

노인의 질병 관념에 관한 문화기술적 연구*

조 명 옥**

I. 서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

무병장수는 인류의 보편적 바램으로, 어느 사회나 병을 관장하는 전문직을 우대하고 병관리 기술을 발달시켜 왔다. 이 노력으로 인간의 수명을 불과 반세기만에 2배 이상으로 연장시키기에 이르렀다. 그러나 수명연장이 곧 건강을 보장하지는 않았으며, 오히려 개인은 많은 질병으로 오랜 기간을 고통받으며 살아가야 하고, 사회는 만성퇴행성 질환의 증가와 부적절한 의료서비스 체계로 의료비 부담 문제에 봉착하고 있다(Corr, 1990). 특히, 86% 이상이 각종의 만성퇴행성 질환에 노출되어 있고, 1인당 의료비가 비노인층의 2배에 달하는 노인 인구의 질병관리는 우리 사회의 주요문제로 대두되고 있다(최영희 외, 1999). 이러한 의료 사회적 상황에서 개인적, 사회적 차원의 효율적인 노인건강 관리 대책 마련은 시급한 사안이 아닐 수 없으며, 병관념과 질병행위에 대한 연구는 이러한 문제 해결의 첫 걸음이 된다.

병관념과 질병행위는 건강행위라는 보다 포괄적인 개념의 하위분야로서, 그 특성상 의료사회학, 의료인류학, 간호학, 건강심리학 등을 포함하는 학제간 연구를 통해 포괄적으로 접근해야 하는 분야이다(Gochman, 1997). 그러나 이제까지의 건강행위에 관한 논의는 생의학적 관

점에서 '약물처방 이행 정도'나 '의료처방 이행을 방해하는 요소' 등 그 초점이 매우 한정되어 있다(Dressler, 1997). 이러한 접근은 몇 가지 제한점을 지닌다. 첫째, 개별적인 일부 요소만을 검토함으로써 건강행위와 관념의 전체적인 현상을 이해하기에는 너무나도 협소하다는 점이다. 두 번째 한계는 이 연구들이 서구 의료인들의 기본가정을 바탕으로 하고 있다는 점이다. 즉, 서구의학이 의심할 나위 없는 '진리'라는 믿음에 근거하여, 건강행위에 대한 연구가 의료 수혜자들이 마땅히 의료 전문인의 처방을 이행하게끔 만드는데 일조 해야한다고 간주한다. 이러한 접근은 대상자의 관점에서 그들의 신념이나 가치를 바탕으로 한 건강행위를 이해하는데는 전혀 도움이 되지 못한다. 세 번째 한계는 인간의 행위를 이해함에 있어서 행위 이전의 단계를 간과한 점이다. 인간은 자신과 주변 환경에 특정 의미를 부여하고, 이 의미에 근거하여 행동으로 옮겨간다. 그렇다면, 건강행위를 어떻게 얼마나 이행하는가를 측정하기에 앞서, 왜 그러한 행동을 하게 되었는가, 즉 행위 이전의 관념이나 가치, 그리고 그러한 의미가 형성되기까지의 사회문화적 맥락을 우선적으로 이해해야 한다.

본 연구는 이러한 한계점을 극복하기 위하여 문화적 접근을 적용한다. 병과 건강관리에 관한 문화적 접근은 건강관리체계를 문화체계로 간주하고, 어느 사회든 건강관리 활동은 여러 요인들과 연관성을 갖는다고 가정한다.

* 본 논문은 동의대학교 일반과제 연구지원금을 받아 작성함

** 동의대학교 간호학과, 동의대학교 기초과학 연구소 부교수

또한 건강관리를 겉으로 드러난 부분적인 결과행동이 아닌 건강관리 서비스를 결정하기까지의 과정과 이 과정의 기저를 이루는 관념과 가치까지 포함하는 하나의 전체적인 과정으로 간주한다. 즉, 건강관리는 의학적 진단을 받는 순간부터 시작되는 것이 아니라, 건강에 대한 민간 정의에 근거하여 건강에서 벗어난 상태를 인식하고 치료 수단을 결정하는, 일상생활의 일부를 구성하는 행위와 제도 및 실천이다. 여기서 질병관념은 한 사회의 건강관리체계의 구성요소로서 건강관리 활동을 시작하는 기초가 된다. 따라서 이 과정의 첫 단계인 병에 대한 관념을 본 연구의 주제로 삼는다.

한편 문화적 접근은 질병과 건강 경험을 자연스러운 질병의 과정으로 간주하여, 총체적으로 이해하고자 한다(Davison, Sincer, Gerade : 1988). 이러한 문화적 접근은 생의학적 접근에 비해 노인의 관점에서 질병관념을 보다 근원적이고 총체적으로 이해할 수 있어 효율적인 건강관리 방안을 개발하는 기초자료로 활용될 수 있다(Brandreit, 1994).

노인 건강관리는 노인이 인식하고 있는 병관념을 이해하는데서 출발한다. 그러므로 본 연구의 목적은 노인의 관점에서 질병관념을 발견하는데 둔다. 아울러 노인의 질병관념을 총체적으로 이해하기 위하여 질병관념 형성에 영향을 미치는 사회문화적 맥락도 살펴보고자 한다.

II. 문헌 고찰

1. 병에 관한 문화적 접근

문화적 맥락에서 건강과 질병을 이해하고자 하는 노력은 일찍이 인류학에서 시작되었다(강득희, 1983; 윤순영, 1978; Bauwens, 1978; Kim, 1979; Suckman, 1965; Masic-Taylor, 1993; Murdock, 1980; Wood, 1979). 그러나 인류학자들의 연구는 건강전문가들이 추구하는 실무적인 관점이 아니라 상징적이고 종교적인 관점에서 접근함으로써 건강실무자에게는 유용한 자료를 제공하지 못하였다. 문화적 접근이 임상실무에 유용한 결과를 산출한 것은 1970년대 이후 건강전문가에 의해 연구가 시작되면서부터였다(Chrisman, 1977; Kleinman, 1980).

특히 간호학에서의 문화적 접근은 임상적 실재를 연구함에 있어서 의학문제가 아닌 환자에, 그리고 질환보다는 질병에 초점을 두고, 문화의 맥락에서 환자의 관점을

중시한다(Aamodt, 1978). 그러므로 문화간호 접근은 아픈 사람만을 대상으로 질환에 국한시켜 탐구하는 의학적 접근에 비해 보다 포괄적인 결과를 제공해 준다. 또한 간호사는 공격적인 전문건강관리 실무자이므로 모든 임상분야에서 관찰자/연구자/실무자의 역할을 모두 능숙히 실천할 수 있어 건강과 질병 관념을 비롯하여 임상적 실재를 더 풍부히 심층적으로 밝혀낼 수 있다(Morse, 1989).

그런데 이제까지 간호분야의 문화간호 연구 모델이나 이론들은 주로 민족과학적 접근(ethnoscience method)에 의존해왔다(Leininger, 1985, 1993). 민족과학적 방법은 오로지 상징과 의미분석에 의존하여 문화결정을 강조하고 미시적으로 접근함으로써 전체 사회를 포괄하지 못하는 단점이 있다. 또한 대상자가 진술하는 언어는 사실이아 어찌되었든 '진실'이라고 간주하고, 주로 면접에 의존하여 현상을 밝혀내고자 한다. 분석과정에서는 면접 자료에 나타난 구조를 발견하는데 초점을 두기 때문에, 인간행위의 역동성을 간과할 수밖에 없고 사회문화적 맥락을 포괄적으로 연관시키지 못한다(Kleinman, 1980). 결과적으로 포괄적인 건강관리에 유용한 결과를 산출하기에는 제한이 따른다(Tripper-Reimer, Dougherty, 1983). 따라서 상징과 의미가 간과되거나, 반대로 과잉으로 강조되지도 않으면서도 역동적이고 총체적인 설명을 산출할 수 있는 대안적인 접근이 필요하게 된다(Davison, Sincer, Gerade, 1988).

본 연구의 기초가 되는 Kleinman(1980)의 건강관리 체계에 관한 설명적 모델은 이러한 시각에서 질병관념을 탐색할 수 있는 유용한 틀이다. 이 모델은 건강관리체계의 거시적(macro) 차원과 미시적(micro) 차원을 연결하여, 통합된 통찰력을 얻을 수 있는 유용한 출발점은 바로 질병관념이라고 주장한다. 이는 질병관념과 행위가 민족적 신념에 내재화된 상징이나 질병범주와 같은 문화적으로 구성된 일련의 의미와 일상생활 경험의 맥락을 형성하는 사회적 거시 경제적인 힘의 영역으로부터 행동영역으로 구성되고 재구성되기 때문이다. 다시 말해서 증상은 개별 환자의 사회문화적 실재에 자리잡고 있고, 사회문화적 실재는 특정 정치적, 경제적, 역사적 맥락에 자리잡고 있기 때문에 질병관념이나 질병행위에 대한 연구는 정치경제와 건강문화 사이의 미시적-거시적 수준의 경험의 간격을 연결하고 한편으로 정치경제와 개인경험 간의 관계의 본질에 대한 통찰력을 준다는 것이다.

Kleinman의 건강관리체계는 질병에 대한 반응, 질병

과 치료에 대한 개인적 경험, 질병과 관련된 제도의 총체를 의미하는 것으로서, 상징적 실재(symbolic reality), 사회적 실재(social reality), 물리적 실재(physical reality), 및 임상적 실재(clinical reality)로 구성된다. 사회적 실재는 질병에 관한 신념, 치료에 대한 기대를 포함하여 병든 사람이 나타내는 행위, 가족과 건강 실무자가 병든 사람에게 반응하는 방식 등을 포함한다. 사회적 실재는 문화적으로 구성되고, 사회마다 그리고 그 사회내의 사회구조적 상황마다 그 양상이 달라진다. 상징적 실재는 가족, 지역사회, 사회적 관계망, 제도, 규범, 의미, 및 권력 등 사회적 영역과 개인적 영역을 연결한다. 물리적 실재는 생태학적 환경을 말한다. 임상적 실재는 사회적 실재의 건강관련 측면들, 특히 질병에 관한 규범, 임상관계, 치료활동 등을 지칭한다. 건강관리체계를 구성하는 각 실재 영역들은 상호 연관되어 있다. 따라서 이 모델은 연구집단의 정치 체계, 종교체계, 언어 및 기타의 상징적 체계와 건강관리 체계와의 관련성을 분석한다.

