

기혼 성인의 가족건강성에 대한 영향요인 : 원가족경험요인을 중심으로

Factors Affecting Family Strength of Married Adults : Focused on the Family-of-Origin Experiences

박형원

서울사이버대학교 사회복지학부

Hyungwon Park(swhwp@hanmail.net)

요약

본 연구는 S사이버대학교 재학생 중 사회복지학 전공과목을 수강하고 있는 기혼 성인남녀 249명을 대상으로 원가족경험을 포함하여 현재 가족건강성에 영향을 미치는 요인을 분석한 것이다. 분석결과 기혼 성인 남녀의 가족건강성은 5점 척도 기준으로 3.86정도로 중상수준이었고, 결혼상태, 종교, 소득, 경제문제, 부부 문제, 고부/장서갈등, 자녀문제, 원가족경험이 가족건강성과 관련있는 것으로 나타났다. 단계적 회귀분석 결과 원가족경험의 하위요인인 전반적인 건강성, 갈등해소, 분리와 상실의 수용, 다른 가족원에 대한 허용성, 가족의 화목, 공동체의식, 확대가족내의 독립성, 가족의 공평성 중에서 공동체의식, 가족화목 요인이 현재 가족건강성에 영향을 주는 변수로 파악되었다. 이러한 결과는 한국의 가족주의 특성과 관련있는 것으로 생각되며, 가족간의 화목과 융화를 중시하는 전통 가치가 세대를 통해 가족건강성에 영향을 주고 있음을 시사한다.

■ **중심어** : | 원가족 | 가족건강성 | 공동체의식 |

Abstract

The present study set out to investigate influencing factors on family strength. The sample consisted of 249 male and female married adults who were in the class of social welfare in S cyber university.

Analysis revealed that married adults' family strength level was 3.86(above the moderate). Among variables, marital status, religion, income, economic problems couple conflict, conflict with mother-in-law, children's problem, family of origin experiences were associated with family strength. Regression analysis revealed that family cooperation and harmony of family were associated with family strength among 8 sub-factors : overall emotional health of family, conflict resolution, acceptance of separation and loss, permission to others, harmony of family, family cooperation, independence in extended family, power balance in family. These findings highlight the collective characteristics of Korean family and traditional values emphasizing the harmony influences the family strength through the generation.

■ **keyword** : | Family of Origin | Family Strength | Family Cooperation |

* 본 논문은 한국콘텐츠학회 2015 춘계 종합학술대회 우수논문입니다.

접수일자 : 2015년 07월 13일

수정일자 : 2015년 08월 01일

심사완료일 : 2015년 08월 13일

교신저자 : 박형원, e-mail : swhwp@hanmail.net

1. 서론

현대사회에서 가족은 급속한 변화속에서 다양한 스트레스 상황을 경험하고 있다. 가족의 소규모화, 가족생활주기의 변화, 만혼과 저출산, 성역할의 변화, 일과 가정의 양립에 대한 욕구 등 가족과 관련된 다양한 변화속에서 가족의 신체적·정서적·사회적 건강성 유지에 대한 관심이 증대되고 있다.

가족건강성(family strength)¹⁾은 가족의 건강한 정도를 의미하는 것으로 가족원 개인의 건강한 발달을 도모하고, 가족원간의 상호작용이 원만하여 집단으로서의 가치체계를 공유하고, 친족과 사회체계와도 원활한 상호작용을 하면서 생활하는 체계의 특성이라고 할 수 있다[1]. 가족건강성은 가족을 가족구조나 형태보다는 관계와 기능적 측면에서 보며, 가족원들간의 긍정적 상호작용, 문제의 해결, 가족의 강점을 강조한다. 주말부부[3], 기혼남녀[4], 여성결혼이민자[5]등 다양한 대상의 가족건강성에 대한 연구가 이루어질 정도로 다양한 연령층, 다양한 유형의 가족에게 있어서 가족건강성은 중요한 이슈라고 할 수 있다. 또한 가족은 가족원들이 긍정적으로나 부정적으로 상호작용하는 주요 환경으로서 가정의 건강성은 개인의 전 생애를 통해 지속적으로 영향을 미친다[6].

원가족(family of origin)은 한 개인이 태어나서 성장해 오는 동안 심리적, 정서적, 사회적으로 소속감을 갖는 가족이고, 가장 일차적인 환경으로서 인생 전반에 걸쳐 큰 영향을 준다. 한 개인의 현재 자아상, 가치, 행동, 태도 및 다른 사람과 관계를 맺는 양식의 발달은 원가족이라는 맥락 안에서 이루어지며, 이러한 초기경험은 일생동안 개인의 여러 발달 영역에 계속 영향을 미친다[7]. 원가족경험이란 개인이 출생하여 성장하는 동안 정서적·사회적 소속감을 갖는 가족내에서 부모형제를 비롯한 가족과의 상호작용에서 가졌던 특별한 경험이며, 이러한 경험은 자신과 타인, 대인관계에서 큰 영

향을 주고, 결혼 후 새로이 만든 자신의 가족에서 되풀이하는 경향이 있다. 원가족의 경험을 중시하는 가족주의 가치관이 강하고, 가족유대를 강조하는 우리나라에서는 결혼을 하더라도 원가족과 긴밀한 관계를 유지하는 경우가 많고, 결혼하여 구성된 가족에서도 원가족에서 습득한 상호작용 방식으로 상호작용하는 경향이 있어 현재 가족의 결혼생활을 예견하는데 원가족경험은 중요한 요인이라고 할 수 있다[8].

가족유형이 다양화되며, 가족관련 가치와 태도가 변화하고 있는 현대 사회에서 전반적인 가족건강성을 파악하며, 이와 관련된 요인을 탐색하는 것은 가족을 이해하는데 지침을 제공할 수 있다. 본 연구에서는 기혼 성인의 가족건강성에 영향미치는 요인으로서 원가족경험을 포함하여 현재 가족의 건강성에 영향을 미치는 요인을 탐색함으로써 가족건강성을 증진할 수 있는 방안을 모색해보고자 한다. 이에 본 연구에서 살펴보고자 하는 연구문제는 다음과 같다.

