

정신건강에 따른 위기간호

원 정 숙

<경희간호전문학교교수>

I. 서론

우리는 가난, 혼잡함, 파산된 가정 그리고 부적당한 부모의 간섭 및 여러가지 요인을 정신질환의 원인중에 하나라고 서슴치않고 말해왔고, 전쟁, 핵의 공포, 일부 교통지옥 등의 여러가지 위기에 봉착되어 있는것이 정신건강의 문제를 쉽게 야기 시킨다고 생각하고 있다.

이와같은 정신건강의 문제는 도시환경의 특징과 비정상적인 정신상태 또는 심리적인 특성이에서 발견되는 인간관계로서 복잡하고, 과학적으로 부정확하므로 예방에 더 한층 많은 주의

와 조력이 필요하다고 Gerald는 보고했다.

또한 Norris는 우리사회에서 발견할 수 있는 커다란 가치는 심리적으로 편안한 가운데서 사는 것이라고 하면서 정신건강에 대한 근본적인 대책은 예방이 반드시 성취되어야만 한다고 그 중요성을 강조했고, Moloney는 심리적 압박을 분해하는 것과 더 나아가 정서적 불균형의 해결 등의 역할로 위기조정은 간호학에서 간호의 한 접근방법으로 다루고있어 정신건강 예방에 큰 역할을 한다고 했다.

이와같이 정신건강에서 필요한 위기조정의 목적은 새롭고 보나나온 생활양식을 충족시키는 성장을 위해 슬픔에 처한 사람이나 그 가족의 조정을 용이하게하며, 그들이 고통에 대해 인간관계로 지지될 할 수 있으며, 좀더 폭넓은 인생을 마련하여 그가 가족과 지역사회로 복귀하게 하는 것이다.

II. 위기이론

위기는 많은 스트레스에 걸리기 쉬운 사람에게 나타나는 현상으로 그가 과거에 품어왔던 어려운 일보다 더 큰 어려움을 당했거나 전에 그가 있던 상황보다 다른 상황이 요구되고 다르게 취급될때 위기라는 현상이 나타나는 것이라고 Norris는 말했다.

위기에 관한 이론을 많은 학자들이 연구하였는데, 1954년 Erich Lindemann은 정상적인 위기의 기간과 정상 위기의 증상들을 보고했으며, Gerald Caplan은 Community Mental Health Center의 소장으로 자살방지 문제에 공헌이크며, Reuben Hill은 가정에 대한 위기등을 연구했다.

Williams에 의하면 위기는 심리적으로 중요한 사건 혹은 한사람의 삶에 있어서 자신의 급격한 변화, 결정적인 순간 외에 사건의 불안정 등으로 결정적이고 중요한 시기이며, 회복 또는 퇴화의 전환점이 될 수 있는 변화상태라고 볼 수 있다.

또한 Moloney는 위기를 인간의 조건, 도덕의 결핍, 심리적인 혼란 및 사회에서 인간상호작용이 고립된 형태로 본다고 했으며, 이런 견해는 ① 어떻게 위기가 발생했나, ② 위기가 일어났을때 무엇을 해야하며, ③ 행동하기 위해서는 어떤사람이 포함해야 하는가 등 세가지의 각도로 각각을 취급해야 한다고 했고 또한, 인간의

조건 한부분은 죽음이며, 죽음은 마지막 위기라고 했다.

위기는 두가지 유형이 있는데, 하나는 예상할 수 있는 것, 즉 누구에게나 다 올 수 있다고 기대했던 것으로 Freud나 Erickson의 정상과정에 관계되는 것을 말한다.

예를들면, 출생, 이유, 습관훈련, 결혼, 임신 사춘기, 은퇴 및 배우자의 죽음등이 포함된다.

다른 하나는 예기치 못했던 것으로 병적인 위기로서 누구에게나 다 일어나는 것은 아니며, 우연히 발생된 사건으로써 입원, 미혼모, 조산아의 출산, 제왕절개, 갑작스런 빈곤과 부 및 죽음 등을 말한다.

