

건강가정지원센터 프로그램 개발을 위한 연구*

- 경상남도 지역을 중심으로 -

The Development of Healthy Family Support Center Programs in Kyungnam Area*

경남대학교 가정교육과
조교수 김진희

Department of Home Economics Education, Kyungnam University
Assistant Professor : Jin hee Kim

◀ 목 차 ▶

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

<Abstract>

This study has investigated the perception of adults in relation to healthy family to help identify import issues. Gathered information were then incorporated to education programs for the Healthy Family Support Center. For this purpose, a survey was conducted in four cities in Kyungnam during March 2007. The responses of 213subjects have been used for the final analysis.

The results of this analysis lead to three major findings. Firstly, the surveyed adults regarded positive interaction and domestic family functions as essential activities in healthy families. Secondly, the participants exhibited a very low knowledge-level of the 'Healthy Family Act', and the Healthy Family Support Center. Finally, the respondents said that they are more likely to specifically participate in educational program and counseling program if it helps them prevent family programs.

주제어(Key Words) : 건강가정지원센터(Healthy Family Support Center), 건강가정기본법(The healthy Family Act), 교육 프로그램(education program), 건강가정(healthy family)

Corresponding Author : Jin hee Kim, Department of Home Economics Education, Kyungnam University, Woryeong-Dong 449, Masan, 631-701, Korea
Tel: +82-55-249-2352 Fax: +82-55-249-2345 E-mail : witch65@kyungnam.ac.kr

* 이 논문은 2005년 경남대학교 신진교수학술연구비 지원에 의해 연구되었음.

I. 서론

우리나라의 가족은 단기간에 걸친 산업화와 도시화로 인하여 가족구조의 변화, 가족기능의 약화, 가족해체, 개인주의적 가치관의 확산 등 급격한 변화를 겪어왔으며, 특히 가족의 기능은 전통적으로 담당해 온 기능들이 약화되거나 상실되고, 가족 스스로의 힘만으로는 해결할 수 없는 많은 문제들이 나타나고 있다(김익균, 2003; 이운영, 1994). 이러한 가족의 변화는 가족을 대상으로 하는 포괄적인 가족복지 정책의 방향설정과 복지수요자인 개인을 대상으로 한 접근 방식에서 가족 전체를 중심으로 하는 통합적인 복지서비스 제공을 필요로 하게 되었다.

이러한 맥락 하에 2004년 2월 가정문제의 해결 및 예방과 더불어 다양한 가정의 건강성을 증진시킴으로써 가정의 복지와 사회복지를 동시에 향상시키기 위한 목적으로 '건강가정기본법'이 제정되었다. 건강가정기본법은 건강한 가정생활을 유지하기 위한 국민의 권리와 의무 그리고 국가와 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 가족원의 복지증진에 이바지할 수 있는 지원 정책을 강화하도록 명시한 법이다. 건강가정기본법의 구체적인 실현을 위하여 본 법에서는 2005년 1월부터 전국 시·도 및 시·군·구에 건강가정지원센터를 설치하도록 명시하고 있다. 건강가정지원센터의 목적은 가정문제를 효율적으로 해결하고 건강한 가정을 구현하기 위하여 가정 중심의 통합적인 복지 서비스를 실시하는 것이다.

현재 우리나라에서 건강가정지원센터는 중앙 센터 1개소가 설치되었으며, 지역(시·군·구)센터는 2004년 서울시 용산구, 김해시, 여주시 등 세 곳에서의 시범사업을 시작으로 2007년 전국 총 63개의 센터가 운영되고 있다. 앞으로 각 지역에 건강가정지원센터가 확대 설치되어 성공적으로 사업을 수행하기 위해서는 센터에 대한 연구와 논의가 활발히 이루어져야 한다. 그러나 지금까지 건강가정지원센터에 관한 연구는 초기 건강가정지원센터에 관한 개념적인 논문(송혜림, 장진경, 2004; 이승미, 김선미, 2005)과 건강가정지원센터의 운영보고서 형식의 연구(김명자 외, 2005; 김선희, 2005)가 주로 발표되었으며, 최근 건강가정지원센터의 홍보(원소연, 장진경, 2006)와 전문가와 실무자의 역할인식(장진경, 오재은, 한은주, 류진아, 원소연, 2006)에 관한 연구는 있으나 지역주민을 대상으로 한 연구는 부족한 실정이다.

관련된 선행연구에서는 건강가정지원센터의 활성화를 위해 건강가정센터의 운영, 건강가정지원센터에서 수행하는 건강가정사업 그리고 이를 주도하는 전문 인력인 건강가정사 라는 세 가지 차원에서 접근할 필요가 있다는 점을 제시하고 있다. 시·군·구 건강가정지원센터의 운영을 위해서는 지역 주민의 특성과 요구를 파악하고, '어떠한 서비스를

주민들에게 제공할 것인가'를 먼저 고려해야 한다. 따라서 지역 주민을 대상으로 건강가정에 대한 인식과 건강가정지원센터의 프로그램에 대한 요구도를 조사하는 것은 지역적 특성에 근거한 건강가정지원센터의 설립과 운영을 위해 선행되어야 된다. 따라서 건강가정지원센터의 역할과 실천 전략을 모색하기 위해서는 건강가정지원센터가 수행할 수 있는 그리고 수행하여야 하는 프로그램에는 무엇이 있는지를 검토해야 한다.

이러한 관점에서 시작된 본 연구의 목적은 지역 내에 거주하는 성인들을 대상으로 건강가정의 특성과 기능에 대한 인식을 조사하고, 건강가정사업과 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도를 파악하여 건강가정지원센터 운영을 위한 기초적인 자료를 수집하는 것이다. 이를 위하여 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

- 첫째, 조사대상자의 건강가정에 대한 개념 인식과 개인적 특성에 따른 건강가정 개념 인식의 차이를 파악한다.
- 둘째, 조사대상자의 건강가정지원센터의 인지도와 건강가정사업에 대한 요구도를 조사한다.
- 셋째, 조사대상자의 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도와 개인적 특성에 따른 프로그램 요구도의 차이를 파악한다.

II. 이론적 배경

1. 건강가정지원센터의 사업과 요구도

건강가정지원센터는 가정학자들이 그 동안 지속적으로 연구한 결과들을 적용하고 지역사회 가정의 삶의 질 향상과 복지 증진에 기여할 수 있는 적절한 현장이라는 점에서 매우 큰 의미를 갖는다. 건강가정지원센터 설치와 관련하여 건강가정기본법 제 35조를 보면, 국가와 지방자치단체는 가정문제의 예방, 상담 및 치료, 건강가정의 유지를 위한 프로그램의 개발, 가족문화운동의 전개, 가정 관련 정보 및 자료 제공 등을 위하여 중앙, 시·도 및 시·군·구에 건강가정지원센터를 둔다고 명시하고 있다. 이를 업무로 파악한다면 건강가정지원센터는 가정문제 예방 사업, 상담과 치료사업, 프로그램 개발사업, 가족문화운동사업, 정보 및 자료제공사업 등을 하는 시설로 규정할 수 있을 것이다. 건강가정사업을 수행하는 전달체계로서 건강가정지원센터는 다양한 사업을 통해 가정기능 강화, 가정의 잠재력 개발, 가족공동체문화 조성, 다양한 가정의 욕구 충족, 가정과 사회의 통합을 지향하여야 한다. 건강가정지원센터의 기존 관련 시설들과의 차별성은 가정을 하나의 단위로 보고, 가정 중심의 통합적 서비스를 제공함으로써 가정문제를 예방하고 해결하기 위해 지역단위

로 설립되는 기관이라는 점이다(이기영, 2004).

