

시설거주 치매노인의 행동심리증상에 관한 연구

김경숙·최은숙*·박성애

서울대학교 간호학과경북대학교 간호학과*

본 연구는 시설에 거주하는 알츠하이머 혹은 혈관성 여성 치매노인 100명의 행동심리증상(BPSD) 발생빈도와 BPSD에 대한 간호제공자의 힘든 정도를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 파악하여 행동심리증상에 대한 중재 프로그램 개발의 기초 자료로 활용하고자 시도하였다. 시설거주 치매노인의 90%가 한 가지 이상의 BPSD 증상을 가지고 있었으며, 시설 간호제공자의 88%가 한 가지 이상의 BPSD에 대해 힘들다고 호소하였다. BPSD의 세부영역 중에, 공격성과 간호에의 저항 영역에서 발생 빈도와 시설종사자의 힘든 정도가 높았다. BPSD에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석결과, BPSD의 발생빈도와 간호제공자의 힘든 정도에 영향을 미치는 요인은 우울이었다. 따라서 치매초기부터 BPSD를 모니터링하고 우울관리 프로그램을 시행하는 것이 치매노인의 BPSD 발생과 간호제공자의 부담을 줄이는 전략이다.

■ 주제어 : 행동심리증상(BPSD), 치매노인, 우울

■ 투고일 : 2006. 11. 10. ■ 심사완료일 : 2007. 1. 22.

I. 서론

사회경제 수준의 향상과 의학기술의 진보는 건강에 대한 인간의 관심을 변화시키면서 고령화 사회로의 변화를 가져왔다. 인구의 고령화에 따라 치매노인인구도 증가되어 65세 이상 노인의 10%, 85세 이상 노인의 1/2 이상이 치매의 증상을 보이는 것으로 알려져 있으며(Evans et al., 1989), 국내의 경우 2010년에 65세 이상 노인 인구의 8.3%가 치매로 진행하며 2020년에는 9.0%가 넘을 것으로 추정되고 있다(변용찬, 한영자, 이상헌, 박종한, 1997). 그리고 2005년에 36만 명의 치매 환자가 있는 것으로 추산되고(변용찬 등, 1997), 요양보호를 필요로

하는 치매노인은 2007년에 23만 명에 이를 것으로 추산되어(공적노인요양보장제도 실행위원회, 2005), 4-5인 가족을 기준으로 보면 100만 명이 넘는 가족들이 치매로 인한 육체적, 정신적, 경제적 고통을 당하는 것으로 보인다.

치매는 DSM-IV(American Psychiatric Association, 1994)의 정의에 의하면 최소 두 개의 인지영역에서 그 중 하나는 기억장애를 반드시 포함하는 기능저하가 객관적으로 증명되어야 한다. 그러나 알츠하이머를 비롯한 혈관성 치매, 루이체 치매, 전두측두엽 치매에서 모든 치매환자들은 인지기능 저하, 일상생활 기능장애와 더불어 행동장애 증상을 동반한다(Banks & Morley, 2003; Grossberg & Desai, 2003). 치매환자의 행동이상은 1980년대에 일부 연구가 이루어지기

* 교신저자 : 최은숙, 경북대학교 간호학과, E-mail: eschoi2007@knu.ac.kr

시작하면서(Drevets & Rubin, 1989; Jackson et al., 1989; Reisberg et al., 1987), 이것은 치매환자에서 인지 기능 장애에 이차적으로 발생하는 증상 또는 인지 기능 장애에 동반하는 증상으로 생각하였다(한설희, 2004). 그러나 행동장애가 단순히 기억/인지기능장애의 이차적으로 발생하는 것이 아니고 인지기능 저하와는 독립적으로 나타나는 것이 밝혀지면서 1990년대 이후부터 본격적으로 BPSD의 원인과 관련요인을 규명하고자 하는 연구가 이루어졌다(Beck et al., 1998; Chemerinski et al., 1998; Cohen-Mansfield, Marx & Rosenthal, 1990; Finkel, Costa e Silva, Cohen, Miller & Sartorius, 1996; Kolanowski, Strand & Whall, 1997).

치매노인이 보이는 부적절하고 문제가 되는 행동은 'agitation', 'dysfunctional behavior', 'aggressive behavior', 'disruptive behavior', 'problematic behavior'로 학자에 따라 여러 개념으로 표현되고 조금씩 다르게 정의되다가 1996년 국제정신의학회(International Psychogeriatric Association, IPA)는 행동심리증상(Behavioral and Psychological Symptom of Dementia, BPSD)으로 용어를 통일하였으며 이것은 치매환자에서 주로 발생하는 지각, 사고내용, 정동 혹은 행동 증상을 일컫는다(Finkel, 2000).

치매노인을 돌보는 사람에게 가장 큰 어려움이 되는 것은 행동심리증상들이다. 즉 치매는 점차적으로 인지기능이 저하되어 기억력 장애와 언어장애를 가져오고 중기 이후에는 우울을 비롯한 정신적 증상과 폭력, 비명, 의심, 욕설 등의 물리적, 언어적 공격행위와 배회, 일몰증후군 등의 부적절한 행동문제들을 수반하게 된다. 이러한 행동심리증상은 가족에게 정신적, 신체적 부양부담감을 안겨주고 경제적인 문제도 가중시키게 되어 가족들의 삶의 질을 저하 시킨다(권중돈, 1996). 또한 환자를 돌보는 의료진과 간호직원에게도 큰 부담을 주게 되어 근무의욕을 떨어뜨리고 시설 간호의 질을 저하 시키는 요인이었다(오진주, 2000; Miller, 1997).

치매가 진행됨에 따라 나타나는 행동심리증상에 대한 간호중재에 대해서는 그럴듯한 이론이 확립되어 있지 못하여 그동안 시행착오의 과정을 겪어왔다. 실제로 치매의 행동심리증상에 대해 국내 시설종사자들은 언어적 토론을 통한 간호중재를 사용하거나 상황회피와 같은 소극적 방법을 사용하고, 행동제한이나 신체적 억제와 같은 강압적인 방법도 빈번하게 사용하고 있어, 대상자들의 인권과 윤리적 측면에서 행동심리증상의 관리에 심각한 문제가 있음을 알 수 있다(박희옥, 2002; 오진주, 2000; 이영희, 2003).

치매의 행동심리증상에 대한 국내 연구는 일반적인 공격유형 분석이나 간호제공자의 대처방안과 관리형태에 대한 조사와 일부 위험요인과 문제행동과의 관련성에 대한 연구에 불과하였다(강영실, 2000; 박희옥, 2002; 이성옥, 2004; 이영희, 2003).

따라서 본 연구는 노인요양시설 치매 노인의 행동심리증상의 발생빈도와 행동심리증상에 대한 간호제공자의 힘든 정도(distress)를 파악하고, 이에 영향을 미치는 요인을 분석하여 시설 간호서비스 프로그램 개발의 기초 자료로 활용하고자 시도되었다.

II. 이론적 배경

1. 치매의 행동심리증상

수년 동안 학자들은 행동심리증상과 관련된 요인들을 규명함으로써 간호제공의 기틀을 마련하고자 노력해왔다. 그러나 대부분의 연구는 행동심리증상을 측정하기 위한 retrospective design이나 표준화된 도구의 부족과 같은 중요한 방법론적인 제한점을 가지며(Chemerinski et al., 1998), 행동심리증상의 일부분 즉 공격행동, 수동성, 반복행동, 배회 등에 한정하여 연구되기도 하였다. 또한 연구자들마다 다양한 도

구들에 의하여 측정되어 행동심리증상을 단순 비교하는 것이 어렵다. 그러나 일반적으로 행동심리증상은 'agitation', 'aggression', 'disruptive behavior'에 중점을 두고 불안 초조 등을 포함한 정신적 증상과 물리적 공격, 비명, 반복적 행동 등 비정상적인 행위에 초점이 맞추어져 연구되어 왔다.

행동심리증상에 대한 의사의 치료는 주로 약물치료이다. 그러나 치료는 부작용과 약물에 잘 반응하지 않는 행동심리증상이 존재하고(Parnetti, Amici, Lanari & Gallai, 2001), 약물을 투여 할 수 없는 상황 등으로 약물학적 치료의 한계가 있어(Teri et al., 2000) 광 치료, 활동 프로그램, 아로마 등의 비약물학적 접근이 함께 시도된다(박건우, 2004).

