

# 한국형 마음챙김 기반 스트레스 감소(K-MBSR) 프로그램이 마음챙김 수준, 심리적 증상, 삶의 질에 미치는 효과: 자기수련량 및 참여동기의 역할

김 완 석<sup>†</sup>

아주대학교 심리학과

전 진 수

이수 심리상담센터

한국형 마음챙김 기반 스트레스 감소(K-MBSR) 프로그램에 참여한 57명의 자료를 통해 1) K-MBSR이 마음챙김 수준, 심리적 증상, 삶의 질에 미치는 효과를 검증하고, 2) 가정내 수련시간이 마음챙김 수준의 향상, 심리적 증상의 감소, 삶의 질의 향상과 상관이 있는지를 검증하며, 3) K-MBSR에 참여한 동기에 따라 효과가 다른가를 살펴보았다. 이를 위해 프로그램 이전과 종료 후에 한국판 마음챙김 5요인척도(FFMQ), 간편증상검사(BSI), EORTC QLQ C30를 이용해서 측정하였다. 가정내 자기수련의 양은 사후측정질문지의 응답을 토대로 계산하였고, 참여동기에 따라 경력개발집단과 자기치유집단을 구분하였다.

분석결과, 마음챙김 총점과 관찰, 묘사, 비판단, 비반응성 능력이 유의하게 향상되었고, 자각행위 요인의 차이는 유의하지 않았다. 간편증상검사의 전반적 증상의 지표인 전체심도지수(GSD)의 유의한 감소가 있었고, 하위차원별로는 강박, 대인예민성, 우울, 불안 하위척도에서 유의한 감소가 있었다. 삶의 질의 전반적 지표인 Core-30 총점이 긍정적 방향으로 유의하게 변화하였고, 하위차원별로는 심신기능과 전반적인 건강 및 삶의 질 평가에서 유의한 향상이 있었다. 프로그램을 이수하는 6주 동안 가정 내의 자기수련량은 마음챙김 수준의 변화량이나 심신증상 및 삶의 질 측정치의 변화량과 유의한 상관이 없었다. K-MBSR의 유익한 효과는 참여동기에 따라 상당히 달라서, 증상개선이 주목적인 자기치유집단은 커리어개발이 주목적인 경력개발집단에 비해 마음챙김 수준, 심리적 증상, 삶의 질 지표에서 더 큰 향상이 있었다.

주요어: K-MBSR, MBSR, 마음챙김, 명상, 심리적 증상, 삶의 질, 마음챙김 수련량, 참여동기

<sup>†</sup> 교신저자(Corresponding author) : 김완석, (442-749) 경기도 수원시 영통구 원천동 산5 아주대학교 심리학과, Tel: 82-31-219-2769, E-mail: wsgim@ajou.ac.kr

마음챙김 수련이 신체적 건강과 심리적 건강에 효과가 있다는 연구들이 매우 많다. 마음챙김 기반 스트레스 감소(MBSR) 프로그램(Kabat-Zinn, 1990, 1994)이나 마음챙김 기반 인지치료(MBCT) 프로그램(Teasdale, Segal, Williams, Ridgeway, Soulsby, & Lau, 2000), 변증법적 행동치료(DBT) 프로그램(Linnehan, 1993), 수용전념치료(ACT) 프로그램(Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999)과 같이 마음챙김의 개념과 기법을 도입한 개입법들은 다양한 인구집단에서 심신건강의 증진에 상당한 효과를 거두고 있다. 특히 MBSR은 만성질환의 치료에 효과적인 개입법으로서 Benson(1975)의 이완반응(Relaxation Response)과 함께 가장 널리 받아들여지는 프로그램일 뿐 아니라, 인지행동치료의 제3의 동향이라 일컬어지는 ACT나 DBT, MBCT와 같은 개입법의 등장에 상당한 영향을 미쳤다.

마음챙김 기반 개입법들을 개관한 Brown, Ryan과 Cresswell(2007)은 이들 개입법들이 정신건강과 신체건강 및 행동조절에 미치는 효과들을 개관한 바 있다. 이들의 개관에 따르면, 마음챙김 개입법은 스트레스 지각을 낮추며, 효과적인 스트레스 대처전략을 갖게하며, 사고억제와 정서체험 회피를 낮추고 정서 및 사고조절 능력을 높이는 등 정신질환의 핵심적 매개변인들에 긍정적인 영향을 미친다. 또한 대표적인 의료명상 프로그램인 MBSR은 암이나 심장질환, 만성통증, 류마티스성 관절염, 에이즈, 만성피로증후군과 같은 만성질환에 효과가 있을 뿐 아니라 불안과 우울장애와 같

은 정신질환에도 효과가 있는 것으로 나타났다. 또한 MBSR은 면역계를 강화할 뿐 아니라 면역계와 관련된 좌측 뇌의 활동변화에도 관계가 있는 것으로 나타났다. 마음챙김 개입법들은 행동통제력을 향상시킬 뿐 아니라 자동적인 반응을 줄여주며, 도박행동과 약물오용, 자살시도, 폭식행동 등을 감소시키는 데에도 효과가 있는 것으로 나타났다.

2000년대 들어 MBSR과 마음챙김 개념이 국내에 소개된 이후, 오랜 명상전통을 가진 한국인을 대상으로 하는 한국판 마음챙김 기반 프로그램(K-MBSR)<sup>1)</sup>이 개발되었고(장현갑, 김정모, 배재홍, 2007), 마음챙김 수준의 측정도구 개발과 마음챙김 수련의 효과에 관한 연구들도 활발하게 이루어지고 있다(국내 연구에 대한 개관을 보려면, 양영필, 송익수, 문진석, 한창현, 박지하, 이상남, 2010 참조).

장현갑, 김정모, 배재홍(2007)은 MBSR을 한국인에게 더 적합하도록 수정 보완한 K-MBSR을 개발하고, SCL-90으로 그 효과를 검증하였다. 그 결과, K-MBSR을 실시한 실험집단(대학원생과 일반인)은 통제집단에 비해 전체심도지수(GSI)에서 유의한 감소가 있는 것으로 나타났고, 하위척도별로 우울, 불안, 적대감, 강박증 등 대부분의 증상에서 유의한 감소가 있었다. 또한, 신체형 장애집단을 대상으로 하는 임상집단 연구에서도 편집증을 제외한 모든 하위척도와 전체심도지수, 표출증상심도지수(PSDD)에서 유의한 감소를 보여주었다. 이 외에도, 대학생 집단을 대상으로 한 K-MBSR

1) K-MBSR은 MBSR을 기반으로 개발된 것이지만 중요한 차이점이 있다. 가장 큰 차이점은 MBSR의 수련법이 모두 마음챙김 명상법을 토대로 이루어진 것에 반해 K-MBSR에는 수식관명상, 만트라명상, 기원명상으로 이루어진 '호흡명상'이 포함되어 있다는 점이다. MBSR과 K-MBSR의 프로그램 특성 비교에 대해서는 김완석(2010)을 참조.

효과연구들은 K-MBSR이 마음챙김과 몰입 수준을 높여주며(이봉건, 2008), 우울과 자살생각을 줄여주며(김설환, 손정락, 2010), 시험으로 인한 불안과 우울 및 부정적 정서를 줄여주는 것으로 나타났다(배재홍, 장현갑, 2006). 또한 K-MBSR은 만성통증을 가진 근로자의 신체적, 심리적 통증완화에 효과가 있는 것으로 나타났다(김수지, 안상섭, 2009), 최근 이원중, 전진수, 김영성, 김완석(2012)은 암환자를 대상으로 K-MBSR을 실시한 결과, 불안의 감소와 혈압조절에 효과가 있다는 결과를 보고하기도 했다.