본 연구에서는 사회적 실재의 한 구성 요소로서의 질병관념을 밝히는데 초점을 두고 이에 영향을 미치는 사회문화적 맥락 즉, 상징적 실재와 물리적 실재를 연관시켜 살펴보고자 한다.

2. 질환(Disease)과 질병(illness)

건강과 관련된 문화적 접근의 핵심 명제는 병(sickness)의 두 측면, 즉 질환(disease)과 질병(illness)의 구별이다. 여기서 질병과 질환은 하나의 실체가 아니라 설명적 개념으로, 사회적 실재의 특정 모습으로 구성된 상태로 존재한다. 말하자면 하나의 현상에 대한 서로 다른 해석이다. ‘질환(disease)’은 ‘질병(illness)’보다 협소한 의미를 지닌다. 질환은 생물학적/심리적 과정의 기능장애로, ‘특정 임상 증후군에 깔린 특정 병태생리 과정에 대한 하나의 의학적 가설’(Mechanic, 1978), ‘정의 가능한 하나의 총체를 형성하는 신체적 결과와 증후군들’(Dressler, 1997), ‘인체 생리적 체계에 있어서의 장애에 동반되는 병리적 상태로, 일반적으로 구체적 병인, 영양결핍, 생물학적 부적합성을 포함하는 것’(Gochman, 1997)이다.

반면에 ‘질병(illness)’은 생리적인 문제에 동반되는 사회심리적 현상 혹은 경험을 말한다(Conrad, 1990 ; Kleinman, 1980). 즉, 질환이 객관적으로 진단되는데

반하여 질병은 주관적으로 경험되고, 사회문화적 맥락에 의해 결정되며, 가족이나 집단에서 사회적으로 정의된다(Lau, 1997). 질병은 이처럼 한 사회에서 규정한 ‘건강’ 상태를 벗어난 것으로 평가된 상태를 의미한다.

그러므로 질병은 개인의 생리적 혹은 심리적 수준에서의 일차적인 기능장애 즉, 질환에 대한 이차적인 개인적, 사회적 반응을 포함한다. 이렇듯 질병은 질환과 그 증상에 대한 주의집중, 인식, 정서반응, 인지, 및 평가는 물론 가족과 사회적 관계망의 맥락내에서의 의사소통과 인간 상호작용까지 포함하는 것이다. 결과적으로 질환은 집단적으로 발생한 경우에도 어느 한 개인에게 영향을 미치지 않지만 질병은 가족, 사회적 관계망, 그리고 때로는 전체 지역사회에 영향을 미치게 된다.

질환은 아픈 당사자, 가족, 지역사회가 모두 참여하는 복잡한 과정을 거쳐 질병으로 구성되는데 이 구성과정이 건강관리체계의 핵심기능이며 치료의 첫 단계가 된다(Kleinman, 1980). 일반적으로 아픈 사람이 병 증상에 주의를 집중하고 지각하면서부터 시작되어, 아픈 당사자는 물론 가족과 지역사회에 의해 건강을 벗어난 상태로 규정하게 된다. 이 과정을 통해서 질환의 증상은 특정 의미로 채워지고 특별한 인간 행동의 모습으로 창조되면서 특정 문화적 형태로 만들어지는 것이다. 이처럼 상황과는 독립적인 특유의 과정과 특징적인 모습을 지닌 질환이 문화에 특수한 ‘문화에 근거한 장애’가 되는 것이다. 그러므로 질병은 그 사회 특유의 규범, 상징적 의미, 사회적 상호작용의 특수한 맥락에서만 이해된다.

III. 연구 방법

1. 연구지역과 제보자

본 연구는 1990년부터 1992년까지 실시한 생의 고비상황에서의 민간돌봄(folk caring)에 관한 선행 연구에서 비롯되었다. 연구지역은 선행연구의 현지조사지인 사매면의 한 자연부락으로 하되, 제보자의 자녀들이 거주하는 인근 도시에서도 보충자료를 수집하였다.

제보자는 1990년에 실시한 1차 현지조사 제보자중에서 사망하였거나 다른 지역으로 진출한 제보자, 및 연구 과정 중에 건강상태가 악화되어 연구에 참여할 수 없는 노인, 2차 조사중에 녹음기 작동과 모든 대화 내용 공개를 거부한 75세 여자 노인은 제외되었다. 연구주제와 관련된 자료를 제공할 수 제보자(key informant)는 연구

자와 대화가 가능하고 환갑이 지난 12명의 노인으로서 현 지 개입 이전과 1차 조사중에 연구 참여를 승낙받았다. 연구지역의 사회문화적 맥락에 관련된 자료를 제공한 제보자는 마을에 10년 이상 상주하면서 마을의 공적, 사적 행정에 관여한 주민 5명이었다. 행정관련 자료는 군과 면의 공무원으로부터 수집하였다. 현대의료와 관련된 자료는 관할 보건지소와 보건진료소의 의료인과 직원을 통해 수집하였다.

2. 자료수집과 분석

현지조사는 전통적인 인류학적 현지조사 방법을 지양하고, 단기간씩 수 차례에 걸쳐 주민의 생활에 참여하는 방식을 취하였다. 1990년 1월부터 1992년 10월까지 진행한 1차 현지조사 자료를 기초자료로 하고, 본 연구를 위한 집중적 자료수집 작업은 1994년도 3월부터 11월까지 2차 조사와 1997년도 7월 및 1999년도 9월에서 10월까지 진행하였다. 1차 조사기간에는 동계, 하계 춘계, 추계 각 10일, 2차 조사기간에는 매주 3~4일간, 그리고 3차 조사기간에는 월 1~2회, 매회 2~3일간 자료를 수집하였다.

연구주제와 관련된 자료는 참여관찰법으로 수집하였다. 참여의 수준은 관찰자로서 참여하는(participant-as-observer) 수준을 유지하고, 현지개입→몰입→이유의 과정을 반복적으로 거치면서 주민의 생활세계를 심층적으로 파악하는 한편, 완전참여관찰에서 흔히 발생하는 문제, 즉 연구자가 주민의 일상생활에 깊이 몰입하여 주민화(being natives)되어 연구자의 입장을 고수하지 못하는 문제를 해결하고자 하였다. 지방사료를 비롯한 기존 자료는 전문가의 검증과 제보자의 확인 절차를 거쳐 자료로 채택하였다.

자료분석은 연구자 자신을 분석 도구로 하여 끊임없이 생각하고 반추하는 반영적 질적 분석방법을 적용하였다. 분석의 목적은 제보자가 일상생활에서 사용하는 언어와 행동 및 사용물을 통하여 내면의 의미를 찾아내고, 이를 지역의 사회문화적 맥락에서 해석함으로써 건강에서 벗어난 증상에 대한 개인적, 사회문화적 경험을 그려내는데 두었다. 분석과정은 현지노트와 면접노트를 정리하여 텍스트 원문 작성 → 복합문과 핵문 정리 → 자료의 특성에 따라 분류분석, 공간의미 분석, 텍스트 분석 → 관련진술 및 대표 사례의 선정 순으로 진행하였다. 분석을 뒷받침하는 면접자료는 '관련진술'로, 자연스런 대화나 진

술문은 '텍스트 사례'로 제시하고 관찰자료는 예시할 것이다.

3. 윤리적 고려

제보자의 사생활과 인권을 침범하지 않기위해 허락을 받고 일상생활에 개입하되 일정거리를 유지하면서 관찰자로서 참여하는 수준을 택하였다. 주민의 생업을 지장을 주지 않기 위해 주로 농한기에 방문하였고, 농번기에는 농사일을 도우면서 자료를 수집하였다. 명절에도 가족들의 시간을 방해하지 않도록 정월 초하루부터 3일간과 추석명절 당일에는 주제보자의 집에 머무르고 그외의 기간에만 주민들의 일상사에 참여하였다. 제보자가 공개를 원하지 않는 대화는 녹음을 작동시키지 않았고, 연구에 중요한 자료라 할지라도 제보자가 꺼려하는 자료는 보고서에서 제외시켰다. 또한 보고서에 제보자의 이름을 밝히지 않고 구체적인 개인 정보도 생략하였다.

IV. 연구지역의 환경

1. 물리적 실재

현지조사 지역은 남원시 사매면의 한 자연부락으로 남원-전주 국도에 인접한 면소재지에서 북쪽으로 6Km 거리에 있다. 마을은 소백산의 주치 서산에 위치하였으며, 현재의 형태로 동쪽마을이 구성된 것은 이 지역에 있었던 서원이 철폐되면서, 서원에 배향되었던 성현의 자손이 입향한 1800년대 말이다. 마을 뒤의 서산은 1990년 연구시작 당시 자연산 송이와 약재 채취, 땀감과 건축자재를 마련하는 이외에는 경제성이 없었고, 주로 조상의 터로서 상징적인 의미를 지니고 있었으나 차츰 한약재와 관상수 및 과일 재배 등 경제자원으로 활용되고 있다.

가옥과 전답이 고지대에 위치하여 물에 의한 재난은 입지 않았으나, 1974년 저수지를 축조하기 전까지는 농업용 수자원이 부족하여 가뭄의 피해를 많이 입었으며, 토질도 척박하여 이 지역을 일명 '녹두밭 웃머리(주: 녹두는 가물고 척박한 토질에서 자라는 작물임)'라고도 한다. 식수는 서산 계곡의 물을 수도로 끌어들이어 사용하고 있는데, 생활용수가 부족하여 제한급수를 실시하고 있다. 마을은 물론 인근에 오염물질 배출시설이 없어 물과 공기는 오염되지 않았다.

