

가족간호의 이론적 접근

윤 순 념

(서울대 간호대 교수 · 지역사회간호학)

1. 가족간호의 발전

가족간호실무의 발전에 영향을 미친 역사적인 요인으로는 19세기의 나이팅게일과 식민지시대의 미국에서와 시민전쟁(1861-1865) 시의 여성들의 간호활동을 들 수 있다. 그리고 산업혁명 후기의 미국 동부에 이민자들의 거주지에서 시작된 보건간호사업을 들 수 있다. 간호영역별로는 1960년대에 이르러서 아동전문간호사와 가족전문간호사가 생기면서 전문간호사를 위한 계속교육과정에서 가족이론과 가족간호가 집중적으로 다루어 졌다. 정신간호영역에서는 1930년대 부터 시작되었으며 1970년대에 와서 정신건강에서 간호사의 역할이 나타나기 시작하였고 가족체계와 가족스트레스와 같은 가족이론의 발전이 정신간호에서 가족을 학부, 대학원 과정에 포함하게 되었다(Bomar, 1989). 지역사회간호 에서는 1932년 공식적인 간행물에서 보건간호는 가족을 실무의 대상으로 함을 표명하였고 1974년 WHO전문위원회는 "지역사회간호"라는 보고서에서 가족의 중요성을 강조하였다. 미국의 공중보건협회의 보건간호에 대한 정의(1981)와 미국간호협회의 지역사회간호에 대한 개념틀(1980)에서는 지역사회와 집단을 가족을 핵심적인 간호대상자로 표명하고 있다. 1970년대이후에 질병시 간호에서 더 나아가 건강증진에 관심을 갖게 되면서 가족간호에 대한 관심이 더 높아지게 되었다.

가족구성원 개인 보다는 가족을 단위로 한 연구

의 시작도 1970년대에 시작되었다고 볼 수 있다 (Murphy, 1986). 간호교육과정에서 가족에 관심을 갖게된 것은 간호이론의 발전, 간호전문직의 변화, 의료소비자들의 안녕에 대한 관심, 자가관리에 대한 자각과 같은 역동적인 사회의 변화에 부응하여 발전하였으며 건강증진에 관한 연방정부의 관심이 가족의 건강증진에 중요한 영향을 미쳤다.

우리나라는 간호교육과정에 가족간호가 다루어진 시기가 "보건간호원론" (이경식, 1971)에서 보건간호사업의 단위는 가족으로 가족건강요구사정이 다루어진 1970년대 초로 볼 수 있다. 그리고 학술적인 관심은 대한간호학회주최로 "간호학에서의 가족개념"이 주제가 다루어진 때 (1984)로 여겨진다. 실무영역에서는 1985년에 군보건소 통합보건사업에서 가족중심의 접근을 공식적으로 표명하였으며 현재는 보건소마다 가족보건계가 설치되어 있다. 간호연구에서는 질환이나 장애가 있는 가족구성원과 그 가족과의 관계를 다룬 연구가 1980년대에 들어서면서 간호학회지나 학위논문등에서 눈에 띄게 증가하고 있다. 이들 연구의 이론적인 배경으로는 연구자가 명시하지 않은 연구가 대부분이나 구조기능론, 상징적 상호작용론이나 체계론에 입각한 개념들의 관계를 검증하는 양적인 연구가 거의 대부분을 차지하고 있다(김, 윤, 흥, 1994). 1970년대 이후 계속적으로 증가하고 있는 만성퇴행성질환의 관리와 국민의 건강증진에 기여할 전문분야로서 가족간호의 중요성은 강조해도 지나치지 않다. 더우기 UN이 1994년도를 세계가정의 해

(International Year of the Family)로 정하고 있는 시점에서 가족간호의 발전방안을 논함은 매우 의미 있는 일이다.

본 지면에서는 논의의 기본이 되는 가족건강개념에 대한 소개와 가족에 대한 이론적 접근을 설명하고 이에 따라 간호학에서의 적용방안을 제시코자 한다.

2. 인접학문에서의 가족건강

가족간호의 목적은 가족건강을 유지, 증진코저함에 있으며 가족간호의 핵심적인 개념은 가족건강이므로 가족건강에 대한 개념정의에 따라 가족간호의 목적은 달라지게 된다. 간호학에서 가족에게 적용할 수 있는 하나의 체계적인 시각으로서 건강에 대한 개념을 개발하려는 시도를 1980대 초에 King, Neuman, Rogers, Roy, Whall 등이 계속하여 왔다. 가족에 대한 여러가지 간호학적 입장들이 있는데 가족을 보건의료의 분석단위와 대상으로 보는 입장, 가족단위를 구성하는 개인들로 보는 입장, 가족구성원들의 환경으로 보는 입장 등이다. 이러한 입장들은 일반적으로 가족과 그 가족의 구성원들의 건강에 관심을 두고 있음을 보여준다. Gillis등(1989)이 간호중재는 가족건강을 증진시키는 활동으로 보았으며 Cleman등(1981)은 가족간호의 목적은 가족 기능화를 촉진하기 위함이라고 하였다. 그러나 간호에서의 가족건강에 대한 정의를 어떻게 내리는가에 따라 가족간호의 목적이 달라지게 될것이다. 이에 먼저 인접학문에서의 가족건강에 대한 정의를 Anderson과 Tomlinson(1992)의 글을 통해 검토하고자 한다: 사회심리학자인 McEwan(1974)은 이분법적인 정의를 내리고 있다. 가족건강은 가족구성원들의 질병의 부재를 의미하거나 가족 그 자체의 상태를 나타낸다고 하였다. WHO(1973)는 이분법적이고 총체적인 정의로서 가족건강은 한 가족내의 이환과 유병상태를 말하고(역학적인 관점) 가족의 안녕과 건강증진의 일차적인 대리인으로서 가족의 상대적인 기능화를 말한다고 하였다. Miller(1974)는 하나의 효과적인 사회단위로서 함께 생활하며 기능하며, 신체적 정

