

영성 증진 중재가 암환자의 영성, 사회적 지지 및 투병정신에 미치는 효과*

김주형**·이숙정***·노재경****·윤정순*****·이원희*****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

오랫동안 대부분 암환자의 치료는 생의학적인 방법으로 시도되었지만, 최근에는 삶의 질이라는 측면에서 전인적인 접근의 한 방법으로 대체 요법을 다양하게 시도하고 있다. 영적인 대체요법으로 암환자에게 자주 사용되는 방법은 영적치유, 기도, 명상 등이 있다(Taylor, 2005). 미국인의 경우 82%가 기도를 통한 치유 능력을 믿으며, 7%의 사람들이 영적 치유를 시도하는 것으로 보고 되고 있다(Wallis, 1996). 이러한 시도에 대해서는 비평의 여지가 많을 뿐 아니라(Sloan, Bagiella, & Powell, 1999), 아직까지 체계적인 방법으로 정착되지 않았지만 그 효과가 여러 논문에서 보고되고 있어, 현대 의학의 치료 효과를 보완할 수 있는 요법으로서 주목을 받고 있다. 그러나 중재의 어려움 및 객관적 평가의 어려움으로 영적 대체 요법에 관한 연구는 활발하게 진행되지 않고 있다.

인간은 인지적, 생물학적, 정신적, 사회적 하부 구조

를 포함하는 다양한 상호 통합적인 구조를 가진 전인적인 존재로서 그 저변에는 유전적 특징과 영적 욕구가 존재하며, 타고난 본성과 학습에 의해 지속적으로 정신과 신체 및 영성의 상호관계가 이루어진다(Erickson, Tomlin, & Swain, 1988).

영성(spirituality)이란 광범위하고 역동적인 개념이다. 이는 절대자와의 개인적이고 경험적인 과정으로, 삶의 의미, 목적, 성취, 희망, 삶의 의지 및 믿음과 신임에 영향을 주며 때로는 이 모든 것을 포함하는 것으로 정의되기도 한다(Ross, 1995). 영성이 높은 사람은 질병에 대처할 때 영성에 더 많이 의지할 뿐 아니라, 영성이 낮은 사람들에 비해 보다 효과적으로 질병에 대처한다고 보고되고 있고(Matthews et al, 1998), 종교적인 경향이 많은 사람이 종교적이지 않은 사람에 비해 생존의 가능성이 29% 높게 나타났다(McCullough, Hoyt, Larson, Koenig, & Thoresen, 2000).

몇몇 연구들에서 영성중재의 효과를 수명연장이나 대처 기술 향상, 우울과 불안 및 자살의 감소, 삶의 질의 상승 등 긍정적인 결과(Mueller, Plevak, & Rummsans, 2001)로 보고하고 있고, 마음과 신체와 영

* 이 논문은 2001년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF 2001-050-C00026)
 ** 연세대학교 간호대학 간호학과 겸임교수
 *** 일리노이 대학교 박사 후 연구원(교신처 E-mail: lsj1109@yahoo.co.kr)
 **** 연세대학교 의과대학 교수
 ***** 연세대학교 의료원 암 센터 수간호사
 ***** 연세대학교 간호대학 간호학과 교수
 투고일 2005년 4월 27일 심사외퇴일 2005년 4월 27일 심사완료일 2006년 5월 24일

성을 통합적으로 중재 후 삶의 질의 향상(Kinney, Rodgers, & Bray, 2003) 및 자기 효능 증진을 포함한 희망 증진 중재 후 희망과 삶의 질의 향상을 보고하였다(Oh, Lee, & Tae, 1997). 한편 영성 중재가 항상 긍정적인 결과를 보여주지는 않았다. 영적 중재로서 기도(prayer), 정신적 치유(mental healing), 치료적 접촉(therapeutic touch), 또는 영적 치유(spiritual healing)를 실시한 23개의 논문 중 13개의 논문에서만 통계적으로 유의하게 긍정적인 결과가 나타났고, 그 중 중재의 한 방법으로 기도를 실시한 연구 5개 중에서는 2개의 논문이 유의한 결과를 나타냈다(Taylor, 2005).

현재까지 암의 진행과 영성의 관련성에 대한 연구는 드물게 진행되고 있어서 그 확실한 기전은 밝혀지지 않았지만, 영성이 건강에 영향을 미치는 데는 정신사회적, 행동적인 요소와 생화학적인 과정 사이에 복합적인 관련성이 포함된다(Koenig, McCullough, & Larson, 2001). 그 예로 Seybold와 Hill(2001)은 명상, 기도나 예배 등은 교감 신경의 활동을 감소시켜서 스트레스 호르몬을 감소시키고 결과적으로 희망, 사랑, 만족, 용서, 적개심의 감소 등 긍정적인 정서를 일으킨다고 보고하고 있다.

그 동안 국내에서 암환자 간호에 있어서 영성 강화를 통한 간호 중재가 다양하게 이루어지고 있었음에도 불구하고, 영적 믿음이 강한 일부 간호사들이 개인적인 차원에서 실시한 중재가 많았고, 그 과정과 효과에 대해서는 객관적인 지표로 밝히지 못하고 있었던 것이 현실이다. 이에 암환자에게 긍정적인 대처를 도모하는 방법으로써 영성 증진 중재 프로그램을 개발하여 시도하게 되었으며, 국내에서는 영성 증진을 위한 중재연구가 거의 없는 상황으로서 그 시도와 효과 검증은 매우 의미 있는 일이라 생각한다.

본 연구에서는 국내의 2대 호발 암인 위암과 대장암 환자에게 영성 증진 중재가 암환자의 영성, 사회적 지지 및 투병정신의 증진에 효과가 있는지 파악하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구는 위암과 대장암 환자에게 영성 증진 중재를 실시하여 영성, 사회적 지지, 투병정신의 변화를 파악하고자 하였다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 위암, 대장암 환자에게 영성 증진 중재를 실시한 후 영성의 변화를 파악한다.

