

환자와 의사의 의료에 대한 태도 차이 - 한 중소도시의 대학병원과 한의과대학 부속 한방병원을 중심으로 -

강명근¹, 박종구¹, 김한중², 손명세², 김달래³

연세대학교 원주의과대학 예방의학교실¹

연세대학교 의과대학 예방의학교실²

상지대학교 한의과대학 체질의학교실³

= Abstract =

The Difference in Attitude toward Medical Care between Patients and Physicians

Myung Guen Kang¹, Jong Ku Park¹, Han Joong Kim², Myong Sei Sohn², Dal Rae Kim³

Department of Preventive Medicine, Yonsei University Wonju College of Medicine¹

Department of Preventive Medicine, Yonsei University College of Medicine²

Department of Constitutional Medicine, Sang Ji University College of Oriental Medicine³

The objective of this study is to identify the difference in attitude toward medical care between patients who visited a university hospital or an oriental medical hospital of oriental medical college, and physicians who engaged in the same hospitals. The subjects of this study were 397 cases who agreed to respond the prepared questionnaire, including 288 patients(146 university hospital utilizers and 142 utilizers for an oriental medical hospital) and 109 physicians(76 physicians and 33 oriental medical doctors).

The attitude toward medical care was measured by the structured questionnaire developed for this study, which had high validity and reliability according to factor analysis, item discriminant validity, and Cronbach's α coefficients. On the criteria of mean value of care and cure score, the attitude toward medical care was classified into 4 groups encompassing a group with dependent attitude on medical care, a group with skeptical attitude toward it, a group with cure-oriented attitude, and a group with care-preferred attitude.

The results of chi-square test, discriminant analysis, and logistic regression analysis were as follows; patients who visited a univisity hospital, patients who visited an

oriental hospital, physicians, and oriental medical doctors included in the group with dependent attitude, the group with cure-oriented attitude, the group with skeptical attitude, and the group with care-preferred attitude, retrospectively.

Among the subdomains of care and cure domains, which classified in reference to the result of factor analysis on pilot study, those that patients ranked more importantly than physicians were 'the importance of medical equipment for diagnosis and treatment', 'authority of physician', 'aggressiveness of treatment', 'information giving', 'personal interest' in the case of western medicine. In the case of oriental medicine, those were 'the importance of equipment for diagnosis and treatment', 'aggressiveness of treatment', 'amenities and accessibility', 'coordination of medical staff'. Both physicians and patients put the subdomain, 'physicians' medical knowledge and skillfulness' on the highest rank.

The differences in ranking the important attributes of medical care between patients and physicians were apparent in the area of an 'importance of medical equipment for diagnosis and treatment' and so on. It meant that patient had over-expectation on medical care and suggested that the policy on demand side such as the development and dissemination of an evidence-based recommendation protocol for health care consumers might be important in Korea. In addition, regarding the attitude of physicians, during the medical education and training it may be necessary to emphasize the aspect of 'care' of medical care rather than 'cure'. In planning on health care delivery system, it should be considered that there is a difference in the attitude toward medical care between western medicine and oriental medicine as well as between health care providers and consumers.

We expect that more valid measurement tool be developed in this area, which may be major limitation of this study and that this kind of research be expanded into the non-academic settings.

Key words : Attitude, Care, Cure, Patient, Physician

I. 서 론

우리나라 의료는 소비자의 불만이 높은 대표적 영역이다(조병희, 1997). 이러한 소비자의 불만과 불신은 거시적으로 보자면 한국의료체계 전반에 걸쳐 누적된 구조적 문제의 발현이지만(양봉민, 1997; 한달선, 1997), 미시적 차원에서 보자면 의료행위가 이루어지는 의료환경 내의 인간관계가 원만치 못함을 반영하는 것이라 할 수 있다(배상수, 1993).

환자-의사간 갈등의 원인으로 두 집단간의 이해의 불일치가 거론되기도 하지만(Williamson, 1993), 환

자와 의사의 만남이 환자의 치료라는 궁극적 목적의 동일성을 전제로 이루어지고 있다는 점을 고려하여 주로 환자-의사간 의사소통의 문제가 지적되며 의사소통을 방해하는 요인으로는 동일한 대상에 대한 기대와 설명모형의 차이가 흔히 거론되어 왔다(Brody 등, 1989).

여러 연구자들이 환자와 의사간에 이러한 기대와 설명모형의 차이가 생겨나는 원인으로 급성전염성질환의 시대에 확립된 과도한 치료중심적 사고가 이미 질병부담이 바뀌어 버린 시대에도 여전히 잔존하고 있기 때문이라고 지적한다. 생의학적 모형이나 급성질

환치료모형이라 불리우는 치료지향적 사고는 환자와 의사 간의 지속적 의사소통과 환자에 대한 지지를 요구하는 만성퇴행성 질환시대의 의료에는 걸맞지 않는다는 것이다(Thorne, 1996). 또한 의료분야에서도 소비자주의가 대두되고 있어 전통적인 전문가 중심적 사고와의 대립과 갈등이 나타나고 있으며 지금까지 전문가의 판단과 의사결정이 주도하던 분야에서도 소비자적 관점이 적극적으로 수용되고 있다(Haug와 Levin, 1983; Rosenstein, 1986; Brown과 Swartz, 1989; Reiser, 1993; Calnan, 1998). 이에 따라 아직까지 보건의료 제공자에게 성공적 의료제공의 기준이 되고 있는 보건의료의 전통적 목표로서의 단순한 치료(cure)는 새로운 질병부담과 변화된 환자의 요구에 따라 보건의료의 역할을 새로이 규정할 수 있는 기준으로 변화되어야 한다는 주장이 제기되고 있다(Williamson, 1993).

한편, 1980년대 이후로 서구에서는 대체의학의 이용이 크게 증가하고 있으며(Eisenberg 등, 1993; MacLennan 등, 1996) 이러한 현상에 대해 소비자주의의 출현과 현대 서구의료가 지니고 있는 한계에 대한 환자의 각성과 실망이 반영된 것으로 해석하기도 한다(Williams와 Calnan, 1996). 우리나라의 경우에는 의학적 체계가 다른 한방과 양방이 동시에 공식 부분내에 공존하여 서로 대체재나 보완재로 기능해 왔으나 그 역기능 또한 여러 차원에서 지적되고 있다(권우주, 1996). 또 두 의학체계는 서로 다른 가치체계에 기초해 있으므로(김종렬과 김우종, 1996) 의료에 대한 태도 역시 상이할 것으로 판단되며 의학체계에 따른 의료에 대한 태도의 차이를 밝히는 것은 두 의학체계의 공존에 따른 문제의 해결이 서로 간의 장점에 대한 이해에 근거하여 이루어지도록 하는데 도움을 줄 수 있을 것이다.

