

## 관절염 환자의 치료추구행위 분석에 의한 이론구축 -병원치료와 민속요법 이용행태-

이은옥\*\* · 강현숙\*\*\* · 이인숙\*\* · 은 영\*\*\*\* · 이종수\*\*\*\*\*

### Model Construction for Treatment-Seeking Behaviors in Patients with Arthritis\*

Lee, Eun Ok\*\* · Kang, Hyun Sook\*\*\* · Lee, In Sook\*\*  
Eun, Young\*\*\*\* · Lee, Jong Soo\*\*\*\*\*

This study was undertaken to explore the antecedent factors and process of the treatment-seeking behaviors of medical and alternative treatments in patients with arthritis using methodological triangulation.

The data were collected from 995 arthritic patients who were registered either in a center of rheumatology for medical treatment or residents of community having no treatment to classify different treatment patterns. Sixteen patients with various types of treatment only, alternative treatment only, and no treatment were selected among the total samples to identify the antecedent factors through in-depth interview.

The quantitative data were analyzed by percentile, t-test, chi-square test and discriminant analysis using SAS PC program, while the qualitative data were analyzed by means of grounded theory methodology.

Treatment-seeking behaviors of patients change from the early stage to the sick-role stage. At the early stage, initial characteristics of pain and acculturation of medical professionalism affect the choice of treatment patterns. The acculturation of medical

---

\* 본 연구는 1995년도 학술진흥재단 지원으로 이루어진 연구임

\*\* 서울대학교 간호대학 교수 및 조교수(Professor and Assistant Professor, Seoul National University College of Nursing)

\*\*\* 경희대학교 의과대학 간호학과 교수(Professor, Dept. of Nursing, College of Medicine, Kyung Hee University)

\*\*\*\* 경상대학교 의과대학 간호학과 조교수(Assistant Professor, Gyeong Sang National University, Department of Nursing)

\*\*\*\*\* 경희대학교 한의과대학 교수(Professor, College of Oriental Medicine, Kyung Hee University)

professionalism is affected by health care accessibility, level of education, duration of sickness and lay referral system. At the sick-role stage, lay referral system and acculturation of medical professionalism affect the choice of treatment patterns. The acculturation of medical professionalism is affected by characteristics of symptoms, perceived treatment effects, perceived causes of diseases and socio-economic status as well as health care accessibility, level of education and lay referral system.

In conclusion, different factors as well as common factors are influencing the treatment-seeking behaviors depending on the disease and treatment stages.

More detailed further studies are required to explore the value system or medical acculturation of patients which is one of the most important factors in decision-making about treatment modalities.

**Key Words :** treatment-seeking behavior, arthritis, triangulation

## 서 론

### 1. 연구의 필요성

1990년 국민 건강 조사 자료에 의하면 15일간 상병율은 인구 1000명당 263명이며 이들중 75%가 만성질환자였다. 그리고 만성질환자중 30%가 관절염 환자로서 국민 건강 유지상 관절염 관리는 중요한 과제임에 틀림 없다.

관절염은 질병의 속도를 늦추거나 관해상태로 이끄는 표준 처방이 있음에도 불구하고 치료가 어렵기 때문에 다양한 치료행위를 보이고 있다. 이렇듯 여러 치료 요법을 추구하는 이유는 장기간의 통증 경험과 퇴화과정을 나타내기 때문이고 단기간내 치료 효과가 나타나지 않거나 부작용이 있으면 이에 실망하여 치료 요법을 중단하든지 혹은 치료 방법을 전환하기 때문이다. 또 다른 이유는 의료인이 환자와의 신뢰관계 형성에 실패함으로써 지속적인 치료를 유도하지 못하고 있다는 점이다. 이렇게하여 변환된 치료 방법은 비 전문인에 의한 권유와 생활 경험으로부터 구전되고 치료 효능이 검증된 바 없는 민

속 요법이 대부분이다. 그러므로 이러한 비효능적인 치료과정을 반복하는 가운데 환자는 치료 시기를 놓치게 되어 경제적인 면에서나 치료의 효율적인 측면에서 손실을 입게 된다.

관절염환자의 통증 경험에 관한 은영(1994)의 연구에 의하면 환자들은 구전에 의한 민속요법을 적어도 1회이상 사용한 경험이 있다고 보고하였다. 대부분의 환자들은 주치의와 상의하지 않고 민속요법을 사용하고 있어서 민속요법이 기존 치료의 대안일 수도 있고 초기부터 선택 가능성이 있는 방법일 수도 있다. 그러나 민속요법은 약효의 신뢰성 문제 이외에도 의료보험의 혜택을 받지 못하여 치료비용의 과중함(이인숙, 임난영, 이은옥, 정성수, 1996 ; 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수, 1997a)과 질병치료의 지속성 유지가 어렵다는 문제를 야기하기 때문에 그 영향을 긍정적으로 평가하기는 어렵다. 뿐만 아니라 민속요법에 드는 비용은 매월 253,583원이었고, 관절염 병원치료에 소요되는 비용은 78,380원으로서 민속요법에 드는 비용이 훨씬 크다(이인숙, 임난영, 이은옥, 정성수, 1996). 또한 간호는 환자들의 바람직한 건강행

위를 증진시키고 잘못된 건강 행위를 변화시키는 촉매 역할을 해야 함은 주지의 사실이다. 그러므로 관절염 환자들의 치료 전이행위에 대한 의사결정 과정을 이해하고 무절제한 민속요법의 사용을 피하기 위해서는 민속요법 사용에 대한 실태를 파악함과 동시에 그 선행요인을 파악하는 연구가 필요하다. 본 연구에서는 치료행위 과정을 기술하고 이를 예측할 수 있는 영향 변수간의 관계를 파악하여 치료행위 선택의 모형을 구축하고자 실시되었다.

## 2. 연구의 목적

본연구의 목적은 병원치료, 민속요법, 치료받지 않는 환자로 치료실태를 구분하고 이에 영향을 미치는 대상자의 특성을 서술하여 치료행위 결정 모형을 제시하기 위함이다. 치료모형의 구축을 위해 특징적인 치료행위군에 대해서는 심층 면접을 실시하는 Triangulation의 방법을 적용하였다.

## II. 문헌고찰

관절염에 관한 연구 동향은 원인 규명을 위한 부분과 치료제의 효과 검증을 위한 임상적 연구가 주로 행해져 왔으며 그 결과 상당 부분 발전해 왔다. 그러나 질환의 경과와 약물의 효과는 치료 수요자인 환자들이 자신이 인지하는 효과에 따라 치료과정의 순응 여부를 결정하고 치료 방안을 스스로 선택한다(이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수, 1997b).

우리나라에서는 관절염 환자의 치료과정에 대한 분석, 민속요법 선택 동기와 방법상의 오류, 치료 경비로 인한 손실 등을 체계적으로 다룬 민속요법에 관한 연구가 없는 실정이어서 본 연구 결과와 비교할 자료는 없다.

한의학자들이 관절염에 효과적이라고 주장하

는 약제는 주로 통증완화, 염증제거, 부종제거, 이노작용, 영양제의 효과가 있는 것으로 요약될 수 있다(이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수, 1997a). 이들은 의과학원(1990 ; 1995), 동의과학원(1993), 임중과 임근의 책자(1991)에 열거되어 있는 것이고 연구결과는 아니다. 이은옥 등(1997a)의 연구에 의하면 통증과 염증완화제로 쓰이는 진달래, 엄나무, 솔잎, 호랑이뼈, 벌독, 지네 ; 영양보충제로 쓰이는 독사, 고양이, 노루피, 오리 등 10종이 한의학자들에 의해 추천되는 것이고, 174종중 나머지 164종은 전혀 약물로나 영양제로 사용할 근거를 찾기 어려운 것이었다. 병원치료를 받는 환자의 70%이상이 발병 1년 이내에 한방치료를, 52%가 민속요법을 사용하였다는 점으로 볼 때, 발병 초기에 환자들은 병원치료에 만족하지 못하고 대체요법을 시도하고 있었다. 민속요법만 사용한 환자들은 54%가 효과가 없다고 응답했고 32.6%는 효과가 있다고 답했다.

이상에서와 같이 관절염의 민속요법은 매우 다양한 방법을 사용하고 있으며 이들에 대한 과학적 근거를 입증한 연구는 거의 없는 실정이다. 본 논문은 환자의 치료 추구행위에 초점을 두어 수행하였으므로 치료 추구행위와 관련 요인에 초점을 두어 문헌 고찰을 하였다.

### 1. 관절염 환자의 치료 추구 행위

일반적으로 치료행위는 환자 개인의 속성(연령, 결혼상태, 성별, 교육수준), 치료비 지불능력(의료보장여부, 생활수준, 선호하는 치료기관), 의료요구 요인(평소 건강상태, 만성질환이환 여부, 주관적으로 인지하는 건강 상태)에 의해 결정된다(Aday & Anderson, 1974)고 했다. 그러나 관절염과 같은 만성질환의 경우 환자의 역할인식에 따라 달라질 수 있다. 사회 체계내에서 환자로서의 역할 기준이 설정되는 경

우 이를 환자 역할(patient role)이라고 하며, 환자 역할은 주로 치료 추구 행위 속에서 이루어진다. 환자가 신체의 이상 증상을 경험하면 증상의 지각, 증상에 대한 판단, 그리고 적절한 대처라는 과정으로 진행되는데 이때 적절한 대처가 치료 추구행위를 의미한다.

