

인정요법 프로그램이 치매 환자의 우울, 삶의 질, 정신행동증상과 인지기능에 미치는 효과

성미라¹ · 이동영²

용인송담대학교 간호학과¹, 서울대학교병원 정신건강의학과 · 서울특별시 광역치매센터²

Effects of Community Based Group Validation Therapy on Depression, Quality of Life, Behavioral Problems, and Cognitive Function in Patients with Dementia

Sung, Mi Ra¹ · Lee, Dong Young²

¹Department of Nursing, Yong-In Songdam College, Yongin

²Department of Neuropsychiatry, Seoul National University Hospital · Seoul Metropolitan Center for Dementia, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to assess the effectiveness of a community based group validation therapy program developed to promote positive behavioral and emotional outcomes in community-dwelling Korean patients with dementia. **Methods:** A nonequivalent control group pretest-posttest design was used to measure the effects of the program on the behavior and emotions of patients with dementia. Participants in a validation therapy program were 33 patients who attended 10 weekly sessions of approximately 50 minutes each. Effects were evaluated through pre and post tests that included measurement of depression (SGDS-K), quality of life (GQOL-D), behavioral problems (NPI-Q), and cognitive function (MMSE-KC). The study variables were analyzed using χ^2 -test and t-test with the SPSS statistical package. **Results:** For the participants, a statistically significant reduction in depression and behavioral problems was found, as well as a significant increase in quality of life. However, no significant changes in cognitive function were revealed. **Conclusion:** Findings indicate that validation therapy reduces symptoms of depression and behavioral problems in older adults with dementia. It, therefore, can be considered as a program to improve quality of life in this population.

Key Words: Dementia, Depression, Quality of life, Problem behavior, Cognition

서 론

1. 연구의 필요성

인구의 고령화로 인하여 치매 환자는 급속히 증가하고 있

으며 최근에는 중요한 사회적 문제가 되고 있다[1]. 치매는 다른 노인성 질병에 비해 처음에는 건망증과 같은 가벼운 인지 장애로 시작되지만 시간이 지날수록 인지기능 장애와 함께 다양한 정신행동증상과 신경학적인 증상을 유발하여 독립적인 생활능력과 인간으로서의 최소한의 존엄성까지도 잃게 만드

주요어: 치매, 우울, 삶의 질, 문제행동, 인지

Corresponding author: Sung, Mi Ra

Department of Nursing, Yong-In Songdam College, 61 Dongbu-ro, Cheoin-gi, Yongin 171-45, Korea.
Tel: +82-31-330-9470, Fax: +82-31-330-9469, E-mail: smr111@ysc.ac.kr

- 본 연구는 2013년 서울시광역치매센터의 연구비 지원에 의하여 수행되었음.

- This Study was supported by Seoul Metropolitan center for Dementia Research Foundation of 2013.

Received: Jan 18, 2016 / Revised: Feb 29, 2016 / Accepted: Apr 16, 2016

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

는 진행성 질병이다[2]. 또한 우울증을 비롯한 정서적 문제와 정신행동증상은 치매 환자 자신과 가족을 지치게 하고 부양에 대한 부담을 가져오게 하는 것으로 사회적 비용을 증가시키며 치매 환자를 요양시설로 입소시키게 되는 주된 요인이 되기도 한다. 그렇기 때문에 치매 환자의 정서적 문제와 정신행동증상을 조절하기 위한 개입은 매우 중요하다.

최근 들어 치매를 치료하고 증상의 악화를 최소화하기 위한 다양한 치매치료제가 이용되고 있으나 치매치료에 있어 그 효과는 진행을 늦추거나 인지기능과 정신행동증상을 부분적으로 경감시키는 보존적 수준에 머무르고 있다[3]. 또한 약물요법은 현재의 상태에서는 중등도 이하의 알츠하이머병의 치료에 있어서 임상 증상을 약 1년 지연시킬 수 있는 정도이므로 치매의 치료에 있어서는 약물치료 외에 다양한 비약물적 접근 방법이 필수적이라고 할 수 있다[4]. 최근에는 인지기능이외 다양한 정신행동증상을 감소시키며 치매 환자의 정서적 안정과 심리적 증상을 완화하기 위한 다양한 비약물치료들이 개발되고 있으며 그 효과가 입증되고 있다[5].

치매 환자들은 기억장애를 경험하게 되면서 자신감이 저하되고 우울, 불안 등을 경험하게 되는데 이러한 동기저하와 기분의 변화는 인지장애를 더욱 심하게 하는 악순환이 되기도 한다. 따라서 치매로 인한 자신감 저하와 우울, 불안 등에 대한 정서적 안정과 삶의 질 향상을 위한 비약물적 접근을 통한 프로그램의 개발이 매우 중요하다.

인정요법은 치매 환자의 말과 행동이 타인에게 혼란스럽게 보일지라도 치매 환자에게는 중요한 의미가 있는 것이므로 혼돈된 말과 행동을 환자의 입장에서 수용하고 환자로 하여금 자신의 감정을 표현할 수 있도록 유도하는 중재방법[6]이다. 즉, 현실감각에 문제가 생긴 치매 환자의 주관적 현실세계를 받아들이고 내면의 세계를 이해하는 감정입을 통한 의사소통을 하는 것이다. Hitch[7]는 인정요법이 치매 환자에게 삶의 만족감을 증진시켜 내면의 부정적인 감정과 그로 인한 문제행동을 감소시킨다고 하였다.

한국의 치매 환자를 대상으로 인정요법을 적용한 선행연구[8,9]는 모두가 시설거주 치매노인을 대상으로 시행한 연구들이었다. 그러나 본 연구는 지역사회 거주하는 경증의 치매 환자를 대상으로 치매 환자 자신과 가족을 지치게하고 부담을 주는 정서적 문제와 정신행동증상의 효과를 검증하고자 시도되었다. 선행연구에 의하면 인정요법 적용 후 우울과 삶의 질[8-10], 문제행동증상[8,10,11] 및 인지기능[12-14]에서 서로 상이한 결과를 보여주어 인정요법이 치매노인에게 미치는 효과에 대해서는 추후 지속적인 검증의 필요성을 제시하였다.

