

육아시설아동의 심리사회적 문제에 관한 연구*

노혜련** · 장정순***

- I. 서론
- II. 선행연구의 고찰
- III. 연구방법
- IV. 연구결과
- V. 결론 및 제언

I. 서론

우리나라는 1960년대 이후 지속적인 경제성장을 통해 국민대다수가 절대적 빈곤상태로부터 벗어날 수 있게 되었다. 그러나 "선성장 후분배"라는 성장위주의 경제정책은 계층 간의 소득격차를 심화시켰고, 이러한 부의 편중에 따른 상대적 박탈감은 계층 간의 갈등을 심화시켜 사회적 안정을 저해하는 요인으로 작용하고 있다. 또한 급속한 산업화, 도시화로 인하여 지역공동체가 파괴되고, 가족이 해체되는 등 새로운 사회적 문제가 발생되고 있는 상황에 이르렀다.

* 본 연구는 한국아동단체협의회(SBS(서울방송)기금을 지원받아 실시되었음.

** 숭실대학교 사회사업학과 교수

*** 상지대학교 사회복지학과 강사

이러한 사회적 요인으로 인해 요보호 아동의 발생원인이 변화되고 있다. 1950년대의 전쟁, 1960-70년대의 경제적 궁핍으로 인해 아동을 가족 내에서 양육하지 못하고 시설에 맡겨진 데 반해 1980년대 이후에는 요보호아동의 대다수가 부모의 사망보다는 빈곤, 가족불화나 이혼 등 가족내의 문제로 인해 발생하고 있다. 요보호아동의 과반수 이상(1995년: 61.6%)이 시설에 입소되고 있는데, 이들 대다수(75.7%)에게 부모 또는 연고자가 있다¹⁾는 것은 요보호 아동은 부모의 사망에 의해 발생하는 것이라기 보다 빈곤가족이나 편부모가족이 부부간의 갈등과 부나 모의 질병, 사망, 가출 등으로 해체됨으로써 발생되고 있다는 것을 보여주고 있다.

이와 같은 상황을 고려할 때 현재 시설에서 양육되고 있는 아동들은 시설 입소 전에 가족원 간의 갈등이나 부모의 학대 유기 등으로 인해 보다 많은 심리적인 상처를 안고 있을 것이라는 것을 추론해 볼 수 있을 것이다. 따라서 이들에게는 의식주 해결도 중요하지만 이들이 안고 있는 사회심리적인 문제를 해결하는 것이 무엇보다 중요하다고 여겨진다. 그러나 문제에 대한 해결방안을 마련하기 위해서는 과연 우리나라 시설아동들의 사회심리적 문제가 어느 정도의 수준에 있는지에 대한 실증적인 연구가 선행되어야 할 것이다.

그러나 지금까지 이루어진 시설아동들의 사회심리적 문제에 대한 연구를 살펴보면 시설 아동들이 시설의 특수한 구조적 환경에서 집단으로 수용·양육되기 때문에 일반가정에서 성장하는 아동들에 비해 많은 사회심리적 문제를 지니고 있다는 점을 주장하는 면에서는 일치하나²⁾ 실증적 연구가 뒷받침되고 있지 않고 있다. 한편 극히 소수에 지나지 않는 시설 아동의 심리사회적 문제에 대한 실증적 연구는 표본추출방법 등의 한계가 있고 결과도 일관되게 나타나고 있지 않다.³⁾ 이에 본 연구는 아동들을 위해 표준화된 K-YSR(한국청소년 자기행동평가척도)⁴⁾를 통해 육아시설에 살고 있는 아동의 심리사회적 문제가 어느 정도인지 평가하는 것을 그 목적으로 하고 있다.

1) 김용석·김현옥·이상현·오정수·이연호·박광준, "아동복지수용시설 운영평가 및 개선방안", 한국보건사회연구원, 1995.

2) 표갑수, 「아동·청소년복지론」, 청주대학교 출판부, 1994; 김기환, "빈곤아동의 이해와 복지정책," 한국가족단체협의회 학술대회 자료집, 1996; J. Bowlby, Separation-Anxiety and Anger, New York: Basic Books, 1973.

3) 유미숙, "보호시설 아동과 일반가정 아동의 성격특성 비교", 「아동연구」, 제 4집, 숙명여자대학교 아동연구소, 1980; 조현경, "시설청소년의 자아정체감에 관한 연구", 이화여자대학교 대학원 석사학위논문(미간행), 1994.

4) 오경자·이혜련·홍강의·하은혜(1998)는 미국의 YSR(Youth Self Report)를 우리나라 청소년들에게 맞게 수정하여 그 신뢰도와 타당도를 검증하고 우리나라 모든 청소년들에게 일반화시킬 수 있는 문제행동 정도에 대한 기준을 설정하여 K-YSR(한국 청소년 자기행동 평가 척도)를 개발하였다.

II. 선행연구의 고찰

많은 학자들이 시설아동이 가정과 다른 환경에서 성장함에 따라 특수한 문제를 지니고 있다는 주장을 전개해 왔다. 시설아동의 임상적 증상은 시설에서의 높은 사망률 과 함께 17세기 경부터 주목되어 왔다. 17세기 프랑스 육아원을 설립했던 뱅상 드 뿔은 시설의 열악함에 놀라 집단적 육아를 중지하고 양자제도의 채택, 양부모 주거의 방문 및 감독 등에 관해 주장을 전개했다고 한다.⁵⁾

그러나 시설화에 대한 본격적인 연구는 1930년대에 시작되어, 특히 1940년대에 들어와 활발하게 진행되었다. 1945년에 Spitz는 건강한 아동을 시설에서 오랜기간 동안 수용함으로써 초래되는 심각한 영향을 시설병이라고 명명하였다. 그는 24시간 운영하는 탁아시설에서 양육되는 아동 중 어머니가 정신장애인이거나 범죄인인 아동과 다양한 사회경제적 계층의 부모를 둔 육아시설 아동과 비교·관찰한 결과 육아시설에서 자란 아동은 신장과 체중이 지체되고 질병에 약하거나 치명적인 상태에 있었으며, 발달지수(IQ)도 초기의 124에서 일년 후에는 75, 이년 후에는 45로 떨어졌다고 밝히고 있다. 그는 가능한한 “질이 좋은 어머니 역할”에 가까운 입양보호가 무엇보다도 필요하다고 주장했다.⁶⁾ 한편, 1949년에 H. Bakwin은 생후 6개월까지의 기간을 시설에서 보낸 유아들이 무관심, 쇠약, 핏기 없는 안색, 활발하지 않은 태도, 미소와 어르는 말에 대한 무반응, 식욕부진, 말에 대한 무반응 등의 특징을 나타내고 있음을 지적하였다.⁷⁾

John Bowlby는 이들 연구와 자신의 사례연구를 기초로 시설병의 원인이 영아기의 모성적 양육의 상실에 있다고 보았다. 그는 시설아동이 어머니와 오랫동안 분리된 상태로 자라기 때문에 모성의 상실을 경험하며, 이러한 상실의 경험으로 인하여 성장 후에도 다른 사람들과의 정서적 관계를 맺기가 어렵게 되고 많은 정신병리학적 요인을 갖게 된다고 주장하였다. 그에 의하면 아동의 인격발달은 자아와 초자아의 발달을 필요로 하며 이들은 추상적 능력을 유지하는 능력과 밀접한 관계가 있다고 한다. 그런데 자아와 초자아의 발달은 부모가 보여주는 모습을 자기자신의 것으로 통일하는 기능의 발달을 의미하고 영아기 때

5) 「육아학」, 백수사, p.12, 노자와 마사코(저), 장영인(역), 아동양육의 위기와 사회적 보호, 인간과 복지, 1995, p. 73에서 재인용.

