

## 노인의 영적안녕, 희망 및 지각된 건강상태에 관한 연구

성 미 순\* · 김 정 남\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

오늘날 생활수준의 향상과 의학기술의 발달 및 사회복지 서비스 개선 등으로 우리나라 사람들의 평균 수명이 상당히 연장되는 추세를 보이고 있다. 이로 인해 노인인구가 점차 증가하여 전체 인구 중 60세 이상의 노인이 차지하는 비율이 1997년 9.9%였고 2000년에는 11%를 차지할 것으로 추산되고 있다(보건복지부, 1997).

노인인구의 증가와 더불어 노인의 건강문제는 간호학의 중요한 관심영역이 되고 있으며, 노화과정과 관련하여 생리적으로 신체기능의 퇴행적 변화가 오고 이로 인해 발병되는 만성퇴행성 질환발생율이 높아진다. 이러한 질환이 발생하였을 때 단순히 신체적 측면에만 영향을 받는 것이 아니라 사회적, 정서적, 심리적, 영적인 측면을 포함한 전인적 차원에서 영향을 받게 된다(김화중, 윤순영, 1998).

간호학은 역사적으로 전인적 대상자 건강 관리에 깊은 관심을 표명해왔다. Nightingale(1896)은 인간을 전인적 존재로 이해하였고 대상자의 심신에 대한 요구 뿐 아니라 영적 요구도 동시에 충족시켜야 한다고 주장하였으며, Carson(1989)은 영적 안녕을 추구

하는 욕구는 인간의 기본욕구이며 영적간호는 모든 환자가 받아야 할 기본권리라고 하였다.

최근 W.H.O에서 영적안녕의 중요성이 강조되면서 영적간호에 대한 관심이 고조되고 있다(Rogers, 1970; Johnson, 1990; Bergquist & King, 1994).

우리나라의 경우 간호이론이나 실무에 있어서 영적인 접근은 매우 미진한 상태에 있으며 인간의 생리적인 측면에만 국한되어 있거나 제한된 범위 내에서만 영적간호가 실시되고 있는 실정이다.

영적안녕은 인간의 궁극적 관심사로서 삶의 의미나 목적에 대하여 만족스러운 해답을 찾으려는 요구와 사랑과 관심에 대한 요구, 용서받고 싶은 요구, 그리고 희망에 대한 요구 등이 충족될 때 가능해지고 이 중 어느 한가지라도 상실하거나 부족할 때는 영적지지를 필요로 하게 된다(Fish & Shally, 1983; Conrads, 1985).

노화과정과 더불어 질병이나 생의 위기상황에 처하기 쉬운 노인들은 그 누구보다 높은 영적 요구를 지니게 된다. 노인환자를 간호하는 의료인들은 노화과정에 따른 노인들의 문제점을 충분히 이해하고 영적 요구를 파악하여 영적안녕을 유지증진할 수 있도록 도와주어야 한다(Folta, 1995; 김귀분, 1987)

희망은 일찌기 휴머니즘을 표방하는 간호 철학자에 의하여 간호의 본질적 요소로서 언급되어 왔다(Watson,

\* 대구가톨릭대학병원 간호감독

\*\* 계명대학교 간호대학 교수

1985; Parse, 1990). 그후 많은 간호학자들은 심한 고통 속에서 죽음에 직면하고 있는 극한 상황에 처한 환자의 건강, 삶의 질과 관련하여 희망의 중요성을 강조 하였고 따라서 희망은 전인간호를 위한 핵심 개념으로 부각되고 있다(Douville, 1995; Hummelvoll & Silva, 1994; Schorr, Farnham & Ervin, 1991).

인간에게 희망이 없으면 삶이 공허하게 느껴지고 생존의 가치에 의문이 생기게되어 건강한 삶을 누릴 수 없게되며 희망을 버리는 것 자체가 곧 죽음이다. 그러므로 간호사는 행위를 통해서 보다는 그 자신의 존재에 의해 대상자에게 희망을 가지고 이를 불어 넣어 주어야 한다(Jourard & Vailot, 1970; Folta, 1995).

우리나라의 경우 지금까지의 선행연구에서 환자, 간호사, 간호학생을 대상으로한 영적요구과악을 위한 조사는 다수 있었으나 영적 안녕과 희망에 영향을 주는 요인을 분석한 연구는 일반인을 대상으로한 최상순(1990)의 연구가 있을뿐, 노인의 영적 안녕, 희망 및 건강상태에 관한 연구는 거의 찾아 볼 수 없었다. 이에 본 연구자는 대구시에 거주하는 노인을 대상으로 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태와의 관계를 파악하여 바람직한 영적 간호와 희망을 높여주는 간호중재 방안 마련을 위한 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 일반적인 목적은 한국 도시 노인의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태 간의 관계를 파악하여 바람직한 영적간호와 희망을 높여주는 간호 중재 방안 마련을 위한 기초자료를 제공함에 있다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강 상태를 알아본다.
- 2) 노인의 영적 안녕과 희망과의 관계를 알아본다.
- 3) 노인의 영적안녕과 지각된 건강상태의 관계를 알아본다.
- 4) 노인의 희망과 지각된 건강상태의 관계를 알아본다.
- 5) 노인의 일반적 특성에 따른 영적 안녕, 희망, 지각된 건강상태의 차이를 알아 본다.

## 3. 연구의 가설

이러한 연구목적에 의하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설 1. 노인의 영적 안녕 점수가 높을수록 희망 점수가 높을 것이다.

가설 2. 노인의 영적 안녕의 점수가 높을수록 지각된 건강상태 점수가 높을 것이다.

가설 3. 노인의 희망점수가 높을수록 지각된 건강상태 점수가 높을 것이다.

## 4. 용어의 정의

### 1) 영적 안녕(Spiritual well-being)

**이론적 정의:** 영적 안녕(Spiritual well-being)이란 인간의 영적 본성을 최대한으로 개발시키는 능력이며 총체적으로 인간에게 영향을 미치는 삶의 원리와 동등한 것으로, 시간과 공간을 초월하여 존재하는 절대자(신, 최고의 가치), 자신, 이웃, 환경과의 관계에서 조화된 삶을 영위하는 것으로써 사람의 내적 자원이 총체적으로 건강한 상태를 말한다(Soeken & Carson, 1987).

**조작적 정의:** 영적 안녕은 영적 건강의 행동적 표현으로서 Palautzian과 Ellison(1982)이 개발한 영적 안녕 척도로 측정한다. 영적 안녕 점수는 종교적 안녕과 실존적 안녕으로 나누어지며 점수가 높을수록 영적으로 더욱 안녕한 것을 의미한다.

### 2) 회 망

**이론적 정의:** 희망은 미래에 대한 바램, 능동적인 참여, 내적 동기, 신뢰; 실제적인 가능성, 타인이나 높은 존재와의 관계를 원하는 것, 열중하게 하는 것, 그리고 중요시하는 것에 대한 기대를 포함하는 개인의 다영역적, 역동적 속성이다(Nowotny, 1989).

**조작적 정의:** Nowotny(1989)가 개발한 희망 척도로 측정하며, 점수가 높을수록 희망의 정도가 높은 것을 의미한다.

### 3) 지각된 건강상태(Perceived Health Status)

**이론적 정의:** 인간이 안녕을 느끼며 생활할 수 있는 건강상태에 대한 개인적인 느낌을 말한다(최정훈, 1982).

**조작적 정의:** Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로 측정된 점수이다. 점수가 높으면 지각된 건강상태가 높은 것을 의미한다.

## 5. 연구의 제한점

본 연구의 대상자는 대구 지역에 소재하는 일부 노인에 한정되었기 때문에 한국노인 전체를 대상으로 확대 해석할 때는 신중을 기할 필요가 있다.

## II. 문헌 고찰

### 1. 영적 안녕

인간의 영적인 측면은 개인의 다른 모든 측면들 즉 신체적, 정신 사회적 측면들을 통합하는 근본적인 힘으로서 개인의 영적 안녕 상태를 결정하는데 중요한 역할을 하며 다른 모든 측면들의 중심적 핵심(central core)이 된다(Banks, Rebecca, 1980).

Stoll(1989)에 의하면 영은 사람 안에 있는 하느님의 형상(Image of God), 초월자와 연결하는 힘, 신체에 생명을 주는 막연한 원리, 생기, 아무도 볼 수 없고 죽지 않는 내부에 있는 참사람, 신(God)을 의식하게 하는 능력을 제공하는 것 등으로 서술하고 있다.

영은 노인의 안녕에 중요한 측면이 된다. 노인은 신체적 정신적 능력이 감소하면서 오히려 영적 능력이 성장하고 개발된다. 노인에게 영은 불안감을 해소시키고 목적, 의미, 통합의 감각을 제공한다. 그리고 개인적 자아존중감의 원천이 될 수 있으며 죽음에 대한 준비를 도와준다(이원희, 1988).

영성(Spirituality)은 종교적인 신념이나 행위를 의미하는 것 이상의 인간의 내적자원의 총체로서, 한 인격의 전 존재 곧 의지적, 감정적, 지적, 신체적 가치들의 원리를 창출해 내는 삶의 원리와 같다(Liening, 1978). Haase(1987) 등은 개념 분석을 통하여 영적 관점(Spiritual perspective)을 다음과 같이 정의 하였다. 영적 관점은 자신보다 더 큰 힘과의 상호연결된 느낌 혹은 신념에 기초를 둔 창조적이고 통합적인 힘으로서 영적관점의 선행요인은 영성이며, 영적 관점의 결과는 삶의 목적과 의미가 있으며, 행위를 안내할 삶의 철학이나 신념 및 가치관에 영향을 주며, 현실을 초월하게 한다고 하였다.

인간의 영성은 수직적 차원과 수평적 차원으로 설명할 수 있다. 수직적 차원은 신에 대한 인간의 안녕감이며 이를 종교적 안녕감이라고 하고, 이것은 인간이 질병과 고통, 상실 등과 같은 위기에 어떻게 대처하고 자신의 삶을 어떤 관점으로 보는가에 대하여 많

은 영향을 준다.

