

한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초조사연구 III - 의료관을 중심으로 - *

박 정 숙** · 오 윤 정***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

건강 및 질병에 대한 인식과 건강행위, 의료행위 등은 문화와 관계가 깊은 현상들이다. 그러므로 한국인의 건강 및 간호를 위해서는 한국문화를 이해하고 한국문화에 근거하여 의료 및 간호를 제공하는 것이 필요하다(최 등, 1992). 그러나 우리나라 간호교육이 역사적으로 보아 한국을 잘 모르거나 자민족 중심주의적 태도를 지닌 서양인이나, 그런 서양인에게 교육 받은 한국인에 의해 이루어짐으로써 서구의 과학적 패러다임(paradigm)으로 대상자에게 접근하게 되었고, 서구적 간호지식이 더욱 팽배하게 되었다. 뿐만 아니라 우리 사회 문화에서 축적되어 온 경험이나 습관에서 나온 건강행위나 민속요법들은 비과학적이라고 무시되는 경향이 있다(김, 1991).

문화는 인간이 자신의 세계, 환경, 타인의 행동을 해석하고, 이 세계에 적응하는데 이용하는 습득된 지식체계를 의미한다(Spradley & McCurdy, 1977). 따라서 문화는 그 구성원의 행동패턴을 결정하고 역으로 인간행동의 의미를 파악하는 틀을 제공한다. 그러므로 간호사가 대상자의 행동을 이해하고, 또 대상자의 기대에 부응하는 간호행위를 결정하고 실행하기

위해서는 대상자의 문화적 배경에 관한 지식을 반드시 갖추어야 한다. 간호제공자와 간호 대상자의 간호 개념이 서로 달라서 문화에 맞지 않는 간호를 제공하게 된다면 대상자의 불만은 당연한 일이다. 다가오는 의료개방 대응 차원에서뿐만 아니라, 전국민에게 양질의 의료와 간호를 제공하는 의미에서도 의료인이 대상자와 가족의 문화적인 신념을 고려하는 것이 시급한 과제이다.

한국문화에 따른 한국적 간호를 정립시키려면 우선 간호의 메타 패러다임(meta-paradigm)인 인간, 환경, 건강, 간호에 대한 한국인의 고유한 사고가 어떠한지를 알아보고, 그것을 기초로 하여 변수간의 관계를 살펴보아야 할 것이다. 본 연구자는 한국인의 인간관과 환자 역할 기대(1996), 건강·질병 개념 및 건강행위(1996), 인종인지 요구 및 치료 자기결정요구(1997)에 대하여 이미 조사한 바 있으며, 본 연구에서는 한국인의 의료관 및 보호자와 임종에 관한 견해를 살펴보고자 한다. 이러한 일련의 연구를 통하여 한국적인 인간, 건강, 의료에 대한 이해를 높이고 향후 한국적 간호정립에 도움이 될 수 있을 것이다.

대상자가 만족하는 치료와 간호를 제공하기 위해서는 대상자가 인식하고 있는 의료관을 이해하고 존중하며, 그에 접근하기 위해서 노력해야 한다. 의료관은 문화적인 배경에 따라 다양하며, 우리민족은 예로부터

* 계명대학교 대학원 교수-학생 연구비 지원에 의한 연구임

** 계명대학교 간호대학 교수

*** 거창전문대학 간호과 교수

터 치료개념으로 무속치료, 민간요법, 한방의료, 서양치료, 신앙치료 등 다양한 의료이용 양상을 보이고 있다(윤, 1978). 오늘날에도 장기이식 등의 최첨단 서양의료를 받으면서도 한편으로는 무당을 찾는 복잡한 의료관을 가지고 있는 경우가 많다.

우리나라 사람들은 서양에서 발전시킨 현대의학을 도입하여 신뢰하고 있는 한편, 동양의학도 생활속에 깊이 정착하고 있는 이중적 구조를 가지고 있다. 그런데 서양의학교육을 받은 의료인의 입장에서 한국인의 고유한 의료관을 인정하지 않고 비과학적인 것으로 치부하는 경향이 있으며, 또한 한의학과 서양의학이 서로 벽을 쌓고 상대방 의학에 대해 이해하려는 노력이 희박한 현실점에서, 한국의 의료이용자들은 선택의 어려움과 혼란을 겪고 있다고 볼 수 있다. 인간을 기계적인 생물체로 간주하고 질병 역시 과학적인 방법에서만 치료가 가능하다고 믿었던 근대적인 개념에서 벗어나, 인간을 문화적인 기준으로 보고 그들의 고유한 의료관을 파악하여 치료 및 간호에 반영할 필요가 있다.

오늘날 우리사회는 전통성과 서구사상이 공존하고 있다. 이런 시점에서 한국의 전통성만 고집하거나, 서양의학만을 따라가서는 안될 것이다. 그래서 본 연구는 그 동안 질적 연구를 통해 밝혀진 한국인의 전통적인 의료관을 근거로 하여(이, 1973 : 윤, 1978 : 최, 1978 : 조, 1984 : 전과 유, 1987, 김, 1991), 한국인의 의료 및 의료 이용실태, 보호자에 관한 의견, 임종장소에 관한 의견을 수집하고 분석하여 이를 토대로 하여 한국문화에 따른 간호정립에 기여하고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 한국인의 의료관을 파악하여, 한국문화에 따른 간호를 정립하는데 기초로 활용하고자 하는 것이다. 이 목적을 달성하기 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 한국인의 의료관을 파악한다.
- 2) 일반적 특성에 따른 각종 의료의 효과인지도 차이를 파악한다.
- 3) 입원환자 보호자에 관한 의견을 파악한다.
- 4) 임종 및 장례 선호 장소에 관한 의견을 파악한다.

II. 문헌 고찰

1. 한국인의 의료관과 의료인지도

동양의학과 서양의학은 질병을 제거하고 인간의 건강을 유지시킨다는 궁극적 목적이 동일함을 비롯하여 서로 많은 공통점을 가지고 있는 반면에 생리, 병리의 이해와 진단, 치료의 접근방법에 있어서는 많이 다르다. 서양의학은 해부조직을 바탕으로 분석하고 질병을 논리적으로 이해하려는 접근법이지만, 동양의학은 형이상학을 바탕으로 종합하고 건강을 철학적으로 이해하려는 접근법을 가진다(전, 1994). 대상자들은 최첨단 의학으로 치료를 받으면서 동시에 무속의 주술적 병치료와 신앙치료를 하는 경우가 많이 있다. 이들에게 질적인 의료와 간호를 제공하기 위해서는 동양의학과 서양의학의 어느 한 곳에만 치중해서는 안될 것이며, 대상자의 문화적인 배경과 오랜 전통속에서 키워온 다양한 민속요법을 고려해야 할 것이다.

한국인의 의료관에 관한 연구를 살펴보면, 이(1973)는 한국인들이 서양의료와 전통의료(동양의학, 무속치료, 신앙치료)를 복합적으로 이용하는 것을 보고, 서울대 정신과 외래 신환자 100명을 대상으로 의료이용에 관해 조사해본 결과, 서양의료를 단독으로 이용하는 사람이 34%, 서양의료 동양의료 혹은 민간의료를 함께 병용하는 사람이 66%였다고 보고하였다.

윤(1978)은 경기도 일 지역 주민을 대상으로 토착의료 제도에 대해 연구한 결과, 현대의료와 함께 한약, 맹인 점술가, 지관, 무당과 점장이, 산파, 약방 등의 토착의료를 사용하는 것으로 나타났다. 한국인들은 오랜 역사동안 토착의료를 친숙하게 사용해 왔고 또한 효과가 있다고 믿고 있기 때문에, 현대의학이 토착의료의 과학화에 관심을 가지고 또한 토착의료로부터 배울 점은 배워야 할 필요가 있다고 하였다.

최(1978)는 126명의 농촌주부를 대상으로 직접면담을 이용하여 의료이용 실태에 관해 조사한 결과, 건강 문제해결에 주로 사용하는 것은 의사와 약국이며, 60대 이상과 학력이 낮은 군이 한의원과 민속요법을 많이 이용하는 것으로 나타났으며, 40, 50대 연령층에서 한방과 보약의 효과를 인정했고, 74.8%에서 점술가나 무당의 기능을 인정하지 않았고, 집에서 사용하는 민속치료에 대해서는 적극적 및 부분적 인정이 79.1%로 나타났다.

조(1984)는 한국의 전통적 가정간호에 관하여 180

명을 대상으로 연구한 결과, 변비, 치열에는 '기름을 먹이고 항문에 바른다(피마자 기름, 참기름, 들기름)'가 82.2%, 체증에는 '사관을 탄다' 93.3%, 딸꾹질에는 '젓이나 냉수를 마시게 한다' 82.2%, 야본증은 '닭장에 가서 3번 절하며 주문을 외게 한다' 91.7%, 야뇨증에는 '키를 씌워 이웃집에 소금 주러 보낸다' 91.7%, 개에 물렸을 때 '개털을 태워 참기름을 개어 바른다' 83.3%, 등 다양한 민속요법을 가정에서 사용하는 것으로 나타났다.

김 등(1988)이 농촌지역 주민을 대상으로 연구한 결과, 토속 질병명에 대하여 주로 민간요법을 사용하는 것으로 나타났다. 이는 집안에서 쉽게 구할 수 있는 것이었고 집밖에서 구하여 사용하는 자료로는 소위 약초라고 불리우는 각종 나뭇잎, 풀뿌리 등을 다려 먹거나 삶아 먹는 것으로 나타났다. 이런 민간요법 중에서 양의학적으로 보아 타당한 것이 있는가 하면, 부작용이 우려되는 것도 있는 것으로 나타났다. 특히 각종 나뭇잎, 풀, 뿌리 등의 약효와 부작용에 대해서는 향후 심도깊은 연구가 필요하다고 할 수 있다.

