

관절염 환자의 치료추구행위에 대한 근거이론적 접근*

이은옥** · 강현숙*** · 이인숙** · 은 영****

I. 서 론

1. 연구의 필요성

병에 이환된 사람들은 누구나 병과 관련한 문제를 해결하기 위한 행위를 자발적으로 혹은 타인들로부터의 기대에 따라 수행하게 된다. 이렇게 병과 관련하여 나타나는 행위를 병행위(illness behavior)이라고 하는데, Jaco(1972)는 '병역할(sickrole)이란 병과 관련한 행동이 사회적인 역할 속으로 조직되는 것으로 사회에서 병의 존재와 그 잠재적인 위험에 반응하고 대처하는 유의미한 양식을 보이게 된다'고 정의하였다. 병역할 중에서 공식적인 의학적 정당화가 이루어져 사회체계 내에서 환자로서의 역할 기준이 설정되는 경우 이를 환자역할(patient role)이라고 한다.

그러나 아픈 사람으로서의 병역할 좁게는 환자역할이 모든 사람들에게 동일하게 나타는 것은 아니며 사회적인 역할의 기대에 따라, 의료문화에 따라 다르게 나타난다(포스터, 앤더슨, 1994). 환자역할으로 진행되는 일반적인 과정으로는 신

체의 이상증상의 경험으로 증상의 지각과 증상에 대한 판단, 그리고 적절한 대응이라는 과정으로 이루어진다. 적절한 대응이란 곧 치료추구행위를 의미하는 것으로 환자역할은 주로 치료추구행위 속에서 이루어진다. 치료추구행위에 영향을 미치는 요인으로는 생활수준(송건용, 박현애, 이순영, 김태정, 1993) 외에도 환자의 건강 신념, 질병의 원인에 대한 지각(은영, 1996), 사회적 지지, 의료발달 단계와 의료문화 등이 영향을 미칠 수 있다.

특히 만성질환은 급성질환과는 달리 환자역할의 기간이 길어지고, 다양한 치료추구행위가 행해질 수 있다. 이렇게 다양한 치료추구행위속에서는 적절한 치료지시의 이행(compliance)이 이루어지지 않게 된다. 다양한 치료행위의 추구속에는 결과적으로 아직 검증되지 않는 여러가지 치료법에 의존하게 되어 치료로 인한 부작용을 경험하기도 하고, 경제적인 손실을 겪게도 되며, 보다 적절한 치료를 받을 수 있는 시기를 놓치기도 하여 더욱 어려운 치료과정으로 진행되어 버리기도 한다. 우리나라의 만성질환자의 30%에 달하는 관

* 본 연구는 1995년도 한국학술진흥재단의 연구비 지원으로 이루어진 것임.
** 서울대학교 간호대학 교수
*** 경희대학교 간호학과 교수
**** 경상대학교 간호학과 교수

절염 환자들이(간협신보, 1989) 보이는 치료추구행위 또한 매우 다양한데(은영, 1994), 이러한 다양한 치료추구행위가 보다 최적의 건강 상태를 이루기 위하여 적절한가에 대해서는 아직 논의되고 있지 않다. 부분적으로 의료비의 문제, 치료납용의 문제, 의료문화적인 측면에서의 다양한 치료추구행위에 대해서 연구되어 있다.

간호의 중요한 역할로서 환자들의 바람직한 건강행위를 촉발시키고 유지시키는 것을 들 수 있다. 즉 환자들이 보다 적절한 치료추구행위를 통하여 건강을 회복할 수 있도록 돕기 위해서는 현재 환자들이 보이는 다양한 치료추구행위가 과연 건강을 회복하는데 도움이 되는가를 판단할 수 있어야 한다. 그러나 현재까지의 연구들에서는 치료추구행위를 의료비 문제, 치료납용의 문제, 의료문화적인 관점으로 부분적으로만 접근하고 있어서 치료추구행위에 대한 전반적인 이해가 이루어지지 않았다. 특히 환자들의 관점에서 다양한 치료추구행위를 설명하고자 하는 연구는 시도되지 않았다. 이에 본 연구에서는 환자들의 관점에서 다양한 치료추구행위의 진행과정과 이에 영향을 미치는 요소에 대한 이해를 통하여 바람직한 치료추구행위를 이끌 수 있는 간호중재를 위한 기초자료를 얻고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구에서는 만성관절염 환자들의 치료추구행위의 진행과정과 영향요소에 대해서 밝히고자 한다.

II. 문헌고찰

1. 치료추구행위에 관한 고찰

치료추구행위란 환자역할 중에서 증상을 자각하고 적절한 치료를 찾아나서는 행위를 의미하는 것이다. 환자들은 건강한 삶으로의 복귀를 위하여 다양한 치료추구행위를 한다. 광의(廣義)의 치

료추구행위는 건강을 의식하여 의도적으로 이루어지는 행위 전반을 의미하지만 본 연구에서 치료추구행위는 의료체계내에서 치료를 목적으로 사회적 관계를 맺고 치료자와 치료수혜자의 관계를 형성하여 이루어지는 행위로 제한하였다.

병의 위협 혹은 이환이라는 현실을 직면하고 있는 인간의 행동은 그 자신과 그의 세계관에 의해 형성된 관점에 따라서 이루어지기 때문에 의료체계는 문화를 반영하여 구성되어 있다. 모든 문화에서 지배적인 세계관과 분리할 수 없는 상호관계를 가지고 있는 의료체계를 발달시켜왔다. 따라서 개인 또는 집단의 의료행동은 전체적인 문화의 역사속에서 이해될 수 있다(Pellegrino, 1963). 이에 Dunn(1976)은 의료체계란 건강을 증진시키기 위하여 신중하게 고려된 행동을 발전시키는 사회적 제도와 문화적 전통의 유형으로서 문화적인 관점에 따라서 행한 치료행위가 결과적으로 건강을 회복하는가 혹은 그렇지 못하게 되는가만으로는 문화속의 어떠한 의료체계가 더 우수한가에 대해서 판단할 수 없다고 까지 하였다.

의료체계속에서 병이 문화적으로 정의되는 것은 보편적인 현상이다. 즉 서구의학에서는 병을 실험실에서의 검사나 혹은 다른 형태의 임상검사에 의해서 확정되는 것을 생물학적 실체, 즉 병리적 상태로 가정한다. 그러나 문화적 시각에서의 병은 일상적 역할을 충분히 수행할 수가 없게 되는 상태, 그리고 그러한 상황에 대해서 무엇이라도 행해져야 한다는 것이 사회적으로 인지되는 상태이다. 즉 병(illness)과 질병(disease)의 개념이 구별되는 것으로 인간의 질병(disease)이 개인과 사회를 위협하는 것으로 간주하여 병(illness)이라고 정의된 때에만 사회적으로 의미를 띠게 된다. 이러한 구별중의 하나로서 의사는 질병을 치료하기(cure disease)를 원하지만 실제로는 병을 다스린다(treat illness)는 말로서 의료가 목적하는 바가 질병을 일으키는 병원균에 대한 문제를 해결하는 것이 아니고 통상 기능의 손상이 회복되는 것에 있기 때문이다(포스터, 앤더슨, 1994).

치료추구행위에 대한 연구중 의료 이용양상에 대한 연구(송건용, 박현애, 이순영 외, 1993)에서 생활수준이 높을수록 병의원의 이용율이 높았다고 보고하였으며, 가족을 대상으로 한 Anderson & Aday(1978)의 연구에서도 생활 수준과 치료 추구행위 사이에는 관계가 있는 것으로 나타나서 생활수준과 치료추구행위간에 상관관계가 있음을 보였다. 한달선(1986) 등의 연구에서는 교육수준이 의료이용양상에 영향을 주었는데 높은 교육수준에서 병의원의 이용이 증가함을 보고하였다.

또한 치료추구행위에 영향을 미치는 요인중 증상에 민감한 환자는 전체 의료 이용량에 영향을 주는 것으로(한달선 외, 1986) 나타나 증상경험이 치료추구행위에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그러나 생활수준, 교육수준, 증상경험 만으로 치료추구행위를 충분히 설명할 수는 없으므로 치료추구행위를 결정하는 환자들의 관점을 탐색하는 것이 필요하다.

2. 우리나라의 의료체계의 형성과 치료추구행위 간의 관계

우리나라의 의료체계는 크게 서구 의료체계와, 전통적인 의료체계로 구분할 수 있다. 이중 서구 의료체계는 1900년경 구한말의 혼란스러운 사회적 상황속에서 천연두, 콜레라, 장티푸스 등의 각종 급성전염병, 기생충질환, 결핵 등의 병이 대중을 이루고 감염성 질환에 의한 사망이 제일 많았던 시기로서 기존의 치료방법인 한방, 무속, 민간요법 등이 전염병앞에서 무력하던 시기에 도입되었다(의료연구회, 1989).

이러한 시기에 서구의료는 한국인의 자체적인 노력과 외세침략의 방편으로 들어오기 시작한다. 주체적인 서구의료도입은 김옥균, 박영효 등의 개화파들에 의하여 시도되었으며, 본격적으로는 갑신정변 당시 부상당한 민영익을 치료해주고 궁중의 신임을 얻은 미국인 선교사 의사 알렌이 1885년 광혜원을 설립하여 진료를 시작하였고, 1899년 학생을 선발하여 교육함으로써 시작되었다. 이렇

게 시작한 서구의료는 일제강점기(1910-1945)동안에 일제의 한방의료말살정책을 취하고 서구의료를 정착시키려는 의도적인 노력속에서 주도적인 의료체계를 구축하였다. 일제 해방 이후에도 계속적으로 진료, 연구, 교육의 면에서 거의 주도적인 의료체계를 구축하였다. 서구의료의 특성은 인체에 대한 근대적인 접근(김성운, 1994)이라는 점이 특징적이다.

그러나 우리나라에는 고조선 시대부터 면면히 질병을 해결하고 건강을 보존하기 위한 치유체계가 존재하였으며 이를 민속의학(ethnomedicine)이라고 통칭할 수 있다. 이때의 민속의학이란 비서양의료에 대한 총칭이 되겠으며 미개의학, 민속요법 등과 큰 구별없이 혼용되고 있다. 그러나 약간의 차이를 구별해본다면 미개의료(primitive medicine)은 과학적인 것의 반대개념으로 기본적으로 주술 종교적이며, 민속요법(folk medicine)은 인류학연구의 한 분야로서 촌락공동체에 대한 연구가 이루어졌을 때 현지인들 즉 연구대상자들의 치료체계를 민속요법이라고 명명하였다(포스터, 앤더슨, 1994). 그러나 크게는 병인론을 주로 인성론과 자연론으로 구분하여 접근하는 치료는 모두 민속요법이라고 할 수 있다(포스터, 앤더슨, 1994). 그러나 민속의학과 한의학을 구분하고자 하는 노력도 만만치 않다. 민속의학이 경험의존주의에 기초하여 부분적인 정보와 지식을 기초로 제한된 방법으로 제한된 질병을 치료하므로 치료에 포괄성이 결여되어 있고 단순하고 경험적인 것에 반하여 한의학은 약리적 특성, 치료에 필요한 용량, 복합물질, 상호간의 약리작용 등이 고대로 부터 매우 주의깊게 기록되었고 검토되었으며, 따라서 매우 포괄적이고 연역적이고 고도의 논리적 시스템을 적용하여 단지 치료뿐 아니라 정확한 진단과 예후를 판정하는 의료체계라고 주장하는 견해도 있다(김종열, 김우중, 1994).

