

암환자의 영적건강 측정도구의 신뢰도, 타당도 연구*

이 원 희** · 김 명 실*** · 김 상 희****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강과 질병에 대한 정의를 살펴보면 1948년 세계보건기구(WHO)에서는 건강을 신체적, 정신적, 사회적 안녕상태로 정의하면서 건강에 정신적·사회적 개념을 도입하였다. 그 후 사회적, 문화적 상황이 변모하고 다양해짐에 따라 기존의 건강에 대한 정의도 변화하여 좀 더 포괄적이고 실존적인 개념으로 변화하고 발전하였는데, 1998년 5월 제네바에서 열린 세계보건기구(WHO) 총회에서는 건강에 있어서 그 동안의 영적 도입에 대한 많은 주장들의 타당성을 받아들여 기존의 건강의 정의에 영적인 부분을 삽입하여 “건강은 단순히 질병이나 장애가 없는 상태만을 의미하는 것이 아니라 완전한 신체적, 정신적, 사회적, 그리고 영적인 안녕(well-being)상태이다”라고 정의하였다.

죽음과 밀접하게 연관되는 암환자들의 경우 타질환에 비해 진단과 치료과정 및 결과와 관련해서 더 복잡한 건강상의 문제점들 - 불확실성 및 두려움(Bloom, 1982; Carey, 1974), 대인관계의 문제(Cobb & Erbe, 1978), 건강 제공자들과의 문제(DiMatteo & Hays,

1981; Parkes, 1974), 가족이나 결혼 생활의 문제(Meyerowitz, Sparks & Spears, 1979), 의사소통의 문제(Peters-Golden, 1982) - 을 경험하게 된다. 암환자의 경우에는 그 어떤 요구보다도 영적인 요구가 훨씬 많이 요구되는데(김영순, 1989) 이는 암으로 인해 자신의 삶에 있어서 무엇이 중요한 것인지를 재발견하게 되며(Houldin & Wasserbauer, 1996) 그로 인해 한 인간으로서의 삶의 방향을 재정립하게 되기 때문이라고 생각된다.

이처럼 타질환에 비해 영적건강과의 관련성 및 요구도가 높은 상태에 있는 암환자들의 경우에는 그들의 질병 상황을 고려해서 개발된 영적건강 측정도구가 필요한데, 지금까지 우리나라에서 사용되어 온 영적건강 측정도구들을 살펴보면 이러한 암환자 고유의 감정이나 상황과 관련된 문제들을 다루고 있지 못하고 있을 뿐 아니라 외국의 도구를 객관적이고 적절한 신뢰도와 타당도의 검정 절차 없이 번역하여 사용해온 바 그 신뢰성 및 타당성에 대한 제한점을 가지고 있었다.

따라서 본 연구는 지금까지 사용되어온 영적건강 측정도구 중 암환자를 대상으로 제작된 Highfield(1989)의 영적건강 측정도구(Spiritual Health Inventory, SHI)를 이용하여 그 신뢰도와 타당도를 검정함으로써

* 본 연구는 1998년 연세대학교 대학원 간호학과 교수-학생 연구비 지원에 의해 이루어진 것임
** 연세대학교 간호대학 교수
*** 연세대학교 대학원 간호학과 박사과정생
**** 연세대학교 대학원 간호학과 석사졸업생

우리나라 암환자에게 적합한 영적건강 측정도구를 제시하기 위해 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구는 Highfield(1989)가 암환자를 위해 제작한 영적건강 측정도구(Spiritual Health Inventory, SHI)를 우리나라 암환자를 대상으로 그 신뢰도 및 타당도를 검증함으로써 암환자의 영적건강상태 측정을 위한 신뢰성 있고 타당성있는 도구를 제시하기 위해 시도되었다.

3. 용어의 정의

• 영적건강

- 1) 이론적 정의 : 자기 수용(self-acceptance), 절대자 또는 타인과의 사랑, 용서, 신뢰의 관계, 긍정적인 미래에 대한 희망 등과 관련된 요구가 충족되었을 때 나타나는 상태를 말한다. 이는 삶의 의미, 고통, 죽음 등의 궁극적인 문제들에 대한 해답을 추구하는 것을 포함한다(Highfield, 1989, 1992).

II. 문헌 고찰

1. 영적건강

“수 천년전 이 지구상의 어딘가 아주 평화롭고 생명감이 넘치는 아름다운 곳에 우물이 하나 있었다. 이 우물의 물은 영원히 마르지 않는 생명수라도 같았다. 사람들은 이곳에서 물을 길어다 먹었으며, 특히 어떤 문제나 어려움이 있을 때면 늘 이곳을 찾곤 했는데, 이곳의 물을 마시면 자신들이 가지고 있었던 문제들, 특히 그들의 삶의 목적과 관련된 문제들에 대한 해답을 찾을 수 있었기 때문이었다. 대체로 사람들은 서로 잘 어울려 지냈지만 가끔 서로간에 어떤 불화나 불균형이 생길 때면 그들은 늘 이곳에 와서 그 문제의 해결법을 찾곤 했던 것이다.

그들은 동물, 식물, 모든 생명의 근원들과 조화를 이루며 살고 있었고, 자주 영원한 샘물을 공급해주는 생명력(Life Force)과 함께 대화도 나누고, 산책도 하곤 했다. 바로 이런 과정을 통해 그들은 자신들이 누구이며 자신의 존재 목적에 대한 해답을 발견하곤 하였다.”

- Burkhardt(1989). Spirituality : An analysis of the concept' 중에서-

영(spirit)은 영 그 자체를 말하는 것이고, 영성(spirituality)은 영이 지닌 성질 또는 속성으로서, Burkhardt(1989, 1993)는 영(spirit)을 인간 삶의 생기 혹은 활력의 원천, 사물의 본질 등으로 정의하면서 영성의 특성을 절대적 존재에 대한 믿음, 기원(prayer), 내적인 힘, 그리고 타인 및 자연과의 관계로 규명하였다. Stoll(1989)은 영성을 절대자나 우주와의 초월적인 관계, 그리고 자신과 타인과의 계속적인 상호관계로 개념화하였다.

지금까지 영성은 자주 종교(religion)와 혼용되어왔는데, 종교는 믿음과 예배와 같은 조직적인 체계의 일부분으로서 영적경험을 수반하며 넓게는 그런 경험은 영성의 표현으로 인식될 수 있다(Burkhardt, 1989; Emblen, 1992). 보통 종교성(religiosity)은 기관이나 교회 출석률, 기도나 예배와 같은 종교행위와 관계되며 영성은 이런 종교성보다 더 광범위한 것으로 서술되는데(Soeken & Carson, 1987), 간호에서도 영성은 종교보다 더 포괄적이고 실존적인 관점을 띠는 것으로 보고있다(Taylor, Highfield, & Amenta, 1994). 다시 말해 영성은 인간 존재에 의미를 부여하며 인간의 모든 측면에 두루 퍼져있는 힘으로써 자신, 타인, 자연, 그리고 절대자와의 관계에서 경험된다고 볼 수 있다.

영(spirit)에 대한 사전적 정의를 살펴보면, 영(spriti)이란 말의 어원은 히브리어 'Ruah', 헬라어 'Pneuma'로서 공기의 움직임, 미풍, 바람, 호흡의 의미를 가지며, 넓게는 생명의 본질이라는 의미로 사용되어졌으며(기독교대백과사전, 1986), 또한 육체에 생명을 주는 원리나 활력, 참된 목적, 사람의 지·정·의의 움직임 또는 그 움직임의 근원 등으로 풀이되고 있다(Webster, 1978; 국어대사전, 1973).

간호학에서 그동안 영에 대해 정의한 것을 보면 영은 사람안에 있는 하나님의 형상(Image of God), 초월자와 연결하는 힘, 신체에 생명을 주는 막연한 원리, 생기, 아무도 볼 수 없고 죽지 않는 내부에 있는 참사람, 신(각자의 정의에 의해)을 의식하게 하는 능력을 제공하는 것으로 서술하고 있다.

