



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

행정학 박사학위논문

장애아동 어머니의 사회적 지지,  
장애수용, 가족기능의 관계분석

제주대학교 대학원

행정학과

고 관 우

2016년 2월

행정학 박사학위논문

장애아동 어머니의 사회적 지지,  
장애수용, 가족기능의 관계분석

제주대학교 대학원

행정학과

고 관 우

지도교수 남 진 열

2016년 2월

# 장애아동 어머니의 사회적 지지, 장애수용, 가족기능의 관계분석

지도교수 남 진 열

고 관 우

이 논문을 행정학 박사학위 논문으로 제출함

2015년 12월

고관우의 행정학 박사학위 논문을 인준함

심사위원장

김관훈



위 원

오승환



위 원

심경수



위 원

이재환



위 원

남진열



제주대학교 대학원

2015년 12월



Structure Relation of Social Support,  
Disability Acceptance, and Family  
Function: Analysis of Mothers with the  
Disabled Children

Ko, Kwan Woo  
(Supervised by professor Nam, Chin Yeol)

A thesis submitted in partial fulfillment of the  
requirement for the degree of Doctor of Philosophy in  
Public Administration

2015. 12.

This thesis has been examined and approved.

Department of Public Administration  
GRADUATE SCHOOL  
JEJU NATIONAL UNIVERSITY

## < 목 차 >

국문초록 .....	ix
<b>I. 서론</b> .....	<b>1</b>
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구 목적 및 연구 문제 .....	5
<b>II. 이론적 논의</b> .....	<b>7</b>
1. 장애아동과 어머니의 양육부담감 .....	7
1) 장애아동 현황 .....	7
2) 장애아동 어머니의 양육부담감 .....	10
3) 장애아동 가족 양육지원 정책의 변화와 특징 .....	13
2. 장애아동 어머니와 사회적 지지 .....	17
1) 사회적 지지의 개념과 유형 .....	17
2) 사회적 지지의 원천과 특성 .....	20
3) 사회적 지지의 효과 .....	23
3. 장애아동 어머니의 장애수용 과정 .....	26
1) 장애수용의 개념 .....	26
2) 장애아동 어머니의 장애수용 과정 .....	27

4. 장애아동 가족의 특성과 가족기능 .....	30
1) 장애아동 가족의 특성 .....	30
2) 가족체계이론 접근의 유용성과 가족기능 사정도구 .....	31
5. 선행연구 고찰 .....	35
<b>III. 연구방법</b> .....	39
1. 연구대상 및 자료수집 .....	39
2. 연구모형 .....	40
3. 측정도구 .....	41
1) 사회적 지지 .....	44
2) 장애수용 .....	45
3) 가족기능 .....	46
4. 자료분석 방법 .....	47
<b>IV. 연구결과</b> .....	49
1. 일반적 특성 .....	49
1) 어머니와 장애아동의 일반적 특성 .....	49
2) 자녀의 장애인지 및 장애진단 시점 .....	50

3) 장애아동 가족지원서비스 이용실태 .....	52
2. 주요 변수의 기술통계량 및 상관관계 .....	58
3. 집단 간 차이분석 .....	60
1) 일반적 특성에 따른 주요변수의 집단 간 차이분석 .....	60
2) 서비스 이용에 따른 주요변수의 집단 간 차이분석 .....	65
4. 장애아동 어머니의 사회적 지지와 주요변수 간 구조관계분석 .....	69
1) 측정모형의 검증 .....	69
2) 구조모형 분석 .....	71
5. 주요 특성에 따른 다중집단 분석 .....	74
1) 장애유형에 따른 다중집단 분석 .....	74
2) 장애인지 시점에 따른 다중집단 분석 .....	78
3) 장애진단 시점에 따른 다중집단 분석 .....	82
4) 장애아동 나이에 따른 다중집단 분석 .....	86
5) 장애아동 가족지원서비스 이용 수에 따른 다중집단 분석 .....	90
6) 다중집단 분석에 대한 상호작용효과 비교 .....	94
<b>V. 결론 및 제언 .....</b>	<b>96</b>
1. 연구결과 및 논의 .....	96
2. 제언 .....	101
1) 실천적 제언 .....	101

2) 장애아동 가족지원정책 개선을 위한 제언 .....	103
3. 연구의 한계점 .....	105
참고문헌 .....	107
ABSTRACT .....	121
<부록> 설문지 .....	125

## <표 목 차>

<표 1> 전체 등록장애인 중 장애아동 현황 .....	8
<표 2> 생애주기별 장애유형에 따른 장애아동 현황 .....	9
<표 3> 재활(치료)서비스 이용 내용 .....	16
<표 4> 설문지 배포 및 회수 .....	40
<표 5> 설문지 구성 .....	42
<표 6> 측정변수의 신뢰도 .....	43
<표 7> 최종문항 및 적합도지수 .....	43
<표 8> 장애아동 및 어머니의 일반적 특성 .....	50
<표 9> 장애인지 및 장애진단 시점 .....	51
<표 10> 장애유형별 장애인지와 장애진단 시점 비교 .....	52
<표 11> 장애아동 가족지원서비스 이용 수 .....	53
<표 12> 장애아동 가족지원서비스 이용실태 .....	53
<표 13> 장애유형별 장애아동 가족지원서비스 이용현황 .....	54
<표 14> 생애주기별 장애아동 가족지원서비스 이용현황 .....	56
<표 15> 장애유형에 따른 장애아동 가족지원 서비스 영역별 중복이용 수 .....	57
<표 16> 주요변수의 기술통계량 .....	59
<표 17> 주요 변수 간 상관관계분석 .....	60
<표 18> 일반적 특성에 따른 주요 변수의 집단 간 차이분석 .....	62
<표 19> 서비스 이용에 따른 사회적지지, 장애수용, 가족기능 차이분석 .....	67
<표 20> 영역별 중복이용에 따른 사회적지지, 장애수용, 가족기능 차이분석 .....	68

<표 21> 측정모형 분석결과 .....	71
<표 22> 구조모형 분석결과 경로계수 .....	72
<표 23> 효과분해 및 간접효과 검증 .....	73
<표 24> 장애유형에 따른 측정동일성 모델적합도 비교 .....	75
<표 25> 장애유형별 집단 간 경로계수 및 차이검증 .....	76
<표 26> 장애유형별 집단 간 효과분해와 간접효과 검증 .....	77
<표 27> 장애인지 시점에 따른 측정동일성 모델적합도 비교 .....	79
<표 28> 장애인지 집단 간 경로계수 및 차이검증 .....	80
<표 29> 장애인지 집단 간 효과분해와 간접효과 검증 .....	81
<표 30> 장애진단 시점에 따른 측정동일성 모델적합도 비교 .....	83
<표 31> 장애진단 집단 간 경로계수 및 차이검증 .....	84
<표 32> 장애진단 집단 간 효과분해와 간접효과 검증 .....	85
<표 33> 장애아동 나이에 따른 측정동일성 모델적합도 비교 .....	87
<표 34> 장애아동 나이에 따른 집단 간 경로계수 및 차이검증 .....	88
<표 35> 장애아동 나이에 따른 집단 간 효과분해와 간접효과 검증 .....	89
<표 36> 서비스 이용 수에 따른 측정동일성 모델적합도 비교 .....	91
<표 37> 서비스 이용 수에 따른 경로계수 및 차이검증 .....	92
<표 38> 서비스 이용 수에 따른 집단 간 효과분해와 간접효과 검증 .....	93
<표 39> 주요 특성에 따른 다중집단 분석 비교 .....	95

## <그림 목차>

[그림 1] Abidin의 양육스트레스 모형 .....	10
[그림 2] 사회적 지지 개념의 이론적 틀 .....	20
[그림 3] 연구모형 .....	40
[그림 4] 측정모형 결과 .....	70
[그림 5] 구조모형 분석결과 .....	72
[그림 6] 장애유형별 다중집단 구조모형 결과 .....	76
[그림 7] 장애인지 집단 간 다중집단 구조모형 결과 .....	80
[그림 8] 장애진단 집단 간 다중집단 구조모형 결과 .....	84
[그림 9] 장애아동 나이 집단 간 다중집단 구조모형 결과 .....	88
[그림 10] 서비스 이용 수에 따른 집단 간 다중집단 구조모형 결과 .....	92



## 장애아동 어머니의 사회적지지, 장애수용, 가족기능의 관계분석

고 관 우

제주대학교 대학원 행정학과

지도교수 남 진 열

본 연구는 장애아동과 가족을 하나의 기능단위로 보고 장애아동과 어머니의 공식적 지지체계에 의해 제공되고 있는 다양한 도움과 지원이 장애아동 어머니와 가족에게 실질적으로 어떠한 영향을 미치는지 규명하고, 효과적인 서비스제공에 필요한 함의를 제공하는데 그 목적이 있다.

이를 위해 본 연구에서는 장애아동 가족지원서비스 제공 전문가에 의한 사회적 지지를 독립변수로 설정하고, 자녀의 장애에 대한 어머니의 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 구조적 관계를 살펴보았다. 그리고 장애아동 가족지원정책의 개선을 위한 기초자료를 제공하기 위하여 장애아동의 장애유형과 나이, 장애인지 및 장애진단 시점 그리고 서비스 이용 수에 따른 상호작용효과를 살펴보고, 각 집단 간 구조모형의 경로계수의 차이를 확인하였다.

자료 수집은 전국 17개 시·도의 전문 의료기관, 민간기관, 장애인복지관, 장애인부모회 등에서 장애아동 가족지원서비스를 이용하고 있는 장애아동 어머니를 대상으로 편의표집방법을 활용하여 설문조사를 실시하였다. 최종분석에 활용된 설문지는 뇌병변장애아동 어머니 283명(62.6%), 발달장애아동 어머니 169명(37.4%) 총452명의 응답자를 대상으로 분석을 진행하였다.

본 연구결과와 논의를 종합하면 다음과 같다.

첫째, 자녀의 장애를 인지한 시점과 장애를 진단받은 시점 간 약 17개월의 차이

가 나타났고, 장애아동의 나이와 장애유형에 따라 장애아동 가족지원서비스 이용 내용에 상이한 이용패턴을 보였다. 이는 부모가 자녀의 장애를 인지하고 진단받는 과정에서 개인의 심리적 갈등과 가족의 변화를 예측할 수 있으며, 장애자녀의 발달과정에서 나타나는 문제 상황에 따라 필요한 서비스 욕구가 다르게 나타날 수 있음을 시사한다.

둘째, 일반적 특성에 따른 사회적 지지, 장애수용, 가족기능의 집단 간 차이에서 사회적 지지와 장애수용은 어머니의 개인적 특성에 따라 차이가 있는 반면 가족기능은 장애아동 어머니와 장애아동의 일반적 특성에 따라 대부분 차이가 나타났다. 그리고 장애아동 가족지원서비스 이용유무에 따른 집단 간 차이에서는 의료재활영역 서비스의 이용 효과는 나타난 반면 발달재활서비스에서는 부정적 상태를 보였다.

이는 장애아동 가족을 위한 사회적 지지는 장애아동 뿐만 아니라 가족구성원들 모두에게 필요한 생태체계적 관점에서 장애아동 가족지원서비스가 제공되어야 함을 나타내지만 발달재활서비스의 종류와 내용이 수요자의 욕구에 부합하지 못하고 있다는 것이다.

셋째, 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 구조관계 분석 결과 사회적 지지는 자녀의 장애를 수용하는 장애수용을 매개로 가족기능에 긍정적 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났고, 간접효과도 유의하였다. 따라서 공식적 지지체계에 의한 사회적 지지는 가족구성원의 적응과 변화를 통해 가족기능에 변화를 이끌어내는 중요한 요인이다. 장애아동 가족에 대한 사회적 지지체계는 가족에 대한 직접적인 접근보다는 어머니나 가족구성원이 자녀의 장애를 수용하고 양육스트레스를 감소시키는 역할로서 장애 자녀를 가족구성원으로 받아들이고, 공동양육 인식을 강화하는 방향으로 지원체계와 서비스의 내용을 강화해야 한다.

넷째, 구조모형에 대한 장애유형과 장애아동 나이, 장애인지 및 진단 시점, 서비스 이용 수에 따른 집단 간 다중집단분석 결과 장애유형에 따른 구조모형 경로 중 사회적 지지가 장애수용에 미치는 경로와 장애진단 시점에 따른 구조모형 경로 중 사회적 지지가 가족기능에 미치는 경로에 상호작용효과가 나타났다. 따라서 사회적 지지가 장애아동과 가족에게 좀 더 효과적으로 제공되기 위해서는 장

애유형과 장애진단 시점에 따라 필요한 서비스의 선택과 집중이 가능한 지지체계가 필요함을 알 수 있다. 또한 집단 간 경로의 유의한 차이는 나타나지 않았지만 각 변수별 다중집단 분석의 경로에서 상이한 영향력이 나타나 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 관계의 긍정적 변화를 극대화하기 위해서는 장애유형, 장애인지 및 진단 시점, 아동의 나이, 서비스의 이용 등 수요자의 다양한 욕구와 특성에 따라 접근과 제공방법을 달리하여야 한다.

이상의 내용을 종합하면, 장애아동 가족지원서비스가 장애아동과 가족에게 긍정적 효과로서 영향력을 극대화하기 위해서는 자녀의 장애에 대한 조기개입과 진단을 위한 진단체계의 개편과 함께 다차원적인 서비스 욕구에 부합한 서비스개발이 선행되어야 한다. 그리고 자녀의 장애에 대한 어머니의 이해와 함께 개인별 맞춤형 서비스의 선택과 집중 그리고 접근성을 강화하여 포괄적이고 통합적 서비스 지원계획 수립이 가능한 수요자 중심형 전달체계로 전환되어야 한다.

**주제어: 사회적 지지, 장애수용, 가족기능, 다중집단분석**



# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

가족은 개인들의 단순한 집합이라는 의미를 넘어 개인의 출생에서부터 성인기까지 그 핵심에 있으며, 각 구성원은 상호 연관되어 서로 영향을 미치는 하나의 체계를 형성한다. 즉, 가족 성원 개인에게만 초점을 두거나 혹은 사회 환경을 분리해서 접근하기 보다는 하나의 통합된 총체로서 개인은 여러 체계들과 전 인생 주기 동안 지속적으로 상호작용하면서 성장하고 변화한다는 생태체계이론에 의해 잘 설명된다(이선영, 2004).

장애아동 가족에 있어 부모가 자녀의 장애를 발견하게 되면 부모의 행동이나 가족기능에 일차적인 영향을 미치게 되며, 장애아동과 부모는 직·간접적 상호작용을 통하여 서로의 행동과 발달에 영향을 주고받는 가족체계를 형성한다. 이와 함께 장애아동 부모는 단지 양육에 대한 경제적 지원이나 신체적 보호부담에 대한 지원뿐만 아니라 교육·치료·재활·심리·정서적 서비스, 가족 적응에 대한 지원, 자녀 성인기에 대한 준비, 문화 및 예술적 욕구 충족, 인권에 대한 옹호, 사회의 물리적·관념적 장벽의 제거에 이르기까지 매우 다양한 욕구와 어려움에 처하게 된다(이지수, 2008).

장애아동과 가족이 겪는 복합적인 문제와 욕구를 해결하기 위해서는 가족을 구성원 간 상호의존체계로 이해하고 하나의 기능단위로서 국가와 사회적 차원에서 지원이 필요하다(김성천 외, 2009). 장애아동과 가족을 위한 사회적 지원망 확장은 가족기능과 가족의 삶의 질에 긍정적인 변화와 더불어 충분한 사회적 지원은 장애아동 양육에 있어 자녀의 장애를 수용하는데 중요한 작용을 한다(용홍출 외, 2009; 김수정, 2012; 정현주·김성수, 2013). 다시 말해 장애아동과 가족의 양육부담을 덜어주고 건강한 가족체계를 형성하기 위해서는 기존의 장애 당사자 중심의 접근이나 가족 및 사회 체계를 개별적으로 접근하는 것이 아니라 다양한

환경체계와의 상호작용에 초점을 둔 생태체계적 접근이 중요하다.

장애아동 가족의 문제에 있어 생태체계적 접근의 장점은 개인의 존재에 대한 초점을 유지하면서도 개인이 사회와 환경과의 상호관계를 인식하고 이해하여 개입할 수 있는 체계적 사고를 증진시켜 장애아동 양육과정에서 나타나는 스트레스에 대처하는 능력을 향상시켜 준다는 것이다.

일반적으로 자녀의 양육 책임은 어머니의 역할로서 장애자녀를 양육하는 과정에서 나타나는 갈등과 적응과정은 어머니에게 더욱 직접적으로 나타난다. 장애아동의 출현으로 인한 어머니의 양육부담감과 스트레스는 충격, 부정, 슬픔, 자기비난을 통한 죄의식이나 수치감, 절망감, 적개심 등의 심리·정서적 특징을 유발하는 요인으로 심리적 안녕감에 부정적 영향을 미친다(김기룡·김삼섭, 2012; 박애선, 2013). 그리고 부적절한 양육태도와 장애에 대한 불충분한 대처를 하게 함으로써 장애자녀 양육에 부정적 요인으로 작용하는 악순환을 반복하게 한다.

장애아동의 양육과정에서 나타나는 어머니의 정신적·신체적 부담 및 스트레스 상황과 밀접한 관련이 있는 변인은 사회적 지지이다. 사회적 지지는 개인의 사회적 연결망에 의해 제공되는 것으로 사회복지의 효과적인 구성요소이며, 일반적으로 삶의 스트레스 상황에서 개인이 실질적으로 사용할 수 있는 긍정적 자원으로 이해된다(Cohen & Hoberman, 1983). 대체로 사회적 지지는 스트레스와 관련하여 연구되는 변인들 중 가장 대표적인 개념으로 인정되며, 개인이 처한 문제 상황에 대한 적응과 자아정체감에 긍정적 영향을 주고, 불안이나 우울 등의 문제행동을 완화시키는데 도움을 주는 중요한 요인이다(유은경·설현수, 2015).

무엇보다도 사회적 지지는 부모가 장애아동 양육과정에서 지각하는 스트레스 요인의 부정적 효과를 제한함으로써 심리적 안정의 원인적 변인이다. 다시 말해 양육과정에서 나타나는 스트레스의 부정적 영향을 완화시키는 가장 강력한 중재 요인으로서 심리적 적응을 증가시키고, 인지적 과정에서 효과적인 대응을 촉진시키는 중재변인이다(Cobb, 1976; House, 1981; Cohen & Wills, 1985). 또한 사회적 지지의 공식적·비공식적 지지체계로부터 받는 심리·정서적 지지와 경제적·물질적 원조활동은 가족기능에도 중요한 변인으로 긍정적 영향을 미치는 자원이다(정현주·조원탁, 2008; 박옥순·백진아, 2015),

한편, 장애아동 어머니는 사회적 지지체계에서 제공되는 다양한 정보와 지원망

을 활용하여 장애 자녀를 구성원으로 수용하기 위한 나름의 노력과 함께 갈등과정·적응과정·수용과정과 같은 일련의 과정들을 경험한다. 장애아동 어머니가 경험하는 복잡하면서도 역동적인 심리 과정은 자녀의 장애를 수용하고 적응하여 갈등을 해결하는 가족체계를 형성하는데 매우 중요하다(서화자, 1998; 주현숙, 2000; 정현주·김성수, 2013).

장애자녀에 대한 어머니의 장애수용은 가족의 심리사회적 기능을 발전시키고, 장애아동과 가족의 미래에 대한 안목을 키워 현실적인 장래계획을 세울 수 있도록 도움을 주는 매우 중요한 요인이다. 즉, 어머니가 경험하는 심리적 적응은 자녀관계를 예측하는 변인으로 장애수용을 통한 가족의 적응은 건강한 가족체계를 형성하는 초석이 된다(Perske, 1973; 안지영, 2001). 결국 장애아동 어머니의 공식적·비공식적 사회적 연결망을 통해 제공되는 사회적 지지는 장애 자녀의 양육으로 인한 스트레스 상황에 대한 개인의 심리적 적응과 가족기능에 중요한 영향을 미치는 상관성을 예측할 수 있다.

따라서 사회적 관계들의 집합체를 통한 지원과 원조로서 사회적 지지는 사회적 관계의 상호작용을 통해서 어머니 개인의 심리적 변화에 영향을 미치는 선행변수이며, 가족 구성원이 서로 영향을 주고받는 역동적인 체계로서 어머니의 변화는 가족기능에 영향을 미치게 된다.

그럼에도 불구하고 장애아동 가족 또는 어머니의 장애수용과 관련된 선행연구들은 대부분 경험적 연구로서 장애아동과 가족의 문제를 개인의 심리적 문제로 치부하여 장애자녀 양육에 따른 심리적 변화과정에만 집중하거나 양육부담과 양육스트레스에 대한 일부 측면에 머물러 단편적으로 살펴보는데 그치고 있다(박혜진·박경란, 2004; 어용숙·김문정, 2009; 최경화, 2010; 김인옥·이원령, 2011; 김기룡·김삼섭, 2012; 양희택·박종엽, 2013; 김혜자·정혜숙, 2014; 안수영, 2015). 게다가 장애아동 어머니에 대한 연구들은 생태체계적 관점에서 개인체계와 가족체계 그리고 사회체계를 통합한 측면을 보여주지 못하고 있는 실정이다(박종엽, 2014).

이에 본 연구에서는 기존의 단선적이고 개별적인 선행연구와는 달리 장애아동 어머니의 사회적 지지의 효과성을 개인의 심리적 측면과 가족이라는 환경적 측면을 동시에 살펴보았다. 더욱이 사회적 지지의 효과성에 대해 세부적으로 살펴

봄으로써 장애아동과 가족을 위한 지원 정책 및 제도의 개선을 위한 기초자료를 풍부하게 제공하고자 하였다.

특히 기존의 선행연구들은 수요자의 특성에 따른 맞춤형 서비스와 지원방안을 제시함에도 불구하고 주요 일반적 특성을 통제변수로 설정하거나 동시에 투입하여 각 변수들 간의 단편적 인과성만을 고려하였기 때문에 각 변수의 영향력을 잘못 추정하거나 장애아동 어머니의 사회적 지지가 가족기능에 이르는 과정을 제대로 보여주지 못하였다. 이에 본 연구는 생태체계적 관점에서 장애아동과 가족을 하나의 기능단위로 보고 장애아동과 어머니의 공식적 지지체계에 의해 지각되는 사회적 지지가 자녀의 장애에 대한 개인의 심리적 변화인 장애수용을 매개로 가족기능에 이르는 변수들 사이의 인과관계와 경로를 확인하고 주요 일반적 특성과의 상호작용효과를 검증하였다.

한편 장애아동 가족지원의 패러다임이 장애아동의 문제를 그 가족의 문제로만 치부했던 개인 병리적인 관점에서 장애아동과 그 가족을 둘러싼 환경 속에서 문제점과 해결책을 찾고자 하는 생태체계적 관점으로 전환되고 있다. 그리고 공급자 중심의 가족지원 정책에서 장애아동과 그 가족이 겪는 복합적인 문제와 욕구의 해결책으로 수요자 중심의 사례관리 중요성이 강조되면서 이를 반영하기 위한 다양한 사회적 지원서비스가 제공되고 있다(김성천 외, 2009; 김성천·심석순, 2011).

하지만 기존의 유형화되고 전형적인 서비스나 프로그램의 제공으로는 장애 자녀를 둘러싼 다양한 환경체계에서 나타나는 욕구를 충족시키기에는 한계를 나타내고 있다. 그리고 여전히 장애아동 가족들은 양육에 대한 부담을 실질적으로 덜지 못하고 있다는 평가와 함께 서비스의 효과성 제고를 위한 제도개선의 목소리<sup>1)</sup>가 높아지고 있다(이지수, 2008; 이경림·박주홍, 2013; 조현근·이병인, 2014).

이처럼 본 연구는 최근 장애를 수용하고 사회적 맥락에서 어떠한 원조체계를 활용하고 대응할 것인가에 대한 연구의 필요성과 장애아동 가족의 욕구에 기반을 둔 서비스 제공의 중요성이 대두되고 있는 시점에서 매우 중요하다. 또한 장

1) 최근 패러다임의 변화와 정책 변화에 따른 장애아동 및 가족을 위한 효과적인 지원정책 방안과 제도개선에 대한 논의가 활발하게 진행되고 있다(김성천 외, 2009; 김혜경, 2009; 김정희, 2010; 백은령 외, 2010; 이승기 외, 2010; 김성천 외, 2013; 김소연·배현아, 2013; 강정배·조정민, 2014; 김정희 외, 2014).

애아동 가족지원정책과 복지서비스의 전환기적 시점<sup>2)</sup>에서 장애아동과 부모의 공식적 지지체계로써 제공되는 직·간접적 지원서비스가 장애아동 부모 개인의 심리·사회적 변화와 가족체계에 어떠한 영향을 미치는지 실질적으로 살펴보는 것은 매우 의미가 있다.

## 2. 연구 목적 및 연구 문제

본 연구의 목적은 장애아동 및 가족 지원체계로써 제공되고 있는 장애아동 가족지원서비스의 전문가 지지체계에 의해 지각되는 어머니의 사회적 지지가 자녀의 장애에 대한 심리적응과정인 장애수용과 가족기능에 미치는 구조적관계를 규명하는데 있다. 그리고 수요자 중심의 장애아동 가족지원서비스 개선을 위한 실천적 함의를 제공하기 위하여 장애유형, 장애아동 나이, 장애인지 및 장애진단 시점, 직접서비스 이용 수에 따른 집단 간 구조모형의 경로계수의 유의한 차이를 살펴보았다. 또한 본 연구는 장애아동과 가족의 사회적 지원망에 의한 사회적 지지의 효과성을 규명함으로써 장애아동에 대한 효과적인 양육과 건강한 가족지원 체계를 형성하는데 필요한 결과를 도출하는 것이다.

이는 본 연구가 장애아동 어머니의 공식 지지체계에 의한 효과성을 개인의 심리적 변화 측면과 가족체계라는 환경 내에서 구성원 간 상호작용에 의한 가족기능을 동시에 살펴보았다는데 학술적 의의가 있으며, 사회적 지지가 장애수용과 가족기능에 미치는 구조적 관계에 대한 경로를 장애아동의 주요 특성에 따라 상호작용효과를 분석함으로써 사회적 지지의 효과성을 파악하고 장애아동 가족지원서비스의 개선을 위한 실천적 함의를 제공한다는데 의의가 있다.

2) 2011년 「장애아동복지지원법」이 제정되면서 비로소 장애아동의 법적권리를 인정하고, 장애아동 가족지원에 대한 법적 근거가 마련되었으며, 의료적 모델을 중심으로 한 장애중심 지원에서 장애아동과 가족에 대한 폭넓은 지원과 가족지원서비스로 이어졌다. 특히 2007년 지역사회서비스 혁신 사업의 일환으로 도입된 ‘장애아동 재활치료서비스’가 2012년 성장기 장애아동의 기능향상과 행동발달을 목표로 ‘발달재활서비스’로 변경되었고, 가정의 돌봄 부담 경감 및 이를 통한 가족 안정성 강화 그리고 가족갈등 문제 해결을 위해 장애아가족 양육지원사업 등이 시행되고 있다. 더욱이 2014년 제정된 「발달장애인 권리 보장 및 지원에 관한 법률」이 2015년11월21일부터 시행으로 장애(아동)인 가족지원정책에 대한 변화가 기대되고 있다.

이에 따른 연구문제는 다음과 같다.

연구문제 1. 조사대상자의 장애아동 가족지원서비스 이용실태는 어떠한가?

연구문제 2. 공식적 지지체계로서 장애아동 가족지원서비스 전문가 지지체계에 의한 장애아동 어머니의 사회적 지지와 장애자녀에 대한 어머니의 장애수용 정도 그리고 장애아동 가족의 기능은 어떠한가?

연구문제 3. 장애아동 어머니의 사회적 지지, 장애수용 그리고 가족기능의 관계는 어떠한가?

연구문제 4. 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 구조적 관계와 경로에서 주요 특성에 따른 상호작용효과 및 집단간 차이는 어떠한가?

## II. 이론적 논의

### 1. 장애아동과 어머니의 양육부담감

#### 1) 장애아동 현황

국내 장애 관련 법령 및 정책 안에서 장애 아동·청소년에 대한 정의는 사회적 통념과는 다른 방식으로 이루어지고 있다. 또한 정부부처별로 행하고 있는 정책사업 내에서 규정하고 있는 아동·청소년의 범주 역시 각기 서로 다른 방식으로 이루어지고 있어 장애 아동·청소년에 대한 법적 정의는 매우 모호하다(백은령 외, 2010). 최근까지도 장애 아동과 청소년에 대한 명확한 정의가 명시되지 않은 채 「장애인복지법」과 「장애인 등에 대한 특수교육법」<sup>3)</sup> 등의 법령에 의거 0세 이상 18세 미만 중 장애를 갖고 있는 인구 연령을 일반적으로 장애 아동·청소년으로 지칭하여 사용되어 왔다.

‘장애아동’에 대한 법적 근거는 2011년 「장애아동복지지원법」이 제정되면서 마련되었다. 이 법에 따르면 ‘장애아동’이란 18세 미만의 사람 중 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록한 장애인을 말하며, 6세 미만의 아동 중 장애가 있다고 보건복지부장관이 별도로 인정하는 사람을 포함한다고 명시되었다. 따라서 본 연구에서는 「장애아동복지지원법」을 근거로 만18세 미만을 장애아동으로 규정하였으며, 「장애인복지법」에 의한 장애인 중 보건복지부 등록장애인 현황을 중심으로 만0~17세를 장애아동으로 범주화하였다.

2010년부터 2014년까지 통계청의 등록장애인 현황을 기초로 전체 등록장애인 중 장애아동 현황을 살펴보면 다음 <표 1>과 같다.

3) 본 법 제2조와 제5조에 의하면 만3세부터 17세까지의 장애 등으로 인한 특수교육대상자를 의무교육대상으로 규정하고 있으며, 동법 제24조에 따른 고등교육 이후 직업훈련 등을 위한 전공과와 만3세 미만의 장애영아교육까지 의무교육대상자로 명시하고 있다.

전국 등록장애인은 2014년 현재 2,494,460명으로 2010년부터 현재까지 평균 약 250만명 수준이며, 0~17세이하 장애아동의 비중은 평균 3.04% 수준이다. 물론 <표 1>에서 장애아동 인구의 추이가 2010년 80,075명에서 2014년 73,195명으로 조금씩 줄어드는 추세를 보이고 있지만 실제 우리나라 전체 인구 중 아동·청소년 인구가 줄어들고 있다는 것을 감안한다면 전체 인구에서 차지하는 비중은 큰 변화가 없거나 오히려 증가했다고 볼 수 있다<sup>4)</sup>.

<표 1> 전체 등록장애인 중 장애아동 현황

(단위: 명, %)

구분	2010	2011	2012	2013	2014
전체	2,517,312 (100.0)	2,519,241 (100.0)	2,511,159 (100.0)	2,501,112 (100.0)	2,494,460 (100.0)
0~17세	80,075 (3.2)	78,186 (3.1)	76,191 (3.0)	75,456 (3.0)	73,195 (2.9)

출처: 국가통계포털 KOSIS(<http://kosis.kr>) 등록장애인 현황 재구성(2014.12 기준).

<표 2>는 장애아동의 현황을 생애주기별 특성을 고려하여 영아기(0~3세), 학령전기(4~7세), 학령기(8~13세), 청소년기(14~17세)로 세분화하여 장애유형에 따라 살펴본 것이다.

장애유형에 따라 장애아동이 가장 많은 유형은 지적장애 34,987명(47.80%)이었으며, 다음으로 뇌병변장애 12,292명(16.79%), 자폐성장애 11,195명(15.29%), 지체장애 4,356명(5.95%) 등의 순이었다.

4) 통계청·여성가족부(2015). 「2015 청소년통계」.

(단위: 천명, %)

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년
0~18세 <sup>1)</sup>	10,763	10,538	10,276	10,019	9,772	9,538
구성비	21.8	21.2	20.5	20.0	19.4	18.8

자료: 통계청, 「장애인구추계」 2011.12.

주: 1) 청소년보호법 기준에 따른 청소년 인구임.

<표 2> 생애주기별 장애유형에 따른 장애아동 현황

(단위: 명, %)

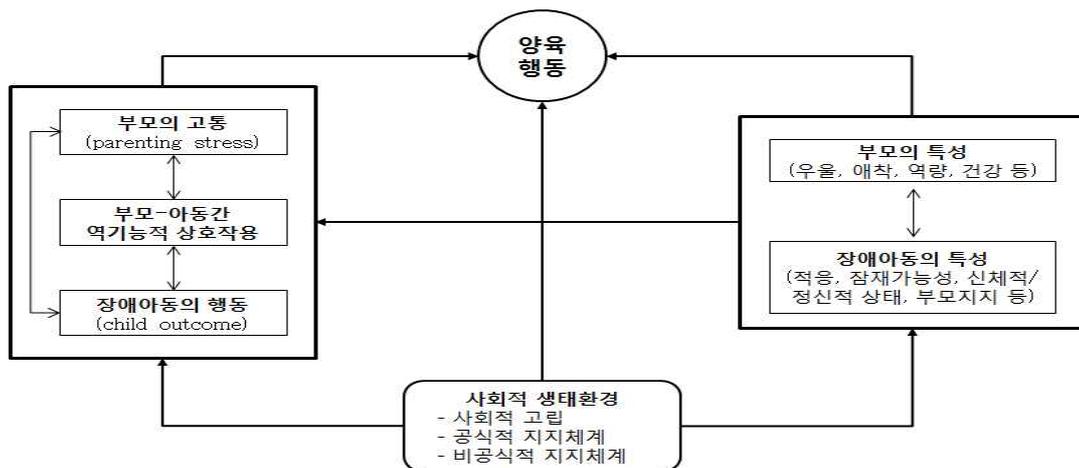
장애 유형	생애주기별 구분				합계	전체 장애아동별 분포
	영아기 (0~3세)	학령전기 (4~7세)	학령기 (8~13세)	청소년기 (14~17세)		
지적	475 (1.4)	4,520 (12.9)	13,899 (39.7)	16,093 (46.0)	34,987 (100.0)	47.80
뇌병변	1,618 (1.3)	2,809 (22.9)	4,404 (35.8)	3,461 (28.2)	12,292 (100.0)	16.79
자폐성	95 (0.8)	2,223 (19.9)	4,403 (39.3)	4,474 (40.0)	11,195 (100.0)	15.29
지체	175 (4.0)	500 (11.5)	1,418 (32.6)	2,263 (52.0)	4,356 (100.0)	5.95
청각	435 (0.1)	857 (19.7)	1,526 (35.1)	1,532 (35.2)	4,350 (100.0)	5.94
시각	162 (5.6)	395 (13.5)	1,110 (38.0)	1,251 (42.9)	2,918 (100.0)	3.99
언어	64 (4.0)	567 (35.2)	652 (40.4)	330 (20.5)	1,613 (100.0)	2.20
심장	21 (4.5)	39 (8.4)	195 (42.1)	208 (44.9)	463 (100.0)	0.63
간	48 (11.9)	100 (24.8)	152 (37.6)	104 (25.7)	404 (100.0)	0.55
신장	14 (6.6)	16 (7.6)	69 (32.7)	112 (53.1)	211 (100.0)	0.29
간질	6 (3.8)	26 (16.5)	68 (43.0)	58 (36.7)	158 (100.0)	0.22
안면	- (0.0)	3 (3.8)	38 (47.5)	39 (48.8)	80 (100.0)	0.11
장루·요루	9 (14.1)	12 (18.8)	27 (42.2)	16 (25.0)	64 (100.0)	0.08
정신	- (0.0)	- (0.0)	7 (12.7)	48 (87.3)	55 (100.0)	0.08
호흡기	5 (10.2)	12 (24.5)	16 (32.7)	16 (32.7)	49 (100.0)	0.07
합계	3,127 (4.3)	12,079 (16.5)	27,984 (38.2)	30,005 (41.0)	73,195 (100.0)	100.00

출처: 보건복지부(<http://www.mw.go.kr>) 장애인등록현황(2014. 12.)을 중심으로 장애아동이 많은 순으로 재정리.

생애주기별로 살펴보면, 영아기와 학령전기의 경우 장애특성상 다른 장애에 비해 장애 조기발견이 상대적으로 쉬운 뇌성마비 등의 뇌병변장애와 간장애 그리고 장루·요루장애가 높게 나타났다. 특히 학령전기에는 자신의 의사표현이 시작되고 언어표현이 다양해지는 시기로 언어장애의 비중이 높게 나타나기 시작했다. 반면, 학령기와 청소년기로 갈수록 후천적 사고나 환경적 요인에 의한 신체적 기능 장애로서 지체·시각·청각·신장장애 등이 비중이 높게 나타났고, 장애의 조기발견이 다소 어려운 지적장애와 자폐성장애 그리고 정신장애 등의 비중이 높았다.

## 2) 장애아동 어머니의 양육부담감

오늘날과 같이 사회적 욕구가 다양해지고 복잡한 세상에서 자녀를 잘 양육한다는 것은 과거보다 더 많은 것이 요구된다. 특히 핵가족화로 인한 세대 간의 단절은 양육경험이 적은 젊은 부모들에게 과거보다 부모역할에 대한 어려움과 사회적 지원욕구를 더 강하게 한다.



