

류마티스 관절염 환자의 치료행위 모형 검증을 위한 횡문화적 비교연구[#]

이인숙* · 이은옥* · 은 영**
Diana J. Wilkie*** · Basia Belza***

A Transcultural Study for Testing Models of the Treatment-seeking Behaviors in Patients with Rheumatoid Arthritis

Lee, Insook* · Lee, Eunok* · Eun, Young**
Diana J. Wilkie*** · Basia Belza***

Patients with chronic disease have various treatment patterns because it shows a progressive degenerative feature. Especially various physical and emotional problems of the rheumatoid arthritis patients leave them shopping around various types of treatment. According to previous studies, over 70% of patients with arthritis experienced the traditional oriental medicine or folk remedies simultaneously with medical treatment within one year after the onset of disease.

The purposes of this study are 1) to compare the patterns of treatment-seeking behaviors between Korean arthritis patients and Americans ; and 2) test two models of treatment-seeking behaviors by path analysis, one for early treatment-seeking behavior model(ETBM) and the other is chronic treatment-seeking behavior model(CTBM) in Korean sample.

The interview survey was performed to 133 RA patients with structured questionnaire at out-patient clinic or public health center.

[#] 이 논문은 1997년도 한국학술진흥재단의 학술연구 조성비(국제협력공동연구과제)에 의하여 연구되었음.

* College of Nursing, Seoul National University

** Department of Nursing, Keongsang University

*** School of Nursing, University of Washington

Patients characteristics such as age, duration of disease were similar in two countries except higher educational background in Americans. There were no patients using only alternative therapies or no medical treatment in the US. Most of the American patients have chosen both medical treatment and alternative therapy, while the Koreans less than American. In Korea, combined treatment group usually consists of the people who are younger, more educated and higher economic status than the characters of other groups in early or chronic stages. In early stage, they tend to have strong belief of curing from the disease, satisfy the relationship with their physicians and comply with direction of the medical professional.

The paths of two models were explained by 70% in ETBM and 33% in CTBM. When the models were modified, almost all paths of the CTBM were the same as the previous one, but direct determinant factor was changed from the relationship with physicians to the lay referral system in chronic model. These two models' explanation powers became 94% and 88%, respectively. The attitude or perception of disease, lay referral system and the relationship with medical personnel are the main determinants of treatment-seeking behaviors.

Key words : Treatment-seeking behavior, Rheumatoid Arthritis

I. 서 론

류마티스 관절염은 30, 40대의 중년기에 주로 발생하여 활동 유지 능력에 영향을 미치기 때문에 환자들의 1/2-2/3가 사회적 관계의 상실과 직업 활동의 손상을 경험하는 것으로 보고되고 있다. 또한 통증, 관절강직, 피로, 빈혈과 같은 전신적인 증상이 있으나 진단의 불명확성 때문에 초기에는 불안과 좌절을 경험하고 진단을 위한 다양한 치료 추구행위를 보인다(Yelin, 1987; Sakalys, 1997). 진단된 이후에도 류마티스 관절염은 급성과 만성에 불규칙한 진행양상, 의학적 치료의 부작용 그리고 치료방법이 비효과적이라는 이유로 여러 치료 요법을 전이 구매하며, 자연요법 또는 대체요법을 찾는다(이은옥 등, 1997a; 1997b; Bird, 1990; Furnham, & Forey, 1994). 대부분의 환자들은 완치를 목표로 병원 치료를 받기 때문에 단기간 내에 치료

효과가 나타나지 않으면 이에 실망하여 병원치료를 중단하며 약물의 부작용을 경험하면 환자 임의로 치료를 중단하고, 치료 방법을 전환하게 된다. 그런데 전환된 치료 방법은 주위 비전문인에 의한 권유와 생활 경험으로부터 구전된 것으로서 치료 효능이 검증된 바 없는 민속 요법이 대부분이다. 단면 조사의 결과에 의하면 동서양 모두 외래 환자의 40%이상이 대체요법을 병행하고 있는 것으로 나타나고 있으며(이은옥 등, 1997a; 1997b; Cornelissen, 1988; Elliott-Binns, 1986; Gray, 1983; Higham, 1983; Kronenfeld, 1982; Vecchio, 1994), 정통 치료법이나 대체요법을 찾는 군 사이에는 질병의 형태상 차이는 없는 것으로 보고되었다(Furnham, & Forey, 1994). 또한 대부분의 환자들이 대체요법도 정통적인 의학적 치료와 동등하게 여긴다고 보고되고 있다(Thomas, 1991).

치료추구행위란 환자가 질병의 증상 지각과

판단 그리고 환자로써의 사회적인 역할 기대, 접근가능한 의료문화에 따라 나타내는 적절한 질환 대응 방식이다(포스터와 앤더슨, 1994). 그런데 정통의학을 주장하는 의료진은 대체요법의 과학적 입증이 부족함, 그에 따른 경제적 비효율성, 치료의 지속성 단절로 인한 질병상태의 악화 등을 이유로 환자의 다양한 치료 방식을 수용하지 못한다(Visser, 1992; 이인숙 등, 1996). 그러나 명확한 치료의 진전을 보이지 못하는 경우 의료제공자 측면에서 보이는 이러한 일방적 판단은 오히려 환자의 치료 추구행위에 부정적 영향을 미칠 수 있다.

대체요법 선택에 있어 동서양은 다른 형태의 행위를 보이는데 한국의 연구에서는 대부분의 환자들이 주치의와 상의하지 않고 이를 사용하고 있는데 비해(은영, 1994; 이은옥 등, 1997b), 네델란드의 연구에서는 대체요법 사용자의 70% 정도가 이를 의사에게 알렸으며, 의사는 이를 승인했다고 인지하고 있었고, 이렇듯 의사의 개방적 태도에 대해 환자는 높은 신뢰도와 치료 순응율을 보였다(Visser, 1992).

관절염 환자의 치료추구행위를 triangulation의 방법으로 연구한 한국자료에 의하면 양적 조사자료 분석에서는 환자의 치료 구매력인 경제적 특성과 그를 결정하는 연령별, 성별, 교육정도 등의 인적 특성이 치료 선택에 영향을 미쳤으며, 의료요구 변수인 질병의 위중도가 치료행태에 영향을 미치는 것으로 나타났고(이은옥 등, 1997a), 질적 자료 분석에서는 질병의 진행정도가 치료 유형에 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 즉 질병 초기에는 초기의 통증유형이 강하게 영향을 미치며, 교육수준, 치료 접근성, 주변 사람들의 준거체계 등이 의료 전문성에 대한 문화 이입을 결정하고 이에 따라 치료를 선택한다고 밝혀졌다. 이에 비해 만성적 진행단계에서

는 초기치료의 효과가 강하게 치료유형 결정에 영향을 미치며, 주변 사람들의 준거체계나 의료 전문성에 대한 문화 이입이 각각 치료유형 결정에 영향을 미친다고 심층면접 결과 밝히고 있다(이은옥 등, 1997b). 이는 기존의 양적 자료를 통해 의료추구행태를 분석하는데 일반적으로 사용하는 Andersen(1974)의 모형에서 제시하고 있는 개인적 속성, 의료요구적 속성, 의료의 접근성이라는 속성들 이외에 의료 전문성에 대한 문화 이입과 주변사람들의 준거체계 등이 치료 추구행태에 직접 영향을 미치며, 이는 질병의 진행 정도에 따라 달라질 것이라는 새로운 가정을 제시한 것이다.

그런데 질병의 진행형태 즉 질병 초기이거나 만성기에 따라 치료행태가 다르다는 점은 이미 서양의 여러 연구에서도 밝혀졌으나(Freidson, 1970; Stewart, 1982; Suchman, 1965) 만성 질환의 치료추구 행위 경과를 연구한 것은 드물다. 류마티스 관절염의 경우 진단받기 이전의 치료추구 행위(Bury, 1982; 1988; Sakalys, 1997)를 연구한 것 이외에 치료과정에서 보이는 다양한 행태를 연구한 것은 없었다.

그러나 문화적 차이와 보건 의료체계상의 접근성의 차이가 치료행태에 영향을 미쳐 다른 양상을 나타낼 것이므로 우리 나라에서의 치료추구 행태를 규명함과 동시에 서양과의 차이점을 비교 연구할 필요가 있다. 또한 질병의 초기 단계와 만성적 단계에서의 치료 추구행위를 분석하고 이를 통해 이전 연구에서 제시된 행위모형을 검증할 필요가 있다.

그러므로 본 연구의 목적은 질병 진행 수준별 그리고 동서양의 문화적 다양성에 따른 치료추구 행태상의 차이 규명하고, 우리 나라의 기존 연구에서 제시된 치료추구 행위 모델을 검증하는 것이다.

II. 문헌 고찰

1. 치료추구행위에 관한 고찰

치료추구행위란 환자역할 중에서 증상을 자각하고 적절한 치료를 찾아 나서는 행위를 의미한다. 환자들은 건강한 삶으로의 복귀를 위하여 다양한 치료 추구행위를 한다. 본 연구에서도 치료 추구 행위는 의료체계 내에서 치료를 목적으로 치료 제공자와 수혜자가 사회적인 관계를 형성하여 의도적으로 이루어지는 건강관련 행위를 의미한다.

치료추구 행위에서 문제가 되는 것은 정통의료와 대체의료를 교차하여 선택하는 점이다(Sharma, 1992). 대체 요법을 사용해 본 군은 세 유형으로 나누어지는데 대체요법에 본인도 만족하고 타인으로부터 효과입증의 경험을 듣는 경우 '안정적 사용자'가 되어 특정 건강 문제에 특정 대체 요법을 규칙적으로 쓰거나 혹은 모든 건강 문제에 동일한 대체 요법을 사용한다. 또 다른 유형은 '선택적 사용자'로 여러 건강 문제에 대해 여러 선택적인 대체 요법을 사용하며, '열성적인 탐구자(earnest seeker)'는 효과가 없거나 부분적 만족밖에 없지만 지속적으로 사용해 보는 유형이다(Sharma, 1992).

흥미롭게도 서양의 환자들은 보통 병원치료와 대체요법 모두 받은 환자들이 두 치료가 모두 도움이 된다고 믿고 있으며, 이 집단이 대체요법을 받지 않는 집단에 비해 의료인에 대한 만족도도 더 높았고, 외래에서의 치료를 보다 성실히 유지하는 것으로 나타났다(Fulder, 1985; Furnham, 1997; Sutherland, 1992; Thomas, 1991; Visser, 1992). 대체요법으로의 전이는 의사에 대한 만족도가 떨어지면서 비롯된다는 견해가 있으나 단순히 그 원인이라기 보다는 폭넓은 치료에 대한 신념체계에서 비롯된다고 보는 것이 옳을 것이다(Furnham, & Forey,

1994). 일반적으로 대체요법군이 오히려 치료 방법의 다양성, 치료효능에 대한 신념, 질병 치료의 성공 경험을 많이 갖고 있으며, 이 집단의 의료에 대한 지식 수준과 교육 수준이 높은 것으로 나타났다(Furnham, & Forey, 1994; 1997). 그리고 이 집단은 건강 현상이 신체적인 데에만 기인하는 것이 아니라고 인지하여 인간의 건강을 총체적 의미로 수용하고 있다. 또한 보다 자기통제(self-control)의 성향이 높았고, 생활 양식의 관리에 관심이 높다고 보고 되었다(Furnham, & Forey, 1994). 이 결과 서양에서의 대체요법은 정통적 의학 치료의 보완적 요법이지 대체요법이 아니라는 인식을 환자들은 분명히 하고 있으며, 사실상 두 요법을 병행하거나 번갈아 할뿐이지 정통적 의학 치료를 저버리는 것이 아니라고 보고 있다(Furnham, 1997; Rasmussen, 1990; Thomas, 1991).

