

가족 간호요구에 관한 조사

간 호 과 손 인 아
전임강사

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

가족은 현대 간호의 중심 주제(central theme)로서 다양한 집단에 의해 다양한 개념으로 표현되어져 왔는데 가족이 그 구성원의 건강과 질병 간호에 있어 중추적 역할을 하게 된다는 것이다. 이에 따라 지역사회 간호는 가족을 핵심 사업단위로 그들이 가지고 있는 건강문제를 종합적이고 포괄적인 접근을 통해 전 지역사회 인구의 건강요구를 충족해주므로써 자신의 건강문제를 인식하고 스스로 해결해 나갈 수 있도록 도움을 주는 일차 건강관리사업을 제공하는데 관심이 증가되고 있다.

가족은 사회제도중 가장 오래되고 강한 제도중의 하나로서 각 구성요원들은 유전적 특징 환경, 일반적 태도와 생활양식을 서로 같이하고 상호 의존관계를 유지하면서 한 단위로서 기능하기 때문에 가족과 함께 일해야 하는 지역사회 간호원은 가족 구성원 사이의 역동적 상호관계를 이해하고 가족 건강을 증진시키며 건강문제를 예방하기 위한 방법을 개발하여야 한다.

가족의 간호요구는 사업 대상단위 가정의 특성에 따라 차이가 있으므로 본 연구는 Betty Newman의 건강관리체계모형(Health-care system model)과 Duvall의 가족생활 순환단계(Family life cycle)에 관한 이론을 배경으로 가족 간호과정을 적용하여 가족 특성별 간호요구를 파악하고 그 요구에 맞는 간호계획을 통해 가족중심 간호사업을 수행해봄으로써 앞으로 보다 나은 가족중심 간호사업 제공을 위한 교육적 틀을 마련하고자 본 연구를 시도하였다.

본 연구의 구체적 목적은 다음과 같다.

- 가정방문을 받은 가족의 일반적 특성을 가족 발달단계별로 파악한다.
- 가족 발달단계에 따라 간호요구 영역별 발생건수를 조사한다.
- 간호요구 영역의 구체적 내용을 알아본다.

2. 용어의 정의

1) 가족 간호과정

가족 건강 진단도구에 의해 가족 간호요구를 결정하여 그에 따라 가족 간호계획(목적설정, 간호방법 및 수단선택, 집행 및 평가계획)을 세워서 일련의 간호활동(직접간호제공, 보건교육, 상담 및 권유)을 전개한 후 가족간호 내용을 질적 양적으로 평가하여 재계획하는 일련의 과정을 말한다.

2) 간호요구

본 연구에서 사용한 가족의 간호요구란 개인이나 가족이 건강문제를 갖고 간호와 건강교육 및 상담지도를 필요로 하는 상황으로 개인이나 가족이 이에 대한 사전 지식이나 문제해결 능력이 없고 간호를 제공하므로써 문제가 해결가능한 상태로서 문제의 특성에 따라 건강위협문제(질병이나 우발사고를 일으키게 되는 상태와 자신의 건강 잠재력을 인식하지 못하는 상태), 건강결핍문제(부주의로 인한 질병상태나 정상적 비율에 따른 발달, 노력에 실패한 경우), 미래 위기문제(적응을 요하거나 가족자원의 활용요구가 예상되는 상황이나 가산)가 해당된다.

3) 가족 발달단계

한 개인이 발달단계를 거쳐 발전하듯이 가족의 생활주기도 시간에 따라 그 가족내의 특별한 방법대로 성장하므로 다음과 같이 Duvall의 8단계로 분류 적용한 것이다.

