

건강가정교육프로그램 개발을 위한 기초연구:
팀 성과행동 코칭모델을 이용한 가정의 건강성 측정 척도 개발김혜연
제주대학교 생활환경복지학부

fer

Family and
Environment
ResearchPreliminary Study on Development of Educational Program for Healthy Family:
Development of Scale to Measure Family Healthy by Team Performance Coaching ModelHye Yeon Kim
Faculty of Human Ecology & Welfare, Jeju National University, Jeju, Korea

Abstract

The purpose of this study is to develop the scale to measure family health and to analyze the data collected by the survey in order to develop the educational program for healthy family. The sample of this study is taken by 522 housewives who are living in Seoul and are over the age of 40. The data are analyzed according to frequency, percentages, *t*-test, Pearson's correlation analysis, and Multinomial logistic Regression analysis. The results of this study are as follows. First, the scale measuring family health is developed through interviews with the respondents, preliminary survey, and comments reviewed from specialists. The responses to the scale are significantly different depending on whether they answered their family is healthy or not. Second, minimum family performances for family health are related to the category of social involvement of the family. Third, the types of healthy family are grouped by the responses related to the current state and the status of family health. The number of the type of the worst state-the worst status of family health is the largest, followed by the number of the type of the best state-the best status of family health. Fourth, the important and significant variables that affected the types of family health are psychological variables rather than personal and household-related variables of the respondents.

Keywords

scale of family health, team performance coaching model, minimum performance for health, educational program for healthy family

서론

최근 생활수준의 향상과 급격한 사회 변화 속에서 가정폭력, 이혼, 가출 등의 가정문제가 증가하고 있는데, 이는 곧 사회문제의 증가로 연결되고 있다. 선진국은 여러 다양한 복지제도와 시설을 마련하여 이러한 가정과 사회의 문제해결을 위해 노력해왔다. 그러나 국가가 가정의 기능과 문제해결을 책임지는 데에는 한계가 있다는 인식[3, 13]을 기초로, 최근에는 가정의 기능을 강화하며, 사회 시설과 정책은 그를 지원해주는 체계로 복지국가의 초점이 변화하고 있다.

우리나라에서 2004년 제정된 건강가정기본법은 이와 같은 사회적 인식을 반영한 결과라고 할 수 있다. 건강가정기본법은 문제가 발생한 후 사후 문제 해결이 아니라 문제가 발생하기 이전에 가정의

Received: February 28, 2013

Revised: April 12, 2013

Accepted: April 12, 2013

Corresponding Author:

Hye Yeon Kim

Faculty of Human Ecology &
Welfare, Jeju National University, 102
Jejudaeak-ro, Jeju 690-756, Korea
Tel: +82-64-754-3574
Fax: +82-64-756-3562
E-mail: morning@jejunu.ac.kr

역기능을 감소시키고 가정의 건강성을 강화시킴으로써 사회의 문제를 예방하고자 하는 취지에서 수립되었다.

이러한 건강가정기본법의 사업수행을 위해 전국에 설치된 건강가정지원센터는 가정의 건강성 향상을 목표로 가족생활교육, 가족문화, 가족상담 및 가족을 위한 통합 서비스의 네 가지 영역의 프로그램들을 운영하고 있다[12]. 건강가정지원센터의 프로그램들은 일반적으로 공통필수사업과 함께 특성화사업, 시범사업 및 심화교육사업 등으로 구분되어 실시되는데, 센터들의 자율성과 지역성을 살리고, 사업대상과 업무를 확장하는 과정에서 건강가정지원센터 자체의 목표에 부합되지 않거나 타 기관과 시설의 프로그램과 중복되는 것과 같은 문제점이 나타나고 있다[7, 8, 15]. 이러한 점에서 가정의 건강성 자체와 관련된 교육프로그램이 요구되며, 따라서 무엇보다도 가정의 건강성을 측정할 수 있는 도구의 개발이 절실한 실정이다.

그 이유는 건강가정기본법 제정의 토대가 되었던 건강 가정의 개념에 대해 그 동안 실질적인 측정 도구나 이를 기초로 한 교육 프로그램이 개발되지 않았기 때문이다.

실제로 지금까지 가정의 건강성을 다룬 선행 연구들은 이론적, 개념적 논의에서 가정의 건강성을 다루거나[8, 11, 20, 21], 가정 생활의 한 영역 내지 사회, 심리적 기능과 같은 부분적 기능에 대한 측정에 초점을[6, 22, 24]둬으로써 가정자원경영의 산출물 내지 결과로서의 전체적이고 통합적 개념인 가정의 건강성의 측정 척도를 포함하지 못하고 있다.

이상과 같은 배경에서 본 연구는 가정의 건강성 측정 척도 및 건강성 향상을 위한 교육프로그램의 개발이 필요하다는 인식 하에 건강성 개념 및 원리 그리고 그 효과성이 입증된 팀 성과행동 코칭 모델(team performance coaching model)을[1] 적용하고자 한다. 팀 성과행동 코칭모델은 Christoph가 4,000개 이상의 비영리 및 영리 조직을 대상으로 조직의 건강성을 향상시키기 위해 개발한 모델로 그 효과성이 세계적으로 검증되어 온 것이다. Christoph에 따르면 조직의 건강성은 양적인 성장, 즉 크거나 무한한 성장이 아니라 변화하는 환경에서 질적으로 가장 효율적인 시스템을 유지하며, 스스로 성장해나가는 가에 달려 있다. 이러한 조직의 건강성은 조직 내 팀이 건강성에 대한 성과행동(performance), 구체적으로는 건강성을 위한 행동을 어느 정도 하는가에 좌우된다. 이 때 이러한 성과행동 중 최소치에 집중해 팀 코칭을 실시하여 최소치 성과행동을 향상시킨다면 전체 조직의 건강성이 향상될 수 있다는 것이다.

이러한 Christoph의 팀 성과행동 코칭모델을 적용하여 본 연구는 가정의 건강성 향상을 위한 교육프로그램을 개발하기 위

해 두 개의 연구 과제를 목적으로 실시하였다. 우선 첫 단계는 Christoph의 조직 건강성과 팀 성과행동의 개념을 적용하여 가정 건강성과 가족 성과행동에 대한 측정도구를 개발하는 것이다. 두 번째 단계는 개발된 가정 건강성 측정도구를 기초로 코칭을 적용한 건강가정 교육프로그램을 개발하는 것이다. 본 연구는 첫 단계의 연구목적인 가정의 건강성 측정도구의 개발에 관한 것으로, Christoph의 조직 건강성에 대한 팀 성과행동 측정 문항을 기초로 가정의 건강성에 대한 가족 성과행동 측정 문항을 구성함으로써, 가정의 건강성 척도를 개발한다. 또한 개발된 설문지를 통해 조사 및 실증분석을 실시하여, Christoph가 제시했던 조직 건강성 유형과 마찬가지로, 가정의 건강성 유형을 분류하고, 이에 영향을 미치는 변수를 분석하고자 한다. 이러한 본 연구의 결과는 Christoph의 팀 성과 행동 코칭모델에 의한 가정의 건강성 측정도구 개발의 타당도 검증과 함께 가정의 건강성 향상을 위한 교육 및 평가 등 가정의 건강성 향상을 위한 기초 자료로 활용될 수 있다.

