

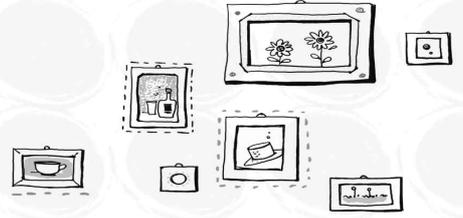
지역사회 거주 치매노인의 행동심리증상이
일상생활수행능력에 미치는 영향

2013. 12.

【연구진】

김남초	가톨릭대학교 간호대학	교수
이동영	서울특별시광역치매센터 서울대학교병원 정신건강의학과	교수, 센터장
이송자	서울특별시광역치매센터	사무국장
김진하	서울특별시광역치매센터	연구개발팀
김효정	서울특별시광역치매센터	연구개발팀
김보영	서울특별시광역치매센터	정보화사업팀

| 목 차 |



I. 서론	
1. 연구의 필요성	6
2. 연구목적	7
II. 문헌고찰	8
III. 연구방법	
1. 연구설계	12
2. 연구대상	12
3. 연구도구	12
4. 자료수집절차	14
5. 자료분석	14
IV. 연구결과	
1. 대상자의 일반적인 특성	17
2. 대상자의 SDAP(치매상태평가도구) 영역별 점수	19
3. 대상자의 행동심리증상	20
4. 행동심리증상과 일상생활수행능력과의 상관관계	24
5. 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향	25
V. 고찰 및 제언	28
VI. 참고문헌	32
VII. 부록	38

[요약문]

연구목적 : 본 연구는 지역사회 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 규명하기 위하여 시도되었다.

연구방법 : 2007년 6월 부터 2013년 5월까지 서울시치매관리사업 DB에 등록되어 있는 치매 환자 중 서울치매상태평가도구(Seoul Dementia Assessment Packit : SDAP)로 시행 받은 16,596명을 대상으로 실시한 후향적 조사연구로, 수집된 자료는 SAS 9.3 통계 프로그램을 이용하여 기술통계, 상관관계 및 다중회귀분석을 활용하여 분석하였다.

연구결과 : 지역사회 재가 치매 노인의 행동심리증상의 발생율은 76.3%였고, 가장 흔한 행동심리증상은 수면장애(53.2%) 이었으며 이어서 사회적 부적절행동(46.2%), 섬망 및 환각의 징후(40.4%), 거부적 태도(35.7%), 배회행동(34%), 난폭행동(27.5%) 순이었다. 대상자의 치매 중증도가 심해질수록 행동심리증상의 수도 증가하는 경향을 보였으며 ($P<.001$), 배회행동을 제외한 모든 항목에서 치매 중증도가 증가할수록 발생률도 증가하였다($P<.001$). 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 파악하기 위한 다중회귀분석 결과, 대상자의 행동심리증상은 치매 중증도, 성별, 연령, 교육수준, 동거유무, 의료보장, 시력문제, 청력문제를 통제한 상태에서도 $ADL(\beta=.48, p<.001)$ 과 $IADL(\beta=.43, p<.001)$ 에 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다.

결론 : 치매노인의 행동심리증상은 일상생활수행능력에 영향을 미치는 것으로 나타나, 치매노인의 행동심리증상에 대해 적극적으로 대처할 수 있도록 가족교육프로그램의 강화 및 조호대응 메뉴얼 개발의 필요성이 시사되었다.

1. 서론

1. 연구의 필요성

2. 연구목적

1. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라는 평균수명 증가와 세계 최저수준 출산 등으로 인해 세계적으로 유례없이 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. WHO에 의하면 4초에 1명의 치매환자가 발생하는 것으로 보고되었고, 우리나라 65세 이상 노인의 치매 유병률은 2012년 9.18%로 치매환자 수는 541천명이며, 2030년 약 127만 명, 2050년 약 271만 명으로 매 20년 마다 약 2배씩 증가 될 것으로 추정되었다(보건복지부, 2012). 서울시의 경우 노인인구가 2017년 14.1%로 고령사회, 2026년 20.3%로 초 고령 사회로의 진입이 예상되며, 치매환자 수는 더욱 급증할 것으로 예측 되어, 이는 심각한 사회문제로 대두되고 있다(통계청, 2012).

치매는 정상적으로 생활해오던 사람이 다양한 원인으로 인해 뇌기능이 손상되면서 이전에 비해 인지 기능이 지속적이고 전반적으로 저하되어 일상생활에 상당한 지장이 나타나고 있는 상태로(APA, 1994), 보건복지부(2012년)의 조사에 따르면 가족의 돌봄을 받고 있는 치매 환자 중 72.1%는 제한된 신체기능을 보이고 있어 주조호자에게 큰 부담으로 작용하는 것이 현실이다. 치매 환자에 있어 일상생활수행능력(Activities of Daily Living : ADL)저하는 주조호자 부담 증가와 환자의 삶의 질 저하, 시설입소 증가, 그리고 사망률 증가와 관련이 있다(한설희 등, 2011). 또한, 치매의 조기진단과 치료제의 효과를 판정하고 환자의 전반적인 정보를 파악하는 중요한 지표가 되며(Gauthier, 1994), 저하된 기능을 조기에 파악하여 그 기능 상태를 회복시킬 수 있는 간호계획수립 및 프로그램개발의 기초자료를 제공해 주기 때문에 이에 대한 연구는 매우 중요하다고 본다.

선행연구에서 ADL은 치매의 중등도, 동반신체질환이나 교육수준 등과 연관되는 것으로 보고되었으며(Hill et al, 1995; Sohn, 1999; Shin et al; 1999; Kim et al, 2005) , 급성기 병원 입원환자나 장기요양시설 입소자를 대상으로 한 연구들에서는 급성질병, 입원, 인지기능장애, 낮은 K-MMSE점수, 요실금, 변실금 등도 ADL에 영향을 주는 요인으로 나타났다(Sands et al, 2002; Boyd et al, 2005; Carpenter et al, 2006; Wang et al, 2009; Hyuk et al, 2011).

대부분의 치매환자들은 인지기능 저하, 일상생활기능 장애와 더불어 초조행동, 우울, 정신병적 증상 등 다양한 행동심리증상 (BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia)를 나타내는데, 이로 인해 기존의 ADL 장애가 더욱 악화될 가능성이 보고된 바 있다(Tekin et al, 2001; Rapoport et al, 2001; Hawood et al, 2001).

그러나 기존의 행동심리증상과 일상생활수행능력과 관계에 대한 선행 연구들은 대부분 요양시설이나 병원 외래에 내원한 적은 표본수의 환자를 대상으로 하고 있으며, 지역사회 거주 치매노인을 대상으로 한 대단위 연구는 매우 제한적인 상태이다. 이에 본 연구는 이러한 제한점을 극복할 수 있도록 지역사회 치매관리사업을 통해 수집된 대규모 치매환자 데이터베이스 자료의 분석을 통해 지역사회 치매노인에서 행동심리증상이 환자의 일상생활수행능력 저하에 미치는 영향을 규명하고자 한다.

2. 연구목적

지역사회 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 규명하기 위한 조사연구이며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 지역사회 치매노인의 행동심리증상정도를 파악한다.

둘째, 지역사회 치매노인의 치매 중증도 및 종류에 따른 행동심리증상정도를 파악한다.

셋째, 지역사회 치매노인의 행동심리증상과 일상생활수행능력과 상관관계를 파악한다.

넷째, 지역사회 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 파악한다.

II. 문헌고찰

II. 문헌 고찰

행동심리증상(Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia : 이하 BPSD)은 세계노인정신의학회 정의에 의하면, “치매 환자에서 흔히 발생하는 것으로 지각, 사고내용, 정서 또는 행동의 장애에 의해 발현되는 증상들”을 말한다(한설희, 2004).

치매노인을 대상으로 한 국내외 연구들을 살펴보면 치매의 행동심리증상의 유병률은 연구의 대상자나 장소에 따라 다양하지만, 병원이나 요양시설에서의 유병률(91~96%)이 지역사회(56%~98%)에서보다 더 높으며, 증상의 정도도 더 심각한 것으로 나타났다(Cerejeria, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012; 서울대학교병원, 2009)

BPSD의 발현은 전·측두엽 치매에서는 치매 초기에도 나타나지만, 후기발병의 대표적인 치매 질환들인 알츠하이머치매, 혈관성치매 및 루이체치매 등에서는 주로 치매 중기 및 중증에서 흔하게 나타난다(Reisberg et al, 1987). 경도인지 장애에서는 초조/불안, 우울, 무감동/무관심이 자주 나타나고 초기의 치매에서는 우울/낙담, 무감동/무관심이 흔히 나타나지만 대부분의 증상은 중기부터 나타나는 것으로 알려져 있다. 우울 증상은 매우 흔하게 나타나는 증상으로 15~50%에서 관찰되며, 무감동/무관심도 경증의 경우 10~15%에서 관찰되고, 말기에는 50%이상에서 관찰되는 것으로 알려져 있다. 망상도 약 40%에서 관찰되며 환각은 초기에는 5~10%에서 나타나고 진행할수록 높아지는 것으로 알려져 있다. 특히 공격성의 증가는 돌보는 이에게 가장 큰 부담이 되고 여러 가지 문제를 유발할 수 있는 증상으로 알츠하이머 치매 노인의 20~50%에서 발생한다(대한치매학회, 2006).

