

ICNP의 후향적 개발방법에 의한 한국가족현상

윤순녕¹⁾ · 김현숙²⁾ · 권영숙³⁾ · 박경민⁴⁾ · 김화중⁵⁾ · 이지현⁶⁾ · 고영애⁷⁾
소애영⁸⁾ · 양순옥⁹⁾ · 전경자¹⁰⁾ · 이인숙¹¹⁾ · 김영임¹²⁾ · 김은희¹³⁾
김희걸¹⁴⁾ · 오진주¹⁵⁾ · 왕명자¹⁶⁾ · 김순례¹⁷⁾ · 강경숙¹⁸⁾

I. 서 론

가족은 개방체계로서, 혈연관계, 친척관계, 정서적 또는 합법적 관계로 맺어진 구성원들로 이루어진 사회의 기본단위로서 가족의 건강문제는 사회문화와 보건의료전달체계의 영향을 받으며, 간호실무의 초점이 된다. 국내의 간호교육과정에서 가족을 간호의 대상으로 접근한 것은 1970년대 말이다. 간호실무에서는 1985년 군단위 보건소의 보건사업에서 가족중심의 통합보건사업을 시작한 것이 계기가 되었다(김영임, 윤순녕, 홍경자, 1994). 도시 보건소의 경우 가족계획사업, 모성보건사업, 영유아 보건사업, 결핵관리사업 등의 단일 목적사업을 하면서 개인 또는 특정집단에 초점을 두어 보건사업을 수행하여 왔다. 1990년대에 들어서면서 점차 노인인구의 증가와 지역사회에서 재가 만성퇴행성질환자의 지속적 관리와 재가환자를 돌보는 가족 또는 가족구성원에 대한 교육이 중요한 간호의 내용으로 부각되었다. 제도적으로 가정간호사 제도(1990년)에 이어 병원 가정간호 2차 시범사업과 보건소 방문간호사업이 활성화되고 있다. 따라서 가족접근의 필요성이 강조되고 있다.

가족간호 연구는 미국에서 1970년 대에 가족이 간호학의 메타파라다임으로 인식되면서 연구의 수가 증가하였다(Gillis et. al., 1989). 국내간호계의 가족간호연구

분석(윤순녕, 1994)에 의하면 1970년대 말에 간호학회지에 한 편의 논문이 실렸으며 1980년대에 들어서 눈에 띄게 증가하였다고 하였다. 연구개념은 가족기능, 가족지지, 가족 스트레스, 가족역동, 가족의 대처방법, 가족의 불안 등이었다. 15편 중 5편이 지역사회에 있는 가족이었고, 10편은 병원에 입원한 가족의 문제였으며, 14편은 만성질환자가 있는 가족이 대상이었다. 이 분석에서 가족의 적응양상이나, 건강행위양상에 대한 종단적 연구와 우리의 문화적 맥락에서 독특한 가족구조와 과정의 변화로 이행하는데 유용한 질적 연구가 제안되었다.

간호교육과 간호실무 측면에서는 이용가능한 간호분류체계의 가족간호진단으로는 1973년 개발된 NANDA의 선택양상의 “비효과적 가족의 대처”에 3가지의 하부 진단명과 “의사소통장애”, “역할수행장애”, “가정관리 유지장애” 등 극히 소수의 제한적인 진단명이 있다. 그 외에 1975년부터 Omaha분류틀이나 1988년-1991년에 개발된 HHCC는 가정간호 실무에서의 자료를 기초로 개발되었으나 주로 재가 환자에 초점을 두었다(ANA, 1995).

우리나라 가족간호 연구에서 가족의 간호진단에 대한 규명은 매우 미흡한 실정이다. 기본 간호교육과정에서 가족간호에 대한 이론과 실습교육은 주로 지역사회 간호학에서 다루어지고 있으나 가족 간호진단에 대한 유용한 표준화된 분류체계는 없는 실정이다.

1)서울대학교 2)신홍대학 3)안산1대학 4)계명대학교 5) 서울대학교 6)고신대학교
7)적십자간호대학 8)원주대학 9)한림대학교 10)순천향대학교 11)서울대학교 12)한국방송대학교
13)국립의료원 간호대학 14)경원전문대학 15)단국대학교 16)경희대학교 간호대학 17)가톨릭대학교 18)전남과학대학

국제간호협회의(ICN)에서는 세계적으로 유용한 국제간호실무 분류체계(International Classification for Nursing Practice, ICNP)를 개발한 바 있다(ICN, 1996). 이 분류체계에서는 "간호진단"이라는 용어 대신에 "간호현상"이라는 용어를 사용하였고 각 현상별 특성을 구별하였다. 간호현상은 크게 인간, 환경으로 구분하였고 Alpha판은 환경현상 중 인간환경의 하부현상으로 가족, 지역사회, 사회로 구분하였다. 그리고 간호현상과 각 현상별 특성을 규명하는 방법을 구체적으로 제시하였다(ICN, 1998a). Beta판에서는 가족을 인간현상으로 분류하였고 인간현상을 개인과 집단으로 구분하였고, 집단은 다시 가족, 지역사회, 사회로 구분하였다(ICN, 1998b). 국내의 사회문화적 맥락을 배경으로 한 가족간호 교육이나 실무에 안내할 지침이나 틀이 부족한 현 시점에서 가족간호교육과 실무의 표준화와 가족간호연구를 위하여 가족간호현상 및 특성의 분류는 매우 필요한 실정이다.

이에 본 연구는 우리나라 가족간호이론과 실습에서 다루어지는 가족간호현상은 무엇인지를 규명하고자 한다. 이 연구결과는 ICNP의 가족간호현상 분류체계의 타당성 검증과 가족간호실무를 검증하기 위한 실증연구에 기초 자료로서 기여할 것이다.

II. 연구방법 및 절차

1989년 국제간호사회에서 제안된 ICNP는 3가지 방법 즉, 후향적 방법, 전향적 방법, 이 두가지를 병용한 방법을 제시하였다. 본 연구는 이 중에서 후향적 방법을 채택하여 다음과 같은 절차에 따라 진행되었다.

1. 연구방법

- 1) 자료 수집은 10개 간호대학의 지역사회실습 중 가족간호학 실습에서 제출한 학생들의 보고서에서 도출된 가족진단명을 자료로하여 15명의 교수가 써낸 각 3개의 현상과 각 현상별 5개의 특성을 기초로 하였다.
- 2) 17명의 연구자가 각 현상에 대한 특성을 분류하여 임시용어(preliminary term)를 찾아내었다.
- 3) 각 현상에 대한 특성의 선택 기준은 현상에 따라 선택된 각 특성에 0점에서 5점의 점수를 주어서 각 특성별 평균 점수를 산출하였다. 각 현상의 특성 중 약 3.5 이상의 점수가 되는 항목을 선정하여 각 현상에 대한 특성으로 포함시켰고, 일부 현상 중 3.5 이상의

평균 점수 항목이 적은 경우 3.0 이상을 포함시킨 경우도 있다. 다섯 차례의 이 과정을 거친 후 현상과 특성을 선택하였다.

- 4) 임시용어가 각 특성을 표현하는데 적합한지를 검토한 후 최종적으로 선택된 17개의 현상을 확정용어(preferred term)로 결정하였다.

2. 연구절차

지역사회 진단체계개발을 위한 연구기간은 97년 4월부터 99년 7월까지 2년 동안 20여 차례 모임을 거쳐, ICNP의 개발방법을 기초로 하여 가족간호진단과 특성에 대해 진단분류 작업 및 지속적인 토론을 하였다.

처음 진행과정은 지역사회에서 가족에 적합한 진단명을 개발하기 위하여 기존의 간호진단에 대한 문헌고찰과 가족간호진단에 대한 비교를 위해 ICNP, Omaha, NIC, HHCC 에 대해 8회에 걸쳐 검토하였다.

이 과정 이후 10개 대학의 지역사회실습 중 가족간호학 실습에서 도출된 가족진단명을 자료로하여 15명의 교수가 각 3개의 현상과 각 현상에서 5개의 특성을 써내어 이를 기초로하여 가족진단의 현상과 특성을 구분하고 정리하였다. 선택된 현상과 이 현상별 특성을 연구팀이 5차례의 과정을 거쳐 일차 여부를 확인하는 과정은 다음과 같이 이루어졌다.

제1단계는 98년 7월 25일에, 처음 구성된 263개의 현상을 11개의 현상과 각 현상에 대해 2-29개의 특성으로 분류하였고, 임시용어를 찾아내었다.

