

# 가족의 건강성과 학령기 아동의 자아탄력성\*

## Family Strengths and Ego-Resilience of School-Aged Children

서일대학 사회복지과

조교수 강희경\*\*

Dept. of Social Welfare, Seoil College

Assistant Professor : Kang, Hee-Kyung

### 〈Abstract〉

This study explored the relationship between family strengths and ego-resilience of school-aged children. The Family Strengths Scale is composed of four factors: family commitment, family communication, family values and family crisis coping strategies. The participants were 392 mothers with school-aged children. The main results were as follows; First, the degree of family strengths was generally high. Family commitment was the highest, and family values was the lowest among the four factors. Second, the degree of ego-resilience of school-aged children reported by the mothers was also generally high. Finally, two factors of family strengths, that are, family communication and family values, had positive influences on ego-resilience of children. The implications of this study were discussed.

▲주요어(Key Words) : 가족의 건강성(family strengths), 학령기 아동의 자아탄력성(ego-resilience of school-aged children)

### 1. 서론

탄력성(resilience)은 역경으로부터 다시 일어나 강해지고 자원을 더 풍부하게 할 수 있는 능력으로 정의될 수 있다. 그것은 위기와 도전에 대한 반응으로 인내하고, 자정하며, 성장해 가는 역동적 과정이다(Walsh, 1998:33).

탄력성이 개인이 가진 잠재적인 중요한 자원이라는 측면에서 어떤 사람이 탄력적인가에 대한 연구는 보호요인을 중심으로 이루어진 경향을 보인다. 보호요인이란, 개인이 위협에 저항하거나 개선시키도록 돕는 내부적, 외부적 요인 모두를 포괄하는 개념이다. 탄력적인 개인이 되도록 도와주는 보호요인은 크게 3

가지 범주로 분류될 수 있는데, 그 첫 번째 범주는 기질, 변화에 대한 반응성, 인지능력, 대처 기술과 같은 성향적 특성이고, 두 번째 범주는 가족과 관련된 요인들이다. 마지막으로 세 번째 범주는 가족 외적인 사회적 환경과 관련된 요인들로 알려져 있다(Kirby & Fraser, 1997:16).

이 중에서도 탄력적인 개인의 보호요인으로서 가족환경에 대한 연구가 비교적 활발히 이루어지고 있는데, 현재까지 보고된 연구 결과에 의하면, 긍정적인 부모-자녀 관계, 효율적 자녀양육(Kirby & Fraser, 1997), 부모와의 안정적인 애착(권지은, 2003), 가족의 응집성(권해수, 2003 ; 남영옥·김재한, 2003), 부모의 민주적인 양육태도(양국선·장성숙, 2001), 아버지의 애정적인 양육태도(정미현, 2003), 어머니의 성취적 양육태도(정미현, 2003), 가족의 지지(양국선·장성숙, 2001)와 같은 보호요인이 개인의 탄력성에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타난다.

\* 본 논문은 2004년도 서일대학 학술연구비에 의해 연구되었음

\*\* 주저자 : 강희경 (E-mail : khkyung@seoil.ac.kr)

가족의 지지적인 환경 특성이 개인의 탄력성에 긍정적인 영향을 미치는 보호요인이라는 데에는 이론의 여지가 없지만, 구체적으로 어떠한 가족의 지지적 특성이 자아탄력성과 긍정적인 관련을 갖는가를 다룬 체계적인 연구는 찾아볼 수가 없는 실정이다. 이에 본 연구에서는 최근 들어 우리나라에서 많이 논의되고 있는 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성 간의 관계에 주목하고자 한다. '가족의 건강성'이란 가족원 상호간의 규칙적이고 다양한 상호작용을 적절하게 수행하고, 가족의 공동체적, 정서적, 도덕(가치)적 관계 향상을 도모함으로써 신체적, 정신적, 사회적으로 안정된 상태를 유지하는 것이라고 정의(어은주, 1996)할 수 있다.

2005년 1월 1일부터 시행된 "건강가정기본법"은 건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치 단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며 가족구성원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는 것을 목적으로 제정되었다. 최근 우리나라는 이혼율 증가, 저출산, 가족구성원간 학대·유기 등으로 많은 가정이 해체되거나 어려움을 겪고 있다. 그동안 정부에서는 가족 해체시 아동·노인·장애인 등 개개인별로 복지서비스를 제공하여 왔지만, 가정문제에 대체하는 데에는 한계가 있었다. 이에 모든 국민이 건강하고 행복한 가정생활을 할 수 있도록 지원함으로써 가정문제를 효과적으로 예방하기 위해 2004년 2월에 건강가정기본법이 제정된 것이다(보건복지부, 2004).

건강가정기본법에 의한 건강가정 지원 사업이란, '모든 가족은 강점을 갖고 있고, 도전과 잠재적 역량을 지내고 있다(DeFrain, 2002)'는 건강가족적 관점과 그 맥락을 같이 한다고 볼 수 있겠다. 즉, 가족이 그들의 문제를 보려 한다면 문제만을 보게 되고, 가족의 강점을 보려 한다면 강점을 찾게 될 것이라는 것이다. 이러한 강점은 개발되어 질 수 있고 미래의 긍정적 성장과 변화에 기초가 되며, 나아가 건강한 가족에서 성장할 때 건강한 가족을 이루기가 더 수월해지는 것이다(DeFrain, 2002).

따라서 건강가정기본법 시행과 더불어, 본 연구에서는 학문적·실천적 관심이 증대되고 있는 '가족의 건강성'에 주목하여 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향을 살펴보고자 한다. 보다 구체적으로는, 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성의 일반적 경향을 분석하고, 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향력을 분석할 것이다. 그러므로 본 연구의 결과는 건강가정 지원을 위한 실천적인 기초 자료를 제공해 줄 수 있을 것으로 기대된다. 이러한 목적을 갖고 수행될 본 연구의 구체적인 연구문제는 다음과 같이 설정하였다.

<연구문제 1> 어머니가 지각한 학령기 아동 가족의 건강성은 어떠한가?

<연구문제 2> 어머니가 지각한 학령기 아동의 자아탄력성은 어떠한가?

<연구문제 3> 가족의 건강성은 학령기 아동의 자아탄력성에 어떤 영향을 미치는가?

## II. 이론적 배경

### 1. 가족의 건강성(Family Strengths)

가족의 건강성, 이른바 '건강 가족'에 대한 연구는 건강한 사회를 유지하고 개인의 성장을 도모하는데 있어 가족의 중요성을 간과해서는 안된다는 자각 아래 이루어지고 있다(어은주, 1996). '건강 가족'에 대한 연구는 연구자에 따라 다양한 개념으로 지칭되고 있는바, '기능적 가족(functional family)(Bloom, 1985)', '강한 가족(strong family)(Stinnett & Defrain, 1985)', '균형된 가족(balanced family)(Olson, Russell & Sprenkle, 1983)', '건강가족(유영주, 1991)', '건강한 가족(health family)(Lewis, Beavers, Gosett & Phillips, 1976)' 등이 그것이다.

우리나라의 건강가족의 대한 논의는 1990년대 들어 유영주(1991)의 건전가정 육성을 위한 가족복지 프로그램 개발에 관한 연구에서부터 비롯되었다고 볼 수 있다. 유영주(1991)에 의하면, "건전가정이란 가정의 유지 및 발전을 위하여 가정의 기능을 잘 수행하고 있는 가정이다"라고 정의하고 있다. 서병숙(1994)의 연구에서는 건전가정의 정의를 "가족원 개개인의 성장을 도모하고 가족원간의 상호작용이 활발하고 가족가치관과 가족체계를 잘 유지시켜 나가는 가정"이라고 보았다.

