

# 성인남녀의 가족건강성 관련변인\*

## Family Strengths and Related Variables in Adult Males and Females

전남대학교 생활환경복지학과  
강 사 이 선 미

Department of Family Environment & Welfare, Chonnam National University

Lecturer : Seon Mi Lee

### ◀ 목 차 ▶

- |             |               |
|-------------|---------------|
| I. 서론       | IV. 연구결과 및 해석 |
| II. 선행연구 고찰 | V. 논의 및 결론    |
| III. 연구방법   | 참고문헌          |

### <Abstract>

The purpose of this study was to analyze the effective variables which influence family strengths. In particular, influencing variables were analyzed according to sex, generation, and family pattern. There were 703 participants aged over 20 years in Gwangju and Seoul. All participants completed a questionnaire and the data were analyzed using SPSS. The results were as follows: 1. The average scores of family strengths were higher than the median. Regarding subdimensions, 'value system sharing' had the lowest score. 2. Family strengths were related to its subdimension and some variables. 3. Family strengths were influenced by living condition, self-esteem, depression, the cognition of family function, and family value orientations. However, the influencing variables were different according to sex, generation, and family patterns. In conclusion, in order to improve family strengths, it is necessary to develop 'value system sharing', enhance self-esteem, and reduce depression. Further, when we deal with family strengths, it is necessary to vary methodology.

**주제어(Key Words)** : 가족건강성(family strengths), 가족개념(family concept), 자아존중감(self-esteem), 우울(depression)

**Corresponding Author** : Seon Mi Lee, Department of Family Environment & Welfare, Chonnam National University, 77 Yongbong-ro, Buk-gu, Gwangju, 500-757, Korea Tel: +82-62-530-1320 Fax: +82-62-530-1329 E-mail: dreamlp@empal.com

\* 이 논문은 2008년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 수행된 연구임(KRF-2008-327-B00425).

## I. 서론

우리 사회는 산업화 과정을 거치면서 급격한 변화를 겪어왔다. 사회의 최소단위라 할 수 있는 가족 또한 사회 변화의 영향을 직, 간접적으로 받아왔다. 가족 구성원의 수는 감소했고 가족 형태는 다양화되었다. 가족의 고유기능이라 여겨졌던 기능들이 가족이외의 기관으로 이관되고, 가족에 대한 가치관도 달라지면서 가족은 과거와는 다른 다양한 문제를 경험하게 되었다.

가족이 최근에 겪고 있는 이러한 변화들에 대해 많은 사람들은 가족의 위기라는 표현을 사용한다. 그러나 이러한 가족위기는 가족 그 자체가 위기가기보다는 가족이 변화하고 재구조화되는 과정에서 발생하는 하나의 현상으로 인식할 필요가 있다(김인숙, 유영준, 2004). 따라서 변화를 기존의 질서와 다르다는 위기적인 부정적 측면에서 볼 것이 아니라 변화의 실제 내용과 방향을 정확히 이해하는 것이 더욱 중요한 상황이다. 가족은 변화하는 것이지 해체되거나 붕괴되는 것이 아니다. 예를 들어, 결혼은 이혼으로 해체될 수 있지만, 가족은 해체되지 않는다. 다만, 시대 사회적 상황속에서 가족의 의미가 재규정되는 것일 뿐이다(양옥경, 2000).

가족의 변화와 위기 개념이 대두되면서 가족건강성이 강조되고 있다. 가족건강성은 가족원간의 긍정적 상호작용, 가족원간 갈등의 합리적 해결, 가족의 강점을 강조하는 개념으로, 가족내적 건강성을 바탕으로 가족 외부와의 원만한 상호작용을 강조하고 있다. 가족건강성은 가족의 구조나 형태적 측면을 강조하는 개념이라기보다 가족의 관계적, 기능적 측면을 전제로 하는 개념이다. 또한 병리적, 부정적 측면보다는 긍정적 측면을 더욱 강조하는 개념이라 할 수 있다.

건강한 가족은 가족이외의 변화 특히 가족관련 개념이나 기능, 가치관의 변화와 상호작용하며 가족의 안정성 및 건강성을 유지해나갈 수 있다. 그러나 그렇지 못한 가족은 사회 변화와 역기능적 상호작용을 함으로써 가족의 건강성을 위협할 수 있다. 가족의 건강성은 가족성원의 심리적, 사회적 적응과 밀접한 관련이 있다(강희경, 2005; 임정아, 이인수, 2006)는 측면에서 가족구성원에게 중요한 의미를 가질 뿐 아니라, 나아가 사회의 안정과 국가 발전의 기틀을 마련할 수 있다는 측면에서 간과할 수 없는 중요 변인이 되고 있다. 다행히 우리나라 가족의 건강성은 비교적 양호한 것으로 나타났다(강희경, 2005; 박수선, 2006; 최정혜, 2006).

가족건강성에 영향을 미치는 변인들로는 사회인구학적 변인, 심리적 특성 관련변인, 가족개념 관련변인 등이 있다. 사회인구학적 변인 중에서는 성별, 연령, 생활수준, 가족형태, 학력수준 등이 가족건강성 관련변인으로 나타났다(강희경, 2005; 송정아, 1995; 양순미, 유영주, 2000; 어은주, 1996; 이정숙,

2007), 심리적 특성 관련변인으로는 자아존중감과 우울 등이 연구되었다(권대희, 오윤자, 2004; 박정희, 유영주, 2000; 양순미, 2001; 어은주, 유영주, 1997; Farrell & Barnes, 1993). 또한 많지는 않지만 가족개념수용도, 가족기능 인식도, 가족가치관과 가족건강성과의 관련성을 분석한 연구들이 실시되었다(김명자, 2004; 배경의, 김은하, 2007; 박수선, 2006).

지금까지 실시된 가족건강성 관련 연구들은 연구대상과 변인 선정에서 다양성을 확보하지 못하고 있다. 대부분의 연구들은 특정 발달 주기상에 있는 대상을 선정하여 조사하였는데, 청소년(권대희, 오윤자, 2004; 박수선, 2006), 노인(경지영, 2000), 부부와 자녀(김명자, 2004; 양순미, 유영주, 2000) 등을 대상으로 하는 연구가 일반적이었다. 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 탐색하기 위해 사용한 변인들에서도 결혼만족도(강수정, 2007), 자아존중감(권대희, 오윤자, 2004), 우울(박정희, 유영주, 2000) 등 단편적인 변인을 선택하여 가족건강성과의 관련성을 파악한 연구가 많았다. 또한 가족유형을 고려하지 않거나 핵가족과 확대가족만으로 가족의 유형을 구분한 연구들(강희경, 2005; 권대희, 오윤자, 2004; 양순미, 유영주, 2000; 이경희, 유영달, 2006; 임정아, 이인수, 2006)이 일반적이었다.

그러나 최근 들어 더욱 급격하게 나타나는 가족과 사회의 변화 양상을 고려하면, 가족건강성 관련 연구는 더 다양한 측면을 고려한 연구가 진행되어야 할 것이다. 가족을 구성하는 남성과 여성, 20대부터 노년기까지의 다양한 세대를 포함하여 대상을 선정하고, 단편적인 변인을 선정하기 보다는 사회인구학적 변인, 개인의 심리적 특성, 그리고 최근 들어 변화양상을 명확히 보이고 있는 가족개념 인식도(박수선, 2006; 양옥경, 2000; 유계숙, 유영주, 2002) 등을 동시에 포함시킴으로써 가족건강성의 전반적 경향을 파악하고 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 파악해야 할 것이다. 한편 점차 가족유형이 다양화되고, 성과 세대에 따른 가족 관련 가치 및 태도가 변화하고 있다(박민자, 2006; 박수선, 2006; 양옥경, 2000; 유계숙, 유영주, 2002). 이러한 차이는 양성과 세대가 공존하는 가족 갈등의 원인이 될 수 있고 가족의 안정성을 위협하며 나아가 사회문제로 파급될 수 있다(김명자, 2004)는 측면에서, 성별, 세대별, 가족유형별로 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 각각 탐색하는 것이 필요하다. 이처럼 대상가족의 특성을 고려하여 가족건강성 증진 방안을 모색하는 것은 이들에게 맞춤형 서비스를 제공하는데 기초 자료를 제공할 수 있을 것이다.

따라서 이 연구는 우리나라 20세 이상 성인 남녀를 대상으로 가족건강성의 일반적 경향을 파악하고, 가족건강성과 관련변인 간 상관관계를 살펴봄, 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 탐색할 것이다. 또한 가족건강성에 영향을 미치는 변

인을 성별, 세대별, 가족유형별로 나누어 탐색함으로써 가족 건강성 증진을 위한 다양한 방안을 모색하는 기초자료를 제공하고자 한다. 이러한 목적을 달성하기 위한 연구문제는 다음과 같다.

