

단기 MBSR이 노인의 마음챙김, 스트레스, 우울, 불안 및 삶의 만족도에 미치는 효과[†]

박 지 원
광주시립정신병원

이 혜 진[‡]
전남대학교 심리학과

본 연구는 노인들을 대상으로 단기 마음챙김 기반 스트레스 감소(MBSR) 프로그램의 효과를 알아보고자 했다. 이를 위해 노인종합복지관 취미교실 이용자 중 참가자를 선별하여 처치집단(14명)과 대기통제집단(10명)으로 나누고, 처치집단에게 한 주에 한 회기씩 총 4회기의 프로그램을 실시하였다. 프로그램의 효과를 측정하기 위해 마음챙김 수준을 알아차림과 신체자각으로 구분하였고, 그 밖에 지각된 스트레스, 우울, 불안, 삶의 만족도 수준을 자기보고 척도를 이용하여 프로그램 실시 직전, 직후, 4주 후에 걸쳐 실시하였다. 분석 결과, 처치집단이 대기통제집단에 비해 알아차림과 신체자각 수준이 사전에 비해 사후에 유의하게 더 향상했고, 이는 4주 후에까지 유지되었다. 또한, 처치집단은 대기통제집단에 비해 삶의 만족도가 사전에 비해 사후에 유의하게 더 향상된 경향을 보였고, 우울과 불안 수준은 부분적으로 감소하는 경향을 보였다. 그러나 스트레스 수준은 처치집단에서는 유의한 변화가 없었고, 통제집단은 유의하게 더 증가했다. 이 결과는 단기 MBSR 개입이 노인들의 알아차림과 신체자각 수준의 증가 및 지속에 효과가 있고, 삶의 만족도 및 우울과 불안의 수준을 감소시키는 데 부분적으로 영향을 미친다는 점을 시사한다. 위 결과를 바탕으로 본 연구의 의의와 제한점에 대해 논의하였다.

주요어: 노인, MBSR, 마음챙김, 알아차림, 신체자각, 스트레스, 우울, 불안, 삶의 만족도

[†] 본 연구는 제1저자의 석사학위 논문의 일부를 수정, 보완한 것임. 이 논문은 2013년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2013S1A5A8024103).

[‡] 교신저자(Corresponding author) : 이혜진, (61186) 광주광역시 북구 용봉로 77 전남대학교 심리학과, Tel: 062-530-2650, E-mail: hjl2013@chonnam.ac.kr

통계 자료에 따르면 2015년 기준 우리나라 65세 이상 인구는 전체 인구의 12.8%로, 2026년에는 20%로 증가하여 초고령사회로의 진입이 예측되고 있다(통계청, 2016). 이에 따라 노년기에 경험하는 어려움과 노인의 삶의 질 향상에 대한 사회적 관심도 함께 증가하고 있다. 노년기는 신체적 및 사회적 관계의 변화로 인해 다양한 스트레스원에 노출되는 시기이다. 예를 들면, 한국 노인들은 신체적 노화, 경제력 저하, 가까운 사람의 죽음, 자녀와의 불화, 사회적 고립 등으로 인해 스트레스를 받는다고 한다(서경현, 2007). 이러한 스트레스를 많이 받을수록 우울과 불안도 더 많이 경험하게 된다(이인정, 2014; 임주영, 전귀연, 2012). 지역 사회 노인 인구 약 33%가 우울증을 보고했고(보건복지부, 2014), 불안장애 진료인원 중 70대 이상이 가장 많은 것으로 나타나(건강보험심사평가원·국민건강보험공단, 2014), 노년기의 우울과 불안은 심각한 문제라 할 수 있다. 특히 우울은 노인 자살위험의 가장 큰 예측변인으로 알려져 있다(문동규, 2012). 나아가, 스트레스나 우울 및 불안의 수준이 높을수록 노인들의 삶에 대한 만족도나 심리적 안녕감 수준은 낮게 나타난다(김혜경, 서경현, 2014; 박상규, 2006; 신성일, 김영희, 2013; 장승호, 나안숙, 이상열, 2013).

이 같이 노년기에 나타날 수 있는 다양한 심리적 어려움에 대해서 예술, 운동, 상담, 회상 프로그램들이 실시되고 있으며, 이러한 개입방법들은 주로 노인들의 우울 수준을 낮추고 자존감과 삶의 만족도를 향상시키는 데 초점이 맞추어져 있다(최미선, 송병주, 2016). 그러나 최근에는 마음챙김 훈련을 통해 노인의 심신의 건강과 정서적 안녕감을 향상시켜 전반적인 노화과정을 돕는 개입

법이 주목을 받고 있다(Geiger et al., 2016). 마음챙김(mindfulness)이란 매 순간 경험하는 신체감각, 감정, 생각 등을 주의 깊게 관찰함으로써 명료하게 알아차리고, 이러한 알아차림에 대해 옳고 그르고 또는 싫고 좋고를 판단하지 않고 개방적이고 수용적인 태도로 임하는 상태를 뜻한다(Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990). 마음챙김을 훈련하는 가장 대표적인 치료법은 마음챙김 기반 스트레스 감소 프로그램(Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR; Kabat-Zinn, 1990, 1994)이다. MBSR은 Kabat-Zinn이 1979년에 만성 통증과 스트레스 관련 질환 환자들을 위한 프로그램으로 처음 의료 현장에 도입하였고, 그 후 임상집단 뿐만 아니라 건강한 사람들을 대상으로 다양한 문제에 있어 광범위하게 사용되고 있다. 국내외 메타분석에 의하면 MBSR은 스트레스와 통증 감소뿐만 아니라 우울과 불안과 같은 정신 병리 증상, 암 또는 만성질환자의 심리사회적 적응, 삶의 질과 주관적 안녕 등 광범위한 영역에서 그 효과가 입증되고 있다(이혜진, 박형인, 2015; Gotink et al., 2015).

MBSR은 8회기의 구조화된 집단 프로그램으로, 다양한 명상훈련을 통해 마음의 작용을 관찰하고 주의조절 능력을 키워 마음챙김 수준을 증가시키는 것을 목표로 한다(Holzel et al., 2011). 마음챙김 상태를 유지할수록 외부자극뿐만 아니라 자신의 감각, 사고, 감정 등 내적인 과정을 보다 명료하게 자각할 수 있게 되고(Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), 경험에 대한 수용력이 증가하여 삶과 자신에 대한 관점이 수용적이고 융통성있게 변화하고(Bishop et al., 2004), 일상의 스트레스에 대해 비판단적이고

비자동적으로 반응하고 자기조절력이 향상되어 (Brown & Ryan, 2003) 스트레스 반응과 심리적 고통이 감소하고 주관적인 삶의 만족도가 증가한다고 알려져 있다. MBSR은 특히 바디스캔, 하타 요가, 호흡명상 등을 통해 신체와 호흡을 이용하여 자각을 증진시키는 훈련을 한다. 이는 이완된 상태가 중요할 뿐만 아니라 신체자각이 실제 자극과 그 자극을 해석하는 마음의 관계에 대한 이해에 도움을 주기 때문이다(조옥경, 왕인순, 2016).

비록 MBSR의 효과가 국내외 메타분석 연구를 통해 확인되고 있지만, 노인을 대상으로 한 MBSR 연구는 국내에서는 그 수가 매우 적고, 국외에서도 최근에만 증가하고 있는 추세이다 (Geiger et al., 2016). 국내에는 지금까지 총 여섯 개의 연구에서 MBSR 또는 MBSR을 변형한 프로그램을 사용하였다. 구체적으로 살펴보면, 김보민(2008)은 경로당 노인들을 대상으로 MBSR 프로그램을 실시하였는데, 처치집단이 통제집단에 비해 마음챙김 수준과 삶의 만족도가 유의하게 높았고, 스트레스와 우울 수준은 유의하게 낮았다. 반면, 일부 결과가 유의하지 않은 경우들도 있었는데, 엄수현과 김병석(2016)의 연구에서 복지관 노인들의 생활만족도는 프로그램 실시 후 더 증가하였으나 마음챙김 수준에는 차이가 없었다. 김경남, 손혜경과 박현주(2014)는 복지시설 노인들을 대상으로 프로그램을 실시했는데, 처치집단이 통제집단에 비해 삶의 만족도는 증가했지만 우울 수준에는 차이가 없었다. 정인순(2012)의 연구에서 노인대학 노인들의 불안 수준에 유의한 차이가 없었고, 유선희(2012)의 연구에서 요양원 노인들의 스트레스와 우울 수

준에 집단과 시기에 따른 유의한 변화가 없었다. 마지막으로, 정희영(2013)의 연구에서 처치집단의 노인 당뇨환자들은 설문지로 측정된 스트레스에서는 차이가 없었지만 코르티솔 반응은 유의하게 감소하였다.

