

保健教育·健康增進學會誌 第17卷 2號(2000. 9)
Journal of Korean Society for Health Education and Promotion, Vol.17, No.2(2000)

치매환자 돌봄 전략에 관한 일 고찰*

김 정 순

부산대학교 간호학과, 부산대학교 간호과학연구소

〈목 차〉

I. 서 론	V. 논 의
II. 이론적 배경	VI. 결과 요약 및 결론
III. 연구방법 및 절차	참고문헌
IV. 치매환자 돌봄의 원리 및 전략	영문초록

I. 서 론

인간의 평균수명 증가와 더불어 치매의 유병율이 점차 증가하고 있으나 현재까지 노인성 치매의 50-60%를 차지하는 알츠하이머형 치매의 정확한 원인은 밝혀지지 않아 효과적인 약물 및 치료방법이 개발되지 않고 있으며, 이 같은 치매의 원인적 치료의 한계성으로 인하여 최근 들어 환자의 남아있는 기능을 최대한 보존하고, 문제행동을 예방하거나 적절히 관리함으로써 삶의 질을 증진시키는 데 목표를 둔 심리사회적 접근법에 대한 관심이 고조되고 있다(Lyman, 1989; 이정희, 1997).

치매환자의 돌봄에 있어서 가장 어려운 일

중의 하나는 파괴적 행동에 대한 관리이다. 치매환자에서 파괴적 행동은 매우 빈번히 발생하는데, Ryden등(1991)은 7일간 치매노인들을 관찰한 결과 치매노인의 86.3%가 공격행동을 보였고, 특히 신체적 공격행동이 가장 빈번함을 보고하였다. 이러한 공격행동은 치매노인에 대한 관계장애를 초래하고, 간호인력의 업무수행에 지장을 초래하며, 치매노인 당 필요한 간호제공자의 수를 증가시킴으로써 노인시설에 재정적 손실을 초래하게 되므로(오진주, 2000; Kikuta, 1991), 치매환자를 돌봄에 있어 주요 간호문제가 되고 있다.

최근 심리사회적 접근법에 배경을 두고 치매환자의 돌봄에 관해 수행된 여러 문헌들(Gunderson, 1983; Cohen et al., 1984; Beck, 1988; Hall, 1987, 1995; Zgora, 1990; Nelson,

* 본 연구는 부산대학교 학술연구조성비에 의해 수행되었음.

1995)을 고찰해 보면 공통적인 목표를 확인할 수 있는데, 환자의 기능적 독립을 최대한 유지하는 것이 일차적 목표이고, 다음으로 인간으로서의 위엄을 지니고서 자신과 주변환경에 대한 조절력을 유지하도록 하는 것이다.

기능적 독립의 상실 또는 자신의 생에 대한 조절력의 상실은 개인의 자존감에 심각한 부정적 영향을 미치는 것으로 보고되고 있으며 (Baum and Singer, 1980; Kruzhich and Berg, 1985), 따라서 치매가 진행됨에 따라 기능적 독립의 상실은 불가피하다 할지라도 환자로 하여금 자신과 주변환경에 대한 조절력을 지각할 수 있도록 하는 심리적 독립은 환자의 자존감과 위엄의 유지에 매우 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려지고 있다(Schults, 1976).

치매환자의 기능적 독립과 조절력의 유지에 있어서 환경이 매우 중요한 역할을 담당하며, 치매환자와 같이 기능이 감퇴된 집단일수록 환경에 더욱 민감한 반응을 보인다는 연구결과들 (Nelson and Paluck, 1980; Lawton, 1981)이 보고되었다. 개인의 능력이 감퇴됨에 따라 환경에 대한 대처능력이 떨어지게 되고, 따라서 개인의 안녕을 결정함에 있어서 환경의 영향력이 증가되는 것으로 볼 수 있다.

따라서 치매환자를 위한 환경은 이들의 감소된 인지 및 기능 손상을 보상할 수 있도록 수정되어야 한다고 보고(Hall & Buckwalter, 1987), 이와 같은 맥락에서 Gunderson(1978)은 환자들과 관계를 형성하고, 지지적인 분위기를 만드는 간호자의 역할을 강조한 치료적 환경모델 (Therapeutic Environment Model)을 제시하였으며, Hall et. al(1987)은 치매환자의 스트레스를 감소시키기 위해 환경으로부터의 자극을 최소화시키는 데 초점을 둔 점진적 스트레스 역치 저하 모델을 제안하였다. Roberts et al.(1988)은

치매환자의 행동을 환경과 개인간의 상호작용으로 설명한 인간 환경 상호작용 모델(Person Environment Interaction Model)을 제시한 바 있다.

치매환자를 위한 치료적인 환경조성과 관련하여 초기에 수행된 연구는 빛, 소리, 온도, 색채, 병실의 크기, 규모, 구조 등과 같은 물리적 환경의 설계(Calkin, 1988; Moos and Lemke, 1980; Moos and Igra, 1980)에 관한 것이 대부분을 차지하였으나, 최근 들어 지지적이고 치료적인 심리적 환경의 조성이 치매노인들의 기능능력, 자존감 및 위엄을 유지하고 증진시킬 수 있다는 임상결과들(Nelson and Paluck, 1980; Lawton, 1981; Roberts et al., 1988; Taft et al., 1993; Hall & Buckwalter, 1987; Hall, 1998)이 보고되고 있어 물리적 환경과 더불어 심리적 환경의 중요성을 나타내주고 있다.

치매환자의 파괴적 행동이 치매환자 돌봄에 있어 주요 간호문제로 대두됨에 따라 현재 다수의 행동전략들이 제시되고 있으나 대개는 행동의 원인을 설명하는 개념적 기초가 결여되어 있으며 지금까지도 간호사들은 주고 경험에 기초하여 시행착오를 겪으면서 치매노인을 간호해 오고 있는 것으로 평가되고 있다(오진주, 2000). 배회나 파괴적 행위와 같은 문제행동들은 일반적으로 뚜렷한 이유 없이 우연히 일어나는 것으로 생각되었기 때문에(Mace and Rabins, 1981; Rader and Doan 1985), 여기에 대한 중재방법은 보통 환자는 고도의 자극적인 환경에 그대로 둔 체 물리적 혹은 화학적 억제를 실시하는 것이었다(Hall and Buckwalter, 1987). 환자의 행동에 대한 이해가 수반되지 않은 이 같은 접근법은 치매환자를 둘보는 의료인, 가족, 기타 간호자의 부담을 과증시키고, 의료비를 증가시키며, 결과적으로 환자의 삶의

질을 떨어뜨리는 결과를 가져오고 있다.

따라서 본 연구는 치매환자의 파괴적 행동을 환경에 대한 반응으로 보고, 치료적인 환경의 조성을 통해 문제행동을 예방하고, 발생빈도를 감소시킴으로써 환자의 삶의 질을 높이는 데 목표를 둔 간호중재 전략을 개발하는데 목적이 있다. 치매에 관한 효과적인 치료방법이 개발되지 않은 현 시점에서 본 연구결과는 치매환자의 문제행동에 대한 이해를 돋고 이에 대한 중재전략을 제공함으로써, 의료인을 비롯한 간호자의 환자 돌봄에 대한 부담을 줄이고, 궁극적으로는 치매환자와 이들 가족의 삶의 질을 증진시키는데 기여할 것으로 기대된다.

