

입원아동 돌봄을 위한 가족중심 순회의 통합적 고찰

임미해¹, 오진아²¹인제대학교 대학원 간호학과 부산백병원, ²인제대학교 간호학과·건강과학연구소

An Integrative Review on Family-Centered Rounds for Hospitalized Children Caring

Mihae Im¹, Jina Oh²¹Department of Nursing, Inje University, Nurse of Busan Paik Hospital, Busan; ²Department of Nursing·Institute of Health Science, Inje University, Busan, Korea

Purpose: Involvement of families in rounds is one strategy to implement patient- and family-centered care to help families get clear information about their child, and be actively involved in decision making. The purpose of this paper was to identify the major concepts of family-centered rounds for hospitalized children. **Methods:** We searched five electronic databases for relevant articles and used Whittemore and Knaff's integrative review methods to synthesize the literature. Articles published between June 2003 and January 2016 were reviewed and through full text screening 24 peer-reviewed articles were found that met the selection criteria for this review. **Results:** Through in-depth discussion and investigation of the relevant literature, four overarching components emerged: (a) cognition of parents and medical staff, (b) effective communication, (c) collaboration of family and medical staff, and (d) coaching of medical staff. **Conclusion:** For successful family-centered rounds positive cognition is important. Appropriate communication skills and consideration of multi-cultural family can lead to effective communication. Offering consistent and transparent information is important for collaboration between family and medical staff. Prior education on family-centered rounds is also important. Four major components have been identified as basic standards for implementing family-centered rounds for hospitalized children.

Key words: Family-centered nursing, Morning rounds, Child, hospitalized, Review literature

서론

연구의 필요성

가족의 구조와 기능은 아동의 성장발달에 가장 중요하고 광범위하게 영향을 미치므로 입원아동을 위한 간호는 아동뿐만 아니라 가족 전체를 간호 대상으로 고려하는 가족중심 돌봄(family-centered care)

이 되어야한다[1]. 가족중심 돌봄은 환자중심 돌봄(patient-centered care)의 확대된 개념으로 간호수행에 아동과 가족을 포함시키고 아동과 가족을 존중하며 동감을 보여주는 것인데, 미국아동간호협회(Association for the Care of Children's Health)는 가족중심 돌봄이 아동간호의 주요 철학이라고 하였다[2]. 즉, 돌봄의 과정에서 가족의 중요한 역할을 인식하고 존중하며 가족의 역할을 강화하고, 가족이 최선의 방법을 선택할 수 있도록 도우며 아동의 회복과 치료과정에서 정상적이고 편안한 삶을 유지할 수 있도록 도와야 한다는 것이다[2].

한편, 미국소아과학회(American Academy of Pediatrics)는 가족중심 돌봄의 일환으로 의료진의 병동 순회(rounding)에 가족을 참여시키는 '가족중심 순회(Family-Centered Rounds, FCR)'를 권고해왔다[1]. 가족중심 순회란 다학제적인 의료팀이 환자를 순회할 때 환자와 가족이 구성원이 되어 치료과정을 평가하고 치료 계획을 세우는 데 적극적으로 참여하는 것이다[3]. 초기에 이루어진 가족중심 순회는 가족에게 사생활 침해와 불안감을 야기한다는 부정적인 의견이 주를 이루었으나[4]

Corresponding author Jina Oh Department of Nursing, Institute of Health Science, Inje University, 75 Bokji-ro, Busanjin-gu, Busan 47392, Korea

TEL +82-51-890-6833 FAX +82-51-896-9840 E-MAIL ohjina@inje.ac.kr

*이 논문은 제1저자의 석사학위논문을 바탕으로 추가연구하여 작성한 것임.

*This manuscript is an addition based on the first author's master's thesis from Inje University.

Key words 가족중심 돌봄, 병동순회, 입원아동, 문헌고찰

Received 17 February 2016 **Received in revised form** 4 April 2016

Accepted 7 April 2016

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License [http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/] which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

최근에는 가족중심 순회의 긍정적인 측면이 부각되고 있다[5]. Seltz 등 [5]은 아동병동의 간호사들은 가족중심 순회가 매우 긍정적이라고 여기고 있으며, 특히 입원아동의 가족도 가족중심 순회가 가족의 참여와 이해를 돕는데 도움이 된다고 하였다. 그리하여 국외에서는 신생아 중환자실(Neonatal Intensive Care Unit, NICU)와 소아중환자실(Pediatric Intensive Care Unit, PICU)을 포함하여 다양한 아동병동에서 가족중심 순회가 시행되고 있다[7,8]. 그러나 국내에서는 입원아동 간호에서 가족 참여의 중요성을 인식하고 있음에도 불구하고 가족중심 순회와 관련된 자료를 찾아볼 수 없다. 많은 국외 연구가 가족중심 순회의 긍정적인 측면을 강조하는 만큼 가족중심 순회가 국내에도 적용이 된다면 가족이 의료진과 함께 협력하여 돌봄의 방향을 모색하고 평가하며 가족중심 돌봄의 실무지침을 세우는데 도움이 될 것이다.

국내에서 아동병동에 가족중심 순회를 적용하기 위해서는 가족중심 순회의 주요 속성을 파악하는 것이 우선되어야 할 것이다. 국외에서 이루어진 가족중심 순회에 관한 연구를 고찰한 결과 가족중심 순회의 개념을 기술하거나 관련된 장·단점을 파악하기 위한 질적 연구와 관찰 연구가 주를 이루었고 가족중심 순회를 적용한 실험 연구는 그 수가 제한적이었다[9]. 그리하여 본 연구자는 양적 연구와 질적 연구를 모두 아우를 수 있는 문헌고찰 방법인 통합적 고찰(integrative review)을 사용하여 가족중심 순회를 파악하고자 하였다. 통합적 고찰은 기존의 체계적 문헌고찰보다 확대된 개념으로 Whittmore와 Knafli [9]이 제시한 문헌고찰방법인데, 연구의 타당성, 엄밀성을 높이기 위해 연구의 순서와 정형화된 전략을 제시하고 있다.

연구 목적

본 연구의 목적은 국외에서 보고된 아동병동에서의 가족중심 순회를 적용한 연구를 통합적으로 고찰하여, 가족중심 순회의 주요 속성을 파악하고, 가족중심 순회의 장애물과 전략을 분석함으로써 국내에서 입원아동 돌봄을 위한 가족중심 순회 적용에 지침이 되는 자료를 제공하고자 함이다.

