

주요개념 : 고위험가족, 위험요인

고위험가족 선별을 위한 위험요인 분석

방 속 명*

I. 서 론

1. 연구의 필요성

가족에 대한 오랜 관심과 접근에도 불구하고 가족간호에 대한 구체적인 중재방법이나 가족건강에 대한 실질적인 정의가 간호학계에서 매우 부족한 실정이다.

가족건강은 가족 간호사업의 결과로 성취하여야 하는 목표가 되며, 이 목표를 어떻게 정의하느냐에 따라 간호중재 방법이나 우선순위가 달라지며, 가족의 건강사정 내용도 달라지게 된다. 가족건강은 가구원 개개인 중심의 합으로 생각하는 경향이 있으나 가족자체를 하나의 단위(unit)로 생각해야 하며, 가족건강에 포함되어야 하는 영역이 상당히 포괄적이므로 가족건강 사정의 어려움이 동반되고 있다.

지금까지 가족건강을 사정하기 위하여 많은 가족사정 도구가 소개되었다. 그러나 이들 사정도구들은 대부분이 매우 길고 복잡하여 한가정을 사정하는데 많은 시간을 요구하는 것이 대부분이다. 위와같은 이유들 때문에 우리나라 실정에 맞으면서도, 지역사회 보건간호사가 단순, 신속, 정확하게 가족의 위험수준을 발견하여 가족건강을 규명할 수 있는 도구의 개발은 매우 필요하다 하겠다. 그러므로 가족건강에 영향을 미치는 위험요인을 확인하고, 고위험가족 사정을 위한 기초항목을 제시하

여 건강위험의 가능성이 있거나 위험에 처해 있는 가족을 선별하여 우선적으로 가정방문하여 간호중재를 제공할 수 있다면 더욱 효과적인 보건간호사업이 될 것이다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 지역사회 보건간호사가 간단하면서도 빠르고 편리하게 고위험가족을 선별할 수 있게 하여, 많은 수의 가정방문 대상자중 방문의 우선순위를 결정할 수 있도록 돕기 위한 고위험가족 사정도구 개발의 기초를 마련하기 위한 것으로 다음과 같은 구체적인 목적을 갖는다.

- 1) 가족건강에 영향을 미치는 가능한 위험요인을 선정한다.
- 2) 선정된 위험요인을 일 도시지역 가족에게 적용하여 그 분포실태를 분석한다.
- 3) 고위험가족 사정도구로 사용할 수 있는 위험요인 목록을 제시한다.

3. 연구의 개념적 기틀

본 연구에서 사용된 개념적 기틀로는 김의숙 등(1993)의 가족진단을 위한 개념적 기틀을 사용하였다. 이는 1970년부터 1992년까지의 각계 가족학자들의 가족

* 연세대학교 간호대학 강사.

사정 도구의 내용분석과, Y대학교 지역사회 간호학 실습시 4학년 학생들이 원주 및 서울시 오류지역의 가정방문을 통하여 파악된 가족진단 자료, 서울시 오류동 주민들의 건강 및 가족문제를 직접면접 조사한 연구자료를 중심으로, 우리나라 가족들이 지닌 문제를 기초로 하여 개발된 것이다. 본 개념들은 가족을 접근한 이론적 기틀인 구조적틀, 발달적틀, 기능적틀, 상호작용틀, 체계적 이론틀의 영역을 총망라하여 제시한 것으로 <표 1>과 같다.

<표 1> 본 연구의 가족진단 개념틀(김의숙 등, 1993)

가족진단 영역	항 목
가족구조	가족형태/가족의 접촉빈도/발달주기
가족체계	재정/가족규칙/삶의 만족감/관습 및 가치관
가족지지	경제적 협동/정서적·영적 지지
가족대응	문제해결/생활변화
건강관리	가족건강력/생활방식/자가간호능력 건강관리 행위/보건교육
상호작용	의사소통/가족역할/사회화와 양육 권위/가족내 밀착관계/사회참여와 교류
주거환경	주거지역/안전/위생/생활공간

4. 용어 정의

본 연구에서 사용된 용어의 이론적 정의는 다음과 같다.

고위험가족 : 가족전체의 건강과 기능에 문제를 일으킬 가능성이 높은 위험요인에 노출되어 있거나, 현재 많은 문제를 지니고 있어 빠른 중재를 필요로 하는 가족

위험변수 : 가족진단 항목의 하위개념으로서 가족건강에 영향을 미치는 주요요인으로 문헌이나 연구를 통하여 제안된 변수 또는 상황

위험요인 : 추상적인 위험변수들을 대표할 수 있는 개념으로 관찰과 측정가능하게 재정리된 요인

II. 문헌고찰

1. 가족건강과 가족사정

가족건강(Family Health)은 가족 간호사업의 결과로 성취하여야 하는 목표가 되며, 목표를 어떻게 정의하느냐에 따라 간호중재 방법이나 우선순위가 달라지며, 가족의 건강사정 내용도 달라지게 된다(김의숙, 1994).

가족건강(Family Health)은 가구원 건강(Familial Health)과 구별하여 사용되는데(Keating & Kelman, 1988 ; Spradley, 1986 ; Tinkham etc, 1984), 가구의 건강상태는 가족건강에 영향을 미치는 주요한 요인이 된다(김의숙, 1980). 가족은 사회의 기본체계(basic system)이며 서비스 제공의 한 단위로(Clark, 1992 ; Freeman, 1970) 역동적이며 복합적인 특성이 있어 가족이라는 단위를 무엇으로 어떻게 측정하고 연구되어야 하는가에 대한 합의를 못보고 있다(Gillis, 1983).