이론적 배경

1. 가정의 건강성의 개념과 척도

원래 건강이란 사전적으로 '신체적, 정신적, 사회적으로 완전히 안녕한 상태'를 의미하는데[17], 세계보건기구(World Health Organization)는 신체적, 정신적(지적), 정서적, 사회적, 영적 건강을 성취한 상태로 건강과 웰빙이 거의 동일한 개념이라고 정의하고 있다.

이러한 가정의 건강성이란 일순간에 이루어질 수 있는 것이 아니며 가정의 어떤 한 생활영역이나 생활조건 및 상황에 의해 달성될 수 있는 것도 아니다. 또한 가정의 건강성은 '건강한 가정'의 완전한 상태를 의미하는 것이 아니라 현재의 상태보다 더 건강한 미래의 상태를 향해 지속적으로 노력하는 과정을 뜻한다. 그래서 가정의 건강성이란 생활의 질, 행복, 보편적 복지 등과 대체될 수 있는 총체적 개념이면서 경영행동을 통해 건강성의 목표를 지향하는 미래적 관점을 내포하고 있다[20].

2004년 제정된 건강가정기본법에서 제시하고 있는 가정의 건강성은 구체적으로 Figure 1과 같은 내용으로 구성되어 있다[2].

이와 같은 가정의 건강성에 대해 지금까지 많은 연구가 이루어져 왔다. 이러한 선행연구들은 그 연구 분야와 학자에 따라 가정의 건강성 개념과 측정이 다소 차이가 있는데, 크게 가족분야와 경영분야에서의 연구로 구분할 수 있다.

가족분야에서는 가정의 건강에 관한 연구가 많이 이루어져 왔

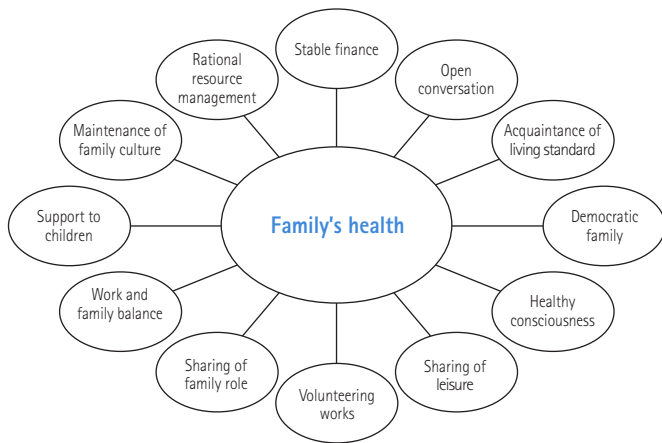


Figure 1. Concept of family's health. Reprinted with permission from Shinjeong [2].

는데, 가정의 건강성보다는 주로 건강한 가족의 특징에 대한 연구였다. 1960년대 Otto [18]의 강한 가족(strong family)에 대한 연구는 건강한 가족에 대한 선구적 연구로 꼽히는데, 공유하고 있는 믿음, 종교와 도덕적 가치들, 서로에 대한 신뢰, 공유하고 있는 가족전통, 사람들을 좋아함과 같은 특징을 제시하였다.

그 뒤 가족분야의 연구들은 70년대를 거쳐 현재에 이르기까지 기능적 가족(functional family), 균형있는 가족(balanced family), 최적의 가족(optional family) 및 건강한 가족(healthy family) 등과 같이 가정의 건강성을 가족의 특징에 의해서 접근하였다. 건강가족의 특성에 대해서 가장 지속적이고 광범위한 연구를 해온 Defrain [5]은 전 세계 27개국의 21,000여 가족에 대한 조사연구를 기초로 응집성(헌신과 시간을 함께 보내기), 융통성(스트레스대처능력과 정신적 안녕) 그리고 의사소통(긍정적 의사소통과 감사 및 애정)으로 설명하였다.

우리나라에서는 Yoo [23, 24]가 건강가족의 개념설정과 건강성을 측정하는 데 선구적이고 주도적인 연구를 수행해왔다. 이외에도 많은 연구자들이 건강가족에 대한 개념을 제시하고 이를 실증적으로 측정하려는 시도를 함으로써[6, 22], 가정의 건강성을 이해하고 측정하는 데 많은 기여를 해왔다. 그러나 가족분야에서의 연구는 주로 가족의 심리, 사회적 특성이나 가족관계적 측면에서 건강가족의 특징을 제시하고 실증분석을 하는데 주력해, 총체적 개념으로서의 가정의 건강성을 포함하지 못하는 한계가 있다.

한편 경영분야의 연구들은 경영단위로서의 가정을 강조하고 경영행동에 대한 연구에 초점을 두어왔다. 경영분야에서는 일반적으로 체계론적 관점에서 가정의 건강성을 접근한다. 체계론[4]에 의하면 가정은 환경과 지속적으로 상호작용하는 일종의 살아 있는 유기체이다. 가정은 주어진 환경의 조건 속에서 가족 구성원

의 욕구와 갖고 있는 물적, 인적 자원에 따라 가정의 목표를 수립하고, 실천하며, 평가하는 일련의 경영행동을 수행하며, 이는 가정의 건강성이라는 산출 내지 결과물로 구현된다. 말하자면 가정이 속한 환경과 상황 속에서 어떻게 경영행동을 하는가에 따라 가정의 건강성에 차이가 있게 되는 것이다. 즉 경영행동이 잘 이루어진다면 조직이 생산성 향상의 결과를 성취하듯 가정은 건강성 향상이라는 성과물을 갖게 된다.

이러한 측면에서 독일의 Schweizer가 개발한 가정구조분석론을 도입한 Moon [16]의 연구는 경영행동을 분석한 선구적인 연구이다. 그는 가정경영을 크게 네 부분으로 보았는데, 즉 가정의 사회경제적 조건, 가정의 가사노동분야, 임금노동분야 및 그리고 가정의 경제실태로 구분하였다.

한국가정생활개선진흥회[12]에서는 가정의 기능강화를 위해 가정생활 진단의 영역을 제시하였다. 여기에는 물적 자원의 적합성, 생활공간의 적합성, 가족관계의 건강성, 인적 자원의 능력과 개발, 생활시간균형, 가계경제의 안정도, 가정관리의 계획성, 생활규범의 사회지향성이 포함되어 있다.

Cho 등[2]은 건강가정의 특징으로 경제적 안정, 열린 대화, 안정적인 의식주생활, 민주적 평등가족, 건강한 시민의식, 휴식 및 여가공유, 자원봉사 참여, 가족역할 공유, 일과 가정의 조화, 자녀의 성장지원, 가정문화 창조 유지 및 합리적 자원관리의 12가지 항목을 제시하였다.