전세일(1999)은 동양의학적 관점과 서양의학적 관점을 종합하여 영(靈)을 몸(身), 마음(心), 그리고 사회환경과 연관시켜 설명하였는데, 그에 의하면 영(spirit)은 인간존재의 한 구성요소이며 인간은 절대자의 섭리에 의해 환경과 사회속에서 자신 및 타인과 조화로운 관계를 맺으며 살아갈 때 영적으로 건강한 상태가 된다고 하였다.

Highfield(1989)에 의하면 영적건강은 자기수용, 절대자 또는 타인과의 사랑, 용서, 신뢰의 관계, 그리고 긍정적인 미래에 대한 희망의 내용을 포함하는 것으로, 영적건강이란 이 세 가지 측면에 대한 요구, 즉 영적 요구가 충족되었을 때 나타나는 상태로써, 삶의 의미, 고통, 죽음의 궁극적인 문제들에 대한 해답을 추구하는 것을 포함하며, 영적으로 건강한 사람은 영적인 요구를 만족스럽게 충족하고 있는 사람을 의미하며, 영적으로 건강하지 못한 사람은 그렇지 못한 사람을 의미한다고 보았다. 또한 그는 건강과 질병의 개념을 외부 환경으로부터의 자극에 대한 인간의 반응상태와 관련하여 설명하였는데, 외부환경으로부터의 자극에 대한 상호작용을 통해 성공적으로 그들의 요구를 충족시키는 사람은 질병이 없거나 건강한 상태의 사람이며, 반면 자신의 생물학적, 심리사회적, 영적요구를 충족시키지 못하는 사람은 질병상태의 사람으로서 그러한 사람들은 지식적이고 창조적인 간호가 필요하다고 하였다.

Hiatt(1986)는 영적건강을 인간의 영적본성이 최대한으로 개발되도록 하는 능력으로서 신, 자신, 이웃, 환경(자연)과 바른 관계를 유지하며 통합, 조화, 평화를 이루는 안녕상태로 보았으며, Chapman(1986)은 영적건강을 인간과 신과의 바른 관계를 통해 평안을 경험하며, 삶에 있어서 자기 자신의 기본적인 목적을 설정하고, 사랑, 기쁨, 평화를 누리며 성취하는 것을 배우고 자신과 타인이 최대한의 잠재성을 성취하도록 하는 능력을 갖는 것이라고 하였다.

Shelly, John 등(1983)은 영적안녕은 절대자와 역동적이고 개인적인 관계를 설정하고 삶의 의미와 목적을 절대자 안에서 발견하게 하며 절대자와 사랑의 관계를 맺음으로써 다른 사람들과도 사랑의 관계를 형성할 수 있게 하며 평화와 희망을 가지게 한다고 하였다.

이상의 연구들을 종합해볼 때 영(spirit)이란 인간 삶을 지탱하는 근원, 즉 생명력으로서 희망을 향해 나아가는 삶의 의미와 목적의 근원으로 정의할 수 있으며, 영적건강이란 자기자신, 절대자 또는 타인과의 사랑, 용서, 신뢰의 관계, 그리고 긍정적인 미래에 대한 희망과 관련된 요구들이 충족되었을 때 나타나는 상태라고 하겠다.

2. 영적건강 측정도구

타질환에 비해 영적건강과의 관련성 및 요구도가 높은 상태에 있는 암환자들의 경우에는 그들에게 맞는 객관적

이고 적절한 영적건강 측정도구가 필요하다.

현재 우리나라에서 대상자의 영적안녕 측정을 위해 사용되고 있는 도구로는 Paloutzian과 Ellison(1982)이 개발한 영적안녕(spiritual well-being) 측정도구가 있는데 이는 영적안녕이 수직적 관계, 즉 절대자와의 관계를 나타내는 종교적 안녕과 수평적 관계, 즉 종교와 무관한 삶의 의미와 목적, 만족감을 나타내는 실존적 안녕의 두 가지 차원으로 구성되었다는 가정하에 개발되었다. 총 20개 문항으로 구성된 이 도구는 최상순(1991)이 일반 성인 및 간호사를 대상으로 그들의 영적안녕상태를 측정하기 위해 우리말로 번역하여 수정한 뒤 지금까지 혈액투석환자(김정남, 홍외현, 1998), 간호사(오복자, 1996), 간호학생(정정숙, 1994), 암환자(강정호, 1996; 김은영, 1999; 오복자, 1997)를 대상으로 여러 연구들에서 사용되어왔다. 그러나 이 도구는 다음과 같은 두 가지 문제점을 안고 있는데, 첫째, 도구 개발당시 암환자를 위해 개발된 도구가 아니므로 측정내용들이 암환자의 상황을 제대로 포함하고 있지 못하다는 점과 둘째, 타 문화권에서 개발된 도구를 사용할 때 반드시 확인해야 하는 요인분석과 같은 도구에 대한 타당성 검정 절차(Brislin, 1986)없이 지금까지 여러 연구에서 사용되어 왔다는 점이다.

또 다른 영적건강 측정도구로는 Highfield(1989)가 폐암환자를 대상으로 그들의 영적건강을 측정하기 위해 대상자 스스로의 자가보고 형식으로 개발한 영적건강 측정도구(Spiritual Health Inventory, SHI)가 있는데, 이 도구는 개발 당시부터 그 대상자가 암환자였다는 점, 그리고 문항들이 자기수용, 절대자 또는 타인과의 사랑, 용서, 신뢰의 관계, 그리고 긍정적인 미래에 대한 희망 등 영적건강 개념의 속성들을 잘 포함하고 있다는 장점이 있다. 그러나 문제점으로는 40명이라는 소수의 폐암환자를 대상으로 하였다는 점과, 논문에서 요인분석 결과표의 제시가 없다는 점을 들 수가 있다. 우리나라에서는 민소영(1995)이 81명의 암환자를 대상으로 이 도구를 우리말로 번역하여 사용하였는데 대상자 수가 충분하지 않았고, 번역과정이 불분명한 것을 문제점으로 들 수 있겠다.

본 연구에서는 도구개발 당시부터 그 대상자가 암환자였으며, 도구의 문항들이 영적건강 개념의 속성들을 모두 포함하고 있는 것으로 판단된 Highfield(1992)의 도구를 채택하여 그 신뢰성 및 타당성을 검정하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구대상

서울 시내 소재 2개 대학 부속병원에서 입원 및 통원 치료를 받고 있는 암환자 중, 설문지는 연구 목적으로만 사용되며 무기명 처리되고 설문도중 대상자가 원하는 경우 언제든지 철회가 가능함에 대한 구두 설명을 듣고 연구참여에 동의한 대상자 111명이 본 연구에 참여하였다. 이 가운데 중도 탈락, 또는 부정확한 응답내용상의 문제로 15명이 제외되어 최종적으로 96명이 본 연구의 대상자가 되었다.

2. 연구도구

Highfield(1992)가 암환자의 영적건강 측정을 위해 대상자 스스로의 자가보고 형식으로 제작한 영적건강 측정도구(Spiritual Health Inventory(SHI))를 본 연구의 측정도구로 이용하였다. 이 도구는 총 31문항으로 5점 Likert scale로 측정하도록 되어있으며, 응답은 “항상 그렇다” 5점에서 “전혀 그렇지 않다” 1점까지로 이 중 부정적으로 질문하고 있는 13개문항(4, 7, 9, 12, 13, 14, 15, 17, 19, 22, 24, 26, 29)은 점수를 역으로 환산하여, 점수가 높을수록 영적으로 건강한 상태로 본다. Highfield(1992)가 검정한 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .89$ 였으며, 민소영(1995)의 연구에서는 $\alpha = .81$ 이었다.