소비자의 상품이나 서비스에 대한 태도는 주로 만족도의 차원에서 측정되거나 연구되어 왔다. 소비자 만족도, 특히 환자만족도를 개념화하기 위한 모형은 대부분 기대가치이론에 근거하고 있다(Strasser 등, 1993). 기대가치이론에 근거할 때, 소비자의 만족도나 평가는 소비대상에 대한 기대와 경험의 함수로 표현

될 수 있으며(Parasuraman 등, 1985; Cadotte 등, 1987; Brown과 Swartz, 1989) 기대(expectation)를 특정 상품의 성능의 평가기준으로 개념화한다. 또 협의로 정의하자면 기대는 전형적으로 상품이 원하는 속성을 가졌으리라는 신념의 집합이나 예상(Cadotte 등, 1987)으로서 일차적으로 기대수준(expectancy) 즉, 주어진 사건이 발생 가능하리라는 지각을 반영한다. 따라서 의료에 대한 환자의 기대는 어떤 사건이 의료의 결과나 시술 도중에 발생하리라는 예측이라고 할 수 있다(Uhlmann, 1984). 이러한 기대, 기준은 감성적 태도 즉, 대상에 대한 선호성의 배후를 형성하는 신념이나 태도와 등치시킬 수 있으며 태도가 가지는 일관성에 입각하면 이를 측정함으로써 서비스에 대한 소비자의 태도를 알아 볼 수 있으며(김학윤과 이호배, 1996), 의료서비스에 대한 태도 역시 이러한 이론에 입각하여 측정되어 왔다.

의료소비자와 의료제공자의 의료에 대한 견해 차이를 밝히려는 연구들은 대부분 의료의 특정 속성이나 차원에 대해 두 집단이 부여하는 중요성이나 이러한 평가의 일치여부를 중심으로 이루어져 왔다(Smith와 Metzner, 1970; Price 등, 1971; Donabedian, 1980; Laine 등, 1996). 또 산과적 치료(Drew 등, 1989), 항암 화학요법(Slevin 등, 1990), 산모의 의료서비스욕구(Freda 등, 1993) 등 의료의 일부 속성에 대한 의료제공자와 소비자의 견해 차이에 대한 연구들 역시 이와 동일한 수준에서 진행되어 왔다. 그러나 일관성 있게 행동에 영향을 미치는 요인으로서 의료에 관련된 태도를 명확히 정의하고 구조적으로 분석한 연구는 매우 드물다. 또 이를 기대수준이나 태도의 면에서 분석한 연구들도 태도를 구분하거나 명료하게 정의하지 않고 일반적인 만족도의 수준에서 연구를 진행해 왔다(Stratmann, 1975; Ware와 Snyder, 1975).

그 동안 의료소비자와 의료제공자가 의료에 대한 신념이나 태도, 설명모형의 차이를 보인다는 연구들은 이러한 차이가 환자와 의사의 의사소통을 교란하고 왜곡된 의료이용행태를 낳을 뿐 아니라, 의료인의 만족도 저하, 환자의 치료불순응, 의료분야에서의 소송

행위 증가 등의 원인이 된다고 지적해 왔다(DiMatteo와 Hats, 1980; 조병희, 1997).

우리나라의 경우에는 의료서비스에 대한 소비자의 불만과 불신이 높고 여러 갈등요인이 드러나고 있음에도 불구하고 환자만족도에 대한 몇몇 연구를 제외하면 환자나 의사집단의 인식, 태도를 규명하고자 한 연구나 두 집단의 의료에 대한 인식 또는 태도의 차이와 관련된 연구는 매우 드물다. 그러나 인간존중의 의료(맹광호, 1996)나 환자중심의료(이상일, 1996)로의 전환의 필요성이 제기되고 있는 시점에서 우리나라 환자-의사 관계 전반에 대한 재고가 필요하고 이를 위해서 기초적 작업의 일환으로 의료에 대한 의사와 환자간의 태도 차이를 연구할 필요가 더욱 부각되고 있다.

이 연구의 목적은 한 중소도시의 의사와 한의사집단 및 의료이용자를 대상으로 단면연구를 통해 각 집단의 의료에 대한 태도의 차이를 조사·연구하기 위한 것으로 이에 따른 구체적 연구목적은 다음과 같다. 첫째, 의료에 대한 태도를 측정할 수 있는 구조화된 설문지를 개발한다. 둘째, 개발된 설문지를 이용하여 의사 및 한의사, 병원이용환자 및 한방병원이용환자의 의료에 대한 태도를 측정하고 의사와 의료이용자의 태도차이를 구조적으로 규명한다. 셋째, 의료의 속성별로 각 집단의 태도차이를 고찰함으로써 태도차이가 나타나는 영역을 규명한다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 표본추출 방법

이 연구의 대상자는 병원이용환자, 한방병원이용환자, 의사, 한의사이다. 병원이용환자와 한방병원이용환자는 1998년 5월 2주일 동안 W시의 한 대학병원 내과계 외래를 방문하여 진료대기 중인 환자와 한 한의과대학 부속 한방병원 외래를 방문하여 진료대기 중인 환자를 대상으로 연구의 취지를 간단히 설명한 후, 설문작성에 동의하는 306명(양방 152, 한방 154)의 환

자들에게 구조화된 설문지를 이용하여 자기기입식 설문조사(self-administered questionnaire) 방법으로 조사하였다. 병원과 한방병원이용환자 모두 연구방법을 숙지한 의과대학 본과 4학년 학생 3명이 조사하였으며 먼저 병원이용환자를 조사한 후 이와 동수의 한방병원이용환자를 조사하였다. 병원이용환자는 한방병원이용환자와 비교하기 위하여 내과계(내과, 신경과)를 방문한 환자만을 대상으로 하였다.