- 1단계: 결혼한 부부로서 자녀가 없는 시기(신혼부부기)
- 2단계: 출산기 가족(첫 자녀가 생후 30개월 이내)
- 3단계: 학령전기 아동이 있는 가족(첫 자녀가 생후 30개월~6년 사이)
- 4단계: 학령기 아동이 있는 가족(첫 자녀가 6~13세 사이)
- 5단계: 십대의 자녀가 있는 청소년기가족(첫 자녀가 13~20세)
- 6단계: 출타한 자녀가 있는 장년기 가족(첫자녀가 군대, 결혼, 학업, 직장등으로 동거하지 않고 막내는 아직 남아있는 시기)
- 7단계: 중년기 가족(막내 자녀까지 모두 출타하여 부부만 남는시기)
- 8단계: 노년기 가족(부부중 한 배우자가 사망하였거나 둘 모두 사망할때)

II. 이론적 배경

*Betty Newman의 Health care system model과 가족간호

1) 체제로서의 가족개념

체제로서 가족개념은 가족 구성원 개인이 각 부분의 합 이상인 전체로서 에너지, 자원, 정보(Energy, matter, information)를 조화롭게 교환하면서 가족을 지배하는 의미와 가치에 관련되며 끊임없이 변화되는 환경내에서 안정성(stability)을 유지한다는 것이다.

안전성이나 안녕(wellness)은 stressor에 적응하는 가족의 기능범위에 관련되고 가족구성원 개인의 적절한 성장을 배려하고 적절한 기능을 수행하는 것이다. 개인의 환경은 내적, 외적인 것으로 상부상조적이고 상호의존적인 것인데 내적 환경이란 개인을 독특한 개체(unique self)로 보고 생리적, 사회심리적, 발달적, 영적인 요소로 구성된다고 보며 외적 환경은 개인의 생활에 영향을 미치는 사회심리적, 문화적, 경제적 요인으로 본다. 따라서 총체적(holistic)인 견지로 본 가족 구성요소는 다음과 같다.

- ① 사회심리적 관계(Psychosocial relationship)
- ② 신체적 상태(Physical status)
- ③ 발달특성(Developmental characteristics)
- ④ 종교적 영향(Spiritual influence)

개인이나 가족의 안정성에 영향을 미치는 것 뿐만 아니라 가족 상호작용양상을 파악하는 것으로서 특별한 concern, concept, interaction pattern이 다음 범주하에서 나타난다.

- ① 개인의 요구~연령, 성별, 발달상태, 개인적 차이, 환경적인 영향
- ② 개인과 가족의 행동양상(구조와 과정)~의사결정 과정, 적응양상, 역할관계 의사소통 및 상호작용양상, 가족목표, 가족 경계, 사회화 과정, 개체화(Individuation sharing).
- ③ 가족의 적응요구~개인 요구가 충족 또는 불충족된 정도에 따라 결정된다.

2) 가족체제에 영향을 미치는 stressor

stressor는 환경내 유기체에 긍정적, 부정적 영향을 미치는 것으로 가족 체제내에 불안정을 초래하며 다음으로 분류한다.

- ① 가족내 stressor~가족단위 내에서 발생하는 것으로 가족 구성원간의 상호작용에서 발생한다.
- ② 가족간 stressor~개인이나 가족이 다른 가족이나 지역사회 집단, 기관과의 상호작용에서 발생한다.
- ③ 가족의 stressor~가족과 간접적인 환경에서 발생하는 것으로 정치적 사회적 영향에서 초래된다.

가족 stressor와 관련되어 다음 사항을 고려해야 한다.

- ① 문화적 차이
- ② 개인의 주관적 인지(perception)
- ③ stressor가 심할때 적응기능이 일시적으로 이루어지며 적응 고갈시 구조에 침입(invasion)이 초래된다.
- ④ stressor에 대한 반응은 적응능력을 나타낸다.
- ⑤ stressor 해결과 관련된 변수는 변화에 대한 가족의 융통성과 과거 적응양상이다.
- ⑥ stressor는 역할기능에 변화를 필요로 한다.
- ⑦ 부정적 적응은 방어행동의 지속적 사용으로 인한 경직에 의한 것이다.