신적 즐거움을 누리고, 그들의 자녀들이 같은 품성을 갖도록 기르며 인간관계, 직업, 경제와 환경을 만족시킬뿐만 아니라 신체적 정신적건강을 가족에게 주는 구성원들의 능력을 가족건강이라고 정의한다. 사회학자인 Pratt(1976)은 가족관계의 양상이 너무 뒤얽혀 있어서 건강 그자체는 가족의 생활을 엮어 내는 생명력을 가진 섬유유과 같다고 보았다. 활력있는 가족이란 용어를 사용하였는데 이러한 가족의 양상은 가족구성원 개인의 자율적인 요구와 관심에 반응하며 생의 문제에 대한 능동적인 대처를 특징적으로 나타낸다. 그리고 가족구성원간에 힘의 균등한 배분으로 융통성있게 과업을 성취하고 가족구성원과 지역사회간의 규칙적이고 다양한 상호작용을 한다고 보았다. 가족은 개인의 바람직한 건강행위와 가족집단의 복합적인 건강행위를 포함하며 가족건강은 활력적 양상을 나타내는 가족의 능력이라고 정의하였다. Smilkstein(1984)은 건강상태에 있는 가족은 가족구성원들간의 응집력이 있으며 생의 도전과정에 직면했을때 가족구성원을 지지하며 개인의 성장을 위해서 필요한 정서적 신체적 양육과 자원을 제공하는 가족이라고 정의하였다. Otto(1983)는 가족의 15가지 속성을 제시하였다. Beaver와 Voller(1983)는 건강한 가족은 온화감, 친밀감, 기본과 유머를 표현할 수 있는 친밀한 태도를 갖는 집단으로 묘사한다. Olson(1989)은 가족의 정의력과 응집력, 의사소통을 변수로한 Circumplex model을 확장하기 위해 신체적, 정신적 문제와 스트레스에 대처하는 가족을 돕는 자원으로 가족건강을 기술한다. 미국연방정부의 보건 대민 봉사과는 건강한 가족은 적응능력, 애착심, 개방적이며 명확한 의사소통, 개인에 대한 배려, 종교의 표현, 사회적 연대감, 융통성있는 역할 배분, 즐거운 시간을 공유하는 집단으로 보았다.

이러한 정의들은 간호학에서 중요한 구체적인 건강관련 변수를 통합하지 않았고 사회심리적인 기능관점으로 개념접근을 시도하였으면서 서로 다른 정의를 내리고 있다. 따라서 간호학이 총체적인 관점으로 가족과 가족구성원의 건강을 위해서 이

양자를 통합하여 간호를 제공함으로써 다른 인접학 문들과 구별되어 질 것이다.

3. 간호학에서의 가족건강

간호학자들의 입장에서 내린 가족건강의 정의는 이분법적 또는 기능적인 정의와 총체적인 또는 최고도의 안녕의 측면에서 내려지고 있다(표1). 이

외에 가족건강모형을 Walsch(1982)는 가족기능수 준별로 무증상적가족기능(Asymtomatic family functioning), 적정가족기능(Optimal family functioning), 평균적 가족기능(Average family functioning), 교류적 가족과정(Transactional family process)으로 분류하였다. 그러나 Walsch의 모형별 정의는 표 2에서 보는 것처럼 모호하며 모형간의

표 1. 간호학에서의 이분법적-총체적 가족건강에 대한 정의

가족건강의 범주	정 의	학 자
총체적/최고도의수준/신체-사회-심리적	가족건강이란 가족의 삶의 질을 말한다. 이는 영양, 스트레스, 환경, 여가, 운동, 성관계와 같은 변수들에 의해 총체적으로 영향을 받는다.	P. Bomar(1989)
	건강한 가족은 가족과 가족구성원의 안녕을 위해 신체, 사회, 정신적인 기능을 달성하도록 가족의 경제, 에너지이용, 의사소통, 보건자원, 자가돌봄을 조정한다.	J. Crayton(1986)
	Pratt의 활력 있는 가족건강 정의와 Barnhill의 정체감과정, 변화, 정보처리, 역할 영역(1979)을 병합한다.	C. Gilliss 외 (1989)
	가족단위와 개별적인 가족구성원의 신체적, 사회적, 정서적, 영적건강을 유지, 증진한다.	R. Johnson(1984)
	가족단위와 개별적인 가족구성원의 안녕을 보호, 증진하기 위한 가족의 활동으로 역동적인 과정을 말한다.	C. Loveland-Cherry (1989)
	가족건강은 가족의 확장되는 의식을 말한다. 이는 가족내와 가족외부의 상호작용의 양과질로 나타나며 가족체계의 정보화 능력으로 정의된다.	M. Newman(1983)
	삶의 도전에 봉착시 개인의 성장과 지지를 위해 필요한 양육과 자원이 가족구성원들에게 유용하도록 하는 결속력 상태를 말한다.	N. Pender(1987)
연속선상/기능적	WHO(1973)의 건강한 가족 정의	M. Friedman(1986)
	가족구성원 각각이 상호적이고 독립적인 활동의 균형과 생의 사건에 적응능력과 변화 능력을 증진시키는 연대감이 있는 생산적이고 기능적인 그물망으로서의 가족이 지속적인 생존력을 말한다(Petze, 1984).	N. (1987)
	가족건강은 부적응보다는 적응, 구조적인 안정성, 통합성이 특징이다. 가족체계의 생존에 필요한 변화에 대처하기 위해 진보적인 전환과 분화를 유도하는 발달과정의 완성도 특징이다.	L. Wright와 Leahey (1984)

자료원 : Anderson, K. H. & Tomlinson P. S. (1992). The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing. Image, (24) :1, 57-63.

표 2. 가족 기능과 건강 모형을 기초로한 가족건강

Walsh (1982)	Loveland - Cherry (1983)
<p>무증상적 가족기능: 가족구성원에게 심리병리나 불기능 증상의 부재</p>	<p>임상적 모형: 신체, 사회, 심리적인 상태의 저하나 질병, 또는 가족 체계의 불기능</p>
<p>적정가족기능: 특정한 이론에서 규정한 적정의 특성을 나타냄.</p>	<p>역할수행 모형: 가족기능을 효과적으로 수행하는 능력과 가족발달 과업을 성취</p>
<p>평균적 가족기능: 통상적인 존재방식의 범주에 속함</p>	<p>적용 모형: 환경과의 상호작용이 탄력적이고 효과적으로 적응하고 변화와 성장을 하려는 노력을 보이는 가족양상</p>
<p>교류적 가족기능: 사회맥락속에서 내외적 요구에 적합한 가족체계의 유</p>	<p>행복론적 모형: 가족의 최고도의 안녕과 가족의 생애기간동안의 잠재력</p>

자료원: Bomar, J. B. (1989). Nurses and family health promotion. Baltimore: Williams & Wilks, 13-15.