건강가정지원센터와 유사한 외국의 사례를 보면 싱가포르의 Family Service Center(FSC)에서 찾아볼 수 있다. 각 지역의 FSC에서는 가족생활교육사업, 상담사업, 정보제공 사업을 실시하고 있고, 지역사회의 특성에 맞춘 다양한 확장(연계)프로그램(Outreach Program)을 실시하고 있다(원소연, 장진경, 2005). 또한 영국의 National Family and Parenting Institute(NFPI)는 가족단위 지원 서비스를 제공하고, 가족을 지원하는 새로운 방법을 시도하며 정책입안자에게 영향력을 행사, 가족에게 직접적인 정보제공, 국가 차원의 캠페인 등의 활동을 한다(양소남, 2004). 미국 캘리포니아의 샌프란시스코에 위치한 TALK Line Family Support Center 의 예를 보면, 도움을 필요로 하는 가족들에게 24시간 관련정보제공과 지원, 연계 및 상담서비스(The Talk Line), 정신적으로 우울하거나 소진상태에 있는 부모를 위한 중간 휴식 제공서비스(Respite Care Program), 약물중독자 가족을 위한 프로그램(Substance Abuse Service), 실직 이후 새로운 직장을 구하고자 하는 부모를 대상으로 하는 경제적 자립지원 프로그램(Economic Self-Sufficiency Program)과 다양한 상담 프로그램을 제공한다(김신열, 2004).

건강가정지원센터의 프로그램에 대한 연구결과들을 살펴보면, 전국의 건강가정지원센터 관련 실무자, 공무원 및 전문가를 대상으로 시·군·구 건강가정지원센터의 역할 필요성에 대한 연구 결과(장진경 외, 2006), 상담사업이 가장 높은 것으로 나타났으며, 그 다음으로 교육사업, 홍보사업, 네트워크 구축 사업의 순으로 나타났다. 또한 건강가정기본법에 명시하고 있는 관련학문의 전문가를 대상으로 건강가정지원센터의 사업 중요도에 대한 의견을 조사한 결과(원소연, 장진경, 2006), 교육사업의 중요도가 가장 높게 나타났으며, 다음으로 네트워크 사업, 상담사업 순이었다. 교육사업의 경우 '부부관계교육'이 가장 높았고, 그 다음은 '부모교육'으로 나타났고, 상담사업은 '부부문제 상담'이 가장 높았으며 문화사업의 경우 '양성평등, 세대통합 가족윤리 사업'이 가장 높았다.

동작구 건강가정지원센터에서 지역 주민을 대상으로 가정생활교육 요구도를 조사한 결과 '부부교육'이 가장 관심도가 높은 것으로 나타났으며 '한부모 가족교육', '노년준비교육', '부모교육', '결혼준비교육' 순으로 나타났다(김양희, 한은주, 방한별, 2006). 2005년 건강가정지원센터에서 실시한 사업을 교육, 상담, 문화 사업 영역으로 나누어 조사한 결과(원소연, 장진경, 2006), 교육사업의 경우 부모교육(29.1%)과 부부교육(19.2%)을 중심으로 사업이 구성되어 있었고, 상담사업에서는 부부 상담(17.9%), 대인관계 증진(17.9%), 부모상담(15.4%) 프로그램 순으로 많이 실시되었다.

그리고 문화사업은 가족여가 프로그램(57.3%)을 가장 많이 실시하고 있었고, 다음으로 건전가정의례 확산 프로그램(13.3%)이 많았다.

2. 건강 가정의 개념 인식

1) 건강가정의 특성

건강가족적 관점(Family Strengths Perspective)에 기초한 개념인 '건강한 가족(strong family)'은 가족의 병리적 측면보다 건강한 가족의 특성을 파악하는 데 초점을 둠으로써 가족 문제를 예방하고 가족생활을 증진하는 가족생활교육(family life education) 및 가족 향상(family enrichment) 분야에서 활용되는 개념이다. 이 관점은 가족의 문제나 단점보다 강점과 잠재적 성장에 초점을 두고 건강가족의 특성을 밝힘으로써 성공적인 가족생활의 모델을 제시할 뿐만 아니라, 가족이 직면하는 문제를 가족으로서의 능력을 검증하고 상호유대를 재확인하기 위해 필요하다고 본다(유계숙, 2004). 건강가족적 관점에서 의미하는 건강한 가족이란 가족관계에 대한 성원들의 만족도가 높고, 서로의 욕구를 충족시켜 주는 가족을 말한다.

건강가족에 대한 연구는 연구자에 따라 다양한 개념으로 지칭되고 있는데 건전가정과 건강가족 등 다양한 용어의 혼용에도 불구하고 어떤 특성이 건강한 가족을 보여주는 준거인가에 대해서는 오래 전부터 연구되어온 주제(강희경, 2005)이므로 건강가정의 특성을 건강가족과 건강가정의 개념을 구분하지 않고 살펴보겠다. 모든 가정은 잠재적인 성장영역을 가지고 있다는 의미에서 건강성을 가지고 있으며 가정의 건강성은 가정의 구조나 형태를 말하는 것이 아니라 기능을 말하는 것이다(Olsen & DeFrain, 2003). Otto(1962)는 공유하고 있는 믿음, 종교와 도덕적 가치들, 서로에 대한 신뢰, 공유하고 있는 가족 전통, 사람들을 좋아함의 순서로 5가지를 지적하였다. Walsh(1998)는 가족 정상 규명을 통해 건강한 가정의 기능화 특징에 대하여 제시하였다. 건강가족의 특성에 대해서 가장 지속적이고 광범위한 연구를 해온 DeFrain(2003)은 전 세계 27개국의 21,000여 가족을 조사한 연구에 근거하여 건강가족의 특성으로서 '헌신', '긍정적 의사소통', '정신적 안녕', '감사와 애정', '질적 시간 공유', '스트레스 대처능력'의 여섯 가지 요인들을 제안하였다(Stinnett & DeFrain, 1985; DeFrain, 2003).

유영주(1999)는 건강가족을 가족원 개개인의 건강한 발달(신체적·사회적·심리적·도덕적)을 도모하고, 가족원간의 상호작용(대화기술, 의사결정 과정, 스트레스 대처방안 등)이 올바르고 적합하여 집단으로서의 가족체계를 잘 유지하고 있는 가족으로 정의함으로써 체계적인 관점에서 올바르게

적합하게 운영되는 집단의 개념을 강조하였다. 허봉렬(1997)은 가족의 기본적인 목표란 가족의 공동육구를 충족시키고 개개인의 성장과 발달을 도와주며 가족 구성원의 정서적인 안정처를 제공하고 나아가 건강한 사회의 일원이 되도록 하는 데에 있다면서, 가족의 전체적인 체계가 이러한 가족의 기본적인 목표를 잘 달성하도록 기능이 수행되고 있을 때를 건강가족이라고 함으로써 체계의 기능성을 강조했다. 유계숙(2004)은 성인들이 인식한 건강가족의 특성들을 주성분 분석한 결과, '공존적 노력', '긍정적 상호작용', '정신적 건강'의 3개 요소를 추출하였다. 이러한 요소들을 종합하여 건강가족을 정의한다면 건강가족인 성원들의 긍정적인 상호작용과 건강한 정신을 소유하며, 공동체로서 동고동락하는 가족을 의미한다.

2) 가정의 기능

가족의 기능이란 가족이 수행하는 역할, 행위로서의 가족 행동을 의미하며 그 행동의 결과가 사회의 유지·존속이나 가족 성원들의 욕구 충족에 어떠한 영향을 주느냐 하는 문제와 관련된 개념이다(유영주, 2004). 우리나라의 가족이 수행하는 기능은 학자들마다 다양하게 분류되고 있지만, 대체로 '애정교환과 정서적 지지·유대기능' '성적 욕구의 충족 기능', '자녀 출산 기능', '자녀양육과 사회화 기능', '생산 기능', '소비 기능', '자녀교육 기능', '가족성원들과 재산을 보호하는 기능', '휴식처로서의 기능', '오락 및 여가 기능', '종교적 기능' 등으로 구분된다(김주수, 김희배, 1986; 유영주, 김정신, 김순옥, 1996).