유영주(1994)의 연구에서는 건정 가정이라는 용어가 아닌 "건강가족"으로 가족의 건강성을 설명하고 있는데, 건강한 가족이란 "개인적 차원에서 가족원 개개인의 성장과 발달을 도모하고, 가족 관계 차원에서 가족원간의 상호작용이 기능적이고 원만하며, 가족체계가 잘 유지되면서 가족가치관을 지속적으로 발전시키고 있는 가족"으로 정의함으로써 가족체계 내에서의 개인 및 관계적 측면을 강조하고 있다.

이와 같이 건전가정과 건강가족 등 다양한 용어의 사용으로 인한 혼란을 배제하기 위해 어은주(1996)의 연구에서는 '건강가족'의 개념을 채택하고 있다. 연구자에 의하면, '건강'이라는 개념이 임상이나 일반적인 연구에서 널리 사용되고 있을 뿐만 아니라, 신체적 건강 외에 정신적·사회적·도덕적 건강과 관련되는 광범위한 개념이며, 아울러 인간을 주체로 하는 자율적 개념임을 내포하고 있기 때문이다.

다양한 용어의 혼용에도 불구하고, 어떤 특성이 건강한 가족을 보여주는 준거인가에 대해서는 오래 전부터 연구되어온 주제이기도 하다. 건강한 가족 연구의 선구자인 Otto(1962)의 연구에 의하면, 건강한 가족이란, 신념·종교·도덕적 가치를 공유하고, 서로 사랑하고 배려하고 이해하며 공동의 관심사와 목표 및 목적이 있으며, 자녀에 대한 사랑이 넘치고 늘 행복하고, 함께 일하며 즐기고, 어떤 원칙에 대한 합의가 이루어지며, 가족원의 개별성을 존중하여 주고 특별한 휴식 활동을 함께 하고,

교육열이 있는 것으로 나타났다(어은주, 1996, 재인용).

Olson과 McCubbin(1983)의 연구에서는 가족의 강점에 대해 조사하였는데, 연구결과 가족의 강점이란 가족의 일치감과 가족에 대한 자부심, 그리고 레저활동, 대화, 갈등해결, 신앙, 재정관리, 역할관계, 성관계, 친구, 자녀 등에 대한 일치감 내지는 가족의 세 가지 요인으로 구성됨을 밝혔다. 그러나 일련의 연구들은 서구의 가족문화 가치가 반영된 것으로 한국 가족의 건강성을 이해하는 데에는 한계가 존재하여 왔다.

이에, 한국의 사회 문화적 배경이 반영된 가족의 건강성 측정을 위한 도구 개발을 한 어은주와 유영주의 연구(1995)에서는 건강한 가족의 특성에 대한 개방적 질문을 실시하였는데, 연구결과 제시된 바로는 대화가 잘 이루어진다, 가정생활이 화목하다, 서로 사랑한다, 웃어른을 공경한다, 함께 많은 시간을 보낸다, 여가나 식사를 함께 한다, 공통의 가치관이 있다, 상호이해가 충만하다, 사생활을 존중해준다, 가족원으로서의 역할을 충실히 해나간다, 건전한 사고방식을 갖고 있다, 문제해결을 잘한다 등과 같은 항목이 있었다.

가족체계적 관점과 건강가족적 관점에 기초하여 성인들을 대상으로 한국 건강가족의 특성에 대한 인식 경향을 보고한 유계숙(2004)의 연구에서는 건강가족이란 “성원들이 긍정적인 상호작용과 건강한 정신을 소유하며, 공동체로서 동고동락하는 가족”을 의미하는 것으로 나타났다.

이러한 연구결과를 통합하여 볼 때, 건강한 가족을 나타내주는 준거로는 가족원간의 유대, 가족원간의 원활한 의사소통, 가족원의 문제해결 수행능력, 가족원간의 가치체계 공유라는 특성으로 요약되어질 수 있겠다(어은주, 1996). 따라서 본 연구에서는 어은주(1996)가 제시한 건강가족의 정의에 따라, 가족의 건강성을 “가족원간의 유대” “가족원간의 원활한 의사소통”, “가족원의 문제해결 수행 능력”, 그리고 “가족원간의 가치체계 공유”의 4가지 하위 개념으로 구성되는 것으로 보고, 학령기 자녀를 둔 어머니가 지각한 가족의 건강성 요인이 어떤 특성을 보이며, 이에 따라 아동의 자아탄력성에 어떤 효과가 나타나는지 분석하고자 한다. 본 연구에서 어은주(1996)의 건강가족의 정의를 채택한 이유는 연구자에 의해 개발된 가족의 건강성 측정도구가 한국의 사회 문화적 배경을 반영할 뿐 아니라, 도구 개발 과정에 참여한 대상자들이 자녀교육기 자녀를 둔 주부들이므로 본 연구 대상에 부합된다고 보여지기 때문이다.

가족의 건강성의 일반적 경향 및 가족의 수입과 가족원수, 가족형태, 부모의 교육수준과 어머니의 취업유무, 아버지의 직업유형 등과 같은 일반적 배경 변인에 따른 가족의 건강성의 차이를 분석한 주요 연구결과를 살펴보면 다음과 같다.

자녀교육기 가족의 주부를 대상으로 실행한 어은주(1996)의 연구에서 나타난 가족의 건강성 평균 점수는 3.88(1-5점 Likert 척도)점으로 연구대상자들이 지각하는 가족의 건강성이 어느 정도 높은 것으로 나타났다. 가족의 건강성을 구성하는 4가지 하위 요인별 분석에서는 ‘가족원간의 유대’ 점수가 가장 높았으며,

다음으로는 ‘가족 문제해결 수행능력’, ‘가족원간의 의사소통’, 그리고 ‘가족원간의 가치체계 공유’ 요인의 순으로 분석되었다. 가족의 일반적 배경변인에 따른 가족의 건강성 차이 분석에서는 부부의 교육수준, 부인의 취업 유무, 남편의 직업 유형과 가족 형태에 따른 효과가 나타나지 않았지만, 가족의 수입에 따른 효과가 나타나서 저소득이거나 고소득일 경우 중간소득인 가족보다 가족의 건강성이 낮은 것으로 분석되었다.

중학교에 재학 중인 청소년이 보고한 가족의 건강성에 대한 권대희와 오윤자의 연구(2004)에 의하면, 청소년들이 가족을 어느 정도 건강하게 평가한다는 것을 보여주었다(평균 3.24점, 1-5점 Likert척도). 가족의 건강성을 나타내는 ‘가족원간의 유대’, ‘가족원간의 의사소통’, ‘가족 문제해결 수행능력’, ‘가족원간의 가치체계 공유’ 등과 같은 4가지 하위 요인 중에서 ‘가족원간의 유대’ 요인 점수가 가장 높게 나타났으며, 다음으로는 ‘가족문제 해결 수행능력’, ‘가족원간의 의사소통 능력’, 그리고 ‘가족원간의 가치체계 공유’ 요인 순서로 나타났다. 이는 어은주(1996)의 연구결과와 일치하는 것으로 볼 수 있다. 일반적인 배경변인에 따른 가족의 건강성에도 유의한 차이가 나타났는데, 가족의 수입이 높을수록, 부모의 교육수준이 높을수록 대상 청소년이 지각하는 가족의 건강성은 높은 것으로 보고되었다(권대희·오윤자, 2004). 청소년을 대상으로 한 윤세은(2000)의 연구에서도 가족의 수입과 부모의 교육수준에 따른 가족의 건강성에 유의미한 차이가 나타났다.