국내의 경우 간호영역에서 가족단위 연구는 가족의 개념이 역동적이면서 다차원적인 복잡한 성격 때문에 이에 관한 연구들이 다양하게 이루어져 왔다. 그러나 가족에 관한 연구에서 가장 큰 문제는 개념적, 이론적 틀과 도구와의 불일치로서 측정하려는 개념과 측정된 것 간의 논리적 연계가 매우 희박하고, 한국에서 사용되는 가족사정도구에서 중요한 문제는 주로 외국의 가족전문가에 의해 개발된 것들로 급격한 사회변화에도 불구하고 여전히 강한 전통적 특성을 나타내는 한국가족의 현상을 가족사정 도구들이 반영하지 못한다(변영순, 1994)고 하였다. 김의숙(1980)은 특히 간호학에서 사용할 수 있는 가족분류연구와 이 분류에 의한 가족의 종류에 따른 건강행동을 일반화할 수 있는 기초연구와 고위험가족을 찾아낼 수 있는 자료를 발전시키기 위한 기초연구가 필요하다고 하였다. 그러나 무엇보다도 먼저 간호영역에서 가족단위 연구는 우리나라의 현문화와 실제에 알맞는 것이 되어야 한다. 선행연구 결과에 의하면 가족사정을 위한 도구로 여러가지가 국내에서 사용되고 있으나 그중에서 지역사회 간호사가 주로 이용하고 있는 도구로는 가족대처력(Family Coping Estimate, Richmond, 1964)과 1982년 Betty Caldwell이 개발한 HOME(Home Observation for Measurement of the Environment), 그리고 1978년 Smilkstein이 개발한 Family APGAR라 하였다(정영숙, 1992). 그러나 이들 도구는 대상자가 한정되어 있거나 너무 간단하여 중재를 위한 구체적 문제 파악이 어렵거나 질문지 내용이 너무 많아 가족건강에 잠재적으로 영향을 미치며 내재하고 있는 문제의 파악이 어려울 뿐 아니라 우선순위가 되는 가족건강 문제를 발견해 내기 어렵다. 이외에 Johnson(1986)이 300가구 이상의 사정내용을 분석하여 10개의 영역을 기초로 55문항수의 고위험가족 사정도구(High-risk family assessment tool)를 개발하였으나, 우리나라에서 고위험가족 사정도구로 사용된 예를 찾아볼 수 없었고, Freeman(1970)은 가족건강에 취약을 나

나내는 위험가족을 정의하였으나 이는 너무 포괄적이고 구체적이지 않아 가족건강에 영향을 미치는 위험요인을 정확하게 파악하기에 어렵다. 이상의 내용과 같이 현재 지역사회에서 많이 사용하고 있는 기존의 가족사정도구로는 지역사회 보건간호사가 단순하고 신속하며, 정확하게 가족의 위험수준을 발견하여 가족건강을 규명하기에는 어려움이 있는 실정이다.

1. 가족건강에 영향을 미치는 위험변수

1) 가족구조 및 체제

최근 미국가족의 형태는 이혼의 증가, 직업여성의 증가, 독신인구의 증가 현상으로 특히 이혼이 대다수 가족에게서 일어나는 보통의 사건으로 되어가고 있으며, 편부, 편모, 이혼자 가족, 홀로된 노인, 양부모, 독신 모두 가족의 문제를 일으킬 소지를 지니고 있으나 특히 홀로된 노인의 경제적 빈곤과 편모슬하에서 어머니가 가장인 집안은 경제적인 문제로 인한 여러가지 문제가 복합적으로 나타난다고 보고하였다(Freeman, 1970; Hanson, 1992; 김영모, 1982). 우리나라의 경우 노인단독가구도 1985년 20.5%에서 1988년 22.9%로 늘어났으며, 2000년 35%, 2010년 45%로 증가할 전망이다(한국인구보건연구원, 1989년). 가족 경제상태는 고위험상황의 노출에 크게 영향을 미치는데 대부분이 적은 자원과 밀집된 주거환경, 낮은 교육수준, 건강하지 못한 생활방식 등의 복합적인 요인과 무기력, 무희망, 낮은 자존감을 경험케 하여 아동이나 배우자 학대, 약물중독, 이혼, 귀범이나 범죄행위 등의 대다수의 문제를 일으킬 확률이 높고, 빈곤에 의한 높은 사망률과 상병률, 낮은 의료요구충족률이 나타나며, 직업에 의해 사회계층적 지위가 심각히 연결되어 있어 비숙련 노동자의 경우 가장 높은 사망률을 기록함을 알 수 있었다(Johnson, 1986; 문항진, 1992).

가족생활주기별 결혼만족도는 신혼기가 가장 높고, 가족생활주기에 따라 점차 감소하여 자녀가 떠나는 시기에 가장 낮았다가 자녀가 떠난 후 다시 증가하는 양상이 보였다(서홍관외, 1988; 이상현 외, 1991), 은퇴기 및 노년기에서 결혼만족도가 제일 낮았다(최경자, 1989; 정영숙, 1992).

2) 가족지지

가족지지가 가족구성원으로 구성되는 가족체제가 가족구성원들간의 상호작용을 통하여 사회적 규범으로 인

정된 사랑과 지지를 교환하는 것으로 지지적 증재는 한자역할 행위와 가족지지 행위를 증가시키고, 가족의 부담을 줄일 수 있는 증재변인으로서 돌보는 어머니 및 가족이 질적인 삶을 살아가는데 도움을 줄 수 있다고 하였다(최영희, 1983; 서중숙, 1992). 그러나 현대가족의 직장을 가진 가족 구성원들은 일에 쫓기어 스트레스를 풀기에 급급하며, 시간을 낼 수 있는 비취업주부는 자녀입시를 돕거나 그후의 공허감을 해소하느라 개인적으로 분주하여 가족간의 유대를 갖거나 대화하기 힘든 상황으로서(조혜정, 1992), 가족간의 의사소통이 거의 없고, 정서적인 상호협력의 의무감을 상실한 '빈껍질(empty shell)'만의 가족은 가족의 위기를 초래할 가능성이 높으며, 부모자녀가 상대방의 의견을 무시하고 접촉이 적을수록, 또 부모가 덜 헌신적이고 부친의 애정이 적을수록 아들의 신경증적 철퇴성향이나 딸의 사회화 비공격성향이 증가한다(김영모, 1982; 이길홍외, 1982)고 하였다.

