

가족간호과정 적용에 관한 사례 연구

김 애 숙*

I 서 론

산업이 발달하고 경제구조가 복잡해짐에 따라 가족구조가 핵가족화 되고 사회구조와 기능은 개인의 능력과 조직의 생산성 향상에 초점을 맞추며, 가족과 가족내에서의 개인의 역할과 기능의 중요성은 무시하면서 발달 하였다.

그러나 이러한 사회구조 속에서 개개인이 가지고 있는 많은 문제들은 해결하기 어려운 상황에 접하게 되었으며 이것은 과거의 가족중심의 사회 속에서 이루어져 왔던 정서적, 육체적 지지기반으로서의 가족의 역할과 기능의 중요성을 다시 인식하게 되었다. 또한 생활양식의 변화와 인구의 고령화에 따른 만성퇴행성질환, 정신질환, 장애인의 증가는 개인을 중시하던 보건의료부문에서도 가족중심의 접근의 필요성이 강조되었다(김영임의 1994). 과거로 부터 우리나라 공중보건사업에서 중요시 되었던 모자보건 사업, 가족계획사업, 결핵사업 등은 특수 연령 집단이나 특별한 건강 문제를 가진 개인으로만 인식하여 사업이 이루어져 왔고 건강을 유지증진 시키는데 있어서 한 단위로서의 가족과 가족간호의 개념적 접근이 이루어 지지 않았으며 이것은 가족간호를 수행하는데 있어서 많은 어려움과 혼돈을 가져왔다(김화중, 1991).

지역사회에서의 보건 사업을 수행함에 있어서

가족을 기초단위로 하여 가족 건강문제를 분석해결하기 위한 과학적인 방법을 사용하는 지식과 실천에 적용할 수 있는 능력을 필요로 하게 되었다.

따라서 본 연구자는 지역방문 보건 사업을 수행 하면서 관찰한 가족들을 대상으로 가족간호과정을 적용해 보고 가족 간호과정의 각 단계별 특성과 관련요인의 발현 빈도를 확인해 봄으로써 가족간호과정의 각 단계별 타당성 확인의 자료를 제시하고 보건 간호사들에게 가족간호에 대한 이해와 접근성을 높이고자 한다.

II. 이론적 배경

1. 가족간호

가족간호란 역동적이고 순환적인 가족을 대상으로 간호과정을 적용하는 일련의 역동적, 과학적, 체계적 접근이며 적절한 가족기능화를 촉진하는것을 목적으로 한다. 가족간호의 학문적 배경은 가족관련 사회과학 이론과 간호이론의 통합이다. 가족관계와 기능에 관심을 두는 구조-기능론적 접근, 가족의 질적 양적 변화와 안정추구에 관심을 두는 발달론적 접근, 가족을 전체로 보고 구성 요인을 하부체계로 보는 체계론적 접근의 사회과학이론을 간호이론에 통합시키고 있

* 한국방송대학교 김영임 교수의 지도로 작성
** 하남시보건소 근무, 방송대 간호학과 4년

으며, 가족간호의 실제에 있있는 한가지 이상의 접근 방법이 복합적으로 사용된다.

가족간호의 범위는 가족내의 각 개인과 관계를 가지고 대상자로서 각 개인을 다루는 개인중심 가족간호, 대인관계에 중점을 두는 대인관계 가족간호, 가족전체를 대상자로 보는 전체로써의 가족간호를 범위로 하고 있으며 가족간호의 대상, 내용, 행위, 목표간의 개념설정과 이들간의 관계를 명확히 하므로써 학문 단위로써 가족에 대한 접근이 가능해진다.

가족간호의 목표는 가족간호의 범위에 따라 분류 될 수 있으나 가족간호의 범위를 통합하여 보면 가족 구성원의 적정기능 수준 향상, 즉 건강증진과 유지를 위한 과학적 실천이라 할 수 있다.

2. 가족간호과정

가족의 건강사정 - 건강문제에 관한 자료수집은 간호 사정의 기본적인 단계이다. 간호 사정은 가족건강의 상태나 조건에 관한 자료를 계속적이고 순서적으로 정확히 수집하여 분석하고 해석 하는 것이다.

자료 수집 방법으로는 각종 이론을 바탕으로 한 도구들을 개발하여 사용하고 있으며 체계론적인 관점으로 우리나라 사회문화적인 특성에 맞는 지표 또는 변수를 이용하여 개발한 사정지침서를 사용하기도 하고 지역사회 보건소에서는 가정건강 관리 기록부를 사용하고 있다.

가족간호진단 - 가족에 대한 자료수집 후에는 수집된 자료를 가지고 간호 진단을 내린다. 현존하거나 잠재적인 가족의 건강 문제를 찾아내고 이 문제를 야기시킨 원인 또는 유발요인을 규명하여 간호중재가 가능하도록 한다. 수집된 자료간의 관계를 분석하고 행위의 양상을 파악 할 수 있도록 자료를 관련 지운다.

