

# 지역사회 거주 치매환자를 위한 인정요법 프로그램의 효과 연구

THE EFFECTIVENESS OF VALIDATION THERAPY FOR DEMENTIA  
PATIENTS IN COMMUNITY







### [연구책임자]

이 동 영	서울시광역치매센터 서울대학교병원 정신건강의학과	의학박사, 교수, 센터장
성 미 라	경인여자대학교 간호학과	교수, 간호학박사

### [연구진]

김 진 하	서울시광역치매센터 연구개발팀	간호사
이 선 미	성북구치매지원센터	팀장
전 아 영	성북구치매지원센터	작업치료사
장 수 미	마포구치매지원센터	팀장
박 지 선	마포구치매지원센터	사회복지사
조 선 희	서대문구치매지원센터	팀장
유 정 순	서대문구치매지원센터	간호사
조 인 숙	송파구치매지원센터	팀장
임 주 영	송파구치매지원센터	간호사



## [감사의 글]



올해 여름은 유난히도 더웠습니다.

한창 무더위가 기승을 부리던 7월 프로그램을 시작하면서 많은 어려움이 예상되었지만 기대 이상으로 잘 마칠 수 있어서 함께 참여해 주신 모든 분들께 감사의 마음을 전합니다.

올해로 두 번째 시행하는 본 프로그램은 지역사회 거주하는 치매환자가 최소한의 삶의 질을 누리며 가족과 함께 행복한 삶을 살아가는데 도움을 드리고자 하는 목적을 가지고 진행해 오고 있습니다. 이러한 목적이 잘 이루어질 수 있도록 프로그램의 질을 향상하고 진정한 도움이 되는 프로그램으로 성장하기 위하여 올해는 참여자의 폭을 좀 더 넓히고 연구의 방향을 좀 더 다듬어서 진행하게 되었습니다.

작년에 처음 이 프로그램을 계획하고 실제 지역센터에서 진행하면서 연구자로서의 많은 고민을 했었습니다. 치매 어르신들이 프로그램을 끝까지 함께 참여할 수 있을지, 이 프로그램에 참여하시는 분들에게 진정 도움이 될지, 진행하는 순간순간 긴장을 늦추지 않을 수 없었습니다. 그러나 작년에 이어 벌써 두 번째, 프로그램이 순조롭게 진행되고 보니 연구에 함께 해주신 연구진과 연구의 진행을 하나하나 세심하게 지도해주신 서울시광역센터장님께 진심으로 감사의 마음을 전합니다.

그리고 무엇보다도 마지막까지 프로그램에 끝까지 적극적으로 참여해주신 68명의 치매어르신들께도 진심으로 감사의 마음을 전하고 싶습니다.

2013년 10월



## 요약문

**연구목적** : 오늘날 급증하고 있는 치매환자의 우울을 감소시키고 안위와 자존감을 증진시켜 치매환자의 삶의 질을 향상시키기 위해 개발된 인정요법 프로그램의 우울감소 효과를 검증하고 치매환자의 삶의 질, 정신행동 증상, 인지기능과 및 부양스트레스의 감소 효과를 탐색하는 것이다.

**연구방법** : 서울시 4개 자치구치매지원센터 이용 치매 환자 중에서 각 기관별 시험군 12명과 대조군 12명을 편의 추출하고, 시험군에게는 인정요법 프로그램 매뉴얼에 따른 10주간의 중재를 제공하고 프로그램 사전과 사후에 우울, 정신행동증상, 삶의 질, 인지기능 및 부양스트레스에 대해 평가하였다. 대조군은 사전평가 후 waiting list에 올려 10주 후 사후평가를 실시하였다.

프로그램의 효과검증을 위하여 시험군과 대조군의 일반적 특성, 치매임상척도, 우울, 정신행동증상, 삶의 질, 인지기능 및 부양스트레스에 대한 사전 동질성은 자료의 정규성 여부에 따라서  $\chi^2$ -검정과 t-검정을 실시하였으며, 프로그램 전후 효과 검증은 반복측정 분산분석(Repeated measures ANOVA)을 실시하였다.

**연구결과** : 연구결과 시험군으로 선정된 치매환자 중 2회 이상 탈락자를 제외한 시험군 33명과 대조군 35명을 최종 분석하였다.

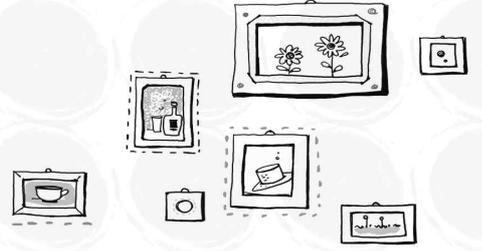
첫째, 성별에서는 시험군과 대조군 모두 비슷한 비율을 차지하였고, 연령은 시험군과 대조군 모두 70~79세가 가장 많은 비율을 차지하였으며, 시험군과 대조군의 평균연령은 74.24와 77.88세였다. 평균 교육년수는 시험군이 7.09년 대조군이 6.82년이었으며, 치매 중증도를 나타내는 치매임상척도(CDR)에서는 시험군과 대조군 모두  $CDR \geq 1$ 이 66.6%와 65.7%로 가장 많이 차지하였다.

둘째, 시험군과 대조군의 동질성 검증 결과, 성별, 연령, 교육년수, 치매임상척도, 우울정도, 치매노인의 삶의 질, 정신행동증상정도, 인지기능상태, 그리고 부양스트레스는 통계적으로 유의한 차이가 없어 시험군, 대조군의 두 집단이 동질한 것으로 분석되었다.

셋째, 본 프로그램 시행 전후 효과검증에서는 그룹간의 차이(Group/between-subject effects)와 시점간의 차이(Time/within-subject effects)를 동시에 검정할 수 있는 반복 측정 분산 분석(Repeated Measure ANOVA)을 실시하였는데, 연구 결과 우울증상( $F=9.431$ ,  $p=0.003$ )과 치매환자의 삶의 질, ( $F=9.672$ ,  $p=0.003$ ) 그리고 부양스트레스( $F=6.449$ ,  $p=0.014$ )에서 통계적으로 유의한 의미가 있는 것으로 나타났다.

**결론** : 본 연구는 지역사회 거주 치매환자를 위해 개발된 중재 프로그램의 효과를 검증하기 위해서 시행된 유사실험연구이다. 본 프로그램은 지역사회 거주하는 치매환자의 우울감과 삶의 질을 향상에 효과가 있는 것으로 분석되었으며, 더 나아가 치매환자를 돌보는 부양자의 부양스트레스를 감소하는데 긍정적인 효과가 있는 것으로 분석되었다. 향후 지역사회 거주하는 치매환자를 대상으로 더 많은 치매센터를 통한 확대 보급이 이루어져야 할 것이며 원활한 프로그램의 진행을 위해서는 프로그램 진행자를 위한 전문화된 교육이 우선됨과 동시에 추후 단계적이고 지속적인 후속 프로그램의 개발도 이루어져야 할 것이다.

# 목 차



I. 서론 .....	15
II. 문헌고찰 .....	21
III. 연구방법 .....	29
IV. 연구결과 .....	39
V. 결론 및 제언 .....	45
VI. 참고문헌 .....	51
VII. 부록 .....	59





# I. 서론





# I 서론

## 1. 연구 배경

치매는 다른 노인성 질병에 비해 질병초기에는 건망증과 같은 가벼운 인지장애로 시작되지만 시간이 지날수록 인지기능 외 다양한 정신행동증상과 신경학적인 증상을 유발하여 독립적인 생활능력과 인간으로서의 최소한의 존엄성까지도 잃게 만드는 진행성 질병이다.

치매환자들은 질병을 의심하게 되는 시기부터 질병에 이환된 현실을 받아들이기까지 자신의 존재가치에 대해 쓸모없다는 생각으로 위축되고 자존감이 저하되며(Hah, 2007), 정상노인에 비해 치매노인의 경우 우울이나 불안, 무기력, 절망감, 무가치감 등을 더욱 느끼는 것으로 알려져 있다(azaus et al, 1987). 기존의 연구에서 단순히 우울을 호소하거나 관찰되는 경우까지 포함한다면 알츠하이머형 치매 환자의 40-60%가 우울증을 겪고 있는 것으로 보고되고 있다(Kumar, Bilker, jin & Udupa, 2000).

치매환자의 정신행동증상은 치매환자 자신을 지치게 하고 가족에게는 부양에 대한 부담을 가중시켜 치매로 인한 사회적 비용을 증가시킬 뿐 아니라, 결국에는 환자를 요양시설로 입소시키게 되는 주된 요인이 되기도 한다. 그렇기 때문에 치매환자의 정서적 문제와 정신행동 증상을 조절하기 위한 치료적 개입은 매우 중요하다.

최근 치매를 치료하고 증상의 악화를 최소화하기 위한 다양한 치매치료제가 개발되어 활용되고 있으나 그 효과는 진행을 늦추거나 인지기능과 정신행동 증상을 부분적으로 경감시키는 보존적 수준에 머무르고 있다(Lee, S. B., Kim, K. W., 2009). 그러나 인지기능 이외 다양한 정신행동 증상을 감소시키며 치매노인의 정서적 안정과 심리적 증상을 완화하기 위한 다양한 비약물치료들이 개발되어 약물치료와 함께 병용되고 있으며, 다각적 측면에서 그 효과를 입증하는 연구들이 이루어지고 있다(Lee & Kim, 2009; Miller, 1987; Song & Park, 2011). 특히, 치매환자의 우울증상은 초기 단계에서는 인지·행동 요법의 효과가 더욱 크기 때문에 비약물치료의 개입이 매우 중요하다(Kim, 2004).

치매노인의 인지·행동을 개선하기 위해 사용되고 있는 비약물치료 중에 현실확인치료를 들 수 있다. 이 치료법은 환자자신과 환자가 처해 있는 환경에 대한 기본적인 질문에 대해 환자가 올바르게 반응할 때 이를 강화시켜줌으로써 환자의 지남력을 개선하려는 접근방법으로서 전 세계적으로 치매노인의 치료에 가장 널리 활용되어 왔다(Doyle, 1992; Miller, 1987). 그러나 현실확인치료는 치매가 진행되어 인지적 장애가 심한 환자에게 사용할 수

있는가 하는 의문이 제기 되어왔으며, 환자에게 현실적이고 정확한 반응을 요구하기 때문에 이것이 스트레스를 가중시켜 오히려 증상을 악화시킨다는 연구결과가 제시되었다 (Bleathman & Morton, 1996; Hosey, 1999). 이러한 문제점을 보완하기 위해 Feil은 인정치료(Validation Therapy)라는 새로운 접근방법을 모색하게 되었는데, 이러한 접근방법은 치매노인의 잘못된 지각을 수정하기보다 그들이 표현하는 감정을 인정해 줄 때 긍정적인 효과가 나타난다는 사실을 토대로 한 것이다. 그 이후로 외국에서는 치매 노인에 대한 인정치료의 효과에 대한 연구가 다각적으로 진행되어 왔다. 선행연구에서는 치매노인의 인지기능, 일상생활활동, 문제행동, 우울, 삶의 질을 개선하는데 효과가 있었다는 연구(Feil, 1992; Harris, 1995; Kim & Hah, 1998)와 큰 효과가 없었다는 연구(Brack, 1997; Toseland etc, 1997; Peoples, 1982; Miller., 1987; Scanland etc., 1993; Tondi etc., 2007)등의 다양한 연구결과를 제시하였다. 그러나 그러한 이유들을 살펴보면 표본의 크기가 작았거나, 연구를 진행하는 구성원이 바뀐 점, 그리고 대상자가 노인이라는 점, 그 외 측정도구가 민감하지 못했다는 등의 제한점을 제시하며 더 많은 반복연구의 필요성이 제기되었다.

