

영적간호중재가 호스피스 환자의 영적안녕과 우울에 미치는 효과*

송 미 옥**

1. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의학의 발달과 사회경제적 수준의 향상으로 많은 사람들이 질병의 고통에서 다소 해방되고 생명이 연장되었다고는 하나, 만성질환자와 말기환자의 수는 급속히 증가되고 있으며, 인간수명의 한계성 때문에 인간은 누구나 죽을 수밖에 없는 현실에 직면하고 있다. 한국의 연간 사망자수는 총 242,730명이며, 인구 10만 명당 약 507명에 해당되어 임종자뿐만 아니라 그들 가족구성원의 고통까지 고려하면 죽음이라는 문제로 고통을 받는 인구는 약 50만 명이 넘는 것으로 추정된다(통계청, 2001). 임종에 가까운 말기환자의 경우에는 급성기 환자보다도 더 많은 도움을 필요로 하지만, 현행 의료전달체계 내에서는 이들의 진정한 요구가 충족되지 못하고 3차 진료기관에서 치료중심의 의료 서비스를 받고 있거나 장기입원으로 경제력을 상실하게 되면, 가정에서 방치되고 있는 실정에 직면하여 말기환자에게 제공해야 하는 보건의료전달의 문제가 심각한 사회문제로 대두되고 있다(이원희, 2000). 말기환자를 위한 호스피스 간호가 선진국에서는 보건의료체계의 한 분야로 정착되어 있지만, 한국에서는 일부 종교적 설립이념을 가진 소수 의료기관과 시설을 중심으로 시

도되고 있는 데 불과하다(박경호, 2000). 그러므로 일부 특정종교나 특정관심을 가진 단체뿐만 아니라 전국민적 차원에서 말기환자를 돌볼 수 있는 호스피스 제도의 정착을 위한 보건의료 전달체계의 확립이 시급한 과제라 하겠다. 임종이 가까워진 말기환자는 병원에서 조기퇴원을 권유받음으로써 더 이상의 의학적 치료가 불가능한 상황임을 간접적으로 선고받게 되며, 환자는 통증과 여러 가지 신체적으로 불쾌하고 괴로운 증상, 정서적으로 불안하고 우울한 상태에서 죽는 순간까지 방치됨으로써 환자는 물론 가족까지 고통을 겪게 된다(이원희, 2000).

이처럼 죽음을 앞둔 말기환자들은 극심한 신체적 고통, 사회적 관계가 단절되고 고립됨으로부터 오는 소외감, 죽음과 미지의 세계에 대한 공포로 인한 정서적 불안과 우울 등으로 인하여 전 인간적인 아픔, 즉 신체적, 정신적, 사회적, 정서적 그리고 영적인 측면에서의 총체적 고통을 겪고 있다(김수지, 오송자와 최화숙, 1997). 말기환자가 총체적 고통 속에 어려움을 겪고 있을 때 나타나는 간호요구는 통증조절이 주된 신체적 요구로 나타나지만, 죽음의 문제에 직면하게 되면 극도의 불안과 우울을 동반하면서 영적요구가 강하게 나타나며, 이러한 영적요구에 대한 정확한 규명과 이에 대한 책임 있는 간호중재가 결과적으로 신체적 증상 완화를 가져올 수 있을 것으로 예측된다.

말기환자들이 경험하는 주된 정서반응에는 우울, 의기소침, 분노, 불안 등이 있으며 이 중 우울은 가장 심

* 이 논문은 계명대학교대학원 간호학과 석사논문임.

** 계명대학교동산의료원호스피스 실무책임자

각한 정서적 문제로 지적되고 있다(이전마, 2000). 우울의 원인은 신체적 질병뿐 아니라 영적안녕과도 관련되어 있으며(Lewis, 1995), 임종이 가까워질수록 영적안녕이 파괴되고 심각한 우울에 빠지게 되므로 영적간호를 포함한 호스피스 간호가 절실하게 요구되고 있다(Craig & Abeloff, 1974). Fish, Shelly(1988)는 호스피스 환자들이 심각한 영적요구를 지니고 있으나 이를 노출하기를 꺼려하므로 대상자와의 신뢰관계를 구축하여 내재된 영적요구를 찾아야 하고, 이에 따른 영적간호 중재를 실시하였을 때 환자의 치유가 촉진되었음을 보고하면서 간호과정을 적용한 영적간호중재의 필요성을 강조하였다. 영적간호중재는 말기환자의 영적요구를 충족시킬 수 있는 가장 효과적인 실무영역임에도 불구하고 현재까지 한국간호현장에서는 말기환자의 영적요구를 이해하고 수용하여 이들의 영적안녕을 증진시키고 불안과 우울을 완화시켜 주는 영적간호의 중요성에 대한 인식이 부족하였으며, 동시에 실무적용 또한 제대로 이루어지지 않고 있는 상태이다(김정남, 1991). 오늘날 말기환자를 대상으로 영적간호를 제공하여 그 결과를 확인하여 이에 따른 간호중재를 개발하는 것은 중요한 과제이다. 그러나 지금까지의 국내 호스피스 간호에 대한 연구는 주로 암환자를 대상으로 연구되어 왔으며, 호스피스 환자를 대상으로 한 연구는 신체·정서적 측면의 간호요구에 관한 연구(이전마, 2000), 통증완화와 관련된 연구(노유자, 김남초, 홍영선, 용진선, 2001), 팀접근법을 통한 호스피스 간호에 관한 연구(이혜원, 김정남, 박명화, 2001)등 소수에 불과하며, 영적간호를 제공한 후 그 중재효과를 측정하는 연구에서도 대부분 입원환자나 암환자를 대상으로 실시되고 있어(김효빈, 1989) 생존기간이 6개월 미만으로 한정되어 있는 호스피스 환자에게 영적간호를 제공한 후 영적안녕 상태와 우울 정도가 어떻게 변화되었는지 검증하는 연구는 거의 이루어지지 않은 상태이다.

따라서, 본 연구자가 개발한 영적간호중재를 호스피스 환자에게 제공하였을 때 영적안녕이 어느 정도 향상되고 우울이 어느 정도 감소되는가에 대한 효과를 검증하여 영적간호중재를 실무현장에 적용하기 위한 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 임상현장에서 호스피스 환자에게

적용한 영적간호중재가 호스피스 환자의 영적안녕과 우울에 미치는 효과를 확인하여 영적간호 실무적용에 도움을 주는데 있다. 그 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 영적간호중재가 호스피스 대상자의 영적안녕에 미치는 효과를 파악한다.
- 2) 영적간호중재가 호스피스 대상자의 우울에 미치는 효과를 파악한다.

3. 연구가설

영적간호중재가 호스피스 환자의 영적안녕과 우울 상태에 미치는 효과를 확인하기 위하여 다음과 같은 가설을 설정하였다.

제 1가설: 영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 영적안녕 정도가 높을 것이다.

