

한국 농촌의 건강가족 집단 분류 및 특성에 관한 연구
- 자녀교육기의 농촌가족을 중심으로 -

Classification and Characteristics of Healthy Family
Groups of Rural Families in Korea

- Especially written about middle school children family stage -

농촌진흥청, 농촌생활연구소
농업연구사 양 순 미
경희대학교 아동가족학과
교 수 유 영 주
상명대학교 가족복지학과
부 교 수 정 현 숙

Rural Development Administration, Rural Living Science Institute

Reser. : Yang, Soon Mi

Dept. of Child & Family Studies, Kyunghee University

Prof. : Yoo, Young Ju

Dept. of Family Welfare, Sang Myung University

Associate Prof. : Chung, Hyunsook

〈목 차〉

- | | |
|------------------|---------------|
| I. 문제제기 | IV. 연구결과 및 논의 |
| II. 선행연구 고찰 | V. 결론 및 제언 |
| III. 연구문제 및 연구방법 | 참고문헌 |

〈Abstract〉

The purpose of this thesis is to explore the health characteristics of different groups of rural families in Korea. The subjects of the study were all couples from the selected 40 villages whose eldest child's educational level is at least at a middle school level. The data for 356 people from 178 households were analysed.

Groups of healthy family were organized into two classes - the H group, and the L group. The probability to be involved in H group, by logistic analysis, was

heightened as the mental health of the family and marital satisfaction increased, and as the seriousness of a couple's problems decreased. Also it was heightened as the numbers of family members decreased, as the academic level of couple accorded, as the problems of kinship were no, and as the problems of local society were recognized.

The groundwork of this treatise can be used as basic materials to establish a model of a healthy rural family and make programs for the improvement of rural family health.

◆ key word: 농촌가족, 건강가족, 건강가족 집단, 건강가족 특성

I. 문제제기

집단은 흔히 원초집단(primary group)과 이차집단(secondary group)으로 분류된다. 원초집단이란 개념은 원래 콜리(Charles H. Cooley)가 개인의 사회화 과정에 있어서 집단의 분위기가 인성의 형성과정에 미치는 영향을 설명하기 위해 분석적인 개념으로 만들어낸 것이다. 원초집단에는 여러 집단들이 속해 있는데 그 중에서 가족은 가장 대표적인 제도화된 집단(the institutionalized small group)이다. 인간이 세상에 태어나서 제일 먼저 경험하는 사회가 곧 가족이며, 성장과정에서도 가족의 영향은 절대적이다. 성인이 되고 나서도 인간의 정서생활에 가장 기본적인 구실을 하는 것이 바로 가족집단이다(전병재, 1997).

따라서 가족집단이 어떠한 특성을 갖느냐 하는 문제 즉 그 가족이 건강한 집단이나 그렇지 않느냐는 대단히 중요한 사안이라 할 수 있다. 이러한 맥락에서 일반적으로 가족에 속해 있는 대부분의 가족원의 행동이 문화적으로 결정된다고 하더라도 건강한 가족의 준거(reference)로 받아들여지는 보편적인 특성이 있다고 생각해 왔으며, 그러한 특성을 규명하기 위해 1962년에 Otto에 의해 건강 가족에 대한 연구가 시작된 이래로 여러 학자들(Stinnett, Lewis, Barnhill, Curran 등)이 이에 접근해 왔다. 그 중 Otto와 Stinnett는 Strong이라는 용어를, Lewis와 Barnhill 그리고 Curran은 Healthy라는 용어를, Olson은 Balanced라는 용어를 사용하여 건강가족의 개념 및 특

성을 규명하려 했으나, 전반적으로 어떤 용어를 사용했느냐와는 관계없이 사회심리 및 관계적인 특성들이 건강한 가족들이 지니는 특성들의 주를 이루고 있는 것으로 지적하고 있다.

위와 같은 건강한 가족의 특성을 규명하는 일은 매우 중요한 의미를 지닌다. Olson과 DeFrain(1994)에 의하면 건강한 가족체계는 개별 가족원의 가치관 및 노력여하, 그 가족이 속한 확대 친족체계나 사회체계와의 상호작용으로 이루어지는 것으로서, 이는 곧 가족원 개개인을 건강하게 만들고 사회전체를 건강하게 하는 것은 가족체계를 건강하게 유지함으로써만이 가능하다는 맥락과 상통하는 것이라고 할 수 있다. 따라서 우리는 이상형에 따라 가족생활을 증진시키고자 더 동기화 되어야만 하고, 모든 가족원의 성장, 자존감 등을 고무하는 방향으로 가족을 이끌어야 할 필요가 있다. 이것은 "가족은 끊임없이 변화하고 적응하는 Proteus¹⁾와 같은 존재(Lifton, 1969)"이며, "건강한 가족이란 태어나는 것이 아니라, 만들어지는 것(Stinnett과 DeFrain, 1985)"이기 때문에 가능한 것으로서 이때 이상형의 준거(reference)가 될 수 있는 것이 바로 건강한 가족, 혹은 건강한 가족 집단의 특성인 것이다. 따라서 건강한 가족 집단이 갖는 특성들은 건강한 가족의 모델을 제시하고 가족의 건강성을 향상하는 일에 있어서 기본 토대가 되는 것이라고 할 수 있다.

그러나 건강한 가족 연구의 초기단계에 있는 우리나라의 경우 최근에 이르러서야 비로서 건강가족의

1) 그리스신화에 나오는 변화무쌍하게 환경에 적응해 가는 바다의 지혜의 신이다.

개념이 설정되는(유영주, 1999) 등 주로 몇 편의 기초 연구에 준하는 수준이고, 지금까지 행해져온 대다수의 연구가 건강한 가족의 특성을 주로 동태적인²⁾ 측면 특히 가족의 응집력이나 적응력의 차원에서 논해 왔으며, 또한 농촌가족을 대상으로 하는 연구는 거의 이루어지지 않았었다. 하지만 급격한 사회변화와 청·장년층의 이농에 따른 농촌가족 구조의 약화 및 농업생산 체계의 붕괴로 인해 농촌가족의 삶의 질이 전반적으로 저하되었다(김홍주, 1996)³⁾고 지적되는 현 시점에서 건강가족 집단의 특성을 파악하고 이의 관련 변인들을 규명하는 일은 무엇보다도 중요하고 시급한 일이라고 할 수 있다.

이러한 맥락에서 본 연구에서는 유영주(1999)의 건강가족 개념 즉 “가족원 개개인의 건강한 발달·신체적, 사회적, 심리적, 도덕적·을 도모하고, 가족원간의 상호작용·대화기술, 의사결정 과정, 스트레스 대처방안 등이 올바르게 적합하여 집단으로서의 가족체계를 잘 유지하고 있는 가족”에 준하여 농촌가족을 조망하면서 건강가족 집단을 분류하고 이들 집단이 갖는 특성을 농촌가족의 건강성 척도의 하위영역에 따라 규명하고자 한다. 본 연구는 하나의 가족내에서 부부를 대상으로 하여 농촌의 건강가족 집단에 따른 특성을 종합적이고 체계적으로 규명하려고 한 연구라는 점에서 의의가 있을 것이며, 이는 건강 가족을 위한 이상향으로서 건강성이 높은 가족집단을 준거집단(reference group)화⁴⁾하여 건강한 농촌가족의 모델을 설정하고, 농촌가족의 건강성 진단 프로그램 개발을 위한 기초자료로도 유용하게 이용될 것으로 본다.

II. 선행연구 고찰

1. 건강가족 집단

건강가족의 연구는 1962년에 Otto가 건강가족에 영향을 미치는 가족원간 상호작용 유형에 초점을 맞추어 연구하면서 시작하였다. 그 후에 여러 학자들에 의해 다양한 용어로 연구되어 왔으며 그 개념도 다양하게 정의되어 왔다. 그러나 연구자에 따라 이들 용어를 상호교환적으로 사용하고 있어서 이러한 측면은 건강가족에 대한 개념 정의를 어렵게 하는 요인으로 작용하고 있다.

한편 일반적으로 가족치료학자들은 가족을 체계로 간주하면서 체계가 병리적이지 않고 기능적으로 작용할 때를 건강가족이라고 한다. 가족학자들은 가족 관계적인 측면에서 상호관계가 적절하게 이루어지는 때를 건강가족이라고 한다. 그러나 가족치료학자인 가족학자인 간에 이들은 건강가족을 논함에 있어서 가족을 단위로 하여 접근하면서 사회심리·관계적인 측면에서의 상호작용을 강조하는 경향이다. 정신의학적인 측면에서는 일반적으로 마음이나 생각에 병리적인 장애가 없이 안정을 이루는 상태를 건강이라고 하면서 개인을 단위로 하여 접근하는 경향이다.