Feil의 인정치료법(Validation Therapy)은 Rogers, Freud, Maslow, Frans-Hillman, Erikson 등의 이론을 토대로 개발된 심리사회적 치료 프로그램이다(Doyle, 1992). 즉 인정치료법(Validation Therapy)은 치매노인에 대한 존경과 공감을 기본태도로 하여 치매노인이 삶의 마지막 단계에서 과거의 갈등을 해결하고 존엄을 회복하여 부동 상태로 빠지는 것을 예방하기 위한 것이다. 일반적으로 치매노인이 보이는 치매증상 중에서 가장 두드러지게 나타나는 증상은 기억력을 포함한 인지기능의 장애이고 그 다음으로는 언어기능이 저하되면서 나타나는 의사소통의 문제이다. 치매환자들은 기억장애를 경험하게 되고 더불어 의사소통에 의한 문제가 더해지면서 자신감이 저하되고 우울, 불안 등을 경험하게 되는데 이러한 동기저하와 기분의 변화는 인지장애를 더욱 심하게 하는 악순환이 되기도 한다. 그러나 의사소통에 의한 문제가 심각해지는 정도에 비해서 비언어적 메시지에 반응하는 기능은 어느 정도 유지된다고 한다(Wilcock & Jacoby, 1991; Kim & Hah, 1998). 그렇기 때문에 치매로 인해 의사소통이 부적절한 경우에 타인과의 관계형성에 문제를 가져오게 되면서 발생하는 타인과의 갈등이나 자존감의 저하 등 역시 인정치료법(Validation Therapy)을 통하여 가능해지기도 한다.

위에서 살펴본 바와 같이 치매로 인한 자존감 저하와 우울, 불안 등에 대한 정서적 안정과 삶의 질 향상을 위한 비약물적 접근을 통한 프로그램의 개발은 매우 중요하다. 특히 치매노인의 의사소통을 증진시키며 우울을 비롯한 정서적 안정을 통해 부양자와 치매노인과의 관계가 보다 자연스럽게 발전할 수 있게(Feil, 1993)만드는 인정치료법(Validation Therapy)은 선행연구에서의 문제점을 보완한다면 많은 긍정적 결과를 가져올 수 있을 것이다.

본 연구는 지역사회 거주 치매노인의 우울을 감소시키며 정서적 안위를 돕고자 한국사회의 정서에 적합하게 개발된 프로토콜을 활용하여 실제로 지역사회 내에서 거주하고 있는 치매노인에게 적용하고 본 프로그램이 치매노인들의 우울감소를 비롯한 정서적 안위를 돕고 삶의 질을 향상하는데 미치는 효과를 검증하기 위하여 시도되었다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 오늘날 급증하고 있는 치매환자의 우울을 감소시키고 안위와 자존감을 증진시켜 치매환자의 삶의 질을 향상시킬 뿐 아니라, 치매환자를 돌보는 가족의 부양스트레스를 감소시키기 위해 개발된 인정요법 프로그램의 효과를 확인하고자 한다.

구체적인 연구 목적은 다음과 같다:

- 1차 목적은 지역사회 거주 치매환자대상으로 인정요법 프로그램의 우울감소 효과를 검증하는 것이다.
- 2차 목적은 인정요법 프로그램이 지역사회 거주 치매환자의 삶의 질, 정신행동증상, 인지 기능과 및 부양스트레스의 감소 효과를 탐색하는 것이다.

---

## II. 문헌고찰



---

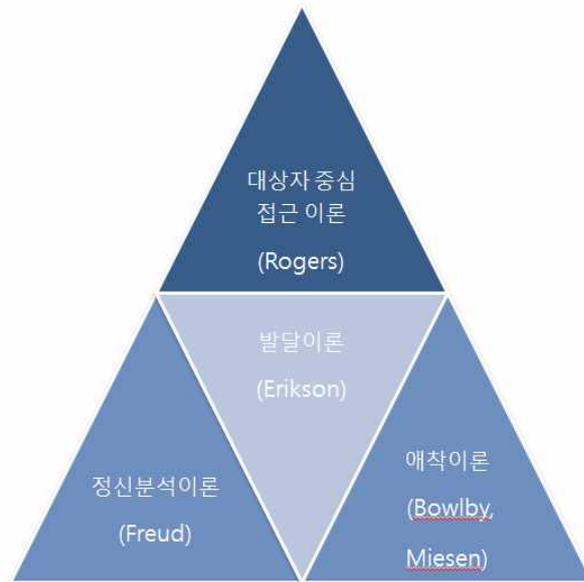
## II. 문헌고찰

### 1. 이론적 배경

Feil은 1963년 당시 치매환자의 지남력을 개선할 목적으로 현실요법을 시행하고 있었으나 차츰 현실요법의 치료적 의의에 대해 의문을 가지게 되었다. 치매환자들에게 사람, 시간, 장소에 대한 지남력을 계속적으로 주지시켜 현실감을 유지하도록 돕는 현실요법을 시행했을 때 치매환자들은 더 화를 내고 더 위축되고 더 의존적이며 지남력은 오히려 저하되는 것을 발견하였다. 이후 치매환자들의 혼돈된 말과 행동들을 그대로 수용하여 인간적인 위엄과 심리적 안위와 자존감을 증진시키기 위한 'validation'의 개념을 발전시키게 되었다.

즉, 인정치료법(Validation Therapy)은 치매노인에 대한 존경과 공감을 기본태도로 하여 치매노인이 삶의 마지막 단계에서 과거의 갈등을 해결하고 존엄을 회복하여 부동 상태로 빠지는 것을 예방하기 위한 것으로 치매환자의 말과 행동은 돌보는 사람에게서는 혼란스럽게 보일 지라도 의미가 있는 것이므로 간호제공자의 역할은 이상한 말과 행동을 수용하고 노인이 감정을 표현할 수 있도록 유도하는 것이다.

### 2. 기본 원리



#### ○ 대상자 중심 접근(C. Rogers)

‘자신에 대하여는 스스로가 가장 잘 안다.’ 즉 개인에 대한 최고 전문가가 바로 자신이다.

이것은 치매환자의 내적 세계에 초점을 맞추어 각 노인의 독특성을 존중하는 것이다. 치매환자들도 보편적인 인간 욕구인 소속감과 자아정체감을 가지고, 모든 인간은 치매가 있건 없건 간에 다 가치가 있다.

공감을 설명할 때 인용되는 ‘상대방의 신발을 신고 걷는 것’은 인정 요법에서 가장 중심되는 요소이다. 즉 지남력이 손상된 치매환자의 주관적인 현실세계를 수용하고 그의 내면의 세계로 감정이입하여 의사소통하는 것이다.

### ○ 정신분석이론(Freud)

지남력 장애가 시간, 장소, 사람에 대해 잘못 판단하는 것 뿐만 아니라 자아가 객관적인 현실 세계와의 접촉을 상실하는 과정이라는 가정을 전제로 한다. 즉 지남력이 저하된 치매환자는 심리적으로 중요했던 과거 상황이나 사물과 관련된 주관적인 세계로 몰입하게 된다. 이런 관점에서 볼 때 모든 혼동된 말과 이상한 행동에는 의미와 목적이 있다. 치매환자의 혼동된 말과 행동을 교정하기보다는 오히려 수용할 때 치매노인과 대화할 수 있는 가능성이 열리게 된다. 언어적 의사소통이 불가능할 때는 비언어적인 실마리를 이용하여 치매환자의 이상한 행동을 이해해야 한다.

그러므로 치매환자의 과거 삶을 이해하고 분석하는 것은 치매환자의 내적 세계에 대한 통찰력을 갖게 해주고 치매환자에게 그가 이해되고 수용되고 있음을 전달하는데 도움이 된다.

### ○ 발달이론(Erikson)

Erikson은 마지막 아홉 번째 발달 과제로서 ‘해결(resolution)’을 제안했다. 과거 중요한 발달 과제를 무시했거나 성공적으로 완수하지 못했던 치매환자들은 미해결된 문제들을 해결하고자 하는 욕구를 갖게 되고 이 문제들이 제대로 해결되지 않았을 때 ‘부동 상태’의 위기를 맞게 된다.

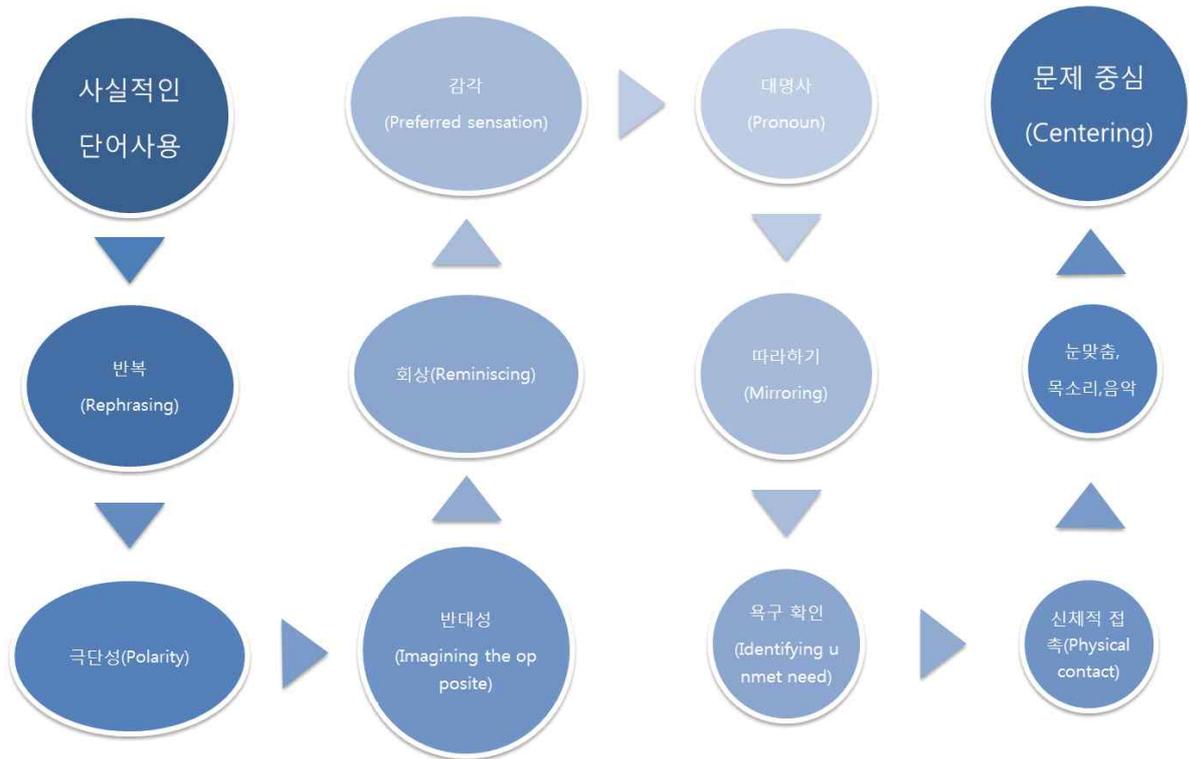
그러므로 과거의 갈등을 해결하고 살아있음을 확인하는 것을 삶의 마지막 과제로 삼고 이 과제를 제대로 수행하기 위해 치매환자들은 감정을 표현할 필요가 있고 이렇게 표현된 감정들이 근거 있는 것으로 수용될 때 과거의 갈등은 해소되고 부동 상태로 빠지는 것을 막을 수 있게 된다.

