[UCI]I804:24011-200000233244

*2006*년 *8*월
석사학위논문

치매환자의 인지기능, 일상생활 수행능력 및 문제행동 분석

조선대학교 대학원

간 호 학 과

임 영 단

치매환자의 인지기능, 일상생활 수행능력 및 문제행동 분석

- A Study on the Cognitive Function, Activities of Daily Living and Behavioral Problem in Dementia Patients

*2006*년 *8*월 일

조선대학교 대학원

간 호 학 과

임 영 단

치매환자의 인지기능, 일상생활 수행능력 및 문제행동 분석

지도교수 이 강 오

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함

*2006*년 *4* 월 일

조선대학교 대학원

간 호 학 과

임 영 단

임영단의 석사학위 논문을 인준함

위원장 조선대학교 교수 김 인 숙 인

위 원 조선대학교 교수 오 현 이 인

위 원 조선대학교 교수 이 강 오 인

*2006*년 *5*월 일

조선대학교 대학원

목 차

표 목차 ····· Ⅲ
그림 목차 ····· Ⅳ
Abstract ····· Ⅴ

Ⅰ. 서 론 ····· 1
1. 연구의 필요성 ····· 1
2. 연구 목적 ····· 4
3. 용어의 정의 ····· 4

Ⅱ. 문헌고찰 ····· 6

Ⅲ. 연구방법 ····· 9
1. 연구설계 ····· 9
2. 연구대상 ····· 9
3. 연구도구 ····· 9
3.1. 인지기능 측정도구 ····· 9
3.2. 일상생활 수행능력 측정도구 ····· 10
3.3. 문제행동과 수발자의 스트레스 측정도구 ····· 10
3.4. 전반적 퇴화 측정도구 ····· 10
4. 자료수집방법 ····· 10
5. 자료분석방법 ····· 11
6. 연구의 제한점 ····· 11

Ⅳ. 연구결과 ····· 12

1. 대상자의 일반적 특성 ····· 12
2. 대상자의 인지기능, 일상생활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스 및 전반적 퇴화 정도 ····· 13
3. 제 변수간의 상관관계 ····· 17

Ⅴ. 논의 ····· 19

Ⅵ. 결론 및 제언 ····· 22

참고문헌 ····· 24

부록 1: 평가조사지 ····· 28

표 목차

표 1. 대상자의 일반적 특성 ····· 12
표 2. 대상자의 인지기능, 일상생활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스 및 전반적 퇴화 점수 ····· 13
표 3. 대상자의 인지기능 정도 ····· 13
표 4. 대상자의 일상생활 수행능력 정도 ····· 14
표 5. 대상자의 문제행동 유형 ····· 15
표 6. 수발자의 스트레스 유발 문제행동 유형 ····· 15
표 7. 대상자의 전반적 퇴화단계 ····· 16
표 8. 제 변수간의 상관관계 ····· 17

그림 목차

그림 1. 대상자들의 문제행동에 따른 수발자의 스트레스 ····· 16

그림 2. 인지기능 점수(MMSE-K)에 따른 일상생활 수행능력(BADL), 문제행동(NPI-Q, dementia patient), 수발자의 스트레스(NPI-Q, stress of protector), 전반적 퇴화단계(GDS)의 관계 ····· 18

ABSTRACT

A Study on the Cognitive Function, Activities of Daily Living and Behavioral Problem in Dementia Patients

Lim, Young Dan

Advisor : Prof. Lee, Kang-Oh

Department of Nursing

Graduate School of Chosun University

This study is aimed at analysis cognitive function, activities of daily living and behavioral problem in dementia patients in dementia center to offer better understanding to community about dementia center and encourage an affirmative concept in using dementia center and nursing home to relieve the pain of protector and provide a better environment to dementia patient.

The data for this study were collected through a research which was conducted to 72 dementia patients in D dementia center in Gwang-ju, from January to December, 2005. To gather personal records for dementia patients of the first and second half for year, research were done with personal interview used as basic form for medicare service.

The instrument used for this study, MMSE-K (Koreanized mini mental state examination) for the aged developed by Park Jong-Han and Kwon Young-Chul(1989)

who translated and revise Mini Mental State Examination (MMSE) by Folstein(1975), Barthel Activities of Daily (BADL) by Barthel (Mahoney and Barthel, 1965) and NPI-Q which is easy way of NPI by Cummings(1989) were used for checking stress of protector and behavioral problem in dementia patient.

And we also have GDS (Global Deterioration Scale) by Reisberg group(1982) for overview of degrade.

The data collected were analysed using SPSS Win to analyse data and Sigma plot to show figures.

General characteristics of subjects, cognitive function, activities of daily living, behavioral problem with dementia patients in D dementia center and stress of protector were analysed by descriptive statistics.

The correlations between cognitive function and activities of daily living, behavioral problem of subject and stress of protector were analysed by Pearson's correlation

The result of study was as follows :

1. General characteristics of subjects, female was 90.3% and mean-age was 79.2, mean-age of male's was 73.2 and female's was 79.9. We have a most large group in the eighties as 44.4% and then comes seventies, sixties and nineties in that order.

   Education standards for subjects show that 79% were uneducated.

2. The score in MMSE-K was 3~28, mean score was 16.5. And the score in BADL was 0~19, mean score was 5.2. The score in NPI-Q(behavioral problem of subject) was 1~17, mean score was 7.2.

The score in NPI-Q(stress of protector) was 1~25, mean score was 9.1. Night act ranked high in pattern of behavioral problem. and then comes delusion and anxiousness/aggression in that order.

The score in GDS was 3~7, mean score was 6.1 which is pointing out that almost every subject is suffering medium-high grade dementia.

3. The relationship between cognitive function and activities of daily living of subject, activities of daily living of subject and global deterioration scale, cognitive function of subject and global deterioration scale, behavioral problem of subject and stress of protector was in significance level statistically.

This study showed that cognitive function of subject, global deterioration scale and stress of protector was in significance level statistically. So, to get rid of the exhaustion with a long-drawn-out nursing, family discord and the grim realities of life, I expected this study to be used as a preliminary data to offer better understanding to community about dementia center and encourage an affirmative concept in using dementia center and nursing home.

I. 서 론

1. 연구의 필요성

의학 및 과학기술의 발달로 최근 인간의 평균수명이 증가하게 되었고 이에 따라 인구의 고령화도 급속하게 진행하고 있다. 2000년 현재 65세 이상의 노인 인구가 전체 인구의 7.2%를 차지하게 되었고, 2019년에는 14.4%에 이를 전망이다. 또한 한국인의 평균 수명이 2000년도에는 74.9세 이었고, 2010년에는 77세, 2020년에는 78세, 그리고 2030년에는 79세를 넘어 장수화 사회가 곧 도래할 것으로 예측되고 있다(통계청, 2001).

전 세계적으로 65세 노인 인구 중 약 5~15%가 치매 증세를 나타내고 있고 초고령층인 85세 이상 노인의 경우에는 그 수가 급격히 증가하여 27% 정도가 치매로 고통 받고 있다(한국노인문제 연구소, 1998). 우리나라의 경우도 2000년 65세 이상 노인인구 중 약 8.3%인 28만명 정도가 치매환자로 추정되고 있고, 2020년에는 전 인구의 9%인 62만명 정도가 치매로 고통 받으리라고 예측하고 있다(보건복지부, 2001).

치매는 고령자의 이혼율 및 사망률과 크게 관계가 있을 뿐만 아니라(Folstein, Bassett, Anthony, Ramanoski, & Nesdtadt. 1991) 젊은 사람에 비해 발병률이 높고 만성 질환 등 중복질환을 가지며(조유향, 1995), 이러한 질환 중에서도 노인성 치매는 사회나 가족에 대한 노인의 심각한 의존성(이은희, 2000)과 인지기능 저하와 다양한 문제행동의 출현으로 독립적인 생활능력이 현저히 감퇴되어 수발자로부터 간호나 간병이 절실히 요구되는 질환이다. (Youn, Knight, Joeng, & Benton, 1999).

