

명상프로그램이 노인의 스트레스반응 감소에 미치는 영향

Effect of Meditation Program on Stress Response Reduction of the Elderly

허동규
영남대학교 심리학과

Dong-Gyu Heo(dg-heo@hanmail.net)

요약

본 연구는 노인 스트레스 감소를 위한 명상 프로그램의 효과성을 검증하였다. 명상 프로그램은 한국형 마음챙김 명상 프로그램과 크리야 요가로 구성하였다. 프로그램은 노인집단에서 명상집단과 통제집단을 대상으로 스트레스 반응성, 우울, 불안, 삶의 질을 종속변인으로 하여 사전-사후검사를 통해 효과 검증을 하였다. 연구결과 노인 스트레스 감소를 위한 명상 프로그램이 명상집단에서 노인의 불안, 우울, 스트레스 반응성이 사전-사후검사에서 유의한 감소를 보였고, 사후검사 결과 집단비교에서도 통제 집단과 유의한 차이를 보였다. 또한 명상집단은 삶의 질의 사전-사후검사에서도 유의한 증가를 보였고, 사후검사 결과 통제 집단과 유의한 차이를 보였다. 따라서 노인 스트레스 감소를 위한 명상 프로그램이 노인의 불안, 우울, 스트레스 반응성을 낮추고, 삶의 질을 개선시키는 연구 결과가 나타났다. 본 연구 결과를 추후연구를 위하여 논의하였다.

■ 중심어 : | 노인 명상 프로그램 | 스트레스 반응성 | 우울 | 불안 | 삶의 질 |

Abstract

The purpose of this study was to examine the effectiveness of meditation programs for stress reduction in the elderly. Meditation program for elderly stress reduction were made based on K-MBSR program and kriya yoga. Study was to examined the effectiveness of meditation on stress reduction in the elderly. The program measured the effectiveness of the stress reduction techniques on stress response, depression, anxiety, and quality of life throughout pre-post testing in both the meditation group and the control group. The result indicated that. Stress, depression and anxiety decreased and QOL increased in meditation group. The results of study 1 indicate that meditation program for elderly stress reduction effects on reducing stress and increasing quality of life. These results discussed in connection with cure mechanism for further research.

■ keyword : | Elderly Meditation Program | Stress Response | Depression | Anxiety | Quality of Life |

1. 서론

1. 스트레스 관리 기제로의 명상과 뇌 가소성

최근 급속도로 발전한 기능적 뇌영상 기술의 발달로 명상의 효과가 뇌 활성화에 영향을 미치는 것으로 밝혀지고 있다. 뇌는 충분한 자극만 주어지면 새로운 기능

이 활성화된다는 것이다[1]. 이는 시냅스의 유연성과 신경발생으로 요약되는 뇌세포가소성으로 볼 수 있다. 명상 연구에서 뇌의 구조적, 전기적 변화 그리고 뇌의 혈류, 대사적인 측면을 측정하는 방법들이 이를 뒷받침하고 있다. 이러한 연구 결과들은 뇌세포재생, 가소성과 관련하여 설명할 수 있다[2-4]. 명상은 마음이 조절자로 작용하여 뇌에 긍정적 영향을 수반한다는 것을 알 수 있다.

스트레스 유발요인이 무엇이든 뇌와 몸에서 복잡한 생리화학적 반응이 포함된다. 스트레스 반응 체계는 마음의 상태가 건강상태에 미치는 영향을 극명하게 설명해주고 있다. 또한 스트레스의 생물학적 회로는 심리적 상태에 민감하다. 스트레스가 몸의 기관과 일반적 건강에 미치는 영향은 매우 명백하게 밝혀져 있으며 일반적으로 받아들여지고 있다. 그러나 스트레스 대처에 대한 방법은 아직까지 보편적인 방안이 마련되어 있는 실정이다.

스트레스 관리는 다차원적이고도 포괄적인 접근이 필수적이다. 명상은 미국 연방정부 산하의 국립보건원(National Institute of Health; NIH)의 미국 국립 보완 대체의학센터(National Center of Complementary and alternative Medicine; NCCAM)가 분류한 5개 범주의 하나로 임상에서 주목받고 있다. 국내에서도 노인의 스트레스 감소 방안으로 생활양식의 변경을 제안하고 있다[5]. 생활양식 변경에 따른 스트레스의 효율적 대처는 스트레스로 인한 질병의 발병과 진행을 상당 부분 조절할 수 있다고 하였다. 명상은 생활양식의 변경과 스트레스의 효율적 대처에 유용한 행동의학이라 할 수 있다.

