

## 가족발달단계에 따른 간호요구영역에 관한연구\*

최 부 옥\*\*

차	레
I. 서 론	계에 따른 문제발생 및 간호 요구도와 해결능력도
II. 연구방법	3. 가족발달단계별 간호요구영 역 전체에서의 문제발생 및
III. 문헌적 고찰	간호요구도와 해결능력도
IV. 연구결과 및 고찰	V. 결론 및 제언
1. 가족발달단계별 조사가구의 일반적 특성	참고문헌
2. 간호요구영역별 가족발달단	영문초록

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

보건간호의 사업단위로서 가족이라는 개념은 1920년대 초기에 간호분야에 소개되었다<sup>1)</sup> 그후 오늘날의 지적사회건강 간호에서도 “가족이 바로 환자이다”라는 개념하에 건강사업의 초점은 한 가족의 건강문제와 간호요구에 주어지고 있다.<sup>2)</sup>

지역사회 간호원은 가족 전체와 함께 일하며 동시에 각자의 성장단계에서 삶을 영위해 가는 사람들의 가정에 접근하는 한 전문직 요원이다. 따라서 가족이 갖는 역동성과 가족에게 작용하는 모든 영향력을 알아야 한다. 지역사회 간호원은 가족과 함께 일한다는 전문적 책임을 완수하기 위해서는 개인이나 가족에 관한 여러가지 면을 알아야 하지만 특히 개인과 가족의

성장과 발달에 대한 지식을 가져야 한다<sup>3)</sup> 가족은 그 구성원으로 구성된 하나의 집단이다. 가족구성원은 개인의 연령, 성별 및 그 사회 경제적, 문화적 요소의 영향을 받아 각자의 성장주기를 갖는다. 또한 가족을 구성하는 관계 즉 남편과 부인, 부모와 자녀의 관계는 고정되지 않으며 가족의 생활은 한 주기에서 다음 주기로 변화한다<sup>4)</sup> 다시 말하면 각자의 성장주기에 따라 각 구성원으로 구성된 가족집단도 일정한 발달단계를 갖는다.

각기 다른 성장단계에 있는 개인들에게 각기 다른 건강문제와 간호요구가 있듯이 한 집단으로서의 가족도 발달단계에 따라서 각기 다른 건강문제와 간호요구를 갖는다. 예를들면 어린아이가 있는 가족과 노인이 있는 가족과는 다르다.

지역사회 간호원은 개인이나 가족을 간호자원으로

\*연세대학교 대학원 간호학과 석사학위 논문임.

\*\*가족계획연구원.

1) Tinkham, C.W. & Voorhies, E.F., *Community Health Nursing Evolution and Process*, Appleton Century, 1972. pp. 117.

2) *Ibid.*, p.118.

3) *Ibid.*, p.118.

4) Duvall, E.M., *Family Development*, Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1971, pp.113.

서만 이용할 것이 아니라 가족의 건강유지, 증진이라는 지역사회간호의 개념에 입각하여 정상적인 가족발달을 위한 포괄적인 격려를 하는데에 책임이 많다고 본다<sup>5)</sup>

그러기 위해서는 가족의 성장과 발달에 따른 간호요구를 파악함으로써 가족의 간호계획을 세우고 주어진 사업을 평가하는데 도움을 줄 수 있다.

그러나 아직 우리나라에서는 가족발달에 따른 간호요구에 관해 연구된 문헌들을 찾아볼 수 없었으며 외국문헌에서도 거의 찾아볼수 없었고 부분적으로 한 성장단계에 있는 개인을 연구한 보고는 있다.<sup>6)</sup> 따라서 본 연구는 아직 미개발 영역에 새로운 자료를 제공함으로써 건강사업의 질을 높이는 데 도움이 되고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구에서는 한국의 일 농촌지역에서 핵가족을 중심으로 가족발달단계에 따른 간호요구영역을 파악하기 위해 다음과 같은 구체적인 목적을 설정하였다.

1. 가족발달단계별 연구대상 가족의 일반적 특성
2. 간호영역별 가족발달단계에 따른 문제발생 및 간호요구도와 해결능력도.
3. 전반적인 간호영역에서의 가족발달단계에 따른 문제발생 및 간호요구도와 해결능력도를 조사한다.

## 3. 용어의 정의

본 연구에서 말하는 용어는 다음과 같이 정의된다.

1. 건강문제: 건강문제는 가족과 지역사회 주민의 신체적, 정신적 혹은 사회적 건강을 위협하는 어떤 상태이다.
2. 간호요구: 간호요구란 개인이나 가족이 건강문제를 가지고 있어서 치료와 건강교육 및 상담지도를 포함한 간호를 필요로 하는 상황으로, 개인이나 가족이 이에 대한 사전지식이나 문제해결의 능력이 없고 이에 대한 간호를 제공함으로써 문제가 해결될 수 있는 상태이다. 간호요구도의 판단 기준은 다음과 같다<sup>6)</sup>

- (1) 1점: 요구가 전혀 없는 상태  
전혀 건강문제가 발견되지 않는 상태

- (2) 2점: 약간의 요구가 있는 상태

문제는 보통 평범한 것이며 피상적인 것이고 가족이나 지역사회의 안녕이나 건강에 크게 영향을 미치지 않는 상태

- (3) 3점: 중등도의 요구가 있는 상태

문제가 극심하지는 않으나 가족에게 약간의 고통을 주거나 난처함을 주는 원인이 되며 가족이나 지역사회의 건강과 복지에 영향을 미칠수 있는 상태

- (4) 4점: 요구도가 심한 상태

문제가 크고 극심하여 만일 치료를 받지 않으면 가족이나 지역사회 건강과 복지에 크게 영향을 미칠 상태

- (5) 5점: 위험한 상태

개개인이나 가족, 지역사회에 즉각적으로 실질적인 위험을 주는 문제들로서 죽음과 회복의 기로에 있는 상태

3. 해결능력: 해결 능력은 가족 스스로가 자신의 건강문제를 조절하는 능력이다. 가족이 건강문제를 해결할 수 있는 능력의 판단 기준은 다음과 같다<sup>6)</sup>

- (1) 5점: 우수한 능력을 가지고 있는 상태

어떤 지도나 상담없이도 자기 자신의 모든 문제를 해결할 수 있는 능력을 가진 가족, 조기치료를 받고 의사의 지시를 잘 이행한다. 부모자식간의 관계는 균형을 유지하고 있으며 가족의 건강 및 예방대책을 잘 이행하고 이해하는 경우

- (2) 4점: 양호한 능력을 가진 상태

건강문제를 해결할 수 있는 능력을 보이며 가족은 그들 스스로의 약간의 건강자원을 가지고 있고 문제를 다룰 수 있는 능력은 있으나 외부의 지도나 상담을 받으면 보다 더 잘 다룰 수 있다. 어떤 문제는 잘 다루나 다른 것은 그만큼 잘 다루지 못하는 능력을 가지고 있는 상태

- (3) 3점: 중등도의 능력을 가진 상태

모든 당면한 자신의 문제를 거의 해결할 수 있는 가능성이 보이며 응급한 경우에만 외부의 도움을 필요로 하고 필요한 때만 교육이나 지도를 받아도 되는 상태 의사의 지시를 대부분 잘 이행하며 환자 스스로가 요구를 충족시키기 위해 노력하며 또한

5) Freeman, R. B., *Community Health Nursing Practice*, (Philadelphia: W. B. Saunders, 1970), pp. 117.

6) 이상주, "소아의 우발사고의 역할" *소아과학회지*, 제16권, 제2호, 1973.

7) 홍진숙 외 4인, "노인의 질병에 대한 통계적 고찰", *대한내과학회지*, 제16권, 제6호, 1973, pp. 55-62.

8) Janice Eddy Michay, J. E., "A Methodological Study of Extra-Hospital Nursing Needs," Baltimore, Sep., 1967.