구분이 명확하지가 않다. 그리고 위에서부터 세번째 모형은 가족건강을 상태로 보았고 네번째는 과정으로 보고 있다. 또 다른모형은 Smith(1983)의 건강모형을 이용하여, Loveland-Cherry(1983)가 가족건강모형을 기능적 모형, 역할수행모형, 적응모형과 행복론적 모형으로 분류한 것이다(표 2).

이러한 가족건강에 대한 개념정의를 보면 인접학문에서는 가족구성원 개인과 가족전체와의 상호관련성을 사회심리적인 기능측면에서 보고 있으며 간호학에서는 개인의 건강과 전체 가족의 건강과의 관련성에 일차적인 관심을 두고 있다는 것을 알 수 있다. 그런데 간호학자들의 가족건강의 범주화 노력을 통해 보면 가족기능과 가족건강을 동등하게 다루고 있음을 볼 수 있다. Loveland-Cherry나 총체적인 입장의 가족건강모형에서는 기중심적인, 생물학적, 사회심리적인 측면과 안녕 또는 환경과의 상호작용에 초점을 두고 있으므로 어느 모형을 택하여 가족간호에 접근할 것인가에 따라 가족간호의 목적이 달라질 수 밖에 없다. 그러면 가족간호에서는 "개인의 건강과 가족건강이라는 관계를 또 각각의 현상을, 또는 개인의 건강행위와 가족전

체의 행위를 어떻게 파악하여 왔는가?" "가족 간호과정의 사정단계에서는 무슨 자료를 어떻게 수집하여 간호중재를 수행하여 왔는가?" 라는 질문이 제기될 수 있다. 이러한 질문에 답하기 위해 본 글에서는 가족건강개념에 입각한 가족간호의 방향을 논하기 보다는 먼저 간호학에서 사용되고 있는 가족 사회학에서의 대표적인 이론들을 검토해보고자 한다. 다음에는 간호문헌에 있는 가족건강사정영역을 통해 간호학에서의 이론적인 입장이 어떠한지를 살펴보고자 한다.

4. 가족에 대한 이론적 접근

이론적인 틀은 개별과학이 관심을 갖는 개인, 집단, 상황 또는 사건에 대해 체계적인 시각을 제공하는 일련의 개념과 언명들의 집합체이다. 가족에 대한 이론적인 틀은 조직적이고도 논리적인 형식으로 가족을 사정할 수 있는 길잡이가 되고 가족의 건강 상태를 사정하기 위한 자료수집의 지침이 된다. 그 다음 수집된 자료의 합성을 용이하게 함으로 가족의 강점과 요구를 파악할 수 있도록 한다. 그래서 가족의 역동을 알게되고 적절한 중재전략

을 세우도록 하는데 지침이 된다. 그러므로 이론적인 틀이 결여되면 관련자료를 집단화하기 어렵고 가족에 관련된 다양한 변수들 사이의 관계를 규명하기가 어렵게 된다.

가족에 대한 이론은 1950년대에는 7개로 구분하였으나 1960년대에는 상징적 상호주의, 구조기능적, 발달단계론, 제도론, 상황적 접근으로 구분하였고 1970년대에 들어서는 주로 상징적 상호주의, 구조기능주의, 발달론, 체계론적인 관점으로 보고 있다.

1) 상징적 상호주의

사회학자인 Mead(1894-1931)가 정초자이며 Blumer(1937)가 이 용어를 처음 사용하였다. 인간의 집단생활과 행동에 관한 연구접근법으로 개인의 행위는 사회적 상호작용을 통해 형성되며 개인이 다른 사람의 관점을 취함으로써 자신의 행동을 평가하며 그 결과로 대안적 행위를 선택하게 된다고 본다. 블루머는 행동주의와 구조기능주의는 모두 인간행위를 유발시키는 요소들을 외적 자극과 규범에 초점을 맞추는 경향이 있다고 보았다. 블루머는 이 이론들은 결정적인 하나의 과정을 무시하고 있는데 그 과정은 행위자들이 자신의 행위와 또 자신에게 영향을 미치는 힘에 의미를 부여하는 과정이라고 하였다. 행동주의자들은 사람의 태도를 행위자안에서 이미 조직된 경향으로 생각하는데 이는 매우 기계적인 사고이며 내재화된 경향으로서의 태도가 아니라 사람의 태도는 "행위자가 그의 행위를 서서히 이루어가는 정의(定義)의 과정이다"라고 하였다(최재현 역, 1986). 미드(1934)는 어떤 다른 것들 가운데 하나를 선택함으로써 반응을 조절하고 조직화하며 타인과의 상호작용속에서 몸짓과 상징으로부터 의미하는 것을 유출해내고 지정하는 마음의 능력을 설명하였다. 이러한 마음의 능력때문에 자아는 다른사람과의 상호작용으로 부터 형성되고 자아는 다른 사물이나 사람과 신체로부터 떨어진 마음의 눈 속에 있는 하나의 상징적인 객체이다. 한 개인의 상징적인 자아를 끌어 낸 사회집단은 사회의 태도와 사회의 문제를 제공하며

사회 태도와 문제는 자아의 일부로 동화된다. 이러한 관점을 통해보면, 가족과 문화가 개인의 발달에 일찌기 영향을 미친다는 것은 자명하다. 사회나 제도는 사회구성원인 개인들간의 구조화되고 정형화된 상호작용을 나타내고 이리하여 사회는 개인들의 자아에 따라 달라진다.

예를 들면 근친상간, 아내학대, 아동학대 같은 가족의 문제는 사회를 구성하는 자아들이 이러한 행위들을 범죄행위로 알아야만 폐지될 것이다. Bettjes(1984)는 이러한 이론은 적용하여 약물중독 청소년을 치료하는데 개인을 사회화시키는 긍정적인 준거집단인 가족과 또래집단과 하부문화와 개인의 성향에 대한 중재방법을 제안하였다. 비만인 사람을 어떻게 간호할 것인지에 대한 접근에 이 이론을 적용 Schroeder(1981)은 이 이론의 장점은 비만인의 문화적인 의미, 언어를 규명할 수 있는 개념적 토대를 제공함으로써 간호의 단서를 제공한다는 점과 질적인 의미, 상호작용의 과정을 드러내는 점과 알콜남용자나 약물남용자를 이해할 수 있는 다른 차원을 제공한다고 보았다. 그리고 인간행위를 탐구하는데 있어서는 유용한 파라다임이고 특수한 간호영역에서 사용될 수 있다고 하였다. 결국은 각각의 사람을 이해 할 수록 모든사람을 더욱 알 수 있으며 나아가 세계와 자신을 이해할 수 있는 가능성은 커진다고 보았다.