3) 가족간호과정

① 사정

어떤 stressor가 개인에게 주는 의미를 확인하여 간호 대상자와 간호 제공자의 인식간에 차이를 명백히 하는 단계로서 대상자가 시작때부터 자신을 간호하는데 능동적으로 관련되어야 한다.

② 계획

대상자와 간호제공자간의 인식의 차이를 조정하여 간호원과 대상자는 공동으로 중재의 우선 순위를 설정한다.

③ 중재

간호중재는 1,2,3차적 수준에서 이루어진다.

ㄱ. 1차적예방~위험성은 알고 있으나 반응이 아직 일어나지 않은 상태에 수행되며 개인이 stressor에 부딪칠 가능성을 감소시키거나 대항하는 용통성 있는 방어선을 강화하는 것이다.

ㄴ. 2차적예방~조기 환자 발견과 증상 치료단계로서 대상자의 반응효과를 감소시킨다.

ㄷ. 3차적예방~재적응을 증진시키고 앞으로 질병예방을 위한 교육과 새로운 수준의 안정성을 얻도록 한다.

④ 평가

사정의 타당성과 계획이 사정과정에서 수집된 자료와 관련되는지 살펴봄과 중재는 개인이 가능한 최고도의 재구성에 도달하게 돕고 있는지를 결정하는 것이다.

이러한 관점에서 볼때 가족간호과정도 역시 가족을 일개 단위로 하는 개념에 기본을 두고 가족내의 인적 물질적 자원 이용을 장려하고 또한 이용가능한 건강사업을 가장 현명하게 사용할 수 있도록 그 방법을 지적하여 줌으로서 가족의 관심사와 건강요구를 충족시키는 방향으로 사업을 추진한다고 정의할 수 있으며 가족을 단위로 포괄적인 가족의 건강문제나 요구를 파악하여 측정하는 것이 바람직하다고 보겠다.

가족이라는 개념을 간호전문직에 개입시키는 것은 중요하며 가족 주기를 발달 단계별로 구별하여 간호영역을 검토해 보는 것은 간호사업에 도움이 된다. 지역사회 간호사업에 있어서 가족의 건강유지, 증진을 위해 본 이론을 바탕으로 간호요구를 파악해야 하며 이는 독특한 가족에 맞는 간호계획을 세우는데 기초가 되어져야겠다.

III. 연구 방법

1. 조사 대상 및 조사방법

조사자료는 광주지역내에 소재한 84가구를 표본으로 선정하고 사전에 교육받은 간호과 3학년 학생이 개별 가구방문을 하여 직접 면접방법으로 주부를 통해 가족건강사정도구를 적

용하여 가족의 간호 요구를 파악한 후에 가족 간호를 수행한 내용을 기록하도록 하였고 조사기간은 1985년 3월21일부터 6월10일까지였다.

기록지를 통해 가족의 발달단계별 간호요구를 검토하기 위해 최가 사용한 자료를 본 연구의 달성 목적에 맞도록 수정 보완하여 다음 영역으로 분류하였다.

- ① 영유아 간호요구(30개월 이전연령)
- ② 학령전 간호요구(30개월~6세)
- ③ 학령기 간호요구(6세~13세)
- ④ 청소년기 간호요구(13세~20세)
- ⑤ 성년기 간호요구(20세이후 연령층)
- ⑥ 예방접종지도
- ⑦ 모성건강관리
- ⑧ 가족계획
- ⑨ 환경관리(가옥과 위생 및 안전사고 관리 영역)
- ⑩ 기타(발달위기 또는 취약가족요인)

2. 자료 분석방법

본 연구의 목적 달성을 위하여 시간적 요인을 개입시킨 발달적 접근 방법에 따라 가족 발달 단계별로 가족의 일반적 특성과 간호요구 영역을 검토하였고 자료는 백분율 평균치로 통계적 처리를 하였다.

