



아동간호학

간호학부 김신정



1. 아동기 정신 건강의 개념

- 아동은 정신과 신체가 미분화된 상태로 성인과는 다르게 접근해야 하는데, 성인과 달리 다음과 같은 특성이 있음을 인식해야 함
 - 아동은 상처나 충격을 어른들보다 더 오랫동안 기억하고 잊지 않음
 - 성인에 비하여 유아나 아동의 정신건강은 나이와 발달단계에 따라서 달리 이해해야 함(아동의 증상은 발달단계와 깊은 관계가 있음)
 - 아동의 표현은 성인에 비하여 복잡하지 않고 단순하고 직접적이며 어릴수록 심리적 동요를 신체변화로 표현
 - 아동은 부모에게 의존적이고 부모와의 관계가 증상에 강하게 반영
- 대부분의 아동들은 자라나는 과정에 한 두가지 정도의 비정상적인 증상을 일시적으로 보일 수도 있으므로 어떤 행동이 정신적으로 비정상인지를 결정하기 위해 고려해야 함 (책 364P 참고)

1.1 환자의 일반적인 심리적 반응

- 아동이 병에 걸렸을 때 일반적으로 보이는 심리적 반응 중 가장 흔한 것은 퇴행이다.
- 스트레스 상황에서 어느 정도의 퇴행은 극복에 도움이 되므로 허용되는 것이 바람직하지만, 지나친 정도의 심한 퇴행은 오히려 적응에 어려움을 초래하게 된다.



아동간호학

1.2 환아의 발달단계별 심리적 반응

- 영유아기: 6개월에서 2세의 아동은 입원을 하는 경우 분리불안으로 인해 스트레스를 경험할 수 있다.
- 학령전기: 이 시기는 양심이 발달하고 부모와의 분리/개별화가 이루어지는 단계이다.
- 학령기: 질병에서 회복되기 위해서는 자신을 잘 돌보고 약을 잘 먹어야한다고 생각한다. 그러나 한편 여전히 자신의 잘못으로 인해 병에 걸렸다는 생각을 하기도 한다.



아동간호학

2. 정서적 문제

- 자폐증
- 애착장애
- 분리불안장애
- 학교거절증
- 청소년기 우울과 자살

2.1 자폐증

- **자폐증:** 눈맞춤을 못하고 또래관계를 비롯한 다른 사람들과의 상호교류뿐 아니라 타인에 대한 관심이 없어 마치 자기만의 세계에 있는 듯한 느낌을 받는다. 여아보다 남아에게 발생빈도가 더 높은 것으로 보고되고 있고 모든 사회경제적 계층에서 골고루 발견된다.

- **증상: 1) 사회적 상호작용의 장애**

자폐증 환자의 가장 특징적인 증상은 질적인 사회적 상호작용의 결함이다.

- 2) 의사소통 및 언어장애**

자폐아의 절반 정도는 평생 언어적 의사소통을 하지 못하며 말을 하는 경우에도 반향어(echolalia)나 대명사 정도를 사용, 언어 이해의 손상 정도는 장애 정도에 따라 다르지만 심한 경우에는 언어의 의미를 전혀 이해하지 못한다.

- 3) 비정상적인 행동 유형**

자폐아들은 보통 주의가 산만하고 가만히 있지 못하며 머리를 벽에 짚는 등의 자해행위를 보이기도 한다.

- 4) 지각장애**

어떤 자극에는 지나치게 반응을 보이고 어떤 자극에는 인지능력을 은폐하고 있어 지능이 저하된 것처럼 보이기도 한다.



아동간호학

2.1 자폐증 (계속)

▪ 중재:

- 자폐아를 사정하는 데 있어 놀이는 아동의 정신사회 발달 상태를 평가하는 데 필수적이다. 놀이는 아동의 일과 중 가장 중요한 부분
- 자폐아는 밤, 낮 구별을 못하고 밤에 자지 않고 괴성을 내거나 밤새도록 돌아다녀 가족들이 피로하거나 경우에 따라 이웃과의 갈등이 야기되기도 한다.
- 아무것도 하지 않고 말도 안하고 꼼짝도 안하는 과소행동을 보이기도 한다.
- 타인과의 의사소통 및 상호작용을 위하여 자신의 의사와 감정에 대한 적절한 표현방법을 가르쳐야 한다.