부가설 1-1: 영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 종교적안녕 정도가 높을 것이다.

부가설 1-2: 영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 실존적안녕 정도가 높을 것이다.

제 2가설: 영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 우울 정도가 낮을 것이다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 영적간호중재가 호스피스 환자들의 영적안녕과 우울 정도에 미치는 효과를 파악하기 위한 비동등성 대조군 전후설계이다.

2. 연구대상

본 연구의 자료수집은 2002년 6월 28일부터 10월 31일까지 D광역시 K대학병원 호스피스 병동에 입원한 79명의 호스피스 환자를 대상으로 실험군 31명, 대조군 31명으로 대상자의 실험군과 대조군의 선정은 호스피스 환자가 영적간호중재를 제공받기를 원하는 경우는 실험군으로, 제공받기를 거절한 경우는 대조군으로 편의표집하였다. 대상자의 선정기준은 암으로 진단받

은 후 수술이나 항암요법 등 의학적 치료를 시행하였으나 더 이상의 치료효과를 기대하기 어려운 상태에 있으며, 생존기간이 6개월 이내라고 전문가가 판단한 환자, 연구목적에 이해하고 참여에 동의한 환자, 본인이 읽거나 읽어 주는 질문지에 응답할 수 있으며 의사소통이 가능한 환자를 대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) 영적간호중재

본 연구에서 사용된 영적간호중재는 Shelly(1985)의 'Spiritual care', Shelly(2000/2001)의 '영혼을 치유하는 간호', Folta(1995/1995)의 '영적간호' 및 계명대학교 간호대학(2002)의 '영적간호 실습지침서'를 바탕으로 본 연구자가 15년의 호스피스 병동 수간호사 경험을 바탕으로 호스피스 환자에 맞게 수정·보완한 것으로 사랑과 관심의 요구, 용서의 요구, 의미와 목적의 요구, 희망의 요구로 구성된 영적요구 사정에 따라 계획, 중재 및 평가의 순으로 자신의 치료적 사용, 성경의 사용, 기도의 사용, 찬송과 음악의 사용, 교회공동체의 활용 및 목회자에게 의뢰 활동중재로 구성된 영적간호중재를 제공하였다.

2) 영적안녕 측정도구

영적안녕척도는 Paloutzian, Ellison(1982)에 의해 개발된 도구로 최상순(1990)이 번역하고 강정호(1996)가 암환자 대상으로 4점 척도로 수정·보완한 것을 사용하였다. 영적안녕척도는 총 20문항으로 하위척도는 종교적안녕과 실존적안녕에 관한 내용으로 각 10개의 문항들로 구성되어 있다. 20문항 중에서 부정문항 9개, 긍정문항 11개로 구성되어 있으며, 4점 척도로 되어 있다. 각 문항은 '확실히 그렇게 생각한다' 4점, '대체로 그렇게 생각한다' 3점, '별로 그렇게 생각지 않는다' 2점, '전혀 그렇게 생각하지 않는다' 1점을 주었고, 부정적인 문항은 역으로 점수를 계산하였으며, 점수의 범위는 최저 0점에서 최고 80으로 되어 있으며 점수가 높을수록 영적안녕상태가 높은 것을 의미한다.

3) 우울 측정도구

우울 척도는 Zung(1965)의 자가평가 우울 측정도구를 송옥현(1977)이 번역한 도구를 사용하였으며, 총 20

문항으로 긍정적인 문항 10문항, 부정적인 문항 10문항으로 구성되었고 각 문항은 4점 척도로 부정적인 문항은 '매우 그렇다' 4점, '대체로 그렇다' 3점, '약간 그렇다' 2점, '거의 그렇지 않다' 1점을 주었고, 긍정적인 문항은 역으로 점수를 계산하며, 최저 20점에서 최고 80점으로 점수가 높을수록 우울 정도가 높은 것을 말한다.

4. 연구의 진행절차

본 연구는 영적간호중재 개발, 예비조사, 사전조사, 실험처치, 사후조사의 순으로 진행되었다.

1) 영적간호중재 개발

본 연구자가 Shelly(1985)의 'Spiritual care', Shelly(2000/2001)의 '영혼을 치유하는 간호', Folta(1995/1995)의 '영적간호' 및 계명대학교 간호대학(2002)의 '영적간호 실습지침서'를 바탕으로 영적간호를 전공하는 간호학 교수 3인의 자문을 받아 수정·보완한 내용을 호스피스 간호사 2인, 호스피스 담당의사 2인, 목회자 1인의 자문을 받아 타당성을 검증하였다. 영적간호중재 수행절차는 먼저 대상자와의 신뢰관계를 형성한 후 주관적, 객관적 자료수집을 하고, 둘째, 영적요구를 사정하여 이를 사랑과 관심의 요구, 용서의 요구, 의미와 목적의 요구 및 희망의 요구로 분류하고, 셋째, 연구자 자신의 치료적 사용, 성경의 사용, 기도의 사용, 찬송과 음악의 사용, 교회공동체의 활용과 목회자에게 의뢰활동 등으로 구성된 영적간호중재를 매회 60분씩 주 4회 3주 동안 총 12회 제공하였다.

영적간호중재 내용은 다음과 같다.

- (1) 자신의 치료적 사용은 Shelly(2000/2001)와 Folta(1995/1995)의 저서와 본 연구자가 호스피스 환자를 돌본 경험을 바탕으로 진정한 관심과 겸손한 태도로 환자 만나기, 경청하고 상담하기, 따뜻한 신체적 지지를 해 주기, 공감하며 함께하기 등의 내용으로 구성되어 있다.
- (2) 성경의 사용은 Folta(1995/1995)의 영적간호 교재내용을 참고로 하고 목회자 2인의 자문을 받아 4가지 영적요구에 따라 적합한 성경구절을 제공받아 영역별로 코딩하여 성경을 환자에게 읽어 주고 병실벽에 부착하였다.
- (3) 기도의 사용은 4가지 영적요구에 따라 본 연구자가 기도문을 작성하여 목회자 2인에게 각 영

적요구에 맞는 적절한 기도문인지를 자문받아 환자에게 제공하였다. 주기도문, 사도신경은 코팅을 하여 본 연구자가 병실벽에 부착하고, 연구 보조원인 10년 이상의 경력이 있는 호스피스 자원봉사자 2명이 호스피스 병실을 방문하여 코팅한 자료를 읽어 주었다.

