

자기자비 증진 프로그램이 갱년기 여성의 우울, 스트레스 및 갱년기 증상에 미치는 영향

최 소 양, 김 정 호[†], 김 미 리 혜

덕성여자대학교

본 연구의 목적은 자기자비 증진 프로그램이 갱년기 여성의 우울, 스트레스 및 갱년기 증상에 미치는 영향을 알아보는 것이다. 이를 위해 서울시에 거주하는 만45세에서 만60세에 해당하는 갱년기 여성을 대상으로 우울과 갱년기 증상 정도를 조사하였다. 우울 점수가 경미 이상(16점 이상), 갱년기 증상 점수가 백분위 점수 53% 이상(110점 이상)에 해당되는 23명을 선별하여 무선할당을 통해 처치집단에 11명, 대기통제집단에 12명으로 할당하였다. 처치집단은 주 1회, 60분 내외로 총6회기의 자기자비 증진 프로그램을 실시하였다. 본 연구에 사용된 측정도구는 우울 척도(CES-D), 스트레스 반응 척도(SRI), 갱년기 증상 척도인 갱년기 삶의 질 척도(MENQOL), 자기자비 척도(K-SCS)이다. 최종적으로 처치집단 10명, 대기통제집단 10명의 데이터가 분석에 사용되었고 이들은 처치 전, 후에 각각 사전검사와 사후검사를 실시하였다. 분석 결과, 처치집단이 대기통제집단에 비해 우울, 스트레스, 갱년기 증상 중 심리 사회적 증상 점수와 신체적 증상 점수가 유의하게 감소하였다. 그러나 갱년기 증상 중 혈관운동 증상은 처치 후에 유의한 차이가 나타나지 않았다. 논의에서 전반적인 결론, 본 연구의 의의와 한계 점 및 후속 연구에 대한 제언을 다루었다.

주요어: 자기자비, 우울, 스트레스, 갱년기 증상

[†] 교신저자(Corresponding Author) : 김정호, 덕성여자대학교 심리학과 교수, 서울시 도봉구 삼양로144길 33,

E-mail : jhk@duksung.ac.kr

■ 최초투고일 : 2018년 11월 30일 ■ 심사마감일 : 2019년 3월 19일 ■ 게재확정일 : 2019년 3월 24일

1. 서 론

우울은 자기에 대한 부정적인 인식의 결과를 의미하는 근심, 실패감, 상실감, 무력감, 무가치감을 나타내는 정서상태를 의미한다. 그리고 우울은 우울한 정서 상태 뿐 아니라 복합적인 정신적·신체적 증상들 즉, 고통, 식욕의 변화, 자살충동과 자살시도, 불면증을 수반한다(Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974). DSM-5(정신질환의 진단 및 통계편람, 2013/2015)에 의하면 우울이란 슬픔이나 낙담함, 절망감을 경험하는 것을 말하며, 어떤 이들은 기분의 결핍이나 불쾌감, 미래에 대한 비관주의, 만연한 수치심 및 또는 죄책감, 낮은 자존감 그리고 자살생각이나 자살행동을 보고하기도 한다. 우울은 정신과적 장애 중 가장 유병률이 높으며, 자살의 가장 주요한 위험요인으로써(Brent et al., 1993; Garrison, Addy, Jackson, McKeown & Waller, 1991) 심할수록 자살을 시도할 가능성이 최고 3배 정도 높은 것으로 조사되었다(조성진 외, 2002). 국민건강보험공단(2018.9.10)의 보도자료에 따르면 우울로 인한 건강 보험 진료환자가 2012년 58만 8천 명에서 2017년 68만 1천 명으로 늘어나 15.8% 증가하였다. 남성은 2012년 18만 2천 명에서 2017년 22만 6천 명으로 24.0% 증가하고, 여성은 2012년 40만 6천 명에서 2017년 45만 5천 명으로 12.1% 증가하였다. 매년(2012년~2017년) 진료환자는 여성이 남성보다 2.1배 가량 많았다. 우울의 발병비율이 해마다 증가 추세를 보이고 있어 우울에 대한 예방과 조기 개입이 이루어 진다면 의료 비용절감에서도 긍정적인 측면이 있을 것으로 예상된다.

우울을 설명하는 대표적인 이론으로는 Beck의 인지이론이 있다. Beck(1967)은 개인이 경험한 사건에 대한 부정적인 사고로 유발되고 우울한 사람은 자기 자신(self), 주변 환경(world), 미

래(future)에 대한 부정적인 견해인 인지삼체를 가지고 있다고 하였다. 우울한 사람은 자기 스스로를 부적합하다고 생각하고 세상은 극복하기 어려운 장애물로 가득하다고 보며(Beck, 1976) 미래에 대해서는 무망감을 느낀다(Beck, 1976; Marciano & Kazdin, 1994; Stark, Kaslow & Laurent, 1993). Beck(1976)은 우울한 사람들은 자기 자신에 대하여 부정적으로 인지하는데 자기 자신을 결점이 많고 부적절한 존재로 본다. 이들은 자신이 결점이 많기 때문에 자신을 바람직하지 못하고 쓸모 없는 존재라고 믿고 자신을 평가 절하하거나 비난하는 경향이 있다.

건강보험심사평가원 보도자료(2014.10.27)에 따르면 40대 이상 여성 진료인원은 전체 진료 인원의 절반 이상인 53.5%를 차지하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 폐경, 성장한 자녀들의 독립 등으로 인해 느끼는 심리적 허무감, 우울 등이 원인인 것으로 추측된다. 갱년기 우울은 대개 이별, 자녀의 독립, 경제적 손실, 좌절, 폐경으로 대변되는 젊음의 상실 등 상실(loss)이라는 유발인자가 뚜렷한 경우가 많다(민성길, 2015, 329쪽). 갱년기 우울은 건강 수준의 악화와 삶의 의욕을 저하시키고 정서적 불안감을 유발하며, 심할 경우 죽음에 대한 반복적 생각을 하다가 극단적 선택으로 까지 이어질 수 있다(전혜정, 엄현주, 2014). 이처럼 갱년기 우울은 적절한 치료가 이루어지지 않으면 그 폐해가 매우 심각하다고 할 수 있다. 따라서 갱년기 우울에 대한 조기발견과 치료가 무엇보다 중요하다.

갱년기 우울을 야기하는 여러 종류의 소인들이 있지만 스트레스가 매우 큰 역할을 한다는 것은 이미 널리 알려져 있다. 반응 면에서 스트레스를 정의한 Selye(1936)는 새로운 자극이 나타날 때 이에 대응하려는 신체의 반응을 연구했으며, 유기체가 일반적으로 보이는 공통된 반응을 일반적 적

응증후군(General Adaptation Syndrome: GAS)으로 불렀다. 이 증후군은 어떤 스트레스 자극인자와 상관없이 불특정적으로 나타나는 반응으로서 일련의 순서를 거쳐 일어나며, 장시간 지속될 경우 고질적인 질병으로 이어질 뿐 아니라 심할 경우 사망에 이르기까지 한다. 갱년기 여성은 부모와 자녀들 간의 갈등, 시댁 식구와 갈등, 남편과의 갈등, 자아실현 및 경제적 문제 등 가족과 사회 내외의 생활사건 등으로 스트레스를 느끼게 된다(박영미, 신창식, 2015). 갱년기 여성의 남성보다 가족관계 스트레스를 더 높게 지각하는데 그 이유로는 가족 생활에서 여성의 자녀의 교육적 역할과 정서적 역할로 인해 가정생활에 대한 많은 책임이 여성에게 주어지므로 그에 따른 스트레스 수준이 남성에 비해 높다고 판단된다(박수민, 2009).