김(1991)은 한국인의 건강 관행을 알아내기 위해 농촌 산간지방 장수노인 18명을 대상으로 민속과학적 접근을 한 결과 마음을 스스로 다스린다, 과하지 않게 산다, 자연 그대로 산다, 서로 더불어 산다, 열심히 산다의 건강관행을 발견하였다. 이(1993)는 한국의 전통적 건강관리 증진 방법으로 자연환경에 순응하기, 심리적 조절(욕심, 격한 감정, 지나친 조심은 피한다), 절도 있는 생활을 들었다. 김(1995)의 25명의 환자를 대상으로 심층면담과 참여관찰법을 실시하여 건강과 관련된 자기조절 활동에 대해 연구한 결과,식이섭생, 운동섭생, 양방약물섭생, 한방치료섭생, 검진섭생, 믿음섭생, 지지체계, 편안한 마음, 절제하는 마음, 성실한 삶, 자연그대로의 삶, 민간요법을 유지하는 생활을 들었으며, 한방치료를 선호하고 의존하며 실제 효과를 경험하고 있는 것으로 나타났다.

오늘날 우리나라 의료 현실은 대부분 서구식 의학 기술 훈련을 받은 의료인들이 한국적 상황, 즉 샤머니즘과 한의학 및 전통적 의학 신념을 지니고 있는 대상자들을 제대로 이해하지 못하고 문화나 전통적인 신념에 따라 의료를 적용하지 않고, 서양의료만을 고집하고 있는 것으로 보인다(윤, 1978).

서양의료를 받지 않으려 하거나 의료인의 지시를 듣지 않거나 약을 먹지 않거나 치료를 거부할 때 우리는 바로 그 이유가 환자나 환자가족이 지금까지 살

아온 문화적 배경 때문이 아닌가를 살펴볼 필요가 있다. 동시에 우리가 현재 실시하고 있는 서양의료가 과연 완전하고도 가장 적절한 것이었나 하는 점도 반성해야 한다. 외래문화가 들어와서 본래의 고유문화에 습합할 때 가장 늦게 적용되는 것이 의료문화이다. 전통문화 속의 지혜를 살려가면서 그 가운데서 불합리한 것은 계몽을 통해 고쳐가면서 또한 서양의료 자체의 개혁과 보완을 통하여 한국인을 위한 한국의 의학을 정립해 나가야 할 것이다(전과 유, 1987).

이상에서 살펴본 한국인의 의료관을 밝힌 연구를 토대로 본 연구자는 설문지를 작성하여 실제적인 자료수집을 한 후 현 시점에서 한국인의 의료관이 어떠한지 알아보고자 한다.

2. 보호자

우리나라는 예로부터 가족주의 경향이 강하기 때문에 병원에 입원한 환자는 꼭 가족이 함께 있어야 하고 죽을 때도 함께 있어야 하며, 또한 친지들은 병문안을 해야 사람의 도리를 다한다고 믿는다(최, 1984). 질병으로 인해 병원에 입원하게 되는 환자들은 그의 가족들중 어느 누군가 자신을 돌보아 주기를 기대하고 있다. 가족구성원들 중 누군가가 입원을 하고 있으면 가족의 정상적인 기능이 위협받고 가족은 환자를 지켜봐야 하는 고통을 겪게 되며 위기감을 갖고 취약해진다. 또한 환자를 돌보는 가족들은 의료지식이 전혀없고 환경적 준비나 심리적 준비가 되어 있지 않은 상태로 환자를 돌봄으로써 여러가지 부정적 경험을 하게 된다(김, 1994).

먼저 환자를 돌보는 보호자에 관한 연구를 살펴보면, 김(1994)의 뇌졸중 환자를 돌보는 가족을 대상으로 실시한 연구에서는 환자의 회복시기에 따라 보호자는 각각 다른 경험을 나타내었다. 발병에서 입원까지는 전신적 위기감을 경험하였고, 입원초기에는 심한 불안감을 느끼며 24시간 환자결을 지키며 의무를 다하였고, 환자가 침상에서 안정을 취하는 동안에는 가족의 신체적 불편감이 야기되었으며, 퇴원 직후에는 두려움과 돌보는 역할 외의 역할 수행으로 극도의 불안감을 나타내었다. 김(1980)은 환자 가족들이 중등도의 스트레스를 경험하였고, 16~24시간의 병원체류 시간, 가족구성원의 교대가 없는 경우, 질병을 심각하게 지각하는 경우, 신체건강정도를 보통으로 지각하는 경우가 유의하게 스트레스에 영향을 미치는

특성인 것으로 보고하였다.

임(1993)의 연구에서는 노인환자를 돌보는 가족구성원은 대부분이 가정주부인 여성으로 나타났고, 서와 오(1993)의 만성 질환자 가족의 부담감에 관한 연구에서도 환자를 돌보는 보호자중에서 여성 배우자들이 적당하다고 하였으며, 이것은 유교 전통사회의 영향에서 기인되는 여성배우자들의 운명론적 수용의 결과라고도 볼 수 있다. 만성질환자 가족의 부담감은 중증도를 나타내었고 부담감이 많을수록 건강문제도 많은 것으로 나타났다.

Johnson(1983)은 노인환자를 돌보는 보호자 중 80%는 환자를 돌보는 것을 부담스럽게 여기고 있다고 하였고, Issac(1971)도 보호자들의 50%가 자신의 신체적, 정신적 건강에 위험을 느낄 정도의 스트레스를 경험했다고 하였다.

Cantor(1983)는 보호자가 배우자인 경우, 그들 자신의 건강과 경제 문제로 인해 보호자가 자녀인 경우보다 더 부담감을 많이 느낀다고 하였으며, Neundorfer(1991)는 보호자가 일반인보다 많은 심리적 스트레스를 받기 때문에 보다 우울하고 부정적 영향이 많은 부담감을 가지고 있다고 하였다. 반면에 Ngozi와 Patricia(1996)은 17명의 보호자들과 면담을 한 결과 환자를 돌보는 활동이 처음에는 어렵고 스트레스가 많았으나 시간이 지나면 다소 쉬워진다고 밝혔다.

보호자 병원방문 정책에 대하여 살펴보면, 미국 10개주 125개 병원을 무선전화표출하여 병원 방문에 관하여 조사한 Whitis(1993)의 연구결과, 일반적으로 보호자가 병원을 방문하는 시간은 병원정책(어린이 불가, 방문자수)과 간호판단(방문자, 발병여부, 방문의 길이)에 따라 다른 것으로 나타났다. 병원방문 정책이 가족과 환자가 만나는 시간을 제한하면 스트레스를 느끼며, 환자와 가족은 이별하게 되어 욕구불만과 무력감을 느끼게 된다고 하였다. 아동환자의 방문 시간은 78%의 병원에서 24시간 보호자 상주가 가능하였으며, 중환자실은 아동, 성인환자 모두 보호자 방문의 제한이 높았고, 성인은 시간당 5분에서 10분정도 방문이 가능하고 아동은 43%의 병원에서 항상 허용가능하며, 57%는 1일 5~15회 방문이 가능하다고 보고하였다. 회복실은 74%의 병원에서 가족방문의 허용이 안되는 것으로 나타났다.

환자의 돌봄을 개인적인 차원에서보다는 가족의 입장에서 아픔을 나누고 돌보아 주어야 한다는 전통적

인 한국적 사고와 돌봄 가족 구성원의 감소 등으로 인해 80년대에 들어서면서부터 병원에 간병인을 두는 경우가 증가하였다. 간병인이란 비의료인으로서 보수를 받고 건강문제를 가진 환자의 보호자 역할을 하거나 지지하는 사람으로서 환자 간병 경험이 있거나 또는 기초적인 간병교육을 받고 간병활동을 할 수 있는 사람으로 환자를 돌보는 이 또는 가정 봉사원 등으로 불리고 있다(김, 1988). 이들은 학력, 연령 등에 의해 구애받지 않고도 일을 할 수 있고 고소득을 보장하는 새로운 여성직업으로 부각되어 간병인을 희망하는 사람이 증가하고 있으며 환자의 증가로 인한 간병인 수요 역시 증가하고 있다(김 등, 1994). 김(1988)의 연구에서 간병인 활용에 긍정적이며 다소 비용이 높더라도 가사와 직장일 등에 장애를 주지 않기 위해 간병인을 활용하겠다고 응답한 비율이 높은 것으로 나타났다.

종합병원을 대상으로 한 대한간호협회의 연구(1994)에 의하면 간병인 이용이유는 보호자가 없기 때문이 79명(78.2%)으로 가장 많았고, 환자가 거동하지 못하거나, 가족들이 간병하기 힘들어서가 각 54명(53.5%)의 순으로 나타나 간병인 이용에 대한 요구가 상당히 높음을 알 수 있다. 그러나 우리나라 병원양식은 서구식형으로서 간병인이 병원에 상주할 수 있는 편의시설이 없는 상황이므로 간병인들도 불편을 겪고 있다.

보호자는 환자를 돌봄으로 많은 어려움과 스트레스를 경험하지만, 한국적 가족주의하에서는 환자 보호자의 상주가 아직도 일반적인 경향이라고 알려져 있다. 이에 본 연구에서는 한국인들의 입원시 보호자 상주여부, 누가 적당한 보호자라고 생각하는지에 대해 알아보려고 한다.

3. 임종관

과거의 전통적인 대가족하에서는 간호할 수 있는 가족구성원이 풍부하여 환자가 병원에서 임종을 맞이하는 경우가 적었다. 최근 핵가족화 등 가족주의의 변화와 의학의 발전으로 인해 병원이나 시설에서 임종을 맞이하려는 사람의 수가 증가하고 있다(권, 1987).

미국의 경우 임종환자의 70% 이상이 병원이나 호스피스에서 임종을 맞고(Cant, 1973), 스웨덴의 경우 사망자의 85%가 가정이 아닌 기관에서 사망(Quarnstrom, 1979)한 것으로 나타났다. 한국의 경우에는 최근 핵

가족화, 의료인수 증가, 무의촌 해소, 병원증가, 의료보급제도의 확대에 의해 병원에서 임종을 맞는 환자의 수가 증가하고 있는 추세이다.