출처: 고일영(2009). p.21의 그림을 PSI™-4(<http://www4.parinc.com>)를 참고하여 수정·보완.

[그림 1] Abidin의 양육스트레스 모형

자녀와 부모 간의 상호 순환적 관계로 인식한 Abidin(1990)은 장애아동의 행동 발달에 영향을 미치는 주요 특성을 [그림 1]과 같이 제시하였다. 이 모형은 부모와 아동의 관계를 일방적인 관계로 보지 않고 장애아동과 부모의 특성이 서로에게 영향을 주고받는 관계로 이해하며, 부모의 양육행동과 부담에 있어 사회적 환경과의 관계를 포함하고 있다.

장애자녀 부모의 경우 자녀의 장애특성으로 인해 양육과정에서 경험하는 새로운 도전과 책임뿐만 아니라 돌봄에 대한 더 큰 두려움과 심리적인 혼란을 겪게 되고, 장애아동 양육에 대한 부담감을 더욱 증가시켜 가족체계의 기능을 제대로 수행하지 못하게 한다. 그러면서 장애아동을 둔 가정은 예상하지 못했던 상황에서 의료적 지원, 교육적 서비스, 양육에서의 과도한 요구 등과 같은 여러 가지 어려움 속에서 일상적 스트레스 상태를 유지하게 된다(서경희, 1998; 박진성·신현정·박애순, 2008).

장애아동 부모가 경험하는 양육부담은 대표적으로 양육갈등 및 스트레스, 사회적 인식, 그리고 경제적 어려움 등이 있으며, 일반적으로 경제적, 교육적, 신체적, 사회적, 정서적인 영역으로 구분된다(Rous et al., 2007; 권복순·박영준, 2002).

첫째, 경제적 부담감이다. 주로 특수교육비, 치료 및 수술 등의 의료비, 택시이용 등의 교통비, 특별한 보호자 활용경비 등 장애아동 부양으로 인한 부담으로 경제활동에 지장을 유발한다(남연희, 2001).

둘째, 교육적 부담감이다. 장애아동 통합교육에 대한 관심이 더욱 높아지면서 장애아동에게 필요한 사회적·정서적 능력과 관련된 일반교육과 특수교육프로그램이 절대적으로 필요하나 양육자의 욕구와는 달리 장애아동을 위한 치료교육의 장이 충분하지 못하다. 더욱이 과도한 비용부담, 통원곤란, 홍보부족 등으로 인하여 장애아동 개개인의 특성에 맞는 교육기관 선택 및 활용은 어려운 실정이다(Gresham & Gresham, 1982; Freeman & Alkin, 2000).

셋째, 사회적 부담감이다. 장애아 양육자에 대한 낮은 사회적 평가와 효과적인 사회적 지지체계 부족은 장애아동과 관련된 문제를 가족문제로 은폐시켜 보다 더 심화시켜버리는 결과를 초래한다. 이러한 결과는 장애아동 양육자가 자녀에 대한 양육부담과 사회적 인식으로 인해 사회활동 및 참여가 줄어들고, 사회적 지지가 점점 감소함에 따른 것이다. 이런 과정은 어머니의 신체적·심리적 건강에

위기를 가져와 가족 전체의 기능에 위기로 표출될 뿐만 아니라 사회전체의 부담으로 이어지게 된다(Haller & Halasz, 1999; Malone et al., 2000).

넷째, 신체적 부담감이다. 장애가 심한 아동의 양육과정에서 필요로 하는 체력 소모는 양육자의 심리적 부담감 못지않게 신체적 부담감을 경험하게 한다. 양육자의 신체적 부담감은 자신의 건강에 대한 불안, 피로, 수면부족 등의 건강문제와 불안감, 우울증, 갈등과 같은 심리적 문제를 유발하고, 이로 인한 소화불량, 신경성질환 등 육체적 고통으로 이어져 이중고를 겪게 한다(Troster, 2001; 남연희, 2001).

다섯째, 정서적 부담감이다. 장애아동은 장애의 특성상 양육요구가 훨씬 크기 때문에 일반아동 양육자에 비하여 상대적으로 더 큰 정서적 부담감을 가질 수밖에 없다. 장애아동 양육자가 경험하는 최초의 감정은 충격, 수치심, 죄책감 등의 극단적인 감정으로써 때로는 만성적 우울의 상태에 처하게 하기도 하며, 이러한 정서적 상태를 배우자에게 투사시키기도 한다(Boyce et al., 1991; Troster, 2001).

결국 장애자녀로 인한 부모의 양육부담과 가족 내 다양한 어려움은 장애로 인한 일차적인 문제 외에도 자녀의 정서, 행동적 문제에 영향을 미치게 되며 부모 자녀관계 뿐만 아니라 가족기능에도 영향을 미치게 된다(Singer & Farkas, 1989; 박명숙, 2005; 심자형·이양희, 2005). 더욱이 Goffman(1995)은 장애인 가족은 광범위한 사회에서 낙인찍힌 가족구성원인 장애인과 동일인처럼 취급받는다고 하면서 장애인 문제가 곧 가족의 문제라고 하였다(최경화, 2010 재인용).

일반적으로 이러한 장애아동의 양육에 대한 부모의 부담과 스트레스는 사회적 관습상 자녀 양육의 대부분을 책임지고 부담하고 있는 어머니에게 더욱 높게 나타난다.

장애아동 어머니가 양육 부담으로 인해 나타나는 스트레스에 대해 박혜진과 박경란(2004)은 부모역할 스트레스, 경제적 스트레스, 자녀발달에 대한 스트레스, 신체적 및 심리적 스트레스 요인으로 구분하였다. 그리고 장애아동 어머니는 자녀로 인해 자신에게 부정적으로 초래되는 스트레스보다는 자녀의 앞날과 발달에 대한 걱정 때문에 더 많은 스트레스를 겪게 된다고 하였다. 또한 Dyson(1997)은 장애아동의 어머니가 비장애 아동 부모들 보다 많은 스트레스를 경험하는 이유에 대해 첫째, 자녀가 발달과정에서 특별한 문제가 발생하거나 특수한 행동을 하

게 될 경우, 둘째, 부모가 자신의 역할에 대해 느끼고 있는 감정이나 생각 그 자체, 마지막으로 어머니 자신의 개인적인 질병이나 정서적인 문제 또는 남편 등 도움을 줄 수 있는 사람들의 부족 등을 언급하고 있다(임성옥·박민정, 2006 재 인용).

더욱이 현대사회에서 여성에 의한 돌봄 책임은 사회구성원의 공동체적 사회규범으로 강화되는 가운데 산업화에 따른 여성과 어머니로서의 정체성에 대한 혼란은 더욱 증가되고 있다. 특히 자녀의 교육과 사회적인 성패 여부가 양육자, 즉 어머니의 역할로 더욱 크게 결부되면서 장애아를 둔 어머니의 정체성을 죄책감과 무력함으로 심화시키는 동인이 되고 있다(최경화, 2010).

이러한 이유로 기존의 선행연구들은 주로 경험적 연구로써 장애아동 어머니들의 고통, 육체적 혹은 정신적 부담감 등에 관한 개인의 심리적 변화에 초점을 맞춘 현상학적 연구들이 주를 이루고 있다. 다행히 최근 어머니의 중요성을 인지하고 가족중심의 장애아동 통합지원 정책에 관한 연구들이 진행되고 있으나 이마저도 개별적 연구들로 진행되어 사회적 지지체계와 어머니와 가족 그리고 다양한 사회·환경체계와의 관계와 영향력을 살펴보기에는 한계가 있다. 따라서 앞으로는 이러한 선행연구들을 통합하고 효과성을 밝히는 연구들이 진행될 필요가 있으며, 특히 장애아동과 어머니가 갖고 있는 다양한 자원의 효과성과 활용에 관한 연구들이 진행될 필요가 있다.

### 3) 장애아동 가족 양육지원 정책의 변화와 특징

가족지원은 정상화 이념에 바탕을 둔 것으로 가족의 부양기능을 강화시킬 수 있는 방안이며, 가족체계를 강화하고 유지하기 위한 모든 활동을 일컫는 포괄적 의미이다. 가족지원의 목적은 부모에게 직접적인 서비스를 제공하는 것이 아니라, 가족과 아동들을 돕기 위해 가족들에게 능력을 주고, 부모에게 힘을 실어주는 것이다(김정희, 2010).

장애아동을 위한 가족지원정책은 가족의 부양기능을 강화시킬 수 있는 지원방

안으로 장애아동의 발달적 요구에 부합하기 위해 장애아동과 그 가족에게 제공되는 종합적인 서비스를 의미한다. 즉, 가족들 스스로 공식적·비공식적 지원망을 개발하도록 돕는 것을 목적으로 의료·복지·심리사회·치료·교육 등 서비스의 통합과 가족의 역량강화를 원칙으로 제공되는 가족지원정책이다(오혜경·정소영, 2003; 김정희, 2010).

기존 장애인정책은 장애당사자의 자립, 생활안정, 사회활동지원을 중심으로 하고 있어서 장애아동 가족을 위한 지원은 거의 없는 실정이었다. 장애인을 위한 정책개발 및 시행 역시 가족보다는 개인에 초점을 맞춘 시책들이 주류를 이루고 있었다. 그러나 최근 가족지원정책의 이념이 ‘장애아동 중심’에서 ‘장애아동을 둔 가족’으로 전환되면서 장애아동에 대한 서비스 개념에도 큰 변화가 나타났다. 즉, 장애아동 양육을 위해 가족의 능력을 강화하는 방향으로 변화하고 있으며, 장애아동의 발전을 위해 가족의 중요성을 강조하는 인식이 높아지면서 장애아동을 둔 가족을 중심으로 변화되었다. 그리고 시설, 개인 및 기관 중심의 개별적 지원 서비스에서 가족 중심의 지역사회 종합서비스로 정책 방향이 전환되면서 점차 가족을 중심으로 서비스를 강화하는 가족지원 모델로 발전되고 있다(김정희 외, 2014).

장애아동 가족지원정책은 통합적인 차원에서 가족구성원을 지지하는 정책방안으로 2012년 「장애아동복지지원법」이 시행되면서 기존의 의료적 모델에서 장애아동에 대한 폭넓은 지원과 가족지원서비스로 변화되었다. 더욱이 2014년 5월 20일 제정되어 2015년 11월 21일 시행예정인 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」은 변화하는 장애(아동)인 가족지원에 대한 정책을 기대할 수 있게 하였다.

현재 우리나라에서 제공되고 있는 장애아동 가족지원서비스의 내용은 경제적 영역(장애아동수당, 장애인자녀교육비지원, 기타 간접적 경제적 지원), 양육·돌봄 관련영역(장애인활동지원사업, 장애아가족양육지원사업, 장애인 주·단기보호서비스, 장애영유아 보육지원사업, 양육수당 지원 등), 교육적 지원(특수교육지원센터 운영, 특수교육 관련 서비스 지원, 장애아 방과 후 관련 서비스 등), 의료·재활치료 영역(의료적 지원, 발달재활서비스 등), 사회·정서적 지원영역(부모교육, 가족역량강화사업, 가족상담·치료·문화·여가프로그램, 가족지원프로그램

등)으로 나누어 볼 수 있다(최복천 외, 2013).

다양한 가족지원사업 내용 중 장애아동의 특성상 대표적인 이용서비스로 발달 재활서비스와 장애아가족 양육지원사업 그리고 의료적 차원의 물리·작업치료를 제시할 수 있다. 발달재활서비스는 18세 미만의 성장기 정신적·감각적 장애아동에 대한 인지, 의사소통, 적응행동, 감각·운동 등의 기능 향상과 행동발달을 목표로 한다. 주요 내용으로 언어·청능, 미술·음악·행동·놀이·심리운동·재활심리, 감각·운동 등 재활서비스 제공과 장애의 조기발견, 발달진단서비스 및 중재를 위한 부모 상담 서비스를 제공하고 있다. 그리고 일반적으로 발달재활서비스와 함께 장애아동의 정상적 발달을 위한 의료적 차원에서의 접근으로 물리·작업치료를 같은 영역으로 포함한다. 양육·돌봄 사업 중 장애아동 가족 양육지원사업은 장애아동 가정의 돌봄 부담 경감 및 이를 통한 가족 안정성 강화, 가족 갈등 등 문제를 해결하는데 목표로 지역사회 내 자원봉사 등을 돌봄미로 활용하여 제공되고 있다(보건복지부, 2015).

발달재활서비스는 2012년 ‘장애아동 재활치료’에서 명칭이 변경된 이후 서비스의 확대 및 내실화를 기하고자 본인부담금을 차등화 하면서 지원대상을 단계적으로 확대하고 질적 관리를 추진하였다. 그 외에도 중증장애아동 돌봄서비스의 이용자격 확대, 장애아동 가족의 정서적 지원과 역량강화 등을 위한 정보제공 및 심리상담 서비스와 같은 지원이 확대되고 있다.

2014년 장애인 실태조사(김성희 외, 2014)에서 17세 이하의 장애아동을 대상으로 재활서비스의 이용 유무를 살펴보면, 언어치료가 45.9%로 가장 많이 이용하고 있는 것으로 나타났고, 다음으로 작업치료(24.3%), 미술치료(20.4%), 물리치료(16.8%), 심리행동치료(16.6%), 음악치료(14.5%), 놀이치료(9.2%) 등의 순으로 나타났다. 그리고 장애유형별로 지체장애와 뇌병변장애의 경우 물리치료를 받는 비율이 비교적 높은 반면, 발달재활서비스 영역인 놀이치료, 미술치료, 작업치료, 음악치료 등에 있어서는 장애아동의 연령에 따라 다른 양상을 보였다. 또한 장애아양육지원사업의 돌봄서비스는 배정인원 대비 서비스이용인원 달성비가 130%에 달하였으며, 지속적인 수요에 대한 확대의 필요성을 제시하였다(최복천 외, 2013).

<표 3> 재활(치료)서비스 이용 내용

(단위: 시간, 만원)

구분	재활치료 서비스 이용여부		재활치료 바우처 이용여부		주평균 이용시간		월평균 비용			
	17세 이하	전체	17세 이하	전체	17세 이하	전체	17세 이하	전체		
물리 치료	유	16.8	22.7	유	52.9	4.1	2.9	2.4	8.6	2.7
	무	83.2	77.6	무	47.1	95.9				
작업 치료	유	24.3	1.6	유	52.4	38.3	2.9	4.5	5.8	5.2
	무	75.8	98.4	무	47.6	61.7				
언어 치료	유	45.9	1.7	유	76.4	67.6	1.8	2.0	9.3	9.3
	무	54.1	98.4	무	23.6	32.4				
음악 치료	유	14.5	1.0	유	72.0	59.0	3.0	2.2	5.1	2.5
	무	85.5	99.0	무	28.0	41.0				
놀이 치료	유	9.2	0.7	유	56.3	47.1	1.8	2.2	9.3	5.3
	무	90.8	99.3	무	43.7	52.9				
미술 치료	유	20.4	1.1	유	74.9	64.1	1.5	1.8	5.8	3.7
	무	79.6	98.9	무	25.1	35.9				
심리 행동 치료	유	16.6	1.0	유	78.9	51.9	1.6	2.3	4.7	4.0
	무	83.4	99.0	무	21.2	48.1				
기타	유	16.9	1.1	유	63.6	46.4	5.1	6.0	10.7	9.2
	무	83.1	98.9	무	36.4	53.6				
계/평균		100.0	100.0		100.0	100.0	2.58	2.93	7.41	5.23

출처: 김성희 외(2014). 「2014 장애인 실태조사」. p.229~232 재정리.

이처럼 장애아동의 발달(의료)재활서비스와 양육지원서비스 이용에 대한 결과는 장애아동의 장애특성과 발달수준에 따라 필요한 다양한 서비스 프로그램과 가족

양육경감을 위한 욕구의 증대 때문이다. 김수진, 유영준 그리고 윤철수(2008)는 장애아동은 치료적인 접근뿐만 아니라 성장함에 따라 취업이나 일상생활수행능력 등을 향상시킬 수 있는 다양한 프로그램을 선호하지만 프로그램의 부재와 함께 접근성의 문제를 제기하기도 하였다. 즉 장애아동은 성장과 발달수준에 따라 매우 다른 특성을 갖고 있기 때문에 적절한 재활치료를 선택하는 것은 매우 어려우며, 부모가 장애아동의 주요 장애에 대한 이해가 부족하거나 필요한 치료서비스가 부족할 경우 장애아동 특성에 맞지 않은 서비스를 이용하게 되는 것이다.

따라서 현재 제공되고 있는 다양한 장애아동 가족지원서비스가 장애아동과 가족의 사회적 지원체계로서 장애아동과 어머니뿐만 아니라 가족 전체에게 도움을 주기 위해서는 부모의 공식적 참여를 통한 장애아동 및 가족의 욕구에 부합하는 수요자 중심형 가족지원 프로그램 개발이 필요하다. 이를 위해 장애아동의 다양한 특성에 따른 사회적 지원체계의 효과성에 대한 연구가 선행되어야 하며, 접근성을 고려한 서비스 제공 방안에 대한 연구가 진행되어야 한다.

## 2. 장애아동 어머니와 사회적 지지

### 1) 사회적 지지의 개념과 유형

개인은 가족뿐만 아니라 가족 외부의 여러 사람들과 다양한 형태의 연결체계를 구성하고 상호관계를 맺으며 정서적 혹은 도구적 지원을 받으며 살아간다. 가정 내 이런 다양한 연결체계는 부모가 자녀를 양육하는데 영향을 미치며, 자녀도 자신이 직접 관계를 맺고 있는 사람들뿐만 아니라 부모나 다른 가족 구성원들이 관계를 맺고 있는 사람들로부터 직·간접적으로 지원과 영향을 받게 된다(Salzinger, 1990; Cochran, 1993; 이은혜·이미리, 1996; 이현지, 2004; 이금진, 2008). 이와 같은 지원기능을 수행하는 상호 연관된 사회적 관계들의 집합체를 사회적 지지망(social network)이라고 하며, 주로 가족, 친구, 이웃, 전문가, 기타

주변 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움과 원조를 사회적 지지라고 한다(이은혜·이미리, 1996; 권복순·박영준, 2002).

선행연구들을 통해 볼 때 사회적 지지는 장애아동의 사회적응과 가족적응에 대한 설명변인이며, 장애아동 어머니와 가족의 스트레스에 대해 긍정적 변화를 이끌어내어 어머니의 삶의 만족이나 심리적 안녕에 도움을 준다. 또한 가족기능에도 긍정적 영향을 미치는 요인으로 알려져 있다(이현지, 2004; 정현주·조원탁, 2008; 어용숙, 2010; 박애선 2013). 특히 장애아동 부모의 사회적 지원 요구와 관련된 선행연구들을 살펴보면, 장애아동 부모들은 대체로 장애자녀를 양육함에 필요함 지식과 정보 지원에 대한 욕구와 교육적 지원에 대한 욕구가 강하게 나타난다(서은정, 2004; 어용숙·윤치연·김영희, 2009; 김정희, 2010).

사회적 지지의 근원과 관련된 사회적 지지망은 장애아동 어머니가 속한 사회적 유대의 집합체이며, 이의 구조적 및 상호작용적 특성은 개인과 망구성원 간에 교환되는 사회적 지지에 영향을 미치게 된다. 또한 사회적 지지는 고정된 상태에서 제공되는 것이 아니고 개인과 사회적 망사이의 복합적·지속적·교류적 과정에서 발생하는 것이며, 이에 따라 지지수혜자뿐만 아니라 지지제공자에게도 파급효과를 가진다(이원숙, 1991). 따라서 사회적 지지는 제공자와 어머니 사이에서 발생하는 역동적인 과정으로 이해되는 것이 바람직하며, 객관적 차원에서 제공되는 지지가 개인의 기대를 만족시켜 주는 지각된 지지와 일치하여야만 지지적으로 평가될 수 있다(이경남, 2001).

일반적으로 사회적 지지에 대한 연구는 환경적 스트레스 요인이 개인의 건강에 부정적인 결과를 가져온다는 생태학과 체계이론에서 그 유래를 찾아볼 수 있으며, 스트레스의 해로운 영향으로부터 개인의 정신건강을 보호하는 매커니즘으로서 사회적 통합, 사회적 지지망, 사회적 상호작용 등 사회관계의 여러 측면을 의미하는 다차원적인 개념이다(김윤정·최혜경, 2000).

사회적 지지개념에 대해 Cobb(1976)은 사회적 지지의 정서적 측면을 강조하면서 개인이 타인으로부터 관심과 사랑을 받고 있는 믿음을 갖게 하는 정보로서 정서적 지원, 존중감 지원으로서의 자신의 가치를 인정받고 존중받는다는 믿음을 갖게 하는 정보, 상호적인 관계에 소속되어 있다는 믿음을 갖게 하는 정보로서 관계망 지원으로 정의하였다. House(1981)는 정서적 관심이나 도움, 환경에 대한

정보제공을 포함한 대인관계에 의한 상호작용이라고 정의하였다. 또한 그는 사회적 지지는 스트레스 방생을 예방 또는 경감하고, 인간의 기본 욕구인 사회적 욕구를 충족시켜줌으로써 건강자체를 증진시키며, 스트레스를 감소시켜 개인의 심리적 적응을 돕고, 좌절을 극복하게 하고, 문제 해결의 도전을 받아들이는 능력을 강화한다고 하였다. Thoits(1982)는 개인의 기본적인 사회적 요구가 타인과의 상호작용을 통해서 만족되는 정도로서 개인의 기본적인 사회적 욕구는 애정, 자존심, 승인, 정체감, 소속 등을 포함하는데 이들 요구는 정서적 지지와 도구적지지 등으로 충족된다고 하였다.

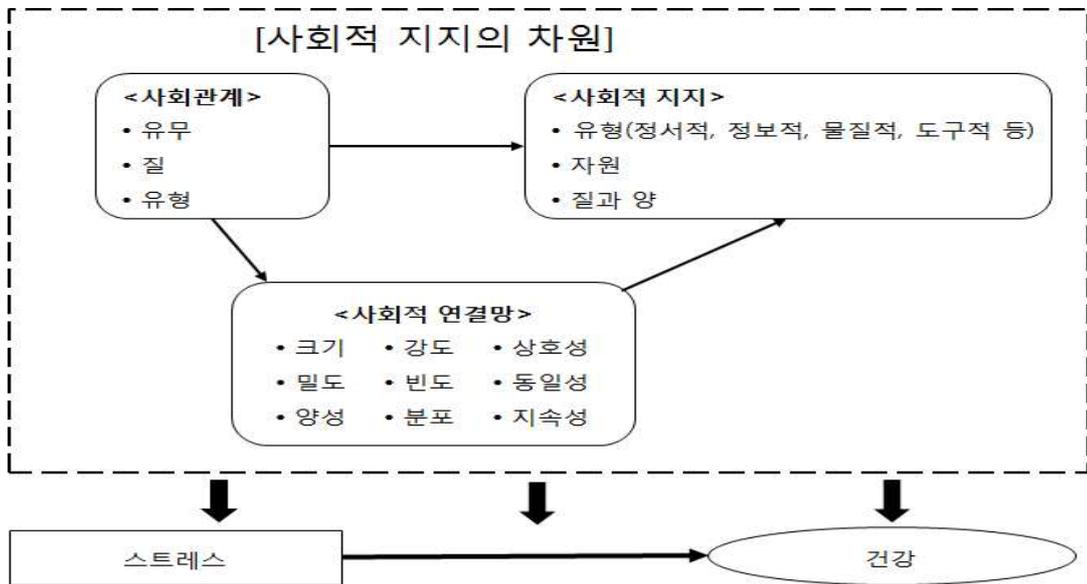
한편 이러한 사회적 지지에 대해 Cohen and McKay(1984)는 기능적 특성에 따라 구분하였다. 첫째, 흔히 도구적지지로 일컬어지며, 물질 자원 제공 같은 원조를 의미하는 유형적 지지(tangible support), 둘째, 자신의 문제에 관해 의논할 수 있는 사람을 통한 사회, 정서적 욕구 충족을 위한 원조를 의미하는 평가적 지지(appraisal support), 셋째, 자신과 다른 사람과 비교를 통해 긍정적 결과를 제공하는 원조를 의미하는 자존감 지지(self-esteem support), 넷째, 자신과 함께 어려움을 같이 할 수 있는 사람을 통한 도움을 의미하는 소속 지지(belonging support)로 구분하였다(Cohen & Wills, 1985; 이현지, 2004 재인용).

박지원(1985)의 경우 사회적 지지의 개념차원에 사회적 지지망과 지지형태 뿐 아니라 지지욕구까지 포함시켰고, 간접적으로 지각한 사회적 지지에 대하여 정서적, 정보적, 물질적, 평가적지지 4가지로 분류하였다. 첫째, 존경·애정·신뢰·관심·경청의 행위를 포함하는 정서적지지(emotional support), 둘째, 개인이 문제에 대처하는데 이용할 수 있는 정보를 제공하는 행위로서 정보적지지(informational support), 셋째, 일을 대신해 주거나 돈, 물건을 제공하는 등 필요시 직접적으로 돕는 행위로서 물질적지지(instrumental support), 넷째, 자신의 행위를 인정해주거나 부정하는 등 자기 평가와 관련된 정보를 전달하는 평가적지지(appraisal support)로 개념화하였다.

그 외에도 김연숙과 김지미(2001)는 사회적 지지는 복합적인 차원의 개념으로 사회적 지지체와의 상호작용을 통해 대상자에게 주어지는 정서적이고 실제적인(비정서적인) 도움으로 정의하였고, 오가실 등(2008)은 한국적 의미의 사회적 지지를 정, 도움, 믿음, 사랑으로 개념화하기도 하였다. 이애란과 김영기(2004)는 사

회적 지지의 구조적 측면인 사회적 연결망에 관심을 갖고 사회적 자본으로서의 사회적 지지에 대한 접근을 시도하였다.

이상의 논의를 통하여 사회적 지지의 개념에 대한 이론적 틀을 도식화하면 다음 [그림 2]와 같다. [그림 2]는 사회관계의 존재에 의해 형성되는 사회적 지지와 개인에게 미치는 사회적 연결망 구조와 기능에 의해 어떻게 설명되는가를 잘 보여준다.



출처: 사회적 지지연구회 역(2002). 「사회적 지지와 건강」. p.92

[그림 2] 사회적 지지 개념의 이론적 틀

## 2) 사회적 지지의 원천과 특성

일반적으로 사회적 지지는 사랑과 보살핌이 필요한 개인들에게 실질적인 도움 또는 애착의 감정을 제공하는 사회적 상호작용 또는 관계로 정의되지만 (Goodwin, Costa, & Adonu, 2004), 사회적 지지의 근원이 어디냐에 따라 자연적 원조체계로서 비공식적 지지체계와 상호원조체계로서 공식적 지지체계로 구분하

여 살펴볼 수 있다.

비공식적 지지체계와 공식적인 지지체계로부터 받는 사회적 지지는 정서적인 지지와 물적지원, 원조활동 등 중요한 타인과의 관계를 통해 제공되는 긍정적인 자원을 의미하는 것으로 친구지지, 친척지지, 전문가집단으로부터의 지지를 포함한다(박애선, 2013). 가족이나 친구와 같은 비공식적인 지지체계는 어머니나 가족의 유대관계를 통해 형성되므로 현재 가족이 처한 상황을 이해하고 정서적으로 동감해주며, 자녀의 양육을 돌보아 주는 등의 실제적인 도움을 제공한다. 한편 장애아동과 가족을 위한 공식적 지지체계는 사회적 지지체계로서 공공재적 서비스를 통한 전문가 지지체계를 의미한다. 즉, 사회복지사, 특수교사, 재활치료관련 치료사 등으로 부터 장애아동의 정상발달에 필요한 도움을 받고, 장애아동 양육과 관련한 최신의 지식과 정보를 제공받는 관계이다. 그리고 학교, 치료실, 사회복지기관과 가정을 연계해 줌으로써 가족의 양육부담감과 스트레스를 완화하고 가족체계를 유지할 수 있도록 직·간접적 지원망을 형성한다.

사회적 지지의 특성은 사회적 통합, 사회적 지지망, 사회적 상호작용 등 사회관계의 특성을 포함한 여러 측면을 의미하는 다차원적인 개념으로 크게 구조적인 측면(structure)과 기능적인 측면(function)으로 구분된다.

먼저, 구조적 측면에서 사회적 지지는 사람들이 상호 연결되어 있는 조직으로 사회통합이나 사회적 지지망 혹은 연결망(social network)의 구조로 설명된다. 사회통합은 결혼상태, 지역사회 참여 여부 등으로 개념화되고 측정되며, 사회구성원들이 사회에 대해 연대감, 소속감, 애착감 등을 느끼는 것으로 사회통합을 위해서는 자원의 분배 뿐 아니라 감정적인 소속감도 중요하다(House & Kahn, 1985; Wills, 1985). 그리고 사회적 지지망은 구성원간에 지속적으로 긍정적인 지지를 교환하거나 부정적인 상호작용을 교환하는 일련의 집합체로 개념화되며, 여기에는 관계의 수, 관계망 내에서의 역할, 관계망 내에서의 접촉 빈도, 관계의 밀도와 복잡성, 상호 호혜성, 동질성 등의 개념을 포함하는 것으로 개인이 얼마나 많은 친구를 가지고 있는가, 얼마나 많은 집단에 속해 있는가 등 대인관계의 측면을 보는 것이다(Cohen & Syme, 1985; Thoits, 1986; 김미령, 2005; 유봉애, 2012). 구조적 관점의 장점으로는 지지수혜자의 개인적인 특성에 영향을 받지 않는 상태에서 지지의 망적 특성과 사회체계로의 소속정도에 대한 정보를 얻을 수

있다는데 있다(정현주, 2009).

반면, 기능적 측면에서 사회적 지지는 사회적 지지망을 이루고 있는 구성원들이 제공하는 행위의 내용 또는 사회적 자원으로 정의되며(Lieberman, 1982), 긍정적 정서나 정서적 지지의 표현, 신념이나 느낌에 대한 동의의 표현, 충고나 정보의 제공 등 한 개인이 맺고 있는 인간관계의 질을 스스로 어떻게 보는가에 대한 주관적 입장을 말한다. 즉, 객관적인 특성보다는 사회적 지지를 수혜자가 어떻게 인지하는가 하는 주관적인 특성이 심리적 안녕에 더 많은 영향을 미친다는 입장이다. 사회적 지지의 기능적 측면을 강조하는 연구자들은 다양한 지원 기능들이 서로 높은 상호관련성이 있기 때문에 사회적 지지의 기능을 단일차원이 아니라 복합적이고 다차원적인 구성체로 인식해야 한다(Thoits, 1986).

사회적 지지가 기능을 갖기 위해서는 사회적 지지망이 있어야 하며, 사회적 지지망의 현존은 사회적 지지에 접근할 수 있는 첫 번째 단계이고 그 다음이 관계에서 나타나는 기능적 특성의 질이다(Pearlin et al., 1981).

그리고 기능적 측면에서의 사회적 지지는 주관적 측면으로써 개인이 맺고 있는 실제적인 대인관계의 질을 자신이 어떻게 평가 또는 자각하고 있는가를 측정함으로써 알 수 있다. 즉, 개인이 여러 역할 범주에서 돌봄을 받거나 가치를 인정받고 있다고 평가하고 이러한 관계에 만족하는 것을 말한다(조인숙, 2002).

물론 현실적으로 개인이 제공받는 사회적 지지의 기능이나 특성은 독립적인 것이 아니라 상호 복합적으로 작용한다 하더라도 대체로 사회적 지지는 개념적으로 기능적 특성을 의미한다.

사회적 지지의 기능적 측면을 중시하는 연구는 지각된 지지(perceived support)와 실제로 제공된 지지(received support)로 구분하기도 한다.

지각된 사회적 지지는 자원의 이용가능성 및 원조의 적절성에 대한 주관적 인식으로 실제 상황이 아닌 가상적 위기상황에서 자신에게 주어질 것으로 기대되는 도움의 형태를 측정하는 것이다. 그리고 실제적 지지는 관계망 성원에게 제공받은 충고나 원조, 애정 등의 직접적인 전이를 의미하며, 실제 상황에서 받은 도움의 종류를 측정하는 방법으로 생활사건 연구에서 많이 쓰인다(Wethington & Kessler, 1986).

지각된 사회적 지지는 개인적 신뢰와 관계된 것으로 과거의 경험 뿐 아니라 개

인의 사회화나 사람들과의 교제를 통해 발달 될 수도 있다. 또한 개인의 사회적 지지망의 특성이나 개인의 사회적 지지를 수용하는 태도도 지각된 사회적 지지에 영향을 미친다(Barrera, 1986). 반면 실질적 사회적 지지는 실질적인 사회적 지지의 사용 혹은 경험에 의해 구성되는 것으로 도움을 요청하기 위해서는 자신이 사용 가능한 사회적 지지망이 있다는 것을 실제로 사용해본 경험이나 관계의 존재를 통해서 인지된다(김미령, 2005).

### 3) 사회적 지지의 효과

사회적 지지는 사회복지의 효과적인 구성요소로 긍정적인 의미와 의도를 갖고 있다지만 사회적 관계의 특성상 다른 사람들과의 관계에서 나타나는 갈등적인 요소들로 인하여 스트레스와 사회적 지지 모두의 원인으로 작용하여 긍정적 효과와 부정적 효과의 양면성을 띄고 있다. 특히 사회적 지지의 영향은 대상자의 특성이나 주변 상황, 원조와 도움의 정도, 지지 제공자의 태도, 그리고 대상자가 지각하는 수준에 따라 다르게 나타난다. 그럼에도 불구하고 사회적 지지의 활용에 대한 사회복지 영역의 관심은 환경적 개입 도구로서 클라이언트의 강화에 중요한 요소로 작용하고, 스트레스 상황에서 정신적·신체적 건강에 중요한 영향을 미치는 자원으로 사용되며, 자긍심이나 통제력 등 개인적 자원의 활용에 중요한 영향을 미치는 요소로 인식되고 있다(김미령, 2005).

사회적 지지의 효과는 스트레스나 건강과의 관계를 무시하더라도 기본적으로 신뢰관계에 의해 제공되는 자원이라는 긍정적 의미가 담겨 있다. 스트레스의 정도와는 무관하게 지지는 건강과 안녕을 증진시키고(주효과), 또는 지지가 스트레스 사건의 병리적 영향으로부터 사람을 보호하기(완충효과) 때문에 사회적 지지와 건강의 긍정적 관계를 증명하려는 연구들이 지속되고 있다.

하지만 다른 사람들과의 갈등적인 요소에 의한 사회적 관계의 부정적인 측면으로 인해 스트레스는 사회적 지지체계 자체로부터 올 수 있다. 개인의 중요한 사회적 지지원이 스트레스 상황에서 좋은 지지를 제공했다고 할지라도 부정적인

상호작용이 원인이 될 수도 있다는 것으로 지나치게 많거나 또는 시기적절하지 않아 만족하지 못하여 부정적 영향을 미치게 되는 것이다(Cohen & Syme, 1985; Thoits, 1995). 그러나 이러한 부정적 영향은 사회적 지지가 갖는 고유의 특성이 라고 하기 보다는 대상자의 욕구에 부합하지 못함으로써 나타나는 현상으로 낮은 효과성 때문이다. 물론 지지체계의 전문성이나 인간관계에 따라 불만족하거나 스트레스를 유발할 수 있겠지만 근본적으로 욕구나 문제 상황의 해결이 안되어 나타나는 불만족의 반대급부로 나타나는 현상이다.

따라서 본 연구에서는 사회적 지지의 긍정적 효과로서 사회적 지지의 기능과 역할을 설명하기 위한 주효과 모델과 완충효과 모델을 중심으로 살펴보았다.

주효과 모델과 완충효과 모델을 강조하는 이유는 사회적 지지가 문제 상황을 예방하고 건강을 어떻게 향상시키는가에 대한 이해를 증진시키기 보다는 향후 연구에서 사회적 지지가 건강의 다양한 행위적·정서적·병리적 중재 요인들과 어떻게 관련있는가를 설명해줄 수 있는 좀 더 구체적인 가설을 검증해야 한다는 점에 중점을 두고 있기 때문이다. 일반적으로 주효과는 개인이 사회적 연결망에 통합되는 정도를 평가하는 지지를 측정함으로써 나타나는 효과이고, 완충효과는 스트레스 사건에 반응하도록 돕는 자원의 유용성을 평가하는 지지를 측정함으로써 나타나는 효과로 알려져 있으며 구체적으로 살펴보면 다음과 같다(사회적지지연구회, 2002).

먼저, 주효과 모델(main effect model 또는 direct effect model)은 사회적 지지가 스트레스의 당면 여부와 관계없이 심리적 적응이나 건강에 긍정적이며 유의한 효과를 갖는다고 가정하는 것으로 구조적 특성, 특히 도구적 지지로서 사회통합적 지표의 특징을 갖는다. 이는 스트레스와 지지의 상호작용이 존재하지 않는다는 직접효과의 통계적 검증 과정에서 주효과라 불리어졌다(Cohen & Wills, 1985).