명상은 1970년대 이후 현대인이 직면하는 스트레스 대처에 효율적 방안의 하나로 주목받으면서 명상이 스트레스성 질환을 예방하고 치유할 수 있다는 기대를 갖게 하였다. 특히 이완반응[6][7], 심장병 반전 프로그램[8][9], 마음챙김에 기반한 스트레스 감소 프로그램[10]은 명상을 의료장면에 적용한 프로그램이다.

2. 노인 스트레스 관리 프로그램의 필요성

현대 의과학의 발달로 인한 평균수명의 연장은 노인

인구 증가와 사회의 고령화로 이어졌다. 특히 국내의 경우 단기간에 고령화 사회에서 고령사회로 빠르게 진행되고 있다.

노인인구의 증가는 계층을 막론하고 보편적으로 노인문제에 관한 서비스의 필요성을 증대시키는 것이 틀림없다. 노년기에는 신체능력이나 지적 능력 저하로 인해서 다양한 과제에 대처 능력이 떨어지고 심리적 소외감을 증폭시키는 결과를 가져오고 있다. 노년기의 심리적 스트레스는 노인에게 신체·심리적인 반응을 유발하며, 이러한 스트레스 반응은 신체적 질병과정에 영향을 미치는 중요 요인이 된다[11-13].

노년기에 겪을 수 있는 스트레스 요인은 자신의 질병이나 부상, 배우자의 사망, 퇴직 등 피할 수 없는 사건을 경험하게 된다. 또한 경미한 생활사건과 일상의 다양한 생활 스트레스가 의학적 문제를 야기할 수 있다. 노년기는 이전 시기에 비해 충분한 신체적, 심리적, 사회적 자원을 가지고 있지 못하기 때문에 스트레스가 질병으로 이어지거나, 돌연사로 이어질 가능성이 많다. 질병에 대한 취약성은 개인차가 있지만 노년기 스트레스는 인지기능에서 뚜렷하지 않은 기억력 및 집중력의 감소를 일으키고, 정서적 측면에서 성격과 감정 조절의 미세한 변화를 보일 수 있다. 따라서 노년기의 스트레스를 노화에 따른 당연한 과정으로 방지하면 결국 인지장애로 이어지고, 이런 결과는 치매의 발병 가능성이 높다고 보고되고 있다[12].

현재 국내 노년기 스트레스 관리 프로그램들은 노인의 특성을 고려하여 지속적이고, 자기 주도적으로 시행하기에는 다소 어려운 점이 있다. 따라서 노인들이 학습하여 지속적으로 훈련이 가능하고, 자신의 스트레스를 스스로 관리할 수 있는 방안이 절실히 필요하다.

본 연구에서는 노인들의 생활습관과 신체적 한계를 고려하여 '노인을 위한 명상프로그램'을 구성하고 그 효과성을 살펴보고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구절차

본 연구에서는 노인 스트레스 감소를 위한 명상 프로그램을 구성하고 그 과정을 진행하였다. 노인 스트레스 감소를 위한 명상 프로그램에 참여한 연구 대상자에게 연구자가 일주일에 1회 교육과 실습을 진행하고, 본 프로그램을 숙지한 사회복지사에 의해 주 5일간 50분씩 반복실습이 이루어졌다. 8주간의 프로그램이 시행되었고, 사전검사와 사후검사는 사회복지사에 의한 질문과 대상자의 대답으로 이루어졌다.

본 프로그램은 2007년 3월에 시작하여 5월까지 진행되었다. 프로그램 실시 전에 사전 검사를 실시하고, 프로그램 종료와 동시에 사후 검사를 실시하였다. 명상집단과 통제집단의 사전 평균점수가 유의한 차이가 없다고 나타난 경우에는 집단과 시기에 따라 변량분석으로 자료처리를 하고, 사전 평균점수가 유의한 차이를 나타낸 경우에는 사전검사 평균점수를 공변인으로 한 사후검사 평균점수의 차이를 알아보는 공변량분석과 집단간 사전-사후 t-검증을 실시하였다.

본 연구의 프로그램 진행자는 심리학 전공 박사 수료자로서 마음챙김 명상 전문가 과정을 수료한 본 연구의 저자에 의해 진행되었다.

2. 연구대상

경상북도 00시 소재 00양로원에 거주하는 노인을 대상으로 연구하였다. 노인들에게 여가활용을 위한 명상을 소개한다고 알린 후 참가를 희망한 30명을 대상으로 무선적으로 명상집단(남 5, 여 10)과 통제집단(남 4, 여 11)으로 나누었다. 연구자는 연구대상자를 명상집단에 15명, 통제집단에 15명으로 나누었다. 명상집단의 평균연령은 71.66(표준편차는 8.34), 통제집단은 77.46(표준편차는 4.03)이었다.