전통사회에서는 이상의 기능들을 모두 가족이 담당하였으나, 고도산업사회로 이양되면서 가족생활에 필요한 여러 가지 기능을 분담하는 분업적 기능집단들이 출현함으로써 오늘날에는 많은 기능들의 약화되거나 축소되고, 특정 기능들이 부각되고 있다. 즉 전통사회에서 비하여 '생산기능', '출산 기능', '성원들과 재산 보호 기능' 등은 약화된 반면, '소비기능'과 '성욕 충족 기능'은 강화되었고, '자녀양육 및 사회 기능', '자녀교육 기능', '애정교환과 정서적지지, 유대 기능', '휴식처로서의 기능', '오락 및 여가 기능'은 실제로 기능이 약화되에도 불구하고 그에 대한 필요성은 점차 부각되고 있다(김승권 외, 2000; 함인희, 2001).

가족이 수행하는 기능은 가족 전체와 성원들의 심리·사회적 특성에 영향을 미칠 수 있다. 예컨대 과거에 비해 강화된 가족의 소비 기능은 가족의 생활수준이나 양식을 결정하고 나아가 소비생활 수준이 성원들의 가족생활만족도에 영향을 미치게 된다(함인희, 2001). 또한 성원들이 소외현상으로 병리적이고 역기능적인 가족현상이 빈번하게 야기되는 현대사회에서, 가족의 교육·보호·휴식·오락·종교 등의

기능 수행은 성원들의 심리적·정신적·문화적 안정을 도모하고 궁극적으로 사회 안정화에 기여한다(조추용, 오정옥, 한성심, 이체식, 2001).

Ⅲ. 연구방법

1. 조사대상

본 연구의 대상은 경상남도(마산시, 창원시, 진해시, 김해시)에 거주하는 만 20세 이상의 성인이며, 각 지역에 80부씩 설문지를 배부하였다. 320부의 설문지를 배포하여 260부를 회수하였고, 응답이 완전하지 않은 설문지를 제외하고 213부를 최종분석에 사용하였다. 본 연구에서 표집된 조사대상자의 특성은 <표 1>과 같다.

조사대상자의 평균 연령은 37(*SD* = 8.54)세이고, 41세 이상 27.7%, 31-36세 27.2%이며, 37-40세가 19.7%로 가장 적게 표집되었다. 교육수준은 전문대졸 이상(61.0%), 고졸(39.0%)로 구성되어 있으며, 조사대상자의 계층을 파악하기 위해 현재 연평균 가계 수입을 조사한 결과 2,000만원 이하가 35.2%로 가장 많았고, 다음으로 3,000만원 이상(33.3%), 2,000~3,000만원(31.5%) 순위이다. 직업은 영업·서비스직(30.0%), 전문·관리직(26.3%), 주부(23.5%) 순위이다. 조

<표 1> 조사 대상자의 일반적 특성

변수	급 간	N(%)
연 령	30 세 이하	54(25.4)
	31~36 세	58(27.2)
	37~40 세	42(19.7)
	41 세 이상	59(27.7)
성 별	남 자	48(22.5)
	여 자	165(77.5)
소 득	2,000만원 이하	75(35.2)
	2,000~3,000 만원	67(31.5)
	3,000만원 이상	71(33.3)
교 육	고 졸	83(39.0)
	전문대이상 졸	130(61.0)
결 혼	미 혼	74(34.7)
	기 혼	139(65.3)
가족형태	핵가족(생식가족)	120(56.3)
	핵가족(방위가족)	45(21.1)
	직계가족, 기타	48(22.5)
직 업	전문·관리직	56(26.3)
	사무직	43(20.2)
	서비스직, 영업직	64(30.0)
	주 부	50(23.5)

사대상자의 가족 특성을 살펴본 결과, 기혼이 65.3%이고, 가족형태는 핵가족이 77.5%였다.

2. 조사도구

본 연구에서 사용된 조사도구는 건강가정의 개념 인식, 건강가정지원센터 인지도와 건강가정사업 요구도, 건강가정지원센터 프로그램 요구도를 측정하기 위한 문항과 조사대상자의 일반적 특성을 알아보는 문항들로 구성되어 있다. 조사대상자의 일반적 특성을 파악하기 위한 문항은 연령, 성별, 학력, 수입, 결혼, 가족형태, 직업이다. 건강가정의 특성은 유계숙(2004)이 Olson과 Defrain(1999)의 건강가족모형을 기초로 26개 문항을 주성분분석하여 3개(공존적 노력, 긍정적 상호작용, 정신적 건강)의 요인으로 구성된 도구를 사용하였다. '공존적 노력' 요인은 가족들이 함께 변화와 위기에 대처하며, 질적인 시간을 공유하는 특성을 나타내며, '긍정적 상호작용' 요인은 신뢰나 성실 등 성원들 간의 헌신적 특성과 긍정적 의사소통 및 애정 표현 등의 특성들로 구성되고, '정신적 건강' 요인은 가족원들의 윤리·도덕관이나 종교적 신앙을 나타낸다. '필요하지 않다'의 1점에서 '매우 필요하다'의 7점 likert 척도로 측정하였고, 각 요인별 문항의 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach's α 값을 구하였다(표 2).

가정의 기능은 유영주, 김정신, 김순옥(1996)이 제시한 가정 기능 11개의 문항을 주성분분석하여 가정의 '대내적 기능'과 '대외적 기능' 요인으로 구성된 도구로 측정하였다. '대내적 기능'은 체계로서의 가족이 개인에게 제공하는 기능이고, '대외적 기능'은 체계로서의 가족이 사회에 제공하는 기능

을 의미한다. '필요하지 않다'의 1점에서 '매우 필요하다'의 7점 likert 척도로 측정하였고, 대외적 기능의 Cronbach's α = .86이고, 대내적 기능의 Cronbach's α = .82이다.

건강가정지원센터에 관한 문항은 건강가정지원센터의 인지도, 건강가정사업과 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도로 구성하였다. 인지도는 건강가정지원센터의 설치, 위치, 방문 경험 등을 조사하였고, 건강가정사업은 건강가정기본법 제3장에 국가 및 지방자치 단체가 수행해야 할 13개 사업에 관한 필요성을 측정하였다. '필요하지 않다' 1점에서 '매우 필요하다' 7점 likert 척도로 측정하여 점수가 높을수록 건강가정사업에 대한 요구도가 높은 것의 의미이다. 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도는 원소연, 장진경(2006)이 건강가정지원센터의 사업을 측정하기 위해 구성한 도구를 사용하였는데 '필요하지 않다' 1점에서 '매우 필요하다' 7점으로 측정하여 점수가 높을수록 프로그램에 대한 요구가 높은 것으로 해석하였으며 각 사업별 문항의 신뢰도를 검증하기 위해 Cronbach's α 값을 구한 결과는 <표 2>에 제시되어 있다.

3. 분석 방법

조사대상자의 일반적 특성과 건강가정의 개념, 건강가정지원센터의 인지도와 프로그램 요구도에 관한 문항은 변수의 경향성을 파악하기 위해 빈도, 백분율, 평균, 표준편차를 산출하였다. 조사대상자의 특성에 따른 건강가정의 개념, 건강가정사업과 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도의 집단간 차이 검증은 t-test와 one-way ANOVA(일원변량

<표 2> 측정도구의 구성

척도	하위 척도	설문지 문항번호	문항수	신뢰도 (Alpha)	
건강 가정 개념	건강가정의 특성	공존적 노력	II-1 ~ 11	.911	
		긍정적 상호작용	II-11 ~ 22	.939	
	가정의 기능	정신적 건강	II-23 ~ 26	.764	
		대내적 기능	IV-1, 2, 7, 8, 9, 10	.869	
건강 가정 지원 센터	건강가정지원센터	대외적 기능	IV-2, 3, 5, 6, 11	.823	
		교육사업	III-1~7	.892	
	프로그램 요구도	상담사업	III-8~16	.930	
		문화사업	III-17~23	.917	
		조사·연구사업	III-24~28	.915	
		네트워크사업	III-29~30	.925	
	건강가정 사업 요구도	전문가양성사업	III-31~33	.936	
		건강가정기본법, 건강가정지원센터 인지도	V-6	.6	
	일반적 특성	나이, 성별, 학력, 수입, 결혼, 자녀수, 가족형태, 직업	V-1~5	5	
			VI-1~7	7	

분석)를 실시하였고, 사후 검증으로 Ducan을 실시하였다.

