

## 한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초조사연구 I - 전통적인 인간관과 환자역할기대를 중심으로 -\*

박 정 숙\*\*

### I. 서 론

#### 1. 연구의 필요성

세계화시대에 즈음하여 경제, 교육, 산업부문의 개방이 이루어지고, 다가오는 2000년대에는 의료개방이 이루어져서 외국유수의 의료기관이 최첨단 의료장비를 앞세우고 우리나라로 진입해 들어올 전망이다. 우리 의료계 및 간호계에서는 이러한 시대적인 변화에 발맞추어 어떻게 대비할 것인지 숙고해야 할 것이며, 나아가서 새로운 발전을 창조하는 능동적인 노력이 있어야 할 것이다.

건강 및 질병에 대한 인식과 건강행위와 돌봄(caring)은 문화와 관계가 깊은 현상들이다. 그러므로 한국인의 건강 및 간호를 위해서는 한국문화를 이해하고 한국문화에 근거하여 의료 및 간호를 제공하는 것이 필요하다. 19세기말 서구 문물의 유입과 더불어 제도적인 간호가 도입된 이후, 우리 간호는 서구문화에 뿌리를 둔 간호에서 이식해서 성장해 왔음으로 자연히 서구의 과학적 패러다임(paradigm)을 가지고 대상자에게 접근하게 되었다. 또한 한국 문화를 잘 모르거나 자민족 중심주의적 태도를 지닌 서양인이거나, 그런 서양인에게 교육받은 한국인들에 의해 간호교육이 이루어져서 서구적 간호지식이 더욱 팽배하게 되었다. 뿐만 아니라 우리 사회문화에서 축적되어온 경험이나 습관에서 나온 건강

관행이나 민속요법 등은 비과학적 또는 수준 이하라고 무시되는 경향이 있었다.

문화와 간호에 대한 연구는 여러 민족이 섞여있는 미국에서 문화인류학 이론, 민족과학 이론, 근거이론 등을 기반으로 오래전 부터 있어왔다(Louie, 1990; Wilkins, 1993). 특히 Leininger(1978)는 미국내 소수민족의 건강행위가 문화에 따라 차이가 있음을 확인하여 문화간호이론을 구축하였다. 문화간호이론은 문화가 효과적이고 치료적인 간호에 영향을 미친다는 가정하에 보건의료 행위와 돌봄, 그리고 건강-질병에 대한 신념, 가치, 관행에 대해 세계적으로 상이한 문화와 기층문화를 분석하고 비교연구하는데 초점을 둔 간호학의 한 분야이다. 그리고 문화의 특수성 및 보편성에 따른 간호실무를 제공하기 위한 과학적이고 인본주의적인 지식체를 개발함으로써 대상자에게 제공되는 간호의 질을 향상시키고 발전시키는 것을 목표로 삼고있다.

한국문화에 따른 한국적 간호를 정립하려면 우선 간호의 메타 패러다임(meta-paradigm)인 인간, 환경, 건강, 간호에 대한 한국인의 고유한 사고가 어떠한지를 알아보고, 그것을 기초자료로 하여 변수간의 관계를 살펴봐야 할 것이다. 문화적인 배경에 따라 그 나라 국민의 인간에 대한 생각이 다양하며, 한국인 역시 독특한 전통적인 인간관을 가지고 있다. 서양인이 환경과 자연을 정부의 대상으로 삼는 반면 한국인은 환경과의 조화

\* 이 연구는 1994년 계명대학교 비사연구비보조에 의한 것임.

\*\* 계명대학교 간호대학

를 시도하며, 또한 가족중심적이고 조상과의 관계를 중시하는 특성을 나타낸다(김, 1993; 김 등, 1995).

현재 우리나라 간호사의 70%가 병원간호 현장에서 일하고 있으므로, 그 대상자인 환자를 문화적 존재로 인식하고 한국문화의 눈으로 바라보는 작업이 필요하다. 간호사는 실제 임상현장에서 환자와 상호기대를 주고 받는 역할을 해야 하므로, 아픈사람의 새로운 역할인 환자역할(sick role)에 처한 개인의 행동을 이해해야 한다. 환자역할이란 아프다고 생각하는 개인이 전문가의 도움을 구하고 건강을 회복하기 위해 노력하며, 평소의 사회적 역할에 따른 책임과 의무가 면제되기를 기대하는 것을 의미한다(Kasl과 Cobb, 1966). 환자와 간호사간에 이 역할에 대한 상호기대가 불일치하면 상호작용에서 갈등을 일으킬 우려가 있다

환자역할에 대한 권리를 주장하는 정도는 문화적 양상에 따라 좌우될 수 있다. 예를 들어 인도의 환자는 급만성환자 모두가 당연히 도움을 받고 평소 사회적 역할 수행에서 면제되는 것으로 지각하는 반면에, 미국에서는 급만성환자 모두가 아파도 최대한으로 독립성을 행사하고 자신의 치료결정에 스스로 참여하는 경향을 나타내는 것을 볼 수 있다(윤, 1978). 그러므로 우리 사회 문화내에서는 환자역할에 대한 보편적인 기대가 어느정도 인지 알아보아, 대상자의 문화적 기대에 부응하는 간호를 제공하여야 할 것이다.

본 연구자는 한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초조사연구로서, 우선 간호의 대상자인 한국인을 이해하기 위하여 전국적인 표본을 대상으로 하여 그들의 인간관이 어떠한지를 알아보고 또한 환자로서의 역할면제 기대가 어느정도인지를 알아보고자 한다. 이를 근거로 하여 향후 한국인을 대상으로 하는 한국적 간호이론의 개발에 도움이 될 수 있을 것이다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 간호대상자인 한국인의 전통적인 인간관과 환자역할기대를 파악하여 한국문화에 따른 간호를 정립하는데 기초로 활용하고자 하는 것이다. 이 목적을 달성하기 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 한국인의 전통적 인간관을 파악한다.
- 2) 한국인의 환자역할기대 정도를 파악한다.
- 3) 일반적 특성에 따른 전통적 인간관의 차이를 파악한다.
- 4) 질병형태에 따른 환자역할기대 정도의 차이를 파악한다.

- 5) 일반적 특성에 따른 환자역할기대 정도의 차이를 파악한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 한국인의 인간관

한국인의 전통적인 인간관에 대해 여러 사회학자, 문화 인류학자들이 의식구조, 사회심리, 가치관, 가족문화, 행동양식의 차원에서 기술한 바를 보면, 이(1977)는 한국인은 산업화 이전 농경문화 속에서 집단논리를 가져 타율성이 강한 반면 서양인은 목축문화 속에서 개체논리를 가져 자율성이 강하며, 한국인은 개인인 나를 중심으로 가족이 제1인간층으로 개인주의가 약해서 항상 의존적이고 응석권이 강하다고 하였다. 오(1983)는 동양사회의 사회심리적 구조가 집단주의적 특성을 가지고 있어서 우리나라 사람들도 집단규범을 중시한다고 보았으며, 이는 개인이 가족으로부터 미분화되어 자신의 의사보다는 가족의 의사에 따라 행동하게 되는 것(최, 1965)과 같은 의미로 생각할 수 있다. 김(1982)은 서양인의 합리적 논리적 추리에 비해 한국인은 감정적 사고가 우세하여 온정과 감화를 중시한다고 하였다.

정(1980)은 한국 전통문화속에 나타난 인간관을 '비분리성'과 '합자연성'으로 설명하였다. '비분리성'은 현재의 나의 몸 안에 과거, 현재, 미래라는 시간의 삼상(三相)과 조상, 자신, 자손이라는 인간의 삼존(三存)이 포함되어 있으며 가정은 '나'가 '우리'로 녹아든 곳이므로, 이것을 따로 떼어서 생각할 수 없다는 것이다. '합자연성'은 인간과 자연 사이를 엄격히 구별하지 않고 자연의 모든 질서 안에서 안심입명(安心立命)하는 것을 의미한다. 김(1993)은 한국인의 의식과 행동의 핵심으로 이기적 권위주의, 무질서 의식, 인내심, 예절존중, 방만성, 자위적 비하, 미신 숭상, 이기적 과시성, 인정주의, 비개방성, 전통존중, 체면 형식주의 등 12요인을 서술하였다.

간호학계에서도 간호의 대상자인 한국인을 이해하기 위한 연구가 다수 이루어져 왔다. 김(1987)에 의하면 한국인은 자기노출을 적게 하고 소수의 사람들과 선택적 접촉을 하며 의사소통을 애매하게 한다고 하였다. 또한 서양인이 환경과 자연을 정부 대상으로 삼는 반면 한국인은 환경과의 조화를 시도한다고 보았다. 김(1990)은 한국 사상속에 포함된 두가지 인간관으로 한국인 고유의 인간관과 외래 사상에서 온 인간관이 있는데, 이중 외래 사상에서 온 인간관에는 동양인의 인간관(불교-

인도의 사상, 유교-중국의 사상)과 서양인의 인간관으로 나눌 수 있으며, 이 두가지 인간관 중에서 한국인의 것일 수 있는 것을 정리해야 한다고 하였다. 한국인 고유의 인간관으로는 무속 신앙에서의 현세주의와 인간존중사상, 단군신화에서의 평등사상과 홍익인간 사상, 동학 사상에서의 인내천 사상과 인간 지상주의를 들 수 있으며, 간호의 대상자로서의 한국인을 이해하려면 가족주의적 문화, 인간관계에서 나와 너 사이에 중간인을 내세우는 중개문화, 하향적 인간애, 방법보다는 가치를 중시하는 점, 짧고 뜨거운 애(愛)보다는 은은하고 시간이 걸리는 정(情)문화, 기복적 인생관 등을 알고 있어야 한다(김, 1993).

김 등(1995)은 전통사상속에 나타난 한국인의 행동양식을 고찰해 본 결과, 단군신화에서 나타난 인본주의 인간관을 중심으로 무교의 현세구복적인 삶, 그리고 인간존엄성을 중시한 동학사상 등이 한국인의 무의식적 행동양식을 지배하였고, 의식적 행동양식에 있어서 자비의 종교인 불교는 고(苦)의 극복을 중시하였으며, 유교는 인(仁)과 효(孝)를 핵심으로 하여 바른 인간관계를 강조하였다고 보았다. 이러한 전통사상에 근거한 한국인의 행동양식으로는 인간 존엄성, 현세 지향성, 가족중심성, 서열중시성, 운명순응성, 투사성 등으로 나타났다.

