지역사회에서의 치매 환자 간호

양 수
(가톨릭대학교 간호대학)

Ⅰ. 서 론

치매란 지능이 감퇴되어 기억력, 사고력 및 행동 등의 장애를 가져오는 정신질환으로 병이 진행됨에 따라 일상생활의 수행에도 지장을 초래하게 된다. 이로 인하여 치매환자의 가족들은 정신적, 사회적 또는 경제적인 부담을 장기적으로 갖게 된다. 최근 우리사회의 점차적인 노령화와 전통적인 가족구조의 급격한 변화로 이러한 치매의 문제가 날로 심각하게 대두되고 있으며 치매노인을 위한 적절한 치료보호 대책이 마련되어 있지 않으므로 이를 위한 범사회적이고 국가적인 해결을 필요로 하고 있다. 또한 현재로서는 치매의 원인이 확실히 규명되어 있지 않아 이에 대한 집중적이고도 지속적인 학술연구가 절실히 요청되고 있는 실정이다.

차제에 본고에서는 급격히 증가하고 있는 치매환자를 지역사회에서는 어떻게 간호할 수 있는가에 대하여 살펴보고자 한다.

Ⅱ. 본 론

1. 정 의

치매란 국어대사전에는 "일단획득된 정상적인 정신능력, 곧 지능, 의지, 기억 따위가 대뇌신경세포의 손상 등으로 지속적, 본질적으로 상실된 상태"로 정의된다. 또한 영문으로는 Dementia라고 하여 라틴어의 "de(out of)+mens(mind)+ia(state of)"에서 유래하여 직역하면 '정신이 나간 상태' 즉 정신력의 상실을 뜻하는 것으로 볼 수 있다.

APA(미국정신의학협회)는 치매를 지능이 완전히 발달한 후에 다방면의 인지기능에 장애가 초래된 상태로 정의하고 있다. 다방면의 인지기능 장애란 기억장애를 필수적으로 하며 그외 언어장애, 인식장애 그리고 수행기능장애 중 한가지 이상이 있음을 의미한다. 인지기능의 장애는 사회적 기능이나 직업활동에 현저한 장애를 초래할 수 있는 정도이어야 하며 섬망상태가 아니어야 한다. WHO에는 발병기간이 6개월이상이어야 한다고 규정하고 있다. 치매의 증상에는 인지기능 장애뿐 아니라 망상, 우울, 성격 변화 등의 비인지기능장애 그리고 일상생활의 장애 등이 있다.

2. 유병율

우리나라도 최근 경제발전에 따른 생활수준의 향상과 평균수명의 연장으로 고령노인이 증가하고 있으며 따라서 치매노인 수도 많아지고 있다. 우리나라 65세 이상 인구는 90년에 5%, 94년 현재 5.5%에 달하고 있고, 향후 2000년엔 6.8%, 2020년에는 12.5%를 점할 것으로 예측되고 있다.

이에 따라 종래에는 65세 이상 노인들의 치매

의 유병율이 대략 5~7%인 약 25만명 이상으로 알려졌으나 1980년대 후반 이후의 연구들에서는 보다 높게 보고되어 현재는 약 10%로 되어 있으며 2020년에 가서는 50만명이 넘을 것으로 추산된다.

치매노인들 중에서 경도의 치매는 전체 치매 노인의 50~60%를 차지하고 일상생활의 수행에 타인의 도움이 필요한 중등도 내지 중증치매는 65세 이상 인구의 3.4%를 차지한다고 보고되었다.

치매의 대표적인 것으로 Alzheimer형 치매가 있고, 그외에 뇌졸중이 발생되어 누적된 뇌세포 파괴에 의한 혈관성치매와 이 두가지가 합쳐진 혼합형이 대부분을 차지하며 그밖에 여러가지 가역성 및 비가역성 원인에 의한 치매가 있다. 구미에서는 Alzheimer형 치매가 약 50%를 점하고 혈관성 치매가 약 15~20%, 혼합형이 약 15~20%를 차지하고 기타원인이 나머지 10~20%를 점하는 것으로 보고되어 있으나 일본이나 중국에서는 혈관성치매가 Alzheimer병보다 더 빈번하거나 비슷하다고 한다.