아동간호학

2.2 애착장애

- 영아기에는 어머니 이외의 사람에게서는 공포반응을 보이는데, 이를 낯가림 혹은 외인불안 이라고 한다. 외인불안증은 낯선 사람을 보면 불안해하거나 두려워하고 어머니를 찾는 행동을 보인다.
- Spitz는 '결별 후 우울'이라는 진단명을 어츨름으로 제안, 유아가 특정 양육자와 선택적 애착 관계를 맺은 후 그 양육자와 오랫동안 헤어져 있을 때 나타나는 현상으로서 성인의 우울증과 매우 유사한 반응을 보인다.
- 양육자와의 잦은 교체로 지속적 관계를 맺을 수 있는 기회가 없었거나 극단적으로 비정상적 관계를 가졌던 아동에게서 나타나는 경우가 많다.
- 극단적으로 방치되어 자랐거나 학대받은 아동들을 평가할 때 첫 번째로 고려해야 할 사항은 아동의 안정성이다.



2.3 분리불안장애 / 2.4 학교거절증

- **분리불안장애:** 아동기에 나타나는 가장 흔한 정신건강문제 중 하나로서, 주된 애착 대상인 사람이나 가정 및 친숙한 상황에서 이별, 분리될 때 나타나는 심한 불안상태
- **학교거절증:**
 - 학교에 가는 것에 대해 심각한 불안을 보임
 - 정신 생리학적 증상 수반하기도 함
 - 학교 적응에 대한 두려움으로 회피하게 되고, 이로 인하여 기능적으로나 사회적으로 손상을 받게 됨
 - 학교거절증은 일종의 정신과적 응급상태로서 가능하면 빨리 학교에 보내도록 격려하는 것이 가장 중요하다.



아동간호학

2.5 청소년기 우울과 자살

청소년기 우울

- 우울증의 특징 책 374p 참고
- 우울증에 대한 중재로 자존감을 높일 수 있는 접근이 필요

청소년기 자살

- 청소년의 사망 원인 중 2위, 지난 30년 사이에 15-24세에 이르는 청소년들의 자살률이 3배 이상 증가
- 자살 행동이란 고의로 자기를 해치거나 죽음에 이르게 하는 생각, 행동
- 청소년 자살의 가장 공통적인 요인은 의미있는 관계의 결핍 혹은 상실
- 미국: 총기 / 우리나라: 투신자살
- 특징: 사전 계획이 없이 충동적이고 자살을 미화하는 경향이 있고 친구와 함께 하는 동반 자살, 모방 자살이 흔하며 인터넷, TV 등 매스미디어의 영향 쉽게 받음
- 아동에게 나타나는 자살 경향은 청소년기와 성인기의 자살에 대한 위험도를 높이므로 이에 대한 조기 인식과 개입이 미래의 자살 행동을 예방하는데 있어 매우 중요

