

# 암 환자의 희망 측정도구 개발

태영숙<sup>1</sup> · 최윤숙<sup>2</sup> · 남금희<sup>3</sup> · 배주영<sup>4</sup>

고신대학교 간호대학 교수<sup>1</sup>, 동남권 원자력 의학원 수간호사<sup>2</sup>, 고신대학교 전인간호과학 연구소 연구원<sup>3</sup>,  
고신대학교 복음병원 간호사<sup>4</sup>

## Development of the Hope Scale for Korean Cancer Patients

Tae, Young Sook Ph.D, RN<sup>1</sup> · Choi, Yoon Sook MSN, APN<sup>2</sup> · Nam, Gum Hee MSN, APN<sup>3</sup> · Bae, Ju Young Ph.D., RN<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professor, College of Nursing, Kosin University, Busan

<sup>2</sup>Head Nurse, Dongnam Institute of Radiological · Medical Sciences, Busan

<sup>3</sup>Researcher, Research Institute of Wholistic Nursing Science, Kosin University, Busan

<sup>4</sup>Nurse, Kosin University Gospel Hospital, Busan, Korea

**Purpose:** This study was designed to develop and test the Hope Scale for Korean cancer patients. **Methods:** The process for the development of the Hope Test was a selection of initial items drawn from a literature review and in-depth interviews. The selected items were assessed for content validity by experts. The Hope Scale was comprised of five factors and 30 preliminary items. The preliminary Hope Scale for Korean Cancer Patients (HS\_KCP) was administered to 259 cancer patients from one university hospital and one cancer hospital in Busan. Data were analyzed using item analysis, factor analysis, Pearson correlation coefficients, and Cronbach's  $\alpha$ . **Results:** Eighteen items were selected for the final scale. Five factors (inner sense of control, trust and expectation for recovery of disease, interconnection, spirituality, emotional despair) evolved from the factor analysis, which explained 63.3% of the total variance. The convergent & discriminant validity was  $r=.83$  ( $p<.001$ ),  $r=-.73$  ( $p<.001$ ). The internal consistency, Cronbach's  $\alpha$  was .88 and reliability of the subscales ranged from .54 to .85. **Conclusion:** The Hope Scale for Korean cancer patients demonstrated acceptable validity and reliability. It can be used to assess the hope of cancer patients and is feasible within a clinical setting.

**Key Words:** Hope, Neoplasms, Factor analysis, Validation studies

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

국가 암통계에 의하면 우리나라 사람들이 평균 기대 수명까

지 사는 경우 암에 걸릴 확률은 남성은 5명 중 2명, 여성은 3명 중 1명으로 그 발생률이 높다. 또한 2010년부터 2014년까지 암 발생자의 5년 생존율이 70.3%로, 3명 중 2명이 5년 이상 생존할 것으로 추정되고 있다[1]. 비록 5년 생존율이 이와 같이 높아 라도 암은 여전히 사망원인 1위를 차지하고 있다. 뿐만 아니라

주요어: 희망, 암 환자, 요인분석, 타당도 연구

Corresponding author: Tae, Young Sook

College of Nursing, Kosin University, 262 Gamcheon-ro, Seo-gu, Busan 49267, Korea.

Tel: +82-51-990-3954~6, Fax: +82-51-990-3031, E-mail: taehope@kosin.ac.kr

- 본 연구는 고신대학교 교내연구비 지원에 의해 수행되었음.

- This study was supported by the research fund of Kosin University in 2015.

Received: Mar 14, 2017 / Revised: Apr 4, 2017 / Accepted: Apr 25, 2017

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

노령인구의 급속한 증가로 인해 암발생률은 계속 증가 추세에 이를 전망으로 지속적인 암 관리 대책이 필요하다.

암은 생명에 위협을 주는 질환이므로, 암 진단 자체는 환자들에게 당황, 불확실성, 불안, 우울과 절망감을 가져온다[2]. 뿐만 아니라 수술, 항암화학요법, 방사선 치료, 표적 치료 등의 치료 요법에 따른 부작용이 많아 치료과정에서도 많은 고통을 경험한다[3]. 또한 암 환자들은 신체 부분, 사회적 기능, 자아존중감, 성기능, 직업 등의 여러 가지 상실에 의해 개개인의 평형 상태가 깨어지고 이에 따라 극심한 정서적 혼란을 겪는다[2,4]. 간호사들은 암 환자들이 이러한 고통스런 질병 경험 가운데서 성공적인 대처를 하도록 도움을 제공할 수 있어야 할 것이다.

인간에게는 어떤 어려움이나 시련도 극복할 수 있는 잠재적인 능력을 가지고 있다. 암 환자들의 경우도 질병 치료과정 중 초래되는 스트레스를 견디며 실제적이고 잠재적인 많은 상실감에 효과적으로 대처할 수 있는 능력을 갖고 있다[5,6]. 실제로 많은 암 환자들이 질병으로 인한 여러 가지 어려움에 매몰되기 보다는 고통을 인내하며 희망을 유지하는 것을 볼 수 있다[7].

Groopman [8]은 그의 저서 '희망의 해부학'에서 희망은 믿음과 기대로 구성된 감정으로서 우리 뇌에서 엔도르핀과 엔케팔린의 분비를 도와 긍정적 감정을 불러일으키며, 현재 자신이 처한 상황을 통제할 만한 능력이 있다고 믿는 인식과 느낌이라고 하였다. 희망은 환자들이 치료에 대한 참여를 증진시키고 곤경을 관리해 나갈 수 있다는 신념을 강화시켜 신체적, 심리적 안녕과 삶의 질을 향상시킨다[9]. Miller [6]는 인간이 고통에 처하게 될 때 그들의 환경 속에서 희망을 찾게 되며, 희망은 다른 사람의 지지적 행위, 초월과 관련된 행위, 긍정적인 신체적 증상들을 통해 강화 될 수 있다고 하였다. 암 환자 대상의 여러 선행 연구들[9-12]에서도 희망은 어려운 상황을 겪는 개인에게 하나의 중요한 대처전략으로서, 고통 가운데서 개인적인 적응과 적응할 수 있는 힘을 제공하며, 암진단을 받고 투병하는 환자들의 삶의 질을 향상시키는 중요한 요인으로 제시하고 있다. 그러므로 희망은 암 환자들이 투병과정에서 개인적인 적응능력을 갖게 하는[13] 중요한 내적자원이 될 수 있을 것이다.

암이 더 이상 죽음의 병이 아니라 기나긴 치료 여정을 겪으면서 투병생활을 경험해야 하는 질환이라면 희망은 환자들이 고통 가운데서 치료를 포기하지 않고 성공적으로 잘 대처하도록 돕는 긍정적 요인이 될 수 있을 것이다. 환자가 질환에 잘 대처하고 생의 의미를 발견하도록 돕는 것이 간호[14]라고 전제할 때 희망은 암 환자들의 간호 상황에서 중요한 개념이며, 특히 간호사들은 환자들이 희망을 유지하고 증진할 수 있도록 도움을 제공해야 할 것이다. 그러나 실제 임상 현장에서는 이러한

중요한 희망에 대해 간과하거나 추상적인 개념으로 인지하고 있을 뿐 암 환자 치료나 간호 시 실제적으로 적용하지 않고 있는 실정이다.

암 환자의 희망에 대한 중요성을 알고 1998년 Kim과 Lee [15]가 우리나라 암 환자들을 위한 척도를 최초로 개발하였으나 현재까지 대부분의 암 환자 희망연구는 외국에서 개발된 희망 도구[10,16,17]를 그대로 번역하여 사용하고 있다. 희망은 환경과의 상호작용적인 과정에서 형성되며 인간의 가치, 신념이 반영되므로[3] 한국의 사회문화적인 맥락 속에서 정확히 희망을 측정하기 위해서는 그 나라에 알맞는 희망 도구 개발과 적용이 필요하다고 본다.

Kim과 Lee [15]의 희망 도구는 Q 방법론을 적용한 연구결과를 바탕으로 개념적 틀을 구성한 신뢰도가 높은 도구였으나 도구 문항수가 39개로 많아 암 환자들에게 사용하기에는 다소 무리가 있었다. 또한 도구의 타당도 검사가 암 환자 일부와 일반인을 대상으로 암에 걸렸을 경우를 상상하게 하여 실시되었기 때문에, 암 환자만을 대상으로 한 도구개발의 필요성을 연구 제안에서 제시하고 있었다. 그리하여 본 연구에서는 1994년에 본 연구자가 수행했던 한국 암 환자의 희망에 관한 문화기술지 연구[3] 결과를 근거로, 그동안 암에 대한 인식과 치료 환경의 변화를 알기위해 심층 인터뷰를 실시하여 희망 도구개발을 재 시도하였다. 특히 희망을 질병에 대처하는 치료적 개념으로 활용하기 위해서는 치료 중에 있는 암 환자들의 희망을 정확히 측정하는 도구가 필요하며 임상 연구의 활성화를 위해서는 문항수를 단순화 하는 것이 우선적 과제라 생각하였다.