Lindemann은 위기의 한 형태를 슬픔이라 표현해 대부분의 위기는 긍정적일 형태거나 부정적일 형태거나 그 기간을 1주~6주로 보아 이 시기에 해결해야 한다고 했다. 정상적인 슬픔의 증상을 첫째로는 신체적인 걱정, 그 다음은 죽은 사람의 영상이 나타나는 등, 죽음에 몰두하게 되고, 둘째는 죄의식으로 죽은 사람에 대해 못다 해준 것에 대한 죄의식이 생기며, 세째는 적개심으로 어떤 대상에게 투사가 된다. 네째는 산책을 안하는 등 매일의 행동영역이 줄어드는 등으로 나타난다고 했다.

위기에는 누구나가 세단계를 거치는데 첫째단계는, 충격기간으로 “왜 나에게 이런일이...” 등으로 나타나고, 둘째단계는 감정이 핑기게되며 부정적으로 분노를 보며 “나대신 죽을 사람 없을까?” 등으로 나타내며, 세째단계는 충격후의 시기로서 남이 아니고 나라는 것을 인식하고 받아들인다. King은 말하기를 위기는 결코 질병이 아니라 정신 건강에 관련된 증상으로 보며, 필수적으로 성장을 위한 것이고 또한 자기 자신이 모든 것을 통제해 나가는 것이 위기의 본질이라고 했다.

다음은 정신과병실이나 지역사회에서의 위기 중 큰 의미로써 다루고 있는 자살과 이론 및 위기에 처한 부모문제를 선택하여 간호방법은 찾아보고자 한다.

Ⅲ. 정신과병실과 지역사회에서의 위기간호

1. 자살

정신과병동에서는 여러가지 응급문제가 많이

생긴다. 그중 애기하지 않은 갑작스러운 환자의 자살은 모든 직원의게 좌절과 죄의식을 일으키게 된다.

충분히 관찰해왔는지? 환자들이 우리에게 자살에 필요한 단서를 준것이 무엇인지? 자살을 막아야만하지 않을까? 등의 많은 의문을 남기게 된다. 이러한 환자와 일하고 있는 우리는 자살행동의 발견을 어떻게 해야할것인가에 어려움이 있다는 것을 알고있다. 그러므로 우리들이 생애 위협을 주는 행동의 원인이 무엇인지에 대한 지식을 계속 연구해야겠다.

자살행태를 보면 순간적인 죽음의 행동으로부터 자기 학대와 생애 위협을 주는 행위등의 오랜기간동안 발생되어 오는 죽음공을 늘 수 있다. Anderson은 완전한 자살이탄 빠른 죽음에 이르는 자아 파괴의 행위라고 보며, 자살행위는 의식적 또는 무의식적으로 결정되고 그 행동은 계획되거나 충동적인 것 등이 있다고 했다.

비록 자살이 어떤때에 나타날지는 예측못하지만, 정신병의 재발에 대한 두려움이 있을때, 정신증이 갑자기 발병했을때 정신병의 증상이 좀 나아졌을때에 자살 위험이 최고도로 나타난다. 환자가 자살에 대한 경고에 있어서 언어적 전달뿐만 아니라 우리는 간접적인 즉 비언어적인 전달에 또한 주의하여야 한다. 즉 어떤사람이 아무 이유도 없이 장례식 준비를 하고 검은옷을 입고 개인재산을 남에게 넘겨주는 행동을 하는 경우이다.

이와같이 자살에 임한 위기환자는 긴장을 극복하는데에 심한 문제점을 갖고 있기때문에 입원치료의 필요성이 있고 또 퇴원후에 환경의 적응을 위해서도 대인관계에 필요한 과정의 기술을 길러주어야 하며, 환자의 가치관을 높일 수 있는 경험과 훈련, 또 감정의 지지를 해주는 것이 필요하다고 Catherine은 보고했다. 또한 간호원은 주의깊게 관찰해서 자살의 의도들 비치는 가를 살펴 적당한 조정으로 반응을 해서 자살의 시도를 막을 수 있을 능력을 갖추어야겠다. 환자는 또한 자살의 양가감정을 갖고 있기 때문에 지지해주고 보호해 주면 막을 수가 있다. 특히 치료적인 환자, 간호원의 관계가 되기 위해서는 환자가 그 자신의 내부에 있는 적개심등의 문제를 밖으로 나타내 행동하는 태도에 대해 간호원은 이해와 지지를 해주어야 한다.

