

綜合病院 外來患者 診療時 醫師의 保健教育活動 評價

서울大學校 保健大學院

金 淑 子

—Abstract—

An Evaluative Study on Physician's Health Education Activities in Outpatient Medical Care

Sook Ja Kim

School of Public Health Seoul National University

The main objectives of the present study is to evaluate Physician's Health Education Activities by means of physician's direct response to the prepared questionnaire and patient's perception to the physician in the course of medical care.

For the data collection, the present study was conducted from Aug. 16 to Oct. 7, 1983 for 739 patients and 91 physicians who were attended outpatient clinics of 5 general hospitals in Seoul.

The major findings are summarized as follows:

1. Self-evaluation on Physician's Health Education Activities

(1) In consideration of health education services for the patient, the data revealed that 9.9% of the sampled physician wanted to strength public health and preventive medicine lecture in the curricula at medical education.

On the other hand, only 1.1% expressed that they wanted to make it short.

(2) In consideration of the necessity of health education service, it was shown that 95.6% of physicians agreed to take it into consideration.

Self expression for the practice of health education was placed on the 3.15 score when 5 point scale used.

(3) To evaluate the degree of an explanation about medical care for the patient, Index score with 4 point scale was employed.

The Index score for the first time was shown that scale was placed on 3.23 for 'diagnosis', 3.12 for 'progress of the disease', 3.11 for 'discription of procedure' and 3.02 for 'cause of the disease' respectively.

In comparison of the physician's explanation about the status of disease for the first and the second visitors to clinic, they evaluated themselves as giving more detailed explanation for the second visitors rather than the first visitors.

2. Physician's Health Education Services evaluated by patients

(1) To evaluate physician-patient communication at beginning time for taking history about disease, the Index score with 5 point scale was employed.

The data on taking history have shown that the score placed on 3.07 for those patients who visited the first time and 2.53 for second visitors.

And the score about listening from the patients was placed on 3.52 and 3.42 respectively.

(2) The Index score with 5 point scale, as used before, was also employed to evaluate medical care services for the patient.

The data evaluated by the patients was shown that the score placed on 4.21 for patient treatment in general, 4.58 for physician's credibility, and 3.6 for physician's kindness.

However, approximately 80% of those who failed to understand physician's explanation was caused by highly sophisticated medical terminology.

(3) According to the Index score with 4 point scale, to evaluate physician's explanation, the data was shown that the patient who visited the first time gave 2.51 for 'diagnosis', 2.35 for 'progress', 2.11 for 'cause of the disease' and so on.

It is acknowledged on the whole that the patients who visited the second time have more satisfaction in physician's explanation about their disease, than those who visited the first time.

3. Comparison of self-evaluation of Physician's Health Education Activities and patient's perception.

(1) There was communication barriers between physicians and patients in expressing some medical terminology.

For example physician understood that they explained more than 50% of medical terminology into common words for the patient, but 30% of patient complained medical terminology used by physician.

(2) Comparing the index score of health education practice recognized by patients and physicians for both first visit and revisit groups, it was shown that the Index score of health education activities evaluated by physicians themselves were slightly higher than the score evaluated by patients.

I. 緒 論

1. 研究의 背景 및 重要性

保健教育이란 個人이나 集團을 對象으로 保健에 關한 知識의 傳達뿐만 아니라 더욱한 知識을 실제 行動으로 實踐하도록 이끄는 全過程을 말한다. 그래서 保健教育은 모든 保健活動에 있어 必須적으로 수행되어야 할 基礎事業이요, 獨立된 單一事業이 아닌 他保健事業과 함께 計劃·推進되어야 할 統一的인 事業이다.

一般的으로 保健教育의 實踐은 醫療서비스를 요구하는 個人 및 集團을 接觸하는 경우가 保健教育을 할 수 있는 가장 效果의인 기회의 하나라 할 수 있다. 이

는 對象者가 健康問題를 가지고 있으므로 健康에 대한 關心 및 健康學習에 대한 動機造成이 되어 있기 때문 이라고 보며, 이 時期는 健康生活에 대한 態度 및 行爲의 變化가 가장 쉽게 일어날 수 있는 것이다. 따라서 保健醫療人은 이 機會를 잘 이용하여 疾病에 대하여 올바른 知識을 患者에게 傳達하고 疾病의 豫防方法을 習得시킬 수 있다. 그리고 이들에 대하여 社會的, 經濟的 生活環境要因이 疾病의 發生이나 그 經過에 影響을 준다는 事實을 이해시키므로써 患者個人은 물론 患者와 가장 밀접하게 접촉하고 있는 第1次集團(家族)에게 까지도 健康한 生活態度變化 및 習慣이 이루어질 수 있도록 할 수 있는 것이다^{1,2)}.

어떤 경우에 있어서도 모든 健康醫療人들은 患者를 治療함에 있어 保健教育을 必須적으로 포함되어야 하기 때문에, 患者에 대한 保健教育을 하기 위하여 사전에 計劃하고 필요하다면 他部署와 協助하는 역할과 책임을 가져야 하는 것이다³⁾.

특히 病院에서 患者와 가장 많이 접촉하는 醫師와 看

1) 高應麟, 朴恒培, 公衆保健學, 新光出版社, 1978, p. 357.
2) 權彝赫, 最新保健學, 新光出版社, 1980, p. 386.
3) Ross, Helen S. and Mecco, Paul R., Theory and Practice in Health Education, Mayfield Publishing Company, 1980, pp. 75~76.

護員은 患者의 信賴度가 매우 높아⁴⁾ 心理的으로 의존하는 경향이 뚜렷함을 볼 때 醫療人의 保健教育의 重要性은 대단히 크다. 醫療人의 保健教育活動의 要求度를 나타낸 研究로서 小兒科 患者의 保護者가 病院을 이용하여서 診療結果에 대한 醫師의 說明이 不充分하다고 호소하는 研究結果(鄭, 1980)⁵⁾보고가 있으며, 또 綜合病院 小兒科 外來患兒 保護者의 保健教育要求가 94.8%로 매우 크게 나타나고 있는 점⁶⁾을 미루어 보아 患者 診療時 醫師의 保健教育活動이 꼭 필요한 것으로 思料된다.

예전에는 醫師와 患者와의 관계에 있어서 診療醫師 單獨의 판단으로 診療가 行해진 경우가 대부분으로 오랜 診療時間(long-standing)이 요구되고 醫師와 患者間의 一對一關係가 通例이었으나, 精確한 診療를 위한 醫療業務의 분할로 보다 많은 他專門家들과 다른 醫療人들과의 相互 依賴하는 制度가 생기게 되어 診療擔當 醫師는 患者와의 접촉시간이 과거보다 많이 짧아가는 趨勢에 있다⁷⁾. 그리하여 地域社會에서는 診療內容보다 醫療人에게서 받을 수 있는 따스함과 人間愛의 不足을 批判하는 事例를 볼 수 있는 것이다^{8,9,10,11,12)}.

더우기 최근에 우리나라의 醫療保險制度的 擴大와 더불어 患者들의 集中的인 綜合病院 偏重 傾向으로 制限된 숫자의 醫師가 많은 患者를 短時間內에 만나야 하는 制度的 부담으로 인해 醫師와 患者사이에서 對話로

相互 理解할 時間이 줄어들어 診療時 醫師의 傾聽態度, 質問態度, 說明態度등에 대한 患者의 滿足度가 낮다는 尹(1983)⁴⁾의 보고는 앞서 言及된 醫師와 患者間의 變化된 關係의 結果라고 볼 수 있을 것이다.

그러나 이러한 時代的인 일련의 바람직스럽지 못한 診療環境에도 불구하고 健康에 대한 강한 동기가 조성되어 있는 患者로서는 醫師가 주는 保健教育內容에 대한 受容성이 크기 때문에 醫師의 患者保健教育은 患者의 態度變化에 대단히 效果의이며, 또 患者保健教育活動은 患者에만 그치는 것이 아니라 그 家族 내지 地域 社會의 保健行爲에 까지 影響을 주기 때문에 당연하고도 효과적인 임무임에 틀림이 없는 일이라 하겠다.

이러한 醫師의 保健教育의 當위성과 效果的인 方法이 될 수 있다는 理論에도 불구하고 患者保健教育 특히 醫師의 患者保健教育에 대한 研究가 거의 없다. 그러므로 診療와 豫防醫療를 受惠받을 수 있는 外來患者를 이용한 醫師의 患者保健教育活動을 測定, 評價한은 醫師의 患者保健教育 役割을 開發하는데 절대적인 重要性이 있을 것으로 생각된다.

2. 研究目的

本 研究은 綜合病院의 外來患者 診療時 醫師의 患者 保健教育活動을 評價하여 앞으로 醫師가 효과적으로 保健教育을 실시할 수 있는 방안을 講究하기 위한 자료를 제공하는데 一般的인 目的을 두며 이러한 目的을 달성하기 위하여 다음과 같은 具體的 目的을 설정하였다.

가) 醫師의 特性에 따라 患者에 대한 保健教育活動程度를 測定한다.

나) 醫師의 特性에 따른 醫師의 患者에 대한 保健教育活動의 重要性和 保健教育活動에 대한 態度를 測定한다.

다) 患者가 認知한 醫師의 保健教育活動程度를 測定한다.

라) 患者와 醫師間의 保健教育活動 認知程度를 比較分析한다.

II. 研究方法

1. 調査對象 및 調査方法

가. 調査對象

本 調査研究은 서울市에 所在하는 綜合病院을 來院한 外來患者와 外來患者의 診療를 擔當하고 있는 醫師들을 對象으로 하였다.

調査對象病院으로는 서울市의 32個의 綜合病院 中에

- 4) 尹英玉, 外來患者의 綜合病院에 對한 滿足度 調査研究, 서울대학교 석사논문, 1983.
- 5) 鄭義邦, 禹奉順, 外來患者의 病院에 대한 態度研究, 人間科學, 제 4 권, 제 7 호, 1980, pp. 33~67.
- 6) 金銀淑, 綜合病院 小兒科 外來患兒 保護者들의 待機時間 活用을 위한 保健教育要求度 調査, 서울대학교 석사논문, 1982.
- 7) Korsch, Barbara M., Ethel K. Gozzi and Vida Frances, Gaps in doctor-patient communication I. Doctor-Patient interaction and patient satisfaction, *Pediatrics*, Vol. 42, No. 5, 1968, pp. 855~871.
- 8) Virginia, K.F. and Mark E.T., Empathy in the doctor-patient relationship, *J. Med. Educ.*, Vol. 52, Sep., 1977, pp. 752~757.
- 9) Davis, Milton S., Variations in patients' compliance with doctors' advice: an empirical analysis of patterns of communication, *A. J. P. H.*, Vol. 58, No. 2, 1968, pp. 274~288.
- 10) Donald Apostle and Frederic Oder, Factors that influence the public's view of medical care, *J. A. M. A.*, Vol. 202, No. 7, 1967, pp. 140~146.
- 11) Vida Francis, Barbara M. Korsh and Marie J. Morris, Gaps in doctor-patient communication-patients' response to medical advice, *New Eng. J. Med.*, Vol. 280, No. 10, 1969, pp. 535~540.
- 12) Evan Chaney, Patient-doctor communication implications for the clinician, *Pediatric clinics of North America*, Vol. 19, No. 2, 1972.

서 第1次 標本單位로서 5個病院을 調査의 편의상 任意로 選定하였고, 第2次 標準單位로는 選定된 이들 各病院 가운데 主要 診療科目인 內科, 小兒科, 外科, 産婦人科의 4個科를 選定하여 各科에서 診療를 마친 外來患者와 그 調査 당일 해당과의 外來患者의 診療를 擔當한 醫師를 各各 調査 標本對象으로 하였다. 이들 診療科가운데 범위가 넓은 外科는 一般外科, 整形外科, 神經外科, 胸部外科, 成形外科에 屬한 醫師와 患者를 모두 調査對象으로 하였으며, 小兒科는 해당하는 調査對象者 가운데 특히 患者에 대한 調査는 患兒의 保護者를 對象으로 하였다. 그 外 一般患者調査에 있어 해당 診療科에 속한 患者가운데 本 調査研究의 目的을 이해하고 정확히 응답할 수 있다는 연령을 18세로 기준하여 이 年齡以上의 患者에 대하여 설문하였으며 이 年齡以下小兒患者는 그 患者의 保護者에 대하여 설문하였다. 身體檢査者와 初診시 응급실을 통해 온 患者는 調査對象患者에서 제외하였다.

이러한 標本選定을 통하여 調査한 總 患者數는 739名이었고, 醫師數는 91名이었다.

나. 資料蒐集方法

本 調査는 1983年 8月 16日부터 同年 10月 7日 사이에 選定된 5個의 綜合病院에서 訓練된 調査要員(大學院學生)에 의하여 실시되었다.

調査에 앞서 本 調査에 使用될 設問紙의 各問項에 대한 妥當성과 語句의 正確한 표현을 事前에 檢定하기 爲하여 本 調査對象者와 關係있이 50名의 患者와 10名의 醫師를 任意로 選抜하여 준비된 설문지를 통한 事前調査를 실시하였다. 이렇게 하여 얻은 事前調査의 結果에 따라 設問紙는 修正, 補完하였으며 最終的으로 完成된 設問紙는 外來患者의 경우, 調査員이 직접 患者를 面談하여 最大限 正確하고 솔직한 응답을 받기 爲하여 患者의 姓名을 묻지 않고 資料를 수집하도록 하였다. 그리고 醫師의 경우는 本 研究者가 醫師를 만나 연구의 目的을 설명하고 응답의 협조를 求한 후 직접 設問紙를 배부하여 24시간 이내에 회수하도록 하였다.