진단명으로는 북미 간호 진단 협회에서 분류한 가족 대처 장애(불능, 위약, 잠재성 성장), 건강 추구행위, 비효율적 개인대처 (비효율적 적응장애, 적응장애, 의사결정 갈등, 방어적 대처 비효율적 부정, 불이행)와 관계형성 양상에서 비효

율적 가족기능, 역할 수행장애, 부모역할 갈등, 부모 역할 장애, 사회적 상호작용 장애, 사회적 고립감이 있으며, 또한 의사소통장애, 가정관리 유지 장애 등이 포함되며 가족구성원의 간호진단과 중재를 개별화 할 필요가 있을 때는 개인을 대상으로한 간호진단의 활용도 가능하다.

가족간호계획 - 간호진단이 내려 지면 가족이 구체적 성과를 이룰 수 있도록 간호활동을 결정하는 단계이다. 문제 해결을 위해서 가족과 간호사가 함께 목표를 설정하고 가족 스스로 다룰 수 있는 문제와 간호사의 중재가 필요한 타기관이나 단체에 의뢰 해야 할 문제를 분류한다. 계획 단계에서 문제 해결과 의사결정을 위한 접근 방법으로는 총체적 접근, 계약, 검토하는 방법이 있다.

가족간호중재 - 간호진단에 따라 간호활동을 실천에 옮기는 단계로써 가족 구성원과 가족의 변화를 초점으로 하고 가족의 전반적인 기능의 향상과 건강증진 질병이나 불구의 예방을 위해 스스로의 능력과 자율성 및 자기 경각심을 강화 시키려는 단계이다. 중재 방법으로는 가족생활환을 통해 가족들이 경험 할 수 있는 문제들을 예측하여 이에 대처할 수 있는 능력들을 키워주는 예측적인 안내, 건강상담, 보건교육이 있으며 또한 간호사가 전문적인 기술로 제공하는 직접적인 간호제공, 복합적인 건강 문제나 위기시에 여러 전문인이나 타기관의 도움을 필요로 할때 하는 의뢰 활동 및 가족의 자원 강화와 스트레스 관리가 있다. 가족단위의 효과적인 스트레스 관리로는 문제해결 재인식, 갈등해소, 역할분담, 의사소통전략, 시간관리, 친밀감, 가족중심성 또는 명상, 유머 등이 있다.

가족간호평가 - 이미 설정된 목적과 목표가 어느정도 성취 되었는가를 측정하는 단계로써 가족참여의 효과, 중재 방법의 효과 등의 달성 정도를 파악 한다. 가족평가는 가족간호계획 수립 시 부터 계획되어져 각 단계 마다 계속적으로 이루어 진다. 가족 전체 변화인 가족의 결속력이나 책임의 공유 가족구성원 개개인의 불만과 변화된 역할의 만족 등의 사회 심리적 변수는 질문을

통해 평가하거나 구성원간의 상호 작용을 관찰하여 평가할 수 있다. 또한 신뢰도와 타당도가 검증된 설문지를 사용할 수 있다.

III. 연구방법

지역사회의 방문 보건 사업을 수행하면서 만성질환 등을 앓고 있는 환자와 환자의 가족 10 가족을 대상으로 관찰한 사례 연구를 하였다. 연구자가 직접 가정방문, 전화 등으로 가족 및 환자를 면담 관찰 기록 하였고, 연구 자료로는 관찰기록한 시민 건강관리 기록부와 사정시 보건소에서 사용하고 있는 가족 건강기록부와 가

족건강 사정도구의 사정 지침서의 내용중 가족의 구조, 과정요소, 대처기능 부분에 대한 설문내용을 가족간호과정을 적용 연구 하였다. 간호과정의 적용은 NANDA의 진단 분류에 따랐다.

IV. 연구결과 및 고찰

1. 사례가족의 일반적 특성은 발달주기와 가족유형별로 구분 하였다.

발달 주기별로 보았을때 청소년기 가족과 노년기 가족이 각각 3가구로 많았으며 가족 유형별로는 2세대 부부가족 4가구, 1세대 및 3세대 부부가족이 각각 3가구 였다.

표 1. 사례 가족의 일반적 특성

발달주기		가족유형		1세대 부부	2세대 부부	3세대 부부	계
결혼	혼	부부	부부				
양육	양육	전년	전년				
학령	학령	청소	청소		3	1	1
청년	청년	수년	수년	1	1		3
중년	중년	년	년			2	2
노년	노년	년	년	3			3
계		계		3	4	3	10

2. 사례 가족의 질병력 및 문제

사례 가족 구성원들이 갖고 있는 질환 및 문제는 표2와 같다.

