

## 지역사회 치매환자 사정도구 개발을 위한 일 고찰

오진주 (단국대학교 간호학과)

### 목 차

I. 서론	참고문헌
II. 본론	영문초록
III. 결론	

### I. 서론

치매환자에 대한 사회적 관심이 점차적으로 증가되면서 치매환자 간호에 대한 사회적 개입이 필요하다는 점이 강조되고 있다. 이러한 요구에 따라 보건복지부에서는 치매노인 특별대책(10년계획)을 수립하고, 지속적으로 추진해 나갈 계획이다. 그동안 보건소가 지역치매관리의 중심이 되어야 한다는 주장이 제기되어 왔고(오진주, 1995), 이에 따라 1998년에는 보건소에 치매상담신고센터가 설치, 운영될 예정이며, 치매전문병원 및 요양시설이 확충되며, 치매중합연구소 설치도 추진될 예정이다(보건복지부, 1997).

치매전문시설이 증가되고, 보건소에서 지역사회 거주 치매노인에 대한 서비스의 필요성이 강조되는 시점에서 가장 시급히 요청되는 것은 관련 인력들에 대한 교육일 것이다. 실제로 성공적으로 지방보건행정을 수행하고 주민의 요구에 부응하는 보건의료서비스를 제공하는데 있어 가장 큰 저해요인으로 보건소인력의 자질향상과 업무수행에 대한 동기화가

필요하며 그에 따라 전문 보건인력으로 육성시키기 위한 보건전문 직무교육·훈련 등을 확충시켜야 한다는 점이 거론되고 있다. 특히 보건소의 업무 중 확대되거나 신규로 도입되는 사업에 대한 교육·훈련과정을 충실히 개발하여 교육·훈련을 제공함으로써 보건소 업무를 간접적으로 지원하는 방안이 구체적으로 강구되어야 한다.

치매환자에 대한 교육·훈련 프로그램중 가장 기초적인 내용은 치매환자의 특성을 파악하고, 간호중재를 적용하기 위해 환자를 사정하는 능력을 기르는 일일 것이다. 앞으로 보건소 간호사의 가정방문 시나, 혹은 치매환자 전문요양시설에 수용된 노인에 대한 지역사회 간호중재 적용시에 가장 기본적인 것은 치매환자에 대한 사정이기 때문이다. 사정자료는 간호진단, 간호계획에 대한 토대를 제공한다. 즉, 사정이란 환자의 전반적 상태를 파악하고, 앞으로의 의료 및 간호중재 계획의 수립을 세워나가는 기초자료가 된다. 특히 치매환자의 경우에서 사정자료가 중요한 이유는 다음과 같다.

첫째, 치매환자는 각 환자마다 지적, 신체적 능력

에서 개인적 차이가 매우 크고, 상태변화가 변동이 크기 때문에 정확한 사정이 되어야 간호중재가 가능하다.

둘째, 계획성 없는 단순한 경험에 의한 중재는 일관성이 결여되기 때문에 그 효과를 기대하기 어려울 뿐만 아니라 오히려 치매노인을 혼란스럽게 하고, 불안하게 할 수 있다.

셋째, 치매환자 간호는 질병 특성상, 의사·간호사·물리치료사·영양사 등 여러 직종의 인력의 참여가 필수적이며, 각 인력이 연계성을 가지고 환자를 돌보기 위해서는 통일된 사정도구 개발이 요구된다.

본 논문은 이러한 사정자료의 중요성을 인식하고, 통일된 사정도구의 개발이 필요하다는 전제하에 사정도구를 개발해내기 위한 전 단계로 사정시에 포함되어야 할 내용에 대해 고찰하는 것을 그 목적으로 한다.

## II. 본 론

사정자료는 치매노인의 생활상태나 간호제공 상황 등을 종합적으로 파악할 수 있도록 포괄적으로 수집되어야 한다. 즉 사정내용에는 치매노인 뿐만 아니라, 가족의 간호능력과 환자가 거주하는 지역의 일반적인 사회자원의 상황에 관한 평가도 역시 포함되어야 한다.

### 1. 가족 관련 사정

치매의 특성 및 노인의료비 증가를 고려할 때, 시설보호보다는 가족보호를 중심으로하는 지역사회 관리를 원칙으로 하는 것이 바람직하다. 치매는 만성적으로 퇴행하는 질병이므로 치매노인의 부양은 계속적인 보호와 감시를 요구하게 된다. 이로 인해, 가족은 신체적, 정신적 고통을 경험한다(오진주, 1995; Given, Collins & Given, 1988). 따라서 가족에 대한 중재가 매우 중요시된다. 가족에 대한 사정이 이루어져야 하는 구체적 근거는 다음과 같다.

1) 치매가족의 부담감은 매우 크며(Haley, Levine,

Brown, Berry, & Hughes, 1987; Pruchno & Potashnik, 1989) 이로 인해 기존의 생활이 붕괴되기도 한다(Motenko, 1989).

2) 가족의 부담감에 영향을 미치는 요소는 환자의 인지상태(Zarit, Todd, & Zarit, 1986), 중세의 심각도(Motenko, 1989)뿐 아니라, 주간호자의 성별(Fitting, Rubin, Lucas & Eastham, 1986)이나, 사회적 지지정도(Robinson, 1989) 등 가족자체의 요소에 의해서도 초래된다.