- 2) 위암, 대장암 환자에게 영성 증진 중재를 실시한 후 인지된 사회적 지지의 변화를 파악한다.
- 3) 위암, 대장암 환자에게 영성 증진 중재를 실시한 후 투병정신의 변화를 파악한다.

3. 용어 정의

- 1) 영성(spirituality): 영성은 광범위한 개념으로 역동적이며, 절대자와의 개인적이고 인격적인 만남을 통하여 삶의 변화를 체험하는 과정이다. 이것은 삶의 의미, 목적과 성취, 희망과 삶의 의지, 믿음과 신임으로 정의할 수 있으며(Ross, 1995), 본 연구에서는 세계보건기구의 삶의 질 도구(WHOQOL group, 1998) 중에서 6번째 하부 영역인 영성, 종교성 및 개인적 신념 예비조사(Spirituality, Religious and Personal Beliefs pilot test: SRPB pilot test) 중 희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용 정도로 측정된 점수를 의미한다.
- 2) 투병정신(fighting spirit): 대상자가 진단을 도전으로 받아들이고 미래에 대해 낙천적으로 생각하며 질병을 조절하려고 노력하며, 명시적으로 암과 싸워 이기려고 하는 반응을 보이는 것을 의미하며(Watson et al, 1988), 본 연구에서는 심리적인 대처 도구(Mental Adjust To Cancer Scale: MAC) (Watson et al., 1988) 중 투병정신정도를 측정된 점수를 의미한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

일 종합병원 암센터에서 치료 중에 있는 위암, 대장암 환자를 대상으로 영성 증진 중재를 실시하여 그들의 영성, 사회적지지 및 투병정신의 변화를 파악하기 위한 비동등성 대조군 전후 실험 설계 연구이다.

2. 연구대상 및 연구절차

일 종합병원에서 위암, 대장암으로 진단 받은 후 외과에서 절제 수술을 받고 2004년 4월 1일부터 6월 30일 현재 항암 약물 치료를 받고 있는 환자들 중에서 연구 참여에 동의한 환자들을 임의 추출하여 중재의 대상으로

하였다. 종양내과 의사와 수간호사에게 연구의 목적과 취지를 설명하고 협조를 구하여 총 30명의 대상자를 소개 받았다. 여성 증진 중재의 내용이 기독교적인 내용이 포함되기 때문에 대상자의 종교가 다르다고 해도 기독교에 거부감이 없는 대상자들을 선정했으며, 과거에 정신 병력이 없고, 항암치료의 심각한 합병증이 없는 환자를 대상으로 하였다. 프로그램 진행상 그룹 토론 과정이 포함되어 있기 때문에, 원활한 토론과 피드백을 위해 대상자의 수를 각 그룹 당 15명으로 제한하였으나, 항암 치료를 받는 상황이었기 때문에 참여를 거절한 대상자 4명과 기독교에 거부감이 있던 대상자 2명이 제외되었다. 나머지 24명 중 매주 1시간 동안의 중재에 참여하기를 원하는 대상자를 실험군으로 선정하고, 참여를 원하지 않는 대상자는 대조군으로 선정하여 각각 12명씩 선정하였다. 중재 기간동안 참여하지 못한 실험군 1명을 제외하고 실험군 11명, 대조군 12명의 결과를 최종 분석하였다.

본 연구 진행 절차는 다음과 같다. 일 종합병원의 위암, 대장암, 유방암 환자들을 대상으로 설문조사를 통하여 영적 건강상태와 암에 대한 투병정신과의 유의한 상관관계가 있음을 파악했고(Kim, Lee, & Lee, 2005), 문헌고찰을 통해 영성 증진 중재의 프로토콜을 개발하였다. 각 대상자는 중재 전에 연구 참여 동의서와 사전 설문지를 작성하였고, 간호학과 교수이면서 신학대학원을 졸업하고 목회를 하는 연구자가 실험군을 대상으로 프로토콜에 근거하여 영성 증진 중재를 6주간 실시했으며, 6주 후에 사후 설문지를 작성하도록 하였다. 대조군은 6주가 지나는 시점에 맞추어 병원 외래 시간에 대상자와 만나서 설문지를 실시했고, 외래 시간에 만나지 못한 대상자는 우편을 통해 설문지를 받았다. 대상 환자들에게는 사전, 사후 설문지 작성 후 각각 5000원 상당의 선물을 하였다. 또한 연구 보조원은 대상자의 의무기록을 검토하여 질병 관련 사항을 조사하였다.

3. 연구도구

1) 영성 증진 중재

영성 증진 중재를 위하여 참조한 이론들은 Erickson, Tomlin과 Swain(1988)의 The modeling and role-modeling(MRM) integrative nursing theory와 Kwon(1999)의 영성발달 이론이다. Erickson 등(1988)은 개인의 삶과 경험을 바라보는 개인적인 관점이 전인간호(holistic care)에 있어서 핵심요소로서, 인

간은 전인적인 존재로서 인지, 생물학적, 정신적, 사회적 하부 구조를 포함하는 다양한 상호 통합적인 구조를 가지고 있으며 이 네 가지 요소의 바탕에는 유전적 특징과 영적욕구가 존재한다고 주장한다. 이 이론은 인간은 본성과 학습을 통해서 지속적으로 정신과 신체와 영의 상호관계를 가진다고 하고 있으며, 이것이 전인 간호에서 영성을 포함해야 하는 이유라고 제시했다. Kwon(1999)의 이론에서는 영성발달을 위해서 절대자와의 만남을 통한 대상자들의 인지적 영역, 정서적 영역, 그리고 행동적 영역에서의 발달이 이루어져야 한다고 주장한다. 즉, 진리를 알고 느끼고 행하는 것이 이루어지면 영성발달이 이루어진다는 것이다.