이 가설에 의하면 평상시에 안정된 대인관계를 통하여 경험하는 지지가 개인의 자아 정체감, 안정감, 사회에 대한 예측가능성, 그리고 통제감 등에 영향을 줌으로써 스트레스와 관계없이 그 개인의 적응에 영향을 준다는 것이다(이종화·김동환, 2000). 사회적 지지는 일상생활에서 사람들 간의 교류에 내재해 있어서 어떤 구체적인 지지가 요구되지 않는 상황에서도 안정성, 소속감, 규범과 준거 모

텔 등을 제공해 줌으로써 개인의 복지에 기여한다(Vaux, 1988; 김윤정·최혜경, 2000 재인용). 그리고 개인에게 스트레스를 주는 삶의 사건이 발생했을 때 자신들이 도움을 받을 수 있는 사회적 지지가 있다는 인식에 기인하거나 혹은 사회적 지지망에 의한 소속감에 기인한다(Cohen & Syme, 1985).

둘째, 상호작용효과라 불리는 완충효과모델(moderating effect model 또는 buffering effect model)의 경우 사회적 지지의 스트레스 감소 역할을 의미하는 것으로 사회적 지지가 일상생활에서 스트레스와 충격에 대한 완충물(buffer)로 작용한다는 가설이다(Sarason & Sarason, 1982; Pretorius, 1996). 이 가설은 기능적 특성으로서 지지의 이용가능성에 대한 인지에 초점이 맞추어져 있다. 그리고 스트레스가 높은 상황에서 사회적 지지가 전혀 없거나 거의 없는 사람에게는 스트레스가 그들의 건강과 안녕에 부정적인 효과를 미치나, 강한 지지체계를 가진 사람에게는 사회적 지지가 완충작용을 하여 스트레스가 감소되거나 배제되어 적응에 도움을 준다는 것이다(이종화·김동환, 2000). 따라서 스트레스가 낮을 때에는 사회적 지지가 개인의 복지에 별 영향을 미치지 않지만 스트레스가 높을 때에는 사회적 지지가 복지에 미치는 영향이 클 것이라고 가정한다(Krahn, 1993).

완충효과 모델은 지지가 스트레스-병인의 인과 관계의 사슬고리에서 두 가지 역할을 한다(Cohen & Mckay, 1984; House, 1981). 첫 번째로 다른 사람들에 의해 제공된 자원은 어떤 상황으로 인해 초래된 잠재적 위험을 재정의하고 감소시킬 수 있으며, 부과된 요구에 대처할 수 있는 능력을 지지함으로써 상황을 스트레스가 높지 않는 것으로 평가된다. 두 번째로 지지는 스트레스 경험을 감소시킴으로써 또는 직접적으로 원인이 되는 문제 상황이나 병리적 과정에 영향을 미침으로써 스트레스 경험과 병리적 변화 사이에서 중재를 할 수 있다.

### 3. 장애아동 어머니의 장애수용 과정

#### 1) 장애수용의 개념

장애수용은 장애 또는 장애인에 대한 태도로서 장애를 인정하고 적응해나가는 지속적인 개인의 심리적 변화 과정으로 사회적인 존재로서 갖는 어떤 특성이나 속성을 말하는 장애정체감과는 구별되는 개념이다.

일반적으로 태도(態度)란 정서적·인지적·행동적 요소를 가진 개념으로 개인 내에 내재되어 있다가 특정한 사회적 상황에서 어떤 특정한 일에 의해 유발되어 나타나는 잠재적 혹은 추론적 심리사회적 과정이다(Hampton & Xiao, 2013; 신은경·이한나, 2011). 또한 대상에 대한 수용과 행동에 영향을 미치는 학습된 신념으로서 고정불변한 것이 아니라 경험과 정보의 습득을 통해 변화 가능한 것이다(차재화, 2005). 결국 장애인에 대한 태도는 개인의 경험적 인식을 바탕으로 타인에 대한 주관적 느낌의 감정을 의미한다.

개인의 심리적 변화과정으로서 적응(適應)이란 주어진 환경에 자신을 맞추는 순응과정(順應; adaptation process)과 자신의 욕구를 충족시키기 위해서 환경을 변화시키는 인간의 심리적 조정과정(調整; adjustment process)을 의미한다. 즉, 개체와 환경의 두 개념을 포함하는 적응은 단순히 환경적 요구에 수동적으로 일치시키는 소극적 의미뿐만 아니라 개체와 환경간의 역동적인 관계를 정확히 파악하여 현실적인 목표를 설정하고 이를 적극적으로 달성해 나가는 창조적 과정을 의미한다(Lazarus, 1977; 정원식·이상로·이성진, 1979; 강영애·최영중·곽승철, 2007 재인용).

이에 반해 수용(受容; acceptance)이란 ‘생각 및 감정 등의 사적사건(private event), 특히 심리적 고통을 유발시키는 사적사건을 그 빈도나 형태를 변화시키려 시도하지 않은 채 기꺼이 받아들이는 것’이다(Hayes et al., 2006). 즉 ‘개인의 정서, 사고, 신체감각 등의 사적 경험들에 기꺼이 접촉하지 않고, 삶에서 손해를 겪음에도 불구하고 사적 경험의 형태나 빈도를 바꾸거나 이에서 벗어나려는 시

도'를 의미하는 '경험회피(experiential avoidance)'와는 반대되는 치료적 변인이다(Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). 이러한 수용은 그 자체가 목적이 아니며 가치에 기반을 둔 삶을 사는데 필요한 과정이다(김기환, 2015).

결국 장애수용이란 장애 또는 장애인에 대한 태도와 필수적인 심리적 적응과정으로서 수용의 주체가 누구냐에 따라 크게 세 가지로 분류할 수 있다. 첫째, 장애인 당사자의 심리사회적 적응으로 신체적 건강유지를 위한 필수적인 단계로서 장애수용, 둘째, 장애를 가진 또래와 적극적인 상호작용 관계를 맺음으로써 사회적 통합을 이루고자 하는 또래친구의 장애수용, 마지막으로 장애아동의 부모가 경험하는 심리적 현상 중의 하나로서 나름의 갈등과정, 적응과정, 수용과정과 같은 장애자녀의 양육과정에서 겪는 일련의 감정적 변화 과정을 의미하는 장애아동 부모의 장애수용이다.

## 2) 장애아동 어머니의 장애수용 과정

장애아동 어머니가 장애를 수용하는 과정은 학자에 따라 4단계에서 12단계까지 연구자들마다 조금씩 다른 수용단계를 제시하지만 대체로 충격과 같은 부정적 반응단계에서부터 시작하여 비슷한 심리적 과정을 거쳐 최종적으로 수용이라는 긍정적 반응단계에 도달한다(고일영, 2009; 김윤희·김진숙, 2014). 또한 부모의 장애수용 과정을 자녀의 장애를 인정하고 받아들이며 적응해나가는 지속적이며 연속적인 단계로 진행된다고 가정하고 있다(고일영·황경열, 2010).

장애수용 과정에 대한 외국연구자들의 경우 Levinsin(1962)은 지적장애아 부모들의 심리적 문제와 반응을 중심으로 충격단계, 부정단계, 수치심단계, 죄책감에 사로잡히는 단계, 시기를 느끼는 단계, 배척이나 보호를 하는 단계, 수용의 단계로 이어지는 7단계의 감정적 변화를 제시하였고, Perske(1973)는 장애아동 부모들이 지니고 있는 감정들에는 우울함, 변화, 상처, 죄의식, 증오, 포기 등의 다양한 감정들이 있으며 이러한 변화를 불확실, 충격, 부정, 죄의식, 분노, 우울, 수용의 7단계로 구분하였다.

의료적 패러다임 입장에서 Huber(1979)는 장애자녀의 적응 과정을 부정의 단계, 분노의 단계, 교섭의 단계, 우울의 단계, 수용의 단계인 5단계로 구분하였다. 가부장적 가족관계 안에서의 주 양육자인 어머니의 지속적인 스트레스와 소외경험을 중심으로 Luong, Yoder, and Canham(2009)은 거부/수동적 극복, 역량강화, 치료에 전념, 우선순위 변화, 삶과 관계의 재정립, 변경된 기대, 사회적 위축, 영적인 극복, 장애수용에 이르는 9단계의 극복형태를 도출하기도 하였다.

국내의 연구자들도 장애아동 어머니의 장애수용 과정을 시기의 차이는 있지만 대체로 비슷한 과정을 제시한다.

서화자(1998)는 장애아동 가족은 장애를 수용하기까지 아주 역동적인 심리과정을 겪게 되는데 가족이 서로 상호작용하며 장애를 수용하는 과정을 크게 3단계로 구분하였다. 그리고 어머니의 심리연구를 통해 장애아동 어머니가 장애를 수용하기까지의 심리과정을 쇼크단계, 부인(부정)의 단계, 장애의 인식과 죄의식 단계, 혼란 단계, 정동반응(분노, 슬픔, 불안)의 단계, 절망 대 적응의 단계, 재기 단계, 심신의 피로단계, 장벽의 단계, 선택의 단계, 자아가 회복되는 단계, 적극적으로 참여하는 단계 등 12단계로 설명하였다. 서명옥(2008)의 경우 지적장애 아동의 어머니를 대상으로 저하된 삶의 질이라는 현상에 대한 충격·부정의 단계, 분노·원망의 단계, 타협의 단계, 좌절·우울의 단계, 수용의 단계 과정을 경험한다고 하였다.

한편, 장애수용과정에 대하여 Miller(1994)는 장애아동 부모가 장애아동을 수용하기까지의 과정을 생존기, 탐색기, 안정기, 분리기 4단계로 보고 장애 수용과정을 연속선상의 발달계열로 단계를 제시하고 묘사하긴 했으나 부모의 심리나 주위환경, 여러 가지 사회적 자극에 의해 이 과정들이 반복적으로 일어난다고 하였다. 일찍이 기존의 단계모델 가정에 반론을 제기한 Berry and Zimmerman(1983)은 장애자녀의 출생이나 진단으로부터 오랜 시간이 경과할수록 그 부모는 부정-분노-타협-우울-수용에 이르는 보다 높은 수준의 적응단계로 점진적 발달을 가정하지만 각 단계들이 이전 단계로의 퇴행도 가정하고 있어야 한다고 주장하였다. Blacher(1984) 역시 장애아동 부모의 장애수용태도가 계열적으로 나타나는지 아니면 비계열적으로 전개되는지에 대해 논란이 있음을 지적하면서 그는 장애아동 부모들이 경험하는 여러 가지 양가감정들은 계속적으로 지속되는 것이 아니

라 일생을 통하여 순환되며 반복되어 진다고 하였다. 국내의 연구자들도 대체로 모든 장애아동 부모가 동일하게 정해진 반응의 단계를 보이지는 않는다고 하였다(주현숙, 2000; 고일영, 2009; 김기룡·김삼섭, 2012).

최근 자폐성 장애 아동 어머니의 삶의 전환과정을 살펴본 이애란 등(2010)은 장애아동 어머니의 삶의 전환과정에서 어머니들은 한 단계에 머물러 있기도 하고, 이전 단계로 되돌아가는 등 개인마다 다음 단계로의 이행에서 속도 차이를 보였고, 전환과정의 단계이행에는 자녀의 상태, 어머니의 맥락적, 중재적 조건이 영향을 미친다고 하였다. 그리고 김현옥, 김경호 그리고 박지현(2009)은 장애수용을 장애아동의 전 생애에 걸친 지속적인 과제로서 다양한 요인의 작용으로 이루어지며 장애아동 가족을 위한 사회적 원조체계가 존재해야 가능한 복합적인 과정이라고 강조 한다. 즉, 장애수용 과정에서 나타나는 단계들은 중복되어 나타날 수도 있을 뿐만 아니라 동시에 시작될 수도 있다(고일영, 2009). 따라서 이러한 문제들은 부모기를 통해 경험하는 규준적인 문제로 부모들 간에도 장애를 수용하는 과정마다 개인차가 있음을 인식해야 된다는 것이다(Bernheimer, Young, & Winton, 1983).

결국 장애아동 어머니의 장애수용이란 자녀의 장애로 인한 고뇌와 모순된 정서를 의미하며, 자녀의 장애를 인정하고 받아들이며 적응하는 지속적이고 반복적인 과정이다(Barnett et al., 2003). 이때 장애아동 어머니가 아동의 장애를 수용하기까지의 과정은 시간이 걸리며 평생의 과정으로서 어떤 측면에서 고독의 행보라고 할 수 있다. 하지만 대부분의 어머니들과 가족은 이처럼 복잡하면서도 역동적인 심리 과정을 겪으면서 점차 자녀의 장애를 수용하고 적응하는 과정을 거쳐, 타협하며 갈등을 해결하는 가족체계를 형성하게 된다(정현주·김성수, 2013).

Olsson and Hwang(2008)은 장애아동 어머니의 장애수용이 양육에 있어 중요한 과업이지만 그 자체로 이루어지기 보다는 다양한 요인이 작용하여 장애수용이 이루어지고 가족들의 삶의 질 기반에 영향을 미친다고 하였다. Freedman(1995)도 장애아동 어머니의 장애수용은 어머니 본인의 아동에 대한 애정이나 포용력만으로 이루어지는 것이 아니라, 가족 전체의 과업이며 사회적 협조로 이루어지는 것이라고 하였다. 실제로 다양한 사회적 관계망을 통한 지지와 지원 그리고 가족 내에서의 기능적인 의사소통이 장애수용과 가족의 성공적인 적응에 많은

도움이 되고 있다. 특히 수용의 단계를 통해 가족들이 가족의 가치와 구조를 있는 그대로 받아들이게 되면 이들은 계속해서 새롭게 가족의 기능을 개발, 발전, 유지하는 것에 자연스러워진다(고일영, 2009).

최근에는 이러한 경향을 반영하여 장애아동을 둔 가족의 문제와 적응을 가족 구성원 어느 한 개인의 것으로만 파악하지 않고 가족이라는 맥락 혹은 체계라는 관점을 통해 접근하고 있다(정현주·김성수, 2013). 따라서 본 연구에서는 자녀의 장애에 대한 적응과정으로서 어머니의 장애수용과정을 단선적인 것이 아니라 가족체계 내에서 변화하는 다양한 사회·환경적 요소들과 상호작용을 통하여 나타나는 복합적인 심리적응의 상태로 규정하고, 현재 장애아동 어머니가 가족과 다양한 사회환경적 관계망에서 느끼고 지각하는 장애수용 수준에 초점을 두었다.

#### 4. 장애아동 가족의 특성과 가족기능

##### 1) 장애아동 가족의 특성

장애아동을 대상으로 하는 사회복지적 개입은 장애아동 개인에 대한 접근 못지않게 장애아동과 장애아동의 환경을 구성하는 각 요소 간의 상호작용을 중시하는 생태체계적 접근이 중요하다. 그 중에서도 가족은 인간이 성장하는 가장 일차적인 환경으로 가족 구성원들의 양육, 보호, 사회화의 기능을 담당하면서 정서적 발달은 물론 인격 형성에도 중요한 역할을 한다.

현대적 의미에서 가족의 개념은 사회변화에 따라 혈연관계를 필수조건으로 하지 않는다는 점, 정서적·관계적 기능을 중시한다는 점, 그리고 가족의 다양성을 인정한다는 점 등이 대두되고 있다. 가족은 한마디로 정의내릴 수 있는 실체라고 하기보다는 오히려 사람들의 실제 삶에서 이루어지는 구성체라고 보는 경향이 두드러진다. 그러므로 현대의 가족은 가족 자체를 하나의 체계(system)로 보고 그 주된 관심은 가족행동의 내적 작용에 맞추어진다. 가족 내에서의 감정, 사랑,

경계, 의식, 패러다임, 규칙, 일상생활, 의사결정 그리고 자원관리와 같은 가족과정(family process)과 가족관계에 중심을 두고 있다고 볼 수 있다(유영주, 2004). 결국 가족체계란 부모와 자녀를 독립적으로 이해하는 것이 아니라 서로와의 관련성 속에서 양방향적인 이해에서 논의되어야 한다는 것이다.

장애아동 가족관계에서도 부모나 가족은 장애아동에게 영향을 미치는 것처럼 아동들은 그들의 부모나 가족의 행동에 영향을 주는 상호적 관계이다. 즉, 부모와 자녀와의 관계는 단선적이기 보다는 복잡한 시스템 속에서 이해되어야 한다. 궁극적으로 장애아동의 발달이라는 목표를 달성하기 위해서는 장애아동을 둘러싼 환경 중에서도 가족에 관심을 갖는 것이 매우 중요하다(Cullinan, 2002; Kuczynski, 2003; 정현주·조원탁, 2008; 손지영·조상은, 2012; 석말숙, 2013).

장애아동에게 양질의 가족이란 장애를 수용하고 인정하는 가족이라고 본다. 다시 말해 가족 구성원이 아동의 장애를 발견하고 인정하기까지의 고통과 충격을 가족 되기의 경험으로 재발견하고 장애아동이 가족의 일원에서 사회적 구성원으로 일상적 기능과 역할을 수행하도록 원조하는 것이다. 또한 이러한 가족은 아동의 장애를 있는 그대로 수용하되 '희망'을 발견하고 원동력으로 삼는 가족이라 할 수 있다(김현옥·김경호·박지현, 2009).

최근 장애아동 가족에 대한 접근은 가족의 욕구와 강점에 기초하여 가족이 스스로 자원을 이용할 수 있도록 가족이 필요로 하는 정보를 제공하며, 공식적·비공식적 지지체계와 같은 사회적 지지망을 강화하는 방향으로 전환되고 있다(정현주·조원탁, 2008; 김성천 외, 2009; 김혜경, 2009; 어용숙, 2010). 그리고 이러한 노력의 일환으로 국내에서도 장애아동과 가족의 공적 지지체계로서 장애아동 가족지원정책이 마련되어 다양한 서비스 및 프로그램 등이 제공되고 있다.

## 2) 가족체계이론 접근의 유용성과 가족기능 사정도구

가족기능은 사회와 시대에 따라 끊임없이 변화하고 있지만 아동기의 발달에서 여전히 강조되는 중요한 부분이다. 일반적으로 가족기능은 가족 구성원 간의 상

호의존적인 상호작용을 하는 복합적인 조직망이라는 점에서 가족을 하나의 ‘체계’로 간주하며, 기능적 단위로서 열린 사회체계로 보는 체계이론에 의해 설명된다(Cronin-Stubbs, 1978; 정현주·조원탁, 2008; 서지은·김희정, 2012).

체계이론에 의한 접근방법은 가족기능 연구에 있어 가장 유용한 방법으로 여겨지고 있다(Friedman, Utada, & Morrisey, 1987; 서지은·김희정, 2012 재인용). 가족체계이론은 가족 구성원들의 개별적인 특성이나 특정한 관계에 의해서라기보다 가족 전체가 살아있는 유기체로서 서로 영향을 주고받는 역동적인 체계를 이룬다는 것이다. 가족체계론적 관점에서 가족기능은 가족체계의 성장, 연속, 생존유지에 필요한 활동으로서 그 활동은 가족성원을 상호작용적 역동관계에 있게 하며, 가족성원간에 일어나는 교류의 양과 내용으로 이루어진다(석말숙, 2013). 따라서 부적응하는 개인의 경우 개인의 내면적인 혼자만의 문제가 발생하는 것이 아니라 역기능적인 가족체계 내에서 발생한다고 본다(Kerr, 1981; 신영규, 1993 재인용).

가족기능을 개념화하고 평가하기 위해 가족의 문제를 개인이 아닌 가족구성원 전체의 복잡한 심리 역동적 상호작용으로 이해하고, 병리적·의료적 측면에서 가족 치료의 모든 주요 체계를 가족건강 또는 가족기능 속에 통합하려는 시도들이 나타나고 있다(신영규, 1993; 정성란, 2004).

체계이론에 입각하여 Miller and Janosik(1980)은 가족기능을 가족이 어떤 정해진 목적이나 목표를 달성하기 위해 개인 또는 가족 구성원들에게 맡겨진 모든 작용이라고 정의하였고(서지은·김희정, 2012 재인용), Barnhill(1979)은 이전의 가족기능(건강, 병리)에 대한 개념들을 정리하여 가족기능의 차원을 각각 2개의 연속선상의 하위요소로 규정하고 가족의 정체성(family identity), 가족의 변화(change), 가족 내의 정보화 과정(information processes), 가족의 역할 구조화(role structuring)로 정의되는 건강가족시스템(health family system)을 제시하였다(신영규, 1993 재인용).

가족기능에 대해 유영주(1993)는 가족체계 내의 개인성원의 위치와 역할, 그리고 가족체계 밖의 관계에서 가족의 응집성과 적응성 등 개인 성원인 동시에 전체 가족으로서 정체성과 관계성을 같이 보여주는 개념이라고 정의하였다. 김윤희(1990)는 가족기능을 체계의 완전함을 유지하고, 가족의 목표를 성취하기 위하여

체계를 예측할 수 있는 방향으로 이끌어 가는 가족의 행위 또는 역동성을 말한다고 하였다. 서지은과 김희정(2012)은 선행연구의 내용을 종합하여 가족기능은 가족을 유지하기 위한 가족 구성원의 행위 또는 가족 구성원 간의 상호작용이라고 제시하였다.

장애아동 가족의 경우 자녀의 장애 그 사실 하나가 가족기능에 문제를 일으키기 보다는 장애자녀를 양육하는데 야기되는 신체적·정신적 스트레스와 경제적·사회적 부담감 등이 가족 구성원들의 특성과 상호 작용하여 역기능적이 되기도 하고 기능적이 되기도 한다(정현주·조원탁, 2008). 이때 자녀의 장애를 발견하고 어머니와 가족들이 경험하는 심리적 적응과정은 장애를 수용하고 가족구성원간 상호작용을 통하여 갈등을 해결하는 가족체계를 형성하는데 도움이 된다(정현주·김성수, 2013). 따라서 장애아동의 정상적 양육과 사회화를 위한 가족성원의 역할과 가족기능에 대한 가족체계론적 접근은 유용하다.

1970년대 중반 이후 가족기능을 개념화하고 가족의 기능화 정도를 사정하기 위한 도구들이 개발되기 시작하였다. 특히 급격히 변해가는 현대 사회에서 건강하게 기능하는 가족과 역기능적인 가족에 대한 관심과 중요성이 고조되면서 가족체계이론을 토대로 가족의 기능을 설명하고 이를 평가하기 위한 연구도구 개발 노력이 꾸준히 이어졌다(김수연, 1998).

체계이론을 근간으로 한 대표적인 모델은 Olson 등의 Circumplex 모델, Beavers 등의 Beavers systems 모델, Epstein 등의 McMaster 모델 등이다(최선희, 1999; 유영주, 2004; 정성란, 2004).

그 중에서도 Epstein, Baldwin and Bishop(1983)에 의해 개발된 McMaster 모델은 체계이론에 확고한 기반을 두어 과학적 정당성을 부여해주고 있으며, 포괄적인 모델로 다양한 장면에서 가족기능을 평가하고 치료하는데 효과적이다(Schouten, 1994; Miller et al., 2000). 또한 30년 이상 발전되어오면서 가족기능을 평가하고 진단하는데 뛰어난 개념적 준거 틀을 제공하고 있다(Epstein & Bishop, 1991; 김유숙·전영주·김유숙, 2003; 정성란, 2004).

McMaster 모델의 기본 가정은 가족의 모든 부분들은 상호 관련되어 있으며, 가족의 구성원이나 하위체계에 대한 이해로는 충분히 이해될 수 없는 것이라고 설명된다(정성란, 2004). 또한 이 모델은 가족기능이 가족성원 개인의 정신 내적 특

성보다도 가족체계의 교류와 체계에 대한 개인의 지각과 더 깊이 연관이 있다고 주장한다(석말숙, 2013). 여기서 가족은 체계들 내의 체계(개인, 한 쌍의 부부)로 구성되고 다른 체계(확대 가족, 학교, 산업, 종교)와 관련된 열린 체계로 이해된다. 역동적 가족 집단의 독특한 측면은 단순히 개인들이나 성원들 간의 상호작용의 특징으로 축소시킬 수 없으며, 오히려 분명하면서도 은연중에 내포된 규칙들과 각자의 행동을 지배하고 통제하는 성원들에 의한 행동으로 나타난다(Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983).

McMaster 모델은 어느 한 부분에 초점을 둔 것이 아니라 가족을 복합적인 전체로서 이해하고 평가하기 위해서 많은 영역들을 고려하고 있다. McMaster 가족사정척도(FAD)는 평가 및 검사 도구로써 크게 7가지 하위영역으로 구성되어 있으며, 가능한 가장 간단하고 효율적인 방식으로 문제의 영역을 밝히고자 고안되었다. 그리고 가족성원으로부터 직접 전체로서의 가족체계에 관한 다양한 영역에 걸친 정보를 수집하도록 구성되었다(권복순, 2000). Epstein, Baldwin, and Bishop(1983)에 의해 총240개 문항으로 개발되었고 여러 차례 수정을 거쳐 53문항으로 조정되었다가 신뢰도가 낮은 문항을 보완하여 60문항으로 최종 사용되었다(오승환, 2001).

7가지 하위영역은 가족기능을 평가하는 여섯 가지 차원(혹은 기능)인 문제해결 기능(problem solving), 의사소통 기능(communication), 역할 기능(roles), 정서적 반응 기능(affective responsiveness), 정서적 관여 기능(affective involvement), 행동통제 기능(behaviour control)과 사정을 위한 척도로 전반적 기능(general functioning)이 추가되어 있다.

각각의 하위차원에 대해 첫째, 문제해결은 가족이 효과적인 가족기능을 유지하면서 가족의 문제를 해결하는 능력이다. 둘째, 의사소통이란 가족 내에서 정보가 어떻게 교류되는가 하는 것이다. 셋째, 가족의 역할이란 개인이 가족기능을 충족시키기 위해 반복적으로 일어나는 행동유형이다. 넷째, 정서적 반응성은 가족이 주어진 자극에 따라 적절한 내용과 적절한 양의 감정으로 반응할 수 있는 능력을 의미한다. 다섯째, 정서적 관여는 가족 서로에 대한 관심이나 배려의 양과 질의 문제로 가족 전체가 각 개인의 관심사, 활동, 가치관에 얼마나 관심을 보이는가를 의미한다. 여섯째, 행동통제는 가족이 여러 종류의 상황에서 행동을 통제하

기 위해 선택하는 유형으로 정의된다. 일곱째, 가족의 전반적 기능은 가족의 건강 및 병리를 총체적으로 측정하는 것으로 가족기능의 효과성을 살펴보는 것이다(정수경, 1993; 김유숙·전영주·김수연, 2003; 정성란, 2004).

## 5. 선행연구 고찰

가족에 있어 장애아동의 영향은 장애아동과 부모 간에 서로 상호작용을 통하여 장애 자녀가 부모의 행동에 영향을 주기도 하지만 장애아동이 가족과 부모의 행동에 영향을 받기도 한다. 장애아동 가족 관련 국내·외 연구동향(조현근·이병인, 2014) 분석을 살펴보면, 국내 연구는 장애아동 부모 및 가족의 심리·정서 관련 양육스트레스 경감 및 대처 방법, 가족지원 요구 및 프로그램 중심으로 진행되었으며, 그 중 가족기능과 관련된 연구는 7.0%였다. 이는 가족기능의 연구가 가족중재프로그램과 양육스트레스와 관련 있는 심리·정서적 변화와의 인과관계를 살펴보기 위한 변수의 일환으로 사용되고 있음을 추측할 수 있다.

하지만 가족기능 평가는 가족이 당면한 문제를 해결하기 위해 가족을 하나의 단위로 보고 가족내부 및 외부체계 그리고 이들 간의 상호작용을 파악하기 위해 자료를 수집하고 분석하고 종합하여 그 가족에 대한 개입을 계획하는 일련의 과정으로 매우 중요한 부분이다(정성란, 2004). 즉, 장애자녀의 양육으로 인한 가족구성원의 심리적 변화와 환경적 어려움을 해소하여 가족구성원으로서 장애아동이 건강하게 성장하고, 가족의 삶의 질 향상을 위한 가족체계를 마련하기 위한 실증적 변수이다.

따라서 가족기능은 가족구성원간 그리고 다양한 체계와의 상호작용을 통한 가족의 변화를 측정하는 종속변수로 중요하며, 서지은과 김희정(2012)은 가족기능과 관련하여 연구된 변인들을 ‘가족기능에 영향을 미치는 요인’이라고 정의하였다. 결국 장애아동의 가족기능은 장애자녀의 양육과정에서 발생하는 스트레스와 같은 부모의 심리·정서적 변화를 어떻게 대처하고 극복하느냐의 문제이다.

이러한 문제에 대해 윤선아와 나수현(2005)은 장애아동 어머니의 양육스트레스

관리가 장애아동의 건강한 발달은 물론 가족기능을 회복시키는 중요한 변수임을 확인하였고, 박은영(2012)의 연구에서도 가족기능과 장애아 어머니의 양육스트레스의 부적 상관을 제시하였다. 정재권(2009)은 장애아동에 대한 높은 수준의 양육스트레스가 단순히 개인적인 문제에만 영향을 미치는 것이 아니라 부적절한 양육태도 및 가족의 기능에 부정적 영향을 미치기 때문에 장애아동 가족 및 어머니의 양육스트레스에 대한 관심이 중요하다고 하였다. 그리고 McMaster 모델을 적용하여 장애인가족과 비장애인가족의 가족기능을 비교한 석말숙(2013)은 장애인의 나이가 많을수록 장애발생시기가 늦을수록 전반적 가족기능 수준이 낮게 나타나는 것을 확인하였다.

장애아동 어머니의 양육스트레스와 관련된 연구들을 살펴보면, 자폐성장애아동 어머니의 양육스트레스에 대한 가족기능과 사회적 지지의 매개효과를 검증한 박애선(2013)의 연구결과 양육스트레스를 감소시켜 어머니의 심리적 안녕감을 높여주는 가족기능과 사회적 지지의 매개효과가 검증되었고, 박옥순과 백진아(2015)의 발달장애인 가족의 가족기능성에 대한 연구에서는 가족기능성은 어머니의 심리적 안녕감에 긍정적 영향을 미치며, 이때 사회적 지지를 매개로 효과가 증가되는 것을 확인하였다. 이러한 사회적 지지에 대해 이금진(2008)은 사회적 지지망이 클수록 어머니의 장애자녀 양육에서 나타나는 스트레스는 작은 것으로 나타났고, 우울정도도 낮다고 하였다. 안수영(2015)의 연구에서도 양육스트레스와 우울간의 경로계수는 통계적으로 유의하다고 하였다. 어용숙(2010)은 장애아동의 주 양육자의 월수입이 높을수록 지각된 자기효능감과 사회적 지지가 높을수록 가족탄력성이 높다고 하였다. 장세영(2006)은 사회적 지지 모임에 참여한 뇌성마비 아동 가족의 부담감과 가족기능 연구에서 사회적 지지 모임 참여자의 가족부담감이 낮아지는 가족기능 효과를 확인하였다.

이처럼 양육스트레스에 중요한 장애아동 어머니의 사회적 지지와 관련된 선행 연구들은 대체로 지각되는 어머니의 사회적 지지가 높을수록 돌봄과 가족탄력성, 자기효능감, 그리고 양육 스트레스에 긍정적 영향을 미치는 직접효과를 제시하였다(권복순·박영준, 2002; 김교연, 2008; 이주희·정현주, 2009; 어용숙, 2010; 김인옥·이원령, 2011). 특히 장애아동 양육스트레스를 경감시키는 역할로서 사회적 지지는 중요한 요인으로 밝혀졌다(Pottie & Ingram, 2008; 이어진·정경미·진혜

경, 2010; 이현지·정영숙·이상복, 2010).

이 외에도 장애아동을 양육하는 어머니와 가족과 관련된 다양한 변인들 중에서 공식적, 비공식적 지지체계로부터 제공되는 사회적 지지는 장애아동 어머니의 심리적 건강에 긍정적 영향을 주어 양육부담감을 감소시킬 뿐만 아니라 장애아동 양육태도, 대처방식, 그리고 삶의 만족에 긍정적 영향을 주는 완충효과로서 매우 중요한 요인으로 규명되고 있다(Altieri & Kluge, 2009; 이영주·이귀옥, 1998; 이어진·정경미·진혜경, 2010; 이현지·정영숙·이상복, 2010).

이상의 논의에서 사회적 지지는 장애아동 어머니의 양육스트레스와 자녀의 장애에 대한 심리적 적응에 매우 중요한 선행변수로서 사회적 지지의 유형과 범주 그리고 분석방법에 따라 직접효과와 완충효과가 검증된다. 궁극적으로 사회적 지지는 가족구성원의 심리적 적응과 변화를 통해 가족기능에 영향을 미치는 주효과와 완충효과가 있다. 일반적으로 사회적 지지에 관한 선행연구들에 의하면 구조적 사회적 지지는 직접효과를 기능적 사회적 지지는 완충효과가 있다고 알려져 있으며, 실질적으로 도움이 된다고 인지된 사회적 지지일수록 주효과와 완충효과를 모두 보여준다.

사회적 지지와 자녀의 장애에 대한 어머니의 적응과의 관계에 대해 좀 더 살펴보면, 고일영(2009)은 장애아동 어머니의 사회적 지지가 아동의 장애를 확인하고 수용하는 과정에서 의미 있는 타인으로부터 정서적 부담을 경감하고, 과업을 분담하고, 물질적인 도움을 받음으로써 심리적 적응을 촉진하여 장애를 수용하는데 긍정적 효과를 확인하였다. 즉 가족의 내적기능 강화와 가족의 적응을 위해서는 심리·정서적 지원, 가족환경적 지원, 사회적 지원 및 경제적 지원이 필요하다.

이지선(2013)은 장애수용도 수준이 높은 어머니와 낮은 어머니의 장애진단 반응에 대한 면담 인터뷰를 분석한 결과 정서적 지지자의 여부가 중요한 요인으로 장애수용도가 높은 어머니의 경우 회피하지 않고 직면하여 해결하려는 모습이 나타났다고 하였다. 또한 김서은(2014)은 어머니의 장애수용정도가 높을수록 삶의 만족도는 높게 나타난다고 하였으며, 정은하(2014)의 연구에서는 장애수용이 가족회복력에 긍정적 영향요인으로 나타났다.

장애아동 어머니의 특성과 장애수용이 장애아동 가족 삶의 질에 영향을 살펴본 황경열, 고일영 그리고 용홍출(2010)은 장애수용은 어머니 특성과 삶의 질에 정

적으로 영향을 미친다고 하였다. 그리고 김병년(2013)은 장애아동 프로그램 참여 부모의 수용은 양육태도에 정적인 영향을 미친다고 하였고, 장애아동 어머니의 양육스트레스와 어머니의 장애수용 사이의 사회적 지지의 조절효과를 살펴본 정현주와 김성수(2013)의 연구에서는 다양한 양육스트레스 중 경제적 스트레스가 장애수용에 부정적 영향을 미치는 가장 큰 요인으로 사회적 지지정도가 높을수록 경제적 스트레스와 교육적 스트레스가 어머니의 장애수용에 미치는 부정적인 영향을 완화시키는 것을 확인하였다.

이상의 내용을 종합하면 어머니의 장애수용은 장애자녀를 양육하는 과정에서 나타나는 양육부담감으로 인한 스트레스와 가족체계에 긍정적 영향을 미치는 중요한 요인이며, 개인적 관계망과 공식적 지지체계를 통한 사회적 지지에 의해 영향을 받는다. 그리고 장애아동 가족의 가족기능은 어머니에게 심리적 안녕감을 주어 장애아동을 양육하는 과정에서 나타나는 스트레스를 감소시키는 선순환적 과정을 반복하게 한다. 특히 선행연구들에서 어머니의 종교유무, 경제적수준, 자녀의 장애정도, 장애유형, 장애발병시기 등의 자녀와 부모의 인구사회학적 특성에 따라 어머니가 지각하는 장애수용 수준에 차이가 나타났다(강영애·최영종·곽승철; 2007; 고일영, 2009; 배연숙, 2012; 김기룡·김삼섭, 2012). 따라서 장애아동과 부모의 인구사회학적 특성에 따라 가족기능에 차이가 있으며 공식적·비공식적 지지체계는 자녀의 장애로 인한 어머니의 심리적 적응과정과 장애아동 가족의 기능에 영향을 미치는 중요한 요인이다.

이상의 선행연구들을 종합하면, 장애아동 가족의 삶의 질 평가도구로서 가족기능에 영향을 미치는 사회적 지지와 장애수용은 최근 장애아동과 어머니의 욕구를 반영하고 양육부담을 덜어주기 위한 사회적 공식적 지지체계로서 장애아동가족지원서비스에서 지각되는 사회적 지지를 독립변수로 하여 어머니의 개인체계와 가족체계에 대한 효과성을 동시에 살펴보는 것은 매우 의미가 있으며 시급적 절하다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 자료수집

본 연구를 위한 연구대상은 장애아동 가족을 대상으로 하였다. 그 중 조사대상은 주 양육자인 어머니<sup>5)</sup>를 대상으로 자료를 수집하였다.

