

뇌졸중 환자의 질병경험에 관한 연구*

남 선 영

I. 서 론

1. 연구의 필요성

노인은 나이를 먹을수록 한가지 또는 그 이상의 만성 질환이나 불구의 기회가 증가하게 되고, 이러한 노인의 건강 문제는 여러 가지 심각성을 낳게 된다. 대부분의 노인들은 다른 연령층과 달리 50% 이상의 노령인구가 만성질환을 가지고 있으며, 많은 연구에서(조 와 윤 1988, Strumpf & Kauffman 1994, 대한간협보건간호사회 1994) 이들은 적어도 한가지 이상의 만성 건강 문제를 가지고 있다고 하였다.

특히 노인의 주요 사망 원인 질병은 뇌혈관 질환, 악성신생물, 심장병, 호흡기 질환, 당뇨병, 간염, 동맥경화증 등의 순위로 노인의 뇌혈관 질환은 주된 사망 원인이 된다(경제기획원 1990, 추 1993, 박 1994).

이렇듯 노년층의 대표적인 질환이라 할 수 있는 뇌졸중은 그 발병률이 증가하고 있는 추세에 있다고 할 것이다.

뇌졸중은 질병의 특성상 발병률 및 사망률이 높고, 급성기에 사망하는 20%를 제외하고는 환자의 대부분이 가정으로 돌아가 가족에 의해 보살펴지게 된다(김 1993). 뇌졸중은 장기간에 걸친 치료를 필요로 하며 신체적 기능의 손상은 정서적인 문제와 더불어 직업 및 사회 활동을 제한하기 때문에 경제적으로 많은 부담을 가

져오게 한다.

최근 국내에는 뇌졸중 환자에 대한 연구가 많이 이루어지고 있으나 뇌졸중 환자의 경험에 대한 전체적인 관례를 살펴보는 것이라기 보다는 뇌졸중 환자의 재활에 대한 연구나(강 1984, 김 1989, 석 1995) 재활시 경험하는 스트레스에 관한 연구(박 1988, 서 1988, 이 1994), 뇌졸중 환자의 가족이 갖는 부담감이나 우울에 대한 연구(최 와 소 1993, 김 1993, 이 와 송 1996), 뇌졸중 환자의 진료양상 조사연구(김 1995)에 대한 연구가 주로 이루어졌고, 뇌졸중 환자의 의식에 관한 연구(안, 이, 양 과 배 1984, 윤 1994, 황 1996)가 간호계 이외의 분야에서 이루어졌다. 최근들어 질적연구가 활발해짐에 따라 뇌졸중 환자 가족을 대상으로 한 연구(김 1992)와 뇌졸중 환자의 희망에 대한 연구(김 1996)가 이루어졌다. 그러나 뇌졸중을 앓고 있는 환자들은 그들의 질병을 치료하기 위해 현대 의학 뿐아니라 전통의료에도 많은 관심을 가지고 치료를 받고 있다. 이러한 환자들의 다양한 의료추구 활동이나 그 과정에서 경험하게 되는 것에 대한 충분한 이해를 위한 연구 및 전통 의료에 의한 치료의 효율성, 치료자에 대한 실태 조사 등의 연구가 부족한 실정이다.

이와같이 대상자에게 적절하고 양질의 간호를 제공하기 위해서는 그 대상자의 문화적, 사회적 환경이 고려되어야 하는데, 많은 뇌졸중 환자들이 그들의 질병을 치

* 본 논문은 1997년 8월 중앙대학교 박사학위 논문임.

료하기 위해 선택하는 다양한 치료활동에 대한 간호사의 관심이 부족하였고, 특히 한방에 대한 치료효과 여부나 만족 정도, 민간의료 이용의 동기, 한방치료를 받는 대상자들의 질병 경험 등의 조사는 미흡하였다.

본 연구자는 농촌지역에 거주하고 있는 많은 뇌졸중 환자들이 처음 발병시부터 치료받고 재활하는 과정들을 접해보면서 그들에게 독특한 치료이행 양식이 있음을 알 수가 있었다. 그러므로 이 연구를 통해 막연하게 연구자가 경험하고 있던 것들을 참여관찰과 면담을 통해 뇌졸중 환자의 치료경험에 대하여 좀더 정확하게 밝혀내고, 농촌지역에서 거주하고 있는 뇌졸중 환자의 질병경험을 이해함으로써 앞으로 지역사회에서 간호사가 대상자에게 쉽게 접근하고 보다 나은 간호의 제공을 위한 방향에 대해 모색해 보고자 한다.

2. 연구문제와 목적

주된 연구문제는 대상자들이 그들의 질병을 어떻게 받아들이고 있는가? 질병 기간동안 대상자는 어떤 치료적, 신체적, 정서적 경험을 하는가? 대상자는 질병을 극복하기 위하여 어떤 대처방안을 이용하는가? 더 나아가서는 뇌졸중 환자의 치료는 어떤 문화적 원리에 의해 행해지는가를 찾아 뇌졸중을 경험하는 대상자에게 우리 문화에 맞는 간호를 제공하는데 공헌하고자 한다.

II. 연구방법 및 절차

본 연구는 농촌의 한 지역에 있는 뇌졸중 환자들이 그들의 전체적인 질병과정중에 다양하게 경험하는 것들은 어떠한 문화적 배경이 바탕이 되어 나타나는지를 알아보기 위해 문화기술학적 연구방법을 선택하여 시도하였다.

1. 대상자 선정

본 연구의 대상자는 농촌 지역에 거주하는 뇌졸중 환자로서 다음과 같은 기준에 의거하여 선정하였다.

첫째, 뇌졸중(중풍)으로 진단받고 한의사에게 치료를 받은 경험을 가진 사람

둘째, 참여관찰과 면담이 가능한 사람

셋째, 연구대상자의 연고지로서 지역문화를 내면화하고 연구자가 쉽게 접할 수 있는 사람

연구자는 자료를 분석하면서 뇌졸중의 경험과 관련된 새로운 범주가 나타나지 않을 때까지 수집하여 7명의 대

상자로부터 자료가 포화되어짐을 느꼈고 추가로 면담 내용의 타당성을 높이기 위하여 2명의 대상자로 확인하였다.