산업화와 정보화시대인 오늘날에 이르러 한국인의 생활양식과 사고방식의 변화가 두드러지고 있고, 가족제도 사회적 지위구조 종교의식 등이 많이 바뀌고 있으며(김, 1990), 오늘날 한국인들은 전통으로부터의 탈피와 전통의 고수라는 양극 속에서 동요하고 있다(이, 1990). 이런 시점에서 현재 한국인들이 전통적인 인간관을 어느 정도 유지하고 있는지를 알아보고, 이를 간호에 적용하는 것이 필요하다고 본다.

이상에서 살펴본 한국인의 인간관을 밝힌 연구의 대부분은 옛 문헌을 고찰하였거나, 자신의 경험이나 견해를 근거로 하여 결론을 내린 것이었다. 이에 본 연구자는 설문지를 통한 실제적인 자료수집에 근거하여 현 시점에서 한국인의 전통적 인간관이 어떠한지 알아보고자 한다.

## 2. 환자역할

사람이 속해 살고 있는 사회내에서 역할과 의무수행에 대한 기대는 일반적으로 규정되어 있다. 질병에 처한 사람은 평소 사회에서의 역할로부터 환자라는 새로운 역할로 들어가게 된다.

환자역할 이론에서는(Parsons, 1951) 일반인의 환자역할에 대한 기대를 불러 일으킨다는 전제하에서 4가지 구체적인 환자역할 특성을 제시하였다.

첫째 환자는 사회적 의무로부터 면제된다. 이것은 정상사회 역할로 부터 면제이며, 질병으로 인해 초래되는 환자능력의 제약때문에 질병특성에 따라 평소 역할과 과업수행이 다양한 정도로 면제가 기대된다. 둘째 질병에 의한 환자능력의 제약은 의지적인 것이 아니기 때문에 환자가 책임질 수 없고 자신을 돌보도록 기대되지 않는다. 환자는 질병이 지속되는 한 어쩔 수 없이 돌봄을 받아야 한다. 이상 두가지는 환자의 권리가 강조된 것이다. 셋째 환자는 아픈것이 바람직하지 못하기에 회복하도록 노력해야 한다. 환자가 낫기를 바라는 것은 하나의 의무로서 환자가 불행한 상태에서 가능한 한 신속히 정상으로 돌아갈 수 있기를 희망하는 것이다. 넷째 환자는 전문가의 도움을 추구하며 전문인과 협조해야 한다. 낫도록 노력하는 과정에서 전문인의 도움을 받고 그들과 협조하는 것이 의무이다. 이상 두가지는 환자의 의무를 강조한 것이다.

Whitt, Meile와 Larson(1979)은 이러한 권리와 의무가 포함된 환자의 역할은 한 문화권내에서 공통현상을 나타낸다고 하였으므로, 환자역할은 문화에 따라 다르게 나타난다고 볼 수 있다. 우리나라의 경우 아픈 사람은 아프다는 사실을 남이 알아주고 동정해 주기를 원하며 환자노릇은 일을 안하고 누워 있으면 된다(김, 1978)고 알려져 있다. 윤(1978)은 한국 농촌에서의 병든 사람은 수동적이고 잘 먹지 않으며, 일할 수 없고, 정력적이지 아니라고 하였으며, 김(1972)은 한국사람은 자기 자신의 갈등을 남의 탓으로 돌리고 마음의 고통을 신체의 고통으로 투사하여 자신의 책임과 독립심이 결여되어 있다고 하였다. 소(1988)는 237명의 건강한 일반 성인을 대상으로 한국인의 환자역할에 대해 조사한 결과, 한국인이 미국인보다 질병의 급성기에는 2배, 회복기에는 5배 정도의 많은 면제를 기대하는 것으로 나타났다고 보고하였다.

질병형태에 따른 질병역할 면제정도에 대한 연구로, Honig-Parnass(1981)는 일반여성 413명을 대상으로 가정에서 면접한 결과 만성질병은 급성질병보다 의존성이 덜 허용되었다고 밝힌 바 있으며, Kubsch와 Wichowski(1992)는 99명의 성인 입원환자를 대상으로 침상에서 면접한 결과 만성질환자는 이미 많은 역할을 포기 혹은 대치하였으므로 환자역할 갈등이 그리 많지 않았다고 하였다. 한국인을 대상으로한 소(1988)의 연구에

서는 질병에 따른 역할면제 기대는 뇌졸중과 정신병에서 가장 높았고, 질병의 심각성 정도에 따라 면제기대가 유동적이지 않고 아프면 무조건 평소 역할이 상당히 면제되기를 기대하는 것으로 나타났다. 서(1988)는 고혈압 환자 112명을 대상으로 직접 면담한 결과 대상자의 환자역할 행위 이행정도는 65점 만점중 50.37점 이었으며 입원경험자의 이행률이 높게 나타났다고 하였다. 결핵환자를 대상으로 한 서(1993)의 연구에서는 대상자의 환자역할 행위 이행정도가 100점 만점중 76.4점이었고, 가족지지를 많이 받을수록 환자역할 이행률이 높은 것으로 나타났다.

여러가지 개인적 특성이 환자 역할 행위에 영향을 미칠 수 있다. Twaddle(1969)은 연령이 높은 노인이 연령이 낮은 젊은이 보다 역할 면제를 더 크게 기대한다고 하였으나, 소(1988)는 중년층이 노년층과 성인초기층보다 면제기대가 컸다고 하였다. Fisher, Arluke와 Levin(1985)은 대학생을 대상으로 젊은이가 가지는 중년기와 노년기에 대한 환자역할 행위를 연구해 본 결과, 젊은이들은 노인에 대해 역할면제 기대를 크게 가지고, 중년에 대해서는 회복기대를 크게 가지며, 노인과 중년 간에 의사 이용정도는 차이가 없을 것이라고 기대한다고 보고하였다. 반면에 김(1985), 박 외(1988), Nuttbrock(1986)은 연령과 환자역할 행위 간에는 관련이 없다고 하였다.

Nathansan(1975)은 여성은 자신이 처한 상황특성과 역할의무의 융통성 때문에 환자역할 채택이 쉽다고 했으며, Tagliacozzo 와 Mauksh(1972) 역시 여성이 수동적이고 의존적 행동등을 통해 질병이 있을때 환자역할 계발이 쉽다고 하였다. Petroni(1971), Honig-Parnass(1981), Walker, Garber와 Van Slyke(1995)등의 연구 결과에서도 여성이 남성보다 많은 다병상태를 나타내고 증상을 더 증대하게 여긴다고 나타났다. 그러나 우리나라의 경우 김(1985)의 연구에서 남성이 환자역할 행위 이행이 높았고, 소(1988)의 연구에서도 남성이 여성보다 역할면제를 더 크게 기대하는 경향을 나타내었다. Nuttbrock(1986), 박(1988)의 연구에서는 성별이 환자역할 행위에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

Overall과 Aronson(1963)은 사회계층이 환자역할 개념과 관련이 있다고 하였다. 서구의Anderson과 Smedby(1968), Shural(1972), Osborn(1973) 등의 연구에서는 일치되게 하류계층이 상류계층보다 더 많은 역할 면제를 기대하는 것으로 나타났으나, 우리나라의 경우 김(1985)의 연구에서는 수입이 많을수록 환자역할 행

위를 더 잘하는 것으로 나타났고, 소(1988)의 연구에서는 상류계층이 하류계층보다 역할면제 기대를 많이하는 것으로 나타났다. 이러한 결과에서도 문화적 차이를 엿볼 수 있다. 서(1988), 박(1988), 김(1990)의 연구에서는 사회경제상태나 직업이 환자 역할행위에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

서(1988), 박 외(1988), 김(1990)의 연구에서는 교육 정도, 결혼상태, 사회단체활동, 종교 등이 환자역할과 관련이 없는 것으로 나타났으나, 김(1985)의 연구에서는 기혼자가 환자역할 행위를 더 많이 하고 또한 학력이 높을수록 환자역할 행위를 더 많이 하는 것으로 나타났다.

결론적으로 보면 한국인은 환자가 되면 평소역할이 많이 면제되기를 기대하기 때문에 서구문화에서 들어온 자가간호 개념을 그대로 적용하기는 어려울 것으로 보인다. 그리고 연령, 성별, 사회계층 등의 개인적 특성이 환자역할 행위에 미치는 영향도 서구의 연구결과와는 상당히 다른 것으로 나타났다.

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상

본 연구의 대상은 특별한 건강문제가 없는 18세 이상 성인으로 하였다. 전국적인 자료수집을 위하여 도시지역으로 서울특별시, 부산광역시, 대구광역시, 대전광역시, 광주광역시, 전주시에 거주하는 시중은행 이용자와 아파트 주민을 대상으로 하였으며, 농촌지역으로 전남, 전북, 충북, 강원, 경북의 면소재 보건진료소 이용 주민을 대상으로 하였다.

도시지역에서는 총 600부의 설문지를 배부하여 532부가 회수되었고 이중 불완전한 설문지 15부를 제외한 517부를 자료분석에 사용하였고, 농촌지역에서 220부의 설문지를 배부하여 212부가 회수되었으나 이중 불완전한 설문지 21부를 제외한 191부를 자료분석에 사용하였다. 총 배부 설문지 820부에 총 회수 설문지는 708부 이므로 회수율은 86.34% 였다.

#### 2. 자료수집도구

본 연구에서 사용한 설문지는 일반적 특성 9문항, 전통적 인간관 측정도구 20문항, 환자역할 면제측정도구 18문항으로 구성되어 있다.

### 1) 전통적 인간관 측정도구

한국인의 전통적 인간관을 측정하기 위하여 본 연구자가 이(1977), 오(1983), 최(1965), 김(1982), 김(1987), 김(1993), 조(1992), 이(1993), 강(1993)의 연구를 참고하여 총 20문항의 전통적 인간관 측정도구를 개발하였으며, 이를 간호학 교수 2명에게 의뢰하여 내용타당도를 조사하였다.

인간에 대한 생각을 묻는 각 항목에 대해 “전혀 그렇지 않다” 1점, “약간 그렇다” 2점, “대체로 그렇다” 3점, “대단히 그렇다” 4점으로 배점하였으며, 점수가 높을수록 전통적인 한국적 인간관을 지니고 있음을 의미한다. 이 도구의 신뢰도는 Cronbach alpha 0.78로 나타났다.