II. 이론적 배경

환자의 안위를 위해 안락한 환경을 조성하는 것은 전통적으로 간호의 주요 영역으로 인식되어져왔음에도 불구하고, 환경이 환자의 안위에 미치는 영향에 대한 실증적인 연구는 흔치 않다. 특히 환경과 치매환자의 행동간의 관계는 잘 설명되지 않았으나 최근 들어 치료적 환경이 노인성 치매환자의 안녕을 증진시킬 수 있다는 연구결과들(Gunderson, 1983; Beck, 1988; Hall, 1987, 1995; Hoffman, 1990; Taft, 1993; Nelson, 1995)이 보고되고 있다. 이 같은 연구결과는 치매질환에 대한 효과적인 약물이나 치료방법이 개발되지 않은 현시점에서 어떤 유형의 환경이 환자의 안전과 안위를 증진시키는지에 대한 이해와 근거를 제시하는 매우 의의 있는 것으로서 이에 대한 보다 깊은 이해가 필요하다. 따라서 본 장에서는 치매환자의 문제행동을 인간과 환경의 상호작용의 관점에서 보는 대표적인 3가지 모델을 고찰하고자 한다.

1. Progressively Lowered Stress Threshold Model(점진적 스트레스 역치 저하 모델)

치매환자를 위한 치료적 환경의 중요성을 역설한 대표적인 모델로 Hall et al.(1987)이 개발한 'Progressively Lowered Stress Threshold Model(점진적 스트레스 역치저하 모델)'을 들 수 있는데, 인지적 및 기능적 손상을 가진 치매환자들을 위한 간호중재로써 자극을 최소화시킨 환경의 수준을 강조하였다. 이 모델의 개발에는 치매관련 증상군과 행동들이 근거가 되었는데, 일반적으로 치매로 인한 지적인 기능감소와 관련된 손상은 지적(cognitive), 정서적(affective), 기능적(functional) 손상으로 분류되며, 각 증상군마다 치매를 나타내는 전형적인 증상들이 존재한다(Ballinger, 1982; Venn, 1983). 그러나 어느 군에도 포함되지 않는 혼돈, 혼분, 호전적 행동, 야간 각성 등과 같은 증상들이 확인되었는데 Hall 등(1987)은 이것을 PLST(Progressively Lowered Stress)라 명명하고, 이 증상들은 스트레스와 관련이 있을 것이라고 가정하였다.

치매환자는 질병과정 동안 기준(baseline), 근심(anxious), 기능부전(dysfunctional)과 같은 주요 3가지 행동유형을 나타내는데, 질병이 경과함에 따라 각 행동유형이 차지하는 비율이 바뀌게 된다(Wolanin & Phillips, 1981). 기준행동은 일반적으로 안정된 상태로서 인지, 정서, 기능적 손상이 혼합되어 있다. 이 시기동안 환자는 어느 정도 사회적 관계가 가능한데, 자신의 욕구를 표현할 수 있고 다른 사람들과도 대화가 가능하다. 근심행동은 치매환자가 스트레스를 지각할 때 나타나는 것으로 환자는 시선을 고정하지 못하고, 불유쾌한 자극을 피하려고 한다. 그

러나 간호자와 환자와의 접촉은 가능하다. 만약 스트레스가 지속되거나 증가되면 기능부전 혹은 과괴적인 행동이 야기된다. 이 단계에서 환자는 효과적으로 대화할 수 없고, 환경을 적절히 이용할 수 없게 되며 배회, 야간 각성, 홍분, 불안, 일몰증후군(Sundowner's Syndrome), 공포, 반항, 철회 등과 같은 기능부전행동들을 나타낸다. 이러한 증상은 보통 갑자기 나타나며, 짧은 시간동안 지속되다가 사라진다.

기능부전행동들은 1970년대에 이르러 스트레스와 관련된 것이라고 인식되어졌다. Lawton & Nahemow(1973)는 기능적 행동은 환자에게 부과되는 외부적 자극이 환자가 적응할 수 있는 수준일 때 나타나는 것이라고 하였다, 반면에 기능부전행동은 내부적인 혹은 외적인 과도한 자극에서 기인되는 일차적인 불안으로 설명할 수 있으며(Verwoerdt, 1980), 개인에게 유입되는 스트레스가 조절하기 어려운 수준일 때 심리적인 스트레스 상태를 유발하고 그 결과 정신기체와 행동유형의 변화를 초래한다.

PLST모형은 개념적으로 Lazarus(1966), Coyne and Lazarus(1981), Selye(1980) 등의 스트레스 및 대처 이론과 연관되어 있다. 정상적인 노화 과정 자체만으로도 지각손상, 동작능력의 변화, 반응시간의 지연, 세포-에너지 산출 호르몬의 감소 등이 초래되고 이것이 환경에 대한 대처능력을 위협하게 되는데, 더욱이 치매로 인한 뇌 영역의 점진적인 손상은 환자의 대처능력을 더욱 떨어뜨리는 결과를 가져와 환자는 기능부전 행동이 점점 증가하게 된다. 따라서 치매환자를 위한 환경은 이들의 손상된 기능을 보상하기 위하여 환자가 지각하는 스트레스를 줄일 수 있도록 수정되어야만 한다는 것이다. 즉 정상적인 사람은 개인의 스트레스 역치(stress threshold)를 초과하지 않는 범위 내에서 외부로부터의 자

극에 대해 적절히 대처할 수 있는 능력을 가지고 있다. 반면에 치매환자들은 질병이 진행되고 뇌세포가 손상됨에 따라 자극과 정보를 받아들이고 반응하는 능력을 점점 잃어가게 된다. 이것은 부수적으로 스트레스 역치의 점진적인 감소를 야기하게 되는데, 스트레스 역치는 손상되지 않은 뇌기능에 의해 크게 영향을 받기 때문이다.

2. 치료적 환경 모델(Therapeutic Environment Model)

Gunderson(1978, 1983)은 환자들과 좋은 관계를 형성하고, 환자의 역할과 활동을 격려하며, 지지적인 분위기를 조성하는 의료인을 비롯한 간호자의 임상역할을 강조한 치료적 환경 모델(Therapeutic Environment Model)을 개발하였다. 그는 치료적 환경에 긍정적으로 영향을 미칠 수 있는 요인으로 안전(safety), 구조(structure), 지지(support), 개입(invovement), 인정(validation)을 들고, 이들 요소는 서로 연관이 있다고 하였다. 이 모델에 근거해 Taft et al.(1993)은 치매 환자를 위한 치료적 환경 모델을 발전시켰다.

안전한 환경은 치매환자의 돌봄에 있어 가장 중요한 요소로서, 판단력이 결여된 사람들의 위험하고 자기 파괴적인 행동을 예방하고 신체적 안녕을 유지하는 데 목적이 있다. 치매환자를 위한 안전한 환경을 마련함에 있어 반드시 유념해야 할 것은 환자의 자율성을 최대한 유지하면서 안전요구를 충족시켜야 한다는 것이다. 안전을 위협하지 않는 한 불필요한 억제나 활동 제한은 피하도록 한다.

구조란 치매환자가 자신의 일과에 대해 예상 가능하도록 활동을 계획하는 것이다. 환자가 이 같은 일과에 익숙하게 됨에 따라 활동은 환

자의 지남력 상실, 불안을 줄이고 사회적 능력을 갖도록 하는 데 기여하게 된다. 환자의 일과는 개인적인 또는 상황적인 변인이 변화를 요구할 때 탄력성 있게 조절되어야 하며, 활동은 가능한 한 복잡성을 줄이고 환자의 기능수준에 적합하도록 단순하게 조직되어야 한다(Mace, 1981).