1. 성인 남녀의 가족건강성 및 관련변인의 일반적 경향은 어떠한가?
2. 성인 남녀의 가족건강성 및 관련변인 간 상관은 어떠한가?
3. 성인 남녀의 가족건강성에 미치는 관련변인의 영향력은 어떠한가? 또한 성별, 세대별, 가족유형별 가족건강성에 미치는 관련 변인의 영향력은 어떠한가?

## II. 선행연구 고찰

### 1. 가족건강성의 개념

우리나라의 건강가정에 대한 연구는 1990년대 초반부터 본격적으로 시작되었다. 초기 건강가정에 대한 연구는 건강가정이 무엇인가에 대한 특징을 규명하고 건강가정을 이루는 영역을 밝히는 연구에 집중되었다. 그리고 가정의 건강성을 측정하기 위한 척도 개발에 관한 연구를 거쳐, 건강한 가정과 개인의 특성들을 연결시키는 연구를 통해 개인의 행복이 건강한 가정과 관계가 있음을 밝히는 연구들이 수행되고 있다(조희금 외, 2010).

건강가족(healthy family)이란 가족원 개개인의 성장을 도모하고 가족원간의 상호작용이 활발하며 가족가치관과 가족체계를 잘 유지시켜 나가는 가정을 말한다(서병숙, 1994). 지영숙과 이영호(1998)는 지역사회 단위에서 가정의 유지 및 발전을 위하여 가정의 기능을 잘 수행하고, 그 기능들의 수행을 위한 올바른 태도, 실천하는 용기, 의식적인 노력을 하는 정도가 높은 가정을 건전가정이라 하였다. 유계숙(2004)은 건강가족이란 성원들이 긍정적인 상호작용과 건강한 정신을 소유하며, 공동체로서 동고동락하는 가족을 의미한다고 하였고, 유영주(2004)는 건강한 가족(healthy family)을 가족원 개개인의 건강한 발달을 도모하고 가족원간의 상호작용(대화기술, 의사결정과정, 스트레스 대처방안)이 원만하여 집단으로서의 가치체계를 공유하고 있으며, 친족·사회체계와도 원활한 상호작용을 이루면서 생활해 가는 체계라 정의하고 있다.

조희금 외(2010)는 건강가정이란 기본적으로 물질 토대인 가정의 경제적인 안정과 안정적인 의식주생활을 바탕으로 하고, 가족 간에는 민주적이고 양성평등한 관계를 가지며, 열린 대화가 가능하고 휴식과 여가를 공유할 수 있을 때, 가정 내적으로는 자녀의 성장발달을 지원하고 합리적인 자원 관리가 이루어지며 가족역할을 공유할 때, 그리고 사회적으

로는 일과 가정을 조화시키면서 건강한 시민의식과 자원봉사활동 참여 등을 통해 지역사회와 연결될 때, 나아가 건강한 가정생활문화를 유지하고 창조할 때를 말한다고 했다.

가족건강성의 하위 영역에 대한 연구들을 살펴보면, 최신희(2001)는 가족건강성을 의사소통, 애정과 사랑, 신뢰와 지지, 문제해결능력, 부모역할, 자율성, 유연성, 신념체계 등의 8개 영역으로 구분하였고, 어은주와 유영주(1995)는 가족원간의 유대, 문제해결능력, 의사소통, 가족원간의 가치체계공유 등으로 구성하였다.

선행연구들에 따르면, 우리나라 가족의 건강성은 비교적 양호해 중간 수준 이상인 것으로 나타났다(강희경, 2005; 박수선, 2006; 양순미 유영주, 2000; 어은주, 유영주, 1997; 최정혜, 2006). 한편, 건강성의 하위 영역 중 가장 낮은 점수를 보인 영역은 가치체계공유 영역이었다(양순미, 유영주, 2000; 어은주, 유영주, 1997).

본 연구에서는 유영주(2004)의 정의에 근거해, 가족원 개인의 건강한 발달을 도모하고 가족원간의 상호작용이 원만하여 집단으로서의 가치체계를 공유하고 있으며, 친족·사회체계와도 원활한 상호작용을 이루면서 생활해 가는 체계의 특성을 가족건강성이라 정의한다.

### 2. 가족건강성 관련 변인

#### 1) 사회인구학적 변인

사회인구학적 변인 중에서는 성별, 연령, 생활수준, 가족형태, 학력수준 등이 가족건강성 관련변인으로 나타났다. 성별에 따른 가족건강성은 남성이 여성보다 가족건강성을 높게 인식하고 있다는 연구(송정아, 1995; 이정숙, 2007)와 유의한 차이가 나타나지 않는다는 연구(양순미, 2001; 최정혜, 2005) 등으로 나누어 볼 수 있다. 농촌가족의 건강성을 연구한 양순미와 유영주(2000)에 따르면, 부모세대가 자녀세대보다 가족건강성이 높게 나타났는데, 이는 가족건강성의 세대 간 인식 차이를 나타내는 결과이다.

가족형태에 따른 가족건강성은 일치된 결과가 나타나지 않고 있다. 어은주(1996)의 연구에서는 확대가족, 핵가족 등 가족의 형태에 따라서 건강성에는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났으나, 농촌가족을 대상으로 연구한 양순미(2001)는 유의한 차이를 나타내 핵가족의 건강도가 확대가족의 건강도 보다 더 높은 것으로 나타났다. 생활수준과 가족건강성과의 관련성을 살펴보면, 생활수준이 높을수록 가족건강성을 더 높게 인식하는 것으로 나타났다(강희경, 2005; 권대희, 오윤자, 2004; 김명자, 2004). 학력수준과 가족건강성의 관계에서는 학력수준이 높을수록 가족건강성이 높은 것으로 보고한 연구(이정숙, 2007)와 관련이 없다고 밝힌 연구(어은주, 1996; 양순미, 2001)가 있었다.

## 2) 심리적 특성 관련변인 및 가족관계 만족도

가족건강성과 관련 있는 심리적 특성 관련변인으로는 자아존중감과 우울이 있다. 자아존중감과 가족건강성의 관련성은 많은 연구들에서 제시되고 있는데, 자아존중감이 높을수록 가족건강성은 높아지는 것으로 나타났다(권대희, 오윤자, 2004; 박정희, 유영주, 2000; 양순미, 2001; 어은주, 유영주, 1997; 최정혜, 2005; Farrell & Barnes, 1993). 인간은 현 상태에서 자신에 대한 인지가 긍정적이거나 만족을 느낄 때 주변상황도 긍정적으로 인지하거나 만족하게 된다(조성욱, 1987). 따라서 자신에 대한 긍정적인 시각이 높을수록 긍정적으로 가족을 바라보는 시각이 높고 여유가 있어서 결국은 가족관계를 건강하게 평가하게 될 것이다(양순미, 2001).

가족건강성과 우울간에도 유의한 상관이 있어 높은 우울 수준과 낮은 가족건강성의 관련성이 제시되고 있다(경지영, 2000; 배경의, 김은하, 2007). 양순미와 유영주(2000)는 가족의 정신적 건강 정도가 높을수록 가족건강성은 높게 나타난다고 밝혔고, 전혜정, 민성혜, 이민영과 최혜영(2009)은 이주여성의 가족건강성에 가장 부정적 영향을 미치는 변인이 우울인 것으로 보고하였다. 우울한 사람들은 '부정적인 자기 개념'을 가지고 있고 환경에 대해 부정적 해석을 하며 미래에 대한 비관적인 기대를 가지기 때문에 이로 인해 외부 정보들을 부정적으로 인식하게 되면서 가족건강성은 낮아지는 것으로 볼 수 있다(장문선, 2004).

한편 가족관계 만족도가 가족건강성의 관련변인임을 시사하는 연구들이 제시되고 있다. 강수정(2007), 어은주와 유영주(1997), 최정혜(2005)에 따르면, 높은 결혼만족도와 높은 가족건강성의 관련성을 제시하고 있어, 가족관계 만족도와 가족건강성이 상관을 예측해 볼 수 있다.

## 3) 가족개념 인식도

가족개념과 가족건강성과의 관계를 밝힌 연구들에 따르면, 대안적 삶의 양식에 대하여 전통성을 지니고 있을 때 가족건강성이 높은 것으로 나타났다(김명자, 2004). 가족기능 인식도도 가족건강성과 높은 상관을 갖는 것으로 나타났는데, 박수선(2006)에 따르면, 가족성원 및 사회를 위한 가족기능 요구도가 가족건강성과 정적 상관을 갖는 것으로 나타났다. 청소년을 대상으로 연구한 배경의, 김은하(2007)에 따르면, 가족기능에 대한 인지도가 높을수록 가족건강성도 높아지는 것으로 나타났다. 중학생을 대상으로 가족의 건강성과 가족의식에 관해 연구한 송경희(2004)에 따르면, 부모에 대한 만족, 부양 및 효의식, 성역할관, 자녀관, 결혼관 등이 가족의 건강성과 상관이 있는 것으로 나타났다.