Kim [11]의 연구는 조직의 경영구조 분석모델을 가정의 경영구조 분석에 적용한 최초의 시도였다. 그는 비영리조직의 총체적 진단 도구인 감마모델(GAMMA model)을 적용하여 가정의 건강성을 분석할 수 있는 척도를 개발하고자 하였다. 감마모델에 의해 측정될 수 있는 가정의 건강성은 가정철학, 가족활동(가사노동), 가족구성원의 능력향상, 가족구성원 간 의사소통, 가정의 조직문화, 가정의 역량, 사회적 관계망, 가정의 사회적 매력과 가정의 시각적 이미지의 8가지 영역에서였다.

최근 Jeong 등[9]은 실증분석을 통해 가정의 건강성을 기초적인 생활, 가족관계, 자원관리 및 외부관계/균형성 지표의 4가지 측면에서 측정하고, 각 지표의 평균 점수가 높고, 낮음을 기초로 총 8개의 가정유형을 분류하였다. 이 연구는 가정의 건강성 자체에 대한 측정도구를 개발하고, 건강가정지원센터에서 가정의 건강성을 향상시킬 수 있는 실제 적용의 사례를 제시했다는 점에서 의의가 있다. 그러나 분류된 가정의 유형이 다소 많고, 가정의 건강성 향상을 위한 실천전략이 건강가정지원센터의 주도로 제시되어, 가정의 주도적, 자발적 참여 및 활용에 제한이 따른다고 할 수 있다.

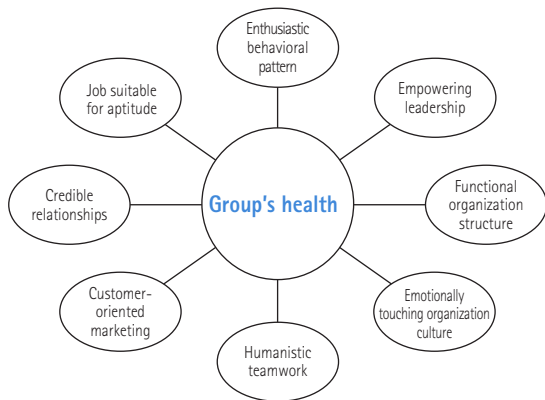
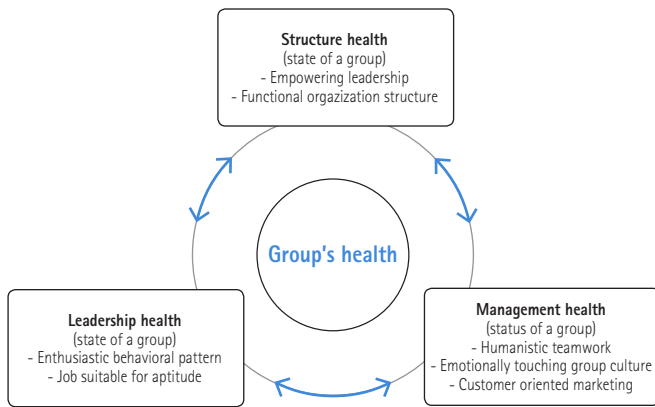


Figure 2. Concept of group's health [1].

이상과 같이 경영분야에서의 가정의 건강성은 가정의 사회, 심리적 기능과 더불어 물적 자원의 토대와 함께 환경과의 상호작용의 기능을 포함하고 있어 가족분야보다 확대된 개념이다. 그러나 경영분야의 연구들은 주로 이론적, 개념적 서술에 그치거나 현장에서 활용할 수 있는 실질적인 측정도구를 개발하지 못한 한계가 있는 실정이다. 따라서 가정의 건강성 자체에 대한 측정 도구의 한계와 함께 이를 기초로 가정의 건강성을 어떻게 향상시킬 수 있는지 또한 실제로 향상되었는가에 대한 구체적인 방법을 마련하는데 어려움을 겪고 있는 실정이다.

2. 팀 성과행동 코칭모델

팀 성과행동 코칭모델(team performance coaching model)은 Christoph가 4,000개 이상의 비영리 및 영리 조직을 조사하여 개발한 것이다[1]. 이 모델은 조직내 팀의 성과행동에 초점을 두고, 그러한 성과행동을 증진시켜 결과적으로 조직의 성과를 향상할 수 있는 코칭원리를 제시한 것이 특징이다. Christoph가 생각했던 조직의 성과란 건강성으로, 이러한 건강성은 양적인 성장, 즉

		Best status	
	Worst state	<p>Worst state + best status</p> <ul style="list-style-type: none"> Organized Lack of efficient concentration Insensitive to danger Resistant to change Not forgiving Not result oriented 	<p>Best state + best status</p> <ul style="list-style-type: none"> Successful, fun Simultaneous, flourishing Challenging Future oriented Open communication Best teamwork
	Best state	<p>Worst state + worst status</p> <ul style="list-style-type: none"> Critical, cynical Overwhelming Boring Fear of lay off One step forward, two steps backward Lack of teamwork 	<p>Best state + worst status</p> <ul style="list-style-type: none"> Efficient concentration High turnover rate Cautious Clear goal Forcing Competitive
		Worst status	

Figure 3. Types of group health based on group's state and status [1].

크기의 성장이 아니라 변화하는 환경에서 가장 효율적인 시스템을 유지하며, 스스로 성장해나가는 질적인 측면을 말한다. 그래서 조직은 주어진 환경에서 자신의 건강성을 향상시키기 위해 부단히 노력하는 것이 중요하며, 이는 마치 토양에 있는 유기체가 자신의 성장을 최대한 도모하려는 것과 마찬가지로이다.

Christoph에 따르면 조직의 성과인 건강성(Figure 2)이란 8가지의 하위 영역으로 구성되는데, 이들은 각 각 리더십, 조직, 경영의 세 가지 영역으로 구성될 수 있다. 구체적으로 제시하자면, 리더십 건강은 열정적 행동양식과 적성에 맞는 직무에 의해, 조직 건강은 임파워링 리더십과 기능적 조직구조에 의해, 그리고 경영 건강은 감동있는 조직문화, 전인적인 팀워크, 고객지향적 마케팅 그리고 신뢰하는 인간관계로 구성되는데, 이들이 궁극적으로 조직의 건강성을 좌우한다. 이와 같은 8가지의 하위 영역에 의해 조직의 상태와 결과가 나타나게 되는데, 이 때 팀이 조직의 건강성에 대해 어떻게, 그리고 얼마나 행동하며 기여하는가의 성과행동에 의해 조직의 궁극적인 성과, 즉 조직의 건강성이 결정된다는 것이다.

한편 조직은 8 가지의 하위 건강성 영역의 수준에 따라 상태와 결과가 달라지게 된다. 건강성 영역의 수준을 최선과 최악의 연속선을 기준으로 할 때 조직은 최선과 최악의 상태와 결과의 조합에 따라 4가지 유형이 존재하게 되는데, 그 특징을 정리해보면 Figure 3과 같다.