치료추구행위는 급성질환이나 만성 질환에 따라 즉 질환의 특성에 따라 다양하다. 우리나라 만성질환의 30% 정도를 차지하고 있는 관절염은 완치를 목표로 하기 보다는 증상의 조절이 주요 목표로 제시되는데 이는 만성 질환은 급성질환과는 달리 증상을 조절할 수 있으나 완치될 수 없음을 말한다. 따라서 만성 질환자들은 증상을 조절하고 질병 상태에 적응하기 위한 끊임 없는 노력이 필요하다(조지포스터와 앤더슨, 1994).

그리하여 오랫동안 지속되는 고통 속에서도 적절한 치료를 받지 못하는 관절염 환자들은 전통적인 치료 기관과 비 전통적인 치료 기관을 전전하게 되고 이로 인해 적절한 치료 시기를 놓치거나 더욱 더 어려운 치료과정을 이끌어 가게 된다.

관절염 치료추구행위에 관한 근거이론적 연구(이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 1997b)의 연구에서는 관절염환자의 치료 추구 행위는 환자들의 의료전문화에 대한 수용정도에 따라서 구별된다고 보고하였다. 즉 서양의학적 몸체에 대한 기계적인 접근과, 전문인에 의한 병의 치료와 조절의 개념을 수용하는 정도에 따라서 병원의 치료 혹은 민간치료를 선택하게 된다고 보았다. 특히 위 연구에서는 이러한 의료전문성에 대한 문화적인 이입은 우리나라의 의료 문화속에서 이해될 수 있는 현상이라고 보았다.

## 2. 치료추구 행위에의 영향 요인

환자 역할은 주로 치료 추구행위 내에서 이루어지며 치료 추구행위에 영향을 미치는 요인은

환자의 건강 신념, 질병의 원인에 대한 지각, 경제상태, 교육수준, 증상 경험, 의료 문화에 대한 이입 정도, 주변 사람들의 준거해택, 기타 태도 요인등이 있는데 그 중 본 연구와 관련된 요인 중심으로 논하고자 한다.

### 1) 경제 상태

1989년에서 1992년 전국을 대표하는 가구 표본을 대상으로 조사한 국민 건강 조사 자료를 이용하여 의료이용 양상에 관한 분석 결과(송건용, 박현애, 이순영, 김태정, 1993)에 의하면 생활 수준이 높을수록 병의원 이용율이 높았으나 민속요법 혹은 다른 치료 이용율에는 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 이는 생활 수준이 직접적으로 의료 추구 행위에 영향을 미치거나 혹은 건강수준, 의료요구, 건강행위를 통해 간접적으로 영향을 미칠 수 있음을 제시하였다고 볼 수 있다. 관절염 환자를 대상으로 한 은영(1995), 이은옥 외(1997b)의 연구에서도 치료 비용의 과다여부가 치료 추구행위에 영향을 주는 것으로 나타났다.

### 2) 교육 수준

교육 수준이 높아질수록 합리적 사고와 의사결정이 기대되므로 병의원 이용이 높을 것이라 가정할 수 있다. 춘천 시민을 대상으로 한 의료이용 양상 연구(한달선, 권순호, 권순원, 황성주, 1986)에서도 교육 수준이 의료 이용양상에 영향을 주었고, 전국을 대상으로 조사한 연구(송건용, 박현애, 이순영, 김태정, 1993)에서도 교육 수준이 의료이용 양상에 영향을 주어 높은 교육 수준에서 병의원 이용이 증가됨을 볼 수 있었다. 관절염 환자에게서도 교육수준은 치료행위에 영향을 미치는 것으로 특히 교육 수준이 높은 환자들은 질병에 대한 과학적인 접근을 추구하고자 하였고, 병원치료를 선호하였으며 민간치료에 대해서도 합리적인 판단을 하였다(이

은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 1997b).

### 3) 증상 경험

평소 건강 상태와 만성 이환 여부등 의료 요구 요인이 의료 이용을 설명하는 가장 유의한 변수(송건용, 박현애, 이순영, 김태정, 1993)이며, 흔히 통증의 조절이 치료 추구행위에 영향을 주는 것으로 설명되고 있다(은영, 1995). 그러나 증상으로서의 통증 경험이 반드시 관절염의 전이환기간 동안의 치료추구행위를 설명할 수 있는 결정적인 영향 요소는 아니고 초기 통증 경험에서 진단시기를 경과하면서 치료추구행위는 변화하였다. 즉 통증의 시작 시기에서 부터 진단이 이루어지기 전에는 통증이 지속적으로 일상생활을 심각한 수준에서 방해한다면 환자들은 일반적으로 병원치료를 선택하였다. 그러나 진단이 이루어진 후에는 통증보다도 의료 전문성에 대한 신뢰 정도에 따라서 치료추구행위가 다양하게 이루어졌다(이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 1997b). 또한 은영(1995)의 연구에서도 환자들은 초기에 통증을 지각하는 정도에 따라 진단과 치료를 받는 기관으로 병원을 선택하며, 치료를 시작 한지 2-5년후부터는 병에 대한 인식에 따라 그리고 이전 치료의 효과와 주위의 권고에 따라 병원 치료를 고정적으로 선택하는 것으로 설명하고 있다. 그러므로 증상에 민감한 환자는 전체 의료이용량에 영향을 줄 정도로 지속적으로 병의원 치료를 선택하는 것으로 나타나고 있다(한달선, 권순호, 권순원, 황성주, 1986).

### 4) 의료전문성에 대한 문화 이입 정도

일반적으로 의료 문화는 병원 중심의 치료와 민간 치료 체계로 구분되어 있지만(은영, 1995) 지역과 인종 등에 따라 다양한 의료 문화를 형성하고 있다. 의료전문성이란 1950년대의 파슨스의 구조기능주의에서 비롯되었다. 질병이란

사회적 일탈의 경험으로서 전문직에게 환자가 이러한 일탈 경험을 극복하고 사회속으로 환원될수있도록 돕는 권한을 부여함으로써 기능적인 사회가 유지되도록 하여야 한다는 관점으로 부터 시작하였다. 즉 환자들은 병역할, 환자역할을 행함으로서 자신의 일상 책무에서 벗어나서 일정하게 보호 받고, 사회적 책임을 면제 받으며, 단지 최선을 다하여 일상생활로 돌아가고자 하는 치료순응과 의지를 가져야 하며 전문가 집단은 환자들이 경험하는 질병에 대해서 치료하고, 회복시켜 환자를 사회적 일탈로 부터 복귀시키는 역할을 맡아야 한다. 이를 위해서 전문가 집단에게 전문성을 부여하고 특권을 제공하여야 한다는 의식의 변화가 의료 전문성에 대한 문화 이입이다. 의료의 전문성은 이런 관점에서 볼 때 가장 체계적인 치료절차를 갖추고 있지만 전문성이 갖는 사회적 역할이 사회적 특권으로 변질되어 환자가 자신의 질병 경험에서 주도적인 역할을 하지 못하고 수동적이고 종속적인 역할을 맡게 됨으로서 자신의 몸으로 부터의 소의를 경험하게 되는 것이 문제였다.

질병 치료에 대한 사회적 상호 작용을 연구한 Moor(1990)는 백인들은 약을 먹는 등의 내적 조절을 원하는 반면 중국인들은 약을 바르거나 찜질을 하는 등의 외적 치료를 더 선호한다고 보고하였다. 또한 아프리카-아메리칸의 건강 행위 변화에 관한 Fleury(1996)의 연구에서도 건강 행위 변화를 동반한 치료추구행위는 전통적 건강 신념이 매우 중요하게 작용하고 의료행위에 대한 문화적 오리엔테이션이 강력한 영향 요인으로 보고되었다. 이은옥외(1997b)의 연구에서는 관절염 환자의 심층면담을 통하여 의료문화에 대한 이입을 우리나라의 의료문화의 변화과정에서 찾고자 하였다. 사상의학 혹은 중국의 한의학을 기반으로 이루어진 몸에 대한 유기체론적인 관점에서 서양의학의 유입으로 인한 몸에 대한 기계론적인 접근과 의료 전문성의 수

용과정에서 환자들의 질병에 대한 원인 지각, 주변 사람들로 부터의 정보제공에 따라서 치료 추구행위가 결정된다고 보았다.