우리나라의 건강가족 연구는 가정학자들로 부터 시작하여 1990년대에 사회학, 의학, 사회심리학 분야로 확대되어 오면서 개념의 구분 없이 건전, 가정, 강한 가족, 기능 가족, 정상적인 가족 등으로 다양하

- 2) 집단의 특성은 구조적인 특성과 동태적인 특성으로 구분되어진다. 구조적인 특성이란 집단의 역할관계의 틀을 칭하는 것으로써 규범, 역할, 지위의 개념이 포함된다. 동태적인 특성에는 집단의 발달, 집단의 응집력, 문제해결을 위한 직무수행의 개념이 포함된다(전병제, 1997). 건강한 가족집단의 특성을 규명하는데에도 이러한 개념을 적용할 수 있다고 본다.
- 3) 김홍주는 60년대 이후 급격한 산업화와 농업정책적인 문제로 인하여 농업인 가족은 첫째, 농업생산의 주체인 청장년이 대규모로 이농함에 따라 노동력 재생산구조가 와해되고(가족해체의 문제) 둘째, 농업생산을 통한 노동가치의 실현이 저지되고(생산과정의 문제) 셋째, 농업소득으로 가족생계를 유지하기 힘든 상황에서 겸업농과 부채농이 증가하고(가족농체계의 붕괴 문제) 넷째, 농가전반의 궁핍화(가족생활의 빈곤문제)가 심화되는 문제를 겪는다고 했다.
- 4) Kelly(1966)는 준거집단(reference group)의 기능을 규범적 기능(the normative function : 한 개인이 소속되고자 하는 집단)과 비교적 기능(the comparison function : 한 개인이 어떤 판단이나 평가를 할 때 기준으로 삼는 집단)으로 나누어 설명했다(전병제, 1997 : 재인용). 여기에서의 준거집단은 규범적 기능(the normative function)과 비교적 기능(the comparison function)의 의미 모두를 포함한다.

게 표현해 오다 최근에 이르러서 유영주(1999)에 의해 건강가족과 건전가정의 개념이 구분되어 설정되는 단계에 이르렀다.

본 연구에서의 건강가족 집단의 개념설정을 위해 그동안 국내에서 정의되어진 건강가족에 대한 몇몇 개념을 살펴보면, 허봉렬(1996)은 가족의 기본적인 목표란 가족의 공동육구를 충족시키고 개개인의 성장과 발달을 도와주며 가족 구성원의 정서적인 안식처를 제공하고 나아가 건강한 사회의 일원이 되도록 하는 데에 있다면서, 가족의 전체적인 체계가 이러한 가족의 기본적인 목표를 잘 달성하도록 기능이 수행되고 있을 때를 건강가족이라고 함으로써 체계의 기능성을 강조했다. 어은주(1996)는 건강한 가족을 가족원 상호간에 규칙적이고 다양한 상호작용을 적절하게 수행하고, 가족의 공동체, 정서적, 도덕(가치)적 관계 향상을 도모함으로써 신체적, 정서적, 사회적으로 안정된 상태를 유지하는 가족이라고 함으로써 가족의 공동체적·정서적·도덕적 관계를 강조하고 있다. 유영주(1999)는 건강가족을 가족원 개개인의 건강한 발달·신체적, 사회적, 심리적, 도덕적·을 도모하고, 가족원간의 상호작용·대화기술, 의사결정과정, 스트레스 대처방안 등이 올바르게 적합하여 집단으로서의 가족체계를 잘 유지하고 있는 가족으로 정의함으로써 체계적인 관점에서 올바르게 적합하게 운영되는 집단의 개념을 강조하였다.

즉 위의 개념들은 공통적으로 집단 및 체계로서의 관계 유지에 역점을 둔다고 볼 수 있으며, 이러한 건강가족의 개념에 준하여 볼 때 쿨리(Charles H. Cooley)가 가족을 원초집단으로 분류하였듯이 가족의 건강성 정도에 따라 가족 집단을 분류하여 접근하는 것 즉 건강가족 집단이란 개념으로 접근하는 것 또한 가능하리라고 본다. 이러한 맥락에서 본 연구에서는 가족의 건강성 정도에 따라 가족집단을 구분하여 접근하고자 하며 따라서 건강가족 집단은 가족의 건강성 정도에 의해 가족집단을 분류한 총체를 의미하게 된다.

2. 건강가족 관련변인

농촌 가족은 도시 가족에 비해 친족관계망이나 사회관계망에 의해 훨씬 더 직접적으로 영향을 받으며 이들 관계망과 보다 더 긴밀한 상호작용이 이루어지는 곳이다. 이는 대부분의 많은 농촌마을이 친족단위로 구성되어있다는 점, 농촌지역이 갖는 생산체계의 동일성, 그리고 생산공간의 개방성 및 근접성 등에서 기인하는 현상이라 할 수 있다. 따라서 농촌가족체계의 건강성은 농촌사회체계의 건강성에 의해 보다 쉽게 영향 받으며, 농촌사회체계의 건강성에 영향받은 가족체계의 건강성은 농촌가족원들의 건강성에 보다 쉽게 영향을 미친다고 할 수 있다. 본 연구에서는 농촌가족이 갖는 이러한 체계적인 특성을 고려하여 농촌가족의 건강성에 영향을 미치는 변인을 사회인구학적인 변인, 관계 변인, 가족체계 변인, 사회적인 변인으로 나누어 접근하고자 한다. 하지만 가족 건강성과 관련된 연구가 아직 초기 단계에 있고 특히 농촌가족을 대상으로 하는 연구는 거의 이루어지지 않아서 선행연구를 고찰하는 데에 많은 어려움이 있었으며, 그러므로 여기에서는 도시가족 관련연구들 가운데 선행연구 고찰이 가능한 일부 변인들을 중심으로 가족건강성과의 관계를 살펴보고자 한다.

1) 사회인구학적인 변인

가족형태, 가족원 수, 생활수준, 부부학력일치, 부부의 종교일치, 결혼지속기간이 여기에 속한다. 일치성이라는 맥락에서 부부의 학력일치나 종교일치 변인은 가족체계 변인으로 간주할 수도 있으나 사회인구학적인 특성을 반영하는 이 변인들의 일반성 때문에 본 연구에서는 이 변인들을 사회인구학적인 변인에 포함하였다.

① 가족형태

많은 연구에서는 가족형태가 핵가족인지, 혹은 확대가족인지에 따라서 가족의 건강성의 정도가 어떻게 달라지는가를 연구했다. 한국의 도시가족을 대상으로 한 연구(김진희, 1989; 어은주, 1996)에 의하면 가족의 형태에 따른 가족의 건강성은 유의한 차이가 없었다. 한편 지난 수 십년간 지속해 온 산업화에 의

해 우리사회에서 핵가족의 구조적 비율은 많이 증가하여 왔지만, 우리사회를 지배해 온 장자위주의 직계사상이나 효이데올로기로 인해 이념형(ideal type)으로서의 핵가족은 아직 존재하지 않는다는 주장(장현섭, 1993)이 있다. 즉 하나의 사회에서 다수를 차지하는 가족형태 그 자체가 어떤 현상을 결정하는 중요한 요인으로 작용한다기 보다는 그 사회를 지배하는 이념형(ideal type)인 가족형태가 무엇이냐를 결정하는 가치구조에 따라 그 결과가 달라진다는 의미이다.

그러나 1990년대 후반기에 들어서서 우리사회에 나타나는 전통적인 가족체계 붕괴 양상 즉 연령대를 초월한 이혼율의 증가 등은 우리사회에서 핵가족이 이미 이념형(ideal type)으로 작용한다는 것을 암시하는 현상이라고 할 수 있다. 따라서 핵가족이 이념형화 되어있는 사회에서는 다른 가족형태보다 핵가족의 건강성이 높을 것이다. 농촌 가족의 형태에 따라 가족의 건강성이 어떻게 달라지는가를 규명한 선행연구는 없었으며 본 연구에서 이를 규명하고자 한다

② 생활수준

가족의 생활수준이 가족의 건강성에 미치는 영향에 대해서는 일관적인 결과가 나타나지 않고 있다. 홍성애(1988)의 연구에서는 사회경제적인 지위가 높으면 가족의 응집성과 적응성 등의 건강성이 높은 것으로 나타난 반면에 김은진(1992), 안양희(1988), Brigman (1986)의 연구에서는 가족의 경제적 상태와 건강성과는 상관이 없으며 건강한 가족은 경제적인 어려움 속에서도 잘 견뎌낸다고 했다. 한편 Byles, Byrne 와 Offord(1988)은 가족의 소득이 많을수록 오히려 가족의 건강성이 낮음을 보고하고 있다. 농촌 가족의 생활수준에 따른 건강성을 조사한 연구는 아직 확인되지 않았다.

③ 가족원 수

가족형태가 종단적인 측면에서 세대적인 문제를 함의하는 특성을 지닌다면 가족원 수는 횡단적인 측면에서 인간간 관계의 문제를 함의하는 특성을 가진다고 할 수 있다. 이러한 의미에서 본 연구에서는 가족원 수와 가족 건강성과의 관계를 비교해 보고자 한다.

④ 부부화력일치, 부부의 종교일치, 결혼지속기간 부부화력이나 종교의 일치, 결혼지속기간은 부부

체계를 대변하는 사회인구학적인 변인이다. 이들 변인과 가족 건강성과의 관계를 규명한 선행연구는 아직 확인되지 않았으며, 본 연구에서 이를 규명해보고자 한다.