### ○ 애착이론 (Bowlby, Miesen)

모아간의 애착 행동이 성인기의 절망적인 상황일 때 나타난다는 이론으로 치매로 인한 심리적 불안정은 치매노인의 애착행동을 유발하여 치매환자는 부모가 아직도 살아있다고 여기는 부모고착 같은 애착행동을 보이게 된다. 이런 행동은 불안정감에 대한 신호이므로 부양자는 인정요법을 사용하여 치매환자를 수용하여 불안정감을 감소시키고 자존감을 증진시킬

수 있다.

### 3. 인정요법(Validation Therapy)의 기법



#### ○ 사실적인 단어사용

치매환자와의 대화에서는 사실적이고 비위협적인 단어를 사용하여 대화한다. 치매환자는 자신의 행동과 감정을 논리적으로 이해하려 하지 않는다. 또한 간호제공자는 치매환자에게 '왜' 그렇게 행동했는지 다그치면 안 된다. 즉 '왜'를 제외한 '언제, 누가, 무엇을, 어디서, 어떻게'를 묻는 사실적인 질문을 통해 치매노인이 감정을 표현할 수 있도록 유도하며 구체적인 단어를 사용하여 치매환자와 대화한다. 왜냐면 치매환자는 자신이 왜 그렇게 행동했는지에 대하여는 관심이 없기 때문이다.

#### ○ 반복(Rephrasing)

치매환자는 자신이 말한 내용을 다른 사람에 의해 다시 듣게 될 때 종종 안위를 느끼기 때문에 치매환자의 말을 반복한다. 그리고 핵심 단어뿐만 아니라 목소리 톤과 말의 속도도 똑같이 흉내 낸다.

○ 극단성(Polarity)

치매환자가 불평하는 부분의 극단적인 예를 생각해 보라고 한다. 즉 최악의 경우를 생각함으로써 치매환자는 자신의 감정을 보다 충분히 표현할 수 있게 된다.

○ 반대성(Imagining the opposite)

반대의 경우를 생각해 볼 수 있게 함으로써 그 문제에 대한 과거의 해결 방법을 돌이켜 볼 수 있게 된다.

○ 회상(Reminiscing)

노년기의 특성인 과거회상을 유도함으로써 과거에 사용했던 익숙한 적응기제를 재정립할 수 있게 한다.

○ 감각(Preferred sensation)

선호되는 감각을 파악한다. 치매노인이 주로 사용하는 감각 통로를 파악하고 남아있는 감각 기능을 이용하여 대화를 유도한다. 환각이나 망상으로 실제적이지 않은 내용을 호소한다 하더라도 그것이 실제적이 아니라는 것을 곧바로 알려주려 하지 말고, 그런 내용이 어떠한 것인지 치매환자가 사용한 감각적 용어를 사용하여 대화한다.

○ 대명사(Pronoun)

의미 없는 말이나 발음을 하는 경우 이것에 대해 구체적으로 반복하기보다는 '그것' 등으로 대명사를 사용하여 대화한다.

○ 따라하기(Mirroring)

치매 환자는 어떤 행동이나 동작을 계속 반복할 경우 치매환자와 공감대를 갖고 치매환자가 동작을 따라하여 신뢰를 구축하도록 한다.

○ 욕구 확인(Identifying unmet need)

치매환자의 행동을 잘 관찰하여 과거의 충족되지 않은 욕구와 관련이 있는지 파악하고, 이것을 해결할 수 있도록 도와준다.

○ 신체적 접촉(Physical contact)

손을 잡거나 어깨를 감싸는 등의 신체적 접촉을 제공한다. 이때 주의할 것은 경증의 지남력 장애로 의심이 많은 치매환자는 신체적 접촉이 오히려 부정적인 효과를 줄 수 있으므로

이런 노인들은 적당한 간격을 두고 접근한다.

### ○ 눈맞춤, 목소리, 음악

진실 되고 긴밀한 눈맞춤을 하고, 명확하고 침착하며 친밀감 있는 목소리로 대화하며, 분위기에 적합한 음악을 사용하여 치매환자들이 안정되고 편안한 느낌을 가질 수 있도록 한다.

### ○ 문제 중심(Centering)

문제 중심이란 치매환자를 돌보다 보면 분노와 좌절을 느낄 때가 많다. 이때에는 자신의 감정이 치매환자에게 그대로 전달되지 않도록 감정을 조절하고 해결한 후에 치매환자를 대하는 것을 말한다. 즉 자신의 흥분된 감정을 조절기 위해 심호흡을 하거나, 속으로 100번까지 숫자를 세는 등의 나름대로의 스트레스 해소 방법 등으로 감정을 조절할 수 있다.

## 4. 집단인정요법(Group Validation Therapy)의 이해

집단인정요법의 목표는 최대한으로 참여자들 간의 상호작용 할 수 있도록 하며 참여자들이 충분히 자신의 역할을 찾을 수 있도록 한다. 또한 프로그램에 참여함으로써 인해 우울을 감소시키고, 삶의 질과 행복의 의미를 찾을 수 있도록 하여 사회적인 통제를 긍정적으로 받아들이게 하고 대화와 표현을 점점 더 늘려가도록 하는 것이다.

### ○ 집단인정요법의 효용성

- 집단 내에 대상자들이 서로 상호작용함으로써 에너지가 창출되고 프로그램에서 벗어나거나 개인적으로 위축되는 것을 막을 수 있다.
- 집단인정요법은 집중력을 높여준다. 즉, 일대일의 개인요법에서는 대화를 유지하는 시간이 5-15분 정도이나 집단 내에서는 서로 상호 작용하는 동안에 집중력이 길어져 집중시간이 1시간 이상도 가능해진다.
- 집단 내 참여자들이 상호작용을 통해 서로의 문제행동을 조절하려는 동기부여가 가능해진다.
- 집단 내 상호작용을 함으로써 가족의 관계나 사회적 역할을 회복하는 기회가 된다.
- 움직이고, 노래하고, 서로 접촉하고 말하고, 문제를 해결하면서 집단 내 참여자들이 서로 결속되어 프로그램에서 벗어나는 것을 피할 수 있다. 그리하여 프로그램을 마친 후에도 다음 시간에 서로 만날 것을 기대하게 된다.
- 집단 인정요법의 참여자들은 프로그램에 참여하는 동안 언어와 비언어적으로 자신을 표현

하게 되고 집단 내에서 사회적 통제를 배우게 되며 혼동되어 있는 자신의 존엄성을 회복하고 부정적인 행동을 조절하게 되는 동기가 된다.

- 집단 인정요법은 대화를 하는 동안 집단 내 다른 참여자들을 서로 존중하게 되기 때문에 참여자 각자의 긍정적 가치를 회복하는데 도움을 줄 뿐 아니라 집단 내에서 각자의 역할을 수행하게 되면서 참여자들 스스로가 독립성을 회복하게 되기도 한다.

### ○ 집단 인정요법의 실제

집단 인정치료법을 토대로 한 프로그램은 음악, 몸동작, 대화, 미술 및 작업요법, 운동, 다과 등 다양한 활동들이 응용될 수 있다. 모임의 순서는 일정하게 유지하는 것이 좋는데 모든 대상자들이 알고 있는 노래를 부르고 대화나 간단한 운동, 작업, 미술 등의 활동을 진행하고 공운동 및 체조를 매 회기마다 실시하고 마무리 단계에서 간단한 다과를 나눌 수 있다. 대화의 주제는 가족이나 친구에 관계된 내용이나 감정을 표현하는 내용을 선정할 수 있는데, 계획했던 대화의 주제가 다루어지지 않더라도 강요하지 말고 유동적으로 대화를 이끌어 가도록 한다. 장소는 그리 넓지 않고 안락한 장소로 외부의 소음이 차단되는 곳이 좋다. 인지기능이 낮은 오전에 최고조에 이르므로 오전 11시경에 시작하는 것이 좋고 1시간을 넘지 않도록 한다.

### Ⅲ. 연구방법



---

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구개요

서울시 4개 자치구 치매지원센터를 이용하고 있는 치매 환자 중에서 각 기관별 시험군 12명과 대조군 12명을 편의 추출을 통해 모집한다. 시험군에게는 인정요법 프로그램 매뉴얼에 따른 중재를 10주간 시행하고 대조군은 모집 후 waiting list에 올려 대기한 뒤 10주 후 시험군과 동일한 프로그램을 제공한다.

프로그램의 효과 평가를 위해 모든 참여 대상자에 대해 연구시작 시점(baseline)과 10주 경과시점(시험군: 프로그램 완료 시점, 대조군: 대기상태에서 10주 경과 시점)에 우울, 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능 및 부양스트레스에 대한 평가도구를 적용하여 분석한다.

#### 2. 연구 설계

본 연구는 지역사회 거주 치매환자를 위해 개발된 중재 프로그램이 치매노인의 우울을 감소시키고 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능 및 부양스트레스 감소에 미치는 효과를 파악하기 위한 유사실험 설계로서 설계모형은 다음과 같다.

	pre-test	Tx	post-test
Experimental Group	$Y_{e1}$	O	$Y_{e2}$
Control Group	$Y_{c1}$	X	$Y_{c2}$

#### 3. 대조군 설정

본 프로그램의 시험군과 대기자 명단에 오른 상태에서 특별한 추가 처치 없이 기존에 치매지원센터에서 받아오던 일반적인 케어만을 받는 대조군을 비교군으로 한다. 본 연구의 비교군인 대조군의 경우 본 임상시험 기간 완료 후 10주간의 시험군과 동일한 프로그램을 시행 받게 된다.

## 4. 연구대상자 선정기준

서울시 4개 자치구치매지원센터 이용 치매 환자 중 본 연구 참여에 동의하는 대상자를 센터별로 시험군과 대조군을 모집한다(편의 추출). 먼저 모집된 대상자는 시험군으로 배정하고, 이어서 시험군에 포함된 대상자의 연령, 성별, 학력 등을 고려하여 대조군으로 모집한다.

### (1) 선정기준

- ① 연령: 60세 이상
- ② 학력: 0년 이상 ( 단, 읽고 쓰기가 가능한 자로 문맹이 아닌 자)
- ③ 임상치매평가 척도 (CDR): 0.5 - 2점 이하
- ④ DSM-IV기준에 의하여 치매진단을 받은 자
- ⑤ 독립적인 보행이 가능하며 프로그램에 참여가능한 자
- ⑥ 연구자의 질문에 응할 수 있고 의사소통이 가능한 자
- ⑦ 이전에 유사한 인정요법 프로그램에 참여한 적이 없는 자

### (2) 제외기준

- ① 정신지체 및 정신과적 기왕력
- ② 섬망이나 혼돈, 기타 의식 장애의 증거
- ③ 기타 인지기능평가나 프로그램 참여에 지장을 줄 정도의 심한 청력이나 언어장애, 또는 신체 마비나 심각한 균형 장애가 있는 자

### (3) 연구 대상자 수

본 연구의 일차목적은 지역사회 거주 치매환자대상으로 인정요법 프로그램의 우울감소 효과를 검증하는 것으로 본 연구의 일차효과평가 변수는 SGDS 점수이다. 따라서 시험군과 대조군의 인정요법 프로그램 효과 비교는 SGDS 점수의 기저평가와 10주 후 평가 (시험군: 인정요법 프로그램 시행 직후 평가, 대조군: 10주 대기기간 직후 평가) 간 변화량( $t_{10}-t_0$ )을 비교하는 것이다. 본 연구의 목적을 달성하기 위하여 연구에 필요한 대상자의 수는 본 연구와 유사한 프로그램을 동일 목적으로 적용한 선행연구(Lee & Park, 2007)를 기반으로

Cohen의 공식(1988)을 적용하여  $\alpha=.05$ 에서 power  $1-\beta =.80$ , 효과 크기 .35일 때 시험군 34명, 대조군 34명으로 탈락률 20%를 고려하여 각각 42명씩을 선정하였다. 선정된 대상자 중 프로그램 도중에 참여가 어려워 2회 이상 탈락한 대상자를 제외하고 총 68명의 사전 사후조사를 분석하였다.