#### 5) 주변 사람들의 준거체계

우리나라 농촌 지역의 환자 치료행위에 관한 연구(이순영, 1978)에서 환자들의 치료에 대한 의사 결정에 도시에 살고 있는 친척과 이웃 사람들로 구성된 이차 집단이 적극적 참여하였다. 125명의 여성 만성 질환자의 가족의 지지와 주변 도움에 대한 연구(Primomo, Yates, Wood, 1990)에서도 여성환자들은 주로 배우자로부터 정서적 지지를 받고 친구들은 질병 행위에 긍정과 확인을 주는 관계였다. 관절염 환자 역시 새로운 치료법을 권하는 주위 사람들의 권유에 의해 치료 추구행위를 선택하는 경향이 있었다(은영, 1995).

### III. 연구방법

이 연구는 methodological triangulation의 방법으로 진행하였다. triangulation은 연구하려는 현상을 좀 더 정확히 묘사하기 위하여 동일한 사건이나 대상에 대해 한 연구내에서 다양한 방법을 조합하는 것이라고 정의 된다. 본 연구는 방법론적 triangulation을 채택하여 문진 도구로 측정된 양적 자료와 특징적 치료 유형을 나타내는 대상자에게서 면담을 통한 질적 자료를 수집하여 결과 설명의 신뢰도를 높이고자 하였다.

#### 1. 대상자

본 연구는 외래 관절염병원에 등록된 환자와 지역사회 거주 관절염 환자 995명으로 부터 과거와 현재의 치료행태와 민속요법의 사용 경험에 대해 단면조사를 실시하였고, 그중 병원치료를 계속하고 있는 환자, 병원치료를 중단한 환

자, 혼합치료를 지속하는 환자 16명을 심층면담하였다.

#### 2. 측정 도구

측정도구는 대상자의 일반적 특성과 치료행태 특성 그리고 치료에 대한 영향요인이라 판단되는 변수들에 대한 조사 도구와 진단시기, 인지하는 효과, 민속요법의 권유자, 예상되는 치료 결과, 건강의 목표 등에 대해 심층면담한 두가지 형태였다.

조사문항은 자체 개발하여 전문인의 검토를 통해 수정 보완하였다. 구체적인 조사 문항의 내용으로는 인구학적 변수, 질병력 및 현 상태 평가, 진단명, 진단장소, 치료방법과 민속요법의 사용 경험 여부, 내용, 섭취방법, 소요비용, 사용기간, 접하게 된 경로, 사용이유, 중단이유, 문제점, 병원 치료와 민속요법의 병행여부, 환자가 인지한 약의 효능, 최근 1개월간의 민속요법 사용경험 여부, 소요 비용(순수 치료 비용과 간접비용)등 이다. 심층면담에서는 환자와의 면담 내용, 연구자의 생각이나 느낌, 면담중 발생하는 사건에 대해 기록과 녹음테이프를 이용하였다.

#### 3. 자료 수집 절차

양적 자료수집에서 지역 재가 환자는 담당 지역 보건소 근무 간호사에 의해 가정 방문 면접조사가 실시 되었으며, 병원 방문 환자에 대해서는 자기 기입법에 의해 조사하였고, 불가능한 경우 가정간호사에 의해 면접 조사를 실시하였다.

질적 조사에서는 양적 조사를 마친 사람들 중 연구목적에 부합되는 환자들을 선택하여 환자방문을 약속하였고 약속된 날에 방문하여 면담이 이루어졌다. 면담중 녹음된 자료는 면담직 후 글로 기록하였으며 이때 연구노트를 참조하여 연구자료집을 작성하였다. 심층면담은 주로 “치

료추구행위가 어떻게 이루어지는가?”에 대한 것이었다.

#### 4. 분석 방법

조사지를 통해 얻은 자료는 민속 요법 사용에 대한 기술적 분석과 대상자 특성별 치료행위상 차이를  $\chi^2$ 검증 또는 F-test로 검증하였고, 치료 유형들이 어떤 요인에 의해 영향을 받는지에 대해 회귀분석과 판별분석을 하였다. 질적 자료의 분석은 근거이론에서의 자료분석방법인 기호화 작업을 통하여 의료추구행위의 원인적 조건, 중재조건, 현상맥락, 작용/상호작용적 전략을 찾아내서 이를 양적연구의 결과 해석에 사용하였다.

#### 5. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 조사 대상자의 선정이 전국을 대상으로 무작위 표본 추출 방식에 의해 선정되지 못하였다. 그러나 연구에 사용한 관절염 환자가 가장 많은 1개 병원의 등록 환자는 거주지가 전국에 분포하고 있으며, 조사 대상자로 일부 지역사회 거주자를 포함하였다는 점에서 대표성의 문제는 크지 않으리라 본다.

또한 민속요법 사용 경험에 대한 응답에는 기억상 오차가 개입되었을 가능성이 크다. 실제로 응답자가 ‘민속요법을 사용하였다’고 응답한 경우도 그 당시 사용한 민속 요법 종류와 사용기간에 대해서는 응답 못한 사례가 있었으며, 이러한 사례는 분석에서 제외하였다.

### IV. 연구 결과

#### 1. 치료 유형별 대상자의 일반적 특성

치료 유형을 구분할 때 사용한 변수는 ‘현재

병원 치료를 받고 있는가’와 치료력 상에서 ‘민속요법을 사용한 적이 있는가’의 변수를 조합하여 구분하였다. 엄밀하게 치료 유형을 구분하기 위해서는 병원치료와 민속요법의 사용여부를 묻는 두 변수의 시간상 조사 시점이 동일해야 한다. 즉 두 치료법이 모두 현재의 사건이든지 혹은 과거의 경험이든지 선택되어야 한다는 것이다. 그러나 본 자료는 병원을 대상으로 조사된 표본 수가 많아 병원 치료를 경험상 받아본 적이 전혀 없는 치료 유형의 표본을 구하기 어려워 병원 치료 대상자를 현 시점에서의 치료 여부로 구분할 수밖에 없었다. 또한 민속 요법 사용에서는 현재 사용자만을 포함시킬 경우 간헐적인 민속요법 사용자의 1/3정도만이 반영되어 실제 습관적인 치료 행태를 반영하는 치료 유형 구분이라하기 어려워 민속 요법의 사용 여부는 경험적 자료를 포함하였다. 이렇듯 택한 이유가 근본적으로 자료의 제한점 때문이기는 하지만 병원 치료자는 경험적 사용자나 현 시점에서의 사용자가 크게 차이 없기 때문에 본 연구에서 처럼 ‘조사시점에서의 병원치료자’와 ‘경험적 측면에서의 민속요법 이용자’로 구분하여 조합하는 것이 바람직하다고 판단 되었다.

치료 유형은 <표 1>에서 보는 바와 같이 병원 치료와 민속 요법의 복합 사용군(복합치료군, N=775), 병원 치료만 하고 있는 군(병원단독군, N=165), 민속요법만 사용하는군(민속요법 단독군, N=44), 어떤 치료도 받지 않는 군(비치료군, N=12)으로 구분 되었다.

치료 유형별 평균 연령을 비교해 볼 때 비치료군은 62.8세로 복합치료군인 51.8세 보다 11세나 연령이 높은 것으로 나타나고 있다. 또한 민속요법군도 병원군보다 4세정도 젊어 민속 요법을 사용하는 군은 사용하지 않는 군보다 상대적으로 젊은 연령층이라는 추정을 할 수 있으며, 이는 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $p < 0.001$ ).

Table 1. Characteristics of Subjects different in Treatment Modalities

	Combination of Medical and Folk Remedies (N=775)	Treatment Only with Medical Therapies (N=185)	Treatment Only with Folk Remedies (N=44)	No Treatment (N=12)	$\chi^2$ or F	p
Age(year)	51.8 (100.0)	56.0 (100.0)	52.6 (100.0)	62.8 (100.0)	18.56	0.001
Sex : Male(N=73)	6.3	12.5	11.4	9.1	7.27	0.026
Female(N=892)	93.7	87.5	88.6	90.9		
Marriage : Single(N=46)	5.1	4.6	-	-	7.01	0.135
Married(N=813)	84.8	78.6	86.4	63.6		
Divorsed(N=113) or Widdowed	10.1	16.8	13.6	36.4		
Education:No Educ(N=93)	8.1	16.3	11.9	40.0	7.00	0.136
Primary Sch.(N=246)	27.7	19.7	26.2	10.0		
Middle Sch.(N=213)	22.1	22.5	33.3	20.0		
High Sch.(N=388) or over	42.1	41.5	28.6	30.0		
SES : Upper(N=66)	7.0	5.8	6.8	-	2.55	0.768
Middle(N=716)	73.1	71.6	72.7	66.7		
Low(N=120)	19.9	22.5	20.5	33.3		
Religion : Yes(N=259)	25.1	34.2	20.5	25.0	9.97	0.190
No(N=724)	74.9	65.8	79.5	75.0		

조사대상자의 대부분이 여성이어서 성별 구분으로 치료 유형을 구분하는 것은 크게 의미가 없으나 남성은 병원치료단독군과 민속치료단독군에 속한 비율이 높았고, 여성은 복합치료군과 비치료군의 비율이 높아 통계적으로 차이는 유의하였다( $p < 0.026$ ).