3) 가족대응

가족대응에서는 가족구성원들의 문제해결방법과 환자가 발생하거나 기타 다른 생활의 변화가 있을 때 나타날 수 있는 부적합한 대응기술을 나타내는 상황으로 갈등을 해결하기 위한 방법을 예상하지 않거나, 의사결정하는 방법을 받아들이지 않고, 서로가 지지하고 동정하기 위해 결속하지 않는다면, 가족은 스트레스를 주는 사건과 그에 수반되는 비조직과 불균형으로 인해 상처받기 쉽다(최영희외, 1988). 정영숙(1990)은 가족원 건강문제해결 자원은 가족내 자원을 이용하는 것이 더 효과적인 방법이라고 하였다. 즉, 가족대응시 문제가 되는 위험변수로는 가족구성원의 추가 또는 상실, 자살, 별거, 환자발생 등의 생활의 급격한 주요변화가 있는 경우이며, 문제발생시 적절하게 대응하지 못했을 경우 어려움을 지니게 된다고 볼 수 있다.

4) 건강관리

가족의 급·만성이라는 질병의 특성은 가족관계 특히 역할관계에 영향을 주는데 이는 질병의 특성에 따른다(Litman, 1974; Miller, 1980). 최근 질병과 가족기능과의 관계에서 질환군 가족의 경우 정상군 가족의 경우보다 가족기능 정도가 유의하게 낮음을 보고하였다(이영희, 1988; 송남호, 1989; 성명숙, 1989).

선천적 또는 유전적으로 결손이 있는 가족 건강력을 지닌 가족구성원인 경우 가족체계에 영구적으로 구조

및 기능변화가 초래되고 불어나는 의료비는 가족구성원에게 생활비 절약을 초래하며, 어떤 경우 환자를 속죄양으로 만들거나, 약한 결혼관계를 악화시키기도 한다(Freeman, 1970). 정신질환자 가족들은 신체적, 심리적 기능의 파괴를 경험하고 개인생활의 효율이 저하되며, 가족생활의 균형을 위협하고, 긴박감, 소외감, 정체감의 상실, 의사결정력의 저하 등 불만족스러운 방법으로 사회적 역할을 수행하게 된다고 하였다(김소야자등, 1993; 박혜숙, 1992; 이규래등, 1991; 정민, 1994).

가족의 건강행위와 관련된 생활방식중 음주시 일주일에 3회이상의 음주와 흡연은 양적인 상관관계가 있으며, 비건강행위를 할 가능성이 높은 것으로 나타났으며(원영일등, 1992; 조동선의, 1994), 전반적인 가족기능에 역기능적인 형태를 나타내 가족에 경제적 문제, 부부간 갈등으로 별거나 이혼을 하거나 자녀들에게 혼돈을 일으켜 사회적응에 어려움을 지니게 하는데 이는 가족붕괴, 친부모의 상실, 비행성 부친 또는 과보호적 모친에 의한 양육 등이 발병에 크게 기여함을 알 수 있었고, 가족기능이 역기능적으로 작용함을 알 수 있었다(김영모, 1982; 신현준의, 1994). 부모들이 담배를 피우는 가정에서 자란 아동들이, 피우지 않는 가정에서 자란 아동보다 담배흡연이 많았고, 부모훈육방식에 따라 흡연에 미치는 영향이 높았고, 중증의 가족기능장애군에서 흡연율이 높음을 알 수 있었다(이영란의, 1991; 임웅의, 1992). 또한 흡연이 폐암에 미치는 영향이, 음주나 가족력이 위암에 영향을 미치는 영향보다 크다고 하였다(Keigo Tominaga 등, 1991).

사망의 10가지 원인중 5가지(심장질환, 뇌졸중, 당뇨병, 동맥경화증, 간경변증)는 불량한 식이와 관계되며, 불규칙적인 식사, 과식, 편식, 빠른식사가 건강에 해로운 식습관으로(하영수, 1992; 양규희등, 1994) 나타났으며, 암은 80%-90%가 환경적 원인으로 적절한 식습관의 변화로 암발생률이 35%나 감소되었다(Doll & Peto, 1981)고 하였다.

5) 상호작용

의사소통시 부부관계는 가족기능의 필수적인 하위체계로(Minuchin, 1982) 부부 조화도가 부부건강에 영향을 미치는데(김의숙, 1978), 부부의 결혼만족도는 가족생활주기에 따라 그리고 월수입이 높고 남성일수록, 아들이 있는 집안일수록 유의한 차이가 있다(김인주, 1991; 이상현등, 1991)고 하였다.

가족역할의 측면에서 취업주부의 경우 가정에서의 역

할분담에 지장을 가져오며 특히 남편들이 아내의 역할 변화에도 불구하고 계속 전통적 역할을 기대하는데서 부부간의 갈등을 일으키고 있다(김종욱, 1994; 이광규, 1983; 조혜정, 1992; 하영수, 1992). 한국의 가족구조는 부자중심 가족이며 가장 일인에게 권한이 집중되는 구조적인 특색을 지니며, 부자관계는 가족관계의 중심으로 권력구조면에서 여자는 여전히 불균등한 관계로서, 의무와 권리의 관계는 부계중심이나 정서적 관계는 점점 더 모계적으로 되어져 여권이 세어지고(김수지등, 1983; 조혜정, 1992) 있다고 하였다.

