

일 개 요양소에서서의 치매환자의 공격행동에 대한 연구

오 진 주 (단국대학교 간호학과)

I. 서 론	V. 결론 및 제언
II. 문헌고찰	참고문헌
III. 연구방법	영문초록
IV. 연구결과 및 논의	

I. 서 론

1. 연구의 필요성

노인인구의 증가와 더불어 치매환자 역시 빠르게 증가되고 있으며 현재 일부 지역조사를 통한 결과를 보면 치매유병률이 65세 이상 노인의 약 10%에 달하고 있다(오진주, 1995). 치매환자의 증상 중 특히 간호자의 부담감을 크게 하는 문제 행동은 초조행동으로서 이는 다양한 양상으로 간호자를 당황케 하고, 간호자 부담을 증가시키는 요인으로 지적되고 있다. 치매환자에서의 초조행위의 출현율은 매우 높아서 24.4%~93%에 이르고 있다(Cohen-Mansfield, Marx, and Rosenthal, 1989; Jackson, Drugovich, Fretwell, Sternberg and Rosenstein, 1989). 이러한 초조행위는 다른 입소자를 해치거나 사회적 환경을 파괴할 수도 있으며 간호사들의 스트레스를 초래한다(Bright, 1987). 초조행동의 한 범주가 공격행동이다. 공격 행동은 흔히 환자의 요구에 대해 동정적으로 돌봄

을 제공하려는 직원이나 가족에게 문제를 야기한다. 앞으로는 노인인구가 증가할 것이고, 그에 따라 치매가 증가할 것이므로 인지장애자의 문제 행동은 개인, 가족, 사회에서 더 큰 문제로 될 것이다. 따라서 문제행동에 대해 이해하고, 관리하는 기술을 개발할 필요도 역시 커진다. 그러나 가장 중요한 것은 간호 제공자가 공격행동을 통제되어야 할 문제행동으로보다는 규명되고 이해되어야 할 의미있는 행동으로 본다면 그런 행동들을 위협이 아닌 도전으로서 볼 수 있을 것이다(Ryden, Bossenmaier and McLachlan, 1991). 이렇게 인간적인 태도의 유지를 통해 환자에 대한 존중감을 유지할 수 있을 뿐 아니라, 반-사회적 행동을 억제하기 위해 사용되는 일부 전략으로부터 초래될 수 있는 야만적 행위로부터 간호자 스스로를 보호할 수 있을 것이다. 앞으로 공격행동에 대한 효과적인 환자관리 증대 프로그램의 개발은 필요로 되는 문제 중의 하나일 것이다.

Lanza는 그의 공격행위에 대한 모델에서(model of aggression) (Lanza, 1983) 환경적 영향을 강

본 연구는 단국대학교 대학연구 지원비의 지원으로 연구되었음.

조하면서 내부적 기원에 초점을 맞추는 이론적 관점을 통합시켰다.

본 연구는 Lanza(1983)의 모델에 포함된 치매환자의 개인적 특성을 중심으로 공격행동을 관찰하고, 관찰과 동시에 기록하는 방법을 통해 치매환자의 공격적 행동의 출현정도, 맥락(context) 등 관련 특성을 알아보기 위하여 수행되었으며, 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

1. 치매환자 공격행동 출현율은 어느 정도인가?
2. 어떤 공격행동이 가장 빈번한가?
3. 공격행동과 관련있는 환자 특성 변수는 무엇인가?
4. 공격행동은 어떠한 상황에서 발생하는가?
5. 공격행동에 대한 간호 인력이나 주변인의 반응은 어떠한 양상으로 나타나는가?

2. 용어정의

1) 공격행동

공격행동이란 타인이나, 사물 혹은 자기 자신을 향한 호전적 행동이라고 정의되며 본 연구에서는 Ryden Aggression Scale(Ryden, 1988)에 포함된 행동들을 의미한다.

3. 연구의 제한점

편의상 관찰대상을 1개요양소에 국한하였으며 임의적으로 편의 표집하였기 때문에 본 연구의 결과는 전체 치매환자에 대한 일반성을 지니지는 못한다. 관찰시간이 오전 9시부터 오후 5시까지 임의로 설정되었기 때문에 다른 시간에 발생하는 행동특성에 대해서는 언급하지 못하였다.

공격행동은 중복되어 나타나는 경우가 빈번하였다. 신체적 공격행동의 경우 언어에서 공격성 혹은 욕이나 위협이 포함되어 나타난 경우가 대부분이었다. 이런 경우에는 언어적 행동은 신체적 행동에 수반되는 행동으로 간주하여 가장 주된 행동으로 생각되는 신체적 행동으로 분류하였다. 명확한 분류가 어려운 경우에는 관찰자와 연구자가 서로 상의하여 판단하였다. 신체적 행동의 경우에도 때리

거나 할퀴기, 밀기 등이 동시에 출현하는 경우가 빈번하였다. 이러한 경우 역시 가장 주된 행동으로 분류하였다.

II. 문헌고찰

치매환자에서의 분노와 공격적 행동은 통상 파괴적 반응으로서 다른 환자나 간호자를 놀라게 하고 위협에 처하게 하며, 혹은 좌절시킨다. 뿐만 아니라, 환자 자신을 사회적으로 고립시키는 결과도 초래한다. 또한 다른 입소자나 직원들이 보복할 위험을 증가시키고, 다른 사람들이 그 환자를 기피함으로써 활동참여가 제한되는 결과를 초래하게 되기도 한다 (Beck, Heacock, 1988).