2. 資料分析

應答者의 面接을 통하여 蒐集된 資料는 SPSS(Statistical Package for the Social Sciences)를 利用하여 集計, 製表, 統計的인 分析을 하였다.

分析內容으로는 圖 1에서 提示하고 있는 分析模型에서 보는 바와 같이 醫師가 患者 診療時 실천한 保健教育 活動을 從屬變數로 하고, 이에 대한 直接的인 評價方法으로 (1) 醫師의 特性 (2) 診療時 醫師의 保健教育 活動에 대한 醫師自身의 認知, 態度 및 實踐에 관한 變數가 고려 되었다. 한편 醫師의 保健教育 活動 評價

를 直接 診療를 받은 患者의 經驗을 통하여 評價하고 자 患者가 認知한 醫師의 保健教育 活動變數를 選定 分析하였다. 特히 本 研究에서 從屬變數로 보고 있는 醫師의 保健教育 活動이란 醫師와 患者間의 對話 氛圍氣를 통하여 醫師가 患者에 줄 수 있는 影響力을 총칭한 것이다. 즉 포스터나 라디오, 방송, 講演등의 매체를 사용하여 保健知識의 傳達을 하지 않더라도 對人 接觸 狀態에서 醫師는 患者가 가지고 있는 健康問題를 잘 이해하고, 患者의 호소를 상세히 들어주며 또 동시에 患者가 지켜야 할 健康習慣 및 診療에 요구되는 사항에 대한 知識傳達이 가능할 수 있도록 하는 全 過程을 말하는 것이다.

分析方法으로는 各 獨立變數의 分布(百分率, 平均, 標準偏差) 및 各變數間의 χ^2 -檢定과 分散分析을 하였다. 調査對象患者의 경우 患者診療資料의 分析은 初診患者와 再診患者로 區分할 수 있는데 初診患者는 당연히 初診으로만 집계되나 再診患者의 경우는 初診과 再診이 함께 포함될 수 있다. 그러나 分析에 있어서는 初診과 再診으로만 分離處理하였다. 調査對象 醫師들의 保健教育 活動에 대한 態度와 實踐을 把握하기 爲하여 醫師自身이 認知하는 態度 및 實踐과, 診療를 받는 患者가 認知한 醫師의 保健教育 活動에 대한 態度 및 實踐을 分析하였는데, 分析 道具로는 우리나라에서 가장

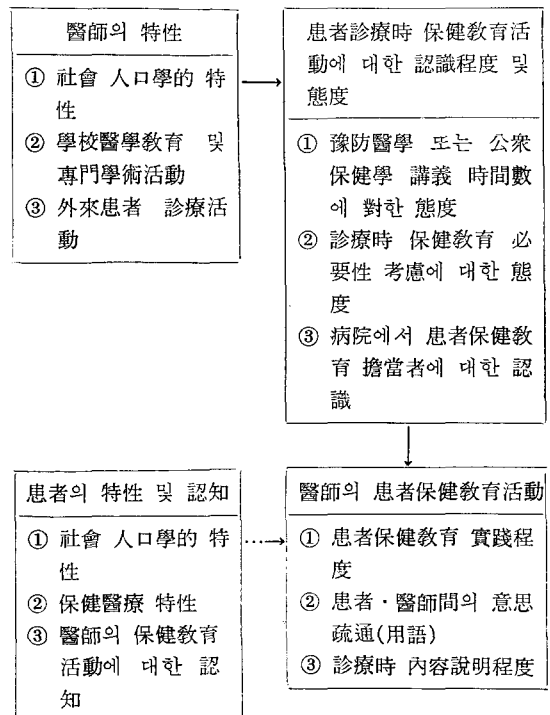


圖 1. 綜合病院에서 醫師들의 保健教育活動 評價 分析模型

表 1. 醫師의 社會 人口學의 特性

	男		女		計	
	N	%	N	%	N	%
年 齡						
25~29歲	24	38.1	21	75.0	45	49.5
30~34歲	20	31.7	4	14.3	24	26.4
35~39歲	12	19.0	1	3.6	13	14.3
40~44歲	3	4.8	—	—	3	3.3
45~49歲	2	3.2	2	7.1	4	4.4
50歲 以上	2	3.2	—	—	2	2.2
診 療 科						
內 科	19	30.2	7	25.0	26	28.5
小 兒 科	10	15.9	10	35.7	20	22.0
外 科	21	33.3	4	14.3	25	27.5
產 婦 人 科	13	20.6	7	25.0	20	22.0
資 格 水 準						
레지던트 1年	2	3.2	—	—	2	2.2
레지던트 2年	11	17.5	3	10.7	14	15.4
레지던트 3年	23	36.5	16	57.1	39	42.9
레지던트 4年	6	9.5	—	—	6	6.6
專 門 醫	21	33.3	9	32.2	30	33.0
診 療 經 歷						
2~ 3年	13	20.6	3	10.7	16	17.6
4~ 5年	25	39.7	18	64.3	43	47.3
6~10年	14	22.2	5	17.9	19	20.9
11~15年	7	11.2	—	—	7	7.7
16年 以上	4	6.3	2	7.1	6	6.6
學 位						
學 士	22	34.9	4	14.3	26	28.6
碩士過程 및 修了	11	17.5	11	39.3	22	24.2
碩 士	14	22.2	6	21.4	20	22.0
博士過程 및 修了	8	12.7	5	17.9	13	14.3
博 士	8	12.7	2	7.1	10	11.0
計	63	100.0	28	100.0	91	100.0

많이 使用하고 있는 Likert의 5評點法을 이용하여 指數化하고 그 指數 Score로 서로 比較하였다.

Ⅱ. 研究結果

1. 調查對象者의 一般의 特性

가. 醫師의 特性 分析

醫師의 保健教育活動은 醫師의 社會 人口學의 特性,

學校醫學教育 및 專門學術活動 그리고 診療活動에 따라 다를 것으로 假定하여 이에 대한 差異를 分析하였다.

1) 社會 人口學의 特性

醫師의 社會 人口學의 特性으로는 性別, 年齡, 診療科, 資格水準, 診療經歷, 學位로 區分하였는데 表 1에서 보는 바와 같이 全體의 男子醫師가 69%, 女子醫師가 31%이었다. 이를 年齡別로 나누어 보면 25~29歲群이 49.5%로 가장 많았고 그 다음은 30~34歲群

表 2. 醫師의 經歷別 醫大在學時 받은 保健教育講義 有無 및 內容

	2~3年	4~5年	6~10年	11~15年	16年 以上	計	
	(N=16)	(N=43)	(N=19)	(N=7)	(N=6)	%	(N)
모르겠다	18.7	9.3	10.5	14.3	16.7	12.1	(11)
받지 않았다	—	—	21.1	14.3	16.7	6.6	(6)
받았다	81.3	90.7	68.4	71.4	66.6	81.3	(74)
保健教育의 理論에 대하여	(—)	(5.1)	(30.8)	(40.0)	(—)	(10.8)	(8)
保健教育의 重要性에 대하여	(69.2)	(61.5)	(38.4)	(60.0)	(—)	(55.4)	(41)
保健教育의 方法에 대하여	(7.7)	(10.3)	(—)	(—)	(—)	(6.8)	(5)
保健教育에 대한 醫師義務에 대하여	(23.1)	(12.8)	(15.4)	(—)	(25.0)	(14.9)	(11)
以上 內容을 合하여	(—)	(10.3)	(15.4)	(—)	(75.0)	(12.1)	(9)
小 計	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	(100.0)	
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	(91)

p<0.05

으로서 26.4%를 차지하고 있으며 年齡이 增加할수록 차지하는 率은 감소하고 있다. 特히 女子醫師의 경우는 거의 대부분인 75%가 30歲未滿에 속해 있다.

診療科를 보면 內科, 外科, 小兒科 그리고 産婦人科에 22%에서 28% 水準 사이에서 비교적 비슷한 수준으로 分布되어 있어 앞으로 診療科에 따른 保健教育活動 評價에 各 科의 標本數 過多가 주는 影響力은 배제할 수 있었다.

醫師의 教育水準을 보면 레지던트 과정이 67.0%, 專門醫가 33.0% 이었고 레지던트 中 3年次가 가장 많았고 이 中 레지던트 4年次는 外科에 한해서만 있기 때문에 적었다. 診療經歷分布는 4~5年의 診療經歷이 있는 醫師가 47.3%로 가장 많이 차지하였고 그 다음은 6~10年 診療經歷이 있는 醫師로 20.9%이었으며 2~3年의 診療經歷醫師는 17.6%, 그리고 10年以上の 經歷所有者는 15%以下이었다. 이 中 4~5年의 診療經歷을 가진 女子醫師가 男子醫師보다 25% point 많이 차지한 것은 資格水準 特性에서 레지던트 3年次 女子醫師가 레지던트 3年次 男子醫師보다 많은 것과 거의 일치한다고 볼 수 있다. 다음, 學位別 特性은 學士가 28.6%, 碩士過程在學 및 修了·卒業이 46.2%, 博士過程在學 및 修了·卒業이 25.3%이었고, 男子醫師는 學士가 34.9%로 가장 많은 데 비해 女子醫師는 碩士過程在學 및 修了가 39.3%로 높은 비율을 나타냈다.

2) 學校醫學教育 및 專門學術活動을 통한 保健教育 學習

醫師가 保健教育에 대한 學習과 重要性에 對한 認識程度를 醫大在學時의 學校醫學教育和 臨床時의 專門學

術活動을 통하여 어느정도 接觸하였는지 여부에 따라 分析하였다.

醫大在學時 받은 保健教育講義 有無 및 그 內容을 보면 表2에서와 같이 「保健教育講義를 받았다」가 81.3%, 「保健教育 講義를 받지 않았다」가 6.6%이었고 保健教育講義가 있었는지 없었는지를 「모르겠다」가 12.1%이었다.

診療經歷別로 區分해 보면 레지던트 3年次 내지 4年次에 해당하는 4~5年의 診療經歷을 가진 醫師가 保健教育講義를 받았다고 기억하는 것이 가장 많았고, 그 다음이 2~3年의 診療經歷을 가진 醫師였다. 그러나 醫科大學 在學時 保健教育에 對한 講義를 받았다는 醫師가 全體의으로 81.3%로 비교적 높았다. 한편 기억하는 保健教育 講義內容에 대해서는 낮은 率을 나타내고 있는 바 「保健教育의 重要性에 대하여」(55.4%), 「保健教育에 對한 醫師의 義務에 대하여」(14.9%), 「保健教育의 理論(定義·理論의 背景...)에 대하여」(10.8%), 「保健教育의 方法에 대하여」(6.8%)의 順이었다. 以上의 內容을 모두 기억하는 醫師는 12.1%이었다. 이들의 差異는 各 年度別의 豫防醫學 및 公衆保健學講義 時間數배정 및 各 大學의 教科課程의 差異에 따라 나타난 것으로 추측된다. 또한 診療經歷이 짧음에 따라 保健教育講義를 기억하는 것이 증가하는 경향을 볼 수 있다(p<0.05).

臨床의 즉 診療活動過程을 통하여 받은 保健教育講義 및 討論은 전체의 17.6%에 불과했고 그 中 各 專攻科學會에서 가장 많이 經驗하였고 保健學系統의 세미나, 保健大學院 講義를 통한 經驗도 2.2%, 1.1%로

表 3. 診療活動過程 가운데 받은 保健教育講義 및 討論

	N	%
없다	75	82.4
있다	16	17.6
專攻科學會	(13)	(14.3)
保健學系統의 세미나	(2)	(2.2)
保健大學院 講義	(1)	(1.1)
計	91	100.0

나타났다. 이 表 3으로 보아 임상시에 醫師들이 保健教育에 關한 重要性을 言及해 주는 經驗과 接할 수 있는 기회가 부족함을 알 수 있다.

3) 外來患者 診療活動

各 科別 醫師들의 患者 1人當 診療所要時間과 그 診療時間에 대한 醫師들의 태도와, 診療時間 부족시 걱정 내용은 表 4와 같다.

醫師들의 患者 1人當 診療에 所要되는 時間은 男子 醫師 5.25分, 女子醫師가 5.54分으로 평균 5.34分으로 나타났는데 이는 李(1974)¹³⁾의 대학병원에서 5.6分과 거의 같게 나타났다. 患者診療時間에 대하여 대체로 충분하지 않다고 응답하고 있으며 1人當 診療時間이 충분하지 않아 保健教育 實施時間의 부족을 걱정하고 있었다(26.4%), 또 診療時間이 짧아 「診療의 質低下가 걱정된다」고 한 醫師도 24.2%나 되어 대체적으로 患者 1人當 診療所要時間이 부족함으로 保健教育의 時間 不足과 診療의 質低下를 염려하는 것으로 나타났고 있다.

