

우울증 노인을 위한 현실치료 프로그램의 효과

김진주¹ · 현명선²

¹경동대학교 간호학부 부교수, ²아주대학교 간호대학 교수

The Effects of a Reality Therapy Program for the Elderly with Depressive Disorder

Kim, Jinju¹ · Hyun, Myung Sun²

¹Associate Professor, Department of Nursing, Kyungdong University, Wonju; ²Professor, College of Nursing, Ajou University · Institute of Nursing Science, Suwon, Korea

Purpose: The purpose of this study is to develop a Reality Therapy program for the elderly with depressive disorder, and then examine the effects of the developed program. **Methods:** This study used 'non-equivalence control group pretest-posttest design'. The participants were forty-eight elderly who were on medication treatment with depressive disorder. Twenty-two participants were assigned to the experimental group and twenty-six ones were assigned to the control group. A 10-session Reality Therapy program was provided to the experimental group. The data were collected from September to December in 2012. Dependent variables were self-esteem, internal control, and depression. **Results:** The scores of self-esteem for the experimental group were significantly increased compared to the control group ($t = -4.87$, $p < .001$). The scores of depression for the experimental group were significantly decreased compared to the control group ($t = 3.61$, $p = .001$). However, there was no significant change on the scores of internal control between the two groups. **Conclusion:** The results of this study indicate that the Reality Therapy program is effective in increasing self-esteem and decreasing depression for the elderly with depressive disorder.

Key Words: Reality Therapy, Elderly, Depression, Self-esteem, Internal control

서 론

1. 연구의 필요성

노년기는 다른 연령층에 비해 신체적 쇠약, 역할상실, 능력감퇴, 사회적 고립, 배우자의 사망 등으로 우울증으로 전환될 가능성이 높고, 연령이 증가할수록 우울증 유병률은 증가한다. Korean Longitudinal Study on Health and Aging(KLoSHA)에 의하면 국내 노년층의 우울증 유병률은 주요 우울증 5.0%, 경도 우울증 4.8%, 아임상 우울증 8.4% 등으로 나타났다[1]. 노년기 우울증으로 인한 개인 및 사회에 미치는 영향을 보면 주변 환경을 조절하는 능력 감소, 삶의 질 및 자아존중감 저하, 자살위험성 증가, 내과 및 정신건강의학과

이용 증가로 인한 국가적 의료비 증가 등으로 나타나고 있다[2]. 이와 같이 노년기 우울증이 심각함에도 불구하고 노년기의 우울증을 노화로 인한 자연스러운 현상으로 받아들이거나 정신질환에 대한 사회적 편견과 치매와 혼동하여 치료로 이어지지 못하게 되는 경우가 많다[3].

노년기 우울증의 위험인자로는 여성, 저소득, 낮은 교육수준, 건강상태, 낮은 자아존중감, 사회적 지지의 결핍 등으로 보고되고 있다. 또한 노년기에는 다른 연령집단보다 외부의 스트레스에 의해 야기되는 이차적 우울이 높은 빈도를 보인다[4]. 따라서 노년기에 주어지는 환경에 대한 노인 자신의 지각과 평가과정의 우울 정도에 영향을 미치기 때문에 노인의 심리적인 요인에 관심을 가질 필요가

주요어: 현실치료, 노인, 우울, 자아존중감, 내적통제성

* This article is based on a part of the first author's doctoral thesis from Ajou University.

Address reprint requests to: **Hyun, Myung Sun**

Professor, College of Nursing, Ajou University · Institute of Nursing Science, 164, World cup-ro, Yeongtong-gu, Suwon 16499, Korea

Tel: +82-31-219-7014 Fax: +82-31-219-7020 E-mail: mhyun@ajou.ac.kr

Received: 1 September 2016 Revised: 30 October 2016 Accepted: 2 November 2016

있음이 강조되고 있다. 심리적 요인 중 낮은 자아존중감은 노년기 우울증의 중요한 예측인자로 알려져 있다. 자아존중감이 높은 노인 은 생활 사건들에 대해 적극적으로 대처하고, 열악한 외적 조건들에 대해서도 좌절하지 않고 긍정적 요소를 찾으려고 노력하는 반면 자아존중감이 낮은 노인은 외로움을 더 느끼고 외적 결핍에 의해 크게 상처를 받으며, 우울 및 자살충동을 더 느낀다[5]. 또한 심리적 요인인 내외통제성은 개인이 자신의 성공과 실패의 원인을 어디에 두는가에 대한 통제소재(統制所在, locus of control)를 의미한다. 내적통제자들은 특정한 스트레스 상황에서 적응적인 방법으로 자신들의 대처반응을 적용시키는 반면에 외적통제자들은 적극적인 대처의 노력을 하지 않는 등 부정응적인 대처양식을 보이기 때문에 통제소재는 우울증의 취약변인이라고 할 수 있다[6].

