

## 재가 치매노인의 문제행동에 관한 연구\*

강 영 실\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

노인인구의 증가는 세계적인 추세이며, 치매질환의 발병율은 연령이 증가함에 따라 점차 높아져 미국 알츠하이머 협회(1999)에 의하면 65세 이상에서 10%, 85세 이상에서는 약 50%에 이른다고 한다. 따라서 노령화는 치매질환의 이환률과 그로 인한 사망률의 증가를 예상케 하고 있으며, 우리나라의 경우 전국단위의 유병조사는 없으나 최근 연구들에 의하면 65세 이상에서 8.3%~11.3%가 이환된 것(변용찬 등, 1997; 우종인 등, 1994; 박종한과 고효진, 1991)으로 나타나 있다.

치매는 노인 자신에게 매우 심각한 문제이며 치매환자를 돌보는 가족에게는 물론 사회적으로도 중요한 보건의료문제로 대두되고 있다. 75세 이상의 일본노인을 대상으로 한 연구에 의하면 노인들이 가장 피하고 싶은 질환이 치매, 뇌졸중, 심혈관질환 순이라고 하였고(Matsubayashi et al., 1994), 우리 나라 60세 이상 노인을 대상으로 한 연구에 의하면 대상노인의 72.5%가 치매발병에 대한 불안감을 가지고 있는 것으로 나타나(황희숙, 1998) 노인들이 가장 두려워하는 질환이 치매임을 알 수 있다.

치매는 다양한 원인에 의해서 발생하며 지속적인 인지장애와 이로 인한 정서적 행동적 문제로 특징지어진다. DSM-4에서의 치매의 정의는 새로운 것에 대한 학습 능

력 장애와 이전에 학습한 것에 대한 기억장애가 있고, 실어증(aphasia), 실행증(apraxia), 실인증(agnosia), 일상생활 수행능력 장애의 4가지 장애 중 적어도 한가지를 동반하는 것이다(American Psychiatric Association, 1994). 이러한 장애는 개인의 직업 및 사회 활동을 방해하고 이전의 높은 수준의 기능을 쇠퇴시키고(Tappen, 1997), 또한 행동과 성격의 변화, 생활습관과 흥미의 변화를 초래한다(Granet & Fallon, 1998).

치매환자에서 나타나는 여러 가지 증상 중 행동증상은 매우 공통적인 증상으로 가족에게 부담을 주고(Folstein & Bylsma, 1994), 시설에 입원시키는 요인이 되고 있다(Deutsch et al., 1991; Steele et al., 1990; Hamel et al., 1990). 치매환자의 행동증상의 양상은 치매의 진행정도와 이환기간에 따라 다르며 개인에 따라 서로 다양하게 나타난다(Cohen et al., 1984; Davis et al., 1997; Teri et al., 1988). 행동증상에는 주변에 대한 무관심과 부적절한 사회적 행동 등과 같은 성격 변화, 환각, 슬퍼하는 증상이나 사기적, 불안, 식사와 수면장애, 성가신 행동(Eastwood & Reisberg, 1996), 반복적인 말, 초조, 배회, 자신 혹은 타인에 대한 언어적, 신체적 공격 등이 있다(Davis et al., 1997).

치매환자의 이러한 행동증상은 환자 자신에게는 물론이고 환자를 부양하는 가족에게 스트레스를 주는 주요 요인이 되고 있어 문제행동의 발생과 관리는 간호학적 관점에서 중요한 과제이며 이에 대한 연구가 필요하다 하겠다.

\* 부산대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문요약임

\*\* 경상대학교 간호학과 교수

최근의 연구에 의하면 치매 환자의 발병 전 성격 특성이 발병 후 행동특성과 연관성이 있으며, 성격 요인이 치매와 관련된 행동에 영향을 줄 수 있다고 보고하고 있다(Kolanowski & Whall, 1996; Kolanowski et al., 1997; Mortimer, 1988). 또한 환경의 변화가 자극이 되어 환자의 행동에 영향을 미치기도 한다(Hall & Buckwalter, 1987; Nelson, 1995; Painter, 1996). 그 외 치매환자의 행동증상과 관련있는 변인으로 발병 전의 생활양식(Monsour & Robb, 1982), 발병 당시의 연령(Gilley et al., 1991), 생활사건(Cohen-Mansfield et al., 1989), 대처양상과 이전의 직업(Snyder et al., 1978) 등이 나타나 있다. 이러한 연구 결과는 현재의 환자의 행동특성이 개인의 고유한 성격 특성이나 발병 전의 여러 가지 특성을 반영할 수 있다고 생각하게 된다. 따라서 치매환자의 여러 특성과 문제행동과의 관련성을 파악하면 환자의 문제행동을 바르게 이해하게 되고 환자의 특성에 알맞은 개인별 간호를 하게 될 것이다.

국내의 경우에도 최근 들어 치매에 대한 관심이 높아져서 치매 관련 연구가 증가하는 추세에 있으며 그 내용들을 살펴보면 치매노인시설과 서비스에 관한 연구(오진주, 1995; 문혜리, 1998)와 치매노인을 부양하는 가족의 간호요구 및 부담감에 관한 연구들(유은정, 1995; 홍여신 등, 1994; 권중돈, 1994; 최미경, 1996; 이경자, 1995)로 대부분의 연구가 가족에 초점을 맞추고 있다. 치매환자에 초점을 맞춘 연구로는 치매행동과 정서에 대한 간호중재의 효과를 검증하는 실험연구들(홍여신 등, 1995; 김정순, 1997; 김경애, 1998)이 있지만 특정문제에 국한되어 있으며, 문제행동에 관련된 요인을 찾는 연구는 없다. 또한 많은 연구들이 시설에 입원해 있는 노인을 대상으로 하고 있으나 현실에서는 치매환자의 약 75%가 가족과 함께 살고 있으며(The Alzheimer's Association, 1999), 가능한 오래 가족과 함께 집에서 사는 것을 좋아한다(Colerick & Goerge, 1986). 따라서 재가 치매노인의 특성에 대한 파악이 우선되어야 하며 문제행동과의 관련성을 파악하는 체계적인 연구가 필요하다.

이에 연구자는 재가 치매노인을 대상으로 치매노인의 여러 특성과 문제행동과의 관련성을 파악하여 치매노인의 문제행동을 이해하고 나아가 문제행동 특성에 따른 개별적인 간호중재 개발을 위한 기초자료를 제공하고자 이 연구를 하였다.

## 2. 연구목적

이 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 재가 치매노인의 인가사회학적 특성, 발병 전 성격특성, 현재 환경특성을 파악한다.
- 2) 재가 치매노인의 문제행동을 파악한다.
- 3) 치매노인의 문제행동에 영향을 미치는 변인을 파악한다.
- 4) 치매노인을 문제행동에 따라 유형화한다.

## 3. 용어의 정의

### 1) 문제행동

치매의 증상으로 나타나는 특징적인 행위를 말하며 본 연구에서는 Kolanowski(1995)가 구분한 5가지 영역인 공격적 정신운동행동, 비공격적 정신운동행동, 언어적 공격행동, 수동적 행동, 기능장애행동을 5점 척도로 측정한 점수이다.

### 2) 발병 전 성격특성

치매가 발병하기 전부터 가지고 있던 개인들의 고유한 혹은 독특한 성질을 말하며 본 연구에서는 Costa & McCrae(1992)가 제시한 5요인 성격특성으로 신경증경향성, 외향성, 개방성, 친화성, 성실성 측면의 성격특성을 4점 척도로 측정한 점수이다.

### 3) 환경특성

인간에게 영향을 미치는 모든 물리적, 사회심리적 요인을 말하며, 본 연구에서는 치매노인이 생활하고 있는 주거공간의 물리적 환경과 환자의 사회심리적 환경을 5점 척도로 측정한 점수이다.

## 4. 연구의 제한점

1) 이 연구는 유의표집에 의하여 경남과 부산지역에 거주하는 치매노인들을 연구대상으로 선정하였으므로 연구결과를 일반화하는데 제한점이 있다.

2) 이 연구에서는 치매원인별 감별진단이 이루어지지 않아 치매유형에 따른 차이점을 파악하지 못하였다.

3) 치매노인을 집에서 부양하고 있는 가족을 통해 설문조사를 실시한 것으로 가족들의 기억에 의존한 자료가

므로 이에 따른 오차가 있을 수 있다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 치매환자의 문제행동

WHO의 ICD-10 분류(ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders)에 의하면 치매란 뇌의 질환으로 인해 생기는 하나의 증후군으로 대개 만성적이고 진행성으로 나타나며, 기억력, 사고력, 지남력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도의 대뇌피질기능의 다발성장애로 일컬어진다.

치매를 유발하는 질환에는 알츠하이머씨병이 50-60%로 가장 많고, 뇌졸중으로 인한 다발성경색치매가 약 20%이며, 이외에 알콜중독성 치매, 산소결핍성 치매 그리고 기타 요인에 의한 치매가 있다. 이중 알츠하이머씨병(Alzheimer's disease)은 조기치매(presenile dementia)로 알려져 노인성치매와 다른 것으로 구분되기도 하지만 실제에서는 병리학적으로 동일한 질환으로 단지 그 발병연령이 조기발병과 만기발병으로 나누는 것이 일반적인 것으로 받아들여지고 있다(우종민, 1994).

