



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

간호학석사학위논문

종합병원 간호사의
치매케어관련 지식과
인간중심접근법에 대한 인식

2015년 8월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
김 소 현



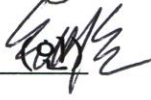
종합병원 간호사의
치매케어관련 지식과
인간중심접근법에 대한 인식

지도교수 송미순

이 논문을 간호학석사 학위논문으로 제출함
2015년 4월

서울대학교 대학원
간호학과 간호학 전공
김소현

김소현의 석사학위논문을 인준함
2015년 6월

위원장 박연환 
부위원장 고진강 
위원 송미순 

국문 초록

본 연구의 목적은 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식 정도와 치매 환자 간호 시 인간중심접근법의 사용에 대한 인식 정도를 파악하는 것이다. 인간중심접근법이란 치매환자의 간호에서 치매환자의 존엄과 능력을 유지시키고 그들의 관점을 이해하기 위해 상호관계의 의사소통을 강조하고 공감을 통해 치매노인을 치료하는 개념이다. 이에 반해 현실 중심접근법은 더 전통적으로 사용된 접근법으로 치매가 있는 사람이 다시 현실로 돌아오도록 계속적으로 현실에 대해 알려주고 감각적으로 자극을 함으로서 노인 대상자의 혼란을 낮추는 전략이다. 최근 연구에서 인간중심접근법은 간호사의 직무 만족도와 가족의 간호부담감에 긍정적인 결과를 보여 국내 임상 간호사들이 활용하는 치매간호접근법에 대한 인식은 무엇인지 규명해 볼 필요가 있다. 이 연구의 결과는 치매노인 환자 간호의 질 향상을 위한 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구의 대상자는 서울시내 일개 종합병원에 근무하는 간호사이다. 전체 18개의 일반병동 중 노인환자가 입원하지 않는 소아과와 산부인과에 근무하는 간호사를 제외하고 나머지 16병동의 간호사 중 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 간호사 194명을 대상으로 하였다. 자료수집 기간은 2015년 3월 10일부터 2015년 4월 10일까지였으며 설문지를 이용한 자가보고방식으로 실시하였다.

연구도구로는 치매케어관련 지식 도구는 Lin et al. (2012)이 개발한 도구를 활용하고, 치매간호접근법의 인식 정도는 Normann et al. (1999)이 개발한 도구를 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS PASW statistics 22.0을 이용하여 연구 목적에 따라 실수와 백분율, 평균과 표준편차, Pearson's correlation, t-test와 one-way ANOVA, Scheffe 사후 분석으로 분석하였다.

연구결과, 치매케어관련 지식 총점의 평균 점수는 11.39점(16점 만점)으로 정답률이 평균 71%이었다. 치매간호접근법 총점의 평균 점수는 8.77점(13점 만점)이었다. 각 문항은 인간중심접근법 혹은 현실중심접근법으로 답할 수 있는데 67%의 항목에 대해 현실중심접근법을 선택하였다. 이는 현재 간호사들이 치매 대상자의 간호에 인간중심접근법보다 현실중심접근법을 사용해야 한다고 인식하는 정도가 높다는 의미이다. 연구 대상자의 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도는 근무병동에 따라 유의한 차이가 있었다. 정신건강의학과 병동의 근무자가 그렇지 않은 병동 근무자보다 치매케어관련 지식 점수가 유의하게 높았다. 인간중심접근법 인식 정도는 정신건강의학과 병동, 응급 병동, 신경과 병동 근무자가 다른 병동 근무자보다 더 높았다. 치매교육을 받은 사람이 치매케어관련 지식이 높았고 인간중심접근법에 대한 인식도 높았다. 또한 정신건강의학과 병동 간호사들은 졸업 후 임상에서 치매환자 간호에 대한 교육을 받을 기회가 더 많은 것으로 나타났는데 이것이 치매환자 케어에 대한 지식 정도와 인간중심접근법에 대한 인식 정도가 높은 이유로 생각된다.

결론적으로 종합병원 간호사들의 치매케어관련 지식점수 정도는 상당히 높은 편이지만 치매 대상자에게 인간중심접근법을 사용하는 것에 대한 인식 정도는 낮은 편이었다. 치매관련 임상교육을 받은 유 경험자는 인간중심접근법에 대한 인식이 높아 일반 간호사들에게 치매환자에 대한 인간중심접근법에 대한 교육을 강화해야 할 필요가 있다.

주요어: 치매노인, 종합병원 간호사, 치매케어관련 지식,
인간중심접근법, 현실중심접근법

학 번: 2013-20415

목 차

국문 초록.....	i
I. 서론.....	1
1. 연구의 필요성.....	1
2. 연구의 목적.....	5
3. 용어의 정의.....	6
II. 문헌고찰.....	8
1. 급성기 병원의 치매노인.....	8
2. 간호사의 치매케어관련 지식.....	12
3. 인간중심접근법.....	15
III. 연구방법.....	21
1. 연구 설계.....	21
2. 연구 대상.....	21
3. 연구 도구.....	22
4. 윤리적 고려.....	24
5. 자료수집 절차.....	24
6. 자료분석 방법.....	25

IV. 연구결과.....	26
1. 대상자의 일반적인 특성과 치매관련 특성	26
2. 대상자의 치매케어관련 지식과 관련 특성	30
3. 대상자의 치매간호접근법과 관련 특성	35
4. 치매케어관련 지식과 치매간호접근법 인식간의 상관관계.....	41
V. 논의.....	42
VI. 결론 및 제언.....	51
참고문헌	54
부 록.....	65
Abstract.....	77

List of Tables

<Table 1> General characteristics of the subjects	27
<Table 2> Dementia care related characteristics of the subjects ..	29
<Table 3> Dementia care Knowledge Scores	31
<Table 4-1> Comparison of dementia knowledge by general characteristics of subjects.....	33
<Table 4-2> Comparison of dementia knowledge by dementia related characteristics	34
<Table 5> Dementia care approach in each item	36
<Table 6-1> Difference of dementia care approach by general characteristics	39
<Table 6-2> Difference of dementia care approach by dementia related characteristics	40

부록 목차

부록 1. 연구참여 동의서	65
부록 2. 일반적 사항 도구	66
부록 3. 치매케어관련 지식 도구.....	68
부록 4. 치매간호접근법 도구	70
부록 5. 연구대상자보호심의결과 통보서.....	73
부록 6. 연구 도구 사용 허락서	75

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 2008년 고령화 사회에 접어들어 급격히 증가하는 치매 노인에 대한 관심이 높아지고 있다. 국내 65세 이상 치매노인 유병률은 2012년 약 54만명에서 2030년에는 127만명, 2050년에는 약 271만명으로 매 20년마다 2배씩 증가될 것으로 추정된다(보건복지부, 2014).

치매는 건망증과는 달리 여러 가지 원인 때문에 뇌의 신경조직이 손상되는 병이다(보건복지부, 2008; 오병훈, 2009). 진단 초기에는 언어장애나 실행장애와 같은 인지장애 중 한 가지 이상의 증상과 함께 기억력 감소가 나타나고 이러한 증상들이 진행됨에 따라 흥분, 공격성, 정신증과 같은 이상 행동증상과 정신 심리증상이 나타나 간호제공자들에게 소진을 경험하게 하고 막대한 의료비용의 지출과 함께 삶의 질을 저하시키는 중요한 원인이 된다(Fitten, 2006).

치매는 장기 간호를 요하는 건강 문제로 간호서비스 제공자가 어떤 태도로 대하느냐에 따라 치매노인의 삶의 질이 변할 수 있다. 간호사가 치매환자에 대해 잘못된 지식과 부정적인 태도를 가지면 간호서비스의 질에 악영향을 미칠 수 있으므로 양질의 치매노인 간호를 제공하기 위해서 간호사는 치매환자를 돌보는 전문지식이 필요하다(김정희, 2000; Courtney, Tong, & Walsh, 2000).

노인인구증가와 함께 급성기 일반병원에도 치매노인들의 입원이 증가하고 있어 병원의 임상간호사들도 치매노인을 돌보는 경우가 증가하고

있다(Buck, 2008). 그러나 급성기 환자에 초점을 두는 일반병원에는 치매환자에게 적합한 치료 환경이 조성되어 있지 않고 간호사들은 일반적인 간호가 우선되는 환경에서 치매노인에게 체계적인 간호서비스를 제공하지 못하고 있다(홍혜숙, 2010; Eriksson & Saveman, 2002; Tolson, Smith, & Knight, 1999). 급성기 병동 간호사들은 치매환자를 돌보는 전문지식이 없는 채로 치매노인을 돌봐야 하는 간호부담을 안고 있고 치매환자들이 문제 행동을 보일 때 힘이나 폭력을 쓰거나 방임하거나 어떤 간호사들은 치매환자들에 대해 공포감을 느끼고 있는 것으로 보고되었다(Eriksson & Saveman, 2002; Tolson et al., 1999). 이러한 간호부담감을 줄이기 위해서는 간호사가 치매환자 간호에 전문적인 기술과 지식을 갖추는 것이 중요하다(조미경, 2008). 외국에서는 급성기 일반병원에 치매전문간호사를 배치한 결과 환자, 간병인, 일반 간호사에게 도움이 되었고 이를 기초로 급성기 병원에서도 치매환자 전문간호가 제공될 필요가 있다고 하였다(Elliot & Adams, 2011). 그러나 대부분의 국내병원 간호사들은 간호대학 교과과정 외에 치매노인에 대한 간호를 체계적으로 학습할 기회가 적었고 병동의 간호인력이 부족하여 치매노인 환자들에게도 다른 일반환자와 같이 질병치료를 우선하는 간호를 제공하고 있다(오진주, 2000).

국내 선행연구 중 간호사들의 치매케어관련 지식에 대한 선행연구가 있었으나 치매케어관련 지식 측정도구로 비 의료인들을 대상으로 개발한 도구를 이용하여 간호사의 전문적인 지식 수준을 측정하는 데 제한이 있었다(김숙희, 2013; 김정숙, 2012).

치매노인에 대한 간호를 잘하기 위해서 간호사는 치매라는 질병에 대한 지식을 가지는 것도 필요하지만 대상자에게 어떤 간호접근법을 쓰는

것이 좋은지도 알아야 한다(Cohen-Mansfield & Bester, 2006). 대표적인 치매노인에 대한 간호접근법은 현실중심접근법(Reality-oriented approach)과 인간중심접근법(Person-centered approach)으로 대별된다.

현실중심접근법은 치매가 있는 사람이 다시 현실로 돌아오도록 계속적으로 현실에 대해 알려주고 감각적으로 자극을 함으로서 노인 대상자의 혼란을 낮추는 전략이다. 이는 1950년대에 미국에 있는 병원 내 노인환자들의 혼란과 방향감각상실에 대처하는 간호접근법으로 개발되었다(Metitieri et al., 2001; Taulbee & Folsom, 1966). 현실중심접근법은 일종의 인지자극접근법으로 치매가 있는 사람들의 인지기능을 개선하기 위해 이용되어 왔다(Woods, Aguirre, Spector, & Orrell, 2012). 그러나 현실중심접근법을 사용할 때의 문제점이 있는데 중증 치매노인에게 현실중심접근법을 사용하면 대상자보다 환자가 가진 장애와 증후군을 오히려 강조하게 되는 결과가 된다(Burton, 1982; McMahon, 1988). 현실중심접근법을 사용하는 간호사들은 치매가 있는 환자들을 간호사가 수정해야 하는 ‘잘못된’ 행동을 한다고 믿기 쉽고, 이때 간호사는 일방적인 의사소통을 하는 관계가 될 수 있다(Morton & Bleathman, 1987). 이러한 문제가 드러나면서 치매환자에 대한 접근법으로 비교적 최근에 제안된 것이 인간중심접근법이다.

인간중심접근법은 영국 브래드퍼드 대학의 Kitwood 교수가 치매간호의 질을 향상시키기 위해 제시한 철학적 이념으로 이것은 치매증상이 아닌 치매가 있는 사람에게 간호의 초점을 맞춘 이념이다(미즈노유타카, 2011; Kitwood & Bredin, 1992). 이것은 치매환자의 존엄과 능력을 유지시키고 그들의 관점을 이해하기 위해 상호관계의 의사소통을 강조

하고 공감을 통해 치매노인을 치료하는 개념이다. 치매간호접근법에 대한 국외 선행연구에서는(Fessey, 2007) 병원의 간호사들이 적절한 치매케어관련 지식과 인간중심접근법을 적용하는 것이 치매환자에게 가장 유익하며 적절한 간호라고 주장하였다. 다른 여러 연구(Lin, Hsieh, & Lin, 2012; Normann, Asplund, & Norberg, 1999)에 의하면 전문적인 치매교육을 받은 간호사가 인간중심접근법을 더 활용하고 있는 것으로 나타났다. 다만 간호사의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법에 대한 연구에서는(Lin et al., 2012) 간호사들의 인간중심접근법에 대한 인식이 부족한 것으로 나타났다. 이상을 종합하여 볼 때 인간중심접근법에 대한 국외 선행연구들이 진행되어 있지만 현재까지 국내에서는 치매노인에 대한 병원 간호사의 간호접근법에 대한 연구는 보고되지 않았다.