본 연구를 통해 치료 중에 있는 암 환자의 희망 도구가 개발되어, 임상 현장에서 간호사들이 암 환자들의 희망을 정확히 사정하고 희망 증진 간호계획과 중재를 수행하도록 도우며 나아가 암 환자의 희망 지식체 개발에 기여코자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 치료 중인 암 환자들을 대상으로 희망 측정도구를 개발하고, 개발된 도구의 타당도와 신뢰도를 검증하는 것이다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 치료 중인 암 환자들의 희망을 측정하기 위한 도

구를 개발하는 방법론적 연구이다.

## 2. 연구대상

본 연구는 K대학교 기관생명윤리위원회의 승인(KU IRB 2014-0017-01)을 받아 시행하였다. B광역시 소재 1개 대학병원과 1개 암 전문 종합병원에서 치료받기 위해 입원하거나 외래를 방문하는 암 환자 중 만 19세 이상인 자로서 병식이 있으며 본 연구목적 이해하고 연구참여에 동의한 자를 대상으로 하였다. 문항 개발을 위해 10명의 암 환자를 대상으로 심층면담을 실시하였다. 사전 조사는 암 환자 20명을 편의 표집하여 예비도구의 어휘의 난이도, 응답 용이성, 수정 사항, 설문지 작성 시간을 조사하기 위해 실시하였다. 본 조사는 입원해 있거나 외래에서 치료를 받고 있는 암 환자 270명을 편의 표집하였으며, 그 중 질문지의 응답을 누락하였거나 불성실하게 응답한 대상자는 제외하여 분석에 이용된 대상자 수는 총 259명이었다. 요인분석을 위한 표본크기는 40 문항이 넘지 않을 경우 표본 수가 200개 정도가 적절하다는 근거에 따라[18] 문항을 30개 이내로 예상하여 대상자 수를 250명으로 하였고, 탈락률을 고려하여 270명을 표집하였다.

## 3. 연구절차

### 1) 개념적 기틀 및 기초문항 작성

본 도구개발 진행과정은 DeVellis [19]의 도구개발 절차에 근거하였다. 첫째, 희망 관련 국내외 문헌고찰을 통하여 측정하고자 하는 희망에 대한 정의와 측정대상을 치료를 받기 위해 병원에 입원해 있거나, 외래를 방문하는 암 환자들로 명확히 구체화 하였다. 둘째, MEDLINE, CINAHL, PsycINFO 온라인 데이터베이스를 사용하여 수행하였던 암 환자 희망에 대한 총괄적인 문헌고찰 연구들[11,12]과 Kim과 Lee [15]의 암 환자간호를 위한 희망 측정도구개발 연구와 Song 등[20]의 희망 개념분석 연구와 본 연구자의 질적 연구인 한국암 환자 희망연구[3]를 참조하여 문항 풀을 구성하였다. 이와 더불어 입원하거나 외래를 방문하여 치료 중인 암 환자 10명을 대상으로 심층면담을 실시하였다. 면담은 본 연구자들이 직접 수행하였으며, 최소 2~3회까지의 면담을 실시하였고, 1회 면담 시간은 1시간 30분 정도 소요되었다. 면담 대상자들은 유방암 3명, 폐암 2명, 결장암 2명, 위암 2명, 난소암 1명이었으며, 병기는 2~4기의 다양한 암 환자들로 수술, 항암치료, 방사선치료, 표적치료와 항암치료를 받기 위해 입원하거나 외래를 방문하는 치료 중인 환

자들이었다. 성별은 여성이 6명, 남성이 4명이었으며 연령은 50대 3명, 60대 5명, 30대 2명이었다.

이때 사용된 질문은 ‘암 투병 하면서 가장 절망을 느꼈던 경우와 이러한 때 어떻게 희망을 구하였습니까?’, ‘암 진단을 받으시고 지금까지 희망을 경험한 것이 있다면 말씀해 주십시오.’, ‘이러한 희망에 긍정적인 혹은 부정적인 영향을 미치는 것은 무엇이었습니까?’, ‘환자, 의료진, 가족으로부터 희망을 경험한 적이 있다면 말씀해 주십시오.’, ‘절망 속에 희망을 가질 수 있다면 그 방법은 어떠해야 하며, 희망을 갖기 위해 어떤 노력을 하였습니까?’ 등이었으며 면담내용을 녹음 후 필사하여 내용 분석을 실시하였다. 이를 토대로 최초 문항 풀을 분류한 결과, 인지/기대, 행동, 정서, 관계, 영적인 다섯 요인의 총 40개 문항이 도출되었다. 이를 토대로 예비문항 선정을 위해 본연구자와 희망 연구와 도구개발 경험이 있는 심리학교수 1명, 간호학교수 1명의 의견을 참고하여 중복된 문항 제거와 분류가 적절하지 않은 문항을 제외하여 심리적, 사회적, 영적 수준의 3가지 수준과 병 회복에 대한 가능성과 기대, 질병과 마음 다스리기, 내적만족감과 편안함, 상호연결성, 영성/실존적 가치감의 5개 요인의 30개 항목으로 정리되었다. 가독성을 위해 문항을 15~16개 이내의 단어로 작성하고 복합적인 의미가 담겨지지 않도록 하였으며, 한 문항이 여러 가지의 상황을 질문하지 않도록 하였다[19]. 셋째, 측정척도와 측정결과 해석의 의미를 구체화하였다. 본 도구는 Likert의 4점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’ 1점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘그렇다’ 3점, ‘매우 그렇다’ 4점으로 점수를 합하여 총점을 내는 총화평정 척도이다. 측정의 목적은 치료 중인 암 환자들의 희망을 파악하여 희망을 구체적으로 임상에서 사정하고 증세에 활용하기 위함이며 하위영역 척도의 점수가 높을수록 해당 하위영역의 희망정도가 높음을 의미한다.

### 2) 기초문항에 대한 내용타당도 조사 및 예비도구 개발

내용타당도는 2단계를 거쳐 이뤄졌으며, 검증을 위해 간호학 교수 5명, 심리학자 1명, 종양 전문의사 3명, 종양 전문간호사 12명으로 구성된 총 21명의 전문가 집단에게 내용타당도 검정을 받았다. 검정결과 Content Validity Index (CVI)가 .80 이상인 문항만을 선정하였고, 또한 전문가 집단의 의견을 수렴하여 문항을 수정·보완하였다.

1차 내용타당도 검정은 타당도 판정 집단의 전문성을 높이기 위해[19] 희망연구와 관련된 연구를 수행한 경험이 있는 간호학 교수 3인과 종양 전문간호사 10인, 종양 전문의사 3인을 선정하였다. 2016년 8월 16일부터 8월 20일까지 일차 내용타당도를 검정하였으며, 선정된 30개 예비문항 검토를 위해 문항

의 적절성과 명확성에 대한 의견을 조사하여 각 문항을 수정·보완하였다. 각 문항의 질문이 치료 중인 암 환자들의 희망을 반영하는 적절한 의미를 가지고 있는지, 중복되지 않았는지, 용어 사용이 적절한지, 애매한 표현은 없는지, 어법은 정확한지 그리고 개념적 기틀의 하부영역에 부합되는 문항인지, 암 환자들이 쉽게 이해할 수 있는 표현인지에 대한 평가를 받았다.

1차 내용타당도를 검정한 결과 CVI가 .80 이하인 문항 2개 문항이 나타났는데, ‘나는 나의 질병을 운명이라 생각하고 받아들이다’와 나는 가족(자식, 배우자, 부모)에게 도리를 다하기 위해 살아야 한다’로 나타났으나, 이 문항들은 질적 연구에서 제시되었던 한국문화의 특성이 반영된 문항으로 판단되어 제거하지 않고 그대로 30개 문항에 대해 2차 타당도 검정을 실시하였다.