또한 부양기간(Silloman & Sternberg, 1988)이 길어질수록 가족유대가 파괴되거나, 정서적, 육체적으로 피로해지고 좌절을 경험한다. 경제적 압박을 겪기도 하고, 직업을 포기해야 하거나 사회적 유대관계가 부족해지고, 그에 따라 부양스트레스를 느끼게 된다(Chenoweth & Spencer, 1986; Litvin, 1992; Stephens, Kinney & Ogrocki, 1991). 따라서 가족이 환자부양을 계속해 나갈 수 있도록 많은 지지가 필요하다. Clipp과 George(1990)는 치매노인을 돌보는 가족의 요구중 지지의 안정성이 가장 일반적 요구라고 하였다. 따라서 치매가족의 요구를 만족시킬 수 있는 적절한 지지가 제공되어야 할 것이다. 그 외에 경제적 측면 역시 현재와 미래의 가족의 경제적 부양능력을 사정하는데 필요하다.

### 1) 일반정보

특히 노인에게 긴급상황이 발생시 전문직에 빠른 연락이 가능토록 가족이나 주위 이웃간의 연락망이 형성되어야 하며, 이는 기록되어 있어야 한다.

### 2) 가족관련 정보

#### (1) 가구형태

(2) 가구원 관련 정보 : 성, 연령, 환자와의 관계, 직업, 학력 등의 사항,

#### (3) 가족의 경제적 상태

#### (4) 경제적 사정

① 가족 소유형태, 월수입과 지출의 비교, ② 치매로 인한 경제적 변화 : 환자의 경제적 활동여부, 발병으로 인한 환자수입의 감소, ③ 치매로 인한 경제적 부담 : 치매로 인한 비용과 관련 비용지출이 부담정도, ④ 주택사정 : 노인이 안정적으로 생활가능

한 공간이 있는가 여부 사정

## 2. 주간호자 사정

### 1) 주간호자의 간호능력 평가

주간호자의 간호능력은 간호자 자신의 요소와 간호의욕 및 간호자를 지지하는 요소(사회적 조건)에 따라 달라질 수 있다. Pratt, Schmall, Wright와 Cleland(1985)에 의하면 환자가족에 가장 큰 문제는 치매증상 적응과 관련한 주관적 부담감이었고, 이러한 부담감은 신체, 정신적 건강에 영향을 미친다. 특히 치매노인 간호는 전문지식과 경험이 없는 가족에게는 매우 어려운 과제이므로 가족에게는 노인을 돌보는 동안 정서적 긴장, 혹은 신체적 건강문제가 따르게 되며, 가족의 정신적 퇴화나 적대감, 방향, 실금과 같은 변화를 경험하면서 흔히 부정적 감정으로 변하게 된다(Simonton, 1987). 따라서 치매노인을 돌보는 가족에서 간호행위의 목적과 치매에 대한 이해, 간호방법 등에 대한 구체적 지식의 유무는 간호자의 간호능력에 큰 영향을 미친다(홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주, 1994). 개인의 성격 역시 스트레스를 평가하는 중요한 변인으로, 어떤 성격성향을 가지고 있는가에 따라 부양자의 정신적, 신체적 건강은 달라지게 된다(Hooker, Monahan, Shifren, & Hutchinson, 1992).

#### (1) 주간호자 요소 :

① 주간호자의 건강상태, ② 주간호자의 정신적, 신체적 건강상태, ③ 간호에 필요한 시간을 충분히 할애할 수 있는가 여부, ④ 가족 내 영유아, 환자 등 다른 양육, 간호가 필요한 사람 유무, ⑤ 간호자의 노인간호에 대한 가치관.

㉠ 치매에 대한 이해도 (치매의 원인, 증상, 행동특징, 문제행동 등), ㉡ 간호방법에 대한 지식, 기술의 습득정도

#### (2) 간호자의 간호의욕 :

① 치매노인에 대한 주관적 감정, ② 치매노인과의 인간관계, ③ 앞으로의 인간관계의 개선 가능성 등이 포함된다.

#### (3) 간호자를 지지하는 요소 :

① 필요시 교대로 노인을 돌볼 수 있는 간호협력자가 가족내에 있는지 유무, ② 주간호자가 친족이나 가족, 특히 배우자에 의해 심리적으로 지지되고 있는지 여부

### 3) 주간호자의 돌봄행위

주간호자가 환자를 돌보는 돌봄행위에 대한 사정을 통해 환자의 서비스 요구 유형을 파악하고, 가족이 환자요구에 맞는 적절한 간호를 제공하는지 여부를 파악가능하다. 돌봄행위의 사정은 여러 도구를 사용할 수 있다(박홍심, 1990; 이은옥, 이선자, 박성애, 1981). 본 도구들은 환자의 간호요구도를 안위상태, 활동 및 안전상태, 위생유지상태, 전신대사상태, 정신건강상태 등으로 구분되어 표시하도록 되어 있다.

또한 돌봄행위의 항목은 일반적 간호행위(이숙자, 1993; 장현숙, 1990) 및 치매환자에 특히 필요하다고 여겨지는 간호행위를 추가하여 새로이 구성 가능하며, 관련항목은 영양, 배설세척, 위생, 운반이송, 투약, 의사소통, 간호보조, 운동, 사회활동보조, 환경 및 안전 등의 영역으로 나누어 볼 수 있다.