자료 수집은 전국 17개 시·도의 소아재활치료 전문 의료기관 및 장애아동 가족지원사업 서비스를 실시하고 있는 민간기관과 사회복지시설(장애인복지관) 중 자료수집이 가능한 기관을 선정하여 본 연구의 목적을 설명하고 설문지를 의뢰하여 진행하였다. 또한 연구방법의 특성을 고려하여 충분한 표본수를 확보하기 위하여 장애인부모회를 통하여 설문조사를 의뢰하여 진행하였다.

설문조사는 2015년 8월24일부터 9월12일까지(3주간)로 설문조사 시점 기준(현재) 각 기관을 방문하여 서비스를 이용하고 있는 장애아동의 어머니를 대상으로 비확률표집방법 중 편의표집방법(convenience sampling)을 활용하여 설문지를 배포하고 회수하였다.

총 설문지는 630부를 배포하여 561부(89.0%)가 회수되었으며, 응답이 불성실하거나 결측치가 많은 설문지 30부를 1차적으로 제외하였다. 그리고 531부 중 이상치를 포함한 설문지를 제거하기 위하여 각 문항의 응답값을 Z-score로 전환하여  $\pm 3.0$ 이상이 나타난 설문지 19부를 추가로 제외하였다. 마지막으로 본 연구의 목적과 분석방법을 고려하여 장애관정을 받지 않았거나 뇌병변장애와 발달장애(지적장애, 자폐성장애)가 아닌 장애유형의 어머니가 응답한 60부<sup>6)</sup>를 추가로 제외하

- 
- 5) 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」 제2조에 따르면 발달장애인은 ‘지적장애’와 ‘자폐성 장애’ 및 ‘발달이 나타나지 않거나 발달의 지연을 보이는 사람’으로 규정하였다. 그러나 본 연구에서는 연구의 목적과 서비스이용 장애아동의 특성을 고려하여 조사대상 자녀인 장애아동의 장애특성을 통상적으로 구분되어지는 뇌병변장애와 발달장애(지적장애, 자폐성장애)로 구분하여 살펴보고, 이들 장애아동의 어머니를 조사대상으로 한정하였다.
- 6) 기타 장애유형의 경우 언어장애와 청각장애 또는 장애관정을 아직까지 받지 못한 경우이며, 언어장애와 청각장애 등의 아동의 경우 일부 서비스에 편중되기 때문에 연구의 목적을 고려하여 제외하였다.

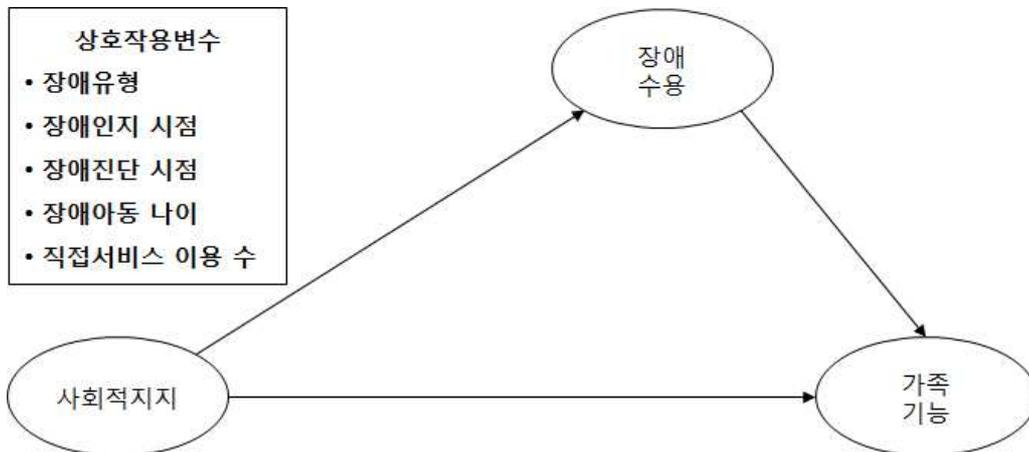
여 총452부를 최종 분석에 활용하였다(표 4).

<표 4> 설문지 배포 및 회수

구분	배포	회수한 설문지(회수율)	최종분석 활용설문지
의료기관(6개)	225부	204부(90.7%)	452부
민간사설기관(8개)	270부	224부(83.0%)	
장애인복지관(3개) 및 부모회(3개)	135부	133부(98.5%)	
전체	630부	561부(89.0%)	

## 2. 연구모형

본 연구에서는 [그림 3]과 같이 선행연구를 토대로 장애아동과 가족의 공식적 지지 관계망 안에서 지각되는 장애아동 어머니의 사회적 지지가 어머니의 장애 수용을 매개로 가족기능에 미치는 매개모형을 연구모형으로 설정하였다.



[그림 3] 연구모형

이때 외생변수는 사회적 지지이며, 내생변수는 장애수용과 가족기능으로 장애수용은 내생변수이면서 매개변수이다. 그리고 장애아동의 장애유형, 나이, 장애인지 및 장애진단 시점, 장애아동과 가족을 위한 직접서비스의 이용 수를 상호작용변수로 하여 다중집단분석을 진행하였다.

### 3. 측정도구

본 연구의 목적을 위한 전체 설문지의 구성은 다음 <표 5>와 같다.

첫째, 일반적 특성으로 어머니 특성(연령, 학력수준, 가구소득) 3문항, 장애아동 특성(연령, 성별, 장애유형, 장애등급) 4문항, 장애아동 가족지원서비스 이용유무와 이용 회수 그리고 장애인지 시점과 장애진단 시점 4문항으로 총 11문항이다.

둘째, 본 연구의 주요 변수로서 독립변수인 사회적 지지 24문항, 종속변수인 가족기능 12문항 그리고 매개변수로서 장애수용 11문항으로 총 47문항으로 구성되었다.

선행연구와 이론적 논의를 거쳐 선정된 측정도구의 각 변수에 대한 최종문항은 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 실시한 후 신뢰성을 검증하였으며, 최종문항에 대한 신뢰도와 적합도 지수는 다음 <표 6>, <표 7>과 같다.

<표 5> 설문지 구성

측정변수	측정도구	문항수	비고
일반적 특성	어머니 연령 어머니 학력수준 가구소득	3문항	
	자녀 연령 자녀 성별 장애유형 장애등급	4문항	
	서비스이용 유무 서비스이용 회수 장애인지 시점 장애진단 시점	4문항	
	정서적지지	7문항	
독립 변수	사회적 지지 박지원 (1995)	정보적지지 6문항 물질적지지 5문항 평가적지지 6문항	24문항 5점 likert
매개 변수	장애수용 고일영 (2009)	수용에 대한 예비문항 11문항	5점 likert
종속 변수	가족기능 Esptein 등 (1983)	일반적 기능 12문항	5점 likert
전체		58문항	

<표 6> 측정변수의 신뢰도

구분			Cronbach's α		
			본 연구	선행연구	
사회적 지지	정서적지지	7문항	.891	.967	.939
	정보적지지	6문항	.897		
	물질적지지	5문항	.869		
	평가적지지	6문항	.887		
장애수용	8문항		.868	-	
가족기능	긍정영향	6문항	.937	.951	.829
	부정영향	6문항	.928		

<표 7> 최종문항 및 적합도지수

구분	적합도지수 기준	사회적 지지	장애수용		가족기능	
			초기	최종		
문항수	-	4	9	8	12	
절대 적합도지수	$\chi^2$	p>.05: 양호	31.577***	171.457***	119.808***	335.926***
	$\chi^2/DF$	2.0~3.0: 양호	15.789	6.350	5.990	6.338
	RMR	.05이하:최적	.005	.031	.028	.022
	GFI	.90이상:양호	.964	.922	.938	.890
	RMSEA	.1이하:보통	.181	.109	.105	.109
증분 적합도지수	NFI	.90이상:양호	.985	.898	.917	.930
	TLI	.90이상:양호	.958	.883	.902	.926
	CFI	.90이상:양호	.986	.912	.930	.941
간명 적합도지수	AIC	낮을수록 양호	45.577	207.457	151.808	385.926
제거문항		없음	1차 : 5번 문항제거		없음	

\*\*\*p<.001

## 1) 사회적 지지

본 연구에서 사회적 지지란 장애아동과 어머니의 공식적 지지체계로서 장애아동 가족지원서비스 전문가 지지체계에 의해 제공되고 있는 기능적 측면의 사회적 지지로서 자기평가와 관련된 정보를 전달하는 행위를 전문가 지지체계로부터 어느 정도 제공받을 수 있다고 지각하는가로 측정한다.

따라서 본 연구에서는 장애아동의 양육에 있어 어머니가 지각하는 간접적 사회적 지지의 정도를 측정하기 위하여 박지원(1995)이 개발하고 사용한 간접적 사회적 지지 척도의 25문항을 사용하였다. 그리고 측정문항의 내용을 장애아동 가족지원서비스 제공 전문가 지지체계 즉, 치료사 및 돌보미 선생님들로 한정하여 설문내용을 수정하였고, 일부 문항에 대하여 장애아동 어머니의 특성에 맞도록 질문문항을 수정·보완하였다.

특히 서비스 제공 인력과 어머니의 관계를 고려하여 물질적지지 중 금전적인 부분이 포함된 1개 문항을 제거하여 정서적지지 7문항(1, 5, 6, 9, 15, 17, 23번), 정보적지지 6문항(7, 13, 16, 18, 21, 24번), 물질적지지 5문항(8, 12, 14, 19, 22번), 평가적지지 6문항(2, 3, 4, 10, 11, 20번) 총 24문항을 사용하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도(전혀그렇지 않다 1점에서 매우 그렇다 5점)를 이용하여 장애아동 어머니가 지각하는 사회적 지지 수준을 측정하였고, 점수가 높을수록 사회적 지지가 높음을 의미한다.

박지원(1995)의 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 값은 .939로 높은 신뢰도를 보였으며, 본 연구에서는 이론적 논의를 통해 선행연구에서 제시한 4개 하위영역별로 각 문항을 항목합산하여 4개 하위요인을 관측변수로 하고 총량을 사용하였으며, 사회적 지지에 대한 확인적 요인분석을 실시한 후 신뢰도분석을 진행하였다. 이때 적합도지수 중 RMR, GFI, NFI, TLI, CFI 값이 양호한 수준으로 나타났고, 신뢰도는 .967로 각 하위요인별 신뢰도는 정서적지지 .891, 정보적지지 .897, 물질적지지 .869, 평가적지지 .887로 높게 나타났다.

## 2) 장애수용

본 연구에서는 자녀의 장애에 대한 적응과정으로서 어머니의 장애수용과정을 단선적인 것이 아니라 가족체계 내에서 변화하는 다양한 사회·환경적 요소들과 상호작용을 통하여 나타나는 복합적인 심리적응의 상태로 규정하고, 현재 장애아동 어머니가 가족 그리고 다양한 사회환경적 관계망에서 지각되는 적응상태인 장애수용 수준에 초점을 두었다.

따라서 본 연구에서는 장애아동과 어머니가 상호영향을 주고받는 역동적인 관계로서 자녀의 장애에 대한 어머니의 심리적 적응수준으로서 장애수용을 측정하기 위해 고일영(2009)이 제작한 194개 예비문항 중 장애수용요인에 포함된 10문항을 사용하였다. 고일영(2009)이 장애아동 어머니의 장애수용 척도개발을 위해 제시한 예비문항은 Perske(1973)가 제시한 장애자녀에 대한 부모들의 심리적 태도 변화 7단계(불확실, 충격, 부정, 죄의식, 우울, 분노, 수용)를 근거로 이종남(1984)이 번안한 장애요인 척도(disability factor scales)를 참고하여 194개의 후보 예비문항을 제작한 후 안면내용타동도 검증을 거쳐 7문항에서 10문항씩 7단계 총 67개의 예비문항을 선정하였다.

본 연구에서는 수용에 대한 예비문항 10문항 중 이중질문으로 구성된 1문항을 분리하여 11문항으로 제작하여 사용하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도(전혀그렇지 않다 1점에서 매우 그렇다 5점)로 측정하였으며, 점수가 높을수록 장애자녀에 대한 어머니의 장애수용 수준이 높은 것을 의미한다.

먼저 설문지에 대한 탐색적 요인분석 결과 2개 하위요인으로 추출되었으나 2중질문을 분리한 10번 문항과 11번 문항이 하위요인으로 묶여 두 문항을 제거하고 확인적 요인분석을 실시하였다. 확인적 요인분석 결과 SMC값이 기준 이하인 5번 문항을 제거하여 최종적으로 8(1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9번)문항을 분석에 활용하였고, 신뢰도는 .773으로 양호하였다. 최종 문항의 적합도지수 중 RMR, GFI, NFI, TLI, CFI 값이 양호한 수준이었고, AIC 값도 낮아졌다.

### 3) 가족기능

본 연구는 장애아동 어머니의 사회적 지지와 장애수용의 영향력을 살펴보기 위하여 장애아동 가족의 전반적 기능 수준을 파악하였다. 즉, 장애아동 가족의 하위요인별 기능적 측면을 평가하고 진단하여 각각의 기능적 측면에서의 강화방안을 모색하고자 하는 것이 아니라 가족체계의 구성원으로서 장애아동의 주 양육자인 어머니의 지각된 사회적 지지와 심리적 적응인 장애수용의 효과성을 가족기능의 전반적 수준으로 평가하고자 하였다.

따라서 본 연구에서는 가족기능 수준을 측정하기 위한 사정도구로서 가족체계의 교류와 체계에 대한 개인의 체계적 지각과 더 깊이 연관이 되어 있는 McMaster 모델에 의한 가족사정척도(The McMaster Family Assessment Device: FAD)를 활용하였다. 7개 하위 요인 중 가족의 전반적 기능수준을 파악하기 위해 하위요인 6개 영역(문제해결, 의사소통, 역할, 정서적 반응성, 정서적 관여, 행동통제)과 밀접한 관련성을 가지면서 가족기능의 전체적 능력과 효과성을 측정하는 일반적 기능(general functioning)요인을 사용하였다.

설문문항은 한인영 등(2007)이 사용한 12문항을 본 연구의 목적에 맞게 일부 문구를 수정·보완하여 사용하였다. 각 문항은 Likert 5점 척도(전혀그렇지 않다 1점에서 매우그렇다 5점)로 구성되었다. 이때 건강하지 않은 기능을 서술하는 6문항은 부호화작업시 역점처리하여 분석에 사용하였고, 점수가 높을수록 건강한 가족기능을 나타낸다. 한인영 등(2007)의 연구에서 신뢰도는 .829로 만족할 만한 수준이었다.

본 연구에서는 먼저 탐색적 요인분석을 실시하였다. 그 결과 2개 하위요인으로 추출되었고, 모든 문항의 공통성이 양호하였다. 그리고 확인적 요인분석을 실시하였으며, 그 결과 SMC값과 요인적재량이 모두 양호하여 최종분석에 활용하였다. 적합도 지수 중 RMR, NFI, TLI, CFI 값이 양호한 수준으로 전체 신뢰도는 .951로 양호하였다. 본 연구에서는 가족기능의 하위요인을 가족기능에 대한 긍정영향과 부정영향으로 명명하였으며, 각각의 신뢰도는 긍정영향 .937, 부정영향 .928로 높게 나타났다.

#### 4. 자료분석 방법

본 연구에서 수집된 자료는 부호화 작업과 오류검토를 실시한 후 유효 표본만을 대상으로 SPSS 22.0과 AMOS 18.0을 이용하여 본 연구의 목적에 따라 분석을 진행하였다.

첫째, 본 연구에 사용된 측정도구에 대한 타당도를 알아보기 위해 탐색적 요인 분석(exploratory factor analysis)과 확인적 요인분석(confirmatory factor analysis)을 실시하였고<sup>7)</sup>, 내적 일관성과 신뢰도 검사(reliability analyze)를 통해 각 하위요인에 대한 신뢰도(Cronbach's  $\alpha$ ) 계수를 확인하였다.

둘째, 장애아동과 어머니의 일반적 특성과 서비스 이용 실태를 살펴보기 위하여 빈도분석(frequencies) 및 기술통계(descriptives)를 실시하였다. 또한 측정변수들에 대한 정규분포 여부를 파악하기 위해 기초통계분석을 이용하여 왜도(skewness)와 첨도(kurtosis)의 표준화된 값을 구하여 살펴보고, 상관분석(correlation analysis)을 실시하였다

셋째, 일반적 특성에 따른 주요변수의 집단 간 차이검증(T-test, ANOVA)을 실시하였다. 이때 일원배치분산분석(ANOVA)의 사후검정을 위해 Scheffe 검정과 Dunnett T3 검정을 진행하였다.

넷째, 장애아동과 가족의 공적지지체계에 의한 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향관계를 살펴보기 위해 구조방정식 모델(structural equation modeling) 분석을 진행하였다. 분석결과에 대한 효과분해와 간접효과 검증을 위해 부트스트래핑(bootstrapping) 방법을 사용하였다.

7) 탐색적 요인분석의 경우 주성분추출법과 직각회전방식(varimax)을 활용하여 공통성 0.4이하를 기준으로 문항을 제거하였으며, 확인적 요인분석은 요인적재량(0.5이상)과 SMC(Squared Multiple Correlations) 값 0.4이상을 기준으로 하여 최종문항을 선정하였다(우종필, 2012; 송지준, 2014).

다섯째, 주요 특성에 따른 상호작용효과의 집단 간 경로 차이를 살펴보기 위하여 다중집단 확인적 요인분석(multiple group confirmatory factor analysis)과 다중집단 구조방정식모델(multiple group structural equation modeling) 분석<sup>8)</sup>을 실시하였다. 그리고 각 집단의 경로에 따른 효과분해와 간접효과 검증을 위해 부트스트래핑(bootstrapping)을 진행하여 비교하였다.

---

8) 구조방정식 모델은 다수의 독립변수(외생변수)와 다수의 종속변수(내생변수) 간의 관계뿐만 아니라 종속변수들끼리의 인과관계를 동시추정(simultaneous estimation)이 가능하며, 변수 간 직접효과, 간접효과, 총효과를 파악할 수 있는 장점이 있다. 특히 다양한 다변량 통계기법을 한 모델 안에 포함시켜 한꺼번에 분석할 수 있기 때문에 본 연구의 매개모형의 주요 특성에 따른 경로간 차이를 살펴보기 위한 효과적인 분석기법이다(우종필, 2012). 무엇보다 구조방정식 모형을 이용한 사회적 지지의 완충효과 검증은 독립변수와 종속변수의 관계가 중재변수의 수준에 따라 구체적으로 어떠한 유형을 가지고 있는지 명확히 나타낼 수 있다는 장점이 있다(배지연·김은이, 2003; 김미령, 2005).

## IV. 연구결과

### 1. 일반적 특성

#### 1) 어머니와 장애아동의 일반적 특성

본 연구의 조사대상자인 장애아동 어머니와 장애아동의 일반적 특성을 살펴보면, <표 8>과 같다.

먼저 어머니의 경우 40~44세와 35~39세가 31.3%(141명)와 30.6%(138명)로 높았으며, 45세 이상 18.8%(85명), 30~34세 15.7%(71명), 29세 이하 3.5%(16명)의 분포를 보였고, 학력수준은 대학교졸업 68.4%(308명), 고졸 이하 27.6%(124명), 대학원 이상 4.0%(18명)의 순으로 나타났다. 장애아동을 둔 가정의 연평균 소득의 경우 3천만원 미만 27.6%, 3~4천만원 23.0%, 4~5천만원 17.8%, 5~6천만원 14.4%, 7천만원 이상 10.8%, 6~7천만원 6.5%의 순으로 대체로 장애아동 가정의 소득수준은 낮게 나타났다. 이는 장애아동의 경우 발달과 양육을 위해 부모들은 자녀의 정상 발달을 위해 다양한 접근과 노력을 위해 부모 중 한명은 장애아동 양육과 재활에 전념해야하기 때문이다.

장애자녀의 경우 학령기(8~13세)와 학령전기(4~7세)가 각각 36.6%, 35.0%, 청소년기(14~17세)와 영아기(3세미만)는 각각 16.2%, 12.2%의 분포를 보였고, 남아 64.2%, 여아 35.8%이다. 장애유형과 장애등급을 살펴보면, 뇌병변장애 62.6%, 발달장애 37.4%로 1등급 48.7%, 2등급 26.4%, 3등급 18.9%로 대체로 장애가 심한 것으로 나타났고, 4~6급은 6.0%에 그쳤다.

<표 8> 장애아동 및 어머니의 일반적 특성

(단위: 명, 만원)

어머니			장애아동 자녀				
구분	빈도	%	구분	빈도	%		
나이 (n=451)	만25세미만	1	.2	영아기	55	12.2	
	만25~29세	15	3.3	나이 <sup>a</sup> (n=451)	학령전기	158	35.0
	만30~34세	71	15.7		학령기	165	36.6
	만35~39세	138	30.6		청소년기	73	16.2
	만40~44세	141	31.3	성별 (n=452)	남자	290	64.2
	만45세이상	85	18.8		여자	162	35.8
학력 (n=450)	고졸이하	124	27.6	장애 유형 (n=452)	뇌병변장애	283	62.6
	대학교졸업	308	68.4		발달장애	169	37.4
	대학원이상	18	4.0				
연평균 가정 소득 (n=443)	3천미만	121	27.3	장애 등급 (n=435)	1등급	212	48.7
	3~4천미만	102	23.0		2등급	115	26.4
	4~5천미만	79	17.8		3등급	82	18.9
	5~6천미만	64	14.4		4등급	12	2.8
	6~7천미만	29	6.5		5등급	10	2.3
	7천이상	48	10.8		6등급	4	.9

a: 장애인등록현황 생애주기별 구분기준.

(영아기 만3세미만, 학령전기 만4~7세, 학령기 만8~13세, 청소년기 만14~17세).

## 2) 자녀의 장애인지 및 장애진단 시점

<표 9>는 장애아동 어머니가 자녀의 장애를 인지한 시점과 장애진단을 받은

시점을 나타낸 것이다.

장애를 인지한 시점은 평균 16.16개월이며, 장애를 진단받은 시점은 평균 33.87개월로 나타나 장애인지와 진단 시점 간에 약 1년 반(17.71개월) 정도의 차이가 나타났다. 장애인지와 장애진단까지의 시간적 차이는 어머니가 장애를 인지하고 장애를 받아들이기까지 다양한 심리적 변화와 재활을 위한 노력이 있었음을 예상할 수 있다.

<표 9> 장애인지 및 장애진단 시점

(단위: 개월)					
구분	N	Min	Max	M	SD
장애인지 시점	441	1	168	16.16	20.08
장애진단 시점	425	1	192	33.87	28.22

특히 장애유형별 장애인지와 장애진단 시점을 비교해보면 <표 10>과 같다.

뇌의 기질적 이상으로 발달이 지체되고 신체적 기능에 문제가 발생하는 뇌병변 장애의 경우 일반적으로 어머니나 의료적 검사 등을 통해 가시적으로 확인이 쉽기 때문에 대부분 12개월 전에 장애를 인지하고 24개월을 전후하여 장애진단을 받는 것으로 나타났다. 반면 발달장애는 장애의 특성상 조기에 발견하기 어려운 실정으로 조사대상 어머니들에서도 12개월 미만에 장애를 인지하는 경우가 29.3%에 불과할 뿐만 아니라 만2세에서 만4세 이후에도 장애를 인지하는 것으로 나타났고, 장애진단에서도 상대적으로 늦게 진단을 받는 것으로 나타났다.

이는 신체적 기능이상에 비하여 정신적 기능이상을 일반인들이 쉽게 확인할 수 없기 때문으로 이러한 결과가 시사하는 중요한 점은 장애아동 어머니들이 장애 유형에 따라 장애아동의 장애를 수용하는 과정과 가족기능에도 차이가 나타날 수 있다는 것이다. 더욱이 우리나라의 경우 장애를 증명해야만 장애인복지정책의 일환으로 경제적, 교육적, 발달적 혹은 의료재활서비스의 이용이 가능하기 때문에 장애진단 이전과 이후의 장애아동 및 가족지원서비스 이용에 대한 실질적 지지체계로서의 문제가 발생할 수 있음을 예측할 수 있다.

<표 10> 장애유형별 장애인지와 장애진단 시점 비교

구분 <sup>a</sup>	장애인지 시점			장애진단 시점		
	뇌병변 장애 빈도 (%)	발달 장애 빈도 (%)	계	뇌병변 장애 빈도 (%)	발달 장애 빈도 (%)	계
~12개월	234 (84.5)	48 (29.3)	282 (63.9)	99 (37.1)	11 (7.0)	110 (25.9)
13~24개월	36 (13.0)	33 (20.1)	69 (15.6)	103 (38.6)	16 (10.1)	119 (28.0)
25~36개월	4 (1.4)	37 (22.6)	41 (9.3)	38 (14.2)	14 (8.9)	52 (12.2)
37~48개월	2 (.7)	22 (13.4)	24 (5.4)	17 (6.4)	31 (19.6)	48 (11.3)
49~60개월	0 (0)	12 (7.3)	12 (2.7)	5 (1.9)	31 (19.6)	36 (8.5)
61~72개월	0 (0)	6 (3.7)	6 (1.4)	0 (0)	25 (15.8)	25 (5.9)
73개월~	1 (.4)	6 (3.7)	7 (1.6)	5 (1.9)	30 (19.0)	35 (8.2)
계	277 (100.0)	164 (100.0)	441 (100.0)	267 (100.0)	158 (100.0)	425 (100.0)

a: 1년 단위로 재코딩.

### 3) 장애아동 가족지원서비스 이용실태

장애아동과 가족을 위해 제공되고 있는 가족지원서비스 이용 가지 수를 살펴보면, 조사대상자들은 평균 2.81개의 서비스를 이용하는 것으로 나타났다(표 11).

<표 11> 장애아동 가족지원서비스 이용 수

(단위: 개월)

구분	N	Min	Max	M	SD
장애아동 지원서비스 이용 수	452	1	8	2.81	1.25

<표 12> 장애아동 가족지원서비스 이용실태

영역 구분	세부 서비스명	이용 <sup>a</sup> 유무				주당이용 회수 M
		예		아니오		
		빈도	(%)	빈도	(%)	
의료 재활	물리치료	301	66.6	151	33.4	3.48
	작업치료	270	59.7	182	40.3	2.95
발달 재활 서비스	언어치료	252	55.8	200	44.2	1.96
	음악치료	55	12.2	397	87.8	1.31
	미술치료	65	14.4	387	85.6	1.18
	놀이 및 재활운동	118	26.1	334	73.9	1.70
	심리행동치료	42	9.3	410	90.7	1.56
양육 지원	기타	61	13.5	391	86.5	1.72
	돌봄 서비스	108	23.9	344	76.1	3.93

a: 중복이용.

전체를 대상으로 각 세부서비스별 현재 이용하고 있는 서비스 내용을 살펴보면 <표 12>와 같다. 여러 서비스들 중 물리치료 301명(66.6%), 작업치료 270명(59.7%), 언어치료 252명(55.8%) 순으로 가장 많이 이용하고 있으며 다음으로 놀이 및 재활운동 118명(26.1%), 돌봄서비스 108명(23.9%), 미술치료 65명(14.4%), 음악치료 55명(12.2%), 심리행동치료 42명(9.3%)의 순으로 나타났고, 그 외 기타

발달재활서비스가 61명(13.5%)이 이용하고 있다. 이용 서비스의 주당 평균 이요회수는 돌봄서비스가 평균 3.93회로 가장 많이 이용하고 있으며, 물리치료와 작업치료도 각각 3.48회와 2.95회로 2일에 1번꼴로 이용하였다. 반면 발달재활서비스의 세부 치료서비스들은 주당 평균 2회 미만으로 나타났다.

<표 13> 장애유형별 장애아동 가족지원서비스 이용현황

영역 구분	세부 서비스	이용 유무	N (=452)	뇌병변장애 (n=283)		발달장애 (n=169)	
				빈도	%	빈도	%
의료 재활	물리 치료	유	301	264	93.3	37	21.9
		무	151	19	6.7	132	78.1
	작업 치료	유	270	218	77.0	52	30.8
		무	182	65	23.0	117	69.2
발달 재활 서비 스	언어 치료	유	252	127	44.9	125	74.0
		무	200	156	55.1	44	26.0
	음악 치료	유	55	25	8.8	30	17.8
		무	397	258	91.2	139	82.2
발달 재활 서비 스	미술 치료	유	65	27	9.5	38	22.5
		무	387	256	90.5	131	77.5
	놀이 및 재활운동	유	118	74	26.1	44	26.0
		무	334	209	73.9	125	74.0
	심리행동 치료	유	42	13	4.6	29	17.2
		무	410	270	95.4	140	82.8
기타	유	61	32	11.3	29	17.2	
	무	391	251	88.7	140	82.8	
양육 지원	돌봄 서비스	유	108	71	25.1	37	21.9
		무	344	212	74.9	132	78.1

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

장애아동 가족지원서비스 이용실태를 장애유형별로 살펴보면 다음 <표 13>과 같다.

뇌병변장애아동이 가장 많이 이용하고 있는 서비스는 물리치료(93.3%)로 대부분 모두 이용하는 것으로 나타났고, 다음으로 작업치료 77.0%, 언어치료 44.9%, 놀이 및 재활운동 26.1%, 돌봄서비스 25.1%, 미술치료 9.5%, 음악치료 8.8%, 심리행동치료 4.6%의 순으로 나타났으며, 기타가 11.3%였다.

발달장애아동이 가장 많이 이용하고 있는 서비스는 언어치료로 74.0%가 이용하는 것으로 나타났고, 다음으로 작업치료 30.8%, 놀이 및 재활운동 26.0%, 미술치료 22.5%, 돌봄서비스와 물리치료가 21.9%, 음악치료 17.8%, 심리행동치료 17.2%의 순으로 나타났으며, 기타가 17.2%였다.

이러한 이용현황 결과에 의하면, 뇌병변장애아동들은 대체로 신체 기능적 수준의 서비스를 좀 더 많이 선호하며 이용하고 있는 반면, 발달장애아동들은 언어 또는 심리·정서적 부분의 서비스를 다양하게 이용하는 것을 엿볼 수 있다. 특히 돌봄서비스는 뇌병변장애아동과 발달장애아동 모두 대체로 비슷한 이용형태를 보이고 있다.

다음 <표 14>는 장애아동의 생애주기별 장애아동 가족지원서비스 이용현황을 나타낸 것이다.

각 서비스를 이용하고 있는 아동들의 생애주기별 이용현황을 살펴보면, 의료재활영역의 물리치료와 작업치료의 경우 학령전기, 학령기, 영아기, 청소년기 순으로 이용을 많이 하는 것으로 나타났다. 발달재활서비스 영역의 경우 언어치료와 놀이 및 재활운동 치료는 학령전기, 학령기, 청소년기, 영아기 순으로, 미술치료와 심리행동치료는 학령기, 청소년기, 학령전기, 영아기 순으로, 음악치료는 학령기, 학령전기, 청소년기, 영아기 순으로 나타났다. 그리고 돌봄서비스는 학령전기, 학령기, 청소년기, 영아기 순이었다. 따라서 대부분의 서비스에서 학령전기와 학령기 나이에 서비스 이용이 많았으며, 영역별로 의료재활영역이 발달재활서비스 영역에 비하여 상대적으로 나이가 어릴 때 많이 이용하는 패턴을 보이고 있다. 이는 우리나라의 장애아동 관련 서비스 전달체계가 학교에 재학중이나 아니냐에 따라 서비스의 내용과 중점 사업이 상이하기 때문으로 본 연구결과에서처럼 학령전기에는 주로 치료와 재활에 집중하고 학령기에는 특수교육적 접근에서 장애

아동에 대한 접근 방법과 목적이 상이하게 이루어지기 때문이다.

<표 14> 생애주기별 장애아동 및 가족지원서비스 이용현황

영역 구분	세부 서비스	이용 유무	N (= 451)	영아기 (~만3세)		학령전기 (만4~7세)		학령기 (만8~13세)		청소년기 (만14~17세)	
				빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
의료 재활	물리 치료	유	301	50	16.6	122	40.5	97	32.2	32	10.6
		무	150	5	3.3	36	24.0	68	45.3	41	27.3
	작업 치료	유	270	46	17.0	117	43.3	87	32.2	20	7.4
		무	181	9	5.0	41	22.7	78	43.1	53	29.3
발달 재활 서비스	언어 치료	유	251	24	9.6	108	43.0	84	33.5	35	13.9
		무	200	31	15.5	50	25.0	81	40.5	38	19.0
	음악 치료	유	54	3	5.6	17	31.5	21	38.9	13	24.1
		무	397	52	13.1	141	35.5	144	36.3	60	15.1
미술 치료	유	65	4	6.2	16	24.6	28	43.1	17	26.2	
	무	386	51	13.2	142	36.8	137	35.5	56	14.5	
놀이및 재활 운동	유	118	12	10.2	50	42.4	38	32.2	18	15.3	
	무	333	43	12.9	108	32.4	127	38.1	55	16.5	
심리 행동 치료	유	42	2	4.8	8	19.0	23	54.8	9	21.4	
	무	409	53	13.0	150	36.7	142	34.7	64	15.6	
기타	유	61	5	8.2	22	36.1	27	44.3	7	11.5	
	무	390	50	12.8	136	34.9	138	35.4	66	16.9	
양육 지원	돌봄 서비스	유	108	11	10.2	44	40.7	39	36.1	14	13.0
		무	343	44	12.8	114	33.2	126	36.7	59	17.2

<표 15>는 장애아동 가족지원서비스 영역별 중복 사용 현황을 살펴본 것으로 전체 452명 중 절반에 가까운 216명(47.8%)이 두 가지 영역의 서비스를 이용하는 것으로 나타났고, 173명(38.3%)은 1가지 영역만 이용하고 있었으며, 단지 63명(13.9%)만 3가지 영역 모두에서 서비스를 이용하는 것으로 나타났다.

<표 15> 장애유형에 따른 장애아동 가족지원서비스 영역별 중복이용<sup>a</sup> 수

구분		1영역	2영역	3영역	계	$\chi^2$
뇌병변장애	빈도	77	157	49	283	39.772***
	%	27.2	55.5	17.3	100.0	
발달장애	빈도	96	59	14	169	
	%	56.8	34.9	8.3	100.0	
전체	빈도	173	216	63	452	
	%	38.3	47.8	13.9	100.0	

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

a: 영역 내 세부 서비스 중복 이용은 1영역으로 처리하였음.

장애유형별로 가족지원서비스 사용 영역을 구체적으로 살펴보면, 뇌병변장애의 경우 2가지 영역 중복이용 55.5%, 1가지 영역만 이용 27.2%, 3가지 영역 모두 이용 17.3%의 순으로 나타났고, 발달장애아동의 경우 1가지 영역만 이용 56.8%, 2가지 영역 중복이용 34.9%, 3가지 영역 모두 이용 8.3%로 나타났다.

이러한 서비스 영역별 이용실태는 발달장애아동에 비하여 뇌병변장애아동들이 다양한 서비스 영역에서 여러 서비스를 이용하는 것을 확인하였다. 이는 뇌병변장애아동들이 신체적·정신적 기능수준이 발달장애아동들에 비하여 좀 더 중증이기 때문에 이용하고 있는 서비스 영역이 많다고 해석할 수도 있으며, 반대로 발달장애아동들에게 필요한 서비스영역이 부족하기 때문이기도 하다.

## 2. 주요 변수의 기술통계량 및 상관관계

본 연구의 모델에 사용된 측정변수들의 다변량 정규성<sup>9)</sup>을 파악하기 위해 기술 통계분석을 이용하여 왜도(skewness)와 첨도(kurtosis)의 표준화된 값을 구하여 살펴보았으며, <표 16>과 같다.

주요 변수에 대한 조사대상자들의 점수를 살펴보면, 사회적 지지 전체평균 3.93 점, 장애수용 전체평균 3.78점, 가족기능 전체평균 3.99점으로 나타났다. 그리고 사회적 지지, 장애수용, 가족기능을 구성하는 각각의 관측변수 평균값들의 경우 최저 3.40점에서 최고 4.17점의 분포를 보였으며 모든 변수에서 보통이상으로 나타났다.

한편 관측변수들에 대한 정규성을 확인하기 위한 각 변수의 왜도와 첨도를 살펴보면, 왜도의 경우 -.641에서 .054사이로 절대값이 3을 초과하는 변수가 없었으며, 첨도 역시 -.287에서 1.150사이로 절대값이 7을 초과하는 변수가 없어 정규성에 문제가 없으며 정규분포 가정을 충족함에 따라 본 연구를 위해 분석에 사용하였다.

---

9) 다변량 분석의 기본적인 가정은 정규분포(normal distribution)이며, 구조방정식 모델에서는 다변량 정규성을 가정하고 있기 때문에 관측변수들이 정규분포를 따르고 있다는 가정하에 분석이 진행된다. 하지만 대부분의 데이터들은 이 가정을 충족시키지 못하기 때문에 현실적으로 일변량 정규성을 기준으로 평가를 하게 되며, 이를 위하여 왜도(skewness)와 첨도(kurtosis)를 사용한다. 일반적으로 왜도는 절대값이 3.0이하, 첨도는 절대값이 7.0이하이면 다변량 정규성의 가정이 충족되는 것으로 본다(배병렬, 2011; 우종필, 2012).

