

노숙자에 대한 가족지지, 자아존중감 및 삶의 만족도에 관한 연구

김 귀 분* · 원 정 숙**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

급변하는 사회에서는 새로운 사회구조에 적응하지 못하여 고통을 받는 사람들이 발생하게 되는데, 이때 발생 가능한 심각한 사회 문제 중에 하나가 집 없이 떠돌아다니는 노숙자의 문제이다. 이러한 무주거자의 문제는 국내·외적인 사회환경의 변화 속에서 가정과 사회 및 개인적인 정신문제와 결부되어 발생하는 정신사회적 문제로 대두되고 있다(Rossi & Wright, 1987).

1998년 IMF이후 우리 나라의 노숙자가 심각한 문제임에도 불구하고, 그 문제에 대처하는 전략의 기술은 매우 부족한 상태이다. 특히 열악한 사회적 환경과 어려운 경제 상태는 노숙자 숫자의 증가를 가져왔을 뿐만 아니라 실제로 참여한 노숙자의 제반 사항에 대한 정보도 파악되지 못하고 있다. 보건복지부는 통계에 의하면 1998년 2월부터의 1,000명의 숫자가 년 말에 6,000명으로 증가될 것으로 추정을 하면서 빠른 속도의 증가를 우려하고 있다(김형태, 1998).

서울역 지역 노숙자의 절반 가량이 IMF사태이후 노숙을 시작했다는데 문제의 심각성이 있으며 이들의 위생이나 영양 상태등 열악한 환경은 노숙이 장기화되는 경우 몸과 마음이 황폐해져서 정상적인 생활로 돌아가려는 의지마저 꺾어버려 시급한 대책이 요구된다(이영희, 1998).

노숙자의 피폐한 생활은 알콜중독, 마약 등의 물질 남용, 강도, 절도 등 범죄와 연결되어 인간의 건강과 삶의 질에 엄청난 파장을 몰고온다는 것은 주변에서 흔히 접할 수 있는 사실로써 더욱 심각한 정신사회적 문제를 야기시킬 것으로 예견하고 있다(김형태, 1998). 또한 일반적으로 노숙자들은 의타성, 욕구불만, 낭비성, 역마성, 자포자기, 열등의식 등의 특성을 지니고 있으며 이 같은 특성은 노숙 생활의 결과인 동시에 노숙자 생활 자체의 지속 시간에 따라 그 사회로의 복귀를 저해할 정도로 인간성 자체를 파괴하는 생활이 된다(정원오, 1998).

사람들은 여러 가지 어려움이 있을 때 가족을 통해 내적, 외적 긴장을 해소하며, 안정감을 갖게된다. 또한 가족은 사회의 집단을 구성하며 물질, 에너지, 정보를 교환하면서 역동적 균형 유지를 위하여 사회적 규범으로 안정된 사랑과 지지를 교환하고, 보조하는 능력을 가지고, 위기에 적응하도록 일생을 통해 지속되며 개인의 건강을 유지하는데 크게 공헌한다(김숙정, 1987).

이와 같은 가족의 중요성이 있음에도 여러 가지 스트레스와 위기 상황 속에 놓여있는 노숙자들은 이미 가족을 떠나 있으므로 사회적응에 실패하게 되며, 특히 불안, 우울, 좌절 감등의 부정적 정서를 경감시켜주는 직접적이며 일차적인 가족기능의 사회지지체계(장숙희, 1991)가 무너진 것이다. 또한 이미 가족의 방어가 없으므로 이들에게 위기에 대처하고 변화에 적응하도록 촉진하는 역할을 하여 개인의 위험을 감

* 경희대학교 의과대학 간호과학부 교수

** 경희간호대학 교수

소시하게 할 수 있고 힘을 구축해 줄 수 있는 유력한 지지체가 없는 것이다(김조자, 1982).

Herth(1996)은 노숙자가 만성 무기력에 빠지게 되면 과거에 성취했던 행위를 할 수 없기 때문에 좌절감을 느끼게 되므로 자이존중감을 상실하게 된다고 하였으며, Muhlenkamp(1986)등은 그의 연구에서 사회 활동의 제한으로 자신의 위치와 역할을 상실하게 되면 무능력하게 되므로 전반적인 삶의 만족에 부정적인 영향을 미치게 된다고 하므로 노숙자의 재기의 기간의 중요성을 논했다.

이렇게 가족을 떠나 갈곳 없어 길거리에 방치된 노숙자들에게 지역사회에서의 지속적인 관심과 지속적인 서비스를 주지 않으면 이들의 사회적 기능은 지금보다 더욱 저하될 것이고 사회구성원으로서의 복귀가 어려우므로 사회적 기능을 유지할 수 없게 된다(Buttries & Kuiper, 1996).

이렇게 사회적 기능원으로서 유지가 불가능한 신체적 문제는 물론 정신사회적인 문제를 갖고 있기 때문에 이들의 신체 및 정신건강관리에 유의하여야한다(Calsyn & Morse, 1992). 이런 노숙자들은 사회에 대해 매우 의존적이 되며, 사회의 지지에 따라 많은 영향을 받게 되므로 지역사회에서의 서비스는 노숙자들의 사회생활의 재기에 중요한 영향을 미치게 한다(최혜경, 1987). Herth(1996)에 의하면 가족을 떠난 노숙자들을 가족에게 돌려보낼 수 있도록 사회의 지지 및 관심이 매우 중요하다고 하였다.

이와 같이 어려운 노숙자의 건강한 사회 구성원으로서의 복귀를 위한 신체, 사회, 심리적 건강관리를 위하여 간호인들의 적극적인 참여가 요구된다 하겠다(King, 1993). 이것은 간호사의 당면한 의무로써 노숙자의 건강측면의 총체성을 인식하여, 노숙자의 문제해결을 위해 건강관리팀의 간호실무에 새로운 시각을 지역사회에서의 간호접근을 통해 노숙자에게 긍정적인 영향을 줄 수 있다(Lafuents, 1995).

그러므로 노숙자에게 자이존중감을 복돋아주고 삶의 만족감을 높혀 조속한 재기의 이행을 증가시키기 위해서는 무엇보다 가족, 쉼터 및 사회를 통한 지속적이고 효율적인 지지가 필요하다고 본다.

이에 본 연구자는 꾸준한 인내로 재기가 요구되는 노숙자의 삶의 만족도를 높이는 방안의 하나로 자이존중감 및 가족 지지의 중요성을 확인하고 강조 할 필요성이 있다고 보아 노숙자 자신이 인지하는 가족지지 정도와 자이존중감, 삶의 만족도간의 관계를 규명해 봄으로써 노숙자의 질적 삶을 도모할 수 있는 지역사회 정신건강 간호 수행을 위한 기초 자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 노숙자가 인지하는 가족지지 정도가 자이존중감 및 삶의 만족도에 미치는 효과를 알기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 노숙자의 인구사회학적 특성을 규명한다.
- 2) 노숙자의 인구사회학적 특성별 가족지지, 자이존중감 및 삶의 만족도와의 정도를 파악한다.
- 3) 노숙자가 인지하는 가족지지 정도, 자이존중감과 삶의 만족도간의 관계를 확인한다.

3. 용어의 정의

본 연구에 사용한 정의는 다음과 같다.

1) 노숙자(Homeless)

‘직업을 잃고 나서 일정한 곳에 자리를 잡고 머물러 살지 못하는 사람’(심재학, 1998; 이영희, 1998)을 지칭하는 것이다.

- (1) 무주거 노숙자 : 위의 노숙자가 거주지가 없이 떠돌아 다니면서 기거하는 사람으로, 본 연구에서는 무주거 노숙자에게 구제금을 기부하는 교회 2개소에서 선정된 대상자를 말한다.
- (2) 쉼터 노숙자 : 위의 노숙자에게 국가에서 ‘노숙인에게 제공하는 숙소’인 희망의 집(쉼터)에 거주하는 사람으로, 본 연구에서는 서울시 소재 노숙자의 거주지 인 쉼터 4개소에서 기거하는 대상자를 말한다.

2) 가족지지(Family Support)

가족 구성원이 가족을 돌보아 주고 사랑하고 존중하며 가치관을 갖도록 해줌으로써 자신이 의사소통과 상호책임의 조직망에 속한다는 것을 믿도록 해주는 정보를 말하며 위기 및 만성질환시 순조롭게 적응하도록 해주는 중요한 기능이다(Beam, 1984). 본 연구에서는 노숙자가 지각하는 가족으로부터의 지지정도로써 박지원(1985)이 개발한 도구로 측정된 점수를 말한다.

3) 자이존중감(Self-Esteem)

자신의 가치에 대한 스스로의 평가로서 사랑 및 인정을 받고 싶어하는 느낌(Frerichs, 1973; Coopersmith, 1975)을 말하며, 본 연구에서는 Rosenberg(1971)가 제작한 것으로 전병재(1974)가 번안한 도구로 측정된 점수를 말한다.

4) 삶의 만족도(Life-Satisfaction)

개인의 삶 전반에서 그의 욕구와 욕망을 충족 시켰을 때의

감정 상태로 삶에 대한 일반적인 느낌에 대한 주관적인 평가(Neugarten, Havighurst & Tobin, 1961)를 말하며, 본 연구에서는 Wood, Wylid & Sheaffer(1969)의 삶의 만족지 LSI-Z(Life-Satisfaction Index-Z)를 연구자가 빈안 수정한 도구로 측정된 점수를 말한다.