K-MBSR이 아니라 호흡중심의 마음챙김 개입법의 효과를 연구한 김정호와 동료들은 마음챙김 명상이 근골격계 통증(이태선, 김정호, 김미리혜, 2010), 월경전 증후군(임성건, 김정호, 2008), 과민성 대장증상(한진숙, 김정호, 김미리혜, 2004)과 같은 증상에 긍정적인 효과가 있음을 보여주었다. 또한 마음챙김 명상을 기반으로 하는 정서마음챙김 프로그램은 정서인식의 명확성과 정서조절에 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다(신아영, 김정호, 김미리혜, 2010).

이렇게 마음챙김 기반 개입법들의 심신효과에 대한 증거들은 국내외에서 상당히 축적되고 있는 반면에, 이런 효과의 기제에 대해서는 최근에서야 연구가 이루어지고 있다. 예컨대, Shapiro, Carlson, Astin과 Freedman(2006)은 마음챙김 수련이 심리적 증상완화에 미치는 긍정적 효과가 초인지과정의 변화 즉 의식의 내용에 대한 새로운 관점의 수용을 통해 자기조절과 가치명료화, 심리적 유연성, 노출 등을 가능하게 하며, 그 결과로 심리적 증상의 완화를 이끌어 낸다는 마음챙김의 작용기제에 관한 모형을 제안하였다.

또 다른 연구자들은 마음챙김 수련의 심신효과를 과학적으로 연구하기 위해 마음챙김 수준을 측정하는 척도들을 개발하였다. 이들 척도개발 연구들은 암묵적으로 마음챙김 수련이 마음챙김 수준을 향상시키고 그 결과로 긍정적인 효과가 나타남을 가정하고 있다고 할 수 있다. 즉, 마음챙김 개입법들의 광범위한 효과는 마음챙김 수련이 자신의 내적인 반응들에 대한 명확한 자각을 가능케 하며, 사건들에 대해 자동적으로 습관적이거나 충동적으로 반응하기 보다는 더 유연하고 적응적인 반응을 선택할 수 있는 힘을 길러주기 때문일 수 있다(Bishop et al., 2004)는 것이다. 비슷하게, Brown 등(2007)은 마음챙김 수준이 마음챙김 수련과 심리적 웰빙 간의 관계를 완전 매개한다는 Baer et al.,(2007)의 연구결과를 보고하면서, 이런 결과를 “명상수련이 다양한 마음챙김 기술을 배양하며, 이러한 기술들이 더 나은 심리적 적응을 낳는다는 것을 시사한다(239쪽)”고 주장하였다.

MBSR이 마음챙김 수준을 향상시킨다는 것을 보여준 연구들(Cohen-Katz et al., 2005; Shapiro, Brown, & Biegel, 2007; Nyklicek & Kuijpers, 2008)과 마음챙김 수준의 변화가 정신 건강에 긍정적인 영향을 미친다는 것을 보여준 최근의 연구들은(Shapiro et al., 2007; Nyklicek & Kuijpers, 2008) 이러한 추론의 타당성을 시사하는 것이다. 최근 Carmody와 Baer(2008)는 MBSR의 효과를 검증하면서 마음챙김 수준의 증가가 가정 내의 자기수련이 심리적 기능과 삶의 질의 향상에 미치는 효과를 매개한다는 것을 보여주었다. 이들은 이런 결과를 마음챙김 수련이 마음챙김 수준을 향상시키며, 그 결과로 증

상이 완화되고 삶의 질이 향상된다는 가능성을 시사하는 것으로 해석하였다. 하지만, MBSR을 이수한 대학생들에서 수련시간은 증상향상과 유의한 관계가 없다는 연구결과(Astin, 1997)도 있고, MBSR 이수 동안의 자기 수련시간은 생리적 측정치나 자기보고 측정치들의 변화와 아무런 관계가 없다는 결과(Davidson et al., 2003)도 있어서 이런 결론을 내리기는 아직 이른 것 같다.

K-MBSR의 효과를 다룬 일부 국내 연구들에서도 K-MBSR이 마음챙김 수준을 향상시킨다는 것을 보고하였다(이봉진, 2008). 또한 마음챙김에 기초한 인지치료도 마음챙김 능력을 향상시킨다는 결과를 발견하였다(김정모, 2011). 하지만, 이들 연구들은 모두 대학생을 대상으로 한 것이며, 일반 성인을 대상으로 하는 K-MBSR이 과연 마음챙김 수준을 향상시키는지, 또 향상시킨다면 특히 마음챙김 요인들에서 어떻게 차별적인 효과가 나타나는지 등에 대해서는 연구된 바 없다.

이상의 논의를 바탕으로 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

- 연구문제 1. K-MBSR 프로그램의 참여가 일반 성인들의 마음챙김 수준과 심리적 증상, 삶의 질을 향상시키는가?  
 연구문제 2. K-MBSR 프로그램에 참여하는 동안의 자기수련의 양이 마음챙김 수준의 변화나 효과변수의 변화와 관계가 있는가?

한편, 마음챙김 명상은 자신의 내적 경험에 대한 직접적인 관찰과 이를 통한 통찰을 강조한다(Carmody & Baer, 2008). 그래서 마음챙김 프로그

램들은 회기 참여 외에 가정에서 각자가 하는 규칙적인 자기수련을 매우 중요하게 여긴다. 예컨대, MBSR의 지침서에는 프로그램 참여의 효과를 얻기 위해서는 매일 최소 45분 이상의 수련을 권장하고 있고, 이는 MBCT에서도 마찬가지이다. 최근의 ACT 지침서도 내담자에게 매일 15-30분 정도의 수련을 권장하고 있다(Hayes & Smith, 2005). 또한 DBT에서도 규칙적인 명상수련을 강조하고 있어서, 마음챙김 기반의 프로그램들은 거의 예외 없이 규칙적인 자기수련을 강조한다. 본 연구에서 적용한 K-MBSR도 주 6일간 매일 30분 이상씩 수련용 CD를 들으며 연습하도록 권장하고 있다.

하지만, 참여자들의 수련동기에 영향을 미치는 요인에 대해 알려진 것은 거의 없다. 연구자들의 경험으로는 많은 K-MBSR 참가자들은 프로그램을 이수하는 동안에 참여자들에게 요구하는 ‘주 6일 동안 매일 30분 이상 이전 회기에서 배운 마음챙김 명상을 수련하기’를 잘 실행하지 못한다. 이는 미국의 MBSR의 경우에도 비슷한 것 같다. 가장 큰 이유는 참여자들이 대개 바쁘기 때문이며, 실제로 매일 일정시간 이상의 명상을 수련하는 것은 매우 어려운 일이기 때문이다(Carmody & Baer, 2008). 실제로 마음챙김 프로그램의 실시에서 가장 어려운 것 중의 하나가 참여자로 하여금 매일 규칙적으로 수련하도록 동기화하는 것이다.

자기수련의 동기는 프로그램에 참여하는 목적 또는 동기वाद 관계가 있는 것 같다. 사람들은 다양한 이유로 명상 프로그램에 참여한다. 가장 흔한 이유는 자신의 괴로움을 벗어나기 위한 것이다. 그것이 신체적인 문제이든 심리적인 문제이든, 어려움을 겪는 사람들이 다양한 경로를 통해 마음챙김 프로그램을 알게 되고 참여한다. 또 다른

이유는 마음챙김을 커리어 개발의 수단으로 삼기 위한 것이다. 미국의 경우, 마음챙김을 지도할 수 있는 사람들에 대한 수요가 급격하게 늘어나면서 많은 젊은이들과 대학원생, 의대생, 교사 등이 마음챙김 훈련을 받기 위해 프로그램에 참여하고 있다(Kabat-Zinn, 2010). 이렇게 자신의 커리어개발의 일부로서 마음챙김 프로그램에 참여하는 것은 잘못된 것은 아니다. 하지만, 마음챙김을 단순히 커리어 개발의 일부로 여길 경우, 규칙적인 수련을 통한 직접경험 보다는 원리와 기법의 언어적 이해에 치중하고 명상수련을 통한 직접적인 경험을 소홀히 하게 된다는 바람직하지 못한 결과가 나타날 수 있다. 그래서 MBSR이나 K-MBSR은 물론이고 마음챙김기반 인지치료(MBCT)나 변증법적 행동치료(DBT), 수용전념치료(ACT)와 같은 마음챙김기반 프로그램들의 개발자들은 모두 치료자 자신의 규칙적 수련을 통한 직접경험과 통찰을 강조하고 있다.