2. 자료 수집 방법

본 연구의 대상자는 뇌졸중을 진단받고 현재 한의원에서 치료를 받고 있거나 중단하고 있는 대상자로서 현재 농촌지역에서 살고 있다. 자료수집기간은 1996년 1월부터 1996년 12월까지 본 연구자에 의해 수집되었다.

연구자는 대상자가 치료를 받기위해 의료기관을 방문하였을 때 양해를 구하고 면담을 실시하거나 대상자를 치료하고 있는 의료인과 함께 직접 가정을 방문하거나 일하고 있는 장소를 찾아가서 면담, 관찰하였고, 면담시에는 대상자나 가족에게 동의를 구하여 면담내용을 녹음하였으며, 필요한 경우는 간단히 관찰노트에 메모하였다.

총 면담 시간은 1시간 30분에서 4시간이었고, 면담횟수는 1회에서 3회 또 필요시 전화통화도 실시하였다.

자료의 분석은 자료수집과 동시에 진행하여 면담한 내용중에 부족한 부분이 있는 경우, 요약해 정리한 후 다음 면담시 재확인하거나 내용을 추가하여 보충하게 되었다. 이런 과정후 한 자료의 분석 결과는 다음 대상자의 면담에 반영하고 비교하였다.

III. 연구 결과

1. 질병 경험

뇌졸중 환자들의 증상이 발생한 이후부터 치료를 받고 생활해 나가는 과정을 참여 관찰과 심층 면담을 통하여 수집한 자료를 분석한 결과 발견된 대상자의 질병치료과정을 「발병기」-「적극적 치료기」-「재활기」로 범주화 할 수 있었다.

본장에서는 뇌졸중을 앓고 있는 대상자들의 이해를 돕기 위해 그들이 경험하는 치료경험과 「발병기」-「적극적 치료기」-「재활기」에 경험하는 정서적 특성에 대해 제시하고자 한다.

1) 발병기

발병기는 대상자들이 처음 뇌졸중 증상이 나타나고 증상을 인식하면서, 매우 놀라거나 당황하게 되어 의료기관을 즉각적으로 방문하게 되는 시기를 말한다. 증상

이 발현되는 이 시기에 같이 있던 가족이나 이웃 또는 친지들 역시 당황하게 되고 의료기관을 방문하는데 도움을 주기도 한다. 또한 처음 나타난 증상이 심각하지 않은 경우 그냥 나아지려니 생각하고 의료기관의 방문을 지연하기도 한다.

(1) 의료기관 선택 양상

뇌졸중 환자의 발병기동안 의료기관 선택 양상은 의료기관 선택 영향 요인, 의료기관 이용 경험, 의료기관 선택 이유, 의료기관 선택에 대한 태도 등으로 구분할 수 있었다.

① 의료기관 선택 영향요인

뇌졸중 환자들이 의료기관을 선택하는데 영향을 미치는 요인은 「개인상태」, 「신념」, 「의료기관」으로 나타났으며 이들은 아래 <표 1>과 같다.

<표 1> 의료기관 선택 영향 요인

영역 분석	분류 분석	성분 분석		
		결정자	질병기간	
개인 상태	의식상태	있음 없음	본인, 가족 가족	발병기 발병기
	성격	강함 약함	본인 가족	전기간 전기간
신념	치료경험	있음 없음	본인, 가족 가족	발병기 발병기
	치료자에 대한 믿음	강함 약함	본인 가족, 주변사람	전기간 전기간
의료 기관	의료기관에 대한 믿음	있음 없음	본인, 가족 본인, 가족, 주변사람	전기간 전기간
	거리	가까움 멀	본인, 가족 가족	전기간 발병기, 적극적치료기
정보	믿을만함	본인, 가족	전기간	
	믿지못함	본인, 가족	전기간	

주: 성분분석의 대조의 차원

- 1) 결정자에서 주변사람은 이웃, 친척, 전문가 등을 말함.
- 2) 질병기간의 전기간이라 함은 발병기, 적극적치료기, 재활기를 말함.

② 의료기관 이용 경험

한의원에서 뇌졸중을 치료받고 있는 대상자들의 치료 경험과 환자의 의식수준과의 관계를 가지고 대상자들이 처음 발병시 한방과 양방 치료를 선택할 것을 살펴보면 <표 2>와 같다.

<표 2> 의료기관 이용 경험

구분	치료 경험	
	있음	없음
환자의식	있음	한의원
	없음	한의원 → 병원 병원

③ 의료기관 선택이유

대상자들이 치료접근 방향으로 한방과 양방의학을 선택하는 경우를 살펴보면<표 3 참조> 「오랜 믿음」, 「증상의 심각성」, 「정확한 진단」, 「치료형태」, 「혈압조절」, 「경제성」 등에 따라 한, 양방의 구분을 하게 된다.

<표 3> 의료기관 선택 이유

영역 분석	분류 분석	성분 분석	
		결정의료기관	병원
의료기관선택	오랜 믿음	한의원, 한방병원	
	증상의 심각성	한의원, 한방병원, 병원	
	정확한 진단	병원	
	치료형태	한의원, 병원	
	혈압조절	한의원, 병원	
	경제성	한의원	

④ 의료기관 선택에 대한 태도

대상자들이 치료를 받으면서 계속적으로 치료기관을 선택하게 되는데 질병과정 중에 자신이 선택한 치료에 대한 태도는 <표 4>에서 보는 바와 같다. 이에는 「양방 치료병행」, 「한방치료감춤」 등이 나타났다.

<표 4> 의료기관 선택에 대한 태도

영역 분석	분류 분석	대상자의 진술 및 참여관찰시 행위
의료기관 선택태도	양방치료 병행	“인자 혈압약은 ○○○(병원)로 덩기고” “아무것도 조절안하고 혈압밖에는 조절 안해요 시방 ○○○(병원)에서 혈압은 내려준데오 자기가”
	한방치료 감춤	“응 싫어할까봐 싫어할까봐서 얘기를 안했어 양의들은 그렇게 한방이 멩긴다고 하더라 싫어하거든 싫어한다구 그래서 얘기를 안혀 췌제.”

(2) 발병기의 정서적 경험

발병기에 대상자들의 경험은 「당황함」, 「걱정됨」,

「절망감」, 「기대감」으로 범주화되었다.