2. 행동심리증상과 관련된 요인

행동심리증상은 치매의 초기단계나 말기단계에서 비교적 드물고 다양한 증상들은 주로 중기의 치매환자에서 나타난다(한설희, 2004). 예측 가능할 정도로 비올적으로 감소하는 인지기능저하와는 달리 행동심리증상의 발생은 치매의 정도와 무관하게 발생하여 행동심리증상과 인지기능 장애는 발병원인이 다를 것으로 추정되고 있으며(한설희, 2004), 행동심리증상은 환자 자신과 환자가 처해 있는 환경이나 유병기간에 따라 그 정도가 매우 다르게 나타나 관련요인을 통합적으로 분석하는데 어려움이 따른다(Shinosaki, Nishikawa & Takeda, 2000).

그러나 일반적으로 치매노인의 행동심리증상은 인지수준이나 기능상태, 다른 질병요인과 같은 개인적 요인과 치매노인을 둘러싼 물리적 환경이나 조직 특성, 사회 심리적 환경이 다차원적으로 상호 작용하여 발생한다고 알려져 있다(Werezak & Morgan, 2003).

초기의 많은 연구들에서 인지수준은 행동심리증상과 관련성이 있었고(Beck, Rossby & Baldwin, 1991; Beck et al., 1998; Cohen-Mansfield et al., 1990;

Deutch, Bylsama, Rovener, Steele & Folstein, 1991; Jackson et al., 1989; Teri, Larson & Reifler, 1988), 대부분 인지수준이 저하됨에 따라 행동심리증상이 증가한다고 주장되었다(Sloane et al., 1998; 심용수 등, 2005). 그러나 일부 연구에서는 인지수준과 공격행위 간에 관련이 없었고(Ryden, Bossenmaier & McLachlan, 1991), 인지수준과 정신행동증상 간에도 관련성이 없었다(Chan, Kasper, Black & Rabins, 2003).

행동심리증상과 기능수준은 대부분의 연구에서 부적 상관관계를 갖는 것으로 나타났다. 즉 기능수준의 저하로 일상생활수행능력(Activity of Daily Living, ADL)의 의존성이 증가하면 행동심리증상이 증가하였다(Beck et al., 1991; Sloane et al., 1998; Spector & Jackson, 1994). ADL 의존성은 음성적 초조 행위와 정의 관계를 가지며(Beck et al., 1998), 초조행위의 수준은 신체적 손상이 진행됨에 따라 증가한다(Sloane et al., 1998). Spector & Jackson(1994)은 식사하기, 용변 등의 독립성의 상실은 행동심리증상을 증가 시키므로 ADL 역기능의 예방은 시설에서 행동심리증상을 예방할 수 있을 것으로 보았다. 그러나 Ryden 등(1991)은 기능수준과 공격행위는 관련성이 없다고 보고하였다.

치매 환자에서 우울의 발생률은 연구마다 차이가 있으나 major depression의 비율은 5-15%, minor depression은 25%이고 우울 경향을 보이는 환자는 50%에 이른다고 한다(Greenwald, 1995). 선행연구에 의하면, 치매 환자의 슬픈 얼굴 표정은 공격적 행동과 정의 관계가 있으며(McShane, Keene, Fairburn, Jacoby & Hope, 1998), CSDD(Cornell Scale for Depression in Dementia)로 측정된 중등도 우울은 물리적 공격 행위와 강한 관련성을 가진다(Lyketos et al., 1997).

Cohen-Mansfield 등(1990)도 치매행동과 환경요인이 관련되어 있으며 일반적으로 장해(disturbing)가 되는 문제행동의 수가 많아질수록 사회적 친밀

성이 더 부족하다고 하여 사회심리적 환경요인과 문제행동과의 관련성을 설명하였다.

지역사회 치매노인 중 공격행위를 보인 환자의 40.4%는 발병 전 공격성향을 가졌던 것으로 과거의 공격성과 치매환자의 공격행동과 관련성이 있었고 (Ryden, 1988), 다른 유사 연구에서도 공격성이 과거 성격과 관련이 있음을 보여주었다(Kolanowski et al., 1997).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구대상 및 자료수집 방법

본 연구대상은 S시가 무료로 운영하는 일개 노인전문요양시설의 거주자 중 본 연구대상자 선정 기준에 부합되는 치매노인 100명이며 자료수집 기간은 2006년 7월 10일부터 7월 23일이었다. 연구대상자 선정기준은 여성, 65세 이상, 시설 거주기간이 1개월 이상, DSM-IV(APA, 1994) 기준으로 알츠하이머 치매 혹은 혈관성 치매로 의사로부터 진단을 받은 자, active psychosis 혹은 neurological disorder가 없는 자, metabolic disorders가 없는 자이다. 자료수집 방법은 의무기록 검토와 설문조사를 병행하였다. 인구학적 특성과 상병 특성은 연구자가 의무기록지를 검토하여 파악하였다. 행동심리증상과 우울은 해당 시설에 6개월 이상 근무한 간병인 26명이 구조화된 설문지에 기입하는 방식으로 작성하였고, 일상생활수행능력, 인지기능, 치매 퇴화척도는 해당 시설 간호사 2인이 작성하였다. 간병인 26명의 평점자간 일치도는 파악하지 못하였으나 측정의 신뢰도를 높이기 위해 2시간의 교육과 측정실습을 실시하였으며 해당시설에 6개월 이상 근무한 간병인이 실제 간병하고 있는 노인만을 측정하는 것을 원칙으로 하였다.

2. 연구도구

1) 행동심리증상

행동심리증상은 김경애(2003)가 개발한 시설 치매노인의 문제행동 사정도구를 사용하여 조사하였다. 이 도구는 BPSD를 발생 빈도와 시설종사자의 힘든 정도(distress)를 모두 파악하도록 구성되어 있고, 총 25문항이며, 세부 영역별 문항 수는 공격성 6문항, 초조성 6문항, 간호에의 저항 5문항, 신체증상 3문항, 정신신경증상 5문항이다. BPSD의 발생빈도는 각 항목을 없음(0점), 드물게(1점), 종종(2점), 항상(3점)으로 측정하여 합산하였고 점수범위는 0점에서 75점이다. BPSD의 대한 간호제공자의 힘든 정도(distress)는 비발생 혹은 전혀 힘들지 않음(0점), 약간(1점), 중간(2점), 심함(3점)으로 측정하여 합산하였고 점수범위는 0-75점이다. 점수가 높을수록 BPSD의 발생빈도나 시설종사자의 힘든 정도가 높다. BPSD의 발생빈도는 정정심(2004)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 0.85였다. 본 연구에서는 발생빈도로 측정한 BPSD는 Cronbach's Alpha가 0.89이었고, 시설종사자의 힘든 정도로 파악한 BPSD는 0.87이었다.

2) 일상생활수행능력

일상생활수행능력은 Mahoney & Barthel(1965)이 개발한 BADL(Basic Activities of Daily Living)을 국내 실정에 맞게 수정한 도구(박종한, 손형석, 조성완, 1995)를 사용하였다. 이 도구는 식사, 목욕, 세면, 대변, 소변, 옷차림, 화장실 사용, 이부자리, 걷기, 계단 오르기 등 총 10문항으로 구성되어 있으며 최고점은 19점이며 점수가 높을수록 일상생활을 독립적으로 수행하는 것을 나타낸다. 박종한 등(1995)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 0.95였으며 정정심(2004)의 연구에서는 0.94였다. 본 연구에서는 0.92이었다.

3) 인지기능

인지기능은 권용철과 박종한(1989)이 Folstein 등(1975)이 개발한 MMSE를 한국 노인들에게 사용할 수 있도록 수정 보완한 한국판 간이 정신상태검사(Mini-Mental State Examination, MMSE-K)를 사용하여 교육수준이 무학인 경우는 교정하여 측정하였다. 이 도구는 지남력, 기억등록, 기억회상, 주의 집중 및 계산, 언어기능, 이해 및 판단 영역으로 구성되며 최고점은 30점이고 24점 이상인 경우는 정상으로 판별하고 20-23점은 치매의심, 19점 이하는 확정적 치매이다.

4) 치매퇴화척도

Reisberg 등(1982)에 의해 개발된 전반적 퇴화척도(global deterioration scale, GDS)는 치매가 의심되는 환자나 치매로 진단된 환자의 임상 양상 및 심각도를 7단계로 평정하도록 제작된 것으로 이를 통해서 시간에 따른 환자의 변화를 파악할 수 있어서 치료의 경과나 예후를 평가하는데 유용하게 사용할 수 있는 도구이다. 3단계는 경미한 인지장애를, 4단계는 중등도의 인지장애를, 5단계는 초기치매의 인지장애를, 6단계는 중기치매의 인지장애를, 7단계는 말기치매의 인지장애를 의미한다. 본 연구에서는 3-4단계를 초기로 5-6단계를 중기로 7단계를 말기 치매단계로 구분하여 분석하였다.

