

국민 건강의 결정 요인 3 : 질병예방 및 의료이용행태

배 상 수

한림대학교 사회의학교실

= Abstract =

Health-related Behaviors: Theoretical Models and Research Findings

Sang Soo Bae

Department of Social Medicine, College of Medicine, Hallym University

A wide range of health professionals have interest in changing the health behavior of individuals. To intervene effectively and to make informed judgements about how to measure the success of such interventions, health professionals must have an deep understanding of health behavior.

This paper provides an overview of the theories of health-related behaviors and the strength and weakness of each, how the theories relate to others, and how they can be used in practice. The theories reviewed include Suchmann's stages of illness experience, Health belief model, Attribution theory, Fishbein's theory of reasoned action, Multiattribute utility models, Consumer information processing, and Andersen's models. Finally, this paper introduces the reader to interesting research findings in our country.

Key words: health-related behaviors, suchmann's model, health belief model, attribution theory, theory of reasoned action, multiattribute utility models, consumer information processing, andersen's models

서 론

우리들은 흔히 의료이용과 관련하여 다음과 같은 질문을 던지곤 한다. 왜 사람들은 기질적 손상

이 없는 데도 불구하고 의학적 도움을 요구하는가? 반대로 의학적 견지에서 판단할 때 위중한 증상을 지니고도 의료서비스 이용을 지체하는 사람들이 왜 많은가? 비전문가의뢰체계 같은 사회망

은 의료서비스 이용에 어떻게 영향을 미치는가? 환자의 만족도란 무엇이며, 실제 의료이용과정(예: 치료순응도)에 어떻게 영향을 미치는가?

건강과 질병간의 관계를 기계적으로 해석하는 소위 “전통적” 또는 “과학적” 의료하에서는 개인들의 행태는 의료이용을 이해하는 데 중요한 관건이 될 수 없었다. 그러나 과거에 생각했던 것과는 달리 정상인에게서도 의사가 진찰시 볼 수 있는 많은 증상들이 나타나며, 증상에 대한 조치의 대부분을 환자 스스로 결정(self-decision)한다는 연구들은 의료이용이 매우 역동적 과정이라는 점을 시사한다.

특히 과거와 달리 만성퇴행성 질환이 유행하는 현대사회에서는 환자들의 건강관련 행태를 이해하는 것이 더욱 중요하다. 왜냐하면 만성퇴행성 질환은 급성전염병과는 달리 그 발생원인이 개인의 생활행태와 관련되는 경우가 많고, 질환의 초창기에는 증상이 없으며, 지속적인 추구관리가 필수적이기 때문이다.

건강과 관련된 행태는 앞에서 예를 들었듯이 그 범위가 광범위하나 본격적인 연구가 시작된 것은 30여년에 지나지 않는다. 그러나 그간 보건 의료분야에 종사하는 많은 전문가들과 사회학자, 심리학자들에 의해 축적된 연구결과는 상당히 광범위하다.

뿐만 아니라 연구대상이 되는 건강관련행태가 계속 확장되고 있으며, 지금도 건강관련행태를 설명하기 위한 새로운 모형들이 속속 소개되고 있다. 따라서 건강과 관련된 모든 행태에 대한 연구들을 비판적으로 검토한다는 것은 저자의 능력과 주어진 시간과 지면을 고려할 때 거의 불가능하다. 또한 이미 생활습관에 대해서는 발표가 있었다.

이에 본 논문에서는 고찰의 범위를 의료인과의 만남을 통하여 서비스를 제공받는 과정과 관련된 각종 행태에 한정하였다. 우리나라의 현황은 주로 보건사회연구원(인구보건연구원)의 자료에 의존하되, 필요한 경우에는 다른 현황조사자료도

참조하였다. 그러나 의료이용율, 의료필요충족도 등에 관한 수치 그 자체는 이미 널리 알려져 있으므로 특별한 경우가 아니면 제시하지 않도록 하였다.

또한 건강관련행태에 대한 연구현황을 알기 위해서 전문학술지에 발표된 논문을 고찰하였는데, 예방의학회지, 한국역학회지, 보건행정학회지 등이 주 대상이었다. 물론 이들 잡지에 발표되지 않은 논문들 중에서도 중요하다고 생각되는 논문들은 인용되었다. 그러나 석·박사 학위논문으로서 학회지에 발표되지 않은 논문들은 연구의 대상에서 제외되었다. 그 결과 간호학 분야와 보건교육 분야에서 이루어진 많은 연구들이 누락되어 있다는 것을 참조해 주기 바란다. 고찰의 시기는 1980년대 이후로 한정하였다.

복잡한 사회현상을 수미일괄되게 이해하기 위해서는 단지 자료를 나열하는 것만으로는 부족하다. 다시말해 사회현상은 변수들간의 연관관계를 정합적으로 보여주는 모형을 통해 고찰하는 것이 타당하다. 이는 건강관련행태의 경우도 예외가 아니다. 이에 본 발표에서는 우리나라에서는 아직 적용되고 있지 않으나, 건강관련행태를 연구하는 모형으로 가치를 인정받고 있는 주요모형들에 대해서도 제한된 범위내에서나마 소개하도록 하겠다.

건강관련행태

1. 건강관련행태의 종류

건강관련행태의 정의와 분류에 관하여 가장 널리 인용되는 것은 Kasl과 Cobb의 정의이다. Kasl과 Cobb은 건강관련행태를 예방적 건강행태(preventive health behavior)와 질병행태(illness behavior) 및 환자역할행태(sick-role behavior)로 구분하였다(Kasl and Cobb, 1966a;1966b).

건강관련행태는 건강증진에 대한 필요성이 제고되고 만성병환자의 지속적 관리가 중요해 짐에 따라 보다 세분화되는 경향이 있다. 예방에는 일

차예방과 이차예방이 있는 것으로 알려져 있다. 이에 따라 건강행태를 일차예방행태와 이차예방행태로 구분하는 것이 가능하다(Duelberg, 1992). 이와 유사한 맥락에서 건강행태를 건강증진행태와 예방행태로 구분하는 것도 가능하다(Mechanic, 1992). 건강증진행태와 예방행태를 가르는 잣대는 서비스의 제공에 의료인의 개입이 필요하지 여부라 할 수 있다.

이용행태(utilization behavior)라는 용어도 사용되고 있다. 이는 소비자가 보건의료서비스를 이용하는 과정에 관한 행태이므로, 이차예방행태와 질병행태를 동시에 내포하는 개념이다(Melnyk, 1988). 전통적으로 건강행태에 대한 연구는 예방접종, 집단검진, 정기 신체검사와 같은 예방행태의 연구에 초점을 맞추어 왔으나 최근에는 흡연, 약물중독, 영양, 운동 등과 같은 건강증진행태의 연구로 방향이 옮겨가고 있다.

만성퇴행성 질환이 증가하면서 건강관련행태 중 치료순응도(compliance)가 크게 각광을 받고 있다. 치료순응도란 의료전문가가 지시한 치료계획과 환자의 행태간의 일치 정도를 나타내는 말로써 환자역할의 일종이라 할 수 있다(Haynes, Tayer and Sackett, 1979).

2. 건강관련행태에 대한 연구의 필요성

머릿말에서도 언급하였듯이 건강한 지역사회 주민들에게서도 의사가 진료시 관찰하는 증상을 발견하는 것은 흔한 일이다. 따라서 의사들은 환자가 호소하는 증상을 이해하는 것만으로는 부족하며, 왜 환자들이 이 단계에서 이러한 증상을 표출하는지, 환자들은 의사와의 만남을 통하여 무엇을 얻고자 하는지를 알아야만 한다. 이러한 측면에서의 관심이 의료서비스이용에 장애를 받고 있는 개인, 또는 집단의 의식구조와 이들이 겪고 있는 구조적 장벽에 대한 이해를 보다 심화시킴으로써 의료이용의 형평성을 달성하는 데 도움을 주기 때문이다.

다시말해 우리가 건강관련행태에 관심을 가지

는 첫째 이유는 현재의 보건의료 서비스이용이 형평을 이루고 있는가를 알기 위해서이다. 건강행태나 의료이용을 설명하기 위해 초기에 개발된 모형들이 의료의 과소이용이 가장 큰 사회문제라는 인식하에 의료이용을 적정화하는데 도움을 주고자 개발되었다는 사실이 이를 반증한다(Phillips, 1990). 물론 현재는 과소이용뿐만 아니라 부적절한 이용-과잉이용과 지속성이 결여된 의료이용-등이 문제가 되나 이 역시 의료자원의 제한과 질적 측면을 고려할 때 의료이용의 형평성 차원에 따름이다. 물론 건강관련행태에 대한 연구는 의료이용을 적정화하고자 도입된 각종 제도나 조치의 효과를 판정하는 데도 이용될 수 있다.

또 건강관련행태에 대한 연구를 통하여 현재의 건강유지 전략 또는 의료이용 양상을 변화시킬 수 있는 방안을 강구하는 데 도움을 받을 수 있다. 생활양식이 건강에 미치는 영향이 나날이 증가하고 있는 오늘날, 건강에 위대한 생활양식을 개선하고자 하는 욕구가 전문가 집단내에서는 요원의 불길과 같이 솟고 있다. 그러나 일반인들의 입장에서는 이러한 운동이 모두 이해되는 것은 아니며, 또 모두가 이에 동참하는 것도 아니다. 따라서 생활양식을 포함한 건강관련행태의 개선방안을 도모하는 것은 그 의의가 크다.

끝으로 특히 의료이용행태와 관련하여 의료서비스 이용에 영향을 미치는 많은 요인들의 상대적 비중을 밝히므로써 장차의 의료이용양상을 예측할 수 있다는 점도 명기할 만하다. 보건의료자원의 개발에 비용이 많이 소요될수록, 그리고 필요한 시일이 장기화될수록 의료이용행태의 연구가 보건의료자원의 개발과 배치에 지대한 기여를 하게 될 것이다.

건강관련행태 연구의 모형

1. 기술적(descriptive) 연구와 모형개발의 필요성

건강과 질병에 대한 개인들의 인식과 태도가 상이하고, 건강유지방안이나 의료이용의 종류가

다양하다는 것을 생각하면 건강관련행태의 연구는 어려울 수밖에 없다. 따라서 개인의 의료이용을 기계적으로 예측하기는 원래 불가능할지도 모른다.

그러나 지금까지의 연구들을 통하여 건강관련행태에 영향을 미치는 몇가지 변수들을 분류할 수 있게 된 것도 사실이다. McKinlay(1972)는 의료이용에 대한 연구들은 의료이용의 결정요인을 찾기 위하여 경제적, 사회인구학적, 지리적, 사회문화적 또는 의료조직적 접근과 이상의 접근방법을 포괄하는 의료체계(delivery system) 접근방법을 사용하고 있다 하였다.

의료이용에 영향을 미치는 변수들을 보건의료제도와 관련된 변수들(예: 보건의료기관의 종류, 규모, 위치, 가격 및 질)과 지역과 관련된 변수들(예: 교통, 재정적 지원의 가능성) 및 개인 또는 가족에 관련된 변수들(예: 연령, 성, 소득, 사회적 위치, 가족크기, 종교)로 분류하는 것도 가능하다(Phillips, 1990).

의료이용연구는 의료이용결정요인을 신념과 같은 개인의 주관적 현상에서 찾느냐, 아니면 외부의 객관적 실체에서 구하느냐에 따라 구분될 수도 있다(Melnik, 1988).

지금까지 건강관련행태 연구에서 사용되었던 결정요인들은 Melnyk(1988)에 의해 정리된 바 있다. 이에 따르면 진료대기시간이나, 의료진의 친절도와 같은 의료기관변수, 시간, 거리, 비용, 이용가능성(availability), 환자에 대한 차별, 의사와 환자의 관계 등이 중요한 장애요인으로 연구되었다. 물론 환자의 개인적 특성으로 인구학적 변수, 태도, 지식, 장애의 정도, 문화적 요인, 가족특성 등도 주요 연구변수였다.

그러나 의료이용이란 각 단계마다 환자들의 이용여부에 대한 결정을 요하며, 다양한 결정요인들의 복잡한 상호작용에 의해 나타나는 역동적 과정이다(Fiedler, 1981). 따라서 의료이용을 하나의 요인을 이용하여 설명하려는 것은 마치 장님이 코끼리 다리를 만지고 나서 코끼리를 보았다

고 하는 것과 마찬가지다. 이에 지난 30여년간 보건의료전문가나 사회, 심리학자들은 의료이용에 영향을 미치는 다양한 요인들을 동시에 고려하기 위한 모형을 개발하는데 전력을 기울여 왔다.

건강행태나 의료이용을 설명하려는 대부분의 모형은 1950년대 후반부터 개발되었다. 초기에 개발된 모형들은 예측변수로 개인의 사회인구학적 변수들을 주로 포함시켰다. 그러나 건강과 관련된 대부분의 행태가 사람들이 의료체계와 조우하는 과정에서 문제가 된다는 점을 고려하면 개인과 의료체계의 속성에 관한 변수들을 동시에 조망할 수 있는 모형의 개발이 필수적이다.