그러나 우리 나라의 경우에는 민속요법, 대체요법의 안정적 사용자는 거의 없다. 초기 환자로 경제적수준과 교육수준이 높은 군에서 병원 치료와 병행하여 대체요법을 사용하지만 만성적 환자가 되면 대체요법 선호군은 병원치료를 받지 않으며, 병원치료군이나 민속요법군 모두 민속요법, 대체요법이 효과가 있다고 평가하지는 않는다(이은옥 등, 1997b; 1997c). 대체요법을 택하는 경로는 질병의 만성적 경과나 환자가 갖고 있는 의료의 문화적 이입 즉 정통의료의 전문성에 대한 개념이나 대체요법이 사회화되어 친숙해져 있는 정도에 따라, 그리고 정통의료가 효과적이지 못할 때 처음 찾게 된다. 그리고 이 요법의 선택은 의사는 물론 어떤 건강전문인과도 의논될 수 없기 때문에 주변의 준거체계와 환자 자신의 의료에 대한 신념으로 선택을 결정한다(이은옥 등, 1997b).

2) 의료추구행위의 영향 요인에 관한 고찰
관절염 환자의 치료 추구행위에 영향을 미치

는 요인은 환자의 건강 신념, 질병의 원인에 대한 지각, 경제상태, 교육수준, 증상 경험, 의료 문화에 대한 이입 정도, 주변 사람들의 준거체계, 기타 태도 요인 등이었다(이은옥 등, 1997b; 1997c).

(1) 경제 상태 및 교육수준

1989년과 1992년 국민 건강 조사 자료에서 생활 수준이 높을수록 병의원 이용율은 높았으나 민속요법 등 다른 치료 이용율에는 생활 수준이 영향을 주지 않았다고 보고하였다(송건용 등, 1993). 그러나 관절염같은 만성 질환자를 대상으로 한 여러 연구에서는 의료의 구매력을 결정하는 교육수준과 경제적 수준이 높을수록 그리고 젊은 층일수록 다양한 치료 행태를 보이는 것으로 보고되고 있고(이은옥 등, 1997a; 이인숙 등, 1996; Furnham, & Forey, 1994; 1997; Fulder, 1985; Sutherland, 1992; Thomas, 1991; Visser, 1992) 이는 동서양간에 차이가 없었다.

(2) 증상 경험

평소 건강 상태와 만성질환에 이환 여부 등 의료 요구 요인은 의료 이용을 설명하는 가장 유의한 변수였다(송건영 등, 1993). 관절염 환자에서는 통증 조절이 치료 추구행위에 영향을 주었고(은영, 1995), 대체로 병원 치료는 초기 통증 지각시 진단과 치료를 받기 위해 선택되었으며(이은옥 등, 1997c), 통증을 지각하고 치료를 시작한지 2-5년 후부터는 민속요법을 제거하고 병원치료를 고정적으로 받기 시작하는 환자도 있었다(은영, 1995). 서양 문헌에서는 환자의 증상에 따라 병원치료를 결정하는 경향은 뚜렷이 볼 수 없는데 의료체계상의 차이 때문이라 판단된다.

(3) 의료전문성의 문화이입

일반적으로 의료 문화는 병원 중심의 치료와 민간 치료 체계로 구분되어 있지만 지역과 인종 등에 따라 다양한 의료 문화를 형성하고 있다. 질병 치료에 대한 사회적 상호작용을 연구한 Moor(1990)는 백인들은 약을 먹는 등의 내적 조절을 원하는 반면 중국인들은 약을 바르거나 찜질을 하는 등의 외적 치료를 더 선호한다고 보고하였다. 이 결과들은 서양의료의 세균설이나 질병 원인설에 근간을 두고 있고, 동양의료는 증상에 초점을 두는 점을 간접적으로 반영한 부분이다. 또한 아프리카-아메리칸의 건강행위 변화에 관한 Fleury(1996)의 연구에서도 치료 추구행위는 전통적 건강신념이 매우 중요하게 작용하고, 의료 행위에 대한 문화적 오리엔테이션이 강력한 영향 요인이라고 보고하여 이은옥 등(1997c)의 연구결과와 동일한 경향을 보였다. 그러므로 정통의료를 과학적 측면에서 발달시켜 온 서양문화권에서는 의료에 대한 문화적 가치관의 중심이 병원치료를 중심으로한 정통의료에 있지만, 한국을 비롯한 동양 문화권에서는 혈행의 음양 원리로 건강 문제를 인식하는 한방 혹은 대체요법에 있기 때문에 기본 논리는 같지만 환자들이 보이는 행태상의 결과에 차이가 있는 것이라 생각된다.

(4) 주변 사람들의 준거체계

한국농촌 지역 환자의 치료행위에 관한 연구(이순영, 1978)에서 환자들은 치료에 대한 의사결정을 도시에 살고 있는 친척과 이웃 사람들로 구성된 이차 집단의 의견에 따르는 것으로 보고하였다. 또한 치료행태에 전이를 심하게 보이는 관절염 환자의 경우도 주변의 준거체계는 치료행위 결정에 중요한 영향요인이라 평가하였다(이은옥 등, 1997b; 1997c). 서양의 환자들도 여성 만성 질환자가 가족으로부터 받는 지지와 주변 도움에 대한 연구(Primomo, 1990)에서도 주로 배우자로부터 정서적 지지를 받고 친구들

로부터 질병 행위를 조언 받는 것으로 조사되었다. 만성질환자들은 건강 문제에 대해 의사와 의논하기 전에 96%의 환자가 2.3개의 정보원을 찾았으며, 55.4%의 환자가 1.8가지의 자가치료 방법을 사용하였다(Elliott-Binns, 1986). 결론적으로 가족이나 친구는 대체요법의 사용을 결정하는데 중요한 영향을 미치는 요인이었다(Furnham, 1997; 이은옥, 1997c).

그러나 한국환자들과는 달리 서양의 환자들에게서는 류마티스 관절염 환자와 서로 증상을 비교하거나, 자문을 받기 위해 비전문인에게 도움을 구하는 행위는 크게 의미가 없는 것으로 나타났다. 환자들은 의사를 최종 자문자로 인식하였고, 가장 자주 자문을 구하는 비전문인은 배우자($n=28$)였으며, 조사자의 34%가 비전문적인 자문은 구하지 않고 도움을 추구하는 행위(help-seeking behavior)에서 나타나는 자문인은 간호사, 치료사(physician therapists), 척추치압전문가, 마사지 치료사 등으로 대부분 건강제공자의 범주에 있었다(Yelin, 1987). 환자는 피로, 기대되지 않은 증상의 지속, 통증, 기능 장애가 발생할 때 의사를 방문할 것을 결정하는데 초기에는 증상의 불명확함 때문에 58%의 경우가 가족, 친구, 직장동료에게 자문을 구하지만 크게 효과가 없다고 보고하였다.

증상의 인지부터 첫번째 내과의의 자문 사이에 걸리는 평균적인 시간은 11.6주(SD 13.85, 범위 4주-51.9주)로 나타났다. 진단을 받는 데 평균적으로 걸리는 시간은 19.5개월(SD 25.3, 범위 1주-144개월)로 처음 의료인을 방문하여 평균 24개월 후에 진단을 받은 것으로 보고하고 있었다(Yelin, 1987).

(5) 의료인과의 관계

만성 질환자들은 의사를 선택할 때 질병의 성격이나 위중도 보다는 의사의 명성에 따른다고 응답하였다(Furnham, 1997; 이인숙 등, 1996).

치료과정을 진행하며 환자들은 의료인과의 의사소통 상에 문제가 있음을 지적하는데, 대부분 의사의 지식이나 기술에는 만족해도 충분한 설명을 위한 시간이 부족하고 의료인이 선택하는 치료법에 불만을 가지고 있다(Furnham, 1997; Moore, 1985)고 보고하여 의사에 대한 태도와 만족도는 한국결과와 같은 경향을 보였다(이은옥 등, 1997a; 이인숙 등, 1996).

환자는 의사의 치료 결과를 환자의 과거 경험, 주위 환자의 경험 그리고 환자 자신이 의사에게 기대하는 기준에 따라 평가한다(Helman, 1990). 대체요법을 찾는 이유로 환자들은 자신의 치료가 크게 진전이 없으며, 의사들은 자신의 문제를 분명히 알고 있으나 의사와의 충분한 상담을 할 수 없음을 들고 있다. 또한 대체요법을 이용하는 환자의 1/2정도도 자신의 문제에 대해 치료사들이 의사보다 분명하게 알고 있지 못하기 때문에, 자신은 언젠가는 정통의료의 치료로 돌아갈 것이라고 응답하였다(Moore, 1985).

대체요법에 참여하는 외국의 환자들은 68% 이상이 본인의 대체 요법 치료를 의사에게 알리고 있었으며, 13%는 필요없을 것 같아 알리지 않을 뿐이라고 응답하여 의사가 대체요법을 승인할 것이라 믿고 있었다. 대체요법에 참여하지 않는 집단의 70%는 의사가 이를 허용하지 않을 것이라고 응답하여 두집단 모두 정통 의학적 치료과정에 대한 신뢰도가 높음을 보여 주고 있었다. 그러나 실제로 의사 집단에서의 조사에서는 이를 묵인할 뿐이지 승인하는 것이 아니며, 환자의 치료과정을 알기 위해서는 수용적 태도가 필요하다고 젊은 의사층이 응답하였다(Visser, 1992).

의료인들은 환자들이 과학적으로 증명되지 않았거나 비용이 비싸더라도 효과를 보기 위해 병원치료와 동시에 다른 치료법들을 찾고자 한다는 것을 이해하여야 한다(Visser, 1992; 이인숙

등, 1996). 최근 한 연구에서는 환자의 대체요법 사용에 대해 의사들이 개방된 태도를 보일 때 외래환자들의 만족도가 더 높다는 결론을 지었다(Visser, 1992).

(6) 질병에 대한 태도

류마티스 관절염과 같은 만성질환의 초기증상은 불분명하고, 모호하여 비전문인이나 내과에 의해 정상으로 인식되는 경우가 많으며, 진단의 구분이 어렵다(Stewart, 1982). 많은 조사자들이 만성질환을 진단 받지 못한 상태로 증상이 있는 초기 기간동안에는 불명확성에 대한 정신적 스트레스가 높아 환자는 불안, 분노, 좌절을 가족이나 주변의 가까운 사람에게 표현한다고 보고하고 있다(Bury, 1982; 1988; Robinson, 1971; Westbrook, 1982).