- <연구문제 1> 연구대상 성인의 가족건강성 정도는 어떠한가?
- <연구문제 2> 연구대상 성인의 인구사회학적 변인, 가족문제에 따라 가족건강성에는 어떠한 차이가 있는가?
- <연구문제 3> 연구대상 성인의 원가족경험에 따라 가족건강성에는 어떠한 차이가 있는가?
- <연구문제 4> 연구대상 성인의 인구사회학적 변인, 가족문제가 가족건강성에 미치는 영향은 어떠한가?
- <연구문제 5> 연구대상 성인의 원가족경험이 가족건강성에 미치는 영향은 어떠한가?

II. 이론적 배경

1. 가족건강성

가족건강성에 대한 연구는 여러 학자들에 의해 다양한 개념으로 설명되고 있다. Olson 등(1979)은 체계요소간의 역동적인 상호작용을 통해 체계가 적응성과 응집성의 균형을 이루는 것을 건강하다고 하였다[9]. 가족

1) 가족건강성(family strength)과 관련하여 'function', 'adequate', 'optimal', 'normal' 등 다양한 용어가 유사한 의미로 사용되고 있는데, 연구자가 원하는 용어를 선택하여 사용할 뿐 뚜렷한 개념차이는 없다[2]. 본 연구에서 사용한 척도에서 '가족건강성'이라는 용어를 사용하였고, 가족의 강점(strength)을 강조하기 위하여 본 연구에서는 가족건강성이라는 용어를 사용하였다.

이 변화를 허용하는 정도, 갈등상황에서 유연하게 대처하는 가족의 능력을 의미하는 적응성과 가족이 자율적이면서도 정서적으로 결합되어 있는 응집성이 균형을 이루어야 함을 뜻한다. 가족체계관점에서는 '기능적 가족'을 설명하는데, 개인이 가족내에서 어떻게 기능하며 영향을 주는지, 가족은 가족성원들이 성장할 수 있도록 기능적으로 작용하는지에 관심을 갖는다. 기능적인 가족의 특성으로는 가족원간의 인정, 안정감, 성장기회 제공, 자주성, 가족의 변화에 대한 적응, 가족구성원의 요구와 관심에 대한 책임감 등 여러 가지 요인이 있다. 가족은 일상생활에서의 상호작용이 얼마나 원만하고 적절하게 이루어지는가에 따라 기능적이기도 하고, 역기능적이기도 하다. 가족기능 수준이 높은 가족은 가족원들이 정서적으로 지지받고 안정감을 느끼며, 가족원간의 경계가 분명하면서도 경직되지 않아 가족원간에 원만한 상호작용을 적절히 유지하여 친밀감이 유지된다. 또한 가족원간에 자연스럽게 개방적인 의사소통이 이루어지며, 명확하면서도 융통성있는 가족규칙을 가짐으로써 가족 외부의 문제에 영향받더라도 안정을 되찾고 균형을 유지할 수 있는 힘을 가진 가족이다[10]. 이외에 가족건강성의 특징으로 감사표현, 함께 보내는 시간, 바람직한 의사소통, 강한 종교적 지향, 가족에 대한 헌신, 위기와 문제에 대한 긍정적 대처능력[11], 헌신, 긍정적 의사소통, 정신적 안녕, 감사와 애정, 질적 시간 공유, 스트레스 대처능력[12], 가족원에 대한 존중, 유대 의식, 감사와 애정, 긍정적인 의사소통, 가치관과 목표 공유, 역할충실, 문제해결능력, 경제적 안정, 사회와의 유대[1] 등을 들 수 있다.

가족건강성에 영향을 미치는 요인으로는 인구사회학적 요인, 심리적 요인, 사회적 요인, 가족관련요인 등이 연구되고 있는데, 인구사회학적 요인으로는 성별, 연령, 생활수준, 가족형태, 학력수준[13-15] 등이 가족건강성 관련 요인으로 나타났다. 심리적 요인으로는 자아존중감, 우울 등이 있는데, 자아존중감이 높을수록 자신과 환경에 대하여 긍정적으로 바라보게 되어 가족관계도 긍정적으로 평가하고[16], 높은 우울수준은 낮은 가족건강성과 관련있다고 보고되고 있다[17]. 또한 사회적 요인으로는 사회자본이 논의되고 있는데, 여성결혼이

민자의 사회자본 중 가족, 친구, 이웃, 제도에 대한 신뢰가 있을 때 그들의 가족건강성이 높은 것으로 나타났다[5]. 가족관련 요인으로는 높은 가족관계만족도가 높은 가족건강성과 관련있는 것으로 나타났다[3].

2. 원가족경험

원가족 경험은 초기 가족치료의 주요 초점인데, 초기 가족체계이론가인 Bowen은 사람들은 부모에 대한 미해결된 정서적 반응을 가지고 새로운 관계에서도 예전의 패턴을 그대로 반복하는 경향이 있다고 하면서[18], 현재의 가족관계를 이해하기 위해서는 원가족의 영향을 살펴보아야 한다고 하였다.

원가족경험에서 기본적으로 논의되는 것은 가족분화 경험으로서 이는 원가족에서 가족이 연결성과 분리성이 적절히 균형을 이루었는지를 뜻한다. 연결성과 분리성이 균형을 이루면 개인은 타인과 정서적 친밀감과 유대감을 형성하고 유지하며, 자율성을 발달시킬 수 있다. 연결성만 강조하는 가족에서는 가족원들간의 경계가 모호하고 개인의 자율성 발달이 저해되며, 분리성만 강조하는 가족에서는 정서적 유대감과 친밀감 형성이 부족하게 되는데, 이 두 가지 경우는 가족분화 수준이 낮은 것이다. 가족분화 수준이 낮은 가족에서 성장한 개인은 가족내에서 정서적 융합 또는 정서적 단절을 경험하게 되고, 이로 인해 정서적, 인지적, 관계적 차원에서 개인의 성장이 저해되게 된다[19].

