

한국 도시가족의 건강성 및 관련변인 연구

- 자녀 교육기 가족의 주부를 대상으로 -

Korean Urban Family Strengths and its Related Variables

경희대학교 가정대학 아동·주거학과

강사 魚銀珠

교수 劉永珠

Dept. Housing, Family, & Child Studies, Kyunghee University

Instructor : Eun Ju Eo

Prof. : Young Ju Yoo

〈목 차〉

I. 서론

II. 이론적 배경

III. 연구방법

IV. 연구결과 및 논의

V. 결론 및 제언

참고문헌

〈Abstract〉

The purpose of this study is to explore the degree of family strengths in Korea, and the relationships of various characteristics to it. Family strengths, the dependent variable, is composed of four factors, such as family commitment, family communication, family values, and family crisis coping strategies. Independent variables are the following : i) family socio-demographic variables, ii) individual variables, iii) social variables.

The main findings were as follows;

1. The degree of family strengths in Korea is generally high. Among four factors of family strengths, the degree of family commitment is relatively higher and that of family values is relatively lower than the others.
2. The variables which independently affected the family strengths have influence in the following order ; individual marital satisfaction, family's S.E.S(middle), self esteem, instrumental support from society, and husband's income(middle level).

These results show that the variables related to the family strengths are multi-

dimensional. Accordingly, for the purpose of fortifying family in strengths, educational programs should be prepared according to the multi-dimensional characteristics.

I. 서 론

1. 문제제기

최근 가족학 연구에 있어서 새로운 관점으로 제시되고 있는 건강가족적 관점(Strong Family Perspectives)은 가족의 병리적, 부정적 측면보다 긍정적 측면에 초점을 두는 관점이며, 오늘날의 개인과 가족, 그리고 사회는 개방체계(open system)로서 어느 한 측면의 강화만으로는 전체 체계가 원활하게 움직일 수 없다고 보는 관점이다. 즉, 건강한 가족체계는 개별가족원의 가치관 및 노력 여하, 그 가족이 속한 확대 친족체계나 사회체계와의 상호작용으로 이루어진다는 것이다(Olson & DeFrain, 1994).

결국 가족원 개개인을 건강하게 육성시키고, 사회 전체를 건강하게 하는 것은 가족체계를 건강하게 유지함으로써만이 가능하다고 할 수 있다. 그러나 지금까지 많은 연구들(Brigman et al., 1986; Kinton et al., 1987; Walker et al., 1988)은 문제가 있고 역기능적인 가족에만 초점을 두어왔다. 그러므로, 우리는 가족을 건강하게 만드는 것보다는 오히려 가족을 위협하는 요인에 대해 익숙해 있고 그에 관한 지식을 더 많이 갖고 있다.

이러한 자성과 함께, 긍정적인 측면에서 가족을 조망하고자 하는 관심이 대두되면서 Stinnett(1977)과 Beavers(1977) 등이 건강한 가족에 대한 연구를 체계화하였다. 그 이후 여러 가족학자들(Ball, 1976; Stinnett & Sauer, 1977; Ammons & Stinnett, 1980)에 의해 건강한 가족의 특성 및 그와 관련된 변인을 탐색하는 것으로 그 연구영역이 확대되었고, 이 외에도 건강한 가족에 대한 모델과 이론이 제시되면서 그 특성에 대한 이해가 증진되고 있다.

국내에서 건강한 가족에 대해 관심을 보이기 시

작한 것은 비교적 최근으로, 건강한 가족에 대한 개념조차 정의되지 못한 상태이며, 그 측정도구 및 관련변인에 대한 실증적인 자료도 거의 없는 실정이다. 따라서, 본 연구에서는 건강한 가족의 특성을 선행연구를 통해 고찰한 후, 실태조사를 통하여 한국가족의 건강성 정도는 어떠한가를 파악하고, 아울러 어떠한 요인들이 건강한 가족을 형성하는데 관련되는 요인인지를 밝혀 보고자 한다.

2. 연구목적 및 의의

본 연구에서는 한국 도시가족의 건강성 정도를 알아보고, 선행 연구들을 중심으로 한국 도시가족의 건강성에 영향을 미치는 변인들을 파악해 보고자 한다. 이는 개별가족 차원에서는 스스로 건강한 가족을 이루기 위한 자원과 잠재력을 인식하고, 이를 바탕으로 가족을 건강하게 유지시켜 나가기 위해 노력할 수 있을 것이다. 또한, 연구자들이나 치료자들은 임상에서 가족의 건강성에 대하여 신뢰성 있는 정보를 파악할 수 있으며, 가족건강성에 영향을 미치는 관련변인을 파악함으로써 가족들에게 필요한 부분을 상담, 치료해 줄 수 있는 기초자료를 제공할 수 있을 것이다.

II. 이론적 배경

1. 건강한 가족의 개념

건강의 개념을 가족학 연구에 적용시킬 때 어려운 점은 연구자에 따라서 기능적(functional/functioning), 강한(strong), 균형된(balanced), 정상적인(normal), 최적의(optimal), 적절한(adequate), 역동적인(dynamic), 치료경력이 없는(untherapized), 건전(健全), 건강한

(healthy) 가족 등의 용어를 혼용하고 있다는 점이다. 따라서, 각 학자들의 정의를 먼저 살펴봄으로써, 본 연구에서 왜 '건강'이라는 용어를 선택하였는지를 제시하려 한다.

1) 기능적 가족(functional/functioning family)

기능적이라는 것은 우리가 어떠한 목표를 수행하고자 할 때, 각 구조 및 행동패턴을 어떻게 사용할 것인가를 판단하는 것을 의미한다(Walsh, 1981). 개인, 가족 혹은 사회 등의 어느 한 차원에서 기능적인 경우도 다른 차원에서는 기능적이지 못할 수 있으며(Price, 1979), 가족생활주기의 어느 한 단계에서의 기능적인 패턴도 다른 단계에서는 역기능적일 수 있다(Walsh, 1981). 기능적인 가족(functional family)이라는 용어를 사용한 대표적 학자인 Bloom(1985)은 '기능적 가족'이란 가족의 개별성을 인정하고 외부상황을 통제·조정할 수 있으며, 가족간에 친목을 도모하고, 가족의 사회성을 고무하는 가족이라 하였고, Belkin과 Nass(1984)는 제대로 기능하는 가족을 가족원이 성장할 수 있도록 다양한 기회를 제공해주는 가족으로 정의하고 있다.

2) 강한 가족(strong family)

1960년대 초에 이미 강한 가족에 대한 개념을 제시한 바 있는 Otto(1962)는 개별가족은 물론 연구자나 임상가들이 명확하게 이해할 수 있는 가족의 특성을 규명하는 것이 필요하다는 인식 하에 가족의 강점(strengths)을 밝히고자 시도하였다. 여기에서 Otto는 일반가족을 대상으로 그들이 인지하는 가족의 강점을 조사하는 과정을 거쳐, 건강한 가족의 강점이란 긍정적인 가족정체감을 형성하고, 가족원간에 만족스러운 상호작용을 증진시키며, 가족의 개인적 잠재력을 북돋우는 사회심리적 특성이며 관계유형이라 정의했다. 또한, 강한 가족에 대해 1970년대 이후 꾸준한 연구를 하고있는 Stinnett와 동료들(1977, 1981, 1984, 1985)은 가족원 모두 부부관계에서나 부모자녀관계에서 행복도가 높고, 서로의 요구를 충분히 만족시켜 주는 가족으로 정의했다.

3) 균형된 가족(balanced family)

Olson 등(1979, 1980, 1983)이 제시한 순환모델에 의하면, 가족의 응집력·적응력과 가족의 기능수행과는 곡선적 관계로 나타나, 어느 한 극단으로 치우침 없이 균형을 이루었을 때 가장 효과적인 기능수행이 이루어지며 가족과 가족원의 발달에 가장 바람직하다고 가정한다. 옥선화(1995) 역시 건강한 가족을 한마디로 가족의 기능을 잘 수행하는 가족이라 정의하면서, Olson 등의 순환모델에서 말하는 균형된 가족(balanced family)을 건강한 가족으로 정의할 수 있다고 제시하였다.