갱년기 우울의 주요 원인 중 하나가 폐경기증후군인 갱년기에 기인한다(건강보험심사평가원, 2014.10.27). 세계보건기구(WHO)에서 내린 갱년기(climacteric)의 정의를 보면 갱년기란 난소의 기능이 약화되기 시작할 때부터 완전히 소멸되어지는 시기, 생식능력이 완전히 상실되어 난소에서 분비되는 여성호르몬이 아주 미미해지는 시기, 즉 폐경 전부터 시작하여 폐경 후 통상 10년까지를 의미한다. 폐경의 평균 연령은 51세이며 폐경이 이루어지는 나이는 세계적으로 40세~60세에 분포해 있다(Treloar, Boynton, Behn & Brown, 1967). 여성에게 있어 갱년기는 신체적 노화로 함께 생식능력이 소실되어 가는 과도기로 내분비적 변화와 함께 여러 신체적, 심리적, 사회적 변화가 나타나는 시기이다(김정현, 정인경, 2016) 이 시기에 갱년기 여성은 관절통, 신경과민, 건망증, 요실금, 안면홍조, 발한, 두통, 요통, 팔과 다리 쑤심, 피로, 우울 등과 같은 다양한 갱년기 증상을 경험하게 된다(조진희, 김분한, 2012). 갱년기 여성의 가장 많이 경험하는 증상은 피곤, 얼굴 달아오름, 손발저

림, 짜증 순으로 결과가 나왔으며, 영역별로는 신체적 증상, 정서장애 증상, 혈관운동 증상, 신경근육계 증상, 수면장애 순으로 나타났다(김영혜, 하은화, 신수진, 2003). 이러한 갱년기 증상을 갱년기 여성의 약 50%가 경험하며, 25%는 치료를 요구할 만큼 심각하다고 보고하였다(김정희, 2002).

이상과 같이 갱년기 여성의 우울, 스트레스, 갱년기 증상의 완화를 위한 중재는 매우 중요하다고 볼 수 있다. 그동안 갱년기 여성은 대상으로 한 우울에 대한 중재 연구들은 음악치료 프로그램(박정숙, 조혜경, 김윤태, 2013), 요가수련(윤현정, 2014), 스포츠 댄스 프로그램(김혜자, 2003), 그리고 아로마테라피(김신미, 송지아, 김미은, 허명행, 2016) 등이 있다. 그리고 갱년기 여성의 스트레스나 갱년기 증상을 완화하는 연구들은 아로마테라피(김신미, 송지아, 김미은, 허명행, 2016), 바이오피드백을 이용한 점진적근육이완(정인숙, 2004) 등이 있다. 이런 중재 연구들은 갱년기 여성의 직접적인 심리적 요인을 다루지 않았다는 한계가 있다. 또한 기존 우울, 스트레스, 신체적 증상에 주로 사용되는 심리적 개입법으로는 인지행동 치료(CBT)가 대표적이다. 인지행동치료의 과정은 먼저 내담자의 핵심 인지에 해당되는 역기능적 신념과 자동적 사고를 알아낸 후 치료자와 내담자가 합의하여 어떤 인지를 수정할지 결정한다. 이러한 과정 중 치료자와 내담자는 부정적인 생각이 사실인지 아닌지 논쟁을 하게 되고 사고 패턴에 갇히는 위험에 빠질 수 있다(김선영, 2014). 그리고 고통에 대해 회피적이거나 비수용적인 반응을 보이는 사람들의 경우 인지행동치료에서 높은 탈락률을 보이거나 치료효과가 떨어지는 것으로 나타났다(조용래, 2001). 또한 인지행동치료는 자신의 불충분함에 대한 비판적 수용을 충분히 고려하지 못했다는 한계점이 있다(Aubele, Wenck & Reynolds, 2011/2013).

이와 같은 인지행동치료의 한계점을 개선시키고자 본 연구에서는 우울, 스트레스, 갱년기 증상의 개선을 위해 자신의 신념에 대한 논박 대신 자기 비난을 알아차림하고 자비의 마음을 양성할 수 있는 자기자비(self-compassion) 증진 프로그램을 제시하고자 한다. ‘자비(compassion)’라는 단어는 ‘고통 함께하기 혹은 측은히 여기기’라는 의미한다. 자비는 고통에 대해 의도적으로 열린 마음을 유지하려는 동기 혹은 고통을 경감시지고자 하는 바람, 고통을 느끼고 원인을 이해하기와 같은 특징들을 포함하고 있다(Tirch, Schoendorff & Silberstein, 2014/2018, pp. 56-57). 자비 명상은 명상이라는 명칭이 적절하지 않을 수 있다. 명상이라고 할 때는 보통 욕구나 생각과 관계없는 감각적 대상에 주의를 집중하지만, 자비 명상의 대상은 감각적 대상이 아니다. 자비 명상은 자비 문구에 집중하여 그것을 반복함으로써 자비의 마음을 기르는 것이다(김정호, 2014, 231쪽). 자비명상의 방법은 먼저 나 자신, 가까운 사람과 중립적인 사람, 미워하는 사람, 살아있는 모든 존재의 순으로 행복, 건강, 마음의 평화를 기원해 주는 것이다. 자비명상의 목적이 개인적이기 보다는 이타적이며, 다른 존재와의 사회적 관계에서 발생하고 작용하는 경험을 다루는 사회적 태도와 행동이라 할 수 있다(김완석, 신강현, 김경일, 2014). 자비 명상은 자기 자신에 대한 자비심을 기르는 자기자비 명상과 타인에 대한 자비심을 기르는 타인자비명상으로 이루어진다(김정호, 2014, 231쪽). 자기자비 명상은 자기 자신의 고통을 깊이 공감하고 그것으로부터 벗어나 행복하기를 기원해 주는 것이다(김정호, 2014, 235쪽). Neff(2003b)는 자기자비는 그 대상을 자신으로 하는 것 즉, 자신에 대한 태도로 개념화하였다. 자기자비란 자신의 실수나 실패에 대해 비난하기보다는 균형 잡힌 자각을 하고 자신의 한계를 인간의 보편적인 경험

으로 수용하며 자신을 돌보고 보살피는 것이다(Neff, 2003a, 2003b). 자기자비는 자기친절(self-kindness), 보편적 인간성(common humanity), 마음챙김(mindfulness)으로 구성되어 있다(Neff, 2003a, 2003b, 2011). 자기친절은 자신의 실수와 불완전함에 대해 자신을 비난하는 대신 자신을 친절하고 온화하게 대하고 돌보는 태도를 취하는 것이다. 자신에 대해서 비난을 하거나 적대적인 태도를 취하는 것은 자기비난 또는 자기판단으로 자기친절의 반대 개념이다. 보편적 인간성은 모든 사람들은 실패나 실수를 하고 부족함을 느낀다는 것을 깨닫는 것으로 취약성과 고통을 인간이 경험하는 인간조건의 일부로서 받아들이는 것이다(Neff, 2011). 과잉동일시는 부정적인 생각, 감정, 자신의 고통을 너무 가깝게 느끼는 것인데 마음챙김은 자신이 경험하는 고통스런 생각이나 감정들을 과잉동일시 하지 않고 지금 이 순간의 경험을 명확하고 균형 잡힌 방식으로 인식하는 것을 의미한다(Brown & Ryan, 2003; Neff, 2011 재인용). 명상은 욕구와 생각을 쉬는 것, 감각과 친해지는 것인 반면, 자기자비는 건강한 욕구와 생각을 개발하도록 도와주는 측면이 있고 자비로운 태도, 행동, 생각까지도 포함하고 있다. 따라서 본 연구에서는 자기자비 명상이라는 용어 대신에 자기자비라는 용어를 사용하고자 한다.