우울증 노인을 대상으로 적용하였던 심리사회적 치료는 인지행동치료, 대인관계치료, 문제해결치료, 회상요법, 원예요법 등의 다양한 중재 치료법들이 있다. 이 중 '현실치료(Reality Therapy)'는 비난이나 비판 없이 자신의 욕구충족을 위해 효과적으로 대처하는 법을 가르치는 데 초점을 두고 있다[7]. 1990년대에 우리나라에 본격적으로 소개된 이래 다양한 집단상담 프로그램 개발에 적용되었다. 현실치료를 적용한 연구를 살펴보면 아동에서 노인까지, 그리고 정상인에서 건강문제를 가진 대상자에 이르기까지 다양하게 적용되었다. 현실치료는 내적통제성[8], 자아존중감[9], 스트레스 대처[10], 우울[11] 등 다양한 심리적 변인에 효과가 있는 것으로 보고되고 있다.

이제까지 현실치료는 청소년[11], 성인[8]을 대상으로 적용되어 왔으며, 노인을 대상으로 한 연구는 복지관[12], 경로당[13], 요양원에 입소한 노인을 대상으로 진행한 연구가 대부분이다. 또한 정신건강문제를 가진 노인을 대상으로 한 연구는 지역사회 내 우울의심노인[14] 연구뿐이다. 즉 심리사회적 치료는 주로 건강한 노인이나 우울의심 노인을 선별하여 중재한 연구들로 치료적 개입보다는 예방적 수준의 개입을 하였다. 이에 본 연구는 지역사회에 거주하는 항우울제를 복용 중인 우울증 노인을 대상으로 현실치료 프로그램을 개발 및 적용하여 그 효과를 검증하고자 하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 지역사회에 거주하는 우울증을 진단받고 치료받고 있는 노인을 대상으로 현실치료 프로그램을 개발 및 적용하여 그 효과를 규명하고자 하는 것이다. 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 1) 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인을 위한 현실치료 프로그램을 개발한다.
- 2) 개발된 현실치료 프로그램의 효과를 검증한다.

3. 연구의 가설

본 연구의 가설은 다음과 같다.

- 1) 제1가설: 현실치료 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 자아존중감 수준이 높아질 것이다
- 2) 제2가설: 현실치료 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 내적통제성 수준이 높아질 것이다.
- 3) 제3가설: 현실치료 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 우울 수준이 낮아질 것이다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 지역사회에 거주하는 우울증을 진단받고 치료받고 있는 노인에게 현실치료 프로그램을 적용하고 그 효과를 규명하기 위한 비동등성 대조군 전후설계(nonequivalent control group pretest-posttest design)이다(Table 1).

2. 연구 대상

본 연구대상자는 K도에 소재하고 있는 일 노인정신건강센터에 등록된 우울증을 진단받고 치료받고 있는 노인으로 선정하였다. 구체적인 선정 기준은 60세 이상이며, 단축형 노인우울척도(SGDS-K)에서 8점 이상(우울의심 절단점)이고, 항우울제를 복용 중이며, 한국형 간이정신상태검사(K-MMSE)에서 18점 이상으로 인지기능 장애가 없고, 연구 참여에 동의한 대상으로 60명을 임의 표출하였다. 표출된 대상자는 연구에 동의한 대상자의 센터등록번호를 등록날짜 순으로 정렬하고 나열된 명단에서 홀수째 배열 명단은 실험군에, 짝수째 배열 명단은 대조군으로 배정하였다.

연구의 표본 크기는 G-POWER 3.1 프로그램을 사용하여 집단수 2, 효과크기 0.8, 검정력 .80, 유의수준 .05를 기준으로 했을 때 집단별로 각각 26명이었다. 효과크기를 0.8로 한 이유는 다음과 같다. 선행연구[14]를 참고로 하여 산출된 효과크기가 1.58로 한 군당 필요한 표본 수가 너무 작게 산출되어 본 연구에서는 표본크기를 확보하기 위해 효과크기를 0.8 (large effect size)로 정하였다. 최종 분석 대상자는 실험군은 중재프로그램 적용 중간에 개인사정으로 탈락된 자를 제외하여 26명, 대조군은 입원과 전출, 불성실한 응답자를

Table 1. Design for the Study

| | Pre-test | Intervention | Post-test |
|--------------------|----------|--------------|-----------|
| Experimental group | Ye1 | X | Ye2 |
| Control group | Yc1 | | Yc2 |

X: Reality Therapy; Ye1, Ye2, Yc1, Yc2: Self-esteem, Internal locus of control, depression of experimental and control group.

제외하여 22명으로 총 48명이었다.

3. 중재: 현실치료 프로그램

본 연구에서 현실치료 프로그램을 개발한 과정은 다음과 같다. 프로그램 개발을 위하여 먼저 현실치료에 대한 관련 문헌[7,15,16]을 검토하고, 프로그램의 목적 및 목표를 설정하였다. 또한 프로그램의 전반적인 틀을 세우고, 프로그램의 내용을 선정 및 구성하였다. 그런 다음 프로그램 내용타당도를 높이기 위해 전문가에게 의뢰하여 검토과정을 거쳤다. 현실치료전문가는 프로그램의 목적과 진행 단계와 목표별 활동내용이 현실치료에 근거하여 내용이 충실히 구성되었는지 타당도를 검토하였고, 정신건강간호학 전공교수는 구성내용에 따른 주요이론에 대해 검토하였다. 정신건강의학과 전문의는 치료적 관점에서 프로그램의 교육내용과 진행과정별 중재방법을 중심으로 검토하였다. 그런 다음 프로그램의 적절성을 평가하기 위하여 예비프로그램을 실시하였다. 일 아파트 단지에 거주하는 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인 12명을 대상으로 사전 동의를 얻은 후 10주간에 걸쳐 총 10회를 실시하였다. 매 회기 평가모임 및 참가자의 반응을 분석하고 수정 및 보완작업을 거쳐 본 프로그램을 확정하였다.