기존의 연구결과를 종합해보면 치매 환자의 우울과 삶의 질 그리고 정신행동증상의 조절을 위해 인정요법을 적용한 비약물적 중재의 중요성을 시사하는 것이라고 하겠으나, 선행연구들이 대부분 중등도 이상 시설에 거주하는 치매 환자를 대상으로 시행되었다.

이에 본 연구에서는 경증치매 환자를 위한 지역사회기반 중재 프로그램을 개발하고 적용하여 치매 환자의 우울 감소 및 정서적 안정과 삶의 질 향상에 미치는 효과를 검증하고자 하였다.

2. 연구목적

본 연구는 지역사회에 거주하는 치매 환자를 위한 집단 인정요법 프로그램을 개발하고 그 효과를 평가하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 지역사회에 거주하는 치매 환자를 위한 집단 인정요법 프로그램을 개발한다.
- 개발된 지역사회기반 집단 인정요법 프로그램을 적용하고 그 효과를 평가한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회기반 집단 인정요법 프로그램이 치매 환자의 우울, 삶의 질, 정신행동증상 및 인지기능에 미치는 효과를 파악하기 위한 비동등성 대조군 전후설계의 유사실험연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 S시 A구, B구, C구, D구에 위치한 치매 지원센터에 등록되어 정기적인 관리를 받고 있는 치매 환자 중 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의하는 자를 모집하였다. 각 센터마다 참가자 모집공고를 내고 프로그램 참여자를 모집한 다음 먼저 모집된 대상자 중 10명을 실험군으로 배정하고, 이어서 모집된 대상자를 대조군으로 하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 다음과 같다.

- 연령: 60세 이상인자
- 읽고 쓰기가 가능한 자로 문맹이 아닌 자
- DSM-IV(Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders-IV) 기준에 의하여 치매진단을 받은 자

- 독립적인 보행이 가능하며 프로그램에 참여가능한 자
- 연구자의 질문에 응할 수 있고 의사소통이 가능한 자
- 이전에 유사한 인정요법 프로그램에 참여한 적이 없는 자
- 연구목적 이해하고 참여하기를 동의한 자

연구참여에 동의한 대상자라도 언제든지 참여를 중단할 수 있다는 것을 설명하였으며 서면 동의서에도 이를 명시하고, 설문에 대한 응답은 익명으로 처리됨을 알려주었다. 표본의 크기는 우울을 일차변수로 한 지역사회 노인 대상 집단 중재 프로그램 연구[15]를 참고로 유의수준 .05, 통계적 검정력 .8, 효과크기 .3으로 하여 표본수를 산출한 결과 각 집단별로 요구되는 최소 표본의 수가 각 군에 32명이었으나, 탈락률 20% 이상을 고려하여 최종 40명씩을 선정하였다. 선정된 대상자 중 프로그램 도중에 참여가 어려워 2회 이상 탈락한 대상자를 제외하고 실험군 33명(A구 10명, B구 9명, C구 9명 D구 5명), 대조군 35명(A구 8명, B구 10명, C구 10명, D구 7명)으로 총 68명의 대상자가 본 연구에 최종 참여하였다.

3. 인정요법 프로그램

1) 지역사회 기반 집단 인정요법 프로그램의 개발

본 프로그램은 치매 환자의 불안과 스트레스를 감소시키고 안위와 자존감을 증진시키기 위해 Feil[6]의 인정요법(validation therapy)을 기초로 한국사회의 시대적 흐름을 배경으로 주제를 정하고 전통놀이 및 음악 등을 활용하여 관계중심과 가족중심의 한국적 정서를 바탕으로 개발하였다. 프로그램의 구성은 주제를 중심으로 하는 대화, 음악 및 미술요법, 신체활동으로 구성하였다. 또한 각 회기별 주제에 따라 사실적인 단어 사용, 반복, 극단성, 반대성, 회상, 감각, 대명사 사용, 따라하기, 욕구 확인, 신체적 접촉, 눈맞춤, 친밀감 있는 목소리, 음악 등의 인정요법의 기법을 사용하여 진행하였다.

회기별 프로그램 주제는 유년시절, 청년시절, 중년시절, 노년시절로 나누어 구성하였다(Table 1). 유년시절에는 고향과 동무를 주제로 다루었고, 청년시절은 노래와 영화, 첫사랑을 주제로 하였으며, 중년시절은 결혼과 가족을 주제로 구성하였고, 노년시절은 현재의 나와 미래에 대한 소망을 주제로 하였다. 대화의 주제는 각 회기의 주제에 따라 가족이나 친구에 관계된 내용이나 그 시절을 회상하며 감정을 표현할 수 있는 내용을 선정하였는데, 매 프로그램 진행시 관련 사진이나 물건들을 실제로 활용하거나 파워포인트 자료로 만들어 보여주었으며, 필요시에는 노래와 음악을 들려주어 강요하지 않고 유

동적이며 자연스럽게 대화에 참여하도록 하였다.

음악 및 미술요법은 주제와 관련된 만들기, 종이접기, 퍼즐 게임, 그리기 등으로 구성하였으며, 신체활동을 위하여 한국적 놀이와 체조를 실시하였다. 놀이는 노인에게 익숙한 율놀이 재기차기 등으로 구성하였고 체조는 치매 환자가 노인이라는 특성을 고려하여 익숙하고 쉽게 따라할 수 있는 국민체조로 진행하였다. 진행자가 시범을 보여 체조의 방법과 순서를 익힐 수 있도록 하였으며, 매 회기마다 진행자의 시범과 체조 동영상상을 함께 보며 따라할 수 있도록 하였다. 마무리 정리단계에서 다과를 하며 오늘의 주제를 중심으로 대상자들끼리 자유롭게 의사소통할 수 있는 분위기를 만들어 주었다. 또한 주 1회 전화통화로 환자의 안부를 묻고 어려움 등을 상담하여 사회적 지지를 경험할 수 있도록 하였다.