의사의 경우는 대학병원에 근무하는 전문의와 전공의를 대상으로 연구자가 모든 연구대상자를 방문하여 연구의 취지를 간단히 설명하고 환자와 동일한 양식의 구조화된 설문지를 배포한 후 일정시간 후에 회수하는 자기기입식 설문지법으로 조사하였다. 한방병원의 경우에는 연구의 취지에 동의하는 한방병원 수련의가 의사의 경우와 동일한 방식으로 조사하여 의사 79명 한의사 33명으로부터 자료를 수집하였다. 의사의 경우도 환자와 동일하게 내과계에 한정하였으며 정신과 의사는 조사에서 제외하였다.

조사대상자 중 의료에 대한 태도를 측정하기 위한 설문문항에 2개이상의 공란을 남긴 대상을 제외하고 병원이용환자 146명, 한방병원이용환자 142명, 의사 76명, 한의사 33명 등 총 397명을 최종 분석대상으로 하였다. 설문 개발을 위한 예비조사시에 조사하였던 의과대학생 515명과 다른 연구를 위해 동일한 설문지로 조사한 한의과대학생 178명 중 각각 환자와 동일한 수의 학생들을 확률추출하여 연속형변수로 측정된 치료점수와 돌봄점수(설문개발 방법 참고)를 범주화할 때 기준으로 삼았던 산술평균을 계산할 때 의사 및 환자자료와 함께 이용하였다.

2. 변수의 내용 및 측정 방법

모든 변수는 구조화된 설문지를 이용하여 측정하였으며, 종속변수는 의료에 대한 태도를 측정하기 위해 연구자가 개발한 38개 문항의 설문지를 이용하여 조사하였다. 의료에 대한 태도는 크게 치료와 돌봄이라는 두 측면으로 나누고 이를 측정하기 위해 총 38개

문항을 치료 23개 문항과 돌봄 15개 문항으로 나누었다. 또 의료의 세부적 속성에 대한 태도차이를 알아보기 위해 치료와 돌봄이라는 의료의 구성요소를 각각 4개, 5개의 하위변수군으로 분류하였다(설문 개발방법 참고). 각 문항은 그 중요도를 묻는 0-1-2-3 Likert 4점 척도로 구성하였으며, 각 변수군에 속한 문항을 더하여 총점을 구한 후 산술평균을 기준으로 <그림 1>과 같이 4개의 집단으로 분류한 후 각각을 다음과 같이 정의하였다.

	High cure score	Low cure score
High care score	Dependent on medical care	Care-preferred
Low care score	Cure-oriented	Skeptical toward medical care

Fig 1. Classification of dependent variable

먼저, 치료점수와 돌봄점수가 모두 높은 군으로 의료에 대한 높은 기대 수준을 가진 집단은 '의료의존적 집단'(group with the attitude dependent on medical care)(Greertsen, 1997)으로 정의하고, 치료 점수는 높으나 돌봄점수는 낮은 군으로 의료의 여러 측면 중 돌봄보다는 치료를 중시하는 집단을 '치료지향적 집단'(group with cure-oriented attitude)(Christakis와 Feudtner, 1997)으로 정의하였다. 또 돌봄점수는 높으나 치료점수는 낮은 군으로 의료의 여러 측면 중 돌봄의 측면을 높게 평가하는 집단에 대해서는 '돌봄선호적 집단'(group with care-preferred attitude)으로, 치료점수와 돌봄점수가 모두 낮고 의학체계에 대해 회의주의적 견해를 가진 집단은 '의료회의적 집단'(group with the skeptical attitude toward medical care)(Fiscella 등, 1998)으로 각각 정의하였다.

이러한 태도에 영향을 미칠 것이라고 판단된 독립변수들을 역시 구조화된 설문지로 조사하였다. 연령, 성, 종교, 다른 의학체계에 대한 개방성, 중학교를 졸업할 때까지 주로 거주한 지역(농촌/도시) 등을 모든 연구대상에 공통된 변수로 조사하였다.

의료이용자의 비전통성(unconventionality)이 의료이용에 영향을 미치며(McGregor와 Peay, 1996), 이러한 신념상의 차이가 의료에 대한 태도와도 관련성이 있으리라고 판단하여 다른 의학체계에 대한 개방성을 연구변수로 설정하였다. 이 변수는 평소의 이용행태(행태), 친지에게 그러한 치료방법을 권유할 것인가의 여부(의도), 효능에 대한 평가(신념)를 묻는 세 문항으로 구성된 설문지를 이용하여 측정하였다. 의사와 병원이용환자의 경우에는 한의학에 대한 개방성을 묻고, 한방병원이용환자와 한의사의 경우에는 서양의학에 대한 개방성을 물었다. 평소 다른 의학체계에 입각한 치료방법이나 의료기관을 얼마나 이용하는가를 행태의 측면에서 묻고(자주 이용하는가 그렇지 않은가), 이러한 의학체계를 주변의 친지에게 권유할 것인가(권유할 생각이 있는가 없는가)의 여부를 의도의 측면에서 물었으며, 다른 의학체계의 효용성에 대한 규범적 인지(신념)의 수준을 물었다(5점 척도). Fishbein 등은 의도가 행태에 보다 직접적으로 영향을 미친다고 하였는데(Carter, 1990) 이에 따라 행태>의도>신념의 순으로 가중치를 주되, 가중치를 주어 합산한 값이 정규분포성을 만족하도록 하였다(Streiner와 Norman, 1989). 이러한 두 조건을 만족하는 수의 조합으로 행태 3점, 의도 2점, 신념에는 1점의 가중치를 부과하여 합산한 후 다른 의학에 대한 개방성의 지표로 이용하였다.

사람들이 성장시기에 경험한 문화가 신념형성에 영향을 미칠 수 있고 이러한 사고 형성에 문화적 저류지인 지역이 영향을 미칠 수 있으므로(Cockerham, 1997; Cowell과 Marks, 1997; Gochman, 1997) 중학교를 졸업할 때까지 주로 거주한 지역을 독립변수로 선정하였다.

의사집단의 특이변수로는 면허취득 후 의사로 봉직할 연수, 환자집단의 특이변수로는 소득과 직업을 각각 조사하였다.

3. 설문 개발방법

1) 문헌고찰

의료의 질을 평가하기 위한 설문지와 환자만족도를 측정하기 위한 설문지 및 의사와 환자간의 의료에 대한 견해 차이를 측정하기 위해 고안된 설문문항들로부터 문항을 추출한 후(표 3) Brook과 Williams(1975), Donabedian(1980)이 의료의 기본요소로 구분한 기술적 요소(technical care)와 대인적 요소(interpersonal care)를 각각 치료와 돌봄으로 정의하고 이에 따라 두 개의 변수군으로 나누었다. 이때 Christakis와 Feudtner(1997), Fox(1997)가 제시한 치료중심모형, 보완적 치료모형의 정의를 참고하여 이들 각 모형이 치료와 치유를 이념형으로 강조한다고 보고 두 차원을 보다 명료히 구분하기 위한 문항을 추가하였다(표 3의 C5, C15, C19, C21, C28, C33).

