

# 장기요양시설 인간중심 치매케어 온라인 교육 프로그램 개발을 위한 델파이 조사연구

김다은<sup>1</sup> · 사공혜<sup>2</sup> · 윤주영<sup>3</sup>

위스콘신대학교 간호대학 방문연구원<sup>1</sup>, 서울대학교 간호대학 박사과정생<sup>2</sup>, 서울대학교 간호대학 · 간호과학연구소 부교수<sup>3</sup>

## A Delphi Study for Developing a Person-centered Dementia Care Online Education Program in Long-term Care Facilities

Kim, Da Eun<sup>1</sup> · Sagong, Hae<sup>2</sup> · Yoon, Ju Young<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Visiting Scholar, School of Nursing, University of Wisconsin-Madison, Madison, WI, USA

<sup>2</sup>Doctoral Student, College of Nursing, Seoul National University, Seoul

<sup>3</sup>Associate Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul, Korea

**Purpose:** There has been a growing recognition that person-centered care enhances the quality of life of nursing home residents with dementia. This study was conducted to develop a person-centered dementia care online education program for direct care staff in long-term care facilities. **Methods:** Delphi method with expert group was used to validate contents. We developed 61 draft items based on literature review. Twenty experts participated in consecutive three round surveys including 5-point Likert scale questions and open-ended questions. Based on experts' opinions, the content validity ratio for content validity and the coefficient of variation for stability were calculated. **Results:** Three-round Delphi surveys and additional feedback from the expert panel established a consensus of core contents: 1) dementia (7 categories), 2) person-centered care (6 categories), 3) communication (8 categories), and 4) behavioral and psychological symptoms of dementia (6 categories). Specific sub-categories in each category were differentiated according to the job qualifications (65 sub-categories for registered nurses, 64 sub-categories for nursing aids, and 41 sub-categories for personal care workers). **Conclusion:** This delphi study identified person-centered dementia education curricula, in which the person-centered approach should be a key policy priority in Korean long-term care system. Now it is urgently needed to develop education programs utilizing online platforms that enable efficient and continuous learning for long-term care staff, which can contribute to behavior changes in the person-centered dementia care approach and improvement of care quality in long-term care facilities.

**Key Words:** Dementia; Education; Caregivers; Long-term care; Delphi technique

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

인간중심 치매케어(person-centered dementia care)는 치

매노인을 개별적인 한 인격체로 존중하고, 치매노인의 관점에 대한 이해와 긍정적인 사회적 관계 형성을 중요시하는 케어 철학이다[1]. 장기요양시설은 기능수준이 저하된 치매노인들이 장기간 거주하는 삶의 공간이기 때문에 업무 중심의 의학적 모 델보다는 케어의 우선순위를 거주자에게 두고, 거주자의 능력

**주요어:** 인간중심케어, 치매, 장기요양시설, 교육 프로그램, 델파이

**Corresponding author:** Yoon, Ju Young

College of Nursing, Seoul National University, 103 Daehak-ro, Jongno-gu, Seoul 03080, Korea.

Tel: +82-2-740-8817, Fax: +82-2-766-1852, E-mail: yoon26@snu.ac.kr

- 본 연구는 미래창조과학부의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(과제번호: 2017R1C1B1002872).

- This work was supported by the Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea funded by the Ministry of Science, ICT & Future Planning(Grant No. 2017R1C1B1002872).

Received: Feb 26, 2019 / Revised: Jun 11, 2019 / Accepted: Jul 1, 2019

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

과 가치에 기반한 개별화된 케어를 제공하기 위해 총체적인 노력을 기울이는 인간중심케어 모델의 적용이 중요하게 고려되어야 한다[2]. 미국과 영국 등 장기요양제도가 먼저 개발된 여러 국가에서 치매케어의 주요한 이념으로 인간중심케어가 강조되고 있으며, 국가 별로 구현된 모델에 따라 구체적인 특성에는 차이가 있으나 공통적으로 포함되는 핵심 요소로는 집 같은 환경, 친밀한 관계, 직원 임파워먼트, 상호협력적인 의사결정 등이 있다[3].

치매노인은 인지적·신체적 기능수준이 의존적이기 때문에 요양시설 종사자의 태도 및 케어 제공 방식은 거주자의 삶의 질에 주요한 영향을 미친다[4]. 또한, 다른 노인성 질환과 달리 치매노인은 의사표현이 제한적이고 공격성, 초조 등의 행동심리 증상(behavioral and psychological symptoms of dementia)이 특징적으로 나타나기 때문에 케어제공자가 치매케어에 대한 전문적인 이해가 부족할 경우 친밀한 상호관계의 형성이 어렵거나 케어 제공 과정에서 치매노인의 선호와 의견이 반영되지 않을 수 있다. 이에 대한 대안으로 논의되는 인간중심케어는 치매노인의 우울 및 초조 등 행동심리증상 감소, 의미 있는 사회활동 증가 및 삶의 질 향상 등에 유의한 영향을 미치는 것으로 알려져 있다[5]. 치매노인을 케어하는 종사자의 경우 치매노인의 행동심리증상으로 인해 직무 만족이 저해되거나 소진되기 쉬운데, 인간중심케어를 기반으로 한 거주자와의 친밀한 관계 형성은 종사자의 스트레스 감소와 직무 만족 등에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다[6]. 한편, 국내에서는 치매노인의 급격한 증가로 인해 전문적인 치매케어를 제공할 수 있는 요양시설에 대한 수요가 증가하고 있으나, 공급자 중심의 조직 운영 문화, 낮은 서비스의 질 등 관련한 질적 측면에서의 개선이 필요한 상태이다[5]. 뿐만 아니라, 치매노인에 대한 폭행 및 방임 등 학대와 다양한 인권침해 사례가 빈번하게 발생하고 있는 실정이기 때문에 요양시설에 거주하는 치매노인의 삶의 질을 보장하기 위한 인간중심적인 케어 접근에 대한 제고가 시급하다.

요양시설에서의 인간중심적인 치매케어 제공에는 케어제공자가 치매노인을 한 인격체로 인식하고 존중하는 정도가 중요한 영향을 미치는 것으로 알려져 있다[7]. 따라서 실제적인 인간중심 치매케어 제공을 위해서는 치매노인들을 돌보는 종사자들의 지식 및 태도의 변화가 우선적으로 고려되어야 한다. 국외에서 시행되고 있는 인간중심케어 기반 치매케어 교육 프로그램을 살펴보면, 우선 미국의 경우 'Health Care Interactive'에서 운영하는 온라인 교육 프로그램인 'CARES®'가 대표적이다[8]. 'CARES®'는 기본 치매케어, 상급 치매케어, 치매 관련 행동, 일상생활 수행능력, 생애 말기 치매케어 등 총 32시간으

로 구성되어 있으며, 대상자에게 다가가서 행동을 사정하고 이에 대한 적절한 반응을 제공하는 일련의 케어 과정에서 인간중심적인 접근에 기반한 케어 기술(예: 대상자 존중하기, 강점에 집중하기, 긍정어로 대화하기 등)이 포함되어 있다[8]. 'CARES®'는 다수의 연구를 통해 치매노인 케어에 대한 지식 및 자신감 향상에 대한 효과가 확인되었으며, 특히 치매노인의 개별적인 케어 요구를 파악하고 관리하는데 도움이 되는 것으로 알려져 있다[9]. 영국의 경우 'Social Care Institute for Excellence (SCIE)'에서 영국 알츠하이머 협회와 협업하여 치매 이러닝(e-learning) 코스를 통해 인간중심 치매케어에 기반을 둔 실무 가이드를 무료로 제공하고 있다. 주요한 교육 내용으로는 치매 친화적인 환경 조성하기, 치매노인의 의사결정 지원하기 등이 포함되어 있다[10]. 두 가지 교육 프로그램 모두 접근성이 높은 온라인 교육매체를 활용하였으며, 구체적인 사례에 기반하여 각 상황에 따른 인간중심 치매케어의 예시에 대한 영상 자료를 함께 제공함으로써 임상 실무 현장에서 용이하게 적용할 수 있도록 하였다.