프로그램의 내용타당도는 정신건강의학과 전문의 2인, 노인간호학 교수 2인, 치매 관련 프로그램 경험이 있는 사회복지사 1인과 간호사 2인의 검증을 거쳤으며, 치매 환자의 연령을 고려하여 내용의 분량과 진행시간을 조절하고 이해하기 어려운 단어를 쉬운 용어로 바꾸고 그림이나 사진을 추가하였다.

2) 프로그램의 적용

치매 환자를 대상으로 한 기존의 비약물적 중재연구에 대한 체계적 고찰에 의하면[16] 중재 프로그램의 회수는 5주에서 30주간 다양하게 진행되었다. 선행연구들은 주 1회에서 주 5회로 1회 당 15분에서 90분 적용하였으나 인정요법을 활용한 기존의 중재연구[8,9]는 10~12회를 실시하였다. 본 연구에서는 기존 연구결과를 토대로 프로그램의 주제에 따른 내용의 분량, 치매 환자의 참여 가능시간 등을 고려하여 실험군을 대상으로 매주 1회당 50분 총 10회의 프로그램을 시행하였다. 프로그램의 시간은 오전 10시에서 12시 사이에 실시하였고, 장소는 조용하고 안락한 곳으로 외부의 소음이 들리지 않는 치매지원센터 내 프로그램실을 이용하였다. 또한, 음향시설, 컴퓨터, 빔 프로젝터가 준비되었고, 프로그램이 진행되는 동안 외부의 어떠한 간섭도 받지 않도록 차단하였다.

매 회기는 도입(5분), 진행(35분), 마무리(10분)로 총 50분간 구성하였으며, 음악, 몸동작, 대화, 사진, 미술 및 작업요법, 신체활동, 다과 등 다양한 활동들이 응용되었고 매 회 프로그램의 시행 순서는 일정하게 유지하였다. 프로그램을 실시하는 전문가는 노인간호학 전공 간호대학 교수 1명과 각 지역치매지원센터의 프로그램 담당간호사 4인, 노인전문간호사 과정을 이수하고 치매 관련 프로그램을 시행한 경험이 있는 연구원 1인으로 구성된 총 6명이었다. 프로그램의 주 진행은 노인

Table 1. Outline of the Community based Group Validation Therapy

| Topic | Content | Action |
|--------------------------------|---|--|
| 1. Orientation & introductions | Program orientation (Time to promote friendship among members/self introduction) | · All participants play Yoot (Korean traditional board game) in teams |
| 2. My hometown | Home town stories, Childhood games and songs/reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Drawing and painting hometown pictures on the paper · Playing childhood games (a game of slap-match, marbles, top spinning) |
| 3. Friends | Memories of big events and incidences happening in their childhood/ reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Singing children's songs · Writing down name of favorite childhood friend on a paper airplane and flying them in the air |
| 4. Old songs & movies | Old songs, fashions, actors/actresses and movies from their youth/reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Completing puzzle posters of old movies and sharing the story of movies and actor/actresses in the movie |
| 5. Those were the days | The dreams of youth and things that were once popular in the past/ reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Recollecting memories of the past using their own pictures and possessions · Completing picture of hometown using colored paper and sharing it with other members |
| 6. Marriage | The stories of their marriage/ reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Talking about the first impression of their partner and stories of their first meeting · Taking wedding photos in traditional wedding clothes |
| 7. My dear children | The stories about their children/reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Talking about the dream of the forthcoming conception of their babies · Speaking with members about the meaning of a table laid in celebration of a baby's first birthday |
| 8. My family | Family stories/reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Drawing self-centered family tree and sharing thoughts about how important family is in Korea |
| 9. Thoughts in my head | The stories about their life/ reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Completing 'If' sentences ('If I were a millionaire, I would....', 'If I were a president...') · Constructing a brain diagram with their current thoughts |
| 10. The hope tree | The meaning of life (program completion)/reminiscence therapy, music and art therapy, exercise therapy | · Planting a hope tree to hang cards with hope of individual participants and all participants are gathered hoping wishes come true |

간호학 전공 교수가 하였으며 센터 프로그램 담당간호사와 진행팀 연구원은 프로그램 전·후 설문조사를 실시하고 프로그램의 보조진행자 역할을 담당하였다. 또한, 진행팀은 프로그램 프로토콜이 현장 적용 가능한지를 여러 차례 논의 하였으며, 본 프로그램의 주 개발자인 간호학 교수가 1차례 프로그램 시범을 보이고 원활한 진행을 위한 사전 경험을 공유하여 일관성 있는 진행을 위해 노력하였다.