연구자들이 최근 3년여 동안 진행한 K-MBSR 또는 MBSR 프로그램의 참여자들에서도 이런 경향을 발견할 수 있었다. 예컨대, 프로그램에서는 매 회기마다 각 명상법을 실습한 후에 경험나누기를 하는데, 이 과정에서 특히 상담이나 임상심리학을 공부하는 대학원생들 또는 현재 상담관련 기관에서 내담자를 치료하고 있는 사람들은 명상 실습을 하는 동안에 자신이 경험한 내용에 대한 언급보다는 마음챙김의 원리나 관련 개념들에 대한 질문이 매우 많은 경향이 있었다. 또한 이들은 집에서 하는 자기수련이나 수련일지 작성을 소홀히 하는 경향이 있다. 이에 반해, 실제 자신이 겪고 있는 어려움을 완화시키려는 목적으로 참가하는 만성질환자와 같은 사람들의 경우에는 자기수

련 동기가 매우 높으며, 변화도 매우 빨리 일어나는 것 같다. 하지만 마음챙김 프로그램에 참여하는 목적이나 동기에 따른 프로그램 회기 동안의 행동이나 프로그램의 효과차이에 관한 실증연구는 아직 없다.

이상의 논의를 토대로 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

연구문제 3. K-MBSR 프로그램 참여동기에 따라 마음챙김 수준과 효과변수에서 차이가 있는가?

## 방 법

### 참여자

2010년부터 2011년 5월까지 6주짜리 K-MBSR 기초교육을 마친 68명 중에서 사전측정과 사후측정에 모두 응한 57명의 자료를 분석대상으로 삼았다.

분석대상자는 성별로는 여성이 45명(78.9%)으로 남성 12명(21.1%) 보다 많았고, 연령별로는 20대 이하가 7명(12.5%), 30대 16명(28.6%), 40대 26명(46.4%), 50대 이상 7명(12.5%)으로 평균연령은 41.1세였다. 35명(61.4%)이 기혼자였고, 22명(38.6%)이 미혼이었다.

### 절차

참여자들은 6주 동안 주당 1회, 회당 4시간 진행하며 여기에 따로 6.5시간의 종일묵언수련이 포함된 K-MBSR 기초교육 프로그램을 이수하였다 (프로그램의 구성에 대해서는 장현갑 등, 2007 참

조). 프로그램에 등록한 참여자들에게 프로그램 시작 1주 전에 사전측정용 질문지를 우송하여 첫 회기에 참석할 때 제출하도록 하였고, 6 주간의 프로그램이 끝나고 난 직후에 사후측정용 질문지를 실시하였다. 사전측정용 질문지는 아래 설명한 측정도구 외에 개인신상정보와 프로그램 참가동의서, 프로그램 참가의 이유 등을 묻는 문항들이 포함되었고, 사후측정용 질문지에는 그 외에 프로그램 참가동안의 가정보 수련정도를 묻는 문항이 추가되었다. 1-5 회기에는 다음 회기까지 가정에서 스스로 해야 할 마음챙김 수련을 안내하고 가정에서 스스로 수련하도록 격려했고, 이를 수련 일지의 형태로 작성하여 다음 회기 참가 시 지참하도록 하였다.

### 측정도구

**5요인 마음챙김 척도.** 마음챙김 수준을 측정하기 위해 원두리와 김교현(2006)이 개발한 마음챙김 5요인 척도를 이용하였다. 이 척도는 Baer, Smith, Hopkins, Krismeyer와 Toney(2006)의 5요인 마음챙김 척도(FFMQ: Five Factor Mindfulness Questionnaire)를 한국화한 것으로, 관찰, 묘사, 자각행위, 비판단, 비반응의 하위차원을 측정한다. 39문항으로 구성되며, 각 문항에 리커트식 7점 척도로 응답하도록 제작된 것이다. 개발시의 내적합치도는 요인별로 .86에서 .88인 것으로 보고되었다. 본 연구에서 내적합치도는 측정시기에 따라 사전과 사후의 관찰척도가 .855과 .886, 묘사척도가 .964와 .858, 자각행위척도가 .824와 .866, 비판단척도가 .842와 .884, 비반응척도가 .833과 .892이었다.

**간편증상검사.** 김재환과 윤여홍(1984)의 간이정신진단검사(SCL-90)의 단축형인 간편증상검사(BSI: Brief Symptom Inventory)를 이용하였다. 이 척도는 심리적 증상을 측정하는 53문항짜리 검사로서 SCL-90과 마찬가지로 9개의 하위척도를 가지고 있으며, 전반적 증상의 지표인 전체심도지수(GSI: Global Symptom Index)도 계산할 수 있다. 본 연구에서 하위척도들의 내적 합치도는 신체화가 .800, 강박증 .808, 대인관계예민성 .835, 우울 .865, 불안 .806, 적대감 .887, 공포불안 .708, 편집증 .897, 정신증 .813 이었다.

**유럽 암치료연구기구 삶의 질 척도-core 30.** 삶의 질 측정을 위해 EORTC QLQ C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire core 30)의 한국판(Yun, Park, Lee, Bang, Heo, Park, et al., 2004)을 사용하였다. 총 30문항 짜리 질문지로서, 신체기능, 역할기능, 정서기능, 인지기능, 사회기능을 측정하는 기능(function) 척도 15문항, 피로감, 통증, 불면, 식욕저하 등의 신체증상을 측정하는 증상(symptom) 척도 13문항, 전반적인 삶의 질(quality of life)을 평가하는 1문항과 전반적 건강을 평가하는 1문항으로 구성되어 있다. 총점과 모든 하위척도의 값은 100점 만점으로 환산하였다. 기능(function)척도는 점수가 높을수록 해당 기능이 저조한 것을, 증상(symptom)척도는 점수가 높을수록 환자가 느끼는 증상이 심한 것을, 그리고 전반적인 삶의 질과 전반적 건강은 점수가 높을수록 더 긍정적인 의미를 의미한다(Yun 등, 2004). 본 연구에서 하위척도의 신뢰도는 기능척도가 .809, 증상척도가 .818이었다.

**자기수련의 양.** 사후측정용 질문지를 통해 본 프로그램에 참여하는 동안의 1주일 평균 자기수련 빈도와 매 수련당 수련시간을 4점 척도로 측정하였다. 이 두 문항을 이용해서 1점(전혀 하지 않았다)에서 13점(주 5일 이상, 하루 1시간 이상 수련했다)에 이르는 수련정도의 측정치를 계산하였다.

**참여동기에 따른 집단구분.** 프로그램 참여동기에 따른 차이를 비교하기 위하여, 분석대상인 57명의 참가신청서와 첫 회기의 자기소개내용을 분석하였다. 참가신청서에는 현재 하는 일과 프로그램에 참여하게 된 동기 등이 기록되어 있고, 첫 회기의 자기소개에서는 프로그램에 참여하게 된 이유나 프로그램에서 기대하는 것 등을 말하게 하고 있다. 연구자들은 자기소개 시간에 참여자가 말한 참여이유나 개인적 기대를 모두 기록하였다. 이렇게 기록된 첫 회기의 발언내용과 참가신청서의 기록을 토대로 연구자들이 협의하여 두 집단 중 하나로 분류하였다. 상담이나 임상심리학을 전공하는 대학원생, 요가관련 대학원 재학생, 현재 상담기관이나 병원에서 심리치료 담당자로 근무하는 사람으로서, 자기소개에서 K-MBSR을 배워

서 적용하는 것을 첫 번째 이유로 언급한 참여자를 ‘경력개발’집단으로 분류하였고, 현재 상담기관 등에서 상담 및 치료적 개입을 받고 있는 사람 또는 과거 심리상담이나 치료를 받은 경험이 있는 사람, 만성질환을 가지고 있어서 참여한 사람, 명상을 통해 자신의 어려움을 극복하고자 하는 사람 등은 ‘자기치유’집단으로 분류하였다. 그 결과, 26명(45.6%)이 경력개발집단으로, 31명(54.5%)이 자기치유집단으로 분류되었다. 이들 두 집단의 성별 분포에는 통계적으로 유의한 차이가 없었고, 연령별 분포나 평균연령에서도 유의한 차이가 없었다.