- (4) 찬송·음악의 사용은 Folta(1995/1995)의 영적간호 저서를 바탕으로 목회자 2인의 자문을 받아 영적요구에 따른 찬송을 선정하고, 음악은 클래식 음악으로 박경규(1995)의 ‘건강과 음악치료’, 임은희(1992)의 ‘음악 속에 숨은 의학’을 참고로 하여 음악대학 교수 2인에게 자문을 구한 후 4가지 영적요구의 내용에 맞게 분류하여 각 영적요구에 해당하는 찬송 및 클래식 음악을 녹음테이프로 만들어 필요할 때 적절하게 들려 주었으며, 직접 찬송을 함께 부르기도 하였다.
- (5) 교회공동체의 활용 및 목회자에게 의뢰하는 활동은 Shelly(2000/2001)의 ‘영혼을 치유하는 간호’, Folta(1995/1995)의 ‘영적간호’와 김수지(1980)의 ‘영적간호: 간호원의 역할’을 참고하고 본 연구자가 실무경험을 토대로 내용을 구성하였다. 첫째, 교회 공동체의 활용은 목회간호사, 호스피스 자원봉사자, 상담자 등 교회의 전문적인 자원과 연결하기, 마음을 터놓고 이야기할 수 있는 멘토를 정하여 연결하기, 환자와 가족을 위한 중보 기도팀 연결하기, 환자와 가족들에게 도움을 줄 수 있는 지지적간호 제공을 위해 교회공동체를 찾아 연결하기 등의 내용으로 구성되어 있다. 둘째, 목회자에게 의뢰하는 활동에서는 환자와 가족의 요구가 있을 때 병상에서 예배를 드리도록 의뢰하기, 병상세례, 성찬식 등 종교의식을 베풀도록 의뢰하기, 환자와 가족의 영적안녕을 위하여 목회상담을 의뢰하기 등의 내용으로 구성되어 있다.

2) 예비조사 및 연구보조원 훈련

예비조사는 2002년 6월 16일부터 6월 26일까지 본 연구자와 자료수집 보조원 2명이 D광역시에 있는 K대학병원에 입원한 호스피스 환자 3명에게 실시하였다. 예비조사 결과 호스피스 환자 대부분이 정서적으로 우울하고 신체상태가 좋지 않아 설문지를 혼자 작성하기

에 어려움이 있었으므로 일대일 면접방법을 사용하기로 결정하였으며, 호스피스 병동에 입원당시 환자가 영적간호증재를 제공받기를 원하는 경우에는 실험군으로 거절하는 환자는 대조군으로 선정하여 본 연구를 실시하는 것이 바람직하다고 판단하였으며 대상자가 영적간호증재를 받는 과정에서 통증, 오심, 구토증상이 심한 경우에는 신체적 증상이 완화된 다음에 증재를 제공받기를 원하였으므로 실험처치시 이를 반영하기로 하였다.

본 연구의 연구보조원은 매년 36시간의 호스피스 자원봉사자 교육을 받은 사람으로 10년간 호스피스 자원봉사자로 활동한 자료 영적간호증재 활동 중 연구자가 위임한 간호증재, 즉 성경과 기도문이 적힌 코팅자료를 필요에 따라서 환자에게 읽어 주고 찬송과 음악을 들려 주는 등의 증재수행을 위해 3일동안 훈련을 받았으며 자료수집 보조원은 간호학과 4학년 학생으로서 연구의 목적과 설문지 작성 방법에 대해 훈련받은 후 설문지 작성을 도왔다.

3) 사전조사

호스피스 병동에 입원한 첫날 연구자가 환자를 방문하여 본 연구의 목적을 설명하고 동의를 받은 후, 본 연구자에 의해 훈련받은 간호학과 4학년 학생 2명이 일반적 특성, 건강관련특성, 영적안녕과 우울에 관한 설문내용을 읽어 주고 대상자가 응답한 대로 기록하였다.

4) 실험처치

본 연구자가 호스피스 병실을 방문하여 대상자에게 실험처치를 실시할 때 다른 환자에게 방해되지 않도록 스크린을 친 후, 환자가 요구하는 신체적 불편감을 우선적으로 해결해 주고, 가벼운 마사지 등의 신체적 접촉을 통하여 연구자와 환자간의 신뢰관계를 형성하였다. 환자의 영적요구를 파악한 후 영적요구 사정에 따라 사랑과 관심의 요구, 용서의 요구, 의미와 목적의 요구, 희망의 요구로 분류한 후 분류된 대상자의 요구에 맞추어 영적 간호증재를 수행하였다.

5) 사후조사

실험군에게는 3주 동안 12회의 영적간호증재와 일상간호를 제공하였고, 대조군에게는 일상간호만 제공

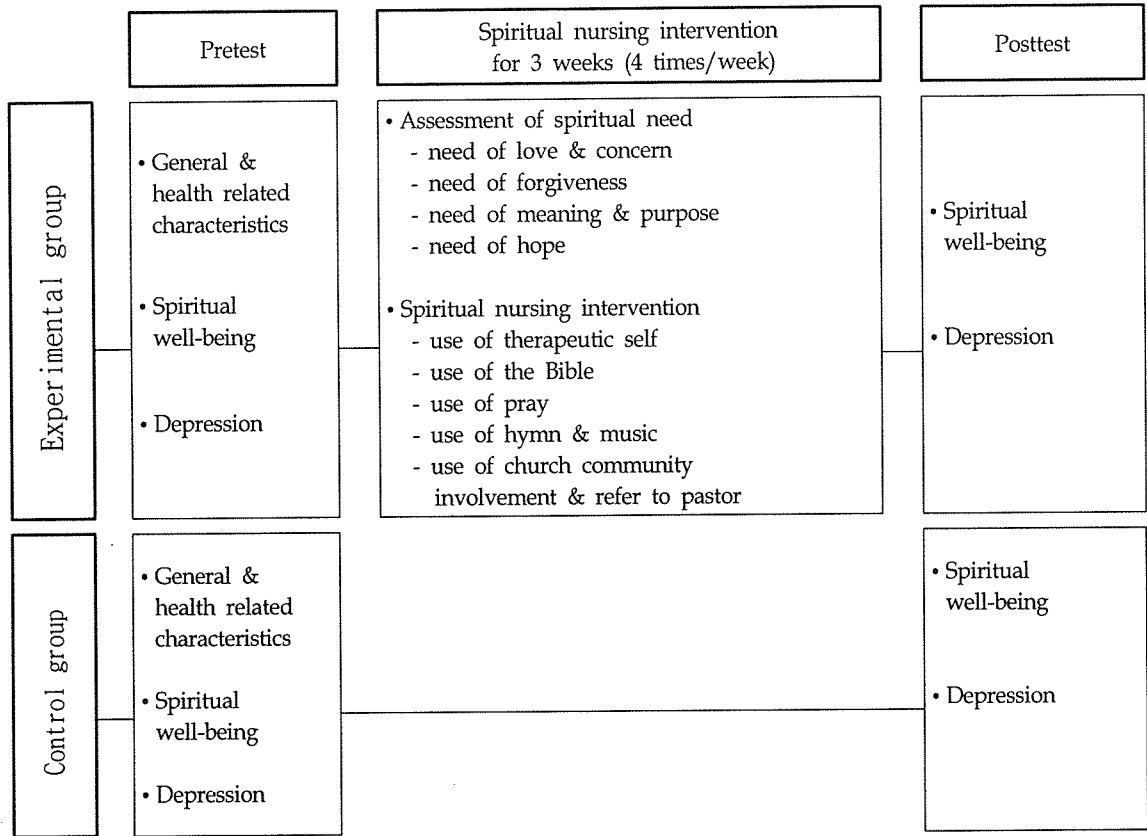


Figure 1. Research procedure

하였다. 중재 종료 후 3일 이내에 영적안녕과 우울에 관한 설문지를 사용하여 자료수집보조원이 사후조사를 실시하였다.