6) 주거환경

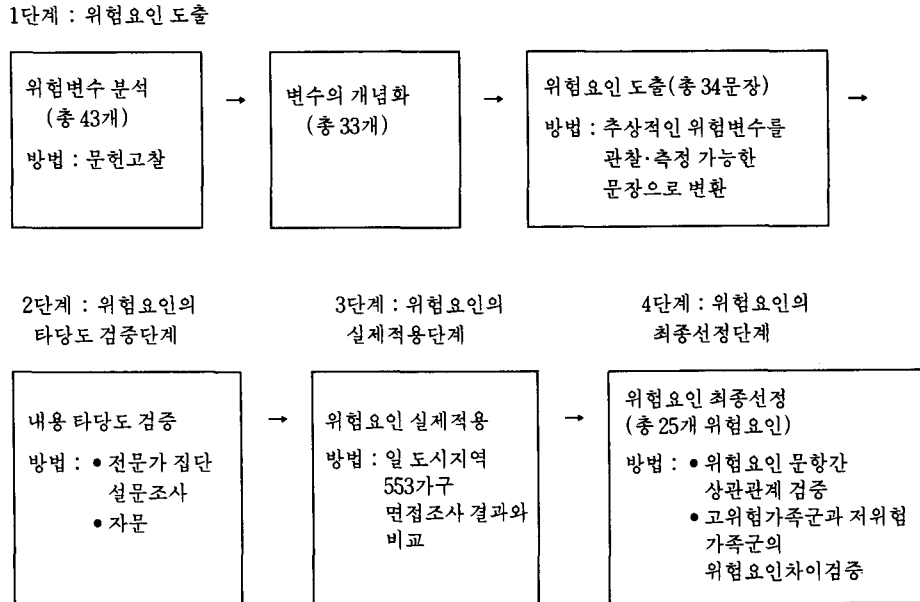
김영모(1982)의 연구에 의하면 주민들의 주거이동은 기간이 대부분이 5년이내이며 그 이유는 주택구입 및 주택개선이 가장 많았고, 직장문제, 이전주택 집세가 올라서, 자녀교육, 결혼, 교통문제 및 철거순이었다. 도시서민의 주거실태에 관한 연구결과(이은영등, 1991) 일개 방당 평균 2.9인이 살고 있으나, 방한칸에 4인이상이 살고 있는 경우도 전체의 31.3%이며, 주택당 거주 가구수는 평균 2.8가구이나, 주택당 4가구 이상 사는 경우가 전체의 29.4%를 차지하고 있어 도시 서민의 대부분은 여전히 열악한 주거환경에서 사생활 보장이 잘안되고 있는 곳에 살고 있음을 알 수 있다. 또한 조진형(1992)은 도시영세민들은 상하수도, 교통, 공해, 문화시설 등이 극히 불량하여 최악의 생활조건에서 비인간적인 생활을 하고 있다고 하였다. 1982년 한국 인구보건연구원이 조사한 바에 의하면 도시영세민 인구 1천명 당 유병률은 5백3명이며, 이중 7%가 전혀 치료를 받지 못해 열악한 생활환경과 과도한 인구밀집으로 어느 지역보다 질병발생률과 전염률이 높다고 보고하였다.

사고유발행동은 사회·경제적 상태가 열악한 가정에서, 대가족이면서 주거상황이 불량하고, 어머니가 전일 근무하는 직업을 갖고 있는 경우, 어린이가 좌절과 불행 을 느끼는 경우, 최근 2년동안에 건강상의 경제적인 혹은 결혼생활에 문제가 있었던 가정의 8-15세 소년에게서 많이 나타났다(계원숙등, 1991; Jackson, 1976).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구의 범위는 우리나라 가족상황에 맞는 고위험 가족 선별을 위한 사정도구 개발의 기초연구로서 고위



〈그림 1〉 연구진행 절차와 방법

험가족을 판별할 수 있는 주요요인(critical factor) 분석을 위한 탐색적 방법론적 연구이다.

2. 연구진행과정 및 분석방법

본 연구의 목적을 달성하기 위하여 4단계의 과정을 거쳤다(그림 1).

1) 위험요인의 도출

가족건강에 영향을 미치는 위험요인을 도출하기 위하여 국내·외의 문헌고찰과 김(1993) 등이 원주 학생실습과 오류동 조사연구 결과의 경험적 자료(empirical data)의 분석을 통해 각 영역에 따른 항목에 관한 위험변수를 도출하였다. 그리고 도출된 위험변수들을 각 항목별로 다시 비슷한 종류끼리 분류하여 개념화 하였다.

또한 개념화된 추상적인 변수의 개념들을 다시 관찰 가능하고, 측정가능하며, 보건간호사가 이해하기 쉽게 위험요인 문장으로 작성하였다(표 2).

2) 위험요인의 타당도 검증

1단계에서 도출된 위험요인의 내용타당도를 검증하였다. 내용 타당도 검증을 위한 전문가 집단은 가족을 가르치거나 전공으로 하는 교수와 지역사회 현장에서

가구를 대상으로 간호를 제공하는 임상가로 총 29인이었다.

또한 FAAN 가족치료사 자격을 갖춘 사회사업학과 교수 1인에게 선정된 위험요인에 대한 자문을 받았다. 도출된 위험요인의 타당성과 각 위험요인의 위험정도를 파악하기 위하여 위험요인중 “건강문제를 해결하는데 병원보다 약국을 주로 이용한다”를 5점으로 임의책정하여 33가지 위험요인의 위험정도를 10점척도에 표시케 하였다. 그 결과는 ‘가족중 정신질환자가 있다’로 290점 만점에 268점이었고, ‘가족의 정기적인 수입이 없다’(262점), ‘가족중 신체장애자가 있다’(252점), ‘음주로 문제를 일으키는 가족이 있다’(246점)순으로 점수가 높았다. 또한, ‘가족내 임신부가 있다’가 가장 낮은 위험요인으로 나타났으며, ‘직계가족외의 동거인이 있다’, ‘가족내 예방접종이 미완료된 영유아가 있다’, ‘가족의 식습관이 부적절하다’, ‘가족중 흡연자가 있다’ 순으로 점수가 낮았다. 또한 전문가 집단이 응답한 각 요인별 위험정도 점수의 분포상황을 파악하기 위하여 문항평점을 낸 결과는(표 3)와 같다. 이때 소수(1명)가 극한점수로 편중되어 분포된 경우는 제외하고 평점을 계산하였다.