## 결 과

### K-MBSR 프로그램의 효과

표1은 마음챙김 수준의 변화와 차이검증 결과를 정리한 것이다. 마음챙김 총점에서 유의한 증가가 있어서( $t_{(55)} = -5.083, p < .01$ ), K-MBSR 수련이 마음챙김 수준을 높여주는 것으로 나타났다. 하위 요인별로는 자각행위를 제외한 관찰, 묘사, 비판단,

표 1. 마음챙김 수준의 측정시기별 평균과 표준편차 및 차이검증 결과(N=57)

마음챙김 수준	사전		사후		t
	평균	표준편차	평균	표준편차	
총점	4.41	.72	4.76	.72	-5.083***
관찰	4.22	1.07	4.79	1.07	-4.433***
묘사	4.51	1.04	4.92	.96	-3.100***
자각행위	4.59	1.04	4.75	1.04	-1.390
비판단	4.50	1.01	4.73	1.13	-2.029**
비반응	4.21	1.02	4.56	1.08	-3.423***

\*  $p < .10$ , \*\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .01$

비반응 차원 모두에서 유의한 증가가 있었다( $t_{(55)} = -4.433, p < .01; t_{(55)} = -3.100, p < .01; t_{(55)} = -2.029, p < .05; t_{(55)} = -3.423, p < .01$ , 각각).

표2에 프로그램의 효과를 나타내는 측정변수들의 사전과 사후 점수의 변화를 정리하였다. 간편 증상검사로 측정된 심리적 증상들은 강박증, 대인 예민성, 불안에서 유의한 감소가 있었고( $t_{(55)} = 2.279, p < .05; t_{(55)} = 2.865, p < .01; t_{(55)} = 3.091, p < .01$  각각), 우울과 적대감에서는 유의 수준에 근접하는 변화가 있었다( $t_{(55)} = 1.708, p < .10; t_{(55)} = 1.790, p < .10$ , 각각). 전체적인 증상심각도의 지표인 전체심도지수에서도 유의한 감소가 있었다( $t_{(55)} = 2.102, p < .05$ ). 이런 결과는 장현갑 등(2007)의 결과와 유사한 것이다.

Core30으로 측정된 삶의 질 총점에서 유의한

향상이 있었고( $t_{(55)} = 1.905, p < .10$ ), 기능척도에서는 심신기능에서 유의한 향상이 나타났지만( $t_{(55)} = 3.070, p < .01$ ), 신체기능에서는 아무런 변화가 없었다( $t_{(55)} = 1.091, n.s.$ ). 이는 총점의 유의한 향상이 주로 심리적 기능의 향상에 의한 것임을 시사한다. 또한 전반적인 건강은 유의한 향상이 있었고( $t_{(55)} = -2.703, p < .01$ ), 주관적 삶의 질에서는 유의수준에 근접하는 향상이 있었다  $t_{(55)} = -1.676, p < .10$ ).

### 자기수련의 양과 종속변수들의 변화량의 관계

모든 종속변수에 대해 사후측정치와 사전측정치 차이값을 계산해서 변화량으로 삼고, 자기수련의 양(연구방법에서 기술한 것처럼 1-13점으로

표 2 효과측정치 측정시기별 평균과 표준편차 및 차이검증 결과(N=57)

변수	사전 K-MBSR		사후 K-MBSR		t
	평균	표준편차	평균	표준편차	
간편증상측정치					
GSI	14.60	4.59	13.57	4.23	2.102**
신체화	1.52	.56	1.52	.56	.109
강박증	2.00	.66	1.81	.63	2.279**
대인예민	1.96	.71	1.76	.70	2.865***
우울	1.66	.63	1.51	.55	1.708*
불안	1.69	.58	1.51	.49	3.091***
적대감	1.56	.67	1.41	.46	1.790*
공포불안	1.25	.37	1.21	.39	1.075
편집증	1.44	.57	1.44	.68	-.228
정신증	1.50	.54	1.39	.52	1.534
삶의 질 측정치					
Core30총점	16.68	11.01	14.35	10.46	1.905*
심신기능총점	15.81	10.60	12.84	9.06	3.070***
신체증상총점	17.22	12.47	15.29	12.25	1.091
전반적 건강	59.80	22.53	66.37	21.17	-2.703***
삶의 질	66.18	23.03	69.88	20.28	-1.676*

\*  $p < .10$ , \*\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .01$



채점한)과의 상관계수를 살펴보았다. 그 결과, 자기수련의 양은 마음챙김 수준의 변화량은 물론이고 다른 어떤 종속변수의 변화량과도 유의한 상관성이 나타나지 않았다.

이런 결과는, 자기수련시간이 마음챙김 수준의 하위요인들의 변화 뿐아니라 스트레스 지각의 변화, 대인민감성이나 불안, 공포불안 등의 심리적 증상들과 유의한 상관을 발견했던 Carmody 등 (2008)의 연구결과와는 다른 것이다. 이런 차이에 대해 몇 가지 설명이 가능한 바 이에 대해서는 뒤에서 논의하였다.

### 참여동기에 따른 효과 차이

표3은 참여동기에 따른 집단별 마음챙김 수준의 사전과 사후측정치의 차이검증 결과이다. 마음챙김의 총점은, 자기치유집단은 사전에 비해

프로그램 종료 후에 유의하게 높아진 것으로 나타났다( $t_{(29)} = -5.387, p < .01$ ), 경력개발집단에서도 유의한 수준에 접근하는 변화가 있었다( $t_{(24)} = -2.037, p < .10$ ). 하지만, 요인별로 보면, 자기치유집단의 경우 마음챙김의 모든 하위요인들에서 유의한 변화가 나타난 반면에( $t_{(29)} = -3.388, p < .01$ ;  $t_{(29)} = -2.479, p < .05$ ;  $t_{(29)} = -3.017, p < .01$ ;  $t_{(29)} = -2.529, p < .05$ ;  $t_{(29)} = -3.186, p < .01$ , 순서대로), 경력개발집단은 관찰과 묘사차원에서만 유의하거나 유의수준에 접근하는 향상이 있는 것으로 나타났다( $t_{(24)} = -2.875, p < .01$ ;  $t_{(24)} = -1.967, p < .10$ , 각각). 특히, 자각행위차원은 전체집단 분석에서는 유의한 향상이 없는 것으로 나타났지만, 참여동기에 따라 집단별로 분석한 결과, 자기치유집단에서는 유의한 향상이 있는 것으로 나타났다( $t_{(29)} = -3.017, p < .01$ ).