4) 정상적인 가족(normal family)

Offer와 Sabshin(1966)은 선행연구 고찰을 통해, 정상적인 가족을 정의하는데 4가지 흐름이 있음을 밝혔다. 즉, 가족원 중에서 기능장애나 정신병리의 어떤 증후도 보이지 않는 무증후(asymptomatic) 가족으로 정의하는 경우, 특정한 모델이나 범례에 의해 최상의 상태로 정의된 특징들만을 가진 이상적인 최적(optimal)의 가족으로 정의하는 경우, 일반적으로 정상 범위내에 드는 보통의(average) 가족으로 정의하는 경우, 사회적·현실적인 상황에서 내·외적인 요구와 관련되는 가족체계의 통합, 유지, 성장에 기초한 교류적(transactional) 가족으로 정의하는 경우 등이 그것이다.

5) 최적의 가족(optimal family)

Beavers는 가족상호작용 유형과 가족 구성원간 상호작용 형태의 질을 기초로 9개의 가족유형을 갖는 체계모델을 제시하였다. 이 두 영역간의 관계는 직선적인 관계가 아니라 곡선적인 관계를 나타내며, 아홉가지 가족유형 중 하나가 최적의 가족유형이다. 최적의 가족에서는 가족원간의 친밀감이 추구되고 실현된다. 각 개인의 선택과 사고가 존중되며, 타협을 허용함으로써 가족 전체가 훌륭한 문제해결 능력을 나타내고 있고, 각 가족원간의 개성이 개발되며, 가족원간의 경계선이 명확하다. 최적의 가족 내에서도 갈등이 나타나기는 하지만, 대부분 신속하게 처리된다.

6) 건전가정(健全家庭)

유영주(1991)는 건전가정이란 가정의 유지 및 발전을 위하여 가족의 기능을 잘 수행하는 가족으로 정의하고, 남편과 아내가 동등한 수준으로 기능을 잘 수행할 때 집단으로서의 가족의 기능을 잘 수행하게 된다고 하였다. 日本家政學會(1980)에서는 가정생활에서 나타나는 여러 문제에 대응하여, 경우에 따라서는 지역사회 단위에서 가정생활을 유지·발전시키려는 여러 측면의 노력을 하는 정도를 건전도(健全度)로 측정하고, 건전도가 높은 가정을 건전가정으로 정의하였다. 따라서, 건전가정이란 가정 내에서도, 사회에서도 문제에 유연하게 대응하는 역량을 가진 가족을 의미한다.

7) 건강한 가족(healthy family)

건강한(Healthy) 가족에 대한 연구에서 Lewis 등(1976)이 제시한 건강한 가족은 서로 상호작용하는 특성이 나타나며, 어느 단일 특성만으로는 건강한 가족을 설명할 수 없다고 하였다. 마찬가지로 Barnhill(1979)도 건강한 가족의 기능은 4개의 상호 연관된 영역으로 나타남을 제시하고 있다. 즉, 이 4영역은 다시 8개의 양극화된 영역으로 분류할 수 있으며, 8개의 영역은 상호 인과적인 체제로 통합될 수 있기 때문에, 결과적으로 건강한 가족의 특성은 상호 연관되어 있다고 주장하였다.

국내연구로는 서병숙(1994)이 가정의 기능적인 측면을 강조하면서 건전한 가정 육성을 위한 과제를 제시했으며, 유영주(1994)는 개인적 차원에서 가족원 개개인의 성장과 발달을 도모하고, 가족관계 차원에서 가족원간의 상호작용이 기능적이고 원만하며, 가족체계가 잘 유지되면서 가족가치관을 지속적으로 발전시키고 있는 가족을 건강한 가족이라고 함으로써 가족체계 내에서의 개인 및 관계적 측면을 강조하고 있다. 또한, 허봉렬(1996)은 가족의 기본적인 목표란 가족의 공동육구를 충족시키고, 개개인의 성장과 발달을 도와주며, 가족구성원의 정서적인 안식처를 제공하고, 나아가 건강한 사회의 일원이 되도록 하는데 있다고 주장하며, 가족의 전체적인 체계가 이러한 기본적인 목표를 잘 달성하고 있을때를 건강가

족, 건전가족 또는 정상가능 가족이라고 했다.

이상에서 검토한 바와 같이 유사한 의미의 용어들이 다양하게 제시되고 있지만, 본 연구에서는 '건강'이라는 개념이 임상에서나 일반적인 연구에서 널리 사용되고 있다는 점에서 뿐만 아니라, 신체적 건강이 정신적·사회적·도덕적·건강과 관련되는 광범위한 개념이며, 아울러 인간을 주체로 하는 자율적인 개념임을 감안하여 '건강한 가족'이라는 용어를 사용하고자 한다.

2. 건강한 가족의 특성

1) 가족원간의 유대

건강한 가족의 가족원들은 서로 유대가 강하며, 가족활동에 많은 시간과 에너지를 투자한다. 가족원간에 유대가 강하다는 것이 서로를 구속한다는 것을 의미하지는 않는다. 그들은 서로의 목표를 달성할 수 있도록 격려해 주고 자율성을 인정한다. 따라서, 자기 자신이 아닌 타인, 즉 다른 가족원과의 유대를 견고하게 맺음으로서 개인주의나 이기주의, 고립감 등이 나타날 소지는 별로 없다.

2) 가족원간의 의사소통

건강한 가족의 의사소통 특성을 보면, 그들은 우선적으로 의사소통하는 데에 많은 시간을 보낸다. Satir(1967)는 건강하지 못한 가족은 가족원들이 함께 있을 수 있는 시간이 줄어들면서 가정(假定)이나 추측 중의 간접적인 방법으로 의사소통하고 있음을 지적한다. 또한, 건강한 가족은 명확하고 직접적인 의사소통을 하며, 경청과 주목이 잘 이루어진다(Epstein & Bishop, 1981; Wynne, Jones & Al-Khayyal, 1982). 뿐만 아니라, 건강한 가족은 싸울 때 효과적으로 싸운다는 것이다. 화가 날 경우에는 그 감정을 밖으로 표출함으로써 문제를 해결하려 하고, 모든 가족원들이 함께 최적의 문제해결 방법에 대해 대화한다(Stinnett, 1985).

3) 가족원의 문제해결 수행능력

건강한 가족은 위기나 문제를 긍정적인 방법으로

처리하는 능력을 갖고 있다. 건강한 가족은 스트레스나 위기에 면역되어 있는 가족은 아니지만, 역기능적 가족처럼 위기에 좌우되지 않는다. 가장 힘든 상황에서조차 그들은 긍정적인 요소에 초점을 맞추며, 위기로 인해 와해되기 보다는 위기를 다루면서 단합될 수 있다. 효과적인 문제해결 기술은 문제가 되는 것을 정확하게 규명할 수 있는 능력과 그 문제들에 대해 논의할 수 있는 능력, 그리고 가족원들이 이런 문제에 잘 대처할 수 있게 도와주는 대안적 해결책을 개발하는 능력 등을 포함한다(Forgatch, 1989; Markman & Notarius, 1987).

4) 가족원간의 가치체계 공유

건강한 가족은 가치관 및 신념에 있어서 건강한 가치체계를 공유한다. 그들은 목표를 공유하고 무엇이 중요한 것인가에 대한 생각도 공유한다. 건강한 가족은 가족의 행복에 늘 신경을 쓰며, 가족의 일원임에 늘 긍지를 갖는다. 그들은 전통과 가족사에 대해서 자부심을 가지며, 가족가치관이나 규율의 원리가 가족원에게 명확하게 설명된다(Stinnett, 1985).