#### (4) 윤리적 고려

본 연구는 서울대학교의과대학/서울대학교병원 의학연구윤리심의위원회 승인을 획득하여 진행하였다(IRB No. H-1305-578-489). 본 연구의 피험자가 치매 환자인 점을 고려하여 피험자 본인뿐만 아니라 보호자(법정대리인)에게 연구에 대해 충분히 설명 한 후, 개인정보를 보호하기 위해 연구진은 윤리적 노력을 하였고, 이를 대상자에게 설명하고 동의를 구하였다. 또한 연구대상자에 대한 임상 시험 데이터 등을 수집함에 있어 본 연구와 관련하여 반드시 필요한 자료만 제한하여 수집하였다.

## 5. 인정요법 프로그램의 적용

### ○ 프로그램 구성

본 프로그램은 10-12명 내외로 한 그룹을 이루어 진행되는 집단치료 프로그램이다. 정해진 주제에 따라 주 1회 총 10주간 실시되며 매회 약 50분 동안 진행된다. 프로그램의 전체적인 일정과 매 회의 프로그램 구성은 Table 1과 같다.

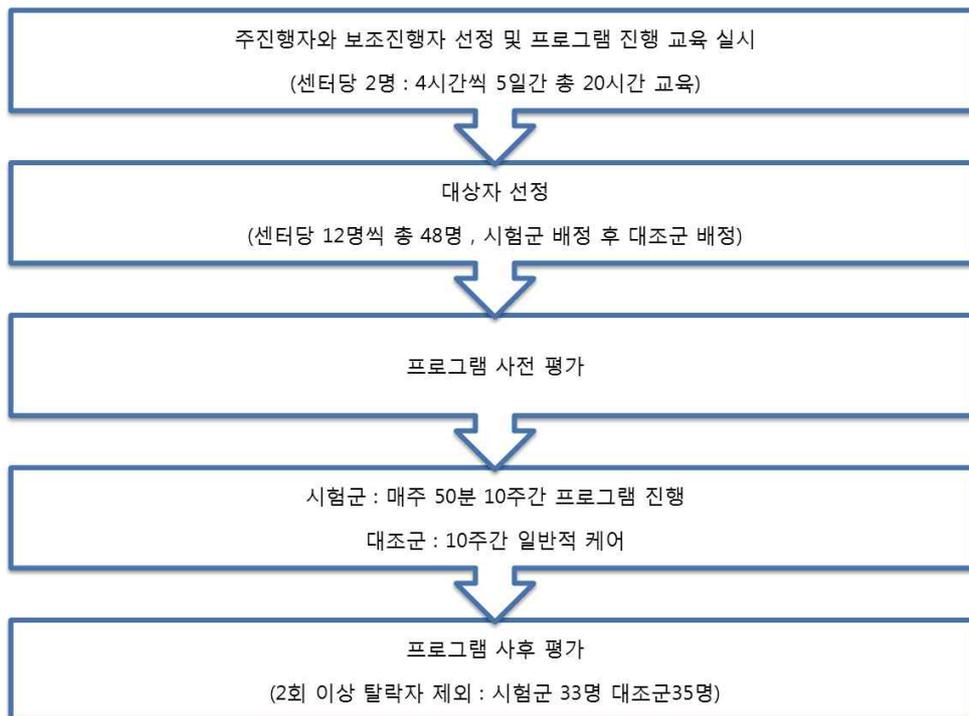
Table 1. Outline of the Community Based Group Validation Therapy

	Topic	Content	Action
1	Orientation & Introductions	Program orientation (Having time to promote friendship among members/ self introduction)	<ul style="list-style-type: none"> <li>All participants play Yoot(Korean traditional board game) in teams</li> </ul>
2	My Hometown	Home town stories, Childhood games and songs / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Drawing and painting pictures of hometown on the paper</li> <li>Playing childhood games (a game of slap-match, marbles, top spinning)</li> </ul>
3	Friends	Memories of big events and incidences happened in their childhood (primary school memories, friends and teachers) / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Singing children's songs</li> <li>Writing down a favorite childhood friend on a paper airplane and flying them in the air</li> </ul>
4	Old Songs & Movies	Old songs, fashions, actors/actresses and movies from their youth / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Completing puzzle posters of old movies and sharing the story of movies and actor/ actresses in the movie</li> </ul>
5	Those Were the Days	The dreams of youth and things that were once popular in the past / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recollecting the memories of the past using their own pictures and stuff</li> <li>Completing the picture of hometown using colored paper and sharing it with other members</li> </ul>
6	Marriage	The stories of their marriage / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talking about the first impression of their partner and stories of their first meeting</li> <li>Taking wedding photos in traditional wedding clothes</li> </ul>
7	My Dear Children	The stories about their children / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>Talking about the dream of the forthcoming conception of their babies / sharing childbirth experience</li> <li>Speaking with members about the meaning of a table laid in celebration of a baby's first birthday</li> </ul>

8	My Family	Family stories / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Drawing self centered family tree and sharing thoughts about how important family is in Korea</li> </ul>
9	Thoughts in My Head	The stories about their life / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completing 'If' sentences ('If I were a millionaire, I would...!', 'If I were a president of this country, I would.....')</li> <li>• Constructing a brain diagram with their current thoughts</li> </ul>
10	The Hope Tree	The meaning of life (program completion) / reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planting a hope tree to hang cards with hope of individual participants and all participants are gathered hoping wishes come true</li> </ul>

### ○ 프로그램 진행 절차

프로그램의 주 진행자와 보조 진행자는 연구에 참여한 자치구 지역치매지원센터에서 근무하고 있는 간호사와 작업치료사로 치매전문인력교육을 이수하고 2년 이상 치매지원센터에 근무하고 있는 자 중에서 선정하였다. 선정된 진행자는 본 프로그램 개발자로부터 5일 동안 매일 4시간씩 총 20시간 프로그램 진행방법에 대한 이론과 실습교육을 이수하였다. 인정요법 프로그램 효과 검증을 위한 절차는 다음과 같다.



## 6. 평가변수 및 도구

### (1) 효과평가변수

- ① 일차적 효과평가변수(primary efficacy variable)
  - : 노인우울척도 (SGDS)로 측정된 우울 점수
- ② 이차적 효과평가변수(secondary efficacy variable)
  - : NPI-Q, GQOL-D, MMSE-KC, 보호자의 BI 점수

### (2) 평가항목

#### ① 노인우울 척도(SGDS)

우울척도는 Yesavage 등(1983)이 개발한 노인우울 척도 30문항의 자기보고형 우울 척도 GDS(Geriatric Depression Scale)를 15문항의 단축형으로 Ji 등(2003)의 연구에서 사용된 한국어판 노인 우울 척도를 이용하였다. 개발 당시 Cronbach's  $\alpha$  =.88이었으며, 이 도구는 “예”는 0점, “아니오”는 1점을 주어 점수범위는 0점-15점이다. 부정적 문항은 역으로 환산하여 주요 우울증을 판별하는 SGDS의 절단점은 8점이며 점수가 높을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다.

#### ② 신경정신행동검사-간편형 (Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire, NPI-Q)

치매환자에게서 흔하게 나타나는 정신행동증상을 치매환자의 보호자가 작성하도록 개발된 신경행동검사-간편형으로 증상의 심각정도의 총점의 범위는 0-36점이며 보호자의 고통 정도에 대한 총점범위는 0-60점이며 점수가 높을수록 정신행동증상이 심각하며 보호자의 고통정도가 큼을 의미한다.

#### ③ 치매 노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life-Dementia, GQOL-D)

WHO의 삶의 질 척도를 근간으로 대한노인정신의학회(Lee et al., 2003)에서 개발한 치매노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life-Dementia, GQOL-D)를 사용하여 측정한다. 본 도구는 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계 및 환경을 측정하는 13개 문항과 전반적인 건강 및 삶의 만족도를 측정하는 총 15개 문항 4점 척도이다. 각 문항에 대한 반응의 단순 합으로 총점을 계산하였으며 점수가 높을수록 삶의 질 점수가 높은 것을 의미한다. 개발 당시 이 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  =.87이었다.

#### ④ 인지기능평가 (MMSE-KC)

치매환자의 인지기능은 MMSE-KC(Lee, D, Y., et al., 2002)를 사용하여 측정한다. 이 도구는 시간에 대한 지남력(5점), 장소에 대한 지남력(5점), 기억등록(3점), 기억회상(3점), 주의 집중 및 계산(5점), 언어 기능(7점), 이해 및 판단(2점) 영역으로 구성되고 총 19문항으로 되어 있으며, 최고점은 30점이다.

#### ⑤ 부양스트레스 (Burden Interview, BI)

치매환자의 보호자들이 환자를 돌보는 일과 관련하여 경험하는 주관적 스트레스를 측정하기 위한 도구로 총 22문항에 5점(0점-4점) 척도로 총점범위는 0-88점으로 점수가 높을수록 보호자가 경험하는 부양 스트레스가 상대적으로 높음을 의미한다.

## 7. 연구 완료, 중지 및 탈락

### (1) 완료

피험자가 10주간의 본 프로그램을 완료하고 프로그램 전, 후 평가를 완료하면 그 피험자는 본 연구를 완료한 것으로 간주하였다. 어떠한 이유로든 프로그램을 조기에 중단하거나 2회 이상 탈락한 피험자는 연구를 완료하지 않은 것으로 간주하였다.

### (2) 중지

연구자는 프로그램 과정에서 관찰된 결과에 비추어 연구를 지속하는 것이 적합하지 않다고 판단되는 경우 연구를 중지할 수 있다.

### (3) 탈락

다음에 해당하는 피험자는 본 연구로부터 탈락으로 간주하였다.

- 평가에 실패한 피험자
- 피험자 또는 대리인이 본 연구 참여에 대한 동의를 철회한 경우
- 피험자가 본 프로그램 회기 중 2회 이상이 빠진 경우

## 8. 자료분석

시험군과 대조군의 일반적 특성(성별, 연령, 교육년수), 임상치매평가, 우울, 정신행동증상, 삶의 질, 인지기능 및 부양부담에 대한 사전 동질성은 자료의 정규성 여부에 따라서 각각  $\chi^2$ -검정과 t-검정을 실시하였다.

또한 프로그램 적용 전후 시험군과 대조군의 종속변수(우울, 정신행동증상, 삶의 질, 인지기능, 부양스트레스)에 대한 차이 검정은 여러 다른 시점에서 반복적으로 값을 측정하여 평균치를 비교하기 위하여 시험군과 대조군의 차이(Group/between-subject effects)와 프로그램 전, 후, 추후검사는 시점간의 차이(Time/within-subject effects)를 동시에 검정할 수 있는 반복 측정 분산 분석(Repeated Measure ANOVA)을 실시하였다.