표 3. 마음챙김 수준의 집단별 측정시기별 평균과 표준편차 및 차이검증 결과

	집단	사전		사후		t
		평균	SD	평균	SD	
마음챙김총점	자기치유	4.29	.75	4.71	.72	-5.387***
	경력개발	4.57	.66	4.81	.71	-2.037*
관찰	자기치유	4.21	1.00	4.71	1.21	-3.388***
	경력개발	4.23	1.18	4.87	.89	-2.875***
묘사	자기치유	4.41	1.05	4.77	1.03	-2.479**
	경력개발	4.63	1.02	5.11	.85	-1.967*
자각행위	자기치유	4.46	1.15	4.85	1.02	-3.017***
	경력개발	4.76	.87	4.63	1.07	1.344
비판단	자기치유	4.25	1.12	4.69	1.24	-2.529**
	경력개발	4.83	.73	4.78	1.01	.000
비반응	자기치유	4.08	1.06	4.48	1.15	-3.186***
	경력개발	4.38	.95	4.65	1.00	-1.617

\*  $n = 31$ (자기치유),  $26$ (경력개발)

\*  $p < .10$ , \*\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .01$

이런 결과는 K-MBSR 프로그램을 이수하는 동기가 무엇이나에 따라 마음챙김 수준이 향상되는 차원들에 상당한 차이가 있다는 것을 시사한다.

표4는 간편증상검사로 측정된 심리적 증상의 집단별 사전 사후 측정치의 차이를 검증한 것이

다. 자기치유집단은 전체심도지수는 물론이고, 강박증, 대인예민, 우울, 불안 등의 하위요인에서 유의하거나 유의수준에 근접하는 감소가 나타났다

( $t_{(29)} = 2.029, p < .10; t_{(29)} = 2.251, p < .05; t_{(29)} = 2.218, p < .05; t_{(29)} = 2.562, p < .05; t_{(29)} =$

표 4. 삶의 질의 집단별 측정시기별 평균과 표준편차 및 차이검증 결과

	집단	사전		사후		t
		평균	표준편차	평균	표준편차	
Core30총점	자기치유	18.16	12.20	14.53	10.78	2.618**
	경력개발	14.68	9.00	14.13	10.26	-.182
신체증상총점	자기치유	18.87	14.00	15.23	12.03	2.093**
	경력개발	14.99	9.86	15.36	12.75	.669
피로	자기치유	44.80	25.25	36.92	25.88	2.882***
	경력개발	35.04	18.78	36.32	23.63	-.431
구역질	자기치유	6.45	11.92	4.84	8.81	.828
	경력개발	3.85	8.57	8.33	17.80	-1.659
통증	자기치유	17.74	20.15	17.74	18.73	.000
	경력개발	14.10	18.07	15.38	13.27	-.440
호흡문제	자기치유	15.05	25.59	11.83	20.27	.722
	경력개발	19.23	23.42	19.23	21.44	.000
불면증세	자기치유	29.03	35.22	20.43	28.12	1.858*
	경력개발	11.54	16.17	17.95	23.53	-1.224
식욕감퇴	자기치유	9.68	19.61	7.53	20.57	.571
	경력개발	6.41	13.40	7.69	19.57	-.328
번비	자기치유	13.98	20.68	8.60	14.83	1.409
	경력개발	15.38	25.35	10.26	22.65	1.072
설사	자기치유	17.20	25.63	13.98	29.53	.902
	경력개발	6.41	13.40	7.69	17.15	-.296
심신기능총점	자기치유	17.03	11.69	13.40	10.08	2.817***
	경력개발	14.18	8.86	12.17	7.81	1.335
신체기능	자기치유	14.19	12.06	12.69	9.33	2.087**
	경력개발	18.62	11.87	13.08	10.06	2.212**
역할기능	자기치유	12.82	14.03	11.29	18.95	.414
	경력개발	8.05	13.08	9.62	13.48	-.296
정서기능	자기치유	32.48	21.86	26.88	21.49	2.794***
	경력개발	23.56	17.26	22.76	16.08	-.109
인지기능	자기치유	20.51	20.04	11.29	13.87	2.706**
	경력개발	15.52	16.02	14.74	17.84	.000
사회기능	자기치유	5.13	11.57	4.84	10.71	.594
	경력개발	5.17	13.44	.64	3.27	1.729*
전반적 건강	자기치유	56.84	23.17	62.37	23.56	-1.716*
	경력개발	63.79	21.39	71.15	18.59	-2.206**
삶의 질	자기치유	60.68	23.41	68.28	21.24	-2.182**
	경력개발	73.56	20.66	71.79	19.30	.225

\* n = 31(자기치유), 26(경력개발)

\* p < .10, \*\* p < .05, \*\*\* p < .01

2.373,  $p < .05$ , 각각). 하지만, 경력개발집단의 경우는 대인예민과 불안에서만 유의수준에 접근하는 감소가 있었을 뿐이고( $t_{(24)} = 1.779$ ,  $p < .10$ ;  $t_{(24)} = 1.947$ ,  $p < .10$ , 각각), 전체심도지수에서도 유의한 감소가 나타나지 않았다( $t_{(24)} = .743$ , n.s.).

표 5에서 보는 바와 같이, QLQ C30으로 측정된 삶의 질의 총점은 자기치유집단에서는 유의한 향상이 있었지만( $t_{(29)} = 2.618$ ,  $p < .05$ ), 경력개발집단에서는 그렇지 않았다( $t_{(24)} = -.182$ , n.s.). 또한 신체증상과 심리기능총점의 경우도 자기치유집단에서는 유의한 향상이 있었지만( $t_{(29)} = -2.093$ ,  $p < .05$ );  $t_{(29)} = 2.817$ ,  $p < .01$ ), 경력개발집단에서는 그렇지 않았다( $t_{(24)} = .669$ , n.s.;  $t_{(24)} = 1.335$ , n.s.).

신체증상의 하위요인을 살펴보면, 자기치유집단의 경우 피로와 불면증상에서 유의하거나 유의수준에 근접하는 향상이 나타났고( $t_{(29)} = 2.882$ ,  $p < .01$ ;  $t_{(29)} = 1.858$ ,  $p < .10$ ), 경력개발집단의 경우 어떤 요인에서도 유의한 차이가 없었다.

심신기능의 하위요인을 살펴보면, 자기치유집단의 경우 신체기능과 정서기능, 인지기능에서 유의한 향상이 나타났지만( $t_{(29)} = 2.087$ ,  $p < .05$ ;  $t_{(29)} = 2.794$ ,  $p < .01$ ;  $t_{(29)} = 2.706$ ,  $p < .05$ ), 경력개발집단은 신체기능에서만 유의한 향상이 있었다( $t_{(24)} = 2.212$ ,  $p < .05$ ).

전반적 건강에 대한 평가는 자기치유집단과 경력개발집단 모두 유의수준에 접근하거나 유의한 향상을 보인 것으로 나타났고( $t_{(29)} = -1.716$ ,  $p < .10$ ;  $t_{(24)} = -2.206$ ,  $p < .05$ ), 자신의 삶의 질에 대한 평가는 자기치유집단은 유의한 향상이 있는 반면( $t_{(29)} = -2.182$ ,  $p < .05$ ), 경력개발집단은 유의한 향상이 나타나지 않았다( $t_{(24)} = .225$ , n.s.).

## 논 의

본 연구에서는 MBSR을 기반으로 하면서도 두 가지 대표적 명상법의 하나인 집중명상의 기법을 통합한 한국형 프로그램인 K-MBSR의 효과를 성인을 대상으로 검증하고, 또한 이런 프로그램의 효과에서 자기수련의 양과 참여동기의 영향을 탐색하고자 했다.

K-MBSR은 마음챙김의 수준을 향상시키는 것으로 나타났다. 마음챙김 수련이 마음챙김 수준을 향상시킨다는 것을 발견했던 국내의 연구들이 주로 대학생을 대상으로 한 것인데 비해, 본 연구의 결과는 성인 표본에서도 K-MBSR은 마음챙김 능력을 향상시키는 효과가 있음을 시사한다.