II. 문헌 고찰

1. 노숙자 삶의 특성

우리 나라에서는 무주거자에 대한 연구나 사회운동 또한 미흡한 형편이며, 사회적 인식 또한 부정적이다. 이들을 칭하는 용어조차도 정리되지 않아서 노숙자, 무숙자, 부랑인, 행려자, 또는 영어식 발음 그대로 표기하여 홈리스(homeless)라고 부르기도 한다(홍연표, 1998).

UN은 노숙자를 매우 광범위하게 정의하고 있으며 다음과 같은 두 종류의 사람을 노숙자로 포함시켰다. (1) 집이 없는 사람과 옥외나 단기 보호 시설 또는 여인숙에서 잠을 자는 사람, (2) 집이 있으나 UN의 기준에 충족되지 않는 집에 사는 사람이다(심재학, 1998).

우리나라의 노숙자는 과거부터 있었지만 IMF시대와 더불어 최근에 두드러지게 생성된 용어로 사용되고 있으며, 아직 적절한 정의가 없다고 볼 수 있다. 특히 우리나라는 '실직자형 노숙자와 자활 의지가 없는 부랑자형 노숙자로 분리 설명되어야 한다. 이렇게 나라마다의 차이를 고려해서 우리나라의 경우를 살펴보면, 크게 3가지 관점으로 나눌 수 있는데, 첫째, 노숙자를 범죄자와 동일시하는 관점이고, 둘째, 노숙자를 도움을 필요로 하는 사회복지의 대상으로 보는 관점이며, 세 번째, 노숙자를 단순히 구걸 등을 하며 떠돌아다니는 사람으로 보는 관점이다(Nyamathi, 1991; 심재학, 1998).

이러한 시각은 노숙자를 사회질서의 파괴자로 취급함으로써 사회적 요주의 대상으로 간주하고 있는 것이다. 또한 "생활 수단이나 생활 공간을 포함한 삶의 권리를 잃고 거리를 헤매면서 구걸하거나 탈선행위를 하게되는 사회보호대상자"(이윤구, 1987), "일정한 주거나 생업수단 없이 상당한 기간 길거리를 배회하며 구걸을 하거나 노숙하는 자"(차홍봉, 1987)라고 하였다.

그러나 현재 증가되고 있는 실직 노숙자는 예전의 노숙자와는 구별되는 사람들로 근로 의욕이 있으나 경제적 위기에 의해서 일시적으로 발생한 실직 노숙자로 '직업을 잃고 나서 일정한 곳에 자리를 잡고 머물러 살지 못하는 사람'이라고 할 수 있다(심재학, 1998).

또한 노숙자의 특성 역시 노숙자의 정의를 하는 것처럼 어

려움이 있다. Lafuents와 Corazon(1995)는 'Homeless'의 특성을 (1) 신체적, 정신적으로 만성적 장애가 있는 자 (2) 심한 개인적 위기를 경험한 자 (3) 경제적 실패로 고통을 당한 자 (4) 가족이나 친구와의 관계가 결여된 자라고 보았다. 또한 이들은 부랑을 일탈 행위로 보고 그들의 비생산적인 수단도 사용하지 않기 때문에 인습적인 사회로부터 지탄을 받는다고 했다.

대체로 노숙자는 사회체제 내에서 적응할 수 없고 사회적 지지망의 부족이라는 특징을 갖는다(Calsyn, 1992). 노숙자 생활에서 중요한 사람들과의 부재는 그들로 하여금 불안정한 생활환경에서 상처받기 쉽게 만들어 결과적으로 고립되고 고독한 생활방법을 갖게 된다. 실직의 결과 보호처의 부재, 육체적, 정신적 건강의 악화에 대처하는 방어기제가 완전히 상실하게 된다(Rossi & Wright, 1987).

미국 사회 내에서는 노숙자에 관한 근거없는 사회적 관념의 대부분은 노숙자를 정신적으로 병든 환자, 복지제도에 의존하는 사람, 알콜중독자, 약물에 중독된 자, 자기가 선택해서 노숙자가 된 자, 인생사의 모든 문제에 효과적으로 대처할 의사가 없는 자라고 그 특성을 기술하고 있다(Hertzberg, 1992).

또한 노숙자와 연관된 것으로 밝혀진 건강문제에는 사회적 관계의 부재가 포함된다 즉 음식, 의류, 약품의 조달 불능, 영구주거의 부재로 인한 휴식의 불능 등이다. 마약과 알콜사용과 연관되는 범죄행위는 정신적으로 병든 노숙자 집단에서는 보편적인 것이다(Spinner & Leaf, 1992). 노숙자들은 노숙하는 동안에 우울증이 초래될 수 있으며 재정적 능력과 건강보험이 없기 때문에 그들은 지역사회 건강보호시설에 정기적으로 접근할 수 있는 길이 없어서 단기 임시적 건강보호 조치만 찾을 뿐이다(Malloy & Hohloch, 1990).

Lafuents와 Corazon(1995)는 이들 노숙자들에게는 다음의 6가지 결합력이 결여되는 것으로 규정된다고 하면서 그것들은 가족, 학교, 일, 종교와 정책 그리고 오락이라고 했다. 노숙자들의 삶의 경험에 대한 연구결과로부터 1) 거부 2)불확실성 3)사회적 고립이 중요 주제로 제시되었다.

부랑인으로 전락되는 노숙자들은 만성적으로 무기력에 빠질 수 있는 특성을 갖고 있고, 주로 젊은 연령층인 30대-40대로 생산 연령층에 많이 분포되어 있어 가족, 사회, 국가적으로 큰 손실을 초래하게 된다. 또한 알콜과 약물남용은 노숙자 집단에서는 보편적인 현상으로, 알콜중독에 걸린 노숙자의 추정치는 20% 이상에서 40% 이하이다. 그러나 알콜중독은 정신질환과 연관되어 있고 노숙자의 20%에서 30%가 정신질환자로 간주되고 있다(Hertzberg, 1992). 다수의 노숙자들은 신체불구자와 더불어 허약한 건강상태를 지니고 있어 정신질환과 복합되는 경향이 있다(Wright, 1990).

이러한 노숙자는 실업자, 중년, 노년에 그치지 않고 여성, 어린이, 가출 청소년, 젊은 성인과 가족도 포함된다. 이와 같이 노숙자 인구의 다양성이 문제로 나타났어도 사회에서는 크게 무시되어 왔고 논의의 대상도 되고 있지 않다(Padgett & Struening, 1991). 하지만 어떤 이유로든 노숙자 인구는 대부분의 정신질환에 대한 연구자들에게서 노숙자에 관한 연구의 표본목표물이 되고있다. 그러므로 사실상 사회는 노숙자의 신체 및 정신건강관리에 책임을 져야 된다(Calsyn & Morse, 1992).

노숙자가 되는 원인은 주거지를 유지할만한 여력이 없기 때문이고, 개인적인 위기 상황, 예를 들면 관계의 파멸, 일자리 상실, 건강의 상실 등을 겪게되면 노숙자가 될 가능성이 더 높아진다(Naomi et al., 1996). 또한 노숙자는 직업을 얻기 위한 기술이 부족하고, 또한 경제적인 조정의 시기에 성공적으로 경쟁하지 못하면 선택적으로 희생이 될 수 있는 것이다. 이제까지의 문제를 놓고 볼 때 사실상 이들이 얼마나 우울해지고 자존감이 떨어지고, 약물을 남용하고 얼마만큼 많은 양의 알콜을 마시느냐가 노숙자 생활을 할 때 신체, 정신적으로 불구가 되는가의 여부를 결정하게 되며 이것은 노숙 생활을 만드는데 닭이 먼저냐 달걀이 먼저냐의 문제로서 오랫동안 논의되어 오던 것이다(Padgett & Struening, 1991).

또한 사회·경제적 요인에서 보면 개인의 성격요인, 육체적·정신적 결함, 약물남용 같은 인구사회학적 특성은 사람들이 노숙자가 되는 촉진 요인의 경향이 된다. 하지만 부랑인 노숙자들은 일반인들과 동일한 환경이 마련되어 있음에도 불구하고 정상적이며 보다 나은 삶을 마다하고 자유를 위해 거리에서의 삶을 선호하고 있다는 것이 전제되어지므로 부랑인 노숙자로 들어선 것이다(한국부랑인복지연합회, 1997).

이와 같이 우리나라의 경제 불황이 장기화되고 요즘과 같은 기업의 구조 조정 속에서 대량 실직 사태가 이어진다면 노숙자를 배출하는 계층은 경제의 하위구조에서 점차 상부구조로 올라오게 될 것이며 이러한 현상에 올바로 대처하지 못할 때 노숙자로 인해 우리사회는 경제논리로 따질 수 없는 크나큰 손실을 입을 수도 있을 것이다(조선일보, 2000. 11. 14일자).

여러 연구 결과에서 보면 대부분의 경우 그 사람이 속한 사회, 문화, 경제적인 여러 가지 환경적인 요인과 개인이 가지고 있는 특성들이 복합적으로 작용하여 노숙자를 발생시킨다고 할 수 있다. 노숙자의 발생 원인도 결국은 심리 사회적 요인으로 파악될 수 있을 것이다(김형태, 1998: 심재학, 1998).

따라서 어느 누구도 노숙자의 특성을 갖고 태어난다고 말

할 수 없으며 노숙자의 특성이 있어서 노숙자가 된다고 말할 수 없다 흔히 말하는 노숙자의 부정적인 특성들, 예를 들면 무계획성, 의타성, 욕구불만, 열등감, 반사회적 언동 등은 생리적 욕구가 충족되지 않은 상태에서 이를 획득하려는 노숙 생활의 결과로 얻어진 속성이지 본래부터 노숙자들이 지니고 있는 특징적 속성은 아니라고 본다(한국부랑인복지연합회, 1997). 이러한 여러 가지 복합적인 이유로 실직 노숙자가 된 이후 노숙생활에 익숙해지면서 노숙자의 특성이 나타나게 된다고 보는 것이 타당하다(심재학, 1998).