醫師의 診療科에 따른 患者 1人當 診療所要時間은 產婦人科가 6.45分으로 가장 길었고 外科 6.20分, 小兒科 4.40分, 內科 4.38分의 順이었다. 특히 小兒科의 경우 7.0分 이상의 診療所要時間은 없었고 患者 1人當 10分 以上の 診療時間을 할애한 比率은 產婦人科가 35.0%, 外科가 12.0%, 內科가 7.7% 이었다. 이 患者 1

表 4. 醫師의 患者 1人當 診療時間 및 醫師自身이 느끼는 診療時間에 대한 知覺

	診療時間		醫師自身이 느끼는 診療時間에 대한 知覺										
	평 均	표 準 편 차	충 분 하 다	충 분 하 지 않 아	진료의 오진과 진료질 철저하 지 여부	오진과 진료질 철저하 지 여부	보건의료 시설의 부족	오진과 진료질 철저하 지 여부	보건의료 시설의 부족	진료질 저하 내용	이 상 내용	소 계	計 (N)
性 別													
男	5.25	2.19	27.0	3.2	38.6	1.6	22.2	6.3	—	11.1	73.0	100.0(63)	
女	5.54	3.60	14.3	7.1	14.3	3.6	35.7	3.6	7.1	14.3	85.7	100.0(28)	
計	5.34	2.68	23.1	4.4	24.2	2.2	26.4	5.5	2.2	12.1	76.9	100.0(91)	
診 療 科*													
內 科	4.38	1.94	7.7	3.8	23.1	—	19.2	11.5	7.7	26.9	92.3	100.0(26)	
小 兒 科	4.40	1.05	20.0	10.0	20.0	5.0	30.0	10.0	—	5.0	80.0	100.0(20)	
外 科	6.20	3.45	44.0	4.0	20.0	4.0	24.0	—	—	4.0	56.0	100.0(25)	
產婦人科	6.45	2.93	20.0	—	35.0	—	35.0	—	—	10.0	80.0	100.0(20)	
計	5.34	2.55	23.1	4.4	24.2	2.2	26.4	5.5	2.2	12.1	76.9	100.0(91)	
診 療 經 歷													
2~3年	5.00	2.31	25.0	—	25.0	—	25.0	12.5	—	12.5	75.0	100.0(16)	
4~5年	5.47	3.18	16.3	7.0	25.6	2.3	27.9	7.0	—	14.0	83.7	100.0(43)	
6~10年	5.53	2.34	36.8	—	26.3	—	31.6	—	5.3	—	63.2	100.0(19)	
11~15年	5.29	2.50	14.3	14.3	14.3	14.3	14.3	—	—	28.6	85.7	100.0 (7)	
16年 以上	4.83	0.75	33.3	—	16.7	—	16.7	—	16.7	16.7	66.7	100.0 (6)	
計	5.34	2.74	23.1	4.4	24.2	2.2	26.4	5.5	2.2	12.1	76.9	100.0(91)	

*p<0.05

13) 李泰浩·文玉綸, 綜合病院 外來患者의 待機時間에 關한 調查研究, 公衆保健雜誌, 第11卷, 第2號, 1974, pp. 281~289.

表 5. 患者의 社會 人口學的 特性

	男		女		計	
	N	%	N	%	N	%
年 齡						
20歲 未滿	16	7.0	19	3.7	35	4.7
20~29歲	67	29.9	158	30.7	225	30.4
30~39歲	66	29.5	173	33.6	239	32.4
40~49歲	40	17.9	81	15.7	121	16.4
50~59歲	21	9.4	57	11.1	78	10.6
60歲 以上	14	6.3	27	5.2	41	5.5
教育水準*						
無 學	1	0.5	25	4.9	26	3.6
國中退 및 卒業	12	5.5	40	7.9	52	7.2
中中退 및 卒業	26	11.8	77	15.3	103	14.2
高在·中退 및 卒業	74	33.6	219	43.5	293	40.5
大在·中退 및 卒業	94	42.7	137	27.2	231	31.9
大學院 以上	13	5.9	6	1.2	19	2.6
職 業**						
無 職	26	11.8	24	4.7	50	6.8
專門職 및 技術職	15	6.8	15	2.9	30	4.1
行政 및 事動職	75	34.1	20	3.9	95	13.0
販賣職 및 서어비스職	36	16.4	12	2.4	48	6.6
退·水産·林·畜産·狩獵業	7	3.2	3	0.6	10	1.4
生産關聯從事者, 운전기사, 단순노동자	14	3.2	3	0.6	17	2.3
學 生	42	19.1	37	7.2	79	10.8
主 婦	—	—	398	77.7	398	54.3
기 타	5	2.2	—	—	5	0.7
計	224	100.0	515	100.0	739	100.0

*불명 15명이 제외되었음.

**불명 7명이 제외되었음.

人當 診療所要時間은 李¹⁴⁾의 産婦人科 5.6分, 外科 5.4分, 小兒科 5.8分, 內科 5.3分과는 다소 차이가 있었고 趙¹⁵⁾의 小兒科醫師의 6.1分과도 약간의 차이가 있었으나 趙는 1個病院을 對象으로 실시하였으므로 患者 1人當 診療所要時間이 醫師의 個人別 特性和 아울러 各病院의 總 外來患者數와도 관계가 있으므로 다소의 차이가 나타난 것으로 보인다. 各 科別로 所要診療時間에 대한 醫師의 態度로는 診療時間을 가장 길게 소요하는 産婦人科 경우가 80% 「충분하지 않다」고 했고,

그 다음으로 오래 診療하는 外科가 56% 「충분하지 않다」고 했으며, 小兒科는 80%가 현재하고 있는 診療時間이 부족하다고 했다. 所要診療時間이 가장 짧은 內科의 경우는 92.3%가 「충분하지 않다」고 하였는데 이는 內科가 1日 診療患者數가 가장 많으므로 그것에 비해 患者 1人 診療時間이 줄어들어 그 診療時間에 대하여 가장 많이 불만으로 여기는 것으로 나타나고 있다. 各 診療科의 特性에 따라 産婦人科, 外科의 경우에는, 診察 및 相談과 아울러 治療도 포함된 診療所要時間이므로 內科나 小兒科보다 더 오랜 診療時間이 所要되었으리라 생각하고 된다. 즉 診療科에 따라 患者 1人當 所要診療時間의 뚜렷한 차이를 볼 수 있었다($p < 0.05$). 또한 患者 1人當 所要診療時間이 짧아질수록 그

14) 前掲書, p. 284.

15) 趙仁愛, 一個綜合病院에 勤務하는 小兒科 醫師들의 業務活動에 關한 調査, 公衆保健雜誌, 第13卷, 第2號, 1982, p. 371.

表 6. 患者의 診療科別 待機時間

	初 診*					再 診				
	內 科	小兒科	外 科	産婦人科	計(N)	內 科	小兒科	外 科	産婦人科	計(N)
0~ 10分 未滿	6.7	6.4	3.1	5.4	5.9 (43)	3.3	1.1	—	7.3	2.5 (15)
10~ 30分 未滿	5.5	7.4	9.4	16.2	7.8 (57)	7.3	4.2	6.9	14.8	7.1 (42)
30~ 60分 未滿	15.5	19.6	20.5	8.1	16.8 (123)	20.4	25.5	28.7	20.4	23.2 (138)
60~120分 未滿	32.6	30.9	27.6	31.1	31.1 (228)	36.4	35.2	27.7	31.5	34.1 (203)
120~180分 未滿	23.8	21.0	19.7	31.1	23.2 (170)	18.5	25.5	22.8	20.4	21.3 (127)
180分 以上	15.9	14.7	19.7	8.1	15.4 (113)	14.1	8.5	13.9	5.6	11.8 (70)
計 (N)	100.0 (328)	100.0 (204)	100.0 (127)	100.0 (74)	100.0 (733)	100.0 (275)	100.0 (165)	100.0 (101)	100.0 (54)	100.0 (595)
平均待機時間	94.8	89.0	97.6	93.1	93.5	89.1	83.8	92.3	67.4	86.2
標準 偏差	74.9	70.2	82.1	86.9	76.2	69.1	54.5	72.5	51.2	64.7

*불명이 제외되었음.

診療時間에 대해 만족스럽지 않게 생각하는 경향이 증가되었다($p < 0.05$). 診療時間 부족시 醫師의 걱정 內容으로는 小兒科, 外科, 産婦人科가 「保健教育時間의 不足」을 가장 많이 들었고, 內科의 경우에는 「診療의 質低下」를 가장 많이 걱정하였다. 患者 1人當 診療時間의 부족으로 患者에 대하여 誤診할 우려가 있다기 보다는 患者診療의 質이 낮아지거나 患者에게 豫防, 處治 및 豫後에 관한 教育을 實施하는 것이 부족하다고 걱정하는 것이 많았다. 診療經歷으로 보면 診療經驗이 6~10年인 專門醫들이 5.53分으로 患者 1人當 가장 오랜 時間을 所要한다고 하였으며, 16年以上인 專門醫들이 4.83分으로 가장 짧은 時間을 할애한다고 하였다. 대개 經歷 2~5年 사이인 레지던트들은 5.34分이었고 專門醫들은 5.35分으로 레지던트와 專門醫사이에는 患者 1人當 所要診療時間이 별 차이가 없었다.

患者 1人當 가장 오랜 時間을 所要한 經歷 6~10年인 醫師는 63.2%가 그 診療時間에 充分하지 않다고 했고, 診療經歷 16年 以上이 66.7%, 11~15年이 85.7% 充分하지 않다고 하였다. 診療時間이 充分하지 않다는 理由에는 모두 비슷한 分布로 保健教育時間의 不足, 診療의 質低下를 50.0% 以上 우려하였다. 이로써 診療經歷이 患者 1人當 診療時間에 영향을 거의 미치지 않고, 診療經歷과 醫師自身이 하는 診療時間에 대한 充分·不充分的 지각도 거의 相關성이 없음을 示唆해 준다.

나. 患者의 特性 分析

1) 患者의 社會 人口學의 特性

調査對象患者에 대한 社會 人口學의 特性과 保健醫療 特性을 表 5와 같이 分析하였다. 社會 人口學의 特性으로 年齡은 30代가 32.4%로 가장 많고 그 다음은 20代로 全體 對象患者中 70%가 39歲 以下 이었다. 男子는 20代가 가장 많았고 女子는 30代가 가장 많았다. 女子 30代가 가장 많은 것은 對象診療科中 産婦人科를 來院한 患者는 거의 30代 女性이고 또 小兒科를 來訪한 患兒의 경우는 그 保護者에게 설문하였으므로 그 보호자는 거의 25歲 이상의 主婦이기 때문에 30代 女子 및 20代 女子가 많았다.

教育水準은 高在·中退 및 卒業이 가장 많고, 그 다음이 大在·中退 및 卒業이었고 남자는 大在·中退 및 卒業이 가장 높은데 비해 女子는 高在·中退·卒業이 높은 分布를 나타냈다.

職業別로 보면 主婦가 54.3%로 가장 높은데, 이는 30代 女子가 33.6%로 가장 높은 비율에 있음에 부가하여 小兒科의 保護者 95% 이상인 小兒患者의 母이므로 나타난 현상으로 보인다. 主婦·學生 無職을 제외한 職業分布를 보면 行政 및 事務職이 13.0%로 가장 많았고, 販賣職 및 서어비스職(6.6%), 專門職 및 技術職(4.1%), 生産관련종사자·운전기사·단순노무자(2.3%), 農·水産·林·畢産·狩獵業(1.4%), 군인을 포함한 기타(0.7%)의 順이었다. 男子는 行政 및 事務職이 가장 많았고 그 다음이 販賣職 및 서어비스職이었으며, 女子의 경우 男子와 같은 순위이나 女子가 중

表 7. 患者의 診療節次別 待機時間

	初 診**			再 療*		
	一 般	特 診	計*(N)	一 般	特 診	計(N)
0~ 10分 未滿	4.4	6.7	5.9 (43)	2.0	2.8	2.5 (15)
10~ 30分 未滿	11.7	5.4	7.8 (57)	11.5	4.8	7.1 (42)
30~ 60分 未滿	20.9	14.3	16.8 (123)	28.5	20.5	23.2 (138)
60~120分 未滿	31.9	30.7	31.1 (228)	31.0	35.7	34.1 (203)
120~180分 未滿	21.6	23.9	23.2 (170)	19.5	22.3	21.3 (127)
180分 以上	9.5	19.0	15.4 (113)	7.5	13.9	11.8 (70)
計 (N)	100.0 (273)	100.0 (460)	100.0 (733)	100.0 (200)	100.0 (395)	100.0 (595)
平均待機時間	81.6	100.6	93.5	75.5	91.6	86.2
標準 偏差	68.5	79.6	76.2	59.2	66.8	64.7

*불명이 제외되었음.

**초진·재진시 환자의 진료절차별 대기시간이 매우 유의한 차이가 있다(P<0.01).

사하는 직종에는 별 차이가 없었다. 無職·學生·主婦의 非經濟活動 人口는 71.9%이었다.

2) 保健醫療特性

各 對象患者들을 初診과 再診으로 區分하여 보면 再診患者가 595名, 初診患者가 144名으로 再診患者가 初診患者의 4배나 되는것은 지속적인 追加訪問을 받는 患者들이 많음을 나타내며 이는 趙¹⁶⁾, 李¹⁷⁾, 尹¹⁸⁾의 결과와도 符合된다.

4個의 調查對象 診療科目을 보면 內科가 44.7%, 小兒科가 27.8%, 外科 17.3%, 產婦人科 10.1%를 차지하였고, 診療節次別로 보면 一般診療(一般)가 37.2%, 特別診療(特診)가 62.8%로 一般的으로 特診患者가 一般患者보다 훨씬 많았다. 接受를 始作한 後부터 診察을 받기 直前까지의 實待機時間을 初診과 再診으로 區分하여 該當 4科와 診療節次別로 比較하면 表 6, 表 7과 같다. 調查對象患者가 接受를 마치고 난 後의 待機時間은 初診의 경우 60~120분이 31.1%로 가장 많고 120~180분을 기다린 患者가 23.2%이었다. 再診의 경우도 60~120분이 가장 많고, 그 다음이 30~60分정도 기다린 患者이었다. 10分도 기다리지 않고 診療를 받았던 患者는 初診, 再診이 각각 5.9%, 2.5%이었고, 3時間 이상을 기다린 患者는 8.1%, 11.8%나 되었다.

