

빈곤가정 아동의 위기 영향요인*

김채운¹⁾ · 소애영²⁾ · 김은주³⁾

서론

연구의 필요성

여성의 사회진출 증가, 가족해체의 가속화로 인한 한 부모 가족의 증가, 출산과 인구고령화 등과 같은 사회문제는 아동의 경제적 안정을 위협하고 있다[1]. 아동빈곤이란 “18세 미만의 아동이 다양한 이유로 인하여 기본적인 욕구가 충족될 수 없는 상태”로 정의 할 수 있으며[1] 빈곤 지표로 가장 보편적으로 활용하고 있는 것이 빈곤율이다. 따라서 아동 빈곤율은 빈곤선 미만(중위소득의 50% 미만) 가구에 사는 아동의 수를 전체 아동수로 나눈 비율을 의미한다[1]. 우리나라 전체 빈곤율은 2006년 13.4%에서 2015년 12.8%로 차이가 없었지만, 아동 빈곤율은 같은 기간 10.1%에서 6.9%로 크게 감소하였으며 OECD 회원국가에 비교해도 낮은 수준이다[2]. 이러한 아동의 빈곤율 수준은 전체 인구 빈곤율에 비해 6.0~7.1% 정도 낮은 편인데[3], 이는 저출산, 고령화로 인한 아동의 수가 절대적 감소추세이기 때문인 것으로 보인다. 그럼에도 불구하고 아동 빈곤율로 빈곤한 아동의 수를 추계해 보면, 중위소득 40% 기준으로 약 30만 1,000명, 중위소득 50% 기준으로 58만 2,000명, 중위소득 60% 기준으로 103만 4,000명이 아동빈곤으로 평가될 수 있다[3].

빈곤이 아동에게 미치는 영향은 향후 아동의 신체적 발달은 물론 인지, 사회적 문제와 정서, 행동적 문제까지 총체적이다[4]. 아동은 빈곤으로 교육기회가 감소하고 가족 해체는 물론

방임이나 아동학대에 노출될 가능성도 높다[5]. 그럼에도 불구하고 아동빈곤을 위한 정책은 다른 분야나 대상자보다는 사회적 관심이 적은 상황이다[1].

취약계층 아동을 대상으로 정부 또는 지자체등 공공영역에서 이루어지는 포괄적인 지원 사업으로는 위스타트, 드림스타트 등이 있다[5]. 위스타트 사업의 경우 시민사회 체계와의 교류를 통해 프로그램을 운영하는 장점을 갖는 반면 드림스타트 사업은 정부주체로 운영되어 시민사회 체계를 고려한 프로그램 수행이 어려울 수 있으나, 정부로부터 행정적인 물적 및 인적지원을 받는 장점이 있다[5]. 위스타트 사업은 사회적 돌봄이 필요한 저소득층 가정의 만 0~13세 아동을 대상으로 공정한 삶의 출발선을 제공하기 위해 교육, 복지, 건강, 보육 프로그램 등 대상자 요구에 적합한 맞춤형 서비스를 제공하고 있다[6]. 또한 사후 치료나 개입에 초점을 두기보다는 예방적인 사업에 주안을 두고 진행을 하고 있다[6].

위스타트에서는 2013년 보건복지부에서 제시한 위기 사정도구를 사용하여 빈곤가정 아동의 위기를 파악하여 사례관리를 진행하고, 서비스 제공의 우선순위 결정에 대한 기준을 두고 있다[7]. 위기는 빈곤가정 아동의 사례관리 등급을 분류하는 기준으로 ‘개입의 긴급성’과 ‘복합적인 서비스 필요성’, ‘예방적 서비스 제공 및 관찰’로 분류되고 있으며, 아동발달 및 양육환경과 관련된 검사도구로서 사례관리 개입의 기준이 되는 지표이다[7]. 위기사정은 위스타트의 예방적 취지와 현재 진행되고 있는 사업의 주요내용을 볼 때, 심각한 위기수준에 처한 아동들

주요어 : 아동, 위기, 빈곤, 위기요인

* 이 논문은 제1자 김채운의 2017학년 국립강릉원주대학교 석사학위논문을 수정 및 보완하여 작성한 것임.

1) 원주시 아이행복마을, 건강조정자(<https://orcid.org/0000-0001-9350-8441>)

2) 강릉원주대학교 간호학과, 교수(교신저자 E-mail: aeyoung@gwnu.ac.kr) (<https://orcid.org/0000-0001-6332-2662>)

3) 강릉원주대학교 간호학과, 부교수(<https://orcid.org/0000-0001-9561-4678>)

투고일: 2020년 3월 2일 수정일: 2020년 3월 22일 게재확정일: 2020년 3월 31일

뿐 아니라 현재의 위기수준은 심각한 수준에 미치지 않지만 지원이 없을 경우 향후 심각한 위기를 경험할 가능성이 있는 아동들 또한 선별적으로 지원 대상에 포함시켜 아동 및 가정의 개입의 정도를 파악하여 사례관리 서비스 개입 정도를 조절할 수 있다[8]. 따라서 빈곤가정 아동에 대한 포괄적인 지원을 위해서는 아동 위기에 영향을 미치는 아동이 갖고 있는 특성뿐만 아니라 가구 및 양육자들이 갖고 있는 복합적인 요인들에 대한 파악이 필요하다.

하지만 선행 연구에서는 위스타트 사업의 효과성에 대한 연구는 있으나[6] 위기에 미치는 영향 요인을 파악한 연구는 없는 실정이다. 이에 본 연구는 빈곤가정 아동의 위기에 미치는 영향 요인을 파악하여 맞춤형 사례관리서비스 제공에 필요한 근거자료를 제공하고자 시도하였다.

연구 목적

본 연구의 목적은 대상자의 일반적 상태에 따른 위기 영향요인을 파악을 통한 사례관리 중재의 근거자료 제공에 있으며 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성을 파악한다.
- 빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성에 따른 위기의 차이를 파악한다.
- 빈곤가정 아동의 위기에 미치는 영향요인을 파악한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 위스타트 등록 아동을 대상으로 가정방문 및 내소자 상담을 통해 조사된 2차 자료인 위기사정자료를 기초로 빈곤가정 아동의 위기영향요인을 파악하기 위한 단면조사 연구이다.