2) 예비조사 및 요인분석, 한의사 자문

문헌고찰을 통해 구성된 설문문항을 의과대학생을 대상으로 적용하여 본 후 요인분석을 시행하여 고유값을 고려하여 인자의 수를 결정하고, 이를 치료와 돌봄 변수군의 하위변수군을 구성하는데 참고하였다(표 1). 또한 어떠한 인자에도 유의한 수준의 인자적재값을 갖지 않는 문항을 분석에서 제외하였으며, 이를 제외할 경우에 그 하위변수군의 신뢰도를 증가시키는지도 고려하였다. 이와 동시에 태도 관련지표(attitudinal indices)를 개발할 때 흔히 사용되어 왔던 FHID(Factored Homogeneous Item Dimension)방법을 적용하였다(Comerey, 1961; Ware와 Snyder, 1975; 분석방법 참조). 또 한의과대학 교수 2인에게 개발된 설문지를 한의학 영역에 적용할 때 발생할 수 있는 문제에 대해 자문을 구하였다. 그 결과에 따라 원래의 41개 문항에서 3문항을 제외하고 최종 설문지를 구성하였다(표 3).

4. 분석방법

1) 조사도구의 신뢰도 및 타당도

개발된 설문문항의 신뢰도는 돌봄과 치료라는 두 변수군과 각 변수군의 하위변수군별로 Cronbach의 α 계수를 구하여 내적일치도를 평가하였다.

요인분석과 척도화 가정(scaling assumption)을 검증하기 위한 문항내적일치도 및 문항판별타당도를 이용하여 설문문항의 구성타당도와 판별타당도를 평가하였다. 문헌고찰을 통해 구성된 설문지를 의과대학생과 병원이용환자를 대상으로 한 예비조사의 결과를 이용하여 개념을 구성하는데 참고하였으며, 최종 설문문항의 구성타당도를 평가하기 위한 방법으로도 이용하였다. 이때 인자의 갯수를 고정시킨 상태에서 초기 인자패턴행렬을 인자에 대한 해석이 쉬운 단순한 구조로 변경시키기 위한 인자의 회전방식으로는 직교회전(VARIMAX)방식을 선택하였다(김기영과 전명식, 1996).

문항내적일치도는 Comerey(1961)가 고안하고 Ware 등(1993)이 통계학적으로 응용하여 제시한 방법을 이용하였는데, 이미 개념적으로 구성된 하위변수군과 그 변수군내에 속한 각 항목과의 상관계수를 구하여 타당도를 평가하였다. 이때 각 변수군과 그 변수군내에 속한 문항의 상관계수가 0.40 이상인 경우 문항내적일치도가 높다고 판정하였다. 또 문항판별타당도는 이미 개념화한 하위변수군과 관련문항이 항목내적 동일성을 가지고 있는가를 평가하는데 초점을 두고 있는 방법으로, 각 문항에 대해 그 문항이 속한 하위변수군과 다른 개념적 구성을 가진 하위변수군과의 상관계수를 비교하여 전자가 더 높은 경우 의미를 부여하는데, 총 문항수를 분모로 하고 이 중 위에 제시된 조건을 충족하는 문항의 백분율을 성공률(success rate)로 제시하여 판별타당도를 평가하는 지표로 이용하였다(Ware 등, 1993).

Table 1. The definition of subdomains

Domains	Subdomains	Definition	References	Items ¹ (no. ²)
Cure	Physicians' knowledge and skillfulness; UPH	The amount of up-to-date knowledge a physician has about medical science; the skill a physician has in doing procedure; the thoroughness of the physician's examination; whether the physician orders appropriate test and prescribes appropriate treatment	DiMatteo, Fox(1997), Donabedian, Hulka, Kane, Kristjanson, Laine, Parasuraman, Rubin, Stratmann, Ware(1975, 1988), Zyzanski	C8, C30, C31, C35, C36 (5)
	Physicians' authority; UPA	Priority of professional opinion of a physician on diagnosis and treatment; use of medical terminology on dialogue among staffs regarding patients' problems	DiMatteo, Fox(1997), Zyzanski	C9, C34, C39, C40 (4)
	Importance of medical equipments for diagnosis and treatment; UEQ	Whether the facilities have up-to-date equipments for diagnosis and treatment or not; amount of the equipments	Donabedian, Fox(1997), Macintyre, Stratmann, Zyzanski, Ware(1975)	C5, C15, C19 (3)
	Aggressiveness; UAG	Whether the physician try aggressive treatment or modality unconcerned with patient's financial status or physical suffering	Fox(1997), Ware(1975)	C11, C21, C23 (3)
Care	Information giving; AIG	What the physician provides patients with the information on their illness, treatment and it's side effect, prevention of illness, the way to avoid recurrence	Delbanco, DiMatteo, Donabedian, Kane, Kristjanson, Laine, Macintyre, Parasuraman, Roghmann, Rubin, Sixma, Stratmann, Ware(1975)	C2, C4, C6, C7, C12, C17 (6)
	Participation of patient in decision-making; APA	Whether the physician encourages patients to become involved in their own medical care	Delbanco, Donabedian, Fox(1997), Kristjanson, Laine, Rubin	C3, C18, C23, C27 (4)
	Amenities and accessibility; AAA	Location of facilities; amenities of facilities or waiting room	Donabedian, Hulka, Laine, Macintyre, Parasuraman, Roghmann, Rubin, Sixma, Stratmann, Ware(1975, 1988), Zyzanski	C20, C24 (2)
	Coordination of care; ACO	Communicating with other health care provider who may be involved in the patients' care	Delbanco, Fox(1997), Kristjanson, Laine	C10, C14 (2)
	Personal interest; API	The courtesy and respect the physician shows patients; the amount of caring and concern a physician shows to patients; humanness	Delbanco, DiMatteo, Donabedian, Fox(1997), Kristjanson, Laine, Macintyre, Parasuraman, Roghmann, Rubin, Sixma, Stratmann, Ware(1975, 1988), Zyzanski	C13, C22, C25, C26, C28, C29, C32, C38, C41 (9)

¹ Refer to table 3, ² The number of items

2. 연구기설의 검정을 위한 분석방법

유형(환자/의사)별로 의료에 대한 태도차이를 분석하기 위해 chi-square 검정을 이용하였으며 연속형 변수로 측정된 하위변수군의 유형별(환자/의사) 차이를 보기 위해 독립된 두집단 간의 t-검정을 이용하였다.