6) R. A. Spitz, Hospitalism: An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditioning in Early Childhood, In D. Fenschel et al (Eds), Psychoanalytic Studies of Childhood, New York: International Universities Press, 1945, pp 53-74.

7) H. Bakwin, Journal of Pediatrics, 1949, 노자와, 전게서 p. 73에서 재인용.

어머니와의 계속적이고 만족스런 인간관계 속에서 형성된다고 한다. 모성적 양육의 상실을 경험한 유아들의 자아와 초자아는 발달하지 않으며 그 행동은 “충동적, 무통제적, 순간적”이므로 장기적 목표를 바라보며 행동하는 것이 불가능하고 모성박탈에 노출되면 그 직후는 물론 성인이 되어서도 바람직하지 못한 결과를 낳을 것이라고 주장하였다⁸⁾.

Bowlby의 모성적 양육상실의 폐해에 관한 이론은 아동복지 관계자들에게 시설보호의 전면적인 부정이나 시설이 필요악이라는 것으로 받아들여지고 있다. 이러한 Bowlby의 주장에 의해 시설보호에 대한 비판과 함께 친부모와 생활할 수 없는 아동의 대리보호의 형태로 위탁가정이 주종을 이루게 되었고,⁹⁾ 그 이후에도 그의 모성박탈이론에 대하여 비판적 견해가 시도되기는 했지만 그의 견해를 완전히 부정하지는 못했다.

그 한 예로 1979년에 Rutter는 “잘 운영되고 있는 시설에서 자란 아동은 일반 지능에 아무런 손상이 없었다”고 하면서 시설보호에서 가장 중요한 요인은 많은 대화와 다양하고 능동적이며 의미있는 경험을 하는 것이라고 했다. 그러나 시설에서 생후 2년간 수용되어 4세 이후까지 입양되지 않은 아동은 수용시설이 좋은 상태일지라도 친구를 사귀고 친밀한 관계를 형성하는데 문제를 겪는 경우가 많은 반면 후기에 시설에 수용된 아동이나 입양기관에 배정된 아동에게는 이러한 문제가 적다고 했다.¹⁰⁾

또한 그는 다양한 유형과 기간의 부모격리를 경험한 아동을 대상으로 한 연구에서 부모로부터의 격리로 인해 아동이 심리적인 손상을 입을 가능성이 높지만 중요한 것은 격리 그 자체가 아니라 격리의 원인이라고 했다. 그는 심리적인 요인에 의한 격리일 때가 그렇지 않을 때보다 아동이 반사회적 행동을 보일 가능성이 4배나 더 많다고 했다.¹¹⁾

또한 Zigler는 시설아동과 일반가정의 아동을 대상으로 인지발달, 생활경험과 아동의 자아불일치와의 관계를 연구하였는데 발달수준과는 무관하게 시설의 아동이 시설에 수용되지 않은 아동보다 더 큰 자아불일치를 나타냈다고 한다. 또한 시설아동은 자아존중감, 성취동기, 자아상 등이 낮게 나타나고 있는데 이는 시설에서 아동들이 겪는 부정적 경험에 기인한다.¹²⁾

8) J. Bowlby, *Maternal Care and Maternal Health*, 1951, pp. 1-14.

9) 1990년 현재 미국의 요보호 아동은 74.5%가 위탁가정에서, 16.4%는 그룹홈에서, 나머지는 입양가정 등에서 양육되고 있다. J. E. Everett, *Encyclopedia of Social Work*, NASW Press, 1995, p.383.

10) M. Rutter, *Separation Experiences: A New Look at An Old Topic*, *Pediatrics*, 1979, 95(1), pp147-154.

11) M. Rutter, *Parent-Child Separation: Psychological Effects on Children*, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1971, 12, pp. 233-260.

우리나라에서도 학자들은 이와 비슷한 주장을 한다. 김기환¹³⁾은 사회적으로 인정받던 아동들이 시설에 수용됨으로써 자아개념을 상실하게 되고 슬픈 감정에 빠지게 된다고 하였다. 또한 표갑수¹⁴⁾는 시설의 특수한 구조적 환경으로 인하여 시설아동에게는 게으름, 주의 산만, 약한 발표력, 거짓말, 고마움을 모름, 정서불안, 창의력 부족, 파괴적 행동, 사고의 단순, 물품낭비, 도벽 등의 부정적 습관이 형성된다고 주장하였다. 그러나 이러한 논의들은 실증적 연구가 뒷받침되고 있지 않고 있다는 점에서 그 한계가 있다.

우리나라에서 지금까지 이루어진 시설아동의 심리사회적 상태에 대한 실증적 연구는 극히 소수에 지나지 않는데 일관된 결과를 보이고 있지는 않다. 이들을 구체적으로 살펴보면 먼저 유미숙¹⁵⁾은 초등학교 6학년 남녀 169명을 대상으로 다면적 인성검사(MMPI)를 실시하여 시설아동과 일반가정아동의 성격특성을 비교하였는데 시설의 남자아동은 정신분열증, 경조증, 정신쇠약증 척도에서 여자아동은 정신병질과 정신분열 척도에서 유의미한 차이를 보였다고 하였다. 이에 반하여 조현경¹⁶⁾은 안정성, 목표지향성, 독특성, 대인역할 기대, 자기수용, 자기주장, 자기존재 의식, 대인관계 등 8가지 항목을 포함한 척도를 사용하여 청소년의 정체감에 대한 연구를 실시하였는데 전체적으로 시설아동과 일반아동의 자아 정체감 점수는 유의미한 차이를 보이지 않은 것으로 나타났다.

한편 최근에 법인시설 아동과 소규모 비인가 시설 아동의 심리적 환경을 비교한 연구는 비인가 소규모 공동체의 아동이 법인시설의 아동보다 더 성취적, 개방적, 친애적, 자율적, 상호친밀적, 응집력있는 성향을 나타내고 있다고 보고 하였다. 소규모 공동체의 아동은 양육의 기본적인 조건 면에서도 의식주, 일상생활과 공부 면에서도 법인 시설아동보다 더 긍정적인 태도를 갖고 있는 것으로 나타났다.¹⁷⁾ 그밖에도 시설아동의 심리사회적인 문제를 다룬 연구가 몇 개 더 있으나 대부분 연구의 체계성이나 표집의 한계로 인해 유용한 자료가 되지 못하고 있다.

지금까지의 시설아동에 관한 자료와 연구결과를 종합해볼 때 시설아동이 심리사회적인 문제를 겪게 되는 요인은 다음과 같은 몇가지로 귀결될 수 있을 것이다. 첫째, 시설아동은

12) E. Zigler, The Retard Child As a Whole Person, In Advances in Experiential Clinical Psychology (Vol 1), New York : Pergamon Press, 1971, 김기정 편역, 자아의 발달, 문음사, 1995, p 27에서 재인용.

13) 김기환, 전계서, 1996, p. 38.

14) 표갑수, 전계서, 1994, p. 195.

15) 유미숙, 전계서, 1980, pp. 44-46.

16) 조현경, 전계서, 1994, pp. 53-54.

17) 이태수·함철호·이용교, 「소규모 아동복지시설 연구」, 인간과 복지, 1997, pp. 56-81.