2) 관계변인

관계변인은 부부관계에 의해서 결정되는 역동적인 특성을 지닌 변인으로서 부부문제 심각도, 결혼만족도가 여기에 속한다.

① 결혼만족도

많은 연구에서 가족내의 응집성과 부부의 결혼만족감간에는 선택적인 관계가 있음을 밝히고 있으며(김윤희, 1989; Farrell & Barnes, 1993, 어은주, 1996에서 재인용), 가족의 응집성과 적응성이 높은 경우 부부간의 만족도가 높다고 보고하고 있다(김정옥, 1995; 최규련, 1995). 어은주(1996)의 연구에서는 결혼만족이 높은 가족은 가족의 건강성 또한 높은 것으로 보고하고 있다.

② 부부문제 심각도

흔히 부부문제는 결혼만족과 동일한 맥락으로 간주하기 쉽다. 그러나 현존하는 결혼만족의 척도들이 부부문제의 다양함과 깊이 정도를 선별하여 측정하지 못한다는 점에서, 부부문제를 어떻게 인지하느냐에 따라 결혼만족의 정도가 달라지며 이의 관계에서 결혼만족은 종속변수로 작용한다는 점에서 결혼만족과 부부문제는 각각 독립된 특성으로 분리하여야 한다고 본다.

가족을 하나의 체계로 볼 때, 부부는 가족체계를 구성하는 하나의 하위체계라고 할 수 있다. 가족이라는 체계가 건강해지기 위해서는 각 하위체계, 특히 그 체계의 중심을 이루는 부부체계가 건강하게 유지·기능할 수 있어야 한다. 따라서 건강한 가족 관계를 위한 전제조건은 건강한 부부관계라고 할 수 있다. 건강한 가족에 대한 고전적 연구에서 Lewis, Beavers, Gosett와 Philips(1976)는 부부관계의 질과 자율성 정도 그리고 정서적인 안정정도가 가족 건강성 정도를 결정하는 주요 요인이라고 했으며, Ammons와 Stinnett (1980)도 가족의 건강성이 부부관계의 질과 관련이 있다고 했다. 따라서 부부문제 심각도는 가족체

계의 건강성과 밀접한 관련이 있는 변인이며, 본 연구를 통해 이의 관련성을 규명해 보고자 한다.

3) 가족체계변인

가족체계변인은 전체로서의 가족상황을 설명하는 특성을 지닌 변인군으로서 가족의 정신적인 건강, 가족의 신체적인 건강이 여기에 속한다.

① 가족의 정신적인 건강 및 신체적인 건강

가족은 환자로 인해 여러 가지 실제적인 문제들에 직면하게 될 뿐만 아니라, 환자는 가족 기능의 모든 측면에 영향을 미쳐 가족 기능이 평형을 잃게 하며, 가족 구성원의 역할, 의사소통 및 사회적인 관계 등에 변화를 초래한다(Smith, 1982, 어은주, 1996에서 재인용). 또한 가족은 개인의 신체적인 건강 및 정서 발달에 중요한 영향을 행사할 뿐만 아니라, 가족원의 신체적인 장애가 그들 가족의 조직, 관계, 사회적인 정책 등에 영향을 미칠 수 있다는 연구도 제시되고 있다(Kasak, 1984).

그러나 가족원의 신체적인 건강과 가족관계의 건강성에 대한 연구결과는 일관적이지 않아서 발달장애가 있는 자녀를 돌보는 데서 받는 스트레스가 부모나 형제들에게 해로운 영향을 미친다는 연구가 있는가 하면, 심하게 영향받지도 않을 뿐만 아니라 그런 문제에 잘 대처하는 가족도 있음이 증명되고 있다(Carr, 1984; Darling, 1983, 어은주, 1996에서 재인용). Walker(1988)의 연구에서도 병리유무와 가족의 건강성과는 유의한 상관이 나타나지 않았다. 정유석(1995)은 만성질환자가 있는 가족의 건강성을 조사한 결과, 가족원의 질병은 가족 구성원과의 결속을 강화하고 성장시키는 방향으로 작용함을 발견했다. 어은주(1996)의 연구에서는 신체적인 건강은 가족의 건강성과 상관이 없는 것으로 밝혀진 반면에 정신적인 건강은 가족의 건강성과 정적 상관이 있는 것으로 밝혀졌다.

4) 사회적인 변인

사회적인 변인은 위에서 언급한 바와 같이 농촌가족체계가 지니는 사회관계망의 개방성과 근접성에 기인하는 변인으로서 지역사회문제 인지와 친척문제

인지가 해당된다.

① 지역사회문제 인지, 친척문제 인지

이들 변인들과 가족의 건강성과의 관계를 규명한 연구는 아직 확인되지 않았으며, 본 연구에서 이의 관계를 규명해 보고자 한다

Ⅲ. 연구문제 및 연구방법

1. 연구문제

[연구문제 1] 농촌가족의 건강성 척도의 각 하위 영역에서 건강가족 집단의 건강도는 어떠한 차이를 나타내는가?

[연구문제 2] 농촌가족의 건강성 척도의 각 하위 영역에서 건강가족 집단 관련변인들은 어떠한 특성을 나타내는가?

[연구문제 3] 농촌가족의 건강성 척도의 각 하위영역에서 건강가족 집단 관련변인들이 건강성이 높은 건강가족 집단(H집단)에 미치는 영향력은 어떠한가?

2. 연구대상 및 표집방법

본 연구의 대상자는 만자녀가 중학교 이상에 다니는 농가의 부부이다. 척도의 타당성과 변별력 등을 검증하기 위해 60여명을 대상으로 예비조사를 실시하였으며, 예비조사 결과에 의해 척도를 수정한 뒤 관계전문가 2인이 이를 재 검증하였다. 이어 본 조사의 대상자 선정을 위해 전국 8개도 15개 시·군을 계통추출(systematic sampling)하여 40개 마을을 선정한 후에, 1999년 5월에서 9월에 걸쳐 선정된 마을의 모든 대상농가를 중심으로 연구자가 직접 설문·면접 조사하였다. 조사된 농가는 200호였으며, 그 중 조사대상자 2인이 모두 조사된 178호 356명의 자료만을 분석자료로 활용하였다.

3. 척도

1) 농촌가족의 건강성 척도

농촌가족의 건강성 정도를 전혀 그렇지않다(1)에

서 정말 그렇다(5)까지의 5점 Likert로 측정하는 40 문항 척도로서 어은주와 유영주(1995)의 척도를 농촌 실정에 맞게 약간 수정·보완한 것이다. 이 척도는 4개 하위영역 8개 개념-가족정체감 및 문제대응·의사소통 양상 영역, 가족일체감 및 의사결정 양상 영역, 사회적인 지지 및 가족융통성 영역, 가치체계 공유 영역-으로 구성되어 있다. I 영역은 의사소통·문제대응 양상 및 가족정체감 영역으로 척도의 Cronbach's α 는 .95이었다. II 영역은 가족 일체감 및 의사결정 양상 영역으로 Cronbach's α 는 .86이었고, III 영역은 사회적인 지지 및 가족의 융통성 영역으로 Cronbach's α 는 .71, IV 영역은 가치체계 공유 영역으로 Cronbach's α 는 .73이었다.

2) 건강가족집단 관련변인 척도

① 사회인구학적인 변인

부부의 학력 일치성, 부부의 종교 일치성은 부부의 학력과 종교를 개방식 질문으로 물은 뒤 이를 재조합하였으며 가족 형태, 가족원 수, 결혼지속기간 또한 개방형으로 질문하였다. 가족원 수에는 현재 함께 살고있는 가족원 및 휴학하고 군에 입대해 있거나 기숙사 등에 거주하면서 유학하고 있는 자녀들을 포함하였다. 생활수준은 6점 Likert로 측정했다.

② 관계 변인

• 결혼만족도 : 결혼생활에 대한 만족 정도를 매우 불만족(1)에서 매우 만족(7)까지의 7점 Likert로 측정하는 정현숙(1996)의 RKMSS를 이용했다. 이것은 3문항으로된 기존의 KMSS (Schumm, 1980, 정현숙, 1997에서 재인용)에다 자녀들의 부모로서의 배우자에 대한 만족도를 측정하는 한 문항이 더 첨가된 것이다. Cronbach's α 는 .83이었다.

• 부부문제 심각도 : 김갑숙과 최외선(1992), 송말희(1990) 등의 척도를 참고하여 부부문제의 심각 정도를 묻는 8개 문항(성격, 의사소통, 성 관계, 역할 분담 등)으로 구성하였으며 각 문항은 없다(1)에서 매우 심각함(5)까지로 측정하였다. Cronbach's α 는 .78이었다.

③ 가족체계 변인

• 가족의 정신적인·신체적인 건강 : 정신적인 건

강은 마음이나 생각에 병리적인 장애 없이 안정을 이루는 상태를 의미한다. 두 변인은 각각 단일문항으로 된 어은주(1996)의 척도를 약간 수정하여 아주 건강하지 않다(1)에서 아주 건강하다(5)까지의 5점 Likert로 측정하였다.