2차 내용타당도 검정을 위해, 2016년 8월 29일부터 9월 3일까지 도구개발과 희망을 연구한 경험이 있는 심리학자 1인, 간호학 교수 1인과 도구개발 경험이 있는 간호학 교수 2인, 질적 연구 경험이 풍부한 간호학 교수 1인, 총 5명의 전문가 집단을 구성하였다. 2차 내용타당도 검증으로 예비문항에 대한 내용타당도(I-CVI)에서는 상호연결성 영역에서 의료진과 관련하여 중복성이 있는 문항을 하나로 합쳐서 제시할 것과 문화적 특성이 반영된 문항은 그대로 살리되 역문항으로 표현을 달리하거나 문장을 일부 수정할 것을 자문 받았다. 그리고 문항의 표현이 애매하거나 매끄럽지 못한 문항에 대하여 전문가의 의견을 적극 수렴하여 수정·보완하였다.

측정도구에 대한 내용타당도(S-CVI)에서는 자기통제와 관리 영역에 속하는 2문항을 ‘병 회복에 대한 가능성과 기대감’ 영역, ‘영성과 실존적 가치감’ 영역으로 이동하면서 부정문항으로 수정하였으며 ‘나는 늘 혼자라 외로움을 느낀다’의 부정문항을 더 첨부하여 5개의 부정문항을 포함하는 총 30개 문항으로 최종 채택하였다. 또한 제2영역인 ‘질병과 마음 다스리기’ 영역은 ‘자기통제와 관리’ 영역으로 명칭을 변경하였다.

### 3) 예비 조사

예비문항 내용을 적절히 이해할 수 있는지를 확인하기 위해 고졸 이하의 치료 중인 암 환자 20명을 대상으로 2016년 9월 23일부터 25일까지 치료를 받기 위해 입원했거나 외래를 방문한 암 환자 20명을 대상으로 예비문항에 대한 이해 정도를 평가하였고, 설문에 소요되는 시간, 문항의 배치 및 구성, 글씨 크기 등이 적절한지 확인하였다. 대상자의 평균 연령은 57.7세이며 40대 4명, 50대 6명, 60대 9명, 70대 1명이었다. 학력은 초졸 2명, 중졸 4명, 고졸 14명이었다. 설문에 응답한 시간은 5~20분으로

평균 11.58분이 소요되었다.

설문 문항에 대한 전반적인 이해도는 5점 만점에 평균 4.25점으로 대부분이 이해하기 쉬운 것으로 응답하였다. 문항의 배치나 글씨 크기는 보기에 불편함이 없다고 하였다. 삭제문항은 없이 30개 문항 그대로 유지하였다. 내용타당도 검정을 통해 구성된 예비문항은 ‘병 회복에 대한 가능성과 기대’ 6개 문항(1, 7, 12, 24, 18, 28) ‘자기통제와 관리’ 4개 문항(2, 8, 13, 19), ‘내적만족감과 편안함’ 6개 문항(3, 9, 14, 20, 25, 29), ‘상호연결성’(의료진과의 관계) 4개 문항(4, 10, 16, 21), ‘가족/주위 사람과의 관계’ 5개 문항(5, 30, 15, 22, 26)의 총 9개 문항, ‘영성/실존적 의미’ 5개 문항(6, 11, 17, 23, 27)으로 총 30개 문항으로 이루어졌다.

### 4) 도구의 타당도 및 신뢰도 검정 단계

개발된 도구의 평가를 위해 예비도구의 타당도와 신뢰도를 검정하였다.

#### (1) 타당도 검정

##### ① 구성타당도 검정

구성타당도를 검정하기 위하여 먼저 상관분석과 내적일관성 분석을 이용해 문항분석을 하였다. 전체문항과 개별문항의 상관계수를 구하여 상관계수가 0.3 이하인 문항은 없어 30개 문항 모두 채택되었다. 문항분석을 통해 선정된 문항으로 요인 분석을 실시하였다. 요인분석 시에 한 요인에 요인적재량이 0.5 이상인 문항을 선정하였고, 요인들의 설명력이 전체변량의 60% 이상을 얻을 때 까지 분석을 계속하였다.

##### ② 수렴타당도와 판별타당도 검정

수렴타당도 검정을 위해서 임상 적용이 가능한 Herth [10]의 HHI (Herth Hope Index) 척도를 이용하였고 판별타당도를 위해서는 희망과 반대되는 Beck [21]의 절망 척도를 원 저자와 번역자의 승인을 얻은 후 사용하였다. HHI 희망도구는 ‘시간성과 미래에 대한 내적인 감각’, ‘내적인 긍정적 준비도와 기대’, ‘상호연결성’ 등의 3개의 하위 속성과 총 12개 문항으로 구성되었으며 1~4점의 척도이고 점수가 높을수록 희망정도가 높은 것으로 해석한다. 개발당시 신뢰도는 .89로 보고되었으며 본 연구에서는 .90으로 나타났다. 한편 절망도구는 ‘인지영역’, ‘정서영역’, ‘동기영역’ 등의 3개의 하위 속성을 가지며 총 20개의 문항으로 구성되었으며 1~5점의 척도이고 점수가 높을수록 절망정도가 높은 것으로 해석한다. 도구개발 당시 신뢰도는 .93으로 보고되었으며, 본 연구에서는 .92로 나타났다.



## (2) 신뢰도 검증

예비도구의 신뢰도 분석은 Cronbach's  $\alpha$  를 이용하여 분석하였다.

## 5) 도구의 타당도 및 신뢰도 평가를 위한 자료수집방법

도구의 타당도와 신뢰도를 평가하기 위해 입원해 있거나 외래에서 치료를 받고 있는 암 환자 270명을 편의 표집하였으며, 그 중 질문지의 응답을 누락하였거나 불성실하게 응답한 대상자는 제외하여 분석에 이용된 대상자 수는 총 259명이었다. 대상자의 선정기준은 치료중인 만 19세 이상인 성인 암 환자로서 자신이 암 환자임을 알고 있는 자로서 말기 암 환자를 제외한 현재 입원하거나 외래에서 통원 치료 중인 암 환자로 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 자들이었다. 자료수집기간은 2016년 10월 17일부터 12월 18일까지였으며 설문지를 활용하여 자료수집을 실시하였다. 본 연구자들이 직접 자료를 수집하였으며, 연구대상자 접근이 어려운 경우는 해당 병원 중앙 전문간호사 4명의 도움을 받아 시행하였다.

## 4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 통계적 유의수준 .05에서 양측 검정을 하였다. 대상자의 일반적인 특성은 서술적 통계를 이용하였고, 내용타당도는 내용타당도 계수를 사용하였다. 도구의 구성타당도 검증은 Varimax 회전을 이용한 주성분분석의 요인분석을 이용하였다. 요인분석에 적절한 자료인지 확인하기 위해 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)과 Bartlett의 구형성 검정을 시행하였다. 신뢰도 검증은 내적 일관성 신뢰도인 Cronbach's  $\alpha$  계수와 반분신뢰도 값을 산출하여 확인하였다. 수렴타당도를 확인하기 위해 Herth [10]의 HHID도구로 측정된 점수와 개발된 희망도구로 측정된 점수와의 상관분석을 시행하였으며, 판별타당도를 확인하기 위해 Beck [21]의 절망도구 점수와 개발된 희망도구로 측정된 점수와의 상관분석을 시행하였다.

## 5. 윤리적 고려

본 연구는 K대학교 기관생명윤리위원회의 승인(KU IRB 2014-0017-01)을 받아 시행하였다. 해당 병원의 간호부와 해당 병동 수간호사, 전문간호사, 담당의사의 자료수집에 대한 허락을 받은 후 입원실과 외래를 내원하는 치료 중인 암환자를 대상으로 연구의 목적과 내용을 설명하였다. 대상자들에게 자료의

익명성과 비밀보장에 대해 알려주었으며, 인터뷰나 설문조사 참여 중 본인이 원하는 경우 언제든지 중단할 수 있음을 설명하였다. 연구참여에 동의한 환자에게 동의서에 서명하게 한 후 인터뷰 혹은 구조화된 설문지를 작성하게 하였고 설문지는 작성성이 끝난 후 연구자가 직접 회수하였다. 수집된 자료는 연구목적으로만 사용되며, 부호화하여 처리하여 분석하고 연구 종료 3년 후 녹음파일과 면담파일은 복원이 불가능하도록 삭제하며, 인쇄물과 자료집은 파기할 예정임을 설명하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

개발된 도구의 타당도와 신뢰도 검증을 위해 표집한 대상자 295명의 일반적 특성은 다음과 같았다. 성별은 남자가 120명(40.6%), 여자가 175명(59.4%)으로 여자가 조금 더 많았으며, 평균 연령은  $55.16 \pm 11.58$ 이었다. 결혼 상태는 기혼이 203명(79.0%)으로 가장 많았다. 종교는 무교가 100명(38.6%), 불교 83명(32.0%), 기독교와 가톨릭이 69명(26.6%) 순이었다. 교육 수준은 고등학교 졸업자가 112명(43.2%), 대학졸업자가 75명(29.0%)이었다. 직업은 전업주부 98명(37.8%), 기타 73명(28.2%), 전문직 59명(22.8%) 순이었다. 경제 상태는 '그저 그렇다'가 124명(47.9%)으로 가장 많았다. 질병명은 유방암이 83명(32.0%)으로 가장 많았으며 다음이 혈액암 38명(14.7%), 폐암 33명(12.7%) 순이었다. 치료형태는 항암화학요법이 145명(56.4%)로 가장 많았고 방사선 33명(12.8%), 수술 23명(8.9%)이었다. 암진단 시기는 1년 미만이 153명(59.1%)로 가장 많았고, 1~2년 63명(24.3%), 3년 이상이 43명(16.6%)이었다. 재발은 없는 경우가 187명(72.2%)으로 대부분을 차지하였다 (Table 1).