3. 자료수집 방법 및 절차

자료수집은 1999년 9월 22일부터 2000년 1월 25일 까지 연구자에 의한 일대일 면접방식을 통해 이루어졌으며, 설문 소요시간은 약 18분에서 20분이었다. 본 연구의 자료수집을 위해 병원 간호부 연구위원회의 심의를 거쳤으며, 방사선 종양학과와 승인절차를 거쳤다.

4. 자료분석 방법

자료분석은 SPSS PC+(Version 10.0)를 이용하였으며, 구체적인 자료분석 방법은 다음과 같다.

1) 대상자의 일반적 특성 및 질환 특성은 실수와 백분율로 산출하였다.

- 2) 영적건강 측정도구의 신뢰도 검정을 위해 Cronbach's alpha 값을 산출하였다.
- 3) 대상자의 영적건강 정도는 최소값, 최대값, 평균 및 각 문항별 평균점수로 산출하였다.
- 4) 영적건강 측정도구의 타당도 검정을 위해 외관타당도 및 구성타당도를 시행하였다.
- 5) 영적건강 각 요인들간의 이론적 독립성을 보기 위해 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.
- 6) 종교유형에 따른 영적건강 각 문항별 차이를 보기 위해 one-way ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 질환특성

연구 대상자의 일반적 특성 중 성별 분포를 살펴보면 남자 53명(55.2%), 여자 43명(44.8%)으로 남자가 약간 많았다. 연령 분포는 50~59세가 27명(28.1%)으로 가장 많았으며, 다음이 40~49세 24명(25.0%), 60~69세 21명(21.9%), 30~39세 16명(16.7%), 18~29세 5명(5.2%), 70세 이상 3명(3.1%)의 순이었다. 직업은 주부가 33명(34.5%)으로 가장 많았으며, 다음이 무직 20명(20.8%), 사업/상업 15명(15.6%), 회사원 13명(13.5%), 공무원/교육자 8명(8.3%), 농업/어업/축산업 6명(6.3%), 학생 1명(1.0%)의 순이었다. 결혼 상태는 기혼이 77명(80.3%)으로 가장 많았으며, 다음이 사별 10명(10.4%), 미혼 8명(8.3%), 별거 1명(1.0%)의 순이었다. 종교는 기독교가 37명(38.5%)으로 가장 많았으며, 다음이 무교 28명(29.2%), 불교 17명(17.8%), 천주교 13명(13.5%), 유교 1명(1.0%)의 순이었다. 교육정도는 고졸이 43명(44.8%)으로 가장 많았으며, 다음이 대졸이상 33명(34.4%), 초졸 10명(10.4%), 중졸 10명(10.4%)의 순이었다.

대상자의 질환 특성을 살펴보면, 진단명은 소화기암(간암, 식도암, 위암, 직장암, 췌장암, 담도암)이 34명(35.4%)으로 가장 많았고, 다음이 유방암 28명(29.3%), 뇌종양/두경부암(뇌종양, 비강암, 이하선암, 후두암, 갑상선암) 13명(13.5%), 폐암 8명(8.3%), 기타(자궁경부암, 전립선암, 피부암, 척추종양, 비호지킨종) 13명(13.5%)의 순이었다. 대상자가 자신이 암이라는 것을 인지하게 된 기간은 6개월 이하가 59명(61.5%)으로 가장 많았으며, 19개월 이상 19명

(19.7%), 7~12개월 11명(11.5%), 13~18개월 7명(7.3%)의 순이었다. 수술 유무에서는 58명(60.4%)의 대상자가 암으로 인해 수술을 받았으며 38명(39.6%)이 수술을 받지 않은 상태였다. 재발 유무에서는 대상자중 80명(83.3%)이 재발이 없는 상태였으며, 16명(16.7%)이 재발된 상태였다. 약물치료 유무에서는 54명(56.2%)이 현재 약물치료를 받고 있거나 과거에 약물

치료를 받은 경험이 있는 환자였으며, 42명(43.8%)이 약물치료 경험이 없는 경우였다. 방사선치료 유무에서는 81명(94.4%)이 방사선치료를 현재 받고있거나 과거 받은 경험이 있는 환자였으며 15명(15.6%)이 방사선치료 경험이 없는 환자였다. 대상자의 통증정도에 있어서는 통증이 전혀 없다고 응답한 경우가 49명(51.0%)으로 가장 많았으며, 다음이 약간 아프다 27명(28.1%), 보

<표 1> 31개 문항의 전체 문항과의 상관계수 및 신뢰도

(N=96)

Items	Corrected Item- Total Correlation	Alpha if Item deleted
1. 나는 나의 미래가 희망적이라고 생각한다.	.55	.77
2. 나는 하나님(또는 내가 믿는 신)이 나를 여러 가지 방법으로 도와줄 수 있다고 믿는다.	.23	.78
3. 나는 나의 질병뿐 아니라 그외 모든 일들이 좋은 방향으로 되어갈 것이라고 믿는다.	.49	.77
*4. 나는 하나님(또는 내가 믿는 신)이 나에게 벌을 내리셔서 내가 병에 걸린 것이 아닌가 하는 생각이 들 때가 있다.	.08	.79
5. 나는 나 자신이 예전만큼 많은 일을 할 수 없지만 여전히 가치있는 한 사람이라고 생각한다.	.46	.77
6. 의사나 간호사는 내 건강에 대한 나의 질문이나 요구를 잘 받아준다.	.22	.78
*7. 나는 내 주위의 다른 사람들에게 이유없이 화가 날 때가 있다.	.24	.78
8. 나는 내가 잘못된 점이 있지만 하나님(또는 내가 믿는 신)이 나를 받아주시리라고 믿는다.	.29	.78
*9. 나는 치료과정, 후유증, 재발 등에 대해 걱정이 된다.	.48	.77
10. 나는 이 질병으로 인해 내 삶의 목적이나 의미를 다시 생각해보게 되었다.	.03	.79
11. 나는 현재 내가 내 주위의 다른 사람들에게 잘못하는 점이 있다해도 그들은 나를 받아주리라고 믿는다.	.20	.78
*12. 나는 내 자신의 감정뿐만 아니라 내 주위의 다른 사람들이 나에게 어떤 감정을 가지고 있는지도 잘 모른다.	.04	.79
*13. 나는 나를 위해 할 수 있는 모든 것은 다해보았기 때문에 이제 더 이상 할 것은 없다고 믿는다.	.16	.79
*14. 나는 하나님(또는 내가 믿는 신)에 대해 확신이 들 때도 있고 의심이 들 때도 있다.	.05	.79
*15. 나는 내가 아프기 때문에 가족들에게 아무 것도 해줄 수 없다는 점이 안타깝다.	.23	.78
16. 나는 내가 아프기 때문에 자녀들을 잘 돌보지 못하거나, 직장생활이나 결혼생활을 예전만큼 잘 수행할 수 없다는 사실을 잘 받아들일 수 있게 되었다.	-.02	.79
*17. 나는 치료받는 것이 두렵다.	.11	.79
18. 나는 나와 관련된 모든 일들이 잘 되어가리라고 믿는다.	.54	.77
*19. 나는 내가 처한 상황을 이겨나가지 못할 것 같아 걱정스럽다.	.38	.78
20. 나는 담당의사나 간호사가 나를 잘 돌봐주고 있다고 믿는다.	.33	.78
21. 나는 내 주위의 다른 사람들이 나를 여러 가지 방법으로 도와줄 수 있다고 믿는다.	.46	.77
*22. 나는 내가 품었던 나쁜 생각이나 감정에 대해서 하나님(또는 내가 믿는 신)으로부터 용서받고 싶다.	-.30	.80
23. 나는 내가 필요로 할 때 내 주위의 다른 사람들이 나에게 도움을 줄 수 있다고 생각한다.	.47	.77
*24. 나는 사후세계의 삶에 대해 걱정이 된다.	.39	.77
25. 나는 나의 치료와 관련된 의사결정에 적극적으로 참여한다.	.16	.79
*26. 나는 내가 아픈 것이 억울하다는 생각이 들 때가 있다.	.57	.77
27. 나는 내가 할 수 있는 일은 나 스스로 하고, 내가 할 수 없는 일은 남에게 도움을 요청할 수 있다.	.49	.77
28. 나는 과거에 내 주위의 다른 사람들에게 잘못된 행동을 했지만 이미 모두 그들에게 용서받았다고 생각한다.	.36	.78
*29. 나는 나 자신에게 화가 난다.	.41	.77
30. 나는 내가 좋아하는 일을 찾아서 할 수 있다.	.43	.77
31. 나의 삶에는 뚜렷한 목적이 있다.	.44	.77