국외에서 실시된 노인들을 대상으로 한 MBSR 연구 결과에 따르면, 개입 후 마음챙김 수준이 증가한 연구들도 있지만(Creswell et al., 2012; Kumar, Adiga, & George, 2014b; Lenze et al., 2014; Moynihan et al., 2013), 유의한 차이가 없는 연구들도 있었다(Moss et al., 2015; Morone, Rollman, Moore, Qin, & Weiner, 2009; Mularski et al., 2009; Wahbeh, Goodrich, & Oken, 2016). 스트레스의 수준도 유의하게 감소한 연구들도 있지만(Kumar, Adiga, & George, 2014a; Moynihan et al., 2013; Perez-Blasco, Sales, Melendez, & Mayordomo, 2016), 그 변화가 유지되지 못하거나(Hayne et al., 2014) 유의한 변화가 없는 연구들도 있었다(Mularski et al., 2009; Wahbeh et al., 2016). 또한 MBSR은 우울 수준의 감소를 가져온다고 보고되기도 했지만(Kumar et al., 2014b; Moynihan et al., 2013; Young & Baime, 2010; Zhang et al., 2015), 변화가 없는 경우도 있었다(Ernst et al., 2008; Jansen, Dahmen-Zimmer, Kudielka, & Schultz, 2016; Meize-Grochowski et al., 2015; Moss et al., 2015; Perez-Blasco et al., 2016; Wahbeh et al., 2016). 불안 수준도 마찬가지로, 처치 후 그 수준이 유의하게 감소된 연구들이 있는 반면(Kumar et al., 2014a; Young & Baime, 2010), 그 변화가 유지되지 않거나(Hayne et al., 2014), 변화가 없는 경우들도 있었다(Jansen et al.,

2016; Meize-Grochowski et al., 2015; Moss et al., 2015; Zhang et al., 2015). 마지막으로, 프로그램 처치 후 삶의 질이나 주관적 안녕감이 증가되기도 했지만(Ingraham et al., 2016; Martins, 2014) 유의한 변화가 없는 결과도 있었다(Ernst et al., 2008; Jansen et al., 2016; Morone, Greco, & Weiner, 2008).

국내외 기존 연구 결과들을 종합하면, 프로그램 개입을 통해 마음챙김과 스트레스 수준, 우울과 불안, 삶의 만족도 등의 변인들에 변화가 있었지만, 일관되게 나타나지는 않았다. 이는 아직 연구의 수가 충분치 않아 결론을 내리기 어려운 것으로 보인다. 특히 국내에는 연구가 여섯 개밖에 존재하지 않아 더 많은 연구를 통해 결과가 반복 검증되어야 할 필요가 있다. 또한, 연구 별로 대상자인 노인 집단의 특성의 차이가 결과에 영향을 미칠 수 있다. 예를 들어, 건강한 노인집단과 신체적 질병이 있는 노인집단은 다른 효과를 보일 수 있고(Geiger et al., 2016), 건강한 노인을 대상으로 하더라도 기저의 우울이나 불안 등과 같은 정서적 수준이 프로그램 개입의 효과를 조절한다는 연구 결과들이 있다(Gallegos, Hoerger, Talbot, Moynihan, & Duberstein, 2013; Moss et al., 2015).

또 주목할 만한 점은 노인들의 경우 신체 및 집중력에 제한이 있고 중도탈락률이 높기 때문에 프로그램의 변형이 필요하다는 점이다. 실제로 대부분의 국내 연구에서 종일명상을 하지 않고 회기 수 또는 회기 당 시간을 줄여서 시행했고(김경남 외, 2014; 김보민, 2008; 엄수현, 김병석, 2016; 유선희, 2012), 국외 연구에서도 상당수가 시간을 줄이거나 요가동작을 단순화하는 등 변형한 경우

가 많았다(Ernst et al., 2008; Kumar et al., 2014a, 2014b; Meize-Grochowski et al., 2015; Morone, Lynch, Greco, Tindle, & Weiner, 2008; Morone et al., 2009; Moss et al., 2015). 이는 노인을 대상으로 할 경우에는 회기 당 시간을 줄이고 요가동작의 변형이 필요하다는 치료적 제언과도 같은 맥락이다(McBee, 2014; Morone & Greco, 2014). 또 한 가지 중요한 점은 MBSR 프로그램 관련 과정변인인 마음챙김 수준을 직접적으로 측정하는 연구가 많지 않다는 점이다. 예를 들어, 국내에서는 단 두 개의 연구에서 마음챙김 수준을 측정했기 때문에 마음챙김 훈련의 처치가 제대로 되었는지 확인하는 데 제한이 있었다. 또한, MBSR의 주요 기제인 신체자각 능력(Holzel et al., 2011)을 측정하는 연구는 국내외를 통틀어 전무하였다.

이와 같은 선행연구들을 토대로 본 연구는 다음과 같은 목표를 가지고 실시되었다. 첫째, 복지관의 건강한 노인들을 대상으로 MBSR 연구를 실시하여 국내의 부족한 노인대상 연구에 기여하고자 하였다. 둘째, 선행연구들을 토대로 노인집단에 보다 유용하게 적용할 수 있도록 4회기로 변형한 단기 MBSR를 처치집단에게 실시하고 그 효과를 대기통제집단과 비교하고자 하였다. 셋째, 마음챙김을 내적 및 외적 현상에 대해 관찰하고 주의를 기울이는 알아차림 수준과 신체적 감각과 정서에 따른 신체적 변화를 자각하는 신체자각 수준으로 나누어 그 요소를 더욱 구체적으로 확인하고자 했다. 넷째, 프로그램의 효과를 프로그램 과정변인인 마음챙김 수준뿐만 아니라, 프로그램 개입을 통해 스트레스, 우울, 불안, 삶의 만족도가 어떻게 변화하는지 확인하고자 했다. 마지막으로,

이러한 변인들의 변화가 일시적이 아니라 시간이 지나도 유지되는지를 알아보기 위해 국내 연구에서는 처음으로 프로그램 실시 후 4주 뒤에 추적 조사를 실시하였다.

본 연구의 가설은 다음과 같다. 첫째, 대기통제 집단에 비해 처치집단의 마음챙김 수준(알아차림, 신체자각)이 사전에 비해 사후가 더 높고, 사전에 비해 추후도 더 높을 것이다. 둘째, 대기통제집단에 비해 처치집단의 스트레스 수준이 사전에 비해 사후가 더 낮고, 사전에 비해 추후도 더 낮을 것이다. 셋째, 대기통제집단에 비해 처치집단의 우울 수준이 사전에 비해 사후가 더 낮고, 사전에 비해 추후도 더 낮을 것이다. 넷째, 대기통제집단에 비해 처치집단의 불안 수준이 사전에 비해 사후가 더 낮고, 사전에 비해 추후도 더 낮을 것이다. 다섯째, 대기통제집단에 비해 처치집단의 삶의 만족도 수준이 사전에 비해 사후가 더 높고, 사전에 비해 추후도 더 높을 것이다.

방 법

참가자

광주광역시 소재의 한 노인종합복지관에서 취미 교실을 이용하는 노인들을 대상으로 프로그램 참여 희망자를 모집하였다. 희망자들에게는 프로그램의 참여가 적합한지 판단하기 위해 면대면 면담을 실시하였다. 이 과정에서 경도인지장애나 치매가 의심되는 경우 간이정신상태검사(K-MMSE)를 실시하여 점수가 24점 이하인 경우는 참가자에서 제외하였다(강연옥, 나덕렬, 2003). 또한 신체적인 제한으로 인해 프로그램 활동이 어려운 경우에도 참가자에서 제외하였다. 최종적으로 26명이 참가자로 선발되었다.

선발된 26명 중에서 프로그램에 먼저 참여하기를 원하는 16명을 처치집단에, 이후에 진행되는 두 번째 프로그램에 참여를 원하는 10명을 대기

표 1. 참가자의 인구통계학적 특성과 집단 간 동질성 검증

측정변수	구분	처치집단	통제집단	χ^2	p
		n(%)	n(%)		
성별	남성	3(57.14)	0(0.00)	2.45	.12
	여성	11(42.86)	10(100.00)		
연령	60~65세	1(21.43)	0(0.00)	2.55	.64
	66~70세	6(21.43)	3(30.00)		
	71~75세	3(14.29)	3(30.00)		
	76~80세	4(42.86)	3(30.00)		
	81~85세	0(0.00)	1(10.00)		
결혼	기혼	8(57.14)	6(60.00)	0.02	.89
	사별	6(42.86)	4(40.00)		
교육수준	0~6년	4(28.57)	4(40.00)	4.25	.64
	7~9년	4(28.57)	4(40.00)		
	9~12년	5(35.71)	2(20.00)		
	> 13년	1(7.14)	0(0.00)		

통제집단으로 배정하였다. 처치집단에서 2명이 몸이 아프거나 개인적인 일정 변경으로 인해 중도 탈락했다. 따라서 최종분석에는 처치집단에 14명 ($M = 71.95$ 세, $SD = 4.89$), 대기통제집단에 10명 ($M = 74.49$ 세, $SD = 4.97$)이 포함되었다. 각 집단의 성비, 연령, 결혼상태, 교육수준에는 유의한 차이가 없었다, $\chi^2_s < 4.25$, $ps > .12$. 참가자의 인구통계학적 정보와 집단 간 동질성 검증 결과는 표 1에 제시되어있다.