본 영성 증진 중재는 Erickson 등(1988)의 이론을 바탕으로 개발된 Kenny 등(2003)의 프로그램을 수정, 보완하고 Kwon(1999)이 주장한 성경 강론을 통한 인지적 영역의 발달, 기도를 통한 정서적 영역의 발달이라는 중재 방법을 보충하여 이루어진 프로그램이다. Kenny 등(2003)의 프로그램은 암환자들의 느낌을 표출시키고, 지지적 환경제공, 안정된 자가 간호의 자원을 개발시켜서 그들의 진단과 치료 회복 과정에서 늘어나는 스트레스에 대처하도록 개발되었고, 12주간 매주 3시간 그룹 모임의 형태로 이루어져 있다. 이 프로그램은 정신, 정서, 영, 신체적인 건강의 조화를 맞추도록 다중적인 전략을 쓰고 있다. 본 연구에서는 항암 치료를 받고 있는 환자가 대상으로 실시한 첫 시도였기 때문에 중재 기간을 최소화 하였고 중재 시간도 주당 1시간으로 줄여서, 총 6주간 영성 증진 중재를 실시하였다.

본 중재는 기도와 강의, 토론으로 이루어지며 내용은 다음과 같다.

10분 정도의 도입시간에는 마음의 평화를 위한 기도와 명상을 하여 중재에 대하여 환자들이 마음을 열도록 유도하였다. 종교를 가지고 있다면 기독교이든 불교이든 상관없이 대상자의 종교적 신념에 따라, 특별한 종교가 없다면 물질적인 세상을 초월하여 대상자들이 가지고 있는 실존에 대한 믿음을 바탕으로 명상할 수 있도록 유도하였다. 30분 정도의 전개부분에서 암에서 회복된 환자들의 예화를 소개하여 희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용에 대한 긍정적인 마음을 갖도록 고양하였고 희망과 소망 등 영성을 증진하는 것에 대한 과학적인 근거와 성경 말씀을 제시하여 암의 극복에 대한 인지적인 이해를 증진시키고자 하였다. 그와 함께 투병정신 고양을 위한 강의를 실시하여 긍정적인 마음가짐과 정서적인 발달을 유도

했으며, 불안 감소와 적극적인 대처의 중요성과 극복의 의지를 강화하였다. 마지막 종결 부분에서 현재 자신들의 위치를 되돌아보며 참여자들끼리 느낌을 표현하고 주제와 관련하여 겪고 있는 어려움을 토론함으로써 감사와 풍요로움을 경험하고 지지적 환경과 친근감을 개발하도록 구성하였다. 중재의 목적은 지지적 환경 속에서 환자들의 지적인 영역, 정서적인 영역, 의지적 영역의 발달을 도모하고 그 결과로써 암에 대한 대처 능력을 고양하는 것이었다. 강의의 기간이 성경말씀이었으나 종교가 달라도 받아들일 수 있도록 일상에서 적용 가능한 예화를 함께 소개함으로써 어느 종교인에게도 적용될 수 있도록 진행되었다. 강의 진행은 1주에 믿음과 치유, 2주에 희망과 치유, 3주에 기도의 힘, 4주에 용서와 치유, 5주에 사랑과 치유, 6주에 암을 극복하려는 의지와 치유에 대한 것이며, 중재자는 대상자 내면의 생각과 마음을 긍정적인 방향으로 전환하고, 잠재되어 있는 불안을 표현하도록 유도하였고, 대상자들 간의 경험을 통합할 수 있도록 안내하고 피드백을 주었다. 또한 지침서를 제공하여 그 주에 명상 및 강의 주제와 관련하여 일상생활 속에서 명상하고 실천하도록 하였다.

2) 영성

영성은 세계 보건기구의 삶의 질 도구(WHOQOL, 1998) 중에서 영성, 종교성 및 개인적 믿음 예비조사(SRPB pilot study) module 중 희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용 정도로 측정하였다. WHOQOL은 WHO에서 삶의 질을 측정하기 위하여 개발된 도구로서, 횡문화적인 평가와 내용적인 보완이 근 십여 년간 이루어졌으며, 영성문항은 1998년에 WHOQOL의 6번째 하부 영역으로 포함되었다. 그것은 총 135문항으로 인구학적 특성 및 중요 질문 30개를 제외하고 총 105개의 문항, 16개 하부 영역으로 구성되어 있다. 이것을 미국에서 10년 이상 공부한 간호학과 교수이며 목회자인 연구자가 한국어로 번역 후 영어로 역 번역하였다. 16개 하부 영역 중에서 Kuhn(1988)의 영성측정도구를 참조하고 암환자의 특성을 고려하여 4개 하부 영역을 선택하였다. 본 연구에서는 희망(Hope) 7문항, 믿음(Believing) 7문항, 사랑(Love) 7문항, 용서와 수용 (Forgiveness & Acceptance) 14문항으로 측정하였으며, 신뢰도가 낮은 문항을 제외하여(Kim et al., 2005), 희망은 6문항, 믿음과 사랑은 각각 7문항, 용서와 수용은 11문항으로 평가하였다. 대상자의 현재 영적 상태와 일치하는 정도

에 따라 '전혀 그렇지 않다, 약간 그렇다, 보통이다, 많이 그렇다, 아주 많이 그렇다'의 5점 척도로 점수가 높을수록 영성이 좋을 것을 의미한다. 암환자들을 대상으로 실행한 조사에서 희망 척도의 신뢰도(Chronbach's alpha)는 .80, 믿음 척도의 신뢰도는 .96, 사랑 척도의 신뢰도는 .89, 용서와 수용 척도의 신뢰도는 .83이었다(Kim et al., 2004). 본 연구에서의 신뢰도는 희망은 .81, 믿음은 .97, 사랑은 .95, 그리고 용서와 수용은 .94이었다.