## IV. 연구결과

---



---

---

## IV. 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성 및 측정변수의 동질성 검정

대상자의 일반적 특성은 Table 2와 같다. 성별에서는 시험군의 경우 여성이 55.5%로 많았고 대조군의 경우 남성이 51.4%로 많았으나 유의한 차이는 없는 것으로 나타났다( $\chi^2=0.140$ ,  $p=0.710$ ). 연령에서는 시험군의 경우 70~79세가 60.6%로 가장 많았고 대조군의 경우에는 80세 이상이 48.6%, 그 다음으로 70~79세가 42.8%, 60~69세가 8.6% 순으로 나타났으며, 평균나이라도 두 그룹을 비교하면 시험군, 대조군 각각 74.24( $\pm 5.76$ )세, 77.88( $\pm 6.13$ )로 유의한 차이가 없었고( $t=0.037$ ,  $p=0.849$ ), 평균 교육년수도 시험군 (7.09 $\pm 4.23$ )과 대조군(6.82 $\pm 5.03$ )간에 유의한 차이가 없었다( $t=1.404$   $p=0.240$ ). 또한, 치매중증도를 알아보는 치매임상척도(CDR)의 경우에도 시험군과 대조군 간에 유의한 차이는 없었다( $t=0.227$   $p=0.653$ ).

Table 2. Homogeneity Test for General Characteristics between Groups

(N=68)

Variables	Category	experimental ( $n = 33$ )	Control ( $n = 35$ )	$\chi^2$ or t	p
		n (%)	n (%)		
Gender	Male	15(45.5)	18(51.4)	0.140	0.710
	Female	18(55.5)	17(48.6)		
Age (yr)	60-69	8(24.2)	3(8.6)	0.037	0.849
	70-79	20(60.6)	15(42.8)		
	$\geq 80$	5(15.2)	17(48.6)		
	Mean ( $\pm$ SD)	74.24 $\pm 5.76$	77.88 $\pm 6.13$		
Education period (yr)	Mean ( $\pm$ SD)	7.09 $\pm 4.23$	6.82 $\pm 5.03$	1.404	0.240
CDR	0.5	5(15.2)	6(17.1)	0.227	0.635
	$\geq 1$	22(66.6)	23(65.7)		
	$\geq 2$	6(18.2)	6(17.2)		

본 연구의 시험군과 대조군 각 변수에 대한 동질성 검정에 관한 결과(Table 3)는 시험군과 대조군의 우울점수의 평균의 경우 각각 6.21( $\pm 4.68$ )와 8.08( $\pm 4.19$ )로 통계적으로 유의

한 차이를 보이지 않았고( $t=1.745, p=0.086$ ), 삶의 질의 평균도  $31.57(\pm 7.78)$ 와  $28.11(\pm 7.77)$ 로 역시 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다( $t=1.834, p=0.071$ ). 정신 행동증상의 심한 정도와 고통 정도의 평균은 시험군( $9.76\pm 6.24, 11.06\pm 9.58$ )과 대조군( $9.55\pm 8.28, 11.27\pm 12.10$ )의 통계적인 유의한 차이는 없었다( $t=0.113, p=0.911, t=-0.074, p=0.941$ ).

인지기능의 평균도 각각  $18.00(\pm 4.47), 18.28(\pm 3.89)$ 점으로 유의한 차이가 없었으며( $t=-0.281, p=0.779$ ), 부양스트레스 정도도 시험군과 대조군에서  $35.33(\pm 22.11), 40.41(\pm 22.14)$ 로 유의한 차이가 없어( $t=-0.881, p=0.382$ ), 시험군과 대조군은 모든 변수에서 동질한 것으로 나타났다.

Table 3. Homogeneity Test for Outcome Variables Between Groups at Pretest (N=68)

Measurement	Variables	Experimental (n = 33)	Control (n = 35)	t	p
		M±SD	M±SD		
Depression	Total score (0~15)	6.21±4.68	8.08±4.19	-1.745	0.086
GQOL-D	Total score (0~60)	31.57±7.78	28.11±7.77	1.834	0.071
MMSE-KC	Total score (0~30)	18.00±4.47	18.28±3.89	-0.281	0.779
NPI-Q					
Severity	Total score (0~36)	9.76±6.24	9.55±8.28	0.113	0.911
Distress	Total score (0~60)	11.06±9.58	11.27±12.10	-0.074	0.941
BI	Total score (0~88)	35.33±22.11	40.41±22.14	-0.881	0.382

- \* Depression: SGDS(Short Geriatric Depression Scale)
- \* GQOL-D: Geriatric Quality of Life-Dementia,
- \* MMSE-KC: Cognitive function
- \* NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire,
- \* BI: Burden Interview

## 2. 프로그램 전 후의 효과검증

프로그램 전 후의 효과를 검증하기 위하여 시험군과 대조군의 종속변수(우울, 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능, 부양스트레스)에 대한 차이 검정은 반복 측정 분산 분석(Repeated Measure ANOVA)로 분석하였다(Table 4),

우울은 시험군에서 사전조사 시  $9.04 \pm 4.78$ 에서 사후조사 시  $4.55 \pm 3.97$ 로 감소하였고, 대조군에서는 사전조사 시  $8.08 \pm 4.16$ 에서 사후조사 시  $8.66 \pm 4.46$ 로 약간 증가하였다. 시간변화에 따른 우울증상 점수에 유의한 차이가 있었고( $F=8.130, p=0.006$ ), 그룹 간의 차이는 없었으나( $F=1.949, p=0.167$ ), 시간과 그룹 간의 상호작용은 통계적으로 유의한 의미가 있는 것으로 나타났다( $F=9.431, p=0.003$ ).

치매환자의 삶의 질에서는 시험군은 사전조사 시  $31.57 \pm 7.78$ 에서 사후조사 시  $36.48 \pm 10.39$ 로 증가하고 그룹( $F=8.324, p=0.005$ )과 시간( $F=7.584, p=0.008$ )에서 차이가 있는 것으로 나타났으며, 시간과 그룹 간의 상호작용에서도 통계적으로 유의한 의미가 있는 것으로 나타났다( $F=9.672, p=0.003$ ).

치매환자의 정신행동증상의 심한 정도에서 시험군은 사전조사 시  $9.76 \pm 6.24$ 에서 사후조사 시  $5.93 \pm 5.21$ 로 줄어들었으나 대조군은 사전과 사후조사에서 각각  $9.55 \pm 8.28$ 에서  $11.55 \pm 8.29$  증가하였는데 시간( $F=29.061, p<0.001^{**}$ )에서 차이가 있는 것으로 나타났으나 그룹과 시간 간에 상호작용은 없는 것으로 나타났다( $F=2.317, p=0.133$ ). 또한, 보호자가 느끼는 고통 정도도 시험군은 사전조사 시  $11.06 \pm 9.58$ 에서 사후조사 시  $6.50 \pm 5.98$ 로 줄어들었으나 대조군은 사전과 사후조사에서 각각  $9.55 \pm 8.28$ 에서  $11.55 \pm 8.29$  증가하였는데 시간( $F=29.061, p<0.001^{**}$ )에서 차이가 있는 것으로 나타났으나 역시 그룹과 시간 간에 상호작용은 없는 것으로 나타났다( $F=3.118, p=0.083$ ).

인지기능상태는 시간변화( $F=0.735, p=0.394$ )와 그룹 간에 유의한 차이가 없었고( $F=1.214, p=0.269$ ) 그룹과 시간 간 상호작용도 의미가 없는 것으로 나타났다( $F=0.011, p=0.918$ ). 그러나 부양자의 스트레스정도는 시간변화( $F=26.804, p<0.001^{**}$ )와 그룹 간에 모두 유의한 의미가 있었고( $F=4.674, p=0.035$ ) 그룹과 시간 간에 상호작용도 통계적으로 유의한 의미가 있는 것으로 나타났다( $F=6.449, p=0.014$ ).

Table 4. Comparisons of Measurements Between experimental and Control Groups (N=41)

Variables		Pretest	Posttest	Source	F	p
		M±SD	M±SD			
Depression	Exp (n = 33)	6.21±4.68	4.55±3.97	Group	1.949	0.167
	Cont (n = 35)	8.08±4.16	8.66±4.46	Time	8.139	0.006**
				G×T	9.421	0.003**
GQOL-D	Exp (n = 33)	31.57±7.78	36.48±10.39	Group	8.324	0.005**
	Cont (n = 35)	28.11±7.77	28.23±8.04	Time	7.584	0.008**
				G×T	9.672	0.003**
NPI-Q Severity	Exp (n = 30)	9.76±6.24	5.93±5.21	Group	2.870	0.096
	Cont (n = 29)	9.55±8.28	11.55±8.29	Time	29.061	<0.001**
				G×T	2.317	0.133
Distress	Exp (n = 30)	11.06±9.58	6.50±5.98	Group	0.305	0.583
	Cont (n = 29)	11.27±12.10	15.00±11.01	Time	29.520	<0.001**
				G×T	3.118	0.083
MMSE-KC	Exp (n = 33)	18.00±4.47	18.88±4.20	Group	1.214	0.269
	Cont (n = 35)	18.28±3.89	18.40±4.42	Time	0.735	0.394
				G×T	0.011	0.918
BI	Exp (n = 30)	35.33±22.11	23.67±18.15	Group	4.674	0.035*
	Cont (n = 29)	40.41±22.14	45.21±21.50	Time	26.804	<0.001**
				G×T	6.449	0.014*

G×T: Group × Time

\* P < .05 \*\* P < .01

\* Depression: SGDS(Short Geriatric Depression Scale)

\* GQOL-D: Geriatric Quality of Life-Dementia,

\* MMSE-KC: Cognitive function

\* NPI-Q: Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire,

\* BI: Burden Interview

## V. 결론 및 제언

---



---

---

## V. 결론 및 제언

본 연구는 지역사회 거주하는 치매환자의 우울을 감소시키고 안위와 자존감을 증진시켜 치매노인의 삶의 질을 향상시키기 위해 개발된 프로그램의 효과를 검증하고자 실시되었다. 이를 위해 서울시의 4개 자치구의 치매지원센터에 등록된 치매노인을 대상으로 시험군과 대조군을 유의 표집하여 다기관을 중심으로 한 비동등성 대조군 사전 - 사후조사(multicenter nonequivalent control group pre - post test) 유사실험설계로 실시하였다.

본 연구 참여자인 시험군 48명을 대상으로 본 프로그램을 10주간 총 10회, 약 50분간 실시하였고 대조군 48명에 대해서는 특별한 프로그램을 시행하지 않았다. 참여자들은 지역사회에 거주하는 지역치매지원센터에 등록된 치매환자 중에서 선정하였다. 프로그램에 참여한 대상자는 정신지체 및 정신과적 기왕력이 없고 섬망이나 혼돈, 기타 의식 장애의 증거가 없는 치매환자로 본 프로그램의 목적을 이해하고 참여하기로 동의한 만 60세 이상의 의사소통에 문제가 없는 자이다. 또한, 읽고 쓰기가 가능하며 임상치매평가 척도(CDR) 0.5-2점 이하이로 DSM-IV기준에 의하여 치매진단을 받고, 독립적인 보행과 프로그램에 참여가능한 자 중에서 이전에 유사한 인정요법 프로그램에 참여한 적이 없는 치매환자들이었다.