치매노인들은 신체 및 정신기능의 저하로 일상생활 동작능력과 자립정도가 약하기 때문에 가족, 지역사회 등과 같은 부양체계 또는 지원체계에 대한 의존도가 매우 높아 문제의 심

각성을 제시해 주고 있다(원정숙, 김정화, 2003).

치매환자에게 나타나는 기억력 장애를 포함한 정신 및 인지기능의 전반적인 장애에 의한 문제행동은 치매노인에 대한 가족들의 일상적인 보호와 관찰이 지속적으로 요구될 수밖에 없으며, 이러한 상황들로 인해 가족들이 받고 있는 스트레스는 더 더욱 가중되고 있다(Motenko, 1989; Kinney, Stephens, 1989).

따라서 치매 환자 가족은 물론 국가 및 사회적으로 해결해야 할 시급한 당면 과제로 대두되고 있다. 그러나 이러한 중요성에도 불구하고 치매환자의 초기의 문제행동이 노인의 건망증과 같은 자연스러운 노화 현상과 구별되지 못하고 방치하여 초기의 적절한 치료시기를 발견하지 못하는 비율이 60%에 이르는 등 조기에 진단하지 못하는 경우가 많다고 보고되고 있다(Abbott, Petrovitch, Masaki, Murdaugh, & Trockman, 1997).

이러한 사회적 문제를 해결하기 위해서는 치매 전문요양시설이 많이 개설되어야 하며, 최근 수행된 연구결과들에서도 치매환자 부양가족이나 일반인들 모두가 치매환자를 가정에서 가족이 돌보는 경우나 대규모 요양시설보다는 소규모 치매전문 요양시설이 치매환자관리에 가장 적합하다고 생각하고 있는 것으로 밝혀졌다(권오정, 2002; 최정신, 김대년, 조명희, 권오정, 2000).

치매환자가 발생하였을 때 환자를 조기에 전문시설에 의뢰하는 것이 환자가족이 겪게 되는 스트레스, 가정에서 환자를 돌보았을때의 저효율성과 비교하여, 치매의 진행을 차단, 또는 지연시킬 수 있는 적절한 치료를 받을 수 있게 하고(Henderson, Huppert, 1984), 또한 가족에 의한 지원 등도 조기에 이루어질 수 있게 되어 더욱 효율적이라는 것이 나타났다.

치매환자의 가족들이 느끼는 스트레스는 일반인이 가지는 스트레스보다 훨씬 크고, 치매를 겪고 있는 환자에 비해 중요성이 결코 떨어지지 않지만, 지금까지의 연구에서는 치매환

자의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양 만족감에 관한 연구(김윤정, 최혜경, 1994), 치매환자 가족의 부양부담 사정에 관한 연구(권중돈, 1994) 등과 같이 환자 가족이 겪게 되는 물질적인 부담에 대한 연구에 집중되어졌고, 치매환자를 돌보는 중요한 인적 자원인 수발자가 느끼는 스트레스 수준 등의 정신건강을 측정한 연구는 많지 않는 실정이다.

따라서 본 연구는 치매전문 요양시설에서 간호를 받고 있는 치매환자의 인지기능 정도와 일상생활 수행능력 평가, 문제행동 유형 등을 분석하고, 수발자의 스트레스를 파악하여 치매환자를 보호하는 요양시설에 대한 일반인들의 보다 나은 이해를 추구하고, 장기간 수발로 인한 피로와 가족 간의 갈등 및 생활문제를 해결하기 위하여 치매환자의 요양시설 입소 및 요양시설 이용에 대한 긍정적인 사고를 높이는데 좋은 자료를 제공하고자 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성을 파악한다.
2. 대상자의 인지기능 정도를 파악한다.
3. 대상자의 일상생활 수행능력 정도를 파악한다.
4. 대상자의 문제행동 유형과 정도 및 수발자의 스트레스 정도를 파악한다.
5. 대상자의 전반적 퇴화 정도를 파악한다.

3. 용어의 정의

1. 치매환자 - 지적 기능이 저하되면서 판단력, 기억력, 지남력 장애로 일상생활 수행 능력이 없어 다른 사람의 도움을 받아야 하는 노인환자를 말한다(김주희, 김정현, 1998). 본 연구에서는 정신과 전문의의 치매 진단을 받고 D 치매 전문요양원에 입소한 대상자를 말한다.

2. 인지기능 - 생각, 기억, 지각, 적응, 계산, 문제해결과 같은 지적인 일을 수행하는 능력으로(원정숙, 김정화, 2003), 본 연구에서는 Folstein, Folstein, & McHugh(1975)이 개발한 mini mental state examination(간이 정신상태검사, MMSE)를 박종한과 권용철(1989)이 번역하여 한국 상황에 맞게 수정 보완한 노인용 한국판 MMSE-K (mini mental state examination)를 사용하여 측정한 점수를 말한다.

3. 일상생활 수행능력 - 인간의 일상활동에 필요한 기능으로 자신의 육체를 돌보

는데 필요한 기능인 기초 일상생활 활동평가로, 본 연구에서는 Mahoney와 Barthel(1965)이 개발한 기초일상 활동평가(BADL)를 김정순과 정정심(2005)이 이용한 것으로 식사, 목욕, 세면, 대변, 소변, 옷차림, 화장실 사용, 이부자리, 걷기, 계단 오르기 등을 측정한 점수를 말한다.

4. 문제행동 유형 - 치매환자들이 일상생활 장애로 나타내고 있는 수면장애, 배회, 망상, 불안, 우울 등의 특이 증상을 말한다(김주희, 김정현 1998). 본 연구에서는 Cummings (1989)가 개발한 신경정신행동검사 (NPI)를 간편화한 NPI-Q (신경정신행동검사-간편형)를 나덕렬(1999)이 연구에 사용한 도구를 이용하여 측정한 점수를 말한다.

5. 전반적 퇴화 - Reisberg group(1982) 이 개발하여 치매가 의심되는 환자 나 치매로 진단된 환자의 임상양상 및 심각도를 7단계로 평정하도록 제작된 도구로 최성혜(2002)가 연구에 사용하여 높은 신뢰도를 보였던 도구이다. 시간에 따른 환자의 변화(단계변화)를 파악할 수 있어서 치료의 경과나 예후를 평가하는데 유용하게 사용할 수 있으며, 치매의 진행과정에 따른 단계 설정이므로 본 연구에서는 치매 대상자의 치매상태를 평가하는데 유용하게 사용되었다.

II. 문헌고찰

치매(dementia)라는 용어는 라틴어의 de(out of) +mens(mind) = ia(state of)에서 유래된 것으로 그 어원적 의미는 '정신이 나간 상태'를 뜻한다. 치매는 황폐화된 정신상태(Deteriorated Mentality)라는 용어 그대로 정서, 기억, 사고, 인지능력 등이 저하되면서 나타나는 여러 가지 증상들을 총칭하는 용어로 인식되고 있다(김태현, 1995; Kaplan, Sadock, 1994).

세계보건기구(WHO)의 ICD-10분류에 의하면 치매란 뇌의 만성 또는 진행성 질환에서 생기는 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며 기억력, 사고력, 지남력, 이해력 계산 및 학습능력, 언어 및 판단능력 등을 포함한 고도의 대뇌피질 기능의 다발성 장애로 정의 되고 있다(서울대학교 지역의료 체계시범단, 1994). 즉 치매란 인지기능과 고등정신기능이 감퇴하는 대표적 기질성 정신장애로서 위에서 언급한 능력의 장애로 인해 직업, 일상적 사회활동 또는 대인관계에 지장을 받게 되는 복합적인 임상 증후군이라 할 수 있다. 또한 나이가 들면 정상적인 노화 과정에서 동반되는 기억력 및 정신기능의 감퇴와는 구별되는 개념으로써 이해해야 한다(권오정, 2002).