최근 미국에는 65세 이상의 10%, 85세 이상의 47%인 400만명의 치매노인이 있으며 매년 10만명 이상의 노인이 치매로 죽어가고 있다. 가까운 일본에도 65세 이상의 노인이 전체인구의 12%를 넘어서고 있고 그 중 6.7%, 약 100만명의 치매 노인이 있어 노인인구에 대한 정책과 노인병에 대한 연구가 확실히 진행되고 있다.

3. 위험요인

치매는 진단명이 아니고 하나의 임상증후군으로서 대뇌기능의 장애를 일으킬 수 있는 조건은 모두 치매의 원인이 될 수 있다.

가장 빈번한 것으로는 Alzheimer병이 약 50%를 차지하고 혈관성치매가 약 10%, 그리고 Alzheimer병과 혈관성치매가 공존하는 혼합형 치매가 약 10%를 차지한다.

우리나라에서는 외상성치매, 저산소후 뇌증, 주정성치매도 매우 중요한 부분을 차지하며 그외의 중요한 원인들로서는 파킨슨병, 후천성 면역결핍증, 약물 등이다.

치매의 대부분을 차지하는 Alzheimer병에서는 고령과 여성이 분명한 위험요인이다. 그외의 Alzheimer병의 위험요인으로는 낮은 교육수준, 두부손상의 기왕력, 특이한 지문, 왼손잡이, 고령출산, 음주, 흡연, 만성알루미늄 중독 등이 보고되고 있고, 혈관성 치매의 위험요인으로는 고령, 뇌졸중의 기왕력, 고지질증, 심혈관계 질환, 당뇨병, 흡연, 비만 등이 있다.

Alzheimer병과 Huntington병은 상염색체 우성으로, Wilson병은 상염색체 열성으로 유전한다. 그러나 Alzheimer병 유전자는 현재까지는 14번, 19번, 그리고 21번 유전자 세곳에 위치하는 것으로 알려졌으나 앞으로 더 밝혀질 것으로 예측된다. Down증후군은 환자가 중년이 되면 모두 Alzheimer병으로 이행한다.

혈관성 치매의 위험요인인 당뇨병, 고지질증, 비만등은 가족적 성향을 보인다. 뇌졸중은 겨울에 호발한다고 알려져 있다. 이러한 것들은 인종, 유전적 배경, 기후 등도 혈관성 치매의 위험요인이 될 수 있음을 의미한다. 결론적으로 말하면 Alzheimer병에 대해서 알려진 위험요인으로서는 연령, 성, 유전 등이 있으나 현재로서는 예방 혹은 치료할 수 있는 위험요인들은 알려진 것이 없다. 반면 혈관성 치매를 비롯한 기타의 치매들에서는 예방이 가능한 위험요인들이 많이 있다(표 1).

4. 간 호

1) 간호사정

기본적으로 문진을 통해 본인 또는 가족으로부터 치매증상의 출현시기, 진행속도, 경과, 가족중에 같은 환자가 있었는지의 여부, 약물복용, 뇌졸중 병력, 최근의 심한 외상이나 출혈유무,

표1. 치유가 가능한 치매의 원인들

일반적인 원인	장 애 의 종 류
신 생 물	뇌종양(특히 전두엽, 뇌실내종양)
내 분 비 장 애	갑상선, 부갑상선, 부신기능장애, 저혈당증
기타신진대사이상	간, 신장질환, 폐부전증, 저나트륨증, 항이뇨호르몬분비 이상, 폴필리아, 윌슨씨병
외 인 성 독 물	약물(바비튜르제제, 브로마이드), 중금속
결 핍 상 태	비타민결핍(B_1, B_6, B_{12})
혈 관 장 애	뇌수종성 후 지주막하 출혈, 고혈압, 전신성홍반성낭창
외 상 후 장 애	경막하출혈, 교통성뇌수종
염 증 성 장 애	진행마비, 뇌농양, 수막뇌염, 만성염증, 뇌수종을 동반한 염증 후 지주막염
기 타	반복적경련, 혈액장애, 암의 전이, 잠재성 뇌수종

간장이나 신장질환 및 당뇨병과 같은 원인질환의 유무 등을 확인하고 건망증의 정도, 계산능력, 행동장애, 인격변화, 보행장애, 운동이상, 환각 등의 증상여부를 사정한다.