하지만, 마음챙김 수준의 하위요인들의 경우, 자각행위 요인은 사전과 사후의 차이가 유의하지 않았다. 본 연구에서 적용한 5요인 마음챙김 척도는 여러 다른 학자들이 주장하고 개발한 마음챙김 관련 척도들을 망라해서 공통적인 5개의 요인을 밝힌 연구의 결과이다(Baer 등, 2006). 그런데, FFMQ의 자각행위 차원에는 다른 학자들과는 달리 주의(attention)와 자각(awareness)만을 마음챙김의 하위요인으로 주장하는 Brown과 Ryan (2003)의 마음챙김 주의각성척도(MAAS)의 문항들이 주를 이루고 있을 뿐 아니라(Baer 등, 2006, 34쪽 표3), 주의와 자각을 마음챙김의 하위요인의 하나로 보지 않는 학자가 거의 없다는 점에서 K-MBSR이 자각행위 요인의 향상에 효과가 없다는 본 연구의 결과는 흥미로운 것이다. 하지만, 참여동기에 따른 집단별로 분석한 결과, 자기치유집단은 다섯 요인 모두에서 유의한 향상이 있었고, 경력개발집단은 관찰과 묘사요인

에서만 유의한 향상이 있을 뿐, 자각행위와 비판단, 비반응 요인에서는 차이가 없었다. 이러한 일관적이지 않은 결과는 무엇보다 참여동기에 따라 마음챙김 수준에서 얻을 수 있는 이득이 다르다는 것을 시사하는 것이기는 하지만, 마음챙김의 하위요인들의 관계에 대한 더 체계적인 연구가 필요하다는 것을 시사하는 것이기도 하다. 본 연구의 결과만으로 결론을 내리기는 어렵지만, 마음챙김의 하위요인들은 단일개념의 서로 다른 측면(facet)이 아니라 마음챙김의 수련과정에 따라 개발되는 발달적 위계 관계를 가지고 있을 가능성이 있다. 아직까지 마음챙김의 하위요인들간의 관계에 대한 연구가 없다는 점에서 향후 연구의 과제이다.

K-MBSR은 다양한 부정적인 심리적 증상을 완화시키고, 심신기능을 향상시키며, 삶의 질 향상에 긍정적인 효과를 발휘하는 것으로 나타났다. 심리적 증상에서는 특히 강박, 대인관계 예민, 불안, 우울, 적대감 등 일반인들에서도 흔히 관찰할 수 있는 주요 심리적 부적응 증상들에서 유의한 감소가 있었다. 삶의 질 측정치와 관련해서, K-MBSR은 심신기능의 향상에는 도움이 되지만, 신체증상의 개선에는 그렇지 않은 것으로 나타났다. 하지만 참여동기에 따른 집단별 분석결과는, 자기치유집단의 경우 신체증상에도 유의한 개선이 있었으며, 심신기능에서는 특히 정서기능과 인지기능, 그리고 신체기능에서 유의한 개선이 있었다. 이에 비해 경력개발집단의 경우에는 신체증상에는 별 효과가 없었고, 정서기능이나 인지기능보다는 신체기능이나 사회기능에서 긍정적 변화가 있는 것으로 나타났다. 보통 마음챙김 기반 프로그램들이 정서조절이나 인지조절력의 향상을 중요

한 목표로 한다는 점에서 자기치유집단에서 나타난 이들 기능의 향상은 K-MBSR의 마음챙김 수련효과를 시사하는 것이다. 또한, K-MBSR은 자기치유집단의 신체증상 감소와 두 집단 모두의 신체기능의 향상에 도움이 되는 것으로 나타났는데, 이런 결과는 K-MBSR이 정서나 인지기능의 향상 뿐만아니라 신체적인 측면에서도 유의한 효과가 있음을 시사하는 것이다. 이렇게 K-MBSR이 주관적인 신체기능이나 신체증상의 감소에 효과를 보이는 것은 이 프로그램에 포함된 하타요가나 걷기명상과 같은 동작중심의 수련요소 때문에 나타난 것일 가능성이 있다.

또한 이러한 전체적인 삶의 질의 지표들 뿐만아니라 전반적인 건강에 대한 평가나 자신의 삶의 질에 대한 평가에서도 K-MBSR은 유의한 효과가 있는 것으로 나타났다. 이런 결과는 MBSR이 삶의 질 향상에 큰 효과가 있다는 연구결과들이 많은 반면(Brown et al., 2006), 기존의 K-MBSR 연구들은 삶의 질에 대한 효과를 다루지 않았다는 점에서 K-MBSR의 효과에 관해 새로운 측면의 증거를 추가한다는 의미가 있다.

자기수련의 양에 관한 분석결과는 예상과는 달리 마음챙김 수준의 변화 뿐 아니라 다른 모든 종속변수의 변화량과 유의한 상관을 보이지 않았다. 앞서 논의한 것처럼, 외국연구의 결과들도 다소 상반되는 결과를 보고하고 있다는 점을 고려하면, 향후 연구의 필요성이 높다고 하겠다. 무엇보다도, 프로그램 참여자들의 자기수련량을 정확히 측정하려는 노력이 필요할 것으로 보인다. 긍정적인 결과를 보고한 연구(Carmody & Baer, 2008)는 참여자들에게 수련일지를 꼼꼼하게 기록하도록 하고, 이를 제출하도록 함으로써 자기수

련량 측정치의 신뢰도를 상당히 높일 수 있었던 것으로 보인다. 이에 반해, 자기수련의 양과 마음챙김 수준이나 종속측정치의 변화량 사이에 아무런 관계가 없다는 결과를 보고한 연구들(Astin, 1997; Davidson et al., 2003)의 경우 연구의 주목적이 자기수련의 양에 관한 것이 아니었기에 측정치의 엄밀성에서 다소 문제가 있었던 것으로 보인다. 본 연구에서 사용한 자기수련량의 측정치도 실제 매주 제출한 수련기록지를 분석한 것이 아니라 회고적인 방식으로 지난 6주 간의 자기수련을 평가하도록 한 것이어서 비슷한 문제를 가진 것이라 볼 수 있다. 연구자들은 매주 회기 때마다 수련기록지를 제출하도록 독려했으나 실제로 수련기록지를 제출하는 참여자는 극히 적었다. 이렇게 수련기록지를 제출하지 않는 이유는 대개 두 가지였다. 하나는 수련기록지의 양이 많아서 일일이 기록하는 것이 부담이 된다는 것과, 실제 수련을 별로 하지 않았기 때문에 수련기록지에 기록할 내용이 별로 없다는 것이었다. 향후, 자기수련의 양을 정확하게 측정할 수 있으면서도 단순화한 수련기록지를 마련할 필요가 있다고 생각된다.

K-MBSR은 참여동기에 관계없이 마음챙김 수준을 향상시키며, 대인관계에 대한 예민성과 불안을 감소시키며, 전반적인 건강에 대한 자기평가를 비롯한 삶의 질의 여러 측면에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 하지만, 참여동기에 따른 분석결과는 이러한 이득은 커리어개발을 주목적으로 하는 집단에 비해 증상완화나 치료를 주목적으로 하는 집단에서 더 크다는 것을 보여주었다. 왜 이런 결과가 나타났는가에 대해서는 몇 가지 잠정적인 설명이 가능하다. 첫째는, 참여동기에