이(1979)의 전공의를 대상으로 연구한 결과 자기가 치료하는 환자들이 병원보다는 집에서 임종을 맞는 것이 좋다고 하였다. 김(1980)의 연구에서는 임종하기를 원하는 장소 1위가 자기집으로 나타났으며 그 이유는 병원에서 느끼는 외로움과 소외감에서 벗어나 가족 및 친구와 함께 지낼 수 있고, 자신의 위엄과 identity를 유지할 수 있으며 자신의 집에 있다는 사실 자체가 중요한 것이라고 하였다. 2위는 병원으로 나타났는데, 이는 집으로 돌아가기를 원하나 돌아간 후 무슨일이 일어날까봐 두려워 그렇게 할 수 없기 때문이라고 하였다.

박과 최(1981)가 병원에 입원한 108명의 환자를 대상으로 임종장소에 대해 질문한 결과 67명이 집, 26명이 병원, 휴양지가 3명, 어디든 상관없다가 1명, 병의 성격에 따라 집이나 병원을 선택하겠다는 2명으로 나타났으며, 병이 중할수록 병원보다는 집을 다소 선호하는 경향을 보였다. 양과 김(1985)은 의료인 222명과 학생 237명을 대상으로 임종에 대한 연구를 한 결과, 의료인 중에서 자기집을 선호하는 경우가 69%, 경우에 따라 23%, 병원 8%로 나타났고, 학생은 자기집을 78%, 경우에 따라 18%, 병원 4%로 나타냈다. 자기집을 임종장소로 선택한 이유로는 의료진에서는 마음의 안정이 96%로 가장 높았고, 객사는 금기이므로가 2%를 나타내었다. 학생도 마음의 안정이 96%로 가장 높았다. 우리나라의 경우 전통적으로 사람이 죽으면 상가에 모든 가족친지들이 모여서 장례식을 엄숙하게 치루는 유교적인 관습이 강하게 유지되고 있으며, 집밖에서 죽는 것을 피하려는 경향을 나타내는 것으로 볼 수 있다.

임종이 예기되는 환자의 직계 및 방계가족 75명을 대상으로 실시한 권의 연구(1987)에서 임종을 맞이할 장소로 자기집을 선호한 사람이 77.3%, 병원이 20.0%, 어느 곳이든 괜찮다 2.7%로 나타났다. 박(1995)은 암환자 가족 45명을 대상으로 죽음태도의 유형을 Q분류법을 이용해 분류한 결과 운명수용론, 현실대처형, 내세 지향형의 유형으로 나누어졌고, '가족에게 집이 되지 않기 위하여 공공기관에서 숨을 거두고 싶다'의 설문 내용에는 모든 유형이 동의하지 않는 것으로 나타났다.

이상을 요약하면 한국인은 임종장소로 병원보다는

자기집을 더 선호하는 것을 볼 수 있지만, 가족구조의 변화와 의학의 발전으로 인해 병원이나 시설에서 임종을 맞으려는 사람의 수가 점점 증가하고 있는 실정이다. 임종환자는 가능한 한 익숙한 분위기에서 임종해야 하고 그러한 여건이 아니면 가정과 비슷한 분위기를 최대한 제공하는 것이 필요하다. 이러한 연구결과들을 토대로 하여 본 연구에서는 한국인이 선호하는 임종장소와 장례의식 장소에 대한 의식의 변화가 있는지를 파악해보고자 한다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 대상

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 회수설문지 708부이므로 회수율은 86.34%였다.

2. 자료수집 도구 및 절차

본 연구는 서술적 조사연구(descriptive survey)로서 설문지법을 사용하였다. 본 연구에서 사용한 설문지는 일반적 특성의 문항, 건강 문제 해결에 주로 쓰는 방법과 그 이유를 묻는 2문항, 각종 의료에 대한 효과 인지정도를 묻는 5문항(10점의 도표 평정척도), 입원환자 보호자에 관한 의견 2문항, 선호하는 임종장소를 묻는 4문항의 총 22문항으로 구성되어 있다.

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 하였

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

5개 먼소재 보건진료소 중 3개 보건 진료소에서는 보건진료원을 훈련하여 자료수집케 하였고, 2개 보건 진료소에서는 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.

3. 자료 분석 방법

수집된 자료를 SAS-PC(Statistical Analysis System) 프로그램을 이용하여 통계처리 하였다. 연구대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 건강문제 해결에 주로 쓰이는 방법은 빈도와 백분율, 일반적 특성에 따른 선호하는 임종장소는 χ^2 검증, 각종 의료에 대한 효과인지 정도를 t검정 혹은 F검정을 하였으며, F검정에 따른 추후검정으로 Scheff검정을 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 36.19세 였으며, 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 미혼의 296명(41.8%)보다 많았다. 교육정도는 대졸이 286명(40.4%)으로 가장 많았고, 다음으로 고졸 233명(32.9%), 초등학교졸 63명(8.8%), 중졸 54명(7.6%), 대학원 이상 44명(6.4%), 무학 28명(3.9%)의 순이었다.

종교는 기독교가 281명(39.7%)으로 가장 많았고,

다음으로 무교 263명(37.1%), 불교 111(15.6%), 가톨릭 40명(5.7%), 기타 13(1.8%)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 452명(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(표 1).

2. 한국인의 의료관

조사대상자의 건강문제 해결에 주로 쓰는 방법은 <표 2>와 같다.

건강문제 해결에 주로 이용하는 방법 중 1순위는 약국이 54.4%로 가장 높게 나타났으며, 그 다음이 개인의원 18.2%, 종합병원 8.4%, 집에서 민간요법 5.0%, 한의원 2.8%, 안수(기도) 2.8%, 기타 8.4%의 순으로 나타났다. 1순위 방법을 사용하는 이유로는 '가장 손쉬운 방법이므로'가 63.6%로 가장 높았으며, 그 다음이 '가장 잘 낫는 방법이므로' 15.7%, '믿을 수 있어서' 10.8%, '비용부담이 적어서' 4.6%의 순이었다.

2순위에서는 개인의원 34.4%로 가장 높았으며, 약국 26.2%, 종합병원 16.6%, 집에서 민간요법 6.0%, 한약방 3.4%, 안수(기도) 2.1%로 나타났으며, 3순위는 종합병원 31.9%, 한의원 17.2%, 개인의원 14.6%, 집에서 민간요법 11.7%, 약국 8.9%, 한약방 8.9%, 안수(기도) 4.0%, 기타 2.7%의 순으로 나타났다.

적게 사용하는 방법으로는 굿이 1순위에 1명, 부적은 3순위에 1명, 점은 2순위에 1명, 3순위에 1명, 불경(설법)은 1순위에 2명, 2순위에 2명, 3순위에 1명이었으며, 부흥집회는 2순위에 1명, 3순위에 2명이었다.

〈표 1〉 대상자의 일반적인 특성 (n=708)

문항	구분	빈도	백분율(%)
연령	20세 이하	59	8.3
	21~30세	247	34.9
	31~40세	174	24.6
	41~50세	117	16.5
	51~60세	56	7.9
	61세 이상	55	7.8
성별	여	397	56.1
	남	311	43.9
결혼상태	기혼	412	58.2
	미혼	296	41.8
교육정도	무학	27	3.9
	초졸	62	8.8
	중졸	53	7.6
	고졸	233	32.9
	대학교졸	285	40.4
	대학원 이상졸	44	6.4
종교	기독교	281	39.8
	가톨릭	40	5.7
	불교	111	15.6
	무교	263	37.1
	기타	13	1.8
직업	무직	135	19.1
	학생	28	4.8
	주부	129	18.2
	사무직	126	17.8
	육체노동직	62	8.8
	상업 및 사업	51	7.2
	기술직 및 전문직	162	22.9
	기타	15	1.2
	주거형태	자가	538
전세	159	22.5	
기타	11	1.6	
가옥형태	주택	452	62.8
	아파트	256	36.2
거주지역	도시지역거주자		
	서울특별시	81	11.4
	대전광역시	108	15.3
	대구광역시	130	18.4
	광주광역시	66	9.3
	부산광역시	55	7.8
	전주시	77	10.9
	농촌지역거주자		
	전북	75	10.6
	전남	37	5.2
	충북	29	4.1
	경북	27	3.8
	강원	23	3.2

본 연구에서 건강문제 해결에 주로 이용하는 방법이 약국과 개인의원으로 나타났는데, 이는 서양의료를 주로 이용한다는 이(1973)의 연구, 의사와 약국을 주로 찾는다는 최(1978)의 연구결과와 일치한다. 하지만 병원이나 약국을 건강문제 해결의 제 1수단으로 삼는 사람들 가운데 상당수가 민속요법과 한방요법을 함께 사용하는 것으로 나타났으므로, 앞으로 이러한 병합 요법에 대한 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

1순위 방법인 약국과 개인의원을 사용하는 이유로 ‘가장 손쉬운 방법이므로’가 63.6%로 ‘가장 잘 낫는 방법이므로’ 15.7%보다 월등하게 높게 나타났는데, 이는 우리나라 의료이용의 한 단면을 보여주는 것으로 생각된다. 건강문제가 생겼을 때 민간요법이나 자가 건강관리 방법을 시도해 보기보다는 약국에서 약

〈표 2〉 건강문제 해결에 주로 쓰는 방법

문항	구분	빈도	백분율(%)
1순위	약국	349	54.4
	개인의원	117	18.2
	종합병원	54	8.4
	집에서 민간요법	32	5.0
	한의원	18	2.8
	안수(기도)	18	2.8
	기타	54	8.4
2순위	개인의원	213	34.4
	약국	162	26.2
	종합병원	103	16.6
	집에서 민간요법	37	6.0
	한약방	21	3.4
3순위	안수(기도)	13	2.1
	기타	14	2.2
	종합병원	175	31.9
	한의원	94	17.2
	개인의원	80	14.6
1순위 방법 사용 이유	가장 손쉬운 방법이므로	413	63.6
	가장 잘 낫는 방법이므로	102	15.7
	믿을 수 없어서	70	10.8
	비용부담이 적어서	30	4.6
	기타	34	5.2

을 사 먹는 것을 더 쉽게 생각한다는 것이다. 우리나라가 약물남용 특히 항생제 남용으로 문제가 있는 점에 비추어 앞으로 약물에 의존하지 않고 스스로 자가 건강관리에 책임을 지는 성숙한 의식이 고취되도록 격려해야 할 필요가 있다고 본다.