診療種類別 平均待機時間은 初診時 93.5分, 再診時 86.2分으로 表 6과 같이 各 科別로 보면 初診時는 外科 97.6分, 內科 94.8分, 產婦人科 93.1分, 小兒科 89.0分이었고 再診時에는 外科 92.3分, 內科 89.1分, 小兒科 83.8分, 產婦人科 67.4分으로 되어있어 初診時가 再診時보다 약 7分정도 더 오래 기다린다고 나타났다.

한편 이를 一般과 特診患者別로 보면 表 7과 같이 初診時에는 一般이 81.6分, 特診이 100.6分이고 再診時에는 一般이 75.5分, 特診이 91.6分으로 初診과 再診들 다 一般보다 特診의 待機時間이 平均 15分에서 20分정도 더 길게 나타났는데 이는 文의 99分, 尹의 95分과 符合된다. 이 이유로는 文과 같이 特診환자들이 一般患者들 보다 더 일찍 集中的으로 來院하는 경향이 있어 이와같은 結果가 비롯되는 것으로 看做된다. 또 待機時間에 있어서 各 病院別로 그 體系(System)가 다르나 어떤 病院의 경우는 豫約制度(appointment system)가 있어서 豫約患者에 한하여서는 待機時間이 좀 더 短縮되는 것을 볼 수 있었다.

患者自身이 認知한 診療所要時間은 初診時에 7.61分, 再診時에 5.80分으로 5~10分미만이 가장 많고 0~5分, 10~15分 順이었다. 表 8에서와 같이 診療時間을 診療科別로 區分해 보면 初診時에는 產婦人科가 8.73分으로 가장 길었고 內科(8.13分), 外科(7.51分), 小兒科(6.43分) 順이었고, 再診時에는 初診時와 마찬가지로

16) 前掲書, p. 367.
17) 李泰浩, 文玉綸, p. 283.
18) 尹英玉, p. 13.

表 8. 患者의 診療科別 診療時間

	初 診**					再 診**				
	內 科	小兒科	外 科	産婦人科	計(N)	內 科	小兒科	外 科	産婦人科	計(N)
0~ 5分 未滿	19.9	35.3	24.6	21.6	25.1 (185)	32.0	50.3	33.7	21.9	36.4 (217)
5~10分 未滿	40.1	41.2	44.4	43.2	41.4 (305)	45.8	34.5	49.5	41.8	43.0 (256)
10~15分 未滿	24.1	15.2	17.5	17.6	19.8 (146)	15.3	12.7	11.8	27.3	15.1 (90)
15~20分 未滿	8.7	3.9	4.8	6.8	6.5 (48)	2.5	1.8	1.0	3.6	2.2 (13)
20~25分 未滿	6.0	2.5	6.3	5.4	2.0 (37)	3.3	0.6	2.0	1.8	2.2 (13)
25分 以上	1.2	1.9	2.4	5.4	2.0 (15)	1.1	0.0	2.0	3.6	1.2 (7)
計 (N)	100.0 (332)	100.0 (204)	100.0 (126)	100.0 (74)	100.0 (736)	100.0 (275)	100.0 (165)	100.0 (101)	100.0 (54)	100.0 (595)
平均診療時間	8.13	6.43	7.51	8.73	7.61	6.13	4.75	5.71	7.47	5.80
標準 偏差	6.16	6.19	6.22	8.90	6.54	4.63	3.21	4.87	5.40	4.47

*불명이 제외되었음.

**초진·재진시 진료과별로 진료시간의 차이가 있다(p<0.05)..

表 9. 患者의 診療節次別 診療時間 및 診療時間에 대한 満足指數

	初 診*				再 診*			
	一 般	特 診	計(N)	満足指數** (Range;1~5)	一 般	特 診	計(N)	満足指數** (Range;1~5)
0~ 5分 未滿	20.4	27.9	25.1 (185)	2.11	25.9	41.8	36.4 (217)	2.15
5~10分 未滿	45.6	39.0	41.4 (305)	2.43	49.8	39.5	43.0 (256)	2.55
10~15分 未滿	20.8	19.3	19.8 (146)	2.88	17.9	13.7	15.1 (90)	2.91
15~20分 未滿	5.5	7.1	6.5 (48)	3.21	2.0	2.3	2.2 (13)	3.23
20~25分 未滿	5.5	4.8	5.0 (37)	3.14	2.0	2.3	2.2 (12)	3.23
25分 以上	2.2	1.9	2.0 (15)	3.67	2.4	0.4	1.2 (7)	3.43
計 (N)	100.0 (274)	100.0 (462)	100.0 (736)	2.55	100.0 (200)	100.0 (395)	100.0 (595)	2.50
平均診療時間	7.73	7.54	7.61		6.45	5.47	5.80	
標準 偏差	6.37	6.64	6.54		5.04	4.11	4.47	

불명이 제외되었음.

*초진·재진시 진료절차별로 진료시간의 차이가 있다(p<0.05).

**초진·재진시 진료시간별로 진료시간에 대한 만족정도에 매우 유의한 차이가 있다(p<0.01).

産婦人科(7.47分), 內科(6.13分), 外科(5.71分), 小兒科(4.75分)로 나타남으로 初診時엔 再診時엔 各 科別로 診療時間에 대한 顯著的한 差異가 있음을 보여준다(p <0.05). 各 診療科別로 그 特性에 따라 産婦人科나 外科의 경우는 相談, 診察 및 治療를 하고 있기 때문에 더욱 오랜 時間이 所要되는 경향등으로 보아 各 診療

表 10. 患者의 診療待機時間中 保健教育 經驗有無 및 內容

	N	%
經驗없다.	707	95.7
經驗있다.	32	4.3
비디오통해서	(19)	(2.6)
看護員을 통해서	(3)	(0.4)
冊子를 통해서	(9)	(1.2)
放送을 통해서	(1)	(0.1)
計	739	100.0

科別 診療所要時間이 차이가 있는 것으로 起因하는 듯하다. 또한 患者自身이 認知한 診療所要時間은 醫師가 응답한 診療所要時間인 産婦人科 6.45分, 外科 6.20分, 小兒科 4.40分, 內科 4.38分에 0.5~1分정도를 더 加算한 範圍에 分布하고 있다.

한편 診療節次別로 診療時間 및 그 診療期間에 대한 満足도를 보면 表 9와 같다. 診療節次別 診療時間은 初診時 一般이 7.73分, 特診이 7.54分으로 平均 7.61分이고, 再診時에는 一般이 6.45分 特診이 5.47分으로 平均 5.80分으로 나타나 전반적으로 再診時보다 初診時가 또 特診보다 一般의 경우가 진료시간이 더 길게 나타났다. 이 이유로는 여러가지가 있겠으나 初診의 경우에는 診療擔當醫가 새로운 患者와 그 患者의 疾病과 그 疾病에 영향을 줄 수 있는 諸般環境에 대한 情報를 알아야 하는 반면, 再診의 경우는 과거 病歷 記錄에 의하여 患者에 대한 事前知識이 있음으로 인해서 初診時의 診療時間이 再診時의 診療時間보다 더 긴 것으로 思料된다. 또한 一般·特診에 있어서 病院마다 다소의 體系(system)의 차이를 볼 수 있었는데 調査對象 5個綜合病院中 1個綜合病院을 제외하고는 一般은 대개 레지던트에 의한 診療로 診療 指定醫師를 선택할 수 없는 상황이고, 特診의 경우는 專門醫로 患者가 직접 意思 決定을 하여 醫師를 選擇할 수 있는 제도이었다. 그러므로 一般은 거의 매번 다른 醫師에게 診療 및 相談을 받으나 特診에 있어서는 계속 診療를 받아오던 主治醫式의 特診申請을 하여 醫師와의 유대관계가 잘 이루어져 醫師와 患者사이의 의사소통도 원활할 수 있고, 계속 擔當하던 醫師이므로 그 患者의 問題點을 파악하는데 有利하다는 理由로 特診이 一般보다 診療時間이 짧

으리라는 것을 暗示한다. 더불어 患者들이 認知하는 診療時間에 대한 満足程度를 5等間尺度(1~5점)로 나타내보면 初診時에 2.55, 再診時에 2.50으로 보통이다라고 나타났다. 初診時와 再診時의 診療時間에 2分間の 差異는 있었으나 그 診療時間에 대한 満足度에는 별 差異가 없었다. 各 診療時間에 對한 満足度로는 診療時間이 증가함에 따라 그 満足 정도가 점점 증가하여 診療時間 0~5分미만과 25分 이상에서의 満足度 差異가 1.50 이상을 나타내는 것으로 보아 診療時間이 길어질수록 그 満足도가 높아짐을 알 수 있다($p < 0.01$).

診療待機時間에 保健教育을 받은 經驗이 있었는가에 대하여 살펴보면 表 10에서 보는 바와 같이 全 對象患者의 4.3%만이 經驗이 있었다. 金(1982)¹⁹⁾은 小兒科 外來患兒의 保護者를 對象으로 保健教育要求程度를 調査한 結果 保護者들의 94.8%가 待機時間中에 保健教育을 받기를 願한다고 하였고, 外國의 경우 外來에서 保護者를 위한 保健教育 프로그램을 운영하고 있는데 이는 保護者의 態度를 變化시킴으로 患者에게도 變化를 줄 수 있어 保健教育프로그램을 成功의으로 이끄는 것이 매우 중요하다고 하였다.²⁰⁾ 그러므로 患者와 直接 接觸하는 간호원, 의사는 물론이고 체계화된 國民保健 啓蒙의인 保健教育實施가 要求된다.

患者가 疾病이 發生하거나 疾病의 우려가 있어서 病院을 來院하게 될 경우 患者가 관심을 가지고 있는 궁금증의 程度를 尺度化시켜 그 지수를 구한 結果 表 11과 같이 診斷名이 2.62로 가장 궁금해하였고, 疾病의 原因이 2.46으로 그 다음 궁금한 것으로 나타났고, 症狀의 進行에 대하여도 2.22로 알고 싶다고 하였다. 診療時의 궁금한 것을 疾病에 관한 것, 治療에 관한 것, 豫防 및 治療後 注意事項에 관한 것, 기타(治療費)에 관한 것으로 區分해 보았을 때 疾病에 관한 것 즉 疾病의 原因, 診斷名, 症狀의 進行에 대하여 가장 많이 궁금해 하는 것으로 나타났다. 그리고 治療하고 있는 內容, 治療의 進行過程, 檢査에 대한 說明, 藥 다루는 法에 대하여 1.99, 1.88, 1.88, 1.44로 치료에 관하여 두번째로 궁금해 하였고 疾病의 豫防法이나 治療 및 管理시 注意事項이 1.66, 1.46 정도로 나타났고 치료비에 관하여는 1.65이었다.

이것으로 보아 調査對象患者들이 外來患者임으로 疾病이 發生된 상태이거나 疾病이 進展되어 있는 狀況이 대부분이어서 治療의 目的을 가지고 來院하였기 때문에 疾病 및 治療에 關한 궁금증이 높은 것으로 나타났다고 추측할 수 있겠다.

2. 醫師의 保健教育活動

가. 患者 診療時 保健教育活動에 대한 認識程度 및

19) 金銀淑, p. 19.

20) Committee on Community Health Service, Pediatrician's Role in Day Care of Children, Pediatrics, Vol. 52, No. 5, 1973, pp. 746~747.