자기자비와 심리적 변인 및 신체적 증상과의 관련성을 밝히는 연구가 최근 많이 이뤄지기 시작했다. 자기자비는 우울에 있어서의 변화를 예측했는데 높은 수준의 자기자비는 5개월 후의 우울의 감소를 전향적으로 예측하였다. 이를 통해 자기자비는 우울과 같은 정서문제에 중요한 보호요인이 될 수 있음을 확인하였다(Raes, 2011). Leary, Tate, Adams, Batts & Hancock(2007)은 사람들이 부정적인 대인관계 피드백이나 부정적인 사건들을 경험할 때 자기자비가 사람들의 부정적 반응

과 우울한 감정의 원인이 되는 부적응적인 사고를 약화시키는 것으로 보고 했다. 자기자비는 부정적인 상황에 대한 판단과 정서반응을 조절할 수 있는 것으로 보인다. 스트레스에 노출되는 실험 상황에서 자비성향이 높은 사람들은 낮은 사람들에 비해 정서적 지지조건에서 수축기 및 확장기 혈압이 떨어지고, 코티솔 수준이 감소했으며 스트레스에 보다 더 잘 저항할 수 있는 더 높은 심박변이도(HRV; Heart Rate Variability)를 보였다(Cosley, McCoy, Saslow & Epel, 2010). 높은 수준의 자기자비는 혈관운동 증상인 홍조와 야간발한 빈도와 부적 상관(Brown, Bryant, Brown, Bei & Judd, 2014)을 보였다. 이러한 선행 연구 결과들은 자기자비가 우울의 감소, 스트레스 완화 및 신체적 건강에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다.

이러한 자기자비와 심리적 신체적 변인들의 연구 뿐만 아니라 자기자비 명상과 자비프로그램의 효과를 검증한 연구들도 발표되었다. 소프트웨어 고용인들에게 매주 60분씩 6주간 자비명상을 실시한 후 긍정적인 정서경험이 증가하였고 개인적 자원들이 확장되었다(Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek & Finkel, 2008). 이러한 개인적 자원의 향상이 삶에 대한 만족도와 우울의 감소에 효과가 있다는 것을 보여주었다. 그러나 Fredrickson et al.(2008)의 개입에서는 명상의 특징과 프로그램에서 배운 내용을 실생활에서 적용하는 방법을 교육할 뿐 자기자비의 구성요소를 교육내용에 포함하고 있지 않다. 초기 성인들을 대상으로 한 자기자비 프로그램은 우울감소와 삶의 만족도를 증가시켰고(박세란, 이훈진, 2015), 여성들을 대상으로 한 자애명상 프로그램은 자기자비, 인지적·정서적 마음챙김의 증가와 부정 정서 및 지각된 스트레스를 감소시켰다(왕인순, 조옥경, 2011). 이처럼 자기자비 프로그램과 자애명상 프로그램이

우울, 부정정서, 스트레스의 감소와 삶의 만족도의 증가에 효과가 있다는 것을 보여 주었다. 그러나 박세란, 이훈진(2015), 왕인순, 조옥경(2011)의 연구에서는 자비의 대상에 자신뿐만이 아니라 사랑하는 사람, 가까운 사람, 고마운 사람, 중립적인 사람, 미운 사람 등의 타인에 대한 자비가 포함되어 있어 자신을 위한 자비심 향상에만 초점을 두고 있지 않다. 또한 국내 자비명상의 효과검증 연구들에 참여한 대부분의 연구 참여자들은 대학생들(박세란, 이훈진, 2015; 조현주, 2012)로 구성되어 있다. 따라서 본 연구에서는 갱년기 여성을 대상으로 우울과 관련성이 있는 스트레스와 갱년기 증상에 자기자비 증진 프로그램이 미치는 영향을 검증하고자 한다. 이를 검증하기 위해 갱년기 여성 대상을 자기자비 증진 프로그램을 실시하고, 처치집단과 대기통제 집단을 비교해 보고자 한다. 본 연구에서 다루고자 하는 연구가설은 다음과 같다. 첫째, 자기자비 증진 프로그램은 갱년기 여성의 우울을 감소시킬 것이다. 둘째, 자기자비 증진 프로그램은 갱년기 여성의 스트레스를 감소시킬 것이다. 셋째, 자기자비 증진 프로그램은 갱년기 여성의 갱년기 증상인 혈관운동 증상, 심리 사회적 증상, 신체적 증상을 감소시킬 것이다.

2. 방법

1) 참여자

본 연구는 서울시에 거주하는 만45세에서 만60세에 해당하는 갱년기 여성들을 대상으로 하였다. 참가자 모집을 위해 2016년 08월 01일부터 09월 18일까지 지역 센터, 관공서 게시판, 아파트 게시판 및 인터넷 게시판에 모집공고를 게시하였다. 35명이 참가신청을 하였고 프로그램 참여 의사가

있고 연구 대상에 해당되는 CES-D 16점 이상, 쟁년기 삶의 질 점수 110점 이상인 23명이 본 연구의 참여자로 확정되었다. 참여가 확정된 참여자들에게는 사전에 처치 및 대기통제 집단에 무선 할당 됨을 공지하며, 이후 프로그램 참가 신청 순서를 엑셀에 저장해 짹수와 홀수로 나눠 처치 11명, 대기통제 12명으로 무선할당 하였다. 모든 참가자들을 대상으로 연구 참여에 대한 윤리적 내용이 포함된 설명문을 제공하여 이에 대한 확인 서명을 받았다.

참여자들의 일정조율이 어려워 최소 2명에서 최대 3명까지 4그룹이 이루어졌다. 그룹1에서는 3명의 처치집단과 대기통제집단 2명이 이루어졌고

그룹2에서는 3명의 처치집단과 4명의 대기통제집단으로 이루어졌다. 그룹2의 처치집단 1명은 1회 기 참석 후 개인적인 이유로 인해 2회기부터 참여를 중단하게 되어 분석에서 제외하였다. 그룹3에서는 처치집단 3명과 대기통제집단 4명으로 이루어졌다. 사후에 대기통제 집단 2명이 연락이 되지 않아 분석에서 제외하였다. 그룹4에서는 처치집단 2명과 대기통제집단 2명으로 이루어졌다. 그룹4의 처치집단 1명이 4회기에 결석을 하여 추후에 시간을 가져 보충하는 회기를 마련하였다. 따라서 최종적으로 처치 10명, 대기통제 10명의 자료를 분석에 사용하였다. <표 1>은 참가자의 인구통계학적 특성이다.

<표 1> 참가자의 인구통계학적 특성

	처치집단(n=10)	대기통제집단(n=10)	전체(n=20)	전체비율(%)
연령(만)				
45세~50세	3	4	7	35
51세~55세	4	4	8	40
56세~60세	3	2	5	25
결혼상태				
기혼	7	9	16	80
미혼	1	0	1	5
이혼 및 별거	2	1	3	15
교육				
고졸	4	6	10	50
대졸	6	4	10	50
종교				
기독교	3	4	7	35
불교	2	0	2	10
천주교	4	4	8	40
없음	1	2	3	15
직업				
있다	5	6	11	55
없다	5	4	9	45
폐경상태				
폐경전기	2	3	5	25
폐경중기	4	1	5	25
폐경후기	2	5	7	35
인공폐경	1	1	2	10
기타	1	0	1	5

2) 측정도구

(1) 통합적 한국판 CES-D (The Korean version of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scales, CES-D)

Radloff(1977)가 지난 1주일 동안의 우울증상을 측정하기 위하여 개발한 척도를 전경구, 최상진, 양병창(2001)이 타당화한 통합적 한국판 우울검사(CES-D)를 사용하였다. 총 20문항을 4점 척도 0점(1일 이하)에서 3점(5~7일)으로 평정하도록 되어있으며, 총 점수 범위는 0~60점이다. 전경구 외(2001)의 연구에서 내적신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .91$ 이었다. 본 연구의 내적신뢰도 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었다.

(2) 스트레스 반응척도 SRI (Stress Response Inventory, SRI)

고경봉, 박중규, 김찬영(2000)이 개발한 스트레스 반응 척도(Stress Response Inventory, SRI) 39문항을 최승미, 강태영, 우종민(2006)이 22문항으로 단축판으로 수정하여 타당화한 척도이다. 5점 Likert 상에서 평정한다. 신체화 9문항, 우울 8문항, 분노 5문항의 3개의 하부요인으로 구성되었다. 스트레스 반응 척도는 지난 일주일 동안 일상 생활에서 스트레스를 받았을 때 경험한 것들을 묻는 문항을 5점 척도(0=전혀 그렇지 않다. 4= 아주 항상 그렇다)로 평정하도록 되어 있다. 최승미 외(2006)의 연구에서 내적신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .94$ 이었다. 본 연구의 내적신뢰도 Cronbach's $\alpha = .92$ 이었다.

