

부동으로 인한 사회심리적 반응과 간호관리

조 북 희
(전남 의대 간호학과)

목 차

- I. 서 론
- II. 본 론
- III. 결론 및 요약

II. 본 론

1. 기동성 변화

건강 전문인들은 보통 기동성 변화나 손상을 침상안정이라는 용어와 관련시킨다. 또는 하지의 사용이 불가능해진 상태나 근골격계의 손상을 의미한다. 그러나 기동성 장애는 개인의 삶에 있어 또다른 양상까지도 포함하고 있다. 기동성은 전혀 근골격계의 손상이 없이 감각장애나 동통, 에너지 고갈에 의해 영향을 받을 수도 있다. 덧붙여 기동성 상실은 여러 양상을 띠게 된다; 간헐적, 진행성, 영구적 또는 이들의 복합적 양상이다. 어느 양상이던 기간에 기동성 변화는 환자나 그 가족들에게 사회심리적 영향을 미치게 된다.

가. 침상안정의 사회심리적 변화

오랜 침상안정 생활은 의존성, 우울, 분열, 신체상 변화들이 나타난다. 의존적인 사람은 자아상의 위협을 심각하게 경험한다. 신경질적이고 우울한 사람에게는 침상안정의 치료법을 잘 판단해서 적용해야 된다. 문제해결력이 떨어지고 판별력이 감소된다. 노인에게 침상안정이 처방되었을 때는 그 위험이 더욱 심각하다; 죽음에 이르는 수도 많다. 종종 부동의 상태가 부적절한 정서 반응으로 나타나기도 한다. 예를 들어 자아상실, 불안, 상처받은 자존심, 죄책감, 혐오감, 분노의 표현을 할 수 있다.

- (1) 동기화나 학습능력이 떨어진다; 문제해결력이 감소된다.
- (2) 정서적인 행동 양상이 과장될 수 있고 무감동, 위축, 분노, 퇴행으로 나타나기도 한다; 욕구가 감소되거나 없어진다.

I. 서 론

사람들을 지켜보면, 대부분 활발히 움직이고 있는 것을 볼 수 있다; 아이들은 힘차게 뛰어오르고, 어른들은 활기차게 걸으며 조깅을 즐긴다. 활동을 하는 것은 인체의 아주 자연스러운 상태이다. 우리 자신이 자유롭게 움직일 수 없다고 상상해 보자. 침대에 누워 있어야 되고, 휠체어나 지팡이에 의존해야 되며 볼 수 없고 들을 수 없어서 움직임이 제한받고 있다고 생각해 보자. 이 모든 것들이 기동성을 상실한 경우이다.

신체적 기동성은 우리들의 사회생활에 중요하다. 신체의 일부분, 또는 전신의 기동성은 대상자의 생리적, 사회심리적 그리고 발달적 안녕 유지를 위해서 필수적이다. 기동성이란 스스로 움직일 수 있는 능력을 말하며 한 개인의 독자적인 삶을 의미한다. 움직일 수 없다는 것은 독립성을 상실한 것을 뜻하며 이는 우리의 생활을 혼란스럽게 한다.

기동성 변화를 겪는 사람들은 어떻게 적응하는가? 사회는 그러한 사람들을 어떻게 대하고 있는가? 기동성 제한을 받고 있는 사람들이 잠재적으로 받게 되는 심리적 영향은 무엇일까? 여기서는 기동성 변화에 따른 대상자의 사회심리적 반응을 알아보고 그에 대한 간호활동을 모색하고자 한다.

- (3) 신체상이 변화된다; 자존감, 자기가치, 긍지의 상실이나 나타난다.
- (4) 감각활동의 장애가 나타난다; 인식력이 떨어지고 시간관념도 없어지며 지남력을 상실하게 된다.
- (5) 역할전환이 생긴다; 역할의 수정, 전환, 소멸이 나타난다.