Skalys(1997)는 류마티스 관절염으로 진단 받은지 2년 이내에 있는 20-60세의 여성 50명을 대상으로 질병의 원인인식을 조사하였을 때 질병의 원인으로 아무 해석도 내리지 않음(no interpretation); 정신적인 요인(psychogenic attributions); 정상으로 생각함(normalization); 다른 질병에서 기인함(other disease attribution); 관절염으로 인함(arthritis attribution)이라는 5가지의 주제(theme)를 밝혀냈다. 대부분의 경우 초기에는 증상을 질병으로 해석하지 않았으며, 70%는 증상의 원인을 모르거나 스트레스의 탓이거나 정상적인 것이라 생각했다. 다만 30%만이 증상을 질병으로 생각하였으며, 이들 중 16%만이 관절염으로 인한 증상이라 생각하였다. 이러한 결과는 여러 논문에서 나타나고 있다(Skalys, 1997; Affleck, 1987; Ailinger, 1993; Kay, 1988).

초기증상과 관련된 주관적인 반응들은 질병에 대한 태도를 결정하고 이는 행위 결정에 지속적으로 영향을 주고 있었다(Skalys, 1997). 초기증상에 대한 주관적 반응으로 60% 정도는 초기

증상에 대해 아무 행동을 취하지 않았거나(no action), 신발을 바꾸는 등 외부적 조건을 적응시키거나, 휴식이나 운동 등의 활동들을 통해, 혹은 상용약이나 찜질 같은 대증요법을 사용함으로써 증상을 정상화하도록 노력했다. 다만 50명 조사자중 4명의 경우만이 초기증상에 대한 즉각적인 반응으로 내과의를 찾았다. 초기증상($r=0.39, P<0.05$)과 전문적 또는 비전문적 의뢰자들이 보이는 증상에 대한 인지($r=-0.35, P<0.05$)는 초기 치료 행위 결정에 관련이 있는 것으로 보고하였다. 이 관계들은 환자의 치료에 대한 신념을 내적으로 구조화시키면서 질병행위 과정을 결정하는 중요한 변수가 될 것이라는 것이라고 Skalys(1997)는 제안하였다.

III. 연구 방법

1. 연구 대상

한국의 연구대상자는 지난 6개월간의 주된 치료법에 따라 1) 병원 지속치료군, 2) 병원치료와 민속요법 병행군, 3) 민속요법 단독군, 4) 무 치료군으로 구분하였다. 선행 연구에 의하면 대상자들은 치료 1년 이내에 80% 정도가 모든 치료 방법에 노출되는 것으로 드러나고 있다. 그러므로 치료 초기 1년간의 조사를 하면 질병 발생 초기의 치료행위를 파악하는 것이 가능하며, 비교적 기억상의 오차가 작용할 가능성이 적다. 그러므로 질병초기의 치료추구 행위 조사대상자로는 질병 발생 1년 이상 2년 이하의 환자로 설정하였고, 그 이상된 환자를 만성 치료 추구 행위자로 구분하여 면접 설문조사와 심층 면접을 실시하였다. 우리 나라의 연구대상자는 3개 대학 병원 류마티스 외래 치료자, 보건소 가정방문 등록 관리자, 류마티스 관절염 자조관리과정 수중운동 프로그램 등록자중에서 전화로 환자 승낙을 받은 후 별도의 면담일을 설정하여 개별

면담하였다. 심층 면접자는 각 군에서 특징적 치료추구행태를 보이는 대상자에 대해 전문가의 심층 면접이 이루어졌다. 총 조사자는 133명으로 초기 환자 47명, 만성환자 86명이 조사되었다. 초기 환자의 경우 병원에서의 진단이 이루어진 2년 이내의 환자이기 때문에 전혀 치료를 받지 않는다는지 민속요법만 사용하는 사례가 드물어, 본 연구에서도 적은 수만이 조사되었다.

미국의 대상자는 실무전문간호센터(Center of Nurse Practitioner)에 등록된 관절염 환자를 대상으로 한국의 대상자와 동일한 기간의 기준을 갖고 초기환자와 만성환자로 나누어 선정하였다. 그러나 미국의 대상자에서는 무치료군과 대체요법만을 사용하는 치료군이 없었기 때문에 병원치료군과 병합군을 각각 16명, 47명 선정하여 총 63명에 대해 조사하였다.

2. 자료 수집

자료의 내용은 질병 발생 처음 1년간의 치료행위와 현재까지의 주요 치료추구 행위에 대해 후향적으로 조사하였다. 치료행위 결정에 영향을 미치는 개인의 속성, 치료접근성, 의료요구, 질병에 대한 태도, 주위준거 체계, 의료전문성에 대한 문화 이입을 반 구조화된 설문으로 조사하였다. 조사 방법은 면접조사와 심층면담의 방법론적 triangulation을 사용하였다. 미국에서도 같은 설문지의 틀로 조사되어 대상자의 인구·사회학적 특성, 질병의 증상, 인지하는 통증특성과 치료 방법을 심층조사 하였다. 그러나 미국의 경우 대체(민속)요법의 사용도 대부분 담당의사와의 상담을 통해 선택된 것이기 때문에 치료추구행위의 영향요인을 조사할 수 없었고, 대상자 수도 적어서 모형 검증 자료로는 사용하지 않았다.

3. 분석 방법

치료행위 설명 변수들의 기술 통계적 분석과 치료 집단간 그리고 문화 집단간 차이를 검증하였다. 또한 치료행위의 설명 변수와 종속변수간의 정준상관계를 분석하고, 분석 결과를 기초로 치료 추구행위 개념간의 경로 분석을 실시하여 기존 가정에서 제시한 모델을 검증하였다. 또한 변수간 관계를 심층 면접된 자료를 활용하여 현상을 설명하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

한국의 연구대상자는 총 133명으로 평균 연령 50.12세(범위: 13세-80세), 미국의 대상자는 총 63명으로 평균 연령 54.26세(범위: 28-80세)였다. 한국의 경우 여성 환자가 많이 조사되었고, 가족과 동거하는 집단이 많았으나 미국과 통계적으로 유의한 차이는 없었다. 그러나 교육수준은 미국이 한국보다 유의하게 높은 수준을 보였다. 미국 대상자의 81.9%가 Caucasian이었다.

2. 대상자의 질환특성

한국 환자의 이환 기간은 9.67년(범위: 1년-72년), 증상 발현 후 진단 받은 시점은 평균 19.81개월(범위: 0-480개월)이었다. 아침 강직은 평균 60분 정도 경험하였고(범위: 0-720분), 통증정도는 15점 만점에 8.19점(범위: 1-15)이었다. 처음 선택한 치료를 지속한 기간은 17.8개월(범위: 0-87개월)이었다.

미국 대상자의 이환 기간은 11.16년(범위: 1년-41년), 증상발현 후 진단 받은 시점은 89.52개월(범위: 0-900개월)이었다. 증상 발현 이후 진단 시점까지의 기간 상 차이는 두 집단간에 차이를 보여, 미국이 유의하게 증상이후 진단까지의 기간이 긴 것으로 나타났는데 이는 두 문

화권간의 진단에 대한 개념상 차이인 것으로 고려된다. 한국에서는 처음 의사를 방문하여 의사에 의한 진단까지의 기간이 조사된 데 반해, 미국의 경우는 환자의 증상에 대해 의료진도 단정적인 진단명을 쉽게 내리지 않으며, 환자도 자신의 생각과 일치하지 않거나, 진단에 의한 치료 이후에도 증상이 계속되면 확진을 받았다고 생각하지 않는다. 문헌 고찰 자료에 의하면 미국인의 첫 의사방문 시점은 평균 증상의 인지부터 11.6주(SD 13.85, 범위 : 4주-51.9주)로 제시되어(Yelin, 1987), 이번 조사에서 나타난 한국의 19.8개월 보다는 훨씬 짧았다. 이 점들이 증상 발현이후 미국인은 즉각 가정의 등의 전문인과 상담하고도 진단까지의 시간이 한국자료 보다 유의하게 길게 나타난 원인이라 생각된다(표 1).

지난주 경험한 관절염 증상에서는 관절의 통증, 부종 등이 비슷하였으나 근력의 약화, 우울, 피로, 수면 장애의 호소율은 미국이 높았고, 거동 가능성은 한국 대상자들이 현저히 낮았다. 타 연구에서 류마티스 환자의 우울에 대해 CES-D(Community Epidemiologic Scale of Depression)로 조사한 결과 한국 환자의 평균 우울 점수가 서양 환자 보다 높은 것으로 나타나고 있다(김인자, 1997; 이은옥, 1997a;

1997c). 그러나 본 연구에서는 한국과 미국 모두 이 도구를 사용하지 않고 지난주의 우울 경험 여부를 단일 질문하였다. 그러므로 본 결과가 기존 결과와 다른 점은 표본 수가 적고, 지난주라는 짧은 기간의 경험을 질문하였기 때문에 나타난 편중된 현상일 수도 있다. 그러나 미국 환자의 경우 표현을 보다 민감히 하여 한국 환자의 경험과 실제적인 차이를 보인 것으로도 볼 수 있다.

관절염 이외의 질환을 동시에 가지고 있는 환자의 비율은 한국의 경우 더 높았다.

3. 치료유형에 따른 의료인과의 관계

연구대상은 초기환자군과 만성환자군으로 구분하고 각 집단을 6개월 이상 지속적으로 사용하고 있는 치료방법에 따라 병원치료군, 병원·민속 병행군, 민속요법군, 무치료군으로 구분하였다. 한국의 조사된 초기(환자)군은 47명으로 이중 병원군이 57.4%, 병행군 19%, 민속요법군 15%, 무치료군 8.5%였다. 만성군은 86명으로 병원군 40%로 초기군 보다 낮았으며, 병행군이 22%, 민속군은 15%, 무치료군이 23.3%로 현저히 높고 있었다. 미국 연구대상자의 경우 초기

Table 1. Difference of the characteristics of rheumatism by country

characteristics	Korean (N=133)	American (N=63)	$\chi^2(t)$	P
Duration from onset (Mean(years), SD)	9.67(11.59)	11.16(10.12)	0.85	0.39
Duration from symptom to Diagnosis (Mean(month), SD)	19.81(63.2)	89.52(178.91)	-4.74	0.00
Severity of pain	(100.0)	(100.0)	52.15	0.03
pain in specified joint	45.1	29.0		
pain in other joint	15.0	56.5		
pain in joint and can't move	28.6	8.7		
tenderness, weakness and can't move	9.0	2.9		
severe and continuous pain in whole body	2.3	2.9		

환자 16명중 병원군 31.3%, 병행군이 68.6%였으며, 만성환자 47명중에는 병원군 19.1%, 병행군 80.6%로 만성화되면서 대체요법과 병행하는 군이 늘은 것을 볼 수 있었다(표 2). 미국에서는 대체요법만 사용하거나 치료를 받지 않는 군은 없어도 단독 병원치료군 보다 대체요법과 병행하는 군이 2배 이상 되어 문헌에서 검토된 바와

같았다.