노인성 치매의 진행속도는 사람에 따라 차이가 있으나 전형적인 경우를 예로 들면 처음에는 주로 건망증, 언어능력저하, 방향감각 장애 등이 나타나 환자는 방금했던 말이나 물건 놓아둔 곳을 기억하지 못하고 부정확하거나 의미없는 말은 반복하는가 하면 길을 잃고 집을 찾지 못하는 등의 증세를 보인다. 그러나 환자자신은 대개 그러한 문제점을 인식하지 못한다.

치매가 진행되면 위에 말한 증상들의 빈도가 증가하고 정도가 심해지는 한편, 감정이 무디어지고 주위 사물에 대한 관심이 줄어들며 옷차림이 단정치 못하게 되고 대화를 귀찮아 하여 말수가 줄어들며 걸음걸이가 바뀌어 구부정한 자세로 종종걸음을 치게 된다. 치매가 심해지면 일상생활에 필요한 동작조차도 하기 어려워서 먹고 입는 활동이나 용변시 가족의 도움을 필요로 하게 되며 자극에 대한 반응이 줄어 자리에 눕게 된다. 이러한 상태가 되면 폐렴, 비뇨기계감염증, 욕창 등의 합병증이 생기기 쉽다.

치매의 일반적인 주요 증상 및 정신장애들을 정리하면 다음과 같다.

1) 기억력장애 : 새로운 것을 잘 기억하지 못하며 물건 둔 곳을 쉽게 잊는다.
2) 지남력장애 : 시간, 장소, 사건의 인과관계 그리고 가족을 포함한 대인관계를 구분하지 못한다.
3) 언어장애 : 언어의 의미나 관계를 구분하지 못해 엉뚱한 답변을 하거나 앞뒤가 맞지 않는 무의미한 말을 반복한다.
4) 인격의 변화 : 도덕관, 수치심, 소유개념을 잃어 염치를 모르고 남의 물건을 자기 것처럼 태연하게 사용하거나 성적으로 추한 행동을 스스럼없이 한다.
5) 정신행동장애 : 의식장애, 피해망상, 환각, 감정실금, 수면장애, 질투망상 등이 나타나 까닭없이 의심하거나 화를 내며 없는 일을 지어내 헐뜯거나 변명하거나 사소한 일에도 울거나 우울해하며 때로는 가출하여 방황한다.
6) 피해망상 : 이유없이 주위사람을 의심하며 누구한테 이야기를 들으면 '놀림을 당했다' 혹은 '그가 자신을 해치려 한다'는 식으로 이야기하기도 한다.
7) 섬망 : 밤이 되면 초조와 불안감이 심해져 일시적으로 정신착란 상태가 되어 큰 소리를 지르거나 안절부절하지 못해 움직이며 때로는 난폭한 행동을 보인다.
8) 환각, 환청 : 야간에 천정이나 벽의 그림자 혹은 실내의 물건을 사람으로 오인하거나 아무도 없는데 누군가가 와서 자신과 이야기를 나누고 갔다고 하기도 한다.
9) 감정변화 : 감정상태가 불안정하여 불안 혹은 우울증을 보이며 사소한 일에도 쉽게 울거

나 웃는 것과 같은 감정실금이 나타난다.

10)흥분, 공격적 행동 : 자존심을 자극받거나 실패 혹은 괴로웠던 과거를 회상하는 과정에 단호하고 매정한 태도를 보이며 공격적인 행동을 나타낼 수 있다.