치매환자에서의 파괴적 행동을 매우 높다. 연구들은 파괴적 행동과 인지손상 수준과는 상관관계가 있음을 보이고 있다(Alzheimer's Association, 1991; Birchmore, Clague, 1993; Cohen-Mansfield, 1988; Dietch, Hewett, Jones; 1989; Meddaugh, 1990; Rouner, Rabins, 1985; Ryden, 1988; Winger, Schirm and Stewart, 1897)

Ryden과 Bossenmaier, McLachlan(1991)는 7일간 대상자의 86.3%에서 공격행동이 발견되었으며 신체적 공격행동이 가장 빈번함을 보고하였다. 147명의 간호직원들을 조사한 연구에서 간호사들은 거주자의 1/3이 파괴적 행동을 보인다고 판단하고 있었다.

공격 행동을 감소시키기 위해서는 행동 밑에 깔린 역동을 이해하는 것이 중요하다. 공격행동은 흔히 좌절시의 반응이다(Gilleard, 1984). 착의시 단추를 잠글 수 없다는지, 이름을 기억할 수 없거나 일상생활이 변화될 경우 격노한다. 그러한 실패는 좌절을 유발하고, 자존감이나 자신감을 위협한다. 또한 환경에 대한 잘못된 인지로 인해 공격적으로 변화될 수도 있다. 시각적 실인증으로 눈에 보이는 사람이나 친근한 사물을 인지하지 못하는 경우도 역시 과다행위를 유발한다.

개인공간이나 독립성 침범 역시 자신의 환경을 통제할 수 없는 환자에게는 위협으로 인식된다. 이

경우에도 역시 과격하고 공격적인 행동이 유발된다. 공격적 행동은 기질적 변화로 인한 절제력의 상실로 인한 것일 수도 있다. 그러나 간호자의 부적절한 대응은 이러한 행동을 계속 지속시키게 된다. 환자가 울분을 풀 수 있고 긴장을 늦출 수 있도록 충분한 공간을 제공할 것이 요구된다.

치매환자는 타인에 의해 전달되는 느낌에 매우 민감하다. 간호직원이 긴장되어 있거나, 초조한 상태라면, 이러한 느낌은 환자에게 전달되고 말이나 행동이 잘못 오해를 살 수 있다. 큰 목소리는 자신을 경멸하는 것으로, 또한 자신의 주변에서 바빠 움직이는 것은 독촉하는 것으로 오해된다. 이 경우 환자의 반응은 방어의 하나이다. Hallberg 등(Hallberg, Luker, Norberg, 1990)은 언어적 파괴 행동을 보이는 치매환자에 있어서의 사회적 고립의 효과를 사정하였다. 실험군들은 사회적이고 활성적인 상호작용은 적으면서 보다 교정적인 상호작용은 많이 받았다. 대부분 상호교류는 1분 이내였으며 이는 인력들이 치매환자와 교류하는 방법을 모름을 의미한다. 이렇게 직원들이 환자들을 기피한다면 환자들이 더 많은 관심을 받기 위해 소리를 지르는 방법을 사용할 수도 있는 것이다. Burgener 등(Burgener, Jirovec, and Murrell, 1992)은 239개의 행동들을 관찰한 결과 간호인력들의 웃는 행동은 보다 적응적이고 느긋하고, 조용하고, 협조적인 거주자들의 행동과 관련성이 있었다. 그러나 실제 대부분의 부적절한 행동에 대한 간호중재는 주로 약물이나 신체제한의 사용 위주로 이루어지고 있어 효과적인 행동중재가 사용되고 있지 않은 것으로 나타나고 있다(Beck, and Heacock, 1988). 147명의 간호직원들이 사용한 관리전략을 조사한 Whall 등의 연구에서는(Whall, Gillis, Yankou, 1992) 언어적 토폰(66%), 약품사용(50%), 신체적 제한(43%), 일정시간만 허용함(40%), 접촉(38%), 행동전환(23%) 등의 순서로 나타났다. 또한 불행히도, 자격있는 간호사나 직원들은 간호보조원들보다 환자들과의 상호작용이 적었다(Ryden, Feldt, 1992).

이러한 파괴적 행동을 다루는 데는 다양한 기술이 소개되고 있다. 행동기법(behavioral techniques)은

바람직한 행동은 보상하고, 파괴적 행동은 집중공격을 통해 중단시킴으로써 행동을 변화시키는 프로그램을 의미한다(Teri and Logsdon, 1990). Casciani(Casciani, 1988)은 분노는 긍정적으로 자신의 요구를 표현할 수 없음을 반영하는 것이라고 보고 적절한 행동중재들을 제안하였다. Beck 등은(Beck, Baldwin, 1992, Beck, Rossby, Baldwin, 1991) 자극통제, 언어적 촉발, 제스처 혹은 모델링, 신체적 안내 등의 행동전략을 사용함으로써 착의 과정에서 환자의 독립성을 증진시키는 전략이 초조행동을 유위하게 감소한다는 것을 보여준다. Ebersole(Ebersole, 1989)은 touch와 음악을 통해 거주자의 편안함 정도를 증가시킬 것과 행동전략을 사용하고 구조화된 활동을 증가시키고, 좌절이나 분노를 표현할 다른 출구를 제공함으로써 파괴적 행동을 감소시킬 수 있다고 제안하였다.

또한 최근에는 건축 및 환경 디자인에 관심이 증가되어왔고 이는 특별 치매환자 병동이 활성화 되는 결과를 가져왔다.

집단프로그램(Meddaugh, 1990, Schwab, Rader, Doan, 1985)이나, 음악을 통한 중재(Bright, 1987)의 효과도 역시 발견되고 있다. 간호보조인력에 대한 교육프로그램도 개발되었는데(Hoffman, Platt, Barry, 1987; Feldt and Ryden, 1992) 이러한 프로그램들은 대개 인력들에게 새로운 대처기술을 사용하게 하고 공격행위를 보이는 환자에 대해 편안함을 느끼게 해주는 효과가 있었다.