BPDS는 대부분의 치매환자에게서 나타나는데 질병의 진행 경과에 따라 일반적으로 무감동이 80%, 배회나 공격행동 등의 과운동성이 60%, 정신병적 증상이 37% 정도로 우울증을 비롯한 정동 무감동 증후군이 가장 흔하게 나타나는 증상이다(Alten et al.,2003). 특히, 치매노인의 경우에는 정상노인에 비해 우울이나 불안, 무기력, 절망감 무가치감을 더욱 느끼는 것으로 알려져 있다(Azaus et al,1987).

행동심리증상은 환자 자신과 환자가 처해 있는 환경이나 유병기간에 따라 그 정도가 매우 다르게 나타나 관련 요인을 통합적으로 분석하는데 어려움이 따른다(Shinosaki, Nishikawa & Takeda, 2000). 그러나 일반적으로 치매노인의 행동심리증상은 인지수준이나 기능상태, 다른 질병요인과 같은 개인적 요인과 치매노인을 둘러싼 물리적 환경이나 조직 특성, 사회 심리적 환경이 다차원적으로 상호 작용하여 발생한다고 알려져 있다(Werezak & Morgan, 2003).

선행 연구에 의하면 치매 환자의 발병 전 성격 특성이 발병 후 행동특성과 연관성이 있으며, 성격 요인이 치매와 관련된 행동에 영향을 줄 수 있다고 보고 하였고 (Kolanowski & Whall, 1996: Kolanowski et al, 1997: Mortimer, 1998: 강영실, 2000), 환경의 변화가 자극이 되어 환자의 행동에 영향을 미치는 것으로 알려졌다 (Hall&Buckwalter, 1987: Nelson, 1995: Painter, 1996 : 강영실, 2000). 그 외 발병 당시의 연령, 성별, 종교, 가족의 인지정도, 결혼상태, 주간호자, 부부관계, 교육정도, 사회 심리적 환경, 치매진료 여부, 치매 외 질병 유무, 치매 이환기간 등으로 다양하게 보고된 바 있다(Kang, 2000).

III. 연구방법

1. 연구설계
2. 연구대상
3. 연구도구
4. 자료분석
5. 자료수집절차

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 서울특별시치매센터 온라인 데이터베이스 시스템을 통해 관리되고 있는 자료를 활용하여 지역사회 거주 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 규명하기 위한 후향적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 2007년 6월부터 2013년 5월까지 25개구 자치구치매지원센터의 서울시치매관리사업 DB에 등록되어 있는 치매 환자 중 서울치매상태평가도구(Seoul Dementia Assessment Packit : SDAP)를 시행 받은 16,596명을 대상으로 하였다.

3. 연구도구

(1) 일반적인 특성

서울시치매센터에서는 치매 조기검진을 통해 치매로 진단받은 대상에 대해 대상자별 적정관리서비스를 계획하여 제공하기 위해 등록관리 기본정보지를 작성하고 DB에 입력해 관리하고 있다. 등록관리 기본정보지에는 대상자의 일반적인 특성 확인을 위하여 성별, 연령, 교육수준, 동거여부, 의료보장 상태가 조사되어 있다. 시력과 청력은 주관적 정보에 따라 안경이나 보청기를 사용하여 일상생활에 지장 여부로 확인 하였다.

(2) 서울치매상태평가도구(Seoul Dementia Assessment Packit : SDAP)

SDAP는 치매환자의 상태를 다차원적으로 평가할 수 있도록 개발된 도구(서울시치매관리사업안내서, 2012)로 평가항목은 인지기능, 행동문제, 기본적 일상생활동작, 도구적 일상생활동작 등 4영역으로 구분되어 있다. 각 항목에 대한 배점은 0~3점으로 교육받은 간호사가 주조호자(가족)를 1: 1로 면담하여 정보를 획득하는 방식으로 평가에 소요되는 시간은 약 30분 정도이다. 각 항목은 주조호자들에 의해 자주 거론된, 문제 요소라고 인

식 되는 항목들로서 경제적, 사회적, 관계적 요인이 포함되어 있다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's alpha 0.8이었으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's alpha = 0.89였다.

4 영역 평가항목들은 다음과 같다.

I-A unit. 인지기능장애 - 기억력, 지남력, 문제해결능력, 의사소통능력 등 총 4 문항으로 점수의 범위는 0-12점이며 점수가 높을수록 인지기능장애가 심함을 의미한다.

I-B unit. 행동문제 - 난폭행동, 배회행동, 거부적 태도, 기타 사회적으로 부적절한 행동, 수면 장애, 섬망 및 환각의 징후 등 총 6문항으로 점수의 범위는 0-18점이며 점수가 높을수록 행동문제가 심함을 의미한다.

I-C unit. 기본적 일상생활기능 - 식사하기, 목욕하기, 개인위생, 옷입기, 대변가리기, 소변가리기, 화장실 사용, 자리 옮기기, 수평 이동 등 총 9문항으로 점수의 범위는 0-27점이며 점수가 높을수록 기본적 일상생활동작에 장애가 심함을 의미한다.

I-D unit. 도구적 일상생활기능 - 식사준비, 일상적인 집안일 또는 기구사용, 돈관리, 투약관리, 전화사용, 물건사기, 교통수단이용 등 총 7문항으로 점수의 범위는 0-21점이며 점수가 높을수록 도구적 일상생활동작에 장애가 심함을 의미한다.

(3) 치매 진단 및 중증도 분류

치매진단 및 중증도 분류는 일차적으로 전문교육을 받은 간호사가 MMSE-KC 또는 K-MMSE(Korean version of Mini-mental state examination ; MMSE) 도구를 이용하여 시행하였다. MMSE 도구는 권용철과 박종한(1989)이 Folstein 등(1976)이 개발한 MMSE를 한국 노인들에게 사용할 수 있도록 수정 보완한 한국판 간이 정신상태검사를 사용하여 선별검진 시행 후 정상 노인 기준 값을 기준으로 mean of MMSE \geq -1.5 SD 로 인지저하로 분류된 대상자는 2단계의 정밀검진을 수행하였다.

1단계 정밀검진은 임상심리사나 선별검진을 시행하며 정신과 또는 신경과 전문의인 센터장이나 임상심리사로부터 정밀검진 시행 훈련을 받은 간호사가 Korean version of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Clinical Assessment Battery (CERAD-K) 또는 Seoul Neuropsychological Screening Battery (SNSB) 를 이용하여 지역치매센터나 선별검진을 받은 해당 장소에서 치매신경심리평가를 실시하였다.

2단계 정밀검진은 지역치매지원센터의 정신과 또는 신경과 전문의가 치매임상평가를 시행하여 최종적으로 정상 혹은 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV (DSM-IV) (American Psychiatric Association., American Psychiatric Association. Force on DSM-IV., 1994) 치매 기준에 근거하여 치매로 진단하고(이경 등, 2011), Clinical Dementia Rating (CDR) (Choi et al., 2001) 점수를 판정하여 치매 중증도를 분류하였다. 본 연구에서 치매 중증도는 CDR 점수에 따라 CDR 0.5점은 최경도 치매, CDR 1점 경도 치매, CDR 2점 중등도 치매, CDR 3점 이상 중증치매로 분류하였다.

4. 자료수집절차

서울대학교병원 의학연구윤리 심의위원회(IRB NO. H-1308-000-000)의 심의를 받은 후 연구를 진행하였다.

서울시치매센터에서는 치매 조기검진을 통해 치매로 진단 받은 치매환자 중 등록관리 서비스를 제공 받기로 동의한 대상자에 대해서는 등록관리 기본정보지를 작성하고, 서비스 계획 수립 기초 자료 확보를 위해 SDAP에 의한 단면적 치매상태평가가 시행되며, 이 SDAP 결과도 데이터베이스에 입력 관리된다. 모든 자료 수집은 정보 제공에 대한 동의서에 서명한 대상자에 한하여 수행되었으며, DB 상에 '동의'를 선택하고 동의서를 출력하여 대상자의 서명을 받고 지역치매지원센터에서 보관하며, 동의 철회를 원하는 경우 언제나 DB에 입력된 내용이 삭제됨을 설명하였다. 이 동의서에는 입력된 정보가 향후 서울시 치매사업에 대한 정책적 기초자료로 활용될 수 있음에 대한 동의 내용도 포함되어 있다.