(* 역산문항)Cronbach's alpha = .79

통으로 아프다 11명(11.5%), 매우 아프다 9명(9.4%)의 순이었다. 대상자가 느끼는 주관적인 건강상태를 살펴보면 보통으로 인지하고 있는 경우가 47명(49.0%)으로 가장 많았으며, 다음은 좋다 26명(27.0%), 나쁘다 19명(19.8%), 아주 나쁘다 4명(4.2%)으로 나타나 전체 96명의 응답자 가운데 75명(76.9%)이 자신의 건강상태를 보통이상으로 좋게 인지하고 있었다.

2. 도구의 신뢰도 검정

총 31문항으로 구성된 영적건강 측정도구의 내적 일관성 신뢰도는 <표 1>에서와 같이 Cronbach's alpha = .79였다.

3. 대상자의 영적건강 정도

대상자의 영적건강 점수는 가능한 점수범위인 31점 ~ 155점 중 최소 72점, 최대 141점, 평균 111.7점으로 나타나 대상자들의 영적건강상태는 보통 이상으로 높았다. 이를 각 문항별로 살펴본 결과는 <표 2>와 같으며, 총 31문항의 평균평점은 3.81점이었다. 각 문항 중 가장 높은 평균점수를 보인 문항은 “25. 나는 나의 치료와 관련된 의사결정에 적극적으로 참여한다(4.57점)”였으며, 가장 낮은 평균점수를 보인 문항은 “22. 나는 내가 품었던 나쁜 생각이나 감정에 대해서 하나님(또는 내가 믿는 신)으로부터 용서받고 싶다(2.26점)”였다.

4. 도구의 타당도 검정

1) 외관타당도(Face validity)

외관타당도는 척도의 항목을 논리적이고 주관적으로 분석하여 그 타당도를 결정하는 것이다(이은옥, 임난영, 박현애, 1998).

본 연구에서는 Highfield(1992)가 개발한 영적건강 측정도구를 우리나라 문화에 맞게 수정하기 위하여 초문화적 연구 수행시 도구의 타당도 검정을 위해 사용되는 역번역 기법(Brislin, 1970; Champman & Carter, 1979) - ① 원본을 번역한다 ② 첫 번역본을 다시 원어로 번역한다(첫 역번역본) ③ 원본과 첫 역번역본을 비교한다 ④ 차이나는 항목을 재 번역후 수정한다 - 을 기초로 다음과 같은 절차에 의해 영적건강 측정도구의 외관타당도 검정을 시행하였다.

<표 2> 대상자가 인지한 각 문항별 영적건강 정도 (31문항) (N=96)

문항	평균±표준편차
1	3.94 ± 1.20
2	3.56 ± 1.55
3	4.25 ± 1.04
*4	4.33 ± 0.85
5	4.18 ± 1.01
6	3.82 ± 1.21
*7	4.28 ± 0.97
8	3.46 ± 1.63
*9	3.34 ± 1.34
10	3.56 ± 1.03
11	3.14 ± 1.47
*12	3.85 ± 1.30
*13	4.22 ± 1.31
*14	3.83 ± 1.23
*15	3.05 ± 1.62
16	3.33 ± 1.38
*17	3.97 ± 1.35
18	4.34 ± 1.00
*19	4.34 ± 1.13
20	4.04 ± 1.10
21	3.77 ± 1.29
*22	2.26 ± 1.47
23	3.76 ± 1.29
*24	4.32 ± 1.04
25	4.57 ± 1.04
*26	3.97 ± 1.12
27	4.06 ± 1.17
28	3.37 ± 1.47
*29	3.94 ± 1.17
30	3.52 ± 1.65
31	3.85 ± 1.45
3.81 ± 1.25	

(* 역산문항)

- 1) 도구의 각 항목을 단어의 사전적 의미 그대로 본 연구자가 우리말로 직역하였다.
- 2) 우리말로 번역된 도구를 영어권에서 박사학위와 박사 후 과정을 거쳤으며, 두 가지 언어(한국어, 영어)를 병용할 수 있으면서 역번역(back translation)의 경험이 있는 간호학 전공교수 3인과 신학박사 1인, 그리고 영어가 모국어이면서 한국어에 능통한 간호학 전공교수 1인에게 의뢰하여 영어로 역번역(back translation)하도록 하였다. 이와 동시에 암센터 수간호사 3인, 병원 원목실 전도사 1인에게 의뢰하여 도구의 내용타당도와 각 문항에 대한 임상전문가들의 동의정도를 1-5점 likert 척도를 이용해 조사 후 도

구를 1차 수정하였다.

- 3) 1차 수정된 도구를 2)의 과정에 참여했던 간호학 전공교수 3인에게 원문과 함께 제시하여 번역 및 문구의 흐름과 내용전달에 대한 타당성을 재검증 받아 2차로 수정하였다.
- 4) 2차 수정된 도구를 국어국문학 전공자이면서 10년 이상 경력의 현직 국어교사 1인에게 의뢰하여 우리말 정서 부합 여부를 확인받은 후 예비도구를 작성하였다.
- 5) 작성된 예비도구를 일반인 23명, 간호사 17명, 환자 9명 등 총 49명을 대상으로 문장의 이해유무에 대해 '이해 됨', '이해 안됨'의 측정방법으로 확인받은 후 최종도구를 완성하였다.

이때 영어를 우리말 정서나 어법에 맞게 번역하고 수정하는 과정에서, 문항1, 5, 10, 23, 26, 28에서의 'feel'은 영어식 표현인 '느낀다' 보다는 '생각한다'로 번역하였으며, 문항2, 3, 8, 11, 13, 18, 20, 21에서의 'believe'는 문맥상 '생각한다'로 번역할 수도 있으나 '생각한다 ≠ 믿는다'라고 판단되어 원문의 의미에 충실하게 '믿는다'로 번역하였다. 문항15의 'worry about'은 내용상 해주고 싶은데 질병 때문에 그렇게 하지 못하는 환자의 상황을 대변하는 문장이라고 생각되어 '걱정스럽다' 보다는 '안타깝다'로 번역하였다. 문항22, 28에서는 환자 자신의 잘못을 용서해주는 대상을 정하는데 있어, 문항22의 '나쁜 생각이나 감정'이란 자기 내부에서 일어나는 숨겨진 일이므로 영적건강에서 주요개념인 하나님(신)에 의한 용서가 더 적절하다고 판단되어 용서해주는 대상을 하나님(신)으로 정하였으며, 문항28의 '잘못된 행동'에 대한 용서는 다른 사람에 의해 그 옳고 그름이 어느 정도 쉽게 눈으로 판단되어질 수 있는 일이므로 용서해주는 대상을 '주위의 다른 사람'으로 정하여 각각 번역하였다<부록 1참조>.