측정도구

프로그램의 효과를 측정하기 위해 마음챙김, 스트레스, 우울, 불안, 삶의 만족도 수준을 측정하였다. 마음챙김 수준은 알아차림과 신체자각으로 구분하였고, 신체자각은 감각자각과 심신연결성자각으로 세분화하였다.

한국판 5요인 마음챙김 척도(K-FFMQ): 관찰 하위척도. 알아차림 수준을 측정하기 위해 5요인 마음챙김 척도(Five Facet Mindfulness Questionnaire; FFMQ; Baer et al., 2006)를 원두리와 김교현(2006)이 타당화한 한국판 척도에서 ‘관찰(observing)’ 하위척도를 사용하였다. ‘관찰’은 감각, 생각, 감정과 같은 내적 경험과 다양한 외부 자극을 주의 깊게 관찰하여 알아차리는 수준을 측정한다. 이 척도는 총 8개의 문항(리커트식 1~7점)으로 구성되며, 점수가 높을수록 알아차림 수준이 높음을 의미한다. 척도의 내적합치도(Cronbach's α)는 원두리와 김교현(2006)에서는 .87이었고, 본 연구에서는 측정시기 평균 .93이었다.

한국판 다차원신체자각척도(K-MAIA): 감각자각과 심신연결성자각 하위척도. 신체자각을 측정하기 위해 다차원신체자각척도(Multidimensional Assessment of Interoceptive Awareness; MAIA; Mehling et al., 2012)를 김완석, 심교린, 조옥경(2016)이 타당화한 한국판 척도에서 ‘감각자각(noticing; 6문항)’과 ‘심신연결성자각(mind-body connection awareness; 5문항)’ 하위척도들을 사용하여 총 11문항(리커트식 0~5점)을 실시하였다. ‘감각자각’은 신체적으로 느끼는 불편감이나 감각의 변화를 자각하는 정도를, ‘심신연결성자각’은 감정에 상태에 따라 달라지는 몸의 변화를 자각하는 정도를 측정한다. 점수가 높을수록 자각수준이 높음을 의미한다. 내적합치도는 김완석 등(2016)에서는 감각자각이 .80, 심신연결성자각이 .84였고, 본 연구에서는 측정시기 평균 감각자각이 .86, 심신연결성자각이 .91이었다.

한국판 지각된 스트레스 척도(PSS-K). 스트레스 수준을 측정하기 위해 지각된 스트레스 척도(Perceived Stress Scale; PSS-10; Cohen & Williamson, 1988)를 백영묘(2010)가 노인집단을 대상으로 타당화한 한국판 척도를 사용하였다. 이 척도는 총 10문항(리커트식 0~5점)으로 구성되며, 점수가 높을수록 지각된 스트레스 수준이 높음을 나타낸다. 내적합치도는 백영묘(2010)에서는 .83이었고, 본 연구에서는 측정시기 평균 .79였다.

한국형 노인우울검사(KGDS). 우울 수준을 측정하기 위해 노인우울검사(Geriatric Depression Scale; GDS; Yesavage et al., 1983)를 정인파, 곽동일, 조숙행과 이현수(1997)가 타당화한 한국판

척도를 사용하였다. 이 척도는 총 30문항(리커트 식 0~1점)으로 구성되며, 점수가 높을수록 우울 수준이 높음을 나타낸다. 내적합치도는 정인과 등(1997)에서는 .88이었고, 본 연구에서는 측정시기 평균 .84였다.

한국 노인의 불안 척도: 과잉불안 하위척도. 불안 수준을 측정하기 위해 한국 노인의 불안 척도(Korean Elderly's Anxiety Scale; KEAS; 임주영, 2014)에서 '과잉불안(oversensitivity)' 하위척도를 사용하였다. 이 척도는 이유없이 과도하게 걱정하거나 신체적으로 나타나는 불안 증상들을 측정한다. 이 척도는 총 8문항(리커트식 1~5점)으로 구성되며, 점수가 높을수록 불안 수준이 높음을 나타낸다. 내적합치도는 임주영(2014)에서는 .88이었고, 본 연구에서는 측정시기 평균 .87이었다.

삶의 만족 척도(SWLS). 삶의 만족도 수준을 측정하기 위해 삶의 만족 척도(Satisfaction with Life Scale; SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985)를 김정호(2007)가 번안한 것을 토대로 원문에 가깝게 수정하여 사용하였다. 이 척도는 총 5문항(리커트식 1~7점)으로 구성되며, 점수가 높을수록 자신의 삶에 대한 만족 정도가 높음을 나타낸다. 내적합치도는 김정호(2007)에서는 .84였고, 본 연구에서는 측정시기 평균 .90이었다.

프로그램

Kabat-Zinn이 개발한 MBSR을 한국형으로 변형한 K-MBSR 프로그램을 실시하였다(김완석,

2010; 장현갑, 김정모, 배재홍, 2007). 기존의 K-MBSR은 매주 1회, 회기 당 2~3시간 씩 총 8회기로 구성된다. 1회기에는 먹기명상과 바디스캔을 하고, 2회기에는 걷기명상과 바디스캔, 3회기에는 호흡명상과 바디스캔, 4회기에는 정좌명상 1(호흡, 감각과 함께하기), 5회기에는 정좌명상 2(특정한 대상 없이 깨어있기), 6회기에는 하타요가, 7회기에는 종일명상(산명상, 자애명상 포함), 8회기에는 자신만의 명상법으로 이루어져 있다. 본 연구에서는 핵심내용과 회기의 순서는 K-MBSR의 구성을 그대로 사용하되, 1회기에 K-MBSR 2회기 내용을 포함하여 회기 당 2시간씩 총 4회기로 압축하였다. 다만, 본 연구의 예비연구 결과 노인 참가자들이 초반부에는 몸을 움직이는 활동을 선호하였으므로 하타요가를 먼저 배치하였고, 종일명상은 제외하였다. 회기를 구체적으로 살펴보면, 1회기에는 먹기명상, 바디스캔, 호흡명상을 하였고, 2회기에는 하타요가, 정좌명상 1, 바디스캔, 3회기에는 걷기명상, 정좌명상 2, 바디스캔, 4회기에는 산명상, 자애명상, 용서명상으로 이루어져 있다. 또한 대상자가 노인인 것을 감안하여 넘어질 위험이 있는 한 쪽 다리로 몸의 균형을 잡는 동작 등은 배제하고 동작을 간소하여 진행하였다(McBee, 2014; Morone & Greco, 2014). 프로그램을 지도하는 방법은 정애자(2015)의 매뉴얼을 참고하여 실시하였다.

프로그램은 2016년 1월 27일부터 2월 24일까지 매주 1회 복지관의 프로그램실에서 진행하였다. 2회기와 3회기 사이에 구정연휴가 있어, 이 주는 프로그램을 실시하지 않았다. 각 회기는 심리사회적 교육과 실습, 그리고 실습에 대한 소감나누기로 구성되었고, 매 회기에 과제를 부여하여 일상

표 2 프로그램 구성

회기	주제	주요내용
1	마음챙김 명상에 대한 이해	참가자 자기소개 및 프로그램에 대한 오리엔테이션 먹기명상, 바디스캔, 호흡명상 실습 소감 나누기 및 과제 설명
2	신체와 감각을 통해 알아차리기	과제 검토 및 집단 피드백 하타요가, 정좌명상 1: 호흡, 감각과 함께하기 실습, 바디스캔 소감 나누기 및 과제 설명
3	자동화 반응과 대응 알아차리기	과제 검토 및 집단 피드백 걷기명상, 정좌명상 2: 특정한 대상 없이 깨어있기 실습, 바디스캔 소감 나누기 및 과제 설명
4	일상생활 속에서 마음챙김하기	과제 검토 및 집단 피드백 산명상, 자애명상, 용서명상 실습 자신만의 명상 만들기 전체 참가자 소감 나누기

에서 꾸준히 실습을 할 수 있도록 하였다. 프로그램의 구성과 회기 내용은 표 2에 제시되어있다.

연구절차

본 연구는 전남대학교 생명윤리심의위원회에서 승인을 받은 후 진행되었다. 앞서 설명한 연구대상자 선별 절차를 거쳐 처치집단과 대기통제집단을 구성하였다. 처치집단에는 4회기로 구성된 MBSR 집단 프로그램을 주 1회, 120분씩 제공하였다. 프로그램의 효과를 측정하기 위해 자기보고식 설문지를 프로그램 시작 전, 종결 후, 그리고 4주 후에 걸쳐 총 3회 실시하였다. 대기통제집단은 처치집단과 동일한 설문지를 동일한 시기에 작성하였다.

설문지 실시 시 참가자가 노인인 것을 고려하여 참가자 한 명당 도우미 한 명을 배정하여 도우미가 문항을 읽어주며 응답을 도왔다. 도우미들은 총 7명이었으며, 도우미들 간의 신뢰도를 높이기 위해 설문 실시 전 도우미들을 대상으로 설문 실시 훈련을 하였다. 사전, 사후, 추후시기 세 번

에 동일한 도우미들이 설문에 도움을 주었다.