9) *Ibid.*

이를 받아들여려고 노력하며 거의 조력없이도 환자에  
게 간호를 잘 해줄 수 있는 경우

(4) 2 점 : 약간의 능력을 가진 상태

건강문제를 다루는 방법에 대한 약간의 지  
식을 가지고 있기는 하나 문제 해결능력은 매우 미약  
하다. 그러나 철저한 지도를 해줌으로써 어느 정도의  
진전을 예상할 수 있으며 문제가 나타날때 도움을 받  
으려고 기대하는 경향이 있는 경우

(5) 1 점 : 능력이 전혀 없는 상태

가족이 건강문제에 대해 지식이 전혀 없  
거나 있다하더라도 체계적이지 못하고 무관심해서 사  
용하지 못하므로 문제를 전혀 해결하지 못하고 자기  
들이 가지고 있는 요구가 무엇인지도 알지 못하며 변  
화를 가져오는 것을 거부하고 심한 갈등속에서 도움  
을 받으려고 하지도 않고 타인의 제의를 따르지 않고  
계획도 세우지 못하는 경우

## II. 연구 방법

### 1. 연구자료의 출처

본 연구를 위한 자료는 연세대학교 연구 및 가족계  
획 연구소와 간호학 연구소가 1974년 7월 경기도 장  
학군 선원면과 내가면에서 실시한 “건강 및 간호요구  
가 사회체도에 관한 소지역 종합연구”의 자료중 본 연  
구의 달성목적에 필요한 내용만을 뽑아 이용하였다.

그 내용은 다음과 같다.

- ① 가족의 일반적 특성
- ② 가족과 위생에 관한 간호요구와 해결능력
- ③ 가정 사고에 대한 간호요구와 해결능력
- ④ 급만성 질환에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑤ 진단 및 의료에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑥ 건강관리에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑦ 치아관리에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑧ 예방접종에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑨ 모성보건에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑩ 가족계획에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑪ 신생아 보전에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑫ 유아 및 학령전 아동에 대한 간호요구와 해결능  
력
- ⑬ 학령기 아동에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑭ 식습관에 대한 간호요구와 해결능력
- ⑮ 가사운영에 대한 간호요구와 해결능력

### 2. 연구 대상

연구자료는 연세대학교 지역사회 보건교육 시범지  
역으로 선정된 경기도 내가면과 선원면의 43개 자연  
부락중 6개부락을 표본으로 선정하고 본 연구를 위  
해 마련한 질문지를 사용하여 직접 면접 방법으로 전  
수조사한 것을 이용하였고 2가구의 자료분실로 인하  
여 402가구를 연구대상으로 하였다. 응답자는 주로 49  
세이하의 가구주 부인이었다. 기존자료중 가족 유형  
별 분포는 핵가족이 206가구, 3대직계 가족이 129가구  
4대직계가족이 10, 확대가족이 3 가구이다. 연구분  
석대상은 핵가족 200가구만을 선택하여 필요한 내용을  
재부호화 하였다. 가족중 핵가족(부부가족)은 부부와  
그 미혼자녀로 구성된다. 현재 동거하지 않는 사람과  
가족이외의 동거인은 가족구성원에서 제외하였다. 응  
답가구의 가족 유형별 분포는 다음과 같다.

가족 유형별 가구의 분포

가족유형	가구수	%
핵가족	200	64.7
3대 직계가족	129	32.1
4대 직계가족	10	2.5
확대가족	3	0.7
계	402	100.0

### 3. 분석 방법

본 연구의 목적달성을 위하여 Hill & Hansen의 가  
족연구의 5가지 접근방법중 시간적 요인을 개입시킨  
발달적 접근방법에 따라 가족생활을 단계별로 나누고  
시간적 흐름에 따라 변화하는 가족의 간호요구영역을  
검토했다.

가족생활주기는 Duvall의 8 단계를 이용하였다.

자료의 통계적 처리를 위하여는 재부호화된 자료를  
컴퓨터를 사용하여 백분율, 평균치, F-test값을 계산  
하였다.

### 4. 연구의 한계성

1. 시간의 흐름에 따른 가족의 문제는 종단적 연  
구(Longitudinal Research)방법이 필요하나 시간적 경  
제적으로 인하여 한 지역의 가족을 각 단계별로 구분  
하여 연구하였다.

2. 가족은 언제나 동일한 가족구성원으로 이루어  
지지 않고 그 구성원이 끊임없이 출생, 사망, 분열하  
는 집단이기 때문에 동일가족이라 할지라도 가족을 관  
찰한 시간에 따라서 연령, 경제력, 권력구조, 역할구

조에 차이가 있고 따라서 간호요구와 해결능력에도 차이가 생긴다.

3. 가족주기를 8단계로 분류해 보면 1단계, 7단계, 8단계에 속하는 가족은 드물게 나타나기 때문에 각 단계별로 비교하는 것은 모순이 있을 수 있다.

### Ⅲ. 문헌적 고찰

지역사회 간호원에게 있어서는 환자가 바로 가족이며<sup>10, 11</sup> 가족은 지역사회건강 간호사업의 사업단위이다. 그러므로 사업의 방향은 가족구성원이 각각 갖고 있는 간호요구가 무엇인가를 파악하여 가족의 요구에 맞는 사업을 제공해야 하며 건강에 대해 충족되지 못한 가족의 요구를 보충시켜주는 것이어야 한다. 왜냐하면 건강사업의 궁극적 목적은 건강을 보존, 유지, 증진하는데 있기 때문이다.<sup>12</sup>

간호원은 지역사회의 요구에 맞는 사업을 제공하기 위해서 ① 한 개인이 건강에 대해 갖는 요구 ② 한 가족이 건강에 대해 갖는 요구 ③ 한 집단이 건강에 대해 갖는 요구가 무엇인지를 파악해야 한다.<sup>13</sup>

가족은 하나의 작은 사회적 집단으로서 결혼과 함께 남편과 부인의 관계를 맺고 동시에 가족으로서의 형태를 갖춘다.

가정의 기능은 첫째 가족들에게 건강을 유지하도록 하는 일차적인 생활의 근거지로서 가족들은 함께 먹고, 자고, 휴식을 취하고 영양을 섭취하는 공동생활을 하며 둘째 가족구성원간의 사랑과 자애, 안위나 격려를 주고 받는 정신적인 건강생활의 중심지이고 셋째 가정은 결혼, 출생, 혹은 양자의 혈연관계로 이어져서 공동의 문화를 생성, 유지, 혹은 발전시키며 가

족의 육체적, 정신적, 사회적 성장 발달을 이루는 기초가 된다!<sup>14</sup> 그러므로 가족과 함께 일하는 간호원의 역할은 가정의 기능을 최대한으로 유지할 수 있도록 하며 가족 전체의 건강 문제를 해결해 주는 것이다. 왜냐하면 건강은 가족의 기능을 수행할 가족구성원의 능력에 강력한 영향을 주기 때문이다!<sup>15</sup>

Erikson<sup>16</sup>은 인간은 사회심리적인 측면을 기본으로 하여 8단계의 발달단계(Developmental stage)를 거치며 각 단계마다 성장발달에 필요한 과제가 있는데 이 과제를 넘기는 시기가 하나의 위기(Crisis)이며 이 위기를 잘 넘기느냐 아니느냐에 따라서 건강을 유지하거나 잃거나 한다고 했다.

W. H. O. Report<sup>17</sup>에서도 개인의 발달단계를 8단계로 보고있으며 각 단계마다의 과제가 있고 이 과제를 수행해 나가면서 개인의 건전한 발달은 계속되며 개인의 건전한 발달을 위해서는 아동기에서는 정신적 그리고 사회적 건강문제, 불구의 조기발견과 치료를, 성인에서는 예방 및 교육적 방법(Preventive & Educational measure)에 우선 순위를 둔다고 하였다.

가족을 구성하는 관계-남편과 부인, 부모와 자녀-는 시간적으로 한 점에 고정되거나 정지하지 않는다!<sup>18</sup> 한 개인이 발달단계를 거쳐 발전하듯이 가족의 생활주기도 시간이 지남에 따라 그 가족내의 특별한 방법대로 성장한다. 즉 한 개인이 성장, 발달, 성숙하고, 임신에서부터 사망에 이르기까지 나름대로의 많은 성공적 변화를 경험하는 것처럼 가족의 생활도 그 가족 자체의 특별한 방법대로 그 가족의 생활주기를 갖는다!<sup>19</sup>

가족의 생활주기는 시간이라는 요인을 교차시켜 가족성원의 크기나 내용 또 각 성원의 역할등을 시간의

10) 이선자, "지역사회가 요구하는 보건간호사업" 대한간호 제12권 제1호, 1973, p. 48.

