

# 가정전문간호사의 자아존중감, 영적안녕이 영적간호수행에 미치는 영향\*

김 채 원<sup>1)</sup> · 박 미 현<sup>2)</sup>

## 서 론

### 연구의 필요성

지역사회에 거주하는 노년기 대상자 사이에 생의 말기를 집에서 보내고자하는 요구는 증가하고 있는 반면에 불충분한 재가 서비스로 인한 생애말기 가족의 돌봄은 큰 부담이 되고 있는 것으로 나타났다[1]. 지역사회 안에서의 가정간호는 그러한 가족의 돌봄 부담을 줄여주는데 주요한 역할을 하고 있다. 지역사회의 필수 보건인력인 가정전문간호사는 가정 내에서 대상자의 상태를 관찰하고 간호, 검체의 채취, 투약, 주사, 응급처치 등에 대한 교육과 훈련, 상담, 타 보건의료기관에 의뢰 등 필요한 의료처치와 간호를 수행하는 의료인이다[2]. 가정전문간호사는 정기적으로 대상자의 요구 사항을 평가하기 때문에 대상자에게 필요한 가정간호 요구 및 유형에 대한 뛰어난 통찰력을 가지고 있다[3]. 이러한 역량을 지닌 가정전문간호사는 생애말기 대상자에게 가정에서 신체적, 정신적, 영적 지원을 제공할 수 있는 최상의 위치에 있다[4]. 따라서 지역사회 내에서 돌봄을 실천하고 있는 가정전문간호사가 수행하는 영적간호의 수준과 그에 미치는 영향 요인들을 파악할 필요가 있다.

대상자의 영적요구를 증대하기 위한 영적간호수행은 전체론적 간호에서의 핵심 요소가 된다[4-7]. 간호의 대상자인 인간은 질병의 위기 속에서 자기 존재에 대한 의문을 제기하며 고통에 대한 의미를 알고 싶어 하는 영적인 욕구를 지닌 존재이다[8,9]. Parse는 인간을 생리학적, 정신적, 사회적 그리고 영적인 속성으

로 인식하여 총체적인 유기체로 이해하였으며, Watson은 인간을 신체, 마음, 그리고 영혼의 전체로서 지각하여 접근하며, 특히 영적인 측면을 반영한 전인간호 수행의 중요성을 강조하였다[8]. 영적간호수행은 대상자의 치유 및 영적안녕을 증진하며[5], 간호사의 영적돌봄을 통해 대상자와 가족은 마음의 평안 및 위안을 경험한다[10,11]. 또한 영적간호수행은 대상자뿐만 아니라 간호사의 심리적 적응 및 영적 인식과 직업 만족도를 증진시키고 [5,11], 정서적 고통을 감소시켜 대상자의 질병과 고통에 대처할 수 있는 역량을 높이는 것으로 보고되었다[10].

간호사는 영적간호수행을 전인간호의 중요한 영역으로 인식하고 있으나, 여전히 영적간호를 수행하는데 있어 어려움을 경험한다[5,6,12-14]. 선행연구에서 영적간호수행의 장애요인으로 간호사 혹은 대상자와의 영적대화가 불편함[14], 영적간호수행 제공자 및 역할에 대한 혼란[11,14,15]이 제시되었다. 또한 영성에 대한 부정적 태도, 영적문제 회피, 영적간호수행에 대한 무능력 [6,15], 교육 및 훈련 부족[6,11-13,15,16]은 간호사들 사이에 대상자의 영적 필요를 충족시키기 위한 준비가 부족하다고 느끼게 하는 요인으로써 영적간호의 장애요인으로 보고되었다[13]. 그 외 종교 및 문화적 신념의 다양성[12], 부적절한 시간 및 인력배치 [11,12,14,16], 공간적 제약[11], 낮은 동기부여, 대상자의 영적 요구 다양성[6], 간호사의 과중한 업무량[12], 영적간호수행에 대한 지식 및 전문지식을 가진 간호지도자의 부족[6] 등이 선행연구에서 장애요인으로 제시되었다.

한편 간호사의 영적간호수행에 긍정적인 영향을 미치는 요인으로 자아존중감[17], 영적안녕[9,12,17], 영적간호수행교육[7,9,18],

**주요어 :** 가정전문간호사, 영적간호수행, 자아존중감, 영적안녕

\* 이 논문은 제1저자의 석사학위논문을 발췌, 수정, 보완하였음.

1) 가톨릭대학교 여의도성모병원 간호사(<https://orcid.org/0000-0002-2559-607X>)

2) 가톨릭대학교 간호대학 부교수(<https://orcid.org/0000-0001-8952-5134>) (교신저자 E-mail: [mvc90@catholic.ac.kr](mailto:mvc90@catholic.ac.kr))

투고일: 2021년 10월 10일 수정일: 2021년 11월 1일 게재확정일: 2021년 11월 11일

영적간호수행경험[7,9,10] 등이 보고되었다. 간호사는 영적간호수행을 위하여 자기 성찰 및 개인의 신념과 영적 견해를 반영하고 명상, 마음 챙김 등의 성찰 활동을 통해 자기 인식을 높이는 것이 중요하다[10]. 이와 관련하여 간호사의 자아존중감은 영적간호수행을 위한 중요한 선행요인으로 인식된다. 자아존중감은 자신이 가치 있는 존재라는 개별적인 감정으로[17] 자신의 인생에 대한 통합적이고 총체적인 평가에서 중요한 영향 요인으로 작용한다[19,20]. 따라서 자아존중감이 높은 간호사는 타인에 대한 이해가 높아 환자의 영적요구에도 효율적으로 반응하여[17] 질 높은 영적돌봄을 제공할 수 있는 것으로 파악되고 있다. 또한 높은 자아존중감은 간호사가 대상자의 영적요구를 사정하는데 도움을 주며, 영적간호수행 시 간호사의 의사 결정에 확신을 가지게 하는 요소[18]로 작용한다.