한편, 아직까지 국내에서는 인간중심 치매케어를 기반으로 한 접근을 포괄적으로 포함한 교육 프로그램은 부족한 실정이다. 국내에서 시행 중인 치매전문교육을 살펴보면, 국민건강보험공단에서 시행하는 치매전담형 장기요양기관 종사자 과정[11]과 보건복지부의 위탁을 받아 노인정신의학회 및 대한간호협회 등에서 시행하는 직종별(의사, 간호사 등) 과정[12] 등이 있다. 교육 내용으로는 치매의 진단, 증상, 약물 요법 및 행동심리증상 관리 등이 공통적으로 포함되며, 치매케어의 철학적 기반이 되는 인간중심적인 관점에서의 케어 제공에 대한 교육은 부족한 상태이다. 또한, 간호사 과정의 경우 재가장기요양기관 종사자들을 대상으로 진행되고 있고[13], 치매전담형 장기요양기관 종사자 과정의 경우 주로 치매전담형 시설 종사자를 대상으로 진행되고 있어[11] 일반 장기요양시설 종사자의 경우 교육의 접근성과 기회가 낮은 실정이다. 주로 면대면 강의식 교육으로 구성되어 있어 그 특성상 교대근무를 하는 종사자에게 적용하기에는 시간과 장소에 제약이 있으며, 지식 전달 측면에 치중되기 쉽다는 제한점이 있다. 따라서 스마트폰 또는 태블릿 PC 등의 스마트 기기를 활용하여 시간과 공간의 제약 없이 학습할 수 있고 다양한 그림 및 영상 자료가 활용 가능한 온라인 교육 프로그램 개발이 고려될 필요가 있다.

요양시설에서의 질 높은 치매케어를 위해서는 인간중심적 접근 방식에 기반하여 치매노인의 개별적인 특성과 욕구를 파악하고, 신뢰와 능력에 기반한 인간중심적 의사소통 기술을 적용하여 관계 형성을 도모하고, 행동심리증상에 대한 인간중심

적 대처방법을 적용할 수 있도록 하는 종사자 대상 교육 프로그램의 개발이 시급하다. 미국과 영국, 스웨덴 및 네덜란드 등 유럽 등의 경우 각 국가별 특성을 반영한 인간중심적인 요양시설 모델이 개발된 상태이지만, 아직까지 국내에서는 인간중심케어 관련 현황을 파악하기 위한 기술적 연구들만이 일부 진행된 상태로 한국형 인간중심케어 모델 개발이 미흡한 상태이다. 인간중심케어는 해당 국가의 장기요양정책의 특성과 사회문화적 맥락에 맞게 적용되어야 하므로, 국내 요양시설 종사자에게 적합한 인간중심 치매케어 교육 프로그램의 개발을 위해서는 교육 커리큘럼에 포함되어야 할 내용에 대한 학계 및 실무 전문가 집단의 합의가 선행되어야 한다. 특히, 요양시설에 근무하는 간호사, 간호조무사 및 요양보호사는 직종에 따라 담당하는 업무 및 배경지식 수준에 차이가 있기 때문에 각 직종 별로 적합한 교육 내용에 대한 합의가 필요하다. 따라서 본 연구에서는 전문가 집단의 의견을 수렴하기 위하여 델파이 조사법을 활용하여 국내 장기요양시설의 실정에 적합한 종사자 대상 인간중심 치매케어 온라인 교육 프로그램을 개발하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구는 장기요양시설 관련 학계 및 실무 전문가 집단을 대상으로 델파이 조사법을 활용하여 장기요양시설 간호사, 간호조무사 및 요양보호사를 대상으로 한 인간중심 치매케어 교육 커리큘럼에 적합한 내용에 대한 합의를 도출하고, 이를 통해 온라인 교육 프로그램을 개발하고자 한다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 장기요양시설 종사자 대상 인간중심 치매케어 교육 커리큘럼에 포함될 내용에 대한 전문가 집단의 합의를 얻고자 델파이 조사법을 활용하였다. 델파이 조사법은 사회적으로 동기가 부족하거나 지식이 불완전하다고 생각되는 주제에 대해 관련 전문가 집단의 견해를 종합하여 집단적 합의를 도출해내는 일련의 절차이다[14]. 델파이 조사법은 응답자의 익명성이 보장되어 면대면 토의 과정에 비해 자유로운 의견 개진 가능성이 높으며, 구조화된 설문양식을 활용하여 반복적으로 의견을 수렴하여 필요 시 자신의 의견을 변경할 수 있다는 강점이 있다[15]. 또한, 평균값 또는 중앙값 등의 수치를 활용하여 이전 라운드에서 확인된 전체 전문가 집단의 의견을 피드백(feedback)으

로 제공할 수 있으며, 내용타당도 등의 지표를 활용하여 전문가 집단의 합의 결과를 수치화하여 제시할 수 있다는 강점이 있다[15].

### 2. 연구대상 및 기간

델파이 조사법에서 연구참여자는 조사 결과의 질에 직접적인 영향을 미치므로 충분한 배경지식과 경험이 있는 전문가로 선정해야 한다[14]. 전문가 패널의 수는 일반적으로 전문가 15~20명 정도를 통해 유용한 결과를 얻을 수 있는 것으로 알려져 있다[16]. 본 연구에서는 장기요양시설 관련 연구 경력이 5년 이상인 학계 전문가 또는 장기요양시설 근무 경력이 5년 이상인 실무 전문가 20명으로 전문가 패널을 구성하였으며, 우리나라 장기요양시설의 실무 현황을 고려하여 다학제 분야의 전문가들을 초빙하였다. 연구에 참여한 전문가 패널의 전문 분야는 간호학 9명(45.0%), 사회복지학 5명(25.0%), 의학 2명(10.0%), 작업치료학 2명(10.0%), 기타 2명(10.0%)이었다(Table 1). 전문가 패널의 평균 연령은  $49.05 \pm 7.57$ 세였고, 성별은 남성이 8명(40.0%), 여성이 12명(60%)이었다. 최종 학력은 박사인 경우가 17명(85.0%)으로 대다수를 차지하였고, 장기요양 관련 연구 또는 실무 경력은 평균  $14.17 \pm 5.46$ 년이었다. 본 델파이 조사는 2018년 7월 1일부터 11월 15일까지 총 3회에 걸쳐 진행되었다.

**Table 1.** General Characteristics of the Expert Panel (N=20)

Variables	Categories	n (%) or M±SD
Age (year)		49.05±7.57
Gender	Male	8 (40.0)
	Female	12 (60.0)
Education	Bachelor degree	1 (5.0)
	Master degree	2 (10.0)
	Doctoral degree	17 (85.0)
Specialty area	Nursing	9 (45.0)
	Social welfare	5 (25.0)
	Medicine	2 (10.0)
	Occupational therapy	2 (10.0)
	Others	2 (10.0)
Work experiences in long-term care settings (year)		14.17±5.46

### 3. 연구진행 및 자료분석

#### 1) 연구자 준비 및 초안 개발

본 연구자들은 기존에 국내외 장기요양시설의 인간중심케어



현황 파악 및 측정도구 개발 등 인간중심케어에 대한 다수의 연구를 다년간 수행한 경험이 있다. 한국형 인간중심 치매케어 교육 프로그램 개발을 위해 캐나다의 인간중심적 치매케어 기반 실무교육 프로그램인 GPA (Gentle Persuasive Approaches) [17]와 미국의 인간중심적 치매케어 기반 온라인 교육 프로그램인 CARES®[8]를 이수하였다. 뿐만 아니라 국내외 인간중심 치매케어 관련 문헌, 실무 가이드라인, 교육 자료 및 국가 보고서 등을 전반적으로 검토하였다. 특히 미국 Alzheimer's Association의 요양시설에서의 치매케어 실무 가이드라인 [18], 캐나다 Alzheimer Society의 시설 거주 치매노인 대상 인간중심케어 가이드라인[19] 및 일본 인지증케어학회의 치매케어 텍스트북[20] 등을 비롯하여 영국 및 호주 등 주요 국가에서 발간된 가이드라인 및 교육 자료를 검토하였다. 또한 McCormack과 McCance [21]의 인간중심 간호 프레임워크 개발 연구 등 인간중심 치매케어와 관련된 다양한 이론 개발 연구, Barbosa 등[6]의 인간중심 치매케어 효과에 대한 체계적 문헌고찰 연구 및 Fazio 등[3]의 인간중심 치매케어 리뷰 문헌 등 다수의 문헌을 고찰하였다. 이외에도 국내에서 실무자들을 대상으로 진행되고 있는 치매케어 교육의 동향을 파악하기 위해 노인간호학회, 한국장기요양학회 등에서 실시하는 다수의 교육에 참석하였다.