즉 결핵등 질병을 앓고 있는 구성원이 있는 가족이 7가족, 자녀 등 구성원의 가출이 있는 가족이 2가족, 질병과 문제가 중복되는 가족이 1가족이었다.

표 2. 사례 가족구성원의 질병문제 및 문제

위암	식도암	위장계 질환	고혈압	결핵	자녀의 반복되는 가출이 있는 가족	아내의 가출이 있는 가족	우울의 문제가 있는 가족
2가족*	1가족	3가족**	1가족*	2가족*	1가족	1가족	1가족**

* 가족 구성원 2명이 각각 질환을 갖고 있는 가족

** 질병과 문제가 중복되는 가족

3. 대상 가족의 가계도 및 특성

가족건강 사정 단계에서는 처음 방문하여 설문지에 의한 자료 수집은 주거 환경요소 및 건강

문제와 대처 방법등은 쉽게 파악 할 수 있었으나, 가족의 건강 수준을 파악 하는 적용 양상이나 개인적 자율성과 통합성, 타인과의 관계 등은 파악 하기 어려웠다. 3~4회 이상 가족구성원 전

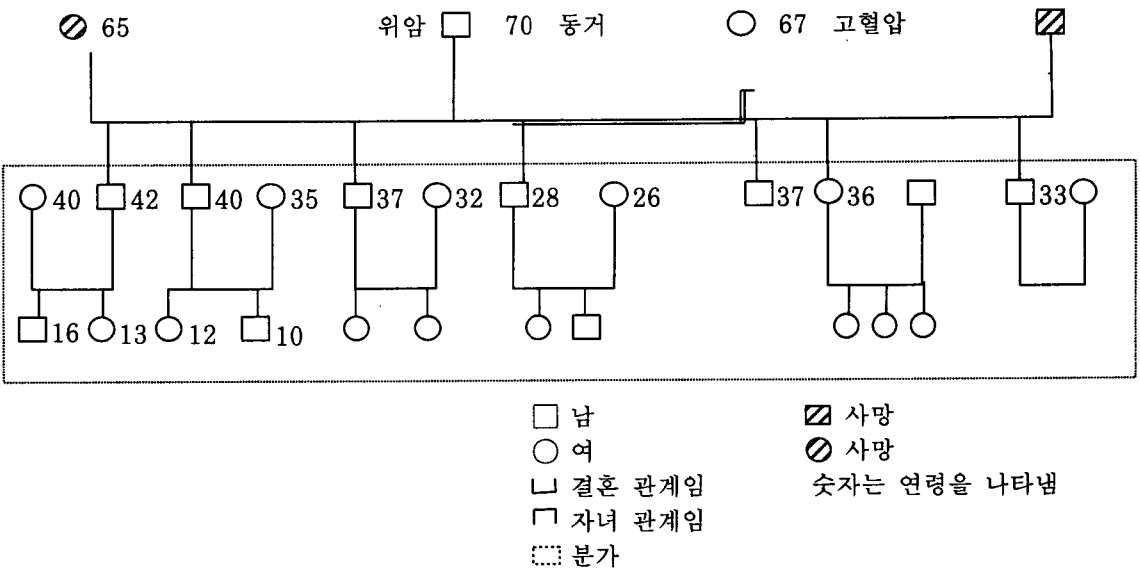
부를 개별적 또는 함께 만나 상담을 함으로써 간호사의 이해 수준에 따라 가족의 분위기와 애정, 가족의 통합하는 능력 등을 부분적으로 파악 가능 했다.

사정 단계에서의 간호사 가족간의 인간관계 형성이 앞으로 가족 간호가 계속 될것 인지에 중대한 영향을 미친다. 이는 간호사의 태도에 따라 좌우되고, 가족의 사회적 경제적 수준이 너무 낮거나 전염성 질환을 가졌을 때는 처음에는 비협조적이었으나, 간호가 진전될 수록 의존적 경향을 나타내고 생명에 심각한 영향을 미치지 않고 생리적 질병이 아닌 정서적, 심리적, 정신적인 문

제를 가진 가족 구성원이 있을 경우 인간 관계 형성이 어려웠다. 본 연구의 사례에서 그러 했다. 각 사례별 사정 내용의 요약 및 가계도는 그림 1과 같다.