(1) 상징적 상호주의의 가정(Blumer, 1969)

첫째, 인간은 인간이 사물들에 대해 가지고 있는 의미에 근거하여 행동한다.

둘째, 이러한 사물에 대한 의미는 인간이 동료들과 관계를 형성하고 있는 사회적 상호작용으로 부터 나온다. 즉, 의미는 그 사물에 대해 의미를 가지고 있는 사람으로 부터 그 사람에게 의해 부여된 정신적이 산물으로써 그 사람의 정신, 마음, 심리적인 구조등의 구성요소들의 표현으로 다루어 진다.

셋째, 의미는 인간이 접하는 사물들을 처리하는데 단순히 형성된 의미의 적용이 아니라 해석의 과정(a process of interpretation)를 통해 의미를 사용한다.

(2) 상징적 상호작용에 강조하는 문제

이 이론에서 보는 가족현상은 역할, 역할갈등, 위치, 의사소통, 스트레스에 대한 반응, 의사결정, 사회화같은 가족내의 내적인 과정에 초점을 둔다. 이러한 내적인 과정에 대한 연구로는, 엄마가 재혼한 가족의 경우 새아버지와 친밀해져가는 방안을 기술한 연구, 새부모의 역할 이행, 분만후 일년동안 모성의 역할 획득과정, 부모기의 변화와 영아의 행위에 관한 연구 등이 있으며 이들의 연구 방법은 질적방법으로 행해졌다(Gillise 등, 1989).

(3) 한계 또는 단점

이 이론의 개념들과 과정간의 일치의 결여로 이 이론을 세련되게 하고 새로운 이론을 형성하는데 어렵다. 이 이론으로 부터 파생된 middle-range theories가 개발되었지만 이 이론들은 확대되지 않았다. 또 질적인 연구가 광범위 하게 연구되었으나 formal theory에 이를 수 있도록 하는데 필요한 검증이나 비교연구가 미흡하다는 점이다. 다른 하나는 이론이 과정에 관심이 있는데도 불구하고 상호주의자들의 연구는 과정의 일부분에 머무르는 경향이 있다. 가족은 인간의 사회적 행위의 결정인자라기보다는 그 행위가 발생하는 틀이라고 보며 가족단위의 변화는 가족외부의 힘에 의해서라기 보다는 가족구성원들의 행동의 산물이라고 보는 입장이다. 그렇다해도 가족단위는 사회적인 압박, 문화적인 규칙과 금기 등을 따라야만하고 또 그에 의해 영향을 받게 된다. 이러한 외부의 힘이 가족의 역할, 반응, 조직화를 이해하는데는 매우 신체적 측면이 소홀히 다루어 진 점과 생활경험의 선택된 측면을 검토함으로써 다른 측면을 제외시키는 점이다(Scgrieder, 1981).

2) 발달이론

이 이론은 이미 설명한 상징적 상호주의, 체계이론, 구조기능론, 정신분석, 인지이론들로부터 도출되었다. 이 이론은 독특한 철학적 방법론적 입장을 취함으로써 가족이나 개인을 총체적으로 볼 수 있도록 도와준다. Freud가 개발한 개인의 발달단계가 널리 받아들여지고 Erikson(1959)이 이를 확장

시키는데 기여하였다. Erikson의 발달의 원리는 강한 구조적 기능적 요소를 갖고 있는데 이 요소들은 유기체의 성장으로부터 도출되어졌다. Havighurst(1972)의 발달적 과업의 정의도 이 원칙을 따르고 있으며 발달적 접근의 핵심을 이루고 있다. 즉, 특정한 기간에 과업이 있으며 성공적인 과업의 성취는 행복을 주고 다음단계의 과업을 성공적으로 마치도록 한다. 그러나 그 단계에서 과업의 성취가 안되면 불행하게되고 다음 단계의 과업의 성취를 어렵게 한다고 보았다.

Duvall(1977)은 "가족발달"이라는 그의 저서에서 발달적 개념들을 합성하였다. 그 책은 1948년 가족생활에 관한 전국학술대회 동안에 그리고 그 전에 이룩한 업적들이다. Duvall은 첫번째 자녀를 기준으로 하여 발달단계를 정하였다. 그리고 다음과 같은 가족의 과업 유지와 확립하는 것으로 가족의 과업을 전반적으로 규명하였다. 가정, 재정마련 방안, 역할분담, 만족한 성적인 관계지속, 지적이며 정서적인 의사소통, 친척과의 관계, 지역사회 조직과의 유기적인 관계, 자녀양육능력, 삶에 관한 실제적 철학 등이다. Rogers(1964)는 가족발달을 규범(행위의 기대들)이 있는 하나의 체계로서 보았다. 이 가족체계는 하나의 단위인 가족과 개별적인 가족구성원을 위해 역할기대를 충족시키는 하나의 경력 궤도이며 그 가족단위와 사회의 제재에 의해 통제된다. 이 가족체계가 규범으로부터 이탈이나 가족에 의해 상호적 기대가 비효과적으로 충족될 때는 기대가 충족되도록 제재를 받게된다. Howes(1976)는 Duvall의 가족단계에 Erikson의 발달의 후성적(後成的) 원칙을 적용하였다. 그는 어떻게 청년기의 위기를 비효과적으로 다룬 가족이 불기능상태에 놓이는지를 보여주기 위함이었다. 요약하면 발달개념은 더 높은 기능수준으로의 이동을 나타내며 이것은 지적이고 일방향적인 진행을 의미한다. 어떤 단계에서 그 다음 단계로의 전환기에서는 그 전단계에 있었던 개인의 발달 반응으로 되돌아 가기도 한다. 가족이 예상외의 변화에 직면하면 그 가족의 기능은 보통수준보다 떨어져 불균형상태가 된다. 이 불균형상태를 해결하는 방

법은 더 높은 수준의 가족기능으로 끌어 올리는 잠재력을 갖는 것이다.