알츠하이머씨병 치매는 증상이 서서히 진행되는 질환으로 아직까지는 치료방법이 없으며 생존율은 발병 후 5-12년 정도로 보고되어 있다. 알츠하이머씨병 치매의 특징은 최근 사건에 대한 기억력 상실이다. 이러한 기억력 상실로 대화가 불가능하고 사고의 흐름에 장애가 있으며 친근한 사람이나 물건 또는 장소를 인식하지 못한다. 또한 불안, 우울, 섬망, 여러 형태의 비정상적인 행동이 많은 치매환자에서 나타나고 이러한 증상들은 간호하는 사람을 힘들게 한다(Folstein & Bylsma, 1994).

치매환자의 문제행동을 잘 개념화할 수 있는 한 가지 방법은 없으며 문제행동에 포함하는 영역과 내용 또한 연구자에 따라 차이를 보이고 있다.

Folstein과 Bylsma(1994)는 알츠하이머씨병 치매의 비인지적 증상(noncognitive symptom)에 수면장애, 실금, 배회, 불안정, 우울, 망상, 환각과 같은 비정상적인 정신증상을 포함하고 있으며, 비정상적인 정신증상이 문제행동을 유발한다고 하였다. 이들은 56명의 알츠하이머씨병 치매 환자를 대상으로 한 연구에서 비정상적인 정신증상을 기분장애(mood-disorder)에 관련된 증상, 망상, 환각, 이상행동들로 분류하고 있다.

Eastwood과 Reisberg(1996)는 알츠하이머씨병 치매

환자의 이상행동에 성격변화가 가장 흔하다고 하였으며 여기에 무관심과 부적절한 사회적 행동을 포함하고 있다. 이들은 환자의 50%가 말기단계에서 정신증상이 나타나며, 환각은 25%, 슬픔과 사기저하는 50%, 불안감은 50%, 화(anger)는 30%, 성가신 행동은 20-60%, 식사와 수면장애는 자주 나타나며, 쾌감은 드물게 나타난다고 하여 성격변화와 문제행동을 구분하고 있지 않다.

Gilley 등(1991)은 146명의 지역사회에 거주하는 알츠하이머씨병 치매환자를 대상으로 한 연구에서 환자의 이상행동을 무감동(apathy), 초조(agitation), 정신병적 증후(psychotic symptoms), 억제장애(disinhibition), 신경과민(irritability)으로 분류하고 있어 문제행동을 포괄적으로 포함하고 있지 않다.

Whall 등(1992)은 요양원(nursing home)의 거주자를 대상으로 한 연구에서 6개월 동안 요양원거주자의 36%가 문제행동을 나타냈다고 하였는데 가장 흔한 행동은 때리기, 언어적 공격, 소리지르기, 배회하기, 뒤돌아서서 말하기였으며 이외에도 소란 피우기, 물건에 손대기(handling things), 간호거부, 길을 잃어버림, 물건들을 치거나 던짐, 강탈, 초조, 신체적 성적 행동, 할퀴기, 물기, 침 빨기, 부적절한 옷차림, 성적인 표현, 밀기, 불평하기, 부정하기/변정거리기, 차기, 떨어뜨리기, 이식증, 저장하기, 반복적인 행동, 불결한 식사 행동 등이 있었다고 하였다.

오진주(1995)는 재가 치매노인 95명을 대상으로 한 연구에서 가장 문제가 되는 행동으로 불결행동, 수면장애, 괴상한 행동, 반복행동, 기분 변동 등의 성격변화, 집밖 배회, 의심 및 적대감, 혼자 중얼거림, 반복 언어, 배변 혹은 배뇨 장애, 수족 떨림, 거부, 환각, 우울 순으로 들었다.

Swearer 등(1988)은 126명의 치매환자를 대상으로 문제행동을 평가한 연구에서 환자와 다른 사람에 대한 위협에 기초하여 9개의 행동을 확인하고, 이 행동들을 군집분석으로 4개로 묶어 ①관념화 장애행동(disordered ideational behaviors): 환각, 편집증, 공포증; ② 공격적 행동(aggressive behaviors): 화남, 폭행; ③ 식물적 장애(vegetative disorders): 수면장애, 식사변화; ④ 정서장애(emotional disturbances): 불안, 우울증으로 분류하였다. 여기에는 언어적 공격행동과 신체적 공격행동이 함께 묶여 있다.

이상의 문헌을 고찰한 결과 치매노인의 문제행동은 범위, 종류, 분류방법, 표현방법들이 매우 다양함을 알 수

있는데 이러한 현상은 치매환자의 문제행동이 아직 잘 정의되어 있지 않기 때문이다. 예를 들면 초조(agitation)는 다양한 행동에 사용되며, 배회(wandering) 또한 많은 형태가 있으며 다양한 상황의 결과로 나타날 수 있다 (Folstein & Bylsma, 1994).

Kolanowski(1995)는 치매에서의 문제행동을 묘사하는 개념간의 중복을 감소시키고 문제행동에 대한 간호관점을 명확히 하기 위해 요양원의 치매환자 586명을 대상으로 나타나는 문제들을 분류하고(clustering), 새로운 증상에는 이름을 붙이고(labeling), 그 증상을 기존의 문헌에 나타나 있는 행동증상들과 대조 확인하고(verifying), 기존의 이론과의 일치성을 판단하는(compatibility) 반복적인 과정을 통해 문제행동의 개념을 합성하였다. Kolanowski는 치매노인의 문제행동(disturbing behaviors)을 5개 행동군으로 분류하고 다음과 같이 정의하였다.

① 공격적 정신운동행동(Aggressive Psychomotor Behavior): 다른 사람에게 해를 끼치거나 혐오감을 주는 행동(실제적인 신체적 공격, 때리기, 차기, 밀기, 할퀴기, 폭행)

② 비공격적 정신운동행동(Nonaggressive Psychomotor Behavior): 다른 사람에게 뚜렷하게 나쁜 영향을 주지 않지만 반복하는 특성으로 관심을 끄는 행동(초조한 행동, 왔다갔다하기, 배회하기)

③ 언어적 공격행동(Verbally Aggressive Behavior): 다른 사람에게 혐오감을 주는 말이나 목소리(강요하기, 분열시키는, 속임수의, 소리지르기, 불평하기, 부정하기)

④ 수동적 행동(Passive Behavior): 무감동으로 인한 움직임의 감소와 환경과의 상호작용 감소 등의 행동(활동의 감소, 흥미소실, 무감동, 퇴행)

⑤ 기능장애행동(Functionally Impaired Behavior): 자기간호수행능력의 소실로 인한 행동을 말하며 불쾌감과 부담감을 줄 수 있다(식물 같은 행동(vegetative behaviors), 실금, 개인위생 불량)

Kolanowski(1995)는 기존의 문헌에 나타난 행동증상들과 자신의 연구에서 나타난 행동들을 대조 확인하여 문제행동을 포괄적으로 포함하여 분류하고 있다. 따라서 본 연구에서는 이 분류방법을 적용하여 치매환자의 문제행동을 측정하였다.

## 2. 문제행동에 영향을 미치는 변인

### 1) 인구사회학적 특성과 문제행동

치매환자의 문제행동은 여러 가지 요인에 의해 발생한다고 알려져 있지만 어떤 요인과 어떤 문제행동이 관련되었는지에 대한 연구는 많지 않다. 여기에서는 치매노인의 행동증상과 인구사회학적 특성과의 관련성을 언급한 문헌을 중심으로 고찰하고자 한다.

Gilley 등(1991)은 146명의 지역사회에 거주하는 알츠하이머형 치매환자를 대상으로 문제행동의 예측인자를 찾는 연구에서 환자의 문제행동을 무감동(aphathy), 초조(agitation), 정신증상(psychotic symptoms), 억제장애(disinhibition), 신경과민(irritability)으로 분류하고 치매의 심각성 정도가 무감동의 42%를 설명한다고 하였고, 발병 당시의 연령과 초조행동간에 관련이 있다고 하였고, 행동장애의 예측인자로 질병의 심각성, 발병 당시의 연령, 추체외로 증상(extrapyramidal sign)의 유무를 들고 있다. 그러나 Teri 등(1988)은 문제행동과 환자의 연령, 성, 이환 기간, 발병 시 연령과는 관련되지 않았다고 하여 Gilley 등(1991)과는 다른 결과를 제시하고 있다. 이들은 인지장애가 증가할수록 전체 문제행동이 증가하였으며, 문제행동의 종류는 인지장애 정도에 따라 다양하였다고 하였다.

Cohen-Mansfield 등(1990)은 인지장애, 특히 언어장애가 있는 환자는 공격적 정신운동행동을 더 많이 나타낸다고 하였고, Algase(1992)는 인지장애가 있는 환자가 비공격적 정신운동행동을 더 많이 나타낸다고 하였고, Cohen-Mansfield 등(1990)은 인지기능이 본래대로 유지된 환자는 언어적 공격행동을 훨씬 많이 나타낸다고 하여 서로 다른 결과를 제시하고 있다.

그 외 초조 행동과 이전의 생활사건과의 관계를 연구한 Cohen-Mansfield 등(1989)은 408명의 간호요양원 거주자들 중 왔다 갔다 하거나 배회하고, 신체적으로 비공격적인 행동을 하는 거주자는 배우자와 별거, 생명위협 경험, 재정적 문제, 이민을 경험한 경우가 많았으며 공격적인 사람은 재정적인 문제를 더 많이 경험하였다고 하였다. Snyder 등(1978)은 시설에 입원한 배회자 8명의 차트를 검토하여 배회는 오랜 대처 양상과 이전의 직업과 관련되었다고 지적하였다. Kolanowski 등(1997)은 치매노인의 행동특성 중 공격성 및 초조는 사회경제적 상태, 발병 전 가족관계와는 유의한 상관이 없었으며, 공격성은 생활스트레스와 상관성이 있었다고 하였다.