表 11. 診療時 患者가 느끼는 最急한 點

	가장 最急한 點		두번째 最急한 點		세번째 最急한 點		공 共 Index
	N	%	N	%	N	%	
診 斷 名	175	24.5	19	2.7	34	5.1	2.62
症狀의 進行	102	14.3	84	12.1	51	7.7	2.22
疾病의 原因	217	30.4	125	18.0	42	6.4	2.46
治療하고 있는 內容	41	5.7	87	12.6	42	6.4	1.99
現在하고 있는 治療의 進行過程	65	9.1	113	16.3	97	14.7	1.88
檢査의 說明	51	7.1	82	11.8	76	11.5	1.88
疾病의 豫防法	23	3.2	84	12.1	90	13.7	1.66
治療 및 管理時注意事項	15	2.1	56	8.1	115	17.5	1.46
處方 및 藥 다루는 법	11	1.5	26	3.8	72	10.9	1.44
治 療 費	15	2.1	17	2.5	40	6.1	1.65
計	715	100.0	693	100.0	659	100.0	2.03

表 12. 公衆保健學 또는 豫防醫學講義時間數에 對한 調整與否

	男		女		計	
	N	%	N	%	N	%
모르겠다	30	47.4	16	57.1	46	50.5
그대로 두는 것이 좋겠다	26	41.3	9	32.0	35	38.5
줄이는 것이 좋겠다: 現實性이 없으므로	—	—	1	3.6	1	1.1
늘이는 것이 좋겠다:	7	11.3	2	7.3	9	9.9
公衆保健 및 疾病豫防이 중요하므로	(3)	(4.9)	(2)	(7.3)	(5)	(5.5)
醫師의 새로운 認識과 啓蒙을 위하여	(2)	(3.2)	—	—	(2)	(2.2)
實習(適用)에 도움이 되게 하기 위하여	(2)	(3.2)	—	—	(2)	(2.2)
計	63	100.0	28	100.0	91	100.0

表 13. 患者診療時 保健教育 必要性 考慮에 대한 態度

	男		女		計	
	N	%	N	%	N	%
必要性 考慮하지 않겠다	3	4.8	1	3.6	4	4.4
必要性 考慮하겠다	60	95.2	27	96.4	87	95.6
計	63	100.0	28	100.0	91	100.0

態度

1) 公衆保健學 또는 豫防醫學講義 時間數에 대한 態度
 醫師들의 保健教育活動을 評價하기 위한 기초자료로서 患者診療時의 保健教育活動에 대한 醫師들의 認識 및 態度를 分析하였다. 醫大在學時에 保健教育活動과

밀접한 관계가 있는 公衆保健學 및 豫防醫學時間數에 대한 調整여부에 대하여 表 12에서 보는 바와 같이 公衆保健學 및 豫防醫學時間數를 줄이던 늘이던 調整이 필요하다는 集團으로 합쳐보면 11.0%이었고 「그대로 두는 것이 좋겠다」가 38.5%이었다. 醫師의 性別로는 男子醫師와 女子醫師가 각각 11.3%, 11.0%로 비슷한

表 14. 病院에서의 患者保健教育 擔當者에 對한 意見

	男		女		計	
	N	%	N	%	N	%
간호원이 담당해야	—	—	1	3.6	1	1.1
담당의사가 담당해야	4	6.3	2	7.1	6	6.6
간호원과 담당의사가 담당해야	2	3.2	—	—	2	2.2
특별히 환자보건교육을 맡은 사람이 담당해야	2	3.2	—	—	2	2.2
이상 모두가 담당해야	55	87.3	25	89.3	80	87.9
計	63	100.0	28	100.0	91	100.0

p>0.05

表 15. 醫師自身이 認知하는 患者保健教育 實踐程度

	전혀 實踐하지 않는다	거의 實踐하지 않는다	보통이다	약간 實踐하는 편이다	매우 많은 實踐	計 % (N)	實踐 Index (Range; 1~5)
性 別							
男	—	31.8	33.3	28.6	6.3	100.0(63)	3.10
女	—	21.4	32.1	46.5	—	100.0(28)	3.25
診療科							
內 科	—	30.8	34.6	30.8	3.8	100.0(26)	3.08
小 兒 科	—	20.0	45.0	30.0	5.0	100.0(20)	3.20
外 科	—	36.0	28.0	32.0	4.0	100.0(25)	3.04
産婦人科	—	25.0	25.0	45.0	5.0	100.0(20)	3.30
診療時間							
0~3分	—	29.2	50.0	20.8	—	100.0(24)	2.92
4~6分	—	23.4	34.0	38.3	4.3	100.0(47)	3.23
7~9分	—	50.0	—	25.0	25.0	100.0 (8)	3.25
10~19分	—	36.4	18.2	45.5	—	100.0(11)	3.09
20分 以上	—	—	—	100.0	—	100.0 (1)	4.00
計	—	28.6	33.0	34.1	4.3	100.0(91)	3.15

수준에서 조정이 필요하다는 내용으로 응답하고 있다. 조정이 필요하다는 응답내용에는 保健教育의 내용이 포함될 수 있는 公衆保健學이나 豫防醫學時間을 늘리기를 원하고 있으나 전체적으로 볼 때는 대단히 미흡한 수준에 머물러 있다.

2) 患者 診療時 保健教育 必要性 考慮에 對한 態度

患者診療時 保健教育 必要性 考慮에 對한 態度에 關하여 表 13을 보면 診療時 保健教育의 「必要性을 考慮 하겠다」라고 응답한 醫師가 95.6%, 「고려하지 않겠다」가 4.4%로 醫師들 각자가 保健教育의 必要性에 對하여 決실히 깨닫고 있는 것으로 나타났다. 性別로 볼 때 患者保健教育의 「必要性을 考慮 하겠다」가 男子醫師가

95.2%, 女子醫師가 96.4%로 別 差異를 나타내지 않았다.

3) 病院에서의 患者保健教育 擔當者에 對한 意見

表 14에서 보는 바와 같이 患者에 對한 保健教育은 누구의 責任이냐는 質問에 「看護員, 擔當醫師, 患者保健教育擔當專門家가 모두 責任이 있다」고 87.9%가 응답하였고, 患者保健教育은 「看護員 혼자의 責任이다」(1.1%), 「特別한 患者保健教育擔當專門家の 責任이다」(2.2%)라고 답한 醫師가 5%未滿인 것으로 보아 醫師自身을 포함한 모든 醫療人이 患者保健教育의 責任을 가지고 있다는 올바른 認識을 하고 있음이 나타났다. 醫師의 性別에 따른 差異는 볼 수 없었다.

表 16. 醫師自身이 認知하는 診療時 診療內容 說明程度

診 斷 名	初 診					再 診					計 算 率 (N=91)	說 明 度 Index (Range; 1~4)
	전혀 안한다	실 명 이다	대 강 한 다	매 우 자 세 히 명 다	우 계 명 다	전혀 안한다	실 명 이다	대 강 한 다	매 우 자 세 히 명 다	우 계 명 다		
診 斷 名	—	6.6	63.7	29.7	100.0	3.23	2.2	12.1	54.9	30.8	100.0	3.14
症 狀 的 進 行	1.1	9.9	64.8	24.2	100.0	3.12	—	6.6	60.4	33.0	100.0	3.26
疾 病 的 原 因	2.2	13.2	64.8	19.8	100.0	3.02	3.3	22.0	52.7	22.0	100.0	2.93
治 療 中 有 關 內 容	1.1	19.8	63.7	15.4	100.0	2.93	3.3	12.1	65.9	18.7	100.0	3.00
現 在 中 有 關 治 療 的 進 行 過 程	1.1	22.0	59.3	17.6	100.0	2.93	3.3	6.6	63.7	26.4	100.0	3.13
檢 查 的 說 明	1.1	15.4	54.9	28.6	100.0	3.11	—	12.1	57.1	30.8	100.0	3.19
疾 病 的 豫 防 法	2.2	22.0	61.5	14.3	100.0	2.88	1.1	18.7	58.2	22.0	100.0	3.01
治 療 及 管 理 時 注 意 事 項	—	6.6	67.0	26.4	100.0	3.20	1.1	6.6	57.1	35.2	100.0	3.26
處 方 及 藥 劑 處 方 法	5.5	23.1	59.3	12.1	100.0	2.78	7.7	22.0	57.1	13.2	100.0	2.76
治 療 法	47.3	34.1	18.6	—	100.0	1.71	44.0	39.6	15.3	1.1	100.0	1.74

나) 患者保健教育實踐 評價

1) 醫師의 患者保健教育實踐

診療時의 患者保健教育實踐程度를 5等間尺度로 나누어 보았을 때 表 15와 같았다. 醫師의 診療時 保健教育實踐程度는 平均 3.15로 대체로 實踐하고 있는 것으로 評價된다. 保健教育實踐程度를 分布로 볼 때 「약간 實踐하는 편이다」가 34.1%로 가장 많고 「보통이다」가 33.0%이었다. 「전혀 實踐하지 않는다」고 응답한 醫師가 없는 것으로 보아 診療時間이 짧은 가운데서도 醫師自身이 최대한 保健教育에 대한 관심을 가지고 있는 것으로 응답하고 있다.

醫師의 性別로 보면 女子醫師가 3.25, 男子醫師가 3.10으로 女子가 약간 더 많이 實踐하는 것으로 응답하고 있는데 이는 表 13의 患者診療時 患者保健教育의 「必要性을 考慮하겠다」고 응답한 比率이 女子醫師가 男子醫師보다 1.2% point 많은 것과 表 4의 女子醫師가 男子醫師보다 1人診療時間이 0.3分정도 더 긴 것과 연관이 있는 것으로 생각된다.

또한 診療科에 따라 保健教育實踐指數를 보면 產婦人科가 3.30으로 가장 많이 實踐하고 있고 小兒科는 3.20, 內科·外科는 3.04로 나타났다. 診療時間別로 보면 醫師의 患者 1人當所要診療時間이 길어질수록 患者 保健教育實踐도 증가하는 경향이 있음을 示唆하고 있다.

2) 診療時 診療內容 說明程度

醫師自身이 認知하는 診療內容을 診斷名 說明 및 症

狀의 進行 說明등을 포함한 10個의 說明範疇(category)로 區分하고 各 項目에 대한 說明정도를 4等間尺度로 區分하여 指數化한 結果는 表 16과 같다. 初診時에 診斷名에 대하여 說明指數가 3.23으로 가장 높고 그다음 이 治療 및 管理時 注意事項(3.20), 症狀의 進行(3.12), 檢査의 說明(3.11), 疾病의 原因(3.02)등의 順이다. 再診의 경우는 初診에 비하여 診整名(3.14)보다는 治療 및 管理時 注意事項(3.26), 症狀의 進行(3.26)에 관하여 더욱 많이 說明하였고, 檢査에 대한 說明(3.19), 診整名(3.14), 現在하고 있는 治療의 進行過程(3.13), 疾病에 대한 豫防法(3.01), 治療하고 있는 內容(3.00)이 指數點數가 3.00 이상으로 初診과 큰 差異는 없으나 一般적으로 再診時 初診보다 治療에 관계된 說明을 더욱 많이 하고 있음을 암시한다.

診療時 診療內容 說明程度에 대한 4等間尺度를 사용하여 指數化한 것을 醫師의 各 特性 中 關係가 있다고 여겨지는 변수를 선택하여 分析하면 表 17, 表 18과 같았다. 먼저 表 17과 같이 初診時의 醫師診療時 診療內容 說明程度를 보면 性別로는 男子醫師와 女子醫師 사이의 說明程度에 대한 指數는 거의 같은 水準을 보인다. 診療經歷別로 보면 各 經歷別로 별 差異는 없으나 특히 疾病의 豫防法에 대한 說明에 있어서 診療經歷이 많을수록 說明程度가 낮게 나타났다. 또한 診療科目別로 區分하면 內科, 小兒科, 外科, 產婦人科의 順으로 各各에 대하여 說明을 더욱 자세히 하는 것으로 이는 表 4에서 보는 바와 같이 診療時間이 產婦人科가 가장

表 17. 醫師自身이 認知하는 診醫時 診療內容 說明程度指數(初診時)

	診斷名	症狀 進行	疾病 原因	治療 內容	治療의 進過	檢 查 行 程 說 明	疾 病 豫 防 法	治療 및 管理注 意事項	處方 및 藥 다루는 법	治療費	
性 別											
	男(N=63)	3.22	3.11	3.03	2.94	2.91	3.08	2.84	3.19	2.73	1.73
	女(N=28)	3.25	3.14	3.00	2.93	3.00	3.18	2.96	3.21	2.89	1.68
治療 經 歷											
	2~3年(N=16)	3.44	3.19*	3.19	2.94	2.94	3.00	3.00**	3.06	2.63	1.81
	4~5年(N=43)	3.21	3.26	3.05	2.95	3.02	3.14	2.91	3.19	2.84	1.49
	6~10年(N=19)	3.11	2.95	2.95	2.89	2.95	3.16	2.95	3.37	2.89	2.00
	11~15年(N=7)	3.29	3.14	3.14	3.14	2.86	3.14	2.86	3.29	2.86	2.00
	16年 이상(N=6)	3.17	2.50	2.50	2.67	2.33	3.00	2.17	3.00	2.33	1.83
診 療 科											
	內 科(N=26)	3.00	2.92	2.85	2.85*	2.62**	2.81*	2.77	3.04	2.50*	1.73
	小 兒 科(N=20)	3.30	3.10	2.85	2.65	2.85	3.05	2.80	3.15	2.80	1.55
	外 科(N=25)	3.32	3.20	3.20	3.04	3.12	3.28	2.96	3.32	2.76	1.80
	產婦人科(N=20)	3.35	3.30	3.20	3.20	3.20	3.35	3.00	3.30	3.15	1.75

*진료경력별로 증산진행에 대한 설명정도와 진료과별로 치료내용, 검사설명, 처방 및 약 다루는 법의 설명정도의 차이가 있다(p<0.05).

**진료경력별로 질병예방법에 대한 설명정도와 진료과별로 치료의 진행과정에 대한 설명정도의 매우 유의한 차이가 있다(P<0.01).

表 18. 醫師自身이 認知하는 診療時 診療內容 說明程度指數(再診時)

	診斷名	症狀 進行	疾病 原因	治療 內容	治療의 進過	檢 查 行 程 說 明	疾 病 豫 防 法	治療 및 管理注 意事項	處方 및 藥 다루는 법	治療費	
性 別											
	男(N=63)	3.03*	3.24	2.89	3.00	3.13	3.17	2.97	3.25	2.73	1.75
	女(N=28)	3.39	3.32	3.04	3.00	3.14	3.21	3.11	3.29	2.82	1.71
治療 經 歷											
	2~3年(N=16)	2.81	3.19	2.87	3.06	3.06	3.12	2.94	3.00	2.44	1.69
	4~5年(N=43)	3.30	3.35	2.98	2.98	3.16	3.23	3.02	3.30	2.84	1.63
	6~10年(N=19)	3.21	3.32	3.05	3.16	3.37	3.16	3.21	3.53	2.95	2.05
	11~15年(N=7)	2.71	3.00	2.86	2.86	3.00	3.14	3.00	3.00	2.71	1.86
	16年 이상(N=6)	3.17	3.00	2.50	2.67	2.50	3.17	2.50	3.17	2.50	1.50
診 療 科											
	內 科(N=26)	2.96	3.23	2.81	2.88	3.04	3.19	3.04	3.08	2.54	1.73
	小 兒 科(N=20)	3.00	3.35	2.70	2.75	2.95	3.05	2.95	3.35	2.90	1.60
	外 科(N=25)	3.28	3.20	3.04	3.12	3.28	3.16	3.08	3.40	2.72	1.80
	產婦人科(N=20)	3.35	3.30	3.20	3.25	3.25	3.35	2.95	3.25	2.95	1.80

*성별에 따라 진단명에 대한 설명정도의 차이가 있다(p<0.05).