대기통제집단에게는 처치집단의 추적조사 종료 후 처치집단과 동일한 프로그램을 제공하려고 했으나, 복지관의 사정으로 인해 1회기(3시간)로 압축한 프로그램을 제공하였다. 프로그램은 마음챙김에 대한 설명과 먹기명상, 바디스캔, 호흡명상 등의 실습으로 구성되었다. 모든 참가자들에게 각 설문시기마다 소정의 사은품을 지급하였다.

프로그램은 임상심리전문의가의 지도 하에 본 연구자가 진행하였다. 연구자는 프로그램 진행을 위해 K-MBSR 기초교육(24시간)과 MBCT 워크샵(15시간)을 수료하였다.

분석방법

첫째, 처치집단과 대기통제집단 간 인구통계학적 특성의 동질성을 확인하기 위해 χ^2 검증을 실시하였다. 둘째, 집단 간 사전 측정치들의 동질성을 확인하기 위해 독립표본 t 검증을 실시하였다. 셋째, 프로그램의 효과를 검증하기 위해 각 종속

측정치에 대해 2(집단: 처치, 통제) × 3(측정시기: 사전, 사후, 추후)의 혼합 변량분석(mixed ANOVA)을 실시하였다. 집단과 측정시기의 상호작용이 유의할 경우, 각 집단에 대해 시기별로 대응표본 *t*검증을 사용하여 사후 분석하였다.

결 과

처치집단과 대기통제집단의 사전 동등성 검증

종속변인들에 있어 처치집단과 대기통제집단 간 사전차이가 존재하는 지 검증한 결과, 사전시기에 측정된 모든 측정치 값에서 두 집단 간 유의한 차이는 없었다, $t_s < 1.44$, $p_s > .16$.

MBSR 프로그램의 효과 검증

종속변인들에 대해 처치집단과 통제집단의 측정시기별 평균(표준편차), 그리고 집단과 시기에 따라 유의한 차이가 나타났는지 검증한 결과를 표 3에 제시하였다. 또한, 각 변인에 대해 집단과 시기에 따른 평균 점수의 변화를 그림 1에 제시하였다. 각 변인들에 대한 결과를 살펴보면 다음과 같다.

마음챙김 관련 변인들

알아차림. 알아차림 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 15.51$, $p < .01$. 상호작용효과가 어디에서 기인했는지 사후 분석한 결과, 처치집단에서 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 높았고, $t(22) = 4.30$, p

$< .01$, 추후점수도 유의하게 더 높았다, $t(22) = 4.62$, $p < .001$. 반면, 통제집단에서는 사전점수와 사후점수 간 차이가 유의하지 않았고, $t(22) = -1.32$, *n.s.*, 사전점수와 추후점수 간 차이도 유의하지 않았다, $t(22) = -.95$, *n.s.*

감각자각. 신체자각 중 감각자각 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 16.53$, $p < .001$. 상호작용 분석 결과, 처치집단에서 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 높았고, $t(22) = 3.04$, $p < .01$, 추후점수도 유의하게 더 높았다, $t(22) = 3.57$, $p < .01$. 반면, 통제집단에서는 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 낮았고, $t(22) = -3.69$, $p < .05$, 추후점수도 유의하게 더 낮았다, $t(22) = -4.32$, $p < .01$.

심신연결성자각. 신체자각 중 심신연결성자각 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 20.41$, $p < .001$. 상호작용 분석 결과, 처치집단에서 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 높았고, $t(22) = 3.86$, $p < .01$, 추후점수도 유의하게 더 높았다, $t(22) = 3.94$, $p < .01$. 반면, 통제집단에서는 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 낮았고, $t(22) = -3.14$, $p < .05$, 추후점수도 유의하게 더 낮았다, $t(22) = -3.48$, $p < .01$.

스트레스

스트레스 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 7.15$, $p < .01$. 상호작용 분석 결과, 처치집단에서 사전점수와 사후

표 3. 각 집단의 시기에 따른 종속변인들의 평균(표준편차)과 혼합범량분석 결과

	초치집단(<i>n</i> = 14)						통제집단(<i>n</i> = 10)						mixed ANOVA	
	사전	사후	추후	사전	사후	추후	사전	사후	추후	집단	시기	집단×시기		
	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>F</i> (1, 22)	<i>F</i> (2, 44)	<i>F</i> (2, 44)		
마음챙김														
알아차림	31.57(11.86)	47.57(6.19)	48.86(5.56)	31.70(9.64)	30.20(8.43)	30.50(7.49)	18.57**	11.27*	15.51**					
감각자각	19.00(5.75)	24.93(4.21)	25.64(3.69)	20.90(3.87)	17.70(4.30)	17.30(4.24)	9.86**	1.47	16.53***					
심신연결성자각	14.93(5.95)	21.00(2.66)	21.29(2.23)	17.40(5.52)	14.40(4.48)	13.80(4.83)	6.41*	1.92	20.41***					
스트레스	17.07(6.13)	15.71(5.04)	15.79(4.96)	20.00(8.08)	25.60(9.08)	25.40(7.97)	8.66**	2.68	7.15**					
우울	8.57(4.60)	7.57(4.15)	7.07(4.12)	11.50(5.30)	12.70(5.21)	13.70(5.98)	6.38*	0.37	9.73**					
불안	19.00(5.92)	16.71(4.79)	16.93(4.83)	22.60(6.40)	24.80(7.24)	25.40(8.00)	8.04*	0.17	6.07*					
삶 만족도	21.50(8.00)	25.14(5.87)	25.29(5.27)	19.10(7.89)	16.80(8.48)	16.50(8.02)	5.55*	0.28	6.68*					

주. 알아차림 = K-FFMQ, 관찰 하위척도; 감각자각, 심신연결성자각 = K-MAIA 하위척도; 스트레스 = PSS-K 총점; 우울 = K-GDS 총점; 불안 = KEAS 과잉불안 하위척도; 삶 만족도 = SWLS 총점. **p* < .05. ***p* < .01. ****p* < .001.