연구 대상

본 연구의 대상자는 W시 위스타트 마을 관리 대상 만 0~13세 아동과 가족으로 기초생활수급, 차상위계층, 법정 한 부모, 기타 저소득층, 사각지대에 있다고 판정되어 각 주민센터, 학교 및 사회복지단체로부터 의뢰된 대상이다. 또한 사례관리 및 서비스 제공에 동의하여 등록 후 3개월이 경과된 아동과 가족으로부터 개인정보활용동의서를 받은 아동 총 295명 중 2016년 1월1일부터 4월30일까지 가정방문 및 내소자 상담을 통해 재사정을 실시한 결과, 연락두절 및 위스타트 마을 관할지역이 아닌 지역으로 이사, 서비스 거부, 대상자 자격 상실로 인해 재 사정

을 하지 못한 아동 7명을 제외한 288명(영유아 및 학령전기 아동 80명, 학령기아동 208명)의 아동을 대상으로 진행하였다.

본 연구의 대상자수 산정은 G*power 3.1.4를 활용하였다. 영유아 및 학령전기 아동의 경우 회귀분석에 요구되는 최소 표본수는 독립변수 8개, 유의수준 5%, 효과크기 0.25, 검정력 0.8로 예측할 때 최소 표본 수는 42명으로 산출되었다. 학령기 아동의 경우 독립변수 13개, 유의수준 5%, 효과크기 0.25, 검정력 0.8로 예측할 때 최소 표본 수는 84명으로 산출되어 자료 분석에 필요한 표본 수는 충족하였다.

연구 도구

● 빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성

가구정보조사지는 사단법인 위스타트에서 개발하여 (주)진우정보시스템에서 전산프로그램으로 만든 것으로 위스타트 대상 아동의 효과적인 사례관리를 위한 기초정보조사지로 아동, 가구 및 양육자 특성으로 구성되어 있다. 아동 특성은 영유아기 및 학령전기와 학령기 공통으로 성별, 연령, 출생순위, 몸무게, 키, BMI (Body Mass Index), 장애 유무이며, 학령기의 경우 학교생활 평가(학교적응, 학업성취도 및 교우관계) 및 문제행동(학업부진, 집단따돌림 및 주위산만)을 기술하도록 되어 있다. 가구 특성으로는 사회보장 및 건강보장형태, 양육형태, 주택소유, 주거환경 및 수입에 대한 문항들이 포함되어 있으며, 양육자 특성은 연령, 교육수준, 직업 유무 및 질병 유무가 포함되어 있다. 학령기 아동 조사지에 포함된 학교생활 평가도구는 매우 양호(1), 양호(2), 보통(3), 불량(4), 매우 불량(5) 순으로 총 3문항으로 구성되어 있으며, 점수가 높을수록 학교생활을 잘하지 못하는 것을 의미한다. 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach $\alpha=0.74$ 이다.

● 위기사정도구

아동의 가족환경과 발달 관련한 변화가 어려운 요인들을 확인하기 위하여 사단법인 위스타트에서 각 지역 위스타트에서 사용하도록 권고하고 있는 도구를 사용하였다. 위기는 3개의 하위 영역인 일반위기지표, 발달지표, 양육환경지표가 있으며 각각의 위기 총점에 대한 등급을 합한 것을 의미한다. 점수가 높을수록 아동의 위기가 높아 사례관리 중재의 우선순위가 된다[7]. 본 도구는 보건복지부에서 위탁하여 Oh [8]가 개발한 도구이며, 하위영역으로는 일반위기 19문항으로 1점 척도 예(1점), 아니오(0점)로 구성되어 있다. 발달위기는 34문항으로 영유아 및 학령전기 16문항, 취학아동 18문항, 양육환경위기 17문항으로 구성되어 있으며, 각각 4점 척도로 전혀 문제없음(0), 약간 문제 수준(1), 상당한 문제 수준(2), 심각한 문제 수준(3)으로 구성되어 있다. 일반위기는 가족의 구조적인 문제 또는 단기간에

변화되기 어려운 요인들을 확인하는 문항들이며, 발달위기는 아동의 신체 및 건강, 인지 및 언어, 그리고 정서 및 행동영역에서 발달정도를 측정하는 문항으로 구성되었다. 또한 양육환경위기는 부모의 양육행동을 평가하는 문항으로 점수가 높을수록 위기가 높다는 것을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발 당시 영유아 및 학령전기아동 위기의 Cronbach α 는 .61, 학령기아동의 위기의 Cronbach α 는 .92이었으며 본 연구에서 영유아 및 학령전기 아동 위기의 Cronbach's α 는 .82, 학령기 아동의 위기의 Cronbach α 는 .85이었다.

자료 수집 절차

본 연구의 자료수집을 위해 W시 위스타트 마을 시설장에게 본 연구의 필요성과 목적을 설명한 후 구두 동의를 득하였으며, 자료수집은 빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성과 위기사정도구가 포함된 아동별 증례보고서 시트를 활용하여 시행되었다. 본 증례보고서는 개인을 식별할 수 없는 번호로 코딩화하였으며, 자료수집 기간은 2016년 8월 1일부터 30일까지 진행되었다.

자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 23.0 프로그램 사용하였으며, 분석 방법은 다음과 같다.

- 빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성은 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다.
- 빈곤가정 아동, 가구 및 양육자특성에 따른 위기의 차이는 t-test, ANOVA로 분석하였으며, 사후검정으로 Scheffé test로 분석하였다. 정규분포 가정을 충족하지 못하는 변수들에 대한 차이검정은 비모수검정방법인 Mann-Whitney U test 및 Kruskal-Walis H test로 분석하였다.
- 주요 변수들 간 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 위기에 영향을 미치는 요인들에 대한 분석은 Stepwise multiple regression analysis를 사용하였다.

윤리적 고려

본 연구의 위기 관련 분석 자료는 사업관할지역의 등록 아동 양육자로부터 자료 수집 전 동의를 완료된 자료이다. 개인 식별 자료는 제외되었고, 책임 연구자가 소속된 사업수행 기관으로부터 자료사용에 대한 승인을 받은 후, 최종적으로 G 대학의 윤리심의위원회로부터 연구 승인을 받고 진행하였다(IRB No. 7GWNUIRB-2016-18).