프로그램의 효과를 검증하기 위해 사용된 측정도구는 Yesavage 등(1983)이 개발한 노인 자기보고형 우울 척도 GDS(Geriatric Depression Scale)와 치매환자에게서 흔하게 나타나는 정신행동증상을 치매환자의 보호자가 작성하도록 개발된 신경행동검사-간편형(Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire, NPI-Q), 대한노인정신의학회(Lee et al., 2003)에서 개발한 치매노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life-Dementia, GQOL-D)를 사용하여 측정하였다. 치매환자의 인지기능은 MMSE-KC(Lee, D, Y., et al., 2002)를 사용하여 측정하였고 치매환자의 보호자들이 환자를 돌보는 일과 관련하여 경험하는 주관적 스트레스를 측정하기 위해 개발된 도구인 부담조사(Burden Interview) 도구를 사용하여 측정하였다.

이상의 측정도구를 사용하여 사전·사후조사를 실시하였고 시험군과 대조군의 일반적 특성(성별, 연령, 교육년수), 정서상태, 우울, 문제행동, 인지기능상태에 대한 사전 동질성은  $\chi^2$ -검정과 t-검정을 실시하였다. 프로그램의 효과검증은 2회 이상 탈락자를 제외한 시험군 33명과 대조군 35명을 최종 분석하였는데, 프로그램 적용 전후 시험군과 대조군의 종속변수(정서상태, 우울, 정신행동증상, 인지기능, 부양스트레스)에 대한 차이 검정을 위해 여러 다른 시점에서 반복적으로 값을 측정하여 평균치를 비교하는 반복 측정 분산 분석(Repeated

Measure ANOVA)을 실시하였다.

이상의 프로그램 개발과 평가방법을 근거로 한 프로그램의 결과는 다음과 같다.

1. 시험군과 대조군의 동질성 검증을 한 결과, 성별, 연령, 교육년수, 치매임상척도, 우울정도, 치매노인의 삶의 질, 정신행동증상정도, 인지기능상태, 그리고 부양자의 스트레스정도는 통계적으로 유의한 차이가 없어 시험군, 대조군의 두 집단이 동질한 것으로 나타났다.

2. 성별에서는 시험군의 경우 남성 15명(45.5%) 여성 18명(55.5%)으로 비슷한 비율이었고 대조군의 경우도 남성과 여성의 비율은 비슷하였다. 연령은 시험군과 대조군 모두 70~79세가 60.6%로 가장 많은 비율을 차지하였고, 그 다음으로 60~69세, 80세 이상 순으로 평균 연령은 74.24세였다. 평균 교육년수는 시험군이 7.09년 대조군이 6.82년이었으며, 치매 중증도를 나타내는 치매임상척도(CDR)에서는 시험군과 대조군 모두  $CDR \geq 1$ 이 66.6%와 65.7%를 차지하였다.

3. 프로그램 적용 전후 효과 검증은 시험군과 대조군의 그룹간의 차이(Group/between-subject effects)와 시점간의 차이(Time/within-subject effects)를 동시에 검정할 수 있는 반복 측정 분산 분석(Repeated Measure ANOVA)을 실시하였는데, 연구 결과 시간변화와 그룹 간 상호작용에서 우울증상과 치매환자의 삶의 질, 그리고 보호자 부양스트레스정도에 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

우울은 그룹 간의 통계적 차이는 없었으나 시간변화에 따른 우울증상 점수에 통계적으로 유의한 차이가 있었고, 시간과 그룹 간의 상호작용은 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 치매환자의 삶의 질에서는 그룹과 시간에서 차이가 있는 것으로 나타났으며, 시간과 그룹 간의 상호작용에서도 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다.

치매환자의 정신행동증상의 심한 정도에서 시간변화에서는 차이가 있는 것으로 나타났으나 그룹과 시간 간에 상호작용은 없는 것으로 나타났고 보호자가 느끼는 고통 정도도 시간 변화에서는 차이가 있는 것으로 나타났으나 역시 그룹과 시간 간에 상호작용은 없는 것으로 나타났다

인지기능상태 정도에서도 그룹과 시간변화에 따른 상호작용은 통계적으로 유의하지 않았지만 보호자의 부양스트레스정도는 시간변화와 그룹 간 모두 통계적으로 유의한 차이가 있었고 그룹과 시간변화 간 상호작용도 통계적으로 의미가 있는 것으로 나타났다.

이상의 프로그램 효과 평가 결과를 통해 몇 가지 제언을 요약하면 다음과 같다.

1. 본 프로그램에서는 치매환자의 치매진행도와 개별적인 정신행동증상을 고려하지 않고 집단프로그램을 실시하였으나, 치매노인 각각의 치매진행도와 상태를 고려하여 3-4명 정도로 구성된 소집단 활동에 필요한 프로그램과 주 호소에 따른 단계별 세분화된 프로그램의 개발이 이루어져야 할 것이다.
2. 본 프로그램은 시간적, 경제적 현실성을 고려하여 10회기 동안을 실시하였으나 대상자들의 평가에 의하면 단계적이고 지속적인 프로그램을 희망하고 있었다. 따라서 효과성을 지속시키기 위한 단계적 프로그램의 개발이 필요하며 추후 개발된 프로그램의 효과 검증도 이루어져야 할 것이다.
3. 본 연구에서는 4군데 치매지원센터에서 프로그램을 진행하였으나 향후 더 많은 치매센터에 확대 보급하기 위해서는 프로그램의 원활한 진행을 위한 한 단계 더 세분화 된 프로그램 매뉴얼 개발이 중요하다. 또한 현장 실무자들이 전문적 훈련을 받은 후 치매환자와 현장의 상황에 적절한 현장 맞춤형 프로그램을 진행 할 수 있는 교육이 선행되어야 할 것이다. 그러기 위해서는 프로그램에 선행하는 현장 실무 중심의 전문 교육프로그램의 개발이 이루어져야 할 것이다.

---

## VI. 참고문헌

---





---

## VI. 참고문헌

- Adams T(1997). Dementia. In : Norman I J & Redfern S J (Eds), Mental Health Care for Elderly People, Churchill Livingstone.
- Ann, L. Link,. (2000). Group work with elder: 50 therapeutic exercises for reminiscence, validation and remotivation, Sarasota Florida Professional Resource Press.
- Antonella, Deponte, and Rossana, Missan. (2007). "Effectiveness of validation therapy(VT) in group: Preliminary results."Archives of Gerontology and Geriatrics, 44, 113-117.
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(4th ed.), Washington DC: APA.
- Bleathman, C. and Morton, I. (1996). "Validation therapy: a review of its contribution to dementia care." British Journal of Nursing-London-, 5(14): 866-868.
- Brack, H. (1997). "Validation Therapy with Disoriented very old persons: Impact of group interventions on activities of daily living, on aspects of behaviour, cognition and general well-being". Unpublished Doctoral Dissertation, University of Montreal.
- Cayton H., Graham N. and Warner J. (2004). Dementia: Alzheimer's and other dementias(2nd ed.), London: London Class
- Chang Woo shim. (2008). The Effect of Group Validation Therapy (V/T) on Cognition, ADL(Activity of Daily Living), Depression, Problematic Behavior and Quality of Life in the elderly with Dementia, Department of Social Welfare The Graduate School, Catholic University of Daegu
- Day, C. R. (1997). "Validation Therapy: A Review of the Literature. "Journal of Gerontological Nursing, 23(4): 29-34.
- Deponte, A. and Missan R. (2006). "Effectiveness of Validation therapy(VT) in group: Preliminary results." Archives of Gerontology and Geriatrics, 44(2): 113-117.
- Doyle, E. (1992). "Validation Therapy : A description of the process." Unpublished Doctoral Dissertation, University of Missouri - Columbia.
- Duvall, E. M. (1977). Marriage and family development, (5th Ed). UK : Lippincott.
- Erikson, E. H. (1997). "The Life cycle completed." New York: Norton. Butler, R(1963).

---

The life review: An interpretation of reminiscence in the aged, *Psychiatry*, 26, 55–76.

Erikson, E. H(1959). *Identity and life cycle*, New York: Norton.

Feil N (1992a). *V/F Validation the Feil Method*. Feil Productions, Ohio.

Feil N (1992b). *Validation Therapy*. *Geriatric Nursing*. May/June. 129–133.

Feil N(1993). *Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with People: with "Alzheimer`s-Type Dementia"*. Health Professions Press, Baltimore.

Fine, J. and Rouse-Bane, S. (1995). "Using Validation techniques to improve communication with cognitively impaired older adults, *Journal of Gerontological Nursing*, 39–44.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., and McHugh, P. R. (1975). "Mini-Mental State : A practical method for grading the cognitive state of Patients for the clinician", *J Psychiatr Res.*, 12, 189–198.

Hah, Jin. (2007). *Disease Awareness Process in Elderly with Early Dementia*. Department of Nursing The Graduate School Hanyang University

Harris, R. (1995). "Group Validation Therapy with Elderly Demented People." Unpublished master's thesis University of London.

Hosey, J. M. (1999). "Effectiveness of Validation Therapy :Perceptions and opinions of certified validation therapists." Unpublished master's thesis University of California.

Hildegard, B. (1997). "Validation therapy with disoriented very old person: Impact of group interventions on activities of daily living, behavior, cognition, and the general well-being." Unpublished doctoral dissertation. Universite de Montreal.

Havighurst, Neugarten, Tobin(1968). *Middle age and aging*: Longmans, Green and company

Hosey, J. M. (1999). "Effectiveness of Validation Therapy :Perceptions and opinions of certified validation therapists." Unpublished master's thesis University of California.

Yoon Young Oc. (2001). *Effect of the Group Art Therapy on Behavior Problems of Old Man with Dementia*. Department of Art Therapy Graduate School, of Rehabilitation Science Daegu University

Kang, Y. W., & Na, D. L. (2003). *Seoul neuropsychological screening battery(SNSB) manual*. Seoul: Human Brain Research & Consulting Co.

Kahn, R., Goldfarb, R., Pollack, M. and Peck, A. (1960). "Brief objective measure for

- 
- the determination of mental status in the aged." *American Journal of Psychiatry*, 17: 326–328.
- kathleen B. Kahn–Denis(1997). *Art Theraoy with Geriatric Dementia Clients*, *Art Therapy: journal of American Art Therapy Association*.
- Kelly, J. S. (1995). "Validation Therapy: A Case Against." *Journal of gerontological nursing*, 21(4): 41.
- Kim, K. H. Paul. (1991). *Serving the Elderly –Skills for Practice* New York: Aldine De Gruyter Inc.
- Kim Kyung Ae, Hah Yang Sook. (1998). The Effect of Validation Therapy on Behavior and Emotion of Elderly Demented People. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(2), 384–399.
- Kim seoung yoon. (2004). Depression in Dementia. *Journal of the Korean Dementia Association*. 3(1), 18–23
- Kolanowski, A. M, (1995). "Disturbing behaviors in demented elders: a concept systhesis." *Archives of Psychiatric Nursing* 9(4): 188–194.
- Kosberg, J. I., and R. E. Cairl. (2001). "The Cost of Care Index: A Case Management Tool for Screening Informal Care Providers." *The Gerontologist*, 26:
- Lee, D. Y., Lee, K. U., Lee, J. H., Kim, K. W., Jhoo, J. H., Youn, J. C., et al. (2002). A normative study of the mini–mental state examination in the Korean elderly, *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*, 41, 508–525.
- Lee, J. H., Lee, K. U., Lee, D. Y., Kim, K. W., Jhoo, J. H., Kim, J. H., et al. (2002). Development of the Korean version of the consortium to establish a registry for Alzheimer's disease assessment packet(CERADK):Clinical and neuropsychological assessment batteries. *The Journals of Gerontology Series B, Psychological Sciences and Social sciences*, 57B, 47–53.
- Lee, S. B., Kim, K. W.(2009). Nonpharmacological Interventions for Alzheimer' Disease, *J Korean Med Assoc*. 52(11): 1069 – 1076.273–277.
- Marshall, I., and S. A. Hutchinson, (2001). "A critique of research on the use of activities, with persons with Alzheimer's disease: A systematic literature review." *J Adv. Nurs*, 35:488–496.
- Martin, R. R. 1995. *Oral history in social work education*. London: Sage Publication.
- Mearns, D. and Thorne B. 1988. *Person–Centered Counselling in Action*. London : Sage Publication.
-