문장의 이해 유무에 대한 예비조사 단계에서 응답자들이 이해안됨에 표시한 문항들로는 절대자와 관련된 문항들인 문항2(나는 하나님(또는 내가 믿는 신)이 나를 여러 가지 방법으로 도와줄 수 있다고 믿는다), 문항4(나는 하나님(또는 내가 믿는 신)이 나에게 벌을 내려서 내가 병에 걸린 것이 아닌가 하는 생각이 들 때가 있다), 문항8(나는 내가 잘못된 점이 있지만 하나님(또는 내가 믿는 신)이 나를 받아주시리라고 믿는다), 문항14(나는 하나님(또는 내가 믿는 신)에 대해 확신이 들 때도 있고 의심이 들 때도 있다)들로 나타났으며, 또한 주위사람들로부터의

용서와 관련된 문항11(나는 현재 내가 내 주위의 다른 사람들에게 잘못하는 점이 있다해도 그들은 나를 받아주리라고 믿는다), 그리고 사후세계와 관련된 문항24(나는 사후세계의 삶에 대해 걱정이 된다)가 있었다.

각 문항에 대한 응답을 100%로 봤을때 응답자들의 응답결과, 무응답 항목들을 살펴보면 절대자와 관련된 문항2(5.2%), 4(3.1%), 8(5.2%), 14(3.1%), 22(7.3%)와 주위사람들로부터의 용서와 관련된 문항11(1.0%), 28(3.1%), 그리고 사후세계와 관련된 문항24(1.0%)였다.

2) 구성타당도(Construct validity)

구성타당도는 하나의 구성이 다른 구성과 관련하여 기능하는지를 알아보는 타당도(이은옥 등, 1998)로서 측정도구가 측정하려는 개념(속성)을 잘 포함하고 있는지를 보는 것이다. 본 연구에서는 영적건강 측정도구의 구성타당도를 평가하기 위해 타당도를 평가하는 가장 이론적 형태인 요인분석(Factor Analysis)방법을 사용하였다.

(1) 요인추출

요인분석을 크게 두 단계로 나누면 첫 단계가 요인추출이고 두 번째 단계가 요인회전이다. 요인추출 모델은 여러 가지 방식이 있으나 주로 PCA(Principal Component Analysis)방식과 CFA(Common Factor Analysis)방식이 이용되는데 PCA방식은 예측을 목적으로 최소의 요인으로 정보의 손실을 최소화하고자 할 때 주로 이용되는 방식이며, CFA방식은 변수들 사이에 존재하는 차원을 규명함으로써 숨은 요인을 찾는 데 주로 이용되는 방식이다(이은옥 등, 1998). 본 연구에서는 주 성분 분석(PCA)방식을 이용하였다. 요인추출의 기준은 Eigen value 1.0이상, 설명변량의 백분율이 5%이상, 그리고 설명변량의 누적 백분율이 60%정도를 설명해주는 요인까지의 세 기준 중 택일할 수 있으나(이은옥 등, 1998) 본 연구에서는 이상의 세 기준 모두를 고려하여 요인을 추출하였다. 총 31개 문항의 요인추출 결과 요인

<표 3> 영적건강 측정도구의 요인별 고유값(Eigen value) 및 설명변량

요인	고유값 (Eigen value)	설명 변량(%)	누적 백분율(%)
요인 1	5.9	19.1	19.1
요인 2	3.0	9.7	28.8
요인 3	2.0	6.4	35.2
요인 4	1.8	6.0	41.2

수는 4개로 추출되었다. 이들 4개요인 각각의 설명 변량을 살펴보면 1요인은 19.1%, 2요인은 9.7%, 3요인은 6.4%, 4요인은 6.0%로 이들 4개 요인은 전체 변량의 41.2%를 설명하고 있었다<표 3>.

(2) 요인회전
 요인회전(factor rotation)은 요인과 변수들 사이의 관계를 해석하기 어려운 경우 이들이 기하학적으로 용이한 단순구조(simple structure)를 이룰 때까지, 즉 요인

<표 4> 영적건강 측정도구의 요인부하치(총 31문항)

명명	문 항	요인1	요인2	요인 3	요인 4	
평안	*26. 나는 내가 아픈 것이 억울하다는 생각이 들 때가 있다.	.74	.33	.25	.10	
	*19. 나는 내가 처한 상황을 이겨내가지 못할 것 같아 걱정스럽다.	.68	.06	.17	.13	
	*29. 나는 나 자신에게 화가 난다.	.67	.30	-.01	.04	
	*24. 나는 사후세계의 삶에 대해 걱정이 된다.	.67	.11	.14	.33	
	* 9. 나는 치료과정, 후유증, 재발 등에 대해 걱정이 된다.	.62	.34	.21	.10	
	27. 나는 내가 할 수 있는 일은 나 스스로 하고, 내가 할 수 없는 일은 남에게 도움을 요청할 수 있다.	.54	.31	.41	.24	
	*17. 나는 치료받는 것이 두렵다.	.39	-.21	.06	.09	
	20. 나는 담당의사나 간호사가 나를 잘 돌봐주고 있다고 믿는다.	.39	.13	.33	-.03	
	*4. 나는 하나님(신)이 나에게 벌을 내려서 내가 병에 걸린 것이 아닌가 하는 생각이 들 때가 있다.	.34	-.14	-.01	.11	
	*12. 나는 내 자신의 감정뿐만 아니라 내 주위의 다른 사람들이 나에게 어떤 감정을 가지고 있는지도 잘 모르겠다.	.20	.06	-.03	.02	
	희망	3. 나는 나의 질병뿐 아니라 그 외 모든 일들이 좋은 방향으로 되어갈 것이라고 믿는다.	.31	.83	.28	.24
		2. 나는 하나님(신)이 나를 여러 가지 방법으로 도와줄 수 있다고 믿는다.	-.04	.78	.23	-.12
18. 나는 나와 관련된 모든 일들이 잘 되어가리라고 믿는다.		.42	.70	.33	.27	
1. 나는 나의 미래가 희망적이라고 생각한다.		.40	.67	.33	.42	
자존감	8. 나는 내가 잘못된 점이 있지만 하나님(신)이 나를 받아주시리라고 믿는다.	.03	.66	.43	-.14	
	28. 나는 과거에 내 주위의 다른 사람들에게 잘못된 행동을 했지만 이미 모두 그들에게 용서받았다고 생각한다.	.09	.25	.70	-.01	
	30. 나는 내가 좋아하는 일을 찾아서 할 수 있다.	.31	.33	.62	.26	
	5. 나는 나 자신이 예전만큼 많은 일을 할 수 없지만 여전히 가치있는 한 사람이라고 생각한다.	.39	.26	.61	.33	
	*22. 나는 내가 품었던 나쁜 생각이나 감정에 대해서 하나님(또는 내가 믿는 신)으로부터 용서받고 싶다.	.26	-.46	-.60	.20	
	11. 나는 현재 내가 내 주위의 다른 사람들에게 잘못된 점이 있다 해도 그들은 나를 받아주리라고 믿는다.	-.10	.22	.59	.09	
	23. 나는 내가 필요로 할 때 내 주위의 다른 사람들이 나에게 도움을 줄 수 있다고 생각한다.	.28	.46	.58	.21	
	21. 나는 내 주위의 다른 사람들이 나를 여러 가지 방법으로 도와줄 수 있다고 믿는다.	.20	.50	.57	.09	
	31. 나의 삶에는 뚜렷한 목적이 있다.	.37	.30	.52	.31	
	6. 의사나 간호사는 내 건강에 대한 나의 질문이나 요구를 잘 받아준다.	.25	.03	.31	-.16	
	25. 나는 나의 치료와 관련된 의사결정에 적극적으로 참여한다.	.22	-.07	.28	-.06	
신뢰	10. 나는 이 질병으로 인해 내 삶의 목적이나 의미를 다시 생각해보게 되었다.	-.06	.02	.25	-.04	
	*15. 나는 내가 아프기 때문에 가족들에게 아무 것도 해줄 수 없다는 점이 안타깝다.	.29	.28	.04	.67	
	16. 내가 아프기 때문에 자녀를 잘 돌보지 못하거나, 직장생활이나 결혼생활을 예전만큼 잘 수행할 수 없다는 사실을 잘 받아들일 수 있게 되었다.	.02	-.09	.13	-.63	
	*13. 나는 나를 위해 할 수 있는 모든 것은 다 해보았기 때문에 이제 더 이상 할 것은 없다고 믿는다.	.13	.04	.31	.59	
	*14. 나는 하나님(신)에 대해 확신이 들 때도 있고 의심이 들 때도 있다.	.06	.04	.07	.45	
	*7. 나는 내 주위의 다른 사람들에게 이유없이 화가날 때가 있다.	.22	.27	.17	-.32	