### 2. 도구의 신뢰도 및 타당도 검증

#### 1) 문항분석

문항분석은 평균, 표준편차, 왜도, 첨도 등을 검토하고 문항-전체 상관분석방법을 활용하여 문항의 변별력을 확인하였다. 문항분석을 통해 문항과 전체문항과의 상관계수가 .30 이상이면서 .80 미만인 문항만을 선정하였다. 이는 문항분석 시 문항과 전체문항과의 상관계수가 .30 미만인 경우 해당문항은 각 척도 영역 내에서 기여도가 낮은 것으로 평가되기 때문이며 .80 이상인 경우는 중복된 문항일 가능성이 높은 것으로 평가

**Table 1.** Demographic and Clinical Characteristics of Participants (N=259)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	120 (40.6)
	Female	175 (59.4)
Age (year) (n=236)		55.16±11.58
	< 40	26 (10.0)
	40~49	55 (21.2)
	50~59	84 (32.4)
	60~69	67 (25.9)
	≥ 70	4 (1.5)
Marital status (n=257)	Unmarried	14 (5.4)
	Married	203 (79.0)
	Widowed, divorced	40 (15.6)
Religion	None	100 (38.6)
	Christian, Catholic	69 (26.6)
	Buddhism	83 (32.0)
	Others	7 (2.8)
Educational level completed	≤ Elementary school	25 (9.7)
	Junior high school	47 (18.1)
	High school	112 (43.2)
	≥ College or university	75 (29.0)
Job	Housewife	98 (37.8)
	Office job, professionals	59 (22.8)
	Labor worker, farmer	29 (11.2)
	Others	73 (28.2)
Economic status	Very poor	20 (7.7)
	Poor	57 (22.0)
	Moderate	124 (47.9)
	Rich	56 (21.6)
	Very rich	2 (0.8)
Diagnosis	Stomach cancer	13 (5.0)
	Sigmoid, colorectal cancer	25 (9.7)
	Liver cancer	17 (6.6)
	Breast cancer	83 (32.0)
	Uterine cancer	17 (6.6)
	Lung cancer	33 (12.7)
	Hemato-malignancy	38 (14.7)
	Others	33 (12.7)
Type of treatment (n=257)	Chemotherapy	145 (56.4)
	Radiation	33 (12.8)
	Immune	8 (3.1)
	Surgery	23 (8.9)
	Others	14 (5.4)
	Chemotherapy and radiation	22 (8.6)
	Chemotherapy and surgery	12 (4.8)
Duration since diagnosis made (year)	< 1	153 (59.1)
	1~2	63 (24.3)
	≥ 3	43 (16.6)
Recurrence	Yes	72 (27.8)
	No	187 (72.2)

되기 때문이다[18]. 본 연구에서 개발된 측정도구는 30문항 모두 .30 이상이였으므로 삭제된 문항은 없었으며, 내적일관도 Cronbach's  $\alpha$  는 .93이었다.

## 2) 구성타당도 검증

### (1) 요인분석

#### ① 탐색적 요인 분석을 통한 요인 추출

30개의 문항으로 요인분석을 실시하였다. 먼저 본 연구자료의 Kaiser-Meyer-Olkin)값은 .92, Bartlett의 구형성 검정 (Bartlett's Test of Sphericity)치는 3586.05 ( $p < .001$ )로 나타나 수집된 자료가 요인분석에 적합한 것으로 판단하였다[18]. 요인추출의 방법은 요인 수와 정보손실을 최소화 하고자 주성분 분석을 시행하였으며 요인회전은 직교회전 방식 중 Varimax 회전을 이용하였다. 요인추출은 고유값 1.0 이상, 공통요인 0.40 이상, 요인적재치가 0.50 이상인 문항을 선정하였고 요인들의 설명력이 전체 변량의 60% 이상을 얻을 때까지 분석을 계속하였다[18]. 1차 요인 분석한 결과 5개 영역으로 나타났으며, 고유치 1.0 이상이었고 전체변량의 59.4%를 설명하였다. 공통성이 0.4 이하인 1개 문항(13번)이 나타나 제거하고 요인 적재량이 0.50 이하인 6개 문항(4번, 8번, 19번, 21번, 26번, 28번)이 삭제되었다. 23개 문항으로 다시 2차 요인 분석을 실시하였다. 요인분석을 한 결과 요인 적재치가 0.5 이하인 1개 문항(23번)이 나타나 삭제하고 22개 문항으로 3차 요인 분석 결과, 5개 요인의 변량 설명력은 59.9%로 60%에 가깝게 나타났다. 3차 요인분석 결과 요인 적재치가 0.5 이하인 문항 4개(12번, 17번, 22번, 30번)가 나타나 삭제하고 18개 문항으로 요인 분석을 실시하였다. 그 결과 5개 요인의 변량 설명력은 63.26%로 증가하였고 개별 문항들의 요인적재량이 해당되는 요인 하나에만 뚜렷하게 몰려 있어 요인분석을 종료하였다. 최종 18개 문항에 대한 KMO 값은 .88 Bartlett의 구형성 검정치는 1731.17 ( $p < .001$ )로 나타나 요인분석을 시행하기에 적합하였다. 요인분석 결과 추출된 5개 요인의 요인적재량은 .59~.81이었으며 누적 설명력은 63.26%였다. 각 구성요인별 설명변량은 1요인 35.93%, 2요인 7.90%, 3요인 7.08%, 4요인 6.75%, 5요인 5.61%였다 (Table 2).

#### ② 요인의 명명

총 18개의 문항 중 제1 요인에는 '나는 요즈음 마음이 편안하다', '나는 나의 몸 상태가 조금씩 좋아지고 있다고 생각한다', '나는 요즈음 내가 활기찬 생활을 하고 있다고 느낀다', '나는 나의 표정이 밝고 기분이 좋다고 느낀 적이 있다', '나는 나의 삶

에 대한 구체적인 목표가 있다', '나는 나의 삶에 대해 만족감과 감사함을 느낀다'의 5개 문항이 속하며 '내적 통제감'이라 명명하였다. 제2 요인에는 '나는 적극적으로 의사의 치료계획을 따르고 있다', '나는 의료진들의 자세한 설명이 내게 큰 도움이 된다고 생각한다', '나는 나의 건강상태가 좋아지고 있다는 의료진의 말에 힘을 얻는다', '나는 동료 환자들의 병이 호전되는 것을 보고 기대를 가진다', '나는 나의 병이 나을 수 있다고 믿는다', 의 6개 문항이 속하며 '병 회복에 대한 믿음과 기대'라 명명하였다. 제3 요인에는 '나는 주위에 나를 걱정해주고 돌봐주는

가족이나 친구가 있다', '나는 가족(자식, 배우자, 부모)에 대한 책임감 때문에 힘을 내고 있다', '나는 나의 삶이 귀하고 가치 있다고 생각한다'의 3개 문항이 속하며 '상호연결성'이라 명명하였다. 제4 요인에는 '나는 신앙의 힘으로 현실을 극복할 수 있다', '나는 죽음 이후의 세계에 대한 소망을 가지고 있다'의 2개 문항이 속하여 '영적믿음'이라 명명하였다. 제5 요인에는 '나는 나의 미래가 불확실하다고 생각한다', '나는 나의 현재 상태가 절망스럽고 고통스럽다'의 2개 문항이 속하여 '정서적 곤경'이라 명명하였다(Table 3).