지지란 환자가 보다 좋은 기분을 느끼고 자존심을 증진시킬 수 있도록 돋는 의식적인 노력이다(Gunderson, 1978). 치매환자를 돌봄에 있어 간호자의 역할은 환자가 배려 받고 있고, 이해되고 있다는 느낌을 갖도록 하는 지지적 관계를 조성하는 것이다. 지지적 관계의 목표는 환자의 불안을 제거하고 신뢰감과 안전, 자존감을 유지하는 것이다. 이 같은 심리적 요구가 충족되지 않을 때는 홍분행동이 초래될 수 있으며, 반대로 요구가 충족되면 환자는 에너지를 보다 유용한 쪽으로 이용하게 되며 사회성이 증가하게 된다.

개입은 환자가 자신의 사회적 환경에 적극적으로 관여하고, 상호작용 하는 과정이다. 인간은 사회적 학습을 통해 긍정적인 변화가 가능하지만 치매환자에 있어서 학습은 현실적인 목표가 아니다. 그러나 개입을 격려하는 지속적이고 일관성 있는 지지적 접근방법을 통해 치매환자들이 사회적 환경에 능동적으로 개입하도록 도울 수 있다(Taft, 1993). Seman(1990)의 연구에 의하면 치매환자가 경험하는 주관적 경험 중에서 가장 두드러진 것은 독립성과 자율성의 상실에 대한 분노 및 좌절과 능동적이고 유용한 존재로 남고자 하는 요구였다. 따라서 간호자들은 인간 관계의 유지와 인간 삶에 있어서 의미 있는 활동들을 통해서 치매환자의 개입을 촉진하여야 한다. 또한 의사소통과 대인관계를 지속하도록 격려해야 한다. 많은 치매환자의 경우에 신뢰적인 분위기가 조성될 경우 이것이 가능하다.

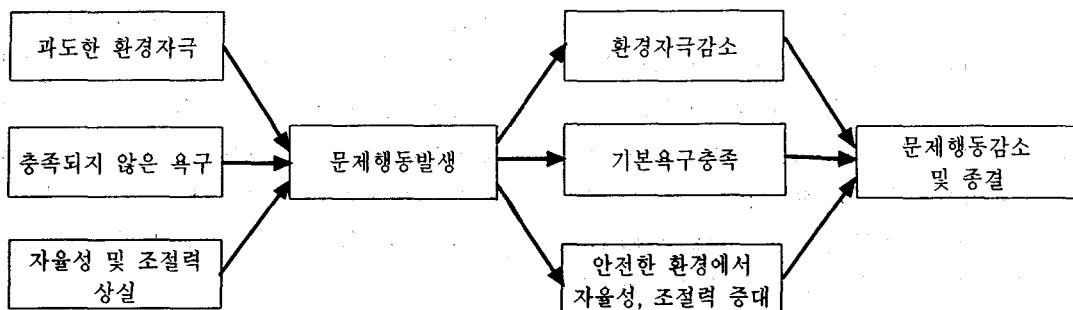
인정이란 환자의 개별성을 인정하고, 개별화된

치료프로그램을 제공하는 치료적 과정이다. 특정 환자의 요구를 충족시키기 위한 중재를 계획할 때 중재목표는 반드시 환자의 능력에 부합되는 것이어야 한다. 즉 환자의 개별성을 인정하여야 하는데, 중재방법을 선택함에 있어서 근거가 되는 것은 환자의 인지기능 수준과 반응이다.

3. 인간환경 상호작용 모델(Person Environment Interaction Model)

Roberts & Algase(1988)는 치매환자의 행동을 환경과 환자간의 상호작용으로 설명하는 인간환경 상호작용 모델(Person Environment Interaction Model)을 제시하였다. 치매환자의 기본적인 능력 즉 지각, 동작, 기억은 환경의 용이성에 의해 영향을 받으며 또한 기능적 능력에 따라 환경에 접근하는 능력이 결정된다고 보는 것으로서, 치매환자는 그들의 기능적 능력과 환경의 용이성에 따라 자신이 처한 현재 상황의 의미를 평가하고 행동반응을 나타낸다고 하였다.

환경의 용이성이란 환경 내에 지남력을 유지하도록 하는 적절하고 지속적인 암시(cue)가 존재하는 것을 의미한다(Tariot Sunderland, Murphy et al., 1985). 환경의 용이성에는 암시와 안정성(stability)의 두 요소가 있다. 암시는 환경에 존재하는 이용 가능한 정보의 양과 형태를 의미하고, 안정성이란 환경적 정보와 행동간의 일관성과 정확성을 말한다(Roberts & Algase, 1988). 환경 정보에 대한 접근능력은 감각기관의 민감성과 감각정보를 중추신경계에 전달하는 능력 및 개인의 활동능력에 의해 결정된다(Serby, Corwin, Conrad, 1985). 즉 인간행동은 개인이 환경 및 대인 정보에 접근하고 평가하는 개인의 능력에 의존하는데, 치매는 이 같



<그림 1> 본 연구의 개념적 틀

은 정보에 접근하고 그것을 과거와 현재의 맥락에서 평가하는 기능적 능력에 손상을 가져온다. 치매환자는 정보를 중추신경계에 전달하는 능력, 정보의 저장 및 기억 능력의 손상으로 정보 평가 능력이 손상된다. 더욱이 환경으로부터의 단서가 불충분하여 치매환자가 어떤 의미를 이해하기에는 어려울 수 있다. 결과적으로 환자의 반응은 목적이 없고, 부적응 반응으로 보여질 수 있으나 사실은 그것이 환자가 부적절하고 왜곡된 정보에 근거해 할 수 있는 최대한의 통합된 반응이다(Hall & Buckwalter, 1987). 따라서 환자의 대인 및 환경 정보에 대한 접근 능력과 환경의 용이성을 평가하는 것이 행동수정에 목표를 둔 간호계획의 기초가 된다. 대부분의 사람에게 적절한 환경일지라도 어떤 사람에게는 도움이 되지 않을 수도 있으므로 환경의 용이성을 평가할 때는 개인의 감각기능, 동작능력, 기억 등을 고려해서 평가하여야 한다는 것이다.

III. 연구방법 및 절차

본 연구는 치매환자 돌봄에 관한 전략을 개발하기 위한 목적으로 1999년 1월부터 8월까지 수행되었으며, 연구설계는 문헌고찰을 통한 조사연구이다.

연구절차는 첫 단계로 본 연구주제와 관련 있는 국내외 문헌을 고찰하고, 본 연구의 이론적 배경을 구성하였다.

다음 단계에서 이론적 배경에 근거해 본 연구의 개념적 틀과 치매환자 돌봄의 원리를 개발하는 데 대한 기본가정을 도출하였다.

마지막 단계에서 본 연구의 개념적 틀과 기본가정에 근거해 치매환자 돌봄의 원리와 전략을 개발하였다.

본 연구의 개념적 기틀은 <그림 1>과 같다.

치매환자 돌봄의 원리를 개발하는 데 대한 기본 가정은 아래와 같다.