결혼 상태가 미혼인 경우 모두 병원치료를 받고 있었고 민속 요법을 사용하는 군과 비사용군이 비슷한 비율을 나타내었다. 그러나 배우자가 있는 경우와 그렇지 않는 경우는 차이가 뚜렷하여 전자에서 현저히 민속요법의 사용이 높았고, 후자에서는 어떤 치료도 받지 않는 군의 비율이 높음이 두드러졌다. 이는 대부분 골관절염 환자가 연령이 높고 배우자가 없는 경우가 많은데, 이들이 치료를 받지않는 경향이 있어

나타난 결과라 할 수 있다.

그외에 통계적 검증에서 유의하지는 않았지만 교육수준과 경제상태에 따라 치료유형이 다르게 나타나 교육 수준이 낮고, 경제 상태가 낮은 군에서 민속 요법 사용이 낮았다. 교육수준에서 무학군은 비치료의 비율이 높았고, 고졸 이상의 사람들은 복합 사용군과 병원단독군에 속한 비율이 높았다. 경제적으로 하위인 사람들도 비치료군에 속한 비율이 높았다. 결국 여자이고, 연령이 높고, 이혼/사별상태에 있고, 교육수준이 낮은 사람들은 경제수준도 낮을 것이기 때문에 치료비 부담의 경제적 능력이 민속요법 이용여부에 크게 작용하는 것으로 보인다. 종교여부는 치료방법 선택과 무관하였다.



## 2. 치료유형별 대상자의 질병특성

〈표 2〉에서 보면 복합치료군(10년)과 민속요법단독군(12년)은 질병지속기간이 길었고, 병원치료단독군(7.9년)과 비치료군(7.2년)은 질병지속기간이 유의하게 짧았다. 조조 통증지속 시간은 치료유형에 따라 통계적 차이가 없었으나 병원 치료단독군에서 비치료군보다 긴 것으로 나타났다. 또한 진단명 별로 볼 때 류마티스 관절염환자들은 복합치료군과 민속요법단독군의 비율이 높았고, 비치료군의 비율이 가장 낮았다. 반면에 퇴행성 관절염, 기타, 진단명 모르는 경우는 비치료군에 속한 비율이 가장 높았다. 조조 통증 지속 시간은 류마티스 관절염의 특징이기 때문에 결국 이들은 비치료군 보다는 병원치료군에 더 많이 포함되어 있다는 증거이다.

통증이 심한 사람들은 복합치료군, 병원치료단독군, 민속요법단독군에 속한 비율이 비슷하게 비치료군에 비해 높았으며, 통증이 없을 때는 그 반대현상이 나타났다. 또한 통증이 경한

정도와 중간정도일 때는 치료유형을 구분하기가 어려웠다. 결국 통계적으로 유의하지는 않았으나 통증의 경중에 따라 2가지 방법, 한가지 방법, 또는 전혀 치료받지 않는 형태가 결정된다고 볼 수 있었다.

## 3. 치료유형별 질병초기와 현재의 한방 또는 민간요법의 사용실태

〈표 3〉에서 보면 복합치료군은 질병발생 1년 이내에 한방 또는 민속요법을 절반이상(74.8%, 63.1%)이 사용하였으나 현재 시점에서의 사용율은 각각 5.4%와 8.5%로서 매우 낮았다. 병원치료단독군은 현재는 민속요법을 사용하지 않고 있으나 질병 발생 1년이내에는 한방을 48.4%가 이용하였으며, 현재는 4.5%가 사용하고 있다. 민속요법단독군은 질병초기에는 한방을 84.1%가 사용하였고 민속요법을 56.8% 사용한 것으로 나타났다. 이 집단은 현재는 병원 치료도 받지 않으면서 4.6%만이 민속요법을 쓰고

Table 2. Disease Conditions of Subjects different in Treatment Modalities

	Combination of Medical and Folk Remedies (N=775)	Treatment Only with Medical Therapies (N=185)	Treatment Only with Folk Remedies (N=44)	No Treatment (N=12)	$\chi^2$ or F	P
Duration of Disease(year)	10.0	7.9	12.0	7.2	16.87	0.000
Duration of Morning Stiffness(Hour)	2.4	2.8	1.3	0.8	0.29	0.589
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)		
Diagnosis : RA(N=720)	76.4	62.1	79.6	33.3	26.78	0.001
OA(N=164)	13.8	29.4	18.2	41.7		
Misc(N=82)	8.9	7.8	-	16.7		
Unknown(N=10)	0.9	0.7	2.3	8.3		
Pain : No(N=3)	0.1	0.7	-	9.1	7.91	0.161
Mild(N=438)	47.0	47.8	53.9	54.6		
Moderate(N=126)	12.5	19.1	15.4	18.2		
Severe(N=355)	40.4	32.4	30.7	18.1		

있기 때문에 이 집단의 95%도 전혀 치료 없이 방치된 집단임을 나타내고 있다. 또한 현재의 비치료군도 질병초기에는 58.3%가 한방을 사용한 것으로 나타나고 있다<표 3>. 본 연구에서는 한방치료를 민간요법과 분리하였지만 결국 한방 치료와 민속 요법은 대중 인식내에 뚜렷한 구분이 없기때문에 동일 치료 행위 집단으로 묶는 것이 타당한 것으로 보인다.

#### 4. 치료유형별 경제적 접근성

<표 4>에 의하면 복합치료군과 민속요법 단독군의 치료비 부담이 크거나 보통이라고 응답한 것이 각각 65.4%, 53.9%인 반면에 병원치료 단독군은 34.8%여서 민속요법이 병원치료보다 치료비가 많아 부담이 됨을 뜻한다.

Table 3. Utilization Experiences of Oriental Medicine or Folk Remedies in Treatment Groups

	Combination of Medical and Folk Remedies (N=775)	Treatment Only with Medical Therapies (N=185)	Treatment Only with Folk Remedies (N=44)	No Treatment (N=12)	$\chi^2$ or F	p
	(100)	(100)	(100)	(100)		
Within One Year Since Diagnosis						
Use of Oriental Medicine(N=696)	74.8	48.4	84.1	56.8	46.64	0.001
No Oriental Medicine(N=285)	25.2	51.6	15.9	41.7		
Use of Folk Remedies(N=466)	63.1	2.0	56.8	—	203.31	0.001
No Folk Remedies(N=490)	36.9	98.0	43.2	100.0		
Present						
Use of Oriental Medicine(N=936)	5.4	4.5	—	—	0.21	0.64
No Oriental Medicine(N=49)	94.6	95.5	100.0	100.0		
Use of Folk Remedies(N=916)	8.5	—	4.6	—	14.72	0.001
No Folk Remedies(N=68)	91.5	100.0	95.5	100.0		

Table 4. Economical Burden to Subjects

	Combination of Medical and Folk Remedies (N=775)	Treatment Only with Medical Therapies (N=185)	Treatment Only with Folk Remedies (N=44)	No Treatment (N=12)	$\chi^2$	p
	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)		
Severe(N=87)	24.1	0.0	23.1	—	11.75	0.019
Moderate(N=156)	41.3	34.8	30.8	—		
No Burden(N=126)	31.0	56.5	38.5	—		
No Answer(N=14)	3.6	8.7	7.6	—		

## 5. 치료행태에 영향을 미치는 요인

치료행태에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 대상자의 일반적 특성(연령, 성별, 결혼상태, 교육수준, 경제상태, 종교유무), 질병특성(유병기간, 진단명, 아침에 통증 지속시간, 통증정도), 치료에 대한 태도(현재 한방/민속요법 사용 여부), 치료의 접근성(치료비의 경제적 부담, 부담에 대한 대책) 등을 고려하여 각 치료형태별로 영향 미치는 요인의 설명 모형을 구성하고 모델을 간단한 함수 형태로 표현하면 아래와 같다.

치료행태=f(일반적 특성, 질병 특성, 치료에 대한 태도, 치료의 접근성)

<표 5>는 분석에 사용된 변수의 정의를 정리한 것이다.

병원 치료의 경우 모델의 설명력은 16.7%로 낮았다( $F=3.31$   $P=0.051$ ,  $R^2=0.167$ )<표 6>. 모델에 삽입된 변수중 의미있는 변수만을 선정하여 보면( $p \leq 0.15$ ) 결혼상태, 진단명, 통증정도, 과거 치료중 한약사용 여부, 치료비에 대한 대책 등으로 나타났다. 즉 유배우자, 병원치료를 포함한 복합적 치료 경험자, 치료비의 대책이 있는 경우에 병원치료를 많이 받는 것으로 예측할 수 있다. 그러나 계수값이 작기는 하지만 류마티스 관절염 환자와 통증이 있는 환자에서 병원 치료가 낮게 사용되리라는 것은 기존 지식과 달라 상세 검토가 필요하다. 민속요법 사용의 경우도 모델의 설명력이 4.34%( $F=4.63$   $P=0.03$ ,  $R^2=0.043$ )로 낮았으며, 모델에 삽입된 변수중 과거의 한약 사용 경험만이 유의한 변수인 것으로 나타났다.