**Table 2.** Factor Analysis

Item No.	Item contents	Factor loading				
		F1	F2	F3	F4	F5
3	I feel comfortable these days.	.71	.29	-.07	.06	.13
7	I think my body is feeling better.	.69	.35	.24	-.04	.02
29	I feel that I am living a lively lifestyle these days.	.67	.15	.13	.16	.30
25	I have felt that my face is bright and pleasant.	.67	.16	.13	.28	.17
24	I have a specific purpose in my life.	.60	.22	.24	.27	.14
20	I feel satisfied and thankful for my life now.	.59	.21	.21	.17	.26
2	I am actively following my doctor's treatment plan.	.20	.75	.06	-.10	-.02
16	I think that the medical staff's detailed explanation is a great help to me.	.09	.67	.43	.16	.13
10	I am encouraged by the medical staff who say my health is improving.	.30	.67	.27	.13	.08
18	I wish that my illness can be cured by seeing other patients get better.	.19	.65	.08	.32	.06
1	I believe that I can recover from my illness.	.35	.64	-.06	.01	.23
5	I have a family or a friend who cares about me and cares for me.	.39	.06	.74	-.01	-.06
15	I am empowered by responsibilities for my family (son/daughter, spouse, and parents).	-.12	.17	.70	.11	.30
6	I think my life is precious and valuable	.47	.20	.65	.04	.04
11	I can overcome reality with power of faith.	.09	.12	.10	.80	.17
27	I have a desire for afterlife.	.29	.04	-.01	.81	-.14
9	I think my future is uncertain.	.21	.01	.10	-.04	.80
14	My present condition is hopeless and painful.	.27	.19	.07	.09	.67
Eigen value		6.47	1.42	1.27	1.21	1.01
Explained variance (%)		35.93	7.90	7.08	6.75	5.61
Accumulative variance (%)		35.93	43.83	50.91	57.65	63.26

**Table 3.** Convergent Validity and Discriminant Validity

Variables	Beck hopelessness scale	Herth hope index
	r (p)	r (p)
Hope scale (HS_KCP)	-.73 (< .001)	.83 (< .001)

HS\_KCP=hope scale for korean cancer patients.

### 3) 수렴타당도, 판별타당도 검증

Herth [10]의 HHII와 개발된 희망도구로 측정한 점수 간의 상관관계는  $r=.83$ 으로 높은 순상관 관계가 나타났다. 그리고 Beck [21]의 절망 측정도구와 개발된 희망 측정도구로 측정한 점수 사이에는 높은 역상관 관계( $r=-.73$ )가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

### 4) 신뢰도 검증

희망 측정도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 .88이었으며 하위요인들의 신뢰도는 '내적통제감' 요인의 신뢰도가 .85로 가장 높았고, 다음이 '병 회복에 대한 믿음과 기대' 요인으로 신뢰도는 .80, 다음이 '상호연결성' 요인으로 .67, '영적믿음' 요인이 .66이었으며, '정서적 곤경' 요인의 신뢰도가 .54로 가장 낮게 나타났다. Spearman-Brown 계수를 이용한 반분신뢰도를 확인하기 위해 18개 문항을 홀수문항과 짝수문항으로 나누어 2개 부분 척도들 간의 상관계수를 산출한 결과 홀수문항 .85, 짝수문항 .85였으며 Spearman-Brown 계수는 .92였다. 문항 간 상관관계 계수는 .85였다(Table 4).

## 논 의

본 연구는 희망을 질병에 대처하는 치료적 개념으로 접근하여 치료 중에 있는 암 환자들의 희망을 정확히 사정하고 치료계획에 활용하기 위해 시도된 암 환자의 희망 도구개발을 위한 방법론적 연구이다. 논의는 본 연구에서 개발된 암 환자의 희망 측정도구와 기존의 국내외 희망 측정도구와의 차이점을 중심으로 기술하였다.

희망 측정도구에 대한 연구는 1970년대부터 수행되었으며, 1980년대에 들어서 측정도구개발이 활성화 되면서 주로 만성질환을 앓고 있는 성인 혹은 노인을 대상으로 다면적인 측면의 희망을 측정하였다[10]. 1990년대에는 희망의 개념적 정의를 더

명확히 하였으며 임상 상황에서 암 환자와 노인에게 적용할 수 있는 가능성을 제시하였고[10,17,22], 1992년에는 Herth [10]가 임상에서 효율적으로 사용할 수 있는 간편 도구인 12개 문항의 HHII를 개발하여 환자들의 희망 사정과 임상에서 쉽게 희망 증진 중재 효과를 평가하는데 기여하였다. 그러나 우리나라에서는 암 환자 희망 측정도구 개발 연구는 Kim과 Lee [15]의 1편에 불과하였다.

본 도구는 5개 요인의 총 18문항으로 구성되었으며 5개 요인은 '내적 통제감', '병 회복에 대한 믿음과 기대', '상호연결성', '영적믿음', '정서적 곤경' 요인으로 확인되었다. 선행연구에서 제시된 다른 희망 측정도구와는 달리 '내적 통제감'과 '정서적 곤경' 영역이 각각 하나의 요인으로 구분되어 나타난 점이 기존연구와의 차이점이다. 즉 Song등[20]은 희망을 과정적으로 개념화하기 위해서는 희망의 선행요인과 결과요인이 반영된 도구 개발이 필요하다고 했는데, 본 연구에서 희망의 선행요인에 해당하는 '정서적 곤경'과 결과요인에 해당하는 '내적 통제감'이 요인으로 구명된 점이 특이하다고 볼 수 있다. 그리하여 희망을 임상현장에서 구체적으로 사정할 수 있는 근거를 제시하였다는데 의의가 있다. 그러나 희망을 실제 중재로 적용하기 위한 치료적 개념으로 정립하기 위해서는 반복적인 경험적 검증연구가 필요하다고 본다.

본 연구도구와 국외의 희망도구인 Miller Hope Scale (MHS) [16], Nowotny Hope Scale (NHS)[17], Herth [10]의 HHII와 한국 암 환자의 희망 도구[15]와의 차이점을 제시해보면 다음과 같은 특성이 있다.

59명의 만성 환자를 대상으로 개발한 MHS 도구[16]는 상호성-관계성, 가능성 감지 능력, 극단적 상황 회피, 미래에 대한 기대, 목적 성취, 심리적 안녕과 대처, 삶의 목적과 의미, 자유, 현실감지-낙관주의, 정신적 신체적 활성화의 10개 요인, 40문항으로 구성되어 있으며, 암 환자의 희망을 측정하기 위한 NHS도구[17]는 확신, 미래의 가능성, 내부로부터 오는 것, 적

**Table 4.** Internal Consistency of HS\_KCP

Sub-scale	Item No.	No. of Final items	Cronbach's $\alpha$
Inner sense of control	3, 7, 29, 25, 24, 20	6	.85
Trust and expectations for recovery of diseases	2, 16, 10, 18, 1	5	.80
Interconnection	5, 15, 6	3	.67
Spirituality	11, 27	2	.66
Emotional despair	9, 14	2	.54
Total		18	.88



극적 참여, 개인의 능력, 적극적 행동, 성취의 6개 요인, 29문항을 포함하고 있다. 또한 급성, 만성, 말기를 포함한 성인 환자 172명을 대상으로 개발한 Herth [10]의 HHI는 시간성과 미래, 긍정적 준비도와 기대, 상호연결성의 3가지 요인, 12문항으로 구성되어 있다. 한편 우리나라 암 환자 간호를 위해 개발한 Kim과 Lee [15]의 희망도구 개발 연구에서는 회복가능성에 대한 확신, 내적만족감, 친교관계, 삶의 의미, 한국적 희망관, 영적믿음, 자신감, 자긍심의 8개 요인, 39문항으로 구성되어 있다. 이상과 같이 기존에 개발된 외국의 희망 도구의 하위요인은 질병회복이나 치료에 대한 확신 등의 암 환자 상황에 따른 구체적인 희망이나 희망의 결과를 측정하는 요인이 반영되어 있지 못하나 Kim과 Lee [15]의 한국 암 환자 측정도구에서는 '질병 회복이나 치료에 대한 확신', '한국적 희망관', 희망의 결과에 해당하는 '내적 만족감' 요인이 규명되어 있다. 본 연구에서는 '병 회복에 대한 믿음과 기대', 희망의 결과에 해당하는 '내적 통제감' 요인이 규명되었으나 '한국적 희망관'은 요인으로 규명되지는 않았다. 이는 Kim과 Lee [15]의 연구대상이 실제 암 환자와 암 환자 입장에서 질문에 응답한 일반인(간호사, 간호학생, 그 외 일반인)이 응답한 내용을 포함하여 도구를 개발하였고 본 연구에서의 대상자는 치료를 받기 위해 입원하거나 외래를 방문한 암 환자만을 표집 대상으로 했기 때문인 것으로 차이가 있다고 본다. 이러한 결과는 Tae [3]의 한국 암 환자 희망 연구에서 발원함, 다스림, 넓혀감의 3단계 중 다스림의 단계에 있는 암 환자들로 현실적인 희망을 추구하는 암 환자들의 특성이 반영된 결과라 볼 수 있다. 이들 입장에서 투병 중인 암 환자들은 한국적 희망관에 속하는 운명에 맡기는 수동적인 자세보다는 현실에서 희망의 실마리를 끊임없이 찾는다는 것을 알 수 있다.