11) Freeman, *op. cit.*, pp. 112.

12) Tinkham, *op. cit.*, pp. 118.

13) 조원경 외 1인, "지역사회 간호사업을 위한 간호요구 진단의 일 연구" 대한간호, 제14권 제3호, 1975.

14) 홍여신, "가족건강의구의 측정" 대한간호, 제13권, 제6호, 1974, pp. 44.

15) Tinkham, *op. cit.*, pp. 118.

16) Duvall, E. M., *op. cit.*, p. 4.

17) Tinkham 외 1인, *op. cit.*, p. 121.

18) Erikson, H Erik, *Childhood to Society*, penguin Books, 1973, pp. 239~260.

19) Report of a WHO Scientific Group, *Human Development of public Health*, WHO Technical Report Series 485, Geneva 1971, pp. 8.

20) Bernard, Jessie and Thompson, Lida, *The Family Life Cycle Soiology, Nurses and Their Patients in a Modern Society*, C. V. Mosby Co., 1966, pp. 112.

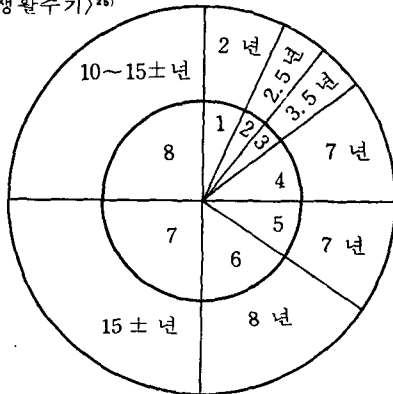
21) Duvall, *op. cit.*, pp. 112.

22) 김응렬, 한국에 있어서 가족연구의 전개과정, 미간행석사논문, 고려대학교 대학원, 1974, pp. 29.

경과와 더불어 그 변화 과정을 연구하는 것이다.<sup>23)</sup> 핵가족의 경우는 남녀가 결혼하여 새로운 가족을 구성한 후 자녀를 낳고 자녀가 성장하면 결혼하고 분가하여 노부모만 남게 된다. 그리고 이 노부모의 사망으로 가족은 폐쇄되어 일주기가 끝나게 된다.<sup>24)</sup> 그러나 각 단계는 가족에 따라, 가족 형태에 따라서 그 상황은 다르게 나타나지만 집단으로서의 가족을 파악하는데는 생활주기라는 변수를 무시해서는 완전을 기할수는 없다.<sup>25)</sup>

가족의 생활주기는 다음과 같이 나누어 진다.

(가족의 생활주기)<sup>26)</sup>



- 1 단계 : 결혼한 부부로서 자녀가 없음 (신혼부부기)
- 2 단계 : 출산기 가족 (첫자녀가 생후 30개월 이내)
- 3 단계 : 학령전기 아동이 있는 가족 (첫자녀가 생후 30개월 ~ 6년 사이)
- 4 단계 : 학령기 아동이 있는 가족 (첫자녀가 6 ~ 13세 사이)
- 5 단계 : 십대의 자녀가 있는 가족 (첫자녀가 13 ~ 20세)
- 6 단계 : 출타(出他)한 자녀가 있는 가족 (첫자녀가 군대, 결혼, 학업, 직장등으로 동거하지 않고 막내는 아직 남아있는 가족)
- 7 단계 : 장년기의 가족 (막내 자녀까지 모두 출타하여 부부만 남음)

8 단계 : 은퇴기의 가족 (부부중 한 배우자가 사망하였거나 둘 모두 사망할때 까지)

가족의 생활주기를 8 단계로 나누었을때<sup>26)</sup> 2번째 단계와 3번째 단계는 가족의 생활주기중 6년밖에 차지하지 않지만 요구가 가장 많은 단계이다. 학령전기의 아동이 있는 가족의 어머니는 어느 단계에서보다도 일을 많이하고 가장 많이 피로하게 된다. 마지막의 8번째 단계에서는 생활기간이 가장 길고 만성질병과 일반적인 건강약화가 현저하다.<sup>27)</sup> 이처럼 한 집단으로서의 가족도 발달단계에 따라 가족 구성원이 각기 다른 건강문제와 간호요구를 갖듯이 가족 전체의 요구도 달라진다.

우리나라의 농촌가족의 연구에서<sup>28, 29, 30)</sup> 가족의 세대별 구성은 부부와 그 미혼자녀로 구성된 부부가족 (= 핵가족)이 56.8% 또는 56%로 나타나 농촌가족의 반수 이상이 부부가족에 해당한다.

본 연구는 핵가족의 생활주기를 발달 단계별로 구분하여 각 단계별로 차지하는 간호요구영역이 무엇이며 간호요구도와 문제해결능력도를 검토하고자 한다.

간호요구 영역은 ① 가족과 위생 ② 사고예방 ③ 급만성 질환 ④ 진단 및 의료 ⑤ 예방적 건강관리 ⑥ 치아관리 ⑦ 예방접종 ⑧ 모성보건 ⑨ 가족계획 ⑩ 신생아 보건 ⑪ 유아 및 학령전 아동 ⑫ 학령기 아동 ⑬ 식습관 ⑭ 가사운영으로 14가지이다.

아직 우리나라에서 뿐 아니라 외국문헌에서도 가족 발달에 따른 간호요구에 대한 구체적인 연구가 진행된 것이 거의 없지만 가족이라는 개념을 간호전문직에 개입시키는 것은 중요하며 가족주기를 발달단계별로 구분하여 간호영역을 검토해 보는 것은 간호사업에 도움이 된다.<sup>31)</sup> 지역사회 간호사업에 있어서는 가족의 건강유지, 증진을 위해서 가족의 간호요구를 파악해야 하며 이는 가족에 맞는 간호계획을 세우는데 중요한 기초가 될 것으로 믿는다.

23) Ibid. pp. 98.

24) Ibid. pp. 105.

25) Duvall, op. cit., pp. 121.

26) Ibid., pp. 129.

27) Bernard and Thompson, op. cit., pp. 141-144.

28) 이민갑 외 4인, 한국의 농촌가족연구, 서울대학교출판부, 1963, pp. 16-31.

29) 최재석, 한국가족연구, 민중서관, 서울, 1966, pp. 92-109.

30) 이광규, 한국가족의 구조분석, 일지사, 서울, 1975, pp. 47.

31) Bernard & Thompson, op. cit., pp. 141-144.

#### IV. 연구결과 및 고찰

##### 1. 분석대상 가구의 일반적 사항

분석대상 가구의 단계별 가구수는 (표A-1 참조) 6 단계에서 106가구, 40.8%, 5 단계가 50가구 19.2%이며 4 단계가 41가구 15.8%, 3 단계가 24가구 9.2% 2 단계가 13가구 5.0%이고 1 단계는 3 가구 1.2% 7 단계가 13가구 5.0% 8 단계가 10가구 3.8%이다.

표 1-1. 가족발달 단계별 가구수

단계	가 구 수	%
1	3	1.2
2	13	5.0
3	24	9.2
4	41	15.8
5	50	19.2
6	106	40.8
7	13	5.0
8	10	3.8
계	260	100.0

응답가구의 단계별 가족크기는 (표A-2 참조) 4 단계, 5 단계, 6 단계에서 평균 약 5명이다.

표 1-2. 가족발달 단계별 가족크기

단 계	가족크기±(표준편차)
1	2 ± 0
2	3.4 ± 0.835
3	4.1 ± 0.852
4	5.3 ± 0.704
5	5.2 ± 1.04
6	5.0 ± 1.13
7	2 ± 0
8	1 ± 0

응답가구의 단계별 부모의 연령은(표A-3) 1 단계와 8 단계를 제외하고는 단계가 높아질수록, 즉 자녀가 성장할수록 연령이 높아졌다. 1 단계의 부모의 연령이 34세 26.3세가 되는것은 1 단계에 3 가구만 속하게 되기 때문에, 그리고 8 단계의 63세도 1명밖에 되지 않으므로 이 단계들의 평균연령으로 일반화하기는 어렵다.