원가족에서의 가족분화경험은 원가족의 정서적 건강을 의미하기도 하는데, 이는 세대간 전수과정을 통해 핵가족의 부부관계 및 가족건강성에 영향을 미치게 된다. 선행연구 결과를 보면 원가족에서의 경험이 긍정적이고 건강한 것으로 지각하는 사람과 원가족에서 갈등이 많았고 건강하지 못했다고 지각하는 사람들 모두 자신의 원가족 경험이 지금 현재 자신의 부부관계와 부모 자녀관계에 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다. 또한 원가족에 대해 지각하는 건강성 수준과 현재의 가족건강성 수준은 상관관계가 있으며, 원가족에서 가족분화 수준이 높았던 기혼자들이 더 친밀한 부부관계를 유지하며, 현재의 가족을 더 건강하다고 지각하는 것으로 나타났다[20].

III. 연구방법

1. 연구대상 선정 및 분석

본 연구를 위한 설문조사는 S사이버대학교 재학생 중 사회복지학 전공 과목인 가족복지론을 수강하고 있는 성인학습자를 대상으로 2014년 11월에 실시되었다. 교과내용 중에 가족관련내용을 학습하고 자신의 가족에 적용하여 생각할 기회가 있기 때문에 자신의 원가족과 현재 가족에 대한 질문에 보다 진지하게 응답할 것이라 예상하여 가족복지론 수강생을 설문대상으로 선정하였다. 온라인 강의실의 과목 게시판에 설문지의 취지를 설명하고, 자발적으로 설문지를 다운받아 작성할 수 있도록 한 후 작성한 설문지를 연구자의 이메일로 보내도록 하였다. 취합된 설문지는 293부였고, 그 중 기혼자(재혼, 이혼, 사별, 별거, 동거 포함)의 응답 249부를 연구에 사용하였다.

본 연구에서 얻어진 자료는 SPSS 21.0 프로그램을 이용하여 다음과 같은 분석방법으로 분석하였다. 연구대상자의 인구통계학적 특성에 대하여 빈도분석을 실시하였고, 사용한 척도의 신뢰도를 구하기 위하여 Cronbach's α 를 산출하였다. 주요 연구변인들의 평균과 표준편차를 산출하고, 연구대상자의 주요 변인에 따라 가족건강성에 차이가 있는지를 파악하기 위하여 분산분석을 하였다. 또한 가족건강성에 영향미치는 인구통계학적 요인과 경험을 파악하기 위하여 단계적 회귀분석을 하였다.

2. 측정도구

2.1 원가족 경험

본 연구에서는 Hovestadt 등(1985)[21]이 개발한 원가족척도(the Family-of-Origin Scale: FOS)를 최현미(1997)[8]가 한국 가족의 특성에 맞게 수정하여 타당화한 원가족척도(the Family-of-Origin Scale-55: FOS-55)를 사용하였다. 이 척도는 가족의 전반적인 건강성, 갈등해소, 분리와 상실의 수용, 다른 가족원에 대한 허용성, 가족의 화목, 공동체 의식, 확대가족 내의 독립성, 가족의 공평성 등 8개 하위 요인, 총 55문항으로 구성되어 있는 자기보고식 5점 리커트 척도이다.

하위요인이 측정하는 '가족의 전반적인 건강성'은 가정에서 친밀하고 자율적인 관계를 격려하는 정도이며, '갈등해소'는 갈등이 지체되지 않고 해결되는 정도를 의미하고, '분리와 상실의 수용'은 가정에서 경험하는 분리와 상실을 터놓고 다루는 정도를 말한다. '다른 가족원에 대한 허용성'은 가족원이 신뢰받고 자유가 허용되는 정도이며, '가족의 화목'은 가정내의 비밀이 없고 편안한 정도를 뜻하며, '공동체 의식'은 세대간의 관계가 원만하고 서로 협동하는 정도이다. '확대가족 내의 독립성'은 친척이나 양가의 영향을 덜 받는 정도이며, '가족의 공평성'은 가족원 사이에 차별이 없고 희생을 강요하지 않는 정도이다. 이 척도에서 점수가 높을수록 원가족에 대해 긍정적으로 지각하고 있음을 의미한다.

최현미(1997)[8]의 연구에서 이 척도의 Cronbach's α 는 .95, 본 연구의 Cronbach's α 는 .973이었다.

2.2 가족건강성

본 연구에서는 가족건강성을 측정하기 위해 어은주, 유영주(1995)[22]의 척도를 사용하였다. 이 척도는 총 34문항으로 가족원간의 유대, 가족원간의 의사소통, 가족의 문제해결수행능력, 가족의 가치체계공유 등의 하위영역으로 구성되어 있다. 하위영역에서 '가족원간의 유대'는 친밀감, 애정, 함께 시간보내기 등 정서적 측면의 내용으로 구성되어 있으며, '가족원간의 의사소통'은 의사소통 정도, 개방성, 명확성, 표현의 자유, 의사소통 유형 등으로 구성되어 있다. '가족의 문제해결 수행능력'은 문제나 위기상황에서 가족원이 공동의 노력과 책임으로 융통성있게 대처해 나가는 능력이며, '가족의 가치체계 공유'는 가족의 가치관과 규범의 유무, 가족원이 그에 동의하는지 등의 내용으로 구성되어 있다.

어은주, 유영주(1995)[22]의 연구에서 이 척도의 Cronbach's α 는 .94였고, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .98이었다.