- 
- Miley, K. K., M. O'Melia and B. L. DuBois. 1995. *Generalist Social Work Practice: An Empowering Approach*. Boston: Allyn and Bacon.
- Miller, M. J. 1987. "The Effects of Reality Orientation and Validation Therapy with Disoriented Nursing Home Residents." Unpublished doctoral dissertation. University of Memphis State.
- Neal, M. and M. Briggs, 2001. "Validation therapy for dementia(Cochrane review)." In: *The Cochrane Library*, 4.
- Norman, I. 1997. "Lecture 6: Treatment of Illness in Later Life: the Role of Nursing.", "Mental Health and Ageing." King's College London, Age Concern Institute of Gerontology.
- Novak, M. and Guest, C. I. 1989. "Application of Mulidimensional Caregiver Burden Inventory." *The Gerontologist*, 29: 798–803.
- O'Shea, E. and S. Reily, 2000. "The Economic and Social Cost of Dementia in Ireland." *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(3): 208–218.
- People, M. M. 1982. "Validation therapy versus reality orientation as treatment for the institutionalized disoriented elderly." Unpublished master's thesis, University of Akron O. H.
- Poulshock, S. W. and G. T. Deimling, 1984. "Families Caring for Elders in Residence: Issues in the Measurement of Burden." *Journal of Gerontology*, 39: 230–239.
- Robb, S., C. Stegman, and O. M. Wolanin. 1986. "No Research versus Research with Compromised Results: A Study of Validation Therapy." *Nursing Research*, 35(2): 113–118.
- Scanland, S. G. and L. E. Emershaw. 1993. "Reality Orientation and Validation Therapy: Dementia, Depression and Functional Status." *Journal of gerontological nursing*, 19(6): 7.
- Seignourel, P. J., Kunik, M. E., Snow, L., Wilson, N., & Stanley, M. (2008). Anxiety in dementia: A critical review. *Clin Psychol Rev*, 28(7), 1071–1082. DOI 10.1016.
- Song, J. A., Park, J. W.(2011). Effects of an Institution–based Group Walking Program(IGWP) to Manage Wandering Behavior of Persons with Dementia Residing in Nursing Homes: A Pilot Study. *J Korean Gerontol Nurs* Vol. 13, No. 1, 37–47.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Petracca, G., & Robinson, R. G.(2007). The construct of
-

- 
- generalized anxiety disorder in Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*, 15(1), 42–49.
- Starkstein, S. E., Jorge, R., Mizrahi, R., & Robinson, R. G. (2005). The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 162(11), 2086–209
- Stommel, M. 1990. "Depression as an Overriding Variable Explaining Caregiver Burdens." *Journal of Aging and Health*, 2: 81–102.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later life: a nursing perspective, *Advance in nursing science* 8(1).
- Taft, L. B. 1998. Validation Therapy. Lindquist: In Snyder, *Complementary Alternative Therapies in Nursing*, 231–242. Taulbee, L. R. and J. C. Folsom. 1966. "Reality orientation for geriatric patients." *Hospital and Community Psychiatry*, 17: 33–135.
- Tondi, L., L. Ribani, M. Bottazzi, G. Viscomi, and V. Vulcano, 2007. "Validation Therapy (VT) in nursing home: A casecontrol study." *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 44(12): 407–411.
- Toseland, R. W., M. Diehl, K. Freeman, T. Manzanares, M. Naleppa, and P. McCallion, 1997. "The Impact of Validation Group Therapy on Nursing Home Residents with Dementia." *Journal of Applied Gerontology*, 16(1): 31–50.
- Touzinsky, L. 1998. "Validation Therapy: Restoring communication between persons with Alzheimer's disease and their family." *American Journal of Alzheimer's Disease* 13(2): 96–101. Warner, M. 2000. *Designs for Validation Therapy*. Washington Then Cleveland: Nursing Homes, 49(6): 24–29.
- Weiss, A. 2000. *Group Work with Elders: 50 therapeutic exercises for reminiscence, validation and remotivation*. Florida: Art Therapy, 17(1): 51.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*, Stanford. Calif: Stanford University Press.
- World Health Organization. 1993. *The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Washington. D.C.: Diagnostic Criteria for Research.
- Yesavage, J. A., T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey, and von Otto. 1983. "Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report." *Journal of Psychiatry Research*, 17: 37–49.
- Veron Schrijnemaekers., Erik van Rossum., Math Candel., Carla Frederiks., Mayke
-

---

Derix., Hilde Sielhorst<sup>5</sup> and Piet van den Brandt. (2002). Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatr Psychiatry* 17: 926--937.

## VII. 부록





## VII. 프로그램 실제 진행사진

### 1학기 주제: 오리엔테이션 및 자기소개 ( Orientation & Introductions )



### 2학기 주제: 나의 살던 고향 ( My Hometown )



3회기 주제: 동무 ( Friends )



4회기 주제: 옛 노래와 영화 (Old Songs & Movies)



5회기 주제: 그 때 그 시절 (Those Were the Days)



6회기 주제: 결혼 (Marriage)



7회기 주제: 사랑하는 나의 아들, 딸 (My Dear Children)



8회기 주제: 나의 가족 (My Family)



9회기 주제: 내 머릿 속 생각들 (Thoughts in My Head)



10회기 주제: 소망열매 (The Hope Tree)





# 증례기록서

지역사회거주 치매환자를 위한 인정요법 프로그램의 효과 연구  
The Effectiveness of Validation Therapy for Dementia Patients in community

피험자 ID	피험자 이니셜	담당 연구자

## Study Flow Chart

평가 단계 및 프로그램 회기	사전 평가	인정요법 프로그램 회기										사후 평가	추후 평가
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
연구 주차	-2~0주	0주	1주	2주	3주	4주	5주	6주	7주	8주	9주	10-11주	23주
동의서 작성	X												
대상자 정보	X												
선정/제외 기준확인	X												
임상치매평가	X												
SGDS	X											X	X
NPI-Q	X											X	X
GQOL-D	X											X	X
MMSE-KC	X											X	X
BI	X											X	X
회기별 평가표		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
전화통화		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
가정방문	X											X	X
활동점검표 작성		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

\* 인정요법 프로그램과 추후평가는 시험군에만 해당함

## 대상자 선정

### A. 동의서 서명

구 분	Yes	No
1. 환 자		
2. 보호자		

### B. 피험자 선정 기준

기 준	Yes	No
1. 연령 : 60세 이상		
2. 학력 : 0년 이상 ( 단, 읽고 쓰기가 가능한 자로 문맹이 아닌 자)		
3. 임상치매평가 척도 (CDR) : 0.5 - 2 점		
4. DSM-IV 기준에 의하여 치매진단을 받은 자		
5. 독립적인 보행이 가능하며 프로그램에 참여가능한 자		
6. 연구자의 질문에 응할 수 있고 의사소통이 가능한 자		
7. 이전에 유사한 인정요법 프로그램에 참여한 적이 없음		

### C. 피험자 제외 기준

기 준	Yes	No
1. 정신지체 및 정신과적 기왕력		
2. 섬망이나 혼돈, 기타 의식 장애의 증거		
3. 기타 인지기능평거나 프로그램 참여에 지장을 줄 정도의 심한 청력이나 언어장애, 또는 신체 마비나 심각한 균형 장애가 있는 자		

## 대상자 기본 정보

### A. 배정 정보

배정일	년 월 일	대상자모집기관	<input type="checkbox"/> ( )치매지원센터
배정군	<input type="checkbox"/> 시험군 <input type="checkbox"/> 대조군		

### B. 대상자 정보

일반적인 특성		치매지원센터명:			
		작성일시 :           년    월    일			
1.	생년월일	_____년 __월 __일	2.	성별	1. 남    2. 여
3.	교육년수	_____년	4.	실제나이	_____세
5.	동거여부 및 접촉빈도	1. 동거       2. 동거 아님: 주당 __일 접촉       3. 독거			
6.	환자와의 관계	1. 배우자   2. 딸   3. 아들   4. 며느리   5. 사위   6. 친척 7. 기타 _____			
7.	치매발병일	_____년 _____월	8.	치매진단 시기	_____년 _____월
9.	치매종류	1. 알츠하이머 치매   2. 혈관성 치매   3. 루이체 치매   4. 기타			
10.	전반적 CDR 점수	1. 0.5점   2. 1점   3. 2점			
11.	주요 동반질환 (배제기준에 해당하지 않는 질환에 한함)	<input type="checkbox"/> 심장병 <input type="checkbox"/> 고혈압 <input type="checkbox"/> 당뇨병 <input type="checkbox"/> 기타 (기술하십시오):			

# 활동 점검표

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

1. 수행한 활동의 이름	
:	
2. 활동에 대한 이해	
1) 활동에 대한 설명을 자세히 듣고 이해하였습니까?	① 예      ② 아니오
2) 보조 자료를 받았습니까?	① 예      ② 아니오
3) 치료자 없이 스스로 활동을 실시할 수 있었습니까?	① 예      ② 아니오
3. 처방된 활동에 대한 실시	
1) 활동을 한번 실시하는데 얼마나 시간이 걸렸습니까?	_____시간    _____분
2) 하루 몇 번을 실시하였습니까?	_____회
3) 활동 점검	
① 활동에 필요한 도구와 재료를 준비하였습니까?	① 예      ② 아니오
② 환자가 활동에 필요한 도구와 재료를 만지고 느낄 수 있도록 하였습니까?	① 예      ② 아니오
③ 환자가 활동에 필요한 도구와 재료의 이름을 말하도록 하였습니까?	① 예      ② 아니오
④ 반복활동을 시범을 보이면서 설명하였습니까?	① 예      ② 아니오
⑤ 환자가 활동을 성취할 때마다 부드러운 접촉이나 말로 격려하였습니까?	① 예      ② 아니오

## 프로그램 효과 평가

평가 항목 \ 평가 시점	Pre-evaluation 년 월 일	Post-evaluation 년 월 일	Follow-up evaluation 년 월 일
I. SGDS			
SGDS 총점			
II. NPI-Q			
1. 망상			
2. 환각			
3. 초조/공격성			
4. 우울/낙담			
5. 불안			
6. 다행감/들뜬 기분			
7. 무감동/무관심			
8. 탈억제			
9. 과민/불안정			
10. 이상 운동증상			
11. 수면/야간행동			
12. 식욕/식습관 변화			
NPI-Q 총점			
III. GQOL-D			
GQOL-D 총점			
IV. MMSE-KC			
MMSE-KC 총점			
V. BI (보호자)			
BI 총점			

## 치매 노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life-Dementia, GQOL-D)

※ 이 질문지는 자신의 생활에 대해서 어떻게 느끼는지를 알아보기 위한 것입니다. 우리의 생활에 대해서 생각해 보면, 건강, 에너지, 가족, 돈과 같이 여러 가지 고려해야 할 사항들이 있다는 것을 알 수 있습니다. 지금부터 이러한 영역들에 대해 몇 가지 질문을 하려고 합니다.