발달단계별 부모의 결혼 연령은 현재의 연령과는 반대로 단계가 높아질수록 결혼 연령이 낮아졌다. 초혼이 아닌 경우에는 현재의 가족들과 함께 가정유 이문 연령을 포함 시켰다.

표 1-3. 가족발달 단계별 부모의 현재연령과 결혼연령

연 단 경 계	현 재 연 령			결 혼 연 령		
	(가구수) 평균 ± 표준편차	(가구수) 평균 ± 표준편차	(가구수) 평균 ± 표준편차	(가구수) 평균 ± 표준편차	(가구수) 평균 ± 표준편차	(가구수) 평균 ± 표준편차
1	(3) 34 ± 4.65	(3) 26.3 ± 3.39	(3) 28.6 ± 1.25	(3) 21 ± 1.41		
2	(13) 30.3 ± 4.04	(13) 26.6 ± 3.74	(13) 28.0 ± 4.23	(13) 24.3 ± 3.98		
3	(24) 33.4 ± 4.07	(24) 26.7 ± 4.66	(24) 27.8 ± 2.83	(24) 24.2 ± 4.09		
4	(38) 37.9 ± 3.3	(41) 33.1 ± 3.10	(41) 27.0 ± 2.74	(41) 22.3 ± 2.78		
5	(44) 43.3 ± 7.8	(50) 40.5 ± 5.83	(50) 25.9 ± 6.17	(50) 20.3 ± 3.29		
6	(90) 55.8 ± 6.29	(106) 51.6 ± 6.48	(106) 23.3 ± 5.98	(106) 19.1 ± 2.72		
7	(12) 67.5 ± 5.91	(13) 67 ± 7.93	(13) 23.6 ± 8.76	(13) 18.9 ± 6.79		
8	(1) 63	(10) 59.1 ± 4.95	(10) 26.6 ± 10.30	(10) 20.5 ± 3.74		

※ 현재 연령과 결혼연령의 가구수가 다른 것은 현재 연령에서 부부중 사망한 사람을 제외시켰기 때문이다.

발달단계별 자녀 연령분포는(표A-4 참조) 2 단계는 100%가 0~14세군에, 3 단계는 70.8%가 0~4세군에, 4 단계는 48.6%가 5~9세군에, 27.5%가

0~4세군에, 5 단계는 35.6%가 10~14세군에, 6 단계는 31.0%가 15~19세군에, 23.9%가 10~14세군에, 23.6%가 20~24세군에 속해있다.

표 1 - 4. 가족발달단계별 자녀의 연령분포

인명	1		2		3		4		5		6		7		8		계		
	인수	%	인수	%	인수	%	인수	%	인수	%	인수	%	인수	%	인수	%	인수	%	
0~4	0	0.0	14	100.0	34	70.8	38	27.5	9	5.2	4	1.2	0	0.0	0	0.0	99	11.1	
5~9	0	0.0	0	0.0	12	25.0	67	48.6	39	22.4	23	7.1	0	0.0	0	0.0	141	20.1	
10~14	0	0.0	0	0.0	2	4.2	27	19.6	62	35.6	78	23.9	0	0.0	0	0.0	169	24.1	
15~19	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	4.3	53	30.5	101	31.0	0	0.0	0	0.0	160	22.9	
20~24	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	11	6.3	77	23.6	0	0.0	0	0.0	88	12.6	
25~29	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	37	11.3	0	0.0	0	0.0	37	5.3	
30이상	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	1.9	0	0.0	0	0.0	6	0.9	
계	0	0.0	14	0.0	100.0	138	100.0	174	100.0	326	100.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	700	100.0

발달단계별 가구의 경제수준분포는(표A-5 참조) 1 단계는 66.7%가 하층이고 2 단계는 69.3%가 중층에, 3 단계는 66.7%가 중층에, 4 단계는 58.5%가 중층

에, 5 단계는 54%가 하층이고 44%가 중층이며 6 단계는 53.8%가 중층, 43.3%가 하층, 7 단계는 61.6%가 하층, 8 단계는 70%가 하층에 속한다.

표 1 - 5. 가족발달단계별 가구의 경제수준 분포

경제수준	1		2		3		4		5		6		7		8		계	
	가구수	%	가구수	%	가구수	%	가구수	%	가구수	%	가구수	%	가구수	%	가구수	%	가구수	%
상	0	0.0	1	7.7	0	0.0	3	7.4	1	2.0	3	2.9	2	15.4	1	10.0	11	4.3
중	1	33.3	9	69.3	16	66.7	24	58.5	22	44.0	57	53.8	3	23.0	2	20.0	134	51.5
하	2	66.7	3	23.0	8	33.3	14	34.1	27	54.0	46	43.3	8	61.6	7	70.0	115	44.2
계	3	100.0	13	100.0	24	100.0	41	100.0	50	100.0	106	100.0	13	100.0	10	100.0	260	100.0

2. 간호요구영역별 가족발달단계의 문제발생 및 간호요구도와 해결능력도

가족발달단계에 따라 14개 간호요구영역에서 문제발생에 차이가 있는지를 알기 위해 F-test를 이용하여 통계적 유의성을 검토한 결과는 다음과 같다(표 B-1 참조).

1. 가족과 위생에서 문제발생은 각 단계들에서 모두 100%로 매우 높게 나타났다.

2. 사고예방에서 문제발생은 1 단계에서 3 가구, 100%, 2 단계가 7 가구 53.8%, 8 단계가 5 가구 50%로 높게 나타났고 7 단계가 4 가구 30.7%로 낮다.

3. 급만성 질환에서 문제발생은 7 단계에서 4 가구 30.8%로 제일 높은 편이지만 나머지 각 단계에서 모두 30% 이하로 낮다. 1 단계에서는 문제가 발생하지 않았다.

4. 진단 및 의료에서 문제발생은 7 단계에서 6 가구 46.2%로 제일 높지만 각 단계는 모두 50%이하로 낮다. 8 단계에서 1 가구 10%로 제일 낮다.

5. 예방적 관리에서 문제발생은 1 단계, 3 단계가 100%로 매우 높고 4 단계가 31가구 75.6%로 제일 낮지만 각 단계에서 모두 75% 이상으로 높다.

6. 치아관리에서 문제발생은 1 단계와 8 단계가 100%로 매우 높고 2 단계가 10가구, 76.9%로 제일 낮지만 각 단계에서 모두 76% 이상으로 높다.

7. 예방접종에서 문제발생은 2 단계와 3 단계에서 100%로 매우 높고 8 단계가 2 가구 20%로 낮으며 1 단계에서는 문제가 발생하지 않았다. 4 단계에서 40 가구 97.6%, 5 단계에서 46가구 92.0%로 문제발생은 높다.

8. 모성보건에서 문제발생은 3 단계에서 18가구 75%, 2 단계에서 8 가구 61.5%로 높고 6 단계에서 23 가구 21.7%로 낮다. 7 단계와 8 단계에서는 문제가 발생하지 않았다.

9. 가족계획에서 문제발생은 3 단계에서 22 가구, 91.7%, 4 단계가 37가구 90.2% 2 단계가 11가구 84.6%, 5 단계가 36가구 72%로 높고 1 단계가 1 가구

33.3%, 6 단계가 36가구 34%로 낮다.

10. 신생아 보전에서 문제발생은 2 단계가 9 가구 69.2%로 제일 높고 3 단계가 9가구 37.5%, 4 단계가 10가구 24.4%, 5 단계가 3가구 6.0%, 6 단계가 2가구 1.9%로 낮다.

11. 유아 및 학령전 아동보전에서 문제발생은 3 단계가 24가구 100%로 제일 높고 4 단계가 36가구 87.8%, 2 단계가 7가구 53.8%로 높으며 5 단계가 13가구 26%, 6 단계가 15가구 14.2%로 낮다.