자녀교육기의 농촌가족을 대상으로 실행한 양순미와 유영주, 그리고 정현숙(2001)의 연구에서는 건강가족으로 분류된 가족의 경우, 확대가족이고 가족원수가 적을수록 가족의 건강성이 높아지는 것으로 나타나서 가족구조 요인이 가족의 건강성을 결정짓는 중요한 변인인 것으로 나타났다. 이렇듯, 어은주와 유영주(1995)가 개발한 ‘가족의 건강성’으로 측정된 연구들(권대희·오윤자, 2004; 양순미·유영주·정현숙, 2001; 어은주, 1996)에서 가족의 형태와 가족원수, 가족의 수입에 따른 효과가 서로 다르게 보고되고 있음을 알 수 있다. 이는 연구대상자가 거주하는 지역이 도시인가 농촌인가에 따른 가족문화의 차이 때문인 것으로 유추된다. 본 연구에서는 학령기 자녀를 둔 가족의 건강성의 일반적 경향을 분석하고, 가족의 수입과 가족원수, 가족형태, 부모의 교육수준과 어머니의 취업유무, 아버지의 직업유형 등과 같은 일반적 배경 변인에 따른 가족의 건강성의 차이를 제시할 것이다.

## 2. 자아탄력성(Ego-Resilience)

‘resilience’, 혹은 ‘resiliency’ 용어는 한 가지 용어로 통일되지 못한 채, 연구자에 따라 ‘탄력성’, ‘적응유연성’이라는 용어로 번역되어 국내에 소개되고 있다. ‘resilience’를 ‘적응유연성’으로 번역한 경우, 이를 단순한 적응과 구분되는 개념으로 강조하고, 스트레스 이전의 적응수준으로의 복귀 능력으로 규정하고 있는

며, '탄력성'이라는 용어로 번역한 경우에는 같은 위기 상황에서 더 잘 적응하게 하는 요소로 설명하고 있다. 어떤 용어가 가장 적절할 것인가에 대해서는 지속적인 논의가 필요하겠지만, 본 연구에서는 어떤 상황에 대한 융통성과 외부의 힘에 대한 저항 및 회복의 의미를 함축하고 있는 '탄력성'이라는 용어로 해석하고자 한다(양옥경·최명민, 2001).

탄력성(resilience)은 역경으로부터 다시 일어나 강해지고 자원을 더 풍부하게 할 수 있는 능력이다. 그것은 위기와 도전에 대한 반응으로 인내하고, 자정하며, 성장해 가는 역동적 과정이다. 탄력성은 단지 생존하는 것 뿐 아니라 피로운 시련을 통과하거나 이로부터 벗어나는 것을 포함한다. 탄력성을 지닌 개인은 고통스러운 상처로부터 치유될 수 있도록 하고, 자신의 삶을 스스로 책임지게 하며, 완전히 살아가고, 결국은 사랑할 수 있도록 한다(Walsh, 1998:33)

그러므로, 탄력성의 사전적 의미는 '다시 되돌아오는 경향', '회복력', '탄성'으로서 단순히 '상처받지 않음(invulnerable)'을 의미하는 것이 아니다. 오히려 탄력성이란 스트레스가 증가하는 상황에서조차 영향을 거의 받지 않거나 덜 받으며 유능감(efficacy)으로 스트레스 상황에 대처함으로써 스트레스를 현저하게 낮출 수 있는 능력을 의미한다. 따라서 탄력성은 역경이나 어려움 속에서도 기능 수행을 다시 회복한다는 의미이기 때문에 '전혀 상처받지 않는다'는 개념과는 상이하하다(김미옥, 2001).

Block(1982)은 일시적이고, 적응이 필요한 스트레스의 영향으로부터 다시 그 이전의 자아-통제 수준으로 변화시킬 수 있고, 되돌아 갈 수 있는 역동적인 능력을 탄력성(resilience)과 구분하여 자아탄력성(ego-resilience)이라고 지칭하였다. Block(1982)은 자아탄력성을 하나의 성격유형으로 정의하여, 자아탄력적인 사람들은 불안에 민감하지 않을 뿐 아니라 새로운 경험에 개방적이고 긍정적인 정서를 경험하며 중간 수준의 자아-통제를 하는 경향이 있고, 체계의 평형을 유지하거나 증진시키기 위해 환경 맥락의 요구에 따라 자아-통제의 수준을 융통성 있게 조절할 수 있는 능력을 지니고 있다고 보고하였다.

서지영(2002)에 의하면, 탄력성의 특성을 세 가지로 요약하여 소개하고 있는데, 그 첫 번째 특성은 사회적 유능감으로, 타인들과의 관계에서 협력과 의사소통을 잘 하고 타인의 감정을 잘 공감해주며, 자신을 둘러싼 문제 상황들을 잘 해결해 나가는 것이다. 두 번째 특성은 자신에 대한 높은 지각력인데, 이는 자신에 대해 확신을 가질 수 있고, 자신을 잘 이해하고 인식하는 것을 의미한다. 그리고 목표의식을 갖고 미래에 대해 설계할 수 있는 능력이 세 번째 특성에 속한다.

부모보고형의 자아탄력성 척도를 개발한 윤현희(1998)의 연구에서는 자아탄력성을 내적 긴장이나 충동을 상황에 적절하게 억제하거나 분출함으로써 상황에 효율적이고 융통성 있게 대처하는 능력으로 보았다. 본 연구에 의하면, 아동의 자아탄력성은 '또래관계와 낙천성', '공감과 자기수용', '과제에 대한 집중력과 자신감', '이해력', 그리고 '리더십'의 구성요인으로 이루어진다

(윤현희, 1998). 학령기 아동의 발달 특성을 고려해볼 때, 아동 스스로 자신을 객관적으로 표현하거나 기술하기 힘들기 때문에 아동의 심리적 특성을 평가할 때에는 아동을 잘 아는 부모나 보호자를 주요한 정보원으로 조사하는 것이 좋은 것으로 알려져 왔다(윤현희, 1998). 이에 본 연구에서는 윤현희(1998)가 개발한 부모보고형의 자아탄력성 척도를 사용하고자 한다.

자아탄력성의 일반적 경향 및 부모의 교육수준, 어머니의 취업유무와 아버지의 직업유형, 가족형태, 가족원수, 가족의 수입, 그리고 아동의 성별과 출생순위 등과 같은 일반적 배경변인에 따른 효과를 다룬 주요 연구 결과를 살펴보면 다음과 같다. 초·중·고등학교에 재학중인 청소년을 대상으로 한 권지은(2003)의 연구에서는 대상자의 성별, 부모의 교육수준, 경제수준에 따른 차이가 모두 나타나지 않았다.

학령기 아동을 대상으로 한 이은미와 박인전(2002)의 연구에서는 아동의 성별에 따른 자아탄력성에 유의미한 차이가 없었다. 청소년을 대상으로 실시한 권지은(2003)의 연구에서도 성별에 따른 효과가 없었으며, 부모의 교육수준과 지각된 경제수준에 따른 효과 역시 나타나지 않았다. 이상과 같이 일련의 국내 연구에서는 아동의 성별과 가족의 수입, 그리고 부모의 교육수준과 같은 일반적 배경 변인에 따른 차이가 나타나지 않는다는 것을 알 수 있다. 본 연구에서는 학령기 아동의 자아탄력성의 일반적 경향을 분석하고, 가족과 아동의 일반적 배경 변인에 따른 차이를 살펴볼 것이다.

### 3. 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성

가족의 건강성에 대한 국내 연구가 비교적 최근 들어 활발히 이루어져 왔고, 더구나 건강가족이 갖는 의미에 대한 탐색적 연구가 주된 논의의 핵심을 이루는 상황을 감안할 때, 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성 간의 관계를 직접적으로 다룬 연구는 찾아볼 수가 없다. 이에 본 절에서는 가족환경의 전반적인 특성, 즉 부모-자녀관계, 부모의 양육태도 등과 자녀의 자아탄력성 간의 관계를 다룬 주요 연구결과를 살펴보고자 한다.