보건복지부는 옥외에서 잠을 자는 노숙자의 수가 1998년 말에는 약 6천명까지로 예상하고 있으며, 노숙자의 복지시설에 수용되어 있는 노숙자는 전국적으로 총 43개의 시설에 13,000여명이 수용 보호되고 있으며, 1998년 4월 현재 우리나라에서는 약 15,000명의 노숙자가 있는 것으로 파악된다. 2000년 현재 한국에서 노숙자를 대상으로 하는 쉼터(희망의 집)를 운영하는 곳은 「다시서기기지원센터」의 자료로는 105개소이며, 이것은 대부분의 노숙자들이 대도시지역에 보다 많이 집중되어 있음을 반영하는 것으로 그 이유는 첫째, 대도시에 보다 많은 보호 시설과 서비스가 있기 때문이고 둘째, 직업이 없는 노숙자들이 대도시에서 취업할 기회가 더욱 많을 것이라는 인식을 갖고 있기 때문이며 셋째, 대도시가 생활하기에 보다 편하고 사람들 눈에 잘 띄지 않기 때문이다(김형태, 1998)

노숙자에 대한 여러 가지 논란들이 있지만, 우선 사람들이 왜 노숙자가 되었는가의 문제는 제쳐놓고, 그들은 일련의 생존을 위한 적응전략을 위해 노숙자 문화를 서서히 받아드리고 있다는 것은 자명한 사실이다.

2. 가족지지, 자아존중감, 삶의 만족도와와의 관계

Caplan은 이상(이탈)행동에 대한 연구를 실시하고 1차, 2차, 3차 예방의 정신건강 모형을 발표하였다. 그 중에 1차 예방의 중요성을 강조하면서 그 대상을 빈곤한 사람, 미숙아를 분만한 사람, 소수 민족, 배우자를 상실한 경우 등의 위기가 있을 경우 정신질환을 유발시킬 수 있는 사회적 소인을 가진 집단의 위기를 조정해야 하며, 심한 불안을 경험하는 경우 등을 2차 예방 사업에 넣어 조기발견, 조기치료 사업에 중점을 설명하였다(이근후, 1990). 또한 이소우(2000)는 보건의료서비스와 후생 복지적 서비스가 복합된 획기적인 보건의료 정책에 간호가 21세기 보건 복지 틀을 채울 한국적 간호 가치를 찾아야 한다고 했다. 그러므로 삶에 있어서 노숙자의 위기는 이 사회적 관점에서 볼 때 보호받아야 하는 대상자들이며 지역사회에서의 복지에 총체적인 간호가 전문 간

호인에 의해 실시되고 조정되어야 한다.

이를 위하여 1차적으로 노숙자들에게 요구되는 것은 지지 체계로서의 가족지지가 중요하다.

가족은 인간 생활의 단위이며 생활의 본거지일 뿐 아니라 정신적 안정의 제1차적 장이라고 할 수 있다(Herth, 1996). 또한 가족은 둘 또는 그 이상의 혈연, 결혼 및 입양에 의해 관계지어진 사람들이 같이 사는 집단이라고 정의할 수 있으며 개인에 있어 가장 유력한 지지체계가 된다(McEwan, 1974).

스트레스나 위기에 처하게 되면 가족 구성원들은 편안함과 위로를 받으려고 서로에게 의존하게 되고, 정보를 구하고, 대안을 찾고, 도움을 청하며, 감정을 표현하게 되고, 가족원은 문제를 해결하려고 노력하며 서로 힘을 합쳐서 솔직하게 의사소통을 하게 된다. 그러므로 가족은 개방체계로서 가족 구성원들은 서로에게 환경이 되어 주어서 한 사람에게 위기 발생시 위기를 맞는 당사자는 물론 그 가족에게도 정서적으로 큰 위협을 주게 된다(이재연, 최영희, 1991).

정신과학분야에서는 가족을 건강이 형성되고 유통되며 건강관리가 조직되고 건강이 수행되는 개별적이고 일차적인 상호체계라고 정의하였다(최영희, 1983). 한편, Herth(1996) 등은 환자에 대한 가족의 도움 중에서 가장 중요한 것은 환자에게 베풀어주는 도움의 질이 중요함을 강조하였다. 이러한 특성에 따라 개인의 건강에 영향을 주는 가족요인을 연구 대상으로 하는 것은 매우 중요하게 생각되며 이 중에서도 가족 지지가 개인의 건강상태에 미치는 영향은 여러 차례 연구 보고되었다(Lehman, 1983; Herth, 1996).

특히 안정된 사회적 망이 없는 노숙자는 집단내에서 볼 때 개인의 회원자격으로 현대사회의 가장 중요한 힘의 원천임에도 무력하여 사회적으로 격리된다. 결혼한 부부는 서로 간에 불화가 있지 않는 한 무거주자가 되는 경우가 별로 없으며, 독신 성인 중에 무거주자가 될 수 있는 확률이 높다(Kasl, 1974).

Buttriess와 Kuiper(1987)는 노숙자가 지각한 가족지지와 생활적응에 관한 연구에서, 가족지지는 재기가 미진한 노숙자가 회복이 신체적, 정신적, 사회적으로 여러 가지 제한점이 있다 해도 긍정적인 삶이 목표를 가지고 이를 향하여 잘 적응해 나갈 수 있도록 도와주는 중요한 상호중재임을 재확인하였고, 원정숙과 조희(1998)는 지역사회에서의 재활의 필요성으로 적응이 어려운 사람들을 돕기 위해 정신건강간호간호과정 속에 가족지지의 개념을 도입시켜야 한다고 하였다.

이와 같은 가족지지는 노숙자로 하여금 자존감을 불러일으켜서 사회구성원으로서의 복귀를 용이하게 할 수 있으리라 생각된다.

자아존중감이란 자아개념의 평가적 부분이자 성격변수로서

모든 행동의 근거가 되며, 자신의 가치성에 대한 개인적 판단이고 자기능력에 대한 확신감과 가치성을 인정할 줄 아는 태도이다(김애리, 1980; Stuart & Sundeen, 1995). 이러한 자아존중감은 생의 과정과 특정경험에 의해 형성 발달되며, 일생을 통해 변화하는 역동적인 개념으로 특정영역에서의 성공여부는 자아존중감 발달에 영향을 미친다(Strauger, 1972).

Rosenberg(1965)는 자아존중감을 자신에 대해 갖는 전반적인 긍정적 또는 부정적 태도라고 보아 자아존중감의 진정한 의미는 자기 자신을 가치로운 한 인간으로 여기는 것이며 비록 개인이 자기의 결정이라든가 스스로 극복하지 않으면 안될 개인적인 문제를 가지고 있다거나, 더 잘 되어지기를 기대하는 소망이 있다 하더라도 자기의 보다 좋은 점이나 어떤 장점을 가지고 있다는데 대한 고마움을 느끼면서 근본적으로 자기에 대한 존중감을 갖는 것이라고 하였다.

Rosenberg와 Simons(1971)는 자아존중감은 근본적으로 자기태도를 결정지워주는 것으로서, 긍정적인 자아존중감은 개인적 행복과 효과적인 기능을 발휘하는데 필수적인 것이고, 부정적인 자아존중감은 자기 자신의 조정이나 다른 사람에 대한 자기방어도 불가능하게 한다고 하였다.

또한 Coopersmith(1975)는 자아존중감이 낮은 사람은 우울과 염세적인 사고로 스스로를 중요한 사람으로 생각하지 않으며, 자신의 생각과 능력에 확신이 없으며, 다른 사람들의 생각과 과업이 자신의 것보다 훌륭하다고 여기며, 새롭거나 특이한 사건을 싫어하고, 자신의 일들을 잘 통제하지 못하며, 그 일들이 좋게 해결되기보다는 오히려 나쁜 방향으로 해결될 것으로 기대한다고 표현하였다.

개인의 자아존중감의 형성과 증진에 영향을 주는 가장 기본적인 요인은 주변과의 상호작용 즉, 대인관계의 효율성이라는 것이 여러 학자들을 통해 주장됨에 따라 효과적인 대인관계의 중요성이 부각되기 시작하였다(장정웅, 1986; 조원성, 1996; 이지영, 1998). Maslow(1954)는 인간의 행동동기는 생리적, 안전과 안정, 소속과 사랑, 자아존중감, 자아실현의 욕구 등 다섯 단계의 계층구조에 따라 발생하며 아래 단계의 욕구가 충족되면 그 다음 단계의 욕구가 발생한다고 하였다. 그러므로 노숙자들은 생리적인 욕구, 안전의 욕구가 충족되지 못하므로 다음 단계의 자아존중감의 욕구로 나아가지 못한다고 할 수 있다. 따라서 노숙생활이 길어지면 이러한 기초적인 욕구를 충족하기 위한 노력을 기울일 수밖에 없으며 노숙자의 특성이 습득되기 시작하여 삶에 위협이 오게 될 수 있다(원정숙, 1999).