12. 학령기 아동보전에서 문제발생은 4 단계에서 33

가구 88.5%, 5 단계에서 43가구 86%, 6 단계가 79가구 74.5%로 높고 3 단계에서 3가구 12.5%로 낮다.

13. 식습관에서 문제발생은 각 단계들에게 모두 100%로 매우 높다.

14. 가사운영에서 문제발생은 각 단계들에서 모두 100%로 매우 높다.

이상에서 보면 문제발생은 가족발달단계에 따라서, 그리고 간호요구영역에 따라서도 통계적으로 유의한 차이가 있다(행간  $F=8.8913$ , d. f. = 7.91, 열간  $F=18.1953$ , d. f. = 13.91  $P<0.01$ ).

표 2 - 1. 가족발달단계별 간호요구영역에서의 문제발생분포

단계 (조사가구수)	문제 발생 가구수								계 (260)
	1 (3)	2 (13)	3 (24)	4 (41)	5 (50)	6 (106)	7 (13)	8 (10)	
간호요구영역									
가 옥 과 위 생	3	13	24	41	50	100	13	10	260
사 고 예 방	3	7	10	19	23	49	4	5	120
급 만 성 질 환	0	3	3	6	10	28	4	2	56
진 단 및 의 료	1	5	10	15	23	39	6	1	100
예 방 적 관 리	3	12	24	31	43	95	12	9	229
치 아 관 리	3	10	23	39	44	102	11	10	242
예 방 접 중	0	13	24	40	46	81	7	2	213
모 성 보 건	1	8	18	19	20	23	0	0	89
가 족 계 획	1	11	22	37	36	36	0	0	143
신 생 아 보 건	0	9	9	10	3	2	0	0	33
유 아 및 학 령 전 아 동 보 건	0	7	24	36	13	15	0	0	95
학 령 기 아 동 보 건	0	0	3	33	43	79	0	0	158
식 습 관	3	13	24	41	50	106	13	10	260
가 사 운 영	3	13	24	41	50	106	13	10	260
계	21	124	242	408	454	867	83	59	2,258

분 산 분 석 표

	평 방 합	자 유 도	불 편 분 산	분 산 비
행 간	10,745	7	1535.00	8.8913**
열 간	40,836	13	3141.23	18.1953**
나 머 지	15,710	91	172.64	
계	67,291	111		

가족발달단계에 따라 14개 간호요구영역에서 간호요구도에 차이가 있는지를 알기 위해 F-test를 이용하여 통계적 유의성을 검토한 결과는 다음과 같다(표 B-2참조).

1. 가족과 위생에서 간호요구도는 3 단계가 3.41로 제일 높고 8 단계가 3.3, 4 단계 3.12, 5 단계 3.12로 주눅도이상이고 2 단계가 2.38로 제일 낮다.

2. 사고예방에서 간호요구도는 8 단계가 3.6으로 제일 높고 3 단계가 3.0, 5 단계가 2.91, 4 단계 2.63, 6 단계 2.59, 2 단계 2.57이며 7 단계가 2.25로 제일 낮다.

3. 급만성 질환에서 간호요구도는 3 단계와 8 단계가 4.0으로 제일 높고 5 단계가 3.9, 4 단계가 3.66, 6 단계가 3.35, 1 단계가 3.25, 2 단계가 3.0으로 대



제로 높다.

4. 진단 및 의료에서 간호요구도는 8 단계가 5.0, 5 단계가 3.17, 6 단계가 3.12, 7 단계가 3.0으로 높고 4 단계가 2.4 1 단계가 2.0으로 제일 낮다.

5. 예방적 관리에서 간호요구도는 6 단계가 2.81, 4 단계가 2.79, 5 단계가 2.72, 1 단계와 3 단계가 2.66으로 높으며 2 단계가 2.33으로 제일 낮다.

6. 치아관리에서 간호요구도는 8 단계가 3.4로 제일 높고 7 단계가 2.72, 5 단계가 2.61, 2 단계가 2.5로 높다. 3 단계가 2.2, 1 단계가 1.66으로 제일 낮다.

7. 예방접종에서 간호요구도는 7 단계가 2.57, 5 단계가 2.56, 6 단계가 2.55로 높고, 2 단계가 2.0으로 제일 낮다.

8. 모성보전에서 간호요구도는 1 단계가 4.0으로 제일 높고 3 단계가 2.83, 4 단계가 2.63, 6 단계가 2.56%, 5 단계가 3.55로 높고 2 단계가 2.37로 제일 낮다.

9. 가족계획에서 간호요구도를 보면 3 단계가 2.81로 제일 높고 4 단계가 2.75, 5 단계가 2.63이며 6 단계가 2.33, 2 단계가 2.36, 1 단계가 1.0으로 낮다.

10. 신생아보전에서 간호요구도는 3 단계가 2.66으로 제일 높고 4 단계가 2.5로 높으며 5 단계와 6 단계가 각각 2.0, 2 단계가 1.88로 제일 낮다.

11. 유아 및 학령전 아동보전에서 간호요구도는 5 단계가 3.0으로 제일 높고 6 단계가 2.8, 3 단계가 2.58, 4 단계가 2.52로 높으며, 2 단계가 1.85로 제일 낮다.

12. 학령기 아동보전에서 간호요구도는 4 단계가 2.36으로 제일 높고 6 단계가 2.17, 5 단계가 2.13, 2 단계가 2.0으로 제일 낮다.

13. 식습관에서 간호요구도는 8 단계가 3.2로 제일 높고 4 단계가 2.95, 6 단계가 2.8, 5 단계가 2.79, 1 단계와 3 단계가 각각 2.66, 2 단계가 2.61로 높고 7 단계가 2.53으로 제일 낮다.

14. 가사운영에서 간호요구도를 보면 8 단계가 3.2로 제일 높고, 7 단계가 3.0, 6 단계가 2.75, 4 단계가 2.63, 5 단계가 2.54, 2 단계 2.53, 3 단계 2.5이고 1 단계가 2.0으로 제일 낮다.

이상에서 보면, 간호요구도는 가족발달단계별로 그리고 14개 간호요구영역에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다(행간  $F = 8.2368, d.f. = 7.91, P < 0.05$ , 열간  $F = 2.5744, d.f. = 13.91, P < 0.05$ ).

표 2 - 2. 가족발달단계별 간호요구영역에서의 간호요구도 분포

단계 (조사가수)	간 호 요 구 도								
	1(3)	2(13)	3(24)	4(41)	5(50)	6(106)	7(13)	8(10)	계(260)
가 옥 파 위 생	2.66	2.38	3.41	3.12	3.12	2.98	2.84	3.3	23.8
사 고 예 방	2.33	2.57	3.0	2.63	2.91	2.59	2.25	3.6	21.88
급 만 성 질 환	0.0	3.0	4.0	3.66	3.9	3.35	3.25	4.0	25.16
진 단 및 의 료	2.0	2.6	2.7	2.4	3.17	3.12	3.0	5.0	23.99
예 방 적 관 리	2.66	2.33	2.66	2.79	2.72	2.81	2.58	2.55	21.1
치 아 관 리	1.66	2.5	2.0	2.2	2.61	2.38	2.72	3.4	19.47
예 방 접 종	0.0	2.0	2.45	2.4	2.56	2.55	2.57	2.5	17.03
모 성 보 전	4.0	2.37	2.83	2.63	2.55	2.56	0.0	0.0	16.94
가 족 계 획	1.0	2.36	2.81	2.75	2.63	2.33	0.0	0.0	13.88
신 생 아 보 전	0.0	1.88	2.66	2.5	2.0	2.0	0.0	0.0	11.04
유 아 및 학 령 전 아 동 보 전	0.0	1.85	2.58	2.52	3.0	2.8	0.0	0.0	12.75
학 령 기 아 동 보 전	0.0	2.0	2.33	2.36	2.13	2.17	0.0	0.0	10.99
식 습 관	2.66	2.61	2.66	2.95	2.79	2.8	2.53	3.2	22.2
가 사 운 영	2.0	2.53	2.5	2.62	2.54	2.75	3.0	3.2	21.15
계	20.97	32.98	38.59	37.54	38.63	37.19	24.74	30.75	261.39

분 산 분 석 표

	평 방 합	자 유 도	불 편 분 산	분 산 비
행 간	39.16	7	5.594	8.2386 **
열 간	22.73	13	1.748	2.5744 **
나 머 지	61.75	91		
계	123.64	111		

가족발달단계에 따라 14개 간호요구영역에서 해결 능력도에 차이가 있는지를 알기 위해 F-test를 이용하여 통계적 유의성을 검토한 결과는 다음과 같다(표 B-17참조).