나. 심리사회적 반응

기동성의 변화는 전체성으로서의 인간에게 영향을 끼치게 된다. 사람은 생리적인 면에 그치지 않고 동시에 심리적이고 사회적인 면을 지니고 있다. 감소된 기동성은 독립성과 생산성을 저해한다. 결국은 자기존중과 사회적 가치감을 잃게 된다.

1) 심리적 변화

신체적 능력이 변하게 되면 심리적 적응이 일어나야 된다. 적응은 우리가 살아가는데 영향을 미치고 있는 사람이나 사건 그리고 어떤 작용들과 계속적으로 끊임없이 이루어지고 있는 상호작용의 과정이며 이런 과정이 쉽지는 않을 것이다. 복잡한 정서 상태와 절망감을 경험하게 된다.

① Loss

기동성 장애에 대한 정서는 비탄으로 나타나며 이는 아주 개별적인 반응으로 개인에 따라 독특하게 나타난다. 동통, 분노, 식욕부진, 수면장애, 저하된 사고력이나 행동과 같은 증상들이 비탄과 함께 나타난다. 죄책감이 상실의 특징으로 나타난다. 새로운 성장·발달과정에서 필요로 하는 재적응과 같이 변화에 개방적이 될 때 상실로부터의 회복이 일어나며 이는 개인의 목표달성을 위한 경험으로 이용될 수 있고 새로운 삶을 시작할 수 있다.

② Self-Image

자아는 여러 요소를 지니고 있다. 신체상은 기동성 변화가 있을 때 변하게 되는 것이 보통이다. 이러한 변화가 드러나면 환자는 눈에 보이는 외모에 대한 현실성을 거부한다. 신체상의 모순이 있게 될 때 환자의 자아개념은 혼란을 갖게 된다. 이러한 모순은 심맥관계

질환이나 호흡기계 질환처럼 밖으로 드러나지 않는 만성질환의 경우에도 존재한다. 겉으로는 자유로이 움직일 수 있는 상태 같지만 실제로는 질병으로 인하여 강하게 변화된 경우가 있다.

자존감도 영향을 받게 된다. 건강한 사람보다 기동성 장애를 갖고 있는 경우에 낮은 자존감을 보고하고 있다. 이 같은 감정은 질환에 대한 대응을 힘들게 하고 우울이 생기게 된다.

③ Isolation

기동력이 감소되면 소외된다. 또한 사회생활을 어렵게 한다. 신체적 제한은 개인의 사회활동 참여나 대인관계를 힘들게 한다.

(상황)

나는 만성질환 때문에 우울하고 약한 자아상을 지니고 있다. 당신이 10대이고 활동적인 친구들이 많다면 이런 상태가 더욱 견디기 어려울 것이다. 나는 많은 시간을 완전히 고립되어 지낸다.

누구도 나의 병에 대해 이야기해 주지 않는다. 나는 의사나 친구들에게 나의 병에 대해 부정한다. 그러나 누구도 이것을 이해할 수 없을 것이다.

④ Fear

불안은 잘 알지 못하는 병으로 갑작스럽게 또는 서서히 신체기능이 변화될 때 나타난다. 이와함께 분노가 치솟게 된다. 많은 사람들이 “왜 내가?”라는 느낌을 갖게 된다. 또한 거절에 대한 두려움과 포기가 보편적으로 나타나는 현상이다.

⑤ Travel

환자들의 이동 능력은 독립적인 이동과 심리적 요인간의 복잡한 관계를 띠고 있다. 독립적 이동의 결핍은 의존성의 증가, 고립감, 무력감, 그리고 낮은 자아개념을 낳게 된다. 반면 성공적으로 수행할 수 있는 독립적 이동 능력은 자아개념을 높혀 주어 더 큰 독립심과 다른 업무에 대한 동기화를 증진시켜 준다. 독립적인 이동에 대한 불안을 극복하는 데는 높은 자신감의 발달과 새로운 기동능력이 습

득을 필요로 한다.