「당황함」은 대상자들이 「놀람」, 「급함」, 「정신없음」으로 표현하였는데 대상자가 경험하는 증상이 심각한 경우는 이러한 「당황함」의 정도가 크게 나타났고, 증상이 경한 경우에는 「당황함」의 정도가 매우 약하게 나타났다.

「걱정됨」은 대상자의 발병 당시의 증상이 서서히 나타나고 미약한 경우 경험하게 되는 것으로 「설마함」, 「걱정됨」등으로 표현되었다. 이전에 고혈압이나 당뇨로 대상자들이 의료기관을 방문하여 치료한 경우에는 「걱정됨」의 정도가 낮게 표현되었다.

「절망감」은 대상자들이 그들의 뇌졸중 발생을 확인하고 갖게 되는 경험으로 「억울함」, 「절망함」, 「막막함」등으로 표현되었다.

대상자들은 질병으로 인해 당황하고 걱정하며 절망감도 느끼지만 그들의 증상이 중하든 경하든지 간에 회복에 대한 「기대함」도 갖게 된다. 이러한 회복에 대한 기대감으로 대상자들은 믿을 만한 치료자를 찾게 되고, 그 치료자에게 의지하여 치료를 지속하게 된다.

2) 적극적 치료기

적극적 치료기는 대상자가 뇌졸중이 발병되고 응급치료 등이 끝나게 되면 질병을 치료하기 위해 대상자 뿐만 아니라 가족이나 보호자들이 질병치료 행위에 적극적, 능동적으로 참여하는 시기를 말한다. 이 시기에는 질병을 앓는 대상자는 물론 가족, 보호자까지 대상자의 질병 상태를 호전시키기 위하여 정보수집도 활발히 이루어지고 치료기관 방문도 적극적으로 이루어진다.

(1) 치료 지속 요인

뇌졸중 환자를 대상으로 수집된 원자료에서 치료를 지속하는 활동과 관련된 진술을 분석하고 이를 명명한 결과 총 17개의 범주가 확인되었다. 이들을 영역분석한 결과 「치료자와의 관계」, 「본인의지」, 「효과경험」, 「자녀지지」로 4가지 영역으로 구분되었다.

① 치료자와의 관계

수집된 원자료에서 17개의 치료지속에 대한 활동들 가운데 치료자의 관계에 대해 분류분석한 결과 「인연」, 「친근감」, 「편안함」, 「연대맞음」, 「믿음」, 「신뢰감」의 7개의 범주로 구성되었다.

② 본인의 의지

수집된 원자료에서 치료지속에 대한 활동들 가운데 본인의 의지에 대해 분류분석한 결과 5개의 범주로 나

타났다. 각 범주들은 「회복 욕구」, 「절박함」, 「자존감유지」, 「자녀부양」, 「자립의지」 등으로 표현되었다.

③ 효과경험

수집된 원자료에서 17개의 치료지속에 대한 활동들 가운데 치료효과에 대한 분류분석한 결과 「즉각적 완화」, 「일상생활복귀」의 두가지 범주로 나타났다.

④ 자녀지지

이미 경제력을 상실한 노인환자의 경우에는 치료활동을 계속할 수 있도록 하는데 자녀의 지지가 크게 영향을 미친다. 「자녀지지」는 「신체적 지지」, 「경제적 지지」, 「정서적 지지」를 모두 포함한다.

(2) 적극적 치료기의 정서적 경험

적극적 치료기에 대상자들이 경험하는 것을 분류분석한 결과 「짓눌림」과 「민감함」으로 범주화하였다.

「짓눌림」은 대상자가 「속상함」, 「서글픔」, 「답답함」등으로 표현하였는데 보행장애, 언어장애, 시력, 청력약화 등으로 할 수 없는 활동들이 생겨나기 시작하고 그로 인해 속상하고 답답함을 경험하게 된다.

또한 적극적 치료기에 대상자들은 「민감함」을 표현했는데, 이는 「재발불안감」과 「예민해짐」으로 표현되었다.

그들은 증상이 변화하는 것에 대해 민감해져 증상변화가 재발되어지는 것이 아닌가하는 염려를 심하게 나타내기도 한다. 이러한 재발에 대한 불안감은 대상자의 성격에 따라 좀더 심하거나 약하게 표현되어진다. 「예민해짐」은 대상자들은 발병이후 그전보다 기본적인 성격이 예민하고 날카로워짐을 나타낸다. 그래서 대상자는 작은일에도 민감하게 반응하고 슬퍼하거나 노여워한다. 그래서 가족간에도 사소한 일로 다투거나 부딪치게 된다.

3) 재활기

재활기는 질병의 증상변화가 어느정도 안정이 되고 혈압이 올라가지 않도록 관찰하고 변화된 신체기능에 맞춰 적응하며 살아가는 시기를 말한다. 이 시기에는 의료기관의 방문이 드물어지고 가족들은 환자의 증상 변화가 위급하거나 심하지 않기 때문에 환자의 증상에 대해 무감각해지기 시작한다.

(1) 치료중단에 대한 영향 요인

뇌졸중을 경험하는 환자들을 대상으로 한 면담에서 질병치료를 중단하는 것에 대한 원자료를 분석해 본 결

과 「치료한계」, 「부담감」, 「도움감소」의 3가지 영역으로 구분되었다.

「치료한계」는 「한계경험」이나 「지겨움」으로 범주화되며 이는 오랜기간동안 치료를 받아오면서 그들의 회복에 대한 한계를 인식하게 되고 더 이상 나아질 수 없다는 생각이 들면서 치료활동을 그만 두게 된다.

「부담감」의 영역은 「치료비」, 「치료자」, 「가족피해」의 3가지로 범주화 되었다. 이러한 문제에 부딪치게 되는 대상자들은 자의적인 것보다는 타의적인 것으로 치료를 중단하게 된다.

「도움감소」는 「관심저하」와 「바쁜 자녀」로 범주화되고, 이는 자의적인 결과가 아니고 타의에 의해 이루어지는 것이다. 가족이 바쁘거나 소홀해짐으로 대상자들은 치료를 중단하게 된다. 특히 농촌지역의 대부분의 생활이 농사일로 가족의 구성원이 함께 일을 해야 되므로 농번기인 경우는 대상자들이 치료 활동을 계속하는데 더 많은 어려움을 갖는다.