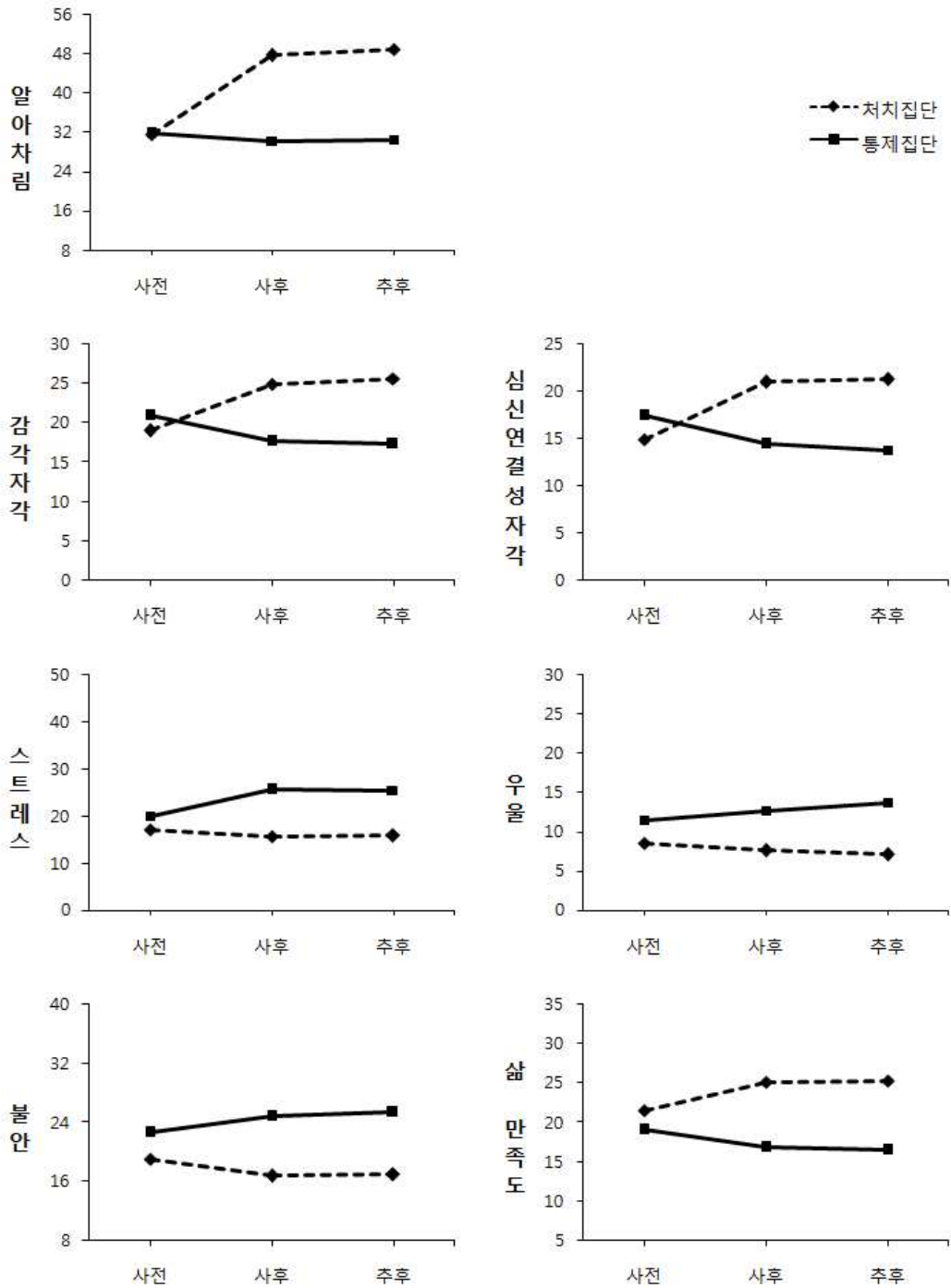


그림 1. 각 변인에 대한 집단과 시기에 따른 평균 점수의 변화

점수 간 차이가 유의하지 않았고, $t(22) = -.96$, *n.s.*, 사전점수와 추후점수 간 차이도 유의하지 않았다, $t(22) = -1.21$, *n.s.* 반면, 통제집단에서는 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 높았고, $t(22) = 3.24$, $p < .05$, 추후점수도 유의하게 더 높았다, $t(22) = 3.20$, $p < .05$.

우울

우울 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 9.73$, $p < .01$. 상호작용 분석 결과, 처치집단에서 사전점수와 사후점수 간 차이는 유의하지 않았지만, $t(22) = -1.34$, *n.s.*, 추후점수는 더 낮은 경향성을 보였다, $t(22) = -1.90$, $p = .080$. 반면, 통제집단에서는 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 높았고, $t(22) = 4.13$, $p < .01$, 추후점수도 유의하게 더 높았다, $t(22) = 3.84$, $p < .01$.

불안

불안 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 6.07$, $p < .01$. 상호작용 분석 결과, 처치집단에서 사전점수에 비해 사후점수가 더 낮은 경향성이 있었고, $t(22) = -1.82$, $p = .092$, 사전점수와 추후점수 간 차이는 유의하지 않았다, $t(22) = -1.21$, *n.s.* 반면, 통제집단에서는 사전점수에 비해 사후점수가 더 높은 경향성이 있었고, $t(22) = 2.11$, $p = .064$, 추후점수도 더 높은 경향성이 있었다, $t(22) = 3.20$, $p = .055$.

삶의 만족도

삶의 만족도 수준에 대한 집단과 측정시기의 상호작용이 유의하였다, $F(2, 44) = 6.68$, $p < .05$. 상호작용 분석 결과, 처치집단에서 사전점수에 비해 사후점수가 더 높은 경향성이 있었고, $t(22) = 1.94$, $p = .075$, 추후점수도 더 높은 경향성이 있었다, $t(22) = 1.94$, $p = .075$. 반면, 통제집단에서는 사전점수에 비해 사후점수가 유의하게 더 낮았고, $t(22) = -3.02$, $p < .05$, 추후점수도 유의하게 더 낮았다, $t(22) = -3.41$, $p < .01$.

논 의

본 연구는 노인들을 대상으로 단기 MBSR 프로그램이 마음챙김의 요소인 알아차림과 신체자각, 그리고 스트레스, 우울, 불안, 삶의 만족도에 미치는 효과를 확인하고자 하였다. 이를 위해 지역사회의 복지관을 이용하는 노인들을 선별하여 처치집단과 대기통제집단으로 나누고, 처치집단에 4회기로 구성된 MBSR을 실시하였다. 프로그램의 효과는 처치 전, 후, 그리고 4주 후에 측정하였다. 연구에서 도출된 결과를 중심으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 처치집단의 마음챙김 수준이 대기통제집단에 비해 유의하게 증가하였다. 구체적으로 살펴보면, 프로그램 실시 후 처치집단의 알아차림 수준이 유의하게 증가하였고, 처치집단의 감각자각과 심신연결성자각 수준도 유의하게 증가하였다. 이러한 결과는 MBSR 프로그램을 노인들에게 실시한 결과 마음챙김 수준이 증가했던 선행연구들(김보민, 2008; Creswell et al., 2012; Kumar et

al., 2014b; Lenze et al., 2014; Moynihan et al., 2013)과 일치하는 결과이다. 또한, 비록 MBSR의 직접적인 효과로 밝혀진 바는 없으나, 명상 훈련이나 마음챙김을 기반으로 한 개입이 신체자각을 증진시킨다는 기존연구들과도 맥락을 같이 한다 (Bornemann, Herbert, Mehling, & Singer, 2015; De Jong et al., 2016). 실제로 많은 참가자들이 몸을 움직이는 명상(하타요가, 걷기명상)을 실습하면서 근육의 떨림, 체온과 호흡의 변화 등을 좀 더 명료하게 자각하였고, 정좌명상을 통해 자신의 생각과 감정을 더 잘 알아차리게 되었다고 보고하였다.

따라서 본 연구 결과는 MBSR 프로그램의 처치가 적절히 이루어졌음을 확인했을 뿐만 아니라, 단기간의 마음챙김 훈련으로도 노인 참가자들이 알아차림 수준과 신체자각력을 증진시킬 수 있음을 시사한다. 선행연구에 의하면 마음챙김을 반복적으로 훈련할수록 알아차림 수준이 증가하고 (Baer, Carmody, & Hunsinger, 2012; Goldberg et al., 2016), 이러한 알아차림 수준의 증가는 우울과 불안과 같은 심리적 증상들의 감소에 영향을 미쳤다 (Carmody & Baer, 2008). 또한, 신체자각 수준이 높을수록 알아차림 수준도 높고 (김완석 외, 2016; Bornemann et al., 2015), 신체적 반응과 정서의 일치성이 높아져 심리적 안녕감이 높아지며 (Sze, Gyurak, Yuan, & Levenson, 2010), 자신의 정서상태에 대한 인식 또한 증진되어 정서조절 능력의 향상을 가져온다고 한다 (Fustos, Gramann, Herbert, & Pollatos, 2012). 특히 노인의 경우 신체적 노화와 질병으로 인해 몸과 마음의 연결에 대한 자각과 수용적인 태도가 중요한 점을 고려할 때 (Rejeski, 2008), 위의 결과는 MBSR이 노인을

대상으로 한 개입방법으로 효과적임을 나타낸다.

더욱이, 알아차림과 감각자각, 심신연결성자각의 향상은 프로그램이 끝나고 4주 후에도 유지되어 개입의 효과가 일시적인 것은 아니었다. 이는 국외의 노인 연구에서 마음챙김 수준의 증가가 추적조사까지 지속된 결과와 일치한다 (Lenze et al., 2014; Moynihan et al., 2013). 국내에서는 노인 대상 연구로 추후검사를 실시한 적은 없었으나, 다른 연령집단의 연구들에서 마음챙김 수준의 증가가 유지되었다는 메타분석 결과와 그 맥락을 같이 한다 (이혜진, 박형인, 2015).

둘째, 처치집단이 대기통제집단에 비해 삶의 만족도 수준이 증가한 경향을 보였으며, 이는 4주 후에도 지속되었다. 이는 노인을 대상으로 MBSR을 실시한 결과 삶의 만족도가 증가한 선행연구들 (김경남 외, 2014; 김보민, 2008; 엄수현, 김병석, 2016; Ingraham et al., 2016; Martins, 2014)과 일치하는 결과이며, 메타분석 결과 마음챙김 기반 치료가 삶의 질 또는 주관적 안녕감을 증진시킨다는 결과와도 그 맥락을 같이 한다 (De Vibe, Bjørndal, Tipton, Hammerstrøm, & Kowalski, 2012).

선행연구에 따르면 마음챙김 수준이 높을수록 노년기의 삶의 만족도가 높았고 (조성자, 김병석, 2014; Fiocco & Mallya, 2015), 나이들과 관련된 부정적인 정서가 완화되었다 (Raes, Bruyneel, Loeys, Moerkerke, & De Raedt, 2015). 또한, 신체자각 수준이 높을수록 삶의 만족도도 높았다 (Impett, Daubenmier, & Hirschman, 2006). 나아가, 마음챙김 수준이 높을수록 심리적 수용력이 높았다 (Keng, Smoski, & Robins, 2011). 이러한 수용적인 태도는 노년기의 통합과정에 있어 중요

한 변인일 뿐만 아니라(Fisher, 1995), 삶의 만족도를 유의하게 예측하는 변인이다(이훈진, 2009). 실제로 본 연구 참가자들이 프로그램을 통해 자신의 삶을 돌아보고 과거 혹은 현재에 가지고 있는 어려움을 좀 더 수용할 수 있게 되었고, 자신의 삶을 긍정적으로 바라보게 되었다고 보고하였다. 특히 산명상과 자애명상을 실시한 후에 자신과 타인에 대해 더 사랑하는 마음을 갖게 되었다고 보고하였고, 참가자들 간에 서로를 격려하고 감사를 표시하는 경우가 많았다.