11)기타의 문제행동 : 방황, 가출 및 배회, 대소변을 뭉개는 등의 불결한 행동, 식사거부, 수치심을 모르는 성적행위 등을 보일 수 있다.

이러한 치매증이 진행되는 과정에는 몇가지 공통된 특징들이 있는데 첫째, 환자자신이나 가족들이 증세의 시작을 깨닫지 못할 정도로 서서히 나타나 점차 심해지고 둘째, 환자는 자신의 지적 능력이 현저히 떨어져 있고 행동이 이상하다는 사실을 잘 인식하지 못하며 셋째, 늘 접하는 환경이나 대인관계에서는 어느정도 적응을 보여 평소와 다른 점이 두드러지지 않으나 새로운 상황을 대하게 되면 증상이 뚜렷하게 나타난다.

다음의 신경-심리 인지능력검사의 평가에서 20점 이하인 경우 치매의 가능성이 높다.

검 사 항 목	방 법	평가 점수
시간개념	년도, 계절, 월, 일 등을 물어본다.	5
공간개념	주소, 병원의 위치 및 층수를 알아본다.	5
식 별 력	서로 다른 3개의 물건이름을 말해주고 반복하여 말하게 한다.	3
언어,수리	몇개의 수 혹은 단어를 말해주고 거꾸로 말하게 한다.	5
기 억 력	인식력 평가에서 말해준 물건명을 기억하는가 확인한다.	3
인 식 력	시계, 펜 등의 물건을 보여 주면서 무엇인지 말하게 한다.	2
구 성 력	간단한 도형을 따라 그리게 한다.	1
논 리 력	3단계 명령을 주고 정확히 실행하는가를 확인한다.	3
이 해 력		2

2) 간호문제에 따른 중재

#1. 신체적 기동력 손상

중재 : 낙상을 유발할만한 위험요인(예로 바닥깔개가 움직이거나 방의 조명이 지나치게 눈이 부시거나 충분히 밝지 못한지, 욕실이나 화장실에 안전을 위한 손잡이가 없는지, 환자에게 보행기나 휠체어의 사용법을 교육했는지 등)이 있는지 환경을 살핀다.

• 안정제 사용시 저혈압을 알기 위하여 각기 다른 자세의 혈압을 측정한다.

• 허락된 영역에서는 거니는 것을 허락한다.

#2. 지남력장애

중재 :

• 쉽게 읽을 수 있는 시계, 일관성있는 일상생활, 감각적 과부담을 일으키지 않는 범위내에서 사회화를 제공한다.

• 신체활동을 유지하고 안정제 사용을 피한다.

• 필요시 보조기구를 사용한다.

• 눈에 보이는 곳에 시계, 달력 등을 걸어 두어 시간과 날짜개념을 갖게 한다.

• 환자의 주변은 단순하고 변함이 없게 유지한다.

#3. 자가간호 결핍

중재 :

• 혼자서 자가간호를 할 수 있도록 격려한다.

• 자가간호를 요청할 때 언어적 비언어적 의사소통방법을 모두 이용한다.

• 필요시 반복하여 요구하고 저항하는 경우에는 시간을 두고 다시 요구한다.

• 가능하면 단추나 지퍼가 없는 편한 옷을 입게 한다.

• 옷의 목록과 중요한 방의 이름을 붙힌다.

• 만일 구강간호를 거절한다면 구강용 면봉과 신선한 과일을 준다.

• 마지막 단계에서는 신체간호를 전부 해준다.

#4. 수면장애

중재 :

- 수면시 따뜻한 음료나 포도주를 준다.
- 피곤해질 때까지 허락된 영역을 거닐도록 한다.
- 만일 억제대를 사용할 경우 환자가 깊은 잠에 들면 풀어준다.