3. 프로그램

노년기는 체력의 저하와 인지기능의 감소 그리고 사회적 관계의 변화 등으로 인해 스트레스의 특징은 복잡적이고 총체적이다. 즉, 건강상태의 변화, 사회적 고립, 경제적 빈곤, 주변의 관계인들의 죽음 등과 같은 생활사건과 일상의 혼란, 그리고 노화과정에 따른 신체적, 심리적 변화가 동시에 발생한다. 이런 노년기의 스트레

스는 정서적, 인지적인 문제뿐만 아니라 삶의 질에도 영향을 미치게 될 것이다.

이에 노년기의 스트레스 관리를 위해 신체적으로는 근육과 관절의 움직임을 적게 사용하여 몸의 무리를 주지 않는 범위 내에서 움직임을 자주 할 수 있는 방식을 이용하고, 심리적으로는 감정적 대응을 자제하고, 자신의 욕구를 조절하는 훈련이 필요하다고 보여진다.

이에 본 연구에서는 명상이 스트레스 조절기법으로서 광범위하게 사용되고 있는 K-MBSR 프로그램[14]의 구성요소를 본 프로그램에 주로 사용하였다. 또한 노인들의 신체 활동력을 높이는 동적 명상법인 요가를 결합하여 노인 스트레스 감소를 위한 명상 프로그램을 구성하였다.

프로그램의 내용을 구성하기 위해 Khalsa의 「Brain Longevity」 [15]를 중심으로 하고 「Meditation as Medical」 [16]의 내용을 주로 참조하였다. Khalsa의 프로그램[16]은 뇌의 최적화를 위한 프로그램을 구성하면서 식이처방 등을 혼용하여 개인별로 프로그램을 적용하였으나 한국의 실정에서는 심리·행동 프로그램이 보조식품과 병행 적용할 수 있는 실정이 되지 못하여 이를 식이처방은 제외하였다. 개개 명상법들이 신체에 미치는 효과 면에서 다소의 차이가 있지만 명상과 요가가 결합된 복합형의 의료명상이 효과가 크다는 점[17]을 고려하였다. 노인스트레스 감소를 위한 명상프로그램의 내용을 간략히 소개하면 다음 [표 1]과 같다.

표 1. 노인스트레스 관리를 위한 명상프로그램

회기	주제	내용
1	마음과 몸, 그리고 뇌	자애명상
2	스트레스대처와 뇌의 최적화	마음챙김호흡법
3	신체감각을 통한 마음챙김	보디스캔
4	심신수련과 에너지 강화	신체에너지 활성화법
5	만트라와 대뇌 자극	뇌 자극 증강법
6	손가락과 뇌의 관계	무드라
7	송과선과 멜라토닌	송과선 강화법
8	혈류 증강과 뇌신경 가소성	혈류증강법

4. 측정도구

4.1 스트레스 반응 척도

스트레스 반응 척도[18]는 긴장, 공격성, 신체화, 분

노, 우울, 피로, 좌절 등의 7개의 하위척도로 이루어져 있으며 하위척도는 '긴장'이 6개 문항, '공격성'이 4개 문항, '신체화'가 3개 문항, '분노'가 6개 문항, '우울'이 8개 문항, '피로'가 5개 문항, '좌절'이 7개 문항으로 총 39문항으로 되어 있다. 본 연구에서는 전체문항을 스트레스 반응으로 보고 자료처리를 실시하였다. 각 문항은 0점(전혀 그렇지 않다)에서 4점(아주 그렇다)으로 평가하는 Likert형 척도로서 점수가 높을수록 스트레스에 대한 반응성이 높음을 나타낸다. 본 검사에서 나타난 신뢰도는 7개의 하위척도의 Cronbach's α 가 .76~.91, 척도 전체의 Cronbach's α 가 .97이었다. 본 연구에서 내적 일치도(Chronbach's α)는 .94로 나타났다.

4.2 우울

본 연구에 사용된 Beck의 우울척도는 한국판 Beck의 우울척도(Beck Depression Inventory; 이하 BDI)[19]이다. BDI는 1961년에 개발된 이후 현재까지 전 세계적으로 널리 사용되고 있다. 21 문항의 자기보고식 척도로, 우울증의 인지적, 정서적, 동기적, 신체적 증상을 포함한 문항으로 이루어져 있으며, 자신의 인지치료 이론에 근거를 두었기 때문에 인지적 증상을 강조한다. 각각의 문항은 0점에서 3점으로 평가되며, 전체점수는 0점에서 63점까지이다. 0-9점은 우울하지 않은 상태, 10-15점은 가벼운 우울상태, 16-23점은 중한 우울 상태, 24-63점은 심한 우울상태로 본다. 한국판 BDI에서 정상집단 539명과 우울증집단 171명을 비교한 결과 정상집단의 평균점수는 13.01(표준편차는 7.77), 우울증집단의 평균은 23.81(표준편차는 11.56)으로 나타났으며, 반분신뢰도는 .886이었다고 보고하였다[19]. 본 연구에서 내적 일치도(Chronbach's α)는 .82이었다.