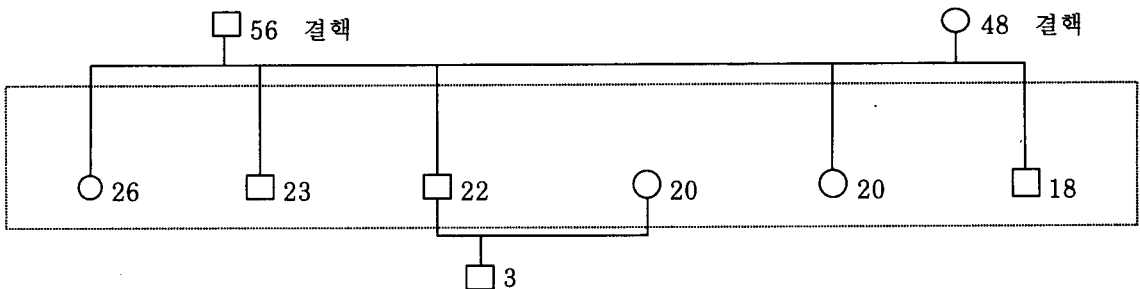
각 사례의 사정 요약 및 가계도

사례 1 : 2년전부터 동거하는 노년기 부부 가족으로 남편이 위암으로 위 절제술을 받았으며 부인은 고혈압인줄 알면서도 적절한 치료를 받지 않고 있었다. 다른가족(특히 부인의 자녀들)으로 부터 경제적, 정서적 지지가 부족했고 그들의 건강 문제에 적절히 대처 하지 못하고 있었다.



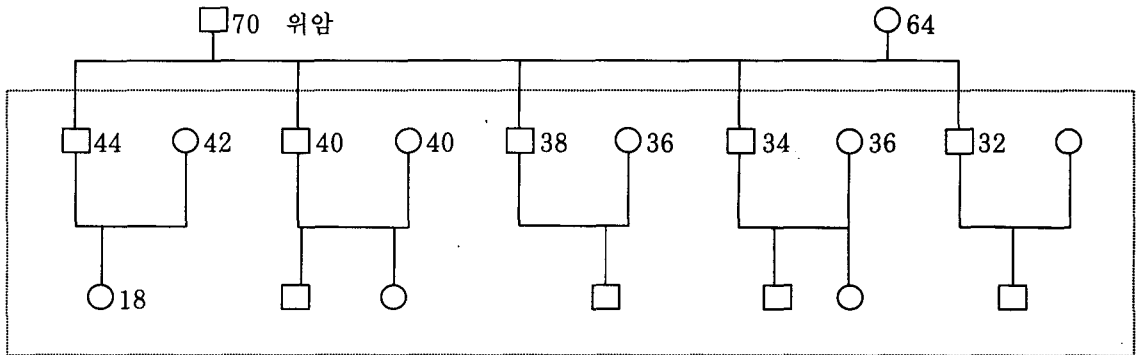
사례 2 : 중년기 부부가족으로 부부 모두 결핵, 남편은 알콜중독 증세와 간 비대증, 척추만곡 증 등의 질환을 갖고 있었으며, 부인은 10여년전 결핵 치료를 중단한 균 양성 환자 였다. 남편은 일정한 직업이 없었으며 생계는 부인의 막노동

에 의하여 해결 했으며 부부사이에 말 다툼이나 냉전 상태가 반복적으로 지속 되는 가정 이었으며 자녀 5명 모두가 가출한 가족의 기능이 파괴 되고 이웃과도 왕래가 없는 사회적 고립의 상태 였다.



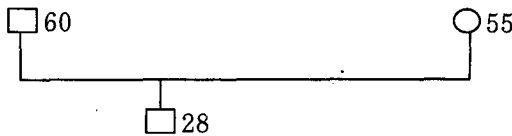
사례 3 : 노인 부부가족으로 남편이 위암의 건강문제로 식사를 전혀 하지 못하고 부인은 남편 사망과(3개월후 사망 하였음) 관련하여 무서움과

외로움, 두려운 마음에 출가한 자녀들(4명)을 원망하고 있었다.



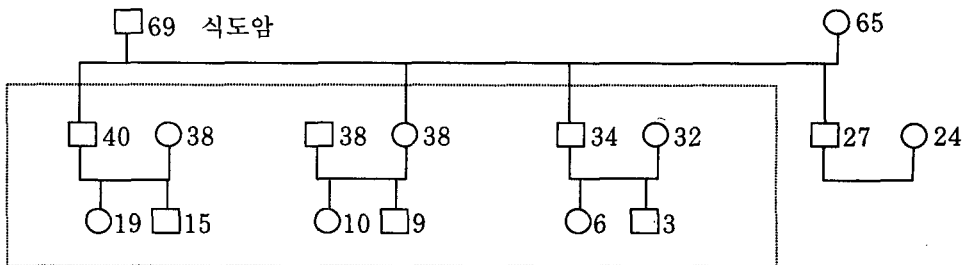
사례 4 : 2세대 진수기 부부가족으로 남편과 자녀가 잦은 기침과 객담으로 결핵이 의심되니 도와달라는 부인의 요청이 있었으며, 남편과 자

녀(28세)가 일정한 직업이 없었으며 보건소의 가정방문 전화 등을 거부 했다.