대상자의 각종의료에 대한 효과인지 정도의 차이를 살펴보면 <표 3>와 같다.

서양의료에 대한 효과인지 정도가 6.80점으로 가장 높았고, 다음으로 한방의료 6.15점, 민간요법 5.46점, 신앙요법이 3.51점, 무속요법이 1.41점의 순이었다. F검정 결과 각종의료에 대한 효과인지 정도가 유의한 차이가 있는 것으로 나타나서(F=848.13, p=0.00), 추후검사로 scheffe검정을 해 본 결과 각각의 의료에 대한 효과인지 정도가 유의하게 다른 것으로 나타났다.

우리 민족은 예로부터 무속치료, 민간요법, 한방의료, 서양의료, 신앙요법 등 다양한 의료이용 양상을 보이고 있으며, 장기 이식 등 최첨단 서양의료를 받으면서도 한편으로는 보약을 먹고 무당을 찾는 복잡한 의료관을 나타내는 경우가 많다(윤, 1978). 본 연구에서는 서양의료에 대한 효과 인지도가 6.80점으로 가장 높게 나타났는데, 이는 우리나라 현대 의료가 서구 문화에 뿌리를 두고 발달하였으며, 대상자 역시 서양의료의 접근이 용이하고 서양의료의 체계에 익숙해져 있기 때문인 것으로 보인다. 한방의료에 대한 효과인지 정도가 6.15점으로 2위로 나타났는데, 윤(1978)에 의하면 우리나라에서는 한방이 널리 이용되고 있고, 한방에 대한 무의식적인 기대감을 가지고 있으며, 관절염, 감기, 심지어는 불임 등 만성적 질병에 효과가 있는 것으로 믿는다고 하였다. 조(1984), 김 등(1988)에 의하면 민간 요법에 대한 효과 인지도 역시 상당한 것으로 보인다.

본 연구에서 신앙요법에 대한 효과 인지정도가 3.51점으로 나타난 것은 연구대상자의 60% 이상이 종교를 가졌다는 사실과 관련이 있는 것으로 보인다.

무속요법에 대한 효과인지 정도가 1.41점으로 다른 의료에 비해 월등히 낮게 나타났는데, 이는 의료의 과학화, 체계화와 관련이 있으며, 한편으로는 무속을 부정적으로 보는 사회적 견해를 반영한 것이 아닌가 한다.

대상자의 일반적인 특성에 따른 각종 의료의 효과인지 정도 차이중에서 유의한 차이를 나타낸 특성을 살펴보면 <표 4>와 같다.

서양의료에 대한 효과인지 정도에 있어서 성별, 결혼상태, 연령, 교육정도, 종교, 주거형태 별로는 유의한 차이가 없었다. 지역별로 보면, 도시거주자가 6.88점으로, 농촌거주자의 6.56점보다 서양의료에 대한 효과인지 정도가 유의하게 높게 나타났다(t=2.15, p=0.0320).

민간요법에 대한 효과인지 정도는 도시지역이 5.55점으로 농촌지역의 5.21점보다 유의하게 높게 나타났다(t=2.04, p=0.0414). 성별로는 여성이 5.64점, 남성이 5.23점으로 여성이 남성보다 민간요법이 더 효과가 있다고 인지하였고(t=-2.86, p=0.0039), 결혼상태별로 보면 미혼이 5.66점으로 기혼의 5.32점보다 유의하게 높게 나타났다(t=2.50, p=0.0126). 연령별로 보면 20세 이하 군이 5.65점, 21~30세군이 5.83점, 31~40세 5.52점, 41~50세 5.32점, 51~60세 4.87점, 60세 이상군이 4.36점으로 집단간에 유의한 차이가 있었고(F=7.76, p=0.0001), 나이가 젊은 군의 민간요법의 효과 인지정도가 더 높은 것으로 나타났다. scheff검정을 한 결과 21~30세군이 51세 이상군보다, 20세 이하와 31~40세군은 61세 이상 군보다 유의하게 민간요법의 효과 인지정도가 더 높은 것으로 나타났다. 교육정도를 보면 무학의 경우 4.88점, 초졸이 4.66점, 중졸이 5.30점, 고졸이 5.61점, 대졸이 5.66점, 대학원 이상이 5.16점으로 집단간에 유의한 차이가 있어(F=4.39, p=0.0006), Scheffe 추후검정 결과 대졸, 대학원이상군이 초등학교 졸보다 유의하게 민간요법의 효과 인지정도가 높은 것으로 나타났다

<표 3> 각종 의료에 대한 효과 인지정도

의료종류	평균	표준편차	F	P	Scheffe
1. 서양의료	6.80	1.59	848.13	0.00	1 > 2,3,4,5
2. 한방의료	6.15	1.67			2 > 3,4,5
3. 민간요법	5.46	1.82			3 > 4,5
4. 신앙요법	3.51	2.81			4 > 5
5. 무속요법	1.41	1.82			

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 각종 의료의 효과인지 정도 차이

의료종류	변 수	구 분	평 균	표준편차	t 혹은 F	P	Scheffe
서양의료	지역	도시	6.88	1.49	2.15	0.0320	
		농촌	6.56	1.82			
민간요법	지역	도시	5.55	1.74	2.04	0.0414	
		농촌	5.21	2.02			
	성별	남	5.23	1.90	-2.86	0.0039	
		여	5.64	1.74			
	결혼상태	미혼	5.66	1.67	2.50	0.0126	
		기혼	5.32	1.90			
	연령	1. 20세이하	5.65	1.62	7.76	0.0001	2 > 5,6 1,3 > 6
		2. 21~30세	5.83	1.76			
		3. 31~40세	5.52	1.74			
		4. 41~50세	5.32	1.87			
		5. 51~60세	4.87	1.71			
		6. 61세이상	4.36	2.06			
	교육정도	1. 무학	4.88	2.11	4.39	0.0006	5,4 > 2
		2. 초졸	4.66	2.16			
3. 중졸		5.30	2.08				
4. 고졸		5.61	1.76				
5. 대졸		5.66	1.58				
6. 대학원이상		5.16	2.17				
신앙요법	지역	도시	3.36	2.73	-2.73	0.0305	
		농촌	3.90	2.97			
	성별	남	3.01	2.70	-4.15	0.0001	
		여	3.90	2.83			
	연령	1. 20세이하	4.31	3.05	2.48	0.0307	
		2. 21~30세	3.60	2.77			
		3. 31~40세	3.08	2.70			
		4. 41~50세	3.68	2.80			
		5. 51~60세	3.79	2.96			
		6. 61세이상	2.90	2.71			
	종교	1. 무교	1.98	2.04	70.18	0.0001	2 > 3,4,1
		2. 기독교	5.33	2.64			
		3. 가톨릭	2.97	2.77			
		4. 불교	2.71	2.16			
5. 기타		4.08	3.02				
무속요법	교육정도	1. 무학	1.40	1.59	3.18	0.0075	4 > 1,3,2
		2. 초졸	1.41	1.59			
		3. 중졸	1.62	2.22			
		4. 고졸	1.74	2.13			
		5. 대졸	1.16	1.52			
		6. 대학원이상	1.00	1.49			
	종교	1. 무교	1.66	1.83	18.32	0.0001	4 > 1,3,2
		2. 기독교	0.84	1.44			
		3. 가톨릭	1.07	1.73			
		4. 불교	2.41	2.12			
		5. 기타	1.27	2.14			

다. 종교와 주거형태 별로는 민간요법에 대한 효과인지 정도의 유의한 차이가 없었다.

신앙요법에 대한 효과인지 정도를 지역별로 보면, 농촌이 3.90점으로 도시의 3.36점보다 유의하게 높게 나타났으며($t = -2.17, p = 0.0305$), 여성이 3.90점으로 남성의 3.01점에 비해서 높은 효과인지 정도를 나타내었다($t = -4.15, p = 0.0001$). 연령별로 보면 20세 이하가 4.31점, 21~30세 3.60점, 31~40세 3.08점, 41~50세 3.68점, 51~60세 3.79점, 61세 이상이 2.90점으로 집단간에 유의한 차이를 나타내었으나($F = 2.48, p = 0.0307$), Scheffe검정 결과 집단간에 유의한 차이가 없었다. 종교별로는 기독교가 5.33점, 카톨릭이 2.97점, 불교가 2.71점, 무교가 1.98점, 기타 4.08점으로 집단간에 유의한 차이가 있었다($F = 70.18, p = 0.0001$). Scheff추후 검정 결과 기독교군의 경우가 카톨릭, 불교, 무교군보다 유의하게 신앙요법에 대한 효과인지 정도가 높게 나타났다. 결혼 상태, 교육 정도, 주거형태 별로는 신앙요법에 대한 효과인지 정도의 유의한 차이가 없었다.

무속요법에 대한 효과인지 정도를 교육정도별로 보면 고졸이 1.74점, 중졸 1.62점, 초졸 1.41점, 대졸 1.16점, 무학 1.40점, 대학원 이상이 1.00으로 나타나 집단간에 유의한 차이가 있었고($F = 3.18, p = 0.0075$), Scheffe 추후 검정 결과 고졸군이 무학, 중졸, 초등학교졸군보다 무속요법에 대한 효과인지가 높았다. 종교별로 보면 불교가 2.41점, 무교가 1.66점, 기타 1.27점, 카톨릭 1.07점, 기독교 0.84점으로 집단간에 유의한 차이가 있었고($F = 18.32, p = 0.0001$), Scheffe 추후 검정 결과 불교군은 무교, 가톨릭, 기독교 보다 무속요법에 대한 효과인지 점수가 더 높게 나타났다. 지역, 성별, 결혼상태, 주거형태별로는 무속요법에 대한 효과인지 정도의 유의한 차이가 없었다. 한방요법은 대상자의 일반적 특성에 따라 유의한 차이가 나는 항목이 없는 것으로 나타났다.