그러나 한의학의 기본 이론이 음양론, 오행설, 경락설에 있고, 민속요법의 병인론이 인성론과 자연론으로 이루어지는데 특히 자연론에 근거한 병

인론은 한의학의 그것과 매우 유사하여 치료법의 혼재, 치료효과의 혼재를 보이게 된다. 특히 우리나라의 한방 치료는 한의사, 한약방, 그리고 한약 종상 등에 의해 무분별하게 행해지고 있다는 점이 민속요법과 한방치료의 구분을 어렵게 한다. 따라서 우리나라의 민속의학(ethnomedicine)은 크게 한의학적 치유체계와 민간신앙적 치유체계로 구분할 수 있다.

한국 한의학은 삼국성립이전부터 고대 중국 한의학의 영향을 받으면서 형성되었다(김두중, 1966). 따라서 먼저 고대 중국 한의학 부터 살펴 보면 고대 중국한의학은 춘추전국시대에 형성되었으리라고 추측되는 한의학의 고전인 황제내경(皇帝內經)에 기반을 두고 있다(홍원식, 김남두, 1993) 내경은 주역(周易)의 음양론(陰陽論)을 바탕으로 자연과 인간과의 관계, 건강과 질병의 개념, 치료와 양생의 원리를 체계적으로 다루고 있는 중국한의학의 이론서이다(김훈, 홍원식, 1982). 이 책들에서 인간과 자연을 소우주와 대우주의 상응 조화관계 속에서 파악하는 것으로 이러한 상응 관계의 근본을 이루는 것이 바로 우주를 구성하는 근본적인 음양이다. 따라서 건강은 음양의 조화가 이루어진 상태이며 질병은 그 조화가 깨진 상태이고 치료는 그 깨진 조화를 회복시키는 것이 된다(홍원식, 1993). 한의학의 이런 특징은 허준(許俊)이 중심이 되어 선조 29년(1596)에 편찬을 시작하여 광해군 2년(1610)에 완성한 동의보감(東醫寶鑑)에도 그대로 나타난다. 즉 동의보감에서 질병은 조섭과 몸가짐을 잃어서 생기는 것으로 파악되는데 이는 질병이 음양의 부조화 뿐 아니라 내면적인 수양의 부족에서 오는 것으로 파악하고 있음을 보여주는 것이다. 이는 동의보감이 음양론이라는 내경의 전통을 따르고 있지만 한편으로는 내경(內經)에 영향을 끼친 도교적인 양생(養生)의 사상을 좀더 적극적으로 끌어들이고 있음을 보인다(허정, 1992).

한편 민간신앙적 치유체계는 민간의료의 일부분으로서 오랜 동안 민중들 사이에서 질병과 고통을 극복하는 중요한 방편으로 역할해왔다(김성

운, 1994). 민간신앙적 치유체계는 삶, 질병, 고통, 그리고 죽음의 문제를 한몫에 아우르는 민중의 역동적 세계관(주강현, 1992)을 담고 있는 것이라는 평가까지도 이루어지고 있다. 특히 그중 무속(巫俗)의 여러기능 중 치병(治病)은 특히 중요한 기능으로서 굿을 통해 이루어지는데 국가적으로도 전염병 등이 들때는 구료(救療)기관인 동서 활인서(活人署)에 무당을 배치해서 제(祭)를 지내게 하였다(김두중, 1966). 치병굿은 병굿, 환자굿, 푸닥거리, 영장치기, 산거리, 중천굿, 명두굿, 별상굿, 맹인거리, 광인굿, 손풀이, 푸다시, 마누라(마마)배송굿, 비넘, 사제맥이 등(김태곤, 1981) 등으로 다양한 종류가 있는데, 모두 질병을 초월적인 존재와의 관계속에서 파악하고 그에 따라 문제를 해결하려는 것이다. 즉 질병은 인간을 넘어서는 초월적인 존재 혹은 초자연적인 힘에 의해서 생기는 것으로 여겨지고 있으며 질병을 예방하고 치유하는 방식 역시 그 초월적 존재나 초자연적인 힘에 의존하고 있다. 이러한 치유체계속에서 인간의 몸은 초월적이고 초자연적인 존재 또는 힘과의 관계속에서 파악되며 자연이나 개개인이 속한 공동체로 부터도 분리되지 않는다.

이러한 민속의료는 신체에 대한 관점이 서양의학의 기계론적인 접근과는 달리 인간과 자연의 조화, 인간과 초자연적 세계와의 교통 등으로 이루어진다는 점에서 질병관과 치료추구행위에 차이를 보인다. 어떠한 치료추구행위가 가장 능률적이고 효과적인가에 대한 논의를 전개하기에 앞서 의료문화로서의 민족의료가 구성하고 있는 질병관과 치료추구행위에 대한 이해가 우선되어야 할 필요가 있다.

민속의료의 장점으로는 심리사회적인 지지요법, 실제에 근거한 임상치료적 행위, 그 지방 특유의 약초에 대한 지식을 이용한 치료라는 점을 들 수 있다(포스터, 앤더슨, 1994). 실제로 Ackerknecht(1971)은 원주민이 약초로 사용하고 있는 풀, 뿌리는 상당히 객관적인 의학적 가치를 지닌 것이 많으며 현대의 약초학은 이 원주민의 약초에 대한 지식에 의존하고 있는 것이 많다고 주

장하였다. 또한 민속의학은 경험적 지식의 저장고이며, 잡다한 기술의 집성으로서 의료행위의 절차와 신념은 인간전체의 안녕을 위한 실제적인 방법을 제시하고 효과적인 치료법을 나타낸다고 보았다(Laughlin, 1963).

우리나라에서도 구전되어 내려오는 많은 민간 처방과 치료가 있는데, 그중 천연의약품 속에는 자연의 기운이 함축되어 있고 사람이 이를 섭취하면 오장과 육부의 기능을 조절하고 개개의 세포와 세포막을 강건케 할 뿐아니라 모든 질환을 방어할 수 있는 면역기능을 높혀주어 만성질환의 발생을 현저하게 낮춰줄 수 있다는 사실이 과학적으로 입증되었다고 주장하기도 하였다(안덕균, 1993). 또한 민간요법과 경험방은 우리 선조들이 장기간 질병과 싸우는 가운데서 축적한 고귀한 경험인바 정확하게 운용하면 병에 아주 효과가 있다는 주장과 함께 민간치료제를 책으로 소개하기도 하였다(임중, 임근, 1992).

그러나 민속의료에 대한 단점의 지적도 만만치 않은데 크게는 객관화, 재연가능성, 보편타당성이라는 현대 과학적 검증장치의 결여를 들 수 있다. 즉 민속요법의 우연한 효과 혹은 소박한 선의의 의료행위이므로 의료의 과학적 기술이 인정받은 것이라고 할 수 없다는 점이다. 더 나아가 Hippeler(1977)는 의료인류학자의 연구에서 문화상대주의적인 개념을 과장하거나, 적절하지 않은 영역까지 확장하는 특이한 버릇을 가지고 있다고 비판하면서, 인간의 치료를 위해서는 병적인 유기체와 반작용체, 화학요법적, 혹은 기질적이라고 하는 개념으로 접근하는 것이 필요하다고 주장하였다.

더욱이 원시사회의 많은 약초가 유익한 효과를 기대할 수 있는 것으로 발전하는 과정은 무수한 시행착오 즉 인체실험을 통하여 이루어졌다는 점(Dunn, 1976)에서 검증되지 않은 상태로 사용되는 약초에 대한 부작용이 매우 심각하리라는 것을 짐작할 수 있다.

관절염환자들의 민속의료에 대한 의존은 주로 병원에서 완치가 되지 않는다는 말을 들었을 때 더 이상 병원치료는 의미가 없어서 완치를 위한

치료적 대안으로 선택하는 경우였다고 보고하여(은영, 1994) 민속치료를 병원치료와 동일선상의 치료체계로 간주하였다. 또한 남문석(1994)은 당뇨환자들의 민간요법 실태에 대한 조사연구에서 민속요법을 해본적이 있는 환자가 전체환자의 약 74%에 달하였으며, 당뇨의 이환기간이 길수록, 식사요법이나 운동요법만으로는 조절이 안되는 경우에 치료적 대안으로 사용하였으며, 주로는 주위의 권유에 의해서 사용하였다. 그러나 민속요법의 효능면에서 별 효과가 없었다고 보고한 경우(79.9%)가 효과가 있다(14.5%)고 한 경우에 비하여 월등히 많은 수를 차지하였다. 그러나 민속치료에 대한 신비(myth)는 아직도 강력하게 남아있는 것으로 새로운 민속요법을 소개받으면 주치의와 상의하거나 시도하겠다고 응답한 사람이 78%에 이르고, 민속요법을 사용해보지 않은 환자들이라도 민속요법을 소개받으면 일단 사용하겠다고 응답한 수가 42%에 달하여 치료결정과정에서 민속요법은 강력한 치료적 대안으로 자리잡고 있음을 보고하였다. 또 정복례외(1995)와 전명희(1994)는 유방암환자의 민속요법이 수술후 재발에 대한 두려움을 극복하기 위한 치료적 대안으로 강력하게 사용되고 있다고 보고하여, 서양의 학에 의한 치료와 함께 민속치료가 의료체계를 구성하는 강력한 영역임을 보여주었다.

위의 연구들에서와 같이 민속의료는 입증할만한 효과를 보이고 있지 않는 치료임에도 불구하고 여전히 그리고 앞으로도 선택가능한 의료체계로 존속하는 이유 혹은 민속치료가 가지고 있는 신화적인 요소를 규명할 필요가 있다.