3. 연구의 제한점

- 1) 표집대상이 모집단에 비해 소수로 한정되어 있어 대가족이나 불완전 가족, 영세가족에 본 연구 결과를 일반화하여 해석하는데 제한점이 있다.
- 2) 문화적으로 상이한 미국의 가정을 대상으로 아이들이 없는 가정이나 어른들 보다는 어린이를 중심으로 강조된 발전적 접근을 우리나라 가족구조와 기능에 적용하는데 제한점이 있겠다.
- 3) 방문 청취법으로 조사하여 조사원의 견해에 따라 다소 차이가 있을 수 있다.

IV. 연구 결과 및 고찰

1. 분석 대상가구의 일반적 사항

분석 대상 가구의 단계별 가구수(표1-1참조)는 5단계가 20가구(23.80%), 2,3,4단계가 각각 19가구(각 19.04%)이며 6단계가 14가구(16.66%), 1,7단계가 각 1가구(각 1.19%)로

서 농촌지역 보건간호 실습 보고서에서 조사된 핵가족의 가족 발달단계에서 launching family(6단계)가 가장 높은 비율로 나타났으나 본 자료는 도시지역 가족으로서 청소년기 가족이 가장 높게 나타났고 8단계 가족은 없는것으로 나타났다.

표 1-1. 가족 발달 단계별 가구수

단 계	가구수	%
1	1	1.19
2	16	19.04
3	16	19.04
4	16	19.04
5	20	23.80
6	14	16.66
7	1	1.19
8	0	0
계	84	100.0

응답 가구의 단계별 가족크기(표1-2참조)는 4,5,6단계에서 평균 약5명으로 최의 조사결과와 같은 양상을 보였으며 응답가구의 단계별 부모 연령(표1-2참조)은 1단계와 7,8단계는 가구수가 적어 평균 연령으로 일반화하기 어려우며 최의 조사결과에 비해 부모연령이 전반적으로 높게 나타나 농촌지역에 비해 만혼의 경향이 있어서가 아닌지 사려된다.

발달단계별 자녀 연령분포(표1-3참조)는 2단계는 100%가 0-4세군에 3단계는 67.64%가 0-4세군에, 4단계는 50.0%가 10-14세군에, 45.23%가 5-9세군에 속했고 5단계는 54.38%가 15-19세군에 6단계는 32.07%가 20-24세군에 분포되었다. 6단계에 0-4세군 9.43%는 대가족인 경우 손자 손녀가 있기 때문인 것으로 사려된다.

표 1-2. 가족 발달단계별 가족크기와 부모의 현재연령

단계	가족크기±표준편차	현 재 연 령	
		부	모
		평균±표준편차	평균±표준편차
1	2.0 ±0	28±0	24±0
2	3.43±0.62	30.5 ±3.18	27.88±1.74
3	4.12±0.50	34.38±1.96	30.44±2.60
4	4.68±0.79	39.25±3.71	35.87±3.00
5	5.25±0.91	45.85±3.51	42.35±4.39
6	5.57±1.60	55.27±4.76	51.71±3.79
7	2.0 ±0	62.0 ±0	56.0 ±0
8	0	0	0

표 1-3. 가족발달단계별 자녀의 연령분포

단계/연령	0~4	5~9	10~14	15~19	20~24	25~29	30이상	계: 인수(%)
1 인수(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
2 인수(%)	19 (10.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	19 (9.27)
3 인수(%)	23 (67.64)	11 (32.35)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	34 (16.58)
4 인수(%)	2 (4.16)	19 (45.23)	21 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	42 (20.48)
5 인수(%)	0 (0.0)	4 (7.01)	12 (21.05)	31 (54.38)	10 (17.54)	0 (0.0)	0 (0.0)	57 (27.80)
6 인수(%)	5 (9.43)	2 (3.77)	2 (3.77)	9 (16.98)	17 (32.07)	12 (22.64)	6 (11.32)	53 (25.85)
7 인수(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
8 인수(%)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
계:인수(%)	49 (23.90)	36 (17.56)	35 (17.07)	40 (19.51)	27 (13.17)	12 (5.85)	6 (2.92)	205