이상의 문헌고찰을 통해 볼 때 치매환자의 여러 인구사회학적 특성과 문제행동간에 관련이 있음을 알 수 있

으나 일관된 결과를 보이지 않고 있어 어떤 인구사회학적 변인이 어떤 문제행동에 영향을 미치는지 판단하기 어렵다.

## 2) 발병 전 성격특성과 문제행동

Phares(1984, 홍숙기 역)는 성격이란 매우 다양한 측면이 있기 때문에 완전하고 형식적인 정의는 없지만 많은 성격 정의들의 공통점은 독특성 즉, 개인들의 고유한 혹은 독특한 성질들과 성격의 안정성과 일관성이라고 하였다. 안정성은 시간이 가도 변치 않는 특성이며 일관성은 상황이 달라져도 변치 않는 특성이다. 물론 개인차가 있으며 가변성도 있다. Phares는 지능, 불안과 스트레스, 지각된 통제, 공격, 이타행동, 성 역할 등을 성격 과정에 포함하고 있다. 윤진(1985)은 성격이란 주어진 상황에서 주어진 사회적 역할에 따라 결정되는 측면이 많으므로 다른 사람이 나 자신에게 거는 기대감을 전제로 한다고 하였다. Lewin은 성격의 형성과 유지 그리고 변화의 과정은 개인이 가진 소질적인 성향과 개인이 일상생활 속에서 지각하고 반응하는 상황과의 상호작용에 따라 전체적인 행동이 결정된다고 하였다(윤진, 1985). 따라서 성격을 이해하면 행동을 고칠 수 있게 하거나 혹은 최소한 왜 변화가 일어나는지를 더 잘 이해할 수 있을 것이다.

치매에서의 행위와 발병 전 성격과의 관계를 연구한 Kolanowski 등(1997)은 발병 전과 발병 후의 성격비교에서 외향성(extroversion), 개방성(openness), 성실성(conscientiousness)이 유의한 차이를 보여 발병 후의 점수가 낮았다고 하였으며 신경증경향성(neuroticism), 개방성, 친화성(agreeableness)은 개인의 상대적 순위가 유지되었다고 하였다. Strauss와 Pasupathi(1994)는 치매환자는 자기가정과 대처방식을 나타낼 수 있는데, 신경증경향성의 증가는 알츠하이머형 치매환자에게서 나타나는 부정적 감정과의 일치로 설명되어지고, 외향성의 감소는 사회적 기능의 감소로 설명되어지며, 성실성의 감소는 지적 감퇴로 설명되어질 수 있다고 하였다. Chatterjee 등(1992)은 알츠하이머형 치매노인에서 편집성 망상과 발병 전 적대감 사이에 연관성이 있고 환상과 발병 전 개방성이 관련이 있다고 하였다. 또한 우울 증상이 있는 환자는 더 신경증경향성이었고 발병 전 성격특성은 알츠하이머형 치매의 정신증상의 유인이 될 수 있다고 하였다.

Richman(1989)은 간호요양원에 거주하고 있는 46

명의 경증 치매환자를 대상으로 한 성격 안정성 연구에서 치매에서의 성격이 체계적인 변화가 있지만 자신의 독특한 성격구조나 양상은 유지되며 적어도 경증 혹은 중등증 치매환자에서는 발병 전과 발병 후의 성격특성은 순위에서 뚜렷한 일치가 있었다고 하여 치매질환이 발병 전 성격과 상호작용 한다는 것을 제시하고 있다. Richman(1989)은 또한 치매환자의 성격은 과거에 그들이 사용 하였던 적응 양상을 반영하는 것 같다고 하였으며, Siegler 등(1991)도 경증과 중등증의 인지장애를 가진 사람들의 과거 행위의 지속성 정도로 성격특성의 안정성을 보고하고 있다. 따라서 환자의 발병 전 성격을 고려 하면 새롭게 보이는 행동을 더 잘 이해하고 더 잘 반응하게 될 것이다.

발병 전 성격과 치매환자의 공격성과의 관련성에 대한 연구들(Burns et al., 1990; Hamel et al., 1990)에서는 치매환자의 20~57%에서 공격행동이 발생하였다고 하였으며, Hamel 등(1990)은 공격적인 환자에서 발병 전에 공격성 경향이 더 많았고, Ryden 등(1991)도 공격성에 대한 과거력과 치매환자의 공격성이 관련이 있다고 하였다.

Kolanowski 등(1997)은 요양원의 치매노인 19명을 대상으로 치매 발병 전 성격특성과 문제행동과의 관련성 연구에서 문제행동을 신체적 공격성, 언어적 공격성, 성적 공격성, 초조행동으로 측정하고 관련성을 보았는데, 전체 공격성은 발병 전의 외향성, 신경증경향성과 정적 상관이었으며, 친화성과는 부적 상관을 나타냈다고 하였다. 신체적 공격성은 발병 전의 외향성 및 신경증경향성과 정적 상관을 나타냈고, 언어적 공격성은 친화성과 부적 상관이었으며, 성적 공격성과 성실성간에도 상관이 있었으나, 초조는 발병 전 성격과 상관이 없었다고 하였다.

## 3) 환경특성과 문제행동

환경은 사람이나 유기체에 영향을 미치는 조건이나 영향으로 흔히 인공적 환경, 자연적 환경, 사회적 환경, 상징적 환경으로 구분하기도 하지만 이러한 환경이 독립적으로 존재하기보다는 환경의 자연적 요소와 인공적 요소, 사회적 과정, 관계들의 끊임없는 상호작용과 개인과 집단간의 상호작용의 결과라고 할 수 있다(Lindheim & Syme, 1983). King(1981)은 인간을 환경과 상호작용하는 개방체계라고 전제하고 간호상황에서 상호작용하는 각 개인은 각자 상호의 지식, 요구, 목표, 과거경험, 지각을 가지며 이들은 상호작용에 영향을 미친다고 하였다.

Kayser-Jones(1989)는 장기간호시설의 노인 50명을 대상으로 한 연구에서 환경체계와 개인체계를 사용하여 노인의 행동을 설명하였는데 이 두 체계는 인지적 평가와 활성화 혹은 동기화를 위해 상호작용 한다고 하였다. Kayser-Jones는 노인의 행동을 인간-환경 상호작용의 결과로 보고 환경의 3가지 측면 즉, 물리적 환경(구조, 색깔, 빛, 공간), 조직적 환경(인력, 재정상태, 정책), 심리사회적 환경(규범, 가치, 신념, 간호자의 태도)을 기술하고 있다.

Kayser-Jones(1989)는 환경체계 요인이 노인들에게 양질의 간호를 제공하는데 있어서 매우 중요하므로 간호사는 간호의 질에 영향을 미치는 환경의 모든 측면 - 물리적, 조직적, 개인적, 사회심리적 환경 - 에 관여하여야 한다고 주장하고 특히 무엇보다 중요한 것은 간호제공자의 특성이라고 강조하였다. 즉, 인간적인 관계 - 간호제공자와 환자의 결속 - 가 물리적 환경보다 중요하다는 것이다.

Painter(1996)는 치매환자의 ADL수행과 행동을 평가하는데 있어 가정의 환경은 통합적인 역할을 하므로 환경적 암시가 기능과 역할수행에 어떻게 영향을 미치는지 이해하는 것은 환경적 중재전략을 개발하는데 있어서 매우 중요하다고 하였다. Robert와 Algase(1988)는 행동은 환경적 암시(cue)를 사정하고 평가할 수 있는 환자의 능력에 달려있으며 암시들이 불충분하거나 안정적이지 못하면 부적절한 행동이 일어날 수 있고, 반복적 행동, 폭발적인 반응 그리고 상황적으로 부적절한 행동은 나쁜 인간-환경관계의 결과에서 나타날 수 있다고 하였다.

치매환자의 환경과 문제행동과의 관련성에 관한 선행연구들을 보면 Folstein과 Bylsma(1994)는 언어적 혹은 신체적 공격행동은 환경적 선행사건의 결과로 올 수 있으며, 많은 경우 공격성은 간호제공자와의 상호작용 상황 속에서 일어났지만 어떤 경우에는 뚜렷한 자극 없이 일어나기도 한다고 하였다. Cohen-Mansfield 등(1992)은 치매행동과 환경요인이 관련되어 있으며 일반적으로 장애(disturbing)가 되는 문제행동의 수가 많을수록 사회적 친밀성이 더 부족하다고 하여 사회심리적 환경요인과 문제행동과의 관련성을 설명하고 있다. Kolanowski(1995)은 사회 심리적 환경이 수동적 행동 및 언어적 공격행동과 관련되어 있다고 하였다.

Nelson(1995)은 개인의 스트레스 역치를 넘는 환경적 자극, 기본적인 요구의 미충족, 지각된 개인적 자유의 위협에 대한 심리적 반응이 분열행동(disruptive behavior)

을 발생시키거나 상승시킨다고 하였다.