일반적으로 조직의 목표는 건강한 조직, 즉 최선의 상태와 최선의 결과의 조직유형이 되기 위해 변화하고 성장하는 것으로, 이를 위해 조직 내 구성원인 팀을 대상으로 코칭을 실시하는 것이 팀 성과행동 코칭모델이다.

이 때 팀 성과행동 코칭모델에서는 조직의 건강성 향상을 위해

최소치 건강성 향상 원리를 적용한다. Christoph는 이를 나무물통으로 설명했는데, 조직의 건강성이 나무물통이라면, 조직의 결과와 상태를 결정하는 8개의 하위 건강성 영역은 나무물통을 만드는 8개의 나무 조각이다. 이 때 나무물통에 담길 수 있는 물의 양은 8개의 나무 조각 중 가장 높은 나무조각이 아닌 가장 낮은 높이의 나무 조각에 의해 결정된다. 따라서 전체 조직의 건강성 향상은 팀의 최소치 건강성 성과행동에 초점을 두어야 한다는 것이다.

연구방법

경영적 관점에서 볼 때 가정은 가족원의 성과행동에 의해 건강성이 좌우되는 하나의 경영조직이지만, 성과향상 및 이윤추구라는 일반 조직과는 성격이 다르다. 그래서 조직 경영 등에서 개발된 유용하고 효과적인 측정도구 및 교육방법 등을 사용할 수 없었다.

이러한 점에서 최소치 팀 성과행동에 대한 코칭을 실시하는 Christoph의 팀 성과행동 코칭모델은, 가정의 건강성 측정 및 건강성 향상을 위한 유용한 도구가 될 수 있다. 그 이유는 첫째, 비영리조직을 대상으로 한 모델이며, 둘째, 예방적 복지의 실천기술인 코칭을 적용하고[14], 셋째, 전세계적으로 그 효과성이 검증되었다는 것이다. 그럼에도 불구하고, 이를 그대로 가정의 건강성 측정도구나 건강성 향상 모델로 적용하기에는 다소 무리가 있다. 더욱이 수 년간 많은 조직을 대상으로 유용한 자료와 정보들이 축적되어 팀 성과행동 코칭모델이 실시되고 있다는 점을 고려한다면, 팀 성과코칭모델을 적용한 가정의 건강성 측정도구 및 교육프로그램 개발을 위해서는 가정의 건강성과 관련된 많은 자료들이 제시되어야 할 것이다.

이러한 배경에서 본 연구는 Christoph의 조직 건강성, 팀 성과행동, 조직 건강성 유형 등의 개념을 가정 건강성, 가족원 성과행동 및 가정 건강성 유형 등에 적용하여 가정의 건강성 측정 도구를 개발할 수 있는 가에 주된 연구 목적을 두었다. 또한 최소치 팀 성과행동에 초점을 두는 Christoph의 모델을 적용하면서 가정과 관련된 자료를 얻기 위해 최대치 및 최소치 가족 성과행동을 밝히고, 가정의 건강성에 대한 인식과의 관련성을 분석하고자 하였다. 이밖에 본 연구는 Christoph의 조직 건강성 유형과 마찬가지로 가정 건강성 유형을 구분하고, 이에 영향을 미치는 변수들을 밝힘으로써, 모델의 적용 타당도 및 앞으로의 적용을 위한 관련 자료를 제시하고자 하였다.

이상과 같은 연구목적 달성을 위해 설정한 본 연구의 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

1. 연구문제

본 연구의 연구목적에 위해 본 연구는 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

첫째, 가정의 건강성에 대한 인식에 따라 가족 성과행동에는 유의미한 차이가 있는가? 둘째, 가정의 건강성에 대한 최소치 및 최대치 가족 성과행동은 무엇이며, 가정의 건강성에 대한 인식과 관련된 가족 성과행동은 무엇인가? 셋째, 가정의 건강성 유형은 어떠한가, 이러한 유형에 영향을 미치는 변수들은 무엇인가?

2. 조사대상자 및 조사방법

본 연구의 조사대상자는 서울에 거주하는 40세 이상의 주부들이었다. 2010년 6월 3일부터 7월 14일까지 20명의 주부들을 대상으로 가정의 건강성에 대한 면접조사를 실시하여 내용을 분석하여, Christoph의 조직의 건강성 개념, 구성영역 및 성과행동의 적용가능성을 검토하였다.

면접 조사를 통해 나타난 중요한 결과는 가정의 건강성이란 이론적으로는 객관적 측정치일 수 있으나, 대부분 주관적 인식이며서 평가의 개념을 갖고 있었다. 그래서 본 연구의 종속변수인 가정의 건강성은 가정의 건강성에 대한 인식을 통해 측정하는 것으로 설문을 구성하였다. 또한 Christoph의 조직 건강성 영역은 8개로 구성되는데, 영역이 다소 많고, 조직과 가정의 기능적 차이에서 오는 내용을 조정할 필요가 있었다. 따라서 적성에 맞는 직무와 기능적 조직구조를 기능적 가정구조로 합쳤으며, 감동적 조직문화와 전인적 팀워크를 전인적 가정문화로 구성하였고, 마지막 고객지향적 마케팅을 사회적관계지향성으로 내용을 축소, 조정하여 구성하였다.

이와 같이 5영역으로 조정된 가정의 건강성 영역과 그에 따른 가족원의 성과행동으로 설문지를 개발하여, 2010년 8월 2일부터 16일까지 주부 50명을 대상으로 예비조사를 실시하였고, 분석결과와 함께 전공 교수 6인 및 전문코치 5인의 자문을 기초로 문항 및 내용 조정을 거쳐 최종 설문지를 개발하였다. 수정 및 보완 등을 통해 구성된 가정의 건강성 영역 및 측정 내용은 Table 1에 제시되어 있다.

본 조사는 2010년 9월 6일에서 9월 24일까지 실시되었으며, 연령, 교육수준 등을 고려한 층화표집방법을 사용하여 조사대상자를 선정하였다. 설문지는 600부를 배포하여 회수하였고, 부실 응답 등 적합하지 않은 조사대상자를 제외한 총 552부를 최종분석에 사용하였다.

본 연구는 가정의 건강성 측정 도구의 개발 나아가 가정의 건강성을 향상시킬 수 있는 교육프로그램의 개발에 목적이 있으므로

로, 조사대상자의 연령, 교육수준, 직업, 자녀 및 생활수준과 같은 일반적인 개인 및 가계의 특성과 함께 성역할 태도, 생활만족도 및 내외통제성과 같은 심리적 변수를 포함시켰다. 이는 주부 자신의 건강성에 대한 인식과 앞으로의 향상은 개인의 심리적 태도, 동기 및 의지와 같은 심리적 변수가 관련이 많을 것으로 가정하였기 때문이었다[2, 10, 19].