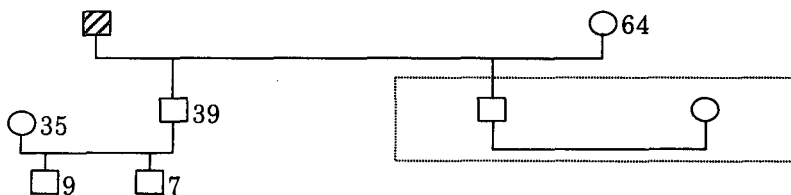
사례 5 : 노년기 부부 가족으로 남편이 식도암으로 거의 식사를 하지 못하고 있었으며 통증으로 수면 곤란을 호소했다. 부인은 자녀의 결혼식

(방문당시 1주일후)전에 남편이 먹지 못함으로 인해 사망 할까봐 몹시 불안해 하고 있었다.



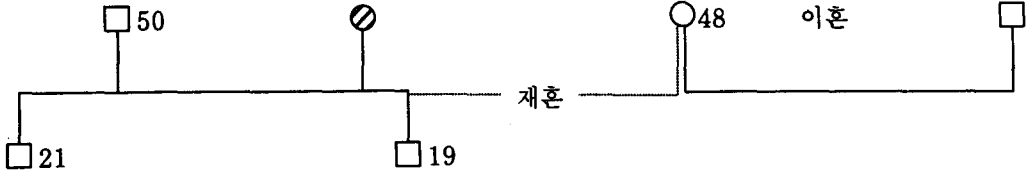
사례 6 : 3세대 부부가족으로 학령기 아동과 혼자된 노인 할머니가 있었으며 할머니는 소화

곤란으로 소화제를 상용하고 있었으며, 주 호소 내용은 할머니의 소화곤란이었다.



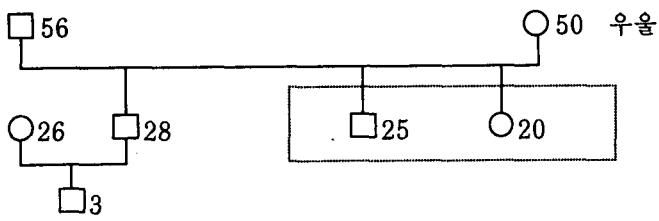
사례 7 : 2세대 부부 가족유형의 중년기 가족으로 아내는 반복되는 알콜섭취로 소화제를 상용하고 소화곤란을 호소했으며 자녀들의 친모가

아님으로 자녀와 의사소통이 잘 되지 않고 겉으로 서로 무관심 하게 지내고 있다고 이웃에 의해 알게 되었다.



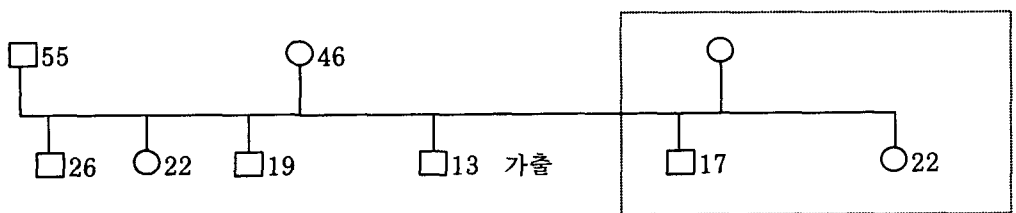
사례 8 : 3세대 부부가족으로 자녀출산기와 중년기가 복합되어 있는 가족으로 갱년기 아내의 우울, 소화곤란, 나른함, 만성적인 피로감, 두

통 등을 호소했으며, 소화제와 진통제를 상용하고 남편이 무관심하다고 불만하였다.



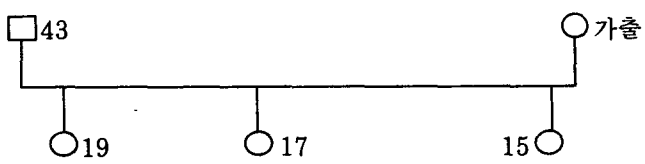
사례 9 : 2세대 부부가족으로 청소년기의 발달주기에 있는 가족으로 국민학교 6학년 자녀(남편이 다른 여자에게서 낳아 데리고옴)의 반복적이고 습관적으로 가출하는 자녀가 있었으며 이

로 인한 부부간의 갈등이 반복되고 아내는 심장병이 악화 된다고 불평하고, 습참과 호흡곤란을 호소했다.



사례 10 : 2세대 부부가족으로 청소년기 발달주기에 있는 가족으로 계속되는 가난과 부부갈등으로 아내가 집을 나갔으며 이로 인한 가족의 기능이 파괴 되는 위기를 맞고 있었으며 남편은

결핵으로 막노동의 현장에서 심한 일을 할수 없어 쉬고 있었다. 집안의 환경은 지저분 하고 방 1개에 4명(자녀3명)이 함께 거주하고 있었다.