### 2) 환자역할면제 측정도구

6종류의 질병시에 역할면제 기대정도를 측정하기 위하여 Gerson(1970), 이(1982), 소(1987)가 사용한 환자역할 면제측정도구를 수정 보완하여 18개의 도표 평정척도(graphic rating scale)로 만들었으며, 이를 간호학 교수 2명에게 의뢰하여 내용타당도를 조사하였다.

각 질병을 심하게 앓고 있을때 및 회복기에 기대된 평소 업무 수행정도는 0일에는 “전혀못함”, 5에는 “보통으로 할 수 있다”, 10일에는 “최대로 할 수 있다”라고 표기된 0~10까지의 등간 도표식 평정척도에 기록하게 하였다. 점수가 높을수록 질병시에도 평소 업무 수행을 잘 할 수 있음을 의미한다.

각 질병시 기대하는 역할 면제 정도는 “대신 해줄 필요가 없다” 1점, “약간 대신해주어야 한다” 2점, “많이 대신해주어야 한다” 3점, “전적으로 다 대신해주어야 한다” 4점으로 배점하였으며, 점수가 높을수록 다른사람이 더 많이 대신해 주어야 한다. 즉 역할 면제 기대가 큰 것을 의미한다.

본 연구에서는 6가지 질병(감기, 두통, 소화성궤양, 관절염, 뇌졸중, 정신병)을 선정하였는데, 이는 대다수의 우리나라 사람들이 경험할 가능성이 많은 질병(윤, 1978, 소, 1987)으로 사료되기 때문이다.

### 3. 연구진행절차

1994년 8월 3일~10일 사이에 30명의 대상자에게 사전조사를 실시하여 설문지의 형태와 용어를 일부 수정하였다. 조사원을 훈련하기 위하여 간호학과 재학생 2명, 간호사 2명을 선정하여 연구자가 일정기간 교육한 후 서울과 대구지역의 자료를 수집하게 하였다. 부산,

대전, 광주, 전주 지역의 간호학 교수에게 조사원 훈련 및 조사방법에 대한 프로토콜 보내서 동일한 방법으로 간호학생을 훈련하여 자료수집 하도록 의뢰하였다.

5개 면소재 보건진료소중 3개 보건진료소에서는 보건진료원을 훈련하여 자료수집케 하였고, 2개 보건진료소에서는 간호학생이 자료수집을 하였다. 설문지 기록이 가능한 대상자에게는 설문지를 주어 직접 기록하게 하고, 국문해독이 어려운자, 시력이 나쁜자의 경우에는 조사원이 설문지를 읽어주면서 자료수집을 하였다. 자료수집은 1994년 11월 19일에서 1995년 1월 19일 사이에 이루어졌다.

### 4. 자료분석방법

수집된 자료를 SAS(Statistical Analysis System) 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다.

연구대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을 구하였고, 도구의 신뢰도 검정을 위하여 Cronbach alpha를 구하였다. 전통적 인간관 측정도구의 각 문항별 점수는 평균과 표준편차, 일반적 특성에 따른 전통적 인간관 및 환자 역할 면제기대정도의 차이는 t 검정 혹은 F 검정을 하였으며, F 검정에 따른 추후 검정으로 Scheffe 검정을 하여 세집단 이상의 차이를 분석하였다.

## IV. 연구결과 및 논의

### 1. 대상자의 일반적 특성

전국적으로 분포한 대상자 708명의 일반적 특성은 다음과 같다.

총 대상자의 평균 연령은 36.19세였으며, 21~30세가 247명(34.9%)으로 가장 많았고, 다음으로 31~40세 174명(24.6%), 41~50세 117명(16.5%), 20세 이하 59명(8.3%), 51~60세 56명(7.9%), 61세 이상 55명(7.8%)의 순이었다.

성별로는 여자가 397명(56.1%)으로 남자 311명(43.9%)보다 많았고, 결혼상태는 기혼이 412명(58.2%)으로 미혼 293명(41.3%)보다 많았다. 교육정도는 대졸이 285명(40.3%)으로 가장 많았고, 다음으로 고졸 233명(32.9%), 초등학교졸 62명(8.7%), 중졸 53명(7.5%), 대학원 이상 44명(6.3%), 무학 27명(3.8%)의 순이었다.

종교는 기독교가 281명(39.7%)로 가장 많았고, 다음으로 무교 262명(37.0%), 불교 110명(15.5%), 가톨릭

40명(5.6%), 기타 12명(1.7%)의 순이었다. 직업을 보면 기술직 및 전문직 종사자가 162명(22.9%)으로 가장 많았고, 무직 135명(19.1%), 주부 129명(18.2%), 사무직 126명(17.8%), 육체노동직 62명(8.8%), 상업 및 사업 51명(7.2%), 학생 28명(4.8%)의 순이었다.

주거형태는 자가 538명(75.9%)으로 전세 159명(22.5%)보다 월등히 많았으며, 가옥형태는 주택거주자가 445명(62.8%)으로 아파트거주자 256명(36.2%)보다 더 많았다.

대상자의 거주지역을 살펴보면 대구광역시 130명(18.4%), 대전광역시 108명(15.3%), 서울특별시 81명(11.4%), 전주시 77명(10.9%), 광주광역시 66명(9.3%), 부산광역시 55명(7.8%)로서 도시지역 거주자가 총 517명으로 73.0%를 차지하였다. 농촌지역 거주자는 전북 75명(10.6%), 전남 37명(5.2%), 충북 29명(4.1%), 경북 27명(3.8%), 강원 23명(3.2%)로서 총 191명으로서 27.0%를 차지하였다.

## 2. 한국인의 전통적 인간관

조사 대상자의 전통적 인간관을 측정된 결과는 <표 1>

과 같다.

전통적 인간관의 평균점수 범위는 20~80점으로 점수가 높을수록 더욱 전통적인 인간관을 지니고 있음을 의미한다. 본 연구의 전체 대상자 708명의 평균점수는 49.92점으로 4점 만점의 평균 평점으로 환산하면 2.46점이다. 이는 “약간 그렇다” 2점과 “대체로 그렇다” 3점 사이의 점수로서 한국인의 전통적인 인간관은 보통정도인 것으로 볼 수 있다.

높은 평점을 나타낸 항목들을 살펴보면 “인간은 자연을 정복하려 하지 말고 자연과 조화를 이루면서 살아야 한다고 생각한다”고 3.44점으로 가장 높았고, 다음으로 “부모와 윗어른에 대한 효(孝)를 중시한다”가 3.31점, “개인보다는 가족을 먼저 생각한다” 2.96점, “화끈하게 사랑하는 것 보다는 은은하게 정(情)드는 것을 더 좋아한다” 2.96점, “직장상사, 부모, 윗어른, 연장자에게 순종하는 편이다” 2.86점의 순이었다.

자연과 조화를 이루면서 살아야 한다는 항목이 가장 높은 평점을 나타낸 것은 한국인의 전통적인 합자연성(정, 1980)과 일맥상통하는 것이며, 효(孝)를 중시한다는 항목이 두번째로 높은 평점을 나타낸 것은 유교적인 가치를 반영하는 것이고, 개인보다 가족을 먼저 생각한

<표 1> 전통적 인간관 측정도구의 문항별 점수

항 목	평 균	표준편차
1. 인간은 자연을 정복하려 하지 말고 자연과 조화를 이루면서 살아야 한다고 생각한다.	3.44	0.75
2. 부모와 윗어른에 대한 효(孝)를 중시한다.	3.31	0.74
3. 개인보다는 가족을 먼저 생각한다.	2.96	0.83
4. 화끈하게 사랑하는 것 보다는 은은하게 정(情)드는 것을 더 좋아한다.	2.96	0.93
5. 직장상사, 부모, 윗어른, 연장자에게 순종하는 편이다.	2.86	0.71
6. 혈연(같은 핏줄)을 중시한다.	2.82	0.93
7. 제사 혹은 예배등을 통해 조상을 섬긴다.	2.76	1.09
8. 내세보다는 현세에 복 받는 것을 더 좋아한다.	2.75	0.99
9. 가족중에서 가장(아버지)이 강력한 권한을 가져야 한다고 생각한다.	2.70	1.02
10. 인정에 끌려 거절하지 못하는 경우가 있다.	2.68	0.79
11. 어떤 의사결정을 할때 자신의 의사보다는 가족의 의사를 중시한다.	2.55	0.88
12. 대인관계에서 체면을 차린다.	2.45	0.83
13. 자신이 노출되는 것을 싫어한다.	2.24	0.82
14. 장남을 특히 우대한다.	2.17	1.05
15. 지연(같은 지역 출신)을 중시한다.	2.14	0.95
16. 관료주의 즉 관(官)을 중시하는 생각을 가지고 있다.	2.01	0.91
17. 모르는 사이에 미신을 믿는 자신을 발견하는 때가 있다.	1.95	0.80
18. 하급자, 연소자, 자녀들에게 권위를 내세운다.	1.81	0.78
19. 의사소통을 애매하게 하는 편이다	1.68	0.79
20. 직접적인 인간관계 보다는 중간에 다른사람을 세우는 것을 좋아한다.	1.66	0.84
평균평점	49.92	7.70

다는 항목이 세번째로 높은 평점을 나타낸 것은 한국인의 가족주의 특성을 그대로 반영한 것이라 볼 수 있다 (이, 1993).

반대로 낮은 평점을 나타낸 항목으로 “직접적인 인간관계보다는 중간에 다른 사람을 세우는 것을 좋아한다”가 1.66점으로 점수가 가장 낮았고, 다음은 “의사소통을 애매하게 하는 편이다” 1.68점, “하급자, 연소자, 자녀들에게 권위를 내세운다”가 1.81점, “모르는 사이에 미신을 믿는 자신을 발견하는 때가 있다” 1.95점, “관료주의 즉 관(官)을 중시하는 생각을 가지고 있다”가 2.01점의 순이었다.

오늘날 서구문명의 유입과 더불어 직접적인 인간관계가 이루어지고, 자신의 의사를 상대방에게 명백하게 알리는 의사소통의 기술이 중시되고 있다. 그러므로 중간에 다른 사람을 세우는 인간관계나 애매한 의사소통 방법 등에는 낮은 반응을 나타낸 것으로 보인다.

대상자의 거주지역에 따른 전통적 인간관의 차이를 살펴보면 <표 2>와 같다.