영적 요구란 신과의 역동적이고 개인적인 관계를 설정하고 유지하는데 필요한 요소가 결핍된 상태로 정의할 수 있으며, 의미와 목적을 갈망하는 요구, 사랑과 관계에 대한 요구, 용서 받고 싶은 요구 그리고 희망에 대한 요구 등으로 분류할 수 있다(Conrad, 1985). 이러한 영적 요구의 충족은 자기 주체성을 가지고 기능을 발휘하게 하므로 삶의 모든 단계에서 희망을 갖게 하고 목표를 성취하게 하여 궁극에는 만족한 삶을 영위하게 한다(Peipgras, 1986). 노인들이 여러영역에서 상실을 경험하게 시작하면서 영적요구도 증가하게된다.

영적 건강은 영적 요구가 충족된 상태에서 이루어진다. 영적건강이란 인간의 영적본성이 최대한으로 개발되도록 하는 능력으로서 신, 자신, 이웃, 환경(자연)과 바른 관계를 유지하며 통합, 조화, 평화를 이루는 안녕 상태이다(Hiatt, 1986). 이에 대해 Chapman(1986)은 영적 건강을 인간이 신과의 바른 관계를 가짐으로써 평안해지며, 삶에 있어서 자기 자신의 기본적인 목적을 설정하고, 사랑과 기쁨, 평화를 누리며 성취하는 것을 배우고 자신과 다른 사람들이 최대한의 잠재성을 개발하도록 하는 능력을 갖는 것이라고 하였다.

영적 안녕(spiritual well-being)이란 인간의 영적 본성을 최대한으로 개발시키는 능력이며, 총체적으로 인간에게 영향을 미치는 삶의 원리와 동등한 것으로 시간과 공간을 초월하여 존재하는 절대자와 자신, 이웃, 환경과의 관계에서 조화된 삶을 영위하는 것으로 사람의 내적 자원이 총체적으로 건강한 상태를 말한다. 영적 안녕을 가진 사람은 현재 자기가 처해 있는 환경에서 삶의 의미와 목적을 발견할 수 있고 미래의 의미와 궁극적인 목적까지 찾을 수 있다(Soeken & Carson, 1987; Burkhardt, 1989). 따라서 영적인 안녕감을 갖게 되며 부정적인 처지와 환경에도 불구하고 자신의 생에 대한 긍정적인 태도를 보이며 내적인 조화와 평화를 이루고 건강을 증진시킨다.

Miller(1983)는 다양한 질병을 가진 56명의 만성 성인 환자들을 대상으로 질병대처방법에 대해 연구한 결과 가장 흔히 사용되어진 전략으로는 절대자(신)의 사랑을 느끼는 것과 같은 대상자들의 영적인 생활로부터 힘을 얻는 것으로 나타났다. 류마치스 관절염 환자와 건강인과의 영적안녕 차이는 만성질환자들이 의미있게 높았다고 지적하였고, 만성 질환으로 인해

사람들은 종교에 가치를 두고 절대자(신)에 대한 믿음을 갖고 절대자(신)와의 관계에 대해 생각하게 되었다고 하였다.

또한 영적으로 안녕한 사람들에게서 나타나는 특성들 중에 높은 수준의 희망을 발견한 Hungleman(1985) 등은 영적으로 건강하다는 것이 그 성질상 초월적인 존재가치와의 관계에서 자신의 위치를 뚜렷하게 갖기 때문에 평안이 있고, 따라서 미래 지향적인 희망이 삶을 건전한 방향으로 발전시킨다고 하였다. 또한 그러한 사람은 현재 자기가 처해 있는 환경에서 삶의 의미와 목적을 발견할 수 있고, 미래의 의미와 궁극적인 목표까지 찾을 수 있다(Soeken & Carson, 1987; Burkhardt, 1989).

Moberg(1984)는 영적으로 안녕한 노인들은 삶에 만족하는 철학을 가지고 있고, 타인들과 만족스러운 관계를 가지며 건설적이고 건전한 자아 개념을 가지게 되어 삶에 대한 것과 마찬가지로 죽음에 대해서도 준비한다고 보고하였고, 영적인 요소는 성인 환자들 중 특별히 나이 많은 환자들을 위한 중요한 요소로 확인되어 지고 있다.

## 2. 희망

희망은 “앞일에 대하여 이렇게 되었으면 하는 바람 또는 그러한 소원, 미래에 대한 가망, 희망, 기원(새 우리말 큰 사전, 1981)”을 말하는 것으로서 희망은 좋은 상태가 계속되거나 나아질 것이라는 기대, 또는 어려운 상황에서 벗어날 수 있다는 기대 등으로 특징 지을 수 있는 목표 달성, 현 상태에서 만족하는 것이 상의 복잡하고 다원적인 구조이다(Miller, Power, 1988). 인간은 어떤 수준의 희망이든지 희망이 없는 살 수가 없으며 마치 삶에 있어서 음식이나 물과 같은 것이다. 희망은 미래에 대한 바람, 능동적인 참여, 내적 동기, 신뢰, 실제적인 가능성, 타인이나 높은 존재와의 관계를 원하는 것, 열중하게 하는 것, 그리고 중요시하는 것에 대한 기대를 포함하는 개인의 다영역적, 역동적 속성이다(Nowotny, 1989).

희망은 특정적 희망과 전반적 희망의 두 영역이 있다. 즉 전반적 희망은 특정적 희망이 없어질 때 상호 보완하는 기능이 있어 사람들이 절망속에서 의미와 희망을 찾을 수 있으므로 희망을 갖게된 사람들은 결국 질병에 적응하고 질병회복 및 건강유지가 가능하게 된다(Dufault & Martocchio, 1985).

희망은 대부분의 연구에서 정지된 상태가 아니라 현실의 상황변화에 따라 변화되는 것으로 언급하였다(Lynch, 1965; Wright & Shontz, 1968; Kübler Ross, 1971).

대부분의 임상 현장에서는 구체적인 측면에 집중하여 구체적인 희망의 특성이 부각됨을 제시했는데 즉 퇴원하는 것, 수술로부터 회복되는 것, 중환자실을 떠나는 것 등의 단기 목표와 여행하는 것, 정상 일상생활을 하는 것, 증상이 없어지는 것 등의 장기 목표들이 설정된다고 하였다(Conrad, 1977).

이와 같이 개인의 희망 목적은 희망을 갖는 개인에 따라 다양한데, 주로 입원한 환자들은 질환과 관련된 신체적인 요소에 집중하여 통증 완화, 충분한 수면, 친구방문 등이었고 임종 환자들은 치료, 치유, 생명연장에 관련된 것으로 희망 목적이 바뀐다고 제시하였다(Kübler Ross, 1974). 이와 같이 희망의 목적은 상황에 따라 다양하게 나타나며 희망의 목적이 바뀔 수 있으므로, Dufault(1985)가 제시한 것과 같이 희망은 절망과 연속선상에 있는 것이 아니라 희망의 정도와 형태의 연속선상에서 역동적으로 변화한다고 하는 특징을 알 수 있게 된다.

희망은 간호 현장에서는 특별히 좋지 않은 예후를 갖는 환자들이나 희망이 결핍된 집단의 간호에 많이 활용되었는데 간호사는 환자에게 있어 희망을 유지, 지지, 보존하는 역할을 해온 것이다. 희망에 관한 연구가 주로 실시된 대상은 암환자, 중환자, 말기 질환자, 만성 재발 환자, 노인 환자들이 있다. 특히 노인들은 자신의 의무와 목적 의식을 잃어 버릴 때 희망을 필요로 한다(정정숙, 1995).

Campbell(1987)은 인간이 통제할 수 없는 어떤 상황속에서 혹은 나쁜 운이나 운명적인 상황 속에서 희망을 격려하는 것은 실제로 절망감을 감소시킨다고 하였다.

Jalowiec & powers(1981)가 응급실 환자 25명을 대상으로 실시한 연구에서 가장 많이 사용하는 대처술은 모든 것이 잘 될 것을 희망하는 것, 이라는 연구보고와 혈액 투석을 하고 있는 150명의 신부전증 환자의 대처술 중의 하나로 모든 것이 좋아질 것이라는 희망으로 보고한 Marphy(1982)의 연구는 모든 희망이 삶과 죽음의 기로에 있는 이들에게 얼마나 중요한가를 나타내 준다고 볼 수 있다. 또한 이같은 연구 결과는 절망적인 환자들이 절망상태에 빠져 있지만은 않다는 것을 나타내는 것이기도 하다.

Raleigh(1980)는 생명을 위협받는 45명의 암환자와 그렇지 않은 45명의 암환자를 대상으로 질병의 책임소재(Locus of control), 사회적지지, 종교적신념, 질병에 대한 태도 등과 희망과의 관계를 조사한 결과 어떤 변수도 관계가 없음을 보고 하였다. 그리고 최상순(1990)은 간호사 277명, 일반성인 354명을 대상으로 영적 안녕, 희망 및 건강과의 관계를 보았는데 영적안녕이 관계있는 변인으로 나타났다고 하였다.

희망에 대한 국내 연구로서는 이미숙(1989)은 희망은 치유반응에 긍정적인 영향을 미치며 질환으로 인해 오는 실망감과 신체적, 정신적 악화를 예방하는데 있어 필요한 것으로서 절망감을 감소시키는 주요한 중재 방안으로 제시하였으며, 최영희(1989) 등은 희망은 만성질환자에 있어서 매우 중요한 개인적 혹은 심리적 특성으로서 희망을 가진 사람에게 현실적으로 가능하고, 개인적으로 의미있는 좋은 미래를 획득하리라는 확신에 찬 그러나 한편으로는 불확실한 기대를 특징으로 하는 다면적이고 역동적 생명력이라고 하였다.

이상에서 희망에 대한 연구는 다양한 상황에서, 다양한 대상자를 포함하여 여러 연구 방법을 적용하여 희망의 본질과, 간호 상황에서 측정 가능한 개념으로 정착시키기 위한 노력들을 하고 있음을 볼 수 있으나 그러나 아직도 희망에 대한 본질은 정확하게 제시되지 못하고 연구 결과마다 다르게 정의하고 있다.