본 연구에서 도시 거주자가 농촌 거주자보다 서양의료의 효과 인지정도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 윤(1978)의 연구결과와 일치한다. 농촌 주민의 경우 그 지역에서 장기간 거주하였으며 노인층이 많으므로 민간요법, 무속 등의 토속치료를 친숙하게 사용하는 경향이 있다(윤, 1978).

연령에 따른 민간요법의 효과인지 정도를 보면 20세 이하군과 21~30세군이 51~60세군과 61세 이상군보다 민간요법의 효과 인지정도가 높은 것으로 나타

났다. 이는 연령이 높은 층이 민간요법을 많이 이용하는 것으로 나타난 최(1978)의 연구결과와 상반되는 것을 볼 수 있다. 본 연구결과로는 연령이 높은 층에서 민간요법을 많이 이용하나 그 효과가 높다고 생각하지는 않는 것인지 구분이 명확하게 되지 않으므로, 향후 동일인을 대상으로 민간요법의 사용정도와 효과 인지 정도를 구별하여 측정하는 연구가 필요하다고 본다.

최(1978)의 연구에서는 학력이 낮은 군이 한의원과 민속요법을 많이 이용하는 것으로 나타났으나, 본 연구에서는 대졸군의 민간요법 효과 인지정도가 초등학교 졸업군보다 높은 것으로 나타났다. 이는 민간요법의 이용율이 반드시 이용자의 지적 수준이나 가치관의 현대화 정도에 비례하는 것이 아님을 나타낸다(김, 1987).

기독교인은 다른 군보다 신앙요법의 효과인지 정도가 높았으며, 불교군은 무속요법에 대한 효과인지 정도가 높게 나타났다. 불교는 372년에 우리나라에 전파되어 근세에 전파된 기독교나 가톨릭교 보다 역사가 길며 그 과정에서 한국인에게 토착화되어(김 등, 1995), 한국의 정서와 무속요법에 많은 영향을 미쳤을 것으로 사료된다.

3. 보호자에 관한 의견

입원환자 보호자에 관한 의견은 <표 5>와 같다.

입원시 보호자 상주정도를 보면 '필요시에만 있으면 된다'가 50.0%를 나타내어 가장 높았고, 다음으로 '24시간 환자결에 상주해야 한다'는 39.6%, '밤에만 있으면 된다'가 5.0%, '낮에만 있으면 된다'가 2.6%, '보호자 방문시간에 문병만 오면 된다'가 1.4%, '없어도 된다'가 1.2%의 순으로 나타났다.

적당한 보호자 1순위에는 배우자가 66.6%으로 가장 높았고, 어머니 24.2%, 딸 3.6%, 며느리 1.9%였으며, 1순위 보호자가 가장 적당하다고 생각하는 이유는, '가장 편안한 사람이므로'가 81.5%로 가장 높았고, '사람의 도리로 당연히 해야 하므로'가 7.1%, '가장 손쉽게 부를 수 있으므로'가 5.4%, '환자를 잘 돌보기 때문에'가 5.1%, '비용부담이 적어서' 0.4%로 나타났다. 적당한 보호자 2순위에는 어머니가 26.2%로 가장 높았고, 딸이 25.4%, 배우자 14.0%, 아들 12.2%, 형제 자매가 9.5%, 며느리 4.3%, 아버지 3.3%, 친구 혹은 아는 사람이 2.5%, 간병인 1.6%, 기타

〈표 5〉 입원환자 보호자에 관한 의견

분항	구분	빈도	백분율(%)
입원시 보호자 상주	필요시에만 있으면 된다.	347	50.0
	24시간 환자결에 상주해야 한다.	275	39.6
	밤에만 있으면 된다.	35	5.0
	낮에만 있으면 된다.	18	2.6
	보호자 방문시간에 문병만 오면 된다.	10	1.4
	없어도 된다.	8	1.2
적당한 보호자 1순위	배우자	449	66.6
	어머니	163	24.2
	딸	24	3.6
	며느리	13	1.9
	기타	25	3.7
적당한 보호자 2순위	어머니	169	26.2
	딸	164	25.4
	배우자	90	14.0
	아들	79	12.2
	형제, 자매	61	9.5
	며느리	28	4.3
	아버지	21	3.3
	친구 혹은 아는 사람	16	2.5
	간병인	10	1.6
	기타	7	1.0
적당한 보호자 3순위	딸	156	25.6
	형제, 자매	107	17.6
	어머니	82	13.5
	아들	69	11.3
	친구 혹은 아는 사람	59	9.7
	며느리	38	6.2
	배우자	31	5.1
	간병인	28	4.6
	아버지	19	3.1
	기타	20	3.2
1순위 보호자가 가장 적당하다고 생각하는 이유	가장 편안한 사람이므로	559	81.5
	사람의 도리로 당연히 해야 하므로	49	7.1
	가장 손쉽게 부를 수 있으므로	37	5.4
	환자를 잘 돌보기 때문에	35	5.1
	비용부담이 적어서	3	0.4
	기타	3	0.4

1.0%의 순으로 나타났다.

적당한 보호자 3순위에는 딸이 25.6%로 가장 높았고 그 다음으로는 형제, 자매 17.6%, 어머니 13.5%, 아들 11.3%, 친구 혹은 아는 사람 9.7%, 며느리 6.2%, 배우자 5.1%, 간병인 4.6%, 아버지 3.1%, 기타

3.2%의 순이었다.

우리나라는 예로부터 가족주의 경향이 강하기 때문에 병원에 입원한 환자는 꼭 가족이 함께 있어야 하고 죽을 때도 함께 있어야 하며, 또한 친지들이 병문안을 해야 사람의 도리를 다했다고 믿는 문화권을 형

성하고 있다(최, 1984). 1982년 이루어진 연구(이, 1982)에서는 '보호자가 계셔야 한다'가 75.6%, '계실 필요가 없다' 24.4%로 나타났는데 비해 본 연구에서는 '필요시에만 있으면 된다'가 50.0%이고 '24시간 환자결에 상주해야 한다'가 39.6%로 나타나서 보호자가 꼭 있어야 한다는 의견이 어느정도 약해지고 있는 것으로 볼 수 있다. 이는 가족 구성이 핵가족화되고 여성의 사회진출로 인해 입원 환자 결에 보호자가 항상 상주하는 것이 어려운 현실을 반영하는 변화라고 볼 수 있다. 적당한 보호자로는 배우자가 66.6%로 가장 많았고 다음으로는 어머니, 딸, 며느리 등 주로 여자인 것으로 나타났다. 서와 오(1993)의 연구에서도 보호자의 84.9%가 여성이었고, 환자와의 관계는 배우자 50.9%, 자녀 43.3%로 나타나서 본 연구 결과와 유사하였다. Bunting(1989)역시 돌보는 자(care-giver)의 72~85%가 여성이라고 하였고, 돌보는 자로는 배우자가 가장 많고 그 다음이 딸, 아들 순으로 나타났는데 딸이 돌보는 경우가 아들보다 3배나 많다고 하였다. 노인을 대상으로 한 김 등(1994)의 연구에서는 자녀가 환자를 돌보는 경우가 가장 많았다.

앞으로 대상자의 성별과 연령층에 따라 적당한 보호자가 누구인지를 파악하는 연구가 있어야 할 것으로 보인다.

4. 선호하는 임종 장소와 장례의식 장소

대상자가 선호하는 임종장소는 <표 6>와 같다.

전체적으로 보아 자기집을 임종장소로 선호하는 사람이 91.6%, 병원을 선호하는 사람이 8.4%로 나타났다. 지역별로 보면 도시거주자의 경우 자기집을 임종장소로 선호한 경우가 90.34%인데 농촌거주자는 95.16%를 나타내었고, 병원을 임종장소로 선호한 경우는 도시거주자가 9.66%인데 비해 농촌은 4.84%에 불과해서 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=4.133$, $p=0.042$).

성별과 종교에 따른 선호하는 임종장소의 차이는 없는 것으로 나타났다($\chi^2=0.109$, $p=0.742$, $\chi^2=2.536$, $p=0.638$).

결혼상태별로 보면 미혼자는 자기집을 임종장소로 선호한 경우가 95.10%인데 비해 기혼자는 89.11%였으며, 병원을 임종장소로 선호한 경우는 미혼이 4.90%인데 비해, 기혼은 10.89%로 두 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=7.819$, $p=0.005$).

연령별로 보면 자기집을 임종장소로 선호한 경우가 20세 이하 군 93.22%, 21~30세는 93.78%, 31~40세는 89.53%, 41~50세 85.84%, 51~60세는 90.91%, 61세 이상군에서는 100%로 나타났으며, 병원을 임종장소로 선호한 경우는 20세 이하 군은 6.78%, 21~30세는 6.22%, 31~40세 10.47%, 41~50세는 14.16%, 51~60세는 9.09%, 61세 이상군은 0(0.0%)를 나타내어 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=12.444$, $p=0.029$). 중년기 대상자는 청년기와 노년기 대상자에 비해 상대적으로 병원을 임종장소로 선호하는 경우가 많다고 볼 수 있다.

교육정도를 보면 자기집을 임종장소로 선호한 경우는 무학군이 100%, 초졸 98.39%, 중졸 88.76%, 고졸 87.83%, 대졸 93.53%, 대학원 이상은 88.37%를 나타내었고, 병원을 임종장소로 선호한 경우는 무학 0.0%, 초졸 1.61%, 중졸 12.24%, 고졸 12.17%, 대졸 6.47%, 대학원 이상은 11.63%로 집단간 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=13.282$, $p=0.021$).

주거형태별로 보면 주택거주자가 자기집을 임종장소로 선호한 경우가 93.76%인데 비해, 아파트는 88.14%를 나타내었고, 병원을 임종장소로 선호한 경우는 주택거주자는 6.24%인데 비해, 아파트는 11.86%로 나타나 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=6.625$, $p=0.010$). 즉 주택보다 아파트에 거주하는 사람들이 상대적으로 병원을 임종장소로 선호하는 경우가 많다고 볼 수 있다.