충북지역 거주자들의 전통적 인간관 점수가 56.00점으로 가장 높았고, 다음으로 경북 55.26점, 전북 51.32점, 대구 50.59점이었으며, 전통적 인간관 점수가 낮은 지역은 부산이 45.42점으로 가장 낮았고, 서울 47.23점, 전남 48.19점의 순이었다. F검정결과 거주지역에 따른 전통적 인간관이 유의한 차이가 있는 것으로 나타나서 (F=7.10, p=0.0001), 추후검사로 Scheffe 검정을 해본 결과, 충북과 경북지역 거주자가 부산과 서울지역 거주자보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 나타내었고, 전북과 대구 거주자는 부산 거주자보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 나타내었다.

이 결과로 충북, 경북, 전북지역 면단위에 거주하는 사람들이 서울, 부산등 대도시에 거주하는 사람들 보다 아직 전통적인 인간관을 고수하고 있는 것을 알 수 있다. 특히하게도 대구지역은 대도시 임에도 불구하고 전통적 인간관 점수가 4위로 높게 나타났고, 인접지역 대도시인 부산에 비해 유의하게 높은 전통적인 인간관을 나타내었다. 이는 대구가 분지라는 지형적 특색으로 인한 보수성을 아직도 유지하고 있음을 의미한다고 본다.

대상자의 일반적 특성에 따른 전통적 인간관의 차이를 살펴보면 <표 3>과 같다.

먼저 지역별로 보면 농촌거주자의 전통적 인간관 점수가 51.76점으로 도시거주자의 49.23점보다 유의하게 높게 나타났으며 (t=-3.72, p=0.0002), 성별로는 남자가 50.57점, 여자가 49.40점으로 두 군간에 유의한 차이가 있었으나 (t=2.01, p=0.0439) 미미한 차이였다.

연령별로 보면 61세 이상군은 57.09점, 51~60세 군이 53.42점, 41~50세 군 52.18점, 31~40세 49.57점, 21~30세 47.48점, 20세 이하군 46.57점으로 집단간에 유의한 차이가 있었고 (F=24.63, p=0.0001), 나이가 많을 수록 더욱 전통적인 인간관을 나타내었다. Scheffe 추후검정을 한 결과 61세 이상군은 20세 이하군, 21~30세군, 31~40세군, 41~50세군보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 나타내었고 51~60세군은 20세 이하군, 21~30세군, 31~40세군보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 가졌으며, 41~50세군은 20세 이하군과 21~30세군보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 나타내었다.

교육정도를 보면 무학의 경우 59.19점, 초등학교졸 56.53점, 중졸 50.64점, 고졸 49.54점, 대졸 48.09점, 대학원이상 47.57점으로 집단간에 유의한 차이가 있었고

<표 2> 지역에 따른 전통적 인간관의 차이

지역	최저치	최고치	평균	표준편차	F	P	scheffe
1. 충 북	34	74	56.00	8.68			
2. 경 북	41	68	55.26	6.81			
3. 전 북	37	77	51.32	8.89			
4. 대 구	35	74	50.59	7.15			
5. 대 전	33	66	50.28	6.81			1>10, 11
6. 광 주	36	67	49.94	7.64	7.10	0.0001	2>10, 11
7. 전 주	33	67	49.71	6.80			3>11
8. 강 원	42	61	49.48	4.65			4>11
9. 전 남	34	64	48.19	7.01			
10. 서 울	26	63	47.23	8.00			
11. 부 산	31	59	45.42	7.01			

〈표 3〉 일반적 특성에 따른 전통적 인간관의 차이

변 수	구 분	평 균	표준편차	t 혹은 F	P	Scheffe
지 역	도 시	49.23	7.39	-3.72	0.0002	
	농 촌	51.76	8.23			
성 별	남	50.57	7.53	2.01	0.0439	
	여	49.40	7.80			
연 령	1. 20세이하	46.57	7.31	24.63	0.0001	6>4, 3, 2, 1
	2. 21~30세	47.48	7.03			5>3, 2, 1
	3. 31~40세	49.57	6.42			4>2, 1
	4. 41~50세	52.18	8.25			
	5. 51~60세	53.42	6.87			
	6. 61세이상	57.09	7.18			
직 업	1. 사무직	49.00	6.40	4.79	0.0001	4>3
	2. 상업 및 사업	50.01	6.65			
	3. 기술직 및 전문직	48.76	7.40			
	4. 육체노동직	53.45	8.38			
	5. 주부	51.77	7.82			
	6. 학생	49.47	8.26			
	7. 무	46.96	8.77			
교육정도	1. 무학	59.19	8.34	24.80	0.0001	1>3, 4, 5, 6
	2. 국졸	56.53	7.36			2>3, 4, 5, 6
	3. 중졸	50.64	7.68			
	4. 고졸	49.54	6.93			
	5. 대졸(전문대포함)	48.09	6.77			
	6. 대학원이상	47.57	8.32			
종 교	1. 무교	49.90	7.44	11.07	0.0001	4>1, 2, 3
	2. 기독교	48.39	7.69			
	3. 가톨릭	48.80	7.84			
	4. 불교	53.86	7.07			
	5. 기타	52.50	6.80			
주거형태	주택	50.51	8.06	2.57	0.0102	
	아파트	49.02	6.94			
결혼상태	미혼	46.88	7.09	-9.2999	0.0001	
	기혼	52.02	7.40			

( $F=24.80$ ,  $p=0.0001$ ), 교육수준이 낮을수록 더욱 전통적인 인간관을 나타낸다고 볼 수 있다. Scheffe 추후검정결과 무학과 국졸은 높은 군으로, 중졸 고졸 대졸 및 대학원 이상은 낮은 군으로 구분이 되었다.

결혼상태별로 보면 기혼이 52.02점으로 미혼의 46.88점보다 유의하게 높게 나타났으며( $t=-9.29$ ,  $p=0.0001$ ), 종교별로 보면 불교군이 53.86점으로 가장 높고, 기타군 52.50점, 무교 49.90점, 가톨릭 48.80점, 기독교

48.39점으로 집단간에 유의한 차이가 있었다( $F=11.07$ ,  $p=0.0001$ ). Scheffe 추후검정 결과 불교군의 경우 무교, 기독교, 가톨릭군 보다 유의하게 전통적 인간관 점수가 높게 나타났다. 직업별로 보면 육체노동직이 53.45점으로 가장 높게 나타났고, 주부 51.77점, 상업 및 사업 50.01점, 학생 49.47점, 사무직 49.00점, 기술직 및 전문직 48.76점, 무직 46.96점으로 집단간에 유의한 차이가 있었으나( $F=4.79$ ,  $p=0.0001$ ), Scheffe 추후검정



결과 육체 노동직군과 기술직 및 전문직군간의 차이만이 유의한 것으로 나타났다.

주거형태로 보면 주택거주군이 50.51점으로 아파트 거주군 49.02점보다 유의하게 높았으나( $t=2.57, p=0.0102$ ), 차이는 그리 크지 않았다.

농촌 거주자들이 도시 거주자에 비해 전통적 인간관을 지닌 것으로 나타났는데, 이는 농촌 거주자들이 한 지역에서 장기간 거주하고 생활양식의 변화가 별로 없는 것과 관련이 있다고 본다. 윤(1978)에 의하면 한국적 상황에서 농촌환자들은 사머니즘, 한방 및 전통적 의료신념을 강하게 지지하고 있는 것으로 나타났다. 늙는다는 것은 사회, 문화적 소산이므로(조, 1989), 나이가 많아질수록 전통적 인간관을 나타내는 것은 당연하다고 할 수 있다. 본 연구에서는 50대 이상군이 50대 이하군보다 유의하게 전통적 인간관을 가진 것으로 나타났다.

교육수준이 낮은 군이 교육수준이 높은 군에 비해 전통적 인간관을 지닌 것으로 나타났는데, 이는 우리나라 고등교육의 내용이 많이 서구화 되어있고 또한 고등교육기관이 주로 도시에 있기 때문인 것으로 보인다. 육체 노동직군의 경우 기술직 및 전문직 군보다 더욱 전통적 인간관을 나타내었는데, 이는 육체 노동직군의 교육수준이 낮은 것과 관련이 있다고 본다. 종교에 따른 전통적 인간관의 차이를 보면 불교군이 무교, 기독교, 가톨릭군보다 전통적 인간관 점수가 유의하게 높게 나타났다. 불교는 372년에 우리나라에 전파되어 근세에 전파된 기독교나 가톨릭교보다 역사가 길며 그 과정에서 한국인에게 토착화 되었으며, 한국인의 전통적 인간관에 영향을 많이 미쳤다(김 등, 1995).

### 3. 한국인의 환자역할기대

질병에 따라 대상자가 기대하는 역할면제 정도를 분석한 결과는 <표 4>와 같다.

질병발생시 기대하는 평소 업무 수행정도를 10점 만점을 기준으로 살펴보면, 감기가 5.58점으로 가장 높고 두통 4.99점, 소화성궤양 4.79점, 관절염 4.06점의 순이었으며, 뇌졸중이 2.16점으로 가장 낮고 정신병이 2.40점으로, 이 두 질병시에는 평소의 역할 수행을 거의 기대하지 않는 것으로 나타났다.

이 결과는 소(1988)의 연구결과와 유사하나, 미국인을 대상으로 한 Gerson(1970)의 연구결과와는 상이하다. 미국의 경우 소화성 궤양, 관절염, 두통의 급성기에는 6.70, 6.17, 6.88점 수준으로 평소 업무를 수행할 수

<표 4> 질병별 기대된 평소 업무 수행정도 및 역할면제 정도

질병명	기대된 평소업무 수행정도		기대된 역할면제정도	
	평균	표준편차	평균	표준편차
감기	5.58	3.03	1.09	0.74
두통	4.99	2.14	1.16	0.79
소화성궤양	4.79	2.08	1.29	0.84
관절염	4.06	2.05	1.64	0.87
뇌졸중	2.16	2.01	2.25	0.90
정신병	2.40	2.11	2.08	0.94

있고, 회복기에는 9.04, 9.09, 9.00 점으로 평소역할을 거의 제대로 할 수 있다고 생각하는 것으로 나타났다. 한국인의 경우 아픈 사람은 아프다는 사실을 남이 알아주고 동정해 주기를 원하며 병자역할은 일을 안하고 누워 있으면 된다(김, 1978)고 하였으며, 한국농촌에서는 병든 사람은 수동적이고 잘 먹지 않으며 일할 수 없고 정력적이지 않은 것으로 보고있다(윤, 1978). 이런 점에 비추어 볼 때 한국인은 서구인에 비해 질병과 관련하여 활동제한 및 외병을 크게 지각하는 것으로 사료된다.