지금까지 개발된 의료이용에 관한 모형들 가운데에는 건강관련행태 중 특정 부분만을 설명하는데 유용하거나, 중점을 두는 변수들이 극히 제한적인 경우도 있다. 하지만 건강과 관련된 다양한 행태를 설명하는 데 두루 준용될 수 있는 모형도 많다. 또한 분석의 기술적 수준도 향상되어서 변수들간의 상호연관성을 파악하는 데도 큰 진전이 이루어지고 있다.

본 논문에서는 지금까지 개발된 건강행태에 관한 모형 중 그 사용용도가 다양하면서도 이론적으로 잘 정립되어 있는 모형 중 몇 가지를 소개하고, 이들의 장·단점을 논의하도록 하겠다.

2. Suchmann 모형

Suchmann(1965)은 사람들은 상호연관된 5단계를 거치며 의료를 이용한다 하였다. 첫단계는 증상경험 단계이다. 자신에게 나타난 통증이나 장애를 통하여 신체에 이상이 있음을 인지하게 되면, 사람들은 증상이 신체기능에 미치는 영향을 평가하고, 불안이나 공포와 같은 감정적 반응을 나타내게 된다. 반응의 크기에 따라 사람들은 자가치료를 통하여 증상을 해소시키려고 할 수도 있다.

다음 단계로 사람들은 환자역할을 취하기 시작한다. 환자역할을 일시적으로 정당화하고, 치료방침을 결정하기 위하여 소위 비전문가의뢰체계

가 작동되는 것도 이 단계이다. 세번째 단계에서 환자는 환자역할을 합법화하고, 적절한 치료법에 대해 상의하기 위해 보건의료제공자의 도움을 구하게 된다. 앞선 단계에서와 마찬가지로 환자들은 의사의 권고에 따르지 않고 다른 의료제공자를 찾아 다닐 수도 있다.

네번째 단계는 의사의 치료를 받으며 수동적인 환자의 역할을 취하는 단계로서, 다양한 요인들이 치료순응도에 영향을 미치게 된다. 마지막 단계는 회복 또는 재활의 시기로서 환자는 정상적인 역할로 돌아가거나 만성질환자의 역할을 취하게 된다.

Suchmann은 사회구조와 이와 연관된 의료에 대한 태도가 환자의 의료이용 단계에 영향을 미친다고 주장하였다. 현대의료에 대해 매우 편협적이거나 과거의 전통에 의해 영향을 받는 집단의 구성원들은 증상의 심각성을 늦게 인지하거나, 자가치료기간이 길고, 조언을 가족이나 친구에게서 구하는 경향이 있으며, 현대의학에 대해 회의적으로 반응할 가능성이 높다.

Suchmann의 의료이용단계는 매우 흥미있는 연구모형이지만 실증적 연구결과는 적으며, 가설이 모두 지지되는 것도 아니다.

Suchmann의 모형이 사회문화적 변수를 중시하는데 비하여, Kosa와 Robertson(1975)은 질병에 의해 야기되는 불안에 의해 행동이 유발된다는 가정하에 의료이용 모형을 개발한 바 있다. 그러나 이 모형은 실증적으로 검증된 바가 거의 없으므로 자세한 소개는 생략하겠다.

3. 건강신념모형

건강신념모형은 1950년대에 집단검진에 관한 행태를 설명하기 위하여 일군의 사회심리학자들이 개발하였다(Hochbaum, 1958; Rosenstock, 1960, 1966, 1974). 이후 건강신념모형의 적용범위는 확대되어 환자들의 증상에 대한 반응을 설명하거나(Kirscht, 1974), 질병행태, 특히 환자들의 치료순응을 연구하는 데에도 활용되고 있다(Be-

cker, 1974, 1980). 그 결과 건강신념모형은 지난 30여년간 건강관련행태를 설명하는 모형으로서 가장 널리 활용되고 있으며, 그 활용영역도 모든 예방행태와 질병행태 및 환자역할행태를 포괄하게 되었다(Janz and Becker, 1984).

건강신념모형의 구성요소는 표 1과 같다.

표 1. 건강신념모형의 주요 구성요소

I. 건강위협 (Threat)
가. 불건강상태의 감수성에 대한 인식 (또는 진단에 대한 수용성)
나. 상태의 위중성에 대한 인식
II. 결과에 대한 기대 (Outcome expectations)
가. 특정행위의 편익에 대한 인식
나. 행위를 취하는데 장애요인
III. 통제변수 (Modifying factors)
가. 인구학적, 사회심리학적, 구조적 변수
나. 행동계기 (cues to action)
IV. 유효성에 대한 기대 (Efficacy expectations)

건강신념모형이 장기적인 변화를 요구하는 생활양식이나 만성질환자의 치료순응도 연구에 대해서도 널리 사용됨에 따라 새로운 변수가 포함되어 졌다. 건강행태의 변화가 지속되기 위해서는 단지 행태의 변화에 따르는 결과가 비용편익적이라는 사실만으로는 부족하고 사람들이 요구되는 변화를 수행할 능력이 있는가가 중요하다. 따라서 이를 나타내는 변수, 즉 유효성에 대한 기대 (self-efficacy, efficacy expectation)를 포함하게 되었다(Bandura, 1977; Strecher, DeVellis, Becker and Rosenstock, 1986).

유효성에 대한 기대란 행동을 성공적으로 수행할 수 있느냐에 관한 변수이므로 결과에 대한 기대 (outcome expectation)와는 다르다. 건강신념모형에서 결과에 대한 기대를 반영하는 변수는 잘 알려진 바와 같이 인지된 편익이다. 이들간의 관계를 표시하면 그림 1과 같다.

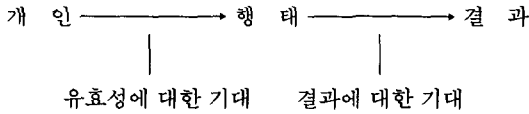


그림 1. 유효성에 대한 기대와 결과에 대한 기대의 차이.

건강신념모형의 장점은 다음과 같다. 모형의 기본전제가 되는 가치기대이론(value expectancy theory)은 인간의 동기를 설명하는 이론으로서 널리 받아들여지고 있다. 최초의 모형과는 달리 환자만족이나 서비스접근도 같은 변수들도 모형에 포함될 수 있다. 따라서 연구자들이 원하는 모든 변수들을 포함하는 것이 가능하다. 또한 사회인구학적 변수들이 의료이용에 미치는 영향을 건강신념에 이들이 미치는 영향을 통하여 파악할 수 있고, 변화가 가능한 신념이나 태도를 결정요인으로 보는 것도 장점이다(Counte and Christman, 1981). 다양한 방법을 통해 자료의 수집이 가능하다는 것도 장점의 하나이다. 또한 주요변수의 효과를 측정하는 데 필요한 질문의 수가 상대적으로 적어 경제적이다(Mullen, Hersey and Iverson, 1987). 끝으로 전술한 바와 같이 건강과 관련된 모든 행태를 설명하는 데 사용될 수 있다는 점도 부기할 만하다.

건강신념모형이 기대가치이론에 근거를 두고 있는 것은 사실이나, 현대의 기대가치이론이 갖추어야 할 몇가지 근본적인 특성을 결여하고 있으므로 모형으로서는 발전이 미숙하다는 비판이 있다. 기대가치이론의 근본전제는 가치의 최대화인데, 이는 행동에 따른 결과와, 결과가 발생할 확률을 주관적으로 평가함으로써 가능하다(Carter, 1990). 그런데 건강신념모형에서 측정하는 인지가 결과에 대한 “평가”인지, “발생확율”인지 분명하지 않다는 것이 비판의 요지이다(Montano, 1986). 뿐만 아니라 건강신념모형은 태도에 대한 일원론적 모형에 기반하고 있는데, 이는 후술할 평가속성을 고려하지 않고 있다는 점에서 문제가

있다.

건강신념모형은 구성요소들의 상호 연관관계를 명확하게 밝히지 못한다는 비판도 있다. 대부분의 연구들이 구성요소와 행동과의 상관관계를 제시할 뿐, 요소들이 어떻게 연관되는 지를 보여주지 못한다. 구성요소의 중요성에 대해서도 항상 일관된 결론을 얻을 수 있는 것은 아니며, 모형의 설명력도 높지 못하다(Montano, 1986).

사용되는 변수의 측정방법이 엄밀하지 못할 뿐만 아니라(Rosenstock, 1990), 이 중 일부는 예측력에 문제가 있다(Janz and Becker, 1984). 일 예로 인지된 위중도는 암환자에 대한 연구에서는 거의 쓸모가 없는 데, 이는 암환자들은 거의 대부분 자신의 질환을 위중하다고 생각하기 때문이다.

건강신념모형에 대한 근본적인 비판은 개인의 신념과 행태의 관계에 대한 질문으로 부터 출발된다. 행태를 항상 신념에 의거하여 설명할 수 있는가? 행태의 변화를 위해 신념을 교정하려는 시도가 타당하며, 효과적이겠는가? 행태의 변화에는 개인적 접근보다 사회구조적 접근이 효과적인 경우가 많다는 것은 잘 알려져 있다. 건강신념모형은 개인적 요인을 중시함으로써 “희생자 비난”의 위험성이 있으므로 해석시 주의를 요한다. 우리는 건강행태는 개인적 요인이외에도 개인간 요인, 제도적 요인, 지역사회요인, 공공정책 등에 의해 영향을 받는다는 사실을 망각하여서는 안될 것이다(McLeroy et al. 1988).

따라서 건강신념 모형을 모든 건강문제에 동일하게 적용하여서는 안된다. 모형이 적용되는 상황을 보다 명확하게 이해하고 개념들을 정교화하며, 표준화하려는 노력이 중요하다(Rimer, 1990).

건강신념 모형에 사용되고 있는 요소들 중 아직도 명확히 이해되지 않는 요소들도 있는데 촉발요인이나, 두려움의 역할에 대해서는 앞으로 더 많은 연구가 필요하다. 유효성에 대한 기대, 행동의지, 사회망에 대한 변수들을 포함한다면 건강신념 모형의 효용가치가 더 높아질 것이다.

4. 귀인이론 (Attribution theory)

사람들은 사건이 왜 일어났는 지를 알게 되면 안정감을 느끼고, 자신이 택할 행동을 일관되게 결정할 수 있게 된다(서성한, 1991 : 262쪽). 그 결과 적어도 외관상으로는 사건을 자신이 통제할 수 있다고 생각하게 되어 자긍심을 유지하고 불안감이 감소된다.

인과관계를 지각하는 과정에서 행해지는 귀인은 일상생활의 제 국면에 영향을 미쳐 인간의 행동지침이 되고 사회적 관계를 결정짓는 도구가 된다. 건강이 위협받을 때, 증상이나 긴장이 고조될 때, 생명에 위협을 주는 문제가 발생하였을 때에도 역시 귀인이 이루어진다는 것은 당연하다(Gotay, 1985; Bulman and Wortman, 1977; Lowery, Jacobson, and Murphy, 1983; Lowery and Jacobson, 1985).

그 결과 귀인이론은 증상의 인지와 해석과 관련된 의료이용 이외에도 대부분의 건강관련행태를 설명하는 데 유용한 도구로 알려져 있다(Stoeckle and Barsky, 1981). 귀인이론을 이용하여 어떻게 의료이용을 설명할 수 있는가? 몇가지의 예를 들어 살펴보면 다음과 같다.

Baider와 Sarell은 유방암에 대한 이스라엘 여성들의 인식, 귀인, 그리고 태도를 조사한 결과 유방암에 대하여 여성들이 두가지 상반된 반응을 보이는 것을 알 수 있었다(Baider and Sarell, 1983). 운명적이며 수동적인 특성을 지닌 일군의 사람-연구자들은 이 집단을 “동양지향적 환자”라고 하였다-은 암의 원인을 과거의 죄에 대한 벌로 생각하는 경향이 있었으며, 따라서 이를 되돌릴 수는 없다고 생각하였다. 그 결과 유방암진단을 받고 환자로서의 새로운 역할에 대해 책임감을 느끼는 대신 “차라리 모르는 것이 낫겠다”, “신만이 내 고통의 원인을 안다”라는 반응을 보였다. 반면 과학적이고 적극적인 “서구지향적 환자”들은 자신이나 남을 비난하지 않았고, 병을 치료하기 위하여 자신이 지니고 있는 모든 능력을

이용하고, 의사를 신뢰하는 자세를 보였다.

Bar-On과 Cristal의 심근경색증환자에 대한 연구(1987)에서도 질병의 발생을 “운명이나 우연” 탓으로 돌리는 사람보다 자신때문이라고 생각하는 사람들이 의사의 도움에 더 잘 순응하였고, 정상생활로의 복귀도 빨랐다. 질환의 원인이 자신때문이라고 생각하면 치료에 대한 책임을 느끼기 때문이다.

고혈압환자들은 의사들은 믿지 않지만 언제 혈압이 올라가고 내려가는지 자신이 느낄 수 있다고 생각한다. 일반적으로 환자들은 스트레스(tension)가 혈압을 올린다(hyper-tension)고 생각하며, 휴식을 취하면 혈압이 낮아진다고 생각하므로(Blumnagen, 1982), 스트레스의 정도를 이용하여 자신의 혈압을 예측하는 것이다. 그 결과 환자들은 자신의 느낌에 따라 약의 복용을 중단한다.