연구 방법

연구 문제

통합적 고찰에서 용어를 정확하게 정의하고 구체적인 연구문제를 정립하는 것은 변수들을 정확히 조절하고 원자료로부터 적절한 자료를 추출하는데 도움을 주기 때문에 매우 중요하다[10]. 본 연구에서는 가족중심 순회를 ‘가족중심 돌봄을 근거로 아동병동에서 환자, 가족, 아동의 돌봄에 관여하는 모든 의료 서비스 제공자들이 아동의 치료와 건강 상태를 평가하고 의사소통하는 것’으로 정의하였다. 연구문제는 ‘아동병동에서의 가족중심 순회의 주요 속성 및 가족중심 순회의

적용을 위한 장애물과 전략은 무엇인가?’ 이다.

자료 수집

미국소아과학회[1]가 가족중심 순회를 권고하기 시작한 직후인 2003년 6월 1일부터 2016년 1월 31일까지 발표된 논문을 분석대상으로 하였다. 검색 데이터베이스는 CINAHL, OVID, PubMed, Science Direct, Scopus였으며, 찾아진 논문의 참고문헌 리스트를 검색하여 수기로 찾는 방법도 추가하였다. 논문 검색에 사용된 주요 핵심 단어는 ‘아동(child*)’, ‘가족중심 순회(FCR)’, ‘입원(hospitalized, inpatient)’, ‘간호(nurs*)’ 로 조합하였다.

- 분석대상이 된 논문의 구체적인 선정 기준은 다음과 같다.
 - 영어로 쓰인 논문
 - 심사를 거친 학술지 논문
 - 아동병동에서(NICU, PICU 포함) 가족중심 순회를 적용한 논문
 - 가족중심 순회에 입원아동의 가족과 간호사가 포함된 논문
- 분석대상에서 제외한 구체적인 제외 기준은 다음과 같다.
 - 사설, 편집자에게 보내는 편지
 - 학술대회 프로시딩
 - 아동병동이 아닌 곳에서 가족중심 순회를 적용한 논문

각각의 논문 데이터베이스를 검색한 결과 Scopus 45편, PubMed 100편, CINAHL 30편, OVID 65편, Science Direct 42편으로 총 282편이 검색되었다. 초기 검색 논문의 중복 편수 32편을 제외한 250편을 대상으로 초록을 검토하여 연구 목적, 대상, 내용 등이 부합되지 않는 논문 181편을 일차로 제외하였다. 이 과정에서 수기로 찾은 논문 8편을 추가로 포함하여 총 77편의 원본을 확보하여 꼼꼼히 읽고 연구회의를 통하여 구체적인 선정기준과 제외기준에 부합하는지 확인하였다. 이 과정에서 이차로 제외된 논문은 총 53편이었다. 제외된 논문의 구체적인 내용을 살펴보면 초록과 학술대회 발표논문이 14편, 가족중심 순회가 주제로 사용되지 않고 가족중심 순회에 관한 단순 조사나 종설연구들이 12편이었다. 그 외 성인중환자실에서 가족중심 순회가 적용된 7편, 가족중심 순회가 언급되지 않은 가족중심 돌봄이 주요 주제인 논문 6편도 제외하였다. 나머지 4편은 국내도서관과 데이터베이스에서 원본을 확보할 수 없어 제외하였다. 또한 연구대상자가 간호사를 포함하지 않고 의사, 수련의, 의과대학생 만을 대상으로 한 논문 10편을 제외하였다. 그리하여 총 24편의 논문이 확정되었다(Figure 1).

자료 질 평가

본 연구의 선택된 문헌의 질 평가는 스트로브(STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology, STROBE) 체크리스트를 사용하여 시행하였다. 연구자가 이 도구에 대해 동일한 수준으

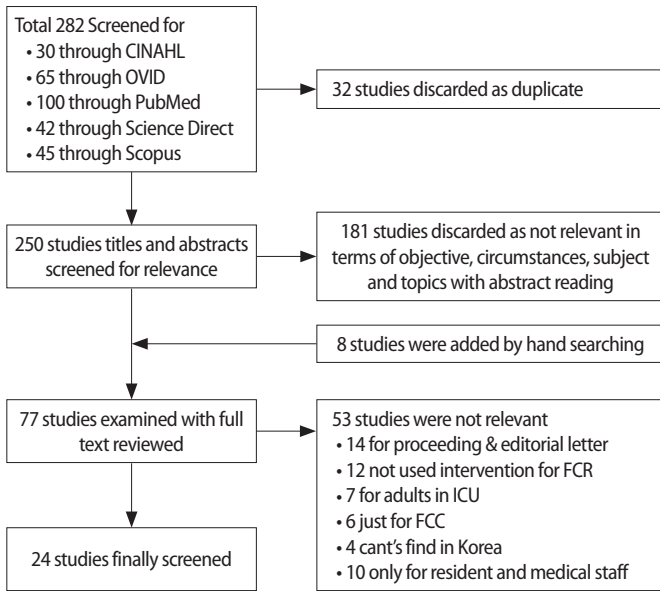


Figure 1. Process of literature review. FCC = family-centered care; ICU = intensive care unit; FCR = family-centered rounds.

로 이해하도록 충분한 논의를 거친 후 제기되는 불일치에 대해서는 논의를 통하여 합의를 이루었다. 총 24개의 체크리스트 항목을 작성하여 본 연구논문의 질 평가를 한 결과 선택된 모든 논문이 질 평가를 통과하였다.

자료 분석

아동병원에서의 가족중심 순회의 속성으로서 주요 주제어가 도출이 되면 각각 속성에 대해 개념을 정의하였다. 또한 밝혀진 가족중심 순회의 속성의 개념 정의 외에도 장애물과 전략을 추가로 분석하였는데, 이는 향후 국내 아동병동에 가족중심 순회를 적용하기 위한 기초 자료 생성이라는 본 연구의 목적을 달성하기 위함이다. 본 연구에서 자료의 분석은 정기적인 연구회의를 통하여 이루어졌으며 모든 문서들은 원본을 확보한 후 인쇄하여 규격화된 양식에 맞게 정리하고 자료 분석 단계의 모든 과정은 문서화하였다.

자료 기술

본 연구자는 사각뿔 형태의 모형을 사용하여 아동병동에서의 가족중심 순회의 속성을 가시적으로 제시함으로써 가족중심 순회의 주요 속성의 깊이와 폭을 제공하고자 노력하였다.