인지기능은 학습이나 지각, 추론, 문제해결, 기억 등을 포함하고 있는데 노화가 진전됨에 따라 점차적으로 인지기능이 하락하고 중추신경계의 작용이 활발하지 못하여 정상적인 일상생활에 어려움을 갖거나 심각한 노인성 정신장애를 갖기도 하며 사회활동에 고립되는 경향을 보이기도 한다(김귀봉, 김영수, 강성구, 2000).

치매의 원인은 70종 이상으로 다양하나 알츠하이머형 치매가 약 50~60% , 혈관성 치매가 20~30% 그리고 기타 원인에 의한 치매가 10~30% 정도이다(김귀분, 1998).
퇴행성 치매의 대부분을 차지하는 알츠하이머 병(Alzheimer's Disease, 이하 AD)은 다른 혈관성 치매나 피질하성 치매와는 달리 행동이나 신경학적 검사에서 증상이 드러나기 훨

씬 전부터 인지기능에 문제를 보인다(Cummings, Benson, 1992). 또한, AD의 인지저하는 진단에 이르기까지 과정이 느리고 점진적으로 진행되어 노화과정과 구분하기 어려운데(Pierre, 2000), 우리나라 노인의 경우 AD증상을 노화과정으로 인식하고 생활을 자녀에게 의존하는 경우가 많아 조기 발견이 지연되고 있다

치매는 또한 크게 가역성 치매와 비가역성 치매(진행성)로 그 원인을 구분할 수도 있다. 가역성 치매의 원인으로는 우울증이나 약물, 알코올 및 화학물질에 의한 정신과적 질환과 대사성 원인으로 전해질 장애, 갑상선 질환, 비타민 결핍증, 일시적 뇌기능장애를 초래하는 감염성 뇌질환, 두부외상 등과 이외에도 정상압 수두증과 다발성 경색증이 있다(Hooyman, Kuyak, 1996). 비가역성 치매의 원인으로는 퇴행성 뇌질환이 대표적으로 알츠하이머형 치매의 원인은 아직 뚜렷하게 밝혀진바 없고 정확한 치료방법도 없는 상태이다. 그러나 초기 발견과 적절한 치료를 통해 증상이 개선되는 치매유형도 있으므로 치매를 무조건 불치병으로 간주하는 것도 금물이다(김남초, 노유자, 김승희, 유양숙, 1997).

치매의 단계는 개인 차가 있고 진행방법도 노인마다 다르게 나타나나, 일반적으로 볼 때 일단 발병이 되면 점진적으로 악화되어 그 발병 기간이 2~20년에 이르고 평균적으로 10년 정도이며 서서히 진행되고 타인 의존도가 매우 높아져 결과적으로 환자뿐만 아니라 가족구성원 모두를 황폐화시킨다.

보통 치매의 단계를 3단계로 나누어 볼 때 단기기억장애는 있으나 아직 독립적인 생활이 가능한 경증기(Forgetfulness Phase: 2~4년 소요), 기억장애와 혼돈, 불안, 배회, 주야 전도, 언어장애, 타인 의심 등이 심해지고 스스로 신변관리가 어려워지는 중경증기(Confusional Phase: 평균 2~10년 소요: 가장 긴 단계), 일상생활 능력이 심하게 감퇴되고 지적 활동이 거의 정지되어 24시간 지속적인 감독이 필요한 중증기(Dementia Phase: 평균 1~3년 소요)로 구별된다(Gwyther, 1985).

치매증상은 주로 인지기능 장애에 따른 기억력 감퇴, 의사소통 장애, 지남력 상실, 주의력 상실, 실인증, 실행증이 나타나고 기능수행 장애로 일상생활 수행능력이 떨어지고, 감정장애로 인해 불안, 초조, 우울, 감정실조, 공격적 행동, 자해 행동, 망상, 환각, 거부, 주야 전도, 배회, 훔치는 행동, 뒤지는 행동 등이 나타난다. 이외에도 큰 소리를 지르는 행동, 목욕 거부, 동어 반복, 타인 의심, 작화, 이식, 폭식 등의 섭식장애, 인격변화 등은 치매환자들에게 비교적 빈번하게 나타나는 증상이다(권오정, 2002). 이러한 치매는 장기간의 유병기간을 수반하며 정신 및 행동장애 외에도 만성질환, 일상생활 수행능력(ADL)의 장애를 갖게 되어 수발인의 도움 없이는 일상생활을 수행하기 곤란한 특징을 갖고 있다(이재모, 2001).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 치매환자의 인지기능, 일상행활 수행능력 및 문제행동 유형을 파악하기 위한 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구 대상자는 2005년 1월부터 2005년 12월까지 광주광역시 소재 D 치매 전문요양원에 입소해 있는 62세부터 95세까지 환자 82명 중 사망하거나 중풍, 와상 환자를 제외한 72명이다.

3. 연구도구

3.1. 인지기능 측정도구

인지기능 측정도구는 Folstein, Folstein, & McHugh(1975)이 개발한 mini mental state examination(간이 정신상태검사, MMSE)로 다양한 인지기능들을 5~10분 정도에 측정할 수 있도록 고안된 검사로서, 박종한과 권용철(1989)이 번역하여 한국 상황에 맞게 수정・보완한 MMSE-K 도구를 사용하였다.

한국의 경우 노인의 상당수가 문맹인 현실을 고려하여 '글을 읽고서 행동으로 옮기기'와 '문장쓰기' 문항을 이해와 판단에 대한 문항으로 대치하였다.

3.2. 일상행활 수행능력 측정도구

일상생활 수행능력 측정도구는 Mahoney와 Barthel(1965)이 개발한 기초일상활동 평가 (BADL)을 김정순과 정정심(2005)이 이용한 것으로 식사, 목욕, 세면, 대변, 소변, 옷차림, 화장실 사용, 이부자리, 걷기, 계단 오르기 등을 측정할 수 있게 되어 있다.

3.3. 문제행동과 수발자의 스트레스 측정도구

문제행동과 수발자의 스트레스 측정도구는 Cummings(1989)가 개발한 신경정신행동검사(NPI)를 나덕렬(1999)이 연구에 사용한 NPI-Q (신경정신행동검사-간편형) 도구를 사용하여 환자의 문제행동유형과 그로 인한 수발자의 스트레스를 평가하게 되어 있다.

3.4. 전반적 퇴화 측정도구

전반적 퇴화 측정도구는 Reisberg group(1982)이 개발하여 치매가 의심되는 환자나 치매로 진단된 환자의 임상양상 및 심각도를 7단계로 평정하도록 제작된 도구로 최성혜(2002)가 연구에 사용하여 높은 신뢰도를 보였던 도구를 사용하였다.

4. 자료수집방법

자료수집기간은 2005년 1월부터 12월까지로 광주광역시 소재 D 치매 전문요양원에 입소해 있는 62세부터 95세까지의 치매환자 82명 중 사망, 중풍, 와상 환자를 제외한 72명을 대상으로 개별면담을 통한 자료와 의료 서비스계획의 기초자료들을 분석에 사용하였다.

5. 자료분석방법

본 연구에 사용된 자료는 SPSS win을 이용하여 통계처리 하였고, Sigma plot을 이용하여 그림을 그렸다.

1) 대상자의 일반적 특성, 인지기능, 일상생활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스와 전반적 퇴화 정도는 서술통계로 분석하였다.
2) 대상자의 인지기능, 일상행활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스 및 전반적 퇴화 정도와의 관계는 Pearson's correlation으로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구는 일 개 전문요양원에 입소해있는 치매환자를 임의 표집 하였으므로, 연구결과를 모든 치매환자에게 일반화하는데 신중을 기해야 한다.

Ⅳ 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 성별은 남자 7명 9.7%, 여자 65명 90.3%로 대부분이 여자이었다. 연령을 살펴보면, 평균 연령은 79.2세이었고, 남자의 경우 63-90세, 평균 연령는 73.3세이었으며, 여자의 경우 65-97세, 평균연령은 79.9세로 여자환자가 평균 연령이 높은 것으로 나타났다.