본 연구에서 규명된 5개 요인 각각에 대해 기존 희망 연구와의 차별 점을 제시해보고자 한다. 첫 번째 요인인 '내적 통제감'은 본 연구에서 제1요인으로 Eigen value가 6.47로 전체 변량에 대한 설명력이 35.93%였다. '내적 통제감'은 개인이 갖고 있는 능력감과 자신감을 포함하며, Dufault & Martocchio [22]가 제시한 희망의 인지, 정서적 요인에 속하는 개념으로 현실에서 자신에 대한 긍정적인 평가를 하면서 결과적으로 정서적인 만족감, 능력감 등을 느끼게 되는 것이다. 이는 1982년부터 2005년까지 수행되었던 암 환자 희망에 관한 문헌고찰 연구 [11]에서 암 환자들이 희망을 유지하는 전략 중의 하나가 상황과 증상의 통제라고 제시하였는데, 이는 Butt [12]의 2005년부터 2009년까지의 암 환자의 희망에 관한 문헌고찰 연구에서도 동일한 결과가 도출되어 암 환자의 희망에서는 통제감이 희망

의 중요한 속성임을 알 수 있다. 이는 한국 암 환자의 희망에 관한 Tae [3]의 연구에서 다스림의 단계와 Reb [23]의 연구에서 통제감은 합리적사고, 최소화, 유머 등의 다양한 대처 전략을 동원하여 불확실성을 조정해 간다고 제시하였던 사실을 지지한다고 볼 수 있다. 이 통제감은 Kim과 Lee [15]의 연구에서는 '내적인 만족감', '삶의 의미', '자신감'의 3가지 요인으로 제시되어 있다고 볼 수 있다. 본 도구에서는 위의 세 가지 요인들이 '내적 통제감'으로 하나의 요인으로 묶여질 수 있음을 알 수 있었다. 또한 Song 등[20]의 희망 개념 분석 연구에서 희망의 결과로 나타난 '목표달성을 위한 개인적 능력감', '안전감'과 '편안함' 등에 해당되는 것으로서 본 연구에서 가장 설명력이 높은 것으로 나타났다. 이 영역에 속하는 문항인 '나는 요즘 마음이 편안하다', '나는 나의 몸 상태가 조금씩 좋아지고 있다고 느낀다', '나는 나의 표정이 밝고 기분이 좋다고 느낀 적이 있다'의 문항들은 앞으로 암 환자의 희망 상태를 사정하거나 평가할 때 사용할 수 있는 주요한 희망의 지표가 될 수 있을 것이다.

두번째 요인인 '질병회복에 대한 믿음과 기대' 요인은 Eigen value가 1.42로 전체 변량의 7.90 %를 설명하였다. 이는 Miller와 Powers [16], Nowotny [17], Herth [10]의 도구에서는 찾아볼 수 없는 문항이지만 Kim과 Lee [15]의 연구에서 '회복가능성에 대한 확신' 요인으로 나타난 것과는 유사하였다. 이는 암 투병과정에서 특징적으로 나타나는 구체적인 희망(specific hope)으로서, 암 환자들이 의료진들의 자세한 설명과 '건강 상태가 좋아진다'는 의료진들의 말에 힘을 얻으며 동료 환자들의 병이 호전되는 것을 보고 기대를 갖고, 병이 나을 수 있다고 믿는 문항들이 포함되어 있다. 이는 Tae [3]의 연구에서 암 환자들은 의료진에 의해 민감한 영향을 받는데, 이들은 의사를 통해 병회복의 실마리를 찾기 때문에 '의사의 좋아졌다는 말 한마디가 매우 중요하다'고 한 사실과 일치하는 것으로 의료진들이 환자를 지지해주는 의사소통이 중요하며, 이를 통해 투병에 힘을 얻게 된다는 사실을 간과해서는 안 될 것이다. 또한 '동료 환자들이 병이 호전되는 것을 보고 기대를 가진다'의 항목이 포함되어 있는데, 이는 병이 나을 수 있다는 기대를 동료 환자를 통해서 찾는 남과의 비교를 통해 회복의 실마리를 찾는 한국 암 환자의 특성[3]이 반영된 것이라 볼 수 있다. 또한 이 요인은 Song 등[20]의 희망 개념 분석 연구에서 맥락적 요인에 해당되는 것으로서 '질병회복과 관련된 목표설정'으로 나타났던 결과와도 일치된다. 따라서 '질병회복에 대한 믿음과 기대' 요인은 의료진에 대한 지나친 의존과 남과의 비교를 통해 희망을 갖는 우리 문화의 특성이 강하게 반영되어[3] 나타나는 중요한 요인으로 임상 현장에서 희망 사정이나 중재 시 적극 활용할 필

요가 있을 것이다.

세 번째 요인인 ‘상호연결성’ 요인은 Eigen value가 1.27로 전체 변량의 7.08%를 설명하였다. 여기에 속하는 문항은 ‘주위에 나를 걱정해주고 돌봐주는 가족이나 친구가 있다’, ‘나는 가족(자식, 배우자, 부모)에 대한 책임감 때문에 힘을 내고 있다’, ‘나는 나의 삶이 귀하고 가치가 있다고 생각한다’ 문항이 포함되는데 이는 희망 문헌고찰 연구에서 ‘희망의 관계 측면’에 해당되며[12], 가족, 친구와 다른 생존자의 지지에 의해 희망은 강화되며 가족의 지지가 없을 때 희망이 감소한다고 한 사실과 일치됨을 알 수 있다[23,24]. 또한 Kim과 Lee [15]의 연구에서는 이 요인이 ‘친교관계’ 요인에 해당된다. 이는 한국문화의 특성인 가족중심주의적인 가치관을 반영하는 것으로 Song 등 [20]의 희망 개념 분석연구에서도 희망의 모든 속성이 가족과 관련하여 일어나며, 모든 대상자들이 자녀와의 관계적 틀 속에서 자신의 희망을 서술하였다는 점과도 일치한다. 그러나 Herth [10]의 연구에서 제시된 ‘상호연결성’ 요인과는 차이가 있다. 이 도구에서는 ‘혼자임을 느낌’, ‘신앙과 안위감’, 깊은 내적인 힘’, ‘사랑을 주고받을 수 있음’의 문항으로 가족에 관련된 문항이 없는 것은 문화적인 차이에 기인한 것으로 한국 암 환자들은 가족에 대한 책임감 때문에 투병의 힘을 얻고 있으며 가족으로 인해 삶의 귀중함과 가치를 느끼게 된다는 것을 알 수 있다. 따라서 한국 암 환자의 희망이 가족관계 틀 속에서 나타나고 격려되고 평가되는 것임[20]을 고려하여 가족을 고려한 희망사정과 중재전략 개발이 필요하다고 본다.