길고 外科, 小兒科順으로 診療內容 說明程度가 診療時 查說明, 處方 및 藥 다루는 법에 대한 說明程度에 平
 間과 밀접한 관계가 있음을 파악할 수 있다. 產婦人科, 렷한 差異를 보이고 있다(p<0.01).
 外科, 小兒科, 內科의 順으로 治療하고 있는 內容, 檢 表 18에서는 再診時 診療內容의 說明程度를 보여주

表 19. 患者와 醫師間的 對話氛圍氣 形成

	內 科	小 兒 科	外 科	產婦人科	計(N)
없었다	33.5	34.0	28.3	25.7	31.9(236)
있었다	66.5	66.0	71.7	74.3	68.1(503)
患者가 먼저	(53.9)	(58.3)	(64.6)	(63.5)	(57.9)(428)
醫師가 먼저	(4.2)	(2.9)	(3.2)	(6.8)	(3.9)(29)
同時에	(8.4)	(4.8)	(3.9)	(4.0)	(6.3)(46)
計 (N)	100.0 (334)	100.0 (204)	100.0 (127)	100.0 (74)	100.0 (739)

表 20. 初診時 患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度

	問 診 程 度				傾 聽 態 度			
	아 픈 時 期	症 狀	治 療 經 驗	疾 病 進 行	아 픈 時 期	症 狀	治 療 經 驗	疾 病 進 行
대단히 나빴다	7.4	7.1	39.9	39.0	2.2	1.8	6.8	4.4
나빴다	7.6	7.3	8.1	10.2	9.8	9.3	15.2	14.3
보통이다	21.4	23.1	18.4	21.9	24.1	24.5	33.1	34.4
좋았다	42.8	43.8	23.5	19.1	46.2	46.9	31.8	32.7
매우 좋았다	20.8	18.7	10.1	9.8	17.7	17.5	13.1	14.2
計 (N)	100.0 (737)	100.0 (737)	100.0 (737)	100.0 (735)	100.0 (725)	100.0 (730)	100.0 (631)	100.0 (612)
問診·傾聽指數 (Range; 1~5)	3.62	3.60	2.56	2.50	3.67	3.69	3.29	3.38

*불명과 비해당이 제외되었음.

고 있는데 治療 및 管理時 注意事項과 症狀進行에 관하여 가장 많은 說明을 하고있다. 醫師의 性別로 보면 各各의 說明程度의 順序에는 男子·女子의 差異가 거의 없었고 再診과 마찬가지로 女子가 男子보다 약간 높은 水準에 있었으나 큰 의미를 부여할 정도는 아니다. 診療經歷別로 分析해 보았을 때도 初診과 비슷한 양상을 보였으며 診療科別로 나누어 보았을 때도 初診과 마찬가지로 產婦人科, 外科, 小兒科, 內科의 說明分布를 보이고 있다. 以上 검토한 內容을 두고 보건데 全體的으로 初診보다 再診時에 醫師가 患者에게 說明하는 程度가 더 높은 것으로 나타났다.

3. 患者가 認知한 醫師의 保健教育活動

가. 患者가 認知한 醫師의 診斷行態

1) 患者와 醫師間的 대화분위기(Rapport)形成
患者와 醫師間에 대화분위기(Rapport)를 形成하는 相互交換(Social exchange)이 있었느냐를 파악하기 위하여 患者와 醫師가 인사를 하였는가를 알아본 結果表 19와 같이 「인사를 했다」가 68.1%로 醫師-患者間的

接近이 完全히 이루어지지 않은 채 診療가 시작되고 있음을 알 수 있다. 診療科別로 보면 產婦人科과 外科가 비슷한 水準에서 높고 內科, 小兒科는 같은 水準으로 그 다음이다.

2) 患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度

患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度를 아픈時期·症狀·治療經驗·疾病進行에 관한 質問과 傾聽態度의 4範疇로 나누어 5等間尺度를 사용하여 살펴보면 初診時에는 表 20과 같이 자세히 물어보기보다는 주로 성의있게 들어주는 편이었다. 아픈時期과 症狀에 관하여는 각각 3.62, 3.60으로 약간 자세히 물어본다고 할 수 있으며 이에 대한 傾聽態度는 각각 3.67, 3.69로 성의있게 들어주는 것으로 認知하고 있다. 治療經驗과 疾病進行에 관하여는 2.56, 2.50으로 비교적 낮은 水準에서 물어주고 있으며 傾聽態度에 있어서는 3.29, 3.38로 비교적 성의있게 들어주는 편이라고 응답했다.

再診時의 醫師의 問診程度 및 傾聽態度를 表 21에서 보면 問診程度에 있어서는 症狀에 관하여 3.05로 가장

表 21. 再診時 患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度

	問診程度				傾聽態度			
	아 픈 時 期	症 狀	治 療 經 験	疾 病 進 行	아 픈 時 期	症 狀	治 療 經 験	疾 病 進 行
대단히 나빴다	41.4	21.7	62.7	23.3	2.4	2.0	9.3	5.5
나빴다	6.9	9.1	9.6	16.2	9.1	10.0	19.9	16.9
보통이다	19.1	23.4	16.6	30.4	28.3	26.3	35.0	34.1
좋았다	24.7	34.5	7.9	23.6	44.1	44.9	24.8	31.5
매우 좋았다	7.9	11.4	3.2	6.4	16.1	16.8	11.0	12.0
計 (N)	100.0 (592)	100.0 (595)	100.0 (592)	100.0 (592)	100.0 (492)	100.0 (559)	100.0 (432)	100.0 (543)
問診·傾聽指數 (Range: 1~5)	2.51	3.05	1.79	2.74	3.62	3.65	3.09	3.27

*불명과 비해당이 제외되었음.

表 22. 患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度 指數(初診時)

	問診程度					傾聽態度				
	아 픈 時 期	症 狀	治 療 經 験	疾 病 進 行	計	아 픈 時 期	症 狀	治 療 經 験	疾 病 進 行	計
診療科										
內科	3.63	3.60	2.53	2.48**	3.06	3.60*	3.67**	3.17**	3.32*	3.44
小兒科	3.72	3.65	2.56	2.84	3.19	3.88	3.84	3.62	3.58	3.73
外科	3.55	3.61	2.57	2.16	2.72	3.62	3.58	3.20	3.32	3.43
産婦人科	3.43	3.39	2.66	2.28	2.94	3.53	3.52	3.13	3.17	3.34
診療節次										
一般	3.45**	3.47*	2.36**	2.54	2.96	3.60	3.62**	3.10**	3.31	3.41
特診	3.72	3.67	2.68	2.48	3.14	3.72	3.73	3.40	3.42	3.57
診療時間**										
0~5分 未滿	3.43	3.39	2.29	2.14	2.81	3.44	3.45	3.23	3.25	3.35
5~10分 未滿	3.53	3.54	2.40	2.51	3.00	3.67	3.67	3.17	3.30	3.47
10~15分 未滿	3.71	3.66	2.83	2.60	3.20	3.83	3.88	3.34	3.47	3.64
15~20分 未滿	4.17	4.08	3.27	2.96	3.62	4.00	4.00	3.71	3.76	3.87
20~25分 未滿	4.08	3.92	2.78	2.70	3.37	3.68	3.76	3.43	3.43	3.59
25分 以上	4.07	4.20	3.60	3.93	3.95	4.07	4.00	3.87	4.00	3.99
平均指數	3.62	3.60	2.56	2.50	3.07	3.67	3.69	3.29	3.38	3.52

*진료과별 아픈시기, 질병진행에 대한 경청태도에 차가 있고, 진료절차별 증상에 대한 문진정도에 차이가 있다(P<0.05).

**진료과별 질병진행에 대한 문진정도와 증상·치료경험에 대한 경청태도의 차가 있고, 진료절차별로 아픈시기, 치료경험의 문진정도와 증상, 치료경험의 경청태도에 차가 있고 진료시간별 문진정도 및 경청태도에 매우 유의한 차이가 있다(P<0.01).

높은水準에 있으며 다음으로 疾病進行(2.74), 아픈時期(2.51), 治療經驗(1.79)의 順으로 묻는 편이었다. 이는 初診時보다 疾病進行에 대하여 더욱 자세히 묻은 편이고, 아픈時期, 증상, 治療經驗에 관하여는 적게

물어본 결과인데 이中 특히 치료경험에 대하여 적게 묻은 것은 患者가 再診이므로 追加訪問(follow up)됐다는 가정이 있기 때문이라고 여겨진다. 傾聽態度도 症狀(3.65), 아픈時期(3.62), 疾病進行(3.27), 治療經驗

表 23. 患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度 指數(再診時)

	問 診 程 度					傾 聽 態 度						
	아 時	은 期	症 狀	治 療 經 驗	疾 病 進 行	計	아 時	은 期	症 狀	治 療 經 驗	疾 病 進 行	計
診 療 科												
內 科	2.64	3.11	1.86	2.65*	2.57	3.57	3.62	2.93**	3.20*	3.35		
小 兒 科	2.41	3.01	1.70	2.97	2.52	3.77	3.74	3.49	3.51	3.63		
外 科	2.30	2.82	1.68	2.76	2.39	3.57	3.63	3.05	3.19	3.37		
產 婦 人 科	2.56	3.26	1.96	2.41	2.55	3.54	3.56	2.83	3.10	3.28		
診 療 節 次												
一 般	2.75**	3.09	1.84	2.71	2.60	3.58	3.62	2.87**	3.17	3.33		
特 診	2.39	3.03	1.77	2.75	2.49	3.65	3.66	3.21	3.33	3.47		
診 療 時 間												
0~5分 未滿	2.08**	2.65**	1.42**	2.46**	2.15	3.46	3.49	3.15	3.20	3.33		
5~10分 未滿	2.76	3.19	1.89	2.88	2.68	3.68	3.73	2.98	3.24	3.43		
10~15分 未滿	2.75	3.34	2.29	2.90	2.82	3.75	3.70	3.19	3.44	3.53		
15~20分 未滿	2.08	3.69	2.15	3.46	2.85	3.70	4.00	3.33	3.69	3.71		
20~25分 未滿	3.08	3.69	2.31	2.54	2.91	3.73	3.69	3.30	3.38	3.53		
25分 以上	3.14	3.86	1.86	3.00	2.97	3.83	3.71	2.80	3.50	3.50		
平 均 指 數	2.51	3.05	1.79	2.74	2.53	3.62	3.65	3.09	3.27	3.42		

*진료과별 질병진행에 대한 문진정도 및 경청태도에 차이가 있다(P<0.05).

**진료과별 치료경험에 대한 경청태도와 진료질차별 아픈시기의 문진정도와 치료경험의 경청태도, 진료시간별 문진정도의 매우 유의한 차이가 있다(P<0.01).

(3.09)로 모두 보통이상으로 들어 주었다고 응답했고 이를 初診時와 비교하여 보면 再診時가 初診時보다 비교적 덜 성의있게 들어 준 것으로 나타났다. 또한 初診과 마찬가지로 問診程度보다 傾聽態度가 더 好意的으로 認知되었다.

患者가 認知한 醫師의 問診程度 및 傾聽態度를 5等 間尺度로 區分하여 指數化하였는데 診療科, 診療節次, 患者 1人當 所要診療時間에 따라 分析해 보면 表 22와 表 23과 같다.

初診時를 보면 表 22에서와 같이 전체적인 問診程度는 3.07로 보통이고 傾聽態度는 3.52로 보통에서 약간 肯定的인 것으로 認知되었다. 우선 診療科別로 보면 小兒科 問診程度가 3.19로 가장 良好하였고, 內科(3.06), 產婦人科(2.94), 外科(2.72)의 順이었다. 傾聽態度로는 小兒科(3.73), 內科(3.44), 外科(3.43), 產婦人科(3.34)의 順이었다. 특히 科別로 傾聽態度의 各 範疇 사이에 有意한 差가 있음을 볼 수 있었다(P<0.01). 한편 特診과 一般診療로 나누어 患者가 認知한 程度를 보면 診問程度 및 傾聽態度에 있어서 特診이 一般보다 더 자세히 물어보고 더 잘 들어주는 것으로 나타났다. 특히 症狀과 治療經驗에 대하여는 一般과 特診에서 醫

師의 묻는 정도와 들어주는 정도에서 차이가 있었다(P<0.05). 診療時間別로 보면 診療時間이 증가함에 따라 (20~25分未滿을 제외하고) 各各의 問診程度 및 傾聽態度가 점점 肯定的인 傾向을 나타냈다(P<0.01).