한편 가족가치관과 가족건강성의 관련성은 성별, 세대별로 차이를 보이고 있는데, 대학생 자녀의 경우는 친족의식과

전통적 효도관을 가지고 있을 경우 가족 건강성이 높았고, 아버지의 경우는 아들, 딸에 대해 평등의식을 지니고 노부모 부양에 대해서는 근대적 의식을 지닐수록 가족 건강성이 높은 것으로 나타났다(김명자, 2004).

## III. 연구방법

### 1. 조사도구

우리나라 성인 남녀의 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 탐색하기 위하여 사회인구학적 변인, 개인의 심리적 특성 관련변인, 가족관계 만족도, 가족개념 인식도, 가족건강성 등으로 조사도구를 구성하였다. 조사도구는 가족학 전공 교수와 가족학 전공 박사학위 소지자 4인으로부터 내용타당도 검증을 거친 후 사용하였다.

#### 1) 사회인구학적변인

조사대상자의 인구사회학적 특성을 알아보기 위해 거주 지역, 성별, 연령, 교육수준, 직업, 소득, 생활수준, 종교, 건강상태, 가족형태, 혼인상태, 혼인기간 등을 조사하였다. 다른 사회인구학적 변인의 의미와 달리 건강상태는 점수가 높을수록 건강하지 못함을 의미하고 생활수준은 점수가 높을수록 생활수준이 낮음을 의미한다.

#### 2) 심리적 특성 관련변인 및 가족관계 만족도

개인의 심리적 특성을 파악하기 위해 자아존중감, 우울 등을 조사하였고 가족관계만족도를 조사하였다. 자아존중감은 Rosenberg(1965)의 자아존중감 척도를 이용하여 4문항으로 구성하였다. 5점 Likert척도로 구성하였는데, 점수가 높을수록 자아존중감이 높은 것을 의미한다. 척도의 신뢰도(Cronbach'  $\alpha$ )는 .85였다. 우울은 Radloff(1977)의 CES-D(The Center for Epidemiological Studies Depression Scale)중 12문항을 사용하였다. 5점 Likert척도로 측정하였고 점수가 높을수록 우울수준이 높은 것을 의미한다. Cronbach'  $\alpha$  계수는 .90이었다.

가족관계 만족도는 부부관계만족도와 부모자녀관계 만족도 등 전반적인 관계만족도를 측정하는 4문항으로 조사하였다. 5점 Likert척도로 구성하여 점수가 높을수록 만족도가 높은 것을 의미하며, 신뢰도(Cronbach'  $\alpha$ )는 .90이었다.

#### 3) 가족개념 인식도

가족개념 인식도는 가족개념 수용도, 가족기능 인식도, 가족가치관을 측정하는 문항으로 구성하였다. 가족개념 수용도는 다양한 가족 범주에 대한 수용성을 의미한다. 척도는

〈표 1〉 조사대상자의 일반적 특성

N = 703

변 인		N(%)	변 인		N(%)
지역	광주	358(50.9)	생활수준	상	25( 3.6)
	서울	345(49.1)		중	488(69.6)
성별	남성	267(38.0)		하	188(26.8)
	여성	436(62.0)	종 교	기독교	248(35.3)
연령	20-39세	267(38.0)		불교	116(16.5)
	40-59세	230(32.7)		천주교	78(11.1)
	60세 이상	206(29.3)		기타	15( 2.2)
교육수준	중졸 이하	159(22.7)		종교없음	245(34.9)
	고졸	173(24.7)	건강상태	건강함	299(42.5)
	대재 이상	367(52.5)		보통	340(48.4)
직업	주부, 무직	311(44.4)	건강하지 못함	63( 9.0)	
	단순노무직	62( 8.9)	가족형태	부부와 미혼자녀	447(64.6)
	농축수산업	6( 0.9)		확대가족	83(12.0)
	자영업·판매직	53( 7.6)	부부만 사는 형태	91(13.2)	
	기술직	31( 4.4)	독신	68( 9.8)	
	전문기술직	37( 5.3)	기타	3( 0.4)	
	사무직	92(13.1)	혼인상태	미혼	122(17.7)
	전문·경영관리직	24( 3.4)		동거	11( 1.6)
	기타(학생 등)	84(12.0)		혼인	470(68.3)
월평균 소득	100만원 이하	162(26.1)		별거, 이혼	15( 2.2)
	101-200만원	123(19.8)	사별	70(10.2)	
	201-300만원	138(22.2)	혼인기간	10년 이하	117(20.9)
	301-400만원	78(12.6)		11-20년 이하	167(29.9)
	401-500만원	64(10.3)		21-30년 이하	67(12.0)
501만원 이상	56( 9.0)	31-40년 이하		71(12.7)	
		41년 이상		137(24.5)	

주. 무응답은 결측치로 처리했으므로 사례수에 차이가 있음.

유계숙과 유영주(2002)의 척도를 수정, 보완하여 사용하였는데, 부부와 그들이 낳은 자녀로 구성된 전형적인 핵가족의 형태에서부터 연애만 하고 결혼은 하지 않는 독신남까지 20가지 다양한 가족의 형태를 제시하고 각 형태에 대해 가족으로 수용할 수 있는지의 여부를 측정하였다. 총점은 0점에서 20점까지 분포하며, 점수가 높을수록 가족범주의 수용성이 높은 것으로 볼 수 있다.

가족기능 인식도 척도는 유영주, 김경신과 김순옥(2008), 유계숙과 유영주(2002) 등의 연구를 기초로 구성하였다. 가족의 내적기능과 외적기능에 대한 인식도를 5점 Likert 척도로 측정하였다. 가족의 내적기능은 애정, 성, 양육, 생산과 소비, 교육 등 가족성원을 위한 가족의 기능을 포함하고 외적기능은 성적 통제, 종족 보호, 노동력제공 등 사회를 위한 기능 등을 포함한다. 총 17문항으로 구성하였는데 점수가 높을수록 각 기능에 대한 인식도가 높은 것으로 볼 수 있다. 신뢰도(Cronbach' α)는 .91 이었다.

가족가치관 척도는 관련연구(김경신, 1998; 김명자, 2004)를 토대로, 결혼관, 성역할관, 자녀관, 부양 및 효도관, 가족주의

가치관 등을 측정하는 19개 문항으로 구성하였다. 5점 Likert 척도로 측정하였는데 점수가 높을수록 전통적인 가족가치관을 갖는 것으로 볼 수 있다. 신뢰도(Cronbach' α)는 .88이었다.

4) 가족건강성

가족건강성은 어은주와 유영주(1995)의 가족건강성 척도를 사용하였다. 이 척도는 가족원간의 유대, 의사소통, 가치체계공유, 문제해결수행능력 등을 측정하는 34문항으로 구성되어 있다. 5점 Likert척도로 구성하여, 점수가 높을수록 가족건강성이 높은 것으로 볼 수 있는데, 신뢰도(Cronbach' α)는 .96이었다.

2. 조사대상자

본 연구는 광주광역시와 서울특별시에 거주하는 20세 이상 성인 남녀를 대상으로 실시하였다. 조사대상자를 선정할 때는 지역별로 성과 연령을 고려하였는데, 연령의 경우 조부모세대인 60대 이상, 부모세대인 40-50대, 자녀세대인 20-30대가 고루 포함되도록 조사하였다. 총 720부를 조사하였으나 부실기재 된 설문지를 제외한 703부를 분석에 사용하

였다. 조사대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

조사대상자는 광주 거주자가 50.9%, 서울 거주자가 49.1%였다. 성별은 남성이 38%, 여성이 62%였고, 연령은 20-39세가 38%, 40-59세가 32.7%, 60세 이상이 29.3%였다. 교육수준은 대재 및 대졸 이상이 52.5%, 중졸이하가 22.7%였다. 직업은 주부, 무직이 44.4%로 가장 높았고, 사무직이 13.1%, 학생 등 기타가 12.0%, 자영업, 판매직이 7.6%였다. 월평균소득은 100만원 이하가 26.1%로 가장 많았는데, 이는 조사대상자 중 노인가구의 월평균 소득이 낮았기 때문으로 볼 수 있다. 다음으로 201-300만원이 22.2%, 101-200만원이 19.8%였다. 자신의 생활수준에 대해서는 69.6%가 중간 정도라고 생각하고 있었다. 조사 대상자의 35.3%는 기독교를 믿고 있었고, 34.9%는 종교가 없는 것으로 나타났다. 자신의 건강상태에 대해 48.4%는 보통수준이라 평가했고, 42.5%는 건강한 것으로 평가했다. 가족형태는 부부와 미혼자녀로 구성된 핵가족이 64.6%로 가장 많았고, 68.3%가 혼인상태였다.