### 3. 노인의 지각된 건강상태

현대 사회에 있어서 노인의 건강문제를 간호 전문적이 직면한 가장 큰 도전이라 볼 수 있다고 하였다(김희자, 1995).

노화현상은 사람들이 일생을 살아 가는 동안에 일어나는 모든 규칙적인 변화이며, 신체의 구조와 기능에 있어서의 변화뿐 아니라 인간의 적응이나 행동에 있어서의 변화 유형을 포함한다(김미옥, 1987). 특히 노인의 건강을 측정하는데 기준이 되는 것은 건강을 보는 관점에 따라 다르다. 건강하다는 것은 질병이 없는 상태로 규정되어져 왔으나, 이와 같은 패러다임은 대부분의 노인들을 불건강한 사람으로 만들어 버린다. 왜냐하면, 노화됨에 따라 노인들은 다양한 만성질환과 전체적으로 쇠퇴함을 경험하기 때문이다(Engle, 1984).

노인의 건강을 측정하는 방법에는 여러방법이 있겠

으나, 자가 건강평가(Self-Rating of Health)란 노인 연구에 있어서 흔히 사용되는 것으로서 “당신과 비슷한 연령의 다른 사람들과 비교해 볼 때 당신의 건강은 어떠합니까?”와 단순한 질문에 대한 반응으로 정의된다(Mossey, Shapiro, 1982).

인간은 모두 하나의 형태로 늙어가는 것이 아니라 각자가 갖는 특성에 따라 노년의 변화가 시작되는 시기도 다르며 또한 노화의 지각에도 심한 개인적 차이를 보인다. Rogers(1970)는 같은 나이이라 할지라도 노화에 대해 실제로 느끼는 것은 다르며, 개인의 경험이나 사회적 관념, 그들의 건강 상태에 따라 영향을 받는다고 하였다.

간호학적 입장에서의 노인 건강이란 앞에서도 언급했듯이 단순한 질병의 부재 뿐 아니라 노인 자신이 경험하고 지각하는 모든 측면을 반영하는 것이므로 노인의 자가 평가에 의한 주관적 건강은 개인 나름대로 건강을 정의하고 이를 근거로 자신의 건강을 측정하는 것이므로 노인의 건강 상태를 보다 포괄적으로 반영할 수 있으며(이영희, 1993). 결국 노인 건강은 노화 과정과 그에 따르는 변화를 고려할 때 인체의 생리적 변화를 중심으로 신체적 측면과 정신적 측면, 노후 사회생활의 적응을 중심으로 하는 사회 심리적 측면으로 대별할 수 있으며 이들 신체적, 정신, 정서적, 사회적 건강 상태는 서로 밀접한 관련성을 가지고 상호 작용하여 그 결과로서 노인 건강의 변화를 나타낸다고 할 수 있을 것이다(최영희, 김문실, 변영순 및 원종순, 1990).

정진희(1997)의 노인의 건강행위와 영향요인에 관한 연구에서 노인의 건강상태가 아주 건강하다고 지각한 군의 건강행위 점수는 아주 나쁘다고 지각한 군의 건강행위 점수보다 유의하게 높게 나타났다.

노인을 대상으로 한 Speake, et al.(1989) 연구에서 현재 지각한 건강상태는 생활양식에 따라서 유의한 차이를 보였으며, 서순림(1988)의 연구에서 주관적 건강평가가 ‘좋다’고 응답한 집단의 건강행위 점수는 ‘나쁘다’고 응답한 집단의 건강행위 점수보다 유의하게 높게 나타났다.

지각된 건강 상태와 건강 증진 생활 양식이 순상관 관계를 나타낸 것은 Hanner(1986) 및 Riffle(1989)의 노인을 대상으로 한 연구와 Weitzel(1989)의 노동자를 대상으로 한 연구에서 일치된 결과를 보이고 있는데 이러한 결과는 대상자가 현재의 건강 상태를 긍정적으로 지각하는가에 따라 건강 증진 생활 양식에

참여도가 달라짐을 나타내며 즉 노인이 자신의 건강 상태를 어떻게 지각하는가에 따라 건강행위가 달라지므로 간호사는 노인의 건강 상태를 위한 간호 중재를 할 때 간호계획 시 지각된 건강 상태를 사정하는 것이 바람직 할 것이다.

### Ⅲ. 연구 방법

#### 1. 연구 설계

본 연구는 노인의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강 상태의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관관계연구(Descriptive correlational study)이다.

#### 2. 연구 대상

본 연구의 대상은 60세 이상의 노인으로 대구광역시 소재 5개 시설에 거주하고 있는 전체 노인 368명 중 대상자 선정기준에 해당하는 148명과 시설노인의 분포비율에 따라 선정한 재가노인 195명을 대상으로 하였다.

대상자의 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 시청각 장애가 심하지 않은 자
- 2) 언어적 비언어적 의사소통이 가능한 자.
- 3) 질문지를 이해하고 응답할 수 있는 자.
- 4) 연구에 참여하기로 수락한 자.

#### 3. 연구 도구

##### 1) 영적 안녕 측정 도구

Paloutzian과 Ellison(1982)에 의하여 개발된 측정 도구를 최상순(1990) 번역한 6점 평정 척도를 간호학과 교수 2인, 노인간호 담당 간호사 1인의 자문을 거쳐 노인의 이해 수준에 맞게 수정 보완하여 사전조사를 거쳐서 사용하였다. “확실히 그렇게 생각한다”에서부터 “전혀 그렇게 생각하지 않는다”의 4점 척도로 된 종교적 안녕과 실존적 안녕의 20개의 문항으로 구성되며 8개의 부정적인 문항과 12개의 긍정적인 문항이 있다. 부정적 문항은 점수를 역으로 환산하였으며 점수가 높으면 더욱 안녕한 것을 의미한다. 짝수 번호의 문항들은 종교적 안녕을 사정하는 것이며, 홀수 번호의 문항들은 실존적 안녕을 사정하는 것으로, 각각 10개의 문항들로 이루어져있다. 특히 문장 내용

중 신(God)을 명기한 것은 종교적 안녕을 의미한다.

예비조사에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .8423이었고, 본 연구에서는 .8766 이었다.

##### 2) 희망 측정 도구

Nowotny(1989)의 희망 측정 도구를 최상순(1990)이 번역하고 수정, 보완한 희망 측정 도구를 사용하였다. Nowotny는 희망에 대한 질적 연구를 통해 희망의 6가지 속성을 확인하였고, 이 6가지 하위 척도의 차원들은 총 29항목으로 되어 있다.

이 도구의 문항을 간호학과 교수 2인, 노인간호 담당 간호사 1인에게 자문을 거쳐 노인 대상으로 이해 수준에 맞게 수정, 보완한 후 사전조사를 거쳐 ① 확신-6문항 ② 다른 사람들과의 관계-6문항 ③ 가능한 미래-4문항 ④ 영적 신념-4문항 ⑤ 활발한 관여-4문항 ⑥ 내적동기-5문항으로 구분하였다.

각 항목들은 ‘확실히 그렇다, 전혀 그렇지 않다’의 4점 평정척도로 측정되며, 긍정적 진술과 부정적 진술이 사용되었는데 부정적 진술의 항목들은 점수를 역으로 환산하였고 점수가 높을수록 희망정도가 높은 것을 의미한다.

예비조사에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .8611이었고, 본 연구에서는 .8983 이었다.

##### 3) 지각된 건강상태 측정도구

Northern Illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale로서 자신이 평가하는 현재 건강상태 1문항, 1년 전과의 건강상태를 비교한 1문항, 일하면서 느끼는 건강 상태의 문제를 평가하는 1문항, 동년배와의 건강상태를 비교한 1문항, 총 4문항으로 구성되었다. 도구의 3문항은 3점 척도, 1문항은 5점 척도로 하여 최저 4점에서 최고 14점의 범위를 가지며 점수가 높을수록 자신이 평가하는 지각된 건강상태가 좋은 것을 의미한다.

예비조사에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .7546이었고, 본 연구에서는 .7859 이었다.

#### 4. 자료수집 방법

자료수집 기간은 1998년 8월 10일부터 8월 25일까지 15일 동안 본 조사를 실시하였다. 본 연구의 목적을 충분히 이해한 2명의 조사원(간호사)과 연구자가 직접 조사구역과 시설을 방문하여 노인들에게 연구

목적과 취지를 설명하고 동의를 구한후 개별적으로 설문지를 작성하게 하거나, 내용을 읽어주고 면담 작성방법으로 자료수집하였다. 설문지를 작성하는데 약 30분의 시간이 소요되었다.

5. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SAS Program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 일반적 특성은 기술통계 방법(실수, 백분율)을 이용하였고, 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태에 대한 점수는 평균, 표준편차 및 순위를 구하였다. 가설 검정을 위해 Pearson's correlation Coefficient를 사용하였고, 일반적 특성에 따른 영적 안녕, 희망, 지각된 건강 상태의 차이를 알아보기 위하여 ANOVA를 이용하였으며, 사후검정으로 Tukey방법을 이용하였다.

IV. 연구 결과 및 논의

1. 대상자의 일반적인 특성

대상자의 일반적인 특성은 <표 1>과 같다. 성별분포는 여자가 51%였고 남자가 49%였다. 연령별로는 60대 49.6%, 70대 33.2%, 80대 이상 17.2%로 나타났으며, 종교가 있는 노인들이 77.6%였고, 그 중 불교 30.0%, 기독교 25.7%, 천주교 18.4%, 무교 22.4%였다. 교육정도는 초졸 이하 56.3%, 대졸 이상이 9.0%로 대체로 학력이 낮았으며, 현재 직업을 가지고 있는 노인은 전체대상자의 12.2%로 나타났다. 동거현황은 혼자 삶 5.3%, 시설기관에 삶을 제외하고는 부부끼리 삶이 22.7%로 가장 많았다. 월 평균 용돈이 10만원 미만이라는 응답자가 54.8%로 가장 많았으며, 31만원 이상이 14.6%로 나타났다.