제2단계는 98년 9월 26일에 11개의 현상을 2-20개의 현상으로 재분류하였다. 이는 사전에 각 연구자에게 인터넷을 통하여 현상과 특성을 보내준 후, 연구자가 각 현상과 특성에 점수를 주어 전자우편으로 보내오면 이를 다시 취합하고 토의를 거쳐 현상과 특성을 재분류하였다.

제3단계는 98년 10월 24일에 14개의 현상을 2-35개의 특성으로 다시 분류하였다. 각 현상에 대한 특성의 선택 기준은 각 현상에 따른 특성의 중요성 정도에 따라 0점에서 5점까지 전문가 개인별 점수를 주었고, 가장 높은 점수와 가장 낮은 점수를 제외한 나머지 점수를 합하여, 참여한 전문가 인원으로 나누어 이 특성의 평균 점수를 산출하였다. 각 현상의 특성 중 약 3.5 이상의 점수가 되는 항목을 선정하여 각 현상에 대한 특성으로 포함시켰다. 기존 ICNP의 연구방법에서는 4.0이상의 점수를 해당 특성으로 분류하였지만, 본 연구에서는 4.0

〈표 1〉 연구과정 일정

단계	일시	내용
전단계	97년 4월- 98년 7월	기존 간호진단에 관한 문헌고찰 및 토의
제1단계	98년 7월 25일	11개 현상, 2-29개 특성, 임시용어 선택
제2단계	98년 9월 26일	11개 현상, 2-20개 특성
제3단계	98년 10월 24일	12개 현상, 2-35개 특성
제4단계	98년 11월 21일	16개 현상, 4-10개 특성
제5단계	99년 4월 24일	17개 현상, 2-5개 특성, 확장용어 도출

이상의 특성을 선택하였을 경우 현상에 해당하는 특성의 수가 적고, 따라서 적어도 한 개의 현상별 5개 이상의 특성이 되도록 하기 위하여, 평균 점수 3.5를 기준으로 특성을 선정하였다.

제4단계는 98년 11월 21일에 있었는데, 16개의 현상을 4-10개의 특성을 유사한 특성으로 재구성하여 11개 현상으로 분류하였다.

제5단계는 99년 4월 24일에 제4단계에서 연구팀이 합의에 이를 때까지 분류한 현상을 다시 재분류하였다. 하나의 가족현상에 포함된 특성 중 기존 가족현상보다는 다른 가족현상에 적합하다고 생각되는 특성은 재분류하여 배치하였다.

이런 과정을 5차례 거친 후 최종적으로 17개의 가족현상이 확장용어로 도출되었고, 각 현상별 2-5개의 특성이 포함되었다.

III. 문헌 고찰

간호진단은 간호사가 다룰 수 있는 실제적, 잠재적 건강문제로서 정확한 간호진단이나 간호문제의 파악은 성공적인 간호행위에 있어서 매우 중요하다. 역사 이래 많은 간호사들이 진단적인 과정을 포함하는 문제해결 기술을 사용하여 왔으며 간호진단이라는 용어가 처음 사용된 것은 1953년 Fry에 의해서였다. 이후 많은 간호학자들과 간호사들이 간호진단에 대한 연구를 수행하고 실무에 적용하여 왔다.

미국의 간호협회는 "간호는 실제적, 잠재적 건강문제에 대한 인간반응에 대한 진단과 치료"라고 하였으며 NANDA회의에서는 "간호진단은 실제적 혹은 잠재적 건강문제/생의 과정에 대한 개인, 가족, 지역사회의 반응에 대한 임상적 판단"이라고 하였다. 간호진단은 간호사가 책임지는 성과를 달성하기 위한 간호중재의 선택근거를 제공한다. Bulechek 과 McClosky(1992)는 간호진단을 "간호사가 치료할 수 있는 환자문제의 발견"이라고 하

였다(Wright L. M. & Leahey M., 1994).

이러한 진단의 정의에 의하면 가족의 간호진단은 가족이 경험하는 어려움에 명명하는 것에 가깝다고 할 수 있다. Wright와 Leahey(1994)는 이러한 견해를 따라서 가족사정의 다음 단계로서, 가족 간호진단이라는 특정용어보다는 가족의 강점과 문제라는 표현을 사용하였으며 이는 가족의 "사실"이 아닌 "관찰자"로서 강점과 문제의 목록을 개념화하는 것이라고 하였다. 이때 문제라고 하는 것은 치료될 수 있는 문제들로서의 목록을 의미한다고 하였다.

간호진단에 있어서 널리 알려졌을 뿐 아니라 최근 많이 이용되는 틀은 북미간호진단협회(NANDA)의 Nursing Diagnosis Taxonomy, Omaha문제분류체계, 가정간호분류체계(HHCCs), 국제간호실무분류체계(ICNP)등이 있는데 본 논문에서 다루고자 하는 ICNP를 중심으로 살펴보면 다음과 같다.

1. ICNP(International Classification for Nursing Practice)

1989년 국제간호사회(ICN)에서 제안된 ICNP는 간호실무를 기술하는데 국제적으로 통용될 수 있는 공동의 언어와 분류체계를 개발하여 간호정보를 비교하고 간호실무와 연구를 촉진하고자 개발되었다.

ICNP는 복잡한 간호현상을 설명하기 위해 여러 개의 계층과 여러 개의 분류기준을 가진 분류체제로서 간호현상(진단), 간호행위, 간호성과의 세 개의 틀로 구성된다. ICNP는 간호현상을 간호사가 진단하는 인간 및 주변환경의 상태로 정의하였다. ICNP의 구조에 의하면 먼저 간호현상은 인간과 환경으로 분류되고 인간은 개인과 집단으로 다시 구분되고 집단은 가족, 지역사회, 사회의 하부구조를 갖는다. 환경은 물리적 환경, 생물적 환경, 인위적 환경으로 나누어진다. 이러한 개념들은 다시 더 작은 하부단위들로 나누어져 총 294개의 간호현상으로 분

류되었다(ICN, 1998b).

ICNP에 의하면 가족은 가족자원, 가족역동, 자녀양육, 가족돌봄이라는 4 개의 속(genesis)으로 분류되고, 가족자원은 재정적 불안정, 과밀이라는 현상(phenomena)으로, 가족역동은 가족의 의사소통, 가족의 대처, 권력구조, 가족구성원간의 갈등, 지역사회와 가족의 상호작용 현상으로 분류된다. 이 중 권력구조에서는 가족폭력이 하부구조로, 가족구성원간의 갈등에서는 결혼만족, 세대간 갈등, 가족계획이 다시 하부구조로 나뉜다. 자녀양육에 속하는 현상으로 분류된 것은 없으며, 가족돌봄은 무시, 가족돌봄의 역할긴장, 가정관리 현상으로 분류된다. ICNP에서 가족현상에 관한 것을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

가. 가족자원은 가족의 이익, 필요 또는 필수품을 위해 필요한 물질적 자원의 취득 및 배분

- 1) 재정적 불안정 : 재정적 자원과 관련하여 안전성이나 확실성의 결여
- 2) 과밀 : 주거장소에 비해서 가족수가 많아서 편안함이나 안전성 또는 사생활의 결여, 전염병의 위험 증가

나. 가족 역동성(가족과정)은 가족구성원간의 서로가 서로에게 관계하는 방식

- 1) 가족의 의사소통 : 언어적-비언어적 수단에 의한 사고의 교류, 메시지 또는 정보의 교환
- 2) 가족의 대처 : 가족의 수요와 역할을 충족하기 위한 능력과 적응행위
- 3) 가족의 권력구조 : 가족-친족관계 안에서 통제와 권위의 양상
 - ° 가족폭력 : 폭력, 상해, 학대, 권력의 남용과 그릇된 사용을 위해 힘을 행사.
- 4) 가족구성원간의 갈등 : 가족구성원간의 감정, 행동, 접근방식, 성격의 조화
 - ° 부부간의 만족 : 배우자간의 성취와 만족감
 - ° 세대간의 갈등 : 세대간의 싸움, 불일치, 반대
 - ° 가족계획 : 가족내의 출생조절에 관한 의사결정과 실천
- 5) 지역사회 내에서 가족의 상호작용 : 외부의 개인, 집단, 시설과 가족의 관계

다. 자녀양육

라. 가족돌봄의 제공은 가족구성원에게 지지와 물리적 돌봄의 제공, 가족원의 영양공급, 자극과 관련

- 1) 무시 : 가족구성원을 돌보지 않거나 소홀하거나 관심을 두지 않는 것.
- 2) 가족돌봄의 역할 긴장 : 가족구성원을 돌볼 때의 어려움, 피로, 고통, 부담, 특정 돌봄행위시의 어려움
- 3) 가정관리 : 안전하고 편안한 가정환경, 특히 주거관리와 관련

가족현상은 가족진단명이라고 할 수 있으며 각 가족현상에 따라 증상, 징후에 해당하는 구체적인 특성이 명명되지는 않았으며 ICNP에 관심을 갖는 각 나라마다 확인해 가는 과정이다.