<표 16> 주요변수의 기술통계량

구분	관측변수	M	SD	왜도	첨도
사회적 지지	정서지지	3.94	.54	.054	-.020
	평가지지	4.04	.52	-.010	-.028
	정보지지	3.93	.57	-.034	-.001
	물질지지	3.77	.64	-.018	-.287
	전체	3.93	.53	.096	-.042
장애수용	수용1	3.63	.83	-.296	-.209
	수용2	4.01	.70	-.641	1.150
	수용3	3.96	.72	-.348	.002
	수용4	3.40	.84	.047	-.463
	수용6	3.82	.77	-.368	.079
	수용7	3.68	.94	-.550	.067
	수용8	4.17	.70	-.474	-.013
	수용9	3.61	.77	-.027	-.252
	전체	3.78	.57	-.104	.428
가족기능	긍정영향	3.95	.66	-.487	.622
	부정영향 <sup>a</sup>	4.03	.73	-.521	-.173
	전체	3.99	.65	-.518	.190

a: 부정문항을 역점처리하여 점수가 높을수록 가족기능이 높음.

주요변수인 장애아동 어머니의 사회적 지지, 장애수용 및 가족기능들 간 관계성을 파악하기 위하여 Pearson의 적률상관계수를 산출한 결과 <표 17>과 같다.

사회적 지지는 장애수용( $r=.399, p<.01$ ) 및 가족기능( $r=.257, p<.01$ )과 정(+ )적인 상관관계를 보였다. 그리고 장애유형은 장애수용( $r=.167, p<.01$ )과 가족기능( $r=.243, p<.01$ )에 정(+ )적인 상관관계를 보이고, 자녀의 나이와 장애인지 및 장애

진단 시점은 가족기능과 각각 부(-)적인 낮은 상관관계를 보였다. 마지막으로 서비스 이용 수는 사회적 지지( $r=-.112, p<.05$ )에 낮은 부(-)적 상관관계가 나타났다.

<표 17> 주요 변수 간 상관관계분석

구분	① 사회적 지지	② 장애 수용	③ 가족 기능	④ 장애 유형	⑤ 자녀 나이	⑥ 장애 인지	⑦ 장애 진단	⑧ 서비스 이용수
①	1							
②	.399**	1						
③	.257**	.564**	1					
④	.062	.167**	.243**	1				
⑤	-.010	-.021	-.106*	-.258**	1			
⑥	-.004	-.050	-.107*	-.564**	.307**	1		
⑦	-.016	-.120	-.191**	-.644	.303**	.701**	1	
⑧	-.112*	-.017	-.025	.200**	-.205**	-.195**	-.214**	1

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

### 3. 집단 간 차이분석

#### 1) 일반적 특성에 따른 주요변수의 집단 간 차이분석

주요변수에 대한 집단 간 차이를 살펴보기 위하여 선행연구를 중심으로 일반적 특성을 어머니의 나이와 학력, 장애아동 나이와 성별, 가정소득 그리고 장애 자녀의 장애와 관련된 장애유형, 장애등급 그리고 장애인지 시점과 장애진단 시

점으로 구분하고 각각을 독립변수로 하고, 사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능을 각각 종속변수로 하여 독립표본 t-test와 일원배치분산분석을 진행하였다. 이때 일원배치분산분석의 사후검정은 Scheffe 검정과 Dunnett T3 검정결과를 제시하였다.

일반적 특성에 따른 집단 간 차이검증의 결과는 통계적으로 유의한 결과를 중심으로 제시하였으며, 전체 결과는 <표 87>과 같다.

먼저 어머니 나이의 경우 사회적 지지( $F=.032, p<.05$ )에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 만29세 미만과 만40~44세에서 사회적 지지가 평균 4점 이상으로 좀 더 높았다. 통계적으로 유의한 차이는 없었지만 어머니의 나이에 따른 장애수용은 나이가 많을수록 장애수용 점수가 좀 더 높은 경향을 보였고, 가족기능은 젊은층에서 좀 더 높은 가족기능 점수를 보였다.

둘째, 어머니의 학력은 사회적 지지( $F=2.182, p<.001$ ), 장애수용( $F=1.423, p<.05$ ), 그리고 가족기능( $F=2.217, p<.01$ ) 모두에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 특히 사후검증결과 사회적 지지, 장애수용, 가족기능 모두에서 대학원 이상이 고졸 이하와 대학교졸업보다 높게 나타난 반면, 고졸 이하와 대학교졸업과의 유의한 차이는 나타나지 않았다.

셋째, 연평균 가정의 소득에서는 가족기능( $F=5.489, p<.001$ )에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 6~7천만원에서 가장 낮은 가족기능을 보였지만 대체로 가정소득이 높을수록 가족기능이 좀 더 높은 경향을 보였다. 전체적으로 살펴보았을 경우에도 6~7천만원인 경우가 사회적 지지와 장애수용, 가족기능 모두에서 가장 낮게 나타났고, 6~7천만원을 제외하면 사회적 지지에서는 소득이 낮을수록 장애수용은 소득이 높을수록 각각 높아지는 경향을 보였다.

넷째, 장애아동의 나이에 따른 차이에서는 가족기능( $F=3.989, p<.01$ )에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 사후검증 결과 영아기 아동의 가족기능이 학령기 아동의 가족기능보다 높게 나타났다. 전반적으로 영아기 아동의 어머니들이 사회적 지지, 장애수용, 가족기능이 대체로 높게 나타났다.

다섯째, 장애아동 성별의 경우 남자아동과 여자아동 간의 통계적으로 유의한 집단 간 차이가 나타나지 않았다. 다만 남자아동 어머니에 비해 여자아동 어머니들이 사회적 지지, 장애수용, 가족기능 모두에서 조금 더 높게 나타났다.

<표 18> 일반적 특성에 따른 주요 변수의 집단 간 차이분석

구분	N	사회적 지지		장애수용		가족기능		
		M	SD	M	SD	M	SD	
나이 <sup>+</sup>	만29세 미만 <sup>a</sup>	16	4.21	.46	3.77	.69	4.00	.68
	만30~34세 <sup>b</sup>	71	3.87	.59	3.76	.63	4.09	.60
	만35~39세 <sup>c</sup>	138	3.89	.49	3.73	.54	4.02	.66
	만40~44세 <sup>d</sup>	141	4.01	.54	3.81	.53	3.97	.60
	만45세이상 <sup>e</sup>	85	3.85	.55	3.86	.59	3.91	.74
	F		2.668*		.257		.352	
모 학력	고졸이하 <sup>a</sup>	124	3.94	.56	3.79	.64	3.91	.73
	대학교졸업 <sup>b</sup>	308	3.90	.52	3.76	.53	4.00	.60
	대학원이상 <sup>c</sup>	18	4.40	.43	4.17	.57	4.43	.63
	F		2.182*** c>a, b		1.423* c>a, b		2.217** c>a, b	
가정 소득	3천미만 <sup>a</sup>	121	3.94	.53	3.75	.60	3.88	.70
	3~4천미만 <sup>b</sup>	102	3.94	.54	3.74	.59	3.93	.61
	4~5천미만 <sup>c</sup>	79	3.95	.55	3.87	.52	4.13	.63
	5~6천미만 <sup>d</sup>	64	3.89	.54	3.81	.48	4.14	.56
	6~7천미만 <sup>e</sup>	29	3.81	.48	3.59	.55	3.66	.63
	7천이상 <sup>f</sup>	48	4.00	.55	3.92	.61	4.24	.60
	F		.559		.559		5.489*** c, d, f>e	
장애 아동 나이	영아기 <sup>a</sup>	55	4.03	.56	3.87	.64	4.25	.60
	학령전기 <sup>b</sup>	158	3.89	.54	3.76	.58	4.00	.62
	학령기 <sup>c</sup>	165	3.93	.53	3.78	.57	3.90	.69
	청소년기 <sup>d</sup>	73	3.95	.51	3.79	.48	4.00	.60
	F		1.026		.533		3.989** a>c	

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

+: 사후검증을 위해 재코딩.

<표 18 계속> 일반적 특성에 따른 주요 변수의 집단 간 차이분석

	구분	N	사회적 지지		장애수용		가족기능	
			M	SD	M	SD	M	SD
자녀 성별	남자	290	3.90	.53	3.76	.56	3.99	.67
	여자	162	3.97	.54	3.83	.57	4.00	.62
	t		-1.239		-1.210		-.195	
장애 유형	뇌병변장애	283	3.95	.55	3.86	.53	4.11	.59
	발달장애	169	3.88	.51	3.66	.60	3.79	.69
	t		1.326		3.589***		5.314***	
장애 등급 <sup>+</sup>	1등급 <sup>a</sup>	212	3.92	.56	3.79	.54	4.06	.61
	2등급 <sup>b</sup>	115	3.88	.52	3.64	.57	3.84	.67
	3등급이하 <sup>c</sup>	108	3.98	.50	3.91	.55	4.00	.72
	F		.883		6.762** c>b		4.363* a>b	
장애 인지 시점 <sup>+</sup>	~12개월(만1세) <sup>a</sup>	282	3.94	.55	3.82	.53	4.04	.60
	13~24개월(만2세) <sup>b</sup>	69	3.88	.54	3.75	.62	3.97	.70
	25~36개월(만3세) <sup>c</sup>	41	3.82	.48	3.60	.52	3.87	.70
	37~48개월(만4세) <sup>d</sup>	24	4.04	.38	3.68	.62	3.86	.71
	49개월이상(만5세~) <sup>e</sup>	25	3.91	.58	3.84	.69	3.78	.84
	F		.875		1.752		1.696	
장애 진단 시점	~12개월(만1세) <sup>a</sup>	110	4.02	.54	3.85	.49	4.08	.63
	13~24개월(만2세) <sup>b</sup>	119	3.86	.57	3.83	.56	4.07	.62
	25~36개월(만3세) <sup>c</sup>	52	3.89	.58	3.83	.54	4.12	.54
	37~48개월(만4세) <sup>d</sup>	48	3.92	.47	3.56	.57	3.76	.70
	49~60개월(만5세) <sup>e</sup>	36	3.88	.43	3.66	.66	3.93	.70
	61~72개월(만6세) <sup>f</sup>	25	3.94	.42	3.71	.64	3.72	.54
	73개월~(만7세이상) <sup>e</sup>	35	3.97	.49	3.73	.51	3.74	.80
F		.992		2.254*		3.793**		

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

+: 사후검증을 위해 재코딩.

여섯째, 장애아동의 장애유형에 따른 집단 간 차이를 살펴보면, 장애수용과 가족기능에 뇌병변장애 어머니와 발달장애 어머니 간 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 보였으며, 뇌병변장애아동 어머니들이 장애수용( $t=3.589$ ,  $p<.001$ )과 가족기능( $t=5.314$ ,  $p<.001$ )이 모두 높게 나타났다. 통계적으로 유의하지는 않았지만 사회적 지지에서도 뇌병변장애아동 어머니들이 좀 더 높은 경향을 보였다.

일곱째, 장애등급에 따른 집단 간 차이를 살펴보면, 장애수용( $F=6.762$ ,  $p<.01$ )과 가족기능( $F=4.363$ ,  $p<.05$ )에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 사후검증 결과 장애수용은 2등급에 비해 3등급 이상에서 수용 정도가 더 높았고, 가족기능에서는 1등급이 2등급 보다 더 높게 나타났다. 전체적으로 2등급이 각 변수 모두에서 상대적으로 낮게 나타났으며, 1등급과 3등급 이상은 변수의 특징에 따라 서로 상이하게 나타났다.

여덟째, 장애자녀의 장애를 인지한 시점에 따른 집단 간 차이를 살펴보면, 장애인지 시점과 사회적 지지, 장애수용 그리고 가족기능에는 통계적으로 유의한 차이가 나타나지 않았다. 다만, 통계적으로 유의하지는 않았지만 사회적 지지는 장애인지 시점이 12개월 이후인 경우 장애인지가 늦을수록 좀 더 높게 나타나는 경향을 보인 반면 장애수용과 가족기능은 장애인지를 빨리 할수록 좀 더 높은 경향을 보이고 있다.

아홉째, 자녀가 장애를 진단받은 시점에 따른 집단 간 차이에서는 장애수용( $F=2.254$ ,  $p<.05$ )과 가족기능( $F=3.793$ ,  $p<.01$ )에서 통계적으로 유의한 집단 간 차이를 보였다. 특히 만4세를 기준으로 4세 이전이 4세 이후보다 상대적으로 장애수용과 가족기능이 높은 경향을 보였다.

사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능을 중심으로 집단 간 차이를 보인 변수를 살펴보면, 먼저 사회적 지지의 경우 단지 어머니의 나이와 학력에서만 차이를 나타냈다. 다음으로 장애수용에서는 어머니의 학력, 자녀의 장애유형과 장애등급 그리고 장애를 진단받은 시점에 따라 장애수용에 차이가 나타났다. 마지막으로 가족기능의 경우 어머니의 학력과 가정소득, 장애아동의 나이, 장애유형, 장애등급 그리고 장애를 진단받은 시점에 따라 가족기능에 차이가 나타났다.

이상의 내용을 종합하면, 어머니가 지각하는 사회적 지지에 있어서는 장애아동의 장애나 특성보다는 사회활동에 직·간접적으로 영향이 큰 어머니의 개인적 특

성이 좀 더 영향을 미칠 수 있다고 예측할 수 있다. 그리고 장애수용과 가족기능의 경우는 장애자녀와 직접적 관계가 있는 장애특성이나 가정소득과 같은 경제적 특징들이 더욱 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 시사하고 있다. 따라서 장애아동의 긍정적 발달을 위한 실질적 양육에 있어 어머니의 개인적 특성과 장애아동의 특성에 따른 관계를 적절히 이해할 필요가 있으며, 현재 제공되고 있는 다양한 지원서비스들이 어머니의 개인적 특성과 장애아동의 특성을 고려할 수 있도록 하여 효과적 양육을 위한 장애수용과 가족기능의 향상으로 이어질 수 있도록 해야 할 것이다.

## 2) 서비스 이용에 따른 주요변수의 집단 간 차이분석

장애아동 가족지원서비스의 세부 서비스별 사용 유무에 따른 사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능의 집단 간 차이검증의 결과를 살펴보았으며, <표 19>와 같다.

먼저, 물리치료 이용유무의 경우 사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능 모두 물리치료를 이용하는 집단이 상대적으로 좀 더 높았으며, 장애수용( $t=2.280$ ,  $p<.05$ )과 가족기능( $t=4.625$ ,  $p<.001$ )에서는 통계적으로 유의한 집단간 차이를 보였다.

둘째, 작업치료 이용유무의 경우 사회적 지지에서는 이용하지 않는 집단이, 장애수용과 가족기능에서는 이용하는 집단이 좀 더 높게 나타났고, 가족기능( $t=2.707$ ,  $p<.01$ )에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

셋째, 언어치료 이용유무의 경우 사회적 지지( $t=-2.080$ ,  $p<.05$ ), 장애수용( $t=-3.043$ ,  $p<.01$ ), 가족기능( $t=-2.460$ ,  $p<.05$ ) 모두에서 언어치료를 이용하고 있지 않은 경우가 이용하는 경우보다 더 높게 나타났고 통계적으로도 유의하였다.

넷째, 음악치료 이용유무의 경우 사회적 지지와 가족기능은 이용하지 않는 집단이, 장애수용은 이용하고 있는 집단이 좀 더 높게 나타났으며, 사회적 지지( $t=-1.998$ ,  $p<.05$ )에서만 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

다섯째, 미술치료 이용유무의 경우 장애수용과 가족기능은 이용하지 않는 집단이, 사회적 지지는 이용하고 있는 집단이 좀 더 높게 나타났으며, 가족기능 ( $t=-2.340, p<.05$ )에서만 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

여섯째, 놀이 및 재활운동 이용유무의 경우 사회적 지지는 같았고, 장애수용과 가족기능은 이용하지 않는 집단이 좀 더 높게 나타났지만 모두 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

일곱째, 심리행동 치료 이용유무의 경우 장애수용과 가족기능은 이용하지 않는 집단이, 사회적 지지는 이용하는 집단이 좀 더 높게 나타났으며, 가족기능 ( $t=2.630, p<.01$ )에서만 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

여덟째, 양육지원으로서 돌봄 서비스 이용유무의 경우 사회적 지지와 가족기능은 이용하지 않는 집단이, 장애수용은 이용하고 있는 집단이 좀 더 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

아홉째, 기타 서비스 이용유무의 경우 사회적 지지, 장애수용, 가족기능 모두 이용하지 않는 집단이 더 높게 나타났으며, 사회적 지지( $t=-2.189, p<.05$ )와 가족기능( $t=-2.772, p<.01$ )에서는 통계적으로 유의한 차이가 나타났다.

사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능을 중심으로 세부 서비스 이용유무에 따른 집단 간 차이를 살펴보면, 의료재활영역의 물리치료와 작업치료를 제외하고 전반적으로 서비스를 이용하지 않는 집단이 이용하고 있는 집단보다 대체로 높게 나타나고 있다. 특히 통계적으로 유의한 결과만을 보았을 경우에는 이러한 경향이 더욱 분명하게 나타났다.

이상의 결과를 종합하면, 현재 제공되고 있는 다양한 가족지원서비스들이 장애아동과 어머니 그리고 가족에게 긍정적인 영향을 주고자 제공되고 있음에도 불구하고 물리치료와 작업치료를 제외한 나머지 서비스들은 소기의 목적을 달성하지 못하고 있다고 판단할 수 있다. 따라서 각 서비스의 제공 내용이 어머니 혹은 장애아동 욕구에 부합하고 있는지에 대한 전반적 검토가 병행되어야함을 시사한다.

<표 19> 서비스 이용에 따른 사회적 지지, 장애수용, 가족기능 차이분석

영역 구분	세부 서비스명	N	사회적 지지		장애수용		가족기능		
			M	SD	M	SD	M	SD	
의료 재활	물리 치료	유	301	3.93	.53	3.83	.56	4.09	.60
		무	151	3.92	.54	3.70	.57	3.80	.70
		t		.303		2.280*		4.625***	
발달 재활 서비스	작업 치료	유	270	3.90	.53	3.83	.55	4.06	.62
		무	181	3.97	.54	3.72	.58	3.89	.68
		t		-1.291		1.948		2.707**	
발달 재활 서비스	언어 치료	유	252	3.88	.52	3.71	.57	3.92	.69
		무	200	3.99	.55	3.88	.55	4.08	.59
		t		-2.080*		-3.043**		-2.460*	
발달 재활 서비스	음악 치료	유	55	3.79	.46	3.82	.53	3.98	.66
		무	397	3.95	.54	3.78	.57	3.99	.65
		t		-1.998*		.465		-.100	
발달 재활 서비스	미술 치료	유	65	3.93	.50	3.68	.54	3.82	.64
		무	387	3.93	.54	3.80	.57	4.02	.65
		t		.008		-1.694		-2.340*	
발달 재활 서비스	놀이 및 재활운동	유	118	3.93	.47	3.76	.51	3.97	.60
		무	334	3.93	.56	3.79	.58	4.00	.67
		t		.064		-.517		-.508	
발달 재활 서비스	심리행동 치료	유	42	3.97	.50	3.64	.62	3.74	.73
		무	410	3.92	.54	3.80	.56	4.02	.64
		t		.490		-1.746		-2.630**	
발달 재활 서비스	기타	유	61	3.79	.50	3.77	.60	3.78	.64
		무	391	3.95	.54	3.79	.56	4.02	.65
		t		-2.189*		-.213		-2.772**	
양육 지원	돌봄 서비스	유	108	3.90	.54	3.82	.58	3.98	.70
		무	344	3.94	.53	3.78	.56	4.00	.63
		t		-.547		.654		-.269	

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

다음은 의료재활, 발달재활서비스 그리고 양육지원 영역에 따른 서비스 중복 이용으로 구분하여 중복 이용 상태에 따른 사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능의 집단 간 차이를 살펴보았으며 그 결과는 <표 20>과 같다.

<표 20>을 살펴보면, 장애아동 가족지원서비스 영역별 중복 이용 상황에 따른 사회적 지지, 장애수용, 가족기능의 집단 간 차이를 나타낸 것으로 통계적으로 유의한 집단 간 차이는 나타나지 않았다. 다만 2가지 영역에서 서비스를 중복 이용하는 경우가 대체로 사회적 지지, 장애수용, 가족기능 모두에서 좀 더 높은 경향을 보였으며, 3가지 영역에서 중복하는 경우에서 오히려 가장 낮은 경향을 보이고 있다. 따라서 단순히 서비스의 영역별 지원서비스를 많이 이용한다고 해서 결과적으로 좋은 영향을 미치는 것은 아님을 시사하고 있다.

<표 20> 영역별 중복이용에 따른 사회적 지지, 장애수용, 가족기능 차이분석

구분	영역별 이용상태	N	M	SD	F
사회적 지지	1영역	173	3.93	.56	1.768
	2영역	216	3.96	.53	
	3영역	63	3.81	.49	
장애수용	1영역	173	3.77	.58	.533
	2영역	216	3.81	.55	
	3영역	63	3.74	.57	
가족기능	1영역	173	3.95	.67	1.165
	2영역	216	4.04	.63	
	3영역	63	3.94	.66	

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

#### 4. 장애아동 어머니의 사회적 지지와 주요변수 간 구조관계 분석

##### 1) 측정모형의 검증

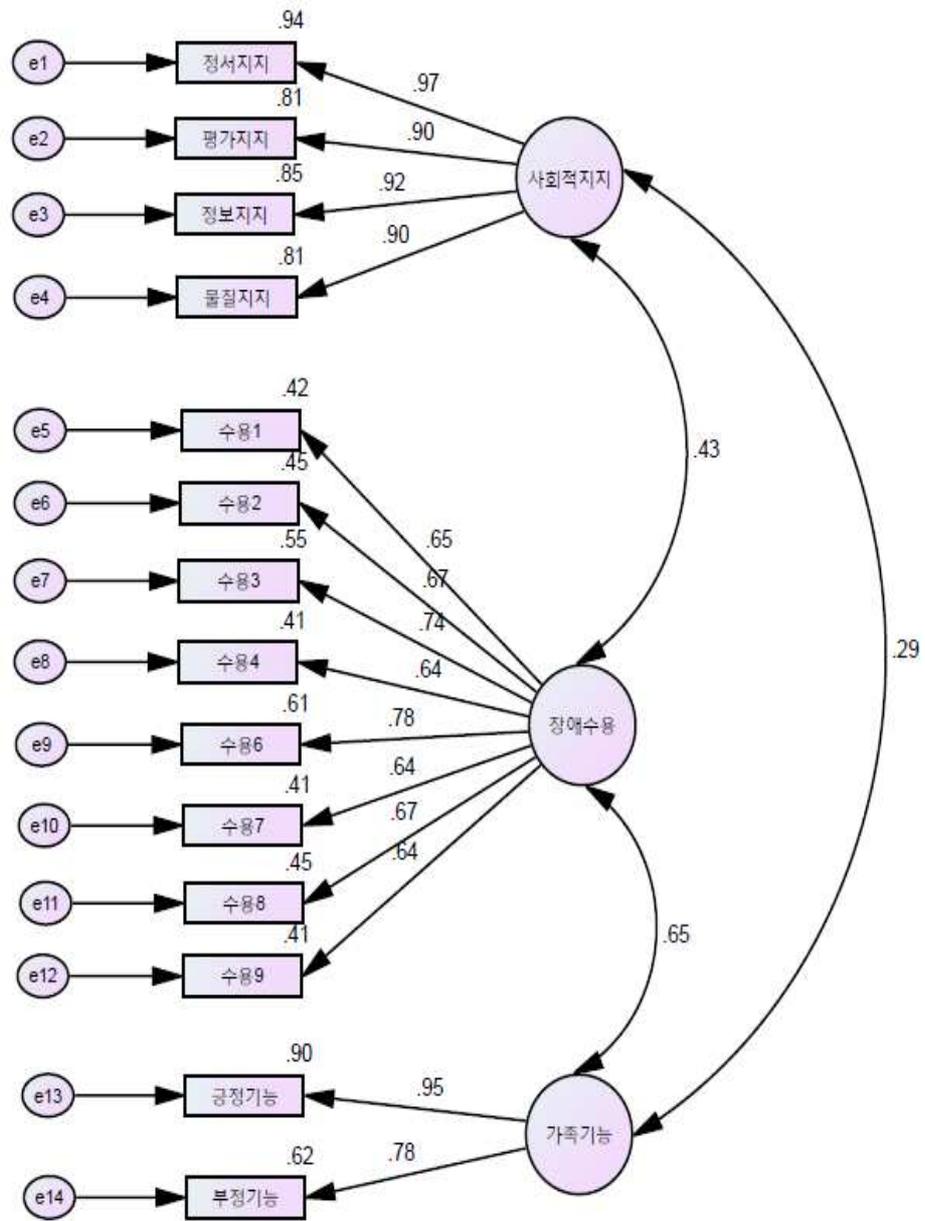
장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 어떠한 영향 관계가 있는지 살펴보기 위하여 구조방정식 모형을 이용하여 분석하였다.

먼저 연구모형에 포함된 개념들이 적절하게 측정되고 있는지 타당성을 검증하기 위해 측정모형(measurement model)에 대한 확인적 요인분석을 실시하였으며, 그 결과는 [그림 4]와 <표 21>과 같다.

구체적으로 구성 개념의 타당성 검증을 위해 측정항목들과 개념간의 요인부하 값과 다중상관자승(SMC)값을 살펴보면, 요인부하량은 .637에서 .972수준으로 모두 .5이상이며, 이들 추정치에 대한 C.R. 값도 모두 2를 훨씬 초과하였고  $p < .001$  수준에서 유의하였다. 그리고 SMS 값은 모두 기준값 0.4이상으로 잠재변수는 해당 측정변수들의 변향을 상당히 잘 설명하는 것으로 볼 수 있다. 또한 평균분산 추출(AVE)과 개념신뢰도는 각각 .5이상과 .7이상으로 모두 적합하여 측정모형의 집중타당성도 검증되었다.

다음으로 판별타당성 검증에서 잠재변수 간 상관이 가장 높은 ‘장애수용↔가족기능’을  $[AVE > \rho^2]$  식에 적용시켜보면,  $(.65)^2 = .423$ 이고, 장애수용의 AVE는 .580, 가족기능의 AVE는 .860으로 판별타당성이 있는 것으로 나타났으며, 식  $[\rho \pm 2 \times S.E.]$ 에 대입할 경우에도  $[.65 \pm 2 \times .023 = .696 \sim .604]$ 로 1을 포함하지 않고 있기 때문에 판별타당성이 있다.

측정모형의 적합도를 살펴보면, 절대적합지수 값들은  $\chi^2 = 222.382 (p > .000)$ ,  $\chi^2/DF = 3.005$ ,  $RMR = .022$ ,  $GFI = .933$ ,  $RMSEA = .067$ 으로  $\chi^2/DF$  값이 3.0보다 다소 높았지만 다른 지수들의 경우 모두 양호한 수준이었다. 그리고 증분적합지수 값들은  $NFI = .948$ ,  $CFI = .965$ ,  $TLI = .957$ 로 모두 기준값 이상으로 양호하게 나타나 본 측정모형은 수용가능하다.



[그림 4] 측정모형 결과

<표 21> 측정모형 분석결과

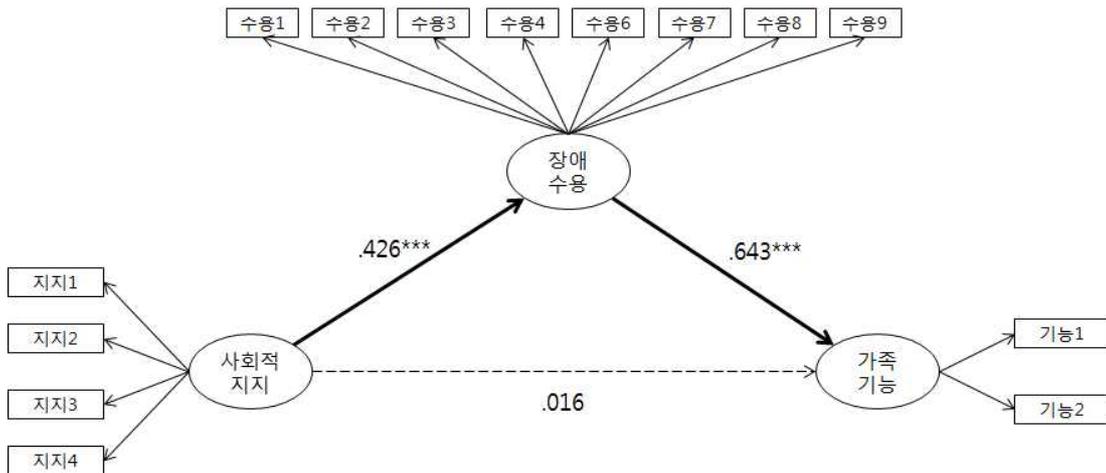
구분	비표준 화계수	표준화 계수	S.E	C.R	SMC	AVE	개념 신뢰도
사회적 지지	→지지1	.917	.972	.024	37.880***	.944	.947 .986
	→지지2	.820	.902	.027	30.689***	.814	
	→지지3	.912	.923	.028	32.621***	.852	
	→지지4	1.000	.901	-	-	.812	
장애수 용	→수용1	1.093	.649	.093	11.786***	.421	.580 .917
	→수용2	.942	.669	.078	12.079***	.447	
	→수용3	1.074	.742	.082	13.110***	.550	
	→수용4	1.079	.639	.093	11.643***	.408	
	→수용6	1.210	.782	.089	13.637***	.611	
	→수용7	1.207	.637	.104	11.617***	.406	
	→수용8	.942	.669	.078	12.091***	.448	
	→수용9	1.000	.640	-	-	.409	
가족기 능	→기능1	1.104	.949	.073	15.141***	.900	.860 .924
	→기능2	1.000	.785	-	-	.616	

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

## 2) 구조모형 분석

본 연구모형에 대한 측정모형이 적합하다고 평가되었기 때문에 측정모형을 포함하여 변수들 간의 관계를 살펴보는 구조모형에 대한 분석을 실시하였다. 구조

모형 분석 결과에서 나타난 개별 모수치와 경로계수는 [그림 5]와 <표 22>와 같다.



[그림 5] 구조모형 분석결과

<표 22> 구조모형 분석결과 경로계수

경로	비표준화계수	표준화계수	S.E	C.R
사회적 지지→가족기능	.017	.016	.050	.342
사회적 지지→장애수용	.399	.426	.050	7.962***
장애수용 →가족기능	.749	.643	.071	10.570***
적합도지수	$\chi^2=222.382, \chi^2/DF=3.005, GFI=.933, CFI=.965, RMR=.022, TLI=.957, NFI=.948, RMSEA=.067$			

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

각 변수 간의 경로를 살펴보면, 사회적 지지는 장애수용( $\beta=.426, p<.001$ )에 정(+ )적인 직접효과가 나타났고, 가족기능에는 유의한 직접효과가 없었다. 그리고 장애수용은 가족기능( $\beta=.643, p<.001$ )에 정(+ )적인 직접효과가 나타났다. 따라서 본 연구의 구조모형 분석결과 사회적 지지는 장애수용을 매개로 가족기능에 정(+ )적인 완전매개효과가 나타났다. 이때 접합도 지수의 경우  $\chi^2/DF$  값은 기준값

보다 조금 높았지만 GFI, CFI, RMR, TLI, NFI, RMSEA는 모두 양호한 수준이었다.

사회적 지지가 장애수용에 미치는 장애수용의 완전매개 영향관계를 좀 더 구체적으로 살펴보기 위하여 변인 간 효과분해 분석과 간접성 유의성 검증을 위한 부트스트래핑(bootstrapping)을 실시하였다.

효과분해와 부트스트래핑 간접효과 검증 결과에 따른 <표 23>을 살펴보면, 사회적 지지가 가족기능에 대한 직접효과는 유의하지 않았지만 장애수용을 매개로 가족기능을 향상시키는 정(+)-적인 간접효과( $\beta=.274, p<.01$ )가 있으며 통계적으로 유의하였다. 이때 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 완전매개효과의 총효과는  $\beta=.290(p<.05)$ 이다.

<표 23> 효과분해 및 간접효과 검증

경로	직접효과	간접효과	총효과
사회적 지지→장애수용	.426**	-	.426**
사회적 지지→가족기능	.016	.274** (.426×.643)	.290*
장애수용 →가족기능	.643*	-	.643*

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

이상의 결과를 종합하면, 장애아동과 어머니를 위한 장애아동 가족지원서비스의 공식적 지지체계에 의한 전문가 지지는 결국 어머니의 심리적 적응으로 자녀의 장애를 이해하고 수용하도록 돕는 직접효과가 증명되었고, 가족기능에 대한 직접효과는 없었지만 장애수용을 통하여 가족기능을 향상시켜 장애아동의 양육에 대한 부담과 가족의 안정성을 높여주는 효과를 보여주었다.

따라서 공식적 지지체계에 의한 사회적 지지는 가족 구성원의 적응과 변화를 통해 가족기능에 변화를 이끌어내는 중요한 요인으로, 장애아동 가족에 대한 사회적 지지체계는 가족에 대한 직접적인 접근보다는 어머니나 가족 구성원이 자녀의 장애를 수용하고 양육스트레스를 감소시키는 역할로서 장애 자녀를 가족구

성원으로 받아들이고 공동양육 인식을 강화하는 방향으로 지원체계와 서비스의 내용을 강화해야 한다.

## 5. 주요 특성에 따른 다중집단분석

전체 장애아동 어머니를 대상으로 한 구조모형 결과 공식적 지지체계인 장애아동 가족지원서비스의 전문가 지지체계에 의한 어머니의 사회적 지지는 자녀의 장애를 수용하는 장애수용을 매개로 가족기능에 긍정적 영향을 미치는 완전매개 효과가 나타났다.

이에 본 연구에서는 이상의 구조모형 결과를 바탕으로 장애아동의 장애유형, 장애인지 시점, 장애진단 시점, 장애아동의 나이(학령전기와 학령기) 그리고 장애아동과 가족을 위해 제공되는 직접서비스의 이용 수에 따른 사회적 지지와 상호작용효과를 살펴보기 위하여 다중집단 확인적 요인분석을 실시하여 측정도구에 대한 측정동일성을 검증하고 다중집단 구조모형분석을 진행하였다<sup>10)</sup>.

### 1) 장애유형에 따른 다중집단 분석

#### 가. 측정동일성 검증

장애아동의 장애유형에 따른 다중집단 구조방정식모델 분석을 위해 장애유형을 뇌병변장애와 발달장애 집단으로 구분하였다. 먼저, 다중집단 확인적 요인분

10) 교차타당성(cross validation)은 모집단으로부터 추출한 표본에서 얻은 결과와 동일한지를 검증할 때 이용하는 것으로 교차타당성을 검증하기 위해서는 측정동일성(measurement equivalence)에 대한 분석을 실시한다. 본 연구에서는 우종필(2012)이 Mullen(1995)과 Myers et al.(2000)이 제시한 측정동일성 5단계를 사용하였다.  $\Delta\chi^2$ 은 비제약모델과 제약모델간  $\chi^2$  차이를 보여주며, Sig.는 통계적으로 유의한 차이의 유무를 보여준다. 이때  $\chi^2$  변화량이 통계적으로 유의한 차이가 없다는 것은 설문지와 같은 측정도구에 대한 요인부하량 동일성에 문제가 없음을 나타낸다.

석에 의한 측정동일성 결과와 모델적합도는 다음 <표 24>과 같다.

<표 24> 장애유형에 따른 측정동일성 모델적합도 비교

model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	Sig.*	적합도지수
[model1] 비 제약	318.820	148	-	-	GFI=.911, CFI=.959 RMR=.026, TLI=.950 RMSEA=.051
[model2] $\lambda$ 제약	327.217	159	$\Delta\chi^2(11)=8.397$ (모델2-모델1)	유의하지 않음	GFI=.908, CFI=.960 RMR=.030, TLI=.954 RMSEA=.048
[model3] $\emptyset$ 제약	325.057	154	$\Delta\chi^2(6)=6.237$ (모델3-모델1)	유의하지 않음	GFI=.909, CFI=.959 RMR=.031, TLI=.951 RMSEA=.050
[model4] $\lambda, \emptyset$ 제약	340.085	165	$\Delta\chi^2(17)=21.265$ (모델4-모델1)	유의하지 않음	GFI=.905, CFI=.958 RMR=.046, TLI=.954 RMSEA=.049
[model5] $\lambda, \emptyset, \theta$ 제약	392.068	179	$\Delta\chi^2(31)=73.248$ (모델5-모델1)	유의함	GFI=.887, CFI=.949 RMR=.048, TLI=.948 RMSEA=.051

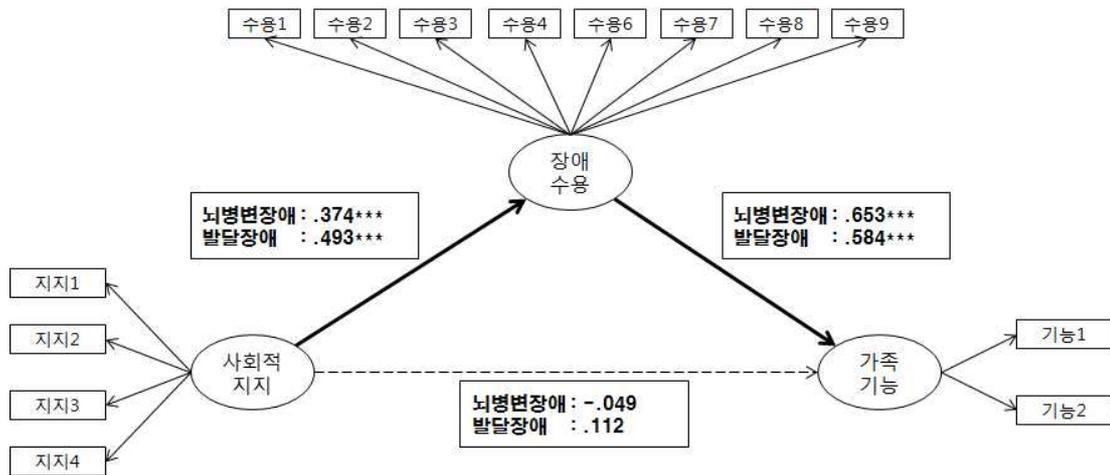
\* $\chi^2$ 차이의 유의도를 살펴보기 위하여  $\chi^2$ 분포표의  $p<.05$ 수준확인.