(* 역산문항)

부하값의 절대값이 0 또는 1에 가까워지도록 요인들의 축을 회전시키는 것으로, 직각회전(orthogonal rotation)과 사각회전(oblique rotation)의 두 종류가 있다. 직각회전은 요인사이에 직각을 유지함으로써 요인들 간에 상호독립적인 관계를 유지하고, 사각회전은 회전축이 직각이 아닌 경우로써 요인들 간에 상관관계를 허용하는 방법인데, 요인분석의 목적이 탐사나 추후분석에 이용될 요인점수를 산출하는 것이라면 직각회전이 바람직하고, 이론적으로 더 의미있는 구조나 차원을 얻는데 관심이 있다면 사각회전이 바람직하다(이은옥 등, 1998). 본 연구에서는 영적건강 측정도구의 좀 더 의미있는 구조나 차원을 얻기 위해 사각회전방식을 이용하였다.

요인추출과정에 의해 추출된 4개 요인을 이용해 사각회전에 의한 요인분석을 시행한 결과는 <표 4>와 같다.

(3) 요인명명

분류된 4개 요인은 <표 4>에서와 같이 평안(peace), 희망(hope), 자존감(self-esteem), 신뢰(trust)로 명명되었다.

이때 요인 1 문항들 대부분은 부정문항들이나 요인명 명과정에서 평안이라는 긍정적인 개념으로 명명한 이유는 영적건강이라함은 원래 긍정적인 의미를 나타내는 것이므로 평안이라는 긍정적인 어휘로 요인을 명명하는 것이 더 바람직하다고 판단되었기 때문이며, 영적건강 점수계산시에는 이들 부정문항은 역으로 점수를 환산하여 점수가 높을수록 평안한 상태로 보았다.

4. 영적건강 각 요인들간의 상관관계

영적건강 각 요인들간의 이론적 독립성을 보기 위하여 Pearson correlation coefficient를 이용한 상관관계 분석을 시행한 결과 <표 5>와 같이 나타났다.

그 결과 요인 1(평안)은 요인 2(희망), 요인 3(자존감), 요인 4(신뢰)와 각각 $r = .24$, $r = .42$, $r =$

$.27$ 로 정적 상관을 보였고, 요인 2(희망)는 요인 3(자존감), 요인 4(신뢰)와 각각 $r = .42$ 와 $r = .26$ 으로 정적 상관을 보였으며, 요인 3(자존감)은 요인 4(신뢰)와 $r = .26$ 으로 정적 상관을 보여 이들 4개 요인들은 각기 이론적 독립성을 유지하면서 영적건강을 구성하고 있는 요인으로 나타났다.

V. 논 의

본 연구 결과를 선행연구 결과와 비교하여 고찰해보면 다음과 같다. 우선 측정도구의 요인분석 결과에 있어, Highfield(1989)는 영적건강 측정도구(SHI) 개발당시 예비조사 단계에서 폐암환자 40명을 대상으로 31개 문항을 이용하여 도구의 요인분석을 시행하였으며 그 결과 자기 수용(self-acceptance)에 대한 영적요구, 타인 및 절대자와의 관계에 대한 영적요구, 희망에 대한 영적요구의 3개의 요인을 추출하였고 이들은 전체 변량의 71.5%를 설명할 수 있었다. 민소영(1995)은 Highfield의 도구(SHI)를 이용하여 암환자 81명을 대상으로 29개 문항으로 요인분석을 시행하였으며 그 결과 희망, 대인관계, 자기수용, 불확실성, 절대자와의 관계의 5개 요인을 추출하였고 이들은 전체 변량의 47.0%를 설명하였다. 동일한 측정도구를 이용하여 본 연구에서는 암환자 96명을 대상으로 31개 문항으로 요인분석을 시행하였으며 그 결과 평안, 희망, 자존감, 신뢰 4개 요인을 추출하였으며 이들 요인은 전체 변량의 41.2%를 설명하고 있었다.

동일한 SHI도구를 이용한 세 연구의 요인분석 결과를 비교해본 결과 영적건강의 공통요인으로 규명된 것은 '희망'이었다<표 6>.

연구별로 영적건강 각 요인들에 포함되는 문항들을 살펴보면 Highfield 연구에서는 각 요인에 포함되는 구체적인 문항의 제시가 없어 문항끼리의 비교가 어려웠고 민소영의 연구와 본 연구만을 비교해볼 때 '희망' 요인에 공통적으로 포함되는 문항들로는 1, 3, 18이었다. 이와 같이 세 연구 모두에서 '희망'이 영적건강의 공통 구성요

<표 5> 영적건강 각 요인들간의 상관관계

	r(p)			
	요인 1(평안)	요인 2(희망)	요인 3(자존감)	요인 4(신뢰)
요인 1(평안)		.24(p=.02)	.42(p=.00)	.27(p=.01)
요인 2(희망)			.42(p=.00)	.26(p=.02)
요인 3(자존감)				.26(p=.01)
요인 4(신뢰)				

<표 6> 영적건강 측정도구(SHI)의 요인분석 결과 비교

사용도구	연구자 (연도)	대상자 (수)	요인(해당 문항)	총 설명변량 (%)
Spiritual Health Inventory(SHI)	Heighfield (1992)	폐암환자 (40명)	1. 희망에 대한 영적요구 2. 자기수용에 대한 영적요구 3. 타인 및 절대자와의 관계에 대한 영적요구	71.5
Spiritual Health Inventory(SHI)	민소영 (1995)	암환자 (81명)	1. 희망(1, 3, 5, 18, 27, 30, 31) 2. 자기수용(7, 9, 14, 17, 19, 25, 29) 3. 대인관계(6, 11, 16, 20, 21, 23, 28) 4. 절대자와의 관계(2, 4, 8, 26) 5. 불확실성(12, 13, 15, 24)	47.0
Spiritual Health Inventory(SHI)	이원희, 김명실, 김상희 (2001)	암환자 (96명)	1. 평안(4, 9, 12, 17, 19, 20, 24, 26, 27, 29) 2. 희망(1, 2, 3, 8, 18) 3. 자존감(5, 6, 10, 11, 21, 22, 23, 25, 28, 30, 31) 4. 신뢰(7, 13, 14, 15, 16)	41.2

인으로 나타났다는 점과 영적건강과 관련된 선행연구들에서 ‘희망’을 영적건강 및 영적안녕의 주요 구성요소로 주장하고 있다는 점을 고려할 때 이들 3개 문항들은 필수적으로 영적건강의 ‘희망’ 요인의 구성문항들로 포함되어야 할 것으로 사료된다. 그 외 민소영 연구에서는 ‘자기수용’ 요인으로 명명된 문항9, 17, 19, 20이 본 연구에서는 ‘평안’ 요인으로 명명되었으며, ‘대인관계’로 명명되었던 문항6, 11, 21, 23, 28이 본 연구에서는 ‘자존감’ 요인으로 명명되었는데 이는 개념상 더 타당하다고 보았기 때문이다. 그러나 이러한 요인은 요인부하치에 따라 명명되었으므로 추후 반복연구를 통해 요인명명에 대한 검증작업이 필요하리라 본다.

동일한 측정도구를 이용한 반복연구 결과에서 영적건강은 절대자와의 관계만을 의미하는 것이 아니라 자기자신과의 관계 및 타인과의 관계를 포함하는 개념이라는 것을 알 수 있었는데, 즉 영적건강은 종교에만 관계되는 추상적인 개념이 아니라 일상생활을 통해서도 관찰가능한 개념이며 자기 자신이 처한 상황(환경)이나 개인의 가치관에 따라서 이 중 한 가지 또는 그 이상의 측면이 더 부각되어 나타난다고 볼 수 있겠다.