Fleury(1996)은 농촌의 나이는 아프리카 아메리칸들은 건강행위변화에 관하여 동기화된 행동이 오랜시간에 걸쳐 지속적이며 과정적으로 진행한다고 하였다. 건강 행위를 진행하는 과정의 첫 번째 단계는 생활스타일의 재평가, 정보찾기, 장애 확인, 변화를 찾는 평가준비단계(appraising readiness)이다. 두번째 단계는 건강을 위한 전략을 구사하고 균형을 찾으며, 간격을 극복하고, 자기감시, 자기조절, 변화를 인정하는 변화의 단

계이고, 세번째 단계는 관습을 만들고, 조화를 달성하고 변화를 다시 만들어가는 통합의 과정으로 진행된다고 보았다. 이러한 과정적인 변화에서 주도적인 역할은 전통적인 건강 신념으로서 행동변화의 동기요인으로 작용하고 있다. 또한 관계망의 친밀정도가 매우 중요한 가치로 등장하고, 장래 건강의 불확실성에 대해서 종교에 의지하는 경향이 많았다고 보고하였다. 즉 건강 행위의 변화를 동반한 치료추구행위는 전통적인 건강신념이 매우 중요하게 작용하고 여기에 관계망의 친밀정도가 중요한 요인임을 지적하여 치료추구행위는 의료체계와 문화적인 상호작용 과정을 진행함을 보고하였다. 또한 Harris(1986)은 포경수술을 결정하는데 영향을 미치는 요인을 추적하는 과정에서 문화적 의사결정 모델을 구축하였다. 즉 포경수술에 대한 문화적인 가치를 어떻게 그리고 누구에 의하여 지지 받는가가 포경수술을 실시할 것인지 혹은 포경수술을 거부할 것인지에 대한 결정에 매우 중요한 영향을 미친다는 것을 밝혀내어 포경수술에 대한 문화적 이입정도가 수술결정 혹은 수술수용에 대한 태도를 결정한다고 보았다.

즉 서양의료에서 사용되는 수술적 중재의 결정에도 의료행위에 대한 문화적 오리엔테이션이 강력한 영향을 미치는 요인임을 보고하여 치료추구행위의 예측에 문화적인 오리엔테이션을 바탕으로 함이 중요함을 보였다. 그러나 민속의료를 포함하여 의료체계에 대한 문화적 오리엔테이션은 사람들의 건강신념, 태도 행위를 반영하는 것으로 보이지만, 모든 사람에게 의료문화가 동일한 영향력을 가진 것은 아니다. 한방간호에 대한 주관성을 탐구한 연구(신혜숙, 1994)에서는 한방치료에 대한 반응군을 원리론자, 회의론자, 조화론자, 주종자 등과 같은 군으로 구별하였다. 따라서 의료문화와 치료추구행위간의 관계와 의료문화와 환자의 개별적인 치료추구행위와의 관계를 밝히는 것이 환자들의 치료추구행위를 이해하는데 중요한 부분이 될 것이다. 이를 위하여 환자들은 어떤 관점으로 의료문화를 수용하고 의료문화와 어떻게 상호작용을 하며 어떻게 치료추구행위를 행하

는가를 규명하는 것이 필요하다.

Ⅲ. 연구의 방법 및 절차

1. 연구 대상자

연구대상자들은 일차적으로 치료추구행위에 대한 설문조사(이은옥, 강현숙, 이인숙, 외 1997)에 응한 환자들중 연구자의 거주지역 부근에서 살고 있는 환자들로서, 연구의 목적을 이해하고 연구에 참여하기를 동의한 환자들이다. 연구대상자들은 치료추구행위에 대한 설문 조사 대상자중 병원에서 류마티스 관절염으로 진단을 받고 계속적으로 일개의 류마티스 전문 병원에서 치료를 받고 있는 환자, 설문조사에서 병원과 한약방 혹은 민간 처방이 혼합된 치료를 받고 있다고 응답한 환자, 설문조사 대상중 보건소에서 조사된 환자들중 현재 관절염 치료를 중단한 환자들로 구성되었다.

2. 자료수집의 절차

치료추구행위에 대한 설문조사에 응한 환자들 중 먼저 전화로 연구의 목적을 설명하고 연구 참여에 동의를 구하였다. 연구에 참여하기를 동의한 환자들과는 직접 방문 면담을 약속하였으며 약속된 날에 환자의 집을 방문하여 면담이 이루어졌다. 면담을 시작하기전 다시 한번 면담 참여의 동의를 구두로 확인한 다음 면담을 시작하였다. 자료수집 기간은 1996년 4월부터 10월경까지였다.

면담은 녹음을 원칙으로 하였으며, 면담시 환자와의 면담 내용, 연구자의 생각이나 느낌, 혹은 연구에서 면담중 발생하는 사건에 대해 기록을 할 수 있는 연구 노트를 작성하였다.

녹음된 자료는 면담이 이루어진 후 곧바로 글로 기록하였으며, 이때에 연구 노트를 참조하여 연구 자료집을 작성하였다.

자료수집은 심층면담을 통하여 '치료추구행위는 어떻게 이루어지는가?'를 밝히고자 하였다.

자료의 분석은 연구 자료집을 분석하는 것으로 이루어졌다.

3. 자료 분석

자료는 연구 자료집을 분석하는 것으로 근거이론에서의 자료 분석 방법인 기호화(coding)작업을 통하여 현상을 명명하고, 범주를 발견하고 범주의 속성과 영역을 개발하며, 축기호화를 통하여 원인적 조건, 현상, 맥락, 중재조건, 작용/상호작용적인 전략, 결과를 발견하고자 하였다.

IV. 연구결과

1. 면담자의 일반적 배경

본 연구에서는 류마티스 관절염으로 진단을 받고 현재 병원치료를 계속하고 있는 환자, 병원치

〈표 1〉 면담자의 일반적 특성

특 성	구 분	n=16	백분율
연 령	31-40	5	(31.4)
	41-50	7	(43.6)
	51-60	2	(12.5)
	61세이상	2	(12.5)
결혼여부	기혼	14	(87.5)
	이 혼	2	(12.5)
교육정도	국 졸	4	(25.0)
	중 졸	2	(12.5)
	고 졸	8	(50.0)
	대 졸	2	(12.5)
경제상태	상	2	(12.5)
	중	9	(56.2)
	하	5	(31.3)
종 교	기독교	4	(25.0)
	천주교	1	(6.25)
	불 교	1	(6.25)
	무 교	10	(62.5)
병 력	2년 미만	0	0
	2-5년	3	(18.6)
	6-10년	6	(37.5)
	11-15년	3	(18.6)
	16년 이상	4	(25.0)
계		16	(100)

료를 중단한 환자, 병원치료와 기타 민간처방, 한약 등으로 혼합적인 치료를 행하는 16명의 여성 환자들의 치료추구행위를 분석한 것이다. 연구를 위한 면담자의 일반적인 배경은 〈표 1〉과 같다.

2. 치료추구 행태의 구분

관절염 환자의 치료추구 행태는 증상을 지각하여 병원을 찾고 지속적 혹은 간헐적으로 병원에서 치료를 하고 있는 병원치료군, 병원치료에서 민간치료로 변화한 군, 병원치료에서 민간치료로 다시 병원치료로 진행되는 군, 민간치료만을 고집하는 군, 민간치료에서 병원치료로 다시 민간치료를 받고 있는 군, 민간치료에서 병원치료로 변화한 군으로 구별할 수 있다. 먼저 치료추구 형태군의 일반적인 요소들을 범주화하였다.

1) 병원치료군 주요범주

- ① 경제상태는 중상류층
- ② 교육정도는 고졸 이상
- ③ 종교는 없음
- ④ 원인지각은 산후조리, 성격, 스트레스, 체질 등
- ⑤ 병력은 평균 5-6년
- ⑥ 초기증상 및 증상경과는 대상자들은 처음 증상을 예기치 못하였거나, 무리한 일로 인한 근육통이라고 생각하여 흔히 있을 수 있는 일시적인 통증이라고 생각하였거나, 가사일로 인한 통증이라고 생각하였다. 그러나 점차 아픈 부위가 늘어나고 주위로 아픈 부위가 확산되었다. 병이 난 것을 예기치 못하였고, 초기에는 병명을 분명히 알 수 없었기 때문에 여러 병원들을 전전하였으며 그러한 과정에서 병명을 확인하게 되었다. 통증은 갑작스럽게 악화되거나, 악화가 아닐지라도 지속되는 경과를 보이거나 서서히 통증이 심해지기 시작하였으나 병원치료후 점차로 감소하기도 하였다.

증상 경과를 종합하면 예기치 못한 발병이며, 증상은 계속적으로 악화되었고 병원치료후 효과가 있었다.

⑦ 초기진단 및 치료는 증상을 경험하는 즉시 내과, 정형외과병원에서 즉시 진단이 이루어졌다.

⑧ 진단의 수용은 대상자들 처음에 류마티스관절염이라는 진단을 받고는 '무슨 병인지 몰랐다', '그런병이 있다는 것을 처음 알았다', '친정어머니가 관절염이라서 곧 받아들였다'라고 하였다. 이를 종합하면 진단 수용은 준비되지 않은/준비된 진단이라고 할 수 있다.

⑨ 진단 후 치료추구행위로는 대상자들은 처음 진단을 들은 후에 '언니와 함께 다른 병원에서 다시 진단 받고 치료를 잘 잘하는 곳을 찾았다'하거나, '다른 병원도 치료가 똑같아 그렇게 치료하는 병이라고 생각한다' 라고 하였다. 치료를 위한 일차적 선택으로 병원을 택하였다.

⑩ 증상의 진행경과는 병원에서 치료를 받으면서 '치료를 받으면서도 전에 아프던 곳은 좋아하는데 새로 아픈 곳이 늘어난다' '진단이 늦게 이루어졌으며 통증이 심해져서 치료를 받지 않을 수 없다' '류마티스 치료를 병원에서 받았으나 부작용이 두렵고 완치가 안된다고 해서 민간치료제도 복용해봤으나 병원약을 중단하면 곧바로 온몸이 아파서 일어날 수가 없다'고 하였다. 즉 증상진행의 종합-증상이 계속되지만 병원치료가 가장 강력한 치료효과를 가진 것으로 인식하였다.

⑪ 치료의 진행은 '병원약을 끊으면 곧바로 온몸이 아파서 일어날 수가 없으니 병원 치료를 중단할 수는 없다', '병원에서 치료받고 아픈 것이 줄었다'의 치료효과와 '병원치료 이외의 것은 없을 것 같아서 병원치료를 지속한다. 전문 병원에서 치료를 하니깐 안심하고 치료를 계속한다' '어느 병원의 치료나 다 똑같다. 병원치료를 하는 것 밖에 없다' '병원에서는 계속 연구하고 새로이 개발되는 약이 있는 곳이다' '최고의 병원이라고 한다'. '치료받고 나온 사람들이 있다', '현대 의학보다 더 나은 것이 있겠느냐?' 등으로 병원치료의 전문성을 신뢰하였다.

또한 예후에 대한 낙관으로 '더 심해지지는 않을 것이다'와 '관절염에 민간약이 소용이 없다. 우리 친정엄마도 관절염으로 온갖 민간약을 다 먹었

어도 낫지 않더라'라는 병원치료에 대한 경험적인 확신 그리고 이런 자신의 생각이 교육수준 때문이라고 지적하기도 하였다.