부모와의 분리로 인해 심리사회적 문제를 안고 있다는 점이다. 아동에게 부모, 특히 어머니는 아동이 생존과 본질을 근본적으로 규정하는 절대적인 존재이다.¹⁸⁾ 이처럼 아동의 인성 형성에 중요한 부모와의 분리는 아동에게 심리사회적으로 많은 어려움을 경험하게 할 것이다.

둘째, 시설아동은 일반가정과 형태나 규모가 다른 시설에 수용됨으로써 사회적 낙인에 대한 두려움을 가질 수 있다는 점이다. 이들은 일반가정의 아동들과 다른 환경에서 생활함으로써 자신들은 무언가 부족한 사람들로 인식하게 됨으로써 자아개념이 저하될 수 있을 것이다. 법인시설의 아동이 소규모 비인가 시설 아동보다 생활면이나 심리적인 측면에서 만족도가 낮고 성취도가 낮다는 것은 이를 입증하고 있다고 볼 수 있을 것이다.

세째, 현 시설의 여건상 시설아동의 개별적인 욕구가 수용될 수 없다는 점이다. 우리나라에서는 보육사 일인당 담당 아동수를 법적으로 14인으로 규정하고 있으나 실제로는 더 많은 수의 아동을 돌보는 현실을 감안할 때 아동 개개인의 욕구를 충족시키는 것은 실제로 무척 힘들 것이다.

넷째, 시설아동에 대한 지속적인 보호와 양육이 어렵다는 점이다. 저임금, 장시간 노동 등 불리한 근무조건 때문에 보육사가 자주 이직을 하게 되면 아동은 단절감이나 분리감을 자주 경험하게 된다. 게다가 사회문화적 배경이 다른 보육사의 아동양육 방법이나 생활태도는 아동들로 하여금 심한 가치혼란에 빠지게 하고 이러한 단절적인 양육방식에 의해 타인을 신뢰할 수 없게 되어 대인관계에 어려움을 받게 된다.¹⁹⁾

마지막으로 시설아동의 집단화 문제를 들 수 있다. 아동은 집단성원과의 지속적인 상호작용을 통해서 스스로 그 집단 특유의 사회적 역할을 수행하게 되고 그 집단 조직 안에서 지시하는 자와 복종하는 자와의 종속관계가 생기고 그 집단 특유의 행동규범을 갖게 된다. 아동은 집단 안에서 수용되고 인정받기 위해 그러한 행동규범을 준수하게 된다. 이것은 동료에 의해 인정받으려 하는 동시에 그들에게 의존하려는 경향을 띄게 되어 자연히 동료들로부터 행동상의 통제를 받게 되는 결과를 가져온다. 그러므로 이러한 집단화 문제는 유연성과 개성을 상실하게 할 가능성이 있다.²⁰⁾

18) 노자와 마사코(저), 전게서, 1995, p. 57.

19) 김석산, "육아시설 아동의 입소원인 분석을 통한 이들의 가정복귀 가능성에 관한 연구", 송전대 대학원 석사학위논문(미간행), 1984, p. 40.

20) A. Kadushin, & J. Martin, 전게서, 1988, pp. 611-612.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 대상

본 연구는 1997년 2월1일부터 2월 28일까지 서울, 인천과 경기 지역에 소재한 육아시설 과 소규모 비인가 시설에서 생활하고 있는 아동 중 12세-17세의 아동²¹⁾을 대상으로 하였다. 표집방법은 무작위적 집락표집 방법으로 1996년에 발행된 아동복지시설 일람표에 기재된 서울, 인천과 경기 지역에 소재한 육아시설을 지역별, 규모별로 분류하고 분류된 집락 내의 대상 시설 중 50%를 추출하였다. 소규모 비인가 시설의 경우에는 최근에 이루어진 소규모 아동복지 시설연구²²⁾에 기재된 비인가 시설을 모집단으로 하여 그 중 50%를 표집하였다.

표집된 시설의 수는 서울지역에서 11개소, 인천 지역에서 총 5개소, 경기 지역에서 15개 소를 표집하여 총 31개 시설이 연구대상으로 선정되었다. 비인가 소규모 시설은 서울지역 의 16개소 중 8개소, 경기지역의 4개소 중 2개소와 인천의 1개소를 추출하였다. 그 결과 시 설아동으로부터 총 530부의 설문지가 회수하였고 최종적으로는 482부가 분석에 사용되었 다.

2. 연구 도구

본 연구에 사용된 연구도구는 한국판 청소년 자기 행동 평가척도(K-YSR)다. 이는 Achenbach²³⁾의 아동들의 심리정서적 상태를 평가하기 위해 개발한 미국판조사표(YSR)를 토대로 우리나라 아동에게 적합하도록 수정한 한국판 문제행동조사표이다.²⁴⁾이행동조사표 는 사회적응능력을 전반적으로 평가하는사회능력척도(Social Competence Scale)와 문제행동 척도(Behavior Problem Scale)의 두 부분으로 구성되어 있다. 사회능력척도는 사회성 척도 (Social Scale), 학업수행 척도(School Scale)의 2개 척도와 총 사회능력 점수 등 모두 3부분

21) 아동의 연령을 12-17세로 제한한 이유는 2가지이다. 먼저 아동이 본 연구에 참여하기 위해서는 자기 기입식 설문지에 응답할 수 있는 능력을 갖추어야 했기 때문이고, 둘째로는 본 연구에서 아동의 문제 행동 중후군을 측정하기 위해 사용하는 아첸바흐(Achenbach)의 행동조사표를 적용할 수 있는 연령이 12-17세로 규정되어 있기 때문이다.

22) 이태수·함철호·이용교, 전게서, 1997, p. 15.

23) T. M. Achenbach, *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*, Burlington, 1991.

24) 오경자·이혜련·홍강의·하은혜, 전게서, 1998.

으로 이루어져 있는데 아직 우리 실정에 맞게 수정 번역하는 과정 중에 있으므로 분석에서 제외하였다.

문제행동 증후군 척도는 위축, 신체증상, 불안/우울, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중문제, 비행, 공격성, 내재화문제, 외현화 문제와 총문제 행동으로 분류된다. 이들을 좀더 자세히 설명하면 <표 3-1>에 제시된 바와 같다.