### 4) 주간호자 부담감

간호자 부담의 사정은 간호중재의 요구도 사정뿐 아니라, 간호중재에 의해 부담감이 감소되었는지, 구체적으로 어떠한 부담감에 중재효과가 나타나는지를 평가하는 기초가 된다.

부담감은 도구를 이용하여 항목별로 측정할 수 있다. Zarit 등(1980)이 개발한 부담면접척도(Burden Interview)와 Kosberg 등(Kosberg, Cairl, 1986)이 개발한 CCI(the Cost of Care Index Items)척도를 이용한다. 두 척도는 임상 및 연구경험에 근거하여 개발된 것으로 치매환자 주간호자의 주관적으로 어려움을 느끼는 건강, 재정, 사회생활 및 대인관계상의 어려움 등을 초점을 두고 있다.

## 3. 환자사정

### 1) 일반적 정보

일반적 정보에는 환자의 성별, 출생년도, 의료보장

상태, 교육수준, 환자의 결혼상태를 비롯하여, 가족 구성 및 가족력 정보수집이 필요하다. 이러한 정보는 도표로서 그려놓으면 도움이 된다.

## 2) 생활력 및 사회적 특성 파악

노인의 심리사회적 측면의 특성 파악은 환자가 남은 생을 사람답게 살아가게 하기 위한 전인적 간호 수행에 필수적 기초자료가 되며, 진단과 치료과정에서도 참고자료가 된다. 즉, 진단과 간호과정에서 생활력에 대한 정보부족은 오진을 초래하거나 혹은 환자증상에 대한 부적절한 대응을 초래하여 증상악화와 혼란을 일으킬 수도 있다. 또한 생활력은 노인의 과거 취미나, 특기 등의 정보로 레크리에이션과 재활의 훈련, 지도에 유익한 방법을 제공한다.

사정내용으로는 ① 출생지 및 주 성장지, ② 과거 직업 및 성격, 취미, 삶에 대한 의욕, ③ 발병 이전의 사회성, 인간관계 형성방식 등이 포함된다.

## 3) 치매병력 및 관련정보 조사

### (1) 치매병력 및 의학적 진단 관련정보

낮은 사회적 인식으로 인해 전문의에 의한 진단을 받지 않은 채 가족 스스로 치매로 결정하고 간호를 시작하는 경우가 흔하다. 그러나 지역사회에서 병발하는 치매의 10-15% 정도는 치료 가능한 치매이며, 또한 치매와 유사한 증상을 나타내는 경우도 있으므로(김상은, 1997) 전문의의 진단과 간호에 대한 조언을 받아 간호를 시작하는 것이 중요하다.

① 치매병력 : 증상 출현양상 및 출현시기, ② 진단 관련정보 : 가족으로부터 관련정보 도출이 어려운 경우는 직접 의료기관과 협조를 얻는 것이 바람직하다.

㉠ 어느 곳에서 언제 진단을 받았는가.

㉡ 진단명은 무엇이며,

㉢ 어떠한 검사과정을 거쳤는가 등이 필요하다.

### (2) 환자 주증상 및 현재 증상

문제행위는 특히 다른 간호요구나 인지증상보다 가족부담감을 높게하는 요소로서, 특별한 간호방법 및 약물치료적 중재가 요구된다. 그러나 약물치료적 중재방법을 적용하기 이전에 이러한 행동변화가 어떤 양상을 띄고 출현하는지, 어떤 환경에서 빈번하

게 발생하는지 등에 대한 포괄적 사정이 있어야 그를 근거로 중재계획을 수립할 수 있으므로 보다 자세한 정보수집이 필요하다. 예로 식사와 관련된 이상행위인 거식은 의치가 맞지않거나 구강내의 문제가 있는 때, 정신적인 스트레스가 있을 때에 나타나기 쉽다는 점을 잘 알고 대처할 수 있도록 준비하는 것이 필요하다. 주 증상은 직접 서술하거나, 점검표(check list)를 작성하여 활용할 수 있다.

환자이상행동은 시간이나 환경변화에 따라 그 양상이 급격히 변화할 수 있기 때문에 전문인보다는 가족에 의해 흔히 발견된다. 또한 가족이 환자의 증상을 간과함으로써 조기발견의 기회를 놓치지 않기 위해서, 가족의 세밀한 관찰이 필수적이다. 따라서 일정단계에서는 환자이상행동에 대한 기록표를 이용하여 가족이 직접 관찰하여 기록하게 하는 것도 필요하다.

사용 가능한 문제행동 목록은 Teri 등(1992)에 의한 기억 및 문제행동체크목록(The Revised Memory and Behavior Problems Checklist, RMBPC)이 있다. 이는 Zarit 등에 의해 1980년에 만들어진 Memory and Behavior Problems Checklist를 수정, 보완한 24개 항목으로 이루어져 있다(Zarit et al, 1987).

### ① 조사 증상의 범주

기억력장애, 언어장애, 인격변화, 시간 및 장소에 대한 지남력장애, 일상생활 또는 작업수행력의 장애, 우울증, 고도의 시각장애, 흥분 및 과민함, 망상 및 환각, 급성 혼란상태 및 섬망 등 모든 증상을 포함하도록 한다.