이러한 ICNP의 개발방법에는 3가지 방법 즉, 후향적 방법, 전향적 방법, 이 두 가지를 병용하는 방법이 있다. 전향적 방법은 실제 임상상황에서 연구하기를 희망하는 현상을 결정하고 그에 따르는 특성을 확인하고 한 달간 실무상황에서 그러한 현상과 특성이 발생하는 것을 기록하고 검토하여 확정용어로 결정하는 방법이다.

후향적 방법은 임상상황에 대한 간호사의 기억에 의존하는 것으로 다음의 여섯 단계를 거친다.

- 1) 임시용어(preliminary term)를 사용하여 간호현상을 선택한다: 전문가 집단의 각 구성원은 3가지의 간호현상을 택하여 중복되는 것은 버리고 임시용어로 정한다.
- 2) 선택된 간호현상의 특성들을 규명한다: 각 구성원은 선택된 간호현상에 대해 하나의 카드에 5가지의 특성을 기술한다.
- 3) 현상별로 특성들을 확인한다. 이를 위해서는 두 가지 방법이 있다.

• 방법1: 전문가들은 합의의 위해 카드를 그 개념에 항상 따라오는 필수적 특성, 항상은 아니지만 그 개념에 보통 나타나는 특성, 가끔 나타나는 우연한 특성의 3종류로 카드를 구분하여 모은다.

• 방법2: 모아진 각 특성들에 점수를 주어서 특성들을 분류하는 방법이다. 각 특성이 현상을 얼마나 나타내는지를 각 구성원은 0점(전혀 중요하지 않다, 전혀 관계가 없다)에서 5점(매우 중요하다, 관련이 깊다)의 점수를 주어서 특성별로 평균을 낸다. 평균 점수가 4.0이상이면 현상을 설명하는 중요한 특성으로 채택한다.

- 4) 확정용어(preferred term)를 결정한다: 임시용어가 각 특성을 표현하는데 적합한지 검토하고 원래 용어를 쓸 것인지 새로운 용어를 써서 확정할 것인지

정한다.

- 5) 각 용어를 분류체계의 어느 위치에 두어야 할지를 결정한다: 구성원들은 현상용어의 속(genus)을 고려하여 어느 위치에 두어야 할 지를 결정한다.
- 6) 각 현상과 특성들을 지지하는 증거들을 확보한다: 현상의 사용과 특성을 규명하기 위하여 타당성 연구와 기존의 간호진단과의 차이를 검토한다.

2. Omaha 문제분류들

오마하 분류체계는 지역사회 보건사업소에서 대상자의 문제를 체계적으로 분류하기 위하여 시작하여 1975년부터 Omaha 방문간호사협회와 미국국립보건원(National Institute of Health)에 의하여 개발되었다. 20여년간 많은 소속 간호사들이 미국 전역에 걸쳐 개발하고 검증하는 일에 참여하였다. 연구방법은 전향적 방법으로 이루어졌고 광범위한 절차를 거쳐 다듬었고 신뢰성과 타당성을 인정받았다. 오마하체계는 크게 다음의 다섯 부분으로 구성되어 있다: 1) 문제분류들, 2) 성과 측정을 위한 문제측정척도, 3) 중재들, 4) 오마하체계의 활용, 5) 대상자 문제, 의학적 진단과 치료이다. 문제분류들은 1단계:영역(domain) 2단계: 문제(problem) 3단계:수정인자(modifier) 4단계: 증상/징후로 되어있다. 1단계의 영역(domain)은 환경적 영역, 심리사회적 영역, 생리적 영역, 건강관련행위 영역의 4영역으로 구성되어있다. 2단계는 문제(problem)로써 각 영역별로 기타를 제외하고 수입, 위생, 기술적 절차 등 40개로 명명되어 있다. 3단계의 수정인자(modifier)는 2개의 세트로 되어 있어서 대상자의 문제와 관련하여 하나는 개인, 가족으로, 또 하나는 건강증진, 잠재적 건강문제, 실제적 건강문제로 구분하며 건강증진은, 대상자가 위험요인이나 증상, 징후가 없는 상태에서 안녕상태를 유지·증진하는 자원을 개발하거나 지식, 행위, 건강기대치를 높이기 위해 관심을 갖는 것이다. 잠재적 결핍은 증상, 징후는 없고 적정 건강을 방해할 지도 모르는 어떤 건강유형, 건강실천, 위험요인이 있는 것이다. 수정인자 중 실제적 결핍이나 손상의 특징은 대상자의 상태가 적정건강을 방해할지 모르는 증상, 징후를 하나 이상 갖고 있는 상태다. 4단계는 증상과 징후군으로 구체적으로 대상자나 보호자에 의해 문제라고 보고한 주관적 증거, 혹은 지역사회간호사나 다른 보건의료제공자들이 관찰한 객관적 증거를 말한다. 오마하체계는 간호과정에 기초한 대상자 중심의

간호분류체계로서, 지역사회간호사 뿐 아니라 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 영양사, 의사 등 지역사회 현장에서 일하는 지역사회 건강전문가들이 공동으로 사용할 수 있고 지역사회 건강서비스를 제공받는 개인, 가족, 그룹, 지역사회 모두에 적용할 수 있다. 가족간호 진단면으로 볼 때에 가족진단영역과 부합되지 않는 것은 생리적 영역이며 환경적 영역, 사회심리적 영역, 건강관련행위영역과 그 문제들은 가족의 진단영역에 적용할 수 있는 것이다.

3. North American Nursing Diagnosis Association(NANDA)

북미간호진단협회에서 개발한 간호진단은 1973년 St.Louis대학병원 간호사들과 간호대학 교수들이 개최한 학술대회에서부터 시작이 되어 최근 1990년대까지 여러 차례의 협의를 거쳐 개발되었다.

NANDA에서는 간호진단을 '실제 건강문제, 잠재적 건강문제 또는 삶의 과정에 대한 개인, 가족, 사회의 반응을 임상적으로 판단하는 것'으로 정의하였다.

간호진단 분류체계는 가장 추상적인 1단계에서 가장 구체적인 5단계로 나뉘어진다. 1단계에서는 가치화양상, 감정양상, 관계형성양상, 교환양상, 기동양상, 선택양상, 의사소통양상, 인지(지각)양상, 지식양상 등 9개의 인간 반응 양상으로 구분되고, 2단계에서는 35개의 범주가 있으며 현재 128개의 진단분류를 가지고 있다. 5단계의 간호진단은 제1단계 인간반응양상(human response pattern), 제2단계 진단명(label), 제3단계 진단명(label), 제4단계 진단명(label), 제5단계 진단명(label)등 이다. 기간은 네단계로 구성되어 간헐적, 만성, 급성, 잠재적인 것이며, 원인은 해부학적, 생리적, 심리학적, 환경적 원인으로 구성된다.

4. Home Health Care Classifications (HHCCs)

HHCCs (Home Health Care Classifications)는 가정간호를 필요로 하는 medicare 대상자의 간호 및 다른 의료서비스의 요구도를 예측하고 결과를 측정하기 위해 대상자를 사정, 분류할 목적으로 Virginia Saba에 의해 개발되었다. 연구는 1988년부터 1991년 사이에 조지타운대학 간호대학에서 진행되었다. 간호진단에 대한 정의는 NANDA의 정의와 동일하며 총 4단계로 구성

되었다. 이는 145개의 home health care nursing diagnoses로 이루어져 있다.

간호 진단과 간호 중재를 나타내는 HHCCs는 20가지의 간호요소로 구성되며, 이는 Home Health Care Nursing의 분류와 coding을 위한 새로운 틀 (framework)인 동시에 구조(structure)를 제공한다.

이 분류는 임상적 판단에 근거한 것이며, Home Health Care Nursing을 사정(assessing), 비용예측(costing), 평가(evaluating)하기 위한 분석적 모델을 제시해 준다.