④ 사회적인 변인

• 지역사회문제 인지 여부 : 지역사회의 문제에 대한 인지 여부를 있다와 없다고 묻고, 있다면 어떤 문제가 있으며 이것이 우리 가족에 미치는 영향정도를 함께 물었으나 여기에서는 인지 여부에 의한 결과만을 제시하였다.

• 친척으로 인한 문제 존재 여부 : 친척으로 인한 문제인지 여부를 있다와 없다고 물었다.

4. 연구결과 분석

본 연구는 건강가족에 대한 유영주(1999)의 정의에 기초하여 부부체계를 통해 가족체계의 건강성을 조명하기 때문에 기본현황을 제시하는 자료 이외의 모든 부부의 자료는 통합하여 분석하였다. 단 건강가족 집단을 분류하는 과정에서는 부부의 자료를 각각 분리한 뒤에 이를 다시 부부쌍으로 조합하였다.

연구문제 및 이에 관련된 내용은 SAS통계 패키지를 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

첫째, 본 연구 대상 가족의 일반적인 특성, 응답자의 개인적인 특성, 그리고 건강성 관련 변인의 전반적인 경향을 알아보기 위하여 빈도, 백분율, 평균, 표준편차, 백분위 등을 산출하고 paired t-test를 실시하였다.

둘째, [연구문제 1]의 농촌의 건강가족 집단을 분류하기 위해 변산도와 평균 등의 기초통계량을 산출하고, 하위영역에 따라 건강가족 집단의 건강도를 분석하였다.

셋째, [연구문제 2]의 하위영역별 건강가족 집단에 따른 관련변수의 분포 및 평균의 차이를 파악하기 위해 카이검증(χ^2)과 t-test를 실시하였다.

넷째, [연구문제 3]의 하위영역에 따라 건강성이 높은 집단(H집단)에 미치는 관련변인들의 영향을 분석하기 위해 로지스틱 회귀분석(Logistic regression)을 실시하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 관련변인의 일반적인 특성

1) 사회인구학적인 변인

아내의 평균연령은 42세, 남편의 평균연령은 45세인 것으로 나타나, 아내와 남편의 평균 연령 차이는 약 3세인 것으로 확인되었다. 한편 아내의 평균 학력은 중졸수준, 남편의 평균학력은 고등학교를 중퇴한 수준이었으며 부부의 학력이 일치하는 집단은

56.8%이었다. 가족원 수는 평균 5명이었으며 핵가족이 55.6%, 확대가족이 44.4%이었다. 생활수준은 평균 '중' 수준이었다. 부부의 종교가 일치하는 집단은 70.9%이었다. 부부의 결혼지속 기간은 평균 17.6년이었다(±3.86년).

2) 건강가족 관련변인의 일반적인 특성

부부의 결혼만족도는 평균 70점으로서 비교적 높은 만족 수준을 보였으며, p=.001수준에서 남편이 아내에 비해 그들의 결혼생활에 대해 더 만족하는 것

〈표 1〉 조사대상자의 사회인구학적인 특성

(N=178호)

변인명		집 단		빈 도		변인명		빈 도	
변인명	집 단	N	%	변인명	집 단	N	%	변인명	빈 도
연령	아내	39세 이하	48	27.0	종교	아내	불 교	77	44.0
		40~49세	126	70.8			기 독 교	24	13.7
		50세 이상	4	2.2			기 타	5	2.9
		* 평균연령	41.9				없 음	69	39.4
	계	178	100	계		175	100		
	남편	39세 이하	5	2.8		남편	불 교	77	44.0
40~49세		146	82.0	기 독 교	14		8.0		
50세 이상		27	15.2	기 타	5		2.9		
* 평균연령		45.3		없 음	79		45.1		
계	178	100	계	175	100				
학력	아내	초등학교졸	47	26.6	가족 형태	핵 가 족	99	55.6	
		중 졸	85	48.0		확대가족	79	44.4	
		고 졸	43	24.3		계	178	100	
		전문대졸이상	2	1.1	가족원 수	3~4명	67	37.6	
	계	177	100	5~6명		91	51.2		
	* 평균가족원수	5.09		7~8명		20	11.2		
남편	초등학교졸	32	18.1	계	178	100			
	중 졸	70	39.5	생활 수준	상	56	31.5		
	고 졸	66	37.3		중	119	66.8		
	전문대졸이상	9	5.1		하	3	1.7		
계	177	100	계	178	100				
부부의 학력 일치	아내높음	10	5.7	부부의 종교일치	일 치	124	70.9		
	남편높음	66	37.5		불일치	51	29.1		
	부부일치	100	56.8		계	175	100		
	계	176	100						

생활수준은 6점 likert로 측정된 것을 3단계로 조정하여 제시한 결과임

결측치에 의해 변인별로 사례수가 다를 수 있음

〈표 2〉 건강가족집단 관련변인의 일반적인 특성

(N=178호)

변 인	내 용	평균	표준편차	백분위	paired t-test
결혼만족도	아내	18.66	4.46	67	-5.56***
	남편	20.80	4.61	74	
	계	19.73	3.74	70	
부부문제 심각도	아내	13.42	4.53	34	5.04***
	남편	11.85	3.53	30	
	계	12.61	3.53	32	
가족의 정신적인 건강	아내	3.72	0.74	74	-0.14
	남편	3.74	0.83	75	
	계	3.73	0.59	75	
가족의 신체적인 건강	아내	3.72	0.83	74	1.79
	남편	3.58	0.90	72	
	계	3.65	0.71	73	

각 변인의 "계"란의 평균, 표준편차는 합산한 부부 점수를 2로 나누어서 표준화시킨 값임

백분위는 표준화시킨 평균값을 총점으로 나누어서 환산한 것임

***p < .001

으로 밝혀졌다.

부부문제 심각도는 32점으로서 그리 심하지 않았고, p=.001수준에서 아내가 남편보다 부부문제에 대해 더 심각하게 인지하고 있었다. 부부가 인지한 가족의 정신적인 건강은 75점 수준, 가족의 신체적인 건강은 73점 수준이었으며 이 두 변인에 있어서 부부간의 평균의 차이는 유의하지 않았다(표 2). 지역 사회에 문제가 있다고 인지하는 부부 집단은 36.5%(65호), 문제가 없다고 인지하는 부부집단은 63.5%(113호)이었다. 친척으로 인한 문제가 없다는 부부집단은 58.4%(104호), 있다는 부부집단은 41.6%(74호)이었다.

2. 건강가족 집단분류와 건강성 척도의 하위영역에 따른 건강가족 집단의 건강도

건강가족 집단의 분류를 위해 아내와 남편의 건강도의 변산도를 비교해 본 결과 모두 유사한 분포를 이루고 있고 평균에 있어서도 두 대상간에 거의 차이가 없는 것으로 밝혀져서 먼저 평균값을 기준으로 하여 두 조사대상을 건강성이 높은 집단과 낮은 집단으로 이분화(아내H, 아내L : 남편H, 남편L)⁵⁾한 다음에, 이를 통합적으로 재조합하여 2개 집단⁶⁾으로 분류하였다.

I 영역에서 건강도가 높은 가족 집단인 H집단은 평균 102.25(백분위 점수 : 82점)를, 건강도가 낮은

5) 건강성척도의 하위영역별 각 집단의 범위는 다음과 같다.

- I 영역 - 아내H : 91~121, 아내L : 90~34, 남편H : 91~122, 남편L : 90~35
- II영역 - 아내H : 21~ 30, 아내L : 20~ 8, 남편H : 21~ 30, 남편L : 20~ 8
- III영역 - 아내H : 21~ 29, 아내L : 20~12, 남편H : 21~ 29, 남편L : 20~12
- IV영역 - 아내H : 8~ 15, 아내L : 7~ 3, 남편H : 9~ 14, 남편L : 8~ 3

6) 두 조사대상을 평균값에 따라 각각 이분화한 뒤 이를 조합하여 아내H-남편L인 가족집단이나, 아내L-남편H인 가족집단은 분석에서 제외하고, 아내H-남편H, 아내L-남편L인 가족집단만 분석에 포함하였다.

〈표 3〉 건강성 척도의 하위영역에 따른 건강가족 집단의 건강도

하위영역 집단	I 영역 (의사소통,문제대응 양상 및 가족정체감)		II 영역 (가족일체감 및 의사결정 양상)		III 영역 (사회적인지지 및 가족 융통성)		IV 영역 (가치체계 공유)	
	n	M (S.D.)	n	M (S.D.)	n	M (S.D.)	n	M (S.D.)
H 집단	59	102.25(6.08)	76	23.92(1.67)	78	23.25(1.54)	64	10.26(1.21)
L 집단	54	79.44(7.11)	47	16.64(2.36)	41	18.32(1.31)	45	5.91(1.06)
계	103		123		119		109	
t값	18.38***		18.47***		17.49***		19.39***	

평균 및 표준편차는 부부점수를 합산한 것을 2로 나누어서 표준화시킨 값임

***p < .001

L집단은 평균 79.44(백분위 점수 : 64점)를 나타냈다. II 영역에서 H집단은 평균 23.92(백분위 점수 : 80점)를, L집단은 평균 16.64(백분위 점수 : 55점)를 나타냈다. III 영역에서 H집단은 평균 23.25(백분위 점수 : 78점)를, L집단은 평균 18.32(백분위 점수 : 61점)를 나타냈다. IV 영역에서 H집단은 평균 10.26(백분위 점수 : 68점)을 L집단은 평균 5.91(백분위 점수 : 39점)을 나타냈다. 다른 영역에 비해 IV 영역의 낮은 건강도는 아직 우리 사회가 새로운 규범을 만들고 이를 생활화 하는 일에 상대적으로 익숙치 못한 데에서 비롯되는 것으로 생각된다. 각 하위영역에서 보여진 두 집단간의 차이는 모두 $p=.001$ 수준에서 유의했다.