서산에 둘러싸여 고립된 지형때문에 외부인의 출입이

드물어 외래 전염병의 집단적 발생은 없었으나, 모기가 많아 한국 전쟁 이전에는 대부분의 주민이 초학(말라리아)에 이환된 경험이 있다.

2. 상징적 실재

1990년 1월에 1차 현지조사를 실시한 이후 1999년 10월까지 3가구가 독거 노인의 사망으로 비어있고, 2가구가 새로이 유입하여 53가구(면 통계 54가구)가 살고 있다. 마을 인구는 164명으로 1990년 이후 14명이 증가하였고, 60세 이상 노인 인구가 53명으로 전체인구의 32%를 차지하는 노령사회(aged society)이다.

주민의 주 수입원은 미국작물이다. 열악한 농업환경과 인구의 노령화로 1990년대 중반까지 미국 생산이 사메면 전체의 정보당 평균소출 480Kg에 비해 지대에 따라 50~100Kg 정도 낮았고, 결과적으로 주민의 평균 소득은 전국 평균의 2/3에 그쳤다. 그러나 기계화 영농과 소득작물 대체화 작업이 활발해진 1998년 이후 미국 생산량은 면내의 다른 지역과 동일한 수준으로 향상되었고, 1999년 현재 가구 당 2000만원 이상의 저축을 보유하고 있을 정도로 경제력이 향상되었다.

일상생활에서 나타나는 특징적인 주민의 행동양상은 전통양식과 현대화의 조화, 분절적 집단체계, 계층구조의 다양화, 복합적 교환관계 등으로 이 행동양식은 질병관념과 밀접히 연관된다.

1) 전통양식과 현대화의 조화

1980년대 이후 마을인구의 도시 이동, 소가족화, 우리사회의 경제구조와 경제의식의 변화에 영향을 받아 주민의 외형적 생활양식은 현대화되어 가고 있다. 예를 들어 동성동거형의 주거양식은 이성동거형으로, 직계 확대가족이 핵가족으로, 가옥양식은 전가구가 한옥이던 것이 1990년대 중반이후 양옥이 점차 증가하고 있다. 그러나 가까운 친족들간에는 서로를 확대가족으로 인식하고 남녀의 구별은 여전히 존재한다. 불환형의 방물림이나 장자우선의 원칙에 따라 상속되는 재산권 양도와 같은 전통생활양식은 보존되고 있다. 주민의 종교관행은 교리에 얽매이지 않고 실생활의 필요에 따라 실천되고 있으며, 제례 역시 제천관행이나 상차림 등의 격식과 절차는 지키되 철저한 조상중심의 의례에서 살아있는 자손의 편의에 따라 절충하여 실천하는 등 사회변화에 능동적으로 적응하고 있다.

2) 분절적 집단체계

마을은 주거 지역과 혈연 및 사회적 계약관계를 근거로 이합, 집산하는 아집단으로 구성된다. 혈연을 근거로 한 아집단은 입향조 종가의 동족 17가구, 동족의 인척 7가구이고, 타성과 토착민 30가구로 분류된다. 동족은 다시 분파시조(땀재공, 성만공, 창성공)의 자손들로 구성되는 3개의 아집단으로 구분된다. 지역에 따른 아집단은 종가를 중심으로 한 원땀, 토착민과 과거 종가의 마름들이 살고 있는 증땀, 타성과 가난한 친인척이 살고 있는 아래땀으로 구성된다.

집단을 형성하는 필요조건은 지연, 혈연 및 사회적 계약이지만 집단원의 자격은 정통성이 확보되고 집단의 행위 규칙을 지킬 때 충족된다. 그러므로 정통성이 있는 양자와 재취는 집단원으로 인정되나, 서자나 혼인절차를 거치지 않고 동거하는 부부는 집단원의 자격이 없어 주민들로부터 소외되고, 택호를 갖지 못하여 80이 넘는 노인도 이름을 호칭으로 사용한다. 집단원의 조건을 갖추었다 해도 마을 노인을 공경하지 않는 등 마을의 행동규칙을 따르지 않는 사람은 표면상 집단원으로 행세하나, 사실상 지위나 권리를 부여받지 못하고 배척 당한다.

그러나 마을의 아집단은 그 경계가 경직되어 있는 것이 아니라, 요구에 충족되는 구성원을 받아들이고, 충족되지 못한 구성원은 배출하면서 융통성 있게 재조직하고 유지된다. 또한 동족, 인척, 타성과 토착민 아집단은 상황에 따라 여러 형태로 집단을 재구성하는 역동적 특성을 띤다.

집단원들 간에는 정서적 유대감으로 강하게 결속되어 있으며, 집단의 거리에 따라 의무와 권리가 달리 부여된다. 예를 들어 당내집단 노인이 병들면 장계직계의 원리와 직계확대의 원리에 따라 장자와 며느리는 직접 노인을 돌보고 1차적으로 치료비를 부담하며, 그외의 자손은 장자를 보좌하고, 비직계는 직계가족이 노인을 돌볼 수 있도록 농사일이나 집안일 거들어 준다. 물론 당내친족은 집단회원 보다 환자에 더 많은 관심을 보이고 시간과 물자, 및 노동력을 제공한다.

3) 계층 구조

마을 주민 개개인이나 집안, 및 아집단들은 그 사회적 격에 따라 위계가 정해진다. 개인의 격과 집안의 격은 거의 동일하며 개인의 격은 연령, 친족관계, 성별에 따라 정해진다. 이 중에서 가장 우선적인 기준은 친족관계이고 친족중에서도 직계가 가장 우선한다. 일반적으로 노인과

항렬이 높은 자, 남자는 그 사람의 획득적 지위나 경제력 등에 관계없이 높은 지위를 차지한다.

각 가구와 친족집단(집안)의 가격은 입향조 종가와와 친인척 관계에 따라 결정된다. 종가의 동족가구는 마을 가구수의 1/3에 지나지 않으나 종가의 권위에 힘입어 가장 가격이 높고, 인척, 중인, 타성의 순으로 서열화되어 있다. 가격이 높은 집안은 그 집안의 경제력이나 직업과 관계없이 존경받고 마을 일에 결정권을 행사한다. 입향조의 종가는 세습적 지위는 물론 경제력, 구성원의 학력과 사회적 지위 등 획득적 지위를 통해 가장 높은 가격을 유지하고 있으며, 주민의 중증 건강문제를 해결해 주는 것도 이 집안의 가격유지에 도움이 된다.

조상과 후손의 격은 가족구성원의 격이 정해지는 원리에 따라, 조상은 후손의 행동을 결정하는 중요한 준거로 작용하며 후손보다 격이 높고 절대적인 권위를 갖는다. 조상들간의 격은 주민들간의 격을 정하는 원칙에 따라 정해지고 공간 배정 역시 위계 서열에 따라 높은 위계의 조상은 지형적으로 높은 곳에, 위계가 낮은 조상은 낮은 곳에 정해진다.

4) 복합적 교환관계

마을의 경제활동이나 일상활동은 계약관계와 호혜관계에 의해 지배된다. 호혜적 교환관계는 인과응보의 관념에 근거하여 교환의 양, 시기, 종류를 분명하게 정하지 않고 언젠가는 어떤 형태로든 되돌려 받는 형태이다. 또한 교환 당사자 역시 반드시 동일한 인물이 아니어서, 자신이 베푼 은혜나 잘못된 행위는 그 결과가 자신에게도 돌아오지만 조상이나 다른 가족에게도 돌아간다. 예를 들어 조상이 생전에 행한 잘못된 행위는 자손에게 병을 일으키는 결과를 낳는다. 호혜적 관계는 부모-자녀, 당내친간의 일상생활에서 엄격히 지켜지고, 농사일 품앗이에도 적용된다.

아집단간의 교환이나 집단외원과의 거래는 계약관계에 의하여 이루어진다. 이들간에는 마을에서 약정된 품삯을 주고 노동력을 사고, 시장가격에 따라 물건과 돈을 동시에 교환한다. 타성 집단으로부터 농작물을 구입하거나 이방인인 연구자의 선물을 받을 때는 그에 동등한 가치를 지닌 물건을 즉시 돌려준다. 동등한 교환이 이루어지지 않았다고 판단되면 불편해 하고, 선물을 거부한다.

V. 노인의 질병관념

Kleinman의 설명적 모델에서 질병관념은 사회적 실재에 포함된다. 연구지역 노인의 질병관념은 건강질병에 관한 문화적 접근에서 Morley(1978)나 Murdock(1980)이 적용한 병인론 분류틀에 따라 초자연적, 비초자연적, 즉각적, 궁극적인 원인으로 분류하였다. 초자연적 원인은 질병의 근원으로, 직접적으로 관찰되지 않는 초감각적인 질병원인을 말한다. 비초자연적 원인은 직접적으로나 간접적으로 관찰이 가능한 병인들이다. 여기서 관찰의 정확성은 문제시되지 않으며 원인과 질병발생과의 인과관계가 반드시 옳은 것도 아니다. 초자연적, 비초자연적 원인이 질병의 근본적 원인 즉, 병인(etiology)을 의미하는 반면, 즉각적 원인은 이 병인이 왜 질병을 일으키는가를, 그리고 궁극적인 원인은 병인이 어떻게 하여 질병을 일으키는가를 설명한다. 즉, 즉각적 원인은 질병발생의 조건이 되고 궁극적 원인은 질병발생을 지배하는 근본 원리를 말한다.