환자 기록을 분류하기 위한 새로운 시도으로써 간호과정을 문서화하고 자원의 요구(resource requirements)를 결정하는 새로운 시도이다. 간호구성 요소로 부호

<표 2> 가족간호진단에 유용한 간호진단 분류체계들

구분	북미간호진단협회의 간호진단체계 North America Nursing Diagnosis Association's Nursing Diagnosis Taxonomy	오마하 문제분류체계 The OMAHA problem classification scheme	가정간호 분류체계 Home Health Care Classifications	국제 간호실무 분류체계 International Classification for Nursing Practice
약자	NANDA	OMAHA	HHCCs	ICNP
연구 주체	NANDA분류위원회	Omaha 방문간호사협회	Georgetown대 간호대학	국제간호협회
연구 시기	1973	1975	1988	1989
목적	급성관리상황에 초점을 둔 간호진단	지역사회 보건간호실무영역에 적용가능하며 간호과정 기초를 둔 간호진단	가정간호 제공시 요구 되는 자원을 결정하기 위하여 대상자를 사정, 분류하는 방법 개발	간호실무를 기술하는데 국제적으로 통용될 수 있는 공동의 언어와 분 류체계 개발
간호 진단 정의	간호진단 (Nursing Diagnosis) 실제 건강문제, 잠재적 건강문제 또는 삶의 과 정에 대한 개인, 가족, 지역사회의 반응을 임상 적으로 판단하는 것	환자문제 (Client Problem) 환자의 안녕에 실제적, 잠재적으로 불리한 영향을 미치는 문제를 나타내는 40 개의 간호진단	간호진단 (Nursing Diagnosis) NANDA와 동일	간호현상 (Nursing Phenomena) 간호현상은 간호사가 진단하는 환 자 및 환자주변의 상태
구조	*5단계로 분류 제1단계: 인간반응양상(9개) 제2단계: 진단명 제3단계: 진단명 제4단계: 진단명 제5단계: 진단명	*4단계로 분류 제1단계: 영역(4영역) 제2단계: 문제(44개) 제3단계: 수정인자(2set) 제4단계: 증상/중후	*4단계로 분류 제1단계: 요소(20개) 제2단계: 대분류(50개) 제3단계: 하부분류 (95개) 제4단계: 수정인자 (3개)	*다층의 피라미드 1단계: 간호현상-인간, 환경 2단계: 인간-기능, 개인 환경-환경적 인간 자연적 환경 3단계: 기능-신체, 심리적 개인-활동이유, 활동형태 환경적인간-가족, 사회 지역사회 자연적환경-물리적 생물적, 인위적환경
예)	제1단계 3.0 관계 제2단계 3.2 역할장애 제3단계 3.2.1 역할수행장애 제4단계 3.2.1.1 부모역할 제5단계 3.2.1.1.1. 부모역할장애	예) 제1단계 환경영역 제2단계 03 거주지 제3단계 가족, 실제적 제4단계 03.03 경사진계단	예) 제1단계 M 역할관계 제2단계 M27 역할수행장애 제3단계 M27.1 부모역할갈등 제4단계 M27.11 향상될 수 있는 부모역할갈등	예) 1. 건강에 영향하는 요소 1.1.1 간호현상 1.1.2 환경관련 간호현상 1.1.2.1 환경적 인간 1.1.2.1.1 유의미한 타인 1.1.2.1.1.1 가족 1.1.2.1.1.1.2 가족관계 1.1.2.1.1.1.2.부적절한가족관계 1.1.2.1.1.1.2.1.2 부모역할 갈등

(codes)를 가진 알파벳 인덱스와 정의(definition)을 가진 알파벳 인덱스로 구성된다. 간호진단과 간호중재는 분류와 코딩 체계와 정의와 코드로 이루어진 알파벳 목록과 알파벳 인덱스 코드로 이루어져 있다.

서비스 제공 환경이 가정간호 특히, 통원치료 시설 등이며 관련 대상자 모집단은 가정간호 대상자에 국한되어 있고 기호체계가 없다. 전국 646개 가정간호서비스 기관을 조사하여 수집된 간호진단과 간호서비스 자료를 분석하였다. 간호진단은 총 4단계로 1단계는 심장요소, 체액요소, 배변요소, 역할관계요소, 대처요소 등 20개의 요소(component), 2 단계는 50개의 대분류(major category), 3단계는 95개의 하부분류(subcategory), 4 단계는 3개 수준의 결과(modifier)인 호전(improved), 안정(stabilized), 장애(impairment) 등 3가지의 수정인자로 구성되어 있다.

Home Health Care Classification의 간호중재는 의학 혹은 간호지시를 수행하기 위해 규명된 평가(assessments), 중요한 처치(direct care, teaching), 중재(management), 간호서비스(nursing services)로 정의한다. 분류 방법은 간호진단에서와 동일하며 4단계의 수준을 가지며 1단계 가정간호 요소(Component)는 20개로 진단의 경우와 동일하며, 2단계는 60개의 중재 대분류(Category), 3단계는 100개의 하부분류(Subcategory), 그리고 4단계는 640개의 간호활동(Nursing Action)으로 구성되어 있다(표 2)

5. 국내 간호진단연구

서미혜, 이혜원, 전춘영(1995)는 서울의 한 대학에서 실시한 가정간호 시범사업에서 38명의 폐질환, 뇌손상, 척추손상 환자의 차트를 검토하였다. 분석도구는 Gordon의 11가지 기능적 범주에 의거하여 만들어졌으며 가족과 환경까지 포함하는 것이었다. 사용된 진단명은 가장 많은 것이 신체적 기능으로 75.6%, 정서적, 사회적 기능이 21.8%였고 가정 빈도가 낮은 범주는 가족과 환경으로써 2.6%뿐이라고 하였다. 분석도구가 개인의 기능위주인 탓도 있지만 가정을 방문하여 대상자가 있는 곳에서 서비스를 제공하기 때문에 가족의 참여가 필수적임에도 불구하고 환자 개인위주로 간호진단과 환자 개인위주의 간호중재가 제공되는 것을 알 수 있다. 이소우, 정기순, 남영임(1996)은 서울시 가정간호연구 시범사업 및 건강전화 상담센터운영시 가정간호사업에서

사용된 간호행위와 간호진단에 대한 분류를 하였다. 가정간호 서비스의 행위를 건강사정, 직접간호, 상담 및 교육, 가족간호, 시설 환경관리, 의뢰 등 크게 6가지로 분류하였다. 이중 가족간호로 분류된 간호행위(1994년)는 환자 및 보호자의 정서적지지, 환자 가족에 대한 건강상담 및 교육, 가구의 건강상태 사정, 가족기능 사정, 역할 분담의 조정, 환자가 가족에 미치는 영향 사정 등이었다. 그러나 간호진단의 분류에서 가족에 독특한 간호진단명은 특별히 제시된 것이 없었다. 또한 서미혜, 허혜경(1998)은 가정간호에서 사용된 간호진단과 간호중재 분류에 대한 연구에서 NANDA의 분류에 따른 간호진단과 NIC의 제시에 의한 간호중재를 검토하였다. 가정간호에서 많이 사용된 간호진단은 피부손상, 감염위험성, 영양부족, 변비, 운동장애, 피부손상 위험성, 통증, 지식부족 등으로 주로 가정간호의 대상인 환자개인에 대한 진단이었다.

장선옥(1998)은 우리나라 가족간호연구를 위하여 1970년부터 1999년 7월까지의 기간 중 발표한 62개의 문헌, 132개의 석사논문, 20개의 박사학위논문을 분석하였다. 94개의 자료가 환자나 한 사람의 가족구성원에 대해 조사한 것이고, 환자에 대한 것이 59건이었고 가족 전체를 다룬 것은 단지 7건이라고 보고하였다. 가족간호 영역으로 볼 때 가족과 질병의 관계를 본 것이 83.2%를 차지한다고 제시하고 한국가족을 위한 가족사정도구가 개발되어야 한다고 제안하였다.

김의숙 등은 한국가정의 문제를 중심으로 가족진단을 개발하면서 가족문제를 먼저 기술하고 다음에 가족문제의 원인 또는 위험요인을 기술하도록 하였다. 김의숙 등에 의하면 가족간호진단은 크게 가족구조/발달주기, 가족체계유지, 상호작용, 지지, 대응, 건강관리, 주거환경 등 7개의 영역으로 분류하였다. 7가지 영역은 다시 총 26개의 문제로 분류하고 다시 100여개의 가족문제로 정리하였으며, 문제와 가족문제의 용어상의 차별은 좀더 명확할 필요가 있겠다. 김의숙 등의 가족진단 틀에 의하면 역할편중이라는 가족문제는 상호작용 및 교류라는 영역의 하부에, 다시 그 아래 단계인 역할이라는 문제의 하부에 위치한다(김의숙, 1998, 1999).

IV. 연구결과 및 논의

1. 연구진행과정

다음 표는 1단계, 2단계의 절차후에 ICNP의 후향적 개발 방법 중 각 현상별 특성의 적합 여부를 판단하기 위해 연구한 0-5점 까지의 점수이다.