연령대를 살펴보면, 80대가 44.4%로 가장 많았고, 70대 33.3%, 60대 14%, 90대 8.3% 순으로 나타났다. 학력은 무학 79.2%, 초등학교 졸 11.1%, 중학교 졸 이상은 9.7% 이었다(표 1).

표 1. 대상자의 일반적 특성

특성	구분	실수	%
성별	남자	7	9.7
	여자	65	90.3
연령	60대	10	14.0
	70대	24	33.3
	80대	32	44.4
	90대	6	8.3
학력	무학	57	79.2
	초등학교 졸	8	11.1
	중학교 졸 이상	7	9.7

2. 대상자의 인지기능, 일상생활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스 및 전반적 퇴화 정도

대상자의 인지기능 점수범위는 3~28점이었고, 평균은 16.5점이었다(표 2). MMSE-K점수가 24점 이상은 16.2%, 23~20점은 13.5%, 19~15점은 40.5%, 14~10점은 13.5%, 10점 미만은 16.2%로 나타났다(표 3).

표 2. 대상자의 인지기능, 일상생활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스 및 전반적 퇴화 점수

변수	최소치	최대치	평균	표준편차
인지기능	3	28	16.5	6.2
일상생활 수행능력	0	19	5.2	6.6
문제행동	1	17	7.2	4.5
수발자의 스트레스	1	25	9.1	6.2
전반적 퇴화	3	7	6.1	1.0

표 3. 대상자의 인지기능 정도

구분	최소치	최대치
24점 이상	6	16.2
23~20점	5	13.5
19~15점	15	40.5
14~10점	5	13.5
10점미만	6	16.2

대상자의 일상생활 수행능력 점수 범위는 0~19점이었고, 평균 5.2점이었다(표 2). 일상생활 수행능력 정도를 살펴보면, 0점이 26명 36.1%, 1점이 11명 15.3%, 그리고 2~5점이 13명 18.1%로 5점 이하의 점수를 보이는 환자가 50명 69.5%를 차지하였는데, 69.5%의 치매환자가 일상생활에 필요한 기본적인 일상생활 수행능력이 저하되어 있었다(표 4).

표 4. 대상자의 일상생활 수행능력 정도

점수	실수	%	점수	실수	%
0	26	36.1	12	2	2.8
1	11	15.3	13	1	1.4
2	4	5.6	14	3	4.2
3	2	2.8	15	2	2.8
4	2	2.8	16	1	1.4
5	5	6.9	17	3	4.2
7	1	1.4	18	3	4.2
10	1	1.4	19	2	2.8
11	3	4.2			

대상자의 문제행동 점수범위는 1~17점이었고, 평균은 7.2점이었다(표 2). 대상자의 문제행동의 유형을 살펴보면, 야간행동(2.1점)이 가장 많이 나타났고, 망상(2.0점), 초조/공격성(1.9점) 순으로 높게 나타났고, 가장 낮은 점수를 보인 문제행동은 식욕/식습관의 변화이었고, 불안, 무감동, 다행감/기분의 들뜸 순으로 낮게 나타났다

대상자의 문제행동에 따른 수발자의 스트레스 점수범위는 1~25점이었고, 평균 9.1점이었다(표 2). 수발자의 스트레스를 유발시키는 문제행동의 유형을 살펴보면, 야간행동이 2.5점으로 가장 많이 스트레스를 주는 문제행동 유형이었고, 초조감 2.4점, 이상행동 2.38점 순으로 높게 나타났고, 가장 낮은 스트레스를 유발하는 문제행동은 식욕/식습관의 변화이었고, 불안, 무감동, 다행감/기분의 들뜸 순으로 낮게 나타났다(표 5, 6).

표 5. 대상자의 문제행동 유형

문제행동	실수	평균	표준편차	순위
야간행동	17	2.1	0.8	1
망상	14	2.0	0.6	2
초조/공격성	42	1.9	0.7	3
이상행동	36	1.9	0.6	4
환각	7	1.9	0.7	5
탈억제	33	1.8	0.8	6
과민/불안정	42	1.8	0.8	7
우울	31	1.7	0.6	8
불안	31	1.5	0.7	9
무감동	19	1.5	0.5	10
다행감/기분의 들뜸	13	1.4	0.5	11
식욕/식습관의 변화	1	1	0	12

표 6. 수발자의 스트레스 유발 문제행동 유형

문제행동	실수	평균	표준편차	순위
야간행동	21	2.5	1.35	1
초조/공격성	46	2.40	1.20	2
이상행동	40	2.38	1.03	3
망상	18	2.35	1.03	4
환각	11	2.32	1.17	5
과민/불안정	46	2.32	1.33	6
탈억제	37	2.31	1.19	7
우울	35	1.88	0.90	8
불안	35	1.85	0.95	9
무감동	23	1.67	0.77	10
다행감/기분의 들뜸	17	1.36	0.87	11
식욕/식습관의 변화	1	1.00	0	12

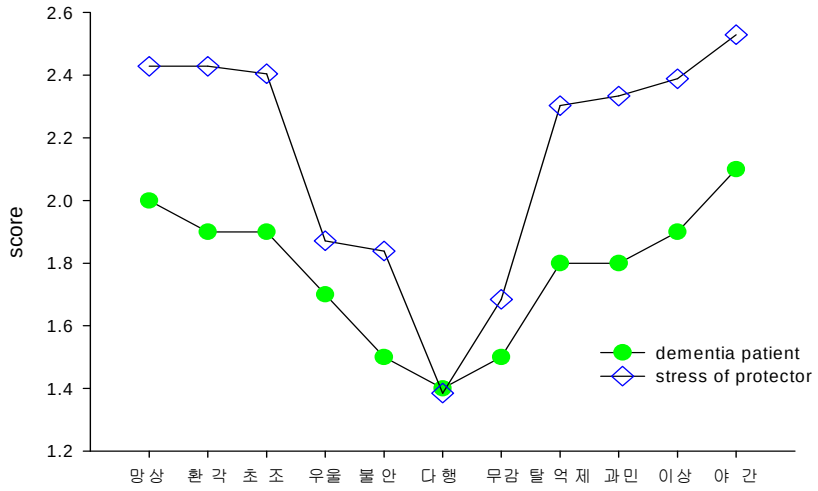


그림 1. 대상자들의 문제행동에 따른 수발자의 스트레스

대상자의 전반적 퇴화정도를 살펴보면, 3-7단계에 속해 있었고, 평균은 6.1단계이었다(표 2). 즉 6단계는 34명(47.2%)으로 가장 많았고, 그 다음으로 7단계가 28명(38.9%)으로 많았다. 따라서 6단계와 7단계에 속하는 환자들이 86.1%로, 대상자의 치매상태가 매우 중한 중등도-고도치매 상태임을 알 수 있었다(표 7).

표 7. 대상자의 전반적 퇴화단계

GDS단계	실수	%
3	3	4.2
4	3	4.2
5	4	5.6
6	34	47.2
7	28	38.9
합계	72	100.0

3. 제 변수간의 상관관계

대상자의 인지기능과 일상생활 수행능력과의 상관관계 (r=.342, p 〈.05), 대상자의 일상생활 수행능력과 전반적 퇴화 정도와의 상관관계 (r= -.517, p 〈.05), 대상자의 인지기능과 전반적 퇴화 정도와의 상관관계 (r= -.739, p 〈 -.01), 대상자의 문제행동과 수발자의 스트레스와의 상관관계 (r=.914, p 〈.05)는 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다(표 8). 즉, 인지기능 정도가 높을수록 일상생활 수행능력 정도가 높았고, 인지기능 정도가 낮을수록 전반적 퇴화 정도는 높은 것으로 나타났다. 또한 일상생활 수행능력 정도가 낮을수록 전반적 퇴화 정도가 높았고, 문제행동 정도가 높을수록 수발자의 스트레스 정도는 높은 것으로 나타났다(표 8).