연구 결과

연구대상 논문의 일반적 특성

최종 선정된 연구논문 24편을 대상으로 가족중심 순회에 관련된

특징을 연구발표연도, 연구설계, 연구대상자, 가족중심 순회 구성원, 가족순회의 시간과 장소 및 주요내용으로 구분하여 분석하였다. 연구 논문이 발표된 연도는 2005년에 1편을 시작으로, 2007년과 2008년에 각 1편이었고, 2009년 이후 해마다 평균 3편씩 발표되었다. 연구설계는 혼합연구가 8편으로 가장 많았고, 질적연구(6편), 서술적 조사연구(3편), 관찰 연구(3편), 전향적 연구(2편), 횡단적 연구(2편), 유사실험연구(1편) 등이었다. 연구대상자는 부모가 22편(91.7%)으로 가장 많았고, 가족중심 순회의 구성원은 가족을 포함하여 소아과, 마취과, 응급의학과 등의 수련의와 전문의, 간호사, 신생아전문간호사, 호흡기치료사, 중환자전문치료사, 외과의사 등의 의료진과 의과대학생, 약사, 영양사, 사회사업사, 퇴원계획사, 통역사 등의 비의료진이 포함되었다. 가족중심 순회 시간을 밝힌 9편의 논문은 모두 오전에 순회를 실시하였고, 장소를 명시한 8편의 논문 중 3편은 환자의 침상 옆이 아닌 복도에서도 실시한 것으로 나타났다(Table 1).

가족중심 순회의 속성

가족중심 순회는 궁극적으로 입원아동의 성장발달과 아동과 가족의 삶의 질 증진을 목표로 하고 있으며, 그 속성은 가족과 의료진의 인지(cognition), 효과적인 의사소통(communication), 가족과 의료진의 협력(cooperation), 임상실습생 교육(coaching)의 4가지로 도출되었다. 각 속성의 특징을 더욱 잘 설명하기 위하여 연구결과에서 밝혀진 각 속성을 기술하였으며, 각 속성을 바탕으로 가족중심 순회를 적용함에 있어서의 장애물과 전략을 분석하였다(Table 2).

가족과 의료진의 인지

개념: 가족과 의료진이 서로 존중하며 의료진은 가족에게 힘을 북돋아주고 가족은 의료진의 역량을 강화한다는 내용을 함께 인지한다 [11-16].

장애물: 가족중심 순회에서 가족과 의료진의 기대에는 다소 차이가 있었다[17]. 가족은 가족중심 순회에 높은 기대를 가지고 있는 반면 의료진은 부정적인 의견을 제시하기도 하였다[17-19]. 즉, 의료진은 가족중심 순회의 중요성에 대해 인식하고는 있지만[19], 다양한 이유로 임상에서 시행할 때 어려움이 따른다고 보고하였다[17-19].

전략: 가족중심 순회의 구성원이 매우 다양하기 때문에 가족중심 순회를 이끄는 리더십이 중요하다[3]. 또한 가족중심 순회의 취지를 인지시키고 자발적으로 참여하도록 해야 하고[7,13]. 의료진은 가족의 적극적인 참여를 위해 지속적인 지지를 보여줘야 한다[5,11,13].

효과적인 의사소통

개념: 의료진과 가족 간의 언어적, 비언어적인 의사소통술을 향상시킴으로써[19-22] 환자와 가족을 배려하고, 구성원 간에 치료계획을 서

Table 1. Family-Centered Rounds-Related Characteristics of Papers

Authors (Year) ¹⁰	Research design	Participants	Team members	Timing/place	Findings
Aragona et al. (2016) ¹	Qualitative study	2 residents, interim nurse manager, chief of the hospital medicine division, 2 hospitalists	Pediatric residents; two interns, three medical students	8:45 am for 2 hours/ bedside	<ul style="list-style-type: none"> The rate of nurse attendance on FCR improved 30% to 59%. There was no correlation between nurse to patient ratio and nurse attendance on FCR.
Xie et al. (2015) ²	Qualitative study	Parents, medical administrator, nurse manager, nurse manager, attending physicians, nurses, attending physicians, resident	Parent, medical administrator, nurse manager, nurses, attending physicians, resident	Each morning/ none	<ul style="list-style-type: none"> A model of collaborative healthcare system was redesigned and defined in four phases; setup of the redesign team, preparation for meetings, collaboration in meetings, and two outcomes.
Beck et al. (2015) ³	Qualitative study	15 nurses, 13 family members	Physicians, nurses, resident	None	<ul style="list-style-type: none"> Effective FCR teaching strategies, a framework for faculty development, and training to improve the educational value of FCR emerged.
Walker-Vischer et al. (2015) ⁴	Mixed method	20 parents	None	None	<ul style="list-style-type: none"> Parents feel that their participation and input are valued in FCR and they are helped to understand the plan and facilitated communication when done in Spanish.
Palokas et al. (2015) ⁵	Mixed method	160 nurses, 150 attending physicians	None	None	<ul style="list-style-type: none"> For excellent patient care and customer service to be provided, patient rounds should be efficient, effective, and timely. Essential healthcare team members should be present in rounds to ensure interprofessional collaboration.
Levin et al. (2015) ⁶	Mixed method	Families, physicians, nurses	Resident, nurses, pharmacist, respiratory therapist, case manager, consultants, fellows, physicians	None	<ul style="list-style-type: none"> FCR is needed to increase the length of rounds. Non-English speaking families needed more support.
Carayon et al. (2014) ⁷	Mixed method	5 parents and 5 healthcare team member (nurses, physicians, resident)	Nurses, physicians, resident	None	<ul style="list-style-type: none"> FCR is needed to allow a range of participants, including parents and children to participate in healthcare process improvement.
Subramony et al. (2014) ⁸	Mixed method	6 family members, 200 hours FCR observed	Attending physicians, senior residents, interns, medical students	None/patient's room or hallway	<ul style="list-style-type: none"> FCR provided a forum for information sharing. Medical teams approached families with practices intended to demonstrated respect.
Grzyb et al. (2013) ⁹	Cross-sectional study	81 parents, 67 medical trainees, 28 nurses	Staff neonatologists, residents, medical students, charge nurse, infant's nurse, dietitian.	9:30 am for 2 hours/ bedside	<ul style="list-style-type: none"> Family members had the opportunity to participate in care. FCR helped as a starting point for collaboration around plan making. Parents had positive experience such as reduced anxiety, increased confidence. Medical trainees had mixed views.
Stickey et al. (2013) ¹⁰	Cross-sectional study	100 parents, 131 healthcare providers	Physician team (pediatric CU attending and fellow, pediatric residents, pediatric physicians, and nurse practitioners, bedside nurse, respiratory therapist	Morning/bedside	<ul style="list-style-type: none"> Parents preferred FCR especially satisfaction for caring. Healthcare providers had varied views and raised concerns regarding time, privacy, teaching, discussion.
Lion et al. (2013) ¹¹	Prospective cohort study	41 English proficient, 40 limited English proficiency	Faculty, residents, interpreter,	None	<ul style="list-style-type: none"> Information filtering was common during FCR for families with limited English proficiency. Filtering might be associated with poorer diagnosis and comprehension. Experience with a hospitalized child was associated with increased comprehension among families the limited English proficiency.
Drago et al. (2013) ¹²	Observational study	431 patients were observed, 100 families	Attending physician, pediatric critical care, anesthesia, emergency medicine fellow, pediatrics residents, emergency or anesthesia residents, pharmacist, nutritionist, case manager, respiratory therapist, nurse	None/bedside or hallway	<ul style="list-style-type: none"> FCR improved caring of their children. Family demographic characteristics were not associated with attending FCR.