1. 치매환자도 일반 사람들과 마찬가지로 신체적, 심리적, 사회적 욕구를 지닌 전인으로 사회적 역할과 인간관계에 대한 욕구를 가지고 있다.
2. 치매환자의 손상된 인지능력을 회복시킬 수는 없으나, 치료적 환경 내에서 환자의 기능은 보다 증진될 수 있다.
3. 치매환자의 문제행동은 충족되지 못한 신체적, 심리적 및 사회적 욕구에 대한 의미 있는 표현이다.
4. 자율성 및 조절력 상실은 치매노인의 안녕을 저해하는 중요한 요인이다.
5. 치매환자의 기능부전행동은 환자의 대처 능력을 초과하는 과도한 자극에 원인이

있다.

IV. 치매환자 돌봄의 원리 및 전략

원리 1. 환자를 자극할 수 있는 스트레스를 최대한 줄인다.

치매환자는 인지 및 기능능력의 저하로 인해 외부의 자극에 대해 매우 민감하다. 외적 및 내적인 스트레스원은 치매환자를 흥분하게 하는 원인이 되는데, 스트레스를 주는 자극이 계속되면 기능부전 행동이 증가하고 파멸적 행동을 나타내게 된다. 따라서 내적, 외적 스트레스를 감소시킴으로써 치매환자의 신체적, 행동적 기능의 황폐화를 자연시킬 수 있다.

치매환자의 주요 스트레스원을 중심으로 이에 대한 중재전략을 제시하면 다음과 같다.

(1) 피로: 치매환자는 빨리 피로해지기 쉽다. 대부분의 환자는 피로 수준이 낮은 아침에 가장 기능수준이 높고, 시간이 지남에 따라 감퇴된다. 따라서 피로를 막기 위해 활동을 줄이고 충분한 휴식을 취하도록 배려해야 한다. 보통 오전에 한 번, 오후에 한 번 하루에 두 번의 휴식기간을 갖도록 하고, 치매가 진행됨에 따라 휴식시간을 늘려야 한다. 흔히 낮 동안에 많은 활동을 하게 함으로써 밤에 숙면을 취하게 할 수 있다고 생각할 수 있으나, 환자가 피로하게 되면 흥분과 문제행동의 발생이 더욱 증가하게 된다.

(2) 일상 일과, 간호자 및 환경의 변화: 치매환자는 자신의 인지손상에 대한 보상으로 일상을 일정한 틀로 조직화하는 경향이 있다. 매일 매일 똑같은 일을 같은 방법으로 수행한다. 이와 같이 기능을 자동화시킴으로써 인지과정에서 요구되는 에너지를 줄일 수 있는데, 만약 어떤 것이 변화되면 모든 활동을 다시 생각해야 하므

로 좌절과 스트레스가 유발된다. 일과가 변경되거나 간호자나 주거환경이 바뀌는 경우 전반적인 기능부전을 초래할 수도 있다. 따라서 가능하면 변화를 억제하고, 변화가 불가피한 경우에는 변화에 익숙해지고 적응할 수 있는 충분한 시간을 배려해야 한다.

(3) 과도한 기능수행에 대한 요구: 치매환자는 자신의 능력을 초과하는 과도한 기능수행을 요구받을 때 좌절감을 느끼게 된다. 능력이 모자람에도 불구하고 이러한 일을 계속하도록 강요받을 지 모른다고 생각하며, 이것이 심각한 스트레스를 유발한다. 따라서 치매환자의 일과 또는 활동을 계획할 때는 반드시 개별환자의 인지 및 기능 능력을 고려해야 한다.

(4) 과도한 또는 혼란스러운 자극: 질병이 진행됨에 따라 환자는 자극을 처리하는 능력을 점점 잊게되고, 이로 인해 과도한 자극을 주는 상황을 피하기 시작한다. 따라서 간호자는 환자의 혼란을 막기 위하여 환자에게 유입되는 자극을 단순하고 명확하도록 계획하여야 하며, 환자의 판단과 선택을 요구하는 자극은 가능한 한 제한해야 한다.

(5) 급성질환, 통증, 불편감과 같은 신체적 스트레스: 치매환자들은 신체적 스트레스에 대해 매우 민감하므로 급만성질환을 관리하고 신체적 스트레스를 평가하는 일은 매우 중요하다. 치매환자가 기능부전행동을 보일 때 간호자는 먼저 방광이나 장이 찼는지, 관절통, 요로감염, 감기, 폐렴, 독감 증상 등을 사정해보아야 한다.

원리 2. 안전을 위협할 수 있는 요인을 미리 예방하고 안전한 환경을 유지한다.

치매환자 돌봄에 있어 안전에 대한 요구는 매우 중요하다. 치매환자에게 공통적으로 나타나는 행동특성인 배회 증상으로 인해 환자가 길을 잃

어버리거나, 또한 흔히 나타나는 홍분이나 파괴적 행동 등이 안전을 위협하는 주요문제가 된다. 따라서 간호자는 안전을 위협할 수 있는 요인들을 확인하고 이에 대한 적절한 중재를 제공함으로써 사고를 사전에 방지할 수 있어야 한다.

환자의 안전을 유지하기 위한 전략으로 다음과 같은 것이 있다.

(1) 문을 잠금으로써 안전하지 않은 곳에 대한 접근을 제한한다.

배회하는 환자를 위해서는 안전하게 배회할 수 있는 적절한 장소를 마련해 주며, 바깥으로 나가지 못하도록 바깥문을 잠그는 것이 좋다.

(2) 환자의 시각, 감각손상을 보상하기 위해 환자가 활동하는 공간의 빛을 밝게 하고, 눈부심을 없애고, 물건과 배경 사이에 시작적 대비를 배치함으로써 사물을 쉽게 식별할 수 있도록 한다.

(3) 많은 환자들이 심한 운동장애를 가질 수 있으므로 층계에는 잡기 쉬운 손잡이나 난간을 만들도록 한다.

(4) 환자가 극도로 홍분하고 파괴적인 행동을 나타낼 경우에는 약물이나 물리적인 방법을 이용해 환자를 억제시킨다.

(5) 환자의 주변에 위험한 물건(다리미, 칼, 성냥, 세제, 약 등)이 없도록 한다.

(6) 손잡이, 난간, 모서리 등은 둑글게 하고, 턱자, 카페트, 전선 줄 등 환자가 걸려 넘어질 수 있는 물건은 치우도록 한다.

원리 3. 물리적 환경을 환자가 지남력을 갖도록 단순하고 명확하게 조성한다.

치매환자는 쉽게 혼돈이 되며, 어떤 자극에 집중해야 하는지를 잘 인식하지 못한다. 따라서 간호자는 환자가 지남력을 갖도록 단순하고 명확하게 물리적 환경을 조성하고 적절한 암시를

제공해야 한다. 다음과 같은 구체적인 전략이 있다.

(1) 집의 구조나 가구를 가능한 한 단순하게 배치한다.

(2) 식사시간을 알게 하기 위해 종소리나 음식냄새를 맡게 하는 등 적절한 암시를 이용한다.

(3) 자신의 방을 알 수 있도록 환자방 입구에 이름, 숫자, 색깔 등으로 표시를 해둔다.

(4) 방향을 알게 하기 위하여 복도 바닥이나 벽에 화살표나 보행선을 표시해둔다.

(5) 같은 방을 계속 사용하도록 하고, 가능한 한 환자가 친숙한 가구나 주변 환경을 바꾸지 않는다.

(6) 환자가 애착을 가졌던 개인적인 물건을 환자의 활동공간에 배치한다.