의료보험과 의료보호상태에 있어 54가구(64.28%)가 의료보험, 2가구(2.38%)가 의료보호 혜택을 받고 있으며 해당 사항이 없는 가구는 28가구(33.33%)로서 위의 조사결과에 비해 혜택을 받지않는 가구가 적은 것으로 나타났으며 이는 1980년 6월 30일 현재 우리나라 사회보장제도에 의해 의료비 감면 혜택을 받는 국민인 28.2%에 비해 매우 높은 것으로 보였다.(표1-4참조)

의료보험 또는 의료보호 유무별로 주로 이용하는 의료시설은 의료보험이 있는 경우 54가구중 26가구(48.14%)가 약국을 가장 많이 이용했으며 의료보험 혜택을 받지 못하는 28가구중 23가구(82.14%)가 주로 약국을 사용하는 것으로 나타나 전체 대상자의 60.71%가 약

표 1-4. 발달단계별 의료보험 및 의료보호 혜택

단계	의료보험 가구수(%)	의료보호 가구수(%)	없다 가구수(%)	계
1	1(100.0)	0	0	1
2	11(68.75)	0	5(31.25)	16
3	13(81.25)	0	3(18.75)	16
4	10 (6.25)	1(6.25)	5(31.25)	16
5	10(50.0)	0	10(50.0)	20
6	9(64.28)	1(7.14)	4(28.57)	14
7	0	0	1(100.0)	1
8	0	0	0	0
계(%)	54(64.2)	2(2.38)	28(33.33)	84

국을 이용하고 있었는데 약국을 찾는 중요한 이유로서는 ·“지리적으로 가깝고 이용 절차가 간편하다” ·“시간이 절약된다” ·“설명을 친절히 들을 수 있다” ·“경제적이다” ·의료보험 혜택을 받지 못하기 때문이다” 순이었고 병원이나 종합병원을 찾는 이유로서는 ·“신뢰할 수 있다”와 “잘 치료된다” “비용이 절감된다”로 나타났다. 따라서 주민이 지리적으로 가깝고 저렴한 가격으로 신뢰감을 갖고 이용할 수 있는 보건의료 시설이 갖추어져야겠다고 사려되었다.(표1-5참조)

표 1-5. 의료보험 혜택 유무별 의료시설 이용방법

의료시설 \ 의료보험 혜택유무	의료보험 가구(%)	의료보호 가구(%)	없 다 가구(%)	계 가구(%)
약국	26(48.14)	2(100.0)	23(82.14)	51(60.71)
병원·종합병원	25(46.29)	0	5(17.85)	30(35.71)
한약방	2(3.70)	0	0	2(2.38)
기타	1(1.85)	0	0	1(1.19)
계	54(100.0)	2(100.0)	28(100.0)	84(100.0)

2. 가족 발달 단계별 간호요구 영역의 문제발생

가족 발달 단계에 따른 9개 간호요구 영역에서의 문제 발생은 다음과 같다.(표2참조)

1) 영유아 보건에서의 간호요구 발생은 2단계에서 총 23건중 12건으로 52.17%, 3단계는 10건으로 43.4%를 차지했으며 6단계에서 1건(4.34%)이 초래된 것은 확대가족의 경우 손주 손녀와 함께 살고 있었기 때문이다.

2) 학령전 아동 보건문제는 3단계에서 총 18건중 11건(61.11%)으로 가장 많이 발생되었다.

3) 학령기 아동 보건은 4단계가 총 17건중 14건(82.35%)으로 가장 많았고 5단계에 3건(17.64%)이 나타났으며 다른 단계에서는 찾아볼 수 없었다.

4) 청소년 보건문제는 5.6단계에서 각각 15건(75%), 5건(25%)을 차지했다.