<표 3-1> 문제행동증후군 척도

문제행동	특징	문항 수	점수의 범위
위축척도 (Withdrawn)	혼자 있기를 좋아한다, 말을 하지 않으려 한다, 수줍어한다 등 사회적 위축, 철퇴, 소극적 태도의 평가	9개	0-18점
신체증상척도 (Somatic Complaints)	어지러워한다, 몸이 쭈시고 아프다, 두통 등 의학적 증거가 없이 신체적 증상이 나타나는 정도의 평가	9개	0-18점
우울/불안척도 (Anxious/Depressed)	외롭다고 불평한다, 잘 운다, 나쁜 생각이나 행동을 할까봐 두려워한다 등 정서적으로 우울하고 지나치게 걱정이 많거나 불안한 정도의 평가	14개	0-28점
사회적 미성숙척도 (Social Problems)	나이에 비해 어리게 행동한다, 너무 어른들에게 의지하고 매달리는 경향이 있다 등 발달상의 문제와 사회적으로 미성숙하고 비사교적인 측면의 평가	8개	0-14점
사고의 문제척도 (Thought Problems)	나이에 비해 어리게 행동한다, 너무 어른들에게 의지하고 매달리는 경향이 있다 등 발달상의 문제와 사회적으로 미성숙하고 비사교적인 측면들의 평가	8개	0-16점
주의집중문제척도 (Attention Problems)	집중력이 없고 어떤 일에 오래 주의를 기울이지 못한다, 가만히 앉아 있지 못하고 안절부절하거나 지나치게 많이 움직인다 등 주의집중력의 문제와 이에 따른 행동상의 문제의 평가	11개	0-22점
비행척도 (Delinquent Behavior)	나쁜 친구들과 어울려 다닌다, 거짓말을 하거나 남들을 속인다, 가출한다 등 비행행동의 평가	13개	0-26점
공격성척도 (Aggressive Behavior)	말다툼을 자주한다, 허풍치고, 자랑을 많이 한다, 남에게 잔인한 짓을 하거나 괴롭히고 못살게 군다 등 공격성, 싸움, 반항행동 등의 평가	20개	0-40점
내재화문제척도 (Internalizing Problems)	소극적이고 사회적으로 위축된 행동, 신체적 증상 등 내재화되고 과잉통제된 행동의 평가	--	0-62점
외현화문제척도 (Externalizing Problems)	타인에게 해를 끼치거나 공격적인 행동, 싸움, 비행 등 외현화되고 과소통제된 행동의 평가	--	0-66점
총 문제행동척도 (Total Behavior Problems)	전체 문제 행동 문항의 합	117개	0-234점

K-YSR의 문제행동 증후군 척도는 “말다 툴을 자주한다”, “자기 물건을 부순다” 등의 119개의 문제행동에 관한 항목으로 구성되어 있고 각 항목은 전혀 없다(0점), 가끔 보이거나 정도가 심하지 않다(1점), 자주 있거나 정도가 심하다(2점)의 3점 척도로 평가하게 되어 있다. 각 문제의 행동증후군 척도는 해당 문제행동 항목들의 합으로 계산된다. 이에 따라 가능한 점수범위는 0에서 234점까지이다.

각 척도 상의 원점수는 T점수(표준화된 점수)로 환산되었는데, 환산방법은 일반아동의 문제행동의 기준을 설정하기 위해서 실시한 연구를 기초로 해서, 최고 점을 100으로 환산하고, 각 척도 상의 평균점수 50점, 표준편차 12로 환산된 점수이다. 이렇게 표준화된 점수로 환산하는 것은 원점수로는 각척도마다 다른 가중치를 가지는 점수를 비교할 수 없으므로 척도 상, 연령 상의 차이를 표준화하여 비교가 가능하도록 한 수치이다. 그리고 척도 중 한 항목이라도 70점(T점수)보다 높은 점수를 받은 아동은 전문적 상담치료를 받아야 한다고 보고되고 있다.²⁵⁾

IV. 연구결과

1. 일반적 특성

<표 4-1>은 조사대상 아동들의 일반적인 특성을 나타내고 있다. 총 482명의 아동 중 남자가 49.8%, 여자가 50.2%를 차지하여 남녀 비율이 비슷한 것으로 나타났다. 이들의 연령별 구성은 12세에서 17세까지 각 연령당 16-21% 내외로 골고루 분포되어 있었다. 또한 조사대상이 된 모든 아동이 학교 교육을 받고 있는 것으로 나타났는데 이들 중 12.8%(62명)가 초등학교 5-6학년에, 53.3%(257명)가 중학교에, 30.4%(141명)가 고등학교에 재학 중이었다. 고등학교 3학년이 1.7%로 적었던 이유는 조사대상자의 연령을 12-17세로 제한했기 때문이다.

종교와 관련하여서는 대다수 시설아동은 기독교(73.9%)를 믿고 있었다. 그다음으로 천주교(10.8%), 불교(3.7%), 원불교(2.1%) 순으로 나타났다. 시설아동의 종교가 시설의 설립자나 설립재단의 종교와 동일할 수 있는 가능성이 많다고 볼 때 육아시설은 대다수가 기독교 재단에 의해 운영되고 있다는 것을 알 수 있다.

25) 상계서, 1998.

<표 4-1> 일반적 특성

항 목		빈 도 (%)		
성별	남	240(49.8)		
	여	242(50.2)		
나이	12세	남	23 (9.6)	
		여	20 (8.3)	
	13세	남	33 (13.8)	
		여	51 (21.1)	
	14세	남	42 (17.5)	
		여	51 (21.1)	
	15세	남	56 (23.3)	
		여	45 (18.6)	
	16세	남	43 (17.9)	
		여	37 (15.2)	
	17세	남	43 (17.9)	
		여	38 (15.7)	
	학력	초등학교	62 (12.8)	
		중1	81 (16.8)	
중2		85 (17.6)		
중3		91 (18.9)		
고1		79 (16.4)		
고2		64 (13.3)		
고3		8 (1.7)		
무응답		12 (2.5)		
계		482(100.0)		
종교	기독교	356 (73.9)		
	천주교	52 (10.8)		
	불교	18 (3.7)		
	원불교	10 (2.1)		
	무응답	46 (9.5)		
	계	482(100.0)		

시설규모별로 볼 때 조사대상의 29%(142명)이 가형, 38.2%(184명)이 나형, 그리고 26.8%(129명)이 다형에 거주하고 있었고 소규모 비인가 시설의 아동은 5.6%(27명)에 불과하였다(표4-2 참조). 이는 조사대상 시설 총 80개중 가형이 20%(16개), 나형이 26.2%(21개), 다형이 27.5%(22개)와 비인가 소규모 시설이 26.2%(21개)를 차지하였으나 한 시설에서 조사 당시 그 자리에 있던 12-17세사이의 모든 아동을 참여시켰기 때문에 보다 큰 규모의 시설

에 거주하는 아동의 수가 상대적으로 많아졌고 보통 20명 이하의 아동만이 거주하는 비인가 소규모 시설의 아동이 전체 표본수에서 차지하는 비중이 적어질 수밖에 없었을 것이다.

<표 42>는 본 조사대상 아동들 대다수(87.6%)가 시설 내 거주한 기간이 3년을 넘고 있으며 6년 이상 거주한 아동도 62.2%나 되고 있다는 것을 보여주고 있다. 아동 전체의 시설 내 평균 거주 기간은 9.94년(119.3개월)으로 미국의 7.9개월²⁶⁾에 비하면 우리나라 아동은 미국의 아동보다 무려 15.1배에 달하는 긴 기간을 시설에서 보내고 있다는 것을 알 수 있다. 이에 반하여 우리나라에서는 시설아동이 연고자에게 인계되는 경우는 전체의 37.0%이고, 18세까지 연장아동으로 퇴소하는 경우가 41.6%이며, 다른 시설로 옮겨 가거나 가출하는 경우가 28.4%로 나타나고 있어²⁷⁾ 시설이 영구적인 대리보호 기관으로 남는 경우가 과반수 이상이라는 것을 추측할 수 있다.

<표 42> 아동의 시설과 관련된 사항

항 목		빈 도
시설규모 ¹⁾	가형	142 (29.5)
	나형	184 (38.2)
	다형	129 (26.8)
	소규모시설	27 (5.6)
	계	482(100.0)
거주기간	1년 미만	13 (2.7)
	1-3년 미만	43 (9.7)
	3-6년 미만	103 (21.4)
	6-9년 미만	127 (26.4)
	9년 이상	196 (39.8)
	계	482(100.0)

참고 1) 가형은 아동인원이 80명 이상의 대규모 시설, 나형은 60-79명, 다형은 40-59명, 그리고 소규모시설은 20명 이내의 시설로 분류하였음.