3) 사회적 지지

Brandt와 Weinert(1981)가 관계적 기능모델에 근거해 처음 개발 후 몇 차례에 걸쳐 수정, 보완한 개인 자원 질문지(Personal Resources Questionnaire; PRQ85)를 사용하였다. PRQ85는 전반적인 사회적 지지 측정도구로서 자가 보고형 질문지이며, 두 부분이 있는데 본 연구에서는 도움이 필요한 생활사건에 대한 응답부분은 제외하고, 개인적 친밀감(Intimacy)을 나눌 수 있는 존재의 확신과 관련된 5문항, 사회적 모임이나 집단에서의 소속감과 관련된 사회적 통합(Social Integration) 5문항, 역할이나 개인으로서의 가치에 대한 확신인 가치감(Worth) 5문항, 필요시 도움을 주는 지지자원의 존재에 대한 확신인 조력(Assistance) 5문항 등 총 20문항으로 측정하였으며, 도구는 5점 척도로 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 Chronbach's α =.89이고 본 연구에서는 .95이었다.

4) 투병정신

투병정신은 암에 대한 심리적인 적응 도구(MAC: Mental Adjust To Cancer Scale)로 측정하였다. Watson 등(1988)이 개발한 이 도구는 영국에서 개발된 자가 기술식 설문 도구로서 투병정신(Fighting Spirit), 무력감(Helplessness), 불안에 사로잡힘(Anxious preoccupation), 운명론적 태도(Fatalism), 도피(Avoidance)의 다섯 가지 적응형태로 구성되어 있으며, 본 연구에서는 이 다섯가지 형태 중 투병정신 정도를 보았다. 이 연구에서 투병정신 도구의 신뢰도가 .71로 나타났고 본 연구에서는 신뢰도가 .94 이었다. 투병정신에는 '대상자가 진단을 도전으로 받아들이고 미래에 대해 낙천적으로 생각하며 질병을 조절하려고 노력하며, 명백하게 암을 정복하려는 반응을 보이는 것'을 포함

하는 것으로서 총 16문항이며, 각각의 대답은 '나에게 절대로 적용되지 않는다', '나에게 적용되지 않는다', '나에게 적용된다', '나에게 매우 적용된다' 의 4점 척도로 점수가 높을수록 투병정신이 높아 암을 극복하려는 의지가 높음을 나타낸다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 11.0을 이용하여 분석하였고, 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 구하였고, 실험군과 대조군의 비교 항목은 χ^2 -test와 Mann-Whitney U test 로 비교 하였다. 중재 전 종교에 따른 영성의 비교는 Kruscal wallis test를 실시했으며, 중재 전후 실험군과 대조군의 영성, 사회적 지지 및 투병정신의 변화는 중재 후 점수에서 중재 전 점수의 차이를

비모수 검정방법인 Wilcoxon signed rank test로 비교 하였다. 각 도구의 신뢰도는 Cronbach's alpha를 이용하여 구하였다.

IV. 연구 결과

1. 일반적 특징

실험군은 남자 7명(63.6%), 여자 4명(36.4%)으로 총 11명이었고, 평균연령은 51.5±11.3세, 교육정도는 고졸이하 6명(60%), 대졸이상 4명(40%)이었다. 10명(90.9%)이 기혼이며, 종교는 기독교가 3명(27.3%), 천주교 2명(18.2%), 불교 2명(18.2%), 무교 4명(36.3%)이었다. 대조군은 남자 5명(41.7%), 여자 7명(58.3%)으로 총 12명이었고, 평균 46.9±8.3세이며 고

<Table 1> General characteristics in subjects

(N=23)

Characteristics	Categories	Exp.(n=11)		Cont.(n=12)		χ^2 or Z	p
		n	(%)	n	(%)		
Sex	male	7	(63.6)	5	(41.7)	1.11	.29
	female	4	(36.4)	7	(58.3)		
Age*		51.5 ± 11.3		46.9 ± 8.3		-0.96	.35
Education	≤high school	6	(60.0)	9	(75.0)	1.21	.27
	college≤	4	(40.0)	3	(25.0)		
Spouse	yes	10	(90.9)	11	(91.7)	.14	.75
	no	1	(9.1)	1	(8.3)		
Diagnosis	stomach Ca	8	(72.7)	8	(66.7)	.10	.75
	colorectal Ca	3	(27.3)	4	(33.3)		
Religion	buddhism	2	(18.2)	2	(16.7)	.10	.99
	christian	3	(27.3)	4	(33.3)		
	catholic	2	(18.2)	2	(16.7)		
	no	4	(36.4)	4	(33.3)		
Religion activity	more than 1/4weeks	7	(70.0)	6	(50.0)	3.98	.55
	less than 1/6weeks	3	(30.0)	6	(50.0)		
Frequency of Pray	irregular	5	(62.5)	10	(100)	3.35	.65
	regular	3	(37.5)	0	(0)		
Duration of Dx (month)	mean ± SD	8.4 ± 4.4		5.8 ± 3.0		-1.49	.14
	≤6	4	(36.4)	8	(66.7)		
	7-12	6	(54.5)	4	(33.3)		
	13≤	1	(9.1)	0	(0)		
Stage	1	0	(0)	0	(0)	2.69	.26
	2	4	(36.4)	3	(25.0)		
	3	6	(54.5)	9	(75.0)		
	4	1	(9.1)	0	(0)		
Metastasis or Recurrence	no	10	(90.9)	12	(100)	1.70	.43
	yes	1	(9.1)	0	(0)		

missing value excluded,

Exp.: experimental group, Cont.: control group

* mean ± SD

줄이자가 9명(75%), 대줄이상 3명(24%)이고, 11명(91.7%)이 기혼이었다. 기독교 4명(33.3%), 천주교 2명(16.7%), 불교 2명(16.7%), 무교가 4명(33.3%)이었다.

신앙생활에 있어서 1달에 1회 이상의 신앙생활에 참여하는 경우가 실험군에는 7명(70%), 대조군에는 6명(50%)이었고, 6주에 1회 이하의 신앙생활을 하는 경우가 실험군은 3명(30%), 대조군 6명(50%)이었고, 규칙적으로 기도 하는 경우가 실험군은 3명(37.5%), 대조군은 없었다.

