



농촌 지역 노인의 전문 건강관리 체계 이용 행위에 관한 연구

조 명 옥¹⁾

서 론

연구의 필요성

우리사회는 급격한 노인 인구 증가와 평균수명의 연장으로 노인문제가 중요한 사회문제로 대두되고 있다. 특히 65세 이상 노인의 87%가 한가지 이상의 만성질환을 앓고 있고, 약 35%의 노인이 일상생활을 타인에게 의존하고 있다는 점에서 노인건강관리는 중요한 사회문제가 된다(Choi, 2000). 전통적으로 노인의 건강관리는 가족의 몫이었고, 70~80%를 여성이 담당해 왔다(Park, 1997). 그러나 핵가족이 증가하고 여성의 취업활동이 활발해 짐에 따라 가족은 더 이상 노인 건강관리를 담당하기 어렵게 되었고, 이 일은 건강전문가들에게 이관될 수밖에 없다. 간호는 돌봄과 치유를 동시에 담당하는 전문 건강관리 분야이다(Gaut & Boykin, 1994). 따라서 간호는 전통적인 가족의 노인 돌봄과 건강관리를 담당하기에 적합한 전문건강관리 분야라 할 수 있다. 그러므로 노인들이 어떤 건강관리를 받고자 하는가를 탐색하는 일은 노인간호의 한 분야, 즉 효율적인 건강문제 치유에 유용한 기초 작업이 될 것이다.

한편 1970년대 이후 산업화가 가속화되고 젊은 층이 직업을 따라 도시로 이동하면서 농촌에는 노인 독거 가구나 노부부 가구가 증가하고 있다. 더욱이 의료기관이 도시에 집중되어, 대중 교통망이 열악한 농촌의 노인 건강관리는 더 심각한 상태이다(Choi, 2000). 그러므로 전문 건강관리 자원이 부족한 농촌지역 노인들이 어떻게 건강 관리 체계를 이용하고 있는

가를 살펴본다면 노인 건강관리 문제를 해결할 수 있는 실마리를 찾을 수 있을 것이라는 가정에서 본 연구는 출발한다.

건강문제의 해결책을 찾기 위해서는 “특정 집단 사람들에게 무엇이 아픈 것이고 무엇이 건강한 것이며, 이 상황에 어떤 의미를 부여하는가, 그리고 이 상황에 어떻게 대처하는가?”의 질문들을 순차적으로 풀어나가야 한다. 병은 문화적으로 정의되고 의미가 부여되며, 이에 근거하여 건강관행이 실천되기 때문이다(Foster & Anderson, 2002). 따라서 사회·문화적 맥락을 고려하여 의료소비자의 관점, 즉 노인과 가족 및 그 지역사회 구성원의 관점에서 건강관리 행위를 이해한다면 보다 소비자 중심의 치유와 돌봄을 제공할 수 있으리라는 것이 본 연구자의 입장이다.

사회 문화적 요소들을 고려하여 건강관리 행위를 탐색할 때 흔히 문화적 합의 모델(cultural consensus model)이나 민족 과학적 접근을 취한다. 문화적 합의 모델은 사회 계층, 경제 수준, 교육정도 등의 문화 요소가 특정 건강행동 이행에 미치는 영향력을 통계적으로 검증한다(Aday & Awe, 1997). 이 연역적 탐구는 주개념의 타당도와 변수들간의 상호작용을 적절히 파악하지 못하는 문제, 그리고 개별 사례를 집중적으로 탐색하여 총체적으로 건강관리 행위를 설명하고자 하는 문화적 접근의 근본 취지에 부합하지 못하는 문제가 지적되고 있다(Dressler, 1997). 한편 간호 연구에서 가장 흔히 적용해 온 민족 과학적 방법은 미시적 접근으로, 주로 면접자료에 의존하여 자료에 나타난 구조를 밝히는데 초점을 두기 때문에 인간행위의 역동성을 간과하게 되고 사회 문화적 맥락을 포괄적으로 연결하지 못하는 한계를 드러낸다(Tripper-Reimer &

주요어 : 노인, 건강관리체계, 건강관리추구행위, 설명모델

1) 동의대학교 간호학과

투고일: 2003년 1월 23일 심사완료일: 2003년 10월 14일

Dougherty, 1983).

본 연구에서는 이 두 접근의 한계를 극복하기 위해 건강관리 행위라는 협소한 인간행위를 탐구하되 사회 문화적 맥락과의 관계에서 이해하고자 하는 거시적-미시적 절충적 접근인 Klienman(1980)의 설명적 모델(explanatory model of health and illness)을 적용하고자 한다. 즉 건강과 질병을 독립된 실체가 아닌 사회 문화적 현상으로 보고, 병의 의미 망(semantic sickness network) 틀에 따라 개인이 증상을 체험하고 사회구성원과 더불어 의미를 부여하며, 이에 따라 특정 건강관리를 찾게되는 일련의 과정을 순서적으로 설명하는 방식을 취할 것이다.

Klienman(1980)의 질병과 건강에 관한 설명적 모델에서 건강관리 체계란 특정 의료기관이나 의료정책을 의미하는 것이 아니라 환자와 치료자와의 상호작용을 포함하는 일련의 건강관련 사회제도를 말한다. 이 건강관리 체계는 민간영역(popular or lay health care system), 민속영역(folk health care system), 전문영역(professional health care system)으로 구성된다(Loustauna & Sobo, 2002). 본 연구에서는 이 세 개 영역 중 간호전문직과 가장 직접적으로 관련되는 전문영역을 중심으로 탐색하고자 하며, 전문 건강관리 체계는 병원과 의원 및 보건소와 보건지소를 포함하는 의료기관, 의사와 간호사를 비롯한 의료인, 그리고 의료인-환자간의 행동 양식을 뜻한다.

연구의 목적

이 연구의 목적은 농촌 지역 노인들의 전문건강관리 체계를 이용하는 행위를 사회문화적 맥락에 연관하여 심층적이고 포괄적으로 이해하는데 둔다. 이 목적을 달성하기 위하여 “농촌 지역 노인들은 어떠한 과정을 거쳐서 전문 건강관리 체계를 이용하는가?”, “어떠한 사회 문화적 맥락에서 이들 행위가 구성되는가?”의 질문에 답을 구하고자 하였다.

연구 방법

제보자 선정

본 연구의 노인 제보자는 환갑을 기준으로 선정하였고 연구 참여를 허락한 노인들이다. 연구자는 이 지역에서 1990년부터 실시한 선행 연구를 통해서 연구 지역 주민의 일상 생활이 친족과 인척의 사회적 관계 망에 의해 지배되고 있음을 발견하였고, 이를 감안하여 제보자 선정에서 노인들의 친인척 관계의 범주를 고려하였다. 그리하여 이 마을의 중심세력인 동족의 종가를 중심으로 종가의 직계가족, 당내친족, 동족, 씨족, 인척, 타성 집단에서 제보자를 선정하는 이론적 표본추출

방식을 취하였다. 연구방법의 특성상 제보자의 일상생활에 참여하여 개별 사례를 심층적으로 탐색해야 하므로 제보자를 14명으로 제한하였다. 이중 남자 노인이 6명이고 여자 노인이 8명이며, 현지조사를 시작한 1999년 당시 제보자들의 연령은 74세에서 99세이었다. 본 연구에서 건강관리는 노인이 불편을 느끼고 이 문제를 해결해 가는 과정과 방법을 의미한다. 그러므로 의사의 진단(disease) 여부보다는 제보자의 건강에 대한 평가와 의미(illness)를 기준으로 선정하였다. 따라서 의학적 진단이 없는 노인들도 제보자에 포함되었다.

자료 수집과 분석

본 연구를 위한 집중적인 자료 수집은 1999년 9월부터 2002년 10월까지 2일내지 1주일씩 10회에 걸친 순환적인 현지조사를 통해서 이루어 졌으며 기초자료(basic data), 맥락 자료(data for context), 연구주체에 관한 정보(information)를 수집하였다. 기초자료와 사회 문화적 맥락자료는 면의 공무원 및 마을 행정에 관여하는 주민과의 면접, 지방사료 등의 문서 자료를 이용하여 수집하였고 1990년부터 시작한 선행 연구의 자료를 수정 보완하였다. 맥락 자료 중 전문 건강관리 체계에 관한 자료는 보건기관과 면 공무원 6명, 마을 행정가 4명과 제보자들로부터 수집하였다.