3. 행동문제

- 엄지손가락 빨기
- 담요애착
- 자위행위
- 거짓말
- 주의력결핍 과잉행동장애
- 학습장애
- 반항성 장애 및品行장애
- 틱 장애와뚜렛 장애

3.1 엄지손가락 빨기 / 3.2 자위행위

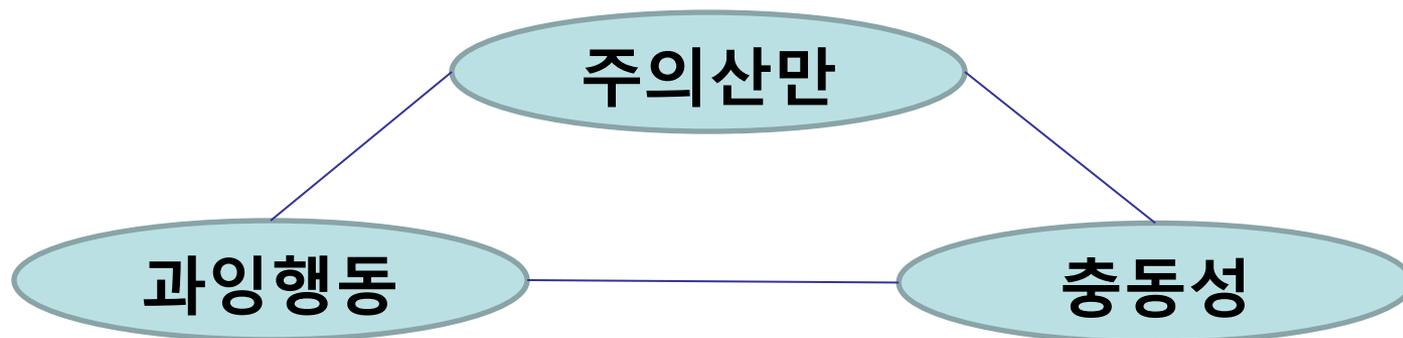
- 손가락 빨기: 신생아에서는 선천적인 반사활동으로 간주할 수 있다. 손가락 빨기는 대개 2-3세경에 가장 심하게 나타났다가, 만 3-4세가 지나면 대부분 없어지거나 다른 습관이나 취미 활동으로 대체된다.
- 자위행위: 2세말 경에 생기기 시작하여 남아의 경우는 일정기간 동안 지속되나 여아의 경우에는 일시적으로 중단되거나 즐거움을 느끼지 못한 채 계속될 수 있다.



아동간호학

3.3 주의력결핍 과잉행동장애

- 최근 주의력결핍 과잉행동장애는 외래를 찾아오는 아동의 상당수를 차지할 정도로 소아 정신과 영역에서 가장 중요한 정신건강문제 중 하나로 대두되었다.
- 빈도: ADHD 발생 빈도에 대한 우리나라의 역학 조사를 보면, 아동의 3-5% 정도에서 발생하는 것으로 보고
- 원인: 가족력이 있고, 유전적 소인이 매우 중요
- 증상: 정상 아동에 비하여 지적 발달이 늦고 표준화된 지능검사에서 평균 7-5점 정도가 낮게 보고



3.4 학습장애

- 학습장애: 듣기, 말하기, 읽기, 쓰기, 추론, 혹은 수학적 능력의 습득과 사용에서 주된 어려움을 보이는 것으로 정상 지능을 가진 아동이 학업적 기술을 학습하는 데 실패한 경우
- 습득된 지식의 부족으로 인해 학년이 증가할수록 점점 더 장애가 심화됨
- 원인: 뇌성 마비, 간질, 신경체계의 감염 그리고 납중독 등으로 인한 뇌손상을 받은 경우가 많음



아동간호학

3.5 반항성 장애 및 품행장애

- **반항성 장애:** 권위적인 인물에 대하여 거부적, 도전적, 불복종적, 적대적인 행동을 보이고, 이러한 행동이 뚜렷한 사회적, 학업적 기능손상을 가져옴
- **품행장애:** 반복적이고 지속적으로 타인의 기본적 권리를 침해하거나 나이에 부적합한 사회적 규범이나 규율을 위반하는 반복적이고 지속적 행동을 보이는 것으로 최소한 6개월 동안 지속될 때 진단을 내림
- **원인:** 하나의 요인이 아니라 여러 가지 생물적, 정신사회적 요인이 관련되며 서서히 나타남, 유전적인 성향도 있는 것으로 제시되는데 친아버지가 범죄자인 입양자녀들이 범죄자가 아닌 입양자녀보다 더 반사회적으로 된다는 것을 발견한 연구도 있다.
- **증상:** 학령기에 성적부진과 같은 학업상의 어려움이 나타남



아동간호학

3.6 틱 장애와 뚜렛 장애

- **틱:** 불수의적으로 갑자기 나타나는 반복적이고 비율동적이며 상동증적인 근육의 움직임이나 발생을 말하며, 건강한 아동도 틱을 보이는데 스트레스, 불안, 피곤하고 흥분될 때 더욱 심해짐
- **뚜렛 장애:** 특히 머리의 복합적인 경련과 음성 틱이 겹치는 것이 특징
- 이러한 행동으로 인하여 사회적 손상, 자존감의 저하 및 우울이 동반됨