(continued to the next page)

Table 1. Continued.

Authors (Year) ¹⁶	Research design	Participants	Team members	Timing/place	Findings
Ladak et al. (2013) ¹³	Quasi-experimental study	82 parents, 25 health professionals	Intensivist, surgeon, resident, nurse, technician, student nurse	Morning/ bedside	• FCR improved parents' satisfaction and decreased length of stay.
Kuo et al. (2012) ¹⁴	Prospective study	97 families	General academic pediatrician or hospitalist, upper-level residents: interns, medical students, advance practice nurse, social worker, respiratory therapist, dietitian, discharge planner	Weekday morning/ none	• FCR was associated with improved family experiences, particularly in clarity of the care plan and overall satisfaction in care.
Subramony et al. (2012) ¹⁵	Descriptive study	118 families	Primarily outpatient based academic generalist, senior residents, interns, medical students, nurses, pharmacist	Weekday/ patient's room	• It helped to understand discharge goals. • Spanish-speaking and Hispanic families had difficulty in understanding discharge plans compared with English speaking and other non-Hispanic counterparts.
Rappaport et al. (2011) ¹⁶	Observation study	295 patients, 257 staff members	Attending physician, interns, medical students, bedside nurse, pharmacist, dietitian, social worker, interpreter.	None	• Families had high satisfaction and increasing knowledge of team member's role. • Physicians felt at ease in managing rounds with family present. • Senior resident decreased autonomy.
McPherson et al. (2011) ¹⁷	Mixed method	68 health care professionals 32 parents	Physician, nurses, RT, allied health	None	• Consistent, reliable communication, issues of confidentiality, time constraints, policy and attention to the role of parents and care professionals were needed for successful FCR.
Voos et al. (2011) ¹⁸	Descriptive study	278 staff (NRP, fellows, physicians etc), 28 parents	Attending physician, medical resident or NNP, neonatal nurse, pharmacist, twice a week a dietitian	None	• NNP and Fellows enhanced collaboration among team members. • Parents increased satisfaction especially communication.
Seltz et al. (2011) ¹⁹	Qualitative study	28 families	Attending physician, resident physician, medical students, patient's nurses	None	• Parents had positive opinion with Spanish interpreter, experience family-physician communication, lack of family empowerment. -Parents preferred live interpreter rather than telephonic interpretation.
Cameron et al. (2009) ²⁰	Mixed method	48 patients, 186 HCP, 36 parents, 102 HCP	Bedside nurse, house staff member (resident, nurse practitioner, house doctor), critical care fellow, attending physician	None/outside the patient's room (the doors to patient's rooms were kept open)	• FCR improved families' satisfaction. • Medical team thought that FCR provides new and relevant information, and improves patient care.
Rosen et al. (2009) ²¹	Descriptive study	27 patients, 53 staff members	Physician, senior resident, intern, medical student, nurse, care coordinator, social worker, and pharmacist, patient, family or legal guardian	Morning/none	• Staff members had better understanding of the patient's medical plans, ability to help the families, greater sense of teamwork. • 2.7 minutes required for FCR.
Latta et al. (2008) ²²	Mixed method	18 patients	Physician, several residents: physicians and medical students, patient's nurse, care coordinator, and team coordinator	None	• Families' opinion affected the medical decision-making discussion in 90% of cases. • Parents acquired being able to communicate, understanding the plan, participating with decision making.
Phipps et al. (2007) ²³	Observational study	Total 105 admission, 81 family, 187 medical team staff for surveys	Resident, attending pediatric doctors, parent	Morning/none	• Length of rounds and time spent teaching are not associated with FCR. • Parents thought that medical team spent appropriate time for discussing, privacy is not violated. • Medical team had a positive experience for FCR.
Bramwell & Weindling (2005) ²⁴	Qualitative study	86 family members	Junior medical staff, doctor, advanced neonatal nurse practitioner, nurse, social worker, nursing shift leader, medical students	8:30-10:30am/none	• Overheard conversation during FCR, confidentiality was matter of concern for some.

RT = respiratory therapist; NNP = neonatal nurse practitioner; HCP = health care practitioner; FCR = family centered rounds.

Table 2. Essential Elements of Family-Centered Rounds

Essential element		Contents
Cognition	Description	Dignity and respect ^{4,7,8,15,17,21,22}
		Empowerment and reinforcement ^{4,5,15,17,21,22}
	Obstacle	High expectation of family ^{9,10,13}
		Negative opinion of medical staff ^{9,10,13,20}
Strategy	Leadership ¹⁴	
	Participation of family ^{17,19}	
	Continuing support from staff ^{4,17,19,22}	
Communication	Description	Improving communication ^{3,10,15,18}
		Consideration for family ^{10,18,21}
		Sharing care plan ^{3,15,21}
	Obstacle	Language barrier ^{4,7,11,15,19}
		Poor understanding ^{10,11,15,17}
		Handing out bad news ^{9,12}
	Strategy	Using easy words ^{4,6,15,22}
		Interpreter training ¹⁹
		Mediative participation of nurse ^{1,16,25}
		Understanding of culture ^{6,7,15,19}
Collaboration	Description	Supportive physical environment ^{7,8,17,19,27}
		Active participation ^{2,17,19}
	Obstacle	Inconsistent time ^{1,2,5,9,19}
		Limited space ^{8,12}
		Invasion of privacy ^{9,10,17,24}
	Strategy	Unified care planning ^{8,17,22}
Cooperation of family ^{5,10,17,23}		
		Regulation and guide ^{9,14,17}
Coaching	Description	Achievement of professionalism ^{3,7,16}
		Improvement in communication skill ^{3,7,16}
	Obstacle	Negative attitude of staff ^{8,17,22}
		Embarrassment of students ^{7,16}
	Strategy	Learning goal setting of FCR ^{3,16}
Direct observation and experience ^{3,6,16}		
		Teaching of therapeutic communication ^{3,6,16}

FCR = family-centered rounds.