연구 주제에 관한 정보는 제보자의 건강관련 활동과 사건 및 일상생활에 참여하여 관찰자로서의 참여(participant as observer)와 참여자로서 관찰(observer as participant)을 통해서 수집하였다. 예를 들어 연구자의 신분을 밝히고 보건진료소를 방문한 노인들이 진료를 받으면서 보건진료원과 상호작용 하는 행위를 관찰하는 동시에 의료인의 한 사람으로서 노인들의 건강관리에 관한 질문에 답변하고 자문하는 위치를 고수 하는 관찰자로서의 참여 수준을 적용하였다.

자료분석과 자료수집은 순환적으로 이루어졌으며 자료분석 전 과정에서 행간분석과 요점분석을 반복하였고, 자료의 특성에 따라 Cho와 Choi(2000)의 공간의미분석(proxemics)과 분류 분석 기법을 활용하였다. 공간의미 분석은 마을의 공간구조를 물론 제보자와 가족, 친족 및 제보자의 동료 노인들이 일상생활에서 공간을 사용하는 방식에 초점을 두고 분석하였다. 이 분석은 일상생활과 건강관리 활동에서의 규칙, 즉 호혜 규칙이나 혈연을 매개로 한 집단중심주의 및 위계 규칙 등 행동 양상을 발견하는데 도움이 되었다.

분류분석 과정에서는 흐름과 결정 분석(flow and decision)과 텍스트 분석 기법을 병행하였다. 흐름과 결정 분석은 제보자들이 건강문제가 발생하여 특정 의료인이나 의료기관을 이용하기로 결정하는 과정에서 영향을 미칠 수 있는 가능한 조건들을 잠정적으로 열거하고 이 조건들이 어떻게 충족되는가

를 각 사례를 통해서 추적·확인하는 방식을 취하였다. 텍스트 분석은 제보자와 연구자, 제보자와 의료인, 혹은 제보자들 간에 자연스럽게 이루어지는 대화 중에서 건강문제를 정의하고 특정 건강관리 체계를 결정하는데 관련되는 대화를 발췌하여 대화의 의미와 과정을 밝히는 순서로 진행하였다. 자료 수집과 분석 과정은 다음과 같다.

- 본 연구를 시작하게 된 계기는 선행 연구에서 노인들이 연구자가 판단한 건강문제의 심각성과 무관하게 건강관리 영역을 선정하고, 비용만 많이 들고 치병 효과는 없을 것으로 판단되는 건강관리를 실천하고 있는 것에 대한 의문이었다. 따라서 ‘노인들이 특정 건강관리 기관이나 치유 관행을 선택하는 이유는 무엇일까?’ 라는 대윤곽(grand tour) 질문을 가지고 조사를 시작하였다.
- 자료를 수집하고 영역분석을 시작하면서 가장 많은 활동이 나타나는 전문 건강관리 영역을 분석 단위로 선정하였다. 그러므로 ‘노인들이 이용하는 전문건강관리 기관의 종류’라는 영역의 요소들을 채워 가면서 분류하였다.
- 특정 전문건강관리 기관을 이용하는데 있어서 일반적으로 영향을 미칠 수 있는 요인들을 파악하기 위하여 ‘노인들이 전문건강관리 기관을 방문하는 방법과 수단’이라는 영역을 선정하여 분석하였다.
- 각 영역에 대한 분류 분석이 진행되는 동안 ‘노인과 건강관리 자원을 소유한 주민과의 관계’와 ‘노인이 경험하는 증상과 특정 질병에 대한 인식과 정의’가 매우 중요한 요인임을 발견하였고, 이 영역이 추가되었다. 한편 ‘제보자들이 어떤 증상을 경험할 때 이를 확인하고 검증을 받기 위해 누구를 찾아가는가’, ‘특정 증상과 질병에 대하여 어떤 의미를 부여하는가’를 관찰, 탐색하기 시작하였다.
- 선택된 영역 중 ‘특정 전문 건강관리 기관이나 의료인을 선택하는 조건’을 중심 영역으로 선정하여 잠정적 다원 분류 표를 작성한 후 각 방(cell)에 개별 사례들을 대입하면서 검증해 갔다. 그러나 분류표상으로는 개별 사례들이 ‘가깝다’, ‘임의롭다(편하다)’, ‘용하다’, ‘적절하다’ 등의 조건의 범주를 모두 충족하지 않았다. 따라서 조건을 순서적으로 제시하고 각 조건이 충족될 경우와 그렇지 않을 경우의 행동 대안들을 구분하는 ‘결정과 흐름표’를 작성하고, 각 사례들을 이 표에 대입시켜 가면서 검증하였다.

연구자는 ‘세계는 해석된다’는 입장에서 민족지적 접근을 시도하였으므로 해석적 타당성을 확보하기 위해 노력을 기울였다. 해석의 개연성을 높이기 위해서 제보자와 신뢰관계를 형성하고, 반복적 참여관찰을 통해 가급적 제보자의 경험에 가깝게 다가가고자 노력하였다. 수집된 자료의 신용도를 확보하기 위해 면담자료와 관찰자료는 제보자와 주민들을 통해서

진위를 확인하고 역사자료와 민속자료는 전문가의 자문과 전문 서적을 참조하여 확인하였다. 연구자가 분석한 전문건강관리 기관이나 의료인을 선정하는 조건, 이 조건에 따라 의료기관을 결정하고 실천에 옮기기까지의 과정을 생존해 있는 노인 제보자에게 제시하고 동의 여부를 확인하였다. 민족지를 작성한 경험이 있는 3명의 간호학 교수들도 분석 결과 확인 작업에 참여하였다. 제보자에게서 얻은 전문 건강관리 체계 이용에 관한 개별 진술이나 관찰된 행동, 분석 범주 등은 현지조사 지역의 민족사와 사회 문화적 맥락, 물리적 환경 등과 연관시켜 그 의미를 해석하였다.

윤리적 고려

노인 제보자들이 대부분 문맹이었으므로 구두로 연구 참여, 현지방문, 참여관찰 상황과 사전 선정에 대하여 허락을 받았다. 생업에 종사하는 제보자와는 농한기에 현지조사를 실시하였고, 주민의 금기관행을 지키기 위해 설이나 추석 명절 당일과 이른 새벽에는 가정 방문을 삼갔다. 보고서 작성 과정과 최종 보고서를 작성한 후 주 제보자(key informant)에게서 연구 보고서 발표에 대한 허가를 받았다. 제보자가 공개를 꺼려하는 내용은 물론, 제보자와 주민에게 부정적인 영향을 미칠 것으로 판단되는 자료는 보고서에서 제외시켰다. 연구지역과 제보자의 이름은 약자로 표기할 것이며 신분이 노출될 수 있는 구체적인 개인 정보도 생략하고자 한다.

연구 결과

건강관리 체계 이용 행위의 맥락

• 사회 문화적 환경

현지조사 지역은 J도 N시 S면의 2개 농촌 마을이다. 이 중 큰 마을은 7세기말에 형성된 것으로 추정되며, 19세기말에 입향조가 유입하여 중심세력을 형성하면서 동쪽 마을 형태를 갖추었다. 현재 동쪽의 3개 하위분파와 인척, 그리고 타성집단들이 분절적 집단체계를 구성하고 있다.

총 51 가구가 산 중턱 고지대에서 평야지대에 이르기까지 자리잡고 있다. 이 마을의 미곡 산출량은 S면 19개 마을 중 가장 낮으며, 가구 당 수입은 전국 농촌 평균의 2/3 수준이다. 그러나 적극적인 투자를 요하지 않는 전통적인 영농 방식 때문에 농가 부채 문제는 심각하지 않으며, 가구마다 2000만원 이상의 저축금을 갖고 있다.

작은 마을은 1950년대에 전라선 간이역을 중심으로 형성된 가촌으로 일명 ‘역 마을’이라고도 한다. 42가구가 큰 마을 입구에서 400m 떨어진 곳에서부터 1.2Km에 이르는 평야지대에

자리잡고 있다. 주민의 주요 생업은 큰 마을과 마찬가지로 미작농업이고 일부 가구는 가게, 이발소, 방앗간 등을 겸업하고 있다. 큰 마을에 비해 가뭄의 피해가 적고 땅이 비옥하여 반당 미곡 산출량이 40Kg정도 많다. 또한 겸업을 하고 있어 가구 당 소득은 큰 마을보다 많으나 전국 평균에는 미치지 못한다.

제보자의 자녀들이 생활비를 충당하고, 독거 노인들은 면에서 24만원 이상의 생활비를 지원 받는다. 제보자 모두 본인 소유의 집에서 생활하고 텃밭을 가꾸어 부식재료를 마련하며 외출이 잦지 않아 월 생활비는 20만원을 넘지 않으며 대부분 1000만원 이상을 저축하고 있다.