(2) 재활기의 신체적 경험

뇌졸중을 앓고 있는 대상자들의 신체적 경험을 분석한 결과 「개인위생」, 「활동범위」 등 2개로 범주화 되었다.

① 개인위생

「개인위생」에 관한 자료들을 분석한 결과 「머리감기」, 「이닦기」, 「눈닦기」, 「면도하기」, 「목욕하기」, 「대소변보기」, 「옷입고벗기」, 「머리빗기」, 「세수하기」 등의 9가지의 범주로 나타났다.

② 활동범위

수집된 원자료에서 21개의 신체적 경험에 관한 항목 가운데 「활동범위」제한에 대한 항목은 12개로 확인되었고 이러한 활동범위는 「사회활동」, 「가사활동곤란」, 「일상생활곤란」의 3가지 범주로 분류되었다.

「사회활동」으로는 「방문제한」, 「외출제한」, 「생업중단」, 「모임참여감소」 등으로 표현되었다.

「가사활동곤란」은 「시장보기」, 「설거지하기」, 「요리하기」 등의 범주로 대부분 여성 환자에게서 경험되어지는 것들이다.

「일상생활곤란」은 「물건들기」, 「일어나기」, 「식사하기」, 「계단오르내리기」 등으로 표현되어졌는데 이러한 일상생활 동작에 대한 장애는 대상자 자신이 발병 이전에 쉽게 행해 왔던 일들에 대한 제한을 받게 되는 것들을 나타내 준다.

(3) 재활기의 정서적 경험

재활기에 대상자들이 경험하는 것을 분류분석한 결과 「타합」, 「모멸감」, 「절망」, 「희망」으로 범주화되었다.

「타합」은 「후회감」, 「분노감」, 「원망감」 등으로 표현되었다. 대상자는 자신의 살아온 삶을 되돌아보고 자신이 살아온 행위들에 대해 후회하면서 자신을 탓하고, 현재 자신을 그렇게 되어지도록 한 질병에 대해 분노감을 가지고 사별한 대상자인 경우는 배우자에 대한 원망감을 갖게 된다.

「모멸감」은 「자격지심」, 「창피함」, 「무시당함」, 「서운함」 등으로 표현되었다. 대상자들은 그들의 가족과 생활을 하면서 가족들에게 감정의 불일치와 마찰이 생기게 되는 경우 대상자들은 자신이 질병에 걸렸기 때문에 가족이 그렇게 반응한다라고 생각한다. 그래서 대상자는 스스로 불리하거나 열세한 가정내 지위를 갖게 된다고 생각하게 된다.

「절망」은 대상자들이 오랜 질병기간을 경험하면서 삶이나 생활 또는 치료 활동에 대해 지쳐버리는 것으로 「지겨움」, 「자살충동」, 「죽음기대」, 「포기함」으로 표현되었다.

「희망」은 「안도함」과 「회복기대」으로 표현되어졌는데, 이러한 희망은 대상자들이 부정적인 감정들을 극복하고 계속적으로 건강관리를 할 수 있는 원동력이 되어 준다.

2. 대처 활동

뇌졸중을 앓고 있는 대상자를 통해 수집된 원자료에서 대처활동과 관련된 진술을 분석하고 이를 명명한 결과 41개의 대처활동이 확인되었다. 이들을 영역분석한 결과 인간의 다양한 측면인 신체적, 정신·정서적, 사회적, 영적 대처활동으로 구분할 수 있었다.

1) 신체적 대처

수집된 원자료에서 41개의 대처활동 가운데 신체적 대처활동은 24개로 확인되었으며 이를 다시 분류분석한 결과 「보조기구이용」, 「운동하기」, 「보호하기」, 「식습관」, 「일담당하기」, 「보조약사용」, 「민간요법시도」, 「건강관심갖기」 등의 8개의 범주로 구성되었다.

① 보조기구이용

대상자들이 사용하는 보조기구 등은 전문적인 의료인의 추천이나 의뢰지식에 바탕을 두고 적용되는 것이 아니며 대상자들이 생활하면서 그들 나름대로의 적절한 도구나 수단을 사용하게 된다. 대상자들이 진술한 보조

기구의 이용에는 「지팡이 사용하기」, 「뒷집지기」, 「바지자락깔기」, 「요강 사용하기」 등이 있다.

② 운동하기

「운동하기」는 대상자들이 개인의 마비 정도나 질병의 상태에 따라 그 내용이 다양하다. 대상자들이 진술한 「운동하기」에는 「뜨거운 물수건 사용」, 「주무르기」, 「두드리기」, 「맨손운동하기」, 「자전거타기」, 「자세바꾸기」 등이 있으며, 마비의 정도가 심한 경우는 소극적으로, 마비의 정도가 경한 경우는 적극적으로 대상자 자신의 상태에 따라 운동하기가 시도되어지고 있었다.

③ 보호하기

「보호하기」는 대상자들이 질병으로 인해 약해진 신체 를 보호하고 재발을 방지하기 위해 시도되어지는 활동으로 대상자들이 표현한 내용으로는 「보온하기」, 「조심하기」, 「과로하지 않기」로 나타났다.

④ 식습관

뇌졸중을 경험하는 대상자들은 질병으로 인해 그들의 식생활 습관을 자의로든지 타의로든지 변화시킨다. 이에는 「금주, 금연하기」와 「음식삼가하기」 등이 있었다.

⑤ 일담당하기

「일담당하기」는 대상자들이 편마비로 인해 제한되는 신체활동 범위내에서 가능한 활동들을 모색하여 시도되어지기도 하고 그들의 생활환경에서 어쩔 수 없이 담당해야 하는 일들이 주어지기도 한다.

「일담당하기」에는 「책임맡기」와 「가사활동하기」의 두가지 범주로 나타났다.

⑥ 보조약사용

「보조약사용」은 그들이 의료인을 통해 직접 처방받아 사용하고 있는 약이외의 투약활동을 말하는데 농촌지역의 뇌졸중을 앓고 있는 대상자들에게 면담한 결과를 살펴보면 「혈액순환제」, 「청심원복용」의 두개의 범주로 나타났다.