1. 가족과 위생에서 해결능력도는 1단계가 3.66으로 제일 높고, 2단계가 3.0, 4단계가 2.7, 3단계가 2.62로 6단계가 2.61로 높으며, 7단계가 2.38, 8단계가 2.3으로 제일 낮다.

2. 사고예방에서 해결능력도는 1단계가 3.33으로 제일 높고, 3단계가 3.0, 6단계가 2.81, 2단계가 2.85로 높으며 7단계가 2.5, 8단계가 2.2로 제일 낮다.

3. 금단성 질환에서 해결능력도는 4단계가 3.0으로 제일 높고, 2단계가 2.66, 5단계가 2.6으로 높으며 7단계가 2.0, 8단계가 1.0으로 제일 낮다.

4. 진단 및 의뢰에서 해결능력도는 2단계가 3.2로 제일 높고 1단계와 8단계가 각각 2.0으로 제일 낮다.

5. 예방적 관리에서 해결능력도는 1단계와 2단계가 각각 3.0으로 제일 높고, 7단계가 2.25, 8단계가 2.22로 제일 낮다.

6. 치아관리에서 해결능력도는 1단계는 3.66으로 제일 높고 3단계가 2.86, 4단계가 2.82, 2단계가 2.8로 높고, 8단계가 2.0으로 제일 낮다.

7. 예방접종에서 해결능력도는 2단계가 3.61로 제일 높고, 3단계가 3.20, 4단계가 3.05로 높으며 7단계가 2.14, 8단계가 2.0으로 제일 낮다.

8. 모성보전에서 해결능력도는 2단계가 3.12로 제일 높고, 4단계가 2.73으로 높으며, 3단계가 2.27, 1단계가 2.0으로 제일 낮다.

9. 가족계획에서 해결능력도는 1단계가 5.0으로 제일 높고, 2단계가 3.63, 3단계가 3.31, 4단계가 3.21, 5단계가 3.02, 6단계가 2.97이다.

10. 신생아 보전에서 해결능력도는 5단계가 3.33으로 제일 높고, 2단계와 3단계가 각각 3.0, 4단계가 2.9로 높으며 6단계 2.0으로 제일 낮다.

11. 유아 및 학령전 아동보전에서 해결능력도는 2

단계가 3.28로 제일 높고, 5단계가 3.07, 4단계가 2.83, 3단계가 2.07, 3단계가 2.70, 6단계가 2.66으로 높다.

12. 학령기 아동보전에서 해결능력도는 2단계가 3.16으로 제일 높고, 5단계가 3.02, 6단계가 2.86, 4단계가 2.81로 높다.

13. 식습관에서 해결능력도는 1단계가 3.66으로 제일 높고, 2단계가 3.0, 5단계가 2.85, 3단계가 2.83, 4단계가 2.7, 6단계가 2.63으로 높으며 8단계가 2.1로 제일 낮다.

14. 가사운영에서 해결능력도를 보면 1단계가 4.0으로 제일 높고, 2단계가 3.07, 3단계가 3.0, 5단계가 3.0, 4단계가 2.8, 6단계가 2.77로 높으며 8단계가 2.1로 제일 낮다.

이상에서 보면 해결능력도는 가족발달단계별로, 그리고 14개 간호요구영역에 따라서 통계적으로 유의한 차이가 있었다(행간 F=3.7166, d.f.=7.91(열간 F=4.7631, d.f.=13.91, P<0.01).

3. 가족발달단계별 간호요구영역 전체에서의 평균문 제발생율 및 평균간호요구도와 평균해결능력도

문제발생율은 1단계가 50%, 2단계가 71.4%, 3단계가 72% 4단계가 71.5%, 5단계가 64.9%, 6단계가 58.4%, 7단계가 45.6%, 8단계가 41.2%, 1단계를 제외하고는 단계가 높아질수록 문제발생율은 낮아지는 경향을 보인다(표C-1참조).

간호요구도는 1단계가 3.37, 2단계가 3.10으로 중등도 이상으로 나타났고, 3단계가 2.71, 4단계가 2.78, 5단계가 2.74, 6단계가 2.56, 7단계가 2.35 8단계가 2.0으로 단계가 높아질수록 간호요구도는 낮아지는 경향을 보인다. (표C-1참조)

해결능력도는 1단계가 2.3, 2단계가 2.4, 3단계가 2.6, 4단계가 2.7, 5단계가 2.8, 6단계가 2.7, 7단계가 2.8로 8단계의 3.4를 제외하고는 중등도이하로 나타났다. 그리고 단계가 높아질수록 해결능력도는 높아지는 경향을 보인다(표C-1참조).

표 2 - 3. 가족발달단계별 간호영역에서의 해결능력도 분포

단계 (조사가구수)	해 결 능 력 도									
	간호요구영역	1(3)	2(13)	3(24)	4(41)	5(50)	6(106)	7(13)	8(10)	계 (206)
가 옥 파 위 생		3.66	3.0	2.62	2.7	2.48	2.61	2.38	2.3	21.75
사 고 예 방		3.33	2.85	3.0	2.63	2.73	2.81	2.5	2.2	22.05
급 만 성 질 환		0.0	2.66	2.33	3.0	2.6	2.5	2.0	1.0	16.09
진 단 및 의 료		2.0	3.2	2.6	2.4	2.34	2.43	2.5	2.0	19.47
예 방 적 관 리		3.0	3.0	2.54	2.5	2.39	2.37	2.25	2.22	20.27
치 아 관 리		3.66	2.8	2.86	2.82	2.47	2.57	2.54	2.0	21.72
예 방 접 종		0.0	3.61	3.20	3.05	2.60	2.51	2.14	2.0	17.11
모 성 보 건		2.0	3.12	2.27	2.73	2.5	2.3	0.0	0.0	14.92
가 족 계 획		5.0	3.63	3.31	3.21	3.02	2.97	0.0	0.0	21.14
신 생 아 보 건		0.0	3.0	3.0	2.9	3.33	2.0	0.0	0.0	14.23
유 아 및 학 령 전 아 동 보 건		0.0	3.28	2.70	2.83	3.07	2.66	0.0	0.0	14.54
학 령 기 아 동 보 건		0.0	3.16	3.0	2.81	3.02	2.86	0.0	0.0	14.85
식 습 관		3.66	3.0	2.83	2.7	2.85	2.63	2.46	2.1	22.23
가 사 운 영		4.0	3.07	3.0	2.80	3.0	2.77	2.38	2.1	23.12
계		30.31	43.38	39.26	39.08	38.4	35.99	21.15	17.92	265.49

분 산 분 석 표

	평 방 합	자 유 도	불 편 분 산	분 산 비
행 간	17.9	7	2.557	3.7166**
열 간	42.6	13	3.277	4.6731**
나 머 지	62.59	91	0.688	
계	123.09	111		

표 3 - 1. 가족발달단계별 14개 간호요구영역 전체의 평균문제발생율 및 평균간호요구도와 평균해결능력도

단 계	문제발생율(%)	간 호 요 구 도	해 결 능 력 도
	평 균	평균 ± 표준오차	평균 ± 표준오차
1	50.0	3.37 ± 0.24	2.3 ± 0.23
2	71.4	3.10 ± 0.02	2.4 ± 0.04
3	72.0	2.71 ± 0.04	2.6 ± 0.05
4	71.5	2.78 ± 0.02	2.7 ± 0.05
5	64.9	2.74 ± 0.02	2.8 ± 0.08
6	58.4	2.56 ± 0.02	2.7 ± 0.05
7	45.6	2.35 ± 0.01	2.35 ± 0.03
8	12.1	2.0 ± 0.07	1.99 ± 0.15

## V. 결론 및 제언

### 1. 결 론

본 연구는 우리나라 일부 농촌지역에 살고있는 핵가족을 대상으로 하여 가족주기를 8단계로 구분하고 각 단계별로 14개 간호요구영역에서의 문제발생가수와 문제발생가수의 간호요구도와 해결능력도를 조사 분석한 것이다.