지난 2주 동안의 생활을 생각하면서, 각 질문에 대한 자신의 느낌을 ‘만족하지 않는다. 보통이다. 만족한다. 아주 만족한다’ 중에서 하나만 골라 ○ 표해 주십시오. 질문이 무슨 뜻인지 확실히 모르는 경우에는 저에게 물어보십시오. 또한, 답이 애매한 경우에는 어떻게 생각하시는지 저에게 말씀해 주십시오.

질 문	불만 족	보통	만족	매우 만족
1. 머리, 등, 허리 부위의 통증 때문에 불편하십니까? 이런 통증 때문에 불편한 정도에 대해서 어떻게 느끼시나요?				
2. 일상생활을 하기에 충분한 힘이나 기운을 가지고 있다고 느끼십니까?				
3. 잠자는 것은 어떻습니까? 잠들기까지 시간이 얼마나 걸리는지, 잠자는 도중에 깨지 않고 깊게 자는지, 새벽에 너무 일찍 깨지는 않는지, 잠자는 시간은 얼마나 되는지 등을 모두 생각해 보십시오.				
4. 행복이나 희망과 같은 긍정적인 감정을 느끼십니까?				
5. 기억력이나 집중력은 어떻습니까? 자신의 기억력이나 집중력에 대해 어떻게 생각하십니까?				
6. 자기 자신이 가치 있고 중요한 사람이라고 느끼세요?				
7. 몸을 움직이기, 걸어 다니기 등의 거동할 수 있는 능력에 대해서 어떻게 생각하십니까?				
8. 일상생활에서 해야 하는 여러 가지 일을 수행하는 능력에 대해서 어떻게 생각하십니까?				
9. 가족이나 친구들을 비롯한 다른 사람들과의 관계에 대해서 어떻게 느끼십니까?(가족이나 친구가 없다고 하면, 형제, 자매, 조카, 기타 친척들에 대해서 묻는다.)				
10. 현재 살고 있는 집의 상태나 분위기에 대해서 어느 정도 만족하고 있습니까?				
11. 쓸 수 있는 돈이나 재산 등 자신의 경제적인 상태에 대해서 어떻게 느끼십니까?				
12. 여가활동이나 취미활동을 할 기회나, 이러한 활동에 참여하는 정도는 어떻습니까?				
13. 기후, 소음이나 공해와 같이 현재 살고 있는 곳의 환경에 대해서 어떻게 생각하십니까?				
14. 자신의 전반적인 건강 상태에 대해서는 어떻게 느끼시나요?				
15. 모든 것을 고려해 봤을 때, 자신의 전반적인 생활에 대해 어떻게 느끼십니까?				
<b>총점</b>				

## 부담조사(Burden Interview)

※ 다음은 보호자들이 환자를 돌보면서 경험할 수 있는 느낌에 대한 질문입니다. 각 질문을 읽고, 질문의 내용과 같은 느낌이 얼마나 자주 있는가(전혀 그렇지 않다. 아주 가끔 그렇다. 가끔 그렇다. 자주 그렇다. 거의 항상 그렇다)를 표시해 주십시오. 질문에 대한 답에는 옳고 그름이 없습니다.

질 문	전혀 그렇지 않다	아주 가끔 그렇다	가끔 그렇다	자주 그렇다	거의 항상 그렇다
1. 환자가 필요 이상의 도움을 요구하신다고 느끼십니까?					
2. 환자와 함께 보내는 시간 때문에 자신을 위한 시간은 충분하지 않다고 느끼십니까?					
3. 환자를 돌보는 일과 직장이나 가정에서의 책임 사이에서 스트레스를 받습니까?					
4. 환자의 행동 때문에 당황스럽습니까?					
5. 환자와 함께 있으면 화가 납니까?					
6. 가족이나 친구들과의 관계에 환자가 부정적인 영향을 미친다고 생각하십니까?					
7. 환자의 미래가 어떻게 될지 걱정됩니까?					
8. 환자가 자신에게 의존적이라고 느끼십니까?					
9. 환자와 함께 있으면 긴장됩니까?					
10. 환자를 돌보는 일 때문에 자신의 건강에 문제가 생겼다고 느끼십니까?					
11. 환자 때문에 자신이 원하는 만큼 사생활을 갖지 못한다고 느끼십니까?					
12. 환자를 돌보는 일 때문에 자신의 사회생활에 어려움이 있다고 느끼십니까?					
13. 환자 때문에 자신의 친구들을 집으로 부르는 것이 불편하다고 느끼십니까?					
14. 환자가 자신에게만 의존하려는 것처럼 보이며, 다른 사람보다 자신이 돌봐주기를 원하는 것 같이 느끼십니까?					
15. 자신을 위해 있는 돈 이외에, 환자를 돌보는 데 필요한 돈이 충분하지 않다고 느끼십니까?					
16. 더 오랫동안 환자를 돌볼 수 없을 것 같다고 느끼십니까?					
17. 환자가 병든 이후, 자신의 생활을 통제할 수 없다고 느끼십니까?					
18. 환자를 돌보는 일을 다른 사람에게 맡기기를 바라십니까?					
19. 환자에게 무엇을 해 줘야 좋을지 모르겠다고 느끼십니까?					
20. 환자에게 더 많은 것을 해 줘야 한다고 느끼십니까?					
21. 환자를 돌보는 일을 더 잘할 수도 있었다고 느끼십니까?					
	아주 조금	조금	보통	많이	아주 많이
22. 전반적으로, 환자를 돌보는 일을 얼마나 부담스럽게 느끼십니까?					
총 점					

## 신경정신행동검사-간편형

### (Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire, NPI-Q)

다음은 기억장애나 치매가 생긴 환자의 행동에 어떤 변화가 있는지에 대한 질문입니다. 다음과 같은 증상이 현재 있다고 하더라도 기억장애나 치매가 있기 전부터 있었던 증상이라면 없다고 답해야 합니다. 질문에 성실하게 답변하여 주십시오.

다음과 같은 증상들이 지난 달에 있었다며 “예”라고 답해 주시고, 그렇지 않으면 “아니오”로 답해 주십시오. 그리고 각 문항마다 증상의 심한 정도와 그로 인해서 가족들이 겪는 고통의 정도를 아래를 참고하여 표시해 주십시오.

#### 가. 얼마나 심한가(심한 정도)

- 1=경함 : 증상이 있기는 하지만 병나기 전에 비해 큰 차이는 없다.
- 2=보통 : 증상이 뚜렷하게 있으나, 병나기 전에 비해 심한 변화는 아니다.
- 3=심함 : 병나기 전에 비해 매우 두드러지고 심한 변화이다.

#### 나. 보호자의 고통 정도(환자의 이상행동 때문에 보호자가 느끼는 고통 부담)

- 0=고통이 전혀 되지 않음.
- 1=매우 적음 : 약간 고통이 되기는 하지만, 문제가 되지 않는다.
- 2=경함 : 고통이 경한 편이고, 쉽게 극복할 수 있다.
- 3=보통 : 꽤 고통스럽고 때로는 극복하기 어렵다.
- 4=심함 : 고통을 극복하기 어렵다.
- 5=매우 심함 : 고통을 극복할 수 없다.

1. 망상	사람들은 무엇을 훔쳐 갔다고 믿거나 자기를 해치려 한다고 잘못 믿고 있습니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3      고통정도 : 0 1 2 3 4 5
2. 환각	누군가의 목소리를 듣는 것처럼 행동합니까? 사람이 없는데도 사람이 있는 것처럼 그 사람과 대화합니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3      고통정도 : 0 1 2 3 4 5
3. 초조/공격성	고집이 세졌습니까? 또는 주위 사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3      고통정도 : 0 1 2 3 4 5
4. 우울/낙담	슬퍼보이거나 기분이 처져 있습니까? 울 때가 있습니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3      고통정도 : 0 1 2 3 4 5
5. 불안	보호자와 떨어져 있으면 불안해하거나 화를 냅니까? 다음과 같이 신경이 예민해 보이는 증상이 있습니까? 즉, 숨이 차다고 호소하거나 한숨을 쉬거나 느긋해 할 줄 모르고 매우 긴장되어 보이는 것 등을 말합니다.
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3      고통정도 : 0 1 2 3 4 5
6. 다행감/들뜬기분	특별한 이유 없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3      고통정도 : 0 1 2 3 4 5

7. 무감동/들뜬기분	일상생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
8. 탈억제	충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는 것처럼 말을 잘 건넵니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
9. 과민/불안정	조바심을 내거나 쉽게 화를 냅니까? 예정된 일을 기다릴 때 또는 예정된 일이 늦어졌을 때 잘 참지 못합니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
10. 이상 운동증상	반복적인 행동을 보입니까? 예를 들어 특별한 목적 없이 집 안에서 왔다갔다하거나 단추나 그 밖의 물건을 만지작거리거나 장롱이나 서랍을 뒤지는 등 반복해서 하는 행동이 있습니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
11. 수면/야간행동	밤에 자다가 주위 사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어나거나 또는 낮에 지나치게 낮잠을 많이 자는 행동을 보입니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
12. 식욕/식습관 변화	체중이 줄거나 늘었습니까? 또는 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까?
예 <input type="checkbox"/> 아니오 <input type="checkbox"/>	심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
총 점	

## 노인우울 척도(SGDS)

000님의 기분에 대한 질문입니다. 현재 000님의 상태를 ‘예’, ‘아니오’ 로 답해주십시오.  
 대답하시기 애매한 질문이라도 현재 000님의 상태에 조금이라도 더 가까운 쪽을 ‘예’ 또는 ‘아니오’로  
 답해주셔서 합니다.

1. 현재의 생활에 대체적으로 만족하십니까?	예	아니오
2. 요즈음 들어 활동량이나 의욕이 많이 떨어지셨습니까?	예	아니오
3. 자신이 헛되이 살고 있다고 느끼십니까?	예	아니오
4. 생활이 지루하게 느껴질 때가 많습니까?	예	아니오
5. 평소에 기분은 상쾌한 편이십니까?	예	아니오
6. 자신에게 불길한 일이 닥칠 것 같아 불안하십니까?	예	아니오
7. 대체로 마음이 즐거운 편이십니까?	예	아니오
8. 절망적이라는 느낌이 자주 드십니까?	예	아니오
9. 바깥에 나가기가 싫고 집에만 있고 싶습니까?	예	아니오
10. 비슷한 나이의 다른 노인들보다 기억력이 더 나쁘다고 느끼십니까?	예	아니오
11. 현재 살아 있다는 것이 즐겁게 생각되십니까?	예	아니오
12. 지금의 내 자신이 아무 쓸모 없는 사람이라고 느끼십니까?	예	아니오
13. 기력이 좋은 편이십니까?	예	아니오
14. 지금 자신의 처지가 아무런 희망도 없다고 느끼십니까?	예	아니오
15. 자신이 다른 사람들의 처지보다 더 못하다고 생각하십니까?	예	아니오
<b>총점</b>		<b>점</b>



**지역사회 거주 치매환자를 위한 인정요법 프로그램의 효과 연구**  
The Effectiveness of Validation Therapy for Dementia Patients in community

---

- 발행처 : 서울특별시광역치매센터
- 발행인 : 이동영
- 발행일 : 2013년 11월
- 연구자 : 이동영, 성미라, 김진하, 이선미, 전아영, 장수미  
박지선, 조선희, 유정순, 조인숙, 임주영
- 편집위원 : 최종춘, 유정애, 김정옥, 이송자

copyright© 2013 서울특별시광역치매센터

• 이 책 내용의 전부 또는 일부를 재사용하려면 반드시 서울특별시광역치매센터의 서면에 의한 동의를 받아야 합니다.