부모-자녀 관계와 아동의 자아탄력성 간의 관계를 보고한 이은미와 박인전(2002)의 연구에 의하면, 어머니의 돌봄 수준이 높을수록, 어머니의 과잉 통제 및 제한수준이 낮을수록, 아버지의 돌봄 수준이 높을수록 아동의 자아탄력성이 높아지는 것으로 나타났다. 아동의 성별에 따라서 부모-자녀 관계에 따른 아동의 자아탄력성에 미치는 영향이 다르게 나타났는데, 남아의 경우, 어머니의 돌봄 수준이 높을수록 남아의 자아탄력성이 높아지는 것으로 나타난 반면, 여아의 경우, 아버지의 돌봄 수준이 높을수록, 어머니의 과잉통제 및 제한이 낮을수록, 어머니의 돌봄 수준이 높을수록 여아의 자아탄력성이 높아지는 것으로 분석되었다. 이러한 결과는 부모-자녀 간 유대관계 중 특히 어머니의 자상하고 따뜻한 보살핌과 돌봄이 남녀 아동 모두에게 자아탄력성에 매우 중요한 변인으로 작용함을 시사한다.

초등학교 5,6학년 아동을 대상으로 한 정미현(2003)의 연구에서는 부모의 양육태도를 긍정적으로 지각할수록 아동의 자아탄력성이 높아지는 것으로 나타났다. 특히 아버지의 양육태도를 애정적으로 지각할수록, 어머니의 양육태도를 성취적으로 지각할수록 아동의 자아탄력성 수준이 높게 나타남을 보여주었다.

이외에도, 부모들 사이의 관계, 의사소통의 원활, 자녀에 대한 부모의 높은 이해수준 등이 아동의 자아탄력성과 관련이 있는 가족 관련 변인으로 보고되고 있다(정동화, 1997). 가족과 관련된 지지적 특성이 아동의 자아탄력성과 긍정적인 관련이 있다는 위의 연구결과와는 다르게, 관련이 없다는 연구 보고도 있는데, 권지은(2003)의 연구에서는 부모와의 애착 정도와 자아탄력성 간의 유의미한 관계가 없는 것으로 나타났다.

이상의 연구 결과를 두고 볼 때 대체적으로 가족의 지지적 특성이 아동의 자아탄력성에 긍정적 영향을 미칠 것임을 어렵지 않게 유추할 수 있다. 다만 가족이 건강성과 아동의 자아탄력성 간의 관계를 직접적으로 다룬 연구가 없는 상황에서 가족의 건강성을 이루고 있는 네 가지 하위 요인의 상대적 영향력을 살펴보는 작업은 가족 지원을 위한 기초 자료를 제시해 줄 수 있을 것으로 기대된다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구대상

본 연구에 참여한 대상자는 초등학교 5, 6학년에 재학하는 자녀를 둔 어머니 392명이다. 응답자를 어머니로 선정한 이유는 학령기 아동이 자신을 객관적으로 표현하거나 기술하기 힘들어서 아동의 심리적 특성을 평가할 때는 아동을 가장 잘 아는 부모나 보호자를 주요한 정보원으로 조사하는 것이 좋기 때문이다(윤현희, 1998).

연구자는 지역과 사회경제적 배경 등을 고려한 후, 서울 시내에 소재한 3개 초등학교를 편의 표집하였다. 표집된 학교별로 5, 6학년에서 4개반을 선정하여, 담임교사에게 협조를 의뢰한 뒤, 아동을 통해 어머니용 질문지를 각 가정에 배포하였다. 질문지 조사가 이루어진 기간은 2004년 11월 29일부터 2004년 12월 6일까지였다. 수거된 질문지는 총 401부였으며, 이중 기제가 부실한 9부를 삭제하여 총 392부가 최종분석에 사용되었다.

<표1>은 연구대상자의 일반적 특성을 보여준다.

먼저 질문지에 응답한 어머니의 연령대를 살펴보면, 30대 이하가 36.2%, 40대 이상이 63.8%를 차지하였고, 교육수준 분포에서는 대졸이상이 49.1%로 나타나서 비교적 고학력집단임을 알 수가 있다. 또한 연구대상 어머니의 취업분포에서는 비취업모인 사례가 65.9%로 분석되었으며, 취업모인 경우 사무직 13.4%, 그리고 자영업 7.0%과 전문직 6.7%, 서비스·근로직 5.9%의 분포를 보였다.

5,6학년에 재학중인 학령기 자녀에 대한 일반적 배경변인을

살펴보면, 남아가 48.7%, 여아가 51.3%임을 알 수가 있고, 출생순위 분포에서는 첫째아인 사례가 47.7%로 가장 높았다. 가족의 월평균 수입은 370.80만원(범위 70-2,500만원)이었고, 그 수입이 201-300만원 사이인 사례가 31.9%로 가장 많았다.

<표 1> 연구대상자의 일반적 특성(N=392<sup>1)</sup>)

변인	내용	빈도(%)
모의 연령	30대 이하	142(36.2)
	40대 이상	250(63.8)
모의 교육수준	고졸이하	193(50.9)
	대졸이상	186(49.1)
모의 직업	전업주부	255(65.9)
	전문·사무직	26( 6.7)
	사무직	52(13.4)
	서비스·근로직	23( 5.9)
	자영업	27( 7.0)
	기타	4( 1.0)
자녀의 성별	남	191(48.7)
	녀	201(51.3)
자녀의 출생순위	첫째	187(47.7)
	둘째	177(45.2)
	셋째이하	28( 7.1)
가족의 월수입	200만원이하	80(21.8)
	201-300만원	117(31.9)
	301-400만원	58(15.8)
	401-500만원	64(17.4)
	501만원이상	48(13.1)

#### 2. 측정도구의 구성

본 연구에서는 가족의 지지적 특성을 측정하기 위해 어은주와 유영주(1995)가 개발한 “가족의 건강성” 측정도구 34문항을 사용하였다. 본 도구는 ‘가족원간의 유대(10문항)’, ‘가족원간의 의사소통(9문항)’, ‘가족의 문제해결 수행능력(6문항)’, 그리고 ‘가족원간의 가치체계 공유(9문항)’ 등 4가지 하위요인으로 구성되었다. 각 문항은 ‘전혀 그렇지 않다(1점)’에서 ‘정말 그렇다(5점)’의 Likert척도로 측정되며, 점수가 높을수록 가족의 건강성이 높다는 것을 의미한다. 본 도구 문항의 내적 일치도를 보여주는 Cronbach  $\alpha$ 계수가 0.94(‘가족원간의 유대’ 요인 0.86, ‘가족원간의 의사소통’ 요인 0.81, ‘가족의 문제해결 수행능력’ 요인 0.78, ‘가족원간의 가치체계 공유’ 요인 0.84)로 나타나서 신뢰할 수 있는 측정도구임을 나타내주었다.

아동의 자아탄력성은 윤현희(1998)가 개발한 “부모보고형 자아탄력성” 24문항으로 측정하였다. 본 도구는 각 문항에 대해

주1) 무응답으로 인해 전체 사례수는 차이가 있음

‘전혀 그렇지 않다(1점)’와 ‘정말 그렇다(5점)’의 Likert 척도로 응답하게끔 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 아동의 자아탄력성이 높음을 의미한다. 본 척도는 ‘또래 관계와 낙천성(7문항)’, ‘공감과 자기 수용(6문항)’, ‘과제에 대한 집중력과 자신감(5문항)’, ‘이해력(4문항)’, 그리고 ‘리더십(2문항)’의 다섯 가지 요인으로 구성되어 있다. 본 도구의 Cronbach  $\alpha$ 계수는 0.88(‘또래 관계와 낙천성’ 요인 0.86, ‘공감과 자기 수용’ 요인 0.78, ‘과제에 대한 집중력과 자신감’ 요인 0.79, ‘이해력’ 요인 0.68, ‘리더십’ 요인 0.77)로 나타나서 신뢰할 수 있는 도구임을 보여주었다.

