

# 경도인지장애 환자의 의사소통 파트너 교육 모델에 대한 내용타당도 연구

이미숙

한림국제대학원대학교 청각언어치료학과, 한림청각언어연구소

## A Study on the Content Validity of Educational Model for Communication Partners of Individuals with Mild Cognitive Impairment

Mi Sook Lee

Dept. of Audiology & Speech-Language Pathology, Hallym University of Graduate Studies  
HUGS Center for Hearing and Speech Research, Hallym University of Graduate Studies

**요약** 경도인지장애(MCI)에 대한 인지-의사소통 증제는 일상 연계성, 지원 집단의 참여, 삶의 질 등을 고려한 통합적 접근이 시도되어야 한다. 이의 일환으로서 MCI 환자의 의사소통 파트너를 위한 체계화된 교육이 필요하다. 본 연구에서는 MCI 환자의 의사소통 파트너를 교육하기 위한 모델을 고안하고 각 항목들의 내용타당도를 검증하고자 하였다. 총 26명의 언어재활사들이 의사소통 파트너 교육 모델의 항목을 5점 리커트 척도로 평정하였고, 이를 바탕으로 내용타당도 지수(CVI) 및 전문가 견해를 분석하였다. 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, '의사소통 파트너' 요인의 '환자 이해' 영역을 제외한 모든 항목은 CVI가 .75보다 높았다. 둘째, 15개 영역에 해당하는 범주들은 모두 높은 수준의 내용타당도를 보였다. 셋째, 질적 분석 결과 개인 차이, 변이성, 범주의 다양성, 항목의 추가 등에 관한 권고가 있었다. 본 연구는 MCI에 대한 통합적 접근으로서 의사소통 파트너에 대한 교육의 필요성을 인식시키고 모델의 지표를 체계화하는 근거로 삼을 수 있다. 또 교육 모델을 구현하고 다양화하기 위한 임상 지침으로 활용 가능하다.

**Abstract** For mild cognitive impairment (MCI), cognitive-communication intervention needs to consider an integrated approach encompassing daily life, participation of the support group, and quality of life. Thus, it is necessary to systematically educate the communication partners of individuals with MCI. This study was undertaken to design an educational model for communication partners and to evaluate its content validity. A 5-point Likert scaling analysis was applied to calculate the content validity index (CVI) of all factors, assessed by 26 speech-language pathologists. Professional views of this model were also analyzed. Amongst the primary findings obtained, we determined that the CVI of most factors and domains was above 0.75 except for 'understanding patient' in 'communication partner'. Furthermore, all categories in the 15 domains had high content validities. Finally, expert recommendations by qualitative analysis indicated that the model needs to consider individual differences, variability, diverse categories, and future additional items. The results recognized the need for an educational model for communication partners as an integrated approach to MCI. This study provides practical guidelines for systematizing its indices and implementing them diversely.

**Keywords** : Cognitive-communication Intervention, Mild Cognitive Impairment, Integrated Approach, Communication Partners, Educational Model

본 논문은 2020년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 인문사회분야 신진연구자지원사업의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2020S1A5A8040953).

\*Corresponding Author : Mi Sook Lee(Hallym Univ. of Graduate Studies)

email: mslee2018@hallym.ac.kr

Received November 7, 2022

Revised January 2, 2023

Accepted January 6, 2023

Published January 31, 2023

## 1. 서론

고령화에 따른 신경학적 질환의 증가로 중재 접근에 대한 다양화된 고찰이 요구되고 있다. 특히 환자와 보호자의 삶의 질(quality of life: QoL), 지역사회 거주형 돌봄, 일상 연계적 인지-의사소통 중재, 의사소통 파트너 등 지원 집단의 참여, 비약물적 중재 등이 중시되면서 통합적 접근의 필요성이 인식되는 추세이다[1,2]. 이 같은 맥락에서 볼 때 치매의 전조 단계인 경도인지장애(mild cognitive impairment: MCI)는 통합적 접근을 통해 예방적인 중재가 시도되어야 할 중요한 시기이다.

MCI를 위한 통합적 접근에서는 주요 의사소통 파트너의 역할이 크다. 가족, 친척, 간병인, 지인, 기관 관계자 등이 의사소통 파트너에 해당하는데, 일상생활의 주요 활동에 함께 참여하면서 환자의 인지-의사소통 결함을 보완하는 데 핵심적인 영향을 미친다[3]. 예컨대, MCI의 기억력 결함은 신체 기능 저하, 감정적 고통, 우울 등을 야기하고 통제감 및 사회적 상호작용의 저하, 활동 참여의 방해 등을 초래한다. 이는 일상생활에 직접적인 영향을 미치므로 의사소통 파트너의 적극적인 지원과 참여에 의해 좌우될 수 있다[4,5].

의사소통 파트너에 대한 교육은 다음의 측면에서 시도된다[3,6]. 첫째, 환자의 심리사회-정서적 반응, 신경학적 질환의 관리 기술 등을 다루는 데 중점을 둔다. 둘째, 개념 및 문제해결 중심의 지원 기술을 훈련한다. 셋째, 정보, 자료, 서비스의 제공에 관해 교육한다. 넷째, 개인이나 가족 상담 등의 심리적 지원을 목표로 한다. 다섯째, 교육, 지원, 휴식, 치료의 통합적 제공을 위한 다 영역적 접근을 취한다.

이처럼 다양한 측면에서 교육이 시도될 수 있으나, 신경학적 질환에 대한 통합적 접근, 치매 환자의 보호자 및 간병인 교육 등에 비해 MCI의 의사소통 파트너를 위한 교육은 구체화되어 있지 않은 실정이다. MCI 단계에서 통합적 접근의 일환으로서 의사소통 파트너 교육을 시행할 경우 치매로의 진전을 최소화하고 QoL을 제고하는데 효과적이다[7]. 즉 MCI 환자의 의사소통 파트너 교육 모델은, (1) MCI의 인지-의사소통 수행이 점진적으로 저하되는 점, (2) 기능 저하로 인해 미묘한 일상적 어려움을 초래하는 점, (3) 일상생활의 지속으로 인해 의사소통 파트너의 영향력이 큰 점 등을 고려할 때 반드시 필요한 영역이다[8].

이 같은 필요성에 기반하여 몇몇 요인들이 교육 모델에 반영되어야 한다. 먼저 환자 요인에서는 인지-의사소

통의 변화로 인해 나타나는 반응 행동을 다룰 필요가 있다[9]. 여기에는 의사소통 의도나 다양한 행동 문제 등이 포함된다. 또 환자에 대한 정서적 지원을 통해 자기효능감(self-efficacy), 자율성, 안정성 등을 강화해야 한다. 예컨대, 환자의 의사소통 의도를 파악하면 인지-의사소통 중재에 직접적으로 반영할 수 있고, 결함으로 인한 오류를 줄이는 데에도 유용하다. 행동 문제는 상호작용에 대한 반응부터 심리적 양상, 신경정신과적 증상까지 다양하게 나타날 수 있다.