두 나라 모두에서 초기군과 만성군의 각 치료 유형별 성별, 결혼상태, 연령, 교육수준, 종교, 직업에는 차이가 없었다. 한국에서는 초기군과 만성군 간에 연령의 차이는 없었으나 초기군중 병행군은 젊은 연령층이 많았고, 만성군에서는 무치료군의 연령이 높았다.

Table 2. Distribution of the patterns of treatment by country

Treatment pattern	Korean		American	
	Initial Phase (N=47)	Chronic Phase (N=86)	Initial Phase (N=16)	Chronic Phase (N=47)
Western medical	57.4	39.5	31.3	19.1
Combine with alternative therapy	19.1	22.1	68.6	80.9
Alternative therapy	14.9	15.1	-	-
None	8.5	23.3	-	-

<표 3>은 한국과 미국 연구대상자들에서 나타난 대체요법 이용 양상이다. 이들의 이용 경험율을 보면 한국 환자의 80.6%, 그리고 미국 환자의 93.6%가 대체요법을 사용한 경험이 있는 것으로 응답하였다. 사용 방법을 보면 보충식이 유형이 두 나라 모두에서 많아 한국은 대체요법 사용 경험자의 95%, 미국은 61%였다. 그러나 미국의 경우는 식이 제한 요법을 했다고 응답한 대상자가 있는데 반해 한국은 없었다. 그외에 한국은 자석이나 구리 팔찌, 금침, 지압들의 사용자가 미국 보다 많은데 비해 인지적 요법을 사용하는 군은 없었으며, 물리치료나 운동요법을 대체요법으로 수용하여 수행하는 군은 적었다.

한국인이 사용한 대체요법이 174종인데 반해 미국인은 98종이었다. 그러나 한번에 동시에 사용하는 요법의 수는 한국의 경우 1.63종류인데 미국의 경우 평균 3.27종류이며, 경험한 요법 중

2.76종류를 효과가 있다고 평가하였다.

한국환자들의 경우 첫 증상발현시 전문인과 상담하는 비율은 27.1%에 불과하나 약물치료를 시작하는 군은 82.3%에 이른다. 이는 정확한 진단 없이 자기 판단에 의한 투약이나 약국을 통한 매약의 시작을 의미하며, 이 첫 치료법을 효과가 있어 지속 사용한다는 군은 25% 밖에 되지 않는다. 또한 대체요법의 경우도 중단율은 미국보다 훨씬 높은 76.9%에 이른다. 이러한 양상은 미국과 완전히 다른 것으로 한국환자들이 처음 치료 도입 단계부터 치료의 실패와 전이를 경험하고 있음을 알 수 있다. 이에 비해 미국 환자들은 투약 치료나 대체 요법의 중단율이 20.4%로 낮으며, 중단 사유도 효과가 없어서라고 응답한 군은 5%였다. 이렇듯 부정적 효과가 적은 이유는 이들이 대부분 약물치료와 병행하여 사용하고 있기 때문으로 보인다(표 4).

Table 3. Rate of use and type of alternative treatment by country

Classification	Korean (N=133)	American (N=63)
Rate of use alternative tx.	80.6	93.6
No. of kinds alternative treatment which has been used	174	98
No. of kinds alternative treatment which had been used / person/ time	1.63	3.27
No. of person who used alternative therapy	107 (100.0)	59 (100.0)
Herb medicine	15.9	-
Diet supplement	95.0	61.0
Diet restriction	-	11.9
Accupuncture/Accupressure	11.2	6.8
Magnetic, Copper ring	5.6	6.8
Cognitive, spiritual therapy	-	18.7
Exercise/physical therapy	10.3	32.2

Table 4. Rate of discontinuance of alternative therapy

Classification	Korean (N*=174)	American (N*=98)
Rate of discontinue	76.9	20.4
No. of discontinue	134	20
Reasons of Discontinue	(100.0)	(100.0)
Side effect	7.7	10.0
Not effective	79.3	5.0
No response	13.0	80.0
Recommand from doctor	-	5.0

* No. of using alternative therapy

<표 5>에서 한국환자들은 증상 초기에 의료인과의 상담율이 낮는데 비해 의료인에 대한 만족도 평가에서는 초기군에서 병원군 85.2%가 '의사가 환자의 증상에 관한 의견을 충분히 듣고 환자를 돕기 위해 상담한다'고 하였고, 만성군에

Table 5. Doctor's way of approaches to patients in Korea (If you are not treated at hospital, describe your last experiences)

Drs'	Initial Phase				Chronic Phase				X ²	P
	west -de medine	combin -ed	alterna -tive	No trea -tment	west medine	combin -ed	alterna -tive	No trea -tment		
N	27 100.0	9 100.0	7 100.0	4 100.0	34 100.0	19 100.0	13 100.0	20 100.0	39.9	0.008
1	14.8	22.2	57.2	25.0	38.2	33.3	69.3	70.0		
2	85.2	77.8	42.9	75.0	61.8	66.7	30.8	30.0		

1. He only explained the warning points and insisted to comply with the regimen.
2. He carefully listened to the patient's complaints and gave an advice.

Table 6. Degree of doctor's explanation about the treatment course in Korea

Drs'	Initial Phase				Chronic Phase				X ²	P
	West medine	Combin -ed	Alterna -tive	No Tx.	West. medine	Combin -ed	Alterna -tive	No Tx.		
N	27 100.0	9 100.0	7 100.0	4 100.0	34 100.0	19 100.0	13 100.0	20 100.0	22.0	0.39
A little	37.0	44.4	57.1	25.0	41.2	36.9	69.2	35.0		
Enough	63.0	55.6	42.9	75.0	58.8	63.1	30.8	35.0		

서는 병원군의 61.8%가 이에 응답하여 두 집단 모두에서 민속군이나 무치료군보다는 통계적으로 유의하게 의사의 태도에 대해 긍정적인 반응을 하였다($\chi^2=39.9$, $p=0.008$). 이 외에 의사의 지식이나 기술에 대한 신뢰($\chi^2=55.5$, $P=0.00$), 상담 시간의 충분성($\chi^2=30.0$, $P=0.007$) 등에 대해서도 위와 유사한 결과들을 보였다. 그러나 <표 6>에서 질병과정에 대한 충분한 설명($\chi^2=22.0$, $P=0.39$)과 치료의 진행과정에 대한 만족도 측면($\chi^2=17.3$, $P=0.24$)에서는 병원군이나 병합군이 민속요법군이나 무치료군과 유의한 차이를 나타내지 못하였다. 또한 모든 항목에서 초기군은 만성군보다 의사와의 관계상 변수에 긍정적인 점수를 보이고 있었다.

이를 종합하면 만성군에서 모든 치료 행태군은 비슷한 질병 위중도를 보임에도 불구하고(통증정도나 아침 강직의 평균 값상 차이가 없음) 무치료군이나 민속요법군은 의사 만족도가 현저히 낮았다. 또한 초기군은 전반적으로 만성군보다 의사 만족도가 높았으며, 초기군내의 민속군과 무치료군은 질병위중도가 다른 두 군보다 낮았고, 의사 만족도에 있어서는 병원치료군과 큰 차이를 보이지 않았다. 이는 초기에는 치료 행태 결정이 대부분 의사와의 관계보다는 증상의 위중도에 의존하여 이루어짐을 의미하고, 만성화 과정에서 질병 치료 효과를 느끼지 못하여 의료인의 치료방침에 만족하지 못하고, 의료인의 불충분한 설명과 함께 의사에 대한 만족도가 떨어지기 때문에 병원치료를 포기하는 것이라 생각된다.

4. 치료유형에 따른 질병에 대한 태도

한국 류마티스 관절염 환자들은 '관절염은 관절만 아픈 것이다'에 대해서는 초기군 중 병원군은 37%, 병합군은 55.6%, 민속군은 28.6%, 무치료군은 50%가 동의하였으며, 만성군에서는

병원군이 70.6%, 병행군은 63.2%, 민속군은 76.9%, 무치료군은 30.0%가 동의하여 경험에 의해 습득한 질병의 특성을 규정짓고 그 차이는 유의하였다.

'관절이 아플 때는 절대로 운동을 해서는 안되며 운동을 하다가도 아프면 무조건 쉬어야 한다'에서도 집단간 행태군별로 차이를 보이기는 하였으나 일관성 있는 결과를 보이지는 못하였다. '현대의학으로는 완치는 불가능하므로 민속요법을 보완해야 치료가 가능하다'는 항목에서는 초기군 보다는 만성군이 보다 긍정적으로 반응하였으며, 민속요법군보다 병원군이 보다 긍정적으로 응답하였다($\chi^2=21.1$, $P=0.04$). 이는 관절염이 치료의 효과가 분명하지 않고 만성적으로 진행하면서 오히려 만성 환자가 민속요법의 병행을 선호하지만, 효과적인 민속요법을 경험하지 못하고 전이했기 때문인 것으로 보인다. 민속치료를 경험했던 군에서 민속치료의 효과를 확실하게 믿고 있지 않았다. 이러한 점들은 미국의 환자와 차이를 보이는 부분으로 미국의 환자도 만성군에서 병원치료군보다 병행군이 더 많으며, 병행군은 효과에 대해서도 보다 긍정적인 반응을 한다는 점이다.

'병원치료가 효과있는 것인지에 대해 잘 모르겠다'라는 항목에서도 초기군 중 병원치료군의 69.2%, 만성군의 병원군이 76.5%가 이에 동의하여 타 행태군보다 유의하게 높은 반응을 보였다($\chi^2=28.4$, $P=0.00$). 이는 병원치료에 대한 회의가 많으며, 특히 현재 병원치료를 하고 있는 군에서 그렇지 않는 군에 비해 더 회의적이라는 것을 볼 수 있다(표 7).

관절염 진단을 받은 후 환자는 관절염의 원인을 '잘 모르겠다', '신체적 문제', '심리적 좌절', '산후조리의 부족', '식사습관', '사고의 후유증', '특정한 원인이 없음', '가족력', '다른 감염성질환의 합병증' 이라고 인지하였다. 질병의 원인 지각이 치료과정 속에서 변화하였는지에 대해

Table 7. Attitude toward the rheumatoid arthritis

	Initial Phase				Chronic Phase				X ²	P
	West medicine	Combin-ed	Alterna-tive	No tment	West medicine	Combin-ed	Alterna-tive	No trea-tment		
	27	9	7	4	34	19	13	20		
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
1.	37.0	55.6	28.6	50.0	70.6	63.2	76.9	30.0	16.7	0.019
2.	50.0	44.4	14.3	100.0	79.4	42.1	30.8	55.0	21.1	0.04
3.	69.2	55.6	42.9	50.0	76.5	84.2	46.2	15.0	28.4	0.00

1. The symptom of arthritis is only the joint pain. (×)
2. Because the western medicine can't cure, I should add the ethnic therapy. (×)
3. I don't know the facts whether the treatment received is appropriate or not. (×)

Table 8. Perception of the possibility of cure of rheumatoid arthritis

Belief of cure	Initial Phase				Chronic Phase				X ²	P
	west medicine	combi-ned	alternat-ive	No treat	west medicine	combin-ed	alternat-ive	No treate		
N	27	9	7	4	34	19	13	20	41.57	0.48
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
Not cured	29.6	22.2	14.2	50.0	21.8	15.8	15.4	55.6		
Not certain	29.6	44.5	42.9	50.0	56.3	47.3	38.5	27.8		
Cured	33.3	33.3	42.9	-	21.9	36.8	46.1	16.7		

만성군에서 많이 바뀌었으며, 그 차이는 유의하였고($\chi^2=23.4, P=0.05$) 가장 크게 변한 군은 만성군의 민속요법군이였다.

