

건강가정기본법에 대한 인식 조사

The Recognition Research of The Healthy Family Act

한국가정생활개선진흥회

책임연구원 박 미 금 · 이 미 선 · 이 영 호* · 최 보 아

Korean Family life Improvement Center

Researcher : Park, Mi-Keum · Lee, Mi-Sun · Lee, Young-Ho · Choi, Bo-A

〈 목 차 〉

- | | |
|------------|------------|
| I. 서론 | IV. 연구결과 |
| II. 이론적 배경 | V. 요약 및 결론 |
| III. 연구방법 | 참고문헌 |

〈Abstract〉

This research has studied the people's perception and understanding of the 'Healthy Family Act' that has been enacted and practised from the year 2005. For this purpose, a survey has been conducted during October 2004 in several central and local cities in Korea, including Seoul, and a total of 741 samples have been used for the final analysis.

The results of this study is as follows. The participants showed a very low level of recognition of the 'Healthy Family Act', and they perceived that establishing a home-friendly atmosphere was of primary importance among the tasks that should be conducted by the State and local governments to encourage 'healthy families'. The participants chose 'supporting the mental & physical health of family members' for the government supporting programs to make healthy families, and chose 'healthy life cultures such as clothes, food, and housing' for the government programs to support the everyday living cultures of the people. 1

Two thirds(2/3) of the participants indicated a willingness to participate in voluntary activities, and more than half of the participants said that they will participate in educational programs. Also, the participants indicated that divorce counselling should be

* 주저자 : 이영호 (woolce62@hitel.net)

offered only to the people who want the counselling, and as far as 'contents' are concerned, the participants indicated that 'the upbringing of children' should be the most important subject of the counselling. Finally, the participants indicated a willingness of participating educational programs in the order of parent education, family ethics education, realization of family values and family life education.

Key Words : 주요어(Key word) : 건강가정(Healthy Family), 건강가정기본법(The Healthy Family Act) 건강가정지원센터(Healthy Family Support Center)

I. 서론

전 세계적으로 가정생활에 대한 관심이 환기된 세계 가정의 해인 1994년으로부터 10년이 지난 2004년 2월 9일 법률로써 “건강가정기본법”이 공포되었고, 2005년 1월부터 시행되었다. 이는 1994년 이후 가정의 중요성에 대한 지속적인 관심의 결과이다. 건강가정기본법이 시행됨에 따라 명실공히 우리나라도 국가에 의해 가정문제를 해결하고 예방하게 되었다. 이는 가정의 건강성을 증진시키기 위해 국가와 사회가 행정적·제도적 기틀을 마련했다는 점에서 매우 큰 의의를 갖는다.

가족과 가정에 일어나는 많은 일들, 현상의 변화와 문제의 심각성 등은 가족과 가정에 대한 관심을 증폭시켰고, 어떻게 사는 것이 행복한 것인가, 웰빙 시대의 가정은 어떠해야 하는가를 고민하게 만들었으며 이에 건강한 가정을 거론하게 되었다(송혜림, 2005).

건강가정기본법에 따르면, 건강가정이란 가족구성원의 욕구가 충족되고 인간다운 삶이 보장되는 가정이라고 명시되어 있다(건강가정기본법 제3조). 또한 건강가정을 지원하는 것이 국가의 책임이며 그 일환으로 건강가정지원센터를 두어 각종 가정관련 프로그램을 실시하는 것을 지원하도록 하고 있다.

건강가정기본법은 더 이상 가족의 위기를 방지할 수 없으며, 가족의 문제를 예방하고,

해결하는데 국가의 의지와 노력이 필요하다는 사회적 공감에서 제정된 것이다. 그러므로 건강가정기본법이 가정의 건강성을 유지하고, 증대시키는데 있어 제 기능을 다하기 위해 국가 및 관련단체들의 다양한 노력이 절실히 요구된다. 학술적으로 건강가정의 개념을 분명히 하고, 건강가정의 특징을 밝히고, 이를 향상시킬 수 있는 구체적인 방안들이 모색되어야 한다. 또한 행정적으로는 효율적으로 정책이 실시될 수 있도록 체계적이고, 합리적인 지원이 이루어져야 할 것이다. 또한 일선에서 정책을 실천하는 건강가정지원센터는 지역사회마다의 특성을 살려 사업을 실시하여야 하며, 지역주민의 활발한 참여를 통해 건강가정에 대한 인식을 고취시키는데 전력을 다하여야 할 것이다.

실제로 건강가정지원센터가 세워지고, 다양한 프로그램이 개발·실시되고 있으며, 유관기관과의 연계를 통해 체계적인 건강가정육성을 위한 지원들이 이루어지고 있다. 그러나 아직도 건강가정에 대한 개념이 명확하지 않으며, 부분적으로 사회적인 합의가 도출되지 못해 앞으로의 방향을 설정하는데 어려움이 있는 것으로 사료된다. 더욱이 대국민 홍보가 활발히 진행되지 못해 실제로 다양한 사업을 통해 건강가정을 육성하고, 국가의 건강성을 확보하고자 하는데 많은 어려움이 있는 것으로 생각된다.

건강가정지원센터의 역할은 결국 지역사회에 적합한 지역사회중심의 서비스를 제공하는 것이며, 건강가정지원센터에서의 사업의 기능이란 결국 가정생활의 유용성을 얼마나 높일 수 있으며 가족의 역량강화에 어떻게 기여할 수 있는냐에 달려있다. 이를 위해서 먼저 다양한 가족특성과 복지요구가 파악되어야 한다(송혜림, 2005).

이와 같이 건강가정기본법이 제정됨으로써 가정에 대한 우리의 인식변화와 함께 관련 정책과 제도를 재정비하고, 시대의 요구에 맞게 가정을 지원해야 할 필요가 더욱 커졌다고 할 수 있다. 건강가정기본법은 바로 이러한 맥락에서 가정에 대한 패러다임의 변화를 이끌어 내고 실천하기 위한 초석의 의미를 함축하고 있다.

이에 본 연구는 건강가정기본법 및 건강가정사업에 대한 국민인식을 조사하고자 한다. 본 연구의 결과는 건강가정기본법 및 사업의 활성화에 기초 자료로 활용될 것이라 기대된다. 이상의 목적을 위해 본 연구에서 설정한 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 건강가정기본법에 대한 인식은 어떠한가?

둘째, 조사대상자의 사회인구학적 변인 및 가족구성원 건강성 따라 건강가정기본법에 대한 인식은 차이가 있는가?

II. 이론적 배경

한 사회에 존재하는 가정이 그 기능을 다할 수 있도록 유지하느냐의 문제는 개별가정의 문제일 뿐 아니라 사회전체의 문제이기도 하다. 가족의 역기능적 측면으로 인해 발생된 다양한 가족문제가 사회문제화 된 오늘날 이 문제를 해결하고 예방하기위해서 가정의 잠재력을 개발하고 가정생활을 건강하게 유지하여 가정이 제 기능을 다할 뿐만 아니라 사회의 최소단위로서 가정이 사회통합에도 역행하지

않는 건강한 가정을 육성할 수 있도록 하는 것은 매우 시급하며 중요한 일이다.