환자와 의료제공자간의 의사소통에 불만을 가지는 사람들은 치료에 순응하지 않고, 의료기관을 떠돌아 다니게 된다. 그런데 의사소통이 안되는 것은 기술이 부족한 탓도 있지만 문제인식과 해결에 관한 기대와 설명모형이 의사와 환자간에 상이하기 때문이다(Brody et al, 1989).

이상의 예에서 보듯이 병에 대한 환자의 귀인을 이해하는 것은 의사들에게 있어 매우 중요하다. 왜냐하면 환자들이 자신의 증상, 장애 또는 질병에 부여하는 의미는 귀인을 통해 알 수 있는데, 환자의 질병행태, 적응과정 그리고 감정적 반응을 결정하는 것이 바로 이 귀인이기 때문이다(Lipowski, 1969).

의료이용에 귀인이 미치는 영향을 알기 위하여 귀인이론을 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다. 사람들이 현상을 설명하기 위하여 사용하는 귀인은 인과의 위치(locus of causation), 일반성(globality), 통제가능성(controllability) 및 안정성(stability)이라고 하는 4차원으로 분류된다(홍대식, 1986, 홍성태, 1992) 이중 의료이용과 관련된 연구의 주된 대상은 인과의 위치와 통제가능성이다.

인과의 위치는 자아에 관한 일반적 개념이며, 건강신념모형에서 본 바 있는 유효성에 대한 기대는 특수한 상황하에서 개인의 신념에 초점을 두고 있으므로 서로 다르다(Rosenstock, Strecher and Becker, 1988). 또한 전자는 결과에 대한 기대와 관련이 있는 반면 후자는 행동자체와 관련이 있다.

그러나 인과의 위치와 유효성에 대한 기대를 같이 고려함으로써 환자의 행태를 더 잘 예측할 수 있다. 양자를 함께 도식화하면 그림 2와 같이 나타낼 수 있다. 그에 속하는 사람들은 의사의 치

		인과의 위치	
		내부적	외부적
유효성에 대한 기대	높다	가	나
	낮다	다	라

그림 2. 유효성에 대한 기대와 인과의 위치.

료에 더 잘 순응하는 반면 라에 속하는 사람들은 순응도가 낮을 것이다. 나에 속하는 사람들은 의사가 권고한 행태를 따를 능력은 있으나, 그 행태가 바람직한 결과를 나오리라고 생각하지 않기 때문에 이를 행하지 않을 가능성이 많다. 다에 속하는 사람은 이와 반대된다. 물론 유효성에 대한 기대와 인과의 위치가 이와 같이 양분되는 것은 아니므로 실제 상황은 모호한 경우가 많으나, 양자를 같이 고려하는 것이 건강관련행태의 연구에 도움이 되리라는 것은 확실하다.

또한 통제가능성도 결과에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 자신이 받을 치료방법을 선택할 수 있는 경우에는 그렇지 않은 경우 보다 치료결과가 양호하다(Schulman, 1979; Morris and Royle, 1988; Friedman, Greenspan and Mittleman,

1974). 따라서 의료제공자들은 가능한한 환자로 하여금 자신의 치료방침 결정에 적극적으로 참여하도록 하는 것이 바람직하다(England and Evans, 1992).

귀인이론은 개인의 행동요인으로 신념을 강조한다는 점에서 건강신념모형, 또는 후술할 이성적 행동모형이나 다속성효용이론과 그 궤를 같이 한다. 한편으로는 사람들이 건강에 관한 정보를 어떻게 인식하고 처리하는가에 관심을 기울인다는 점에서는 소비자정보처리이론과도 그 맥락을 같이 한다.

귀인이론은 행동을 이해하는 데는 유용하나 이를 어떻게 변화할 것인가에 대해서는 크게 도움을 주지 못한다는 비판이 있다. 귀인이론은 예방행태나 조기진단행태의 연구에는 아직 널리 쓰인 적이 없지만 이런 행태를 연구하는 데도 유용한 도구가 될 수 있을 것으로 보인다.

귀인의 양태가 정보추구의 양태와 관련이 있을 것으로 보여지지만 이에 대한 연구도 아직 제대로 되지 못하고 있다. 어떤 사람들은 정보탐색에 열심인 반면 어떤 사람들은 주어지는 정보도 귀찮아 하는 것을 볼 수 있다. 사람들 중에는 질병에 대하여 모든 정보를 얻기 보다는 인과관계가 모호한 채로 두기를 선호하는 사람도 있는데 이는 귀인의 양태가 정보추구의 양태와 관련이 있으리라는 것을 시사해 준다.

물론 증상의 인지나 해석이 항상 귀인같은 습관이나 학습된 반응양식에 의해 결정되는 것은 아니다. 비교적 일시적인 개인적 또는 상황적 요인에 의해 영향을 받아 동일증상에 대해서도 다르게 반응하는 사람들을 우리는 흔히 본다. 예를 들어 열띤 논쟁의 와중에서는 증상에 신경 쓸 겨를이 없어지고, 가난한 집안의 가정주부는 가사노동의 부담때문에 “아플 틈도 없게” 된다.

Mechanic(1978)은 질병의 인과관계에 대한 해석과 경합하는 다른 가치들을 동시에 고려할 수 있는 의료이용모형을 제시하였으나 실증적 가치는 의심스럽다.

5. 이성적 행동이론(Theory of reasoned action)

앞서 건강신념모형에 대한 비판을 소개하면서 건강신념모형이 결과에 대한 판단과 발생확률을 동시에 고려하지 않고 있어 현대의 주류 기대가치이론과는 거리가 있다는 사실을 지적하였다. 이러한 비판을 극복하기 위하여 최근 사회심리학자들에 의하여 개발된 모형이 건강관련행태의 연구에 직접 사용되는 경향을 볼 수 있다.

이들 이론들은 모형의 구성요소에서 뿐만이 아니라 태도의 측정방법에 있어서도 건강신념모형과 그 궤를 달리한다. 이는 심리학자들이 태도의 측정만으로 행동을 예측하기 어렵다는 것을 알게 되면서 태도의 내용을 보다 분석적인 관점에서 다차원적으로 이해하려고 노력하기 때문이다(홍성태, 1992).

현대 심리학자들의 주장에 의하면 특정대상에 대한 태도는 단일요소에 의해 결정된다기 보다는 여러가지 평가속성들에 대한 반응에 의해 결정된다.

예를 들어 의료서비스에 대한 환자의 만족도는 진료진의 기술적 능력, 환자자신의 설명에 의사가 귀를 기울이는 정도, 의사의 질병에 대한 설명 정도와 의사를 비롯한 의료기관 종사자의 친절성, 예약 및 진료대기시간 등에 의해 복합적으로 결정된다. 이와 같이 의료서비스에 대한 만족도를 평가할 때 고려되는 많은 요인들이 평가속성이 된다. 따라서 태도의 평가에는 다속성적 접근방법(Multiattribute approach)이 요구된다.

다속성 모형은 특정대상에 대한 태도는 속성을 대상이 지니고 있다고 사람들이 생각하는 정도-이를 신념이라 한다-를 사람들이 각 속성에 부여한 가치로 가중함으로써 얻어진다. 전술한 의료만족도의 예를 다시 보면 실제 의료서비스에 대한 만족도는 자신이 제공받은 의료서비스가 의료만족도를 구성하는 각 속성을 어느 정도 지니고 있는가와 환자들이 각 속성에 부여하는 가치에 의존하게 된다. 응급환자의 경우 평가속성 중

기술적 능력을 중시하여 다른 속성들보다 가중치를 더 주게 될 가능성이 많다. 그렇게 되면 응급 의료서비스의 만족도에 대한 평가에는 여러 속성이 영향을 미치지만 그중 기술적 능력이 가장 크게 영향을 미치게 된다는 논리이다.

다속성모형의 일종으로서 Fishbein의 이성적 행동이론(Theory of reasoned action)이 널리 알려져 있다(Fishbein and Azjen, 1975; Carter, 1990). 이성적 행동이론의 첫번째 특징은 행동은 의지(또는 의도)로부터 예언될 수 있다고 본다는 점이다. 따라서 행동의 측정을 태도자체가 아니라 행동의지에 의한다(서성한, 1991; 홍성태, 1992).

두번째 특징은 태도의 측정을 가치기대이론에 의거하고 있다는 점이다. 다시말해 태도는 행동에 따라 기대되는 평가속성의 발생확률과 속성에 대한 개인들의 주관적 평가를 곱하여 얻어진다.

세번째 특징은 행동의지에 영향을 주는 요소로 개인적 태도이외에 사회적 또는 규범적 영향을 추가하고 있다. 규범은 공식적으로 정해져 있는 것이 아니라 대부분 주관적인 판단에 의거하므로 “주관적 규범”이라 불리워지는 데 다시 두가지 요소로 나뉜다. 그 하나는 규범적 신념(normative belief)으로 이는 다른 사람이 내가 어떤 행동을 하리라고 생각하는가에 대한 나의 신념을 말한다. 다른 한 요소는 순응동기(motivation to comply)로써 이는 각자가 자기의 행동에 영향을 미치는 다른 사람의 말에 순응하려는 정도이다(서성한, 1991; 홍성태, 1992).

이성적 행동이론 모형에서 각 요소간의 관계는 그림 3과 같이 정리할 수 있다.

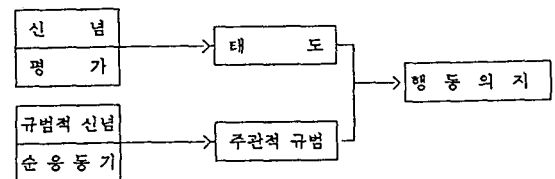


그림 3. Fishbein의 이성적 행동모형.

이성적 행동모형에서는 측정하려는 대상을 구체화함으로써 보다 나은 연구결과를 얻을 수 있다. 예를 들어 피임에 관한 행동을 예측하려면 피임에 대한 태도, 피임약에 대한 태도, 피임약을 사용하는데 대한 태도, 2년내에 피임약을 사용하는데 대한 태도 등을 구분할 필요가 있는데 후자로 갈수록 태도와 예측하려는 행동간의 상관관계가 높아진다(홍대식, 1986)

Fishbein의 모형은 개인이 자발적으로 통제할 수 있는 모든 행동을 설명하는데 사용될 수 있다. 지금까지는 유산에 대한 결정, 가족계획, 피임방법의 사용 등을 연구하는데 주로 활용되었으나(Carter, 1990), 예방접종행위(Montano, 1986), 집단검진(Lierman et al, 1990; Montano and Talpin, 1991) 등의 연구로 활용범위가 확대되고 있다.

이성적 행동모형과 유사한 기대가치이론으로 다속성효용이론이 있다(Carter, 1990). 다속성효용이론은 개인이 행동을 행하느냐, 행하지 않느냐에 따라 발생하게 될 결과(평가속성)들에 대한 각 개인의 판단으로부터 직접 예측한다. 이 모형이 이성적행동이론과 결정적으로 다른 것은 이성적행동이론에서는 태도이외에 주관적 규범이 행동의지의 구성요소이지만, 다속성효용이론에서는 그러하지 않다는 점이다. 다속성효용이론에서도 평가속성을 통해 태도를 평가하는데, 이때 고려되어야 할 속성은 조사대상집단에 대한 설문조사를 통해 추출된다. 만일 조사된 평가속성에 다른 사람에 대한 고려가 포함되어 있지 않다면 주관적규범은 연구모형에 포함되지 않게 된다.

다속성효용이론을 건강관련 행태의 연구에 이용한 예는 Carter 등(1986)에 의한 연구이외에도 Beach 등(1976)과 Beach, Campbell, Townes(1979)에 의한 가족계획과 관련된 행동에 대한 연구가 있다. 최근에는 자궁경부암 집단검진 결과양성으로 판정된 여자들의 확진검사와 관련된 행동을 설명하는 데도 사용된 바 있다(Paskett et al, 1990).

이성적 행동모형과 다속성 효용모형은 건강신념모형과 함께 가치-기대이론에 기반을 두고 있다. 또 이 두 이론은 정보처리이론에도 이론적 기반을 두고 있다. 건강신념모형과 이성적 행동모형은 모두 건강행태를 이해하기 위하여 신념을 중시하나, 전자보다 후자에서 태도를 더 중시한다.

이성적 행동모형에서 사용되는 변수들은 정밀하게 측정되므로 모형의 예측력 또한 향상된다. 그러나 예비조사를 통하여 중요한 신념이나 태도를 모두 확인하여 연구변수로 포함시켜야만 모형의 생명력이 있게 된다는 부담이 있다. 이는 시간이 많이 소요되고 귀찮은 작업이 될 것이다.

또한 Mullen, Hersey, Iverson(1987)이 비판하였듯이 이성적 행동모형은 거의 전적으로 합리성에 의존하고 있어 질병의 감수성에 대한 인지와 같은 감정적 요소를 포함하지 못하고 있다. 따라서 이성적 행동모형은 건강신념모형 등과 병행하여 사용하는 것이 바람직하다.

6. 소비자정보처리론(CIP: Consumer Information Processing)

올바른 의사결정을 위해서는 정보가 필수적이다. 소비자나 환자들은 건강과 관련된 상품, 서비스, 치료제에 대한 정보를 원한다. 물론 정확한 정보가 적절한 건강행태를 위한 충분조건은 아니나, 건강행태의 선택, 의료제공사와의 접촉, 치료에 대한 순응 등에 있어 핵심적 역할을 한다는 것도 사실이다. 따라서 사람들이 어떻게 정보를 획득하고 이용하는가를 알게 되면 소비자의 건강관련 행동의 질을 높일 수 있다.