3. 분석방법

본 연구는 조사대상자들의 일반적 경향은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차 등을 통해 실태를 분석하였다. 가정의 건강성에 대한 가족 성과행동의 척도는 요인분석과 Cronbach's α 값을 산출하여 구성하였다. 이와 같은 가족 성과행동의 척도의 유의성은 자신의 가정이 건강하다고 인식하는 집단과 그렇지 않은 집단 간에 응답에 대한 집단 간 차이를 *t*-test를 실시하여 측정 척도의 유의성을 검증하였다. 또한 조사대상자들이 인식하는 가정의 건강성에 대한 인식을 종속변수로 하고 가정의 건강성에 대한 가족 성과행동에 대한 응답과의 상관관계 분석 및 회귀분석을 통해 유의미하고 영향력 있는 가족 성과행동 문항을 파악하였다. 이러한 가족 성과행동에 대한 문항을 기초로, 가정의 건강성 유형을 4가지로 분류하였다. 분류된 4가지 가정의 건강성 유형에 영향을 미치는 독립변수들의 영향력은 다항로지스틱 회귀분석을 적용하여 분석하였다.

연구결과 및 해석

1. 조사대상자의 일반적 특성

본 연구의 조사대상자의 일반적 특징은 Table 2와 같다. 본 연

구의 조사대상자인 주부 본인의 연령은 평균 47.7세였던 반면 남편의 연령은 평균 50.2세였다. 평균 교육년수는 본인이 14.0년으로 전문대졸 수준이었고, 남편은 15.0년으로 약 1년 정도의 차이가 있었다. 직업은 주부가 40.4%였고, 남편의 직업은 관리·사무직 57.6%, 판매·서비스직 27.6%, 기타 14.8% 순으로 나타났다. 평균 자녀수는 2명이었으며, 막내자녀의 연령은 17.4세였다. 가계소득은 월평균 572.6만원, 생활비는 월평균 328.8만원으로 가계간 편차가 큰 것으로 나타났으며 조사대상자가 주관적으로 인식하는 생활수준은 5.3점으로 중간수준으로 나타났다.

조사대상자인 주부들의 심리적 특징을 살펴보면 내외통제성은 평균 3.6점으로 내적 통제성을 약간 높게 인식하는 것으로 나타났다. 성역할태도는 평균 2.7점으로 나타나 평균보다는 조금 낮게 보수적인 태도를 보였다. 한편 생활만족도는 평균 3.4점으로 보통보다 약간 만족하는 수준으로 나타났다.

2. 가정의 건강성에 대한 가족 성과행동

1) 가정의 건강성에 대한 인식에 따른 가족 성과행동

본 연구의 조사대상자인 주부들은 자신의 가정의 건강성에 대해, 5점 만점에 평균 3.8점, 표준편차는 0.63점으로 응답하여 건강하다고 생각하는 수준을 보였다. 이러한 가정의 건강성에 대한 응답을 기초로 자신의 가정을 건강하다고 인식하는 집단과 그렇지 않다고 인식하는 집단으로 구분하여 본 조사에서 개발된 가정의 건강성 척도, 즉 가족 성과행동에 대한 응답을 *t*-test로 비교분석하여 척도의 유의성을 검증하였다. 분석결과 총 45문항 중 '우리 가족은 가족을 위해 헌신하려는 태도를 가지고 있다'와 '우리 가족은 사회적 친분이 있는 가족들과 자주 만난다'의 두 문항을 제외한 모든 문항에서 두 집단 간에 유의한 차이가 있는 것

Table 1. Categories and Measurements for Family's Health Categories

	Group's health categories ^{a)}	Family's health categories ^{a)}	Definitions and measurements	Cronbach's α
State	Empowering leadership (8)	Empowering leadership (8)	Level of empowering leadership my family demonstrate for family	.886
	Enthusiastic behavioral pattern (13)	Enthusiastic behavioral pattern (7)	Level of enthusiasm my family display in their behaviors for family	.867
	Job suitable for aptitude (7) Functional organization structure (9)	Functional family structure (9)	Level of contribution my family make for functional family	.825
Status	Emotionally touching organization culture (10) Humanistic teamwork (9) Credible relationships (9)	Humanistic family culture (10)	Level of contribution my family make for emotionally touching and humanistic family culture	.880
	Customer-oriented marketing (9)	Social relationship directivity (11)	Level of contribution my family make for socially-directed family	.857

(), number of sentence. ^{a)}5 Point Likert scale (1, strongly disagree; 3, neutral; 5, strongly agree).

으로 나타나 가정의 건강성에 대한 가족 성과행동에 따라 가정의 건강성에 대한 인식이 유의미한 차이가 있었다. 이러한 결과는 가족 성과행동으로 구성된 가정의 건강성 척도가 타당한 측정도구로 사용될 수 있음을 보여준다.

2) 가정의 건강성에 대한 최소치 및 최대치 가족 성과행동

본 연구의 조사대상자인 주부들이 응답한 가족 성과행동들의 평균점수를 기초로, 최소치 성과행동 10개와 최대치 성과행동들을 제시해보면 Figure 4와 같다. 주부들은 가정의 건강성 영역에 있어서, 가족 성과행동에 대해 평균 3점 이상의 수준으로 응답해 전체적으로 긍정적으로 평가하는 경향을 보였다. 상대적으로 가장 낮았던 건강성 영역은 사회적 관계 지향성 영역이었고, 가장 높았던 영역은 가정문화 영역이었다.

가정의 건강성에 대한 최소치 가족 성과행동은 ‘사회적 친분이 있는 가족들과 자주 만난다’ 였고, 그 다음은 ‘지역사회 일(동네 청소, 반사회, 종교활동)에 참석한다’, 그리고 ‘지역사회에 관심을 갖는다’ 등의 순으로 나타났고, 사회적 관계 지향성에 대한 가족 성과행동이 주로 포함되어 있었다. 그러나 전체적으로 가정의 건강성에 대한 최소치 가족 성과행동은 3점의 ‘보통’ 수준이었다.

한편 가정의 건강성에 대한 최대치 가족 성과행동을 구체적으로 살펴보면 전인적 가정문화 영역의 ‘가족애를 느낀다’ 는 가족 성과행동이었다. 그 다음은 ‘각자 가족을 위한 역할이 있고, 그것의 중요성을 안다’, ‘서로 최대한 성장할 수 있도록 돕는다’ 등의 순으로 나타났다. 가정의 건강성에 대한 최대치 가족 성과행동 순위에는 가정구조 영역을 제외하고, 가정문화, 리더십, 행동양식 및 사회적 관계 영역이 다양하게 포함되어 있는 것으로 나타났다.

3. 가정의 건강성 유형 및 그에 영향을 미치는 변수들

Christopher의 조직 건강성 유형처럼 가정 건강성 유형을 분류하기 위해, 우선 가정의 건강성에 대한 인식과 관련된 유의미한 가족 성과행동 문항을 분석하였다. 이를 위해 가정의 건강성에 대한 인식을 종속변수로 하여 가족 성과행동에 대한 응답들을 상관관계 분석 및 중회귀분석을 실시하였고, 분석 결과를 기초로 가정의 건강성 유형에 영향을 미치는 가족 성과행동들을 선택하였다(Table 3). 선택된 가족 성과행동들을 통해 가정의 건강성 유형 및 그 특징을 제시하면 Figure 5와 같다.