따라 각 회기에 참여하는 동안 주의의 대상이 서로 달랐을 가능성이다. 마음챙김 프로그램에 참여하는 것을 커리어의 개발을 위한 학습 수단으로 간주하는 경우, 프로그램의 구조, 구성요소들, 구체적인 명상기법들의 안내 및 지도법, 효과가 발생하는 과정 등에 대한 개념적 이해와 심리치료와 같은 자신의 커리어 영역에의 적용가능성 등의 측면에서 분석하고 이해하려는 태도를 갖게 되는 것은 당연하다. 따라서, 프로그램의 많은 부분을 차지하는 마음챙김 명상 수련이 만들어 내는 자신의 내적 경험에 주의를 기울이기 보다는 외적인 상황과 프로그램의 맥락, 기법 등에 집중될 가능성이 있다. 이에 비해, 자신의 심신문제를 완화하려는 목적으로 참가한 경우에는, 이러한 개념적 이해보다는 마음챙김 실습이 만들어 내는 주관적인 내적 경험들에 더 많은 주의를 기울였을 가능성이 있다. 마음챙김 명상의 핵심이 내적 경험에 대한 주의와 각성이라는 점을 감안하면, 이러한 주의대상의 차이는 효과의 차이를 만들어 낼 수 있다. 둘째, 참여동기에 따라 자기수련의 양이 다르고 이것이 효과의 차이를 만들어 냈을 가능성이 있다. 본 연구에서 자기수련의 양의 차이는 마음챙김의 수준의 증가나 종속변수들의 변화량과 아무런 상관이 없는 것으로 나타났다. 하지만, 참여동기에 따라 자기수련의 양에 상당한 차이가 있어서, 자기치유집단의 경우 주 3-4일 이상, 회당 15분 이상 수련한 사람이 52%인데 반해, 경력개발집단의 경우는 17% 밖에 안되었다. 이런 결과는 커리어개발을 주목적으로 하는 경력개발집단이 자기치유집단에 비해 가정내의 자기수련이 더 적었을 가능성을 시사하는 것이며, 또한 자기수련의 양이 프로그램의 효과과정에서 중요한 역

할을 할 수 있음을 시사하는 것이다. 향후 연구의 과제이다. 마지막으로, 경력개발집단은 거의 모든 사전 측정치에서 자기치유집단에 비해 더 긍정적이었는데, 이것이 일종의 천장효과로 작용했을 가능성이 있다. 심신의 문제가 그리 심각하지 않은 일반 성인에 대한 마음챙김 프로그램의 효과를 검증할 필요가 있겠다.

본 연구에서 자기수련의 역할에 대한 결과는 예상과 달랐지만, 참여동기에 따른 효과차이가 있었다. 앞서 언급한 것처럼 본 연구에서 자기수련 양에 따른 효과의 차이는 거의 유의하지 않았지만, 참여동기에 따른 자기수련의 양에는 차이가 있었는데, 이런 결과는 자기수련의 양이 프로그램의 효과차이를 결정하는 조절변인으로 작용할 가능성을 시사하는 것이다. 향후 자기수련의 양을 정밀하게 측정하는 연구를 통해 검증할 수 있을 것이다.

K-MBSR이나 MBSR이 프로그램에 참여하는 동안의 가정 내 자기수련의 중요성을 강조하는 것에 비하면, 연구자들이 실시한 K-MBSR 프로그램 참여자들의 자기수련은 비교적 저조하였다. 본 연구의 참여자 57명은 사후질문지에 포함된 주당 평균 수련일수에 대한 응답에서 3-4일 이상 수련한 비율이 38%에 불과했다. MBSR에 관한 외국의 연구들에서 참여자들의 자기수련 량에 대한 자료는 보고한 Carmody 등(2008)에 따르면, MBSR 참여자 206명 중 가정수련일지를 일부라도 제출한 사람은 121명이었고, 이들의 평균 자기수련 날짜는 총 수련가능일의 79.8%인 33.55일이었다. 직접 비교는 어렵지만 이들의 연구에서 수련일지를 제출한 사람들은 가정내의 자기수련을 상당히 충실하게 하지만, 전체의 반 정도만이 수련일지를 제

출한 것으로 되어있어서, 가정 내의 자기수련량이 그리 높다고 보기는 어려울 것 같다.

이렇게, 프로그램이 강조하는 것과 달리 실제 자기수련량이 적은 것은 마음챙김 프로그램들에서 일반인의 자기수련동기를 어떻게 향상시킬 것인가에 관해 일종의 딜레마로 작용할 수 있다. MBSR이나 K-MBSR 같은 마음챙김 명상프로그램에서는 참가자로 하여금 프로그램에서 원하는 개인적인 목표나 기대 등을 일단 유보하도록 권장하기 때문이다. K-MBSR 프로그램의 경우, 첫 회기에 각 참여자의 참여이유를 밝히게 하고, 토의하게 한 후에 “프로그램 기간 동안에는 각자의 참여 이유나 효과에 대한 기대를 모두 버리고 명상수련의 목적을 단순히 명상을 하는 것으로 삼도록” 안내한다. 이는 특히 마음챙김 명상의 철학 또는 태도와 관련이 있는데, 무엇인가 성취하는 것 즉, 고통을 줄인다가나 마음이 편해진다거나 하는 것을 바라는 것 자체가 이미 마음챙김 명상의 기본태도와 어긋나는 것이기 때문이다. 명상은 궁극적으로 “무언가 되려고 애쓰지 않는 것 (Kabat-Zinn, 2010, 84쪽)”이며, 그래서 처음 참가자들에게 프로그램 참여로 무엇을 얻고자 하는지를 말하게 한 후, “향후 진행될 프로그램에서 이런 목표달성을 위해 노력하지 않기를 부탁 (Kabat-Zinn, 2010, 85쪽)”하게 된다. 그런데, 이런 안내가 프로그램의 요구를 수행하려는 참여자의 동기를 저해할 가능성이 있다. 일반적으로 구체적인 목표나 성취기대는 수행동기를 높이는 요인인데, 이런 목표나 기대를 하지 말도록 하는 것이기 때문이다. 참여자들의 자기수련 동기를 높이기 위한 방안이 필요할 것이다.

한편, 본 연구에서 밝힌 K-MBSR의 효과는 통

제집단이 없는 상태에서 발견한 것이기 때문에 해석에서 다소 조심스럽기는 하지만, K-MBSR의 효과에 대한 실증연구가 그리 많지 않으며, 또한 연구들이 주로 대학생을 대상으로 검증연구가 이루어졌다는 점을 고려하면 의미있는 것이다. 향후 무선통제집단을 이용한 더 체계적인 연구의 필요성이 있다.

또한, 본 연구가 프로그램 효과연구였고, K-MBSR은 MBSR과 달리 마음챙김 명상 뿐 아니라 집중명상이 포함되어 있다는 점에서 이런 연구결과가 마음챙김 명상의 효과인지 아니면 집중명상의 효과인지 아니면 두 방법의 상호작용 효과인지는 분명하지 않다.

다양한 명상기법의 차별적 효과에 대한 체계적 연구가 필요할 것이다. 이는 대부분의 마음챙김 기반 프로그램들은 서로 다른 명상전통을 토대로 하고 있으면서도 동시에 서로 다른 전통의 명상기법들을 포함하고 있는 중다요소적 개입법들이어서 프로그램 전체의 효과를 밝히는 방식으로는 개별 수련요소들의 독특한 효과를 분리해낼 수 없기 때문이다. 예컨대, 이완반응(RR)은 집중명상의 전통을 취하면서 주로 만트라 명상을 주 수련기법으로 하고 있는 반면, MBSR은 마음챙김명상의 전통 위에 정좌명상과 바디스캔, 하타요가와 같은 정적인 명상법과 동적인 명상법을 모두 포함하고 있을 뿐 아니라 자애명상(lovingkindness meditation)이라는 다른 전통의 명상법도 일부 포함하고 있다. 명상기반 개입법들의 과학적 연구를 위해서는 ““마음챙김 기반 개입법의 어떤 요소 또는 측면들이 긍정적인 효과를 낳는가” 하는 결정적으로 중요한 질문(Shapiro, 2009, 566쪽)”에 대한 탐구가 있어야 한다. 최근 Jain 등(2007)은 마음챙김 기반

개입법과 신체이완훈련의 상대적 효과를 검증한 결과, 두 방법 모두 부정적 심리상태를 줄여주며 긍정적인 상태를 향상시키는 효과가 있지만, 특히 마음챙김 명상은 잡다하고(distractive) 반추적인 사고와 행동을 줄여주는 추가적인 효과가 있음을 발견하였다. 또한 Sears와 Kraus(2009)는 순수한 마음챙김 수련과 자애명상 수련, 그리고 이 둘을 결합한 수련의 효과를 비교한 결과, 단일 수련기법들도 효과가 있기는 하지만, 결합한 수련에 비해 덜 효과적임을 보고하였다. MBSR과 K-MBSR은 특히 다른 명상기반 개입법들과 달리 동적인 명상기법을 중요한 요소로 포함하고 있다. 이들 프로그램에서 걷기명상과 하타요가는 대표적인 동적인 명상기법으로서 공식명상으로 분류된다. 동적인 명상은 신체의 활동을 수반하는 명상이라는 점에서 정좌명상과 같은 신체활동이 포함되지 않는 정적인 명상과는 다른 효과를 나타낼 것으로 예상할 수 있다. 향후, 프로그램을 구성하는 개별적인 명상기법들의 효과나 결합효과를 체계적으로 연구할 필요가 있을 것이다.