구체적으로 살펴보면, 비제약모델(model 1)과 요인부하량 제약모델(model 2) 간의  $\Delta\chi^2$ 은 8.397로서 19.68보다 작으므로( $\chi^2(11)$  분포표  $p<.05$ ) 통계적으로 유의하지 않았다. 이때 비제약모델과 각각의 제약모델들의 모델적합도는 유의하였다.

따라서 뇌병변장애아동 어머니와 발달장애아동 어머니 두 집단의 측정도구에 대한 동일성에 대한 문제가 없어 요인부하량의 측정동일성이 검증되었기 때문에 다음 단계인 다중집단분석을 실시하였다.

나. 장애유형에 따른 다중집단 구조모형 분석 결과

장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향에 관한 구조모형의 장애유형 집단 간 다중집단 분석 결과 나타난 표준화경로계수는 [그림 6]과 <표 25>와 같다.



[그림 6] 장애유형별 다중집단 구조모형 결과

<표 25> 장애유형별 집단 간 경로계수 및 차이검증

경로	뇌병변장애		발달장애		Critical Ratios for Difference <sup>+</sup>
	표준화계수	C.R	표준화계수	C.R	
사회적 지지 →가족기능	-.049	-.829	.112	1.484	1.699(기각)
사회적 지지 →장애수용	.374	5.304***	.493	5.913***	2.347(채택)
장애수용 →가족기능	.653	7.483***	.584	6.553***	-.838(기각)
적합도지수	$\chi^2/DF=2.154$ , GFI=.911, CFI=.959, RMR=.026, TLI=.950, NFI=.927, RMSEA=.051				

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

+ AMOS에서 아이콘을 이용한 방법으로 ±1.965이상이면 집단 간 차이가 유의미함

[그림 6]에서 장애유형에 따른 각 집단별 경로모형의 결과 뇌병변장애아동 어머니와 발달장애아동 어머니 집단 모두 사회적 지지는 장애수용을 매개로 가족기능에 완전매개효과가 나타났다.

그리고 <표 25>에서 뇌병변장애아동과 발달장애아동 어머니 각 집단 간 경로의 유의한 표준화계수 값을 살펴보면, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로는 뇌병변장애아동 어머니  $\beta=.374(p<.001)$ , 발달장애아동 어머니는  $\beta=.493(p<.001)$ 로 발달장애아동 어머니에게 상대적으로 높게 나타났다. ‘장애수용→가족기능’ 경로는 뇌병변장애아동 어머니  $\beta=.653(p<.001)$ , 발달장애아동 어머니  $\beta=.584(p<.001)$ 로 뇌병변장애아동 어머니에게 상대적으로 높게 나타났다.

뇌병변장애아동 어머니와 발달장애아동 어머니 두 집단의 경로 간 유의한 차이를 확인하기 위해 경로의 Critical Ratios difference 값을 확인하였고, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로에 있어 장애유형의 상호작용효과가 있음을 확인하였다.

따라서 사회적 지지가 장애수용에 미치는 영향은 발달장애아동 어머니에게 더 큰 영향을 미친다고 할 수 있다.

<표 26> 장애유형별 집단 간 효과분해와 간접효과 검증

구분	뇌병변장애			발달장애		
	사회적 지지	장애 수용	가족 기능	사회적 지지	장애 수용	가족 기능
표준화 총효과	장애수용 .374*	-	-	.493**	-	-
직접효과	장애수용 .374*	-	-	.493**	-	-
간접효과	가족기능 .194*	.653**	-	.400**	.584**	-
표준화 총효과	장애수용 .374*	-	-	.493**	-	-
직접효과	장애수용 .374*	-	-	.493**	-	-
간접효과	가족기능 -.049	.653**	-	.112	.584**	-
표준화 총효과	장애수용 -	-	-	-	-	-
간접효과	가족기능 .244**	-	-	.288**	-	-

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

다음은 장애유형에 따른 집단 간 상관분해에 따른 사회적 지지가 장애수용을

매개로 가족기능에 미치는 간접효과를 살펴보고, <표 26>과 같다. 뇌병변장애 아동 어머니 집단의 간접효과는 .244( $p<.01$ )이며, 발달장애아동 어머니 집단의 간접효과는 .288( $p<.01$ )로 각각 유의한 간접효과가 나타났으며, 발달장애아동 어머니에 있어 사회적 지지의 간접효과가 상대적으로 좀 더 높다.

이상의 내용을 종합하면, 사회적 지지가 가족기능에 직접적인 영향을 미치지 는 않지만 장애아동 어머니의 장애수용을 매개로 결과적으로 가족기능에 긍정적 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났다. 특히 사회적 지지가 장애수용에 영향을 미치는 정도는 발달장애아동 어머니에게 있어 더 큰 영향을 미치는 상호작용효과가 확인되었다. 이때 사회적 지지의 간접효과 역시 발달장애아동 어머니에게서 상대적으로 좀 더 높은 효과가 있었다.

따라서 전문가 지지체계에 의한 사회적 지지는 장애특성에 따라 그 효과성이 다르게 나타날 수 있다는 것이고, 발달장애아동 어머니가 뇌병변장애아동 어머니 보다 자녀의 장애를 수용함에 있어 좀 더 많은 지지와 지원이 필요함을 시사한다. 결국 장애아동과 가족을 위한 다양한 서비스들은 장애특성을 고려하여 제공되어야 서비스 대상자들의 실질적으로 이용 가능한 인지된 사회적 지지로서 효과를 발휘할 수 있다는 것이고, 장애아동 가족지원서비스를 제공함에 있어 장애 특성을 고려하여 수요자의 욕구를 반영할 수 있는 맞춤형 서비스를 개발해야 된다.

## 2) 장애인지 시점에 따른 다중집단 분석

### 가. 측정동일성 검증

어머니가 자녀의 장애를 인지하는 시점에 따른 다중집단 구조방정식모델 분석을 위해 자녀의 장애인지 시점인 평균 16개월을 기준으로 16개월 이하(평균이하)와 17개월 이상(평균초과)으로 집단을 구분하였다. 먼저, 다중집단 확인적 요인분석에 의한 측정동일성 결과와 모델적합도는 다음 <표 27>과 같다.

구체적으로 살펴보면, 비제약모델(model 1)과 요인부하량 제약모델(model 2) 간의  $\Delta\chi^2$ 은 7.396으로 19.68보다 작으므로( $\chi^2(11)$  분포표  $p<.05$ ) 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 비제약모델과 각각의 제약모델들의 모델적합도도 유의한 것으로 나타났다. 따라서 장애인지 평균 전후 두 집단의 측정도구에 대한 동일성에 대한 문제가 없어 요인부하량의 측정동일성이 검증되었기 때문에 다음 단계인 다중집단분석을 실시하였다.

<표 27> 장애인지 시점에 따른 측정동일성 모델적합도 비교

model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	Sig.*	적합도지수
[model1] 비제약	300.768	148	-	-	GFI=.913, CFI=.963 RMR=.026, TLI=.954 RMSEA=.048
[model2] $\lambda$ 제약	308.164	159	$\Delta\chi^2(11)=7.396$ (모델2-모델1)	유의하지 않음	GFI=.911, CFI=.963 RMR=.029, TLI=.958 RMSEA=.046
[model3] $\emptyset$ 제약	304.017	154	$\Delta\chi^2(6)=3.249$ (모델3-모델1)	유의하지 않음	GFI=.912, CFI=.963 RMR=.028, TLI=.957 RMSEA=.047
[model4] $\lambda, \emptyset$ 제약	317.677	165	$\Delta\chi^2(17)=16.909$ (모델4-모델1)	유의하지 않음	GFI=.908, CFI=.963 RMR=.042, TLI=.959 RMSEA=.046
[model5] $\lambda, \emptyset, \Theta$ 제약	344.120	179	$\Delta\chi^2(31)=43.352$ (모델5-모델1)	유의함	GFI=.900, CFI=.960 RMR=.042, TLI=.959 RMSEA=.046

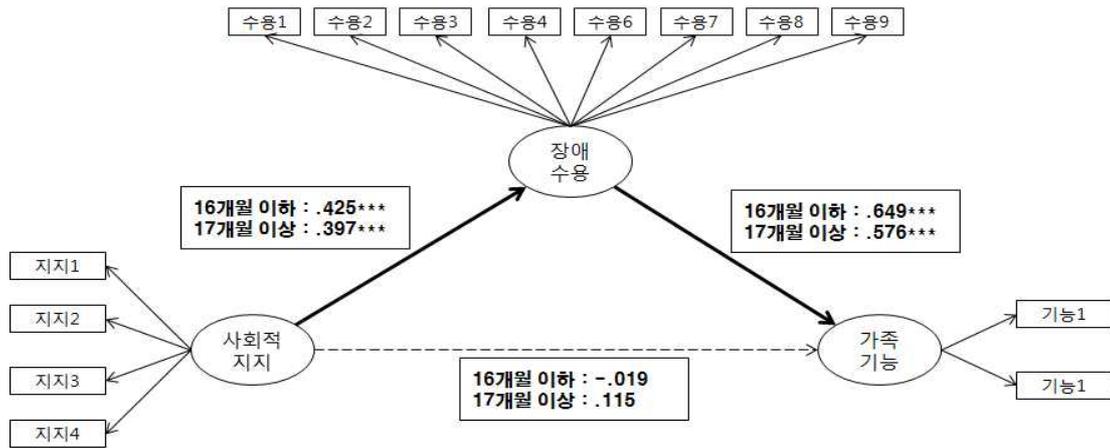
\* $\chi^2$ 차이의 유의도를 살펴보기 위하여  $\chi^2$ 분포표의  $p<.05$ 수준확인.

#### 나. 장애인지 시점에 따른 다중집단 구조모형 분석 결과

장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향에 관한 구조모델의 장애인지 평균 전후 집단 간 다중집단 분석 결과 나타난 표

준화경로계수는 다음과 같다.

[그림 7]에서 장애인지 시점 평균 전후에 따른 각 집단별 경로모형의 결과 장애인지 16개월 이하 집단과 17개월 이상 집단 모두 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났다.



[그림 7] 장애인지 집단 간 다중집단 구조모형 결과

<표 28> 장애인지 집단 간 경로계수 및 차이검증

경로	장애인지 평균 이하		장애인지 평균 초과		Critical Ratios for Difference <sup>+</sup>
	표준화계수	C.R	표준화계수	C.R	
사회적 지지 →가족기능	-.019	-.315	.115	1.512	1.477(기각)
사회적 지지 →장애수용	.425	6.393***	.397	4.223***	.376(기각)
장애수용 →가족기능	.649	8.114***	.576	6.111***	.224(기각)
적합도지수	$\chi^2/DF=2.032$ , GFI=.913, CFI=.963, RMR=.026, TLI=.954, NFI=.929, RMSEA=.048				

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

+ AMOS에서 아이콘을 이용한 방법으로 ±1.965이상이면 집단 간 차이가 유의미함

<표 28>에서 장애인지 시점 평균 전후 각 집단 간 경로의 유의한 표준화계수

값을 살펴보면, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로는 장애인지 16개월 이하 집단  $\beta = .425(p < .001)$ , 장애인지 17개월 이상 집단  $\beta = .397(p < .001)$ 로 나타났고, ‘장애수용→가족기능’ 경로에서는 장애인지 16개월 이하 집단  $\beta = .649(p < .001)$ , 장애인지 17개월 이상 집단  $\beta = .576(p < .001)$ 으로 두 경로 모두 자녀의 장애를 빨리 인지할수록 각 경로의 직접효과가 상대적으로 높게 나타났다.

장애인지 평균 전후 두 집단의 경로 간 유의한 차이를 확인하기 위해 경로의 Critical Ratios difference 값을 확인한 결과 모든 경로에서 집단 간 차이는 유의미하지 않아 장애인지 시점에 따른 상호작용효과는 나타나지 않았다.

다음은 장애인지 시점 전후 집단 간 상관분해에 따른 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 간접효과를 살펴보고, <표 29>와 같다. 장애인지 시점 평균 이하 집단의 간접효과는 .276( $p < .01$ )이며, 장애인지 시점 평균 이상 집단의 간접효과는 .229( $p < .01$ )로 유의한 간접효과가 나타났으며, 장애인지가 빠를수록 상대적으로 사회적 지지의 간접효과가 더 높다.

<표 29> 장애인지 집단 간 효과분해와 간접효과 검증

구분	장애인지 평균 이하			장애인지 평균 초과		
	사회적 지지	장애 수용	가족 기능	사회적 지지	장애 수용	가족 기능
표준화 총효과	장애수용 .425*	-	-	.397**	-	-
	가족기능 .258**	.649*	-	.344**	.576*	-
표준화 직접효과	장애수용 .425*	-	-	.397**	-	-
	가족기능 -.019	.649*	-	.115	.576*	-
표준화 간접효과	장애수용 -	-	-	-	-	-
	가족기능 .276**	-	-	.229**	-	-

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

이상의 내용을 종합하면, 장애인지 시점에 따른 집단 간 경로의 상호작용효과는

나타나지 않았지만, 장애인지 평균 이하 집단에서 사회적 지지가 장애수용에 미치는 영향과 장애수용이 가족기능에 미치는 직접효과는 좀 더 크게 나타났고, 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 간접효과도 높았다. 따라서 자녀의 장애를 빨리 인지할수록 장애아동 어머니의 사회적 지원망을 통한 사회적 지지가 자녀의 장애를 수용하는 적응과정과 가족기능에 좀 더 긍정적 효과를 나타낼 수 있음을 시사한다.

### 3) 장애진단 시점에 따른 다중집단 분석

#### 가. 측정동일성 검증

자녀가 장애를 진단받는 시점에 따른 다중집단 구조방정식 모델 분석을 위해 장애진단까지 평균 33개월을 기준으로 33개월 이하(평균이하)와 34개월 이상(평균초과)으로 집단을 구분하였다. 먼저, 다중집단 확인적 요인분석에 의한 측정동일성 결과와 모델적합도는 다음 <표 30>과 같다.

구체적으로 살펴보면, 비제약모델(model 1)과 요인부하량 제약모델(model 2) 간의  $\Delta\chi^2$ 은 4.346으로 19.68보다 작으므로( $\chi^2(11)$  분포표  $p<.05$ ) 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 비제약모델과 각각의 제약모델들의 모델적합도도 유의한 것으로 나타났다. 따라서 장애인지 평균 전후 두 집단의 측정도구에 대한 동일성에 대한 문제가 없어 요인부하량의 측정동일성이 검증되었기 때문에 다음 단계인 다중집단분석을 실시하였다.

<표 30> 장애진단 시점에 따른 측정동일성 모델적합도 비교

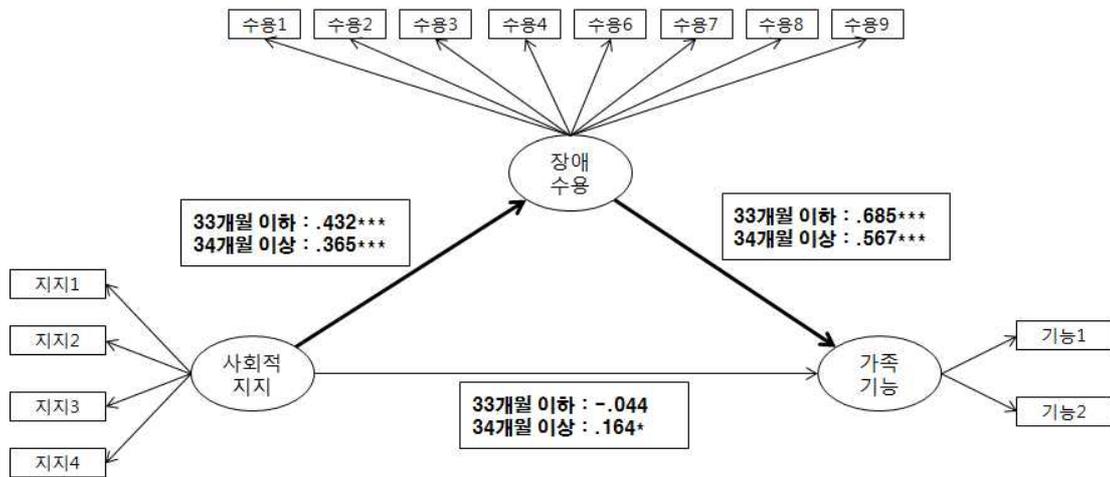
model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	Sig.*	적합도지수
[model1] 비제약	306.646	148	-	-	GFI=.910, CFI=.959 RMR=.027, TLI=.949 RMSEA=.050
[model2] $\lambda$ 제약	310.992	159	$\Delta\chi^2(11)=4.346$ (모델2-모델1)	유의하지 않음	GFI=.909, CFI=.961 RMR=.028, TLI=.955 RMSEA=.048
[model3] $\emptyset$ 제약	313.723	154	$\Delta\chi^2(6)=7.077$ (모델3-모델1)	유의하지 않음	GFI=.908, CFI=.959 RMR=.028, TLI=.951 RMSEA=.049
[model4] $\lambda, \emptyset$ 제약	327.531	165	$\Delta\chi^2(17)=20.885$ (모델4-모델1)	유의하지 않음	GFI=.905, CFI=.958 RMR=.041, TLI=.954 RMSEA=.048
[model5] $\lambda, \emptyset, \theta$ 제약	361.723	179	$\Delta\chi^2(31)=55.077$ (모델5-모델1)	유의함	GFI=.983, CFI=.959 RMR=.042, TLI=.952 RMSEA=.049

\* $\chi^2$ 차이의 유의도를 살펴보기 위하여  $\chi^2$ 분포표의  $p<.05$ 수준확인.

#### 나. 장애진단 시점에 따른 다중집단 구조모형 분석 결과

장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향에 관한 구조모델의 장애진단 시점 평균 전후 집단 간 다중집단 분석 결과 나타난 표준화경로계수는 다음과 같다.

[그림 8]에서 장애진단 시점 평균 전후에 따른 각 집단별 경로모형의 결과 장애진단 33개월 이하 집단은 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났고, 장애진단 34개월 이상 집단의 경우 사회적 지지는 가족기능에 직접효과와 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 부분매개효과가 나타났다.



[그림 8] 장애인단 집단 간 다중집단 구조모형 결과

<표 31> 장애인단 집단 간 경로계수 및 차이검증

경로	장애인단 평균 이하		장애인단 평균 초과		Critical Ratios for Difference <sup>+</sup>
	표준화계수	C.R	표준화계수	C.R	
사회적 지지 →가족기능	-.044	-.695	.164	2.265*	2.264(채택)
사회적 지지 →장애수용	.432	5.830***	.365	4.271***	.409(기각)
장애수용 →가족기능	.685	7.580***	.567	6.236***	-1.072(기각)
적합도지수	$\chi^2/DF=2.072$ , GFI=.910, CFI=.959, RMR=.027, TLI=.949, NFI=.924, RMSEA=.050				

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

+ AMOS에서 아이콘을 이용한 방법으로 ±1.965이상이면 집단 간 차이가 유의미함

<표 31>에서 장애인단 시점 평균 전후 각 집단 간 경로의 유의한 표준화계수 값을 살펴보면, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로는 장애인단 시점 33개월 이하 집단  $\beta=.432(p<.001)$ , 장애인단 34개월 이상 집단  $\beta=.365(p<.001)$ 로 나타났고, ‘장애수용→가족기능’ 경로는 장애인단 33개월 이하 집단  $\beta=.685(p<.001)$ , 장애인단 시점 34개월 이상 집단  $\beta=.567(p<.001)$ 으로 장애인단이 빠를수록 각 경로의 직접효과

가 상대적으로 높게 나타났다. 그리고 ‘사회적 지지→가족기능’ 경로에서는 장애인단 33개월 이하에서는 통계적으로 유의하지 않았지만 장애인단 34개월 이상 집단에서  $\beta=.164(p<.05)$  통계적으로 유의하여 장애인단 33개월 이하의 경우 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 긍정적 영향을 미치는 완전매개가 나타났고, 장애인단 34개월 이상의 경우 사회적 지지가 가족기능에 부분매개영향과 함께 상호작용효과가 나타났다.

<표 32> 장애인단 집단 간 효과분해와 간접효과 검증

구분	장애인단 평균 이하			장애인단 평균 초과		
	사회적 지지	장애 수용	가족 기능	사회적 지지	장애 수용	가족 기능
표준화 총효과	장애수용 .432*	-	-	.365*	-	-
	가족기능 .252**	.685*	-	.370*	.567*	-
표준화 직접효과	장애수용 .432*	-	-	.365*	-	-
	가족기능 -.044	.685*	-	.164	.567*	-
표준화 간접효과	장애수용 -	-	-	-	-	-
	가족기능 .296**	-	-	.207**	-	-

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

다음은 장애인단 시점에 따른 집단 간 상관분해에 따른 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 간접효과를 살펴보고, <표 32>와 같다. 장애인단 시점 평균 이하 집단의 간접효과는 .296( $p<.01$ )이며, 장애인단 시점 평균 이상 집단의 간접효과는 .207( $p<.01$ )로 유의한 간접효과가 나타났으며, 장애인단이 빠를수록 사회적 지지의 간접효과가 상대적으로 더 높다.

장애인단 시점 평균 전후 두 집단의 경로 간 유의한 차이를 확인하기 위해 경로의 Critical Ratios difference 값을 확인한 결과 ‘사회적 지지→가족기능’ 경로에서 장애인단 시점에 따른 집단 간 유의한 차이가 나타나 상호작용효과가 있음

을 확인하였다. 따라서 장애진단이 늦을수록 사회적 지지는 가족기능에도 직접효과와 간접효과를 나타내 장애진단이 늦을수록 장애아동 가족에 대한 사회적 지지체계가 더 요구되면 그 파급효과도 높다고 할 수 있다.

이상의 내용을 종합하면, 장애진단 시점 평균 이하 집단에서는 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 완전매개효과가 나타난 반면, 장애진단 평균 이상 집단에서는 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 부분매개효과가 있는 상호작용효과가 확인되었다. 그리고 이때 사회적 지지에서 가족기능으로 가는 경로에서 상호작용효과가 나타나 장애진단이 늦을수록 장애아동 어머니의 사회적 지지는 가족기능에 직접효과와 상호작용효과가 동시에 나타나 가족기능에 더 큰 영향요인으로 작용하고 있다는 것을 확인하였다. 즉, 장애진단이 늦을수록 가족체계의 유지를 위해 더욱 많은 사회적 지원망이 형성되어야함을 의미한다.

반면, 통계적으로 유의한 경로의 상호작용효과는 나타나지 않았지만 전반적으로 장애진단 시점 평균 이하 집단에서 사회적 지지가 장애수용에 미치는 영향과 장애수용이 가족기능에 미치는 영향이 좀 더 크게 나타났고, 간접효과도 높았다. 이는 자녀의 장애를 수용하는 심리적 적응을 위해서는 진단을 빨리 받을수록 장애수용에 도움이 될 수 있음을 시사하며, 장애수용이 결과적으로 가족체계를 유지하는데 긍정적 효과를 나타낼 수 있음을 나타낸다.

#### 4) 장애아동 나이에 따른 다중집단 분석

##### 가. 측정동일성 검증

장애아동 나이에 따른 다중집단 구조방정식모델 분석을 위해 아동의 나이를 학령기를 기준으로 학령전기(7세이하)와 학령기(8세이상)로 집단을 구분하였다. 먼저, 다중집단 확인적 요인분석에 의한 측정동일성 결과와 모델적합도는 다음 <표 33>과 같다.

구체적으로 살펴보면, 비제약모델(model 1)과 요인부하량 제약모델(model 2) 간의  $\Delta\chi^2$ 은 7.396으로 19.68보다 작으므로( $\chi^2(11)$  분포표  $p<.05$ ) 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 비제약모델과 각각의 제약모델들의 모델적합도도 유의한 것으로 나타났다. 따라서 장애인지 평균 전후 두 집단의 측정도구에 대한 동일성에 대한 문제가 없어 요인부하량의 측정동일성이 검증되었기 때문에 다음 단계인 다중집단분석을 실시하였다.

<표 33> 장애아동 나이에 따른 측정동일성 모델적합도 비교

model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	Sig.*	적합도지수
[model1] 비제약	297.114	148	-	-	GFI=.912, CFI=.965 RMR=.026, TLI=.956 RMSEA=.047
[model2] $\lambda$ 제약	306.946	159	$\Delta\chi^2(11)=9.832$ (모델2-모델1)	유의하지 않음	GFI=.909, CFI=.965 RMR=.029, TLI=.960 RMSEA=.046
[model3] $\emptyset$ 제약	301.513	154	$\Delta\chi^2(6)=4.399$ (모델3-모델1)	유의하지 않음	GFI=.911, CFI=.965 RMR=.028, TLI=.959 RMSEA=.046
[model4] $\lambda, \emptyset$ 제약	314.772	165	$\Delta\chi^2(17)=17.658$ (모델4-모델1)	유의하지 않음	GFI=.908, CFI=.964 RMR=.036, TLI=.961 RMSEA=.045
[model5] $\lambda, \emptyset, \theta$ 제약	337.838	179	$\Delta\chi^2(31)=40.724$ (모델5-모델1)	유의하지 않음	GFI=.902, CFI=.962 RMR=.038, TLI=.962 RMSEA=.044

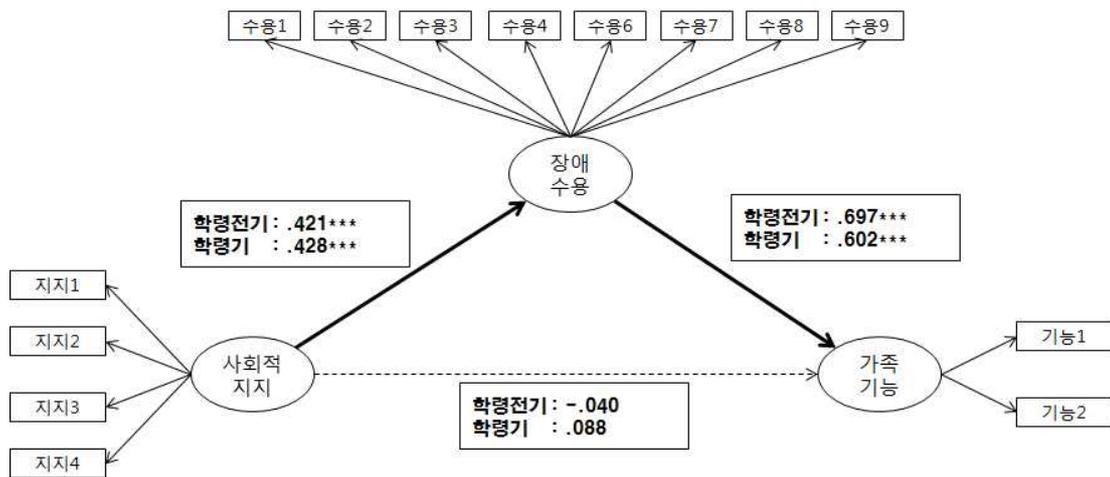
\* $\chi^2$ 차이의 유의도를 살펴보기 위하여  $\chi^2$ 분포표의  $p<.05$ 수준확인.

#### 나. 장애아동 나이에 따른 집단 간 다중집단 구조모형 분석 결과

장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향

에 관한 구조모델의 장애아동의 나이를 학령전기와 학령기로 구분하여 집단 간 다중집단 분석을 실시하였고, 그 결과 나타난 표준화경로계수는 다음과 같다.

[그림 9]에서 학령전기와 학령기 각 집단별 경로모형의 결과 학령전기 집단과 학령기 집단 모두 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났다.



[그림 9] 장애아동 나이 집단 간 다중집단 구조모형 결과

<표 34> 장애아동 나이에 따른 집단 간 경로계수 및 차이검증

경로	학령전기		학령기		Critical Ratios for Difference <sup>+</sup>
	표준화계수	C.R	표준화계수	C.R	
사회적 지지 →가족기능	-.040	-.640	.088	1.326	1.414(기각)
사회적 지지 →장애수용	.421	5.380***	.428	5.828***	.091(기각)
장애수용 →가족기능	.697	7.838***	.602	7.124***	-.549(기각)
적합도지수	$\chi^2/DF=2.008$ , GFI=.912, CFI=.965, RMR=.026, TLI=.956, NFI=.932, RMSEA=.047				

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

+ AMOS에서 아이콘을 이용한 방법으로 ±1.965이상이면 집단 간 차이가 유의미함

<표 34>에서 학령전기와 학령기 집단 간 경로의 유의한 표준화계수 값을 살펴보면, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로는 학령전기  $\beta=.421(p<.001)$ , 학령기  $\beta=.428(p<.001)$ 로 나이가 많을수록 상대적으로 조금 더 높은 영향력이 나타났고, ‘장애수용→가족기능’ 경로는 학령전기  $\beta=.697(p<.001)$ , 학령기  $\beta=.602(p<.001)$ 로 나이가 어릴수록 좀 더 높은 영향력을 보였다.

학령전기와 학령기 두 집단의 경로 간 유의한 차이를 확인하기 위해 경로의 Critical Ratios difference 값을 확인한 결과 모든 경로에서 집단 간 차이가 유의미하지 않아 장애아동의 나이에 따른 상호작용효과는 나타나지 않았다.

다음은 장애아동 나이에 따른 집단 간 상관분해에 따른 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 간접효과를 살펴보고, <표 35>와 같다. 학령전기 아동의 간접효과는 .293( $p<.01$ )이며, 학령기 아동의 간접효과는 .257( $p<.01$ )로 유의한 간접효과가 나타났으며, 아동의 나이가 어릴수록 사회적 지지의 간접효과가 상대적으로 좀 더 높다.

<표 35> 장애아동 나이에 따른 집단 간 효과분해와 간접효과 검증

구분	학령전기			학령기		
	사회적 지지	장애 수용	가족 기능	사회적 지지	장애 수용	가족 기능
표준화 총효과	장애수용 .421**	-	-	.428*	-	-
	가족기능 .253**	.697*	-	.345**	.602**	-
표준화 직접효과	장애수용 .421**	-	-	.428*	-	-
	가족기능 -.040	.697*	-	.088	.602**	-
표준화 간접효과	장애수용 -	-	-	-	-	-
	가족기능 .293**	-	-	.257**	-	-

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

이상의 내용을 종합하면, 통계적으로 유의한 경로의 상호작용효과는 나타나지

않았지만 ‘사회적 지지→장애수용’ 경로에서는 학령기 아동이 좀 더 영향력이 높았고, ‘장애수용→가족기능’ 경로에서는 학령전기 아동이 좀 더 높은 영향력을 보였다. 그리고 간접효과의 경우 학령전기에서 더 큰 영향력이 나타났다. 이는 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 완전매개효과의 경로의 차이는 없지만, 자녀의 나이에 따라 각 변수가 미치는 효과는 차이가 날 수 있다는 것이다.

따라서 장애아동의 양육과정에서 나타나는 다양한 어려움과 욕구를 반영하기 위해서 장애아동의 발달과정에 따른 선택적·개별적 맞춤형 접근이 필요함을 시사한다. 즉, 학령전기에는 장애자녀에 대한 장애를 이해하고 잔존기능에 대한 재활과 함께 장애를 수용할 수 있는 지원방안을 중심으로 하면서, 학령기에는 사회적응 훈련 등 개별 장애 특성에 따른 서비스 개발과 함께 폭넓은 사회적 지지체계의 선택과 집중이 가능하도록 지원계획 수립이 필요하다.

## 5) 장애아동 가족지원서비스 이용 수에 따른 다중집단 분석

### 가. 측정동일성 검증

장애아동 및 가족을 위한 지원서비스 이용 수에 따른 다중집단 구조방정식모델 분석을 위해 평균 이용 수(평균2.81개)를 기준으로 2가지 이하와 3가지 이상 집단으로 구분하였다. 먼저, 다중집단 확인적 요인분석에 의한 측정동일성 결과와 모델적합도는 다음 <표 36>과 같다.

구체적으로 살펴보면, 비제약모델(model 1)과 요인부하량 제약모델(model 2) 간의  $\Delta\chi^2$ 은 7.396으로 19.68보다 작으므로( $\chi^2(11)$  분포표  $p<.05$ ) 통계적으로 유의하지 않았다. 또한 비제약모델과 각각의 제약모델들의 모델적합도도 유의한 것으로 나타났다. 따라서 장애인지 평균 전후 두 집단의 측정도구에 대한 동일성에 대한 문제가 없어 요인부하량의 측정동일성이 검증되었기 때문에 다음 단계인 다중집단분석을 실시하였다.

<표 36> 서비스 이용 수에 따른 측정동일성 모델적합도 비교

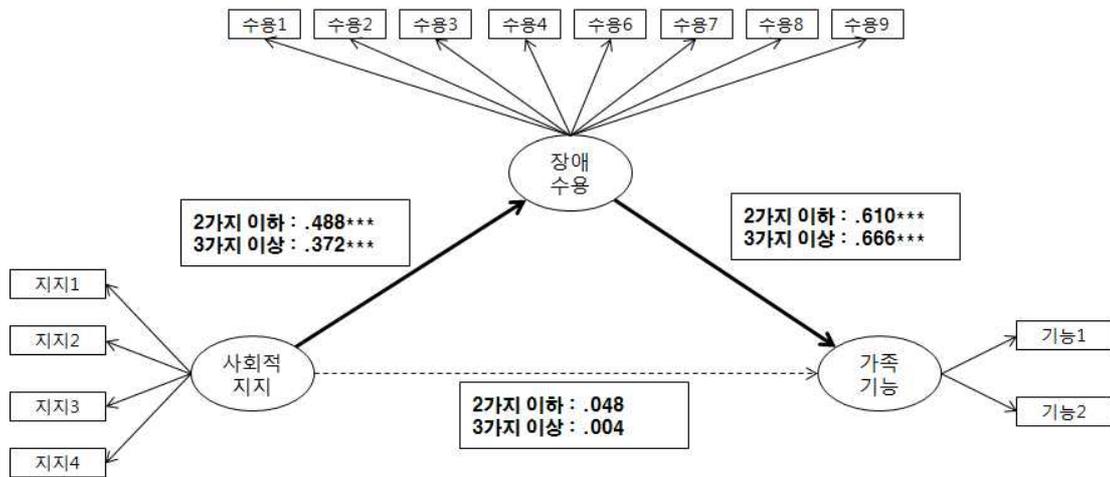
model	$\chi^2$	df	$\Delta\chi^2$	Sig.*	적합도지수
[model1] 비 제약	303.449	148	-	-	GFI=.913, CFI=.963 RMR=.026, TLI=.954 RMSEA=.048
[model2] $\lambda$ 제약	313.003	159	$\Delta\chi^2(11)=9.554$ (모델2-모델1)	유의하지 않음	GFI=.910, CFI=.963 RMR=.030, TLI=.958 RMSEA=.046
[model3] $\emptyset$ 제약	306.277	154	$\Delta\chi^2(6)=2.828$ (모델3-모델1)	유의하지 않음	GFI=.912, CFI=.964 RMR=.029, TLI=.957 RMSEA=.047
[model4] $\lambda, \emptyset$ 제약	316.607	165	$\Delta\chi^2(17)=13.158$ (모델4-모델1)	유의하지 않음	GFI=.909, CFI=.964 RMR=.033, TLI=.960 RMSEA=.045
[model5] $\lambda, \emptyset, \theta$ 제약	329.882	179	$\Delta\chi^2(31)=26.433$ (모델5-모델1)	유의하지 않음	GFI=.905, CFI=.964 RMR=.034, TLI=.963 RMSEA=.043

\* $\chi^2$ 차이의 유의도를 살펴보기 위하여  $\chi^2$ 분포표의  $p < .05$ 수준확인.

#### 나. 직접서비스 이용 수에 따른 다중집단 구조모형 분석 결과

장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향에 관한 구조모델에 대한 서비스 이용 수에 따른 다중집단 분석 결과 나타난 표준화경로계수는 다음과 같다.

[그림 10]에서 서비스 이용 평균 수를 기준으로 각 집단별 경로모형의 결과 서비스이용 2가지 이하 집단과 3가지 이상 이용 집단 모두 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났다.