2. 대상자의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태

1) 영적 안녕

대상자의 영적안녕 점수 득점 가능 범위는 최저 20점에서 최고 80점으로 하여 평균 42.27점 이었고<표 6>, 이를 다시 최대평점 4점으로 환산했을 때 평균평점 2.11점으로 나타났다. 영적 안녕을 종교적 안녕과 실존적 안녕으로 분류하여 각 영역의 평균과 평균평점을 산출했을 때 종교적 안녕은 득점범위 10~40점

<표 1> 대상자의 일반적 특성 (N=343)

| 항 목           | 구 분            | 실수   | 백분율  |
|---------------|----------------|------|------|
| 거 주 지         | 시 설            | 148  | 43.1 |
|               | 재 가            | 195  | 56.9 |
| 성 별           | 남 자            | 168  | 49.0 |
|               | 여 자            | 175  | 51.0 |
| 연 령           | 60~64세         | 79   | 23.1 |
|               | 65~69세         | 91   | 26.5 |
|               | 70~74세         | 59   | 17.2 |
|               | 75~79세         | 55   | 16.0 |
|               | 80세 이상         | 59   | 17.2 |
| 종 교           | 기독교            | 88   | 25.7 |
|               | 천주교            | 63   | 18.4 |
|               | 불 교            | 103  | 30.0 |
|               | 기 타            | 12   | 3.5  |
| 교육 정도         | 무 학            | 95   | 27.7 |
|               | 초 졸            | 98   | 28.6 |
|               | 중 졸            | 58   | 16.9 |
|               | 고 졸            | 61   | 17.8 |
|               | 대졸 이상          | 31   | 9.0  |
| 과거 직업         | 농 업            | 63   | 18.4 |
|               | 공 업            | 55   | 16.0 |
|               | 상 업            | 63   | 18.3 |
|               | 기 타            | 74   | 21.6 |
|               | 무 직            | 88   | 25.7 |
| 현재 직업 상태      | 유              | 42   | 12.2 |
|               | 무              | 301  | 87.8 |
| 동거 현황         | 혼자 삶           | 18   | 5.3  |
|               | 부부끼리 삶         | 78   | 22.7 |
|               | 미혼자녀와 함께 삶     | 42   | 12.2 |
|               | 결혼한 아들과 함께 삶   | 41   | 12.0 |
|               | 결혼한 딸과 함께 삶    | 11   | 3.2  |
|               | 자식이외의 친척과 함께 삶 | 5    | 1.5  |
| 시설 기관(양노원)에 삶 | 148            | 43.1 |      |
| 월 평균 용돈       | 10만원 미만        | 188  | 54.8 |
|               | 11~30만원        | 105  | 30.6 |
|               | 31만원 이상        | 50   | 14.6 |

중에서 평균 21.37점, 평균평점 2.14점이었고, 실존적 안녕은 득점범위 10~38점 중에서 평균 20.90점, 평균평점 2.09점 이었다. 따라서 본 연구에서 종교적 영적 안녕점수가 실존적 영적 안녕 점수보다 약간 높은 점수를 보였다. 아직 노인 대상으로 영적 안녕 척도를 이용한 선행 연구가 없어서 연구 결과를 직접 비교할 수는 없으나 종교적 안녕과 실존적 안녕을 비교해 볼 때 오복자(1997)의 연구 결과와 본 연구결과에서 종교적 안녕 점수가 실존적 안녕점수보다 조금 높게

〈표 2〉 대상자의 실존적 안녕 점수

| 문항                                    | 평균평점(±표준편차) |
|---------------------------------------|-------------|
| 나는 내가 누구인지 어디서 왔는지 혹은 어디로 가고 있는지 모른다. | 2.27(±0.95) |
| 나는 나의 장래가 안정되어 있지 않다고 느낀다.            | 2.20(±0.85) |
| 나는 나의 삶에 어떤 참 목적이 있다고 믿는다.            | 2.20(±0.77) |
| 나는 나의 삶이 꽤 충실하고 만족스럽다고 느낀다.           | 2.11(±0.79) |
| 나는 나의 미래를 좋게 본다.                      | 2.11(±0.79) |
| 나는 나의 삶이 가고 있는 방향에 대하여 안녕감을 느낀다.      | 2.06(±0.73) |
| 산다는 것은 내게 많은 의미를 준다.                  | 2.04(±0.75) |
| 나는 삶을 별로 즐거워 하지 않는다.                  | 2.01(±0.86) |
| 나는 삶이 긍정적인 경험이라고 믿는다.                 | 1.99(±0.71) |
| 나는 삶이 갈등에 가득 차 있고 불행하다고 느낀다.          | 1.86(±0.83) |
| 전체                                    | 2.09(±0.46) |

〈표 3〉 대상자의 종교적 안녕 점수

| 문항                                       | 평균평점(±표준편차) |
|--|-------------|
| 나는 절대자(신)와의 개인적인 기도에서 큰 만족을 얻지 못한다.      | 2.26(±1.00) |
| 나는 절대자(신)와 개인적으로 의미 있는 관계를 가지고 있다.       | 2.25(±0.97) |
| 나는 절대자(신)로부터 개인적인 힘과 지지를 많이 얻지 못한다.      | 2.19(±0.91) |
| 나는 절대자(신)가 나의 문제에 대하여 관심을 가지고 있다고 믿는다.   | 2.18(±0.93) |
| 나는 절대자(신)와 개인적으로 만족스러운 관계를 가지고 있지 않다.    | 2.16(±0.99) |
| 나는 절대자(신)가 나를 사랑하고 돌보아 주신다고 믿는다.         | 2.10(±0.96) |
| 나는 절대자(신)와 함께 있다고 느낄 때 가장 만족스럽다.         | 2.07(±0.97) |
| 나와 절대자(신)와의 관계는 나로 하여금 외롭지 않게 느끼도록 도와준다. | 2.07(±0.86) |
| 나는 절대자(신)가 나의 일상 상태에 관심이 없다고 믿는다.        | 2.07(±0.92) |
| 나는 절대자(신)와의 관계를 가짐으로써 안녕감을 갖는다.          | 1.97(±0.96) |
| 전체                                       | 2.14(±0.70) |

나타났으나 암환자를 대상으로 한 강정호(1996)의 연구와 일반성인과 간호사를 대상으로 한 최상순(1990)의 연구에서는 종교적 안녕이 실존적 안녕보다 더 낮은 점수를 보여 노인을 대상으로 한 본 연구와는 다른 결과를 나타내었다.

## 2) 희망

대상자의 희망점수 득점가능 범위는 최저 29점에서 최고 116점으로 평균 67.16점 이었고〈표 6〉, 이를 다시 최대평점 4점으로 환산했을 때, 평균평점 2.31점으로 나타났다.

대상자의 희망 점수는 〈표 4〉와 같다.

희망정도의 6가지 하위척도의 점수를 살펴보면 확산 2.45점, 내적 동기 2.42점, 다른 사람들과의 관계 2.27점, 활발한 관여 2.26점, 영적 신념 2.20점, 가능한 미래 2.18점 순으로 나타났으며, 점수가 높은 순위로 보면 '나는 앞으로 수년 내에 달성하기를 원하는

중요한 목적들을 가지고 있다' 2.77점, '나는 나를 도와주려고 하는 사람들을 신뢰한다' 1.63점으로 나타났다. 문희(1995)의 연구에서 암환자가 지각하는 희망 점수가 최고득점 4점으로 환산했을 때 평균평점 3.0점으로 나타났으며 이미자(1991)의 혈액투석환자 대상으로 한 연구 결과 평균평점 2.77점과 최상순(1990)의 성인을 대상으로 한 연구 결과 평균평점 2.93점과 비교할 때 본 연구의 희망 점수 보다 모두 높게 나타났다. 암환자, 혈액투석환자, 일반성인 모두 희망점수가 노인의 희망 점수보다 높게 나타난 것은 희망점수와 연령과의 관계가 있는 것으로 추측된다.

노인의 종교적 안녕, 실존적 안녕을 포함한 영적 안녕 점수와 희망 점수가 다른 인구 대상에 대한 점수 보다 훨씬 낮게 나타난 원인을 규명하는 연구가 요구되며 또한 이들 영적 안녕 점수와 희망 점수를 높일 수 있는 구체적 간호 중재 방안 모색이 필요하다 하겠다.