(3) 갱년기 증상 척도: 갱년기 삶의 질 척도

MENQOL (The Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire)

Hilditch et al.(1996)이 1992년 Kupperman's Menopausal Index를 보완하기 위해 만들어졌다. 혈관운동 증상(vasomotor symptom) 1~3(3항목), 심리 사회적 증상(psychosocial symptom) 4~10(7항목), 신체적 증상(physical symptom) 11~26(16항목), 성적(性的) 증상(sexual symptom) 27~29(3항목)의 4가지 하위 요인으로 구성되어 있다. 최근 한 달간의 증상정도를 자기기입식 설문 양식으로 작성하며 점수가 높을수록 갱년기 증상이 심한 것을 의미한다. 총 29개의 문항으로 구성되었으며 점수는 1~8점으로 계산하며, 없다(1점), 0(2점)~6(8점)으로 부여한다. Hilditch et al.(1996)의 연구에서 내적신뢰도인 Cronbach's α 는 다음과 같다. 혈관운동 증상 Cronbach's $\alpha = .82$, 심리 사회적 증상 Cronbach's $\alpha = .81$, 신체적 증상 Cronbach's $\alpha = .87$ 이었다. 본 연구의 내적신뢰도는 전체 Cronbach's $\alpha = .89$, 혈관운동 증상 Cronbach's $\alpha = .69$, 심리 사회적 증상 Cronbach's $\alpha = .85$, 신체적 증상 Cronbach's $\alpha = .85$ 이었다. 갱년기 증상 중 성적 증상을 가장 낮게 보고한 연구(박영주, 구병삼, 강현철, 천숙희, 윤지원, 2001)와 성적증상을 포함하지 않은 갱년기 척도들이 있어(차영남, 1995; 박난준, 1989) 본 연구에서는 성적(性的) 증상(3항목)은 분석에서 제외하였다.

(4) 한국판 자기-자비 척도(The Korean version of the Self-Compassion Scale, K-SCS)

개인의 자기 자비 정도를 측정하기 위해 Neff(2003b)가 개발하고 김경의, 이금단, 조용래, 재숙희, 이우경(2008)이 우리나라 말로 번안하여 표준화한

한국판 SCS(K-SCS)를 사용하였다. K-SCS는 자기친절 대 자기판단, 인간 보편성 대 고립, 마음챙김 대 과잉동일시의 3가지 하위요인으로 구성되어 있다. 총 26개의 문항으로 이루어져 있으며, 역채점 문항이 13개(1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24, 25)이고, 5점 Likert 척도 상에서 평정한다. 점수의 범위는 25~130점으로 점수가 높을수록 자기자비 수준이 높은 것을 의미 한다. 김경의 외(2008)의 연구에서 내적신뢰도인 Cronbach's α = .87이었다. 본 연구의 내적신뢰도는 전체 Cronbach's α = .87, 자기친절 Cronbach's α = .67, 자기판단 Cronbach's α = .60, 인간보편성 Cronbach's α = .61, 고립 Cronbach's α = .86, 마음챙김 Cronbach's α = .71, 과잉동일시 Cronbach's α = .82이었다.

3) 절차

2016년 08월 01일부터 약 한달 반 이상 동안 홍보물 부착을 통해 자발적으로 참여를 희망하는 서울시에 거주하는 만45세~만60세 우울과 갱년기 증상을 호소하는 갱년기 여성들을 모집한 후, 프로그램 희망여부가 포함된 선별검사를 진행하

였다. 이후 연구자가 설정한 기준에 맞추어 갱년기 여성 23명을 쳐치집단($N=11$)과 대기통제집단 ($N=12$)으로 무선 할당하여 공휴일을 제외한 9월 7일부터 11월 10일 까지 한 주에 1회씩 총 6주 동안 D여대 센터와 지역 센터 두 곳에서 자기자비 증진 프로그램을 실시하였다. 각 집단의 인원은 참여자분들의 일정조율이 어려워 2명에서 3명의 소그룹으로 운영하여 총 4그룹이 이루어졌다. 쳐치 및 대기통제 집단 모두에게 프로그램의 첫 회기 시작 전과 마지막 회기 종결 후 자기보고식 설문지를 실시하였다. 본 실험 기간 동안 대기통제 집단에는 어떠한 쳐치도 이루어지지 않았으며, 1차 실험이 끝난 2016년 10월 25일 이후와 2차 실험이 끝난 2016년 11월 10일 이후에 희망자에 한해 자기자비 증진 프로그램에 참여할 수 있도록 하였다. <표 2>는 이 과정을 간략화 한 것이다.

4) 프로그램 구성

본 연구의 자기자비 증진 프로그램은 자기자비에 대한 교육과 훈련을 통해 자비로운 나를 양성하는 것을 목표로 하였다. 매 회기의 프로그램은 마음챙김 명상 사용설명서인 스무살의 명상책(김

<표 2> 연구 절차 요약

구분	내용	기간
참가자 모집	프로그램 홍보물 게시 및 설문지 배포	1차: 2016.08.01.~08.28.
사전 검사실시	쳐치 집단과 대기-통제집단 모두에게 사전 검사실시	2차: 2016.09.01.~09.18.
참가자 선별작업	우울척도(CES-D) 점수 16점이상, 갱년기 증상 척도(MENQOL) 110점 이상 갱년기 여성 중, 참여 원하는 23명을 쳐치 및 대기-통제 집단으로 무선할당	1차: 2016.08.28.~09.02. 2차: 2016.09.23.~09.25.
쳐치집단 프로그램시행	쳐치집단에게 '자기자비증진 프로그램' 실시	1차: 2016.09.07.~10.25. 2차: 2016.09.27.~11.10.
사후검사실시	쳐치집단과 대기통제 집단 모두 사후검사 실시	2016.10.25.~11.10.
대기통제집단 프로그램시행	대기-통제 집단에 할당된 참여자 중, 희망자에 한하여 '자기자비 증진 프로그램' 시행	사후검사 후 2016.10.25. 이후 2016.11.10. 이후

<표 3> 집단 별 처리 및 사전, 사후검사 시점

	사전검사	처치	사후검사
처치집단	b1	○	a1
대기통제집단	b2	×	a2

주. b1,2 = 사전검사, ○=자기자비 증진프로그램, a1,2=사후검사

정호, 2014)과 권예지(2018)의 연구를 기반으로 하여 Neff(2003a, 2003b, 2011)의 자기자비의 구성요소를 포함하여 새롭게 재구성하였다. 연구 참여자가 갱년기 여성임에 감안하여 노화에 대한 수용과 갱년기에 대한 개요도 프로그램에 추가하였다. 처치집단 참여자에게 주1회 60분 내외로 총 6회기에 걸쳐 자기자비 증진 프로그램을 실시하였다.

자기자비 증진을 돋기 위한 도구로서 1회기 자료집에 자기자비 훈련 지침과 자기자비 문구를 포함하였다. 교육 자료집 중 자기자비 훈련 지침 내용은 스무살의 명상책(김정호, 2014), 마음챙김 명상 매뉴얼(김정호, 2016)과 Neff(2003a, 2003b, 2011)의 연구 자료를 사용하였다. 자기자비 문구는 마음챙김 명상 매뉴얼(김정호, 2016, 246쪽), 자비중심치료(Gilbert, 2010/2014, 260쪽)와 지혜와 자비의 역할(Germer & Siegel, 2012/2014, 133쪽)에서 발췌하였다. 연구자는 자기자비 훈련을 생활 속에서 실천할 수 있도록 자기자비 훈련 음성 파일과 일지를 제공하였으며, 참가자들에게 매주 최소 2회 이상 자신의 자기자비 훈련을 기록하고 다음 회기에 제출하도록 하였다. 일지를 제출하지 못한 사람은 구두로 얘기해서 이에 대해 피드백을 받을 수 있도록 하였다. 연구자는 수거한 일지에 대한 피드백을 제공하였고, 다시 참가자들에게 돌려주면서 지속적으로 훈련이 이루어 질 수 있도록 격려하였다.