이 이론의 강점은 개인의 발달수준이 가족발달에 미치는 효과에 대한 연구를 할 수 있는 가능성을 제시해 주는 혁신적인 접근이다. 많은 관련변수의 규명은 질적 연구를 통해 규명할 수 있으며 특히 해석학적 방법론이나 상호작용분석이 유용하며 가족발달에 관련된 여러 변수들을 규명하는 데는 다변량분석기법을 이용한 연구도 유용하다.

(1) 기본적인 가정

첫째, 가족의 구조는 핵가족이며 결혼에서부터 배우자가 모두 사망할 때까지 존재하며 자녀를 양육하는 가족이다.

둘째, 가족내에 개별적인 행위자에게 기본적인 초점을 두는 것은 가족발달연구를 진작시키기 위해서는 배제되어야 한다. 즉, 가족에 관한 연구에서는 연구의 질문이 하나의 사회체계의 단위인 가족을 대상으로 설정되어야 한다는 의미이다.

(2) 발달이론에서 제기되는 문제

kaye(1985)는 발달심리에 기초를 두고 가족체계의 과정을 강조하면서 간호학에 타당한 이슈를 다음과 같이 요약하였다.

- 어떻게 가족은 한 가족구성원이 사망한 경우에 또는 Alzheimer병 같은 만성질환에 적용할 때 가족의 정체성을 유지하는가?
- 스트레스에 대한 반응으로서 다른 가족구성원에게 폭행이나 학대를 사용하는 것처럼 스트레스에 대한 차이들이 생겨나는가?
- 어떻게 가족발달은 보건의료행위나 사회정책 그리고 문화에 의해 영향을 받는가, 반대로 보건의료 행위나 사회정책과 문화는 어떻게 가족발달에 의해 영향을 받는가?
- 어떻게 가족발달은 개인발달에 영향을 주는가, 반대로 어떻게 개인의 발달은 가족의 발달에 영향을 주는가?
- 어떻게 새로운 가족구성원이 생겼을 때(앞에서 언급한 의붓아버지와)의 친숙과정에 대한 연구처럼

림)친숙해지며 사회화되는가?

- 어떻게 사회와 가족구성원 개인간이 중개가 이루어지는가(건강행위나 태도를 취하도록)?
- 어떻게 가족구성원들은 다른 성원이나 전체가족의 변화를 촉진하는가(가족구성원중 한사람이 약물남용을 할 때)?
- 어떻게 가족구성원들은 가족형태(gestalt: 가족의 행위, 규칙, 가치, 우선순위)를 내면화하는가 또는 가족의 행위가 해로운 결과를 유도할 때 어떻게 그 고리를 끊는가?
- 어떻게 가족들은 병원이나 의원같은 다른 체계에 가족구성원들이 참여하도록 준비시키는가?

Martinson등(1987)은 가족발달과 적응에 대한 연구로 자녀의 사망이후에 가족은 어떻게 적응하는가에 대해 중단연구를 수행하였다. Mercer(1986)는 발달론을 틀로 이용하여 산전기간의 스트레스와 그 효과를 분만후 8개월까지 연구하였다. 이외에도 병원에서 퇴원 후 가정으로, 또는 출산후에 가정으로 돌아가는 경우의 가족에 대한 중단연구와 가족구성원개인들 또는 이인관계와 가족체계에 미치는 효과에 관한 연구들이 시행되고 있다.

(3) 한계와 단점

Erikson의 후성적인 발달의 원칙은 특정한 시기를 정하고 있는데 이 시기는 두가지 측면을 숙고해 봐야 할 부분이다. 하나는 어떤 특정한 현상이 시기가 지나서도 나타나지 않는다는 점, 다른 하나는 환경적 투입이 매우 커다란 영향력을 행사한다는 점이다.

어떤 구별된 기간에 전자는 생물학적인 측면에서는 어느 기간에 특정한 현상이 나타나지 않을 때 문제라는 것은 참일 수 있는데 심리사회적인 측면에서는 삶 전과정을 통해서 발달이 나타나기도 한다. 예로 여성의 생의 과정의 변화에 대한 연구에서 보면 남편의 사망이후에 청년기의 과업인 독립심의 성취가 이루어 진다. 후자의 경우는 20대의 여성은 10대나 30~40세에 첫 아이를 낳은 여성보다 오히려 동료사회조직과 더 잘 유지한다. 십대나 삼십대의 첫아이를 갖은 여성은 모두 자녀가 없는

전의 친구들과 상호의존성이 떨어진다. 20대의 여성은 다른 두집단보다 국가적인 규범과 기대에 근접한 산과적인 결과를 가지고 있다. 이 결과 가족 발달의 첫단계에 장점이 있고 출산을 긍정적으로 인식하고 일년간의 모성역할에 매우 만족하게 된다. 가족발달론의 약점은 실증적 연구가 미흡한 점이다. 가족발달에 대한 연구는 종단연구와 여러 학문과의 협력적 연구와 체계적인 연구계획이 요구된다. 또 개인발달과 가족발달단계 양자가 연구결과를 혼동시킨다. 1950년대에 개발된 가족발달이론은 첫아이의 연령을 기준으로 설정한 발달과정은 신혼기의 부부에게는 동등하게 강조되지 않은 점도 한계이다.

또 하나의 한계는 이이론에 있는 개념들의 조작화가 용이하지 않다는 점이다. 예를 들면 적응, 통합, 기능의 더 높은 수준은 어떻게 측정되어 질 수 있는가? 하는 점이다. 끝으로 종단연구를 통해 청년기의 발달의 변화를 보면 연령별로 오기보다는 외부의 영향인 역사적인 사건이 발달의 과정과 발달결과에 더 영향을 미친다는 점이다.

3) 체계이론

가족연구에 체계론적인 접근은 생물학과 물리학에서 Bertalanffy (1950, 1968)에 의해 개발된 일반체계이론의 영향을 받은 것이다.