⑫ 병원치료를 종합하면 초기에는 진단을 받기 위하여 선택하였다. 치료를 지속하면서 관절염에 민간약이 듣지 않는다는 관찰경험과, 약을 끊으면 더 아프고 움직일 수 없는 치료효과를 경험하였다. 또 의료전문성에 대한 신뢰로서 연구하는 사람들이 치료를 맡고 있으며, 치료를 계속하면 더 심해지지는 않을 것이라고 하여 앞으로의 치료경과의 불확실성까지도 의료 전문성에 의존하여 극복하였다. 이러한 생각에 영향을 미치는 요인으로 지각되는 것들은 교육수준(환자의 지적배경), 주변 사람들의 준거체계로서 관절염 환자들이었다.

그러나 병원치료의 중단가능성으로는 완치가 이루어지지 않으면 체질에 맞는 약을 찾겠다는 것과 부작용으로 눈이 침침, 이명, 구역질, 대상포진, 갑상성기능항진증, 골다공증, 위장장애가 경험되었으며, 약을 먹어도 아픈 부위가 늘어나고, 아픈 정도가 심해진다고 하여 '병원약이 이제 안 맞는 것 같다'는 생각 등이었다.

또 병원치료를 지속할 수 없는 경우는 치료효과를 신뢰할 수 없으면서 병원약에 대해 '치료제가 이니고 진통제이다'라는 주변 사람들의 충고나, 증상을 갑작스럽게 경감하면서 진단을 받아들이기 어려워서 자신이 병이 났다는 것을 받아들이기 어려워서 환자역할로의 이행이 어려울 때 등이었다. 병원치료의 종류는 전문 병원, 종합병원, 정형외과이었다.

⑬ 민간치료의 종합에서 민간치료를 선택하는 이유는 주로 친척, 친구들이 권해서 병원약의 부작용을 줄이기 위해서 간헐적으로 사용하였다. 민간치료를 중단하는 이유는 비위가 상하는 등의 복용의 어려움과 민간의료전문성에 대한 회의, 경제적인 부담이 들면 중단하였다. 민간치료의 종류는 관절염효과제, 영양제였다.

2) 병원-민간치료군의 주요범주

① 경제상태는 중

- ② 교육정도는 고졸
- ③ 종교는 주로 천주교
- ④ 원인지각은 모른다 혹은 신이들었나라고 생각
- ⑤ 병력은 4년
- ⑥ 초기증상은 갑자기 발바닥이 아픈 것으로 예기치 못한 증상을 경험하였다.

⑦ 초기치료는 병원에서 류마티스관절염이라고 진단하였다.

⑧ 초기치료의 중단은 초기 진단이 이루어졌으나 '류마티스관절염이 무슨병인지 알지 못하고', 약 먹은지 1일만에 아픈 것이 없어져 대수롭지 않게 생각하고 치료를 중단하였다.

⑨ 증상의 진행은 첫번째의 병원에서 약을 먹고 통증이 없어진 후 1주일정도 지나서 다시 통증 발현하여 병원, 약국약, 한약, 민간치료제를 사용 등을 사용하였다.

⑩ 치료의 전환은 여러가지 치료를 사용하였으나 아파서 일어날 수 없게되자 종합병원거쳐 전문 병원에 입원하였다. 종합병원 입원 중에는 통증이 감소하고 움직임이 가능하였으나 퇴원후 다시 아프기 시작하였다. 입원해 있으면서 류마티스 관절염은 오랫동안 치료해야 낫는다는 것과 병원치료로는 완치가 되는 것은 아니라는 환자들의 이야기들을 들었다.

⑪ 치료의 고정은 병원에서 퇴원후 병원치료를 계속하였으나, 완치의 희망, 믿음(신앙), 교우가 권한는 식품, 오랫동안치료가 필요하다는 것 등의 이유로 건강식품으로 치료를 바꾸었다.

⑫ 병원치료의 선택은 초기 진단을 위한 선택과, 주로 민간치료제, 약국약으로 진통이 안되고 증상 지속되었을 때, 관절염 환자들이 많이 치료를 받는 곳이라는 소문을 듣고, 민간치료제, 약국약의 부작용을 치료하기 위하여, 잡지에서 전문 병원이라는 기사를 보고 병원을 선택하였다. 병원 치료의 중단은 '약을 먹으면 통증이 없어지지만 약을 끊으면 통증이 없어지지 않아 치료제가 아니다'는 생각이 들때, 진단에 대한 설명이 없는 등의 의료인과 상호관계가 원활하지 못할 때, 증상의 지속적인 악화가 계속되어 치료를 바꾸었다. 또한

원인을 알수 없는 갑작스런 발병이라서 '어딘가에 나한테 맞는 치료가 있을 것 같아' 치료를 중단하고 새로운 치료를 찾았다.

⑬ 민간치료의 선택은 동네사람들, 친지들, 아픈 사람들이 권하고, 약국약의 부작용 경험하였을 때, 병원에서 진단을 제대로 하지 못한다는 생각이 들 때, 완치의 희망을 가지고 선택하였다. 민간치료의 중단은 몸이 붓거나, 숨이 차는 등의 부작용을 경험하거나, 마약제제가 아닐까하는 마음이 들고 그러한 마약제제를 먹으면 부작용이 있을 것이라는 생각으로 중단하였고, 통증 심해지는 등의 치료 효과 없고, 치료가 힘들어서 쓰러지거나, 치료시 통증이 심하거나, 비위가 약해 먹을 수 없으면 중단하였다. 특히 병원 치료후 건강식품을 치료제로 선택한 것은 '이병은 서서히 낫는 것이라고 병원에서 이야기를 하니... 결국은 체질을 개선하고 서서히 치료되는 방법을 생각할 수 밖에 없어서... 이 식품은 약이라기 보다는 식품이고 몸에 좋은 것이라고 하니... 서서히 체질을 바꿔서 낫게 할 것 같고... 또 병 나고 그런 것도 그렇고... 믿음으로 낫게해줄것 같아서... 이제 제일 잘 한다는 병원에서 입원도 해봤고... 낫는다는 믿음으로 먹고 있어요'라고 하였다. 즉 병원치료에서도 완치가 되지 않았으며 교우가 권한 것이어서 믿을 수 있어서 치료제로 선택하였다.

3) 병원-민간치료-병원치료군의 주요범주

① 경제상태는 중하

② 원인지각은 기도생활을 소홀히 한 것(신체적인 원인은 없다고 생각한다), 집터가 맞지 않는다, 피가 탁해져 있다, 처음에 병원을 잘못 선택하였다, 일을 많이 해서 병 낫다, 영양부족/변비(대사작용이 좋지 않다), 산후조리가 잘못 되었다라고 생각함,

③ 병력은 7년에서 15년이상

④ 교육정도는 대졸, 고졸, 국졸, 중졸로 다양함

⑤ 종교는 기독교, 없음

⑥ 초기증상은 갑자기 오른 손이 아픔, 임신중에 일상적인 불편감을 서서히 느낌, 손이 붓고 아

프다. 분만후 무릎과 손목이 아프다.

초기 증상의 종합은 갑자기 발병하였으나 대수롭지 않게 여김(일상적인 증상)

⑦ 초기치료로는 병원에서 진단 받음, 분만후 병원에서 진단받음, 병원에서 진단 받음, 병원에서 무릎을 수술하였다. 이를 종합하면 병의 진단은 초기에 병원에서 이루어졌다.

⑧ 증상의 진행은 병원치료중에도 계속적으로 아픈 곳이 늘어났으며, 개인병원에서 치료받았으나 효과없어 종합병원에서 입원하여 치료받았으나 퇴원후 다시 아팠다. 또한 병원에서 '치료보다는 일을 그만해야한다'는 권유 받았으나 일을 그만 할 수 없는 형편이라서 치료를 받으면서 일을 계속하는데 아픈 것이 심해지고, 무릎 수술한 반대편 무릎이 더 심하게 아파왔다.

종합-일차 병원치료에서 치료의 효과를 경험하지 못하고 증상이 악화되었으며 주위에서 '관절염은 병원치료로는 낫지 않는다. 민간치료제를 사용하라'는 권유를 받았다. 증상의 시작이 산후조리, 무리한 일등으로 시작함

⑨ 치료의 전환은 민간치료제를 쓰던중 '병원에서 약물 중독이라는 소리를 듣고 되도록 약을 쓰지 않고 기도생활에 열중하였다'라고 하거나, 또한 대상자는 '병원치료가 없는 것 같아 수지침과 한방치료를 2년이상 받았다'라고 하기도 하고, 한 대상자는 직업일을 하면서 병원에서 치료를 하였으나 '걸을 수가 없게 되어 일을 중단하고 병원치료에 매달렸다'고 하였다. 그러나 민간약을 쓰는데 '부작용의 이야기도 있고', '약이 전문적으로 지어지는 것이 아니라 독한 약이라는 말도 있어서 의심이 들어 중단하고 방승에서 소개하는 전문 병원으로 바꾸었다'는 등으로 치료의 전환이 이루어졌다.

⑩ 치료의 고정은 기도생활을 하면서 관절염에 대한 세미나에서 병식을 얻은 다음 병원치료로 고정하였다. '나는 병원에서는 약을 너무 많이 먹고 약물 중독이라고 약도 조금 밖에 안지어주고, 민간치료제 라고 하는 것들은 먹기도 어렵고 아픈 것이 주는 것 같지도 않고 그래서 먹을 것도 없고

치료 할 것도 없다는 생각에 그냥 아프면 울고 주무르거나 하고 그렇게. 매일 울면서 지냈는데 기도하고 교회일을 하면 아픈 것도 주는 것 같고 그래서 기도를 많이 하고 지냈어요. 그러다 어디서 관절염 세미나를 한다고 해서 가서 들어보니 병원약을 꾸준히 먹고 그러면 치료가 된다고 해서 그후로는 병원약을 꾸준히 먹고 약을 먹으면서 의상 항상 이야기를 하고 그러니까 요즘은 정말 살 것 같네요...'라고 하였다. 또 한 대상자는 전문병원으로 치료를 바꾸어서 고정하였는데 치료 효과가 있고 주변 사람들의 '관절염도 병원에서 낫는다고 하더라... 병원이 잘하는 병원이라고 하더라'라는 이야기가 치료를 고정하게 하였다. 또한 대상자는 '처음에는 일하지 말라는 의사말을 들을 수가 없었어요. 내가 벌어야 애들 가르치고 먹고 사니까 아파도 질질 다리를 끌고 다니면서 일을 했죠. 그런데 그렇게 다니니까 일하지 말라는 의사말을 들을 수가 없었으니까 병원을 갈 수가 없더라고요. 그래서 병원에는 안가고 한약방도 가고 침으로 쫓는데도 가고... 용하다는데는 다 쫓아다녔죠... 그러다가 정말로 못일어나게 되니까 돈이고 애들이고 다 소용이 없어지네요. 그래서 회사 그만두고 누워버렸죠. 그러면서 막대기 집고 병원다녀서 이제는 많이 나아졌어요' 더욱이 병원치료에서 치료병원의 '약이 미세다', 치료병원과 '연이 닿는다'라는 초자연적인 질병관도 공존하였다.