프로그램 각 회기의 전반부에는 일주일간의 자기자비 훈련에 대한 소감을 나누며 피드백을 제공

하는 시간을 가졌다. 그 이후에는 자기자비에 대한 교육과 자기자비 훈련을 실시하였다. 교육 내용은 자기자비를 훈련해야 하는 이유와 기대 효과를 설명함으로써 참가자들의 참가 동기를 높여주고자 하였고 갱년기에 대한 이론적 내용, 노화에 대한 수용과 자기자비의 개념 및 구성 요소, 훈련의 구체적인 방법에 대해 교육하였다. 그리고 매 회기마다 자기자비 훈련을 15분씩 수행한 후 소감을 나누고 피드백을 제공하는 시간을 가졌다.

프로그램의 소그룹 진행은 심리학과 대학원에서 마음챙김 명상 교육을 받았고 명상지도전문가(T급)인 본 연구의 연구자 1인이 하였다. 자기자비 훈련 과제에 대한 피드백의 경우 오랫동안 명상을 지도해 오셨고 명상의 치료적 효과에 대해서 연구하는 건강심리전문가이자 명상지도전문가(R급)로부터 지도 감독을 받아 매주 제공하였다.

5) 분석방법

처치 및 대기통제 집단의 동질성을 확인하기 위해서 프로그램 실시 전 인구통계학적 변인을 포함한 모든 종속치의 사전점수에 대해 χ^2 검증과 독립 t-검증을 실시하였다. 본 연구에서 실시된 자기자비 증진 프로그램의 처치 집단과 대기통제 집단에 따른 차이를 검증하기 위해 각 집단의 사전-사후 차이 값에 대한 독립t-검증을 실시하였다. 본 연구의 통계분석에는 SPSS 22.0이 사용되었다.

<표 4> 자기자비 증진 프로그램 회기별 구성과 내용

회기	주제	내용
1	오리엔테이션	프로그램 소개 개년기 및 자기자비 개요 호흡 마음챙김 실습, 소감 피드백
2	내마음 돌보기	한 주간 훈련경험나누기 및 피드백 마음챙김과 과잉동일시 교육 내 안의 여러 나들에 대한 탐색 자비자비 훈련, 소감, 피드백
3	나에게 배려하기	한 주간 훈련경험나누기 및 피드백 자기친절과 자기판단에 대한 교육 노화에 대한 수용 자기자비 훈련, 소감, 피드백
4	나의 고통 알아차리고 따뜻하게 안아주기	한 주간 훈련경험나누기 및 피드백 인간보편성과 고립 교육 나의 장점과 단점 적기 나의 고통과 타인 고통 점수화 자기자비 훈련, 소감, 피드백
5	나에게 감사하기	한 주간 훈련경험나누기 및 피드백 나 자신에 대한 감사 나에게 자비로운 편지쓰기 자기자비 훈련, 소감, 피드백
6	자기자비 실천하기	한 주간 훈련경험나누기 및 피드백 자기자비의 3요소 복습 자기자비 훈련, 소감, 피드백 6주간 경험나누기 및 마무리 사후 설문지 실시

3. 결 과

2) 우울에 대한 자기자비 증진 프로그램의 효과 검증

1) 집단 간의 사전 동질성 검사

프로그램 전 쳐치집단과 대기통제집단의 동질성 여부를 확인하기 위해 두 집단의 인구통계학적 변인 및 우울, 스트레스, 자기자비, 개년기 증상의 사전 측정치에 대한 χ^2 검증과 독립표본 t-검증을 실시하였다. 쳐치 전의 쳐치 집단과 대기통제 집단의 동질성 검증 결과는 <표 5>와 같다. 분석 결과, 집단 간의 사전 동질성이 검증되었다.

처치 유무에 따른 우울 변화량의 차이를 비교하기 위해 사전-사후 차이값에 대한 독립표본 t-검증을 실시하였으며, 그 결과를 <표 6>에 제시하였다. 우울 점수의 사후-사전 차이 값 차이를 비교한 결과, 자기자비 쳐치 후에 쳐치집단의 우울 점수가 대기통제 집단에 비해 유의하게 낮았다 ($t_{(18)}=-3.65, p<.01$).

<표 5> 두 집단의 평균과 표준편차 및 동질성 검증

변인	처치집단(n=10)	대기 통제집단(n=10)	<i>t</i> 또는 χ^2	p
	M(SD)	M(SD)		
연령(만)	53.10(4.06)	51.90(4.09)	10.000	.350
결혼	-	-	1.583	.453
교육	-	-	.800	.371
종교	-	-	2.476	.480
직업 유무	-	-	.202	.653
폐경상태	-	-	4.286	.369
우울	25.50(7.94)	23.30(8.81)	.586	.565
스트레스	36.20(15.63)	25.90(12.81)	1.612	.124
생년기 증상 총점	127.00(22.87)	120.80(20.55)	.637	.532
혈관운동 증상	12.40(3.50)	12.70(4.83)	-.159	.875
심리사회적 증상	34.00(8.55)	33.50(6.16)	.150	.882
신체적 증상	80.60(13.87)	74.60(14.91)	.931	.364
자기자비총점	71.10(15.82)	76.40(12.21)	-.838	.413
자기친절	11.40(3.62)	11.60(3.77)	-.121	.905
자기판단	12.70(3.16)	12.00(3.74)	.452	.657
인간보편성	9.10(3.10)	10.40(2.59)	-1.016	.323
고립	11.40(4.19)	10.50(4.32)	.472	.642
마음챙김	9.00(2.53)	10.10(3.44)	-.813	.427
과잉동일시	12.30(4.24)	11.20(3.35)	.643	.529

* $p < .05$, ** $p < .01$ <표 6> 우울에 대한 집단 간 사전-사후 차이값의 *t*-검증 결과

변인	처치집단(n=10)		대기통제집단(n=10)		<i>t</i>
	M(SD)	차이값M(SD)	M(SD)	차이값M(SD)	
우울	사전	25.50(7.94)	23.30(8.81)	-1.80(5.61)	-3.65**
	사후	13.50(6.57)			

(일방) * $p < .05$, ** $p < .01$

3) 스트레스에 대한 자기자비 증진 프로그램의 효과 검증

처치 유무에 따른 스트레스 변화량의 차이를 비교하기 위해 사전-사후 차이값에 대한 독립표본

t-검증을 실시하였으며, 그 결과를 <표 7>에 제시하였다. 스트레스 점수의 사후-사전 차이를 비교한 결과, 자기자비 처치 후에 처치집단의 스트레스 점수가 대기-통제 집단에 비해 유의하게 낮았다($t_{(18)}=-3.27$, $p<.01$).

<표 7> 스트레스에 대한 집단 간 사전-사후 차이값의 t-검증 결과

변인	처치집단(n=10)		대기통제집단(n=10)		t
	M(SD)	차이값M(SD)	M(SD)	차이값M(SD)	
스트레스	사전	36.20(15.63)	-20.40(18.36)	25.90(12.81)	-.40(8.09)
	사후	15.80(13.58)		26.30(10.92)	

(일방) * $p < .05$, ** $p < .01$

4) 갱년기 증상에 대한 자기자비 증진 프로그램의 효과 검증

처치 유무에 따른 갱년기 증상의 차이를 비교하기 위해 사전-사후 차이값에 대한 독립표본 t-검증을 실시하였으며, 그 결과를 <표 8>에 제시하였다. 갱년기 증상 점수의 사후-사전 차이를 비교한 결과, 갱년기 증상의 하위 요인들 중 심리 사회적 증상점수($t_{(18)}=-2.06$ $p<.05$)와 신체적 증상 점수($t_{(18)}=-3.49$ $p<.01$)가 대기통제 집단에 비해 유의하게 낮은 점수를 보였다.

그러나 혈관운동증상($t_{(18)}=-1.38$, $p>.05$)에서는 처치집단이 대기통제집단의 사후-사전 차이값에 유의한 차이가 나타나지 않았다.