연구 결과

빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성

빈곤가정 아동 특성으로 성별에서는 영유아 및 학령전기 아동의 남아가 51.2%, 학령기 아동의 남아가 49.0%이며, 평균연령에서 영유아 및 학령전기 아동은 5.4세, 학령기 아동은 10.8세로 나타났다. 출생순위에서 영유아 및 학령전기 아동은 셋째 이상이 43.8%, 학령기 아동의 경우 첫째가 46.7%로 가장 많았다. 체중과 키에서는 영유아 및 학령전기 아동의 경우 '5-95' 퍼센타일 미만에 해당되는 아동은 체중 73.8%, 키 67.5%이었으며, 학령기 아동은 체중 77.4%, 키 81.7%이었다. BMI의 경우 '5-84' 퍼센타일에 해당되는 영유아 및 학령전기 아동은 56.2%, 학령기 아동은 59.0%로 나타났다. 장애문제(지적장애, 아토피, 주의력결핍과잉행동장애 등)를 갖고 있는 비율은 영유아 및 학령전기 아동 15.0%, 학령기 아동 21.2%로 나타났다. 학령기 아동의 학교적응상태는 평균 2.17(± 0.66)점, 학업성취도는 평균 2.84(± 1.17)점, 교우관계는 평균 2.18(± 0.68)점이었고, 행동문제에서는 낮은 학업성취도가 10.1%로 가장 많았다.

가구 특성으로 위스타트 이용기간은 영유아 및 학령전기 아동은 평균 2.16(± 1.94)년, 학령기 아동은 2.53(± 2.05)년이었다. 사회보장유형에서 영유아 및 학령전기 아동은 기초생활수급자가 61.2%, 학령기 아동은 47.1%로 가장 많았으며, 건강보험에서는 의료급여대상이 유아 및 학령전기 아동은 73.8%, 학령기 아동은 70.2%로 높게 나타났다. 양육형태에서는 부모가 양육하는 경우가 영유아 및 학령전기 아동은 66.3%로 가장 많았고, 학령기 아동은 한 부모 가정이 45.2%로 가장 많았다. 주거형태에서 월세 또는 임대 등의 경우가 영유아 및 학령전기 아동 가구는 81.2%, 학령기 아동 가구는 80.8%로 나타났다. 가구의 월 평균소득은 영유아 및 학령전기 아동 가구가 1,481,300($\pm 566,200$)원, 학령기아동 가구가 1,484,800($\pm 740,000$)원으로 나타났다.

양육자 특성으로 영유아 및 학령전기 아동의 양육자 평균 연령은 38.2(± 9.20)세로 최소 21세부터 최대 66세이었으며, 학령기 아동의 양육자 평균 연령은 43.5(± 11.23)세로 최소 20세부터 최대 88세이었다. 양육자 교육수준은 영유아 및 학령전기 아동의 경우 고졸이 45.0%, 학령기 아동은 46.6%로 가장 많았다. 양육자가 직업을 갖고 있는 경우는 영유아 및 학령전기 아동의 경우 71.3%이었으며, 학령기 아동은 42.8%로 나타났다. 양육자가 질병이 있는 경우는 영유아 및 학령전기 아동의 양육자 중 47.5%, 학령기 아동은 41.8%로 나타났다(Table 1).

〈Table 1〉 Child, Family and Fosterer Characteristics of the Subjects (N=288)

Variables	Categories	Infant & preschooler (n=80)		Schooler (n=208)	
		n (%)	Mean (SD), Range	n (%)	Mean (SD), Range
Gender	Male	41 (51.2)		102 (49.0)	
	Female	39 (48.8)		106 (51.0)	
Age (year)			5.42 (1.55), 0-6		10.83 (1.72), 7-13
Birth order	First	21 (26.2)		97 (46.7)	
	Second	24 (30.0)		71 (34.1)	
	≥Third	35 (43.8)		40 (19.2)	
Weight (percentile)	<5 or ≥95	21 (26.2)		47 (22.6)	
	≥5-<95	59 (73.8)		161 (77.4)	
Height (percentile)	<5 or ≥95	26 (32.5)		38 (18.3)	
	≥5-<95	54 (67.5)		170 (81.7)	
BMI (percentile)	<5 (underweight)	2 (2.5)		20 (10.0)	
	5-84 (normal weight)	45 (56.2)		118 (59.0)	
	85-94 (overweight)	33 (41.3)		39 (19.5)	
Disability problem	Yes	12 (15.0)		44 (21.2)	
	No	68 (85.0)		164 (78.8)	
Evaluation of school life	Adaptation of school				2.17 (0.66), 1-5
	Academic achievement				2.84 (1.17), 1-5
	Peer relation				2.18 (0.68), 1-5
Behavioral problem [†]	Poor academic achievement			21 (10.1)	
	Bullying			5 (2.4)	
	Distraction			3 (1.4)	
We start center usage period (year)			2.16 (1.94), 0.4-8.0		2.53 (2.05), 0.3-8.0
Type of national livelihood security	Basic livelihood security recipient	49 (61.2)		98 (47.1)	
	Potential welfare recipient	16 (20.0)		47 (22.6)	
	Other lower income	15 (18.8)		63 (23.3)	
Health care system	National health insurance	21 (26.2)		62 (29.8)	
	Class1 medical aid program	22 (27.5)		39 (18.8)	
	Class2 medical aid program	37 (46.3)		107 (51.4)	
Type of parenting	with both parent	53 (66.3)		91 (43.7)	
	with one parent	19 (23.7)		94 (45.2)	
	with grandparent or others	8 (10.0)		23 (11.1)	
Type of residence	Owner	15 (18.8)		40 (19.2)	
	Monthly rent	24 (30.0)		66 (31.8)	
	The others (rent, lease, et al.)	41 (51.2)		102 (49.0)	
Residential environment [*]	Deficient daylighting	5 (6.4)		13 (6.3)	
	Insufficient ventilation	3 (3.8)		12 (5.8)	
	Noisy	3 (3.8)		11 (5.3)	
	Bad smell (odor)	2 (2.5)		11 (5.3)	
	Unsanitary	2 (2.5)		11 (5.3)	
Boulevard	2 (2.5)		8 (3.9)		
Monthly income (thousand won)			1,481.3 (566.2), 380-3,000		1,484.8 (740), 100-5,200
Age (year)			38.21 (9.20), 21-66		43.52 (11.23), 20-88
Level of education	≤Middle school	15 (18.7)		47 (22.6)	
	High school	36 (45.0)		97 (46.6)	
	≥College	29 (36.3)		64 (30.8)	
Job	Yes	57 (71.3)		89 (42.8)	
	No	23 (28.7)		119 (57.2)	
Disease	Yes	38 (47.5)		87 (41.8)	
	No	42 (52.5)		119 (57.2)	

BMI=body mass index.

[†] response when there are behavioral problems, multiple response; ^{*} response when there is a problem with the residential environment.