⑪ 민간치료의 종합으로 민간치료의 종류는 고양이, 두류, 양배추, 오동나무, 말뚝, 지네, 한약방, 건강식품, 침, 안수기도, 고약, 환약(담방약)이다. 민간치료가 선택되는 이유는 치료적 대안으로서 병원치료후 증상 악화되는 경우, 주위 사람들의 권유, 치료에 대한 초자연적인 믿음, 체질개선 등을 통한 완치에의 기대 등이다. 민간치료가 소개되는 경로는 주위사람들, 소문, 신앙공동, 약품판매업자의 권유 등이다.

민간치료의 치료중단 이유는 치료 효과가 없는 경우로 증상이 경감되지 않거나, 증상 악화되거나, 점차 치료 효과가 줄어드는 것 등이었다. 또

민간치료를 중단하게 하는 것으로는 복용의 어려움으로 약이 독하다, 비위가 상한다, 준비가 어렵다, 치료가 힘들어서 치료시 아프다, 어지럽다, 등이었다. 치료의 부작용 역시 치료를 중단하게 하는 요소인데 무릎에 물이 차거나, 약 붙인 부위가 짓무르거나, 다리가 마비되는 것을 실제 경험한 경우와, 부작용에 대한 두려움으로 주위 사람들의 경고는 특히 마약제제의 사용을 주의하라는 것이었다. 또 민간치료자와 민간치료 원리의 전문성에 대한 신뢰부족 등은 치료를 중단하게 하는 요인인데 ‘내가 무릎이 아파서 왔다고 하니깐 침을 놔주는데 내 생각에 아픈 곳이 한둘이 아닌데 침 맞아서서 될 것 같지도 않고... 치료를 한다고 한약방을 쫓아다니다가 한편으로 그 잘난 의사들도 못났는 병인데 이 사람이 나아줄것 같지도 않고 그런 생각이 들면 그 약을 먹어도 효과가 있는 것 같지도 않게 되고...’ 이었다.

민간치료에 사용되는 비용은 목돈의 형태였기 때문에 경제적인 부담감 역시 치료를 지속할 수 없게 만들었다. 한편으로 민간치료제가 관절을 치료할 것을 기대하였지만 위기능, 변비, 생리는 좋아지는데 관절의 통증은 그대로 지속하여 기대한 치료효과를 갖지 못하여 중단하기도 하였다. ‘확실히 그약을 먹으면 속이 편해요. 위는 좋아지는 것 같은데 무릎 아픈 것은 그냥 그런 것 같아서... 관절 치료제는 아닌 것이죠. 워나 좋게 했지’

⑫ 병원치료의 종합은 병원 종류는 개인병원, 정형외과, 한방병원이었다. 병원치료를 선택한 이유는 초기에 진단을 받기 위해 찾아갔으며, 주위 사람들의 정보 제공과, 방송 등의 매스컴에서의 소개 등이었다. 경우에 따라서는 신앙적인 믿음으로 같은 교인이 운영하는 병원을 찾아가기도 하였으며, 병원의 전문성에 대한 기대로 큰병원, 병원 이용이 용이하기 때문에 집에서 가까운 병원을 찾아갔다. 또 민간치료의 부작용에 대한 치료적 대안인면서, 진통효과와 부작용 경감 등의 치료적 효과에 따라서 선택하였다.

병원치료의 지속은 치료의 효과를 보았으며, 약을 먹고 속이 편하고, 부작용이 없고, 병식과

함께 병원치료의 전문성에 대한 신뢰와 다른 치료적 대안을 찾을 수 없을 때 병원치료지시에 순응하면서 이루어졌다. 병원 치료의 중단은 증상의 악화되거나, 위장장애, 부종 등의 부작용을 경험하거나, 치료지시 이행이 어렵거나, 치료과정이 어렵을 때, 그리고 완치에의 확신이 없을 때 새로운 치료를 찾아서 중단하였다.

중단하였던 병원치료를 다시 시작할 때는 민간치료로 증상이 악화되고, 가시적인 증상변화가 보이고, 관절염에 대한 병식이 생겼으며, 다른 치료가 없을 때 다시 시작하였으며 주로 전문 병원, 종합병원 등이었다. 다시 시작한 병원치료는 전체적인 건강이 좋아지고, 병원치료의 전문성에 대한 신뢰가 있으며, 치료의 희망을 느낄 때, ‘이 병원에서 치료를 받으면 언젠가는 낫는다’ ‘나는 이 병원에서 6년된 환자가 많이 좋아진 것을 봤다’ ‘바늘귀만큼씩 좋아진다고 하니깐 서두르지 말고 기다리면서 꾸준히 치료를 해야 한다드라’는 등의 완치에 대한 기대를 갖게 하는 주변 환자들의 지지가 있을 때 이루어졌다.

4) 민간치료 - 민간치료군의 주요범주

- ① 경제상태는 하
- ② 원인지각은 속이 냉해서 생긴 병(체질)
- ③ 병력은 40년
- ④ 교육정도는 국졸
- ⑤ 초기증상은 아이를 낳고 난 후에 심하게 하혈을 하고 온몸이 아팠다.
- ⑥ 초기치료는 산후조리가 안됐다고 생각하여 한약 먹었다.
- ⑦ 증상의 진행은 아픈 곳이 손가락, 무릎 등으로 늘어났지만 일을 해서 그럴 것이라고 생각하고 관절에 좋다는 약을 먹었다.
- ⑧ 치료의 전환은 아주심하게 아파서 일을 할 수 없을 때는 양약(진통제)를 먹지만 치료제가 아니고, 입술이 오그라드는 등의 부작용이 있기 때문에 되도록 먹지 않았다. 양약은 치료제가 아니고, 부작용이 있다고 생각한다.
- ⑨ 치료의 고정은 주로 민간치료제(뿌리, 잎)

등을 꾸준히 닦여 먹는다.

⑩ 민간치료의 지속은 동네사람들, 시장사람들이 관절에 좋다고 권하는 민간치료제를 꾸준히 닦여 먹는 것이다. 질병의 원인은 ‘...어디에서든지 물어보면 나는 몸이 차데요. 몸이 차서 병이 난데요. 그러니까 여름이나 겨울이나 나는 몸을 따뜻하게 할려고해. 지금도 우리 방에는 솜이불 깔아놨어요. 찬 바다에는 앉지도 못하고 항상 솜이불 덮고 그래야되니까. 그러니까 항상 몸을 따스게 하는 약을 먹으라고 하고...’하여 병의 원인을 체질이라고 보고 돈이 생기면 민간치료제를 복용한다.

⑪ 민간치료의 중단은 돈이 없어서 민간치료제를 구입할 수 없을 때, 부작용이 우려되는 독한 약, 효과없을 때는 중단하였다.

⑫ 민간치료의 기대는 ‘체질이 그러니까 자꾸 이런 약을 먹어서 몸을 보해야 한다’라고 하였으며 양약은 그러기 때문에 치료제가 아니라고 생각하였다. ‘약국약이나 병원약, 보건소약은 먹을 때 잠시 아픈 것은 줄어도 낮게하는 것은 아니고 진통제야 진통제... 양약 먹으면 입술도 타고...’

5) 민간치료 - 병원 - 민간치료군의 주요범주

- ① 경제상태는 중하
- ② 교육정도는 국졸, 고졸,
- ③ 종교는 기독교 혹은 종교없음
- ④ 원인은 영양부족, 성격, 집터가 안맞아서 등으로 지각함
- ⑤ 초기증상은 갑작스러움 뻥긋과 같음, 10여년전부터 간헐적으로 허리가 아팠다,
- ⑥ 초기치료로는 주위사람들이 뻥긋에 듣는 민간약, 관절염에 듣는 민간약을 권하였다. 정보제공자로는 동네사람들이었다.
- ⑦ 증상의 진행 및 치료과정은 통증이 전신적으로 심하게 진행되어 민간치료제를 여러가지 복용하였다. 왜냐하면 질병의 원인을 영양부족이라고 지각하였기 때문이다. 또 주변 사람들의 준 체계도 강력하게 작용하였다. ‘사람들이 그러는데 고양이를 먹으면 된다고 해요. 나처럼 이렇게 아

픈 것을 관절이라고 하는데 뭔가 내몸에 필요한 것이 부족해서 생긴 것이니까 그것을 보충할 수 있는 것을 먹어야 하는데... 누가 그것을 먹고 좋아진 것을 눈으로 봤다고 하니까 먹게 되죠...’

그러나 점차 통증이 전신적으로 퍼져서 병원에서 진단 받고 치료하였으나 일시적인 증상 완화의 효과만 있고 완치가 되지 않았다. ‘집에서 약으로 안되니까 병원에 갔는데 수술 하자고 해서 수술을 했는데 수술한 다리도 여전히 아프고 안아프던 반대편 다리까지도 아프게 됐어요. 수술하려고 입원하니까 같은 병실에 있던 환자들이 수술하지 말라고 관절은 수술해도 낫지도 않는다고 해도 믿고 했는데 정말 수술하고 나서도 낫지 않고 더 아프니까 정말 관절에는 양약이 안되는구나 싶고...’ 그래서 완치를 할 수 있는 민간치료제에 대해 여러군데로 수소문하였다.

⑧ 치료의 전환은 무릎에 물이 차면서 계속하던 민간치료를 중단하고 병원치료로 바꾸었다.

⑨ 병원치료의 중단은 약을 먹으면 통증이 줄어들었으나, 약을 끊으면 다시 아프고 ‘완치는 없다’는 말을 주위사람들로 부터 들었기 때문이었다. 한편으로는 변형이 진행되어 통증 정도가 자연스럽게 줄어들어서 치료를 체념하고 병원치료를 중단하였다.

⑩ 치료의 고정은 변형후 병원치료는 완치가 어렵기 때문에 간헐적인 통증은 민간치료제로 다스리고 완치를 위해서 민간치료제를 찾아 다녔다.

⑪ 민간치료의 선택은 주로 초기에 증상에 따라서 이루어졌으며, 잡지, 시장사람들, 동네사람들, 관절로 아픈 사람들, 사촌올케 등의 주변사람들의 지지에 의하여 이루어졌다.

민간치료제에 대해서는 ‘뭘가 몸에 닿을지 모른다’는 막연한 희망이 영양부족, 집터가 안맞아서 생긴 병 등의 원인지각과 함께 선택되었다. 또 병원약이 효과없어 치료적 대안으로 선택되기도 하였으며, 확실한 진통효과를 보이기 때문에 선택되기도 하였다.