26) 이배근, "선진국의 아동정책과 우리의 과제", 21세기 한국의 아동정책, 한국아동단체협의회, 1997, p. 98.

27) 김응석 et al. 전제서, 1995, p. 229

2. 시설아동의 문제행동 증후군에 대한 평가

<표 4-3>는 한국판 행동조사표를 통해 본 연구에 참여했던 시설아동 전체의 문제행동 정도를 측정된 자료를 제시하고 있다. 보다 구체적으로는 먼저 문제행동 증후군을 위축, 신체증상, 우울/불안, 사회적 미성숙, 사고의 문제, 주의집중 문제, 비행, 공격성 등 8개의

영역으로 분류하여 측정된 원점수, 내재화되고 과잉통제된 행동을 총체적으로 본 내재화의 문제와 외현화되고 과소통제된 행동을 총체적으로 보는 외현화 문제에 대한 원점수와 전체 문제 행동 정도를 지수화한 총 문제행동의 원점수를 제시하고 있다. 이렇게 측정된 원점수를 각 척도 간의 비교나 각 대상자별 비교가 가능하게 하기 위하여 T점수로 환산하였고 본 조사 대상 시설아동 중 전문적 정신치료를 요할 정도로 심각한 문제행동을 보이는 아동이 몇 명인지를 보여주기 위해 각 항목별로 T점수가 70점이상이 된 아동의 빈도수와 비율을 나타내 주고 있다.

<표 4-3>에 의하면 시설아동 총 482명 중 문제행동을 T점수로 계산하여 8개의 소항목별로 살펴보았을 때 각 항목당 70점을 넘어 전문적 치료를 요하는 아동이 각 항목당 적어도 20명 이상씩 나타나 시설아동들의 문제행동이 매우 심각한 수준에 있음을 보여주고 있다. 좀 더 구체적으로 살펴보면 문제행동 항목 중 가장 적은 20명(4.1%)의 시설아동이 70점 이상의 점수를 보인 항목은 외롭다고 불평한다, 잘 운다, 나쁜 생각이나 행동을 할까봐 두려워 한다 등 정서적으로 우울하고 지나치게 걱정이 많거나 불안한 정도를 평가하는 불안/우울 항목이었다. 반면 시설아동의 가장 많은 수인 40명(8.3%)이 70점 이상의 t점수를 보인 것은 나쁜 친구들과 어울리거나 거짓말을 하거나 남을 속이다든지 가출한다 등의 비행행동을 평가하는 비행 항목이었다. 아울러 말다툼을 자주한다, 허풍치고 자랑을 많이 한다, 남에게 잔인한 짓을 하거나 괴롭히고 못살게 군다 등 공격성, 싸움, 반항행동 등을 평가하는 공격성 항목에서와 나이에 비해 어리게 행동한다, 너무 어른들에게 의지하고 매달리는 경향이 있다 등 발달상의 문제와 사회적으로 미성숙하고 비사교적인 측면들을 평가하는 사회적 미성숙 항목에서 전문적 치료를 요하는 아동도 각각 39명(8.1%)이나 되는 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는 보다 많은 시설아동이 소극적이고 위축된 행동으로 특징지어지는 내재화된 문제보다는 공격성과 비행 등으로 나타나는 외현화된 문제행동을 보이는 경향이 있다는 것을 보여주고 있다. 같은 맥락에서 문제행동을 크게 내재화 문제와 외현화 문제로 분류해 보았을 때는 소극적이고 사회적으로 위축된 행동, 신체적 증상 등 내재화되고 과잉통

제된 행동을 총체적으로 보는 항목에서는 26명(5.4%), 타인에게 해를 끼치거나 공격적인 행동, 싸움, 비행 등 외현화되고 과소통제된 행동을 총체적으로 평가하는 항목에서는 44명(9.1%)이 전문적 치료를 요하는 것으로 나타났다. 또한 총 문제행동을 T점수화 했을 때 70점이상이 넘는 아동이 42명(8.7%)이나 되었다.

<표 4-3> 전체 시설아동의 문제행동 점수와 T점수(표준화된 점수) n=482

척도명	문제행동 원점수 평균(표준편차)	문제행동 T점수 평균(표준편차)	T점수 70점이상인 자 n(%)
위축 (Withdrawal)	4.32(2.63)	54.24(8.98)	26(5.4)
신체증상 (Somatic Complaint)	3.62(3.28)	52.88(9.83)	26(5.4)
불안/우울 (Anxious/Depressed)	8.88(5.49)	54.78(8.59)	20(4.1)
사회적 미성숙 (Social Problem)	3.94(2.71)	57.24(8.67)	39(8.1)
사고의 문제 (Thought Problem)	2.99(2.34)	55.28(8.77)	29(6.0)
주의집중 (Attention Problem)	6.75(2.99)	56.01(8.45)	30(6.2)
비행 (Delinquent Behavior)	3.93(2.74)	58.35(8.45)	40(8.3)
공격성 문제 (Aggressive Behavior)	11.44(5.65)	56.82(8.74)	39(8.1)
내재화 문제 (Total-internalizing)	16.32(9.38)	53.22(10.23)	26(5.4)
외현화 문제 (Total-externalizing)	15.36(7.48)	57.02(9.76)	44(9.1)
총문제 행동	52.52(23.57)	56.06(9.78)	42(8.7)

전체적으로 볼 때 문제행동 척도 중 한 항목에서라도 70점 이상의 T점수를 맞은 아동은 전문적 치료를 요한다는 것을 의미한다. 행동조사표를 개발한 Achenbach는 각 사회마다 치료를 요하는 아동의 비율을 조사해 보면 약 5-10%정도 나타난다고 설명하고 있다.²⁸⁾ 한편 오경자와 이혜련은 한국판 행동조사표를 이용하여 최근 전국적으로 일반화할 수 있는 표본인 전국의 중고등학생 6570명(남:4,021, 여:2549)을 대상²⁹⁾으로 조사하여 우리나라 12-17세

28) 오경자·이혜련·홍강의·하은혜, 전게서, 1990.

아동의 문제행동 증후군의 기준을 설정하였는데 표본의 2%만이 전문적 치료를 요하는 아동으로 나타났다. 그러나 본 조사대상 아동 중 문제행동 척도의 한 항목이라도 70점 이상의 점수를 맞은 아동은 총 133명(남: 68명, 여: 65명)으로 전체 아동의 28%나 차지하여 시설아동의 4명에 한명 꼴로 전문적 치료를 요할 정도의 심각한 문제행동을 갖고 있다는 것을 보여주고 있다.