〈표 4〉 대상자의 희망 점수

| 문항  | 평균평점(±표준편차) |
|---|-------------|
| 〈확신〉  | 2.45(±0.61) |
| 나는 어떠한 일이 일어나든지 감당할 수 있고 그것을 기회로 잘 활용할 것이다.     | 2.34(±0.81) |
| 나는 현재 처한 상황에서 자신감을 가진다.                         | 2.28(±0.82) |
| 나는 나의 삶을 변화시킬 수 있다는 것을 안다.                      | 2.60(±0.80) |
| 나는 내가 기대한 것을 할 수 있다고 생각한다.                      | 2.49(±0.79) |
| 나는 나의 능력에 대하여 자신이 있다.                           | 2.37(±0.83) |
| 나는 내가 이과업을 성취할 수 있다고 생각한다.                      | 2.61(±0.84) |
| 〈다른 사람들과의 관계〉                                   | 2.27(±0.51) |
| 나의 가족(혹은 중요한 다른 사람)은 내가 필요할 때 항상 나를 도와 줄 수 있다.  | 2.30(±0.97) |
| 나는 내게 주어진 어떤 상황에서도 적응하는 것을 배울 수 있다고(배웠다고) 생각한다. | 2.31(±0.87) |
| 나는 나를 도와주려고 하는 사람들을 신뢰한다.                       | 1.63(±0.74) |
| 나는 가끔 혼자라는 것을 느낀다.                              | 2.60(±1.01) |
| 나는 중요한 결정을 가족(혹은 중요한 다른 사람)과 함께 의논해서 한다.        | 2.38(±0.97) |
| 나는 가족이나 친구들에게 도움을 청할 수 있다.                      | 2.40(±0.90) |
| 〈가능한 미래〉  | 2.18(±0.49) |
| 나는 나의 삶과 육신을 조절해 나가기를 원한다.                      | 1.72(±0.70) |
| 나는 미래를 기대한다.                                    | 2.40(±0.78) |
| 나는 앞으로 수년 내에 달성하기를 원하는 중요한 목적들을 가지고 있다.         | 2.77(±0.83) |
| 나는 앞으로의 삶이 긍정적이라 생각한다.                          | 1.84(±0.71) |
| 〈영적 신념〉   | 2.20(±0.77) |
| 내가 낙심할때에 나의 종교적 신앙이 가장 큰 도움을 준다.                | 2.09(±1.04) |
| 나는 터널의 마지막에 빛이 있다는 것을 느낀다.                      | 2.04(±0.81) |
| 나는 기도를 통해 힘을 찾는다.                               | 2.18(±1.06) |
| 나는 힘을 얻기 위하여 성경 혹은 불경을 사용 한다.                   | 2.51(±1.07) |
| 〈활발한 관여〉  | 2.26(±0.55) |
| 나는 일이 일어나는 것을 앉아서 기다리는 편이다.                     | 2.36(±0.78) |
| 내 일에 대한 결정은 내 자신이 내리기를 좋아한다.                    | 2.02(±0.77) |
| 나는 도전에 직면할 때 행동을 취할 준비가 되어있다.                   | 2.44(±0.80) |
| 나는 일이 일어나는 것을 앉아서 기다리기 보다는 오히려 무엇이든 하는 것을 좋아한다. | 2.24(±0.80) |
| 〈내적 동기〉   | 2.42(±0.48) |
| 나는 미래에 많은 일들을 성취하기 원한다.                         | 2.48(±0.88) |
| 나는 목적을 설정하는데 어려움을 겪는다.                          | 2.56(±0.67) |
| 나는 새로운 도전에 대응할 준비가 되어 있다.                       | 2.61(±0.83) |
| 나는 내가 가장 관심 기울이는 일들이 성공되기를 기대한다.                | 1.94(±0.76) |
| 나는 나의 능력에 대해서 자신감이 부족하다.                        | 2.51(±0.77) |
| 전체  | 2.31(±0.42) |

## 3) 지각된 건강상태

대상자의 지각된 건강상태의 득점가능범위는 최저 4점에서 최고 14점으로 하였다. 대상자의 지각된 건강상태 점수는 평균 8.72점 이었다(〈표 6〉).

대상자의 지각된 건강상태 점수의 순위는 〈표 5〉와 같다.

‘현재 전반적인 건강 상태가 어떠하다고 생각하십니까?’라는 문항은 최대 평점 5점으로 했을 때 평균 평점 3.01점으로 나타났다, ‘하고 싶은 것을 하시는데 있어서 건강상의 문제가 있습니까?’라는 문항은 최대 평점 3점으로 했을 때 평균평점 2.05점 이었으며, ‘자신의 건강을 비슷한 나이의 사람들과 비교해 볼 때 어떠하다고 생각하십니까?’라는 문항은 최대평점 3점으로 했을 때 평균평점 2.03점이었다. ‘건강상태가 1

〈표 5〉 대상자의 지각된 건강상태 점수

| 문항   | 평균평점(±표준편차) |
|--|-------------|
| 현재 전반적인 건강상태가 어떠하다고 생각하십니까?                | 3.01(±1.09) |
| 하고 싶은 것을 하시는데 있어서 건강상의 문제가 있습니까?           | 2.05(±0.72) |
| 자신의 건강을 비슷한 나이의 사람들과 비교해 볼 때 어떠하다고 생각하십니까? | 2.03(±0.69) |
| 건강상태가 1년전과 비교해서 어떠하다고 생각하십니까?              | 1.61(±0.58) |

〈표 6〉 대상자의 영적안녕, 희망 및 지각된 건강상태

| 구분       | 특점범위   | 평균(±표준편차)     |
|----------|--------|---------------|
| · 영적안녕   | 20~ 68 | 42.27(± 9.67) |
| · 실존적 안녕 | 10~ 38 | 20.90(± 4.63) |
| · 종교적 안녕 | 10~ 40 | 21.37(± 7.02) |
| · 희망정도   | 29~116 | 67.16(±12.28) |
| · 건강상태   | 4~ 14  | 8.72(± 2.49)  |

년 전과 비교해서 어떠하다고 생각하십니까?”라는 문항은 최대평점 3점으로 했을 때 평균평점 1.61점으로 나타났다. 대상자의 현재 지각된 건강상태 점수를 최대평점 5점으로 했을 때 평균평점 3.01점으로 나타나 본 연구대상자들은 자신의 건강상태를 보통이상의 좋은 편으로 지각하고 있음을 알 수 있었다. 이는 최상순(1990)의 성인을 대상으로 한 연구에서 지각된 건강상태 점수가 평균평점 3.39점으로 나타난 것과 유사하다.

3. 가설검증

대상자의 영적 안녕, 희망, 지각된 건강 상태의 상관관계는 〈표 7〉과 같다.

- 1) “영적 안녕 점수가 높을수록 희망 점수가 높을 것이다”는( $r=0.5209, p=0.0001$ ), 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 제 1가설은 지지되었다. Grimm(1988)이 여대생을 대상으로 한 연구와 Millerd 와 Powers(1988)가 대학생을 대상으로 한 연구와 최상순(1990)의 일반 성인과 간호사 대상으로 한 연구에서 희망과 영적 안녕 간에 순 상관관계가 있는 것으로 나타난 결과와 일치한다.
- 2) “영적 안녕 점수가 높을수록 주관적으로 지각된 건강상태가 좋을 것이다”는( $r=0.1427, p=0.0081$ ), 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 제 2 가설은 지지되었다. 이는 김은주(1983)의 수술환자와 비수술환자를 대상으로 한 연구에서 두 집단 모두 영적 상호작용정도가 높을수록 건강상태의 회복도

가 높았다는 결과( $r=0.3306, p<0.01$ )와 최상순(1990)의 일반성인과 간호사의 영적 안녕 상태를 비교한 연구에서 영적 안녕과 지각된 건강상태간에 순 상관관계( $r=0.1395, p<0.0001$ )가 있는 것으로 나타난 결과와 그 맥락을 같이 하였다.

- 3) “희망 점수가 높을수록 주관적으로 지각하는 건강상태가 좋을 것이다”는 ( $r=0.2797, p=0.0001$ ), 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 제 3 가설은 지지되었다. 희망과 지각된 건강상태와의 관계에 관한 연구는 거의 찾아 볼 수 없었다. Herth (1989)의 연구에서 화학요법을 받는 120명의 성인 암환자 대상으로 희망과 신체적 반응사이에 유의한 순 상관관계가 있는 것으로 나타나, 본 연구의 결과를 간접적으로 뒷받침해 주는 것으로 추측된다.

〈표 7〉 대상자의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강 상태의 상관관계

|          | 영적 안녕              | 희망                 | 지각된 건강상태           |
|----------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 영적 안녕    | 1.0000<br>(0.0000) |                    |                    |
| 희망       | 0.5209<br>(0.0001) | 1.0000<br>(0.0000) |                    |
| 지각된 건강상태 | 0.1427<br>(0.0081) | 0.2797<br>(0.0001) | 1.0000<br>(0.0000) |

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태의 차이는 〈표 8〉과 같다.

대상자의 일반적 특성에 따른 영적 안녕은 성별( $F=11.89, P=0.0006$ ), 종교( $F=42.69, P=0.0001$ ), 현재직업유무( $F=12.18, 0.0005$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 성별로는 남자노인((2.20점)이 여자노인(2.02점)보다 영적 안녕 점수가 유의하게 높게 나타