또한, 건강에 위협적인 특수상황에 놓인 인간에게 작용하는 자아존중감에 관한 보고에서 Nyamathi(1991)은 질병이나 사고는 일상생활에 큰 위협적인 사건으로서 시간과 장소

에 적합한 자기조절 기능을 상실하므로 자아존중감은 위협받게 되며 과거에 성취했던 행위를 할 수 없기 때문에 좌절감을 느끼게 되므로 자아존중감에 상실을 초래하게 된다고 하였다. 이와같은 사실에 있어서 노숙자의 삶은 일상생활에 위협적인 위기로 볼 수 있으므로 자아존중감에 상실이 일어나게 되며 이로써 삶의 질은 저하하게 된다.

또한 노숙자의 의료생활을 보면 노숙자가 일반 병원을 찾았다가 외모나 냄새 등으로 진찰을 거절당하게 되면 자아존중감이 낮아지게 되고, 그 후에는 병원에서 거절당할 것을 예측하여 건강 문제에 소홀하게 되는 악 순환이 되풀이된다(김형태, 1998). Spinner와 Leaf(1992)는 노숙자는 이런 되풀이되는 대인관계의 악순환으로 인해서 심하게 우울해지고 자아 존중감이 떨어지고, 악물을 남용하고 얼마만큼 많은 양의 알콜을 마시느냐가 노숙자 생활을 할 때 신체적으로 불구가 되는가의 여부를 결정하게 되며, 이것으로 인해 만성 무기력에 빠지게 되면 과거에 성취했던 행위를 할 수 없기 때문에 좌절감을 느끼게 되므로 자아존중감의 상실은 물론 삶의 질 또한 저하된다.

삶의 질이란, Dubos(1976)는 삶의 질을 매우 주관적인 가치판단으로 일상생활에서 얻은 심오한 만족이라고 했고, Padilla와 Grant(1985)등은 삶의 질이란 정신적 안녕, 신체적 안녕, 신체상에 대한 관심, 사회적 관심, 진단 및 치료에 대한 반응들을 평가하는 것으로 신체적, 정신적, 사회적 측면에서 정의하였다.

삶의 만족이란 자신의 현재 삶에 대하여 얼마나 만족하는가를 개인 자신이 인지하고 주관적으로 평가하는 것으로써 삶의 질에 연구에서 광범위하게 사용되어 오고 있는 개념으로 용어 자체가 매우 추상적이고 복합적인 개념이므로 외적인 평가보다는 일상생활의 활동에서 얻는 만족감과 관계되는 주관적인 가치판단이라고 하였다(Laborde & Powers, 1980).

Padilla와 Grant(1985)는 삶의 만족도를 측정함으로써 삶의 질을 평가한 바 있다. Cambell은 삶의 만족은 행복의 양에 달려있으며, 행복이란 만족과 동의어로서 스트레스로부터 벗어나는 것이라고 하면서 행복은 개인의 삶이 질을 가장 잘 평가할 수 있는 지표라고 하였다. 삶의 만족은 생활에 만족하는 정도와 긍정적인 정서를 나타내는 것으로 생활 속에서 경험하는 신체, 정신, 사회, 경제적 측면에 대해 개인이 지각하는 주관적 안녕이다(박미선, 1997).

Muhenkamp(1986)등은 그의 연구에서 사회 활동의 제한으로 자신의 위치와 역할을 상실하게 되면 무능력하게 되므로 전반적인 삶의 만족에 부정적인 영향을 미치게 된다고 하므로 노숙자의 재기의 기간의 중요성을 논했다. 이런 노숙

자들은 사회에 대해 매우 의존적이 되며, 사회의 지지에 따라 많은 영향을 받게 되므로 지역사회에서의 서비스는 노숙자들의 사회생활의 재기에 중요한 영향을 미치게 한다. 부랑인으로 전락한 노숙자는 개인의 건강과 안녕을 위협하고 인간을 고통과 불안으로 몰아 넣으며 생의 의미 및 자아존중감과 삶의 질에도 영향을 미치게 하는 심각한 문제를 낳게 된다(Spinner & Leaf, 1992).

또한 노숙자가 실업의 결과 보호처의 부재, 육체적, 정신적 건강의 악화에 대처하는 투쟁이 완벽히 고립된 상태가 되면 이들이 쉼터에서 거주하면서도 경제적인 자립을 할 수 없고, 쉼터에서 만성적으로 머무를 경우 사회적 기능은 더욱 저하 될 것이고 사회적응을 위한 재기는 요원할 수밖에 없다(Rossi & Wright, 1987). 이와 같은 개인적인 상황으로 인해 실제로는 우리나라에서는 무거주자 생활을 하다가 다시 주거지를 마련하여 사회로 복귀하는 경우는 드물다(김형태, 1998).

현재에도 노숙자는 계속 새로이 발생하고 쉼터에서도 노숙자들의 재활이 어려운 정확한 원인 규명이 되어 있지 않고 재기에 있어서 많은 노력에도 불구하고 재활이 어려운 문제로 알려져 있다(이영희, 1998).

그러므로 노숙자의 삶의 상태를 포괄적으로 파악하는 것은 노숙자의 삶의 상태가 그들의 안녕감에 대해 어떠한 영향을 미치는가를 이해하는데 크게 도움이 되고, 어떤 재활 방법들이 노숙자들의 삶의 만족도를 향상시킬 수 있는가를 다른 각도에서 검증하게 함으로써 그에 맞춰 재활 프로그램이 변형되므로 아주 중요하다(황태현, 1995).

한편, Herth(1996), Calsyn & Morse(1992)는 노숙자들에게서의 가족의 지지는 삶의 만족에 영향을 미치는 중요한 변수라고 하였으므로 빠른 시일 내에 재기를 통해 가족들에게로 돌아가도록 사회는 도와야할 것이라고 했다.

이와 같이 가족지지는 장기간 계속되는 문제나 갈등을 중재하는 사회·심리적 변수로서, 일상생활의 적응 및 삶의 만족에 영향을 미치는 중요한 요인이 되므로 가족지지가 인간의 삶의 만족을 증진시키는 요소 중의 하나임을 밝히고 있다(Medloy, 1976).

이상의 문헌고찰을 종합해 볼 때, 신체적, 정신적, 사회·심리적으로 많은 변화를 겪고 있는 노숙자에게 있어서의 가족 지지와 삶의 만족 또한 자아존중감은 중요한 의미를 지닌다. 따라서 노숙자를 한 인간으로 이해하는 총체적인 견해를 가지고 적절한 사회적 지지를 제공해 주는 간호 중재를 통해 성공적인 사회 재기를 도모 할 수 있도록 할 수 있을 것이다.

III. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 노숙자의 가족지지와 자아존중감 및 삶의 만족도간의 관계를 파악하기 위한 서술적 상관 관계(Discriptive Correlation Study) 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 서울시 소재 노숙자의 거주지인 쉼터 4개소의 130명과 거주지 없는 무주거 노숙자에게 구제금을 기부하는 교회 2개소의 105명으로, 전체 235명을 대상으로 하였으며 구체적인 기준은 다음과 같다.

- 1) 의사소통이 가능한 자
- 2) 국문 해독이 가능한 자
- 3) 현재 정신병이나 의식장애가 없는 자
- 4) 연구의 목적을 이해하고 참여를 수락한 자

3. 연구도구

본 연구의 도구는 구조화된 질문지를 사용하였으며 내용은 인구학적 특성 15 문항, 가족지지 측정 도구 25문항, 자아존중감 측정도구 10문항, 삶의 만족도 측정도구 13문항으로 총 63문항으로 구성되었다.

1) 가족의 지지측정도구

가족지지 측정도구는 박지원(1985)이 개발한 사회적 지지 측정도구 중 간접적으로 지각한 측정도구를 수정, 보완하여 25개 문항 5점 척도의 질문지를 작성하여 사용하였다. 각 항목은 '항상 그렇다' 5점에서 '전혀 그렇지 않다' 1점까지의 5점 평점 척도로 점수가 높을수록 가족지지 높음을 의미한다. 도구의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's $\alpha = .9393$ 이었고 본 연구에서는 $\alpha = .8942$ 로 나타났다.

2) 자아존중감 측정도구

자아존중감을 측정하기 위한 도구는 Rosenberg(1971)가 개발하고 전병재(1974)가 번안한 것으로 자기존중 정도와 자아수용 정도를 나타내는 총 10개 문항의 Likert 5점 척도로서 긍정적 문항 5개와 부정적 문항 5개로 되어있다. 자아존중감 점수는 최저 0점에서 최고 50점의 범위를 보이며 점수가 높을수록 자기존중감 정도가 높음을 의미한다. 도구

의 신뢰도는 개발당시 Cronbach's $\alpha = .85$ 였고, 본 연구에서는 $\alpha = .7123$ 으로 나타났다.

3) 삶의 만족도 측정 도구

삶의 만족도 측정도구는 Wood, Wylie & Sheaffer (1969)가 작성한 13문항의 삶의 만족 측정도구 (Life-Satisfaction Index-Z)를 최혜경(1987)이 번역하고 수정한 12문항의 3점 평점 척도를 사용하였다.

본 측정도구는 "만족한다." 3점, "잘 모르겠다." 2점, "만족하지 않는다." 항목에 1점을 주었고, 부정적 문항은 역환산하여 최저 12점에서 최고 36점까지 범위로 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높음을 의미한다. LSI-Z(Life-Satisfaction Index-Z)의 신뢰도의 개발 당시 Cronbach's $\alpha = .79$ 였고, 본 연구에서는 $\alpha = .6848$ 으로 나타났다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료수집 기간은 2000년 7월 1일부터 8월 10일까지 5주간으로 연구자가 직접 노숙자가 거주하는 쉼터와 무주거자가 구제금을 받아 가는 교회를 방문하여 연구의 목적과 자료수집 방법을 설명한 후 협조를 구 한 후 설문지를 배포 수거하였다.