5) 처치점검

자기자비 처치 후에 자기자비 태도의 변화를 확인하기 위해, 처치 집단의 사전과 사후 측정치에 대한 대응표본 t-검증을 실시하였다. 그 결과 처치 집단의 자기자비 총점에서 통계적으로 유의한 상승률이 나타났다 [$t_{(9)}=4.24$, $p<.01$]. 세부적으로 살펴보면, 자기친절 [$t_{(9)}=3.26$, $p<.01$], 자기판단 [$t_{(9)}=-3.46$, $p<.01$], 보편적 인간성 [$t_{(9)}=2.82$, $p<.01$], 고립 [$t_{(9)}=-2.97$, $p<.01$], 마음챙김 [$t_{(9)}=3.64$, $p<.01$], 과잉동일시 [$t_{(9)}=-2.96$, $p<.01$]에서 유의한 차이가 있었다. 즉, 프로그램 전에 비해 처치 후에 자기친절, 보편적 인간성, 마음챙김이 증가하였으며 자기판단, 고립, 과잉 동일시는 감소하였음을 알 수 있다. 따라서 처치 집단이 자기자비 훈련을 잘 습득한 것으로 판단되며, 결과는 <표 9>에 제시하였다.

<표 8> 갱년기 증상과 하위요인에 대한 집단 간 사전-사후 차이값의 t-검증 결과

변인	처치집단(n=10)		대기통제집단(n=10)		t
	M(SD)	차이값M(SD)	M(SD)	차이값M(SD)	
갱년기 증상	사전	127.00(22.87)	-23.80(21.3)	120.80(20.55)	2.50(13.80)
	사후	103.20(17.73)		123.30(23.25)	
혈관 운동 증상	사전	12.40(3.50)	-2.50(2.83)	12.70(4.83)	-.60(3.27)
	사후	9.90(5.36)		12.10(4.79)	
심리 사회적 증상	사전	34.00(8.55)	-5.70(8.57)	33.50(6.16)	.40(3.68)
	사후	28.30(6.18)		33.90(7.44)	
신체적 증상	사전	80.60(13.87)	-15.60(12.88)	74.60(14.91)	2.70(10.41)
	사후	65.00(10.34)		77.30(15.18)	

(일방) * $p < .05$, ** $p < .01$

<표 9> 처치 집단의 사전, 사후 측정치에 대한 대응표본 t-검증 결과

변인	사전 M(SD)	사후 M(SD)	t
자기자비	71.10(15.82)	88.40(19.65)	4.24**
자기친절	11.40(3.62)	15.20(5.28)	3.26**
자기판단	12.70(3.16)	10.70(3.80)	-3.46**
보편적인간성	9.10(3.10)	11.80(2.93)	2.82**
고립	11.40(4.19)	8.60(3.53)	-2.97**
마음챙김	9.00(2.53)	12.80(3.48)	3.64**
과잉동일시	12.30(4.24)	10.10(3.44)	-2.96**

(일방) * p < .05, ** p < .01

4. 논 의

본 연구는 자기자비 증진 프로그램이 쟁년기 여성의 우울, 스트레스, 쟁년기 증상의 개선에 미치는 영향을 알아보기 위해 실시하였다. 연구 결과, 본 프로그램에 참여한 처치 집단의 우울, 스트레스, 쟁년기 증상 중 심리 사회적 증상과 신체적 증상 점수가 대기통제 집단보다 유의하게 감소하였다. 반면, 쟁년기 증상 중 혈관운동 증상은 대기통제 집단과 유의한 차이가 나타나지 않았다. 본 연구의 결과는 다음과 같이 요약하고 논의할 수 있다.

첫째, 자기자비 처치집단은 대기통제 집단에 비해 처치 후에 우울의 점수가 유의하게 감소하였다. 이는 자기자비와 우울간의 관련성에 대한 선행 연구들(Neff, 2003a; Ying, 2009; Raes, 2011)의 주장을 뒷받침하는 결과이다. 또한 우울에 대한 자기자비 개입 연구(박세란, 이훈진, 2015)와 자비명상을 매일 연습하면 긍정 정서가 함양되어 우울이 감소하는 것으로 나타난 Fredrickson et al.(2008)의 연구와 일치한다. 우울한 사람들은 자신을 부정적으로 보고 자기비난을 한다. 자기 자신에게 관대하지 못하고 비판적인 자기 비난이 우울의 중심에 놓여 있다. 본 연구를 통해 우울의 감소에 자기 비난을 대처할 수 있는 자기자비가

중요한 요소임을 확인하였다. 또한 생산적이지 않은 반추가 자기자비와 우울간의 관계에서 매개 역할을 하는 것(Raes, 2010)과 같이 자기자비의 증진이 부정적 반추를 줄게 하여 우울을 감소시키는데 도움을 줄 수 있음을 시사한다.

둘째, 자기자비 처치 집단은 대기통제 집단에 비해 프로그램 전후에 스트레스 감소 정도가 더 커졌다. 이러한 결과는 왕인순, 조옥경(2011)의 연구결과와 일치하며 자기자비와 스트레스와의 관련 연구(Allen & Leary, 2010; Sirois, 2014)와 맥을 같이 한다. Neff, Kirkpatrick, Rude(2007)은 자신의 고통에 회피하지 않고 마음을 열어 자신을 배려하며 친절하게 대하고 자신의 경험이 다른 사람들도 겪는 보편적 경험의 일부라는 것을 인식하는 것은 스트레스 상황에서 심리적 안녕감을 증진시킨다고 하였다. 고통에 처했을 때 스스로를 비난하기보다는 자신의 상황을 포용하려는 자세를 보이는 것은 스트레스의 영향력을 줄여 줄 수 있음을 의미한다.

셋째, 자기자비 처치 집단은 대기통제 집단에 비해 처치 후에 쟁년기 증상 하위요인인 심리 사회적 증상과 신체적 증상의 점수가 유의하게 감소하였다. 반면, 혈관운동 증상에 있어서는 자기자비 처치 집단과 대기통제 집단 간에 처치 후에 유의한 차이가 나타나지 않았다. ‘생활에 대한 불

만족, 일하는 것이 예전 같지 않음, 불안, 짜증, 침울한 기분, 인간관계에서의 참을성 부족, 혼자인 느낌 등'과 같은 심리 사회적 증상에 자기자비 증진 프로그램이 효과가 있었다. 이는 자기자비가 부정적 마음의 상태를 개선한 연구(Leary et al., 2007), 대인관계에 긍정적인 영향을 미치는 연구(정혜경, 노승혜, 조현주, 2017)와 사회적 유대감 및 적응적인 대인관계와 정적상관관계를 보여준 연구결과(김경의 외, 2008; Neff, 2003a)와 부합 한다. 이는 쟁년기 여성의 자기자비 훈련을 통해 자신을 향한 자비로운 마음을 충분히 경험하여 자신이 느끼는 부정적 기분을 개선할 수 있었을 것으로 본다. 또한 다른 사람도 나처럼 실패를 하고 불완전함을 경험할 수 있다는 보편적 인간성의 개념이 타인에 대한 태도 형성에 영향을 주었을 것으로 추론된다. 또한 자비명상이 신체적 건강에 긍정적인 영향을 준다는 선행 연구결과(Kearney et al., 2013; Pace et al., 2010)를 다시 한 번 확인할 수 있었다. 긍정정서의 증가는 부정적 경험으로 인한 신체적 각성의 완화(정봉교, 김지연, 오유정, 2003; Fredrickson, Mancuso, Branigan & Tugade, 2000)에 도움을 주었다는 연구에 근거해 자기자비 훈련을 통한 긍정정서의 함양이 쟁년기 신체적 증상의 감소에 영향을 준 것으로 추론해 볼 수 있다. 반면, 안면홍조와 발한과 같은 혈관운동 증상에서는 자기자비 훈련이 효과가 없는 것으로 나타났다. 이는 기존 자기자비와 홍조와 야간발한 증상과의 관계를 밝힌 연구(Brown et al., 2014) 결과와는 일치하지 않는다. 이는 프로그램 내용 중에 안면홍조나 발한 증상에 더 초점화된 개입 활동이 포함되어 있지 않은 것에 기인할 수 있다.