따라서 본 연구는, 국내 급성기 환자를 돌보는 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식 정도와 인간중심접근법에 대한 인식 정도를 파악하고 관련요인을 규명하고자 한다. 본 연구결과는 추후 국내 종합병원 임상 간호사들의 수준에 적합한 치매간호 교육프로그램 개발의 기초자료로 활용될 것으로 기대한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매환자 간호 시 인간중심접근법에 대한 인식 정도를 파악하여, 향후 치매노인 환자에 대한 간호의 질 향상을 위한 기초자료로 활용하는 것이다.

이에 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 치매케어관련 지식 정도를 파악한다.
- 2) 간호사의 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식의 차이를 비교한다.
- 3) 간호사의 치매노인 간호접근법으로 인간중심접근법에 대한 인식 정도를 파악한다.
- 4) 간호사의 일반적 특성에 따른 치매노인 환자에 대한 치매간호접근법의 차이를 비교한다.
- 5) 간호사의 치매케어관련 지식과 인간중심접근법에 대한 인식과의 상관관계를 규명한다.

3. 용어의 정의

1) 치매노인

치매는 후천적 뇌 질환에 의한 다발성 인지장애가 일상생활의 장애를 일으키는 상태로 70여 가지에 이르는 원인 질환들에 의해 유발되는 임상 증후군을 말한다(Mayeux et al., 1993). DSM-IV 치매 정의에 따르면 기억력 장애와 함께 다른 인지 영역에서 한가지 이상의 장애가 있고 이로 인해 기존에 잘 수행해오던 사회적, 직업적 기능의 장애를 초래하여야 하고 이것이 섬망(Delirium)에 의한 것이 아닌 질환을 말한다(Rockwood et al., 2007). 본 연구에서 치매노인이란 종합병원에 입원 중인 65세 이상 노인 중 이미 치매로 진단받았거나 치매를 치료하기 위해 온 노인을 말한다.

2) 종합병원 간호사

종합병원이란 의료법에 따라 100개 이상의 병상(病床)과 7개 또는 9개 이상의 진료과목, 각 진료과목에 전속하는 전문의를 갖춘 제2차 의료급여기관이다(doopedia, 2015). 종합병원 간호사란 정부가 인정한 정규 간호교육을 마치고 간호사 국가고시에 합격하여 면허증을 취득한 후 자료수집 당시에 일개 종합병원에서 근무하는 간호사를 말한다(대한간호학회, 1997).

3) 치매케어관련 지식

치매케어관련 지식이란 간호사가 가지고 있는 치매 질병 자체의 지식 뿐만 아니라 치매에 관한 진단방법, 증상, 간호에 대한 것을 포함한 지

식을 말하며 본 연구에서는 Lin et al. (2012)이 개발한 ‘Dementia care Knowledge Scores’ 도구로 측정한 점수로 점수가 높을수록 치매케어관련 지식이 많은 것이다.

4) 치매간호접근법에 대한 인식

치매간호접근법이란 치매노인에게 적용하는 2가지 간호접근법인 인간 중심접근법, 현실중심접근법에 대한 인식을 의미한다. 본 연구에서는 Normann et al. (1999)가 치매간호접근법을 측정하기 위해 개발한 ‘Approach to Advanced dementia care’ 도구로 측정하여 점수가 낮을수록 인간중심접근법에 대한 인식이 높은 것이며 점수가 높을수록 현실 중심접근법에 대한 인식이 높은 것이다.

II. 문헌 고찰

1. 급성기 병원의 치매노인

치매, 디멘치아(dementia)는 라틴어의 디멘스에서 나온 말로서 디(de)의 제거한다, 멘스(mens)의 정신, 그리고 티아(tia)의 질병이란 단어가 결합된 용어로서, 문자 그대로 정신이 제거된 질병이다 (신경정신 의학회, 1996). 치매는 황폐화된 정신상태(deteriorated mentality)라는 영어의 줄인 말로 기억, 정서, 인지력, 사고 등이 저하되면서 나타나는 여러가지 증상들을 총칭하는 말로 인식되고 있다(Kaplan, 1985).

치매는 신경세포의 손상으로 인한 뇌 증후군으로 대개 만성적, 진행성이며 인지장애라는 기본 증상 외에 일상생활을 할 수 없을 정도로 실인증, 실행증, 실어증, 수행기능의 장애가 최소 한 가지 이상 동반되며, 이로 인해 사회적, 직업적 기능 수행에 있어 장애가 초래된다(권중돈, 2012; Kim, 1999).

치매의 원인이 되는 질환으로는 신경과, 내과, 정신과 질환 등의 70여 종류로 알려져 있지만 이중에서 가장 많은 질환은 알츠하이머형 치매이다. 이는 대표적인 퇴행성 치매로 서서히 진행되고 치료가 어렵다. 두 번째로 많은 질환은 뇌혈관 질환과 관련되어 있는 혈관성 치매이다. 혈관성 치매는 뇌졸중의 재발을 방지하게 되면 치매의 진행을 막을 수 있기 때문에 치료 가능한 치매로 분류된다. 그 외에는 만성경막하혈종, 정상압 수두증, 비타민 결핍증, 신경매독, 뇌종양, 우울증, 갑상선기능 저하증, 뇌종양, 약물 부작용 등이 치매의 원인으로 이는 원인질환 치료

를 통해 완치가 가능하다. 이 가운데 알츠하이머형 치매는 가장 많이 발생하는 치매유형으로 치매의 약 50%를 차지하고 있고, 혈관성 치매는 약 20%, 그리고 혈관성과 알츠하이머형 치매가 동시에 발병하는 경우가 약 15%인 것으로 알려져 있다. 이와 같이 치매는 하나의 질병이지만 매우 다양한 원인들에 의해서 발생하는 증후군이다. 따라서 그 원인에 따라서 증상이 나올 수 있는 것과 악화되는 것이 있고 진행되거나 진행되지 않는 것이 있다. 전체 치매의 약 15~20% 정도는 치료될 수 있는 것으로 알려져 있다(대한노인병학회, 2002).

우리나라 2002년부터 2009년 사이의 노인성 질환 진료추이를 분석한 결과, 7년간 치매환자가 4.5배 증가하였고, 치료로 인한 진료비도 11배 증가하였다. 그리고 노인성 질환의 전체 1인당 진료 이용량은 꾸준히 증가하였고 그 중 치매와 파킨슨병으로 인한 진료가 두드러지게 증가하였다. 연도별 진료실인원은 뇌혈관 질환이 가장 많았으나 2002년 대비 2009년 증가율은 치매가 4.51배로 가장 많이 증가하였으며 그 중 65세 이상 노인의 치매질환자수의 증가가 전체 치매질환자의 상당부분을 차지하고 있었다(국민건강보험공단, 2011).

치매는 이와 같이 노년기에 많이 발병하는 것으로 현재 심장병, 뇌졸중, 암에 이어 4대 주요 사인으로 불릴 정도로 중요한 기질성 장애의 하나이다. 치매는 빠르면 40대부터 발생할 수 있지만, 대개 65세 이상의 노인들에게 발생하는 노인성 질환이다(김혜숙, 2006). 나이가 증가할수록 그 비율은 높아지며, 80세 이상의 고령자들은 치매 빈도가 5배나 높다(이가옥, 서미경, 고경환, & 박종돈, 1994). 우리나라는 급속한 고령화로 치매노인의 수도 빠르게 증가하여 매 20년 마다 치매노인의 수가 2배로 증가될 것으로 예상되며, 2027년에는 치매노인이 100만명을

넘을 것으로 보인다(이지영, 2014). 우리나라 전체 치매환자의 2/3 이상이 적절한 진단이나 치료없이 단순 보호 또는 방치 상태에 놓여 있는 것으로 추산된다. 치매는 무엇보다 조기 진단과 치료가 중요하지만, 치매에 대한 인식, 지식 부족으로 진단과 치료 적기를 놓쳐 가정과 사회의 심리적, 경제적 부담이 가중되고 있다(보건복지부, 2008).

치매는 진행될수록 다양한 인지장애 증상이 나타나고, 언어 및 신체적 공격행동, 정신병적 행동, 이상운동 행동, 우울, 무감동, 불안 등의 정신 및 행동이상 증상이 나타난다. 구체적으로 치매의 진행은 3단계로 구분된다. 초기단계에는 지남력 상실, 성격변화, 기억력 저하 등의 증상이 나타나며, 중기단계에는 추상적 사고장애, 인지장애, 초조, 불안, 판단장애, 일상생활능력 감소, 배회, 반복 행동, 부적절한 사회적 행동 등이 나타난다. 말기단계에는 증상이 악화되어 음식에 대한 무관심, 의사소통 불능, 쇠약, 경련, 대소변의 실금 등이 나타난다(권대순, 2013; Lövheim, Gustafson, Karlsson, & Sandman, 2011; Livingston et al., 2005). 치매 진단을 받은 노인들이 치매 증상이 진행됨에 따라 나타나는 일상생활의 독립성 감소, 흥분, 공격성, 정신증과 같은 문제행동과 같은 증상은 치매노인을 돌보는 간호제공자에게 신체적, 정신적 문제가 될 수 있다(김정숙, 2012). 아울러, 치매 진단을 받은 환자가 급성기 병원에 머무는 평균 입원기간은 65세 이상의 노인들과 비교할 때 훨씬 더 길며, 사망률은 더 높았다(Sampson, Blanchard, Jones, Tookman, & King, 2009). 국내에서도 국민건강보험공단에서 최근 6년간 ‘치매’로 인한 진료비 지급자료를 분석한 결과에 의하면 의료기관인 요양병원과 종합병원을 이용한 진료인원은 증가하여 연평균증가율은 24.3%로 가파르게 나타났고 2013년 진료인원 약 41만명으로, 5년간 두 배 가까이 증가

하였고(건강보험심사평가원, 2014) 노인환자의 평균 재원일수가 가장 긴 질병도 치매로 120일이나 되었다(강남구치매지원센터, 2012). 급성기 치료환경은 질병치료 중심으로 치매노인에 맞는 환경이 조성되어 있지 않기 때문에, 급성병원에 입원한 치매환자의 문제행동을 유발하거나 문제행동을 악화시킬 수 있다(Coffey et al., 2014).

이와 같이 인구 고령화와 치매노인 환자 증가에 따른 사회, 경제적 비용 절감, 치매노인 환자와 가족의 삶의 질 향상 등을 위해서는 조기 발견 및 치료와 보호, 사회적 지원 기반 확충 등 대책 마련이 필요하다(보건복지부, 2014).

2. 간호사의 치매케어관련 지식

일반인들을 대상으로 생각할 때 치매케어관련 지식의 내용은 전반적인 치매 증상, 진단, 예후, 치료를 포함하여, 예방 가능성, 증상에 대해 인식하고 분별, 판단하기 위해 필요한 치매에 관한 지식을 말한다(방현령, 2006; Lin et al., 2012).

우리나라의 인구고령화와 더불어 치매노인문제가 사회적 이슈가 되고 있고 치매케어관련 지식에 대해 다양한 조사 연구들이 나오고 있다. 지금까지 이루어진 국내 선행연구들은 간호사를 대상으로 연구하기 보다는 비 의료인 대상으로 한 연구가 많았다(김숙희, 2013; 김현숙, 2014; 박복임, 2010; 선우홍미, 2014; 용미현, 김은정, & 양영애, 2010; 윤순철, 2014; 이신섭, 2001; 조현오, 1999; 한동희, 1994; 황은혜, 2013).

최근 들어 요양원, 요양 병원이 늘어나면서 요양보호사들의 치매케어 관련 지식수준을 연구한 논문들도 있었다. 요양보호사를 대상으로 치매 케어관련 지식과 치매 문제행동 요양부담감을 조사한 연구에서는(윤순철, 2014) 요양보호사들의 치매치료지식, 치매간호지식보다 특히 치매라는 질병에 대한 지식이 낮았다.

그리고 요양병원 돌봄 제공자인 간호사, 간호조무사, 요양보호사를 대상으로 하여 치매케어관련 지식수준과 문제행동에 대한 부담감 관계를 연구한 최근 논문에서는(김현숙, 2014) 요양병원 돌봄 제공자의 치매 케어관련 지식은 낮은 수준이었고, 문제행동 부담감은 중등도 이상이었다. 치매케어관련 지식은 직업, 근무경력, 치매관련 교육프로그램 참여 빈도에 따라 차이가 있고 치매 문제행동 부담감과 유의한 상관관계가

있었다. 비 의료인인 직업군인을 대상으로 치매케어관련 지식과 태도에 관한 상관관계를 조사한 연구에서는(강혜경, 2010) 지식수준이 높을수록 태도 또한 긍정적임을 확인할 수 있었다. 이상의 연구들은 모두 비 의료인을 대상으로 하여 치매케어관련 지식수준을 확인한 연구들이었다.

간호학과와 사회복지학과 학생의 치매케어관련 지식, 태도 및 지각된 서비스 요구를 조사한 연구에서는(김숙희, 2013) 치매케어관련 지식 수준이 높을수록 치매에 대한 태도가 긍정적이고, 치매에 대한 태도가 긍정적일수록 치매에 대한 서비스 요구가 더 높게 나타났다. 치매케어 관련 지식수준이 높을수록 치매노인에 대한 태도가 긍정적이므로 교육 과정과 교육프로그램 개발이 매우 중요함을 알 수 있었다.

종합병원 간호사 200명을 대상으로 한 치매케어관련 지식 정도와 치매환자에게 나타나는 문제행동에 대한 간호부담감 정도를 파악하였는데(김정숙, 2012) 치매케어관련 지식 정답률이 84%로 나타났으며 질병지식, 치료지식, 간호지식 가운데 질병지식이 가장 낮게 나타났고 치매노인의 문제행동의 빈도가 높을수록 간호부담감이 높게 나타났다.