4. 연구도구

1) 우울

대상자의 우울은 Sheikh와 Yesavage[17]가 노인을 대상으로 우울을 측정하기 위해 개발한 단축형 노인우울척도(Short Form Geriatric Depression Scale, SFGDS)를 우리나라 노인에게 맞도록 표준화한 한국어판 단축형 노인우울척도(Korean Version of the Short Form Geriatric Depression Scale,

SGDS-K)[18]를 사용하여 측정하였다. 노인우울도구는 본 연구의 대상이 시설노인이 아닌 지역사회거주 노인을 대상으로 하였기 때문에 자가 보고형 측정도구인 SGDS-K를 사용하였다. SGDS-K는 기존의 돌봄자에 의한 관찰형 우울측정도구와의 동시타당도에서 SGDS-K가 .52 ($p < .01$)로 다소 낮은 상관관계를 보였으나, 통계적으로 유의하여 치매 노인에서 우울을 측정하기 위해 타당한 도구임이 입증되었다[19]. 이에 본 연구자는 한국어판 단축형 노인우울척도의 도구 개발자인 Cho 등으로부터 도구승인을 받은 후 본 도구를 사용하였다. 이 도구는 총 15문항으로 구성되어 있으며 ‘예(0)’, ‘아니오(1)’로 응답하는 양분척도로 총점은 0점에서 15점까지이고 부정적 문항은 역환산한다. 점수가 높을수록 우울의 정도가 심한 것을 의미하며, 8점 이상이면 임상적으로 의미가 있는 우울이다. 원도구의 Cronbach's α 는 .89, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .88이었다.

2) 삶의 질

WHO의 삶의 질 척도를 근간으로 Korean Association for Geriatric Psychiatry[20]에서 개발한 치매노인 삶의 질 척도(Geriatric Quality of Life-Dementia, GQOL-D)를 사용하여 측정하였다. 본 도구는 신체적 건강, 심리적 건강, 사회적 관계 및 환경을 측정하는 13개 문항과 전반적인 건강 및 삶의 만족도를 측정하는 총 15개 문항 4점 척도이다. 각 문항에 대한 반응의 단순 합으로 총점을 계산하였으며 점수가 높을수록 삶의 질 점수가 높은 것을 의미한다. 원도구의 Cronbach's α 는 .87, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .79였다.

3) 정신행동증상

대상자의 정신행동증상은 Neuropsychiatric Inventory-Questionnaire (NPI-Q)[21]를 이용하여 측정하였다. NPI-Q는 치매노인들에게 흔하게 나타나는 12가지의 이상 행동심리 증상들을 평가하며 동시에 그에 다른 간호제공자의 고통 정도를 평가한다. 증상의 심각도는 3점 척도(12~36), 증상에 따른 간호제공자의 고통/부담 정도는 5점 척도(0~60)로 평가하며, 점수가 높을수록 증상이 심하고, 간호제공자의 고통/부담이 크다는 것을 의미한다. 원도구의 Cronbach's α 는 .89였으며, 본 연구에서의 Cronbach's α 는 .91이었다.

4) 인지기능

대상자의 인지기능은 Folstein, Bassett, Anthony, Romanoski와 Nestadt[22]가 개발한 간이 정신상태 검사(Mini-Men-

tal Status Examination, MMSE)를 참고하여 Lee 등[23]이 개발한 한국판 CERAD (The Korean Version of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease Assessment Packet, CERAD-K)에 포함되어 있는 한국어판 간이 정신상태 검사(Mini-Mental Status Examination in the Korean Version of the CERAD Assessment Packet, MMSEK)를 사용하여 측정하였다. 이 도구는 총 19문항으로 시간 지남력(5점), 장소 지남력(5점), 기억등록(3점), 기억회상(3점), 주의 집중 및 계산(5점), 언어 기능(7점), 이해 및 판단(2점) 영역으로 구성되어 있으며 점수의 범위는 0~30점이다. 성별, 연령, 학력에 따라 인지기능의 정상범위가 다르며 정상과 1.5표준편차 수치 미만의 경우 치매가 의심되는 인지기능저하로 해석한다.

5. 연구진행

본 연구는 연구자가 소속된 S대학 의학연구윤리심의위원회 승인을 받아 진행하였다(IRB No. H-1305-578-489). 자료는 S시에 소재한 치매지원센터에서 2013년 6월부터 2013년 11월까지 수집되었다. 연구참여 기관을 선정하기 위하여 S시의 각 구에 설치된 치매지원센터에 공고문을 보냈다. 기관장이 연구의 목적을 이해하고 연구수행을 허락한 4곳의 치매지원센터에서 연구를 진행하였다. 본 연구의 대상자가 치매 환자인 점을 고려하여 대상자 본인뿐만 아니라 보호자(법정대리인)에게 연구에 대해 충분히 설명한 후, 개인정보를 보호하기 위해 연구진은 윤리적 노력을 하였고, 이를 치매 환자와 보호자에게 설명하고 서면동의를 받았다. 또한 연구대상자에 대한 데이터 등을 수집함에 있어 본 연구와 관련하여 반드시 필요한 자료만 제한하여 수집하였다. 프로그램 시작 전에 설문내용과 설문방법에 대해 강의 및 실습을 통해 교육을 받고 조사자간 신뢰도를 평가받은 프로그램 담당간호사가 직접 사전 조사를 실시하였으며, 실험군에게 10회의 프로그램을 실시한 후 사후 조사를 실시하였다. 대조군은 사전 조사를 실시하고 10주 후에 사후 조사를 실시하였으며, 실험 종료 후 치매지원센터에서 실시된 비약물 프로그램에 대해 안내하고 희망하는 경우 참여하도록 하였다.

6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램으로 분석하였다. 실험군과 대조군의 일반적 특성(성별, 연령, 교육년수, 동거유무), 치매 관련특성(치매진단시기, 치매종류, 치매임상척도)