본 프로그램의 구성원 수는 친밀하고 수용적인 대인 간의 상호작용이 가능하다는 5-15명의 범위[17]를 근거로, 본 연구에서는 집단 당 15명씩으로 하였다. 본 프로그램의 기간은 집단상담의 효과

성이 인정되는 기간[18], 프로그램 시간은 구성원들이 잘 형성된 집단일지라도 분위기 조성이 되고 주요 주제가 전개되어 마무리 지으려면 최소 60분이 필요하다는 집단치료의 한 회당 시간[19], 프로그램 회기 수는 10-14회기일 때 가장 효과적이라는 연구결과[20]를 근거로 본 연구에서는 1회당 60분씩 10주간 총 10회로 하였다.

연구자는 실험군을 대상으로 두 그룹에서 각각 15명씩 총 30명에게 현실치료 프로그램을 실시하였다. 한 그룹은 매주 화요일 K기관 교육실에서 이루어졌고, 한 그룹은 매주 목요일 B기관 교육실에서 이루어졌다. 본 프로그램은 정신건강간호학을 가르치고 있으며, 노인을 대상으로 프로그램을 제공하고 간호를 수행한 경험이 많은 본 연구자가 진행하였다.

본 프로그램은 Wubbolding [16]이 제시한 현실치료의 행동변화 단계(WDEP)인 욕구 및 바람탐색(want), 행동탐색(doing), 자기평가(evaluation), 계획하기(planning) 등을 포함하도록 구성하였다.

각 회기별 과정은 도입단계, 전개단계, 종결단계의 3단계로 진행하였다. 프로그램이 시작되는 도입단계는 관계형성 단계로서 참가자들 간의 신뢰형성, 친근감 증가, 긴장감 완화를 목적으로 즐거운 울동, 지난 회기 복습, 일주일간 경험나누기를 시행하였다. 전개단계는 본 프로그램의 핵심으로 매회 계획된 주제에 맞게 교육 및 활동을 하였다. 마지막 종결단계는 각자 그날의 활동에서 느낀 생각을 발표하게 하였고, 진행자는 매회 한 명 이상씩 참가자들의 긍정적인 피드백을 제공하여 자신감과 책임감을 높이고자 노력하였다.

Table 2. Reality Therapy Program

| Phase | Session | Topics | Activity contents |
|------------|---------|--|---|
| Want | 1 | Self exploration | · Orientation about program · Self introduction · Psycho education about depression during the end of life |
| | 2 | Understanding basic needs | · Understanding Choice theory and five basic needs · My need exploration : recollect one's life, 'want' exploration |
| | 3 | Making good plan | · Identifying unsatisfying needs · Recognizing the rule for making plan · Making plan for meeting my need |
| Doing | 4 | Real world & good world Total behavior | · Understanding real world and good world · Understanding four components of human total behavior · Conducting activity for differentiating real world and good world (Me who I know and Me whom other people know) |
| | 5 | Total behavior of coping in conflict situation | · Recognizing my total behavior of coping to the conflict situation · Seeking alternative coping methods |
| Evaluation | 6 | Identifying unhealthy coping (ex: excuse) | · Throwing away 'excuse' that is often used in my life · Changing non realistic figure into real figure to the world |
| | 7 | Positive communication skill | · Appraisal problem in my life · Practice positive communication skill (I-message) |
| | 8 | Self evaluation | · Assessment my want and total behavior · Practice & applying problem solving method |
| Planning | 9 | My life goal | · Making plan for my happy life · Making positive new self-introduction |
| | 10 | Lead my life | · Sharing the experiences for the program · Closing ceremony |

각 회기에서 전달하고자 하는 대략적인 내용은 Table 2와 같다.

1회기는 참여동기를 유발하기 위해 우울증에 대한 정신건강교육 및 프로그램에 대한 소개를 하였으며, 자기소개를 하는 시간을 가졌다.

2회기는 인간의 기본욕구를 이해하고, 자신의 욕구와 바람을 이해하고, 자신의 행동은 자신의 선택임을 이해시키는 데에 초점을 두었다. 선택이론과 인간의 5가지 기본욕구에 대한 교육을 통해 인간의 행동이 선택이라는 개념과 선택의 중요성을 깨닫게 하였다. 지난 삶을 회고하며 기억에 남는 것을 발표하여 자신의 바람을 탐색하는 활동을 하였다.

3회기는 자신의 욕구를 충족시키기 위한 계획세우기에 초점을 두었다. 동화 속에서 인간의 기본욕구를 찾아보는 복습을 하고, 생활 속에서 나의 행동과 남의 행동을 통해 서로의 욕구를 찾아보는 시간을 가졌다. 죽음도 겪어야 할 과정임을 느끼도록 죽음불안에 대해서도 일부 다루었다.