건강한 가정은 가족구성원이 갖는 다양한 특성과 상이점에 관심을 갖고 이해할 수 있는 공간을 만들며, 어떤 최악의 상태에서도 긍정적인 면에 초점을 두고 대처해 나가며 야기된 문제로 가족구성원이 서로 분리되는 것이 아니라 더 강한 결속력을 보이는 특징을 갖는다(송정아, 1995). 유영주(2004)는 가족원에 대한 존중, 가족원간의 유대의식, 감사와 애정, 그리고 정서적 안식처, 긍정적 의사소통, 가치관 목표공유, 역할충실, 문제해결 능력, 경제적 안정과 협력, 신체적 건강, 사회와의 유대감이 높은 것이 건강가정의 특성이라고 하였다.

오늘날 건강한 가정, 행복한 사회에 대한 중요성 및 요구는 증가하고 있으나 실제로 이혼율 및 가족해체현상 증가, 저 출산, 노인 및 아동, 청소년문제의 심화 등 가정과 관련된 다양한 문제가 심화되고 있다. 이러한 문제는 위기에 당면한 가족원이나 가정의 힘으로 극복하기에는 한계가 있다는 의식이 확산되었다. 이에 건강한 가정생활 영위와 가족의 유지 발전을 위해 국민의 권리 및 의무와 국가 및 자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가정문제의 적절한 해결방안을 강구하며, 가족구성원의 복지 증진에 이바지 할 수 있는 지원정책을 강화함으로써 건강가정 구현에 기여하는 것을 목적으로 하는 건강가정기본법이 2004년 2월 9일에 공포되었다. '건강가정기본법'이 제정되기까지의 과정(조희금, 박미석 2004)을 보면 다음과 같다.

1995년 대한가정학회가 '지방화 시대와 가정복지'라는 주제의 학술대회를 개최하면서 가정복지에 관련한 내용이 학술대회의 중요한 주제로 등장하기 시작하였다(대한가정학회, 1995, 1996: 한국가정관리학회, 1999). 이와 함께 가정복지 실천의 필요성과 함께 '가정복지사'를

양성하게 되었고, 1998년 2월에 가정복지사가 배출되었다(한국가정관리학회, 1998: 조희금, 2000). 이러한 노력에 힘입어 한국가정관리학회는 '가정복지기본법안'을 2001년 2월에 발의(의안번호 160621)하게 하였고, 그 후 계류중이던 '가정복지기본법안'을 수정하여 2003년 7월 '건강가정육성기본법안'으로 다시 새롭게 발의(의안번호 162469)되었다.

보건복지부는 정부입법을 위해 2003년 8월 '건강가정육성기본법안'을 입법예고한 바 있다(보건복지부 공고 제 2003-97). 이에 대응하여 사회복지학계에서도 '가족지원기본법안'(의안번호 162559)을 발의하였다. 이에 보건복지상임이사회에서는 이 두 법안을 각각 상정하여 심사한 후, 2003년 12월 9일 '건강가정기본법(대안)'을 대안으로 제안하여 그 날 보건복지상임위원회를 통과하고, 법제사법위원회의 심의를 거쳐 2003년 12월 29일 국회 본회의를 통과하였으며 2004년 2월 9일 법률 제 07166호 '건강가정기본법'으로 공포되었다. 이와 함께 발의되지는 않았으나 여성학계에서는 여성부 후원으로 2003년 6월에 '평등가족기본법(안)'을 마련한 바 있다. 이러한 과정을 거친 오랜 기간의 노력에 의해 법이 제정되었다.

건강가정기본법의 기본이념은 가정은 개인의 기본적인 욕구를 충족시키고 사회통합을 위하여 기능할 수 있도록 유지발전 되어야 한다는 것이다. 이는 가정이 개인의 기본적인 욕구를 충족시킬 수 있는 바탕을 제공함과 동시에 사회유지의 기초가 됨을 명시하고 있다(조희금, 2004).

건강가정기본법은 국가와 지방자치단체가 거시적 미시적으로 시책을 강구하되 가족구성원의 다양성과 가정유형을 고려하고, 민주적인 가정형성, 가정친화적인 환경조성, 양성평등한 가족가치 실현, 가사노동의 정당한 가치평가 등을 통하여 양성평등적 가정정책, 가족친화

적인 가정정책의 이념을 실천할 것을 선언하고 있다(정민자, 2004).

'건강가정기본법'은 '가정'에 대하여 새로운 패러다임으로 접근하는 하나의 계기를 주는 통합적인 법이라고 할 수 있다. 이법은 지금까지 아동, 청소년, 노인, 여성 등 개별대상에 접근하는 법은 있으나 '가정생활'에 대한 통합적 법은 없었다는 한계를 극복하기 위해 생활의 단위로써 '가정'에 주목하고 있으며, 위기 가정과 요보호가정, 차상위가정, 일반가정 등 포괄적인 범주의 가정을 다루고 있다.

건강가정기본법의 의의와 기대효과에 대하여 송혜람(2005)은 다음과 같이 정리하였다. 첫째, 가정에 대한 통합적 복지서비스를 제공할 수 있는 행정적 제도적 기틀을 마련하였다. 둘째, 사전적, 예방적 복지서비스를 제공할 수 있는 법적인 근거를 마련하였다. 셋째, 복지개념이 확장되었다. 넷째, 가정의 자립을 지원하기 위한 공사의 효율적 분담의 근거가 마련되었다. 다섯째, 가정의 역량과 잠재력 증진을 통한 가정의 자립을 강조하였다. 여섯째, 민주적이고 양성평등한 가족가치를 구현하였다. 일곱째, 다양한 가정의 건강성을 증진하고자 한다. 여덟째, 교육과 문화의 가치를 중시하고 있다.

또한 법제정과 함께 이를 실천하기 위한 다양한 노력이 시도되고 있다. 즉 건강가정지원센터가 세워지고 다양한 프로그램이 개발·실시되고 있으며, 유관기관과의 연계를 통해 체계적인 건강가정육성을 위한 지원들이 이루어지고 있다.

이처럼 2004년 제정된 건강가정기본법의 실행을 위해 다양한 홍보 및 활동이 전개되고 있으나 아직까지는 국민들뿐 아니라 실무 담당자들도 법에 대한 정확한 이해 및 실천 방안에 대한 이해가 부족하다고 판단된다. 따라서 본 연구에서는 건강가정기본법과 사업에 대한 국민들의 인식 실태를 살펴보고자 한다.

III. 연구방법

본 연구는 사전조사와 본조사로 나누어 진행하였다. 사전조사는 2004년 9월 1일부터 15일 사이에 이루어졌으며, 200명 표본을 선정하여 조사도구의 타당성을 검증하였다. 사전조사 결과를 중심으로 조사도구를 수정 보완하여 2004년 10월 15일부터 30일 사이에 본 조사를 실시하였다.

조사대상자는 서울, 부산, 대전, 인천, 광주 등의 광역시 이상의 대도시지역과 전주, 강릉, 동해, 마산 등 중소도시 지역에 거주하는 기혼남녀로 800부 중 741부가 분석에 사용되었다.

본 건강가정기본법 인식조사에서 사용한 조사도구는 설문지로서 조사대상자의 사회인구학적 변인(성별, 연령, 학력, 거주지역), 가족구성원 건강성(가족구성원의 신체건강, 가족구성원의 정신건강, 가족구성원의 신체건강을 위한 노력, 가족구성원의 정신건강을 위한 노력), 건강가정기본법에 대한 인식을 내용으로 구성하였다.