각 문항에 대한 응답을 100%로 봤을 때 응답자들의 응답결과, 무응답 항목들을 살펴보면 절대자와 관련된 문항 2(5.2%), 4(3.1%), 8(5.2%), 14(3.1%), 22(7.3%)와 주위사람들로부터의 용서와 관련된 문항11(1.0%), 28(3.1%), 그리고 사후세계와 관련된 문항24(1.0%)였다. 이러한 무응답이 무교, 즉 신학적 배경이 부족한 사람들의 신앙 성숙도를 반영하는 것인지, 아니면 샤머니즘적인 특성때문인지는 분명치 않다. 그리고 종교가 없는 사람들이라고 이 문항들에 모두 무응답하지는 않았는데,

이는 종교가 없는 사람일지라도 어느 정도는 신의 존재를 인식하면서 살아가고 있으며, 내세에 대해서도 생각을 하면서 살아가고 있음을 의미한다고 보겠다.

자존감 요인에 포함된 문항6(의사나 간호사는 내 건강에 대한 나의 질문이나 요구를 잘 받아준다)과 평안에 포함된 문항20(나는 담당의사나 간호사가 나를 잘 돌봐주고 있다고 믿는다)은 사회적인 바람(social desirability)을 배제할 수 없는 대답이라고도 볼 수 있다. 자존감 요인에서 문제가 되는 점은 문항22(나는 내가 품었던 나쁜 생각이나 감정에 대해서 하나님(신)으로부터 용서받고 싶다)인데 Highfield(1992)에 의한 도구 개발 당시 이 문항은 역산하여 처리되었는데, 그러나 이는 죄책감이 없어야 영적으로 건강한 상태이므로 하나님으로부터 용서받고 싶다는 것을 부정문항으로 볼 것인지 아니면, 하나님과의 신뢰관계를 의미하는 측면에서 긍정문항으로 볼 것인지에 대해서는 논의의 여지가 남아있는 것으로 여겨진다.

신뢰 요인으로 명명된 문항7, 13, 14, 15, 16은 주위사람들(가족, 동료, 이웃 등) 및 하나님(신)과의 신뢰관계를 의미하는데, 이중 특히 문항13(나는 나를 위해 할 수 있는 모든 것은 다해보았기 때문에 이제 더 이상 할 것은 없다고 믿는다)은 ‘포기’의 의미로 보아 부정문항으로 간주하였다.

표본의 특성을 살펴보면 60%이상이 진단받은지 6개월 미만이며, 80%이상이 재발이 안된 상태이고, 51%가 전혀 통증이 없는 상태였으며, 27%가 주관적으로 건강한 상태의 환자였는데, 이들은 모든 삶의 에너지를 치료에 집중하고 있는 상황이므로 삶의 의미와 목적에 대해 심각하게 생각하지 않는 상태였으며, 또한 암 초기 상태

의 환자들로서 주위 사람들의 감정(문항7, 12)이나 결혼 생활에서의 역할변화(문항15, 16)에 관심을 두지 않는, 아니 쓸 여지가 없는 상태의 대상자들이라고 볼 수 있다.

도구의 구성타당도 검증에 있어 요인분석 결과상 문항의 요인부하값이 낮은 문항일지라도 삭제하지 않고 포함하여 분석하였는데 이는 추후 다른 상황에서 암의 병기에 따른 특성이 반영될 수 있는 여지가 있기 때문이다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 Highfield(1992)가 암환자의 영적건강 측정을 위해 암환자 자가보고 형식으로 개발한 영적건강 측정도구(Spiritual Health Inventory, SHI)를 이용하여 그 신뢰도와 타당도를 검증함으로써 우리나라 암환자의 영적건강상태 측정을 위한 신뢰성있고 타당성있는 도구를 제시하고자 시도되었다.

자료수집은 1999년 9월22일부터 2000년 1월 25일 까지 서울시내 소재 2개 대학병원에서 입원 및 통원치료를 받고 있는 암환자 96명을 대상으로 일대일 면접방식을 통해 이루어졌다.

요인분석 결과 총 31개 문항으로 이루어진 4개의 요인이 추출되었으며, 이들 각 요인들의 설명변량을 살펴보면 요인1(평안)은 19.1%, 요인2(희망)는 9.7%, 요인3(자존감)은 6.4%, 요인4(신뢰)는 6.0%로 이들 4개 요인은 전체 변량의 41.2%를 설명하고 있었다 (Cronbach's alpha = .79).

영적건강 각 요인들간의 이론적 독립성을 살펴보기 위하여 상관관계분석을 시행한 결과 요인 1(평안)은 요인 2(희망), 요인 3(자존감), 요인 4(신뢰)와 각각 $r = .24$, $r = .42$, $r = .27$ 로 정적 상관을 보였고, 요인 2(희망)는 요인 3(자존감), 요인 4(신뢰)와 각각 $r = .42$ 와 $r = .26$ 으로 정적 상관을 보였으며, 요인 3(자존감)은 요인 4(신뢰)와 $r = .26$ 으로 정적 상관을 보여 이들 4개 요인들은 각기 이론적 독립성을 유지하면서 영적건강을 구성하고 있는 요인으로 나타났다.

본 영적건강 측정도구(SHI)의 세 차례의 요인분석결과(Highfield(1992), 민소영(1995), 이원희 등(2001)) 나타난 사실은 영적건강은 특정종교와만 관계되는 추상적인 개념이 아니라 일상생활을 통해서도 관찰 가능한 경험적인 개념이며, 자기 자신이 처한 상황(환경)이나 개인의 가치관에 따라서 이 중 한 가지 또는 그 이상의 측면이 더 부각되어 나타날 수 있다는 점이다.

결론적으로 본 연구는 영적건강이라는 추상적이고 역동적인 개념을 객관적인 절차를 거쳐 우리의 정서와 이해도에 맞게 번역 후 암환자에게 적용을 시도한 연구라는 측면에서 그 의의를 찾아볼 수 있으며 본 연구를 토대로 다음과 같이 제언하는 바이다.

첫째, 본 연구결과를 토대로 추후 표본수가 최소 150명 이상의 암환자를 대상으로, 암 병기에 따른 특성을 반영한 반복연구를 제언한다.

둘째, 횡단적 연구설계의 제한점을 보완할 수 있는 종단적 연구설계를 통한 질적연구를 제언한다.

셋째, 영적건강 개념분석연구를 통해 본 연구 및 선행연구의 요인분석 결과에서 나타난 영적건강 구성요인들에 대한 재확인 작업을 수행해나갈 것을 제언한다.

넷째, 영적건강을 측정하는 타 도구와의 동시타당도 검정을 제언한다.

다섯째, 영적건강의 종교별 차이에 따른 질적연구를 제언한다.