4.3 Spielberger의 상태-특성 불안검사 Y형

본 연구에 사용된 Spielberger의 상태-특성 불안검사 Y형[20]은 불안 검사에 가장 널리 사용되는 문항표 검사들 가운데 하나이다. 상태-특성 불안검사의 Y형은 X형 검사를 연구하고 널리 사용해 본 경험을 토대로 X형 검사의 문항들 가운데 30%에 해당하는 문항들을 개정하여 이루어졌다. 특성불안은 스트레스를 경험하는 상

황을 위협하거나 위협이 된다고 지각하거나 이 상황에서 자신의 상태불안 반응들의 강도를 높여서 반응하는 경향에서의 개인차를 의미한다. 상태불안이란 자율신경계의 활성화 혹은 흥분 유발에 의한 긴장, 우려, 초조 및 걱정의 주관적인 상태이다. 상태 불안의 신뢰도는 .92, 특성불안의 신뢰도는 .90이었다[21]. 본 연구에서는 상태 불안의 내적 일치도(Chronbach's α)는 .89, 특성불안의 내적 일치도(Chronbach's α)는 .88로 나타났다.

4.4 한국판 세계보건기구 삶의 질 척도-단축형 (WHOQOL-BREF)

세계보건기구 삶의 질 척도-단축형은 세계보건기구에서 모든 문화권에서 삶의 질을 측정하기 위해 만든 자기보고식 검사로 국내 표준화[22]가 되어있다. 전체 26개의 항목으로 구성되어있으며 신체적 건강영역(physical health domain), 심리적 영역(psychological domain), 사회적 관계 영역(social relationships domain), 환경 영역(environment domain)의 4개 하위영역으로 구분되어 있다. 본 연구에는 전체문항을 삶의 질로 보고 자료처리를 실시하였다. 내적일관성을 나타내주는 신뢰도 계수 Cronbach's α 는 .89이다. 본 연구에서는 .91로 나타났다.

III. 연구결과

스트레스 반응성, 우울, 불안, 삶의 질에 관한 명상 집단과 통제 집단의 검사 결과를 [표 2]에 제시하였다.

1. 스트레스 반응성

집단과 검사 시기에 따른 이원반복 변량분석 결과, 검사시기[F(1, 28) = 1.25, n.s.]에서는 유의한 효과가 나타나지 않았고, 집단[F(1, 28) = 6.35, $p < .05$] 및 집단과 검사 시기의 상호작용[F(1, 28) = 32.97, $p < .001$]에서 유의한 효과가 나타났다. 단순 주효과 분석으로 살펴보면, 사전검사에서 명상집단과 통제집단에서 평균점수의 유의한 차이가 나타나지 않았고[F(1, 28) = .47, n.s.], 사후검사에서는 두 집단간 평균점수의 유의한 차

이가 나타났다[F(1, 28) = 19.41, $p < .001$]. 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 평균점수의 유의한 감소가 나타났고[F(1, 14) = 23.38, $p < .01$], 통제집단에서도 사전검사와 사후검사에서 평균점수의 유의한 증가가 나타났다[F(1, 14) = 10.76, $p < .01$].

전체적으로 살펴보면, 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 스트레스 반응성이 유의하게 감소되었고, 통제집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 스트레스 반응성이 유의하게 증가되었다. 사후검사 집단 비교에서는 명상집단이 통제집단에 비해 유의하게 스트레스 반응성이 낮게 나타났다. 이에 대한 결과를 [그림 1]에 나타내었다.