‘병원에도 못가고 약도 듣지도 않고 그러는데 동네에서... 어디에서 용한 한약방에서 관절약을

지어주는데 버스로 모집을 해서 간다고 해요. 그래서 마땅한 병원도 없고 그러니까 혹시 그것이 낫게 할런지도 모른다 생각이 들어서 버스를 타고 가니까 동네에서 벌써 그 집을 알고 안내를 하더라고요. 그 집에 가니까 관절환자들이 많이도 와 있더라고요. 그래서 그 곳에서 약을 갖다 먹는데 효과가 있고, 안먹고 있어봐도 그렇게 아프지도 않고, 몸이 붓거나 그런 것도 아니니까 마약은 아닌 것 같아서 안심도 되고...'

⑫ 민간치료의 중단은 주로 치료 효과가 없이 통증이 악화되거나, 복용이 어렵거나, 치료비용이 경제적인 부담이 되거나, 살이 짓무르거나 몸이 붓는 등의 부작용을 경험하거나, 주변 사람들이 민간치료제의 부작용, 독성을 경고하면 중단하였다.

⑬ 병원치료는 증상의 변화로서 무릎에서 물이 차는 등의 가시적 증상이 나타나거나, 주변사람들의 정보제공, 마스크의 소개에 의한 전문성의 신뢰로 시작되었다.

⑭ 병원치료의 중단은 치료효과가 없거나, '중신병'이라고하여 치료희망이 없어져서 계속 치료할 생각이 없어지거나, 부작용으로 위장장애, 털이 빠지는 등의 경험이 있거나, 변형이 진행되고 통증이 줄어들어 질병의 진행이 완만해질 때였다.

⑮ 민간치료의 선택은 부작용 없이 통증이 줄어서, 돈을 조금 주면서 통증을 치료할 수 있고, 완치를 할 수 있다는 말을 들었을 때 완치에의 희망을 가질 수 있거나 몸에 닿는 것을 찾고자 하는 희망으로 이루어졌다. 또 변형이 진행되어 병원도 소용없다는 병에 체념이 이루어지면서 민간치료로 간헐적인 치료를 선택하였다.

6) 민간치료-병원군의 주요범주

① 경제상태는 상, 중, 하로 다양하다

② 원인지각은 스트레스, 성격/영양부족, 장질 부사를 심하게 앓은 적이 있다, 체질이 약하다, 맥역자들이 모두 이병에 걸려 뭐가 있는 것 같다, 스트레스 때문이다등으로 종합하면 스트레스, 영양부족, 체질, 초자연적 질병관

③ 병력은 7년에서 34년까지 다양하다.

④ 교육정도는 주로 중졸과 고졸

⑤ 초기증상은 왼쪽 손가락이 아프고, 산후조리가 잘못되었으며, 갑자기 손가락이 아픴, 산후에 허리가 아파서 산후조리가 나쁘다고 생각하였다.

⑥ 초기치료는 산후조리에 한약이 좋다고 해서 한약 복용하거나, 동상인줄 알고 민간치료 시작하거나 신체적인 무리가 왔다고 생각하여 민간치료를 시작하였다. 종합하면 질병이라기 보다는 일시적인 변화라고 생각하고 한약을 복용하였다.

⑦ 증상의 진행은 통증이 전신으로 진행, 통증이 전신으로 진행, 분만후 통증이 전신으로 진행, 무릎과 손목의 통증으로 진행되었다. 종합하면 임신중의 기간을 제외하고 통증이 재발하거나, 계속 진행되었다.

⑧ 치료의 전환은 무릎에 물이 차서 병원치료, 한약치료후 간과 위의 부작용이 심하여 한약 중단하였다가 임신후 증상 호전되었다가 분만후 다시 증상 심해져서 한약으로 치료하였고, 나병원, 한약, 양약 먹었으나 아픈 것이 심해지고 변형이 진행되었다. 허리와 무릎의 통증이 다시 갑작스럽게 시작하였다. 종합하면 임신 등의 자연스런 통증 완화기를 거쳐서 다시 통증이 심해져서 민간치료를 찾았으나 통증 완화의 효과가 없거나 무릎에 물이 차는 것, 변형이 오는 것 등의 가시적인 변화가 있어 민간치료에서 병원치료로 전환하였다.

⑨ 치료의 고정은 병원에서 수술후 고정적인 치료, 조카의 병원에서 사진찍고 뼈의 손상정도를 알고 병원치료로 고정하였거나, 병원에서 수술후 전문병원치료이었다.

⑩ 민간치료의 종합으로 종류는 한약방, 한의사, 뼈맞추는 곳, 호랑이뼈+부적, 말뼈, 인골, 고양이, 우슬뿌리, 굵, 기도생활, 민간치료제들, 단식이다.

민간치료의 선택이유는 통증형태가 산후 통증, 뻐 것같은 통증으로 초기진단을 받기 위해서였으며, 양약치료의 실패와 주변사람들의 준거체계(친척, 가족, 동네사람들, 환자들, 텔레비전, 방

송)에 의한 지지였다. 지속이유는 예측한 대로
 치료경과를 보이는 증상일관성을 유지하는 경우,
 통증이 줄어들고, 완치가 된다는 희망이 있기 때
 문이었다. ‘...그 약을 주면서 그 양반이 하시는
 말씀이약을 한 2-3일 먹으면 어떤 증상이 나타
 날 것이라고 해요 그러면 자기한테 전화를 하라고
 그래서 알았다고 하고 집에 와서 약을 먹는데 아
 니나 다를까 한 2-3일이 지나니까 손끝이 빨개
 집어서 커질 것 같아서 전화를 해서 그렇다고 말
 을 하니깐 이제 치료가 시작된 것이라고 알려준대
 로 약을 먹으라고 하드라구요. 그래서 약을 열심히
 먹었죠. 그랬더니 정말로 아픈 것이 줄어들고
 임신을 했어요. 임신을 하니깐 아픈 것이 더 많이
 줄어들고... 그래서 임신중에는 안먹고 애 낳고
 나서 다시 아프니까 다시 그집에 가서 약을 먹고
 ... 그 약을 먹으면 나를 것 같아서 먹죠’

치료중단은 증상의 변화로서 통증이 악화되었
 거나, 부작용을 경험하였을 때 이루어졌으며, 자
 연적통증 변화, 혹은 임신등의 경우에도 치료는
 중단되었다. 또한 치료과정이 힘들고, 돈이 많
 이 들고, 시간이 걸리는 등의 어려움과, 약복용의
 장애(비위가 상하고, 어디서 구하는지 모르겠고,
 약을 준비하는 과정이 헛고 다듬기가 어려우면 중
 단하였다. 치료비가 많이 소요되어도 중단하였다.

⑪ 병원치료의 종합으로 병원치료의 선택은 민
 간치료의 실패하여 점차 아픈 곳이 늘어나거나,
 일을 할 수 없을 정도로 통증이 심해질때, 무릎이
 물이차는 등의 가시적인 증상변화와 수술을 권유
 받을 때였다. 한약 부작용으로 간과 위기능저하를
 경험하거나, 한약 치료후 다시 아플 때도 선택되
 었다. 치료의 지속은 의료전문성에 대한 신뢰로서
 유명한 병원, 큰병원, 매스컴에서 소개된 병원이
 기 때문이었으며, 의료진과의 상호작용에서의 만
 족으로 약의 효과와 부작용에 대한 즉각적인 대
 처, 친절한 의사, 수술후 경과를 지속적으로 관찰
 하고 상담할 수 있다’ 등이 치료 지속 배경이었다.
 ‘그 선생님은 타고난 의사 같아요. 말도 조용조용
 하고 내가 들어가니까 어디가 아프냐고 어디를 나
 서주면 좋겠냐고 가족들이 잘 도와주냐고 그러면

서 이야기를 하는데... 그렇게 자상하게 물으니까
 울음이 나와서 울으니까 울으라고 휴지를 집어주
 데요...(울음)... 그 약을 집에 가져와서 먹는데
 어찌 아픈 것이 줄지도 않고 속이 쓰리고 그런 것
 같아서 전화를 했더니 약을 가지고 다시 오라고 해
 서 약을 바꿔서 먹었더니 지금은 많이 괜찮아요’

또 증상은 지속되거나 악화되는데 다른 치료적
 대안이 없을 때 병원치료가 지속되었다. 병원치료
 의 중단 가능성은 완치가 되는 것은 아니더라는
 회의와, 병원약이 치료제가 아니더라는 생각, 부
 작용에 대한 우려 혹은 부작용을 경험하는 것이었
 다. ‘지금은 무슨 약(원치가 되는 약)이 없으니까
 먹지만 병원약은 완치는 안되잖아요. 또 위를 상
 하면 다른 아무리 좋은 약이 있다고 해도 먹을 수
 가 없으니까 우선 급한 통증만 양약으로 잡고 속
 이 안 상하게 되도록이면 약을 안먹고...’

3. 치료추구행위의 종합화

환자들의 치료추구행위는 증상 체험의 단계로
 신체적 증상에 대해서 어딘가 이상하다고 생각하고
 이에 대한 대응책을 찾는 과정으로 시작한다.
 증상 체험의 다음 단계는 병역할에 대한 단계로서
 전문적인 치료를 필요로 한다고 결정하고 이에 따
 르는 과정으로 진행한다. 이때 이상한 신체적 증
 상에 대한 ‘이름 붙이기’ 즉 진단 작업이 이루어지
 게 된다. 진단과 함께 치료가 이루어지는데 치료
 의 과정에서 만족스럽게 문제가 해결되면 증상 경
 험은 일회적인 사건으로 끝나게 되지만 증상이 지
 속되거나, 지속적인 치료를 필요로 하게 되면 전
 문적인 의료처치를 구하는 치료추구행위가 본격
 화된다. 의료와의 접촉을 통한 치료추구행위는
 ‘환자는 자신의 건강에 관하여 결정하여야 하고,
 병역할을 수행(Clark, 1959)’하여야 한다. 치료
 추구행위가 고정되거나, 의사찾아다니기를 통하
 여 여러 치료추구를 행하거나 간에 만성질환은 점
 차적으로 환자의 삶속에서 ‘독자적인 치료추구행
 위’를 고정하는 방식으로 진행된다.

이러한 과정을 단계별로 살펴보았다.

1) 증상체험의 시작단계

관절염 환자들이 증상체험의 시작단계에서 시작되는 첫번째 증상은 관절 부위의 통증이다. 통증을 경험은 발현 형태가 갑작스럽고 생경한 경험으로 시작되기도 하고, 일상생활에서 늘 경험하였던 것과 같이 익숙한 경험으로 시작하였다. 통증은 매순간마다 계속적이고 지속적으로 느껴지기도 하고, 신체적인 움직임에 따라서 혹은 신체적인 움직임과 무관하게 간헐적으로 느껴지기도 하며, 일정한 강도로 변화없이 지속되기도 하고, 점

차적으로 강하게 혹은 강하게와 약하게를 반복하기도 하였다<표 2>.