큰 마을 주민 153명중 65세 이상 노인이 34%, 작은 마을 주민 102명중 65세 이상 노인이 28%를 차지하는 고령사회이다. 큰 마을 7가구, 작은 마을 2가구가 노인 독거 가구이고, 노부부 5가구, 노인과 65세 이상의 자녀로 구성되는 4개 가구도 있다. 이처럼 두 마을 모두 다음 면사무소 직원의 진술과 같이 인구의 노령화로 경제난과 노인 건강관리 문제를 안고 있다.

노인들 많아요. 저다. 노인이 많을 허요? 기계들 많지 좋아요? 공계 아 제호 못살거구만요. 거고는 더 허요. 아주 고 지식한 양반이거든. 아. 마을마다 모여서 체육대회도 쥘 허자 허도, 친목도 다지고 허자도 나아서 뭇 사냥이 없으게. 첫째. 아 그라고 노인 양반들 똬다 허도 다치거나 허면 큰일 이거든. 여그 뭐 병원도 없제. 누가 책임지겠소. 큰 병이사 ○○ 박사[큰 마을 9 노인 자녀] 서울이 있음게. 나가 주선 허서 으흠. 등 이나 또 입원시켰제. 우리 박사님 덕 많이 보고 사요. 책고에 있다 하신게 이것같은 쥘 꼭 부탁허요. 우리 면같이 의사도 병원도 없고 헌데 쥘 그 뭐야 의료봉사 쥘 오고. 한번 썩 꼭 쥘. 노인 양반들 혈애편이다 모다 윤치거지 쥘 못헌게

그러므로 마을 이장과 청·장년 층 주민의 역할 중 하나는 독거 노인들과 노부부 가족의 일상 생활과 농사일을 도와주는 일이다. 이에 대한 보상은 일정한 품삯으로 지불되는 계약 교환이 아니라, 칭찬을 하거나 오랜 시간이 지난 후 사회적 지위를 부여하는 호혜적 교환방식을 따른다. 이 호혜적 교환의 내용 중에는 의료자원도 포함되어, 노인을 잘 도와준 대가로 행위자나 그의 가족이 노인의 자손이 근무하는 병원에서 치료를 받는 혜택을 누린다.

● 주민의 전문건강관리 체계

S 면에는 보건지소와 보건진료소 2개소가 있을 뿐 병원이나 약국은 없으며, 물론 연구 지역 내에는 의사가 상주하는

의료기관이 없다. 그러므로 연구지역 주민들은 면내의 보건기관과 인근 N시의 병원과 약국, J시의 병원, 서울 소재 병원을 이용한다.

보건지소는 큰 마을에서 6Km, 작은 마을에서 5Km 거리에 위치하며 공중보건 의사와 사무직원, 진료 보조직원 등 6명의 직원이 S면의 7개 마을 주민의 건강관리를 담당한다. 이 보건지소에서는 연구지역을 관할하는 보건진료소에 고가의 의료장비를 지원하고, 보건진료소에서 신청한 예방 접종 약을 구입해 주는 등 간접적으로 연구지역 주민의 건강관리 업무를 담당한다. 연구지역 주민들은 보건지소에서 치과진료와 물리치료를 받을 수 있다. 보건진료소는 작은 마을 중앙에 위치하며 큰 마을에서 약 1Km 거리에 위치한다. 보건진료소는 진료실, 처치실, 안정실, 찜질방과 간단한 물리치료 기구를 갖추고 있다. 보건진료소장은 가족과 함께 진료소에 상주하며, 보조인력 1명의 도움을 받아 연구지역을 포함한 6개 마을 255가구 713명의 1차 건강관리를 담당한다.

연구지역 주민들이 병원, 의원, 약국을 이용하기 위해서는 16Km 거리의 N시까지 가야한다. N시까지 가는 버스가 마을에 3회만 정차하고, 의료기관이 버스 정류장에서 100m 내지 500m 이상 거리에 위치하여 염좌나 골절로 통원치료를 받는 주민들이 특히 불편을 겪는다. 최근에 이 시에서 가장 큰 규모의 병원인 N시 의료원이 병상을 증축하면서 버스 노선이 닿지 않는 도시 외곽으로 이전하여 주민들이 이용하기가 불편해 졌다. 특수 치료를 받기 위해 이용하는 J시의 종합병원과 대학 부속병원은 N시나 O읍에서 직행버스와 택시를 이용해야 하므로 노인들이 자녀나 이웃의 도움이 없이는 이 인근 도시의 의료시설을 이용할 수 없다. 더욱이 N시까지 택시 요금은 12000원, O읍까지는 6000원으로 노인들에게는 경제적 부담도 안겨준다. 일부 노인들은 자녀가 근무하고 있는 서울의 S 대학 병원과 Y 대학 병원을 이용하는데 이 병원을 이용할 경우 자녀들이 와서 모셔가기 때문에 교통문제는 격지 않는다.

노인의 전문건강관리 체계 이용 행위

제보자들은 증상에 대한 민간정의, 의료자원을 소유한 집안과의 사회적 관계, 의료인의 행동 특성 등의 조건을 충족하는 의료기관이나 의료인을 선택한다. 즉, 자신의 건강상태를 다스리기에 적합하고 물리적·사회적·정서적으로 가까운 의료기관이나 의료인, 병을 잘 다스리는 용한 치유자를 찾아가서 건강관리를 받는다.

- 민간 차원의 질병 정의에 적합한 전문건강관리 체계 이용 행위

노인 제보자가 건강관리 체계를 결정하는 한가지 조건은 '특정 의료기관이나 의료인이 주민이 증상에 대하여 정의한 것에 적합한가?' 이다.

노인과 주민들은 노인이 경험하는 증상을 '아픈 것', '병', '다친 것'으로 분류한다. 아픈 것은 '참을 만 하거나, 참기 어렵지만 견어내야 하는 건강문제'이다. '병'은 특정 건강상태에 부여하는 의미와 증상의 심각성에 근거하여 '큰 병', '죽을 병', '깊은 병', '몹쓸 병'으로 분류한다. 그러나 고령 노인의 건강 문제는 그 증상의 종류나 심각성과 무관하게 '노환'으로 분류하여 '아픈 것'이나 '병'과는 달리 반응한다. '다친 것'은 원인과 결과가 분명하므로 가볍게 다친 경우는 사회적 평가를 포함하지 않으며, 1995년도에 많은 사상자를 냈던 교통사고와 같은 특별한 경우에만 사회적 평가를 포함한다.

• '아픈 것'에 적합한 전문건강관리 체계 이용

일단 노인이 경험하는 증상을 '아픈 것'으로 정의하면, 아픈 특성에 따라 전문 건강관리 체계를 결정한다. '참기 어려울 정도로 아픈 급성 증상'은 다음 사례와 같이 약으로 다스리기로 결정한다.

큰 마을의 T 노인은 아들의 농사일을 돕다가 1999년 10월에 '들쥐병'에 걸렸다. 이 노인은 처음 심한 오한과 진신통증이 나타났던 날 밤에 작은방에서 자고 있는 아들을 깨워 호소하였으나 피곤한 아들이 응답하지 않자 다음 날 새벽에 이웃의 P 노인과 S 노인을 찾아와 증상을 말하면서 아들에 대한 서운함을 호소하였다. P 노인과 S 노인은 "요즈음 아침저녁으로 일기가 고르지 못해 몸살이 난 것이다"고 정의를 내리고 "아들에게 시내에 가서 몸살 약 좀 사다 달래서 먹고 땀내고 폭 자라"고 처방하였다.

이 사례의 제보자들은 감기 몸살은 참기 어려울 만큼 증상이 심하지만 병이 아니라 휴식을 취하면서 땀을 내고 약으로 다스릴 수 있는 '아픈 것'이라고 판단한 것이다. 그러므로 병원에서 다룰 만한 '병'은 아닌 것이다.

감기와 같이 갑자기 나타나는 일시적인 증상이외에 노인에게 흔한 관절염 통증과 같은 만성적인 상태도 '아픈 것'에 해당되므로 약국이나 보건진료소를 방문하여 약을 구입하여 관리한다.

그러나 노인들은 만성적인 증상은 가능한 약에 의존하지 말고 일상활동을 조절하는 것이 바람직하다고 판단한다. 그러므로 큰 마을 E 노인의 다음 진술과 같이 활동을 절제하여 증상을 다스리지 않고 노인이 스스로 약을 구하러 다니는 행위는 부정적으로 평가된다.