⑥ Stress

스트레스는 질병이나 통증을 악화시키고 기동성에도 영향을 준다. 병을 악화시키기 때문에 스트레스를 피하려고 애쓰지만 질병 그 자체로 인한 스트레스를 경험하는 이중성을 띠게 된다. 무력감과 우울에 대한 조절력의 상실은 심리적, 신체적 안녕상태를 저해한다.

2) 사회적 변화

불구는 가족이나 전문가의 도움을 필요로 한다. 건축구조물의 장애 요소는 사회적 안녕상태를 저해한다. 병리적 요소 뿐만 아니라 신체적, 사회적, 정책적 그리고 경제적 여건들이 영향을 미치게 된다.

① Family

가족들은 부동환자로 인하여 생활양식의 변화가 필요함을 알게되고 긴장을 받게된다. 재정적 문제가 뒤따르고 불구로 인하여 생겨나는 환자의 특수한 요구 때문에 좌절한다. 가족들은 불안해지고, 과보호적이 되고 남에게 알려지는 것에 당황해 한다. 환자와 가족들의 건강한 적응을 위해 독립적인 이동이 필요하다. 건강전문가들은 가족의 불안을 이해하여 그들의 긴장을 극복할 수 있도록 지지하고 환자의 독립성에 대한 요구를 인식해야 한다.

② Role change

기동성이 변하게 되면 습득된 역할이 바뀌게 되고 건강과 무력감을 느끼게 되는 의존적 역할이 된다. 이러한 변화는 변화된 신체상태와 그에 따른 감각·운동상태의 변화, 그 결과로 나타나는 변화된 작업활동에 의해서 일어난다. 기동성 변화는 운동성의 감소로 심리 사회적 박탈감이 증가되어 사회적 기동성에 영향을 끼친다.

③ Sexual functioning

기동성 변화는 성생활에도 영향을 미친다. 예를 들어, ROM의 저하로 성체위의 제한을 가져오고 마비상태는 그들의 신체가 성행위에 부적절하고 바람직하지 않다고 여기게 한다. 시각이나 청각의 장애는 그러한 감각을 통한 성적 자극을 못 느끼게 한다. 신체적 등동이

나 만성피곤은 성적 흥분이 안 일어나게 한다. 기동성 변화가 큰 경우에는 성행위를 잘 수행할 수 없다고 느낀다. 그리고 자신이나 배우자를 만족시키지 못한다는 죄책감이나 불안을 느끼게 된다. 환자나 배우자 모두 기동성 변화에 따른 성적응이 필요하다.

표 1. Areas to Assess During Sexual History*

Physiological assets and deficits

1. Physical mobility
2. Sensations, such as hot, cold, touch, pain
3. Degree of spasticity, if applicable
4. Levels and areas of pain
5. Bladder and bowel continence, including use of appliances
6. Difficulties with vision and hearing
7. Endurance
8. Balance
9. Medications used and reactions to these medications
10. Genital and extragenital sexual response, that is, capacity for lubrication, erection, ejaculation, orgasm

Psychosocial deficits and assets

1. Client's motivation and commitment to explore psychosocial deficits and assets
2. Client's level of psychosocial adjustment to disability
3. Client's premorbid and present coping mechanisms and skills
4. Client's interpersonal skills and behavior
5. Significant others in client's world
6. Attitudes of significant others in client's world
7. Client's body image
8. Client's level of satisfaction or dissatisfaction with current relationships(interpersonal and sexual)

Sexual values

1. Religious beliefs and attitudes on, for example, birth control, premarital sexual relationships
2. Priorities of sexual relationships

3. Cultural beliefs and attitudes
4. Marriage and family priorities and value
5. Preferences in sexual activities, for example, masturbation, oral-genital sex, manual stimulation, fantasy, sexual positions, gender of partner
6. Use of physical stimulation appliances, such as vibrators
7. Values regarding flexibility of male-female roles
8. Sexual preferences : heterosexual or homosexual
9. Physical appearance of other and self
10. Preferred areas or locations(environmental) to initiate interpersonal and sexual relationships

Modified from Shrey DE, Kiefer JS, and Anthony WA : J Rehabil 45 : 28, April/May/June 1979.