5. 자료수집 및 분석방법

회수된 질문지는 총 271부였으나 불완전하게 응답한 36부를 제외한 총 235부가 본 연구 자료분석에 사용되었다.

수집된 자료는 연구목적에 따라 SPSS / PC를 이용하여 전산처리 하였으며 분석방법은 다음과 같다.

- 1) 노숙자의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율을 구하였다.
- 2) 노숙자의 인구사회학적 특성과 가족지지, 자아존중감 및 삶의 만족도는 t-test 와 ANOVA를 이용하였다.
- 3) 노숙자의 가족지지, 자아존중감 및 삶의 만족도와와의 관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.

6. 연구의 제한점

본 연구의 대상은 서울특별시 소재한 4개소의 희망의 집과 교회 2개소를 유의표출 하였으므로 본 연구 결과를 일반화 할 때는 신중을 기하여야 한다.

<표 1> 노숙자의 인구사회학적 특성 (N=235)

특성	구분	빈도(비율)
1. 연령(세)	20-39	63(31.9)
	40 ~	134(68.1)
2. 학력	초졸	46(20.0)
	고졸	161(70.0)
	대졸	23(10.0)
3. 종교	무	84(36.2)
	유	148(63.8)
4. 결혼	기혼	52(21.5)
	미혼	105(78.5)
5. 자녀	유	107(50.5)
	무	105(49.5)
6. 가족연락	가능	147(65.9)
	불가능	76(34.1)
7. 가족과 떨어진 시기(년)	~ 1	22(21.0)
	1-3	105(45.5)
	4-6	34(16.4)
	7-9	12(5.6)
	10~	43(20.9)
8. 가족과 떨어진 동기	경제어려움	96(42.7)
	가족갈등	34(15.1)
	별거/이혼	25(11.1)
	병	20(8.9)
	자유	14(6.2)
	기타	36(16.0)
9. 용돈(만원)	~ 10	122(53.7)
	10-30	86(37.9)
	30-50	19(8.4)
10. 약물	한다	16(6.9)
	안한다	217(93.1)
11. 흡연	한다	178(77.0)
	못한다	51(22.5)
12. 음주	한다	78(68.5)
	못한다	74(31.5)
13. 질병상태	없다	95(42.1)
	있다	127(57.9)
14. 질병 있는 경우 이환종류	당뇨	10(4.5)
	고혈압	12(5.4)
	간질환	4(1.8)
	결핵	7(3.2)
	근골격질환	28(12.6)
	소화기질환	37(16.7)
	정신질환	1(0.5)
	기타	28(12.6)
15. 현재 수입과 관련된 일	있다	97(42.4)
	없다	132(57.6)
16. 현재 마음 상태	답답	30(29.3)
	불안	69(54.1)
	답답	10(7.8)
	평안	19(14.8)

IV. 연구 결과 및 논의

1. 노숙자의 인구사회학적 특성

연구 대상자 인구사회학적 특성은 <표 1>과 같다.

연령 분포는 40세 이상이 61.4%, 39세 이하가 38.6%였으며, 학력은 국졸과 대졸보다 고졸이 75.4%로 가장 높았고 종교를 가진 군이 62.8%이었다.

결혼상태는 미혼이 72.3%로 높았으며, 자녀는 있는 사람이 58.1%, 가족연락이 가능한 사람이 80.8%이며, 가족이 헤어진 시기를 볼 때 1년 미만이 7.5%이고, 10년 이상은 11.7%이며, 4년미만이 70.0%로 가장 많았다.

가족과 떨어진 동기를 보면 병이 이유인 경우가 1.75%이고, 그 다음이 별거나 이혼이 4.1%이고, 경제적 어려움이 54.5%로 가장 많았다.

용돈이 10만원 이하가 40.2%이고, 10이상 30만원 이상이 48.8%로 가장 많았고, 30에서 50만원 이하가 40.2%이고, 10이상 30만원 이상이 48.8%로 가장 많았고, 30에서 50만원 이상이 11.0%이었다.

현재 흡연을 하는 경우 79.5%, 음주는 61.7%가 하는 것으로 나타났다. 질병은 없다가 50.4%이며 질병시 복약 중이 95.4%였고 이환 종류 중 소화기 질환이 26.7%로 제일 많았고, 근골격 질환이 그 다음으로 21.7%, 당뇨가 10.0%이고, 간질환이 1.7%로 가장 낮았다.

2. 노숙자의 인구학적특성과 제 변수와의 관계

1) 노숙자의 인구학적특성과 가족지지의 관계

노숙자의 인구사회학적특성에 따른 가족지지와의 관계를 <표 2>에서 보면 연령, 학력, 가족과의 연락, 현재 질병 상태에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

노숙자의 연령과 가족지지와의 관계에서는 40세 이상(2.90±0.64)보다 40세 이하(3.18±0.59)가 평균점수가 높았는데 이것은 통계적으로도 유의(t=2.74, P=.001)하여 결과적으로 40세 이하가 가족지지 정도를 더 높게 인지하는 것으로 나타났다.

또한 학력과 가족지지와의 관계에서는 대졸(3.37±0.53)이 가장 높았고, 다음은 고졸(2.94±0.62), 초등졸(2.87±0.61)의 순으로 유의한 큰 차이(f=5.48, P=.001)를 보였다. 이러한 차이는 고학력 일수록 이 가족지지 점수가 더 높음을 알 수 있었다.

현재 가족과 연락을 하는가의 관계에서 가능하다(3.05±0.61)가 가능하지 않다(2.84±0.65)보다 높게 나타나 유의

($t=2.29$, $P=.05$)하므로 가족과 연락이 가능할 경우에 가족지지 점수가 높음을 나타냈다. 또한 현재 질병 상태에 대해 질병이 없다(3.09 ± 0.55)군이 있다(2.90 ± 0.67)보다 평균 점수가 높게 나타나 유의한 차이($t=2.04$, $P=.05$)를 보여 질병이 없는 경우에 가족지지가 높음을 알 수 있었다.

김현실(1999), Loomba(1987)은 연령이 실직에 미치는 영향에 대한 연구에서 나이가 젊을수록 실직대상이 될 확률은 보다 높으나 실직에 의한 영향은 보다 적다고 보고하고 있다. 노숙자의 원인 중 실직이 큰 비중을 차지하는 것을 볼 때, 본 연구에서 40세이전과 이후에서 비교하면 젊은 층에서는 직장의 재직 기간이 짧아 직장의 애착면에 덜 치명적이지만 중년층은 가정의 경제면에서와 가족지지에서 심각한 문제가 될 수 있어 연령에 따라 큰 차이가 나타나 본 연구의 결과를 뒷받침했다.

여러 연구(Warr et al., 1988; Kaufman, 1982)에서 대학교육을 받지 않은 사람이 대학을 졸업한 사람 보다 재취업 하기가 더 어렵다고 했다. Calsyn과 Morse(1992)는 가족이 노숙자에게 미치는 막대한 영향을 설명하면서, 가족은 노숙자가 재기에 적응하도록 도와주는 중요한 역할을 한다고 하였다. 이것을 적용할 수 있는 사람, 사회에서 많은 성취를 위해 노력할 수 있는 사람의 배경이 비좁은 노동 시장에서

보다 기술이 많고 교육수준이 높은 사람이 취업에 더 효과적으로 경쟁할 수 있는 것을 학력으로 설명하였다. 본 연구에서 나타난 가족지지, 자아존중 및 삶의 만족 모두에서 학력의 높은 것에 모두 높은 수치를 보이는 중요성을 지지해 주었다.

현명선(1992)과 이숙(1986)의 정신질환자와 가족지지의 연구에서 환자에 대한 가족의 긍정적인 태도에 따라 환자가 인지하는 가족지지의 정도가 높아져서 회복과 사회적이 높아지는 결과를 볼 수 있다고 했다. 노숙자 또한 가족과 연락이 가능한 경우가 가능치 못한 경우보다 큰 차이로 가족지지가 높은 것을 볼 때 노숙자에게 가족지지를 높힐 수 있는 방안이 필요하다고 본다.

2) 노숙자의 인구사회학적 특성과 자아 존중감과의 관계

노숙자의 인구사회학적 특성과 자아존중감과의 관계를 <표 2>에서 보면, 학력, 질병이 있는 경우에 병의 이환 종류, 현재 수입과 관련된 일에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

학력과 자아존중감과의 관계에서 대졸(3.32 ± 0.68)이 가장 높았고, 다음은 고졸(3.00 ± 0.58), 초등졸(2.95 ± 0.57)의 순으로 유의한($t=3.24$, $P=.05$)차이를 보여 대졸이상 노숙자가 자아 존중감이 가장 높았다.