〈표 8〉 일반적 특성에 따른 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태의 차이

| 구 분    | 영적안녕             |             |       |       | 희망정도      |             |       |       | 건강상태   |             |       |       |       |
|--------|------------------|-------------|-------|-------|-----------|-------------|-------|-------|--------|-------------|-------|-------|-------|
|        | M(±SD)           | F           | P     | Tukey | M(±SD)    | F           | P     | Tukey | M(±SD) | F           | P     | Tukey |       |
| 거주지    | 시설               | 2.06(±0.47) | 3.13  | .0779 |           | 2.49(±0.40) | 53.75 | .0001 |        | 2.06(±0.68) | 8.79  | .0032 |       |
|        | 재가               | 2.15(±0.48) |       |       |           | 2.17(±0.38) |       |       |        | 2.26(±0.55) |       |       |       |
| 성별     | 남                | 2.20(±0.50) | 11.89 | .0006 |           | 2.28(±0.42) | 1.72  | .1910 |        | 2.31(±0.60) | 16.09 | .0001 |       |
|        | 여                | 2.02(±0.44) |       |       |           | 2.34(±0.42) |       |       |        | 2.05(±0.61) |       |       |       |
| 연령     | ① 60~64세         | 2.20(±0.51) | 1.71  | .1463 |           | 2.27(±0.38) | 5.14  | .0005 |        | 2.31(±0.58) | 3.53  | .0078 | ①>④⑤  |
|        | ② 65~69세         | 2.08(±0.52) |       |       |           | 2.19(±0.45) |       |       | ②<④,⑤  | 2.26(±0.62) |       |       |       |
|        | ③ 70~74세         | 2.07(±0.43) |       |       |           | 2.28(±0.39) |       |       |        | 2.18(±0.61) |       |       |       |
|        | ④ 75~79세         | 2.17(±0.45) |       |       |           | 2.43(±0.41) |       |       |        | 2.00(±0.56) |       |       |       |
|        | ⑤ 80세이상          | 2.01(±0.42) |       |       |           | 2.46(±0.39) |       |       |        | 2.02(±0.62) |       |       |       |
| 종교     | ① 기독교            | 2.54(±0.42) | 42.69 | .0001 | ①>②,③,④,⑤ | 2.28(±0.46) | 6.60  | .0001 | ①>②③<⑤ | 2.13(±0.66) | 0.78  | .5389 |       |
|        | ② 천주교            | 2.18(±0.39) |       |       | ②>④       | 2.23(±0.40) |       |       |        | 2.13(±0.65) |       |       |       |
|        | ③ 불교             | 2.19(±0.40) |       |       | ③>④,⑤     | 2.26(±0.39) |       |       |        | 2.26(±0.59) |       |       |       |
|        | ④ 기타             | 1.81(±0.35) |       |       |           | 2.19(±0.38) |       |       |        | 2.20(±0.54) |       |       |       |
|        | ⑤ 무              | 1.85(±0.40) |       |       |           | 2.52(±0.38) |       |       |        | 2.14(±0.60) |       |       |       |
| 교육 정도  | ① 무학             | 2.09(±0.49) | 0.60  | .6641 |           | 2.51(±0.40) | 12.46 | .0001 | ①>②③④⑤ | 1.98(±0.59) | 7.82  | .0001 | ①<③④⑤ |
|        | ② 초졸             | 2.12(±0.47) |       |       |           | 2.34(±0.39) |       |       | ②>④,⑤  | 2.07(±0.60) |       |       | ②<④,⑤ |
|        | ③ 중졸             | 2.18(±0.47) |       |       |           | 2.26(±0.38) |       |       |        | 2.31(±0.64) |       |       |       |
|        | ④ 고졸             | 2.11(±0.49) |       |       |           | 2.13(±0.41) |       |       |        | 2.36(±0.56) |       |       |       |
|        | ⑤ 대졸이상           | 2.02(±0.46) |       |       |           | 2.08(±0.38) |       |       |        | 2.50(±0.55) |       |       |       |
| 과거 직업  | ① 농(農)           | 2.14(±0.39) | 1.28  | .2759 |           | 2.37(±0.40) | 2.04  | .0886 |        | 2.09(±0.63) | 2.94  | .0206 |       |
|        | ② 공(工)           | 2.22(±0.57) |       |       |           | 2.31(±0.44) |       |       |        | 2.22(±0.64) |       |       |       |
|        | ③ 상(商)           | 2.08(±0.46) |       |       |           | 2.32(±0.39) |       |       |        | 2.18(±0.59) |       |       |       |
|        | ④ 기타             | 2.11(±0.45) |       |       |           | 2.20(±0.37) |       |       |        | 2.36(±0.58) |       |       | ④>⑤   |
|        | ⑤ 무직             | 2.04(±0.51) |       |       |           | 2.36(±0.45) |       |       |        | 2.05(±0.62) |       |       |       |
| 현재 직업  | ① 유              | 2.33(±0.49) | 12.18 | .0005 |           | 2.26(±0.41) | 0.73  | .3950 |        | 2.40(±0.55) | 7.42  | .0068 |       |
|        | ② 무              | 2.07(±0.47) |       |       |           | 2.32(±0.42) |       |       |        | 2.14(±0.62) |       |       |       |
| 동거 현황  | ① 혼자 삶           | 2.10(±0.43) | 1.53  | .1661 |           | 2.33(±0.42) | 10.09 | .0001 |        | 2.15(±0.60) | 2.29  | .0352 |       |
|        | ② 부부끼리 삶         | 2.07(±0.44) |       |       |           | 2.10(±0.33) |       |       |        | 2.37(±0.49) |       |       | ②>⑦   |
|        | ③ 미혼자녀와 함께 삶     | 2.28(±0.55) |       |       |           | 2.24(±0.48) |       |       |        | 2.20(±0.56) |       |       |       |
|        | ④ 결혼한 아들과 함께 삶   | 2.21(±0.49) |       |       |           | 2.23(±0.34) |       |       |        | 2.17(±0.63) |       |       |       |
|        | ⑤ 결혼한 딸과 함께 삶    | 2.11(±0.57) |       |       |           | 2.21(±0.37) |       |       |        | 2.27(±0.41) |       |       |       |
|        | ⑥ 자식이외의 친척과 함께 삶 | 1.99(±0.08) |       |       |           | 1.93(±0.19) |       |       |        | 2.10(±0.48) |       |       |       |
|        | ⑦ 시설 기관(양로원)에 삶  | 2.06(±0.47) |       |       |           | 2.49(±0.40) |       |       | ⑦>②③④⑤ | 2.06(±0.69) |       |       |       |
| 월평균 용돈 | ① 10만원미만         | 2.08(±0.48) | 0.69  | .5004 |           | 2.44(±0.41) | 20.55 | .0001 | ①>②,③  | 2.11(±0.64) | 2.73  | .0664 |       |
|        | ② 11~30만원        | 2.15(±0.48) |       |       |           | 2.15(±0.37) |       |       |        | 2.28(±0.58) |       |       |       |
|        | ③ 31만원이상         | 2.11(±0.49) |       |       |           | 2.16(±0.40) |       |       |        | 2.22(±0.59) |       |       |       |

났다. 본 연구에서 종교가 있는 노인들이 없는 노인들보다 영적 안녕점수가 높았으며 특히 기독교를 믿는 노인이 다른 종교를 믿는 노인보다 영적 안녕 점수가 높은 것으로 나타났으며 천주교가 불교보다 영

적 안녕점수가 높은 것으로 나타났다. Koenig와 Seeber(1987)는 노인들의 삶에 종교가 미치는 영향이 매우 크다고 하였다. 현재 직업이 없는 노인들(2.07점)보다 직업이 있는 노인들(2.33점)의 영적 안

년 점수가 더 높게 나타났다. 이는 암환자를 대상으로 한 강정호(1996)의 연구와 오복자(1997)의 연구 결과와 비슷하였으며, 외국 선행연구의 결과 말기 암환자의 죽음에 대한 불안을 측정한 Gibbs & Achterberg(1978)는 종교심이 강한 사람일수록 죽음에 대한 두려움이 적다고 하였고, O'Brien(1986)은 말기 신부전증 환자의 장기간 투병생활에 종교가 가장 크게 영향을 미친다고 하였다. 따라서 노인들에게 종교가 영적 안녕 상태에 영향을 미치는 중요한 요인임을 인식하고 노인들이 바람직한 영적생활을 영취할 수 있도록 지지적 간호를 제공하여야 한다.

대상자의 일반적 특성에 따른 희망 점수의 차이는 거주지( $F=53.75, P=0.0001$ ), 연령( $F=5.14, P=0.0005$ ), 종교( $F=6.60, P=0.0001$ ), 교육정도( $F=12.46, P=0.0001$ ), 동거현황( $F=10.09, P=0.0001$ ), 월 평균 용돈( $F=20.55, P=0.0001$ )에 따라 유의한 차이를 보였다. 연령에서 75세 이상의 노인이 65~69세 노인보다 희망정도가 높은 것으로 나타나 이는 연령이 많은 집단이 적은 집단에 비해 희망정도가 높았다는 최상순(1990)의 연구와 맥락을 같이 하였으며 종교에 따른 희망정도는 종교가 없는 집단이 종교가 있는 집단에 비해, 희망정도가 유의하게 높게 나타나 영적안녕의 경우 종교가 없는 집단이 종교가 있는 집단에 비해 영적 안녕정도가 낮게 나타난 경우와 상반되는 결과이다. Koenig와 Seeber(1987)가 노인들의 삶에 종교가 매우 큰 영향력이 있음을 밝혔으나, 본 연구에서 종교가 노인들의 희망정도에 유의한 영향요인으로 나타나지 않았으며 또한 태영숙(1994)의 연구에서 종교를 가지고 있는 대상자들의 희망정도가 더 높은 것으로 나타난 결과와 상반된 결과로 나타났다. 본 연구의 결과가 이렇게 나타난데 대한 원인 규명을 위하여 대상의 폭을 넓혀서 반복 연구를 실시할 필요가 크다고 사료된다. 김명자(1982)는 물리적인 가족의 결합만으로 노인의 행복이나 희망을 평가할 수 없으며 가족들의 진정한 지지가 제공될 때만이 노인의 신체적 정신적 건강이 증진된다고 하였다. 재가 노인이 가족의 지지를 받지 못하고 부조화로운 생활을 하는 경우에는 오히려 희망 점수가 낮은 것으로 사료되며, 앞으로의 연구에서 시설 노인과 재가 노인의 가족 화목 요인을 포함한 희망에 대한 연구가 필요하다. 노인의 경우 여건과 형편에 따라서 어느 장소에서 살든지 영적측면 뿐만 아니라 사회적 측면을 포함한 전인적 차원의 돌봄이 제공된다면 노인들의

희망이 향상되리라 사료된다. 이러한 결과를 고찰해볼 때 시설에 사는 노인들의 희망점수가 높은 원인이 무엇인지 탐색하는 추후 반복 연구가 필요하다고 생각된다.

교육정도에서 초졸 이하의 노인이 고졸이상의 노인보다 희망정도가 더 높게 나타났다. 이는 유방암 환자들을 대상으로 한 Lillis(1985)의 연구 결과에서 교육정도가 높을수록 희망점수가 높다고 한 결과와 상반되며, 교육정도가 높을수록 희망점수가 높다는 최상순(1990)의 연구결과와도 상반된다. 본 연구에서 월 평균 용돈이 10만원 미만인 노인의 희망점수가 31만원 이상인 노인보다 더 높게 나타났다. 이는 “용돈이 적더라도 노인 스스로 경제권이 없으니 그 정도에라도 만족하려는 심리적인 영향 때문이다”라고 한 윤현희와 김명자(1982)의 연구와 맥락을 같이 한다고 본다. 교육 정도가 낮은 노인들과 월 평균 용돈의 액수가 적은 노인들의 희망 점수가 오히려 유의하게 높게 나타난 것은 그들의 기대 수준이 낮기 때문에 희망 점수가 높은 것으로 추측된다.

최근 영국의 런던정경대(LSE)의 우스터교수가 작성한 보고서에 의하면 전세계 54개국 국민들이 느끼는 행복도를 조사한 결과 가난한 나라인 방글라데시, 아제르바이잔, 나이지리아가 1, 2, 3위를 차지하는 반면, 스위스, 독일, 캐나다, 일본, 이탈리아, 미국 등 선진국들이 41-46위인 하위권에 머물렀다고 발표하였다(문화일보 1998년 12월 10일자). 본 연구결과에서 월 평균 용돈이 10만원 미만인 노인의 희망점수가 31만원 이상인 노인보다 유의하게 높게 나타난 것은 돈과 행복이 반비례 한다는 LSE보고서가 간접적인 설명을 할 수도 있다고 사료된다.