셋째, 처치집단의 스트레스 수준은 프로그램 후 유의한 변화가 없었던 반면, 대기통제집단에서는 시간이 지남에 따라 그 수준이 오히려 증가했다. 이는 비록 노인을 대상으로 MBSR 처치 후 심리적 스트레스 수준에 유의한 변화가 없었던 선행연구들도 있지만(유선희, 2012; 정희영, 2013; Hayney et al., 2014; Mularski et al., 2009; Wahbeh et al., 2016), 스트레스 감소 효과가 있었던 선행연구들(김보민, 2008; Kumar et al., 2014a; Moynihan et al., 2013; Perez-Blasco et al., 2016)과는 다른 결과이다.

처치집단에서 스트레스 수준이 감소하지 않은 이유로 척도의 한계를 생각해볼 수 있다. 본 연구에서는 지각된 스트레스 척도를 사용했는데, 이 척도는 지난 한 달 동안 자신의 일상에 일어난 사건들과 그와 관련된 대처자원에 영향을 받는다(Cohen & Williamson, 1988). 따라서 척도의 2주 검사-재검사의 신뢰도도 .42로 다소 낮은 편이다(백영모, 2010). 본 연구의 경우, 연구기간 도중에 명절이 겹쳐 참가자 중에 가족 관련 문제로 스트레스를 호소하는 경우가 많았다. 노인에게 자녀와의 불화 등 가족 문제가 주요 스트레스원임을 고려

할 때(이인정, 2014), 연구기간 중 스트레스 사건의 발생이 프로그램 처치와는 상관없이 스트레스 지각에 영향을 미쳤을 수 있다. 또한, 본 연구 결과에 따르면 통제집단의 스트레스는 유의하게 증가한 반면, 처치집단은 그 수준에 유의한 변화가 없었다. 이는 처치집단이 스트레스를 받는 상황에서 지각된 스트레스 수준이 더 악화되지는 않았다고 해석할 수도 있다. 실제로 노인 선행연구에서 MSBR 실시 후 처치집단의 스트레스 수준은 변화가 없었지만 무처치 통제집단은 오히려 유의하게 증가한 경우가 있었고(유선희, 2012), 처치 후 스트레스에 노출되었을 때 처치집단은 유의한 변화가 없는 반면 통제집단에서만 우울이나 불안이 유의하게 상승한 연구 결과와도 일치한다(배재홍, 장현갑, 2006). 마지막으로, 자기보고 형식은 객관적 측정치와는 다른 결과를 도출했을 수도 있다. 예를 들어, 노인 대상 MBSR 연구에서 설문지로 측정된 스트레스는 집단 간 차이가 없었지만, 코르티솔의 혈중농도는 처치집단이 프로그램 실시 후 유의하게 감소한 경우가 있었다(정희영, 2013). 따라서 추후에는 보다 객관적인 측정치를 사용하여 스트레스 수준을 측정할 필요가 있다.

넷째, 처치집단이 대기통제집단에 비해 우울과 불안 수준은 부분적으로 감소한 경향성만 보였다. 즉, 처치집단에서 우울 수준은 프로그램 실시 전에 비해 실시 4주 후에 감소된 경향성을 보였고, 불안 수준은 실시 전에 비해 실시 직후에 감소된 경향성을 보였고 추후 시기까지 유지되지는 못했다. 선행연구들에 따르면 MBSR이 노인들의 우울 및 불안 수준을 유의하게 감소시킨 연구들도 있지만(김보민, 2008; Kumar et al., 2014a, 2014b; Moynihan et al., 2013; Young & Baime, 2010;

Zhang et al., 2015), 그렇지 않았던 선행연구들도 많았다(김경남 외, 2014; 유선희, 2012; 정인순, 2012; Ernst et al., 2008; Hayney et al., 2014; Jansen et al., 2016; Meize-Grochowski et al., 2015; Moss et al., 2015; Perez-Blasco et al., 2016; Wahbeh et al., 2016; Zhang et al., 2015). 또한, 연구 별로 대상자인 노인 집단의 특성의 차이가 결과에 영향을 미쳤을 수 있다. 예를 들어, 건강한 노인집단과 신체적 질병이 있는 노인집단은 다른 효과를 보일 수 있고(Geiger et al., 2016), 건강한 노인을 대상으로 하더라도 기저의 우울이나 불안 등과 같은 정서적 수준이 프로그램 개입의 효과를 조절한다는 연구 결과들이 있다(Gallegos et al., 2013; Moss et al., 2015). 이에 대한 이유로 첫째, 본 연구에서는 비교적 건강한 노인들을 대상으로 하였기 때문에 우울과 불안과 같은 증상의 변화 정도에 한계가 있었을 수 있다. 선행연구의 상당수에서 건강한 일반 노인을 대상으로 프로그램을 실시하여 우울이나 불안의 증상 감소가 나타나기도 하였고, 노인들의 처치 전 우울이나 불안 수준이 프로그램 개입의 효과를 조절한다는 연구 결과들도 있었다(Gallegos et al., 2013; Moss et al., 2015). 그러나 메타분석 연구 결과에 따르면 연구 대상자의 임상적 상태나 심리적 고통이 심하지 않을 경우 우울과 불안과 같은 증상 감소의 효과크기는 상대적으로 더 작았다(De Vibe et al., 2012; Hofmann, Sawyer, Witt, & Oh, 2010). 특히 본 연구의 경우, 프로그램 실시 전 처치집단의 우울 평균점수가 8.57점이었는데, 이는 14점부터 우울을 의심하는 척도의 절단점 보다 낮은 점수로, 프로그램 실시 후 점수가 감소하는 데 바닥효과가 있었을 수 있다. 이와 비

슷하게, 기존 연구에서도 노인들의 우울 수준이 낮은 경우 MBSR 처치 후에 우울 점수가 낮아진 것은 유의한 수준은 아니었다(김경남 외, 2014). 우울과 불안의 감소가 유의한 수준으로 변화하거나 또는 그 변화가 지속되지 않은 두 번째 이유로 MBSR 프로그램 자체가 우울이나 불안과 같은 증상의 변화를 목표로 하지 않기 때문일 수도 있다. 기존 연구들의 메타분석 결과 우울과 불안의 감소에는 MBSR보다 우울 감소에 초점을 둔 마음챙김 기반 인지치료(MBCT)가 더 큰 효과가 있었다(이혜진, 박형인, 2015; 조용래, 노상선, 조기현, 홍세희, 2014; Hofmann et al., 2010). 마지막으로, 본 연구에서는 선행연구와 노인 대상의 특성을 고려하여 MBSR을 압축한 형태로 실시하여 마음챙김에 미치는 효과를 확인하였으나, MBSR의 효과로 보고된 스트레스, 우울, 불안 수준의 변화(이혜진, 박형인, 2015)가 모두 나타나기에는 한계가 있었을 수 있다. 비록 대부분의 노인 대상 선행연구들에서 회기나 시간을 줄인 변형이 사용되기는 했지만, 스트레스나 우울 및 불안 등의 증상이 충분히 감소되기에는 조금 더 많은 수의 회기의 개입이 필요했을 수 있다. 예를 들어, 배재홍(2010)의 연구에서 대학생들을 대상으로 MBSR 프로그램을 4회기와 8회기로 구성하여 비교했을 때, 4회기는 우울과 불안을 유의하게 감소시키지 못했으나, 8회기는 우울을 유의하게 감소시키고 추후까지 그 효과를 지속시켰다. 또한, 스트레스 관련 질환이 있는 성인을 대상으로 MBSR를 실시하여 매 회기마다 마음챙김과 스트레스 수준을 측정한 결과, 마음챙김 수준은 2회기부터 유의한 변화가 시작된 반면, 스트레스 수준은 4회기부터 유의한 변화가 시작되었다(Baer et al.,

2012). 따라서 추후에는 회기의 수를 늘려 스트레스나 우울 및 불안의 증상이 유의한 수준으로 감소되는 지 확인해볼 필요가 있다.