#5. 기억장애

중재 :

- 요구를 강조하는 언어적, 비언어적 의사소통을 이용하고 필요시 반복한다.
- 음악요법과 다른 회상집단에 참석하게 한다.
- 친숙한 물건들은 환자가 쉽게 찾아볼 수 있는 곳에 둔다.
- 가능한 한 자유스런 분위기를 유지하되 혼동상태를 보이는 환자에게 필요한 구조화되고 기억을 돕는 병동환경을 만든다. 예로 방과 서랍내용물에 이름을 붙히고, 무언가 할 일을 상기하도록 메모를 한다.
- 매일매일의 생활을 항상 같은 방식으로 같은 시간에 하도록 한다.
- 글을 읽을 수 있는 환자는 메모 등을 이용하여 간단한 것들을 기억시킨다.
- 병이 점점 진행되어 어느 날 갑자기 읽지도 못하거나 혹은 읽기는 하지만 뜻을 잘못 알고 엉뚱한 행동을 하는 경우 글자대신에 그림으로 표시해 놓는다.
- 가족의 방문을 허용한다.

#6. 사고장애(실인증)

중재 :

- 물건에 이름을 붙히고, 충분한 이유가 있을 때는 환자를 감독한다.
- 간호사의 관심을 환자와 공유한다. 이는 환자의 기억력장애에 도움이 될 수 있으며 환자가 독립적인 생활을 계속할 수 있도록 해주는 것이 된다.
- 환자의 목이나 팔에 인식표를 달아준다.
- 기억과 지남력을 강화하는 환경을 만든다.
- 망상에 대해 논쟁하지 않는다.
- 간접적으로 표현되는 감정을 이해하도록 노력한다.
- 소량의 haloperidol을 처방할 수 있다.

#7. 언어적 의사소통장애

중재 :

- 환자이름을 부르고 명확한 태도로 접근하며 단순한 명령을 한다.
- 실어증이 있는 경우 그림으로 대치한다.
- 간호사의 이야기를 듣고 있는가를 확인한다.
- 방해가 되는 소음이나 행동을 없애고 목소리를 낮추어 말한다.
- 쉬운 단어와 짧은 문장을 사용한다.
- 한번에 한가지씩 간단히 질문하고 질문을 반복할 때마다 정확히 한다.
- 한번에 한가지 일을 하도록 요구한다.
- 천천히 말하고 그때 그때마다 환자의 반응을 살핀다.
- 즐겁게, 조용하게, 그리고 지지적인 자세를 항상 유지한다.
- 미소를 띄우거나 환자의 손을 다정하게 잡거나 어깨에 당신의 팔을 두르는 등 당신의 감정을 전달하는 방법을 개발한다.
- 환자의 눈을 직시한다. 환자가 당신에게 주의를 기울이는지를 파악하고 만약 주의집중이 되지 않는다면 몇 분후 다시 주의를 환기시키는 것이 필요하다.
- 손가락으로 물건을 가리키는 것, 신체적 접촉, 환자의 손을 이끌어 지적하도록 하는 것 등 말이 아닌 다른 신호를 사용한다.
- 비언어적 의사소통에 의미를 붙히고 환자나 가족이 해석하는 것을 조사한다.

#8. 폭행가능성

중재 :

- 아주 사소한 일 - 방문자, 큰소리로 웃는 것,

작은 변화 - 일지라도 혼동스런 환자를 작극할 수 있다는 것을 기억하여 환경적 자극을 감소시킨다.
- 행동을 권장하되 지나치지 않도록 하며 환자에게 반응할 시간을 준다.
- 모든 것을 서서히 변화시키고 강요하지 않는 태도로 요구한다.
- 신체적 접촉은 신중하게 도움이 될 경우만 사용한다.
- 항상 충분히 보이는 곳에서 환자이름을 불러 접근한다.
- 필요시 마음을 딴데로 돌리고 소량의 항정신병약물을 준다.
- 만약 어느 한 방법으로 해결이 잘 안되면 꼭 그 방법으로 해야만 하는지 스스로에게 물어보고 간호사의 상식과 상상력을 활용하여 변화를 수용한다.
- 한번 잃어버린 기술에 대하여는 미련을 버리고 환자의 능력범위내에서 반복적이고 부드럽게 교육한다.
- 환자가 해낼 수 있는 일을 찾아 그 일에 촛점을 맞춘다.
- 환자의 제한된 능력으로도 활동을 지속해 나갈 수 있도록 여러가지 활동을 단순화시킨다.
- 격앙된 환자와 이유를 따지거나 논쟁하지 말아야 한다.