5. 자료분석

본 연구의 자료 분석을 위해 SPSS WIN 10.0 프로그램을 이용하여 대상자의 일반적 특성과 건강관련특성은 실수와 백분율로 나타내었으며 두 집단의 일반적 특성 및 건강관련 특성에 대한 동질성 검증은 χ^2 -test를 사용하였다. 영적안녕 및 우울정도에 대한 동질성 검증은 t-test로 검증하였으며 영적간호중재가 영적안녕과 우울 정도에 미치는 효과는 Repeated measures ANOVA와 사후검정으로 단순 주효과 분석을 하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성과 동질성 검증

본 연구에 참여한 대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다. 대상자의 성별은 남자 54.9%, 여자 45.1%로 남자가 많았고, 연령은 50-69세가 59.7%로 가장 많았으며 평균 연령은 55.93세였다. 결혼상태는 기혼이 58.1%, 종교는 무교가 46.8%로 가장 많았고, 그 다음으로 불교 25.8%, 기독교 21.0%, 천주교 6.5%의 순으로 나타났다. 교육수준은 고졸 이상을 졸업한 사람이 41.9%로 가장 많았다. 진단명은 위장관계 암이 50.0%로 가장 많았고, 자신의 진단명을 알고 있는 사람이 72.5%로 나타났다. 일반적 특성에 관한 동질성을 검증한 결과 성별, 연령, 결혼상태, 종교, 교육수준, 진단명, 자신의 진단명을 알고 있는지의 여부 등에서 통계적으로 유의한 차이가 없어 두 집단이 동질한 것으로 나타났다.

Table 1. Homogeneity test on general characteristics

Characteristics	Categories	Total(n=62)	Exp.(n=31)	Cont.(n=31)	χ^2	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Sex	Male	34(54.9)	18(58.1)	16(51.6)	.26	.610
	Female	28(45.1)	13(41.9)	15(48.4)		
Age	≤29	3(9.7)	3(9.7)	3(9.7)	.14	.987
	30-49	9(14.5)	5(16.1)	4(12.9)		
	50-69	37(59.7)	18(58.1)	19(61.3)		
	≥70	10(16.1)	5(16.1)	5(16.1)		
Marital status	Not married	6(9.7)	2(6.5)	4(12.9)	1.31	.519
	Married	36(58.1)	20(64.5)	16(51.6)		
	Divorced/separated	20(32.2)	9(29.0)	11(35.5)		
Religion	None	29(46.8)	11(35.5)	18(58.1)	5.46	.141
	Protestant	13(21.0)	10(32.3)	3(9.7)		
	Catholic	4(6.5)	2(6.5)	2(6.5)		
	Buddhist	16(25.8)	8(25.8)	8(25.8)		
Education	≤Primary school	22(35.5)	11(35.5)	11(35.5)	.00	1.000
	Middle school	14(22.6)	7(22.6)	7(22.6)		
	≥High school	26(41.9)	13(41.9)	13(41.9)		
Diagnosis	Gastrointestinal cancer	31(50.0)	13(41.9)	18(58.1)	3.22	.522
	Hepatobiliary cancer	6(9.7)	4(12.9)	2(6.5)		
	Lung cancer	8(12.9)	4(12.9)	4(12.9)		
	Urinary tract cancer	7(11.3)	3(9.7)	4(12.9)		
	Other	10(16.1)	7(22.6)	3(9.7)		
Awareness of diagnosis	Yes	45(72.5)	24(77.4)	21(67.7)	.73	.393
	No	17(27.5)	7(22.6)	10(32.3)		

Table 2. Homogeneity test on health related characteristics

Characteristics	Categories	Total(n=62)	Exp.(n=31)	Cont.(n=31)	χ^2	p
		n(%)	n(%)	n(%)		
Vitality	Good/moderate	21(33.8)	8(25.8)	13(41.9)	1.96	.375
	Poor	33(53.2)	18(58.1)	15(48.4)		
	None	8(12.9)	5(16.1)	3(9.7)		
Perceived health status	Good/moderate	11(17.7)	4(12.9)	7(22.6)	3.61	.164
	Poor	41(66.1)	24(77.4)	17(54.8)		
	Very poor	10(16.2)	3(9.7)	7(22.6)		
Perceived pain	None/a little	37(59.7)	19(61.3)	18(58.1)	.07	.769
	Moderate/severe pain	25(40.3)	12(38.7)	13(41.9)		

대상자의 건강관련 특성에 대한 동질성을 검증한 결과는 <Table 2>와 같다. 건강관련 특성에 관한 동질성을 검증한 결과 기력정도, 주관적 건강상태, 주관적 통증 정도에 있어서 통계적으로 유의한 차이가 없어 실험군과 대조군이 동질한 것으로 나타났다.

종속변수인 영적안녕과 우울 정도에 대한 동질성 검증을 한 결과, 영적안녕($t=0.63, p=0.533$)과 우울($t=0.62, p=0.540$)에서 통계적으로 유의한 차이가 없어 실험군과 대조군 두 집단이 동질한 것으로 나타났다<Table 3>.

Table 3. Homogeneity test on dependent variables

Variable	Exp.(n=31)	Cont.(n=31)	t	p
	M(SD)	M(SD)		
Spiritual well-being	48.61(8.85)	47.29(7.69)	.63	.533
Depression	49.38(6.25)	48.41(6.10)	.62	.540

2. 가설검증

1) 제 1가설 검증

제 1가설: '영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 영적안녕정도가 더 높을 것이다.' 제 1가설을 검증하기 위해 Repeated measures ANOVA로 분석한 결과, 두 집단간($F=6.28, p=0.015$)과 집단내 측정시기간($F=40.18, p=0.000$)에 유의한 차이가

있으며, 집단과 측정시기간의 상호작용 효과에서 유의한 차이가 있는 것($F=113.44, p=0.000$)으로 나타나 가설 1은 지지되었다<Table 4>.

사후검증으로 단순 주효과 분석을 실시한 결과 실험군은 사전과 사후 간에 유의하게 증가되었지만($F=7.34, p=0.009$), 대조군은 사전과 사후에 유의한 차이가 없는 것($F=0.69, p=0.409$)으로 나타났다<Table 5>.