⑦ 민간요법시도

대상자들이 시도한 민간요법에는 주로 식이요법들이었는데 민들레 뿌리를 찌서 즙을 마시는 것, 감식초에 검은 콩을 넣어 재어둔뒤 먹기, 오리피 마시기, 오리에 목화씨 넣어 고아먹기 등이 있었다. 이러한 민간요법들은 한두번 시도되었고, 대상자들은 치료자와 신뢰적인 관계가 형성된 이후부터는 거의 시도되지 않았다.

⑧ 건강관심 갖기

이들이 수집하는 정보는 대부분이 아는 사람, 이웃, 친지, 의료인 또는 같은 질병을 경험한 환자나 보호자들을 통하거나 TV와 같은 문자 정보보다는 말로 전해지

는 구두정보가 대부분이었다.

2) 정신·정서적 대처활동

수집된 원자료에서 정신·정서적 대처활동은 8개로 확인되었고 이를 다시 분류 분석한 결과 「수용함」, 「시도함」, 「통제실패」의 3가지 범주로 구성되었다.

① 수용함

「수용함」은 대상자 자신이 뇌졸중이 발병하고 뇌졸중이 만성 고질병이라는 것을 인지하고 평생을 불구로 살아야 함을 받아들이고 치료활동을 시작하는 것을 나타낸다. 여기에는 「받아들임」, 「안도감」, 「자기정리」의 3가지로 표현되었다.

② 시도함

「시도함」은 대상자가 그들의 질병상황에 따른 좌절이나 실망감 등을 극복하기 위하여 사용하는 방법으로 여기에는 「비교함」과 「자기암시」가 있다.

③ 통제실패

대상자는 그들의 질병과정에서 자신의 질병으로 인해 변화된 삶에 대해 좌절하고 잘 견뎌왔던 감정을 해결하지 못하게 될 때 대상자들은 통제에 실패하게 된다. 「통제실패」는 「울음」, 「잠자기」, 「삭힘」 등으로 표현되었다.

3) 사회적 대처활동

수집된 원자료에서 사회적 대처활동은 3가지로 확인되었고 이를 분류 분석한 결과 「지지받음」으로 나타났다.

사회적 대처 활동은 대상자가 질병을 경험하면서 사회적인 즉 대인관계를 통해서 질병과정을 극복해 나가는 것을 말하며 이는 「지지받음」으로 표현되었다.

「지지받음」은 「가족지지」, 「이웃관심」, 「의료인지지」로 나타났는데 질병 치료 과정에서 의료기관을 결정하고 방문하는 일부터 치료섭생을 유지하는 일 또한 재활기 동안 대상자의 일상생활등 전반에 걸쳐 영향을 미치고 있었다.

4) 영적대처활동

수집된 원자료에게 영적활동은 5가지로 확인되었으며, 이를 다시 분류 분석한 결과 「신에 의지함」과 「죽음준비」의 2개의 범주로 구성되었다.

「신에 의지함」은 「기도함」, 「종교가짐」, 「위로받음」 등으로 표현되었다.

「죽음준비」는 고령인 대상자들은 자신이 발병하고 난 이후로 언제 죽음을 맞이하게 될지 모르는 상황에서 자신이 죽음을 위해 준비해 두는 것으로 「웃정리함」과 「가

죽만남」으로 나타났다.

IV. 논 의

1. 질병 경험

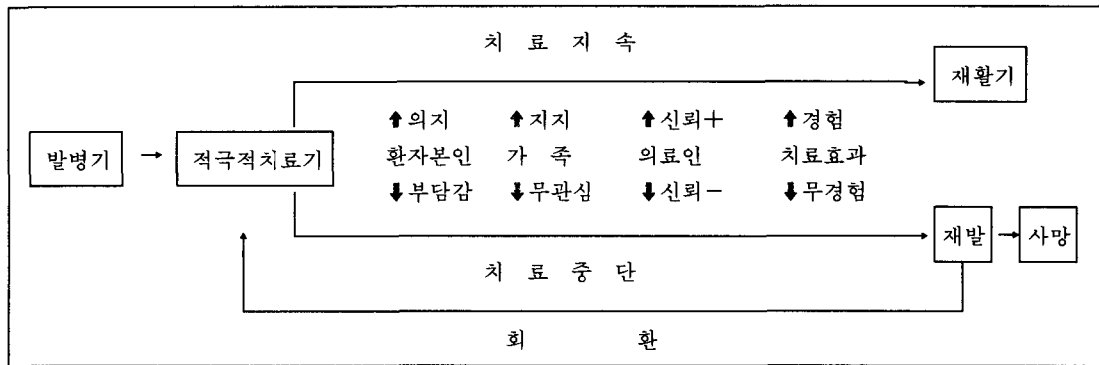
뇌졸중을 경험하는 대상자들의 질병기간을 크게 ‘발병기’, ‘적극적치료기’, ‘재활기’로 분류하였다. 이와같은 질병과정은 Suchman(1965)이 구분한 증상경험단계, 잠재적 환자역할단계가 ‘발병기’의 경험으로, 의료접촉단계, 의존적 환자역할단계가 ‘적극적 치료기’의 경험으로, 회복 및 재활단계가 ‘재활기’의 경험으로 서로 비교되어질 수 있다.

‘발병기’에 대상자들이 의료기관을 선택하는데 영향을 미치는 요인으로는 ‘개인상태’, ‘신념’, ‘의료기관’ 등

이 있었다.

한 개인이 어떠한 의료추구를 하는지에는 지식의 깊이와 동기, 가족의 간섭과 권고, 통증에 대한 지각, 의사의 신탁, 장래 경과, 의료인과 환자와의 평소 유대여부 등이 작용하며(유세환 1980), 질병에 걸렸을 때 대체로 증상의 인식, 증상에 대한 자기진단, 기다려보는 시간, 의사결정권의 작용, 자가조치, 의료추구의 단계를 밟아 의료를 추구한다(정경균 1977). 이러한 의료기관 선택은 처음 발병기와 적극적 치료기에는 적극적이고 다양한 시도로 이루어지는데 재활기로 들어가면서 그들이 접근하기 쉬운 즉 거리가 가깝다거나 비용이 적게 드는 기관으로 선택되어지도 한다.