사회적 고립감 현상에서 평균점수 3.5 이상으로 채택된 특성은 "이웃과 왕래가 없다, 친한 이웃이 적다, 거의 모든 시간을 집에서 보낸다, 지지체계가 없다, 무료함을 호소한다, 친구가 없다" 이다(표 3-1).

부모역할장애 현상에서 채택된 특성은 "맞벌이부부로 전반적인 아이양육을 할머니에게 맡김, 아버지의 아이에

대한 관심이 적다, 자녀의 위생상태 불량, 집안에 자녀가 들어왔을때나 나갈 때 무관심, 아내에 대한 남편의 잦은 구타, 자녀가 학교가는것에 대한 무관심"등이다(표 3-2).

부부역할장애 현상에서 평균점수 3.5 이상인 특성은 "부부간의 대화 결여, 집에들어와서 TV만 봄, 남편이 부인을 하인 취급함, 부부간에 잦은 욕, 공격적이고 비꼬는 말투, 원만치 못한 성생활" 등이다(표 3-3).

의사소통 장애 현상은 특성으로 "가족들이 모여 대화할 수 있는 기회가 드물다, 가족구성원들이 함께 보내는

<표 3-1> 사회적 고립감

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아		
1	이웃과 왕래가 없다	5	5	5	5	5	4	3	2	4.2	
2	친한 이웃이 적다	4	4	5	3	4	4	2	2	3.5	
3	방문자가 없다	3	4	4	3	4	4	2	1	3.1	
4	거의 모든 시간을 집에서 보낸다	3	4	5	5	4	5	3	1	3.8	
5	사는 것에 대한 즐거움이 없다	0	5	2	4	3	3	4	2	2.9	
6	밖의 일에 관심이 없다	1	4	4	4	4	3	2	2	3	
7	전화가 있어도 사용이 거의 없다	1	4	5	3	5	3	2	3	3.3	
8	하반신 마비, 골절상해가 있다	3	2	1	0	1	5	4	5	2.6	
9	심리적 위축감이 있다	2	5	5	1	3	5	4	2	3.4	
10	지지체계가 없다	3	5	5	3	4	5	3	3	3.9	
11	소일거리가 없다	3	5	2	3	4	5	2	2	3.3	
12	무료함을 호소한다	3	4	4	4	4	5	2	2	3.5	
13	소득이 없거나 적다	1	4	1	1	3	2	4	4	2.5	
14	친구가 없다	1	5	5	3	4	4	3	4	3.6	
15	자존감이 낮다	1	4	4	2	3	3	4	3	3	

<표 3-2> 부모역할장애

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아		
1	맞벌이부부로 전반적인 아이양육을 할머니에게 맡김	3	2	5	3	3	4	4	4	3.5	
2	주로 아이가 좋아하는 음식을 먹임	0	2	4	0	0	3	0	2	1.4	
3	아버지의 아이에대한 관심이 적다.	2	3	4	5	4	4	3	3	3.5	
4	주말에도 아이와 잘 놀아주지 않는다.	1	3	3	4	3	4	3	3	2.9	
5	3교대근무로 아이에게 신경을 잘 쓰지 못한다.	1	3	4	4	3	1	4	4	3	
6	아이에게 부적절한 용어 사용	2	3	4	5	2	3	3	3	3.1	
7	아이들이 놀 때 내는 소음에 대해 화를 자주 냄	1	2	2	4	4	4	5	3	3.1	
8	부모가 질병을 갖고 있음	2	3	2	2	0	3	3	3	2.3	
9	자녀의 약물오남용	1	1	2	2	0	3	2	5	2	
10	자녀의 가출	1	2	2	5	0	3	2	5	2.5	
11	자녀의 늦은 귀가나 가출시 부모의 무관심	1	4	3	5	3	4	2	4	3.3	
12	자녀의 위생상태 불량	3	3	3	4	5	5	5	2	3.8	
13	집안에 자녀가 들어왔을때나 나갈 때 무관심	2	4	4	5	5	5	5	3	4.1	
14	아내에 대한 남편의 잦은 구타	4	4	4	5	1	5	4	4	3.9	
15	자녀가 학교가는것에 대한 무관심	2	4	4	5	3	5	5	3	3.9	

〈표 3-3〉 부부역할장애

번호	특 성	연구자 명								평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	
1	부부간의 대화 결여	2	5	5	5	5	5	5	4	4.5
2	남편이 집에서 자주 화냄	2	4	5	4	2	4	4	2	3.4
3	집에들어와서 TV만 봄	2	3	5	4	4	4	5	3	3.8
4	남편이 부인을 하인 취급함	3	3	4	5	2	5	4	4	3.8
5	남편의 외도	3	5	4	5	3	5	2	5	4
6	다른 사람과 남편에대해 이야기 할 때 남편의 이름을 호명함	0	2	3	1	0	2	0	0	1
7	대화도중 남편에 대한 불만을 자주 토로함	1	3	4	3	1	4	5	1	2.5
8	퇴근후 아이들과 거의 대화없음	0	2	5	0	4	3	0	2	2
9	잠자리에서 등돌리고 잠	0	4	4	1	0	3	4	1	2.1
10	부부간에 잦은 욕, 공격적이고 비꼬는 말투	5	4	4	5	3	4	5	3	4.1
11	남편이 들어오는 것에 대해 피곤함 느낌	0	4	4	4	4	4	5	2	3.4
12	부부중에 만성질환을 앓고 있는 사람이 있다.	0	2	3	0	0	0	0	0	0.6
13	원만치 못한 성생활	4	4	5	4	3	4	5	4	4.1

〈표 3-4〉 의사소통 장애

번호	특 성	연구자 명								평균점수	
		가	나	다	라	마	바	사	아		
1	가족들이 모여 대화할 수 있는 기회가 드물다	5	5	5	3	5	5	5	4	2	4.3
2	가족구성원들이 함께 보내는 시간이 적다	2	5	5	2	3	4	5	4	3	3.7
3	가족간 대화에 대한 필요성을 못느낀다	4	4	4	5	1	4	3	5	4	3.4
4	가족간에 대화를 갖는 것을 가족구성원들이 싫어한다	4	2	4	5	2	3	2	5	5	3.6
5	가족내 의사결정 방법이 비민주적이다	4	3	5	5	2	4	5	3	3	3.8
6	가장이 권위적이고 폐쇄적 의사소통양상을 보인다	5	4	5	5	1	4	4	4	5	4.1
7	가장에 의해 모든 의사결정이내려진다	4	4	5	5	2	4	4	4	2	3.8
8	가족구성원들이 가정과의 대화를 회피한다	4	3	4	5	2	4	3	3	3	3.4
9	세대간 공감대가 적어 대화가 잘 이루어지지 않는다	4	2	4	4	2	4	5	3	1	3.2
10	타인과의 교류없이 주로 혼자지낸다	3	3	5	0	1	3	2	4	2	2.6
11	자녀 및 친지,이웃과의 교류가 거의 없다	5	2	5	0	1	3	2	4	3	2.8
12	소외감과 고독감을 호소한다	4	4	4	1	4	3	2	3	3	3.2
13	거의 외출을 하지 않는다	2	1	3	0	0	3	2	4	2	1.9
14	타가족 구성원의 말을 잘들으려 하지 않는다	2	4	3	5	3	4	4	2	3	3.6
15	자신의 의견만 일방적으로 주장한다	3	4	3	5	4	4	3	3	3	3.6
16	행동과 목소리에 적개심이 있다	2	4	2	4	0	3	3	2	4	2.7

시간이 적다, 가족내 의사결정 방법이 비민주적이다, 가장에 의해 모든 의사결정이내려진다, 타가족 구성원의 말을 잘들으려 하지 않는다, 자신의 의견만 일방적으로 주장한다” 등이다(표 3-4).

비효율적 가족기능 현상에서는 평균점수 3.5 이상의 특성이 없었다. 그러므로 이는 최종적인 확정용어에서 제외되었다(표 3-5).