실험군의 영적안녕 점수는 사전 평균값 48.61점에서 사후 평균값 54.96점으로 6.35점 증가하였고, 반면에 대조군은 사전 평균값 47.29점에서 사후 평균값 45.67점으로 1.62점 낮게 나타났다<figure 2>.

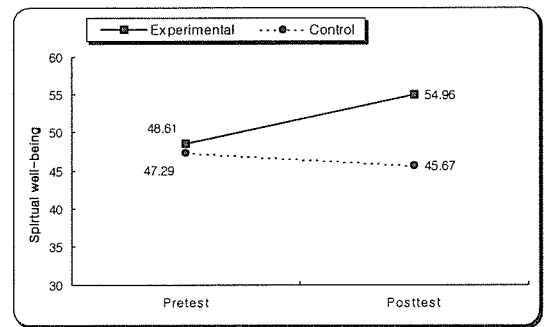


Figure 3. Change in spiritual well-being after implementing spiritual nursing care

Table 4. Repeated measures ANOVA on spiritual well-being

Source	SS	df	MS	F	p
Between-Subjects					
Group	872.91	1	872.91	6.28	.015
Error	8345.26	60	139.08		
Within-Subjects					
Time	174.26	1	174.26	40.18	.000
Time×group	492.00	1	492.00	113.44	.000
Error	260.22	60	4.33		

Table 5. Simple main effects on spiritual well-being

Source	Pretest	Posttest	SS	df	MS	F	p
	M(SD)	M(SD)					
Time at exp.	48.61(8.85)	54.96(9.58)	625.95	1	625.95	7.34	.009
Time at cont.	47.29(7.69)	45.67(7.56)	40.32	1	40.32	.69	.409

Table 6. Repeated measures ANOVA on religious well-being

Source	SS	df	MS	F	p
Between-Subjects					
Group	352.26	1	352.26	12.75	.001
Error	1657.26	60	27.62		
Within-Subjects					
Time	26.20	1	26.20	18.27	.000
Time×group	82.26	1	82.26	57.37	.000
Error	86.03	60	1.43		

Table 7. Simple main effects on religious well-being

Source	Pretest	Posttest	SS	df	MS	F	p
	M(SD)	M(SD)					
Time at exp.	25.00(3.59)	27.54(3.87)	100.66	1	100.66	7.21	.009
Time at cont.	23.25(3.89)	22.54(3.87)	7.80	1	7.80	.52	.475

(1) 부가설 1-1: ‘영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 종교적안녕 정도가 더 높을 것이다.’

부가설 1-1을 검증하기 위해 Repeated measures ANOVA로 분석한 결과 두 집단간(F=12.75, p=0.001)과 집단 내 측정시기간(F=18.27, p=0.000)에 유의한 차이가 있으며, 집단과 측정시기 간의 상호작용 효과에서 유의한 차이가 있는 것(F=57.37, p=0.000)으로 나타났다<Table 6>. 사후검증으로 단순 주효과 분석을 실시한 결과, 실험군은 사전과 사후 간에 유의하게 증가되었지만(F=7.21, p=0.009), 대조군은 사전과 사후에 유의한 차이가 없는 것(F=0.52, p=0.475)으로 나타나 부가설 1-1은 지지되었다<Table 7>.

즉, 실험군의 종교적안녕은 사전 평균값 25점에서 사후 평균값 27.54점으로 2.54점 증가하였고, 대조군은 사전 평균값 23.25점에서 사후 평균값 22.54점으로 0.71점으로 감소하였다<Figure 3>.

(2) 부가설 1-2: ‘영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 실존적안녕 정도가 더 높을 것이다’

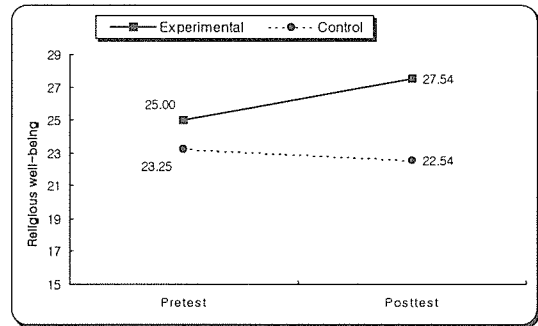


Figure 3. Change in religious well-being after implementing spiritual nursing care

부가설 1-2를 검증하기 위해 Repeated measures ANOVA로 분석한 결과 두 집단간(F=6.87, p=0.016)과 집단 내 측정시기간(F=35.38, p=0.000)에 유의한 차이가 있었으며, 집단과 측정시기간의 상호작용 효과에서 유의한 차이가 있는 것(F=61.06, p=0.000)으로 나타났다<Table 8>. 사후검증으로 단순 주효과 분석을 실시한 결과, 실험군은 사전과 사후간에 유의하게 증가되었지만(F=6.26, p=0.015), 대조군은 사전과 사후에 유의한 차이가 없는 것(F=0.24, p=0.621)으로 나타나 부가설 1-2는 지지되었다<Table 9>.

Table 8. Repeated measures ANOVA on existential well-being

Source	SS	df	MS	F	p
Between-Subjects					
Group	194.06	1	194.06	6.87	.016
Error	3011.32	60	50.18		
Within-Subjects					
Time	83.90	1	83.90	35.38	.000
Time×group	144.80	1	144.80	61.06	.000
Error	142.29	60	2.37		

Table 9. Simple main effects on existential well-being

Source	Pretest	Posttest	SS	df	MS	F	p
	M(SD)	M(SD)					
Time at exp.	23.61(5.86)	27.41(6.10)	224.58	1	224.58	6.26	.015
Time at cont.	24.03(4.11)	23.51(4.04)	4.12	1	4.12	.24	.621

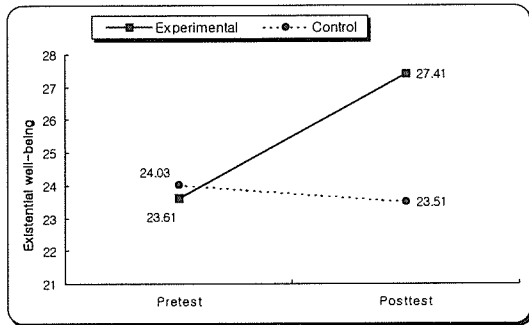


Figure 4. Change in existential well-being after implementing spiritual nursing care

실험군의 실존적 안녕 점수는 사전 평균값 23.61점에서 사후 평균값 27.41점으로 3.8점 증가하였고, 대조군은 사전 평균값 24.03점에서 사후 평균값 23.51점으로 0.52점 감소하였다(Figure 4).

2) 제 2가설 검증

제 2가설: '영적간호중재를 받은 군은 영적간호중재를 받지 않은 군보다 우울 정도가 더 감소할 것이다.'