본 연구에서는 임종 장소로 자기집을 선호하는 사람이 91.6%로 병원을 선호하는 사람 8.4%보다 월등하게 많은 것으로 나타났다. 이는 이(1979), 박과 최(1981), 권(1987), 김(1980), 양과 김(1985)의 연구결과와 유사하지만, 입원환자 대상연구에서 67명이 집, 26명이 병원을 선호한 결과(박과 최, 1981), 임종이 예기되는 환자의 가족 대상 연구에서 자기집이 77.3%, 병원이 20.0%로 나타난 결과(권, 1987), 의료인 대상 연구에서 자기집 69%, 병원 8%로 나타난 결과(양과 김, 1985)와 비교해 보면, 본 연구 대상자들이 자기집을 선호하는 경향이 더 높은 것을 알 수 있다.

미국의 경우 임종환자의 70%이상이 병원이나 호스피스에서 임종을 맞고(Cant, 1973), 스웨덴의 경우 임종환자의 85%가 기관에서 사망하게 되는데 비해(Quarnstron, 1979), 우리나라에서는 죽음이 임박해지면 입원해 있다가도 오히려 집으로 데려오는 경향이 있다(최, 1984). 한국인은 임종시 집이 아닌 곳에

서 죽는 것을 객사라고 여기고 꺼려하는 풍습이 있기 때문에 집에서 임종을 맞이하도록 하는 것이며, 최후의 순간에 마음의 안정을 줄 수 있는 곳은 자신이 살던 집이라는 생각이 지배적이다.

농촌거주자가 도시거주자보다 자기집을 임종장소로 선호하는 경우가 더 많은 것은, 농촌이 도시보다 유교적 성향을 더 강하게 유지하고 있기 때문인 것으로 보인다. 노년기 대상자들이 다른 연령층에 비해 자기집을 선호하는 것으로 나타난 것은 임종을 경험할 시기가 가까워졌고, 유교적 성향이 강하기 때문인 것으로 사료된다. 아파트 거주자는 주택거주자에 비해 임종장소로 병원을 선호한 경우가 더 많았는데 이는 아파트의 구조상 임종 및 장례의식과 관련되어 불

편이 많기 때문인 것으로 보인다.

병원에서 임종에 가까운 사람의 임종장소를 어디로 하면 좋겠는지를 묻는 설문분석은 <표 7>과 같다.

전체적으로 보면 병원에서 임종이 가깝더라도 자기집으로 옮겨서 임종을 맞게 해야 한다는 견해가 78.5%, 병원에서 임종을 맞게 해야 한다는 견해가 21.5%로 나타났다. 지역별로 보면 도시거주자는 병원에서 임종이 가까운 사람의 임종장소로 자기집을 선호한 사람이 74.41%인데 농촌거주자는 89.73%로 나타났고, 병원을 선호한 사람은 도시거주자가 25.59%인데 비해 농촌거주자는 10.27%를 나타내어 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=18.874, p=0.000$).

연령별로 보면 병원에서 임종에 가까운 사람의 임

<표 6> 일반적 특성에 따른 선호하는 임종장소

변 수	구 분	자기집(%)	병원(%)	χ^2	p
지. 역	도 시	458 (90.34)	49 (9.66)	4.133	0.042
	농 촌	177 (95.16)	9 (4.48)		
성 별	남	277 (92.03)	24 (7.97)	0.109	0.742
	여	358 (91.33)	34 (8.67)		
결혼상태	미 혼	272 (95.10)	2 (4.90)	7.819	0.005
	기 혼	360 (89.11)	44 (10.89)		
연 령	20세이하	55 (93.22)	4 (6.78)	12.444	0.029
	21~30세	226 (93.78)	15 (6.22)		
	31~40세	54 (89.53)	18 (10.47)		
	41~50세	97 (85.84)	16 (14.16)		
	51~60세	50 (90.91)	5 (9.09)		
	61세이상	53 (100)	0 (0)		
교육정도	무 학	27 (100)	0 (0)	13.282	0.021
	초 졸	61 (98.39)	1 (1.61)		
	중 졸	43 (88.76)	6 (12.24)		
	고 졸	202 (87.83)	28 (12.17)		
	대 졸	260 (93.53)	18 (6.47)		
	대학원이상	38 (88.37)	5 (11.63)		
종 교	무 교	233 (90.66)	24 (9.34)	2.536	0.638
	기 독 교	254 (91.70)	23 (8.30)		
	카 톨 릭	35 (89.74)	4 (10.26)		
	불 교	100 (94.34)	6 (5.66)		
	기타	11 (100)	0 (0)		
주거형태	주 택	406 (93.76)	27 (6.24)	6.625	0.010
	아파트	223 (88.14)	30 (11.86)		
계		635 (91.6)	58 (8.4)		

〈표 7〉 병원에서 임종에 가까운 사람의 임종 장소

변 수	구 분	자기집(%)	병원(%)	χ^2	p
지 역	도 시	381 (74.41)	131 (25.59)	18.874	0.000
	농 촌	166 (89.73)	19 (10.27)		
성 별	남	244 (79.74)	62 (20.26)	0.512	0.474
	여	303 (77.49)	88 (22.51)		
결혼 상태	미 혼	218 (75.96)	69 (24.04)	1.703	0.192
	기 혼	326 (80.10)	81 (19.90)		
연 령	20세 이하	42 (72.41)	16 (27.59)	11.205	0.047
	21~30세	186 (76.86)	56 (23.14)		
	31~40세	131 (75.29)	43 (24.71)		
	41~50세	92 (79.31)	24 (20.69)		
	51~60세	47 (87.04)	7 (12.96)		
	61세 이상	49 (92.45)	4 (7.55)		
교육정도	무 학	26 (100)	0 (0)	23.936	0.000
	초 졸	58 (95.08)	3 (4.92)		
	중 졸	39 (76.47)	12 (23.53)		
	고 졸	179 (77.49)	52 (22.51)		
	대 졸	213 (76.07)	67 (23.93)		
	대학원 이상	28 (63.64)	16 (36.36)		
종 교	무 교	202 (77.99)	57 (22.01)	5.909	0.206
	기 독 교	213 (77.17)	63 (22.83)		
	카 톨 릭	28 (70.00)	12 (30.00)		
	불 교	92 (85.19)	16 (14.81)		
	기 타	10 (90.91)	1 (9.09)		
주거형태	주 택	368 (84.21)	69 (15.79)	21.620	0.000
	아 파트	175 (69.17)	78 (30.83)		
계		547 (78.5)	150 (21.5)		

중장소로 자기집을 선호한 경우가 20세 이하 군 72.41%, 21~30세군 76.86%, 31~40세군 75.29%, 41~50세군 79.31%, 51~60세군 87.04%, 61세 이상군 92.45%로 나타났고, 병원을 선호한 경우는 20세 이하 군 27.59%, 21~30세군 23.14%, 31~40세군 24.71%, 41~50세군 20.69%, 51~60세군 12.96%, 61세 이상군 7.55%를 나타내어 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=11.205$, $p=0.047$). 즉 연령이 높은군이 연령이 낮은군에 비해 병원에서 임종이 가깝더라도 임종장소로 자기집을 선호하는 경향이 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

교육정도로 보면 병원에서 임종에 가까운 사람의 임종장소로 자기집을 선호한 경우는 무학군 100%,

초졸군 95.08%, 중졸군 76.47%, 고졸군 77.49%, 대졸군 76.07%, 대학원 이상군은 63.64%를 나타내었고, 병원을 선호한 경우는 무학군 0.0%, 초졸군 4.92%, 중졸군 23.53%, 고졸군 22.51%, 대졸군 23.93%, 대학원 이상군은 36.36%으로 집단간 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=23.936$, $p=0.000$). 즉 학력이 높은군이 학력이 낮은군보다 병원에서 임종이 가까운 사람의 임종장소로 병원을 택하는 것에 대한 거부감이 적은 것으로 나타났다.

주거형태별로 보면 병원에서 임종이 가까운 사람의 임종장소로 자기집을 선호한 경우가 주택거주자는 84.21%인데, 아파트거주자는 69.17%를 나타내었고, 병원을 선호한 경우가 주택거주자는 15.79%에 불과

한데 비해, 아파트거주자는 30.83%나 되어 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=21.620, p=0.000$).

성별, 결혼상태, 종교에 따른 병원에서 임종에 가까운 사람의 임종장소 선호 정도는 유의한 차이가 없었다.

본 연구에서 병원에서 임종이 가까운 사람의 임종 장소로 역시 자기집을 병원보다 더 선호하는 것으로 나타났다. 환자들이 임종장소로 가정을 택하는 이유는 외로움과 소외감없이 가족과 함께 지낼 수 있고, 위엄과 동일시를 유지할 수 있으며, 자신의 임종을 조절할 수 있는 곳이라고 믿기 때문이다(Mervyn, 1971). 특히 유교적 전통을 지니고 있는 우리나라에서는 집밖에서의 죽음을 꺼사라하여 회피하는 경향이 강한 것을 볼 수 있다. 한편 일반적으로 선호하는 임종장소로 자기집이 91.6%, 병원이 8.4%인데 비해, 병원에서 임종이 가까

운 사람의 임종장소로는 21.5%가 병원을 선호하고 있으므로 처한 상황에 따라 선호하는 임종장소에 대한 의견이 달라짐을 알 수 있다.

도시 거주자, 젊은군, 교육수준이 높은 군, 아파트거주자의 경우 병원에서 임종이 가까운 사람의 임종장소로 병원을 선호하는 정도가 농촌거주자, 나이든군, 교육수준이 낮은군, 주택거주자들 보다 상대적으로 높았다. 이는 이들이 현대적 교육을 받아 엄격한 유교사상에서 어느정도 탈피하였기 때문인 것으로 보인다.

병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소는 <표 8>과 같다.