로 공유한다[12].

장애물: 가족중심 순회 중 언어장벽이 있는 외국인이나 어려운 전문 용어에 직면하는 가족들이 있고[5,16,18], 이들 중에는 부끄러움을 피하기 위해 이해하는 척 고개를 끄덕이기도 하였다[5]. 가족의 이해도가 감소하면 아동의 치료계획을 위해 논의 할 때 오해를 야기할 수 있으며[11,17], 가족에게 나쁜 소식 등을 전하기는 더욱 어렵다[19].

전략: 효과적인 의사소통을 통해서 가족중심 순회의 구성원은 서로가 의미 있는 새로운 정보를 얻을 수 있다[17]. 그러므로 의료진은 가족에게 가능한 쉬운 단어를 사용하여 내용을 전달하고[11,15,22,24], 언어뿐만 아니라 문화의 차이를 이해하여 가족의 문화적 요구도 충분히 고려해야 하며, 필요시 통역사를 활용할 수 있다[5,19,23]. 특히 중재자로서의 간호사의 참여는 의사소통 측면의 효과를 극대화하여 가족의 이해를 도울 수 있다[16,25].

가족과 의료진의 협력

개념: 투명하고 일관된 입원아동 돌봄을 위하여 지지적인 물리적 환경의 조성과 가족과 의료진의 상호 협력이 요구된다[5,11,16,26].

장애물: 가족은 가족중심 순회에 의료진이 충분한 시간을 할애하지 않는다고 하고[17], 의료진은 가족의 질문이 많아 순회 시간이 지연된다고 보고하였다[7]. 또한 가족중심 순회의 시작 시간이 일관적이지 않은 경우에는 가족이 배제되거나 미처 질문내용을 준비하지 못해 가족중심 순회가 의미 없는 경우도 있다[5,19,27]. 가족중심 순회가 주로 침상 옆에서 이루어지는데, 다학제로 이루어진 순회 팀의 크기에 비해 장소가 협소하고[8], 많은 사람의 참여에 따른 사생활 침해의 우려가 있다[8].

전략: 다학제로 구성된 의료진은 가족에게 통일된 치료 방향과 계획을 알려주고, 가족은 아동 돌봄의 적극적인 구성원으로서 협조해야 한다[11]. 가족중심 순회가 시행되는 의료기관에서는 시간과 장소 등에 대한 체계화된 지침서나 관련 규정을 정비하는 것이 필요하다[11,20].

임상실습생 교육

개념: 가족중심 순회에 임상실습생을 참여시킴으로써 임상실습생은 의료전문가로서의 역할을 익히고 치료적인 의사소통기술이 증진된다[22,23,28].

장애물: 임상실습생과 수련의들이 가족중심 순회 중에 교수로부터 어려운 질문을 받거나 제대로 답을 하지 못하거나, 가족 앞에서 환자 정보에 대해 이야기해야 될 경우에 부끄러움을 느꼈다[17,19]. 또한 선배 의사나 교수의 부정적인 말투에 어려움을 겪기도 하였다[23,28].

전략: 가족중심 순회에 관한 정확한 학습목표를 세우는 것이 중요하며 기존의 일방적인 방식에서 직접 관찰하고 경험하는 교육방식으로 전환하는 것이 도움이 될 것이다[22,28]. 또한 환자와의 치료적인 의사소통기술 학습이 필요하다[22].

가족중심 순회의 개념들

가족중심 순회의 근본은 가족중심 돌봄이므로 개념들의 지저에는 가족중심 돌봄이 있다. 그리고 가족중심 순회는 궁극적인 목적인 아동의 성장발달과 아동과 가족의 삶의 질 증진을 향하는 사각뿔의 형태로 표현하였다. 가족과 의료진의 인지(cognition), 효과적인 의사소통(communication), 협력(collaboration), 임상실습생 교육(coaching)이라는 각 속성은 계층이나 우열이 없고 서로 유기적인 관련성을 맺기 때문에 같은 선상에 표현되었다. 즉, 이러한 속성을 통해 효율적인 가족중심 순회에 도달하고, 가족중심 순회를 통해 아동의 성장발달이 이루어지며 환자과 가족의 삶의 질이 향상된다는 의미로 해석할 수 있다. 그리고 각 속성의 영문 첫 글자를 따서 가족중심순회의 4C 라고 명명하였다(Figure 2).

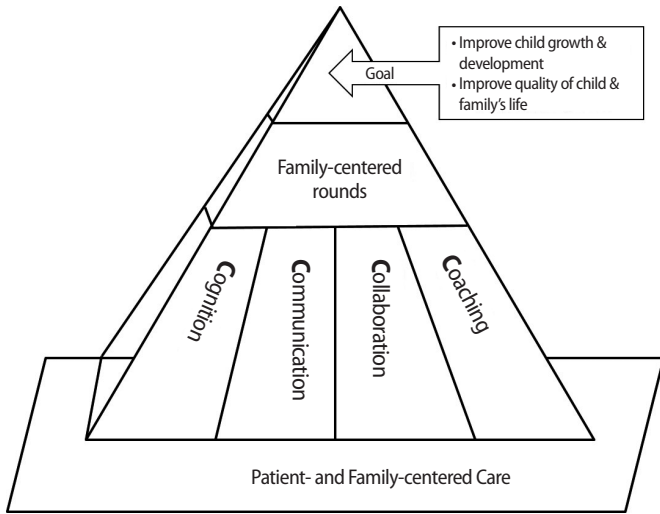


Figure 2. 4Cs of family-centered rounds.