'질병 치료가 가능하다'고 생각하느냐의 질문에 대해서는 두 군간에 차이가 없으며($\chi^2=41.6, P=0.48$) 많은 환자들이 확실하지 않다고 대답하였다. 초기, 만성 모두에서 병원군은 치료의 예후를 긍정대 부정에 대한 큰 차이가 없으나, 오히려 병행군 혹은 민속요법군에서는 치료예후를 긍정적으로 보는 사람이 더 많아 이 치료행태군이 적극적인 치료추구를 하고 있다고 볼 수 있었다(표 8).

5. 준거체계

병에 대해서 처음에 의논한 사람은 초기와 만

성 두 집단간에 차이가 없었다($\chi^2=52.2, P=0.26$). 초기군의 병원치료군에서는 경험자에게 의논한 경우가 가장 많았고, 다음은 가족, 친구였으며, 1/3정도는 책자 등의 정보원으로부터 치료 정보를 얻었다고 응답하였다. 그러나 만성군에서는 병에 대한 주 의논자가 가족이라고 응답하여 다른 양상을 보였는데, '관절염의 치료가 효과가 없이 지속될 때 누구에게 다시 의논을 했는가'라는 항목에서 만성군은 전문인에게 2/3가 의논을 한데 반해 초기 군 중 병원군은 가족, 친구, 전문인물의 순서로 찾고 있었고, 병행군은 여전히 경험자의 정보에 의존하고 있었다. 만성군에서는 병행군, 민속군과 무치료군 모두가 전문의의 자문에 비중을 두고 있었다. 미국의 자료에서도 처음 증상 발견시에는 가족과 친구와 의논하지만 최종적으로 의료인과 상의하는

것으로 나타났다. 의논대상자가 어떤 점에서 도움이 되었는가 라는 점에서 초기군은 치료법을 직접 구입하거나 만들어서 사용하는데 도움을 주었고, 그에 대한 전문인 정보를 얻는데 도움이 되었다고 응답하였으며, 만성군은 전문인에 관한 정보와 더불어 치료를 받으면서 발생하는 여러 가지 불편함을 의논하는데 도움을 받았다고 응답하였다. 초기환자에서 병합군은 질병에 관한 현재의 문제를 명확히 하는데 도움을 받았다고 응답하였다.

6. 의료전문성의 문화 이입

서양의학적 질병관이 수용되고 있는 정도 즉 의학적 치료의 사회화 정도에서 두 집단간에 차

이가 있는 항목은 10항목 중 3항목으로 '서양의학은 모든 질병을 치료할 수 있다'에서 초기군이 만성군에 비하여 동의하는 사람이 많았다($\chi^2=30.0, P=0.03$). 또한 '병원에서 치료할 방법이 없다면 민속요법을 사용할 수 있다'라는 항목에서도 초기군에서 만성군보다 동의하는 사람이 많았으며($\chi^2=55.3, P=0.002$), '민속치료의 효과는 자기경험으로만 알 수 있다'의 동의는 만성군에서 초기군에 비하여 동의정도가 높았다($\chi^2=38.1, P=0.09$)(표 9). 이는 관절염 초기에는 한국과 미국의 환자 모두 서양의료에 의해 질병이 치유될 수 있고, 대체요법의 병행은 치료를 극대화시킬 수 있다고 믿고 있다는 점을 보여 준다. 그러나 한국 환자들은 '의사들은 민속요법을 믿지 않는다'에 두 군 모두 많이 동의

Table 9. Socialization of western medical atmosphere

Socialization	Initial Phase				Chronic Phase				X ²	P
	west medicine	comb -ined	alterna -tive	No treat	west medicine	combi -ned	alterna -tive	No treat		
N	27	9	7	4	34	19	13	20		
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0		
1	51.8	44.4	57.1	—	29.4	42.1	30.8	20.0		
2	51.8	88.8	85.7	—	58.8	78.9	61.5	47.3		
3	11.1	11.1	14.3	25.0	11.7	15.8	15.4	10.0	33.2	0.22
4	65.3	55.5	71.4	75.0	67.6	42.1	66.7	63.1	25.8	0.58
5	65.3	33.3	28.6	75.0	47.1	26.3	23.0	35.0	37.9	0.10
6	14.8	22.2	14.3	25.0	47.1	16.7	23.0	25.0	30.2	0.35
7	34.5	22.2	14.3	25.0	44.3	31.5	38.4	25.0	38.1	0.09
8	19.2	11.1	28.6	25.0	8.8	10.5	7.7	5.0	27.4	0.49
9	30.7	33.3	28.6	25.0	55.8	68.3	46.1	35.0	22.8	0.75
10	31.7	11.1	14.3	50.0	11.8	21.1	7.7	10.0	30.8	0.32

1. Western medicine can treat all kinds of diseases.
2. If the western medicine is not effective, we can use the folk remedies.
3. Poorly educated people like to use the folk remedies.
4. The western doctor doesn't believe the folk remedies.
5. The ethnic therapy isn't scientific.
6. The drug of western medicine always has the side effects.
7. The treatment effect can be known by personal experience.
8. The folk remedies has the principle in it.
9. The treatment effect depends on the patient's fortune.
10. We have to establish a school to teach the folk remedies.

하였으며, '민속요법은 과학적이지 않다'라는 항목에 대해서도 동의하였다. 그리고 '교육정도가 낮은 사람이 민속치료를 즐겨 사용한다'에는 동의하지 않는 사람이 많았고, '치료의 효과는 그 사람의 운에 달려있다'에는 중간정도로 동의하였으나 특히 만성군에서 더 많이 동의 하였다. 이 점들에서 미국의 만성환자와 차이를 보이는데 한국환자들은 민속요법을 사용하면서도 과학적 근거에 동의하지 못하고, 운에 달려있다고 믿으며, 의사는 이를 동의하지 않아 상담할 수 없기 때문에 환자 자신의 경험에 의해 요법의 선택과 지속사용여부를 결정하는 점이다.

7. 치료과정

한국환자들은 치료행태군별로 경제상태와 처음진단을 받은 장소에서는 차이를 보였다.

처음 진단받은 장소는 치료 행태군별로 통계적 차이($\chi^2=52.2, P=0.03$)를 보였다(표 10). 이는 만성군의 경우 처음 발병당시 류마티스 전문분야가 없었기 때문에 나타난 통계상의 차이라고 해석 될 수도 있는데 초기군과 만성군 모두에서 현재 병원군은 류마티스 전문의로부터

처음 진단을 받은 경우가 많았다(표 10).

초기군의 경우 만성군 보다 류마티스 치료 센터에서 진단 받은율이 높았고, 한약방을 통해 진단 받은 율이 낮았다. 이를 치료 행태적 특성별로 세분화해 보면 초기군과 만성군 모두에서 무치료군이 경제상태가 낮았고, 만성군에서 병행군은 경제상태가 좋은 것으로 나타났다. 또한 초기군의 민속군보다는 만성군의 민속군이 경제상태가 낮았다.

환자들이 보이는 치료행태를 경과별 정리한 것이 <표 11>이다. 환자들의 치료 행태의 경과상 특징적인 것인 처음에 치료를 받지 않았거나 민속요법을 택했던 군은 80% 이상이 3차에서 병원치료를 택하였지만 여기서 뚜렷한 효과를 찾지 못하면 그 후에 병원 치료율이 1/4정도로 줄어들고, 다시 무치료 혹은 민속치료로 진행함을 볼 수 있었다. 한방을 찾아던 군과 약국을 처음 찾아 자가 투약을 하던 군은 60% 정도가 2-4차에서 병원을 찾고, 약국선택자는 병원치료 지속율이 한방군 보다 높았다. 병원 치료군은 2차 치료 선택부터 병원 치료 지속율이 1/2로 줄어들어 그 상태가 유지되나 5차 치료 선택에서는 1/5로 감소함을 볼 수 있었다.

Table 10. Distribution of first treatment place by Phase of Disease

Place	Initial phase	Chronic phase	X ²	P
N	47	86	52.2	0.03
Rheumatology Clinic	13(27.7)	8(9.3)		
Other Medical Clinic	32(68.1)	72(83.7)		
Oriental Chronic	2(4.2)	6(7.0)		

Table 11. Rates of hospital choice depending on the first treatment patterns

First Tx pattern	N	Hospital as a 2nd choice	Hospital as a 3rd choice	Hospital as a 4th choice	Hospital as a 5th choice
No Tx.	2	100	-	-	-
Folk remedies	11	18.2	81.9	27.3	27.3
Oriental Med.	15	60.0	53.3	40.0	13.3
Pharmacy	11	54.5	63.7	54.6	27.3
Hospital Tx.	90	51.5	53.3	40.0	21.1

대체요법군과 무치료군은 2-3차에서 병원 치료를 선택한 후 즉각감소하는 현상을 보이며, 약국 치료군은 한방치료군과 비슷한 양상을 보이나 병원치료 지속을 보다 높음이 특징적이다. 결과적으로 첫 치료를 무엇에서 시작하던지 중국에 병원 치료에 남는 환자는 1/4정도나 그 이하였다.

8. 치료추구 행위 모형

본 연구에서는 선행연구(이은옥 등, 1997c)에서의 모델을 기초로 치료행위 선택을 종속변수로 하였고 이를 설명할 것으로 예측되는 독립변수들과의 정준상관계를 분석하였다. 유의한

설명력을 지니는 함수식에서의 두 집단간 관련 정도를 구하고 이를 근거로 경로분석을 함으로써 기존의 모델을 검증함과 동시에 치료 행위 선택의 설명력을 높이는 방향으로 모델을 수정하였다. 미국의 자료는 치료군 구분에서 민속요법만 사용하는 군이나 무치료군이 없었고, 치료 행위 선택이 처음 단계부터 의사와의 최종 상담 하에 치료를 시작하고 의료진에게 알린 상태에서 대체 요법을 사용하기 때문에 치료 행위의 설명력이 대부분 의사와의 관계에 국한되어 한국과는 다른 양상을 보이므로 본 모델의 검증은 한국자료만으로 시도하였다.