5. 자료분석

자료는 SAS 9.3 통계프로그램을 이용하여 분석하였다.

연구대상자의 일반적인 특성과 행동심리증상은 기술통계를 이용하였으며, 치매의 종류, 중증도와 행동심리증상과의 관련성은 ANOVA를 이용해 검정하였고, tukey 검정을 이용해서 다중비교를 하였다. 또한 행동심리증상 하위 구성요소의 개수와 치매 중증도의 선형적 트렌드 검정은 Mantel-Haenszel 카이 검정을 이용하였다. 도구간의 관련성은 피어슨 상관계수로 제시하였고, 행동심리증상이 일상생활기능상태에 미치는 영향을 알아보기 위해서는 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 이용하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적인 특성
2. 대상자의 행동심리증상
3. 행동심리증상과 일상생활수행능력과의 상관관계
4. 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적인 특성은 <표 1>과 같다. 전체 대상자 중 여자는 69.6%, 남자는 30.4%이었으며, 평균 연령은 80.2 ± 8.2 세, 평균 교육 기간은 4.8 ± 4.9 년이었다. 81.5%의 대상자가 가족 또는 다른 사람과 동거 하고 있었으며, 의료보험이 84.8%으로 대부분을 차지하고 있었다.

치매 유형별 분포를 살펴보면, 전체 치매환자 중 알츠하이머 치매는 75.9%, 혈관성 치매 15.3%, 기타치매 8.8% 의 비율 이었다. 치매 중증도별로는 최경도 치매 19.4%, 경도 치매 40.8%, 중등도 치매 21.9%, 중증 치매 18% 이며, 이 중 최경도 및 경도 치매가 전체 60.2%를 차지하였다. 평균 CDR 점수는 1.55 ± 1.03 점, 평균 MMSE점수는 13.5 ± 6.4 점 이었다. 대상자의 시력은 67.6%, 청력은 58.9%에서 문제가 있는 것으로 나타났다.

<표 1> 대상자의 일반적인 특성

(n = 16,596)

구분		명(%)	평균±표준편차
성별	남자	5,049(30.4)	
	여자	11,547(69.6)	
연령(세)	65 미만	586(3.5)	80.2±8.2
	65-74	3,335(20.1)	
	75-84	7,414(44.7)	
	85 이상	5,261(31.7)	
교육수준(년)	무학	6,232(37.6)	4.8±4.9
	1-6	5,882(35.4)	
	7-12	3,413(20.6)	
	13 이상	1,069(6.4)	
동거여부	독거	3,072(18.5)	
	동거	13,524(81.5)	
의료보장	의료보험	14,079(84.8)	
	의료보호	2,517(15.2)	
치매 유형	알츠하이머	7,020(75.9)	
	혈관성	1,416(15.3)	
	기타	812(8.8)	
치매 중증도	최경도	3,211(19.4)	1.55±1.0
	경도	6,765(40.8)	
	중등도	3,637(21.9)	
	중증	2,983(18)	
MMSE(점)			13.5±6.4
시력문제	유	11207(67.6)	
	무	5389(32.4)	
청력문제	유	9765(58.9)	
	무	6831(41.1)	

MMSE : Mini-Mental State Examination.

2. 대상자의 SDAP 영역별 점수

대상자의 SDAP 영역별 점수는 <표 2>과 같다.

대상자의 SDAP 총점은 31.5 ± 19.2 점이었고, 각 영역별로 인지기능장애 평균점수는 6.7 ± 2.9 점, 행동심리증상 3.8 ± 3.9 점, 기본적 일상생활기능 7.9 ± 8.5 점, 도구적 일상생활기능 13.1 ± 7.4 점이었다.

<표 2> 대상자 SDAP 영역별 점수

(n = 16,596)

구분	평균±표준편차	최소값	최대값
인지기능(0-12)	6.7 ± 2.9	0	12
행동심리증상(0-18)	3.8 ± 3.9	0	18
기본적 일상생활기능(0-27)	7.9 ± 8.5	0	27
도구적 일상생활기능(0-21)	13.1 ± 7.4	0	21
SDAP 총점(0-78)	31.5 ± 19.2	0	78

SDAP : Seoul Dementia Assessment Packit

3. 대상자의 행동심리증상

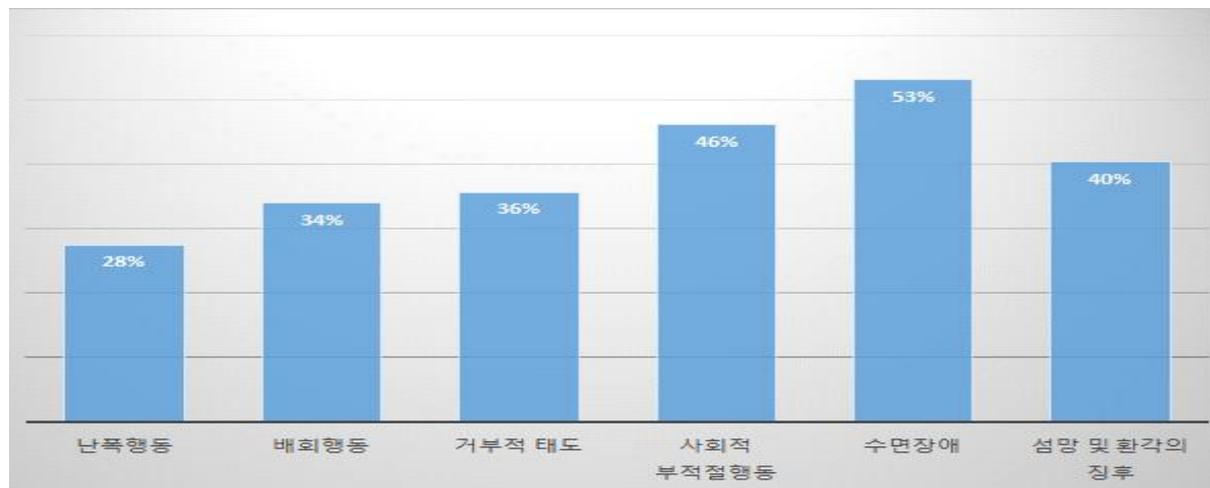
(1) 대상자의 행동심리증상 발생율

대상자의 행동심리증상 각각에 대하여 그 발생빈도에 따라 ‘없음(지난 2주 동안 문제가 나타나지 않음)’, ‘있음(지난 2주 동안 1주일에 1번 ~ 7번 이상 나타남)’으로 구분하여 분석한 결과, 한 가지 이상의 행동심리증상을 가지고 있는 대상자는 76.3% 였으며, 가장 발생율이 높은 항목은 수면장애 53.2% 였으며, 사회적 부적절행동 46.2%, 섬망 및 환각의 징후 40.4%, 거부적 태도 35.7%, 배회행동 34%, 난폭행동 27.5% 순이었다<표 3><그림 1>.

<표 3> 행동심리증상 발생율 (%) (n = 16,596명)

구분	명(%)
난폭행동	4561(27.5)
배회행동	5650(34.0)
거부적 태도	5930(35.7)
사회적 부적절행동	7673(46.2)
수면장애	8834(53.2)
섬망 및 환각의 징후	6709(40.4)
총 합	12,670(76.3)

<그림 1> 행동심리증상 발생율



(2) 치매 중증도에 따른 행동심리증상

치매 중증도가 심해질수록 행동심리증상의 수가 증가하는 경향을 보였으며($P < .001$) <표 4>, 난폭행동, 거부적 태도, 사회적 부적절행동, 수면장애, 섬망 및 환각 징후 항목의 발생률이 유의하게 증가하였다($P < .001$). 그러나 배회행동은 중등도 치매에서 46.7%로 가장 높았고, 중증 43.3%, 경증 29.7%, 최경도 20.2% 순으로 나타나 다른 행동심리증상과는 차이가 있었다($P < .001$) <표 5> <그림 2>.