4회기는 전행동(total behavior)의 개념을 이해하기에 초점을 두었다. 좋은 세계에 대한 이해와 전행동 이해하기 교육을 통해 원하는 세계와 현실 세계에 대한 이해를 도왔다. 현실 세계와 좋은 세계에 대해 이해하는 과정에서 지난 삶을 회고하며 좋은 세계를 떠올리게 하였다. 원하는 세계와 현실 세계의 차이를 알기 위한 활동으로는 내가 알고 있는 나의 모습과 남이 보는 나의 모습을 살펴보도록 하였다. 자아존중감을 높이기 위해 구체적 사례로 내가 생각하는 나의 장점과 남들이 느끼는 나의 장점에 대해 발표하였다.

5회기는 갈등상황에 대처한 나의 전행동에 대해 살펴볼 수 있는 회기로 사회에서 사람과의 관계에서 겪었던 부정적인 경험과 잠재된 갈등상황을 표출하고 자신의 부정적인 감정을 스스로 통제할 수 있는 대안을 모색하는 시간을 갖도록 하였다.

6회기는 자신의 생활에서 자주 사용하는 건강하지 않은 대처(예: 변명하는 것)를 확인하여 찾아서 버리는 작업에 초점을 두어 자신의 행동을 점검하고 평가하도록 구성하였다. 참가자들이 주로 사용하는 변명을 발표하고 공통적으로 사용하는 변명을 파악해본 후 한명씩 나와 자신이 자주 사용하는 변명을 적은 종이를 쓰레기통에 구겨 버리면서 외치는 활동을 하였다.

7회기는 갈등으로 느껴지는 상황에서 내가 노력해서 해결할 상황인지 아니면 내가 관여하지 않고 그냥 있어야 되는 상황인지를 구분하는 문제소유영역을 가려내는 활동을 하였다. 또한 내가 불편감을 느낄 경우에 남에게 상처주지 않고 내가 하고 싶은 얘기를 할 수 있는 긍정적 대화기술인 나-전달법에 대해 연습하도록 구성하였다.

8회기는 불편감을 느끼거나 갈등상황에 처했을 경우 '지금하고 있는 행동이 도움이 되는가?' 라는 질문으로 노인들에게 바람, 행동, 계획에 대해 자기평가를 하도록 도왔다.

9회기는 행복해지기 위한 계획 세우기에 초점을 두었다. 자신의 존재감과 가치감을 올리기 위해 자신의 긍정적인 모습을 위주로 자기소개를 만들고, 나의 인생목표를 세우는 활동을 하였다. 계획은 노인들이 즉각적으로 할 수 있는 간단하고, 구체적이며, 계획을 실천하겠다는 진실함과 핑계나 변명을 할 수 없도록 혼자 할 수 있는 과정중심의 긍정적인 계획을 세우도록 하였다.

10회기는 마무리하는 시간으로 프로그램에 대한 소감을 발표하는 시간을 가졌으며, 수료식을 진행하였다. 또한 회기를 마치면서 사후조사를 실시하였다.

4. 연구 도구

1) 자아존중감

자아존중감이란 자기 자신을 존경하고 바람직하게 여기며, 가치 있는 존재라고 생각하는 것을 말한다[21]. 자아존중감 측정도구는 Rosenberg [21]의 자아존중감 척도(Self-Esteem Questionnaire, SEQ)를 Jon [22]이 변안한 것을 사용하였다. 총 10문항으로 각 문항은 1점에서 5점 수준의 Likert type으로 되어 있고 점수 범위는 10-50점이며, 점수가 높을수록 자아존중감 수준이 높음을 의미한다. 본 도구는 무료로 사용을 허가하고 있다. 개발당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .85$ 였으며, Jon [22]의 노인대상 연구에서는 .62였다. 본 연구에서는 .63이었다.

(2) 내적통제성

내적통제성이란 주어진 결과에 대해 자신이 책임을 지는 정도가 내적요소에 의해 더 많이 결정된다고 믿는 태도를 뜻한다[23]. 내적통제성 측정도구는 Rotter [23]가 제작한 Internal-External Control Scale의 29개 문항을 바탕으로 Cha 등[24]이 우리나라 실정에 맞게 다시 제작한 내외통제척도를 사용하였다. 본 도구는 총 21개의 문항으로 허구문항 6개를 제외하고 15개 문항에 대한 반응으로 채점된다. 각 문항은 내적통제와 외적통제 경향성을 나타내는 두 개의 진술로 구성되어 있다. 점수범위는 1-15점이며, 점수가 높을수록 내적통제성 수준이 높은 것을 의미한다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .70$ 이었으며, Cha 등[24]의 연구에서는 = .84였다. 본 연구에서는 .60이었다.