이 이론은 어떤 면에서는 방법론으로, 전략으로, 세계를 보는 방법으로도 보면서 formal theory로서의 비판도 받고 있다. Rogers (1983)는 가족은 유기체이고 개방체계이며 가족의 부분인 개인과는 다른 환연할 수 없는 에너지장을 갖고 있다고 언급하였다. 이 이론의 입장은 전체는 부분들의 합과는 다르고 그 이상으로 보기 때문에 가족인 경우 가족 한사람, 한사람에 대해서 아는 것으로 가족의 특성을 예측할 수는 없다고 본다. 체계이론에서 체계는 일련의 상호작용하는 구성요소로 이루어지고 (Bertalanffy, 1968) 각각의 체계는 그 체계가 존재하는 환경과는 명확히 구별된다. 그 체계와 환경을 분리하는 경계가 있는데 이경계는 환경안에 있는 단위들과 상호작용하는 것보다는 체계내에 있는

단위들 스스로 고도의 상호작용을 하도록 한다. 개방체계는 보다 더 큰 질서와 복잡성의 증진을 목적으로 하여 발전하기 위하여서 환경과 에너지, 물질을 교환한다. 이것을 네겐트로피 (negentropy)라고 한다. 개방체계는 하나의 중요한 발달적 개념에 의해 특징지어진다. 폐쇄체계는 환경과 격리되어 있으며 무질서와 해체가 증가하는 상태로 이동한다. 이를 엔트로피 (Entropy)라 한다. 체계의 위계는 구조나 기능 들중에 하나에 기초한다. 체계이론은 발달개념과 구조기능론적 개념을 포함하고 있다. 개방체계는 여러가지 다른 방법으로 항상성을 유지할 수 있다. 이것을 중등극성의 원리라고 한다. 이 원리는 발달개념에서 Werner가 전혀 다른 유전적인 운영에 의해 같은 목표에 도달한다고 한 것과 일치한다. 체계는 성취해야할 목표나 상태에서 이탈했는지 아닌지에 관한 정보를 모니터하는 순환적인 환류 (feedback)에 의존한다. 부정적인 환류는 항상성이나 균형을 유지하기위해 스트레스에 의해 산출된 자극에 개입하거나 교정하려는 체계의 반응이다.

이체계론에 근거하여 Olsen (1979) 등은 결혼과 가족체계의 응집력과 적응력간의 균형에 기초하여 16가지의 유형으로 분류하였다. 응집력이란 가족구성원들간의 정서적인 결합을 의미한다. 적응력이란 스트레스에 대한 반응으로 체계의 권력구조, 역할관계를 바꾸려는 체계의 능력을 말한다. 응집력 영역에서 균형을 유지해야 하는데 너무 밀접한 경우에는 체계가 곤란한 지경에 이르게 되고 너무 응집력이 약한 경우에는 체계가 해체된다. 적응력의 영역에서는 너무 많은 변화는 체계를 혼란에 빠뜨리고 변화가 전혀 없으면 경직된 체계가 된다고 설명한다.

(1) 체계이론의 가정

- 가족체계는 그 부분의 합보다 크고 합과는 다르다.
- 가족체계내에는 많은 위계가 있다. 예를 들면 하부체계로서의 모자, 큰 사회체계속에서 분화되지 않은 체계로서의 가족, 개인들의 환경으로서의 가족등.

- 가족체계는 지역사회와는 구별된다.
- 가족체계는 시간이 경과함에 따라 더 높은 적응력과 분화에 의한 성장, 변화에 대한 포용력을 진작시키기 위해 재생성적 복잡성이 증가한다.
- 가족체계는 외부 환경으로 부터뿐만아니라 내부의 스트레스에 반응하여 계속적으로 변화한다.
- 서로 다른 가족체계에도 구조적인 동질성이 있다 (유질동상類質同相)
- 가족체계내의 한 부분의 변화는 전체 체계에 영향을 미친다.
- 인과관계는 항상 환류에 의해 변형된다: 고로 인과관계는 실제세계에서는 존재하지 않는다.
- 가족체계안에 있는 양상은 선형적이 아니라 원형적이다.
- 가족체계는 조직화된 전체이다. 그리하여 체계의 부분들로서 가족체계안에 개인은 상호의존적이다.
- 가족체계는 안정된 양상을 유지하기 위해 항상성적 모양을 갖는다.

(2) 체계이론에서 제기되는 문제

이 이론은 확장기의 가족, 축소기의 가족, 위기에 처한 가족, 특별한 문제가 있는 가족등을 연구하는데 이용될 수 있다. 가정 중에서 특히 뛰어나는 것은 스트레스에 반응하여 가족의 변화, 개인의 변화는 가족전체에 영향을 미친다. 인과관계는 환류에 의해 변형된다. 상호작용은 원형적이다. 가족구성원들간의 상호의존적, 가족체계의 양상의 항상성적 모양등이다. 임신기간과분만 후에 배우자의 신체상의 변화의 양상과 관계에 대한 연구가 체계이론을 이용하여 시행되었다(Facett, 1977). Holaday (1981)는 만성 환아의 우는 행위와 엄마의 반응에 관한연구에서 이 이론을 적용하였다.

(3) 한계와 단점

이 이론의 많은 개념들이 조작화하기 어렵다. 개념들 중 일부분은 일상적인 용어와 일치하지 않는다. 예로 부정적인 환류나 네트트로피는 부정적인 용어인데 이 이론에서는 긍정적인 의미로 쓰여진다. 체계로서 가족에 대한 파라미터들이 구체적이

지 않고 측정하기도 어렵다. 어떻게 가족의 투입이 산출로 변환되는지, 가족 체계내에 선택된 부정적인 환류를 사용할 때 정보가공자와 결정자는 무엇인가? 이에 대한 기술적인 연구가 필요하다.