再診時의 醫師의 問診程度 및 傾聽態度(表23)는 全體적으로 問診程度가 2.53로 傾聽態度의 3.42보다 낮은 것으로 認知되었다. 診療科別로 보면 問診程度에 있어 小兒科가 2.97로 가장 높고 傾聽態度에 있어서도 역시 小兒科 3.63으로 가장 양호한 것으로 나타났다. 診療節次別로 보면 問診程度에 있어서 一般이 特診보다 더 자세히 물어보았고 傾聽態度에 있어서는 特診이 一般보다 더 잘 들어준 것으로 나타나고 있다. 또한 診療時間別로 볼 때 診療時間이 길어짐에 따라 患者는 醫師의 問診程度 및 傾聽態度에 대해 好意的인 반응을 나타내는 것이 뚜렷하다(P<0.01). 이러한 分布는 初診과 같은 경향으로 診療時間이 길어질수록 問診程度와 傾聽態度가 서로 比例關係가 있음을 示唆해 준다고 생각한다.

3) 患者가 認知한 醫師의 診療行態

患者가 認知한 醫師의 診療行態를 問診程度 및 傾聽態度와 더불어 表 24와 같이 診療內容에 대한 理解度,

表 24. 患者의 醫師診療行態에 대한 認知度

	診療內容에 대한 理解度		醫師에 대한 信賴度*		醫師의 親切度	
	N	%	N	%	N	%
매우 否定的	18	2.4	3	0.5	13	1.7
약간 否定的	64	8.7	—	—	42	5.7
보 통	76	10.4	15	2.8	272	36.8
약간 肯定的	164	22.2	193	33.9	311	42.1
매우 肯定的	416	56.3	353	62.8	101	13.7
計	739	100.0	570	100.0	739	100.0
醫師診療行態指數	4.21		4.58		3.60	
標準偏差	1.10		0.60		0.86	

*비해당이 제외되었음

表 25. 患者가 認知한 醫師의 診療內容에 대한 理解不足 理由

	內 科	小 兒 科	外 科	產婦人科	計(N)
의사가 어려운 말을 사용하여	55.2	52.0	56.4	55.0	54.6(112)
의사의 설명 부족으로	38.5	38.0	33.3	20.0	35.5 (73)
의사의 목소리가 작아서	—	4.0	5.1	—	2.0 (4)
의사의 일방적인 설명으로	6.3	4.0	2.6	15.0	5.9 (12)
의사가 말을 빨리해서	—	2.0	—	10.0	1.5 (3)
환자가 기록을 안해서	—	—	2.6	—	0.5 (1)
계 (N)	100.0(96)	100.0(50)	100.0(39)	100.0(20)	100.0(205)

醫師에 대한 信賴도와 醫師의 親切도를 分析하였다.

患者가 認知한 醫師의 診療內容에 대한 理解度로는 5等間尺度에서 4.21로 긍정적으로 잘 理解하고 있는 편으로 나타났고, 百分率 分布로 볼 때는 「매우 잘 理解한다」가 56.3%로 가장 많았고, 「약간 理解한다」가 22.2%이었고 「理解못하는 편이다」가 11.1%이었다. 醫師에 대한 信賴度로는 4.58로 대단히 높으며 구체적인 내용으로서 醫師의 지시나 注意事項을 「꼭 實踐하겠다」라는 患者가 62.8%, 「되도록 實踐하겠다」가 33.9%로 醫師에 대한 긍정적인 信賴가 96.7%이었다. 이는 尹²¹⁾의 患者의 醫師에 대한 信賴度 4.24보다 높게 나타났다. 醫師의 親切度는 3.60으로 다른 變數에 비해 훨씬 낮게 認知되고 있으며 이에 대한 內容으로서 「보통이다」가 36.8%, 「親切한 편이다」가 42.1%, 「매우 親切하다」가 13.7% 「不親切하다」 혹은 「매우 不親切하다」가 7.4%의 分布를 보였다. 이는 對象患者의 半以上이 醫師가 성실하고 親切하게 診療하는 것으로 知覺하고 있다고 볼 수 있겠다.

表 24에서 나타난 診療內容 理解度에 있어서 56.3%

에 해당하는 「매우 잘알아 들었다」는 集團을 제외한, 다 알아듣지 못한 患者들의 호소한 내용을 보면 表 25과 같다. 醫師가 專門用語·醫學用語를 使用하여 「이해하지 못했다」가 54.6%이었고, 「醫師의 說明이 부족했기 때문이다」가 35.5%로 의사의 전문용어사용과 설명부족이 90%를 차지하였고 나머지 10%의 이유로는 「醫師의 一方的인 說明」(5.9%), 「의사의 빠른 말」(1.5%), 「의사의 작은 목소리」(2.0%), 「환자 자신이 기록을 하지 않아서」(0.5%)로 이루어졌다.

各 診療科別로 나누어보면 產婦人科의 경우 의사가 一方的으로 說明한다거나 말을 빨리한다거나를 除外하고는 다 비슷한 分布를 나타냈다.

나. 患者가 認知한 醫師의 診療時 內容說明程度

患者가 認知한 診療時的 醫師의 說明정도를 10개의 診療內容範疇(category)로 區分하여 等間尺度화하여 그 점수를 求하면 表 26과 같다.

初診時에는 診斷名(251), 症狀의 進行(2.35), 疾病原因(2.11), 檢査에 대한 說明(2.06), 診療하고 있는 內容(2.01)에 대하여 비교적 중간수준으로 대강說明하는 편이다. 그러나 治療 및 管理時 注意事項(1.89), 現

21) 尹英玉, p. 22.

表 26. 患者가 認知한 醫師의 診療時 內容說明程度

	初 診						再 診					
	전 설 안 안한다	혀 명 한 편이다	실 명 한 다	대 강 매 자 세 히 설 명 한다	우 자 세 히 명 다	計 % Index (N=739) (Range: 1~4)	전 설 안 안한다	혀 명 한 편이다	실 명 한 다	대 강 매 자 세 히 설 명 한다	우 자 세 히 명 다	計 % Index (N=595) (Range: 1~4)
診 斷 名	31.4	8.9	37.1	22.6	100.0	2.51	23.9	13.4	39.8	22.9	100.0	2.62
症狀의 進行	35.0	13.6	32.6	18.8	100.0	2.35	23.5	17.7	38.7	20.1	100.0	2.55
疾病의 原因	45.1	15.2	23.4	16.3	100.0	2.11	40.4	17.5	27.3	14.8	100.0	2.17
治療하고 있는 內容	44.3	19.9	26.3	9.5	100.0	2.01	36.7	22.2	31.3	9.8	100.0	2.14
現在하고 있는 治療의 進行過程	51.6	19.0	20.1	9.3	100.0	1.87	44.0	21.3	24.0	10.7	100.0	2.01
檢査의 說明	48.1	13.8	22.3	15.8	100.0*	2.06	27.6	18.7	33.3	20.4	100.0*	2.46
疾病의 豫防法	65.3	15.1	11.7	7.9	100.0	1.62	57.2	17.0	17.1	8.7	100.0	1.77
治療 및 管理時 注意事項	53.3	14.5	22.5	9.7	100.0	1.89	44.2	14.6	30.6	10.6	100.0	2.07
處方 및 藥 다루는 法	59.2	12.1	19.7	9.0	100.0*	1.78	52.3	12.0	23.9	11.8	100.0*	1.95
治療費	95.7	2.4	1.5	0.4	100.0	1.07	96.2	1.8	1.5	0.5	100.0	1.06

*비해당이 제외되었음.

表 27. 醫師의 使用用語

	그 대 로 使用한다	풀이해서 使用한다	풀 이 내 容	計 (N=91)
血 液	49.5	50.5	피	100.0
喀 痰	27.5	72.5	가래, 침, 가래침	100.0
體 溫	87.9	12.1	열	100.0
呼 吸	76.9	23.1	숨	100.0
視 力	93.4	6.6	눈, 잘 보이는가	100.0
疾 病	65.9	34.1	병, 병증세, 아픈곳(적)	100.0
症 狀	81.3	18.7	불편한 점, 어디가(어떻게) 아픈가, 용태, 증세, 피로운 점	100.0
頭 痛	79.1	20.9	머리가 아픈가	100.0
疼 痛	44.0	56.0	아픈것, 통증, 빠근한가	100.0
腰 痛	41.8	58.2	허리가 아픈가, 아랫배가 아픈가	100.0
腹 痛	44.0	56.0	배가 아픈가, 배앓이, 소화가 잘 되는가	100.0
嘔 吐	64.8	35.2	토하다, 구역질, 토사, 토학질, 속이 메스꺼운가, 욕지기, 넘기다	100.0
炎 症	86.8	13.2	끓음, 부었다, 증기	100.0
骨 折	70.3	29.7	뼈부러짐, 뼈상함, 뼈에 금이 갔다	100.0
吐 血	40.7	59.3	피를 토함, 위장출혈, 가래피, 각혈 짜장면 같은 피가 나왔다, 목에서 피가 나왔다	100.0
放射線檢査	54.9	45.1	X-Ray. 사진(배)검사, 특수검사	100.0

在하고 있는 治療의 進行過程(1.87), 處方·藥 다루는 治療費에 대하여는 전혀 說明안한다고 응답했다. 실제 法(1.78), 疾病에 대한 豫防法(1.62)에 대하여서는 說明 적으로 治療費에 대해서는 患者가 가장 관심있는 항목 明을 하긴 하는데 거의 說明안한편이다라고 나타났고, 이 될 수 있으나 醫師로서는 판단할 수 없는 것이기 때

문에 相互 상반된 기대를 가질 수 있다.

再診時에는 診斷名(2.62), 症狀의 進行(2.55), 檢査에 대한 說明(2.46), 疾病의 原因(2.17), 治療하고 있는 內容(2.14), 治療 및 管理時 注意事項(2.07), 現在하고 있는 治療의 進行過程(2.01)이 2.00이상으로 再診이기 때문에 初診에 비하여 治療 및 檢査에 대한 설명을 좀 더 상세히 하는 것으로 추측된다. 處方·藥 다루는 法(1.95), 疾病豫防法(1.77)에 대하여는 說明을 하긴 하되 거의 說明안한 편이라고 認知하였고 初診과 마찬가지로 治療費에 대하여는 전혀 說明안한 다라고 나타났다.

4. 患者와 醫師間的 保健教育活動 認知 比較

가, 患者와 醫師間的 意思疏通程度

1) 醫師의 使用用語

醫師가 診療時 흔히 使用하는 醫學用語 16個를 선택하여 그 用語使用에 대하여 醫師가 어떻게 사용하는지 質問한 結果, 쉽게 풀이해서 使用한다고 한 用語와 醫師의 응답分布는 表 27과 같이 咯痰(72.5%), 吐血(59.3%), 腰痛(58.2%), 疼痛 및 腹痛(56.0%), 血液(50.5%)順이며 그 나머지 用語에 대하여서는 그대로 使用하는 경향이 있다.

反對로 診療時에 醫師가 使用하는 用語를 어느 정도 이해하고 있나를 알아본 結果 表 28에서 보는 바와 같이 血液·體溫·呼吸·視力·疾病·症狀·頭痛·腹痛·嘔吐·炎症·放射線檢査에 대하여는 調査對象患者의 90% 이상이 잘 理解하고 있었으나, 咯痰·腰痛·骨折·吐血에 관하여서는 半정도 수준에서 이해하고 있다고 했다. 특히 疼痛에 관하여는 23.4%만이 이해할 뿐 80% 정도가 疼痛이 무엇인지 모른다고 呼訴하였다. 이

表 28. 患者의 醫師使用用語 理解

		모른다	안다	計(N=739)
血	液	3.5	96.5	100.0
咯	痰	48.0	52.0	100.0
體	溫	1.9	98.1	100.0
呼	吸	1.4	98.6	100.0
視	力	1.5	98.5	100.0
疾	病	1.0	99.0	100.0
症	狀	2.6	97.4	100.0
頭	痛	1.4	98.6	100.0
疼	痛	76.6	23.4	100.0
腰	痛	35.9	64.1	100.0
腹	痛	6.9	93.1	100.0
嘔	吐	2.0	98.0	100.0
炎	症	7.8	92.2	100.0
骨	折	22.1	77.9	100.0
吐	血	34.4	65.6	100.0
放	射線檢査	7.2	92.8	100.0

러한 結果로 미루어 醫師의 使用用語와 患者의 用語理解를 比較하여 볼 때 醫師의 疼痛用語使用에 대한 풀이가 必要하다고 여겨진다.

나. 患者와 醫師間的 保健教育活動 認知

患者와 醫師가 各各 認知하고 있는 保健教育 實踐 Index Score를 比較한 결과 表 29와 같이 初診 및 再診時 全體的으로 醫師自身の 保健教育活動 認知가 患者가 認知한 醫師의 保健教育活動認知보다 약간 높았다. 특히 初診 및 再診時에 治療 및 管理時 注意事項에 대한 설명과 疾病豫防法에 대한 說明에 있어서 患

表 29. 患者와 醫師가 各各 認知하고 있는 保健教育 實踐 Index Score(Range;1~44) 比較

	患 者		醫 師		患者와 醫師의 差異	
	初 診	再 診	初 診	再 診	初 診	再 診
診 斷 名	2.51	2.62	3.23	3.14	-0.72	-0.52
症狀의 進行	2.35	2.55	3.12	3.26	-0.77	-0.71
疾病의 原因	2.11	2.17	3.02	2.93	-0.91	-0.76
治療하고 있는 內容	2.01	2.14	2.93	3.00	-0.92	-0.86
現在하고 있는 治療의 進行過程	1.87	2.01	2.93	3.13	-1.06	-1.12
檢査의 說明	2.06	2.46	3.11	3.19	-1.05	-0.73
疾病의 豫防法	1.62	1.77	2.88	3.01	-1.26	-1.24
治療 및 管理時注意事項	1.89	2.07	3.20	3.26	-1.31	-1.19
處方 및 藥 다루는 法	1.78	1.95	2.78	2.76	-1.00	-0.81
治 療 費	1.07	1.06	1.71	1.74	-0.64	-0.68

者와 醫師의 認知間에 큰 차이가 있음을 볼 수 있다. 이로 미루어보아 患者와 醫師間에 의사소통의 차이가 있다고 간주할 수 있겠다.