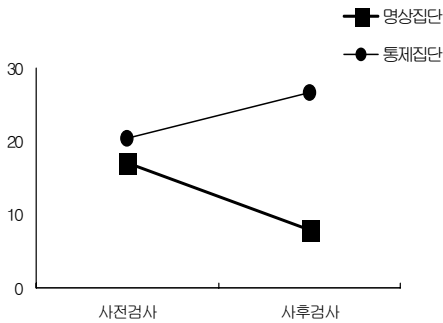


그림 1. 집단과 검사 시기에 따른 스트레스 반응성의 평균점수

2. 우울

우울의 집단과 검사 시기에 따른 이원반복 변량분석 결과, 집단[F(1, 28) = 2.52, n.s]에서는 유의한 효과가

나타나지 않았고, 검사 시기[F(1, 28) = 1.25, $p < .01$] 및 집단과 검사시의 상호작용[F(1, 28) = 19.92, $p < .001$]에서는 유의한 효과가 나타났다. 단순 주효과 분석으로 살펴보면, 사전검사에서 명상집단과 통제집단에서 평균점수의 유의한 차이가 나타나지 않았고[F(1, 28) = .33, n.s], 사후검사에서는 두 집단간 평균점수의 유의한 차이가 나타났다[F(1, 28) = 14.01, $p < .001$]. 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 평균점수의 유의한 감소가 나타났고[F(1, 14) = 14.19, $p < .01$], 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 평균점수의 유의한 증가가 나타났다[F(1, 14) = 9.12, $p < .01$].

전체적으로 살펴보면, 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 우울이 유의하게 감소하였고, 통제집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 우울이 유의하게 증가되었다. 사후검사 집단 비교에서 명상집단이 통제집단에 비해 유의하게 우울이 낮게 나타났다. 이에 대한 결과를 [그림 2]에 나타내었다.

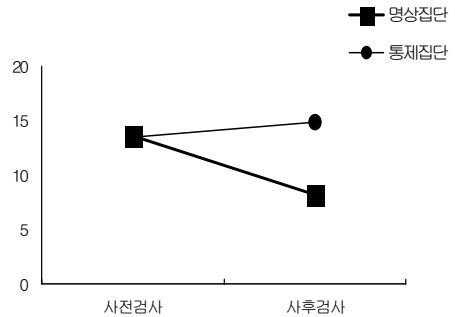


그림 2. 집단과 검사 시기에 따른 우울의 평균점수

표 2. 집단과 검사 시기에 따른 각 변인의 변량분석결과

변인	집단	사전 검사 M(SD)	사후 검사 M(SD)	집단 F	시기 F	집단×시기 F
스트레스 반응성	명상집단	17.13 (14.19)	7.93 (7.85)	6.35 *	1.25	32.97 ***
	통제집단	20.47 (12.52)	26.67 (14.47)			
우울	명상집단	13.60 (7.90)	8.20 (3.51)	2.52	7.66 **	19.92 ***
	통제집단	13.53 (5.89)	14.80 (5.86)			
상태불안	명상집단	38.47 (8.78)	34.87 (5.67)	19.69 ***	1.56	19.17 ***
	통제집단	45.40 (4.40)	47.40 (5.29)			
특성불안	명상집단	40.87 (9.58)	36.80 (6.36)	15.52 ***	8.16 **	16.93 ***
	통제집단	47.47 (3.94)	48.20 (4.35)			
삶의 질	명상집단	77.27 (14.92)	83.87 (10.38)	1.91	20.02 ***	10.00 **
	통제집단	74.20 (9.91)	75.33 (11.04)			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

3. 상태불안

집단과 검사 시기에 따른 이원반복 변량분석 결과, 검사시[F(1, 28) = 1.562, n.s.]에서는 유의한 효과가 나타나지 않고, 집단[F(1, 28) = 19.69, $p < .001$] 및 집단과 검사시의 상호작용[F(1, 28) = 19.17, $p < .001$]에서 유의한 효과가 나타났다. 단순 주효과 분석으로 살펴보면, 사전검사에서 명상집단과 통제집단은 평균점수에서 유의한 차이가 나타났고[F(1, 28) = 7.47, $p < .05$], 사후검사에서는 두 집단간 평균점수의 유의한 차이가 나타났고[F(1, 28) = 39.21, $p < .001$]. 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 평균점수의 유의한 감소가 나타났고[F(1, 14) = 13.11, $p < .01$], 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 평균점수의 유의한 증가가 나타났고[F(1, 14) = 6.18, $p < .05$]. 사전검사 평균점수가 유의한 차이가 있어, 사전검사 평균점수를 공변인으로 하여 공변량 분석을 실시하였다. 조정된 사후검사 변량분석 결과를 살펴보면, 명상집단은 사후검사 평균점수가 38.47, 조정된 사후검사 평균점수가 37.67로 나타났고, 통제집단은 사후검사 평균점수가 47.40, 조정된 사후검사 평균점수가 42.59로 나타나 집단간 조정된 사후검사 평균점수에 4.92의 차이가 나타났다. 변량분석 결과 사전검사 평균점수는 유의한 것으로 나타났고[F(1, 27) = 111.73, $p < .001$], 집단간 유의한 차이가 나타났고[F(1, 27) = 24.82, $p < .001$]. 이에 집단차이를 Scheffé 검증으로 살펴본 결과 집단간 유의한 차이가 나타났고[t(1, 14) = 4.98, $p < .001$].