이러한 배경과 포괄적인 국내외 문헌고찰을 통하여 4개의 대분류 주제(I. 치매, II. 인간중심케어, III. 의사소통, IV. 행동심리증상)에 대한 중분류 총 24개, 소분류 총 61개로 인간중심 치매케어 교육 내용 초안을 구성하였다. 첫 번째로, 'I. 치매' 파트에서는 치매노인에 대한 이해의 기본 전제가 되는 치매의 종류, 단계 및 증상 등에 대한 전반적인 설명과 함께 인간중심적 비약물적 접근법 등을 포함하였다. 두 번째로, 'II. 인간중심케어' 파트에서는 국내 요양시설 종사자들에게 익숙하지 않은 인간중심적 케어 접근에 대한 이해를 위하여 인간중심케어 개념, 도입 배경, 국가적 흐름, 적용 및 결과와 국내 현황 등으로 구성하였다. 세 번째로, 'III. 의사소통' 파트에서는 인간중심케어의 주요한 특성이 케어제공자와 치매노인 간의 친밀한 관계 형성이라는 점을 고려하여 의사소통의 중요성과 인간중심적 의사소통 기술 및 고려 사항 등에 대한 내용을 포함하였다. 특히, 행동심리증상이 있는 치매노인들을 대상으로 실무에서 적용 가능한 구체적인 인간중심적 의사소통 기법인 인정요법 및 VERA 의사소통법[22] 등을 포함하였고, 치매노인들이 능동적으로 의사소통에 참여할 수 있도록 돕기 위한 대체 의사소통 도구에 대한 내용을 포함하였다. 마지막으로, 'IV. 행동심리증상' 파트에서는 인간중심적 접근법, 케어 제공 과정 및 각 증상 별 구체

적인 접근법 등에 대한 내용을 중심으로 초안을 구성하였다.

## 2) 델파이 조사 과정

델파이 조사 시 전문가 의견 합의를 위해 몇 단계의 반복적인 절차를 거쳐야 하는지 정해진 바는 없으나, 통상적으로 세 차례의 조사를 통해 충분히 합의에 도달하는 것으로 알려져 있다[16]. 따라서 본 연구는 Hsu와 Sandford [23]이 제시한 델파이 조사법을 토대로 3단계의 델파이 조사를 실시하였으며, 전자우편을 통해 설문지 전달 및 회수가 진행되었다.

1차 델파이 조사에서는 초안으로 구성된 교육 내용을 기반으로 직종 별(요양보호사 및 간호인력[간호사 또는 간호조무사]) 적합도를 각각 5점 Likert 척도(1. 매우 적합하지 않다, 2. 적합하지 않다, 3. 보통이다, 4. 적합하다, 5. 매우 적합하다)로 평가하도록 하여 CVR (Content Validity Ratio) 값과 안정도(변이계수)를 산출하였다. CVR 값의 산출 공식은 다음과 같다[24].

$$CVR = \frac{N_e - \frac{N}{2}}{\frac{N}{2}} \quad N: \text{전체 응답수}, N_e: \text{'적합하다'고 응답한 응답자 수}$$

CVR 값은 -1.0에서 +1.0 범위의 값을 가지며 양수인 경우는 패널의 과반수가 적합하다(4점 또는 5점)고 평가한 것을 의미하며, 0인 경우는 절반이 적합하다고 응답한 것을 의미한다. CVR 값이 음수인 경우는 과반수가 보통이거나 적합하지 않다(1~3점)고 평가한 것을 의미한다. 내용타당도 여부를 판별하기 위한 CVR의 최소값은 패널 수에 따라 결정되는데, 본 연구에서는 패널 수가 20명이므로 CVR 값이 0.42 이상 일 때 내용타당도가 있다고 판별할 수 있다[24]. 안정도는 각 문항의 표준편차를 평균으로 나눈 변이계수(Coefficient of Variation, CV) 값으로, 0.5 미만 일 때 전문가들의 응답의 일치성이 높아 안정성이 확보되었다고 평가할 수 있다[14]. 또한 개방형 질문을 활용하여 각 대분류 주제 별로 추가되었으면 하는 교육 내용 및 기타 의견을 수렴하여 항목을 수정 및 보완하였다.

2, 3차 델파이 조사에서는 각각 1, 2차 델파이 조사 결과를 통해 도출된 중앙값과 25%, 75% 사분위값을 각 항목 별로 제시하여 자신의 응답이 사분위값을 벗어날 경우 해당 이유를 기입하도록 하였다. 이는 패널들이 타 전문가들의 견해를 확인함을 통해 자신의 의견을 제고하거나 수정할 수 있는 기회를 제공하기 위함이다[23]. 2, 3차 델파이 조사에서는 1명의 참여자가 탈락하여 패널 19명의 의견을 수렴하였다. 자료분석 시에는 SPSS/WIN 25.0 통계 프로그램을 활용하여 각 항목 별 평균, 표준편차, 중앙값, 사분위값, 내용적합도(CVR), 안정도(CV)를 산출하였다.

#### 4. 윤리적 고려

본 연구는 연구자들이 속한 대학교 생명윤리위원회(IRB No. 1805/003-025)의 승인을 받은 후 수행하였다. 델파이 조사의 특성상 각 라운드마다 설문 내용이 변경되므로 각각 변경수정 심의를 받은 후 진행하였다. 연구참여 기준에 적합한 전문가에게 전자우편을 통해 연구의 목적, 방법을 설명 한 후 참여 의사를 밝힌 대상자들에 한하여 동의서를 받았다. 동의서 작성 시 본인이나 원하는 경우 언제든지 그만 둘 수 있음과 연구참여 거부 시 불이익이 없으며, 참여 중지 의사를 밝힌 경우에는 참여자의 설문지를 즉시 폐기할 것임을 안내하였다. 또한, 설문 자료는 연구목적으로만 사용될 것이며 익명성과 비밀이 보장됨을 설명하였다. 각 라운드마다 설문에 응답할 수 있는 충분한 시간을 제공하였으며 소정의 자문료를 지급하였다.

### 연구결과

#### 1. 1차 델파이 조사 결과

1차 델파이 조사결과 총 61개의 항목 중 요양보호사 대상의 교육 내용으로 내용타당도가 기준치 보다 낮은 것으로 확인된 항목(CVR <0.42)은 22개였다(Table 2). 세부적으로 살펴보면, 치매 파트에서는 치매의 기타 종류, 선별검사, 진단검사, 치매 단계 및 약물적 치료 등 9개의 항목, 인간중심케어 파트의 경우 인간중심케어의 국가적 흐름, 인간중심케어 제공을 위한 조직 관리, 인간중심케어의 결과 및 국내 현황 등 4개의 항목이 적합도가 낮은 것으로 나타나 제외하였다. 또한, 의사소통 파트에서는 대체 의사소통 도구 등 2개의 항목, 행동심리증상 파트에서는 행동심리증상의 발생기전 및 요인, 인간중심케어 제공에 대한 효과 평가 및 새로운 계획 수립, 약물적 중재 등 7개의 항목이 적합도가 낮은 것으로 평가되었다. 이 중 행동심리증상 파트의 '2-2) 사회적, 물리적 환경', '2-3) 비약물적 접근 및 예방'의 경우 CVR 값은 기준치 보다 낮았지만, 가장 주요한 인간중심적 케어 전략으로 고려된다는 연구자들의 판단 하에 2차 델파이 조사에 포함하여 재합의 과정을 거치는 것으로 결정하였다. 한편, 간호인력 대상으로는 인간중심케어 파트 중 '6. 국내 인간중심케어 현황'만이 적합하지 않은 항목으로 확인되었다.

개방형 질문을 통해 교육 내용에 포함되기를 제언한 의견으로는 치매 파트에서 치매 관련 국가 지원 사업에 대한 내용과 치매 가족에 대한 이해와 접근 방법에 대한 내용 등이 있었다.