논 의

아동은 가족의 중심이며 가족체계 내에서 아동이 최적의 건강상태를 유지하는 것이 목표이다. 그러므로 아동 간호사는 입원아동만을 대상으로 고려하기 보다는 가족 전체를 고려하고 가족의 고유한 기능과 결정권을 존중하는 가족중심 돌봄을 수행해야 한다[1]. 가족중심 순회는 가족중심 돌봄의 일환으로 의료진의 병동 순회에 가족을 포함하는 것이다. 그러나 국내에서는 가족중심 순회에 대해 알려지거나 적용된 바가 없어 본 연구에서 가족중심 순회와 관련된 국외논문을 통합적 고찰 방법을 사용하여 분석하였다. 통합적 고찰은 한가지 주제에 관한 포괄적 이해를 제공하며 간호연구와 간호교육, 그리고 간호실무에 중요한 역할을 하고 있다[9].

2003년 미국소아과학회가 가족중심 순회를 권고한 이래[2], 가족중심 순회와 관련된 논문은 2010년도까지는 총 5편에 불과하였으나 2011년 이후로 활발하게 연구가 수행되었다. 이는 가족중심 순회에 대한 관심과 인지가 증가했다는 반증이고, 각 연구의 결과가 가족중심 순회의 긍정적인 측면을 제시한 점을 볼 때 국내 의료기관에서도 적용을 고려할 만한 것임을 시사한다. 본 연구결과 밝혀진 가족중심 순회의 속성은 가족과 의료진의 인지, 효과적인 의사소통, 가족과 의료진의 협력, 임상실습생의 교육이었고 그에 대한 장애물과 전략의 측면을 논의하기로 하겠다.

먼저, 가족과 의료진의 인지이다. 가족중심 순회에 대한 장단점을 명확히 알고 구성원의 역할을 인정하는 것이 가족중심 순회에서 우선되어야 한다[19]. 의료진은 의료기록이나 건강사정을 통해서 얻는 입원 아동에 대한 정보보다 가족중심 순회에서 가족으로부터 많은 정보를 얻을 수 있고, 특히 만성질환의 경우에는 부모가 아동의 오랜 병력을 정확히 알고 그 동안의 치료의 경과도 자세히 알기 때문에 아동의 돌

봄에 도움이 될 수 있다[7]. 간호사는 처방을 재확인하거나 처방에 관한 문의가 줄어들어 업무의 효율성이 높아지며, 가족은 아동의 투약이나 과거력에서 잘못된 부분을 찾아내거나[18], 가족이 직접 치료계획에 동참함으로써 아동의 입원적응과 회복에 도움을 줄 수 있다[29]. 그러나 의료진은 가족중심 순회의 중요성을 인지하고는 있지만 순회 시간이 길어지고[18], 의학용어를 가족이 이해하지 못하고[19], 임상실습생 교육에 오히려 방해가 되는[18] 등의 이유로 실제 임상에서 시행하기 어렵다는 의견을 제시하기도 하였다. 하지만 구성원 전체가 환자의 정보나 치료방향을 일관되게 알 수 있어서 전통적인 병동 순회 시간을 단축시켜주고[28], 실제로 기존의 순회 시간과 비교하였을 때 큰 차이가 없었다[18,20]. 그러므로 의료진은 가족중심 순회에 대한 장점을 알고 긍정적인 인지로 바꾸는 것이 중요하며, 입원아동 돌봄에서 가족의 역할을 인정해 주는 것이 필요하다.

가족중심 순회에 가족의 참여를 최대화하기 위해서는 가족중심 순회가 강제성을 띠거나 의무가 아니라는 사실을 알려주는 것이 좋다[7]. 미국의 환자가족중심돌봄기관(Institute for Patient and Family-Centered Care, IPFCC)은 가족중심 순회를 시행하기 전에 가족에게 참여 여부를 스스로 결정하도록 하며 가족 구성원 중 어디까지를 포함할지 스스로 결정하는 것을 권유하였다[2]. 또한 가족중심 순회를 지나치게 권유하기 보다는 중립적인 태도로서 참여여부를 묻고, 혹시나 참석을 원하지 않는 가족들도 스트레스나 불안을 느끼지 않도록 조심해야 한다[7]. 이를 위해 Palokas 등[27]은 가족의 참여유무에 대해 병실 앞에 표시를 하거나, 카드를 사용하여 침상에 미리 붙여 알리는 방법 등을 제시한 바 있다. 이를 참고하여 각 의료기관의 실정에 맞는 방법을 고안하는 것이 필요하겠다.

가족중심 순회의 두 번째 속성은 효과적인 의사소통이다. 가족중심 순회 구성원 간의 의사소통의 단절은 가족중심 순회의 취지를 약화시킬 수 있다. 다양한 문화가 공존하는 미국에서 이민족은 언어적인 장벽을 겪기도 한다[5,16,20]. Beck 등[22]은 보호자의 얼굴 표정을 보고 순회의 내용을 이해했는지 확인하고 그 이해수준에 맞게 설명을 할 수 있다고 하여, 비언어적 의사소통의 중요성을 강조하였다. 그러나 근본적인 의사소통 문제의 해결을 위해 통역서비스를 제공할 수 있으며, 통역사 개인의 이해도나 번역의 정도에 따라 가족에게 전해지는 내용이 달라질 수 있으므로[3,5,20], 임상에서 발견되는 질병에 관한 검사, 약물에 관해서도 교육하고 일관적이고 정확한 정보전달을 위해 전문적으로 훈련된 통역사 양성에 힘써야 하겠다.

효과적인 의사소통을 위해 문화적 배경은 치료를 계획하고 시행하는 과정에서 고려되어야 한다[29]. 국내 의료 환경에서도 다문화가족이 늘고 있지만 여전히 의사소통 장애가 있고 문화적 특성을 배려하는 진료서비스가 부족한 실정이다[30]. 타문화권 대상자가 의료서비스를 이용할 때 경험하는 편견과 차별 및 장애요인은 다문화 사회에서의

효율적 건강관리를 위해 해결해야 할 중요한 과제이므로 한국에서 가족중심 순회를 적용할 경우 다문화가족을 위한 배려는 필수이다.

한편, 가족에게 희망이 없거나 원하지 않는 삶을 초래하게 되는 나쁜 소식을 전할 때 의료진은 더욱 신경을 써야 한다[19]. 나쁜 소식을 전하기 전에 스스로 가족의 반응을 예측하며 여러 가지 상황을 예견하고 나쁜 소식을 전할 때 다른 의료진과 동행하여 증인이 될 수 있도록 준비해야 한다[5,23]. 또한 환자와 가족의 인지수준에 맞는 정확하고 쉬운 단어로 환자와 가족의 이해를 도모하고 정보를 전달하면서 정서적인 지지도 함께 제공하여 가족이 적절한 치료계획을 선택할 수 있도록 도와야 한다[11,15,22,24].