실험군은 위암 8명(72.7%), 대장암 3명(27.3%)으로 구성되었고, 수술 후 경과기간이 평균 8.4±4.4개월 되었으며, 6개월 이하의 환자가 4명(36.4%), 7개월에서 12개월 된 환자가 6명(54.5%), 13개월 이상 된 환자가 1명(9.1%)이었다. 수술 시에 알려진 병기가 2기인 환자가 4명(36.4%), 3기 6명(54.5%), 4기 1명(9.1%)이었고, 전이된 환자가 1명(9.1%)이었다. 대조군은 위암 8명(66.7%), 대장암 4명(33.3%)이었고, 수술 후 경과 기간이 평균 5.8±3.0개월로 6개월 이하의 환자가 8명(66.7%), 7개월에서 12개월 된 환자가 4명(33.3%)이었고, 전이된 환자는 없었으며, 수술당시 병기가 2기인 환자 3명(25.0%), 3기인 환자가 9명(75.0%)이었다. 일반적 특징 모든 부분에서 실험군과 대조군간 유의한 차이가 없는 동질한 그룹이었다<Table 1>.

2. 중재 전 종교별 영성의 비교

대상자의 종교의 분포는 불교 4명, 기독교 7명, 천주교 4명, 무교는 8명이었으며, 중재 전 이들의 영성 점수는 믿음과 사랑 점수에 있어서 4그룹 간 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 기독교인 대상자가 믿음과 사랑 모두 가장 높은 점수를 나타냈다<Table 2>.

3. 중재 전 두 그룹의 영성, 인지된 사회적 지지와 투병정신

영성 정도는 희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용의 4가지 영역을 비교하였다. 중재 전 실험군과 대조군의 희망, 믿음, 사랑의 점수는 동질하였으나(p>0.05), 실험군이 대조군에 비해 용서와 수용 영역에 대한 점수가 높아 통계적으로 유의하게 차이가 있었다(Z=2.374, p=0.016).

사회적 지지는 친밀감, 사회적 통합, 가치감, 조력(지지원에 대한 확신) 으로 나누어 비교하였다. 4개의 항목 모두 중재 전에 두 군간 유의한 차이가 없는 동질한 수준이었다(p>0.05).

투병정신 점수는 중재 전에 실험군과 대조군이 동질하였다(z=-1.078, p=.288)<Table 3>.

4. 중재 후 두 그룹의 영성, 인지된 사회적 지지와 투병정신의 변화

희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용 영역에서 중재전후의 점수 차이는 두 군을 비교했을 때 뿐 아니라 각 군 내에

<Table 2> Comparison of pre-test score of spirituality through the religion (N=23)

Spirituality	Religion	n	Mean	SD	χ^2	p
Hope	buddhism	4	14.3	5.7	2.513	0.473
	christian	7	18.0	3.6		
	catholic	4	15.8	2.9		
	others	8	15.6	3.0		
Believing	buddhism	4	16.3	5.6	10.835	0.013
	christian	7	22.4	8.3		
	catholic	4	18.5	5.0		
	others	8	9.0	5.7		
Love	buddhism	4	10.3	6.2	9.586	0.022
	christian	7	22.1	6.5		
	catholic	4	17.0	3.4		
	others	8	13.4	6.1		
Forgiveness & Acceptance	buddhism	4	18.8	11.2	3.808	0.062
	christian	7	29.4	10.9		
	catholic	4	25.8	4.6		
	others	8	21.0	7.5		

<Table 3> Comparison of pre-test score of spirituality, social support and fighting spirit (N=23)

Variables	Exp. (n=11) Mean ±SD	Cont. (n=12) Mean ± SD	Z	p
Hope	16.9 ± 2.5	15.4 ± 4.6	-0.961	.347
Believing	18.8 ± 8.3	13.4 ± 7.8	-1.514	.134
Love	18.4 ± 7.2	13.8 ± 6.2	-1.544	.134
Forgiveness & Acceptance	29.0 ± 10.4	19.4 ± 5.6	2.374	.016
Intimacy	7.2 ± 6.5	7.5 ± 3.8	-0.502	.608
Social integration	7.5 ± 4.3	7.4 ± 3.5	-0.093	.926
Worth	7.8 ± 4.6	8.5 ± 3.9	-0.311	.786
Assistance	7.3 ± 6.1	6.4 ± 4.0	-0.155	.877
Social support (total)	29.7 ± 20.8	29.8 ± 12.9	-0.154	.880
Fighting spirit	16.5 ± 12.2	19.4 ± 8.5	-1.078	.288

Exp.: experimental group, Cont.: control group

<Table 4> Differences of pre-test and post-test scores of dependant variables between groups

(N=23)

Variables	Exp.(n=11)		Cont. (n=12)		Z	p
	Mean ± SD	Z(p)	Mean ± SD	Z(p)		
Hope	.6 ± 5.1	-.631(.528)	-1.1 ± 4.5	-.625(.532)	-1.114	.288
Believing	1.2 ± 6.4	-.350(.726)	.0 ± 8.2	-.255(.799)	-.557	.608
Love	-1.1 ± 8.2	-.307(.759)	.5 ± 7.9	-.157(.875)	-.093	.928
Forgiveness	2.0 ± 8.8	-.676(.499)	.1 ± 5.4	-.134(.894)	-.681	.525
Intimacy	7.7 ± 6.8	-2.603(.009)	2.0 ± 6.2	-1.185(.236)	-2.083	.037
Social integration	6.5 ± 5.8	-2.606(.009)	0.6 ± 5.5	-.280(.779)	-2.292	.022
Worth	6.0 ± 5.6	-2.400(.016)	1.9 ± 4.5	-1.246(.213)	-1.918	.055
Assistance	7.3 ± 7.2	-2.677(.007)	3.2 ± 5.0	-2.032(.042)	-1.689	.091
Social support(total)	27.6 ± 24.2	-2.224(.026)	7.7 ± 19.1	-1.688(.091)	2.193	.027
Fighting spirit	18.5 ± 12.0	-2.936(.003)	7.2 ± 11.6	-1.965(.049)	-2.341	.019

Exp.: experimental group, Cont.: control group

서도 유의한 차이가 없었다<Table 4>.