그[9 노인] 아진 매냥 [다리가] 아프다싸면서 온 동네를

다 싸다니고, 저-그 아랫머서부터 여그러정. 이 높은데. 매일 그전다요. 아프다고 노래를 해싸서 어찌 그리 다녕가 목라인 영. 그전어는 시내꺼정 버스 타고 뭘 흥애다 뭐다 쳐다 사다 낚쌌능 갇았어요. 아이 어찌 그리 그러실까

그렇다고 해서 노인들이 만성적으로 '아픈 것'을 관리하는데 약이나 건강식품을 이용하지 않는 것은 아니다. '건강에 대한 욕심을 버리는 것'은 노인이 스스로 적용하는 행위 규칙이고, 자녀들에게 적용되는 규칙은 약을 비롯한 의료 자원을 조달하여 '부모에 대한 도리를 다하는 것'이다. 자녀들이 구입해 온 약은 정성을 보이고 효행을 실천하는 수단이 되는 것이다. 그러므로 노인들 자신의 질병행위에 대한 평가만으로 특정 치료행위가 결정되는 것이 아니라 가족과 이웃의 질병에 대한 정의와 '효'라는 일상생활 규범이 복합적으로 적용된다. 즉, 노인 건강관리는 일상행동 규칙에 지배되고 자손은 실질적인 노인의 건강관리 결정자가 된다.

• '병'에 적합한 전문건강관리 체계 이용

노인의 증상이 '병'으로 정의되면 병원에 가서 전문진단을 받기로 결정한다. 물론 '병'은 노인의 가족과 이웃의 종합적 판단에 따라 정의된다. 가족과 이웃은 증상에 대하여 잠정적으로 민간정의를 내리고, 병 관리경험이 많은 노인이나 의료 자원을 소유하고 있는 노인이 이 민간정의를 확인한다. 그러므로 병원에 가기로 결정하기까지는 다음 사례와 같이 여러 단계의 확인 절차를 거치게 된다.

9 노인: 아 그깟아요. 그전어도 아팠어요. 지날 여흠어는 가습이 아 빠개지는 것같이 하더렸어.

P 노인: 아 하 그냈으까. 모다[모두] 아프다고 해싸서 다. 듣고 해도. 난 이번이 그깟 중로 앓고.

9 노인: 그깟아요. 거시기 아 여흠이 그라더만 옆매 있다 또 그라이.

P 노인: 유즘도 그깟가? 입을 얹해도 아프까?

9 노인: 유즘이사 입을 얹한게 쥘 뽏하지요. 그라도 [증상이] 있어요. 이번 참이 제가 서울 가요. 그깟 갇상. 쥘. ○○이게[P노인 아들] 들러서 볼 수 있게.

P 노인: 아하. 큰 병인가 싶습상

이 사례의 L 노인과 같이 만성적으로 진행되는 비 일상적인 증상은 '큰 병'으로 정의되지만, 증상이 갑자기 나타나고 경과가 다양하게 진행되는 뇌졸중에 대한 민간정의를 보다 복잡하고 정의된 병의 종류에 따라 건강관리를 결정한다. 이는 뇌졸중으로 쓰러져 의식을 잃었을 때 J시의 대학부속 병원에서 응급처치를 한 후 서울의 한 대학부속 병원으로 이동한

큰 마을 70대 Y 노인 사례를 검토해 보면 명확해 진다.

제보자들은 뇌졸중에 동반되는 ‘쓰러지는 것’과 ‘풍’을 별개의 증상으로 구분한다. 노인이 쓰러지면 ‘큰 병’이나 ‘죽을 병’ 혹은 ‘뭉쓸 병’으로 진행될 수는 있으나, ‘쓰러진 것’ 자체는 노인에게 흔히 발생하는 ‘아픈 것’으로 분류한다. 일단 ‘쓰러져서 정신을 놓으면[의식을 잃으면]’ ‘큰 병’이나 ‘죽을 병’으로 정의한다. 그러나 고령의 노인이 쓰러지면 비록 그 후의 증세가 심각하다 해도 노쇠한 탓으로 오는 ‘노환’이다. 반면에 ‘풍’은 반신불수가 되어 식사와 대소변을 자손에게 의존해야 하고 말을 제대로 하지 못하거나 가족도 못 알아보게 되어 사망답게 살 수 없는 ‘욕된 병’이다.

더욱이 선행연구에서 제시했듯이 제보자들은 ‘풍 병’을 전생이나 이생을 살아오면서 지은 죄 값에 의해 걸리는 ‘뭉쓸 병’으로 인식한다(Cho, 2001). 그러므로 Y 노인은 “쓰러진 것이 풍으로 돌아” 신체적 고통은 물론 사회적으로 비난을 받는 상태가 되지 않도록 큰 병원을 선택해야 했다.

• ‘노환’에 적합한 전문건강관리 체계 이용

‘노환’은 노쇠현상이 심각하여 활동범위가 집안에 제한된 고령 노인의 모든 증상에 적용되는데, 제보자들은 노인에게 흔하고 만성적으로 ‘아픈 것’과 마찬가지로 전문건강관리에 의존하지 않는 것이 옳다고 판단한다. 일단 ‘노환’으로 정의되면 다음 사례와 같이 전문건강관리 체계를 이용하기보다는 기력을 보하고 편안하게 돌보면서 건강을 다스리기로 결정한다.

집밖으로 출입을 못하던 큰 마을의 B 노인은 87세 때 급성 복통, 발열, 기력 쇠퇴 등 복막염 증세로 큰아들이 거주하고 있는 J시의 병원에 입원하였다. 이에 대하여 마을 노인들은 “노인네가 노환인 것을 집에서 잘 드시게 하고 편히 모실 것이지 이리 저리 끌고 댕겨 더 지치게 했다”고 부정적으로 평가하였다.

‘노인의 죽음 관념’에 관한 선행 연구(Cho, 1997)에서 밝혔듯이, 제보자들은 ‘모든 욕심을 버리고 죽음을 준비하는’ 바람직한 어른의 위상을 지키기 위해 집안일, 농사일, 물건, 음식, 건강, 장수에 대한 욕심을 다스린다. 노인이 늙어서 아픈 것은 자연스러운 일이고, 따라서 건강해지거나 오래 살려는 욕심에서 적극적으로 병원에 다니거나 약을 구하러 다닌 노인의 행동은 적절하지 못한 행위로 평가된 것이다.

• ‘다친 것’에 적합한 전문건강관리 체계 이용

‘다친 것’은 그 심각성에 따라 ‘아픈 것’이 되거나 ‘병’으로 분류되므로 이에 따라 건강관리 체계가 결정된다. 다친 상황에서는 대부분 원인이 분명하게 드러나고, 결과를 쉽게 예측할 수 있어 비교적 간단한 과정을 거친다. 즉, 증상이 심각하

지 않고 자연치유가 가능하다고 판단된 상태는 민간요법을 이용하고, 다음 사례와 같이 증상이 심각하고 진행이 빠르지만 곧 해결하면 심각한 후유증이 없는 건강상태이면 ‘아픈 것’으로 분류하고 보건진료소를 선택한다.

큰 마을 P 노인은 말벌에 쏘이자 보건진료소에서 치료를 받았다. 치료 후 P 노인과 이웃 C 노인은 “말벌이 혼자 사는 노인을 알잡아 보기 때문에 노인을 더 잘 쏜다”고 했고 “말벌은 독해서 그 자리에서 사람을 죽일 수 있다”고 하였다.

그러나 낙상과 같이 장기간에 걸쳐 치료를 받아야 하고 때로 수술을 요하는 낙상은 ‘큰일 나는 병’으로 분류되므로 큰 마을 G 노인의 사례와 같이 병원을 선택한다.

이처럼 증상에 대한 정의는 노인자신은 물론 가족과 이웃의 증상에 대한 복합적인 평가의 결과이며 전문 건강관리 체계를 결정하는 중요한 기준으로 작용한다.

• 거리 중심의 의료체계 이용 행위

제보자들이 전문건강관리 체계를 이용하기로 결정하는데 적용하는 또 다른 조건은 ‘가깝다’는 것이다. 다음 사례들처럼 모든 노인이 ‘노환’과 ‘참을 만하게 아픈’ 건강문제는 집에서 다스리고, ‘병’으로 정의된 건강문제는 병원에서 치료하는 것은 아니다.

P 노인은 감기나 풍치와 같이 ‘아픈’ 상태를, U 노인은 지속적인 두통을, L 노인은 심장의 ‘큰 병’을, 그리고 큰 마을 M 노인과 인근의 동족 마을 F 노인은 암으로 ‘죽을 병’을 서울의 대학병원에서 치료하였다. 또한 작은 마을 H 노인과 큰 마을 S 노인의 뇌졸중은 아들이 살고있는 J시의 병원에서, 큰 마을 I 노인의 뇌졸중은 사위가 근무하는 서울 Y 병원에서, 큰 마을 P 노인의 뇌졸중은 서울 S대학 병원에서 치료하였다.