5) 성인 보건은 총 113건수중 5.6단계에서 각각 23%, 4단계 21.23%, 3단계 16.81%, 2단계 14.15%, 7단계 1.76% 순으로 나타났으며 전체 발생건수 총 263건중 113건(42.96%)으로서 가장 많은 간호요구로 보여졌다.

6) 예방접종 지도 및 상담에 관한 요구는 3단계에서 2건(50%) 2.4단계에서 각 1건씩(각 25%)으로 전체 발생 건수중 4건(1.52%)으로 가장 낮은 발생율을 보였는데 이것은 주부의 예방접종에 관한 지식, 인식, 실천도가 향상되었기 때문이라고 본다.

7) 모자보건에 관한 간호요구는 2단계에서 2건, 1,3,4단계에서 각 1건(각 20%)이 발생했다.

표 2. 가족발달 단계별 간호요구 발생건수

간호요구 \ 발달단계	1	2	3	4	5	6	7	8	계
영유아		12	10	0	0	1	0	0	23
학령전			11	5	2	0	0	0	18
학령기				14	3	0	0	0	17
청소년				0	15	5	0	0	20
성인		16	19	24	26	26	2	0	113
예방접종		1	2	1	0	0	0	0	4
모자보건	1	2	1	1	0	0	0	0	5
가족계획		11	7	2	0	0	0	0	20
환경위생		19	13	1	3	0	0	0	36
기타		2		2	2	1	0	0	7
계	1	63	63	50	51	33	2	0	263

8) 환경보건(가옥과 위생 및 사고예방에 관한 내용)은 총 36건중 2단계에서 52.77%, 3단계 36.11%, 5단계 8.33%, 4단계 2.77%를 차지했다.

9) 기타로서는 2,4,5,단계에서 각 2건(28.57%) 6단계에서 1건(14.28%)이 발생되었다.

3. 간호요구 영역별 내용(표3-1~표3-9)

1) 영유아 간호요구는 감기증상으로서 초래되는 기침, 콧물, 열에 관한 것과 설사에 관한 호소가 가장 많았다.

2) 학령전 간호요구는 빈번한 감기 발생, 신체불능상태(불구 또는 기형아), 식사거부, 변비에 관한 문제등이 다양하게 나타났다.

3) 학령기 아동의 간호요구 내용으로는 감기예방이나 간호에 관한 상담, 치과적문제(충치, 치통, 부정교합)에 관한 것 코피가 자주 나는 것에 대한 호소 등이었다.

4) 청소년기에서는 비출혈, 소화장애, 월경장애, 발달위기로서 사춘기에 대처해야 하는 문제들이었다.

5) 성인기에서는 건강위협요인이 되는 과음과 과도한 흡연을 피하도록 교육적 필요성이 요구되었고 건강결핍 상태에 있다고 보는 만성질환상태(간 질환, 고혈압 당뇨병등)에 대처할 수 있도록 도와주어야 하는 문제들이 많았다. 특히 가정 주부의 경우는 관절통·요통을 호소하거나 소화장애·변비에 관한 각종증상이 많았으며 가장은 만성적 기침, 위장장애, 고혈압 등이 주로 나타났다.

6) 모성보건관리면으로는 현재 임신으로 인한 산전관리의 필요성과 과거 유산경력자에 관한 지도 및 분만후 산욕기 관리의 필요성이다.