3. 건강한 가족 측정도구

1) Bloom의 Family Functioning Scale

Bloom(1985)은 가족기능을 측정하는 4가지의 자기보고식 측정도구(Family Environment Scale, Family Concept Q-sort, Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale, Family Assessment Measurement)를 차례로 검토하여 75문항의 척도를 제시하였다. 본 척도는 관계차원, 개인의 성장 및 가치관 차원, 체계유지 차원의 세 차원으로 구성되어 있다. 이 척도는 비교적 최근에 제시된 척도로, 가족관계 측정도구들의 하위개념들을 모두 통합하였다는 데에 가치가 있다. 그러나, 최근 점차 하위개념을 단일화하려는 경향이 어긋난다는 점에서, 그리고 각 측정개념들과 전체 측정도구와의 상관이 .01에서 .70까지로 일관성을 보이지 않고 있다는 점에서 비판을 받고 있다.

2) Olson의 FACES III

(Family Adaptability and Cohesion Scale)

Olson(1979)은 순환모델은 체계요소간의 역동적인 상호작용으로 체계의 전체성을 이루고 체계의 평형 상태를 유지한다는 것을 기본으로 하여 가족 내에서 이루어지는 과정(family process)에 초점을 둔다. 순환모델에서는 이러한 과정을 가족 적응력, 가족 응집력, 가족 의사소통 등의 상호 독립적인 세 차원으로 설명하며, 가족의 적응력·응집력은 가족의 기능 수행과 곡선적 관계임을 가정한다. 이 모델은 이론과 연구, 실제 임상경험에서 발생하는 겹을 줄이고 나아가 이론, 연구결과, 임상경험을 서로 연결할 수 있으며, 이 모델을 구성하는 응집, 적응, 의사소통의 세 개념은 가족기능을 설명하고 평가하는데 유용하다(김득성, 1996).

3) Kinston 등의 Family Health Scale

가족기능의 효율성 혹은 가족건강의 효율성에 대한 질적 평가를 위해 Kinston 등(1987)이 가족건강척도를 제시하였다. 이 척도는 외부 관찰자의 관점에서 건강한 가족을 측정하기 위한 도구로, 심리병적 증후가 있는 가족뿐만 아니라, 일반 가족에서도 이용할 수 있다. 기존의 건강한 가족을 평가하기 위한 측정도구들은 대부분이 자기보고식인데 반해, 이 척도는 관찰자가 전반적인 가족기능의 질을 알아보고자 고안된 것이다. 그러나, 일반적으로 가족원의 평가와 치료자의 평가간에는 일치가 이루어지지 않으며, 상관이 0에 가깝다는 연구에 기초할 때, 관찰자의 입장에서만 가족을 평가내리는 데 문제점이 있을 수 있다.

4) 어은주·유영주의 '가족의 건강성' 측정도구

앞서 살펴본 바와 같이 건강한 가족을 측정하기 위한 모델 및 측정도구들이 다차원적으로 개발되고 있지만 그 이론적 틀이나 측정도구들은 연구자의 이론적 성향과 가치관이 강하게 나타나고 있어, 임상 장면이나 연구시 객관적이고도 일반적으로 사용할 수 있는 도구로는 미흡하다는 점이 지적되고 있다(Kolevzon & Green, 1985). 또한 대부분의 측정도구들이 가족의

유형을 분류하는 데에만 치중하여 통계적 오류를 빈번하게 발생시키고 있음도 자주 지적된다.

특히, 건강한 가족 연구의 초기단계에 있는 우리나라의 경우 임상이나 연구에서 사용되는 척도들이 몇가지로 한정되어 있고, 그 대부분이 서구 문화권에 특유한 개념을 담고있기 때문에 한국가족을 평가하는데 있어서의 적합성에 대한 논란이 제시되고 있다. 이러한 상황에서 어은주·유영주(1995)는 기존의 측정도구들의 문제점을 보완하고, 한국인의 가치관에 맞는 측정도구를 개발하고자 하는 목적으로 다음과 같은 절차를 통해 한국가족의 건강성을 측정할 수 있는 도구를 제시하였다.

4. 건강한 가족과 관련된 변인

1) 가족의 일반적 특징

(1) 가족의 사회경제적 지위

전반적으로 가족의 경제적인 어려움은 개인의 안정 및 가족관계에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타난다(Voydanoff, 1991). 즉, 가족이 그들의 기본적인 욕구를 충족시킬 만한 충분한 경제적 능력이 있어야만, 그들의 삶의 질을 개인적으로나 가족체계 전체적으로 고양시키는데 관심을 둘 것이다. Olson 등의 순환모델을 기초로 한 홍성애의 연구(1988)에서는 가족의 사회경제적 지위가 높을수록 가족의 건강성이 높은 것으로 나타났으며, 김진희(1989)의 연구에서도 남편의 직업이 전문·관리직일 때 가족의 응집성 및 적응성을 높게 지각한다고 밝혔다. 한편, 가족관계의 건강성이 가족의 경제적 상태와 상관이 없으며(안양희, 1988; 이영희, 1988; 김은진, 1992; Brigman, 1982, 1986), 건강한 가족은 경제적인 어려움 속에서도 잘 견뎌낸다는 연구들도 제시되고 있다. 또한, Byles 등(1988)은 가족의 소득이 많을수록 오히려 가족의 건강성이 낮음을 보고하고 있다.

(2) 주부의 취업여부

취업주부가 지각한 가족의 건강성에 대한 연구는 아직까지 폭넓게 연구되지는 않았지만, Knaub(1985)가 전문직 여성을 대상으로 실시한 '여성이 지각한 가족의 건강성'에 대한 연구에서는 전문직 여성들이

가족의 건강성을 높게 평가하고 있는 것으로 나타났고, 반면에 Brigman 등(1986)의 연구에서는 전문직에 종사하는 부인이 그들 가족의 전반적인 건강성이나 그들 가족이 위기에 대처해 나가는 능력을 전업주부 보다 유의하게 낮게 평가하고 있음을 보고하고 있다.

(3) 종교

건강한 가족에 대한 전국적인 연구에서, Stinnett 등(1979)은 종교가 개인생활 혹은 가족생활의 모든 측면에서 행복, 성공과 관련돼 있음을 밝히고 있다. Gallup(1979)도 유사한 견해를 제시했는데, 즉 자녀의 신앙심이 깊고 생각하는 부모들은 종교 자체가 가족관계를 강화시켜 준다고 믿고 있었으며, 또한 자녀들이 문제나 위기를 해결할 때에도 신앙이 많은 도움을 준다고 믿었다. Hanson(1986)은 편부모 가족에 대한 연구에서는 종교 유무와 자녀가 인지하는 가족관계의 건강성 간의 상관이 높게 나타나, 종교가 있는 경우 가족형태와는 상관없이 가족관계를 건강하게 인지하고 있는 것으로 밝혀졌다.

(4) 가족형태

Brigman 등(1986)의 연구에서는 확대가족 관계가 가족의 건강성에 기여하는 정도는 5점을 기준으로 할 때 4.04점으로 나타났음을 보고하면서, 가족유형이 확대가족인 경우가 가족의 건강성에 더욱 긍정적인 영향력을 행사하고 있음을 밝혔다. Casas(1984)는 대부분의 가족들이 확대가족이 그들에게 긍정적인 영향, 즉 가족간의 결속과 공유, 소속감 및 애정, 그리고 상호지지 등의 영향을 준다고 생각하고 있음을 보고하였다. 즉, 그들은 확대가족과 많은 접촉을 하고 있으며, 확대가족이 그들의 핵가족에 긍정적인 영향을 미친다고 보고했다. 한편, 가족형태가 핵가족인지 혹은 확대가족인지에 따라서 가족의 건강성 정도를 조사한 김진희(1989)의 연구에서는 가족의 형태가 가족의 건강성과 상관이 없는 것으로 나타났다.