이외에 연구대상자의 일반적 배경 변인에 대한 질문은 연구자가 직접 구성하였다.

### 3. 자료분석

본 연구에서 사용된 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성 측정도구의 신뢰도 분석을 위하여는 Cronbach의  $\alpha$ 계수를 산출하였다. 연구대상 아동 및 가족의 일반적 특성 분석을 위하여 빈도 및 백분율, 평균과 표준편차를 분석하고, 가족의 건강성 및 자아탄력성의 일반적 경향 분석을 위해서는 평균과 표준편차, 그리고 종속적 t검증(paired t-test)을 적용하였다. 가족의 건강성에 따른 아동의 자아 탄력성 분석을 위해서는 적률상관계수와 동시투입 방식(enter)에 의한 회귀분석을 사용하였다. 이상의 모든 통계분석은 SPSS 프로그램을 활용하였다.

## IV. 연구결과 및 논의

### 1. 가족의 건강성의 일반적 경향

가족의 건강성 34문항의 평균점은 1-5점 Likert 척도를 기준으로 볼 때, 3.95(SD=0.48)점으로 비교적 높게 나타났다. 즉, 본 연구대상 어머니가 지각한 가족의 건강성은 어느 정도 높은 것을 알 수가 있다. 각 하위 요인별 문항 평균점을 살펴보면, ‘가족원간의 유대’ 요인 4.22(SD=0.51)점, ‘가족원간의 의사소통’ 요인 4.01(SD=0.55)점, ‘가족의 문제해결 수행능력’ 요인 4.10(SD=0.56)점, 그리고 ‘가족원간의 가치체계 공유’ 요인 3.74(SD=0.60)점으로 나타났다(표2). 본 결과는 동일한 측정도구를 사용하여 실행한 어은주(1996)의 연구(평균 3.88점)와 권대회와 오윤자(2004)의 연구 결과(평균 3.24점)보다 높은 수치임을 알 수가 있다.

각 하위요인별 평균점수 간의 차이가 유의미한가에 대하여 종속적 t검증(paired t-test)을 실시한 결과, 각 하위요인별로 유의한 차이가 나타났다. 즉, 본 연구대상 어머니가 지각한 학령기 아동 가족의 건강성 하위요인에서는 ‘가족원간의 유대’ 점수가 가장 높고, 다음으로는 ‘가족의 문제해결 수행능력’, ‘가족원간의 의사소통’, ‘가족원간의 가치체계 공유’ 순서임을 알 수가 있었다. 이는 본 연구와 동일한 척도로 측정한 연구들(권대회·오윤자, 2004; 어은주, 1996)과 일치하는 결과이다.

<표 2> 가족의 건강성의 일반적 경향

내 용	평균(SD)
‘가족원간의 유대’ 요인	4.22(0.51)
‘의사소통’ 요인	4.01(0.55)
‘문제해결 수행능력’ 요인	4.10(0.56)
‘가치체계 공유’ 요인	3.74(0.60)
가족의 건강성 전체	3.95(0.48)

<표3>은 일반적 배경변인에 따른 연구대상 가족의 건강성의 차이를 보여준다. 표에서 나타나듯이, 어머니와 아버지의 교육수준에 따른 가족의 건강성에 유의미한 차이를 보이고 있다. 즉, 고졸이하 어머니 가족(Mean=131.61, SD=17.48)보다는 대졸이상의 어머니 가족의 건강성(Mean=137.35, SD=14.47)이 높은 것을 알 수 있다( $t=-3.48, p<.001$ ). 아버지의 교육수준에 있어서도 어머니와 같은 차이가 나타났는데, 고졸이하의 아버지 가족(Mean=131.40, SD=18.17)보다 대졸이상의 아버지 가족의 건강성 점수(Mean=136.35, SD=14.66)가 유의미하게 높은 것으로 분석되었다( $t=-2.79, p<.01$ ). 부모의 교육수준에 따른 가족의 건강성에 유의한 차이가 나타난 것은 권대회와 오윤자(2004) 및 윤세은(2000)의 연구결과와는 일치하지만, 유의미한 차이를 보고하지 않은 어은주(1996)의 연구결과와는 일치하지 않는다.

<표 3> 일반적 배경 변인에 따른 가족의 건강성(N=392<sup>2)</sup>)

변 인	내 용	n	Mean(SD)	F(t)값
교육수준	고졸이하	193	131.61(17.48)	-3.48***
	대졸이상	186	137.35(14.47)	
교육수준	고졸이하	147	131.40(18.17)	-2.79**
	대졸이상	239	136.35(14.66)	
취업유무	취업유무	255	133.84(15.97)	-1.19 (n.s)
	취업유무	132	135.90(16.59)	
직업	전문·관리직	76	136.39(15.93)	1.18 (n.s)
	사무직	140	135.02(15.67)	
	서비스·근로직	55	132.62(15.08)	
	자영업	110	133.60(17.18)	
	기 타	3	149.00( 8.66)	
가족형태	핵가족	353	134.32(16.19)	-2.40 (n.s)
	확대가족	39	134.97(16.28)	
가족원수	3인가족	35	138.66(11.66)	1.05 (n.s)
	4인가족	247	133.97(17.07)	
	5인가족	81	134.59(15.19)	
	6인가족이상	29	132.17(15.60)	
가족의 수입	200만원이하	80	130.18(11.88)B <sup>3)</sup>	5.74***
	201-300만원	117	132.87(18.12)B	
	301-400만원	58	134.45(16.17)B	
	401-500만원	64	135.41(16.09)B	
	501만원이상	48	143.44(14.04)A	
자녀수	1자녀	42	138.02(13.01)	1.19 (n.s)
	2자녀	268	133.95(16.96)	
	3자녀이상	81	133.90(14.99)	

\*\*p<.01 \*\*\*p<.001 n.s.=not significant

주2) 무응답으로 인해 전체 사례수는 차이가 있음

주3) Duncan의 사후검증에 의한 집단화로 같은 문자로 표시된 평균은 통계적으로 유의한 차이가 없음

그러나, 가족형태와 가족원수, 그리고 자녀수에 따른 가족의 건강성의 차이 검증에서는 모두 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 이는 자녀교육기 주부를 대상으로 실시한 어은주(1996)의 연구와 일치한다. 또한, 어머니의 취업유무와 아버지의 직업에 따른 효과도 나타나지 않았다. 다만, 가족의 월수입에 따른 건강성 점수에서는 유의한 차이가 나타났는데(F=5.74, p<.001), 그 월수입이 501만원 이상(Mean=143.44, SD=14.04)의 고수입일 때, 월수입 401-500만원(Mean=135.41, SD=16.09), 301-400만원(Mean=134.45, SD=16.17), 201-300만원(Mean=132.87, SD=18.12), 그리고 200만원 이하(Mean=130.18, SD=11.88)인 가족들보다 유의하게 가족의 건강성이 높은 것을 알 수가 있다. 본 결과는 권대희와 오윤자(2004), 그리고 윤세은(2000)의 연구와 유사하다.

부모의 교육수준과 가족의 수입에 따라 가족이 건강성에 유의한 차이가 나타난다는 본 연구결과는 가족의 건강성을 이해하는 데 있어 가족이 속한 사회경제적 지위를 결정짓는 주요 변인인 부모의 교육수준과 가족의 수입이 중요한 준거가 됨을 시사한다.