<표 1> 연구지역 노인의 질병관념

질병관념의 원인별 분류	분류별 구성
초자연적 원인	조상, 성주, 주당, 귀
비-초자연적 원인	지연물, 자연현상, 인간, 기운
궁극적 원인	병인들기, 병이나기
즉각적 원인	넘치고 모자람, 굶고 벗어남, 탁하고 더러움, 뭉치고 흩어짐, 동하고 정지함

1) 초자연적 원인

노인 제보자들이 인식하는 초자연적인 질병 원인은 조상, 성주, 주당, 귀이다. 이 초자연적인 병인들은 주민의 위계 의식 속에서 서열이 정해진다. 조상과 성주는 신격을 갖춘 병인이다. 노인들에게 조상은 과거의 가족이었고 묘사와 제사를 통해서, 그리고 조상→나→자손으로 이어지는 가계집단을 통해서 지속적인 관계를 이어간다. 그러므로 조상은 노인들의 인식 속에 가장 강력하게 각인된 존재이고 노인의 삶에 가장 크게 영향을 미친다. 노인들의 행위준거는 '조상에게 누가 되지 않을 것인가'이고, 해결하기 힘든 문제가 발생하면 조상의 묘를 찾아 상황을 고하고 해결해 줄 것을 요구하기도 한다. 한편 조상의 근황은 노인의 꿈을 통해 표현된다. 이렇듯 조상은 노인의 삶에 깊숙히 연루되어 있어, 노인과 가족의 길흉화복을 조절하고 다스리는 원천으로 작용한다. 따라서 조상이 처한 상황이나 자손의 조상에 대한 처우에 따라 조상은 병을 유발하는 근원이 된다. 병인으로 인식되

는 조상은 대체로 직계 조상이고, 혈연관계의 자손뿐 아니라 사회적 계약관계로 맺어진 양자, 때로는 당내친에게도 영향을 미친다.

성주는 조상과 마찬가지로 신격을 갖춘 병인으로 집안을 지키는 가신이다. 공적인 마을 남자들의 신앙대상이 조상신이라면 여성의 신앙대상은 성주이다. 남녀의 성에 의해 사회적 격이 정해지듯이 남성의 신앙대상인 조상이 여성의 신앙대상인 성주에 비하여 격이 높다. 성주는 조상에 비해 영향력이 약하기는 하나 귀와는 달리 취급된다. 중년과 노년 여성들은 격식에 따라 차린 조상의 제사상 앞에 작은 규모의 성주상을 차린다. 제사를 머느리에게 물려준 노인들은 제사상이나 차례상은 차리지 않아도 성주상을 별도로 차려 가족들이 탈없이 건강하게 한해를 지내기를 기원한다. 성주는 집안 전체를 다스리지만 특히 여성의 공간인 부엌과 안방에 기거한다고 믿고 있어 텍스트 사례 2에서 후술되듯이 여자 노인들은 안방 사용을 고집한다. 성주가 집안을 다스리는 신이기 때문에 병을 일으킬 수 있는 범위 역시 가족을 포함하여 한울타리내의 식구가 된다.

주당은 지역 집단원을 보호하는 당신이다. 병인으로서의 주당의 영향력은 가족과 친족을 넘어 마을 주민 전체와 마을에 들어온 타집단의 구성원에게까지 미친다. 즉, 자기 집단원이 신의 공간을 침범하거나 뜻을 거스를 때, 혹은 타집단원이 자기집단의 경계를 침범하면 병인으로 작용한다. 이때 자기집단의 입장에서는 신으로 인식되고 타집단의 입장에서는 귀로 인식된다.

귀는 조상이나 성주에 비해 낮은 서열을 차지하는 병인으로 귀에 대한 인식은 현대의료의 혜택이 보편화되면서 많이 약화되었다. 그러나 아직도 병인을 알 수 없거나, 병인이 의학적으로 밝혀졌다 해도 치병이 느리거나 불가능한 질환에 대하여는 ‘객귀물림’을 한다. 오늘날 노인에게 귀는 ‘무시할 수만은 없는’, 또는 ‘전혀 못 믿을 것만은 아닌’ 병인으로 여전히 존속하고 있다(텍스트 사례 2).

병을 일으키는 귀에는 살과 객귀가 있다. 살은 사회의 기준에 벗어난 사자의 영이 역적 응결체를 이루어 악기를 품고 떠도는 귀로서, 다른 어떤 초자연적인 병인에 비해 강력한 영향력을 발휘한다. 노인들은 살을 ‘손’과 동일시 하며, 살이 특정 일에 특정 방위에 거하면서 인간의 삶에 영향을 미친다고 생각한다. 살은 주당보다 영향력을 미치는 범위가 넓고 불특정 다수에게 병인으로 작용한다. 살은 또한 특정 질환을 일으키는 것이 아니라,

각종의 급만성 질환의 원인으로 인식되고 있다.

[관련진술 1]

‘[땃줄을] 손없는 날 손없는 데[방향]서 태우지, 암탈 없을라면--병없으라고’(H1 노인)

살이 형식화되고 영향력이 큰 귀인데 비하여 객귀는 덜 공식화된 그 근본을 알 수 없는 떠돌이 귀로서, 원인을 알 수 없는 병에 걸렸을 때 병인으로 인식된다. 그 영향력 역시 살에 비해 크지 못하여 병인의 위계가 낮다. 객귀 역시 살과 마찬가지로 불특정 다수에게 병을 일으킨다.

[관련진술 2]

‘무단히 아-들이[아이들이] 안중으면[아프면] 깃구[객귀]들었다 하지--’(H3 노인)

신격을 갖춘 조상이나 성주가 인간을 보호하고 보살피는 긍정적인 영향력을 주로 많이 발휘하는데 비하여 귀격의 살과 객귀는 부정적이고 파괴적인 영향력을 발휘한다.

2) 비초자연적 원인

초자연적 원인이 신과 귀로 극히 제한된 반면, 비초자연적인 원인은 매우 다양하고 보건진료소장이나 인근시의 의사 등 전문의료체계의 영향도 받는다. 대부분 비초자연적인 원인은 관찰이 가능하고 경험에 의해 설명되는 것들이며, 직접관찰은 불가능해도 정신이나 기운과 같이 인간이나 사물을 통해 발현되는 것도 포함된다.

노인이 인식하고 있는 비초자연적 원인으로는 기운, 자연현상, 자연물, 인간 등이 있다. 질병의 원인이 되는 기운은 천·지·인의 모든 기운을 말한다. 기운을 품고 있는 땅, 물건, 인간, 성주나 조상의 기운이 깃든 건물과 물건도 인간의 건강에 영향을 미친다. 인간의 기운 역시 건강과 생명을 조절하는 근원이 된다.

[관련진술 3]

‘여그가 좋은데라, 좋은 기운 받아 우리 어마이 잘 사시라고, 율로[원뿔모로] 이사왔지’(D노인)

[관련진술 4]

‘노인이 기운이 떨어져 그런것을 필라 사방군데 테불고 다녀, 가만 놔두고 기력을 보하면 될 것일’(P노인)

[관련진술 5]

‘아 다 천지의 기운을 받아, 그래야 잘되어요. 그것밖엔 없어요. 모다 병이란 것은, 천지의 --’(H5 노인)

질병의 원인이 되는 자연현상에는 온도, 습도, 바람 등 기후현상과 그 속성이 포함된다. 환경이나 음식의 온도, 인체의 특정 부분의 온도 조절 실패는 감기나 위장계 질환의 원인으로 인식되고, 기상현상으로서의 바람은 감기와 산후병의 원인으로 간주된다. 바람은 가볍고, 흩어지고 흔들리는 속성이 있어 몸과 마음의 기가 흩어지고 흔들리는 현상도 바람에 의한 병으로 인식한다. 습도 역시 병인으로 인식되는데, 가뭄을 많이 타는 이 마을은 습기 보다는 가뭄을 병인으로 인식한다.

[관련진술 6]

‘알것도 없어, 뭘라 그런건 물어, 목마습게, 바람안들게 하면 감기 안하고, 배마습게, 처지도록 주지않고 허면 배 안아프지, 어마이가 미련해서 그걸---’(B 노인)

[관련진술 7]

‘죄다 문풍지, 바람 들어오지 말라고 죄다 막지, 나이 들어 그냥 승승승-- 무릎이랑 아고’(N, S 노인)

[텍스트 사례 1]

C 노인: 요즘은 물도 많고 좋고만, 아조 좋아// 맛나 (3.0), 아, 날이 왜 이래 짹짹해, 비좀 왔으면 쓰겠구만,

B 노인: 응, 좋아, 이 선상이[연구자가] 잘안까지 어쩔까 할머니들 해서 많이 안가져 왔다 그래, 그래 내가 아이 없어 못먹지(2.0), 요즘 거물이 많아 입맛 축이고 좀 좋아. -중략- 산동 할머니 맥 가자 해서, 찬찬히. [몸이 무겁고 힘들어서] 게우[겨우] 끌고 -중략- 아 (3.0) 어찌 가물까, 모다 나락, 모도 못내게 생겼어. 으흥(1.0), 아래 메칠(5.0) 가물어서-- 몸이 죄다 무겁고 가뭄 앓아 죽겠더라//, 아이((힘든 환승소리))

C 노인: 암-만, 가뭄들지, 몸도 가뭄 탄다요. 나도 죄다 몸이, 아프고. 아(5.0)'

B 노인: 그래 사람이사 괜찬애도 나락 모다 못 먹을까 싶지

-2000년 5월 10일 S 노인 마루에서 선물드리며-

자연물은 음식, 식물, 동물 등 매우 다양하다. 음식은 그 양과 정부정에 따라 병인으로 작용하는데, 적은 양의 음식보다는 넘치는 음식이 병인이 된다. 정성이 부족하거나 부정을 탄 음식은 물론 음식에 대한 욕심이나 부정적 태도도 병인이 된다. 음식은 위장계 질환은 물론, 뇌졸중과 죽음의 원인으로도 지적된다(텍스트 사례 2). 식물과 동물도 음식과 마찬가지로 실제적, 상징적 차원에서 병인으로 인식된다. 예를 들어 식물은 독소나 과민반응 물질이 되기도 하지만, 밥풀 모양의 꽃을 피우는 푸나무는 유아의 발진을 일으키는 유사 상징적인 병인이다. 독성을 지닌 곤충은 실제적인 병인이 되고, 노루나 개와 같은 동물은 동물이 지닌 정부정의 상징적 차원에서 병인으로 작용한다. 노루는 선하고 정한 동물의 상징이고 개는 성스러운 상황에 부정을 유발하는 동물의 상징으로서, 질병원인으로 인식된다.