5) 우울

대상자의 우울 정도를 사정하기 위하여 치매 환자에게 민감성이 높은 검사로 알려져 특히 치매노인의 우울 사정에 많이 사용되고 있는 CSDD(Cornell Scale for Depression in Dementia)(Alexopoulos, Abrams, Young & Shamoian, 1988)를 한국치매협회(2005)에서 번역한 치매조호평가지를 사용하였다.

이 도구는 우울, 불안, 수면장애, 무력감의 4개영역 19항목으로 구성되어 있고, 각 항목에 대해 지난

1주일간을 기준으로 하여 없음(0), 경미 혹은 간헐적(1), 자주 혹은 중중(2)으로 평가한다. CSDD 점수가 12 이상인 경우는 중등도의 우울증의 증거가 있는 것으로 보며 8-11점수의 분포는 경미한 우울증으로 본다(Harwood, Ownby, Barker & Duara, 1998). Harwood 등(1998)의 연구에서 Cronbach's Alpha는 0.86이었다. 본 연구에서는 0.84이었다.

3. 자료 분석방법

자료 분석은 SAS 9.02를 사용하여 치매종류와 행동심리증상과의 관련성은 χ^2 test 혹은 Fisher's exact test를 실시하여 파악하였다. 단변량별 행동심리증상과의 관련성은 t-test, 피어슨 상관관계 분석과 ANOVA를, BPSD에 영향을 미치는 요인은 다중 회귀분석을 실시하여 파악하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 및 기능적 특성

본 연구대상자의 평균연령은 83.1(±7.2)세이고 최저연령은 67세이고 최고연령은 97세이었다. 교육수준은 무학인 경우가 전체의 65%를 차지하였다. 치매치료와 관련된 약물은 42%가 복용하고 있었다.

일상생활수행능력은 평균 10.7점(6.8)이었고 범위는 0-19이었다. MMSE-K 점수로 판단한 확정적 치매(19점 이하)는 84%, 치매의심(20-23점)과 정상(24점 이상)은 16%이었다. 치매퇴화척도는 치매 초기인 5단계와 6단계의 환자가 64%로 과반수이상을 차지하고 있었으며 치매 초기인 3-4단계와 말기인 7단계는 각각 27%, 12%이었다. 우울은 중등도 우울(12점 이상)이 15%, 경미한 우울(8-11점)은 12%, 정상(7점 이하)이 73%이었다.

본 연구대상자의 치매 상병의 종류는 알츠하이머 치매가 71%, 혈관성 치매가 29%이었다. 본 연구대상자의 일반적 특성 및 신체·정신적 기능과 관련된 변수들과 치매상병 종류와는 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표 1).

2. 행동심리증상의 특성

각 항목의 발생빈도를 합산하여 측정된 BPSD총점 평균은 12.3점(±12.6)이었고 범위는 0-56점이었다. 전체문항 평균(3점 환산)은 0.49점(±0.43)이었다. 연구대상자 전체를 대상으로 지난 한 달간의 발생빈도의 평균으로 파악한 행동심리증상은 전체 항목 중에서 무관심이 1.10으로 가장 높은 점수를 보였고 다음으로 고함/큰소리 0.83, 화냄/욕함

0.82, 수면방해 0.66, 불평 0.65, 고집 0.61, 용변간호 저항 0.60, 신체적 폭력 0.56 순으로 많이 발생하는 것으로 나타났다. 발생빈도로 측정한 세부항목별 행동심리증상은 치매종류에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다(표 2).

간호제공자의 힘든 정도로 파악한 행동심리증상은 총점평균이 9.7점(±8.9)이었고, 범위는 0-39이었다. 전체문항 평균(3점 환산)은 0.39점(±0.36)이었다. 행동심리증상에 대한 간호제공자의 힘든 정도의 항목별 평균은 고함/큰소리 0.69, 화냄/욕함 0.67, 수면방해 0.58, 용변간호저항 0.56, 고집 0.55, 신체적 폭력 0.54 순으로 높았다. 간호제공자의 힘든 정도로 측정된 세부항목별 행동심리증상도 치매종류에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다(표 2).

<표 1> 대상자의 일반적 특성 및 신체·정신적 기능

| 구분 | 전체(n=100) m±sd or n(%) | 알츠하이머형(n=71) m±sd or n(%) | 혈관성(n=29) m±sd or n(%) | t or χ^2 or P | P |
|--------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------|------|
| 연령(year) | 83.1(±7.16), 67-97 | 84.1(±6.5), 68-97 | 80.8(±8.3), 67-97 | 1.89 | 0.07 |
| 교육수준 | | | | | |
| 무학 | 65(65.0) | 45(63.4) | 20(69.0) | 0.28 | 0.60 |
| 초졸 이상 | 35(35.0) | 26(36.6) | 9(31.0) | | |
| 치매약물복용 여부 | | | | | |
| 복용 | 42(42.0) | 29(40.9) | 13(44.8) | 0.13 | 0.71 |
| 비복용 | 58(58.0) | 42(59.2) | 16(55.2) | | |
| 일상생활수행능력(BI) | 10.7(±6.8), 0-19 | 10.9(±6.8), 0-19 | 10.3(±6.8), 0-19 | 0.37 | 0.71 |
| 인지기능(MMSE-K) | | | | | |
| 확정적 치매(19≥) | 84(84.0) | 59(83.1) | 25(86.2) | 0.22 ¹⁾ | 1.0 |
| 비확정적 치매(20≤) | 16(16.0) | 12(16.9) | 4(13.8) | | |
| 치매퇴화척도(GDS) | | | | | |
| 초기(3-4단계) | 27(27.0) | 23(32.4) | 4(13.8) | 3.62 | 0.16 |
| 중기(5-6단계) | 64(64.0) | 40(56.3) | 21(72.4) | | |
| 말기(7단계) | 12(12.0) | 8(11.3) | 4(13.8) | | |
| 우울(CSDD) | | | | | |
| 정상(7≥) | 73(73.0) | 48(67.6) | 25(86.2) | 0.011) | 0.18 |
| 경미(8-11) | 12(12.0) | 10(14.1) | 2(6.9) | | |
| 중등도(12≤) | 15(15.0) | 13(18.3) | 2(6.9) | | |