전체적으로 살펴보면, 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 상태불안이 유의하게 감소하였고, 통제집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 상태불안이 유의하게 증가되었으며, 사후검사 집단 비교에서는 명상집단이 통제집단에 비해 유의하게 상태불안이 낮게 나타났다. 이에 대한 결과를 [그림 3]에 나타내었다.

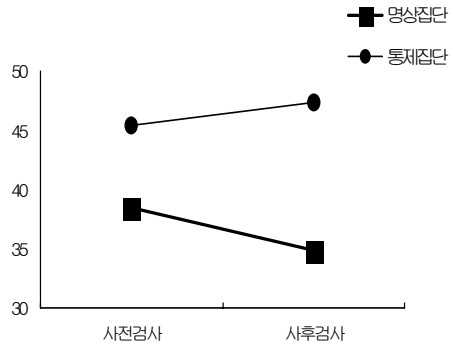


그림 3. 집단과 검사 시기에 따른 상태불안의 평균점수

4. 특성불안

집단과 검사 시기에 따른 이원반복 변량분석 결과, 집단[F(1, 28) = 15.52, $p < .001$], 검사시기[F(1, 28) = 8.16, $p < .001$] 및 집단과 검사시의 상호작용[F(1, 28) = 16.93, $p < .001$]에서 유의한 효과가 나타났다. 이를 살펴보기 위해 단순 주효과 분석을 하였다. 단순 주효과 분석으로 살펴보면, 사전검사에서 명상집단과 통제집단에서 평균점수의 유의한 차이가 나타났고[F(1, 28) = 6.08, $p < .05$], 사후검사에서도 두 집단간 평균점수의 유의한 차이가 나타났고[F(1, 28) = 32.85, $p < .001$]. 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 평균점수의 유의한 감소가 나타났고[F(1, 14) = 13.62, $p < .01$], 통제집단은 사전검사와 사후검사에서 평균점수의 유의한 차이가 나타나지 않았다[F(1, 14) = 3.65, n.s.]. 사전검사 평균점수가 유의한 차이가 있어, 사전검사 평균점수를 공변인으로 하여 공변량 분석을 실시하였다. 조정된 사후검사 변량분석 결과를 살펴보면, 명상집단은 사후검사 평균점수가 36.80, 조정된 사후검사 평균점수가 39.22로 나타났고, 통제집단은 사후검사 평균점수가 48.20, 조정된 사후검사 평균점수가 45.04로 나타나 집단간 조정된 사후검사 평균점수에 5.82의 차이가 나타났다. 변량분석 결과 사전검사 평균점수는 유의한 것으로 나타났고[F(1, 27) = 170.08, $p < .001$], 집단간 유의한 차이가 나타났고[F(1, 27) = 50.69, $p < .001$]. 이에 집단차이를 Scheffé 검증으로 살펴본 결과 집단간 유의

한 차이가 나타났다($t(1, 14) = -7.12, p < .001$).

전체적으로 살펴보면, 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 특성불안이 유의하게 감소되었고, 통제집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 특성불안이 증가되었다. 사후검사 집단 비교에서 명상집단이 통제집단에 비해 유의하게 특성불안이 낮게 나타났다. 이에 대한 결과를 [그림 4]에 나타내었다.

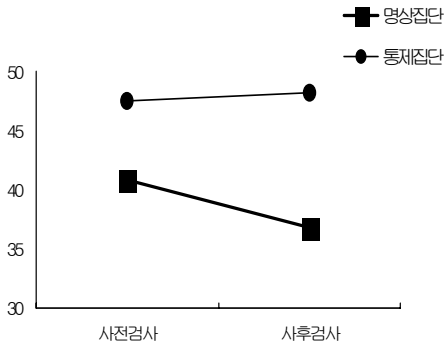


그림 4. 집단과 검사 시기에 따른 특성불안의 평균점수

5. 삶의 질

집단과 검사 시기에 따른 이원반복 변량분석 결과, 집단 $F(1, 28) = 1.91, n.s$ 에서는 유의한 차이가 나타나지 않았고, 검사 시기 $F(1, 28) = 20.02, p < .001$ 및 집단과 검사시기의 상호작용 $F(1, 28) = 10.00, p < .01$ 에서 유의한 효과가 나타났다. 단순 주효과 분석으로 살펴보면, 사전검사에서는 명상집단과 통제집단에서 평균점수의 유의한 차이가 나타나지 않았고 $F(1, 28) = .44, n.s$, 사후검사에서는 두 집단간 평균점수의 유의한 차이가 나타났다 $F(1, 28) = 4.76, p < .05$. 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 평균점수의 유의한 증가가 나타났고 $F(1, 14) = 16.00, p < .01$, 통제집단에서도 사전검사와 사후검사에서 평균점수의 유의한 증가가 나타났고 $F(1, 14) = 4.84, p < .05$.