건강가정의 개념과 건강가정지원센터 영역별 프로그램에 대한 요구도 측정 도구는 구성 타당도 검증을 위한 요인분석을 실시하여 주성분분석(principal components analysis)으로 요인을 추출한 후 이들 요인들이 동질적인 변수들로 구성되어 있는가를 확인하는 Cronbach의 신뢰도 계수 α 를 산출하여 신뢰도 분석을 하였다. 이상의 통계처리는 SPSS for windows 12.1 프로그램에서 처리하였다.

IV. 연구결과 및 해석

1. 건강가정의 개념 인식

1) 건강가정의 개념 인식 수준

건강 가정의 개념 인식 수준을 조사한 결과는 <표 3>과 같다. 건강가정의 특성은 '긍정적 상호작용' 요인이 평균 6.33으로 가장 점수가 높고, 다음으로 '공존적 노력'이 6.08이며 '정신적 건강'은 5.61로 다른 요인보다 점수가 낮다. 이러한 결과는 전체로서의 가족을 평가하는 '공존적 노력'과 '긍정적 상호작용' 요인을 더 중요하다고 인식하는 반면, 개인적 특성을 포함하는 '정신적 건강'의 중요성을 상대적으로 낮게 인식하고 있음을 보여준다. 특히, '종교적 신앙(M = 4.78)'과 '동정심과 자비(M = 5.53)'는 평균값이 가장 낮아 개인적 태도나 종교적 특성보다는 가족원의 협력과 이를 위한 구체적인 노력을 통해 건강가정이 이루어지는 것으로 인식하고 있다.

긍정적 상호작용 요인에서 '신뢰(M = 6.61)', '성실함(M = 6.50)', '가족성원들의 개성과 인격 존중(M = 6.42)' 문항의 평균값이 다른 문항보다 높고, '서로 의지함(M = 5.96)' 문항이 다른 문항보다 평균값이 낮다. '공존적 노력' 요인의 경우 '즐거움 시간 보내기(M = 6.54)', '취미와 여가생활 갖기(M = 6.35)' 문항의 평균값이 가장 높고, '친척들과의 교류(M = 5.51)' 문항의 평균값이 가장 낮다. 그리고 '정신적 건강 요인'에서는 '인간애(M = 6.20)' 문항의 평균이 가장 높은 반면, '종교적 신앙(M = 4.78)'의 평균이 가장 낮다.

가정의 기능에 대한 인식에서는 '대외적 기능(M = 5.29)'보다는 '대내적 기능(M = 6.09)'을 높게 인식하고 있으며, '대외적 기능'의 문항보다는 '대내적 기능'에 속한 문항들의 평균값이 높다. 가족의 '대내적 기능'을 '대외적 기능'보다 높게 인식하는 것은 사회적 제도로서의 가족보다 개인적 경험으로서 가족을 인식하기 때문으로 보인다. '대내적 기능'에서는 '애정교화와 정서적 지지·유대 기능(M = 6.38)'이 가장 점수가 높고, '오락 및 여가 기능(M = 5.79)'의 점수

<표 3> 건강가정의 개념 인식

변수	문항	M(SD)
공존적 노력 6.08(.90)	변화에 적응하기	5.96(1.27)
	휴식시간 갖기	6.23(1.14)
	위기를 통해 함께 성장	6.09(1.32)
	변화에 대한 개방적 태도	6.01(1.25)
	질적인 시간을 많이 갖기	6.20(1.66)
	취미와 여가생활 갖기	6.35(1.16)
	가족들이 함께 즐거운 시간 보내기	6.54(1.10)
	위기 극복 능력	6.17(1.26)
	친척들과의 교류	5.51(1.42)
	쾌활함과 유머	5.80(1.31)
건강 가정의 특성 6.33(.91)	의견 차이를 인정함	6.18(1.14)
	정직함	6.38(1.14)
	신뢰	6.61(1.02)
	성실함	6.50(1.05)
	우애	6.37(1.12)
	서로 의지함	5.96(1.41)
	서로 보살핌	6.25(1.16)
	가족 성원들의 개성과 인격 존중	6.42(1.04)
	칭찬하기	6.38(1.19)
	서로의 감정을 나눔	6.30(1.19)
정신적 건강 5.61(1.11)	타협과 양보	6.23(1.22)
	비난하지 않기	6.24(1.12)
	동정심과 자비	5.53(1.48)
	윤리적 가치관 공유	5.95(1.28)
건강 가정의 기능 (M=6.09)	종교적 신앙	4.78(1.80)
	인간애	6.20(1.20)
	휴식처로서의 기능	6.24(1.18)
	가정의 대내적 기능	6.38(1.12)
	애정교화와 정서적 지지·유대 기능	6.13(1.17)
	자녀양육과 사회화 기능	6.21(1.12)
	자녀교육 기능	6.21(1.12)
	가족성원들과 재산을 보호하는 기능	5.80(1.32)
	오락 및 여가 기능	5.79(1.32)
	가정의 대외적 기능 (M=5.29)	종교적 기능
소비 기능		5.42(1.37)
생산 기능		5.56(1.33)
자녀출산 기능		5.51(1.47)
성적욕구의 충족 기능		5.43(1.30)

가 가장 낮은 반면, '대외적 기능 문항'에서는 '생산 기능(M = 5.56)' 항목의 점수가 가장 높고, '종교적 기능' 점수가 4.55로 가장 낮다.

2) 개인적 특성에 따른 건강가정의 개념 인식 차이

조사대상자의 특성에 따라 건강가정의 특성 인식에 차이가 있는가를 살펴 본 결과는 <표 4>와 같다. 소득, 직업, 결혼

에 따라서는 건강가정 특성 인식에 차이가 없었고, 나머지 변수에 있어서는 차이가 있는 것으로 조사되었다. 건강가정의 특성에서 '공존적 노력' 요인은 성별, 교육에 따라 차이가 있어, 남성집단보다는 여성집단이, 고졸집단이 전문대졸 이상 집단보다 '공존적 노력'의 점수가 높다. 이러한 결과는 성과 학력에 따라 가족에 대한 가치가 다르기 때문으로 해석되며 여성보다 남성이 그리고 고학력 집단이 개인보다 가족을 중요하게 인식하는 경향이 있는 것으로 나타났다.

'긍정적 상호작용' 요인은 다른 변수에 따른 차이는 없고, 남성집단보다는 여성집단이 '긍정적 상호작용'이 건강 가정의 특성이라고 인식하는 정도가 높다. '정신적 건강' 요인은 나이와 가족형태에 따라 차이가 있는데 30세 이하의 집단이 41세 이상집단보다 그리고 31-36세 집단이 그 이상의 연령 집단보다 '정신적 건강'을 건강가정의 특성으로 인식하는 정도가 낮다. 그리고 생식가족이 방위가족이나 직계가족보

다 '정신적 건강'을 건강가족의 특성으로 인식하는 정도가 높다. 이러한 결과들은 성별이나 세대에 따라 건강가정의 특성 인식에 차이가 있음을 제시해 주는 것으로 남성보다 여성이 가족간의 상호작용에 많은 관심을 갖고 있으며, 연령이 낮거나 생식가족의 구성원이면 함께 시간을 보내거나 의사소통 하는 것을 중요하게 여기는 것으로 해석된다.