IV. 연구결과

1. 인구사회학적 분석

연구대상자는 23세에서 58세의 기혼 남녀 성인 249명이며, 평균연령은 44.1세였다. 결혼상태는 초혼배우자와 생활하는 경우가 215명(86.4%)이었고, 이혼(19명, 7.6%), 재혼배우자와 생활(5명, 2.0%), 사별(4명, 1.6%), 별거(4명, 1.6%), 동거(2명, 0.8%) 순이었다. 결혼기간은 2개월에서 45.91년까지 폭넓게 분포되었고, 평균 결혼기간은 17.17년이었다. 응답자들은 현재 S사이버대학교 재학중인 학생이어서 학력은 대학재학이 167명(67.5%)으로 가장 많았다. 종교는 기독교(103명, 41.4%), 종교없음(63명, 25.3%), 가톨릭(41명, 16.5%), 불교(32명, 12.9%), 기타(9명, 3.6%) 순이었다. 직업은 전업주부(59명, 23.7%), 사무행정직(58명, 23.3%), 전문직(47명, 18.9%)이 다수를 차지하였다. 소득은 400만원 이상이 139명(55.9%)이었다. 본인 포함 동거가족수는 4인 가족인 경우가 121명(48.6%)으로 가장 많았고, 평균 동거가족수는 4.37명이었다. 자녀가 2명 있는 경우가 163명(65.5%)으로 가장 많았고, 평균 자녀수는 1.86명이었다. 현재 가족문제에 대한 질문에는 문제가 없다는 응답이 112명(45%)이었고, 경제적 문제(실직 포함)는 68명(27.3%), 자녀문제는 56명(22.5%), 부부문제는 37명(14.9%)이 응답하였다.

연구대상자의 인구사회학적 배경은 [표 1]과 같다.

표 1. 연구대상자의 인구사회학적 배경

(n=249)		
	구분	n(%)
성별	남성	84(33.7)
	여성	165(66.3)
연령 44.1세 (최소값 23세, 최대값 68세)	29세 미만	7(2.8)
	30세~39세	60(24.1)
	40세~49세	110(44.2)
	50세~59세	69(27.7)
	60세 이상	2(0.8)
결혼상태	초혼배우자와 생활	215(86.4)
	재혼배우자와 생활	5(2.0)
	이혼	19(7.6)
	사별	4(1.6)
	별거	4(1.6)
	동거(사실혼)	2(0.8)
결혼기간 평균 17.17년 (최소값 2개월, 최대값 45.91년)	5년이하	24(9.6)
	6년~10년이하	33(13.3)
	11년~20년이하	90(36.1)
	21년~30년이하	71(28.5)
	31년이상	20(8.0)
	무응답	11(4.4)

학력	대학재학	167(67.5)
	대졸	77(30.9)
종교	대학원졸 이상	4(1.6)
	불교	32(12.9)
	가톨릭	41(16.5)
	기독교	103(41.4)
	종교없음	63(25.3)
	기타	9(3.6)
직업	전업주부	59(23.7)
	무직	4(1.6)
	단순노무직	8(3.2)
	자영업	13(5.2)
	기능기술직	11(4.4)
	서비스, 판매, 영업직	20(8.0)
	사무행정직	58(23.3)
	경영관리직	8(3.2)
	전문직	47(18.9)
	기타	21(8.4)
소득	99만원 이하	4(1.6)
	100만원~199만원 이하	22(8.8)
	200만원~299만원 이하	38(15.3)
	300만원~399만원 이하	46(18.5)
	400만원~499만원 이하	52(20.9)
	500만원~599만원 이하	38(15.3)
	600만원 이상	49(19.7)
동거가족수 (평균 4.37명)	독거	5(2.0)
	2명	36(14.5)
	3명	53(21.3)
	4명	121(48.6)
	5명	29(11.6)
	6명 이상	4(1.6)
자녀수 (평균 1.86명)	없음	12(4.8)
	1명	42(16.9)
	2명	163(65.5)
	3명	31(12.4)
	4명	1(0.4)
	문제없음	112(45)
현재 가족문제 (중복응답)	경제적 문제	68(27.3)
	본인이나 가족의 질병, 장애	25(10)
	부부문제	37(14.9)
	고부/장서갈등	19(7.6)
	자녀문제	56(22.5)
	가정폭력	4(1.6)
	자녀들간의 갈등	15(6.0)
기타	12(4.8)	

2. 주요 연구변인들의 기술적 통계치

2.1 가족건강성

<연구문제 1>과 관련하여 기혼 성인의 가족건강성을 조사하였고, 그 평균과 표준편차를 [표 2]에 제시하였다.

가족건강성 총점 평균은 131.31점이었으며, 5점 척도에 표준화시킨 점수는 3.86점으로 나타났다. 동일 척도에 사용한 20대에서 60대까지의 성인남녀를 대상으로

한 연구에서 가족건강성이 3.68점[23], 여성결혼이민자들의 가족건강성이 3.63점[5]인 것과 비교했을 때 약간 높고, 양호한 편이었다. 가족원간의 유대는 4점으로 높은 편이며, 다른 세 가지 요인에 비해 가족의 문제해결 수행능력이 3.35로 낮게 나타났다.

표 2. 기혼 성인의 가족건강성 평균과 표준편차 (n=249)

변인	하위요인	M	SD	표준화 점수
기혼 성인의 가족 건강성	가족건강성 총점	131.31	22.06	3.86
	가족원간의 유대	39.97	6.57	4.00
	가족원간의 의사소통	34.78	6.09	3.86
	가족의 문제해결수행능력	20.09	3.43	3.35
	가족의 가치체계	32.84	6.22	3.65

2.2 인구사회학적 특성에 따른 가족건강성의 차이 <연구문제 2>와 관련하여 응답자의 인구사회학적

변인에 따라 가족건강성에 차이가 있는지 분산분석을 실시하였고, 그 결과는 [표 3]에 제시하였다.