제 2가설을 검증하기 위해 Repeated measures ANOVA로 분석한 결과, 두 집단 간(F=10.45, p=0.002) 과 집단 내 측정시기간(F=11.58, p=0.001)에 유의한 차이가 있었으며, 집단과 측정시기간의 상호작용 효과에

Table 10. Repeated measures ANOVA on depression

Source	SS	df	MS	F	p
Between-Subjects					
Group	592.26	1	592.26	10.45	.002
Error	3400.19	60	56.67		
Within-Subjects					
Time	99.36	1	99.36	11.58	.001
Time×group	883.55	1	883.55	103.02	.000
Error	514.58	60	8.57		

Table 11. Simple main effects on depression

Source	Pretest	Posttest	SS	df	MS	F	p
	M(SD)	M(SD)					
Time at exp.	49.38(6.25)	45.83(4.76)	195.16	1	195.16	6.32	.015
Time at cont.	48.41(6.10)	55.54(5.60)	787.76	1	787.76	22.93	.000

서 유의한 차이가 있는 것(F=103.02, p=0.000)으로 나타났다<Table 10>. 사후검정으로 단순 주효과 분석을 실시한 결과, 실험군은 사전과 사후 간에 유의하게 증가되었지만(F=6.32, p=0.015), 대조군은 사전과 사후에 유의한 차이가 없는 것(F=22.93, p=0.000)으로 나타나 가설 2는 지지되었다<Table 11>.

실험군의 우울 점수는 사전 평균값 49.38점에서 사후 평균값 45.83점으로 3.55점 감소하였고, 대조군은 사전 평균값 48.41점에서 사후 평균값 55.54점으로 7.13점으로 증가하였다<Figure 5>.

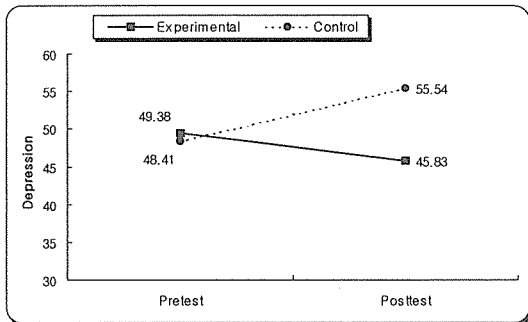


Figure 5. Change in depression after implementing spiritual nursing care

IV. 논 의

본 연구는 호스피스 환자를 대상으로 연구자가 개발한 영적간호중재를 제공하여 영적안녕이 증가되고 우울이 감소되는지 그 효과를 검증하여 영적간호의 실무 적용을 위한 기초자료를 마련하고자 실시되었다.

본 연구에서 영적간호중재를 받은 실험군의 영적안녕 점수가 대조군의 영적안녕 점수보다 유의하게 높은 것으로 나타났으며, 영적안녕의 하위척도인 종교적안

녕 점수와 실존적안녕 점수도 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 영적간호중재가 호스피스 환자의 영적안녕에 미치는 효과를 파악하는 선행연구가 시도된 바 없어 비교하기는 어렵다. 그러나 영적간호중재를 제공하였을 때 호스피스 환자의 불안과 우울이 감소되었다는 연구(윤매옥, 2001) 결과와 암환자의 통증과 우울이 감소되었다는 연구(김효빈, 1989) 결과와 더불어 말기 환자의 영적안녕을 향상시켜 주는 것으로 나타난 본 연구 결과를 종합해 보면 매우 중요한 의의를 도출하게 된다. 즉, 영적간호중재는 신체적·정서적 측면뿐만 아니라 영적 측면의 안녕을 향상시키므로 전인적 차원에서 환자의 안녕을 향상시킬 수 있는 간호중재인 것으로 사료된다.

이해숙(2001)의 연구에서는 호스피스 병동에 입원한 환자와 비호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 영적안녕 상태를 비교한 결과, 호스피스 환자의 영적안녕 점수가 유의하게 높은 것으로 나타났다. 이는 호스피스 간호의 본질상 호스피스 병동에 입원한 환자는 호스피스 병동이 아닌 곳에 입원한 환자보다 영적간호를 더 많이 제공받고 있는 결과에서 오는 것으로 사료되며, 본 연구결과와 비슷한 결과라 하겠다. 또한, 암환자의 영적안녕 점수가 높을수록 삶의 질이 향상된 것으로 나타난 연구 결과(오복자, 1997)와 본 연구의 결과를 관련시켜 볼 때에 본 연구에서 영적간호중재를 제공하여 영적안녕 수준이 향상된 호스피스 환자들은 그들의 삶의 질이 또한 향상될 것으로 예측된다. 따라서, 영적간호중재를 받은 호스피스 환자들은 삶의 질과 영적안녕이 어느 정도 증진되는지 그리고 이들의 삶의 질과 영적안녕은 어느 정도 상관성이 있는지를 파악하는 연구가 필요하다.

지기순(1995)은 영적간호요구에 관한 연구에서 환자의 영적간호요구를 고려한 영적간호가 제공되어야 한다고 지적하면서, 사랑과 관심의 영역에서는 '부드럽게 말해 주길 원한다', 종교적 영역에서는 '모든 것에서 벗어나 마음이 평안해질 수 있도록 도와 주길 원한다',

삶의 의미와 희망에 관한 영역에서는 '희망을 갖도록 돌보아 주기를 원한다'는 항목이 환자들이 가장 많이 원하는 영적간호 항목들이었다고 보고하였다. 본 연구의 영적간호중재는 이러한 환자들의 영적간호 요구를 고려하여 개발되었으며, 호스피스 환자의 영적요구를 확인하고 이에 따라 환자 각자에게 맞는 영적요구별 간호중재를 제공함으로써 영적안녕이 증가된 것으로 사료된다.

이상에서 나타난 본 연구결과는 영적간호중재가 호스피스 환자가 경험하는 영적 고통을 최대한 감소시키고 잘 극복하도록 도와 주며, 영적요구를 충족시켜 줌으로써 영적안녕상태를 증진시킨다는 영적간호이론(노유자, 한성숙, 안성희와 김춘길, 1997)을 지지하고 있음을 알 수 있다.