간호사의 영적안녕은 영적간호수행을 위한 선행요인으로 제시된다[9]. 영적안녕은 절대자와 자신, 이웃, 환경과의 관계에서 조화된 삶을 영위하고, 인간이 지니는 내적 자원이 전인적으로 건강한 상태로, 영적 본성을 최대한으로 개발시키는 능력을 의미한다[21]. 이러한 간호사의 높은 영적안녕은 영적돌봄에 긍정적인 태도를 갖게 하고, 이러한 긍정적 태도는 대상자의 영적요구에 민감하게 반응할 수 있도록 하여 자신의 영성을 대상자 간호에 통합하여 활용할 수 있게 된다[13]. 간호사의 높은 영적안녕은 영성에 대한 태도에 영향을 미치고 영적 보살핌을 제공하는 능력을 증진시켜 영적간호수행에 영향을 미칠 수 있다[12,13]. 또 영적간호수행교육과 영적간호수행경험은 영적간호수행에 대한 긍정적 인식을 향상시켜 영적간호수행역량이 월등히 향상되어 영적간호수행의 정도와 질을 높인다[18].

병원을 중심으로 한 임상간호사의 영적간호수행에 대한 연구는 다양하게 진행된 바 있으나 가정에서의 가정전문간호사를 중심으로 한 영적간호수행과 관련된 연구는 전반적으로 미흡한 실정이다. 이에 본 연구에서는 가정전문간호사의 영적간호수행의 수준을 파악하고, 선행연구에서 파악된 영적간호수행에 영향을 미치는 것으로 파악되는 자아존중감, 영적안녕, 영적간호수행에 대한 일반적 인식과 장애요인을 중심으로 가정전문간호사의 영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 영적간호수행 증진을 위한 방안을 모색하고자 한다.

## 연구 목적

본 연구는 가정전문간호사의 자아존중감, 영적안녕이 영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위한 연구로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 대상자의 자아존중감, 영적안녕 및 영적간호수행 수준을 파악한다.
- 둘째, 대상자의 일반적 특성에 따른 영적간호수행의 차이를

파악한다.

- 셋째, 대상자의 자아존중감, 영적안녕과 영적간호수행과의 상관관계를 분석한다.
- 넷째, 대상자의 영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

## 연구 방법

### 연구 설계

본 연구는 가정전문간호사의 영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 연구 대상

대상자는 현재 가정간호사업을 실시하고 있는 서울특별시와 경기도 및 인천광역시에 소재한 104기관(가정간호사회 등록기관) 중 폐쇄되었거나 설문조사를 거절한 기관을 제외한 94개 의료기관에서 근무하는 가정전문간호사 168명이다. 대상자 수는 G power 3.1 프로그램을 사용하여 산출하였다. 유의수준 0.05, 검정력 80%, 중간 효과 크기 0.15로 하여, 추정되는 예측요인 20개, 단계적 다중회귀분석으로 분석할 때 157명이 산출되었다. 탈락률 20%를 고려하여 170명에게 설문지를 배포하였으며, 응답내용이 누락된 2명을 제외하고 최종 168명을 대상으로 하였다.

### 연구 도구

#### ● 영적간호수행

영적간호수행은 Jung [7]이 개발한 도구로, 기도하기, 성직자 의뢰, 영적 독서의 제공, 영적 대화 등 영적간호와 관련된 내용과 영적간호 수행과정에서 요구되는 의사소통 방식이나 태도를 나타내는 일반간호 문항으로 이루어진 총 18문항의 질문지를 활용하였다. 본 도구는 5점 척도로 각 문항에 대하여 ‘전혀 못한다’ 1점에서 ‘항상 한다’ 5점까지 응답하도록 되어 있으며, 점수가 높을수록 영적간호수행 정도가 높음을 의미한다. 도구의 Cronbach’s  $\alpha$ 는 개발 당시 .90이었으며, 본 연구에서는 .91이었다.

#### ● 자아존중감

자아존중감은 Rosenberg [19]가 개발하고 Jon [20]이 한국판으로 표준화한 도구로 조사하였다. 본 도구는 자아가치와 자아승인 정도를 측정하기 위한 것으로 총 10문항의 4점 척도이며, 부정적인 5문항은 역산처리 하였다. 점수의 범위는 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점에서 ‘매우 그렇다’ 4점으로 응답하도록 하며, 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 도구의 Cronbach’s  $\alpha$ 는 Jon [20]의 연구에서 .85였으며, 본 연구에서는 .73이었다.

● 영적안녕

영적안녕은 Paloutzian과 Ellison [21]이 개발한 것을 Kang [22]이 수정·보완한 총 20문항의 4점 척도로 조사하였다. 본 도구는 인간의 삶에 대한 만족감과 삶의 의미와 목적에 관계되는 실존적 안녕(10문항)과 절대자에 대한 인간의 안녕감인 종교적 안녕(10문항)으로 구성되어 있다. 긍정형 12문항과 부정형 8문항으로써 각 문항에 대하여 ‘전혀 그렇게 생각하지 않는다’ 1점에서 ‘확실히 그렇게 생각한다’ 4점까지 응답하도록 되어 있으며, 부정형 문항은 역산 처리하였다. 점수가 높을수록 영적안녕 정도가 높은 것을 의미한다. 이 도구의 Cronbach’s  $\alpha$ 는 Paloutzian과 Ellison [21]이 개발한 당시 .93이었고, Kang [22]의 연구는 .89, 본 연구에서는 .93으로, 영역별로는 실존적 안녕 .83, 종교적 안녕 .93이었다.

● 대상자 특성

대상자 특성은 연령, 학력, 결혼상태, 경력, 직위, 종교, 영적간호에 대한 교육경험, 영적간호에 대한 교육요구, 영적간호 수행과 관련된 인식과 장애요인을 조사하였다. 영적간호 수행에 대한 인식관련 문항과 장애요인 관련 문항은 Lee [14]의 연구에서 활용한 문항을 중심으로 하였다. 연구자와 영적간호 관련 교육을 수행하는 교수 3인이 선행연구[7,11]에 근거하여 영적간호 수행에 대한 인식과 장애요인을 발췌, 타당성을 검토한 후 최종 선정하였다. 각 문항은 전문가의 의견을 들어 신뢰도를 높이기 위해 VAS (visual analog scale)를 사용하여 [23]. ‘전혀 그렇지 않다’ 0점에서 ‘매우 그렇다’ 10점까지 동의 수준을 측정하였다. 영적간호 수행에 대한 인식관련 문항은 ‘대상자와 가족의 영적요구를 확인하는 것은 간호사의 역할이다.’ ‘대상자와 가족에 대한 영적간호수행이 중요하다.’ ‘영적간호수행은 간호 돌봄의 근본적인 측면이다.’ ‘영적간호수행을 제공하는 것이 간호 돌봄의 전반적인 질을 향상시킨다.’의 4문항이며, 장애요인관련 문항은 ‘영적간호수행을 위한 시간이 부족하다.’ ‘대상자와 종교적 영적인 대화를 하는 것이 불편하다.’ ‘영적간호수행은 간호사가 아닌 다른 사람이 제공하는 것이 더 좋다.’ ‘대상자가 영적간호수행에 대해 불편하게 생각하게 될까 걱정된다.’ ‘종교적 신념이 나와 다른 사람과 대화하는 것이 불편하다.’의 5문항이다.