사회적 지지는 실험군은 중재 후에 중재 전과 비교하여 친밀감, 사회적 통합, 가치 및 노력 등 네 부분 모두 유의하게 상승했으며($p < 0.05$), 대조군과 비교했을 때에는 친밀감과 사회적 통합 점수가 통계적으로 유의하게 상승했다($Z = -2.083$, $p = .037$; $Z = -2.292$, $p = .022$). 대조군에서는 지지자원에 대한 확신 점수가 처음에 비해 6주 후에 유의하게 상승하였다($Z = -2.032$, $p = .042$). 사회적지지 정도의 총합으로 비교해 보았을 때 중재 후에 실험군은 29.7점에서 57.3점으로 27.6 상승하여 통계적으로 유의한 상승을 보였고($Z = -2.224$, $p = .026$), 대조군은 29.8점에서 37.5점으로 7.7점 상승하였지만 통계적으로 유의하지는 않았다($Z = -1.688$, $p = .091$). 중재 후 두 군 간에는 통계적으로 유의한 차이가 있어($Z = 2.193$, $p = .027$) 중재 후 대조군에 비해 실험군이 인지한 사회적지지의 정도가 높아짐을 알 수 있었다.

투병정신은 중재 후에 두 군 모두 통계적으로 유의하

게 점수가 증가하였다. 그런데 실험군은 18.5점 상승했고($Z = -2.936$, $p = .003$), 대조군은 7.2점 상승하여($Z = -1.965$, $p = .049$), 실험군이 더 높은 상승을 보여 중재 후 대조군에 비해 실험군이 유의하게 투병정신이 높아졌음을 알 수 있었다($Z = -2.341$, $p = 0.019$).

V. 논 의

질병이 발생하면 영적인 요구가 더 많아지고, 영적 건강을 위한 다양한 접근을 하게 되며, 영적 건강과 신체적인 건강을 모두 중요하게 다루게 된다(Muellet et al., 2001). 암이 발생되면 대상자는 물론 가족 모두의 영적 요구가 높아짐에도 불구하고, 그동안 영성 증진을 위한 중재는 암환자를 위한 체계적인 간호 중재로서 매우 드물게 시도되었다. 영성과 정신 치료와의 관계에 대한 연구 148개를 분석한 결과는 7%만이 실험 연구를 실시한 것으로 보여주고 있어(Worthington, Kuruu,

McCullough & Sandage, 1996) 영성을 증진시키는 중재의 시도가 적응을 알 수 있다. 본 연구는 영성 중재의 초기 시도로서 위암과 대장암 환자를 대상으로 6주간의 중재를 시도하여 그 효과를 검증하고자 하였다.

중재 결과 인지된 사회적 지지와 투병정신의 점수는 대조군과 비교하여 유의한 증진 효과를 보였다. 종교적·영적 믿음은 대처능력과 사회적 지지를 강화시키며(Matthews & Larson, 1995; Larson & Greenwold-Milano, 1995), 이는 건강상태의 변화를 매개 하는 변수이다(Seybold & Hill, 2001). 사회적 지지와 그 만족감이 질병에 대한 적응에 예측인자로 보고되고 있어(Kim, 2000), 본 연구에서 투병정신 점수의 상승과 함께 사회적 지지의 인지 정도가 상승되어, 이는 암환자의 적극적인 대처를 증진시킨 매우 긍정적인 결과라고 생각한다. 사회적 지지점도의 점수가 같은 도구를 사용한 Kim(2000)의 연구에서 나타난 점수보다는 낮게 나타났는데, 그것은 대상자의 특성상 Kim(2000)의 연구 대상자는 방사선 치료를 받고 있으며, 사회활동도 병행하면서 독립적인 일상생활이 가능한 정도의 상태였고 본 대상자들은 현재 항암 약물 치료를 받고 있는 상태라 신체적으로 불편한 정도가 심하여 그 상태가 반영되었기 때문이라 생각한다.

본 중재 후 투병정신 점수가 실험군이 대조군보다 더 큰 상승을 보여 그룹 간 유의한 차이를 보였지만, 실험군과 대조군 모두에서 투병정신의 정도가 실험 전에 비해 상승을 보여 특별한 중재가 없어도 항암 치료의 기간이 경과함에 따라 질병에 대한 대처능력에 성숙이 일어날 수 있는 가능성을 제시한다고 사료된다. 투병정신이 높은 유방암 환자가 그렇지 않은 유방암환자와 비교하여 생존기간이 높게 나타난 결과(Pettingale et al., 1985)에 근거하여 본 연구와 같은 중재를 통해 암환자가 무기력에 빠지지 않고 암의 극복과정에 보다 적극적으로 대처할 수 있도록 이끌어야 할 것이다.

한편 본 중재에서 희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용 등 영성 점수는 중재 전과 중재 후를 비교하여 볼 때 유의한 변화가 없는 것으로 나타났다. 그 원인이 종교 구성 때문인지 확인하기 위해 중재 전후 종교에 따른 영성점도의 차이를 비교해 본 결과 중재 전에 믿음과 사랑 점수가 유의하게 차이가 있었지만($\chi^2=10.835$, $p=0.013$; $\chi^2=9.586$, $p=0.022$), 중재 후 4가지 영역의 영성 점수 변화가 유의한 차이가 나타나지 않아 종교 구성과는 관련이 없다고 생각할 수 있다.