노인의 일반적 특성에 따른 지각된 건강 상태 있어서 성별, 연령, 교육 정도, 과거 직업, 현재 직업, 동거 현황이 유의한 차이를 보였다.

대상자의 일반적 특성에 따른 지각된 건강상태의 차이는 거주지( $F=8.79, P=0.0032$ ), 성별( $F=16.09, P=0.0001$ ), 연령( $F=3.53, P=0.0078$ ), 교육정도( $F=7.82, P=0.0001$ ), 과거직업( $F=2.94, P=0.0206$ ), 현재직업( $F=7.42, P=0.0068$ ), 동거현황( $F=2.29, P=0.0352$ )에 따라 유의한 차이를 보였다.

남자가 여자보다 지각된 건강 상태 인식점수가 높은 것으로 나타나, 선행연구(Brown & McCreedy, 1986; Verbrugge & Wingard, 1987)의 결과와 맥락을 같이 하였으며 75세 이상인 노인들이 60~64세 노

인들보다 지각된 건강상태가 낮았다. 학력이 높을수록 지각된 건강상태가 높은 것으로 나타나, 표지숙(1991)의 노인을 대상으로 한 연구에서 학력이 높을수록 지각된 건강상태가 높다는 결과와 일치하였으며. 현재 직업이 있는 노인의 건강 상태점수가 유의하게 높은 것으로 나타났고 동거 현황에서 부부끼리 살고 있는 노인의 건강 상태 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이는 박오장(1983), 김명옥(1984), 김명자(1982)의 연구결과와 비슷하게 나타났다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 한국 도시 지역 노인의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강 상태의 관계를 파악 하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

대구광역시 소재 5개 시설에 거주하고 있는 시설노인 148명과 시설노인의 분포비율에 따라 선정된 재가노인 195명을 포함한 60세 이상의 노인 343명을 대상으로 조사 하였다.

본 연구에 사용된 연구 도구는 Palautzian과 Ellison(1982)이 개발한 20문항의 영적 안녕 척도를 최상순(1990)이 번역한 도구를 사전 조사를 거쳐 노인의 이해수준에 맞게 수정한 4점 평정척도와 Nowotny(1989)가 희망을 측정하기 위하여 개발한 29문항의 4점 평정척도를 노인의 특성에 맞게 수정 보완 하였으며 노인의 지각된 건강상태를 측정하기 위해 Northern illinois University에서 개발한 Health Self Rating Scale을 사용하였다. 1998년 8월 10일부터 8월 25일 까지 15일 동안 설문조사 하였으며 작성 시간은 약 30분이 소요 되었다.

수집된 자료는 SAS Program을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성은 기술 통계방법을 이용하였고 대상자의 영적 안녕과 희망에 대한 점수와 지각된 건강 상태에 관한 점수는 평균과 표준편차를 구하였다. 가설검정을 위하여 Pearson correlation Coefficient를, 대상자의 일반적 특성에 따른 영적 안녕, 희망, 및 지각된 건강 상태의 차이는 ANOVA, Tukey 방법을 사용하여 분석하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 영적 안녕, 평균점수는 득점 가능 범위 20-80점에서 42.27점(SD±9.67)이었다. 영적 안녕의 구성요소인 종교적 안녕 평균점수는 득점가능범위 10-40점에서 21.37(SD±7.02), 평균평점

2.14(±0.70), 실존적 안녕의 평균점수는 득점가능범위 10-40점에서 20.90(±4.63), 평균평점 2.09(±0.46)이었다.

희망의 평균점수는 득점 가능 범위 29-116점에서 67.16(±12.28), 평균평점 2.31(SD±0.42) 이었고, 지각된 건강 상태 점수는 득점 가능 범위 4-14에서 평균8.72(SD±2.49)이었다.

2. 제1가설 “영적 안녕 점수가 높을수록 희망 점수가 높을 것이다”는 지지되었다( $r=0.5209$ ,  $p<0.001$ ). 제2가설 “영적 안녕점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋을 것이다”는 지지되었다( $r=0.1427$ ,  $p<0.0081$ ).

제3가설 “희망점수가 높을수록 지각된 건강상태가 좋을 것이다”는 지지되었다( $r=0.2797$ ,  $p<0.0001$ ).

3. 대상자의 일반적 특성에 따른 영적 안녕의 차이를 검증한 결과 성별( $F=11.89$ ,  $P=0.0006$ ), 종교( $F=42.69$ ,  $P=0.0001$ ), 현재직업( $F=12.18$ ,  $P=0.0005$ )이 유의하게 차이가 있는 것으로 나타났다. 남자가 여자보다 영적 안녕 점수가 높게 나타났으며 기독교를 믿는 노인이 천주교, 불교, 무교, 기타군보다 영적 안녕 점수가 높게 나타났다. 현재직업이 있는 노인이 직업이 없는 노인보다 영적 안녕점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다.

일반적 특성에 따른 희망 점수의 차이를 검증한 결과 거주지( $F=53.75$ ,  $P=0.0001$ ), 연령( $F=5.14$ ,  $P=0.0005$ ), 종교( $F=6.60$ ,  $P=0.0001$ ), 교육 정도( $F=12.46$ ,  $P=0.0001$ ), 동거 현황( $F=10.09$ ,  $P=0.0001$ ), 월 평균 용돈( $F=20.55$ ,  $P=0.0001$ )에 따라 유의한 차이를 나타냈다. 시설에 있는 노인과 75세 이상인 노인의 희망 점수가 높게 나타났으며, 종교가 없고 교육 정도에서 무학이 초졸, 중졸, 고졸, 대졸이상보다 희망 점수가 높게 나타났으며, 시설 기관에 사는 노인과 월 평균 용돈이 10만원 미만인 노인의 희망 점수가 높게 나타났다.

일반적 특성에 따른 지각된 건강 상태의 차이를 검증한 결과 거주지( $F=8.79$ ,  $P=0.0032$ ), 성별( $F=16.09$ ,  $P=0.0001$ ), 연령( $F=3.53$ ,  $P=0.0078$ ), 교육정도( $F=7.82$ ,  $P=0.0001$ ), 과거직업( $F=2.94$ ,  $P=0.0206$ ), 현재직업( $F=7.42$ ,  $P=0.0068$ ), 동거현황( $F=2.29$ ,  $P=0.352$ )에 따라 유의한 차이가 나타났다. 재가노인, 60-64세인 남자노인, 대졸이상 고학력이며, 현재 직업이 있고, 부부끼리 살고 있는 노인이 지각된 건강 상태가 높은 것으로 나타

났다.

결론적으로 노인의 영적 안녕은 희망과 관계가 있고, 영적 안녕은 지각된 건강상태와 관계가 있으며, 희망은 지각된 건강상태와 관계가 있는 것으로 나타났다.

따라서 노인의 영적 안녕과 희망을 높여주는 간호 중재가 이루어 질 때 노인들의 지각된 건강상태도 향상될 수 있을 것으로 사료된다. 영적 안녕을 높여 주는 간호 중재로서 노인의 연령층에서 효과적으로 수행 할 수 있는 직업의 기회를 마련하고 알선하는 것이 중요하며 종교와 관련된 영적 안녕에 더욱 관심을 가지고 적절하게 중재 하여야 하겠다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같이 제언 하고자 한다.

1. 한국적 상황에 맞는 영적 안녕 상태 측정도구 개발을 위한 후속연구가 필요하다.
2. 노인의 인구사회학적 특성에 따른 희망 정도에 관한 반복 연구를 대상자의 폭을 넓혀서 실시할 필요가 있다.
3. 영적 안녕 상태 및 희망을 증진시키기 위한 구체적 간호중재 프로그램의 개발 및 연구가 필요하다.
4. 시설노인과 재가노인의 영적 안녕, 희망 및 지각된 건강상태의 차이를 비교하는 연구가 필요하다.

### 참 고 문 헌

강정호 (1996). 암환자의 영적 안녕 상태에 관한 조사 연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.

김귀분 (1987). 노인들의 죽음에 대한 태도 조사 연구. 간호학회지, 8(1), 85-97

김명옥 (1984). 중년기 이후의 노화현상에 관한 분석적 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

김명자 (1982). 노인의 생활만족도에 관한 연구. 대한가정학회지, 20(3), 45-54.

김미옥 (1987). 노인의 소외감과 신체적 노화에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

김은주 (1983). 입원환자의 영적 상호작용과 건강상태의 회복에 관한 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문.

김화중, 윤순녕 (1998). 지역사회 간호학. 서울: 수문사.

김희자 (1995). 시설노인의 근력강화운동이 근력, 근지구력, 일상생활 기능 및 삶의 질에 미치는 영향.

과, 서울대학교 대학원 박사학위논문.

문희(1995). 암환자가 지각하는 사회적 지지와 불편감이 희망에 미치는 영향. 전남대학교 대학원 석사학위논문.

문화일보 (1998). LSE(영국의 런던 정경대)보고서. 12월 12일자.

박오장 (1983). C.M.I. 간이법에 의한 노인들의 건강수소율. 대한간호학회지, 13(2), 44-55.

보건복지부 (1997). 보건사회 통계연보.

서순림 (1988). 일부지역 노인의 예방적 건강행위 실천에 관한 조사. 경북의대지, 29(1), 88-96.

오복자 (1997). 암환자의 영적 안녕과 삶의 질과의 관계연구. 성인간호학회지, 9(2), 189-198.

윤현희, 김명자 (1982). 남·녀 노인의 스트레스와 대처행동, 적응감 연구. 한국노년학, 14(1), 17-32.

이미숙 (1989). 중환자의 절망감에 관한 현상학적 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

이원희 (1988). 영적간호. 대한간호, 27(1), 21-27.

정정숙, Folta, R. H. (1995). 영적 간호. 전주: 대흥출판사.

정진희 (1997). 노인의 건강행위와 영향요인. 경북대학교 대학원 석사학위논문.

최상순 (1990). 일 지역 성인의 영적 안녕 희망 및 건강상태에 관한 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.