위의 결과들을 토대로 본 연구가 갖는 의의와 시사점은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 노인을 대상으로 MBSR 프로그램의 효과를 확인했다는 점이다. 현재 국내외에서 노인을 대상으로 한 MBSR 연구의 수가 적어 메타분석에도 포함되지 못하고 있는 실정이다. 이러한 상황에서 노인을 대상으로 프로그램의 효과를 확인하여 노인 개입 연구에 기여했다는 점에 의의가 있다. 둘째, 마음챙김의 요소를 알아차림과 신체자각으로 구분하였고, MBSR 개입으로 노인들의 알아차림과 신체자각 수준을 증진시키는 데 효과적임을 확인하였다. 기존에 마음챙김 수준을 측정하는 연구들이 있는 것은 하나, 사용한 척도들이 신체자각을 제대로 측정할 수 없었다(Baer et al., 2006). 신체자각 또는 신체를 이용한 명상 훈련은 MBSR 프로그램의 주요한 요소이자 치료적 기제로 알려지고 있는 바(Holzel, 2011), 본 연구를 통해 그 효과가 노인 대상으로 나타났음을 확인한 것에 의의가 있다. 이는 또한 추후 노인을 대상으로 한 마음챙김 기반 치료에 대한 시사점을 제공할 수 있을 것이다. 셋째, 노인을 대상으로 보다 유용하게 적용할 수 있는 단기 개입의 효과를 검증했다는 점이다. 본 연구에서는 4회기 프로그램이 대기통제 집단에 비해 알아차림과 신체자각 수준이 사전에 비해 사후에 유의하게 더 향상하였고, 추적조사를 통해 그 효과가 지속되었음을 확인하였다. 그러나 스트레스의 감소에는 유의하지 않았고, 우울과 불안도 부분적으로만 유의한 경향성이 나타났으므로, 추후 연구에서는 연구 대상자의 특성에 맞춰

회기의 추가 또는 프로그램의 구성을 조정할 필요가 있다.

본 연구는 다음과 같은 한계점과 후속 연구의 필요성을 지닌다. 첫째, 연구대상자가 복지관의 취미교실을 이용하는 비교적 건강한 노인에 국한되었다. 따라서 본 연구 결과를 모든 노인에게 일반화하기에는 한계가 있다. 후속 연구에서는 보다 다양한 노인 집단—예를 들어, 우울이나 불안 수준이 높은 노인들의 우울과 불안 수준이 감소하는지 또는 신체적 통증을 가진 노인들의 신체자각의 증진에 효과가 있는지—을 대상으로 프로그램의 효과를 검증하는 것이 필요할 것이다. 둘째, 앞서 언급한 것처럼 4회기 프로그램 개입으로 인해 알아차림과 신체자각 수준은 증가하였으나 그 밖에 종속변인 일부에서만 한계적 수준에서 유의한 변화가 있었다. 따라서 후속연구에는 회기 별로 변인의 변화 양상을 체계적으로 탐색하는 것이 필요할 것이다. 셋째, 본 연구에서는 프로그램에 먼저 참가하기를 원하는 이들을 처치집단에, 그 후 참가자들을 대기통제집단에 배정하였기 때문에 집단 간 완벽한 무선향당이 이루어지지 않았다. 추후 연구에는 무선향당을 통해 결과의 내적 타당도를 높일 수 있을 것이다. 넷째, 프로그램의 효과를 측정하기 위해 자기보고 설문지만을 사용하였는데, 추후에는 보다 객관적인 측정치를 추가할 필요가 있다.

이러한 제한점에도 불구하고 본 연구는 노인들에게 단기 MBSR 개입으로 마음챙김 수준을 증진시키고, 삶의 만족도와 우울 및 불안 수준을 부분적으로 변화시키는 데 효과적임을 확인하였는데 그 의의가 있다. 본 연구를 통해 노인들을 대상으로 한 마음챙김 기반 치료에 대한 이론적

토대와 치료적 시사점을 제공하는 데 기여할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 강연옥, 나덕렬 (2003). SNSB: 서울신경심리 검사. 인천: 휴브알앤씨.
- 건강보험심사평가원·국민건강보험공단 (2014). 2014년 건강보험통계연보. 건강보험심사평가원 국민건강보
험공단. <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0075/15288>에서 2017년 2월 3일 인출.
- 김경남, 손혜경, 박현주 (2014). 마음챙김명상 프로그램이 시설 여성노인의 수면, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. *보건의료산업학회지*, 8(3), 157-168.
- 김보민 (2008). 마음챙김 명상 프로그램이 노인의 스트레스와 정서반응에 미치는 영향. 영남대학교 석사학위 청구논문.
- 김완석 (2010). KMBSR과 MBSR의 이론적 토대와 프로그램 비교 KMBSR의 확립을 위한 개관연구. *한국명상치유학회지*, 1(1), 17-42.
- 김완석, 심교린, 조옥경 (2016). 한국판 다차원 신체자각 척도(K-MAIA). *스트레스연구*, 24(3), 177-192.
- 김정호 (2007). 삶의 만족 및 삶의 기대와 스트레스 및 웰빙의 관계. *한국심리학회지: 건강*, 12(2), 325-345.
- 김혜경, 서경현 (2014). 노인의 신체건강과 주관적 행복에 대한 스트레스와 자기노출의 역할. *한국심리학회지: 건강*, 19(1), 353-370.
- 문동규 (2012). 노인의 자살생각과 관련된 유발변인의 메타회귀분석. *노인복지연구*, 55, 133-158.
- 박상규 (2006). 노인의 정신건강과 삶의 질간의 관계. *한국심리학회지: 건강*, 11(4), 785-796.
- 배재홍, 장현갑 (2006). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램이 대학생의 정서반응에 미치는 영향. *한국심리학회지: 건강*, 11(4), 673-688.
- 배재홍 (2010). 수행기간에 따라 K-MBSR 프로그램이 대학생의 정서반응성에 미치는 영향. *한국콘텐츠학회논문지*, 10(11), 198-208.
- 백영묘 (2010). 지각된 스트레스: 척도 표준화 및 기억 기능에 대한 영향 탐색. 서울대학교 석사학위 청구논문.
- 보건복지부 (2014). 보건복지부 정책보고서 2014-61, 2014년도 노인실태조사. 보건복지부 한국보건사회연구원. http://www.kdi.re.kr/policy/ep_view.jsp?idx=141271에서 2017. 2. 3 인출.
- 서경현 (2007). 노년기 한국인의 스트레스. *스트레스연구*, 15(4), 271-278.
- 신성일, 김영희 (2013). 노인의 삶의 질에 관련된 변인들의 메타분석. *상담학연구*, 14(6), 3673-3690.
- 임수현, 김병석 (2016). 마음챙김 훈련이 노인의 스트레스와 생활만족도에 미치는 영향. *한국명상학회지*, 6(1), 29-44.
- 원두리, 김교현 (2006). 한국판 5요인 마음챙김 척도의 타당화 연구. *한국심리학회지: 건강*, 11(4), 871-886.
- 유선희 (2012). 마음챙김에 기반한 스트레스 감소 프로그램이 시설노인의 스트레스, 우울, 수면양상 및 인지 기능에 미치는 효과. 전북대학교 박사학위 청구논문.
- 이인정 (2014). 초고령 노인의 스트레스 요인과 대응방식이 우울에 미치는 영향. *보건사회연구*, 34(4), 264-294.
- 이혜진, 박형인 (2015). 마음챙김 기반 치료의 효과: 메타분석 연구. *한국심리학회지: 임상*, 34(4), 991-1038.
- 이훈진 (2009). 수용이 심리적 증상, 자존감 및 삶의 만족도에 미치는 영향. *인지행동치료*, 9(1), 1-23.
- 임주영, 전커연 (2012). 노인의 스트레스와 불안과의 관계: 위협적 상황 인지와 삶의 의미의 매개효과를 중심으로. *한국노년학*, 32(1), 257-272.
- 임주영 (2014). 한국 노인의 불안 척도 개발에 관한 연구. *한국가족관계학회지*, 19(2), 187-203.
- 장승호, 나안숙, 이상열 (2013). 일 중소도시 노인의 불안 및 삶의 질에 대한 연구. *노인정신의학*, 17(2), 74-78.
- 장현갑, 김정모, 배재홍 (2007). 한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램의 개발과 SCL-

- 90-R로 본 효과성 검증. 한국심리학회지: 건강, 12(4), 833-850.
- 정애자 (2015). MBSR 마음챙김에 기반한 스트레스 감소 프로그램 매뉴얼. 전주: 전북대학교출판문화원.
- 정인과, 광동일, 조숙행, 이현수 (1997). 한국형 노인우울검사(KGDS) 표준화 연구. 노인정신의학, 1(1), 61-72.
- 정인순 (2012). 명상프로그램(MBSR)이 노인의 정신건강에 미치는 효과성 검증. 법정리뷰, 29(2), 41-68.
- 정희영 (2013). 마음챙김명상과 걷기운동이 농촌지역 제2형 당뇨병 노인환자의 스트레스 감소와 혈관염증 반응에 미치는 효과. 한국농촌간호학회 학술대회지, 1, 1-29.
- 조성자, 김병석 (2014). 노년기의 스트레스와 삶의 만족도간의 관계: 우울, 자기효능감, 마인풀니스(mindfulness)의 매개효과. 한국노년학, 34(1), 49-71.
- 조옥경, 왕인순 (2016). 심신중재법으로서 요가의 치료적 적용. 한국심리학회지: 건강, 21(1), 1-18.
- 조용래, 노상선, 조기현, 홍세희 (2014). 우울과 불안증상에 대한 마음챙김에 기반을 둔 개입의 효과: 메타분석. 한국심리학회지: 일반, 33(4), 903-928.
- 최미선, 송병주 (2016). 노인대상프로그램의 심리적 효과와 관련된 변인에 대한 메타분석. 한국임상보건과학회지, 4(1), 504-509.
- 통계청 (2016). 장래인구추계: 2015~2065년. 통계청 사회통계국 인구동향과. http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtlPageDetail.do?idx_cd=1010#quick_05에서 2016년 7월 21일 인출.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment, 13*(1), 27-45.
- Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 68*(7), 755-765.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230-241.
- Bornemann, B., Herbert, B. M., Mehling, W. E., & Singer, T. (2015). Differential changes in self-reported aspects of interoceptive awareness through 3 months of contemplative training. *Frontiers in Psychology, 5*:1504. doi: 10.3389/fpsyg.2014.01504.
- 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), 822-848.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships 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*(1), 23-33.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. In S. Spacapan, & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M., Ma, J., . . . Cole, S. W. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity, 28*(7), 1095-1101.
- De Jong, M., Lazar, S. W., Hug, K., Mehling, W. E., Hölzel, B. K., Sack, A. T., . . . Gard, T. (2016). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on body awareness in patients with chronic pain and comorbid depression. *Frontiers in*