치료행태를 예측할 수 있는 판별분석을 실시하여 함수식을 구하였다. 판별 분석이란 그룹내 변동에 비해 그룹간 변동을 최대화 시키는 독립변수를 선정하여 이들로 선형조합을 구성하는 자료 분석법이다. 판별함수식을 만들기 위해 선

Table 5. Operationalization of Variables

Variable	Unit of Measurement
<u>Dependent Variables</u>	
Present use of Medical Treatment	1 : No medical treatment 0 : Medical treatment
Utilization experiences of folk remedies	0 : None 1 : Used
<u>Independent Variables</u>	
Age	Number of years
Sex	0 : Male 1 : Female
Marriage	0 : Single, Separated, Divorced, Widowed 1 : Married
Education	Number of years
Economic Status	1 : Low 2 : Middle 3 : Upper
Diagnosis	0 : Don't know, Others 1 : Rheumatoid Arthritis
Duration of Morning Stiffness	Number of hours
Pain	0 : None 1 : Mild & localized 2 : Mild & generalized 3 : Light severe 4 : Middle severe 5 : Heavy severe
Utilization experience of oriental medicine	0 : No 1 : Yes
Utilization experience of folk remedies	0 : No 1 : Yes
Present use of oriental medicine	0 : No 1 : Yes
Present use of folk remedies	0 : No 1 : Yes
Economic burden	0 : No 1 : Yes
Readness of treatment cost	0 : Yes 1 : No

정된 독립변수에서 불명인 자료를 제외한후 함수식을 구성한 결과 4가지 치료행태에서 병원치료단독군에 해당 독립 변수값들이 없어 제외되

**Table 6. Regression for Explanation of Patterns of Use of Medical Treatment**

source	DF	SS	F	P	R <sup>2</sup>
Model	6	3.187	3.31	0.051	0.167
Error	99	15.869			
Total	105	19.057			

Parameter	Parameter estimate	Standard error	p
Marriage	0.129	0.053	0.01
Diagnosis	-0.075	0.038	0.05
Severity of pain	-0.045	0.031	0.15
Utilization experience of oriental medicine	-0.182	0.106	0.08
Readiness of treatment cost	-0.229	0.093	0.15

었기 때문에 함수식이 만들어진 집단은 셋이었다. 각 치료군의 판별함수식에서 세 집단간의 분산/공분산 행렬은 통계적으로 유의한 차이가

없었기 때문에( $\chi^2=0.803$   $p=0.993$ ) 선형 판별 함수를 구성할 수 있었으며 함수식의 변수별 계수값은 <표 7>과 같다. 세 함수식의 그룹간 중심 거리는 병원치료군이 12.12이고 민속요법군은 6.07로서 집단간 뚜렷한 차이를 보였으며, 따라서 이 함수식으로 기존의 자료를 재 분류했을 때 나타난 오류율은 2.88%로서 매우 적합도가 높았다.

## 6. 치료추구행위에 대한 질적 연구

양적연구에서 밝혀진 치료행태에서 결혼상태, 교육 수준, 종교유무 등의 일반적 특성과 통증 정도의 질병 특성, 그리고 치료 접근성이나 선호 경향을 설명할 수 있는 진단장소, 현재 민속요법 사용, 치료비에 대한 경제적 부담은 유의한 변수였다.

**Table 7. Linear Discriminant Function by treatment patterns**

Variables	Combination (medical+folk)	Treatment only with folk remedies	No treatment
Constant	-100.19	-88.35	-112.61
Age	0.46	0.41	0.58
Sex	44.49	42.00	45.13
Marriage	-2.10	0.11	-1.78
Education	7.26	7.13	8.58
SES	19.43	18.96	19.54
Diagnosis	-0.57	-1.41	-1.56
Duration of morning stiffness	-0.12	-0.15	-0.13
Severity of pain	2.36	1.75	2.33
Utilization experience : oriental medicine	7.50	4.91	1.77
Utilization experience : folk remedies	0.93	0.29	-1.73
Presernt ues of oriental medicine	-4.59	-4.06	-3.24
Presernt ues of folk remedies	-2.15	-3.31	-0.96
Economic burden	4.72	3.34	4.32
Readiness of treatment cost	4.38	2.18	5.08
Generalized squared distance between groups	12.12	6.07	16.44

Error count estimates for treatment patterns : 0.0288

본 연구의 다음 단계로 진행된 치료 추구행위에 대한 질적 연구에서 치료 추구행위에 관여하는 요소들을 확인하였고 치료추구행위를 복합치료군, 병원치료단독군, 민속요법단독군, 비치료군으로 구별되는 것과 치료추구행위가 질병의 진행단계에 따라 구분됨을 발견하였다.

현재 병원치료자인 환자K씨는 처음에 지속적으로 아픈 관절통을 신체적인 이상 혹은 병으로 인식하기 보다는 신체적인 과로에 의한 일시적인 불편감이라고 생각하였다. 그러나 점차로 아픈 부위가 증가하여 병원에서 진단과 함께 치료가 이루어졌다. 진단을 받은 후에 '언니와 함께 다른 병원에서 다시 진단을 받고 치료를 제일 잘하는 병원을 다시 찾았다. 병원약을 끊으면 곧바로 온몸이 아파서 일어날 수가 없으니깐 병원치료를 중단할 수 없었다'라고 하였다. 또한 병원치료를 계속하는 환자 L씨는 '어느 병원이냐 똑같다. 병원치료를 하는 것 밖에 없다, 라고 하기도 하고 P씨는 '현대 의학보다 더 나은 것이 있겠느냐?'라고 하였다. 환자K씨는 '내가 그래도 배운 사람이라서 민간치료가 용하다고 해도 믿음이 가지 않았다'라고 하였다. 이는 병원치료를 선택하는 배경으로 치료 효과, 치료 접근성, 의료전문성의 신뢰등이 있었다. 이렇게 병원치료를 지속하는데 지지가 되는 것은 주변 사람들의 지지와, 환자드러이 교육 배경, 경제상태 등이 관여하는 것으로 나타났다

병원치료와 민속요법을 병용하여 사용하는 환자들은 처음 증상을 경험하고 치료를 주로 민속요법에서 부터 시작하였다. 그러나 민속요법으로 통증이 줄어들지 않거나, 변형이 진행되거나, 몸이 붓는 등의 부작용을 경험하게 되면 병원치료로 전환하였다. 그렇지만 병원치료로 완전히 치료의 형태를 고정하기 보다는 통증을 감소시키고, 변형의 진행을 완만히 하고, 통증으로 인한 일상생활의 장애를 줄이기 위해서는 병원치료에 의존하면서 '병원에서는 완치를 할 수 없

다' 또는 '병원약은 속을 상하게 할 수도 있으니 까 또 다른 치료제를 찾아야 한다' 또는 '병원약으로 우선 통증은 잡고, 내몸에 맞는 치료제를 찾아야 한다' 라고 생각하면서 병원치료와 민속요법을 병용하였다. 이 환자들은 질병의 원인지각이 '집터하고 안맞아서 이사한 다음에 병났다', '내 병이 핫병이다, 속상한 일 많이 겪고 나니까 딱 이병이 오드라', '성격이 꼼꼼하고. 아무래도 (병을) 타고나니까. '라고 하여 병의 발생과 치료를 우연 내지는 외부적인 힘에 의존하는 경향을 보였다.

민속요법을 고집하는 환자군은 통증을 처음 지각하여서 부터 계속적으로 민속요법을 사용하는 환자들로서 '병이 난게 일 많이 해서 난거요, 이런 병에는 그저 잘 먹고 쉬면 되는데 나는 그러지 못하고' '병원가면 어디가 어딘지도 모르고 아는 사람도 없고 사실 뭐라고 하는지도 잘 모르고, 약타다 먹으면 속이 쓰리고. 옛날 살던 동네에서도 이런 병으로 아픈 사람이 있었는데 이만 저만 하니깐 낫드라고요. 그런 것 보고 나도 그렇게 해보고.'라고 하여 민속요법의 선택은 병의 원인을 육체적인 과로로 생각하거나, 병원치료의 접근성에 어려움을 경험하여서 혹은 주변의 준거체계 영향으로 이루어졌다.

치료를 하고 있지 않은 군은 현재의 통증이 '참을만하다' '나는 항상 그렇게 아프다'라고 하여 증상경험을 병의 증상 혹은 병의 진행으로 인식하기 보다는 통증 상태를 삶의 일부분으로 수용하고 있었다. 현재 치료를 하고 있지 않은 환자들은 관절염의 진단후 정기적이고 지속적으로 치료를 받은 적은 적은 경우들이었으며, 통증이 일상생활을 심하게 방해하거나, 변형이 심하게 진행되면 병원치료와 민간치료를 병합하거나 단독으로 사용한 경험을 가지고 있었다.