이상의 문헌에서 환경특성이 치매환자의 문제행동을 자극하거나 억제할 수 있음을 알 수 있으며 특히 사회심리적 환경이 물리적 환경보다 문제행동과 더 많이 관련되어 있음을 알 수 있다. 그러나 어떤 환경특성과 어떤 문제행동이 관련되어 있는지에 대한 구체적이고 체계적인 연구가 부족하고 문제행동에 대한 분류 역시 일치하고 있지 않음을 알 수 있다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구설계

이 연구는 재가 치매노인의 가족으로부터 횡단적으로 설문조사를 통한 자료를 수집하여 치매노인의 인구사회학적 특성, 발병 전 성격특성 및 현재의 환경특성과 문제행동과의 관련성을 파악하는 서술적 상관관계 연구이다.

#### 2. 연구대상 및 자료수집절차

이 연구의 대상은 가정에서 가족이 돌보고 있는 치매노인이다. 치매노인은 보건소의 정신보건 담당간호사나 보건진료원에 의해 치매로 판단된 노인으로서 한국판 간이정신상태검사인 MMSE-K(권용철과 박종한, 1989)의 점수가 20점 이하이며, 학습능력장애와 기억장애가 있고, 실어증, 실행증, 실인증, 일상생활수행능력 장애 중 한 가지 이상을 동반한 자를 말한다.

연구대상자는 경상남도 4개시와 8개군의 보건소에 등록된 치매노인 902명 중 가족이 치매가족 모임에 참석하거나 보건진료소 관할 지역에 거주하는 치매노인 144명과 부산광역시 1개 종합사회복지관에 등록된 치매노인 20명으로 총 164명이다. 이 연구의 자료는 구조화된 질문지를 사용하여 직접면접, 전화면접, 우편을 병행하여 수집하였다. 자료는 가족 중 주간호자를 통해 수집되었으며 자료수집기간은 1999년 12월 1일부터 2000년 3월 31일까지이며 수집된 자료는 모두 127부이었으나 응답이 부실한 15부를 제외한 112명의 자료를 분석에 이용하였다.

#### 3. 연구도구

##### 1) 인구사회학적 특성 측정도구

인구사회학적 특성을 측정하기 위한 도구는 치매노인의 연령, 성별, 교육정도, 결혼상태, 치매 이외의 질병, 부부관계, 치매이환 기간, 치매진료 여부, 주 간호자와의 관계 등을 질문하는 내용으로 구성되어 있다.

#### 2) 성격특성 측정도구

본 연구에서는 Costa & McCrae(1992)가 개발한 NEO-PI를 수정하여 사용하였는데 NEO-PI는 5요인 성격검사도구(five-factor inventory)로 성격의 신경증경향성(Neuroticism), 외향성(Extroversion), 개방성(Openness), 친화성(Agreeableness), 성실성(Conscientiousness) 측면을 측정하는 도구이다.

각 요인의 문항수는 10문항씩 50문항이며 매우 그렇다 4점, 그렇다 3점, 그렇지 않다 2점, 매우 그렇지 않다 1점으로 점수가 높을수록 그 성향이 강함을 의미한다. 도구의 신뢰도는 신경증경향성 측정도구의 Cronbach's  $\alpha$ 가 .7555, 외향성 측정도구는 .8534, 개방성 측정도구는 .8222, 친화성 측정도구는 .7848, 성실성 측정도구는 .8382로 적절하였다.

#### 3) 환경특성 측정도구

환경특성을 측정하는 표준화된 도구가 없으므로 연구의 목적에 맞게 기존문헌을 참조하여 도구를 작성하였다. 환경특성 측정도구는 환자가 주로 생활하고 있는 공간(환자의 방)을 중심으로 온도, 환기, 채광, 소음, 조명, 화장실과의 거리 등의 물리적 환경상태를 질문하는 9문항과 환자에 대한 가족의 태도, 환자와 가족의 관계 및 상호작용, 주간호자의 태도 등의 사회심리적 환경상태를 질문하는 10문항으로 구성되어 있고, '매우 그렇다' 5점, '그렇다' 4점, '그저 그렇다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '매우 그렇지 않다' 1점으로 측정하여 점수가 높을수록 좋은 환경상태를 의미한다.

도구의 신뢰도는 물리적 환경 측정도구의 Cronbach's  $\alpha$ 가 .8220, 사회심리적 환경 측정도구는 .8126으로 적절하였다.

#### 4) 문제행동 측정도구

Kolanowski(1995)가 분류한 'disturbing behaviors'의 5가지 영역인 공격적 정신운동행동(APB), 비공격적 정신운동행동(NPB), 언어적 공격행동(VAB), 수동적 행동(PB), 기능장애행동(FIB)을 문제행동으로 정의하고 5가지 영역에 각각 7개의 문항을 두어 총 35문항으로

구성하였다. 각 문항은 '거의 매일 그렇다(주 5회 이상)' 5점, '자주 그렇다(주 3-4회)' 4점, '가끔 그렇다(주 1-2회)' 3점, '드물게 그렇다(월 1-2회)' 2점, '거의 그렇지 않다(월 1회 미만)' 1점으로 배점하여 점수가 높을수록 문제행동이 많이 발생함을 의미한다.

공격적 정신운동행동 측정도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .9267, 비공격적 정신운동행동 측정도구는 .8765, 언어적 공격행동 측정도구는 .8587, 수동적 행동 측정도구는 .7883, 기능장애행동 측정도구는 .8754로 적절하였다.

#### 4. 자료분석방법

수집된 자료는 SAS program을 사용하여 다음과 같이 분석하였다.

- (1) 재가 치매노인의 인구사회학적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였다.
- (2) 치매노인의 인구사회학적 특성별 문제행동의 차이는 t-test와 ANOVA로 분석하고 사후검정으로 Tukey의 정직 유의차 검정(Honestly Significantly Difference: HSD)을 사용하였다.
- (3) 치매노인의 발병 전 성격특성과 문제행동간의 관계 및 환경특성과 문제행동과의 관계는 Pearson 상관계수로 분석하였다.
- (4) 치매노인의 문제행동에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위하여 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 하였다.
- (5) 치매노인을 문제행동 양상에 따라 유형화하기 위하여 군집분석(cluster analysis)을 하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 연구대상 치매노인의 인구사회학적 특성

연구대상 치매노인의 인구사회학적 특성은 <표 1>에 제시되어 있다.

연구대상 치매노인의 성별구성은 여성이 81.3%이었고 남성이 18.8%로 여성이 압도적으로 많았다. 치매노인의 연령은 63세~104세였으며 80~89세가 40.2%로 평균 81.4세였다. 치매환자의 83.0%가 무학 혹은 서당으로 거의 대부분이 초등학교 이하였다. 결혼상태는 연구대상 치매노인 중 이혼이나 별거를 한 경우는 없었고 73.2%가 배우자와 사별한 상태였다. 치매노인의 58.9%

가 치매 외의 다른 질병을 가지고 있지 않다고 하였다. 부부관계가 좋았느냐는 질문에 응답자의 40.2%가 긍정하였고, 모르겠다고 응답한 가족이 34.8%이었다. 치매 이환기간은 1년~3년 미만이 28.6%, 1년 미만이 26.8%, 3년~5년 미만이 25.0%, 5년 이상이 19.6% 순으로 평균 이환기간은 3.8년이었다. 치매노인의 84.8%가 조사당시 진료를 받고 있지 않았으며 주 간호자는 며느리가 49.1%로 가장 많았다.

## 2. 연구대상 치매노인의 발병 전 성격, 현재 환경 및 문제행동

### 1) 연구대상 치매노인의 발병 전 성격특성

연구대상 치매노인의 치매 발병 전 성격특성의 각 요인별 점수를 4점 척도로 나타냈을 때 <표 2>에서 보는

바와 같이 신경증경향성은 평균평점이  $2.43 \pm 0.51$ 점, 외향성은  $2.37 \pm 0.58$ 점, 개방성은  $2.28 \pm 0.50$ 점, 친화성은  $2.54 \pm 0.53$ 점, 성실성은  $2.61 \pm 0.55$ 점으로 나타났다. 성실성이 가장 높은 점수를 나타냈고 개방성이 가장 낮은 점수를 나타냈다.

<표 2> 연구대상 치매노인의 발병 전 성격특성 (N=112)

성격특성	평균	표준편차
신경증경향성	2.43	0.51
외향성	2.37	0.58
개방성	2.28	0.50
친화성	2.54	0.53
성실성	2.61	0.55

<표 1> 연구대상 치매노인의 인구사회학적 특성

특성	구분	N	%	
성별	남	21	18.8	
	여	91	81.2	
연령	60 - 69세	8	7.1	최소: 63세 최대: 104세 평균: 81.4세
	70 - 79세	41	36.6	
	80 - 89세	45	40.2	
	90세이상	18	16.1	
교육정도	무학, 서당	93	83.0	
	초등학교졸업	12	10.7	
	중학교졸업이상	7	6.3	
결혼상태	유배우자	29	25.9	
	사별	82	73.2	
	무응답	1	0.9	
현재 치매 외 질병	있다	44	39.3	
	없다	66	58.9	
	무응답	2	1.8	
치매에 대한 진료	받고 있다	17	15.2	
	받고 있지 않다	95	84.8	
부부관계	좋았다	45	40.2	
	좋지 않았다	26	23.2	
	모르겠다	39	34.8	
	무응답	2	1.8	
치매이환기간	1년 미만	30	26.8	최소: 1개월 최대: 18년 평균: 3.8년
	1 - 3년 미만	32	28.6	
	3 - 5년 미만	28	25.0	
	5년 이상	22	19.6	
주간호자	배우자	21	18.8	
	자녀	29	25.9	
	며느리	55	49.0	
	기타(사위, 친척, 이웃)	7	6.3	
계		112	100.0	



2) 연구대상 치매노인의 환경특성

치매노인이 생활하고 있는 환경을 5점 척도로 점수화했을 때 <표 3>에서 보는 바와 같이 물리적 환경의 평균 평점은 3.80±0.69점, 사회심리적 환경은 3.07±0.76점으로 나타나 사회심리적 환경 점수가 다소 낮게 나타났다.