참 고 문 헌

- 강정호 (1996). 암환자의 영적안녕 상태에 관한 조사연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 국어사전편찬위원회 편 (1973). 국어대사전. 서울 : 명문당.
- 기독교문사 (1986). 기독교대백과사전. 제9권, 제10권.
- 김영순 (1989). 말기 암환자의 죽음에 대한 태도 조사연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 김은영 (1999). 암환자가 지각한 가족지지와 영적안녕에 관한 조사연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문.
- 김정남, 홍외현 (1998). 혈액투석환자의 영적안녕에 관한 연구. 대한간호학회지, 28(4), 1036-1046.
- 민소영 (1995). 암환자의 영적건강(spiritual health) 상태에 관한 탐색적 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 오복자 (1996). 간호사의 영적안녕과 영적간호 증재와의 관계. 간호학탐구, 5(2), 103-118.
- 오복자 (1997). 암환자의 영적안녕과 삶의 질과의 관계 연구. 성인간호학회지, 9(2), 189-198.
- 이은옥, 임난영, 박현애 (1998). 간호·의료연구와 통계분석(제3판). 서울 : 수문사.
- 전세일 (1999). 임상현장에서 보는 치유자의 역할. 연세

- 대학교 의료원 원목실, 제1회 치유목회 심포지엄(영적건강과 전인치유 목회) 보고서, 13-21.
- 정정숙 (1994). 기독교간호학생의 영적안녕 정도와 영적간호 중요성 인식정도에 관한 연구. 예수간호전문대학 논문집, 9(1), 23-41.
- 최상순 (1991). 일지역 성인의 영적안녕, 희망 및 건강 상태에 관한 관계연구. 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- Bloom, J. R. (1982). Social support, accommodation to stress and adjustment to breast cancer. Social Science & Medicine, 16, 1329-1338.
- Brislin, R. (1970). Back-translation for cross-cultural research. Journal of Cross-Cultural Psychology, 1(3), 185-216.
- Brislin, R. (1986). The wording and translation of research instruments. In J. L. Walter, and J. W. Berry(Eds.). Field Methods in Cross-Cultural Research, 137-164. Beverly Hills, CA : Sage.
- Burkhardt, M. A. (1989). Characteristics of spirituality in the lives of women in a rural Appalachian community. Journal of Trans-cultural Nursing, 4(2), 12-18.
- Burkhardt, M. A. (1989). Spirituality : an analysis of the concept. Holistic Nursing Practice, 3(3), 69-77.
- Carey, R. (1974). Emotional adjustment in terminal patients : A quantitative approach. Journal of Counsel Psychology, 21, 433-439.
- Chapman, D., & Carter, J. (1979). Translation procedures for the cross-cultural use of measurement. Educational Evaluation and Policy Analysis, 1(3), 71-76.
- Chapman, L. S. (1986). Spiritual health : a component missing from health promotion. American Journal of Health Promotion, 1(1), 38-41.
- Cobb, S., & Erbe, C. (1978). Social support for the cancer patient. Forum on Medicine, 1(8), 24-29.
- DiMatteo, M., & Hays, R. (1981). Social support and serious illness. In: Gottlieb, B., ed. Social Networks and Social Support, Beverly Hills : Sage Publications.
- Emblen, J. D. (1992). Religion and spirituality defined according to current use in nursing literature. Journal of Professional Nursing, 8(1), 41-47.
- Hiatt, J. F. (1986). Spirituality, medicine and healing. Southern Medical Journal, 79(6), 736-743.
- Highfield, M. E. F. (1989). Spiritual health of oncology patients : a comparison of nurse and patient perceptions[Dissertation]. Denton, Texas : Texas Woman's University.
- Highfield, M. E. F. (1992). Spiritual Health of oncology patients : nurse and patient perspectives. Cancer Nursing, 15(1), 1-8.
- Houldin, A. D., & Wasserbauer, N. (1996). Psychosocial needs of older cancer patients : A pilot study abstract. MEDSURG Nursing, 5(4), 253-256, Aug.
- Meyerowitz, B., Sparks, F., & Spears, I. (1979). Adjuvant chemotherapy for breast carcinoma. Cancer, 43, 1613-1618.
- Paloutzian, R. F., Ellison, C. W. (1982). Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In L.A. Peplau, D. Perman(Eds). Loneliness : a source-book of current theory, research and therapy, 224-236. New York : John Wiley & Sones.
- Parke, C. M. (1974). Comment. Communication and cancer : A social psychiatrist's view. Social Science & Medicine, 8, 189-190.
- Peters-Golden, H. (1982). Breast cancer : Varied perceptions of social support in the illness experience. Social Science & Medicine, 16, 483-491.
- Shelly, J. A., John, S. D., & Others (1983). Spiritual dimension of mental health. Downers Grove, ill : Inter Varsity Press.
- Soeken, K. L., & Carson, V. B. (1987). Responding to the spiritual needs of the

chronically ill. Nursing Clinics of North America, 22(3), 603-611.

Stoll, R. I. (1989). The essence of spirituality. In V. B. Carson, Spiritual Dimension of Nursing Practice. 4-23, Philadelphia, PA : W. B. Saunders.

Taylor, E. J., Highfield, M., & Amenta, M. A.(1994). Attitudes and beliefs regarding spiritual care. Cancer Nursing, 17(6), 479-487.

Webster's New Collegiate Dictionary(String field : A. G. Merriam Co.). (1978)

- Abstract -

Key concept : Patient with cancer, Spiritual health

A Study of Validity and Reliability of a Spiritual Health Inventory (SHI) for Korean Patients with Cancer*

*Lee, Won-Hee** · Kim, Myung-Sil***
Kim, Sang-Hee*****

Spiritual health is an important indicator in the quality of life of patients with cancer. The purpose of this study was to validate a Spiritual Health Inventory (SHI) for patients with cancer developed by Highfield (1989).

The SHI was translated into Korean, back-translated into English. The study sample was 96 patients with cancer. The data were

collected from September, 1999 to February, 2000 for 6 months. Statistic analysis was done with the SPSS PC+ (Version 10.0) program: descriptive statistics, factor analysis, Pearson correlation coefficient, and one-way ANOVA.

The results are as follows :

1. The reliability score was examined using Cronbach's α and found to be .79.
2. Construct validity was examined using factor analysis. Four factors were identified and named : ① Peace of mind (19.1% of variance), ② Hope (9.7%), ③ Self-esteem (6.4%), ④ Trust (6.0%). The total of 41.2 percent of the variance.
3. The Pearson correlation coefficient score of 4 factors was between $r = .24 \sim .42$.
4. SHI was identified as multidimension, that is ① The relationship with GOD, as absolute being, ② the relationship with others, ③ the relationship within oneself.
5. There were differences in response in items especially related to GOD.

The following recommendations can be made on the above findings :

1. Replicate with a minimum sample of 150 and test for concurrent validity.
2. Since spirituality is a dynamic concept, longitudinal study is also necessary.
3. Concept analysis using a qualitative study based on religious preference is recommended.
4. The items such as 12, 13, 15, 17, 19, 22, 24, 26 indicated conceptual ambiguity for Korean populations and further study is needed on item deletion or new items.

* The research was supported by Research Grants from College of Nursing, Yonsei University in 1998

** Professor, College of Nursing, Yonsei University

*** Doctoral Candidate, College of Nursing, Yonsei University

**** Master of Science in Nursing, College of Nursing, Yonsei University

<부록 1> Highfield의 영적건강측정도구(Spiritual Health Inventory)

Items

1. I feel hopeful about my future.
2. I believe God can help me.
3. I believe that things will turn out for the best.
- *4. I wonder if God is angry with me.
5. I feel valuable as a person even when I cannot do as much as before.
6. The doctors and nurses agree with my comments about my health.
- *7. I feel angry with others.
8. I believe God accepts me even with my faults.
- *9. I worry about tests and diagnosis.
10. I feel this illness has no purpose or meaning.
11. I believe other people accept me even with my faults.
- *12. I feel out of touch with my own feelings and with others.
- *13. I believe nothing can be done for me.
- *14. I have both strong negative and positive feelings toward my faith.
- *15. I worry about my inability to provide for my family during my illness.
16. I have been able to adapt to any decreased involvement in career, marriage, and parenting.
- *17. I am afraid of my treatments.
18. I believe that things will be better.
- *19. I worry about losing control of my situation.
20. I believe my nurses and doctors care about me.
21. I believe other people can help me.
- *22. I feel a need to be forgiven for some of my thoughts and feelings.
23. I feel that other people are available to help when I need them.
- *24. I worry about life after death.
25. I actively participate in decisions concerning my health care.
- *26. I feel that it is unfair that I am ill.
27. I am able to maintain a balance between independence and dependence.
28. I feel accepted and forgiven despite some past actions.
- *29. I feel angry with myself.
30. I am able to find things I enjoy doing.
31. My life has a purpose.

(* 부정문항)