공격 및 파괴행동의 원인과 중재방법에 대해서는 많은 연구가 요구된다. 현재 파괴행동에 대해서는 일관성이 없는 여러 가지의 개념들이 포함되어 있다. 더욱이 이러한 파괴행동들을 감소시키기 위한 연구에서의 중재들은 행동에 대한 개념적 설명에 기초하고 있지 못하다. 앞으로 치매환자의 공격적 파괴행동을 설명하고 감소시키기 위한 개념적 틀과 중재들이 고안되어야 할 것이며 그러한 중재들이 환자의 삶의 질과 간호효과에 미치는 영향들이 평가되어야 한다(Beck and Shue, 1994)

이상의 문헌고찰에서 외국은 치매환자의 공격행동을 문제행동의 한 범주로서 다루고 있고, 그러한

행동의 기전을 설명하기 위한 이론적 모델을 개발하면서 다양한 중재방법을 실험하고 있음을 알 수 있다. 그러나 우리나라는 치매환자에 대해 주로 가족의 부담감과 삶의 질에 초점이 맞추어져 있고, 최근에 일부 중재문헌이 나오고 있는 정도이며 특히 공격행동에 대한 상세한 정보를 제공하는 연구는 없는 실정이다.

III. 연구방법

1. 자료수집 방법 및 대상

자료수집 대상자는 1개 치매전문요양소에 입소한 환자를 편의표집하였다. 자료수집 방법은 환자 관찰을 통해 이루어졌다. 연구보조자에 대해서는 연구의 목적 및 도구사용에 대한 설명을 실시하였다. 한 명의 환자에 대해서 2일간 연속하여 지속적으로 관찰하였으며, 관찰시간은 하루 9시부터 5시까지 8시간 동안이었다.

각 행동은 Ryden의 도구에 근거하여 관찰시간 동안 발생하는 대로 기록하였다. 또한 각 행동마다 부착된 별도의 기록지를 통해 각 공격행동이 발생 시에 관찰과 동시에 서술식으로 관련 정보를 기록하도록 하였다. 서술내용으로는 공격행동의 시간, 발생장소, 발생상황, 주변의 반응 등이 포함되도록 하였다. 또한 연구수행 과정에서 Ryden 도구의 항목 외에 3개의 행동항목을 추가하였다. 연구자는 자료수집 과정에서 환자의 인지상태, 치매중증도 등의 일반적 사정이 이루어지는 과정을 점검하였고 자료수집 과정에서 발생하는 문제점을 해결하기 위해 연구보조자들의 질문에 응하면서 그들의 자료 수집 과정을 지속적으로 감독하였다.

2. 연구도구

1) 대상자의 일반적 정보

환자의 일반적 정보로는 성별, 연령별, 기관입소 기간을 조사하였다.

2) 환자특성

Lanza의 이론적 모델에서 내적요소에 포함되는 변수들로서 환자의 특성 항목을 구성하였다. 포함된 항목은 진단명, 치매중증도(CDR), 인지기능장애 (MMSE-K), 일상생활동작(ADL), CAPE, 정서상태(AERI), 정신과 약물 처방상태이다.

인지기능 측정은 Folstein등(1975)에 의해 개발한 Mini-Mental State Examination(MMSE)가 자주 이용된다.

본 연구에서는 최근에 제작된 "한국판 MMSE (K-MMSE; 강연옥, 나덕렬, 한승혜, 1997)"를 사용하였다.

치매의 중증도는 Clinical Dementia Ratings (CDR)을 이용하였다 (Hughes et al). CDR은 기억력, 지남력, 판단력과 문제해결 능력 사회활동, 집안생활과 취미 위생 및 몸치장의 6개의 영역을 각각 평가하도록 되어있으며, 1은 경중 치매, 2는 중증도의 치매, 3은 심한치매를 나타낸다. The Clifton Assessment Procedures for the Elderly(CAPE) Behavior Rating Scale는 Pattie와 Gilleard(1979)에 의해 개발된 도구로 노인의 인지, 행동의 불능정도를 측정할 수 있는 도구이며 모두 18개 항목으로 구성되었고 전체 점수로 합해져 전반적인 행위불능정도를 나타내게 된다. 일상생활동작은 Barthel Index를 사용하였다 (Mahoney and Barthel, 1965). 대상자의 수행능력이 저하된 경우는 점수가 적어지며 각 항목별로 3점 단위로 평가를 하였다. Barthel Index는 사망율을 예측하는 지표로도 유용하였다(Wylie, 1967).

The Apparent Emotion Rating(AER) Instrument는 인지장애 노인의 정서를 측정하기 위하여 Snyder 등(1997)이 개발한 도구이며 긍정적인 정서-기쁨(Pleasure), 관심(Interest), 안정(Tranquility)-과 부정적인 정서-불안(Anxiety), 우울(Depression), 분노(Anger)-로 구성된다. 점수분포는 0점(매우 부정적 상태)에서 최고 90점(매우 긍정적 정서상태)까지 이다.

3) 환경 변수

공격행동 발생의 시간 및 장소, 선행사건을 환경변수로 포함시켜 조사하였다.

4) 공격행동 관찰도구

Ryden Aggression Scale(Ryden, 1988)은 Likert-scale 이며 3개의 하부측정도구인 신체적 공격행동(PAB), 언어적 공격행동(VAB), 성적공격행동(SAB)으로 구성되어 있다. 가족에서의 test-retest 신뢰도는 .86이었으며, 전체도구의 내적일관성은 .88이었다(Ryden, 1988).

3. 분석방법

대상자의 인구학적 및 질병관련 특성은 백분율과 평균을 이용하였다. 공격행위의 변수별 특성에 대해서는 상관계수 및 ANOVA나 t-test를 이용하여 유의한 차이가 있는가를 분석하였다.

공격행동의 출현시간, 장소, 목표, 선행사건, 주변의 반응에 대해서는 백분율을 제시하였다.