최영희 (1989). 노인의 사회 심리적 발달과업. 대한간호, 28(1), 11-18.

최영희, 김문실, 변영순, 원종순 (1990). 한국노인의 건강상태에 대한 조사연구. 대한간호학회지, 20(3), 307-323.

최정훈 (1982). 지각심리학. 서울: 을유문화사.

태영숙 (1994). 한국 암환자의 희망에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.

Brown, J. S., & McCreedy (1986). The hale elderly health behavior and its correlates. Research in Nursing & Health, 9(3), 317-329.

Banks, R. (1980). Health and spiritual dimension : relationships and implication for professional preparation programs. The Journal of school Health, 50(4), 195-202.

Bergquist & King (1994). Parish nursing : a conceptual framework. The Journal of Holistic

- Nursing, 12(2), 155-170.
- Burkhardt, M. A. (1989). Spirituality : analysis of the concept. Holistic Nursing Practice, 3(3), 69-77.
- Conrad, N. (1977). Study of phenomena which sustain hope in adult cardiac surgical patients, unpublished master's thesis, Cleveland : case Western Reserve University.
- Conrad, N. L. (1985). Spiritual support for the dying. Nursing Clinics of North America, 20(2).
- Carson, V. B. (1989). Spiritual Dimensions of Nursing Practice. W. B. Saunders company, Philadelphia.
- Chapman, L. S. (1986). Spiritual health : a component missing from health promotion. American Journal of Health Promotion, 1(1), 38-41.
- Compbell, A. (1987) Hopelessness : a concept analysis. Journal of Psychosocial Nursing, 25(2), 18-22.
- Douville, L. M. (1995). The power of hope. American Journal of Nursing, 94(12), 34-36.
- Dufault, K. and Martocchio, B. (1985). "Hope, its spheres and dimension." Nursing Clinics of North America, 20(2), 379-391.
- Engle, V. (1984). "Newman's conceptual framework and the measurement of older adults health". Advances in Nursing Science, 7(1), 24-36.
- Fish, S., & Shelly, J. A. (1983). Spiritual care-the nurse's role. Illinois: I.V.P
- Grimm, P. M. (1988). The state-trait hope inventory : the empirical evaluation of an instrument (unpublished manuscript). University of Maryland School of Nursing. Baltimore.
- Gibbs, How. & Achterberg-Lawlis, J. (1978). Spiritual values and death anxiety : implications for counseling with terminal cancer patients. Journal of Counseling Psychology, 25, 563-569.
- Herth, K. A. (1989). The relationship between level of hope and level of coping response and other variables in patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 16(1), 67-72.
- Hanner, M. E. (1986). Factors related to promotion of health seeking behavior in aged. Doctoral dissertation, The Univ. of Texas at Austin.
- Hasse, J. E. (1987). Components of courage in chronically ill adolescent : A phenomenological study. Advanced Nursing Science, 9(64).
- Hiatt, J. F. (1986). Spirituality, medicine and healing. Southern medical journal, 79(6), 736-743.
- Hummelvoll, J. K., da Silva, A. B. (1994). A holistic-existential model for psychiatric nursing perspective psychiatric care, 30(2), 14-17.
- Hungelmann, J., Kenkel-Rossi, E., Klassen, L., & Stollenwerk, R. M. (1985). Spiritual Well-being in older adults : harmonious interconnectedness. Journal of Religion and Health, 24(2), 147-153.
- Johnson, M. B. (1990). The holistic paradigm in nursing : the diffusion of an innovation. Research in Nursing & Health, 13(2), 129-139.
- Jourard & Vailot (1970). Hope : The restoration of being. American Journal of Nursing, 70(2), 268-275.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. Nursing Research, 30(11), 10-15.
- Koenig, H. G., & Seeber, J. J. (1987). Religion spirituality and aging. Journal of the American Geriatric Society 35, 472.
- Kübler-Ross, Elizabeth (1971). On Death and Dying. New York: Macmillan.
- Kübler-Ross, Elizabeth (1974). Questions and Answers Death and Dying. New York: Macmillan Publishing co.
- Liening, M. (1978). Spiritual Needs of the Psychiatric Patient. M Lois Dunlap.
- Lillis, P. (1985). Relationship between social support and level of hope in women with breast cancer. Unpublished Dissertation, medial col-

- lege of georgia Augusta.
- Lynch, W. (1965). Images of hope : imagination as healer of the hopeless, Baltimore: Helican press.
- Marphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. British Journal of Psychiatry, 141, 135-141.
- Miller, J. F. (1983). Inspiring hope : Coping with Chronic Illness. Philadelphia: E. A. Davis Company, 287-299.
- Miller, J. F., & Powers, M. J. (1988). "Development of an instrument to measure hope." Nursing Research, 37(1), 6-10.
- Moberg, D. O. (1984). Subjective measures of spiritual well-being. Review of Religious Research, 25(4), 351-364.
- Nightingale, F. (1896). Notes on nursing. New York: Dover.
- Nootny, M. L. (1989). "Assessment of hope in patients with cancer : Development of an instrument." Oncology Nursing Forum, 16(1), 57-61.
- O'Brien, M. E. (1986). Religious faith and adjustment to long-term hemodialysis. Journal of Religion and health, 21(1), 68-80.
- Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. (1982). Loneliness : a source-book of current theory, research & therapy. New York: John Wiley & Sons.
- Parse (1990). Parse's research methodology with an illustration of the lived experience of hope. Nursing Science Quarterly, 3, 9-17.
- Piepgas, R. (1986). The other dimension : spiritual help. American Journal of Nursing, 68 (12), 2610-2613.
- Raleigh, E. (1980). Sources of hope in chronic illness, 19(3) 443-448.
- Riffle, K. L., Yoho & Sams, J. (1989). Health promotion behaviors, perceived social support, and self-reported health of appalachian elderly. Public Health Nursing, 6(4), 204-211.
- Roger, M. E. (1970). An Introduction to the theoretical Basis of nursing. Philadelphia: F. A. Davis company.
- Schorr, J. A., Farnham, R. C., & Ervin, S. M. (1991). Health patterns in aging women as expanding consciousness. ANS, 13(4), 52-63.
- Soeken, K. L., & Carson (1987). Responding to the spiritual needs of the chronically ill. Nursing clinics of North American, 22(3).
- Speake, D. L., Cowart, M. E., & Pellet, K. (1989). Health perception and life styles of the elderly. Research in Nursing & Health, 12, 93-100.
- Stoll (1989). Spirituality and chronic illness in carson. Spiritual Dimensions of Nursing Practice : Philadelphia.
- Verbrugge, L. M., & Wingard, D. L. (1987). Sex different in health and motality. Women and Health, 12(12), 103-146.
- Watson, J. (1985). Nursing : Human Science and Human Care, A Theory of Nursing. New York: englewood cliffs publishers.
- Weitzel, M. H. (1989). A Test of Health promotion model with blue collar workers. Nursing Research, 38(2), 99-104.
- Wright, B. A., & Shontz, F. C. (1968). Process & Tasks in hoping. Rehabilitation literature, 29(11), 322-331.

- Abstract -

Key concept : Spiritual wellbeing, Hope,  
Perceived health status

## A Correlation Study on Spiritual Wellbeing, Hope and Perceived Health Status of the Elderly

*Sung, Mi Soon\* · Kim, Chung Nam\*\**

A descriptive correlation study was done to provide a basic data for comprehensive nursing

\* Department of Nursing, Taegu Catholic University Hospital

\*\* College of Nursing, Keimyung University

care by analyzing the relationship between spiritual wellbeing, hope and perceived health status of the elderly.

195 respondents who lived at their homes and 148 respondents who lived at the facilities for elders such as nursing homes and elder's rehabilitation centers were selected and their age was over 60 years old.

Paloutzian and Ellison(1982)'s spiritual wellbeing scale, Nowotny(1989)'s hope scale and Northern Illinois University's health self rating scale was used.

From August 10th to August 25th, 1998, ready made questionnaires were handed out by researcher to those who can fill it out and for those who cannot fill out the questionnaires alone, the researcher read it and finished by interview.

This study used Pearson's correlation coefficient for the hypothetic test and the average point and standard deviation of spiritual wellbeing, hope, and perceived health status were checked. To find out the difference between spiritual wellbeing, hope, and perceived health status by general characteristics ANOVA and Tukey test were used.

The results are as follows :

1. The mean score for spiritual wellbeing of the elders was 42.27(SD±9.67) in a possible range of 20-80. The average point of spiritual wellbeing was 2.11(SD±0.97) point to 4 point full marks. The mean score of religious wellbeing was 21.37(SD±7.02) and that of existential wellbeing was 20.90(SD±4.63) in a possible range of 10 - 40. The average point of religious wellbeing was 2.14(SD±0.70)points and existential wellbeing was 2.09(SD±0.46) points to 4 point full marks.
2. The mean score for hope was 67.16(SD±12.28) in a possible range of 29-116. The average

point of hope was 2.31(SD±0.42) points to 4 point full marks.

3. The mean score for perceived health status was 8.72(SD±2.49) in a possible range of 4-14.
4. In testing the hypothesis concerning the relationship between spiritual wellbeing and hope, there was a statistically positive correlation( $r=0.5209$ ,  $p=0.0001$ ).
5. In testing the hypothesis concerning the relationship between spiritual wellbeing and perceived health status, there was a statistically positive correlation( $r=0.1427$ ,  $p=0.0081$ ).
6. In testing the hypothesis concerning the relationship between hope and perceived health status, there was a statistically positive correlation( $r=0.2797$ ,  $p=0.0001$ ).
7. There were significant differences in spiritual wellbeing according to sex, religion, and present occupation .
8. There were significant differences in hope according to residential places, age, religion, educational level, family status, average monthly pocket money.
9. There were significant differences in perceived health status according to residential places, sex, age, educational level, present occupation and family status.

From the above results it can be concluded that :

There was a positive correlation between spiritual wellbeing and hope, spiritual wellbeing and perceived health status, hope and perceived health status.

When the nurse implicate the nursing intervention which can be promote the spiritual wellbeing and hope, elder's perceived health status also can be improved.