질병발생시 기대하는 역할면제 정도를 4점 만점을 기준으로(점수가 높을 수록 역할 면제를 많이 기대하는 것) 살펴보면, 역시 뇌졸중의 경우 2.25점으로 역할면제 기대를 가장 많이 하고 다음으로 정신병의 경우가 2.08점이었으며, 감기, 두통, 소화성궤양, 관절염은 각 1.09, 1.16, 1.29, 1.64점으로 역할 면제를 크게 기대하지 않는 편이었다.

질병의 급성기와 회복기에 기대하는 평소 업무 수행 정도는 <표 5>와 같이 급성기가 3.05점으로 회복기 4.95점보다 낮았으며 그 차이는 유의하였다( $t=-22.02, p=0.0000$ ). 이는 소(1988)의 연구결과와 일치하는 것으로 나타났다.

<표 5> 급성기/ 회복기에 따른 기대된 평소업무 수행정도

질병명	급 성 기		회 복 기	
	평균	표준편차	평균	표준편차
감기	4.67	2.05	6.49	4.01
두통	3.94	2.17	6.05	2.12
소화성궤양	3.85	2.15	5.74	2.02
관절염	3.11	2.10	5.01	2.01
뇌졸중	1.33	1.84	2.99	2.18
정신병	1.40	1.81	3.41	2.42
평균평균	3.05	2.90	4.95	1.72

$t=-22.02, p=0.0000$

<표 6> 지역별 질병시 기대된 평소업무수행정도 및 역할면제정도의 차이

질 병	구 분	도 시		농 촌		t	p
		평 균	표준편차	평 균	표준편차		
감기	심할때 업무수행기대	4.60	2.00	4.84	2.18	-1.35	0.1760
	회복기 업무수행기대	6.41	1.90	6.71	7.07	-0.59	0.554
	역할면제기대	2.03	0.67	2.14	0.70	-1.86	0.0635
두통	심할때 업무수행기대	3.93	2.06	3.94	2.44	-0.04	0.9673
	회복기 업무수행기대	6.15	1.98	5.78	2.43	1.83	0.0680
	역할면제기대	2.08	0.70	2.20	0.72	-1.93	0.0538
소화성궤양	심할때 업무수행기대	3.73	2.11	4.17	2.21	-2.35	0.0190*
	회복기 업무수행기대	5.75	1.96	5.68	2.19	0.39	0.6947
	역할면제기대	2.22	0.74	2.20	0.71	0.42	0.6690
관절염	심할때 업무수행기대	3.03	2.07	3.31	2.17	-1.50	0.1329
	회복기 업무수행기대	5.06	2.00	4.85	2.04	1.17	0.2391
	역할면제기대	2.57	0.78	2.49	0.69	1.22	0.2231
뇌졸중	심할때 업무수행기대	1.28	1.82	1.44	1.90	0.99	0.3197
	회복기 업무수행기대	3.07	2.19	2.77	2.17	1.58	0.1148
	역할면제기대	3.21	0.85	3.13	0.86	1.14	0.2546
정신병	심할때 업무수행기대	1.39	1.81	1.42	1.83	-0.18	0.8531
	회복기 업무수행기대	3.46	2.43	3.27	2.39	0.90	0.3676
	역할면제기대	3.03	0.90	3.04	0.91	-0.14	0.8844
	계	3.48	0.95	3.49	1.11	-0.07	0.9386

<표 7> 성별 질병시 기대된 평소업무수행정도 및 역할면제정도의 차이

질 병	구 분	남 성		여 성		t	p
		평 균	표준편차	평 균	표준편차		
감기	심할때 업무수행기대	4.87	2.02	4.51	2.06	2.31	0.0209*
	회복기 업무수행기대	6.40	2.03	6.56	5.05	-0.52	0.5974
	역할면제기대	1.97	0.72	2.12	0.64	-2.86	0.0043*
두통	심할때 업무수행기대	4.14	2.04	3.77	2.25	2.24	0.0253*
	회복기 업무수행기대	5.98	2.13	6.10	2.10	-0.79	0.4250
	역할면제기대	2.02	0.73	2.18	0.68	-2.92	0.0036*
소화성궤양	심할때 업무수행기대	4.04	2.15	3.70	2.14	2.08	0.0378*
	회복기 업무수행기대	5.81	1.99	5.68	2.05	0.84	0.4010
	역할면제기대	2.11	0.73	2.30	0.72	-3.34	0.0009*
관절염	심할때 업무수행기대	3.38	2.16	2.89	2.03	3.08	0.0021*
	회복기 업무수행기대	5.17	2.07	4.87	1.96	1.94	0.0516
	역할면제기대	2.33	0.76	2.71	0.71	-6.79	0.0000*
뇌졸중	심할때 업무수행기대	1.68	2.14	1.06	1.53	4.46	0.0000*
	회복기 업무수행기대	3.20	2.34	2.83	2.05	2.20	0.0280*
	역할면제기대	2.97	0.94	3.36	0.74	-5.96	0.0000*
정신병	심할때 업무수행기대	1.45	1.85	1.35	1.78	0.70	0.4839
	회복기 업무수행기대	3.28	2.35	3.50	2.47	-1.13	0.2577
	역할면제기대	3.02	0.92	3.04	0.89	-0.30	0.7579
	계	3.60	1.05	3.39	0.95	2.74	0.0062*

지역별 질병시 기대하는 역할 면제 정도의 차이를 비교한 결과는 <표 6>과 같다.

도시거주자의 총 역할면제 기대는 3.48점이고, 농촌 거주자의 총 역할면제 기대는 3.49점으로 두 집단간에 유의한 차이가 없었다( $t=-0.07, p=0.9386$ ). 총 역할면제 기대점수는 (급성기 업무수행기대점수+회복기 업무수행기대점수+역할 면제 기대의 역점수)÷3으로 산출한 것으로, 점수가 높을 수록 역할면제기대가 낮은 것을 의미한다. 각 질병별 및 급성기/회복기 별로 다시 비교해본 결과, 소화성궤양 급성기의 업무수행 기대점수에 있어서 도시거주자 3.73점으로 농촌거주자 4.17점보다 낮았고( $t=-2.35, p=0.0190$ ), 나머지 집단간에는 유의한 차이가 없었다.

농촌 거주자들이 도시 거주자들에 비해 전통적 인간관을 가지고 있고, 한국 농촌에서는 병든 사람은 일할 수 없다고(윤, 1978) 생각하는 경향이 강하다. 그러나 오늘날 현실에서는 농촌에 젊은 이가 없고 일손이 부족하기 때문에 도시 거주자와 농촌 거주자 간의 역할면제 기대에 차이가 없는 것으로 보인다.

성별에 따른 질병시 기대하는 역할면제 정도의 차이를 비교한 결과 <표 7>과 같이 나타났다.

남성의 총 역할면제 기대점수 3.60점, 여성의 총 역할면제 기대점수 3.39점으로 두 집단간에 유의한 차이가 있었으며( $t=2.74, p=0.0062$ ), 이는 여성이 남성보다 질병시 역할 면제 기대를 더 많이 함을 의미한다. 성별에 따라 역할 면제기대 차이가 유의하게 나는 질병의 경우를 살펴보면, 감기, 두통, 소화성궤양, 관절염의 경우에는 질병의 급성기에 남성의 업무수행 기대정도가 여성의 업무수행 기대정도보다 유의하게 더 크게 나타났으며( $t=2.31, p=0.0209, t=2.24, p=0.0253, t=2.08, p=0.0378, t=3.08, p=0.0021$ ), 같은 맥락에서 역할면제 기대정도는 여성이 남성보다 높았다( $t=-2.86, p=0.0043, t=-2.92, p=0.0036, t=-3.34, p=0.0009, t=-6.79, p=0.0000$ ). 감기, 두통, 소화성궤양 및 관절염의 경우 회복기의 업무수행기대 정도는 남여간에 차이가 없었다. 뇌졸중을 보면 급성기와 회복기 모두에서 남성이 여성보다 더 큰 업무수행기대를 가지고 있으며( $t=4.46, p=0.0000, t=2.20, p=0.0280$ ), 역할면제 기대는 여성이 더 큰것으로 나타났다( $t=-5.96, p=0.0000$ ). 정신병의 경우에는 남여간의 역할면제 기대의 차이가 없었다.

본 연구에서는 여성이 남성보다 역할면제 기대를 더

<표 8> 연령별 질병시 기대된 평소업무수행정도 및 역할면제정도의 차이

질 병 구 분	20세이하(1)		21~30세(2)		31~40세(3)		41~50세(4)		51~60세(5)		61세이상(6)		F	p	Scheffe	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차				
감기	심할때 업무수행기대	4.76	2.23	4.45	2.05	4.99	1.96	4.43	1.88	4.80	2.05	4.87	2.38	1.92	0.0892	
	회복기 업무수행기대	6.83	2.06	6.50	1.84	6.56	1.97	5.95	1.94	5.89	2.65	6.09	2.37	1.19	0.3147	
	역할면제기대	0.83	0.56	1.14	0.69	1.11	0.67	1.09	0.81	1.17	0.78	0.98	1.02	2.12	0.0669	
두통	심할때 업무수행기대	3.94	2.37	3.77	2.14	4.26	2.18	3.98	1.84	3.62	2.23	3.81	2.55	1.30	0.2601	2>4, 5, 6
	회복기 업무수행기대	6.20	2.27	6.43	2.00	6.18	1.95	5.80	2.01	5.12	2.28	5.30	2.52	5.69	0.0001*	1, 3>5, 6
	역할면제기대	1.01	0.77	1.17	0.75	1.18	0.73	1.13	0.83	1.35	0.81	1.00	0.98	1.59	0.1602	
소화성 궤양	심할때 업무수행기대	3.59	2.19	3.84	2.12	4.15	2.15	3.77	2.03	3.67	2.33	3.59	2.25	1.10	0.3601	
	회복기 업무수행기대	5.81	1.86	6.13	1.89	5.84	1.94	5.31	2.08	5.00	2.36	5.16	2.13	5.45	0.0001*	2, 3>4, 5, 6
	역할면제기대	1.17	0.79	1.37	0.85	1.22	0.77	1.31	0.89	1.37	0.79	1.07	0.92	1.77	0.1165	1>5
관절염	심할때 업무수행기대	3.01	2.30	2.98	2.10	3.42	2.18	3.00	1.95	3.16	2.16	2.94	1.81	1.11	0.3555	
	회복기 업무수행기대	5.37	1.97	5.31	1.97	5.00	1.95	4.62	2.10	4.64	1.97	4.41	2.00	3.67	0.0028*	1>4, 6
	역할면제기대	1.64	0.97	1.67	0.83	1.71	0.89	1.60	0.96	1.62	0.75	1.32	0.79	1.79	0.1136	2>4, 5, 6
뇌졸중	심할때 업무수행기대	1.10	1.77	1.22	1.87	1.56	1.94	1.33	1.76	1.62	2.02	1.03	1.40	1.43	0.2122	
	회복기 업무수행기대	3.31	2.20	3.28	2.09	3.09	2.24	2.77	2.21	2.38	2.08	2.07	2.14	4.27	0.008*	1, 2>5, 6
	역할면제기대	2.27	0.94	2.34	0.86	2.17	0.92	2.24	0.91	2.35	0.81	2.00	1.00	1.75	0.1201	3>6
정신병	심할때 업무수행기대	1.60	2.19	1.45	1.84	1.56	1.88	1.23	1.58	1.35	1.91	0.78	1.11	1.85	0.1019	1, 2>4, 5, 6
	회복기 업무수행기대	4.03	2.61	3.85	2.39	3.39	2.28	2.85	2.41	2.94	2.33	2.38	2.33	6.04	0.0001*	3>6
	역할면제기대	1.76	0.97	1.98	0.90	2.05	0.98	2.22	0.92	2.35	0.77	2.30	0.99	4.07	0.0012*	1, 2>4, 5, 6 3>5
계	3.61	1.06	3.54	0.96	3.59	1.00	3.31	0.88	3.33	1.20	3.23	1.09	2.30	0.0439*	3>4, 6	