원리 4. 일과와 활동을 환자가 지남력을 갖도록 규칙적이고 단순하게 조직한다.

일과와 활동은 가능한 한 복잡성을 줄이고, 단순한 단계로 조직함으로써 환자가 예상할 수 있도록 하고, 환자의 기능손상을 보상할 수 있도록 계획되어야 한다. 구체적인 전략은 다음과 같다.

(1) 세면, 식사, 운동, 오락, 휴식, 수면시간 등과 같은 하루 일과가 정해진 순서를 따르도록 계획함으로써 환자가 다음 활동을 예상할 수 있게 한다.

(2) 잠은 침실에서, 식사는 주방에서 하도록 함으로써 장소를 통해 활동을 예상할 수 있도록 한다.

(3) 환자의 활동을 가능한 한 단순하게 조직한다.

한 예로서 환자의 옷에 단추대신 지퍼를 사용함으로써 보다 간편하게 옷을 입을 수 있도록 돋는다. 또한 일상생활활동 능력이 저하된 환자

를 위해 수저 대신에 포크를 사용하게 한다.

원리 5. 지지적 중재를 통해 환자의 자존감을 높인다.

환자로 하여금 인간으로서 존중받고 있고, 이해되고 보살핌을 받고 있다는 느낌을 가지도록 하는 것은 매우 중요하다. 이는 자존감을 높임으로써 환자의 불안과 혼돈을 줄이고 기능수준을 향상시킨다. 구체적인 전략으로서 다음과 같은 것이 있다.

(1) 일상생활에서 가능한 한 환자에게 개인적인 선택의 기회를 제공한다.

한 예로써 식단을 계획할 때 좋아하는 음식을 선택하게 할 수 있다. 이를 통해 환자는 읽은 것에 대한 다소의 보상을 얻을 수 있게 된다. 그러나 까다로운 선택을 요구하는 것은 오히려 환자의 인지능력을 위축시킬 수 있다.

(2) 환자에게 의미 있는 과거의 주요 사건을 중심으로 경험을 이야기하도록 한다. 과거의 성취에 대한 회상은 자신이 누구였고, 지금 누구인가를 인식하도록 도움으로써 자존감을 높이며 사회화를 증진시킨다. 환자에게 친밀한 물건이나 좋아하던 음악, 익숙한 활동 등을 이용함으로써 기억을 도울 수 있다.

(3) 환자의 주장에 반대하거나 잘못된 행동을 비난하지 않고 수용적인 태도를 보인다.

(4) 혼자서 할 수 있는 일은 가급적 스스로 하도록 격려한다.

(5) 환자의 이야기를 끝까지 들어주고 적극적으로 관심을 갖는 태도를 보인다.

(6) 환자와의 의사소통은 명확하고 간결한 메시지를 사용한다.

한 번에 한가지 내용을 전달하고 환자가 알고 있는 언어를 사용하며 몸짓, 얼굴 표정, 시범 등을 이용하여 환자의 이해를 돋도록 한다.

원리 6. 적절한 활동프로그램을 제공함으로써 자율성과 사회적 상호작용을 촉진한다.

치매환자에 있어서 활동은 역할과 대인관계를 지지하는 수단이 된다. 질환으로 인한 역할과 과업의 상실은 자율성의 상실로 이어지게 되므로 활동참여는 매우 중요한 의미를 가진다. 구체적인 전략으로서 다음과 같은 것이 있다.

(1) 음악, 운동, 토론, 공예 그리고 게임 등 다양한 활동을 계획한다.

(2) 활동프로그램의 선택 시 환자의 인지와 기능 능력에 대한 개별성을 고려해야 한다.

(3) 환자의 적극적인 참여를 유도하기 위해 환자의 흥미와 이전의 활동을 참고해 프로그램을 계획한다.

(4) 가능한 한 부정적인 피드백을 줄이고 칭찬을 함으로써 환자의 자율을 격려한다.

(5) 환자 개인이 일생동안 유지해 온 사회적 활동과 습관을 지속시킨다.

예를 들어 매일 아침 조간신문을 읽는 습관을 가진 환자는 그 시간에 신문을 읽을 수 있도록 배려한다.

V. 논의

치매환자들은 점진적인 인지기능 손상으로 인해 행동장애와 이차적 증상들을 동반하게 된다. 치매환자의 70-90%가 매일 이 같은 증상의 일부를 경험하게 되는데, 치매환자를 돌보는 데 있어 가장 곤란한 문제는 혼분, 혼돈 및 혼분상태에서 야간에 왔다 갔다 하는 것, 집이나 간호자를 못 알아보는 것, 호전성 및 적개심, 배회, 환시 및 섬망, 공격행동, 실금, 의심, 의사소통장애, 일상생활활동 곤란, 반복적인 질문, 목욕

의 어려움 등으로 보고되고 있다(Rabins, 1982; Chenoweth & Spencer, 1986; Quayhagen & Quayhagen, 1988). 많은 일상적인 간호문제와 마찬가지로 이 같은 이차적 증상들을 효과적으로 관리하는 간호자들의 기술이 부족할 때 치매환자의 장애행동은 더욱 고조되고, 급속하게 악화된다. 따라서 이 같은 행동증상을 예방하고 관리할 수 있는 지침을 마련하는 것은 의료인을 비롯한 환자를 돌보는 간호자의 부담을 줄이고, 환자의 삶을 질을 증진시키는 데 기여할 것이다.

본 연구에서 제안한 치매환자 돌봄의 원리와 전략은 심리사회적 접근법에 배경을 둔 Hall et al.(1987), Taft et al.(1993), Roberts et al.(1988) 등의 이론적 및 실증적 모델에서 도출한 것으로서, 치매환자에게서 나타나는 행동장애와 증상들을 인간-환경 적합(person-environment fit)의 측면에서 이해하고(Silverstone & Burach-Weiss, 1983; Roberts & Algase, 1988), 환경과 상호 작용하는 전반적인 능력에 영향을 미치는 자아지각, 인지기능 과정의 손상의 결과로 본다. 그러므로 치매환자를 위한 돌봄의 원리는 손상된 기능과 기능부전 행동에 대한 보상 및 조정을 위해 환의 기능수준에 적합하도록 물리적 및 심리 사회적 환경을 수정하는 데 있다.

이와 같은 이론적 배경을 기초로 본 연구에서 치매환자의 돌봄을 원리를 개발하는데 대한 기본 가정은 첫째, 치매환자도 일반 다른 사람들과 마찬가지로 신체적, 심리적, 사회적 욕구를 지닌 전인이라는 것이다. 따라서 사회적 역할과 인간관계에 대한 욕구를 가지고 있다. Gunderson(1978)은 그의 치료적 환경모델에서 인간관계의 유지와 인간 삶에 있어서 의미 있는 활동들을 통해서 환자는 자존감과 자율성을 가질 수 있게 되고 이것은 환자의 기능을 향상시키는 결과를 가져온다고 하였다. 두 번째 가정