성별, 연령, 결혼기간, 학력, 직업, 동거가족수, 자녀수에 따라 가족건강성에는 차이가 없었으며, 결혼상태, 종교, 소득에 따른 차이가 있었으나(p<.05), Scheffe 검정(Scheffe test)을 통한 사후분석에서는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 결혼상태를 보면 사별한 경우가 가족건강성이 높게 나왔으나, 집단내 표준편차가 크게 나와 해석에 주의해야 할 것으로 생각되며, 초혼배우자와 생활하거나 재혼배우자와 생활하는 경우에 이혼, 별거, 동거의 경우에 비해 상대적으로 가족건강성이 높은 것으로 파악된다. 종교를 보면, 불교와 기독교인 경우 가족건강성이 상대적으로 높게 나타났다. 소득에서도 집단간 차이가 있었는데, 가정소득이 99만원 이하인 경우 그 이상인 경우에 비해 상대적으로 가족건강성이 낮은 것으로 나타났다.

표 3. 인구사회학적 변인에 따른 가족건강성 (n=249)

변인	구분	M(SD)	F	Scheffe	변인	구분	M(SD)	F	Scheffe	
성별	남성	131.44(22.15)	.004		직업	전업주부	133.89(18.79)	1.462		
	여성	131.25(22.08)				무직	142.00 (4.58)			
연령	29세 미만	137.14(12.58)	1.099			단순노무직	117.17(14.13)			
	30세~39세	128.08(24.04)				자영업	128.15(22.73)			
	40세~49세	132.01(20.92)				기능기술직	126.90(13.67)			
	50세~59세	131.74(22.70)				서비스,판매,영업직	129.42(20.22)			
	60세 이상	156.00(18.38)				사무행정직	131.87(21.91)			
결혼 상태	초혼배우자와 생활	132.60(1.55)	2.285*			경영관리직	118.38(19.62)			
	재혼배우자와 생활	130.20(23.38)				전문직	129.13(29.15)			
	이혼	127.00(17.20)				기타	142.94(17.68)			
	사별	134.00(26.00)			99만원 이하	100.33(37.53)				
결혼 기간	동거(사실혼)	126.50(3.54)	1.428		100만원~199만원 이하	122.55(21.15)	2.238*			
	5년이하	123.83(25.49)			200만원~299만원 이하	130.43(22.99)				
	6년~10년 이하	136.03(21.79)			300만원~399만원 이하	129.54(21.84)				
	11년~20년 이하	130.66(23.54)			400만원~499만원 이하	133.50(19.40)				
	21년~30년 이하	134.15(16.70)			500만원~599만원 이하	137.48(20.70)				
학력	31년 이상	127.50(27.84)	1.868		600만원 이상	132.89(23.12)				
	대학재학	131.80(22.70)			독거	124.80(33.48)				
	대졸	133.48(21.15)			2명	125.85(22.74)				
종교	대학원졸 이상	127.67(29.67)	2.725*		3명	130.46(21.53)	.953			
	불교	137.26(20.62)			4명	133.75(21.46)				
	가톨릭	129.60(20.75)			5명	131.63(22.68)				
	기독교	134.75(21.32)			6명 이상	128.67(27.21)				
	종교없음	124.93(23.05)			없음	129.50(26.09)				
동거 가족수	기타	124.33(26.47)	2.725*		1명	131.17(22.06)	.460			
	1명	131.17(22.06)			2명	132.10(21.32)				
	2명	132.10(21.32)			3명	131.14(24.64)				
	3명	131.14(24.64)			4명	160.00()				

*<.05

표 4. 가족문제 변인에 따른 가족건강성

					(n=249)				
변인	구분	M(SD)	F	Scheffe	변인	구분	M(SD)	F	Scheffe
문제 유무	문제없음	139.57(19.44)	30.404***		고부/장서 갈등	문제없음	132.20(21.59)	4.901*	
	문제있음	124.53(21.84)				문제있음	120.00(25.50)		
경제 문제	문제없음	137.14(12.58)	15.166***		자녀 문제	문제없음	133.14(22.34)	5.789*	
	문제있음	128.08(24.04)				문제있음	124.88(19.95)		
질병, 장애	문제없음	131.97(21.71)	1.837		가정 폭력	문제없음	131.46(21.93)	.752	
	문제있음	125.54(24.67)				문제있음	120.33(34.82)		
부부 문제	문제없음	135.31(19.08)	54.011***		자녀들갈등	문제없음	131.78(22.20)	1.819	
	문제있음	108.49(24.25)				문제있음	123.31(18.38)		

*p<.05, ***p<.001

2.3 가족문제에 따른 가족건강성의 차이

<연구문제 2>와 관련하여 가족문제 유형에 따라 가족건강성에 차이가 있는지를 검증하였고, 결과를 [표 4]에 제시하였다.

가정에 문제가 있는지 질문하였을 때 문제가 없다고 응답한 집단의 가족건강성이 높았으며, 집단간 차이가 있었다(p<.001). 또한 경제문제(p<.001), 부부문제(p<.001)가 없다고 응답한 집단, 고부/장서갈등(p<.05), 자녀문제(p<.05)가 없다고 응답한 집단이 가족건강성이 높게 나타났다.

2.4 원가족경험에 따른 가족건강성의 차이

<연구문제 3>과 관련하여 성인 응답자들의 원가족 경험에 따라 현재의 가족건강성에 차이가 있는지를 알아보기 위해 분산분석을 실시하였고, 그 결과는 [표 5]와 같다. 원가족경험이 긍정적인 정도에 따라 상중하 3개 집단으로 구분하여 살펴본 결과 집단간 유의미한 차이가 있었다(p<.001). Scheffe 검정(Scheffe test)은 보수적이고 엄격한 평균비교 검정으로서 집단의 사례수가 다

른 경우에도 적용가능하기 때문에[24] 사후분석으로 Scheffe 검정을 실시하였고, 원가족경험이 ‘상’인 집단이 ‘중’, ‘하’인 집단에 비해 가족건강성이 높은 것으로 나타났다.