많이 하는 것으로 나타나서, Nathansan(1975), Tagliacozzo와 Mauksh(1972), Petroni(1971), Walker, Garber와 Vanslyke(1995)의 견해와 일치하였다. 그러나 김(1985)의 연구에서는 남성이 환자역할 행위 이행이 더 높은 것으로 나타났으며 소(1988), Nultbrock(1986), 박(1988)의 연구에서는 성별이 환자역할 행위에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

연령에 따른 질병시 기대하는 역할면제 정도의 차이는 <표 8>과 같다.

각 연령집단의 총 역할면제 기대점수간에 유의한 차이가 있어서( $F=2.30, p=0.0439$ ), Scheffe 추후검정을 한 결과 31~40세군의 총 역할면제 기대 점수가 3.59점으로, 41~50세군의 3.31점 및 61세 이상군의 3.23점보다 유의하게 높은 것으로 나타났는데, 이는 31~40세군이 41~50세군이나 61세 이상군보다 역할면제 기대가 낮음을 의미한다. 31~40세군은 성인 중기로서 자녀 양육과 노부모 공양의 양쪽 책임을 지고 있으며 전체적으로 질병이 적은 시기이므로 질병시 역할면제 기대가 적은 것으로 사료된다. 이는 Twaddle(1969)과 소(1988)의 연구결과와 일치하는 것이다.

연령집단간에 따라 유의한 역할면제기대 차이가 나는 질병의 경우를 살펴보면, 두통, 소화성궤양, 관절염, 뇌졸중 및 정신병의 회복기에 낮은 연령집단이 높은 연

령집단보다 업무수행기대 정도가 더 높게 나타났는데 ( $F=5.69 p=0.0001, F=5.45 p=0.0001, F=3.67 p=0.0028, F=4.27 p=0.008, F=6.04 p=0.0001$ ), 이는 대개 40세 이하 연령집단이 50세이상 집단보다 질병회복기에 평소의 업무수행을 더 많이 할 수 있다고 기대하는 것을 의미한다. 40세이상 연령집단은 그 나이가 되면 질병끝에 여러가지 합병증이 걸리기 쉽고 전반적인 퇴행성 변화가 일어나기때문에 젊은 연령 집단에 비해 질병의 회복기에도 푹 쉬어야 한다고 생각하는 것으로 보인다. 정신병의 경우 50세 이상군의 역할면제 기대정도가 젊은 연령집단의 역할면제 기대 정도보다 더 큰 것으로 나타났다( $F=4.07, p=0.0012$ ).

결혼상태에 따른 질병시 기대하는 역할면제 정도의 차이는 <표 9>와 같다.

미혼자의 총 역할면제 기대 점수는 3.58점, 기혼자의 총 역할면제 기대점수는 3.42점으로 두 집단간의 유의한 차이가 없었다( $t=1.95, p=0.0521$ ). 이는 서(1988), 박외(1988), 김(1990)의 연구결과와 일치한다.

결혼상태에 따라 역할면제 기대가 유의하게 차이가 나는 질병의 경우를 살펴보면 두통, 소화성궤양, 관절염, 뇌졸중 및 정신병의 회복기에 기혼자가 미혼자보다 업무수행 기대 정도가 낮은 것으로 나타났는데( $t=9.23 p=0.0025, t=9.41 p=0.0022, t=10.65 p=0.0012$ ,

<표 9> 결혼상태별 질병시 기대된 평소업무수행정도 및 역할면제 정도의 차이

질 병	구 분	미 혼		기 혼		t	p
		평 균	표준편차	평 균	표준편차		
감기	심할때 업무수행기대	4.48	2.08	4.80	2.02	4.15	0.0421*
	회복기 업무수행기대	6.53	1.90	6.48	2.01	0.03	0.8591
	역할면제기대	1.06	0.69	1.10	0.77	0.48	0.4867
두 통	심할때 업무수행기대	3.82	2.15	4.02	2.18	1.49	0.2226
	회복기 업무수행기대	6.34	2.05	5.85	2.13	9.23	0.0025*
	역할면제기대	1.12	0.79	1.17	0.79	0.50	0.4818
소화성궤양	심할때 업무수행기대	3.69	2.07	3.98	2.19	2.94	0.0871
	회복기 업무수행기대	6.03	1.84	5.55	2.11	9.41	0.0022*
	역할면제기대	1.34	0.85	1.25	0.83	1.77	0.1841
관절염	심할때 업무수행기대	2.95	2.07	3.23	2.12	3.08	0.0796
	회복기 업무수행기대	5.31	1.93	4.81	2.03	10.65	0.0012*
	역할면제기대	1.65	0.88	1.62	0.87	0.15	0.7025
뇌졸중	심할때 업무수행기대	1.28	1.88	1.37	1.83	0.36	0.5471
	회복기 업무수행기대	3.38	2.11	2.73	2.20	14.90	0.0001*
	역할면제기대	2.31	0.90	2.20	0.90	2.69	0.1013
정신병	심할때 업무수행기대	1.59	1.98	1.26	1.68	5.84	0.0195*
	회복기 업무수행기대	4.03	2.37	2.96	2.35	34.05	0.0001*
	역할면제기대	1.92	0.94	2.18	0.92	13.37	0.0002*
계		3.58	0.97	3.42	1.01	1.95	0.0521

t=14.90 p=0.0001, t=34.05, p=0.0001), 이는 기혼자가 미혼자에 비해 질병의 회복기에 평소의 업무를 적게 하려고 기대하는 것을 의미한다. 일반적으로 기혼자는 미혼자보다 연령이 높기 때문에 회복기에도 폭 쉬어야 한다고 생각하며 또한 기혼자는 배우자가 있으므로 평소 업무를 덜 하려고 기대하는 것으로 사료된다. 감기의 급성기에는 기혼자의 업무수행 기대가 4.80점으로 미혼자의 업무수행기대 점수 4.48보다 유의한 높은 것으로 나타났으며(t=4.15 p=0.0421), 정신병의 경우에는 기혼자의 역할면제 기대점수가 2.18점으로 미혼자의 1.92 점보다 유의하게 높았다(t=13.77 p=0.0002).

교육수준에 따른 질병시 기대하는 역할면제 정도의 차이는 <표 10>과 같다.

각 교육수준 집단의 총 역할면제 기대점수간에는 유의한 차이가 없었으나(F=1.19 p=0.3106), 질병별로 세분해서 살펴보면, 두통, 뇌졸중 및 정신병의 회복기에 대개 고졸이상군이 국졸이하군 보다 평소업무수행 기대 정도가 높은것으로 나타났다(F=2.24 p=0.0490, F=4.72 p=0.0003, F=3.38 p=0.0050). 이는 고졸이상군의 경우 여러가지 교육적 접근을 통해 질병의 만성기에

는 스스로 재활노력을 해야 한다는 정보에 접하기 쉽기 때문이라고 사료되는 바이다. 두통의 급성기에는 무학군이 초등학교졸군과 대졸군보다 업무수행 기대가 높고, 고졸군이 대졸군보다 업무수행기대가 높은것으로 나타났다(F=2.81 p=0.0161).

종교에 따른 질병시 기대하는 역할 면제 정도의 차이는 <표 11>과 같다.

종교별 총 역할면제 기대 점수간에는 유의한 차이가 없었으나(F=1.01 p=0.4031), 질병별로 세분해서 살펴 보면, 소화성궤양의 급성기에 기독교, 무교, 불교군이 가톨릭군과 기타군보다 업무수행 기대정도가 높은 것으로 나타났으며(F=5.07 p=0.0005), 소화성궤양의 회복기에는 무교군과 기독교군이 불교군과 기타군에 비해 업무수행 기대정도가 높은 것으로 나타났다(F=2.97 p=0.0191). 관절염의 회복기에는 무교, 기독교, 불교군이 기타군보다 업무수행기대 정도가 높은것으로, 또한 무교군은 가톨릭군보다 업무수행 기대정도가 높은것으로 나타났다(F=2.99 p=0.0183). 위 세가지 경우에서 기타군과 가톨릭교군이 역할면제 기대가 큰 것으로 보인다.