유형(의사/환자)과 기타 독립변수에 따라 범주화된 종속변수의 집단으로 분류시에 각 독립변수가 가지는 판별력과 전체적인 분류경향, 독립변수에 따른 적중률(hit ratio) 등을 평가하기 위해 판별분석을 시행하였다. 판별분석시 적중률의 기준으로는 비례기회확률기준(proportional chance criteria : C_{prop})을 적용하였다. 이 기준은 각 그룹의 크기가 현저히 다른 경우 종속변수의 그룹을 정확하게 분류하고자 할 때 사용되며 판별분석에서 가장 많이 적용되는 기준으로 대각선상에 있는 정확히 분류된 비율이 각 그룹의 비율의 자승의 합보다 25% 이상 크다면 판별력이 있다고 한다. 이를 통계적으로 검정하기 위해 아래와 같은 수식으로 표현되는 t값을 이용하였다(이영준, 1995).

$$t = (Q - P) / \sqrt{P(1 - P)/n}$$

(Q : hit ratio, P : C_{prop} , n : sample size)

또 각 집단에 의사와 환자가 어떻게 소속되는지 검정하기 위해 로지스틱회귀분석을 이용하였다. 의료에 대한 4가지 태도 각각을 나머지 집단을 기준집단으로 하여(예, 의료의존적/기타) 종속변수로 하고, 유형(병원이용환자, 한방병원이용환자, 의사, 한의사), 성, 연령, 중학교 때까지 주로 거주한 지역, 종교, 다른 의학 체계에 대한 개방성 등을 독립변수로 하여 로지스틱회귀분석을 시행하였다. 이때, 독립변수 중 유형은 각각의 유형을 나머지 유형을 기준 집단으로 투입하여 유형별로 4가지 종속변수에 대한 로지스틱회귀분석을 각각 시행하고 그 중 특정집단에 대한 유형의 비차비가 의미있게 1 이상인 집단이 있다면 나머지 독립변수를 보정하였을 때 그 유형이 그 집단에 속할 확률이 높다고 판정하였다(그림 2).

이들 통계분석을 위해 수집된 설문지는 dBASE III+로 처리한 후 SPSS/PC+(Ver. 4.0)를 이용하여 분석하였으며 요인분석과 판별분석의 판별력을 보기 위한 t값의 유의확률을 구하는데는 통계 패키지 SAS에서 제공하는 함수를 이용하였다(성내경, 1996).

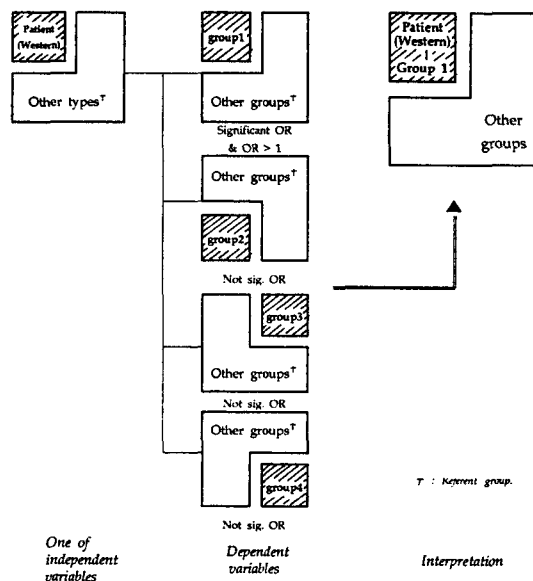


Fig 2. An example of logistic regression analysis for classification of attitude toward medical care

Table 2. General characteristics of study population

Variables	Patient		Physician	
	Western (n=146)	Oriental (n=142)	Western (n=76)	Oriental (n=33)
Age	39.7	37.6	32.4	30.2
Mean(SD)	(13.6)	(14.2)	(7.5)	(6.4)
Sex				
Male	71(48.6%)	74(52.1%)	63(82.9%)	29(87.9%)
Female	75(51.4)	65(45.8)	13(17.1)	4(12.1)
Missing	-	3(2.1)	-	-
Occupation				
Manager & professional	31(21.2)	23(16.2)		
White collar	8(5.5)	10(7.0)		
Blue collar	31(21.2)	43(30.3)	-	-
House wife	36(24.7)	29(20.4)		
No	36(24.7)	33(23.2)		
Missing	4(2.7)	4(2.8)		
Religion				
Protestantism	37(25.3)	36(25.4)	42(55.3)	4(12.1)
Catholicism	16(11.0)	18(12.7)	6(7.9)	6(18.2)
Buddhism	43(29.5)	26(18.3)	4(5.3)	8(24.2)
No	44(30.1)	57(40.1)	22(28.9)	15(45.5)
Others	4(2.7)	3(2.1)	2(2.6)	-
Missing	2(1.2)	2(1.4)	-	-
Region grown-up*				
Rural	61(41.8)	60(42.3)	7(9.2)	8(24.2)
Urban	85(58.2)	80(66.3)	69(90.8)	25(75.8)
Missing	-	2(1.4)	-	-
Years after taking license				
year(SD)	-	-	6.5	5.6
			(5.7)	(6.1)
Income				
10,000won/month/family(SD)	206.8	212.7	-	-
	(176.2)	(136.5)		

* Native place where (s)he had grown up before graduation of the middle school

III. 연구결과

1. 연구대상자의 일반적 특성

연구대상의 일반적 특성을 <표 2>에 제시하였다.

병원이용환자와 한방병원이용환자의 평균연령은 각각 39.7세와 37.6세로 병원이용환자가 다소 높았

으나 통계학적 의의는 없었으며, 성별 구성, 직업적 구성 역시 유사하였다. 종교는 병원이용환자는 불교신자가, 한방병원이용환자는 무교가 많았으며, 다른 종교의 구성비는 유사하였다. 환자들의 가족당 월평균 소득은 병원이용환자 206.8만원, 한방병원이용환자가 212.7만원으로 유사하였다. 의사들의 평균연령은 32.4세로 30.2세인 한의사 집단에 비해 다소 높았으나 통계학적 의의는 없었다. 성별 구성은 두 의사 집단이 유사하였으나 종교적 구성은 한의사가 의사에 비해 불교신자와 무교가 많았고, 의사는 한의사에 비해 기독교신자가 많아 차이가 있었다.