빈곤가정 아동, 가구 및 양육자 특성에 따른 위기 차이

영유아 및 학령전기 아동의 특성으로는 성별($t=2.33, p=.023$) 및 장애가 있는 경우($Z=3.68, p<.001$)에 따라 위기의 차이가 있었다. 가구 특성에 따른 위기 차이는 양육형태에서 부모가 양육하는 경우가 한 부모가 양육하는 경우보다 위기가 낮았다($F=4.40, p=.016$). 주변 환경에서는 소음이 있는 경우가 위기가 높았다($Z=2.52, p=.012$). 양육자의 특성에서는 중졸이하의 경우 고졸 또는 대졸이상보다 위기가 높았고, 고졸과 대졸이상 간에는 아동의 위기에 차이가 없는 것으로 나타났다($F=4.92, p=.010$). 또한 양육자의 질병 유무($t=3.12, p=.003$)에 따라 위기의 차이가 있었다.

학령기 아동의 특성으로는 출생순위에 따라 차이를 보여($F=4.35, p=.014$) 첫째가 둘째보다 위기가 높은 것으로 나타났다. 장애가 있는 경우($Z=5.87, p<.001$), 행동문제 중 학업부진($Z=-5.45, p<.001$), 집단 괴롭힘($Z=-2.60, p=.009$)이 있는 경우 위기가 높은 것으로 나타났다. 가구의 일반적 특성에 따른 위기 차이는 주변 환경에서 채광이 문제가 있는 경우($Z=2.07, p=.038$), 환기가 잘 되지 않는 경우($Z=-2.11, p=.035$), 소음이 있는 경우($Z=-2.76, p=.006$) 위기가 높았다. 양육자의 특성에서는 양육자의 질병 유무($t=2.36, p=.019$)와 직업 유무($t=3.08, p=.002$)에서 유의한 차이를 보였다(Table 2).

빈곤가정 아동, 가구, 양육자 특성 및 위기 간의 상관관계

영유아 및 학령전기 아동의 위기는 아동의 연령($r=.27, p=.014$)과는 유의한 양의 상관관계, 가구의 월 평균소득($r=-.30, p=.009$)과는 유의한 음의 상관관계가 있었다. 학령기 아동의 위기는 아동의 학업성취도($r=.59, p<.001$), 교우관계($r=.46, p<.001$), 학교적응($r=.49, p<.001$)과 유의한 양의 상관관계가 있었으며, 아동의 키($r=-.21, p=.003$)와는 유의한 음의 상관관계가 있었다(Table 3).

빈곤가정 아동의 위기에 미치는 영향요인

영유아 및 학령전기 아동의 위기에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 아동, 가구 및 양육자 특성 중 위기에 유의한 차이를 나타낸 아동 성별, 아동 장애 유무, 양육형태, 주거환경(소음), 양육자 교육수준 및 양육자 질병 유무, 위기와 유의한 상관관계를 나타낸 아동 연령 및 소득 총 8개 변수에 대해 단계적 다중회귀분석을 시행하였다. 그리고 학령기 아동의 위기에 미치는 영향요인을 파악하기 위해 아동, 가구 및 양육자 특성 중 위기에 유의한 차이를 나타낸 출생 순위, 아동 장애 유무, 문제행동

(학업성취, 집단따돌림), 주거환경(채광, 환기 및 소음), 양육자 질병 유무 및 양육자 직업 유무, 위기와 상관관계를 나타낸 아동의 키 및 학교생활(학업성취도, 동료관계, 학교적응) 총 13개 변수에 대해 단계적 다중회귀분석을 시행하였다.

종속변수의 자기상관과 독립변수 간의 다중공선성을 검토한 결과 Durbin-Waston 지수가 영유아 및 학령전기 1.04, 학령기 1.64로 나타나 자기상관성 없이 독립적이었다. 독립변수간 다중공선성은 분산팽창지수(Variance Inflation Factor, VIF)를 이용하였고, 독립변수간 VIF 지수는 영유아 및 학령전기 아동 1.00~1.12, 학령기 아동 1.00~1.24로 기준치인 10미만으로 나타나 다중공선성이 없는 것으로 나타났다.

분석결과 영유아 및 학령전기 아동은 아동의 장애 유무가($\beta=.38$) 가장 큰 설명력을 갖는 것으로 나타났으며, 거주지 환경문제(소음)($\beta=.37$), 양육형태($\beta=.27$), 양육자 교육수준($\beta=.22$), 아동의 성별($\beta=.19$) 순으로 위기에 영향을 미쳐 51.0%의 설명력을 나타냈다. 학령기 아동은 학업성취도($\beta=.39$), 아동의 장애 유무($\beta=.24$), 학교적응($\beta=.23$), 거주지 환경문제(소음)($\beta=.20$), 양육자의 직업 유무($\beta=-.15$) 순으로 위기에 영향을 미치는 요인으로 나타났으며 50.0%의 설명력을 나타냈다(Table 4).

논 의

빈곤가정 아동들의 위기 영향 요인들을 파악하여 효율적인 사례관리를 위한 기초자료를 마련하고자 실시된 연구결과에 따른 논의는 다음과 같다. 영유아 및 학령전기 아동의 특성 중 성별과 장애 유무만이 위기의 차이를 보였으며, 남아가 여아보다 위기가 높은 것으로 나타났다. 7, 8차년도 아동패널 데이터를 활용한 연구결과에 의하면, 학령전기 아동의 경우 여아가 남아보다 신체발달을 제외한 언어, 인지, 사회정서발달이 빠른 것으로 나타났다[9]. 또한 장애를 가진 아동은 그렇지 않은 아동에 비해 위기가 높았는데, 지적장애, 발달지연, 아토피, 주의력결핍 과잉행동장애, 자폐 등과 같은 장애는 저소득아동이 일반아동에 비해 경험할 가능성 높다[10]는 보고와 일치하는 결과이다. 따라서 빈곤가정아동의 성별이나 장애 등의 특성을 고려하여 선제적으로 개입하고 진단하여 위기상황에 대처할 수 있는 가족의 역량을 강화할 필요가 있다.