Table 2. Homogeneity Test for General Characteristics between Groups

(N=68)

| Variables | Categories | Exp. (n=33) | Cont. (n=35) | χ^2 or t | p |
|------------------------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|------|
| | | n (%) or M±SD | n (%) or M±SD | | |
| Gender | Male | 15 (45.5) | 18 (51.4) | 0.14 | .710 |
| | Female | 18 (55.5) | 17 (48.6) | | |
| Age (year) | | 74.24±5.76 | 77.88±6.13 | 0.03 | .849 |
| | 60~69 | 8 (24.2) | 3 (8.6) | | |
| | 70~79 | 20 (60.6) | 15 (42.8) | | |
| | ≥80 | 5 (15.2) | 17 (48.6) | | |
| Education period (year) | | 7.09±4.23 | 6.82±5.03 | 1.40 | .240 |
| Living with family | Yes | 30 (90.9) | 30 (85.7) | -0.57 | .570 |
| | No | 3 (9.1) | 5 (14.3) | | |
| Diagnosis after recognition (year) | ≥3 | 2 (6.1) | 5 (14.3) | 0.28 | .779 |
| | 2~<3 | 4 (12.1) | 2 (5.7) | | |
| | 1~<2 | 11 (33.3) | 9 (25.7) | | |
| | <1 | 16 (48.5) | 19 (54.3) | | |
| Type of dementia | Alzheimer's dementia | 24 (72.7) | 24 (68.6) | -0.26 | .769 |
| | Vascular dementia | 4 (12.1) | 5 (13.3) | | |
| | Other | 5 (15.2) | 6 (17.1) | | |
| CDR | 0.5 | 5 (15.2) | 6 (17.1) | 0.22 | .635 |
| | 1 | 22 (66.6) | 23 (65.7) | | |
| | 2 | 6 (18.2) | 6 (17.2) | | |

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; CDR=Clinical dementia rating.

Table 3. Homogeneity Test for Outcome Variables between Groups at Pretest

(N=68)

| Variables | Total score | Exp. (n=33) | Cont. (n=35) | t | p |
|--------------------|-------------|-------------|--------------|-------|------|
| | | M±SD | M±SD | | |
| Depression | 0~15 | 6.21±4.68 | 8.08±4.19 | -1.74 | .086 |
| GQOL-D | 0~60 | 31.57±7.78 | 28.11±7.77 | 1.83 | .071 |
| NPI-Q severity | 0~36 | 9.76±6.24 | 9.55±8.28 | 0.11 | .911 |
| Distress | 0~60 | 11.06±9.58 | 11.27±12.10 | -0.07 | .941 |
| Cognitive function | 0~30 | 18.00±4.47 | 18.28±3.89 | -0.28 | .779 |

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; GQOL-D=Geriatric quality of life-dementia; NPI-Q=Neuropsychiatric inventory-questionnaire.

우울, 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능에 대한 사전 동질성은 자료의 정규성 여부에 따라서 각각 χ^2 -test와 t-test를 실시하였다. 또한 프로그램 실시한 후 우울, 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능에 대한 두 집단 간의 차이는 본 연구의 표본이 정규 분포의 가정을 따라 t-test로 분석하였다.

단시기, 치매종류, 치매임상척도 및 프로그램 실시 전에 측정 한 우울, 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능은 유의한 차이가 없었다(Tables 2, 3).

실험군과 대조군의 남녀 비율은 비슷하였고($t=0.14, p=.710$), 연령은 두 군 모두 70~79세가 가장 많았다($t=0.03, p=.849$). 교육수준은 실험군이 7.09년, 대조군은 6.82년으로 실험군이 약간 높았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었고($t=1.40, p=.240$), 가족의 동거유무는 가족과 함께 거주하고 있는 경우가 두 군 모두 90% 정도 차지하였다($t=-0.57, p=.570$). 치매종류도 알츠하이머 치매가 두 군 모두 가장 많이 차지하였으며($t=-0.26, p=.769$). 치매임상척도를 통해 확인한 치매중증도는 두 군 모두

연구결과

1. 실험군과 대조군의 동질성 검증

실험군과 대조군의 성별, 연령, 교육수준, 동거유무, 치매진

80% 이상이 CDR 1 이내로 대부분 경증 치매 환자였다($t=0.22$, $p=.635$).

우울점수는 실험군이 6.21점, 대조군이 8.08점으로 대조군의 우울점수가 약간 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 없었다($t=-1.74$, $p=.086$), 삶의 질은 두 군이 비슷하였고($t=1.83$, $p=.071$), 실험군과 대조군의 정신행동증상정도의 심한정도($t=0.11$, $p=.911$)와 고통정도($t=-0.07$, $p=.941$)도 통계적으로 유의한 차이가 없었으며, 인지기능정도도 두 군 모두 18점 정도로 비슷하였다($t=-0.28$, $p=.779$).

2. 인정요법 프로그램의 효과

인정요법 프로그램이 치매 환자에게 미치는 효과를 파악하기 위해서 실험군과 대조군의 사전점수와 사후 점수의 평균값의 차이를 비교 분석한 결과는 Table 4와 같다.

우울 점수는 실험군은 6.21점에서 5.15점으로 유의하게 감소하였고($t=2.37$, $p=.023$), 대조군은 7.89점에서 7.88점으로 유의한 차이가 없었다($t=0.01$, $p=.998$). 실험군과 대조군의 우울차이 평균변화에는 유의한 차이가 없었다($t=-1.30$, $p=.196$). 삶의 질 점수는 실험군은 31.57점에서 36.48점으로 유의하게 증가하였고($t=-3.59$, $p<.001$), 대조군은 28.34점에서 28.22점으로 유의한 차이가 없었다($t=0.09$, $p=.932$). 두 군 간 실험 전·후 평균변화에 유의한 차이가 있었다($t=2.93$, $p=.005$). 정신행동증상은 치매 환자 주부양자가 경험하는 치매 환자의 정신행동증상의 심한 정도에서 실험군은 10.25점에서 8.03점으로 유의하게 감소하였으나($t=2.84$, $p=.008$), 대조군은 9.55점에서 10.10점으로 증가하였다($t=-0.51$, $p=.609$). 두 군 간 실험 전·후 평균변화에 유의한 차이가 없었다($t=-1.82$,

$p=.297$). 정신행동증상의 고통 정도도 실험군은 11.64점에서 10.57점으로 감소하였고($t=0.71$, $p=.480$), 대조군은 11.28점에서 12.86점으로 증가하였다($t=-1.06$, $p=.297$). 두 군 간 실험 전·후 평균변화에는 유의한 차이가 없었다($t=-1.09$, $p=.277$). 마지막으로 인지기능 점수는 실험군은 18.00점에서 18.87점으로 증가하였고($t=-1.39$, $p=.174$), 대조군도 18.28점에서 18.40점으로 증가하였다($t=-0.18$, $p=.857$). 두 군 간 실험 전·후 평균변화에는 유의한 차이가 없었다($t=1.01$, $p=.314$).