전체적으로 보면 병원에서 임종한 사람의 장례 의식 장소로 자기집을 선호하는 경우가 52.9%, 병원영안실을 선호하는 경우가 47.1%로 나타났다. 지역별로 보면

<표 8> 병원에서 임종한 사람의 장례 의식 장소

변 수	구 분	자기집(%)	병원 영안실(%)	χ^2	p
지 역	도 시	234 (45.70)	278 (54.30)	45.564	0.000
	농 촌	135 (72.97)	50 (27.03)		
성 별	남	170 (55.92)	134 (44.08)	1.922	0.166
	여	199 (50.64)	194 (49.36)		
결혼상태	미 혼	168 (58.13)	121 (41.87)	5.477	0.019
	기 혼	199 (49.14)	206 (50.86)		
연 령	20세 이하	37 (63.79)	21 (36.21)	31.730	0.000
	21~30세	144 (59.02)	100 (40.98)		
	31~40세	68 (39.08)	106 (60.92)		
	41~50세	49 (43.36)	64 (56.64)		
	51~60세	34 (61.82)	21 (38.18)		
	61세 이상	37 (69.81)	16 (30.19)		
교육정도	무 학	22 (84.62)	4 (15.38)	25.090	0.000
	초 졸	44 (72.13)	17 (27.87)		
	중 졸	27 (52.94)	24 (47.06)		
	고 졸	113 (48.92)	118 (51.08)		
	대 졸	144 (51.06)	138 (48.94)		
	대학원 이상	16 (38.10)	26 (61.90)		
종 교	무 교	140 (54.05)	119 (45.95)	4.065	0.397
	기 독 교	150 (54.55)	125 (45.45)		
	카 톨 릭	17 (42.50)	23 (57.50)		
	불 교	52 (48.15)	56 (51.85)		
	기 타	8 (66.67)	4 (33.33)		
주거형태	주 택	269 (62.42)	169 (38.58)	36.102	0.000
	아파트	92 (37.70)	157 (62.30)		
계		369 (52.9)	328 (47.1)		

도시거주자는 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 자기집을 선호한 경우가 45.70%인데 농촌거주자는 72.97%로 나타났고, 병원영안실을 선호한 경우는 도시거주자 54.30%이고 농촌거주자 27.03%로 나타나 두 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=45.564, p=0.000$). 즉 도시거주자는 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 병원영안실을 더 선호한 반면, 농촌거주자는 자기집을 선호하는 것으로 나타났다.

결혼 상태별로 보면 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 자기집을 선호한 경우는 미혼 58.13%, 기혼 49.14%를 나타내었고, 병원영안실을 선호한 경우는 미혼 41.87%, 기혼 50.86%를 나타내어 두 집단간 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2 = 5.477, p=0.019$).

연령별로 보면 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 자기집을 선호한 경우 20세 이하 군 63.79%, 21~30세군 59.02%, 31~40세군 39.08%, 41~50세군 43.36%, 51~60세군 61.82%, 61세 이상군 69.81%로 나타났고, 병원영안실을 장례의식 장소로 선호한 경우는 20세 이하 군은 36.21%, 21~30세군 40.98%, 31~40세군 60.92%, 41~50세군 56.64%, 51~60세군 38.18%, 61세 이상군은 30.19%로 나타나 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=31.730, p=0.000$). 전반적으로 청년기와 노년기에 비해 중년기 대상자들이 병원 영안실 선호도가 높은 것으로 나타났다.

교육정도를 보면 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 자기집을 선호한 경우는 무학 84.62%, 초졸 72.13%, 중졸 52.94%, 고졸 48.92%, 대졸 51.06%, 대학원 이상은 38.10%를 나타내었고, 병원영안실을 선호한 경우는 무학 15.38%, 초졸 27.87%, 중졸 47.06%, 고졸 51.08%, 대졸 48.94%, 대학원 이상은 61.90%으로 집단간 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=25.090, p=0.000$). 즉 학력이 높을수록 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 병원영안실을 선호하는 것으로 나타났다.

주거형태별로 보면 병원에서 임종한 사람이 장례의식 장소로 자기집을 선호한 경우는 주택거주자 62.42%, 아파트거주자 37.70%를 나타내었고, 병원영안실을 선호한 경우는 주택거주자 38.58%, 아파트거주자 62.30%으로 나타나 집단간에 유의한 차이를 나타내었다($\chi^2=36.102, p=0.000$). 성별과 종교에 따른 병원에서 임종한 사람의 장례의식장소 선호정도는 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다.

한국인의 경우 유교사상의 영향을 받아 임종장소로

자기집, 자기가 태어난 곳을 선호하는 경향이 강하지만, 점점 간소함과 편리함을 추구하는 시대로 변함에 따라 병원영안실을 장례의식 장소로 선호하고 있다(매일신문, 1996.11.8). 특히 도시거주자, 중년층, 고학력자, 아파트거주자들이 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로 자기집보다 병원 영안실을 더 선호하는 경향을 보이고 있다. 이에 각 종합병원이 기존 영안실 시설을 대폭 확장하는 등 새로운 병원 장례문화가 조성되고 있다. 간호계에서는 대상자의 이러한 요구의 변화에 민감하게 대처하여야 하며, 병원영안실의 장례의식이 보편화되는 경우에 대비하여 사별 유가족의 간호에도 관심을 가져야 할 필요가 있을 것으로 보인다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초 조사연구로써, 한국인의 의료관, 일반적 특성에 따른 각종의료의 효과 인지정도, 보호자 및 임종과 관련된 견해 등을 확인하기 위하여 시도되었다.

연구대상은 18세 이상의 성인으로 전국 6개 대도시 거주자 517명, 5개 농촌지역 거주자 191명이었다. 본 연구는 서술적 조사연구로서 본 연구자가 광범위한 문헌고찰을 통해 개발한 측정도구를 사용하여 1994년 11월 19일에서 1995년 1월 19일 사이에 자료수집을 하였다. 수집된 자료는 SAS-PC 프로그램을 이용하여 실수, 백분율, χ^2 검정, t검정, F검정 및 Scheffe추검정을 하였다.

본 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다.

1. 건강문제 해결에 주로 이용하는 방법중 1순위는 약국(54.4%), 개인의원(18.2%), 종합병원(8.4%), 집에서 민간요법(5.0%), 한의원(2.8%), 안수(기도)(2.8%), 기타(8.4%)의 순으로 나타났으며, 1순위의 방법을 사용하는 이유로는 '가장 손쉬운 방법이므로'가 63.6%, '가장 잘 낫는 방법이므로'가 15.7%, '믿을 수 있어서'가 10.8%, '비용부담이 적어서'가 4.6%의 순이었다.
2. 각종의료에 대한 효과 인지 정도는 서양의료가 6.80점으로 가장 높았고, 한방의료 6.15점, 민간요법 5.46점, 신앙요법 3.51점 무속요법 1.41점으로 나타났으며 각각의 의료에 대한 효과인지 정도가 유의하게 다른 것으로 나타났다($F=848.13, p=0.00$).

3. 일반적인 특성에 따른 각종 의료의 효과 인지 정도 차이를 살펴보면, 서양의료에 있어서 도시거주자가 농촌거주자보다 효과인지 정도가 높게 나타났다($t=2.15$, $p=0.0320$). 민간요법에 있어서는 도시거주자가 농촌거주자보다($t=2.04$, $p=0.0414$), 여성이 남성보다($t=-2.89$, $p=0.0039$), 미혼이 기혼보다($t=2.50$, $p=0.0126$) 효과인지 정도가 유의하게 높은 것으로 나타내었다. 연령과 교육정도 별로도 차이가 있었는데 21~30세군이 51세 이상군보다, 20세 이하군과 31~40세군이 61세이상군보다($F=7.76$, $p=0.0001$), 대졸, 대학원졸업군이 초졸군보다($F=4.39$, $p=0.0006$) 유의하게 높은 민간요법에 대한 효과인지 정도가 높은 것으로 나타났다. 신앙요법에 있어서는 농촌거주자가 도시거주자보다($t=-2.73$, $p=0.0305$), 여성이 남성보다($t=-4.15$, $p=0.0001$), 연령이 낮은군이 연령이 높은군보다($F=2.48$, $p=0.0307$), 기독교군이 가톨릭, 불교, 무교군보다($F=70.18$, $p=0.0001$)는 효과인지 정도가 높은 것으로 나타내었다. 무속요법에 있어서는 고졸이 무학, 중졸, 초졸보다($F=3.18$, $p=0.0075$), 불교군이 무교, 가톨릭, 기독교군보다($F=18.32$, $p=0.0001$) 유의하게 높은 효과인지를 나타내었다.
4. 입원시 보호자 상주정도는 '필요시에만 있으면 된다'가 50.0%를 차지하였으며, '24시간 환자결에 상주해야 한다'는 39.6%, '밤에만 있으면 된다'가 5.0%, '낮에만 있으면 된다'가 2.6%, '보호자 방문 시간에 문병만 오면 된다'가 1.4%, '없어도 된다'가 1.2%의 순으로 나타났다. 적당한 보호자 1순위는 배우자(66.6%), 어머니(24.2%), 딸(3.6), 며느리(1.9%)였으며, 1순위 보호자가 가장 적당하다고 생각하는 이유는, '가장 편안한 사람이므로'가 81.5%로 가장 많았고, '사람의 도리로 당연히 해야 하므로'가 7.1%, '가장 손쉽게 부를 수 있으므로'가 5.4%, '환자를 잘 돌보기 때문에'가 5.1%, '비용부담이 적어서' 0.4%로 나타났다.
5. 일반적으로 선호하는 임종 장소로는 자기집이 91.6%, 병원 8.4%로 나타났다. 병원에서 임종이 가까운 사람의 임종장소로는 78.5%는 자기집, 21.5%는 병원을 선호하였으나, 또한 병원에서 임종한 사람의 장례의식 장소로는 52.9%가 자기집, 47.1%가 병원 영안실을 선호하는 것으로 나타났다.
- 이와 같이 연구결과를 토대로 몇 가지 제언을 하고

자 한다.

1. 전국규모 혹은 지역규모 연구에서 대표성을 보장하는 표본추출 방법을 사용하여 반복 연구할 것을 제언한다.
2. 우리나라 간호현장에서 한국인의 의료관을 이해하는데 있어서 본 연구결과를 활용할 것을 기대한다.
3. 한국인의 전통적 인간관과 환자 역할기대 연구, 건강·질병개념 및 건강행위 연구, 임종인지요구 및 치료자기결정요구, 의료관 연구의 결과를 중심으로 하여 한국 문화에 따른 간호이론이 개발되기를 기대한다.