이 연구는 강화군의 6개 부락을 표본 선택하여 가족을 대상으로 직접 면담하여 수집된 자료를 이용하였다.

본 연구의 구체적인 목적은 ① 응답가수의 일반적 특성 ② 간호요구영역별 가족발달단계에 따른 문제발생 및 간호요구도와 해결능력도 ③ 간호요구영역 전체에서의 문제발생 및 간호요구도와 해결능력도를 파악함에 있다.

#### 1. 응답가수의 발달 단계별 일반적 특성

연구분석대상인 260가주중 발달단계별 가구수는 1 단계가 3가구, 2 단계가 13가구, 3 단계가 24가구, 4 단계가 41가구, 5 단계가 50가구, 6 단계가 106가구, 7 단계가 13가구, 8 단계가 10가구이다.

가족의 크기는 1 단계, 7 단계는 2명, 8 단계는 1명으로 한정되었다. 2 단계, 3 단계, 4 단계, 5 단계, 6 단계에서는 약 4~5명이다.

부모의 현재 연령은 단계가 높을수록 높고 결혼연령은 반대로 단계가 높을수록 낮다. 이는 높은 단계일수록 조혼의 경향이 있었기 때문으로 생각된다.

부모의 교육수준은 단계별 차이없이 극출이하가 대부분이다. 이는 농촌지역에서 한정된 부락을 조사하였기 때문에 한 부락내의 교육수준의 변동은 크지 않기 때문으로 생각한다.

부모의 직업은 발달단계의 차이없이 반수 이상이 노동직이다.

부모의 종교는 단계가 낮을수록 종교를 반수 이상이 갖지 않고 단계가 높을수록 미신 및 기타 종교를 믿었다.

자녀의 연령분포는 단계가 높아질수록 여러 연령층에 고루 분포되었으나 2 단계와 3 단계에서는 0~4세가, 4 단계에서는 5~9세가, 5 단계에서는 10~19세가, 6 단계에서는 19~24세가 주로 많다.

가구의 경제수준은 1 단계, 5 단계, 7 단계, 8 단계는 50% 이상이 하층이고 나머지 단계의 가구들은 50% 이상이 중층이다.

#### 2. 가족발달단계별 간호요구영역의 문제발생 및간

#### 호요구도와 해결능력도

1 단계에서는 가옥과 위생, 사고예방, 예방적 관리, 치아관리, 식습관, 가사운영에서 문제발생은 높으나 간호요구에 비해 해결능력이 더 높다. 다른 간호영역에서도 해결능력이 간호요구보다 높다. 그러므로 1 단계에서는 교육 및 상담을 통해서 더 나은 해결능력을 길러줄 수 있다고 생각한다.

2 단계에서는 가옥과 위생, 예방적 관리, 예방접종, 가족계획에서 문제발생은 높지만 요구는 낮고 해결능력은 높게 나타났으므로 이 영역에 대한 보건교육을 통해서 문제를 예방하거나 스스로 문제를 해결하도록 할 수 있다. 급만성질환은 문제발생은 낮지만 요구는 높고 능력은 낮으므로 2 단계가 속하는 가족의 간호계획을 세울때에는 이 영역에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

3 단계에서는 가옥과 위생, 모성보건, 가족계획에서 문제발생은 높고 요구도 높으나 해결능력은 낮다. 그러므로 3 단계에 속하는 가족의 간호계획을 세울때에는 이 영역들에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

4 단계에서는 가옥과 위생, 예방적 관리, 가족계획, 학령기 아동보건, 식습관에서 문제발생이 높고, 요구도 높으며, 해결능력도 낮다. 그러므로 이 영역들에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

5 단계에서는 가옥과 위생, 예방적 관리, 치아관리에서 문제발생이 높고 요구도 높으며 해결능력은 낮다. 그러므로 이 영역들에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

6 단계에서는 가옥과 위생, 예방적 관리, 식습관에서 문제발생은 높고 요구도 높으며 해결능력은 낮으므로 이 영역들에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

7 단계에서는 가옥과 위생, 예방적 관리, 치아관리, 예방접종, 식습관, 가사운영에서 문제발생은 높고 요구도 높으며 해결능력은 낮다. 그러므로 이 영역에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

8 단계에서는 가옥과 위생, 예방적 관리, 치아관리, 예방접종, 식습관, 가사운영에서 문제발생은 높고 요구도 높으며 해결능력은 낮다. 그러므로 이 영역에 사업의 우선순위를 두어야 한다.

#### 3. 가족발달단계별 간호요구영역 전체에서의 문제발생 및 간호요구도와 해결능력도

1 단계에서는 문제발생은 낮으나 간호요구는 높고 해결능력은 낮다.

2 단계, 3 단계, 4 단계에서는 문제발생은 높고 간호요구도 높으나, 해결능력은 낮다.

5 단계와 6 단계도 문제발생은 높으나 간호요구는 해결능력에 비해 낮다.

7 단계와 8 단계는 문제발생은 낮고 간호요구도 낮으나 해결능력은 요구에 비해 높다.

즉 문제발생은 단계가 높아질수록 낮아지고, 간호요구도는 단계가 높아질수록 낮아졌으며 해결능력도는 이와 반대로 단계가 높아질수록 높아졌다. 따라서 낮은 단계일수록 문제가 많고 간호요구의 강도가 크므로 높은 단계의 가족보다는 낮은 단계의 가족에게 사건의 우선순위를 두어야 한다.

제발생과 간호요구도, 해결능력도를 검토하였기 때문에 가족상황에 미치는 몇가지 변수의 작용은 무시되었다. 그러므로 다음의 변수 즉 시간적 흐름과, 가족의 크기와 가족의 역할변화를 건강문제에 관련 시킨 연구가 바람직하다.

2. 이 연구는 우리나라 농촌가족에게 50%정도 나타나는 핵가족만을 대상으로 하였다. 우리나라 농촌가족에서 나머지 50%정도 차지하는 3세대 혹은 4세대가족도 가족발달단계별로 구분하여 연구할 필요가 있다.