영유아 및 학령전기 아동의 가구 특성 중에서는 양육형태와 주거 환경 중 소음에 따라 위기의 차이가 있는 것으로 나타났다. 한 부모 가정의 영유아 및 학령전기 아동은 부모가 모두 있는 경우보다 위기가 높은 것으로 나타났다. 본 연구대상자의 한 부모 가정은 23.7%이었는데, 실제 우리나라의 한 부모 가족은 2016년 1,816천명으로 전체 가구의 9.6%인 결과[11]보다 매우 높은 수준을 보여주고 있다. 또한 영유아 및 학령전기 아동의 한 부모 가족의 경우 2015년 87.5%가 어린이집을 이용하였는

<Table 2> The Difference of Crisis according to Child, Family and Fosterer Characteristics (N=288)

Variables	Categories	Infant & preschooler (n=80)		Schooler (n=208)	
		Mean (SD), Mean ranks	t, Z, X ² , F (p)	Mean (SD), Mean ranks	t, Z, X ² , F (p)
Gender	Male	7.73 (3.80)	2.33 (.023)	7.15 (3.20)	-0.38 (.703)
	Female	6.00 (2.74)		7.33 (3.70)	
Birth order	First ^a	7.23 (3.34)	1.05 (.455)	7.93 (3.54)	4.35 (.014) a>b [§]
	Second ^b	6.04 (2.71)		6.37 (3.11)	
	≥Third ^c	7.26 (3.86)		7.13 (3.44)	
Weight [†] (percentile)	<5 or ≥95	45.67	-1.20 (.232)	116.15	-1.52 (.129)
	≥5-<95	38.66		101.10	
Height [†] (percentile)	<5 or ≥95	42.67	-0.59 (.559)	118.20	-1.56 (.118)
	≥5-<95	39.45		101.44	
Child BMI [†] (percentile)	<5 (underweight)	22.75	0.987 (.610)	110.75	1.124 (.771)
	5-84 (normal weight)	23.06		101.86	
	85-94 (overweight)	28.06		111.83	
	≥95 (obese)	-		101.31	
Disability problem [†]	Yes	63.08	-3.68 (<.001)	151.45	-5.87 (<.001)
	No	36.51		91.90	
Behavioral problem [†]	Poor academic achievement	Yes		169.45	-5.45 (<.001)
		No		95.42	
	Bullying	Yes		170.70	-2.60 (.009)
		No		101.31	
	Distraction	Yes		160.33	-1.70 (.090)
		No		102.15	
Type of national livelihood security	Basic livelihood security recipient	7.22 (3.69)	1.25 (.292)	7.56 (3.82)	0.90 (.408)
	Potential welfare recipient	5.69 (2.39)		7.13 (3.14)	
	Other lower income	7.07 (3.35)		6.83 (3.06)	
Health care system	National health insurance	7.00 (3.22)	3.02 (.055)	7.31 (3.45)	3.00 (.052)
	Class 1 medical aid program	8.23 (4.24)		8.36 (4.29)	
	Class 2 medical aid program	6.03 (2.74)		6.79 (3.03)	
Type of parenting	with both parent ^a	6.11 (3.33)	4.40 (.016) a<b [§]	7.43 (3.55)	0.25 (.780)
	with one parent ^b	8.32 (3.50)		7.12 (3.36)	
	with grandparent or others ^c	8.63 (2.13)		7.00 (3.57)	
Family Type of residential	Owner	6.47 (3.10)	0.74 (.481)	7.83 (3.98)	1.82 (.165)
	Monthly rent	6.38 (2.90)		7.59 (3.71)	
	The others (long term rent, lease)	7.33 (3.83)		6.79 (3.00)	
Residential environment [†]	Deficient daylighting	Yes	-0.54 (.586)	136.46	-2.07 (.038)
		No		39.14	
	Insufficient ventilation	Yes	-0.89 (.374)	138.54	-2.11 (.035)
		No		39.05	
	Noisy	Yes	-2.52 (.012)	151.36	-2.76 (.006)
		No		38.21	
	Bad smell (odor)	Yes	-0.32 (.975)	135.82	-1.86 (.630)
		No		39.51	
	Unsanitary	Yes	-0.32 (.975)	135.82	-1.86 (.630)
		No		39.51	
Boulevard	Yes	-1.957 (.050)	132.00	-1.39 (.165)	
	No		38.69		102.35
Fosterer Level of education	≤Middle school ^a	9.27 (3.75)	4.92 (.010) a>b,c [§]	7.94 (3.75)	1.63 (.199)
	High school ^b	6.28 (3.41)		7.49 (3.76)	
	≥College ^c	6.41 (2.77)		6.34 (2.48)	
Disease	Yes	8.08 (3.74)	3.12 (.003)	7.93 (3.96)	2.36 (.019)
	No	5.81 (2.72)		6.74 (2.96)	
Job	Yes	5.96 (2.91)	1.56 (.123)	6.60 (3.05)	3.08 (.002)
	No	7.26 (3.56)		8.10 (3.77)	

BMI=body mass index.

[†] Mann-Whitney U test; [‡] Kruskal-wallis H test; [§] Scheffé test.

데, 이는 전체 67.0%보다 높은 수준으로 돌려주는 어른 없이 보내는 시간이 있다고 응답한 경우도 12.0%이었으며, 평균 3.0 시간이라고 응답하였다[11]. 이러한 결과로 볼 때, 한 부모 가정의 아동은 양적, 질적인 양육시간의 부족으로 아동의 발달위기에 부정적인 영향을 줄 수 있음을 알 수 있다. 본 연구결과처럼 빈곤가정의 많은 사례가 한 부모 가정인 것을 고려한다면 빈곤 가정 특히 한 부모 가정을 위한 국가적 차원의 지지체계가 절

실효 보인다. 주변 환경에 소음이 있는 가구의 경우 위기가 높았는데, 이는 위스타트 등록 아동 중 주거환경이 열악한 곳에 노출되는 아동들이 다수 포함되어 양육환경점수와 위기에 부정적인 영향을 미친 것으로 보인다. 이는 중소도시 빈곤가족의 주거환경이 대도시나 신도시의 다수를 차지하고 있는 임대아파트보다 다세대와 단독주택이 많으며, 가장 큰 문제로 협소한 공간과 소음이었던 연구결과[12]와 유사하였다. 또한 이러한 주거환

<Table 3> The Correlation of Child, Family, Fosterer Characteristics Variables and Crisis (N=288)

Infant & preschooler (n=80)									
Variables	Age of child	Weight	Height	BMI	Age of fosterer	Monthly income	Crisis		
	r (p)								
Age of child	1								
Weight	.25 (.034)	1							
Height	.18 (.139)	.68 ($<.001$)	1						
BMI	.22 (.100)	.64 ($<.001$)	.09 (.511)	1					
Age of fosterer	.10 (.376)	.20 (.092)	.19 (.112)	.14 (.290)					
Monthly income	-.10 (.412)	-.36 (.003)	-.46 ($<.001$)	.18 (.174)	-.08 (.470)	1			
Crisis	.27 (.014)	.16 (.188)	.02 (.869)	.19 (.164)	.17 (.125)	-.30 (.009)			1