1) 모델의 검증

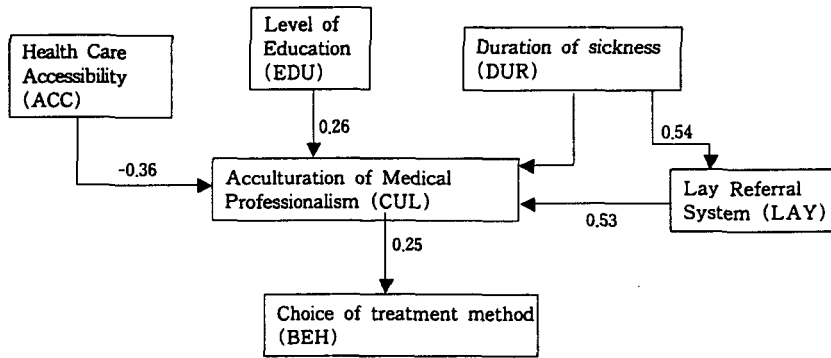


Figure 1. Health-seeking behavior in early treatment stage

Table 12. Analysis of path effect of health-seeking behavior in early treatment stage

Dependent variable	Independent variable	Total effect	Causal effect		Non-causal effect		R ²
			Direct	Indirect	Spurious	Unanalyzed	
CUL	ACC	0.31	-0.36	-	0.66	0.01	0.55
	EDU	0.43	0.26	-	0.11	0.06	
	LAY	0.63	0.53	-	0.10	-	
LAY	DUR	0.54	0.54	-	-	-	0.29
BEH	CUL	0.25	0.25	-	-	-	0.06

Pe²CUL=0.45 Pe²LAY=0.70 Pe²BEH=0.94 Rm²=0.70

검증된 초기환자 행태모형(그림 1)과 만성환자 모형(그림 2)은 아래와 같다.

환자의 치료 행위 선택은 의료 전문성의 문화이입이 주요하게 행위를 결정할 것이라고 가정하였다. 또한 의료 전문성의 문화이입은 교육수준, 치료의 접근성, 주변의 준거체계에 영향을 받아 이루어지며, 유병기간은 주변의 준거체계 설정에 유의한 변수로 가정되었다. 이 외에 행위 결정에는 주변의 준거체계와 초기치료의 효과가 직접 영향을 미치는 것으로 가정하였다.

그러나 <표 12, 13>에 나타난 바와 같이 이 모형의 경로 설명의 직접적인 인과 효과가 낮고 잔차계수와 내생 변수간에 공통으로 선행하는 의사에 대한 효과가 커서 모형의 설명력은 초기군 모형이 70%이었으나 만성군 모형이 33.2%이었다. 여기서 Rm^2 은 설명하려는 분산에 대한 설명되어진 분산의 비로 내생변수인 치료추구행위(BEH)에 영향을 미치는 모든 변수간 다중 상관계수의 곱으로 구하며, 모형의 설명력이다. 그러나 이러한 경로 분석 모형의 경우 모형의 설

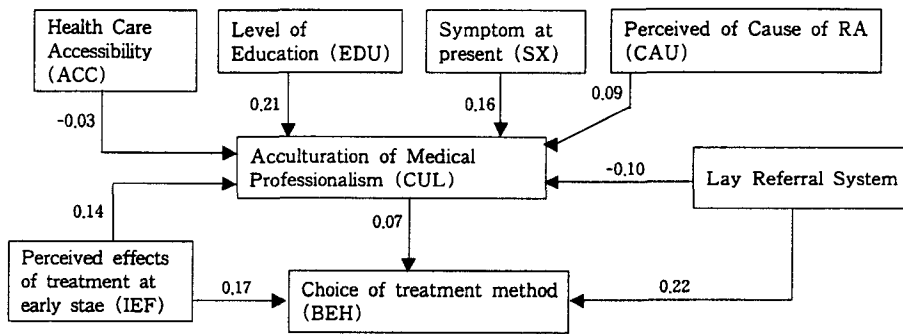


Figure 2. Health-seeking behavior in progressed long time treatment stage

Table 13. Analysis of path effect of health-seeking behavior in chronic stage

Dependent variable	Independent variable	Total effect	Causal effect		Non-causal effect		R^2
			Direct	Indirect	Spurious	Unanalyzed	
CUL	IEF	0.20	0.14	-	0.06	-	0.25
	ACC	0.13	-0.03	-	0.13	0.03	
	EDU	0.29	0.21	-	0.05	0.03	
	SX	0.23	0.16	-	0.05	0.02	
	CAU	0.14	0.09	-	0.08	-0.03	
	LAY	0.26	-0.10	-	0.18	0.18	
BEH	IEF	0.24	0.17	0.01	0.06	-	0.11
	LAY	0.28	0.22	-	0.07	0.11	
	CUL	0.16	0.07	-0.01	0.09		

$Pe^2CUL=0.75$ $Pe^2BEH=0.89$ $Rm^2=0.332$

명력이 낮을 지라도 경로계수(β)에 초점을 두어 모형을 설명한다. Pe^2 는 y_i 번째 방정식(종속변수를 설명하는 방정식)의 잔차경로계수의 제곱이다.

수정 모형에서는 질병에 관한 인식과 의료인과의 관계를 별도로 분리하고 기존 모형을 근간으로 문헌에 입각하여 수정한 후 검증한 결과, 모델의 설명력이 각각 94%와 88%로 증가되었다.

2) 수정된 초기 환자 집단 치료추구 행위

본 연구에서 수정 검증된 초기환자 모형은 <그림 3>과 같다.

초기단계에 어떤 치료행위를 보이는가는 의료 전문성의 문화이입의 직접 효과보다는 의료인과의 관계를 통한 효과($\beta=0.63$), 의료를 구매할 수 있는 경제적 접근성($\beta=0.39$)에 따라 결정되었다. 의료인과의 관계는 의료전문성의 문화이입($\beta=0.73$)과 주변의 준거체계($\beta=0.27$)에 영향을 받았으며, 주변의 준거체계는 질병에 대한 인식($\beta=0.27$), 교육수준($\beta=0.04$), 경제적 접근성($\beta=0.29$)에 영향을 받았다. 질병에 대한 인식은 질병의 원인인식($\beta=0.32$), 초기 치료의 효과($\beta=0.30$), 교육수준($\beta=0.64$)에 영향을 받아 형성되었으며, 의료의 문화이입은 질병인

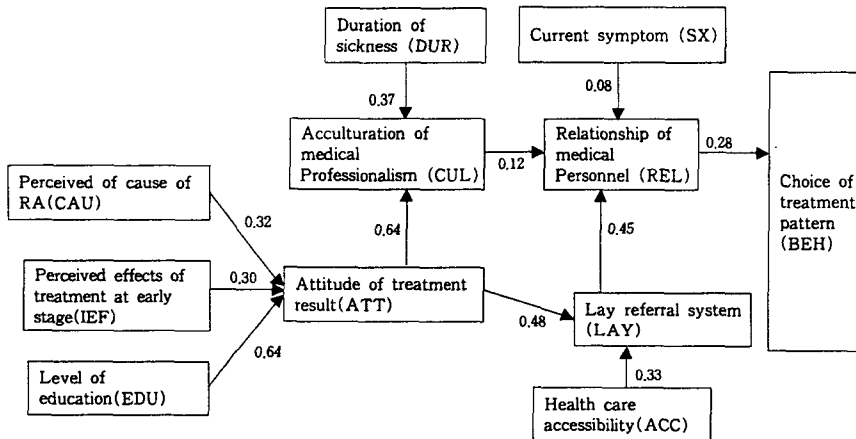


Figure 3. Modified health-seeking behavior in early treatment stage

Table 14. Analysis of path effect of health-seeking behavior in early treatment stage

Dependent variable	Independent variable	Total effect	Causal effect		Non-causal effect		R ²
			Direct	Indirect	Spurious	Unanalyzed	
CUL	ATT	0.65	0.64	-	-	0.01	0.56
	DUR	0.38	0.37	-	-	0.01	
ATT	CAU	0.36	0.32	-	-	0.04	0.64
	IEF	0.39	0.30	-	0.02	0.04	
	EDU	0.64	0.64	-	-	-	
REL	CUL	0.40	0.12	-	-	0.28	0.28
	LAY	0.52	0.45	-	-	0.07	
	SX	0.28	0.08	-	0.20	-	
LAY	ATT	0.59	0.48	-	-	0.11	0.45
	ACC	0.50	0.33	-	-	0.17	
BEH	REL	0.28	0.28	-	-	-	0.08

Pe²CUL=0.44 Pe²ATT=0.36 Pe²REL=0.72 Pe²LAY=0.55 Pe²BEH=0.92

식($\beta=0.66$), 현증상($\beta=-0.04$), 유병기간($\beta=0.37$)이 의료인과의 관계에 영향을 미쳤다. 이 전체 모형의 설명력은 94%로 매우 높았다(표 14). 즉 초기 환자는 치료 행위를 결정하는데 의료인이 정확하고 상세하게 치침하는가와 치료비용 부담의 접근성에 따라 결정한다.

3) 만성환자집단의 치료 추구 행위

질병이 만성화되면서 초기에는 직접적으로 영향을

행위 결정에 주요 변수였으며, 이외에는 유병기간($\beta=0.14$)이 치료행위 많은 부분 설명하고 있었다. 준거체계는 초기환자 모형이나 마찬가지로 치료효과에 대한 태도($\beta=0.54$)이나 경제적 접근성($\beta=0.43$)에 의해 결정되었다(표 15). 다만 최종 행위 결정시에 초기에는 의료인과의 관계나 경제력이 행위를 좌우하는 반면 만성시에는 유병기간이나 주위의 준거체계가 뚜렷이 영향을 미침이 달랐다(그림 4).