- Psychology*, 7, 967. doi: 10.3389/fpsyg.2016.00967.
- De Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K. T., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews*, 8(3), 1-127.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Ernst, S., Welke, J., Heintze, C., Zollner, A., Kiehne, S., Schwantes, U., & Esch, T. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction on quality of life in nursing home residents: a feasibility study. *Forschende Komplementärmedizin*, 15(2), 74-81.
- Fiocco, A. J., & Mallya, S. (2015). The importance of cultivating mindfulness for cognitive and emotional well-being in late life. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 20(1), 35-40.
- Fisher, B. J. (1995). Successful aging, life satisfaction, and generativity in later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 41(3), 239-250.
- Fustos, J., Gramann, K., Herbert, B. M., & Pollatos, O. (2012). On the embodiment of emotion regulation: Interoceptive awareness facilitates reappraisal. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(8), 911-917.
- Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A., & Duberstein, P. R. (2013). Emotional benefits of mindfulness-based stress reduction in older adults: The moderating roles of age and depressive symptom severity. *Aging & Mental Health*, 17(7), 823-829.
- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., Caldera, C. A., Combs, H. L., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2016). Mindfulness-based interventions for older adults: a review of the effects on physical and emotional well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296-307.
- Goldberg, S. B., Wielgosz, J., Dahl, C., Schuyler, B., MacCoon, D. S., Rosenkranz, M., . . . Davidson, R. J. (2016). Does the Five Facet Mindfulness Questionnaire measure what we think it does? Construct validity evidence from an active controlled randomized clinical trial. *Psychological Assessment*, 28(8), 1009-1014.
- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS One*, 10(4), e0124344.
- Hayney, M. S., Coe, C. L., Muller, D., Obasi, C. N., Backonja, U., Ewers, T., & Barrett, B. (2014). Age and psychological influences on immune responses to trivalent inactivated influenza vaccine in the meditation or exercise for preventing acute respiratory infection (MEPARI) trial. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 10(1), 83-91.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169-183.
- Holzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 537-559.
- Impett, E. A., Daubenmier, J. J., & Hirschman, A. L. (2006). Minding the body: Yoga, embodiment, and well-being. *Sexuality Research and Social Policy*, 3(4), 39-48.
- Ingraham, N., Eliason, M. J., Garbers, S., Harbatkin,

- D., Minnis, A. M., McElroy, J. A., & Haynes, S. G. (2016). Effects of mindfulness interventions on health outcomes in older lesbian/bisexual women. *Women's Health Issues, 26*(1), S53-62.
- Jansen, P., Dahmen-Zimmer, K., Kudielka, B. M., & Schulz, A. (2016). Effects of karate training versus mindfulness training on emotional well-being and cognitive performance in later life. *Research on Aging*. doi: 10.1177/0164027516669987.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there are you, Mindfulness meditation in every life*. New York: Hyperion.
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical Psychology Review, 31*(6), 1041-1056.
- Kumar, S., Adiga, K. R., & George, A. (2014a). Effectiveness of mindfulness based stress reduction (MBSR) on stress and anxiety among elderly residing in residential homes. *International Journal of Nursing Care, 22*(2), 81-85.
- Kumar, S., Adiga, K. R., & George, A. (2014b). Impact of mindfulness based stress reduction (MBSR) on depression among elderly residing in residential homes. *The Nursing Journal of India, 105*(6), 248-251.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D., . . . Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness based stress reduction for older adults with worry symptoms and co occurring cognitive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*(10), 991-1000.
- Martins, C. (2014). Quantitative Results. In Martins, C. (Ed.), *Mindfulness-Based Interventions for Older Adults* (pp. 81-108). Philadelphia, PA: Jessica Kingsley Publishers.
- McBee, L. (2014). I am Sure to Grow Old: Mindfulness-Based Elder Care. In Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications* (pp. 239-265). San Diego, CA: Academic Press.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS One, 7*(11), e48230.
- Meize-Grochowski, R., Shuster, G., Boursaw, B., DuVal, M., Murray-Krezan, C., Schrader, R., . . . Prasad, A. (2015). Mindfulness meditation in older adults with postherpetic neuralgia: a randomized controlled pilot study. *Geriatric Nursing, 30*(2), 154-160.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: a randomized controlled pilot study. *Pain, 134*(3), 310-319.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). "I felt like a new person." The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *The Journal of Pain, 9*(9), 841-848.
- Morone, N. E., Rollman, B. L., Moore, C. G., Li, Q., & Weiner, D. K. (2009). A mind-body program for older adults with chronic low back pain: results of a pilot study. *Pain Medicine, 10*(8), 1395-1407.
- Morone, N. E., & Greco, C. M. (2014). Adapting mindfulness meditation for the older adult. *Mindfulness, 5*(5), 610-612.
- Moss, A. S., Reibel, D. K., Greeson, J. M., Thapar,

- A., Bubb, R., Salmon, J., & Newberg, A. B. (2015). An adapted mindfulness-based stress reduction program for elders in a continuing care retirement community: quantitative and qualitative results from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Applied Gerontology, 34*(4), 518-538.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W., & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for older adults: effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology, 68*(1), 34-43.
- Mularski, R. A., Munjas, B. A., Lorenz, K. A., Sun, S., Robertson, S. J., Schmelzer, W., . . . Shekelle, P. G. (2009). Randomized controlled trial of mindfulness-based therapy for dyspnea in chronic obstructive lung disease. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine, 15*(10), 1083-1090.
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist, 39*(2), 90-103.
- Raes, A. K., Bruyneel, L., Loeys, T., Moerkerke, B., & De Raedt, R. (2015). Mindful attention and awareness mediate the association between age and negative affect. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 70*(2), 179-188.
- Rejeski, W. J. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist, 48*(2), 135-141.
- Sze, J. A., Gyurak, A., Yuan, J. W., & Levenson, R. W. (2010). Coherence between emotional experience and physiology: does body awareness training have an impact? *Emotion, 10*(6), 803-814.
- Wahbeh, H., Goodrich, E., & Oken, B. S. (2016). Internet mindfulness meditation for cognition and mood in older adults: a pilot study. *Alternative Therapies in Health and Medicine, 22*(2), 44-53.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research, 17*(1), 37-49.
- Young, L. A., & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-based stress reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review, 15*(2), 59-64.
- Zhang, J. X., Liu, X. H., Xie, X. H., Zhao, D., Shan, M. S., Zhang, X. L., . . . Cui, H. (2015). Mindfulness-based stress reduction for chronic insomnia in adults older than 75 years: A randomized, controlled, single-blind clinical trial. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing, 11*(3), 180-185.

원고접수일: 2017년 2월 20일

논문심사일: 2017년 3월 7일

게재결정일: 2017년 6월 2일

The Effects of a Brief MBSR on Mindfulness, Stress, Depression, Anxiety and Life Satisfaction in Older Adults

Jiwon Park

Gwangju City Mental Hospital

Hyejeen Lee

Department of Psychology,
Chonnam National University

This study aimed to examine the effects of a brief MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) program for older adults. Participants at a senior welfare center were assigned either to a treatment group ($n = 14$) or to a waitlist control group ($n = 10$). The treatment consisted of four weekly sessions. Participants completed self-report questionnaires of mindfulness, stress, depression, anxiety and life satisfaction at pre-, post-, and 4-weeks-after the treatment. Mindfulness was measured by the level of observant awareness and interoceptive awareness. Results showed that there was a significant increase of mindfulness in the treatment group as compared to the control group, and this effect was maintained at the follow-up period. There were also a significant trend of increase in life satisfaction, and a partial decrease in depression and anxiety. However, there was no significant difference in the level of stress in the treatment group. These results suggest that a brief intervention of MBSR is effective for improving mindfulness and life satisfaction, and partly effective for reducing depression and anxiety in older adults. Based on these findings, implications and limitations of this study are discussed.

Keywords: older adults, MBSR, mindfulness, observing, interoceptive awareness, stress, depression, anxiety, life satisfaction