### ② 조사항목 : 증상의 빈도, 중증정도 출현양상

### (3) 치매관련 약물복용력

약물치료는 대증요법이다. 즉 불면증에 대해서는 수면제, 망상 등의 정신병적 증상이나 행동장애에 대해서는 항정신병약물, 우울증상이 심하면, 항우울제, 조증에는 항정신병약물 등을 투여하면 도움이 된다. 그러나 정신과 약물은 부작용과 관련한 세심한 관찰이 요구된다. 특히 노인의 경우, 여러 약물을 복합적으로 복용하고 있는 경우가 많으므로, 철저한 관리가 요구된다(오병훈, 1997).

### ① 현재 복용중인 약물

약품명,  
복용량,  
복용양상,

부작용 유무 및 부작용 중세

구체적인 약물정보를 수집은 사정자가 직접 하여야 한다. 흔히 환자나 가족들은 약의 기능이나 이름을 기억하지 못하는 경우가 많기 때문이다.

② 투약관련 보조 필요성 및 보조형태

경도치매에서도 약물복용에 대한 관리보조가 요구되기 때문에 사정은 필요하다.

③ 복용하다 중단한 약물

복용하다 중단한 약물이 있는지 확인하고, 중단한 약물이 있을 경우 약물명, 약물 중단한 이유 및 의사와의 상의 여부에 관한 정보를 수집한다.

4) 신체적 건강관련 정보

신체적 건강관련 정보에는 신장, 체중, 혈압 등 건강관련 정보를 비롯하여, 감각기능손상 여부, 일반적 청결상태도 조사된다. 신체의 청결상태는 노인을 각종 감염으로부터 지키기 위해서 중요하다. 또한 신체적 건강을 유지하기 위해 필수적인 식생활 상태, 배설 등도 사정되어야 한다.

중증 치매상태에서도 '먹는' 행동 자체는 지속되거나 스스로 균형잡힌 식사를 규칙적으로 섭취하는 것은 불가능하다. 따라서 노인의 기호에 맞는 음식을 규칙적으로 섭취하도록 중재하는 것이 필요하다. 노인의 식습관을 배려하여, 충분한 영양을 섭취토록 한다. 이를 위해 조리방법에서도 치아결손, 저작력 약화, 소화효소의 분비량과 위장기능 저하 등에 의해 소화흡수 기능이 저하된 상태임을 감안하여야 한다. 특히 음료섭취량에도 주의해야하며, 의치가 잘 맞지 않거나 이상이 있는 경우 불편감으로 인해 음식을 오래 씹지 않는 것만 선택할 수 있으므로 의치사용 여부와 이상유무를 확인하는 것도 필요하다. 치매환자는 대개 노인으로 만성질환을 가지고 있는 경우가 많고, 자신의 증상을 호소할 수 없는 경우가 대부분이어서 가족들도 일반질환을 방치하게 되는 경우가 많다. 실제 많은 환자가 치매가 진행됨에 따라 신체적 움직임이 저하되어 심한 경우 보행이 불가능해지고, 외상상태에 이르게 됨으로써 신체적 질

병에 대한 저항력이 약화되어, 절반 이상이 신체질환을 갖고 있다(이성희와 권중돈, 1993).

따라서 치매환자의 신체적 건강상태를 사정하고, 가족에 대해서도 노인의 신체질환 정도, 관찰이 필요한 사항 및 변화 발생 시에 취해야 할 조치, 의료진에게 보고해야 할 사항 등에 대해서 충분한 교육을 제공해야 한다.

(1) 일반적인 건강관련 정보

① 신장, 체중, 혈압, 얼굴표정, 피부색깔 및 상태, ② 시력, 청력의 이상여부, ③ 보조기구 사용여부 및 사용되는 보조기구의 종류, ④ 신체의 청결상태 : 세수, 구강위생, 목욕과 세발 상태, ⑤ 약품이나 식품에 관련한 특이체질 여부

(2) 식생활 수행 관련정보

① 음식물의 저작 및 연하장애 유무, ② 소화능력, ③ 식욕 및 기호의 변화, 편식여부, ④ 기호식품의 섭취정도, ⑤ 의치사용 및 관리상태, ⑥ 충분한 수분 섭취 여부 등이다.

(3) 신체 이상징후의 관찰항목

건강관찰을 통해 신체적 질환의 유무판별, 그 심각성, 치료의 필요여부, 필요한 치료내용 등이 사정된다.

① 발열, ② 통증 : 통증유형(급성,만성), 부위 등의 특성, ③ 기침, 가래, 호흡곤란 등 호흡기계 이상 징후 사정

(4) 배뇨관리이나 빈뇨

실금은 빈번한 문제이다. 요실금은 뇌와 신경, 방광, 요도의 장애로 부터 발생하나 치매노인의 경우 급격한 환경변화와 화장실의 장소가 확실치 않은 경우, 배설의 방법 망각, 행동의 완만 등으로 일어나는 경우가 있다. 또한 신체의 질병과 약의 부작용이 원인인 경우도 있다. 실금이 시작되면, 그 원인에 맞는 대응이 필요하다. 경우에 따라서는 간호사와 의사와 상담하여 개인에 맞는 대책을 고안한다.

이와 관련해서 관찰해야 할 사항은 다음과 같다.