7) 가족계획에 관한 내용은 터울조절을 위한 피임방법에 대한 보건교육과 영구불임에 관

표 3. 간호요구 영역별 내용 및 문제발생건수

영역	간호요구 내용	문제발생 건수
영유아	감기증상 (기침, 콧물, 열)	10
	설사	5
	수유 및 식이지도	3
	빈번한 구토, 변비, 충치	각 1
	폐렴, 선천성 기형	각 1
학령전	감기증상 (기침, 콧물, 열)	6
	식사거부	3
	충치, 손가락빠는 버릇, 분노발작	각 1
	신체 불구 및 기형	3
	화상	2
	홍역	1
학령	감기증상	6
	치과적 문제 (충치, 부정교합, 치통)	5
	빈번한 비출혈	2
	비만, 시력관리, 유노증, 편식	각 1
청소년	빈번한 비출혈, 소화불량	각 3
	월경장애, 사춘기문제	각 2
	비만, 시력관리, 근육통, 편도염, 동상, 감기	각 1
	신장염	2
	결핵, 간질	각 1
성인	만성적 동통 (신경통, 관절통, 요통)	16
	위장장애 (위통, 소화불량)	11
	고혈압	11
	불량한 습관 (음주, 흡연)	8
	허약감 및 피로감	5
	만성적 기침	5
	간경화, 당뇨병, 빈혈, 두통, 변비, 두드러기	각 3
	만성감염	2
	비만, 치질	각 2
	신장염, 갑상선기능저하증, 저혈압	각 1
	월경장애, 질출혈, 정맥류, 감기, 불면증, 폐경	각 1
	정신분열, 빈혈, 탈모, 편발	각 1
	예방접종	미실시
부작용		1
모성보건	산전관리	3
	산후관리	1
	자연유산	1
가족계획	태울조절 및 피임교육	11
	영구불임 상담 및 진유	9
환경관리	안전사고예방 (계단, gas, 전기코드, 난간, 교통사고, 화상)	33
	환경위생 불결	4
기타	실직	3
	빈곤	2
	영아사망	1
	이혼	1

한 상담 및 권유였다.

8) 환경관리 문제로서는 안전사고(계단 gas, 전기코드, 난간, 교통사고, 화상등) 예방에 관한 교육과 환경위생 불결상태에 관한 지도의 필요성 등이었다.

9) 기타문제는 가족위험요인(Family risk factor)로서 질병 유발의 원인이 될 수 있는 실직, 빈곤, 영아사망 등이었다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 광주시에 소재한 핵가족(80가구)과 대가족(4가구)을 대상으로 가족주기를 Duval의 8단계로 구분하고 각 단계별로 9개 간호요구 영역에서의 문제 발생 내용을 조사한 결과는 다음과 같다.

1) 응답 가구의 발달단계별 일반적특성조사 대상인 84가구중 5단계가 20가구(23.80%)로 가장 많았고 8단계는 표집되지 않았다.

가족 크기는 평균 4.5명이며 6단계가 약 6명으로 가장 많았다.

부모의 현재 연령은 단계가 높아질수록 많게 나타났으며 자녀의 연령분포는 5,6단계의 경우 고루 분포되었다.

의료보험 혜택은 총 84가구중 54가구(64.2%)가 받고 있었고 의료보험 대상자의 48.14%와 혜택을 받지 않는 28가구중 82.14%, 전체가구의 60.71%가 약국을 주로 이용하는 것으로 나타났다.

2) 가족 발달단계별 간호요구 영역에서의 문제 발생은 대체로 성인간호 요구가 총 간호요구중 42.96%를 차지하여 가장 높게 나타났고 두번째로는 환경관리문제(13.68%), 세번째는 영유아기 간호문제(8.74%) 순이었다.

3) 간호요구 영역별 내용은 영유아, 학령전, 학령기에 있어서는 간강위협상태에 대한 문제가 많이 나타났고 청소년기는 건강결핍 상태로서의 문제, 성인기는 만성질환으로 인한 건강결핍문제가 많았고 개인적 습관으로 인한 건강위협문제도 많이 나타났다.

2. 제 언

1) 한국의 가족 발달단계는 대가족인 경우 손자, 손녀만을 데리고 살거나 3대가족이 사는 경우를 고려해야겠다.

2) 표준화된 가족 건강요구와 측정도구로서 지속적인 간호수행후 평가가 요망된다.

3) 본 조사에서 얻은 빈번한 가족 간호요구에 관한 기초자료를 기반으로 앞으로 포괄적인 가족 간호수행이 이루어져야겠다.