전체적으로 살펴보면, 명상집단은 사전검사에 비해 사후검사에서 삶의 질이 유의하게 증가하였고, 통제집단도 사전검사에 비해 사후검사에서 삶의 질이 증가되었다. 사후검사 집단 비교에서는 명상집단이 통제집단

에 비해 유의하게 삶의 질이 높게 나타났다. 이에 대한 결과를 [그림 5]에 나타내었다.

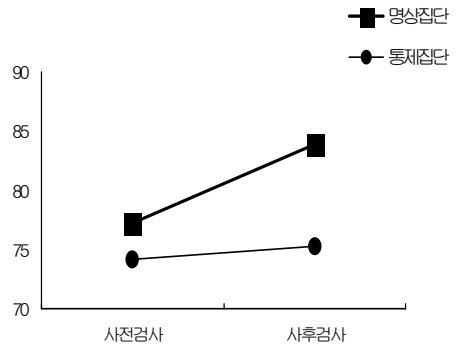


그림 5. 집단과 검사 시기에 따른 삶의 질의 평균점수

IV. 논의

본 연구의 결과 ‘노인스트레스 감소를 위한 명상프로그램’이 노인의 스트레스 반응성, 우울, 불안을 감소시키고, 삶의 질을 향상시키는 것으로 나타났다.

연구의 결과는 마음챙김 명상의 효과로 볼 수 있다. 인간은 심리적으로 스트레스라는 위협 상황에 처하면 생리반응과 더불어 우울과 불안까지 증가하는데 이것은 보편적인 인간 정서의 문제이다[24]. 그러나 노인들은 우울하다는 사실을 부정하고 이러한 문제를 은폐하고 있다[25]. 이러한 과정에 마음챙김 명상은 스트레스 반응을 일으키는 심리적 기제를 억제하는 역할을 할 수 있을 것으로 보여진다. 마음챙김 명상에서 강조하는 비판단적 태도, 인내심, 초발심, 자신감, 애쓰지 않은 태도, 수용, 내려놓기 등의 7가지 태도가 스트레스 상황을 다르게 해석함으로써 스트레스 반응을 낮출 수 있다.

물론, 이러한 결과가 마음챙김 훈련을 통해 자신의 사고에 대한 비판단적이고, 탈중심적인 관점 (decentered view)을 갖게 됨으로써, 우울증의 주요 특징으로 알려진 반추적인 사고패턴을 되풀이 하지 않아 효과가 발생할 수도 있고[26], 마음챙김 훈련을 통해 부

정적인 정서를 있는 그대로 완전하게 경험하는 수용능력과 부정적 정서 상태에서도 자신의 의미있는 과업에 전념할 수 있는 능력이 배양되므로, 이를 통해 심리적 문제의 공통원인인 회피행동이 감소할 수도 있으며 [27], 마음챙김이 참여자로 하여금 기꺼이 무엇인가를 하도록 권유하는 매개로 작용하여 자신의 문제를 해결하고자 함으로써 생활을 반추하도록 강화하기보다는 곤란한 일들에 대해 '마음의 문을 열고' 모든 경험에 대하여 온순한 태도를 취하여 효과를 얻었을 수도 있다 [28].

본 연구의 결과는 명상을 실천한 사람은 스트레스를 경감시켜 수명기간을 연장시키고 삶의 질을 높일 수 있다[16]는 견해와 일부 일치하며, 명상이 불안을 감소시키고 우울감이 낮아진다[13]는 연구 결과와도 일치한다. 국내에서 연구된 K-MBSR 프로그램의 효과연구에서도 유사한 결과가 나타났다. 국내 연구 중 마음챙김 명상을 실시한 일반인과 심신증 환자에게서 불안과 우울이 감소된다는 결과가 보고되었고[14], 대학생을 대상으로 한 K-MBSR 프로그램에서도 불안과 우울이 유의하게 감소하고, 부적정서가 감소되는 결과를 보고하였다[23].