<표 3> 연구대상 치매노인의 환경특성 (N=112)

환경특성	평균	표준편차
물리적 환경	3.80	0.69
사회심리적 환경	3.07	0.76

3) 연구대상 치매노인의 문제행동

연구대상 치매노인의 문제행동의 평균평점은 5점 척도로 측정하였을 때 <표 4>에서 보는 바와 같이 공격적 정신운동행동이 1.44 ±0.89점, 비공격적 정신운동행동이 2.82± 1.30점, 언어적 공격행동은 2.49±1.19점, 수동적 행동은 2.28±1.02점, 기능장애행동은 2.52± 1.27점으로 나타나 전반적으로 문제행동 점수가 비교적 낮았으며 이 중 비공격적 정신운동행동 점수가 가장 높았고 공격적 정신운동행동 점수가 가장 낮았다.

<표 4> 연구대상 치매노인의 문제행동

문제행동	평균	표준편차
공격적 정신운동행동	1.44	0.89
비공격적 정신운동행동	2.82	1.30
언어적 공격행동	2.49	1.19
수동적 행동	2.28	1.02
기능장애행동	2.52	1.27

3. 인구사회학적 특성과 문제행동

인구사회학적 특성에 따른 치매노인의 문제행동 양상을 살펴본 결과 먼저 공격적 정신운동행동에서는 주간호자와의 관계에서만 차이를 보였는데(F=3.34, p=.0220), 사후검정(Tukey HSD) 결과 며느리와 자녀간에 유의한 차이를 보여 주간호자가 며느리인 경우에서 점수가 더 높게 나타났다.

비공격적 정신운동행동을 인구사회학적 특성에 따라 비교하면 부부관계와 주간호자에서 차이를 보여 부부관

계가 좋지 않았다고 한 군이 좋았다고 한 군에 비해 비공격적 정신운동행동 점수가 더 높았고(t=2.16, p=.0339), 주간호자는 배우자 군에서 점수가 가장 낮았고 기타 군의 점수가 가장 높아(F=3.45, p=.0192), 주간호자가 친척이거나 이웃인 경우에서 비공격적 정신운동행동이 더 많이 나타났다.

언어적 공격행동은 성별(t=2.40, p=.0178), 결혼상태(t=3.37, p=.0012), 부부관계(t=2.90, p=.0049) 및 주간호자(F=5.18, p=.0022)에서 차이를 보였는데, 여성의 언어적 공격행동점수가 남성보다 더 높게 나타났다으며, 사별한 경우가 배우자가 있는 경우보다 언어적 공격행동을 더 많이 하는 것으로 나타났다. 부부관계는 좋지 않았다고 한 군의 점수가 유의하게 높아 부부관계가 좋았던 군보다 언어적 공격행동을 더 많이 나타났다. 주간호자에서는 사후검정 결과 배우자와 며느리간에 유의한 차이를 나타내어 주간호자가 며느리인 경우에서 언어적 공격행동이 더 많았다.

수동적 행동에서 차이를 보인 특성은 교육정도(F=3.13, p=.0478)와 치매에 대한 진료 여부(t=-2.43, p=.0167)로 무학, 서당과 중졸이상에서 유의한 차이를 보여 중졸 이상이 다른 군에 비해 수동적 행동을 더 많이 나타냈으며 전문적 진료를 받고 있다고 한 군이 진료를 받고 있지 않다고 한 군보다 수동적 행동을 더 많이 하는 것으로 나타났다.

기능장애행동은 연령(F=6.95, p=.0003), 현재 매매 외 다른 질병유무(t=2.22, p=.0280), 치매이환기간(F=3.21, p=.0261)에서 차이를 보여 60-69세 군과 90세 이상군이 다른 연령군에 비해 기능 장애 행동이 더 많은 것으로 나타났으며 치매만을 가진 노인이 다른 질병을 가진 노인보다 기능 장애 행동을 더 많이 나타냈고, 이환기간이 길어질수록 기능장애행동 점수가 증가하였으며 이환기간이 5년 이상인 치매노인의 기능장애 행동점수가 유의하게 높았다.

4. 치매 발병 전 성격특성과 문제행동간의 관계

치매 발병 전 성격특성과 문제행동과의 상관관계를 보면 <표 5>에서와 같이 발병 전 신경증경향성은 비공격적 정신운동행동(r=0.2027, p=.0320) 및 언어적 공격행동(r=0.3607, p=.0001)과 정적 상관(positive correlation)을 보여 신경증경향성이 강할수록 비공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동이 증가하였다. 친화성은 수동적

〈표 5〉 발병 전 성격특성과 문제행동간의 상관관계 분석

성격특성	문제행동	공격적 정신운동행동	비공격적 정신운동행동	언어적 공격행동	수동적 행동	기능장애 행동
신경증경향성		0.1281	0.2027*	0.3607**	0.0173	-0.1027
외향성		-0.1794	-0.0286	-0.0557	-0.1200	0.1306
개방성		-0.0805	0.0446	-0.0114	-0.2081*	0.0738
친화성		-0.2709**	-0.1397	-0.4467**	0.2294*	0.2683**
성실성		-0.2167*	-0.0971	-0.3540**	0.0587	0.1471

\* :  $p < .05$  \*\* :  $p < .01$

행동( $r=0.2294$ ,  $p=.0149$ ) 및 기능장애행동( $r=0.2683$ ,  $p=.0042$ )과 정적 상관을 보였으며 공격적 정신운동행동( $r=-0.2709$ ,  $p=.0039$ ) 및 언어적 공격행동( $r=-0.4467$ ,  $p=.0001$ )과는 부적 상관을 보여 발병 전 친화성이 강할수록 수동적 행동과 기능장애행동이 증가하였고 공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동은 감소하였다. 개방성은 수동적 행동( $r=-0.2081$ ,  $p=.0276$ )과 부적 상관(negative correlation)을 보여 발병 전 개방성이 강할수록 수동적 행동이 감소하였다. 성실성은 공격적 정신운동행동( $r=-0.2167$ ,  $p=.0217$ ) 및 언어적 공격행동( $r=-0.3540$ ,  $p=.0001$ )과 부적 상관을 보여 발병 전에 성실성이 강했던 사람일수록 공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동이 감소하였다. 외향성은 문제행동과 상관을 나타내지 않았다.

### 5. 현재 환경특성과 문제행동과의 관계

환자의 현재 환경특성과 문제행동과의 관계는 〈표 6〉에서 보는 바와 같이 물리적 환경과 문제행동간에는 상관성이 없는 것으로 나타났고, 사회심리적 환경은 비공격적 정신운동행동( $r=-0.1885$ ,  $p=.0465$ ) 및 언어적 공격행동( $r=-0.3322$ ,  $p=.0003$ )과 부적 상관을 보였다. 즉, 환자와 가족과의 관계, 환자를 인간적으로 존중하는 태도, 환자와 주간호자와의 친밀성 등을 포함하는 환자의 사회심리적 환경이 나쁠수록 언어적 공격행동과

비공격적 정신운동행동이 증가하였다.

### 6. 문제행동에 영향을 미치는 변인

치매노인의 문제행동에 영향을 미치는 변인을 확인하기 위하여 문제행동(5영역)을 종속변수로 하고 인구사회학적 특성 중 문제행동의 한 영역에서라도 차이를 보인 특성(성별, 교육정도, 결혼상태, 치매 외 질병 유무, 현재 치매진료 여부, 부부관계, 치매이환기간, 주간호자), 발병 전 성격특성(5요인), 현재의 환경특성(2영역)을 독립변수로 하여 단계적 다중회귀분석(stepwise multiple regression)을 한 결과를 〈표 7〉에 제시하였다.

공격적 정신운동행동에 영향을 미치는 변인은 성실성( $\beta=-0.32$ )과 주간호자가 머느리인 경우( $\beta=0.31$ )로 24%의 설명력을 보여 성실성 성향이 낮을수록 그리고 주간호자가 머느리인 경우에서 공격적 정신운동행동이 더 많이 발생하는 것으로 나타났다.

비공격적 정신운동행동에 영향을 미치는 변인은 사회심리적 환경( $\beta=-0.24$ ), 치매 외 질병유무( $\beta=-0.35$ ) 및 부부관계( $\beta=-0.30$ )로 약 28%의 설명력을 나타내어 사회심리적 환경이 나쁠수록, 그리고 치매 외 다른 질병이 없는 경우가 비공격적 정신운동행동이 더 많이 발생하는 것으로 나타났다.