① 실금시 상황 : 실금장소가 화장실 입구 혹은 내부인가, 환자의 태도 등 실금상황 정보 수집, ② 양 : 완전실금 혹은 부분실금 여부, ③ 성상 : 배설물의 색깔 등, ④ 횟수 : 빈뇨여부, ⑤ 통증의 유무

(5) 수면

치매환자의 수면양상은 신생아와 같이 밤낮 구분 없이 가수면 상태에 빠지거나, 주야가 전도되기도 한다. 적절한 중재를 위해서는 치매노인의 수면양상을 파악해야한다.

① 수면양상, ② 낮잠을 잘 경우 : 빈도, 총시간

(6) 질병관리 정보

치매 이외의 질병이 있을 경우

① 유병기간, ② 의료기관 이용 및 약물복용 관련 정보

(7) 일상생활 수행능력에 대한 평가

일상생활능력 역시 가족의 부가감에 영향을 미치는 요소이다. 일상생활능력이 저하될수록 가족부담감이 크며(Barber, Fisher & Pasley, 1990; Morycz, 1985; Parson, Verma & Nellet, 1988), 가족의 불안이 높다(Sheehan, Nuttall, 1988). 따라서 가능한 환자의 일상생활능력을 유지토록하는 중재가 중요하며, 이는 잔존한 일상생활동작에 대한 정확한 평가를 통해 가능하다. 가능한 잔존기능을 적극 활용하도록 집단활동, 개별 프로그램이나 일상생활에서 할 수 있는 활동계획을 수립할 수 있다. 일상생활 수행정도는 크게 일상활동능력(ADL; Activity of Daily Livings), 도구적 일상활동능력(IADL; Instrumental Activity of Daily Livings)로 나누어 평가할 수 있으며 흔히 Barthel Index(Kane & 1981)와 Lawton(Lawton & Brody, 1969)의 IADL(Instrumental Activities of Daily Living Scale) 항목이 많이 사용된다.

(8) 인지능력의 사정

인지능력의 사정은 치매가 의심되는 노인에서 치매유무를 용이하게 판단하고 악화여부를 간편하게 측정할 때 유용하게 사용된다.

주로 MMSE-K(Mini Mental State Examination-Korea)가 사용되는데, 지남력, 기억장애, 주의 집중력 등에 관한 문항으로 구성된다(박종한, 1993).

(9) 치매의 중증정도의 평가

치매중증정도의 평가는 환자의 상태파악과 간호요구도의 정도를 파악하는데 유용하다. 치매의 중증도는 미국정신의학회 정신과질환 진단분류(DSM-IV)에서와 같이, 경도, 중등도, 중증으로 나누거나, 혹은 Hughes, Berg와 Danziger(1982) 및 Berg(1988)가

개발한 CDR(Clinical Dementia Ratings)을 사용하여 평가할 수 있다. CDR은 치매정도를 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결 능력, 사회활동, 가정생활 및 취미, 개인위생 관리의 측면을 수준별로 평가하여 종합적으로 점수화 시키며, 치매의 중증도를 치매아님(CDR=0), 치매의심(CDR=0.5), 경도치매(CDR=1), 중도치매(CDR=2), 고도치매(CDR=3)의 5개 등급으로 분류한다.

5) 환경상의 위험

특히 재택노인의 경우 가정의 안정상태에 대한 사정은 반드시 포함되어야 한다. 판단, 추리능력이 저하된 치매노인은 스스로를 보호하지 못하고 따라서 예기치 못한 사고를 당하기 쉽기 때문이다.

환경에서는 환자가 거주할 충분한 공간이 있는지 여부, 가옥의 형태나 환자간호과정에서 집 구조로 인한 불편한 점이 있는지, 있다면 개선방안은 무엇인지 등을 직접관찰하거나, 질문을 통해 도출할 수 있다.

관찰항목으로는 쓰레기 뚜껑설치 등의 옥외환경의 정비 외에, 옥내환경에서는 집안내부의 환경정비, 깔개, 작은 카펫 등의 고정상태, 전기선 상태, 복도에 쉽게 불을 켤 수 있는가, 보일러의 환기상태, 가스위험의 여부, 성냥 및 화기관리상태, 음식물 보관상태, 화장실과 목욕탕에 손잡이와 미끄럼방지 매트가 마련되어있는지 여부, 층계 손잡이의 안전성 등이 포함된다.

이러한 환경상의 위험사정을 위해서는 집안의 내부별로 사정하거나, 일정 항목으로 구분하여 사정가능하다(송미순, 하양숙, 1993).

① 출입시의 문제점, ② 기동시의 문제점, ③ 난방, ④ 조명, ⑤ 환기, ⑥ 기타 문제

6) 사회적 중재체제에 관한 평가

가족지지를 위해서는 환자의 질병단계와 중증도에 따라 요구되는 모든 서비스가 제공가능해야 한다. 요구되는 사회적 서비스는 다양하다. Hatfield(1979)는 가족의 요구는 정확한 진단, 문제행동에의 대처 기술·지식요구가 가장 높으나, 대부분의 가족은 치매노인 간호에 필요한 교육과 사회화 과정이 없이

생소한 역할을 수행함으로써 간호효율성이 낮으며, 더 많은 불안을 경험하게 된다.