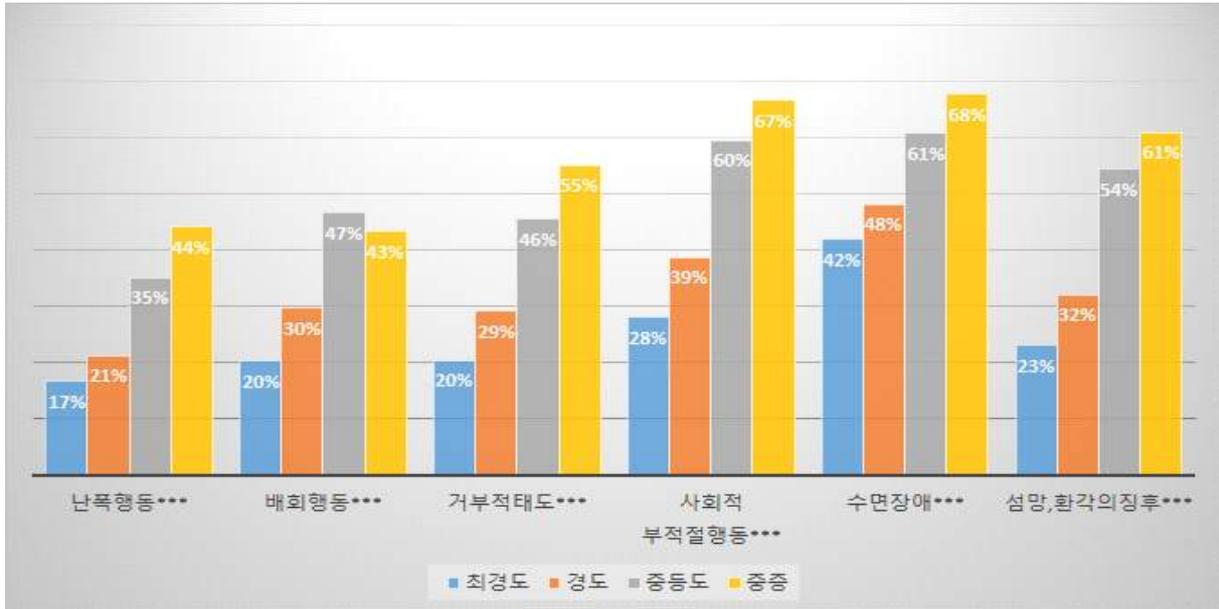
<표 4> 치매 중증도에 따른 행동심리증상 수 차이 (%) (n = 16,596)

행동심리증상 수	치매 중증도				P
	최경도	경도	중등도	중증	
0	36.6	27.5	14.1	12.7	
1	26.3	22.8	14.1	10.2	
2	14.5	15.6	14.4	12.1	
3	8.5	12.1	15.2	13.3	<.001
4	5.6	8.5	13.4	15.0	
5	4.2	6.5	12.9	16.6	
6	4.3	7.1	16.0	20.1	

<표 5> 치매 중증도에 따른 행동심리증상 발생률 (%) (n = 16,596)

구분	치매 중증도				P
	최경도	경도	중등도	중증	
난폭행동	16.6	21.2	35.1	44.2	<.001
배회행동	20.2	29.7	46.7	43.3	<.001
거부적태도	20.4	29.2	45.6	55.1	<.001
사회적 부적절행동	28	38.7	59.6	66.7	<.001
수면장애	41.9	48.2	60.8	67.7	<.001
섬망 및 환각의 징후	23	32.1	54.4	61	<.001

<그림 2> 치매 중증도에 따른 행동심리증상 발생률(%)



*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

(3) 치매 유형별 행동심리증상

대상자의 치매 유형별 행동심리증상 발생율을 살펴본 결과, 난폭행동의 경우 기타치매가 34.7%로 발생율이 가장 높았고, 혈관성치매 30%, 알쯔하이머치매 25% 순이었다(P<.001). 배회행동은 기타치매가 41.9%로 알쯔하이머치매 35.1%보다 높았으며(P<.001), 거부적 태도는 기타치매 39%가 혈관성치매 38.2%, 알쯔하이머치매 32.5%보다 높았다(P<.001). 수면장애는 혈관성치매가 56.3%로 알쯔하이머치매 52.6%보다 발생율이 높았다(P<.001). 섬망 및 환각의 징후는 기타치매가 47%로 알쯔하이머치매 40.8%보다 발생율이 높았다(P<.001)<표 6><그림 4>.

<표 6> 치매 유형별 행동심리증상 발생율 (%) (n = 16,596)

구분	치매 유형			P	tukey
	알쯔하이머치매	혈관성치매	기타치매		
난폭행동	24.9 ^a	30 ^b	34.7 ^c	<.001	a<b<c
배회행동	35.1 ^a	37.9	41.9 ^c	<.001	a<c
거부적태도	32.5 ^a	38.2 ^b	39 ^c	<.001	a<b=c
사회적 부적절행동	46.7	47.9	47.5	0.67	
수면장애	52.6 ^a	56.3 ^b	56.3	0.01	a<b
섬망 및 환각의 징후	40.8 ^a	42.4	47 ^c	<.001	a<c

a : 알쯔하이머치매, b : 혈관성치매, c : 기타치매

<그림 4> 치매 유형별 행동심리증상 발생율(%)



*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

4. 행동심리증상과 일상생활수행능력과의 상관관계

대상자의 행동심리증상과 일상생활수행능력과의 상관관계를 분석한 결과, 행동심리증상은 기본적 일상생활수행능력($r=.450$, $p<.001$)과 도구적 일상생활수행능력($r=.444$, $p<.001$)과 모두 정적인 상관관계를 보였다<표 7>.

<표 7> 연구대상자의 행동심리증상과 일상생활수행능력과의 상관관계 (n = 16,596)

구 분	BPSD	ADL	IADL
BPSD	1	0.450 ($<.001$)	0.444 ($<.001$)
ADL		1	0.710 ($<.001$)
IADL			1

BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia; ADL=Activities of daily living; IADL=Instrumental activities of daily living

5. 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향

(1) 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향

연구대상자의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 알아보기 위한 다중회귀분석의 결과는 <표 8>과 같다.

연구 결과, 독립변인들은 일상생활수행능력 변량의 48%($F=1,409, p<.001$)를 설명하였으며, 행동심리증상점수가 높을수록($\beta=.48, p <.001$), 치매 중증도가 심할수록($\beta=12.41, p <.001$), 나이가 많을수록($\beta=.04, p <.001$), 가족과 동거하는 경우($\beta=-1.01, p <.001$), 의료보호($\beta=-0.52, p <.001$), 시력문제($\beta=1.09, p <.001$), 청력문제($\beta=1.41, p <.001$)가 있는 경우에 일상생활수행능력의 저하와 관련이 있었다. 행동심리증상은 치매 중증도, 성별, 연령, 교육수준, 동거유무, 의료보장, 시력문제, 청력문제를 통제한 상태에서 유의한 영향 요인이었고($\beta=.48, p <.001$), 기존 변수들에서 BPSD를 추가할 때 4%가 더 설명되었다.

<표 8> 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향

(n = 16,596)

구분	β	S.E	B	t	P
BPSD	0.48	0.01	0.22	36.21	<.001
치매 중증도					<.001
최경도	-ref-	-ref-	-ref-	-ref-	
경도	1.41	0.13	0.08	10.75	
중등도	5.60	0.16	0.27	36.04	
중증	12.41	0.17	0.56	73.3	
성별(남자)	-0.09	0.12	0.00	-0.74	0.46
연령	0.04	0.01	0.04	6.18	<.001
교육수준	-0.01	0.01	-0.01	-0.87	0.38
동거(독거)	-1.01	0.13	-1.05	-7.76	<.001
의료보장(의료보험)	-0.52	0.14	-0.02	-3.73	<.001
시력문제(유)	1.09	0.12	0.06	9.19	<.001
청력문제(유)	1.41	0.12	0.08	12.02	<.001

$R^2=0.48$ $\Delta R^2=0.44$

$F=1,409, P<.001$

ΔR^2 =Partial R Square. BPSD를 제외한 변수들의 설명력; BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia

(2) 행동심리증상이 도구적 일상생활수행능력에 미치는 영향

연구대상자의 행동심리증상이 도구적 일상생활수행능력에 미치는 영향을 알아보기 위한 다중회귀분석의 결과는 <표 9>과 같다.

연구 결과, 독립변인들은 도구적 일상생활수행능력 변량의 45%($F=1,247, p<.001$)를 설명하였으며, 행동심리증상점수가 높을수록($\beta=.43, p <.001$), 치매 중증도가 심할수록($\beta =9.21, p <.001$), 나이가 많을수록($\beta=.12, p <.001$), 가족과 동거하는 경우($\beta=-2.06, p <.001$), 시력문제($\beta=0.79, p <.001$), 청력문제($\beta=0.79, p <.001$)가 있는 경우에 일상생활수행능력의 저하와 관련이 있었다. 행동심리증상은 치매 중증도, 성별, 연령, 교육수준, 동거유무, 의료보장, 시력문제, 청력문제를 통제한 상태에서도 유의한 영향 요인이었고($\beta =.43, p <.001$), 기존 변수들에서 BPSD를 추가할 때 4%가 더 설명되었다.