2) 병역할로 진행을 위한 조건

통증 경험을 일과적인 신체적인 변화로 간주할 수 있는가 혹은 어디가 이상하다고 생각하고 신체적인 이상에 대한 경고로서 통증을 지각해야 하는가를 결정하기 위해서 동원될 수 있는 요소들이 있다. 통증 경험을 통하여 병역할로 진행하기 위해서는 의료체계와의 상호작용이 이루어져야 한다. 의료체계와의 상호작용은 통증을 경험하는 환자의 경제상태, 교육정도, 종교, 질병원인지각통증원인지각, 유병기간, 의료전문화에 대한 문화이입정도, 주변사람들의 준거체계의 영향력, 치료의 용이성과 의료인과의 상호작용 등으로 이루어진다<표 3>.

<표 2> 통증의 속성

범주	속성
통증	통증 발현 양상-갑작스러운 통증 경험/익숙한 통증 경험
	통증의 지속성-지속적인 통증/간헐적인 통증
	통증의 강도-급격히 변화함(악화)/완만한 변화

환자의 경제상태, 교육정도, 종교, 유병기간은

<표 3> 병역할로 진행을 위한 조건

범주	속성	범위
경제상태	경제상태	상 ——— 하
교육	교육정도	무학 ——— 대졸
종교	종교적 몰입	약함 ——— 강함
유병기간	유병기간	4년 ——— 40년 이상
질병원인에 대한 지각	원인지각	근대적 ——— 초자연적, 자연적 (가시적 증상, 관절염의 치료-조절) (몸에 닿는 치료-완치, 병은 운, 별)
가시적 증상발현(부종, 변형, 수술로 인한 제한)	증상발현	없음 ——— 심함
주변사람들의 준거체계 (lay referral system)	준거체계와의 관계	개인적 ——— 집단적 (개인성) (익명성, 소문)
치료의 접근성 -의료인과의 상호작용 (치료지시, 질병진행의 예측, 사회적 친밀감) -비용, 절차, 부작용	용이성	용이함 ——— 용이하지 않음
의료전문성의 문화이입 (acculturation)	문화이입	완전이입 ——— 이입되지 않음 (수술, 검사, 현대의학-연구, 신약개발, 전문가들 추구) (병원약은 치료제가 아니다, 완치가 없다. 종신병이다, 민간치료의 신화(myth) 추구) 메스컴, 동료환자들)

치료추구행위를 하는 환자들의 중재조건으로 작용한다. 초기의 통증경험은 통증 속성에 따라서 치료추구행위를 결정하게 되며, 의료전문화의 문화이입과 주변사람들의 준거체계가 영향을 미친다(그림 1).

진단이 이루어진 후에는 통증 경험, 초기치료의 효과에 따라서 의료전문성에 대한 문화이입, 주변사람들의 준거체계의 영향속에서 치료추구행위를 결정하게 된다(그림 2).

3) 초기치료의 선택단계(증상체험 시작단계)

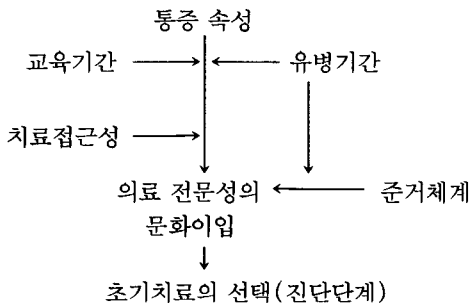


그림 1. 초기치료의 선택모형

통증 속성

증상체험 시작단계에서 도출된 가설은 다음과 같다.

- ① 통증 속성(갑작스러움, 지속적, 급격한 변화/익숙한 통증, 간헐적 통증, 완만한 통증)은 초기치료 선택에 영향을 미친다.
 - 통증 속성이 갑작스럽고, 지속적이고, 급격한 변화를 보이면 병원치료를 선택한다.
 - 통증 속성이 익숙하고, 간헐적이고, 완만한 진행을 보이면 민간치료를 선택한다.
- ② 초기치료의 선택은 통증 속성에 대한 의료전문성의 문화이입과 주변사람들의 준거체계의 영향을 받아 이루어진다.
 - 의료전문화에 대한 이입정도가 높고, 주변사람들의 준거체계의 영향이 개인적 일수록 병원치료를 선택한다.
 - 의료전문화에 대한 이입정도가 낮고, 주변

사람들의 준거체계의 영향이 집단적일 수록 민간 치료를 선택한다.

- ③ 의료전문성의 문화이입은 교육정도, 유병기간, 치료의 접근의 용이성과 관련이 있다.
 - 의료전문화에 대한 문화이입의 정도는 교육정도가 높고, 유병기간이 짧고, 치료 접근이 용이할수록 증가한다.
- ④ 주변사람들의 준거체계는 유병기간이 길수록 집단적이다.

4) 치료추구행위(병역할의 수행단계)

초기 치료의 효과		
속 성		영 역
통증 소멸	즉각적 소멸	서서히 소멸
통증 경감	즉각적 경감	서서히 경감
통증 지속	지속적 발현	간헐적 발현
통증 악화	지속적 악화	간헐적 악화

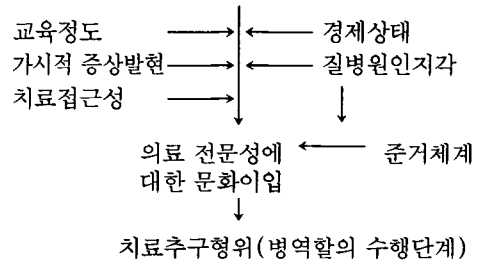


그림 2. 치료추구행위 모형

치료추구행위에 대한 가설을 도출하면 다음과 같다.

- ① 치료추구행위는 초기치료의 효과에 영향을 받는다.
 - 초기치료에 통증 소멸, 경감의 효과를 보이면 초기치료행위를 고수한다.
 - 초기치료에 통증 지속, 악화의 효과를 보이면 초기치료행위를 변경한다.
- ② 치료추구행위는 의료전문성에 대한 문화이입과 주변사람들의 준거체계에 영향을 받는다.
- ③ 의료전문성에 대한 문화이입은 교육정도, 경제상태, 가시적 증상 발현, 치료접근성, 종교, 질

병원인 지각, 주변사람들의 준거체계와의 관계에 따라 영향을 받는다.

- a. 의료전문성에 대한 문화이입은 교육정도가 높을 때 증가한다.
- b. 의료전문성에 대한 문화이입은 경제상태가 높을 때 증가한다.
- c. 의료전문성에 대한 문화이입은 가시적 증상 발현(부종, 변형, 신체가동력 제한, 수술) 시에 증가/감소한다.
- d. 의료전문성에 대한 문화이입은 치료접근성에 따라 변화한다
 - 의료전문성에 대한 문화이입은 의료인과의 상호작용(치료지시, 질병진행의 예측, 사회적 친밀함)이 증가하면 증가한다
 - 의료전문성에 대한 문화이입은 치료에 접근이 용이(비용, 절차, 시간, 비형식성, 부작용)할수록 증가한다.
- e. 의료전문성에 대한 문화이입은 질병원인지각과 관계가 있다.
 - 의료전문성에 대한 문화이입은 질병원인지각이 초자연적(벌, 운명)/자연적(체질)일수록 서서히 이루어진다.
- f. 의료전문성에 대한 문화이입은 주변사람들의 준거체계에 영향을 받는다.
 - 의료전문성에 대한 문화이입은 주변 사람들의 준거체계와 개인적 관계(매스컴, 자조그룹환자)를 유지하면 증가한다.
 - 의료전문성에 대한 문화이입은 주변 사람들의 준거체계와 집단적 관계(소문, 아는 사람들, 주변의 친지들)를 형성하면 완만히 진행된다.
- g. 의료전문성에 대한 문화이입이 증가되면 치료추구는 병원중심이 될 것이다.

V. 논의 및 결론

본 연구는 관절염 환자들의 치료추구행위의 과정과 이에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 진행되었다. Suchman(1965)는 병의 경과 단

계를 증상체험의 단계, 병역할에 대한 단계, 의료 접촉의 단계, 의존적 환자 역할의 단계, 회복 혹은 재활의 단계로 구분하였다. 이러한 병의 경과 단계는 본 연구에서도 부분적으로 지지되고 있다. 즉 초기증상을 경험하는 단계, 증상의 의미를 파악하고 이름을 붙이기 위한 진단 단계, 그리고 병으로부터의 회복을 위한 본격적인 치료추구의 단계로 구분되었다. 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)를 주요 분석 대상으로 하였다라는 점이 차이가 있다.

환자가 처음 관절의 통증을 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 받아들이지만, 통증이 산후조리, 신체적인 과부담후의 경험이라면 신체적인 이상이라기 보다는 일상생활에 대한 경고로서 지각되었다. Suchman(1965)은 증상체험이 구현되는 것은 증상에 의한 일상적인 사회적 기능의 작용이 방해받을 때라고 하였지만 본 연구에서는 사건의 친숙성이 사회적 기능에 대한 방해보다도 먼저 신체적인 이상의 징후로 지각되었다. 이점은 특히 우리나라 여성들의 몸에 대한 담론 중에서 '산후조리를 잘 하지 못하면 관절통을 앓게 된다'라는 문화적인 의식이 반영되기 때문이다.

증상체험의 단계에서 충격이 강하고 지속적일수록 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 연구들(유경희, 1996; 최순희, 1995)에서는 치료에 대한 모든 물질적, 정보적, 정서적 지지를 주고 받는 모든 자원을 사회적 지지라고 개념화하였는데 본 연구에서는 치료추구행위를 위한 정보의 형성과 전파 그리고 치

료성과를 판단하는 집단으로서의 의미를 강조하기 위하여 준거체계(referral system)이라는 개념을 채택하였다. 즉 개인적인 비전문 상담자가 그 개인의 증상에 어떻게 반응하는가 그리고 그 개인의 사회적 기능작용의 어떠한 장애를 용인하는가 용인하지 않는가가 그 개인이 치료추구행위로 진행하는가와 관련이 되어있다(Suchman, 1965)는 점에서 주변사람들의 준거 체계가 본 연구에서는 치료추구행위를 선택하게 하고, 중단시키기도 하고, 계속시키기도 하고 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 집단적으로 정보를 공유하는 것이 보편적이다. 한 환자는 자신의 어머니가 관절염으로 고생하였는데 본인이 관절염인 것을 알고 병원치료를 고집하였다. 그 환자는 '관절염으로 친정어머니가 민간약을 별약을 다 썼지만 낫지 않는다. 옛날사람하고 배운 사람하고는 달라야 한다. 현대 의학보다 더 나은 것이 있겠느냐?'고 반문하면서 '동네 사람들이 무슨 무슨 약이 좋다고 하지만, 나는 신문 보고, 책보고, 의사랑 상담하고 병원치료를 하고 있다'고 하여 근대적 관점을 주장하였다.

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 것으

로 생각된다.