2. 조사도구의 신뢰도와 타당도

1) 의료에 대한 태도 측정 설문지의 타당도

가. 요인분석 결과

최종설문지로 조사된 자료의 총 38개 문항을 고유값(eigen value) 1을 기준으로 인자적재시키면 9개의 요인으로 분류되었다. 이를 크게 요인수를 2로 주어 분석하면 27개의 문항과 11개의 문항으로 나뉘었는데 요인1에 속한 27개의 문항 중 5개를 제외한 문항이 돌봄점수를 측정하기 위한 문항이었고 요인2에 속한 11개의 문항 중 1문항을 제외한 10개의 문항이 치료점수를 측정하기 위해 구성된 문항이었다(표 3).

총 38개의 문항을 원래의 개념적 구성에 따라 돌봄과 치료로 나누고 각 하위변수군의 수를 인자수로 부여하여 요인분석한 결과를 <표 4>와 <표 5>에 제시하였다. 돌봄변수군의 하위변수군 중 요인에 따라 묶이지 않는 문항은 없었고, 원래의 개념적 구성과 일치하지 않는 경우는 요인1에서 10문항 중 1문항, 요인3, 요인4, 요인5에서 각각 3문항 중 1문항씩이었다. 치료변수군에서는 요인1로 묶인 변수군 6개문항 중 2문항만이 원래의 개념적 구성과 달리 분류되었고, 요인에 따라 묶이지 않는 변수는 없었다.

나. 척도화 가정에 대한 검정 : 문항내적일치도와 문항판별타당도

Table 3. The result of factor analysis (total)

Items	Content	Factor1	Factor2
C2	의사는 환자가 평소에 어떻게 건강을 유지하고 병에 걸리지 않도록 할 것인지 설명해 주어야 한다	0.4261	-0.0922
C3	의사는 어떤 치료방법을 선택할 것인지 환자와 상의해야 한다	0.3733	0.3222
C4	의사는 진단목적의 검사를 할 때 왜 검사해야 하는지 환자에게 상세히 설명해야 한다	0.4775	0.2748
C6	의사는 처방한 내용을 환자가 잘 이해하고 있는지 확인해야 한다	0.3815	0.3360
C7	의사는 환자에게 치료방법과 치료의 부작용에 대해서 설명해야 한다	0.5226	0.1001
C8	의사는 많은 의학적 지식을 가지고 있어야 한다	0.3149*	0.3002
C12	의사는 질병이 재발하지 않으려면 어떻게 해야 하는지 설명해야 한다	0.6024	0.0265
C13	의사는 한 사람의 인격체로서 환자에 대한 순수한 관심을 표시해야 한다	0.5308	0.0732
C14	의료기관은 환자가 이용하기 쉬운 곳에 위치해야 한다	0.4306	0.3166
C17	의사는 질병의 예후에 대해 환자에게 자세히 설명해야 한다	0.6273	0.0580
C18	의사는 가족과 환자가 자신의 치료과정에 참여할 수 있는 방법을 찾기 위해 노력해야 한다	0.5230	0.1202
C20	의사는 치료와 진단 과정에서 다른 의료진과 상의하고 협력한다	0.4472	0.2621
C22	의사는 환자가 요청하면 언제든지 환자의 문제를 함께 토론해야 한다	0.5636	0.2297
C23	의사가 치료방법을 결정하기 전에 환자의 동의를 구해야 한다	0.5169	0.2284
C24	환자를 치료하는 의사는 다른 의료진과 잘 협력해야 한다	0.5032	0.2322
C25	의사는 환자가 가지고 있는 고민을 잘 들어 주어야 한다	0.6087	0.0296
C26	의사는 환자가 부담할 진료비를 되도록 줄이기 위해 노력해야 한다	0.5300	0.1629
C27	치료방법을 결정하는데 환자의 의견은 중요하다	0.4399	0.2837
C28	현대의학으로 치료할 수 없는 말기 암환자는 편안한 임종을 맞을 수 있도록 남은 생애동안 의사의 지지가 필요하다	0.4184	0.2220
C29	의사는 병원을 찾은 환자가 기대하고 있는 바를 알기 위해 노력해야 한다	0.5315	0.1940
C30	의사 및 전문직의 숙련도가 높아야 한다	0.4062*	0.2129
C31	적절한 치료 방법을 선택하는 의사의 능력은 매우 중요하다	0.4976*	-0.0122
C32	환자가 호소하는 통증과 고통을 빠른 시간 내에 해결해 주어야 한다	0.3986	0.3210
C33	진료비와 무관하게 환자의 치료에 적극적으로 임해야 한다	0.3089*	0.2685
C35	검사 결과에 대한 의사의 올바른 해석능력은 중요하다	0.4449*	0.1281
C38	환자를 대할 때 의료진은 친절하고 공손하게 대해야 한다	0.4946	0.2701
C41	의사는 환자진료에 충분한 시간을 투자해야 한다	0.5246	0.0888
C5	의사는 환자와 만났을 때 자신의 판단에 따라 필요한 꼭 필요한 정보만을 얻기 위한 질문을 한다	0.0653	0.5513
C9	의료기관은 최신 진단장비를 구비해야 한다	0.0350	0.8216
C10	진료를 받기 위해 환자가 대기하는 곳은 깨끗하고 편안해야 한다	0.3190	0.3537*
C11	효능이 입증된 신약으로 치료해야 한다	0.1543	0.6846
C15	의료인이 환자의 문제로 의료진 간에 대화할 때는 전문적인 의학용어를 사용할 필요가 있다	0.0576	0.2587
C19	치료와 진단과정에서 의사의 전문적 견해를 가장 우선시해야 한다	0.2350	0.4583
C21	현대의학으로 치료할 수 없는 말기 암환자는 효과가 불확실한 실험적 방법을 써서라도 끝까지 과감하게 치료해야 한다	0.1014	0.4639
C34	병원이나 의원은 최신의 치료장비를 갖추어야 한다	0.0354	0.8434
C36	진단은 되도록 신속히 내려져야 한다	0.2723	0.4150
C39	의료기관은 정확한 진단을 위한 여러 진단장비를 갖추고 있어야 한다	0.0821	0.7573
C40	의사는 되도록 환자의 증상보다는 검사소견 등 객관적인 방법에 따라 진단해야 한다	0.0997	0.6088
Variance explained by each factor		6.5808	5.1576