네 번째 요인인 ‘영적 믿음’ 요인은 Eigen value가 1.21로 전체 변량의 6.75%를 설명하였다. 이는 암 환자들이 하나님 혹은 절대자의 관계 속에서 기도를 통하여 희망과 위로를 얻는다고 한 것과[25], Buckley와 Herth [26]의 희망을 촉진하는 7가지 요인 중 하나가 영성 혹은 신앙을 갖는 것이라고 한 사실과 일치된다. 이에 속하는 문항은 ‘나는 신앙의 힘으로 현실을 극복할 수 있다’, ‘나는 죽음 이후의 세계에 대한 소망을 가지고 있다’이다. 이는 Kim과 Lee [15]의 연구에서 ‘영적 믿음’ 영역과 일치되나 ‘영적 믿음’ 요인에 ‘인간의 생명은 하늘이 정해 놓았다고 생각하면 마음이 편안해진다’와 ‘한국적 희망관’ 요인의 ‘나는 나의 질병도 내가 받아들여야 할 운명이라고 생각한다’ 문항이 포함되어 있는 것과는 차이가 있다고 본다. 본 연구에서는 이 문항이 1차 내용 타당도 검사에서 .80 이하로 나타나 문항을 삭제하려고 했으나 문화적 특성 문항이므로 그대로 문항을 두고 요인분석을 실시하였다. 요인분석 결과 인명재천이나 운명에 대한 문항이 삭제되었다. 앞에서 서술한 바와 같이 본 연구대상자들이 치료 중인 암 환자들이므로 ‘병다스리기’를

통해 투병 중에 있는 암 환자들이므로[3] 단순히 운명에 돌리거나 인명재천의 생각은 치료 상황에서의 희망의 속성에서는 설명력이 약한 것으로 생각된다. 이는 Lin과 Tsay [27]가 자신의 운명을 조정하는 것이 외부의 힘에 의한 것이라고 믿을 때 우연에 기초한 건강통제위는 희망을 가져오지 못한다고 제시한 사실을 지지한다고 볼 수 있다. 그러나 이러한 운명에 맡기는 것과 인명재천 사상에 해당하는 문항들이 도구의 간소화로 인해 30개 문항에서 18개 문항으로 조정되면서 삭제된 것이므로 앞으로 이 부분에 대한 더 깊이 있는 연구가 필요하다고 본다. 또한 치료 중인 암 환자가 아닌 말기 암 환자나 호스피스 대상자들을 대상으로 희망을 연구하면 이 영역이 부각될 수 있을 것이라 사료된다. 그러므로 기나긴 질병여정 가운데 있는 다양한 시기의 암 환자를 대상으로 희망도구 개발이 필요할 것이다. 또한 Tae [3]의 희망 연구에서 신앙의 힘이나 내세에 대한 희망은 초월적인 희망의 일종으로 죽음 이후의 세계에 대한 확실한 믿음을 갖는 자들에게는 극심한 고통 속에서도 평온한 죽음을 맞을 수 있다고 한 사실을 지지한다고 볼 수 있다. 그러므로 치료 중에 있는 암 환자에게 희망을 제공하기 위해서는 암 환자가 갖고 있는 종교관이나 내세관에 대한 사정을 정확히 하여 간호 계획에 포함시킬 필요가 있으며 동시에 신앙인이라면 실제적으로 힘이 되며 내세에 대한 확실한 소망을 갖는 것이 중요함을 알 수 있다.

다섯 번째 요인인 ‘정서적 곤경’ 요인은 Eigen value가 1.01로 전체 변량의 5.61%를 설명하였다. 이에 포함되는 항목은 ‘나는 나의 미래가 불확실하다고 생각한다’, ‘나는 나의 현재 상태가 절망스럽고 고통스럽다’의 2개 항목이 포함되었다. 이는 Song 등[20]의 연구에서 상황적 희망은 절망적 사건에서부터 시작되며 불안감이나 불확실성을 포함하는 역동적인 정신 상태라고 하면서 ‘느낌’으로 명명한 정서적 차원 영역과 일치한다. 또한 Lindholm 등[25]의 유방암 환자를 대상으로 절망과 희망에 대한 연구에서 희망은 절망과 역동적인 관계가 있으며 절망이 존재하는 곳에 희망이 확장된다고 하였다. Blank와 Bellizzi [28]는 희망은 부정적인 정서와 관련이 있으며 Akechi 등[29]이 암 환자들이 통증의 공포, 죽음과 미래, 사회적 고립에 직면하게 될 때 치료와 질병에 의해 유발되는 불확실성에 대한 무력감을 경험하게 되며 이러한 요인들이 희망을 저해한다고 하였다. 한편 Kim과 Lee [15]의 연구에서는 ‘정서적 곤경’ 요인에 해당하는 요인은 없었고 ‘회복가능성에 대한 확신’ 요인 안에 2개의 항목으로 ‘나는 현재 절망 상태이지만 반드시 희망이 온다는 생각을 갖고 있다’, ‘다른 사람들도 절망과 좌절을 극복하고 살아간다’의 두 문항으로 긍정적 문항으로 표현되

고 있다. 본 연구에서는 역문항 2문항으로 요인이 나뉘었으므로 요인의 명명을 그대로 ‘정서적 곤경’으로 명명하였다. 이는 Schrank 등[30]의 희망 사정을 위한 통합적 척도개발 연구에서 제시한 ‘믿음과 확신’, ‘관점의 결여’, ‘긍정적 미래 지향’, ‘사회적 관계와 개인적 가치’의 4개 요인 중 ‘관점의 결여’ 요인에 ‘나는 나의 인생의 어느 부분에 대해 절망한다’, ‘나는 꿈쩍 못하고 멎에 걸린 듯한 느낌을 갖는다’의 문항이 포함된 것과 유사한 결과라 볼 수 있다. 본 연구에서는 이러한 불확실성과 절망이 하나의 요인인 ‘정서적 곤경’으로 도출된 것이 차이점이라 볼 수 있다. 즉 치료 중에 있는 암 환자들에게는 그들의 치료과정에서 발생하는 여러 가지 부정적인 정서를 경험하게 되는데 희망증진을 위해서는 이러한 정서적 곤경에 대한 사정을 정확히 하고 벗어날 수 있도록 암 환자들을 도와야 할 필요가 있을 것이다. 이는 Butt [12]가 2005~2009년 동안의 암 환자 희망에 관한 문헌고찰 연구에서, 희망과 절망의 상호작용과 도전을 기회로 변형하는 과정의 역동성에 대한 이해가 부족함을 희망연구의 문제점으로 제시하였는데 본 연구에서 이 요인을 규명한 것이 이전 희망도구 개발 연구와의 차이점이라 생각된다. 그러나 앞으로 이에 대한 더 깊이 있는 연구가 필요하다고 본다.

본 연구결과 근원적 희망(일반적 희망, 초월적 희망)과 구체적 희망[15], 기질적 희망, 상황적 희망[20]은 구별되어 나타나는 것이 아니고 5개 요인 각각에 포함되어 나타나므로 구별하여 도구를 개발할 필요가 없었다. 그러나 본 연구자의 사전 희망 연구[3]에서 희망의 문화적 원리로 규명한 역동성, 초월성의 원리가 본 연구에서도 나타났는데, 이는 암 환자들이 자신과 환경에서 현실상태의 평가를 근거로 희망을 갖게 되므로 역동성의 특성이 있으며, 불안, 우울, 초조, 절망할 수밖에 없는 현재의 어려운 상황을 벗어나기 위한 초월성의 특성도 동시에 갖는 것을 알 수 있었다.

본도구의 판별, 수렴 타당도를 분석한 결과, 본 희망 측정도구와 20개 항목으로 구성된 절망측정도구[21] 점수 간에는 유의한 역 상관관계가 있어 높은 판별타당도가 있음을 확인할 수 있었으며, 또한 12개 항목으로 구성된 Herth [10]의 HHI 점수와 본 희망도구로 측정한 점수 간에는 높은 양의 상관관계가 있어 수렴타당도가 높은 것으로 확인되었다. 그리하여 본 희망도구는 내용타당도, 구성타당도, 수렴타당도, 판별 타당도의 다양한 타당도 검사를 거친 타당도가 입증된 도구임을 알 수 있다. 그러나 암 환자용 희망도구의 특성을 부각시키기 위해 다른 질환자인 당뇨병 환자나 심질환자의 희망과 차이가 있는지에 대한 규명을 하지 못한 제한점이 있다. 그러므로 앞으로 다른

만성질환자들과의 비교를 통한 지속적인 경험적 검증이 이뤄질 필요가 있을 것이다.

본 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$  는 .88, 반분신뢰도 검정에서 Sphearman-Brown 계수가 .92로 나타났으므로 전체적으로 신뢰도가 높은 도구인 것을 알 수 있다. 희망중재 연구나 임상에서 암 환자의 희망을 측정하는데 사용할 수 있을 것이다. 5개 요인의 각 요인별 신뢰도가 제5 요인을 제외한 나머지 4개 요인이 최소한의 신뢰성 확보 기준인 .60을 넘었으므로 각 요인의 해당 항목들을 하나의 척도로 사용할 수 있을 것으로 생각한다. 그러나 보다 정확한 신뢰도 검증을 위한 test-retest 지수를 확인해 볼 필요가 있을 것이다.