[관련진술 8]

‘노인이 시장에[가서]-- 욕심이[많아], 떡이랑 죄다 샀다고 자랑삼드만, 밤낮 아구구’(T, D 노인)

[관련진술 9]

‘이웃지서 푸나무를 때서, [신생아]얼굴에 죄다 푸나무 마냥, 사브르 낳지’(N 노인)

‘이웃지서 개잡아 먹고 해서, 개마냥 쾅쾅 -- [자녀가] 죽었어’(N 노인)

질병의 원인으로 인식되는 인간양상에는 인간관계, 행위, 마음과 정신이 모두 포함된다. 인간의 마음은 행위로 표현되므로 마음이나 정신, 행위가 뚜렷이 구별되지 않으나, 이 모두가 병인으로 작용하여 신체질환과 정신심리적인 질환을 유발한다. 병인으로서의 행위에는 고�혈압이 있는 노인의 약물복용행위나 뇌졸중을 예방하기 위한 음식조절 행위와 같은 현대적 의미의 건강행위도 포함되지만 노인에게 대한 불손한 행위, 타인에게 해를 입히는 언행, 자녀와 이웃에 대한 비협조적 행위, 혼인외의 자와의 불륜행위 등 주민의 윤리규칙에 벗어난 행위도 포함된다.

[관련진술 10]

‘병원에 갔드만. 아이구 죄-- [뇌졸중 환자들]못보겠더라, 혈압약 안먹어서-- 여그 [보건진료]소장님도 그러더라, 꼭 지키야지’(역마을 H 노인)

[관련진술 11]

‘젊어서 남의 여자 보면[바람피우면] 죽어서도 똥싼다
고[풍병들다]-- 내가’(H6 노인)

이러한 행위는 이어서 인간관계로 연결되어 왜곡되거나 단절된 인간관계는 병을 유발하는 중요한 조건이 된다. 집단사회에서 인간관계는 집단생활의 중요한 수단으로 개인의 생존에 영향을 미친다. 특히 가족관계는 매우 밀착되어 있고, 위계가 가장 엄격히 지켜지는 집단으로 갈등과 긴장을 유발할 소지가 많다. 고부관계와 동서관계는 강자에게나 약자 모두에게 병인으로 작용한다. 약자의 입장인 며느리에게는 ‘며느리심’과 같은 심인성 질환을, 강자에게는 치매나 청각장애 등 노인성 질환을 유발하는 것으로 인식한다. 조상과 자손을 통해서 자신의 존재가 이어진다고 생각하는 노인들에게 아들의 사망이나 양자관계의 종료와 같은 가족관계의 단절은 화병의 근원이 된다.

[관련진술 12]

‘[치매와 청각장애가 있는] 동서가 독새여 독새[독사],
귀찮는다고 귀먹남’(G2 노인)

[관련진술 13]

‘호흥, 늙었다고 다 그런남[치매에 걸림], 그직이도[그
때도] 거게 가보면 죄다 모여[일안하고 남의 흥보고 있음],
사람이, 마음을, 도리를 제혈 도리를 다하고 허면
--’(P 노인)

[관련진술 14]

‘그래 내가 3년을 안갔어 거기를[아들이 사고로 사망
한 건널목]--- 자다가도 벌떡, 벌컥 벌컥 열어 췌히고,
화득 화득, 가슴에서 꿈틀꿈틀, 막 소리지르고, 아
---’(H6 노인)

3) 즉각적 원인

초자연적, 비초자연적 병인은 그 자체로 병을 일으키는 것이 아니라 과부족이나 부정, 막히고 뭉쳐지는 등이 원인이 되어 병을 일으킨다. 이와같이 병인이 왜 병을 일으키는가에 대한 인식을 즉각적 원인으로 분류하였다.

(1) 넘치고 모자람

병인이 넘치거나 모자라는 것은 기운, 기, 음식, 정신,

행위 등의 병인에 모두 적용된다. 이러한 병인이 골고루 미치지 못하여 조화를 이루지 못할 때 병이 발생한다. 특히 노인의 병은 H4 노인의 복막염이 기력이 부족하여 발병한 것으로 인식한 관련진술 4와 같이 병의 종류와 관계없이 기운이 쇠하고 기력이 떨어져 발병하는 것으로 인식한다. 노인의 힘에 부치는 과격한 농사일을 하거나, 마음을 추스리지 못하고 욕심이 과해도 기력을 소모하여 병을 유발한다.

음기와 양기가 조화를 이루지 못하고 어느 한 편이 넘치면 병이 발생하는데, 정서적으로 과도하게 흥분하거나 발산적 행동이 지나치는 등 양기가 너무 충만하여 발생하는 병을 ‘양감이 떨어졌다’고 한다. [관련진술 6]에 나타난 바와 같이 음식에 대한 욕심이 과하여 적정량을 초과하여 넘치게 먹는 것도 급체와 탈을 일으킨다.

이처럼 병인이 넘치거나 모자라서 골고루 미치지 못하여 건강문제가 발생한다는 인식은 과한 것을 제하거나 부족한 것을 보하여 병인을 다스리는 질병행위의 기초가 된다.

(2) 뭉치고 흩어짐

나쁜 기운이나 상한 마음이 응어리져 응취하거나, 정리가 되지 않아 얽히거나 막히고 뭉치면 질병이 발생한다. 반면에 풀어져 흩어져도 질병이 발생한다. 음식, 혈기, 온기와 같은 비초자연적 병인도 이와 같은 원리로 병을 일으킨다.

병인이 뭉치고 막혀서 발생하는 대표적인 병으로는 ‘화병’과 ‘며느리심’을 들 수 있다. 화병은 [관련진술 14]의 H6 노인의 사례에서처럼 아들의 죽음과 같은 극단적인 사건에 대한 화기가 밖으로 돌출되지 않고 응취되어 발생한다. 며느리심은 심한 위경련 증상을 동반하는데, 가족관계에서 오는 갈등이 축적되어 마음에 맺혀 발생하는 질환으로 가족내 갈등에서 가장 큰 희생을 치루는 사람인 며느리의 마음과 같다하여 명칭이 주어졌다. 이러한 질병관념은 화를 풀고 마음을 돌려 심인성 질환을 치료하는 기초가 된다.

[관련진술 15]

‘어찌, 내가 마음을 돌리야지, 참고, -- 내가 포은이 되갓고-- 그게-- 그라잖여, 한참을 뒤틀고, 막 구르고, 땀이 뻘뻘-- 그러면 며느리심, 시어마이가 여그다’(N, T 노인)

반면에 병인이 흩어져서 발생하는 대표적인 병은 의식 상실과 정신 질환이다. 치매 노인의 증상이나 임종시 혹은 중증질환시의 의식상실을 ‘마음을 놓았다’, 혹은 ‘정신을 놓았다’고 표현한다. 즉 마음이 한곳에 집중되지 못하고 흩어져 기능을 잃었다는 의미이다.

[관련진술 16]

‘[병중의 시어머니가] 그직에는 정신을 놓더만, 아주 딱 가버려’(B 노인)

그러나 비노인층의 정신이상 증상은 ‘정신을 놓다’라고 표현하지 않고 ‘미치다’라는 표현을 사용한다. 이 표현은 식물의 상태에도 적용된다. 예를 들어 고추나무의 잎과 가지가 너무 무성하면 ‘고추가 미쳤다’고 표현한다. 잎과 가지가 무성하면 고추를 맺지 못하게 된다. 그러므로 ‘미치다’는 표현은 식물의 중요한 조성이 집결되지 못하고 불필요한 곳으로 흩어져 열매를 맺지 못하듯이 사람의 정신 역시 어느 한 부분이 치우쳐져 있어 인간됨을 이루지 못한 상태로 인식되는 것이다.

(3) 굵고 벗어남

병인이 굵거나 벗어나 질병이 발생하는 대표적인 예는 치매이다. 노인들은 동서간의 관계, 시부모와 시누이와의 관계, 친족관계에서 바르지 못한 마음과 행동이 치매를 유발한다고 믿는다. 원땀 S 노인은 치매증상이 있었는데, 외지의 큰딸 집에서 수발을 받다가 마을로 돌아와 임종하였다. 친족 노인은 이 노인이 그 동안 이웃의 타성들과 어울리며 큰집 일에 비협조적이고 부정적인 태도로 살아왔던 것이 치매에 걸리게 된 사유라고 생각하였다. 이웃의 노인들은 이 노인이 시누이와의 관계가 바르지 못하여 먼저 사망한 노인의 시누이의 혼이 노인을 괴롭혀 치매증상이 나타난다고 생각하였다. 아래땀의 T 노인 역시 치매 증상을 보였는데, 이 노인의 동서는 노인이 젊어서 큰동서로서 너무 엄하게 자신을 괴롭혔기 때문이라고 주장한다. 중땀의 H2 노인은 치매로 가족의 감시가 소홀해지면 길을 잃고 헤매곤 했는데, 이 노인 역시 자신이 정신을 잃고 헤매이는 것이 젊어서 작은 동서에게 ‘못할 짓을 해서’라며 울먹이곤 한다.