2. 아동의 자아탄력성의 일반적 경향

<표 4> 아동의 자아탄력성의 일반적 경향

내 용	평균(SD)
‘또래관계와 낙천성’ 요인	3.80(0.63)
‘공감과 자기수용’ 요인	3.40(0.52)
‘과제에 대한 집중력과 자신감’ 요인	3.50(0.85)
‘이해력’ 요인	3.86(0.61)
‘리더십’ 요인	4.01(0.94)
자아탄력성 전체	3.74(0.54)

어머니가 지각한 5,6학년 학령기 아동의 자아탄력성 평균 점수는 89.70(SD=12.84)점이었다(범위 49-119). 자아탄력성 24문항의 평균점은 1-5점 Likert 척도를 기준으로 볼 때, 3.74(SD=0.54)점으로 어느 정도 높은 것을 알 수가 있었다(표4).

아동의 자아탄력성을 구성하는 5개 하위요인의 평균점수를 살펴보면, ‘또래관계와 낙천성’ 요인 3.80(SD=0.63)점, ‘공감과 자기수용’ 요인 3.40(SD=0.52)점, ‘과제에 대한 집중력과 자신감’ 요인 3.50(SD=0.85)점, ‘이해력’ 요인 3.86(SD=0.61)점, 그리고 ‘리더십’ 요인 4.01(SD=0.94)점으로 분석되었다. 각 하위 요인별 평균 점수 차이에 대한 종속적 t검증(paired t-test)에서도 각 하위 요인별로 모두 유의한 차이가 나타나서 ‘리더십’, ‘이해력’, ‘또래관계와 낙천성’, ‘과제에 대한 집중력과 자신감’, 그리고 ‘공감과 자기수용’ 요인의 점수 순서를 보여주었다.

<표 5> 일반적 배경변인에 따른 아동의 자아탄력성(N=392<sup>4)</sup>)

변 인	내 용	n	Mean(SD)	F(t)값
부모의 교육수준	고졸이하	193	88.13(13.49)	-2.38*
	대졸이상	186	91.27(12.18)	
아버지의 교육수준	고졸이하	147	87.75(13.09)	-2.32*
	대졸이상	239	90.87(12.68)	
어머니의 취업유무	비취업모	255	88.94(12.57)	-1.79
	취업모	132	91.40(13.37)	(n.s)
아버지의 직업	전문·관리직	76	92.29(12.01)	1.73
	사무직	146	90.21(12.68)	(n.s)
	서비스·근로직	55	89.75(12.24)	
	자영업	110	87.38(13.90)	
	기타	3	90.67( 4.62)	
가족의 형태	핵가족	353	89.51(12.90)	-0.87
	확대가족	39	91.38(12.33)	
가족원수	3인가족	35	89.09(12.85)	.81
	4인가족	247	89.10(12.44)	(n.s)
	5인가족	81	91.59(13.68)	
	6인가족이상	29	90.21(11.22)	
가족의 월수입	200만원이하	80	86.68(12.17)B <sup>5)</sup>	2.60*
	201-300만원	117	89.25(13.29)BA	
	301-400만원	58	90.90(11.19)BA	
	401-500만원	64	91.16(12.61)BA	
	501만원이상	48	93.50(13.44)A	
자녀의 성별	남	191	88.59(13.31)	-1.68
	녀	201	90.76(12.32)	(n.s)
자녀의 출생순위	첫째	187	89.22(12.83)	.27
	둘째	177	90.21(13.12)	(n.s)
	셋째이하	28	89.57(11.34)	

\*p<.05 n.s.=not significant

아동과 가족의 일반적 배경변인에 따른 아동의 자아탄력성의 차이 분석은 <표5>에 제시되어 있다. 아동의 성별, 출생순위, 가족의 형태, 그리고 가족원수에 따른 아동의 자아탄력성의 차이 검증에서는 모두 유의미한 결과가 산출되지 않았다. 본 결과는 이은미와 박인전의 연구(2002)와 일치한다.

그렇지만, 가족의 건강성과 마찬가지로, 아동의 자아탄력성 역시 가족의 월수입에 따라 유의한 차이를 보여주었다(F=2.60, p<.05). 표에서도 알 수 있듯이 가족의 수입이 200만원 이하

주4) 무응답으로 인해 전체 사례수는 차이가 있음

주5) Duncan의 사후검증에 의한 집단화로 같은 문자로 표시된 평균은 통계적으로 유의한 차이가 없음

(Mean=86.68, SD=12.17)인 저소득일 때, 그 수입이 501만원 이상(Mean=93.50, SD=13.44)인 고수입일 때 보다 아동의 자아탄력성이 유의하게 낮음을 보여준다. 본 결과는 가족의 수입에 따라 아동의 자아탄력성에 유의한 차이가 나타나지 않은 권지은(2003)의 연구결과와 일치하지 않는 것이다.

어머니와 아버지의 교육수준에 따른 아동의 자아탄력성의 차이 분석에서도 모두 유의한 결과가 산출되었다. 어머니의 교육수준이 고졸이하(Mean=88.13, SD=13.49)일 때보다 대졸이상인 고학력(Mean=91.27, SD=12.18)일 때 아동의 자아탄력성이 높은 것으로 나타났다( $t=-2.38, p<.05$ ). 또한 아버지의 교육수준에서도 동일한 결과가 나타나서, 아버지의 교육수준이 대졸이상일 때(Mean=90.87, SD=12.68), 아동의 자아탄력성이 고졸이하(Mean=87.75, SD=13.09)일 때보다 유의미하게 높은 것으로 분석되었다( $t=-2.32, p<.05$ ). 본 결과 역시 권지은(2003)의 연구와 일치하지 않는 것이다. 그러나, 어머니의 취업유무, 아버지의 직업유형에 따른 아동의 자아탄력성의 차이 분석에서는 유의미한 결과가 나타나지 않았다.

### 3. 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향

<표 6> 가족의 건강성 하위요인과 아동의 자아탄력성 간의 상관계수

	1	2	3	4	5
1. '가족원간의 유대' 요인	1.00				
2. '가족원간의 의사소통' 요인	.75***	1.00			
3. '가족의 문제해결 능력' 요인	.74***	.75***	1.00		
4. '가족원간의 가치체계 공유' 요인	.73***	.72***	.70***	1.00	
5. 아동의 자아탄력성	.47***	.49***	.43***	.45***	1.00

\*\*\* $p<.001$

<표6>은 독립 변인, 즉 가족의 건강성 4가지 하위요인인 '가족원간의 유대', '가족원간의 의사소통', '가족의 문제해결 능력', 그리고 '가족원간의 가치체계 공유' 요인과 종속변인인 아동의 자아탄력성과의 적률상관계수를 보여준다. 표에서 알 수 있듯이 독립변인들과 종속변인간의 유의한 정적 상관이 나타난다. 가족원간의 유대가 좋고, 가족원간의 의사소통이 원활하며, 가족의 문제해결 수행능력이 뛰어나고, 가족원간의 가치체계 공유 의식이 높아질수록 아동의 자아탄력성이 높아짐을 의미하는 것이다.

그리고, 독립 변인들간의 상관계수에서도 다공선성의 기준인 .80보다 작게 나타나 다공선성이 없는 것으로 분석(김석우·김정섭·김명선·정혜영·조영기·박경미·정성아·박동성·백영욱, 2003:109)되었다. 분산확대인자(Variance Inflation Factor :

VIF) 역시 그 계수가 모두 4이하로 나타나서 각 하위요인 간에는 다공선성이 존재하지 않는 것으로 나타났다(Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998: 193).