논 의

본 연구는 지역사회에 거주하는 치매 환자에게 10주 동안 인정요법 프로그램을 적용한 후 치매 환자의 우울과 삶의 질, 정신행동증상, 인지기능의 변화를 확인하고자 시행되었다. 본 연구에서 인정요법 프로그램을 중재한 후 실험군과 대조군의 두 그룹 간 평균 차이를 확인한 결과 치매 환자의 삶의 질에서 유의한 결과를 보여주었고 우울, 정신행동증상과 인지기능의 변화는 유의한 차이가 없었다. 따라서 본 연구의 인정요법 프로그램은 치매 환자의 삶의 질 향상에 효과적임을 확인하였다.

본 연구결과 우울은 두 그룹 간의 평균차이에서 유의한 변화는 없었다. 그러나 우울은 실험군이 대조군보다 유의하게 감소한 것을 확인하였다. 선행연구인 전문요양시설의 치매 환자에게 인정요법을 적용한 연구[8,10]에서도 인정요법이 치매 환자의 활동성 증가와 우울 감소에 효과가 있는 것으로 확인된 바가 있다. 선행연구와 본 연구를 비교해보면 개별적 접근이 아닌 집단 프로그램으로 구성하여 치매 환자를 참여시켰다는 공통점을 확인할 수 있다. 집단 프로그램은 치매 환자들

Table 4. Mean Differences in Dependent Variables after Treatment between Experimental and Control Groups (N=68)

| Variables | Groups | Pre | Post | t | p | Mean difference | t | p |
|--------------------|--------------|-------------|-------------|-------|-------|-----------------|-------|------|
| | | M±SD | M±SD | | | | | |
| Depression | Exp. (n=33) | 6.21±4.68 | 5.15±4.65 | 2.37 | .023 | -1.06 | -1.30 | .196 |
| | Cont. (n=35) | 7.89±4.03 | 7.88±4.28 | 0.01 | .998 | -0.01 | | |
| GQOL-D | Exp. (n=33) | 31.57±7.78 | 36.48±10.39 | -3.59 | <.001 | 4.91 | 2.93 | .005 |
| | Cont. (n=35) | 28.34±7.64 | 28.22±8.04 | 0.09 | .932 | -0.12 | | |
| NPI-Q severity | Exp. (n=33) | 10.25±6.15 | 8.03±6.68 | 2.84 | .008 | -2.22 | -1.82 | .297 |
| | Cont. (n=35) | 9.55±8.28 | 10.10±7.20 | -0.51 | .609 | 0.55 | | |
| Distress | Exp. (n=33) | 11.64±9.65 | 10.57±11.74 | 0.71 | .480 | -1.07 | -1.09 | .277 |
| | Cont. (n=35) | 11.28±12.10 | 12.86±10.53 | -1.06 | .297 | 1.58 | | |
| Cognitive function | Exp. (n=33) | 18.00±4.47 | 18.87±4.20 | -1.39 | .174 | 0.87 | 1.01 | .314 |
| | Cont. (n=35) | 18.28±3.89 | 18.40±4.42 | -0.18 | .857 | 0.12 | | |

Exp.=Experimental group; Cont.=Control group; GQOL-D=Geriatric quality of life-dementia; NPI-Q=Neuropsychiatric inventory-questionnaire.

이 타인과 서로 상호작용함으로써 내적 에너지가 창출되고 프로그램에서 이탈되거나 개인적으로 위축되는 것을 막을 수 있다[6]. 본 연구에서도 두 그룹간의 차이는 유의한 결과를 보이지 않았으나 실험군의 경우 본 프로그램을 진행하는 동안 매 회기마다 주어진 주제를 중심으로 대화를 진행하였는데 회기가 거듭될수록 주제를 둘러싼 이야기 내용에 풍부함과 참여자들의 참여정도가 더 적극적으로 변화됨을 본 연구자는 경험하였다. 이는 집단 프로그램이 참여자 각자의 긍정적 가치를 회복하는데 도움을 주며 집단 내에서 각자의 역할을 수행하게 되면서 참여자들 스스로의 독립성 회복에도 도움이 된다[6]는 점에서 치매 환자의 우울 감소와 삶의 질 개선에 긍정적 효과가 있었을 것으로 생각된다. 이전의 인정요법 프로그램의 효과를 분석한 선행연구들[8,9,11]에 비해 본 연구의 특징은 한국사회의 시대적 흐름을 배경으로 유년시절부터 현재에 이르기까지 삶의 과정을 연속적으로 구성하였고 전통놀이 및 음악 등을 활용하여 매 회기마다 주제를 중심으로 노인의 정서에 맞춰 이야기 중심 프로그램을 진행하였다. 또한, 본 프로그램은 시설거주 치매 환자가 아닌 지역사회에 거주하는 치매 환자에게 적용하였다는 점에서 향후 치매 환자를 위한 삶의 질 개선에 도움을 주는 중재연구의 활성화에 기여할 수 있을 것으로 생각된다.