가족중심 순회에서의 효과적인 의사소통을 위해 간호사의 역할은 매우 중요하다[16,22,25,27]. 간호사는 낯선 의료 환경에서 당황하는 입원아동과 가족에게 도움을 주며 그들과 치료적이고 신뢰적인 관계를 형성함으로써 가족으로 하여금 편안히 질문을 하게 돕고 정확한 의료 정보를 전달하는 역할을 한다[16]. Argona 등[25]은 가족중심 순회에 참여한 의료진도 간호사의 참여가 환자에 관한 최신의 정보와 치료계획에 관한 불필요한 질문의 감소로 크게 도움이 된다고 하였다. 이러한 긍정적인 의사소통을 통해 아동의 성장발달과 건강증진을 위한 총체적인 접근이 가능하다[17].

가족중심 순회의 세 번째 속성은 가족과 의료진의 협력이다. 가족과 의료진의 협력을 위해서 가족중심 순회에 대한 정확한 순회 시간과 장소에 대한 공지가 필요하다[8]. 가족중심 순회는 다학제적인 접근이며 다양한 의료진이 환자의 침상 옆에서 치료계획을 의논하는 것인데 [1], 많은 사람들의 참여로 복도나 다른 장소에서 시행되는 경우가 있다[8,14]. 하지만 침상 옆 순회는 환자와의 상호작용과 건강사정을 위해서 중요하므로 [11], 침상 옆 순회가 될 수 있도록 구성원의 조정이나 병실의 배치를 고려하는 것이 필요하다. 또한 가족중심 순회에 관한 정확한 공지가 없는 경우 가족이 참여해야 되는지 혼란스럽고 [19], 정확한 시간을 제시하지 않는 경우에는 가족은 질문을 미리 생각하고 준비하는데 어려움이 있다[5,19]. 그러므로 의료기관에서는 무선의 통신 기기 또는 병동 칠판을 사용하여 정확한 시간과 장소를 공지함으로써 환자와 가족에게 신뢰와 믿음을 제공해야 한다[27].

가족중심 순회는 가족과 의료진이 상하관계가 아닌 파트너십의 관계가 되어야 하며 [13], 서로의 사생활 보호에 힘써야 한다[4]. 이를 위해 가족중심 순회시 환자 주변에 구성원 외에 가능한 다른 사람들의 접근을 최소화해야 하며 [11,13], 환자와 가족에게 민감한 사항은 미리 질문하여 사생활을 보호할 수 있다. 의료인은 환자의 비밀을 노출할 경우 의료소송에 연루될 수 있으므로 더욱 주의해야 하며 [11], 의료진은 가족을 상하관계가 아닌 치료팀의 일원으로 인정하고 가족의 오해를 막고 가족이 질문하고 논의할 시간을 충분히 보워야 한다[17].

가족중심 순회의 마지막 속성은 임상실습생의 교육이다. 학생들은

가족중심 순회에서 직접 관찰하고 경험하는 실습을 통해 치료적 의사소통술과 의료술기의 습득뿐만이 아닌 전문인으로서의 자존감을 기를 수 있다[14,28]. 다만 학생들이 가족중심 순회에 대해 가지게 되는 불안과 혼란을 줄이고 긍정적인 경험을 심어주기 위해 실습 전 학생들에게 가족중심 돌봄과 가족중심 순회에 관한 교육이 도움이 될 것이다. 이러한 교육은 간호학생에게도 의미가 있다. 실습교육을 통해서 새롭게 알게 된 지식이나 기술이 있다면 결국 이것은 임상현장에 적용하거나 실행해보고자 하는 동기인 전이동기를 일으켜 보다 효과적인 학습이 된다[30]. 가족중심 순회를 통해 간호사는 환자에 대한 직접 간호제공자, 환자와 의료진의 중재자, 환자와 가족의 교육자, 보호자의 옹호자 등 다양한 역할을 수행하게 된다. 간호학생은 가족중심 순회를 통해 간호사의 역할을 보고 배우게 됨으로써 아동간호에서 가족참여의 중요함을 알고 간호사에게 필요한 의사소통 기술, 실무적인 기술을 함양하여 환자와 가족중심 돌봄 역량을 형성하게 될 것이다.

결론

본 연구는 통합적 고찰 방법을 이용하여 국내에서는 알려지지 않은 아동병동에서의 가족중심 순회를 적용한 국외 논문 24편을 분석하고 그 주요 속성을 확인하고, 가족중심 순회의 장애물과 전략을 논의한 것이다. 각 연구논문의 의미 있는 결과를 통합한 결과 가족중심 순회는 가족과 의료진의 인지, 효과적인 의사소통, 가족과 의료진의 협력, 임상실습생 교육이라는 4개의 주요 속성이 밝혀졌다.

국내 임상환경에서 가족중심 순회를 적용을 위해서는 의료진과 가족의 인식 뿐 아니라 여러 장애물을 고려하여 다각도의 연구를 진행해야 할 것이다. 또한 가족중심 순회에 대한 표준화된 지침 마련에 있어 학문적인 측면과 병원행정적인 측면의 지속적인 연구가 이루어져야 할 것이다. 그리고 간호학생을 대상으로 입원아동 간호에서 가족중심 돌봄의 중요성을 알리고, 가족중심 순회의 필요성과 인식 및 가족중심 순회의 교육적인 효과를 파악하는 연구도 이루어져야 할 것이다. 이러한 연구들을 바탕으로 국내 임상환경에서 가족중심 순회 적용에 어떠한 어려움이 발견되는지, 어떻게 극복할 수 있는지에 관한 방안이 지속적으로 논의되어 아동병동에서 가족중심 순회가 실시되기를 제안하는 바이다.