그러나 인지기능과 문제행동 및 수발자의 스트레스, 일상생활 수행능력과 문제행동 및 수발자의 스트레스와의 관계는 통계적으로 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다(표 8). 인지기능 점수에 따른 일상생활 수행능력, 문제행동, 수발자의 스트레스, 전반적 퇴화정도에 대한 관계는 그림 2에 나타냈다.

표 8. 제 변수간의 상관관계

변수	인지기능	일상생활 수행능력	문제행동	수발자의 스트레스	전반적 퇴화정도
	r	r	r	r	r
인지기능	1.000				
일상생활 수행능력	0.342*	1.000			
문제행동	-0.012	-0.028	1.000		
수발자의 스트레스	0.041	-0.027	0.914**	1.000	
전반적 퇴화정도	-0.739**	-0.517**	-0.087	-0.103	1.000

* 상관계수는 0.05 수준(양쪽)에서 유의합니다.
** 상관계수는 0.01 수준(양쪽)에서 유의합니다.

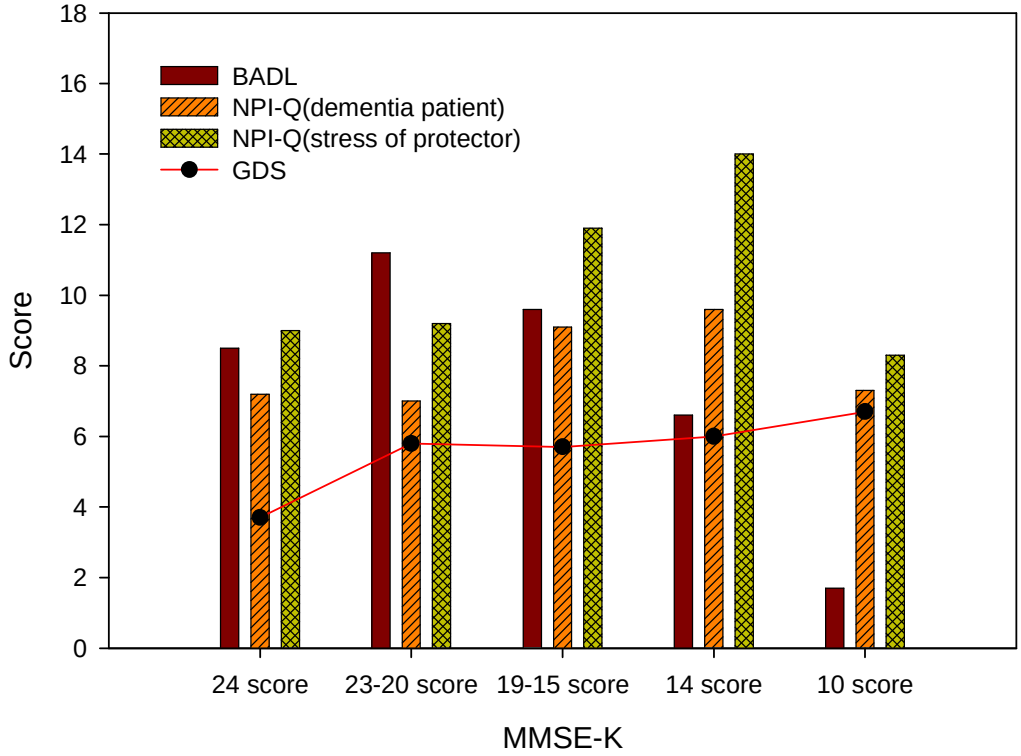


그림 2. 인지기능 점수(MMSE-K)에 따른 일상생활 수행능력(BADL), 문제행동(NPI-Q, dementia patient), 수발자의 스트레스(NPI-Q, stress of protector), 전반적 퇴화단계(GDS)의 관계

Ⅴ. 논의

본 연구는 1개 전문요양원에 입소해 있는 치매환자의 인지기능, 일상행활 수행능력, 및 문제행동 유형을 분석하기 위해 시도하였다.

대상자의 성별은 여자가 90.7%로 대부분이었는데, 이는 김주희와 김정현(1998)의 95.2%와 유사하였고, 이성희와 권중돈(1993)의 75%, 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥과 오진주(1994)의 77%, 마정수와 김초강(1995)의 74.3%보다 훨씬 높았다.

대상자의 연령은 80대가 가장 많았고, 70대, 60대, 90대 순으로 나타났으며, 평균 연령은 79.2세이었다. 이는 마정수와 김초강(1995)의 연구에서도 80대가 가장 많았고, 70대, 60대, 90대 순으로 나타난 결과와 일치하였고, 평균 연령은 77.1세로 본 연구 대상자의 연령이 약간 더 높게 나타났다. 즉 통계청(2001)의 자료에 의하면, 한국인의 평균 수명은 2000년도에는 74.9세이었고, 2010년에는 77세, 2020년에는 78세, 2030년에는 79세로 예측하였는데, 본 연구결과에서는 예측한 평균 수명보다 약 4세 정도 더 높게 나타났다.

대상자의 인지기능 점수는 3~28점의 분포를 보였고, 평균 16.5점을 나타냈다. 이러한 결과는 김선미, 배성태, 이춘우와 조경환(1998)의 연구에서 양로원 노인 24.05점, 보건소 방문노인 26.16점으로 나타난 결과와 많은 차이가 있었다. 또한 인지기능에 따른 분류를 보면, 본 연구에서는 24점 이상 16.2%, 23~20점 13.5%, 19~15점 40.5%, 14~10점 13.5%, 10점 미만 16.2%로 나타났는데, 정상범위에 속한 환자가 16.2%이었다. 즉 대상자 대부분이 중증의 인지장애를 갖는 중등도-고도 치매를 가지고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 원정숙과 김정화(2003)의 연구에서 62.7%가 정상범위에 속하는 결과와 많은 차이가 있었다.

치매노인는 다양한 정신적 문제를 보이는데, 정신적 문제 중 섬망, 흥분, 불안 등의 정신적 장애에 수반되는 파행적 행동과 지적 능력의 쇠퇴에 의한 의사소통을 제대로 못한다거나 사람을 알아보지 못하거나 하는 인지장애가 있는데, 치매 정도가 진행할수록 정신증상들이 증가되는 것을 볼 수 있다(최미경, 1995).

대상자의 일상생활 수행능력 점수는 0~19점의 분포를 보였고, 평균 5.2점을 나타냈으며, 5점 이하 점수를 보인 환자가 69.5%로 나타났다. 즉 대부분의 환자들이 일상생활에 필요한

기본적인 행동능력이 저하되어 있어 일상생활에 전면적인 보조가 필요함을 알 수 있다.

치매는 젊은 사람에 비해 발병율이 높고, 만성 질환 등 중복질환을 가지며(조유향, 1995), 치매는 뇌 노화가 진행되면서 신경세포위축이나 뇌혈관의 병변이 지적 기능의 급속한 저하를 가져오는데, 그러나 생활상의 문제는 인지기능 그 자체보다도 그에 대응할 수 없기 때문이다(원정숙, 김정화, 2003).

대상자의 문제행동 점수는 1~17점의 분포를 보였고, 평균 7.2점을 나타냈다. 또한 문제행동으로 인한 수발자의 스트레스는 1~25점의 분포를 보였고, 평균 9.1을 나타냈다. 문제행동 유형은 환자와 수발자 모두에서 야간행동이 가장 높은 점수를 나타냈고, 망상, 초조/공격성, 이상행동 순으로 나타났다. 이러한 결과는 김주희와 김정현(1998)의 연구에서 정신적 장애 유형이 가장 높게 나타난 결과나, 마정수와 김초강(1995)의 연구에서 일상생활 행동이 가장 높게 나타난 결과와는 차이가 있었다. 또한 여러 연구들(강윤숙, 1995; 권중돈, 1994 ; 윤수경, 1991; 최미경, 1995; 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주, 1994)마다 문제행동 유형이 다양하게 보고되었다.