자료 수집 방법

자료는 2019년 1월 14일부터 3월 7일까지 수집하였다. 서울특별시와 경기도 및 인천광역시에 소재한 94개 의료기관 중에서 가정간호사업소를 운영하고 있는 가정간호사업소장에게 전화로 혹은 직접 방문하여 연구 목적과 방법을 설명 후 자료수집을 허락한 기관에서 조사하였다. 설문조사에 자발적으로 동의한 가정전문간호사에게 연구설명문을 포함한 설문지를 E-mail을 통해

전달하거나 개별회송 봉투와 함께 우편으로 발송하였으며, E-mail, 우편, 직접 방문하는 방법으로 수거하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 10~20분 정도였다.

자료 분석 방법

자료는 IBM SPSS Statistics 23.0 프로그램(IBM Corp., Armonk, NY, USA)을 이용하여 분석하였다. 대상자의 특성은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 제시하였다. 대상자의 일반적인 특성에 따른 영적간호수행의 차이는 t-test와 일원변량분석(one way ANOVA), Scheffé test로 확인하였다. 자아존중감과 영적안녕, 영적간호수행의 관계는 상관관계분석(Pearson correlation analysis)으로, 영적간호수행에 영향을 미치는 요인은 단계적 회귀분석(stepwise regression analysis)으로 분석하였다.

윤리적 고려

본 연구는 서울시 소재 C대학병원의 임상연구심사위원회로부터 연구에 대한 승인(IRB No: MC18QESI0104)을 받은 후 진행하였다. 연구 대상자에게 연구주제와 목적, 방법 및 설문지 작성 소요 시간을 설명하고 연구 대상자가 설문을 작성한 후 회신한 경우에는 연구에 동의한 것으로 간주하였다. 또 본 연구에 참여함으로써 취득하는 직접적 이득은 없으나 연구거부 또는 중도탈퇴에 대한 불이익도 없음을 설명하였다. 설문을 통해 수집된 자료는 학문적 목적 이외에는 사용하지 않을 것임을 고지하였으며, 개인정보보호법에 따라 연구자가 안전하게 관리하여 3년 동안 보관 후 분쇄하여 폐기할 것임을 설명하였다. 설문 작성 후 회송한 경우 연구 참여에 동의한 것으로 간주하였으며, 연구에 참여한 대상자에게 감사의 인사말과 함께 소정의 선물을 제공하였다.

연구 결과

대상자 특성

대상자의 연령은 평균 49.6세였으며, 기혼이 150명(89.3%)이었고, 최종학력은 학사/전문학사 99명(58.9%), 석사학위 이상이 69명(41.1%)이었다. 임상간호경력력은 평균 20.3년, 가정간호경력력은 평균 8.92년이었다. 현재 직위는 간호사인 경우가 143명(85.1%), 팀장 혹은 수간호사 25명(14.9%)이었다. 종교가 있는 경우가 131명(78.0%)이었으며, 영적간호수행 관련 교육을 받은 경험이 있는 경우가 120명(73.2%)이었다. 그 중 정기적으로 교육을 받은 경우는 22명(13.4%), 일회적 교육을 받은 경우는 98(59.8%)이었다(Table 1).

가정전문간호사의 영적간호수행에 대한 인식은 대상자와 가족의 영적요구 사정을 간호사 역할로의 인식은 10점 만점에 7.29점, 영적간호수행의 중요성에 대한 인식 7.86점, 영적간호수행을 간호 돌봄에 근본적 측면으로서 인식 7.42점, 영적간호수행 제공과 간호돌봄의 전반적인 질 향상과 관련성에 대한 인식은 7.75점이었다. 영적간호수행의 장애요인은 시간부족이 10점 만점에 7.33점, 영적 대화의 불편감 4.81점, 영적간호수행은 ‘간호사가 아닌 다른 이가 제공해야한다’ 는 인식 5.01점, ‘대상자가 영적간호수행을 불편하게 생각할까 염려된다’ 는 인식 5.32점, 종교적 신념이 나와 다른 사람과 대화에서의 불편감 4.65점이었다(Table 2).

### 영적간호수행, 자아존중감, 영적안녕의 수준

본 연구에 참여한 가정전문간호사의 영적간호수행 수준은 5점 만점에 3.44점, 자아존중감은 4점 만점에 평균 3.30점, 영적안녕은 4점 만점에 평균 3.22점이었다(Table 2).

### 일반적 특성에 따른 영적간호수행의 차이

대상자 특성에 따른 영적간호수행 정도는 종교가 있는 경우 ( $p<.001$ ), 영적간호수행에 대한 교육을 받은 경험 중 교육경험이 없는 경우보다 일회적 교육을 받은 경우, 정기적으로 영적간호수행 교육을 받은 경우( $p<.001$ ), 영적간호수행 교육 프로그램이 필요하다고 한 경우( $p=.008$ )에 높았다. 영적간호수행 교육 프로그램이 필요하다고 생각한 경우는 157명(93.5%)이었다(Table 1).

### 영적간호수행과 자아존중감, 영적안녕과의 상관관계

영적간호수행은 자아존중감( $r=.29, p<.001$ ), 영적안녕( $r=.56, p<.001$ )과 유의한 양의 상관관계를 보였다(Table 3).