의사소통 파트너 측면에서는 환자의 인지-의사소통 문제, 감정 및 취약점 등을 파악하고, 스트레스나 우울과 같은 부정적인 감정을 조절하여 환자와 본인의 QoL을 높이는 데 중점을 둔다[7,10]. 실제로 환자의 강점을 활용한 중재나 요구 및 관심사를 반영한 자극 등은 환자에 대한 관찰과 이해를 바탕으로 한다. MCI와 관련된 다양한 서비스와 지원 등의 정보를 획득하는 것도 의사소통 파트너의 필수적인 역할에 해당한다. MCI는 지역사회 내에서 일상생활을 지속하기 때문에 신경학적 질환, 건강관리 서비스, 법률적 지원, 인지-의사소통 관련 전문적 평가 및 중재 등에 관한 정보를 적극적으로 활용해야 한다.

인지-의사소통 중재 관련 요인에는 중재의 내용을 세 부적으로 파악할 뿐 아니라 시행 절차, 단서 제공 등의 방법을 학습하는 것도 포함된다[7,11]. 예컨대, 주의력, 기억력, 의사소통 등 중재 영역에 따라 진행 절차와 활용하는 도구가 다를 수 있다. 또 일상 연계적 중재로서 원격치료나 가정 기반 훈련을 시행할 경우 사전 교육이 필수적이다[11,12]. 단서를 제공할 경우 유형(예: 청각, 시각 단서)과 자극을 고려하며, 환자의 수행을 독려하는 절차도 요구된다. 중재 이후 효과를 평가하고, 면담을 시도하거나 의뢰하는 것도 중재 관련 요인에 포함된다.

일상생활 요인은 다른 측면들에 비해 상대적으로 광범위하다. 특히 일상생활을 지속하는 MCI의 특수성을 감안할 때, 일상 연계적인 활동의 참여와 지원 집단의 지지가 반드시 뒷받침되어야 한다[9,12]. 예를 들어, MCI 환자가 사회적 상호작용이나 지역사회 활동에 지속적으로 참여하고 스스로 문제를 해결하도록 독려해야 한다[10]. 또 가족 구성원들이 다양한 활동에 적극적으로 참여하도록 훈련하며, 환자와 접촉하는 의미 있는 타인(예: 전문가, 간병인)과의 관계를 질적으로 제고하도록 한다[13] 중재 외에 일상적인 비구어 의사소통을 파악하고 보완하는 것도 교육 모델에서 제공되어야 한다. 의사소통 의도나 수준에 따라 보완체제의사소통 등 다른 수단이 필요한지 여부도 결정할 수 있다.

본 연구는 MCI 대상의 통합적 증재로서 의사소통 파트너를 체계적으로 교육하기 위한 모델을 고안하는 데 목적을 두었다. 먼저 선행 연구와 전문가 검토를 통해 이론적 및 임상적 근거를 수립한 후 모델의 지표를 구성하였고, 이에 대한 내용타당도(content validity)를 검증하였다. 주요 연구 문제는 다음과 같다.

첫째, MCI 환자의 의사소통 파트너 교육 모델에 포함된 각 요인과 영역의 대표성 및 적절성을 검증한다.

둘째, MCI 환자의 의사소통 파트너 교육 모델에 포함된 각 범주의 대표성 및 적절성을 검증한다.

셋째, 전문가 견해에 근거하여 모델을 질적으로 분석한다.

12	53	15	Doctor	1	Hospital
13	45	13	Master	1	Hospital
14	43	12	Doctor	1	Hospital
15	42	11	Master	1	W. center
16	48	10	Master	1	University
17	36	7	Master	1	Hospital
18	36	6	Master	1	Hospital
19	46	7	Master	1	Pr. clinic
20	39	9	Master	1	Hospital
21	52	16	Master	1	Hospital
22	45	8	Master	1	Pr. clinic
23	43	9	Doctor	1	Hospital
24	37	6	Master	1	Hospital
25	38	9	Master	1	Hospital
26	34	5	Master	1	Hospital

Pr. clinic: Private clinic, W. center: Welfare center

## 2. 연구방법

### 2.1 연구대상

본 연구에는 총 26명의 전문가들이 참여하였다. 이들의 선정 기준은 다음과 같다. 첫째, 석사학위 이상의 언어병리학 전공자이다. 둘째, 1급 언어재활사 국가자격증 소지자이다. 셋째, 노인 또는 신경학적 질환을 다룬 임상 경력이 최소 3년 이상이다.

위 기준에 부합하여 최종적으로 참여한 대상군의 주요 정보는 Table 1에 제시하였다. 최종 학위는 박사 8명, 석사 18명이었고, 평균 연령은 41.54(±5.59)세, 성비는 남:여=3:23이었다. 평균 임상 경력은 8.81(±2.99)년으로, 주요 근무지는 병원 14, 사설 치료센터 7, 대학교 4, 복지관 1명 순이었다. 근무지 중 병원의 세부 유형을 살펴보면 종합병원(대학병원 포함) 8, 재활 및 요양 병원 4, 개인병원 2명 순이었다.

Table 1. Demographic information of subjects

	Age (yr.)	Career (yr.)	Degree	License grade	Employment
1	34	6	Doctor	1	Pr. clinic
2	41	5	Doctor	1	University
3	47	11	Master	1	Hospital
4	45	9	Master	1	University
5	34	5	Doctor	1	University
6	34	5	Doctor	1	Hospital
7	41	10	Master	1	Pr. clinic
8	35	10	Master	1	Pr. clinic
9	41	7	Master	1	Pr. clinic
10	44	9	Master	1	Pr. clinic
11	47	9	Doctor	1	Hospital

### 2.2 연구 도구 및 절차

#### 2.2.1 선행 연구 검토

MCI의 인지-의사소통 증재 프로토콜의 일환으로서 의사소통 파트너를 교육하기 위한 모델을 개발하기 위해 다양한 선행 연구를 검토하였다. 주요 영역에는 심리적 및 환경적 지원 방법, 치매 등 신경학적 질환 환자의 간병인/보호자 교육, 가정 증재 및 자가 훈련 모니터링 등이 포함되었다.

#### 2.2.2 모델의 구성

선행 연구 및 전문가 견해의 검토 결과를 토대로 의사소통 파트너 교육 모델에 요구되는 세부 지표를 구성하였다(Table 2).