정신과병실에 입원한 응급환자의 간호방법을

간추려보면,

① 환경은 가능한 한 단순해야 한다. 배우 혼란상태에 빠진 환자는 가능한 다룰 수 있는 변화물을 적게 가져야 한다.

② 환자에게 자신이 웃을 입도록 허락하여 의존감없이 자신이 처티하게 해준다.

③ 가능한 한 간단한 의복을 택하게 된다.

④ 병원직원이 환자의 소유물을 그의 방에서 들래 가지고 가지 않는 것이 중요하다. 꼭 가져갈 경우는 환자에게 설명을 해야할 필요가 있다.

⑤ 환자의 특전 및 운동의 한계에 관해 분명히 진술해야 한다.

⑥ 간호원은 자기의 역할을 거듭 설명하는 것이 필요하다.

2. 이론

Herman은 이혼은 가족문제 의 가장 치명적인 위기의 하나라고 볼 수 있으며, 또한 사회적인 문제로도 크게 대두되고 있다고 했다. 이혼에 대한 슬픔의 과정을 상황의 예들 들어 단계를 설명하고자 한다.

슬픔의 과정은 5단계로 인간경험으로 요약되어 있고 사회, 병원에서 개인이나 가족들은 위기를 넘기는데, 이 과정의 도움을 필요로 하고 있다. 또한 이 과정은 죽음에 의해 야기된 인간 상호 관계의 이별을 해결하는데, 육체적인 이별이나 상실이 경험되는때도 적용될 수 있다.

첫단계는 부정(Denial)으로 이 기간은 이별, 이혼 그리고 죽음의 충격에 대한 일시적인 방어로서 부정적인 감정이 작용한다. “아니야, 그것은 사실이 아니야, 그는 나를 떠나지 않았다” “그는 방금 잠시동안 아파트를 떠났다. 우리는 그것을 제기할 것이며, 또 향상 하고 있다” 등의 이러한 부정은 슬픔과정에서 스스로 마음을 가다듬는데에 필요하며, 슬픔에 대한 거부로써 어떤 위트를 받고져 사용되는 방어이다.

둘째단계는 분노(anger)로서 부정이 끝나고 헤어진 사람이 그와 함께 살 수 없다는 사실에 직면했을때 시작된다. 이러한 현실은 분노와 적의감, 결혼의 실패, 불행, 혼란, 상처, 두려움 또는 의로움을 만들어낸 배우자에게 투사하게 된다. 이혼에 사실을 경험하고 있는 여자는 분노를 갖는 뚜렷한 이유가 있다. 재정적인 이유, 사회적인 고립, 아이들을 돌보는때에 전적인 책임을 져야하는 결정등의 문제를 생각할때 이혼한 여자에 대한 문화적인 태도 뿐만 아니라 여

성에 대한 전통적인 태도 때문에 느낄런지도 모른다.

세번째단계로는 교섭(Bargaining)으로 시작된다. 즉 상대방에 대해 못다해준 것이 대한 죄의식을 느끼면서 시작된다.

네번째단계는 억압(Deppression)이다, 이혼한 사람이 가져야되는 필요한 단계이다.

결혼이 의미하는 그들의 관계는 끝났다고 생각하여 각 배우자들이 가졌었던 오랜 역할과, 일은 사라져버리고 맑은 정신구조는 두너뜨려버리는 과정으로 억압이 적용된다.

다섯째는 최종단계로 수용(Acceptance)을 가져다 준다. 내가 누구이며 무엇을 원하고 있는가를 알게되고 다른 사람에게 머뭇거림 없이 이혼했다고 말하는 것이 가능해진다. 즉 현실적으로 보다 명백하게 이혼을 받아들일 수 있음을 의미하는 것이다. 보다 편리한 생활양식의 삶을 위해 효과적인 계획을 짜며 자기의 삶에 방향을 제대로 깨닫고 있는 것이다. 이와같이 슬픔이 다양한 상황을 보내는데 많은 시간은 필요하다.