가정의 건강성 유형은 최악상태-최악결과 유형이 38.0%로 가장 많았으며, 그 다음은 최선상태-최선결과 유형 32.6%, 최선상태-최악결과 유형 16.7%, 최악상태-최선결과 유형 12.7% 순으로 나타나, 상태와 결과가 양 극에 있는 유형의 비율이 상대적으로

Table 2. The Characteristics of the Respondents (N=552)

Characteristic	Value	
	Frequency	%
Categorical variable		
Personal variable		
Self age		
Under 45	241	43.8
46-50	148	26.9
Over 51	161	29.3
Self education level		
Under High school	236	43.2
Over junior college	310	56.8
Self job		
Managerial & official workers	143	26.8
Sales & service workers	131	24.5
Housewife	216	40.4
Others	44	8.2
Household-related variable		
Husband age		
Under 45	142	27.4
46-50	158	30.4
Over 51	219	42.2
Husband education level		
Under High school	125	23.8
Over junior college	400	76.2
Husband job		
Managerial & official workers	296	57.6
Sales & service workers	142	27.6
Others	76	14.8
Type of house		
Private house	96	17.4
Others	456	82.6
Continuous variable		
Self age (yr)	47.7	6.39
Husband age (yr)	50.2	6.81
Self education level (yr)	14.0	2.56
Husband education level (yr)	15.0	2.22
No. of children	2.0	0.67
No. of family members	3.9	0.88
Age of the youngest (yr)	17.4	7.6
Household income (10,000 KRW)	572.6	652.16
Household expenditure (10,000 KRW)	328.8	666.41
Subjective level of household finance (1-10 point)	5.3	1.48
Locus of control ^{a)}	3.6	0.51
Sex role attitude ^{b)}	2.7	0.64
Satisfaction of life ^{c)}	3.4	0.76

5 Points likert scale (1, very unlikely; 3, average; 5, very likely).

^{a)}As the score goes higher, inner locus of control is increasing. ^{b)}As the score goes higher, modern attitude to sex role is increasing. ^{c)}As the score goes higher, satisfaction of life is increasing.

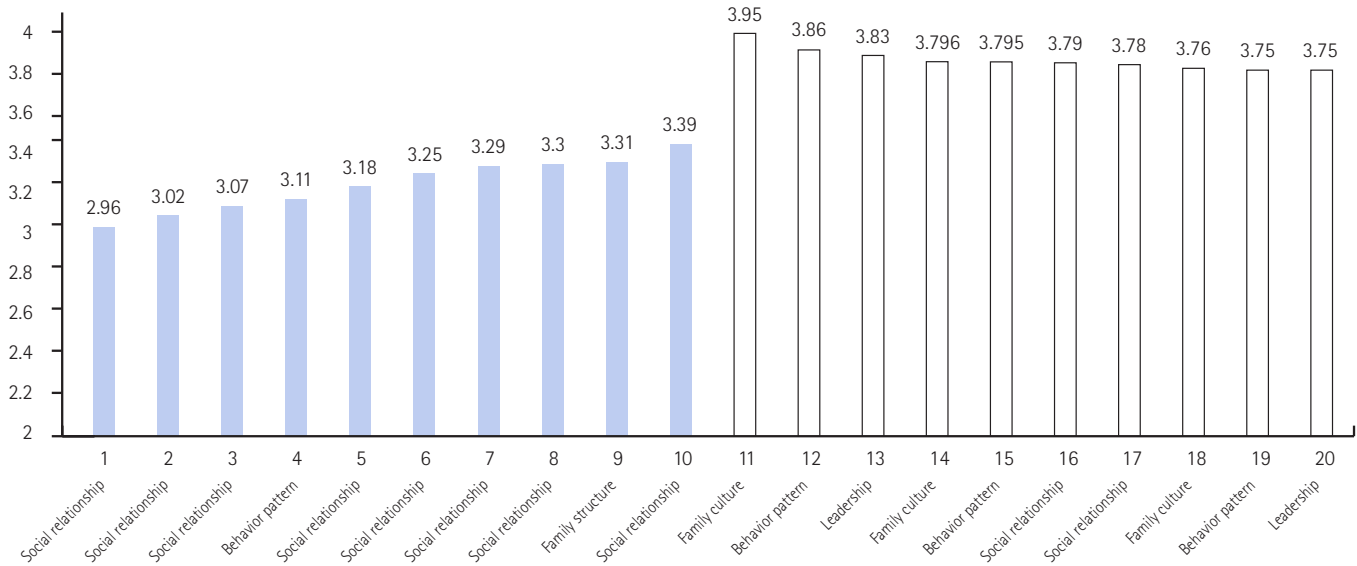


Figure 4. Response order related with perception of family health. 5 Point Likert scale (1, strongly disagree; 3, neutral; 5, strongly agree). **1.** Often meet with other family, **2.** participate on community service (cleaning, meeting religious), **3.** have interest on community, **4.** supportive to family, **5.** friends neighbors visit often, **6.** socializes with others actively, **7.** often visit relatives, **8.** each family member has individual meetings and actively participates, **9.** people such as relatives to give advice on family members are available, **10.** socialize with family friends, **11.** feel love for family, **12.** each member has roles in family and understands their importance, **13.** help each other to achieve more, **14.** trust and respect each other, **15.** do the best to family related work, **16.** others think positive of my family, **17.** be proud of my family, **18.** support and cooperate each other, **19.** put all of individual abilities for family, **20.** encourage self-confidence.

Table 3. Family Performance Questions Related with Perception of Family Health

Categories	Family performance questions
Family performance questions related with state of a family	
	My family help each other to achieve more
	My family understand each other's role and its importance
	My family take new information or other's advices related to family
Family performance questions related with status of a family	
	My family cooperate and support each other
	My family love each other
	My family socialize with others often
	Friends and neighbors visit my family often
	My family are proud of my family
	Other people think highly of my family



Figure 5. Type and characteristics of healthy family (N=538; frequency, %)

로 높게 나타났다. 이와 같은 가정의 건강성 유형의 분류는 가정에 대한 건강성 인식이 중간 이상 정도의 점수가 나왔던 것과 달리 가정의 건강성 향상을 위해 어떠한 성과행동들이 이루어져야 하는지에 대한 심층적인 정보를 제공해주고 있다.

한편 이와 같이 4가지로 분류된 가정의 건강성 유형에 조사대상자의 특성이 미치는 영향력을 분석하기 위해 최악상태-최악결과 유형을 기준으로 다항로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 분석에 앞서 독립변수들의 상관관계와 다중공선성을 고려하여 변수들을 선택하였으며 그 결과는 Table 4와 같다.