3. 건강성 척도의 하위영역에 따른 건강가족 집단 별 관련 변인들의 특성

1) 건강가족 집단에 따른 관련 변인들의 카이검증 <표 4>는 건강성 척도의 하위영역별로 건강가족 집단에 따른 각 건강성 관련 변인들의 빈도차이를 검증하기 위해 카이사승검증(χ^2)한 결과이다.

열(row) percent를 기준으로 볼 때, 생활수준은 III 영역에서 유의한($p=.01$) 분포를 나타냈다. H집단에는

생활수준이 상, 중, 하인 집단이 모두 고르게 분포되어 있는 반면에 L집단에는 중인 집단이 대부분을 이루면서 하인 집단은 분포해 있지 않았다. 즉 생활수준은 사회적인 지지 및 가족융통성의 정도와 비례하지 않으며, 가족이 사회적으로 건강하고 가족융통성이 높은 데에는 생활수준의 정도와는 무관한 것으로 보여진다. 가족형태는 II 영역에서 H집단의 핵가족의 비율이 유의하게 높은 반면에 L집단에서는 확대가족의 비율이 높았다. 따라서 확대가족에서보다 핵가족에서 가족의 일체감이나 의사결정이 바람직하게 이루어지는 것으로 보이며, 이것은 확대가족에서는 핵가족 보다 관계의 증가 및 복잡성에 능동적으로 대처하는 능력이 약화되기 때문일 것으로 사료된다. 지역사회문제 인지는 I 영역과 II 영역에서 H집단은 L집단 보다 문제를 인지하는 집단의 비율이 유의하게 높게 분포해 있었다. 이외의 변인들과 영역들에서 나타난 분포는 통계적으로 유의하지 않았다.

이상의 결과를 종합해 볼 때 하위영역에 따라 부분적으로 유의성에 차이가 있긴 하나 H집단은 L집단에 비해 생활수준에 별다른 영향을 받지 않으며, 지역사회의 문제를 인지하고, 확대가족이기보다는 핵가족일 가능성이 높다고 할 수 있다.

· H집단 : 아내의 건강도가 H이고 남편의 건강도도 H인 집단으로서 건강도가 높은 수준의 건강한 가족 집단을 의미한다.

· L집단 : 아내의 건강도가 L이고 남편의 건강도도 L인 집단으로서 건강도가 낮은 수준의 가족 집단을 의미한다.

〈표 4〉 건강가족 집단과 관련 변인간의 카이검증 결과

영역 변수	I 영역 (의사소통, 문제대응 양상 및 가족정체감)				II 영역 (가족일체감 및 의사결정 양상)				III 영역 (사회적인 지지 및 가족 융통성)				IV 영역 (가치체계 공유)				
	아내 높음	남편 높음	부부 일치	계	아내 높음	남편 높음	부부 일치	계	아내 높음	남편 높음	부부 일치	계	아내 높음	남편 높음	부부 일치	계	
부부의 학력 일치	집단	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	H	2.68 (5)	22.32 (43)	26.79 (52)	51.79 (100)	1.64 (3)	24.59 (40)	35.25 (57)	61.48 (100)	1.69 (3)	27.12 (41)	36.44 (56)	65.25 (100)	1.85 (3)	21.30 (37)	35.18 (60)	58.33 (100)
	L	4.46 (9)	16.07 (33)	27.68 (58)	48.21 (100)	2.46 (6)	16.39 (43)	19.67 (51)	38.52 (100)	1.70 (5)	9.32 (27)	23.73 (68)	34.75 (100)	2.78 (7)	17.59 (42)	21.30 (51)	41.67 (100)
	계	7.14	38.39	54.46	100	4.10	40.98	54.92	100	3.39	36.44	60.17	100	4.63	38.89	56.48	100
	χ^2	1.52				1.23				2.69				1.31			
생활 수준	집단	상 %	중 %	하 %	계 %	상 %	중 %	하 %	계 %	상 %	중 %	하 %	계 %	상 %	중 %	하 %	계 %
	H	17.70 (34)	31.86 (61)	2.65 (5)	52.21 (100)	19.51 (32)	39.84 (64)	2.44 (4)	61.79 (100)	25.21 (38)	38.66 (59)	1.68 (3)	65.55 (100)	18.35 (31)	38.53 (66)	1.83 (3)	58.72 (100)
	L	10.62 (22)	37.17 (78)	0.00 (0)	47.79 (100)	11.38 (30)	26.83 (70)	0.00 (0)	38.21 (100)	5.04 (15)	29.41 (85)	0.00 (0)	34.45 (100)	14.68 (36)	26.61 (64)	0.00 (0)	41.28 (100)
	계	28.32	69.03	2.65	100	30.89	66.67	2.44	100	30.25	68.07	1.68	100	33.03	65.14	1.83	100
	χ^2	5.25				2.03				8.84**				1.56			
부부의 종교 일치	집단	일치 %	불일치 %	계 %	일치 %	불일치 %	계 %	일치 %	불일치 %	계 %	일치 %	불일치 %	계 %	일치 %	불일치 %	계 %	
	H	34.51 (66)	17.70 (34)	52.21 (100)	44.26 (72)	17.21 (28)	61.48 (100)	51.28 (78)	14.53 (22)	65.81 (100)	37.04 (63)	21.30 (37)	58.33 (100)				
	L	34.52 (72)	13.27 (28)	47.79 (100)	27.87 (72)	10.66 (28)	38.52 (100)	21.37 (63)	12.82 (37)	34.19 (100)	29.63 (71)	12.04 (29)	41.67 (100)				
	계	69.03	30.97	100	72.13	27.87	100	72.65	27.35	100	66.67	33.34	100				
	χ^2	0.49			0.00			3.15			0.69						
가족 형태	집단	핵가족 %	확대 %	계 %	핵가족 %	확대 %	계 %	핵가족 %	확대 %	계 %	핵가족 %	확대 %	계 %				
	H	32.74 (63)	19.47 (37)	52.21 (100)	41.47 (67)	20.32 (33)	61.79 (100)	34.45 (53)	31.10 (47)	65.55 (100)	35.78 (61)	22.94 (39)	58.72 (100)				
	L	24.78 (52)	23.01 (48)	47.79 (100)	17.07 (45)	21.14 (55)	38.21 (100)	21.85 (63)	12.60 (37)	34.45 (100)	20.18 (49)	21.10 (51)	41.28 (100)				
	계	57.52	42.48	100	58.54	41.46	100	56.30	43.70	100	55.96	44.04	100				
	χ^2	1.36			6.02**			1.29			1.56						

〈표 4〉 계속

영역 변인	집단	I 영역 (의사소통, 문제대응 양상 및 가족정체감)			II 영역 (가족일체감 및 의사결정 양상)			III 영역 (사회적인 지지 및 가족 융통성)			IV 영역 (가치체계 공유)		
		없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %
지역 사회 문제 개인 지	H	29.20 (56)	23.01 (44)	52.21 (100)	34.15 (55)	27.64 (45)	61.79 (100)	38.66 (59)	26.89 (41)	65.55 (100)	38.54 (66)	20.18 (34)	58.72 (100)
	L	36.29 (76)	11.50 (24)	47.79 (100)	27.64 (72)	10.57 (28)	38.21 (100)	21.84 (63)	12.61 (37)	34.45 (100)	27.52 (67)	13.76 (33)	41.28 (100)
	계	65.49	34.51	100	61.79	38.21	100	60.50	39.50	100	66.06	33.94	100
	x ²	4.99*			3.59*			0.22			0.01		
	집단	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %
친 인 척 문 제	H	38.71 (69)	17.20 (31)	55.91 (100)	50.49 (76)	15.53 (24)	66.02 (100)	51.65 (78)	14.28 (22)	65.93 (100)	50.00 (79)	13.64 (21)	63.64 (100)
	L	35.48 (80)	8.61 (20)	44.09 (100)	23.30 (69)	10.68 (31)	33.98 (100)	21.98 (65)	12.09 (35)	34.07 (100)	23.86 (66)	12.50 (34)	36.36 (100)
	계	74.19	25.81	100	73.79	26.21	100	73.63	26.37	100	73.86	26.14	100
	x ²	1.52			0.75			2.01			1.77		
	집단	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %	없다 %	있다 %	계 %

()은 row percent를 의미함

생활수준은 일원변량분석할 수도 있으나 여기에서는 건강가족 집단에 따라 상, 중, 하 수준이 어떻게 분포되는 가를 분석하기 위해 카이검증하였음

*p < .05 **p < .01

2) 건강가족 집단에 따른 관련변인들의 t검증

〈표 5〉는 건강성 척도의 하위영역별로 건강가족 집단에 따라 이의 관련 변인들의 평균의 차이를 검증하기 위해 t-test한 결과이다.