(5) 신체적·정신적 건강

가족원의 건강문제는 상호 의존적인 가족체계의 구조와 기능을 변화시킨다(Miller et al., 1980; Feetham, 1982). Moos 등(1976)은 가족원들이 가족을 지각하는 방법에 있어서 차이가 있을 수 있으며,

이러한 지각의 차이로 정신적인 장애가 있는 가족과 정상가족을 구분할 수 있다고 하였다. Byles 등(1988)의 연구에서는 부부의 전반적인 건강상태와 가족의 기능도간에 정적인 상관을 보이고 있다. 그러나, 발달장애가 있는 자녀를 돌보는데서 받는 스트레스가 부모나 형제들에게 해로운 영향을 장기간 미친다는 연구가 있는가 하면, 반면에 심하게 영향받지 않을 뿐만 아니라 그런 문제에 잘 대처하는 가족도 있음이 증명되고 있다(Darling, 1983; Carr, 1984).

2) 개인적 특성

(1) 결혼만족도

Mace와 Mace(1985)는 가족내 생활의 질은 부부간 관계의 질에 영향을 받는다고 했고, Ammons와 Stinnett(1980)도 가족의 건강성이 부부관계의 질과 관련 있음을 밝히고 있다. 또한, Stinnett와 DeFrain(1985)도 결혼행복도와 건강한 가족관계와의 정적 상관관계를 제시하였다. Byles 등(1988)의 연구에서는 부부간에 조화를 못 이루고 만족스럽지 못한 결혼관계가 유지되는 경우 가족의 건강성이 낮게 나타났다. 건강한 가족에 대한 고전적 연구에서 Lewis 등(1976)은 부부관계의 질과 자율성 정도, 그리고 정서적 안녕 정도가 가족 건강성 정도를 결정하는 주요 요인임을 발견했다.

(2) 자아존중감

가족의 건강성 및 기능성과 자아존중감과의 관계를 조사한 연구 대부분은 Olson 등의 순환모델을 이용하여 가족의 건강성을 특정하고 있는데, 순환모델이 제시하는 두차원 주에서 가족적응성 차원은 한국 사회에 부적합한 개념으로 구성되어 있어(송성자, 1985), 자아존중감 등의 심리적 요인과 상관없이 나타나고 있으며, 가족응집성 차원은 가족원의 자아존중감과 높은 상관을 보이는 것으로 나타나고 있다(Cohen & Will, 1985; Goldstein & Rosenbaum, 1985; Farrell & Barnes, 1993; 최규련, 1996). Demo(1987) 역시 가족관계와 부모의 자아존중감과의 높은 상관을 제시하였고, Satir(1967)도 개별 가족원의 자아존중감이 전반적인 가족 건강성과 관련 있음을 밝히고 있다.

(3) 사회적 지지

Ross 등(1991)은 사회적 지지가 직접적으로 가족의 정서적, 심리적 복리나 건강에 영향을 미친다고 밝히고 있으며, Olson 등(1983)은 인척, 친척, 친구와의 관계망이 부부 및 가족의 건강성에 영향을 미침을 지적한다. 또한, Hanson(1986)의 편부모 가족 연구에서는 사회의 지지가 많을수록 자녀들이 가족관계의 건강성을 높게 평가하는 것으로 나타나, 가족의 형태보다 사회에서 제공해 주는 지지가 가족관계의 건강성에 더 영향력이 있음을 보여주고 있다.

III. 연구방법

1. 연구문제

본 연구목적을 수행하기 위해 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

〈연구문제 1〉 한국 도시가족의 건강성은 어느 정도인가?

〈연구문제 2〉 한국 도시가족의 건강성과 관련된 변인에는 어떠한 것들이 있는가?

2-1. 한국 도시가족의 건강성은 가족의 일반적 특성에 따라 유의한 차이가 있는가?

2-2. 한국 도시가족의 건강성은 주부의 개인적 특성에 따라 유의한 차이가 있는가?

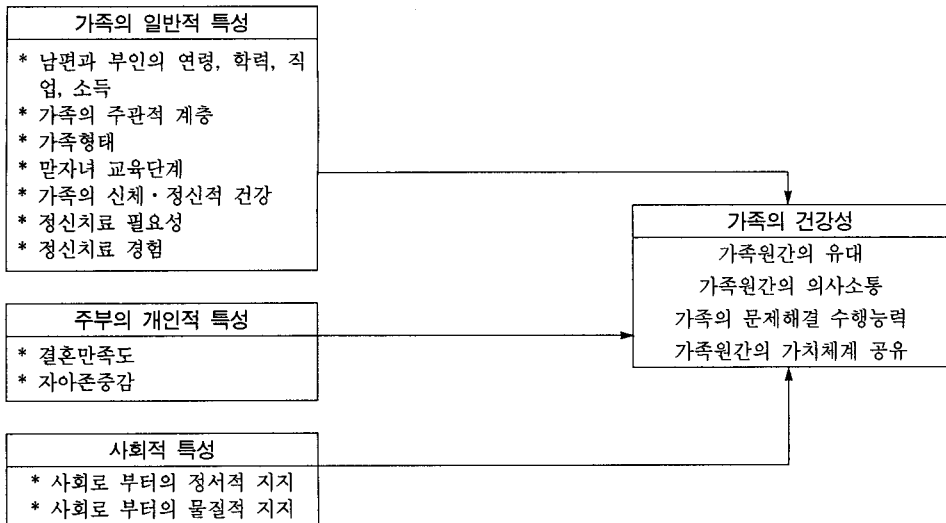
2-3. 한국 도시가족의 건강성은 사회적 특성에 따라 유의한 차이가 있는가?

〈연구문제 3〉 한국 도시가족의 건강성에 대한 관련변인들의 영향력은 어느 정도인가?

이상의 연구문제를 규명하기 위한 연구모형은 〈그림 1〉과 같이 제시할 수 있다.

2. 연구대상

본 연구수행을 위해 서울시에 거주하는 자녀교육기 가족의 주부를 모집하였다. 연구대상을 주부로 한정한 것은 가족원 중 어머니가 인지하는 가족관계가 가장 정확하다는 Skinner 등(1983)의 주장에 근거하



〈그림 1〉 연구모형

였기 때문이며, 자녀교육기 가족으로 한정된 것은 자녀들이 각 교육단계를 거쳐감에 따라 자녀의 행동 및 가치특성이 변하고 이것이 가족관계에도 영향을 미칠 수 있을 것으로 예측했기 때문이다. 또한, 가족 특유의 형태가 자발적인 선택에 의해 이루어졌을 경우, 그 형태가 가족관계에 미치는 영향이 거의 없다고 제시한 연구들(Framo, 1981; Knaub et al., 1984; Coleman, 1985; Hansen, 1986; Peek et al., 1988; Duncan & Brown, 1992)에 기초하여 가족의 형태를 제한하지 않았다.

3. 자료수집과정

1) 예비조사

측정도구의 문항양호도를 조사하기 위해 서울시에 거주하는 주부를 대상으로 1995년 11월 4일부터 25일까지 예비조사를 실시하였다. 주로 교육기관을 방문하여 학생들의 어머니에게 응답케 하였는데, 부실하게 응답한 자료를 제외하고 총 212부의 자료를 최종분석 하였다.

2) 본조사

예비조사 결과를 토대로 측정도구를 수정한 후 1996년 3월 20일부터 4월 6일까지 18일간 본조사를 실시하였다. 자녀교육기 가족의 어머니를 대상으로 하였기 때문에 서울시 강북지역과 강남지역 내 소재한 교육기관의 어머니에게 질문지를 배부했다. 배부된 질문지는 총 500부였으며, 회수된 322부의 자료 중에서 부실기재한 자료를 제외하고 총 282부를 본 연구의 최종 분석자료로 이용하였다.