IV. 연구결과 및 논의

<표 1>은 조사대상자의 일반적 특성이다. 여자가 153명(85.9%)로 거의 대부분을 차지하였다. 또한 한 명을 제외한 모든 환자가 60세 이상이었다. 연령군에서는 70대가 71명(40.1%)으로 가장 많은 수를 점하였으며 입소자의 평균연령은 78.7세로서 비교적 고령이었다.

입소기간은 2년 이상이 91명(51.4%)으로 본 기관이 개소 당시부터 입소한 경우가 절반 이상이었다. 평균입소기간은 22.8개월이었다. 진단명은 알쯔하이머병형 치매가 71.2%(126명)으로 높은 비율을 점하고 있었으며, 혈관성치매는 47명(26.2%), 나머지 4명은 기타의 치매이었다.

치매중증도로는 경도치매가 78명(44.1%), 중중도치매는 52명(29.4%), 중중치매는 47명(26.6%)을 각기 점하고 있었다. 관찰 대상자 중 항정신약물을 처방받고 있는 환자는 16명(9.0%)에 불과하였다.

<표 1> 환자의 일반적 특성

변수	항목	명(수)	빈도 (%)	평균값
성 별	남	24	14.1	
	여	153	85.9	
연 령	59~69	24	13.6	78.7세
	70~79	71	40.1	
	80~89	65	36.7	
	90이상	17	9.6	
입소 기간	1년 미만	30	17.0	22.8월
	1년~2년 미만	56	31.6	
	2년 이상	91	51.4	
진단명	알쯔하이머	126	71.2	
	혈관성	47	26.6	
	기타	4	2.3	
CDR	1이하	78	44.1	
	2	52	29.4	
	3	47	26.6	
항정신약물 처방	유	16	9.03	
	항정신	6	3.4	
	항우울	5	2.8	
억제대	항불안	5	2.8	
	무	161	90.97	
	유	3	1.7	
total	무	174	98.3	
		177	100	

1. 치매환자중 공격행동의 출현율은 어느 정도인가?

<표 2>는 관찰일별 공격행동의 출현양상을 나타낸 것이다. 관찰 첫 날에 공격행동을 나타낸 환자는 모두 111명으로 이는 총관찰환자 177명의 62.7%에 달하는 높은 비율이다. 관찰 2일에는 총 74명의 (41.8%) 환자가 공격행동을 나타내었다.

출현 공격행동 수는 첫날은 총 169개, 제2일에는 총 130개의 행동이었다. 이는 공격행동을 보인 환자 1인당 평균 1.52개, 제2일에는 평균 1.75개의 공격행동을 보인 것이다. 공격행동은 관찰일 별로 변동은 있으나 환자의 41.8% - 62.8%에서 출현하여 높은 출현율을 보이고 평균 1인당 1.65개의 공격행동을 보였다. 2일동안 출현행동을 보인 환자의 비율은 74%였고, 나머지 26%(46명)은 행동을 보이지 않았다<표 2-1>.

<표 2> 관찰일별 공격행동 출현양상

관찰일	출현환자 수(명)	출현율(%)	공격행동 출현수		출현환자당 평균행동수	최대 최소		입소환자 1인당행동수
			출현수	율(%)		최대	최소	
첫째날	111	62.7	169	56.5	1.52	8.0	0.0	.95
둘째날	74	41.8	130	43.5	1.75	8.0	0.0	.73
2일간 출현환자 (2일간 총환자수)	185 (354)	52.3 (100.0)	299	100.0	1.65			.84

<표 2-1> 2일간 공격행동 출현빈도

출현횟수	수	%
출현없음	46	26.0
1회	51	28.9
2회	42	23.7
3회	24	13.5
4회	5	2.8
5회이상	9	5.0
total	177	100

기존 연구는 7일간 관찰에서 86.3%가 공격행동을 보였고 (Ryden, Bossenmaier, McLachlan, 1991), Cohen-Mansfield 와 Kerin (1986)의 연구에서는 일주일 동안 87%에서 나타났다. 그 외의 연구(Ryden, 1988; Ryden, Bossenmaier and McLachlan 1991; Cohen-Mansfield, 1988) 와 비교하더라도 비록 관찰기간이 짧기는 했지만 공격행동은 일정환자가 반복해서 나타내는 점을 감안하면 본 연구결과는 거의 비슷한 출현율을 나타낸다고 생각된다.

2. 어떤 유형의 공격행동이 가장 빈번하게 나타나는가?

<표 3>은 공격행위별로 출현양상을 나타낸 것이다. 언어적영역의 욕하기/저속적 언어를 사용하가 74회(24.7%)로 가장 빈번하였다. 그 외 공격적 언어(65회, 21.7%), 밀기(39회, 13.0%) 등의 순서로 나타났다.

영역별로는 언어적영역(157회, 52.5%), 신체적

<표 3> 공격행위별 출현양상

공격행위 항목	출현 행동수		total 명 %
	수 (건)	출현율 (%)	
때리기	14	4.7	
밀기	39	13.0	
꼬집기	2	.7	
손으로 때리기	18	6.0	
위협적 자세	21	7.0	
차기	7	2.4	
함키기	3	1.0	
침이나 음식 뱉기	3	1.0	
머리잡아 당기기	1	.3	
물기	0	.0	
팔꿈치로 밀기	3	1.0	
물건 던지기	8	2.7	
물건으로 때리기	7	2.4	
달려들기	0	.0	
무기사용	1	.3	
상대방 재산손상	1	.3	
무기 휘두르기	1	.3	
물건 두드리기	3	1.0	
물건 해집기	2	.7	
신체잡기	2	.7	136 45.5
공격적 언어	65	21.7	
욕하기/저속적 언어	74	24.7	
이름 부르기	1	.3	
언어적 위협	14	4.7	
소리지르기	2	.7	
이상한 소리	0	.0	
불평하기	1	.3	157 52.5
음탕한 태도	0	.0	
신체 만지기	5	1.7	
껴안기	1	.3	
성교	0	.0	
키스하기	0	.0	6 2.0
total	299	100.0	299 100.0