(3) 우울

우울증이란 깊은 슬픔, 에너지 수준의 감소, 죄책감, 불안 초조, 사회적 위축이 두드러진 특수한 정서 상태를 말한다[25]. 우울 측정도구는 Sheikh 등[25]이 개발한 단축형 GDS를 Bae 등[26]이 표준화한 척도(Short Form of Korean version of Geriatric Depression Scale, SGDS-K)를 이용하였다. 본 도구는 총 15문항으로 '예'는 0점, '아니

오는 1점을 주며, 점수범위는 0-15점이다. 절단점 8점 이상이면 우울을 의미하고[26], 점수가 높을수록 우울 수준이 높은 것을 의미한다. 본 도구는 무료로 사용을 허가하고 있다. 개발당시 도구의 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .94$ 였으며, Bae 등[26]의 노인대상 연구는 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .86$ 이었다. 본 연구의 신뢰도는 .81이었다.

5. 자료 수집 방법

본 연구를 실시하기 전에 우선 자료수집 장소인 센터의 장에게 본 연구자가 연구의 목적 및 절차 등에 대해 설명을 한 후 연구수행에 대한 허락을 받았다. 그런 다음 대상자에게는 연구보조원이 접근하여 본 연구의 목적 및 절차 등에 대해 설명을 제공하여 본 연구의 참여에 동의하는 대상자에게 연구 참여 동의서를 받았다. 또한 서면동의서를 제출한 대상자에게 사전조사를 실시하였다. 그리고 사후조사는 본 프로그램을 마친 후 연구보조원에 의해 수행되었다. 자료 수집은 2012년 9월부터 12월까지였다.

6. 자료 분석 방법

자료 분석은 SPSS 19.0 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성과 종속변수에 대한 사전 동질성 검증은 χ^2 -test 혹은 Fisher's exact test, independent t-test를 이용하여 분석하였다. 프로그램의 효과를 검증하기 위해서 자아존중감, 내적통제성, 우울의 사전조사와 사후조사의 차이 값에 대한 두 집단 간 점수 차이는 독립표본 t검증(independent t-test)을 이용하여 분석하였다. 가설 검증을 위한 유의수준은 $p < .05$ 로 하였다.

7. 윤리적 고려

본 연구는 A대학 연구윤리심의위원회(Institutional Review Board)의 승인을 받아 실시하였다(AJIRB-MED-MDB-12-214). 연구대상자의 윤리적 측면을 보호하기 위해 연구보조원이 연구 시작 전에 연구의 전체적인 목적과 내용, 비밀유지와 연구에 참여함으로써 생길 수 있는 위험이나 혜택을 설명하였다. 또한 본 연구의 참여과정에서 자유의지로 중단할 수 있음을 알려주었으며 연구 참여를 중단하더라도 불이익은 없을 것임을 설명하였다. 연구대상자는 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인이라는 하지만 사전에 인지기능 선별검사(K-MMSE)를 통해 인지기능 및 판단력에는 문제가 없는 대상으로 본인의 자유의사에 따른 참여 동의를 얻고 문서화된 연구 참여 동의서를 받았다. 또한 치료의 형평성을 제공하기 위해 연구가 종료된 후 대조군에게도 우울을 완화시키기 위한 정신건강증진 프로그램을 실시하였다. 수집된 자료는 연구목적으로만 이용하였다.

연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성에 대한 동질성 검증

연구에 참여한 실험군과 대조군의 일반적 특성에 대한 동질성 검증 결과는 Table 3과 같다. 실험군과 대조군의 일반적 특성에 대한 동질성 여부를 파악하기 위해 성별, 연령, 교육 정도, 결혼 상태, 독거 여부, 종교, 의료보장 형태, 주관적으로 지각하는 건강상태, 주관적으로 호소하는 문제에 대해 분석한 결과 유의한 차이가 없어 동질한 그룹으로 나타났다.

2. 대상자의 중재 전 종속변수에 대한 동질성 검증

대상자의 실험처치 전 실험군과 대조군의 종속변수인 자아존중감, 내적통제성, 우울에 관한 동질성 검증의 결과는 Table 4와 같다. 자아존중감, 내적통제성, 우울은 두 집단 간에 동질한 것으로 나타났다.

3. 가설 검증

대상자들에게 현실치료 프로그램이 자아존중감, 내적통제성, 우울에 미치는 효과에 대한 결과는 Table 5와 같다.

1) 제1가설

‘현실치료 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 자아존중감 수준이 높아질 것이다.’라는 가설은, 사전·사후 자아존중감 점수 변화가 실험군은 6.50 ± 4.27 점, 대조군은 -0.64 ± 5.87 점이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있어 지지되었다($t = -4.87, p < .001$).

2) 제2가설

‘현실치료 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 내적통제성 수준이 높아질 것이다.’라는 가설은, 사전·사후 내적통제성 점수의 변화가 실험군은 0.11 ± 2.38 점, 대조군은 -0.36 ± 2.17 점이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 없어 지지되지 않았다($t = -0.66, p = .510$).

3) 제3가설

‘현실치료 프로그램에 참여한 실험군은 대조군보다 우울 수준이 낮아질 것이다.’라는 가설은, 사전·사후 우울 점수의 변화가 실험군은 -2.77 ± 2.89 점, 대조군은 0.00 ± 2.33 점이었으며, 통계적으로 유의한 차이가 있어 지지되었다($t = 3.61, p = .001$).