가족구성원 건강성 변인은 건강이란 신체적, 정신적 그리고 사회적으로 완전하게 양호한 상태이고, 단지 질병이 없거나 허약하지 않다는 것만은 아니다(대한가정학회, 1998)라는 WHO의 정의를 기초로 가족구성원들이 주관적으로 인지하는 신체적, 정신적 건강으로 측정하였으며, 이에 신체적, 정신적 건강을 향상시키기 위한 노력을 포함하였다.

건강가정기본법 인식조사 내용으로는 건강가정을 위한 국가 및 지방자치단체의 책임, 가정을 위한 지원사업, 건강가정의 생활문화 발전을 위한 정책, 건강가정과 관련된 자원봉사활동, 건강가정지원센터의 건강가정 프로그램 참여여부, 이혼예방 및 이혼 가정지원, 건강가정교육에 대한 인식 등으로 구성되어있다.

분석을 위해 조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성 변인, 건강가정기본법에 대한 인식의 일반적 사항은 빈도와 백분율을 산출하였으며, 사회인구학적 변인과 가족구성원 건강성 변인에 따른 건강가정기본법의 인식은 교차분석을 실시하였으며 이들 통

<표 1> 조사대상자의 사회인구학적 특성 (전체 741명)

변인		구분	빈도(%)	변인		구분	빈도(%)
사 회 인 구 학 적 변 인	성별	남	286(38.6)	가 족 구 성 원 건 강 성	가족 구성원의 신체건강	좋지않다	83(11.2)
		여	454(61.4)			보통이다	255(34.5)
		계	740(100.0)			좋다	401(54.3)
	연령	20대	45(6.1)		계	739(100.0)	
		30대	267(36.3)		가족 구성원의 정신건강	좋지않다	48(6.5)
		40대	256(34.8)			보통이다	173(23.4)
		50대이상	167(22.7)			좋다	518(70.1)
		계	735(100.0)		계	739(100.0)	
	학력	고졸이하	293(39.7)		가족 구성원의 신체건강을 위한 노력	하지 않는다	66(11.7)
		대졸	362(49.1)			보통이다	181(24.6)
		대학원졸	83(11.2)			노력하고 있다	469(63.7)
		계	738(100.0)			계	736(100.0)
	거주 지역	서울	155(20.9)		가족 구성원의 정신건강을 위한 노력	하지 않는다	50(6.8)
		광역시	247(33.3)			보통이다	205(27.8)
		중소도시	339(45.7)			노력하고 있다	482(65.4)
		계	741(100.0)			계	737(100.0)

* 계가 틀린 것은 무응답 때문임

계분석은 SPSS 프로그램을 사용하였다.

조사대상자들이 어떻게 인식하고 있는지에 대하여 조사한 결과는 다음과 같다<표 2>.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성

조사대상자의 특성은 <표 1>과 같다.

2. 건강가정기본법에 대한 인식여부

건강가정기본법에 포함된 내용에 관하여

<표 2> 건강가정기본법을 알고 있는지 여부

내 용	빈도(명)	백분율(%)
① 알고 있다	101	13.7
② 모른다	638	86.3
계	739	100.0

건강가정기본법을 알고 있는지에 대한 질문에 '모른다'가 86.7%로 거의 대부분이 모르

<표 3> 조사대상자의 배경변인에 따른 건강가정기본법을 알고 있는지의 여부

구분	건강가정기본법이 발표된 것을 알고 있습니까?		계	χ ² 값 및 유의도			
	알고 있다.	모르고 있다.					
	빈도(%)	빈도(%)					
사 회 인 구 학 적 변 인	성별	남성	50(17.5)	236(82.5)	286(100.0)	5.70*	
		여성	51(11.3)	401(88.7)			452(100.0)
		계	101(13.7)	637(86.3)			738(100.0)
	연령	20대	2(4.4)	43(95.6)	45(100.0)	8.00*	
		30대	33(12.5)	232(87.5)	265(100.0)		
		40대	33(12.9)	223(87.1)	256(100.0)		
		50대이상	32(19.2)	135(80.8)	167(100.0)		
		계	100(13.6)	633(86.4)	733(100.0)		
	학력	고졸이하	37(12.6)	256(87.4)	293(100.0)	9.28**	
		대졸	44(12.2)	318(87.8)	362(100.0)		
		대학원 졸	20(24.7)	61(75.3)	81(100.0)		
		계	101(13.7)	635(86.3)	736(100.0)		
거주지역	서울	25(24.8)	130(20.4)	155(100.0)	1.54		
	광역시	35(34.7)	211(33.1)	246(100.0)			
	중소도시	41(40.6)	297(46.6)	338(100.0)			
	계	101(100.0)	638(100.0)	739(100.0)			
가 족 구 성 원 건 강 성	가족 구성원의 신체건강	좋지않다	25(16.1)	130(83.9)	155(100.0)	1.53	
		보통이다	35(14.2)	211(85.8)	246(100.0)		
		좋다	41(12.1)	297(87.9)	338(100.0)		
		계	101(13.7)	638(86.3)	739(100.0)		
	가족 구성원의 정신건강	좋지않다	5(10.6)	42(89.4)	47(100.0)	7.01*	
		보통이다	14(8.1)	159(91.9)	173(100.0)		
		좋다	82(15.9)	435(84.1)	517(100.0)		
		계	101(13.7)	636(86.3)	737(100.0)		
	가족 구성원의 신체건강을 위한 노력	하지 않는다	8(9.3)	78(90.7)	86(100.0)	3.94	
		보통이다	20(11.0)	161(89.0)	181(100.0)		
		노력하고 있다	73(15.6)	394(84.4)	467(100.0)		
		계	101(13.8)	633(86.2)	734(100.0)		
	가족 구성원의 정신건강을 위한 노력	하지 않는다	5(10.0)	45(90.0)	50(100.0)	8.71*	
		보통이다	17(8.3)	188(91.7)	205(100.0)		
		노력하고 있다	79(16.5)	401(83.5)	480(100.0)		
		계	101(13.7)	634(86.3)	735(100.0)		

* p<.05 ** p<.01

고 있어서, 2005년도 1월 이 법의 시행과 더불어 국민들에 대한 건강가정기본법에 대한 홍보가 필요하다.

조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성 변인에 따른 건강가정기본법의 인식 여부를 살펴보았다<표 3>.

먼저 사회인구학적 변인에 따른 건강가정기본법을 알고 있는지 여부는 성별, 연령, 학력에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 전체 대상자의 대부분이 건강가정기본법을 모르고 있다고 하였으나, 남성, 50대, 대학원졸에서 건강가정기본법을 더 알고 있다는 응답이 많았다.

다음으로 가족구성원 건강성 변인에 따라 건강가정기본법을 알고 있는지 여부는 가족구성원의 정신건강과 가족구성원의 정신건강을 위한 노력에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 가족구성원의 정신건강이 좋다고 응답한 경우와 가족구성원의 정신건강을 위한 노력을 하고 있다고 응답한 집단이 건강가정기본법을 더 알고 있는 것으로 나타났다.