### 3. 자료수집 및 분석

자료는 2009년 10월 한 달 간 서울과 광주에서 수집되었다. 서울에서는 M구, N구, S구에서 조사가 진행되었고, 광주에서는 G구, M구, B구에서 조사가 진행되었다. 조사는 응답자에게 질문지를 직접 배부하여 자기기입식으로 작성하는 것을 원칙으로 하였으나, 60세 이상이면서 질문지를 이해하는데 어려움을 겪는 노인의 경우는 훈련받은 조사원들이 질문지를 대신 읽고 질문에 응답을 표기하는 방법으로 실시하였다.

수집된 자료 분석을 위해 SPSS 18.0 program을 이용하였는데, 빈도, 백분율, Cronbach'  $\alpha$ , 평균, 표준편차, Pearson's correlation, Hierarchical Regression, Multiple Regression을 실시하였다.

## IV. 연구결과 및 해석

### 1. 가족건강성 및 관련변인의 일반적 경향

가족건강성 및 관련변인의 일반적 경향은 다음 <표 2>와 같다. 가족건강성은 3.68점으로 중간점인 3점보다 높게 나타

나 조사대상자의 가족건강성은 양호한 것으로 볼 수 있다. 이같은 결과는 선행연구들(박수선, 2006; 최정혜, 2006)과 일치하는 것으로 볼 수 있다. 가족건강성의 각 하위 영역별 경향을 살펴보면, 가족원간의 유대가 3.87점, 문제해결 수행능력이 3.75점, 의사소통이 3.65점, 가치체제공유가 3.44점 순이었다. 가족건강성 하위 영역 중 가장 낮은 점수를 보인 영역은 가치체제공유 영역으로 나타났는데, 이는 선행연구들(강수정, 2007; 권대희, 오윤자, 2004)과 일치하는 결과이다. 가치체제공유는 가족원간 가치관이나 신념을 공유하면서 함께 의사결정을 하는 것 등을 포함하는데, 가부장제하에서 생활해온 우리나라 가족의 경우 가장 중심의 가족생활이 유지되어 왔음을 보여주는 결과라 할 수 있다. 따라서 가족건강성 증진을 위해 우선적으로 개입해야 할 부분은 가치체제공유를 위한 노력임을 알 수 있다.

가족개념 인식도는 가족개념 수용도, 가족기능 인식도, 가족가치관으로 구성하였다. 가족개념 수용도는 전체 20점 만점에 12.56점으로 나타나 가족개념의 다양성을 수용하는 정도가 중간수준 이상인 것으로 나타났다. 가족기능 인식도는 5점 만점에 3.95점으로 나타나 가족이 가족구성원 및 사회에 대해 많은 기능을 수행해야 하는 것으로 평가하였다. 가족가치관은 5점 만점에 3.15점으로 나타나 중간점인 3점을 기준으로 볼 때, 전통적 가족가치관을 나타냈다. 이처럼 가족의 다양성에 대한 수용도는 높으나 전통적 가족가치관을 가지고 있는 것으로 나타난 결과는 사람들의 인식과 행동간에는 격차가 존재함을 밝힌 유계숙과 유영주(2002)의 연구와 일치하고 있다.

개인의 심리적 특성 관련변인 중에서 자아존중감은 3.83점으로 중간점인 3점보다 높아 자아존중감수준이 높은 것으로 볼 수 있고, 우울 수준은 2.71점으로 나타나 우울 수준이 낮은 것으로 볼 수 있다. 가족관계 만족도는 3.80점으로 나타나 비교적 높은 것으로 볼 수 있다.

### 2. 가족건강성과 관련변인 간 상관관계

가족건강성과 관련변인간의 상관관계는 <표 3>과 같다. 가족건강성 전체는 가족건강성의 하위 영역들과 높은 정적 상관을 나타냈는데, 가족원간의 유대 정도가 높을 때( $r =$

<표 2> 가족건강성 및 관련변인의 일반적 경향

		M	SD			M	SD	
가 족 건 강 성	가족원간의 유대	3.87	.66	가족 개념 인식	가족개념 수용도	12.56	3.93	
	의사소통	3.65	.62		가족기능 인식도	3.95	.58	
	가치체제공유	3.44	.67		가족가치관	3.15	.58	
	문제해결수행능력	3.75	.63		자아존중감	3.83	.66	
전체	3.68	.58	우울	2.71	.85	가족관계만족도	3.80	.69

〈표 3〉 가족건강성 및 관련변인의 상관관계

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2	-.13**	1													
3	.03	-.65***	1												
4	-.05	.17***	-.23***	1											
5	.00	.24***	-.25***	.23***	1										
6	-.06	-.08*	.09*	-.19***	-.26***	1									
7	.01	-.10**	.11**	-.21***	-.24***	.55***	1								
8	-.06	.13**	-.18***	.16***	.34***	-.29***	-.27***	1							
9	.09*	.02	-.03	.10**	-.01	.07	.08*	.04	1						
10	-.00	-.13***	.13**	-.09*	-.18***	.34***	.38***	-.14***	.04	1					
11	-.26***	.51***	-.48***	.08*	.12**	.08*	.08*	.11**	.04	.11**	1				
12	.02	-.01	.06	-.14***	-.22***	.39***	.61***	-.30***	.09*	.35***	.12**	1			
13	.07	-.03	.09*	-.12**	-.20***	.37***	.59***	-.34***	.07	.31***	.09*	.81***	1		
14	.07	.01	.08*	-.18***	-.20***	.36***	.51***	-.28***	.07	.30***	.19***	.73***	.75***	1	
15	.06	-.13***	.12**	-.17***	-.22***	.30***	.49***	-.38***	-.02	.32***	.02	.69***	.72***	.68***	1
16	.06	-.03	.09*	-.17***	-.24***	.40***	.62***	-.35***	.07	.36***	.12**	.92***	.92***	.89***	.84***

주. 1-성별(남자 0, 여자 1), 2-연령, 3-교육수준, 4-생활수준, 5-건강상태, 6-자존감, 7-가족관계 만족도, 8-우울, 9-개념수용도, 10-기능인식도, 11-가족가치관, 12-유대, 13-의사소통, 14-가치공유, 15-문제해결, 16-가족건강성  
 \*  $p < .05$  \*\*  $p < .01$  \*\*\*  $p < .001$

.92), 의사소통이 잘 이루어질 때( $r = .92$ ), 가족원간에 가치가 공유될 때( $r = .89$ ), 문제해결 능력을 가지고 있을 때( $r = .84$ ) 가족건강성은 높아지는 것으로 나타났다.

가족건강성과 가족개념과의 상관을 살펴보면, 가족건강성은 가족기능 인식도( $r = .36$ ), 가족가치관( $r = .12$ )과는 유의한 정적 상관이 나타났으나 가족개념 수용도와는 유의한 상관이 나타나지 않았다. 즉, 가족이 가족 내, 외적으로 다양한 기능을 수용해야 한다고 인식할 때, 전통적 가족가치관을 가지고 있을 때 가족건강성은 높아지는 것으로 볼 수 있다.

개인의 심리적 특성 관련변인 및 가족관계 만족도와 가족건강성과의 관련성을 살펴보면 다음과 같다. 가족건강성은 우울( $r = -.35$ )과 부적 상관을, 자아존중감( $r = .40$ ), 가족관계 만족도( $r = .62$ )와는 정적 상관을 나타냈다. 즉, 우울수준이 낮을 때, 자아존중감이 높을 때, 가족관계 만족도가 높을

때 가족건강성이 높은 것으로 나타났다.

기타 관련변인과 가족건강성과의 상관을 살펴보면, 교육수준( $r = .09$ )과는 정적 상관을, 생활수준( $r = -.17$ ), 건강상태( $r = -.24$ )와는 부적 상관을 나타냈다. 즉, 교육수준이 높을 때, 생활수준이 높다고 인지할 때, 자신이 건강하다고 생각할 때 가족건강성은 높아지는 것으로 볼 수 있다.

### 3. 가족건강성에 영향을 미치는 변인

#### 1) 관련변인의 가족건강성에 대한 영향력

가족건강성을 예측하는 변인들의 영향력을 측정하기 위하여 사회인구학적 변인, 개인의 심리적 특성 관련변인, 가족개념 인식도의 순으로 위계적 회귀분석(Hierarchical Regression)을 실시하였다.