표 5. 원가족경험 변인에 따른 가족건강성

					(n=249)		
변인	구분	가족건강성					
		M(SD)	F	Scheffe			
원가족경험	상 a	154.16(13.11)	30.997***			a)b a)c b)c	
	중 b	128.86(19.46)					
	하 c	122.22(23.46)					

***p<.001 집단구분 : 하M-SD, M-SD≤중≤M+SD, M+SD<상

2.5 가족건강성에 영향을 미치는 인구사회학적 및 가족문제 관련 변인

<연구문제 4>와 관련하여 인구사회학적 변인, 가족문제 관련 변인이 가족건강성에 미치는 영향을 알아보기 위해 각 요인들을 투입하여 단계적 회귀분석을 실시하였으며, 결과는 [표 6]과 같다.

표 6. 인구사회학적 및 가족문제 변인과 가족건강성에 대한 단계적 회귀분석

									(n=249)	
모델	변인	R ²	수정된 R ²	B	β	F	유의확률	VIF		
모델1	부부문제	.193	.189	-27.253	-.439***	54.011	.000	1.000		
모델2	부부문제	.246	.239	-26.211	-.422***	36.244	.000	1.005		
	초혼배우자와 결혼생활			14.404	.232***				.000	1.005
모델3	부부문제	.267	.257	-24.7241	-.398***	20.896	.000	1.033		
	초혼배우자와 결혼생활			2.038	.194**				.002	1.075
	경제문제			-7.608	-.152*					

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

표 7. 원가족경험 변인과 가족건강성에 대한 단계적 회귀분석

(n=249)

		R ²	수정된 R ²	B	β	F	유의확률	VIF
모델1	공동체의식	.196	.192	1.870	.442***	51.612	.000	1.00
모델2	공동체의식 가족화목	.220	.213	1.190 1.019	.282* .224*	29.773	.001 .011	2.065 2.065

*p<.05, ***p<.001

인구사회학적 변인 중 부부문제, 초혼배우자와 결혼 생활, 경제문제가 단계적으로 투입되었고, 3개의 모델이 선택되었다. 각 변인들간의 다중공선성 문제를 파악하기 위해 VIF값을 살펴본 결과 각 변인들의 VIF값이 1 이상이므로 다중공선성의 문제는 없는 것으로 판단하였다[25].

‘부부문제’만이 투입된 모델 1의 설명력은 18.9%로 나타났으며, p<.001수준에서 통계적으로 유의미하였다. ‘부부문제’와 ‘초혼배우자와 결혼생활’이 투입된 모델 2의 설명력은 23.9%로서 역시 p<.001수준에서 통계적으로 유의미하였다. 모델 3에서는 ‘경제문제’가 추가로 선정되었고, ‘부부문제’, ‘초혼배우자와 결혼생활’, ‘경제문제’가 가족건강성 변량을 25.7% 설명하고 있다. 각 모델을 비교한 결과 부부문제, 초혼배우자와 결혼생활하는지 여부, 경제문제는 가족건강성에 영향을 주고 있으며, 특히 부부문제와 경제문제는 가족건강성에 부정적 영향을 주는 것으로 나타났다.

2.6 가족건강성에 영향을 미치는 원가족경험 관련변인

<연구문제 5>와 관련하여 원가족경험 관련변인이 가족건강성에 미치는 영향을 알아보기로 각 요인들을 투입하여 단계적 회귀분석을 실시하였으며, 결과는 [표 7]과 같다.

원가족경험에서는 ‘공동체의식’과 ‘가족화목’이 투입되었는데, ‘공동체의식’만이 투입된 모델 1은 19.2%의 설명력을 갖는 것으로 나타났고(p<.001), ‘공동체의식’과 ‘가족화목’이 투입된 모델 2의 설명력은 21.3%로서 p<.05 수준에서 통계적으로 유의미하였다. 원가족에서 공동체의식을 가진 경험이 많고, 가족이 화목했던 경우에 현재 가족의 건강성이 좋은 것으로 해석할 수 있다.

V. 논의 및 제언

본 연구에서는 기혼 성인의 가족건강성 정도와 관련 요인을 살펴보았으며, 아동기 원가족 경험이 현재 가정의 가족건강성에 영향을 미치는지에 대하여 고찰하였다. 본 연구에서 밝혀진 연구결과를 요약하고 논의할 점은 다음과 같다.

첫째, 연구문제 1과 관련하여, 기혼 성인의 가족건강성은 5점 척도 기준으로 3.86 정도로 중상 수준으로 선행연구들보다 약간 높은 수준이었다. 가족원간의 유대(4.00), 가족원간의 의사소통(3.86)은 평균 수준 이상인데 반하여 가족의 문제해결수행능력(3.35)은 평균보다 낮게 나와 가족문제 해결을 위한 협력적 노력이나 책임 분담에서는 문제가 있을 수 있다고 해석된다. 연구 대상자가 가족복지론 과목 수강생들로서 한 학기동안 가족관련 내용을 학습하고, 자신의 가족에 적용해 보는 내용을 경험해 봄으로써 가족을 이해하고 유대를 돈독히 하는 것에는 수업의 도움을 받았을 수 있을 것이다. 그러나, 가족문제를 해결하는 능력이나 노력으로까지는 발전되지 못한 것이 이러한 연구결과와 연결되는 것으로 생각한다.