<표 10> 교육정도별 질병시 기대된 평소업무수행정도 및 역할면제정도의 차이

질 병 구 분	1. 무 학		2. 국 졸		3. 중 졸		4. 고 졸		5. 대 졸		6. 대학원이상		F	p	Scheffe	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차				
감 기	심할때 업무수행기대	4.92	2.55	4.87	2.12	5.20	1.91	4.79	2.12	4.47	1.99	4.22	1.68	2.04	0.0709	
	회복기 업무수행기대	5.85	2.33	5.86	2.34	6.35	2.36	6.49	2.01	6.31	1.84	6.65	1.82	1.29	0.2661	
	역할면제기대	0.96	1.05	1.08	0.89	1.24	0.82	1.09	0.68	1.09	0.70	0.90	0.67	1.16	0.3291	1>2, 5
두 통	심할때 업무수행기대	4.70	2.79	3.63	2.56	3.83	2.46	4.27	2.02	3.68	2.10	3.88	1.74	2.81	0.0161*	4>5
	회복기 업무수행기대	5.70	2.65	5.50	2.37	5.54	2.44	6.24	2.05	6.09	1.98	6.40	1.95	2.24	0.0490*	6>2
	역할면제기대	1.00	1.00	1.12	0.89	1.33	0.87	1.12	0.74	1.19	0.77	0.93	0.69	1.60	0.1591	4>2, 3
소화성 궤양	심할때 업무수행기대	4.19	2.49	3.88	2.24	3.60	2.62	4.00	2.12	3.73	2.06	3.88	1.96	0.69	0.6291	
	회복기 업무수행기대	5.34	1.89	5.40	2.28	5.22	2.48	5.81	2.07	5.80	1.86	6.20	1.75	1.81	0.1077	
	역할면제기대	1.22	1.01	1.12	0.91	1.41	0.96	1.31	0.80	1.31	0.82	1.20	0.79	0.87	0.4999	
관절염	심할때 업무수행기대	3.00	2.35	3.36	2.17	3.20	2.27	3.36	2.14	2.86	2.02	2.88	1.82	1.74	0.1223	
	회복기 업무수행기대	4.51	1.92	4.50	1.86	4.88	1.89	5.10	2.01	5.07	2.03	5.33	2.09	1.50	0.1870	
	역할면제기대	1.48	0.75	1.53	0.82	1.60	0.98	1.60	0.86	1.70	0.89	1.68	0.88	0.75	0.5841	
뇌졸중	심할때 업무수행기대	0.96	1.45	1.38	1.91	1.50	2.29	1.51	2.03	1.18	1.65	1.30	1.58	1.08	0.3675	6>1, 2, 3
	회복기 업무수행기대	1.81	1.54	2.31	2.01	2.60	2.53	3.24	2.19	3.03	2.09	3.73	2.42	4.72	0.0003*	4, 5>1, 2
	역할면제기대	2.37	0.79	2.27	0.94	2.01	1.00	2.19	0.88	2.32	0.90	2.22	0.88	1.33	0.2513	
정신병	심할때 업무수행기대	0.61	1.13	1.55	1.80	1.41	2.08	1.44	1.98	1.42	1.68	1.31	1.67	1.10	0.3576	
	회복기 업무수행기대	1.92	2.05	2.81	2.18	3.30	2.32	3.45	2.53	3.58	2.40	3.87	2.17	3.38	0.0050*	5, 6>1, 2
	역할면제기대	2.40	0.88	2.19	0.93	2.01	0.95	2.12	0.94	1.98	0.93	2.13	1.00	1.62	0.1514	3, 4>1
계	3.23	1.07	3.43	1.21	3.39	1.13	3.59	1.01	3.43	0.93	3.62	0.86	1.19	0.3106		

〈표 11〉 종교별 질병시 기대된 평소업무수행정도 및 역할면제정도의 차이

질 병	구 분	1. 무 교		2. 기독교		3. 가톨릭		4. 불 교		5. 기 타		F	p	Scheffe
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차			
감기	심할때 업무수행기대	4.65	2.00	4.67	2.10	4.05	2.25	5.00	1.98	4.08	1.62	1.89	0.1108	
	회복기 업무수행기대	6.50	1.91	6.39	1.94	6.00	2.09	6.20	2.23	6.25	2.09	1.76	0.1277	
	역할면제기대	1.09	0.79	1.07	0.62	0.92	0.76	1.15	0.85	1.33	0.88	1.04	0.3850	
두통	심할때 업무수행기대	4.05	2.07	3.87	2.20	3.36	2.16	4.16	2.29	2.75	2.17	2.10	0.0792	
	회복기 업무수행기대	6.17	1.98	6.11	2.12	5.76	2.43	5.82	2.20	5.25	2.52	1.21	0.3061	
	역할면제기대	1.08	0.75	1.20	0.78	1.17	0.95	1.16	0.80	1.50	1.00	1.36	0.2460	
소화성 궤양	심할때 업무수행기대	3.81	2.12	4.12	2.09	3.02	2.16	3.77	2.26	1.91	1.24	5.07	0.0005*	2, 1, 4>3, 5
	회복기 업무수행기대	5.93	1.85	5.89	2.02	5.48	2.31	5.38	2.26	4.33	1.77	2.97	0.0191*	2, 1>4, 5
	역할면제기대	1.28	0.86	1.27	0.77	1.42	1.03	1.29	0.90	1.33	0.77	0.31	0.8747	
관절염	심할때 업무수행기대	3.07	2.09	3.16	2.10	2.68	2.27	3.34	2.07	2.08	1.83	1.52	0.1956	
	회복기 업무수행기대	5.18	1.91	5.02	2.04	4.39	2.35	4.92	1.98	3.58	1.88	2.99	0.0183*	1>3, 5
	역할면제기대	1.65	0.88	1.66	0.85	1.62	1.00	1.51	0.88	1.83	0.93	0.75	0.5609	2, 4>5
뇌졸중	심할때 업무수행기대	1.28	1.89	1.30	1.79	1.54	2.10	1.59	1.86	0.16	0.38	1.92	0.1060	
	회복기 업무수행기대	2.96	2.11	3.05	2.23	3.10	2.52	3.01	2.22	1.58	1.24	1.34	0.2517	
	역할면제기대	2.26	0.91	2.27	0.90	2.35	0.83	2.16	0.89	2.66	0.88	1.03	0.3922	
정신병	심할때 업무수행기대	1.36	1.79	1.43	1.82	1.13	1.77	1.50	1.89	1.16	1.69	0.37	0.8280	
	회복기 업무수행기대	3.33	2.38	3.54	2.48	3.25	2.50	3.42	2.45	2.66	1.96	0.57	0.6822	
	역할면제기대	2.04	0.95	2.08	0.94	2.35	0.80	2.04	0.94	2.41	0.79	1.33	0.2561	
계		3.50	0.90	3.52	1.00	3.25	1.27	3.48	1.01	3.07	1.28	1.01	0.4031	

V. 결론 및 제언

본 연구는 한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초 조사연구로서, 먼저 간호대상자인 한국인의 전통적인 인간관과 환자역할기대를 파악하고 일반적 특성에 따라 전통적 인간관과 환자역할 기대가 달라지는지를 확인하기 위하여 시도되었다.

연구대상은 18세 이상의 성인으로 전국 6개 대도시 거주자 517명, 5개 농촌지역 거주자 191명이었으며, 본 연구자가 문헌고찰을 통해 제작한 전통적 인간관 측정도와 환자역할 면제 정도 측정도구를 사용하여 1994년 11월 19일에서 1995년 1월 19일 사이에 자료수집을 하였다. 수집된 자료는 SAS 프로그램을 이용하여 실수, 백분율, Cronbach alpha, t검정, F검정 및 Scheffe 추후검정을 구하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 전체 대상자의 전통적 인간관 점수는 49.92점으로 한국인의 전통적 인간관은 보통정도인 것으로 나타났다. 높은 평점을 받은 항목으로는 “인간은 자연을 정복하려 하지 말고 자연과 조화를 이루면서 살아야 한

다고 생각한다” 3.44점, “부모와 웃어른에 대한 효(孝)를 중시한다” 3.31점, “개인보다는 가족을 먼저 생각한다” 2.96점의 순이었다.

2. 거주지역에 따른 전통적 인간관의 차이는 충북(56.00점), 경북(55.26점), 전북(51.32점), 대구(50.59점) 거주자들이 부산(45.42점), 서울(47.27점) 거주자들보다 전통적 인간관을 고수하고 있는 것으로 나타났다.
3. 일반적 특성에 따른 전통적 인간관의 차이를 살펴보면, 농촌거주자가 도시거주자보다, 남성이 여성보다, 연령이 높은 군이 연령이 낮은 군보다, 교육수준이 낮은 집단이 높은 집단보다, 기혼자가 미혼자보다, 주택거주군이 아파트거주군보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 나타내었다. 여러 가지 종교와 직업별로도 차이가 있었는데 불교군이 무교, 기독교, 가톨릭교군보다, 육체노동직군이 기술직 및 전문직군보다 유의하게 높은 전통적 인간관을 나타내었다.
4. 질병발생시 기대하는 평소 업무 수행 정도는 뇌졸중이 2.16점으로 가장 낮고 그다음은 정신병 2.40점으로 이 두 질병시에는 평소의 역할수행을 거의 기대하지 않는 것으로 나타났다. 관절염 4.06점, 소화성 궤양

4.79점, 두통 4.99점, 감기 5.58점의 순이었다.

질병발생시 기대하는 역할면제정도는 역시 뇌졸중이 2.25점으로 가장 높고 그 다음이 정신병 2.08점이었으며, 관절염 1.64점, 소화성 궤양 1.29점, 두통 16점, 감기 1.09점의 순이었다. 질병의 급성기에 기대하는 평소업무 수행정도(3.05)가 회복기(4.95)보다 유의하게 낮았다.

5. 일반적 특성에 따른 총역할면제기대를 살펴보면, 도시/농촌별, 결혼상태별, 교육수준별 및 종교별로는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 성별로 보면 여성이 남성보다 질병시 역할면제 기대를 더 많이 하였으며, 연령별로 보면 31-40세군이 41-50세군이나 61세이상군보다 역할면제 기대가 낮은 것으로 나타났다.

이와 같은 연구결과를 토대로 몇가지 제언을 하고자 한다.

1. 본 연구에서 사용한 전통적 인간관 측정도구의 타당도와 신뢰도를 보강하는 연구가 계속되어야 할 것이다.
2. 연구결과와 일반화를 위하여 반복 연구가 이루어져야 할 필요가 있다.
3. 전국 규모 연구 혹은 지역 규모 연구에서 대표성을 보강하는 표본추출 방법을 사용할 것을 제언한다.
4. 한국인을 대상으로 하는 우리나라 간호현장에서 한국인의 전통적인 인간관과 환자역할기대를 이해하는데 있어서 본 연구결과를 활용할 것을 기대한다.
5. 향후 한국적 간호정립을 위하여 한국인의 건강관, 건강관행, 의료 및 간호관, 환경관에 관한 연구가 계속 이루어지고, 이를 바탕으로하여 한국적 간호이론이 개발되기를 기대한다.