하지만 국내 간호사 대상 치매케어관련 지식 연구에서는 대부분 치매 지식을 측정하는 도구로 비 의료인들을 대상으로 개발한 도구를 사용하여 간호사의 전문적인 지식수준을 측정하는 데는 한계가 있어 간호사를 대상으로 개발된 치매간호 실무가 포함된 지식 측정도구를 사용하여 평가할 필요가 있다(김숙희, 2013; 김정숙, 2012).

간호사의 치매케어관련 지식을 조사한 대만의 연구에서는(Lin et al., 2012) 간호사에 맞는 도구를 개발하여 사용하였다. 연구에 참여한 대부분의 간호사들은 정확한 치매케어관련 지식을 지니고 있으며 다양한 치매 중증도를 구별할 수 있는 것으로 나타났다. 이 연구에서 가장 점수

가 낮은 문항은 치매와 섬망을 구별하는 문항이었다. 이는 종합병원 간호사들이 섬망과 치매, 치매와 혼돈의 차이를 구별하는데 어려움을 느낀다는 선행연구 결과와(Law, 2008) 일치했다. 또한 미국의 전문 간호사들을 대상으로 전반적인 질병의 지식수준에 대해서 조사를 한 결과에서도, 50%이상의 간호사들이 알츠하이머 병, 치매, 섬망을 구분하는 지식에 대한 자신감이 없었다(Voyer, Cole, McCusker, & Belzile, 2006).

미국의 연구에 의하면 의료팀에 대해 치매케어관련 지식 교육훈련을 시킨 결과 의료팀의 실무능력향상과 더불어 치매환자들에 대한 긍정적인 태도가 향상되었다(Kada, Nygaard, Mukesh, & Geitung, 2009).

영국에서 시행된 치매치료에 대한 교육훈련의 적절성에 대한 의료 전문가들의 인식에 관한 대규모 연구가 있었다. 영국과 웨일즈에서 근무하는 2210명의 병원 의료팀에 대한 연구이었는데 의료팀들은 자신들의 치매지식 관련 교육훈련이 부적절한 것으로 인식하였고 영국의 종합병원에 근무하는 간호사들의 95%는 연구가 시행되기 전 2010년 1년 동안에 치매케어관련 지식 교육을 받지 않았다(Gandesha, Souza, Chaplin, & Hood, 2012).

이상의 문헌 고찰들은 종합병원 간호사들이 치매케어관련 지식이 필요하고 부족하다는 것을 제시하고 있으나 국내 종합병원 간호사들의 치매케어에 대한 전문적인 지식수준에 대한 연구는 부족하여 이에 대한 연구가 필요하다.

3. 인간중심접근법

대표적인 치매노인에 대한 간호접근법에는 현실중심접근법(Reality-oriented approach)과 인간중심접근법(Person-centered approach)이라는 2가지 접근법이 있다.

현실중심접근법은 1950년대에 미국에 있는 병원 내 치매노인 환자들의 혼란과 방향감각 상실에 대처하는 간호방법으로 개발되었다(Taulbee & Folsom, 1966). 현실중심접근법은 혼돈상태인 사람이 다시 현실을 인지할 수 있도록 계속적으로 현실에 대해 알려주고 또한 감각자극 등을 활용함으로써, 혼란을 낮추는 전략이다(Metitieri et al., 2001).

현실중심접근법은 2가지 다른 전략을 쓸 수 있는데, 즉, 현실중심 접근법에는 비공식 현실중심접근법과 학급 현실중심접근법이다.

전자는 환자와 하루 24시간 동안 모든 접촉에 기초하여 시행하는 비공식 현실중심접근법이고 둘째는 교실과 같은 비슷한 상황에서 행해지는 특수한 치료시간을 가진 현실중심접근법이다. 비공식 현실중심 접근법은 직원이 현재 날짜, 일주일 중 날짜, 하루 중 시간, 현재 위치와 같은 반복적 정보를 말과 환경적인 보조기구 등을 이용하여 환자에게 정기적으로 제공하는 연속적인 24시간 과정의 접근법이다. 후자의 경우에는 환자가 특수 교실에 하루 30분부터 1시간 정도 모여서 치료받는 보다 공식적인 교육 집단 치료방법이다(Metitieri et al., 2001). 한 논문에서 연구결과를 통해 학급 현실중심접근법이 장기요양기관이나 병원 외래환경에서 치매환자의 인지 및 행동에 긍정적인 효과를 미친 것으로 나타났다. 또 다른 논문에서는 현실중심접근법이 치매환자의 무관심하고, 우울하며 혹은 공격적인 행동이 개선되는 긍정적 효과를 미쳤

다(Verkaik, van Weert, & Francke, 2005).

일종의 인지자극접근법으로 인식되는 현실중심접근법은 치매환자의 인지기능을 개선하기 위해 이용되어 왔다(Woods et al., 2012). 그러나 중증치매노인에 대해 현실중심접근법을 사용하는 것은 계속적으로 환자에게 지남력을 주려고 하기 때문에 환자보다 환자가 가진 장애와 증후군을 오히려 강조하게 되는 결과가 된다. 선행연구들 중(Burton, 1982; McMahon, 1988) 현실중심접근법의 장점도 있으나 그렇지 않은 점도 있었다. 비평가들은 간호사들이 치매가 있는 환자들을 간호사가 수정해야 하는 ‘잘못된’ 행동을 한다고 믿을 위험이 있고, 이때는 일방적으로 치매환자에게 의사소통을 하는 관계가 될 수 있음을 제시했다(Morton & Bleathman, 1987). 이러한 문제가 드러나면서 치매환자에 대한 접근방식으로 인간중심접근법이라는 새로운 접근법이 제안되었다.

간호사들이 현실중심접근법에 대해 불만족스러워 하는 이유는 환자의 장애를 강조하기 때문이다. 이 문제에 대한 개선책으로 치매증상 이면에 있는 개인의 인간성에 관심을 두고, 인간성에 초점을 맞춘 접근법을 제시하였다(Harrison, 1993; Jenkins & Price, 1996; Kihlgren, Hallgren, Norberg, & Karlsson, 1996; Kitwood, 1995; Kitwood & Bredin, 1992; Norberg, 1996; Sabat & Harré, 1992).

치매간호의 목표는 치매를 앓는 환자의 인간성을 보존하고 재구성하는 것인데 이는 환자의 일생의 기록, 과거의 역할, 문화, 가치, 자기 정체성에 주의를 기울이는 것이다(Harrison, 1993). 인간성은 단순한 인지능력 이상의 것이며, 인간답게 치료한다는 건 우리 자신이 치료받고자 하는 대로 치료한다는 의미이다(Kitwood & Bredin, 1992). 간호하는 사람들은 치매노인 환자가 지니고 있는, 관계, 의사소통, 개성,

감정, 능력을 중시해야 하고 소위, 행동 장애 및 파편화된 의사소통도 의미 있는 것으로 간주해야 된다(Crisp, 1995; Gibson, 1994; Norberg, 1994, 1996).

인간중심접근법이라는 말은 원래 Carl Rogers의 ‘이용자 중심치료’에서 유래했다. 이것은 ‘상담을 원하는 상담자 본인이야 말로 그 자신에 대해 잘 알고 있는 존재다’라는 생각을 반영한 것이다. 인간중심이라는 말은 오랫동안 미국이나 영국의 정신요법이나 심리요법 관계자들 사이에서 통용되어 왔다(미즈노유타카, 2011; Rogers, 1961). 그러나 치매간호 분야에서는 비교적 최근에 소개되기 시작했다.

인간중심접근법은 영국의 Kitwood and Bredin (1992)이 치매간호의 질을 향상시키기 위해 간호현장에서 일하는 사람들에게 제시한 철학적 이념이고 이것은 치매 증상이 아닌, 사람에게 초점을 맞춘 이념으로 치매환자의 존엄과 능력을 유지시키고 그들의 관점을 이해하기 위해 상호관계의 의사소통을 강조하고 공감을 통해 치매노인을 치료하는 개념이다(미즈노유타카, 2011).

Kitwood (1997)는 치매노인의 행동, 심리 증상(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)은 뇌에서의 변화의 결과가 아닌 신경병리학과 인간의 사회심리적 환경 사이에서의 복잡한 상호작용의 결과라고 주장했다. 이러한 개념을 기초로 본다면 치매 증상에 대한 수많은 경험을 하는 치매노인 환자들이 나타내는 행동심리 증상을 질병자체의 단순한 결과가 아니라 타인들과의 부정적인 상호작용을 통해 초래된 인간성에 대한 위협의 결과로 볼 수 있다.

인간중심접근법은 치매환자의 존엄과 능력을 유지시키고 그들의 관점을 이해하기 위해 관계의 의사소통을 강조함으로써 공감을 통해 치료하

는 것이다(Kitwood & Bredin, 1992). 인간중심접근법은 전통적인 치매진료에 대한 전체론적 대안이다(Chenoweth et al., 2009). 인간중심접근법의 핵심 목표는 치매노인의 자아와 정상상태의 지속성을 촉진하는 것이다. Kitwood and Bredin (1992)은 인간중심이란 개념이 노인간호에서 비롯됐다고 보았다. 치매가 있는 노인에게 인간중심접근법을 제공하는 것은 유럽, 호주, 북아메리카에서 품질이 높은 간호의 특징으로 간주되고 있다(Edvardsson, Fetherstonhaugh, & Nay, 2010).

인간중심접근법을 사용하여 치매노인들을 간호한 결과 간호사들의 직무 만족도, 가족의 간호부담감에 긍정적인 영향을 미쳤다는 것을 보여주었다(Francis, 2013; McCance, McCormack, & Dewing, 2011). 또한 인간중심접근법을 사용함으로써 치매환자의 신경안정제 이용률을 감소시키고 문제행동을 개선할 수 있는 것으로 나타났다(Fessey, 2007; Hellzén, Kristiansen, & Norbergh, 2003; Normann et al., 1999). 인간중심접근법을 활용하는 것은 치매환자에게 긍정적인 영향을 미치므로 간호제공자들에게 인간중심접근법을 교육하는 것이 필요하다고 하였다(Hayajneh & Shehadeh, 2014).

한 선행연구에서는 병원 간호사들을 대상으로 병원 간호사의 치매노인에 대한 인간중심접근법에 대한 지식 정도를 평가한 결과, 실무에 적용할 수 있는 정도의 지식수준이 되지 못하는 것으로 나타났다(Fessey, 2007). 치매환자에 대한 간호의 질은 적절한 지식수준과 적절한 간호접근법을 적용하는 인력에 따라 좌우된다. 일반적으로 유럽에 있는 병원의 간호사들도 치매환자 간호에 대한 지식이 부족하였고, 치매가 악화된 사람들에게 대해 간호사가 인간중심접근법을 적용하는 경우는 드물었다(Fessey, 2007; Normann et al., 1999).

Normann et al. (1999)은 일반병원의 치매환자에 대한 간호사의 치매간호접근법을 조사한 결과 67%의 간호사들이 현실중심접근법을 선택하였고 인간중심접근법을 선택한 간호사들은 33%에 지나지 않았는데 이들은 대부분 전문적인 치매교육을 받은 간호사였다. 치매간호 접근법을 조사한 대만의 연구에서는(Lin et al., 2012) 67%의 대상자들이 치매 대상자 간호에 대해 현실중심접근법을 이용해야 하는 것으로 인식하였는데 이는 Normann et al. (1999)의 연구 결과와 유사하여 인간중심접근법의 사용이 부족함을 나타낸다.

Kitwood의 인간중심접근법과 Feil의 인정요법은 모두 인간주의적인 모형에 포함된다(Brooker, 2003). 인간중심접근법은 회상요법, 전기적 접근법, 인정요법을 포함하고 있다(Woods, Spector, Jones, Orrell, & Davies, 2005). 인정요법은 치매간호에 대한 인간중심접근법의 한 부분으로 인간중심접근법과 같은 간호철학을 가진 접근법으로 분류된다(Neal & Briggs, 2003).

국내 치매관련문헌에서는 인정요법(Validation therapy)이 자주 언급되고 있다. 인정요법은 1980년대 후반에 Feil에 의해 주장된 것으로 공감적 이해요법이라고 하며 인지기능이 손상된 노인들에 대한 현실중심접근법의 반동으로 등장하였다(김경애 & 하양숙, 1998; 미즈노유타카, 2011). 인정요법은 인지기능 저하로 인해 지남력이 저하된 치매노인들과 의사소통하는 방법으로 치매노인의 감정과 표현을 의미 있는 것으로 수용하고 치매노인의 안위와 위엄, 자존감을 증진시키기 위한 간호중재법이다(Feil, 1993). 인정요법은 지남력이 손상된 치매노인들에게 그들의 혼돈된 말과 행동을 근거 있는 것으로 인정함으로써 대상자의 존엄성을 유지하고 남은 여생을 보내 수 있도록 도와줄 수 있는 효과적인 간호

중재법으로 국내에 소개되어 있었다(김경애 & 하양숙, 1998).

치매노인에 대한 인정요법의 효과에 대해 조사한 연구에서는(김경애 & 하양숙, 1998) 국내 요양원 치매노인들에게 인정요법을 적용하여 행동과 정서변화에 긍정적인 결과를 가져왔다. 이 연구에서는 인정요법의 기술들을 치매노인을 돌보고 있는 간호제공자나 가족들에게도 교육한 후 효과를 연구할 필요가 있음을 제시하였다.