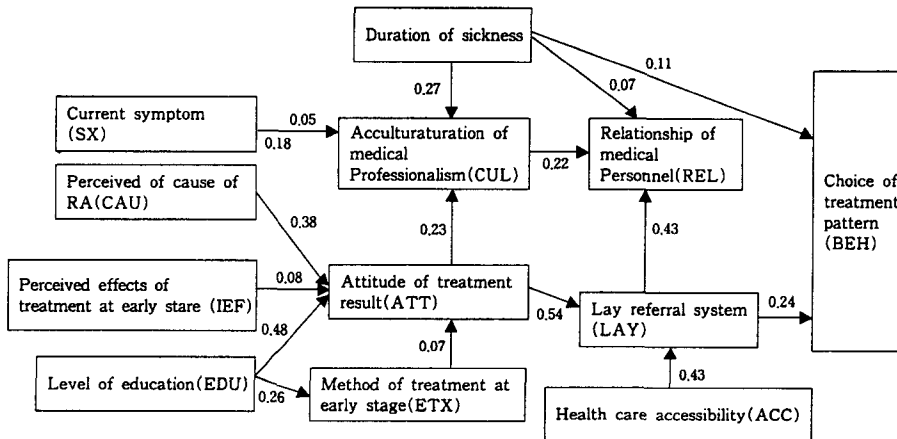


Figure 4. Modified health-seeking behavior in progressed long time treatment stage

Table 15. Analysis of path effect of health-seeking behavior in chronic stage

Dependent variable	Independent variable	Total effect	Causal effect		Non-causal effect		R ²
			Direct	Indirect	Spurious	Unanalyzed	
CUL	ATT	0.31	0.23	—	0.08	—	0.20
	DUR	0.32	0.27	—	0.05	—	
	Sx	0.23	0.18	—	0.03	0.02	
ATT	CAU	0.38	0.38	—	—	—	0.42
	IEF	0.22	0.08	—	0.03	0.11	
	EDU	0.50	0.48	0.02	—	—	
	ETX	0.23	0.07	—	0.16	—	
ETX	EDU	0.26	0.26	—	—	—	0.07
REL	DUR	0.32	0.07	0.06	0.19	—	0.32
	CUL	0.36	0.22	—	0.14	—	
	LAY	0.52	0.43	—	0.09	—	
LAY	ATT	0.62	0.54	—	0.08	—	0.56
	ACC	0.53	0.43	—	0.10	—	
BEH	LAY	0.28	0.24	—	0.04	—	0.09
	DUR	0.14	0.11	—	0.13	—	

Pe²CUL=0.80 Pe²ATT=0.58 Pe²ETX=0.93 Pe²REL=0.68 Pe²LAY=0.44

V. 논 의

치료추구행위의 연구에서 기본적으로 깔려있는 전제는 증상이나 진단명에 상관없이 행위는 정신적, 사회적 요소에 영향을 받아 변화된 경과를 보인다. 질병 초기 과정에서 의료기관을 찾는 것은 주관적이고 다양한 요인들이 상호작용한 결과로 나타난다. 이를 설명하는 요인으로 (a) 증상의 본질, 발생의 빈도, 증상의 수용범위의 가시성(visibility)과 인지성(recognizability), (b) 질병의 위중도나 증상이 일상생활을 어느 정도 방해하는지에 대한 판단, (c) 환자 개인과 주위의 비전문적 의료인들이 생각하는 증상 내성에 따른 증상의 평가, 증상에 대한 정보, 지식, 이해 그리고 각 평가자들이 갖고 있는 의료전문성에 대한 문화적 이입정도, (d) 각 개인이 수용하고 있는 질병의 정의, (e) 사용 가능한 치료 자원의 이용이나 행위에 드는 비용을 들고 있다(Mechanic, 1968). 이에 비해 Suchman (1965)과 Freidson(1970)은 질병행위결정에 주요 요소는 증상 진행에 대한 정보나 조언(advice)을 제공하는 가족, 친구 등의 주변준거체계(lay referral system)라고 설명하면서 환자 개인은 주변에서 제공하는 질병 관리의 정보에 민감하게 반응한다고 보았다. 이 체계는 질환관리에 대해 불확실성을 지닌 환자에게 건강관리의 규범(norms)을 제공하며, 그들에게 나타날 증상의 예측이나 그 증상에 대한 적절한 행위를 선택하여 결정하는데 지대한 영향을 미친다. 그러나 이러한 예견적 설명에 있어서 선행 연구에서는 질병초기와 만성기에서의 행태상 차이를 구분하고 있지는 않았다. 그리고 진단 받기전이나 치료과정에서도 관절염 환자의 치료 추구 행태의 설명에서 준거체계는 중요한 영향요인임을 설명하고 있었다(Mechanic, 1992; Sakalys, 1997).

본 연구의 특성은 초기나 만성기로 나누어 치

료추구 형태를 미국과 비교하면서 살펴본 것인데 두 단계 모두에서 행위 결정에 가장 크게 영향을 미치는 변수는 주변의 준거 체계와 의료인과의 관계였다. 그러나 미국은 의료인과의 관계가 주류를 이루었다. 또한 한국에서는 행위 비용인 경제적 접근성이 직접 행위 결정을 설명하고 있었으며, 환자의 의료요구인 증상이나 유병기간 그리고 초기치료의 효과, 질병의 원인 인식 등은 질병에 대한 태도나 정통의료의 문화이입에 영향을 미치고, 이는 준거 체계와 의료인과의 관계에 영향을 미치고 있었다. 초기에는 전문인의 치료지시에 비중을 더욱 두지만 시간이 지나면서 치료의 효과, 경제성 여부에 영향을 받아, 주변 비 전문인의 의견에 비중을 많이 두기 때문에 만성화된 시기에는 다양한 치료법을 경험한다는 것이다.

반면에 미국 내 환자들은 한국 환자들보다 교육 수준이 높았고, 치료 행위상에도 상당한 차이를 보였다. 즉 한국 환자들과는 달리 본인이 사용하는 약명들을 모두 알고 있었고 기록하고 있었고 대체요법을 사용할 때에도 의료인과 상담을 하며, 일부의 요법들은 타 전문인들에 의해 사용되는 전문적인 방법-인지행동 요법, 열요법, 냉요법, 물리치료법 등이었다. 그러므로 그들이 인지하는 대체요법의 효과평가는 긍정적이었고, 만성기에도 선택하는 요법이 크게 변하지 않았으며, 만성 환자에서 오히려 대체 요법 효과가 높게 평가되고 있었다. 이는 만성질환을 치료하면서 기전은 규명되지 않았어도 연구들을 통해 효과가 입증되면 대체 요법으로 수용하려는 서양의료의 개념상 전이(paradigm shift)가 환자들의 치료행태에도 나타난 결과라고 볼 수 있다. 이에 비해 한국에서는 만성환자가 되면 170가지 이상의 요법을 쓰며, 그 요법 경험자의 80%이상이 거의 모든 요법들이 효과가 없다고 인지하고, 사용율이 한시적으로 떨어졌다가 다시 사용하고 있었다(이은옥, 1997a). 한국의

민속요법은 대부분 식품 보완제가 많고 한방에서 사용되는 방법이 많기 때문에 민속요법의 양성화를 위해 한방의 연구를 촉구하였다. 그러나 그와 동시에 민속요법의 갈래를 전문 치료영역과 관련하여 내용을 검토하고 치료의 효과를 기대할 수 있는 방법으로 보완 수정하여, 환자에게 바르게 알리고 확산시키려는 노력이 필요하다. 또한 환자가 자신의 치료에 대해 알 수 있도록 의료인은 치료과정에 환자를 참여시키는 긍정적인 관계를 맺도록 노력해야 할 것이다.

만성질환에서의 질병행위는 연속적이지 못하다는 것은 개념적으로 지지되고 있다(Furnham, 1997). 만성환자들은 자신의 치료법을 선택함에 있어 유병기간의 장기화, 연령, 성, 사회경제적 수준 같은 인구학적 변수, 친구나 가족이 주는 치료법이나 치료사에 대한 권고 등에 따라 다양한 치료 행위를 보인다. 이러한 변화는 신체적, 정서적 불편감이 해결되지 않는 경우 즉각적이고 반복적으로 이루어진다(Helman, 1990). 그러나 이러한 반복되는 선택과정에서도 환자들은 나름대로의 기준을 가지고 선택하고 있다. 그 주요 기준은 치료법에 대한 접근 가능성, 효능에 대한 인식, 전문성의 가치, 의료인이 보이는 환자에 대한 관심이나 능숙한 의사소통 등이다(Furnham, 1997). 본 연구에서도 치료행위를 결정하는데 가장 중요한 것은 의료인과의 관계라고 나타났다. 환자의 의료에 대한 태도도 유병기간이나 현재의 증상에 영향을 받아 변화되고, 이는 관절염에 대한 환자의 태도 결정에 영향을 미쳐서, 결국 질병이 만성화된 시기에는 환자가 갖고 있는 질병에 대한 태도에 따라 주변준거체계를 설정하고 치료행위를 결정하였다. 이는 Sharma(1992)나 Furnham(1997)의 연구에서도 동일하게 지적되고 있다. 치료행위를 선택하는데 있어 의료인과의 관계와 정서적인 지지를 받는 대체요법사와의 관계 그리고 이에 관한 정보를 얻는 주위의 준

거 체계는 중요하다. 환자가 초기 치료에서 선택했던 내용과 과정은 크게 행위 결정에 영향을 미치지 못하지만, 환자의 건강과 질병에 관한 신념과 질병에 대한 기대는 자기 치료 추구 행위 결정에 중요하게 영향을 미친다. 이러한 모든 변수들이 상호 배타적이지는 않으며, 또한 동시에 작용하여 행위를 결정하기도 한다고 보았다(Sharma, 1992; Furnham, 1997).

치료 행위를 설명하는 각 변수들의 특성도 타 연구들과 동일한 특성을 지니고 있었다. 비교적 병원 치료만 받는 사람들보다는 민속 요법과 병행하는 사람들이 보다 적극적이며, 융통성 있고, 긍정적인 질병관을 가진 젊은 층이었으며, 교육 수준과 경제적 수준도 높다는 점은 본 연구에서도 그대로 지지되었다(이은옥 등, 1997a; 이인숙 등, 1996; Fulder, 1985; Furnham, 1994; 1997; Sutherland, 1992; Thomas, 1991; Visser, 1992). 이 집단은 초기에 의사에 대한 만족도도 높으나 의사로부터 질병과정에 대한 충분한 설명을 듣지 못하고, 의사의 치료법에 효과가 없음에 실망하여 대체요법으로 전이해가고 있었다. 이는 Furnham과 Forey(1994) 또는 Furnham(1997)의 연구에서도 그대로 드러나며, 대체요법을 선택할 때 이에 대해 환자나 전문가 모두 새로운 방법들은 그 나름대로의 원리를 갖고 있으며, 특정 문제를 해결할 수 있다는 믿음과 동시에 그 방법들은 대체로 위험과 부작용을 갖고 있다고 인정한다(Furnham, 1997). 이는 한국관절염환자의 질병관에서도 민속요법의 원리의 인정, 효과의 불확실성, 경험을 통한 입증 등의 형태로 드러나고 있었다.

가족은 주요한 지지체계임에도 불구하고 질병이 만성화 되면서 그 지지가 떨어지는 것으로 나타나고 있다. 초기군에서는 치료 방법의 결정, 경제적, 심리적 도움 등 가족이 크게 영향을 미쳤으나 만성군에서는 정서적 지지, 질병 극복을 위한 지지 그리고 가사일 분담 등의 지지가 오

히려 초기군 보다 낮았다. 가족이 역할 또는 노동을 재분배해 줄 때 가장 최소의 장애(alteration)를 경험하지만 질환이 만성화되면서 가족 관계는 부정적인 영향을 받을 수 있다(Yelin, 1987). 이는 만성화되며 가족원이 느끼는 부담감으로도 볼 수 있지만 가족원의 인식 부족으로도 볼 수 있다. 특히 관절염의 경우 중년기 여성이 많기 때문에 배우자가 문제를 인식하고 지지를 제공하는 정도에 따라 질환 관리는 영향을 받았다. 그러나 류마티스 관절염 환자의 배우자들은 환자가 지니는 불구, 통증, 강직에 대해 인식정도가 낮다고 보고되고 있었다(Bury, 1988; Phelan, 1994).