3) 위험요인의 실제적용

개발된 위험요인의 적용가능성을 파악하기 위하여 자

〈표 2〉 위험변수로 부터 도출된 위험요인

위험요인
1. 편부, 편모 가족이다. (사별, 이혼, 미혼모가족도 포함)
2. 직계가족외의 동거인이 있다.
3. 미취학 아동이 있는 취업주부이다.
4. 가족의 정기적인 수입이 없다.
5. 가구주 직업이 비숙련된 단순노동 등에 종사하고 있다.
6. 가족이 정해 놓은 규칙이 없거나 너무 엄격하다.
7. 가족 상호간의 지지가 적다.
8. 가족이외의 지지자원이 적다. 예) 친족, 친구, 교회 등
9. 가족이 함께 모이는 시간이 거의 없다.
10. 가족내 문제발생시 효율적으로 해결하지 못한다.
11. 최근 6개월 가족내 커다란 변화가 있었다. 예) 죽음, 이혼, 은퇴, 퇴직 등
12. 재수생이나 고 3 입시생이 있다.
13. 질환에 대한 가족력이 있다. 예) 고혈압, 당뇨, 암 등
14. 자살 및 정신질환의 가족력이 있다.
15. 가족중 환자가 있다.
16. 가족중 정신질환자가 있다.
17. 가족중 신체장애자가 있다.
18. 가족내 예방접종이 미완료된 영유아가 있다.
19. 가족내 임신부가 있다.
20. 음주로 문제를 일으키는 가족이 있다.
21. 가족중 흡연자가 있다.
22. 가족의 식습관이 부적절하다. 예) 불규칙적, 짜고 매운 식습관
23. 부적절한 가족건강관리 방법을 사용한다.
24. 건강문제를 해결하는데 병원보다 약국을 주로 이용한다.
25. 부부간의 불화가 있다.
26. 가족간의 갈등이 있다.
27. 가족이 역할을 분담하지 않고 몇사람에게 그 역할이 편중되어 있다.
28. 자녀양육시 남녀의 차별이 심하다.
29. 가족내에서 한사람 위주로 의사결정 이루어진다
30. 가족간에 편애가 심하다. 예) 지나친 밀착 또는 희생양 존재
31. 이웃간의 교류나 사회활동 참여가 거의 없다.
32. 위치가 주택지로서 적합하지 않다. 예) 유흥업소, 상가, 공장, 약취, 소음 등
33. 집안에 사고의 위험성이 있다.
34. 상하수도 및 쓰레기처리 시설이 비위생적이다.

료에 위험요인의 분포양상을 일 도시지역 가족의 실제 적용하여 파악하였다.

위험요인의 실제적용을 위한 자료로는 지역사회 진단을 위하여 실시되었던 1993년 8월과 1994년 2월에 각각 일주일간 실시한 Survey자료로서 서울시 마포구 S동의 총 18개통중 7개통을 임의표출하여 방문면접 조사를 실시한 총 553가구에 대한 자료로서, 먼저 선정된 위험요인과 기존연구 면접지 내용의 일치여부를 확인한 결과, 단기간 면접으로 파악하기 어렵거나 기존의 면접에서 자료수집이 불충분하다고 고려되어 제외하였다. 분석결과 '가족이 정해놓은 규칙이 없거나 너무 엄격하다'가 제일 많은 비율(70.3%)를 차지하였고, '가족이 역할을 분담하지 않고 몇사람에게 그 역할이 편중되어 있다'(64.4%), '가족중 흡연자가 있다'(62%) 순으로 나타났다(표 3).

4) 위험요인의 최종선정

(1) 위험요인 문항간의 상관관계 검증

총 28개 위험요인간의 상관관계를 Pearson 상관계수로 검증한 결과, 대부분의 위험요인들간에는 상관계수가 낮았으나 '가족의 정기적인 수입이 없다'와 '가구주 직업이 비숙련된 단순노동 등에 종사하고 있다'의 두 위험요인간에 높은 상관관계($r=.736$ $p<.001$)를 보여 '가족의 정기적인 수입이 없다'의 위험요인 하나로 통합할 수 있었다.

(2) 고위험가족군과 저위험가족군의 위험요인 차이검증

가구당 위험요인수는 정규분포를 이루며, 최저 1개인 가구 부터 최고 19개 위험요인수를 지닌 가구의 범위로 나타났다. 고위험가족군과 저위험가족군의 위험요인의 차이분포를 비교하기 위하여, 위험요인수가 5개 이하인 가구(13.7%)를 저위험가족군으로, 위험요인수가 12가지 이상인 가구(17.1%)는 고위험가족군으로 범주화하였다. 고위험가족군과 저위험가족군의 위험요인간 X^2 검증 결과는 '미취학 아동이 있는 취업주부이다'(P=.3229)와 '가족내 예방접종이 미완료된 영유아가 있다'(P=1.0000) 그리고 '가족내 임신부가 있다'(P=.3244)만 두 군간 유의한 차이가 없었고, 나머지 변수들과는 모두 유의한 차이(P<.000)를 나타내었다.

가구당 위험요인 총점에 높은 상관관계를 나타내는 위험요인은 '가족상호간의 지지가 적다'(r=-.4333)가 가장 높은 상관관계를 나타냈으며, '가족의 정기적인 수입이 없다'(r=-.4210), '가족간의 갈등이 있다'(r=-