반면에 대조군의 영적안녕 점수는 평균 47.29점에서 45.67점으로 1.62점이 감소한 것으로 나타났다. 이러한 결과에서 영적간호중재를 제공받은 실험군은 영적요구가 해결되어 영적안녕 수준에 유의한 증가를 보였지만, 영적간호중재를 거부한 대조군은 영적안녕 점수가 낮게 나타났다. 이는 말기 환자의 질병은 시간이 경과됨에 따라 더 심각해지고 동시에 신체적, 정신적, 사회적, 안녕 수준과 더불어 영적안녕수준도 다소 감소되었을 것으로 추측된다. 영적간호를 거부한 대조군에게도 그들의 종교 유무를 막론하고 그들의 영적요구에 맞는 영적간호를 개발하여 돌보아 주어야 할 것이다. 영적간호중재를 받은 후의 실험군의 영적안녕의 하부영역을 살펴보면, 종교적안녕 수준은 사전 25점에서 사후 27.54점으로 2.54점 상승하여 통계적으로 유의한 증가를 보였을 뿐만 아니라 동시에 실존적안녕수준 또한 사전 23.61점에서 사후 27.41점으로 3.8점 상승하여 통계적으로 유의한 결과를 보였는데, 종교적안녕수준보다 실존적안녕수준이 1.26점 더 향상된 것으로 나타났다. 이에 반하여 대조군의 종교적안녕수준은 0.71점 감소하였으며, 실존적안녕수준은 0.52점 감소하였다. 이러한 결과는 영적간호중재가 종교적안녕 수준과 실존적안녕 수준을 향상시키는 효과가 있음을 나타내었고, 실험군 중 종교가 없는 사람들을 포함한 기독교인이 아닌 사람들이 61.3%나 되었음에도 불구하고 대상자의 종교와 상관없이 영적간호중재를 받고자하는 대상자 모두에게 영적간호중재를 적용하였을 때 실존적안녕수준이 종교적안녕수준 보다 더 향상되었으며, 더불어 종교적안녕수준도 향상된 것을 알 수 있었다. 따라서,

기독교가 아닌 타종교 환자와 종교가 없는 환자의 영적요구를 파악하여 이를 충족시킬 수 있는 영적간호중재를 개발하여 적용할 때에 호스피스 환자의 영적안녕은 더욱 효과적으로 향상될 것으로 사료된다.

본 연구에서 실험군의 우울 점수가 중재 전 49.38점에서 중재 후 45.83점으로 3.55점이 유의하게 감소되었다. 이러한 결과는 영적간호중재가 암환자의 우울점수를 유의하게 감소시켰다는 Lewis(1995), 김효빈(1989), 유방절제술을 받은 환자에게 신체적, 정서적간호와 더불어 영적간호를 제공하였을 때 환자의 우울이 감소되었다는 김미령(1997)의 연구결과와 일치하였다. 암환자와 유방절제술을 받은 환자뿐만 아니라 호스피스 환자에게도 영적간호중재를 제공하였을 때 우울이 감소되었다는 본 연구결과는 영적간호의 적용 범위를 확대하는 근거를 제공하였다고 하겠다.

반면에 대조군의 중재전 48.41점에서 중재후 55.54점으로 7.13점 우울점수가 증가한 것은 영적간호를 거부하여 호스피스 병동에서 이루어지는 일반적 간호만 제공받은 점, 그리고 말기환자의 특성상 본 연구가 시작된 후 3주간의 시간이 경과됨에 따라 환자의 상태가 나빠져서 온 결과로 추측된다. 그러므로 향후 영적간호를 거부한 호스피스 환자에게 포기하지 말고 지속적으로 영적간호제공에 대한 중요성을 설명하고 권면하여 간호를 제공할 필요가 있다 하겠다.

호스피스 환자에게 영적간호를 제공하였을 때 우울정도를 낮출 수 있을 뿐 아니라 더 악화되지 않게 대처할 수 있는 효과를 기대할 수 있을 것이다. 그러나 본 연구에서는 대상자가 자신이 연구의 대상이라는 것을 인식하고 있는 것에 기인하여 발생할 수 있는 Hawthorne효과와 문제점을 고려하여야 한다.

이상의 연구 결과에서 호스피스 환자의 영적요구를 사정하여 그 요구를 확인하고 이에 따라 본 연구자가 개발한 영적간호중재를 제공하였을 때 호스피스 환자의 정서적 고통이 완화되고 영적안녕이 향상되며 우울이 경감되었다는 것이 검증되었으며, 이는 영적간호 실무, 이론, 연구, 교육측면에서 간호학적 의의가 크다고 하겠다.

호스피스 환자뿐만 아니라 다양한 형태의 위기에 처한 환자들이 영적요구를 지니고 있으므로 향후 대상자별 영적간호중재 프로그램을 개발하여 영적안녕을 향상시키고 우울을 감소시켜 전인적 안녕을 추구하여야 할 것이다. 기독교뿐만 아니라 다른 종교를 지니고 있

는 사람을 위한 영적간호중재 개발 및 적용이 필요하며 종교가 없는 사람에게 적용될 수 있는 영적간호중재 개발이 요청된다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구의 목적은 영적간호중재가 호스피스 환자의 영적안녕과 우울정도에 미치는 효과를 확인하고자 시도하였으며 연구설계는 비동등성 대조군 전후설계의 유사실험연구이며, 자료수집 기간은 2002년 6월 28일부터 10월 31일 사이에 이루어졌다. 연구대상은 D광역시 K대학병원 호스피스 병동에 입원한 호스피스 환자이며 실험군 31명, 대조군 31명, 총 62명으로 실험군에게 제공되는 실험처치는 영적요구사정에 따라 자신의 치료적 사용, 성경의 사용, 기도의 사용, 찬송과 음악의 사용, 교회공동체 활용 및 목회자에게 의뢰하는 내용 등으로 영적간호 중재가 구성되었다. 각 대상자에게 매회 1시간, 매주 4회씩 3주동안 총 12회를 제공하였다.

연구도구는 영적안녕을 측정하기 위해 Palautzian, Ellison에 의해 개발한 것을 바탕으로 최상순(1990)이 번역하고, 강정호(1996)가 수정·보완한 것을 사용하였다. 우울 측정도구는 Zung(1965)이 개발하고 송옥현(1977)이 번역한 것을 사용하였다.

자료분석방법은 SPSS/Win 10.0 프로그램을 이용하여 χ^2 test, t-test, Repeated measures ANOVA, 사후검정으로 단순 주효과 분석을 실시하였다.

연구결과는 다음과 같다

1. 제 1가설: '영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 영적안녕 정도가 더 높아질 것이다.'는 지지되었다($F=6.28$, $p=0.015$, Interaction; 0.000).

1) 부가설 1-1: '영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 종교적안녕 정도가 더 높을 것이다.'는 지지되었다($F=12.75$, $p=0.001$, Interaction: 0.000).

2) 부가설 1-2: '영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 실존적안녕 정도가 더 높을 것이다.'는 지지되었다($F=6.87$, $p=0.016$, Interaction: 0.000).

2. 제 2가설: '영적간호중재를 받은 실험군은 영적간호중재를 받지 않은 대조군보다 우울 정도가 더 낮을 것이다'는 지지되었다($F=10.45$, $p=0.002$, Interaction: 0.000).

결론적으로, 호스피스 환자에게 제공된 영적간호중재는 영적안녕의 향상과 우울을 감소시키는 데 효과적인 것으로 검증되었으므로 임상실무에 적용하여 남은 생을 평안하게 지내고 죽음을 잘 준비하여 생을 마무리하도록 돕는 호스피스 간호에 유용한 간호중재로 활용될 수 있을 것으로 사료된다.