4. 섭식문제

- 영유아기의 섭식장애
- 이식증
- 식이장애

4.1 영유아기의 섭식장애 / 4.2 이식증

- 영양장애가 심각한 경우에는 입원치료
 - 입원치료 동안 영아의 영양상태 회복, 정서적인 보살핌과 적절한 발달 자극 등 영아에 대한 다각적인 중재가 필요
 - 모아 관계에 대한 깊이 있는 평가 필요
-
- 이식증은 대개 12-24개월 사이의 유아기에 시작
 - 중재: 이식증 증상의 치료 뿐 아니라 가능한 합병증에 대해서도 간과해서는 안됨



4.3 식이장애

- 식이장애는 단지 식이만의 장애가 아님. 체중이나 음식과 관련된 문제 외에도 우울이나 불안, 대인관계장애, 성격의 변화, 학교나 직장에서의 적응 곤란, 가족과의 불화 등의 문제를 함께 초래하게 된다.



아동간호학

4.3 식이장애 (신경성 식욕상실증)

- 거식증이라고도 하며, 심한 체중감소가 있고 살찌는 것에 대한 두려움으로 인해 일상생활을 유지할 수 없을 정도로 음식 섭취를 제한
- 체중과 체형에 지나치게 집착
- 극단적으로 음식을 먹지 않아서 성장체중의 15%이상이 감소하는 것이 가장 큰 특징

증 상

- 체중 감소와 날씬한 몸매 유지위해 먹는 것을 거부
- 먹는 것에 대한 불가항력적인 죄책감
- 먹고 난 후 손가락을 넣거나 토해버리기도함
- 월경멈추고 골밀도 서서히 감소하여 골다공증 나타남

원 인

- 개인의 생물학적, 유전적, 심리적, 사회 문화적 요인 등이 복합적으로 상호작용
- 심리적요인: 음식에 대한 거부와 살찌는 것에 대한 공포는 초기 모아관계에서 출발
- 사회문화적요인: 마른 몸매를 갖게 하는 문화적인 압력
- 일란성 쌍생아에서 일치율은 이란성 쌍생아보다 약 10배 정도 높음

중 재

- 가장 우선순위가 되는 목표는 영양과 전해질 불균형을 교정하고 체중을 회복하는 것
- 영양결핍 상태에서는 영양 공급을 위하여 입원하여 식이요법으로 영양소를 제공하고 회복 정도에 따라 섭취량과 음식을 변화시켜 나가야 함

4.3 식이장애 (신경성 폭식증)

- 단시간에 많은 양의 음식을 무절제하게 먹는 반복되는 폭식과 함께 폭식하는 동안 조절력 상실감을 경험

증 상

- 음식을 먹는 동안에는 조절이 어렵고 우울증, 알코올, 약물 중독 등 정신적인 문제가 함께 나타나는 경우도 있음
- 폭식증인 사람에게서 가장 흔히 나타나는 정신과적 장애는 우울증이다.
- 폭식 후 구토를 유발하기 위해 목구멍을 자극하므로 목 뒷부분 표면에 상처가 생기고 염증이 생길 수 있다. 이런 경우 목이 자주 아프다거나 씹다고 호소할 수 있고 드문 경우이지만 격렬하게 구토를 하면 식도 벽이 손상되고 피가 날 수도 있고 식도 파열이 생기는 응급 상황이 될 수도 있다.

원 인

- 생물 유전적, 사회문화적 요인들에 의하여 복합적으로 나타남
- 폭식증의 빈도는 성별로는 남성보다 여성에서 훨씬 많이 보임. 이는 남성보다 여성이 훨씬 다이어트를 많이 하기 때문. 날씬해야 한다는 사회적 압력이 주로 여성에게 가해지고 여성 스스로도 자신의 외모를 통해 자기 가치를 평가하는 경향이 크기 때문에 여성이 남성보다 다이어트를 많이 한다.

증 재

- 신경성 식욕상실증과 마찬가지로 자신의 적극적인 태도와 주위사람들의 도움이 필요하다.



Thank You

• <http://ecampus.hallym.ac.kr>