관절염 환자들의 치료추구행위는 통증을 처음 경험하는 증상자각에서부터 진단에 이르기까지의 기간과 진단후의 치료추구행위로 구분되었

**Table 8. Conditions for transition of sick-role behavior**

Categories	Attributes	Ranges
Economy	Economic status	High ————— Low
Education	Education level	None ————— College graduate & over
Sickness	Duration of sickness	4 years ————— 40 years & over
Cause of disease	Perceived causes of disease	Scientific ————— Naturalistic, Mystic (Characteristics of symptom, Treatment effects) (Toughing, Luck, Punishment)
Symptom	Characteristics of symptom (Edema, Deformity, Movement limitation)	None ————— Severe
Lay referral system	Relations of lay referral system Accessibility of health care (Cost, Interaction with medical personnel, Prediction of disease process, Simplicity of medical contact, Side effects of treatment)	Individual ————— Collective (Individualism) (Anonymous) Accessible ————— Not accessible
Medical professionalism	Accultuation of medical professionalis (Medical knowledge, Research, Operation, Development of new drugs, Professional, Mass communication, Other patients)	Complete ————— Not accultuation accultuation

다. 먼저 증상자각에서 진단에 이르는 과정을 증상체험의 단계라고 이름 붙일 수 있다. 이 단계에서 통증 경험은 발현 형태가 갑작스럽고 생경한 경험으로 시작되기도 하고 일상생활에서 늘 경험하였던 것과 같은 익숙한 경험으로 시작하기도 하였다. 통증은 지속적으로 느껴지기도 하고, 신체적인 움직임에 따라서 혹은 신체적인 움직임과 관련없이 간헐적으로 느껴지기도 하며, 일정한 강도로 변화없이 지속되기도 하고 점차적으로 강하게 혹은 강하게와 약하게를 반복하기도 하였다. 이러한 통증 경험과정에서 통증 경험을 일과적인 신체 변화로 간주할 수 있는가 혹은 어디가 이상하다고 생각하고 신체적인 이상에 대한 경고로서 통증을 지각해야 하는가를 결정하기 위해서 동원될 수 있는 요소들이

밝혀졌다. 통증 경험을 통하여 치료추구행위를 수행하는 병역할로의 이행에는 의료 체계와의 상호작용을 통하여 이루어지는데 이 과정에서 관여하는 요인으로 환자의 경제상태, 교육정도, 질병원인에 대한 지각, 통증 원인지각, 유병기간, 의료전문화에 대한 문화이입정도, 주변 사람들의 준거체계의 영향력, 치료접근성 등이었다 <표 8>.

이렇듯 관절염 환자의 치료추구행위에 대한 심층면담 자료에서는 치료추구행위가 병원치료의 진행단계에 따라 변화됨을 보였다. 먼저 초기치료를 선택하는 단계는 증상을 체험하고 진단을 찾는 과정으로 증상의 특성 즉 통증의 속성(갑작스러움, 지속적, 급격한 변화/익숙한 통증, 간헐적 통증, 완만한 통증)에 따라서 치료추

구행위가 이루어졌다. 이러한 통증 속성이외에 교육정도, 유병기간, 치료접근성, 주변사람들의 준거체계가 의료전문성에 대한 문화이입정도에 영향을 미치며 그 정도에 따라서도 치료추구행위를 선택한다. 그러나 주변사람들의 준거 체계는 초기유형에서는 치료추구 행위에 직접 영향을 미치지 않는 것으로 보인다. 이를 그림으로 나타내면 다음과 같다<그림 1>.

그러나 관절염환자의 치료추구행위는 초기치료의 선택으로 고정되는 것은 아니고 초기 치료의 결과에 따라서 치료행위가 달라지게 된다. 진단후 이루어지는 치료추구행위 과정을 병역할 수행단계라고 할 때 치료추구행위의 결정은 초기치료의 효과가 의료전문성의 문화이입에 미치는 영향에 따라 이루어진다.

의료전문성의 문화이입에 영향을 미치는 변수가 교육정도, 치료접근성, 주변사람들의 준거체계인 점은 초기치료추구행위모형과 같다. 그러나 이 단계에서는 질병의 원인지각, 경제상태, 가시적 증상의 발현여부, 치료효과도 의료전문성의 문화이입에 영향을 미친다는 점이 초기치료추구행위와는 구별된다. 그외에 초기모형과 다른 점은 주변 사람들의 준거체계가 의료 전문성의 문화이입을 통해 간접적으로도 영향을 미치지만 직접적으로 치료 선택에 영향을 미칠 수 있다는 점이다. 반면에 가시적 증상은 의료전문성의 문화이입을 통해서만 치료추구 행위에 영향미치는 것으로 밝혀졌다<그림 2>.

이상에서 도출된 관절염 환자의 치료추구행위에 대한 가설은 다음과 같다.

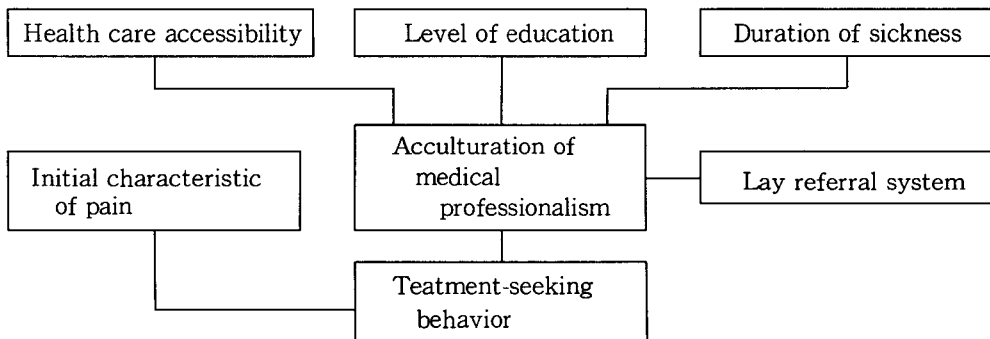


Figure 1. Model of treatment-seeking behavior at beginning stage

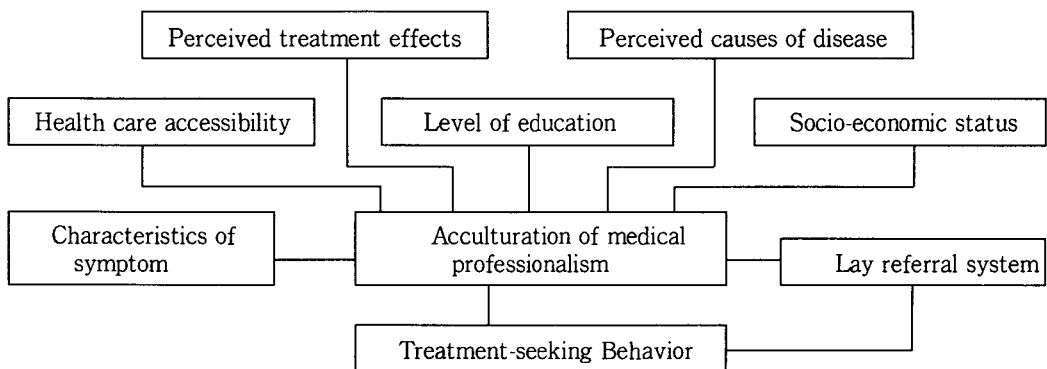


Figure 2 Model of treatment-seeking behavior at the sick-role stage

1. 관절염 환자의 치료추구행위는 초기증상의 지각에서 진단과정에 이르는 기간인 증상체험단계과 병역할을 수행하는 단계로 구분되어 나타난다.
2. 증상체험단계에서의 치료추구행위는
  - 1) 통증의 특성, 의료전문성에 대한 문화이입 정도, 주변사람들의 준거체계에 의하여 결정 된다.
  - 2) 치료의 접근 용이성, 교육수준, 상병기간에 따라 의료 전문성에 대한 문화 이입은 영향을 받으며, 이를 통해 간접적으로 치료추구행위를 결정한다.
3. 병역할 수행단계에서의 치료추구 행위는
  - 1) 가시적 증상, 의료 전문성의 문화이입 정도, 주변사람들의 준거체계에 의해 직접 결정 된다.
  - 2) 의료전문성에 대한 문화이입은 교육정도, 경제상태, 가시적 증상 발현, 치료접근성, 치료효과, 질병원인 지각, 주변사람들의 준거체계와의 관계에 따라 영향을 받는다.

## V. 논의 및 결론

본 연구는 관절염 환자들의 치료 추구행위의 과정과 이에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 진행되었다.