*Sharon Dittmar(1989), Rehabilitation Nursing, Mosby, 415.

④ Aging

노화과정은 기동성에 영향을 준다. 이 변화는 서서히 오고 노화과정과 함께 심리사회적 문제가 동반된다. 이전의 가능했던 환경이 이제는 신체적 기민성의 장애가 되고, 쉽게 손상받으며 둔해지고 더이상 익숙해지지 않는다. 노화과정에 만성질환이 겹치게 되면 문제는 더욱 복잡해진다. 노화와 질병은 동반되는 경우가 많기 때문에 노인들은 더이상 이전의 기동성 수준을 유지하기가 힘들어진다.

II. 기동성장애 환자의 간호

간호의 주요 목표는 환자가 가능한 수준의 최대의 기동성을 얻도록 돕는 것이다. 여기에는 기동성 제한을 주는 신체적, 심리사회적, 환경적 요소들을 계속적으로 자세하게 분석하는 것이 필요하다.

변화된 기동성에 대한 간호활동에는 여러 요소들을 고려해야 한다; 건강수준, 가족상황, 외부지원 여부, 경제수준, 개인의 의지 등, 예를 들어, 몸에 잘 맞는 의지가 있다 해도 장애자가 스스로 작용할 수 있는 방법을 터득치 못했다거나 집안에 부적합한 계단이 있다면

아무 소용이 없게 된다. 이런 경우에는 환자의 집을 방문하여 사전평가가 이루어진 후에 구체적인 치료방안이 세워져야 할 것이다. 또한 현실적인 치료계획이 개발되어야 한다. 목표설정은 환자의 목표와 일치되어야 하고 치료활동은 매일 이루어지는 일상의 문제에 초점을 두어야 한다; 신체적 제한점, 환경적 방해요소, 그리고 사회심리적 요소들이 파악되어야 하고 환자의 기동성을 증진시키고 삶의 질을 높일 수 있는 창조적인 방법들을 모색하는데 주력해야 한다.

III. 심리사회적 반응에 대한 간호활동

어떤 치료방법이든 환자와 그 가족들의 심리·사회적 요구를 분명하게 파악해야 한다. 간호사는 환자로 하여금 의존적인 태도를 떠나서 최대한의 활동을 할 수 있도록 도와주어야 한다. 환자의 개인적 요구와 문제를 잘 파악하여 환경에 순응하도록 도와준다. 예를 들면, 지남력이 상실된 환자에게는 달력이나 시계를 환자 가까이 두고 자주 일깨워 주거나 가능한 한 병실 밖으로 데리고 나가서 감각을 자극해 주고 신체적 활동을 통하여 신체상을 다시 수립하도록 해준다. 항상 능찰력 있고 이해심 많은 간호사의 자세는 기동성장애환자의 신체적, 정신적 활동에 중요한 요소가 될 것이다.

가. 심리적 문제

사람들마다 대처 양상에 다르다. 제각기 자신들에게 적합한 방식을 사용한다.

전문가들은 환자들이 적절한 방법들을 잘 사용하도록 도와주고 격려해 주어야 한다. 긍정적인 지지에는 적응이 아주 힘든 것임을 인식하는 것도 포함된다. 환자들의 우울과 무력감을 느끼고 대상자들에게 관심을 기울이는 것이 환자들의 느낌을 바꾸도록 하는 것은 아니다. 예를 들어 '당신은 그것을 적응해야 한다'라고 말하는 것은 별 도움이 안된다. 그리고 환자들이 그렇게 생각하지 않는데 '다 잘

될 것이다'라고 하는 것도 좋은 방법이 아니다. 사람들이 기동성 변화에 잘 적응할 때 안정감이나 가치를 느끼게 되므로 자신감을 갖도록 도와주어야 한다.