논 의

본 연구는 지역사회에 거주하는 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인을 위한 현실치료 프로그램을 개발한 후 그 효과를 검증

Table 3. Homogeneity of General Characteristics between Two Groups

(N = 48)

| Characteristic | Category | Experimental group | Control group (n = 22) | χ^2 | p |
|------------------|------------------------------|--------------------|------------------------|----------|--------|
| | | (n = 26) | n (%) | | |
| Gender | Male | 4 (15.4) | 3 (13.6) | 0.03 | 1.000* |
| | Female | 22 (84.6) | 19 (86.4) | | |
| Age | 61-70 | 5 (19.2) | 3 (13.6) | 2.66* | .301 |
| | 71-80 | 16 (61.6) | 10 (45.5) | | |
| | 81-90 | 5 (19.2) | 9 (40.9) | | |
| Education | No education | 5 (19.2) | 5 (22.7) | 0.96* | .875 |
| | Elementary school | 11 (42.3) | 7 (31.8) | | |
| | Middle school | 6 (23.1) | 7 (31.8) | | |
| | High school | 4 (15.4) | 3 (13.7) | | |
| Marriage | Married | 8 (30.8) | 10 (45.5) | 1.10 | .375 |
| | Divorce/ Bereavement | 18 (69.2) | 12 (54.5) | | |
| Living status | Living alone | 17 (65.4) | 13 (59.1) | 0.20 | .768 |
| | Living with spouse or family | 9 (34.6) | 9 (40.9) | | |
| Religion | Have | 23 (88.5) | 19 (86.4) | 4.91* | .184 |
| | Haven't | 3 (11.5) | 3 (13.6) | | |
| Medical security | Medical care | 17 (65.4) | 18 (81.8) | 1.63 | .329 |
| | Health insurance | 9 (34.6) | 4 (18.2) | | |
| Perceived health | Healthy | 1 (3.8) | 1 (4.5) | 3.00* | .198 |
| | Moderate healthy | 6 (23.1) | 10 (45.5) | | |
| | Weak | 19 (73.1) | 11 (50.0) | | |
| Complain problem | Economic problem | 4 (15.4) | 8 (36.4) | 3.23 | .220 |
| | Health problem | 15 (57.7) | 8 (36.4) | | |
| | Conflict, loneliness problem | 7 (26.9) | 6 (27.2) | | |

* Fisher's exact test

Table 4. Homogeneity of Self-esteem, Internal Control, and Depression between Two Groups (N = 48)

| Variable | Experimental | Control | t | p |
|------------------|------------------|------------------|-------|------|
| | (n = 26) | (n = 22) | | |
| | Mean \pm SD | Mean \pm SD | | |
| Self-esteem | 28.62 \pm 4.92 | 30.32 \pm 5.80 | -1.10 | .277 |
| Internal control | 8.31 \pm 2.45 | 7.32 \pm 3.05 | 1.06 | .293 |
| Depression | 10.19 \pm 2.25 | 10.91 \pm 2.45 | -1.06 | .296 |

하고자 시도되었다.

첫째, 연구결과 본 현실치료 프로그램이 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인의 자아존중감을 높이는 데 효과가 있는 것으로 나타났다. 프로그램에 참여하기 전에는 자아존중감 점수가 28.62 \pm 4.92점이었는데, 프로그램 참여 후에는 35.12 \pm 5.23점으로 6.50 \pm 4.27 점 높아졌다. 이는 노인을 대상으로 현실치료를 적용한 선행연구 [14]나 성인이나 청소년을 대상으로 현실치료를 적용한 다른 선행연구 [8,9,12,14]와 유사한 결과이다. 프로그램이 대상자의 자아존중감을 향상시킨 것은, 프로그램에서 실천 가능한 구체적인 계획을 세워 성공적으로 수행하여 성취감을 느끼도록 한 것에 기인한 것으로 생각된다. 또한 집단상담 형식의 프로그램을 통해 대상자들이 남을 배려하고, 과제를 통해 배운 기법을 실천하면서 자신의 의지를 점검하고, 프로그램을 진행하면서 즐거움을 느끼고, 자신의 생

각을 자유롭게 발표할 수 있게 하는 기회를 갖도록 하였다 이는 현실치료를 통해 사랑과 소속의 욕구, 힘과 성취의 욕구가 충족될 때 자아존중감이 향상되었다는 연구결과 [27]와도 일치한다.

둘째, 현실치료 프로그램이 내적통제성에 미치는 효과를 파악한 결과 실험군의 내적통제성 점수가 대조군보다 향상되었으나 그 차이는 통계적으로 유의하지는 않았다. 이는 성인이나 청소년을 대상으로 현실치료를 적용한 선행연구 [8,28] 결과와는 일치하지 않았다. 본 연구에서 현실치료 프로그램이 대상자의 내적통제성에 효과가 없었던 원인을 살펴보면 다음과 같다. 우선 내적통제성이 단기간에 변화될 수 있는 특성이 아니라는 점을 들 수 있다 [29]. 내적통제성이란 주어진 결과에 대해 자신이 책임을 지는 정도가 내적요소에 의해 더 많이 결정된다고 믿는 태도를 의미하는데, 노인은 오랜 기간 동안의 생활경험과 태도 등에 의해 이미 형성된 내적통제성을 단기간 동안 변화시키기 어려웠기 때문인 것으로 생각된다. 두 번째 이유로는, 대상자의 사전 조사에서 보면 내적통제적 경향성이 높지 않은 점을 들 수 있다. 통제소재는 우울증의 취약변인으로써 [6] 연구 참여자들이 우울증 진단을 받고 약물치료를 병행 중인 대상자로 대체적으로 내적통제성의 수준이 높지 않은 점은 외적통제적 경향도 어느 정도 갖고 있다는 것을 의미한다. 세 번째 이유로는 연구에서 사용된 내적통제성 측정도구의 신뢰도가 Cronbach's α = .60으로