양적 조사의 분석에 의하면 환자가 병원 치료를 찾는 행위는 현재의 질병 위중도, 연령, 진단명이 영향을 미치는 것으로 보인다. 관절염의 경우는 질병 위중도가 가시적 증상인 통증으로 표현되기 때문에 통증의 지속시간, 범위, 위중도 등의 특성이 크게 영향을 미치는 것으로 나타나 만성적이고 중 정도의 통증에서는 치료 유형을 구분 짓기 힘든 것으로 나타났다. 대체로 류마티스 관절염의 경우 골관절염보다 젊은 시기에 발병하여 진행되므로 연령과 진단명은 상호관련되어 치료 행위에 영향을 미쳤을 것이다. 연령

이란 환자의 사회적 생산능력의 손실이라는 점과 치료를 구매할 수 있는 능력을 가졌다는 점에서 치료 행태에 뚜렷이 영향을 미칠 것이다. 실제 이러한 치료비용의 지불 능력은 결혼여부의 변수로 표현되기도 하였는데 배우자가 있는 경우는 이혼/사별/별거 등 가족내 경제적 지지가 없는 집단보다 병원치료율, 민속요법 사용율 모두에서 높게 나타났다.

또한 과거의 치료 행태는 현재의 치료 양상을 결정 짓는데 관련성이 있는 것으로 나타났다. 양적 연구에서 나타난 이러한 분리되고 추정적인 부분은 질적 연구 측면에서 질병의 이행경과에 따라 치료 추구행태가 다르다는 분류 틀을 갖게되며, 그에의해 보다 분명한 양상을 보이고 있다. Suchman(1965)는 병의 경과 단계는 본 연구에서도 부분적으로 지지되어 초기증상을 경험하는 단계, 증상의 의미를 파악하고 이름을 붙이기 위한 진단 단계, 그리고 병으로 부터의 회복을 위한 본격적인 치료추구의 단계로 구분할 수 있었다. 그러나 본 연구는 Suchman(1965)이 적용하였던 의료인과의 상호작용적 단계에 초점을 둔 것이 아니고 환자가 자신의 증상을 자각하고 의료문화(의료인 포함)와의 상호작용에 대한 내적인 관점(inner view)을 주요 분석 대상으로 하였다라는 점이 차이가 있다.

환자가 처음 관절통을 경험하고 이를 자신의 신체적인 이상 상태로 수용하기 까지에 가장 큰 영향을 미치는 지각이 통증이 갖는 친숙성이었다. 즉 통증에 대한 경험이 갑작스럽고, 생경하면 신체적인 이상 혹은 신체적인 변화라고 즉각적으로 받아들여지지만, 통증이 산후조리, 신체적인 과부담후의 경험이라면 신체적인 이상이라기 보다는 일상생활에 대한 경고로서 지각되었다. Suchman(1965)은 증상체험이 구현되는 것은 증상에 의한 일상적인 사회적 기능의 작용이 방해를 받을 때라고 하였지만 본 연구에서는 사건의 친숙성이 사회적 기능에 대한 방해보다도 먼



저 신체적인 이상의 징후로 지각되었다. 이점은 특히 우리나라 여성들의 몸에 대한 담론 중에서 ‘산후조리를 잘하지 못하면 관절통을 앓게 된다’라는 문화적인 의식이 반영되기 때문이다.

증상체험의 단계에서 충격이 강하고 지속적인 수록 사회적 기능을 방해할 뿐 아니라 몸에 대한 경고를 심각하게 주목하게 된다. 치료를 위한 충고는 주로 친척, 친구와의 증상에 대한 논의를 거치는 주변사람들과의 준거체계의 작동이 이루어진다. 관절염환자들에 대한 연구(유경희, 1996; 최순희, 1995)에서는 치료에 대한 물질적, 정보적, 정서적 지지를 주고 받는 모든 자원을 사회적 지지라고 개념화하였는데 본 연구에서는 치료추구행위를 위한 정보의 형성과 전파 그리고 치료성과를 판단하는 집단으로서의 의미를 강조하기 위하여 준거체계(referral system)라는 개념을 채택하였다. 즉 개인적인 비전문상담자가 그 개인의 증상에 어떻게 반응하는가 그리고 그 개인의 사회적 기능작용의 어떠한 장애를 용인하는가가 그 개인이 치료추구행위 결정에 관련이 되어있다(Suchman, 1965)는 점에서 주변사람들의 준거 체계가 본 연구에서는 치료추구 행위를 선택하고, 지속여부를 결정하며 새로운 치료추구행위를 소개하기도 하는 등의 역할을 하였다. 그러나 주변사람들의 준거체계는 모든 사람들에게 동일하게 적용되는 것은 아니고 준거체계와의 관계가 개별적인가 혹은 집단적인가가 더욱 중요한 요소이었다. 즉 우리나라와 같이 근대적인 서양의료체계와 전통적인 민간의료체계가 혼합되어 있는 의료문화에서는 일상적인 삶 역시 근대성과 전통성이 함께 존재하게 된다. 일상적인 삶에서의 근대성이란 보다 개인적이고 개별적인 관계를 추구하는 것으로 정보의 원천이 매스컴, 책등으로 이루어지며, 원인과 결과에 대한 합리적인 설명에 대한 신뢰를 보이는 것이다. 반면에 전통적인 관점으로는 소문, 우연성, 전통적인 경험등에 가치를 두며 집

단적으로 정보를 공유하는 것이 보편적이다. 따라서 사회적 지지 항목중 정보제공의 측면에서 주변 사람들의 준거체계는 전통적인 우리 문화에서는 매우 강력한 힘을 갖지만, 점차 개별성이 중시되는 문화적 변화는 주변 사람들의 준거체계로부터 발생하는 정보적 기능은 점차 축소될 것으로 생각된다.

치료추구행위에서 가장 강력한 영향을 미치는 요소는 의료전문성에 대한 문화이입이었다. 현대의학의 관점에서 환자들은 병역할, 환자역할을 행함으로써 자신의 일상의 책무에서 벗어나서 일정하게 보호 받고, 사회적 책임을 면제 받으며, 단지 최선을 다하여 일상생활로 돌아가고자 하는 치료의지를 가져야 한다. 이와함께 의료인은 환자의 질병을 치료하고, 회복시켜 환자를 사회적 일탈로부터 사회로 복귀시키는 역할을 맡아야 하며 이를 위해서 이들에게 전문성을 부여하고 특권을 제공하여야 한다는 것이다. 그러나 전문성이 갖는 사회적 역할이 사회적 특권으로 변질되어 환자가 자신의 질병 경험에서 주도적인 역할을 하지 못하고 수동적이고 종속적인 역할을 맡게 되는 문제가 있는 반면에 전통적인 치료는 자신에의해 주도된다는 점에서 장점으로 보여질 수도 있다. 민간치료에서 치료자와의 관계가 친숙하고, 치료가 정형화되지 않고 개별화되어 있으며, 치료방식이 익숙하고 친근하다는 점이 민간치료를 고수하는 이유가 되기도 하였다.

그러나 민간치료에 대한 환자들의 반응에서 유방암환자의 경우(전명희, 1994) 의사의 지시에 적극적으로 따르는 저항기 후에는 신체 일부의 상실, 역할의 상실, 타인과의 상호작용의 상실을 경험하면서 적극적으로 민간치료를 몰입한다고 하여 병원치료에서 소외된 자신의 몸에 대한 적극적인 옹호를 민간치료를 통해서 표현한다고 보았다. 역시 유방암환자의 민간치료법에 대한 연구(박진미, 정복례, 1995)등은 민간요법

이 마음에 희망을 주는 한국적 질병관리 행위로써 암재발에 대한 불안감의 제거, 가족상호간의 애정표시, 치료가 더이상 진행할 수 없을 때의 대응방법이라고 제시하였다. 즉 의료전문성이 갖는 치료틀내에서 벗어나는 경험을 하는 경우에 대안적인 치료방법이 된다는 점이다. 의료전문성에서 제시하는 질병원인을 수용할 수 없을 때, 혹은 질병에 대해서 체념할 때, 의료전문성에서 제공할 수 있는 치료상황을 벗어났을 때(예를 들면 더이상의 치료가 없다, 완치가 되지 않는다)의 경우에 민간치료는 강력한 대안적 치료장치가 될 수 있다.

그러나 민간요법에 의존하는 경우 경험하게 되는 부작용으로는 검증되지 않은 치료에 의한 부작용, 경제적인 손실, 보다 치료를 받을 수 있는 치료시기를 놓치는 것등(이인숙, 임난영, 이은옥, 정성수, 1996)이 보고되었다. 한국의 의료문화에서 민간치료의 치료 원리와 서양 의료원리의 접합가능성을 검증하고(정근식, 1996), 서양의료의 전문성만을 고집함으로써 생기는 몸으로 부터의 소외 현상을 극복할 수 있는 의료진과의 상호작용의 확대, 치료의 비형식성 혹은 전통성 회복, 치료의 친숙성을 고안하는 것이 요구된다.

본 연구에서 치료의 접근성이라는 범주에는 의료진과의 상호작용이라는 속성이 포함되지 못하였는데 유경희(1996)는 의료진과의 상호작용이 질병의 불확실성을 극복하는데 매우 중요한 요소로 지적하였으며, 민간치료의 추구가 질병진행을 예측할 수 없을 때 추구되는 치료행위라는 점에서 의료전문성의 확대를 위해서 의사와 환자간의 의사소통의 확대는 중요한 요소이므로 환자의 치료행위 연구에서 고려되어야 한다.