모델은 환자, 의사소통 파트너, 인지-의사소통 증재, 일상생활 등 총 4개 요인으로 분류되었다. 환자 요인은 반응 행동과 정서적 지원 등 2개, 의사소통 파트너 요인에는 환자 이해, 감정 조절, QoL, 정보 획득 등 4개 영역이 포함되었다. 인지-의사소통 증재 요인은 하위 영역 및 과제, 시행, 지원 방식, 효과 평가의 4개로 구성되었다. 일상생활 요인의 5개 영역은 활동 참여, 문제해결, 비구어 의사소통, 가족 참여, 관계의 질로 분류되었다.

각 영역에 해당되는 범주도 다양하게 제시하였다. 4개 요인의 각 영역별 범주는 다음과 같다.

#### (1) 환자 요인

- 반응 행동: 의사소통 의도, 행동 문제, 신경정신과적 증상
- 정서적 지원: 위안, 자기효능감, 자율성, 안정성

Table 2. Structure of education model for communication partners of individuals with MCI

Factor	Domain	Category
Patient	Response behavior	Communicative intention, behavior problem, neuropsychiatric symptom
	Emotional support	Comfort, self-efficacy, autonomy, stability
Communication partner	Understanding patient	Judgment of cognitive-communication defects, insight, sympathy, strength and weakness, need and interest
	Emotion control	Depression, stress, pain, fatigue, anger, fear, denial, guilty, sense of duty, burden, over-involvement
	Quality of life (QoL)	Social isolation, privacy, family dissolution, leisure life, maintenance of identity and personality
	Information acquisition	Healthcare service, disease, community service, financial and legal support, cognitive-communication evaluation and intervention
Cognitive-communication intervention	Subdomains and Tasks	Attention, memory, higher order cognition, expression, comprehension, pragmatic language
	Administration	Trial, progression of procedure, use of new technology, telecare
	Support method	Auditory and visual cues, stimulation, encouragement, motivation
	Evaluation of effect	Objective and subjective evaluation tools, interview
Daily life	Participation in activities	Meaningful activities, social interchange, functional independence, community activities
	Problem solving	Predicting ability, confirming difficulty, self-care, planning activities, managing risks, decision making, environmental modification
	Nonverbal communication	Augmentative and alternative communication, gesture, facial expression, eye contact
	Family participation	Using strength, analyzing family tasks, supplementing defects
	Quality of relation	Patient-communication partner, patient-family members, patient-professional

(2) 의사소통 파트너 요인

- 환자 이해: 인지-의사소통 결함의 판단, 통찰, 공감, 강점 및 약점, 요구 및 관심사
- 감정 조절: 우울, 스트레스, 고통, 피로, 분노, 두려움, 부인, 죄책감, 의무감, 부담감, 과잉 간섭
- QoL: 사회적 고립, 사생활, 가족 해체, 여가 생활, 정체성 및 인격 유지
- 정보 획득: 건강관리 서비스, 질환, 지역사회 서비스, 재정적 및 법률적 지원, 인지-의사소통 평가 및 증재

(3) 인지-의사소통 증재 요인

- 하위 영역 및 과제: 주의력, 기억력, 고차원적 인지, 표현, 이해, 화용언어
- 시행: 시도, 절차 진행, 새 기술의 사용, 원격치료
- 지원 방식: 청각 및 시각 단서, 자극, 독려, 동기 부여
- 효과 평가: 객관적 및 주관적 평가도구, 면담

(4) 일상생활 요인

- 활동 참여: 의미 있는 활동, 사회적 상호작용, 기능적 독립성, 지역사회 활동
- 문제해결: 능력 예측, 어려움 확인, 자기관리, 활동 계획, 위험 관리, 의사결정, 환경 수정
- 비구어 의사소통: 보완대체의사소통, 제스처, 얼굴 표정, 눈맞춤
- 가족 참여: 강점 활용, 가족 과제 분석, 결함 보완
- 관계의 질: 환자-의사소통 파트너, 환자-가족 구성원, 환자-전문가

2.2.3 설문지 제작

교육 모델을 구성하는 환자, 의사소통 파트너, 인지-의사소통 증재, 일상생활 등 총 4개 요인에 대한 대표성과 적절성을 묻는 설문지를 제작하였다(Appendix 1). 주요 질문 유형으로는, (1) 각 요인과 영역이 MCI 환자

의 의사소통 파트너를 교육하는 데 필요한지, (2) 각 범주의 내용이 해당 요인과 영역을 잘 반영하는지, (3) '매우 부적절함' 또는 '부적절함'으로 평가한 경우 그 이유와 기타 의견은 무엇인지 등 총 3개였다. 점수화 방법은 5점 리커드(Likert) 척도(5=매우 적절함, 4=적절함, 3=보통임, 2=부적절함, 1=매우 부적절함)를 사용하였다[14].

## 2.2.4 내용타당도 검증

### 2.2.4.1 검증 절차

본 연구에서는 평정자들이 연구자의 정보를 알고 있음으로 인해 나타날 수 있는 결과의 왜곡을 방지하기 위해 설문지를 익명으로 작성하도록 하였다. 또 별도의 주관적 서술을 통해 요인, 영역, 범주의 적절성 및 부적절성의 이유, 기타 권고 사항을 추가로 기술하도록 하였다. 이는 내용타당도의 검증이 모델의 기초가 되는 근거를 '확인'하는 단계적 절차로서 결과의 왜곡을 최소화한다는 데 의의를 갖는다[15].

내용타당도 검증용 설문지는 총 29명의 대상군에게 이메일 또는 직접 배포되었으며, 이 중 26명으로부터 회신을 받아 최종적인 결과 분석에 활용되었다. 회수한 결과지를 토대로 평정 점수를 산정하고 서술된 견해를 취합하였다.

### 2.2.4.2 통계 분석

내용타당도를 도출하기 위해 내용타당도 지수(content validity index: CVI)를 산출하였다. 척도의 점수별로 1점은 '0', 2점은 '.25', 3점은 '.50', 4점은 '.75', 5점은 '1.00'을 할당한 후 대상군이 평가한 수치들의 평균을 산정하였다[14]. 일반적으로 CVI의 절단점(cut-off score)을 .75로 규정하고, 절단점 이하의 범위에 해당하는 문항은 타당도가 떨어지는 것으로 간주한다[16]. 연구 목적에 따라 CVI가 .80 이상인 경우 '주요 특성(major characteristic)'을 갖는 것으로 간주하거나[14], 절단점을 .60, .70, .75 등으로 규정하기도 한다[16,17].