醫師는 患者가 保健에 관한 문제점을 파악하고 保健知識을 態度 및 行爲로 受容할 수 있도록 諸般與件을 形成하여야 하고 患者는 醫師의 충고를 따라 긍정적인 건강태도 및 行爲를 形成하도록 해야 하는데 醫師와 患者 사이에 효과적인 의사소통이 이루어지지 않을 경우 醫師가 처방하는 患者治療에 대한 지시가 잘못 실행될 수도 있으며, 患者自身은 治療에 대하여 만족하지 못하는 경우가 있어서 患者治療에 妨害가 될 수 있다는 것을 고려하여야 겠다.

IV. 結 論

醫師들의 患者 診療時 保健教育活動에 관한 認識, 態度 및 實踐을 測定하고 그와 관련된 要因을 把握하기 위하여 서울시에 所在하는 5個의 綜合病院에 來院한 內科, 小兒科, 外科, 産婦人科의 外來患者 739명과 그 담당 醫師 91名을 對象으로 本 調査를 실시하였다. 資料蒐集方法으로는 1983年 8月 16일부터 同年 10月 7日 사이에 選定된 綜合病院에서 調査員이 設問紙를 가지고 直接 患者와 醫師를 面談하여 資料를 蒐集하였고 蒐集된 資料는 醫師의 患者保健教育活動을 從屬變數로 定하여 이 중속변수에 影響을 미치는 것으로 推定되는 變數를 分析하였는데 그 分析結果 얻은 結論은 다음과 같다.

1. 調査對象者의 一般의 特性

① 對象醫師의 特性을 보면 性別은 男子 69%, 女子 31%로 25~29歲가 49.5%로 가장 많았고, 診療科別로 보면 內科 28.5%, 小兒科 22.0%, 外科 27.5%, 産婦人科 22.0%의 分布를 보였고 資格水準을 보면 레지던트가 67.0%, 專門醫가 33.0% 이었다. 學位는 學士가 28.6% 碩士過程 및 修了·卒業이 46.2%, 博士過程 및 修了·卒業이 25.3%로 나타났다.

② 醫大在學時와 臨床時의 保健教育學習에 관하여는 在學時에「保健教育講義를 받은 적이 있다」가 81.3%로 그 講義 기억 內容으로는「保健教育의 重要性」(55.4%),「保健教育에 대한 醫師의 義務」(14.9%)를 많이 기억했다. 또한 診療經歷이 짧음에 따라 保健教育講義를 기억하는 것이 증가되었다($P < 0.05$). 臨床時에 保健教育講義 및 討論은 全體醫師의 17.6%가 經驗했다.

③ 醫師의 患者 1人當 所要診療時間은 5.34분이었고, 診療科別로 보면 産婦人科가 6.45분, 外科 6.20분, 小

兒科 4.40분, 內科 4.38분이었다. 所要診療時間에 대하여 76.9%가 충분하지 않다고 하였고 충분하지 않아 걱정되는 것은「保健教育時間 不足」(26.4%)과「診療의 質 低下」(24.2%)가 높은 分布를 보였다. 患者 1人當 所要診療時間이 길어질수록 그 診療時間에 대해 만족스럽게 생각하는 경향이 나타났다($P < 0.05$).

④ 調査對象患者의 一般의 特性을 보면 男子 34%, 女子 66%로 年齡別로는 30~39歲가 32.4%로 가장 많았고 教育水準別로는 高在·中退·卒業이 40.5%로 가장 많은 分布를 보였고, 職業別로는 주부·학생·무직을 제외하고 行政 및 事務職이 13.0%로 가장 많았다.

⑤ 對象患者의 醫療特性을 보면 初診時 平均待機時間이 93.5분, 再診時 平均待機時間이 86.2분이었고 診療時間으로는 初診이 7.61분, 再診이 5.80분으로 各各 診療時間에 대한 만족도는 2.55, 2.50이었다. 診療科別로 診療時間의 差異가 있었고, 診療時間이 길어짐에 따라 그 診療時間에 대한 만족도가 높아졌다($P < 0.01$).

⑥ 對象患者의 待機時間 中 保健教育 經驗을 했다가 4.3%로 비디오, 책자, 간호원, 방송을 통해서 경험했다.

⑦ 患者가 診療時 궁금한 것은 진단명(2.62)으로 질병의 원인(2.46), 증상의 진행(2.22)등의 順이었다.

2. 醫師의 保健教育活動

① 患者診療時의 保健教育活動에 대한 認識으로 公衆保健學 또는 豫防醫學講義時間數에 대하여「늘이는 것이 좋겠다」가 9.9%,「줄이는 것이 좋겠다」가 1.1%로 조정이 필요하다가 11.0%이었다.

② 保健教育 必要性 고려에 대하여 必要性을 考慮하겠다가 95.6%로 나타났고, 病院에서의 患者保健教育 담당자에 대하여는 看護員, 擔當醫師, 특별히 患者保健教育擔當者가 모두가 담당해야 한다고 89.3%를 나타냈다.

③ 醫師의 患者保健教育實踐은 5等間尺度에 의하여 評價할 때 3.15로 보통 水準으로 나타났다.

④ 醫師自身이 認知하는 診療內容 說明程度를 4等間尺度로 보았을 때 初診時에 診斷名(3.23), 症狀의 進行(3.12), 檢査說明(3.11), 疾病原因(3.02)이 보통 이상으로 설명했다. 再診時에는 症狀의 進行·治療 및 管理時 注意事項(3.26), 檢査說明(3.19), 診斷名(3.14), 現在하고 있는 治療進行過程(3.13), 疾病豫防法(3.01), 治療하고 있는 內容(3.00)이 보통이상으로 설명했다. 初診時보다 再診時에 더 잘 설명하는 것으로 나타났다.

3. 患者가 認知한 醫師의 保健教育活動

① 患者와 醫師間의 대화분위기 형성에 있어서「대

확분위기 형성했다」가 68.1%로 患者가 먼저 인사한 것이 57.9% 이었다.

② 患者가 認知한 醫師의 問診程度는 5等間尺度로 나누어 보았을 때 初診, 再診時 3.07, 2.53이었고 傾聽態度는 3.52, 3.42로 診療時 診療時間이 길어질수록 問診程度·傾聽態度에 대해 긍정적이었다($p < 0.05$).

③ 患者가 認知한 醫師의 診療內容에 대하여 5等間尺度로 나누어 보았을 때 理解度는 4.21이고, 醫師에 대한 信賴度는 4.58, 醫師의 親切度는 3.60이었고, 診療內容을 理解하지 못한 이유로는 「醫師의 專門用語 사용」과 「說明 부족」이 80% 이상을 차지했다.

④ 患者가 認知한 醫師의 說明程度는 4等間尺度로 구분했을 때 初診時 診斷名(2.51), 症狀進行(2.35), 疾病原因(2.17), 檢査에 대한 說明(2.06), 治療하고 있는 內容(2.01)이 2.00이상이었고 再診時에는 診斷名(2.62), 症狀進行(2.55), 檢査說明(2.46), 疾病原因(2.17), 治療하고 있는 內容(2.14), 治療 및 管理時 注意事項(2.07), 現在하고 있는 治療의 進行過程(2.01)이 2.00이상이었다. 初診時보다 再診時가 더 많이 설명하는 것으로 認知되었다.

4. 患者와 醫師間的 保健教育活動 認知 比較

① 患者와 醫師間的 意思疏通程度로는 醫師의 경우 血液, 疼痛, 腰痛, 腹痛, 吐血을 50% 이상 풀이해서 사용하였고, 患者의 경우 咯痰, 疼痛, 腹痛, 吐血에 관하여 30% 이상 모른다고 하였다.

② 患者와 醫師가 各各 認知하고 있는 保健教育 實踐 Index Score를 比較하면 初診과 再診에 있어서 둘다 醫師自身的 保健教育活動認知가 患者가 認知한 醫師의 保健教育活動 認知보다 0.5~1.3 程度로 높게 나타났다.

參 考 文 獻

1. 高應麟, 朴恒培, 公衆保健學, 新光出版社, 1978, pp. 355~358.
2. 權彝赫, 最新保健學, 新光出版社, 1980, pp. 382~387.
3. 金銀淑, 綜合病院 小兒科 外來患兒 保護者들의 待機時間 活用을 위한 保健教育 要求度 調査, 서울大學校 保健大學院, 1982.
4. 大韓病院協會, 保健社會部 1983年度 修練病院 및 修練機關 指定專攻醫 定員策定 報告書, 1982.
5. 박성애, 건강지도를 중심으로 한 병원외래 간호원의 기능에 관한 조사 연구, 公衆保健雜誌, 第 8 卷, 第 2 號, 1971, pp. 321~328.
6. 蘇愛永, 看護員의 職業에 關한 滿足度 調査研究, 서울大學校 保健大學院, 1982.
7. 尹英玉, 外來患者의 綜合病院에 對한 滿足度 調査研究, 서울大學校 保健大學院, 1982.
8. 鄭慶均·洪在雄, 醫療保護 對象者 醫療行態變化研究, 서울大學校 保健大學院, July, 1979, pp. 31~47.
9. 정의방·우봉순, 외래환자의 병원에 대한 태도연구, 人間科學, 第 4 卷, 第 7 號, 1980, pp. 33~55.
10. 丁海光, 病院醫療人力의 患者 診療量에 關한 考察, 서울大學校 保健大學院, 1979.
11. 趙炳倫, 全國 各 醫科大學의 豫防醫學 및 公衆保健學 教課過程에 關한 調査, 公衆保健雜誌, 第 9 卷, 第 2 號, 1972, pp. 211~216.
12. 趙仁愛, 一個綜合病院에 勤務하는 小兒科 醫師들의 對務 活動에 關한 調査, 公衆保健雜誌, 第 13 卷, 第 2 號, 1976, pp. 365~374.
13. 柳在姬, 一部病院 看護員의 業務活動에 關한 調査研究—나쁜 看護員을 中心으로—, 公衆保健雜誌, 第 12 卷, 第 2 號, 1975, pp. 281~294.
14. 李泰活·文玉綸, 綜合病院 外來患者의 待機時間에 關한 調査研究, 公衆保健雜誌, 第 11 卷, 第 2 號, 1974, pp. 281~289.
15. 홍미순, 간호원의 환자교육활동에 관한 조사—광주지역을 중심으로— 中央醫學, Vol. 36, No. 1, 1979, pp. 33~41.
16. Apostle, Donald, and Frederic Oder, *Factors That Influence the Public's View of Medical Care*, JAMA, Vol. 202, No. 7, 1967, pp. 140-146.
17. Breslau, Naomi, *What do Patient Statements Regarding Doctors and Medical Care Signify?* Medical Care, Vol. 19, No. 11, 1981, pp. 1069-1070.
18. Carter, W.B., et. al., *Outcome-Based Doctor-patient Interaction Analysis II. Identifying Effective Provider and Patient Behavior*, Medical Care, Vol. 20, No. 6, 1982, pp. 550-566.
19. Charney, Evan, *Patient-Doctor Communication Implications for the Clinician*, Pediatric Clinics of North America, Vol. 19, No. 2, 1972, pp. 263-279.
20. Committee on Community Health Service, *Pediatrician's Role in Day Care of Children*, Pediatrics, Vol. 52, No. 5, 1973, pp. 746-747.

21. Davis, M.S., *Variations in Patients' Compliance with Doctors' Advice: an Empirical Analysis of Patterns of Communication*, *Amer. J. Pub. H.*, Vol. 53, No. 2, 1963, pp. 274-288.
22. Francis, Vida, et al., *Gaps in Doctor-Patient Communication Patients' Response to Medical Advice*, *New Eng. J. Med.*, Vol. 280, No. 10, 1969, pp. 535-540.
23. Inui, T.S., et. al., *Outcome-Based Doctor-Patient Interaction Analysis I. Comparison of Techniques*, *Medical Care*, Vol. 20, No. 6, 1982, pp. 535-549.
24. Korsch, B.M., Gozzi, E.K., and Vida Francis, *Gaps in Doctor-Patient Communication 1. Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction*, *Pediatrics*, Vol. 42, No. 5, pp. 855-871.
25. Korsch, B.M., Vida Francis Negrete, *Doctor-Patient Communication*, *Sci. Am.*, Vol. 227(2), No. 65, 1972, pp. 63-74,
26. Larsen, K.M., and Charles Kent Smith, *Assessment of Nonverbal Communication in the Patient-Physician Interview*, *the Journal of Family Practice*, Vol. 12, No. 3, 1981, pp. 481-488.
27. Oren, Hanna, and Leon Epstein, *Sociological Intervention in Communication and Interactional Processes Among Nurses in an obstetrics Unit*, *Soc. Sci Med.*, Vol. 15A, 1981, pp. 73-76.
28. Redman, Barbara K., *Curriculum in Patient Education*, *American Journal of Nursing*, 1978, pp. 1363-1366.
29. Stewart, T.J., et. al., *Children as Patients: A Communications Process Study in Family Practice*, *the Journal of Family Practice*, Vol. 13, No. 6, 1981, pp. 827-835.
30. Szasz, T.S., and Hollender, M.H., *a Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*. *Arch. Intern. Med.* 97, 1956, pp. 432-440.