윤수경(1991)은 1차적 수발 제공자에게 가장 많은 부담을 주는 문제행동으로 주야간 배회(50%)를 지적하였는데, 이는 수발 제공자로 하여금 24시간 치매환자에 대한 감독을 요구하고 사고의 위험성과 더불어 야간배회는 수발자의 수면을 거의 불가능하게 하므로 수발자의 신체 및 정신건강에 많은 문제를 가져오는 행동(김주희와 김정현, 1998)이기 때문인 것으로 사료된다.

대상자의 전반적 퇴화 정도는 3~7단계를 나타냈고, 평균 6.1단계에 속하였다. 86.1%가 6단계와 7단계를 차지하였다.

대상자의 인지기능과 일상생활 수행능력과의 관계, 일상생활 수행능력과 전반적 퇴화 정도와의 관계, 인지기능과 전반적 퇴화 정도와의 관계, 문제행동 정도와 수발자의 스트레스와의 관계는 통계적으로 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 즉 인지기능이 높을수록 일상생활 수행능력 정도가 높았고, 전반적인 퇴화 정도는 낮았다. 또한 일상생활 수행능력이 낮을수록 전반적인 퇴화 정도도 높았고, 문제행동 정도가 높을수록 수발자의 스트레스도 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 김선미, 배성태, 이춘우와 조경환(1998)의 연구에서 인지기능이 정상인 노인에게서도 일상생활 장애가 있었으나, 인지기능이 중등도 이

상 손상된 군에서는 심한 일상생활 장애를 보였다는 결과와 일치하였고, 노인의 신체활동과 인지기능간의 관계를 조사한 김귀봉, 김영수와 강성구(2000)의 연구에서 신체활동과 기억력, 추론력, 문제해결력, 및 정보처리능력과의 관계에서 유의한 관계가 나타난 결과와도 일치하였다. 그리고 마정수와 김초강(1995)의 연구에서 문제행동 수준과 가족 스트레스 수준은 매우 높은 정적 상관관계가 있었다는 결과도 일치하였다.

치매노인의 신체적, 정신적 문제행동 정도가 부양자에게 미치는 영향을 조사한 Pruchno와 Nancy(1989)의 연구에서는 노인의 손상정도가 심해질수록 부양자의 우울 정도, 분노가 심해진다고 하였는데, 이는 치매노인의 문제행동이 부양자에게 다각적으로 영향을 미친다는 것을 알 수 있었다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 2005년 1월부터 12월까지 광주광역시 소재 D 치매 전문요양원에 입소해 있는 62세부터 95세까지 환자 72명을 대상으로 치매환자의 인지기능, 일상생활 수행능력 및 문제행동 유형을 파악하기 위한 조사연구이다. 인지기능 측정은 MMSE-K를, 일상생활 수행능력은 BADL를, 문제행동 유형과 수발자의 스트레스는 NPI-Q를, 전반적 퇴화 정도는 GDS를 사용하였다. 수집된 자료는 서술통계, Pearson's correlation, sigma plot을 이용하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성은 여자 90.3%로 대부분이었고, 연령은 평균연령이 79.2세, 남자의 평균연령은 73.3세, 여자의 평균연령은 79.9세이었다. 연령대별로는 80대가 44.4%로 가장 많았고, 70대, 60대, 90대 순이었으며, 학력은 79.2%가 무학이었다.

2. 대상자의 인지기능 점수범위는 3~28점이었고, 평균 16.5점이었다. 일상생활 수행능력 점수범위는 0~19점이었고, 평균 5.2점이었다. 문제행동 점수범위는 1~17점이었고, 평균은 7.2점이었다. 또한 문제행동 유형 중 야간행동이 가장 많이 나타났고, 망상, 초조/공격성 순으로 높게 나타났다.

대상자의 문제행동에 따른 수발자의 스트레스 점수범위는 1~25점이었고, 평균 9.1점이었다. 수발자의 스트레스를 유발하는 문제행동의 유형 중 야간행동이 가장 많이 스트FP스를 주는 문제행동 유형이었고, 초조감, 이상행동 순으로 높게 나타났다. 전반적인 퇴화정도는 3~7단계에 속해 있었고, 평균 6.1단계이었다. 즉 6단계가 가장 많았고, 7단계가 다음으로 많아 중등도-고도 치매상태이었다.

3. 제 변수간의 상관관계에서는 인지기능과 일상생활 수행능력의 관계, 인지기능과 전반적인 퇴화정도와의 관계, 일상생활 수행능력과 전반적 퇴화 정도와의 관계, 문제행동과 수발자의 스트레스와의 관계가 통계적으로 유의한 상관관계가 있었다.

본 연구결과 대상자의 인지기능과 전반적인 퇴화 정도와 일상생활 수행능력과 수발자의 스트레스와는 관계가 있기 때문에, 장기간 수발로 인한 피로와 가족간의 갈등 및 생활문제 해결하기 위해, 치매환자의 입소 및 요양시설 이용에 대한 긍정적인 사고를 높이는데 기초 자료로 활용할 수 있으리라 사료된다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 치매환자의 보다 나은 생활과 가족의 고통을 경감시키기 위한 사회적 제도의 보완과 전문 요양시설이 늘어나야 하며 앞으로 이러한 시설과 관련된 연구가 필요하다.

둘째, 요양시설에서의 수발자의 스트레스를 해소하고 육체적 피로를 경감 시킬 수 있는 프로그램의 개발이 요구된다.

참고문헌

1. 강윤숙(1995). 치매노인 가족의 경험에 관한 사례연구. 적십자간호전문대 논문집, 17, 113-133.
2. 권오정(2002). 치매전문 요양시설의 치료적 환경. 한국생활 환경학회지, 9(1), 8-22.
3. 권중돈(1994). 치매노인가족의 부양부담 사정에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
4. 권중돈(1997). 치매가족의 고통과 지원방안. 한국치매협회보, 창간호, 8.
5. 김귀봉, 김영수, 강성구(2000). 노인의 신체활동과 인지기능간의 관계. 한국체육학회지, 89(3) 257-268.
6. 김귀분(1998). 노인치매의 현황과 전망. 대한간호, 37(10), 16-24.
7. 김남초, 노유자, 김승희, 유양숙(1997). 우리나라 노인성 치매 실태에 관한 고찰. 가톨릭 간호, 18, 1-12.
8. 김선미, 배성태, 이춘우, 조경환(1998). 요양시설 거주자와 지역사회 노인의 인지기능 및 일상생활 수행능력비교 연구. 노인병, 1(2), 95-103.
9. 김윤정, 최혜경(1993). 치매노인의 장애기간과 부양자의 대처자원이 부양자의 부담 및 부양만족감에 미치는 영향. 한국노년학, 13, 63-83.
10. 김정순, 정정심(2005). 민속놀이 프로그램이 치매노인의 인지기능, 일상생활수행능력 및 문제행동에 미치는 효과. 대한간호학회지, 35(6), 1153-1162.
11. 김주희, 김정현(1998). 치매노인의 문제행동 유형. 간호학탐구, 7(2), 147-166.
12. 김태현(1995). 노년학, 서울: 교문사.
13.. 나덕렬(1999). 치매의 임상적 접근방법-개관과 문진 요령. 대한신경과학회지, Sup(2), 1-5.
14. 마정수, 김초강(1995). 치매노인의 문제행동이 가족스트레스에 미치는 영향. 한국보건교육학회지, 12(1), 83-110.
15. 박종한, 권용철(1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)의 표준화 연구; 구분점 및 진단적 타당도. 신경정신의학, 28(3), 508-513.

16. 보건복지부(2001). 2001년도 보건복지부 내부자료.

17. 서울대학교 지역의료체계 시범 사업단(1994). 치매환자관리사업 개발. 서울대학교.

18. 원정숙, 김정화(2003). 노인의 인지기능과 우울에 영향을 미치는 요인. 정신간호학회지, 12(2), 148-154.