대상자 관련 특성 중 일반적 특성과 관련하여 영적간호수행은 연령( $r=.43, p<.001$ )과 가정간호경력( $r=.28, p<.001$ )과는 유의한 양의 상관관계를 보였다. 영적간호수행에 대한 인식 항목 중 간호사의 역할 인식( $r=.53, p<.001$ ), 영적간호수행의 중요도( $r=.49, p<.001$ ), 간호의 근본적 측면으로서의 인식( $r=.54, p<.001$ ), 간호돌봄의 질 향상 관련 인식( $r=.50, p<.001$ )과 영적간호수행은 유의한 양의 상관관계를 보였다. 반면, 장애요인 항목 중 간호사의 영적 대화 불편감( $r=-.36, p<.001$ ), 영적돌봄가로서의 인식부재

<Table 1> Differences of Spiritual Care according to General Characteristics

(N=168)

Variables	n (%) Mean±SD	Spiritual care	
		Mean±SD	t/F (p)
Age (years)	49.6±8.29		
Marital status			
Single	18 (10.7)	3.44±0.67	.00 (1.000)
Married	150 (89.3)	3.44±0.61	
Education			
Associate/Bachelor	99 (58.9)	3.44±0.62	.01 (.933)
Master	69 (41.1)	3.45±0.61	
Clinical care experience (months)	243.8±90.93		
Home care experience (months)	107.2±70.58		
Work position			
Staff nurse	143 (85.1)	3.43±0.61	.88 (.380)
Unit manager/Team leader	25 (14.9)	3.54±0.67	
Religion			
Yes	131 (78.0)	3.55±0.58	4.35 (<.001)
No	37 (22.0)	3.08±0.60	
Spiritual care education <sup>†</sup>			
Regular-based <sup>a</sup>	22 (13.4)	3.98±0.42	20.93 (<.001) a>b>c
One time <sup>b</sup>	98 (59.8)	3.50±0.61	
No <sup>c</sup>	44 (26.8)	3.07±0.46	
Need for spiritual care education			
Yes	157 (93.5)	3.47±0.61	2.67 (.008)
No	11 (6.5)	2.97±0.46	

<sup>†</sup> Scheffé test.

<Table 2> Degrees of Spiritual Care, Self-esteem, Spiritual Well-being, and Perception and Barriers of Spiritual Care (N=168)

Variables	Range	Mean±SD
Spiritual care	1-5	3.44±0.62
Self-esteem	1-4	3.30±0.33
Spiritual well-being	1-4	3.22±0.45
Existential spiritual well-being	1-4	3.31±0.38
Religious spiritual well-being	1-4	3.13±0.63
Perception about spiritual care		
Nurses' role	0-10	7.29±1.95
Importance	0-10	7.86±1.62
Nursing nature	0-10	7.42±2.00
Nursing quality	0-10	7.75±1.75
Barriers to spiritual care		
Lack of time	0-10	7.33±2.00
Nurse's discomfort	0-10	4.81±2.56
Provider	0-10	5.01±2.81
Patient's discomfort	0-10	5.32±2.50
Religious beliefs	0-10	4.65±2.89

( $r=-.38, p<.001$ ), 환자의 영적간호수행에 대한 불편감( $r=-.30, p<.001$ ), 간호사와 종교적 신념이 다른 사람과의 대화 불편감( $r=-.27, p<.001$ )은 영적간호수행과 유의한 음의 상관관계를 보았다.

### 영적간호수행에 영향을 미치는 요인

영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해서 일반적 특성에서 유의한 차이를 나타낸 종교, 영적간호수행 교육 경험(더미변수 2개), 영적간호수행교육에 대한 필요성과, 유의한 상관관계를 나타낸 자아존중감, 영적안녕, 영적간호수행에 대한 인식, 시간부족을 제외한 장애요인, 일반적 특성(나이, 가정간호 경력), 총 16개의 관련변수를 투입하여 단계적 다중회귀분석을 실시하였다. 공차(tolerance)는 .55~.96으로 0.1이상이었으며, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor: VIF)도 1.04~1.81로 10이상을 초과하지 않아 다중공선성 문제는 없는 것으로 확인되었다. 또한 Durbin-Watson 통계량은 1.58로 2에 근접하여 자가상관이 없는 것으로 확인되었으며, 잔차분석결과 표준화 잔차의 범위가 -2.73~2.37로 2에 근접하여 등분산성을 만족하였고, 정규성 확인과 모형의 적합성도 충족되었다( $F=37.36, p<.001$ ).

영적간호수행에 영향을 미치는 주요 요인은 간호사의 영적안녕( $\beta=.36, p<.001$ )과 영적간호수행을 간호의 근본적 측면으로 인식( $\beta=.17, p=.016$ ), 정기적인 영적간호수행 교육 경험( $\beta=.23, p<.001$ ), 환자의 영적간호수행에 대한 불편감으로 인한 장애( $\beta$

$=-.18, p=.001$ ), 영적간호수행을 간호사의 역할로의 인식( $\beta=.22, p=.002$ ), 가정간호경력( $\beta=.14, p=.010$ )이었다. 단계적 회귀분석을 통해 도출된 6개의 변수는 영적간호수행에 대해 설명력이 57.2%이었다(Table 4).

## 논 의

본 연구는 가정전문간호사의 영적간호수행의 수준을 파악하고, 영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 분석함으로써 영적간호수행 증진을 위한 방안을 모색하고자 수행되었다. 본 연구에 참여한 가정전문간호사의 영적간호수행의 수준은 5점 만점에 평균 3.44점이었는데, 이는 Sung [24]의 연구에서 같은 도구로 조사한 임상간호사의 영적간호수행 평균 2.31점보다 상대적으로 높았다. 가정전문간호사는 임상실무경력 3년 이상의 자격을 가지고 전문 석사학위과정을 통해[25] 경력과 연륜을 바탕으로 전문적 간호에 수반하는 교육을 받는다. 경력과 전문교육을 통한 가정간호사의 전문성은 임상간호사에 비해 보다 높은 영적간호수행의 수준을 이끄는 데 기여하는 것으로 사료된다. 본 연구의 결과에 의하면, 가정전문간호사의 영적간호수행에 영향을 미치는 주요한 요인으로 간호사의 영적안녕, 영적간호수행에 대한 일반적 인식 중 영적간호수행을 간호의 근본적 측면으로, 간호사의 역할로 인식하는 것, 장애요인으로 환자의 영적간호수행에 대한 불편감, 정기적 영적간호수행 교육 경험, 그리고 가정간호 경력이 파악되었다.