나. 사회적 문제

재활은 환자와 가족들에게 새로운 생활 양식을 습득하도록 돕는 것이다. 직장, 책임감, 가정생활 양식에 변화가 필요하다. 기동성 조절과 정서적 지지를 통한 긍정적인 전망은 자기가치감과 의미를 느끼게 해주는 책임감에서 비롯된다.

사회적 문제에 대응하는 것은 대상자들이 자신의 요구와 능력간에 분명하게 존재하는 기동성의 차이점을 확인하는 것이다. 기동성 장애 환자들에 대한 사회적 태도는 부정적이고 잘못 전달된 것이 많다. 자기격려는 역할 수행에 필요하다. 익숙해진 사회적 역할이 변화된 기동성 때문에 변하게 된다. 간호사는 그들의 느낌에 민감해야 한다. 사회적 관계는 강압적이지 않고 고무적이어야 된다. 기동성 장애를 잘 표현함으로써 사회관계가 쉬워진다. 이러한 의사소통은 비슷한 처지에 있는 다른 사람들로 부터 잘 알아낼 수 있다.

표 2. Psychosocial Assessment Guide*

SOCIAL SUPPORT	Admission	Approximate Midpoint	Discharge
Patient's Perspective			
1. Who are the persons who will assist you in the program? Give names and relationship.	1. _____	_____	_____
	2. _____	_____	_____
	3. _____	_____	_____
2. How supportive of your program is this person?			
a. Very supportive	1. _____	_____	_____
b. Supportive	2. _____	_____	_____
c. Supportive with reservations	3. _____	_____	_____
d. Not Supportive			
3. Are you able to give as much to this relationship as you receive?			
1. Yes	1. _____	_____	_____
2. No	2. _____	_____	_____
3. Not sure	3. _____	_____	_____
Nurses' Observations			
4. Interactions with family members			
a. Frequency	_____	_____	_____
b. Intensity	_____	_____	_____
c. Duration	_____	_____	_____
d. Effects on patient	_____	_____	_____
SELF-CONCEPT	_____	_____	_____
Patient's Perspective			
5. How do you think others see you?	_____	_____	_____
6. What currently makes you feel good about yourself (e.g., activities, accomplishments)?	_____	_____	_____

Nurses' Observations

- 7. Attention to appearance _____
- 8. Body language(e.g.,posture, tone of voice) _____

CONTROL

Patient's Perspective

- 9. How much control over your care do you expect to have? _____
- 10. How much control over your care would you like to have? _____
- 11. How much control over your care do you receive? _____

Nurses' Observations

- 12. Initiates requests for assistance, information
 - a. Always _____
 - b. Frequently _____
 - c. Sometimes _____
 - d. Never _____
- 13. Anticipates own needs
 - a. Always _____
 - b. Frequently _____
 - c. Sometimes _____
 - d. Never _____

HARDINESS

Patient's Perspective

- 14. How have you dealt with challenges in the past(e.g., coping behaviors, proactive or reactive)? _____
- 15. Describe the changes you have made as a result of your disability. _____
- 16. What is your most important rehabilitation goal? _____

Nurses' Observations

- 17. Uses skills and information learned in therapy on the unit
 - a. Always _____
 - b. Frequently _____
 - c. Sometimes _____
 - d. Never _____

* Babara Swanson et al.(1989), "The impact of psychosocial factors on adapting to physical disability", *Reh. Nsg.*, 14(2), 67.

결론 및 요약

활동은 일상의 중요한 부분이다. 그런데 질

질병의 상태가 기동성을 변하게 한다. 전문가들은 기동성 변화가 일차적으로 근골격계의 영향으로 침상안정에 기인된다고 생각한다.

침상안정은 급성질환에는 효과적이지만 만성 질환에서는 일시적 상태일 뿐이다.