19. 윤수경(1991). 재가 치매성 노인 보존제공자의 사회적 서비스 욕구에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

20. 이성희(1994). 치매 및 건망증 환자에 대한 가족의 보호방법. '94 한국노년학회 학술 심포지엄 발표논문집, 85-94.

21. 이성희, 권중돈(1993). 치매노인과 가족의 생활실태 및 복지욕구. 서울 : 북부노인종합복지관.

22. 이은희(2000). 치매노인 부양가족원의 부양과업 수행상의 애로 결정요인 연구. 노인복지연구, 9, 7.

23. 이재모(2001). 치매노인 가족보호자의 노인의료복지시설 이용만족도에 관한 연구. 한국노인복지학회, 145-172.

24. 조명희, 권오정, 최정신, 김대년(2000). 치매노인 부양가족의 부양부담과 개선방향. 노인복지연구, 9, 57.

25. 조유향(1995). 노인보건. 서울:현문사.

26. 최미경(1995). 치매노인 가족의 갈등요인 분석. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.

27. 최성혜(2002). 한국판 Global Deterioration Scale의 타당도. 대한신경과학회지, 20, 612-617.

28. 최정신, 김대년, 조명희, 권오정(2000). 치매노인을 위한 스웨덴 그룹 홈의 우리나라 적용 가능성 연구. 대한가정학회지, 38(5), 153-166.

29. 통계청(2001). 장래인구추계.

30. 한국노인문제연구소(1998). 노인치매의 현황과 과제.

31. 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주(1994). 노인성 치매 발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사연구. 대한간호학회지, 24(3), 448-460.

32. Abbolt, R. P., Petrovitch, H., Masaki, K. H., Murdaugh, C., & Trockman, C.(1997). Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men.

Journal of the American medical association, 277, 800-805.

33. Chenoweth, B. & Spencer, B.(1986). Dementia : The experience of family caregivers. The gerontologist, 26(3), 267-272.

34. Cummings, J. L.(1989). Neuropsychiatric Inventory(NPI): Comprehensive assessment of psychopathology in patients with dementia, Instructions for use and administration.

35. Cummings, J. L. & Benson, D. F.(1992). Dementia : A clinical approacb. Boston: Butterworth Heinemann.

36. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R.(1975). Mini-mental state : A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of psychiater research, 12, 189-198.

37. Folstein, M. F., Bassett, S. S., Anthony, J. C., Ramanoski, A. J., & Nesdtadt, G. R.(1991). Dementria ; case ascertainment in a community survey. Journal of gerontology, 46, 132-138.

38. Gomer, G. E. & Gomer, E. A.(1993). Depression on the elderly. Journal of psychosocial nursing, 31(5), 28-33.

39. Gwyther, L. P.(1985). Care of Alzheimer's patients : A manual for nursing home staff, Alzheimer's Association.

40. Henderson, A. S. & Huppert, F. A.(1984). The problem of mild dementia. Psychological medicine, 14, 5-115.

41. Hooyman, N. R. & Kuyak, H. A.(1996). Social gerontology - A multidisciplinary perspective. 4th ed. Allyn and Bacon.

42. Kaplan, H. I. & Sadock, B. J.(1994). Synopsis of psychiatry, behavioral scionces clinical psychiatry. 7th ed, Williams and Wilkins.

43. Kinney, J. M. & Stephens, M. A. P. (1989). Caregiving hassles scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. The gerontologist, 29(3), 328-332.

44. Mahoney, F. I. & Barthel, D. W.(1965). Functional evaluation: The barthel

index. Md State Med J, 14, 61-65.

45. Motenko, A. K.(1989). The frustrations, gratifications and well-being of dementia caregivers. The gerontologist, 29(2), 166-172.

46. Pierre, C.(2000). Age-related cognitive decline, mild cognitive impairment or preclinical Alzheimer's disease. Annals of medicine, 32(1), 6-14.

47. Pruchno, R. A. & Nancy, L. Resch(1989). Aberrant behaviors and Alzheimer's disease : Mental health effects on spouse caregivers. Journal of gerontology, 44(5), 177-182.

48. Rabins, P. V., Mace, N. L., & Lucas, M. J.(1982). The impact of dementia on the family, Journal of the American medicine association, 248, 333-335.

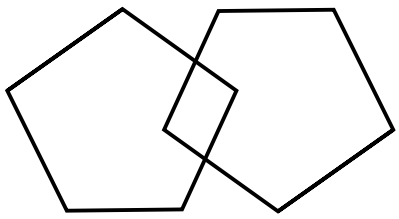
49. Selkoe, D. J.(1995). Deciphering Alzheimer's disease : Molecular genetics and dell biology yield major clues. Journal of NIH Research, 7, 57-64.

50. Youn, G., Knight, B., Jeong, H., & Benton, P.(1999). Differences in familism values and caregiving outcomes among Korean, Korean American and white American dementia caregivers. Psychology and Aging, 14, 355-364.

부록1 : 평가조사지

인지기능검사 (한국판 MMSE-K)

실시일 : 200 . . 이름 : 나이 : 성별 : 교육정도 : 무학( )/초등이상 ( )

내용	문항	점수
지남력	[무학시 가산점 1점] 1. 오늘은 ( )년 ( )월 ( )일 ( )요일 ( )계절입니다	[/5]
	2. 당신의 주소는 ( )시 ( )구 ( )동 ( )번지 [( )아파트 ( )동 ( )호] 여기는 어떤 곳입니까? [예. 학교, 시장, 병원, 가정집 등]	[/4]
	3. 여기는 무엇을 하는 곳입니까? [예. 마당, 안방, 화장실, 진찰실 등]	[/1]
기억등록	4. 물건이름 세가지 [예. 나무, 자동차, 모자]	[/3]
주의집중/계산	5. 100 - 7 = ( ) - 7 = ( ) - 7 = ( ) - 7 = ( ) - 7 = ( ) “ 삼천리 강산” 거꾸로 말하기 : 기록 ( )	[/5]
언어기능	[무학시 가산점 1점] 6. 물건이름 맞히기 [예. 연필. 시계]	[/2]
	7. 오른손으로 종이를 접어서 반으로 접어 무릎 위에 올려놓기[3단계 명령]	[/1]
	8. “간장 공장 공장장” 따라하기	[/1]
	9. 5각형 2개를 겹쳐 그리기 	[/3]
기억회상	10. 3~5분 뒤에 위의 물건 이름들을 회상하기	[/1]
이해/판단	11. “옷은 왜 빨아서[세탁] 입습니까”라고 질문하기	[/1]
	12. “길에서 남의 주민등록증을 주었을 때 어떻게 하면 쉽게 주인에게 돌려줄수 있나요”라고 질문하기	[/1]

원점수( ) + 가산점( ) = 총점( ) [24점이하/30점] 검사자 :

Barthel Acitvities of Daily Lining (BADL)

실시일 : *200* . . 이름 : 성별 : 나이 : 수발자 : 유 / 무

내용	단계	점수
1. 식사	혼자서 한다. 약간의 도움이 필요하다. 먹여드려야 한다.	2 1 0
2. 목욕	혼자서 한다. 도움이 필요하다.	1 0
3. 세면	혼자서 한다. 도움이 필요하다.	1 0
4. 대변	혼자서 가리며 실금않음 가끔 싼다. 못 가린다.	2 1 0
5. 소변	혼자서 가리며 실금않음 가끔 싼다. 못 가린다.	2 1 0
6. 옷차림	혼자서 입는다. 중간이다. 입혀드려야 한다.	2 1 0
7. 화장실 사용	혼자 사용할 수 있다. 약간 도움이 필요하다. 남이 해주어야 한다.	2 1 0
8. 이부자리	혼자펴고 갠다 도움이 필요하다. 남이 해주어야 한다.	2 1 0
9. 걷기	혼자서 걷는다. 약간 도움이 필요하다. 많은 도움이 필요하다. 전혀 움직일 수 없다.	3 2 1 0
10. 계단오르기	혼자 오를수 있다. 도움이 필요하다. 업어드려야 한다.	2 1 0

합계 (/19)

신경정신행동검사 - 간편형 *(NPI-Q)*

기억장애나 치매가 생긴 환자의 행동에 어떤 변화가 있는지에 대한 질문입니다. 다음과 같은 증상이 현재 있다 하더라도 기억장애나 치매가 있기 전부터 있었던 증상이라면 없다고 답해야 합니다. 다음과 같은 증상들이 지난 달(시기)에 있었으면 '예'라고 답하시고, 그렇지 않으면 '아니오'로 답해주십시오.