Conflict of Interest

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

References

1. American Academy of Pediatrics. Family pediatrics: Report of the task force on the family. *Pediatrics*. 2003;111(Supplement 2):1541-1571.
2. Bowden VR, Greenber CS. *Children and Their Families: The Continuum of Care*. 2nd ed. Philadelphia PA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p.3-6.
3. Kuo DZ, Sisterhen LL, Sigrest TE, Biazio JM, Atiken ME, Smith CE. Family experiences and pediatric health services use associated with family-centered rounds. *Pediatrics*. 2012;130(2):289-305. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2623d>
4. Bramewell R, Weindling M. Families' views on ward rounds in neonatal units. *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*. 2005;90(5):429-431. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2004.061168>
5. Seltz LB, Zimmer L, Ochoa-Nunez L, Rustici M, Bryant L, Fox D. Latino families' experiences with family-centered rounds at an academic children's hospital. *Academic Pediatrics*. 2011;11(5):432-438. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2011.06.002>
7. Cameron MA, Schleien CL, Morris MC. Parental presence on pediatric intensive care unit rounds. *The Journal of Pediatrics*. 2009;155(4):522-528. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.03.035>
8. Drago MJ, Aronson PL, Madrigal V, Yau J, Morrison W. Are family characteristics associated with the attendance at family-centered rounds in the PICU? *Pediatric Critical Care Medicine*. 2013;14(2):93-97. <http://dx.doi.org/10.1097/pcc.0b013e31827129cc>
9. Cypress BS. Family presence on rounds: A systematic review of literature. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2012;31(1):53-64. <http://dx.doi.org/10.1097/DCC.0b013e31824246dd>
10. Whittmore R, Knafel K. The integrative review: Updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;52(5):546-553. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>
11. Latta LC, Dick R, Parry C, Tamura GS. Parental responses to involvement in rounds on pediatric inpatient unit at a teaching hospital: A qualitative study. *Academic Medicine*. 2008;83(3):292-297. <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0b013e3181637e21>
12. Rosen P, Stenger E, Bochkoris M, Hannon MJ, Kwok CK. Family-centered multidisciplinary rounds enhance the team approach in pediatrics. *Pediatrics*. 2009;123(4):603-608. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2008-2238>
13. McPherson G, Jefferson R, Kissoon N, Kwong L, Rasmussen K. Toward the inclusion of parents on pediatric critical care unit rounds. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2011;12(6):e255-e261. <http://dx.doi.org/10.1097/pcc.0b013e3181fe4266>
14. Subramony A, Hametz PA, Balmer D. Family-centered rounds in theory and practice: An ethnographic case study. *Academic Pediatrics*. 2014;14(2):200-206. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2013.11.003>
15. Carayon P, Li Y, Kelly MM, DuBenske LL, Xie A, McCabe B, et al. Stimulated recall methodology for assessing work system barriers and facilitators in family-centered rounds in a pediatric hospital. *Applied Ergonomics*. 2014;45(6):1540-1546. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2014.05.001>
16. Walker-Vischer L, Hill C, Mendez SS. The experience of Latino parents of hospitalized children during family-centered rounds. *The Journal of Nursing Administration*. 2015;45(3):152-157. <http://dx.doi.org/10.1097/nna.0000000000000175>
17. Stickey CA, Ziniel SI, Brett MS, Truog RD. Family participation during intensive care unit rounds: Attitudes and experiences of parents and healthcare providers in a tertiary pediatric intensive care unit. *The Journal of Pediatrics*. 2014;164(2):402-406. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.09.037>
18. Ladak LA, Premji SS, Amanullah MM, Haque A, Ajani K, Siddiqui FJ. Family-centered rounds in pakistani pediatric intensive care settings: Non-randomized pre-and post-study design. *International Journal of Nursing Studies*. 2013;50(6):717-726. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.05.009>
19. Grzyb MJ, Coe H, Rühlend L, Dow K. Views of parents and healthcare providers regarding parental presence at bedside rounds in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*. 2014;34(2):143-148. <http://dx.doi.org/10.1038/jp.2013.144>
20. Subramony A, Schwartz T, Hametz P. Family-centered rounds and communication about discharge between families and inpatient medical teams. *Clinical Pediatrics*. 2012;51(8):730-738. <http://dx.doi.org/10.1177/0009922812446012>
21. Voos KC, Ross G, Ward MJ, Yohay A, Osorio SN, Perlman JM. Effects of implementing family-centered rounds (FCRs) in a neonatal intensive care unit (NICU). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal medicine*. 2011;24(11):1403-1406. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2011.596960>
22. Beck J, Meyer R, Kind T, Bhansali P. The importance of situational awareness: A qualitative study of family members' and nurses' perspectives on teaching during family-centered rounds. *Academic Medicine*. 2015;90(1):1401-1407. <http://dx.doi.org/10.1097/acm.0000000000000810>

23. Levin AB, Fisher KR, Cato KD, Zurca AD, October TW. An evaluation of family-centered rounds in the PICU: Room for improvement suggested by families and providers. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2015;16(9):801-807. <http://dx.doi.org/10.1097/pcc.0000000000000486>
24. Lion KC, Mangione-Smith R, Martyn M, Hencz P, Fernandez J, Tamura G. Comprehension on family-centered rounds for limited English proficient families. *Academic Pediatrics*. 2013;13(3):236-242. <http://dx.doi.org/10.1016/j.acap.2012.12.002>
25. Aragona E, Ponce-Rios J, Garg P, Aquino J, Winer JC, Schainker E. A quality improvement project to increase nurse attendance on pediatric family centered rounds. *Journal of Pediatric Nursing*. 2016;31(1):e3-e9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2015.08.005>
26. Xie A, Carayon P, Cartmill R, Li Y, Cox ED, Plotkin JA, et al. Multi-stakeholder collaboration in the redesign of family-centered rounds process. *Applied Ergonomics*. 2015;46:115-123. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apergo.2014.07.011>
27. Palokas JM, Northington L, Wilkerson RR, Boss BJ. An interactive evaluation of patient/family centered rounds on pediatric inpatient units. *Journal of Pediatric Nursing*. 2015;30(4):e9-e15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.11.005>
28. Rappaport DI, Ketterer TA, Nilforoshan V, Sharif I. Family-centered rounds: Views of families, nurses, trainees, and attending physicians. *Clinical Pediatrics*. 2011;51(3):260-266. <http://dx.doi.org/10.1177/0009922811421002>
29. Lee BS, Oh IK, Lee EM. Foreign residents' experience of Korean health care services. *Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*. 2011;17(2):226-237. <http://dx.doi.org/10.1111/jkana.2011.17.2.226>
30. Park SY, Kweon YR. The effect of using standardized patients in psychiatric nursing practical training for nursing college students. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012; 21(1):79-88. <http://dx.doi.org/10.12934/jkpmhn.2012.21.1.79>