4) 가족 건강에 영향을 미칠 수 있는 변수를 중심으로 간호요구 발생에 관한 비교연구가 필요하겠다.

참 고 문 헌

1. Wanda C. Hiestand, Nursing the family, and the "new social history; Nursing and Culture, *ANS Vol. IV*, 10, (1982)
2. Ruth B. Freeman, *Community health practice*, 1st ed., Philadelphia, W.B. Saunders Co., 109~119. (1970)
3. 이진경, 가족건강요구 측정에 관한 조사연구, *최신의학*, 18권 8호, 103(1975)
4. 윤순영, 서울 일부 영세지역 핵가족의 건강문제에 대한 조사연구, *중앙의학*, 40권, 6호, 446 (1981)
5. 김화중, 이경식, *지역사회간호학*, 서울, 수문사, 122~149. (1984)
6. 이선자, 정문희, 이명숙, *지역사회보건간호학*, 서울, 신광출판사, 220~241. (1982)
7. 홍여신, 가족건강요구의 측정, *대한간호*, 13권, 6호, 44~45. (1974)
8. 이선자, 이영자, 정문희, 이명숙, *지역사회간호실무교육*, 서울, 신광출판사, 139. (1984)
9. Duvall, E. M., *Family Development*, 4th ed., J.B. Lippincott Co., New York, 2~232. (1971)
10. Janice A. Thibodeau, *Nursing Model; Analysis and evaluation*, Chapter 8, 105~124. (1980)
11. Joan, P. Riehl, Sister Callista Roy, *Conceptual model for nursing practice*, Chapter 9, 119~134. (1980)
12. I. W. Clements, *Family health*, Chapter 19, 239~254. (1983)
13. *Technical Report Series 558*, Community health nursing, WHO, Geneva, 5~11. (1974)
14. 이경식, 보건사업 전달의 새로운 개념과 지역사회건강간호교육, 제4회 공중보건학 연수회 보고서, SPH, SNU, 3~15. (1975)
15. Bernard, Jessie and Thompson, Lida, *The Family life cycle sociology*, Nurses and their Patients in a Modern society, C. V. Mosby Co., 112. (1966)
16. 최부옥, 가족 발달단계에 따른 간호요구 영역에 관한 연구, *간호학회지* 7권, 2호, 44~48. (1977)
17. 서울대 의대 간호학과, 보건간호학, *농촌지역보건간호 실습보고서*, 서울, 25(1979)
18. 이두호, 의료보험제도와 의료보험, *대한보건협회*, 38(1980)
19. Margot Joan Fromer, *Community health care and the nursing process*, 2nd ed, Mosby, 262~309. (1983)
20. 김의숙, 가족건강, *대한간호*, 19권 5호, 34~38. (1980)

A Survey on the Nursing Needs of Family

In-a Sohn

Department of Nursing

Kwangju Health Junior College

>Abstract<

This study was performed during the period from March 1 to June 10, 1985, in order to investigate the problems of the families living in Gwang Ju city. 80 nuclear families and 4 extended families were selected by random.

Housewives were interviewed to obtain the general information and find out their family's health problems through home visiting by trained nursing students.

The purpose of this study is to help making plan for family health nursing in the future and to provide basic materials which can be used as educational effect.

The collected data were analyzed statically by frequency, percentage, mean, S.D.

The results are as follows.

1. General characteristic of the study population by Duvall's family developmental stage.

- 1) The study population: Stage 5 families hold the first as (23.80%).
- 2) Family size: The average family size was 4.5 person.
- 3) The parent's present age was older in the higher developmental stage.
- 4) The higher the developmental stage, the wider the distribution of children's age.

2. Problems in specific area of nursing need.

Among total family, the nursing need as the rank was Adult's problem(42.9%).

The second was the Environmental problem(13.68%), the third was Infant and Toddler's problem(8.74%).