첫째, 가정전문간호사의 영적안녕은 영적간호수행과 관련하여 가장 영향력이 높은 요인으로 나타났는데, 이러한 연구결과는 간호사의 영적안녕이 높을수록 영적간호수행 정도가 높아진다는 관련성을 보고한 선행연구에 의해 지지된다[13,24]. 영적안녕이 높을수록 자신 이웃, 환경과의 조화로운 삶을 영위하는 능력을 잘 발휘하며 삶의 문제에 통합적 접근을 가능하게 한다[13]. 영적안녕 수준이 높은 간호사는 영적 돌봄 전달에 대한 장벽이 적고[12], 높은 영적안녕 수준을 바탕으로 자기자신이 영적도구가 되어 대상자와 치료적 관계를 형성한다. 따라서 가정전문간호사의 영적안녕 상태는 자신뿐 아니라 대상자에게 통합적 간호를 제공하는데 도움을 줄 수 있을 것으로 판단된다. 특히 본 연구에 참여한 가정전문간호사의 영적안녕의 수준은 4점 만점에 평균 3.22점으로 Lee와 Kim [26]의 연구에서 보고된 암 병원 간호사의 영적안녕 3.04점, Sung [24]의 연구에서 보고된 임상간호사의 영적안녕 2.70점에 비해 상대적으로 높은 수준을 보여주었다. 영적안녕은 본 연구와 선행연구에서 연령, 경력이 높을수록 높아지는 상관관계를 보고하였다. 본 연구에 참여한 간호사들이 상대적으로 두 선행연구에 참가한 간호사에 비해 연령이나 경력이 상대적으로 높은 것으로 파악되며 이러한 요인은 영적안녕 수준의 차이를 보이는 요소가 될 수 있을 것으로 파악된다.

(Table 3) Correlations between Spiritual Care, and related Variables including Self-esteem, Spiritual Well-being, General Perception of and Barriers to Spiritual Care (N=168) and General Characteristics

Variables	Spiritual care	Self-esteem	Spiritual well-being	Perception of spiritual care	Barriers to spiritual care	General characteristics									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
	<i>r</i> ( <i>p</i> )														
Spiritual care	1														
Self-esteem	.29 ( <i>&lt;.001</i> )	1													
Spiritual well-being	.56 ( <i>&lt;.001</i> )	.45 ( <i>&lt;.001</i> )	1												
	.44 ( <i>&lt;.001</i> )	.64 ( <i>&lt;.001</i> )	.83 ( <i>&lt;.001</i> )	1											
	.54 ( <i>&lt;.001</i> )	.26 (.001)	.94 ( <i>&lt;.001</i> )	.58 ( <i>&lt;.001</i> )	1										
Perception of spiritual care	.53 ( <i>&lt;.001</i> )	.23 (.003)	.37 ( <i>&lt;.001</i> )	.32 ( <i>&lt;.001</i> )	.34 ( <i>&lt;.001</i> )	1									
	.49 ( <i>&lt;.001</i> )	.21 (.007)	.41 ( <i>&lt;.001</i> )	.35 ( <i>&lt;.001</i> )	.38 ( <i>&lt;.001</i> )	.69 ( <i>&lt;.001</i> )	1								
	.54 ( <i>&lt;.001</i> )	.21 (.007)	.38 ( <i>&lt;.001</i> )	.29 ( <i>&lt;.001</i> )	.36 ( <i>&lt;.001</i> )	.64 ( <i>&lt;.001</i> )	.74 ( <i>&lt;.001</i> )	1							
	.50 ( <i>&lt;.001</i> )	.22 (.007)	.40 ( <i>&lt;.001</i> )	.29 ( <i>&lt;.001</i> )	.40 ( <i>&lt;.001</i> )	.63 ( <i>&lt;.001</i> )	.72 ( <i>&lt;.001</i> )	.80 ( <i>&lt;.001</i> )	1						
Barriers to spiritual care	-.15 (.054)	-.08 (.284)	-.14 (.064)	-.11 (.151)	.00 (.964)	.06 (.425)	.04 (.633)	.11 (.164)	.11 (.170)	1					
	-.36 ( <i>&lt;.001</i> )	-.25 (.001)	-.23 (.003)	-.22 (.004)	-.20 (.002)	-.24 (.010)	-.20 (.001)	-.30 ( <i>&lt;.001</i> )	-.23 (.002)	.23 (.002)	1				
	-.38 ( <i>&lt;.001</i> )	-.31 ( <i>&lt;.001</i> )	-.35 ( <i>&lt;.001</i> )	-.28 ( <i>&lt;.001</i> )	-.33 ( <i>&lt;.001</i> )	-.22 (.004)	-.29 ( <i>&lt;.001</i> )	-.37 ( <i>&lt;.001</i> )	-.37 ( <i>&lt;.001</i> )	.11 (.170)	.51 ( <i>&lt;.001</i> )	1			
	-.30 ( <i>&lt;.001</i> )	-.29 ( <i>&lt;.001</i> )	-.09 (.231)	-.19 (.013)	-.02 (.813)	-.15 (.060)	-.16 (.035)	-.18 (.021)	-.18 (.023)	.26 (.001)	.57 ( <i>&lt;.001</i> )	.54 ( <i>&lt;.001</i> )	1		
	-.27 ( <i>&lt;.001</i> )	-.29 ( <i>&lt;.001</i> )	-.19 (.021)	-.21 (.006)	-.15 (.055)	-.25 (.001)	-.19 (.012)	-.16 (.042)	-.24 (.001)	.07 (.347)	.45 ( <i>&lt;.001</i> )	.37 ( <i>&lt;.001</i> )	.48 ( <i>&lt;.001</i> )	1	
General characteristics	.43 ( <i>&lt;.001</i> )	.11 (.141)	.33 ( <i>&lt;.001</i> )	.22 (.004)	.30 ( <i>&lt;.001</i> )	.35 ( <i>&lt;.001</i> )	.37 ( <i>&lt;.001</i> )	.27 ( <i>&lt;.001</i> )	-.23 (.003)	-.24 (.002)	-.21 (.006)	-.14 (.081)	-.17 (.030)	1	
	.15 (.059)	-.09 (.257)	-.10 (.218)	-.07 (.346)	.230 (.166)	.11 (.047)	.15 (.033)	.17 (.026)	.09 (.336)	.02 (.835)	.05 (.532)	.02 (.757)	-.03 (.709)	.36 ( <i>&lt;.001</i> )	1
	.28 ( <i>&lt;.001</i> )	.13 (.106)	.17 (.032)	.15 (.056)	.14 (.053)	.16 (.037)	.20 (.009)	.20 (.010)	-.09 (.238)	-.20 (.023)	-.14 (.069)	-.10 (.214)	-.13 (.100)	.51 ( <i>&lt;.001</i> )	.15 (.055)

1=Total spiritual well-being; 2=Existential spiritual well-being; 3=Religious spiritual well-being; 4=Nurses' role; 5=Importance; 6=Nursing nature; 7=Nursing quality; 8=Lack of time; 9=Nurse's discomfort; 10=Provider; 11=Patient's discomfort; 12=Religious beliefs; 13=Age; 14=Clinical experience; 15=Experience in home health care.