4) 구조-기능주의

1940년대와 1950년대에 사회학에서 구조기능주의는 우세하다가 그 이후 쇠퇴하였다. 구조기능주의에 탁월한 공헌을 한 학자는 Parsons(1902-1979)이다. 그는 특히 전체사회에 관한 기능주의자로서 거시적인 사회구조와 문화, 이것들사이의 상호관계와 이것들이 행위자들에게 강제력이 있다는 견해를 밝히고 있다. 가족은 사회체계와 상호작용하는 체계로 보며 사회, 사회체계, 사회구조가 개인의 행위를 결정하고 만드는 것으로 보는 입장이다. 분석의 단위는 사회환경과 관련된 개인보다는 구조나 집단이 된다. 사회화와 학습과정을 강조한다. 사회체계는 여러 행위자들의 상호작용 그물망이므로 이를 기능적으로 분석할 것을 강조한다. 이 행위자들은 "만족의 최적화"를 지향하도록 동기화되어 이들 상호간의 관계는 문화적으로 구조화되고 공유된 상징에 의해 규정되고 매개된다 (Parsons, 1951). 기본적인 사회체계의 단위로 상호작용을 보지 않고 지위-역할 복합체를 택하며 기능하려면 구조화가 필요하며 결정적인 것은 제도화로 본다. 제도화는 사회구조가 구축되고 유지되는 과정인 것이다. 다양한 지위를 차지하고 있는 행위자들사이에 상대적으로 안정적인 상호작용유형을 말한다. 그러나 상호작용은 규범적으로 필수적인 기능적 선수과목을 제공하는 일차적인 기전이다. 역할은 사회적인 사실로서 일종의 고정적, 안정적인 성격을 제시하나 사회제도가 진보되어 감에 따라 변화될 수도 있다. 가족에 있어서는 가족과 가족구성원간의 이인관계 즉, 남편과 아내, 형제간, 부자간, 등의 관심을 가지며 사회가 가족에게 무엇을 수행하는가하는 기능을 검토한다. 뿐만아니라 가족이 사회와 그 가족의 구성원에게 무엇을 수행하는지에 관심을 둔다. 가족이나 가족구성원들은 변화에 수동적인 구성요소로 본다.

(1) 구조 기능주의의 가정

- 체계는 질서라는 속성, 그리고 각 부분들간의 상호의존이라는 속성을 갖는다.
- 체계는 자기유지를 위한 질서 또는 균형을 지향한다.
- 체계는 정태적일 수도 있고 아니면 질서있는 변동과정에 포괄될 수도 있다.
- 체계의 한 부분의 특성이 다른 부분들이 취할 수 있는 형태의 형성에 영향을 준다.
- 체계는 그 환경과의 경계를 유지한다.
- 할당과 통합은 어떤체계가 주어진 균형상태의 유지를 위해 필요로 하는 기본적인 과정이다.
- 체계는 자기유지 경향을 갖는다.

5. 간호학에서의 가족이론의 적용

가족간호에 이용될 수 있는 이론은 상징적 상호작용론, 발달이론, 체계이론과 구조기능론 중에서 어느것인가를 확인하기 위해 1980년대 이후의 문헌을 조사한 결과(표 3), 간호문헌의 대부분은 가족사정을 위한 자료수집 내용을 보면 어느 특정한 개념들에 근거하기 보다는 이들 이론을 병합하여 접근해감을 볼 수 있다. 가족건강을 사정하는데 총체적인 접근을 시도하면서 가족건강 영역을 다음과 같이 구분하였다. Clemen등(1981)은 구조, 과정, 외부체계와의 관계와 환경을 가족의 사정영역으로 보았고 Ruetter(1984)는 구조, 기능, 환경영역을, Stanhope와 Lancaster(1988)는 가족의 구성, 환

표 3. 간호학에서 가족사정을 위한 영역별 변수 (1980년대 이후)

저 자	영역	변수
Anderson과 Tomlinson (1992)	상호작용과정	상호관계, 의사소통, 양육, 친밀감, 사회적 지지
	발달과정	가족원 개인의 발달단계, 가족자체의 발달단계, 가족원 개인과 가족 발달의 역동적인 관계, 가족의 전환
	대처과정	자원의 관리, 문제해결, 스트레스와 위기에 대한 적용
	통합과정	공유된 경험의 의미, 가족의 정체성, 결속력, 가족력, 가족의 가치와 의식, 경계유지
	건강과정	건강에 대한 가족의 신념, 건강상태, 건강에 대한 반응과 실제행위, 생활양식, 건강과 질병시의 보건의료 제공
Clemen, Eigsti, 와의 McGuire(1981)	구조	소득원, 교육배경, 개인과 가족역할분담, 일의 분담, 세력과 권한의 분포, 문화적 영향: 건강신념과 태도, 사회적 행위의 규범, 민속적 치료에 대한 신념, 일상생활 활동: 식습관, 양육태도 질환자에 대한 돌봄, 건강지식, 건강증진활동
	과정	집안의 분위기, 의사소통 양상, 의사결정과정, 갈등해소, 발달과업의 성취, 변화에 대한 변화에 대한 적용, 개인의 자율성
	외부체계와의 관계	가족의 경제, 환경으로부터 정보의 이용, 친척과의 관계, 친구나 이웃과의 관계, 지역사회체계에 대한 태도, 의뢰과정 이용,

Reutter (1984)	환경	이웃의 시설이나 자원에 접근성, 사회적 사회심리적 안정성 주거상태: 환경위생, 사고위험, 가구의 적절성
	구조	의사소통 양상, 가족의 역할 분담 갈등해소, 의사결정과정, 가치: 질병, 건강에 대해.
	기능: 가족원의 가자간호 육구 충족	공기, 음식, 상수, 쓰레기 처리 활동과 휴식의 균형, 가족원 의 육구와 발달과업촉진, 가족원의 정서적 지지, 행위의 통 제, 인지발달의 제공, 영적 도덕적 개발, 성교육, 유해인자 에 대한 보호, 예방적 건강 행위, 보건의료 자원 이용
	기능: 변화에 적응	지난 일년간의 주요 사건, 스트레스에 대한 가족의 지각, 스 트레스에 대응하는 내외적 자원: 문제해결능력, 사회지지, 외부자원의 이용능력, 건강상태에 대한 가족의 지각
	환경	주거형태 및 조건, 환경위생상태, 이웃의 특성, 진입, 진출, 주거기간 등
Lapp, Diemert 와 Enestvedt (1991)	가족/사회의 조직	가족발달단계, 주거환경, 가족의 전통
	이웃의 환경	동질성 정도, 변화정도, 필수적인 대민봉사기관의 근접성,
	가족의 건강	가족의 강점과 한계, 건강행위의 만족도,
	사회적 재정적 원천 생활양식	사회적 지지, 여가의 선택, 소득의 적절성, 재정관리 가치, 목표, 의사소통, 의사결정, 역할, 자원의 이용
Stanhope와 Lancaster (1988)	가족의 구성	사회경제적인 정보: 가족원의 성별, 연령별교육, 소득수준
	환경	이웃, 지역사회 특성
	구조	역할, 일의 분담, 세력과 권한
	과정	의사소통 양상, 의사결정, 문제해결
	기능	신체적, 사회적, 정서적 측면
	대처	갈등해소, 생의 변화, 사회적 지지, 삶의 만족

경, 구조, 과정, 기능, 대처, 건강행위영역을 보려고 하였다. Lapp등(1991)은 가족의 조직, 이웃의 환경, 가족의 건강, 사회적 재정적 원천, 생활양식의 영역을 보고 Anderson과 Tomlinson(1992)은 상호작용과정, 발달과정, 대처과정, 통합과정, 건강과정영역에 초점을 두고 있다(표 3). 이들 영역에 속한 개념들을 검토해보면 위의 4가지의 이론들이 병합되어 있음을 확인할 수가 있다.