이를 반영하여 치매 파트에서 '7-1) 치매 관련 사업과 제도', '7-2) 치매 가족에 대한 이해'를 추가하였다. 행동심리증상 파트에서는 미충족된 욕구를 표현하기 위한 시도로써 행동심리증상을 이해하는 인간중심적인 관점에 대한 내용이 보완되어야 한다는 의견을 수렴하여 '1-2) 행동심리증상의 발생기전 및 요인'에서 '욕구 기반 치매 행동 모델'을 중점적으로 다루는 것으로 보완하였다. 또한, 시설에 따라 조직구조에 차이는 있으나 시설 내에서 간호 인력이 요양보호사를 대상으로 인간중심적인 케어 접근에 대한 지도의 역할을 수행할 수 있도록 교육 내용이 포함되었으면 한다는 의견을 수렴하여 연구자간 협의를 통해 간호인력 대상 교육의 의사소통 파트에 '8. 요양보호사 대상 인간중심적 의사소통 지도 및 교수방법'을 추가하였고, 행동심리증상 파트에 '6. 요양보호사 대상 인간중심적 행동심리증상 관리에 대한 지도 및 교수방법'을 추가하였다. 1차 델파이 조사 시에는 간호사와 간호조무사를 간호 인력으로 통칭하여 설문을 진행하였으나, 간호사와 간호조무사는 교육 수준에 차이가 있고, 향후 요양시설의 전문화를 통해 간호사와 간호조무사 간 차별화된 역량 및 역할기대가 있을 것이므로, 직종 별로 교육 내용 및 난이도에 차이를 두어야 한다는 다수의 전문가 의견이 있었다. 이를 수렴하여 2차 조사부터는 직종을 간호사, 간호조무사, 요양보호사로 세분화하여 설문을 시행하였다. 간호인력 대상으로 적합하지 않은 항목으로 확인된 1개의 문항인 '6. 국내 인간중심케어 현황'에 대해서도 간호사와 간호조무사로 세분화하여 적합도를 재평가하기 위해 2차 델파이 조사에 포함하였다. 1차 델파이 조사 결과 모든 항목의 안정도가 기준치인 0.5 이하로 확인되었으나, 추가 및 보완된 교육 내용에 대한 합의를 위해 2차 델파이 조사를 진행하였다.

#### 2. 2차 델파이 조사 결과

2차 델파이 조사 결과는 Table 3과 같다. 간호사 대상 65개 항목의 CVR 값 범위는 0.89에서 1.00으로, 모두 적합한 교육 내용으로 확인되었다. 간호조무사 대상 교육의 경우 치매 파트에서 '1-3) 기타 치매', '3-4) 치매 진단 검사', '4-1) 치매의 단계(clinical dementia rating)', '4-2) 치매의 단계(global deterioration scale) 및 '7-1) 치매 관련 사업 및 제도' 등 5개 항목, 인간중심케어 파트의 '4-3) 조직 관리' 및 '6. 국내 연구 및 실무 적용 현황' 등 2개 항목, 의사소통 파트의 '8. 요양보호사 대상 인간중심적 의사소통 지도 및 교수방법' 및 행동심리증상 파트의 '6. 요양보호사 대상 인간중심적 행동심리증상 관리에 대한 지도 및 교수방법' 등 총 9개의 항목에서 CVR 값이 기준

**Table 2.** Results of the 1st Round Delphi

(N=20)

Contents	Categories	Sub-categories	Nursing staff (RN or NA)			Personal care worker		
			M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV
I. Dementia	1. Type	1) Alzheimer's disease	4.90±0.31	1.00	0.06	4.35±0.59	0.90	0.13
		2) Vascular dementia	4.90±0.31	1.00	0.06	4.35±0.59	0.90	0.13
		3) Others	4.55±0.69	0.80	0.15	3.55±0.89	-0.20	0.25
	2. Cause and risk factor	1) Causes of dementia	4.74±0.73	0.80	0.15	4.00±0.92	0.40	0.23
		2) Risk factors of dementia	4.68±0.75	0.80	0.16	4.00±0.92	0.40	0.23
	3. Screening and diagnosis	1) Early signs of dementia	4.90±0.31	1.00	0.06	4.30±0.87	0.70	0.20
		2) Mild cognitive impairment	4.85±0.49	0.90	0.10	3.80±1.06	0.30	0.28
		3) Dementia screening test	4.85±0.37	1.00	0.08	3.00±1.21	-0.20	0.40
		4) Diagnosis of dementia	4.65±0.67	0.80	0.14	2.50±0.89	-0.70	0.36
	4. Stage	1) CDR (clinical dementia rating)	4.58±0.61	0.80	0.13	2.74±0.93	-0.70	0.34
		2) GDS (global deterioration scale)	4.60±0.60	0.90	0.13	2.80±0.95	-0.60	0.34
	5. Symptom	1) Cognitive symptoms	4.95±0.22	1.00	0.05	4.70±0.47	1.00	0.10
		2) BPSD	4.95±0.23	0.90	0.05	4.75±0.44	1.00	0.09
II. Person-centered care	1. Understanding of person-centered care	1) Definition	4.90±0.31	1.00	0.06	4.70±0.05	1.00	0.10
		2) Major components	4.90±0.31	1.00	0.06	4.55±0.61	0.90	0.13
	2. Background of person-centered care in Korea	1) Need for quality improvement	4.70±0.57	0.90	0.12	4.25±0.97	0.50	0.23
		2) Human rights issues in LTCF	4.80±0.52	0.90	0.11	4.70±0.57	0.90	0.12
	3. International trend	USA, Europe, Japan, etc.	4.60±0.60	0.90	0.13	3.55±0.83	0.10	0.23
	4. Application	1) Person-centered environment	4.90±0.31	1.00	0.06	4.40±0.60	0.90	0.14
		2) Person-centered care practice	4.85±0.49	0.90	0.10	4.60±0.50	1.00	0.11
		3) Organization management	4.65±0.59	0.90	0.13	3.10±0.79	-0.70	0.25
	5. Outcomes	Resident, staff and organization outcomes	4.45±0.69	0.80	0.15	3.75±0.85	0.20	0.23
	6. Current status in Korea	Status of research and practical application	3.70±1.26	0.30	0.34	2.50±1.19	-0.50	0.48
III. Communication	1. Understanding of communication	1) Definition of communication	4.60±0.68	0.80	0.15	4.40±0.75	0.70	0.17
		2) Importance of effective communication	4.75±0.44	1.00	0.09	4.55±0.61	0.90	0.13
	2. Person-centered communication	1) Definition of person-centered communication	4.75±0.55	0.90	0.12	4.50±0.76	0.70	0.17
		2) Person-centered approach	4.80±0.52	0.90	0.11	4.70±0.57	0.90	0.12
	3. Prerequisites for person-centered communication	1) Environment	4.70±0.47	1.00	0.10	4.40±0.68	0.80	0.15
		2) Attitude	4.80±0.41	1.00	0.09	4.60±0.68	0.80	0.15
		3) Skill	4.80±0.41	1.00	0.09	4.60±0.60	0.90	0.13
	4. Consideration	1) Do's	4.95±0.22	1.00	0.05	4.80±0.41	1.00	0.09
		2) Don'ts	4.95±0.22	1.00	0.05	4.85±0.37	1.00	0.08
	5. Person-centered communication by dementia stage	1) Early stage	4.75±0.55	0.90	0.12	4.65±0.59	0.90	0.13
		2) Mid stage	4.75±0.55	0.90	0.12	4.65±0.61	0.90	0.13
		3) Late stage	4.80±0.52	0.90	0.11	4.55±0.61	0.90	0.13
		4) End of life stage	4.80±0.52	0.90	0.11	4.50±0.69	0.80	0.15
	6. Application	1) Validation therapy	4.70±0.47	1.00	0.10	4.25±0.85	0.50	0.20
		2) VERA communication	4.70±0.47	1.00	0.10	4.30±0.80	0.60	0.19
	7. Alternative communication method	1) Definition	4.50±0.69	0.80	0.15	4.00±0.80	0.20	0.22
		2) Types	4.50±0.69	0.80	0.15	4.00±0.80	0.40	0.20
IV. BPSD	1. Understanding of BPSD	1) Definition	4.75±0.44	1.00	0.09	4.00±0.86	0.30	0.21
		2) Mechanism and related factors	4.70±0.47	1.00	0.10	3.65±0.81	-0.10	0.22
		3) BPSD by dementia stage	4.70±0.66	0.80	0.14	4.40±0.75	0.70	0.17
	2. Person-centered approach for BPSD	1) Individualized care	4.80±0.41	1.00	0.09	4.50±0.61	0.90	0.13
		2) Social and physical environment	4.65±0.59	0.90	0.13	4.25±0.91	0.40	0.21
		3) Non-pharmacological approach and prevention	4.75±0.55	0.90	0.12	4.10±0.91	0.30	0.22
		4) A culture of caring that prioritizes quality of life	4.70±0.57	0.90	0.12	4.25±0.85	0.50	0.20
		5) Staff training	4.63±0.60	0.80	0.13	4.40±0.75	0.70	0.17
	3. Person-centered care process for BPSD	1) Assessing characteristics of symptoms	4.85±0.34	1.00	0.08	4.25±0.91	0.60	0.21
		2) Identifying the antecedents of behaviors	4.85±0.34	1.00	0.08	4.00±0.97	0.30	0.24
		3) Developing appropriate coping strategies	4.90±0.31	1.00	0.06	4.60±0.60	0.90	0.13
		4) Evaluating and modifying care plans	4.80±0.41	1.00	0.09	3.25±1.12	-0.30	0.34
	4. Person-centered approach by type of symptom	1) Aggression	4.90±0.31	1.00	0.06	4.70±0.57	0.90	0.12
		2) Agitation	4.90±0.31	1.00	0.06	4.70±0.57	0.90	0.12
		3) Psychosis	4.90±0.31	1.00	0.06	4.65±0.59	0.90	0.13
		4) Wandering	4.90±0.31	1.00	0.06	4.70±0.57	0.90	0.12
		5) Apathy	4.90±0.31	1.00	0.06	4.65±0.59	0.90	0.13
		6) Depression	4.90±0.31	1.00	0.06	4.65±0.59	0.90	0.13
	5. PI	Antidepressants, antipsychotics, etc.	4.65±0.59	0.90	0.13	2.80±0.95	-0.70	0.34