본 연구결과 치매 환자의 정신행동증상과 인지기능은 두 그룹간의 유의한 차이를 보이지 않았다. 선행연구[24]에서도 인정요법이 치매 환자의 정신행동증상 조절과 인지기능에서는 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 그러나 Veron 등[24]의 연구에서는 인정요법이 치매 환자의 문제행동을 조절하는 것에는 통계적으로 유의하지 않았으나 임상적인 관찰에서는 긍정적 변화를 볼 수 있었다고 하였다. 본 연구에서도 치매 환자의 정신행동증상으로 인해 보호자가 느끼는 고통정도는 유의한 차이가 없었으나 정신행동증상의 심한 정도는 실험군이 대조군에 비해 유의하게 감소하였다, 이러한 결과는 치매 환자라 하더라도 집단 프로그램에 참여하는 동안 언어와 비언어적으로 자신을 표현하게 되고 집단 내에서 타인과의 교류를 통해 자연스럽게 사회적 통제를 익히게 되면서 치매로 인해 혼동되어 있는 자신의 존엄성 회복과 부정적인 행동을 조절하게 되는 동기가 되기 때문인 것[4]으로 보여진다.

인지기능의 경우는 선행연구[13,14]에서도 유의한 차이를 보이지 않았었는데 이는 본 연구결과와 일치하였다. 그러나 Brack[14]의 연구에서는 인정요법이 집중력과 언어사용을 증가시켰으며, Tondi 등[25]의 연구에서 인정요법과 감각적 회상요법의 비교연구에서 두 방법 모두가 인지기능과 정서적 행

동의 증가를 보여주어 본 연구와 다른 결과를 나타내었다. 이러한 결과는 선행연구[13,14]의 대상이 치매 중증도가 비교적 심해 인지기능이 많이 저하된 대상자들이였기 때문에 유의한 차이를 보이지 않았을 것으로 사료되지만 Feil[26]이 집단 인정요법 프로그램은 치매 환자들이 집단 내에서 서로 상호작용하는 동안에 집중력이 길어져 집중시간이 1시간 이상도 가능해지고 이것이 인지기능과 정서적 안정에 도움을 준다고 한 점에서 치매 중증도에 따른 인지기능의 효과연구를 추후 반복적인 후속연구로 제안한다.

본 연구에 참여한 치매 환자들은 지역사회에서 거주하는 노인들로 치매진단을 받은 지 1~2년 정도인 중등도 이내의 경증 환자들이다. 선행연구에 의하면[27] 질병초기단계의 치매 환자 가족들이 가장 어려움을 느끼는 것이 일상생활보조 및 정신행동증상과 관련된 문제라고 하였다. 본 연구의 인정요법 프로그램은 치매 환자가 타인과의 상호작용을 통해 삶의 에너지가 창출되고 대화 주제를 중심으로 상대방과 이야기를 주고 받는 동안 타인을 배려하고 존중하게 되어 기억력 저하와 일상생활의 변화 때문에 겪게 되는 심리적 위축을 막을 수 있을 것으로 보인다. 특히 중등도 이전의 치매 환자들은 질환의 특성 상 과거 기억이 최근 기억에 비해 오랫동안 남아있기 때문에 본 프로그램의 구성을 유년시절, 청년시절, 중년시절, 노년시절로 나누어 구성하고 각 회기의 주제에 따라 과거 기억을 회상하며 감정을 표현할 수 있는 내용들을 선정하여 참여자들 대부분이 대화주제에 자연스럽게 참여할 수 있었다. 특히, 매 회기마다 주제를 중심으로 치매 환자가 자신의 삶을 돌아보는 과정 속에서 과거의 갈등을 자연스럽게 해결하게 되고 인간으로서의 존엄성을 회복할 수 있도록[9] 하는데 도움을 주었고 이러한 변화는 치매 환자 가족들에게도 도움이 되었을 것이다.

치매 환자가 보이는 인지기능의 감소에 따른 기억력 감퇴의 문제보다 우울 등의 정서적 문제와 정신행동증상들이 치매 환자 가족의 부담을 가중시키며 이는 가족들이 시설입소를 결정하게 되는 원인[28]이 되기도 한다. 따라서 초기치매 환자의 정서적 문제를 해결하기 위한 가장 적절한 중재방법을 선택하고 시도한다는 것은 치매 환자와 그 가족을 위해 매우 중요한 의미가 있다.

본 연구는 지역사회 거주하는 초기치매 환자를 대상으로 진행하였기 때문에 80세 미만의 노인이 대부분이다. 이는 인정요법이 80세 이상의 고령노인(old-old)을 대상으로 개발된 프로그램이라는 점에서는 본 연구의 제한점이 있다. 또한, 치매 환자의 특성과 치매의 단계별 증상을 고려하여 프로그램을 운영하지는 못하였다. 따라서 노인의 연령과 치매 환자의 단

계별 증상을 고려한 다양한 프로그램을 개발하고 개발된 프로그램의 적용을 통해 치매 환자의 삶의 질 향상을 위한 노력이 지속적으로 이루어져야 할 것이다. 더 나아가 반복연구를 통해 본격적인 인지요법 프로그램의 효과평가와 프로그램 효과의 지속성에 대한 연구가 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

결론

본 연구는 인지요법 프로그램이 치매 환자의 우울, 삶의 질, 정신행동증상과 인지기능에 미치는 효과를 검증하기 위한 유사실험연구로 인지요법 프로그램이 치매 환자의 삶의 질을 향상시키는데 효과적임을 확인하였다. 이러한 결과는 치매 환자의 정서적 안정과 심리적 증상을 완화하기 위한 비약물요법의 활용에 노인의 정서를 고려한 프로그램의 개발이 이루어져야 함을 시사하는 것이다.