치매이외에도 뇌졸중이나 청각상실과 같이 원인을 분명히 알지 못하거나 원인과 결과발생간의 시일이 긴 건강문제에 대하여도 바르지 못한 행위를 그 원인으로 인식한다. 아래땀 T 노인은 의사소통이 불가능할 정도로

청각이 상실되었는데, 이 노인의 작은 동서는 젊어서부터 동서를 구박한 행동 때문이라고 주장한다.

이처럼 노인들은 치매나 청각상실과 같은 불가역적 건강문제가 바르지 못한 행동의 결과라고 믿고 있기 때문에, 막상 이들 질환이 자신에게 발생되면 이러한 건강문제가 유발하는 신체적인 문제보다는 자신의 삶 자체에 대한 부정적 평가를 더 두려워한다. 특히 청각상실은 노인에게 흔히 발생하고, 의식의 변화는 없기 때문에 청각이 급격히 상실되는 노인은 동료들로부터 자신의 청각상실이 바르지 못한 행동의 대가가 아님을 확신받고 싶어한다.

(4) 탁하고 더러움

부정을 탄 물건이나 행위는 병을 유발한다. 상가나 묘자리 이장시 사용한 음식, 오염된 음식, 개고기와 노루고기는 혼인이나 제사와 같이 성스러운 의례, 혹은 정한 영을 지닌 아기에게 부정을 타게 한다. 음식 자체뿐 아니라 부정탄 음식을 먹은 사람, 혹은 상중의 사람도 부정의 근원이 된다. 예를 들어 아래땀 N 노인은 이웃에서 산소를 이장하면서 준비한 음식을 모르고 먹었는데, 이 부정탄 음식때문에 자신의 자녀가 병들어 사망했다고 믿고있다. 아래땀 H5 노인 역시 임신중에 남편이 노루를 잡았기 때문에 부정이 타서 자녀가 일찍이 원인 모를 병을 앓아 죽었다고 생각한다. 노루는 약하고 선하고 정한 짐승으로 인식되기 때문에 이를 해하면 부정을 타서 행위자가 대형 사고를 당하거나 자손에게로 화가 미쳐 불구아가 태어나거나 일찍 죽는다고 믿는다. 이러한 관념은 연구지역 주민들뿐 아니라 인근 시의 주민들 사이에도 널리 공유되고 있어, 택시기사들은 1992년에 택시와 트럭이 충돌한 대형사고의 원인이 사고 택시의 기사가 마을 진입로에 서있던 노루를 산으로 돌려 보내지 않고 잡아 갔기 때문이라고 진술한다.

(5) 동하고 정지함

기운, 마음이 급격히 동하거나 정지하면 즉시 급성 질환을 유발하거나 추후에 병을 일으킨다. 예를 들어 음양의 기운이 급격히 동하여 흥분한 상태에서 쓰러진 상태를 양감에 떨어졌다고 표현한다. 암이나 치매와 같이 그 구체적인 원인을 잘 모르는 병에 대하여는 여러 가지 추측을 하게 되는데, 과거의 정신적 충격도 그 원인의 하나로 지적되고 있다. 원땀 P노인은 중땀의 C 노인의 위암은 전쟁이후 경찰서에서 고문을 받을 때 벼락치는 듯

한 소리를 여러번 들었기 때문에 마음이 동하여 발병했다고 주장한다. 한편 P 노인은 C 노인의 자녀가 난소암으로 사망한 것에 대하여는 원고마감에 대한 정신적 긴장과 건강에 대한 무관심 때문이라고 인식한다.

4) 궁극적 원인

궁극적 원인은 병인이 어떻게 병을 일으키는가를 말한다. 병인은 사람의 몸에 들거나 반대로 몸을 벗어나서 병을 일으키기도 하고 병인의 상태가 사람에게 전이되어 병증으로 발현되기도 한다.

(1) 병인 들기

대부분의 병인은 사람의 몸안으로 침입하거나 달라 붙거나 전이되어 병을 유발한다. 객귀, 조상, 성주, 주당, 살 등의 초자연적 병인과 부정한 기운, 음식, 기후, 식물 등의 비초자연적 병인이 이에 속한다. 초자연적 병인이 사람의 몸을 침입하거나 달라붙는 현상을 병이라고 하는데, 이러한 발병기전은 ‘살이 끼다’, ‘급살을 맞다’ ‘조상, 주당을 만나다’, ‘손, 객귀 들다’, ‘무엇인가 씌었다’. ‘부정 타다’와 같은 표현속에 드러난다. 비초자연적 병인 역시 ‘기름 타다’, ‘옷 오르다’, ‘감기 들다’, ‘호열자를 만나다’ 등으로 표현한다.

한편, 조상과 성주는 후손이나 가솔의 몸에 직접 드는 것이 아니라 불편함이나 불리한 상황을 후손과 가족의 몸을 통해 전해진다. 조상이나 성주와 같은 초자연적 병인뿐 아니라 가솔 등의 자연현상도 인체의 몸에 그대로 그 특성이 전이되어 병을 일으킨다. 예를 들어 원뿔 S 노인의 양아들은 반복적으로 간에 돌이 형성되어 여러 번 수술로 제거하였다. S 노인은 이미 사망한 상태였고, 꿈에 S 노인이 불편한 상태로 집으로 들어오는 것을 본 친족 노인들은 묘자리에 이상이 있어 양아들이 병들었다고 판단하여 이장을 하였다. 이장 중에 묘자리에 물이 고여 유골이 썩은 채 물에 떠 있는 것을 발견하고 이러한 신념을 확인하였다. 한편 Y 노인의 손자가 구순열로 태어났는데, 주민들은 임신 중에 안방고래를 뜯어 수리했기 때문이라고 믿었다. 안방에는 성주가 거하는 곳이므로 방 고래를 뜯은 것은 곧 성주의 몸이 갈라진 것으로 동일시 했고, 성주의 불편함이 아이의 입술이 갈라진 것으로 나타났다는 것이다.

호열자(장티프스)나 감기, 위장 탈을 일으키는 병인들도 사람의 몸을 침입하여 병을 일으키는 것으로 인식되는데, 이러한 병관념들은 병인의 침입을 막기 위해 작은

자물쇠나 칼을 바지에 차고 다니거나, 마을 입구에 절구 공이를 거꾸로 매달아 힘으로써 장티프스 병인의 침입을 막고자 했던 전염병 예방 관행에서 잘 드러난다.

(2) 병인 나기

병인이 빠져나가거나 빼앗겨서 병이 든다는 인식은 ‘병인들기’ 보다는 많지 않으며 주로 정신증상에 한하여 적용된다. 병인이 사람의 몸을 빠져나가는 것은 ‘얼이 빠지다’, ‘무엇인가에 홀리다’, ‘혼, 정신이 나다’, ‘정신을 놓다’ 등으로 표현된다. 혼의 이탈 개념은 주로 초자연적인 병인에 해당하나, 드물게 ‘기운이 빠지다’와 같이 비초자연적인 병인에도 해당된다.

노인 제보자들은 사람을 사람답게 하는 것은 몸이 아니라 얼이나 혼이라고 인식한다. 따라서 얼이 빠지거나 혼이 나간 사람은 그 사회에서 규정한 사람의 행실을 벗어나게 된다. 정신은 주로 의식을 관장하는 기운으로 간주하여 ‘정신을 놓다’라는 표현은 ‘의식을 잃다’와 동의어로 사용한다. ‘영’은 생명의 근원으로 간주하여 출생시 아기가 울 때 영이 들고, 사람이 죽으면 영이 나간다고 생각한다. 그러나 혼과 영이 때로 혼합되어 있어 ‘혼불’이 빠져나가는 것을 죽음의 징후로 여긴다.

VI. 병관념에 나타난 주제

이상의 노인들의 병관념은 몇가지 공통적인 원리에 따른다.

첫째, 질환과 병인은 인과성의 법칙이 아니라 호혜성의 원리를 따른다는 것이다. 즉, 특정 병인이 특정 질환의 원인으로 일대일 대응하지 않는다. 다음 사례와 같이 한 노인의 뇌졸중을 유발한 원인이 사람마다 달리 인식되며, 또한 한 병인이 여러 질환을 유발하기도 한다.

<텍스트 사례 2>

P 노인 : 밤이 어제 잤는가? 덥든 안하제, 그방이 좋
고름 고쳐써서 덥든 안하제

연구자 : ()

P 노인 : 으응? 어제 잘 잤는가?

연구자 : 아(1.0) 아-, 예, 잘 잤어요 너무 늦게 일어나서.(3.0) 시원해요.

할머니도 그 방[작은 방]에서 주무시지요. 시원하고 좋던데요

P 노인 : 아이. 난 안가, 거기 시원해도 뭘라 더워도

난 여그[안방] 있어. 아, 아들도 어머니 더
 운테 작은방에 가 계시라고 해도, 난 안가
 B 노인 : 아 그러지요. 아무리 더위도 못써, 여그 쓰
 셔야지, 그 I 택도 그런아요,
 그 전이. 그 안방 모다 해서[놉아서], 방 하
 나 사랑이 놉서 안 쓰요. 그래 남원서 온 이
 [관수]가. 그랬다요, 안방이 비워서 성주가,
 성주가 허전허니 큰일 난다고. 그집이

P 노인 : 아이, 그래겠제. 그제 아니라. 모다 병든 이
 있고 한게, 그래 그랬겠제, 안그렇겠소

B 노인 : 아니라요. 그전이, 넘어가기[뇌졸중으로 쓰
 러지기] 전이라요. 그 집이[S 노인 집],
 큰일 할 때 [S 노인 사위가 위암으로 무속
 치료 할 때], 그 집이 하고 나서 이집[I 노
 인집] 보면서, 그라드란아요! 무단이, 성주
 가 있다드만요. [성주가 있는 안방을]비워
 서, -- 못믿을 것이 못되아여, 아주 못믿덜
 못하지요. 아른사 그래도.