언어적 공격행동에 영향을 미치는 변인은 친화성( $\beta=-0.42$ ), 성별( $\beta=-0.29$ ) 및 부부관계( $\beta=-0.26$ )로 약 40%의

〈표 6〉 환경특성과 문제행동간의 상관관계 분석

환경특성	문제행동	공격적 정신운동행동	비공격적 정신운동행동	언어적 공격행동	수동적 행동	기능장애 행동
물리적 환경		-0.0415	-0.1262	-0.1035	0.0453	0.0109
사회심리적 환경		-0.0578	-0.1885*	-0.3322**	0.0139	0.0406

\* :  $p < .05$  \*\* :  $p < .01$

〈표 7〉 문제행동에 영향을 미치는 변인(단계적 다중회귀분석)

종속변수	독립변수	R <sup>2</sup>	Partial R <sup>2</sup>	$\beta$	B	F	p
공격적 정신운동행동	성실성	0.1414	0.1414	-0.32	-0.48	9.88	0.0026**
	주간호자¶	0.2373	0.0959	0.31	0.55	7.42	0.0085**
비공격적 정신운동행동	사회심리적 환경	0.1269	0.1269	-0.24	-0.45	8.72	0.0045**
	치매 외 질병 유무¶	0.2029	0.0760	-0.35	-0.95	5.62	0.0210*
	부부관계¶	0.2752	0.0722	-0.30	-0.82	5.77	0.0194*
언어적 공격행동	친화성	0.2520	0.2520	-0.42	-0.89	20.20	0.0001**
	성별¶	0.3383	0.0863	-0.29	-0.77	7.69	0.0074**
	부부관계¶	0.3988	0.0605	-0.26	-0.64	5.83	0.0188**
수동적 행동	개방성	0.1170	0.1170	-0.37	-0.66	7.95	0.0065**
	친화성	0.1991	0.0820	0.42	0.71	6.04	0.0169*
	신경증 경향성	0.2554	0.0564	0.32	0.55	4.39	0.0405*
	치매진료¶ 여부	0.3250	0.0696	0.27	0.69	5.87	0.0185*

¶: 더미변수

※ 기능장애행동을 유의하게 설명하는 변인은 없었음.

설명력을 보여 친화성이 낮을수록, 여성 치매노인에서, 그리고 부부관계가 나쁜 경우에 언어적 공격행동이 더 많이 발생하는 것으로 나타났다.

수동적 행동에 영향을 미치는 변인은 개방성( $\beta = -0.37$ ), 친화성( $\beta = 0.42$ ), 신경증경향성( $\beta = 0.32$ ) 및 치매진료 여부( $\beta = 0.27$ )로 약 33%의 설명력을 보여 개방성이 낮을수록, 친화성과 신경증경향성은 높을수록, 그리고 치매에 대한 진료를 받고 있는 경우에 수동적 행동이 더 많이 발생하는 것으로 나타났다.

기능장애행동을 설명할 수 있는 변인은 없었다.

## 7. 연구대상 치매노인의 문제행동 유형

연구대상 치매노인들을 문제행동 양상에 따라 유형화하기 위해 군집분석(cluster analysis)을 사용하였는데

이것은 이질적 개인들을 동질적 집단으로 분류하기 위한 경험적 접근법이다. 치매노인의 문제행동의 각 영역 점수들로 군집을 만들기 위해  $k=3$ 에서  $k=15$ 까지 검토한 후  $k=12$ 가 가장 설명력이 좋은 것으로 선택되었다. 한 군집은 최소 표본의 10%는 포함되어야 타당하므로 12개 군집 중 11명 이상이 포함된 5개의 군집이 선택되었다. 〈표 8〉에 5개 군집의 문제행동의 각 하위영역의 평균점수가 제시되어 있다. 나머지 7개의 군집에는 1명에서 6명까지 포함되었다.

각 군집내의 문제행동 점수들은 '낮다', '보통이다', '높다'로 구분하였는데 이것은 분산분석(ANOVA)의 결과에 근거한 것이다. '낮다'는 '보통이다'와 '높다'보다 유의하게 차이 나는 점수를 말한다. 낮다/보통이다/높다 의 구분은 군집간의 차이를 명확하게 해준다.

각 군집의 특징을 살펴보면 군집 1은 비공격적 정신

〈표 8〉 연구대상 치매노인의 문제행동 유형

군집	실수	평균 연령	문제행동				
			공격적 정신운동행동	비공격적 정신운동행동	언어적 공격행동	수동적 행동	기능장애 행동
1	15	81.5	1.08(LO)	3.50(HI)	1.73(LO)	1.70(LO)	1.70(LO)
2	20	84.5	1.18(LO)	1.70(LO)	1.64(LO)	3.02(MO)	4.24(HI)
3	17	81.1	1.26(LO)	3.87(HI)	3.99(HI)	1.54(LO)	2.14(MO/LO)
4	13	78.6	1.45(LO)	2.86(MO)	2.70(MO)	2.76(MO)	2.33(MO)
5	21	81.0	1.18(LO)	1.45(LO)	2.04(LO)	1.44(LO)	1.64(LO)

(LO): 낮다 (MO): 보통이다 (HI): 높다

운동행동 점수가 높았고 다른 영역의 문제행동 점수는 낮았다. 군집 2는 기능장애행동 점수가 높았고 수동적 행동은 보통이며 나머지 영역의 점수는 낮았다. 군집 3은 비공격적 정신운동행동 및 언어적 공격행동 점수가 높았고 나머지 영역은 낮거나 보통이었다. 군집 4는 5개 영역 중 4개 영역의 점수가 보통이었다. 군집 5는 각 영역의 점수가 모두 낮았다. 공격적 정신운동행동 점수는 5개 군집 모두에서 낮았다.

## V. 논 의

이상의 연구결과를 종합해보면 재가 치매노인의 문제행동은 주간호자, 부부관계, 성, 교육정도, 치매에 대한 진료여부, 연령, 치매이외의 다른 질병 유무, 치매이환기간 등과 관련이 있었으며 치매 발병 전 성격특성과 사회심리적 환경과 관련이 있음이 확인되었다.

여기에서는 문제행동과 관련된 변인들의 설명력을 중심으로 논의하고자 한다. 치매노인의 문제 행동중 공격적 정신운동행동에는 발병 전 성실성과 주 간호자가 영향을 미치는 변인으로 나타나 치매 발병 전의 성실성이 14%를 설명하였고 주간호자가 약 10%를 설명하여 전체 변량의 24%를 설명하였다. 따라서 공격적 정신운동행동의 발생은 발병 전 성실성이 약한 사람일수록 그리고 돌보는 사람이 며느리인 경우에 더 많이 발생하므로 공격적 정신운동행동을 줄이기 위해서는 가능한 한 환자의 배우자나 자녀가 환자를 돌보는 것이 바람직하다 하겠다. 비공격적 정신운동행동에 영향을 미치는 변인은 사회심리적 환경과 치매 외 질병유무 그리고 부부관계로 나타나 약 28%를 설명하였다. 즉 사회심리적 환경이 나쁠수록, 치매이외의 다른 질병이 없는 경우, 부부관계가 나쁠 때 비공격적 정신운동행동이 더 많이 발생하는 것으로 나타났다. 초조행동, 반복적인 행동, 배회 등의 행동등으로 나타나는 비공격적 정신운동행동은 치매질환의 특이적인 행동증상으로 환자가 사회 심리적으로 안정적일 때 적게 발생한다고 할 수 있다. 따라서 비공격적 정신운동행동의 발생을 줄이기 위해서는 환자를 인간적으로 존중하고, 환자가 불안감을 느끼지 않도록 환자와 발병 전부터 사이가 좋았던 사람이 돌보고, 가능한 한 돌보는 사람이 자주 바뀌지 않도록 해야 할 것이다.

언어적 공격행동에 영향을 미치는 변인은 친화성, 성별 및 부부관계로 나타나 전체 변량의 약 40%를 설명하였는데 친화성이 약 25%의 설명력을 나타냈다. 언어적

공격행동은 발병 전 성격의 친화성이 약할수록, 여성에서, 부부관계가 좋지 않았던 경우에서 더 많이 발생하는 것으로 나타났다. Kolanowski 등(1997)의 연구에서도 언어적 공격행동과 발병 전 친화성이 부적 상관이었다고 하여 본 연구결과와 일치하고 있다. 오진주(2000)는 간호제공자들이 경험한 치매노인의 공격행동 연구에서 간호제공자들은 질병자체의 증상, 치매노인의 상태저하, 간호상황, 욕구의 미충족, 타 치매노인과의 관계, 외부환경의 변화, 영역 침범시 공격행동이 발생하는 것으로 인식하였다고 하였으며, 치매노인의 공격행동이 치매의 주요 증상이긴 하지만 간호제공상황이나 욕구의 미충족시 치매노인의 통제감 상실과 공격행동의 발생이 연관되어 있는 것으로 보았으나 언어적 공격행동을 구분하여 분석하지 않았다. 본 연구 대상자에서는 언어적 공격행동이 공격적 정신운동행동보다 더 많이 나타났으며 오진주(1998)는 치매전문요양소의 환자들을 대상으로 한 연구에서 치매노인의 52.5%에서 언어적 공격행동이 나타났다고 하여 공격행동 중 언어적 공격행동이 가장 빈번하게 나타남을 알 수 있다. 따라서 언어적 공격행동은 발병 전 친화성이 약할수록 많이 나타나며 욕구불만이나 요구를 표현하는 방법으로 생각할 수 있겠다. 이러한 언어적 공격행동의 발생을 줄이기 위해서는 가능한 환자와 친밀한 가족구성원이 환자를 간호하도록 하고 환자의 언어적 표현을 무시하지 말고 그 바탕에 깔려있는 요구가 무엇인지 파악하여 적절하게 대처하는 것이 필요하다.