<표 7> 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향

독립변인	b	$\beta$
가족원간의 유대	.326	.129
가족원간의 의사소통	.637	.243**
가족의 문제해결 능력	.115	.030
가족원간의 가치체계 공유	.386	.163*
intercept	37.148	
R <sup>2</sup>	.265***	

\* $p<.05$  \*\* $p<.01$  \*\*\* $p<.001$

<표7>은 '가족원간의 유대', '가족원간의 의사소통', '가족의 문제해결 수행능력', 그리고 '가족원간의 가치체계 공유' 요인이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향에 대한 동시투입방식(enter)에 의한 중다회귀분석 결과이다.

표에 제시되었듯이, 가족의 건강성의 4가지 하위요인이 학령기 아동의 자아탄력성 전체 변량의 26.5%를 설명하는 것으로 나타난다( $p<.001$ ). 네 가지 하위 요인 중 의미 있는 변인은 '가족원간의 의사소통'과 '가족원간의 가치체계 공유' 등 2가지 요인으로, 가족원간의 의사소통이 원활하고 가족원간의 가치체계 공유 인식이 높을수록 아동의 자아탄력성이 높아지는 것으로 해석할 수 있겠다. 두 가지 하위 요인 중 설명력이 높은 변인은 '가족원간의 의사소통'인 것으로 나타난다.

본 연구 결과는 가족의 건강성은 학령기 아동의 자아탄력성 향상에 기여할 수 있음을 보여주는 것이다. 보다 구체적으로는 아동의 자아탄력성 지원을 위한 가족의 건강성을 증진하는 교육적 프로그램을 실행하게 될 때 무엇보다 가족원간의 의사소통을 원활하게 도와주고 가족성원 상호 간에 동일한 가치 체계를 공유하고 있다는 인식을 증진시킬 수 있는 내용을 중심으로 구성되어야 함을 시사한다.

## V. 결론

본 연구는 학령기 자녀를 둔 어머니를 대상으로 하여 어머니가 지각한 가족의 건강성과 자녀의 자아탄력성의 일반적 경향을 분석하고, 이들 간의 관련성을 분석해 하고자 실행되었다. 연구에 참여한 대상자는 초등학교 5, 6학년에 재학 중인 자녀를 둔 어머니 392명이었으며, 분석을 통해 얻어진 주요 연구 결과와 그 의미를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 어머니가 지각한 학령기 아동 가족의 건강성은 평균 3.95점(SD=0.48, 1-5점 Likert 척도)으로 어느 정도 높은 것으로



분석되었으며, 각 하위 요인간의 점수 차이가 모두 유의하게 나타났다. 가족의 건강성을 이루는 4가지 하위 요인 중 '가족원간의 유대' 요인 점수가 가장 높았으며, 다음으로 '가족의 문제해결 수행능력', '의사소통' 그리고 '가족원간의 가치체계 공유' 순으로 분석되었다.

가족의 일반적 배경 변인에 따른 가족의 건강성 차이 검증에서는 가족형태와 가족원수, 자녀수에 따른 유의한 차이가 나타나지 않았지만, 부모의 교육수준과 가족의 수입에 따른 효과는 나타났다. 아버지와 어머니 모두 그 교육수준이 대졸 이상인 고학력 집단이 고졸이하인 집단보다 가족의 건강성 점수가 유의하게 높은 것으로 분석되었다. 가족의 월수입에 있어서는 501만원 이상의 고수입일 때 그 수입이 500만원 이하일 때 보다 가족의 건강성이 높은 것으로 나타났다.

부모의 교육수준이 낮고, 가족의 수입이 적을수록 가족의 건강성이 낮아진다는 본 연구의 결과는 가족의 건강성이 낮은 교육수준의 저소득층 가족이 높은 교육수준의 중산층이상 가족보다 상대적으로 낮을 수 있음을 시사한다. 따라서, 가족의 건강성을 증진하기 위한 제반 프로그램을 운영할 때, 무엇보다 우선적으로 고려되어야 하는 대상이 저소득층 가족이어야 하며, 가족의 건강성을 지원하기 위한 사업을 실행할 때 사회적 계층에 따른 운영이 있어야 함을 의미한다고 해석할 수 있을 것이다.

둘째, 어머니가 지각한 학령기 아동의 자아탄력성 평균점수는 3.74점(SD=0.54)으로 어느 정도 높은 것을 알 수 있었다. 그러나, 아동의 성별, 출생순위, 가족의 형태와 가족원수, 어머니의 취업 유무 및 아버지의 직업 유형에 따른 아동의 자아탄력성 점수에는 모두 유의한 차이가 나타나지 않았지만, 가족의 월수입에 따른 효과가 나타났다. 즉, 가족의 월수입이 200만원이하일 때보다 501만원 이상의 고수입일 때 아동의 자아탄력성이 유의미하게 높은 것을 알 수가 있었다. 한편, 아버지와 어머니의 교육수준에 따른 아동의 자아탄력성 차이 검증에서도 모두 유의미한 결과가 보고되었는데, 아버지와 어머니 모두 대졸이상의 고학력이면, 아동의 자아탄력성이 높아지는 것으로 나타났다.

어머니가 지각한 학령기 아동의 자아탄력성 역시 부모의 교육수준과 가족의 수입에 따라 유의미한 차이를 보인다는 본 연구의 결과는 가족의 건강성과 마찬가지로 학령기 아동의 자아탄력성을 이해하기 위해서는 아동의 가족이 속한 사회경제적 지위에 대한 고려가 필요하고, 자아탄력성 증진을 위한 사업을 진행할 때 무엇보다 저소득층 가족의 아동이 최우선되어야 한다고 볼 수 있을 것이다.

셋째, 가족의 건강성을 구성하는 4가지 하위 변인이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향에 대한 회귀분석에서는 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성을 26.5%설명해 주는 것으로 분석되었다. 유의미한 설명력을 지니는 변인으로는 '가족원간의 의사소통'과 '가족원간의 가치체계 공유' 변인이었다. 본 결과는 두 가지 측면에서 실천적 함의를 준다.

우선, 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성을 설명하는데 유

의미한 변인이라는 결과는 가족의 건강성 증진이 아동의 자아탄력성에 무엇보다 중요한 역할을 한다는 것이다. 일반적으로 학령기 아동의 삶은 학교라는 공식적 체계로의 진입으로 인해 절적인 변화를 맞게 된다. 또래관계나 교사와의 관계 등은 아동의 발달에 많은 영향을 미치게 되지만, 여전히 아동발달에 있어 가족은 중요한 역할을 담당하게 되는 것이다(Germain, 1991: 276). 가족의 건강성이 아동의 자아탄력성을 설명하는 유의미한 변인이라는 본 결과는 이러한 맥락에서 이해될 수 있을 것이다. 또한 본 결과는 아동의 긍정적 발달, 보다 구체적으로는 자아탄력성을 지원하기 위해서는 무엇보다 가족의 건강성을 지원하는 방향으로 정책적 고려가 있어야 함을 반영한다.

다음으로, 가족의 건강성을 구성하는 하위 요인 중에서도 두 가지 요인이 유의미한 설명력을 갖는 것으로 분석된 결과는 아동의 자아탄력성을 지원하기 위한 가족의 건강성 증진 사업을 운영할 때 가족원간의 의사소통을 원활하게 도와주고, 가족구성원 상호간에 동일한 가치를 공유하고 있다는 인식을 높일 수 있는 내용 중심으로 구성되어져야 함을 보여준다.