〈표 3〉 일 도시지역가족의 위험요인 분포 및 전문가 집단의 위험요인 평점

위험요인	일 도시지역(%) (N=553 가구)	전문가 집단 문항평점(점) (N=29명)
1. 편부, 편모 가족이다. (사별, 이혼, 미혼모가족도 포함)	67(12.1)	6.97
2. 직계가족외의 동거인이 있다.	50(9.0)	4.59
3. 미취학 아동이 있는 취업주부이다.	11(2.0)	7.04
4. 가족의 정기적인 수입이 없다.	226(40.9)	9.03
5. 가구주 직업이 비숙련된 단순노동 등에 종사하고 있다.	289(52.3)	6.97
6. 가족이 정해 놓은 규칙이 없거나 너무 엄격하다.	411(74.3)	6.97
7. 가족 상호간의 지지가 적다.	68(12.3)	7.66
8. 가족이외의 지지자원이 적다. 예) 친족, 친구, 교회 등	54(9.8)	6.45
9. 가족이 함께 모이는 시간이 거의 없다.	180(32.5)	6.83
10. 질환에 대한 가족력이 있다. 예) 고혈압, 당뇨, 암 등	249(45.0)	7.24
11. 가족중 환자가 있다.	306(55.3)	8.28
12. 가족중 정신질환자가 있다.	14(2.5)	9.24
13. 가족중 신체장애자가 있다.	18(3.3)	8.69
14. 가족내 예방접종이 미완료된 영유아가 있다.	3(0.5)	4.90
15. 가족내 임신부가 있다.	11(2.0)	4.45
16. 음주로 문제를 일으키는 가족이 있다.	60(10.8)	8.48
17. 가족중 흡연자가 있다.	364(65.8)	6.00
18. 가족의 식습관이 부적절하다. 예) 불규칙적, 짜고 매운 식습관	236(42.7)	5.76
19. 부적절한 가족건강관리 방법을 사용한다.	266(48.1)	6.59
20. 건강문제를 해결하는데 병원보다 약국을 주로 이용한다.	150(27.1)	-
21. 부부간의 불화가 있다.	175(31.6)	8.14
22. 가족간의 갈등이 있다.	279(50.5)	7.90
23. 가족이 역할을 분담하지 않고 몇사람에게 그 역할이 편중되어 있다.	377(68.2)	7.14
24. 가족내에서 한사람 위주로 의사결정 이루어진다	236(42.7)	6.83
25. 이웃간의 교류나 사회활동 참여가 거의 없다.	236(42.7)	7.21
26. 위치가 주택지로서 적합하지 않다. 예) 유흥업소, 상가, 공장, 악취, 소음등	230(41.6)	6.62
27. 집안에 사고의 위험성이 있다.	221(40.0)	8.09
28. 상하수도 및 쓰레기처리 시설이 비위생적이다.	78(14.1)	6.90

.4053), '집안에 사고의 위험성이 있다'(r=3331), '가족 내 한사람 위주로 의사결정이 이루어진다'(r=-.3311), '부부간의 불화가 있다'(r=3117), '가족이외의 지지자원이 적다'(r=-.3073), '가족이 함께 모이는 시간이 적다'(r=-.2966)의 순으로 나타났다.

이 중 가구당 위험요인 총갯수와 높은 상관관계를 보인 위험요인 8개간의 상관관계를 검증한 결과 서로간의 상관관계가 높은 3문항을 제외한 '가족의 정기적인 수입이 없다', '가족간의 갈등이 있다', '집안에 사고의 위험성이 있다', '한사람 위주로 의사결정이 이루어진다', '가족이 함께 모이는 시간이 적다'의 5개의 위험요인이 두 가족군의 차이를 나타내는데 가장 유의한 요인으로 나타났다.

IV. 연구결과 및 논의

이상의 4단계의 연구 진행결과, 최종문항으로 선정되어 고위험가족 선별을 위한 문항으로 제안되는 것은 총25개의 위험요인으로써 이들 목록은 <표 4>와 같다.

즉, '가족내 예방접종이 미완료된 영유아가 있다'와 '가족내 임신부가 있다'는 위의 연구 진행결과 공통적으로 위험요인으로서 유의하지 않음을 알 수 있었다. 즉, 임신부나 영유아는 과거 모자보건 중심 간호사업의 일환으로 지역사회 보건간호사가 당연히 가정방문하여 간호해야 할 우선 방문 대상자였으나, 현재는 가족건강에 영향을 미치는 위험요인으로 보다는 정상 가족발달주기시 나타날 수 있는 양상으로 파악되고 있다고 해석할 수 있다. 그리고 '가족의 정기적인 수입이 없다'와 '가구주 직업이 비숙련된 단순노동 등에 종사하고 있다'가 높은 상관관계(r=.7375)를 보여 이 두 위험요인중 전문가가 평가한 문항평점이 월등하게 높게(9.03점, 2순위) 나타난 '가족의 정기적인 수입이 없다'를 위험요인으로 결정하였다. 이는 전문가 집단의 평가를 고위험가족 선별의 우선순위로 보았으며, 두 위험요인중 어느 위험요인이 더 적합한지에 대하여는 추후에 연구가 더 필요하다고 생각된다. 또한 '부적절한 식습관'과 '가구원중 흡연자의 존재'는 고위험가족 선별시 우리나라 가족상황에 맞도록 더 구체적이며 명확하게 제시할 필요가 있어 내용수정을 하였다. 즉, '부절한 식습관이 있다'는 한국인의 식습관중 가장 문제가 되는 짜게 먹는 식습관에 초점

<표 4> 고위험가족 선별을 위한 최종 위험요인

영역	항목	위험요인
가족 구조 및 체제	형태	1. 편부, 편모 가족이다. (사별, 이혼, 미혼모가족도 포함)
		2. 직계가족외의 동거인이 있다.
재정	규칙	3. 미취학 아동이 있는 취업주부이다.
		4. 가족의 정기적인 수입이 없다.
가족 지지	지지	5. 가족이 정해놓은 규칙이 없거나 엄격하다.
		6. 가족 상호간의 지지가 적다.
접촉	지지	7. 가족이외의 지지자원이 적다. 예) 친족, 친구, 교회 등
		8. 가족의 함께 모이는 시간이 거의 없다.
건강	건강력	9. 질환에 대한 가족력이 있다. 예) 고혈압, 당뇨, 암 등
		10. 가족중 환자가 있다.
건강	상태	11. 가족중 정신질환자가 있다.
		12. 가족중 신체장애자가 있다.
생활 방식	생활	13. 음주로 문제를 일으키는 가족이 있다.
		14. 가족중 하루 한갑이상의 흡연자가 있다.
상호 작용	역할	15. 음식을 주로 짜게 먹는 편이다.
		16. 부적절한 가족건강관리 방법을 사용한다.
주거 환경	권위	17. 건강문제를 해결하는데 병원보다 약국을 주로 이용한다.
		18. 부부간의 불화가 있다.
주거 환경	지역	19. 가족간의 갈등이 있다.
		20. 가족이 역할을 분담하지 않고 몇사람에게 그 역할이 편중되어 있다.
주거 환경	안전	21. 가족내 한사람 위주로 의사결정 이루어짐
		22. 이웃간의 교류나 사회활동 참여가 없다.
주거 환경	위생	23. 위치가 주택지로서 적합하지 않다. 예) 유흥업소, 상가, 공장, 악취, 소음 등
		24. 집안에 사고의 위험성이 있다.
주거 환경	위생	25. 상하수도 및 쓰레기처리 시설이 위생적이지 않다.