본 연구결과를 바탕으로 지역사회에 거주하는 치매 환자의 정서적 안정과 삶의 질 제고를 위해 치매 환자의 심리적 안정을 고려한 다양한 프로그램의 개발과 지속적 평가를 통한 관련 연구들이 계속적으로 이루어져야 할 것이다. 본 연구는 치매 환자의 연령과 치매진행정도를 고려하지 않고 프로그램을 진행하였다는 제한점이 있기 때문에 향후 치매 환자의 연령과 주 호소에 따른 단계별 프로그램을 개발할 필요가 있다. 또한, 본 프로그램은 시간적, 경제적 현실성을 고려하여 10회기 동안을 실시하였으나 참여한 대상자들의 평가에 의하면 지속적인 장기 프로그램을 희망하고 있었다. 따라서 장기적 효과성을 지속시키기 위한 6개월 이상의 프로그램 개발이 필요하며 추후 프로그램의 효과 검증도 필요할 것이다. 또한, 본 연구결과를 바탕으로 본 프로그램의 매뉴얼 개발과 현장 실무자들의 전문적 훈련을 통해 현장 맞춤형 프로그램이 진행되어야 할 것이다.

REFERENCES

- Lee SB, Kwon OD. Factors affecting care worker's burden of patients with dementia. *Journal of the Korean Neurological Association*. 2015;33(3):162-7. <http://dx.doi.org/10.17340/jkna.2015.3.4>
- Oh BH. Diagnosis and treatment for behavioral and psychological symptoms of dementia. *Journal of the Korean Medical Association*. 2009;52(11):1048-54.
- Lee SB, Kim KW. Non-pharmacological interventions for Alzheimer's disease. *Journal of the Korean Medical Association*. 2009;52(11):1069-76.
- Grasel E, Wiltfang J, Kornhuber J. Non-drug therapies for dementia: an overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2003;15:115-25.
- Jeong HG, Han CS. Diagnosis and treatment of dementia in primary care. *Journal of the Korean Medical Association*. 2013;56(12):1104-11. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2013.56.12.1104>
- Feil NW. Group therapy in a home for the aged. *Gerontologist*. 1967;7:192-95.
- Hitch S. Cognitive therapy as a tool for caring for the elderly confused person. *Journal of Clinical Nursing*. 1994;3:49-55.
- Kim KA, Hah YS. The effect of validation therapy on behavior and emotion of elderly demented people. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1998;7(2):384-99.
- Chang WS. The effect of group validation therapy (V/T) in the elderly with dementia. *Journal of the Korean Gerontological Society*. 2008;28(4):1023-39.
- Harris R. Group validation therapy with elderly demented people [master's thesis]. [United Kingdom]: University of London; 1995. 223 p.
- Toseland RW, Diehl M, Freeman K, Manzanares T, Naleppa M, McCallion P. The impact of validation group therapy on nursing home residents with dementia. *Journal of Applied Gerontology*. 1997;16(1):31-50.
- Scanland SG, Emershaw LE. Reality orientation and validation therapy: dementia, depression and functional status. *Journal of Gerontological Nursing*. 1993;19(6):7-11.
- Robb S, Stegman C, Wolanin OM. No research versus research with compromised results: a study of validation therapy. *Nursing Research*. 1986;35(2):113-8.
- Brack, H. Validation therapy with disoriented very old persons: impact of group interventions on activities of daily living, on aspects of behaviour, cognition and general well-being [dissertation]. [Canada]: University of Montreal; 1997. 502 p.
- Lee HS, Kim C, Paik S. Effects of group intervention program on depression and quality of life in Korean elderly with chronic disease. *Korean Journal of Health Promotion*. 2011;11(4): 217-26.
- Yoo CU, Park EJ, Yong MH. A systematic review of occupational therapy intervention for the rehabilitation on dementia in Korea. *The Journal of Occupational Therapy for the Aged and Dementia*. 2013;7(2):39-46.
- Sheikh J, Yesavage J. Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*. 1986;5(12):165-73.
- Cho MJ, Bae JN, Seo KH, Ham BJ, Kim JK, Lee DY, et al. Validation of geriatric depression scale, Korean version (GDS) in the assessment of DSM-III-R major depression. *Journal of Ko-*

- rean Academy of Nursing. 1999;38(1):48-63.
19. Lee, YS, Lee, YS, Hong, GR. Validation of Korean version of the Cornell scale for depression in dementia among older adults in long-term care facilities. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2015;17(3):142-51.
<http://dx.doi.org/10.17079/jkgn.2015.17.3.142>
 20. Korean Association for Geriatric Psychiatry. Korean assessment scales for demented patient. Seoul. Hakjisa; 2007. 368 p.
 21. Cummings JL, Mega M, Gary K, Rosenberg TS, Carusi DA, Gornbein, J. The neuropsychiatric inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994; 44(12):2308-14.
 22. Folstein MF, Bassett SS, Anthony JC, Romanoski AJ, Nestadt GR. Dementia: case ascertainment in a community survey. *Journal of Gerontology*. 1991;46:132-8.
 23. Lee DY, Lee KU, Lee JH, Kim KW, Jhoo JH, Youn JC. A normative study of the Mini-Mental State Examination in the Korean elderly. *Journal of Korean Neuropsychiatric Association*. 2002;41:508-25.
 24. Veron S, Erik VR, Math C, Carla F, Mayke D, Hilde S, et al. Effects of emotion-oriented care on elderly people with cognitive impairment and behavioral problems. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2002;17(10):926-37.
 25. Tondi, L, Ribani L, Bottazzi M, Viscomi G, Vulcano V. Validation therapy (VT) in nursing home: a case control study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2007;44(12):407-11.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.archger.2007.01.057>
 26. Feil NW. *Validation Breakthrough: Simple techniques for communicating with people: with Alzheimer's-type dementia*. Baltimore: Health Professions Press; 1993. 560 p.
 27. Sung MR, Kim KA, Lee DY. Factors influencing burnout in primary family caregivers of elders with dementia. *Journal of Korean Gerontological Nursing*. 2012;14(3):200-8.
 28. Park MH, Sung MR, Kim SK, Kim SJ, Lee DY. Multidimensional determinants of family caregiver burden in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(8):1355-64.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1041610215000460>