<표 44> 일반아동과 시설아동의 문제행동 원점수의 비교

척도명	일반아동 (n=6,570) 평균(표준편차)	시설아동 (n=482) 평균(표준편차)	두 집단간 평균점수의 차이
위축 (Withdrawal)	3.39(2.43)	4.32(2.63)	7.52***
신체증상 (Somatic Complaint)	3.29(2.68)	3.62(3.28)	2.16*
불안/우울 (Anxious/Depressed)	7.10(5.04)	8.88(5.49)	6.93***
사회적 미성숙 (Social Problem)	2.40(2.20)	3.94(2.71)	12.22***
사고의 문제 (Thought Problem)	2.11(2.02)	2.99(2.34)	8.04***
주의집중 (Attention Problem)	5.32(2.95)	6.75(2.99)	10.16***
비행 (Delinquent Behavior)	2.22(2.95)	3.93(2.74)	13.15***
공격성 문제 (Aggressive Behavior)	8.39(5.18)	11.44(5.65)	11.51***
내재화 문제 (Total-internalizing)	10.61(6.64)	16.32(9.38)	13.14***
외현화 문제 (Total-externalizing)	13.34(8.44)	15.36(7.48)	5.67***
총문제 행동	39.29(21.74)	52.52(23.57)	11.95***

p <.0* p <.000***

29) 대상집단은 전국의 12-17세의 초·중·고등학교 학생을 대상으로 성별, 연령, 거주지 단위로하여 전국 각지에서 학급단위로 유층화 표집방법을 사용해 표집하였다. 성별, 연령을 기초로 지역, 거주지 등을 고려하기 위하여 교육부가 발행한 1996년도 교육연감에 제시된 각급학교수, 학급수 등 통계자료에 의거해 그 비율별로 표집수를 정한 다음 대상학교의 학급단위를 무선적으로 선정하는 방식으로 표집하였다. 제주도를 제외한 전국에 걸쳐 학급단위로 표집되었으므로 최종자료에서 지나치게 편포된 성별, 연령 집단에 대해서는 WINDOWS용 SPSS를 이용해 일정수를 무작위로 표집하였다. 상계서,1998.

본 조사대상 시설아동의 문제행동이 얼마나 심각한 정도인지는 시설아동과 일반아동간의 문제행동의 원점수를 비교해 놓은 <표 4-4>의 자료를 보면 보다 더 분명해진다. 시설아동의 문제행동의 평균점수는 척도의 모든 항목에서 일반아동의 평균점수보다 높았고 신체증상 항목을 제외한 모든 항목에서 $p < .000$ 수준에서 통계적으로 유의미한 차이를 보였다

<표 4-5> 시설 남아의 문제행동 점수와 T점수 n=240

척도명	문제행동 원점수 평균(표준편차)	문제행동 t점수 평균(표준편차)	70점(명, %) 이상
위축 (Withdrawal)	4.27(2.63)	56.18(6.90)	16(6.7)
신체증상 (Somatic Complaint)	3.33(3.33)	55.49(8.03)	20(8.3)
불안/우울 (Anxious/Depressed)	8.07(5.44)	55.95(7.24)	10(3.3)
사회적 미성숙 (Social Problem)	3.88(2.81)	57.18(7.50)	18(7.5)
사고의 문제 (Thought Problem)	2.90(2.33)	55.80(6.82)	9(3.7)
주의집중 (Attention Problem)	6.55(3.01)	56.38(6.96)	12(5)
비행 (Delinquent Behavior)	4.20(2.94)	58.54(7.89)	21(8.7)
공격성 문제 (Aggressive Behavior)	11.46(6.19)	57.85(8.25)	22(8.3)
내재화 문제 (Total-internalizing)	15.26(9.60)	53.61(10.48)	15(5.9)
외현화 문제 (Total-externalizing)	15.65(8.23)	56.83(10.40)	23(9.2)
총문제 행동	51.00(25.33)	55.796(10.41)	25(10.4)

이번에는 시설아동이 보이는 문제행동의 정도가 성별로 차이가 있는지를 알아보기 위하여 남아와 여아를 구분하여 분석하여 보았다. 먼저 남아의 각 항목별 문제행동 원점수와 T점수를 살펴보면 <표 4-5>와 같다. 일반아동들의 각 항목별 T점수의 평균이 50점으로 설

정되어 T점수가 환산된다는 것을 감안할 때³⁰⁾ 시설 남아의 내재화문제(53.61점)를 제외한 모든 항목의 T점수가 55점을 넘고 있다는 것은 시설남아들의 문제행동의 정도가 매우 심각한 것임을 시사하고 있다. 남아들만 살펴보았을 때 T점수가 70점을 넘어 전문적 치료를 요하는 아동이 각 항목별로 적게는 9명에서 많게는 22명까지 있었고, 총문제 행동으로 점수화한 경우에는 25명이나 되었다. 또한 한 항목에서라도 70점을 넘은 남아는 총 68명(28.5%)이나 되어 시설남아 중 1/4 전문적 치료를 요하는 심각한 상태에 있음을 보여주고 있다.

<표 4-6> 시설남아와 일반남아의 문제행동 점수의 비교

척도명	일반남아 (n=2549) 평균(표준편차)	시설남아 (n=240) 평균(표준편차)	두 집단간 평균점수의 차이
위축 (Withdrawal)	3.15(2.43)	4.27(2.63)	6.59***
신체증상 (Somatic Complaint)	2.80(2.51)	3.33(3.33)	2.41**
불안/우울 (Anxious/Depressed)	6.37(4.92)	8.07(5.44)	4.72***
사회적 미성숙 (Social Problem)	2.52(2.32)	3.83(2.81)	7.56***
사고의 문제 (Thought Problem)	2.14(2.10)	2.89(2.33)	5.07***
주의집중 문제 (Attention Problem)	5.30(3.04)	6.55(3.01)	6.25***
비행 (Delinquent Behavior)	2.49(2.17)	4.20(2.94)	9.00***
공격성 문제 (Aggressive Behavior)	8.26(5.32)	11.46(6.19)	7.80 ***
내재화 문제 (Total-internalizing)	12.00(8.24)	15.26(9.59)	5.09***
외현화 문제 (Total-externalizing)	10.75(6.87)	15.65(8.23)	8.91***
총 문제 행동	38.11(22.10)	51.00(25.38)	7.58***

p<.01** p<.000***

30) 상계서, 1990.

이러한 현실은 시설남아와 일반남아간의 문제행동 점수를 비교해 보면 보다 더 여실히 드러나게 된다. 시설남아는 일반남아에 비해 문제행동의 모든 항목에서 높은 점수를 나타냈고 신체증상을 제외한 모든 항목에서 $p < .000$ 수준에서 유의미한 차이가 있었다. 시설남아가 일반남아와 특히 뚜렷한 차이를 보인 항목은 비행, 공격성과 사회적 미성숙의 영역이었고 같은 맥락에서 총체적으로 볼 때 외현화 문제에서 확연한 차이를 나타내고 있다(표 4-6 참조).

<표 4-7>은 12세-17세 시설여아의 문제행동의 정도를 보여주고 있다. 여아의 경우에도 신체증상을 제외한 모든 항목에서의 T점수가 일반아동의 평균점수 50점을 넘고 있으며 특히 비행과 사회적 미성숙 항목의 t점수는 각각 57점을 넘고 있어 시설아동의 가장 취약한 부분이 비행행동과 사회적 미성숙이라는 것을 다시 한번 나타내 주고 있다. 한편 시설남아와 비교해 볼 때 외현화 문제와 총문제 행동은 오히려 약간 높았으나 전반적으로는 t점수가 각 영역별로 약간 낮은 경향을 보였다. 특히 신체증상이나 위축과 같은 내재화된 문제행동과 관련된 항목의 평균점수는 여아가 남아보다 4점이상이나 낮았고 T점수가 70점이상을 넘은 수도 여아가 남아보다 적었다. 이는 일반적으로 사회가 여성을 남성보다 외현적인 문제보다는 내재화된 문제를 더 많이 갖고 있을 것이라고 생각하는 통념과는 일치하지 않는 현상으로서 흥미롭다.