Ebersole(1989), Woerner 와 Casper(1987)는 가족의 요구중 치료적 간호요구에 대해 보고하였으며, Caserta, Connelly, Lund 와 Poulton(1987)은 지적능력 손상 환자가족의 서비스 요구는 전문적인 의사의 치료로부터 법적 서비스, 가정부/사생활 상담, 전문서비스 조직, 집구조의 수리 등까지 매우 다양하고 높은 서비스요구가 있다고 보고하였다. 이러한 서비스를 통해 환자를 돌보는 가족은 실제적인 도움, 정서적 지지, 정보적 지지, 그리고 재정적 도움 등의 요구가 충족되어 개인의 심리적 적응이 향상되고 문제해결능력이 강화됨으로서 안녕감을 높일 수 있다(Robinson, 1989).

실제 치매가족의 서비스요구는 치료측면에서 시작하여 다양하게 나타나고 있다. 그러나 우리나라의 경우 이러한 요구를 충족시킬 보건료·사회복지서비스가 매우 부족한 상태이다. 따라서 치매가족이 현재 주로 제공받고 있는 외부서비스의 유형과 그 양으로부터 문제점을 살펴보고, 앞으로 어떤 서비스 요구를 나타내고 있는지 살펴보는 것은 실제 가족부담감을 경감시킬 수 있는 구체적 중재계획수립은 물론, 바람직한 정책도출을 위해서도 필요하다(오진주, 1995).

사회적 자원에 관한 평가는 다음 항목에 대해 이루어진다.

(1) 일반적 사정

- ① 치매와 관련된 정보획득 및 상담의 경로
- ② 가족이나 친구로 부터의 도움의 유형·빈도
- ③ 활용가능한 지역내 사회적 자원 유무, 실제 활용도 및 이용저해 요인
- ④ 사회적 자원에 관한 요구도 등

(2) 가족이 요구할 수 있는 서비스 조사

가족이 요구할 수 있는 서비스 유형으로는

- ① 가정 외의 서비스 : 요양원, 병원, 휴식제공서비스, 주간보호서비스
- ② 가정보호 지지서비스 : 가사보조서비스, 개인위생서비스, 말벗서비스, 가정방문 의료·간호·재활서비스, 식사배달 및 준비서비스
- ③ 가족을 위한 서비스 : 법률 서비스, 지지그룹서

비스, 상담 등이다.

이러한 다양한 서비스에 대해

① 요구도의 크기

② 이용한 경험유무 및 이용했을 경우 : 이용횟수, 이용일수, 이용이유, 서비스제공 기관 및 제공한 사람에 대한 정보

③ 서비스 요구도가 있으면서도 이용하지 않았을 경우 : 사유를 조사하여, 서비스 이용을 저해하는 요인에 대해서도 조사하는 것이 바람직하다.

3. 간호중재계획 수립

간호중재 계획의 수립시에는 의사, 간호사, 기타 수발자, 물리·작업요법사, 영양사 등 노인에 관련한 모든 인력 간에 충분한 협의가 있어야 한다. 이런 과정을 거쳐야 중재계획이 종합적으로 수립되고, 일관성있게 진행될 수 있을 것이다. 또한 가족이 역할 분담을 하고 수행해야 할 과제도 포함되어야 한다. 간호중재계획 수립시에는 중재목표가 명확하게 설정되어야 한다.

치매노인에 대한 중재의 궁극적 목표는 안정된 일상생활 유지이다.

구체적 목표는

첫째, 정서의 안정, 둘째, 일상생활의 유지 및 개선, 셋째, 사회생활의 유지 및 개선이다.

치매가족에 대한 중재는 가족이 안정된 일상생활을 유지하고 환자에 대한 안정된 간호를 제공할 수 있도록 심리적 안정과 간호능력을 개선, 강화시켜주는 방향으로 진행된다. 이와 같은 일반적인 목표 하에 가능한 현실적인 문제해결을 중심으로 한 직접적이며, 지지적인 방법을 선택한다.

다시 강조하면, 가족이나 환자에 대한 중재목표는 현실적이고 실행가능하며, 구체적인 것으로서, 각 단계에서의 신체, 정신, 일상 생활활동, 생활능력, 간호자의 상황 등 각 분야에 걸친 평가에 근거하여, 수립되어야 한다.

4. 간호중재 기록

간호중재 계획은 매 방문시마다 노인이나 가족으

로 부터 수집된 정보 및 간호자의 관찰로부터 얻어진 객관적 평가를 통해 현재의 문제점, 예상되는 문제점 등을 사정하고, 이를 토대로 계획이 수립되며 이러한 간호중재의 실천상태는 기록되어야 한다.

중재의 내용으로서 포함되고 기록되어야 하는 항목은 다음과 같다.

1) 치매노인에 대한 중재계획 내용

(1) 치료 : 주치의와의 연계, 전문의 수진 위한 조언 및 전문의와의 연계

(2) 일상생활동작에 대한 간호 : 보행, 배설, 식사 보조 등

(3) 정신증상, 행동이상 중재 :

치매환자들은 대부분이 잘 표현하지는 못하지만 부끄러움과 수치심을 갖고 있으므로 환자를 존중하는 자세로 접근하며, 적절한 환경자극을 통해 중재가 가능하다.

2) 가족중재 계획

가족의 간호능력을 증진시키기 위한 모든 요소가 중재계획에 포함될 수 있다.