은 치매환자의 손상된 인지능력을 회복시킬 수는 없으나, 치료적 환경 내에서 환자의 기능은 보다 증진될 수 있다는 것이다. 놀랄만한 의학 기술의 발전에도 불구하고 지금까지 치매의 정확한 원인이 밝혀지지 않고 있고 따라서 효과적인 치료방법이 개발되지 않고 있다. 그러므로 치매환자 돌봄의 기본 가정은 치료나 회복에 있는 것이 아니라, 치료적인 환경을 조성함으로써 환자의 남아있는 기능을 최대한 보존하고 증진시키는 데 있다(Lyman, 1989). 세 번째 가정은 치매환자의 문제행동은 우연히 발생하는 것이 아니라 충족되지 못한 신체적, 심리적 및 사회적 욕구에 대한 의미있는 표현이라는 것이다. Thomas(1988)는 치매환자의 문제행동을 환자가 자신과 환경에 대한 조절력을 놓치지 않으려는 절망적 시도이며 꺼져 가는 빛에 대한 분노라고 하였다. 따라서 간호자는 치매환자의 행동을 주의 깊게 관찰하고, 유발요인을 찾아내는 자세가 중요하다. 네 번째 가정은 자율성 및 조절력의 상실은 치매노인의 안녕을 저해하는 중요한 요인이라는 것이다. Seman(1990)은 치매환자가 경험하는 주관적 경험 중에서 가장 두드러진 것은 독립성과 자율성의 상실에 대한 분노 및 좌절과 능동적이고 유용한 존재로 남고자 하는 요구였다고 하였다. 마지막 가정은 치매환자의 기능부전행동은 환자의 대처능력을 초과하는 과도한 자극에 있다는 것이다. Hall 등(1987)은 PLST 모델에서 환자의 기능부전행동을 스트레스 대처이론으로 설명하면서 환자의 대처능력을 초과하는 자극에 원인이 있다고 보고 치매환자를 위해 자극이 감소된 환경수정을 주장하였다.

이와 같은 가정에 기초한 치매환자 돌봄의 첫 번째 원리는 환자를 자극할 수 있는 스트레스를 최대한 줄인다는 것이다. 치매환자는 저하된 인지 및 기능능력으로 인해 외부의 자극에

대해 매우 민감하다. 환경 및 내적인 스트레스 원은 치매환자를 흥분시키는 원인이 된다. 오진주(2000)는 치매환자의 공격행동 발생요인에 대해 외부환경의 변화를 들었다. 단순한 일기변화, 시간 혹은 환경의 변화, 외부인이 많아지는 것과 같은 주변상황의 변화가 치매노인에게는 자극이 되어 공격행동을 유발시킨다고 하였다. 따라서 치매환자를 자극할 수 있는 내적 및 외적 스트레스를 최대한 줄여야 한다. Hall 등(1987)은 자극이 감소된 환경은 치매환자의 에너지를 보존시켜 옷입기, 머리빗기, 대소변, 식사와 같은 기능적 활동을 최대한 유지하도록 하는 데 이용할 수 있다고 보았다.

두 번째 원리인 안전은 치매환자 돌봄에 있어서 가장 중요한 요소로, 치매환자와 같이 판단력이 결여된 사람들의 위험하고 자기 파괴적인 행동을 예방하고 신체적 안녕을 유지하게 한다(Gunderson, 1978). 의료인이나 간호자는 보호적이고 안전한 환경을 조성하기 위해 노력하고 예상되는 사고위험에 미리 대비해야 한다. 특히 노인이 쓰러지거나 넘어지지 않도록 주의해야 한다. 집안, 집 주위의 안전 점검을 규칙적으로 실시해야 하며, 가능한 한 집안환경을 단순하게 하고, 위험한 물건을 환자주변에서 치우도록 한다. 배회하는 환자를 위해서는 문을 잠그는 것도 필요하다. 문을 잠그는 것이 환자의 자율을 침해한다고 볼 수 있으나, 환자를 위험에서 보호하고 간호자에게 환자의 안위를 위한 일에 시간과 에너지를 사용할 여유를 주므로 유용한 전략이 될 수 있다.

세 번째 원리는 물리적 환경을 환자의 지남력을 돋기 위해 단순하고 명확하게 조성하는 것이다. 치매환자에게 있어 환경은 매우 중요하다. 치매환자와 같이 기능이 감퇴된 집단일수록 환경에 더욱 민감한 반응을 보이는 데, 개인의 능

력이 감퇴됨에 따라 환경에 대한 대처능력이 떨어지게 되고 따라서 환경의 영향을 더 많이 받는 것으로 볼 수 있다(Nelson & Paluck, 1980; Lawton, 1981). 치매환자는 익숙한 환경에서 보다 더 기능을 잘 할 수 있다. 새로운 환경에 적응하는 일은 기억장애 환자에게 어렵다. 익숙한 물건들은 안정감을 주며 익숙하지 않은 새로운 물건은 착란을 일으키게 할 수 있다. 또한 치매환자의 생각이나 집중을 방해할 수 있는 것으로서 소음, 복잡하게 여려 사람이 모이는 것, 눈부신 광선, 나쁜 냄새 등이 있다(김주희, 1997).

네 번째 원리는 일과와 활동을 규칙적이고 단순하게 조직하는 것이다.

치매환자의 점진적인 황폐화과정을 고려할 때, 환경으로부터 유입되는 정보의 양과 복잡성은 계속적으로 감소되어야 하므로, 개인에게 부과되는 외부 정보의 양을 단순화시킴으로써 환자의 기능능력을 좀 더 오래 보존할 수 있다 ((Hall et al., 1987). 따라서 일과와 활동을 규칙적이고 단순하게 함으로써 환자가 자신의 일과와 활동에 대해 예상이 가능하도록 계획한다. 환자가 이 같은 일과에 익숙하게 됨에 따라 환자는 불안이 줄어들고 지남력을 가지게 된다(Mace, 1981).

다섯 번째 원리는 지지적 중재를 통해 환자의 자존감을 높이는 것이다.

지지란 환자가 보다 좋은 기분을 느끼고 자존심을 증진시킬 수 있도록 돋는 의식적인 노력이다. 간호자와 환자가 지지적 관계를 조성하는 것은 환자의 불안을 제거하고, 흥분행동을 감소시킴으로써 환자의 사회성의 증가를 가져온다 (Taft, 1993). 지지의 전략으로서는 환자에게 개인적 선택의 기회를 증가시키거나, 회상, 경청, 치료적 의사소통 등이 있다.

여섯 번째 원리는 적절한 활동프로그램을 제

공함으로써 자율성과 사회적 상호작용을 촉진하는 것이다.

치매환자에게 있어 활동은 역할과 대인관계를 지지하는 수단이 되므로 매우 중요한 부분이다. 치매환자의 능동적인 활동참여는 질환으로 인한 역할상실, 자율성 감소 및 자존심의 저하에 대한 좋은 보상이 된다(Kruzich & Berg, 1985). 이웃사람이 방문해 오는 경우나 본인이 이웃을 방문하는 일, 개나 고양이와의 활동, 어린아이들과 노는 일 등도 활동이 될 수 있고, 음악, 운동, 토론, 공예, 게임 등 계획된 활동도 가능하다.

VI. 결과 요약 및 결론

막대한 예산과 과학자들의 노력이 노인성 치매의 정확한 원인을 규명하고 치료방법을 개발하기 위해 투자되고 있으나 지금까지 뚜렷한 효과를 거두지 못하고 있는 까닭에, 최근 치료적 환경의 조성을 통해 환자의 잔존 기능을 최대한 보존하고 문제행동을 예방하거나 관리함으로써 삶의 질을 증진시키는 데 목표를 둔 심리사회적 접근법에 대한 관심이 높아져가고 있다. 이에 본 연구는 이와 같은 철학에 기반을 둔 이론적 및 실증적 모델로부터 치매환자를 위한 치료적 환경의 개념적 틀을 구성하고, 이로부터 돌봄의 원리와 전략을 개발하였다.