Schooler (n=208)										
Variables	Age of child	Weight	Height	BMI	Age of fosterer	Monthly income	Evaluation of school life			Crisis
	r (p)									
Age of child	1									
Weight	.09 (.197)	1								
Height	.11 (.105)	.60 ($<.001$)	1							
BMI	-.06 (.369)	.83 ($<.001$)	.18 (.013)	1						
Age of fosterer	.17 (.012)	-.03 (.740)	.09 (.213)	-.05 (.480)	1					
Monthly income	.04 (.596)	-.03 (.690)	-.02 (.749)	.05 (.509)	-.03 (.660)	1				
Academic achievement	-.001 (.986)	.02 (.735)	-.20 (.004)	.120 (.095)	-.07 (.310)	.05 (.535)	1			
Peer relations	-.04 (.569)	.06 (.366)	-.10 (.160)	.125 (.081)	-.13 (.064)	-.04 (.557)	.45 ($<.001$)	1		
Adaptation of school life	-.05 (.510)	.07 (.292)	-.07 (.298)	.13 (.078)	-.10 (.154)	-.02 (.788)	.47 ($<.001$)	.86 ($<.001$)	1	
Crisis	.04 (.596)	-.06 (.403)	-.21 (.003)	.06 (.365)	-.04 (.533)	-.10 (.158)	.59 ($<.001$)	.46 ($<.001$)	.49 ($<.001$)	1

BMI=body mass index.

경은 아동의 신체적, 인지, 사회정서 발달에 부정적으로 영향한다고 하였다[12]. 영유아의 환경체계로서 가정환경 요인이 중요한 이유로 부모는 아동의 잠재력을 최대한 발휘하게 해주는 보호요인이 되기도 하지만, 부모의 자원과 자본이 결핍되어 있는 상황에선 위협요인이 될 수도 있다[13]. 그러므로 영유아 및 학령전기 아동에게 안정적인 가정환경을 제공하기 위한 다각적인 지원 체계를 확립할 수 있도록 하는 것이 중요하다 할 수 있다.

영유아 및 학령전기 아동의 양육자 특성 중 양육자의 교육수준, 질병 유무에 따라 위기에 차이가 있었다. 양육자의 교육수준이 중졸이하인 그룹의 위기가 높았으며, 고졸 및 대졸 양육자 아동의 위기와 차이가 있었다. 이는 부모의 교육수준이 높은 경우 그렇지 못한 경우보다 아동의 양육 및 발달 점수가 높게 나온 것과 일치한다[14]. 또한 양육자가 질병이 있는 경우 아동의 위기가 의미 있게 높았는데, 양육자의 주관적 건강수준이 부정적인 경우 양육스트레스를 높여서 결국 아동의 발달문제와 문제행동이 높아진다고 하였다[15]. 경제적 취약성으로 인한 가정의 문제는 결국 가족 중 가장 취약한 아동에게 가장 큰 부정적 영향을 미칠 수 있다는 것이 확인되어졌다고 할 수 있다.

학령기 아동의 특성에 따른 위기는 출생순위, 장애문제, 그리고 행동문제(학업성취도, 괴롭힘, 위축)에 따라 유의미한 차이를 보였다. 학령기 아동 중 첫째 아이가 위기가 높은 것으로 나타났다는데, 이는 원치 않는 임신으로 인한 결혼과 부모 됨의 준비가 되지 않은 상태에서의 출산이 양육자에게 불안감과 양육기술 부족으로 인한 양육스트레스, 만성적인 경제적 어려움[16]으로 인해 아동의 발달에 부정적인 영향을 끼친 것으로 보인다. 또한 장애문제와 행동문제가 있는 학령기 아동은 위기가 높았

다. 특히 학업성취 저하와 집단 괴롭힘은 학령기 아동의 위기를 판단하는데 중요한 요인[17]으로 봐야할 것이다. 연령이 높아질수록 가정환경보다는 이웃 환경문제와 같은 사회적 영향을 더 받으며, 저소득층 아동은 물질적 자원부족과 부모양육의 결핍이라는 조건을 갖고 있기 때문에 불리한 환경에서 교육의 기회와 참여가 뒤처짐으로써 학습부진의 문제를 안고 있다[18]는 것을 고려한다면 빈곤가정 학령기 아동의 행동문제를 줄이고 위기를 조절할 수 있는 직접적인 지원이 필요해 보인다.

학령기 아동의 양육자 특성 중 양육자가 질병이 있는 경우와 직업이 없는 경우 위기가 높아지는 것으로 나타났다. 이런 경우 경제적 문제 및 자신의 주관적 건강수준이 낮아 상대적으로 양육부담으로 인한 양육스트레스가 높아 아동의 문제행동이 높게 나타나고, 자신이나 자녀에게 갖는 관심이 적어지게 되어 온정적이고 반응적인 양육행동을 적게 사용하고 거부·제재나 과도한 훈육과 같은 비양육적인 행동을 높게 하여 아동의 문제행동이 높아진다고 볼 수 있다[19]. 또한 직업을 갖고 있는 경우가 직업이 없는 경우보다 학령기아동의 위기가 낮은 것으로 나타났는데, 이 결과는 직업이 없어 소득이 낮은 경우 경제적 압박으로 아동발달 및 건강에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타난 것과 일치한다[10].

위기와 상관관계가 있는 변수들은 영유아 및 학령전기 아동의 경우 아동의 연령이 증가할수록, 소득이 낮을수록 위기가 높아지는 것으로 나타났다. 학령기 아동은 키가 클수록 위기가 감소하고, 학업성취도, 동료와의 관계 및 학교생활의 적응정도가 부정적일수록 위기가 증가하는 것으로 나타났다. 아동의 키와 체중은 사회적, 경제적 환경과 밀접한 관련이 있다는 결과[20]

<Table 4> The Affecting Factors of Crisis

(N=288)

Infants & preschooler (n=80)				
Variables	B	β	SE	t (p)
Disability problem (have=1)	3.40	.38	0.78	4.34 (<.001)
Residential environment [†] (noisy=1)	5.48	.37	1.27	4.31 (<.001)
Type of parenting (single parent=1)	1.74	.27	0.56	3.09 (.003)
Educational level of fosterer [†] (\leq middle school=1)	1.73	.22	0.66	2.61 (.011)
Gender of child (male=1)	1.13	.19	0.51	2.21 (.030)
F (p)= 15.71 (<.001)		R ² =.54	Adjusted R ² =.51	
Schooler (n=208)				
Variables	B	β	SE	t (p)
Academic achievement [†]	1.12	.39	0.17	6.44 (<.001)
Disability problem	2.07	.24	0.49	4.26 (<.001)
Adaptation of school [†]	1.25	.23	0.31	3.98 (<.001)
Residential environment [†] (noisy=1)	2.67	.20	0.73	3.64 (<.001)
Fosterer's job (have=1)	-1.00	-.15	0.37	-2.73 (.007)
F (p)=34.97 (<.001)		R ² =.52	Adjusted R ² =.50	

[†] Missing data is excluded.