질병이 있는 경우에 병의 이환 종류는 노숙자가 갖고 있는

<표 2> 노숙자의 인구사회학적 특성과 가족지지, 자아존중감, 삶의 만족도 정도 <N=235>

특성	구분	일반적 특성	가족지지			자아존중			삶의 만족도				
		실수(%)	평균(SD)	t/F값	p값	평균(SD)	t/F값	p값	평균(SD)	t/F값	p값		
1. 연령 (세)	20-39	63(32.0)	3.18(0.59)	2.74	0.00***	2.93(0.59)	-1.38	0.16	1.55(0.34)	0.28	0.88		
	40 ~	134(68.0)	2.90(0.64)									3.05(0.57)	1.53(0.39)
2. 학력	초졸	46(20.0)	2.87(0.61)	5.48	0.00***	2.95(0.57)	3.24	0.04*	1.51(0.35)	3.93	0.03*		
	고졸	161(70.0)	2.94(0.62)									3.00(0.58)	1.52(0.36)
	대졸	23(10.0)	3.37(0.53)									3.32(0.68)	1.75(0.49)
3. 종교	무	84(36.2)	3.01(0.59)	0.54	0.58	2.94(0.61)	-1.87	0.06	1.48(0.31)	-1.69	0.10		
	유	148(63.8)	2.96(0.64)									3.10(0.58)	1.57(0.41)
4. 결혼 상태	미혼	52(22.1)	2.99(0.65)	-0.18	0.25	3.10(0.60)	-1.48	0.73	1.60(0.42)	1.27	0.28		
	기혼	183(77.9)	2.97(0.60)									2.98(0.59)	1.52(0.36)
5. 자녀	유	107(50.5)	2.94(0.61)	-0.73	0.46	2.98(0.58)	-1.81	0.07	1.52(0.39)	-0.36	0.44		
	무	105(49.5)	3.01(0.66)									3.14(0.61)	1.54(0.38)
6. 가족 연락	가능	147(65.9)	3.05(0.61)	2.29	0.02*	3.02(0.59)	-.37	0.70	1.58(0.40)	2.10	0.01**		
	불가능	76(34.1)	2.84(0.65)									3.06(0.60)	1.46(0.31)
7. 가족과 떨어진 시기 (년)	~1	21(9.7)	3.08(0.57)	1.09	0.35	2.86(0.60)	0.77	0.54	2.68(0.45)	0.97	0.42		
	1-3	120(55.6)	3.04(0.57)									3.07(0.61)	2.86(0.52)
	4-6	20(9.3)	2.93(0.65)									2.97(0.52)	2.74(0.52)
	7-9	21(9.7)	2.73(0.25)									2.93(0.60)	2.81(0.55)
	10~	34(15.7)	2.87(0.86)									3.09(0.59)	2.88(0.45)

8. 가족과 떨어진 동기	경제어려움	96(42.7)	3.08(0.59)	1.60	0.16	3.02(0.57)	0.82	0.54	1.48(0.34)	1.40	0.16
	가족갈등	34(15.1)	2.87(0.46)								
	별거/이혼	25(11.1)	2.73(0.61)								
	병	20(8.9)	2.85(0.70)								
	자유	14(6.2)	3.06(0.88)								
	기타	36(16.0)	2.91(0.67)								
9. 용돈 (만원)	~ 10	122(53.7)	2.91(0.64)	1.41	0.24	3.13(0.59)	2.85	0.06	1.52(0.37)	0.95	0.19
	10-30	86(37.9)	3.07(0.57)								
	30-50	19(8.4)	2.98(0.71)								
10. 습관 약물 사용	한다	16(6.9)	2.92(0.77)	-0.37	0.71	2.80(0.75)	-1.57	0.11	1.38(0.35)	-1.73	0.21
	못한다	217(93.1)	2.98(0.62)								
11. 알콜	한다	178(77.7)	3.03(0.63)	1.71	0.08	3.05(0.58)	0.59	0.55	1.52(0.37)	-0.87	0.47
	못한다	51(22.3)	2.87(0.56)								
12. 담배	한다	155(67.7)	2.99(0.64)	0.90	0.36	3.02(0.59)	-0.68	0.49	1.51(0.37)	-2.38	0.01**
	못한다	74(32.3)	2.90(0.54)								
13. 질병 상태	없다	95(42.8)	3.09(0.55)	2.04	0.04*	3.04(0.59)	-0.06	0.95	1.59(0.35)	1.92	0.05*
	있다	127(57.2)	2.90(0.67)								
14. 질병 있는 경우 이환 종류	당뇨	10(7.9)	3.30(0.74)	1.65	0.12	3.04(0.62)	3.38	0.00***	1.34(0.24)	1.03	0.30
	고혈압	12(9.4)	3.09(0.69)								
	간질환	4(3.1)	2.44(1.02)								
	결핵		2.81(0.53)								
	근골격질환	7(5.5)	2.95(0.53)								
	소화기질환	28(22.0)	2.97(0.66)								
	정신질환	37(29.1)	2.76(-)								
	기타	1(0.8)	2.60(0.70)								
28(22.0)		4.13(-)	1.73(-)								
15. 현재 수입과 관련된 일	있다	97(42.4)	3.07(0.60)	1.69	0.09	2.93(0.59)	-2.12	0.03*	1.60(0.40)	1.74	0.13
	없다	132(57.6)	2.92(0.64)								
16. 현재 마음 상태	답답	30(23.4)	2.88(0.74)	2.21	0.09	2.99(0.67)	1.02	0.38	1.48(0.35)	6.12	0.00***
	불안	69(53.9)	2.99(0.62)								
	답답	10(7.8)	2.79(0.55)								
	평안	19(14.8)	3.37(0.72)								
						3.00(0.61)			1.42(0.33)		
						2.83(0.60)			1.54(0.49)		
						3.25(0.68)			1.83(0.47)		

*P< .05 **P< .01 ***P< .001

질병들 간의 자아 존중감에 유의한($t=3.38, P=.001$) 큰 차이를 보였다. 특히 근골격질환이 소화기질환 다음으로 발생 빈도가 높은 것은 관절 문제를 가진 만성질환자들은 일상생활에서 제한을 받는 신체상태를 의식하고 있기 때문에 스스로 자신에 대해 무력감을 느끼며 자아존중감이 낮아질 수 있다는 김명자와 송경애(1990)의 연구와 같은 설명이 된다.

현재 수입과 관련된 일에서, 일을 가진군(3.11 ± 0.61)이 직업을 가지지 않은군(2.93 ± 0.59)에서 보다 자아 존중

감이 높아 유의한($t=2.12, P=.05$)차이를 나타냈다.

이는 만성관절염 환자를 대상으로 한 김명자와 송경애(1990)의 연구와 심장질환 환자를 대상으로 한 서양숙(1995)의 연구에서도 수입의 일이 없는 경우보다는 일이 있는 경우의 환자에서 자아존중감이 높았다고 보고한 결과와 일치하였는데, 이것은 아마도 직업 자체가 환자들의 무력감을 없애주는 요소가 되어 자아존중감 형성에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 시사하고 있다. 또한 이에 더하여 Buttriss

와 Kuiper (1995)도 노숙자는 직업을 얻기 위한 기술이 부족하고, 경제적인 조정의 시기에 성공적으로 경쟁하지 못하면 선택적으로 희생이 될 수 있어 우울해지며 자존감이 떨어지고, 약물을 남용하고 얼마만큼 많은 양의 알콜을 마시느냐가 노숙자 생활을 할 때 신체, 정신적으로 불구가 되는가의 여부를 결정하게 된다고 했다.

한편, '가족과의 연락이 있는가'에서 연락이 가능하다는 노숙자가 불가능하다는 노숙자보다 가족 지지와 삶의 만족이 모두 유의한 차이로 연락이 가능한 사람이 높았음에도, 자아존중감에서 만은 가족과 연락이 가능한 노숙자에서 더 낮은 통계를 보였다. 이와 같은 결과는 Taft(1985)가 주장한 시설에 거주하는 노인과 마찬가지로, 쉼터에 있는 노숙자도 가정을 떠나 시설에 혼자 있는 여러가지의 비난, 사회적 상호작용의 저하, 환경 조절능력의 상실로 인해 영향을 더 받기 때문에 자아존중감이 저하되는 문제에 빠질 위험이 있다고 한 견해와 일치되는 결과를 보여주었다.

3) 노숙자의 인구사회학적 특성과 삶의 만족도와의 관계

노숙자의 인구사회학적 특성과 삶의 만족도와의 관계를 <표 2>에서 보면, 학력, 가족과의 연락, 현재의 담배를 피우는가, 현재의 질병이 있는가, 현재 마음 상태가 어떤가에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.

학력에 따른 삶의 만족도와의 차이를 보면 관계에서 대졸(1.75±0.49)이 가장 높았고, 다음은 고졸(1.52±0.36), 초졸(1.51±0.35)의 순으로 유의한(t=3.39, P= .05)차이를 보여 대졸이상 노숙자가 삶의 만족정도를 더 높게 표시하였다.

현재 가족과 연락을 하는가의 관계에서 가능하다(1.59±0.40)가 가능하지 않다(1.46±0.31)보다 높게 나타나 유의(t=2.10, P= .01)하므로 가족과 연락이 가능할 경우에 삶의 만족정도가 높은 것으로 나타났다.

현재 담배를 하는가의 삶의 만족정도에 차이를 보면, 담배를 안하는 사람(1.65±0.38)이 하는 사람(1.51±0.37)보다 더 유의한 차이(t=2.38, P= .01)로 높았다.

현재 질병 상태에서 질병이 없다군(1.59±0.35)에서 있다군(1.49±0.39)보다 만족도가 높게 나타나 유의한 차이(t=1.92, P= .05)를 보여 질병이 없을 때 삶의 만족정도가 높은 것으로 나타났다. 특히 Palmore와 Luikart(1972)는 자신이 지각한 건강상태가 삶의 만족도의 여러 영향 인자 중 가장 중요한 변인이라고 하였다.

현재 마음 상태가 어떤가에 따라 삶의 만족정도를 보면, 평안(1.83±0.47)이 제일 높았고, 답답(1.54± 0.49), 답답(1.48±0.35), 불안(1.42±0.33)의 순이었고 통계적으로

유의한 차이(t= 6.12, P= .001)를 보였다.