3. 건강가정을 위한 국가 및 지방자치단체의 책임

건강가정기본법 제 5조 ③항의 국가 및 지방자치단체의 책임으로 국가나 지방자치단체는 ‘민주적인 가정형성’, ‘가정친화적 환경조성’, ‘양성평등한 가족가치 실현’ 및 ‘가사노동의 정당한 가치평가’를 위하여 노력을 해야 한다고 명시되어 있다.

본 조사에서는 건강가정을 위한 국가 및 지방자치단체의 책임 중 ‘가정친화적 환경조성’이 51.2%로 가장 중요한 업무라고 응답하였으며, 다음으로 중요한 업무로 생각한 것은 ‘민주적인 가정형성’이 19.2%와 ‘양성평등한 가족가치 실현’이 18.2%로 나타났다<표 4>.

<표 4> 건강가정을 위한 국가/지방자치단체가 노력해야 하는 업무

내 용	빈도(명)	백분율(%)
① 민주적인 가정형성	142	19.2
② 가정 친화적 환경조성	378	51.2
③ 양성평등한 가족가치 실현	134	18.2
④ 가사노동의 정당한 가치평가	84	11.4
계	738	100.0

다음으로 건강한 가정을 위하여 국가와 지방자치단체가 노력해야 하는 업무를 조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성 변인에 따라 차이검증을 한 결과는 다음과 같다<표 5>.

조사결과 사회인구학적 특성 중 성별, 연령, 거주지역에 따라 건강한 가정을 위하여 국가와 지방자치단체가 노력해야 하는 업무에 대해 유의한 차이가 나타났으나, 가족구성원 건강성 변인에 따른 건강한 가정을 위한 국가와 지방자치단체의 업무에 대한 인식은 집단간에 유의한 차이가 나타나지 않았다. 성별의 경우 남성은 가정친화적 환경조성(60.8%)이 가장 중요한 업무이며, 그다음으로 민주적 가정형성(18.9%), 양성평등 가족가치 실현, 가사노동의 정당한 가치평가의 순으로 나타난 반면, 여성의 경우 가정친화적 환경조성(45%), 양성평등 가족가치 실현(21.3%), 민주적 가정형성, 가사노동의 정당한 가치평가의 순으로 나타났다.

연령의 경우 모든 연령집단에서 가정친화적 환경조성이 1순위로 나타났으나, 20대와 30대의 경우 양성평등 가치실현이, 40대와 50대 이상집단은 민주적 가정형성이 2순위로 나타났다.

지역의 경우 모든 지역에서 가정친화적 환경조성이 가장 중요한 업무라고 하였으며, 서울지역은 양성평등 가족가치 실현, 광역시와 중소도시는 민주적 가정형성이 그 다음으로 나타났다.

이상의 결과로 미루어 볼 때, 전체조사대상

<표 5> 조사대상자의 배경변인에 따른 건강가정을 위한 국가/지방자치단체의 업무

구분	건강가정기본법에서 국가와 지방자치단체가 노력해야 하는 업무					계	χ ² 값 및 유의도	
	민주적 가정형성	가정 친화적 환경조성	양성평등가족 가치실현	가사노동의 정당한 가치평가				
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)				
사회인구학적변인	성별	남성	54(18.9)	174(60.8)	38(13.3)	20(7.0)	286(100.0)	22.72***
		여성	88(19.5)	203(45.0)	96(21.3)	64(14.2)	451(100.0)	
		계	142(19.3)	377(51.2)	134(18.2)	84(11.4)	737(100.0)	
	연령	20대	4(8.9)	26(57.8)	13(28.9)	2(4.4)	45(100.0)	21.26*
		30대	45(17.0)	131(49.4)	54(20.4)	35(13.2)	265(100.0)	
		40대	50(19.6)	125(49.0)	47(18.4)	33(12.9)	255(100.0)	
		50대이상	43(25.7)	92(55.1)	18(10.8)	14(8.4)	167(100.0)	
	학력	고졸이하	66(22.7)	146(50.2)	49(16.8)	30(10.3)	291(100.0)	8.00
		대졸	59(16.3)	186(51.4)	75(20.7)	42(11.6)	362(100.0)	
		대학원졸	15(18.3)	45(54.9)	10(12.2)	12(14.6)	82(100.0)	
	거주지역	서울	29(18.7)	68(43.9)	39(25.2)	19(12.3)	155(100.0)	12.99*
		광역시	47(19.1)	138(56.1)	30(12.2)	31(12.6)	246(100.0)	
중소도시		66(19.6)	172(51.0)	65(19.3)	34(10.1)	337(100.0)		
계		142(19.2)	378(51.2)	134(18.2)	84(11.4)	738(100.0)		
가족구성원건강성	가족구성원의 신체건강	좋지않다	12(25.0)	18(37.5)	14(29.2)	4(8.3)	48(100.0)	4.66
		보통이다	35(20.5)	81(47.4)	34(19.9)	21(12.3)	171(100.0)	
		좋다	95(18.4)	278(53.8)	85(16.4)	59(11.4)	517(100.0)	
		계	142(19.3)	377(51.2)	133(18.1)	84(11.4)	736(100.0)	
	가족구성원의 정신건강	좋지않다	20(23.5)	41(48.2)	17(20.0)	7(8.2)	85(100.0)	8.93
		보통이다	30(16.7)	104(57.8)	31(17.2)	15(8.3)	180(100.0)	
		좋다	91(19.4)	231(49.4)	84(17.9)	62(13.2)	468(100.0)	
		계	141(19.2)	376(51.3)	132(18.0)	84(11.5)	733(100.0)	
	가족구성원의 신체건강을 위한 노력	하지 않는다	20(23.5)	41(48.2)	17(20.0)	7(8.2)	85(100.0)	7.28
		보통이다	30(16.7)	104(57.8)	31(17.2)	15(8.3)	180(100.0)	
		노력하고 있다	91(19.4)	231(49.4)	84(17.9)	62(13.2)	468(100.0)	
		계	141(19.2)	376(51.3)	132(18.0)	84(11.5)	733(100.0)	
가족구성원의 정신건강을 위한 노력	하지 않는다	16(32.7)	20(40.8)	9(18.4)	4(8.2)	49(100.0)	9.96	
	보통이다	41(20.1)	104(51.0)	41(20.1)	18(8.8)	204(100.0)		
	노력하고 있다	83(17.3)	252(52.4)	84(17.5)	62(12.9)	481(100.0)		
	계	140(19.1)	376(51.2)	134(18.3)	84(11.4)	734(100.0)		

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

자는 건강가정을 위한 국가, 지방자치단체의 업무 중 가정친화적 환경조성을 가장 중요하다고 인식하고, 있으며, 여성과 20대와 30대의 젊은 층, 서울거주자는 양성평등 가족가치실현을, 남성과 40대와 50대 이상의 중년층, 중소도시 및 광역시 거주자는 민주적 가정형성을 그 다음으로 중요한 업무로 인식하고 있었다.

