등을 치워두고 때로는 옷에 달린 목을 졸라낼 수 있는 끈 등도 빼어낸다. 딱딱한 구두는 벗기고 soft 한 slipper 를 신키며 衣服이나 寢具를 찢어서 목을 졸라낼

수도 있으니 全病室要員에게 危險患者를 알려져서 監視의 눈이 쏠리게 해야 한다.

自殺은 一種의 示威나 注意 集中을 爲해서 企圖되는 수가 있으며 이에 無觀心을 表示하면 정말 죽어버리는 경우도 있으며 또 너무 오래 동안의 監視는 오히려 自殺에 對한 執念을 굳게 하여 逆効果를 내는 경우가 있으니 담당의사의 의견을 듣고 適當한 時期에 監視를 풀어 주어야 된다.

4) 拒食症에 關하여

8명의 患者에서 拒食을 볼 수 있었고 拒食의 理由로는 먹을 자격이 없다, 먹지 말라는 幻覺, 嚥이 들어 있다는 의심 등이며 spoon feeding 에는 잘 응하나 스스로 먹을 생각을 않는 患者가 많았다.

患者에 따라서는 「식사할 수 있겠습니까?」라고 하면 꼼짝않고 spoon feeding 을 바라고 있던 患者도 「 많이 드십시오」하고 tray 를 맡기고 스스로 먹을 수 있다는 事實을 暗示할 때 잘 먹는 患者가 많았다. 嚥이 들어 있다는 의심으로 拒食하는 患者에게는 먹어 보이고 난 뒤에 먹도록 하면 잘 응하는 患者도 있다.

또 嚥을 넣을 수 없다는 것을 認識시킬 수 있는 음식 即 포장된 빵, 강통에 들어 있는 juice, 껍질 안간 삶은 계란, 깍지 않은 과일 등을 먹이는 수도 있다

착각 (Illusion) 을 일으킬 수 있는 음식, tomatoe juice 같은 것은 피로 보고 거부하는 수도 있으며 계속 굶는 患者라도 食事時間에 食堂에서 家庭같은 단란하고 따뜻한 분위기를 가지도록 도와주며 強制로나 달래서 食事시키는 것은 그 治療的 價値가 없을 뿐만 아니라 설사 強制로 먹였다 치더라도 食事が 끝나자마자 빠하하는 수가 있으니 좋지 않다.

Psychiatric delusion 에서와 같이 極度로 feeding 이 어렵고 2~3日씩 굶을 때는 Doctor 의 명령을 받아서 glucose 나 vitamine 을 靜脈注射하고 때로는 tube feeding 도 하지만 spoon feeding 이나 tube feeding 은 依賴心을 助長하여 逆效果를 내게 할 수 있음으로 삼가 하였으며 잘못하여 trachea 로 들어 갔을 때는 complication 이 오는 수가 있으니 操心할 것이다.

5) Somatic complaints에 關하여

不眠症은 모든 憂鬱症 患者에서 볼 수 있으며 不眠의 理由로는 入院初 病院生活에 適應이 잘 되지 않아서, 毒방을 使用하던 患者는 共同宿所가 習慣이 되지 않아서 불을 켜 놓고 자는 者, 불을 끄고 자는 者, 看護員의 routine round 에 곤잘 깨는 者, 여러가지 生變 때문에 못자는 者 등이며 睡眠時間이라고 반드시 자야 한다는 規則보다는 잠이 오지 않을 때

는 침대로부터 일으켜서 얘기를 나누다가 잠이 올 때 자도록 하는 것이 오히려 좋았다.

讀書 혹은 조용한 音樂을 듣다가 자는 것도 좋고 最後까지 도저히 잠을 잘 수 없는 患者는 sedative 를 썼다.

Headache 나 palpitation 은 보통 볼 수 있는 Somatic complaints 이었으며 其外 dizziness, diarrhea, constipation, anorexia, indigestion, vomiting 등이 있었으나 이와 같은 complaints 에 무조건 藥物을 使用하기 보다는 그 complain 의 理由를 찾아내는데 힘써야 된다.

即 symptom 에 對한 原因이 필만한 것이 있는가 면밀한 調査를 해보고 이것이 單純한 psychosomatic 으로 오는가를 확인한다. Psychosomatic complain 은 患者가 좀 더 많은 關心과 도움을 받기 위하여 使用할 때가 많으며 이와 같은 때는 藥物療法을 使用하지 않고 理解하고 받아들이며 肯定的인 態度로 나가는 것이 좋다. 즉 「오늘은 좀 어떨소?」 보다는 「오늘은 좀 낫군요」가 complain 을 줄일 수 있으며 더욱 좋다.

藥物療法은 더욱 더 甚한 chronic neurosis 를 만들 위험이 있으므로 귀찮게 생각하여 쉽게 鎮靜劑를 써서는 안되며 精神療法 (psycho-therapy) 을 勸奨하여야겠다.

6) Activities 에 關하여

患者의 罪惡感은 그의 罪에 對한 報償이나 懲罰을 받았다고 생각할 때 除去되는 수도 있다고 한다. 看護員이 이에 기여할 수 있는 것으로는 患者에게 罪惡感을 除去시킬 수 있는 일을 시키는 方法이다.

때때로 환자들은 방바닥 청소, 변소 소제, 벽이나 창문을 닦는것, 남의 더러운 양말을 빠는 것 등으로써 그의 罪에 對한 報償이라고 생각하여 要求하는 수가 있다.