(1) 효과적인 간호방법의 지도

(2) 심리적 중재 : 간호의 어려움에 대한 이해와 격려, 고민과 불안상담

(3) 지역사회 의 각종 시설, 제공되는 서비스의 내용과 이용방법 등 사회자원의 소개

3) 환경에 대한 중재계획

치매노인을 우발사고로 부터 보호하기 위해 환경을 위생적으로 정비하는 것이 중재목표가 된다. 위험이 예측되는 물건은 노인의 눈에 띄지 않도록 한다. 또한 치매노인은 외부 환경으로 부터 자신을 보호하는 것이 불가능하기 때문에 항상 보호적 환경을 조성해야 한다.

환자와 가족에 대한 중재계획은 지속적인 평가를 거쳐, 수정되어야 한다. 중재계획의 수정이 필요한 경우는 치매노인과 가족의 심신 상황이 현저히 변화한 경우, 생활 환경이 현저히 변화한 경우 및 목표를 달성하기 위한 중재의 효과가 인정되지 않는 경우 즉, 중재계획이 부적절하다고 생각되는 경우 등

이다.

### III. 결 론

본 연구에서는 지역에서의 치매환자관리사업을 시작하는 시점에서 환자에 대해 포괄적으로 사정할 수 있는 도구개발을 위해 가족, 주간호자, 환자, 환경에 대해 각각 사정해야 할 내용을 개발하였다.

환자나 가족에게 특별한 사건의 발생이나 변화의 유무를 계속적으로 점검하는 것은 보다 문제중심적으로 실제적인 간호중재를 계획하고 실행하기 위한 기초자료로서 필요하다. 따라서 앞으로 본문에서 서술된 내용을 구체적 항목으로 전환하여, 치매환자 사정평가지를 개발하는 작업이 필요하며, 가족 내에 주간호자와 기타 간호와 관련된 변화가 발생하였는지의 여부를 점검하고 변화발생 시에 그 내용을 기술할 수 있는 추후관리 기록지가 보완되어야 한다.

모든 측면에서의 정보가 계속적으로 재수집되어야 한다. 특히 환자관련 정보에서 치매와 관련된 문제점이 어떻게 변화하였는지, 첫 사정시와 비교하여 호전, 악화되었는지, 새로이 발생한 질환이나 사고, 수술 등 신체질환은 없는지 등에 관련하여 계속적 사정이 이루어지는 것이 바람직하다. 사정은 중재결과를 평가할 수 있는 기초자료이기 때문이다(홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주, 1994). 인지기능에 대해서도 주기적으로 재평가함으로써 보다 정밀한 인지기능 평가와 그 변화에 도움이 되므로, 정기적으로 추적조사를 하며, 치매중등도에 대한 재평가 역시 환자상태의 변화를 객관적으로 보여주는 지표가 된다.

사정도구는 환자를 평가하는데 있어 관련 전문인력간의 통일된 의사소통을 가능하게하며, 도구를 이용한 평가과정을 통해 전문인력 스스로 훈련의 기회를 가질 수도 있게 한다.

사정평가도구는 치매환자에 대한 관리사업의 가장 기초적인 작업중 하나이므로, 빠른 시일내에 보다 공식적인 사정평가 도구가 마련되어야 할 것이며, 본 논문은 그러한 사정도구의 개발에 필요한 지침을 제시할 것이다.



## 참고문헌

- 김상은(1997), 신경영상진단-치매임상의 최근경향.  
한국치매협회 학술심포지움
- 박종한(1993), 지역사회 치매유병률 조사에서 선  
별검사의 의의. 신경정신의학 32(1):70-75
- 박홍심(1990), 보건의료기관 이용노인을 대상으로  
한 가정간호요구조사. 서울대 보건대학원 석사학  
위논문
- 보건복지부(1997), 주요업무계획
- 송미순, 하양숙(1993), 노인간호, 서울대학교 출판  
부
- 오병훈(1997), 노인정신질환자의 재활, 경기도 방문  
보건담당자 보수교육자료
- 오진주(1995), 치매노인의 보건관리에 관한 연구.  
서울대보건대학원 박사학위논문
- 이성희, 권중돈(1993), 치매노인과 가족의 생활실태  
및 복지요구. 서울특별시 북부노인종합복지관 연  
구보고서
- 이숙자(1993), 노인입원환자의 가족원이 인지한 부  
담감 정도에 관한 연구. 전남대학교 석사학위논  
문
- 이은옥, 이선자, 박성애(1981), 퇴원시 환자의 간호  
요구도 조사. 간호학회지 11(2):33-51
- 장현숙(1990), 일개 3차 진료기관의 환자 간호요구  
에 따른 간호업무량 측정. 서울대 대학원 석사학  
위 논문
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주(1994), 노  
인성 치매발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스  
에 관한 조사연구. 간호학회지, 24(3):448-460
- Barber, CE, Fisher, BL, Pasley, K(1990),  
Family care of alzheimer's disease patients :  
Predictors of subjective and objective  
burden. Family Prspective 24(30): 283-  
309
- Berg, L(1988), Clinical Dementia Rating.  
Psychopharmacology Bulletin 24:637-639
- Caserta, SM, Connelly, RC, Lund, DA, Poulton,  
JL(1987), Older dult caregivers of  
developmentally disabled household  
members : Service needs and fulfillment.  
Journal of Gerontological Social Work  
10:35-50
- Chenoweth, B, Spencer, B(1986), Dementia :  
The experience of family caregivers. The  
Gerontologist 26(3):267-272
- Clipp, EC, George, LK(1990), Caregiver needs  
and pttens of social support. Journal of  
Gerontology 45(3):s102-111
- Ebersole, P(1989), Families and Caregiving. In  
Caring for The Psychogeriatric Client :  
New York:Springer Publishing Company,  
222-242
- Fitting, M, Rubins, P, Lucas, J & Eastham, J  
(1986), Caregivers of dementia patients :  
A comparison of husbands and wives. The  
Gerontologist 26(3):248-252
- Given, CW, Collins, CE, Given, BA(1988),  
Sources of among families caring for  
relative with alzheimer disease. Nursing  
Clints of Nourth America 23(1):69-81
- Haley, WE, Levine, CG, Brown, SL, Berry, JW,  
& Hughes, GH(1987), Psychological, social,  
and health consequences of caring for a  
realative with senile dementia. J Am  
Geriatr Soc 405-411
- Hatfield, AB(1979), The family as partner in  
the treatment of mental illness, Hospital  
and community psychiatry 30(5):338-340
- Hooker, K, Monahan, D, Shifren, K, &  
Hutchinson, C(1992), Mental and physical  
health of spouse caregivers: the role of  
personality. Psycholgy and Aging 7(3):  
367-375
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL(1982), A  
new clinical scale for the staging of  
dementia. Br J Psychiatry 140(1): 566-  
572
- Kane, RA, Kane, RL(1981), Assessing the  
Elderly, LexingtonBooks.