4. 가정을 위한 지원사업에 대한 인식

건강가정사업으로 건강가정기본법 제21조 ②항에 가정이 원활한 기능을 수행하도록 국가와 지방자치단체의 가정에게 대한 지원사항을 명시하고 있다. 건강한 가정이 되기 위하여 국가와 지방자치단체가 가정에게 지원해야 하는 사항으로 필요하다고 생각되는 것으로 5

<표 6> 건강한 가정을 만들기 위한 국가와 지방자치단체의 지원 사항 빈도(%)

내 용	1 순위	2 순위	3 순위	4 순위	5 순위	계
① 가족구성원의 정신적·신체적 건강지원	216(30.3)	132(18.5)	123(17.3)	89(12.5)	62(8.7)	622(87.4)
② 소득보장 등 경제생활 안정	210(29.5)	195(27.4)	114(16.0)	61(8.6)	37(5.2)	617(86.7)
③ 안정된 주거생활	115(16.2)	149(20.9)	142(19.9)	102(14.3)	78(11.0)	586(82.3)
④ 태아검진 및 출산·양육의 지원	41(5.8)	58(8.1)	76(10.7)	85(11.9)	76(10.7)	336(47.2)
⑤ 직장과 가정의 양립	28(3.9)	43(6.0)	64(9.0)	83(11.7)	105(14.7)	323(45.4)
⑥ 음란물·유흥가·폭력 등 위해 환경으로부터의 보호	32(4.5)	50(7.0)	69(9.7)	89(12.5)	133(18.7)	373(52.4)
⑦ 가정폭력으로부터의 보호	28(3.9)	22(3.1)	53(7.4)	92(12.9)	82(11.5)	277(38.9)
⑧ 가정친화적 사회분위기의 조성	55(7.7)	58(8.1)	68(9.6)	118(16.6)	130(18.3)	429(60.3)

<표 7> 건강가정 생활문화를 위한 지원 사항 빈도(%)

내 용	1 순위	2 순위	3 순위	4 순위	5 순위	계
① 가족 여가문화	217(30.1)	162(22.4)	148(20.5)	100(13.9)	53(7.3)	680(94.2)
② 양성평등한 가족문화	119(16.5)	125(17.3)	161(22.3)	150(20.8)	87(12.1)	642(89.0)
③ 가족단위 자원봉사활동	38(5.3)	86(11.9)	80(11.1)	150(20.8)	208(28.9)	562(78.1)
④ 건강한 의식주 생활문화	271(37.5)	170(23.5)	108(14.9)	88(12.2)	54(7.5)	691(95.6)
⑤ 합리적인 소비문화	39(5.4)	131(18.1)	130(18.0)	141(19.5)	161(22.3)	602(83.4)
⑥ 지역사회 공동체문화	34(4.7)	40(5.6)	87(12.1)	78(10.9)	131(18.3)	370(51.6)

가치를 순위대로 표시하도록 한 결과는 다음과 같다<표 6>.

총 8개의 사항 중 1순위로 응답한 내용을 살펴보면 '가족구성원의 정신적·신체적 건강 지원'을 30.34%, '소득보장 등 경제생활의 안정'을 29.5%, '안정된 주거생활'을 16.2%로 지적하여 전반적으로 안정된 생활에 대한 요구가 높은 것으로 나타났다.

5. 건강가정의 생활문화발전에 대한 인식

건강가정기본법 제28조 ②항에는 국가 및 지방자치단체는 건강가정의 생활문화를 고취하고 그에 대한 지원정책을 수립하여야 하는 것을 명시하고 있다. 이에 건강가정의 생활문화 발전을 위하여 국가 및 지방자치단체에서 지원해야 할 사항에 대한 응답은 다음과 같다<표 7>.

총 6개의 사항 중에서 1순위로 나타난 내용을 살펴보면 '건강한 의식주 생활문화'를 37.5%,

'가족 여가문화'를 30.1%, '양성평등한 가족문화'를 16.5%로 나타났다. 이는 의식주 등 기본적인 생활여건의 조성에 대한 요구가 높은 것을 의미하는 것으로 건강지원센터에서의 프로그램 구성에 있어 고려해야할 점으로 생각된다.

6. 건강가정과 관련된 자원봉사활동에 대한 인식

건강가정기본법(제33조)에는 국가 및 지방자치단체는 건강가정과 관련되는 자원봉사활동을 육성하고 장려하도록 되어 있는데 이런 기회가 된다면 자원봉사활동에 대한 참여여부를 질문한 결과는 다음과 같다<표 8>.

<표 8> 건강가정지원센터에서의 가정봉사 활동 참여여부

내 용	빈도(명)	백분율(%)
① 한다	484	65.9
② 안 한다	251	34.1
계	735	100.0

참여를 '한다'가 65.9%로 2/3정도가 참여의사를 보여서 자원봉사활동을 활성화시킨다면 지역주민들을 지역사회를 중심으로 한 사회활동을 유도하는데 좋은 계기가 될 것이다.

조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성 변인에 따른 건강가정지원센터에서의 가정봉사 활동참여여부를 차이를 검증한 결과는 다음과 같다<표 9>.

조사 결과 사회인구학적 특성에 따라서는 연령, 성별에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며, 가족구성원 건강성 변인에 따라서는

가족구성원의 신체건강, 가족구성원의 정신건강, 가족구성원의 신체건강을 위한 노력에 따라 집단간에 차이가 있는 것으로 나타났다.

즉 남성, 여성 모두 참여한다는 응답이 많았으며, 남성보다 여성이 더 참여한다고 응답한 것으로 나타났다. 연령별로는 20대와 40대의 참여의사가 두드러지게 나타났다. 또한 가족구성원의 신체건강이 좋은 것으로 인식한 집단의 참여빈도가 높게 나타났으며, 가족구성원의 정신건강을 위해 노력하고 있는 집단에서 참여의사가 높게 나타나는 차이를 보였다.

<표 9> 조사대상자의 배경변인에 따른 건강가정 지원센터 자원봉사활동 참여여부

구분	자원봉사활동 참여여부		계	χ ² 값 및 유의도			
	한다	안 한다					
	빈도(%)	빈도(%)					
사회인구학적 변인	성별	남성	175(61.8)	108(38.2)	283(100.0)	3.61***	
		여성	309(68.7)	141(31.3)			450(100.0)
		계	484(66.0)	249(34.0)			733(100.0)
	연령	20대	32(72.7)	12(27.3)	44(100.0)	11.84**	
		30대	171(64.0)	96(36.0)	267(100.0)		
		40대	184(72.4)	70(27.6)	254(100.0)		
		50대이상	93(52.1)	70(42.9)	163(100.0)		
		계	480(65.9)	248(34.1)	728(100.0)		
	학력	고졸이하	186(64.4)	103(35.6)	289(100.0)	1.37	
		대졸	244(68.0)	115(32.0)	359(100.0)		
		대학원 졸	52(62.7)	31(37.3)	83(100.0)		
		계	482(65.9)	249(34.1)	731(100.0)		
거주지역	서울	104(69.3)	46(30.7)	150(100.0)	1.84		
	광역시	166(67.2)	81(32.8)	247(100.0)			
	중소도시	214(63.5)	123(36.5)	337(100.0)			
	계	484(65.9)	250(34.1)	734(100.0)			
가족구성원 건강성	가족 구성원의 신체건강	좋지않다	46(56.1)	36(43.9)	82(100.0)	12.58**	
		보통이다	153(60.2)	101(39.8)	254(100.0)		
		좋다	283(71.5)	113(28.5)	396(100.0)		
	가족 구성원의 정신건강	계	482(60.8)	250(34.2)	732(100.0)	5.71	
		좋지않다	33(70.2)	14(29.8)	47(100.0)		
		보통이다	101(58.4)	72(41.6)	173(100.0)		
		좋다	348(68.0)	164(32.0)	512(100.0)		
	가족 구성원의 신체건강을 위한 노력	계	482(65.8)	250(34.2)	732(100.0)	13.27***	
		노력하지 않는다	25(50.0)	25(50.0)	50(100.0)		
		보통이다	122(59.8)	82(40.2)	204(100.0)		
		노력하고 있다	335(70.4)	141(29.6)	476(100.0)		
	가족 구성원의 정신건강을 위한 노력	계	482(66.0)	248(44.0)	730(100.0)	6.02*	
좋지않다		41(56.2)	32(43.8)	73(100.0)			
보통이다		282(64.8)	153(35.2)	435(100.0)			
좋다		160(71.1)	65(28.9)	225(100.0)			
계	483(65.9)	250(34.1)	733(100.0)				

※ * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

7. 건강가정지원센터의 건강가정 프로그램 참여여부

건강가정기본법 제34조에 건강가정사업을 수행할 전담조직으로 건강가정지원센터를 설치하도록 되어 있다.

이와 관련하여 건강가정지원센터에서 실시되는 건강가정을 위한 교육프로그램이 조사대상자가 거주하는 지역에서 실시될 경우 참여여부에 대한 응답은 다음과 같다<표 10>.

<표 10> 건강가정지원센터의 건강가정을 위한 교육프로그램참여여부

내 용	빈도(명)	백분율(%)
① 한다.	417	56.4
② 안 한다.	79	10.7
③ 모르겠다.	243	32.9
계	739	100.0

참여여부에 대해서는 참여를 ‘한다’가 56.4%, ‘안 한다’는 10.7%로 나타나 과반수 이상의 응답자가 참여한다고 응답을 하였다. 한편 ‘모

<표 11> 조사대상자의 배경변인에 건강가정지원센터 프로그램 참여여부

구분	건강가정지원센터의 프로그램 참여여부			계	χ^2 값 및 유의도		
	참여	불참	모르겠다				
	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)				
사 회 인 구 학 적 변 인	성별	남성	149(52.1)	33(11.5)	104(36.4)	286(100.0)	3.70
		여성	268(59.3)	45(10.0)	139(30.8)		
		계	417(56.5)	78(10.6)	243(32.9)		
	연령	20대	30(66.7)	5(11.1)	10(22.2)	45(100.0)	13.86*
		30대	163(61.3)	24(9.0)	79(29.7)	266(100.0)	
		40대	137(53.7)	35(13.7)	83(32.5)	255(100.0)	
		50대이상	83(49.7)	14(8.4)	70(41.9)	167(100.0)	
		계	413(56.3)	78(10.6)	242(33.0)	733(100.0)	
	학력	고졸이하	165(56.3)	29(9.9)	99(33.8)	293(100.0)	5.58
		대졸	206(57.1)	35(9.7)	120(33.2)	361(100.0)	
		대학원 졸	43(52.4)	15(18.3)	24(29.3)	82(100.0)	
		계	414(56.3)	79(10.7)	243(33.0)	736(100.0)	
거주지역	서울	81(52.3)	18(11.6)	56(36.1)	155(100.0)	3.02	
	광역시	144(58.5)	21(8.5)	81(32.9)	246(100.0)		
	중소도시	192(56.8)	40(11.8)	106(31.4)	338(100.0)		
	계	417(56.4)	79(10.7)	243(32.9)	739(100.0)		
가 족 구 성 원 의 정 신 건 강 성	가족 구성원의 신체건강	좋지않다	45(54.2)	9(10.8)	29(34.9)	83(100.0)	11.4*
		보통이다	124(48.8)	35(13.8)	95(37.4)	254(100.0)	
		좋다	247(61.8)	35(8.8)	118(29.5)	400(100.0)	
		계	416(56.4)	79(10.7)	242(32.8)	737(100.0)	
	가족 구성원의 정신건강	좋지않다	27(56.3)	4(8.3)	17(35.4)	48(100.0)	4.57
		보통이다	87(50.3)	24(13.9)	62(35.8)	173(100.0)	
		좋다	302(58.5)	51(9.9)	163(31.6)	516(100.0)	
		계	416(56.4)	79(10.7)	242(32.8)	737(100.0)	
	가족 구성원의 신체건강을 위한 노력	하지 않는다	50(58.1)	15(17.4)	21(24.4)	86(100.0)	14.50**
		보통이다	86(47.8)	18(10.0)	76(42.2)	180(100.0)	
		노력하고 있다	278(59.4)	46(9.8)	144(30.8)	468(100.0)	
		계	414(56.4)	79(10.8)	241(32.8)	734(100.0)	
가족 구성원의 정신건강을 위한 노력	하지 않는다	22(44.0)	11(22.0)	17(34.0)	50(100.0)	20.02***	
	보통이다	100(48.8)	18(8.8)	87(42.4)	205(100.0)		
	노력하고 있다	292(60.8)	50(10.4)	138(28.8)	480(100.0)		
	계	414(56.3)	79(10.7)	242(32.9)	735(100.0)		

※ * p<.05 ** p<.01 ***p<.001

른다'라고 응답한 대상자가 32.9%로 나타나 실제로 거주지역의 건강가정지원센터에서 적절한 건강가정교육프로그램을 제공하여 이들을 건강가정교육프로그램에 참여하도록 유도할 필요가 있을 것을 생각된다.

이에 건강가정지원센터에서 실시되는 프로그램의 참여여부를 조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성 변인에 따라 차이를 검증한 결과는 다음과 같다<표 11>.

연령은 젊은 층에서 참여하겠다는 비율이 높으며, 가족구성원의 신체건강이 좋은 집단이, 가족구성원의 신체건강, 정신건강을 위한 노력을 하고 있다는 집단이 건강가정지원센터 프로그램에 참여하겠다고 응답하고 있다.

8. 이혼예방 및 이혼 가정지원에 대한 인식

건강가정기본법 제31조에는 이혼하고자 하는 부부가 이혼 전 상담을 받을 수 있도록 하여 이혼조정을 내실화 할 수 있도록 이혼 전 상담을 명시하고 있다.

먼저 이혼을 하고자 하는 부부에 대하여 상담을 실시하는 것에 대한 의견은 다음과 같다<표 12>.

<표 12> 건강가정지원센터의 이혼예방 및 이혼가정지원 업무

내 용	빈도(명)	백분율
① 상담을 원하는 사람만 상담을 받도록 하는 것이 좋겠다	407	55.0
② 의무적으로 상담을 받도록 하는 것이 좋겠다.	325	43.9
③ 상담은 필요 없다.	8	1.1
계	740	100.0

'상담은 필요 없다'라는 응답이 1.1%로 대부분의 응답자들은 상담의 필요성에 찬성을 하였다. 그러나 상담이 필요한 경우에는 '상담을 원하는 사람만 상담을 받도록 하는 것이

좋겠다'가 55.0%이고, '의무적으로 상담을 받도록 하는 것이 좋겠다'는 43.9%로 큰 차이가 없는 것으로 나타나서 의무적 상담보다 원하는 경우에만 상담을 하는 것을 더 요구하고 있었다.