수동적 행동에 영향을 미치는 변인은 개방성, 친화성, 신경증경향성, 치매에 대한 진료여부로 나타나 전체변량의 약 33%를 설명하였다. 발병 전 성격의 개방성이 약할수록, 친화성이 강할수록, 신경증경향성이 강할수록, 그리고 치매에 대한 진료를 받고 있는 경우에서 수동적 행동이 더 많이 발생하는 것으로 나타났다. 수동적 행동은 발병 전 개방성이 12%를 설명하여 건강했을 때 개방성이 약했던 사람일수록 수동적 행동이 많이 나타남을 알 수 있다. 따라서 매사에 관심과 흥미가 없고 신체적 활동을 하지 않으려고 하는 등의 수동적 행동은 발병 전 성향이 반영된 것으로 이해하고 환자가 선호하는 활동을 중심으로 환자의 활동을 자극하고 격려하여 퇴행적인 행동을 줄이도록 노력하는 것이 필요하다.

기능장애행동을 유의하게 설명하는 변인이 없었는데 이는 기능장애행동이 치매노인의 인구사회학적 특성이나 발병 전 성격특성 혹은 환경특성의 영향보다는 질환자체의 진행정도와 더 관련이 깊은 것으로 생각된다. 권중돈

(1994)은 신체적 일상생활동작 능력( $\beta = -0.41$ )이 치매 정도의 43.3%를 설명한다고 하여 치매의 정도가 심할수록 기능장애행동이 많이 나타남을 시사하고 있다.

이 분석결과를 볼 때 발병 전 성격특성 중 친화성, 성실성, 개방성, 신경증경향성과 현재 환경특성 중 사회심리적 환경이 치매노인의 문제행동양상을 설명하는 중요한 변인임을 확인할 수 있었으며, 인구사회학적 특성에서는 주 간호자, 치매 외 질병유무, 성별, 부부관계, 치매에 대한 진료 여부가 문제행동에 영향을 미치는 유의한 변인들로 나타났다.

## VI. 결론 및 제언

### 1. 결 론

이 연구의 목적은 재가 치매노인의 인구사회학적 특성, 발병 전 성격특성 및 현재 환경특성과 문제행동과의 관련성을 파악하고 나아가 문제행동에 영향을 미치는 변인을 파악하여 개인별 특성에 알맞은 간호중재 개발에 필요한 자료를 제공하기 위함이다. 연구대상은 재가 치매노인이며, 1999. 12. 1. ~ 2000. 3. 31까지 구조화된 질문지를 이용하여 부산과 경남의 재가 치매노인의 가족을 통해 수집된 112명의 자료를 분석하였다. 연구도구는 Costa & McCrae(1992)의 5요인 성격측정도구에 기초하여 수정한 '성격측정도구'(Cronbach's Alpha = 0.7555 ~ 0.8534), 연구자가 작성한 '환경측정도구'(Cronbach's Alpha = 0.8126 ~ 0.8220), Kolanowski(1995)의 5영역 문제행동에 기초하여 작성한 '문제행동측정도구'(Cronbach's Alpha = 0.7883 ~ 0.9267)를 사용하였다.

자료의 분석은 SAS program을 이용하였다. 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

1) 연구대상 치매노인은 81.3%가 여성이었고, 평균 연령은 81.4세이었으며, 교육 정도는 무학과 서당이 83.0%로 대부분을 차지하였고, 사별한 노인이 73.2%이었다. 치매 외 다른 질병은 '없다'고 한 노인이 58.9%이었고, 대상 노인의 84.8%가 치매에 대한 진료를 받고 있지 않았으며, 치매이환기간은 평균 3.8년이었다. 부부관계는 '좋았다'고 한 노인이 40.2%이었고, 주간호자는 49.1%가 며느리였다.

2) 공격적 정신운동행동은 주간호자가 며느리인 경우에, 비공격적 정신운동행동은 부부관계가 좋지 않았던

군과 주간호자가 기타인 군에서, 언어적 공격행동은 여자, 사별한 경우, 부부관계가 좋지 않았던 경우 및 주간호자가 며느리인 경우에 더 많이 나타났으며, 수동적 행동은 교육정도가 중학교 이상인 군과 치매에 대해 진료를 받고 있는 군에서, 기능장애행동은 60-69세군 및 90세 이상군에서, 치매이외의 질병이 없는 경우 그리고 치매이환 기간이 5년 이상인 군에서 더 많이 나타났다.

3) 치매 발병 전 신경증경향성이 강할수록 공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동이 많이 나타났고, 개방성이 강할수록 수동적 행동이 적게 나타났다. 발병 전의 친화성이 강할수록 수동적 행동과 기능장애행동이 많이 나타났으며, 공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동은 적게 나타났다. 발병 전 성실성이 강할수록 공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동이 적게 나타났으며, 외향성과 문제행동과는 상관성이 없었다.

4) 사회심리적 환경이 나쁠수록 비공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동이 많이 나타났다.

5) 공격적 정신운동행동에 영향을 미치는 변인은 성실성과 주간호자로 약 24%의 설명력을 나타냈고, 비공격적 정신운동행동은 사회심리적 환경, 치매의 질병유무, 부부관계가 영향하는 변인으로 약 28%를 설명하였고, 언어적 공격행동은 친화성, 성별, 부부관계가 영향을 미치는 변인으로 나타나 약 40%를 설명하였다. 수동적 행동은 개방성, 친화성, 신경증경향성, 치매진료여부가 영향을 미치는 변인으로 나타났으며 약 33%를 설명하였고, 기능장애행동은 설명하는 유의한 변인이 없었다.

6) 재가 치매노인을 문제행동에 따라 군집분석 한 결과 군집 1은 비공격적 정신운동행동의 점수가 높은 유형, 군집 2는 기능적 장애행동의 점수가 높은 유형, 군집 3은 비공격적 정신운동행동과 언어적 공격행동의 점수가 높은 유형, 군집 4는 거의 모든 영역의 점수가 보통인 유형, 군집 5는 모든 영역의 점수가 낮은 유형으로 분류되었다.

결론적으로 치매노인의 문제행동 양상은 과거의 성격 특성을 반영하며 현재의 사회심리적 환경의 영향을 받는다고 할 수 있다. 따라서 치매노인의 발병 전 성격특성과 환경특성을 고려하여 치매노인의 문제행동 양상을 과거의 성격특성과 관련지어 이해하고 수용하는 자세로 반응과 격려를 해 주어야 할 것이며 사회심리적 환경을 보다 긍정적으로 유지하는 것이 재가 치매노인의 문제행동 발생을 감소시킬 수 있을 것이다.

## 2. 제 언

이상의 연구결과와 논의를 토대로 다음과 같이 제언한다.

1. 치매유형별로 발병 전 성격과 문제행동과의 관련성을 파악하는 연구가 필요하다.
2. 건강한 노인의 성격특성과 치매노인의 발병 전 성격 특성을 비교하는 연구가 필요하다.
3. 치매노인을 전 생애(life-span)관점에서 이해하고 돌볼 수 있도록 하는 가족교육 프로그램개발이 필요하다.

## 참 고 문 헌

- 권용철, 박종환 (1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination(MMSE-K)의 표준화 연구. 신경정신의학, 28(1), 125-135.
- 권중돈 (1994). 한국 치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김경애 (1998). 인정 요법이 치매 노인의 행동과 정서에 미치는 효과. 서울대학교 석사학위논문.
- 김정순 (1997). 치매노인을 대상으로 한 인지 자극 훈련의 효과. 지역사회 간호학회지, 8(2), 197-210.
- 문혜리 (1998). 치매노인 및 가족간호인의 삶의 질과 사회복지 지원대책에 관한 경로분석. 충북대학교 박사학위 논문.
- 박종환, 고효진 (1991). 경북 영일군 어느 면 지역 노인들에서 치매의 원인적 분류 및 주요 치매의 상대적 유병율. 신경정신의학, 30, 885-891.
- 변용찬, 한영자, 이상헌 (1997). 치매관리 Mapping 개발 연구. 한국보건사회연구원.
- 오진주 (1995). 치매노인 보건관리에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 박사학위 논문.
- 오진주 (1998). 일 개 요양소에서의 치매환자의 공격행동에 대한 연구. 한국보건간호학회지, 12(2), 172-184.
- 오진주 (2000). 간호제공자들의 치매노인 공격행동 경험에 대한 연구. 대한간호학회지, 30(2), 293-306.
- 우종인 (1994). 노인성 치매의 정의, 분류 및 임상양상. 대한의학협회지, 37(7), 772-777.
- 우종인, 유근형, 홍진표, 이정희 (1994). 한국 노인인구의 치매의 역학적 특성에 관한 연구. 서울대학교 병원 대형 공동과제 보고서, 1-9.
- 유은정 (1995). 노인성 치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구. 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤진 (1985). 성인 노인 심리학. 서울 중앙 적성출판사.
- 이경자 (1995). 치매노인의 간호문제와 돌보는 가족원의 부담감에 관한 연구. 한국노년학, 15(2), 30-51.
- 장휘숙 (1995). 가족심리학. 박영사, 305-309.
- 최미경 (1996). 치매노인 가족의 갈등요인 분석. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 홍숙기 역 (1987). 성격심리학. 박영사.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1994). 노인성 치매발생요인과 돌보는 가족원의 스트레스에 관한 조사 연구. 간호학회지, 24(3), 448-460.
- 홍여신, 이선자, 박현애, 조남옥, 오진주 (1995). 노인성 치매환자 가족간호행상을 위한 교육프로그램 효과에 관한 연구. 간호학회지, 25(1), 45-60.
- 황희숙 (1998). 노인의 치매에 대한 인식 정도와 생활만족도에 관한 연구. 계명대학교 여성학 대학원 석사학위논문.
- Algase, D. L. (1992). Cognitive discriminants of wandering among nursing home residents. Nursing Research, 41(2), 78-81.
- Alzheimer's Association (1996). Statistics/Prevalence. <http://www.alz.org/facts/rtstats.htm>.
- Burns, A., Jacoby, R., & Levy, R. (1990). Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. II: Disorders of perception. British Journal of Psychiatry, 157, 76-81.
- Cohen, D., Kennedy, G., & Eisdorfer, C. (1984). Phases of change in the patient with Alzheimer's dementia. Journal of the American Geriatric Society, 32(1), 11-15.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., & Rosenthal, A. (1990). Dementia and agitation in nursing home residents: How are they related? Psychology and Aging, 5, 3-8.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., & Rosenthal, A. (1989). A description of agitation in a nursing home. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 44(3), 77-84.
- Cohen-Mansfield, J., Marx, M., & Werner, P. (1992). Agitation in elderly person. An integrative report of findings in a nursing