4. 측정도구

1) 가족의 신체적·정신적 건강

가족의 신체적·정신적 건강 정도를 파악하기 위하여 코넬 대학의 Brodman과 그의 동료들(1954)이 개발한 코넬 의학지수를 이용하였다. 본 척도는 미국에서 신뢰도와 타당도가 이미 입증된 바 있는 도구로 많은 연구에서 이용되고 있다(Buro, 1978). 신뢰도 검증 결과, 각 문항과 전체 척도간 상관계수가 .60 이하인 문항을 제외하고, 신체적 증상에 대한 12문항과 정신적 증상에 대한 13문항으로 척도를 재구성하였다. 이렇게 재구성된 척도의 신뢰도 계수는 신체적 건강의 경우 Cronbach의 α

값 .72, 정신적 건강의 경우 .83으로 나타났다.

〈표 1〉 사회적 지지 측정도구의 신뢰도

하위요인	전체 사회적 지지	정서적 지지	물질적 지지
Cronbach's α	.85	.69	.79

2) 결혼만족도

결혼만족도는 Schumm과 그의 동료들이 제작한 KMSS(Kansas Marital Satisfaction Scale, 1980)를 이용하였다. KMSS의 타당도는 김득성(1989)의 연구에서 이미 입증된 바 있다. 본 척도는 개인의 감정에 초점을 두고 결혼관계에 대한 개인의 전반적인 평가를 반영하는 것으로, 결혼에 대해서, 배우자로서 남편에 대해서, 그리고 남편과의 관계에 대해서 얼마나 만족하는가를 묻는 3문항으로 구성되어 있다. 척도는 “매우 불만족”의 1점에서 “매우 만족”의 7점으로 구성되어 있다. 본 조사에서의 신뢰도 계수는 Cronbach의 α 값이 .93으로 나타났다.

3) 자아존중감

개인의 심리적 특성을 측정하기 위한 자아존중감은 잘 알려진 Rosenberg(1972)의 10문항 척도를 이용하였다. 각 문항은 ‘정말 그렇다’에 5점을, ‘전혀 그렇지 않다’에 1점을 주는 리커트형 5점 척도로서, 점수가 높을수록 자아존중감이 높음을 나타낸다. 본 연구결과 나타난 신뢰도 계수는 Cronbach의 α 값이 .80으로 나타났다.

4) 사회적 지지

사회적 지지를 측정하기 위한 도구는 Norbeck이 개발한 Social Support Questionnaire(NSSQ)를 기초로 본 연구자가 재구성하였다. 본 척도는 기능적 지지, 지지망, 상실 등 세요인, 11개 문항으로 구성되어 있으나, 그중 기능적 지지 총 6문항만을 이용하였다. 수정된 문항에 대한 Cronbach의 α 값은 .84로 나타났다.

5) 가족의 건강성 척도

가족의 건강성은 한국가족이 제시하는 건강한 가족의 특성과 외국의 선행연구 결과에서 나타난 특성을 중심으로 제작된 ‘가족의 건강성’ 척도(어은주·유영주, 1995)를 이용했다. 가족원간의 유대, 가족원간의 의사소통, 가족의 문제해결 수행능력, 가족원간의 가치체계 공유 등 4요인 34문항으로 구성되며, 총체적인 가족의 건강성 및 각 하위요인별로 점수가 높을수록 가족의 건강성 수준도 높음을 의미한다. 신뢰도는 각 요인별로 Cronbach의 α 값이 .80에서 .91로 나타났으며, 전반적인 가족의 건강성은 .94로서 만족스러운 신뢰도를 나타냈다.

5. 분석방법

자료처리는 SPSS/pc+ 프로그램을 이용하였으며, 통계분석 방법은 다음과 같다. 첫째, 가족의 건강성, 결혼만족도, 자아존중감, 가족원의 신체적·정신적 건강, 사회적 지지 등의 측정도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's α 를 이용하였다. 둘째, 연구대상 가족의 일반적 특성, 응답자의 개인적·사회적 특성 등을 알아보기 위해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 사용하였다. 셋째, 한국 도시가족의 건강성 수준 파악을 위해 평균과 표준편차를 이용하였다. 넷째, 가족의 건강성에 대한 각 변인들의 설명력을 파악하기 위해 중다회귀분석을 실시하였다.

〈표 2〉 가족의 건강성 측정도구의 신뢰도

하위요인	총체적 가족 건강성	가족원간 유대	가족원간 의사소통	가족문제 해결수행능력	가족원간 가치체계 공유
Cronbach's α	.94	.91	.88	.83	.80

IV. 연구결과 및 논의

1. 연구대상의 일반적 경향

1) 가족의 일반적 특성

가족의 사회인구학적 특성은 <표 3>과 같다. 부인

의 연령은 40대가 72.7%, 30대가 21.3%, 20대가 6%의 순으로 나타나 40대 연령층이 가장 많으며, 남편의 경우도 40대가 89.4%로 가장 많이 표집되었다. 학력에 있어서 부인의 경우 고졸이 가장 많은 41.1%로 나타났고, 다음이 초급대 이상 25.5%, 중졸 이하가 20.2%의 순으로 나타났으며, 남편의 경우 초급대 이

<표 3> 가족의 사회인구학적 특성

변인	구분	빈도	(백분율)	변인	구분	빈도	(백분율)
부인의 연령	20 대	17	(6.0)	남편의 연령	30 대	22	(7.8)
	30 대	60	(21.3)		40 대	252	(89.4)
	40 대	205	(72.7)		50 대	8	(2.8)
	계	282	(100.0)		계	282	(99.0)
부인의 학력	중졸이하	56	(20.2)	남편의 학력	중졸이하	31	(11.0)
	고 졸	116	(41.4)		고 졸	102	(36.2)
	초급대이상	100	(25.5)		초급대이상	133	(47.2)
	계	272	(86.8)		계	266	(94.4)
부인의 직업	유 무	193	(68.4)	남편의 직업 ¹⁾	노무직	112	(39.7)
	무	78	(23.8)		사무직	78	(27.7)
	계	271	(92.2)		전문직	70	(24.8)
	계			계	260	(92.2)	
부인의 종교	기독교	98	(34.8)	남편의 종교	기독교	83	(29.4)
	천주교	35	(12.4)		천주교	23	(8.2)
	불 교	62	(22.0)		불 교	59	(20.9)
	무	75	(26.6)		무	99	(35.1)
	계	270	(95.8)		계	264	(93.6)
부인의 소득	무	184	(68.4)	남편의 소득 (단위:만원)	무	4	(1.4)
	유	85	(27.0)		50-80미만	5	(1.8)
	계	269	(95.4)		80-110미만	31	(11.0)
가족의 주관적 계층	하 층	28	(9.9)		110-140미만	37	(13.1)
	중 층	238	(84.8)		140-170미만	45	(16.0)
	상 층	14	(4.9)		170-200미만	34	(12.1)
	계	280	(99.6)		200-230미만	45	(16.0)
					230이상	56	(19.9)
	계			계	257	(91.1)	
가족 형태	핵 가족	226	(80.3)	맞자녀 교육 단계	유치원	50	(17.7)
	확대가족	53	(18.8)		초등학교	107	(37.9)
	계	279	(99.1)		중학교	36	(12.8)
			고등학교		32	(11.3)	
			대학교		57	(20.2)	
			계		282	(100.0)	

* 각 변인별로 빈도와 백분율이 다른 것은 무응답을 제외하였기 때문이다.

1) 남편의 직업은 질문지 상에서는 9영역으로 구분하였으나, 연구결과를 처리하는 과정에서 행정, 피고용자, 서비스직, 일반판매직은 노무직으로, 일반 사무직, 계장급 이하의 공무원이나 회사원, 기술직은 사무직으로, 관리직(과장급 이상), 전문직(과학자, 의사, 교수 등)은 전문직으로 분류.

상이 47.2%로 가장 많았고, 고졸, 중졸 이하가 각각 36.2%, 11.0%의 순으로 나타났다.