최악상태-최악결과 유형을 기준으로 할 때 다른 양극 선상에 있는 최선상태-최선결과 유형에 유의한 영향을 미치는 변수는 남편의 직업, 주택유형과 같은 개인 및 가정 특성과 함께 조사대상자의 심리적 변수인 내외통제성, 생활만족도로 나타났다. 이는 남편의 직업이 다른 직업에 비해 판매·서비스직이고, 주택유형이 단독 주택이 아닌 경우, 그리고 내적 통제성과 생활만족도가 높을수록 최선상태-최선결과 유형일 확률이 높은 것을 의미한다.

한편 최악상태-최악결과 유형을 기준으로 할 때 중간의 유형인 최악상태-최선결과 유형과 최선상태-최악결과 유형에 영향을 미쳤던 개인 및 가정의 특성은 차이가 있었다. 최악상태-최악결과 유형을 기준으로 할 때, 최악상태-최선결과 유형은 교육수준 및 직업유무가, 최선상태-최악결과 유형은 남편의 직업 및 막내자녀의 연령이 유의한 영향을 미쳤다. 최악상태-최선결과 유형은 주부의 교육수준이 고졸이하이고, 직업이 있는 경우, 최선상태-최악결과 유형은 남편의 직업이 관리·사무직일 때, 막내자녀의 연령이 8-13세 집단이 아닌 경우의 확률이 높았다. 즉 최악상태-최악결과 유형을 기준으로 할 때 최악상태-최선결과 유형은 주부의 개인적 특성이 유의한 영향력을 미쳤던 반면, 최선상태-최악결과 유형은 가정의 특성이 유의한 영향력을 미치는 것으로 나타났다.

최악상태-최악결과 유형을 기준으로 할 때 주부의 심리적 변수들은 최악상태-최선결과 유형 및 최선상태-최악결과 유형에 유의한 영향을 미쳤다. 주부가 내적 통제성을 갖고 있을수록, 전통적인 성역할태도를 갖고 있을수록, 그리고 생활만족도가 높을

Table 4. Multinomial Logistic Regression Analysis on the Type of Healthy Family

Variable	Best state-best status type		Worst state-best status type		Best state-worst status type	
	Coefficient	SE	Coefficient	SE	Coefficient	SE
Personal variable						
Self age (yr)	-0.017	0.029	-0.022	0.039	-0.004	0.032
Self education (≤ high school)	0.061	0.311	-0.522 ⁺	0.397	0.163	0.353
Self job (no)	0.135	0.285	0.613 ⁺	0.353	0.174	0.319
Household-related variable						
Husband job (others)						
Managerial and official workers	0.243	0.409	0.286	0.535	0.613 ⁺	0.458
Sales and service workers	0.548 ⁺	0.378	0.310	0.507	0.439	0.433
Household income	0.100	0.020	0.002	0.004	0.130	0.014
Subjective level of household finance	0.054	0.119	0.253	0.150	0.110	0.136
Age of the youngest (≥14)						
≤7	-0.170	0.547	0.032	0.679	-0.299	0.583
8-13	-0.122	0.357	-0.037	0.459	-0.970 ^{**}	0.437
Type of house (private house)	0.910 ^{**}	0.372	-0.251	0.566	0.482	0.422
Psychological variable						
Locus of control ^{a)}	0.628 [*]	0.301	0.523 ⁺	0.376	0.574 ⁺	0.336
Sex role attitude ^{b)}	-0.014	0.238	-0.826 ^{***}	0.307	-0.553 [*]	0.272
Satisfaction of life ^{c)}	2.002 ^{***}	0.313	1.439 ^{***}	0.394	1.025 ^{***}	0.345
Constant	-9.244 ^{***}		-4.117 [*]		-5.406 ^{**}	
-2 Log-likelihood			921.64			
Chi-squared			135.35 ^{***}			

Reference group, worst state-worst status type. SE, standard error.

^{a)}As the score goes higher, inner locus of control is increasing.

^{b)}As the score goes higher, modern attitude to sex role is increasing.

^{c)}As the score goes higher, satisfaction of life is increasing. ⁺p<.10, ^{*}p<.05, ^{**}p<.01, ^{***}p<.001.

수록 최악상태-최선결과 유형 및 최선상태-최악결과 유형일 확률이 높았다.

가정의 건강성 유형에 있어서 가계 소득 및 가계 재정에 대한 인식과 같은 경제적 특성은 유의한 영향력을 미치지 못하였다.

이상과 같은 결과는 가정의 건강성 유형이 주부의 개인 및 가정의 특징에 의해 영향을 받지만, 심리적 특성이 매우 중요하고 영향력이 있는 변수임을 잘 보여준다. 가정의 건강성 유형은 심리적 변수, 특히 내외 통제성과 생활만족도가 매우 중요했다. 즉 주부가 가정의 건강성을 외부의 요인보다는 자기 자신의 노력에 달려있다고 생각하거나 생활에 대한 만족도가 높을 때 최악상태-최악결과 유형이 아닐 확률이 높았다. 이는 가정의 건강성이란 객관적이기 보다는 주관적 측정치이며, 자신의 노력에 의해 향상될 수 있는 주체적 대상이고, 개인의 만족도와 같은 여러 만족도와 함께 상승될 수 있는 성장의 개념임을 보여준다고 하겠다.

결론

본 연구는 가정의 건강성 척도를 기초로 한 건강가정 교육프로그램을 개발하려는 궁극적인 목적을 달성하기 위해, 우선 가정의 건강성 측정 척도를 개발하려는 기초 연구이다.

본 연구의 주요한 결과 및 결론은 다음과 같다.

첫째, 가정의 건강성 척도는 리더십, 행동양식, 가정의 구조, 가정의 문화 및 사회관계 지향성의 다섯 하위 영역으로 구성되었으며, 팀 성과행동을 적용한 가족원 성과행동의 측정문항을 포함하고 있다. 자신의 가정을 건강하다고 인식하는 집단과 그렇지 않다고 인식한 집단으로 구분하여 각 영역에 대한 응답을 비교한 결과 두 문항을 제외하고 모든 문항에서 유의한 차이가 나타나, 가정 건강성 척도로서 활용가능하다고 할 수 있다.

둘째, 가정의 건강성에 대한 최대치 가족 성과행동 순위에서는 가정의 건강성의 각 하위 영역이 고르게 분포되어 있었지만, 최소치 가족 성과행동의 순위에는 주로 사회적 관계 지향성이 포함되어 있었다. 이와 같은 가정의 건강성에 대한 최소치 가족 성과행동과 최대치 가족 성과행동의 분석 자료는 가정의 건강성에 대한 인식에 영향을 미칠 수 있는 가족 성과행동을 이해하게 해주는 유용한 자료이다. 가정의 건강성이란 모든 가족 성과행동이 잘 수행될 때 이루어지며, 이러한 의미에서 균형적이고 포괄적인 개념이다. 따라서 이와 같은 최소치 및 최대치 가족 성과행동에 대한 분석결과는 건강가정 교육프로그램의 개발에서 고려되어야 할 부분이다.