〈표 3-5〉 비효율적 가족기능

번호	특 성	연구자 명								평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	
1	의사소통이 부족하다	5	4	4	1	3	2	5	3	3.4
2	구성원의 역할이 바뀌었다	1	4	4	2	4	3	1	3	2.8
3	자녀와 따로 살아서 이야기할 시간이 없다	0	3	5	2	3	3	1	2	2.4
4	어머니가 생계유지로 아이를 돌볼 시간이 없다	0	5	4	4	2	3	4	4	3.3
5	말시키는 것을 싫어한다	0	3	3	0	1	4	3	3	2.1

〈표 3-6〉 부적절한 질병관리

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	자	
1	질병회복 지연	3	3	3	2	3	3	1	1	3	2.4
2	자존감 저하	1	3	3	2	0	2	0	3	3	1.9
3	잘못된 생활습관	3	4	4	5	2	3	5	4	4	3.8
4	지지체계 부족	0	4	4	4	1	3	3	3	3	2.8
5	자가 간호 부족	5	4	4	5	4	4	5	5	4	4.4
6	부적당한 자원활용	4	3	3	5	3	3	5	2	3	3.4
7	처방, 검사 불이행	4	5	4	5	5	5	5	4	5	4.7
8	질병인식 부족	3	4	5	5	1	5	5	4	4	4
9	질병 지식 부족	3	4	5	5	1	5	5	4	4	4
10	질병지식 및 처방의 잘못된 시행	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4.8

〈표 3-7〉 부적절한 주거환경

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	자	
1	주변에 불법 쓰레기투기로 인한 악취 발생	5	4	4	5	5	4	3	4	4	4.2
2	바퀴벌레, 쥐등이 관찰됨	4	4	3	5	3	4	5	3	3	3.8
3	비위생적인 화장실	3	5	4	5	4	4	5	3	3	4
4	채광이 안좋아 낮에도 조명 필요	5	4	5	5	4	5	5	3	4	4.4
5	통풍이 안되어 습함	5	2	5	5	3	5	5	3	3	4
6	난방이 제대로 안됨	3	2	5	4	4	4	5	4	4	3.9
7	가족수에 비하여 공간이 부족	3	2	4	4	2	5	5	3	2	3.3
8	좁은 골목	3	2	3	4	3	4	5	2	2	3.1
9	가로등 미설치	3	2	3	5	4	4	3	3	4	3.4
10	안전시설(난간)이 없는 비탈진 골목	3	3	3	5	3	5	5	3	3	3.7
11	쓰레기수거가 제대로 이루어지고 있지않음	3	4	2	5	5	5	3	1	3	3.4
12	출입구 계단고가 없고 높고 가파르며 옆에 난간없음	3	3	4	5	2	4	4	4	5	3.8
13	부위에 환기시설 없음	4	4	5	5	3	3	2	3	3	3.6

부적절한 질병관리 현상은 “자가 간호 부족, 처방, 검사 불이행, 질병인식 부족, 질병 지식 부족, 질병지식 및 처방의 잘못된 시행” 등의 특성이 채택되었다(표 3-6).

부적절한 주거환경 현상에서 특성은 “주변에 불법 쓰레기투기로 인한 악취 발생, 바퀴벌레, 쥐등이 관찰됨, 비위생적인 화장실, 비위생적인 화장실, 채광이 안좋아 낮에도 조명 필요, 통풍이 안되어 습함, 난방이 제대로 안됨, 안전시설(난간)이 없는 비탈진 골목, 출입구 계단고가 없고 높고 가파르며 옆에 난간 없음, 부위에 환기 시설 없음” 등이 특성으로 선정되었다(표 3-7).

지지체계 부족 현상은 특성으로 “외로움을 호소한다, 혼자서는 거동 못하나 낮동안에 혼자지내야한다, 근거리

에 친척, 자녀없다, 노인들만 살고, 들봐줄사람 없다, 혼자 거주하므로 소외감, 고독감 호소, 가족, 이웃등 찾아오는 사람없다” 등이 선정되었다(표 3-8).

부적절한 위생관리 현상은 “가정을 청결하게 관리하지 않는다, 음식을 한꺼번에 많이한다, 집안이 정리돈 안됨, 분리수거를 하지않는다” 등으로 평균점수 3.5 이상이 되지 않은 특성이 있으나 한 현상에 해당하는 특성을 최소한 5개 정도로 하기 위하여 3.4인 특성도 포함시켰다(표 3-9).

부적절한 가족대처 현상은 특성으로 “부모역할 인지 부족, 남편이 가정의 일부터 모든 일을 아내에게 의지함, 자녀들간의 관계가 좋지 않음, 경제적 어려움/일정하지

〈표 3-8〉 지지체계 부족

번호	특 성	연구자 명								평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	
1	친친간의 교류가 없다	4	5	2	4	4	3	2	3	3.4
2	자녀가 없다	1	4	5	1	3	5	1	2	2.8
3	외로움을 호소한다	2	4	4	3	4	5	3	3	3.5
4	혼자서는 거동 못하나 낮동안에 혼자지내야한다	2	5	4	1	4	5	4	5	3.8
5	집에서만 활동하며, 외출시 가족동반	1	3	2	0	3	2	2	3	2
6	사귀는 이웃없다	3	5	5	1	4	4	3	2	3.4
7	근거리에 친척, 자녀없다	2	4	5	3	4	5	3	2	3.5
8	노인들만 살고, 돌봐줄사람없다	1	5	5	1	4	5	5	2	3.5
9	의료기관과 거리가 멀다	1	3	5	2	3	1	3	3	2.5
10	분가로 인해 자녀들의 방문이 적다	3	5	5	2	3	3	3	2	3.3
11	안부전화빈도가 낮다	1	4	5	2	2	5	3	2	3
12	혼자거주하므로 소외감, 고독감 호소	4	5	5	3	2	5	4	3	3.9
13	가족, 이웃등 찾아오는 사람없다	2	5	5	2	4	5	4	2	3.6
14	거의 밖을 나가지않음	1	4	0	0	3	4	4	2	2.3
15	심심하고 무료하여 잠을 청한다	0	3	0	0	3	5	3	1	1.9
16	멀리있는 자식에게 연락하기를 고대	1	4	0	1	3	4	3	1	2.1

〈표 3-9〉 부적절한 위생관리

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	자	
1	수도물을 끓이지않고 먹는다	1	3	1	5	1	4	5	2	3	2.8
2	가정을 청결하게 관리하지않는다	5	5	4	5	3	4	5	2	2	3.9
3	음식을 한꺼번에 많이한다	5	3	4	4	4	2	3	3	3	3.4
4	집안이 정리정돈 안됨	1	4	4	4	4	4	5	5	2	3.7
5	분리수거를 하지않는다	2	3	5	5	5	3	3	4	1	3.4
6	분리수거에 대한 중요성을 모른다	0	3	5	5	1	5	3	4	1	3

〈표 3-10〉 부적절한 가족대처

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	자	
1	부모역할 인지 부족	1	4	5	1	3	3	5	4	3	3.2
2	역할의 불균형 배분으로 인한 갈등이 있음	2	4	5	1	1	3	5	3	4	3.1
3	남편이 가정의 일부터 모든 일을 아내에게 의지함	3	5	5	1	4	5	1	4	3	3.4
4	부인은 남편의 결정에 완전히 의존함	3	4	4	1	2	5	1	3	3	2.9
5	역할이 막내딸에게 치중되어 있음	1	3	5	1	1	3	2	3	3	2.4
6	직장생활과 가사노동의 이중부담	2	3	4	0	1	4	3	5	4	2.9
7	자녀들이 가정 일에 무관심함	2	2	4	1	2	3	4	3	3	2.6
8	가족구성원들간의 불안이 높음	5	3	4	1	2	3	4	4	2	3.1
9	아들과 어머니의 사이가 좋지 않음	5	3	4	0	0	3	4	3	4	2.9
10	자녀들간의 관계가 좋지 않음	4	3	5	1	1	3	4	3	5	3.2
11	가족과 함께하는 여가활동이 없음	3	1	3	1	1	2	1	3	4	2.1
12	가족구성원간의 의사소통 불충분	3	3	4	0	1	3	4	4	2	2.7
13	의사소통기술의 부적절	3	3	4	0	1	3	4	4	2	2.7
14	경제적 어려움/일정하지 않은 수입/계획없이 돈을 사용	3	4	5	1	4	3	5	5	3	3.7
15	남편의 조기퇴직 가능성에 대한 불안	5	1	4	1	2	2	3	3	4	2.8
16	장래계획의 부족	4	2	4	5	3	4	4	3	3	3.6
17	당뇨병(질병)에 대한 지식 부족	2	1	3	1	0	1	3	2	4	1.9
18	낮동안의 환자인 부인이 혼자 방치되어 있음	3	3	3	3	1	4	2	3	4	2.9
19	적절한 치료를 받지 못함	3	3	3	1	1	3	2	3	4	2.6
20	시어머니의 치매증상에 대한 불안함	4	1	2	1	0	3	1	3	3	2

않은 수입/계획없이 돈을 사용, 장래계획의 부족"등이 채택되었다(표 3-10).