넷째, 자기자비 증진 프로그램은 쟁년기 여성의 자기자비를 향상시키는데 효과적이었다. 이는 Neff 와 Germer(2013)의 연구결과와 일치하며 자기

자비 증진 프로그램을 통해 자기자비가 향상된 것은 자신의 고통과 불완전함을 있는 그대로 수용하고 자신의 단점을 인간의 보편적인 한계로 이해하며 자신을 친절하게 대하는 경험을 반복적으로 훈련했기 때문인 것으로 보인다.

이상의 연구결과들로부터 자기자비 증진 프로그램이 쟁년기 여성의 심리적 건강 변인인 우울과 스트레스를 개선하고 나아가 쟁년기 증상 중 심리 사회적 증상과 신체적 증상의 개선에 유익한 방법임을 검증하였다.

다음으로, 본 연구의 제한점을 검토하면서 후속 연구를 위한 몇 가지 고려 사항을 제언하고자 한다.

첫째, 본 연구의 연구 참여자 수가 충분히 확보되지 않아 연구 결과를 일반화하여 적용하기는 어렵다. 또한 특정 지역의 쟁년기 여성을 대상으로 하였으므로 다양한 지역의 쟁년기 여성을 대상으로 하여 자기자비 증진 프로그램의 효과를 검증할 필요가 있다고 본다.

둘째, 추후 검사를 시행하지 못해 효과가 지속되었는지를 알 수 없다. 추후 검사를 통한 효과측정을 하지 못하였기 때문에 본 연구에서는 자기자비 증진 프로그램의 효과가 장기적으로 지속되었는지를 확인하지 못하였다. 후속 연구에서는 집단이 종결된 후 일정시간 경과 후에 처치의 효과를 측정함으로써 효과의 지속성을 확인해야 할 것이다.

셋째, 본 연구의 자기자비 증진 프로그램 진행자와 연구자가 동일하다는 한계점이 있다. 연구자가 프로그램을 직접 진행함으로써 치료자 변인이 효과에 미친 영향을 배제하기 어렵다. 앞으로의 연구에서는 이점을 보완하여 진행자와 연구자가 분리된 연구가 필요할 것이다.

넷째, 본 연구의 집단 인원이 시간조절의 어려움으로 인해 2명~3명의 소그룹으로 이루어져 집단역동의 촉진에 한계점이 있다. 향후 연구에서는

소규모 인원이 아닌 다수의 인원이 한 번에 참여한 연구가 필요할 것이다.

다섯째, 본 연구 설계에서 처치집단과 대기통제집단 두 집단만을 설정하여 자기자비만의 처치효과가 아닌 비특정적 치료요인에 대한 효과를 배제할 수 없다. 따라서 향후 연구에서는 비교집단을 두어 처치 집단의 순수한 효과를 검증해 볼 필요가 있다.

여섯째, 본 연구에서 사용한 쟁년기 증상 척도인 쟁년기 삶의 질 척도(MENQOL)는 국외에서는 타당화가 이루어졌지만 국내에서는 타당화가 이루어지지 않았다. 또한 쟁년기 삶의 질 척도(MENQOL)는 절단점이 제시되어 있지 않다. 향후연구를 위해서는 먼저 쟁년기 증상 척도에 대한 절단점의 타당성 검증이 포함된 국내 타당화 연구가 선행되어져야 한다.

위와 같은 제한점과 후속연구의 필요성에도 불구하고 본 연구가 가지는 의의는 다음과 같다.

첫째, 자기자비 증진 프로그램이 쟁년기 여성에게 되는 우울과 스트레스와 같은 부정정서의 개선에 도움이 되었다는 것을 보여주었다.

둘째, 자기자비 개입 연구와 관련된 대부분의 연구가 자기자비와 정서에 관련된 것이며, 쟁년기 증상과 관련된 연구는 거의 없는 실정이어서 더욱 더 의미가 있다. 본 연구에서는 자기자비 증진 프로그램이 쟁년기 증상 중 심리사회적 증상과 신체적 증상의 완화에 효과가 있음을 증명하였다는 점에서 유익하게 적용될 수 있을 것이다.

셋째, 자기자비 증진 프로그램이 쟁년기 여성의 자기자비를 증진시키는 데 비교적 효과적임을 확인하였다.

참 고 문 헌

건강보험 심사평가원 (2014.10.27). 50대 이상 중·노년층 ‘우울증’ 주의보....가을 활동 늘리세요.[On-line], Available:

<http://www.hira.or.kr/bbsDummy.do?pgmid=HIRAA020041000100&brdScnBltNo=4&brdBltNo=8824>

고경봉 · 박중규 · 김찬형 (2000). 스트레스반응척도의 개발. <대한신경의학회지>, 39(4), 707-719.

국민건강보험공단 (2018.9.10). 마음의 병 ‘우울증’ 여성의 45만 명으로 남성보다 2배 이상 많아. [On-line], Available: <http://www.nhis.or.kr/bbs7/boards/B0039/27103>

권예지 (2018). 자기자비 증진 프로그램이 부정적 신체상을 가진 여대생의 신체상 불만족, 신체 수치심, 자아존감

및 주관적 웰빙에 미치는 영향. <대한스트레스학회: 스트레스 연구>, 26(4), 296-304.

김경의 · 이금단 · 조용래 · 채숙희 · 이우경 (2008). 한국판 자기자비연구의 타당화 연구: 대학생을 중심으로. <한국심리학회지: 건강>, 13(4), 1023-1044.

김선영 (2014). 마음챙김 명상을 결합한 인지행동치료가 만성 불면증 환자의 수면에 미친 효과: 인지행동치료와의 비교. 덕성여자대학교 대학원 석사학위논문.

김신미 · 송지아 · 김미은 · 허명행 (2016). 아로마테라피가 중년여성의 쟁년기 증상, 스트레스 및 우울에 미치는 효과. <대한간호학회지>, 46(5), 619-629.