## 참 고 문 헌

- 김설환, 손정락 (2010). 한국형 마음챙김 스트레스 감소 (K-MBSR)에 기반을 둔 인지치료 프로그램이 대학생의 우울, 자살생각 및 충동성에 미치는 효과. 한국심리학회지: 임상, 29(1), 189-204.
- 김수지, 안상섭 (2009). 한국형 마음 챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램이 만성통증에 미치는 효과. 한국심리학회지: 사회문제, 15(3), 359-375.
- 김완석 (2010). K-MBSR과 MBSR의 이론적 토대와 프로그램 비교. 한국명상치유학회지, 1(1), 17-42.

- 김재환, 윤여홍 (1984). 간이정신진단검사 실시요강. 서울: 중앙적성출판부.
- 김정모 (2011). 마음챙김에 기초한 인지치료가 공감능력에 미치는 효과. *한국심리학회지:상담 및 심리치료*, 23(1), 27-45.
- 배재홍, 장현갑 (2006). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램이 대학생의 정서반응에 미치는 영향. *한국 심리학회지: 건강*, 11, 673-688.
- 신아영, 김정호, 김미리혜 (2010). 정서 마음챙김이 여자 대학생의 정서인식의 명확성, 인지적 정서 조절과 스트레스 및 웰빙에 미치는 효과. *한국심리학회지:건강*, 15(4), 635-652.
- 양영필, 송익수, 문진석, 한창현, 박지하, 이상남 (2010). 마음챙김 명상관련 국내 임상연구 동향 분석. *한국한의학회지* 논문집, 16(2), 57-64.
- 원두리, 김교현 (2006). 한국판 5요인 마음챙김 척도의 타당화 연구. *한국심리학회지 건강*, 11(4), 871-886.
- 이봉건 (2008). 한국형 마음챙김 명상(K-MBSR)이 대학생의 우울증상, 마음챙김 수준 및 몰입 수준에 미치는 효과. *한국 심리학회지: 임상*, 27, 333-345.
- 이원종, 전진수, 김영성, 김완석 (2012). 한국형 마음챙김에 기반한 스트레스 감소 프로그램 (K-MBSR)이 암환자의 혈압, 심리적 증상 및 삶의 질에 미치는 효과. *스트레스 연구*(출판중).
- 이태선, 김정호, 김미리혜 (2010). 마음챙김 명상이 여고생의 근골격계 통증에 미치는 효과. *한국심리학회지 건강*, 15(2), 281-294.
- 임성경, 김정호 (2008). 호흡마음챙김 명상이 여대생의 월경진 증후군에 미치는 효과. *한국심리학회지 건강*, 13(1), 221-236.
- 장현갑, 김정모, 배재홍 (2007). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램의 개발과 SCL-R-90으로 본 효과성 검증. *한국 심리학회지: 건강*, 12, 833-850.
- 한진숙, 김정호, 김미리혜 (2004). 마음챙김명상이 과민성대장증후군 환자들의 증상과 심리적 특성에 미치는 효과. *한국심리학회지:건강*, 9(4), 1041-1060.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomology, sense of control, and spiritual experience. *Psychotherapy Psychosomatic*, 66, 2, 97-106.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Kriesmeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 1, 27-45.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. G. (2007). Mindfulness and psychological well-being in experienced meditators. (manuscript under review).
- Benson, H. (1975). *The Relaxation Response*. New York: William Mcmorrow and Company.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11, 230 - 241.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 4, 822-48.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 4, 211-237.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationship between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness



- based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 23-33.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19, 26 - 35.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schmacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., et al. (2003). Alteration in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hayes, S. C., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy*. New York: Guilford Press.
- Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 1, 11-21.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Random House.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever You Go, There You Are: Mindfulness Meditation in Everyday Life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2010). Forward. In D. McCowen, D. Reibel, & M. S. Micozzi (eds.), *Teaching Mindfulness: A Practical Guide for Clinicians and Educators*. New York: Springer.
- Kabat-Zinn, J. (2010). 마음챙김 명상과 자기치유(상)[*Full Catastrophe Living*]. (장현갑, 김교현, 김정모), 서울: 학지사. (원전은 2004년 출판).
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Nyklicek, I., & Kuijpers, K. F. (2008). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Annals of Behavioral Medicine*, 35, 331 - 340.
- Sears, S., & Kraus, S. (2009). I think therefore I Om: Cognitive distortions and copying style as mediators for the effects of mindfulness meditation on anxiety, positive and negative affect, and hope. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 6, 561-573.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. (2007). Teaching self-care to caregivers: The effects of MBSR on the mental health therapist in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105-115.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanism of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 3, 373-386.
- Shapiro, S. L. (2009). The integration of mindfulness and psychology. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 6, 555-560.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, Soulsby, J. V., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-625.

Yun, Y. H., Park, Y. S., Lee, E. S., Bang, S. M.,  
Heo, D. S., Park, S. Y., et al. (2004).  
Validation of the Korean version of the  
EORTC QLQ C 30. *Quality of Life  
Research, 13*, 863-868.

원고접수일: 2011년 12월 5일

게재결정일: 2012년 3월 7일

한국심리학회지: 건강

The Korean Journal of Health Psychology

2012. Vol. 17, No. 1, 79 - 98

---

# Effects of K-MBSR Program on Levels of Mindfulness, Psychological Symptoms, and Quality of Life: The Role of Home Practice and Motive of Participation.

Wan-SukGim

Ajou University

Department of Psychology

Jin Soo Jun

Isu Psychological Counseling Center

The purpose of this study were to investigate 1) the effects of K-MBSR on levels of mindfulness, psychological symptoms, and quality of life, 2) the relationships between home practice and the amounts of changes in mindfulness, psychological symptoms, and quality of life, before and after K-MBSR, and 3) the moderating role of the motivation for participating in the program. Korean versions of FFMQ, BSI, and EORTC QLQ C30 were used to measure mindfulness, psychological symptoms, and quality of life before and after K-MBSR in a sample of 57 adults in a clinical K-MBSR program. The amount of practice at home was calculated based on participants' self-report, and motivations for of participating in K-MBSR were categorized into one of two categories either for reducing personal suffering or for career development based on pre-program interview data. Results showed significant increase in mindfulness ability, especially in subscales such as observation, describing, non-judgment, and non-reactivity. The GSI score and obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, and anxiety subscale scores of BSI were significantly decreased, suggesting that participating in K-MBSR leads to reductions in psychological symptoms. The overall quality of life index (Core-30), and psychological function, evaluation of one's health, and evaluation of one's

quality of life were all significantly increased as well. The amount of home practice didn't show significant correlations with changes of mindfulness levels, psychological symptoms, or quality of life during 6 weeks of the K-MBSR program. Finally, it was revealed that the self-healing group whose main purpose was to reduce personal suffering, showed greater salutary effects in most dependent variables than the career-development group, whose main purpose was developing careers as mindfulness professionals.

*Keywords: K-MBSR, MBSR, mindfulness, meditation, psychological symptom, quality of life, amount of mindfulness practice, motivation of mindfulness practice*