회귀식에 사용된 변인은 상관분석에서 유의한 변인을 중

〈표 4〉 가족건강성에 영향을 미치는 변인

		모델 1		모델 2		모델 3	
변인		b	β	b	β	b	β
사회 인구	생활수준	-.14	-.12**	-.07	-.06	-.08	-.07*
	건강상태	-.19	-.21***	-.06	-.07	-.05	-.06
개인 심리	자아존중감			.27	.31***	.19	.21***
	우울			-.16	-.23***	-.17	-.26***
가족 개념 인식	가족개념수용도					.01	.06
	가족기능인식도					.22	.22***
	가족가치관					.12	.12***
F		26.81***		52.07***		41.24***	
Adjusted R <sup>2</sup>		.07		.23		.29	
R <sup>2</sup> 증가량				.16		.06	

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

심으로 구성하였는데, 사회인구학적 변인 중에서는 생활수준과 건강상태를, 개인의 심리적 특성 관련변인 중에서는 자아존중감과 우울을 포함하였다. 가족개념 인식도에서는 가족개념 수용도, 가족기능 인식도, 가족가치관을 사용하였다.

회귀가정의 만족여부를 파악하기 위해 VIF계수와 DW계수를 조사하였는데, 모든 회귀식에서 VIF계수는 1점대에 머물러 다중공선성의 문제가 없는 것으로 나타났고, DW계수도 1.86-1.92의 범위에 있어 잔차간 자기 상관성이 없는 것으로 볼 수 있다.

가족건강성에 영향을 미치는 주요 변인의 영향력은 〈표 4〉와 같다. 모델 1에서는 사회인구학적 변인을 투입하였는데, 생활수준과 건강상태가 유의한 영향 변인으로 나타났다. 즉, 생활수준이 높을수록, 자신이 건강하다고 느낄수록 가족건강성이 높은 것으로 나타났다. 이 변인들의 가족건강성 설명력은 7%였다.

모델 2에서는 개인의 심리적 특성 관련변인이 추가되었다. 가족건강성에 유의한 영향을 미치는 변인은 자아존중감과 우울로 나타났는데, 자아존중감이 높을수록 우울수준이 낮을수록 가족건강성이 높은 것으로 나타났다. 모델 1에서 유의하게 나타난 사회인구학적 변인은 유의하지 않은 것으로 나타났다. 모델 2의 설명력은 23%로 모델 1보다 16% 증가하였다.

모델 3에서는 모델 2에 가족개념인식도 관련변인을 추가 투입하였다. 모델 3의 결과에 따르면, 가족건강성에 영향을 미치는 변인으로는 생활수준(β = -.07, p < .05), 자아존중감(β = .21, p < .001), 우울(β = -.26, p < .001), 가족기능 인식도(β = .22, p < .001), 가족가치관(β = .12, p < .001) 등으로 나타났다. 즉, 생활수준이 높을수록, 자아존중감이 높을수록, 우울수준이 낮을수록, 가족기능 인식 수준이 높을수록, 전통적 가족가치관을 가지고 있을수록 가족건강성의 수준은 높은 것으로 볼 수 있다. 모델 3은 모델 2보다 설명력이 6%

증가하여 전체 설명력은 29%였다.

생활수준이 높을수록 가족건강성이 높게 나타난 결과는 선행연구들(강희경, 2005; 권대희, 오윤자, 2004; 김명자, 2004; 박수선, 2006)과 일치하는 결과로, 자본주의 사회에서 경제적 안정이 가족건강성에 영향을 미치는 변인임을 알 수 있다. 개인의 심리적 특성 관련변인 중에서는 자아존중감과 우울의 영향력이 높게 나타났는데, 이는 선행연구들(권대희, 오윤자, 2004; 배경의, 김은하, 2007)에서도 나타난 결과로 개인의 심리적 건강성이 가족의 건강성에 영향을 미침을 알 수 있다. 앞의 상관분석에 따르면, 자아존중감과 우울은 부적 상관이 있는 것으로 나타났다. 즉, 자신에 대해 긍정적인 시각을 가지고 있는 사람은 우울증이 낮아지고 가족을 바라보는 시각도 긍정적이어서 높은 가족건강성을 나타내는 것으로(양순미, 2001) 볼 수 있다. 따라서 자아존중감을 높이고 우울을 감소시킴으로써 가족건강성을 증진시킬 수 있는 방안의 모색이 필요하다.

한편 가족개념 인식도에서는 가족기능인식도와 가족가치관이 유의한 영향 변인으로 나타났다. 우리나라는 가족주의적 의식이 여전히 남아있어(옥선화, 성미애, 신기영, 2000; 유영주, 2004) 가족기능 인식도나 가족가치관이 전통적일수록 가족건강성이 높아지는 것으로 볼 수 있다. 그러나 전통적 가족가치관이 점차 근대적인 방향으로 변화하고 있음을 고려하면(양옥경, 2001; 이영숙, 박경란, 2002) 가족가치관과 가족건강성과의 관계는 지속적으로 연구되어야 할 것이다.

2) 성, 연령, 가족유형에 따른 가족건강성 영향 변인

(1) 성에 따른 가족건강성 영향 변인

성에 따른 가족건강성 예측 변인을 탐색하기 위해 남성과 여성의 가족건강성을 종속변인으로, 사회인구학적 변인, 개인의 심리적 특성 관련변인, 가족개념 인식도 등을 독립변인



으로 한 중다회귀분석을 실시하였다. 회귀가정의 만족여부를 파악하기 위해 VIF계수와 DW계수를 조사하였는데, VIF계수는 1절대에 머물렀고, DW계수는 남성이 1.99, 여성이 1.80으로 나타났다.

남성과 여성의 가족건강성에 영향을 미치는 주요 변인의 영향력은 <표 5>와 같다. 남성의 가족건강성에 유의한 영향을 미치는 변인은 생활수준( $\beta = -.06, p < .05$ ), 자아존중감( $\beta = .22, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.26, p < .001$ ), 가족기능인식도( $\beta = .24, p < .001$ ), 가족가치관( $\beta = .13, p < .05$ )으로 나타났다. 즉, 생활수준이 높을수록, 자아존중감이 높을수록, 우울수준이 낮을수록, 가족기능 인식도가 높을수록, 가족가치관이 전통적일수록 가족건강성은 높은 것으로 나타났다. 이 변인들은 남성 가족건강성의 33%를 설명하고 있다.

여성의 가족건강성에 유의한 영향변인은 자아존중감( $\beta = .22, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.23, p < .001$ ), 가족개념 수용도( $\beta = .10, p < .05$ ), 가족기능 인식도( $\beta = .21, p < .001$ ), 가족가치관( $\beta = .15, p < .01$ )으로 나타났다. 여성은 자아존중감이 높을수록, 우울수준이 낮을수록, 가족개념 수용도가 높을수록, 가족기능 인식도가 높을수록, 가족가치관이 전통적일수록 가족건강성 수준이 높은 것으로 나타났다. 이 변인들의 영향력은 39%였다.

남성과 여성의 가족건강성에 영향을 미치는 공통 변인은 자아존중감, 우울, 가족기능 인식도, 가족가치관 등이었다. 한편 남성의 가족건강성에서만 유의한 영향변인은 생활수준이었고, 여성의 가족건강성에서만 유의한 영향변인은 가족개념 수용도였다. 남성의 경우 생활수준이 유의한 영향변인으로 나타났는데, 이는 전통적 가족가치관을 가지고 있는 남성이 가족부양자로서의 책임감을 인식하면서 나타난 결과로 볼 수 있다. 여성의 경우는 남성에게 유의하지 않았던 가족개념수용도가 유의한 영향변인으로 나타났다. 선행연구(양

옥경, 2001; 유계숙, 유영주, 2002)에 따르면, 여성들은 남성들보다 가족개념의 다양성을 더 수용하는 것으로 나타났는데, 시대변화에 대해 수용적인 태도를 갖는 여성들의 가족건강성이 더 높은 것으로 볼 수 있다. 한편, 여성의 가치관 변화속도가 남성보다 빨리 진행되고 여성의 가족개념 수용도가 더 높아지는 반면, 남편의 전통적 가족가치관이 지속적으로 유지된다면 가족갈등을 초래하여 가족건강성을 위협할 수 있음을 고려해야 할 것이다.

(2) 연령에 따른 가족건강성 영향 변인

연령별 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 파악하기 위해 연령대별로 중다회귀분석을 실시하였다. VIF계수는 1절대에 머물렀고, DW계수는 1.78-1.90으로 나타나 회귀가정은 만족스러운 것으로 볼 수 있다. 연구 결과는 <표 6>과 같다.