4. 사례별 간호과정 적용

1) 진단

가족간호 진단별 사용 빈도를 보면 가족의 대처장애 : 8회, 의사소통장애, 역할갈등, 비효율적 개인대처, 사회적관계장애, 예견되는 비통감이 각각 2회, 가정관리 유지장애가 1회로 나타났다. 가족의 대처 기능장애의 진단 빈도가 많이 나타난 것은 자료수집 단계에서 진단별 관련요인을 파악하기 어렵고, 가족간호진단이 다양하지 못함과 사례 연구수가 적어서 그러할 수도 있다.

2) 계획

간호계획 수립시 8례에 간호제공자가 일방적으로 계획하고 수행 함으로써 가족의 책임 부분이 명확히 구분되지 못했고 2례에서는 가족의 이해와 협조가 반드시 필요한 직접 간호 부분 등에서 부분적으로 협의하는 과정이 있었다.

3) 중재

가족간호 중재에 있어서 가족생활환을 통해 가족들이 경험 할 수 있는 문제에 대한 예측적 안내 및 교육, 직접간호 제공 등은 쉽게 수행할 수 있었으며, 간호대상인 가족들은 가족사정을 위한 질문이나 예측적 안내와 교육 등에서는 간호를 받는다는 인식이 없었고, 물리적으로 눈에 보이는 직접간호 부분에서만 관심이 있었다.

의뢰 활동은 진료의뢰가 전부였고 의뢰 내용을 발견하여 계획을 세우긴 했으나 마땅히 의뢰할 기관이나 시설, 인력 등에 대한 정보도 없었고, 의뢰하기 위해 가족의 동의를 받는 과정에서 가족에게 거부당하기도 한 사례가 1례였다.

가족의 자원 강화는 2례에서 수행 되었으며 가족의 경제적 물리적 인적 도움을 받았다. 1례에서는 가출한 자녀들로부터 100만원의 밀린 의료보험료를 지원받았고, 1례에서는 죽음을 앞두고 3개월 동안 출가한 자녀들(4명)이 교대로 부모를 방문하는 등으로 노인 부부에서의 공간적인 무서움과 외로움을 해결할 수 있었고 정서적, 심리적으로 안정을 얻을 수 있었다.

간호현장이 대부분 가정이므로 개인적인 스트

레스 관리로 많이 활용되는 이완요법, 회상요법, 음악요법, 바이오피드백은 사용되지 않았다.

가족단위의 재인식이나 갈등해소, 역할 분담 등은 가족사정 면담 및 전화 상담으로 4례에서 수행 또는 계획되었으나 갈등해소 역할분담은 가족의 이해와 협조가 없으면 중재 하기 어려운 부분 이었다.

4) 평가

가족간호 평가 단계에서는 평가방법과 시기는 간호계획단계에서 평가 시기와 회수, 간격이 정해져야 한다.

본 연구에서도 모든 사례에서 평가 계획은 간호계획 수립단계에서 계획 되었으나 평가 시기는 8례에서 최종평가1회였으며, 2례에서는 중재 방법의 효과를 검증하는 중간평가2회와 최종평가가 실시 되었다. 평가시기가 간호상황의 끝에 실시 됨으로 가족체제로 되돌림 되기 어렵고, 또한 이 부분에 대해 가족이나 간호사의 관심이 부족했다.

내용에 있어서는 2례에서 가족의 자원강화 부분과 직접간호제공에 대한 부분에서는 쉽게 평가 할 수 있었고 그 결과는 가족 체제로 되돌려져 지속적인 자원으로 가족이 활용할 수 있었다.

그외 가족의 결속력 강화나, 심리적인 불안 변화된 역할의 만족등의 사회심리적인 변수는 가족구성원의 호소내용이나 건강문제에 대처하는 행동을 관찰 하는 등으로 간호사의 주관적 판단으로 실시 되었다.

평가에 있어서 담당간호사 개인이 단독으로 실시하므로 간호과정의 진행에서 부족한 부분을 검토하는 것이 어렵고, 간호 수행에 대한 평가나 평가체계가 없어 간호가 올바르게 수행되었는지 확인 할 수 없었다.

지역사회 대부분의 간호가 팀으로 접근하지 못하고 가족의 건강문제는 응급을 요하는 상황이 아닌 만성퇴행성 질환과 잘못된 생활습관, 가족생활환의 경험 할 수 있는 예측되는 문제들, 그의 사회적인 문제라 할 수 있는 가난과 알콜과잉 섭취, 약물의 남용, 청소년의 비행 행동등으로

가족의 기능이 해체되는등의 위기를 경험 하는 가족들을 만나게 된다. 따라서 지역사회 간호는 수개월 이상 진행되고 간호상황의 끝도 분명

하지 않음으로써 담당 간호사의 능력과 의지, 가족의 태도에 따라 가족간호가 중단 되기도 한다 각 간호과정별 요약은 표 3과 같다.