을 맞추어 '음식을 주로 짜게 먹는 편이다'로 내용수정하였고, '가족중 흡연자가 있다'는 '가족중 하루 한갑이상의 흡연자가 있다'와 같이 정확하게 선별할 수 있는 구체적인 내용으로 수정하였다.

V. 제 언

본 연구의 결과로 제안된 위험요인 목록은 실무면에서 보건간호사가 가정방문시 많은 가족중 짧은 기간동안에 고위험가족을 선별하여 효율적으로 방문계획을

할 수 있도록 도움을 줄 수 있을 것이다. 또한 본 연구에서 제안된 위험요인은 우리나라 가족진단 개념들에서 제시된 영역과 항목들을 중심으로 개발되었으므로 본 연구결과를 이용한 도구의 사용으로 축적된 자료는 가족진단 개념틀(Conceptual Framework)로 발전될 수 있다. 그러므로 고위험가족을 선별할 수 있는 위험요인의 문항 자체는 지역사회 보건간호사가 실제로 사용하면서 위험요인에 대한 지속적인 수정, 보완이 필요하며, 문항에 대한 위험정도(Weight)를 결정하여 척도(Index)화 할 수 있는 추후연구와 선정된 위험요인에 대한 타당도 검증연구가 실시되어야 한다. 또한 본 연구는 S동 일개 도시지역을 임의로 선정하여 면접을 통하여 수집한 자료를 사용하여 위험요인의 실제적용성 및 문항의 타당성을 비교분석한 것이므로 도시지역을 제외한 타지역에서의 가족사정에 사용하기 위하여는 그 지역의 독특한 위험요인의 양상이 첨부되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

<단행본>

김영모(1982). 현대사회문제론. 한국복지정책연구소 출판부.
 문창진(1992). 보건의료 사회학. 신광출판사.
 조진형(1992). 한국도시사회정책연구. 도서출판 도시사회.
 최영희, 이경혜(1988). 가족중심간호학. 신광출판사.
 한국인구보건연구원(1989). 노인단독가구 실태에 관한 연구.
 Clark, M. J.(1992). Nursing in the Community. Appleton & Lange.
 Freeman(1970). Community health nursing practice. W. B. Saunders Company.
 Johnson, S. H.(1986). Nursing Assessment and Strategies for the Family at Risk-High risk parenting. Lippincott. 2nd.
 Keating, S. W., Kelman, G. B.(1988). Home Health Care Nursing-Concepts and Practice. Lippincott.
 Keigo Tominaga, Yasuo Koyama etc(1991). A Case-control study of Stomach and Its Genesis in relation to alcohol consumption, smoking, and familial cancer history. Jpn. J. Cancer Research. 82. 974-979.

Spradley, B. W.(1986). Community Health Nursing. Little Brown. 3rd.
 Tinkham, C. W., Voorhies, E. F. & McCarty, N. C. (1984). Community health Nursing-evolution and process in the Family and Community. ACC. 3rd.

<정기 간행물 및 논문>

계원숙, 김선진 & 추평량의 3인(1991). 서울시내 일부 지역의 가정내 사고에 관한 고찰. 가정의, 12(10). 40-50.
 김소야자, 현명선 외 2인(1993). 입원한 정신질환 가족의 가정간호요구도와 가족부담감. 대한간호, 32(3), 68-87.
 김수지, 노춘희(1985). 한국가족을 위한 가족치료의 이론적 접근 I -문헌고찰을 중심으로-. 대한간호, 24(5), 73-83.
 김인주, 이상현 & 최두재외 2인(1991). 결혼만족도에 영향을 미치는 인구 사회학적 특성에 관한 연구 - 학동기의 부부를 대상으로 -. 가정의, 12(5) 8-15.
 김의숙(1978). 부부의 조화도가 그들의 건강에 미치는 영향. 보스턴대학교 박사학위논문.
 김의숙(1980). 가족건강. 대한간호, 19권 5호.
 김의숙외 2인(1991). 일 도시 저소득지역의 가정건강증진을 위한 시범연구. 연세대학교 간호대학.
 김의숙 등(1993). Developing Family Nursing Diagnosis in Korea. ICN학술발표자료.
 김의숙(1994). '94년 가족 및 지역사회 건강관리. 연세대학교 보건대학원.
 김종욱(1994). 한국가족의 특성 대한간호, 33(1). 11-14.
 박혜숙(1992). 정신질환자 가족과 정상가족의 가족환경 지각 정도 비교 연구. 대한간호학회지 정신간호학회지, 창간호. 86-96.
 변영순(1994). 가족간호 연구의 방법론적 배경. 대한간호, 33(3). 6-14.
 서홍관 외(1988). 가족주기별 생활사건의 내용분석과 스트레스양 측정에 관한 연구. 가정의, 9(11). 59.
 서종숙(1992). 백혈병 어린이 어머니의 사회적 지지와 부담감. 연세대학교 석사학위논문.
 성명숙(1989). 신경증경향을 가진 여대생과 정상여대생의 가족결속력 비교 연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

송남호(1989). 만성질환자 가족군과 정상가족군의 가족적응력과 가족결속력의 비교연구. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.