이와 같은 일은 반드시 醫師의 승인을 받고 나서 시킬 것이다. 精神科 看護에 있어 基本目標은 患者로 하여금 健全한 對人關係를 가지도록 하여 社會生活에 適應할 수 있도록 도와고 나아가서는 社會가 要求하는 社會에 貢獻할 수 있는 人間으로 再活시키는데 있으며 이것을 爲해서 患者는 病室活動을 통한 社會活動의 參與를 배우는 것이다. 娛樂(recreation)이나 作業療法(occupational therapy)는 이러한 活動의 參與를 위해서 또 삶의 無價値, 不安感 등에서 벗어나도록 하기 위해서 바쁜 生活을 할 수 있도록 하고 生活에 흥미를 가지도록 하는데에 기여하는 바 크다.

여기에는 간단하면서도 너무 경쟁적이 아닌 화투, card 놀이, 장기, 바둑, 너무 떠들석하지 않은 저녁 식사 후의 노래자랑 같은 것이 있으

며, game 에 參與하는 것을 도우며 적극 지도한다. Game 時는 너무 혼자만 이기는 것도 좋지 않고 최선을 다하여 하되 劣等感에 젓지 않도록 몰래 살짝 쳐주기도 한다.

憂鬱症患者는 社會나 病室에서 마저 無價値한 것을 느낄 수 있기 때문에 個人을 위한 물건을 만들거나, 病院을 돕는 간단한 일, 꺼쓰 집기, 약봉투를 만드는 것, 교정, 뜨게질 등은 自己의 必要性과 보람을 느껴 도움을 준다고 한다.

其外 보다 組織的으로 計劃하여 設備된 場所에서 作業을 實施한다면 病的인 面은 作業精神의 培養에 따라 점차로 一般의인 社會性에 復歸케 되고 그 結果 病的狀態로부터 離脫, 意志의 自發性을 恢復하며 生産的 結果도 얻을 수 있다고 하나 施設이 未備하며 作業療法師(occupational therapist)나 社會事業家(social worker) 등의 特殊要員도 不足하니 看護員은 이와같은 面에도 關與해야 되겠다.

7) 投藥에 關하여

憂鬱症患者의 投藥은 어느 他疾患의 患者에 있어서 보다 操心해야 할 事項이 있다.

첫째 拒絶症이 있는 患者에서는 投藥이 어렵다. 強制로 먹였다 하더라도 뱉어버리는 수가 많으니 藥을 服用할 마음이 내킬 때까지 기다리며 다시 시도하거나 特別한 relations-

hip 을 가지고 있는 他看護員이 努力 하여야 한다. Tube feeding 을 하는 患者에서는 쉽게 tube 으로 넣어줄 수 있다. 둘째, 반드시 藥을 삼키는 것을 보아야 한다. 自殺을 企圖하는 患者는 看護員이 주는 藥을 服用치 않고 보아 두거나 먹는데 하고 불만 먹고 나서 藥은 그대로 두었다가 一時에 모두 먹어버리는 수가 있다. 또 알약일 경우는 삼키는게 하고 입천장이나 혀 밑에 넣어 두었다가 꺼내는 일도 있으니 잘 觀察해야 된다. 셋째 정맥주사의 경우에는 계속 감시하지 않는 한 2~3時間씩 dropping 할 때 보지 않는 틈을 타서 set 를 병에서 빼고 그 곳으로 공기를 불어 넣는 수도 있기 때문에 操心해야 한다.

8) 其 他

E.S.T 治療時 이의 준비와 治療 도 중의 care 에 유의하여 骨切이나 二次感染을 防止해야 하며 其外 一般的인 看護, oral hygiene, bowl and bladder elimination, personal hygiene, environment 등을 등한시 하지 않도록 한다. Decubitus care 를 위해서 wetting and soiling 을 招來한 患者에게는 적절한 처리와 함께 칫구를 자주 갈아 주어야 하며 depressed stupor 와 같은 움직이지 않는 患者에게는 position change 와 alcohol massage 를 해주어야 한다.

每週 一回씩 體重測定하여 健康과

榮養狀態를 觀察하고, room hall 등 은 밝고 햇빛이 잘 들어오는 곳을 택 하는 것이 좋고 칫사리 싫증나지 않는 부드럽고 따뜻한 色으로 꾸민다. 어항이나 꽃이 있다면 더욱 좋고 口味에 따른 食事와, 訪問客의 調節에 醫師와 協議하며 面會後의 患者狀態를 觀察記錄하고 모든 所持品은 반드시 看護員室을 거쳐서 가도록 하여 紛失에 對備 하고 危險物의 傳達를 防止하였다.

面會時는 家族이나 事業에 對한 複雜한 얘기는 삼가하도록 하고 退院時는 定期的으로 來院하여 그 後의 狀態를 觀察토록 하여 行動이나 狀態의 異常이 있을 때는 即時 醫師의 指示를 받을 것을 強調하였다. 平素의 過重한 業務를 갑자기 맡기지 않게 하고 繼續的인 病院과의 連絡下에 徐徐히 原狀態로 社會에 復歸케 할 것을 周知시켰다.

結 論

1965年初부터 1966年 11月初까지 약 2년간 慶北大學校 醫科大學 精神神經科에 入院加療한 20名의 憂鬱症 患者를 中心으로 하여 그 臨床經過, 豫後 및 看護에 對한 간단한 考察을 했다.

精神科에서 憂鬱症患者 看護를 爲하여 몇가지 느낀 事項을 말하자면 看護員은 먼저 醫師의 患者治療에 對

<51 page에 계속>