조사대상자의 사회인구학적 특성 및 가족구성원 건강성 변인에 따라 차이검증을 한 결과는 다음과 같다<표 13>.

사회인구학적 변인 중 성별, 가족구성원 건강성 변인 중 가족구성원의 정신건강을 위한 노력에 따라 집단간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉 남성은 '원하는 사람만'에 답변한 경우가 많은 반면, 여성은 '의무적으로'에 답변한 경우가 많았으며, 또한 가족구성원의 정신건강을 위해 노력하고 있는 사람에게서 의무적으로 이혼교육을 받는 것이 좋겠다는 응답이 많았다.

건강가정지원센터에서 이혼 전 상담을 한다면 어떤 상담이 가장 필요한 상담내용인가에 대한 응답은 다음과 같다<표 14>.

이혼 전 상담 내용으로 1순위의 응답 중에 '이혼 예방 내용'이 46.3%로 가장 많고, 그 다음으로는 '자녀양육'이 36.1%로 나타났다. 이러한 결과는 이혼의 위기상황이 되어도 가정을 지키려는 의지가 있으며, 이혼을 하게 되더라도 이혼으로 인한 자녀양육이 가장 심각한 문제임을 보여주는 것으로 판단된다.

9. 건강가정교육에 대한 인식

건강가정기본법 제32조에 국가 및 지방자치단체는 건강가정교육을 실시하여야하고 이에 대한 내용으로 '결혼준비 교육', '부모교육', '가족윤리교육', '가족가치실현 및 가정생활관련 교육'을 제시하고 있다. 이에 따라 이러한 교육이 실시될 경우 참여여부를 조사한 결과는 다음과 같다<표 15>.

건강가정기본법에 대한 인식 조사

<표 13> 조사대상자의 배경변인에 따른 건강가정지원센터의 이혼상담 인식

구분	건강가정지원센터의 이혼상담에 대한 인식		계	χ ² 값 및 유의도		
	원하는 사람만	의무적으로				
	빈도(%)	빈도(%)				
사회인구학적 변인	성별	남성	170(60.9)	109(39.1)	279(100.0)	5.31*
		여성	236(52.2)	216(47.5)	451(100.0)	
		계	406(55.5)	325(44.5)	732(100.0)	
	연령	20대	26(59.1)	18(40.9)	44(100.0)	5.69
		30대	138(52.1)	127(47.9)	265(100.0)	
		40대	136(54.2)	115(45.8)	251(100.0)	
		50대이상	105(63.3)	61(36.7)	166(100.0)	
		계	405(55.8)	321(44.2)	726(100.0)	
	학력	고졸이하	171(59.6)	116(40.4)	287(100.0)	6.00
		대졸	198(55.2)	161(44.8)	359(100.0)	
		대학원 졸	37(44.6)	46(55.4)	83(100.0)	
		계	406(55.7)	323(44.3)	729(100.0)	
거주지역	서울	87(56.1)	68(43.9)	155(100.0)	3.77	
	광역시	125(50.8)	121(49.2)	246(100.0)		
	중소도시	195(58.9)	136(41.1)	331(100.0)		
	계	407(55.6)	325(44.4)	732(100.0)		
가족구성원 건강성	가족구성원의 신체건강	좋지않다	48(59.3)	33(40.7)	81(100.0)	1.47
		보통이다	144(57.6)	106(42.4)	250(100.0)	
		좋다	214(53.6)	185(46.4)	399(100.0)	
		계	406(55.6)	324(44.4)	730(100.0)	
	가족구성원의 정신건강	좋지않다	23(48.9)	24(51.1)	47(100.0)	3.20
		보통이다	104(61.2)	66(38.8)	170(100.0)	
		좋다	280(54.6)	233(45.4)	513(100.0)	
		계	407(55.8)	323(44.2)	730(100.0)	
	가족구성원의 신체건강을 위한 노력	노력하지 않는다	51(60.0)	34(40.0)	85(100.0)	2.95
		보통이다	106(59.9)	71(40.1)	177(100.0)	
		노력하고 있다	248(53.3)	217(46.7)	465(100.0)	
		계	405(55.7)	322(44.3)	727(100.0)	
가족구성원의 정신건강을 위한 노력	좋지않다	27(60.0)	20(40.0)	85(100.0)	14.61***	
	보통이다	135(59.9)	67(40.1)	177(100.0)		
	좋다	244(53.3)	235(46.7)	465(100.0)		
	계	405(55.7)	322(44.3)	727(100.0)		

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

<표 14> 건강가정지원센터의 이혼전 상담시 필요 내용 빈도(%)

내용	1 순위	2 순위	3 순위	4 순위	5 순위	계
① 자녀양육	260(36.1)	243(33.8)	141(19.6)	54(7.5)	4(6)	702(97.5)
② 재산	32(4.4)	119(16.5)	162(22.5)	170(23.6)	37(5.1)	520(72.2)
③ 이혼 예방 내용	334(46.3)	113(15.7)	82(11.4)	62(8.6)	9(1.2)	600(83.1)
④ 이혼 후의 문제 대처	78(10.8)	191(26.5)	196(27.2)	166(23.1)	9(1.3)	640(88.9)
⑤ 이혼 후의 여성의 직업 교육	17(2.4)	44(6.1)	115(16.0)	203(28.3)	42(5.8)	421(58.6)
⑥ 이혼 후의 재혼 준비 교육	5(7)	8(1.1)	20(2.8)	48(8.7)	15(2.1)	96(13.4)

<표 15> 건강가정교육 내용별 참여여부

프로그램	참여	불참	계
결혼준비교육	246(34.3)	472(65.7)	718(100.0)
부모교육	601(81.8)	134(18.2)	735(100.0)
가족윤리교육	469(64.4)	259(35.6)	728(100.0)
가족가치실현 및 가정생활 관련 교육	454(62.2)	276(37.8)	730(100.0)

건강가정지원센터에서 건강가정을 만들기 위한 교육프로그램의 세부내용을 제시하고 참여 여부를 조사한 결과 '부모교육'에는 81.8%, '가족윤리에 관한 내용'에는 64.4%, '의식주 등 가정생활에 관한 내용'에는 62.2%가 참여 의사를 나타내어 '부모교육'에 대한 관심이 다른 영역에 비해 높은 응답 비율을 보여주고 있다.

V. 요약 및 결론

본 조사는 2004년 제정된 건강가정 기본법의 시행을 앞두고 건강가정기본법의 내용을 국민들은 얼마나 인식하고 있고, 앞으로 전개해야 할 건강가정사업의 방향을 설정하기 위하여 건강가정기본법에 대한 인식의 실태를 조사한 것이다.

조사의 시기는 2004년 9월에 예비조사, 10월 본 조사를 서울, 부산, 대전, 인천, 광주, 전주, 강릉, 동해에서 실시하였으며 총 800부 중 741부를 분석에 사용하였다.

조사결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 건강가정기본법에 대한 인식을 보면 대다수가 건강가정기본법을 모른다고 하여 인지도는 매우 낮게 나타났다.

둘째, 전체조사대상자는 건강가정을 위한 국가, 지방자치단체의 업무 중 가정친화적 환경조성이 가장 중요하다고 인식하고, 있으며, 여성과 20대 30대의 젊은 층, 서울거주자는 양성평등 가족가치 실현이, 남성과 40대, 50대 이상의 중년층, 중소도시 및 광역시 거주자는 민주적 가정형성이 그 다음으로 중요한 업무라고 인식하고 있었다.