## 참 고 문 헌

- 구미옥, 이은옥(1990). 건강신념 모델과 한국인 만성질환자의 환자역할 행위. 대한간호학회지, 29(3), 49-63.
- 김강미자(1990). 방사선 치료를 받는 암환자의 환자역할 행위 예측인자에 관한 연구. 간호학회지, 20(3), 341-356.
- \_\_\_\_\_ (1987). 소화성 궤양 환자의 자아개념과 건강신념이 환자역할 행위에 미치는 영향. 예수간전논문집, 4(1), 7-38.
- 김광일(1972). 한국의 전통적 질병개념, 최신의학, 15(1), 49-51.
- 김모임(1987). 한국인을 위한 간호. 간호학논집, 10, 15-23.
- 김문실 외(1995). 전통사상속에 나타난 한국인의 행동양식에 대한 고찰. 간호행정학회지, 1(1), 79-95.
- 김문실(1993). 간호대상자로서의 한국인. 간호학의 정립과 한국전통문화 심포지엄, 이화여대간호학 연구소.
- 김성태(1978). 한국 농촌의 전통의료 문화와 변화의 수용. 인류학논집, 서울대 인류학회, 4, 3-57.
- 김옥수(1985). 간 경변증 환자의 환자역할행위에 관한 연구. 간호학회지, 15(1), 3-43.
- 김은자(1990). 한국인의 인간관에 대한 일반적 고찰(간호이론 정립을 위한). 마산간전논문집, 제13집, 189-229.
- 김인희(1979). 한국인의 가치관, 서울: 문음사.
- 김재은(1993). 한국인의 의식과 행동양식. 한국적 간호이론 정립을 위한 철학강좌, 이화여대간호학 연구소.
- 김태길(1982). 한국인의 가치관 연구, 서울: 문음사
- 민병위(1977). 한국인의 인간관, 서울: 한국교육개발원.
- 박오장 외(1988). 당뇨교육이 당뇨환자의 역할행위 이행에 미치는 영향. 간호학회지, 18(3), 281-288.
- 서승미(1993). 결핵 환자의 가족지지와 환자역할행위에 관한 연구. 간호학회지, 23(4), 555-568.
- \_\_\_\_\_ (1988). 고혈압 환자의 환자역할행위이행과 건강신념 건강지식의 상관관계 연구. 기독교병원간전논문집, 6집, 29-48.
- 소희영(1988). 한국인의 환자역할에 관한 조사 연구. 이화여대대학원 박사학위 논문. 77-95.
- 오세철(1983). 한국인의 사회심리, 서울: 박영사.
- 윤순영(1978). 현대의료와 한국 농촌의료문화-의료인류학적 고찰. 이화여대 의료원 지역사회 보건위원회.
- 이규태(1977). 한국인의 의식구조, 서울: 문리사, 280-282.
- 이부영(1973). 의료문화 적응의 재 문제점에 관한 시고. 신경정신의학, 12(2), 97-109.
- \_\_\_\_\_ (1990). 한국에서의 의료문화 적응. 병원신보, 295호 11면.
- \_\_\_\_\_ 비교연구. 대한간호, 26(1)
- 정순목(1980). 한국 전통문화 속에 나타난 인간관. 광장, 89호, 20-23.
- 조혜정(1992). 한국의 가족문화. 학술심포지엄, 이화여대 간호학연구소.

- 조혜정(1994). 논평 : 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 간호학 탐구, 3(1), 89-92.
- 조유향(1989). 노인간호, 서울 : 현문사.
- 최영희(1985). 지지적 간호중재가 가족지지 행위와 환자 역할 행위에 미치는 영향에 관한 연구. 대한간호, 24(4), 10-20.
- 최영희, 강신포, 고성희, 조명옥(1992). 간호와 한국문학. 서울 : 수문사.
- 최재석(1965). 한국인의 사회적 성격, 서울 : 민조사
- Anderson, R., Anderson, O.W., & Smedhy, B. (1968). Perception of and Response to Symptoms of Illness in Sweden & the United States, Med. Care, 6, 18-30.
- Beckingham, C.(1995). Relinquishing the Sick Role : Convalescence & Rehabilitation. Australian J of Advanced Nursing, 12(3), 15-19.
- Cravener, P.(1992). Establishment Therapeutic Alliance across Cultural Barriers J. of Psychosocial Nursing, 30(12), 10-14.
- Fisher, W., Arluke, A., & Levin, J.(1984-1985). The elderly Sickrole : an Experimental Analysis. Int. J. Aging Hum Dev, 20(3), 161-5.
- Gerson, L.W.(1970). Factors Influencing Expectations of Role Exemption in Health Action, Unpublished Doctoral Dissertation, Case Western Reserve University.
- Giger, J.N., & Davidhizar, R.E.(1995). Transcultural Nursing 2nd, ed, Mosby, St, Louis, 3.
- Honig-Parnass, T.(1981). Lay concepts of the Sick Role : an Examination of the Professionalist bias in Parson's Model, Soc. Sci. Med, 15(5), 615-23.
- Kasl, S.V., & Cobbs,(1966). Health Behavior, Illness Behavior and Sick Role Behavior, Arch Environ, Health, 12, 531-41.
- Kubsch, S.M., & Wichowski, H.C.(1992). Identification & Validation of a New Nursing Diagnosis : Sick Role Conflict. Nursing Diagnosis, 3(4), 141-147.
- Lea, A.(1994). Nursing in Today's Multicultural Society : a Transcultural Perspectives. J. of Advanced Nursing, 20, 307-313.
- Leininger, M. M.(1978). Transcultural Nursing : Concepts, Theories, and Practices. N. Y : Wiley.
- Louie, K.(1990). Empathy, Anxiety & Transcultural Nursing, Nursing Standard, 5(5), 36-40.
- Lowenstein, A. L. and Glanville, C.(1992). Transcultural Concepts Applied to Nursing Administration, JONA, 21(3), 13-14.
- Nathanson, C.A.(1975). Illness & the Feminine Role : a Theoretical Review, Soc. Sci. Med, 9, 57-62.
- Nuttbrock, L.,(1986). Socialization to the Chronic Sick Role in Later Life : An Interactionist View. Research on Aging, 8(3), 368-387.
- Osborn, R.W.(1973) Social Rank & Self-Health Evaluation of Older Urban Males, Soc. Sci. Med., 7, 209-18.
- Overall, B., & Aronson, H.(1963). Expectations of Psychotherapy in Patients of Lower Socio-Economic Class. Am. J. Orthopsychiatry, 33-121.
- Parsons, T.(1951). The Social System, Glencoe, Free Press.
- Petroni, F.A.(1971). Preferred Right to the Sick Role & Illness Behavior, Soc. Sci. Med., 5, 645-53.
- Shural, J.T.(1972) The Sick Role in a Setting of Comprehensive Medical Care, Med. Care., 10(1), 50-9.
- Tagliacozzo, D.M., & Mauksch, H. O.(1972). The Patient's View of the Patient's Role, Patients, Physicians & Illness, Glencoe. Free Press.
- Twaddle, A.C.(1969) Health Decisions & Sick Role Variations, J. Health Soc. Behav., 10, 105-15.
- Whitt, H.P., Meile, R.L., & Larson, L.(1979), Illness Role Theory, the Labeling Perspective the Social Meanings of Mental Illness—an empirical test, Soc. Sci. Med., 13A : 6, 655-66.
- Wilkins, H.(1993). Transcultural Nursing : a selective Review of the Literature, 1985-1991. J. of Advanced Nursing, 18, 442-450.
- Wilkins, H.(1993). Transcultural Nursing : a Selective Review of the Literature, 1985-1991. J. of Advanced Nursing, 18, 602-612.



– Abstract –

Key concept : Culture, View of humans, Expectations  
of sick role

**A Survey for the Construction of Nursing  
Theory According to Korean Culture  
– Traditional View of Human and  
Expectation of Sick Role –**

*Park, Jeong Sook\**

This study was a survey done for the purpose of constructing a nursing theory according to Korean culture and to identify the traditional Korean view of humans and the expectations of the sick role, and to confirm changes from the traditional view of humans and expectations of the sick role according to general characteristics of the population.

The subjects were all adults over 18 years old, 517 who lived in six large cities and 191 who lived in five rural communities. Data collection was done from November 19th, 1994 to January 19th, 1995 using a tool to measure the traditional view of humans and expectations of the sick role which was developed by the investigator through a literature review.

Collected data were analyzed using frequency, percent, Cronbach alpha, t-test, F-test and Scheffe post hoc contrasts, with the SAS program.

The results of this study are summarized as follows :

1. The Traditional view of human score for all subject was 49.92, which shows that Korean traditional view of human is moderate. High scored items were “human need to live by making harmony with nature, not by overcoming the nature” (3.44), “Filial duty to parents and elders is

important”(3.31), “Think of family more than a individual”(2.96).

2. The differences in the traditional view of humans between residential districts showed that the residents of Chungbuk(56.00), Kyungbuk(55.26), Chonbuk(51.32), Taegu(50.59) had a more traditional view of humans than those in Pusan(45.42) and Seoul(47.27).
3. The differences in the traditional view of humans according to general characteristics showed that rural community residents, males, older people, people with lower levels of education, married and house-resident groups had a significantly higher traditional view of humans than urban residents, females, younger people, people with a higher levels of education, single and apartment-resident groups. There were differences according to religion and job. Buddhism had a higher traditional view of humans than those of atheism, Christianity and Catholicism and physical workers, a significantly higher score, than technicians and professional workers.
4. Daily expected task performance during illnesses was lowest for patients with stroke(2.16) and psychosis(2.40), in which case almost no daily general tasks were expected, followed by arthritis 4.06, peptic ulcer 4.79, headache 4.99 and cough 5.58. The amount of expected role exemption during illnesses was also highest for stroke(2.25), followed by psychosis(2.08), arthritis(1.64), peptic ulcer(1.29), headache(1.16) and cough(1.09). The amount of daily task performance in the acute stage(3.05) was significantly lower than that of convalescent stage(4.95).
5. Total expectation of role exemption according to general characteristics showed that there was no significant differences in urban /rural community, marriage, level of education and religion. By sex, women showed higher expectation of role exemption during illnesses than men. By age, the 31-40 year old group showed lower expectation of role exemption than the 41-50 year old group or over the 61 year old group.

---

\*Keimyung University College of Nursing.  
Tel : 053) 250-7800, Fax : 053) 252-6614  
E-mail : kckwon@nanum.kaeri.re.kr