- home. International Psychogeriatrics, 4, 221-240.
- Colerick, E. J., & Goerge, L. K. (1986). Predictors of institutionalization among caregivers of patient with Alzheimer's disease. J of Am Geriatrics Society, 34, 493-498.
- Costa, P., & McCrae, R. (1992). Revised NEO personality Inventory and NEO five-factor inventory, professional manual. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Davis, L. L., Buckwalter, K., & Burgio, L. D. (1997). Measuring problem behaviors in dementia: developing a methodological agenda. Advances in Nursing Science, 20(1), 40-55.
- Deutsch, L. H., Bylsma, F. W., Rovner, B. W., Steele, C., & Folstein, M. F. (1991). Psychosis and physical aggression in probable Alzheimer's disease. Am J Psychiatry, 148, 1159-1163.
- Eastwood, R., & Reisberg, B. (1996). Mood and behavior. In S. Gauthier(Eds.), Clinical Diagnosis and Management of Alzheimer's Disease. Martin Dunitz. 175-189.
- Folstein, M. F., & Bylsma, F. W. (1994). Noncognitive symptoms of Alzheimer disease. In R.D. Terry, R. Katzman, & K. L. Bick(Eds.), Alzheimer Disease. Raven Press, Ltd., New York. 27-40.
- Gilley, D., Wilson, R., Bennett, D., Bernard, B., & Fox, J. (1991). Prediction of behavioral disturbances in Alzheimer's disease. Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 46, 362-371.
- Granet, R., & Fallon, E. (1998). Is it Alzheimer's? What to do when loved ones can't remember what they should. Avon Books, New York.
- Hall, G. R., & Buckwalter, K. C. (1987). Progressively lowered stress threshold: A conceptual model for care of adults with Alzheimer's disease. Archives of Psychiatric Nursing, 1, 399-406.
- Hamel, M., Gold, D. P., Andres, D., Reis, M., Dastoor, D., Grauer, H., & Bergman, H. (1990). Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. Gerontologist, 30, 206-211.
- Kayser-Jones, J. (1989). The environment and quality of life in long-term care institutions. Nursing and Health Care, 10(3), 125-130.
- King, I. M. (1981). Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior. New York: JOHN WILEY & SONS, 141-146.
- Kolanowski, A. M. (1995). Disturbing behaviors in demented elders: a concept synthesis. Archives of Psychiatric Nursing, 9(4), 188-94.
- Kolanowski, A. M., Strand, G., & Whall, A. (1997). A pilot study of the relation of premorbid characteristics to behavior in dementia. Journal of Gerontological Nursing, 24(2), 21-30.
- Kolanowski, A. M., & Whall, A. (1996). Life-span perspective of personality in dementia. Image - the Journal of Nursing Scholarship, 28(4), 315-20.
- Matsubayashi, K., Wada, T., Okumiya, K., Fuisawa, M., Toaka, H., Kimura, S., & Doi, Y., (1994). Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and Yaku. Nippon Ronen Igakkai Zasshi, 31(10), 790-9.
- Monsour, N., & Robb, S. (1982). Wandering behavior in old age: A psychosocial study. Social Work, 27, 411-416.
- Mortimer, J. (1988). Do psychosocial risk factors contribute to Alzheimer's disease? In A. Henderson & J. Henderson(Eds.), Etiology of dementia of Alzheimer's type. 39-52.

- Nelson, J. (1995). The influence of environmental factors in incidents of disruptive behavior. Journal of Gerontological Nursing, 21(5), 19-24.
- Painter, J. (1996). Home environment considerations for people with Alzheimer's disease. Occupational Therapy in Health Care, 10(3), 45-63.
- Richman, M. (1989). Stability of personality traits in the demented elderly. (Doctoral dissertation, Hofstra University, 1989) Dissertation Abstracts International, 50, B 5367.
- Robert, B. L., & Algase, D. L. (1988). Victims of Alzheimer's disease and the environment. Nursing Clinics of North America, 23(1), 83-93.
- Ryden, M., Bossenmaier, M., & McLachlan, C. (1991). Aggressive behavior in cognitively impaired nursing home residents. Research in Nursing and Health, 14, 87-95.
- Siegler, I. C., Welsh, K. A., Dawson, D. V., Fillenbaum, G. G., Earl, N. L., Kaplan, B. B., & Clark C. M. (1991). Ratings of personality change in patients being evaluated for memory disorders. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 5, 240-250.
- Snyder, L. H., Rupprecht, P., Pyrek, J., Brekhus, S., & Moss, T. (1978). Wandering. The Gerontologist, 18(3), 272-280.
- Steele, C., Rovner, B., Chase, G. A., & Folstein, M. (1990). Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. American Journal of Psychiatry, 147, 1049-1051.
- Strauss, M. E., & Pasupathi, M. (1994). Primary caregivers' description of personality traits: Temporal stability and sensitivity to change. Alzheimer Disease and Associated Disorders, 8, 166-176.
- Tappen, R. M. (1997). Intervention for Alzheimer's disease. Health Professions Press.
- Teri, L., Larson, E. B., & Reifler, B. V. (1988). Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. Journal of American Geriatrics Society, 36, 1-6.
- Whall, A., Gillis, G., Yankou, D., Booth, D., & Beel-Bates, C. (1992). Disruptive behavior in elderly nursing home residents: A survey of nursing staff. Journal of Gerontological Nursing, 18(10), 13-17.

- Abstract -

key concept : Disturbing behaviors, Demented elderly, Premorbid personality, Environment

## A Study on Disturbing Behaviors of Demented Elderly Staying at Home

*Kang, Young Sil\**

This study has a purpose to provide information to help develop nursing intervention for demented elderly staying at home. For this purpose I analysed the relationship of patients' disturbing behaviors with their demographic and social characteristics, premorbid personality, and present environmental characteristics through questionnaire survey on their family members.

The survey was performed through direct interview, telephone contact, and mail in the regions of Pusan and Gyeongnam. Among family members contacted, 112 ones made an appropriate response to the survey.

The statistical package SAS was utilized for

---

\* Professor, Dept. of Nursing,  
GyeongSang National University



descriptive statistics, correlation coefficients, stepwise multiple regression, and cluster analysis.

The results of the study were as follows :

1) Demographic and social characteristics of the patients surveyed are : female 81.3%, average age 81.4 years, lack of schooling 83.0%, spouse dead 73.2%, having no other disease 58.9%, average duration of dementia 3.8 years, no medical treatment for dementia 84.8%, good married life 40.2%, and primary care given by daughter-in-law 49.1%.

2) Aggressive Psychomotor Behavior(APB) was observed in a way statistically meaningful in case that primary care was given by daughter-in-law, while Nonaggressive Psychomotor Behavior(NPB) was in case of good married life and primary care given by other than daughter-in-law and spouse. Verbally aggressive behavior (VAB) was observed in groups of female, spouse dead, bad married life, and daughter-in-law's primary care. As for Passive Behavior(PB), it was observed in case that patients had educational background of not less high than middle school and that they were having medical treatment. Functionally Impaired Behavior(FIB) was observed in age group of 60-69 and more than 90, in patients' group having no other disease, and in case that the duration of dementia was not less than 5 years.

3) Premorbid Neuroticism(N) showed positive correlation with APB and VAB, while Openness (O) did negative correlation with PB. Agreeableness (A) was proved to have positive correlation with

PA and FIB, but to have negative correlation with APB and VAB. In addition, Conscientiousness(C) showed negative correlation with APB and VAB.

4) The worse the psychosocial environment was, the more NPB and VAB were observed.

5) APB was explained 24% by C and primary care-giver, while NPB was explained 28% by psychosocial environment, having other disease or not, and married life. VAB was explained 40% by A, sex, and married life. On the other hand PB was explained 33% by O, A, N, and having medical treatment or not. But any significant factor was not found to explain FIB.

6) A cluster analysis was performed on disturbing behaviors of demented elderly staying at home. It enabled to regroup the demented elderly in 5 patterns : high scored in NPB, high scored in FIB, high scored in NPB and VAB, moderately scored in most disturbing behaviors, and low scored in all areas.

In conclusion, disturbing behaviors of demented elderly not only reflect their premorbid personality in the past, but also are affected by their present psychosocial environment. Therefore, it is necessary to encourage and respond them with understanding their disturbing behaviors in relation to their past premorbid personality. In addition, it is important to provide them better psychosocial environment in order to reduce their disturbing behaviors.