이 사례의 제보자들이 각기 다른 건강문제를 같은 병원에서, 그리고 같은 건강문제를 다른 병원에서 치료를 받는다는 의료자원 소유자와 ‘사회적으로 가깝다’는 조건이 적용된다. 제보자들의 사회적 거리는 생득적, 획득적인 관계에 의해 결정된다.

• 전문건강관리 자원과의 생득적 거리에 근거한 이용

사례의 P 노인은 직계 자녀가 서울 큰 병원의 의사로 근무한다. P 노인은 의사와 1촌의 사회적 관계에 있기 때문에 ‘병’이 아닌 사소한 건강문제도 큰 병원을 이용하였다. U 노인은 P 인의 동생으로 P 노인의 아들에게는 ‘어머니’의 연장선에 있는 위치이므로 “노인네가 머리 좀 아픈 것(P 노인)”을 큰 병원에서 치료받는다. L 노인은 P 노인의 친족이지만 같은 파의 친족은 아니다. 그러므로 ‘큰 병’에 한하여 P 노인의 의

료자원을 이용하였다. M 노인 집안은 P 노인과는 다른 파의 친족과 인척관계이다. 즉, M 노인과 P 노인의 사회적 거리는 L 노인과 P 노인과의 관계에 비해 멀기 때문에 일단 ‘죽을 병’인 한에서 P 노인의 의료자원을 이용할 수 있다.

여기서 특정 의료자원을 이용할 수 있는 사회적 거리는 병의 심각성에 따라 결정된 것이다. 병의 심각성에서 ‘큰 병’보다는 ‘죽을 병’이 더 중하고, 따라서 ‘큰 병’ 보다는 ‘죽을 병’이 더 넓은 범위의 집단을 포함하게 된다. ‘큰 병’으로 정의되는 경우 의료자원을 소유한 P 노인의 ‘가까운’ 친족인 당내친족과 방계친족, 그리고 L 노인과 같이 ‘가깝게 지내 온’ 당내친족 이외의 문중친족까지 포함하나, ‘죽을 병’의 경우는 이웃마을의 먼 친족인 F 노인은 물론 ‘가깝게 지내 온’ 인척 M 노인에게 확대된다.

• 전문건강관리 자원 소유자와의 획득적 거리에 근거한 이용

당내친족이나 방계친족과 같이 가까운 친족관계를 벗어나면 친인척 관계라는 생득적 조건이외에도 일상생활에서 도움을 주고받으며 ‘가깝게 지내느’ 획득적 조건을 모두 갖추어야 한다. ‘심장의 큰 병’으로 서울의 ‘큰 병원’을 이용한 L 노인이 P 노인과 다른 파에 속하는 친족임에도 같은 병원에서 치료를 받을 수 있었던 것은 오랜 동안 일상생활에서 ‘가까운 관계’를 유지해왔기 때문이다. L 노인은 자신의 농사일 보다 P 노인의 뒷밭 갈이를 우선해 주고, 집수리, 생활물품 구입, 말벌 잡아주기, 문안 인사, 자녀의 진학과 취업 의논 등을 위해 수시로 방문해왔다.

가벼운 병으로 인근 의원을 이용할 경우에도 가까운 관계는 의료자원을 공유할 수 있다. 예를 들어 의료보험 적용 지역이 제한되던 1990년대 중반까지, 자녀의 거주지에서만 의료보험 혜택을 받을 수 있었던 노인들은 친구이자 친족인 T 노인의 보험증을 이용하여 N시의 의원에서 진료를 받았다. 이 노인들은 “그 형님과가는 가차우니까[가까우니까] 그래도 돼(S 노인, N 노인, J 노인)”라고 당연하게 받아들인다. 친족이나 친구 등 사적관계가 의료보험제도의 공적인 규정보다 우선하는 것이다.

○ 편의의 전문건강관리 체계 이용 행위

제보자들은 ‘편하고 자유롭게 모든 것을 드러낼 수 있는 사람’을 임의롭대[편하다]고 표현한다. 제보자들에게 임의로 전문 건강관리체계 중에서 ‘아는 사람’이 근무하고 있는 병원과 보건진료소이다. 제보자들이 이러한 의료기관을 임의롭다고 판단하는 이유는 개방적이고 융통성 있는 건강관리 방식에서 찾을 수 있다.

• 개방적인 전문건강관리 체계 이용

보건진료소의 개방적인 특성은 보건지소의 건강관리 방식과 비교하면 보다 분명하게 드러난다. 보건지소와 보건진료소 모두 진료 시간표에 평일은 오전 9시부터 오후 5시, 토요일은 오후 1시까지로 명시되어있다. 보건지소의 전 직원은 이 업무 시간을 철저히 지킨다. 때로 토요일 오전에도 ‘의사가 출장을 갖다’는 이유로 환자를 받지 않는다. 그러나 보건진료소에서는 진료소장과 주민 누구도 이 업무시간에 얽매이지 않는다. 제보자들은 ‘필요하면 언제든지’ 보건진료소를 들락거리고 보건진료소장 역시 노인이 연락하면 언제든지 가정방문을 한다. 특히 농번기에는 일요일은 물론이고 이른 아침 6시나 때로는 밤 12시에도 방문한다.

보건진료소는 업무시간만 개방되어 있는 것이 아니라 진료소장과 제보자의 관계도 개방되어 있다. 보건진료소장은 주민의 일상행위 양식에 맞추어 행동하고 개방적이고 호의적인 관계를 맺는다. 보건지소에서는 진료를 하지 않았던 어느 토요일 오후 보건진료소에서 작은 마을 두 노인과 보건진료소장이 나눈 다음 대화와 같이 보건진료소장은 이웃처럼 가깝고 개방되어 있는 임의로 전문 의료전문가이다.

K 노인: 소장님, 나 이번이느 혈압 약 더 타야 쓰갔어. 내일 아침이 추석 처서 서울 아들집이 가.

진료소장: 아 큰 아드님. [연구자에게] 다들 성공하셨어요. 할머니가 자제들 잘 두셨어요. 약, 내일 것까지는 가져가셨으니까. 그럼 언제 오실라고요?

L 노인: 저 양반 또 집 비우겠네. 선생님 나 [진지방에] 들어가. 자네도 허고 가지

K 노인: [L 노인에게] 아이 낳 가야혀 일 많아. 고치 넣다 왔어, 궁계(1.0), 아이 장아두(3.0) 막 장아싸.// 약야혀. 저다 바빠. 고치랑 곡석 넣어야 허고.

진료소장 : 혼자서 다 하실래면. 그럼 얼마나, [L 노인에게] 아이 할머니 하셔요. 하셔요.

K 노인: 궁계, 내일 먹음 눈 제혀고 선생님이 약야혀. 아이 빨리 타야혀. 아들 늙들이(1.0), 숙녀 손자 늙이구 줘다, 어마이 할마이 계시야 된다구. 으흠.

진료소장 : 다들 할머니 모시고 있고 싶어서(3.0). 혼손 혼자. 그럼 모래 아침 드실거까진 있는 거니까 (2.0) 여유 있게 며칠 분 더 가져가셔요.

이 대화에서 보건진료소장과 노인은 고혈압뿐 아니라 노인의 가족과 일상생활에 대해서도 자유롭게 이야기할 만큼 서로가 개방되어 있다.

• 융통성 있는 전문건강관리체계 이용

보건진료소장은 또한 융통성 있는 건강관리 양식을 통하여 제보자들과 임의로운 관계를 유지한다. 즉, 보건진료소장은 전문건강관리 체계의 규칙과 주민의 일상생활의 규칙을 융통성 있게 활용한다. 앞의 사례와 같이 보건진료소장은 노인을 환자이기에 앞서 마을 어른으로 인식하고 관계를 맺는다. 연구지역은 노인 인구가 많고 노인의 기능 수준도 다양하다. 또한 이 마을은 노인중심 사회이다. 보건진료소장은 마을의 행위 규칙에 따라 노인중심의 진료방식을 실천한다. 예를 들어 거동이 불편한 노인은 물론 진료소를 방문할 수 있는 큰 마을 노인에게도 방문간호를 실시한다. 노인이 진료소를 방문하는 경우 노인이 거절하지 못하도록 “마을에 다른 불일이 있다”고 핑계를 대면서 차에 태워 집까지 모셔다 드린다. 노인들은 이 보건진료소장을 다음과 같이 평가한다.