1) Fisher's exact test

<표 2> 행동심리증상의 발생빈도와 힘든 정도

| | 발생빈도(M(SD)) | | | | 힘든 정도(M(SD)) | | | | 발생빈도와 힘든 정도 간의 상관관계(r) | | |
|----------------|---------------|-----------------------|---------------------|-------|---------------|-----------------------|---------------------|-------|------------------------|-----------------------|---------------------|
| | 전체 (n=100) | 알츠하이머 치매 (n=71) | 혈관성 치매 (n=29) | t | 전체 (n=100) | 알츠하이머 치매 (n=71) | 혈관성 치매 (n=29) | t | 전체 (n=100) | 알츠하이머 치매 (n=71) | 혈관성 치매 (n=29) |
| 1. 신체적 폭력 | 0.56(0.84) | 0.56(0.81) | 0.55(0.95) | 0.06 | 0.54(0.89) | 0.55(0.86) | 0.52(0.99) | 0.16 | | | |
| 2. 자해 | 0.45(0.78) | 0.37(0.64) | 0.66(1.04) | -1.69 | 0.38(0.68) | 0.32(0.60) | 0.52(0.83) | -1.30 | | | |
| 공 3. 기물파손 | 0.31(0.63) | 0.32(0.65) | 0.28(0.59) | 0.36 | 0.34(0.77) | 0.34(0.73) | 0.34(0.86) | -0.04 | | | |
| 격 4. 화냄/욕함 | 0.82(0.93) | 0.83(0.91) | 0.79(0.98) | 0.18 | 0.67(0.80) | 0.72(0.83) | 0.55(0.74) | 0.94 | | | |
| 성 5. 고함/큰소리 | 0.83(0.97) | 0.83(0.94) | 0.83(1.07) | 0.02 | 0.69(0.91) | 0.69(0.87) | 0.69(1.00) | 0.00 | | | |
| 6. 무시하는 말 | 0.47(0.77) | 0.51(0.83) | 0.38(0.62) | 0.75 | 0.37(0.73) | 0.44(0.81) | 0.21(0.49) | 1.43 | | | |
| 영역평균 | 0.57(0.61) | 0.57(0.62) | 0.51(0.60) | -0.07 | 0.50(0.58) | 0.58(0.61) | 0.47(0.52) | 0.30 | 0.83* | 0.83* | 0.84* |
| 7. 배회 | 0.45(0.86) | 0.54(0.92) | 0.24(0.64) | 1.57 | 0.29(0.61) | 0.34(0.65) | 0.17(0.47) | 1.24 | | | |
| 8. 반복 행동 | 0.42(0.77) | 0.38(0.74) | 0.52(0.83) | -0.81 | 0.34(0.73) | 0.32(0.73) | 0.38(0.73) | -0.34 | | | |
| 초 9. 반복 질문 | 0.44(0.82) | 0.46(0.86) | 0.38(0.73) | 0.47 | 0.34(0.68) | 0.34(0.67) | 0.34(0.72) | -0.04 | | | |
| 조 10. 소음 발생 | 0.45(0.90) | 0.52(0.92) | 0.28(0.84) | 1.24 | 0.28(0.59) | 0.35(0.66) | 0.10(0.31) | 1.95 | | | |
| 성 11. 불평 | 0.65(0.87) | 0.75(0.89) | 0.41(0.78) | 1.76 | 0.46(0.77) | 0.51(0.79) | 0.34(0.72) | 0.95 | | | |
| 12.모으기/숨기기 | 0.49(0.93) | 0.52(0.91) | 0.41(0.98) | 0.52 | 0.31(0.66) | 0.30(0.57) | 0.34(0.86) | -0.33 | | | |
| 영역평균 | 0.48(0.54) | 0.53(0.57) | 0.36(0.41) | 1.31 | 0.34(0.40) | 0.37(0.45) | 0.28(0.40) | 0.87 | 0.83* | 0.84* | 0.79* |
| 13. 투약거부 | 0.33(0.79) | 0.35(0.78) | 0.28(0.84) | 0.44 | 0.23(0.57) | 0.25(0.58) | 0.17(0.54) | 0.65 | | | |
| 14.의복간호저항 | 0.48(0.86) | 0.51(0.88) | 0.41(0.82) | 0.49 | 0.48(0.88) | 0.52(0.92) | 0.38(0.78) | 0.73 | | | |
| 간 15.용변간호저항 | 0.60(0.94) | 0.62(0.92) | 0.55(1.02) | 0.33 | 0.56(0.94) | 0.55(0.89) | 0.59(1.05) | -0.18 | | | |
| 호 16. 목욕저항 | 0.46(0.88) | 0.51(0.92) | 0.34(0.77) | 0.83 | 0.50(0.96) | 0.54(0.98) | 0.41(0.91) | 0.57 | | | |
| 의 17. 고집 | 0.61(0.88) | 0.59(0.89) | 0.66(0.90) | -0.32 | 0.55(0.83) | 0.55(0.86) | 0.55(0.78) | -0.01 | | | |
| 저 18. 수면 방해 | 0.50(0.61) | 0.52(0.63) | 0.48(0.66) | 0.49 | 0.46(0.62) | 0.45(0.59) | 0.42(0.53) | 0.44 | 0.95* | 0.94* | 0.98* |
| 항 19. 식탐/이식 | 0.66(0.93) | 0.69(0.92) | 0.59(0.98) | 0.50 | 0.58(0.90) | 0.63(0.93) | 0.45(0.83) | 0.93 | | | |
| 신 20. 부적절한 성표현 | 0.28(0.67) | 0.30(0.66) | 0.24(0.69) | 0.37 | 0.26(0.63) | 0.30(0.68) | 0.17(0.47) | 0.89 | | | |
| 체 21. 부적절한 성표현 | 0.13(0.54) | 0.14(0.54) | 0.10(0.56) | 0.31 | 0.07(0.33) | 0.07(0.31) | 0.07(0.37) | 0.02 | | | |
| 증 22. 부적절한 성표현 | 0.36(0.48) | 0.38(0.47) | 0.33(0.46) | 0.62 | 0.30(0.43) | 0.31(0.49) | 0.23(0.37) | 1.08 | 0.86* | 0.86* | 0.89* |
| 상 23. 무관심 | 1.10(1.18) | 1.04(1.16) | 1.24(1.24) | -0.76 | 0.51(0.64) | 0.48(0.63) | 0.59(0.68) | -0.76 | | | |
| 정 24. 안절부절 | 0.55(0.87) | 0.59(0.89) | 0.45(0.83) | 0.75 | 0.45(0.76) | 0.48(0.79) | 0.38(0.68) | 0.59 | | | |
| 신 25. 낯설어 함 | 0.09(0.40) | 0.08(0.41) | 0.10(0.41) | -0.21 | 0.05(0.26) | 0.04(0.26) | 0.07(0.26) | -0.46 | | | |
| 경 26. 환각 | 0.37(0.80) | 0.41(0.79) | 0.28(0.84) | 0.75 | 0.21(0.48) | 0.24(0.49) | 0.14(0.44) | 0.96 | | | |
| 증 27. 의심 | 0.30(0.66) | 0.31(0.67) | 0.28(0.65) | 0.23 | 0.24(0.57) | 0.25(0.60) | 0.21(0.49) | 0.37 | | | |
| 영역평균 | 0.48(0.50) | 0.49(0.50) | 0.30(0.30) | 0.17 | 0.29(0.32) | 0.47(0.50) | 0.38(0.36) | 0.32 | 0.74* | 0.71* | 0.81* |
| 전체항목 평균 | 0.49(0.43) | 0.51(0.43) | 0.40(0.36) | 0.63 | 0.39(0.36) | 0.45(0.42) | 0.35(0.35) | 0.72 | 0.88* | 0.88* | 0.90* |

* p<0.001

행동심리증상의 발생빈도와 간호제공자의 힘든 정도 간의 상관관계는 상관계수가 0.88(p<.001)로 통계적으로 유의하였고 각 세부영역별 상관계수도 0.7이상(p<.001)으로 통계적으로 유의한 상관관계를 보였고, 특히 간호에의 저항 영역은 상관계수가 0.95(p<.001)로 가장 높은 상관관계가 있었다(표 3). 한 개 이상의 항목에서 1점(드물게) 이상인 경우를 발생한 것으로 측정하였을 때, 본 연구대상자의

90%는 한 가지 이상의 행동심리증상을 나타냈고, 시설 치매노인 간호제공자의 88%는 한 개 이상의 항목에서 행동심리증상에 대해 1점(약간) 이상으로 힘들다고 호소하였다. 행동심리증상의 발생빈도가 드물게(1점), 종종(2점), 항상(3점)이라고 응답한 경우를 발생한 것으로 측정하였을 때, 전체항목의 평균 발생률은 29.6%이었고, 발생률이 가장 높은 항목은 무관심 55%이었