가족의 친밀감 부족 현상은 평균점수 3.5 이상의 특성으로 "찾은 부부싸움"이 채택되었다(표 3-11).

부적절한 가족역할 현상은 특성으로 "주부의 과도한

역할 편중, 장녀의 책임과중 및 휴식부족, 자녀의 부모역할 대행, 가족구성원간의 부적절한 역할 분배, 주부의 지나친 희생의식, 자기역할에 대한 인식부족, 자기역할에 대한 인식부족, 가족구성원의 역할변화 갈등, 특정 구성원에게 권한 집중, 어른들의 지도력 상실(부재)" 등이 채택되었다(표 3-12).

〈표 3-11〉 가족의 친밀감 부족

번호	특 성	연구자 명								평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	
1	가족구성원간의 공유된 여가 시간 결핍	4	2	5	1	4	4	2	1	2.9
2	역할 불균형 배분으로 인한 가족구성원간의 갈등	5	3	4	1	1	3	3	3	2.9
3	가족구성원의 대화시간 부족	4	4	4	3	3	4	3	1	3.3
4	아버지와 다른 가족구성원간의 대화의 어려움	2	3	4	3	2	4	3	3	3
5	남편의 늦은 귀가	3	2	4	1	2	3	3	3	2.6
6	자녀들의 늦은 귀가	3	2	3	1	0	3	3	3	2.3
7	형제간의 빈번한 다툼	5	3	4	3	1	4	2	4	3.3
8	찾은 부부싸움	5	3	5	3	1	4	3	5	3.6
9	고부간의 갈등	5	3	5	3	3	4	4	5	4
10	가장의 권위적 의사결정	2	2	5	0	1	4	4	3	2.6
11	세대차이로 인한 의사소통 장애	2	2	4	2	1	3	3	2	2.4
12	가장의 가족에 대한 지나친 엄격함	2	3	3	4	2	3	3	1	2.6
13	부모와 자녀간의 관계가 나쁨	2	4	3	4	2	4	3	4	3.3
14	자녀와의 왕래가 거의 없음	2	3	4	4	3	4	3	4	3.4
15	자녀의 부재	1	0	3	5	0	2	0	2	1.6

〈표 3-12〉 부적절한 가족역할

번호	특 성	연구자 명								평균점수	
		가	나	다	라	마	바	사	아		자
1	주부의 과도한 역할 편중	4	5	5	5	4	5	5	4	4	4.6
2	장녀의 책임과중 및 휴식부족	5	4	3	5	1	4	4	3	4	3.7
3	자녀의 부모역할 대행	3	3	3	5	2	4	4	4	5	3.7
4	가족구성원간의 부적절한 역할 분배	4	5	4	5	5	4	5	3	4	4.3
5	주부의 지나친 희생의식	4	4	4	5	1	3	5	3	3	3.6
6	자식의 비행(탈선)	2	3	2	4	0	3	4	4	5	3
7	역할 비수행	0	5	1	5	0	3	3	3	3	2.6
8	자기역할에 대한 인식부족	3	5	4	4	1	4	5	5	2	3.7
9	가족구성원의 역할변화 갈등	2	4	4	4	3	5	4	3	3	3.6
10	가족구성원의 배척(무시)	3	0	2	1	1	4	3	4	4	2.4
11	불안정한 부부관계	3	4	3	1	3	2	3	4	4	3
12	고부간의 갈등	4	4	3	1	1	3	5	4	4	3.2
13	시댁가족과의 갈등	4	3	3	1	1	3	4	4	3	2.9
14	자녀들의 집안일에 대한 무관심	4	4	2	3	3	2	4	4	2	3.1
15	가족구성원간의 친밀감(결속력, 애정)부족	5	4	4	1	2	3	5	5	2	3.4
16	가족구성원간의 이해부족	2	4	4	3	1	3	5	4	1	3
17	가족구성원간의 낮은 접촉 빈도	2	3	3	1	1	3	3	3	1	2.2
18	취약구성원에 대한 배려 부족	4	3	3	1	2	4	3	3	3	2.9
19	가장이 집에 머무는 시간이 적다	2	2	2	1	0	2	3	3	2	1.9
20	가족구성원간 의견 불일치	2	4	2	1	1	2	3	3	1	2.1

<표 3-12> 부적절한 가족역할(계속)

번호	특 성	연구자 명									평균점수
		가	나	다	라	마	바	사	아	자	
21	가족구성원간 대화 부족	4	4	4	1	3	2	4	4	1	3
22	가족구성원의 과도한 스트레스	1	4	3	1	2	3	3	4	4	2.8
23	고3의 존재	1	1	3	0	0	4	5	4	3	2.3
24	수입과 지출의 불균형	1	4	3	0	2	2	4	3	2	2.3
25	과다한 의료비 부담	1	2	4	0	0	2	2	3	4	2
26	적은 수입	1	2	4	0	1	2	5	2	4	2.3
27	실직(무직)	1	3	4	0	1	2	3	3	5	2.4
28	특정 구성원에게 권한 집중	4	4	5	5	3	4	4	4	2	3.9
29	어른들의 지도력 상실(부재)	2	4	3	5	2	4	5	5	3	3.7
30	특정인의 의견에 대해 수동적이다	1	2	2	4	2	3	2	3	3	2.4
31	가장의 권위의식	2	3	4	4	1	3	4	3	2	2.9
32	세대간 사고방식의 차이	-	3	3	3	1	3	5	3	1	2.8
33	가족내 종교관 갈등	-	2	3	0	1	2	1	4	2	1.9
34	편중된 가치관	-	2	2	0	1	2	5	3	3	2.3
35	가족구성원간의 남녀 차별	-	2	4	5	2	4	-	3	4	3.4

2. 최종 연구 결과

최종 연구 결과인 확정용어로 도출된 17개 간호현상과 특성은 다음과 같다.

<표 4> 확정용어로 도출된 한국의 가족간호현상 및 특성

가족현상	가족특성	가족현상	가족특성
1. 지역사회와의 상호작용 부족	1) 친한 이웃이 적다 2) 친구간의 접촉빈도가 낮다	6.성생활의 불만족	1) 남편 또는 아내의 외도가 있다 2)성생활이 원만치 못하다.
2.사회적 고립감	1) 이웃과 왕래가 없다. 2) 거의 모든 시간을 집에서 보낸다 3)친구가 없다	7.의사소통장애	1)가족구성원들이 각자의 의견만 일방적으로 주장한다 2)가장이 폐쇄적인 의사소통 양상을 보인다 3)가족들이 모여 대화할 수 있는 기회가 드물다 4)세대간 사고방식의 차이가 있다. 5)가족내 의사결정이 비민주적이다
3. 지역사회 지지체계 부족	1)지역사회에 도움을 청할 기관이 부족하다. 2)지역사회에 도움을 청할 사람이 부족하다. 3)자원 이용에 대한 지능 능력이 없다. 4)지역사회 자원에 대한 정보가 부족하다.	8.부적절한 가족대처	1)가족구성원의 스트레스가 과다하다 2)가족구성원들간의 불안이 높다 3)주부의 역할 편중이 과다하다 4)가족구성원간의 역할분배가 부적절하다 5)주부의 희생의식이 지나치다 6) 자기역할에 대한 인식이 부족하다. 7)가족구성원간의 남녀 차별이 있다.
4. 부모역할 장애	1)자녀의 생활에 대해 무관심하다. 2)부 또는 모가 이혼, 별거, 가출중에 있다. 3)전반적인 자녀 양육을 방치한다. 4)부모가 자녀 교육에 대해 무관심하다. 5)비행 자녀가 있다.	9.가족의 친밀감부족	1)고부간의 갈등이 있다. 2)떨어져 사는 자녀와의 왕래가 거의 없다. 3)가족구성원간의 이해가 부족하다. 4)세대간 사고방식의 차이가 있다.
5. 부모역할 장애	1)부부간에 잦은 욕, 공격적이고 비꼬는 말투를 사용한다. 2)부부간의 대화가 결여되어 있다. 3)부부싸움이 잦다.	10.부적절한 권력구조	1)특정구성원에게 권한이 집중되어 있다. 2)어른들의 지도력이 없다. 3)가장의 권위의식이 강하다. 4)부인이 남편의 결정을 완전히 무시한다. 5)가장이 가족에 대해 지나치게 엄격하다.