소비자정보처리란 환경으로 부터 투입요소들을 받아들이고, 의미를 도출하기 위하여 이들을 조작하고, 제품과 서비스에 대하여 생각하기 위하여 이러한 정보를 사용하는 전체과정으로 생각할 수 있다(유동근, 1986, 167쪽).

소비자의 정보처리과정을 세분화하여 살펴보면 그림 4와 같다(Rudd and Granz, 1990).

정보획득과정에서 소비자들은 크게 두가지 정

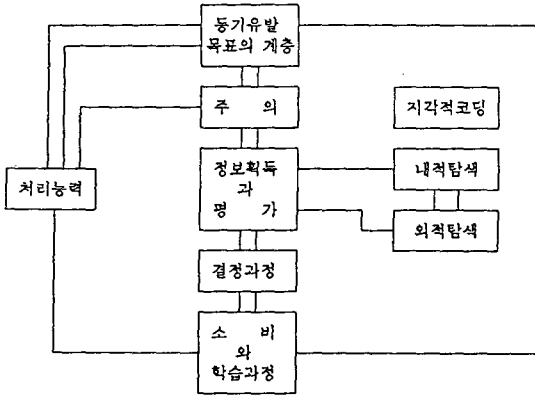


그림 4. 선택을 위한 소비자정보처리과정.

보원천에 의존하게 되는데 내적탐색과 외적탐색이 그것이다. 내적탐색은 소비자의 경험에 의해 축적되거나 수동적으로 받아들인 사전정보를 기억속에서 회상해 내는 정신활동이다. 내적탐색에는 별로 시간이나 비용 또는 심리적 스트레스가 요구되지 않으므로 소비자들은 문제를 인식하였을 때 흔히 이 방법에 의존하게 되며, 내적탐색으로 얻은 정보가 부족한 경우에 외적탐색에 들어가게 된다. 소비자가 어느정도로 광범위하게 외적탐사를 진행할 것인가는 의사결정의 속성과 의사결정자의 속성 및 기타요인들에 의해 결정된다(서성한, 1991; 574-76; 최병용, 1992, 530쪽).

일반적으로 정보탐색과 관련하여 소비자들은 "최적"기준보다는 "만족"기준에 의해 탐색을 중단하는 경향이 있다. 다시말해 소비자들은 정보획득에 소용되는 비용을 가능한 한 절약하고자 하므로 건강관련 의사결정시에도 대부분의 경우 광범위한 정보처리를 하지 않게 된다(Rudd and Glanz, 1990).

의사결정단계에서 흥미있는 사실은 소비자들이 정보처리능력의 한계내에서 대안을 선택하는 방식이 "주먹구구식 (heuristic or rules of thumb)"이라는 점이다. 예를 들어 환자들은 의료기관 선택시 제공되는 의공 서비스의 질을 꼼꼼히 비교하기 보다는 "거리가 가깝다"거나, "가격이 싸

다"는 이유만으로 특정의료기관을 이용하는 것을 볼 수 있다. 이와 같이 의사결정과정을 주먹구구식 원칙에 의존함으로써 소비자들은 선택과정을 단순화하고 나아가서는 관례화할 수 있다.

비전문가의료체계 역시 주먹구구식 의사결정 원칙의 한 예로 볼 수 있다. 왜냐하면 환자들은 의료에 대한 정보가 부족하고, 정보의 이용이 가능하더라도 이를 평가하는 데 어려움이 있으며, 일반인의 의견이 전문가의 의견에 대한 좋은 대체재라고 생각하는 경향이 있기 때문이다(Rudd and Glanz, 1990).

건강관련행태를 소비자정보처리론으로 어떻게 설명할 수 있는가를 알기 위해 소비자들이 의료기관을 선택시 정보를 어떻게 이용하는 가를 살펴보면 다음과 같다. 의료시장의 경쟁적 성격이 강화됨에 따라 환자들이 의료서비스의 질과 비용에 대한 정보를 기반으로 이용의료기관을 선택할 필요성이 증대된다.

환자들이 의료의 질에 관한 정보를 탐색할 가능성은 이들이 적극적인 소비자 역할을 수행할 성향이 있는가에 달려 있다. 따라서 소비자의 특성이 정보탐색정도에 영향을 미치게 된다. Newhouse, Ware와 Donald의 연구(1981)에 의하면 교육수준이 높을 수록 의료에 대해 비판적 시각을 가졌다. 이는 교육수준이 높은 사람들일수록 적극적인 소비자활동을 할 가능성이 있음을 시사한다.

Davidson 등(1992)의 연구에 의하면 의료보험의 종류를 선택하는데 있어서도 소비자가 지니고 있는 정보가 영향을 미친다. 건강유지기구에 사람들이 가입하지 않는 것은 적절한 정보가 부족하기 때문이므로 여러 의료보험의 정관에 대하여 소비자들에게 정확하게 알려주어야 한다고 연구자들은 주장하였다.

그런데 정보를 제공하여도 불만족을 느끼는 환자가 상당수에 이른다는 연구도 있다(Fallowfield, Baum and Maguire, 1987). 이는 제공되는 정보가 환자들이 이해하기 힘들게 되어 있는 까닭

도 있지만 환자의 행동습성이 정보탐색형인가, 아니면 정보회피형인가도 영향을 미친다(Suls and Fletcher, 1985). 정보탐색형인 인간은 전문가에게 의뢰를 잘하고 예방적 건강행태를 보인다(Miller, Brody and Summorton, 1988; Steptoe and O'Sullivan, 1986). 또한 제공된 정보에 대한 만족도도 환자의 행동습성에 의해 영향을 받게 된다(Steptoe et al., 1991).

7. Andersen 모형

Andersen(1968)이 의료이용을 체계적으로 설명하기 위하여 “보건의료서비스 이용에 관한 행태모형”을 제시한 후 동 모형은 그와 그의 동료들에 의해 계속적으로 확장됨과 동시에 의료이용을 설명하고자 하는 많은 연구를 통하여 검증을 받아왔다.

Aday와 Andersen(1975)이 초기의 모형을 확장한 연구모형은 그림 5에서 보는 바와 같다. 동 모형은 우리나라에서도 널리 사용된 바 있으므로 연구시 참조하여야 할 몇가지 사항을 제외하고는 모형의 구성요소와 변수들에 대한 구체적인 언급은 생략하고자 한다.

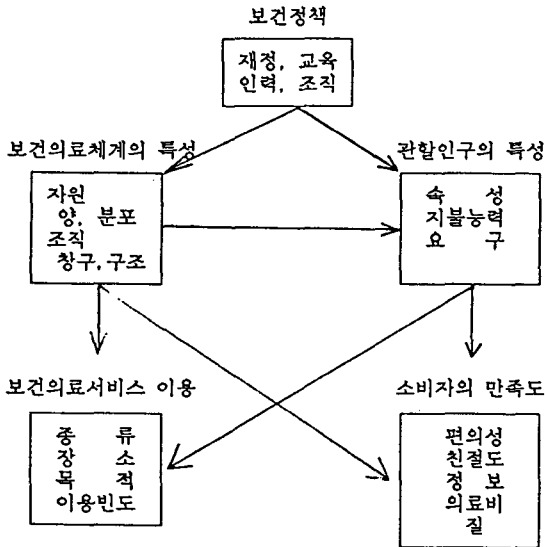


그림 5. Andersen의 의료접근도 연구모형.

Aday와 Andersen의 연구모형은 보건정책을 보건의료서비스에 대한 투입요소로 나타내고 있으며, 산출물을 의료이용의 종류, 장소, 목적 등에 따라 분류하는 것이 바람직하다는 것을 보여준다. 뿐만 아니라 의료이용 연구에서 결과변수로 환자의 만족도를 같이 고려해야 함을 보여준다.

Andersen의 연구모형을 통해 밝혀진 장애요인은 성격에 따라 의료이용이 형평을 이루고 있는지, 아닌지를 판단하는 데 도움을 준다. 또한 Andersen의 연구모형에서 사용되는 변수들은 변경가능한(mutable) 변수와 변경불가능한 변수(immutable)로 구분된다. 따라서 의료이용의 형평성을 달성하기 위한 정책분야와 성공가능성을 예측해준다.

Andersen모형은 많은 장점을 가지고 있음에도 불구하고, 결점 역시 상당하다.

Andersen모형에 의거한 연구들은 설명력이 낮으며, 의료필요변수-즉 질병-이외에는 의료이용의 차이를 설명하는 변수를 거의 찾지 못한다는 비판이 있다(Mechanic, 1979). 이는 모형에서 사용되는 변수들의 정밀성이 부족하기 때문에 나타나는 현상이다. 예를 들어 의료보장도 단순히 의료보장의 적용을 받고 있는가만을 조사해서는 그 의미가 반감되며, 급여의 범위나 본인부담의 정도 등을 동시에 고려하여야만 중요성이 부각된다. 그러나 사용되는 변수가 너무 많고, 분석의 수준도 상이하므로 모형을 완전히 만족시킬 수 있는 자료를 구할 수는 없다(Becker and Maiman, 1983).

또한 Andersen모형은 건강행태를 명확히 설명하지 못하며, 많은 설명변수가 차관효과를 가지고 있다. 예를 들어 필요변수인 질병은 질병자체만이 아니라 환자의 인지나 근심 등에 의해 크게 좌우된다. 그 결과 대규모 다변량분석에서는 질병이 중요한 요인으로 선정된다 할지라도, 실제로는 질병행태 때문일 수 있다(Mechanic, 1979).

의료기관까지의 거리가 의료이용에 미치는 영향을 조사하면서 Janssen은 의료이용을 의사가

주도하는 서비스와 환자가 주도하는 서비스로 구분하였는데, 시간 또는 시간비용은 환자가 주도하는 의료서비스에는 부의 영향을 미치나 의사가 주도하는 서비스에는 그 영향이 크지 않다는 사실을 발견할 수 있었다(Janssen, 1992).

이러한 연구는 의료이용을 환자에 의한 의료이용과 의사에 의한 의료이용으로 구분하는 것이 바람직하다는 주장을 뒷받침한다(Dutton, 1986). 의사가 환자의 대리인으로 역할하는 의료분야에서는 모든 의료이용의 결정요인이 동일하다고 볼 수는 없다. 예방적 서비스나 초진과 같이 환자가 주도하는 서비스의 이용에는 재정적, 지역적, 문화적 요인들이나 의료조직과 관련된 변수들이 큰 영향을 미치지만, 재진과 같은 추후관리는 의사가 주도하므로 의사의 교육과 같은 요인들이 더 큰 영향을 미치기 때문이다. 이상의 개념을 도식화하면 그림 6와 같다.

지금까지 건강관련행태를 설명하기 위한 몇가지 모형을 살펴보았다. 각 모형의 장단점에 대해서는 이미 소개가 되었으므로 생략하기로 하겠다. 다만 건강관련행태를 설명하기 위해서는 모형에서 사용되는 변수가 소수에 국한되어서는 안되며, 모형자체가 인간동기에 대한 폭넓은 이해에 기반하고 있어 변수들의 의미에 대한 명확한 설명이 가능하여야 하며, 다양한 행태의 연구에 두루 사용될 수 있는 것이 바람직하다는 사실만

을 지적하고자 한다.

그러나 지금까지 개발된 모든 모형 중 상기요건을 완전히 만족시키는 모형은 없다. 또한 동일 자료를 이용하여 각 모형의 적합성을 평가한 연구도 매우 드물다(Ried and Christensen, 1988; Mullen, Hersey and Iverson, 1987). 모형의 고찰에서도 보았듯이 많은 모형들이 완전히 동일한 것이 아니나 상당부분 공통성을 지니고 있는 것도 사실이다. 따라서 모형의 비교를 위한 연구가 중점적으로 전개될 필요가 있다.

물론 모형의 불완전성이 불성실한 연구의 핑계가 될 수는 없다. 조사표본의 대표성 문제, 사용변수의 신뢰성과 타당성, 조사결과 해석과 관련된 각종 오류를 범하지 않도록 노력하는 것은 연구자의 당연한 의무라 하겠다.

우리나라 국민들의 건강관련행태

지금부터는 과연 우리나라 국민들의 건강관련행태는 어떠한지를 살펴보도록 하겠다. 머릿말에서 밝혔듯이 검토의 대상이 되는 건강행태는 예방행태와 질병행태이다.

예방행태에서는 예방접종과 집단검진에 관련된 행태에 대해서 다루도록 하겠다. 그러나 집단검진 중에서도 근로자건강검진에 대해서는 제외하도록 하겠는데, 이는 근로자건강검진은 그 성격상 자발성이 부족하므로 행태연구의 대상이 되기는 부적절하다고 생각되었기 때문이다. 환자역할행태에서도 치료순응도만을 다루도록 하겠다. 치료순응도이외의 환자역할에 대해서는 간호분야의 연구를 제외하면 우리나라에서는 거의 이루어진 바가 없다. 건강신념모형을 이용한 간호분야에서의 환자역할에 대한 연구는 구와 이에 의해 문헌고찰된 바 있으므로 필요한 경우에는 이를 참조하기 바란다(구미옥, 이은옥, 1990).