둘째, 연구문제 2와 관련하여 인구사회학적 특성 중에서는 결혼상태, 종교, 소득이 가족건강성과 관련있는 것으로 나타났는데, 초혼배우자나 재혼배우자와 생활하는 집단, 종교가 있는 집단의 가족건강성이 상대적으로 높았고, 99만원 이하의 소득 가정은 상대적으로 가족건강성이 낮았다. 이 결과를 통해 사별, 별거, 이혼 등 가족이나 배우자간의 큰 변화는 가족건강성에 부정적 영향을 미치며, 초혼이나 재혼 여부에 관계없이 배우자와 생활하는 것이 가족건강성에 긍정적 영향을 줄 수 있음을 생각할 수 있다. 또한 종교가 있는 경우에는 가

족성원들이 공통의 신념체계를 갖고 같이 종교생활을 하거나 같이 시간을 보내는 것 등이 가족성원들의 유대, 가치체계공유 등을 포함하는 가족건강성에 긍정적 영향을 주었을 것으로 생각한다. 소득이 낮은 경우에 가족건강성도 낮았는데, 이는 선행연구[13] 결과와도 일치하는 결과이다.

셋째, 연구문제 2와 관련하여 가족문제에 따라 가족건강성에 차이가 있는지를 검증하였는데, 가정에 문제가 없다고 응답한 집단의 가족건강성이 높았다. 이는 실제 문제의 존재여부보다도 가정상황을 어떻게 지각하는지에 따라 가족건강성에 차이가 있을 수 있음을 보여준다. 즉, 현재 가족상황을 긍정적·낙관적으로 바라보는 것이 가족건강성에 도움이 되리라 생각한다. 가정문제 유형별로는 여러 가지 문제 유형 중 경제문제, 부부문제, 고부/장서갈등, 자녀문제가 가족건강성과 관련 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서 소득이 99만원 이하인 집단의 가족건강성이 낮은 것에서도 알 수 있듯이 경제문제는 가족의 기본적인 생활과 건강성에 영향을 주는 요인으로 생각한다. 또한 가족건강성에는 주로 가족원들간의 직간접적인 갈등이 영향을 미치는 것으로 생각되는데, 본 연구의 설문에서 가족문제를 대상별로만 크게 구분하여 세부적인 문제를 파악하지 못한 것은 연구의 한계라고 할 수 있다.

넷째, 연구문제 4는 인구사회학적 변인과 가족문제 변인이 가족건강성에 미치는 영향을 보고자 한 것인데, 회귀분석 결과 부부문제, 초혼배우자와의 결혼생활로 구성된 모델 2가 가족건강성의 24.6%를 설명하는 것을 볼 때, 가정내 부부의 위치와 역할이 중요함을 알 수 있다. 확대해서 생각한다면 경제문제, 부부문제, 고부/장서갈등, 자녀문제 등 가정내 여러 가지 문제가 가족건강성과 관련이 있으나, 그 문제를 조정하고 해결하는데 있어서 부부가 중심역할을 잘 하는지 여부가 가족건강성에 영향을 줄 것이라고 생각한다.

다섯째, 연구문제 3과 5를 검증한 결과, 원가족경험은 현재 가족건강성과 관련있는 것으로 나타났는데, 아동기 원가족 경험이 긍정적인 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 가족건강성이 높은 것으로 나타났다. 특히 원가족에서의 ‘공동체의식’, ‘가족화목’은 가족건강성에 영향을

미치는 주요 변인으로 나타나 원가족에서 공동체의식을 가진 경험이 많고, 가족이 화목했던 경우에 현재 가족의 건강성이 좋은 것으로 해석할 수 있다. 원가족경험에서의 ‘공동체의식’은 박필현(2013)[26]의 연구에서도 가족 레질리언스의 많은 영역에 영향을 주는 중요한 요인으로 나타났다. 박필현(2013)[26]의 연구에서 원가족경험의 ‘공동체의식’은 가족의 신념체계(family belief system), 조직패턴(family organizational patterns), 의사소통과정(family communication processes)의 하위 영역에 골고루 영향을 주었는데, 성장기에 가족내에서 세대간 원만한 관계를 경험하고 협동하는 경험을 한 것이 성인기 자신의 가족에서 가족의 신념체계를 만들어 가고, 융통성있는 관계, 명확하고 개방적인 의사소통을 하는데 영향을 준다는 것을 보여준다. 본 연구에서도 ‘공동체의식’과 ‘가족의 화목’이 원가족경험에서 가족건강성에 영향요인으로 밝혀진 것은 우리나라 가족의 집단주의·가족주의 문화를 반영하며, 자율적이고 독립적인 특성보다는 가족간의 유대와 융화, 협동의 가치가 가족에게 영향력이 있음을 시사한다.

본 연구는 가족건강성에 영향을 미치는 인구사회학적요인, 가족문제요인과 더불어 원가족경험 요인을 규명함으로써 가족건강성을 강화할 수 있는 방안을 찾아 보고자 하였다. 본 연구에서 밝혀진 요인 중 경제문제, 결혼상태 등에 도움을 주기는 어렵지만, 가족관계에서의 문제나 원가족에 대한 인식, 현재 가족에 대한 낙관적 관점 등은 사회복지서비스 및 상담을 통하여 지원할 수 있는 부분이다. 원가족건강성을 높게 지각할수록 부부친밀감이 높다는 연구결과[27]를 보더라도 원가족에 대한 긍정적 지각은 현재의 부부관계와 가족건강성에 긍정적 영향을 줄 수 있다. 원가족건강성을 높게 지각하는 것 자체가 건강한 가족임을 뜻하기 때문에[8] 이러한 점은 가족상담 등 임상현장에서 활용할 가치가 있는 점이다.

본 연구의 한계와 후속 연구에서 보완해야 할 점은 다음과 같다.

첫째, 원가족경험 요인은 응답자의 주관적 지각이며, 과거에 대한 회상을 바탕으로 수집된 것이기 때문에 응답의 정확성에 문제가 있을 수 있다. 그럼에도 가족 구

성원들이 자신의 가족환경을 어떻게 지각하느냐 하는 것은 그들이 행동을 이해하고 예측하는데 중요하기 때문에 본 연구에서 원가족경험을 살펴보았다.