Table 5. Effects of Reality Therapy Program on Self-esteem, Internal Control, and Depression

(N = 48)

| Variable | Group | Pre test | Post test | Post-Pre | t | p |
|------------------|-----------------------|--------------|--------------|--------------|-------|--------|
| | | Mean ± SD | Mean ± SD | Mean ± SD | | |
| Self-esteem | Experimental (n = 26) | 28.62 ± 4.92 | 35.12 ± 5.23 | 6.50 ± 4.27 | -4.87 | < .001 |
| | Control (n = 22) | 30.32 ± 5.80 | 29.68 ± 4.19 | -0.64 ± 5.87 | | |
| Internal control | Experimental (n = 26) | 8.31 ± 2.45 | 8.42 ± 2.73 | 0.11 ± 2.38 | -0.66 | .510 |
| | Control (n = 22) | 7.32 ± 3.05 | 6.95 ± 2.85 | -0.36 ± 2.17 | | |
| Depression | Experimental (n = 26) | 10.19 ± 2.25 | 7.42 ± 3.11 | -2.77 ± 2.89 | 3.61 | .001 |
| | Control (n = 22) | 10.91 ± 2.45 | 10.91 ± 2.76 | 0.00 ± 2.33 | | |

낮은 점을 들 수 있다. 따라서 차후 현실치료에서는 우울증을 진단 받고 치료받고 있는 노인을 대상으로 내적통제성을 측정하고자 할 때에는 다른 도구를 사용해 볼 것을 제안한다.

셋째, 현실치료 프로그램은 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인의 우울 수준을 감소시키는 데에 효과가 있음을 확인할 수 있었다. 이는 현실치료 적용 집단 프로그램을 우울의심노인에게 적용하여 우울 수준을 낮추는 데 효과가 있었다는 Yang 등[14]의 연구결과나 정상노인과 청소년을 대상으로 현실치료를 적용한 선행연구들의 연구결과와도 일치한 결과이다[11,13]. 이는 프로그램에서 현재와 지금에 초점을 맞추고, 우울도 결국엔 자신의 선택이었음을 인지하여 현실성있는 욕구충족 방법과 자신의 욕구충족에 도움이 되는 행위를 스스로 평가할 수 있는 기술을 습득하고, 선택한 행동에 책임성을 강조하도록 한 것이 대상자의 우울수준 감소에 기여한 것으로 생각된다[7]. 또한 참여자의 강점 및 현재의 중요성을 강조하며 선택권을 존중하였고, 참여자 간의 유대감 증가 및 긴장감 완화를 위해 즐거운 율동이나 주제별 작업 활동을 실시한 점도 우울 점수 감소에 기여한 것으로 사료된다. 따라서 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인의 우울을 해소하기 위한 방법으로 정신과 약물치료, 정신치료 등도 좋은 효과를 가져올 수 있지만 현실치료 프로그램을 적용할 경우 더 큰 개선효과를 얻을 수 있겠다. 본 연구를 통해 노인의 우울이라는 특정한 건강문제에 현실치료를 접목하여 간호에서의 구체적인 건강문제해결 방법으로 현실치료의 효과를 확인한 점은 현실치료의 적용 범위를 확장시킨 것으로서 의의가 있다고 본다.

결론 및 제언

본 연구는 지역사회에 거주하는 항우울제를 복용하고 있는 노인을 위한 현실치료 프로그램을 개발하고 적용하여, 그 효과를 검증해보고자 시도하였다. 연구결과 현실치료 프로그램이 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인의 우울 수준을 감소시키고, 자아존중감을 향상시키는 데 유용한 중재임을 확인하였다. 그러나 내적통제성에 대한 효과는 검증되지 않았다. 따라서 현실치료 프로그램을 지역사회를 비롯한 다양한 간호환경에서 간호중재로 활용할 수

있을 것으로 본다.

연구결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 표본의 수가 적었다. 따라서 좀 더 많은 대상자에게 본 현실치료 프로그램을 적용하여 그 효과를 검증하는 추후연구가 필요하다. 둘째, 연구에서 실시한 현실치료 프로그램 효과의 지속성에 대해서 평가하지 못했으므로, 장기적인 효과를 검증하기 위한 시차연구로 추후 검증을 해볼 필요가 있다. 셋째, 대상자 선정과정에서 항우울제를 복용하고 있는 대상자를 포함하였으나, 항우울제의 종류나 용량 등이 미치는 영향 등에 대해서는 통제하지 못하였다. 이에 추후연구에서는 이와 같은 외생변수를 통제할 것을 제안한다. 넷째, 연구에서 사용한 내적통제성 도구가 신뢰도가 낮았다는 점이다. 따라서 노인을 대상으로 좀 더 신뢰도가 확보된 도구개발을 제안한다. 마지막으로 본 연구를 통해 입증된 현실치료 프로그램은 우울증을 진단받고 치료 받고 있는 노인 외에도 다양한 심리적 문제를 호소하는 노인에게 적용하여 효과를 규명하는 연구가 필요하다고 본다.