부록의 표에서 보듯이 건강관련행태에 관해 우리나라에서 이루어진 연구는 많지가 않다. 따라서 본 발표는 현황자료를 중심으로 그 의미를 건

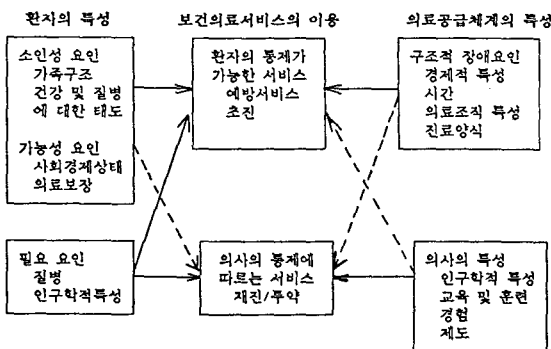


그림 6. 서비스이용의 주도권자에 따른 의료이용 모형.

강관련행태와 연관시켜 해석하고자 한다. 이러한 접근방법이 불확실한 연구결과에 의거하여 결론을 내리는 것보다 오도의 가능성이 적으며, 우리나라에서 미흡한 연구분야를 보여주는 데도 도움이 되리라 생각하기 때문이다.

1. 예방행태

1) 예방접종

지난 10여년간 예방접종에 대한 지식과 관심의 증가로 과거에 비해 예방접종율은 월등히 높아졌다(표 2 참조). 그러나 농촌에서는 아직 예방접종을 받지 못하는 아이들이 10~15% 있는 것으로 나타나고 있다. 또한 예방접종을 한 경우라도 접종시기를 살펴보면 적정시기를 놓친 경우도 상당수 있다. 일 예로 한국인구보건연구원에서 조사한 자료를 보면 DPT와 소아마비의 접종율은 1차 98.2%, 2차 96.4%, 3차 93.0%, 추가접종율 69.0%인데 비하여 적기접종율은 각각 85.6, 82.3, 77.1, 56.3%에 지나지 않는 것으로 밝혀졌다(김혜연외, 1989).

아이에게 예방접종을 실시하지 못한 이유를 살펴보면 DPT, 소아마비 1차접종을 하지 않은 아이의 24.5%가 어머니가 예방접종 자체에 대해서 모르거나 무관심해서 접종을 하지 않은 것으로 나타났다.

어머니가 아이가 다음에 맞을 예방접종의 종류와 시기를 정확하게 알지 못하고 있는 경우도 상당수 있었다. 즉 예방접종의 종류와 시기를 모두 정확하게 알고 있는 경우는 2/3정도에 지나지 않았다. 그 결과 예방접종시기를 놓쳐 접종을 하지 않은 경우도 예방접종 종류에 따라 16.1~33.6%나 차지하였다(김혜연외, 1989).

1983에 수행된 국민보건영양조사에서도 전염병이 유행하면 예방접종을 꼭 맞아야 한다는 사람이 64.7%에 지나지 않았다(남철현, 서미향, 홍현주, 1984). 특히 무학자와 50세 이상의 사람들은 약 반정도 만이 예방접종을 할 필요가 있다고 응답하였다. 이러한 자료들은 근자에 예방접종에 관해서는 지식과 태도에 많은 변화가 있었지만 아직도 만족할 수준은 아니라는 것을 보여준다.

그런데 예방접종의 경우 우리나라에서도 예방접종의 태도와 실천이 서로 비례하고 있음을 알 수 있다. 미취학아동에 대한 예방접종율을 부모의 예방접종에 대한 태도와 짝지워 보면 “예방접종을 꼭 맞아야 한다”는 태도를 보인 군이 “맞을 필요가 없다”라고 응답한 군보다 예방접종 수율이 높았다(남철현, 서미향, 홍현주, 1984).

따라서 예방접종에 대한 태도를 변화시킬 필요가 있는데, 농촌주민, 고연령층, 교육수준이 낮은 사람, 소득수준이 낮은 사람이 목표집단이 되어

표 2. 영유아 예방접종율의 변화추이, 1980년 이후

연구자	연도	조사 지역	자료수집	조사대상 연령	예방접종율			
					BCG	DPT	Polio	홍역
송건용 외	81	벽지	가정방문	2세미만	30.7	56.9		17.7
문현상 외	82	농촌	가정방문	2세미만	65.1	75.9	78.3	50.4
		도시			71.8	82.7	81.9	58.3
박정한 외	84	농촌	가정방문	6~23개월	95.8	87.5	87.9	
		도시			98.0	83.2	80.8	
김혜련 외	89	농촌	가정방문	6~29개월	88.8	85.5		94.9
		도시			95.0	95.0		83.4

자료: 김혜연 외, 1989, 19쪽

야 하리라는 것은 기존의 자료를 통해 능히 짐작할 수 있다.

예방접종에 대한 태도와 관련하여 흥미있는 사실의 하나는 보건의료인과의 상담빈도가 예방접종에 대한 태도에 차이를 가져오지 않는다는 자료이다(남철현, 서미향, 홍현주, 1984). 만일 이 자료가 정확하다면 우리나라 의료인들이 진료에 치중하여 올바른 건강지식을 전달하지 못하고 있다는 작금의 비판을 반증해 주는 자료가 될 것이다. 예방이나 건강증진에 관한 지식은 일차진료 과정을 통하여 전달되는 것이 가장 바람직하다는 주장을 감안할 때, 의료인들의 노력이 요구된다.

물론 예방접종에 관한 행태를 지식과 태도라는 변수만으로 설명할 수 있는가에 대해서는 이론의 여지가 있다. 이 문제에 대해서는 산전진찰시 다시 언급하기로 하겠다.

2) 건강진단과 집단검진

1992년 전국의 성인 1500여명을 대상으로 지난 1년간 건강진단을 받은 적이 있는지를 조사한 결과 27.8%의 사람들이 건강검진을 받은 것으로 나타났다(남철현외, 1992). 건강진단 경험에 영향을 미치는 사회인구학적 요인들은 모두 근로자라는 요인으로 설명될 수 있었다. 이는 우리나라의 경우 현재 건강진단에 대한 관심이 높아지고는 있으나, 근로자 정기건강검진이나, 공교의료보험의 피보험자건강진단을 제외하면 자발적으로 건강검진을 받는 경우가 극히 드물기 때문일 것이다.

1989년의 조사에서도 건강진단경험에 차이가 있었던 사회인구학적 변수는 모두 직장근무와 유

관하였다(송건용, 김영임, 이의향, 1990). 그 결과 단체정기신체 검사를 제외한 건강진단이나 집단 검사는 여성과 남성간에 큰 차이가 없었다.

우리나라 사람들은 건강검진의 형태에 따라 상이한 태도를 지니고 있는 것으로 보인다. 개인종합검진을 희망하는 사람이 단체신체검사의 3배를 훨씬 넘는다는 사실에서 이를 유추할 수 있다(표 3 참조). 심지어 단체신체검사는 희망하는 사람보다 실제 실시한 사람이 더 많았다.

집단검사의 경우는 우리나라 사람들이 지니고 있는 건강에 관한 지식과 태도에 관해 더욱 흥미 있는 소견을 제시해 준다. 표 4에서 보듯이 우리나라 사람들은 1989년 현재 정기적인 집단검진은 거의 대부분 받고 있지 않는 것 같다. 그나마 간기능검사에 대해서는 관심도 높고 실제 검사를 받는 사람도 많다. 이는 우리나라 사람들이 술을 많이 먹는다는 사실과 연관성이 있을 것 같다.

암에 대한 집단검사는 단체신체검사에서는 잘 제공되지 않으므로 사람들의 태도와 행동을 관찰하는데 도움이 된다. 자궁경부암의 경우는 실시 희망율도 높을뿐 아니라 실제 검사실시율도 상당하다. 그러나 간암과 폐암의 경우에는 실시희망율은 높으나 검사자는 극히 드물다.

실제 간암과 폐암에 대해서는 효과적인 집단검

표 3. 건강검진의 형태별 실시 현황과 희망율(1989)

	단체신체검사	개인종합검진
현재 실시율(A)	16.3	6.2
실시 희망율(B)	12.3	43.0
차 이(B-A)	-4.0	36.8

자료: 송건용, 김영임, 이의향, 1990, 80쪽

표 4. 1년간 질병검사 실시율과 장래 실시희망율, 1989년

	당뇨병	고혈압	간기능	위 압	간 압	폐 압	자궁경부암
현재 실시율(A)	4.9	7.7	14.2	3.2	2.9	1.9	17.4
실시 희망율(B)	10.5	11.1	21.9	18.6	17.7	13.7	36.9
차 이(B-A)	5.6	3.4	7.7	15.4	14.8	11.8	19.5

자료: 송건용, 김영임, 이의향, 1990, 73쪽 및 80쪽

진법이 없으며, 따라서 미국에서도 성인을 대상으로 한 정기신체검사에서 이 항목을 권장하지 않는다(U.S. Preventive Services Task Force, 1989). 그럼에도 우리나라 성인들은 이에 대한 검사를 요구한다.

이는 우리나라 성인들이 암에 걸릴 가능성에 대한 민감도나 두려움은 높은 반면 실제 지식은 매우 취약함을 시사한다.

고혈압이나 당뇨의 경우 간단하면서도 효과적인 검사방법이 있고 실제 이 두 질환은 우리나라 지역사회에서 크게 문제가 되는 질환임에도 불구하고 검사회망율이 암보다 낮다는 사실도 우리나라 국민들의 예방행태에 문제가 있음을 보여준다. 흥미있는 사실의 하나는 당뇨병과 고혈압은 만성질환이 있을 수록, 평소건강상태가 좋지 않을 수록 검사를 원하는 사람이 많았고, 실시하는 사람도 많았다(송건용, 김영임, 이의향, 1990). 이는 결국 건강이 나빠지고 난 다음에야 검진을 받기를 원하는 사후약방문식의 건강행태라 할 수 있겠다.

암에 대한 집단검진 희망에서도 위암, 폐암, 간암, 유방암은 자기의 평소 건강상태가 좋지 않거나, 만성질환이 있을 수록 검사를 희망하였다. 그러나 자궁암검사는 건강상태가 보통이거나, 만성질환이 없는 경우에 검사받기를 더 원하였다(송건용, 김영임, 이의향, 1990, 185-87쪽). 왜 다른 암과는 달리 자궁암검사는 건강한 여성이 더 원할까? 자궁이 가지는 "의미"때문일까? 이러한 문제에 대한 연구는 질병의 의미에 대하여 우리나라 대로의 해석을 가능하게 해 줄지도 모른다.

3) 산전진찰

1989년도에 조사된 자료에 의하면 우리나라 임산부들의 산전관리경험율은 1980년대 초나 중반의 70% 수준에 비하면 크게 증가하여, 도시는 98.0%, 농촌은 88.1%였다(한국인구보건연구원, 1982 전국가족보건실태조사, 74쪽: 1984, 114쪽: 1989, 23쪽). 그러나 산전관리횟수는 6회이하가

50% 정도여서 만족스러운 것은 아니었다(한국인구보건연구원, 1989, 23쪽).

산전진찰과 관련된 건강행태로서 우리의 주목을 요하는 것은 왜 임신부들이 산전진찰을 제대로 받지 않는가 하는 점이다.

한 연구에 의하면 임신중의 산전관리에 대하여 전체대상부인의 반정도만이 이상이 없어도 산전진찰을 꼭 받아야 한다고 생각하는 것으로 나타났다(남철현, 서미향, 홍현주, 1984). 또한 산전관리를 받지 않는 부인들 중 돈이 들어서(9.0%), 교통이 불편해서(3.7%), 시간이 없어서(2.4%) 산전진찰을 받지 않은 사람은 15% 정도에 불과하였다. 이는 사실은 사회경제적 변수로 산전관리를 설명하기가 매우 어려움을 보여준다.

특히 농촌거주 부인, 고연령층, 교육수준과 소득수준이 낮은 주부, 대중매체를 통하여 건강지식을 얻지 못하는 주부일수록 산전진찰을 받드시 받을 필요가 없는 것으로 생각하고 있다는 것은 적절한 산전진찰을 받지 못하는 원인이 지식의 부족이라는 인상을 준다(남철현, 서미향, 홍현주, 1984).

그러나 과연 지식수준이 산전진찰을 가로막는 유일한 이유인가? 사회문화적 접근방법을 사용한 우리나라에서 몇 안되는 연구의 하나인 방숙 등(1988)의 연구는 산전진찰에 관하여 지식수준이 문제가 아니라 문화에 따른 규범이 더 큰 영향을 미칠지도 모른다는 사실을 밝혀준다.

이 연구에 의하면 자녀의 희망여부가 산전진찰 회수에 크게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 연구자들은 이러한 현상을 "딸만 많이 낳은 부인은 아들을 낳아야 한다는 점에서 자녀를 희망하고 있긴 하지만, 임신 및 분만의 경험이 있다는 점에서 더더구나 딸만 낳았다는 자책감에서 산전관리를 받지 않을 수 있다"고 해석하였다. 임신의 결과에 대한 불확실성은 농촌문화에서 여성의 무의식 깊숙히 침투되어 있어 "새로운 생명은 희망을 불러 일으키는 반면 아들을 낳아야 한다는 걱정이 강박감을 갖게 한다"는 한 인류학자의 분석

(윤순영, 1978)은 더욱 규범적 요인의 중요성에 대해 생동감을 더한다.