치료추구행위에서 가장 강력한 영향을 미치는 요소는 의료전문성에 대한 문화이입이었다. 의료전문성이란 1950년대의 파슨스의 구조기능주의에서 질병의 경험은 사회적 이탈 경험으로서 이러한 이탈 경험을 책임지고 사회속으로 환원시킬 권한을 전문직에게 부여하여 기능적인 사회가 유지되도록 하여야 한다는 관점으로 부터 시작하였다. 즉 환자들은 병역할, 환자역할을 행함으로써 자신의 일상의 책무에서 벗어나서 일정하게 보호 받고, 사회적 책임을 면제 받으며, 단지 최선을 다하여 일상생활로 돌아가고자 하는 치료의지를 가져야 한다. 반면에 환자들이 경험하는 질병에 대해서는 전문가 집단이 치료하고, 회복시켜 환자를 사회적 이탈로 부터 사회로 복귀시키는 역할을 맡아야 하며 이를 위해서 전문가 집단에게 전문성을 부여하고 특권을 제공하여야 한다는 것이다. 의료의 전문화는 이런 관점에서 볼 때 가장 체계적인 치료절차를 갖추고 있다.

그러나 전문성이 갖는 사회적 역할이 사회적 특권으로 변질되어 환자가 자신의 질병 경험에서 주도적인 역할을 하지 못하고 수동적이고 종속적인 역할을 맡게 됨으로서 자신의 몸으로부터의 소외를 경험하게 되는 것이 문제였다.

이러한 자신의 몸으로 부터의 소외에 대한 반발은 전통적인 치료에의 장점으로 보여지기도 하는데 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 신체적 상실, 역할의 상실, 타인과의 상호작용의 상실을 경험하면서 적극적으로 민간치료에 몰입한다고 하여 병원치료에서 소외된 자신의 몸에 대한 적극적인 옹호를 민간치료를 통해서 표현한다고 보았다. 역시 유방암환자의 민간치료법에 대한 연구(박진미, 정복례, 1995)등은 민간요법이 마음에 희망을 주는 한국적 질병관리 행

위로서 잠재발에 대한 불안감의 제거, 가족상호간의 애정표시, 치료가 더이상 진행할 수 없을 때의 대응방법이라고 제시하였다. 즉 의료 전문성이 갖는 치료틀내에서 벗어나는 경험을 하는 경우에 대안적인 치료방법이 된다는 점이다. 즉 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 민간치료를 의존하는 경우 경험하게 되는 부작용으로 검증되지 않은 치료에 의한 부작용, 경제적인 손실, 보다 치료를 받을 수 있는 치료시기를 놓치는 것등(이인숙외, 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 접근이라는 범주에는 의료진과의 상호작용이라는 속성이 포함되는데 유경희(1996)는 의료진과의 상호작용이 질병의 불확실성을 극복하는데 매우 중요한 요소로 지적하였으며, 민간치료의 추구가 질병 진행을 예측할 수 없을 때 추구되는 치료행위라는 점에서 의료전문성의 확대를 위해서 의사와 환자간의 의사소통의 확대는 중요한 요소라고 생각된다.

그러나 본 연구에서는 민간치료와 전통적인 치료로서의 한의학적 치료를 엄격하게 구분하지 못하였다. 우리나라에서는 민속요법과 한방치료가 거의 혼용하여 쓰이고 있지만 엄격하게는 한방의료는 지식의 체계를 갖고 일정한 수련기관과 수련기간을 거치면서 체계적으로 검증되어 수립된 지식체라고 한다면 민속요법은 구전에 의해서 혹

은 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 나누어 지는데 그중 자연론에 근거한 병인론은 한의학의 그것과 매우 유사하여 치료법의 존재와 치료효과의 존재를 보이게 되어 그 구별이 쉽지 않았다. 특히 환자들은 한의원, 한약방, 한약종상, 한약제재등을 혼용하여 사용하였으며, 그 구분을 분명히 하지 못하였고, 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.

통증을 경험하고, 통증이 일회적인 것이 아니고 병의 증상이라고 이름 붙여지고, 통증을 없애게 위해서 병을 없애기 위해서 치료를 찾는 과정에서 의료문화는 환자들의 치료추구행위와 상호작용한다. 본 연구에서는 관절염 환자의 치료추구형태와 영향요인들을 근거이론적인 접근으로 탐구하였다.

연구의 결과는 다음과 같다.

1. 관절염 환자의 치료추구행위는 초기증상의 지각에서 진단과정에 이르는 증상체험과 병역할을 수행하는 치료추구행위로 이루어졌다.
2. 관절염 환자의 치료추구행위는 통증 경험, 의료전문성에 대한 문화이입정도, 주변사람들의 준거체계에 의하여 영향을 받는다.
3. 의료전문성에 대한 문화이입은 교육정도, 경제상태, 가시적 증상 발현, 치료접근성, 종교, 질병원인 지각, 주변사람들의 준거체계의와의 관계에 따라 영향을 받는다.

참 고 문 헌

- 간협신보(1989). 10월 1일자.
- 강현숙(1993). 한방간호 접근을 위한 이론적 고찰, 간호학회지, 23(1), 118-129.
- 김두중(1966). 한국의학사, 서울, 탐구당.
- 김성운(1994). 개항기 개신교 의료선교와 몸에 대한 인식들의 '근대적' 전환, 서울대학교 대학원 종교학과 석사학위논문.
- 김종열, 김우중(1994). 동서의학비교연구, 서울, 계축문화사.
- 김태곤(1981). 한국무속연구, 서울, 집문당.
- 김훈, 홍원식(1982). 한국 최근세 동안의학의 학술적 특성에 관한 연구, 경희한의대 논문집, 5
- 남문석, 김경래, 조재화외 6인(1994). 설문조사에 의한 성인 당뇨병 환자의 민간요법 실태, 당뇨병, 18(3), 242-248.
- 박진미, 정복례(1995) 유방암환자의 민간요법, 간호학회지, 25(3), 419-429.
- 의료연구회 엮음(김용익 감수)(1989). 한국의 의료, 서울, 한울.
- 송건용, 박현애, 이순영, 김태정(1993). 의료이용과 건강행위에 관한 종합분석, 한국보건사회연구원.
- 신혜숙(1994). 한방간호이론구축을 위한 연구 : Q방법론적연구, 간호학회지, 24(3), 327-344.
- 안덕균(1993). 신동의보감, 서울, 열린책들.
- 유경희(1996). 류마티스 관절염 환자가 지각하는 불확실성에 관한 모형 구축, 서울대학교 대학원 간호학과 박사학위논문.
- 은 영(1994). 만성통증 환자의 통증 경험, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 은 영(1996). 류마티스 관절염 환자의 원인지각에 관한 질적연구, 류마티스 건강전문학회지, 3(2), 151-165.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 외(1997). 우리나라 관절염 환자의 병원치료와 민속요법 이용 형태, 간호학회지.
- 이인숙, 임난영, 이은옥외(1996). 관절염환자의 치료비용 분석, 류마티스 건강전문학회지, 3(2), 166-176.
- 임중, 임근(1992). 민간요법 건강학, 서울, 일월서각.
- 전명희(1994). 유방암환자 삶의 과정적 변화에 대한 이해, 서울대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 정근식(1996). 일제하 서양의료 체계의 헤게모니형성과 동서의학 논쟁, 한국사회사학회논문집, 50, 270-301.
- 주강현(1992). 민족문화와 문화제국주의 : 한국 기독교 전개과정을 중심으로, 역사민속학회지, 2, 서울, 이론과 실천사.
- 최순희(1996). 류마티스 관절염 환자의 우울에 대한 사회적 지지 기능, 연세대학교 대학원 간호학과 박사학위 논문.
- 포스터, 앤더슨(구본인 옮김)(1994). 의료인류학, 한울, 서울.
- 한달선, 권순호, 권순원, 황성주(1986). 춘천시민의 의료이용양상과 관련요인, 한림대 사회의학 연구소.
- 허 정(1992). 에세이 의료한국사, 서울, 한울.
- 홍원식, 김남두(1993). 대담 : 동양의학과 황제내경, 과학사상, 5, 22-41.
- Ackerknecht, E.H.(1971). Medicine and Ethnology : Selected Essays, Baltimore : The Johns Hopkins Press.
- Dunn, F.L.(1976). Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems, In Asian Medical Systems : A Comparative Study, C. Leslie, ed., Berkely : University of California Press, 133-158.
- Fleury, J.(1996). Wellness motivation theory : an exploration of theoretical relevance, Nursing Research, 45(5), 277-283.

- Harris, C.C.(1986). The cultural decision making model : focus—circumcision, In Women, Health and Culture, P.N. Stern, ed., Hemisphere publishing cooperation, 25—43.
- Hippler, A.E.(1977). On Stein and Kleinman, and the Crucial Issues in medical anthropology, Medical Anthropology Newsletter, 9(4) : 18—19.
- Jaco, E.G.(1972). Patients, Physicians and Illness : A Sourcebook in Behavioral Science and Health, 2nd ed. New York : The Free Press.
- Laughlin, W.S.(1963). Primitive theory of medicine:empirical knowledge, In Man's Image in Medicine and Anthropology. I. Galdston, ed. New York : International Universities press, 116—140.
- Pellegrino, E.D.(1963). Medicine, history, and the idea of man, In Medicine and Society, J. A. Clausen and R. Straus, eds., The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 346, 9—20.
- Suchman, E.A.(1965). Stages of illness and medical care, Journal of Health and Human Behavior, 6, 114—128.

— Abstract —

A Grounded Theory Approach of the Treatment Pattern of Patients with Arthritis

Lee, Eun Ok · Kang, Hyun Sook***

*Lee, In Sook*** · Eun, Young*****

The purpose of this study is to explore the treatment pattern of treatment of patients with arthritis. The grounded theory approach methodology was used in this study. The purposive sampling was conducted. 16 subjects who experienced RA, lived in middle sized city in Korea, and all women.

The results of this study were as follows :

1. The process of treatment was composed of the stage of symptom experience and the stage of sick role experience. The naming of the symptom was conducted in the stage of symptom experience through the doctor shopping. The sick role experience was patterned by the choice of the treatment mode.
2. The treatment modes were roughly divided by western medicine and oriental or ethnic medicine. Several factors which affected the choice of the treatment mode were patient's economic state, educational level, religion, the acknow-

* Professor, Seoul National University, College of Nursing

** Professor, Keoung Hee University, Department of Nursing

*** Assistant Professor, Seoul National University, College of Nursing

**** Assistant Professor, GyeongSang National University, Department of Nursing

ledgement of the cause of illness, duration of illness, lay referral system, the relationship of medical staff, and the acculturation of medical professionalism. The key component of the decision of the treatment was the level of the acculturation of medical professionalism. To enhance the acculturation of medical

professionalism, we have to provide the information of cause and the prognosis of the disease to the patients and the variety of communication channel between medical staff and patients, and we should understand the medical culture according to the ages, gender, locations in Korea.