둘째, 본 연구 결과에서 영적간호수행을 간호의 본질로 인식하는 것과 간호사의 역할로 인식하는 것이 영적간호수행에 영향을 미치는 요인으로 파악되었다. 이는 선행연구의 결과와 일관성있는 결과로 파악되는데, 국내 임상간호사를 대상으로 한 연구[14]에서 영적간호수행과의 직접적인 영향을 미치는 요인은 아니었으나 일부 임상간호사들은 영적돌봄이 간호 돌봄의 측면이라 생각하는 것에 대부분 긍정적인 응답을 했으며, 싱가포르의 일개 병원 간호사를 대상으로 한 연구[16]에서는 영적 돌봄 수행의 영향요인으로 영적돌봄에 대한 간호사의 인식을 보고하였다. 영적요구를 종교적 요구로 생각하여 종교인에 의해 제공될 수 있는 전문적인 돌봄의 영역으로 인식하는 경우에는 영적간호수행을 어려운 간호 과제로 인식하게 된다[5,16]. 그러나 영적간호수행을 간호의 본질이며 간호사의 역할로서 인식할 때, 영적간호수행에 보다 적극적으로 임할 수 있을 것으로 파악된다. 영적간호수행시 간호 대상자를 종교적 신념과 상관없이 영적인 존재로 인식하고, 개별화된 간호 대상자의 종교적, 영적 요구 모두를 인식하여[4] 대상자의 문제를 해결하기 위한 적극적 돌봄을 제공해야 할 것이다. 따라서 간호사의 영적간호수행에 대한 긍정적 인식 증진을 위한 교육 등 다각적인 노력이 필요할 것으로 사료된다.

셋째, 본 연구 결과에 의하면 환자가 영적간호수행에 대해 불편하게 생각할 경우 가정전문간호사가 영적간호수행에 장애를 가지는 것으로 파악되었다. 이러한 결과는 Lee [14]의 연구에서 임상간호사들은 환자가 영적대화를 불편하게 생각하는 것이 장애요인이 된다고 보고한 결과와 일관성을 드러냈다. Seo 등[27]의 연구에서 암 환자는 간호사들이 수행하는 영적간호에 대해 자신들의 이야기를 나누며 기도하는 행위들에 거부감을 느끼기도 한다고 하였다. 이와 관련하여 종교를 가지고 있지 않은 환자들은 종교적인 관심이나 영적측면에 대한 관심이 상대적으로 적을 수 있기에 영적간호가 생소하게 느껴질 수 있을 것으로 파악된다[27]. 이에 간호사가 영적간호를 제공함에 있어 간호사의 종교적 신념을 근간으로 영적간호를 접근할 경우에는 종교를 가지

지 않거나 다른 종교적 신념을 지닌 환자는 오히려 불편감을 느끼거나 영적간호에 대한 편견을 가질 수 있을 것으로 사료된다. 따라서 간호사가 지닌 종교에 상관없이 영적간호에 대한 개별 대상자의 요구 사정을 근간으로 접근하여 대상자가 느끼는 불편감을 줄이고, 영적 안녕을 도모하기 위해 보다 다각적으로 접근하는 방법을 모색해야 할 것이다. 개별 환자의 요구에 맞춘 영적 돌봄을 위해 간호사와 여러 종교의 성직자 간의 협력이 필요할 것으로 파악된다[13]. 또한 본 연구의 결과는 가정전문간호사가 느끼는 장애요인으로 파악되었기 때문에, 영적간호수행과 관련하여 실제로 환자가 느끼는 불편감에 대한 조사연구가 필요할 것으로 판단된다.

넷째, 본 연구 결과에 의하면 정기적인 영적간호수행 교육 경험은 영적간호수행에 영향요인으로 파악되었다. Jung [7]과 Choi 등[18]의 연구에서 영적간호교육 후 영적간호수행의 수준이 높아짐을 보고하였으며, Choi [9]의 연구에서는 영적간호교육 경험이 있는 경우 영적간호수행이 높아짐을 보고하였다. 본 연구에서는 단순한 일회적 교육경험보다는 정기적 교육경험이 영적간호수행의 영향요인으로 파악되었다. 따라서 영적간호 교육은 영적간호수행을 높이기 위해 필수적인 요소임을 파악할 수 있으며, 가정전문간호사를 대상으로 한 영적간호의 정기적 교육이 필요할 것으로 사료된다. 영적간호 교육내용으로 Jung [7]의 연구에서는 영적간호의 필요성, 영적요구 정의, 영적간호 정의, 영적요구와 간호과정, 영적간호의 내용과 방법, 상담방법, 영적간호 사례용 Video Tape 시청이 있었다. Choi 등 [18]의 연구에서는 자기와 타인에 대한 이해, 영성의 이해, 공감능력, 의사소통 기술, 영적간호 과정 등이 있었다. 이러한 선행연구[7,18]를 바탕으로 영적간호 교육에 대한 내용과 구성을 좀 더 다양한 측면에서 연구하여 개발해보고, 교육프로그램이 영적간호에 미치는 효과를 파악하는 연구도 필요하다고 판단된다.