가. 얼마나 심한가(심한정도)

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. 수발자의 고통정도(환자의 이상행동 때문에 수발자가 느끼는 고통부담)

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 극복할 수 있다.

4 = 심함 : 고통을 극복하기 어렵다.

5 = 매우 심함 : 고통을 극복할 수 없다.

1. 망상 예□ 아니오□	사람들이 무엇을 훔쳐 갔다고 믿거나 자기를 해치려 한다고 잘못 믿고 있습니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
2. 환각 예□ 아니오□	누군가의 목소리를 듣는것처럼 행동하거나 사람이 없는데도 사람이 있는것처럼 대화합니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
3. 초조/공격성 예□ 아니오□	고집이 세지거나 주위 사람들이 도와주려 할때 도와주는 것을 저항할 때가 있습니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
4. 우울/낙담 예□ 아니오□	슬퍼보이거나 기분이 처져있고 울때가 있습니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
5. 불안 예□ 아니오□	수발자와 떨어져 있어면 불안해 하거나 화를 내고 신경이 예민해 보이는 증상이 있습니까? 숨이 차다고 호소하거나 한숨을 쉬거나 느긋해 할 줄 모르고 매우 긴장되어 보이는 것등을 말합니다. 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
6. 다행감/ 기분의 들뜸 예□ 아니오□	특별한 이유없이 너무 행복해 보이거나 기분이 좋아 보입니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
7. 무감동/무관심 예□ 아니오□	일상생활에 대한 관심이 줄거나 다른 사람의 활동이나 계획에 대해서 흥미가 줄었습니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
8. 탈억제 예□ 아니오□	충동적으로 행동합니까? 예를 들어, 모르는 사람에게 마치 잘 아는것처럼 말을 건네거나 상대방의 기분을 생각하지 않고 말하거나 감정을 상하게 하는 말을 합니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
9. 과민/불안정 예□ 아니오□	조바심을 내거나 쉽게 화를 내고 예정된 일을 기다리거나 일이 늦어질 때 잘 참지 못합니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
10. 이상행동 예□ 아니오□	반복적인 행동을 보입니까? 예를 들어 특별한 목적없이 집안에서 왔다갔다 하거나 단추나 그 밖의 물건을 만지작거리거나 서랍을 뒤지는 등 반복해서 하는 행동이 있습니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
11. 야간행동 예□ 아니오□	밤에 자다가 주위사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어나거나 또는 낮에 지나치게 낮잠을 많이 자는 행동을 보입니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5
12. 식욕/ 식습관의 변화 예□ 아니오□	체중이 줄거나 늘었습니까? 좋아하는 음식의 종류가 바뀌었습니까? 심한정도 : 1 2 3 고통정도 : 0 1 2 3 4 5

200 . . 성명 : 총점 : 행동증상(/36) 수발자고통 (/60) 검사자 :

이름 [　　] 나이 [　　] 성별 [　　] 실시일 [200 .　.　]

	GDS 1 **인지장애 없음** (No cognitive decline)	**정상**	*주관적으로 기억장애를 호소하지 않음 *임상면담에서도 기억장애가 나타나지 않음
	GDS 2 **매우 경미한 인지장애** (Very mild cognitive decline)	**나이와 연관된 인지기능의 저하**	*일상면담에서 기억장애의 객관적인 증거없음 *직장이나 사회생활에 문제없음 *주관적으로 다음의 기억장애를 호소함 ① 물건 둔 곳을 잊음 ② 잘 알고 있던 물건이나 사람의 이름이 생각나지 않음
	GDS 3 **경미한 인지장애** (Mild cognitive decline)	**경도 신경 인지기능 장애**	*분명한 장애를 보이는 가장 초기단계 *일상검사에서는 집중력의 감퇴가 보일수 있음 *순련된 임상가의 자세한 면담에 의해 객관적 기억장애가 드러남. ① 새로 소개받은 이의 이름을 기억하기 어려울수 있음 ② 책을 읽어도 예전보다 기억하는 내용이 적음 ③ 단어가 금방 떠오르지 않는 것을 주위에서 알아차리기도 함 ④ 귀중품의 행방을 알지 못함 ⑤ 낯선 곳에서 길을 잃은 적이 있을수 있음 ⑥ 직업이나 사회생활의 수행능력 감퇴 ⑦ 경하거나 중등도의 불안증 동반가능 ⑧ 환자는 이와 같은 사실을 부인할 수 있음
	GDS 4 **중등도의 인지장애** (Moderate cognitive decline)	**경도 치매**	*자세한 임상면담결과 분명한 인지장애 ① 최근의 사건에 대해 잘 기억하지 못함 ② 자신의 중요한 과거사를 잊기도 함 ③ 순차적 빼기(ex.100-7..)에서 집중력 장애 관찰됨 ④ 외출과 금전관리에 지장있음 *대개 다음 영역에서는 장애 없음 ① 시간이나 사람에 대한 지남력 ② 잘 아는 사람과 그의 얼굴을 알아봄 ③ 익숙한 길 다니기 *자신의 문제를 부정하려고 함 *감정이 무디어지고 도전적인 상황을 피하려고 함
	GDS 5 **초기 중증의 인지장애** (Moderately-Severe cognitive decline)	**중등도의 치매**	*다른 사람의 도움 없이는 더 이상 지낼수 없음 *현재 일상생활과 관련 주요사항들을 기억하지 못함(ex.집주소,손자이름 등) *시간이나 장소에 대한 지남력이 자주 상실 *교육받은 사람이 40에서 4씩, 20에서 2씩 거꾸로 빼나가는 것을 못함 *대개 자신이나 타인에 관한 주요 정보는 간직하고 있음 *자신의 이름을 알고 대개 배우자와 자녀의 이름도 알고 있음 *화장실 사용이나 식사에 도움을 필요로 하지는 않으나 적절한 옷을 선택하거나 입는데 문제가 있을수 있음 (ex.신발의 좌우가 바뀌는 등)
	GDS 6 **중증의 인지장애** (Severe cognitive decline)	**중등도-고도 치매**	*자신의 이름은 기억하나 전적으로 의존하는 배우자의 이름을 종종 잊음 *최근의 사건들이나 경험들을 거의 기억하지 못함 *오래된 일은 일부 기억하기도 하나 매우 피상적임 *일반적으로 주변상황, 년도, 계절을 알지 못함 *1~10,10~1까지 세는데 어려움이 있을수 있음 *일상생활에 상당한 도움을 필요로 함 *외출시 도움이 필요하나 때때로 익숙한 곳에 혼자가기도 함 *낮밤의 리듬이 깨짐 *낯선사람과 잘 아는 사람을 대개 구분할 수 있음 *성격 및 감정변화가 나타나고 기복이 심함 ① 망상(ex.배우자의 부정, 거울을 보며 대화) ②강박적 증상(반복적 행동) ③ 불안, 초조, 과거에 없던 난폭한 행동 ④ 무의지증(목적을 가지고 행동을 계획하고 결정이 불가함)
	GDS 7 **후기 중증의 인지장애** (Very Severe cognitive decline)	**고도 치매**	*모든 언어구사능력의 상실 *요실금과 화장실 사용과 식사에 도움 필요 *기본적 정신운동능력 상실(ex.걷기) *더이상 뇌가 신체에 명령하는 것 같지 않음 *자주 전반적 피질성 또는 국소적 신경학적 징후나 증상가 나타남