병합적인 이론적 접근이나 체계론적 접근이나 가족간호에서는 가족을 개인구성원의 배경 또는

맥락적인 측면 (family as context)에서 보는 것이 아니라 하나의 간호단위 또는 대상 (family as client)으로 보는 입장이 명백해져가는 경향이다(Clemen, Eigsti, 와 McGuire, 1981; Facett와 Whall, 1988; Gills, 1991).

그러나 간호학의 문헌에서 제시된 영역들을 보면 몇가지 문제제기를 하지 않을 수 없다. 첫째는 이미 각 이론의 개괄적인 설명에서 나타난 바와같이 발달이론이나 상호작용론은 가족체계안에 가족구성원들의 관계에 초점을 둬므로 해서 환경과

참 고 문 헌

외부체계를 소홀히 다룬 것이 한계점이라는 점이 다. 둘째는 “첫번째와 같은 문제가 있어서 4가지 이론을 병합할때의 문제는 무엇인가?”를 신중하게 검토해야 할 것이다. 개별학문에서 여러개의 이론을 병합하는 것은 여러가지 방법으로 관심현상(여기서는 가족건강)을 다양하게 탐색케하고 이해를 증진시킬 수 있다(Facett, 1984). 그러나 특정한 이론들로부터 도출된 개념들과 명제를 서로 상반되는 이론의 개념들과 명제와 함께 병합하여 하나의 이론으로 이용할 수는 없다(Stevens, 1981). 이에 가족간호의 이론적 접근에서는 상징적 상호작용론과 구조기능론의 병합은 행위 형성의 관점이 다르므로 병합하기 어렵다고 생각된다. 가족간호를 위한 이론적 접근은 발달론과 상호작용론의 한계를 넘어서면서 가족과 가족구성원간의 관계와 가족구성원의 이인관계는 물론 사회체계와의 관계까지를 거시적으로 조망케하는 체계론적 관점의 병합이 유용하다고 본다. 하지만 세이론을 병합할 때는 간과되기 쉬운 측면이 있다. 이것은 가족과 가족구성원개인간의 상호작용 과정이다. 이런측면을 보완하기 위해서는 가족건강수준과 개인의 건강수준에 영향을 미치는 과정은 상징적 상호작용주의적 접근이 유용하며 가족간호의 실무나 연구에 많은 실마리를 제공할 것으로 생각된다.

끝으로 가족간호실무와 연구의 역사가 개별적인 환자간호와 이에 관한 연구의 역사보다 짧아 학문적인 체계성이 미흡하다. 그러나 우리나라는 물론 세계적으로 보건의료의 서비스는 건강증진측면이 강조될 것이며 보건의료시설보다는 지역사회로, 가족을 단위로 제공될 전망이다. 이에 가족간호의 사회적인 요구와 유용성은 전통적인 간호와 함께 높아질 것이다. 이를 위해서는 앞으로 간호교육과정내에서 가족간호의 영역이 보다 확고해야 할 것이며 중단연구와 다양한 질적방법론을 통한 간호학적 탐구가 계속되어야 할 것이다. ▣

*본문에서 인용된 내용중 참고문헌에 밝히지 않은 저자는 이차 인용이므로 참고문헌에 있는 Gillis등, Anderson과 Tomlinson, 조지리처(최재현역)의 원문을 참고하기 바람.

김영임, 윤순녕, 홍경자. (1994). 가족간호학, 서울 : 방송통신대학교, 293-300.

이경식. (1971). 보건간호원론, 서울:대학간호협회

루드비히 폰 버틀란피(현 승일 역). (1968). 일반체계 이론, 서울:민음사

* 조지 리처(최 재현역). (1983). 현대사회학이론. 서울:영문출판사.

* Anderson, K. H., & Tomlinson, P.S. (1992). The family health system as an emerging paradigmatic view for nursing. Image, 24(1), 57-64

Battjes, R. (1984). Symbolic interaction theory: A perspective on drug abuse and its treatment. The International Journal of the Addictions, 19(6), 675-688.

Blumer, H. (1969). The methodological position of symbolic interactionism: Perspective and method. Englewood Cliffs, NJ: Prentice

Bomar, P. J. (1989), Nurses and family health promotion: Concepts, assessment, and interventions, Baltimore: Williams & Wilkins.

Clemen, S. A., Eigsti, D.G., & McGuire, S. L (1981). Comprehensive family and community health nursing. New York: McGraw-Hill Book, 133

* Gillis, C. L., Highley, B. L., Riberts, B. M. & Martinson, I. M. (1989). Toward a science of family nursing, Meno Park, California Addison-Wesley, 9-36.

Holaday, B. (1981). Maternal response to their chronically ill infants attachment behavior for crying. Nursing Research, 30, 343-348.

Murphy, S. (1986). Family study and family science. Image, 18, 170-174

Lapp, C. A., Diemert, C. A., & Enestvedt, R. (1991). Family based practice: Discussion of a tool merging assessment with intervention. In Karen A. Saucier (Ed). Perspectives in family and community health. St. Louis: Mosby, 305-310.

Parsons, T., & Shils, E, A, (1951). Toward a general theory of action. Cambridge, Mass : Univrsity Press.

Reutter, L. (1984). Family health assessment-an intergrated approach. Journal of Advanced Nursing, 9(4) :391-399.

Schroeder, M. A. (1981). Symbolic interactionism: A conceptual framework useful for nurses working with obese persons. Image, October, 78-81.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1988). Community

health nursing. St. Louis: C. V. Mosby, 352-386.

Walsch, F. (1982). Conceptualization of normal family functioning. In F. Walsh (Ed.), Normal family process. New York: Guilford Press.