조사대상자의 특성에 따라 가정의 기능 인식에 차이가 있는가를 조사한 결과, '대내적 기능'은 결혼 유무에 따른 차이만 있는데, 기혼집단이 미혼집단보다 가족의 '대내적 기능'을 높게 인식하고 있다. '대외적 기능'은 연령, 교육, 직업, 결혼, 가족형태에 따른 차이가 있는 것으로 조사되었다. 연령에 따른 차이를 보면, 41세 이상 집단이 30세 이하 집단보다 '가족의 대외적 기능'을 중요하게 인식하고 있다. 또한 전문대졸 이상 집단보다 고졸집단이, 그리고 서비스·영업직에 종사하는 집단이 사무직에 종사하는 집단보다 가족의 '대

〈표 4〉 개인적 특성에 따른 건강 가정의 개념 인식의 차이

구분	가족특성			가족기능		
	공존적 노력	긍정적 상호작용	정신적 건강	대내적 기능	대외적 기능	
성별	남	5.80	6.08	5.49	5.90	5.13
	여	6.18	6.40	5.65	5.15	5.35
	t-값	-2.542*	-2.206*	-.908	-1.622	-1.138
연령	30세 이하	5.86	6.11	5.28 D	5.86	4.94 D
	31 ~ 36세	6.15	6.40	5.41 CD	6.28	5.43
	37 ~ 40세	6.25	6.40	5.97 B	6.14	5.50
	41세 이상	6.14	6.40	5.88 AB	6.12	5.36 A
	F-값	1.724	1.340	5.061**	1.907	2.680*
교육	고졸	6.27	6.44	5.80	6.25	5.57
	대졸	5.97	6.26	5.51	6.00	5.13
	t-값	2.352*	1.402	1.849	1.877	2.834*
소득	2,000만원 이하	6.06	6.35	5.74	6.01	5.29
	2,000~3,000만원	6.07	6.31	5.50	6.19	5.43
	3,000만원 이상	6.13	6.33	5.60	6.11	5.18
	F-값	.129	.029	.816	.599	.835
직업	전문·관리직	6.11	6.37	5.74	6.15	5.37
	사무직	5.84	6.16	5.30	5.87	4.84 C
	서비스직, 영업직	6.18	6.34	5.67	6.21	5.51 B
	주부	6.17	.42	5.69	6.10	5.34
	F-값	1.457	.729	1.440	1.228	3.335*
결혼	미혼	5.98	6.25	5.48	5.91	5.08
	기혼	6.15	6.38	5.69	6.20	5.41
	t-값	-1.263	-.9753	-1.327	-2.086*	-2.106*
가족 형태	핵가족(생식가족)	6.19	6.41	5.81 BC	6.19	5.46 C
	핵가족(방위가족)	5.93	6.15	5.33 A	6.00	5.11
	직계가족, 기타	6.01	6.38	5.46 A	5.94	5.05 A
	F-값	1.916	1.809	4.174*	1.418	3.067*

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

외적 기능'을 건강가정의 기능으로 인식하는 정도가 높다.

가족형태에 따른 차이를 보면, 생식가족 집단이 직계가족 집단보다 가정의 '대외적 기능'을 높게 인식하고 있으며 미혼보다 기혼 집단이 가정의 '대외적 기능'을 높게 인식하고 있다. 이러한 결과는 개인의 사회경제적 지위와 가족생활에 따라 가정기능을 인식하는데 차이가 있음을 제시해 주는 것이다. 기혼이 미혼보다 그리고 생식가족이 직계가족에 비해 가정의 기능을 높게 인식하는 것은 개인의 결혼 경험이 반영된 결과로 해석된다.

2. 건강가정지원센터 인지도와 건강가정 사업 요구도

건강가정지원센터의 인지도와 사업요구도를 조사한 결과(표 5), 건강가정기본법을 알고 있는 사례는 15%이고, 27.2%가 건강가정지원센터를 알고 있다고 응답하였다. 지역 내에 운영되고 있는 건강가정지원센터를 알고 있는 사례는 17.4%이며 방문 경험이 있다고 응답한 사례는 7명으로 방문 경험이 없는 사례가 대부분을 차지하고 있다. 앞으로 교육과 상담을 위해 건강가정지원센터를 방문할 의사가 있다고 응답한 사례는 72.3%로 건강가정지원센터를 이용하고자 하는 요구도는 높게 나타났다. 건강가정지원센터의 건강가정 프

그램 참여여부에 대해서는 참여를 한다가 56.4% 안한다가 10.7%로 나타나 과반수 이상의 응답자가 참여한다고 응답을 하였다.

이러한 결과는 용산구 건강가정지원센터에서 지역주민을 대상으로 건강가정기본법 또는 건강가정지원센터에 대해 들어본 적이 있는가를 조사한 결과(김명자 외 6인, 2005), '없다'가 84.8%였다는 결과와 또 다른 연구(박미금, 이미선, 이영호, 최보아, 2005)에서 건강가정기본법을 알고 있는지에 대한 질문에 '모른다'가 86.7%로 거의 대부분이 모르고 있다고 응답한 결과와 비슷한 수준이다. 건강가정기본법이 시행된 초기와 비교해 볼 때 건강가정지원센터의 인지도가 향상되지 않았음을 제시해 준다. 따라서 건강가정기본법에 대한 적극적인 홍보가 있어야 하며, 지역에서 운영되고 있는 건강가정지원센터를 소개하고, 프로그램을 홍보하는 것이 성공적인 사업 진행을 위해 선행되어야 할 것으로 보인다.

건강가정기본법에 명시된 건강가정 사업에 대한 요구도를 살펴보면, '자녀양육지원사업(M = 6.08)'과 '건강가정 교육사업(M = 6.00)'의 평균이 다른 사업보다 높고, '가정봉사원 지원 사업(M = 5.44)', '가족단위의 시민적 역할 증진 사업(M = 5.51)'의 점수가 낮다. 건강가정 사업마다 평균값

<표 5> 건강가정지원센터 인지도와 사업요구도

변인	구분	빈도(%), M(SD)
건강가정기본법 인지	알고 있다.	32(15.0)
	모른다.	181(85.0)
건강가정지원센터 인지	알고 있다.	58(27.2)
	모른다.	155(72.8)
지역 내에 운영되는 건강가정지원센터 인지	알고 있다.	37(17.4)
	모른다.	176(82.6)
지역내에 운영되는 건강가정지원센터 방문 경험	있 다.	7(3.3)
	없 다.	206(96.7)
지역 내에 건강가정지원센터 방문 의사	있 다.	154(72.3)
	없 다.	59(27.7)
건강가정사업 요구도	가정에 대한 지원 사업	5.74(1.55)
	자녀양육지원 강화 사업	6.08(1.25)
	가족단위 복지증진 사업	5.94(1.25)
	가족의 건강증진 사업	5.96(1.14)
	가족 부양 지원 사업	5.79(1.29)
	민주적·양성평등한 가족관계 사업	5.77(1.27)
	가족단위의 시민적 역할 증진 사업	5.51(1.26)
	가정생활 문화 발전 사업	5.60(1.33)
	진전한 가정의례 확립 사업	5.55(1.39)
	가정봉사원 지원 사업	5.44(1.46)
	이론예방 및 이혼가정 지원 사업	5.83(1.39)
	건강가정 교육사업	6.00(1.27)
자원봉사활동 지원사업	5.66(1.40)	

이 5.5이상으로 모든 사업에 대해 필요성을 인식하고 있는 것으로 보인다. 이러한 결과는 현재까지 지역 주민들을 대상으로 건강가정 사업에 명시된 서비스가 제공되지 못했음을 제시하는 것으로 건강가정지원 센터가 설치되어야 하는 당위성의 근거가 된다고 하겠다. 또한 건강가정 사업의 요구도 평균이 비슷한 수준이므로 특정사업에 우선순위를 두기 보다는 건강가정기본법에 명시된 사업들이 균형적으로 운영될 수 있도록 기획되어야 할 것이다.