<표 3> 행동심리증상의 발생을¹⁾

| | 발생빈도 | | | | | 힘든 정도 | | | | | |
|---------|--------------------|----------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|----------------------------|-----------------------------|---------------------|--------------------|------|
| | 전체(%) (N=100) | 알츠하이머 형 치매(%) (n=71) | 혈관성 치매(%) (n=29) | x ² /P | p | 전체(%) (N=100) | 알츠하이머 형 치매(%) (n=71) | 혈관성 치매(%) (n=29) | x ² /P | p | |
| 공격성 | 1. 신체적 폭력 | 35 ⁸⁾ | 36.6 ⁸⁾ | 31.0 ⁸⁾ | 0.28 | 0.60 | 32 ⁸⁾ | 35.2 ⁸⁾ | 24.1 ¹⁰⁾ | 1.16 | 0.28 |
| | 2. 자해 | 30 | 28.2 | 34.5 ⁵⁾ | 0.39 | 0.53 | 28 | 25.4 | 34.5 ⁵⁾ | 0.85 | 0.36 |
| | 3. 기물파손 | 22 | 22.5 | 20.7 | 0.04 | 0.84 | 21 | 22.5 | 17.2 | 0.35 | 0.56 |
| | 4. 화냄/욕함 | 51 ²⁾ | 53.5 ¹⁾ | 44.8 ²⁾ | 0.62 | 0.43 | 50 ¹⁾ | 53.5 ¹⁾ | 41.4 ²⁾ | 1.21 | 0.27 |
| | 5. 고함/큰소리 | 49 ³⁾ | 50.7 ³⁾ | 44.8 ²⁾ | 0.28 | 0.60 | 47 ²⁾ | 49.3 ²⁾ | 41.4 ²⁾ | 0.52 | 0.47 |
| | 6. 무시하는 말 영역평균 | 32 ¹⁰⁾ 37 | 32.4 ¹⁰⁾ 37.3 | 31.0 ⁸⁾ 34.5 | 0.02 | 0.90 | 26 34 | 29.6 ¹⁰⁾ 35.9 | 17.2 29.3 | 1.63 | 0.20 |
| 초조성 | 7. 배회 | 26 | 31.0 | 13.8 | 3.16 | 0.08 | 22 | 25.4 | 13.8 | 1.60 | 0.21 |
| | 8. 반복 행동 | 28 | 25.4 | 34.5 ⁵⁾ | 0.85 | 0.36 | 23 | 21.1 | 27.6 ⁶⁾ | 0.49 | 0.49 |
| | 9. 반복 질문 | 27 | 28.2 | 24.1 | 0.17 | 0.68 | 25 | 25.4 | 24.1 ¹⁰⁾ | 0.02 | 0.90 |
| | 10. 소음 발생 | 23 | 28.2 | 10.3 | 3.69 | 0.05 | 22 | 26.8 | 10.3 | 3.23 | 0.07 |
| | 11. 불평 | 43 ⁴⁾ | 49.3 ⁴⁾ | 27.6 ¹⁰⁾ | 3.96* | 0.047 | 34 ⁵⁾ | 38.0 ⁵⁾ | 24.1 ¹⁰⁾ | 1.77 | 0.18 |
| | 12.모이기/숨기기 영역평균 | 27 29 | 31.0 32.2 | 17.2 21.3 | 1.97 | 0.16 | 23 25 | 25.4 27.0 | 17.2 19.5 | 0.76 | 0.38 |
| 간호에의 저항 | 13. 투약거부 | 18 | 21.1 | 10.3 | 1.62 | 0.20 | 16 | 18.3 | 10.3 | 0.16 ²⁾ | 0.39 |
| | 14.의복간호저항 | 29 | 31.0 | 24.1 | 0.47 | 0.49 | 29 ¹⁰⁾ | 31.0 | 24.1 ¹⁰⁾ | 0.47 | 0.49 |
| | 15.용면간호저항 | 34 ⁹⁾ | 36.6 ⁸⁾ | 27.6 ¹⁰⁾ | 0.75 | 0.39 | 32 ⁸⁾ | 33.8 ⁹⁾ | 27.6 ⁶⁾ | 0.37 | 0.55 |
| | 16. 목욕저항 | 27 | 29.6 | 20.7 | 0.83 | 0.36 | 26 | 28.2 | 20.7 | 0.60 | 0.44 |
| | 17. 고집 | 39 ⁵⁾ | 38.0 ⁸⁾ | 41.4 ⁴⁾ | 0.10 | 0.76 | 38 ⁴⁾ | 36.6 ⁶⁾ | 41.4 ²⁾ | 0.20 | 0.66 |
| | 영역평균 | 29 | 31.3 | 24.8 | | | 28 | 29.6 | 24.8 | | |
| 신체 증상 | 18. 수면 방해 | 39 ⁵⁾ | 42.3 ⁵⁾ | 31.0 ⁸⁾ | 1.09 | 0.30 | 36 ⁵⁾ | 39.4 ⁴⁾ | 27.6 ⁵⁾ | 1.26 | 0.26 |
| | 19. 식탐/이식 | 18 | 19.7 | 13.8 | 0.49 | 0.48 | 17 | 18.3 | 13.8 | 0.21 | 0.77 |
| | 20. 부적절한 성 표현 | 6 | 7.0 | 3.5 | 0.32 ²⁾ | 0.67 | 5 | 5.6 | 3.5 | 0.21 ²⁾ | 0.65 |
| | 영역평균 | 21 | 23.0 | 16.1 | | | 19 | 21.1 | 15.0 | | |
| 정신 증상 | 21. 무관심 | 55 ¹⁾ | 53.5 ¹⁾ | 58.6 ¹⁾ | 0.22 | 0.64 | 44 ³⁾ | 42.3 ³⁾ | 48.3 ¹⁾ | 0.30 | 0.58 |
| | 22. 안절부절 | 36 ⁸⁾ | 39.4 ⁶⁾ | 27.6 ¹⁰⁾ | 1.26 | 0.26 | 33 ⁸⁾ | 35.2 ⁸⁾ | 27.6 ⁶⁾ | 0.54 | 0.46 |
| | 23. 낯설어 함 | 6 | 5.6 | 6.9 | 0.06 ²⁾ | 0.81 | 4 | 2.8 | 6.9 | 0.26 ²⁾ | 0.58 |
| | 24. 환각 | 21 | 25.4 | 10.3 | 2.80 | 0.09 | 18 | 21.1 | 10.3 | 1.62 | 0.20 |
| | 25. 의심 | 19 | 19.7 | 17.2 | 0.08 | 0.77 | 18 | 18.3 | 17.2 | 0.02 | 0.90 |
| | 영역평균 | 27 | 28.7 | 24.1 | | | 23 | 23.9 | 22.1 | | |
| 전체항목 평균 | 30 | | | | | 27 | | | | | |

1) 발생빈도 혹은 힘든 정도가 1점(드물게 혹은 약간)이상인 경우 발생한 것으로 파악한 발생을

2) Fisher's exact test

* p<0.05

고, 다음으로 화냄/욕함 51%, 고함/큰소리 49%, 불평 43%, 고집39%, 수면방해 39%, 안절부절 36%, 신체적 폭력 35% 순으로 나타났다. 행동심리증상의 발생률이 낮은 분포를 보이는 것은 부적절한 성 표현 6%, 낯설어 함 6%, 투약거부 18%, 식탐/이식 18%, 의심 19%이었다. 치매상병 종류와 발생빈도로 측정된 각 항목별 행동심리증상의 발생은 대부분 통계적으로 유의하지 않았고, ‘사소한 일에 불평한다’는 항목만 알츠하이머형 치매와 혈관성 치매 간에 통계적으로 유의한 관련성을 보였다(표 3).

행동심리증상에 대한 간호제공자의 힘든 정도가 약간(1점), 중간(2점), 심함(3점)으로 응답한 경우를 발생한 것으로 측정하였을 때, 항목별 행동심리증상의 발생률은 화냄/욕함 50%, 고함/큰소리 47%, 무관심 44%, 고집 38%, 수면방해 36%, 안절부절 33% 순으로 높았다. 시설종사자의 힘든 정도로 파악한 각 항목별 행동심리증상의 발생은 치매상병 종류와 통계적으로 유의한 관련성이 없었다(표 3).

행동심리증상의 발생빈도와 간호제공자의 힘든 정도에 대한 발생율과 평균 모두 높은 항목은 화냄/욕함, 고함/큰소리, 고집, 수면방해, 신체적 폭력

등이었다(표 2-3). 대부분 공격성, 간호에 대한 저항, 초조성 영역에 속하는 행동심리증상이 높게 나타났다.

3. 일반적 특성과 행동심리증상과의 관련성

일반적 특성과 관련된 변수들과 행동심리증상은 통계적으로 유의한 관련성이 없었다. 알츠하이머형 치매와 혈관성 치매를 구분하여 분석한 결과도 동일하게 행동심리증상은 일반적 특성과 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표 4).

4. 신체적, 정신적 기능상태와 행동심리증상과의 관련성

일상생활수행능력과 인지기능은 행동심리증상과 통계적으로 유의한 관련성이 없었다. 우울정도는 행동심리증상과 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < 0.001$). Scheffe's test를 통한 사후검증에서도 우울등급 간에 유의한 차이가 있었다. 알츠하이머형 치매에서 행동심리증상은 정상 우울보다 중등도

<표 4> 일반적 특성과 BPSD와의 관련성

| | 발생빈도 | | | | | | | | | 힘든 정도 | | | | | | | | |
|--------------|----------------|-------|------|------------------|-------|------|----------------|-------|------|---------------|-------|------------------|---------------|---------------|------|---------------|-------|------|
| | 전체 (n=100) | | | 알츠하이머형 (n=71) | | | 혈관성 (n=29) | | | 전체 (n=100) | | 알츠하이머형 (n=71) | | 혈관성 (n=29) | | | | |
| | M (SD) | r/t/F | p | M (SD) | r/t/F | p | M (SD) | r/t/F | p | M (SD) | r/t/F | p | M (SD) | r/t/F | p | | | |
| 연령(year) | | 0.11 | 0.27 | | 0.12 | 0.30 | | 0.05 | 0.78 | | 0.05 | 0.64 | | 0.07 | 0.59 | | -0.03 | 0.88 |
| 교육수준 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 무학 | 13.1 (10.6) | | | 13.8 (10.7) | 1.10 | 0.27 | 11.5 (10.5) | 0.19 | 0.85 | 10.1 (8.3) | | | 10.8 (8.2) | 0.79 | 0.43 | 8.5 (8.4) | -0.17 | 0.87 |
| 초졸 이상 | 10.8 (10.6) | 1.01 | 0.31 | 10.9 (10.7) | | | 10.7 (11.2) | | | 9.0 (10.1) | 0.55 | 0.58 | 9.0 (10.3) | | | 9.1 (10.3) | | |
| 치매약물 복용여부 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 복용 | 14.4 (10.8) | | | 15.1 (10.1) | -1.54 | 0.13 | 12.8 (12.5) | -0.70 | 0.49 | 10.9 (9.4) | | | 9.0 (8.8) | -1.23 | 0.22 | 9.1 (9.9) | -0.21 | 0.84 |
| 비복용 | 10.8 (10.4) | 1.66 | 0.10 | 11.1 (11.0) | | | 10.0 (8.9) | | | 8.8 (8.6) | 1.13 | 0.26 | 11.7 (9.2) | | | 8.4 (8.2) | | |