<표 9> 행동심리증상이 도구적 일상생활수행능력에 미치는 영향

(n = 16,596)

구 분	β	S.E	B	t	P
BPSD	0.43	0.01	0.23	36.46	<.001
치매 중증도					<.001
최경도	-ref-	-ref-	-ref-	-ref-	
경도	2.90	0.12	0.19	24.58	
중등도	7.31	0.14	0.41	52.56	
중증	9.21	0.15	0.48	60.71	
성별(남자)	0.18	0.11	0.01	1.73	0.08
연령	0.12	0.01	0.14	21.20	<.001
교육수준	-0.02	0.01	-0.01	-1.83	0.07
동거(독거)	-2.06	0.12	-0.11	-17.68	<.001
의료보장(의료보험)	-0.16	0.12	-0.01	-1.31	0.19
시력문제(유)	0.79	0.11	0.05	7.39	<.001
청력문제(유)	0.79	0.11	0.05	7.49	<.001

$R^2=0.45$ $\Delta R^2=0.41$

$F=1,247, P<.001$

ΔR^2 =Partial R Square. BPSD를 제외한 변수들의 설명력; BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia

V. 고찰 및 제언

V. 고찰 및 제언

본 연구는 서울시치매관리사업에 등록된 대규모 치매환자 데이터베이스 자료의 이차분석을 통해 지역사회에 거주하고 있는 재가 치매노인의 행동심리증상 발생율을 파악하고, 대상자의 특성과 치매 중증도를 통제한 상태에서도 일상생활수행능력 저하에 행동심리증상이 미치는 영향력을 규명하여 일상생활수행능력 개선에 초점을 둔 간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다 .

연구대상자 중 여자가 69.6%로 남자보다 2배 이상 많았으며, 평균 연령은 80.2 ± 8.2 세, 평균 교육 기간은 4.8 ± 4.9 년 이었다. 치매 유형별 분포를 살펴보면, 전체 치매 환자 중 알츠하이머치매 75.9%, 혈관성치매 15.3%, 기타치매 8.8%의 비율 이었고, 치매 중증도별로 최경도 치매 19.4%, 경도치매 40.8%, 중등도 치매 21.9%, 중증 치매 18%이며, 이 중 최경도 및 경도 치매가 전체의 60.2%를 차지하였다. 이러한 결과는 치매 유병률 조사(보건복지부, 2012) 결과와 유사하였으나, 최경도 및 경도치매 비율은 보건복지부(2012)결과 58.8%보다 본 연구의 대상자가 60.2%로 약간 높았다. 이는, 본 연구의 대상자가 시설에 거주하는 치매노인보다 비교적 치매 중증도가 경한 재가노인이기 때문에 나타난 결과로 해석된다.

본 연구 대상자의 행동심리증상의 발생율은 76.3%로, 이러한 결과는, 나해리(2011)의 행동심리증상 유병률 87.60%, 윤여주(2012)의 94.6%, 보다는 낮았지만, 병원이나 요양 시설에서의 유병률(91~96%)이 지역사회(56~98%)에서보다 더 높으며, 증상의 정도도 더 심각한 것으로 나타난(Cerejeria, Lagarto, & Mukaetova-Ladinska, 2012; 서울대병원, 2009) 연구결과와는 유사하였다. 행동심리증상 중 가장 발생율이 높은 항목은 수면장애 53.2%였으며, 사회적 부적절행동 46.2%, 섬망 및 환각의 징후 40.4%, 거부적 태도 35.7%, 배회행동 34%, 난폭행동 27.5% 순이었다. Finkel 등(1996)의 연구에서는, 초조감 ~75%,우울증 ~50%, 정신증 ~30%, 소리지르기 ~25%, 폭력성 ~20%, 비정신적 성적 충동 ~10% 으로 보고되었고, 나해리(2011)에서는 가장 흔한 행동심리증상은 우울증과 무감동증(47.6%, 42.2%)으로 본 연구 결과와는 차이가 있었다. 이는 본 연구에서 사용한 행동심리증상 측정 도구는 치매노인의 행동문제에 초점이 맞춰져 우울증과 무감동에 대한 평가 항목이 없어 선행연구에서 사용한 도구와 측정 내용 면에서 차이가 있어 직접적으로 비교하기는 어렵다. 그러므로 추후 본 연구에서 사용한 도구를 사용하

여 반복연구를 해볼 필요가 있겠다.

연구대상자의 치매 중증도가 증가할수록 행동심리증상의 수($p<.001$)와 배회행동을 제외한 모든 항목의 발생율이 증가하는 경향을 보였다($p<.001$). 반면, 배회행동의 경우 중증 치매 보다 중등도 치매에서 발생율이 가장 높았다($p<.001$). 이러한 결과는 행동심리증상이 치매중등도까지는 증가하는 양상을 보이거나 중증 치매로 가면서 감소하는 양상을 보인다는 선행 연구결과와 일치하였다(김태유 등, 2004; 박경원 등, 2007).

본 연구에서 연구대상자의 행동심리증상과 일상생활수행능력과의 상관관계를 분석한 결과, 행동심리증상은 기본적 일상생활수행능력($r=.450$ $p<.001$)과 도구적 일상생활수행능력($r=.444$ $p<.001$) 모두 정적인 상관관계를 보였다. 즉, 기능수준의 저하로 일상생활수행능력의 의존성이 증가하면 행동심리증상이 증가하였다는 대부분의 연구결과(Beck et al., 1991; Sloane et al., 1998; Spector & Jaskson, 1994)를 지지하였다.

아울러 지역사회 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중 회귀분석을 실시한 결과, 대상자의 행동심리증상은 치매 중증도, 성별, 연령, 교육수준, 동거유무, 의료보장, 시력·청력문제를 통제한 상태에서도 ADL($\beta=.48, p<.001$)과 IADL($\beta=.43, p<.001$)에 유의한 영향을 미치는 변수로 나타났다. 이러한 결과는, 치매환자의 행동심리증상이 인지장애와 더불어 일상생활기능상태에 유의한 영향을 주었다는 선행 연구결과 (Harwood et al, 2000; Tekin et al, 2001; Norton, 2001; 류선영 등, 2010)를 지지하였다.

이상의 결과들을 종합하면, 지역사회 재가 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 영향을 미친다고 볼 수 있다. 따라서 지역사회 간호사는 치매노인의 행동심리증상을 정확히 사정하고 간호계획 수립 시 우선순위로 선정하여 간호중재를 수행해야겠다. 행동심리증상에 대한 간호중재는 치매노인의 일상생활기능상태를 개선시키는데도 도움을 줄 수 있기 때문에 가족의 부양부담 경감 및 삶의 질 향상과 더불어 치매노인의 시설입소를 지연시켜 의료비 절감에도 효과적일 것으로 판단된다.

본 연구는 서울시에 거주하고 있는 재가 치매노인을 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 일반화하는데 제한점이 있다. 그럼에도 불구하고, 본 연구는 대단위 자료를 활용하여 지역사회 치매노인의 행동심리증상을 파악하고 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향을 규명하였다는데 의의가 있다고 본다.

본 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 지역사회에 거주하고 있는 재가 치매노인 및 시설에 거주하고 있는 치매노인의 치매유형별, 중증도에 따른 행동심리증상의 발생 빈도를 파악하기 위한 대규모 실태조사가 필요하다.

둘째, 본 연구에서 발생율이 높았던 행동심리증상에 대한 간호중재프로그램 개발이 시급히 요구된다.

셋째, 치매노인을 돌보고 있는 가족이 행동심리증상에 적극적으로 대처할 수 있도록 가족교육프로그램 강화 및 조호대응 매뉴얼 개발이 필요하다.

VI. 참고문헌

VI 참고문헌

- 강영실(2000) 재가 치매노인의 문제행동에 관한 연구, 지역사회간호학회지 11(2)
- 권용철, 박종한(1989) 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination 의 표준화 연구, 제1편; MMSE-K의 개발, 신경정신의학, 28, 125-35.
- 김경애 (1998) 인정요법이 치매노인의 행동 및 정서에 미치는 영향, 서울대학교 대학원 , 석사학위논문
- 김장래, 길주현, 조아라, 이지연, 이동우, 김민숙(2011) 초기 치매 및 치매의 위험이 있는 노인에서 일상생활 수행능력의 예측 지표, 한국심리치료학회(3)2
- 김중술(2003) 한국에서의 인지행동 치료 현황과 문제점, 한국인지행동치료학회 3(1), 1-7.
- 김태유, 김상윤, 김재우, 박경원, 유봉구, 이상찬 (2004) 알츠하이머병의 진행 정도에 따른 행동심리적 증상의 변화, 대한신경과학회지, 22(1), 34-39.
- 나해리(2011) 한국인 알츠하이머병 환자의 행동심리증상과 두 개강의 용적측정법(VBM) 분석, 고려대학교 대학원, 박사학위논문.
- 박건우 (2004) 치매의 행동신경심리증상에 대한 비역물학적 접근, 대한치매학회지, 3(1), 24-28.
- 박경원, 김현숙, 김재우, 김수영, 김응규,....홍태용 등(2007) 부산, 경남지역 치매 노인의 임상적 특성과 인지장애 및 행동심리 증상에 관한 다기관 조사 연구, 노인병학회지 11(3) 111-116.