3. 건강가정지원센터의 프로그램 요구도

건강가정지원센터에서 운영할 수 있는 프로그램에 대한 요구도를 조사한 결과(표 6), '교육사업'에 대한 요구도(M = 6.01)가 가장 높고, 다음으로 '상담사업(M = 5.66)', '문화사업(M = 5.51)' 순위고, 가장 평균값이 낮은 사업은 '조사·연구사업(M = 5.13)'이다. 이는 건강가정기본법에 명시하고 있는 관련학문의 전문가를 대상으로 건강가정지원센터의 사업의 중요도에 대한 의견을 조사한 결과(원소연, 장진경, 2006), 교육사업의 중요도가 가장 높고 다음으로 네트워크 사업, 상담사업 순으로 나타난 결과와 차이가 있다. 전문가와 지역 주민은 건강가정사업 중요도에 대해 다르게 인식하고 있음을 제시해 주는 것으로 지역주민은 건강가정지원센터의 프로그램 참여자가 직접 도움을 받을 수 있는 사업에 대한 요구도가 높은 반면, 간접적으로 도움을 받을 수 있는 사업 프로그램에는 요구도가 높지 않음을 보여주는 결과이다.

'교육사업' 영역내에서 요구도가 높은 프로그램은 '부모교육(M = 6.43)', '부부관계 교육(M = 6.17)', '은퇴·노후준비교육(M = 6.15)' 프로그램으로 조사대상자의 현재 가족주기에 해당하는 교육 프로그램에 대한 요구도가 높다. 이는 부모교육에 대한 관심이 다른 영역에 비해 높은 응답 비율을 보였다는 결과와 일치(박미금 외, 2005)하고, 지역주민을 대상으로 조사한 연구(김양희, 한은주, 방한별, 2006)와 전문가를 대상으로 조사한 연구(원소연, 장진경, 2006)에서 부부교육이 가장 관심도가 높다는 결과와는 차이를 보인다. 그러나 2005년 건강가정지원센터에서 실시한 교육 사업에서 부모교육(29.1%)과 부부교육(19.2%) 중심으로 사업이 구성되었다는 결과(원소연, 장진경, 2006)를 볼 때 교육 사업은 지역적 특성보다는 개인의 가족생활주기과 발달과업에 영향을 받는 것으로 예측된다.

'상담사업'에서는 '자녀양육(M = 6.28)', '부부문제(M = 6.24)', '아동·청소년(M = 6.17)' 상담에 대한 요구도가 다른 상담 프로그램보다 높게 나타났다. 이는 전문가들은 상담 사업에서 '부부문제' 상담을 가장 중요한 것으로 인식하고 있고, 2005년 사업을 분석한 결과에서도 부부 상담(17.9%),

<표 6> 건강가정사업 프로그램 선호도

사업	프로그램	M(SD)
교육사업 (M = 6.01)	이성관계 교육	5.94(1.36)
	결혼준비 교육	5.76(1.40)
	부부관계 교육	6.17(1.30)
	부모교육	6.43(1.07)
	고부관계 교육	5.79(1.46)
	은퇴, 노후준비 교육	6.15(1.25)
	소비자 교육	5.67(1.38)
	자녀양육 상담	6.28(1.18)
	부부문제 상담	6.24(1.23)
	이혼 전 상담	5.82(1.53)
상담사업 (M = 5.66)	재혼문제 상담	5.43(1.70)
	가정법률 상담	5.64(1.49)
	아동·청소년 상담	6.17(1.32)
	자조집단 형성	5.12(1.51)
	재무상담	5.18(1.58)
	소비자 상담	5.10(1.60)
문화사업 (M = 5.51)	건전 가정의례 확산 및 홍보	5.49(1.41)
	합리적 소비문화 육성	5.59(1.34)
	가족여가 사업	5.66(1.38)
	의식주 생활문화 개선	5.50(1.35)
	가정 친목 동아리	5.18(1.41)
	가족 단위 자원봉사	5.54(1.46)
	양성평등, 세대 통합 가족윤리	5.51(1.40)
조사·연구 사업 (M = 5.13)	프로그램 개발 사업	5.25(1.47)
	소식지 및 서적 발간	4.90(1.41)
	건강가정 모델 개발	5.15(1.44)
	요구도 및 실태조사	5.17(1.45)
네트워크사업 (M = 5.36)	지역내 관련기관 네트워킹	5.32(1.37)
	지역내 전문인력 조직화·협력화	5.42(1.36)
전문가양성 사업 (M = 5.52)	가정봉사원 양성교육	5.48(1.39)
	가정봉사원 파견	5.40(1.40)
	전문 상담원 교육	5.69(1.45)

대인관계 증진(17.9%), 부모상담(15.4%) 프로그램 순으로 많이 실시되었다는 결과(원소연, 장진경, 2006)와는 순위에서 다소 차이가 있으나 평균값의 차이가 크지 않아 의미있는 차이로 해석되지 않는다.

'문화사업 영역'에서는 '가족여가(M = 5.59)' 프로그램에 대한 요구도가 가장 높고, '가정친목 동아리(M = 5.18)' 프로그램을 제외한 나머지 프로그램에 대한 요구도는 비슷한 점수를 나타내고 있다. 이는 이전의 사업 결과를 분석한 결과 문화사업에서 가족여가 프로그램(57.3%)을 가장 많이 실시되었다는 결과(원소연, 장진경, 2006)와 일치하는 반면 전문가들이 중요하다고 인식한 문화사업의 내용과는 차이가 있

(표 7) 개인적 특성에 따른 프로그램 요구도의 차이

	구분	교육사업	상담사업	문화사업	조사·연구사업	네트워크사업	전문가양성사업
성별	남	5.55	5.16	5.19	4.68	5.04	5.07
	여	6.15	5.81	5.61	5.26	5.46	5.65
	t-값	-3.559***	-3.367**	-2.224*	-2.782**	-1.917	-2.691**
연령	30세 이하	5.89	5.51	5.46	5.01	5.31	5.55
	31~36세	5.99	5.73	5.60	5.15	5.33	5.55
	37~40세	6.07	5.68	5.49	5.34	5.54	5.56
	41세 이상	6.09	5.69	5.48	5.07	5.32	5.46
	F-값	.396	.334	.177	.541	.291	.068
교육	고졸	5.99	5.71	5.63	5.28	5.35	5.59
	전문대졸 이상	6.03	5.62	5.44	5.03	5.38	5.48
	t-값	-.256	.527	1.180	1.389	-.147	.565
소득	2,000만원 이하	5.95	5.63	5.60	5.11	5.18	5.36
	2,000~3,000만원	6.09	5.70	5.53	5.17	5.48	5.61
	3,000만원 이상	6.01	5.64	5.40	5.11	5.44	5.62
	F-값	.297	.072	.588	.042	1.112	.892
직업	전문·관리직	6.20 _B	5.74 _B	5.50	5.17	5.30	5.40
	사무직	5.57 _{ACD}	5.11 _{ACD}	5.34	4.97	5.27	5.34
	서비스직, 영업직	6.03 _B	5.78 _B	5.66	5.13	5.34	5.57
	주부	6.17 _B	5.82 _B	5.47	5.22	5.56	5.76
	F-값	3.563*	2.720*	.723	.331	.492	.982
결혼	미혼		5.47	5.44	5.09	5.37	5.39
	기혼	6.11	5.76	5.55	5.14	5.36	5.59
	t-값	-1.798	-1.656	-.661	-.254	.045	-1.047
가족 형태	핵가족(생식가족)	6.10	5.75	5.56	5.24	5.40	5.61
	핵가족(방위가족)	5.87	5.53	5.47	4.96	5.41	5.34
	직계가족, 기타	5.96	5.59	5.41	5.02	5.15	5.58
	F-값	1.042	.752	.272	1.086	.506	.839

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

다. 또한 다른 연구(김양희, 김예리, 박정윤, 한은주, 2005)에서는 문화사업 영역에서 본 연구에 포함된 프로그램은 아니었으나 '가족 페스티벌'과 '부부등반대회'가 가장 관심이 높은 프로그램으로 조사되었다. '조사·연구사업'에서는 '건강가정 모델 개발 프로그램($M = 5.15$)' 그리고 '전문가 양성사업' 영역에서는 '전문 상담원 교육($M = 5.69$)'의 평균값이 다른 프로그램보다 점수가 높고, 전문가를 대상으로 조사한 연구 결과(원소연, 장진경, 2006)와 일치한다.