## 2. 제 언

1. 이 연구는 가족발달단계별로 간호영역에서의 분

## 참 고 문 헌

- Bernard, Jessie and Thompson, Lida, "The Family Life Cycle," *Sociology, Nurses and Their Patient in a Modern Society*, C. V. Mosby Co., 1966, pp. 141-144.
- 조원정의 1인, "지역사회 간호사업을 위한 간호요구 집단의 일 연구," *대한간호*, 제14권, 제3, 4호, 1975.
- 최재석, *한국가족연구*, 민중서관, 서울, 1966, pp. 97-109.
- Duvall, E. M., *Family Development*, 4th ed., J. B. Lippincott Co., New York, 1971, pp. 2-232.
- Erikson, H Erik, *Childhood and Society*, Penguin Books, 1973, pp. 239-260.
- Freeman, R. B., *Community Health Nursing Practice*, W. B. Saunders Co., Philadelphia, 1970.
- Freeman, R. B., "A Method for appraising Family Public Health Nursing Needs," *A. J. P. H.*, Vol. 53, No. 1, Jan., 1963, pp. 47-52.
- Geyndt, D. T., "Health Behavior and Health Needs of Urban Indians in Minneapolis," *Health Service Report*, Vol. 83, No. 4, 1973, pp. 360-366.
- 홍진숙 외 4인, "노인의 질병에 대한 통계적 고찰," *대한내과학회지*, 제16권, 제6호, 1973, pp. 55-62.
- 홍여신, "가족건강요구의 측정," *대한간호*, 제13권 제6호, 1974, pp. 44-45.
- Mickey, Janice Eddy, *A Methodological Study of Extra-Hospital Nursing Needs*, Baltimore, Sep., 1967.
- 김행자, "노인환자간호에 대한 일반적 고찰," *대한간호*, 제10권, 제3호, 1973, pp. 70-74.
- 김응렬, *한국에 있어서 가족연구의 전개과정*, 미간행 석사논문, 고려대학교 대학원, 1974.
- 이광규, *한국가족의 구조분석*, 일지사, 서울, 1975.
- 이만갑 외 4인, *한국의 농촌가족연구*, 서울대학교출판부, 1963, pp. 16-31.
- 이상주, "소아의 우발사고의 역학," *소아과학회*, 제16권, 제2호, 1973.
- 이선자, "지역사회가 요구하는 보건간호사업," *대한간호*, 제12권, 제1호, 1973, pp. 48-51.
- Managan Dorothy, "Older Adults: A Community Survey of Health Needs," *Nursing Research*, Vol. 23, No. 5, 1974, pp. 426-432.
- Report of a WHO Scientific Group, *Human Development of Public Health*, WHO Technical Report Series 485, Geneva, 1971, pp. 5-9.
- Ryder, C. F., "Patient assessment, An Essential Tool in Placement and Planning of Care," *HSMHA Health Reports*, Vol. 86, No. 10, 1971, pp. 923-932.
- Sutterley, D. C. & Donnelly G. A., "Meeting Nursing Needs throughout the Life Cycle," *Advanced Concepts in Clinical Nursing*, J. B. Lippincott Co., 1971, pp. 44-65.
- Tinkham, C. W. & Voorhies E. F., *Community Health Nursing Evolution and Process*, Appleton Century, 1972. 9tion
- Willie, C. V., "Health Care Needs of the Disadvantaged in a Rural-Urban Area" *HSMHA Health Reports*, Vol. 87, No. 1, 1972, pp. 81-86.

\* Abstract \*

## Study of The Area of Nursing Need by the Family Developmental Stage

Choi, Boo Ok\*

The Community Health Service considers the family as a service unit and places the emphasis of its service on the health problems and the nursing needs of the family rather than the individual.

From the conceptual point of view that the community health service is both health maintenance and health promotion of the family, the community health nurse should have a knowledge of the growth and development of the family and be responsible for the comprehensive support of normal family development. The community health nurse often is in a position to make a real contribution to normal family development.

In order to investigate the relationship between the areas of nursing need and family development, the following objectives were established.

1. To discover the general characteristics of the study population by the stage of family development.
2. To discover specific nursing needs in relation to the family developmental stage, and to determine the intensity of the nursing needs and the ability of the family to cope with these needs.
3. To discover overall family health nursing problems in relation to the family developmental stage and determine the intensity of the nursing need and the problem solving ability of family.

### Definitions :

The family developmental stages as classified by Duvall were used.

- stage 1. Married couples (without children)
- stage 2. Childbearing Families (oldest child birth to 30 months of age)
- stage 3. Families with preschool children (oldest child 2 ½ to 6 years)
- stage 4. Families with schoolchildren (oldest child 6 to 13 years).
- stage 5. Families with teenagers (oldest child 13 to 20 years)
- stage 6. Families as launching centers (first child gone to last child's leaving home).
- stage 7. Middle-aged parents (empty nest to retirement)
- stage 8. Aging family members (retirement to death of both spouses)

The areas of nursing need were defined as those used in the study, "A Comprehensive Study about Health and Nursing Need and a Social Diagram of the Community," by the Nur-

sing research Institute and Center for population and Family Planning, July 1974.

The study population defined and selected were 260 nuclear families in two myun of Kang Hwa Island.

Percent, mean value and F- test were utilized in the statistical analysis of the study results.

Findings :

1. General characteristics of the study population by the family developmental stage ;

1) The study population was distributed by the family developmental stage as follows :

- stage 1 : 3 families
- stage 2 : 13 families
- stage 3 : 24 families
- stage 4 : 41 families
- stage 5 : 50 families
- stage 6 : 106 families
- stage 7 : 13 families
- stage 8 : 10 families

2) Most families had 4 or 5 members except for those in stage, 1, 7, and 8.

3) The parents' present age was older in the higher developmental stage and their age at marriage was also younger in the higher developmental stages.

4) The educational level of parents was primarily less than elementary school irrespective of the developmental stage.

5) More than half of parents' occupations were listed as laborers irrespective of the developmental stage.

6) More than half of the parents were athiests irrespective of the developmental stage.

7) The higher the developmental stage (from stage 2 to stage 6), the wider the distribution of children's ages.

8) More than half of the families were of middle or lower socio-economic level.

2. Problems in specific areas of nursing need by family developmental stage, the intensity of nursing need and the problem solving ability of the family :

1) As a whole, many problems, irrespective of the developmental stage, occurred in the areas of Housing and Sanitation, Eating Patterns, Housekeeping, Preventive Measures and Dental care. Problems occurring in particular stages included the following :

stage 1 : Prevention of Accident

stage 2 : Preventive Vaccination, Family Planning.

stage 3 : Preventive Vaccination, Maternal Health, Family Planning, Health of Infant and Preschooler.

stage 4,5 : Preventive Vaccination, Family Planning, Health of School Children.

stage 6 : Preventive Vaccination, Health of School Children.

2) The intensity of the nursing need in the area of Acute and Chronic Diseases was generally of moderate degree or above irrespective of the developmental stages except for stage 1.

Other areas of need listed as moderate or above were found in the following stages  
stage 1 : Maternal Health



- stage 3 : Housing and Sanitation, Prevention of Accident.
- stage 4 : Housing and Sanitation.
- stage 5 : Housing and Sanitation, Diagnostic and Medical Care.
- stage 6 : Diagnostic and Medical care
- stage 7 : Diagnostic and Medical Care, Housekeeping.
- stage 8 : Housing and Sanitation, Prevention of Accident, Diagnostic and Medical Care, Dental Care, Eating Patterns, Housekeeping.

3) Areas of need with moderate problem solving ability or less were as follows :

- stage 1 : Diagnostic and Medical Care, Maternal Health.
- stage 2 : Prevention of Accident, Acute and Chronic Disease, Dental Care.
- stage 3 : Housing and Sanitation, Acute and Chronic Disease, Diagnostic and Medical Care, Preventive Measure, Dental Care, Maternal Health, Health of Infant and preschooler, Eating Patterns.
- stage 4 : Housing and Sanitation, Prevention of Accident, Diagnostic and Medical Care, Preventive Measure, Dental Care, Maternal Health, Health of New Born, Health of Infant and Preschooler, Health of school Children, Eating Patterns, Housekeeping.
- stage 5 : Housing and Sanitation, Prevention of Accident, Acute and Chronic Disease, Diagnostic and Medical Care, Preventive Measure, Dental Care, Preventive Vaccination, Maternal Health, Eating Patterns.
- stage 7, 8 : Housing and Sanitation, Prevention of Accident, Acute and Chronic Disease, Diagnostic and Medical Care, Preventive Measures, Dental Care, Preventive Vaccination, Eating Patterns, Housekeeping.

3. Problem occurrence, the degree of nursing need and the degree of problem solving ability in nursing need areas for the family as a whole were as follows :

- 1) The higher the stages(except stage 1), the lower the rate of problem occurrence.
  - 3) The higher the stage becomes, the lower the intensity of the nursing need becomes.
  - 3) The higher the stages(except stages 7 and 8), the higher the problem solving ability.
- Conclusions ;
- 1) When the nursing care plan for the family is drawn up, depending upon the stage of family development, higher priority should be give to nursing need areas ① at which problems were shown to occur ② where the nursing need is shown to be above moderate degree and ③ where the problem solving ability was shown to be of moderate degree.
  - 2) The priority of the nursing service should be placed ① not on those families in the high developmental stage but on those families in the low developmental stage ② and on those areas of need shown in stages 7 and 8 where the degree nursing need was high and the ability to cope low.