뇌졸중을 경험하는 대상자가 그들의 전질병 기간동안 치료를 지속하거나 중단하게 되는 것에 대해 살펴보면 아래 <그림 1>과 같다.



<그림 1> 치료활동에 관한 분석

뇌졸중환자는 지속적인 관리를 잘 유지하는 경우는 그들의 생존기간이 충분히 길어질수있기 때문에 적절한 질병관리를 할수 있도록 도와줄 수 있는 프로그램이 요구된다.

발병기에 대상자들은 신체변화에 이상함을 느끼나 그 놀라는 정도가 매우 약할때, 이것이 의료기관의 방문을 지연시키는데 영향을 미치게 되므로 그 지역내에 뇌졸중 발생의 위험요인을 가지고 있는 고위험 대상자들을 대상으로 뇌졸중의 발병시 증상이나 특징 등에 대한 교육이 필요하겠다.

질병이 발생하여 자신이 뇌졸중이라고 진단을 받고 그 질병에 대한 부정적인 의미로 절망스러운 상황에 놓여지지만 대상자들은 자신의 질병이 회복되어질 수 있을거라는 기대를 갖게 된다. 이러한 기대감은 희망의 작은 영역(Menninger et al., 1966)으로 표현되어지고,

사람이 절망에 빠지기 쉬운 그런 상황에서 희망이 시작되어진다고 하였다.(Marcel 1962) 발병기에 이들은 절망감 보다는 기대감이 대상자의 행동을 결정하는데 더 많은 영향을 미치고, 대상자는 질병회복을 위한 치료활동을 시작하게 된다.

적극적 치료기에는 대상자들은 질병으로 인해 변화된 자신의 생활에 적응하고 환자로서의 역할을 받아들이면서 환자의 역할(Parsons 1951)에 적응하게 된다.

이렇게 급격한 변화는 노화와 더불어 타인에게 도움을 받아야 한다는 자신의 무능력감에 의해 더욱 부정적인 영향을 미치게 된다. 또한 자신의 질병발생으로 인하여 자신이 이제껏 살아온 삶에 대해 아쉬워하는데 이는限의 감정을 내포하는 것이다. 대상자는 자신이 더 이상 건강한 생활을 할 수 없고 질병은 곧 마지막이라는 의미에서 이제까지 어렵고 힘들게 살아온 자신의 삶에 대해

여 한을 갖게 되며 이로 인해 대상자는 짓눌림이 심해지게 된다.

‘재활기’에 대상자들은 질병으로 인한 신체적인 제한으로 인해 일상생활 활동에 장애를 경험한다. 본 연구에서 대상자들이 인지하는 신체적 장애는 사회적, 문화적 배경을 기저로 호소되어진다. 왜냐하면 우리나라에서는 전반적으로 장애자들에 대한 시각이 부정적이기 때문에 대상자들이 보행장애와 불구의 상태로 외출을 하는 경우 타인들이 좋지 못한 시각으로 바라보고 무시나 동정의 감정을 갖을 것이라는 생각에 스스로 활동범위를 제한하게 되는 원인이 된다.

이 시기에 대상자들은 오랜기간동안 질병을 가지고 살아오면서 자신의 질병을 누군가의 탓으로 돌리려고 하고, 자신이 어렵게 살아온 지난 날의 삶에 대해 후회하고 ‘이런줄 알았으면 그렇게 아등바등 살지 않았을텐데’ 하는 심정을 갖게 된다. 그리고 장기간 투병생활을 해오면서 가족들과의 마찰이 생기거나 의견에 차이가 생기는 경우 사건을 객관적인 시각에서 바라보는 능력이 저하되고 자신이 병에 걸렸기 때문에 부당한 대우를 받는다고 가정내에서 열세한 위치에 있게 된다고 여기게 된다. 이러한 사고의 왜곡은 대상자 뿐만 아니라 대상자를 돌보는 가족들에게도 영향을 미쳐 가족들의 소진을 더 가중시킨다.

이와 같이 대상자들은 그들의 정서가 부정적으로 치닫게 되지만 한편으로는 곧 완치되거나 좀더 상태가 나아질 수 있을 것이라는 희망을 갖는다. 희망은 대상자들로부터 안도감과 기대감으로 표현되어졌는데 대상자가 고령인 경우에는 완치에 대한 것보다는 좀더 상태가 나아질 것이다 하는 생각이 지배적이다.

이렇게 생겨진 희망은 부정적인 감정들을 극복하고 지속적인 치료와 건강관리를 할 수 있도록 하는 원동력이 되어준다. 그래서 대상자들은 이런 희망으로 스스로 치료 활동을 계속적으로 유지하고 일상생활 활동을 수행하면서 독립적인 삶을 지속하려는 노력을 계속하게 된다.

2. 대처활동

대처란 개인의 통합성과 신체기능을 극대화하는 정서적 평형에의 위협을 극소화하도록 사용되는 모든 방법을 말한다(Lubkin & Kahn 1990).

본 연구에서 뇌졸중을 경험하는 대상자가 사용하는 대처활동에는 신체적 대처, 정신·정서적 대처, 사회적

대처, 영적 대처로 범주화되었고, 이러한 활동들은 대상자가 그들의 질병 전기간동안 자신의 일상생활 활동장애를 극복하고 정서적인 어려움을 극복하기 위한 방법으로 사용되고 있었다.

뇌졸중 환자들이 사용하는 신체적 대처활동은 대상자가 자신의 일상생활 활동장애를 극복하기 위하여 주로 사용하였다. 많은 연구결과에서 살펴보면 Kotila & Neimi(1984)은 뇌졸중후 생존자의 62%가 3개월안에, 68%가 12개월만에 독자적인 일상생활 활동을 할 수 있었고, 55%에서 직장으로 복귀가 가능하다고 하였으며, Dobkin(1988), Grotta(1988)의 연구에서는 60%에서 일상생활 활동을 수행하였고 80%가 독자적인 기동을 할 수 있었다고 하였다.

한방에서 치료를 받는 대상자들은 한의사를 방문하여 침을 맞게 되면, 그들의 마비된 사지가 완화된다는 것을 느끼고 통증이 심한부분에 진통효과를 경험하면서 신체적 대처활동은 부수적인 활동으로 간주하게 된다. 이것은 자신이 선택한 치료가 자신의 질병회복에 많은 도움을 줄 수 있다고 믿기 때문이다.