가족원 수는 II 영역과 IV 영역에서 건강가족 집단 간에 유의한 차이를 보였는데, 이들 영역에서 H집단은 L집단에 비해 가족원의 수가 적은 것으로 나타났다. Duvall⁷⁾은 가족원의 수가 증가함에 따라 개개인이 경험하는 관계의 수가 증가한다고 했는데, 증가하는 관계에 적절하게 대처하지 못했을 때에는 이러한 관계의 증가는 혜택보다는 비용으로 작용하게 되며 따라서 가족원의 수가 더 많은 L집단에서 의

사결정이나 가족일체감, 또는 가치체계공유의 건강성이 낮아지게 되었다고 할 수 있다. 결혼지속기간은 IV영역에서 유의한 차이를 보였는데, H집단이 L집단에 비해 결혼기간이 더 짧은 것으로 나타났다. 이는 가족발달주기상 자녀대학기에 있는 가족보다는 중·고등학교기나 초등학교기에 있는 가족에서 가족생활에 관한 규범이나 규칙이 보다 활발하게 교류되는 데에서 비롯한 것으로 해석할 수 있다. 부부문제심각도, 결혼만족도, 가족의 정신적인 건강은 모든 영역에서 H집단과 L집단간에 유의한 차이(p=.001)를 보였다. 즉 결혼만족도나 가족의 정신적인 건강 수준은 L집단에 비해 H집단에서 높았고 부부문제 심

7) Duvall은 가족에서의 개개인의 관계의 수는 다음의 공식으로 산출된다고 하였다. X=Y²-Y/2 이때 Y는 가구원의 수를 말하고 X는 그에따른 관계의 수를 말한다(허봉렬, 1997, 재인용).

〈표 5〉 건강가족 집단과 관련 변인의 t-test 결과

내용		하위영역	I 영역 (의사소통, 문제대응 양상 및 가족정체감)		II 영역 (가족일체감 및 의사결정 양상)		III 영역 (사회적인 지지 및 가족융통성)		IV 영역 (가치체계 공유)	
			M	S. D.	M	S. D.	M	S. D.	M	S. D.
가족원수	집단	H집단	4.86	1.20	4.71	1.02	5.01	1.19	4.94	1.23
		L집단	5.28	1.11	5.43	1.10	5.22	1.21	5.42	1.14
	t값	-1.90		-3.67***		-0.89		-2.09*		
결혼 지속 기간	집단	H집단	17.07	3.72	17.61	3.75	17.94	3.14	16.89	3.52
		L집단	18.08	3.92	17.94	3.80	17.56	4.34	18.61	3.95
	t값	-1.39		-0.46		0.54		-2.37*		
부부 문제 심각도	집단	H집단	11.02	1.94	11.77	2.68	11.68	2.44	11.54	2.12
		L집단	14.79	4.62	14.47	4.37	14.17	4.41	14.17	4.19
	t값	-5.55***		-3.81***		-3.35**		-3.87***		
결혼 만족도	집단	H집단	21.79	3.46	20.74	3.92	21.21	3.43	20.81	3.69
		L집단	17.21	3.22	17.92	3.57	18.28	3.45	17.74	3.36
	t값	7.26***		4.03***		4.42***		4.42***		
가족의 정신적인 건강	집단	H집단	4.22	0.56	4.13	0.64	4.15	0.56	4.13	0.65
		L집단	3.63	0.59	3.74	0.61	3.51	0.68	3.76	0.65
	t값	5.45***		3.32***		5.53***		2.92**		
가족의 신체적인 건강	집단	H집단	4.03	0.67	3.88	0.75	3.99	0.73	4.00	0.73
		L집단	3.80	0.79	3.91	0.78	3.71	0.90	3.84	0.74
	t값	1.74		-0.24		1.83		1.09		

평균 및 표준편차는 합산한 부부 점수를 2로 나누어서 표준화시킨 값임

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

각도는 L집단에 비해 H집단에서 낮았다. 결혼만족도나 가족의 정신적인 건강에 따른 이러한 결과는 선행연구(어은주, 1996)와도 일치한다.

이상의 결과를 종합하여 볼 때 건강성이 높은 H집단은 건강성이 낮은 L집단에 비해 상대적으로 결혼만족도나 가족에 정신적인 병리적 장애 없이 정신적인 건강 수준이 높으며, 부부문제 심각도가 낮으면서 일부 하위영역에 따라서는 가족원의 수가 적고 결혼지속기간이 짧은 특성을 가지지만, 건강성이 낮은 L집단은 건강성이 높은 H집단에 비해 결혼만족도나 가족의 정신적인 건강 수준이 낮으며 부부문제

심각도가 높고 경우에 따라서는 가족원의 수가 많고 결혼지속기간이 긴 특성을 지닌다고 할 수 있다.

4. H집단에 영향을 미치는 변인들의 상대적인 영향력

H집단에 영향을 미치는 변인들의 상대적인 영향력을 살펴보기에 앞서 다중공선성(multicollinearity)의 여부를 확인하기 위해 독립변인들간의 상관관계(correlation)를 확인한 결과 .00~.59의 상관을 이루는 것으로 나타나 다중공선성은 존재하지 않는다고 할 수 있다.⁸⁾ 각 하위영역들간에는 .44~.75의 상관

8) 일반적으로 투입된 변인들간의 상관계수가 0.7이상이면 다중공선성의 문제를 야기시키는 것으로 볼 수 있다(김인호, 1983).

을 이루는 것으로 나타나 하위영역들이 비교적 높게 상관되어 있음을 알 수 있다. 독립변인들 중에 결혼만족도는 모든 하위영역들과 가장 높은 상관을 이루고 있었으며($r=.38 \sim r=.59$), 이것은 부부문제 심각도와 가장 높게 상관되어 있었다(표 6).

〈표 7〉은 H집단에 영향을 미치는 변인들을 알아보기 위해 H집단과 L집단 2가지의 반응변수 형태로 로지스틱 회귀분석(Logistic Regression)⁹⁾한 결과이다.

I 요인의 모형 적합도는 χ^2 가 72.85(df=12)로서 매우 의미 있다고 할 수 있으며 본 모형으로 관찰치를 정확하게 예측한 비율(Concordant)은 92.1%로서 예측이 잘되었다고 할 수 있다. II 요인의 모형 적합도는 χ^2 가 43.98(df=12), 관찰치를 정확하게 예측한 비율은 82.9%이었다. III 요인의 모형 적합도는 χ^2 가 65.26(df=12), 관찰치를 정확하게 예측한 비율은

90.9%이었다. IV 요인의 모형 적합도는 χ^2 가 42.23 (df=12), 관찰치를 정확하게 예측한 비율은 83.7%이었다. 따라서 4개의 요인 모두 연구모델로서 적합하다고 할 수 있다.

I 요인에서 H집단에 유의하게 영향을 미치는 변인은 결혼만족도, 부부문제 심각도, 가족의 정신적인 건강, 지역사회문제 인지였으며, 이들 변인의 나열 순서대로 H집단에 미치는 영향력이 컸다. 즉 결혼만족도가 높을 수록, 부부문제 심각도가 낮을 수록, 정신적인 병리적 장애를 가진 가족원 없이 가족의 정신건강 수준이 높을수록, 그리고 지역사회의 문제를 인지하는 경우에 가족의 의사소통·문제대응양상 그리고 가족정체감 영역의 건강성이 높을 가능성은 증가한다고 할 수 있다. 지역사회문제인지 변인의 이러한 특성은 문제를 인지하는 가족집단은 그

〈표 6〉 건강가족집단 관련변인의 상관관계

관련 변인	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. I 요인	1.00										
2. II 요인	.75***	1.00									
3. III 요인	.63***	.50***	1.00								
4. IV 요인	.59***	.51***	.44***	1.00							
5. 생활수준 ^a	.04	-.01	.07	-.04	1.00						
6. 가족 수	-.19**	-.29***	-.10	-.13	.06	1.00					
7. 결혼만족도 ^b	.59***	.40***	.38***	.40***	.13	-.07	1.00				
8. 부부문제심각도 ^c	-.51***	-.39***	-.33***	-.29***	-.03	.03	-.51***	1.00			
9. 결혼지속기간	-.07	.00	.05	-.23**	.08	-.12	-.13	.13	1.00		
10. 정신적 건강 ^d	.44***	.31***	.41***	.31***	.12	-.02	.35***	-.16*	-.16*	1.00	
11. 신체적 건강 ^e	.12	.07	.10	.12	.22**	.08	.21**	-.13	-.16*	.48***	1.00

^a 더 높은 상태의 점수는 보다 더 정적인 상태를 의미함

^b 더 높은 상태의 점수는 보다 더 부적인 상태를 의미함

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

9) 종속변수가 범주/명목척도로 측정되어 있는 변인이고, 독립변인들이 명목척도 또는 서열척도와 같은 정성적인 척도와 등간척도가 섞여 있으면서 변인들이 다변량 정규분포를 한다는 가정이 불명확할 때에 적합한 방법이다.

$$* \text{로지스틱 회귀모형 } \ln(P/1-P) = \alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k$$

(α : 절편, $\beta_1 \sim \beta_k$: 부분회귀계수, $X_1 \sim X_k$: 독립변인, P : H집단 확률)

모수추정치(Parameter Estimate)의 정적(+)계수는 독립변수가 각 유형의 확률을 높여주는 것을 말하는 반면, 부적계수(-)는 그 가능성을 감소시킴을 의미한다. odds 변화량 또는 승산비율은 어떤 사건이 일어날 기대값과 어떤 사건이 일어나지 않을 기대 값의 비(ratio)를 나타낸다.