셋째, 건강한 가정이 되기 위하여 국가와 지방자치단체가 가정에게 지원해야 하는 사항은 '가족구성원의 정신적·신체적 건강지원', '소득보장 등 경제생활의 안정'을, '안정된 주

거생활'의 순으로 지적하여 전반적으로 안정된 생활에 대한 요구가 높은 것으로 나타났다.

넷째, 건강가정의 생활문화 발전을 위하여 국가 및 지방자치단체에서 지원해야 할 사항으로는 '건강한 의식주 생활문화', '가족여가문화', '양성평등한 가족문화'의 순으로 나타났다.

다섯째, 조사대상자의 2/3가 자원봉사활동에 참여의사를 보였고, 여성, 20대와 40대의 참여의사 응답율이 높았다.

여섯째, 프로그램에 참여하겠다는 응답은 과반수 이상으로 나타났으며, 젊은층과 가정건강성 인식 정도가 높은 집단의 참여응답율이 높았다.

일곱째, 이혼상담은 원하는 사람만 받는 것이 좋겠다고 하였으며 이혼상담내용으로는 자녀양육문제, 이혼 후 생기는 문제대처내용, 이혼을 예방하는데 필요한 내용 순으로 나타났다.

여덟째, 건강가족교육에 대해서는 교육내용으로 부모교육, 가족윤리교육, 가족가치실현 및 가정생활 관련교육의 순으로 참여의사를 나타내었다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 결론을 내릴 수 있다.

첫째, 건강가정과 관련한 프로그램 및 실시기관, 제도 등에 대한 적극적인 홍보가 필요하다. 우선 인지도의 폭을 넓히기 위한 대규모의 홍보전략은 기본적으로 시행되어야 하며, 이런 대규모의 전략에서 인지도 취약층인 젊은 층의 인지도를 높일 수 있도록 쉬우면서도 접근성이 용이한 매체의 활용전략이 필요하다. 젊은 여성층은 이제 가정을 형성하기 시작하는 연령층이며, 특히 젊은 가정의 건강성은 국가적인 건강가정 사업에서 미래의 건강국가를 위한 밑거름이 되는 특성을 감안할 때 인지도 취약층의 홍보가 중요하다고 할 수 있다.

둘째, 건강가정지원센터에서 시행될 프로그램에 대해서는 우선적으로 프로그램 참여자들의 요구에 부응하는 프로그램을 핵심사업으로 선정할 필요가 있다. 우선적으로는 참여계층을 중심으로 그들이 요구하는 프로그램을 먼저 실시하도록 해야 할 것이다. 또한 유동층을 참여층으로 유도하기 위하여는 유동층의 욕구를 파악하여 그에 맞는 차별화된 프로그램을 개발하여야 하겠고, 이와 더불어 핵심사업으로 시행되는 프로그램이 가시적인 효과를 주어 홍보할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

셋째, 프로그램의 질적인 면에서 실생활에 필요하고 도움을 줄 수 있는 내용의 개발이 필요하겠다. 현재 가장 요구도가 많은 자원봉사 프로그램은 대다수의 사람이 참여하기를 원하고 있으므로 개인이 아닌 가족단위로 봉사팀을 운영하여 건강가정지원센터 프로그램 중 선두 프로그램으로 활용한다면, 결과적으로 그 긍정적 효과와 전파성은 건강가정지원센터에 많은 도움을 줄 수 있을 것이다.

넷째, 건강가정교육에 대한 요구도가 높다는 점을 감안 할 때, 이러한 요구에 알맞은 다양한 교육프로그램이 개발·실시되어야 할 것이다. 이는 미래의 인적자원을 육성하기 위한 부모교육이 사회적으로나 가정적으로 매우 시급하다는 것을 입증한 것으로 사료된다. 다양한 연령의 부모와 자녀가 좋은 관계를 형성하고, 자녀를 올바르게 지도 할 수 있도록 개인 및 가족집단을 대상으로 한 교육프로그램이 활발히 진행되어야 한다. 또한 가족윤리교육이 가족가치의 형성에 도움을 줄 수 있어야 할 것이다. 단, 가족윤리 교육은 당위성에 의해 “당연히 꼭 해야 하는 교육”이라는 식의 차원을 넘어, 생활 속에서 실천적으로 실시될 수 있도록 구체적인 교육도구와 장을 확보하는 것이 필요하다. 이러한 다양한 교육프로그램이 각 지역의 건강가정지원센터를 통해 보

급될 수 있도록 센터·유사기관 및 지자체간의 연계가 원활히 이루어지도록 시스템화 되어야 할 것이다.

본 조사는 건강가정기본법이 시행되기 전에 이루어진 것이므로 건강가정기본법이 시행된 현재 시점에서의 국민인식 실태와는 차이가 있을 것으로 생각된다. 따라서 향후 건강가정기본법에 대한 실태조사를 실시하고, 본 조사의 결과와 비교 분석하는 일은 건강가정기본법에 시행효과를 부분적으로 입증하는 근거가 될 수 있을 것으로 판단된다.

또한 본 연구에서는 건강가정에 대한 개념을 가족구성원이 인식하고 있는 주관적인 신체적, 정신적 건강성으로 파악하였다. 향후 조사에서는 건강가정기본법에서의 가정건강성개념을 반영할 수 있는 보다 정교한 척도를 개발하여, 활용할 수 있도록 하는 것이 필요하다.

【참 고 문 헌】

- 1) 대한가정학회(1995). 지방화 시대와 가정복지. 대한가정학회 제 48차 춘계학술대회자료집.
- 2) 대한가정학회(1996). 21세기를 향한 가정학의 새로운 패러다임. 대한가정학회 제 49차 추계학술대회 자료집.
- 3) 대한가정학회(1998). 인간과 생활환경. 학지사.
- 4) 송정아(1995). 한국 도시주부의 건강한 결혼 관련변인 연구, 한국가정관리학회지 13(3), 115-123.
- 5) 송혜림(2005). 건강가정론, 건강가정사양성교육자료집. 중앙건강가정지원센터.
- 6) 유영주(2004). 새로운 가족학. 서울 : 신정
- 7) _____(2004). 한국형 가족건강성 척도개발 연구. 한국가족관계학회지 9(2), 119-151.
- 8) 정민자(2004). 저출산·고령화 시대의 가정정책과 실천방안. 대한가정학회 제 57차 정기총회 및 추계학술대회.

- 9) 조희금(2000). 가정복지사의 역할과 과제. 21C 가정복지의 전망과 과제. 대구대학교 2000년도 학술세미나 자료집, 47-63
- 10) 조희금(2004). 건강한가족문화 확산을 위한 가족생활교육활성화 방안. 2004년 한국가족관계학회 정기총회 및 춘계학술대회. 13-35.
- 11) 조희금·박미석(2004). 건강가정기본법의 이념과 체계. 한국가정관리학회지 22(5), 331-344
- 12) 한국가정관리학회(1998). 가정복지사제도정착을 위한 토론회 자료집.
- 13) 한국가정관리학회(1999). 21세기 가정복지의 지향과 사회적 실천. 한국가정 관리학회, 제25차 총회 및 춘계학술대회 자료집.