- Kosberg, JI, Cairl, RE(1986), The Cost of Care Index: A Case Management Tool for Screening Informal Care Providers. *The Gerontologist* 26(3)
- Lawton & Brody, Assessment of older people; self maintaining and instrumental activities daily living. *J of Gerontology*, 9,n 179-183
- Morycz, RK(1985), Caregiving strain and desire to institutionalize family members with alzheimer's disease. *Research on Aging* 7(3):329-361
- Motenko, AK(1989), The frustrations, gratification and well-being of dementia caregivers. *The Gerontologist* 29(2):166-196
- Pearson, J, Verma, S, Nellet, C(1988), Edely psychiatric patient status and caregiver perception as predictors of caregiver burden. *The Gerontologist* 28(1):79-83
- Pratt, CC, Schmall, VL, Wright, S & Cleland, M(1985), Burden & coping strategies of caregivers to alzheimer's patients. *Family Relation* 34:27-33
- Pruchno, RA, Potashnik, SL(1989), Caregiving spouses : Physical and mental Health in perspective. *J Am Geriatr Soc* 37:697-750
- Robinson, KM(1989), Predictors of depression among caregivers. *Nursing Reserch* 38(6): 359-363
- Sheehan, NW, Nuttall, P(1988), Conflict, emotion, and personal strain among family caregivers. *Family Relation* 37:92-98
- Simonton, LJ(1987), Assessing care giver information need : A brief questionnaire. *Journal of Gerontological Social work* 10(2):177-180
- Teri, L, Truax, Logsdon, R, Uomotom, J, Zarit, S, & Vitaliano, PP(1992), Assessment of behavioral problems in dementia; the Revised Memory and Behavior Problems Checklist. *Psychology and Aging* 7(4): 622-631
- Woerner, L, Casper, K(1987), Alzheimer's care : A home health model. *The American Journal of Alzheimer's Care and Research* 3/4:23-29
- Zarit, SH & Zarit, JM(1987), The Memory and Behavior Problems Checklist-1987R and the Burdon Interview (Technical report). University Park, PA: Pennsylvania State University
- Zarit, SH, Reeve, KE & Bach-Peterson, J(1980), Relatives of the Impaired Eldery: Correlates of Feelings of Burden. *The Gerontologist* 20:649-655
- Zarit, SH, Todd, PA & Zarit, JM(1986), Subjective Burdon of HUsbands and Wives as Caregivers: A Longitudinal Study. *The Gerontologist* 26(3):26-266

= ABSTRACT =

## A Study on the Assessment of Dementia Patients in Community

Jin Joo Oh (Dept. of Nursing, Dan Kook University)

As concerns about dementia patients increase gradually in society, the nursing of them becomes more and more important. For intervening in dementia patients effectively, the most fundamental thing is to understand their characteristics and to increase the ability of assessing them. The assessment data supply us with the foundations of Nursing diagnosis and nursing plan. The reasons why the assessment data are especially important to dementia patients are as follows:

First, dementia patients have great differences among them in intellectual, physical ability. And their condition varies from time to time.

Second, the intervention without planning results in the deficiency of consistence, and it rather embarrasses and makes dementia patients uneasy.

Third, nursing of dementia patients requires participation of multi-disciplinary team because of characteristics of that disease. The development of an unitary assessment tool is essential for all members of the team to have close relations between them and care for dementia patients.

Fully understanding the importance of assessment data, this study investigate the content to be included in the assessment before developing assessment tools to be used in community. It points out that the assessment should include the informations about patients, their family, and main care-giver. And it sets up items that can supply with detailed information on each person.

In the future it is necessary to transform the contents of this study to more concrete items and develop the assessment tools for dementia patients. And recording paper for followup should be supplemented to check any changes in family caring for dementia patients and describe the changes in detail.

To make assessment tools is one of the fundamental works in controlling dementia patients. Therefore the official assessment tools should be provided as soon as possible. This study aimed at presenting the guiding principles for developing that assessment tools.