둘째, 가족은 하나의 체계로서 가족건강성에 영향미칠 수 있는 요인은 가족내외부에서 무수히 많이 찾을 수 있겠는데, 본 연구에서는 인구사회학적 요인, 가족문제요인, 원가족경험 요인에 한정하여 살펴보았다. 가족건강성에 영향을 줄 수 있는 다양한 요인을 포함하는 후속연구가 이루어져야 할 것이다.

셋째, 본 연구는 가족복지론 수강생이라는 공통점을 갖고 있고, 학습내용이 자신의 가족을 이해하고 돌아보는데 영향을 주었을 수 있는 특정 집단을 연구 대상으로 하였기 때문에 다른 집단에 일반화할 수 없는 한계를 갖는다.

참 고 문 헌

- [1] 유영주, "가족강화를 위한 한국형 가족건강성 척도 개발 연구", 한국가족관계학회지, 제9권, 제2호, pp.119-151, 2004.
- [2] 최희진, 유영주, "한국형 가족기능도 척도 개발 연구", 한국가정관리학회지, 제21권, 제3호, pp.15-28, 2003.
- [3] 최정혜, "주말부부의 결혼만족도와 가족건강성-주말부부 남편과 아내의 비교", 대한가정학회지, 제43권, 제3호, pp.11-26, 2005.
- [4] 전서영, 박정윤, 김양희, "기혼 남녀의 일-가족 갈등에 따른 가족건강성의 차이에 관한 연구", 한국가족자원경영학회, 제12권, 제3호, pp.59-79.
- [5] 박선민, *여성결혼이민자의 사회적자본과 가족건강성에 관한 연구*, 성신여자대학교 대학원, 박사학위논문, 2012.
- [6] M. E. Kerr and M. Bowen, *Family evaluation*, New York: Norton, 1988.
- [7] M. Rovers, L. DesRoches, P. E. Hunter, and B. Taylor, "A family of origin workshop: Process and evaluation," *Family Journal*, Vol.8, No.4, pp.368-375, 2000.
- [8] 최현미, *원가족척도 연구-결혼초기 부부를 중심으로*, 이화여자대학교 대학원, 박사학위논문, 1997.
- [9] D. H. Olson, C. S. Russell, and D. H. Sprenckle, "Circumplex model of marital and family system: Cohesion and adaptability dimensions," *Family Process*, Vol.1, pp.3-28, 1979.
- [10] 최희진, *일반청소년과 비행청소년이 지각한 가족기능도와 그에 따른 스트레스 대처방식*, 경희대학교 대학원, 박사학위논문, 2004.
- [11] N. Stinnet, "Strengthening families," *Family Perspectives*, Vol.13, 1979.
- [12] J. Defrain, "Qualities of strong families around the world", *경희가족상담교육센터 해외석학초청 특별강연회 자료집*, 2003.
- [13] 강희경, "가족의 건강성과 학령기 아동의 자아탄력성", *한국가정관리학회지*, 제23권, 제3호, pp.93-102, 2005.
- [14] 양순미, 유영주, "부모와 자녀세대가 인지한 농촌가족의 건강성 및 관련변인의 특성연구-딸자녀가 중등학교 이상에 다니는 농가 중심", *한국가족관계학회지*, 제5권, 제1호, pp.67-91, 2000.
- [15] 어은주, *한국 도시 가족의 건강성 및 관련 변인 연구*, 경희대학교 대학원, 박사학위청구논문, 1996.
- [16] 권대회, 오윤자, "청소년기 자녀가 지각한 가족의 건강성과 자아존중감에 대한 연구", *한국가정관리학회지*, 제22권, 제1호, pp.115-127, 2004.
- [17] 배경의, 김은하, "청소년이 지각한 가족건강성, 가족기능, 자아정체감과 우울과의 관계", *아동간호학회지*, 제13권, 제3호, pp.357-366, 2007.
- [18] 권정란, 이인수, "원가족의 정서적 건강성과 자이분화에 따른 부부적응", *한국가족관계학회지*, 제11권, 제1호, pp.35-56, 2006.
- [19] E. A. Skowron and M. I. Friedlander, "The differentiation of self inventory: Development and initial validation," *Journal of Counselling Psychology*, Vol.45, pp.235-246, 1998.

- [20] R. M. Sabatelli and B. H. Suzanne, "Family-of-Origin experiences and adjustment in married couples," *Journal of Marital and Family Therapy*, vol.65(February), pp.159-169, 2003.
- [21] A. J. Hovestadt, W. T. Anderson, F. A. Piercy, S. W. Cochran, and M. A. Fine, "Family-of-Origin scale," *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.11, No.3, pp.287-297, 1985.
- [22] 어은주, 유영주, "가족의 건강도'측정을 위한 척도개발에 관한 연구", *한국가정관리학회지*, 제13권, 제1호, pp.145-156, 1995.
- [23] 이선미, "성인남녀의 가족건강성 관련변인", *대한가정학회지*, 제49권, 제5호, pp.129-142, 2011.
- [24] 최성재, *사회복지자료분석론*, 파주:나남출판, 2005.
- [25] 이윤로, 유시순, *사회복지사를 위한 SPSS*, 서울:학지사.
- [26] 박필현, *기혼여성이 지각한 원가족 경험이 현재의 가족 레질리언스에 미치는 영향*, 경성대학교 대학원, 석사학위논문, 2013.
- [27] 장선웅, 정혜정, 이주연, "기혼남녀가 지각한 원가족경험이 부부친밀감에 미치는 영향", *한국가정관리학회지*, 제29권, 제1호, pp.71-82, 2011.

저 자 소 개

박 형 원(Hyungwon Park)

정희원



- 1991년 2월 : 이화여자대학교 사회사업학과(문학사)
 - 1993년 2월 : 이화여자대학교 대학원 사회사업학과(문학석사)
 - 2004년 2월 : 이화여자대학교 대학원 사회복지학과(문학박사)
 - 2005년 8월 ~ 현재 : 서울사이버대학교 사회복지학과 교수
- <관심분야> : 가족, 여성, 아동, 사회복지