* The items showing the different result from conceptual construct

Table 4. The result of factor analysis(Care domain)

Items	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4	Factor5
C13	0.4444	0.2873	0.0662	-0.0904	0.3619
C18	0.3660*	0.2947	0.1516	0.2693	0.0676
C22	0.3999	0.3314	0.1996	0.1591	0.2366
C25	0.6941	0.1834	-0.0195	0.1125	0.1619
C26	0.6753	0.0480	0.1578	0.0652	0.1287
C27	0.5473	-0.0763	0.4661	0.2270	-0.1122
C28	0.5770	0.0520	0.0451	0.1732	0.0764
C29	0.6343	0.0706	0.1643	0.1158	0.1401
C32	0.4040	0.2769	0.2004	-0.0004	0.0891
C41	0.4215	0.3184	0.0325	0.1082	0.2315
C2	0.0043	0.7115	-0.0302	-0.0407	0.0899
C7	0.1075	0.5678	0.3903	0.1588	-0.0449
C12	0.2000	0.5848	0.1407	0.1016	0.1870
C17	0.2035	0.6305	0.1566	0.2360	0.0447
C3	0.1837	0.0537	0.7504*	-0.0189	0.1478
C4	0.0585	0.3252	0.6318	0.0744	0.2329
C6	0.0871	0.1585	0.6756	0.1393	0.1485
C23	0.3902	0.0498	0.4632*	0.4206	-0.1090
C20	0.1229	0.1723	0.0928	0.7728	0.1402
C24	0.2163	0.0976	0.0974	0.8031	0.1846
C10	0.0684	0.0658	0.1285	0.0912	0.7966
C14	0.3047	0.0485	0.1187	0.2253	0.6092
C38	0.2576	0.2812	0.1636	0.0799	0.4703*
Var ¹	3.3207	2.3361	2.28625	1.8324	1.7716

* The items showing the different result from conceptual construct.

¹ Variance explained by each factor.

척도화 가정에 대한 검정을 위해 각 항목의 표준편차와 문항내적일치도, 문항판별타당도를 구하였다. 문항의 표준편차는 각 하위변수군 별로 큰 차이를 보이지 않았다. 문항내적일치도에 대한 검정은 <표 6>에 제시된 상관행렬표에서 동일한 행의 같은 개념적 구성에 속하는 문항들과의 상관계수와 다른 개념적 구성에 속하는 문항과의 상관계수를 비교한 것으로 이를 분석방법에 기술한 바대로 정리하면 <표 7>과 같다. 문항내적일치도를 보기 위한 성공률은 모든 하위 변수군에서 100%였고 성공률로 나타낸 문항판별타당도 역시 모든 하위변수군에서 100%였다.

Table 5. The result of factor analysis(Care domain)

Items	Factor1	Factor2	Factor3	Factor4
C9	0.8557	0.0542	0.0877	0.0795
C11	0.6823*	0.1023	0.2745	0.0372
C34	0.8443	0.0716	0.0974	0.2205
C36	0.4106*	0.2578	0.2033	0.0213
C39	0.7998	0.1819	0.0264	0.0841
C40	0.5066	-0.0318	0.2560	0.3274
C8	0.3484	0.4621	-0.0262	0.1197
C30	0.1546	0.7327	0.1177	-0.0741
C31	-0.1091	0.7908	0.0892	0.0707
C35	0.1294	0.6612	-0.0387	0.1257
C5	0.3226	-0.0367	0.5797	0.1753
C15	-0.0208	0.0133	0.7598	-0.0604
C19	0.2728	0.2784	0.5990	0.0742
C21	0.2185	-0.0615	-0.0615	0.5533
C33	0.1382	0.2532	0.2532	0.8296
Var ¹	3.3951	2.0792	1.6701	1.2459

* The items showing the different result from conceptual construct.

¹ Variance explained by each factor.

2) 의료에 대한 태도 측정을 위한 설문지의 신뢰도 설문문항들의 신뢰도는 내적일치도를 보기 위한 Cronbach의 α 계수를 이용하였다. '돌봄' 15문항의 Cronbach의 α 계수는 0.82, '치료' 23문항의 Cronbach의 α 계수는 0.88이었고 하위변수군별로 보면 '의사의 지식과 기술(UPK)' 0.61, '진단과 치료시 장비의 중요성(UEQ)' 0.83, '의사의 권위(UPH)' 0.50, '치료의 과감성(UAG)' 0.46, '정보제공(AIG)' 0.69, '치료과정에 환자 및 가족의 참여(APA)' 0.65, '의료진 간의 협조(ACO)' 0.69, '의료시설의 쾌적함과 접근성' 0.52, '환자에 대한 개인적 관심(API)' 0.79 등이었다(표 8).

3. 환자와 의사의 의료에 대한 태도

1) 환자와 의사의 의료에 대한 태도

의사와 환자를 양방과 한방의 구별없이 chi-square 검정을 통해 분석한 결과를 보면 대부분의 환자(52.2%)가 의료의존적 집단에 속하였으며, 치료지향

Table 6. Item means, standard deviation and correlation coefficients between each item and hypothesized scale