본 연구의 중재 방법은 명상, 영성 증진을 위한 강의, 대상자들과 토론 및 중재자의 피드백 등 통합적인 중재를 실시했으며, 측정도구는 종교와 무관하게 적용할 수 있는 도구였다. 그와 비교 하면 Kinney 등(2003)의 연구도 지지그룹의 형태로 정신, 영성, 신체 건강의 조화를 만들기 위한 통합적인 중재를 실시하였으며, 사용한 영성 도구 역시 종교의 형태와 상관없이 사용 가능한 것이었다. 두 연구의 차이점은 연구의 대상자의 상태가 다르다는 것과 중재 시간과 기간이 짧았던 점이다. Kinney 등(2003)의 연구의 대상자는 유방암 환자로서 유방암 진단 후 2년 이내의 환자가 68%이고, 5년 이내가 12%, 5년 이상인 경우가 20%인데 반해, 본 연구 대상자는 100%가 암진단 후 13개월 이내 이었고, 현재 항암 약물 치료를 진행 중인 상태였기 때문에 그들의 건강 상태가 영성 점수에 영향을 주었을 것으로 생각한다. 또한 Kinney 등(2003)의 연구는 12주간 매주 3시간씩 모여 중재한 데 반해, 본 연구는 총 6주간 매주 1시간씩 실시해서 전체적으로 중재의 깊이에 차이가 있었을 것으로 사료된다. 암환자를 대상으로 한 정신사회적인 중재의 메타 분석 결과 12주 이상의 중재를 한 경우가 그렇지 않은 경우에 비하여 효과가 큰 것으로 나타난 것(Rehse & Pukrop, 2003)으로 보아 6주라는 기간은 영성의 변화를 기대하기에는 짧은 기간이었다고 생각된다. 하지만 사회적 지지와 투병정신에 있어서의 긍정적인 변화는 본 연구가 목적으로 한 환자들의 인지적 영역과 정서적 영역의 변화에 근거했을 것으로 생각된다. 절대자와의 인격적인 만남은 개인의 내적인 치유와 인간관계의 회복이라는 측면에서도 나타날 수 있기 때문에(Oh, 2000), 보다 집중적인 중재가 보다 많은 시간을 할애하여 이루어진다면 영적인 영역에서의 변화를 가져올 가능성이 이 연구를 통하여 관찰할 수 있었다.

본 연구의 제한점은 현재 항암 치료를 받고 있는 상태의 환자를 대상으로 했기 때문에 대상자의 피로 및 시간적인 편의를 고려하여 중재의 기간과 시간을 최소한으로 했던 점과, 항암 치료받기 위해 외래에 방문하는 날을 정해서 중재를 했던 점으로서, 이런 상황이 중재의 진행 및 효과에 부정적으로 작용했을 가능성이 있었다. 또한 일 병원에서 임의로 표출한 소수의 대상자를 상대로 이루어진 연구이므로 일반화하기에는 어려움이 있다.

이에 추후 연구에는 다음과 같은 사항을 고려할 필요가 있다. 중재를 함에 있어 대상자의 상태 및 어떤 종류의 암인가에 따라 적절한 시점과 효과적인 전략으로 접

근함이 필요하다. 영성의 변화는 시간이 요구되고, 이를 통해 대처를 적극적으로 하는 것이 궁극적 목적이기 때문에 일상생활 속에서 중재된 내용이 생활화 되도록 개인 훈련 시간을 첨가할 필요가 있다. 또한 영성 증진을 위한 방법인 상상요법, 명상과 지지그룹 활동 등은 영성과 실제생활을 연결해주는 중재로 신체적 정신적 안녕에 유익한 결과를 가져오므로(Hawks, Hull, Thalman, & Richins, 1995), 이러한 다각적인 접근을 통해 암환자들의 삶의 질 증진에 기여하는 전인적인 간호 중재로 자리 잡기를 기대한다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 정신과 신체와 영성의 조화를 통한 암에 대한 대처 능력을 고양하기 위해 실시한 영성 증진 중재가 암환자들의 영성과 인지된 사회적 지지와 암에 대한 적극적인 대처인 투병정신에 영향을 주는 지를 파악하고자 실시하였던 비동등성 대조군 전후 실험 연구이다.

대상자는 위암, 대장암 환자이며 절제수술 후에 현재 항암 치료를 받고 있는 총 23명이었고, 사용한 연구 도구는 영적 건강상태는 WHOQOL 도구의 Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs pilot test (SRPB pilot test) Module, 사회적 지지 도구는 Personal Resources Questionnaire(PRQ 85)를 사용하였고, 암환자의 투병 정신 측정에는 MAC(mental adjustment for cancer patients) 척도 중 투병정신 측정도구를 사용하였다. 영성 증진 중재는 6주간 주 1회 1시간동안 이루어졌으며, 예화 중심으로 기도와 명상, 희망, 믿음, 사랑, 용서와 수용의 영성 증진과 암에 대한 대처 증진 전략에 대한 강의와 토론으로 이루어 졌다.

중재 결과 영성 정도의 증가는 보이지 않았고, 실험군에서 중재 전과 비교하여 중재 후에 인지된 사회적 지지와 투병정신의 정도가 유의한 증가를 보였다. 대조군과 비교하여 친밀감과 사회적 통합 부분이 유의하게 상승하였다. 또한 실험군과 대조군 모두에서 투병정신의 정도가 실험전에 비해 상승을 보였지만 실험군이 대조군보다 더 큰 상승을 보여 그룹 간 유의한 차이를 보였고, 결과적으로 중재를 받은 실험군에서 효과가 나타났다. 결론적으로 영성 중재가 암환자들에게 사회적 지지를 높게 인식하게 하며, 암에 대한 대처능력을 상승시킴을 확인할 수 있었다.

암환자를 대상으로 정신 사회적 중재를 실시할 때 의

부의 혼란 변수를 차단하기 위해서는 암환자의 건강 상태와 치료기간을 잘 선택하여 신체적인 증상이 걸림돌이 되지 않는 시점에서 중재를 시도해야 할 것이며, 실제 임상에서 소그룹 중재 방식으로 적용하기를 제언한다. 또한 아직 영적·정신 사회적 중재에 대한 효과가 일관성 있게 나타나지 않고 있는 시점에서 향후 보다 장기적이며 구조화된 방법적 접근을 통한 중재 연구를 제언한다.