CVR=content validity ratio; CV=coefficient of variation; RN=registered nurse; NA=nurse aid; BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia; LTCF=long-term care facility; PI=Pharmacological intervention.

**Table 3.** Results of the 2nd/3rd Round Delphi

(N=19)

Contents Category	Sub-category	2nd Round						3rd Round												
		RN			NA			PCW			RN			NA			PCW			
		M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	
I. Dementia	1. Type	1) Alzheimer's disease	4.95±0.23	1.00	0.05	4.63±0.50	1.00	0.11	4.37±0.60	0.89	0.14	4.95±0.23	1.00	0.05	4.67±0.49	0.89	0.10	4.37±0.50	1.00	0.11
		2) Vascular dementia	4.95±0.23	1.00	0.05	4.58±0.51	1.00	0.11	4.26±0.56	0.89	0.13	4.95±0.23	1.00	0.05	4.67±0.49	0.89	0.10	4.26±0.45	1.00	0.11
		3) Others	4.74±0.45	1.00	0.10	3.89±0.94	0.26	0.24	-	-	-	4.89±0.32	1.00	0.06	4.06±0.64	0.58	0.16	-	-	-
	2. Cause and risk factor	1) Causes of dementia	4.89±0.32	1.00	0.06	4.58±0.61	0.89	0.13	-	-	-	4.95±0.23	1.00	0.05	4.83±0.38	0.89	0.08	-	-	-
		2) Risk factors of dementia	4.89±0.32	1.00	0.06	4.58±0.61	0.89	0.13	-	-	-	4.95±0.23	1.00	0.05	4.74±0.45	1.00	0.10	-	-	-
	3. Screening and diagnosis	1) Early signs of dementia	4.89±0.32	1.00	0.06	4.42±1.02	0.79	0.23	4.47±0.61	0.89	0.14	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.53 (0.51)	1.00	0.11
		2) Mild cognitive impairment	4.89±0.46	0.89	0.09	4.21±0.03	0.68	0.25	-	-	-	4.95±0.23	1.00	0.05	4.63±0.50	1.00	0.11	-	-	-
		3) Dementia screening test	5.00±0.00	1.00	0.00	4.32±0.89	0.68	0.21	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00	4.68±0.48	1.00	0.10	-	-	-
		4) Dementia diagnosis test	4.84±0.37	1.00	0.08	3.58±1.07	0.05	0.30	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00	3.84±0.9	0.58	0.23	-	-	-
	4. Stage	1) CDR (Clinical Dementia Rating)	4.89±0.32	1.00	0.06	3.68±0.89	0.26	0.24	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00	3.68±0.89	0.37	0.24	-	-	-
2) GDS (Global Deterioration Scale)		4.89±0.32	1.00	0.06	3.68±0.89	0.26	0.24	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00	3.79±0.85	0.58	0.23	-	-	-	
5. Symptom	1) Cognitive disorder symptoms	4.95±0.23	1.00	0.05	4.74±0.45	1.00	0.10	4.63±0.50	1.00	0.11	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.68±0.48	1.00	0.10	
	2) BPSD	4.95±0.23	1.00	0.05	4.74±0.45	1.00	0.10	4.47±0.77	0.89	0.17	4.95±0.23	1.00	0.05	4.89±0.32	1.00	0.06	4.79±0.42	1.00	0.09	
6. Treatment	1) Pharmacologic treatment	4.89±0.32	1.00	0.06	4.16±0.50	0.89	0.12	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00	4.16±0.37	1.00	0.09	-	-	-	
	2) Person-centered non-pharmacologic approach	5.00±0.00	1.00	0.00	4.63±0.50	1.00	0.11	4.11±0.57	0.79	0.14	5.00±0.00	1.00	0.00	4.79±0.42	1.00	0.09	4.22±0.55	0.79	0.13	
7. Comprehension	1) Dementia policy and system <sup>†</sup>	4.74±0.56	1.00	0.12	3.84±0.83	0.37	0.22	3.47±0.96	-0.05	0.28	4.94±0.24	1.00	0.05	3.89±0.51	1.00	0.15	-	-	-	
	2) Dementia family <sup>†</sup>	4.95±0.23	1.00	0.05	4.63±0.50	1.00	0.11	4.37±0.83	0.79	0.19	5.00±0.00	1.00	0.00	4.95±0.23	1.00	0.06	4.88±0.33	0.79	0.07	
II. Person-centered care																				
1. Understanding of person-centered care	1) Definition	5.00±0.00	1.00	0.00	4.63±0.50	1.00	0.11	4.58±0.51	1.00	0.11	5.00±0.00	1.00	0.00	4.78±0.43	0.89	0.09	4.74±0.45	1.00	0.10	
	2) Major components	5.00±0.00	1.00	0.00	4.68±0.48	1.00	0.10	4.58±0.51	1.00	0.11	5.00±0.00	1.00	0.00	4.84±0.37	1.00	0.08	4.74±0.45	1.00	0.10	
2. Background of person-centered care in Korea	1) Need for quality improvement	4.84±0.37	1.00	0.08	4.37±0.60	0.89	0.14	4.26±0.81	0.58	0.19	5.00±0.00	1.00	0.00	4.37±0.50	1.00	0.11	4.16±0.50	0.89	0.12	
	2) Human rights issues in LTCF	4.95±0.23	1.00	0.05	4.68±0.48	1.00	0.10	4.58±0.51	1.00	0.11	5.00±0.00	1.00	0.00	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	
3. International trend	USA, Europe, Japan, etc.	4.58±0.61	0.89	0.13	4.11±0.66	0.68	0.16	-	-	-	4.79±0.42	1.00	0.09	4.16±0.37	1.00	0.09	-	-	-	
	4. Application	1) Person-centered environment	4.95±0.23	1.00	0.05	4.50±0.51	1.00	0.11	4.37±0.50	1.00	0.11	4.95±0.23	1.00	0.05	4.68±0.48	1.00	0.10	4.32±0.48	1.00	0.11
2) Person-centered care practice		4.95±0.23	1.00	0.05	4.74±0.45	1.00	0.10	4.58±0.51	1.00	0.11	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.74±0.45	1.00	0.10	
3) Organization management		4.89±0.32	1.00	0.06	3.53±0.70	0.26	0.20	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00	3.79±0.42	0.58	0.11	-	-	-	
5. Outcomes	Resident, staff and organization outcomes	4.89±0.32	1.00	0.06	3.79±0.92	0.47	0.24	-	-	-	4.95±0.23	1.00	0.05	3.95±0.40	0.79	0.10	-	-	-	
	Status of research and practical application in Korea	4.32±0.58	0.89	0.13	3.32±1.00	0.05	0.30	-	-	-	4.37±0.60	0.89	0.14	3.79±0.54	0.68	0.14	-	-	-	

<sup>†</sup> Items added from 2nd delphi; RN=registered nurse; NA=nurse aid; PCW=personal care worker; CVR=content validity ratio; CV=coefficient of variation; BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia; LTCF=long-term care facility.