#9. 역할수행장애

중재 :
- 가정에서 환자와 가족을 지지하기 위하여 낮병원, 가정방문, respite care, 가족지지집단 등 지역사회자원을 이용한다.
- 일단 규정된 환자의 일상생활에 가족이 참여하도록 하고 가족기능에 환자를 포함시킨다.
- 사랑하는 사람이 점점 혼동되거나 위축될 때 가족들의 슬픔을 지지한다.

#10. 자존감 장애

중재 :
- 환자로 하여금 비판단적 환경에서 감정을 표현하도록 한다.
- 분노와 슬픔을 표현하도록 허용한다.
- 가족으로하여금 환자의 사회활동에 참여하도록 한다.
- 환자에게 잊혀진 사건을 부드럽게 상기시킨다.

#11. 지각장애

중재 :
- 환경자극을 줄인다.
- 부드러운 음악, 천천히 걸을 수 있는 병동, 안경, 청력보조기 등을 제공한다.
- 초조해하면 마음을 다른데로 돌린다.
- 환자가 안전하고 해롭지 않을 것 같음을 재확인 시킨다.
- 환자가 초조해하면 모든 절차를 지연한다.
- 명확하고 단순한 태도로 몸짓을 이용해 반복해서 요구를 한다.

#12. 배변장애 : 기능적 뇨실금

중재 :
- 정규적인 배변훈련을 한다.
- 환자가 기꺼이 배변훈련을 하지 못하면 일회용 기저귀나 팬티를 이용한다.
- 가능하면 도뇨관을 사용하지 않는다.

#13. 영양장애 : 영양부족

중재 :
- 24시간 섭취량, 배설량을 측정하고 필요시 열량 섭취량을 증가시킨다.
- 필요시 식사를 감독하고 돕는다.
- 두배의 고단백, 고탄수화물식사를 손에 쥐고 먹을 수 있는 형태로 준다.
- 환자의 체중을 자주 측정한다.
- 환자가 먹기를 거부하거나 스스로 삼키기 어려운 경우 비경구적으로 준다.

- 식사시에는 삼키는 능력에 맞춰 천천히 먹도록하며 특히 액체음식을 마시는 경우에는 기관지로 넘어 가지 않도록 주의한다.

3) 가족 간호

치매는 병이 진전되면서 신체적 기능이 저하되고 이는 노인의 신체의존도를 높히게 되어 타인의 돌봄이 절대적으로 필요한 상태가 된다. 치매노인의 의존도가 높아지면서 가족에게는 많은 스트레스와 축적된 긴장, 부담감, 갈등이 야기되는데 이는 간호를 제공하는 가족전체에 부담감으로 작용한다.

치매노인을 돌보는 가족은 흔히 환자의 감정적, 행동적 문제점 즉 자제심 상실, 지남력 상실, 기억력 상실 등에 어떻게 적응할 것인가에 대해 부담감을 경험하며 환자를 돌보는 것 자체가 가족의 건강에 부정적인 영향을 미치는 것으로 지각하고 있다. 이러한 사실은 환자가 가족과 함께 지역사회에 거주하는 경우에 기관에 입원해 있는 경우보다 더 심하다.

환자를 돌보는 가족들은 대부분 치매노인을 돌보는 데 필요한 교육과 사회화 과정이 없이 생소한 역할을 수행하도록 요구받는다. 특히 치매노인 간호는 전문지식과 경험이 없는 가족에게는 매우 어려운 과제이므로 가족에게는 노인을 돌보는 동안 정서적 긴장, 혹은 신체 건강문제가 따르게 되며 사랑하는 사람의 정신적 퇴화나 적대감, 방황, 실금과 같은 새롭고 놀라운 행동을 경험하면서 가족의 요구는 흔히 부정적 감정으로 변하게 된다. 따라서 치매노인을 돌보는 가족은 치매노인에게 적용되는 치료 및 간호방법, 복지등에 대한 적절한 지지가 제공되어야 할 것이다.