2. 제언

- 1) 연구자가 개발한 영적간호 중재를 실무에 활용할 수 있는 적극적 방안 마련이 요청된다.
- 2) 기독인이 아닌 다른 종교를 믿는 사람 및 종교가 없는 호스피스 대상자에게 적용될 수 있는 영적간호중재 개발이 요청된다.
- 3) 대상자가 자신이 연구대상이라는 것을 인식하고 있는 것에 기인한 Hawthorne효과를 제거한 연구설계를 마련하여 반복 연구할 것을 제안한다.

참고 문헌

- 강정호(1996). 암환자의 영적안녕 상태에 관한 조사연구. 석사학위논문, 부산대학교.
- 김미령(1997). 호스피스 간호중재가 유방절제술을 받은 환자의 우울에 미치는 영향. 석사학위논문, 고신대학교.
- 김수지, 오송자, 최화숙(1997). 호스피스: 사랑의 돌봄. 서울: 수문사.
- 김수지(1980). 예비정보, 불안 및 통증 변수간의 관계에 관한 간호학적 상황모형. 간호학논문, 4집, 14-25.
- 김정남(1991). 죽음에 관한 문헌고찰. 동산간호 전문대학 논문집, 7, 113-134.
- 김효빈(1989). 영적간호 중재가 암환자 통증 감소에 미치는 영향. 석사학위논문, 이화여자대학교.
- 노유자, 김남초, 홍영선, 용진선(2001). 호스피스 병동에 입원한 말기 암환자의 통증에 미치는 요인. 간호학회지, 31(2), 206-219.

노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1997). 호스피스와 죽음. 서울: 현문사.

박경규(1995). 건강과 음악치료. 서울: 빛샘.

박경호(2000). 한국 호스피스의 발전 방향. 한국호스피스·완화의료학회지, 3(2), 190-193.

송옥현(1977). 정신과 외래 환자의 The Self-Rating Depression Scale에 관한 연구. 신경정신의학, 16(1), 84-93.

오복자(1997). 암환자의 영적안녕과 삶의 질과의 관계 연구. 성인간호학회지, 9(2), 189-198.

윤매옥(2001). 영적간호중재가 호스피스 환자의 통증과 불안에 미치는 효과. 호스피스 학술지, 1(1), 1-17.

이원희(2000). 말기 암환자의 총체적 고통. 한국호스피스·완화의료학회지, 3(1), 60-73.

이전마(2000). 호스피스 환자와 가족의 간호요구 조사. 석사학위논문, 부산대학교.

이해숙(2001). 호스피스 환자와 비호스피스 환자의 영적안녕과 삶의 질. 석사학위논문, 경북대학교.

이혜원, 김정남, 박명화(2001). 말기 암환자의 가족에 대한 호스피스 팀의 정보적지지 제공효과, 지역사회 간호학회지, 12(1), 175-186.

임은희(1992). 음악속에 숨은 의학. 서울: 청암.

지기순(1995). 암환자의 영적간호 요구에 관한 연구. 석사학위논문, 고려대학교.

최상순(1990). 일지역 성인의 영적안녕, 희망 및 건강상태에 관한 관계 연구. 박사학위논문, 연세대학교.

통계청(2001). 사망원인 통계연보. 서울: 동청.

Craig, T. J., & Abeloff, M. D.(1974). Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patient. *American Journal Psychiatric*, 131, 1327-1340.

Fish, S., & Shelly, J. A.(1988). *Spiritual care: The Nurse's Role*. Illinois: I.V.P.

Folta, R. H.(1995). 영적간호 (정정숙, 역). 서울: 현문사. (원서 1995년 발행)

Lewis, S. E.(1995). A search for meaning: Making sense of depression. *Journal of medical Health*, 4, 469-482.

Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W.(1982). Loneliness, spiritual well-being & the quality of life. In

L. A. Peplau, D. Perman (Eds.), *Loneliness: A source-book of current theory research & therapy*. New York: John Wiley & Sones Inc.

Shelly, J. A.(1985). *Teaching spiritual care*. Illinois: I. V. P.

Shelly, J. A.(2001). 영혼을 치유하는 간호 (윤귀남, 역). 서울: I,V,P (원서 2000년 발행)

Zung W. K.(1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 63-75.

ABSTRACT

Effect of Spiritual Nursing Intervention on Spiritual Well-being and Depression of the Hospice Patients

Song, Miok*

Purpose: The purpose of this study was to elucidate the effects of spiritual nursing intervention on spiritual well-being and depression level of the hospice patients.

Method: The subjects for this study were collected from 62 patients who were admitted in the hospice care unit from July 28, 2002 to October 31, 2002 in D city K hospital. Subjects were 31 members of the experimental group and 31 members of the control group. It was devised with a nonequivalent control group pretest-posttest design.

The spiritual nursing intervention was given by using the therapeutic use of self, Scripture, prayer, Hymn and music, use of church community involvement and refer to pastors according to assessment of patients' spiritual need for 3 weeks (total 12 times and 1 hour per each intervention). Sangsoon Choi(1990) and Jungho Kang(1996)'s

* Department of Nursing, Graduate School
Keimyung University(Supervised by pf. Chungnam Kim)

spiritual well-being scale, which was modified from Paloutzian and Ellison(1982)'s spiritual well-being scale, was used to investigate patients' spiritual well-being. To investigate level of depression, OkHyun Song(1977)'s Depression Scale, which was modified from Zung(1965)'s Depression Inventory, was used. Data were analyzed by χ^2 -test, t-test, Repeated measures ANOVA with SPSS/Win 10.0 program.

Results:

1. The 1st hypothesis, 'total spiritual well-being score in the experimental group, who received the spiritual nursing intervention, will be higher than the control group who did not receive the spiritual nursing intervention' was supported ($F=6.28$, $p=0.015$, Interaction: $p=0.000$).
2. The 1-1st sub-hypothesis, 'religious well-being score in the experimental group, who received the spiritual nursing intervention, will be higher than the control group who did not receive the spiritual nursing intervention' was supported ($F=12.75$, $p=0.001$, Interaction: $p=0.000$).
3. The 1-2nd sub-hypothesis, 'existential well-being score in the experimental group, who received the spiritual nursing intervention, will be higher than the control group who did not receive the spiritual nursing intervention' was supported ($F=6.87$, $p=0.016$, Interaction: $p=0.000$).
4. The 2nd hypothesis, 'depression level in the experimental group, who received the spiritual nursing intervention, will be lower than the control group who did not receive the spiritual nursing intervention' was supported ($F=10.45$, $p=0.002$, Interaction: $p=0.000$).

Conclusion: From the above results, spiritual nursing intervention was an effective program to improve spiritual well-being state and decrease depression level for the hospice patients. In the future, when the spiritual intervention, which the researcher developed, applied on nursing field, the hospice patients can have comprehensive well being including spiritual well being and peaceful dying life.