인정요법은 국내 선행연구에서 소개되었으나 인간중심접근법을 병원 간호사가 얼마나 이해하고 활용하는지에 대해서는 알려지지 않았다. 또한 많은 선행연구들이 인간중심접근법에 대한 이론적, 실증적 확증을 더욱 가다듬는 반복적인 연구가 필요함을 주장하였다(Lin et al., 2012; McCance et al., 2011; Normann et al., 1999). 그러므로 현재 국내 병원에서 근무하는 간호사들에게 치매케어관련 지식을 의료인들의 수준에 맞는 도구로 평가하고, 간호사들이 치매노인들에게 어떤 간호접근법이 옳다고 인식하고 있는지 조사해 볼 필요가 있다. 이를 통하여 병원 간호사에게 어떤 치매교육과 훈련이 요구되는지 확인할 수 있을 것이다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법에 대한 인식을 확인하는 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

본 연구는 서울시내 소재 일개 종합병원에 근무하는 병동 간호사 중 연구 목적을 이해하고 연구 참여에 자발적으로 서면 동의한 간호사이고 설문내용을 이해하고 응답할 수 있는 간호사를 대상으로 하였다. 전체 18개의 일반 병동 중 노인환자가 입원하지 않는 소아과와 산부인과에 근무하는 간호사는 제외하고 나머지 16병동의 간호사 259명이 근접 모집단이였다. 표본의 크기는 G-power 3.1 프로그램을 이용해 산출했다. 대상자의 수가 가장 많이 필요한 분석방법은 치매케어관련 지식수준과 치매간호접근법간의 상관관계 분석 시 적용한 Pearson correlation인데 $\alpha = .05$, $power = .80$, $effect\ size = .3$ 를 기준으로 178명이 도출되었다. 그러므로 근접모집단 중 전체에게 설문지를 배부하고 선착순으로 200명에게서 자료를 수집하였으나 6명의 자료는 불완전하여 제외하고 194명의 자료를 분석하였다.

3. 연구 도구

1) 도구번역과정

아래 2개 도구는 모두 국내에서 번역된 적이 없는 도구로서 원저자들에게 각각 메일을 통해 도구사용 승인을 받은 후 번역, 역 번역 과정(Burns & Grove, 2008)을 거쳤다. 영어 원문을 연구자가 번역 후 서울대학교 언어교육원에 역 번역을 의뢰하여 다시 영어로 번역한 도구를 원저자에게 보내어 역 번역된 도구의 내용이 원문의 의미와 차이가 없음을 확인한 후 사용하였다. 전체 설문지는 5명의 간호사들에게 Pilot test하여 문항의 구성이나 이해에 어려움이 없는지 확인하였는데 특별한 수정제안이 없어 수정하지 않고 설문지를 완성하였다.

2) 치매케어관련 지식

본 연구에서 사용하는 치매케어관련 지식 측정도구는 Lin et al. (2012)가 간호사들을 대상으로 개발한 'Dementia care Knowledge Scores'이다. 총 16개의 치매케어관련 지식 서술문에 대해 '맞다', '아니다', '모르겠다'로 답하게 되어있다. 정답은 1점, 오답은 0점으로 점수화하였고, '모르겠다'에 응답한 문항은 오답으로 처리하여 0점으로 점수화하였다. 점수범위는 최저 0점에서 최고 16점이며 점수가 높을수록 치매케어관련 지식수준이 높은 것을 의미한다. 도구 개발 당시 연구에서 신뢰도는 Cronbach' α =.70 였다. 본 연구에서 2분 문항에 적합한 Kuder-Richardson(KR-20) 신뢰도로 평가하였는데 r =.64 이었다.

3) 치매간호접근법에 대한 인식

본 연구에서 치매간호접근법 도구는 Normann et al. (1999)이 개발한 ‘Approach to Advanced dementia care’를 번역한 도구를 사용하였다. 치매로 인한 행동정신증상을 나타내는 환자의 사례를 제시한 후 간호사가 이 상황에 대해 어떤 간호접근을 할 것인지 13개 문항에 답하도록 되어있다. 각 문항은 인간중심접근법, 현실중심접근법을 의미하는 2개 선다형 문항으로 되어있어 응답자가 이중 1개를 선택하도록 구성되어 있다. 인간중심접근법을 선택한 경우 0점, 현실중심접근법을 선택한 경우 1점으로 측정하여 점수화하였다. 점수 범위는 최저 0점에서 최고 13점이며 점수가 낮을수록 인간중심접근법에 대한 인식이 높은 것을 의미한다(Normann et al., 1999). 이 도구는 개발 당시 전문가의 타당도 검토를 거쳐서 개발되었고(Normann et al., 1999) 대만에서도 치매간호접근법을 평가하는 도구로 활용되었다(Lin et al., 2012).

4) 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 결혼유무, 교육 정도, 현 근무 병동, 임상경력, 현 병동 간호사로서의 경력, 치매간호경험 유무, 치매교육경험 유무, 치매교육의 종류이며, 이러한 특성은 설문지에 포함되어 작성되었다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 자료 수집을 시작하기 전에 ‘해당 병원 연구윤리 심의위원회’에 연구계획서를 제출하여 연구 승인을 받았다(승인번호 16-2015-9). 연구 참여자에게 연구 목적과 내용에 관하여 충분한 사전 지식을 제공하고 안내하였으며, 설문에 응답한 내용은 익명성을 보장하고 연구 목적을 위해서만 이용할 것이며 절대 비밀이 보장되고 본 연구의 참여 여부는 자유 의사 결정에 의해서 이루어지며 아무런 불이익이 없음을 설명하였다. 연구설문지는 이중 잠금 장치가 있는 곳에 보관하고, 연구 논문이 인쇄 자료로 발표된 후에는 분쇄 폐기할 예정이다.

5. 자료수집 절차

본 연구의 자료수집은 서울시내 일개 종합병원에서 하였으며 자료수집 전 ‘해당 병원 연구윤리심의위원회’의 승인을 받은 후 간호부의 협조를 얻어 연구자가 각 간호사에게 연구의 주제와 목적, 방법을 설명하고 허락을 받은 후 시행하였다. 자료수집 기간은 2015년 3월 10일부터 2015년 4월 10일이었으며 본 연구자가 직접 설문지를 배포하였다. 설문에 참여한 간호사는 자료수집자로부터 연구의 목적과 주의사항에 대한 설명을 듣고 설문지에 답변을 하였으며, 각자 용이한 시간에 설문지를 작성하여 회수 봉투에 넣도록 하였다. 설문지는 각 병동 별로 근무 간호사 인원에 따라 8부~34부씩 총 259부가 배포되어 이 중 200부가 회수되었고(회수율: 77.2%), 그 중 무응답 항목이 있거나 불성실한 응답을

한 6부를 제외한 총 194부가 분석에 사용되었다.

6. 자료분석 방법

수집된 자료는 SPSS/22.0 프로그램을 이용하여 전산처리하고 자료 분석을 위해 사용된 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적인 특성은 서술적 통계를 사용하였다.
- 2) 대상자의 치매케어관련 지식수준, 치매간호접근법은 빈도와 백분율, 평균 등의 기술통계를 사용하였다
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식수준, 치매간호접근법의 차이는 t-test, ANOVA 및 사후검정으로 Scheffe's test를 이용하였다. 양측 검정을 적용하였고 유의수준은 0.05로 정하였다.
- 4) 대상자의 치매케어관련 지식수준과 치매간호접근법간의 상관관계는 Pearson correlation으로 분석하였다.
- 5) 치매케어관련 지식 도구의 신뢰도는 KR-20으로 산출하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성과 치매관련 특성

1) 일반적 특성

본 연구의 대상자의 일반적 특성으로 연령, 성별, 결혼 상태, 최종학력, 현 근무병동, 졸업 후 임상경력, 현 병동 간호사로서의 경력 등은 Table 1과 같다.

성별은 여자 192명(99%)으로 대부분을 차지하였다. 평균 연령은 28.04세(± 5.49)로 연령대는 21-25세(77명, 39.7%)와 26-30세(77명, 39.7%)가 가장 많았다.

결혼 상태는 미혼 153명(78.9%), 기혼 41명(21.2%)이었다. 최종학력은 3년제 졸업 61명(31.4%), 4년제 졸업 112명(57.7%), RN-BSN 졸업 16명(8.2%), 석사과정 이상 5명(2.6%)이었다.

현 근무병동은 중복으로 답하여 194명 중 내과계 병동 90명(43.3%), 외과계 병동 62명(29.8%), 응급 병동 15명(7.2%), 신경과 병동 22명(10.6%), 정신건강의학과 병동 9명(4.3%), 기타 병동 10명(4.8%)이었다.

졸업 후 임상경력은 평균 4.63년(± 5.07)이었는데 1-3년 미만(64명, 32%)와 3-5년 미만(51명, 26.3%)이 많았으며, 현 병동 간호사로서의 경력은 평균 2.30년(± 2.29)로 1-3년 미만(81명, 41.8%)이 가장 많았다.

Table 1. General characteristics of the subjects

N=194

Variables (Mean \pm SD)	Categories	n (%)
Gender	Female	192 (99)
	Male	2 (1)
Age (yrs) (28.04 \pm 5.49)	21~25	77 (39.7)
	26~30	77 (39.7)
	31~35	25 (12.9)
	36~40	7 (3.6)
	More than 40	8 (4.2)
Marital status	Single	153 (78.9)
	Married	41 (21.1)
Education	3' Diploma	61 (31.4)
	Bachelor's degree	112 (57.7)
	RN-BSN	16 (8.2)
	Master degree and over	5 (2.6)
Previous & current work place*	Medical ward	90 (43.3)
	Surgical ward	62 (29.8)
	Emergency ward	15 (7.2)
	Neurology ward	22 (10.6)
	Psychiatry ward	9 (4.3)
	Other wards	10 (4.8)
Length of nursing career (yrs) (4.63 \pm 5.07)	<1	22 (11.3)
	1-3	64 (32)
	3-5	51 (26.3)
	5-10	35 (17.5)
	>10	22 (11.3)
Length of service in present ward (yrs) (2.30 \pm 2.29)	<1	54 (27.8)
	1-3	81 (41.8)
	3-5	45 (23.2)
	5-10	11 (5.7)
	>10	3 (1.5)

* Multiple answers allowed

2) 치매관련 특성

치매관련 특성으로는 치매노인환자 간호경험과 횟수, 치매교육 경험, 치매교육 종류와 횟수, 최근 치매에 관한 교육을 몇 년 이내에 받았는지에 대해 조사하였다<Table 2>.

치매노인환자 간호경험이 있는 간호사는 96.9%로 대부분이었다. 치매노인환자 간호경험이 있는 간호사들 중 간호 횟수는 1년에 1-10회가 32%로 가장 많았다.

치매교육 경험이 있는 간호사는 76.3%이었다. 치매교육 경험이 있는 간호사들 중 교육시기는 간호대학 재학 시 교육이 84.2%으로 대부분이었다. 정신건강의학과 병동이 아닌 그 외 병동의 간호사들 중 75.7%가 치매교육 경험이 있었고 그 중 95.7%가 간호대학재학 시 교육을 받았다. 정신건강의학과 병동 간호사들의 88.9%가 치매교육을 받았고 그 중 62.5%의 간호사들이 간호대학재학 이후 임상에서 교육을 받았다.

최근 치매에 관한 교육을 몇 년 이내 받았는지에 대한 응답은 148명 중 5년 이내가 31.5%로 가장 많았다.

Table 2. Dementia care related characteristics of the subjects

N=194

Variables	Categories	n(%)
Experience of dementia patient care	Yes	188(96.9)
	No	6(3.1)
Number of dementia patient care experience within 1 year (n=188)	1-10	62(32)
	11-20	49(25.3)
	21-30	30(15.5)
	31-40	8(4.1)
	41-50	7(3.6)
	More than 50	32(16.5)
Dementia education experience	Yes	148(76.3)
	No	46(23.7)
Type of the Dementia education * (n=148)	Undergraduate nursing program	139(84.2)
	Education for whole hospital nurses	10(6.1)
	Education for nursing unit members	11(6.7)
	Master degree nursing program	2(1.2)
	Others	3(1.8)
The last dementia education (year ago) (n=148)	1	11(5.5)
	3	42(21)
	5	63(31.5)
	10	28(14)
	≥10	4(2)

* Multiple answers allowed

2. 대상자의 치매케어관련 지식과 관련 특성

1) 대상자의 치매케어관련 지식

치매케어관련 지식 전체 총점의 평균 점수는 16점 만점에 11.39점 (± 1.852)이었으며, 최저점은 2점이고, 최고점은 15점이었다. 전체 문항에 대한 평균 정답률은 71%이며, 각 문항별 정답률은 Table 3과 같다.

치매케어관련 지식 총 16문항 중 문항 10번 ‘중등도 치매 환자는 망상, 환각, 기타 정신평과적 증상을 보이며, 남을 공격하거나 배회하는 등 다른 행동문제로 진행되기도 한다.’가 185명(95.4%)로 정답률이 가장 높았고, 문항 5번 ‘치매의 주 증상은 갑작스런 혼동, 방향 상실, 주의 집중의 불능 등이 시작되는 것이다.’이 28명(14.4%)으로 정답률이 가장 낮았다.