또한 부인이 농사일과 집안일을 같이 하는 경우에 산전관리가 더 소홀하였는데 농번기에는 임신부라 할지라도 농업노동으로 부터 벗어나기가 어려우리라는 것은 짐작할 수 있다.

2. 질병행태

부록의 표에서 보여지듯이 그동안 우리나라에서 이루어진 질병행태에 대한 연구는 대부분 의료이용결정요인에 대한 연구들이었으며, 연구모형은 Andersen 모형을 근간으로 하고 있다. 1987년까지 이루어진 의료이용에 관한 연구는 이미 권 등(권순호, 한달선, 이규식, 1987)이 고찰한 바 있으며 그 이후의 연구들에서도 기존의 연구에 비교할 때 크게 다른 연구결과를 얻지는 못하였다. 따라서 본 발표에서는 기존의 연구결과를 다시 정리하지는 않겠다.

다만 몸이 불편하여 병원에 가기를 원했으나 의료이용을 하지 않은 사람 가운데는 금전적 요인이나 의료기관까지의 거리보다 습관적으로 병의원에 가기를 꺼려하거나, 큰 병이 있을까 두려워서 가지 않는다는 사람이 더 많았다는 한 조사결과(김수춘, 이충섭, 1991)는 만일 이 조사가 정확했다면 사회인구학적 변수만을 이용하여 의료이용을 설명하려는 시도가 덧없을 수도 있음을 보여주는 예라는 사실만 지적하고자 한다.

1) 질병에 대한 인식

우리나라 사람들은 과연 어떤 경우를 질병이라고 생각하는가?

1983년의 국민보건의식행태조사 결과에 의하면 우리나라 사람들은 2/3 이상은 “마음이 편안하고 몸이 아프지 않아야 건강하다”라는 생각을 하는 반면 “몸만 아프지 않으면 건강하다”거나 “몸이 약간 아파도 일상생활에 지장이 없으면 건강하다”라는 생각을 가지고 있는 사람도 30%를 넘는 것으로 밝혀졌다. 특히 후자의 생각은 무학이

나, 농촌에서는 40%를 상회하였다(남철현외, 1984). 벽지주민들에 대한 조사에 의하면 일하는데 지장이 없어도 의료기관을 이용하겠다는 사람은 거의 없었으며, 90%에 이르는 사람들이 아파서 누워 있을 정도라야 병의원을 이용하겠다고 응답하였다(송건용, 김홍숙, 김영임, 1983). 약간 시일이 지난 자료이긴 하지만 이러한 수치는 무엇을 의미하는가?

한림대학교 사회의학연구소에서는 춘천 또는 화천 주민을 대상으로 흔한 8가지 증상에 대하여 주민들이 얼마나 심각하게 느끼는 지를 조사한 후, 주민들이 생각하는 심각도와 의사들이 생각하는 심각도를 비교한 바 있다(한림대학교 사회의학연구소, 1986, 1991). 그 결과 증상별 심각도가 의사와 환자에게서 반드시 일치하지 않는다는 사실을 알 수 있었다. 예를 들어 “이유없는 체중감소”에 대해 일반인들은 의사보다 중시하지 않았다. 의사가 생각하는 증상의 심각도를 기준으로 주민들의 증상민감도를 분석하여 보면 소득이나 교육수준에 따라 증상의 민감도에 차이가 있음을 알 수 있었다.

이상의 자료는 비록 그 해석에 유의할 점이 많기는 하나 질병에 대한 인식이 일반인과 전문가 사이에 반드시 일치하는 것은 아니며, 일반인 사이에서도 계층별로 차이가 있음을 보여준다.

주민이 질환으로 인해 어떠한 형태이든지 치료를 받기를 원하는 경우를 의료요구라고 정의한 전국규모조사의 결과들을 보면 이러한 생각을 다시 확인할 수 있다. 표 5에서 보면 1989년을 제외하고는 도시의 의료요구가 농촌보다 높다. 물론 이 자료는 표준화되지 아니한 자료이므로 이 표만으로 결론을 내릴 수는 없다. 그러나 이론상 또는 경험상 농촌주민의 의료필요가 도시주민보다 높으리라는 것을 고려할 때, 표 5의 자료는 계층별 의료이용하기를 원하는 증상, 또는 질병에 차이가 있음을 시사한다.

질병에 대한 귀인이 의료이용에 관한 제반의 사결정에 영향을 미친다는 사실은 이미 지적한

표 5. 연도별 지역별 의료요구율

조사연도	도 시	농 촌
1981	34.5	30.4
1987	35.0	34.8*
1989	22.9	26.5

* 면지역임

자료 : 송건용, 김홍숙, 1982; 송건용, 박연우, 김영임, 1988; 송건용, 김영임, 1990

바 있다. 우리나라 사람들은 왜 병이 생긴다고 생각할까? 물론 질병에 대한 귀인이 모든 종류에 대하여 동일하지 않으리라는 것은 명약관화하다. 그러나 아직까지 우리나라에서 질병의 원인에 대한 주민들의 인식을 질환별로 체계적으로 조사한 바는 없다.

그러나 질병의 원인에 대해서 집단간, 또는 개인간에 상당한 인식차이가 있음을 시사하는 자료는 있다. 1983년 국민보건의식행태조사연구에서는 질병의 발생원인에 대하여 주민들이 생각하는 바를 조사하였는데 재수가 나빠서 질병에 걸린다는 사람이 20%, 조상의 묘를 잘못쓰면 질병에 걸릴 수 있다고 생각하는 사람이 10%에 이르렀다(남철현 등, 1984). 1992년 남 등의 조사에서도 재수가 나쁘거나, 귀신이 붙어서, 또는 조상의 묘를 잘못써서 질병에 걸린다는 생각을 가진 사람이 상당수 있음을 다시 확인 할 수 있다(남철현 등, 1992).

한림대학교 사회의학연구소에서 고혈압환자에 대한 면접조사 중 한 노인이 보인 생각은 우리나라 사람이 가지고 있는 질병과 건강에 대한 운명적 사고의 일단을 보여준다.

“가만히 사람들을 여럿 두고 보면 조심하고 노력한다고 해서 건강해지는 것은 아닌 것 같애. 타고나와야 건강하지. 태어날 때부터 약골인 사람은 아무래도 안돼. 그러니 똑같이 혈압이 높아도 죽는 사람에, 혈압터져 풍맞는 사람에, 멀쩡히 건강하게 사는 사람들이 다 있잖아. 그러니 큰 병 드는거야 꼭 운도 따라야 돼”(한림대학교 사회의

학연구소 내부자료).

또한 많은 사람들이 마음을 편안하게 가지지 못해서 병이 난다고 생각한다. 1983년 국민보건의식행태조사연구와 1992년 남 등의 연구에서 공히 2/3의 사람들이 이러한 생각을 가지고 있었다.

우리나라 사람들의 민속적인 건강관행이 대부분 “마음을 다스리고”, “과하지 않게 살며”, “자연 그대로 사는” 것이라는 사실(김귀분, 최영희, 1991)은 대부분의 사람들이 마음이 병이 된다는 생각을 가지고 있다는 사실로 보아 당연하다 하겠다.

앞으로 우리나라에서도 질병의 원인에 대한 사람들의 생각과, 문화적 요소들이 어떻게 이에 영향을 미치는가에 대한 사회학적, 인류학적 조사가 광범위하게 이루어 질 필요성이 있다. 왜냐하면 이러한 연구를 통하여 주민들의 의료이용행태를 보다 명쾌하게 이해할 수 있으리라는 것은 재론의 여지가 없기 때문이다.

2) 의료기관 선택

우리나라 사람들이 과거에 비해 치료처로 병의원을 선택하는 경우가 월등히 늘어났다는 것은 잘 알려져 있다. 그러나 각급 의료기관에 대한 태도가 의료기관 선택에 어떠한 영향을 미치는지에 대해서는 아직 잘 알려져 있지 않다.

이는 부록 표에서 보듯이 의료기관선택에 관한 연구의 수가 워낙 적고, 설사 태도와 행태간의 관계를 연구했다 하더라도 태도를 단일된 개념으로 생각한 당연한 결과이다. 주민 또는 환자들이 의료기관을 선택하는 경우 고려하는 평가속성에 대한 연구가 선행되기 전에 태도를 통하여 의료기관선택을 연구한다는 것은 이론적 기반이 취약하다 할 수밖에 없다. 이런 측면에서 최근에 조 등이 환자의 의료기관 선택을 편이성과 질을 구분하여 연구한 것은 옳은 접근이라 하겠다(조우현, 김한중, 이선희, 1992). 앞으로는 의료기관을 평가하기 위한 속성을 보다 구체적으로 연구할 필요가 있다.

비전문가의뢰체계에 대해서는 거의 알려진 바가 없다. 의료이용의 의사결정권자는 누구인가? 이들의 집단규범이 의료이용에 어떠한 영향을 미치는가? 이러한 문제에 대한 해답을 대규모 사회 조사를 통하여 얻을 수는 없다. 다만 우리나라 사람들도 의료이용시 주위사람의 의견에 귀를 기울인다는 것은 분명하다. 고향에 대한 염증을 주소로 하는 환자가 각 의료기관을 전전하는 과정을 보여주는 박 등의 연구는 비전문가의뢰체제와 관련하여 매우 흥미롭다(박원중, 강득희, 임국환, 1984).

비전문가의뢰체제의 영향은 증상이나 질병의 종류에 따라, 또는 이용의료기관의 종류에 따라 상이할 것이다. 주민들의 한방의료이용을 조사한 연구에 따르면, 가족이나 주변사람이 치료받아 나온 것을 보거나, 주변사람이 권해서 이용하게 되었다는 사람이 80%를 상회한다(김진순의, 1991). 임신에 관한 상담을 위해 가장 먼저 찾아가고 싶은 사람이 어머니나 이웃이 1/3, 의사가 2/3라는 조사도 있다(송건용, 김홍숙, 김영임, 1983).

3. 환자역할

환자역할에 따르면 환자는 의사의 지시를 순종하고 질병의 치료를 위하여 노력할 의무를 지니고 있다. 그러나 많은 환자들이 이러한 역할을 충실히 수행하는 것 같지 않다. 우리나라에서 이루어진 환자들의 의료기관이동에 대한 연구가 이를 증명한다.

의료보험환자들의 동일질환에 의한 의료기관 이용경로를 연구한 문 등의 논문에 의하면 급성질환이환자의 경우에도 동일 상병으로 2개 이상의 의료기관을 이용하는 환자가 50%에 육박하였다(문옥륜, 김창엽, 1991). 치료원의 변경은 상병기간이 길어질수록 현저해지고 만성질환자들의 경우 한방에 대한 의존도가 더 높아진다는 보고도 있다(김진순, 유호신, 박난희, 1988).

이와함께 의사의 통원치료에 대한 지시를 종종

따르지 않는 환자들이 20%에 육박한다는 조사(남철현의, 1992)는 우리나라에서 환자역할을 사람들이 제대로 이행하지 않는 원인에 대하여 주의깊은 연구가 필요함을 보여준다. 그러나 아직까지 이에 대한 현황분석마저 미흡한 실정이다.

다만 환자역할에 대한 연구 역시 단순히 환자역할에 영향을 미치는 사회경제적 변수를 나열하는 것 만으로는 부족하다는 사실을 지적하고 싶다. 일 예로 우리나라사람들은 결핵환자란 바깥마른 사람들이라고 생각하는 경향이 있다. 따라서 환자의 체형에 대한 일반적 인식에 어긋나는 환자들은 진단자체에 대하여 부정하고, 자신의 질병을 확인하기 위하여 다른 의료기관을 전전할 가능성이 있다(윤순영, 1978). 당뇨의 경우에는 이와 반대로 비만한 사람들이 걸린다고 생각하므로 문제가 될 수도 있다.

만성질환이 증가하면서 치료순응도의 중요성이 증가한다는 것은 이미 언급한 바있다. 우리나라에서 치료순응도에 대한 몇 안되는 연구는 대부분 고혈압환자를 대상으로 하고 있다. 모든 연구에서 일치되는 사실은 치료순응도가 결코 만족스러운 수준이 아니라는 사실이다.

그러나 치료순응도에 영향을 미치는 변수들에 대한 연구는 아직도 상당히 수준이 미흡하다. 대부분의 연구가 신념과 지식, 태도의 관계를 구명하기 위하여 실시되었으나 건강신념모형마저 충분히 활용한 연구는 찾아보기 어렵다. 새로운 변수로 소개했던 유효성에의 기대나 인과의 위치를 고려한 연구는 찾아볼 수 없다.

요 약

지금까지 우리나라의 국민들의 예방행태와 질병행태, 그리고 환자역할에 대하여 기존에 발표된 자료를 중심으로 재해석을 기하여 보았다. 물론 이 발표에서 사용된 자료들이 정확하며 타당한 자료인가에 대해서는 반드시 그렇다라고 답변할 수는 없다. 다만 우리나라에서의 건강관련행

태를 설명하기 위해서는 자료의 한계라는 현실을 감안하지 않을 수 없다는 사실을 이해해 주기 바란다.