표 3. 단계별 간호과정

사 례	간 호 사 정			가 족 간 호 진 단	가족간호계획 및 중재	가 족 간 호 평 가
	가족유형/ 생활주기/ 가구원수	주관적 자료	객관적 자료			
1	1세대부부/ 노년기/2	소화 좀 잘되게 나 를 낮게 해주시오 자녀들이 자주오지 않는다고 불평함	남편:위암 부인:고혈압 고혈압치료를 받지않음	가족의 대처기능:불능	진료의뢰 가족사정 직접간호제공 가족교육	호전되지 않는 소 화곤란을 여전히 호소함. 고혈압치료를 받음
2	3세대부부/ 중년기 부부/3(손 자1)	우리 건강 우리가 알아서 할테니 간섭 마시오 자녀모두 가출했음 (부인에 의함) 소화가 안돼요(남 편)	부부:결핵 치료받지 않고 있음 알콜중독중재, 간비대증,척추 만곡증-남편 의료보험없음	가족의 대처기능:불능 사회적 관계장애(사회 적 고립) 의사소통장애	진료의뢰 가족사정 건강상담 가족교육 가족의 자원강 화	결핵치료중 의료보험해결 남편이 직업을 가 짐
3	1세대부부/ 노인부부/2	출가한 자녀들에 대 한 불만 남편의 사망과 관련 하여 무서움과 두려 움 표현	남편:위암	가족의 대처기능:위약 예견되는 비통감	계속적가족사 정 직접간호제공 가족자원강화	출가한 자녀들이 교대로 부모를 방 문해주어 위로가 된다고 함
4	2세대부부/ 진수기/3	남편과 아들이 기침 과 가래가 많은데 치료를 받지 않아요 (부인에 의함) 내 건강 내 알아서 할테니 염려마시오 (아들)	기침,가래벨는 소리가 들기싫 어요(옆집 아 주머니에 의 함)	비효율적 개인대처 사회적 관계장애(고립) 의사소통장애	가족사정 진료의뢰	2회 면담후 중단 되었음 가족의 거부(아버 지와 자녀)
5	1세대부부/ 노년기/2	삼키기 어려워요(남 편) 아프지만 않으면 살 것 같아요(남편)	남편:식도암	가족의 대처기능:위약	진료의뢰 직접간호제공 가족사정 통증조절	수액보충(의사의 처방) 통증조절로 집밖 을 다닐 수 있어 다.
6	3세대부부/ 학령기/5	할머니:나는 소화가 되지 않아 늘 소화 제를 먹어요 약 10년전부터 먹어 왔어요 건강진단을 받았으 나 이상이 없대요	고부간의 갈등 이 있음(이웃 에 의함) 머느리의 무관 심을 늘 불평 한다고함(이웃 에 의함) 십이지장궤양	가족의대처기능:위약	가족사정	중단되었음.

7	2세대부부/ 청소년기/4	부인-나는 늘 술을 마셔요. 자녀고 남 편이 소용 없어요 소화가 되지 않아 술만 먹고 소화제 먹고 그렇게 살아요	알콜성위염 남편과 5년전 재혼 아이들과 관계가 좋지않 음(이웃에 의 함) 주3~5회 과음	가족대처기능:위약 부모역할갈등	가족사정 생활발달주기에 따른 예측 적안내(청소년 및 중년기의 신체, 사회, 심 리적 특성등) 교육, 상담, 재 인식	친모가 아닌 자녀 와의 관계에서 정 서적, 감정적 이질 감에 대해 재인하 게 됨
8	3세대부부/ 자녀출산기 중년기/6	할머니-매일소화제 먹어요 두통, 우울, 나른함 호소 남편의 무관심을 불 평	갱년기 증후에 대한 이해부족 소화제, 진통제 사용(머느리에 의함)	비효율적 개인대처: 적응장애 역할갈등	가족사정 생활발달주기에 따른 예측 적 안내(영유 아의 발달을 돕는 적절한 방법 안내 및 중년기 특성) 재인식	머리가 덜 아프다 고 말함. 나만이 겪는 일이 아니라 위로가 된 다함.
9	2세대부부/ 청소년기/6	아내-막내 때문에 속상해요 가슴차고 가슴이 답답 해요	막내(국교6)의 반복 되는 가 출 과거 심장병 진단을 받은 경험이 있음	부모역할갈등 가족의 대처기능:불능	가족사정 전문가에게 의 뢰 갈등해소	가족의 거부로 중 단 되었음
10	2세대부부/ 청소년기/4	남편-우리집 사람은 없어요	남편-결핵 아내의 가출 가정환경이 지 저분 하고 정 리 되지 못함	가족의 대처기능:불능 가정관리유지 장애	가족사정 역할분담	중단되었음

V. 요약 및 결론

본 연구는 지역사회 보건소에서 방문보건 사업을 수행 하면서 만나는 가족중 10가족을 대상으로 가족간호과정을 적용 연구 하였다.