조사대상자의 특성에 따라 건강가정지원센터의 프로그램 요구도에 차이가 있는가를 조사한 결과(표 7), 성별과 직업을 제외한 나머지 변수에 따라 프로그램의 요구도는 차이가 없는 반면, '네트워크 사업'을 제외한 나머지 프로그램 영역은 성별에 따라 그리고 '교육과 상담사업'은 직업에 따라 요구도에 차이가 있다.

성별에 따른 차이를 보면, 남자보다는 여자집단이 '네트워크 사업'을 제외한 모든 프로그램 영역에 대한 요구도 점

수가 높아 여성들이 건강가정지원센터의 프로그램에 대한 요구도를 높게 인지하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 남성보다 여성들이 가족과 관련된 상담과 교육에 적극적으로 참여하고자 하는 의도가 높은 것으로 해석되며, 남성들의 참여율을 높이기 위해서는 남성을 대상으로 하는 교육 프로그램의 개발과 직장생활에 구애받지 않고 참여할 수 있는 프로그램 운영 방법이 개발되어야 할 필요성이 제기된다.

직업에 따라서는 '교육사업'과 '상담사업' 영역에서 요구도가 차이가 있는데 사무직 집단이 나머지 직업집단보다 '교육과 상담 사업'에 대한 평균값이 낮다. 이러한 차이는 사무직에 종사하는 경우 교육과 상담에 참여하는데 시간적 제약을 경험하기 때문으로 해석된다. 사무직은 다른 직업보다 출·퇴근 시간이 정해져 있고, 평일 일과 중에 상담이나 교육을 받기 위한 시간을 만드는데 제약이 있음이 예상되는 결과이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 지역내에 거주하는 성인들을 대상으로 건강가정의 개념 인식을 조사하고, 건강가정지원센터의 인지도와 건강가정 사업 요구도 그리고 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도를 파악하여 건강가정지원센터 운영을 위한 기초적인 자료를 수집하는 것이다. 연구결과를 중심으로 지역내의 건강가정지원센터의 프로그램에 관해 논의하고, 제언하면 다음과 같다.

첫째, 건강가정의 개념 인식을 조사한 결과 건강가정의 특성으로는 '긍정적 상호작용' 요인을 가장 높게 평가하였고, 건강가정의 기능으로는, '대외적 기능' 보다 '대내적 기능' 을 높게 인식하였으며 개인적 특성에 따라 건강가정의 개념 인식에는 차이가 있었다. 이러한 결과를 볼 때, 지역 주민이 인식하고 있는 건강가정의 개념이 건강가정지원센터에서 운영하는 프로그램의 목표가 되어야 한다. 건강가정의 개념이 무엇인가에 대한 학문적 합의가 있다고 할지라도 지역이나 개인의 가정환경, 사회경제적 지위에 따라 추구하는 건강가정에 대한 인식에는 차이가 있을 수 있다. 이러한 현상은 각 가정이 처한 환경이 다르고, 이로 인해 가정의 목표와 경험하고 있는 문제 등이 달라질 수 있기 때문이다.

특히, 경상남도 지역은 10개의 시와 군으로 구성되어 있는데 각 시·군은 도시화의 정도는 물론 자연환경과 생활기반 산업에 있어 차이가 크다. 따라서 현재 경상남도 지역에서 비교적 규모가 큰 도시에서 운영되고 있는 건강가정지원센터와 그 외 지역에서 운영하게 될 건강가정지원센터는 차별화된 프로그램이 전제되어야 할 것이다. 각 시·군의 인구구성과 가족형태, 가족 문제 등에 대한 기초조사를 통해 지역주민이 추구하는 건강가정의 최적 조건이 무엇인가를 파악하여 그에 따라 건강가정지원센터를 지역별로 특성화하는 것이 요구된다.

둘째, 건강가정기본법과 건강가정지원 센터를 알고 있는 비율은 낮았으며 지역내에 운영되고 있는 건강가정지원센터 를 알고 있거나 방문한 경험이 있는 사례도 낮은 비율이었다. 건강가정기본법이 시행된 초기에 다른 지역에서 조사된 인지도와 별다른 차이가 없다는 결과는 지역 주민들이 시·군·구에 건강가정지원센터의 설치를 요구할 수 있는 의견수렴을 하는데 장애 요인이 있다는 것을 의미한다. 특히, 경남지역에 운영되고 있는 건강가정지원센터 2 곳은 창원에 위치하고 있고, 마산과 진해는 창원권과 시내버스로 이동하는 거리임에도 건강가정지원센터에 대해 알지 못하는 비율이 높은 것은 건강가정 사업이 활발하게 진행되지 못함을 예측하게 해 준다. 따라서 건강가정지원센터에 대한 적극적인 홍보가 건강가정 사업 시행을 위해 우선되어야 할 과제라고 하

겠다. 위에서 제언한 것과 같이 건강가정지원센터의 개소 전에 해당 지역을 대상으로 기초 환경 조사를 시행하는 과정에 서부터 건강가정지원센터에 대한 홍보가 시작되어야 한다. 지역의 관공서 홈페이지, 포스터, 팸플릿과 같은 기존의 홍보 방법 이외에 지방 도시의 특성을 반영한 홍보가 필요하다. 지방 도시에는 각 시마다 계절에 따라 지방문화 행사가 개최되고 있는데 이런 행사에 건강가정지원센터가 적극 참여하여 다양한 현장에서 상담을 받거나 교육 프로그램을 안내받을 수 있는 적극적인 홍보가 요구된다. 또한 중앙건강가정지원센터와 인근 광역시의 건강가정지원센터는 지역문화 행사에 참여하여 건강가정기본법과 건강가정지원센터를 소개함으로써 지역 주민들이 시·군에 건강가정지원센터 설립을 요청하여 지방자치단체가 건강가정 사업에 관심을 가질 수 있도록 유도해야 할 것이다.

셋째, 건강가정기본법에 명시된 건강가정 사업에서는 '자녀양육지원사업' 과 '건강가정 교육사업' 에 대한 요구도가 높았고, 건강가정지원센터의 프로그램 중에서 '교육사업' 의 프로그램에 대한 요구가 가장 높고, 다음으로 '상담사업' 프로그램, '문화사업' 프로그램 순위로 조사되었다. 건강가정 사업과 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도는 이전 연구결과와 유사한 경향이 있는데 이는 본 연구에서 사용한 문항이 지역적 차이를 반영할 수 있는 차별화된 프로그램을 포함하지 않기 때문으로 볼 수 있겠다. 따라서 일반적인 프로그램은 인근 광역시에 있는 센터의 지원을 받아 운영하고, 지역 내 건강가정지원센터는 지역의 특성을 반영한 맞춤형 프로그램 개발과 운영에 중점을 두는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 경남 지역에는 특정 직업으로 장기간 집을 비우고 1년에 1~2회 집에 오는 가장이나 도시 전체가 특정 업체에 종사하는 비율이 높아 다른 지역과 매우 다른 특성을 나타내는 경우도 있다. 따라서 건강가정 사업과 건강가정지원센터의 프로그램은 본 연구에서 조사한 일반적인 프로그램 이외에 특정 직업과 산업체를 대상으로 하는 교육은 물론 다문화 가족, 조손가족 등을 위한 프로그램과 같이 표적 집단을 세부적으로 구분하여 기획하는 것이 바람직 할 것이다.