<표 4> 변수별 공격행위

변 수	항 목	명(수)	빈도(%)	평균	표준편차	F(t)	P-value
성별	남	24	14.1	1.23	.16	3.90	.05*
	여	153	85.9	2.07	.17		
연령(59세 1명)	59~69	24	13.6	1.18	1.31	3.11	.02*
	70~79	71	40.1	1.25	1.19		
	80~89	65	36.7	2.17	2.50		
	90이상	17	9.6	2.02	2.79		
입소기간	1년 미만	30	17.0	1.49	1.12	0.80	.44
	1년~2년 미만	56	31.6	1.56	1.38		
	2년 이상	91	51.4	1.92	2.49		
진단명	알츠하이머	126	71.2	2.03	2.23	1.79	.17
	혈관성	47	26.6	1.44	1.16		
	기타	4	2.3	1.50	0.81		
정신과 약물처방	무	161		1.66	2.07	0.24	.62
	유	16		1.93	0.96		

영역(136회, 45.5%) 성적영역(6회, 2.0%) 순서였다.

이러한 결과는 Ryden 등(1991)에서의 신체영역 50.8%, 언어적 공격행동 47.6%, 성적행동 4%와 비교하여 우선순위는 바뀌었지만 거의 비슷한 결과로 보인다.

3. 공격행동은 환자의 개인적 특성과 어떠한 관련성이 있는가?

<표 4>는 환자의 특성과 공격행동의 출현율간의 관련성을 보기 위한 것이다.

여자의 평균 출현율은 2.07로서 남자(1.23)에 비해 유의하게 높았다($p=.05$).

연령별로 60대(1.18회), 70대(1.25회), 80대(2.17회), 90대(2.02회)로 평균공격행위 빈도가 높게 나타났다 ($p=.02$).

입소기간별로 1년미만(1.49회), 2년미만(1.56회), 2년이상(1.92회)로 점차 증가하는 경향을 보이고 있으나 유의하지는 않았다.

진단명별로 알츠하이머병형 치매의 평균 행동출현율은 2.03회로 혈관성치매(1.44회)나 기타(1.50) 보다 높으나 유의한 차이는 아니었다.

또한 정신과 약물처방을 받는 환자의 공격행위

빈도가 더 높았으나 유의하지는 않았다. 그러나 사전조사가 시행되지 않았으므로 이런 결과로 투약이 공격행위에 효과가 없다고 결론을 유도하는 것은 어렵다.

<표 5>는 공격행위의 빈도와 환자의 질병관련 특성과의 상관성을 본 것이다.

공격행동 빈도와 유의한 상관관계를 보이는 것은 연령 뿐이었다($p=.04$). 한편 연령은 입소기간과 치매중증도, 일상생활동작, CAPE, 정서상태와 관련성을 보이고 있음을 알 수 있다.

한편 인지장애정도와 공격행동 빈도와는 아무런 관련성이 없어 기존의 연구와는 다른 결과를 나타내었다(Alzheimer's Association, 1991; Birchmore, Clague, 1993).

<표 6>은 공격행동의 출현시간 및 장소, 공격 목표에 대한 행위빈도를 나타낸 것이다.

출현시간은 오후(138회, 46.4%), 오전(114회, 38.3%)였다.

출현장소는 자신의 방(162회, 54.5%) 라운지나 간호사실(67회, 22.4%) 복도(39회, 13.0%), 식당(21회, 7.02%), 기타(10회, 3.3%)의 순서로 나타났다.

공격목표는 같은 방에 거주하는 다른 환자(109회, 36.4%)인 경우가 가장 많았다. 그 다음으로

<표 5> 질병특성과 공격행동과의 관련성

	공격행위수	연령	입소기간	CDR	MMSE	ADL	CAPE	정서상태
공격행위수	1.000	.154*	.113	.058	.119	.079	.145	-.134
		.042	.135	.441	.115	.297	.055	.076
연령	.154*	1.000	.238*	.232**	-.110	-.158*	.169*	-.158
	.042		.001	.002	.145	.036	.024	.036
입소기간	.113	.238*	1.000	.167*	.106	-.212**	.066	-.208**
	.135	.001		.026	.161	.005	.383	.006
CDR	.058	.232*	.167*	1.000	.063	-.237**	.228**	-.240**
	.441	.002	.026		.403	.001	.002	.001
MMSE	.119	-.110	.106	.063	1.000	.031	-.069	-.069
	.115	.145	.161	.403		.680	.363	.361
ADL	.079	-.158*	-.212*	-.237*	.031	1.000	-.099	.187*
	.297	.036	.005	.001	.680		.190	.013
CAPE	.145	.169*	.066	.228*	-.069	-.099	1.000	-.272**
	.055	.024	.383	.002	.363	.190		.000
정서상태	-.134	-.158*	-.208**	-.240**	-.069	.187*	-.272**	1.000
	.176	.036	.006	.001	.361	.013	.000	

<표 6> 공격행동의 출현 시간, 장소 및 목표

변 수	항 목	출현행동	
		수	%
출현시간	오전	114	38.12
	점심	46	15.38
	오후	139	46.48
출현장소	환자방	162	54.18
	복도	39	13.04
	식당	21	7.02
	라운지, 간호사실	67	22.40
	기타	10	3.34
공격목표	간호인력	46	15.38
	같은 방의 거주자	109	36.45
	옆에 있던 노인	60	20.06
	기억속 인물	4	1.33
	목표 없음	7	2.34
	간호학생	73	24.41

간호학생(73회 24.5%), 옆에 우연히 있던 다른 노인(60회, 20.2%), 간호인력(46회, 15.3%)로 각각 나타났다..