직업의 경우 부인의 68.4%가 취업을 하지 않았고, 남편의 경우 노무직 39.7%, 사무직 27.7%, 전문직 24.8% 취업하고 있었다. 종교는 부인의 경우 종교가 없다고 응답한 경우가 26.6%, 기독교, 불교, 천주교가 각각 34.8%, 22.0%, 12.4%로 나타나, 기독교가 가장 많은 것으로 나타났다. 소득의 경우 부인의 68.4%가 소득이 없다고 응답했고, 남편의 경우 140만원에서 200만원 미만인 44.0%, 140만원 미만이 27.3%, 그리고 200만원 이상이 19.9%로 나타나고 있어 대부분이 중산층이라고 말할 수 있다.

가족의 주관적 계층은 중층이 84.4%였고, 하층이 9.9%, 상층이 4.9%로 나타나, 대부분이 자신의 가족을 중층으로 인지하고 있었다. 가족형태는 핵가족 형태가 80.3%로서 확대가족 형태의 18.8% 보다 월등히 많아, 한국 도시가족의 전형적인 가족형태는 핵가족임을 알 수 있었다. 만자녀의 교육단계는 초등학교 단계가 37.9%, 대학교 단계가 20.2%, 유치원 단계가 17.7%, 중학교 단계가 12.8%, 고등학교 단계가 11.3% 순으로 나타났다.

2) 가족원의 신체적·정신적 건강특성

가족원의 전반적인 신체적 건강정도는 1점에서 5점 범위중에서 3.80으로 나타나 76점에 해당하는 전반적으로 높은 수준임을 보여주고 있다. 정신적인 건강은 평점 4.10으로, 82점에 달하는 높은 수치로 나타나 한국 도시가족의 정신적 건강이 높은 수준임을 보여주고 있다.

정신치료의 필요성이 없다고 응답한 가족이 89%

로 대부분을 차지하고 있었고, 치료경험이 없는 가족도 96.5%로 본 연구대상 가족의 정신적 건강은 대체로 양호하다고 볼 수 있다.

3) 주부의 개인적 특성

연구대상자인 주부의 결혼만족도는 평균 15.70(표준화한 값 5.23)으로 75점에 해당하는 높은 점수를 보여, 대체로 주부들의 결혼만족도는 높다고 볼 수 있다. 또한, 주부의 자아존중감은 평균 31.96(표준화한 값 3.20)으로, 64점에 해당하는 점수를 보여 주부들의 자아존중감도 대체로 높은 수준임을 알 수 있었다(<표 5>). 따라서 연구대상자들은 개인차원에서나 부부관계 차원에서 건강한 생활을 하는 것으로 보인다.

<표 5> 주부의 개인적 특성

(N=282)

변 인	평 균 (표준편차)	표준화한 값	백분위 점수
결혼만족도	15.70 (3.96)	5.23 (1.32)	75
자아존중감	31.96 (3.47)	3.20 (0.35)	64

4) 가족의 사회적 특성

<표 6>에서 보는바와 같이 전체 사회적 지지는 평균 2.52로서 약간 낮게 나타났다. 하위영역별로 볼 때 전체 사회적 지지는 평균 2.52로서 약간 낮게 나타났다. 하위영역별로는 주변에서 받는 정서적 지지와 물질적 지지가 각각 2.54, 2.48로 낮게 나타났다. 결국, 가족이 지지를 구해야 하는 상황에서도 사회적으로 유용한 지지자원이 없고, 또 대부분의 경

<표 4> 가족원의 신체적·정신적 건강특성

(N=282)

변 인	평 균 (표준편차)			평균화한 값 ¹⁾			백분위 점수		
신체적 건강	45.60 (10.92)			3.80 (0.91)			76		
	53.30 (11.18)			4.10 (0.86)			82		
정신적 건강	변 인	구 분	빈 도	백분율	변 인	구 분	빈 도	백분율	
	정신치료 필요성	무	251	(89.0)	정신치료 경험	무	272	(96.5)	
		유	30	(10.6)		유	10	(3.5)	
	계			281	(99.6)	계			282

1) 표준화한 값은 평균값을 분항수로 나누어 표준화시킴으로서 점수의 비교를 용이하게 한 값이다.

우 가족 자체내에서 해결하는 경향이 있기 때문에 낮게 나타났다고 설명할 수 있다.

〈표 6〉 연구대상 가족의 사회적 특성 (N=282)

변 인	평 균 (표준편차)	표준화한 값	백분위 점수
정서적 지지	10.15 (2.70)	2.54 (0.68)	50.8
물질적 지지	4.96 (1.89)	2.48 (0.95)	49.6
사회적 지지	15.11 (4.19)	2.52 (0.70)	50.4

2. 가족의 건강성의 경향

전반적인 가족의 건강성 정도를 파악하기 위하여 총체적인 가족의 건강성 및 각 하위영역별로 평균과 표준편차를 산출하였다(〈표 7〉). 산출결과, 총체적인 가족의 건강성 점수는 평균 131.88점으로 77.6점(100점 만점 기준)에 해당하는 전반적으로 높은 점수를 보이고 있다. 하위영역별로는 가족원간의 유대가 83.1점, 가족원간의 의사소통은 76.1점, 가족원간의 문제해결 수행능력은 76.1점, 가족원간의 가치체계 공유는 73.9점에 달하는 수준을 각기 보이고 있어, 한국 도시의 가족관계가 전반적으로 건강하게 나타난 것으로 보인다.

그러나, 의외로 나타난 것은 가족원간의 가치체계 공유 영역의 점수가 가장 낮게 나타났다는 점이다. 한국 가족의 건강성 측정도구 제작과정에서 조사된 한국인이 생각하는 건강한 가족의 특성 중에 웃어른 공경, 가족 공통의 가치관의 존재 등이 제시되어 가

족원간의 가치체계 공유 영역이 한국가족 특유의 특성을 대변할 수 있을 것으로 예상되었지만 결과는 오히려 가족의 건강성이 다른 영역 보다 점수가 더 낮게 나타났다. 이는 결국 한국가족이 가족원간에 공유되는 가치관, 가족만의 규범, 전통을 갖고 있으며, 웃어른을 잘 공경하리라는 막연한 기대가 더이상 현실과 부합하지 않고 있음을 단적으로 보여주는 예라 하겠다.

3. 관련변인들의 설명력

본 장에서는 한국 도시가족의 건강성과 관련있게 나타난 변인들을 중심으로 그 영향력 정도를 검토해 보고자 한다. 먼저, 회귀가정의 위반여부를 파악하기 위해 Durbin-Watson 계수를 산출한 결과, 대부분 .20에 근접해 잔차간의 상관성이 없는 것으로 나타났다. 또한, 독립변인들간 다중공선성(multicollinearity)의 존재가능성을 검토키 위해 독립변인들간 상관을 구한 결과, 사회로 부터의 물질적 지지와 정서적 지지 간 상관($r=.76$)을 제외하고는 전반적으로 .40을 넘지 않아 투입된 변수들이 상호 독립적임을 알 수 있었다.