셋째, 가정의 건강성에 대한 인식과 관련된 가정의 상태와 결

과에 대한 문항은 각 각 3문항과 6문항이었다. 이러한 문항들을 기초로 가정의 건강성 유형을 분류한 결과 가장 많았던 것은 최악상태-최악결과 유형이었으며, 그 다음이 최선상태-최선결과 유형이었다. 이와 같은 결과는 가정의 건강성에 대한 인식과 달리 가정의 건강성 향상을 위한 심층적 정보를 제공해준다. Christoph의 팀 성과행동 코칭모델에 따르면, 가정의 건강성에 유의한 영향을 갖는 가족성과행동들을 중심으로, 최선상태-최선결과 유형으로 변화할 수 있는 코칭교육을 실시하는 것이 효과적이다. 따라서 이상과 같은 본 연구결과를 적용한 건강가정 교육프로그램을 개발하는 것이 필요하다.

넷째, 가정의 건강성 유형에 영향을 미치는 변수들은 최악상태-최악결과 유형을 기준으로 했을 때, 일반적으로 주부의 개인 및 가정 관련 변수들보다는 심리적 변수들이 유의미하고 영향력이 있는 변수로 나타나 가정의 건강성이 객관적 측정치이기보다는 주관적이고 심리적 인식에 의해 평가된다는 것을 시사해준다. 이것은 가정의 건강성 척도를 표준화된, 객관적 지표로 만드는 것이 아니라 개인의 주관적, 심리적 측정으로 구성하며, 건강가정 교육프로그램 역시 이러한 점에서 접근할 때 좀 더 의미 있는 효과를 얻을 수 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다.

이상과 같은 본 연구의 결과는 무엇보다도 Christoph의 조직 건강성 개념 및 팀 성과행동 코칭모델을 적용하여, 가정의 건강성 척도와 그를 기초로 한 앞으로의 가정의 건강성 향상을 위한 교육프로그램 개발의 가능성을 보여주었다는 데 의의가 있다. 특히 가정의 건강성에 대한 인식이 주관적 평가 및 심리적 인식에 의해 영향을 받았던 연구결과는 대상자의 잠재성과 가능성에 초점을 두고 인식 상의 변화를 통하여 변화와 성장을 돕는 코칭적 교육프로그램으로 가정의 건강성 향상을 위한 교육프로그램을 개발하려는 본 연구 궁극적 목적을 지지해준다. 이 때 가정의 건강성에 대한 최소치 가족 성과행동, 가정의 건강성에 대한 인식과 관련된 가정의 상태와 결과에 대한 문항, 가정의 건강성 유형에 영향을 미치는 변수들은 조사연구에서 나타나지 않는 가정의 건강성에 대한 심층적인 자료로 유용하다.

앞으로 이와 같은 본 연구의 결과를 기초로 건강가정 교육프로그램을 개발하고 그 효과성을 분석한다면, 가정의 건강성 향상 및 평가를 위한 유용한 자료로 활용될 것이다.

Declaration of Conflicting Interests

The authors declared that they had no conflicts of interest with respect to their authorship or the publication of this article.

Acknowledgments

This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korea Government (NRF-2009-327-C00026).

References

1. Asiacoachcenter. (2009). Coaching FT courses on improving group performance. Retrieved January 14, 2013, from <http://www.asiacoach.co.kr>
2. Cho, H. K., Kim, K. S., Jeoung, M. J., Song, H. R., Lee, S. M., Sung, M. A., et al. (2005). *Introduction to healthy families*. Seoul: Shinjeong.
3. Choi, S. N. (2000). *Social services for the elderly*. Osan: Hanshin University.
4. Deacon, R. E. & Firebaugh, F. M. (1988). *Family resource management: principles and applications* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
5. Defrain, J. (1999). Strong families around the world. *Family Matters*, 53(Winter), 6-13. Seoul: Kyung Hee Family Council & Education Center.
6. Eo, E. J., & Yoo, Y. J. (1995). A study on the development of the scale for measuring family strengths. *Journal of Korean Home Management Association*, 13(1), 145-156.
7. Jeong, Y. K., Jeong, J. Y., & Cho, S. E. (2008). A preliminary study on development of family-empowering program in healthy family-support center. *Journal of the Korean Home Economics Association*, 46(2), 39-50.
8. Jeong, Y. K., Kang, K. J., Park, J. Y., Jeong, J. Y., & Cho, S. E. (2009). A study on the development of representative education program for healthy family support center. *Korean Family Resource Management Association*, 13(1), 83-98.
9. Jeong, Y. K., Park, J. Y., & Song, H. R. (2011). A study on development of evaluation scale for health-grade of families. *Korean Family Resource Management Association*, 15(1), 177-197.
10. Kim, H. Y., Kim, S. H., Rhee, K. H., & Kwak, I. S. (2008). A study on the plausible application of coaching in the field of family resource management. *Journal of Korean Home Management Association*, 26(1), 137-147.
11. Kim, S. H. (2007). An exploratory study for development of self diagnose scale on the healthy family: uses the gamma model. *Korean Family Resource Management Association*, 11(4), 55-71.
12. Korean Family Life Improvement Center. (2005). *Handbook of programs in healthy family support center*. Seoul: Korean Family Life Improvement Center.
13. Lee, I. S. (2005). *Residence welfare of elderly and silver industry*. Seoul: Iljinsa.
14. Lee, S. H. (2008). *Good cheer, coaching*. Seoul: Shinjeong.
15. Lee, Y. J. (2008). A study for the job and competency of healthy family supporter in charge of educational work in healthy family support center. *Korean Family Resource Management Association*, 12(4), 79-102.
16. Moon, S. J. (1983). Research: methodische uberlegungen zur transfer der haushaltsanalyse auf die koreanische haushalte. *Journal of the Korean Home Economics Association*, 21(4), 149-162.
17. Naver Korean dictionary. What is health?. Retrieved January 20, 2013 from <http://www.naver.com>
18. Otto, H. A. (1962). What is a strong family? *Marriage and Family Living*, 24(1), 77-80.
19. Park, M. S., & Kim, K. A. (2006). The level of transformational leadership in family and the strengths of family: focusing on the married women in seoul. *Journal of the Korean Home Economics Association*, 44(8), 33-45.
20. Song, H. R. (2005). *Reinterpretation and prospect of 'health' code in science of life. Proceedings of the Korean Home Economics Association Conference, Seoul National University, Korea*. 19-40.
21. Song, H. R., Sung, M. A., Chin, M. J., & Lee, S. M. (2005). A study on the conceptual discussion of healthy families. *Journal of Korean Home Management Association*, 23(6), 179-190.
22. Yoo, G. S. (2004). Adults' perceptions of family functions and qualities needed for strong families. *Journal of Korean Home Management Association*, 22(4), 173-180.
23. Yoo, Y. J. (1995). *Healthy family, healthy society*. Seoul: The Bureau of Public Information.
24. Yoo, Y. J. (1999). A discussion on the concept of sound home and healthy family. *Journal of Korean Home Management Association*, 17(3), 93-102.