본 연구결과는 치매환자의 문제행동에 대한 이해를 돋고, 이에 대한 중재방안을 제공함으로써, 의료인을 비롯한 간호자의 환자 돌봄에 대한 부담을 줄이고 궁극적으로는 치매환자와 이들 가족의 삶의 질을 증진시키는 데 기여할 것으로 기대된다.

본 연구에서 제안하는 치매환자 돌봄의 원리와 전략을 요약하면 다음과 같다.

1. 환자를 자극할 수 있는 스트레스를 최대한 줄인다. 치매환자들은 저하된 인지 및 기능 능력으로 인해 외부의 자극에 대해 매우 민감하므로 스트레스원을 확인하고 이를 최대한 줄일 수 있도록 환경을 수정하는 전략이 필요하다. 치매환자의 주요 스트레스원으로서는 피로/ 일상일과, 간호자 및 환경의 변화/과도한 기능수행에 대한 요구/ 과도한 또는 혼란스러운 자극/급성질환, 통통 및 불편감과 같은 신체적 스트레스가 있다.
2. 환자의 안전을 위협할 수 있는 요인을 미리 예방하고, 안전한 환경을 유지한다. 치매환자의 공통된 행동특성인 배회, 홍분, 파괴적 행동 등은 안전을 위협하는 주요 문제가 된다. 따라서 간호자는 안전을 위협할 수 있는 요인들을 확인하고 사고를 사전에 방지할 수 있도록 출입문을 잠그거나, 배회할 수 있는 적절한 공간을 마련해주거나, 경우에 따라서는 억제를 실시하는 등의 다양한 전략을 사용할 수 있다.
3. 물리적 환경을 환자가 지남력을 갖도록 단순하고 명확하게 조성한다. 치매환자는 쉽게 혼돈이 되고 어떤 자극에 초점을 두어야하는지를 인식하는 데 어려움이 있다. 따라서 지남력을 촉진하기 위하여 단순하고 명확하게 물리적 환경을 조성하고, 환경 내에 적절한 암시를 강화시키고, 환경의 일관성을 유지시키는 등의 전략을 사용할 수 있다.
4. 일과와 활동을 환자가 지남력을 갖도록 규칙적이고 단순하게 조직한다. 치매환자의 일과와 활동은 가능한 한 복잡성을 줄이고 단순한 단계로 조직함으로써 환자의 기능손상을 보상하도록 계획되어야 한다. 구체적인 전략으로서 세면, 식사, 작업, 운동, 오락, 휴식, 수면시간 등과 같은 하루일과가 정해진 순서

를 따르도록 계획하고, 또한 이러한 활동들을 가능한 한 단순하게 조직한다.

5. 지지적 중재를 통해 환자의 자존감을 높인다. 치매환자로 하여금 인간으로서 존중받고 있고, 이해되고 보살핌을 받고 있다는 느낌을 가지도록 하는 것은 매우 중요하며 이것은 환자의 불안과 혼돈을 줄이고 자존감을 높임으로서 기능수준을 증가시킨다. 구체적인 전략으로서는 간호중재시 개인적 선택의 기회를 부여하거나, 회상, 의사소통 기법 등을 이용함으로써 지지를 제공하는 것이다.
6. 적절한 활동프로그램을 제공함으로써 자율성과 사회적 상호작용을 촉진한다. 치매환자에 있어 활동은 역할과 대인관계를 지지하는 수단이 됨으로써 환자의 정체성을 유지하는데 기여한다. 그러나 환자의 능동적인 참여가 없이는 목적을 달성할 수 없으므로 환자의 요구와 능력 그리고 흥미에 맞도록 프로그램을 계획함으로써 환자의 능동적인 참여를 유도하여야 하며 이를 위한 전략은 환자 개인이 일생동안 유지해 온 사회적 활동과 습관을 지속시키는 것이다.

결론적으로 치매에 대한 생의학적 접근이 뚜렷한 효과를 거두지 못하는 현시점에서 치매환자의 남아있는 기능을 최대한 보존하고, 문제행동을 관리함으로써 삶의 질을 증진시키는 것에 목표를 둔 심리사회적 접근법은 매우 유용한 간호중재방안이라고 보며, 이에 기초하여 본 연구에서 제시한 치매환자 돌봄의 원리와 전략은 치매환자의 문제행동에 대한 이해를 돋고, 구체적인 간호중재방안을 수립하는 데 기여할 수 있을 것이다.

중심단어: 치매환자, 돌봄, 치료적 환경

참 고 문 헌

1. 김주희: 치매환자간호: 가족간호, 대한간호협회 보수교육교재, 1997, 65-77
2. 오진주: 일개 요양소에서의 치매노인의 공격 행동에 대한 연구, 한국보건간호학회지, 1998, 12(2), 293-303
3. 오진주: 간호제공자들의 치매노인 공격행동 경험에 대한 연구, 대한간호학회지, 2000, 30(2), 282-292
4. 이정희: 치매환자간호: 진단과 치료적 접근, 대한간호협회 보수교육교재, 1997, 7-15
5. Ballinger, B.: Cluster analysis of symptoms in elderly demented patients
6. Br J Psychiatry, 1982, 140(3), 257-262
7. Baum, A. & Springer J.: Advanced in environmental psychology vol.2: Application of personal control, Hillsdale, NY, Lawrence Erlbaum Associates, 1980
8. Beck, C., & Heacock, P.: Nursing interventions for patient with Alzheimer's disease, Nursing Clinics of North America, 1988, 23(1), 95-123
9. Beisgen, BA.: A life enhancing activities for mentally impaired elders, In Taft, L.B., Delaney, K., Seman, D. & Stansell, J.: Dementia care: Creating a therapeutic milieu, Journal of Gerontological Nursing, 1993, 19(10), 30-39
10. Butler, R., & Lewis, M.: Aging and mental health: Positive psychosocial approaches In Beck, C., & Heacock, P., Nursing interventions for patient with Alzheimer's disease, Nursing Clinics of North America,