송준아, 박재원, 김효진(2013) 치매의 행동심리증상이 요양시설 간호제공자의 부담감에 미치는 영향, 노인간호학회지 15(1)

오병훈(2009) 치매의 행동 정신 증상 진단 및 관리, 대한의사협회지 52(11)

윤여주(2012) 발현시기와 진행도에 따른 알츠하이머병 환자의 행동심리증상 비교, 부산대학교 대학원, 석사학위논문

이영미(2010) 알츠하이머형 치매의 행동심리증상 예측모형, 중앙대학교 대학원, 박사학위논문

조맹제, 김진영 (2006) 한국인 치매환자의 행동 및 심리증상의 횡문화적 특성, 서울대학교 출판부.

홍영규, 강영실(2009) 음악프로그램이 치매노인의 인지기능과 문제행동에 미치는 효과, 노인간호학회지 11(1) 5-15

American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders(4th) (1994) Washington, DC; American Psychiatric Association
Ministry of Health & Welfare (2012) 2012 National Dementia Management Master Plan Retrieved July, 27, 2012, from <http://mwigokr/front/indexjsp>

Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B.(1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. Arch Psychiatr Nurs, 5(5), 281-291.

Boyd CM, Xue QL, Guralnik JM, Fried LP(2005) Hospitalization and development of dependence in activities of daily living in a cohort of disabled older women: the women's health and aging study I J Gerontol A Biol Sci Med Sci 60:888-93

Carpenter GI, Hastie CL, Morris JN, Fries BE, Ankri J(2006) Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment BMC Geriatr 6:7

- Cerejeira, J., Lagarto, L., & Mukaetova-Ladinska, E. B. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*, 3, 1–21.
- Cho, M J, Kim, G U, Kim, M H, Kim, M D, Kim, B J, Kim, S G, et al (2008) Nationwide study on the prevalence of dementia in Korean elders (11–1351000–000227–01) Seoul: Seoul National University Hospital
- Finkel SI, Costa SJ, Cohen G, Miller S, Satorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *International Journal of Psychogeriatrics* 1996; 8: 497–500.
- Gauthier S, Rockwood K, Géelinas I, Sykes L, Teunisse S, Orgogozo JM, Erkinjuntti T, Erzigkeit H, Gleeson M, Kittner B, Pontecorvo M, Feldman H, Whitehouse P(1994) Outcome measures for the study of activities of daily living in vascular dementia *Alzheimer Dis Assoc Disorder* 13(3)143–7
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care adults with Alzheimer's disease. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1. 399–406.
- Hanon O. and F. Forette. 2004. Prevention of dementia: lessons from SYST-EUR and PROGRESS. *J. Neurological Sci.* 226:71–74.
- Hawood DG, Barker WW, Ownby RL, Duara R(2000) Relationship of Behavioral and Psychological Symptoms to cognitive impairment and functional status in Alzheimer's disease *Int j Geriatric Psychiatry*:15:393–400
- Hill RD, Backman L, Fratiglioni L(1995) Determinants of functional abilities in dementia *J Am Geriatr Soc* 43:1092–1097
- Hogen, D. B., Bailey, P., Black, S., Carswell, A., Chertkow, H., Clarke, B, thorpe, L. (2008) Diagnosis and treatment of dementia: 5. Nonpharmacologic and pharmacologic therapy for mild to moderate dementia. 179(10), 1019–1026.

- Hyuk Ga, et al (2011) Factors Associated with a Decline in Activities of Daily Living in Patients with Dementia at Geriatric Hospitals: A 6 Month Prospective Study
J Korean Geriatr Soc 15(3)
- Kang, Y W, Na, D L, & Hahn, S H (1997) A validity study of the Korean mini-mental state examination (K-MMSE) in dementia patients Journal of Korean Neurological Association, 15, 300-308
- Kim EJ, Cho SS, Jeong Y, Park KC, Kang SJ, Kang E, et al(2005) Glucose metabolism in early onset versus late onset Alzheimer's disease: an SPM analysis of 120 patients Brain 128: 1790-801
- kolanowski, A. M. Stand. G., & Whall. A. (1997). A pilot study of the relation of premorbid characteristics to behavior in dementia. Journal of Gerontological Nursing. 24(2). 21-30
- kolanowski, A. M., Whall. A. (1996). Life-span perspective of personality in dementia. Image-the Journal of Nursing Scholarship. 28(4), 315-320.
- 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(3), 508-525
- Mortimer. J.(1988). Do psychosocial risk factors contribute to Alzheimer's disease?, etiology of dementia of Alzheimer's type. 39-52.
- Nelson, J. (1995), The influence of environmental factor in incidents of disruptive behavior. Journal of Gerontological Nursing. 21(5). 19-24.
- Opie J, Rosewarne R, O'Conner DW. The efficacy of psychosocial approaches to behaviour disorders in dementia: a systematic literature review. Aust N Z J Psychiatry 1999; 33 : 789-799.

- Painter, J.(1995). Home environment considerations for people with Alzheimer's disease. *Occupational Therapy in health Care*, 10(3), 45–63.
- Rapoport MJ, van Reekum R, Freedman M, Streiner D, Simard M, Clarke D, et al(2001) Relationship of psychosis to aggression, apathy and function in dementia *Int J Geriatr Psychiatry* 16:123–130
- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP, Ferris SH, Franssen E. Behavioral symptoms in Alzheimer's disease:phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 1987; 48(Suppl): 9–15.
- Prince MJ, Acosta D, Castro–Costa E, Jackson J, Shaji KS(2009) Packages of care for dementia in low– and middle–income countries *PLoS Med*6(11):e1000176
- Seoul National University Hospital. (2009). Survey of dementia prevalence. Seoul: Ministry of Health, Welfare, and Family Affairs.
- Seoul Metropolitan Center for Dementia (2010) 2010 Seoul Dementia Management Project (SDMP) guidebook Seoul: Author
- Son EJ. Pathophysiology of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Dementia and Neurocognitive Disorders* 2004; 3: 508.
- Sloane, P. D., Mitchell, M., Preisser, J. S., Phillips, C., Commander, C., & Burker, E. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *J Am Geriatr Soc*, 46(7), 862–869.
- Spector, W., & Jaskson, M.(1994). Correlates of disruptive behaviors in nursing homes. *J Aging Health*, 6(2), 173–184.
- Sohn SH, Choi TK, Oh BH, Ohrr HC, Kim SM, An SK, et al(1999) Differences in cognitive function and activities of daily living between Alzheimer patients with depression and those without depression *J Korean Neuropsychiatr Assoc* 38:278–288

- Shin YJ, Jung SS, Wang SK, Shin SC(2000) The multidimensional evaluation of dementia patients and the correlation among measures J Korean Geriatr Psychiatry 4:186–193
- Sands LP, Yaffe K, Lui LY, Stewart A, Eng C, Covinsky K(2002) The effects of acute illness on ADL decline over 1 year in frail older adults with and without cognitive impairment J Gerontol A Biol Sci Med Sci 57:449–54
- Shinosaki, K., Nishikawa, T., & Takeda, M. (2000). Neurobiological basis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer type. Psychiatry Clin Neurosci, 54(6), 611–20.
- Tekin S, Fairbanks LA, O'Connor S, Rosenberg S, Cummings JL(2001) Activities of daily living in Alzheimer' disease: neuropsychiatric, cognitive, and medical illness influences Am J Geriatr Psychiatry 9:81–86
- Wang J, Kane RL, Eberly LE, Virnig BA, Chang LH(2009)The effects of resident and nursing home characteristics on activities of daily living J Gerontol A Biol Sci Med Sci 64:473–80
- Werezak, L. J., & Morgan, D. G.(2003). Creating a the rapeutic psychosocial environment in dementia care: a preliminary framework. J Gerontol Nurs, 29(12), 18–25.