또한 본 연구에서는 민간치료와 전통적인 치료로서의 한의학적 치료를 엄격하게 구분하지 못하였다. 우리나라에서는 민속요법과 한방치료가 거의 혼용하여 쓰이고 있지만 엄격하게는 한

방의료는 지식의 체계를 갖고 일정한 수련기관과 수련기간을 거치면서 체계적으로 검증되어 수립된 지식체라고 한다면 민속요법은 구전에 의해서 혹은 생활속에 경험으로서 체계적으로 검증되기 보다는 즉각적으로 사용되는 치료법이라는 점에서 차이를 갖는다. 그러나 한의학의 기본 이론이 음양론, 오행설, 경락설에 있고(강현숙, 1993), 민속요법의 병인론이 자연론과 인성론으로 나누어지는데 그중 자연론에 근거한 병인론은 한의학의 그것과 매우 유사하여 치료법의 혼재와 치료효과의 혼재를 보이게 되어 그 구별이 쉽지 않았다. 특히 환자들은 한의원, 한약방, 한약중상, 한약 제재등을 분명히 구분하지 못하고 혼용하여 사용하였으며, 한의원에서 치료형태와 민간치료자의 치료 형태를 구분하지도 못하였다. 이런 점에서 한의학적 치료를 포함하여 통칭 민속치료라고 하게 되었으나 한의학적 치료원리와 서양의학적 치료원리를 동일한 가치를 지닌 관점으로 비교우위를 판단할 수 없다는 지적과 함께(안덕균, 1993), 또 다른 치료원리로서의 정당한 자리매김을 하지 못한 것은 본 연구의 제한점이다.

본 연구는 Triangulation방법의 장점들을 충분히 활용하였다. 환자의 일반적, 사회경제적 그리고 질병 특성에 맞추어 양적 연구와 질적연구 모두에서 치료추구 행위의 설명을 시도하였고, 그 결과 질적연구는 치료초기와 병이 만성화되어 가는 시기에 나타내는 치료추구행위 특성이 다르다는 관점을 도출하여 이들에 따른 재해석을 시도하였다.

치료추구 행위에 영향을 미친다고 양적연구에서 결정되었던 모든 변수가 질적 연구의 해석을 거친 결과 의료 전문성의 문화이입에 영향을 미칠 뿐 직접적으로 치료 추구행위를 결정하지 않는 것으로 밝혀져서 치료추구행위 모델이 이에 따라 형성한 점은 추후 연구를 통해 검증해야할 부분으로 생각된다.

## VI. 연구 결과

본 연구는 관절염 환자 995명을 대상으로 환자의 치료추구행위 모델을 구축하기 위한 방법론적 Triangulation 연구로서 결과는 다음과 같다.

1. 치료 유형은 복합치료군(N=775), 병원 치료 단독군(N=165), 민속요법단독군(N=44), 비치료군(N=12)으로 구분 되었으며, 치료 유형별 평균 연령을 비교해 볼 때 비치료군은 62.8세로 동시치료군인 51.8세 보다 11세나 젊었고, 민속요법군도 병원치료 단독군보다 4세정도 젊어 민속 요법을 사용하는 군은 사용하지 않는 군보다 상대적으로 젊은 연령층이며 통계적으로 유의하였다( $F=18.56, P=0.00$ ).
2. 결혼한 환자 중 배우자가 있는 경우와 그렇지 않는 경우는 차이가 뚜렷하여 배우자가 있는 군에서 현저히 병원 치료(84.8%)와 민속요법의 사용이 높았고(78.6%), 배우자가 없는 군에서는 어떤 치료도 받지 않는 군(병원치료 16.8%, 무치료 36.4%)의 비율이 높음이 두드러 졌으나 통계적 차이는 유의하지 않았다( $\chi^2=7.01, P=0.136$ ).
3. 통증이 심한 경우 병원치료와 민속요법을 동시 사용군이 많았고(40.4%), 무치료군은 낮았는데(18.1%) 통증이 없을 때는 그 반대현상이 나타났다(병원치료 0.1%, 무치료 9.1%). 또한 통증이 경한 정도와 중간정도일 때는 치료유형을 구분하기가 어려웠다( $\chi^2=7.91, P=0.161$ ).
4. 병원 치료행위를 설명할 수 있는 모델의 설명력은 21.7%로 낮았으나( $F=1.67, P=0.0724, R^2=0.217$ ) 의미있는 변수는( $p \leq 0.15$ ) 결혼상태, 진단명, 통증정도, 과거 치료 중 한약사용 여부, 치료비에 대한 대책 등으로 나타났다. 이 변수들의 판별함수식에 의해 치료추구행태를 재 분류 했을 때 오류율은

2.88%로 매우 적합도가 높은 것으로 나타났다.

5. 질적 자료 분석에 의하면 관절염 환자의 치료 추구행위는 초기증상의 지각에서 진단과정에 이르는 증상체험과 병역할을 수행하는 치료 추구행위로 이루어졌다.
6. 관절염 환자의 치료추구행위는 통증 경험, 의료전문성에 대한 문화이입정도, 주변사람들의 준거체계에 의하여 영향을 받는다.
7. 의료전문성에 대한 문화이입은 교육정도, 경제상태, 가시적 증상 발현, 치료접근성, 종교, 질병원인 지각, 주변사람들의 준거체계와의 관계에 따라 영향을 받는다.
8. 본 연구에서 질적 연구와 병합하여 결정된 모델에서 치료추구 행위에 영향을 미친다고 결정된 양적연구의 모든 변수가 의료 전문성의 문화이입에 영향을 미칠 뿐 직접적으로 치료 추구행위를 결정하지 않는 것으로 추정된 점은 추후 연구를 통해 검증할 부분이다.

## 참 고 문 헌

- 강현숙(1993). 한방간호 접근을 위한 이론적 고찰, 간호학회지, 23(3), 118-129.
- 동의과학원(1993). 가정동의대전, 서울, 여강출판사.
- 박진미, 정복례, 1995, 유방암환자의 민간요법, 간호학회지, 25(3), 419-429.
- 송건용, 박현애, 이순영, 김태정(1993). 의료이용과 건강 행위에 관한 종합 분석, 한국보건사회 연구원.
- 안덕균(1993). 신동의보감, 서울, 열린책들.
- 유경희(1996), 류마티스 관절염 환자가 지각하는 불확실성에 관한 모형 구축, 서울대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 은 영(1994). 만성통증환자의 통증경험, 서울대학교 대학원 박사학위논문.

- 은 영(1995). 만성통증 환자의 통증조절, 류마티스건강전문학회지, 2(1), 17-40.
- 은 영(1996). 류마티스관절염 환자의 원인지각에 관한 질적연구, 류마티스건강전문학회지, 3(2), 151-165.
- 의과학학원 동의학연구소 민간요법 연구실(1990). 한국의 민간요법, 서울 : 가서원.
- 의과학학원 동의학연구소 민간요법 연구실(1995). 보약 : 북한 자료민간요법, 서울 : 참빛출판사.
- 이순영(1978). 현대의료와 한국농촌의 의료문화, 이화여자대학교 의료원 지역사회보건위원회.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수(1997a) 우리나라 관절염 환자의 민속요법이용형태, 간호학논문집, 11(1), 1-12.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은영, 이종수(1997b) 관절염환자의 치료추구행위에 대한 근거이론적 접근, 류마티스건강학회지, 4(1), 26-47.
- 이인숙, 임난영, 이은옥, 정성수(1996) 관절염 환자의 치료비용 분석, 류마티스건강학회지, 3(2), 166-176.
- 임중, 임근(1991). 민간요법 건강학, 서울 : 일월건강.
- 조지포스터, 앤더슨(1994). 의료인류학(구본인 옮김), 서울 : 한울.
- 전명희(1994). 유방암환자 삶의 과정적 변화에 대한 이해, 서울대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 정근식(1996). 일제하 서양의료 체계의 해계모니 형성과 동서의학 논쟁, 한국사회사학회 논문집, 50, 270-301.
- 최순희(1995). 류마티스 관절염 환자의 우울에 대한 사회적 지지 기능, 연세대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 한달선, 권순호, 권순원, 황선주(1986). 춘천시 민의 의료 이용양상과 관련 요인, 한림대학 사회의학 연구소.
- Anderson, J. G.(1973). Health service utilization : Framework and review, Health Service Research, 8(2), 184.
- Aday, L. A., & Anderson, R.(1974). A framework for the study of access to medical care, Health Service Research, 9(2), 208-221.
- Fleury, J.(1996). Wellness motivation theory : An explorative model, Nursing Research, 36(2), 18-26.
- Moor, R.(1990). Ethnographic assessment of pain coping perceptions, Psychosomatic Medicine, 52, 171-181.
- Primomo, J., Yates, B. C., Wood, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness : the relationship among sources and types to adjustment, Research in Nursing and Health, 13, 152-168
- Suchman, E. A.(1965). Stages of illness and medical care, Journal of Health and Human Behavior, 6, 114-128.