<표 5> 신체적, 정신적 기능상태와 행동심리증상과의 관련성

| | 발생빈도 | | | | | | 힘든 정도 | | | | | |
|----------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|
| | 전체 (n=100) | | 알츠하이머형 (n=71) | | 혈관성 (n=29) | | 전체 (n=100) | | 알츠하이머형 (n=71) | | 혈관성 (n=29) | |
| | M (SD) | r/t/F (p) | M (SD) | r/t/F (p) | M (SD) | r/t/F (p) | M (SD) | r/t/F (p) | M (SD) | r/t/F (p) | M (SD) | r/t/F (p) |
| 일상생활수행능력(BI) | 0.10 (0.31) | | -0.13 (0.29) | | -0.05 (0.79) | | 0.15 (0.13) | | -0.19 (0.11) | | -0.07 (0.73) | |
| 인지기능(MMSE-K) | | | | | | | | | | | | |
| 확정적 치매(19≥) | 13.1 (10.8) | -1.62 (0.11) | 13.8 (11.3) | -1.89 (0.06) | 11.3 (9.5) | -0.05 (0.96) | 10.4 (9.2) | -1.80 (0.08) | 10.9 (9.5) | -1.69 (0.10) | 9.2 (8.7) | -0.71 (0.48) |
| 비확정적 치매(20≤) | 8.4 (9.1) | | 7.5 (4.9) | | 11.0 (17.6) | | 6.1 (5.9) | | 6.2 (4.4) | | 5.8 (10.2) | |
| 우울(CSDD) | | | | | | | | | | | | |
| 정상(7≥) (A) | 8.7 (7.0) | | 9.1 (7.2) | | 8.0 (6.7) | | 6.9 (6.4) | | 7.2 (6.5) | | 6.2 (6.3) | |
| 경미(8-11)(B) | 16.3 (8.7) | 28.7† (<.001) | 14.1 (7.5) | 16.5† (<.001) | 27.5 (4.9) | 24.1† (<.001) | 13.8 (7.5) | 22.0† (<.001) | 11.4 (5.2) | 13.7† (<.001) | 25.5 (6.4) | 15.0† (<.001) |
| 중등도(12≤)(C) | 26.5 (13.9) | | 25.1 (14.4) | | 36.0 (1.4) | | 20.3 (11.5) | | 19.8 (12.3) | | 23.5 (3.5) | |
| Scheffe's test | A≠B, A≠C, B≠C* | | A=B, A≠C, B≠C* | | A≠B, A≠C, B=C* | | A≠B, A≠C, B=C* | | A=B, A≠C, B≠C* | | A≠B, A≠C, B=C* | |

* p<.05, †p<.001

우울이, 경미한 우울보다 중등도 우울에서 통계적으로 유의하게 높았고, 정상과 경미한 우울은 유의한 차이가 없었다(p<0.05). 혈관성 치매에서는 정상 우울보다 경미한 우울이, 정상우울보다 중등도 우울이 통계적으로 유의하게 행동심리증상의 점수가 높았고 경미한 우울과 중등도 우울 간에는 유의한 차이가 없었다(p<0.05, 표 5).

5. 행동심리증상에 영향을 미치는 요인

BPSD에 영향을 미치는 요인을 파악하고자 다중회귀분석을 실시한 결과, BPSD의 발생빈도와 간호제공자의 힘든 정도에 모두 영향을 미치는 요인은 우울이었다. 우울은 정상을 기준으로 했을 때, 경미한 우울(p<0.01)과 중등도 우울(p<0.001)에서 모두 행동심리증상이 증가하였다(표 6).

<표 6> BPSD에 영향을 미치는 요인

| 구분 | 발생빈도 | | | 힘든 정도 | | |
|--------------------------------------|-------|-------|---------|--------|-------|---------|
| | β | t | p | β | t | p |
| 상병(혈관성) 알츠하이머치매 연령 | -1.41 | -0.72 | 0.474 | -0.63 | -0.36 | 0.719 |
| 교육수준(무학) | 0.19 | 1.51 | 0.135 | 0.07 | 0.63 | 0.532 |
| 초졸 이상 치매약물복용 (비복용) | -1.58 | -0.81 | 0.420 | -0.26 | -0.15 | 0.883 |
| 복용 | 1.99 | 1.09 | 0.277 | 0.47 | 0.29 | 1.123 |
| 일상생활수행능력 인지기능 (비확정적치매) 확정적 치매 우울(정상) | -0.03 | -0.23 | 0.816 | -0.12 | -1.01 | 0.314 |
| 경미 | 3.60 | 1.50 | 0.137 | 3.32 | 1.56 | 0.123 |
| 중등도 | 7.86* | 2.95 | 0.004 | 7.13* | 3.02 | 0.003 |
| 상수 | 17.6† | 7.10 | <0.0001 | 13.22† | 6.02 | <0.0001 |
| | -9.82 | -0.78 | 0.439 | -2.66 | -0.24 | 0.813 |
| Adj R ² | 0.39 | | | 0.30 | | |
| F | 8.35† | | | 6.19† | | |

*p<.01, †p<.001

V. 논의

치매노인의 행동심리증상의 양상을 파악하는 것은 치매의 치료와 예후 및 이들을 간호하는데 있어 매우 중요한 부분이다.

치매 노인의 행동심리증상의 발생빈도와 이로 인한 시설종사자의 힘든 정도를 조사한 결과, 90%의 환자가 적어도 한 가지 이상의 BPSD를 나타냈고, 88%의 시설 간호제공자가 한 가지 이상의 BPSD로 인해 힘들다고 호소했다. 치매노인의 행동심리증상은 발생률이 매우 높아 서구에서는 요양원 거주자의 80~90%에서, 지역사회 치매노인의 40~50%에서 나타나는 것으로 보고 되었다(Allen-Burge, Sevens & Burgio, 1999; Beck & Vogelpohl, 1999). 국내에서는 요양원 치매노인의 74%에서 공격행동이 나타난다고 보고 된 바 있고(오진주, 1998), 알츠하이머병 환자의 100%, 피질하 혈관성 치매환자의 93%가 한 가지 이상의 이상행동을 보이는 것으로 조사된 것을 감안해 볼 때(고석범, 양동원, 정성우, 최영빈, 김범생, 2002), 치매환자에 따라 나타나는 행동심리증상은 다양하지만 대부분의 환자들이 한 가지 이상의 행동심리증상을 보이고 이로 인해 시설 간호인력들의 부담감을 유발한다는 것을 알 수 있다.

본 연구에서 BPSD 발생빈도와 BPSD로 인한 간호제공자의 힘든 정도를 평균으로 측정하여 치매 종류별 차이를 검증한 결과, 혈관성과 알츠하이머형 치매 간에 유의미한 차이는 없었다. 심용수 등(2005)의 연구에서도 중등도 치매에서는 혈관성 치매에서의 BPSD가 더 높게 나타나지만, 유병률, 심각도에서 두 집단간에 차이가 없었으며, 고석범 등(2002)의 연구에서도 혈관성과 알츠하이머형에서 BPSD는 통계적 차이는 없었다.

행동심리증상의 항목별 발생률은 무관심 55%, 화냄/욕함 51%, 고함/큰소리 49%, 불평 43%, 수면 방해 39%, 고집 39%, 안절부절 36%, 신체적 폭력

35%로 높은 발생률을 보였고, 세부 영역별로는 공격성, 간호에의 저항, 초조성의 영역이 높은 편이었다.