1) 가족원간의 유대에 관한 관련변인의 설명력
가족원간 유대에 영향을 미치는 변인은 결혼만족도($\beta=.39$), 사회로 부터의 물질적 지지($\beta=.19$), 가족원의 정신적 건강($\beta=.17$), 자아존중감($\beta=.15$), 주관적 계층($\beta=.11$)의 순으로 나타났다. 즉, 가족원간 유대는 결혼만족도가 높을수록, 사회로 부터의 물질적

〈표 7〉 가족의 건강성 정도

(N=282)

가족의 건강성 및 하위영역	평 균 (편차)	표준화한 값	백분위 점수
총체적인 가족의 건강성	131.88 (16.09)	3.88 (0.47)	77.6
가족원간의 유대	41.54 (5.38)	4.15 (0.54)	83.1
가족원간의 의사소통	34.25 (4.76)	3.81 (0.53)	76.1
가족 문제해결 수행능력	22.83 (3.07)	3.81 (0.51)	76.1
가족원간의 가치체계 공유	33.27 (5.49)	3.70 (0.61)	73.9

〈표 8〉 관련변인들의 상관관계

(N=282)

변 인	1	2	3	4	5	6
1. 가족의 건강성	1.00					
2. 정신적 건강	.28***	1.00				
3. 결혼만족도	.48***	.34***	1.00			
4. 자아존중감	.15**	.03	.03	1.00		
5. 정서적 지지	.18**	.18**	.22**	.03	1.00	
6. 물질적 지지	.26***	.20***	.24***	.05	.67***	1.00

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

지지가 유용할수록, 가족원의 정신적 건강이 좋을수록, 자아존중감이 높을수록, 가족의 주관적 계층이 중층일때 높았다. 결국, 가족원간 유대를 강화키 위해서는 가족을 구성하는 개인이 자신에 대해 만족감을 갖고, 사회차원에서 주어지는 물질적 지지 또한 가족간 유대를 공고히 하는데 도움이 되는 것으로 나타났다.

2) 가족원간의 의사소통에 관한 관련변인의 설명력

가족원간의 의사소통에 영향력있는 변인은 결혼만족도($\beta=.32$), 가족의 주관적 계층($\beta=.19$), 가족원의 정신적 건강($\beta=.16$)의 순으로 유의하게 나타났다. 즉, 가족원간 의사소통은 결혼만족도가 높을수록, 자신의 가족을 중층으로 인지할수록, 가족의 정신적 건강이 좋을수록 더 잘 이루어지는 것으로 나타났다. 결혼만족도의 경우 가족원간 개방적이고 명료한 의사소통과 상관있다는 여러 선행연구 결과들(이정순, 1985; 정용재, 1985; 송말희, 1986; 홍신례, 1987)과 일치하였으며, 정신건강 변인도 정신적 건강이 좋지 않을때 가족원간 표현력이 떨어진다는 Scoresby 등(1976)과 Young 등(1979)의 연구결과와 일치하였다.

3) 가족원의 문제해결 수행능력에 관한 관련변인의 설명력

가족의 문제해결 수행능력에 영향을 미치는 변인은 결혼만족도($\beta=.28$)가 가장 영향력 있고, 다음이 자아존중감($\beta=.17$), 남편의 소득($\beta=.16$), 가족의 주

관적 계층($\beta=.14$) 등의 순으로 나타났다. 즉, 가족의 문제해결 수행능력은 결혼만족도가 높을수록, 자아존중감이 높을수록, 남편의 소득이 140만원 이상 200만원 미만인 경우, 그리고 가족의 계층이 중층인 경우 더 높게 나타났다. 특이한 점은 가족문제를 해결하는데 있어서 사회로 부터의 지지가 영향력이 없는 것으로 나타났다는 점이다. 이는 사회로 부터의 정서적 지지나 물질적 지지가 있다해도 대부분의 가족들은 가족내 자원을 더 활용하는 경향이 있기 때문인 것으로 보인다.

4) 가족원간의 가치체계 공유에 관한 관련변인의 설명력

가족원간 가치체계 공유에 영향을 미치는 변인은 결혼만족도($\beta=.39$)의 영향이 가장 크고, 가족의 주관적 계층($\beta=.15$), 사회로 부터의 물질적 지지($\beta=.14$), 자아존중감($\beta=.14$)의 순으로 나타났다. 즉, 가족원간 가치체계 공유는 결혼만족도가 높을수록, 가족이 자신의 가족을 중층으로 인지할수록, 사회로 부터 받는 물질적 지지가 유용할수록, 자아존중감이 높을수록 높게 나타났다.

5) 총체적인 가족의 건강성에 대한 관련변인의 설명력

총체적인 가족의 건강성에 영향력있는 변인은 결혼만족도($\beta=.42$), 주관적 계층($\beta=.17$), 자아존중감($\beta=.16$), 사회로 부터의 물질적 지지($\beta=.13$), 그리고 남편의 소득($\beta=.13$) 순이었다. 즉, 결혼만족도가 높

을수록, 중층일수록, 자아존중감이 높을수록, 사회의 물질적 지지가 유용할수록, 남편의 소득이 140만원에서 200만원 미만일 경우 총체적인 가족의 건강성이 높은 것으로 나타났다. 이들 5개 변인의 설명력

은 33%가 된다.

결과적으로 총체적인 가족의 건강성은 주부의 결혼만족도와 자신에 대한 자아존중감 정도에 가장 영향을 많이 받는 것으로 나타났다. 가족내 생활의 질

<표 9> 관련변인에 따른 가족의 건강성에 관한 중다회귀분석

종속 변인	독립 변인	비표준화 회귀계수(B)	표준화 회귀계수(β)	T
가족 원간	결혼만족도	.55	.39	6.89***
	물질적 지지	.54	.19	3.38***
	정신적 건강	1.15	.17	3.13**
	자아존중감	.23	.15	2.77**
	주관적 계층(중층)	2.67	.11	2.08*
유대	상수	23.49		
	F값	24.29***		
	R ²	.34		
	Durbin-Watson 계수	1.95		
가족 원간	결혼만족도	.38	.32	5.35***
	주관적 계층(중층)	2.49	.19	3.25**
	정신적 건강	.91	.16	2.75**
의사 소통	상수	22.32		
	F값	21.93***		
	R ²	.21		
	Durbin-Watson 계수	2.04		
가족 문제 해결	결혼만족도	.20	.28	4.57***
	자아존중감	.13	.17	2.74**
	남편의 소득(140-200만원)	1.13	.16	2.63**
	주관적 계층	1.14	.14	2.36**
수행 능력	상수	14.72		
	F값	10.44***		
	R ²	.15		
	Durbin-Watson 계수	1.96		
가족 원간	결혼만족도	.55	.39	6.71**
	주관적 계층(중층)	2.41	.15	2.77**
	물질적 지지	.42	.14	2.50**
	남편의 소득(140-200만원)	.20	.13	2.28*
가치 체계 공유	상수	18.35		
	F값	21.08		
	R ²	.26		
	Durbin-Watson 계수	1.09		
총체적 가족 건강성	결혼만족도	1.78	.42	7.37***
	주관적 계층(중층)	7.92	.17	3.08**
	자아존중감	.74	.16	2.92**
	물질적 지지	1.36	.13	2.71**
	남편의 소득(140-200만원)	3.98	.13	2.27**
	상수	77.63		
F값	22.37***			
R ²	.33			
Durbin-Watson 계수	1.78			

* p<.05 ** p<.01 *** p<.001

이 부부관계의 질에 영향을 받고 가족의 건강성이 부부관계의 질과 관계있다는 연구들(Ammons et al., 1980; Mace et al., 1985)이 제시되고 있듯, 가족을 구성하는 하위체계들간 만족도가 가족전체에 영향을 미치는 것으로 보인다.

특히, 사회로 부터의 물질적 지지가 가족원간 유대와 가치체계 등에 영향을 미치는 유의한 특성으로 제시되었는데, 이는 가족내 정서적, 심리적 문제가 있을때 가족원 서로가 의지하고 도움을 줄 수 있지만 물질적으로 어려울 때 지지를 제공해 줄 수 있는 사회자원이 있는가에 따라서, 그리고 그들로 부터의 도움이 유용한가에 따라서 가족원간 심리사회적 유대나 가치측면이 영향을 받는 것으로 보인다.