기동성 변화를 겪는 환자들은 질병의 상태를 초월한 문제를 지니고 있다. 즉 심리·사회적 적응을 중요하게 다루어야 한다. 정신적으로 사람들은 상실감을 경험하며 자아상의 변화(신체상과 자존감), 스트레스와 불안의 극복을 겪게된다. 사회적으로 환자와 그 가족들은 수많은 문제를 지닌다. 환자와 가족들은 새로운 역할과 생활 양식의 변화를 기대한다. 그리고 우리 사회의 노인들은 기동성 변화에 이종적인 문제를 안고 있다. 즉, 만성질환을 동반한 노화문제이다.

우리 건강전문가들은 기동성 상실에 따른 문제점들을 잘 인식하고 자신들의 태도에 민감해야 한다. 모순된 태도나 언어를 사용하지 않도록 조심하고 우리 스스로가 역할 모델이 될 수 있도록 힘써야겠다.

“너 자신을 알라”

“우리의 대상은 질병이 아니고 인간임을 깊이 인식하라”

참 고 문 헌

- 고현윤·이강목(1987), “척수 손상자의 자아개념에 관한 연구”, 대한재활의학잡지, 11(2), 266-275.
- 김명자·송경애(1991), “지지간호가 만성질환자의 삶의 질과 자존심에 미치는 효과-류마티스양 관절염을 중심으로-”, 대한간호학회지, 21(3), 323-338.
- 대한간호협회 보수교육자료(1990), 재활간호, 17.
- 안일남·오정희(1987), “척수 손상환자의 우울 경향에 관한 연구”, 대한재활의학잡지, 11(1), 37-47.
- 이상운·이강목(1987), “척수 장애자의 성에 대한 실태조사”, 대한재활의학잡지, 11(1), 55-59.
- 이은옥의 3인(1985), 만성 및 재활간호, 수문사, 134.
- 조두영(1985), 임상행동과학, 일조각, 40-47, 72-74.
- 최정훈의 3인(1987), 심리학-인간행동의 이해, 법문사, 332-357.
- 홍근표의 4인(1987), 기본간호학, 수문사, 699-714.
- Ann Seidl et al.(1991), “Understanding the effects of a myocardial infarction on sexual functioning”, *Reh. Nsg.*, 16(5), 255-264.
- Babara Swanson et al.,(1989), “The impact of psychosocial factors on adapting to physical disability”, *Reh. Nsg.*, 14(2), 64-68.
- Cynthia C. Nieres et al.(1991), “Relationship between effective coping and perceived quality of life in spinal cord injured patients”, *Reh. Nsg.*, 16(3), 129-132.
- Elizabeth A. Bruckbauer(1991), “Recognizing poststroke depression”, *Reh. Nsg.*, 16(1), 34-36.
- Ilene Morof Lubkin(1990), *Chronic illness*, 2nd ed., Jones & Bartlett Publishers, Boston. 86-110.
- Joan M. Killen(1990), “Role stabilization in families after spinal cord injury”, 15(1), 19-21.
- K.C.Sorensen J. Luckmann(1986), *Basic nursing-psychophysiologic approach-*, 2nd ed., Saunders Co., 613-614.
- Linda S. Bertino(1989), “Stress management with SCI clients”, *Reh. Nsg.*, 14(3), 127-129.
- Margaret L. Koehler(1989), “Relationship between self-concept & successful rehabilitation”, *Reh. Nsg.*, 14(1), 9-12.
- Marguerite Burtler(1991), “Geriatric rehabilitation Nursing”, *Reh. Nsg.*, 16(6), 318-321.
- Sayles(1981), *rehabilitation nursing-concept & practice-*, Rehabilitation nursing institute, 95, 124-126.
- Sharon Dittmar(1989), *Rehabilitation nursing*, Mosby, 372-373, 415.
- Sharon L. Roberts(1976), *Behavioral concept & the critically ill patient*, Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, N.J., 97-115.
- Sonia Acorn, Erin Bampton(1992), “Patients’ loneliness”, *Reh.Nsg.*, 17(1), 22-25.