응, 저다 그렇다더嘛. 사뻐이 무던하고 말도 별반 없이도 [약]장해. 아조 상상하더嘛. 장해 노인들게[에게]. 눈치도 좋고. 뵈뵈이가 좋아. 여기 유 너머 가까운[가까운]데 사뻐이더嘛. 아내께[근내에]도 다녀갔어 혈애이랑 재고. 자주 오기도 허지만, 전하嘛 하면 언제든 오더嘛(큰 마을 9 노인, 작은 마을 8 노인).

이 진술에서의 보건진료소장은 전문가로서의 무겁고 안정된 속성(무던하고 말이 없고 일 잘하는)과 이웃의 젊은이로서 마을 어른들에게 자기를 낮추고 가볍게 보이는 가벼운 속성(삼삼하고 눈치 있는)을 모두 지니고 있다. 이러한 가변적 태도는 위계 의식이 철저한 이 마을 노인들이 보건진료소장을 전문의료인으로 존중하는 한편 이웃으로 편하게 대할 수 있게 해준다. 위 진술에서 노인들이 ‘요 너머 가까운 곳 출신’이라는 이유로 호감을 갖는 것은 전문가이기 이전에 이웃이고 확대된 지역집단의 구성원으로 인식하고 있다는 의미이기도 하다.

노인들은 다음 대화에 나타나듯이 환자의 위치와 마을 어른의 위치를 융통성 있게 오가며 진료를 받는다.

K 노인: 나 오늘 유늬 뺏쪽만 먹었어. 괜찮은감 싫어. 약 시양 안할게.

보건진료소장: 아// 잘하셨어요. 꼭 챙겨는 드셔요.

K 노인: 아, 아는 이가 가게[병원에 입원하여] 갔더嘛 저다 쓰러져[리족중으로] 왔어.

여그 선상님이 혈애는 약을 잘 먹으야. 먹다 안먹다 허면 큰일 난다고.

보건진료소장: [연구자에게] 할머님 참 정성이셔요. 할 번도 여기지 않고, 꼬박 꼬박 챙기셔요.

K 노인: 선상님이 잘 챙기신게. [연구자에게] 여그 선상님

참 장해. 아 참말로 조신해야 쓰겼어.

K, 2 노인: 근데, 00이는 어디 갔냐. 흔차 있네

보건진료소장: 아 시내에요. 시어른께 잠시 보냈어요.

K, 2 노인: 적적하것구嘛, 내동 뚫었다가. 아이 적적혀.

언제 동생 볼거야? 시방이사 뚫이면 됐다 싶음상.

그라도 나[나이] 많으면 허전혀. 더 있어야 허.

안태

이처럼 보건진료소의 의료전문가는 마을 집단의 구성원으로 서 그리고 전문가라는 집단 외원으로서의 가변적 위치에서 전문인-환자의 공적 관계와 이웃 젊은 세대-이웃 어른의 사적 관계를 적절히 조절하면서 주민들과 호의적인 관계를 유지한다. 이러한 임의로운 태도가 대화에서의 K 노인의 진술과 같이 노인들이 보건진료소장을 신뢰하고 건강관리를 지속하도록 하는데 기여한다.

반면 보건진료소는 다음 의료인의 진술과 같이 전문가 중심의 관점을 고수하여 까다로운 이방 집단으로 인식된다.

그 마을에서는 자주는 안 타요. 그래도 여기는 치료 기구도 있고 해서, 타서 이용도 허고 하는데. 많이 오지는 않지만, 허 참. 여기 [초등]학교 다니는 애들이 타서 ‘○ 약 주세요’ 하는 거여요. 환자는 오지도 않고 아이, 낯감하지요. 흐흠. 마을 어른들이 시키는 거죠. 많이 안 태요 (B 소장).

이 진술에서 의료인과 주민들간의 괴리는 양자간의 병과 치유 관념에서 비롯된다. 주민들은 증상에 대한 민간정의에 근거하여 이용할 건강관리 체계를 정하고 때로는 처방도 한다. 또한 민속 영역의 치유자인 샤먼은 이 마을 환자를 직접 보지 않아도 가족의 말에 의존하여 병인을 진단하고 처방한다. 예를 들어 큰 마을 D 노인의 사례에서와 같이 샤먼이 환자의 집을 방문하여 병 곳을 할 때 비로소 환자를 만나게 된다. 주민들은 이러한 민간건강관리 체계와 민속건강관리 체계에서의 처방 규칙을 전문건강관리 체계에서도 적용하고 있는 것이다. 반면에 보건진료소의 의료인은 객관적 관찰에 근거한 사실만을 진리라고 간주하는 현대의료의 개념적 틀에 입각하여 환자를 직접 보고 검사와 진찰에 근거하여 질환(disease)을 진단해야 했기 때문에, 주민의 민간 건강 행위를 이탈 행위로 판단한 것이다. 주민과 보건진료소 의료인의 이와 같은 병과 치유관념의 차이는 보건진료소를 까다롭다고 인식하게 한다. 더욱이 오랜 동안 가까운 이웃으로 살고 있는 보건진료소장에 비해 자주 바뀌는 보건진료소의 “그 젊은 양반[의사]”은 낯설고 먼 남으로 인식, 평가된다.

N시와 J시에 소재한 의원과 병원, 그리고 서울의 3차 의료기관에서도 유사한 행위규칙을 엿볼 수 있다. 제보자들은 서

을 소재 S 대학 병원과 Y 대학 병원을 이용하는 것을 권위의 상징으로 간주하고 “여기 같은 시골사람, 다른 사람들은 구경도 못한다”고 자랑한다. 제보자들이 이 두 병원을 선호하는 이유는 “아는 사람이 있어 든든하다”는 것이다. 일상생활에서 인척, 친척, 타성이 서로 연결되어 분절적 집단을 형성하여 개인의 사회적 지위를 확보하듯이, 의료체계 내에서도 친족을 매개로 하여 동일한 집단구성원으로 인식할 수 있는 의료인과 의료기관은 임의롭고 믿음직한 힘의 원천이 되는 것이다. 또한 이 의료기관에서 제보자들은 진료 중에도 낮은 항렬의 친족 의사에게 “○○야” 라고 이름을 부르거나 사위인 의사에게 “○서방”으로 칭하면서 사적인 관계를 강조한다. 친족 의사와 그들이 근무하는 의료기관에 대한 이러한 신뢰와 임의로움의 이면에는 전문가 의료인-비전문가 환자간에 전문가 우위 구조가 아닌 일상생활에서의 노인 우위의 위계 행동 규칙이 건강관리 체계에서도 작용하는 것이다.

○ 용한 전문건강관리 체계 이용 행위

제보자들은 진단이 뚜렷하지 않거나, 잘 낫지 않는 ‘깊은 병’은 ‘용하다는 치유자’를 찾아간다. 이 용한 의료인에게는 다음 사례와 같이 ‘가깝다’거나 ‘임의롭다’는 조건은 적용되지 않는다.

‘큰 병원에서도 무슨 병인지 모르고, 달리 고칠 방법도 없는 깊은 병’을 가진 큰 마을 J 노인은 ‘그 용한 치유자’와 개인적으로 아는 사람이 없어 사회적 거리가 멀지만 용한 치유자의 깨끗한 기운을 받기 위해 이른 새벽에 먼길을 마다 않고 찾아갔다.

• 유능한 치유자 이용

제보자들이 용하다고 평가하는 의료인은 “직관력이 있고, 경험이 많으며, 모든 병을 치유하는 능력이 있다고 소문 난 이[사람](작은 마을 B 노인)” 즉, 유능한 치유자이다. 직관력은 ‘병을 잘 본다’는 소문을 통해서 전달된다. 병을 ‘치료’하는 것이 아니라 ‘본다’는 것이다. 그러므로 “대번에[한번에 즉시] 알아보는” 치유자는 유능하고, 반면 “여기 저기 주무르고, 윈 갖 검사란 검사는 다 하고도 뭘 병인가도 못 맞추는(P 노인)” 의사는 돌팔이로 평가된다. 요컨대 걸로 들어 난 증상에만 집중하고 검사 자료에만 의존하는 의료인은 유능하지 못하다는 것이다. 제보자들은 가족이나 이웃 중 “눈치 없이 사람 속도 모르고 자기 말만 하는 사람”을 뭉뚱이가 덜된 사람으로, 반면에 “직심 있게 알아듣고 말없이 처신하는 사람”을 뭉뚱이를 갖춘 사람으로 평가한다. 마찬가지로 깊은 증상의 내면을 직관하여 볼 줄 알고 자기중심적이지 않으며 말없이 행동하는 의료인을 높게 평가하는 것이다.