또한 18개 문항으로 문항 수가 적어서 임상 암 환자들에게 사용하기 편하며, 질적 인터뷰를 통한 실제 그들이 경험하는 희망을 이해하기 쉽게 문항으로 구성하였다는데 의의가 있다고 본다. 그리고 ‘내적 통제감’이 전체 변량에 대한 설명력이 가장 높게 나타난 것이 기존 암 환자의 희망 도구와의 차이점이라 볼 수 있다. 또한 하위요인 중 ‘정서적 곤경’ 요인의 신뢰도가 낮은 점이 단점이라 생각되며, 도구 사용의 경험적 결과를 통해 지속적으로 수정되어야 할 필요가 있을 것이다.

## 결론 및 제언

본 도구는 ‘내적 통제감’, ‘병회복에 대한 믿음과 기대’, ‘상호연결성’, ‘영적믿음’, ‘정서적 곤경’ 5개 하위영역, 총 18문항으로 구성되어 있으며 4점 Likert 척도로서 측정의 목적은 치료 중인 암 환자들의 희망을 정확히 사정하고 치료적 개념으로 정립하기 위함이며 하위영역 척도의 점수가 높을수록 해당 영역의 희망 정도가 높음을 의미한다. 동시에 문항 수가 적어 임상에서 투병 중인 암 환자의 희망을 측정하기에 편한 이점이 있다.

외국의 희망도구나 이미 개발된 한국 암 환자의 희망도구와 본 개발된 도구의 차이점은 ‘내적 통제감’ 요인이 전체 변량에 대한 설명력이 가장 높게 나타난 것과, ‘정서적 곤경’ 요인이 하나의 요인으로 분류되었다는 점이다. 이는 치료 중에 불안, 불확실성, 공포, 절망 등의 심리적 디스트레스를 경험하고 있는 암 환자들의 희망을 규명하였기 때문인 것으로 사료된다. 그러므로 간호사들은 정서심리적 측면의 특성이 강한 암 환자들의 희망을 고려하여 총체적인 간호를 제공할 수 있어야 할 것이다. 그리고 외국문헌에는 제시되지 않은 남과의 비교와 가족에 대한 책임감 때문에 투병을 위한 힘을 얻고 있으며 자신의 삶의 의미와 가치를 가족에게 연결시키는 특징은 우리나라 가족중



심적인 문화의 특성이 반영된 것으로 가족을 고려한 희망 사정과 중재전략 개발이 필요하다고 본다.

본 연구의 의의는 치료 중인 암 환자들의 희망을 정확히 사정하여 암 환자들의 대처와 적응을 촉진시키는 치료적 개념으로 희망을 제시하였다는데 의의가 있다. 또한 간호사들이 임상 현장에서 암 환자에게 알맞은 희망 증진 간호계획과 수행을 할 수 있도록 돕는데 기여할 수 있을 것이다. 또한 도구의 신뢰도, 반분신뢰도 및 내용타당도, 구성타당도, 수렴타당도, 판별타당도를 모두 검정한 연구로서 의의가 있다고 본다.

개발된 도구를 진단초기, 재발시기, 말기시기에 있는 다양한 치료시기의 암 환자와 발달단계를 고려한, 청소년, 어른, 노인 암 환자에게로 적용범위를 넓혀 도구의 경험적 결과를 계속적으로 수정·보완해 나갈 필요가 있을 것이다. 또한 도구의 신뢰도 보증을 위해 test-retest를 실시하고 암 환자용 희망도구의 특성을 부각시키기 위해 다른 만성질환자인 당뇨 환자나 심질환 환자를 대상으로 희망의 차이를 규명해 볼 필요가 있을 것이다. 이를 통해 실제 임상 실무에서 활용할 수 있는 희망의 근거 기반 실무 구축에 기여할 수 있을 것이다.

## REFERENCES

1. National Cancer Statistics. 2016 [Internet]. National cancer information center; 2016 [cited 2017 February 2]. Available from: <http://www.cancer.go.kr/mbs/cancer/subview.jsp>. idcancer 04040100000.
2. Lee MS, Lee WH, Kim GS, Tae YS, Suh SL, So HS et al. Psychosocial nursing care and care and research for cancer patients. Seoul: Soomoonsa. 2007.
3. Tae YS. Hope phenomena of Korean cancer patients. [dissertation]. Seoul: Ewha Womans University; 1994.
4. Eliot JA, Olver IN. Hope, life, and death: a qualitative analysis of dying cancer patients' talk about hope. *Death Studies*. 2009; 33(7):609-38. <https://doi.org/10.1080/07481180903011982>
5. Felder BE. Hope and coping in patients with cancer diagnoses. *Cancer Nursing*. 2004;27(4):320-4.
6. Fitzgerald Miller J. Hope: a construct central to nursing. *Oncology Nursing Forum*. 2007;42(1):12-9.
7. Duggleby W. Enduring suffering: a grounded theory analysis of the pain experience of elderly hospice patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2000;27(5):825-31.
8. Groopman J. The anatomy of hope: how people prevail in the face of illness. NY: Random House; 2005.
9. Herth KA, Cutcliffe JR. The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*. 2002; 11(14):977-83.
10. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 1992;17(10):1251-9. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1992.tb01843.x>
11. Chi GC. The role of hope in patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(2):415-24. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.415-424>.
12. Butt CM. Hope in adults with cancer: state of the science. *Oncology Nursing Forum*. 2011;38(5):341-50.
13. Ebright PR, Lyon B. Understanding hope and factors that enhance hope in women with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2002;29(3):561-8.
14. Vellone E, Rega ML, Galletti C, Cohen MZ. Hope and related variables in Italian cancer patients. *Cancer Nursing*. 2006;29(5): 356-66.
15. Kim DS, Lee SW. Development of An Instrument to measure hope the cancer patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 1998;28(2):441-56.
16. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*. 1988;37(1):6-10.
17. Nowotny ML. Assessment of hope in patients with cancer: development of an instrument. *Oncology Nursing Forum*. 1989;16 (1):57-61.
18. Grove SK, Burns N, Gray JR. Practice of nursing research; appraisal, synthesis, and generation of evidence. 7th ed. St. Louis, Missouri: Flsvier; 2013. p. 443.
19. Devellis RF. Scale development: Theory and applications. 3rd ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc; 2012.
20. Song MS, Lee EO, Park YS, Hah YS, Shim YS, Yu SJ. The concept analysis of hope: among cancer patients undergoing chemotherapy. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2000;30 (5):1279-90.
21. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*. 1974;42(6):861-5. <https://doi.org/10.1037/h0037562>
22. Dufault K, Martocchio BC. Hope: Its spheres and dimension. *Nursing Clinics of North America*. 1985;20(2):379-91.
23. Reb AM. Transforming the death sentence: elements of hope in women with advanced ovarian cancer. *Oncology Nursing Forum*. 2007;34(6):E70-E81. <https://doi.org/10.1188/07.ONF.E70-E81>
24. Ivan WMH, Ow R. Hope among terminally ill patients in Singapore: an exploratory study. *Social Work in Health Care*. 2007;45(3):85-1006. [https://doi.org/10.1300/J010v45n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J010v45n03_05)
25. Lindholm L, Holmberg M, Mäkelä C. Hope and hopelessness-nourishment for patient's vitality. *International Journal for Human Caring*. 2005;9(4):33-8.
26. Buckley J, Herth K. Fostering hope in terminally ill patients. *Nursing Standard*. 2004;19(10):33-41.



27. Lin CC, Tsay HF. Relationships among perceived diagnostic disclosures, health locus of control, and levels of hope in Taiwanese cancer patients. *Psycho-Oncology*. 2005;14(5):376-85. <https://doi.org/10.1002/pon.854>
28. Blank TO, Bellizzi KM. After prostate cancer: predictors of well-being among long-term prostate cancer survivors. *Cancer*. 2006;106(10):2128-35. <https://doi.org/10.1002/cncr.21865>
29. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nishiwaki Y, Yamawaki S, Uchitomi Y. Predictive factors for psychological distress in ambulatory lung cancer patients. *Supportive Care in Cancer*. 1988;6(3):281-6. <https://doi.org/10.1007/s005200050167>
30. Schrank B, Mag AW, Sibitz I, Lauber C. Development and validation of integrative scale to assess hope. *Health Expectations*. 2010;14(4):417-28. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00645.x>