References

- Brandt, P., & Weinert, C. (1981). The PRQ—a social support measure. *Nurs Res*, *30*(5), 277-280.
- Erikson, H. C., Tomlin, E. M., & Swain, M. A. (1988). *Modeling and role modeling: A theory and paradigm for nursing*. Lexington: SC.
- Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L., & Richins, P. M. (1995). Review of spiritual health: definition, role and intervention strategies in health promotion. *Am J Health Promot*, *9*(5), 371-378.
- Kim, J. H., Lee, S. J., & Lee, W. H. (2005). The Relationship between spirituality and fighting Spirit among cancer patients in Korea. *J Korean Acad Adult Nurs*, *17*(4), 521-529.
- Kim, M. S. (2000). *A study of the relationship between perceived social support and spiritual health of patients with cancer*. Unpublished masters theses. Yonsei University, Seoul.
- Kinney, C. K., Rodgers, D. M., & Bray, C. O. (2003). Holistic healing for women with breast cancer through a mind, body, and spirit self-empowerment program. *J Holist Nurs*, *21*, 260-279.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York, NY: Oxford University Press.
- Kuhn, C. C. (1988). A spiritual inventory of the

- medically ill patient. *Psychiatr Med*, 6(2), 87-100.
- Kwon, T. J. (1999). *Spirituality Development*. Seoul: Yechan Publishing Company.
- Larson, D. B., & Greenwold-Milano, M. A. (1995). Are religion and spirituality clinically relevant in health care. *Mind/Body Med*, 1, 147-157.
- Matthews, D. A., & Larson, D. B. (1995). *The Faith search on spiritual subject. National Institute for Healthcare Research, Vol. 3*. Rockville: MD.
- Matthews, D. A., McCullough, M. E., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Swyers, J. P. (1998). Religious commitment and health status: a review of research and implications for medicine. *Arch Fam Med*, 7, 118-124.
- McCullough, M. E., Hoyt, W. T., Larson, D. B., Koenig, H. G., & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: a meta-analytic review. *Health Psychol*, 19(3), 211-222.
- Mueller, P. S., Plevak, D. J., & Rummans, T. A. (2001). Religious involvement, spirituality, and medicine: implications for clinical practice. *Mayo Clin Proc*, 76(12), 1225-1235.
- Oh, S. C., (2000). *Spirituality and ministry*. Seoul: Presbyterian College and Theological Seminary Publishing Company.
- Oh, P. J., Lee, E. O., Tae, Y. S., & Um, D. C. (1997). Effects of a program to promote self-efficacy and hope on the self-care behaviors and the quality of life in patients with leukemia. *J Korean Acad Nurs*, 27(3), 627-638.
- Pettingale, D., Morris, T., Greer, S., & Haybittle, J. (1985). Mental attitudes to cancer: an additional prognostic factor. *Lancet*, 1, 750.
- Rehsh, B., & Pukrop, R. (2003). Effects of psychosocial intervention on quality of life in adult cancer patients: meta analysis of 37 published controlled outcome studies. *Patients Edu and Counsell*, 50, 179-186.
- Ross, L. (1995). The spiritual dimension: Its importance to patients' health, well-being and quality of life and its implications for nursing practice. *Int J Nurs Stud*, 32, 457-468.
- Seybold, K. S., & Hill, P. C. (2001). The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Curr Directions Psychol Sci*, 10, 21-24.
- Sloan, R. P., Bagiella E., & Powell, T. (1999). Religion, spirituality, and medicine. *Lancet*, 353, 664-667.
- Taylor, E. J. (2005). Spiritual complementary therapies in cancer care. *Seminars in Oncology Nursing*, 21(3), 159-162.
- Wallis, C. (1996). Faith and healing: can prayer, faith and spirituality really improve your physical health? A growing and surprising body of scientific evidence says they can. *Time*, 147, 58.
- Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychol Med*, 18, 203-209.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties, *Social Science and Medicine*, 46, 1585-1596.
- Worthington, E. L., Kurusu, T. A., McCullough, M. E., & Sandage, S. J. (1996). Empirical research on religion and psychotherapeutic processes and outcomes: A 10-year review and research prospectus. *Psychological Bulletin*, 119, 448-487.

Effects of Spirituality Promoting Intervention on Spirituality, Social Support and Fighting Spirit among the Cancer Patients

*Kim, Joo Hyong*Lee, Suk Jeong**
Roh, Jae Kyung***Yoon, Jeong Soon****
Lee, Won Hee******

Purpose: This study examined the effects of spirituality promoting intervention for the stomach and colon cancer patients. **Method:** A quasi-experimental design was used. Data collection was carried out from April 2004 to June, 2004 at a cancer center in Korea. The intervention included pray, meditation, group education and discussion for coping with cancer. The experimental group were received a 1-hour intervention per week for 6 weeks, while the control group received usual care. Data collection was done at pre and post intervention.

The degree of spirituality was measured by the Korean version of WHOQOL-SRPB pilot test(WHO Quality of Life-Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs pilot test) Module, and social support was measured using scores on a PRQ 85(Personal Resources Questionnaire). Fighting spirit was measured by the scores of MAC(Mental Adjustment to Cancer) scale. **Results:** The experimental group showed significant increase in the scores of social support and fighting spirit compared to those in the control group after the intervention. There were no significant changes in terms of the spirituality score compared to the baseline score in the experimental group and the control group. **Conclusion:** This intervention appeared to be effective in increasing social support and fighting spirit, which considered to be very helpful in cancer adjustment.

Key words : Cancer, Spirituality, Social support, Coping, Fighting spirit

* Adjunct Professor, College of Nursing, Yonsei University
** Post Doctoral Researcher, College of Nursing, University of Illinois at Chicago
*** College of Medicine, Yonsei University
**** Head Nurse, Yonsei Medical Center
***** Professor, College of Nursing, Yonsei University