[그림 10] 서비스 이용 수에 따른 다중집단 구조모형 결과

<표 37> 서비스 이용 수에 따른 경로계수 및 차이검증

경로	2가지 이하		3가지 이상		Critical Ratios for Difference <sup>+</sup>
	표준화계수	C.R	표준화계수	C.R	
사회적 지지 →가족기능	.048	.650	.004	.076	-.434(기각)
사회적 지지 →장애수용	.488	6.175***	.372	5.163***	1.907(기각)
장애수용 →가족기능	.610	6.670***	.666	8.044***	1.715(기각)
적합도지수	$\chi^2/DF=2.050$ , GFI=.913, CFI=.963, RMR=.025, TLI=.954, NFI=.930, RMSEA=.048				

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

+ AMOS에서 아이콘을 이용한 방법으로 ±1.965이상이면 집단 간 차이가 유의미함

<표 37>에서 장애아동 및 가족을 위한 지원서비스 이용수에 따른 경로의 유의한 표준화계수 값을 살펴보면, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로는 2가지 이하 집단  $\beta=.488(p<.001)$ , 3가지 이상 집단  $\beta=.372(p<.001)$ 로 나타났다. ‘장애수용→가족기능’ 경로는 2가지 이하 집단  $\beta=.610(p<.001)$ , 3가지 이상 집단  $\beta=.666(p<.001)$ 으로 사회적 지지가 장애수용에 대한 직접효과는 서비스 이용이 적을수록 장애

수용이 가족기능에 대한 직접효과는 서비스 이용이 많을수록 상대적으로 좀 더 높은 영향력을 보였다.

서비스 이용에 따른 두 집단의 경로 간 유의한 차이를 확인하기 위해 경로의 Critical Ratios difference 값을 확인한 결과 모든 경로에서 집단 간 차이가 유의미하지 않아 서비스 이용 수에 따른 상호작용효과는 나타나지 않았다.

다음은 직접서비스 이용 수에 따른 집단 간 상관분해에 따른 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 간접효과를 살펴보고, <표 38>과 같다. 2가지 이하 이용 집단의 간접효과는 .297(p<.01)이며, 3가지 이상 이용 집단의 간접효과는 .248(p<.01)로 유의한 간접효과가 나타났고, 2가지 이하일 때 좀 더 큰 간접효과를 보였다.

<표 38> 서비스이용 수에 따른 집단 간 효과분해와 간접효과 검증

구분	2가지 이하			3가지 이상			
	사회적 지지	장애 수용	가족 기능	사회적 지지	장애 수용	가족 기능	
표준화 총효과	장애수용	.488*	-	-	.372**	-	-
	가족기능	.346*	.610*	-	.252**	.666*	-
표준화 직접효과	장애수용	.488*	-	-	.372**	-	-
	가족기능	.048	.610*	-	.004	.666*	-
표준화 간접효과	장애수용	-	-	-	-	-	-
	가족기능	.297**	-	-	.248**	-	-

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

이상의 내용을 종합하면, 통계적으로 유의하지는 않았지만 ‘사회적 지지→장애수용’ 경로에서는 2가지 이하를 이용하는 집단의 영향력이 높았고, ‘장애수용→가족기능’ 경로에서는 3가지 이상을 이용하는 집단에서 좀 더 높은 영향력을 보였다. 그리고 간접효과의 경우 2가지 이하 이용집단에서 더 큰 영향력이 나타났다.

이는 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 완전매개 효과의 경로의 차이는 없었지만, 장애아동과 가족을 위한 직접서비스 이용에 따라 각 변수가 미치는 효과는 차이가 날 수 있다는 것이다. 따라서 장애아동의 양육과정에서 나타나는 다양한 어려움과 욕구를 반영하기 위한 다방면의 서비스의 개발과 접근이 가능하도록 전달체계에 대한 고려가 있어야 할 것이다.

## 6) 다중집단 분석에 대한 상호작용효과 비교

전체 조사대상으로 진행한 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 관계를 살펴본 구조모형 결과 사회적 지지가 가족기능에 직접효과가 나타나지 않는 완전매개효과가 나타났다. 이러한 구조모형 결과에 따른 경로에서 장애유형, 장애인지 시점, 장애진단 시점, 장애아동 나이, 직접서비스 이용 수에 따른 상호작용효과가 있는지 다중집단분석을 진행하였고, 다음 <표 39>는 이상의 내용을 비교·정리한 것이다.

먼저 장애유형, 장애인지, 장애아동 나이, 직접서비스 이용 수에 따른 집단 간 구조모형은 전체 구조모형과 마찬가지로 모두 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 완전매개효과가 나타났다. 하지만 장애진단에 따른 집단 간 구조모형의 경우 장애진단 평균 이상 집단에서 부분매개효과가 나타나 장애진단이 낮을수록 장애아동 어머니의 사회적 지지는 가족기능에 직접효과가 있는 것을 확인하였다. 그리고 주요 특성별 집단 간 효과분해 결과 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 간접효과는 모두 유효하였다.

둘째, 주요 특성에 따른 다중집단 분석 결과 장애유형에 따른 집단 간 경로 중 ‘사회적 지지→장애수용’ 경로에 상호작용효과가 나타났고, 발달장애아동 어머니( $\beta=.493$ )가 뇌병변장애아동 어머니( $\beta=.374$ ) 보다 더 큰 효과가 있었다. 그리고 장애진단 시점 집단 간 경로 중 ‘사회적 지지→가족기능’ 경로에 상호작용효과가 나타났고, 장애진단이 낮을수록 사회적 지지는 가족기능에 긍정적 영향을 미치게 된다.

셋째, 주요 특성별 집단 간 경로의 표준화계수 값을 비교하면, ‘사회적 지지→장애수용’ 경로에서는 발달장애아동 어머니가, 장애인지와 장애진단이 빠를수록, 학령기일수록 그리고 직접서비스가 2가지 이하인 경우에서 좀 더 높은 영향을 나타냈다. ‘장애수용→가족기능’ 경로에서는 뇌병변장애아동 어머니가, 장애인지는 빠를수록, 장애진단은 늦을수록, 학령전기일수록, 그리고 직접서비스 이용이 3가지 이상일수록 좀 더 높은 영향을 나타냈다.

<표 39> 주요 특성에 따른 다중집단 분석 비교

집단 구분	표준화 경로계수			매개 효과	간접 효과	
	사회적지지 →가족기능	사회적지지 →장애수용	장애수용 →가족기능			
전체 구조모형	.016	.426***	.643***	완전	.274**	
장애 유형	뇌병변장애	-.049	.374***	.653***	완전	.244***
	발달장애	.112	.493***	.584***	완전	.288***
	상호작용효과	no	yes	no		
장애 인지 시점	16개월이하	-.019	.425***	.649***	완전	.276***
	17개월이상	.115	.397***	.576***	완전	.229***
	상호작용효과	no	no	no		
장애 진단 시점	33개월이하	-.044	.432***	.385***	완전	.296***
	34개월이상	.164*	.365***	.567***	부분	.207***
	상호작용효과	yes	no	no		
장애 아동 나이	학령전기	-.040	.421***	.697***	완전	.293***
	학령기	.088	.428***	.602***	완전	.257***
	상호작용효과	no	no	no		
서비스 이용 수	2가지이하	.048	.488***	.610***	완전	.297***
	3가지이상	.004	.372***	.666***	완전	.248***
	상호작용효과	no	no	no		

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

## V. 결론 및 제언

### 1. 연구결과 및 논의

본 연구는 장애아동과 가족을 생태체계적 관점에서 하나의 기능단위로 보고 사회적 지지체계에 의해 제공되고 있는 다양한 도움과 지원이 장애아동 어머니와 가족에 어떠한 효과가 있는지 살펴보고자 하였다.

이에 본 연구에서는 공식적 지지체계로써 제공되는 장애아동 가족지원서비스 제공 전문가 지지체계에 의해 지각되는 장애아동 어머니의 사회적 지지를 독립(외생잠재)변수로 설정하여 자녀의 장애에 대한 개인적 심리적응과정으로서 장애 수용과 가족체계로서 가족기능에 미치는 구조적 관계를 규명하였다. 그리고 장애아동 가족지원정책의 개선을 위한 기초자료로서 실천적 함의를 제공하기 위하여 장애아동의 장애유형과 나이, 장애인지 및 장애진단 시점 그리고 서비스 이용 수에 따른 집단 간 구조모형의 경로계수의 차이를 살펴보았다.

이를 위해 장애아동 가족지원서비스를 이용하고 있는 장애아동 주 양육자인 어머니를 대상으로 설문조사를 실시하였으며, 뇌병변장애아동 어머니 283명(62.6%), 발달장애아동 어머니 169명(37.4%) 총452명의 응답자를 대상으로 분석을 진행하였다.

본 연구에서 도출된 주요결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 어머니가 자녀의 장애를 인지한 시점은 평균 16.16개월이며, 장애를 진단 받는 시점은 평균 33.87개월로 약 17개월의 격차를 보였다. 장애유형별로 나누어 보면 장애인지와 장애진단 시점에 뚜렷한 차이가 나타났다. 뇌병변장애아동의 경우 대체로 12개월 전에 장애를 인지하고 24개월 이전에 장애진단을 받은 반면, 발달장애아동은 상대적으로 장애인지 시점과 장애진단 시점이 늦었다. 발달장애아동의 장애인지 시점은 7세 이후에도 발견되었다. 이는 장애발견 후 진단까지

장애유형에 따라 상이한 결과가 나타난 최복천 등(2013)의 연구와 같았으며, 지적장애와 자폐성 장애는 3세 전후에 진단을 받게 되는 경우가 많고 장애 발견 후에도 진단을 받기까지 기간이 길어진다고 하였다.

이러한 결과는 부모입장에서 장애를 인지하고 장애를 진단받고 장애등록 과정에 이르는 동안 자녀의 장애를 인정하고 수용하기 위한 심리적 갈등과 적응과정이 나타날 수 있음을 시사한다. 따라서 장애아동에 대한 조기발견과 조기개입을 위한 제도적 보완과 함께 장애아동의 부모가 경험할 수 있는 심리·정서적 문제에 적극적으로 개입하고 장애특성에 맞는 정보를 제공할 수 있는 전문가 도움 지원체계가 강화되어야 한다.

둘째, 장애아동 가족지원서비스의 이용실태를 살펴보면 평균 2.81개의 서비스를 이용하고 있다. 조사대상 장애아동과 가족들이 이용하는 서비스 중 물리치료, 작업치료, 언어치료를 가장 많이 이용하고 있으며, 다음으로 돌봄서비스와 놀이 및 재활운동 등의 순으로 나타났다.

서비스 이용회수의 경우 물리치료가 평균 주당 3.48회, 작업치료 2.95회로 많았으며, 돌봄서비스에서는 주당 평균 3.93회로 나타났다. 반면 발달재활서비스들은 모두 2회 미만이었다. 이는 발달재활서비스 제공 기준이 월8회(주2회)로 한정되어 자기부담금이 발생하기 때문이며, 돌봄서비스는 사용시간(월8시간 이내)으로 제한되어 필요한 시간만큼 자유롭게 이용할 수 있는 장점이 있기 때문이다.

구체적으로 생애주기와 장애유형별로 이용현황을 살펴보면, 생애주기에 따른 이용현황의 경우 대부분의 서비스에서 영아기와 청소년기에 비하여 상대적으로 학령전기와 학령기 나이에 다양한 서비스 이용이 많았으며, 영역별로 의료재활영역이 발달재활서비스 영역에 비하여 상대적으로 나이가 어릴 때 많이 이용하는 패턴을 보이고 있다.

장애유형별 이용현황의 경우 뇌병변장애아동은 물리치료(93.3%)와 작업치료(77.0%)를 대부분 이용하는 것으로 나타났고, 발달재활서비스에서는 언어치료(44.9%)를 가장 많이 이용하였으나 놀이 및 재활운동을 제외하고는 나머지 서비스들에서는 10%미만이었다. 반면, 발달장애아동은 물리치료(21.9%)와 작업치료(30.8%)는 상대적으로 낮은 이용률을 보였으나 발달재활서비스 중 언어치료

(74.0%)에서 높은 이용률을 나타냈을 뿐만 아니라 다양한 발달재활서비스를 이용하는 것으로 나타났다. 돌봄서비스의 경우 뇌병변장애아동(25.1%)과 발달장애아동(21.9%) 모두 비슷한 이용률을 보였다. 뇌병변장애아동은 대부분 2개 영역의 서비스를 중복 사용하는 아동들이 많았고, 발달장애아동은 1개영역에서 제공되고 있는 서비스만을 이용하는 경우가 많았다. 본 연구에서 나타난 장애아동 가족지원서비스 이용현황은 2014년 장애인 실태조사(김성희 외, 2014)와 김성천 등(2013)의 이용 현황 결과와도 비슷하였다.

결국 장애유형에 따른 이용현황의 차이점은 장애유형이나 특성에 따라 필요한 서비스의 내용이 상이할 뿐만 아니라 그 효과성도 차이가 날 수 있다는 것이다. 따라서 현재 제공되고 있는 다양한 장애아동 가족지원서비스가 장애유형, 장애아동의 생애주기, 그리고 부모의 욕구 등 다차원적인 서비스 욕구에 부합하는 수요자 중심형 가족지원 프로그램으로서 접근성을 고려한 서비스 개발과 제공이 필요함을 시사한다.

셋째, 장애아동 어머니와 장애아동의 일반적 특성에 따른 주요변수인 사회적 지지, 장애수용, 가족기능의 집단 간 차이를 살펴보았다. 사회적 지지의 경우 어머니의 나이와 학력에서만 집단 간 차이를 보였으며, 장애아동에 대한 어머니의 장애수용은 어머니의 학력과 장애유형, 장애등급, 그리고 장애진단 시점에 따라 차이를 보였다. 마지막으로 가족기능에는 어머니의 학력과 가정소득, 장애아동의 나이, 장애유형 및 등급 그리고 장애진단 시점에 따라 집단 간 차이를 보였다. 이는 사회적 지지와 장애수용은 어머니의 인구사회학적 특성에 따라 변화가 있는 반면 가족기능은 어머니뿐만 아니라 장애아동의 특성과 다양한 환경적 요소들이 복잡하게 작용하고 있음을 예측할 수 있다. 이는 장애아동 가족을 위한 사회적 지지는 장애아동 뿐만 아니라 가족구성원들 모두에게 필요한 생태체계적 관점에서 장애아동 가족지원서비스가 제공되어야 한다는 것이다.

특히 일반적 특성별로 주요변수를 살펴보면, 어머니의 학력에 따라 주요 변수 모두 집단 간 차이를 보였고, 학력이 높을수록 사회적 지지, 장애수용 그리고 가족기능이 더 높았다. 이는 장애아동을 양육함에 있어 필요한 사회적 자원과 정보의 활용 그리고 심리적 적응과정을 통한 가족기능에 있어 단순히 학력수준이라

는 측면보다 다양한 정보를 습득할 수 있는 능력 혹은 활용도를 높일 수 있는 부모의 역량이 필요하다는 것을 의미한다고 할 수 있다. 또한 장애유형과 장애등급, 장애진단 시점의 경우 사회적 지지에는 차이가 없었으나 장애수용과 가족기능에 차이를 보여 장애아동에 대한 어머니의 심리적 적응과정과 가족기능의 긍정적 변화를 위해 중요한 요인으로 작용할 수 있음을 시사한다. 즉, 장애아동 가족지원서비스를 통한 긍정적 변화를 위해서는 장애의 특성에 따라 그 시기에 필요한 맞춤형 서비스의 선택과 집중이 중요하다는 것을 의미한다.

넷째, 장애아동 가족지원서비스 이용유무에 따른 사회적 지지, 장애수용, 그리고 가족기능의 집단 간 수준차이를 살펴보았다. 각 영역별 서비스에서 의료재활 영역의 물리치료와 작업치료를 제외하고 전반적으로 서비스를 이용하지 않는 집단이 이용하고 있는 집단보다 대체로 높게 나타나 장애아동 가족지원서비스의 효과성에 대한 부정적 상태를 보였다. 이러한 결과는 통계적으로 유의한 결과만을 보았을 경우 더욱 분명하게 나타났다.

이러한 결과는 현재 제공되고 있는 다양한 가족지원서비스들이 물리치료와 작업치료를 제외한 나머지 서비스들에서 소기의 목적을 달성하지 못하고 있다고 판단할 수 있다. 따라서 각 서비스의 제공 내용이 어머니 혹은 장애아동 욕구에 부합하고 있는지에 대한 전반적 검토가 필요함을 시사한다.

장애아동 가족지원서비스의 경우 일반적으로 서비스 대상 선정과 서비스 실시에 있어 이용자가 직접 신청하고 의뢰해야 되기 때문에 장애아동의 특성에 맞는 서비스의 선택과 이용에 근본적으로 한계가 있다. 즉, 장애에 대한 기본적인 지식이 부족한 장애아동 어머니 혹은 보호자가 직접 신청하고, 서비스 제공기관별 제공계획을 수립하기 때문에 장애아동을 중심으로 한 통합적 서비스가 제공되지 못하고 개별 서비스 중심으로 이루어지기 때문이다. 따라서 장애아동의 장애특성에 맞는 서비스를 선택하고 집중할 수 있도록 장애아동 생애주기별 양육과 발달에 필요한 포괄적이고 통합적인 서비스 지원계획 수립이 가능한 실질적인 전문가 도움 지원체계로 발전시켜 나가야 한다.

다섯째, 장애아동 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치

는 구조관계 분석 결과 어머니의 사회적 네트워크와 지원망을 통해 지원받고 지각하는 직·간접적 사회적 지지는 자녀의 장애를 수용하는 장애수용을 매개로 가족기능에 긍정적 영향을 미치는 완전매개효과가 나타났고, 간접효과도 유의하였다. 이러한 결과는 앞서 사회적 지지, 장애수용 그리고 장애아동 가족과 관련된 선행연구들의 개별적이고 단선적인 연구결과에서 제시한 내용들과 대체로 비슷한 개연성을 보였다. 특히 사회적 지지가 장애수용에 매개효과가 있다고 한 정현주와 김성수(2013)의 연구, 장애수용이 양육스트레스와 장애아동 가족의 삶의 질에 긍정적 영향을 미친다는 황경열, 고일영 그리고 용홍출(2010)의 연구 그리고 안수영(2015)이 장애수용의 매개효과 검증 결과와 같았다.

이는 장애아동 어머니의 사회적 지지로서 다양한 사회관계망 안에서 제공되는 많은 도움과 지지가 클수록 자녀의 장애에 대한 어머니의 심리적 적응으로써 장애수용에 긍정적 영향을 미친다는 것이며, 결과적으로 어머니의 장애수용을 높여 줌으로써 가족기능을 향상시킬 수 있다는 것이다. 따라서 효과적인 장애아동 가족지원 접근을 위해서는 자녀의 장애에 대한 어머니의 장애수용을 통해 가족기능을 강화하는 방향으로 사회적 지원체계를 개선할 필요가 있다.

여섯째, 전체 장애아동 어머니를 대상으로 진행한 구조모형에 대한 장애아동의 장애유형과 나이, 장애인지 및 진단 시점, 서비스 이용 수에 따른 집단 간 다중집단분석 결과 장애유형에 따른 구조모형 경로 중 사회적 지지가 장애수용에 미치는 경로와 장애진단 시점에 따른 구조모형 경로 중 사회적 지지가 가족기능에 미치는 경로에 상호작용효과가 나타났다.

본 연구결과가 시사하는 중요한 점은 사회적 지지, 장애수용 그리고 가족기능과의 구조적 관계에서 발달장애아동 어머니의 사회적 지지가 높을수록 뇌병변장애아동 어머니가 보다 장애수용에 미치는 상대적 영향력이 더 높으며, 발달장애아동 어머니가 자녀의 장애를 수용하는 과정에 더 어려움을 갖는다는 것이 증명되었다. 그리고 자녀의 장애진단이 늦을수록 사회적 지지는 가족기능과 장애수용에 긍정적 영향을 미치기 때문에 장애진단이 늦을수록 장애아동 어머니를 위한 지원체계가 더 많이 필요하다는 것이다. 즉, 장애아동과 가족의 특성을 고려하여 장애아동의 양육과 가족돌봄을 강화하기 위한 사회적 지지의 접근과 방법을 달

리하여야 한다는 것이다.

또한 주요 특성에 따른 집단 간 경로의 유의한 차이는 나타나지 않았지만 각 변수별 다중집단 분석의 경로에서 상이한 영향력이 나타나 사회적 지지가 장애 수용을 매개로 가족기능에 미치는 관계의 긍정적 변화를 극대화하기 위해서는 장애유형, 장애인지 및 진단 시점, 아동의 나이, 서비스의 이용 등 수요자의 다양한 욕구와 특성에 따라 접근과 제공방법을 달리하여야 한다는 것을 예측할 수 있다. 따라서 실질적으로 어머니의 심리적 적응과 가족기능에 긍정적 영향을 미칠 수 있도록 수요자 중심형 지원체계로 전환과 전달체계의 강화를 통한 다양한 서비스의 접근성을 확대해야 한다.

## 2. 제언

### 1) 실천적 제언

본 연구는 장애아동 가족지원서비스의 이용실태 및 집단 간 차이를 살펴보고, 전문가에 의한 사회적 지지를 독립변수로 설정하여 자녀의 장애에 대한 어머니의 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 구조적 관계와 상호작용효과를 실증적으로 규명하였다.

이상의 연구모형에 따른 결과 및 논의에 따른 제언은 다음과 같다.

첫째, 개인의 심리·정서적 특성으로 어머니의 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 중요한 변수임이 확인되었다. 따라서 장애아동 어머니가 자녀의 장애를 수용할 수 있도록 어머니의 역량 강화를 위한 전문가 원조시스템을 확대하고 보완해야 한다. 무엇보다 어머니가 자녀의 장애에 대한 정보를 습득하고 장애특성을 조기에 이해할 수 있는 방안이 마련되어야 하고, 자녀의 장애 조기발견과 이에 따른 후속조치로서 조기개입 서비스의 빠른 적용 및 질적 강화

를 위한 노력이 병행되어야 한다.

특히 현재 우리나라의 경우 장애진단에 대한 사회적 낙인이나 정보의 부족으로 인해 부모의 양육스트레스가 가중될 수 있다. 그리고 장애진단 후 장애등록이 되어야 다양한 복지서비스를 제공받을 수 있기 때문에 장애아동이 장애진단을 받는 과정에서 경제적 부담과 전문가 도움을 잘 받지 못할 수 있다. 따라서 장애에 대한 이해를 높이고 전문가 도움추구가 일반화 될 수 있는 사회·환경적 분위기의 조성과 함께 유아 및 아동들에 대한 장애진단체계에 대한 제도적 개선의 노력이 뒷받침되어야 한다.

무엇보다 장애아동과 가족을 위한 다양한 복지지원정책 중 장애의 조기발견과 진단을 중요시하는 이유는 조기개입을 통한 장애아동의 발달상 문제를 완화시키고 장애아동 양육에 필요한 다양한 정보와 서비스를 시기적절하게 제공하기 위함이다. 이는 부모나 가족의 장애적응과 대처 능력을 고양시켜 장애아동이 지역 사회 구성원으로서 생활할 수 있도록 가족기능을 회복하는 것이다.

둘째, 자녀의 장애를 수용하는 어머니의 심리적 적응과정은 가족기능에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 어머니의 장애수용은 양육부담으로 인한 스트레스를 감소시켜 가족회복력에 긍정적 변인이라는 선행연구(김기룡·김상섭, 2012; 김병년, 2013)들과 같았다. 본 연구결과와 선행연구결과를 종합하면 장애아동 어머니의 장애수용은 어머니의 역할로 여겨지고 있는 장애아동의 양육부담을 가족구성원 모두가 나눌 수 있는 계기를 마련해주어 가족공동체로서 공동양육문화를 이끌어 낼 수 있다.

따라서 장애아동을 포함한 가족구성원이 상호작용을 통해 문제를 해결하고 협력할 수 있는 가족체계를 형성해야 한다. 이를 위해 자녀의 장애를 인정하고 받아들이는 장애수용이 선행될 수 있는 종합지원계획을 수립해야한다. 특히 장애아동의 장애를 이해하고 수용하는 것은 장애아동을 가족구성원으로 받아들이는데 있어 중요하기 때문에 장애아동의 종합적인 지원계획을 수립할 때에는 가족구성원 모두가 주체가 되어 참여할 수 있는 체계적 접근이 필요하다. 이러한 접근은 필연적으로 장애아동의 양육으로 인한 부담감과 스트레스를 경감시키고 가족기능을 향상시켜 건강한 가족공동체를 형성하게 된다.

셋째, 본 연구의 다중집단분석 모형의 경로에서 나타난 상이한 영향력의 크기는 선행연구 등에서 제시한 수요자 중심형 서비스 지원체계의 필요성과 당위성을 제시해주었다. 기존의 장애아동 생애주기별 지원체계의 경우 일반적으로 연령에 따라 학령단계를 구별하고 서비스를 결정하여 제공하고 있으며, 장애아동에 대한 교육 분야와 장애인 재활분야의 상이한 목적과 접근방법으로 인하여 장애 특성을 고려하지 못하는 한계를 갖고 있다. 그렇기 때문에 가족과 주 양육자인 어머니가 장애자녀의 발달수준별 양육과정에서 나타나는 욕구와 심리적 변화과정을 반영하기에는 역부족이다. 즉, 장애아동과 가족의 욕구나 특성에 맞는 서비스를 전달하기보다는 서비스 제공자의 행정편의적인 공급자 중심의 서비스전달체계의 구조를 극복하지 못하는 한계를 갖고 있다.

따라서 장애아동과 가족의 욕구에 기반 한 통합적 관리운영체제로서 서비스 전달체계 내에서 수요자를 중심으로 한 통합적 원스톱 사례관리운영체제로 바꾸어 나가야한다. 특히 서비스와 욕구 간 미스매치를 예방하기 위하여 장애아동의 장애특성과 발달과정에서 필요한 서비스의 개발과 함께 서비스 선택을 위한 정보 제공 및 판정체계의 개선이 선행되어야 한다.

## 2) 장애아동 가족지원정책 개선을 위한 제언

본 연구는 장애아동가족지원정책의 전환기적 시점에서 공식적 지지체계인 장애아동 가족지원서비스에 대한 효과성을 간접적으로 살펴보고, 장애아동과 어머니의 특성에 따라 주요 변수 간 경로에 대한 집단 간 차이를 살펴봄으로써 앞으로 개선되어야할 장애아동 가족지원정책의 방향과 보완에 대한 정책적 함의를 갖는다.

먼저, 장애아동 가족지원서비스의 이용실태에 대한 본 연구결과와 선행연구결과 나타난 미스매치 현상은 장애아동 가족지원서비스의 다양성 부족으로 인한 서비스 이용 제약과 공급자 중심의 한정된 서비스로 인하여 필요하지 않은 서비스를 이용하는 경우가 발생하고 있기 때문이다. 따라서 이용자의 선택권 보장과 서비

스의 다양성을 위해 장애유형, 생애주기, 그리고 부모의 욕구 등 다차원적인 서비스 욕구와 부합하는 수요자 중심형 가족지원 프로그램 개발과 보급이 이루어져야 한다. 이를 위해서는 우선 장애아동 재활치료(발달재활)서비스의 개념과 범위에 대한 명확한 법적·제도적 개념정립이 선행되어야 한다.

특히 장애아동 가족지원서비스를 제공하는 민간기관의 경우 일반적으로 서비스의 질적 향상 보다는 서비스 제공 기관 간 동일한 서비스 내용과 프로그램들이 제공되고 있는 실정이다. 따라서 발달재활서비스의 내용과 종류를 결정할 수 있는 지자체의 노력이 필요하다. 즉, 발달재활서비스의 내용과 종류에 대한 인·허가권이 있는 지자체가 지역 특성과 상황에 맞는 서비스를 우선 공모한다든가 서비스를 개발할 수 있도록 민간의 자원을 활용할 수 있는 지원방안과 계획을 수립할 필요가 있다.

민간기관이나 의료기관은 장애아동 재활치료에 필요한 인력수급의 문제와 비현실적 보험수가로 인하여 치료사에 대한 투자와 확보를 꺼려한다. 따라서 다양한 치료접근에 대한 상호교류와 교육을 위한 교육정보시스템을 개발하여 서비스 제공인력에게 제공하고, 서비스 제공인력에 대한 교육지원 제도를 도입하여 제공인력의 전문성을 향상시킬 필요가 있다. 더불어 급격하게 변화하는 장애인복지환경에서 다양한 욕구를 가지고 있는 클라이언트의 문제를 해결하기 위해서 서비스 제공자(치료사)의 전문적 지식과 기술을 바탕으로 사회적 네트워크를 통한 협력을 촉진해야 하며, 이를 위해 서비스제공자(치료사)의 재량성과 책임성을 담보해 주어야 한다. 그리고 지역적 특성을 고려하여 서비스 제공기관이 밀집하고 있는 지역은 1~2개의 서비스만을 선택하여 전문화를 통하여 서비스와 제공인력의 전문성을 확보하고, 농어촌 지역의 경우 학교의 인적자원 등을 활용하거나 제공기관의 다기능화를 통하여 서비스의 욕구에 부합하는 서비스를 제공할 수 있도록 한다.

다음으로 장애아동에 대한 조기개입의 질적 강화와 조기진단체계의 개선을 위한 포괄적 개선을 위해서는 전문가들과의 협력적 관계 속에서 프로그램의 계획-실행-평가의 전 단계에 있어 가족의 능동적 참여가 필수적이다. 가족의 능동적 참여를 이끌어내기 위해서 우선적으로 장애자녀의 현재 발달 상태 및 욕구에 대한 정보, 일반적인 양육전략, 부모-자녀 상호작용 전략, 자녀의 일상적인 환경에

서 기능을 촉진하는 전략, 문제행동 관리 등이 부모에게 직접 제공될 수 있는 지원체계가 선행되어야 한다.

이때 장애아동이라는 획일적 정보제공이 아니라 장애유형, 가족특성 등 다양한 특성을 고려한 맞춤형 정보제공이 이루어질 수 있도록 서비스 제공기관과 인력 등을 활용한 멘토-멘티 또는 주치의 제도와 비슷한 장애아동 또는 가족 전담(담당)제 등의 통합적 사례관리시스템의 도입이 가능할 수 있다. 특히 성장과정에서 나타나는 장애특성에 따른 개별적이면서도 포괄적인 장애아동 종합지원계획 수립이 가능할 수 있다.

통합적 사례관리운영시스템을 통해 적절한 서비스가 제공될 수 있도록 하기 위해서는 서비스 제공인력에 대한 상담제공 및 슈퍼바이저로서의 역량관리 그리고 부모교육 담당자로서의 역할과 의무를 할 수 있는 법적·제도적 장치의 마련과 함께 장애아동의 종합적 진단평가가 선행되어야 한다. 따라서 부모가 자녀의 장애를 빨리 인지할 수 있는 가정용진단 도구를 개발하여 가정에 보급함과 동시에 장애유형에 따른 개별 사정도구를 개발하여 서비스제공기관에 배포하고 장애아동을 중심으로 한 종합지원계획을 수립할 수 있도록 해야 한다. 그리고 제공기관에 대한 상시적 평가시스템과 평가지표 개발을 통하여 제공기관의 서비스 질과 제공인력에 대한 전문성을 담보하기 위한 인력관리 시스템을 구축하여야 한다.

### 3. 연구의 한계점

본 연구가 장애아동 어머니의 사회적 지지망으로서 사회적 지지가 장애수용을 매개로 가족기능에 미치는 영향력을 규명하고, 장애아동과 가족을 위한 실천적 함의를 제공하였음에도 불구하고 다음과 같은 한계가 있다.

첫째, 본 연구는 비활률표본추출법을 사용하여, 서비스 제공기관에서 서비스를 이용하고 있는 장애아동 어머니만을 대상으로 하였기 때문에 장애아동 가족에 대한 정보를 모두 반영하지 못하였다. 그리고 전체 표본을 대표하기에는 표본이 작아 연구 결과를 일반화하기에는 제한점을 갖는다.

둘째, 측정도구에 있어 간접적 사회적 지지 척도를 사용함에 따라 장애아동 어머니의 직접적인 서비스 이용에 따른 효과성을 담보하는데 한계가 있다.

셋째, 다양한 장애아동 가족지원정책들 중 장애아동과 가족의 직접이용서비스 이용 장애아동 어머니만을 조사대상으로 선정하였기 때문에 친척, 친구 등 다양한 사회 관계망에 대한 전반적 지지정도를 반영하지 못했다는 한계가 있다.

따라서 후속연구에서는 본 연구의 결과를 뒷받침하기 위해 장애아동과 가족을 둘러싼 다양한 변인들과의 관계를 파악하고, 변화되는 제도와 법적 테두리 속에서 실질적 적용이 가능한 포괄적 가족지원 프로그램 개발과 적용의 효과성에 대한 연구를 진행할 필요가 있다.

## 참고문헌

- 강영애 · 최영중 ·곽승철(2007). 지체부자유 자녀 어머니의 장애 적응 수준. *특수교육저널: 이론과 실천*, 8(2): 55-69.
- 강정배 · 조정민(2014). 발달재활서비스 제도개선 방안에 관한 연구. *특수교육재활과학연구*, 53(2): 91-116.
- 고일영(2009). “장애아동 어머니의 장애수용 척도 개발 및 타당화”. 대구대학교 대학원, 재활과학과 박사학위논문.
- 고일영 · 황경열(2010). 장애아동 어머니의 장애수용 척도 개발. *재활심리연구*, 17(1): 57-80.
- 권복순(2000). 모자가족의 어머니와 자녀가 지각한 가족기능의 특성. *한국사회복지학*, 40: 5-37.
- 권복순 · 박영준(2002). 장애아동 양육자의 양육부담감과 사회적 지지에 관한 연구. *한국영유아보육학*, 29: 191-219.
- 김교연(2008). 지적장애인 자녀를 둔 어머니의 사회적 지지가 돌봄 자기효능감에 주는 영향: 장애인 생애주기의 조절효과에 대한 탐색적 연구. *한국가족복지학*, 23: 43-70.
- 김기룡 · 김삼섭(2012). 발달장애아 어머니의 장애수용태도 유형별 가정환경, 양육스트레스 및 양육핵심역량 특성. *정서 · 행동장애연구*, 28(2): 279-304.
- 김기환(2015). “수용이 사회불안 감소에 미치는 효과: 수용 기반 노출치료 프로그램의 개발 및 효과검증”. 서울대학교 대학원, 심리학과 박사학위논문.
- 김미령(2005). 사회적 지지의 개념과 효과에 대한 이론 및 방법론적 고찰. *임상사회사업연구*, 2(1): 99-121.
- 김병년(2013). 장애수용 정도가 장애아동 부모의 양육태도 및 양육스트레스에 미치는 영향. *장애인복지연구*, 4(2): 113-138.
- 김서은(2014). “장애아동 어머니의 양육스트레스, 장애수용정도 및 사회적 지지가 삶의 만족도에 미치는 영향”. 연세대학교 생활환경대학원, 가족상담전공 석사학위논문.