## 3. 연구결과

### 3.1 내용타당도 검증: 요인 및 영역

본 모델의 4개 요인과 15개 영역이 의사소통 파트너를 교육하는 데 필요한지에 대한 내용타당도를 검증한 결과, '의사소통 파트너' 요인의 '환자 이해' 영역의 CVI가 .75 이하(CVI=.71)에 해당하였다(Table 3). 나머지

14개 항목의 CVI는 모두 .75보다 높았다. '환자' 요인의 '반응 행동' 및 '정서적 지원', '의사소통 파트너' 요인의 '감정 조절' 및 'QoL' 영역 등 10개 항목의 CVI는 모두 .80 이상으로 매우 높은 수준이었고, '의사소통 파트너' 요인의 '정보 획득', '일상생활' 요인의 '활동 참여' 영역 등 4개 항목은 상대적으로 낮았다. '인지-의사소통 중재' 요인의 모든 항목은 .80 이상으로 매우 높은 수준이었다.

각 항목의 CVI 순위는 15개 평가 영역의 이질적인 특성을 반영하여 영역별로 분리한 후 산정하였다. '환자' 요인의 '정서적 지원', '의사소통 파트너'의 'QoL', '인지-의사소통 중재'의 '효과 평가', '일상생활'의 '관계의 질' 영역이 각 요인 내에서 가장 타당도가 높은 것으로 분석되었다.

Table 3. CVI and ranking: factor and domain

Factor	Domain	CVI	Rank
Patient	Response behavior	.81*	2
	Emotional support	.83*	1
Communication partner	Understanding patient	.71	4
	Emotion control	.86*	2
	Quality of life (QoL)	.87*	1
	Information acquisition	.79*	3
Cognitive-communication intervention	Subdomains and Tasks	.82*	2
	Administration	.81*	3
	Support method	.80*	4
	Evaluation of effect	.86*	1
Daily life	Participation in activities	.77*	4
	Problem solving	.84*	2
	Nonverbal communication	.77*	4
	Family participation	.79*	3
	Quality of relation	.88*	1

\*CVI > .75  
CVI: Content validity index

### 3.2 내용타당도 검증: 범주

15개 영역에 해당하는 범주들의 내용이 해당 요인과 영역을 잘 반영하는지에 대한 내용타당도의 검증 결과, CVI가 .75 이하인 범주는 없는 것으로 나타났다(Table 4). '의사소통 파트너' 요인의 '정보 획득', '일상생활' 요인의 '비구어 의사소통' 및 '가족 참여'에 속하는 범주들은 상대적으로 CVI가 낮은 반면, 나머지 12개 영역의 범주들은 모두 .80 이상으로 매우 높은 수준이었다.

15개 범주의 CVI 순위는 이질적인 특성을 반영하여 영역별로 분리한 후 산정하였다. '환자' 요인의 '위안'

등, '의사소통 파트너'의 '사회적 고립' 등, '인지-의사소통 중재'의 '객관적 및 주관적 평가도구' 등, '일상생활'의 '환자-의사소통 파트너' 등이 각 요인 내의 범주들 중 가장 높은 타당도를 보였다.

Table 4. CVI and ranking: category

Factor	Category	CVI	Rank
Patient	Communicative intention, etc.	.81*	2
	Comfort, etc.	.82*	1
Communication partner	Judgment of cognitive -communication defects, etc.	.81*	3
	Depression, etc.	.86*	2
	Social isolation, etc.	.87*	1
	Healthcare service, etc.	.79*	4
Cognitive-communication intervention	Attention, etc.	.82*	2
	Trial, etc.	.81*	3
	Auditory and visual cues, etc.	.80*	4
Daily life	Objective and subjective evaluation tools, etc.	.86*	1
	Meaningful activities, etc.	.86*	3
	Predicting ability, etc.	.87*	2
	Augmentative and alternative communication, etc.	.79*	4
	Using strength, etc.	.79*	4
	Patient-communication partner, etc.	.88*	1

\*CVI > .75  
CVI: Content validity index

### 3.3 질적 분석: 전문가 견해

대상군에 속한 전문가들의 추가적인 견해를 분석한 사례는 다음과 같다. 첫째, CVI가 .75 이하인 '의사소통 파트너' 요인의 '환자 이해' 영역, 둘째, CVI가 .75를 초과하나 다른 항목에 비해 상대적으로 낮게 평가된 항목들 (예: '의사소통 파트너' 요인의 '정보 획득' 영역, '일상생활' 요인의 '비구어 의사소통'에 속하는 범주), 셋째, 본 교육 모형에 대해 전문가적 견해가 추가된 경우 등이다.

요인 및 영역 측면에서 '의사소통 파트너' 요인의 '환자 이해' 영역은 CVI에 근거하여 삭제하거나 환자 분석, 환자에 대한 일상적 평가 등으로 대체하도록 권고되었다. '일상생활' 요인의 '활동 참여'와 '비구어 의사소통'은 내용상 개인 차이가 있을 수 있고 다양한 해석이 가능하다는 점을 고려하라는 견해가 있었다. '의사소통 파트너' 요인의 '정보 획득', '일상생활' 요인의 '가족 참여'는 상황에 따라 변이적일 수 있으므로 주의가 필요하다는 견해가 추가되었다.

범주 측면에서 '가족 참여' 영역의 범주인 '강점 활용, 가족 과제 분석, 결함 보완'은 '환자 이해'의 내용과 부분적으로 중첩될 수 있어 재분류하도록 권고되었다. '정보 획득' 영역의 '건강관리 서비스 등', '비구어 의사소통'의 '제스처 등'의 범주는 보다 다양화된 내용을 추가하라는 견해가 있었다.

이밖에, 의사소통 파트너에 대한 구체화된 훈련, 통합적 중재의 다른 요인들, 정보통신기술(Information and Communication Technologies: ICT)의 활용 등을 권고하는 견해들이 있었다. 전문가 견해의 내용은 Table 5에 요약하였다.

이밖에, 의사소통 파트너에 대한 구체화된 훈련, 통합적 중재의 다른 요인들, 정보통신기술(Information and Communication Technologies: ICT)의 활용 등을 권고하는 견해들이 있었다. 전문가 견해의 내용은 Table 5에 요약하였다.

Table 5. Professional view

Item	View
Understanding patient	Substitution or deletion
- Participation in activities	Individual differences
- Nonverbal communication	
- Information acquisition	Variable
- Family participation	
Using strength, etc.	Reclassification
- Healthcare service, etc.	Addition
- Gesture, eye contact, etc.	
Others	- Systematic training for communication partner - Use of ICT

ICT: Information and communication technologies

## 4. 논의 및 결론

본 연구에서는 통합적 중재 접근의 일환으로서 MCI 환자의 의사소통 파트너를 위한 교육 모델을 고안하고 그 대표성과 적절성을 검토하였다.