VII 부록

서울시 치매상태 평가도구(SDAP)

서울시 치매관리사업

등록관리용

치매상태 평가지

1 등록 번호	□□-□□□□□□		
2 성 명		3 평가 차수	차
4 현 평가일	년 월 일	5 현 평가자	
6 최초평가일	년 월 일	6 최초평가자	

Part I: 치매환자 기능상태 평가

A 인지 기능 장애	오른쪽 네모칸에는 각 항목의 점수를 합한 총점을 기록한다	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
-------------------	---------------------------------	---

		0	1	2	3	
1	기억력	문제없음	약간 저하됨 (노화성 변화 또는 건망증이라고 생각되는 정도이고 일상생활에 지장을 줄 정도는 아니다 즉, 실수가 드물고, 귀중품의 분실, 중요한 약속의 망각 등 심각한 실수는 하지 않는다)	상당히 저하됨 (일상생활에서 지장을 줄 정도로 기억력이 감퇴되어 있다 실수가 빈번하고, 때로는 심각한 실수도 한다)	거의 기억 못함 (자녀, 부모, 배우자의 이름, 자신의 나이, 고향 등 매우 기본적인 사실도 잘 기억하지 못한다)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
2	지남력 <small>(시간이나 장소를 파악하거나, 사람을 알아보는 정도)</small>	문제없음	약간 저하됨 (년, 월, 일, 계절 등을 잘 모를 때가 있다 그러나 자신이 있는 곳이 어디인지는 대개 정확히 파악한다)	상당히 저하됨 (자신이 있는 곳이 어디인지 헷갈려 하거나 길을 잃을 때가 있다 그러나 가까운 친척이나 가족은 대개 잘 알아본다)	매우 심한 저하 (가까운 친척이나 가족을 잘 알아보지 못할 때가 있다)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
3	문제해결능력 <small>(주변에서 일어난 일이나 상황을 파악하여 적절히 대처하는 능력)</small>	문제없음	약간 저하됨 (복잡한 상황을 이해하고 해결하는데 간혹 어려움이 있으나, 늘 해오던 간단한 일은 문제없이 처리한다)	상당히 저하됨 (간단한 상황을 이해하고 대처하는데도 어려움을 보인다 다른 사람에 대한 사회적인 반응은 대체로 적절하다)	매우 심한 저하 (대부분의 경우 주변 상황을 제대로 이해하지 못하여 사회적인 반응도 부적절한 경우가 많다)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
4	의사소통능력 <small>(말이나 글을 통해 자신의 의사를 상대방에게 정확히 전달하고, 반대로 상대방의 의사를 정확히 이해하는 능력: 평가 시 실어증, 구음장애, 난청 등 저하의 원인은 고려하지 않는다)</small>	문제없음	약간 저하됨 (언어적 의사소통에 문제가 생기는 경우가 가끔 있다)	상당히 저하됨 (언어적 의사소통에 문제가 생기는 경우가 자주 있다)	매우 심한 저하 (정상적인 언어적 의사소통이 거의 불가능하다)	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

추가 정보	
-------	--

B 행동 문제	오른쪽 네모칸에는 각 항목의 점수를 합한 총점을 기록한다	
----------------	---------------------------------	--

(행동문제는 지난 2주일 동안을 기준으로 평가한다)

		0	1	2	3	
1	난폭 행동 (꼬집기, 때리기, 발로 차기, 물건을 집어던지거나 부수기 등)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)	<input type="checkbox"/>
2	배회 행동 (실내에서 목적 없이 돌아다니거나 밖으로 나가려는 행동)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)	<input type="checkbox"/>
3	거부적 태도 (투약 등의 치료나 수발에 대해 비협조적이거나 거부하는 행동)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)	<input type="checkbox"/>
4	기타 사회적으로 부적절한 행동 (반복질문, 옷 벗기, 종이 찢기, 물건 뒤지거나 숨기기, 자기확대 행동, 똥을 바르거나 던지는 행동, 이상한 소리내기, 고향지르기, 성적인 동작 등 부적절하거나 무의미해 보이는 행동)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)	<input type="checkbox"/>
5	수면 장애 (잠드는 데 어려움이 있거나 수면 상태를 유지하는데 어려움이 있음)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)	<input type="checkbox"/>
6	섬망/환각의 징후 (그렇지 않았던 사람이 비교적 갑자기 자신이 어디에 있는지, 옆에 있는 사람이 누구인지도 모르게 되어 엉뚱한 반응을 보이거나, 또는 헛것을 보거나 다른 사람에게는 들리지 않는 소리를 듣고 있는 듯한 행동 등을 보임)	나타나지 않음	드물게 나타남 (1주일에 2번 이하)	상당히 자주 (1주일에 3-5번)	거의 매일 (1주일에 6-7번 이상)	<input type="checkbox"/>

추가 정보	
-------	--

C 기본적인 일상생활동작 오른쪽 네모칸에는 각 항목의 점수를 합한 총점을 기록한다

		0	1	2	3	
1	식사하기	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	<input type="checkbox"/>
2	목욕하기	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	<input type="checkbox"/>
3	개인위생 (세면, 머리 빗기, 양치질, 면도 등)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	<input type="checkbox"/>
4	옷 입기 (단추 채우기, 지퍼 올리기 등 포함)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	<input type="checkbox"/>
5	대변 가리기	정상적으로 가능	가끔씩 실금	자주 실금	매번 실금	<input type="checkbox"/>
6	소변 가리기	정상적으로 가능	가끔씩 실금	자주 실금	매번 실금 (또는 카테터 삽입 상태)	<input type="checkbox"/>
7	화장실 사용 (옷 내리고 올리기, 뒤처리 등 포함)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	<input type="checkbox"/>
8	자리 옮기기 (바닥이나 침대에서 의자로, 혹은 그 반대로 자리를 옮겨가기)	혼자서 가능	약간의 도움 필요 (부축이나 언어적 지시 필요)	많은 도움 필요 (다른 사람이 들어서 옮겨야함 균형을 잡고 앉아 있을 수는 있음)	전적으로 의존 (균형을 잡고 앉아 있을 수도 없음)	<input type="checkbox"/>
9	수평 이동 (보행, 이동)	혼자서 보행 가능	약간의 도움을 주면 보행 가능 (부축이나 언어적 지시 필요)	보행은 불가능하나 혼자 기거나 혹은 휠체어 이동 가능	전적으로 의존	<input type="checkbox"/>

추가 정보	
-------	--

D도구적 일상생활동작	오른쪽 네모칸에는 각 항목의 점수를 합한 총점을 기록한다	
--------------------	---------------------------------	--

		0	1	2	3	
1	식사 준비 (식사 계획, 요리, 상차리기 등의 과정)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	
2	일상적인 집안일 또는 기구 사용 (청소, 세탁, 설거지, 이불 개기, 화초에 물 주기, 다림질, 못박기, 전구 갈아 끼우기, TV 등 가전제품의 조작 등등)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	
3	돈 관리 (생활비나 용돈관리, 공과금 납부, 은행예금관리 등)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	
4	투약 관리 (시간과 용량을 지켜서 약을 먹는 것)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	
5	전화 사용 (번호를 기억하거나 찾아서 전화를 걸고, 전화가 왔을 때 적절하게 받는 것)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	
6	물건 사기 (상점에 가서 계획한 물건을 빠뜨리지 않으면서 적당한 돈을 치르고 사오는 것)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	
7	교통수단 이용 (걸어가기에는 먼 거리를 갈 때, 대중교통을 이용하거나 직접 운전을 해서 길을 잃지 않고 목적지까지 가기)	혼자서 가능	약간의 도움 필요	많은 도움 필요	전적으로 의존	