REFERENCES

- Ahn JH. Depression, suicide, and Korean society. *J Korean Med Assoc.* 2012;55(4):320-321. <http://dx.doi.org/10.5124/jkma.2012.55.4.320>
- Chung YH, Koh SJ, Son CK, Kim EJ, Seo NK, Han EJ, et al. A Report on the Korea Health Panel Survey of 2009 (II). Korea Institute for Health and Affairs. Research Report. 2011 December. Report No: Research; 2011-45.
- Inger BZ, Kara Z, Mark I, Benjamin S, Frederic CB, Helen CK. Depression Treatment in Older Adult Veterans. *American Association for Geriatric Psychiatry.* 2012;20(3):228-238. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181ff6655>
- Kim HS, Kim BS. The Effects of Self-Esteem on the Relationship between the Elderly Stress and Depression. *Journal of the Korean Gerontological Society.* 2007;27(1):23-37.
- Creemers DH, Scholte RH, Engels RC, Prinstein MJ, Wiers RW. Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* 2012;43:638-646. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.006>
- Gençöz T, Astan G. Social support, locus of control, and depressive symptoms in hemodialysis patients. *Scandinavian Journal of Psychology.* 2006; 47:203-208. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2006.00508.x>

7. Glasser W. Reality Therapy: a new approach to psychiatry. New York: Harper Perennial; 1989.
8. Won BY, Park TS, Huh CS, Kim SB. Development and Effect Verification of Marital Relationship Enhancement Program based on Reality Therapy. Korean Journal of Counseling. 2013;14(6):3283-3305.
9. Do GB, Oh J. Effects of a Reality Therapy Group Program for Improving the Self-Esteem and Coping Behavior on Problem of School Violence-Students Who have been both victims and offenders of School Violence. Korean Journal of School Psychology. 2010;7(1):37-53.
10. Chun JH. The Development of Imaginary Reality Therapy Program for De-Stress of the General Public. Journal of Naturopathy. 2014;3(1):32-42.
11. Kang DS, Kim WJ. Effects of Mental Health Promotion Program based on Reality Therapy on the Depression and Suicide Ideation of Adolescents. Education theory and practice. 2009;19:79-102.
12. Ryu DS. The Effects of Group Counseling on Self-Esteem and Interpersonal Relationship of the Old Aged Person-Mainly Focused on Reality Therapy and Choice Theory of Glasser. [master's thesis]. Daejeon: Korea Baptist Theological University; 2008.
13. Shin HH. The Effects of Reality Group Program on Elderly Mental Health. [master's thesis]. Daegu: Keimyung University; 2006.
14. Yang S, Jung ES. Original Articles : Effects of the Group Program by Reality Therapy on Depression, Self Control and Stress Coping Strategies in the Elderly. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2003;12(4):512-523.
15. Kim IJ. Youth Quality Management Training(Y.Q.M.T). Seoul: Korea Counseling Center;2003.
16. Wubbolding RE. Using Reality Therapy. New York: Harper Perennial;1988.
17. Kang KW. The theory and practice of counsel. 1st ed. Kyoyookbook;2004.
18. Lee JH, Lee DK. Counseling psychology. 5th ed. Parkyoungstory;2014.
19. Irvin DY, Molyn L. The theory and practice of group psychotherapy. 5th ed. Choi HL, Jang SS. Seoul: Hanabook; 2008. p.285.
20. Kim KH, Lee YJ, Wang EJ. A Meta-Analysis on the Efficacy of Group Counseling Conducted in Korea. Korea Journal of Counseling. 2002;3(1): 47-62.
21. Rogenberg M. Society and Adolescent Self-Image. Princeton N.Y: Princeton University; 1965.
22. Jon BJ. Self-Esteem: a test of its measurability. Journal of Yonsei University. 1974;11:107-130.
23. Rotter JB. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs. 1966;80(1):1-28.
24. Cha JH, Kong JJ, Kim CS. Internal-External Locus of Control Scale. Seoul: Korean Institute for Research in the Behavioral Sciences. 1973;263-271.
25. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale(GDS), recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, editor. Clinical gerontology-a guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press; 1986.
26. Bae JN, Cho MJ. Development of the Korean version of the Geriatric Depression Scale and its short form among elderly psychiatric patients. Journal of Psychosomatic Research. 2004;57(3):297-305.
27. Kim JS. The Development and Effect of Psychiatric Rehabilitation Program focused on Reality Therapy for Patients with Schizophrenia. [dissertation]. Seoul: Kyung Hee University; 2001.
28. Kim JS. The Effect of psychiatric Rehabilitation Program focused on Reality Therapy on the Locus of Control and Psychopathology in Patients with Schizophrenia. Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2002;11(4):528-537.
29. Kim MA. The Effects of Group Reality Therapy on the Locus of Control and mental Health of Juvenile Delinquents, Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2002;11(2):172-181.