Table 3. Dementia care Knowledge Scores

N=194

Item No.	Description	N(%) & correct answer
1	Age is one of the risk factors for the development of dementia	177 (91.2)
2	Dementia is not family related; it is not genetic	140 (72.2)
3	The Mini-Mental State Examination can establish a diagnosis of dementia	40 (20.6)
4	Dementia is not really a disease but a combination of a group of symptoms	93 (47.9)
5	The primary symptoms of dementia are sudden onset of confusion, disorientation, and inability to sustain attention	28 (14.4)
6	Development of symptoms of dementia over a short period (hours or days) with fluctuations in the course of a day	34 (17.5)
7	Dementia is caused by a variety of reasons, and some types of dementia are reversible (can improve after treatment)	132 (68.0)
8	Some types of the dementia are caused by cerebrovascular diseases	184 (94.8)
9	Patients with dementia in early stage may still remember the events of the past very well, but often forget recent events	178 (91.8)
10	Patients with moderate dementia may have delusions, hallucinations, and other psychotic symptoms and often lead to attacks, wandering away, and other behavioral problems	185 (95.4)
11	Patients with dementia should be isolated to avoid hyper stimulation and increasing the severity of symptoms	171 (88.1)
12	When you care for dementia patients, you sometimes need to remind them regularly to eat, shower, toilet, and perform other daily activities	183 (94.3)
13	Advanced dementia patients with pain can be easily overlooked due to inability to express properly in words	169 (87.1)
14	Drugs such as anti-acetylcholinesterase can completely cure dementia	160 (82.5)
15	It can reduce agitated behavior to impose on the physical constraints	166 (85.6)
16	Patients with moderate dementia just have memory degradation. If they can easily accomplish an activity, they should still be able to drive alone	170 (87.6)

Note. Answer Key: True (Score=1):1,4,7,8,9,10,12,13

False (Score=0):2,3,5,6,11,14,15,16

No response (Score=0)

2) 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식

대상자의 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도를 분석한 결과 연령($F=0.40$, $p=.811$), 성별($t=-0.08$, $p=.934$), 결혼 상태($t=.39$, $p=.701$), 최종학력($F=1.27$, $p=.287$), 졸업 후 임상경력($F=0.63$, $p=.642$), 현 병동 간호사로서의 경력($F=0.72$, $p=.577$)에 따라 유의한 차이가 없었다<Table 4-1>.

대상자의 현재 근무병동에 따른 치매케어관련 지식 정도를 분석한 결과 근무병동에 따라 유의한 차이가 있었다($F=2.7$, $p=.022$). 근무병동 중 정신건강의학과 병동에 근무하는 간호사의 치매케어관련 지식 점수가 평균 13.44점으로 가장 높았고 외과 병동에 근무하는 간호사의 치매케어관련 지식 점수가 평균 11.13점으로 가장 낮았다.

Table 4-1. Comparison of dementia knowledge by general characteristics of subjects

N=194

Variables	Categories	Mean ±SD	t/F (p)	Scheffe test
Gender	Female	11.36±1.86	-.08 (.934)	
	Male	11.50±.71		
Age (yrs)	21~25	11.58±1.79	.40 (.811)	
	26~30	11.26±1.97		
	31~35	11.20±1.73		
	36~40	11.57±1.51		
	More than 40	11.25±2.12		
Marital status	Single	11.42±1.91	-.39 (.701)	
	Married	11.29±1.63		
Education	3' Diploma	11.18±1.47	1.27(.287)	
	Bachelor's degree	11.43±2.09		
	RN-BSN	11.50±1.16		
	Master degree and over	12.80±1.92		
Length of nursing career (yrs)	<1	11.77±1.93	.63 (.642)	
	1-3	11.53±1.60		
	3-5	11.14±2.33		
	5-10	11.40±1.52		
	>10	11.18±1.74		
Length of service in present ward (yrs)	<1	11.41±1.88	.72 (.577)	
	1-3	11.44±1.93		
	3-5	11.33±1.83		
	5-10	11.64±1.36		
	>10	9.67±.58		
Previous & current work place	Medical ward ^a	11.24±1.89	2.71 (.022*)	a,b<e
	Surgical ward ^b	11.13±1.83		
	Emergency ward ^c	11.60±1.72		
	Neurology ward ^d	11.55±1.41		
	Psychiatry ward ^e	13.44±1.13		
	Other wards ^f	11.30±1.64		

*p < .05

3) 치매관련 특성에 따른 치매케어관련 지식

대상자의 치매관련 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도를 분석한 결과 치매교육을 받은 사람이 교육경험이 없는 사람보다 유의하게 높은 점수를 보였다($t=2.40, p=.017$). 치매교육을 받은 경험이 있는 대상자의 치매케어관련 지식 점수는 11.57점, 없는 대상자는 10.83점이었다 <Table 4-2>.

치매노인환자 간호경험, 치매노인환자 간호경험 횟수, 최근 치매에 관한 교육을 몇 년 이내에 받았는지 등은 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

Table 4-2. Comparison of dementia knowledge by dementia related characteristics N=194

Variables	Categories	Mean \pm SD	t/F	p
Experience of dementia patient care	Yes	11.36 \pm 1.84	-1.49	.137
	No	12.50 \pm 2.17		
Dementia patient care experience within 1 year (n=188)	1~10	11.15 \pm 1.74	1.02	.406
	11~20	11.12 \pm 1.80		
	21~30	11.60 \pm 1.63		
	31~40	12.13 \pm .99		
	41~50	11.14 \pm 1.35		
	More than 50	11.75 \pm 2.41		
Dementia education experience	Yes	11.57 \pm 1.76	2.40	.017*
	No	10.83 \pm 2.04		
The last dementia education (year ago) (n=148)	1	11.91 \pm 1.45	.23	.919
	3	11.60 \pm 1.74		
	5	11.54 \pm 1.87		
	10	11.39 \pm 1.75		
	\geq 10	12.00 \pm 1.76		

* $p < .05$.

3. 대상자의 치매간호접근법과 관련 특성

1) 대상자의 치매간호접근법

치매간호접근법 측정도구는 총 13문항으로 구성되었으며 인간중심 접근법은 0점, 현실중심접근법에는 1점을 부여하였다. 치매간호접근법 전체 총점의 평균 점수는 8.77점 (± 2.54)으로 13개 문항 중 평균 8.77개 문항에 대해 현실중심접근법에 해당하는 답을 선택했다는 의미이다. 최저점은 1점이고, 최고점은 13점이었다. 대상자들이 전체 문항 중 평균 33%의 항목에 대해 인간중심접근법을 선택하였고, 67%의 항목에 대해 현실중심접근법을 선택하였다. 각 문항별 평균은 Table 5과 같다.

인간중심접근법을 선택한 문항은 문항 8번 ‘나는 김OO 할머니의 혼동이 그녀에게는 의미가 있다고 믿는다.’ 이 90.7%가 선택하여 가장 많았고, 문항 11번 ‘김OO 할머니가 그룹 활동에 참여할 때, 우리는 그녀에게 무엇을 해야 하는지를 말해줄 필요가 없다.’ 는 4.1%로 가장 적었다.

현실중심접근법을 선택한 문항은 문항 11번 ‘김OO 할머니가 그룹 활동에 참여할 때, 우리는 그녀에게 무엇을 해야 하는지를 말해주어야 한다.’를 95.9%가 선택하여 가장 많았고, 문항 8번 ‘나는 김OO 할머니의 혼동이 그녀에게 아무 의미도 없다고 믿는다.’은 9.3%으로 가장 적었다.

Table 5. Dementia care approach in each item

N=194

Item No.	Description	R or P	Answer & N(%)
1	Reality is important for Mrs. Kim. She must be provided with information on time, place, and circumstances	R	167(86.1)
	Reality is not so important in Mrs. Kim's life	P	27(13.9)
2	Even when Mrs. Kim exhibits meaningless behavior, she must be allowed to freely express herself	P	171(88.1)
	If Mrs. Kim exhibits meaningless behavior, she should be advised to refrain from doing do	R	23(11.9)
3	Time is not important for Mrs. Kim. Her experience of time is related to past emotions	P	57(29.4)
	Time is important for Mrs. Kim. She must be provided with the actual time throughout the day	R	137(70.6)
4	The most important thing to Mrs. Kim is to be connected to her past or past events	P	89(45.9)
	The most important thing to Mrs. Kim is to be connected to her present or present events	R	105(54.1)
5	Mrs. Kim can return to reality if she is repeatedly given information on her present situation i.e. "It's 8 a.m. and time for breakfast"	R	180(92.8)
	Reminding Mrs. Kim of her present situation can actually worsen her symptoms	P	14(7.2)
6	When Mrs. Kim gives wrong answers to questions on the present, it is important to naturally allow her to correct herself	R	177(91.2)
	When Mrs. Kim gives wrong answers to questions on the present, it is not that important to correct her	P	17(8.8)
7	I correct Mrs. Kim's actions and tell her how she should behave	R	90(46.4)
	I accept Mrs. Kim as she is and allow her to freely express herself	P	104(53.6)

Item No.	Description	R or P	Answer & N(%)
8	I believe that Mrs. Kim's state of confusion is meaningless to her	R	18 (9.3)
	I believe that Mrs. Kim's state of confusion has meaning to her	P	176 (90.7)
9	To prevent Mrs. Kim's condition from worsening, she must be given stimuli related to her past	P	45 (23.2)
	To prevent Mrs. Kim's condition from worsening, she must be given stimuli related to her present	R	149 (76.8)
10	The purpose of communicating with Mrs. Kim is to help her to lead a better life in the present world	R	170 (87.6)
	The purpose of communicating with Mrs. Kim is to help her to connect to emotions related to the past	P	24 (12.4)
11	When Mrs. Kim participates in group activities, she must be told what to do	R	186 (95.9)
	When Mrs. Kim participates in group activities, she does not have to be told what to do	P	8 (4.1)
12	If Mrs. Kim is allowed to live in the past, she is more likely to maintain her identity	P	50 (25.8)
	If Mrs. Kim is guided to live in the present, she is more likely to maintain her identity	R	144 (74.2)
13	If Mrs. Kim is allowed to live in her world, her desires will be better satisfied. As a nurse, allowing Mrs. Kim to live in her world should be my purpose of communicating with her	P	42 (21.6)
	Mrs. Kim's desires will be better satisfied under the framework of reality. As a nurse, I should focus on "here, the present, and now" when communicating with her	R	152 (78.4)

Note. Answers, P: Person centered approach (Score =0)

R: Reality oriented approach (Score=1)

2) 일반적 특성에 따른 치매간호접근법

대상자의 일반적 특성에 따른 치매간호접근법을 분석한 결과 연령 ($F=0.38$, $p=.825$), 성별 ($t=0.14$, $p=.887$), 결혼 상태 ($t=-0.69$, $p=.493$), 최종학력 ($F=1.36$, $p=.258$), 졸업 후 임상경력 ($F=0.99$, $p=.415$), 현 병동 간호사로서의 경력 ($F=1.04$, $p=.387$) 모두 $p>.05$ 수준으로 나타나 통계적으로 유의한 차이가 없었다<Table 6-1>.

대상자의 현재 근무병동에 따른 치매간호접근법 정도를 분석한 결과 유의한 차이가 있었다($F=5.64$, $p=.000$). 근무병동 중 정신건강의학과 병동에서 근무하는 간호사의 치매간호접근법 평균 점수가 6.00점으로 가장 낮아 인간중심접근법을 가장 많이 인식하고 있는 것으로 나타났다. 기타 병동의 간호사들의 치매간호접근법 평균점수가 9.60점으로 높아 현실중심접근법을 더 많이 인식하고 있는 것으로 나타났다.

Table 6–1. Difference of dementia care approach by general characteristics

			N=194	
Variables	Categories	Mean ±SD	t/F (p)	Scheffe test
Gender	Female	8.76±2.51	.14 (.887)	
	Male	8.50±4.95		
Age (yrs)	21~25	8.79±2.60	.38 (.825)	
	26~30	8.83±2.53		
	31~35	8.36±2.50		
	36~40	9.43±1.90		
	More than 40	8.25±2.49		
Marital status	Single	8.82±2.55	-.69 (.493)	
	Married	8.51±2.42		
Education	3' Diploma	8.44±2.39	1.36 (.258)	
	Bachelor's degree	8.76±2.68		
	RN–BSN	9.38±1.89		
	Master degree and over	10.40±1.14		
Length of nursing career (years)	<1	8.27±3.14	.99 (.415)	
	1–3	8.88±2.53		
	3–5	9.22±2.10		
	5–10	8.31±2.83		
	>10	8.50±2.16		
Length of service in present ward (yrs)	<1	8.59±2.71	1.04 (.387)	
	1–3	8.90±2.36		
	3–5	8.82±2.44		
	5–10	8.91±3.05		
	>10	6.00±2.00		
Previous & current work place	Medical ward ^a	8.89±2.46	5.64 (.000*)	e<a,b,f c<b
	Surgical ward ^b	9.45±1.94		
	Emergency ward ^c	7.07±3.69		
	Neurology ward ^d	8.41±2.24		
	Psychiatry ward ^e	6.00±2.96		
	Other wards ^f	9.60±1.78		

*p < .05.

3) 치매관련 특성에 따른 치매간호접근법

대상자의 치매관련 특성에 따른 치매간호접근법을 분석한 결과 치매간호접근법은 치매교육 경험에 따라 유의한 차이가 있었고($t=-1.98$, $p=.049$) 치매교육 경험이 있는 대상자가 없는 대상자보다 인간중심 접근법을 더 많이 인식하고 있었다<Table 6-2>.