20-30대의 가족건강성에 유의한 영향변인은 생활수준( $\beta = -.11, p < .05$ ), 자아존중감( $\beta = .22, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.20, p < .01$ ), 가족기능 인식도( $\beta = .26, p < .001$ )인 것으로 나타났다. 즉, 생활수준이 높을수록, 자아존중감이 높을수록, 우울수준이 낮을수록, 가족기능 인식도가 높을수록 가족건강성은 높은 것으로 나타났다. 이러한 변인들은 26%의 설명력을 갖는다.

40-50대의 가족건강성에 유의한 영향변인은 자아존중감( $\beta = .21, p < .01$ ), 우울( $\beta = -.30, p < .001$ ), 가족개념 수용도( $\beta = .13, p < .05$ ), 가족기능 인식도( $\beta = .26, p < .001$ )로 나타났다. 즉, 자아존중감이 높을수록, 가족개념에 대해 수용적일수록, 가족기능 인식도가 높을수록 가족건강성은 높아지는 것으로 볼 수 있다. 이 변인들은 40-50대의 가족건강성을 36%정도 설명하고 있다.

60대 이상의 가족건강성은 자아존중감( $\beta = .19, p < .01$ ), 우울( $\beta = -.25, p < .001$ ), 가족가치관( $\beta = .24, p < .001$ )에 의해 영향을 받는 것으로 나타났는데, 이 변인들은 27%정도 설명력을 가지고 있다. 즉, 자아존중감이 높을수록, 우울 수준이 낮을수록, 가족가치관이 전통적일수록 가족건강성은 높은 것으로 볼 수 있다.

이상의 결과를 종합해보면, 자아존중감과 우울은 모든 연령대에서 유의한 영향변인으로 나타났고, 생활수준은 20-30대에서만, 가족개념수용도는 40-50대에서만, 가족기능 인식도는 20-30대, 40-50대에서, 가족가치관은 60대 이상에서만 유의한 변인으로 나타났다. 또한 20-30대에서는 가족기능 인식도가 가장 높은 영향력을 갖는 반면, 40-50대에서는 우울의 영향력이 가장 높게 나타났다.

20-30대의 가족건강성에 대한 생활수준의 영향력은 김명자(2004), 배경의와 김은하(2007)와 일치하는 결과로 20-30대의 가족건강성은 다른 연령대와 달리 생활수준에 따른 영

<표 5> 남성과 여성의 가족건강성에 영향을 미치는 변인

변 인	남성		여성	
	b	$\beta$	b	$\beta$
생활수준	-.12	-.06*	-.06	-.05
건강상태	-.07	-.05	-.05	-.05
자아존중감	.17	.22***	.20	.22***
우울	-.16	-.26***	-.17	-.23***
가족개념수용도	-.00	-.01	.02	.10*
가족기능인식도	.22	.24***	.22	.21***
가족가치관	.14	.13*	.15	.15**
F	19.82***		47.83***	
R <sup>2</sup>	.35		.40	
Adjusted R <sup>2</sup>	.33		.39	

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

〈표 6〉 연령별 가족건강성에 영향을 미치는 변인

변인	20-30대		40-50대		60대 이상	
	b	β	b	β	b	β
생활수준	-.14	-.11*	-.03	-.02	-.09	-.08
건강상태	-.06	-.06	-.03	-.03	-.07	-.08
자아존중감	.21	.22***	.18	.21**	.16	.19**
우울	-.16	-.20**	-.24	-.30***	-.14	-.25***
가족개념수용도	.01	.05	.02	.13*	.00	.01
가족기능인식도	.31	.26***	.25	.26***	.09	.11
가족가치관	.16	.09	.06	.05	.23	.24***
F	14.22***		19.13***		11.96***	
R <sup>2</sup>	.28		.38		.30	
Adjusted R <sup>2</sup>	.26		.36		.27	

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

향을 받고 있었다. 한편 40-50대의 가족건강성은 다른 세대와 달리 가족개념 수용도의 영향을 받고 있었다. 이는 40-50대의 경우 이제 가족을 형성해가는 20-30대나 고정된 가족의 형태를 유지해가는 60대 이상의 세대에 비해 가족생활에 대한 역동성이 가장 높은 세대이며 주변에서 다양한 가족 형태를 간접 경험할 가능성이 높은 세대이기 때문으로 볼 수 있다.

60대 이상 세대의 경우 다른 세대와 달리 가족기능인식도는 유의한 영향변인이 아니었고 가족가치관은 유의한 영향변인으로 나타났다. 이는 60대 이상의 연령인 경우 가족이 수행하는 기능이 매우 제한적이고 변화시키기 어렵기 때문에 가족기능 인식도에 의해 가족건강성은 영향을 받지 않는 것으로 볼 수 있다. 그러나 현실적으로 가족기능의 변화를 인식하더라도 자녀관, 부양 및 효도관 등에 대한 가치관은 여전히 60대 이상 세대의 가족건강성에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다. 즉 가족과 관련한 실생활의 변화를 수용하면서도 여전히 전통적인 가족가치를 고수하고 있는 것으로 볼 수 있다. 또한 60대 이상의 노인은 동거, 부양 등 전형적인 가족 기능을 수행하지 못하는 경우가 많아 가족기능인식도의 영향력이 유의하지 않게 나타났을 수도 있다.

(3) 가족유형에 따른 가족건강성 영향 변인

가족유형별 가족건강성 영향 변인 분석 결과는 〈표 7〉과 같다. 가족유형은 부부와 미혼 자녀로 구성된 전형적인 핵가족, 부부와 그 부모, 또는 기혼자녀와 손자녀가 함께 사는 확대가족, 부부만 사는 부부가족으로 구분하였다. 독신의 경우 미혼 독신과 노인단독가구 등 성격이 다른 가족유형이 있어 연구에서는 제외하였다. 회귀가정의 만족여부를 파악하기 위해 VIP계수와 DW계수를 조사하였는데, VIP계수는 1점대에 머물렀고, DW계수는 핵가족이 1.77, 확대가족이 2.23, 부부가족이 1.80으로 나타났다.

핵가족의 경우, 가족건강성에 영향을 미치는 변인은 자아존중감( $\beta = .22, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.26, p < .001$ ), 가족기능 인식도( $\beta = .25, p < .001$ )로 나타났는데, 이 변인들은 30%의 설명력을 갖는다. 즉, 자아존중감이 높을수록, 우울 수준이 낮을수록, 가족기능 인식도가 높을수록 핵가족의 가족건강성은 높아지는 것으로 볼 수 있다.

확대가족의 가족건강성은 생활수준( $\beta = -.22, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.36, p < .001$ ), 가족기능 인식도( $\beta = .26, p < .001$ )에서 유의한 영향을 받는 것으로 나타났는데, 이 변인들은 32%의 설명력을 갖는다. 즉, 확대가족은 생활수준이 높을수록, 우울수준이 낮을수록, 가족기능 인식도가 높을수록 가족건강성이 높아지는 것으로 볼 수 있다.

부부가족의 가족건강성은 자아존중감( $\beta = .33, p < .001$ ), 우울( $\beta = -.27, p < .001$ ), 가족가치관( $\beta = .37, p < .001$ )이 유의한 영향변인으로 나타났다. 즉, 부부가족은 자아존중감이 높을수록, 우울수준이 낮을수록, 전통적 가족가치관을 가지고 있을수록 가족건강성이 높아지는 것으로 볼 수 있다. 이들 변인의 설명력은 39%였다.

가족유형별로 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 살펴본 결과, 모든 가족형태에서 공통으로 나타난 영향변인은 우울이었다. 자아존중감은 핵가족과 부부가족의 가족건강성에 유의한 변인이었고, 가족기능 인식도는 핵가족과 확대가족의 가족건강성에 유의한 영향을 미치고 있었다. 한편, 생활수준은 확대가족에서만, 가족가치관은 부부가족에서만 유의한 영향변인으로 나타났다. 확대가족의 경우는 다양한 세대로 구성이 되어 가족원의 욕구가 다양하며 따라서 생활수준의 영향력이 높게 나타난 것으로 볼 수 있다. 가족가치관이 부부가족의 가족건강성에 미치는 영향력은 대부분의 부부가족이 노인 부부가족임을 고려하면 앞의 60대 이상의 가족가치관이 가족건강성에 미치는 영향력과 같은 맥락으로 볼 수 있다.