추가 정보	
-------	--

E 신체 및 질병 상태 이 절에서는 항목 점수를 더한 총점은 계산하지 않는다

		0	1	2	3
1	시력 (평소에 안경을 사용한다면 착용한 상태를 기준으로 평가한다 평소 안경 사용 여부를 아래에 0로 표시하십시오) *안경: 사용 / 미사용	문제없음	약간 저하됨 (미세한 물건이나 작은 글씨를 보는데 지장이 있으나, 큰 물건이나 글씨는 잘 본다)	상당히 저하됨 (큰 글씨를 보는데 지장이 있다 큰 물체는 어느 정도 구분이 가능하다)	거의 보지 못함 (빛, 색깔, 희미한 윤곽 등만을 겨우 볼 수 있거나 시력이 전혀 없다)
2	청력 (평소에 보청기를 사용한다면 착용한 상태를 기준으로 평가한다 평소 보청기 사용 여부를 아래에 0로 표시하십시오) *보청기: 사용 / 미사용	문제없음	약간 저하됨 (보통의 대화를 듣는데 약간의 지장이 있다)	상당히 저하됨 (큰 소리로 말하면 의사소통이 가능하다)	거의 듣지 못함 (큰 소리로 말해도 거의 듣지 못한다)
3	음식섭취 상태 및 섭취 경로	모든 음식을 정상적으로 먹을 수 있음	죽, 미음 등의 (반)유동식만을 먹을 수 있음	위관을 통해 영양 공급	정맥 주사를 통해 영양 공급
4	육창 (압력성 궤양)	육창이 없음	부분적으로 피부가 손상됨 (표피 또는 진피의 일부가 벗겨짐)	피부가 상실되고 피하조직이 노출됨	근육이나 뼈가 드러남
5	현재 유병 중인 질병 (해당되는 질환이 있으면 해당번호에 0표한다 열거된 질환 이외의 병인 경우에는 각 신체계통의 빈칸에 기록하거나, 신체계통이 명확치 않은 경우에는 기타의 빈칸에 기록한다)	a 순환기계	1 고혈압	2 심부전	3 관상동맥질환
			4 기타 심장병	5 말초혈관질환	
		b 호흡기계	1 폐렴	2 천식	3 만성폐색성폐질환
			4 만성기관지염	5 폐결핵	
		c 소화기계	1 위염	2 위/십이지장궤양	3 장염
			4 간염	5 간 경화증	
		d 내분비계	1 당뇨병	2 갑상선 기능항진	3 갑상선 기능저하
		e 근골격계	1 관절염	2 대퇴골 골절	3 기타 골절
			4 골다공증		
f 비뇨기계	1 요로 감염	2 전립선비대	3 신부전		
	4 성병				
g 신경계	1 뇌졸중	2 파킨슨병	3 두부손상		
h 신경정신계	1 치매	2 우울증	3 알코올남용/의존		
	4 정신분열병	5 조울증			
i 기타					

E 신체 및 질병 상태 (계속)

6	현재 치료 상황 (해당되는 것이 있으면 빈칸에 내용을 기록한다)	a 약물 치료	1 치매 약물치료 :	
			약 이름	처방병원
			2 신체질환 약물치료	
		약 이름	처방병원	
7	신체 특이 표식	b 기타 치료	(지난 4주간에 받았던 치료 내용을 아는 대로 기술한다 예: 재활치료, 수술, 투석, 산소요법, 인공호흡기, 방사선치료, 항암치료, 수혈, 정맥주사 등등)	
			치료 내용	치료 병원
8	신체 및 질병상태 관련 추가정보 (병력, 신체적 특이사항 등 환자상태 파악에 도움이 된다고 판단되는 정보를 메모해둔다)	<input type="checkbox"/> 점 설명: _____ <input type="checkbox"/> 문신 설명: _____ <input type="checkbox"/> 흉터 설명: _____ <input type="checkbox"/> 기형 설명: _____ <input type="checkbox"/> 기타 설명: _____		

Part II: 치매환자 구조호자 상태평가

A 구조호자의 일반적인 특성			
(상답신청인과 구조호자가 동일하다면 1-6까지는 다시 질문하지 않고 기초상담기록의 내용을 참고하여 기록한다)			
1	이름		2 성별 1 남 2 여
3	연령 _____ 세	4	교육년수 _____ 년
5	주소		
6	전화번호	Tel:	HP:
		e-mail:	
7	관계	1 배우자 2 딸 3 아들 4 며느리 5 사위 6 기타 친척 7 친구 8 이웃 9 간병인 10 가정 봉사원 11 가정부/파출부 12 기타 _____	
8	동거여부 및 접촉빈도	1 동거 2 동거 아님: 주당 _____ 일 접촉	
9	결혼 상태	1 사별 2 결혼 3 별거 4 이혼 5 미혼 6 기타	
10	종교	1 기독교 2 불교 3 천주교 4 유교 5 기타 _____ 6 무교	
11	최근 건강상태	1 매우 나쁘다 2 나쁜 편이다 3 보통이다 4 좋은 편이다 5 매우 좋다	
12	지난 1개월 동안 앓은 질병	병명:	
13	경제활동(돈벌이) 유무	1 하지 않는다 2 하고 있다(내용: _____)	
14	환자조호기간 (치매이환 이후)	약 _____ 년 _____ 개월	
15	하루 시간 배분	1 환자조호시간 _____ 시간/일 2 가사노동시간 _____ 시간/일 3 경제활동시간 _____ 시간/일 4 휴식/자유시간 _____ 시간/일	
16	교대로 조호해 줄 사람 유무	1 없다 2 있다 (관계: 환자의 _____)	

B 조호와 관련된 구체적 어려움 및 희망사항	
(어려움 및 그와 관련된 희망사항을 빈 칸에 구체적으로 기록한다)	
조호관련 어려움	희망사항

C 부양 부담감 평가척도

주조호자가 직접 작성하는 부분이다
 각 문항에 대하여 해당되는 점수에 0표한다
 오른쪽 네모칸에는 각 항목의 점수를 합한 총점을 기록한다

다음에 열거되어 있는 문항들은 환자를 간병하면서 경험하는 느낌에 대한 질문들입니다 각 문항을 읽어보시고, 0 전혀 아니다, 1드물게 그렇다, 2가끔 그렇다, 3자주 그렇다, 4거의 항상 그렇다 중에 가장 적당하다고 생각되는 번호에다 0 표시를 해 주십시오 자신이 느끼시는 대로 표시하시면 되며, 맞는 답이나 틀린 답이 있는 것이 아닙니다

- 0 전혀 그렇지 않다
- 1 드물게 그렇다
- 2 가끔 그렇다
- 3 자주 그렇다
- 4 거의 항상 그렇다

1	환자가 필요 이상으로 많은 것을 요구하는 것 같이 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
2	환자 간호 때문에 나 자신의 시간을 충분히 갖지 못한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
3	다른 가족이나 일에 대한 의무와 환자 간호 사이에서 스트레스를 느끼십니까?	0	1	2	3	4
4	환자의 행동 때문에 당황하게 되십니까?	0	1	2	3	4
5	환자 가까이 있으면 화가 나십니까?	0	1	2	3	4
6	환자 때문에 다른 가족이나 친구와의 관계가 나빠진다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
7	환자가 앞으로 어떻게 될지 두려우십니까?	0	1	2	3	4
8	환자가 자신에게 의존하고 있다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
9	환자 가까이 있으면 긴장되십니까?	0	1	2	3	4
10	환자를 돌보느라 자신의 건강이 나빠졌다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
11	환자로 인해 자신이 원하는 만큼의 사생활을 누릴 수가 없다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
12	환자를 돌보느라 자신의 사회 생활에 지장이 있다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
13	환자가 있어서 친구가 집에 오는 것이 불편하게 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
14	환자가 당신을 자신을 돌볼 수 있는 유일한 사람으로 기대한다는 느낌이 드십니까?	0	1	2	3	4
15	환자를 돌보는데 드는 비용이 내 능력에 비해 과하다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
16	향후 장기간 환자를 돌보는 것이 힘들 것 같다고 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
17	환자의 병 때문에 자신의 생활에 대한 통제력을 잃어버렸다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
18	환자 간병을 다른 사람에게 맡길 수 있었으면 하고 바라십니까?	0	1	2	3	4
19	환자에 대해 될 해야할지 몰라 혼란스럽게 느껴지십니까?	0	1	2	3	4
20	환자를 위해 뭔가를 더 해야만 한다고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
21	환자를 지금보다 좀 더 잘 돌볼 수도 있을 텐데 하고 느끼십니까?	0	1	2	3	4
22	전반적으로 볼 때, 환자를 돌보는 것이 얼마나 부담스럽게 느껴지십니까	0	1	2	3	4
	0 전혀 아니다 1 조금 그렇다 2 다소 그렇다 3 상당히 그렇다 4 매우 그렇다					

Part III: 기능상태 및 부양부담감 평가 결과 요약

	인지기능	행동문제	기본적 일상생활동작	도구적 일상생활동작	부양부담감척도
문항 점수 합	/12	/18	/27	/21	/88
문항 수	4	6	9	7	22
평균 점수 (= 문항점수의 합 ÷ 문항 수)	□	□	□	□	□
[4]					
[3]					
[2]					
[1]					
[0]					

각 기능장애영역의 평균 점수는 먼저 박스에 기록한 다음, 아래 점선 위의 해당 점수 위치에 X로 표시하고, 인접영역의 X 표와 실선으로 잇는다 부양부담감척도 평균점수는 박스에 기록한 후, 아래 점선 위의 해당 위치에 O로 표시한다

지역사회 거주 치매노인의 행동심리증상이 일상생활수행능력에 미치는 영향

- 발행처 : 서울특별시광역치매센터
- 발행인 : 이동영
- 발행일 : 2013년 12월
- 연구자 : 김남초, 이동영, 이송자, 김진하, 김효정, 김보영
- 편집위원 : 최종춘, 유정애, 김정옥

copyright© 2013 서울특별시광역치매센터

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