- 김성천 · 권오형 · 최복천 · 심석순 · 신현욱 · 임수경(2009). 「가족중심의 장애아동 통합지원 체계구축 연구」. 한국장애인개발원.
- 김성천 · 심석순(2011). 장애아동 발달주기별 가족지원서비스 만족도와 서비스 욕구에 관한 연구. *한국가족복지학*, 34: 77-108.
- 김성천 · 이명희 · 임수경 · 조혜희(2013). 「중증뇌병변 장애아동 및 가족지원 방안 연구」. 한국장애인개발원 · 중앙장애아동발달장애인지원센터.
- 김성희 · 이연희 · 황주희 · 오미애 · 이민경 · 이난희 · 강동욱 · 권선진 · 오혜경 · 윤상용 · 이선우(2014). 「2014년 장애인 실태조사」. 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 김수연(1998). “가족사정척도개발과 타당도 검증: 순환모델척도의 재구성”. 부산대학교 대학원, 가정학과 박사학위논문.
- 김수정(2012). 장애아동 가족의 양육부담과 가족적응과의 관계에서 장애아동이 가족에 미친 긍정적 기여에 대한 부모 인식의 매개효과. *한국가족복지학*, 35: 41-72.
- 김수진 · 유영준 · 윤철수(2008). 치료지원 바우처 사업에 참여한 치료사 특성 및 만족도. *언어치료연구*, 17(4): 167-182.
- 김연숙 · 김지미(2001). 사회적 지지에 대한 개념분석. *동남보건대학 논문집*, 19(2): 163-172.
- 김유숙 · 전영주 · 김수연(2003). 「가족평가 핸드북」. 서울: 학지사.
- 김윤정 · 최혜경(2000). 사회적 지지로서의 노인부양. *한국노년학*, 20(1): 209-223.
- 김윤희(1990). “부부관계 · 부모-자녀의사소통 · 가족기능과 청소년자녀 비행과의 관계연구”. 숙명여자대학교 대학원, 교육학과 박사학위논문.
- 김윤희 · 김진숙(2014). 발달장애자녀 어머니의 장애수용 과정. *상담학연구*, 15(5): 1911-1935.
- 김인옥 · 이원령(2011). 장애아동 부모의 양육스트레스와 사회적 지지에 관한 연구. *정서 · 행동장애연구*, 27(1): 101-120.
- 김정희(2010). 발달장애인 가족지원체계에 관한 연구. *장애인복지연구*, 1(2): 103-130.
- 김정희 · 장경희 · 카도타 코지 · 김병철 · 쫘우페이 · 김경란 · 이윤희(2014). 「한 ·

- 중·일 장애아동 가족지원정책 비교」. 한국장애인개발원.
- 김현옥·김경호·박지현(2009). 장애아동 양육자의 장애수용과 희망에 관한 근거이론 연구. *한국가족복지학*, 27: 35-72.
- 김혜경(2009). “장애아동의 통합적 사회복지체제 구축 방안에 관한 연구-조기중재·가족지원·보육 서비스를 중심으로”. 단국대학교 대학원, 행정학과 박사학위논문.
- 김혜자·정혜숙(2014). 자폐성장애 어머니의 장애수용 경험에 관한 질적연구. *사회과학연구논총*, 279-316.
- 남연희(2001). “정신지체아동 양육부담감 요인에 따른 사회적지원 체계 모형개발에 관한 연구”. 대구대학교 대학원, 사회복지학과 박사학위논문.
- 박명숙(2005). 아동학대 유발요인으로서 장애아동부모의 스트레스에 관한 연구. *한국사회복지학*, 51: 311-327.
- 박애선(2013). 자폐성 장애아동 어머니의 양육스트레스가 심리적 안녕감에 미치는 영향: 가족기능성과 사회적 지지의 매개효과 검증. *한국가족복지학*, 41: 143-165.
- 박은영(2012). 뇌성마비 아동의 기능 수준, 어머니의 양육스트레스, 가족 환경 간의 관계에 대한 경로 분석. *지체·중복·건강장애연구*, 55(3): 213-229.
- 박옥순·백진아(2015). 발달장애인 가정의 가족기능성이 어머니의 심리적 안녕감에 미치는 영향-사회적 지지의 매개효과를 중심으로. *자폐성장애연구*, 15(1): 69-86.
- 박종엽(2014). 생태체계적 관점에서 본 발달장애자녀 어머니의 경험에 대한 질적 연구. *재활복지*, 18(1): 181-213.
- 박지원(1985). “사회적 지지 척도 개발을 위한 일 연구”. 연세대학교 대학원, 간호학과 박사학위논문.
- 박진성·신현정·박애순(2008). 어머니의 사고양식, 스트레스 대처방식과 양육스트레스와의 관계. *아동학회지*, 29(3): 1-18.
- 박혜진·박경란(2004). 장애아동 어머니가 지각하는 스트레스 및 대처행동과 생활만족도. *한국생활과학회지*, 13(5): 1-12.
- 배병렬(2011). 「Amos 19 구조방정식 모델링 - 원리와 실제」. 서울: 청람.

- 배연숙(2012). “발달장애아동의 특성이 어머니의 양육스트레스에 미치는 영향: 어머니의 장애수용을 매개변인으로”. 고려대학교 교육대학원, 상담심리교육전공 석사학위논문.
- 배지연·김은이(2003). 사회적 지지에 관한 사회복지 논문분석-주효과, 완충효과, 모델의 효과분석을 중심으로. *한국사회복지학회 학술발대회지*, 245-265.
- 백은령·유영준·이명희·최복천(2010). 「장애아동·청소년의 가족지원 서비스 개선방안 연구」. 한국청소년정책연구원.
- 보건복지부(2015). 「2015 장애아동 가족지원 사업안내(IV권)」.
- 사회적지지연구회(역)(2002). 「사회적지지와 건강」. 서울: 현문사.
- 서경희(1998). 장애 영유아 어머니의 적응과 사회적 지원에 관한 연구. *특수교육학회지*, 19(1): 119-142.
- 서명옥(2008). “한 자녀 이상의 지적장애아를 둔 어머니의 양육 경험 및 삶의 질에 대한 질적연구”. 경기대학교 행정대학원, 사회복지학과 석사학위논문.
- 서지은·김희정(2012). 가족기능에 영향을 미치는 요인에 관한 메타분석. *한국가족치료학회지*, 20(3): 457-486.
- 서은정(2004). 정서장애아동의 가족지원서비스를 위한 사회적 지원 자원 현황과 서비스 요구도 조사. *특수교육재활과학연구*, 43(2): 57-82.
- 서화자(1998). 「장애인 가족 원조론」. 서울: 홍익제.
- 석말숙(2013). 장애인가족과 비장애인가족의 가족기능 비교연구: McMaster Model의 적용. *한국가족복지학*, 18(2): 105-131.
- 손지영·조상은(2012). 장애아동 가족을 위한 가족탄력성 지원 프로그램의 고찰. *자폐성장애연구*, 12(2): 105-130.
- 송지준(2014). 「논문작성에 필요한 SPSS/AMOS 통계분석방법」. 경기: 21세기사.
- 신영규(1993). 가족체계 이론에 관한 연구. *학생지도연구*, 13: 63-72.
- 신은경·이한나(2011). 장애인에 대한 태도 측정도구(SADP and ATDP-O)의 타당도 검증. *한국사회복지학*, 63(1): 267-289.
- 심자형·이양희(2005). 전반적 발달장애(PDD) 아동 어머니의 양육태도, 양육스트레스 및 대처행동에 관한 연구. *생활과학*, 8: 235-251.

- 안수영(2015). 발달장애아동 어머니의 양육스트레스, 우울, 장애수용이 아동학대에 미치는 영향. *지체중복건강장애연구*, 58(1): 219-238.
- 안지영(2001). “2~3세 자녀를 둔 어머니의 양육신념, 효능감 및 스트레스가 양육행동에 미치는 영향”. 이화여자대학교 대학원, 가정관리학과 박사학위 논문.
- 양희택·박종엽(2013). 발달장애인의 생애주기에 따른 어머니의 양육경험에 관한 해석학적 연구. *한국장애인복지학*, 21: 43-68.
- 어용숙(2010). 장애아동 주양육자의 자기효능감 및 사회적 지지가 가족탄력성에 미치는 영향. *정서·행동장애연구*, 26(1): 209-226.
- 어용숙·김문정(2009). 양육스트레스와 임파워먼트가 장애아동 주 양육자의 삶의 질에 미치는 영향. *아동간호학회지*, 15(4): 409-416.
- 어용숙·윤치연·김영희(2009). 장애아동 가족의 가족지원 요구도 및 사회적 지지. *정서·행동장애연구*, 25(2): 197-214.
- 오가실·오경옥·이숙자·김정아·정추자·김혜령·강정희(2008). 한국 사회적 지지 측정도구 개발. *대한간호학회지*, 38(6): 881-890.
- 오승환(2001). “저소득 결손가족 청소년의 적응 결정요인”. 서울대학교 대학원, 사회복지학과 박사학위논문.
- 오혜경·정소영(2003). 「학령기 장애아동의 양육부담과 가족지원」. 서울: 신정.
- 용홍출·황경열·고일영·김철(2009). 장애아동 어머니의 양육스트레스와 사회적 지지가 심리적 안녕감과 가족 삶의 질에 미치는 영향. *재활심리연구*, 16(2): 115-134.
- 우종필(2012). 「우종필교수의 구조방정식모델 개념과 이해」. 서울: 한나래출판사.
- 유봉애(2012). “사회적 지지가 다문화가족 아동의 역량지각에 미치는 영향”. 광주대학교 사회복지전문대학원, 사회복지학과 박사학위논문.
- 유영주(1993). 「한국가족의 기능연구」. 경기도: 교문사.
- 유영주(2004). 가족강화를 위한 한국형 가족건강성 척도 개발 연구. *한국가족관계학회지*, 9(2): 119-151.
- 유은경·설현수(2015). 사회적 지지 척도의 요인구조 탐색. *조사연구*, 16(1):

155-184.

- 윤선아·나수현(2005). 전반적 발달장애아동 어머니의 스트레스와 대처에 관한 질적 연구. *특수교육*, 4(1): 77-104.
- 이경남(2001). 노인과 사회적 지지. *부산여자대학교 논문집*, 23: 303-346.
- 이경림·박주홍(2013). 발달장애인의 생애주기에 따른 양육부담과 지원 욕구에 관한 연구. *지적장애연구*, 15(2): 349-373.
- 이금진(2008). 발달장애아동 어머니의 사회적 지지망과 지원정도가 어머니의 양육스트레스 및 우울정도에 미치는 영향. *한국가족복지학*, 13(1): 43-61.
- 이선영(2004). “생태체계관점에서 본 정신장애인 삶의 질 영향요인 연구”. 서울여자대학교 대학원, 사회사업학과 박사학위논문.
- 이어진·정경미·진혜경(2010). 발달장애아동의 섭식문제가 양육스트레스에 미치는 영향과 양육자의 사회적 지지와 대처방식의 매개효과. *정서·행동장애연구*, 26(1): 181-208.
- 이영주·이귀옥(1998). 장애아동 어머니의 자녀양육 스트레스, 사회적지원 및 양육태도에 관한 연구. *한국농촌생활과학회지*, 9(2): 19-31.
- 이애란·김영기(2004). 사회적 자본과 장애아 어머니의 삶의 질: 사회적 연결망에 관한 사례연구. *지역사회학*, 6(1): 69-99.
- 이애란·홍선우·김지수·주세진(2010). 자폐성장애 아동 어머니의 삶의 전환 과정. *대한간호학회지*, 40(6): 808-819.
- 이원숙(1991). “사회적 망·사회적 지지와 임상적 개입의 이론적 연구”. 이화여자대학교 대학원, 사회사업학과 박사학위논문.
- 이은혜·이미리(1996). 어머니의 자녀 양육에 대한 사회적 지원망과 양육곤란도 지각과의 관계. *아동학회지*, 17(2): 61-78.
- 이종남(1994). “장애인에 대한 일반인의 태도에 관한 연구: 사회복지기관의 자원 봉사자들을 중심으로”. 성심여자대학교 대학원, 사회사업학과 석사학위논문.
- 이종화·김동환(2000). 발달장애아 어머니의 스트레스와 사회적 지지에 관한연구. *동광*, 97: 88-146.
- 이주희·정현주(2009). 가족스트레스가 자폐성장애아동의 사회적응에 미치는 영

- 향. *아동학회지*, 30(4): 15-31.
- 이지선(2012). “장애아동 어머니의 자녀 장애 수용 관련 변인 연구”. 한신대학교 대학원, 재활학과 석사학위논문.
- 이지수(2008). 장애아동 가족의 자녀 양육부담 및 서비스 욕구. *한국장애인복지학*, 8: 71-100.
- 이현지(2004). 사회적 지지가 장애아동 어머니의 심리적 복지에 미치는 영향. *정서·행동장애연구*, 20(3): 73-95.
- 이현지·정영숙·이상복(2010). 장애아동 어머니의 양육경험과 교육태도가 삶의 만족도와 교육 만족도에 미치는 영향: 사회적 지지의 매개효과. *정서·행동장애연구*, 26(1): 1-20.
- 임성옥·박민정(2006). Q-방법론을 이용한 장애아 부모의 스트레스 유형과 특성에 관한 연구. *한국가족복지학*, 18: 203-226.
- 장세영(2006). “사회적 지지모임이 뇌성마비 아동 가족의 부담감과 가족기능에 미치는 효과”. 경북대학교 대학원, 간호학과 박사학위논문.
- 전혜인·박지연(2004). 정서 및 행동장애 아동의 가족지원에 관한 문헌고찰: 1995-2004년의 연구를 중심으로. *정서·행동장애연구*, 20(4): 117-137.
- 정성란(2004). 가족기능평가 척도 개발을 위한 문항제작. *학생생활연구*, 25(1): 83-122.
- 정수경(1993). “정신분열증 환자의 질병기간에 따른 가족기능의 효과성 연구”. 연세대학교 대학원, 사회사업학과 박사학위논문.
- 정원식·이상로·이성진(1979). 「현대교육심리학」. 서울: 교육출판사.
- 정은하(2014). “뇌병변장애아 어머니의 희망, 장애수용과 가족회복력”. 건양대학교 대학원, 간호학과 석사학위논문.
- 정재권(2009). 지체장애아동 어머니들의 양육스트레스와 대처행동. *특수교육저널: 이론과 실천*, 10(4): 245-265.
- 정현주(2009). “자폐성 장애아동의 가족스트레스와 사회적응과의 관계-가족탄력성과 사회적 지지 조절효과”. 동신대학교 대학원, 사회복지학과 박사학위논문.
- 정현주·김성수(2013). 양육스트레스와 가족의사소통이 발달장애아동 어머니의

- 장애수용에 미치는 영향연구. *재활복지*, 17(2): 69-95.
- 정현주·조원탁(2008). 사회적 지지, 가족스트레스, 가족기능이 자폐아동의 사회적응에 미치는 영향에 관한 연구. *재활복지*, 12(2): 129-154.
- 조인숙(2002). “사회적 지지 프로그램이 장애아동 어머니의 스트레스와 대처에 미치는 효과”. 전남대학교 대학원, 간호학과 박사학위논문.
- 조현근·이병인(2014). 장애아동 가족 관련 국내·외 연구의 동향 비교분석-한국과 미국의 특수교육 전문학술지를 중심으로. *유아특수교육연구*, 14(2): 99-127.
- 주현숙(2000). 장애 아동 가족의 장애수용 과정 고찰. *지체중복건강장애연구*, 36: 149-162.
- 차재화(2005). “일반아동의 장애 이해프로그램이 장애아 수용태도에 미치는 효과”. 대구대학교 특수교육대학원, 특수교육학과 석사학위논문.
- 최경화(2010). “중증장애아 어머니의 삶과 정체성-자녀의 생애주기를 중심으로”. 경북대학교 대학원, 사회학과 박사학위논문.
- 최복천·유영준·임수경·조윤경(2013). 「장애아동 및 가족 실태조사」. 한국장애인개발원.
- 최선희(1999). “한국인의 가족 건강성 영역에 관한 연구”. 연세대학교 대학원, 사회복지학과 박사학위논문.
- 통계청·여성가족부(2015). 「2015 청소년 통계」.
- 한인영·이용우·유서구·박명숙·김주현(2007). 아동 신체학대 발생의 영향요인 -한부모 가구와 가족기능을 중심으로. *한국가족복지학*, 21: 187-216.
- 황경열·고일영·용홍출(2010). 장애아동 어머니의 개인특성, 장애수용태도, 양육스트레스가 장애아동 가족 삶의 질에 미치는 영향. *지체중복건강장애연구*, 53(2): 1-22.
- Abidin, R. R.(1990). 「Parenting Stress Index(PSI): Manual pediatric」. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- Altieri, M. J. & Kluge, S.(2009). Family functioning and coping behaviors in parents of children with autism. *Journal of Child Family Studies*, 18: 83-92.

- Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., & Fialka, J.(2003). Building new dreams: Supporting parents adaptation to their child with special needs. *Infants & Young Children*, 16(3): 184-200.
- Barnhill, L. R.(1979). Healthy family systems. *Family Coordinator*, 28(1): 94-100.
- Barrera, M.(1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4):413-445.
- Bernheimer, L. P., Young M. S., & Winton, P. J.(1983). Stress over time: Parents with young handicapped children. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4: 1747-181.
- Berry, M. & Zimmerman, A.(1983). Transition services secondary students with mild disabilities: A Statewide perspective. *Exceptional Children*, 507-514.
- Blacher, J.(1984). 「A Dynamic perspective on the impact of a severely handicapped child on the family」. In J. Blacher(Eds.), *Severely handicapped children and their families*. Orlando, FL: Academic Press.
- Boyce, G. C., Behl, D., Mortensen, L., & Akers, J.(1991). Child characteristics, family demographics and family processes: Their effects on the stress experienced by families of children with disabilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 4(4): 273-288.
- Bronfenbrenner, U.(1979). 「The ecology of human development」. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cobb, S.(1976). Social support as moderator life stress. *Psychosomatic Med*, 33(5): 300-314.
- Cochran, M.(1993). 「Parenting and personal social networks」. In T. Luster & L. Okagaki(Eds.), *Parenting: An ecological perspective*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cohen, S. & Hoberman, H.(1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*,

13(2): 99-125.

- Cohen, S. & McKay, G.(1984). 「Interpersonal relationships as buffers of the impact of psychological stress on health」. In A. Baum, J. Singer, & S. Taylor(Eds.), *Handbook of psychology and health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cohen, S. & Syme, S. L.(1985). 「Issues in the study and application of social support」. In S. Cohen & S. L. Syme(Eds.), *Social support and Health*(pp.3-22). Orlando, FL: Academic Press.
- Cohen, S. & Wills, T. A.(1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2): 310-357.
- Cronin-Strubbs, D.(1978). Family crisis intervention: A study. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, 16(1): 36-44.
- Cullinan, D.(2002). 「Students with emotional and behavior disorders: An introduction for teachers and other helping professionals」. Upper Saddle River: Merrill Prentice Hall.
- Dyson, L. L.(1997). Fathers and mothers of school-age children with developmental disabilities: Parental stress, family functioning, and social support. *American Journal of Mental Retardation*, 102(3): 267-279.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S.(1983). The McMaster family assessment devise. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2): 171-180.
- Epstein, N. B. & Bishop, D. S.(1991). 「Problem centered systems therapy of the family」. In S. S. Gurman & D. P. Kniskern(Eds.), *Handbook of Family Therapy*. 1: 444.
- Freedman, R. I.(1995). Balancing work and family: Perspectives of parents of children with developmental disabilities. *Families in Society*, 76: 507-514.
- Freeman, S. F. N. & Alkin, M. C.(2000). Academic and social attainments of children with mental retardation in general education and special

- education settings. *Remedial and Special Education*, 21(1): 3-26.
- Friedman, A. S., Utada, A., & Morrissey, M. R.(1987). Families of adolescent drug abusers are 'rigid'? Are these families either 'disengaged' or 'enmeshed', or both?. *Family Process*, 26: 131-148.
- Goffman, E.(1995). 김용환 역. 「오점: 장애의 사회심리학」. 강원대학교 출판부.
- Goodwin, R., Costa, P., & Adonu. J.(2004). Social support and its consequences: 'Positive' and 'deficiency' values and their implications for support and self-esteem. *British Journal of Psychological Society*, 43(3): 465-474.
- Gresham, F. M. & Gresham, G. N.(1982). Interdependent, Dependent, and Independent group contingencies for controlling disruptive behavior. *Journal of Special Education*, 16(1): 101-110.
- Haller, J. & Halasz, J.(1999). Mild social stress abolishes the effects isolation on anxiety and chlordiazepoxide reactivity. *Psychopharmacology*, 144: 311-315.
- Hampton, N. & Xiao, F.(2013). Personality and attitudes of Chinese university students toward people with intellectual disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 79(1): 3-10.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J.(2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes, and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44: 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G.(2012). 「Acceptance and commitment therapy(second edition): The process and practice of mindful change」. New York: Guilford Press.
- House, J. S.(1981). 「Work stress and social support」. MA: Addison-Wesley.
- House, J. S. & Kahn, R. L.(1985). 「Measures and concepts of social support」. In S. Cohen & S. L. Syme(Eds.), *Social support and health*(pp.83-108). Orlando, FL: Academic Press, Inc.
- Huber, C.(1979). Parents of the handicapped child: Facilitating acceptance

- through group counseling. *The Personal and Guidance Journal*, 57(5): 267-269.
- Kerr, J.(1981). 「Family systems theory and therapy」. In A. S. Gurman & D. O. Kniskern(Eds.), *Handbook of Family therapy*. New Yek: W.W. Norton & Company.
- Krahn, G. L.(1993). Conseptualizing social support in families of children with special health needs. *Family Process*, 32: 235-248.
- Kuczynski, L.(2003). 「Handbook of dynamics in parent-child relation」. Londons: Sage Publications.
- Lazarus, R. S.(1977). Personality and adjustment, englewood: Cliffs Prentice Hall, 426.
- Levinsin, E. J.(1962). 「Retarded children in maine: A Survey and Analysis」. Orons, Maine: University of Maine.
- Lieberman, M. a.(1982). 「The effects of social supports on responses to stress」. In L. Goldberger & S. Breznitz(Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*(pp.764-784). New York: The Free Press.
- Luong, J., Yoder, M. K., & Canham, D.(2009). Southeast asian parents raising a child with autism: A qualitative investigation of coping styles. *The Journal of School Nursing*, 25(3): 222-229.
- Malone, M. D., Mckinsey, P. D., Thyer, B. A., & Straka, E.(2000). Social work early intervention for young children with developmental disabilities. *Health Social Work*, 25(3): 169-180.
- Miller, I. W., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Bishop, D. S., & Epsstein, N. B.(2000). The McMaster approach to families: theory, assessment, treatment and research. *Journal of Family Therapy*, 22: 168-189.
- Miller, N. B.(1994). 「Nobody's Perfect: Living and growing with children who have special needs」. Baltimore, MD: Paul H. Brookes.
- Miller, J. R. & Janosik, E. H.(1980). 「Family-focused care」. New York: McGrow Hill Book Co.

- Mullen, M. R.(1995). Diagnosing measurement equivalence in cross-national research. *Journal of International Business Studies*, 26: 573-593.
- Myers, M. B., Calantone, R. J., Page, T. J., & Taylor, C. R.(2000). Academic insights: an application of multiple-group causal models in assessing cross-cultural measurement equivalence. *Journal of International Marketing*, 8(4): 108-121.
- Olsson, M. B. & Hwang, C. P.(2008). Socioeconomic and psychological variables as risk and protective factors for parenting well-being in families of children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52(12): 1102-1113.
- Pearlin, L. I., Lieberman, M. A., Menaghan, E. G., & Mullan, J. T.(1981). The stress process. *Journal of Health and social Behavior*, 22: 337-356.
- Perske, R.(1973). 「New directions for parents of persons who are retarded」 . Nashville TN: Abingdon Press.
- Pottie, C. G. & Ingram, K. M.(2008). Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: A multi level modeling approach. *Journal of Family Psychology*, 22(6): 855-864.
- Pretorius, T. B.(1996). Gender and health-sustaining and stress reducing functions of social support: A South african study. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11(5): 193-208.
- Rous, B., Hallam, R., Harbin, G., McCormick,, K., & Jung, L.(2007). The transition process for young children with disabilities: A conceptual framework. *Infants & Young Children*, 20(2): 135-148.
- Salzinger, S.(1990). Social network in child rearing and child development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 602: 171-188.
- Sarason, I. G. & Sarason, B. R.(1982). Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics, and life experiences. *Journal of Personality*, 50(3): 331-344.
- Schouten. P. G. W.(1994). A Scale in search of a construct: Comments on

- Gavin and Wamboldt. *Journal of Marital and Family Therapy*, 20(1): 53-60.
- Singer, L. & Farkas, K. J.(1989). The impact of infant disability on maternal perception of stress. *Family Relations*, 38: 444-449.
- Thoits, P. A.(1982). Conceptual, methodological and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2):145-159.
- Thoits, P. A.(1986). Social support as coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54: 416-423.
- Thoits, P. A.(1995). Stress, coping, and social support processes: Where Are We? What Next?. *Journal of Health and Social Behavior Extra Issue*, 53-79.
- Troster, H.(2001). Sources of stress in mothers of young children with visual impairments. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 95(10): 623-637.
- Vaux, A.(1988). 「Social support: Theory, research and Intervention」. New York: Praeger.
- Wethington, E. & Kessler, R. C.(1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health and Social Behavior*, 27: 78-89.
- Wills, T. A.(1985). 「Supportive functions of interpersonal relationships」. In S. Cohen & S. L. Syme(Eds.), *Social Support and Health*(pp61-82). New York: Academic Press.
- 국가통계포털 KOSIS. <http://kosis.kr>, 통계청(2015.7.1.).
- 보건복지부 <http://www.mw.go.kr> 장애인 등록현황 2014년 12월 기준(2015.7.1.)
- [http://www4.parinc.com/webuploads/productinfo/PSI\\_Bibliography.pdf](http://www4.parinc.com/webuploads/productinfo/PSI_Bibliography.pdf)(2015.7.1.)

<Abstract>

# Structure Relation of Social Support, Disability Acceptance, and Family Function: Analysis of Mothers with the Disabled Children

**Ko, Kwan Woo**

Department of Public Administration  
The Graduate School, Jeju National University  
(Supervised by Professor Nam, Chin Yeol)

This study aims to verify the practical effects of helps and supports for the children with disabilities and their mothers provided by public supporting system and recommend appropriate implications for service provision. In order to achieve the purpose of this study, social supports and mothers' acceptance were applied as a dependent variable and a mediate variable, respectively, and measured to investigate structural relationships with family functioning. The former is to be offered by experienced professionals taking care of service provision for the families with disabled children and the latter is an ability to admit the disabilities of their children. Additionally, the types of children's disabilities, age, disability recognition and its time, interaction effects by the numbers of service users, and the differences of the path-coefficient of a structuring model among groups were examined to supply foundation for enhanced policy to take care of families with disabled

children.

The survey of 452 mothers with disabled children was conducted nationally: they were sampled from a total of 17 institutes, such as hospitals, private agencies, community rehabilitation centers for the disabled, the association of parents with disabled children, etc. The total of 452 samples consisted of 283(62.6%) mothers' of children with cerebral palsy and 169(37.4%) mothers' of children with developmental disability.

The results of this study are as follows.

First, it is discovered that parents tend to start having their children get diagnosed about 17 months after recognizing their children's disabilities and the types of family supporting services they used vary by the ages and types of disabilities of the children. This means that personally psychological conflicts and changes of family are expected during the period of transitions from the moment of their recognition to their decision-making for the diagnosis . Simultaneously, there were distinctive and appropriate service needs in the disabled children's developmental process.

Second, it is confirmed that social support and disability acceptance had meaningful significance by mothers' personal characteristics, and family functioning had meaningful relationships with the characteristics of the disabled children and their mothers. While the service of medical rehabilitation were effective, developmental rehabilitation service were not based on the analysis of the service usage. This can be interpreted that although social supports for families with the disabled children need to be considered as an effective tool for not only the children with disabilities but also their family members in the light of ecosystem theory, the types and contents of developmental rehabilitation service hardly meet service users' needs.

Third, social supports had completely mediated effects on family functioning in a positive way according to the result of structuring relationship analysis. At the same time, social supports also showed meaningful significance of

indirect effects. Therefore, social supports through public supporting system could be defined as a important factor inducing changes in the dynamics of family functioning with appropriate stimulations in terms of family members' adaptation and changes. It is highly recommended that the contents of supporting systems and services should be intensified and reenforced aiming to reduce the stress of the children's mothers and other family members as well as their acception to the children's disabilities. It is believed that this transition would give the mothers and other family members opportunities to accept the disabled children as family members and reinforce co-parenting responsibilities.

Fourth, with the results of multiple group analysis, it was revealed that social supports had interactions in the path influencing on family functioning out of the paths of structuring model of social supports and disability acceptance, and social supports and the time of disability diagnosis. Hence, more effective supporting systems need to be planned by the types of disabilities and the time of disability diagnosis to provide the disabled children and their families with effective social supports. Additionally, to maximize positive changes in family functioning with mediated disability acceptance, it is strongly required that the methods of assessment and provision should be carefully constructed by service users' various needs and characteristics, such as the types of disabilities, the time of disability recognition and diagnosis, the children's age, and service use and so forth.

In conclusion, to optimize the effectiveness of supporting system for the families with the disabled children in a positive way, it is suggested that diagnostic system should be reformed in order to provide an early intervention and enhanced services must be designed to meet complicated and multiple levels of service needs . When it comes to service delivery system, the system should be transformed and upgraded to advanced version facilitating comprehensive and integrated supporting system plans with the

insightful understanding of the mothers with the disabled children, the decision and concentration on personally adjustable service, and the empowerment of assessment.

**Keyword: Social Support, Disability Acceptance, Family Function,  
Multiple Group Analysis**

<부록>

## 장애아동 어머니의 사회적 지지, 장애수용, 가족기능의 관계분석

안녕하십니까?

저는 제주대학교 대학원에서 박사학위 청구논문을 준비하고 있는 대학원생입니다. 먼저 바쁘신 와중에도 본 설문에 응해주셔서 감사의 말씀을 전합니다.

본 설문은 장애아동과 가족을 위해 제공되고 있는 다양한 서비스가 어머니의 사회적 지지, 장애수용 그리고 가족기능에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보기 위한 설문지입니다.

어머님의 소중한 답변은 현재 제공되고 있는 서비스가 실질적으로 여러분의 가정과 우리 아이들에게 도움을 줄 수 있는 다양한 정책방안을 마련하는데 소중한 자료로 사용될 것입니다.

바쁘시더라도 잠시 시간을 내어 어머님의 솔직한 답변 부탁드립니다. 응답해 주신 내용은 비밀이 철저히 보장되며(통계법 제33조), 연구 목적 이외의 다른 어떤 용도로는 사용되지 않을 것을 약속드립니다.

감사합니다.

\*소중한 의견 및 문의: 고 관 우(000-000-0000, \*\*\*@hanmail.net)

2015년 월

제주대학교 대학원 행정학과

박사과정 고 관 우 올림

지도교수 남 진 열 교수

1. 다음은 장애아동 지원서비스를 제공해주시는 분(치료사 및 돌보미 선생님)들에 대해 어머니가 평소 느끼는 종합적인 감정입니다. 가장 잘 맞는다고 생각되는 칸에 '√'표를 해주십시오.

내 용 서비스제공 선생님들은... (예: 치료사 및 돌보미 선생님)		그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1	선생님들은 언제나 나를 사랑해주고 보살펴준다	①	②	③	④	⑤
2	선생님들은 내가 어떤 행동을 했을 때 그것이 올바른 것인지 아닌지를 공정하게 평가해준다	①	②	③	④	⑤
3	선생님들은 내가 그들(장애자녀)에게 필요하고 가치 있는 존재라고 느끼게 해준다	①	②	③	④	⑤
4	선생님들은 내가 하고 있는 일(장애자녀 양육)에 자부심을 가질 수 있도록 나의 일(양육)을 인정해준다	①	②	③	④	⑤
5	선생님들은 내가 선생님들과 함께 있을 때 친밀감을 느끼게 해준다	①	②	③	④	⑤
6	선생님들은 언제나 나의 문제에 관심을 갖고 들어준다	①	②	③	④	⑤
7	선생님들은 모두 존경할 만한 사람들이다	①	②	③	④	⑤
8	선생님들은 그들이 직접 나를 도와줄 수 없을 경우 다른 사람을 통해서라도 나에게 도움을 준다	①	②	③	④	⑤
9	선생님들은 내가 믿고 의지할 수 있는 사람들이다	①	②	③	④	⑤
10	선생님들은 내가 바람직한 행동을 했을 때 아끼지 않고 칭찬을 해준다	①	②	③	④	⑤
11	선생님들은 나를 인격적으로 존중해준다	①	②	③	④	⑤
12	선생님들은 무슨 일이든지 항상 최선을 다해 나를 도와준다	①	②	③	④	⑤

내 용 서비스제공 선생님들은... (예: 치료사 및 돌보미 선생님)		그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
13	선생님들은 내가 어려운 상황에 처했을 때 내가 그 상황을 잘 극복할 수 있도록 늘 도움을 준다	①	②	③	④	⑤
14	선생님들은 나에게 문제가 생겼을 때 나를 위해 시간을 내주고 함께 상의해 준다	①	②	③	④	⑤
15	선생님들은 항상 나의 일에 관심을 갖고 염려해준다	①	②	③	④	⑤
16	선생님들은 내가 모르는 일에 관해 내가 잘 알 수 있도록 설명해준다	①	②	③	④	⑤
17	선생님들은 내가 결정을 내리지 못하고 망설일 때 내가 결정을 내릴 수 있도록 용기를 준다	①	②	③	④	⑤
18	선생님들은 내가 현실을 이해하고 사회 생활에 잘 적응할 수 있도록 적절한 충고를 해준다	①	②	③	④	⑤
19	선생님들은 나에게 필요한 물건이 있을 경우 언제나 내가 그것을 사용할 수 있도록 해준다	①	②	③	④	⑤
20	선생님들은 나의 의견을 존중해주고 대체로 받아주는 편이다	①	②	③	④	⑤
21	선생님들은 나에게 어떤 문제가 생겼을 때 내가 그 문제의 원인을 찾아낼 수 있도록 도움이 되는 정보를 제공해준다	①	②	③	④	⑤
22	선생님들은 내가 아플 때 나의 일을 대신(알아봐준다)해 준다	①	②	③	④	⑤
23	선생님들은 내가 기분이 나쁠 때 나의 기분을 이해해주고 나의 기분을 전환시켜 주려고 노력한다	①	②	③	④	⑤
24	선생님들은 내가 어떤 선택을 해야 할 때 내가 합리적인 결정을 내릴 수 있도록 조언해준다	①	②	③	④	⑤

II. 다음은 어머니의 자녀(장애아동)에 관한 내용입니다. 평소 어머니가 느끼셨던 부분과 가장 잘 맞는다고 생각되는 칸에 ‘√’표를 해주십시오.

	내 용	그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1	내 아이의 능력과 잠재 능력을 정확하게 알고 있다	①	②	③	④	⑤
2	내 아이가 다른 아이들과 다르다는 것을 인정하고 말할 수 있다	①	②	③	④	⑤
3	내 아이에게 충분한 시간과 노력이 필요함을 인정하고 그것들을 모두 제공한다	①	②	③	④	⑤
4	내 아이의 미래에 대해 체계적인 계획을 세운다	①	②	③	④	⑤
5	내 아이의 장애에 대해 전문가의 의견을 존중하며 함께 상의한다	①	②	③	④	⑤
6	내 아이의 장애에 대한 모든 사실을 이성적으로 판단하고 수용한다	①	②	③	④	⑤
7	내 아이의 장애에 대해 주변 식구들이나 친척들에게 알리고 도움을 청할 일이 있으면 도움을 청하는 등 정보를 공유한다	①	②	③	④	⑤
8	내 아이의 가치를 인정한다(작은 변화에 기뻐하며, 있는 모습 그대로 인정한다)	①	②	③	④	⑤
9	내 아이에게 맞는 교육 방법을 집에서도 실천하고 있다	①	②	③	④	⑤
10	내 아이의 장애를 <u>거부하지 않는다</u>	①	②	③	④	⑤
11	내 아이가 장애가 있다고 해서 <u>지나치게 사랑하지 않는다</u>	①	②	③	④	⑤

Ⅲ. 다음은 여러분의 가족생활 일반에 대한 질문으로 여러분 가족에 대해 느끼는 감정입니다. 가장 잘 맞는다고 생각되는 칸에 '√'표를 해주십시오.

내 용		그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1	우리 가족은 어려움이 있을 때 서로에게 의지할 수 있다	①	②	③	④	⑤
2	우리 가족은 서로를 있는 그대로 인정한다	①	②	③	④	⑤
3	우리 가족은 서로에게 감정을 표현할 수 있다	①	②	③	④	⑤
4	우리 가족은 각자의 모습을 그대로 인정받고 있다고 느낀다	①	②	③	④	⑤
5	우리 가족은 문제 해결을 위한 의사결정을 잘 한다	①	②	③	④	⑤
6	우리 가족은 서로를 믿는다	①	②	③	④	⑤
7	우리 가족은 서로를 잘 이해하지 못하기 때문에 가족모임을 <u>계획하기 어렵다</u>	①	②	③	④	⑤
8	우리 가족은 슬픈 일이 있어도 서로에게 그런 말을 <u>표현할 수 없다</u>	①	②	③	④	⑤
9	우리 가족은 서로가 두려워하는 일이나 걱정거리에 대해 <u>얘기하는 것을 꺼린다</u>	①	②	③	④	⑤
10	우리 가족은 서로에게 <u>나쁜 감정들이 많이 있다</u>	①	②	③	④	⑤
11	우리 가족은 의사결정을 하는데 <u>힘이 든다</u>	①	②	③	④	⑤
12	우리 가족은 사이가 <u>좋지 않다</u>	①	②	③	④	⑤

IV. 다음은 귀하의 자녀와 가족이 이용하고 있는 장애아동 가족지원서비스에 대한 내용입니다. 아래 서비스 내용 중 현재 이용하고 있는 서비스(또는 치료프로그램)를 ‘√’표를 해주세요.

서비스 내용		1. 이용유무	2. 이용횟수 (1주 기준)
의료 재활	물리치료	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
	작업치료	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
발달 재활 서비스	언어치료	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
	음악치료	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
	미술치료	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
	놀이 및 재활운동	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
	심리행동치료	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
	기타 ( )	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)
양육 지원	돌봄서비스	① 예 ( )    ② 아니오 ( )	(주 회)

V. 다음은 귀하와 자녀의 일반적 특성에 관한 질문입니다. 각 문항을 잘 읽으시고 응답하여 주십시오.

A. 다음은 어머님에 대한 일반적 특성입니다.

1. 어머니의 연령은 어떻게 되십니까? ( )
 

① 만 25세 미만	② 만 25세 ~ 만 29세
③ 만 30세 ~ 만 34세	④ 만 35세 ~ 만 39세
⑤ 만 40세 ~ 만 44세	⑥ 만 45세 이상
  
2. 어머니의 학력수준은 어떻게 되십니까? ( )
 

① 고등학교 졸업 이하	② 대학교 졸업(2~4년제 포함)	③ 대학원 재학 이상
--------------	--------------------	-------------