〈표 7〉 가족유형별 가족건강성에 영향을 미치는 변인

변인	핵가족		확대가족		부부가족	
	b	β	b	β	b	β
생활수준	-.04	-.05	-.26	-.22*	-.23	-.18
건강상태	-.06	-.06	.03	.03	-.03	-.03
자아존중감	.21	.22***	.14	.17	.24	.33**
우울	-.19	-.26***	-.26	-.36**	-.15	-.27**
가족개념수용도	.01	.07	.01	.08	.01	.08
가족기능인식도	.27	.25***	.27	.26*	.06	.07
가족가치관	.06	.05	.10	.10	.35	.37***
F	28.55***		6.46***		9.16***	
R <sup>2</sup>	.31		.38		.44	
Adjusted R <sup>2</sup>	.30		.32		.39	

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

### V. 논의 및 결론

본 연구는 20세 이상 성인 남녀를 대상으로 가족건강성의 실태를 파악하고 가족건강성과 관련변인과의 관련성을 파악하며, 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 성별, 세대별, 가족유형별로 탐색하기 위하여 실시하였다. 이를 위해 서울과 광주에 거주하는 20세 이상 성인 남녀를 대상으로 설문조사를 실시하였는데, 총 703명의 자료를 분석에 사용하였다. 자료분석을 위해 SPSS를 이용하였다. 주요 연구결과를 논의하고 결론을 내리면 다음과 같다.

첫째, 성인남녀의 가족건강성 점수는 중간점보다 높게 나타나 비교적 건강한 것으로 나타났다. 가족건강성의 하위 영역별로도 모두 3점 이상으로 나타나 양호한 것으로 볼 수 있다. 하위 영역 중 가장 낮은 점수를 보인 영역은 가치체계공유 영역으로 나타나 가족건강성을 증진시키기 위해서는 가치체계공유도를 높이는 일이 필요할 것으로 여겨진다. 가치체계공유란 가족원간의 가치관, 신념, 관심사, 가족규칙 등의 공유정도, 가족원간의 공동 의사결정 등을 의미한다. 전통적으로 가부장제를 유지해 온 우리나라는 가부장의 가족성원에 대한 지배를 당연하게 생각해 왔고 규칙이나 가치관을 함께 만들어나가기 보다는 선조나 부모가 정한 규칙과 가치관에 순응하며 생활해 왔다. 그러나 사회변화와 함께 생활양식이 변화하고 탈가부장주의가 팽배해지면서 과거와는 다른 가족생활에 대한 요구가 높아지고 있다. 즉, 현대의 한국 가족은 전통적 가부장주의에서 근대적 탈가부장주의로의 전환기에 있다고 볼 수 있고 가치체계공유의 어려움은 계속 발생할 가능성이 있다.

다행히 가치체계공유 영역의 점수가 중간수준 이상인 것을 보면, 아직까지 가치체계의 차이로 인한 갈등은 높은 수준이 아님을 알 수 있다. 또한 가족내 규칙과 가치관 형성에

대해 가족성원들이 합의하는 방법이나 공통의 관심사를 찾아나가고 있는 과정에 있다고도 볼 수 있다. 그러나 가족은 다양한 세대가 공존하고 있고 각 세대별로 공유하는 가치기준이 달라지고 있다는 점을 고려하면, 가족구성원이 가치체계를 공유하는 것이야말로 가족의 건강성을 증진시키기 위해 기본적으로 필요한 일이라 볼 수 있다. 따라서 가족건강성 증진을 위한 교육 및 정책을 수립할 때는 세대간 가치 수용 및 조정을 통한 가치체계 공유방법, 합리적 의사결정을 통한 가족규칙 수립 방법 등에 대한 내용을 포함하여 가족구성원간 가치체계공유 수준을 높이는 것이 필요할 것이다.

둘째, 가족건강성에 영향을 미치는 변인 중 가장 영향력이 높게 나타난 변인은 개인의 심리적 특성 관련변인이었다. 자아존중감이 높을수록, 우울수준이 낮을수록 가족건강성은 높아지는 것으로 나타났는데, 이는 자아존중감 향상과 우울의 감소를 통한 가족건강성 증진이 필요함을 제시하는 결과이다. 자아존중감이 높은 사람은 자신에 대해 긍정적인 시각을 가지고 있고, 이는 가족을 긍정적으로 바라보는 시각을 갖게 하여 높은 가족건강성과 연결된다(양순미, 2001). 본 연구의 상관분석에 따르면, 높은 수준의 자아존중감은 낮은 우울과 상관을 보이고 있는데, 이는 자아존중감이 높은 사람은 우울증에 걸릴 가능성이 감소한다는 연구(Culp & Beach, 1993, 노은여, 권정혜, 1997 재인용)와 일치하는 결과이다. 따라서 가족건강성 증진을 위해서는 자아존중감 향상과 우울수준 감소를 위한 방안 모색이 필요하다고 볼 수 있다.

가족구성원을 대상으로 하는 자아존중감 향상 교육 프로그램 실시하는 것은 가족건강성 증진에 도움을 줄 것이다. 한편 자아존중감 향상 및 우울의 감소는 높은 가족관계 만족도와 상관이 있는 것으로 나타났는데, 이는 가족관계 만족도의 증진을 통해 가족의 건강성 증진을 모색할 수 있음을 나타내는 결과이다. 따라서 가족관계를 증진시키기 위한 다양한

가족생활 교육 프로그램의 개발 및 실시가 요구된다. 자아존중감은 자신에 대한 존중감이지만 일정부분 타인과의 지속적인 상호작용을 통해 획득된다고 보면, 각 가정과 사회에서 칭찬과 격려, 지지를 통해 긍정적인 분위기를 만들기 위한 지역 사회 운동도 가족의 건강성 증진에 도움을 줄 것이다.

셋째, 가족기능 인식도, 가족가치관은 가족건강성에 영향을 미치는 변인으로 나타났다. 가족기능 인식도가 높을수록, 전통적 가족가치관을 가지고 있을수록 가족건강성은 높아지는 것으로 나타났다. 이는 우리나라에 가족주의적 의식이 여전히 남아있기 때문에(옥선화, 성미애, 신기영, 2000; 유영주, 2004) 나타난 결과로 볼 수 있다. 가족기능 인식도 점수는 5점 만점에 3.95점으로 높게 나타났는데, 이는 구성원 및 사회에 대한 가족의 기능을 매우 높게 인식하고 있음을 나타내는 결과이다. 따라서 가족기능 강화를 위한 가족의 역량 강화 및 사회적 지지체계의 구축을 통해 가족이 제 기능을 잘 수행하고 가족의 기능에 대해 긍정적 인식을 할 수 있도록 돕는 것이 가족건강성을 증진시키는데 도움을 줄 것이다. 한편 가족생활에서 개인의 자유와 주도성이 매우 강조되고 있고(Thornton & Young, 2001), 표면적으로는 근대화된 것처럼 보이는 현대의 가족생활이 실제 내용에서는 전통적 가족제도를 긍정하는 가치의식의 불균형 상태가 공존하고 있어, 이러한 상황에서 행동과 의식간에 불일치 현상이 나타나기도 한다(신수진, 2002). 따라서 전통적 가족가치관이나 가족기능 인식 정도와 현실과의 균형을 이루기 위한 방안이 모색되어야 할 것이다.

넷째, 성별, 연령별, 가족유형별로 가족건강성에 영향을 미치는 변인을 살펴본 결과 성, 연령, 가족유형별로 영향력을 미치는 변인에 차이가 있는 것으로 나타났다. 남성과 여성 모두 자아존중감, 우울, 가족기능 인식도, 가족가치관 등이 유의한 영향변인이었으나 이 외에 남성은 생활수준, 여성은 가족개념수용도가 유의한 영향변인으로 나타났다. 남성은 여성보다 더 전통적인 가치관을 가지고 있고, 여성의 가족개념 수용도가 남성보다 더 높다는 것을 고려하면(김명자, 2004; 양옥경, 2001; 유계숙, 유영주, 2002; 이영숙, 박경란, 2002; Thornton & Young, 2001), 남성들은 전통적으로 남성의 역할로 인식되어온 가족 부양자로서의 책임감이 가족건강성과 연결되고, 여성은 전통적인 것에서 벗어나 근대적인 태도로의 변화를 지지할 때 가족건강성이 증진될 것으로 보인다.

세대별로 가족건강성에 유의한 영향변인을 살펴보면, 모든 세대에서 자아존중감, 우울이 영향변인으로 나타났으나, 20-30대에서는 생활수준과 가족기능 인식도, 40-50대는 가족개념 수용도와 가족기능 인식도, 60대 이상에서는 가족가치관이 영향변인으로 나타났다. 이러한 세대별 차이는 이

제 가족을 형성하며 경제적 적응을 필요로 하는 20-30대의 경우 생활수준의 영향력이 유의하게 나타나고, 다양한 가족생활을 직, 간접적으로 경험하는 40-50대의 경우는 가족개념수용도가, 가족주기를 마무리해가는 60대 이상 노년의 경우는 지금까지 가족생활을 하면서 형성시킨 전통적인 가족가치관의 영향력이 가족건강성에 영향을 미치는 것으로 볼 수 있다.