간호학생을 간호인력에 포함시키면 결국 간호인력이 가장 빈번한 공격목표가 된다고 할 수 있다. 간호인력이란 간호사를 비롯하여 생활보조원 등 노인을 직접 수발하는 모든 인력을 통칭한다.

<표 7> 공격행동의 선행요인

	행 위	
	수	%
간호인력의 직접자극	39	13.04
다른 거주자의 직접자극	25	8.36
간호인력의 간접 자극	26	8.69
다른 거주자의 간접자극	108	36.12
요구 관철되지 않음	23	7.69
선행요인 없음	78	26.09
간호인력 자극	65	21.73
다른 거주자의 자극	133	44.48
요구 관철되지 않음	23	7.69
선행요인 없음	78	26.09
total	299	100

<표 7>은 공격행동을 유발했다고 생각되는 선행요인을 구분한 것이다. 선행요인은 행동유발의 원인이 누구냐에 따라 간호인력과 다른 거주자로 구분하고 또한 자극의 종류에 따라 간접자극, 직접자극으로 구분하였다.

직접자극이란 개인의 영역을 직접 침범하거나 신체적 접촉이 발생하는 경우를 지칭하는 것으로

서 예를 들면 간호인력의 시술이나 환자의 활동으로서 접촉을 하게 되는 경우를 의미한다.

개인영역의 침범이란 직접적으로 신체접촉을 하지는 않지만 노인의 개인에게 중요한 의미있는 물건이나 영역을 침범하는 것이다. 예를 들어 당사자의 물건을 빼앗거나 식당의 자리를 빼앗는 경우 등이 해당된다.

간접접촉이란 신체적인 접촉이나 개인의 긴밀한 영역을 침범하지는 않는 모든 비접촉적 자극상황을 의미한다. 간호인력에 의한 간접접촉의 예로는 휠체어를 밀어주거나, 식사보조, 질문 등의 행위가 해당되고, 다른 노인의 간접접촉의 예로는 해당 노인의 방에 신을 신고 들어오거나, 허락없이 창문을 열거나, 배설을 해서 냄새를 풍김, 큰소리로 떠들거나 노래를 부름 등 신체접촉은 없으나 무엇인가 자극적인 행동을 하는 경우이다. 그 외에 환자의 요구가 관철되지 않음으로써 발생하거나 혹은 선행요인이 없이 일어나는 것으로 구분하였다. 선행요인이 없는 경우에는 괜히 우울하거나 혹은 괜한 참견하는 경우이다. 자신보다 일상생활동작이나 인지기능이 떨어진 노인, 성격적으로 온순한 노인을 일정한 대상으로 삼거나 주변에서 일어나는 일에 대해 과민 반응을 하는 것도 포함한다.

공격행동의 가장 빈번한 원인이 된 것은 다른 거주자의 간접자극이며(108회, 36.1%) 24.0%(78회)는 선행요인 없이 발생하였다.

그 다음은 간호인력의 직접자극(39회, 13.0%), 간호인력의 간접자극(26회, 8.6%), 다른 거주자의 직접자극(25회, 8.3%)의 순서였다.

결국 다른 거주자 자극이 (133회, 44.4%) 가장 빈번한 자극원이 되었고, 간호인력의 자극은 65회(21.7%)로서 상대적으로 그 비율이 적은 것을 알 수 있다. 그러나 이런 결과는 Ryden 등(1992)이나 Hallberg 등(1990)이 지적한 바와 같이 치매 환자에 대한 간호인력의 접촉이 적기 때문인지 혹은 간호인력의 간호중재가 바람직하게 이루어진 결과때문인지는 확실하지 않다.

<표 8> 은 공격행동에 대한 반응을 보여주는 것이다. 공격행동에 대한 주위의 반응으로서는 반응 주체에 따라 간호인력의 반응, 피해노인의 반

<표 8> 공격행동에 대한 반응

	반응자 반응영역	반응종류	대상행동	
			수	%
간호인력	일상적 반응	무반응, 방치	15	100.0
		subtotal	(15)	(21.43)
	언어적 반응	인정	4	5.71
		설명·설득	18	25.71
		지시·억제	6	8.57
		공격·비난	12	17.14
	subtotal	(40)	(57.14)	
	행위적 반응	보조맞춤	2	2.86
		신체억제	12	17.14
		상황회피	0	0
행동중지		0	0	
상황변경		0	0	
신체공격		1	1.43	
subtotal	(15)	(21.43)		
total			70	100
피해노인	일상적 반응		(80)	(65.03)
		subtotal		
	언어적 반응	인정	3	2.44
		설명·설득	2	1.63
		지시·억제	2	1.63
		공격·비난	22	17.88
	subtotal	(29)	(23.58)	
	행동위주 반응	보조맞춤	2	1.63
		신체억제	0	0
		상황회피	4	3.25
행동중지		2	1.63	
상황변동		0	0	
신체공격		6	4.88	
subtotal	(14)	(11.38)		
total			123	100
주위의 반응	무관심	74	57.81	
	공격노인 비난	33	25.78	
	공격노인 동조	21	16.41	
total			128	100

응. 공격행동발생 당시 주변에 있던 주위환자들의 반응 3가지로 구별된다.

반응양상은 일상적 반응과 언어적 반응, 행위적 반응으로 구별된다. 일상적 반응이란 공격행위에 대해 무관심하거나 일상적인 일로 치부해 버리는 등의 반응을 의미하며, 언어적 반응이란 상황을 잘 설명하여 공격행위를 멈추도록 하거나 혹은 타이

르거나 한계를 설정함, 지시 등을 의미한다. 행동적 반응으로는 환자의 요구를 미리 앞서서 파악하고 보조를 맞추거나, 신체적으로 억제함, 그대로 방치하고 상황을 떠나버림, 혹은 공격상황의 조건을 변경시키는 것, 상황 속에 머물러 있으나 행동을 멈추고 관찰함 등으로 구분될 수 있다.