환자의 치료 행위 결정은 주변의 준거체계, 질병에 대한 신념, 의료인과의 관계가 주로 영향을 미쳤다. 이는 간호 중재에 있어 환자의 능력증강(empowerment)을 도모하고, 바른 정보를 제공하는 것이 중요함을 제시하고 있다. 또한 환자들이 만성화되면서 스스로 치료과정에 개입하여 자기 주장을 분명히 하도록 준비시킴과 동시에 의료인도 이에 적합한 관계 형성을 염두에 두어야 한다. 이러한 점에서 현재 대한 류마티스 건강전문학회에서 실시하고 있는 자조관리 과정은 매우 중요한 중재라고 본다.

본 연구에서는 치료 행위의 변화 경과를 설명하고 이를 모형화 하기 위해 후향적 조사를 실시하였다. 그러나 만성질환의 경우 기억상 오차가 개입할 가능성이 크기 때문에 치료 경과와 영향요인에 따른 행위를 설명하기 위해서는 전향성 코호트 연구를 시도할 필요가 있다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 만성질환자의 질병 경과와 문화적 차이에 따라 나타나는 치료추구 행태상 차이를 규명하고, 이를 치료추구 행위 모델로 발전시키기 위해 한국과 미국의 류마티스 관절염 환자를

대상으로 횡문화적 비교를 실시한 탐색적 연구이다.

1. 한국의 연구대상자는 평균 연령 50.12세, 이환기간은 9.67년이었으며, 미국의 환자의 평균연령 54.26세, 이환기간 11.6년이였다.

한국과 미국의 환자를 이환 기간 2년 이상 경과여부에 따라 초기군과 만성군으로 구분하였고, 한국에서는 각 군에서 6개월 이상 지속적으로 사용하고 있는 치료방법에 따라 병원치료군, 병원치료와 민속요법의 병행군, 민속요법군, 무치료군으로 구분하였고 미국에서는 병원치료군과 병합군으로 나누어 비교하였다.

2. 두 나라 모두에서 초기군과 만성군의 각 치료유형별 성별, 결혼상태, 연령, 교육수준, 종교, 직업에는 차이가 없었다. 한국에서는 초기군과 만성군 간에 연령의 차이는 없었으나 초기군중 병행군은 젊은 연령층이 많았고, 만성군에서는 무치료군의 연령이 높았다.

미국에서는 대체요법만 사용하거나 치료를 받지 않는 군은 없었던 것이 한국과의 차이였고, 단독 병원치료군 보다 대체요법과 병행하는 군이 2배 이상 되며 한국보다도 3배 이상 많은 것이 특징이었다.

3. 한국 환자들의 경우 첫 증상발현시 전문인과 상담하는 비율은 낮으며, 처방없이 약물처리를 시작하는 경향이 높았다. 이는 정확한 진단 없이 자기 판단에 의한 투약이나 약국을 통한 매약을 의미한다. 이러한 양상은 미국과 완전히 다른 것으로 한국환자들이 처음 치료도입 단계부터 치료의 실패와 전이를 경험하고 있음을 알 수 있다. 이에 비해 미국 환자들은 투약 치료나 대체 요법의 중단율이 낮으며, 중단 사유도 대부분 의사의 권유나 부작용 때문인 것으로 응답하였다. 또한 미국 환자는 한국 환자들과는 달리 본인이 사용하는 약명을 모두 알고 기록하고 있었으며, 대체요

법을 사용할 때에도 의료인과의 상담을 통해 결정하였다.

4. 모형검증에서 모형의 원형은 설명력이 비교적 낮았고 질병에 관한 인식과 의료인과의 관계를 분리하여 기존 모형을 근간으로 수정했을 때 그 설명력이 각각 94%와 88%로 증가 되었다. 초기 환자는 치료 행위를 결정하는데 의료인이 정확한 정보와 치료비용 부담의 접근성에 따라 결정한 반면에 만성화되면서 초기에는 직접적으로 영향을 미치지 않던 주위의 준거체계가 행위 결정에 중요하게 작용하였으며, 유병기간도 치료행위 많은 부분을 설명하고 있었다.

참 고 문 헌

- 김인자 (1997). 관절염환자의 우울. 류마티스 건강학회지, 4(1), 134-146.
- 송건용, 박현애, 이순영, 김혜정 (1993). 의료행위 결정요인에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
- 은 영 (1994) 만성통증환자의 통증경험. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 은 영 (1995) 만성통증 환자의 통증조절. 류마티스건강전문학회지, 2(1), 17-40.
- 의료연구회 엮음 (1989). 한국의 의료. 서울: 한울.
- 이순영 (1978). 현대의료와 한국농촌의 의료문화. 이화여자대학교 의료원 지역사회보건위원회.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은 영, 이종수 (1997a). 우리 나라 관절염 환자의 민속요법 이용형태. 간호학논문집, 11(1), 1-12.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은 영, 이종수 (1997b). 관절염환자의 치료추구행위에 관한 근거이론적 접근. 류마티스건강전문학회지, 4(1), 26-47.
- 이은옥, 강현숙, 이인숙, 은 영, 이종수 (1997c). 관절염환자의 치료추구행위 분석에 의한 이론구축. 류마티스건강학회지, 4(2), 대한류마티건강 전문학회, 163-181.
- 이인숙, 임난영, 이은옥, 정성수 (1996). 관절염환자의 치료비용 분석. 류마티스건강전문학회지, 3(2), 166-176.
- 포스터, 앤더슨 (1994). 의료인류학(구본인 옮김), 서울: 한울.
- Affleck, G., Pfeiffer, G., Tennen, H., Fifield J. (1987). Attributional processes in rheumatoid arthritis patients. Arthritis Rheumatism, 30, 927-931.
- Ailinger, R. L., Schweitzer, E. (1993). Patients' explanations of rheumatoid arthritis, West J. Nursing Research, 15, 340-351.
- Andersen, R. (1974) A behavioral model of families' use of health services, Center for health administration studies, University of Chicago, research series 25.
- Bird, H. A. (1990). Alternative therapies for rheumatic diseases. J R Soc Health, 110, 217-219.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. Socail Health Illness, 4, 167-182.
- Bury, M, Anderson, R. (1988). Living with Chronic illness ; The Experience of Patients and their Families. London: Unwin Hyman.
- Cornelissen PGJ, Rasker JJ, Valkenburg HA (1988). The arthritis sufferer and the community : A comparison of arthritis sufferers in rural and urvan areas. Ann Rheum Dis, 47, 150-156.
- Dunn, F. L. (1976). Traditional Asian Medi-

- cine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive systems. In Asian Medical Systems : A comparative study, C. Leslie, ed., Berkely : University of California Press, 133-158.
- Elliot-Binns C. P. (1986). An analysis of lay medicine : fifteen years later. J. of the Royal College of General Practitioners, 36, 542-544.
- Freidson, E. (1970). Profession of medicine. New York, Mead.
- Fulder, S. J., Munro, R. E. (1985). Complementary medicine in United Kingdom : Patients, practioners and consultations. Lancet, 2(8454), 542-545.
- Furnham, A., Forey, J. (1994). The attitude, behaviors and beliefs of patients of conventional (GP group) vs. complementary medicine(AP group), J of Clinical Psychology, 50(3), 458-469.
- Fleury, J. (1996). Wellness motivation theory : An explorative model. Nursing Research, 36(2), 18-26.
- Furnham A., Richardson P. (1997). Complementary Medicine, John Wiley & Sons.
- Gray, D. (1983). Arthritis : Variation in beliefs about joing disease. Med Anthropol, 7, 29-46.
- Helman, C. (1990). Culture, health and illness, 2nd Ed., Oxford: Butterworth-Heineman.
- Higham, C., Ashcroff, C., Jayson, M. I. (1983). Non-prescribed treatments in rheumatic diseases. Practitioner, 227, 1201-1205.
- Kay, E. A., Panchak, M. (1988). Patient understanding of the causes and medicinal treatment of rheumatoid arthritis. British J. Rheumatology, 27, 396-398.
- Kleinman, A. (1980). Patients and healers context of culture. Berkeley; University of California Press.
- Kronenfeld, J. J., Wasner, C. (1982). The use of unorthodox therapies and marginal practitioners. Soc Sci Med., 16, 1119-1125.
- Mechanic, D. (1968). Medical sociology. New York, the Free Press.
- Mechanic, D. (1992). Health ane illness behavior and patient-practioner relationship. Social Science Medicine, 34, 1345-1350.
- Moor, R. (1990). Ethnographic assessment of pain coping perceptions. Psychosomatic Medicine, 52, 171-181.
- Moore, J., Phipps, K., Marcer, D., Lewith, G. (1985). Why the people seek treatment by alternative medicine. British Medical Journal, 290(6461), 28-29.
- Pellegrino, E. D. (1963). Medicine, history, and the idea of man, In J. A. Clausen and R. Straus, eds., Medicine and Society, The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 346, 9-20.
- Phelan, M, Cambell, J., Byrne, J. (1994). The effect of an education programme on the perception of arthritis by spouses of patients with rheumatoid arthritis. Scandinavian Journal of Rheumatology, Suppl. 97, abstract no. 74.
- Primomo, J., Yates, B. C., Wood, N. F. (1990). Social support for women during chronic illness : The relationship

- among sources and types to adjustment, Research in Nursing and Health, 13, 152-168.
- Rasmussen, N., Morgall, J. (1990). The use of alternative treatment in Danish adult population. Complementary Medical Research, 4, 16-22.
- Robinson, H., Kirk, R. F., Frye, R. L. (1971). A psychological study of rheumatoid arthritis and selected controls. J. Chronic Disease, 23, 791-801.
- Ryan, S. (1997). How rheumatoid arthritis affects patients and families. Nursing Times, 93(18).
- Sakalys, J. A. (1997). Illness Behavior in Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care & Research, 10(4), 229-237.
- Sharma, U. (1992). Complementary medicine today: Practitioners and patients. London: Routledge.
- Smith, T. (1983). Alternative Medicine. British Medical Journal, 287(6388), 307-308.
- Stewart, D. C. (1982). Illness behavior and sick role in chronic disease. Social Science Medicine, 16, 1397-1404.
- Suchman, E. A. (1965). Social patterns of illness and medical care. J. Health Human Behavior, 6, 2-16.
- Sutherland, S. (1992). Irrationality. London, Constable.
- Thomas, K. J., Carr, J., Westlake, L., Williams, B. T. (1991). Use of nonorthodox and conventional health care in Great Britain. BMJ, 302, 207-210.
- Vecchio, C. P. (1994). Attitudes to Alternative Medicine by Rheumatology Outpatient Attenders. The Journal of Rheumatology, 21(1).
- Visser, G. J., Peters, L., Rasker, J. J. (1992). Rheumatologists and their patients who seek alternative care: An agreement to disagree. British J Rheumatology, 31, 485-90.
- Westbrook, M. T., Kirk, R. F., Vinyl, L. L. (1982). Psychological reaction to the onset of chronic illness. Social Science Medicine, 16, 899-905.
- Yelin, E., Henke, C., Epstein, W. (1987). Work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, 30, 507-512.