치매노인환자 간호경험($t=-0.08$, $p=.937$), 치매노인환자 간호경험 횟수($F=0.44$, $p=.823$), 최근 치매에 관한 교육을 몇 년 이내($F=1.27$, $p=.287$)에 받았는지는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

Table 6-2. Difference of dementia care approach by dementia related characteristics

			N=194	
Variables	Categories	Mean \pm SD	t/F	p
Experience of dementia patient care	Yes	8.75 \pm 2.53	-.08	.937
	No	8.83 \pm 2.32		
Dementia patient care experience within 1 year (n=188)	1~10	8.82 \pm 2.46	.44	.823
	11~20	8.96 \pm 2.49		
	21~30	8.50 \pm 2.54		
	31~40	8.88 \pm 1.96		
	41~50	7.57 \pm 2.82		
	More than 50	8.75 \pm 2.86		
Dementia education experience	Yes	8.55 \pm 2.58	-1.98	.049*
	No	9.39 \pm 2.21		
The last dementia education (year ago) (n=148)	1	7.45 \pm 3.42	1.27	.287
	3	8.79 \pm 2.41		
	5	8.30 \pm 2.77		
	10	9.00 \pm 2.04		
	≥ 10	10.00 \pm 1.41		

* $p < .05$.

4. 치매케어관련 지식과 치매간호접근법 인식간의 상관관계

종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법간에는 $r=-0.04$, $p=.629$ 로 유의한 상관관계가 없었다

V. 논의

본 연구는 현재 국내 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매 간호접근법을 파악하여, 향후 치매노인 환자에 대한 간호의 질 향상을 위한 치매간호 교육프로그램에 반영할 수 있는 기초자료로 활용하고자 시도되었다. 이에 주요 연구결과를 중심으로 다음과 같이 논의해 보고자 한다.

대상자들의 치매케어관련 지식에 대한 평균 정답률은 100점 만점에 71점이었고 총점의 평균 점수는 16점 만점에 11.40점 (± 1.844)이었다. 동일한 도구를 사용한 Lin et al. (2012)의 연구에서 대만 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식 평균 점수는 10.80 점으로 본 연구의 국내 간호사들보다 점수가 0.6점 낮았다. 본 연구 대상자들의 76.3%가 간호대학 재학 때부터 치매교육을 받은 상태였고 Lin et al. (2012)의 연구에서는 54%가 치매교육을 받아 치매케어관련 지식 점수가 더 낮게 나타난 것으로 생각된다. 문항 중 가장 정답률이 낮은 문항은 치매와 섬망을 구별하는 능력을 평가한 것으로 정답률은 14.4%이었다. 이는 동일한 도구를 사용하여 지식을 측정한 Law (2008), Lin et al. (2012)의 연구 결과와 유사하였다. 혼동, 방향 상실, 갑자기 주의력 집중의 어려움이 생기는 것은, 섬망의 일차적 증상들이다. 그러나 많은 경우에서 의사와 간호사들이 섬망에 관한 지식과 경험 부족으로 인하여 대상자가 섬망을 경험하고 있는지조차 알아 차리지 못하며 때로는 치매, 우울 또는 정신증과 섬망을 혼돈하기도 한다(Ely, Siegel, & Inouye,

2000). 그러므로, 종합병원 간호사에 대한 치매간호 교육 시, 섬망과 치매를 구분할 수 있는 증상들에 대한 내용을 다룰 필요가 있다.

본 연구에서 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식에 대한 정답률은 71%로 국내연구 중 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식을 측정한 김정숙 (2012)의 연구에서의 84%보다 다소 낮게 나타났다. 그러나 김정숙 (2012)의 연구에서는 비 의료인들을 대상으로 개발한 도구로 치매케어관련 지식을 측정하였으므로 직접적인 비교는 어렵다.

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도를 분석한 결과 연령, 성별, 결혼 상태, 최종학력, 졸업 후 임상경력, 현 병동 간호사로서의 경력 모두 유의한 차이가 없었다. 강혜경 (2010)과 김정숙 (2012)의 연구에서는 치매케어관련 지식이 결혼상태와 나이에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 미혼이고 나이가 어릴수록 치매케어관련 지식 점수가 높았다. 본 연구는 대상자 연령대가 만 30세 이하의 젊은 층이 79.4%로 절대 다수를 구성하고 있는 반면 41세 이상의 대상자는 8명으로 4.1%에 지나지 않아 다양한 나이의 대상자가 포함되지 않아 나이와 총 임상경력에 따른 치매케어관련 지식의 차이가 유의하게 나타나지 않은 것으로 보인다. 본 연구의 미혼인 대상자들은 치매케어관련 지식 평균 점수가 11.42점으로 기혼 대상자보다는 높았지만 통계적으로 유의하지 않았다. 본 연구 대상자는 여자가 192명 (99%)으로 절대 다수를 구성하고 있어 성별에 따른 치매케어관련 지식의 차이가 유의하게 나타나지 않은 것으로 보인다.

본 연구에서 최종학력에 따른 치매케어관련 지식은 유의한 차이가 없었다. 본 연구 대상자들의 최종학력이 4년제 졸업 57.7%, 3년제 졸업 31.4%, RN-BSN 8.2%, 석사과정 이상 2.6%으로 50%이상의 대상자

들이 4년제 졸업으로 대부분을 차지하고 있어 최종학력에 따른 지식의 차이가 유의하게 나타나지 않은 것으로 보인다. 종합병원 간호사를 대상으로 치매케어관련 지식을 측정한 김정숙(2012)의 연구에서도 본 연구와 마찬가지로 최종학력과 치매케어관련 지식은 유의한 차이가 없었다. 그러나 정선미 (2004)의 연구에서는 학력이 높을수록 치매케어관련 지식이 높아 교육기간이 중요한 변수로 나타났다. 하지만 이는 간호사가 아닌 생활보조원을 대상으로 치매케어관련 지식을 측정한 연구로서 본 연구의 결과와 비교하는 데는 제한이 있다.

본 연구에서 근무병동에 따라 치매케어관련 지식 정도에 유의한 차이가 있었다. 정신건강의학과 병동에 근무하는 대상자의 치매케어관련 지식 점수는 평균 13.44점으로 다른 병동 간호사들보다 유의하게 높았다. 동일한 도구를 사용하여 간호사의 치매케어관련 지식을 측정한 Lin et al. (2012)의 연구에서도 근무병동에 따른 차이를 비교하였으나 유의한 차이가 없었다. Lin et al. (2012)의 연구에서는 본 연구와 달리 정신건강의학과 병동 근무자를 분리하여 분석하지 않고 응급 병동, 일반 병동, 수술장, 외래로 구분해 비교하여 본 연구와 다른 결과가 나타난 것으로 생각된다.

본 연구에서 대상자의 치매관련 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도를 분석한 결과 치매케어관련 지식은 치매교육 경험에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 치매교육을 받은 간호사가 11.57점, 교육을 받지 않은 간호사는 10.83점으로 치매교육을 받은 간호사가 치매케어관련 지식 정도가 높았다. 같은 지식도구를 사용한 Lin et al. (2012)의 연구에서도 마찬가지로 치매교육을 받은 간호사가 10.82점으로 받지 않은 간호사보다 0.02점이 높았다. 이 결과는 치매에 관한 교육을

받으면 간호사의 치매케어관련 지식 수준이 증가하고 치매환자에 대한 태도가 긍정적으로 변한 선행연구 결과(김숙희, 2013; Scerri & Scerri, 2013)들과 일치한다. 본 연구에서 치매교육을 받은 간호사 중 대부분인 84.2%가 간호대학 재학 시 교육을 받았고 병원 보수교육 6.1%, 병동 컨퍼런스 6.7%, 대학원 1.2%, 기타 1.8%로 졸업 후 임상에서 받은 교육이 매우 적어 졸업 후 치매관련 교육이 적었음을 알 수 있었다.

본 연구에서는 선행연구들과 같이 치매노인환자 간호경험, 치매노인환자 간호경험 횟수, 최근 치매관한 교육 후 경과기간은 유의한 차이를 보이지 않았다. 추후 종합병원 간호사를 대상으로 반복연구를 통해 치매케어관련 지식에 영향을 미치는 일반적 및 치매관련 특성을 보다 심층적으로 살펴볼 필요가 있을 것이라 생각된다.

간호사의 전문적인 치매케어관련 지식을 측정하는 Lin et al. (2012)의 도구를 본 연구에서 국내에서는 처음 적용하였는데 간호사의 치매케어관련 지식의 부족한 부분을 분석해낸 결과로 생각되어 추후 프로그램 개발의 기초자료가 될 수 있다고 생각된다. 하지만 본 연구에서 사용한 치매케어관련 지식 도구는 치매자체에 대한 전문적 지식을 측정하는 도구로서 치매간호 실무에 대한 항목은 부족하여 이를 평가 하는 것에는 제한이 있다.

본 연구에서 측정한 대상자의 치매간호접근법 전체 총점의 평균 점수는 13점 만점에 8.77 점 (± 2.541) 이었고 이는 대상자들이 전체 문항 중 평균 33%의 항목에 대해서 인간중심접근법을 선택하였고, 나머지 67%에 대해 현실중심접근법을 선택하였음을 의미한다. 이는 선행연구인 Normann et al. (1999)과 Lin et al. (2012)의 연구와 마찬가지로 인간중심접근법에 대한 인식이 부족하다는 의미이다. 최근 국내에서는

인정요법이 지남력이 손상된 노인에게 효과적인 간호중재법으로 소개되고 있지만(김경애 & 하양숙, 1998) 대부분의 간호대학 교육에서는 치매노인환자들에게 사람, 시간, 장소 방향성을 상기하도록 치료하기 위해 현실중심접근법을 교육하여 임상에서 대부분의 간호사들이 현실중심접근법을 사용하고 있었다(Lin et al., 2012). 대부분의 간호사들이 현실중심접근법을 사용하는 것은 학교에서 이루어지는 간호교육의 내용과 초기 교과서에서 현실중심접근법을 강조한 것과 관련이 있을 수 있다(Normann et al., 1999).

본 연구에서 대상자의 일반적 특성에 따른 치매간호접근법에 대한 인식을 분석한 결과 연령, 졸업 후 임상경력, 현 병동 간호사로서의 경력은 통계적으로 유의한 차이가 없었다. Lin et al. (2012)의 연구에서는 치매간호접근법이 임상경력과 연령에 따라 유의한 차이를 보였는데 오랜 임상경력을 지닌 간호사들이 지속적인 간호를 통해 풍부한 임상간호경험과 기회, 근무시간 때문에 인간중심접근법에 가까운 치매간호접근법을 사용한다고 하였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 치매간호접근법을 분석한 결과 성별, 결혼 상태, 최종학력도 선행연구와 같이 유의한 차이가 없었다. 본 연구에서는 여자가 99%, 미혼이 78.9%로 절대 다수를 구성하고 있어 성별, 연령에 따른 치매간호접근법에 유의한 차이가 없었던 것으로 생각된다. 본 연구에서 최종학력에 따른 치매간호접근법에 차이가 있을 것이라고 생각하였으나 최종학력은 치매간호접근법에서 유의한 차이가 없는 것으로 나타났고 Lin et al. (2012)의 연구에서도 마찬가지로 최종학력과 치매간호접근법에서는 유의한 차이가 없었다.

본 연구에서는 현재 근무병동에 따라 치매간호접근법 인식에 유의한

차이가 있었는데 정신건강의학과 병동이 치매간호접근법 평균 점수가 6.00점으로 내과 병동, 외과 병동, 기타 병동에 비해 유의하게 낮아 인간중심접근법을 가장 높게 인식하고 있었다. 또한 응급 병동 근무자가 외과 병동 근무자보다 유의하게 인간중심접근법에 대한 인식이 높은 것으로 나타났다. 응급 병동은 7.07점, 신경과 병동 8.41점, 내과계 병동 8.89점, 외과계 병동 9.45점, 기타병동 9.60점 순이었다. 그러므로 정신건강의학과 병동과 응급 병동, 신경과 병동이 인간중심접근법에 대한 인식이 높았고 그와 반대로 외과계 병동, 기타 병동은 현실중심 접근법에 대한 인식이 높았다.

Lin et al. (2012)의 연구에서 근무병동에 따른 치매간호접근법은 통계적으로 유의하지 않았지만 응급 병동, 일반 병동, 수술장, 외래로 나누어서 측정하여 외래가 9.40점으로 가장 높았으며 수술장 9.27점, 일반 병동 8.75점, 응급 병동 7.94점 순으로 나타나 응급 병동과 일반 병동 간호사들이 인간중심접근법을 사용하는 경향이 있음을 확인할 수 있었다. 외래는 일차적으로 의사를 보조하고 외래 환자의 검사절차를 관리하는 데 초점이 맞춰져 있어 외래 환자의 간호문제를 보게 되는 경우는 거의 적지만 응급 병동과 일반 병동 간호사들은 간호 중 환자의 요구사항과 간호를 더 적용하게 되어 현실중심접근법보다 인간중심접근법을 활용하는 경향을 보였다(Lin et al., 2012). 본 연구에서는 선행연구와는 달리 근무병동 중 일반 병동을 좀 더 세분화하여 치매간호접근법에 대한 인식의 차이를 비교하여 의미있는 결과를 얻을 수 있었다.

Lin et al. (2012)의 연구에서는 치매노인환자 간호경험이 있는 대상자들은 인간중심접근법을 이용하는 경향이 높아 치매노인환자 간호

경험이 많으면 인간중심접근법에 대한 사용이 높아지는 요인으로 제시하였으나 본 연구에서는 치매노인환자 경험 유무에 따른 유의한 차이는 없었다.