### 4.1 내용타당도 검증

본 모델의 4개 요인 및 15개 영역이 의사소통 파트너를 교육하는 데 필요한지를 검증한 결과, '의사소통 파트너' 요인의 '환자 이해' 영역을 제외한 모든 항목의 CVI가 .75보다 높았다. 이는 모델을 구성하는 대부분의 요인과 하위 영역이 의사소통 파트너를 교육하는 데 적절함을 시사한다. 특히 '환자' 요인의 '반응 행동' 및 '정서적 지원', '의사소통 파트너'의 '강점 조절' 및 'QoL', '인지

-의사소통 중재'의 전 영역, '일상생활'의 '문제해결'과 '관계의 질' 영역은 상대적으로 타당도가 높았다. '환자' 요인의 '정서적 지원'과 '의사소통 파트너'의 '감정 조절' 영역에서 입증된 높은 타당도는 신경학적 질환을 겪는 환자와 의사소통 파트너에 대한 심리적 지원이 교육 모델의 매우 중요한 요소임을 반영한다. 이는 MCI 환자를 다루는 의사소통 파트너의 스트레스 요인에 대한 Pearlin 등[18]의 통합적 모델에 근거한다. 여기에는 문제 행동, 부담, 우울 등이 주요 지표로 포함된다. '의사소통 파트너' 요인의 'QoL' 영역에서 CVI가 높게 나타난 것도 이 같은 심리적 지원이 전반적인 QoL로 연계됨을 입증한 결과이다.

본 연구에서 '인지-의사소통 중재'의 모든 하위 영역이 높은 타당도를 보인 것도 임상적 함의가 크다. 이는 통합적 접근으로서의 교육 모델이라는 취지에 부합할 뿐 아니라 의사소통 파트너가 MCI의 인지-의사소통 중재에 미치는 영향력을 반증하는 결과이기 때문이다[9,19]. 통합적 접근에서 의사소통 파트너는 하위 영역 및 과제 등 중재의 내용을 이해하는 데 그치지 않고 특정 활동에 직접 참여하거나 단서 등을 제공함으로써 환자의 수행을 적극적으로 촉진한다[11]. 특히 최근 들어 중재 방식이 다양화되면서 의사소통 파트너의 역할이 보다 증대되는 추세이다. 예를 들어, 가정 기반 중재 시 의사소통 파트너는 (1) 천천히 말하기, (2) 정면에서 눈맞춤을 시도하고 유지하기, (3) 반응 시간 충분히 제공하기, (4) 일상 대화에서 자주 활용하던 어구로 단서 주기, (5) 즉각 정반응하지 못하면 에둘러 말하도록 독려하기, (6) 한 번에 하나의 단서만 제공하기 등을 수행한다[2,20]. 이 같은 역할을 통해 MCI 환자의 인지-의사소통 수행을 독려하고 효과성을 높일 수 있다. 원격치료인 경우 프로그램 구동, 수행 모니터링, 환경 수정 등에 적극적으로 개입해야 한다[10].

본 모델의 15개 영역에 해당하는 범주들이 해당 영역과 영역을 잘 반영하는지를 분석한 결과에서는 모두 적절한 수준의 타당도를 보였다. 특히 12개 영역의 범주들이 매우 높은 수준의 내용타당도를 보인 점을 감안할 때, 범주의 예시와 유형이 적절히 구성되었음을 알 수 있었다.

MCI는 12-60개월에 걸쳐 13-48%까지 알츠하이머 병(Alzheimer's disease: AD)으로 진전된다는 보고가 많다[21,22]. 이러한 과정에서 나타나는 MCI의 인지적 및 기능적 변화는 가족을 포함한 주요 의사소통 파트너에게 큰 어려움을 초래한다. 그럼에도 불구하고 AD에 비해 MCI 환자의 의사소통 파트너가 갖는 신체적, 정서적,

재정적 부담은 체계적으로 논의된 바가 적고, 지원 방안 역시 미미한 실정이다[23,24]. 실제로 MCI 환자의 의사소통 파트너는 일상생활에서 시증드는 일이 잦고 이동, 업무, 의약적 조치 등을 보조하고 관리한다[25]. 또 환자의 신경행동적 증상이나 신경정신과적 상태와 같은 행동 문제에 대처할 필요가 있다[22]. 이러한 부담으로 인해 사적인 생활양식이 위축되고 신체적 및 심리적 부담이 가중된다. 본 연구에서 내용타당도가 높게 나타난 범주들, 즉 (1) '환자(반응 행동)' 요인의 의사소통 의도, 행동 문제, 신경정신과적 증상, (2) '의사소통 파트너(환자 이해)' 요인의 인지-의사소통 결합의 판단, 통찰, 공감, 강점 및 약점, 요구 및 관심사, (3) '일상생활(문제해결)' 요인의 능력 예측, 어려움 확인, 자가관리, 활동 계획, 위험 관리, 의사결정, 환경 수정 등의 범주는 MCI의 의사소통 파트너가 겪는 어려움과 부담을 파악하고 지원책을 마련하기 위한 지표로 활용될 수 있다.

MCI 환자의 신경정신과적, 행동적, 정서적 증상과 의사소통 파트너의 부담 간의 상관성을 살펴본 Bruce 등[26]의 연구는 본 검증의 결과를 강력히 뒷받침한다. 즉 환자의 행동 요인은 보호자의 약 30%에게 부담감을 가중시킨다. 이때 부담의 정도는 행동 문제, 우울, 기억 결함, 질환 과정의 장기화 등과 크게 연관된다. 이러한 양상은 치매 환자의 보호자와 유사하고 그 정도는 다소 낮은 편으로 보고된 바 있다[26]. 치매보다는 낮으나 정상 노인에게 비해 MCI 환자군에 보편적인 신경행동적 증상이 지속적으로 확인되는데[24,27,28], 이는 MCI의 중증도를 예측할 뿐 아니라 가족 등 주요 의사소통 파트너에 대한 영향과 지원책을 고안하기 위한 근거가 된다[27].

본 연구를 통해 유용하고 적절한 지표로써 확인된 '환자' 및 '의사소통 파트너' 요인의 범주들뿐 아니라 '인지-의사소통 중재' 요인의 다양한 범주들도 교육 모델의 효과에 기여한다. 예를 들어, (1) 기억력, 고차원적 인지, 화용언어 등의 하위 영역과 과제, (2) 시도, 절차 진행, 새로운 기술의 사용 등 시행 측면, (3) 단서, 자극, 동기 부여 등의 지원 방식, (4) 객관적 및 주관적 평가도구, 면담 등의 효과 평가는 환자 및 의사소통 파트너 요인을 기반으로 MCI의 인지-의사소통 결합에 적극적으로 대처하기 위한 핵심적 교육 요소로 작용한다. 실제로 의사소통 파트너가 적극적으로 참여하는 가정 기반 중재나 자가 훈련은 인지-의사소통의 결합을 보완하는 데 효과적이라는 분석이 많다[29,30]. 특히 본 모델의 범주에 포함된 단서 제공, 독려 및 동기 부여(예: 에둘러 표현하기 독려) 등은 신경학적 환자의 작업기억과 고차원적 인지 능력을

향상시키도록 돕는다[30].