정서적 대처활동은 대상자들의 마음을 다스리는 방법으로 자신이 질병의 상황을 어떻게 받아들이고 있는지에 따라 달라지고 있었다. 그러므로 대상자에게 적절한 정서적 대처반응이 일어나게 하기 위해서 지역사회 간호사의 능숙한 대상자의 성격이나 체질과 같은 개인의 특성에 대한 사정이 필요하며, 적절한 스트레스 해결방안을 모색해 줄 수 있는 능력이 요구되어지고 있다.

정신·정서적 대처 활동이 질병을 앓고 있는 대상자 자신의 내부에서 스스로 질병으로 인한 스트레스를 극복하는 활동이라고 한다면, 사회적 대처활동은 대상자가 대인관계를 통해서 질병과정을 극복해 나가는 활동이라고 할 수 있겠다.

사회적 지지는 만성질환자의 단기, 장기회복에 막대한 영향을 끼치는 것으로 보고 있으며, 직접적으로 삶의 만족에 영향을 미치는 요인이 되며(Kaplan 1977), 스트레스 적응 과정에 영향을 주는 중요한 사회심리적 변수로 대두되고 있으며, 개인의 적응 능력을 돕고 좌절을 극복하게 하며 문제해결 능력을 강화한다(Sarason et al 1983).

본 연구에서 나타난 사회적 대처활동으로서의 지지반응은 우리나라 농촌지역의 전형적인 생활에서 나오는 인정주의의 인간관계 유형에 영향을 받아 가족이나 이웃, 의료인은 한 범위안에서 서로 도와주고, 관심가져주고 함께 어울려 사는 한 유형으로 표현되어졌다.

뇌졸중 환자는 자신의 언제 올지 모르는 죽음에 대하여 불안감도 느끼면서 서서히 죽음을 준비하기 시작한다. 영적인 요구는 언제 일어날지 모르는 죽음, 알 수 없는 두려움과 자신의 궁극적인 운명에 직면하는 유한한 존재에게서 일어난다(원정숙 1993). 본 연구에서 대상자들은 자신의 영적인 요구를 해결하기 위하여 자신이 믿어왔던 신을 찾거나 조상에게 의지하고 기도하며, 종교인을 찾아 위로받는 등의 활동을 보인다. 또한 실제적으로 죽음을 준비하는 활동으로 자신이 살아온 환경을 정리하기도 하고 가족들을 찾아 이제까지 가져온 인간관계도 미리 정리하는 것으로 나타났다. 이는 가족원이 임종을 맞게 될 때 죽어가는 사람의 임종을 지키고 고인의 삶의 흔적을 정리하는 우리나라의 전통적인 관행이 바탕이 되고 있는 것을 알 수 있었다.

특히 한방치료를 선호하는 대상자들은 그들의 생활 깊숙히 자리잡고 있는 전통적인 사고방식을 질병을 극복하고 적응해 살아나가는 데 적용하고 있었다.

V. 결 론

본 연구는 뇌졸중을 경험하는 노인 환자들의 질병치료, 회복, 재활이 어떤 문화적 원리에 의해 행해지는지에 대한 문제의식에서 출발하였다.

위와 같은 목적을 얻고자 본 연구는 문화기술학적 연구방법을 선택하여 일부 농촌지역의 뇌졸중을 진단받고 한방치료경험을 가진 9명의 뇌졸중환자를 대상으로 1996년 1월부터 1996년 12월까지 1년 동안에 걸쳐 이루어졌다.

연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 뇌졸중환자들의 질병경험은 <발병기>, <적극적치료기>, <재활기>로 구분되었다.

첫째, <발병기>는 뇌졸중 증상을 경험하는 초기로 '의료기관 선택양상'이 나타나며, 이 시기의 '정서적 경험'으로는 '당황함', '걱정됨', '절망감', '기대감' 등이 있다.

둘째, <적극적치료기>에는 질병치료에 대해 적극성을 보이며 능동적으로 참여하고 의료기관이나 건강회복 활동에 많은 관심을 나타내는 시기이다. 이 시기의 치료 경험으로는 '치료지속요인'이 있으며, 질병경험으로 '짓눌림'과 '민감함'이 있었다.

셋째, <재활기>는 대상자나 가족은 지치고 치료섭생에 둔감해지며 치료활동이 감소하게 된다. 이 시기의 치료경험은 '치료중단 영향요인'이고, 질병경험은 '신체적 경험'과 '정서적 경험'이다.

'신체적 경험'은 '개인 위생'과 '활동범위'로 범주화되었고, '정서적 경험' 중 부정적 경험으로 '타함', '모멸감', '절망', 긍정적 경험으로 '희망'이 있었다.

2. 뇌졸중환자들이 질병을 극복하고 변화된 생활에 적응하기 위해 사용하는 대처 전략은 <신체적 대처>, <정신·정서적 대처>, <사회적 대처>, <영적 대처>이다.

첫째, 『신체적 대처』는 '보조기구이용', '운동하기', '보호하기', '식습관', '일담당하기', '보조약사용', '민간요법시도', '건강관심갖기' 등 8가지 범주로 나타났다.

둘째, 『정신·정서적 대처』에는 긍정적 대처인 '수용함'과 '시도함', 부정적 대처인 '통제실패'가 있었다.

셋째, 『사회적 대처』는 '지지받음'으로 나타났다.

넷째, 『영적 대처』는 '신에 의지함'과 '죽음준비'의 2개의 범주로 확인되었다.

결국 농촌지역의 뇌졸중 환자들은 전통적 신념과 치료자와의 관계에 의해 치료행위를 선택하는데, 자신의 건강은 마음을 다스림으로서 유지할 수 있고, 질병을 극복하는데는 본인 뿐만 아니라, 가족, 이웃 및 치료자가 함께 노력하고 어울어져야 한다는 전통적인 의식과 문화적 원리가 바탕이 되고 있었다.

이러한 연구 결과는 간호사가 노인 뇌졸중환자를 간호할 때 환자의 질병경험을 이해하고 한국적인 전통의식 및 문화에 근거한 간호중재를 제공하는데 있어서 기틀로 활용될 수 있다. 특히 농촌지역의 뇌졸중 환자들은 한방치료를 선호하고 있으며, 그들의 요구를 만족시키기 위한 의료 서비스를 제공할 수 있는 방안 모색이 요구되고 있다.