P 노인 : 흐흫, 그래쓰까이. 그런 어쩐가 모르지만 난
 아이 가운데 방 안써, 뭇라 시원해라 해도
 안방이 좋지 그간이 무단히 써왔는데 답다
 고 안방을 안쓰면 안되제,

-1999. 9. 12. 원뫼 P 노인집 마루에서 점심 식사중-

<텍스트 사례 3>

N 노인 : 아이 그래, 우리 00[큰딸]가 아래께 그래,
 “아이 넘일 안갔소, I 택이. 우리 어마이
 생각한게” 그래.

I 노인 : 아이 난 엄한 소리 솔찬이[딸이] 들어요. 내
 가 움직거리질 못한게 (중략)
 내가 전생에 죄가 많은가 비여. 아무래도

N 노인 : 아이 아니야, 뭇 죄. I 택이 누구께 닳다
 [나쁘다, 부정적인 말] 소리 한번 안한게,
 뭇 소리여

I 노인 : 긍게, 아무리 생각허도 넘게 못혈일 헛게 없
 응게, 살아 생전이는 긍게, 전생이 죄가 많
 은가 비다 허지. 그래 내가 죄 받는다 싶지.
 내가 왜 이렇게 못당할 일을 당해

N 노인 : 그라 안해!

-1992년 8월 17일 I 노인 사랑방에서-

<텍스트 사례 4>

--- 저 아래 여러 번 혈앵이 터져서 모다 말도 못하고
 하는 이[I 노인을 지칭함]도 있고, 죄다 췌구만[담구만],
 나는 그러터만 병이라고 한 것은-- 약을 꼭 먹어, 빼놓
 지 않고, 그림상 싶은가, 괜찬해, 먹는 거 개리지 않고
 고루 먹고, 움직거리고, 조절을 한게, 골고루 먹어, 밥이
 량 고루 챙겨 먹구, 음식을 고루 먹고 그렇게 조심하
 제. -중략- H양반도 자주 피기랑 사러 댕겼제, 하지만서
 두 할마이 헤드리라고 샅제, H양반은 풍 온다구 안해자
 서, 닭괴길랑은 일체, 그래도 할마이는 안죽 팡팡하시잖
 아, 외려 할아바이는 풍으로 먼저 가졌구[돌아가셨고].
 먹는거 개린다고[가린다고] 안걸리지는 않드만, 뭇가 모
 르지, 다 저그 정해진테로--- 그도 그럴것이 -- 할마이
 는 뭇 얘기마냥 생각이 없어 그전이 부텸. 애애하고 ---
 (P 노인).

-1999. 9. 11. 저녁 부엌에서 불때면서-

사례에서 나타난 바와 같이 뇌졸중을 일으킬 수 있는
 병인으로 P 노인은 투약과 음식 및 운동조절 실패, 까다
 로운 성격, 정해진 운으로 인식하는 반면 H 노인은 음식
 으로, N 노인과 I 노인은 죄가 되는 행위로 인식한다.
 반면에 B 노인은 I 노인의 뇌졸중을 일으킨 원인이 성주
 라는데 강한 확신을 갖는다. 한편 [관련진술 11]의 H6
 노인은 바람피우는 행위가 풍(바람)병을 유발한다는 유
 사상정적 인식을 나타내었다.

두 번째, 병인은 병자의 개인적 특성과 사회적 지위에
 따라 달리 인식된다는 것이다. 예를 들어 입향조의 종손
 과 지가의 자손이 장티프스에 이환되었는데, 종손의 병
 은 사람으로부터 전염되어 발생하였고, 열을 풀지 못한
 탓으로 인식하였다. 반면에 증가보다 격이 낮은 지가의
 자손은 외지에 나가 주당을 만나서 발병한 것으로 인식
 하였다. 이와 같이 같은 질환이라도 그 사람의 사회적
 지위에 따라 병인이 달리 인식되고, 치유방식 역시 달라
 진다.

세 번째, 병인은 양면성을 지니고 있고, 해석에 따라
 달리 인식된다. 즉, 특정 병인이 모든 사람에게 병인으로
 인식되지 않는다. 대부분의 병인은 건강을 해하고 생명
 을 앗아가는 원천이기도 하나 동시에 건강과 인간생활의
 필수요소이기도 하다. 그러므로 자신의 입장에서 어떻게
 해석하는가에 따라 병인이 되기도 하고 건강 요인이 되
 기도 한다. 예를 들어 사회적 지위가 낮아 그동안 원뫼
 으로부터 차별대우를 받아 온 아래뫼의 노인들은 원뫼은
 사기가 많아 사람을 병약하고 단명하게 하는 곳으로 인

식한다. 반면에 원뿔의 노인들은 원뿔 서산에 안치된 조상의 음덕과 좋은 기운을 받아 무병장수 할 수 있는 ‘좋은 곳’ ‘높은 곳’ ‘경외로운 곳’으로 인식한다. 원뿔에 살고 있는 70세의 D 노인은 30년 전에 남편이 원인 모를 병으로 일찍 사망하자 원뿔의 좋은 지기를 받아 연로한 시어머니가 무병장수하기를 기원하여 이 지역으로 이주하였다. 그 후 D 노인의 시어머니가 102세까지 건강하게 장수를 누렸는데, D 노인은 물론 이웃들도 이들 가족의 건강과 장수가 이 지역의 기운에 의한 것으로 확신하며, 주민들은 이 지역에 살고 있다는 사실에 자긍심을 갖는다.

네 번째, 질병관념은 주민의 일상생활에서 나타나는 집단성과 위계성의 원리를 그대로 반영한다. 이러한 원리는 초자연적인 병인에서 특히 두드러진다. 초자연적인 병인들은 조상신→성주신→주당→귀의 순으로 위계서열이 정해져 있을뿐 아니라 집단의식도 드러난다. 조상과 성주는 가족과 당내 집단 혹은 집안의 구성원이고, 자기집단의 당신은 지역집단의 주요 구성원이다. 반면 타집단의 당신과 귀는 집단을 벗어난 타집단이거나 어느 집단에도 속하지 못한 존재들이다. 객귀와 살은 자기집단의 공간에 침입한 귀이고, 귀로서의 주당은 자기 집단의 원이 타집단의 공간에 갔을 때 이를 저지하는 병인이다. 즉, 각 병인의 영역이 정해져 있고, 이 집단의 경계를 침범하면 병에 걸리게 된다. 따라서 조상과 성주는 각기 가족과 집안의 범위내에서 병을 일으키고, 객귀와 살은 떠돌이와 마찬가지로 불특정 대상자에게 영향을 미친다. 이러한 인식은 병인을 집단밖으로 몰아내는 병치료 의식을 통해서도 드러난다.

다섯 번째, 병인의 영향은 시공으로 확대된다는 점이다. 이러한 확산성의 원칙은 특히 인간 행위가 병인으로 인식되는 경우에 두드러진다. 병인으로 인식된 인간행위는 시간적 차원에서 현생과 사후에까지 영향을 미친다. 젊어서 갈등적인 인간관계가 노후에 치매를 유발한다는 인식이나, ‘전생의 죄가 현생의 뇌졸중을 일으킨다’는 I 노인의 진술, 그리고 ‘젊어서 바람을 피우면 죽어서도 실변한다’ H 노인의 진술에서 잘 드러난다.

또한 병인으로 인식되는 인간행위의 효과는 공간적 차원에서 행위자뿐 아니라 그가 속한 집단, 특히 가족과 친족집단에게도 영향을 미친다. 앞서 제시된 관련진술문에서 나타나듯이 가족이나 이웃의 부정행위에 의해 자녀나 이웃의 영아에게 병을 일으킨다. 또한 당산 줄기에 묘를 써서 당신을 노하게 하면 온 마을 주민이 질병을 비롯하여 각종 해로운 일을 당한다고 인식하여, 마을 행

정자가 당산줄기에 묘를 쓰고자 하는 S 노인의 청을 금하기도 하였다.

이 확산성은 주민의 호혜적 교환관계를 지배하는 호혜성의 원리와도 일맥상통한다. 즉, 물건이나 재화를 환불시기, 양, 교환 대상자를 정해서 교환하는 것이 아니라 궁극적으로는 공정한 교환이 이루어진다는 암묵의 원칙에 따라 교환하듯이, 병인과 그 결과인 질환 역시 병인 유발자와 질환 발생자가 일치하지 않을 수도 있고, 시기도 불명확하나 언젠가는 그 효과가 발생한다는 관념이다.

여섯 번째, 질병관념은 주민이 처한 자연 환경과도 밀접한 연관이 있으며, 자연현상 자체는 물론 현상이 지닌 속성도 질병관념과 연관된다는 것이다. 예를 들어 찬 바람은 그 자체가 감기와 산후병의 원인이 되기도 하지만, 흩어지고 안정되지 못한 바람의 속성은 가정에 안주하지 못하고 바람을 피우는 행위와 유사상징적 의미로 연결되어 풍병을 일으키는 것으로 인식한다. 가뭄이 심한 이 지역의 자연환경은 ‘가뭄타는 병’이라는 특이한 병인식을 갖게 하기도 한다.

이처럼 질병은 단순히 신체적 불완함이나 장애를 의미하는 것이 아니라 그 집단의 물리적 환경은 물론 그 사회집단을 지배하는 가치와 행위규범에 의하여 정의되고 경험되는 환경적·사회·문화적 산물이다. 이러한 질병관념들은 또한 질병행위의 방향과 내용을 결정하는 준거로 작용하게 된다.

VII. 결 론

무엇에 의하여, 왜, 어떻게 병이 발생하는가에 대한 인식은 건강관리의 시발점이 된다. 그러므로 질병관념에 관한 지식은 특히 만성퇴행성 질병 유병율이 높은 노인의 건강관리를 담당하는 간호사에게는 필수적이다. 한편 질병은 삶의 당연한 조건이요, 질병에 대한 인식은 삶의 사회문화적 산물이다(조동일, 1993). 무엇을 병이라 하고 왜 병에 걸렸으며, 어떻게 이 병인을 관리하는가는 한 개인이 그가 속한 사회에 태어나면서부터 그 사회의 가치와 신념, 사회규칙을 학습하는 과정에서 형성되고 다듬어진다. 그러므로 단순한 생의학적 모델로는 질병관념의 심층에 도달하기 어려우며, 이러한 이유로 본 연구는 문화적 접근을 이용하여 노인의 질병관념을 탐색해 보았다.