또 의사소통 파트너가 중재 절차나 과제의 시행에 직접적으로 관여하면 전반적인 의사소통 기능에 긍정적으로 작용한다. 예컨대, 일상생활과 연계된 중재, 주요 의사소통 파트너의 참여가 동반된 기능적 중재, 다영역적 인지-의사소통 능력의 향상에 기반한 중재 등은 신경학적 질환의 전조 단계에서 상징 해석, 문맥 파악, 담화, 맥락적 정보의 전달 등 화용언어 능력을 향상시킨다[31]. 이 같은 효과는 궁극적으로 의사소통의 질과 만족도에 영향을 미치는데, 이의 근거는 다음과 같다. 첫째, 일상생활에서 대화나 상호작용의 촉진, 둘째, 개인적 관심사나 선호하는 활동의 반영, 셋째, 중재를 통한 인지-의사소통 능력의 변화가 일상생활에서 직접적으로 느껴지는 점, 넷째, 중재의 결과로서 의사소통에 대한 전략과 자신감의 확보 등이다. 따라서 본 교육 모델에 포함된 '인지-의사소통 중재'의 하위 범주들은 이 같은 효과를 극대화하는 데 매우 유용할 수 있다.

#### 4.2 질적 분석

본 연구의 질적 분석에는 타당도가 낮게 평가된 요인/영역/범주, 그리고 모델에 대한 전반적인 전문가 견해가 포함되었다. 먼저 타당도가 낮게 평가된 '의사소통 파트너' 요인의 '환자 이해' 영역은, MCI 환자의 문제 행동을 파악하고 의사소통 파트너가 중재에 적극적으로 참여하기 위한 토대가 된다는 점에서 항목을 재조정하거나 보완하는 것이 바람직하다고 판단된다. 이를 위한 첫 번째 방안으로는, 환자에 대한 분석을 세분화하여 인지-의사소통적, 행동적, 심리적 측면으로 살펴볼 필요가 있다. 예컨대, MCI와 치매 대상의 전반적 돌봄의 일환으로서 언어재활사가 제공하는 '상담+활동' 프로그램[32]은, 환자를 파악하기 위한 교육으로 위험 요인, 노화 관련 인지-의사소통, 건강한 생활, 진단 결과, 환경 등을 분석하고 이해할 수 있는 광범위하고 체계적인 지표를 제시한다.

두 번째로는, '일상생활' 요인의 '활동 참여, 문제해결, 비구어 의사소통, 가족 참여, 관계의 질' 영역과 부분적으로 통합하는 방안이 있다. 즉 업무 및 일상 활동은 '활동 참여', 의사소통 행동의 탐색은 '비구어 의사소통', 행동 탐색이나 습관은 '문제해결', 가족 방문은 '관계의 질' 등으로 통합할 수 있다[33]. 이는 전문가 견해 중 '가족 참여' 영역의 일부(예: 가족 과제 분석, 결합 보완)가 '환자 이해'와 중첩되므로 재분류하도록 권장한 것과도 동일한 맥락이다.

기타 전문가 견해를 분석한 결과, (1) 개인 차이나 변

이성을 고려할 필요성, (2) 다양한 범주의 반영, (3) 추가적인 지표의 적용 등이 제기되었다. 개인 차이는 '일상생활' 요인의 '활동 참여'나 '비구어 의사소통' 등에 해당한다. '활동 참여' 측면에서는 환자 및 의사소통 파트너의 연령, 교육 수준, 직업 등 인구통계학적 변인과 환경적 맥락에 따라 지표를 다르게 고안하는 방안이 가능하다[34]. '비구어 의사소통' 측면은 고려해야 할 개별 요소가 보다 광범위할 수 있다. 예를 들어, 환자와의 의사소통 시 가치, 개인성, 관점, 사회적 환경과 같은 인간 중심 돌봄이 권고되기도 한다[35]. 또 정보에 대한 전달/주의/이해, 그리고 경험에 대한 기억 등이 제시된 바 있다[36].

범주를 다양화할 필요성은 '정보 획득' 영역의 '건강관리 서비스, 질환, 지역사회 서비스, 재정적 및 법률적 지원, 인지-의사소통 평가 및 중재' 등이었다. 이는 크게 (1) MCI의 의학적 및 신경학적 속성, 치매로의 전진 과정 등 질환 측면, (2) 지원 가능한 서비스 측면, (3) 인지-의사소통 결함의 파악과 중재 측면으로 분류된다. 여기에 ICT의 활용, 원격치료, 전문가 모니터, 지역사회 교류 및 활동 참여와 같은 방법론적 측면이 추가될 수 있다[10,37].

요컨대, 본 연구는 MCI를 대상으로 한 통합적 중재의 일환으로서 의사소통 파트너를 교육하는 모델의 기초를 다지고자 하였다. 이를 위해 모델을 구성하는 요인 및 영역, 범주의 대표성과 적절성을 내용타당도로서 검증하고, 전문가 견해를 통해 질적 분석을 시도하였다. 본 결과의 임상적 함의는 다음과 같다. 첫째, MCI에 대한 통합적 접근의 필요성을 인식시키는 데 일조할 것이다. 둘째, 의사소통 파트너의 역할과 참여를 체계화하는 근거로 삼을 수 있다. 셋째, 교육 모델을 구현하기 위한 기초 자료로 활용 가능하다. 넷째, 내용타당도를 토대로 교육 모델의 지표를 보다 세분화할 수 있는 지점으로 작용할 수 있다.

향후 연구에서는 본 결과를 토대로 수정 및 보완된 모델을 고안할 수 있을 것이다. 또 의사소통 파트너 교육 모델이 MCI에 대한 통합적 중재로서 기능하기 위한 구체화된 방안이 추가적으로 요구된다. 분석 방법상으로는, 전문가에게 문항이 얼마나 관련 있는지를 파악하기 위해 내용타당도비(content validity ratio: CVR)를 추가할 필요가 있다. 이를 통해 문항의 내용이 타당하다고 판단한 최소 전문가 수의 비율과 그 비율에 대한 표준오차(standard error)를 제시함으로써 본 결과의 CVI를 보완하는 것이 바람직하다. 마지막으로 MCI 환자와 의사소통 파트너의 QoL을 증진하기 위한 중재 방안으로서 그 가치를 검증할 필요가 있다.