Table 3. Results of the 2nd/3rd Round Delphi (Continued)

(N=19)

Contents Category	Sub-category	2nd Round						3rd Round					
		RN			PCW			RN			NA		
		M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV	M±SD	CVR	CV
<b>III. Communication</b>													
1. Understanding of communication	1) Definition of communication	4.79±0.54	0.89	0.11	4.63±0.50	1.00	0.11	4.47±0.70	0.79	0.16	4.89±0.46	0.89	0.09
	2) Importance of effective communication	4.84±0.50	0.89	0.10	4.68±0.48	1.00	0.10	4.68±0.58	0.89	0.12	5.00±0.00	1.00	0.00
2. Person-centered communication	1) Definition of person-centered communication	4.89±0.32	1.00	0.06	4.79±0.42	1.00	0.09	4.58±0.61	0.89	0.13	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Person-centered approach	4.95±0.23	1.00	0.05	4.89±0.32	1.00	0.06	4.79±0.42	1.00	0.09	5.00±0.00	1.00	0.00
3. Prerequisites for person-centered communication	1) Environment	4.89±0.32	1.00	0.06	4.53±0.51	1.00	0.11	4.11±0.88	0.37	0.21	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Attitude	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.68±0.48	1.00	0.10	5.00±0.00	1.00	0.00
	3) Skill	5.00±0.00	1.00	0.00	4.79±0.42	1.00	0.09	4.68±0.48	1.00	0.10	5.00±0.00	1.00	0.00
4. Consideration	1) Do's	4.95±0.23	1.00	0.05	4.95±0.23	1.00	0.05	4.95±0.23	1.00	0.05	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Don'ts	4.95±0.23	1.00	0.05	4.95±0.23	1.00	0.05	4.95±0.23	1.00	0.05	5.00±0.00	1.00	0.00
5. Person-centered communication by dementia stage	1) Early stage	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.74±0.45	1.00	0.10	4.95±0.23	1.00	0.05
	2) Mid stage	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.79±0.42	1.00	0.09	5.00±0.00	1.00	0.00
	3) Late stage	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.74±0.45	1.00	0.10	5.00±0.00	1.00	0.00
	4) End of life stage	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.74±0.45	1.00	0.10	5.00±0.00	1.00	0.00
6. Application	1) Validation therapy	4.84±0.37	1.00	0.08	4.58±0.51	1.00	0.11	4.21±0.56	0.47	0.20	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) VERA communication	4.79±0.42	1.00	0.09	4.58±0.51	1.00	0.11	4.32±0.67	0.79	0.16	5.00±0.00	1.00	0.00
7. ACM	1) Definition	4.79±0.42	1.00	0.09	4.37±0.68	0.79	0.16	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Types	4.79±0.42	1.00	0.09	4.37±0.68	0.79	0.16	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
8. TPC <sup>†</sup>	Training PCWs	4.79±0.71	0.89	0.15	3.68±0.82	0.16	0.22	N/A	N/A	N/A	4.89±0.32	1.00	0.06
<b>IV. BPSD</b>													
1. Understanding of BPSD	1) Definition	4.84±0.37	1.00	0.08	4.58±0.51	1.00	0.11	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Mechanism and related factors (need-driven dementia-compromised behavior model)	4.79±0.42	1.00	0.09	4.21±0.71	0.68	0.17	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
2. Person-centered approach for BPSD	3) BPSD by dementia stage	4.95±0.23	1.00	0.05	4.89±0.32	1.00	0.06	4.63±0.50	1.00	0.11	4.95±0.23	1.00	0.05
	1) Individualized care	5.00±0.00	1.00	0.00	4.84±0.50	0.89	0.10	4.63±0.60	0.89	0.13	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Social and physical environment	4.89±0.32	1.00	0.06	4.63±0.50	1.00	0.11	4.11±0.81	0.47	0.20	5.00±0.00	1.00	0.00
	3) Non-pharmacological approach and prevention	4.89±0.32	1.00	0.06	4.74±0.45	1.00	0.10	4.11±0.81	0.47	0.20	5.00±0.00	1.00	0.00
	4) A culture of caring that prioritizes quality of life	4.68±0.48	1.00	0.10	4.58±0.69	0.79	0.15	4.37±0.76	0.68	0.17	4.84±0.37	1.00	0.08
	5) Staff training	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.53±0.51	1.00	0.11	5.00±0.00	1.00	0.00
3. Person-centered care process for BPSD	1) Assessing characteristics of symptoms	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.47±0.61	0.89	0.14	5.00±0.00	1.00	0.00
	2) Identifying the antecedents of behaviors	4.95±0.23	1.00	0.05	4.58±0.51	1.00	0.11	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
	3) Developing appropriate coping strategies	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.58±0.61	0.89	0.13	5.00±0.00	1.00	0.00
	4) Evaluating and modifying care plans	4.89±0.32	1.00	0.06	4.21±0.79	0.58	0.19	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
4. Person-centered approach by type of symptom	1) Aggression	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.74±0.56	0.89	0.12	4.95±0.23	1.00	0.05
	2) Agitation	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.68±0.58	0.89	0.12	4.95±0.23	1.00	0.05
	3) Psychosis	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.68±0.58	0.89	0.12	5.00±0.00	1.00	0.00
	4) Wandering	4.95±0.23	1.00	0.05	4.84±0.37	1.00	0.08	4.74±0.56	0.89	0.12	5.00±0.00	1.00	0.00
	5) Apathy	4.95±0.23	1.00	0.05	4.79±0.42	1.00	0.09	4.58±0.61	0.89	0.13	5.00±0.00	1.00	0.00
	6) Depression	4.74±0.93	0.89	0.20	4.84±0.37	1.00	0.08	4.58±0.61	0.89	0.13	5.00±0.00	1.00	0.00
5. PI	Antidepressants, antipsychotics, etc.	4.89±0.32	1.00	0.06	4.16±0.76	0.58	0.18	-	-	-	5.00±0.00	1.00	0.00
6. TPA <sup>†</sup>	Training PCWs	4.89±0.32	1.00	0.07	3.53±1.02	0.05	0.29	N/A	N/A	N/A	5.00±0.00	1.00	0.00

<sup>†</sup> Items added from 2nd delphi; RN=registered nurse; NA=nurse aid; PCW=nurse aid; PCW=personal care worker; CVR=content validity ratio; CV=coefficient of variation; ACM=alternative communication method; TPC=training for person-centered communication; BPSD=behavioral and psychological symptoms of dementia; PI=pharmacological intervention; TPA=training for person-centered approach.



이하로 확인되었다. 하지만, ‘간호조무사 대상으로도 교육이 필요한 내용이기 때문에 난이도에 차이를 두어 교육에 포함하였으면 한다.’는 다수의 전문가 의견을 수렴하여 해당 내용을 간호조무사 대상 교육에 포함하되, 직종에 따라 교육 난이도에 차이를 두는 것으로 변경하여 3차 델파이 조사를 통해 재합의 과정을 거치는 것으로 결정하였다. 요양보호사 대상 43개 항목 중 치매 파트의 ‘7-1) 치매 관련 사업 및 제도’와 의사소통 파트의 ‘3-1) 환경’ 등 총 2개의 항목에서 CVR 값이 기준 이하로 확인되어 제외하였다.

### 3. 3차 델파이 결과 및 최종안

3차 델파이 조사 결과 간호사 대상 교육 항목의 CVR 값 범위가 0.89에서 1.00으로 확인되어 모든 항목이 적합한 것을 확인하였다(Table 3). 간호조무사 대상 교육의 경우 1개의 항목을 제외한 모든 항목에서 CVR 값의 범위가 0.47에서 1.00으로 확인되었고, CVR 값이 기준치 이하인 치매 파트의 ‘4-1) 치매의 단계(clinical dementia rating)’은 최종 교육 항목에서 제외하였다. 요양보호사 대상 교육의 경우 모든 항목에서 CVR 값의 범위가 0.47에서 1.00으로 확인되었다. 모든 항목의 안정도가 기준치인 0.5 이하로 확인되어 추가적인 조사가 필요하지 않음을 확인하였다. 이를 통해 최종적으로 간호사 대상 총 65개 항목(치매 파트 17개 항목, 인간중심케어 파트 10개 항목, 의사소통 파트 18개 항목, 행동심리증상 파트 20개 항목), 간호조무사 대상 총 64개 항목(치매 파트 16개 항목, 인간중심케어 파트 10개 항목, 의사소통 파트 18개 항목, 행동심리증상 파트 20개 항목), 요양보호사 대상 총 41개의 항목(치매 파트 7개 항목, 인간중심케어 파트 6개 항목, 의사소통 파트 14개 항목, 행동심리증상 파트 14개 항목)이 인간중심 치매케어 교육 프로그램에 적합한 내용으로 합의되었다.