따라서, 앞으로 한국가족이 기대하는 지지망 유형에는 전문가의 도움도 필요로 하고 있음을 기초해 볼 때(조홍식, 1995), 가족이 쉽게 접근할 수 있고 유용하게 사용할 수 있는 사회지지 프로그램의 시급성이 제기된다. 결국, 사회차원에서 가족에게 여러 측면의 지지를 제공함으로써 가족의 건강성을 의도적으로 도모할 수 있을 것으로 본다. 또한, 사회복지정책의 내용에 있어서 가시적이고 물리적인 자원뿐 아니라, 가족의 정서적·정신적 건강을 지원할 수 있는 프로그램을 구체적으로 활성화하여 평생교육 차원에서 실시해야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 한국 도시가족의 건강성은 어느정도이며, 가족의 건강성에 영향을 미치는 변인은 무엇인가 규명해 보고자 하였다. 특히, 자녀교육기는 가족관계가 변할 수 있고 그와 더불어 겪는 다양한 문제들이 부모에게 위기감으로 나타날 수 있기 때문에, 연구대상을 자녀교육기 가족으로 한정하였다. 본 연구를 통해 얻어진 연구결과를 기초로 다음과 같은 결론을 내릴 수 있을 것이다.

첫째, 한국 도시가족의 건강성은 전반적으로 높았다. 특히, 자녀교육기 가족은 다양한 가족사건, 위기,

역할변화 등을 경험하는 시기이므로 가족관계의 역동성 변화도 함께 살펴볼 수 있을 것으로 예측했으나, 각 교육단계별로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 그러므로 가족이 위기에 처해 있으며 머지않아 사라질 것이라는 논쟁이나, 최근 급증하고 있는 청소년 문제의 원인을 가족에게만 돌리는 경향에서 벗어나 가족의 건강성을 유지, 증진시키는 방안에 대한 연구가 필요하다고 볼 수 있다.

둘째, 가족의 건강성에 가장 영향력 있는 변인은 개인의 특성으로 밝혀졌다. 결국, 각 개인이 자기 자신에 대해 얼마나 자긍심을 갖고 있으며, 다른 가족원과의 관계를 어떻게 평가하느냐가 가족전체의 관계를 평가하는 핵심을 이루는 것으로 보인다. 따라서, 가족의 건강성을 더욱 강화시키기 위해서는 가족을 구성하는 하위체계와 하위체계들간 관계만족도를 증진시킬 수 있는 교육 프로그램을 제작하는 일이 시급하다고 볼 수 있다.

2. 제 언

이상으로 연구를 마치면서 마지막으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구는 주부가 인지하는 가족관계가 가장 정확하다는 연구에 근거하여 가족원 중 주부만을 대상으로 하였으나, 오늘날처럼 세대간 갈등이 심각한 사회문제로 확대되고 있는 상황에서는 부모세대 뿐만 아니라 자녀세대를 대상으로 그들이 인지하는 건강성을 측정·비교해 보는 것도 의의있을 것이다. 또한, 본 연구는 서울시의 일반가족만을 대상으로 연구하였으나, 대도시와 농촌가족과의 비교 혹은 임상가족과 일반가족과의 비교 등으로 연구대상을 확대하고 연구집단을 세분화하는 작업도 필요하다고 본다.

둘째, 사회적 지지가 가족의 건강성에 영향을 미치는 유의한 변인으로 나타나 가족관계에 영향을 미치고 있음을 알 수 있었지만, 그 외에도 가족이 접근할 수 있는 교육기관, 상담기관 등을 하나의 변인으로 투입시켜 본 연구결과를 사회적 차원으로 확대시켜 볼 수도 있을 것이다.

마지막으로 실천적 측면에서 가족의 건강성 증진을 위한 각 가족생활 주기별 가족생활교육 프로그램을 구성해야 할 것이다. 즉, 개인주의적 성향이 강한 사회적 분위기 속에서도 가족원간 결속을 증시하는 한국 가족교육의 상황을 고려하여, 실질적으로 가족에게 도움이 될 수 있는 프로그램을 개발, 실시하는 것이 시급할 것으로 사료된다.

【참 고 문 헌】

- 1) 김득성(1989). 결혼만족도 척도에 관한 연구- Kansas Marital Satisfaction Scale을 중심으로-. 한국가정관리학회지 7(2).
- 2) 김진희(1988). 부모-청소년간 의사소통과 가족 응집성 및 적응성과의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 3) 남호장(1965). 코오넬 의학지수에 관한 연구. 현대의학 2.
- 4) 서병숙(1994). 건전가정 육성을 위한 실천적 과제-가정의 기능적 측면에서의 접근. 한국가정관리학회 제17차 총회 및 학술대회.
- 5) 옥선화(1996). 한국가족문제 ; 그 진단과 전망. 한국가족학연구회. 서울:도서출판 하우.
- 6) 유영주·어은주(1995). 가족의 건강도 측정을 위한 척도개발에 관한 연구. 한국가정관리학회지 13(1).
- 7) 유영주(1994). 건강한 가족을 위한 가족원의 역할, 제16차 한국아동학회 총회 및 추계학술대회.
- 8) 최규련(1995). 가족체계의 기능성, 부부간 갈등 및 대처방안과 부부의 심리적 적응과의 관계. 대한가정학회지 33(6).
- 9) 허봉렬(1996). 건강한 가족이란 어떠한 가족인가?. 제3회 가정의 날 기념 행사. 한국건강가족실천운동본부.
- 10) 홍성애(1988). 가족환경과 가족체계 상호작용 유형이 청년기의 자아정체감 형성에 미치는 영향. 성신여자대학교 석사학위논문.
- 11) Barnhill, L. R.(1979). Healthy family system. *Family Coordinator*. 28.
- 12) Belkin, G. S. & Nass, S.(1984). Psychology of adjustment ; the fully functioning family, Boston ; Allyn & Bacon.
- 13) Bloom, B. L.(1985). A factor analysis of self-report measures of family functioning. *Family Process*. 24.
- 14) Casas, C., Stinnett, N., DeFrain, J., William, J., & Lee, P.(1984). Latin American family functioning. *Family Perpecyives*. 18.
- 15) Cohen, S. & Will, T. A.(1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98.
- 16) Curran, D.(1983). Traits of a healthy family, MI : Winston Press, Inc.
- 17) Demo, D. H., Small, S. A. & Williams, R. C. (1987). Family realtions and the self-esteem of adolescents and their parents. *Journal of Marring and the Family*. 49.
- 18) Farrell, M. P. & Barnes, G. M.(1993). Family system and social support ; A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marring and the Family*. 55.
- 19) Kinston, W.(1987). Quantifying the clinical assessment of family health. *Journal of Marital and Family Therapy*. 13.
- 20) Knaub, P. K., Hanna, S. & Stinnett, N.(1984). Strengths of remarried families. *Journal of Divorce*. 7.
- 21) Lewis, J. M., Beavers, W. R., Gosett, J. T. & Phillips, V. A.(1976). No single thread ; psychological health in family systems. N.Y : Brunner/Mazel.
- 22) Moos, R. H. & Moos, B. S.(1976). A typology of family social environments. *Family Process*. 15.
- 23) Olson, D. & DeFrain, J.(1994). Marriage and the Family : diversity and strengrths. Mayfield

- Pub., Co.
- 24) Otto, H. A.(1962). What is a strong family?. *Marriage and Family Living*. 24.
- 25) Ross, C. E. & Mirowsky, J., & Goldsteen, K. (1991). The impact of the family on health ; the decade in review, In *Contemporary Families : looking forward and looking back*. NCFR press.
- 26) Skinner, H. A., Steinhauer, P. D., & Santa-Barbara, J.(1983). The family assessment measure. *Canadian Journal of Community Mental Health*. 2.
- 27) Stinnett, N. & DeFrain, J.(1989). The healthy family : is it possible? The second handbook on parent education. Academic Press.
- 28) Stinnett, N. & DeFrain, J.(1985). *Secretes of strong families*. Boston ; Little, Brown, & Co.
- 29) Stinnett, N.(1979). *Strengthening families. Family Perspectives*. 13.
- 30) Wynne, L. C., Jones, J. E., & Al-Khayyal, M. (1982). Healthy family communication patterns ; observations in families 'at risk' for psychopathology. In F. Walsh(Ed), *Normal Family Processes*. NY : Guilford.