본 연구에서 사용된 '가족원간의 의사소통'을 보여주는 구체적인 문항 내용으로는 '우리 가족은 함께 대화하는 것을 즐긴다', '우리 가족은 원하는 것이 있을 때에는 가족 모두가 의견을 제시한다', '우리는 서로의 말을 주의 깊게 듣는다', '우리 가족은 서로의 느낌을 자유롭게 표현할 수 있다' 등이었다. 이는 학령기 아동의 자아탄력성을 지원해주는 가족의 건강성 증진 프로그램의 내용에 가족원간의 긍정적인 의사소통 기술 방법이 핵심적으로 구성되어야 함을 반영하는 셈이다.

본 연구는 초등학교에 재학 중인 아동을 대상으로 하여 이들이 갖고 있는 탄력성의 일반적 경향을 제시함과 동시에 보호요인이라 할 수 있는 가족의 건강성이 어떠한가를 구체적으로 살펴봄으로써 다음과 같은 효과를 가져올 것으로 기대된다.

먼저 학령기 아동이라는 구체적인 집단이 보이는 탄력성과 가족의 건강성에 대한 실제적인 정보를 제공하여 주므로, 학령기 아동 가족에 대한 실증적 이해를 돕는데 기여할 수 있을 것이다.

다음으로 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성간의 관련성을 보고한 본 연구의 결과는 아동의 자아탄력성을 지원할 수 있는 예방적 실천의 강조와 함께 가족의 건강성을 향상시킬 수 있는 프로그램의 필요성을 지지하여 줄 것이다.

끝으로, 본 연구의 결과는 자아 탄력성의 보호요인으로 보고된 가족관련 변인을 구체적으로 제시함으로써 연구의 범위를 확대시켰다고 평가된다. 특히 "건강가족지원법"의 시행과 함께 건강가정 지원 사업을 위한 구체적이고 실천적인 기초 자료를 제공했다는 점에서 연구의 의미를 찾을 수 있을 것이다.

그러나, 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성간의 관계만을 분석함으로써 아동의 자아탄력성에 기여할 수 있는 다양한 체계의 상대적 영향력을 살펴볼지 못한 점은 후속 연구의 몫으로 남는다고 볼 수 있겠다. 더불어, 본 연구에서 가족의 건강성과 아동의 자아탄력성을 모두 어머니가 평가함으로써 실제로 아동

이 지각한 가족환경이 아동의 자아탄력성에 미치는 영향력이 중요함에도 불구하고, 이를 고려하지 못한 것이 본 연구의 제한점으로 남는다.

- 접수일 : 2005년 03월 14일
- 심사일 : 2005년 03월 18일
- 심사완료일 : 2005년 05월 02일

#### 【참 고 문 헌】

- 권대회·오윤자(2004). 청소년기 자녀가 지각한 가족의 건강성과 자아존중감에 대한 연구. *한국가정관리학회지*, 22(1), 115-127.
- 권지은(2003). 부모 및 또래 애착, 문제해결방식과 자아탄력성 (Ego-Resiliency)의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 권혜수(2003). 성학대 피해 청소년의 적응유연성에 영향을 미치는 관련 변인 연구. 홍익대학교 박사학위논문.
- 김미옥(2001). 장애아동가족의 적응과 아동의 사회적 능력에 관한 연구 -가족탄력성(Family Resilience)의 효과를 중심으로-. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김석우·김정섭·김명선·정혜영·조영기·박경미·정성아·박동성·백영옥(2003). 사회과학 연구를 위한 SPSS WIN 10.0 활용의 실제. 서울: 교육과학사.
- 남영옥·김재한(2003). 알코올중독자를 부모로 둔 청소년 자녀의 심리사회적 특성과 학교적응유연성과의 관계. *청소년학연구*, 10(1), 199-221.
- 보건복지부(2004). 2005. 1. 1. 건강가정기본법 시행 -건강하고 행복한 가정생활을 도와드립니다-. 2004년 12. 30. 보도자료. www.mohw.go.kr.
- 서병숙(1994). 건전가정 육성을 위한 실천적 과제. *한국가정관리학회지*, 12(2), 275-279.
- 서지영(2002). 부모이혼이 자녀의 적응에 미치는 영향에 관한 연구 - 유연성 효과를 중심으로-. 연세대학교 석사학위논문.
- 양국선·장성숙(2001). 학교적응유연성과 관련된 보호요인 특성 연구: 야간실업고등학교 근로청소년 대상. *한국심리학회지: 상담 및 심리치료*, 13(3), 127-148.
- 양순미·유영주·정현숙(2001). 한국 농촌의 건강가족 집단 분류 및 특성에 관한 연구 -자녀교육기의 농촌 가족을 중심으로-. *한국가정관리학회지*, 19(4), 31-48.
- 양옥경·최명민(2001). 한국인의 한과 탄력성: 정신보건사회사업에의 적용. *정신보건과 사회사업*, 11, 7-29.
- 어은주(1996). 한국도시가족의 건강성 및 관련 변인 연구 -자녀교육기 가족의 주부를 대상으로-. 경희대학교 박사학위논문.
- 어은주·유영주(1995). 가족의 건강도 측정을 위한 척도개발에 관한 연구. *한국가정관리학회지*, 13(1), 145-155.
- 유계숙(2004). 건강가족이 요소에 관한 연구-가족체계와 건강성을 중심으로-. *한국가족관계학회지*, 9(2), 25-42.
- 유영주(1991). 건전가정 육성을 위한 가정복지 프로그램 개발에 관한 연구. *한국가정관리학회지*, 9(1), 45-63.
- 유영주(1994). 건강한 가족을 위한 가족원의 역할. *한국아동학회 제 16차 추계학술대회 자료집*, 27-42.
- 윤세은(2000). 청소년 자녀가 지각한 가족의 건강성과 자아정체감과의 관계 -서울시 남부 고등학생을 중심으로-. 경희대학교 석사학위 논문.
- 윤현희(1998). 부모보고형의 자아탄력성 척도의 개발. 부산대학교 석사학위논문.
- 이은미·박인전(2002). 부모-자녀 유대관계와 아동의 자아탄력성과의 관계. *한국가족복지학*, 7(1), 3-24.
- 정동화(1997). 스트레스에 대한 아동과 청소년의 탄력성. *교육문제연구*, 9, 205-223.
- 정미현(2003). 부모의 양육태도와 아동의 자아탄력성 및 친구간 갈등 해결전략과의 관계. 숙명여자대학교 석사학위논문.
- Block, J. (1982). Assimilation, accommodation, and the dynamics of personality development. *Child Development*, 53, 281-295.
- Bloom, B. L.(1985). A factor analysis of self report measures of family functioning. *Family Process*, 24, 225-239.
- DeFrain, J. (2002). Global perspective on strong families. *Building Family Strengths International Conference Proceeding Book, June 12-14*, Shanghai, China.
- Germain, C. B.(1991). *Human Behavior in the Social Environment*. New York: Columbia University Press.
- Hair, J. T., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall.
- Kirby, L. & Fraser, M.(1997) Risk and Resilience in Childhood. In M. Fraser(Ed.), *Risk and Resilience in Childhood*, 10-33. Washington, DC: NASW Press.
- Lewis, J. M., Beavers W. R. Gossett, J. T. & Phillips, V. A.(1976). *No Single Thread: Psychological Health in Family System*. N.Y. : Brunner/Mazel.
- Olson, D. & McCubbin, H, W.(1983). *Families What makes them work*. Beverly Hills, CA:Sage.
- Olson, D., Russell, D. & Sprenkle, D.(1983). Circumplex model of marital and family system: VI theoretical update. *Family Process*, 22, 69-83.
- Otto, H. A.(1962). What is a strong family?. *Marriage and Family Living*, 24, 77-91.
- Stinnett, N. & DeFrain, J.(1985). *Secrets of strong families*. Boston: Little Brown & Co.
- Walsh, F.(1998). 양옥경·김미옥·최명민 역(2002). *가족과 레질리언스*. 서울: 나남출판.