신현준, 강필규 & 이규래의 2인(1994). 주정중독자와 비주정중독자간에 정신증상과 가족기능에 관한 비교연구. 가정의학회지, 15(7). 419-424.

양규희, 박훈기 & 유태우의 1인(1994). 음식이 건강과 질병에 미치는 영향에 대한 인식도 조사. 가정의학회지, 15(4, 5). 218-227.

원영일, 전태희 & 이동수의 4인(1992). 금연과 관련된 요인. 가정의학회지, 13(11), 862-868.

이규래, 임종환 & 오미경 외 2인(1991). 정신질환가족과 정상가족의 가족기능 비교 연구-FACES III를 이용하여-. 가정의, 12(1). 30-35.

이길홍, 김현수, 민병근(1982). 학생 청소년의 문제행동과 가정의 심리풍토 특성과의 관계에 관한 상관분석. 신경정신의학, 21. 611-627.

이상현 외(1991). 가족생활주기에 따른 가족만족도 및 결혼만족도. 가정의, 12(8). 1-9.

이영란, 김현자 & 이고봉의 2인(1991). 흡연과 가족기능지수와의 관계에 관한 고찰 -서울시내 일부 고등학교를 대상으로-. 가정의, 12(5), 38-45.

이영희(1988). 만성질환이 있는 가족과 정상가족의 가족기능 비교연구 -노인가족을 중심으로-. 이화여자대학교 석사학위논문.

임웅, 김광희 & 박윤희의 1인(1992). 고교생 흡연실태 및 가족기능지수와 흡연과의 관계. 가정의학회지, 13(7). 592-601.

정민(1994). 정신분열증 자녀를 돌보는 어머니의 경험에 관한 해석적 연구. 연세대학교 박사학위논문.

정영숙(1990). 일부지역 주민의 가족기능과 관련요인 분석연구. 대한간호학회지, 20(1). 5-15.

조동선, 이석로 & 최종태의 1인(1994). 흡연과 비건강행위의 관련성. 가정의학회지, 15(6) 369-375.

조혜정(1992). 간호환경으로서의 가족. 이화여자대학교 학술 심포지움.

최경자 등(1989). 가족기능측정을 위한 가족기능도지수 설문II의 적용에 관한 연구. 가정의, 10(2). 8-12.

최영희(1983). 지리적 간호중재가 가족 지지행위와 역할행위에 미치는 영향에 관한 연구. 연세대학교 박사학위논문.

하영수(1992). 한국의 가족간호. 이화여자대학교 학술

심포지움.

Doll, R. & Peto, R.(1981). The Cause of Cancer : Quantitative Estimates of Avoidable Risk of Cancer in the United States Today. Journal of The National Cancer Institute, 66, 1191-1308.

Gillis, C. L.(1983). The Family as a unit of analysis : Strategies of the Nurse researcher. A.N.S., 5 (3). 50-59.

Hanson, S.M.H.(1992). American families, fatherhood, and cultural trends. 이화여자대학교 학술 심포지움.

Litman, T. J.(1974). The Family as a basic unit in Health and Medical care : A Social Behavioral Overview. Social Science & Medicine, Vol. 8. 4495-4519.

Miller, A. B.(1985). Diet, Nutrition and Cancer : An Epidemiological Overview. Journal of Nutrition, Growth and Cancer, 2, 159-171.

Smilkstein, G.(1978). The family APGAR : A Proposal for a family function test and its use by physicians. Family Practice, 6(6). 1231-1239.

- Abstract -

The factors to identify high risk family

*Bang, Suk Myung**

The main purpose of the study is to identify critical risk factors for development of a family assessment tool to screen high risk family. This study used a conceptual framework of family diagnosis developed by Eui-sook Kim's(1993) and analyzed risk factors to identify the high risk family. As employing an explorative and methodological study design, this study has four stages.

1. In the first stage, 34 family risk factors were identified by doing intensive literature review on conceptual framework of family diagnoses.

2. In the second stage, above risk factors were tested for content validity by consultation with 29 persons in community health nursing, nursing education, family theory, and social work.

3. In the third stage, existing survey data was used for actual application of the identified risk factors. The survey data used for this purpose was previously collected for the community diagnosis in a region of Seoul.

At the final stage, through the comparison between high risk and low risk families, initially identified 34 risk factors decreased to 25 risk factors.

Among 34 risk factors, six factors did not agree with content of questionnaires and two factors were not significant in differentiating the high risk family. Also, two risk factors showed high correlation between themselves, so only one of those two factors was chosen.

As a result, twenty-five risk factors chosen to identify the high risk family are following :

1. A single parent family due to divorce or death of a partner, or unwedded single mother
2. A family with an unrelated household members
3. A family with a working mother with a young child
4. A family with no regular income
5. A family with no rule in family or too strict rules
6. A family with little or no support from other family members
7. A family with little or no support from friends or relatives
8. A family with little or no time to share with each other
9. A family with family history of hypertension, diabetes, cancer
10. A family with a sick person
11. A family with a mentally ill person
12. A family with a disabled person
13. A family with an alcoholic person
14. A family with a excessive smoker who smokes more than 1 pack /day
15. A family with too much salt intake in their diet.
16. A family with inappropriate management skills for family health
17. A family with high utilization of drug store than hospital to solve the health problems of the family
18. A family with disharmony between husband and wife
19. A family with conflicts among the family members
20. A family with unequal division of labor among family members
21. An authoritative family structure
22. A socially isolated family
23. The location of house is not residential area
24. A family with high risk of accidents
25. The drinking water and sewage sytems are not hygienic.

The main implication of the results of this study is clinical use. The high risk factors can be used to identify the high risk family effectively and effciently. The use of high risk factors woule contribute to develop a conceptual framework of family diagnosis in Korea and the list of risk factors need to be revised continuously. Further researches are needed to develop an index of weight of each risk factor and to validate the risk factors.