김영혜 · 하은화 · 신수진 (2003). 중년여성의 폐경증상과 삶의 질, <대한간호학회지>, 33(5), 601-608

- 김완석 · 신강현 · 김경일 (2014). 자비명상과 마음챙김명상의 효과비교: 공통점과 차이점. <한국심리학회지: 건강>, 19(2), 509-535.
- 김정현 · 정인경 (2016). 폐경기 여성의 신체활동 및 영양섭취와 건강관련요인과의 관련성: 제6기 국민건강영양조사 자료를 이용하여. <한국여성체육학회지>, 30(2), 237-252.
- 김정호 (2014). <스무살의 명상책>. 서울: 불광출판사.
- 김정호 (2016). <마음챙김 명상 매뉴얼>. 서울: 솔과학.
- 김정희 (2002). 중년여성의 갱년기 증상과 대처실태. 영남대학교 환경대학원 석사학위논문.
- 김혜자 (2003). 갱년기여성의 스포츠댄스 프로그램이 우울, 삶의 질, 유연성에 미치는 효과. <한국모자보건학회>, 7(2), 243-259.
- 민성길 (2015). <최신정신의학>. 서울: 일조각.
- 박난준 (1989). 중년여성의 자아개념과 갱년기 증상과의 관계 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 박세란 · 이훈진 (2015). 자기자비 증진 프로그램 개발 및 효과 검증. <한국심리학회지: 상담 및 심리치료>, 27(3), 583-611.
- 박수민 (2009). 중년 여성의 사회적지지, 생활스트레스 및 자아존중감이 우울에 미치는 영향. 동아대학교 대학원 석사학위논문.
- 박영미 · 신창식 (2015). 갱년기 여성의 생활스트레스가 생활만족도와 우울에 미치는 영향. <한국콘텐츠학회논문지>, 15(5), 254-264.
- 박영주 · 구병삼 · 강현철 · 천숙희 · 윤지원 (2001). 한국 여성의 폐경 연령, 갱년기 증상 관련 요인. <여성건강간호학회지>, 7(4), 473-485.
- 박정숙 · 조혜경 · 김윤태 (2013). 음악치료 프로그램이 우울증 중년여성의 자아존중감과 우울증 완화에 미치는 영향. <재활심리연구>, 19(1), 63-83.
- 왕인순 · 조옥경 (2011). 자애명상이 자기자비, 마음챙김, 자아존중감, 정서 및 스트레스에 미치는 효과. <한국심리학회지: 건강>, 16(4), 675-690.
- 윤현정 (2014). 갱년기 여성의 요가수련이 자아존중감 및 우울에 미치는 영향. 경성대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 전겸구 · 최상진 · 양병창 (2001). 통합적 한국판 CES-D 개발. <한국심리학회지: 건강>, 6(1), 59-67.
- 전혜정 · 엄현주 (2014). 중년기 남녀의 자살생각에 관한 예측 요인. <정신보건과 사회사업>, 42(2), 35-62.
- 정봉교 · 김지연 · 오유정 (2003). 정동유형과 정적 정서의 복원효과. <한국심리학회지: 인지 및 생물>, 15(4), 499-519.
- 정인숙 (2004). 바이오퍼드백을 이용한 점진적 근육이완이 중년여성의 지각된 스트레스, 스트레스 반응, 면역반응 및 갱년기 증상에 미치는 효과. <대한간호학회지>, 34(2), 213-224.
- 정혜경 · 노승혜 · 조현주 (2017). 마음챙김 자비프로그램(MLCP)이 우울 경향 대학생의 우울, 반추, 마음챙김, 자기 자비 및 사회적 유대감에 미치는 효과. <한국심리학회지: 건강>, 22(2), 271-287.
- 조성진 · 전홍진 · 김정규 · 서동우 · 김선옥 · 함봉진 · 서동혁 · 정선주 · 조맹제 (2002). 중 · 고등학교 청소년의 자살생각 및 자살시도의 유병률과 자살시도의 위험요인에 관한 연구. <신경정신의학회지>, 41(6), 1142-1155.
- 조용래 (2001). 발표불안에 대한 인지행동집단치료의 효과. <한국심리학회지: 임상>, 20(3), 399-411.
- 조진희 · 김분한 (2012). 중년여성의 성공적인 노화인식과 우울. <한국생활환경학회지>, 19(2), 259-266.

- 조현주 (2012). 자애명상 기반 수용전념치료 프로그램 개발과 효과: 우울경향 대학생을 중심으로. <한국심리학회지: 상담 및 심리치료>, 24(4), 827-846.
- 차영남 (1995). 중년여성의 갱년기 증상과 건강요구에 대한 기초조사. <대한간호학회지>, 34(4), 70-8.
- 최승미 · 강태영 · 우종민 (2006). 스트레스 반응 척도의 수정판 개발 및 타당화 연구: 근로자 대상. <대한신경정의 학회지>, 45(6), 541-553.
- Allen, A. B., & Leary, M. R. (2010). Self-compassion, stress, and coping. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 107-118.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. 권준수 역(2015). <정신질환의 진단 및 통계편람: DSM-5>. 서울: 학지사.
- Aubele, T., Wenck, S., & Reynolds, S. (2011). *Train your brain to get happy*. 김유미 역(2013). <해피브레인>. 파주: 지성공간.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Philadelphia, Penn: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861.
- Brent, D. A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A. M. Y., Roth, C., & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 521-529.
- 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.
- Brown, L., Bryant, C., Brown, V. M., Bei, B., & Judd, F. K. (2014). Self-compassion weakens the association between hot flushes and night sweats and daily life functioning and depression. *Maturitas*, 78(4), 298-303.
- Cosley, B. J., McCoy, S. K., Saslow, L. R., & Epel, E. S. (2010). Is compassion for others stress buffering? Consequences of compassion and social support for physiological reactivity to stress. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46(5), 816-823.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.
- Fredrickson, B. L., Mancuso, R. A., Branigan, C., & Tugade, M. M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and emotion*, 24(4), 237-258.
- Garrison, C. Z., Addy, C. L., Jackson, K. L., McKeown, R. E., & Waller, J. L. (1991). A longitudinal study of suicidal ideation in young adolescents. *Journal of the American Academy of Child &*

- Adolescent Psychiatry, 30(4), 597–603.
- Germer, C. K., & Siegel, R. D. (2012). Wisdom and Compassion in Psychotherapy. 서광스님, 김나연 역(2014). <심리치료에서 지혜와 자비의 역할>. 서울: 학지사.
- Gilbert, P. (2010). Compassion Focused Therapy. 조현주, 박성현 역(2014). <자비중심치료>. 서울: 학지사.
- Hilditch, J. R., Lewis, J., Peter, A., Maris, B., Ross, A., Franssen, E., Guyatt, G. H., Norton, P. G., & Dunn, E. (1996). A menopause specific quality of life questionnaire: development and psychometric properties. *Maturitas*, 24(3), 161–175.
- Kearney, D. J., Malte, C. A., McManus, C., Martinez, M. E., Felleman, B., & Simpson, T. L. (2013). Loving kindness meditation for posttraumatic stress disorder: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 26(4), 426–434.
- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(5), 887–904.
- Marciano, P. L., & Kazdin, A. E. (1994). Self-esteem, depression, hopelessness, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23(2), 151–160.
- Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neff, K. D. (2003b). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223–250.
- Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and personality psychology compass*, 5(1), 1–12.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of clinical psychology*, 69(1), 28–44.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139–154.
- Pace, T. W., Negi, L. T., Sivilli, T. I., Issa, M. J., Cole, S. P., Adame, D. D., & Raison, C. L. (2010). Innate immune, neuroendocrine and behavioral responses to psychosocial stress do not predict subsequent compassion meditation practice time. *Psychoneuroendocrinology*, 35(2), 310–315.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale a self report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 757–761.
- Raes, F. (2011). The effect of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness*, 2(1), 33–36.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents, *Nature*, 138, 32.

- Sirois, F. M. (2014). Procrastination and stress: Exploring the role of self-compassion. *Self and Identity*, 13, 128–145.
- Stark, K. D., Kaslow, N. J., & Laurent, J. (1993). The Assessment of Depression in Children Are We Assessing Depression or the Broad-Band Construct of Negative Affectivity?. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 1(3), 149–154.
- Tirch, D., Schoendorff, B., & Silberstein, L. (2014). *The ACT Practitioner's Guide to the Science of compassion*. 손정락, 최명심 역(2018). <자비의 과학>. 서울: 불광출판사.
- Treloar, A. E., Boynton, R. E., Behn, B. G., & Brown, B. W. (1967). Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. *Int J Fertil*, 12, 77–126.
- Ying, Y. W. (2009). Contribution of self-compassion to competence and mental health in social work students. *Journal of Social Work Education*, 45(2), 309–323.

The Effects of Self-Compassion Program on Depression, Stress, and Climacteric Symptoms among Women in Climacterium

So Yang Choi, Jung Ho Kim, Melehae Kim

Dept. of Psychology, Duksung Women's University

The purpose of this study was to examine the effects of a self-compassion program for climacteric women experiencing depression, stress, and climacteric symptoms. Women in climacterium, aged 45 to 60 in Seoul, were recruited and evaluated for depression and climacteric symptoms. A total of 23 participants who scored 16 or higher on the Center for Epidemiological Studies Depression scale (CES-D) and 110 or higher on the Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) scale were selected and randomly assigned to either a treatment group ($N=11$) or a waitlist-control group ($N=12$). The treatment group received 6 weekly sessions of a 60-minute self-compassion program. All participants completed the CES-D, MENQOL, stress response inventory (SRI), and self-compassion scale at pre-and post-treatment. Data analyses revealed that the treatment group reported greater improvements in depression, stress, and psychosocial and physical climacteric symptoms compared to the waitlist-control group. Vasomotor climacteric symptoms, however, showed no differences between groups. Finally, the treatment utility and limitations of the study were discussed.

Keywords: *Self-Compassion, Depression, Stress, Climacteric Symptoms*