넷째, 건강가정지원센터 프로그램에 대한 요구도는 개인적 특성에 따라 차이가 있는 것으로 조사되었다. 따라서 건강가정지원센터의 운영 시간과 방법에 다양화가 요구된다. 취업주부와 남성들을 대상으로 하는 프로그램은 운영 시간과 기간을 적절히 선정하여 탄력적으로 운영하여야 하며, 야간 상담과 24시간 전화 상담 등의 서비스도 제공되어야 할 것이다. 건강가정지원센터는 가족의 전체성을 고려하는 것이 기존의 사회복지 서비스와 다른 장점이라고 볼 때 지금까지 가족구성원 중 특정한 대상, 특히 여성이 상담과 교육 프로그램에 참여해 온 한계점을 극복하여 가족구성원 모두가

건강가정지원센터를 통해 원하는 도움을 받을 수 있도록 운영되어야 한다. 이를 위해서 건강가정지원센터의 운영 시간은 지역의 특성을 반영하여 탄력적으로 운영할 필요가 있다. 평일에 쉬고, 주말에 운영하는 방식이나 취업주부와 남성을 위해 야간 운영을 하는 요일을 정하는 것과 같은 방안이 모색되어야 한다. 즉, 제공사 중심이 아니라 사용자 중심의 운영 원칙을 적용하는 것이 건강가정기본법의 이념을 실현하는데 도움이 될 것이다. 가족의 구성원 모두가 건강가정지원센터를 친근한 기관으로 인식하고 필요에 따라 활용할 수 있는 자원으로 인식하기 위해서는 지역주민의 생활시간을 반영하여야 한다. 특히, 절기에 따라 지역 특산물의 공급 차이로 바쁜 계절과 그렇지 않은 계절이 있기 때문에 각 지역에서는 절기에 따라 프로그램의 실시 여부를 결정해야 하고, 상대적으로 여유가 있는 시기에는 인근 지역의 건강가정지원센터를 지원하는 협력적 관계를 유지하는 것이 필요하다.

■ 참고문헌

강희경(2005). 가족의 건강성과 학령기 아동의 자아탄력성. **한국가정관리학회지**, 23(3), 93-102.

김명자, 계선자, 박미석, 장진경, 김연화, 류진아 외(2005). 건강가정사업지원센터 사업현황 및 활성화 방안. **한국가족자원경영학회지**, 9(2), 185-197.

김명자, 계선자, 박미석, 장진경, 김연화, 류진아 외(2005). 건강가정지원센터 가정생활교육 프로그램 운영 및 성과-용산구 숙명여자 대학교 시범사업을 중심으로. **한국가족관계학회지**, 10(1), 25-49.

김명자, 계선자, 박미석, 장진경, 김연화, 류진아 외(2005). 건강가정지원센터 사업운영에 대한 전반적인 평가-용산구 숙명여자 대학교 시범사업을 중심으로. **대한가정학회지**, 43(8), 123-139.

김선희(2005). 지역 건강가정지원센터의 운영 프로그램 분석. **한국가정과학회지**, 8(2), 53-65.

김승권, 장경섭, 이현송, 정기선, 조애저, 송인주(2000). **한국가족의 변화와 대응방안**. 한국보건사회연구원.

김신열(2004). 가족지원서비스 전달체계의 원칙과 방향. 제 1회 가정복지세미나 자료집.

김양희, 김예리, 박정운, 한은주(2005). 건강가정지원센터 프로그램 활성화를 위한 지역주민의 욕구조사 : 서울시 동작구 주민을 대상으로. **중앙대학교 생활과학논집**, 22, 15-29.

김양희, 한은주, 방한별(2006). 지역사회 내 가족생활교육프로그램의 요구와 성과:서울시 동작구 건강가정지원센터

터 사업을 중심으로. **중앙대학교 생활과학논집**, 23, 89-101.

김익균(2003). **가족복지론**. 서울: 교문사.

김주수, 김희배(1986). **가족관계학**. 서울: 학연사.

박미금, 이미선, 이영호, 최보아(2005). 건강가정기본법에 대한 인식조사. **한국가족자원경영학회지**, 9(3), 97-112.

송레림, 장진경(2004). 건강가정기본법의 성공적 실천 전략 II-건강가정지원센터의 위상과 모색. **한국가정관리학회지 춘계학술대회 자료집**, 47-89.

양소남(2004). 영국의 가족복지정책과 서비스 : 가족지원사업을 중심으로. **사회복지**, 161, 135-138.

원소연, 장진경(2005). 건강가정지원센터의 운영모델에 관한 기초조사-조직과 평가를 중심으로-. **대한가정학회지**, 43(7), 129-145.

원소연, 장진경(2006). 건강가정지원센터의 사업 및 홍보 활성화 방안. **대한가정학회지**, 44(8), 101-116.

유계숙(2004). 건강가족을 위한 가족의 기능과 특성에 관한 성인의 인식. **한국가정관리학회지**, 22(4), 173-180.

유계숙(2004). 건강가족의 요소에 관한 연구-가족체계와 건강성을 중심으로-. **한국가족관계학회지**, 9(2), 25-42.

유영주(2004). **새로운 가족학**. 서울: 신정.

유영주(1999). 전전가정과 건강가족의 개념 설정에 대한 논의. **한국가정관리학회지**, 43, 93-102.

유영주, 김정신, 김순옥(1996). **가족관계학**. 서울: 교문사.

이기영(2004). 건강가정기본법의 내용 소개 및 사회적 기여. 대구가톨릭대학교 건강가정지원센터 개소기념 학술발표대회자료집.

이승미, 김선미(2005). 저소득 한부모가정, 사례에 비추어 본 지원방안 연구 : 건강가정지원센터 활용을 중심으로. **한국가족자원경영학회지**, 9(4), 91-112.

이윤영(1994). 현대 한국가족의 기능변화. 한양대학교 교육대학원 석사학위 청구논문.

장진경, 오제은, 한은주, 류진아, 원소연(2006). 건강가정지원센터에 대한 전문가 및 실무자의 역할인식 조사연구:중앙,광역(시·도),시·군·구 센터를 구분하여. **대한가정학회지**, 44(10), 21-34.

조추용, 오정옥, 한성심, 이체성(2001). **가족복지론**. 서울: 창지사.

함인희(2001). **한국사회의 산업화와 가족의 변화**. 여성한국사회 연구회 편. 가족과 한국사회. 서울: 경문사.

허봉렬(1997). 건강가족 실천운동의 방향과 과제. 건강가족상정립을 위한 워크샵. 한국건강가족실천운동본부.

DeFrain, J.(2003). *Qualities of strong families around the world*. 경희 가족상담·교육센터 해외석학초청특별강연회 자료집.

- Olson, D. H., & Defrain, J.(1999). *Marriage and families- Intimacy, diversity and Strengths*(3rd ed). McGrawhill.
- Olson, D. H., & Defrain, J.(2003). *Marriage and families- Intimacy, diversity and Strengths*(4th ed). McGrawhill.
- Otto, H. A.(1962). What is strong family?. *Marriage and Family Living*, 24, 77-80.
- Stinnett, N., & DeFrain, J.(1985). *Secrets of strong families*. Boston: Little, Brown.
- Walsh, F.(1998). *Strengthening family resilience*. NY: Guilfords Press.
-
- (2007년 11월 14일 접수, 2007년 12월 30일 채택)