참 고 문 헌

- 강현숙 (1984). 재활강화교육이 편마비 환자의 자기간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 경제기획원 (1990). 인구 및 주택센서스보고서.
- 김분한 (1989). 급성기 뇌졸중환자의 간호중재 - 노인환자를 중심으로. 대한간호, 28(2).
- 김소선 (1992). 뇌졸중환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김영숙 (1995). 뇌졸중환자의 진료양상 조사연구 - K의료를 중심으로. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김이순 (1996). 뇌졸중환자의 희망. 부산대학교 대학원

박사학위논문.
 대한간호보건간호사회 (1994). 1994년도 보수교육교재 노인건강관리.
 박영임 (1994). 본태성 고혈압환자의 자가간호증진을 위한 자기조절프로그램효과-Orem이론과 Bandura이론의 합성과 검증. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 박원경 (1988). 뇌졸중으로 인한 편마비 환자가 지각한 스트레스와 우울에 관한연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
 서문자 (1988). 편마비 환자의 퇴원후 적응상태와 관련 요인에 대한 분석적 연구. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
 석소현 (1995). 뇌졸중환자의 일상생활동작 증진을 위한 침상운동프로그램의 효과. 경희대학교 대학원 석사학위논문.
 안용팔, 이숙자, 양승한, 배광웅 (1984). 뇌졸중 편마비 환자의 의식구조. 대한재활의학회지, 8(2).
 유세환 (1980). 일부지역주민의 의료추구유형에 관한 행태학적 연구. 고려대학교대학원 석사학위논문.
 이강이, 송경애 (1996). 뇌졸중 환자 가족이 인지한 부담감 및 우울정도에 관한 연구 대한간호학회지, 26(4).
 이정민 (1994). 뇌졸중환자의 재활과정에 따른 스트레스 변화양상. 경희대학교대학원 석사학위논문.
 정경균 (1977). 보건 서비스 이용에 대한 태도 및 동기. 보건연구, 제1권 한국개발연구원.
 조유향, 윤현숙 (1988). 노인에 대한 보건의료 개발을 위한 조사연구. 한림대학 사회의학연구소.
 최은숙, 소희영 (1993). 뇌졸중환자의 자가간호수준에 따른 보호자의 스트레스. 대한간호학회지, 23(4).
 추수경 (1993). 가정간호사업대상자의 선정기준 개발과 서비스 내용에 관한 연구-뇌졸중, 뇌척수손상 입원환자를 중심으로-. 간호학 탐구, 2(1).
 Dobkin B. H. (1988). Management of geriatric TIA and Stroke. Geriatrics, 43(11).
 Grotta J. C. (1988). Post-stroke management concerns and outcomes. Geriatrics 43(7).
 Kotila M. Waltimo O., Niemi M., et al. (1984). The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome. Stroke, 15(6).
 Lubkin I. M., Kahn A. M. (1990). Chronic Illness - Impact and Interventions 2nd ed. Joh-

ns and Bartlett Pub.
 Marilyn Frank-Stromborg (1989). Health Promotion in Ambulatory Cancer Patients ; Focusing on Wellness. Pritchard, A. P.(ed) Cancer nursing A Revolution in Care Springer.
 Parsons, Talcott (1951). The Social system. Glencoe III. The Free Press.
 Sarason, I. G. and et al. (1983). Assessing social support questionnaire. Journal of personality & social psychology, 44.
 Sheikh K. (1983). Letters to the editors Evaluation of stroke rehabilitation. J. Chron Dis, 36(5).
 Suchman, Edward A. (1965). Social patterns of illness and medical care. J. of Health and social behavior, 6, 2-16.

- Abstract -

Key concept : CVA patients, Illness experience

A Study of CVA patients' Experience of the Illness

Nam, Sun Young*

This work was done for 9 patients having experience of a herb medical treatment after being diagnosed as CVA during a year from January, 1996 to December, 1996 by using an ethnographic research method.

The summarized results of this research are following.

I. THE EXPERIENCE OF THE ILLNESS

First, the falling-ill phase is the time that they have the first stroke of paralysis and the decision pattern of medical institution' comes out. The emotional experience in the period is something like 'frustration', 'anxiety', 'despair', and 'expectation'.

* Chung Ang University, Medical College, Nursing Department

Second, the active-treatment phase is the time that the patients as well as their family or care giver not only show the positive attitude and actively participate in the illness treatment but also show a lot of interest in medical institutions and activities of health recovery. There is a primary factor of the continuation of treatment as an experience of treatment and being crushed and sensitivity as an experience of the illness.

Third, the rehabilitation phase is the time that the patients or their family become tired and insensitive to the treatment and recuperation, and then reduce the treatment activity. There is a primary influence factor of the discontinuance of treatment as an experience of treatment and physical experience and emotional experience as an experience of the illness. The physical experience is divided into 'personal-hygiene care', and 'the sphere of activity'. The emotional experiences are 'blaming someone', 'contempt' and 'despair' as a negative experience and 'hope' as a positive experience.

II. COPING STRATEGY

There are a physical coping, an emotional and mental coping, a social coping, and a spiritual coping as a

coping strategy used for the patients to overcome their illness and adjust themselves to their altered life.

First, the physical coping comes out as 8 categories, 'using an auxiliary tool', 'doing exercise', 'protecting', 'improving their diet', 'taking care of something', 'using subsidiary medicines', 'trying a folk remedy', and 'having interest in their health'.

Second, for the emotional and mental coping, there are 'accepting' and 'trying' as a positive coping and a failure of control as a negative coping.

Third, the social coping is appeared as 'being supported'.

Fourth, the spiritual coping is recognized as 'recourse to God' and 'preparation of death'.

After all, the elderly CVA patients in an agricultural area choose the act of treatment based on the traditional belief and the relationship with a caretaker. A personal health can be maintained by taking care of themselves and controlling their mind, and the overcome of the illness is decided on the basis of traditional concepts and cultural principles in which the patients as well as the family, neighbors and take carers should work out together and cooperate with each other in order to achieve that.