참 고 문 헌

- [1] 신정호, "알츠하이머 치매의 예방과 치료", 고려의학, pp.23-31, 2004.
- [2] H. C. Lou, T. W. Kjaer, L. Friberg, G. Wildschiodtz, S. Holm, and M. A. Nowak, "15O-H₂O PET study of meditation and the resting state of normal consciousness," *Hum Brain Mapp*, Vol.7, No.2, pp.98-105, 1999.
- [3] A. Lutz, L. L. Greischar, N. B. Rawlings, M. Ricard, and R. J. Davidson, "Long-term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice," *PNAS*, Vol.101, No.46, pp.16369-16373, 2004.
- [4] S. W. Lazar, G. Bush, R. L. Gollub, G. L. Fricchione, G. Khalsa, and H. Benson, "Functional brain mapping of the relaxation response and meditation," *NeuroReport*, Vol.11, No.7, pp.1581-1585, 2000.
- [5] 변광호, 장현갑, *스트레스와 심신의학*, 학지사, 2005.
- [6] H. Benson, *The relaxation response*, New York: Williams Morrow, 1975.
- [7] H. Benson, *Beyond the Relaxation Response*, New York: Williams Morrow, 1986.
- [8] D. Ornish, *Dr. Dean Ornish's Program for Reversing Heart Disease*, New York : Random House, 1990.
- [9] D. Ornish, *Love and Survival: The scientific basis for the healing power of intimacy*, New York: Harper Collins, 1997.
- [10] J. Kabat-Zinn, *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, New York: Delta, 1990.
- [11] 대한스트레스학회, *스트레스 과학의 이해*, 신광출판사, 1997.
- [12] R. S. Wilson, S. E. Arnold, J. A. Schneider, Y. Li, and D. A. Bennett, "Chronic Distress, Age-Related Neuropathology, and Late-Life Dementia," *Psychosomatic Medicine*, Vol.69, pp.47-53, 2007.
- [13] 황보선, 신유선, 윤석옥, 이지현, 정경임, 김정순, 김이순, 김복용, 강영미, "현상학적 접근을 통한 노인의 삶의 경험", *지역사회간호학회지*, 제6권, 제2호, pp.133-160, 1995.
- [14] 장현갑, 김정모, 배재홍, "한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램의 제작과 SCL-90-R로 본 효과성 검증", *한국심리학회지: 건강*, 제12권, 제4호, pp.833-850, 2007.
- [15] D. S. Khalsa, *Brain longevity: The breakthrough medical program that improves your mind and memory*, New York: Warner, 1997.

[16] D. S. Khalsa and C. Stauth, *Meditation as Medicine*, New York: Simon & Schuster, inc, 2001.

[17] 장현갑, “스트레스 관련 질병 치료에 대한 명상의 적용”, 한국심리학회지: 건강, 제9권, 제2호, pp.511-538, 2004.

[18] 고경봉, 박중규, 김찬영, “스트레스반응척도의 개발”, 신경정신의학, 제39권, 제4호, pp.707-719, 2000.

[19] 한홍무, 엄태호, 신영우, 김교현, 윤도준, 정근재, “Beck Depression Inventory의 한국판 표준화 연구”, 신경정신의학, 제25권, pp.487-502, 1986.

[20] C. D. Spielberger, *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto. CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

[21] 한덕웅, 이장호, 전경규, “한국판 상태 - 특성 불안 표현 척도(STAXI-K)”, 한국심리학회지: 건강, 제3권, 제1호, pp.18-32, 1996.

[22] 민성길, 이창일, 김광일, 서신영, 김동기, “한국판 세계보건기구 삶의 질 간편형 척도 (WHOQOL-BREF)의 개발”, 신경정신의학, 제39권. 제3호, pp.571-579, 2000.

[23] 배재홍, 장현갑, “한국형 마음챙김 명상에 기반한 스트레스 감소 프로그램이 대학생의 정서반응성에 미치는 영향”, 한국심리학회지: 건강, 제11권, 제4호, pp.673-688, 2006.

[24] 서효석, 김봉진, 정성덕, “연변 조선족 노인의 불안과 우울에 관한 연구”, 신경정신의학, 제33권, 제6호, pp.1313-1320, 1994.

[25] 이꽃매, 김화중, “MDS-HS 2.0을 이용한 재가 노인의 우울 및 불안 현황 분석”, 한국노년학, 제20권, 제2호, pp.109-121, 2000.

[26] J. D. Teasdale, “Metacognition, Mindfulness and the Modification of Mood Disorders,” *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol.6, pp.146-155, 1999.

[27] S. C. Hayes, *Content, Context, and types of psychological acceptance*, In S. C. Hayes, N. S.

Jacobson, V. M. Follette, & M. J. Dougher. (Eds.), *Acceptance and Change: Content, Context in Psychotherapy*, Reno, NV: Context Press, pp.13-22, 1994.

[28] Z. V. Segal, J. M. Williams, and J. D. Teasdale, *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*, New York: Guilford Press, 2002.

저 자 소 개

허 동 규(Dong-Gyu Heo)

정회원



• 2008년 2월 : 영남대학교 대학원
심리학과(심리학박사)
<관심분야> : 상담 및 건강심리,
사회복지