우리나라 국민들의 건강행태는 과거에 비해 상당히 변화하고 있으나 계층간의 행태의 차이, 변화의 원인 등에 대해서는 아직 연구가 미흡하다. 지금까지 이루어진 행태연구들이 종합적인 모형을 사용하고 있다고 보기 어려운 것이 그 원인의 하나일 것이다.

새로이 개발된 모형들을 적용하기 위한 노력이 필요하며, 사용되는 변수의 타당성에 대한 연구도 필요하다. 행태와 관련된 연구에서 사용되는

변수들이 사회문화의 산물이라는 사실을 생각하면 우리나라대로의 변수정의가 있어야 한다는 것은 지극히 당연하다 하겠다.

끝으로 행태를 연구함에 있어 인간의 의식은 사회구조의 산물이라는 사실을 명심할 필요가 있다. 루카치는 자본주의 사회에서는 노동자의 계급의식 역시 자본주의 구조의 산물일 수 있다 하였다. 이런 의미에서 지식, 태도, 행태 등에 대한 연구는 사회구조의 총체성에 대한 인식을 요구한다. 만일 그렇지 않은 경우에는 행태연구를 통한 결과가 희생자비난의 논리로 악순환할 가능성이 높기 때문이다.

(부록) 우리나라에서 이루어진 건강관련행태연구(1980년 이후)

표 1. 예방행태에 대한 연구들 I : 예방접종

연 도	저 자	대상질환	연구모형
1983	배미승		사회인구학적 변수
1984	김은희 외	B형 간염	건강신념모형
1985	임재은	장티푸스, 콜레라	건강신념모형
1990	최상욱 외	B형 간염	건강신념모형

표 2. 예방행태에 대한 연구들 II : 집단검진과 건강진단

연 도	저 자	대상질환	연구모형
1985	임재은	결핵	건강신념모형
1986	이경희 외	자궁경부암	인식, 태도
1988	김순덕	자궁경부암	Jenkins 모형
1990	문현창 외	건강진단	건강신념모형
1991	권정완 외	유방암	지식, 태도, 실천
1992	정은경 외	자궁경부암	사회인구학적 변수 (순응도 증진방안)

표 3. 의료이용행태에 대한 연구들 I : 의료이용결정요인

연 도	저 자	대상질환	연구모형
1985	배 상 수	의료이용행태 (의료이용결정요인)	Andersen 모형
1987	유 승 흠 외	의료이용행태 (의료이용결정요인)	Andersen 모형
1988	방 숙 외	의료이용(임신, 출산)	사회문화적접근
1989	김 석 범 외	의료이용행태 (의료이용결정요인)	Andersen 모형 모 형
1991	오 장 균	의료이용행태 (의료이용결정요인)	Andersen 모형
1991	최 재 준	의료이용행태 (의료이용결정요인)	Andersen 모형

표 4. 의료이용행태에 대한 연구들 II : 의료기관 선택

연 도	저 자	연구대상건강행태	연구모형
1983	최 영 주 외	의료기관선택	태 도
1988	김 재 수	의료기관선택	소비자선택이론
1990	이 충 완 외	의료기관선택(분만)	동 기
1992	조 우 현 외	의료기관선택	소비자선택이론
1988	한 달 선 외	의료추구경로	Markov 모형
1991	문 옥 료 외	의료추구경로	

표 5. 환자역할에 대한 연구들 : 치료순응도

연 도	저 자	대상질환	연구모형(변수)
1984	김 한 증	결 핵	발견경위, 중증도
1986	한 성 현 외	고 혈 압	사회경제변수
1986	이 은 일 외	고 혈 압	Jenkins 모형
1986	김 혜 원 외	고 혈 압	질병력, 치료력, 지식
1987	한 성 현 외	고 혈 압	지식, 의료기관에 대한 태도
	최 남 현 외	고 혈 압	질병력, 치료력, 지식

참 고 문 헌

- 고성희, 조명옥, 최영희, 강신표. "문화간호를 위한 한국인의 민간 돌봄에 대한 연구: 출생을 중심으로", 간호학회지, 제 20권 제 3호 1990, 430-458.
- 구미옥, 이은옥. "건강신념모델과 한국인 만성질환자의 환자역할 행위", 대한간호, 제 29권 제 3호('90 7, 8), 52-57
- 권정완, 금병화, 강용준, 오미경, 이해리, 윤방부. "유방암 조기 발견에 대한 지식, 태도, 실천 조사", 가정의, 제 12권 제 11호 1991, 44-55.
- 권순호, 한달선, 이규식. "의료수요분석의 방법과 결과

- 에 대한 고찰”, 한림대학 사회의학연구소, 1987.
- 김강미자. “방사선치료를 받는 암환자의 환자역할행위 예측인자에 관한 연구”, 간호학회지, 제 20권 제 3호 1990, 341-356.
- 김귀분, 최영희. “한국인의 건강관행에 대한 민속과학적 접근”, 간호학회지, 제 21권 제 3호 1991, 396-417.
- 김기순, 박창업, 이행훈, 정성욱. “일부농촌지역 고혈압 관리사업의 추적 조사(1)”, 한국역학회지, 제 3권 제 1호 1981, 45-54.
- 김석범, 강복수. “대구시민의 의료기관 이용률과 연관 요인”, 예방의학회지, 제 22권 제 1호 1989, 29-44.
- 김성연. “병원의 이미지가 병원선택에 미치는 영향분석 -지역병원을 중심으로-”, 연세대학교 대학원, 1987.
- 김수춘, 이충섭. “주민의식조사를 통한 지역의료보험평가”, 한국보건사회연구원, 1991.
- 김순덕, 염용태, 이명숙. “일부 농촌부인의 자궁경부암 집단검진시 수진과 관련된 결정요인의 분석연구”, 고의대논집, Vol. 25, No. 3, 1988, 649-664.
- 김은희, 이미라. “간염예방접종 이행의 영향요인에 관한 연구”, 중앙의대지, 9:4(1984): 533-51.
- 김재수. “마아케팅 조사에 의한 환자의 병원선택동기 분석”, 원주의대논문집, 제 1권 제 1호 1988, 209-217.
- 김진순, 유호신, 김은주, 고경환, 신문연. “농촌지역 한 방보건의료 시범사업 중간평가 보고서”, 한국보건사회연구원, 1991.
- 김진순, 유호신, 박난희. “주민의 전통의술 이용도 조사 연구”, 한국인구보건연구원, 1988.
- 김한중. “폐결핵환자의 치료태도 및 치료여부의 결정요인 분석”, 대한역학회지, 제 6권 제 1호 1984, 137-147.
- 김혜연, 박인화, 황나미, 이원재, 박주문. “1989 전국 영유아 예방접종 실태조사”, 한국인구보건연구원, 1989.
- 김혜원, 이영진, 윤방부. “한 농촌병원등록 고혈압 환자의 치료중단에 대한 추구조사”, 가정의, 제 7권 제 1호 1986, 1-11.
- 남철현, 서미향, 홍현주. “국민보건의식행태조사연구”, 한국인구보건연구원, 1984.
- 남철현, 박용여, 유왕근, 박화화, 조활림, 남원계. 의료보험제도정착을 위한 보건교육 및 홍보프로그램개발연구. 의료보험관리공단, 1992.
- 문옥륜, 김창엽. “동일질환에 대한 보험의료 이용경로 분석-직장 의료보험조합 적용인구를 대상으로-”, 보건행정학회지, 제 1권 제 1호 1991, 116-135.
- 문정주, 김기순, 김종준. “고혈압 환자의 치료지속도에 관한 연구”, 가정의, 제 7권 제 12호 1986, 10-21.
- 문현창, 염용태, 이명숙. “도시주민 건강진단 수진에 관한 행동변인 연구”, 한국역학회지, 제 12권 제 2호 1990, 184-190.
- 박정환, 김정남, 우극현. “도시와 농촌지역의 영유아 예방접종을 비교조사”, 예방의학회지, 제 18권 제 1호 1985, 137-147.
- 박원중, 강득희, 임국한. “일부 도시지역 영세민의 사회적 조직망과 의료행위에 대한 연구”, 대한보건협회지, 10:2(1984).
- 방 숙, 김종호, 이종인. “농촌부인의 모자보건 서비스 이용에 미치는 사회 문화적 요인에 관한 연구”, 순천향대학논문집, 제 11권 제 1호 1988, 13-39.
- 배미숙. “일부 도시지역 영아의 예방접종율에 미치는 요인에 관한 조사연구”, 예방의학회지, 제 16권 제 1호 1983, 89-97.
- 배상수. “의료이용에 영향을 미치는 요인에 관한 분석”, 예방의학회지, 제 18권 제 1호 1985, 13-24.
- 변재준, 주연훈, 최영인, 박용우, 유태우, 허봉렬. “일부 농촌지역 환자의 주사선호성향에 관한 연구”, 가정의, 제 12권 제 7호 1991, 1-10.
- 서성한. “소비자행동론”, 박영사, 1991.
- 송건용, 김영임, 이의향. “1989년도 국민건강 조사 -보건지식행태-”, 한국보건사회연구원, 1990.
- 송건용, 김영임. “1989년도 국민건강 조사 -이환 및 의료이용-”, 한국보건사회연구원, 1990.
- 송건용, 김홍숙, 김영임. “농어촌벽지보건의료에 관한 연구”, 한국인구보건연구원, 1983.
- 송건용, 김홍숙. “우리나라의료요구 및 의료이용에 관한 조사연구 보고”, 한국인구보건연구원, 1982.
- 송건용, 박연우, 김영임. 한국인구보건연구원, 1988.
- 오장근. “일부 농촌지역 노민들의 만성질환 유병상태와 의료이용 양상”, 예방의학회지, 제 24권 제 3호 1991, 328-338.
- 위재형. “일부 농촌지역 노인의 건강관리 실태에 관한 고찰”, 한국농촌의학회지, 제 15권 제 1호 1990, 41-48.
- 유동근. “소비자행동이론”, 도서출판석정, 1986.
- 유승흠, 이용호, 조우현, 홍영표, 진병원, 김상재. “우리나라 의료이용에 관한 연구”, 예방의학회지, 제 19권 제 1호 1986, 137-145.
- 유승흠, 조우현, 박종연, 이명근. “도시지역주민의 의료이용양상과 그 결정 요인”, 예방의학회지, 제 20권 제 2호 1987, 287-300.
- 윤순영. “현대의료와 한국농촌의 의료문화 -의료인류학적 고찰-”, 이화여자대학교의료원지역사회보건위

- 원희, 1978.
- 이경희, 최수용, 윤택구. "일부 농촌지역주민의 자궁경부암에 대한 관심도 및 집단검진에 관한 연구", 한국역학회지, 제 8권 제 1호 1986, 11-22.
- 이영희. "충남 일부 주민의 건강통제위성격과 건강행위와의 관계연구", 간호학회지, 제 18권 제 2호 1988, 118-127.
- 이은일, 김순덕, 차철환. "일부 근로자들의 고혈압치료형태에 관한 연구", 예방의학회지, 제 19권 제 2호 1986, 203-212.
- 이철원, 김응수, 이홍수, 이해리, 윤방부, 유병연, 이영래. "환자의 진료만족도 조사", 가정의, 제 12권 제 2호 1991, 47-54.
- 이충완, 유승흠, 오희철. "산모의 분만기관 선택관련 요인", 예방의학회지, 제 23권 제 4호 1990, 436-450.
- 이충원, 이성관. "사회심리적인 요인과 혈압의 관계", 예방의학회지 제 21권 제 1호 1988, 99-112.
- 임재은. "보건 의식이 건강행위 결정에 미치는 영향에 관한 연구", 보건학논집, 제 38호 1985, 127-154.
- 전병율. "정기건강진단으로 밝혀진 고혈압환자의 의료이용에 관한 연구", 예방의학회지, 제 21권 제 1호 1988, 47-60.
- 정은경, 탁양주, 박동균, 송윤미, 유태우, 허봉렬, 김창엽. "효율적인 자궁 경부암 검진권고 방법과 순응도에 영향을 미치는 요인", 가정의학회지, 제 13권 제 2호 1992, 117-124.
- 조우현, 김한중, 이선희. "의료기관 선택기준에 관한 연구", 예방의학회지, 제 25권 제 1호 1992, 53-63.
- 최남현, 김흥기, 이해리, 김기순. "고혈압 환자의 순응도에 영향을 미치는 요인에 대한 연구", 가정의, 제 12권 제 10호 1991, 1-12.
- 최병용. "최신소비자행동론", 박영사, 1992.
- 최영주, 차형훈, 염용태. "일부 주민의 의료기관에의 태도 및 의료이용에 대한 연구", 한국농촌의학회지, 8:1(1983):35-43.
- 최상욱, 이명숙, 염용태. "도시주민의 B형간염에 대한 예방적 건강행위 이행에 관한 연구", 고려대논집, Vol. 27, No. 3, 1990, 647-662.
- 최재준. "지역의료보험의 적용이 일부농촌지역 주민의 보건기관 이용에 미친 영향", 예방의학회지, 제 24권 제 3호 1991, 265-278.
- 한국인구보건연구원, 전국가족보건실태조사, 1982, 1984, 1989.
- 한달선, 권순호, 권순원, 황성주. "춘천시민의 의료이용양상과 연관요인", 한림대학사회의학연구소, 1986.
- 한달선, 김병익, 이영조, 권순호. "의료공급체계의 구조에 대한 분석"-보험진료체계를 중심으로-, 의료보험관리공단, 1988.
- 한달선, 김병익, 이영조, 권순호. "보험환자의 의료이용추구경로", 보건행정학회지, 제 2권 제 1호 1992, 115-146.
- 한달선, 김병익, 이영조, 배상수, 권순호. "보험진료체계 개편의 효과에 대한 연구", 예방의학회지, 제 24권 제 4호 1991, 485-495.
- 한림대학교 사회의학연구소. "화천지역 시범보건사업 기초조사자료", 1991.
- 한성현, 김양수, 이성수. "우리나라 일부 농촌지역사회에서 고혈압의 위험요인 및 환자관리상태에 대한 연구(I)", 한국역학회지, 8:1(1986):23-36
- 한성현, 김양호, 이성수. "우리나라 농촌 보건진료소에서 고혈압환자의 추구관리 방안 및 그 효과에 관한 연구", 순천향대학논문집, 제 10권 제 2호 1987, 387-407.
- 홍대식. "사회심리학(개정판)", 박영사, 1986.
- 홍성태. "소비자 심리의 이해", 도서출판나남, 1992.
- Aday LA, Andersen R.; *Development of Indices of Access to Medical Care. Ann Arbor, MI, Health Administration Press, 1975.*
- Andersen, R.; *A behavioral Model of Families' Use of Health Services. Research Series No. 25. Chicago, IL, center for Health Administration studies, The University of Chicago, 1968.*
- Baider, L. and M. Sarell, "Perceptions and Causal Attributions of Israeli Women with Breast Cancer Concerning Their Illness: The Effects of Ethnicity and Religiosity" *Psychother. Psychosom.*, 39(1983), 136-143.
- Bandura, A.; "Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavior Change." *Psychological Review*, 84 (1977), 191-215.
- Bar-On, D., and Cristal, N., "Causal Attributions of Patients, Their Spouses and Physicians, and the Rehabilitation of the Patients After Their First Myocardial Infarction." *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation*, 7 (1987), 285-298.
- Beach, L.R., B.O. Townes, F.L. Campbell, and G.W. Keating. "Developing and Testing a Decision Aid for Birth-Planning Decisions" *Organizational Behavior and Human Performance*, 24 (1976), 19-28.
- Beach, L.R., F.L. Campbell and B.O. Townes. "Subjected utility and the prediction of Birth-Planning Decisions" *Organizational Behavior and Human Performance*, 24 (1979): 18-28.
- Becker, M. H., "The Health Belief Model and Personal