## 논 의

본 연구는 국내 장기요양시설 종사자에게 적합한 인간중심 치매케어 교육 프로그램을 개발하기 위하여 델파이 조사법을 활용하여 장기요양 관련 실무 및 학계 전문가들의 합의된 의견을 도출하고자 수행되었다. 장기요양시설에서 치매노인을 대상으로 일선에서 직접 케어를 제공하는 인력인 간호사, 간호조무사 및 요양보호사는 직종에 따라 담당 업무, 배경 지식 및 교육 수준 등에 차이가 있기 때문에 직종 별로 적합한 교육 내용을 확인하기 위하여 각각의 내용타당도를 확인하였고, 개방형

질문을 통해 전문가 패널의 추가적인 의견을 수렴하여 교육 항목을 보완하고 이에 대한 합의 정도를 반복적으로 확인하는 과정을 거쳤다.

‘I. 치매’ 파트에서는 치매의 종류와 위험 요인, 단계, 증상 등이 포함되어 있는데, 치매노인을 돌보는 요양시설 직원들의 치매 돌봄 역량을 갖추기 위해서는 필수적이라 할 수 있다. 그러나 치매에 대한 전반적인 교육내용을 구성함에 있어서도 인간중심적인 비약물적 접근에 대한 내용이 포함되었다는 점은 매우 특징적이다. 치매노인의 증상을 완화하고 기능 수준을 최대한 유지할 수 있도록 하기 위해서는 대상자의 능력과 선호에 따라 적절한 활동 기회를 통해 의미 있는 자극을 제공하는 것이 중요하다[25]. 아직까지 국내 요양시설에서는 그룹 단위의 획일화된 활동 프로그램들이 주로 운영되고 있기 때문에 치매노인의 선호와 능력에 기반한 개별 프로그램 적용 등의 인간중심적 접근에 대한 교육이 시설 내 프로그램 운영의 변화에 기여할 수 있을 것으로 기대된다. 환경적 접근 또한 주요한 비약물적 접근에 해당하는데, 치매노인들은 기존에 살던 공간이 아닌 요양시설을 낯설게 느낄 수 있기 때문에 집과 같은 편안한 환경을 조성하고 치매노인의 인지수준에 맞게 환경을 단순화하는 등의 치매 친화적인 환경적 접근이 요구된다[5]. 국내 요양시설의 경우 긴 복도식 구조 및 다인실 등 병원과 비슷한 구조가 흔하기 때문에 환경적 접근에 대한 교육을 통해 시설 내 환경 개선의 필요성을 인식하고 실무에 적용하는데 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대된다. 또한, 본 교육에서는 치매 가족에 대한 이해에 관한 내용이 포함되었다는 점이 특징적이다. 인간중심 케어에서는 요양시설에 입소한 치매노인 가족의 역할을 매우 중요시하여 케어 계획 수립 과정을 비롯한 시설 내의 생활 전반에 가족이 함께 포함되도록 하며, 치매노인과 가족 간의 지속적인 관계 유지를 통해 치매노인이 사회적 역할을 유지할 수 있도록 한다[3]. 이와 같이 치매에 대한 치료 및 대처 방법을 교육하는 모듈 안에서도 요양시설을 삶의 공간으로 인식하고, 거주하는 치매노인을 개별적인 한 인간으로 바라볼 수 있도록 하는 다양한 내용들이 포함되어 기존의 국내 치매교육 프로그램과는 다소 차이가 있음을 알 수 있다.

‘II. 인간중심케어’ 파트에서는 최근 우리나라에서도 관심이 증가하고 있는 인간중심케어에 대한 개념, 국내 도입 배경 및 적용(환경적 접근, 케어 제공 등) 등이 포함되었는데 이와 관련한 내용은 모든 직종에게 적합한 교육 내용으로 확인되었다. 한편, 국가적 인간중심케어 흐름, 인간중심케어 제공을 위한 조직 관리, 국내 인간중심케어 동향 등은 요양보호사 대상 교육에서는 적합하지 않은 것으로 합의되어 교육 내용에서 제외하였

다. 이는 인간중심적인 케어 접근이 국내에서 어느 정도 알려진 개념이지만 요양보호사에게는 아직 익숙하지 않은 개념일 수 있기 때문에 현 시점에서는 실무적 수준의 교육이 적합할 수 있기 때문에 해석할 수 있다. 한편, 간호인력의 경우 조직 관리 등이 적합한 교육 내용으로 합의되었는데, 인간중심케어 제공을 촉진할 수 있는 리더십 개발, 직원 간의 관계 유지, 직원 역량 강화 및 임파워먼트 등의 조직 환경이 주요하게 고려되어야 한다는 논의와 상응하는 결과이다[21]. 특히, 인간중심케어는 미국 요양시설의 '문화 변화 모델(culture change model)'의 핵심이라고 일컬어질 만큼 시설 운영 및 케어 제공의 전반에 걸쳐 거주자 중심성을 지향하는 조직 전체의 변화를 지향하기 때문에 실무적인 교육뿐만 아니라 조직 관리 측면의 교육 또한 주요하게 고려될 필요가 있다는 국제적 흐름과도 상응하는 교육 내용이다.

‘III. 의사소통’ 파트의 경우 인간중심적 의사소통 접근법, 인정 요법 및 VERA 의사소통 방법, 대체 의사소통 도구 등이 교육 내용으로 포함되었다는 점이 특징적이다. 특히, 모든 교육 항목 중 ‘4-1) 의사소통 시 해야 할 것’과 ‘4-2) 하지 말아야 할 것’에 대한 평균 점수 및 CVR 값이 가장 높게 나타났는데, 이는 선행연구에서 대부분의 요양보호사가 치매노인과의 의사소통 문제를 인식하고 있으며, 60% 이상이 치매노인과의 의사소통 전문 교육이 필요하다고 응답한 결과와 일맥상통한다[26]. 치매노인과의 원활한 의사소통은 치매노인의 욕구를 사정할 수 있게 하고, 행동심리증상을 감소시킬 수 있어 인간중심 치매 케어에 기본이 되는 중요한 요소이다[27]. 치매노인을 한 인격체로서 존중하고 이해함을 통해 형성된 신뢰에 기반한 관계는 치매노인의 삶의 질 향상에 기여할 수 있으므로, 요양시설 종사자를 대상으로 인간중심적인 의사소통에 대한 교육이 중요하게 다루어져야 한다.

‘IV. 행동심리증상’ 파트의 경우 행동심리증상 완화를 위한 인간중심적 케어 과정(사정, 계획 등), 증상에 따른 구체적인 인간중심적 대처 방안 등이 포함되었는데, 이는 인간중심케어를 기반으로 개발된 행동심리증상에 관한 다양한 접근이 국내 요양시설에 맞게 적용되어야 할 필요성을 전문가 패널이 인식하고 있음을 의미한다. 또한, 치매노인 정신행동증상 관리에 대한 요양보호사의 교육 요구를 조사한 선행연구에서 교육 필요도와 중요도가 높게 확인된 일반적인 대처방법 및 구체적 대처방법에 대한 영역이 본 연구를 통해 합의된 교육 항목에도 모두 포함되어 선행연구결과와도 상응하는 결과임을 확인하였다[28]. 한편, 요양보호사의 경우 약물적 중재에 대한 내용은 적합하지 않은 것으로 확인되어 교육 내용에서 제외하였으나, 직

종의 특성 상 치매노인과 가장 근거리에서 많은 시간 함께 생활하기 때문에 항우울제, 항정신병약물 등의 사용 시 관찰해야 하는 부작용 등에 대한 내용은 추후 교육에 포함하는 것에 대한 고려가 필요할 것으로 사료된다. 행동심리증상은 치매노인뿐만 아니라 가족 및 케어제공자의 삶의 질에도 부정적인 영향을 미치는 주요한 문제이나 인간중심케어 제공을 통해 초조 등의 행동심리증상이 완화되는 효과가 보고되고 있으므로[6], 앞으로 국내에서도 인간중심적 접근에 대한 교육이 활발하게 이루어질 필요가 있다.