다섯째, 본 연구에서 가정전문간호사의 임상경력은 영적간호수행에 영향요인이 아닌 반면에, 가정간호 실무경력은 영적간호수행에 긍정적 영향을 미치는 요인으로 파악되었다. 선행연구

<Table 4> Influencing Factors on Spiritual Care (N=164)<sup>†</sup>

Variables	B	SE	$\beta$	t	p
(Constant)	1.87	.31		5.96	< .001
Spiritual well-being	.49	.08	.36	6.37	< .001
Spiritual care as nursing nature	.05	.02	.17	2.43	.016
Regular-based spiritual care education	.41	.09	.23	4.47	< .001
Patient's discomfort to spiritual care	-.04	.01	-.18	-3.46	.001
SC as nurses' role	.07	.02	.22	3.22	.002
Home health care experience	.00	.00	.14	2.61	.010

R<sup>2</sup>=.59, Adjusted R<sup>2</sup>=.57, F=37.36, p<.001

<sup>†</sup>Four missing data were excluded from analysis.

[14]에서 임상경력에 따른 영적돌봄수행능력의 차이를 보고하였는데, 이는 본 연구의 결과와는 차이를 보였다. 본 연구에 참여한 가정전문간호사는 20년 정도의 임상경력과 9년 정도의 가정간호 경력을 가진 것으로 파악되었다. 가정전문간호사는 가정이라는 특별한 실무 영역에서 간호를 제공하기 때문에 임상과는 다른 전문성이 요구되며, 따라서 전반적인 임상경력보다는 가정간호 실무경력이 가정에서의 영적간호수행에도 긍정적 영향력으로 작용했을 것으로 파악된다. 가정에 방문하여 독자적인 업무를 수행하는 가정전문간호사[28]는 준비된 전문 인력으로서 지역사회 대상자에게 영적간호 수행을 위한 좋은 역량과 조건을 갖추고 있는 것으로 파악할 수 있다.

가정전문간호사의 자아존중감은 영적간호수행과 상관관계를 가지는 것으로 파악되었으나 가정전문간호사의 영적간호수행에 영향을 미치는 요인으로 나타나지는 않았다. 이는 선행연구[17]와 유사한 결과로, 자아존중감은 영적안녕과 높은 상관관계를 보이고 있어 변수간의 영향력으로 인한 결과로 파악되며 따라서 차후 연구를 통해 자아존중감, 영적안녕 그리고 영적간호수행간의 상관관계를 파악하는 것이 필요할 것으로 보인다.

## 결론 및 제언

본 연구는 가정전문간호사의 영적간호수행 수준을 파악하고 영적간호수행에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위해 수행되었다. 그 결과 가정전문간호사의 영적안녕과 영적간호수행에 적극적인 인식은 영적간호수행에 긍정적인 영향요소로 작용함을 알 수 있었다.

본 연구는 서울특별시, 경기도, 인천광역시에서 현재 가정전문간호사로 일하고 있는 대상자를 대상으로 하였으므로, 모든 지역의 가정전문간호사에게 연구결과를 적용하여 일반화하는 것에 제한이 있을 수 있다. 따라서 추후 다양한 지역의 대상자를 포함하는 반복 연구가 필요하다고 사료된다. 또한 추후 가정전문간호사의 영적간호수행에 영향을 미치는 다양한 요인을 도출해내는 연구가 필요할 것이다. 본 연구 결과에서 제시된 가정전문간호사의 영적간호수행에 영향을 미치는 것으로 확인된 요인을 고려하여, 영적간호수행을 높이기 위해 가정전문간호사의 영적 안녕 증진을 위한 프로그램, 정기적인 영적간호수행 교육프로그램을 개발·제공하는 것이 필요할 것이다. 또한 가정전문간호사 자격취득을 위한 석사학위 교육과정에서도 영적간호수행에 대한 교육 요구를 반영하는 교과과정으로의 개편이 필요하다고 판단된다.

지역사회에서 생애말기를 보내는 노년 대상자에게 영적간호수행을 포함한 양질의 통합적 돌봄체계를 이끌 준비된 전문의료인력으로서의 가정전문간호사의 역할은 그 어느 때보다도 강조되고 있다고 본다. 따라서 본 연구는 지역사회 내 대상자에게 질

높은 영적간호를 수행하기 위하여 가정전문간호사가 나아가야 할 방향성을 제시하고 있다는 점에서 그 의미가 있다.

## Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

## References

1. Ministry of Health and Welfare. Self-promotion guidebook for integrated care for local communities [Internet]. Seoul: Ministry of Health and Welfare; 2020 [cited 2020 July 28]. Available from: [http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=03&MENU\\_ID=032901&CONT\\_SEQ=356310](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=356310)
2. Rules on certification for advanced practice nurses [Internet]. Seoul: Ministry of Government Legislation; 2021 [cited 2021 June 27]. Available from: <https://law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%B2%95%EC%8B%9C%ED%96%89%EA%B7%9C%EC%B9%99%EC%A0%9C24%EC%A1%B0>
3. van den Bulck AOE, Metzethin SF, Elissen AMJ, Stadlander MC, Stam JE, Gia Wallinga G, et al. Which client characteristics predict home-care needs? results of a survey study among Dutch home-care nurses. *Health & Social Care in the Community* 2019;27(1):93-104. <https://doi.org/10.1111/hsc.12611>
4. Ruder S. Spirituality in nursing: nurses' perceptions about providing spiritual care. *Home Healthcare Nurse*. 2013; 31(7):356-367. <https://doi.org/10.1097/NHH.0b013e3182976135>
5. Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A. Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review*. 2014;61(2):211-219. <https://doi.org/10.1111/inr.12099>
6. Zakaria Kiaei M, Salehi A, Moosazadeh Nasrabadi A, Whitehead D, Azmal M, Kalhor R, et al. Spirituality and spiritual care in Iran: nurses' perceptions and barriers. *International Nursing Review*. 2015;62(4):584-592. <https://doi.org/10.1111/inr.12222>
7. Jung SH. A study on the effect of spiritual nursing care education on the nurses' perception and intervention in meeting spiritual needs of the patient. [master's thesis]. Seoul:Yonsei University; 1989. 72 p.
8. Lee SW, Kim JH, Lee BS, Jung MS, Yoo M, Lee DS, et al. *Understanding nursing theory*. 3rd ed. Paju: Sumunsa; 2017. p. 42-368.
9. Choi GH. A Study of the relationships between spiritual well-being, perception of spiritual needs of patients and spiritual nursing intervention among nurses. *Journal of The Korean Data Analysis Society*. 2014;16(4):2245-2259. [http://uci.kci.go.kr/resolution/result.do?res\\_cd=G704-000930.2014.16.4.013&res\\_svc\\_cd=](http://uci.kci.go.kr/resolution/result.do?res_cd=G704-000930.2014.16.4.013&res_svc_cd=)