연구지역 노인의 질병관념을 초자연적, 비초자연적, 궁극적, 즉각적 원인으로 분류하였다. 노인이 인식하고

있는 초자연적 병인은 신격을 지닌 조상과 성주, 신격과 귀격의 가변적 속성을 지닌 당신, 귀격의 삶과 객귀가 발견되었다. 이들 병인은 마을 주민의 위계의식에 따라 서열화되어 있으며, 그 영향 범위 역시 주민의 집단 의식에 따라 정해진다. 비초자연적 병인은 직접, 간접적으로 관찰가능한 것들로서 기후를 비롯한 자연현상과 자연물, 인간현상 등이 있다.

초자연적, 비초자연적 병인은 그 자체로서 보다는 넘치거나 부족할 때, 뭉치고 흩어질 때, 굽거나 벗어날 때, 탁하고 더러울 때, 급격히 동하고 정지할 때 질병을 유발한다. 또한 이 병인들은 인체에 침입하거나 인체에서 벗어나거나 빼앗김으로써, 혹은 병인의 상태가 인간에게 전이되어 병을 유발하게 된다.

노인들의 질병관념은 이 지역의 일상생활에서 나타나는 제 특성을 그대로 반영하여, 위계의식, 집단 의식, 확산성, 호혜성 등의 원리에 의해 지배된다. 이러한 병관념은 질병을 다스리거나 질병을 예방하는 등의 건강관리 관행의 바탕을 이루어 질병행위와 환자행위의 방향을 결정한다. 병자, 가족 및 병자가 속한 집단은 병인과 호혜적인 교환관계나 계약관계에 의해 병치료 행위를 한다.

급증하는 건강관리비용이 문제시되는 사회에서 건강전문인은 효과적이고 경제적인 건강관리 방향과 수단을 모색하게 된다. 일반인과 건강전문가의 질병관념의 차이는 환자가 전문 건강관리를 이행하지 않는 중요한 요인으로 지적되고 있다(Lau, 1997). 간호사가 건강과 질병에 대한 관념의 차이를 인식하지 못하거나 수용하지 않는다면 간호실무에도 큰 장애물이 된다(Anderson, 1990). 본 연구에서 나타난 문화적 개념들을 간호실무에 반영하고 간호교육 내용에 포함한다면 노인의 건강관리와 간호실무의 효율성을 높이는 데 기여할 것이다.

간호사는 현대 전문건강관리자의 한 사람으로서 노인의 질병관념을 이해, 수용함은 물론 노인, 민속건강관리자, 여타의 현대 건강관리자들 간의 건강과 질병의 관념 차이를 중개함으로써 경제적이고 효율적인 건강관리가 이루어 지도록 일조해야 할 것이다. 이를 위하여 보다 근원적으로 건강관리체계 구성원들간의 질병 관념의 차이에 관한 심층적 탐색이 선행되어야 한다. 본 연구는 동족부락 노인들의 질병관념 탐색에 국한하였다. 추후 임상 간호사, 민속건강관리자, 보건소와 보건지소의 전문 건강관리자들의 병관념을 주민들의 관념과 비교하는 연구가 진행되어야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 강득희 (1983). 부정에 대한 인식 및 의료행위에 관한 연구. 한국문화인류학, 15, 251-271.
- 윤순영 (1978). 현대의료와 한국농촌의 의료문화. 이화여자대학교 의료원 지역사회 보건위원회.
- 조동일 (1993). 죽음과 질병에 대한 전통사상의 견해, 간호대학 학술심포지움 보고서. 이화여자대학교 간호대학.
- 최영희, 고성희, 신경림, 조명옥, 이영희 (1993). 질적 간호연구, 서울: 수문사.
- 최영희 (1999). 노인과 건강. 서울: 현문사.
- 스프레들리 저/이희봉 역 (1989). 문화탐구를 위한 참여관찰 방법. 서울: 대한 교과서 주식회사.
- Corr, D. M. (1990). Nursing care in an aging society. New York: Springer Pub.
- Kim Yung-Key (1977). A study on traditional healing technique and illness behavior in a rural Korean township. 인류학 논집, 3, 75-109.
- Aamodt, A. M. (1978). The care component in a health and health system. In Bauwens, The Anthropology of health(pp.37-45). St. Louise, Mosby Co.
- Anderson, J. M. (1990). Health care across culture. Nursing Research, 38(3), 136-139.
- Bauwens, E. E. (1978). The Anthropology of health. St. Louise: Mosby Co.
- Brandreit, L. M. (1994). Gerontological nursing : Application of ethnography and grounded theory. Journal of Gerontology, 29(7), 33-40.
- Chrisman, N. J. (1977). The health seeking process. Culture, Medicine and Psychology, 1, 351-377.
- Conrad, P. (1994). Wellness as virtue : Morality and the pursuit of health, Culture, Medicine and Psychiatry, 18, 385-481.
- Davison, L. Sincer M, Gerades G. (1988). Culture, Theory and reproductive illness behavior in Hitti. Anthropology Quarterly, 2(4), 371-384.
- Dressler W. W., & Oths, K. S. (1997). Cultural

- determinants of health behaviors. In Gochmann, Handbook of health behavior research (pp.39-57). New York : Plenum Press.
- Gochman, D. S. (1997). Handbook of health behavior research, New York, Plenum Press.
- Kleinman, A. (1980). Patient and healers in the context of culture, California : Uni. of California Press.
- Lau, R. R. (1997). Cognitive representation of health and illness. New York : Plenum Press.
- Leininger, M. M. (1985). Qualitative research in nursing, Grans and Stratton Inc.
- Leininger, M. M. (1993). Madeline Leininger : Cultural care diversity and universality theory. California : SAGE Pub.
- Mascie-Taylor (1993). The anthropology of disease. New York : Oxford Uni. Press.
- Mechanic, D. (1979). Correlates of Physician utilization. Journal of Health and Social Behavior. 20, 387-396.
- Miles, M. B., & Huberman, M. A. (1994). Qualitative data analysis. London : SAGE Pub.
- Morley, P., & Wallis, R. (1972). Culture and curing. California : Peter Owen Press.
- Morse, J. M. (1989). Cross-cultural nursing : A Unique contribution to medical anthropology. Medical Anthropology. 12(1), 1-5.
- Murdock, G. P. (1980). Theories of illness. Pittsberg : Uni. of Pittsberg Press.
- Suchman, E. A. (1965). Stage of illness and medical care. Journal of Health and Human Behaviors. 6, 114-128.
- Tripper-Reimer, T., & Dougherty, M. C. (1983). Cross-cultural nursing research, in Research on Nursing Practice. New York : Appleton-Century-Crofts.
- Wood, C. S. (1979). Human sickness and health. California : Mayfield Pub.

- Abstract -

Key concept : Illness concept, Cultural approach, Aging

An Ethnography of the Concept of Illness by the Elderly

*Cho, Myoung Ok**

This ethnography was based on Kleinman's explanatory model of a health care system. It is conducted to make thick discription of illness conception of the elderly in a sociocultural context. The basic assumptions were as follows. 1) A health care system is a cultural system, and as with any other cultural system, it is a system of symbolic meanings anchored in a particular arrangement of social institutions and patterns of interpersonal relationships; 2) In all societies health care activities are more or less interrelated. Therefore, they need to be in a holistic manner as socially organized responses to disease that constitute a special cultural system; health care system; 3) Health and illness experiences are the natural process of disease. Individuals who recognized a for state of health, their family, neighbors, and communities define the state, search for causes of the health problems, and response to it. According by, they proceed to search for healing stratagies. So, understanding of the illness experience is the starting point for health care.

The study participants were 12 elders aged 60 or more. The fieldwork was conducted in an agricultural clan village of Namwon city. The data collection and analysis were cyclic, from descriptive observation, domain analysis, focused observation, taxanomic analysis, selected observation, componential analysis, and finally

* Associate Professor, Department of Nursing, Research Institute of Basic Science of Dongeui University

cultural themes were all analysed. Proxemic and text analysis techniques were used according to the characteristics of the data. The data of sociocultural context and descriptive data were collected from 1990 to 1992. Informations on illness concepts were collected during 1994 using focused observation. Data confirming and contrast observations were conducted from 1997 and 1999.

Illness concepts of the elderly were taxonomized supernatural cause, non-supernatural cause, immediate cause, and ultimate cause. The supernatural ones were ancestors, god of home, god of village, and ghost such as 'sal(evil force of dead man)' and 'gagqui(ghost of begger)'. The non-supernatural ones were Ki, natural phenomenones, natural objects, foods, human and human behaviors. Immediate ones were insufficiency and overflows, discretion and consolidation, disorder and out of order, cloudness and contamination, and fluctuation and stagnation of supernatural cause and

non-supernatural ones. Ultimate causes were intrusion and loss of supernatural and non-supernatural ones. The cultural themes of illness concepts of the elderly are: 1) illness concepts are not based on causality principle, but on reciprocal principle; 2) illness concepts are affected by social level and characteristics of the patients; 3) the causes of disease are recognized as imposed both positive and negative effects on health based on interpretation of the individuals; 4) illness concepts reflects on principles of everyday life of the society members such as hierachial structure and group cohesiveness; 5) illness concepts are ruled on principle of reciprocity and spread; 6) illness concepts are interrelated with physical environment of the participants.

It can be concluded that the illness concepts of the elderly in a traditional clan village are a component of health care system as a cultural system based on these results. The these results can be a useful basis for gerontological nursing practice and education.