본 연구는 추후 스마트 기기를 활용하여 치매노인을 돌보는 요양시설 직원들이 시공간의 제약 없이 학습 가능한 온라인 교육 프로그램을 개발하기 위하여 수행되었다. 국내 요양시설에 종사하는 요양보호사의 경우 연령이 50대 이상인 경우가 다수를 차지한다[29]. 기존에 국내 요양시설 요양보호사를 대상으로 한 웹 기반 교육 프로그램의 경우 평균 약 52~53세의 중장년층에서 웹기반 프로그램의 사용 용이성과 만족도가 높게 확인되었으나[30], 바쁜 업무 환경에서 개별적으로 구비된 컴퓨터를 통해 온라인 교육을 이수하는 것은 접근성이 낮을 수 있다. 그러므로 최근 중장년층 성인들의 보유율이 급속도로 높아지고 있는 스마트 기기를 기반으로 한 교육 모듈 개발이 필요하다.

본 연구에서는 1차 델파이 조사 시 간호사와 간호조무사를 간호인력으로 묶어 교육 항목의 적합성을 조사하였으나, 간호사와 간호조무사는 교육 수준, 이해도 및 업무상 역할에 차이가 있으므로 따로 구분하여 교육 항목의 적합성을 조사해야 한다는 다수의 전문가 의견이 있어서 2차 델파이 조사부터는 간호사, 간호조무사 및 요양보호사로 구분하여 조사하였다. 이처럼 본 교육 프로그램은 국내 요양시설의 각 직종의 역할 및 지식수준 등을 고려하여 인간중심 치매케어를 이해하고 실무에 적용할 수 있도록 개발하는데 중점을 두었기에 추후 국내 요양시설 인간중심 치매케어 모형 개발 시에 유용하게 활용될 것으로 기대된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 델파이 조사법을 활용하여 실무 및 학계 전문가 집단의 합의를 통해 국내 요양시설 종사자들의 배경 지식수준 및 시설 내 역할에 적합한 인간중심 치매케어 교육 항목을 확인하고자 하였다. 먼저, 치매 파트에서는 인간중심적인 케어를 이해하기 위해 기본적으로 알아야 할 치매의 전반적인 특성과 인간중심적 비약물적 접근이 포함되었으며, 인간중심케어 파트에서 인간중심케어의 개념 및 적용 방법 등의 개괄적인 내용

이 포함되었다. 다음으로, 의사소통 파트와 행동심리증상 파트에서는 증상 및 단계에 따른 인간중심적 접근방법에 대한 각론적인 내용이 포함되었다. 본 연구결과는 국내 요양시설의 맥락에 적합한 인간중심 치매케어 기반 교육 프로그램 개발 및 실무 적용의 근거로 활용될 것으로 기대된다.

## REFERENCES

1. Brooker D. What is person-centred care in dementia? Reviews in Clinical Gerontology. 2003;13(3):215-222. <https://doi.org/10.1017/S095925980400108X>
2. Flesner MK. Person-centered care and organizational culture in long-term care. Journal of Nursing Care Quality. 2009;24(4):273-276. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181b3e669>
3. Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. The Gerontologist. 2018;58(suppl\_1):S10-S19. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>
4. Moyle W, Venturto L, Griffiths S, Grimbeek P, McAllister M, Oxlade D, et al. Factors influencing quality of life for people with dementia: A qualitative perspective. Aging & Mental Health. 2011;15(8):970-977. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.583620>
5. Yoon JY, Roberts T, Bowers BJ, Lee JY. A review of person-centered care in nursing homes. Journal of Korean Gerontological Society. 2012;32(3):729-745.
6. Barbosa A, Sousa L, Nolan M, Figueiredo D. Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®. 2015;30(8):713-722. <https://doi.org/10.1177/1533317513520213>
7. Hunter PV, Hadjistavropoulos T, Thorpe L, Lix LM, Malloy DC. The influence of individual and organizational factors on person-centred dementia care. Aging & Mental Health. 2016;20(7):700-708. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1056771>
8. Health Care Interactive®. CARES® online dementia care training, certification, and credentialing [Internet]. Health Care Interactive®. Minnesota. 2018 [cited 2018 Apr 1]. Available from: <https://www.hcinteractive.com/CARES>
9. Dobbs D, Hobday J, Roker R, Kaas MJ, Molinari V. Certified nursing assistants' perspectives of the CARES® activities of daily living dementia care program. Applied Nursing Research. 2018;39:244-248. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.11.016>
10. Social Care Institute for Excellence. Dementia [Internet]. Social Care Institute for Excellence: London. 2018 [cited 2018 Mar 20]. Available from: <https://www.scie.org.uk/dementia>
11. National Health Insurance. Dementia professional education 19-1 education notice [Internet]. Wonju: National Health Insurance. 2019 [cited 2019 February 01]. Available from: <https://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000002581&bKey=B0150&zoomSize=>
12. National Institute of Dementia. Specialized training for dementia [Internet]. Seoul: National Institute of Dementia. 2018 [cited 2018 Jan 2]. Available from: <https://www.nid.or.kr/study/introduce2.aspx>
13. Korean Nurses Association. 2018 Specialized training for dementia [Internet]. Seoul: Korean Nurses Association. 2018 [cited 2018 June 10]. Available from: [http://www.koreanurse.or.kr/board/board\\_read.php?board\\_id=edu\\_plan&member\\_id=admin&exec=&no=164&category\\_no=&step=0&tag=&sgroup=157&sfloat=&position=3&mode=&find=&search=](http://www.koreanurse.or.kr/board/board_read.php?board_id=edu_plan&member_id=admin&exec=&no=164&category_no=&step=0&tag=&sgroup=157&sfloat=&position=3&mode=&find=&search=)
14. Lee JS. Delphi method. Seoul: Kyoyook Book; 2001. 138p.
15. Rowe G, Wright G, Bolger F. Delphi: A reevaluation of research and theory. Technological Forecasting and Social Change. 1991;39(3):235-251. [https://doi.org/10.1016/0040-1625\(91\)90039-I](https://doi.org/10.1016/0040-1625(91)90039-I)
16. Ludwig B. Predicting the future: Have you considered using the Delphi methodology. Journal of Extension. 1997;35(5):1-4.
17. Pizzacalla A, Montemuro M, Coker E, Martin LS, Gillies L, Robinson K, et al. Gentle persuasive approaches: Introducing an educational program on an orthopaedic unit for staff caring for patients with dementia and delirium. Orthopaedic Nursing. 2015;34(2):101-107. <https://doi.org/10.1097/NOR.0000000000000127>
18. Alzheimer's Association. Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes [Internet]. Chicago, IL: Alzheimer's Association. 2009 [cited 2018 April 10]. Available from: [https://www.alz.org/national/documents/brochure\\_DCPR\\_phases1n2.pdf](https://www.alz.org/national/documents/brochure_DCPR_phases1n2.pdf)
19. Alzheimer Society of Canada. Guidelines for care: Person-centred care of people with dementia living in care homes [Internet]. Toronto, Ontario: Alzheimer Society of Canada. 2011 [cited 2018 April 10]. Available from: [https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/culture-change/culture\\_exec\\_summary\\_e.pdf](https://alzheimer.ca/sites/default/files/files/national/culture-change/culture_exec_summary_e.pdf)
20. The Japanese Society for Dementia Care. Dementia Care Textbook Generalities. 1st ed. Hwang JY, translator. Tokyo: The Japanese Society for Dementia Care; 2010.
21. McCormack B, McCance TV. Development of a framework for person-centred nursing. Journal of Advanced Nursing. 2006;56(5):472-479. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
22. Blackhall A, Hawkes D, Hingley D, Wood S. VERA framework: Communicating with people who have dementia.

- Nursing Standard. 2011;26(10):35-39.  
<https://doi.org/10.7748/ns2011.11.26.10.35.c8818>
23. Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: Making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007; 12(10):1-8.
24. Lawshe CH. A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology*. 1975;28(4):563-575.  
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>
25. Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*. 2017;10(8):297-309.  
<https://doi.org/10.1177/1756285617712979>
26. Suh HK, Choi HJ. An analysis of caregivers' recognition of communication problems in patients with dementia. *Journal of Speech-Language & Hearing Disorders*. 2010;19(3):1-18.
27. Machiels M, Metzelthin SF, Hamers JPH, Zwakhalen SMG. Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. 2017; 66:37-46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.11.017>
28. Song JA, Kim YK, Kim H. Educational needs on behavioral and psychological symptoms of dementia among certified nursing caregivers in nursing homes. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2012;14(3):220-232.
29. Sunwoo D. Development directions for long term care program in Korea. *Health and Welfare Policy Forum*. 2013;195: 64-75.
30. Song JA, Kim H, Kim YK, Park JW. Effects of a web-based education program designed for nursing home caregivers to enhance the management of behavioral psychological symptoms of dementia (BPSD). *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2013;15(3):192-204.