참 고 문 헌

- 권혜진 (1987). 임종환자 가족의 죽음에 대한 태도 연구. 중앙의학, 52(1), 717-726.
- 김기정 (1988). 도시가정 주부들의 간병인에 대한 수용 태도 및 간병인 기능에 대한 요구. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김귀분 (1991). 한국인의 건강관행에 대한 민속과학적 접근. 이화여자대학원 박사학위 논문.
- 김모임 (1987). 한국인을 위한 간호. 간호학논집, 10, 15-23.
- 김모임 외 (1988). 일 농촌 지역의 질병 토속명과 의료실행에 관한 연구. 간호학논집. 연세대간호학연구소, 11, 67-84.
- 김문실 외 (1994). 간병인 이용에 관한 의료소비자의 의견조사연구. 대한간호, 33(3), 40-55.
- 김문실 외 (1995). 전통사상속에 나타난 한국인의 행동양식에 대한 고찰. 간호행정학회지, 1(1), 79-95.
- 김순용 (1980). 임종환자 및 그 가족의 심리적 간호요구가 충족되지 못하는 이유에 관한 문헌고찰. 대한간호, 19(5), 55-68.
- 김숙영 (1995). 성인병 환자들의 건강과 관련된 자기 조절에 대한 현상학적 연구. 간호학회지, 25(3), 562-580.
- 김소선 (1994). 뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 경험에 관한 연구. 간호학 탐구, 3(1), 67-88.
- 대한간호협회 서울 특별지부 기획관리위원회 연구소 위원회 (1994). 간병인 이용에 관한 의료소비자의 의견조사연구. 대한간호, 33(3), 40-55.
- 매일신문, 1996년 11월 8일자.

- 박동권, 최두영 (1981). 말기임종의 병황진실통고여부를 둘러싼 입원환자측 태도조사. 신경정신의학, 20(3), 339-348.
- 박정숙 (1996). 한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초조사연구 I - 전통적인 인간관과 환자역할기대를 중심으로-. 대한간호, 26(4), 782-798.
- 박정숙 (1996). 한국문화에 따른 간호정립을 위한 기초조사연구 II - 건강·질병개념 및 건강행위를 중심으로-. 성인간호학회지, 8(2), 375-393.
- 박정숙 (1997). 한국인의 임종인지요구 및 치료자기결정요구에 대한 조사. 계명간호과학, 1(1), 85-100.
- 박창승 (1995). 암환자 가족의 죽음태도 유형에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 서미혜, 오가실 (1993). 만성질환자 가족의 부담감에 관한 연구. 간호학회지, 23(3), 467-486.
- 양규봉, 김영현 (1985). 임종통고 여부에 대한 의료진과 학생순위 태도. 신경정신의학, 24(4), 553-565.
- 윤순녕 (1978). 현대의료와 한국농촌의 의료문화. 의료인구학적 고찰. 이화여대 의료원 지역 사회보건의위원회.
- 이무석 (1982). 한국인의 정신질환에 대한 개념. 전남의대잡지, 19(4), 441-450
- 이부영 (1973). 의료문화 적응의 제 문제점에 관한 사고. 신경정신의학, 12(2), 97-109.
- 이영자 (1993). 한국의 전통적 건강증진 방법. 간호학탐구, 2(2), 21-35.
- 이 회 (1979). 의대생 및 전공의가 보여준 임종환자에 대한 태도. 신경정신의학, 18, 49-54.
- 임영신 (1993). 노인환자 가족의 부담감에 관한 연구. 성인간호학회지, 5(2), 164-191.
- 전세일 (1994). 논평 : 자장적용이 생리통 경감에 미치는 효과. 간호학 탐구, 3(1), 174-175.
- 전정자, 유은광 (1987). 간호대상자의 문화배경별 자가간호유형의 비교연구. 대한간호, 26(1), 77-95.
- 조갑출 (1984). 한국의 전통적 가정간호에 관한 탐색 연구. 연세대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 최길성 (1984). 샤머니즘 입장에서 본 정신건강 개념. 정신건강연구, 한양대 정신건강 연구소, 2. 1-11.
- 최남희 (1978). 일부농촌지역의 의료방법에 관한 인식 및 이용실태. 간호학회지, 8(2), 25-37.
- 최영희 외 (1992). 간호와 한국문화. 수문사
- Bunting, S. M. (1989). Stress on caregivers of the elderly. Advances in Nursing Science, 23(6), 63-73.
- Cant, G. (1973). Deciding When Death is better than Life. Time 36-37, July 26.
- Cantor, M. A. (1983). Strain among caregivers : A Study of Experience in the United States. Gerontologist, 23(6), 597-604.
- Issacs, B. (1971). Geriatric patient's : Do their families care. British Medical Journal, 14, 282-286.
- Johnson, C. L. (1983). Dyadic family relations and social support. Gerontologist, 23(4), 377-383.
- Leininger, M. M. (1988). Leinger's Theory of Nursing - Cultural Care Diversity and Universality. Nursing Science Quarterly, 1(14), 152-160.
- Lowenstein, A. L., and Glanville, C. (1991). Transcultural Concepts Applied to Nursing Administration. JONA, 21(3), 13-14
- Mervyn. F. (1971). The Plight of Dying Patients in Hospitals. American Journal of Nursing. Oct.
- Neundorfer, M. McC. (1991). Family Care - caregivers of the Frail Elderly : Impact of Caregivers on their Health and Implications for Interventions. Family & Community Health.
- Ngozi, O. N. & Patricia, G. A. (1996). Working - Out Caregiving Systems in African American Families. Applied Nursing Research, 9(3), 108-114.
- Quarnstrom, Q. (1979). Patients' Reactions to Impending death? Part one, Nursing, 755, 15-25.
- Spradley, B. & McCurdy, C. (1977). Conformity & Conflict : Readings in Cultural Anthropology. Boston: Little Brown Co.
- Whitis, G. (1993). Visiting Hospitalized Patients. Journal of Advanced Nursing, 19, 85-88.

- Abstract -

Key concept : View of medicine, Caregivers,
Location of death

A Study of the Construction of Nursing Theory in Korean Culture - View of Medicine -

Park, Jeong Sook* · Oh, Yun Jung**

This is a study for the construction of nursing care based upon the Korean attitude toward medicine. Factors which were investigated include the source of nursing care, the reason for choosing care, the type of health care chosen, the accessibility of caregivers, and the desired location of death.

The population examined in this study consisted of 517 adults distributed in six large cities and 191 adults from five rural communities. Data was analyzed using frequency, percent, Cronbach alpha, χ^2 -test, t-test, F-test and scheffe post hoc contrast with an SAS program.

The results of this study are summarized as follows :

1. Among sources of nursing care used, first rank rated -pharmacy(54.4), private hospital(18.2), general hospital(8.4), folk remedies in house (5.0), chinese hospital(2.8), prayer(2.8) and others(8.4), and the reasons for choosing nursing care rated 'the easiest method'(63.6), 'the best method'(15.7), 'reliable'(10.8) and 'lower cost burden'(4.6) in order of preference.
2. The type of nursing care chosen rated western medicine(6.80), chinese medicine(6.15), folk remedies(5.46), faith remedies(3.51) and divination remedies(1.41). There were significant differences in the effect recognition degree to various kinds of medicine.
3. The difference of the type of nursing care

chosen according to general characteristics showed that urban residents were higher than rural community residents($t=2.15$, $p=0.0320$) in western medicine, and urban residents, women, and singles were higher than rural community residents($t=2.04$, $p=0.0414$), men ($t=-2.89$, $p=0.0039$), and married($t=2.50$, $p=0.0126$) on folk remedies. With respect to age and education those 21~30, under 20 and 31~40, graduated from college and graduate school were higher than above 51, above 61 ($F=7.76$, $p=0.0001$), graduated from elementary school($F=4.39$, $p=0.0006$) on folk remedies. In other categories, rural community residents, women, younger people. Christians were higher than urban residents($t=-2.73$, $p=0.0305$), men($t=-4.15$, $p=0.0001$), older people($F=2.48$, $p=0.0307$), Catholic, Buddhist, or atheist($F=70.18$, $p=0.0001$) on faith remedies. Those graduated from high school and Buddhist were higher than unschooled, graduated from middle school($F=3.18$, $p=0.0075$), atheist, Catholic or Christian($F=18.32$, $p=0.0001$) on divination remedies.

There were significant differences concerning age and education level.

4. The accessibility of caregivers rated 'caregivers should be nearby if the patients need them'(50.0), 'caregivers must be there all day (24 hours)' (39.6), 'caregivers must be there at night only'(5.0), 'caregivers must be there during the day only'(2.6), 'caregivers always should visit during visiting hours'(1.4), 'caregivers don't need to be there at all'(1.2). The first rank of suitable caregivers were rated as spouse(66.6), mother(24.2), daughter (3.6), daughter-in-law(1.9), and the reasons of thinking thus were rated as 'the most comfortable'(81.5), 'people should correctly with regards to family they'(7.1), 'the easiest'(5.4), 'take good care of the patient'(5.1) and 'lower cost burden'(0.4).

* Keimyung University, Dept. of Nursing

** Keochang Provincial College, Dept. of Nursing

5. The desired location of death rated as the following : his/her house(91.6) to the hospital(8.4). A person going to encounter death in the hospital wanted his house(78.5) over the hospital(21.5), and a person dieing in the hospital prefered his house(52.9) over the hospital(47.1) as a funeral ceremony place.

The following suggestions are made based on the above results.

1. A sampling method that enhances the representativeness should be used in regional

and/or national related research and replicated to confirm the result of this study.

2. This study should be used to understand the Korean view of medical centers and to meet the expectations of patients in Korean nursing.
3. Research on the Korean traditional view of humans and expectations of the sick, health and illness, and health behavior, the perception of dying, the decision to heal, and the view of general medicine should continue to be conducted continuously so that Korean nursing theory can be advanced on these concepts.