이 ‘병을 잘 보는’ 능력은 제보자와 가까운 사람을 통해서

경험적으로 증명되어야 그 유능함이 인정된다. “여그 옷발 양반, 교회 옆이 할마이, 저그 먼데 양반들도 죄다 나쌌다더라(큰 마을 E 노인)”는 소문은 용한 치료자의 능력을 확신하는 계기가 된다.

여기서 어떤 병이 치료되었는가는 중요하지 않다. 오히려 여러 가지 병명도 알 수 없는 병, 때로는 큰 병원에서 치료하지 못했던 병이 치료되었을 때 그 치료자의 용한 능력은 더 인정을 받고 제보자들은 이 유능한 치유자를 신뢰한다.

• 인격체로서의 치유자 이용

이러한 치병 능력만으로 용한 치유자가 되는 것은 아니다. 다음 대화에서처럼 용한 치유자는 말이 많지 않아 ‘무겁고’, 환자가 거짓말을 해도 실상을 다 파악하고 이해하는 ‘크고 너그러운’ 어른다움과 따뜻한 인간다움을 동시에 갖춘 인격체이어야 한다.

연구자: 2 아제, 서울 병원 갔다고, 아프다고(2.0) 응, 뭐 래요? 많이 아픈가 갑자기 기력도 떨어지더니

P 노인: 응응 응. 그렇다고, 하드嘛. 아이(1.0) 뭐냐 싸트 嘛(2.0), 별 것. 뭐 조금. 괜찮다더嘛 아//. 우 수워. 그랬다더嘛, ㅅ서(3.0) ‘그래 열매나 피웠 냐고’ ‘햅나도 안피웁니다’

연구자: 응응? 퍼워요?

P 노인: 아니 닻嘛. 그래 모흥꺼야? 의사가. 그말하면 열 매나 피웠겠다 다 앞상실지. 그러니 우습다지. 인 제꺼정 퍼웁놓곤 ‘햅나도 안피웠다고’

연구자 : 아, 아(2.0) 그랬더니요?

P 노인: 그녕 지국이 웃더냐嘛. 다 알제. 아니 그러제. 어 쨌 모르겠어? 의사가. 다 알아도 암 소리도 안 고. 그녕 웃더냐고. 사했어 됐으니까. 젊잖하니.

이 대화와 같이 노인들이 원하는 의료인은 기술과 지식을 갖춘 치료자가 아니라 직관과 너그러움을 갖춘 용한 치유자인 것이다. 병의 증상이 아니라 증상에 대한 사회적 정의와 의미를 해결하기를 위해서는 총체적인 능력을 갖춘 사람이 필요한 것이다.

논 의

제보자들의 전문건강관리 체계 이용 행위는 사회관계망 모델, 사회심리 모델, 사회경제 모델, 정치경제 모델에 근거하여 부분적으로 설명할 수 있다. 사회관계망 모델에서는 건강관리 체계의 선택은 가족, 친족, 친구 등의 관계 망에 의해 결정된다고 가정한다(Chrisman, 1977). 예를 들어 아동의 건강관리

체계 이용과 건강관리 실천을 사회화시키는 부모가 가장 중요한 결정권자가 된다(Chrisman & Kleiman, 1983). 제보자들 역시 가족과 이웃은 질병 정의와 이에 적합한 건강관리 영역을 결정하는 데에 관여한다. 특히 자녀는 민간정의에서부터 건강관리 체계의 결정과 활용 및 건강관리 행위 실천에 이르기까지 전 과정에서 가장 중요한 자원이 된다. '친인척 관계'라는 생득적 사회적 관계와 일상생활에서 노력에 의해 지속해 온 획득적 사회적 관계도 특정 의료자원을 활용할 수 있는 조건으로 작용하였다.

한편 사회-심리 모델에서는 특정 증상에 대한 이해와 건강관리 실천에 영향을 미치는 주 요인은 사회적 역할에 대한 인식과 의료인-환자간의 효과적인 의사소통이라고 주장한다. 예를 들어 자신의 증상이 암일 것이라고 추측하는 사람은 의사로부터 암으로 진단 받을 경우 사회적 역할을 잃게 될 것이 두려워 의사를 찾아가기를 주저하고(Berker & Maiman, 1975; Lau, 1997), 의사-환자의 효과적인 의사소통이 적정 건강관리 서비스를 선택하고 실천하도록 한다(DiMatteo, 1997). 본 연구에서도 '노인은 삶에 대한 욕심에서 벗어나야 한다'는 제보자들의 인식이 '노환'이나 노인에게 흔히 발견되는 '아픈 것'으로 정의된 건강문제를 전문건강관리 영역에 의뢰하지 않도록 한다. 그러나 노인의 결정은 자녀의 결정과는 일치하지 않으며, 사실상 아픈 부모를 둔 자녀의 역할에 대한 인식이 어떤 건강관리 체계를 이용할 것인가를 결정하는데 기여한다. 한편 주민의 역동적이고 분절인 집단중심 행동 규칙을 따르는 의료인을 임의롭다고 인식하고 이 의료인과의 호의적인 관계가 노인이 건강관리를 지속하도록 하였다.

사회-경제 모델에 의하면 수입과 교육 수준 등의 경제 자원, 의료보험 유무, 전문의료 체계에 대한 지식과 자원 등이 전문건강관리 체계 이용에 영향을 미친다(Anderson, Lewis, Giachello, Aday & Chiu, 1981; Mechanic, 1979). 그러나 한국계 이민에 대한 연구에서 수입이나 의료보험 유무가 건강관리 체계 이용을 결정하지 않는다(Miller, 1990). 본 연구에서도 노인 제보자의 경제 여건은 전문건강관리 체계 선택에서 중요하게 작용하지 않았다. 이는 전 주민이 국민건강보험(86%)과 의료보호(14%) 혜택을 받고 있어 의료비가 크게 부담이 되지 않고, 제보자의 생활비와 의료비를 자녀들이 전담하고 있는 점에서 그 이유를 찾을 수 있다. 또한 보건진료소를 이용하는 노인들의 경우, 다른 의료기관에 비해 본인 부담 진료비가 저렴하다는 이유보다는 방문 시간이 제한되어 있지 않고 주민의 일상행위 규칙과 일치하는 보건소장의 개방적이고 임의로운 태도가 더 중요한 요인이 되고 있다.

한편 정치-경제 모델은 병에 대한 사회적 정의와 경제적 요인 및 의료정책을 강조하는데, Han(2000)의 연구에서 후주의 한국계 이민들은 '건강은 노동자원이고 노동은 곧 경제력'이라

는 인식과, 한방은 의료보험 체계에서 벗어나 있어 자유롭게 이용할 수 있기 때문에 고가의 보약을 이용하였다. 본 연구의 제보자들은 건강을 노동력이나 기타 경제 자원으로 인식하지는 않으나, 건강상태에 대한 민간 정의에 근거하여 적절한 건강관리 체계를 선택한다는 점에서 병에 대한 사회적 정의는 중요한 요인으로 작용하였다.

제보자들의 건강관리 체계 이용 행위에서 한 가지 주목할 점은 건강관리 행위는 일상생활의 일부이며 전문가의 규칙이 아니라 주민의 일상생활 규칙에 지배된다는 사실이다. 연구 지역의 주민은 호혜적 교환, 분절적 집단주의, 엄격한 위계 중심의 질서 속에 살고 있다. 남녀 노소는 물론 하위 집단들 간에는 분명한 서열이 있고, 지역의 하위집단들은 생존에 필요한 자원을 확보하기 위해 상황에 따라 이합·집산하는 분절적 행동 양상을 보인다. 주민들은 교환의 기간, 양, 가치를 분명하게 정하지 않으나 전 생애에 걸쳐 때로는 조상과 후손에게까지 확대되어 등가의 교환을 이루는 호혜의 원리를 따른다.

이러한 행위 규칙은 의료자원을 이용하는 행위에도 적용되었다. 예를 들어 P 노인과 친인척 관계이거나 오랜 동안 일상생활에서의 호의적인 교환 관계를 지속한 노인들이 P 노인의 의료자원을 이용할 수 있었다. 또한 보건진료소장이 제보자들을 전문가-환자와의 관계를 고집하기보다는 젊은 이웃-노인의 위계를 지켜줄 때 노인들은 이 의료자원을 선호하고 건강관리를 지속한다. 의료인과 같은 집단에 속하는 구성원이라는 집단중심의 사고가 친족의사가 근무하는 의료기관을 선택하는 중요한 조건이 되기도 한다.