본 연구에서 행동심리증상의 발생빈도와 간호제공자의 힘든 정도 간에 상관계수가 0.88이었고 통계적으로 유의하였다. 각 세부 영역 중에서는 간호에의 저항 영역이 상관계수가 0.99로 가장 높은 상관관계를 보였다. 선행연구에서 BPSD의 빈도, 심각도 등은 모두 간호 인력의 부담감(burden)과 통계적으로 유의미한 상관관이 있었다(Sourial, McCusker, Cole & Abrahamowicz, 2001). BPSD에 대해 시설종사자들은 격리, 신체적 억제, 행동제한, 야단치거나 때리는 등 부정적 대처를 하고(박희옥, 2002; 이영희, 2003), 치매노인에 대한 부양부담은 학대의 원인이 되기도 한다(김혜순, 2002). Kayser-Jones(1991)는 심리사회적 환경이 노인에게 양질의 간호를 제공하는데 있어 매우 중요하고 인간적인 관계 즉 간호제공자와 환자의 결속이 무엇보다도 중요하다고 주장한 바 있다. 시설에서 대상자의 BPSD에 대한 적절한 관리와 더불어 시설 간호제공자에게 심리적·교육적 지지를 제공하는 것이 시설 간호서비스의 질을 높이고 시설 거주 치매노인의 삶의 질을 향상 시키게 될 것이다.

그동안 학자들은 행동심리증상의 예측인자를 밝히고 관련 요인을 규명하기 위한 연구들을 수행하여 왔다. 연령, 성, 신체적 기능수준 등은 연구자에 따라 조금씩 상이한 결과를 보여주고 있으나 인지수준, 우울, 발병 전 성격, 물리적, 심리적 환경 등의 요인은 치매의 행동심리증상과 관련성이 있는 것으로 알려지고 있다(Hall & O'Connor, 2004).

심용수 등(2005)의 연구에서 행동심리증상(NPI-Q의 총 심각도 점수)은 인지수준이 낮을수록, 치매가 진행될수록, 기능수준이 의존적일수록 의미 있는 상관관계를 보여주었고 탈억제, 파만/불안정 등의 보호자 고통정도가 높게 조사 된 바 있고, Beck 등(1998)은 MMSE가 가장 파괴적 행위에 중

요한 예측인자로 보고하면서 MMSE 점수가 높은 경우 물리적 공격행위가 적었고, 우울할수록 파괴행위의 발생이 높았다.

본 연구에서 행동심리증상의 발생빈도와 간호제 공자의 힘든 정도에 영향을 미치는 가장 강력한 설명변인은 우울이었다.

최근 다른 연구에서도 우울이 치매 환자의 공격행위와 가장 강력하게 연관됨을 보고한 바 있다 (Ralph, Mary, Heather & Margaret, 2006). 치매에서 우울증의 병태생리는 잘 알려져 있지 않지만 우울증상이 치매 환자와 그 보호자들에게 부정적 영향을 미친다는 점은 일관되게 보고 되고 있다(김성윤, 2004). 환자의 우울증상은 삶의 질을 떨어뜨리고(Gonzalez-Salvador et al., 2000), 일상생활 수행능력을 떨어뜨리며 공격성의 증가, 조기 시설입소를 증가 시키고(Lyketsos et al, 1997), 환자의 사망률이나 자살률과도 관련이 있는 것으로 알려져 있다(Rubio et al., 2001).

치매 노인의 행동심리증상을 효율적으로 관리하기 위해서는 치매초기부터 행동심리증상을 모니터링하고 치매노인들의 우울의 원인 및 정도를 사정하고 우울증상을 감소시키기 위한 환경조성 및 중재 프로그램을 시행하는 것이 필요하다. 아울러 본 연구에서 약물치료와 행동심리증상이 통계적으로 유의한 관련성이 없는 것은 약물로 행동심리증상이 잘 조절되고 있음을 의미하므로 의사의 처방에 의해 행동심리증상이 나타나면 약물치료를 병행하는 것이 필요하다고 보여 진다.

본 연구에서 MMSE 점수와 BPSD와는 상관관계가 없었다. 이는 Ryden 등(1991)이나 Chan 등(2003)의 인지수준과 정신행동 증상 간에 관련이 없었던 연구결과와 유사하다.

선행 연구에서 신체적 기능수준(ADL)과 BPSD의 관련성이 있는 것으로 분석하였으며(Beck et al., 1991; Sloane et al., 1998), Spector와 Jackson(1994)은 ADL의 의존성이 증가할수록 BPSD가 증가하며,

ADL 역기능의 예방은 시설에서 행동심리증상을 예방할 수 있다고 주장한 바 있다. 그러나 Ryden 등(1991)은 기능수준과 공격행위는 관련성이 없다고 보고하였으며 Beck 등(1998)은 ADL 의존성은 음성적 초조행위와 관련된다고 하였고 Deutch & Rovner(1991)는 폭력이나 비명과 더 크게 연관된다고 하여 대조를 보인다. 본 연구에서도 ADL과 BPSD는 관련이 없었다. 이것은 향후 환자의 독립성 상실정도와 치매 질환에 따른 BPSD의 관련성에 대하여 보다 체계적인 연구가 필요하다고 사료된다.

본 연구는 일개 시설에 거주하는 여성 치매노인을 대상으로 이루어졌고 연구결과를 전체 치매노인으로 일반화하기에는 한계가 있다. 향후 연구에서는 남성을 포함하여 성별에 따른 BPSD나 치매 질환별, 치매 단계별 한국인의 BPSD의 양상을 분석하고 관련요인을 규명해 보는 것이 필요할 것으로 사료된다.

참고문헌

- 강영실(2000). 재가 치매노인의 문제행동에 관한 연구. **지역사회간호학회지**, 11(2), 453-469.
- 고석범, 양동원, 정성우, 최영빈, 김범생(2002). 한국판 Neuropsychiatric Inventory로 분석한 피질하 혈관성치매와 알츠하이머병의 행동장애 패턴의 차이. **대한신경과학회지**, 20(4), 353-358.
- 공적노인요양보장제도 실행위원회 (2005). **공적노인 요양보장제도 실시모형개발 연구**. 보건복지부.
- 권용철, 박종한(1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination의 표준화 연구, 제1편 : MMSE-K의 개발. **신경정신의학**, 28, 125-35.
- 권중돈(1996). 치매노인 가족의 부양부담 결정모형 개발. **한국사회복지학**, 29, 24-41.
- 김경애(2003). **시설치매노인의 문제행동사정도구 개발**. 서울대학교대학원 박사학위논문.

- 김성윤(2004). 치매의 행동심리증상. **대한치매학회지**, 3(1), 18-23.
- 김혜순(2002). 노인학대의 원인으로서는 치매노인 부양부담에 관한 연구. 신라대학교 석사학위논문.
- 박희옥(2002). 치매환자의 공격적 행동 양상과 관리 실태. 연세대학교대학원 석사학위논문.
- 박건우(2004). 치매의 행동심리증상에 대한 비약물적 접근. **대한치매학회지**, 3(1), 18-22.
- 박종환, 손형석, 조성완(1995). 노인기능상태평가의 신뢰도. **신경정신의학**, 34(2), 475-483.
- 변용찬, 한영자, 이상헌, 박종환(1997). **치매관리 Mapping 개발연구**. 한국보건사회연구원.
- 심용수, 김범생, 손영민, 김기성, 윤보라, 양동원 (2005). 노인요양시설 치매 환자들의 임상적 특성: 행동심리증상 중심으로. **대한치매학회지**, 4(1), 35-40.
- 오진주(1998). 일개 요양소에서의 치매환자의 공격행동에 대한 연구. **한국보건간호학회지**, 12(2), 172-184.
- 오진주(2000). 간호제공자들의 치매노인 공격행동 경험에 대한 연구. **대한간호학회지**, 30(2), 293-301.
- 이성옥(2004). 치매노인의 병전성격적 특성, 환경적 특성과 문제행동과의 관계. 고신대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 이영희(2003). 치매 중사자가 경험한 치매환자 공격행동과 대처행동. 고신대학교 보건대 석사학위논문.
- 정정심(2004). 민속놀이 프로그램이 치매노인의 인지기능, 일상생활수행능력 및 문제행동에 미치는 효과. 부산대학교 대학원.
- 한국치매협회(2005). 치매조호평가지.
- 한설희(2004). 치매의 행동심리증상의 개관. **대한치매학회지**, 3(1), 1-4.
- Alexopoulos, G. S., Abrams, R. C., Young, R. C., & Shamoian, C. A.(1988). Cornell scale for depression in dementia. *Biol Psychiatry*, 23(3), 271-84.
- Allen-Burge, R., Sevens, A. B., & Burgio, L. D.(1999). Effective behavioral interventions for decreasing dementia related challenging behavior in nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry*, 14, 213-232.
- American Psychiatric Association(1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association.
- Banks, W. A., & Morley, J. E.(2003). Memories are made of this: recent advances in understanding cognitive impairments and dementia. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58(4), 314-21.
- Beck, C., Frank, L., Chumbler, N. R., O'Sullivan, P., Vogelpohl, T. S., Rasin, J., Walls, R., & Baldwin, B.(1998). Correlates of disruptive behavior in severely cognitively impaired nursing home residents. *Gerontologist*, 38(2), 189-98.
- Beck, C., Rossby, L., & Baldwin, B.(1991). Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. *Arch Psychiatr Nurs*, 5(5), 281-291.
- Beck, C. K., & Vogelpohl, T. S.(1999). Problematic vocalizations in institutionalized individuals with dementia. *J Gerontol Nurs*, 25(9), 17-26.
- Chan, D. C., Kasper, J. D., Black, B. S., & Rabins, P. V.(2003). Prevalence and correlates of behavioral and psychiatric symptoms in community-dwelling elders with dementia or mild cognitive impairment: the Memory and Medical Care Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(2), 174-82.
- Chemerinski, E., Petracca, G., Teson, A., Sabe, L., Leiguarda, R., & Starkstein, S. E. (1998). Prevalence and correlates of aggressive behavior