즉 간호과정의 사정, 진단, 계획, 중재, 평가단계의 특성과 관련요인을 가족에게 적용하는 사례 연구를 하였다.

연구도구로는 본 연구자가 94년 11월~95년 8월 기간중 보건소에서 방문보건사업을 수행하고 관찰 기록한 시민건강관리 기록부와 사정도구로 사용된 가족건강기록부(부록1)와 사정지침서 내용중 가족기능, 과정, 대처 요소의 설문내용을 중심으로 가족간호과정을 적용 연구 분석하였다.

본 연구 결과는 아래와 같다.

1) 사례별 가족의 유형과 생활발달주기, 가계도는 표 1, 표 2,3과 같다.

2) 가족구성원이 갖고 있는 질환은 위암 2례, 위장계질환 2례, 결핵 2례의 3명, 식도암, 고혈압이 각각 1례였고, 그의 자녀의 가출과 아내의 가출이 있는 가족이 각각 1례 였다.

3) 가족건강 사정은 주거환경 요소 및 개인의 건강 문제는 파악하기 쉬우나 가족기능의 건강수준을 파악하는 적용양상, 개인적 자율성과 통합성, 타인과의 관계등은 파악하기 어려웠다.

4) 가족간호 진단은 가족대처장애가 편중 사용되었으며, 이는 자료수집 단계에서 진단별 관련요인 파악이 어렵고, 진단이 다양하지 못하며 사례수가 적기 때문으로 해석할 수 있다.

5) 가족간호 계획 단계에서는 간호사가 일방적으로 계획을 수립함으로써 가족의 책임부분이 구분되지 않았다.

6) 가족간호중재 단계에서는 가족생활을 통해 예측되는 문제에 대한 안내 및 교육, 건강상담, 가족사정 부분에 대해서는 쉽게 수행할 수 있었으나, 가족들이 간호를 받는다는 인식이 없었고, 직접간호 제공으로서 눈에 보이고 생리적이고 물리적인 부분에 대해서만 관심이 있었다. 가족간호사의 역할로써 의뢰 활동은 중요한 역할임에도 불구하고 마땅히 의뢰할 기관이나 시설 인력 등에 대한 정보가 없었다.

7) 가족간호 평가단계에서는 평가시기와 회수가 대부분 간호끝 상황의 1~2회로 나타났으며 이는 가족체제로 되돌림 되기 어렵고, 간호과정의 진행상 부족한 부분에 대해 검토할 수 없었다. 평가 방법에 있어서는 사회 심리적인 변수에 대해서는 대부분 담당간호사의 주관적 판단으로 실시되었으며, 간호수행에 대한 평가체계가 없으므로 간호가 올바르게 수행 되었는지 확인 할 수 없었다.

결론적으로 지역사회내의 가족들은 임상분야의 간호상황과 많이 다르다. 임상 영역에서는 건강문제를 가진 개인이 보건의료기관을 찾아오므로 시간적 공간적 접근이 쉬우나, 지역사회의 대부분의 보건상황에서는 사업을 수행하기 위해서는 대상자를 발견하고 그들의 잠재적인 의료욕구를 찾아내어 접근해야 하며 시간적으로도 장기간 지역사회에 지속 되므로 상당한 어려움이 있다. 저항적이고 무력하고 스스로 자기 건강 문

제를 소외시키고 포기하는 가족들을 만났을 때에는 감당하기가 더욱 어려워진다.

그러나 지역사회 현장에서 가족을 한 단위로 인식하고 접근하는 가족간호가 보다 효과적이며 가족의 건강유지 증진이 우리가 살고 있는 사회의 건강 유지 증진과 직결되고 가족이 사회의 기본 단위로써의 사회제도임을 감안 한다면 전문직 간호사는 가족기능, 가족체계, 가족구성원간의 상호작용 등의 가족과 관련된 이론에 대한 지식을 쌓고 이러한 가족관련 이론과 간호를 통합하여 과학적인 방법으로 가족간호를 수행할 수 있어야 한다.

한편 간호 대상인 가족은 가족구성원 개개인 은 물론 가족전체로써의 건강을 유지 증진하기 위해 가족건강에 대한 역할에 대한 이해와 참여 의식이 함양 되어야 할 것이다.■

참 고 문 헌

- 김영임 외 2인. 가족간호학, 한국방송통신대학교, 1993
- 이은옥 외 6인. 간호진단과 중재, 서울대학교출판부, 1993.
- 김화중. 지역사회간호학, 수문사, 1991.
- 윤순녕. 한국에서의 가족간호연구 동향. 일본지바대학 국제학술대회 발표. 1993
- 이영희. 만성질환 노인이 있는 가족과 정상노인이 있는 가족의 가족 기능비교연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위 논문. 1987
- 의학교육연구원편 : 가정의학, 서울대학교 출판부, 1995 p11-46.