이상에서 보면, 관절염을 갖고 있는 환자를 연구한 김명자와 송경애(1990)와 최혜경(1987)의 연구에서 인구학적 변인에 따른 삶의 만족도과는 유의한 결과를 얻지 못했다는 결과와 본 연구는 일치하지 않았다. 하지만 질병의 유무가 자아존중감과 삶의 만족도와 관계가 있다고 보고한 선행 연구들(노유자, 1988; McSweeny들, 1982; Spitzer들, 1981)의 결과와 일치한다.

3. 노숙자의 가족지지, 자아존중감, 삶의 만족도와의 상관관계

<표 3> 노숙자의 가족지지, 자아존중감, 삶의 만족도간의 상관관계 <N=235>

	가족지지	자아존중감	삶의 만족
가족지지	1		
자아존중감	0.267(P=0.00)	1	
삶의 만족	0.288(P=0.00)	0.179(P=0.01)	1

노숙자의 세 가지 변수간의 상관관계를 살펴본 바<표 3>, 가족지지와 자아존중감 정도(r= .267, P= .001), 가족지지와 삶의 만족 정도(r= .288, P= .001), 삶의 만족과 자아존중감 정도(r= .179, P= .01)간에 통계적으로 유의하게 순상관관계를 나타내었다.

가족지지는 장기간 계속되는 문제나 갈등을 증대하는 사회, 심리적 변수로 일상생활의 적응 및 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이라고 보고한 조현숙(1987)과 장혜경(1988)의 연구결과와, 가족지지가 만성관절염환자의 삶의 만족에 영향을 미치는 상관계수(r=.3914, P=.01)의 결과를 나타낸 최혜경(1987)연구결과에 의해 상관관계가 있음이 뒷받침되고 있다. 김명자와 송경애(1990)연구에서도 자아존중감과 삶의 만족도간에는 비교적 높은 상관관계(r= .4474, P= .001)가 있다고 하였다. 그러므로 노숙자의 가족지지가 높을수록 또한 자아존중감이 높을수록 삶의 만족이 높음을 알 수 있다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는 노숙자를 대상으로 가족지지와 자아존중감 및

삶의 만족감간의 관계를 규명함으로써 노숙자의 질적 삶을 도모할 수 있는 총체적 간호 수행을 위한 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 상관관계 연구이다.

연구대상은 서울시 소재 노숙자의 거주지 인 쉼터 4개소의 130명과 거주지 없는 무주거 노숙자에게 구제금을 기부하는 교회 2개소의 105명을 택하였고 선정된 235명을 대상으로 하였으며, 자료수집 기간은 2000년 7월 1일부터 8월 10일 까지 5주간이 소요되어 자료를 수집하였다. 가족지지 측정도구는 박지원(1985)이 개발한 사회적지지 측정도구 중간절적으로 지각한 측정도구를 사용하였으며, 자아존중감을 측정하기 위해서는 Rosenberg(1971)가 개발하고 전병재(1974)가 번안한 것, 삶의 만족도 측정도구는 Wood, Wylie & Sheaffer(1969)가 작성한 측정 도구 (Life-Satisfaction Index-Z)를 최혜경(1987)이 번역한 척도를 사용하였다.

자료 분석은 연구목적에 따라 SPSS / PC+를 이용하여 분석하였다. 노숙자간의 인구사회학적 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 인구사회학적 특성과 가족지지, 자아존중감 및 삶의 만족도는 t-test를 이용하였다. 또한 노숙자가 인지하는 가족지지, 자아존중감, 삶의 만족도 세 변수간의 상관관계는 Pearson correlation coefficient로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

- 1) 노숙자의 인구사회학적 특성과 가족지지와의 관계를 보면 연령($t=2.74$, $P=.001$), 학력($t=5.48$, $P=.001$), 가족과의 연락($t=2.29$, $P=.05$), 현재질병상태 ($t=2.04$, $P=.05$) 에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.
- 2) 노숙자의 인구사회학적 특성과 자아존중감과의 관계를 보면, 학력($t=3.24$, $P=.05$), 가족과의 연락($t=3.38$, $P=.001$), 질병이 있는 경우에 병의 이환종류 ($t=2.12$, $P=.05$), 현재 수입과 관련된 일 ($t=2.12$, $P=.05$)에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.
- 3) 노숙자의 인구사회학적 특성과 삶의 만족도와와의 관계를 보면, 학력 ($t=3.39$, $P=.05$), 가족과의 연락 ($t=2.10$, $P=.01$), 현재의 담배를 피우는가 ($t=2.38$, $P=.01$), 현재의 질병이 있는가 ($t=1.92$, $P=.05$), 현재 마음 상태가 어떤가($t=6.12$, $P=.001$) 에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다.
- 4) 노숙자의 세 가지 변수간의 상관관계에서, 가족지지와 자아존중감 정도($r=.267$, $p=.001$), 가족지지와

삶의 만족 정도($r=.288$, $p=.001$), 삶의 만족과 자아 존중감 정도($r=.179$, $P=.01$)간에 통계적으로 유의하게 순상관관계를 나타냈다.

이상의 연구결과를 통하여 노숙자들의 보다 신속한 가족 및 사회구성인으로 복귀를 위하여 보다 세심한 배려가 전제되는 가족구성원의 사랑과 사회적 지지가 고려되어야 하며, 이로써 그들의 자존감이 유지되며 긍정적인 사고로의 전환이 가능하여 보다 질적인 삶이 영위될 수 있으리라 사료된다.

2. 제언

- 1) 노숙자의 실정에 적합한 가족지지와, 자아존중감 및 삶의 만족도에 관한 측정 도구의 개발이 필요하다고 본다.
- 2) 노숙자의 경험과 관찰된 내면 세계를 확인하기 위한 보다 심층적으로 개별적 접근이 가능한 질적간호 연구로 이들의 경험의 의미를 확인하는 연구를 제언하고자 한다.

참 고 문 헌

강연화, 유숙자 (1999). 그룹홈에 거주하는 만성정신분열병 대상자와 재가만성정신분열병 대상자의 삶의 질에 대한 비교, 정신간호학회지, 8(1), 170-176.

강현숙 (1985). 재활 강화교육이 편마비 환자의 자가간호수행에 미치는 효과에 관한 실험적 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.

권 범 (1996). 직업재활이 퇴원한 만성정신장애인에게 미치는 삶의 만족도에 관한 비교연구, 숭실대학교대학원 석사학위논문.

김명자, 송경애 (1990). 류마티스 관절염 환자의 불편감, 자아존중감, 성격 및 삶의 만족간의 관계, 대한간호학회지, 20(2), 185-194.

김숙정 (1987). 혈액투석환자가 지각한 가족지지와 생활적응에 관한 연구, 광주보건전문대학논문집, 12, 75-75-89.

김원숙 (1997). 만성관절염 환자의 삶의 만족도에 관한 연구, 류마티스 건강학회지, 4(2), 87-97.

김조자 (1992). 환자 스트레스와 가족의 방문에 관한 실증적 연구, 연세대학교 박사학위 논문.

김형태 (1998). 무거주자의 생활실태 및 욕구에 관한 연구, 숭실대학교 대학원 사회사업학과 석사학위논문.

노숙자다시서기지원센터 (1998). 사회복지관 희망의집 설

- 치·운영계획(안).
- 노유자 (1988). 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 노유자, 김춘길 (1995). 가정노인과 양로원노인의 체력, 자기효능, 일상생활활동능력 및 삶의 질에 관한 연구, 대한간호학회지, 25(2), 259-273.
- 박미선 (1997). 정신분열병 환자 가족 교육이 가족의 부담감, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과. 가톨릭대학교대학원 석사학위논문.
- 박지원 (1985). 사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 부랑인 복지시설의 나아갈 방향(1998). 제6회 부랑인복지세미나자료집, 한국부랑인복지시설연합회.
- 서양숙 (1995). 심장질환자의 가족지지, 자이존증감, 삶의 만족도간의 관계연구, 전북대학교 간호학과대학원 석사학위논문.
- 송경애, 김명자 (1992). 만성관절염 환자의 삶의 질과 관련된 영향변수분석, 가톨릭간호, 13, 13-23.
- 심재학 (1998). 실직노숙자의 욕구 및 실태와 사회복지프로그램에 관한 연구, 중앙대학교 사회개발대학원 석사학위논문.
- 원정숙 (1999). 홈리스의 생활경험에 관한 질적간호연구의 이해, 경희간호논문집 8권.
- 원정숙, 조희 (1998). 지역사회 정신보건 재활간호사업이 만성정신질환자가 지각한 가족지지에 미치는 영향, 정신간호학회지, 7(1), 187-196.
- 이근우 (1995). 현대정신의학, 서울, 일조각.
- 이소우 (2000). 새 술병에 담은 오래된 포도주, 간협신보 4면, 시론.
- 이숙 (1986). 정신질환자와 비정신질환자의 사회적지지 비교 연구, 이화여대 대학원 석사학위 논문.
- 이영희 (1998). 한국 실직노숙자 현황과 보호대책에 관한 연구, 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 이윤구 (1987). 부랑인 복지와 교회의 역할, 한국기독교 사회복지학회 제5차 학술세미나.
- 이재연, 최영희 (1991). 의사소통과 가족관계. 서울, 형설출판사.
- 이지영 (1998). Ego-gram에 나타난 자아상태와 자이존증과의 관계, 정신간호학회지, 6(2), 206-215.
- 장숙희 (1991). 입원환자가 지각한 가족지지와 상태불안과의 관계연구, 조선대학교 석사학위논문.
- 정원오 (1988). "실직노숙자의 실태와 정책 방향", (국회 인권 포럼), 5월.
- 장정응 (1986). TA 상담을 통한 인간관계 개선의 효과, 단국대학교 교육대학원, 석사학위논문.
- 장혜경 (1998). 암환자의 가족지지 및 질적 삶의 관계 연구, 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 전병재 (1974). Self-esteem: A test of its measurability, 연세논총 11, 107-129.
- 조성원 (1996). 자이존증감프로그램이 자이존증감과 학습동기에 미치는 효과, 한국 교원대학교 석사학위논문.
- 조현숙 (1987). 신장 이식 환자가 인지하는 가족 지지와 질적 삶의 관계 연구, 연세대학교 대학원 석사학위 논문.
- 차홍봉 (1987). 부랑인 복지의 실태와 대책, 1987년도 춘계학술 한국사회복지학회 학술토론 및 연구발표요지, 서울: 한국사회복지학회.
- 최영희 (1983). 지지적 간호중재가 가족지지 행위와 환자역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구, 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 최혜경 (1987). 만성관절염환자의 가족지지, 치료지시이행 및 삶의 만족간의 관계연구, 대한간호학회지, 17(3), 218-224.
- 한국부랑인복지시설연합회(1997). 21세기를 향한 부랑인보호사업의 발전적 방안 모색, 제5회 부랑인복지세미나 자료집.
- 현명선 (1992). 퇴원한 만성정신질환자가 지각한 가족지지와 사회적 적응과의 관계 연구, 대한간호학회지, 22(3), 352-361.
- 홍연표 (1998). 실직 노숙자 보호대책에 관한 연구, 강남대학교 사회복지대학원.
- 황태연 (1995). 직업재활 프로그램이 만성정신분열증 환자의 삶의 질에 미치는 영향, 고려대학교대학원 석사학위논문.
- Baumann, B. (1961). Diversities in conceptions of health and physical fitness. Journal of Health and Human Behaviour, 2, 39-46.
- Beam, I.M. (1984). Helping Families Survive, American Journal of Nursing, 229-232.
- Burckhardt, C.S. (1989). Quality of life of adults with chronic illness : a psychometric study. Research in Nursing & Health, 12, 347-354.
- Buttriss, G. & Kuiper, R.A. (1995). The Use of a homeless Shelter as a Clinical Rotation for Nursing Students. Journal of Nursing Education, 34(8).
- Calsyn, R.J. & Morse, G.A. (1992). Predicting Psychiatric Symptoms Among Homeless People,