를 고려할 때, 빈곤가정 아동의 행동문제 뿐 아니라 신체적 성장도 지속적으로 관찰할 필요가 있다. 또한 키, 체형의 신체만족도가 높을수록 학업성취도가 높다는 Hwang [21]의 연구결과를 미루어 볼 때, 빈곤가정 아동의 체형에 대한 신체만족도를 확인하고 만족도를 높일 수 있는 중재가 필요해 보인다.

아동 위기 영향요인 중 아동의 장애는 영유아 및 학령전기 아동은 물론 학령기 아동의 위기에 미치는 영향력이 큰 것으로 나타났다. 무엇보다 아동이 갖고 있는 장애는 만성적인 문제로 2013년 우리나라 장애아동 실태조사[22]에 의하면, 장애발견에서부터 진단까지 평균 26.4개월이라는 긴 기간이 소요되었고 양육부담과 정서적 부담, 사회적 부담, 경제적 부담으로 고통받고 있어 커다란 위기로 작용하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 장애아동 뿐 아니라 가족을 대상으로 하는 심리-정서적 지원을 통해 가족의 기능을 강화하고 가족지원서비스를 확대할 필요가 있다. 또한 영유아 및 학령전기 아동과 학령기 아동 모두 주변 환경 중 소음이 위기 영향요인으로 나타났는데, 이는 저소득 가구 대부분이 주거비 마련의 어려움을 겪고 있고, 대체적으로 소음에 노출되기 쉬운 주거지가 저렴한 기차길 근처의 주거지나 과밀주택, 주거지가 아닌 상가 등 열악한 주거지를 선택하여 살고 있다 보니 위기에 영향을 미치는 것으로 보인다[23].

이상의 결과를 토대로 위스타트 등 지원프로그램의 향후 과제는 양육스트레스를 줄이고, 사회적 자원에 대한 정보를 제공할 수 있는 다양한 프로그램 개발 및 학령기 아동의 학업성취도 향상과 학교생활을 잘 할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다. 현재 위스타트에서는 아동이 건강하게 잘 성장할 수 있도록 양육지식을 제공하는 부모교육, 아동의 학업성취도 향상 및 아동의 또래관계 증진을 위한 프로그램들을 다양하게 진행하고 있다[7]. 그러나 정해져 있는 예산으로는 많은 아동들이 혜택을 받기에는 턱없이 부족하고 인력 또한 부족한 상황이다[7]. 그러므로 저소득층 가정에서 가장 부담을 느끼는 아동의 학업지도 측면을 지원하기 위해서는 학습 멘토링과 외부 지역사회 자원을 연계하여 경제적 부담을 줄이고, 지역사회 기관들과 네트워크를 형성하여 맞춤형 학습지원 서비스를 제공할 수 있는 방안을 모색하는 것이 중요하다. 또한 학령기 아동의 학교적응에서 가장 중요한 또래관계 증진을 위해서 아동의 사회성 향상 및 자아개념의 증진을 할 수 있도록 다뤄져야 할 것이다. 영유아 및 학령전기 아동의 경우에는 안정적인 가정환경을 제공하기 위해 양육자가 경험하는 양육의 어려움이 무엇인지를 사정하고 그에 맞는 맞춤형 프로그램 개발이 필요하며, 현재 진행하고 있는 영유아 방문수업을 확대하여 영유아의 인지와 정서발달을 증진시킬 뿐만 아니라 양육자에게도 양육지식을 제공하여 양육에 도움을 줄 수 있는 방안을 모색해야 한다. 또한 아동의 주변 환경을 개선하기 위해서는 우선적으로 열악한 지역에 대해 사회-경제적 자원을 배분 하는 것이 중요하다. 저소득 가정의 양

육자들은 정보에 취약하고 행정복지센터와 같은 행정기관에서 민원서류 발급과 같은 단순한 행정업무를 보는 것에 대한 두려움이 있다[7]. 따라서 정보습득방법 및 행정절차부분을 좀 더 쉽게 처리할 수 있고 보완할 수 있는 구체적인 방안을 정책적으로 제시해야 할 필요성이 있다.

결론 및 제언

아동의 위기는 아동 개인, 가구 및 양육자 특성 등이 서로 상호작용하며 영향을 미치고 있으므로 지역사회를 기반으로 아동의 위기 관련 중재들의 통합적인 접근이 중요함을 알 수 있었다. 따라서 위기가 높은 가정에 대한 구체적인 사정이 더 필요하며, 그에 맞는 맞춤형 프로그램 개발이 필요하다. 예를 들어 기초학력이 부족한 학령기 아동에게 가정방문 일대일 학습지원을 하는 위스타트 우듬지 기초학습프로그램의 경우 학령기 아동의 학교생활 적응을 돕고 양육자의 스트레스를 줄일 수 있기 때문에 이와 같은 프로그램은 적용범위와 사업범위를 확대하여 적용할 필요가 있다. 또한 위스타트 사업은 아동과 가족의 긍정적인 변화를 위해 해당 지역사회 다양한 자원 개발 및 활용이 요구되며 민간자원 및 공공 자원들과의 협력체계 구축을 강화할 필요가 있다. 특히 위스타트 사업의 강점인 지역주민 참여를 강화할 수 있는 노하우를 개발할 필요가 있다. 이를 위해서는 드림스타트 등 사업기관과의 인적 네트워크 및 정보 공유를 통한 저소득 아동에게 지원되는 서비스들의 근거효과에 대한 연구가 뒷받침될 필요가 있다.

본 연구의 제한점으로는 일개 시 한 기관의 위기 관련 자료를 토대로 연구를 진행하였으므로 연구결과의 확대 해석 시 고려해야 한다. 그러나 위기 관련 연구의 기초자료 제공 기회가 될 수 있다는 것에 의의를 둘 수 있다. 추후 보건복지부에서 개발한 본 도구를 동일하게 적용하고 있는 타 지역 위스타트 기관들의 관련 연구와 비교분석이 요구된다.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflict of interest.

References

1. Yeo EJ, Kim MG, Jung EH, Lee JM, Jung HS, Kwon JS, et al. A study on prevention of children's poverty. Health and Welfare Policy Report. Sejong: Korea Institute for Health and Social Affairs, 2016 November. Report No.: 11-1352000-000000-00.
2. Jung JH. 'Children' poverty less than developed countries: Why is dual income and low birth rate? JoongAng Ilbo.