- in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 10(4), 421-5.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M. S., & Rosenthal, A. S.(1990). Dementia and agitation in nursing home residents: How are they related ? *Psycholo Aging*, 5(1), 3-8.
- Deutch, L. H., Bylsama, F. W., Rovener, B. W., Steele, C., & Folstein, M. F.(1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 148, 1159-1163.
- Deutch, L. H., & Rovner, B. W.(1991). Agitation and other noncognitive abnormalities in Alzheimer's disease. *Psychiatr Clin North Am*, 14(2), 341-351.
- Drevets, W. C., & Rubin, E. H.(1989). Psychotic symptoms and the longitudinal course of senile dementia of the Alzheimer type. *Biol Psychiatry*, 25(1), 39-48.
- Evans, D. A., Funkenstein, H. H., Albert, M. S., et al.(1989). Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons: higher than previously reported. *JAMA*, 262(18), 2552-2556.
- Finkel, S.(2000). Introduction to behavioral and psychological symptoms of dementia(BPSD). *Int J Geriatr Psychiatry*, 15, S2-S4.
- Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S., & Sartorius, N.(1996). Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr*, 8 Suppl 3, 497-500.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R.(1975). 'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patient for the Clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-98.
- Gonzalez-Salvador, T., Lyketsos, C. G., Baker, A., Hovanec, L., Roques, C., Brandt, J., & Steele, C.(2000). Quality of life in dementia patients in long-term care. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(2), 181-9.
- Greenwald, B. S.(1995). Depression in Alzheimer's disease and related dementias. In B. A. Lawlor(Eds), *Behavioral complications in Alzheimer's disease*. Washington D. C. : American Psychiatric Press.
- Grossberg, G. T. & Desai, A. K. (2003). Management of Alzheimer's Disease. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58, 331-353.
- Hall, K. A., & O'Connor, D. W.(2004). Correlates of aggressive behavior in dementia. *Int Psychogeriatr*, 16(2), 141-58.
- Harwood, D. G., Ownby, R. L., Barker, W. W., & Duara, R.(1998). The factor structure of the Cornell Scale for Depression in Dementia among probable Alzheimer's disease patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 6(3), 212-20.
- Jackson, M. E., Drugovich, M. L., Fretwell, M. D., Spector, W. D., Sternberg, J., & Rosenstein, R. B.(1989). Prevalence and correlates of disruptive behavior in the nursing home. *J Aging Health*, 1(3), 349-369.
- Kayser-Jones, J. S.(1991). The impact of the environment on the quality of care in nursing homes : A social-psychological perspective. *Holist Nurs Pract*, 5(3), 29-38.
- Kolanowski, A. M., Strand, G., & Whall, A. (1997). A pilot study of the relation of premorbid characteristics to behavior in dementia. *J Gerontol Nurs*, 23(2), 21-30.
- Lyketsos CG, Steele C, Baker L, Galik E, Kopunek S, Steinberg M., et al.(1997). Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *J neuropsychiatry Clin Neurosci*, 9(4), 556-61.

- Lyketsos, C. G., Steele, C., Galik, E., Rosenlatt, A., Steinberg, M., Warren, A., et al.(1999). Physical aggression in dementia patients and its relationship to depression. *Am J Psychiatry*, 156, 66-71.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W.(1965). Functional evaluation : the Barthel index. *Md State Med J*, 14, 61-65.
- McShane, R., Keene, J., Fairburn, C., Jacoby, T. R., & Hope, T.(1998). Psychiatric symptoms in patients with dementia patients and its relationship to depression. *Am J Psychiatry*, 46, 542-549.
- Miller, M. F.(1997). Physically aggressive behavior during hygiene care. *J Gerontol nurs*, 5, 24-39.
- Parnetti, L., Amici, S., Lanari, A., & Gallai, V.(2001). Pharmacological treatment of non-cognitive disturbances in dementia disorders. *Mech Ageing Dev*, 122(16), 2063-9.
- Ralph, L., Mary, E. T., Heather, G. A., & Margaret, A. D.(2006). Potentially modifiable resident characteristics that are associated with physical or verbal aggression among nursing home residents with dementia. *Arch Intern Med*, 166, 1295-1300.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., & Georgotas, A. (1987). Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 48, Suppl:9-15.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T.(1982). The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 1136-39.
- Rubio, A., Vestner, A. L., Stewart, J. M., Forbes, N. T., Conwell, Y., & Cox, C. (2001). Suicide and Alzheimer's pathology in the elderly: a case-control study. *Biol Psychiatry*, 49(2), 137-45.
- Ryden, M. B. (1988). Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2(4), 342-355.
- Ryden, M., Bossenmaier, M., & McLachlan, C.(1991). Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. *Res Nurs Health*, 14(2), 87-95.
- Shinosaki, K., Nishikawa, T., & Takeda, M. (2000). Neurobiological basis of behavioral and psychological symptoms in dementia of the Alzheimer type. *Psychiatry Clin Neurosci*, 54(6), 611-20.
- Sloane, P. D., Mitchell, M., Preisser, J. S., Phillips, C., Commander, C., & Burkner, E. (1998). Environmental correlates of resident agitation in Alzheimer's disease special care units. *J Am Geriatr Soc*, 46(7), 862-869.
- Sourial, R., McCusker, J., Cole, M., & Abrahamowicz, M.(2001). Agitation in demented patients in an acute care hospital: prevalence, disruptiveness, and staff burden. *Int Psychogeriatr*, 13(2), 183-97.
- Spector, W., & Jaskson, M.(1994). Correlates of disruptive behaviors in nursing homes. *J Aging Health*, 6(2), 173-184.
- Teri, L., Larson, E. B., & Reifler, B.(1988). Behavior disturbance in dementia of Alzheimer type. *J Am Geriatr Soc*, 36, 1-6.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Peskind, E., Reaskind, M., Weiner, M. F., Tractenberg, R. E., et al(2000). Treatment of agitation in AD: a randomized, placebo-controlled clinical trial. *Neurology*, 55(9), 1271-8.
- Werezak, L. J., & Morgan, D. G.(2003). Creating a therapeutic psychosocial environment in dementia care: a preliminary framework. *J Gerontol Nurs*, 29(12), 18-25.

韓國老年學

Journal of the Korean Gerontological Society

2007, Vol. 27, No. 1, 137~152.

A Study on Behavioral and Psychological Symptom of Dementia(BPSD) among Dementia Elderly in an Institutional Setting

Kim, Kyung Sook·Choi, Eun Sook*·Park, Sung Ae
Seoul National University·Kyungpook National University*

The purpose of this study is to find out Behavioral and Psychological Symptom of Dementia(BPSD) and its associated factors among dementia elderly in an institutional setting. Data were collected through the structured questionnaire survey and medical record review from 100 dementia elderly in a long term care facility. The prevalence on the frequency of BPSD was 90% and the prevalence on the caregivers distress of BPSD was 88%. Among domains of BPSD, aggression and resistance on nursing care were highly scored. The factor effecting on both the frequency of BPSD and the caregiver distress of BPSD by the logistic regression was depression. We conclude that BPSD monitoring and depression intervention from early dementia are important strategies to decrease the frequency of BPSD among dementia elderly and reduce the burden of their caregivers.

Key words: BPSD, dementia elderly, depression