본 연구에서 대상자의 치매관련 특성에 따른 치매간호접근법을 분석한 결과 치매교육 경험에 따라 치매간호접근법의 인식에 유의한 차이가 있었다. 치매교육을 받은 대상자는 평균 8.55점으로 교육을 받지 않은 대상자에 비해 인간중심접근법을 인식하고 있었고 그와 반면 치매교육을 받지 않은 대상자가 평균 9.39 점으로 현실중심접근법을 더 인식하고 있었다. Normann et al. (1999) 의 연구에서는 대상자들에게 치매환자에 대한 치매간호접근법을 조사하였을 때 대부분의 대상자들이 현실중심접근법을 선택하였지만 인간중심접근법을 선택한 대상자들은 기초교육 후 교육을, 특히 정신간호에 대한 교육을 받은 사람이었다. 이 연구자들은 치매간호접근법 선택과 병동에서 일하는 간호사의 치매간호경험간에 연관성이 없으며 치매간호접근법을 선택하는 것은 실무보다 교육이 더 좌우한다는 것으로 결론을 내렸다. 미국 병원 간호사들과 마찬가지로(Fessey, 2007) 우리나라 종합병원 간호사에서도 치매 간호실무 영역에서도 전문적인 치매케어관련 지식과 인간중심접근법 사용에 대한 인식이 낮았다. 그러므로 우리나라 종합병원 간호사들에게 치매환자에 대한 인간중심접근법에 대한 교육을 강화해야 할 필요가 있다.

본 연구에서 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법간에는 유의한 상관관계가 없었다. 그 원인으로 본 연구에서 치매케어관련 지식 측정도구는 전문가용으로 개발된 것이기는 하지만 구체적인 문항에는 실제 간호와 케어의 내용은 부족하여 직접적인 간호사의 치매케어관련 지식을 측정하는 것에 제한이 있었다고 생각한다.

본 연구에서는 간호사의 치매교육 유무에 따라 치매케어관련 지식과 치매간호접근법이 유의하게 차이가 있었고, 치매교육을 받은 사람이 받지 않은 사람보다 치매케어관련 지식 수준이 높고 인간중심접근법에 대한 인식이 높았다. 또한 정신건강의학과 병동의 간호사들은 치매케어 관련 지식 수준이 높았으며 치매환자를 자주 접할 수 있는 정신건강 의학과 병동, 응급 병동, 신경과 병동 간호사들은 다른 병동 간호사들에 비해 인간중심접근법을 잘 인식하고 있었다.

정신건강의학과 병동 간호사들은 임상에서 관련 교육을 받을 기회가 주어지지만 일반 병동 간호사들은 치매관련 교육이 적어 치매케어관련 지식이나 인간중심접근법에 대한 인식이 낮은 것으로 생각된다. 이는 선행연구(Lin, Hsieh, & Lin, 2012; Normann, Asplund, & Norberg, 1999)에서 전문적인 치매교육을 받고 정신과 교육을 받은 간호사가 인간중심접근법을 더 활용하는 성향을 보인 결과와 유사했다. 치매관련 교육을 임상에서 받은 경험자가 인간중심접근법에 대한 인식이 높아 일반 간호사들에게도 인간중심접근법에 대한 교육을 강화해야 할 필요가 있다. 간호사가 인간중심접근법을 사용하여 치매노인들을 간호하면 치매 노인들의 문제행동을 개선하고 치매노인을 간호하는 환자의 가족, 간호사의 간호부담감과 태도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다 (Fessey, 2007; Francis, 2013; Hellzén et al., 2003; McCance et al., 2011; Normann et al., 1999). 그러므로 국내 종합병원 치매노인 환자의 간호실무에 대한 교육으로 인간중심접근법을 강조함으로써 치매간호의 질을 향상 시킬 수 있을 것이다.

본 연구를 통해 일부 종합병원 간호사들을 대상으로 치매케어관련 지식과 치매간호접근법에 대해 조사하였으나 업무환경과 업무요구도,

임상교육 기회 등이 다른 병원 환경에서의 결과는 차이가 있을 것으로 생각되어 본 연구의 결과의 확대 해석은 주의를 요한다. 간호사가 치매 간호접근법을 선택하는 요인들을 심층적 차원에서 이해하려면 간호사와 인터뷰를 통한 질적 연구가 유용할 것이다(Hellzén et al., 2003).

본 연구의 결과는 국내 종합병원 간호사의 치매노인에 대한 전문적인 간호지식 정도와 인간중심접근법에 대한 인식 정도에 대한 기초자료가 될 것이다. 이상의 결과를 토대로 국내 종합병원 간호사들의 인간중심 접근법이 포함된 치매교육을 강화함으로써 일반 병동 간호사들의 치매 케어관련 지식을 향상시키고 치매노인에게 인간중심접근법을 사용함으로써 향후 치매간호의 질을 향상시킬 수 있을 것이다.

VI. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법에 대한 인식을 확인하는 서술적 조사 연구이다.

자료수집 기간은 2015년 3월 10일부터 2015년 4월 10일까지이며 연구 대상자는 서울시내 일개 종합병원의 18개의 일반병동 중 노인 환자가 입원하지 않는 소아과와 산부인과를 제외한 병동에 근무하는 간호사 194명을 대상으로 하였다. 연구도구로는 치매케어관련 지식 도구는 Lin et al. (2012)이 개발한 도구를 활용하고, 치매간호접근법의 인식 정도는 Normann et al. (1999)이 개발한 도구를 본 연구의 목적에 맞게 수정, 보완하여 사용하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 대상자의 성별은 여성이 99%로 대부분이었고, 미혼자가 78.9%이었으며, 평균 연령은 28.04세(± 5.49)로 연령대는 21~25세 39.7%, 26~30세 39.7%로 79.4%의 대상자가 21~30세였다. 최종학력은 4년제 졸업자가 57.7%였고 현 근무병동은 내과계 병동 43.3%, 외과계 병동 29.8%으로 나타났다. 졸업 후 임상경력은 1-3년 미만이 32%로 가장 많았고 현 병동 간호사로의 경력은 1-3년 미만 41.8%로 가장 많았다.

2) 치매관련 특성으로 치매노인환자 간호경험이 있는 간호사는 96.9%로 대부분이었고, 그 중 치매노인환자 간호경험이 1년에 1-10회가 32%로 가장 많았다. 치매교육 경험이 있는 간호사는 76.3%로 간호대학 재학 시 교육이 84.2%로 가장 많았다. 최근 치매에 관한 교육을 몇 년 이내 받았는지는 5년 이내가 31.5%로 나타났다.

3) 대상자의 치매케어관련 지식 총점의 평균 점수는 11.39 점(16점 만점)으로 정답률이 평균 71%이었다. 치매간호접근법 총점의 평균 점수는 8.77점(13점 만점)이었으며, 대상자들은 전체 문항 중 평균 33%의 항목에 대해 인간중심접근법을 선택하였고, 67%의 항목에 대해 현실중심접근법을 선택하였다.

4) 대상자의 일반적 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도와 치매간호 접근법을 분석한 결과 연령, 성별, 결혼 상태, 최종학력, 졸업 후 임상 경력, 현 병동 간호사로서의 경력은 유의한 차이가 없었다. 정신건강의학과 병동의 근무자는 그렇지 않은 병동 근무자보다 치매케어관련 지식 점수가 유의하게 높았다. 개인별 인간중심접근법 인식 정도는 정신건강 의학과 병동, 응급 병동, 신경과 병동 근무자가 다른 병동 근무자보다 유의하게 높았다.

5) 대상자의 치매관련 특성에 따른 치매케어관련 지식 정도와 치매간호 접근법을 분석한 결과 치매노인환자 간호경험, 치매노인환자 간호경험 횟수, 최근 치매교육을 몇 년 이내 받았는지는 유의한 차이가 없었다. 치매교육을 받은 사람은 치매케어관련 지식과 인간중심접근법에 대한 인

식이 유의하게 높았다.

6) 종합병원 간호사의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법의 인식 간에는 유의한 상관관계가 없었다.

2. 제언

이상의 연구 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 사용된 간호사의 치매케어관련 지식 측정도구는 현재 국내에서 연구된 바가 없어 이에 대한 신뢰도 및 타당도를 추가적으로 검증하는 반복 연구가 필요하다. 간호사에게 적용하기 위해서는 치매케어관련 지식 도구를 치매간호 실무에 대한 문항을 추가하여 개발할 필요가 있다.

둘째, 간호사들의 치매케어관련 지식과 치매간호접근법에 영향을 미치는 요인들을 심층 분석하기 위한 질적 연구가 필요하다.

셋째, 일반 병동 간호사의 치매간호 실무개선을 위해 인간중심접근법에 대한 교육을 강화할 필요가 있다.

참고 문헌

- 강남구치매지원센터 (2012). 치매관련뉴스. from <https://gangnam.seouldementia.or.kr>
- 강혜경 (2010). *치매에 대한 지식과 태도*. (국내석사학위논문), 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T12127435>
- 건강보험심사평가원 (2014). from <http://www.hira.or.kr/main.do>
- 국민건강보험공단 (2011). 2002~2009 노인성 질환 진료추이 분석결과.
- 권대순 (2013). *노인 요양시설 치매노인의인지기능, 우울 및 공격행동*. (국내석사학위논문), 중앙대학교 대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13089938>
- 권중돈 (2012). *치매환자와 가족복지:환원과 통섭*. 서울:학지사.
- 김경애, & 하양숙 (1998). 치매노인에 대한 인정 요법 (Validation Therapy) 의 효과. *정신간호학회지*, 7(2), 384-397.
- 김숙희 (2013). *간호학과와 사회복지학과 학생의 치매에 대한 지식, 태도 및 지각된 서비스 요구*. (국내석사학위논문), 우석대학교 대학원, 완주. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13155019>
- 김정숙 (2012). *종합병원 간호사의 치매 지식과 치매 문제행동 간호에 대한 부담 조사*. (국내석사학위논문), 순천향대학교 대학원, 아산. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T12925949>
- 김정희 (2000). 간호학생의 노인과 치매노인에 대한 이미지 비교. *노인간호학회지*, 2(2), 133-143.
- 김현숙 (2014). *요양병원 돌봄제공자의 치매지식과 문제행동에 대한*

- 부담감의 관계. (국내석사학위논문), 부산카톨릭대학교 대학원, 부산. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13356345>
- 김혜숙 (2006). *치매노인 부양가족의 부양 부담과 사회복지 지원체계에 관한 연구*. (국내석사학위논문), 명지대학교, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T10687072>
- 대한간호학회 (1997). *간호학대사전*. 서울:한국사전 연구사.
- 대한노인병학회 (2002). *노인병학*. 서울:의학출판사.
- 미즈노유타카 (2011). *퍼스 센터드 케어*. 주식회사 노인연구정보센터.
- 박복임 (2010). *치매노인에 대한 간병인의 지식, 태도가 간병역할수행에 미치는 영향*. (국내석사학위논문), 한양대학교 행정·자치대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T11938650>
- 방현령 (2006). *가정봉사원의 치매에 대한 인식과 태도에 영향을 미치는 요인 연구*. (국내석사학위논문), 가톨릭대학교 사회복지대학원,부천. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T11006131>
- 보건복지부 (2008). *치매유병률조사*. from <http://stat.mw.go.kr/>
- 보건복지부 (2014). from <http://stat.mw.go.kr/>
- 선우홍미 (2014). *지역사회 노인의 치매에 대한 지식, 태도 및 예방행위*. (국내석사학위논문), 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13525846>
- 신경정신의학회 (1996). *신경정신학과*. 서울 : 하나의학사: 보건복지부 지정 뇌졸중임상연구센터.
- 오병훈 (2009). 치매의 행동·정신 증상 진단 및 관리. *J Korean MedAssoc*, 52(11), 1048-1054.
- 오진주 (2000). *간호제공자들의 치매노인 공격행동 경험에 대한 연구*.

Journal of Korean Academy of Nursing, 30(2), 293–306.