〈표 4〉 확정용어로 도출된 한국의 가족간호현상 및 특성(계속)

가족현상	가족특성	가족현상	가족특성
11. 가족확대	1) 부모가 자녀를 구타한다 2) 부모가 자녀를 무시한다 3) 부모가 구타한다 4) 부모를 무시한다. 5) 남편(아내)에 대한 아내(남편)의 구타가 있다. 6) 남편(아내)이 아내(남편)를 무시한다. 7) 남편이 아내를 하인 취급한다.	14. 부적절한 질병관리	1) 가족구성원의 치료지시를 이행하지 않는다. 2) 가족구성원의 질병인식이 부족하다. 3) 가족구성원 간의 돌봐주는 것이 부족하다. 4) 보건의료 자원의 활용이 부족하다. 5) 가족구성원의 질병지식이 부족하다.
12. 부적절한 생활양식	1) 가족구성원이 비만이 심하다. 2) 예방접종이 부적절하다. 3) 식습관이 불규칙하다. 4) 수면이 부적절하다. 5) 운동이 부적절하다. 6) 가족구성원 중 흡연자가 있다. 7) 가족구성원이 과다한 음주를 한다. 8) 여가활동이 부족하다. 9) 정기적 검진을 하지 않는다. 10) 건강관리에 대한 지식이 부족하다	15. 부적절한 주위환경	1) 주변에 악취가 발생한다. 2) 출입구 계단고가 높고 가파르며 옆에 난간이 없다. 3) 쓰레기 수거가 제때에 이루어지지 않고 있다. 4) 골목에 안전시설(난간)이 없고 비탈지다.
13. 비효율적 재정관리	1) 지출이 과다하다. 2) 수입이 일정하지 않다. 3) 실직한 상태이다. 4) 재정관리가 부적절하다 5) 과도한 의료비가 부담된다. 6) 수입원이 감소된 상태이다.	16. 부적절한 가정위생관리	1) 화장실이 비위생적이다. 2) 바퀴벌레, 쥐 등이 관찰된다. 3) 분리수거를 하지 않는다.
		17. 부적절한 주거관리	1) 집안이 정리정돈이 안되어 있다. 2) 공간관리가 부적절하다. 3) 가족수에 비하여 공간이 부족하다. 4) 난방이 제대로 안된다. 5) 채광이 안 좋아 낮에도 조명이 필요하다. 6) 통풍이 안되어 습하다.

3. 논 의

본 연구결과 도출된 17개의 가족현상을 ICNP의 Beta판 예정(1999년)과 비교하여 보면 ICNP는 가족현상의 4개의 하부영역으로 가족자원, 가족역동, 자녀양육과 가족돌봄으로 구분하였다. 첫번째, ICNP에서는 가족자원에 2개의 가족현상으로 재정불안정, 과밀을 두었다. 본 연구에서는 "부적합한 재정관리"를 하나의 현상으로 도출하였다. 두 번째, ICNP의 가족역동에는 "가족의 의사소통, 가족대처, 권력구조, 가족구성원간의 갈등, 지역사회와 가족의 상호작용 등 5개의 가족현상을 구분하였다. 이 중 권력구조에는 가족폭력을 하부 가족현상으로 구분하였으며 "가족구성원간의 갈등"에는 "부부만족", "세대간 갈등", "가족계획"이라는 하부 가족현상을 구분하였다. 본 연구결과에서는 "부부만족"이라는 하부 가족현상을 다시 "부부역할 장애"와 "성생활의 불만족"으로 세분화하였다. 그리고 본 연구에서는 "가족계획"이라는 가족현상은 확인되지 않았다.

ICNP에서는 "지역사회와 가족의 상호작용"을 세분화

하지 않았으나 본 연구에서는 "지역사회와의 상호작용 부족", "사회적 고립감", "지역사회 지지체계의 부족"으로 세분화하였다. 세 번째, ICNP의 "자녀양육"영역에는 가족현상이 규명되지 않았으나 본 연구에서는 "부모 역할장애"라는 세부 가족현상을 배치하였다. 네 번째, ICNP의 "가족돌봄" 영역은 "무시", 가족돌봄의 역할긴장, "가정관리" 등으로 가족현상을 구분하였다. 본 연구에서는 "무시"라는 가족현상은 규명되지 않았으며 "부적절한 생활양식" 또는 "부적절한 질병관리"와 "가족돌봄의 역할긴장", "이웃환경", "가정관리"라는 4개의 가족현상이 규명되었다.

이러한 차이는 본 연구에서 각 현상에 속하는 공통특성을 구분할 때 기인한 것으로 보이며 다른 하나는 문화적 차이로 본다. 본 연구결과는 ICNP 이외의 다른 간호진단 분류체계인 NANDA, Omaha, HHCC 등과 비교하여 가족현상과 각 현상별 특성에 대하여 확인하는 과정이 필요하다. 또한 간호학생들의 실습교육에서 다루어진 가족현상과 특성에 기초한 연구이므로 이 가족현상이 실제 가족간호 실무와 일치할 지에 대한 실증연구가 앞으로 필요하다.

V. 참고 문헌

- 김모임, 조원정, 이정렬, 김의숙, 정영숙, 강혜영 (1999). 대상자 중심의 지역사회간호학, 282-287.
- 김영임, 윤순녕, 홍경자 (1994). 가족간호, 한국방송대학교 출판사.
- 김영임, 윤순녕, 홍경자 (2000). 가족간호(2판), 한국방송대학교 출판사(인쇄중).
- 김의숙 (1998). 지역사회 간호교육에서의 가족간호진단 접근, 지역사회간호학회 동계학술대회 발표자료
- 서미혜, 이해원, 전춘영 (1995). 가정간호 시범사업 간호진단 및 간호중재 분석연구, 34(5), 52-67.
- 서미혜, 허혜경 (1998). 가정간호에서 사용된 간호진단과 간호중재 분류, 가정간호학회지, 5, P.47-60.
- 이소우, 정기순, 남영임 (1996). 가정간호사업을 통한 간호진단 분류연구 가정간호학회지, 3, P.98-110.
- 이은옥, 서문자, 김매자, 김채숙, 한경자, 박영숙, 전명희 (1998). 간호진단과 중재, 서울대학교 출판부, 1998.
- 장선옥 (1998). 우리나라 가족간호연구 분석, 대한간호학회지, 28(1).
- Bulechek, G. M., & McClosky, J. C. (1996). Nursing Interventions Classification(NIC).
- Gillis, C. L., Highley, B. L., Roberts, B. M., & Martinson, I. M. (1989). Toward a Science of Family nursing, Menlo Park: Addison-Wesley Company.
- ICN (1998a). Update-ICNP Emerging Beta version.
- ICN (1998b). Guidelines for identifying and submitting terms for Alpha ICNP, 1-9.
- International Council of Nurses (1996). International Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework, The Alpha Version
- Martin, K. S., & Scheet, N. J. (1992). The Omaha System A Pocket Guide for Community Health Nursing, W.B. Saunders Company.
- Martin, K. S., Scheet N. J. (1992). The Omaha System Applications for Community Health Nursing, W. B. Saunders Company
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1994). Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention, F.A.Davis company, 5-6, 185-196.

- Abstract -

Key concept : ICNP, Family Nursing Phenomena

Development of Family Nursing Phenomena in Korea by Retrospective Method of ICNP

The Objectives of this study were to identify family nursing phenomena at the community in Korea and to contribute to build up family domain of International Classification for Nursing Practice.

The method of this study was used retrospective one among three methods to develop ICNP during the period from April 1997 to June 1999.

The procedure was to choose nursing phenomena using preliminary terms(step1) from the reports on family nursing care of the nursing students of 5 junior colleges of nursing and 5 colleges of nursing. The study group members identified 3 common family nursing phenomena with 5 characteristics related to each phenomenon.

In order to consensus the appropriate characteristics of a phenomenon(step2), 17 study group members had regrouped nursing phenomena and scored its characteristics 5 times.

The essential characteristics of each family phenomenon were selected above 3.5 mean score from related characteristics(step 3).

Finally, 17 phenomena were named preferred terms such as following, that was selected after investigated preliminary terms(step4).

Family nursing phenomena in Korea are

named as Lack of family interaction in community, Social isolation, Lack of social support system in community, Disturbance in parent role, Disturbance in marital role, Dissatisfaction of sexual life, Disturbance in family communication, Inappropriate family coping, Lack of family intimacy, Inappropriate family power structure, Family violence, Unhealthy life style, Deficit of financial management skill and support, Inadequate care

a sick member, Insecure safety and hygiene in neighborhood, Inadequate home-sanitation, Inadequate home-making.

Family nursing phenomena in Korea were partially confirmed family architecture of ICNP, Beta version, by this study. Further study on Family nursing phenomena in Korea will be required to support evidence through literature review of nursing classifications or field studies.