이는 건강관행을 이해하고 바람직한 건강관리 행위를 유도하기 위해서는 전문가의 건강관련 정의와 행동 규칙을 강요하기에 앞서 의료 소비자로서의 정의와 일상생활 규칙에 대한 이해가 우선되어야 함을 다시 한번 일깨워 준다.

결론 및 제언

본 연구는 농촌 지역 2개 마을 노인의 전문건강관리 체계 이용 행위를 사회문화적 맥락에서 탐색한 민족지이다. 노인 제보자들에게 비일상적인 증상이 나타나면 가족과 이웃은 민간정의를 내리고, 이 정의에 근거하여 적합한 건강관리 영역을 결정한다. 민간정의 이외에 전문건강관리 자원을 소유한 집안과의 생득적, 획득적인 사회적 관계도 특정 건강관리 체계를 결정하는데 영향을 준다. 의료인의 개방적이고 융통성 있는 행동 양상, 치유 능력과 인격에 대한 신뢰도 특정 전문 건강 체계를 선정하는 기준으로 작용하였다. 제보자의 전문건강관리 체계 이용행위들은 주민의 일상생활을 지배하는 호혜적 교환 규칙과 위계 규칙, 이 지역의 역동적인 분절적 집단

체계와 밀접히 연관되어 있다.

이 결과는 노인 건강관리에 두 가지 의의를 제공한다. 첫째, 비록 전문 건강관리 영역이라 할지라도 노인의 건강관리 행위는 민간 질병정의와 일상생활의 행동 규칙을 따른다는 점이다. 간호사-대상자간의 문화 협상 모델은 간호사와 환자의 건강과 질병 그리고 좋은 치료와 돌봄에 대한 관점은 차이가 있으며, 간호의 질을 개선하기 위해서는 이 둘의 차이는 밝혀내고 연결해야 한다고 주장한다(Anderson, 1990). 이 연구의 결과는 이 작업의 기초로 활용될 수 있을 것이다. 두 번째, 비록 전문건강관리 체계에 쉽게 접근할 수 없는 두 농촌 마을 노인을 통해서 얻은 결과이나 사회적 관계망, 특히 가족과 친족을 비롯한 친족체계와 일상생활에서의 호혜적인 사회적 관계 유지가 건강관리 자원을 이용하는 중요한 결정 요인이 된다는 점이다. 어느 사회나 건강문제를 해결할 수 있는 적정 건강관리 자원을 선택하는 일은 효율적 건강관리 전달체계를 운영하는데 있어서 중요한 관건이다. 그러므로 이 결과는 건강관리 자원의 효율적 안배와 노인의 요구 충족이라는 두 가지 목표를 모두 달성하기 위해 간호사가 파악해야 할 것이 무엇인가를 구체적으로 제시한다는 점에 의의가 있다.

본 연구 결과에 근거하여 다음을 제언 하고자 한다.

첫째, 기존의 건강관리체계 이용행위를 설명하는 모델들은 제보자의 건강 행위를 충분히 설명하기에 한계가 있다. 따라서 전문 건강관리 체계 이용행위를 보다 포괄적으로 설명할 수 있는 모델을 개발하기 위해서는 우선 다양한 사회 문화적 맥락에서 탐구할 필요가 있다. 더불어 이러한 해석학적, 설명적 연구 결과들을 기초로 하여 개별 요인의 설명력을 통계적으로 검증하는 통합적 연구방법을 적용한다면 노인간호 실무에서 적용할 수 있는 개연성이 높은 자료를 얻을 수 있을 것이다.

두 번째, 이 연구는 건강관리 영역 중 전문건강관리 영역에 국한하였다. 민간건강관리 영역과 민속건강관리 영역에 대한 심층적 탐구는 보다 더 다양하고 분명하게 의료 소비자의 민간 건강관념과 건강관리 양상을 밝혀 줄 것이다.

References

Aday, L. A., & Awe, W. C. (1997). Health Service Utilization Models. in D. S. Gochman(Ed.). *Handbook of health behavior research*(pp.153-172). New York: Prenum Press.

Anderson, R., Lewis, S. Z., Giachello, A. L., Aday, L., & Chiu, G. (1981). Access to Medical Care among the Hispanic Population of the Southern United States. *J Health Soci Behav*, 22, 78-99.

Anderson, J. M. (1990). Health care across culture. *Nurs Out*, 38(3), 136-140.

Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Socio-behavioral Determinants of Compliance with Health and Medical Care Recommendations. *Med Care*, 13, 10-14.

Cho, M. O. (1997). A study of meaning of death for the elderly. *J Korean Geront Soci*, 17(3), 1-35.

Cho, M. O. (2001). Meaning of sickness for the elderly in a folk healing practicum. *J Korean Acad Adult Nurs*, 13(4), 529-550.

Cho, M. O., & Choi, Y. H. (2000). *Ethnography in nursing*. Seoul: Hyeunmunsa.

Choi, Y. H. (2000). *Aging and health*. Seoul: Hyunmunsa.

Chrisman, N. J. (1977). The Health Seeking Process. *Culture, Medicine and Psychology*, 1, 351-377.

Chrisman, J. N., & Klieman, A. (1983). Popular Health Care, Social Networks, and Cultural Meanings: the Orientation of Medical Anthropology. In D. Mechnanic (Ed.), *Handbook of health, health care, and the health professions*(pp. 569-590). New York: Free Press.

Dressler, W. W., & Oths, K. S. (1997). Cultural Determinants of Health Behaviors. In D. S. Gochman(Ed.). *Handbook of health behavior research* (pp.39-57). New York : Plenum Press.

DiMatteo, M. R. (1997). Health Behaviors and Care Decisions. In D. S. Gochman(Ed.). *Handbook of health behavior research*(pp.5-22). New York: Penum Press.

Foster, G. H., & Anderson, B. G. (2002). *Medical anthropology*. translated by Gu, B. I. Seoul: Hanwool.

Gaut, D. A., & Boykin, A. (1994). *Caring as healing*. New York: National League for Nursing Press.

Han, G. S. (2000). Traditional Herbal Medicine in the Korean Community in Australia: a Strategy to Cope with Health Demands of Immigrant life. *Int J Health*, 4(4), 426-454.

Kleinman, A. (1980). *Patient and healers in the context of culture*. California: Uni. California Press.

Lau, R. R. (1997). *Cognitive Representation of Health and Illness*. in D. S. Gochman(Ed.). *Handbook of health behavior research*. (pp. 51-70). New York : Plenum Press.

Loustauna, M. O., & Sobo, E. J. (2002). *The Cultural context of health, illness, and medicine*. translated by Kim, J. S. Seoul: Hanwool.

Mechanic, D. (1979). Correlates of Physician Utilization. *J Health Soci Behav*, 20, 387-396.

Miller, J. K. (1990). Use of traditional Korean health care by Korean immigrants to the United States. *Socio Soci Res*, 75, 38-48.

Park, K. H. (1997). Aging welfare in aging society. *Forum Aged Welfare*, 13, 6-15.

Tripp-reimer, T., & Dougherty, M. C. (1983). *Cross-cultural nursing research*. New York: Appleton Company.

The Use of Professional Health Care Systems among the Elderly in Rural Communities

Cho, Myoung-Ok¹⁾

1) Associate professor, Department of Nursing, Donggeui University, Research Institute of Natural Science in Donggeui University

Purpose: This ethnography is aimed at describing the health care seeking behavior of elderly details in their socio-cultural context. The research question is "under what conditions did elderly informants decide to use certain professional health care services and how do they make use of all the available resources?" **Method:** 10 sessions of fieldwork were conducted in the two agricultural villages between Sep. 1999 and Oct. 2002. The data for this paper came from participant observation with 14 informants. In the process of analysis I used proxemic and taxonomic techniques. **Result:** Informants decided to use a certain health care system according to their folk definition of illness. They prefer to use the health services where they felt more comfortable and free. They wished to be care from intuitive and holistic healers. Social network and having health resources was also important factor. **Conclusion:** We need more comprehensive research model to reach a plausible explanation. Combined qualitative-quantitative research is needed to get practical data to develop effective health care systems for the elderly.

Key words : Health care system, Health care seeking behavior, Elderly, Explanatory model

• Address reprint requests to : Cho, Myoung-Ok

Department of nursing, Donggeui University

San 24, Gaya-dong, Busan Gin-gu, Busan 614-714, Korea

Tel: +82-51-890-1556 Fax: +82-51-890-1554 E-mail: mocho@deui.ac.kr