## References

- [1] E. B. Ryan, K. Byrne, H. Spykerman, J. B. Orange, Evidencing Kitwood's personhood strategies: Conversation as care in dementia, In: B. H. Davis (Ed.), *Alzheimer talk, text and context: Enhancing communication*, Palgrave Macmillan, 2005.
- [2] E. Hickey, M. S. Bourgeois, *Dementia Person-Centered Assessment and Intervention* (2nd Ed., M. S. Lee & S. J. Kim, Trans.), Routledge, 2018.
- [3] L. D. Burgio, J. E. Gaugler, M. M. Hilgeman, *The spectrum of family caregiving for adults and elders with chronic illness*, Oxford University Press, 2016.
- [4] E. Teng, K. Tassniyom, P. H. Lu, "Reduced quality-of-life ratings in mild cognitive impairment: Analyses of subject and informant responses", *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.20, No.12, pp.1016-1025, Dec. 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31826ce640>
- [5] K. P. Roland, N. L. Chappell, "Meaningful activity for persons with dementia: Family caregiver perspectives", *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Vol.30, No.6, pp.559-568, Mar. 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317515576389>
- [6] L. Gitlin, N. Hodgson, Caregivers as therapeutic agents in dementia care: The evidence-base for interventions supporting their role, In J. E. Gaugler, & R. L. Kane (Eds.), *Family caregiving in the new normal* (pp. 305-356), Academic Press, 2015.
- [7] D. S. Yu, P. W. Li, F. Zhang, S. Cheng, T. K. Ng, K. S. Judge, "The effects of a dyadic strength-based empowerment program on the health outcomes of people with mild cognitive impairment and their family caregivers: A randomized controlled trial", *Clinical Interventions in Aging*, Vol.14, pp.1705-1717, Oct. 2019.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/CIA.S213006>
- [8] J. L. Roberts, L. Clare, "Meta-representational awareness in mild cognitive impairment: An interpretative phenomenological analysis", *Aging and Mental Health*, Vol.17, No.3, pp.300-309, Feb. 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2012.732033>
- [9] R. Blieszner, K. A. Roberto, "Care Partner Responses to the Onset of Mild Cognitive Impairment", *The Gerontologist*, Vol.50, No.1, pp.11-22, Feb. 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnp068>
- [10] S. Mehrabian, J. Extra, Y. Wu, M. Pino, L. Traykov, A. Rigaud, "The perceptions of cognitively impaired patients and their caregivers of a home telecare system", *Medical Devices: Evidence and Research*, Vol.8, pp.21-29, Dec. 2015.  
DOI: <https://doi.org/10.2147/MDER.S70520>
- [11] M. S. Lee, "Efficacy of Working Memory-based Communication Intervention for Mild Cognitive Impairment", *Journal of Special Education and Rehabilitation Science*, Vol.61, No.3, pp.271-299, Sep. 2022.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.23944/jsers.2022.09.61.3.13>
- [12] M. G. Austrom, Y. Lu, "Long term caregiving: Helping families of persons with mild cognitive impairment Cope", *Current Alzheimer Research*, Vol.6, No.4, pp.392-398, Aug. 2009.  
DOI: <https://doi.org/10.2174/156720509788929291>
- [13] D. McCade, G. Savage, A. Guastella, I. B. Hickie, S. J. G. Lewis, S. L. Naismith, "Emotion recognition in mild cognitive impairment: Relationship to psychosocial disability and caregiver burden", *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Vol.26, No.3, pp.165-173, Jun. 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/0891988713491832>
- [14] R. J. Fehring, "Methods to validate nursing diagnoses", *Heart and Lung*, Vol.16, No.6, pp.625-629, Nov. 1987.
- [15] T. J. Seong, "Validity and reliability" (2nd ed.), Hakjisa, 2002.
- [16] V. Chung, E. Wong, S. Griffiths, "Content validity of the integrative medicine attitude questionnaire: Perspectives of a Hong Kong Chinese expert panel", *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, Vol.13, No.5, pp.564-569, Jun. 2007.  
DOI: <https://doi.org/10.1089/acm.2007.6222>
- [17] E. H. Kim, J. H. Park, "Reliability and validity tests of patient classification system based on nursing intensity", *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, Vol.13, No.1, pp.5-16, Mar. 2007.
- [18] L. I. Pearlin, J. T. Mullan, S. J. Semple, M. M. Skaff, "Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures", *The Gerontologist*, Vol.30, No.5, pp.583-594, Oct. 1990.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>
- [19] N. S. Domingues, P. Verreault, C. Hudon, "Reducing burden for caregivers of older adults with mild cognitive impairment: A systematic review", *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, Vol.20, No.10, pp.1-14, Jul. 2018.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1533317518788151>
- [20] Y. Y. F. Lu, J. E. Haase, "Content Validity and acceptability of the daily enhancement of meaningful activity program intervention for mild cognitive impairment patient-spouse dyads", *Journal of Neuroscience Nursing*, Vol.43, No.6, pp.317-328, Dec. 2011.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/JNN.0b013e318234e9dd>
- [21] M. Prencipe, M. Santini, A. R. Casini, F. R. Pezzella, N. Scalfaferr, F. Culasso, "Prevalence of non-dementing cognitive disturbances and their association with vascular risk factors in an elderly population", *Journal of Neurology*, Vol.250, pp.907-912, Aug. 2003.  
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00415-003-1094-0>
- [22] K. A. Ryan, A. Weldon, N. M. Huby, C. Persad, A. K. Bhaumik, J. L. Heidebrink, "Caregiver support service