간호인력의 반응양상에서는 언어적 반응이 가장 빈번하게 사용되어지는 반응양상이었다(40회, 57.1%). 일상적 반응이나 행위적 반응은 각각 15회(21.4%)를 접하였다. 행위적 반응에서는 주로 신체억제를 사용하고 있었다. Whall 등(1992)에서도 간호인력의 언어적 반응이 가장 많아서 본 연구와 일치하고 있다. 신체억제(12회, 17.1%) 역시 빈번하게 사용되는 것도 일치한다.

간호인력의 반응중 지시·억제나 공격·비난 등의 바람직 하지 못한 대응방법은 18회(25.7%)나 되며, 행위적 대응에서 부정적인 대응인 신체억제 및 신체공격을 포함하면 총 41회(44.2%)나 되어 공격행동에 대한 효과적인 행동증재가 사용되고 있지 않다는 기존의 연구결과(Beck, and Heacock, 1988)를 그대로 보여준다.

피해노인에서는 일상적 반응이 가장 빈번하였다(80회, 65.0%). 언어적 반응(29회, 23.5%) 중에서는 공격·비난(22회, 17.8%), 행동반응에서는 신체공격 대응이(6회, 4.8%) 빈번하였다.

피해노인 외에 주변의 노인들은 대개는 무관심으로 일관하였다(74회, 57.8%). 공격노인을 비난하거나(33회, 25.7%) 동조하기도 하였다(21회, 16.4%).

V. 결론 및 제언

본 연구는 치매환자의 공격행동의 특성을 규명하기 위해 수행되었다. 연구의 대상자는 일 개 치매전문요양소에 입소한 환자로서, 자료수집은 관찰을 통해 이루어졌다. 관찰은 오전9시부터 오후 5시까지 2일 동안 이루어졌다. 공격행동은 Ryden의 도구에 근거하여 기록되었으며, 연구결과는 다음과 같다.

1. 공격행동의 출현율

공격행동은 환자의 41.8%, 62.8%에서 나타났다. 2일동안 총 환자의 비율 74%가 공격행동을 보였으며 1인당 평균 행동수는 1.65개 였다.

2. 공격행동의 유형

언어적 영역이 가장 빈번하게 나타났으며(157회, 52.5%) 신체적 영역은 136회(45.5%), 성적 영역이 가장 낮은 6회(2.0)를 기록하였다.

행위별로는 욕하기/저속적언어(74회, 24.7%), 공격적 언어(65회, 21.7%), 밀기(39회, 13.0%), 위협적 자세(21회, 7.0%), 손으로 때리기(18회, 6.0%)의 순서대로 발생하였다.

3. 환자의 개인적 특성 및 질병특성과의 관련성

여자의 평균 출현율이 2.07로서 남자보다 높다($p=.05$). 공격행동 빈도와 유의한 상관관계를 보이는 것은 연령뿐이었다($p=.04$). 입소기간과 치매중증도, 일상생활동작, CAPE, 정서상태, 인지장애 정도는 공격행동 빈도와는 아무런 관련성이 없었다.

4. 공격행동의 출현시간 및 장소, 공격목표에 대한 행위빈도를 나타낸 것이다.

출현시간은 오후가 138회(46.4%)로 가장 많았으며, 출현장소는 자신의 방에서 발생한 경우가 가장 빈번하였다(162회, 54.5%). 공격목표는 간호인력이 가장 빈번한 공격목표가 되었다(119회, 39.8%).

5. 공격행동의 선행요인

다른 거주자의 자극이 가장 빈번한 자극원이었고(133회, 44.4%), 간호인력의 자극은 65회(21.7%)로서 상대적으로 적었다.

6. 간호인력은 언어적 반응을 가장 많이 사용한

다(40회, 57.1%). 행위적 반응에서는 주로 신체억제를 사용하고 있었다(12회, 17.1%). 간호인력의 모든 반응 중 바람직하지 못한 반응의 비율이 높다(41회, 44.2%). 피해노인에서는 일상적 반응이 가장 빈번하였다(80회, 65.0%).

앞으로 치매환자 공격행동에 대한 보다 상세한 정보를 규명하는 것이 필요하며 이를 기초로 중재방법을 개발해 내야한다. 또한 치매환자가 증가되는 현실에서 간호사는 보다 바람직한 문제행동에 대처하기 위해 노력해야 한다.