치매노인 가족이 배우자인 경우에는 대부분이 그들 자신도 고령자이기 때문에 환자를 돌보면서 스트레스가 증가되어 건강에 대한 위협을 받게 되므로 이를 고려한 도움이 우선되어야 하며, 자녀인 경우에는 정서적 긴장과 신체적 돌봄 등 다양한 역할로 인하여 시간적 제약을 받게 되므로 직장생활에 영향을 미칠 수 있고 고통을 받으므로 유용한 지역사회 자원이나 사회적 서비스에 대한 정보가 우선되어야 한다.

Ⅲ. 결 론

노인인구의 증가와 더불어 노인인구의 만성적인 질환문제가 대두되고 있으며 이 중에서도 특히 치매환자는 그 수가 계속 증가하고 있는 추세이다. 그러나 우리나라의 치매노인에 대한 대책은 매우 미흡한 실정에 있어 치매노인의 인구수조차도 정확히 파악하지 못하고 있으며 치매환자의 인구학적 특성이나 생활실태를 모르고 있고 치매 노인을 부양하고 있는 보호자나 가족들에 대한 연구나 조사가 거의 없는 실정이다. 단지 최근에 들어서 치매에 대한 관심이 높아지면서 치매협회가 창립되고 치매노인 전문병원의 설립과 치매탁노소의 시범운영이 이루어지고 있는 것은 다행이라 하겠다.

날로 증가하는 치매노인을 위한 대책으로 치매질환에 관한 원인을 다각도로 규명하고 예방, 진단, 치료, 재활, 교육에 이르기까지 종합적인 대책을 개발할 수 있는 전문적인 연구기관이 필요하며, 치매예방과 치료 및 간호를 위한 보건의료서비스의 강화와 치매병원과 치매노인을 위한 특수요양시설 등 전문의료시설을 설치하고 가족의 부양기능을 보완하고 간호해 주는 재가노인에 대한 가정간호교육 등이 요구된다. 특히 이러한 경우에 가장 효과적으로 도움을 줄 수 있는 자원은 간호사로 생각되며 이들을 위한 국가적이고 사회적인 지지가 절대적으로 필요하다고 본다.

참 고 문 헌

김범생(1993). 치매노인에게 건강한 노후를!, 서울, 바이엘코리아.

김형섭 역(1994). 치매의 관리와 간호, 서울, 하나

의학사.

유은정(1995). 노인성치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구. 서울대학교 대학원 간호학 석사학위 논문.

이성희(1991). 치매노인의 이해와 간호. 서울, 현문사.

한국치매협회창립준비위원회(1994). 한국치매협회 창립대회 및 기념 심포지움 초록집.

Keltner, N.L., Schwecke, L.H. & Bostrom, C.E. (1991). Psychiatric nursing, Philadelphia, Mosby.

Kozlak, J. & Thobaben, M. (1992). Treating the elderly mentally ill at home, Perspectives in psychiatric nursing 28(2), 31-35.

Liken, M.A. & Collins, C.E. (1993). Grieving:facilitating the process for dementia caregivers, Journal of psychosocial nursing 31, 21-26.

Norberg, A. & Aslpund, K. (1990). Caregiver's experience of caring for severely demented patients, Western journal of nursing research 12(1), 75-84.

Rawlins, R.P., Williams, S. & Beck, C.K. (1993). Mental health psychiatric nursing, Philadelphia, Mosby.

Ugarriza, D.N. & Gray, T. (1993). Alzheimer's disease: Nursing interventions for clients and caretakers, Journal of psychosocial nursing 31(10), 7-10.

Wilson, H.S. & Kneisl, C.R. (1992). Psychiatric nursing, California, Addison-Wesley.