10. Hawthorne DM. The invisibility of spiritual nursing care in clinical practice. *Journal of Holistic Nursing*. 2020;38(1): 147-155. <https://doi.org/10.1177/0898010119889704>
11. Lee GE, Kim KM. Analysis of spiritual care experiences of acute-care hospital nurses. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2020;23(2):44-54. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2020.23.2.44>
12. Moeini M, Momeni T, Musarezaie A, Sharifi S. Nurses' spiritual well-being and their perspectives on barriers to providing spiritual care. *Iranian Journal of Critical Care Nursing*. 2015;8(3):159-166.
13. Azarsa T, Davoodi A, Khorami Markani A, Gahramanian A, Vargaei A. Spiritual wellbeing, attitude toward spiritual care and its relationship with spiritual care competence among critical care nurses. *Journal of Caring Sciences*. 2015;4(4):309-320. <https://doi.org/10.15171/jcs.2015.031>
14. Lee HJ. Factors affecting clinical nurses' spiritual care competence. [master's thesis]. Seoul: Catholic University; 2016. 51 p.
15. Tiew LH, Creedy DK, Chan MF. Student nurses' perspectives of spirituality and spiritual care. *Nurse Education Today*. 2013;33(6):574-579. <http://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.06.007>
16. Chan MF. Factors affecting nursing staff in practising spiritual care. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(15-16): 2128-2136. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02690.x>
17. Sim MR, Kim J, Choi SK. Influence of self-esteem, communication and existential well-being on spiritual care competence in nurses. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2017;24(4):286-295. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2017.24.4.286>
18. Choi SK, Kim J, Kim SY. Development and effectiveness of a spiritual care education program for nurses. *Journal of Convergence for Information Technology*. 2019;9(9):67-77. <https://doi.org/10.22156/CS4SMB.2019.9.9.067>
19. Rosenberg M, editors. *Society and the adolescent self-image*. Princeton. New Jersey: Princeton University Press; 1965.
20. Jon BJ. Self-Esteem: a test of its measurability. *Yonsei medical journal*. 1974;11:107-130.
21. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. In: Peplau LA, & Perlman D, editors. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*, NY: Wiley-Interscience; 1982. p. 224-237.
22. Kang JH. A Investigate study on spiritual wellbeing of cancer patients. [master's thesis]. Busan: Pusan National University; 1996. 64 p.
23. DeVellis RF. *Scale development theory and applications*. 4th ed. United States of America: Sage Publications, Inc; 2016. p. 81-83.
24. Sung MH. Effects of spiritual well-being on spiritual nursing intervention. *Journal of Korean Oncology Nursing*. 2009;9(1): 15-22.
25. Rules on certification for advanced practice nurses [Internet]. Seoul: Ministry of Government Legislation; 2021 [cited 2019 January 20]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/lSc.do?section=&menuId=1&subMenuId=15&tabMenuId=81&eventGubun=060101&query=%EC%A0%84%EB%AC%B8%EA%B0%84%ED%98%B8%EC%82%AC#undefined>
26. Lee JH, Kim CS. Effects of spiritual well-being and burnout on self-esteem among nurses working in a cancer hospital. *The Journal of Korean Nursing Research*. 2019;3(1):1-12. <http://dx.doi.org/10.34089/jknr.2019.3.1.1>
27. Seo EY, Kwon SH, Kim YK, Han AL. Experience of cancer patients receiving spiritual nursing care in one christian general hospital. *Asian Oncology Nursing*. 2019;19(3): 179-191. <https://doi.org/10.5388/aon.2019.19.3.179>
28. Kim SH, Jang SN. A study on death perception of home visiting nurses. *Journal of Qualitative Inquiry*. 2019;5(2): 89-130. <http://dx.doi.org/10.30940/JQI.2019.5.2.89>

# Influence of Home Health Care Nurses' Self-esteem and Spiritual Well-being on their Spiritual Care\*

Kim, Chaewon<sup>1)</sup> · Park, Mihyun<sup>2)</sup>

1) Nurse, The Catholic University of Korea, Yeouido ST. Mary's Hospital, Yeouido, Seoul, Korea

2) Associate Professor, College of Nursing, The Catholic University of Korea, Seoul, Korea

**Purpose:** This study investigated the degree of, and factors influencing the spiritual care among home healthcare nurses. **Methods:** The subjects were 168 advanced practice nurses working in 94 hospital-based facilities for home health care located in Seoul, Gyeonggi-do, and Incheon Metropolitan City. Data were collected from January 14, 2019, to March 7, 2019, using structured questionnaires on spiritual care and related variables based on the literature. Data were analyzed by t-test, one-way ANOVA, Pearson correlation, and multiple regression analysis (stepwise) using SPSS Version 23.0 program. **Results:** The results showed that the degree of spiritual care of home health care nurses was 3.44 points out of a possible 5 points. Factors affecting nurses' spiritual care were spiritual well-being( $\beta=.36$ ,  $p<.001$ ), recognition of spiritual care as the nature of nursing( $\beta=.17$ ,  $p=.016$ ) and role of nurses( $\beta=.22$ ,  $p=.002$ ), regular-based education for spiritual care( $\beta=.23$ ,  $p<.001$ ), patients' discomfort with spiritual discussion( $\beta=-.18$ ,  $p=.001$ ), and nurses' experience in home health care area( $\beta=.14$ ,  $p=.010$ ), which explained 57.2% of the observed variation in spiritual care. **Conclusion:** This study suggests the need to develop regular-based education programs for facilitating spiritual care and strengthening home health care nurses' spiritual well-being and their positive perceptions toward spiritual care.

**Key words :** Home health care; Self-esteem; Spiritual Care; Spiritual Well-being

\* This article is based on the master' thesis of the first author Kim Chaewon from The Catholic University of Korea.

• Address reprint requests to : Park, Mihyun

College of Nursing, The Catholic University of Korea

222 Banpo-daero, Seocho-gu, Seoul, Korea (06591)

Tel: +82-2-2258-7805, Fax: +82-2-532-6537, E-mail: mvc90@catholic.ac.kr