첫째 우정의 단계에서 간호원은, 그들이 부정하는 것이 무엇이든간에 즐거움과 불안감 때문에 생긴다는 것을 알아야 도움을 줄 수 있다. 사실을 들어주므로써 불안을 덜어주고, 현실을 받아들이지 않고 방황하는 그들에게 현실을 지적해주어야 하는 것이다.

둘째단계인 분노에 대해 간호원은 위기에 처한 사람을 돕기위해 분노의 표시에도 반쪽해야 하고 분노가 아무리 돌출되어도 이해성있게 듣는것이 중요하다.

이 단계에서 위기에 있는 사람 뿐만 아니라 돕는 역할을 하는 간호원도 불안정한 상태라고 볼 수 있기 때문에, 또한 잘못된 적개심이 간호원에게 옮겨가므로 위기에 처한 사람에게 내가 꼭 필요하다고 생각하는 그 마음가짐이 필요하다고 본다.

환자가 용납단계에 있는 경우는 간호원이 이혼에 구체적인 것들이 대해 의논할 수가 있고, 또한 죽음에 임박한 환자가 시후처치에 대한 이야기도 할 수 있는 다음의 자세를 갖출경도로 정돈되어 있다. 간호원은 위기의 단계를 잘 파악하여 간호를 적절히 하여야 할 것으로 본다.

재정적인 부담에 대한 걱정을 위하 그들을 안내하고 배우자 없이 지식들을 양육시키는 방법,

다른 사회생활 양식을 점차로 개발하기 위해 새로운 친구로 만드는 방법을 가르치는것 등은 건설적으로 분노를 처리하는데 유익하며, 실망감을 터뜨리느 슬픔에서 벗어나게 되는 것과 또한 그들의 자기 존중을 평가하는데 도움을 줄 것이다.

3. 위기에 처한 부모문제

Caplan은 말하기를 첫아기의 출생은 양부모들을 가장 성숙시키는 경험중의 한가지이며, 가정의 구조는 첫아이가 태어나자마자 여러가지 변화가 일어난다고 했다.

특히 Dorner는 수면부족, 장기간 시간소모 및 부가적인 가사일을 증가되는 경제적인 압력 등의 많은 변화로 인해 부모는 위기상황에 놓일 수가 있다고 했다.

이러한 위치에 있는 부모에게 지역사회 건강요원으로 왜 위기에 처해 있는지를 알게하는데 도움을 줄 수 있으며, 부모가 떨려는 예비부모와 접촉을 갖는 공중보건 간호원 사이에서 협동으로 움직인다면 큰 역할을 할 수 있다고 본다. 특히 상담자로서 위기이론과 위기 조정에 관한 지식을 나누어주어 산전기 부모에게 계속해서 가족들이 변화에 적응하도록 돕기위해 산후 6~10주동안 가정방문을 할 수 있다.

또한 부모로서의 위기 가능성을 예측하고 가족들을 돕는다면 그 위기를 막을 수 있거나 적어도 경감할 수 있다고 본다.

참고문헌

1. Anderson, Nancy P., "Suicide in Schizophrenia" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. XI, No. 3, 1973.
2. Donner, Cail J., "Parenthood as a Crisis": A Role for the Psychiatric Nurse" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. X, No. 2, 1972.
3. Herman, Sonya J., "Divorce-A grief Process" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. XII, No. 3, 1974.
4. King, Joan M., "The initial interview: Basis for Assessment in Crisis Intervention" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. IX, No. 6, 1971.
5. Matherney, Ruth V., Topalis, Mary, Psychiatric Nursing, sixth ed., Mosby Co., N.Y., 1974.
6. Moloney, Elizabeth M., "The subjective and objective Definition of Crisis" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. IX, No. 6, 1971.
7. Norris, Catherine M., "Psychiatric Crises" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. V, No. 1, 1967.
8. Williams, Catherine, "Teaching Psychiatric Nursing in an Emergency Psychiatric Service" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. VII, No. 2, 1969.
9. Williams, Florencce, "Intervention in Maturational Crises" Perspectives in Psychiatric Care, Vol. IX, No. 6, 1971.

<신간안내>

상용약 편람 및 간호

강경자 편저 <4×6배판, 총 232페이지 全圖음셀>

대한간호협회 출판부

값2,800원