- 용미현, 김은정, & 양영애 (2010). 치매 환자 가족을 대상으로 치매에 대한 지식수준 조사연구. *한국고령친화건강정책학회지*, 2(2), 41–50.
- 윤순철 (2014). *요양보호사의 치매지식과 치매문제행동 요양부담감*. (국내석사학위논문), 경상대학교 대학원, 진주. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13372398>
- 이가옥, 서미경, 고경환, & 박종돈 (1994). 노인생활실태 분석 및 정책과제. 서울, 한국보건사회연구원.
- 이신섭 (2001). 알츠하이머 치매에 대한 지식수준 조사연구. *목원대학교대학원 석사학위 논문*.
- 이지영 (2014). *일반노인의 치매관심도와 치매지식 정도*. (국내석사학위논문), 한양대학교 임상간호정보대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13382462>
- 정선미 (2004). *노인전문요양원 생활보조원의 치매에 대한 지식, 부담감 및 직무만족도*. (국내석사학위논문), 가톨릭대학교 대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T11534232>
- 조미경 (2008). *치매노인의 행동심리적 증상(BPSD)과 간호제공자의 부담에 관한 연구:인천광역시 치매센터를 중심으로*. (국내석사학위논문), 가천의과학대학교 간호대학원 경기도.
- 조현오 (1999). 치매에 대한 일반인의 지식과 태도 조사연구. *한양대학교대학원 석사학위 논문*.
- 한동희 (1994). 연구논문: 노인의 치매에 대한 태도에 관한 연구. *한국노년학*, 14(1), 69–83.
- 홍혜숙 (2010). *노인전문병원과 일반병원 간호사의 치매환자에 대한 태도 및 간호부담*. (국내석사학위논문), 가톨릭대학교 임상간호대

- 학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T12206819>
- 황은혜 (2013). *노인요양시설 종사자들의 치매에 대한 지식과 태도*. (국내석사학위논문), 중앙대학교 대학원, 서울. Retrieved from <http://www.riss.kr/link?id=T13257445>
- Brooker, D. (2003). What is person-centred care in dementia? *Reviews in clinical gerontology, 13*(03), 215–222.
- Buck, A. (2008). Dementia and the practice nurse. *Practice Nurse, 35*(10), 13–14,16–17.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2008). *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence, 6th Edition* Elsevier
- Burton, M. (1982). Reality orientation for the elderly: a critique. *Journal of advanced nursing, 7*(5), 427–433.
- Chenoweth, L., King, M. T., Jeon, Y.-H., Brodaty, H., Stein-Parbury, J., Norman, R., . . . Luscombe, G. (2009). Caring for Aged Dementia Care Resident Study (CADRES) of person-centred care, dementia-care mapping, and usual care in dementia: a cluster-randomised trial. *The Lancet Neurology, 8*(4), 317–325.
- Coffey, A., Tyrrell, M., Buckley, M., Manning, E., Browne, V., Barrett, A., & Timmons, S. (2014). A multicentre survey of acute hospital nursing staff training in dementia care. *Clinical Nursing Studies, 2*(4), p39.
- Cohen-Mansfield, J., & Bester, A. (2006). Flexibility as a management principle in dementia care: The Adards

- example. *The Gerontologist*, 46(4), 540–544.
- Courtney, M., Tong, S., & Walsh, A. (2000). Acute-care nurses' attitudes towards older patients: A literature review. *International Journal of Nursing Practice*, 6(2), 62–69.
- Crisp, J. (1995). Making sense of the stories that people with Alzheimer's tell: A journey with my mother. *Nursing Inquiry*, 2(3), 133–140.
- doopedia (2015). 두산백과사전. from <http://www.doopedia.co.kr/>
- Edvardsson, D., Fetherstonhaugh, D., & Nay, R. (2010). Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of clinical nursing*, 19(17–18), 2611–2618.
- Elliot, R., & Adams, J. (2011). The creation of a Dementia Nurse Specialist role in an acute general hospital. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 18(7), 648–652.
- Ely, E. W., Siegel, M. D., & Inouye, S. K. (2000). *Delirium in the intensive care unit: an under-recognized syndrome of organ dysfunction*. Paper presented at the Seminars in respiratory and critical care medicine.
- Eriksson, C., & Saveman, B. I. (2002). Nurses' experiences of abusive/non-abusive caring for demented patients in acute care settings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(1), 79–85.
- Feil, N. (1993). *The validation breakthrough: Simple techniques for communicating with people with " Alzheimer's-type*

dementia.": Health Professions Press.

- Fessey, V. (2007). Patients who present with dementia: exploring the knowledge of hospital nurses. *Nursing older people*, 19(10), 29–33.
- Fitten, L. J. (2006). Editorial: management of behavioral and psychiatric symptoms in dementia. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 10(5), 409.
- Francis, R. (2013). *Report of the Mid Staffordshire NHS foundation trust public inquiry: executive summary* (Vol. 947): The Stationery Office.
- Gandesha, A., Souza, R., Chaplin, R., & Hood, C. (2012). Adequacy of training in dementia care for acute hospital staff: Aarti Gandesha and colleagues present the results of a national audit to assess how hospital staff from different specialties rated their awareness of the needs of patients with dementia. *Nursing older people*, 24(4), 26–31.
- Gibson, F. (1994). What can reminiscence contribute to people with dementia. *Reminiscence reviewed: Evaluations, achievements, perspectives*, 46–60.
- Harrison, C. (1993). Personhood, dementia and the integrity of a life. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 12(04), 428–440.
- Hayajneh, F. A., & Shehadeh, A. (2014). The impact of adopting person-centred care approach for people with Alzheimer's on professional caregivers' burden: An interventional study. *International Journal of Nursing Practice*, 20(4), 438–445.

- Hellzén, O., Kristiansen, L., & Norbergh, K. G. (2003). Nurses' attitudes towards older residents with long-term schizophrenia. *Journal of advanced nursing*, 43(6), 616–622.
- Jenkins, D., & Price, B. (1996). Dementia and personhood: a focus for care? *Journal of advanced nursing*, 24(1), 84–90.
- Kada, S., Nygaard, H. A., Mukesh, B. N., & Geitung, J. T. (2009). Staff attitudes towards institutionalised dementia residents. *Journal of clinical nursing*, 18(16), 2383–2392.
- Kaplan, R. M. (1985). Social support and social health *Social Support: Theory, Research and Applications* (pp. 95–113): Springer.
- Kihlgren, M., Hallgren, A., Norberg, A., & Karlsson, I. (1996). Disclosure of Basic Strengths and Basic Weaknesses in Demented Patients During Morning Care, Before and After Staff Training: Analysis of Video-Recordings By Means of the Erikson Theory of " Eight Stages of Man". *The International Journal of Aging and Human Development*, 43(3), 219–233.
- Kim, J. S. (1999). A Critical Review and Visim of Family Caregiving Research on the Demented Elderly's in Republic of Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 29(6), 1419–1433.
- Kitwood, T. (1995). Cultures of care: tradition and change. *The new culture of dementia care*, 7–11.
- Kitwood, T. (1997). Dementia Reconsidered. The Person Comes First.

- Kitwood, T., & Bredin, K. (1992). Towards a theory of dementia care: personhood and well-being. *Ageing and Society, 12*(03), 269–287.
- Lövheim, H., Gustafson, Y., Karlsson, S., & Sandman, P.–O. (2011). Comparison of behavioral and psychological symptoms of dementia and psychotropic drug treatments among old people in geriatric care in 2000 and 2007. *International psychogeriatrics, 23*(10), 1616–1622.
- Law, E. (2008). Delirium and dementia in acute hospitals: assessing the impact of RMN input. *Nursing older people, 20*(9), 35–39.
- Lin, P.–C., Hsieh, M.–H., & Lin, L.–C. (2012). Hospital nurse knowledge of and approach to dementia care. *Journal of Nursing Research, 20*(3), 197–207.
- Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. G., & Psychiatry, O. A. T. F. o. t. W. F. o. B. (2005). Systematic review of psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry, 162*(11), 1996–2021.
- Mayeux, R., Ottman, R., Tang, M. X., Noboa–Bauza, L., Marder, K., Gurland, B., & Stern, Y. (1993). Genetic susceptibility and head injury as risk factors for Alzheimer's disease among community–dwelling elderly persons and their first–degree relatives. *Annals of neurology, 33*(5), 494–501.
- McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of person–centredness in practice. *OJIN: The Online Journal*

of Issues in Nursing, 16(2).

- McMahon, R. (1988). The '24-hour reality orientation' type of approach to the confused elderly: a minimum standard for care. *Journal of advanced nursing, 13(6)*, 693–700.
- Metitieri, T., Zanetti, O., Geroldi, C., Frisoni, G. B., De Leo, D., Buono, M. D., . . . Trabucchi, M. (2001). Reality orientation therapy to delay outcomes of progression in patients with dementia. A retrospective study. *Clinical rehabilitation, 15(5)*, 471–478.
- Morton, I., & Bleathman, C. (1987). Reality orientation. Does it matter whether it's Tuesday or Friday? *Nursing times, 84(6)*, 25–27.
- Neal, M., & Briggs, M. (2003). Validation therapy for dementia. *Cochrane Database Systematic Review, 3*.
- Norberg, A. (1994). Ethics in the care of the elderly with dementia (pp. 721–731): New York: John Wiley & Sons Inc.
- Norberg, A. (1996). Caring for demented patients. *Acta neurologica scandinavica, 94(S165)*, 105–108.
- Normann, H., Asplund, K., & Norberg, A. (1999). Attitudes of registered nurses towards patients with severe dementia. *Journal of clinical nursing, 8(4)*, 353–359.
- Rockwood, K., Moorhouse, P. K., Song, X., MacKnight, C., Gauthier, S., Kertesz, A., . . . Guzman, A. (2007). Disease progression in vascular cognitive impairment: cognitive, functional and behavioural outcomes in the Consortium to Investigate Vascular Impairment of Cognition (CIVIC) cohort study.

- Journal of the neurological sciences*, 252(2), 106–112.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychology*: Boston: Houghton Mifflin.
- Sabat, S. R., & Harré, R. (1992). The construction and deconstruction of self in Alzheimer's disease. *Ageing and Society*, 12, 443–443.
- Sampson, E. L., Blanchard, M. R., Jones, L., Tookman, A., & King, M. (2009). Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 61–66.
- Scerri, A., & Scerri, C. (2013). Nursing students' knowledge and attitudes towards dementia—A questionnaire survey. *Nurse education today*, 33(9), 962–968.
- Taulbee, L. R., & Folsom, J. C. (1966). Reality orientation for geriatric patients. *Psychiatric Services*, 17(5), 133–135.
- Tolson, D., Smith, M., & Knight, P. (1999). An investigation of the components of best nursing practice in the care of acutely ill hospitalized older patients with coincidental dementia: a multi-method design. *Journal of advanced nursing*, 30(5), 1127–1136.
- Verkaik, R., van Weert, J., & Francke, A. L. (2005). The effects of psychosocial methods on depressed, aggressive and apathetic behaviors of people with dementia: a systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(4), 301–314.

- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., & Belzile, É. (2006). Prevalence and symptoms of delirium superimposed on dementia. *Clinical Nursing Research, 15*(1), 46–66.
- Woods, B., Aguirre, E., Spector, A. E., & Orrell, M. (2012). Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Systematic Review, 2*.
- Woods, B., Spector, A., Jones, C., Orrell, M., & Davies, S. (2005). Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev, 2*.

Abstract

Awareness of dementia care knowledge and person-centered approach in general hospital nurses

Kim, SoHyun

Department of Nursing

The Graduate School

Seoul National University

This study aims to inquire about the level of dementia care knowledge and awareness of the person-centered approach in general hospital nurses. A person-centered approach refers to the concept of treatment in which caring for a dementia patient is oriented to maintaining the dignity and ability of the patient and emphasizes the importance of interrelation communication in order to understand the patient's perspective and treating demented elderly with empathy. On the other hand, the reality-oriented approach is an approach more traditionally used in order for the dementia patient to come back to reality by constantly informing

them of reality and stimulating the senses. This is a strategy to decrease confusion in dementia patients. A recent study shows that the person-centered approach has made positive effects in terms of job satisfaction of nurses and the responsibility of caring for a family member with dementia. For this reason, it is necessary to inquire about the awareness of approach regarding dementia care practiced by clinical nurses in South Korea. The findings of this study can contribute to serving as basic data for improving the quality of care of dementia patients.

The subject of study corresponds to nurses who work in a general hospital located in Seoul. This study has been carried out with 194 nurses, who understood the purpose of this study and agreed to participate. They were selected from 16 wards from the total 18 general wards, excluding some nurses who work in the pediatrics and gynecology departments from the remaining two wards, in which no demented elderly are hospitalized. The data gathering period lasted from March 10 of 2015 to April 10 of 2015, and the method was based on a self-reporting questionnaire.

As for the research tool, dementia care knowledge applied the tool developed by Lin et al.(2012), while as for awareness of approach regarding dementia care, the tool invented by Normann et al.(1999) has been used after complementing and modifying it according to the purpose of the study. Gathered data applied SPSS PASW statistics 22.0, and according to the purpose of this study,

they have been analyzed based on real numbers, percentage, average, standard deviation, Pearson's correlation, t-test, one-way ANOVA and Scheffe Post Hoc.

As a result, the average score of dementia care knowledge registered up to 11.39 (out of 16) and the average correct answer rate registered up to 71%. The average score regarding the approach of dementia care registered up to 8.77 (out of 13). Each question permitted either a person-centered approach or a reality-oriented approach, and the reality-oriented approach was selected in 67% of questions. This means that nurses currently recognize that reality-oriented approach is required more than the person-centered approach in the process of dementia patients care. The level of dementia care knowledge according to general features of research target presented a significant difference depending on the working ward of each nurse. In terms of dementia care knowledge, nurses working at the Psychiatry ward significantly scored higher than the others who worked elsewhere. In terms of the level of awareness about the person-centered approach, nurses working at Psychiatry ward, Emergency ward and Neurology ward had higher scores than those who worked elsewhere. Those who have received dementia-related education had higher dementia care knowledge and equally higher awareness about the person-centered approach. Moreover, the study shows that nurses in the Psychiatry ward were more exposed to the education opportunities

than others, regarding dementia patients care, in the clinical field experience after graduation. This could explain why they present a higher level of dementia care knowledge and higher awareness about person-centered approach.

In conclusion, the score of dementia care knowledge of general hospital nurses is considerably high, however, the awareness level of applying the person-centered approach to dementia patients presented relatively low. Nurses with experience of dementia-related clinical education present high awareness about the person-centered approach, therefore, it is necessary that they provide other general nurses with the opportunities to strengthen their education related to person-centered approach regarding dementia patients.

Keywords: Demented elderly, Nurses in general hospital,
Dementia care knowledge, Person-centered approach,
Reality-oriented approach

Student Number : 2013-20415