- community Mental Health Journal, 28(5).
- Coopersmith, S. (1967). The antecedents of Self-Esteem, Sanfrancisco: Freeman.
- Coopersmith, S. (1975). Self-Esteem Inventory, Sanfrancisco: Self-Esteem Inventory, Sanfrancisco: Self-Esteem Institute.
- Dubos, R. (1976). The state of health and the quality of life. The Western Journal of Medicine, 125(1), 8-9.
- Frerichs (1973). Relationships of Self-Esteem and Internal - Ecternal control to Selected Characteristics of Associate Degree Nursing Students, Nursing Research, 22(4), 350-352.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment, Journal of Health and Social Behavior, 19, 157-165.
- Herth, K. (1996). Hope from the Perspective of homeless families, Journal of Advanced Nursing, 24, 743-753.
- Hertzbery, E. (1992). The homeless in the United States: Conditions, typology, and interventions. International Social Work, 35(2), 149-161.
- Kasl, S. V. (1975), "Issues in Patient Adherence to Health Care Regimens," Journal of Human Stress, 1(3), 5-18.
- kaufman, H.G. (1982). Professional in search of work, New York: Wiley.
- King, P.A. (1993). A Teaching Strategy for Identifying Values A Clinical Experience with the Homeless, Nurse Educator, 18(4).
- Laborde, J.J. & Powers, M.J. (1980), "Satisfaction with life for patients undergoing hemodialysis and patients suffering from osteoarthritis," Research in Nursing and Health, 3, 19-24.
- Lafuents, Corazon R. (1995). The Lived Experiences of Homelessness Men, Journal of Community Health Nursing, 12(4), 211-219.
- Lehman, A.F. (1988). A Quality of Life Interview for the Chronically Mentally Ill. Evaluation and Program Planing, 11, 55-52.
- Malloy, C., Christ, M.A., & Hohloch, F.J. (1990). The homeless: Social isolates; Journal of Community health Nursing, 7(1), 25-36.
- Maslow, A.H. (1954). Motivation and personality, New York: Harper and Row. Mattsson, Eira I. (1975): Psychological aspects of severe physical injury and it's treatment, The Journal of Trauma, 15(3), 217-234.
- McEwan, P.J. (1974). The social approach to family health studies, Social Science and Medicine, 8, 488.
- McSweeney, A.J., Grant,I., Heaton, R.K., Adams, K.M., & Timms, R.M. (1982). Life Quality of patiens with chronic obstructive pulmonary disease, Arch. Int. Med., 142(4), 473-478.
- Muhlenkamp, A.F. & Joyner, J.A. (1986), "Arthritis Patients Self-Reported Affective State and their Caregivers' Perceptions," Nursing Research, 35 (1), 24-27.
- Naomi Gerstel et al. (1996). The Therapeutic Incarceration of Homeless Familes, Social Service Review, 70(4).
- Nyamathi, A.M. (1991). Relationship of Resource to Emotional Distress, Somatic Complaints, and High-Risk Behaviors in Drug Recovery and Homeless Minority Women. Research in Nursing & Health, 14, 269-277.
- Padgett, D.K., & Struening, E.L. (1991). Influence of substance abuse and mental disorders on emergency room use by homeless adults. Hospital and Community Psychiatry, 42, 834-837.
- Padilla, G. V. & Grant, M. M. (1985). "Quality of life as a cancer nursing outcome variables," Advances in Nursing Science, 8(1), 45-60.
- Rosenberg, M. & Simons, R.G. (1971). Black and white self-esteem, (the urban school child Washington). Rosmonograph series, 1-10.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image, Princeton, N. J. Princeton university Press.
- Rossi, P., & Wright, J. (1987). The determinants of homelessness. Health Affairs, 6(1), 19-32.
- Shrauger, J. Sideny (1972). Self-esteem and reaction to being observed by others, Journal of Personality and Social Psychology, 25(2), 192-200.
- Smith, M.T., Goodman, J.A., Ramsey, N.L. &

- Pastemack, S.B. (1982). Child & Family, MC Graw-hill Book Co.
- Spinner, G.F., & Leaf, P.J. (1992). Homelessness and drug abuse in New Haven. Hospital and Community Psychiatry, 43, 166-168.
- Spitzer, W.O., Dobson, A.J., Hall, J., Levi, J., Shepherd, R., Battista, R.N., & Catchlove, B.R. (1981). Measuring the quality of life of cancer patients, J. Chr. Dis., 34, 585-597.
- Stuart, G.W. & Sundeen, S.J. (1983). Principles and practice of psychiatric nursing, C. V. Mosby company, 206-241.
- Stuart, J.W. & Sundeen, S.J. (1995). Psychiatric Nursing 5ed, St. Louis: Mosby Inc.
- Taft, L.B. (1985). Self-Esteem in Later Life : A Nursing Perspective, A.N.S., 8(1), 77-84.
- Warr, P.B., Jackson, P., & Banks, M. (1998). Unemployment and mental health: Some British studies, Journal of Social Issues, 44, 47-68.
- Wright, J. (1990). Poor people, poor health: The health status of the homeless. Journal of social Issues, 46(4), 49-64.

-Abstract-

Key concept : Homeless, Family Support, Self-esteem and Life-satisfaction

A Study on the Relationships of Family Support, Self-esteem and Life-satisfaction in Homeless Persons

Kim, Kivuy Bur · Won, Jeong Sook***

The purpose of this study was to investigate the correlation of family support, self-esteem and life-satisfaction in homeless persons and to provide basic data to help them attain a better quality of life.

From Jul. 1 to Oct. 10, 2000, 235 homeless persons, registered at the noninstitutionalized homeless and institutionalized homeless in Seoul, were accepted as subjects for the study. The instruments used for this study were a Family support scale of Park, Jee Won, life-satisfaction scale of Wood, Wylie & Sheaffer and Rosenberg's Self-esteem Scale.

The reliability of the scales were tested by Cronbach's Alpha. The collected data Were analyzed by the SPSS program using unpaired t-test and Pearson's Correlation Coefficients.

The results were as follows :

1. There Was a statistically significant difference in the level of demographic between family support groups : age($t=2.74$, $P=.001$), education background($f=5.48$, $P=.001$), connection of family ($t=2.29$, $P=.05$), present illness($t=2.04$, $P=.05$).
2. There Was a statistically significant difference in the level of demographic between self-esteem groups : education background($t=3.24$, $P=.05$), connect of family ($t=3.38$, $P=.001$), types of disease($t=2.12$, $P=.05$), job related to income ($t=2.12$, $P=.05$).
3. There Was a statistically significant difference in the level of demographic between life-satisfaction groups : education background($t=3.39$, $P=.05$), connect of family($t=2.10$, $P=.01$), smoking($t=2.38$, $P=.01$), disease($t=1.92$, $P=.05$), emotion states($t=6.12$, $P=.001$).
4. There was a positive correlation between family support and self-esteem for the homeless and it was statistically significant ($r=.267$, $p=.001$).
5. There was a positive correlation between family support and life-satisfaction for the homeless and it was statistically significant($r=.299$, $p=.001$).
6. There was a positive correlation between life-satisfaction and self-esteem for the homeless and it was statistically significant($r=.179$, $p=.01$).

* Professor, School of Nursing Science, Kyung Hee University

** Professor, School of Nursing, Kyung Hee University