- needs for patients with mild cognitive impairment and Alzheimer's disease", *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, Vol.24, No.2, pp.171-176, Apr. 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e3181aba90d>
- [23] E. Gruffydd, J. Randle, "Alzheimer's disease and the psychosocial burden for caregivers", *Community practitioner*, Vol.79, No.1, pp.15-18, Jan. 2006.
- [24] J. Georges, S. Jansen, J. Jackson, A. Meyrieux, A. Sadowska, M. Selmes, "Alzheimer's disease in real life-the dementia carer's survey", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.23, No.5, pp.546-551, Apr. 2008.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1984>
- [25] L. Garand, M. A. Dew, L. R. Eazor, S. T. DeKosky, C. F. Reynolds III, "Caregiving burden and psychiatric morbidity in spouses of persons with mild cognitive impairment", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.20, No.6, pp.512-522, May 2005.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1318>
- [26] J. M. Bruce, M. McQuiggan, V. Williams, H. Westervelt, G. Tremont, "Burden among spousal and child caregivers of patients with mild cognitive impairment", *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, Vol.25, No.4, pp.385-390 Apr. 2008.  
DOI: <https://doi.org/10.1159/000122587>
- [27] H. Feldman, P. Scheltens, E. Scarpini, N. Hermann, P. Mesenbrink, L. Mancione, "Behavioral symptoms in mild cognitive impairment", *Neurology*, Vol.62, No.7, pp.1199-1201, Apr. 2004.  
DOI: <https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000118301.92105.EE>
- [28] W. Muangpaisan, S. Intalapaporn, P. Assantachai, "Neuropsychiatric symptoms in the community-based patients with mild cognitive impairment and the influence of demographic factors", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol.23, No.7, pp.699-703, Jul. 2008.  
DOI: <https://doi.org/10.1002/gps.1963>
- [29] M. van der Meulen, R. H. Logie, S. Della Sala, "Selective interference with image retention and generation: Evidence for the workspace model", *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, Vol.62, No.8, pp.1568-1580, Aug. 2009.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/17470210802483800>
- [30] N. Cowan, J. N. Rouders, C. L. Blume, J. S. Saults, "Models of verbal working memory capacity: What does it take to make them work?", *Psychological Review*, Vol.119, No.3, pp.480-499, Jul. 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027791>
- [31] E. Borella, B. Carretti, F. Riboldi, R. De Beni, "Working memory training in older adults: Evidence of transfer and maintenance effects", *Psychology and Aging*, Vol.25, No.4, pp.767-778, Dec. 2010.  
DOI: <https://doi.org/10.1037/a0020683>
- [32] A. M. Lanzi, J. M. Ellison, M. L. Cohen, "The 'Counseling+' Roles of the Speech-Language Pathologist Serving Older Adults With Mild Cognitive Impairment and Dementia From Alzheimer's Disease", *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, Vol.6, No.5, pp.987-1002, Oct. 2021.  
DOI: [https://doi.org/10.1044/2021\\_PERSP-20-00295](https://doi.org/10.1044/2021_PERSP-20-00295)
- [33] K. Williams, A. Arthur, M. Niedens, L. Moushey, L. Hutfles, J. Robison, "In-home monitoring support for dementia caregivers: A feasibility study", *Clinical Nursing Research*, Vol.22, No.2, pp.139-150, May 2013.  
DOI: <https://doi.org/10.1177/1054773812460545>
- [34] J. Robison, L. Curry, C. Gruman, M. Porter, C. R. Henderson, Jr., K. Pillemer, "Partners in caregiving in a special care environment: Cooperative communication between staff and families on dementia units", *The Gerontologist*, Vol.47, No.4, pp. 504-515, Aug. 2007.  
DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/47.4.504>
- [35] S. A. Passalacqua, J. Harwood, "VIPS communication skills training for paraprofessional dementia caregivers: An intervention to increase person- centered dementia care clinical gerontologist", *Clinical Gerontologist*, Vol.35, No.5, pp.425-445. Sep. 2012.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/07317115.2012.702655>
- [36] J. Haberstroh, K. Neumeier, K. Krause, J. Franzmann, J. Pantel, "TANDEM: Communication training for informal caregivers of people with dementia", *Aging and Mental Health*, Vol.15, No.3, pp.405-413, Apr. 2011.  
DOI: <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.536135>
- [37] J. Guzman-Parra, P. Barnestein-Fonseca, G. Guerrero-Pertiñez, P. Anderberg, L. Jimenez-Fernandez, E. Valero-Moreno, "Attitudes and use of information and communication technologies in older adults with mild cognitive impairment or early stages of dementia and their caregivers: Cross-sectional study", *Journal of Medical Internet Research*, Vol.22, No.6, pp.e17253, Jun. 2020.  
DOI: <https://doi.org/10.2196/17253>

이 미 숙(Mi-Sook Lee)

[정회원]



- 1997년 8월 : 고려대학교 불어불문학과 (학사)
- 2005년 8월 : 연세대학교 대학원 언어병리학협동과정 (석사)
- 2013년 8월 : 연세대학교 대학원 언어병리학협동과정 (박사)
- 2018년 3월 ~ 현재 : 한림국제대학원대학교 청각언어치료학과 교수

<관심분야>

신경언어장애, 인지-의사소통장애, 노화와 인지-의사소통

## Appendix 1. Questionnaire for content validity

- (1) Scoring A: "I think four factors and domains are necessary to educate the communication partners of individuals with mild cognitive impairment."
- (2) Scoring B: "I think each category reflects well on its factor and domains."
- (3) Remark: grounds for scoring 1 or 2 point, and other comments.

<Scoring> 1: very inappropriate, 2: inappropriate, 3: average, 4: appropriate, 5: very appropriate

Factor	Domain	Scoring A	Category	Scoring B
Patient	Response behavior	1-2-3-4-5	Communicative intention, behavior problem, neuropsychiatric symptom	1-2-3-4-5
	Emotional support	1-2-3-4-5	Comfort, self-efficacy, autonomy, stability	1-2-3-4-5
Communication partner	Understanding patient	1-2-3-4-5	Judgment of cognitive-communication defects, insight, sympathy, strength and weakness, need and interest	1-2-3-4-5
	Emotion control	1-2-3-4-5	Depression, stress, pain, fatigue, anger, fear, denial, guilty, sense of duty, burden, over-involvement	1-2-3-4-5
	Quality of life (QoL)	1-2-3-4-5	Social isolation, privacy, family dissolution, leisure life, maintenance of identity and personality	1-2-3-4-5
	Information acquisition	1-2-3-4-5	Healthcare service, disease, community service, financial and legal support, cognitive-communication evaluation and intervention	1-2-3-4-5
Cognitive-communication intervention	Subdomains and Tasks	1-2-3-4-5	Attention, memory, higher order cognition, expression, comprehension, pragmatic language	1-2-3-4-5
	Administration	1-2-3-4-5	Trial, progression of procedure, use of new technology, telecare	1-2-3-4-5
	Support method	1-2-3-4-5	Auditory and visual cues, stimulation, encouragement, motivation	1-2-3-4-5
	Evaluation of effect	1-2-3-4-5	Objective and subjective evaluation tools, interview	1-2-3-4-5
Daily life	Participation in activities	1-2-3-4-5	Meaningful activities, social interchange, functional independence, community activities	1-2-3-4-5
	Problem solving	1-2-3-4-5	Predicting ability, confirming difficulty, self-care, planning activities, managing risks, decision making, environmental modification	1-2-3-4-5
	Nonverbal communication	1-2-3-4-5	Augmentative and alternative communication, gesture, facial expression, eye contact	1-2-3-4-5
	Family participation	1-2-3-4-5	Using strength, analyzing family tasks, supplementing defects	1-2-3-4-5
	Quality of relation	1-2-3-4-5	Patient-communication partner, patient-family members, patient-professional	1-2-3-4-5
Remark				