가족유형별로는 모든 가족유형에서 우울이 공통 영향변인이었고, 핵가족의 경우 가족기능 인식도와 자아존중감이, 확대가족의 경우는 생활수준과 가족기능 인식도가, 부부가족의 경우는 자아존중감과 가족가치관이 가족건강성에 유의한 영향을 미치는 변인이었다. 확대가족의 경우 생활수준의 영향력이 높게 나타난 것은 가족이 3세대 이상 구성되면서 경제적인 부분이 가족건강성에 중요 변인임을 제시하는 결과로 볼 수 있다.

이처럼 성, 세대, 가족유형별로 영향을 미치는 변인에는 차이가 있음이 밝혀졌는데, 이는 가족건강성 증진을 위한 접근을 할 때 성, 세대, 가족유형별로 세분화된 접근을 해야함을 제시하는 결과라 할 수 있다. 즉, 획일화된 가족건강성 증진 방안을 모색하기 보다는 대상이 되는 가족의 특성을 고려한 분화된 접근을 실시해야 할 것이다. 예를 들어 가족건강성을 증진시키기 위한 교육을 실시할 때, 남성에게는 생활수준 향상 관련 내용을, 여성에게는 다양한 가족개념과 이를 지지하는 의식변화 관련 교육을 추가하는 것이 효과적일 것이다.

이 연구는 다음과 같은 제한점이 있다. 첫째, 광주시와 서울시에 거주하는 20세 이상 성인남녀를 대상으로 하여 연구 결과를 일반화하는 데는 무리가 있을 수 있다. 둘째, 가족유형별 분석결과를 제시하고 있으나 핵가족, 확대가족, 부부가족의 표본수가 고른 분포를 보이지 못해 결과를 일반화 하는 데는 오류가 발생할 수 있다. 또한 좀 더 다양한 가족유형을 연구에 포함시키지 못하였다. 따라서 추후에는 다양한 지역과 가족유형을 포함한 연구가 진행되기를 바란다.

## ■ 참고문헌

- 강수정(2007). 농촌 생활개선회원들의 결혼만족도와 가족건강성 연구. 경상대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 강희경(2005). 가족의 건강성과 학령기 아동의 자아탄력성. **한국가정관리학회지**, 23(3), 93-102.
- 경지영(2000). 여성노인이 지각한 가족의 건강성 경향과 우울 정도와의 관계: 인천광역시를 중심으로. 경희대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 권대희, 오윤자(2004). 청소년기 자녀가 지각한 가족의 건강

- 성과 자아존중감에 대한 연구. **한국가정관리학회지**, 22(1), 115-127.
- 김경신(1998). 가족가치관의 세대별 비교연구. **대한가정학회지**, 36(10), 145-159.
- 김명자(2004). 부모와 대학생 자녀의 가족생활에 관한 가치 의식과 가족건강성 연구. **한국가족관계학회지**, 9(3), 55-80.
- 김인숙, 유영준(2004). 사회복지사와 클라이언트의 가족인식 연구. **한국사회복지학**, 56(1), 283-307.
- 노은여, 권정혜(1997). 결혼생활 만족도와 자아존중감이 기혼 여성의 우울에 미치는 영향 II -자아존중감의 변동성과 남녀의 차이를 중심으로-. **한국심리학회지**, 16(2), 41-54.
- 박민자(2006). 행복가족의 요소와 의미. **가족과 문화**, 18(4), 183-205.
- 박수선(2006). 가족건강성과 건강가정정책-대학생들이 인식하는 가족개념 및 가족기능을 중심으로-. 서강대학교 공공정책대학원 석사학위논문.
- 박정희, 유영주(2000). 도시가족의 건강성 및 주부의 자아존중감이 우울에 미치는 영향: 전업주부와 취업주부의 차이를 중심으로. **한국가정관리학회지**, 18(2), 156-174.
- 배경의, 김은하(2007). 청소년이 지각한 가족 건강성, 가족 기능, 자아정체감과 우울과의 관계. **아동간호학회지**, 13(3), 357-366.
- 서병숙(1994). 건전가정 육성을 위한 실천적 과제. **한국가정관리학회지**, 12(2), 275-279.
- 송경희(2004). 중학생이 지각하는 가족의 건강성과 가족의식에 관한 연구- 제주도를 중심으로-. 제주대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 송정아(1995). 한국도시 부부의 건강한 결혼관련 변인. **한국가정관리학회지**, 13(1), 69-78.
- 신수진(2002). 한국 가족 연구의 사회문화적 접근을 위한 소고. **한국가족관계학회지**, 7(2), 21-41.
- 양순미(2001). 농촌가족의 건강성에 관한 연구. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 양순미, 유영주(2000). 부모와 자녀세대가 인지한 농촌가족의 건강성 및 관련변인의 특성 연구-만자녀가 중등학교 이상에 다니는 농가 중심-. **한국가족관계학회지**, 5(1), 67-91.
- 양옥경(2000). 한국 가족개념에 관한 질적 연구. **한국가족복지학**, 6, 69-99.
- 양옥경(2001). 가족개념에 관한 대학생의 의식연구. **한국가족복지학**, 7, 175-199.
- 어은주(1996). 한국 도시 가족의 건강성 및 관련 변인 연구. 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 어은주, 유영주(1995). '가족의 건강도' 측정을 위한 척도개발에 관한 연구. **한국가정관리학회지**, 13(1), 145-156.
- 어은주, 유영주(1997). 도시가족의 건강성 및 관련변인연구-자녀교육기 가족의 주부를 대상으로-. **한국가정관리학회지**, 15(4), 269-285.
- 옥선화, 성미애, 신기영(2000). 도시 및 농촌 거주자의 가족 및 친족관련 가치관 비교. **대한가정학회지**, 38(9), 1-18.
- 유계숙(2004). 건강가족의 요소에 관한 연구-가족체계와 건강성을 중심으로-. **한국가족관계학회지**, 9(2), 25-42.
- 유계숙, 유영주(2002). 서울시민의 가족개념 인식 및 가치관에 관한 연구. **대한가정학회지**, 40(5), 79-94.
- 유영주(2004). 가족강화를 위한 한국형 가족건강성 척도 개발 연구. **한국가족관계학회지**, 9(2), 119-151.
- 유영주, 김순옥, 김경신(2008). **가족관계학**. 서울: 교문사.
- 이경희, 유영달(2006). 동거부모형태에 따른 청소년이 지각한 가족기능성과 심리적 안녕. **가족과 문화**, 18(2), 115-138.
- 이영숙, 박경란(2002). 청년과 중년의 가족 개념 비교분석. **대한가정학회지**, 40(10), 217-230.
- 이정숙(2007). 기혼남녀의 가정건강성과 건강가정기본법 인식에 관한 연구. **한국지역사회생활과학회지**, 18(4), 579-597.
- 임정아, 이인수(2006). 청소년기 가족건강성과 학교적응 연구. **아동교육**, 15(2), 37-62.
- 장문선(2004). 결혼만족 및 우울에 대한 인지-대인관계 접근과 그 치료적 개입의 효과. 경북대학교 대학원 박사학위논문.
- 전혜정, 민성혜, 이민영, 최혜영(2009). 결혼이주여성 가족 건강성에 영향을 미치는 경로. **한국가족복지학**, 14(2), 5-27.
- 조성옥(1987). 결혼만족도와 자아개념간의 관계에 대한 연구. 전남대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 조희금, 김경신, 정민자, 송혜림, 이승미, 성미애 외(2010). **건강가정론**. 서울: 신정.
- 지영숙, 이영호(1998). 한국가정의 건전도 측정을 위한 척도 개발. **한국가정관리학회지**, 16(4), 233-250.
- 최선희(2001). 한국인의 건강성 영역에 관한 연구. **한국가족학회 2001 추계학술대회 발표논문집**, 9-22.
- 최정혜(2005). 주말부부의 결혼만족도와 가족건강성-주말부부 남편과 아내의 비교-. **대한가정학회지**, 43(3), 11-26.
- 최정혜(2006). 맞벌이부부의 가족스트레스와 가족건강성. **대한가정학회지**, 44(6), 47-58.
- Farrell, M. P., & Barnes, G. M.(1993). Family system

and social support: A test of the effects of cohesion and adaptability on the functioning of parents and adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 55(1), 119-132.

Radloff, L.(1977). The CES-D scale.: A self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Rosenberg, M.(1965). *Society and adolescent self-image*. New Jersey: Princeton University Press, Princeton.

Thornton, A., & Young-DeMarco, J.(2001). Four decades of trends in attitude toward family issues in the U.S.: The 1960s through 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 63(4), 1009-1037.

---

접 수 일 : 2011년 3월 31일

심사시작일 : 2011년 4월 11일

게재확정일 : 2011년 6월 1일