참고문헌

- Alzheimer's Association(1991). National program to Conquer Alzheimer's Disease. Chicago, Alzheimer's Association
- Beck, C. & Baldwin, B.(1992), Decreasing disruptive behaviors in cognitive impaired elderly. National Institute on Aging funded grant
- Beck, C. & Heacock, P.(1988), Nursing interventions for patients with Alzheimer's disease. Nursing Clinics of North America, 23:95-124
- Beck, C., Rossby, L. & Baldwin, B.(1991), Correlates of disruptive behavior in cognitively impaired elderly nursing home residents. Arch psychiatric Nursing, 5(5): 281-291
- Beck, C.K. & Shue, V.M.(1994), Interventions for treating disruptive behavior in demented elderly people. Nursing Clinics of North America, 29(1):143-155
- Birchmore, T. & Clague, S.(1983), A behavioral approach to reduce shouting. Nursing Times, 79(16):37-39
- Bright, R.(1987), The use of music therapy and activities with demented patients who are deemed : difficult to manage. Clinical Gerontologist, 6(2):131-141
- Burgener, S.C., Jirovec, M. & Murrell, L., et al(1992), Caregiver and environmental variables related to difficult behaviors in institutionalized demented elderly persons. Journal of Gerontology, 47(4):242-249
- Casciani, J.(1988), Management of behavior problems in the elderly. In Aging and Mental health: A Comprehensive Guide to Working with the Elderly. Delmar, CA, Alliance Press
- Cohen-Mansfield, J.(1988), Agitated behavior and cognitive functioning in nursing home residents: Preliminary results. Clinical Gerontologist, 7(3/4):11-22
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M.S. & Rosenthal, A.S.(1990b), Dementia and agitation in nursing home residents: How are they related? Psychol Aging, 5(1):3-8
- Dietch, J.T., Hewett, L.J. & Jones, S.(1989), Adverse effects of reality orientation. Journal of the American Geriatrics Association, 37(10):974-976
- Ebersole, P.(1989), Caring for the psycho-geriatric client. New York, Springer, 115
- Felt, K.S. & Ryden, M.B.(1992), Agressive behavior: Educating nursing assistants. Journal of Gerontological Nursing, 18:3-12
- Gilleard, C.J.(1984), Living with Dementia. Philadelphia: Charles Press
- Hallberg, I.R., Luker, K.A. & Norberg, A. et al(1990), Staff interaction with vocally disruptive demented patients compared with demented controls. Aging, 2(2): 163-171
- Hoffman, S.B., Platt, C.A. & Barry, K.E. (1987), Managing the difficult dementia patient: The impact on the untrained nursing home staff. Training nursing home staff to cope with behavioral problems. The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders and research, 2(4):26-31
- Jackson, M.E., Drugovich, M.L., Fretwell, M.D., Spector, W.D., Sterberg, J. & Rosenstein, R.B.(1989), Prevalence and correlates of disruptive behaviors in the nursing home. Journal of Aging and Health, 1:349-369
- Lanza, M.(1983), Origins of aggression. J of Psychosocial Nursing Mental Health Services, 12(6):11-16

- Meddaugh, D.I.(1990), Reactance:Understanding aggressive behavior in long-term care. Journal of Psychosocial Nursing Mental Health Service, 28(4):28-33
- Rouner, B. & Rabins, P.(1985), Mental illness among nursing home patients. Hosp Community Psychiatry, 36:119-128
- Ryden, M. & Feldt, K.S.(1992), Goal-directed care: Caring for aggressive nursing home residents with dementia. Journal of Gerontological Nursing, 18(11):35-41
- Ryden, M.B.(1988), Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community. Alzheimer Dis Assoc Disord, 2:342-355
- Ryden, M.B., Bossenmaier, M. & McLachlan, C.(1991), Agressive Behavior in Cognitively Impaired Nursing Home Residents. Research in Nursing and Health, 14:87-95
- Schwab, M., Rader, J. & Doan, J.(1985), Relieving the anxiety and fear in dementia. Journal of Gerontological Nursing, 11(5):8-11, 14-15
- Teri, L. & Logsdon, R.(1990), Applied behavioral analysis for disturbed elderly patients. Compr Ther, 16(5):36-42
- Whall, A.L., Gillis, G.L. & Yankou, D., et al(1992), Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A Survey of nursing staff. Journal of Gerontological Nursing, 18(10):13-17
- Winger, J., Schirm, V. & Stewart, D.(1987), Aggressive behavior in long-term care. Journal of Psychosocial Nurs Mental Health Service, 25(4):28-33
- 오진주(1995), 치매노인 보건관리에 관한 연구. 서울대학교 박사학위논문

= ABSTRACT=

Aggressive behavior of dementia patients in a facility

Jin Joo Oh (Dept. of Nursing, Dankook University)

This study was to examine the characteristics of aggressive behaviour of dementia patients. It was based on the observation of the patients in a facility for dementia patients. Observation continued for two days from 9 a.m. to 5 p.m.. aggressive behavior was recorded using the instrument of Ryden. The result of this study is as follows.

1. appearance rate of aggressive behaviour

During two days 74% of the patients did aggressive behaviour(first day-41.8%, second day-62.8%). The average aggressive behaviour per person was 1.65.

2. types of aggressive behaviour

Aggressive behaviour was the most frequent in verbal domain(157 case; 52.5%). Physical domain was the second(136 case;45.5%), and sexual domain was the last(6 case;2.0%). More concretely, abusive/vulgar language(74 case;24.7%) was more than anything else. Aggressive language(65 case;21.7%), pushing(39 case;13.0%), intimidating posture(21 case;7.0%), slapping(18 case; 6.0%) followed it.

3. correlation to other factors such as sex, age etc.

The average aggressive behaviour of female(2.07) was higher than that of male(1.23) ($p=.05$). Age also had meaningful correlation to the frequency of aggressive behaviour($p=.04$). All the other factors-the period of living in facility, the seriousness of dementia, movements in daily life, CAPE, emotional state, the extent of trouble in cognition- have nothing to do with the frequency of aggressive behaviour.

4. the time, place and the target of aggressive behavior

Aggressive behaviour appeared more frequently in the afternoon(138 case;46.4%) than in the morning or at lunch time. The patient's room ranked the first in the list of places where aggressive behaviour took place(162 case; 54.5%). Nursing personnel topped in the target of aggressive behaviour(119 case; 39.8%).

5. the preceding causes of the aggressive behavior

the most frequent preceding causes of the behavior was the stimulus of another residents (133회, 44.4%) and that of nsg personnel was few relatively(65 cases, 21.7%).

6. Nursing personnel used verbal reaction most frequently(40 cases, 51%) and in a behavioral reaction they used physical restraint(12 cases, 17.1%) most frequently.

In the reactions of nsg personnel, the rate of undesired reaction was high(41cases, 44.28%), and in that of the attacked residents, the usual reaction was most frequent(80cases, 65.0%).

In the future it is needed to investigate the characteristics of aggressive behavior of dementia patients, and based on this the method of intervention must be developed. Today the number of dementia patient increases so nurses must strive to encounter aggressive behavior more desirably.