- 2017 June 06; Sec. Society.
3. Yeo EJ. The current condition and policy issues of child poverty in Korea. *Health and Welfare Policy Forum*. 2018;259:25-35.
 4. Willingham DT. Ask the cognitive scientist: Why does family wealth affect learning? *American Educator*. 2012;36(1): 33-39.
 5. Kim MS, Bae HO. Child poverty in Korea: it's magnitude and causes. *Health and Social Welfare Review*. 2007; 27(1):3-26. <https://doi.org/10.15709/hswr.2007.27.1.3>
 6. Kwon SW, Lee EJ. The program and outcome analysis on social service for child by using the total environment assessment model of early child development: TEAM-ECD of the World Health Organization (WHO) from the perspective of health disparity among children. *Journal of Critical Social Welfare*. 2014;45:51-97.
 7. Kim CU. Risk factors affecting children from low income families in We Start [master's thesis]. Gangwondo: Gangneung-Wonju National University; 2017. 86 p.
 8. Oh KJ. The manual for crisis assessment of Dreamstart children. *Social welfare for children report*. Seoul: Ministry for Health Welfare, and Family Affairs, 2009 December. Report No.: 2009-19.
 9. Oh SN, Lee SH. Effects of childhood development on the application of primary school 1st grade by gender. *The Journal of Child Education*. 2019;28(3):135-149. <https://dx.doi.org/10.17643/KJCE.2019.28.3.07>
 10. Kwon ES, KU IH. The effect of poverty on children's health. *Korean Journal of Social Welfare*. 2010;62(4): 129-148.
 11. Bae YJ, Cho SI, Jang M. Customized child-rearing supporting measures (III): current status and supporting strategies for single-parent families. *Korean Institute of Child Care and Education report*. Seoul: Korean Institute of Child Care and Education, 2017 December. Report No.: 2017-30.
 12. Kwak ES, Chung MR. Home and neighborhood environment of children: Based on socioeconomic status and settlement character. *The Korean Journal of Community Living Science*. 2007;18(3):493-505.
 13. Chang HL. Parenting attitude, language development and social development of infant and young children in poor single-parent families. *Korean Journal of Social Welfare Studies*. 2012;43(3):67-97.
 14. Chang YE. The effects of parental socioeconomic status on preschoolers' social competence and cognitive development: The role of parental warmth and home learning environment. *Korean Journal of Child Studies*. 2015;36(6):1-21. <https://dx.doi.org/10.5723/KJCS.2015.36.6.1>
 15. Lee BJ, Kim SS, Kim NH. An exploratory study on Korean children's development: the effects of socioeconomic factors and social capital. *Journal of the Korean Society of Child Welfare*. 2010;31(31):107-141.
 16. Oh EJ, Kim HY. Factors influencing unmarried mothers' parenting stress: Based on depression, social support and health perception. *Korean Journal of Women Health Nursing*. 2018;24(2):116-125. <https://doi.org/10.4069/kjwhn.2018.24.2.116>
 17. Cho KM, Kim EJ. A study on obesity and behavior problems in elementary children living in poverty. *Child Health Nursing Research*. 2013;19(5):140-148.
 18. Kim JI. The impact of economic pressure on school life and problem behavior of poor children: Focusing on family risk variables and verification of mediating effect of negative parental role. *Journal of Korean Society of Child Welfare*. 2009;28:7-43.
 19. Bang SY, Choi SH, Lee SH, Hwang HJ. Impact of psychological and behavioral variables of parents from low income families upon children's problematic behaviors: Comparison between two-parent families and single-parent families. *Korean Association of Child care & Education*. 2013;9(5):157-179.
 20. Paciorek CJ, Stevens GA, Finucane MM, Ezzati M. Children's height and weight in rural and urban populations in low-income and middle-income countries: A systematic analysis of population-representative data. *Lancet Global Health*. 2013;1(5):e300-309. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70109-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70109-8)
 21. Hwang SH. The physical satisfaction and academic achievement and peer group relationship in elementary school student [master's thesis]. Seoul: Myongji University; 2007. 60 p.
 22. Choi BC, Yoo YJ, Lim SK, Cho YK. A study of disabled children and family. *Korea Disabled People's Development Institute Report*. Seoul: Korea Disabled People's Development Institute, 2013 November. Report No.: Policy Report 13-21.
 23. Sok SR, Shin SH. Comparison of the factors influencing children's self-esteem between two parent families and single parent families. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2010; 40(3):367-377. <https://doi.org/10.4040/jkan.2010.40.3.367>

Risk Factors Affecting the Children Crisis in Low-Income Families*

Kim, Chae Un¹⁾ · So, Ae Young²⁾ · Kim, Eun Joo²⁾

1) Health Coordinator, Wonju-si Happy Children's Village, Wonju

2) Professor, Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University, Wonju

Purpose: This study aimed to find grounds for the development of a health promotion program by examining the risk factors affecting children in low-income families. **Methods:** This was a cross-sectional study. The subjects were 288 children under 13 years of age in We-Start, W city. The tools used included a household information questionnaire and risk assessment tools. The data were analyzed using t-test, ANOVA, and multiple regressions. **Results:** Risk factors like disability problems ($\beta=.38, p<.001$), residential environment ($\beta=.37, p<.001$), parenting type ($\beta=.27, p=.003$), the foster's educational level ($\beta=.22, p=.011$), and the gender of the child ($\beta=.19, p=.030$) explained 51% ($p<.001$) of the preschoolers in crisis. For the schooler, academic achievement ($\beta=.39, p<.001$), disability problems ($\beta=.24, p<.001$), adaptation to school ($\beta=.23, p<.001$), noise from the environment ($\beta=.20, p<.001$), and the foster's job ($\beta=-.15, p=.007$) explained 50% ($p<.001$) of crisis of schooler. **Conclusion:** The study found that children (disability, gender), family (residential environment, type of parenting), and caregivers (educational level, economic competence) had a complex impact on crisis situations. In children of a school-going age, school life appeared to be an important influencing factor. Therefore, an integrated case management approach that considers children, carers, and the home environment is necessary.

Keywords: Child; Crisis; Poverty; Risk factors

* This manuscript is a revision of the first author's master's thesis from Gangneung-Wonju National University

• Address reprint requests to : So, Ae Young

Department of Nursing, Gangneung-Wonju National University

150 Namwonro, Wonju-si, Gangwon-do, 26403 Korea

Tel: 82-33-760-8647, Fax: 82-33-760-8641, E-mail: aeyoung@gwnu.ac.kr