- 1988, 23(1), 95-123
11. Calkins, MP.: Design for dementia: planning environments for the elderly and the confused, National Health Publishing, 1988
 12. Chenoweth, B., & Spencer, B.: Dementia: The experience of family caregivers, *Gerontologist*, 1986, 26(3), 267-272
 13. Cogan, D.C.: Visual disturbances with focal progressive dementing disease, *Am J Ophthalmol*, 1985, 100:68
 14. Cohen, D., Kennedy, G., & Eisdorfer: Phases of change in the patient with Alzheimer's disease: A conceptual dimension for defining health care management, *Journal of American Geriatrics Society*, 1984, 32(1), 11-15
 15. Coyne, J., & Lazarus, R.: Cognitive style, stress perception and coping, In I. Kutash & L. Schlesinger(Eds.), *Handbook on stress and anxiety*, San Francisco, Jossey Bass, 1981
 16. Fearing, V.G., Holiday, S., & Coval, M.: Preservative, disruptive behaviors among residents in extended care, presented at Gerontology Society of America annual meeting, 1981
 17. Feil, N.: Resolution: The final life task, *Journal of Humanistic Psychology* 1985, 25(2), 91-105
 18. Gunderson, JG.: Defining the therapeutic process in psychiatric milieus, *Psychiatry*, 1978, vol. 41, November, 327-331
 19. Gunderson, JG.: An overview of modern milieu therapy, In J.G. Gunderson, O.A. Will, L.R. Mosher(Eds.), *Principles and practice of milieu therapy*, New York: Jason Aronson Inc, 1983, 1-13
 20. Hall, GR.: A conceptual model for planning and evaluating nursing care of the client with Alzheimer's disease or a related disorder, Paper presented at the 1986 annual meeting of the American Association of Neuroscience Nurses, 1986
 21. Hall, GR.: Care of the Patient with Alzheimer's disease living at home, *Nursing Clinics of North America*, 1998, 23(1), 31-45
 22. Hall, GR & Buckwalter, KC.: Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease, *Archives of Psychiatric Nursing*, 1987, 1(6), 399-406
 23. Hall et al.: Standardized care plan: Managing Alzheimer's patients at home, *Journal of Gerontological Nursing*, 1995, 21(1), 37-47.
 24. Hellen, CR.: Alzheimer's disease: Activity focused care, Stoneham, MA: Butterworth-Heinemann, 1992
 25. Hoffman, SB. & Platt CA.: Comforting the confused: Strategies for managing dementia, Owings Mills, MD, National Health, 1990
 26. Kikuta, S. C.: Clinically managing disruptive behavior on the ward, *Journal of Gerontological Nursing*, 1991, 17(8), 4-8
 27. Kruzhich, JM & Berg, W.: Predictors of self sufficiency for the mentally ill in the long term care, *Community Mental Health Journal*, 1985, 21(3), 198-207
 28. Lazarus, R.: Psychological stress and the

- coping process, New York, McGraw-Hill, 1966
29. Lawton, MP.: Sensory deprivation and the effect of the environment of the patient with senile dementia, In Clinical aspects of Alzheimer's disease and senile dementia, Eds. N. Miller and G. Cohen. N.Y., Raven Press, 1981
30. Lawton, MP & Nahemow, L.: Ecology and the aging process, In C. Eisdorfer & M. Lawton(Eds.), Psychology of adult development and aging Washington, DC, American Press, 1973
31. Lyman, KA.: Bringing the social back in: A critique of the biomedicalization of dementia, Gerontologist, 1989, 29, 597-605.
32. Maas, M.: Management of patients with Alzheimer's disease in long term care facilities, Nurs Clin North Am, 1988, 23(3), 57-68
33. Maas, M., & Buckwalter, K.: Nursing evaluation research: Alzheimer's care unit, Grant funded by National Center for Nursing Research, National Institutes of Health, 1986, July 15, 1987
34. Mace, N., & Rabins, P.: The 36-hour day, Baltimore, Johns Hopkins University, 1981.
35. Moos, R. & Igra, A.: Determinants of social environment in sheltered care settings, Journal of Health and Social Behavior, 1980, 21, 88-98
36. Moos, R., & Lemke, W.: Assessing the physical and architectural features of sheltered care settings, Journal of Gerontology, 1980, 35(4), 571-583
37. Nelson, MN. & Paluck RJ.: Territorial markings and self concept and mental status of the institutionalized elderly, The Gerontologist, 1980, 21(1), 96-98. In Mace, N. & Rabins, P. The 36 hour day, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1981
38. Nelson, MN.: The influence of environmental factors in incidents of disruptive behavior, Journal of Gerontological Nursing, 1995, 21(5), 19-24
39. Quayhagen, M.P., & Quayhagen, M.: Alzheimer's stress: Coping with the caregiving role, Gerontologist, 1988, 128(3), 391-396
40. Rabins, P.V., Mace, NL. & Lucas, MJ.: The impact of dementia on the family, JAMA, 1982, 248(5), 333-335
41. Rader, J., & Doan, J.: How to decrease wandering, A form of agenda behavior, Geriatric Nursing, 1985, 6(4), 196-199
42. Roberts, BL. & Algase DL.: Victims of Alzheimer's disease and the environment, Nursing Clinics of North America, 1988, 23(1), 83-93
43. Ryden, M. B., Bossenmaier, M., & McLachlan, C.: Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents, Res Nurs Health, 1991, 14, 87-95
44. Serby M., Corwin, J., Conrad P. et al.: Olfactory dysfunction in Alzheimer's disease and Parkinson's disease, Am J Psychiatry, 1985, 142:782
45. Schulz, R.: Effects on control and predictability on the psychological well-being of the institutionalized aged, Journal of Personality

- and Social Psychology, 1976, 33, 563-573.
46. Selye, H.: The stress concept today, In I. Kutash & L. Schlesinger(Eds.), *Handbook on stress and anxiety*, San Francisco, Jossey Bass, 1980
47. Seman, D.: Alzheimer's patients perceptions and response to their illness, In Taft, L.B. et al. *Dementia care: Creating a therapeutic milieu*, Journal of Gerontological Nursing, 1990, 19(10), 30-39
48. Silverstone, B. & Burach-Weiss, A.: A social work practice with the frail elderly and their families: The auxillary function model, Springfield, IL, Charles C. Thomas, 1983
49. Taft, L.B., Delaney, K., Seman, D. & Stansell, J.: *Dementia care: Creating a therapeutic milieu*, Journal of Gerontological Nursing, 1993, 19(10), 30-39
50. Tariot, P., Sunderland, T., Murphy, D et al.: How memory fails: A theoretical model, *Geriatr Nurs*, 1985, 6, 144
51. Venn, RD.: The Sandoz clinical assessment geriatric(SCAG) scale: A general purpose psychogeriatric rating scale, *Gerontology*, 1983, 29(3), 185-198
52. Wolanin, M., & Phillips, L. : *Confusion: Prevention and care*. St. Louis: Mosby, 1981
53. Zgola, JM.: Doing things: A guide to programing activities for persons with Alzheimer's disease and related disorders, Baltimore, Johns Hopkins University, 1987
54. Zgola, JM.: *Alzheimer's disease and the home: Issues in environmental design*, *The American Journal of Alzheimer's Care and Research*, 1990, 5(3), 15-22

〈Abstract〉

Caring for older adults with dementia

-focused on therapeutic environment-

Jung Soon Kim

Department of Nursing, College of Medicine, Pusan National University

Even though enormous governmental expenses and scientists' efforts to find out definite causes and treatment methods of senile dementia have been investigated, little has been known in this area. Along with knowledge development of the etiology and treatment of the dementia, researchers have started to focus on improving the quality of life of the older adults with dementia through psychosocial intervention. This study was designed to propose a theoretical framework for establishing therapeutic environment for the older adults with dementia and for developing principles and strategies of caring.

The results of this study were expected to help family members of the older adults with dementia to understand behavioral problems of the demented persons. The results can be utilized for health professionals to provide nursing interventions to reduce family caregivers' burden and to improve the quality of life of the older adults with dementia and their family.

Caring principles developed from this study were as follows:

1. To minimize the stressors that can stimulate older adults with dementia.
2. To assess demented person's needs for safety and provide intervention based on the assessment.
3. To provide therapeutic environment for older adults with dementia to reduce confusion and to improve orientation.
4. To organize simple regular daily activities that older adults can anticipate.
5. To enhance demented person's self-esteem and self-confidence by providing supportive care.
6. To promote social interaction of the older adults with dementia by utilizing adequate activity programs.

Key words: dementia patients, caring, therapeutic environment