보다 구체적으로 살펴보면 어지러워한다, 몸이 쑤시고 아프다, 두통이 있다 등 의학적 증거가 없이 신체적 증상이 나타나는 정도를 평가하는 신체증상 항목에서 70점 이상의 t점수를 맞은 남아가 20명이나 되는 반면 여아의 경우 6명에 지나지 않았고, 혼자 있기를 좋아한다, 말을 하지 않으려 한다, 수줍어 한다 등 사회적인 위축, 철수, 소극적 태도를 평가하는 위축 항목에서 70명 이상의 t점수를 맞은 남아가 16명이었으나 여아의 경우에는 10명이였다. 한편 남아에게서도 심각하게 나타났던 공격성 문제와 비행 등의 외현화 문제와 사회적 미성숙과 관련하여 전문적 치료를 요하는 여아의 수는 남아의수와 거의 유사하였다. 이와 같은 현상은 최근 여아들이 보다 적극적이고 공격적이 된다는 시대적 흐름과 맥을 같이 하기 때문이라고 보는 것도 가능한 시각 중의 하나일 것이다.

여아의 문제행동과 관련하여 또 하나 특기할 만한 사항은 강박적 사고, 없는 소리 듣기(환청), 강박적 행동 등 비현실적이고 기이한 사고 내용이나 이와 관련된 행동을 평가하는 항목에서 70점 이상의 T점수를 맞는 아동이 20명이나 된다는 사실이다. 이와 같은 증상들은 정신분열병과 같은 주요 정신질환과도 관련되기 때문에 조기 진단과 치료가 반드시 요

구된다는 점에서 특히 우려된다. 한편 한 항목에서라도 T점수가 70점이 넘는 여아의 수도 남아와 유사한 65명(26.8%)으로 그 비율이 우리나라 일반아동의 2%의 13배를 넘고 있어 시설여아의 심리사회적 문제도 남아못지 않게 심각함을 보여주고 있다.

<표 4-7> 시설 여아의 문제행동 점수와 T점수

n=242

척도명	문제행동 원점수 평균(표준편차)	문제행동 T점수 평균(표준편차)	T점수 70점이상인 자 (n, %)
위축 (Withdrawal)	4.37(2.64)	52.31(10.31)	10(4.1)
신체증상 (Somatic Complaint)	3.91(3.21)	50.27(10.74)	6(2.5)
불안/우울 (Anxious/Depressed)	9.67(5.43)	53.62(9.62)	10(4.1)
사회적 미성숙 (Social Problem)	3.99(2.61)	57.30(9.71)	21(8.7)
사고의 문제 (Thought Problem)	3.08(2.36)	54.76(10.35)	20(8.3)
주의집중 문제 (Attention Problem)	6.95(2.97)	55.65(9.71)	18(7.5)
비행 (Delinquent Behavior)	3.66(2.51)	58.16(8.98)	19(7.9)
공격성 문제 (Aggressive Behavior)	11.41(5.06)	55.79(9.10)	17(7.1)
내재화 문제 (Total-internalizing)	17.37(9.07)	52.83(9.98)	11(4.6)
외현화 문제 (Total-externalizing)	15.07(6.66)	57.20(9.10)	21(8.7)
총 문제 행동	54.04(21.57)	56.33(9.13)	17(7.1)

본 연구대상인 된 시설여아와 일반여아의 문제행동 원점수를 비교해 볼 때 남아의 경우와 마찬가지로 시설여아가 일반여아에 비해서 확연하게 높은 점수를 나타냈고 신체적 증상의 항목을 제외하면 그 차이도 각 항목별로 $p < .000$ 수준에서 통계적으로 유의하였다(표 4-8 참조). 가장 큰 차이가 나타난 항목은 역시 비행행동, 공격성 및 사회적 미성숙과 관련된 항목 이어서 이 세가지 영역이 시설아동에게 가장 큰 문제가 된다는 것을 다시 한번 확인해 주고 있다. 여아의 경우에도 역시 외현화 문제가 내재화 문제보다 심각하게 나타나고 있다.

<표 4-8> 시설여아와 일반여아간의 문제행동 점수의 비교

척도명	일반여아 (n=4,021) 평균(표준편차)	시설여아 (n=242) 평균(표준편차)	두 집단간 평균점수의 차이
위축 (Withdrawal)	3.63(2.42)	4.37(2.64)	4.35***
신체증상 (Somatic Complaint)	3.77(2.85)	3.91(3.21)	0.67
불안/우울 (Anxious/Depressed)	7.83(5.16)	9.67(5.43)	5.19***
사회적 미성숙 (Social Problem)	2.28(2.07)	3.99(2.61)	10.06***
사고의 문제 (Thought Problem)	2.08(1.93)	3.08(2.36)	6.25***
주의집중 문제 (Attention Problem)	5.34(2.86)	6.95(2.97)	8.26***
비행 (Delinquent Behavior)	1.95(2.02)	3.66(2.51)	10.69***
공격성 문제 (Aggressive Behavior)	8.51(5.04)	11.41(5.06)	8.79***
내재화 문제 (Total-internalizing)	14.67(8.64)	17.37(9.07)	4.48***
외현화 문제 (Total-externalizing)	10.46(6.41)	15.07(6.66)	10.48***
총문제 행동	40.46(21.38)	54.04(21.57)	9.50***

p<.000***

이상의 결과를 종합해 보면 결과는 시설아동의 심리사회적 상태가 매우 위험한 수준에 있다는 것을 시사해 주고 있다. 특히 전문적 치료를 요할 정도로 문제가 심각한 아동이 본 연구대상의 전체 시설아동의 28%(133명)이었다는 것은 매우 충격적인 결과이고 이들에 대한 적절한 개입을 위해서는 이들에 대한 이해가 선행되어야 한다는 입장에서 이들의 특성을 살펴보았다. 이들은 학년별로는 <표 4-9>에 나타난 바와 같이 초등학생이 32.3% (20명), 중학생이 25.7%(66명) 그리고 고등학생이 31.8%(48명)으로 거의 골고루 분포되어 있음을 할 수 있었다.

<표 4-9> T점수가 70점 이상이었던 아동의 학년

학년 \ 점 수	70점 미만 n(%)	70점 이상 n(%)	계
초등학생	42 (67.7)	20 (32.3)	62(100.0)
중 학생	191 (74.3)	66 (25.7)	257(100.0)
고등학생	103 (68.2)	48 (31.8)	151(100.0)
계	336(100.0)	134(100.0)	470(100.0)

* 사례수가 달라진 것은 무응답자를 제외하였기 때문이다.

아울러 문제행동의 한 항목에서라도 T점수가 70점이상인 아동과 그렇지 않은 아동의 특성간에 어떤 차이가 있는지를 알아보기 위해 시설에서의 거주기간, 부모의 이혼이나 재혼 여부, 연고자와의 접촉여부, 가출경험 등을 살펴보았는데 그 어느 요인과도 유의미한 상관관계를 보이고 있지 않았다. 단 입소당시에 아동이 걱정이 있었는지의 여부와 시설생활의 어려움의 유무만은 유의미한 상관관계를 나타내고 있었다. 먼저 <표 4-10>는 문제행동 척도의 항목 중 T점수가 70점 이상이었던 아동의 보다 많은 수가 입소당시 걱정이 있었다는 것을 보여주고 있다. 구체적으로 T점수가 70점이상인 자 중에는 입소 당시 걱정이 있었다고 한 사람이 70.7%이었던데 반면 70점미만인 자 중에는 57.9%밖에 되지 않았다. 이러한 결과는 아동의 시설입소 당시의 심리상태가 그후 아동의 심리상태와 밀접한 관계가 있다는 것을 다시금 보여주고 있어 이 시기의 아동과 연고자에 대한 적절한 개입이 얼마나 중요한지를 재삼 확인시켜 주고 있다.