〈표 7〉 H집단에 대한 로지스틱 회귀모형

독립변인	구분	I 요인 (N=108)		II 요인 (N=120)		III 요인 (N=115)		IV 요인 (N=106)	
		의사소통, 문제대응 양상 및 가족정체감 영역		가족일체감 및 의사결정 양상 영역		사회적인 지지 및 가족융통성 영역		가치체계 공유 영역	
		B (β)	Exp(B)	B (β)	Exp(B)	B (β)	Exp(B)	B (β)	Exp(B)
가족형태		0.70 (.19)	2.02	0.23 (.06)	1.25	-2.71(-.74)**	0.07	-0.28(-.08)	0.76
생활수준		-0.15(-.08)	0.86	-0.25(-.13)	0.78	0.12 (.06)	1.12	-0.32(-.17)	0.73
가족원 수		-0.40(-.26)	0.67	-0.57(-.35)	0.56	-0.80(-.53)*	0.45	-0.30(-.21)	0.74
부부의 종교일치		0.07(.02)	1.07	-0.50(-.13)	0.61	2.08(.53)**	8.02	-0.78(-.20)	0.46
학력일치		-0.60(-.16)	0.55	0.21(.06)	1.23	-1.21(-.33)	0.30	0.44(.12)	1.56
결혼만족도		0.30(.68)**	1.35	0.13(.28)	1.14	0.10(.20)	1.10	0.19(.41)*	1.21
부부문제 심각도		-0.31(-.67)*	0.74	-0.12(-.25)	0.89	-0.28(-.53)**	0.76	-0.12(-.22)	0.89
결혼지속기간		0.02(.04)	1.02	0.02(.04)	1.02	0.09(.18)	1.10	-0.12(-.24)	0.89
정신적인 건강		1.78(.64)**	5.92	1.30(.47)**	3.67	3.00(1.12)***	20.13	1.22(.45)*	3.38
신체적인 건강		-0.31(-.12)	0.74	-0.78(-.33)	0.46	-0.84(-.37)	0.43	-0.58(-.23)	0.56
지역사회문제		-1.29(-.34)*	0.27	-0.79(-.21)	0.45	-0.35(-.09)	0.71	0.12(.03)	1.13
친척 문제		-0.46(-.12)	0.63	0.40(.11)	1.50	0.17(.05)	1.19	1.13(.31)*	3.10
intercept		-4.389		1.44		-3.07		0.27	
-2 LOG L		149.39		159.76		145.93		143.88	
x ²		72.85***		43.98***		65.26***		42.23***	
Concordant		92.1%		82.9%		90.9%		83.7%	

독립변인

가족형태 : 핵가족(1), 확대가족(0),

종교일치 : 일치(1), 불일치(0),

가족내 환자존재 : 없다(1), 있다(0),

학력일치 : 일치(1), 불일치(0),

지역사회문제 : 없다(1), 있다(0),

친척으로 인한 문제 : 없다(1), 있다(0)

B : 로지스틱 회귀계수 β : 표준화된 로지스틱 회귀계수 Exp(B) : 승산비율

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

러한 문제로부터 가족을 보다 더 보호하려 하고 이에 능동적으로 대처하는 데에서 비롯된 것으로 해석할 수 있다. II 요인에서는 가족의 정신적인 건강만이 H집단에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 가족에 정신적인 병리적 장애가 없을수록 가족일체감 및 의사결정에 있어서의 건강성이 높을 것이다. III 요인에서 H집단에 유의하게 영향을 미치는 변인은 가족의 정신적인 건강, 가족형태, 가족원 수, 부부의 종교일치, 부부문제 심각도로서 가족의 정신적인 건강의 영향력이 가장 높았으며 다음이 가족형태이었다. 따라서 가족에 정신적인 병리적 장애가 없을수록, 확대가족이거나, 부부문제 심각도가 낮을수

록, 부부의 종교가 일치하거나, 또는 가족원의 수가 적을수록 가족의 사회적인 지지 및 융통성이 높을 가능성이 증가한다고 할 수 있다. 한편 이 영역에서 보여진 가족형태 변인의 부적효과는 확대가족의 부부들이 그들의 부모와 함께 동거하는 것에 대해 주변 사람으로부터 긍정적으로 평가 받는다고 인지하는 데에서 비롯된 결과로 해석된다. IV 요인에서는 가족의 정신적인 건강, 결혼만족도, 친척으로 인한 문제 변인 순서로 H집단에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 가족의 가치체계공유는 가족에 정신적인 병리적 장애가 없거나, 결혼만족도가 높거나, 친척으로 인한 문제가 없을 때에 건강하게 유지될

가능성이 높다고 할 수 있다.

이상의 결과를 종합하여 볼 때 H집단에는 물질적(materialistic)이고 신체적인(physical)변인보다는 사회심리적(socio-psychological)이고 관계적인(relational) 특성을 가진 변인들이 중요한 영향을 미친다고 할 수 있으며 이는 다른 가족원과의 관계를 어떻게 평가하느냐가 가족전체의 관계를 평가하는 데에서 핵심을 이룬다는 주장(유영주, 1999)과도 상통하는 결과라고 할 수 있다. 즉 가족의 정신적인 건강은 모든 영역에서 농촌가족의 건강성에 중요한 영향을 미쳤으며 이러한 결과는 선행연구(어은주, 1996)와도 일치했다. 하위영역에 따라 다소 차이가 있었지만 부부문제 심각도나 결혼만족도도 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났는데 이는 부부관계의 질이 가족의 건강성에 관계가 있다는 선행연구결과(Ammons와 Stinnett, 1980; Lewis, Beavers, Gosett와 Philips, 1976 등)와 일치하는 것이다. 한편 가족원 수, 가족형태, 부부의 종교일치와 같이 가족구조에 관련된 변인들이 사회적인 지지 및 가족응용성에 중요한 영향을 미치는 것으로 밝혀져서 가족형태에 따른 유의성이 없었다는 도시가족을 대상으로 하는 연구(어은주, 1996)와는 다른 양상을 보였다. 다른 한편 가족의 상위체계에 해당하는 친척관계 및 지역사회 관련 변인도 부분적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타나서 농촌가족의 건강성에는 이와 같은 사회적인 요인들이 연관됨을 입증하는 결과라고 할 수 있다.

요컨대 건강한 농촌가족 집단은 가족 내적인 사회심리적인 관계, 가족의 구조적인 문제, 그리고 지역사회적인 요인들이 복합적으로 반영되어 이루어진다고 할 수 있다.

V. 결론 및 제언

이상형(ideal type)에 따라 가족생활을 증진시키고자 할 때에 건강한 가족 집단의 특성은 이상형의 준거(reference)가 된다는 점에서 이의 특성을 규명하는 일이 의미 있다고 할 수 있다. 또한 이러한 작업은 건강한 가족의 모델을 제시하거나 가족의 건강성을 향상시키는 일에 있어서 기본적인 토대가 된다.

본 연구는 이러한 맥락에서 건강가족 집단을 2가지로 분류하여 이의 특성을 분석하였으며, 다음과 같이 결과를 요약할 수 있다.

첫째, 카이사승검중(χ^2)과 t-test 분석한 결과에 의하면 H집단은 L집단에 비해 가족이 정신적으로 병리적인 장애 없이 건강하거나, 부부의 결혼만족도가 높거나, 또는 부부문제 심각도가 낮을 가능성이 높다고 할 수 있다. 또한 하위영역에 따라 부분적으로 차이가 있긴 하나 L집단에 비해 대체로 가족원 수가 적거나, 핵가족의 비율이 높거나, 지역사회 문제를 인지하거나, 또는 결혼지속기간이 짧을 가능성이 높은 가족이었다.

둘째, H집단에 대한 관련 변인들의 영향력을 분석한 결과에 의하면 가족에 정신적인 병리적 장애 없이 건강한 정도를 나타내는 가족의 정신적인 건강 변인이 모든 영역에서 유의하게 영향을 미쳤다. 하위영역에 따라 부분적인 차이가 있긴 하나 결혼만족도, 부부문제 심각도, 가족형태, 가족원 수, 부부의 종교일치, 지역사회문제 인지, 그리고 친척으로 인한 문제도 H집단에 유의하게 작용했다. 즉 농촌가족의 건강성에는 가족 내적인 사회심리적이고 관계적인 요인 이외에도 가족 구조 요인, 가족상위체계 요인 등이 H집단에 영향을 미침을 알 수 있다.