- Health Behavior." *Health Education Monographs*, 2(1974), 324-473.
- Becker, M. H., and L. A. Maiman, "Strategies for Enhancing Patient Compliance." *Journal of Community Health*, 6 (1980), 113-135.
- Becker MH, LA Maiman, Models of health-related behavior, in Mechanic D(ed): *Handbook of Health, Health care, and the Health Professions*. New York, The Free Press, 1983, pp. 539-568.
- Becker, Marshall H., et al. "Selected Psychosocial Models and Correlates of individual Health-Related Behaviors" *Medical Care* 15;5 (1977) : 27-46.
- Blumhagen D. "The Meaning of Hyper-Tension", in Chrisman N. J., and T. W. Maretzki: *Clinically Applied Anthropology*, D. Reidel Publishing Company, 1982.
- Brody D. S., Miller S. M., Lerman C. E., Smith D. G., Lazaro C. G., and Blum M. J. "The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received" *Medical Care*, 27 (1989), 1027-1035.
- Bulman, R. J., and Wortman, C. B. "Attributions of Blame and Coping in the 'Real World': Severe Accident Victims React to Their Lot." *Journal of Personality and Social Psychology*, 35 (1977), 351-363.
- Carter, W. B., "Health Behavior as a Rational Process: Theory of Reasoned Action and Multiattribute Utility Theory" in K. Glanz, F. M. Lewis and B. K. Rimer, *Health Behavior and Health Education*, Jossey-Bass, 1990, pp. 63-91.
- Carter, W. B., and others. "Developing and Testing a Decision Model for Predicting Influenza Vaccination Compliance." *Health Services Research*, 20 (1986), 897-932.
- Counte M. A., and L. P. Christman, "Interpersonal Behavior and Health Care", Westview Press, 1981.
- Davidson, B. N., S. Sofaer and, P. Gertler, "Consumer Information and Biased Selection in the Demand for Coverage Supplementing Medicare" *Soc. Sci. Med.*, 34, 9 (1992), 1023-1034.
- Duelberg, S., "Preventive Health Behavior Among Black and White Women in Urban and Rural Areas" *Soc. Sci. Med.*, 34: 2 (1992), 191-198.
- Dutton, D. "Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization," *Social Science and Medicine* 23:7 (1986), 721-35.
- England, S. L., and J. Evans, "Patients' choices and Perceptions After an Invitation to Participate in Treatment Decisions" *Soc. Sci. Med.*, 34: 11 (1992), 1217-1225.
- Fallowfield L. J., Baum M., and Maguire G. P. "Addressing the psychological needs of the conservatively treated breast cancer patient: Discussion paper" *J. R. Soc. Med.* 80 (1987), 696-700.
- Fiedler, J L A., *A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. Social Science and Medicin* 15C (1981), 129-42.
- Fishbein, M., and Ajzen, I. *Beliefs Attitudes, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1975.
- Friedman, C.M., R. Greenberg and F. Mittleman. "The Decision-making Process and the Outcome of Therapeutic Abortion", *Am. J. Psychiat.*, 131 (1974) : 1332-1337.
- Gotay, C. C. "Why Me? Attributions and Adjustment by Cancer Patients and Their Mates at Two Stages in the Disease Process." *Social Science and Medicine*, 20 (1985), 825-831.
- Haynes, R. B., D. W. Taylor, and D. L. Sackett, *Compliance in Health Care*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1979.
- Hochbaum, G.M. *Public Participation in Medical Screening Programs: A Soriopsychological study. Public Health Service Publication No. 572*, 1958.
- Janssen R. "Time Prices and the Demand for GP Services" *Soc. Sci. Med. Vol. 34, No. 7* (1992), 725-733.
- Janz, N. K., and M. H. Becker, "The Health Belief Model: A Decade Later." *Health Education quarterly*, 11 (1984), 1-47.
- Kasl, S. V., and Cobb, S. "Health Behavior, Illness behavior, and Sick-Role Behavior: I. Health and Illness Behavior" *Archives of Environmental Health*, 12 (1966a), 246-266.
- Kasl, S. V., and Cobb, S. "Health Behavior, Illness Behavior, and Sick-Role Behavior: II. Sick-Role Behavior" *Archives of environmental Health*, 12 (1966b), 531-541.
- Kirscht, J. P. "The Health Belief Model and Illness Behavior." *Health Education Monographs*, 2 (1974), 387-408.
- Kosa J, Robertson LS: *The social aspects of health and illness*, in Kosa J, Zola IK (eds) : *Poverty*

- and Health: A Sociological analysis. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1975, pp. 40-79.
- Lierman L. M., H. M. Young, D. Kasprzyk, and J. Q. Benoliel. "Predicting Breast Self-Examination Using the Theory of Reasoned Action" *Nursing Research*, Vol. 39, No. 2 (1990), 97-101.
- Lipowski, Z. J., *Psychosocial Aspects of Disease. Annals of Internal Medicine*, 71 (1969), 1197-1206.
- Lowery, B. J., B. S. Jacobsen, and B. B. Murphy, "An Exploratory Investigation of Causal Thinking of Arthritics" *Nursing Research*, 32, 3 (1983), 157-162.
- Lowery, B. J., and B. S. Jacobsen, "Attributional Analysis of Chronic Illness Outcomes" *Nursing Research*, 32, 2 (1985), 82-88.
- McKinlay, J. B., *Some approaches and problems in the study of the use of services. Journal of Health and social Behavior*, 13 (1972), 115-52.
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., and Glanz, K. "An Ecological Perspective on Health Promotion Programs." *Health Education Quarterly*, 15 (1988), 351-377.
- Mechanic D, *Medical Sociology: A Comprehensive Text. New York, The Free Press*, 1978.
- Mechanic, D, *Correlates of physician utilization: "Why do major multivariate studies of physician utilization find trivial psychosocial and organizational effects?" J Health Soc Behav*, 20 (1979), 387-396.
- Mechanic, D. "Health and Illness Behavior and Patient-Practitioner Relationships" *Soc. Sci. Med.*, Vol. 34, No. 12 (1992), 1345-1350.
- Melnyk, K. M., "Barriers: A Critical Review Of Recent Literature" *Nursing Research*, Vol. 37 (1988), No. 4, 196-201.
- Miller S. M., Brody D. S. and Summerton J. "Styles of coping with threat: implications for health" *J. Pers. soc. Psychol.* 54 (1988), 142-148.
- Montano D. E. "Predicting and Understanding influenza Vaccination Behavior-Alternatives to the Health Belief Model" *Medical Care*, Vol. 24, No. 5 (1986), 438-453.
- Montano D. E., and S. H. Taplin "A Test of an Expanded Theory of Reasoned Action to Predict Mammography Participation" *Soc. Sci. Med.*, Vol. 32, No. 6 (1991), pp. 733-741.
- Morris, S. and G.T. Royle. "Offering Patients a Choice of Surgery for Early Breast Cancer: A Reduction in Anxiety and Depression in Patients and their Husband", *Soc. Sci. Med.*, 26 (1988): 583-85.
- Mullen, P. D., Hersey, J. C., and Iverson, D. C. "Health Behavior Models Compared." *Social Science Medicine*, 24 (1987), 973-981.
- Newhouse, J. P., Ware, J. E., and Donald, C. A. "How Sophisticated Are Consumers About the Medical Delivery System?" *Medical Care*, 19 (1981), 316-328.
- Paskett E. D., W. B. Carter, J. Chu, and E. White. "Compliance Behavior in Women With Abnormal Pap Smears - Developing and Testing a Decision Model" *Medical Care*, Vol. 28, No. 7 (1990), 643-656.
- Phillips D. R. "Health and Health Care in the Third World", *Longman Scientific & Technical*, 1990.
- Ried, L.D. and D.B. Christensen. "A Psychosocial Perspective in the Explanation of Patients' Drug-Taking Behavior", *Soc. Sci. and Med.*, 27:3 (1988): 277-285.
- Rimer, B. K.: "Perspectives on Intrapersonal Theories in Health Education and Health Behavior," in K. Glanz; F. M. Lewis; B. K. Rimer (eds), *Health Behavior and Health Education*, Jossey-Bass, 1990, pp. 140-157.
- Rosenstock, I. M., "What Research in Motivation Suggest for Public Health", *American Journal of Public Health*, 50 (1960): 295-301.
- Rosenstock, I. M., "Why People Use Health Services", *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (1966): 94-124.
- Rosenstock, I. M., and J. P. Kirscht. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior," *Health Education Monographs*, 2 (1974), 470-473.
- Rosenstock, I. M., "The Health Belief Model: Explaining Health Behavior Through Expectancies," in K. Glanz, F. Lewis, B. K. Rimer, *Health Behavior and Health Education*, Jossey-Bass, 1990, pp. 39-62.
- Rosenstock, I. M., V. J. Strecher, and M. H. Becker, "Social Learning Theory and the Health Belief Model" *Health Education Quarterly*, 15:2 (1988), 175-183.
- Rosenstock, I. M. "Historical Origins of the Health Belief Model." *Health Education Monographs*, 2 (1974), 328-335.
- Rudd, J. and K. Glanz, "How Individuals Use Information for Health action: Consumer Information Processing," in K. Glanz, F. Lewis, B. K. Rimer (eds), *Health Behavior and Health Education*, Jo-

- sssey-Bass, 1990, pp. 115-139.
- Schulman, B. A. "Active Patient Orientation and Outcomes in Hypertensive Treatment Application of a socio-organizational Perspective", *Med. Care*, 17 (1979) : 267-280.
- Stephoe, A., I. Sutcliffe, B. Allen and C. Coombes. "Satisfaction with Communication, Medical Knowledge, and Coping Styles in Patients with Metastatic Cancer", *Soc. Sci. Med.*, 32:6 (1991) : 627-32.
- Stephoe A. and O'Sullivan J. "Monitoring and blunting coping styles in women prior to surgery" *Br. J. clin. Psychol.* 25, 143-144, 1986.
- Stoeckle, J. D. and A. J. Barsky. "Attributions: Use of Social Science Knowledge in the 'Doctoring' of Primary Care". In L. Eiserberg and A. Kleinmal (eds.), *The Relevance of Social Science for Medicine*, Boston: Riedel, 1981.
- Strecher, V. J., Devellis, B. M., Becker, M. H., and Rosenstock, I. M. "The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change." *Health Education Quarterly*, 13 (1986), 73-92.
- Suchman, E. A., *Stages of illness and medical care. J Health Soc Behav*, 6 (1965), 114-128.
- Suls J. and Fletcher B. "The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies: a meta-analysis" *Hth Psychol.* 4 (1985), 249-288.