<표 4-10> 문제행동 T점수가 70점 이상인지 여부와 입소당시의 걱정의 유무

점 수 \ 걱정 유무	70점 미만 n(%)	70점 이상 n(%)
걱정이 없었다	146(42.1)	35(26.3)
걱정이 있었다	201(57.9)	98(70.7)
계	347(100)	299(100)

$X^2=10.17, p<.00143$

한편 아동이 문제행동 척도의 적어도 한 항목에서 70점 이상의 T점수를 받았는지 여부는 아동이 시설 생활에 어려움을 경험하고 있는지 여부와 $p<.1$ 수준에서 유의미한 관계가 있다는 것이 나타났다.

<표 4-11> 문제행동 T점수가 70점 이상인지 여부와 시설생활의 어려움

시설생활의 어려움 \ 점 수	70점 미만 n(%)	70점 이상 n(%)
시설생활에 어려움이 없다	114(32.9)	31(23.3)
시설생활에 어려움이 있다	233(67.1)	102(76.7)
계	347(100)	133(100)

$\chi^2=3.51, p<.06092$

<표 4-11>에 의하면 T점수가 70인 이상인 아동중 시설생활에 어려움이 있다고 응답한 아동이 76.7%나 된 반면 70점 미만인 자는 그 보다 거의 10%가 적은 67.1%였다. 이러한 결과는 역시 심각한 심리사회적 문제를 경험하고 있는 아동이 시설 생활에서도 보다 많은 어려움을 겪고 있다고 생각하게 하는 한편 시설생활에서의 어려움이 아동으로 하여금 보다 많은 심리사회적 문제를 경험하게끔 한다고도 바꾸어 생각해 볼 수도 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라 육아시설에서 살고 있는 아동의 심리사회적 문제의 정도를 밝힘으로써 우리나라 시설아동의 건전한 성장을 돕기 위해 제공되어야 할 사회복지 서비스가 무엇인지를 파악하는 것을 목적으로 하였다. 그러한 연구결과를 달성하기 위해 서울과 경기지역의 육아시설 아동과 종사자를 대상으로 한국판 행동조사표를 통해 살펴본 시설아동의 심리사회적 문제행동의 정도는 매우 충격적인 수준에 있다고 해도 과언이 아니다.

본 연구의 결과 시설아동의 28%(134명), 즉 4명중 1명은 전문적인 치료를 요할 정도로 심한 문제행동을 보이고 있다는 것이 밝혀져 이에 대한 대책이 시급히 마련되어야 할 필요성을 제기하고 있다. 이러한 수치가 얼마나 높은지는 일반아동의 경우 전문적인 치료를 요하는 아동은 2%에 불과하다는 사실을 감안하면 보다 극명히 나타난다. 같은 맥락에서 시설아동과 일반아동은 신체화 증상을 제외한 문제행동의 모든 항목의 P값이 .000 수준에서 유의미한 차이를 보이고 있었는데 시설아동의 문제행동 점수가 일반아동에 비해 일관되게 높게 나타나고 있다.

시설아동의 문제행동을 보다 구체적으로 8개의 소항목별로 살펴보면 각항목당 치료를 요하는 아동이 20명 이상 씩 나타나 시설아동들의 문제행동이 매우 심각한 수준에 있음을 보여주고 있다. 각항목 중에서도 소극적이고 위축된 행동으로 특징지어지는 내재화된 문제보다는 공격성과 비행 등으로 나타나는 외현화된 문제행동을 보이는 경향을 보이고 있었고, 사회적 미성숙의 문제행동도 일관되게 높은 점수를 나타내고 있었다. 이러한 결과는 시설아동들을 위한 개입과 상담서비스는 비행, 공격성과 사회적 미성숙의 문제해결에 보다 많은 초점을 맞추고 이루어져야 함을 시사하고 있다. 한편 아동이 전문적인 치료를 요하는지 여부와 유의미한 상관관계가 있었던 변수는 입소당시의 걱정여부와 시설생활상의 어려움이 있었는지 여부로 나타나 아동의 입소 당시의 상태와 시설생활에서의 어려움이 아동의 심리사회적 문제와 밀접한 관계가 있다는 것을 보여주고 있어 아동의 입소시 개입의 중요성과 시설생활에서의 어려움을 해결하기 위한 지속적인 방안이 강구되어야 함을 시사하고 있다.

이와 같이 시설아동의 심리사회적 문제의 정도가 매우 심각하다는 것은 시설에 입소하기 전부터 많은 심리적 상처를 안고 있는 아동이 여러 가지 여건상 치료적 보호의 형태를 취하지 못하고 있는 우리나라 육아시설에서 생활하는 동안 심리사회적 문제가 치유되지 못하거나 오히려 악화될 수밖에 없기 때문에 빚어지는 당연한 결과라고 생각된다. 따라서 시설복지사업의 궁극적인 목표가 아동의 건전한 육성이라고 할 때 시설아동에 대한 심리사회적 치유를 위한 대책이 시급히 마련되지 않고서는 우리나라 시설아동들이 사회에 기여할 수 있는 사회인으로서 성장할 수 있을지에 대한 우려를 갖게 한다. 따라서 시설아동의 심리사회적 치유를 위한 상담서비스의 지원이 반드시 필요한데 이는 다각적인 차원에서 이루어져야 할 것이다. 우선적으로 전문적인 치료를 요하는 아동이 하루빨리 치료를 받을 수 있도록 대안이 마련되어야 할 것이다. 또한 장기적으로는 시설에 전문적 상담만을 전담하는 직원이나 촉탁 상담원을 배치하여야 할 것이고, 단기적으로는 시설이 위치해 있는 지역 사회에 전문상담 프로그램을 제공할 수 있는 기관을 조사하여 정보망과 의뢰체계를 마련해 주어야 할 것이다. 특히 상담비용이 많이 드는 병원의 경우에는 저렴한 가격에 상담해 줄 수 있는 협조체계를 개발하는 것도 필요할 것이고, 일정 금액은 지원해 주는 방안도 수립되어야 할 것이다. 시설에서는 전문치료를 필요로 하는 아동에게 드는 치료비용을 지불할 수 있는 후원자를 개발하는 노력도 시도되어야 할 것이다.

아동은 우리나라의 미래를 이끌어갈 주인공이므로 이들의 건전한 육성은 무엇보다 더 중요하다. 절대적 빈곤시대에는 아동의 생존을 위한 의식주의 해결이 중요한 과제였으나 오늘날과 같은 상대적 빈곤시대에는 아동의 심리사회적인 측면에 보다 더 많은 신경을 경주

해야 할 것이다. 한 국가와 사회에 속하는 아동의 양육은 그 국가와 사회가 공동으로 책임져야 한다. 이는 아동의 가족이 여러 가지 이유로 인해 양육책임을 다하지 못할 때 더욱 그러하다. 따라서 일반아동들보다 많은 심리사회적 어려움을 안고 있는 시설아동이 모두 정신적으로 건강하게 성장할 수 있도록 그들의 친인척, 시설, 지역사회와 국가는 공동으로 노력해 나가야 할 것이다. 그러나 그보다 더 중요한 것은 가족 해체를 예방하는 지원 서비스를 강화하여 아동이 가능하면 원가정에서 자랄 수 있도록 하는 일일 것이다.