이상의 결과에 의해 다음과 같이 논의 할 수 있다.

첫째, 농촌가족의 건강성을 논함에 있어서 농촌가족의 건강성은 가족내의 사회심리적이고 관계적인 측면 뿐만 아니라 가족원 수나 가족형태 등과 같은 가족 구조적인 측면, 그리고 가족의 상위체계인 지역사회나 친인척문제 등을 고려하여 종합적으로 접근해야 한다는 점이다. 가족구조적인 측면이나 상위체계 관련 요인의 유의미한 영향력은 도시가족을 대상으로 한 연구(어은주, 1996)와는 차별되는 결과로서, 위와 같은 전지는 농촌가족에는 가정생활에 따른 역할과 농업이라는 경제적인 역할이 혼재되어 있어서(Davis-Brown & Salmon, 1987) 가족형태나 가족원의 수에 따른 관계의 증가가 혜택보다는 비용으로 작용할 가능성이 크다는 점이나, 농촌사회는 생산체계가 동일하거나 개방되어 있기 때문에 농촌가

족은 상위체계인 지역사회나 친인척으로부터 도시 가족에 비해 직접적인 영향을 받을 가능성이 높다는 점에서도 그 당위성을 유추해 볼 수 있다. 일부 서구나 국내의 관련 개념이나 연구에서 이와 같은 요인을 고려하고 있으나 대부분 가족 내적인 측면에 역점을 두고 있다. 따라서 농촌 가족을 건강하게 하기 위해서는 적절한 사회복지체제나 관련 정책 프로그램이 개발되어야 한다고 본다.

둘째, H집단에 유의하게 영향을 미치는 변인은 사회심리적(socio-psychological)이고 관계적인(relation-al) 특성을 가진 변인들이 주류(主流)를 이루는 것으로 밝혀졌다. 이것은 대다수의 선행연구들(어은주, 1996; Otto, 1975; Stinnett, 1985 등)과도 일치하는 결과로서 가족의 건강성을 향상시키기 위해서는 가족 내적인 측면의 사회심리적이고 관계적인 측면을 강화시키는 교육프로그램이 다양하게 개발되어야 한다고 본다. 또한 사회심리적이고 관계적인 측면의 건강성을 향상시키는 일에는 도시인이나 혹은 농촌인 이나를 구별하지 않고 포괄적으로 접근할 수 있음을 시사하는 결과라고 할 수 있다.

셋째, H집단에 영향을 미치는 변인중 가족의 신체적인 병리적 장애를 나타내는 가족의 신체적인 건강은 유의한 영향을 미치지 않았으나 정신적인 병리적 장애를 나타내는 가족의 정신적인 건강은 중요하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 가족관계의 건강성에 있어서 가족의 정신적인 건강은 가족의 신체적인 건강에 우선하여 영향을 미침을 입증하는 것으로써 가족의 정신적인 병리적 장애를 예방하기 위해서는 스트레스, 우울증, 가족원간의 갈등 등을 완화하고 효율적으로 대처하는 관리 프로그램들이 모색되어야 한다.

넷째, 하위영역에 따라 영향력의 정도나 유의성에 다소 차이가 있으나 가족원의 수는 H집단에 부적 효과를 나타냈다. 그러나 가족형태는 영역에 따라 부적 혹은 정적인 효과를 가졌다. 이와 같은 혼재된 양상은 농촌사회에 가족주의 가치가 잠재해 있는 데에서 비롯된 결과로 해석되며, 농촌가족의 건강성을 향상시키기 위해서는 핵가족과 확대가족이 지니는 장·단점을 분석하여 각각의 장점을 강화하는 방안

이나 정책들이 개발되어야 한다고 본다.

이 연구는 농촌가족 건강성 척도의 하위영역별로 건강 가족집단의 특성을 규명하기 위해 실시되었으나 선행연구 결과나 관련 자료의 제한으로 인해 이 연구에서 밝혀진 결과들에 대해서 하위영역별로 충분히 논의하지 못한 한계를 지닌다. 앞으로 이에 관한 후속연구가 계속 이루어져 이 연구에서 이용된 변인들과 결과를 검증하고 이것들을 토대로 하여 농촌가족의 건강성을 향상시키는 데에 밑거름이 되었으면 하는 바램이다.

【참 고 문 헌】

- 김갑숙·최외선(1992). 아내가 인지한 부부갈등에 관한 연구. 한국가정관리학회지 10(2), 133-143.
- 김윤희(1989). 부부관계, 부모자녀 의사소통, 가족기능과 청소년 자녀의 비행과의 관계 연구. 숙명여자대학교 박사학위논문.
- 김인호(1983). 회귀분석론. 서울 : 비봉출판사.
- 김은진(1992). 만성질환아 가족의 사회적 지지와 가족기능도간의 관계 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김정옥(1995). 가족스트레스, 가족체제유형, 가족복지와의 관계분석. 대한가정학회지 33(3), 101-112.
- 김진희(1988). 부모-청소년간 의사소통과 가족 응집성 및 적응성과의 관계. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김충련(1997). SAS라는 통계상자. 데이터플러스.
- 김홍주(1996). 농민의 가족생활과 청소년의 '불균형 사회화'문제. 농촌사회 제6집, 37-60.
- 송말희(1990). 기혼 남녀의 부부간 갈등정도와 대응행동에 관한 연구. 한국가정관리학회지 8(2), 31-48.
- 안양희(1988). 고등학교 남학생 가족의 기능적 특성과 정신건강과의 관계. 연세대학교 박사학위논문.
- 어은주·유영주(1995). 가족의 건강도 측정을 위한 척도개발에 관한 연구. 한국가정관리학회지 13(1), 145-155.

- 어은주(1996). 한국 도시 가족의 건강성 및 관련 변인 연구. 경희대학교 박사학위 논문.
- 유영주 외(1995). 결혼과 가족. 경희대학교 출판국.
- 유영주(1999). 건전가정과 건강가족의 개념설정에 대한 논의. 한국가정관리학회지 17(3), 93-102.
- 장현섭(1993). 한국사회는 핵가족화하고 있는가. 한국근현대 가족의 재조명. 한국사회사 연구회.
- 전병재(1997). 인간과 사회-비판사회심리학적 이해. 경문사.
- 정유석(1995). 질병이 가족기능에 미치는 영향 ; 뇌졸중과 고혈압 환자의 가족을 대상으로. 가정의학회지 16, 814-823.
- 정현숙(1997). 결혼만족도 연구와 척도의 고찰을 통한 새로운 연구 방향과 척도의 모색. 대한가정학회지 35(1), 191-204.
- 조인호(1995). SAS강좌와 통계컨설팅. 제일경제연구소.
- 최규련(1995). 가족체계의 기능성, 부부간 갈등 및 대처방안과 부부의 심리적 적응과의 관계. 대한가정학회지 33(6), 99-113.
- 허명희(1998). SAS범주형자료분석. 자유아카데미.
- 허봉렬(1997). 건강가족 실천운동의 방향과 과제. 건강가족상 정립을 위한 워크샵. 한국건강가족 실천운동 본부.
- 홍성애(1988). 가족환경과 가족체계 상호작용유형이 청년기의 자아정체감 형성에 미치는 영향. 성신여대 석사학위논문.
- Ammons, P. & Stinnett, N.(1980). The vital marriage : A closer look. *Family Relations* 29, 37-42.
- Brigman, K. M. L., Schons, J. & Stinnett, N.(1986). Strengths of families in a society under stress : A study of strong families in Iraq. *Family Perspective* 20, 61-73.
- Byles, J., Byrne, C., Boyle, M. H. & Offord, D.R. (1988). Ontario child health study : Reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process* 27(1), 97-104.
- Davis-Brown, K., Salamon, S., & Surra, C.(1987). Economic and social factors in mate selection : An ethnographic analysis of an agriculture community. *Journal of Marriage and the Family* 49, 41- 55.
- Kasak, A.E. & Marvin, R.(1984). Differences, difficulties and adaptation : Stress social networks in families with a handicapped child. *Family Relations* 33, 67-77.
- Lewis, J.M., Beavers, W.R., Gosett, J.T. & Philips, V.A.(1976). *No single thread : Psychological health in family systems*. N.Y. : Brunner/Mazel.
- Lifton(1969). Protean man. Yale Alumni Review, January. In Stinnett, Chesser, DeFrain & Knaub (1980). *Rediscovering the family. Family strengths : Positive models for family life*. University of Nebraska Press, Lincoln and London.
- Olson, D. & DeFrain, J.(1994). *Marriage and the family : Diversity and strengths*. Mayfield publishing Company.
- Schmink, M.(1984). Household economic strategies : A review and research agenda. *Latin American Research Review* 19(3), 87-101.
- Stinnett, N. & DeFrain, J.(1985). *Secrets of strong families*. Boston : Little, Brown & Co.
- Walker, L. S., McLaughlin, F. G. & Greene, J. W. (1988). Functional illness and family functioning : a comparison of healthy and somatizing adolescents. *Family Process* 27(3), 317-325.