Item	Mean	S.D.	Cure				Care				
			UPK	UEQ	UPH	UAG	AIG	APA	ACO	AAA	API
UPK1	2.60	.058	0.6227	0.2962	0.2270	0.2808	0.3328	.02218	0.2244	0.2101	0.2892
UPK2	2.57	0.58	0.6967	0.2423	0.1702	0.2299	0.2858	0.2200	0.3014	0.2732	0.3471
UPK3	2.59	0.57	0.6788	0.0432	0.0997	0.1516	0.2625	0.2138	0.2722	0.2121	0.3609
UPK4	2.67	0.51	0.6383	0.1832	0.0875	0.1867	0.3736	0.2247	0.2439	0.1915	0.3021
UPK5	2.06	0.79	0.6158	0.3235	0.2610	0.2667	0.2606	0.2946	0.2129	0.2283	0.3622
UEQ1	1.96	0.87	0.2859	0.8501	0.3978	0.4963	0.2472	0.2555	0.2148	0.3491	0.2244
UEQ2	1.87	0.95	0.2887	0.8812	0.3774	0.5450	0.1789	0.2720	0.2389	0.3103	0.2263
UEQ3	2.16	0.84	0.3467	0.8174	0.3259	0.4296	0.1951	0.2723	0.2959	0.2640	0.2196
UEQ4	1.69	0.88	0.2177	0.6924	0.3672	0.3510	0.1836	0.2640	0.2828	0.1916	0.2229
UPH1	1.38	0.95	0.1453	0.4155	0.7256	0.3484	0.2078	0.2434	0.2910	0.1226	0.1965
UPH2	1.09	1.01	0.1242	0.1802	0.7184	0.2163	0.0974	0.1126	0.1535	0.1735	0.1171
UPH3	1.89	0.78	0.3477	0.3876	0.6776	0.3602	0.2429	0.2392	0.2571	0.2150	0.2739
UAG1	1.84	0.94	0.2994	0.5658	0.4100	0.6979	0.2327	0.2920	0.2371	0.3797	0.2827
UAG2	1.33	1.03	0.1636	0.3473	0.3196	0.7292	0.1403	0.2152	0.1525	0.1466	0.2983
UAG3	2.01	0.87	0.2657	0.2295	0.1261	0.6136	0.2434	0.1583	0.2012	0.1866	0.3454
AIG1	2.57	0.58	0.1892	-0.0272	0.0487	0.1476	0.5139	0.1296	0.0738	0.1604	0.2612
AIG2	2.35	0.68	0.2968	0.2372	0.2045	0.2275	0.6933	0.4520	0.2468	0.3179	0.3856
AIG3	2.10	0.79	0.2310	0.2700	0.2100	0.2230	0.6251	0.4385	0.2332	0.2556	0.3244
AIG4	2.58	0.57	0.2818	0.1820	0.1063	0.1396	0.6777	0.3640	0.2745	0.1655	0.3833
AIG5	2.64	0.53	0.4175	0.0980	0.1067	0.1888	0.6164	0.3300	0.2715	0.2874	0.4632
AIG6	2.38	0.66	0.3750	0.1280	0.2373	0.1868	0.6856	0.3874	0.3139	0.2553	0.4681
APA1	2.24	0.72	0.2162	0.2459	0.2020	0.1989	0.4598	0.6968	0.2032	0.2190	0.3162
APA2	2.18	0.67	0.2848	0.1276	0.2074	0.1781	0.4193	0.5754	0.2944	0.2930	0.4107
APA3	2.10	0.82	0.2954	0.2580	0.1986	0.2660	0.3868	0.7644	0.3987	0.1940	0.4356
APA4	1.82	0.83	0.2525	0.2761	0.1700	0.2718	0.3370	0.7681	0.3282	0.2177	0.4573
ACO1	2.22	0.64	0.3487	0.2566	0.2874	0.2468	0.3475	0.3578	0.8829	0.2554	0.3525
ACO2	2.23	0.68	0.3273	0.3018	0.2002	0.2587	0.3073	0.4128	0.8828	0.3385	0.3947
AAA1	2.35	0.66	0.2938	0.2784	0.1966	0.2758	0.3043	0.2218	0.2203	0.8135	0.3482
AAA2	2.04	0.76	0.2853	0.2977	0.1984	0.3009	0.3492	0.3117	0.3355	0.8569	0.4383
API1	2.30	0.76	0.2844	0.0816	0.0312	0.2401	0.3644	0.2655	0.1591	0.3277	0.5807
API2	2.15	0.75	0.3471	0.2198	0.1735	0.3736	0.4533	0.3734	0.2998	0.2812	0.6155
API3	2.08	0.76	0.2954	0.0701	0.1433	0.2107	0.3610	0.4057	0.2935	0.3126	0.6824
API4	1.86	0.87	0.3325	0.1321	0.1686	0.2969	0.3355	0.4272	0.2737	0.2927	0.6532
API5	1.98	0.79	0.2752	0.2043	0.2240	0.2921	0.2928	0.3452	0.2973	0.2462	0.5586
API6	2.07	0.74	0.2746	0.1874	0.2249	0.2625	0.3647	0.4209	0.2742	0.2876	0.6520
API7	2.22	0.68	0.3434	0.2477	0.2196	0.3041	0.3458	0.2947	0.1711	0.1744	0.5217
API8	2.47	0.63	0.3770	0.2735	0.1790	0.3058	0.3662	0.2937	0.2754	0.3719	0.6168
API9	2.35	0.64	0.3061	0.1063	0.0970	0.1991	0.3568	0.2885	0.2682	0.2957	0.5714

Table 7. Item internal consistency and discriminant validity

Subdomain	k ^a	Range of correlation		Internal consistency ^b		Discriminant validity ^c	
		Item internal consistency ^b	Item discriminant validity ^c	Success/Total	Success rate(%)	Success/Total	Success rate(%)
UPK	5	0.62-0.70	0.04-0.37	5/5	100	40/40	100
UEQ	4	0.69-0.88	0.17-0.55	4/4	100	32/32	100
UPH	3	0.68-0.73	0.10-0.42	3/3	100	24/24	100
UAG	3	0.61-0.73	0.13-0.57	3/3	100	24/24	100
AIG	6	0.51-0.69	0.02-0.47	6/6	100	48/48	100
APA	4	0.58-0.77	0.13-0.46	4/4	100	32/32	100
ACO	2	0.88-0.88	0.20-0.41	2/2	100	16/16	100
AAA	2	0.81-0.86	0.20-0.44	2/2	100	16/16	100
API	9	0.52-0.68	0.10-0.46	9/9	100	72/72	100

^a A number of items and item internal consistency tests per subdomain

^b Correlation between items and hypothesized scale corrected for overlap

^c Correlation between items and other subdomains

^d A number of $\pm .40$

^e A number of items with correlations significantly higher/total number of correlations

Table 8. Reliability of questionnaire

Domain	Subdomain	Number of items	Cronbach's α
Cure		15	0.82
	UPK	5	0.61
	UEQ	4	0.83
	UPH	3	0.50
	UAG	3	0.46
Care		23	0.88
	AIG	6	0.69
	APA	4	0.65
	ACO	2	0.69
	AAA	2	0.52
	API	9	0.79

Table 9. The difference in attitude toward medical care by type

Group	Patient			Physician		
	Western ¹	Oriental ²	Subtotal ³	Western ¹	Oriental ²	Subtotal ³
Dependent on medical care	68(58.1)	53(46.1)	121(52.2)	19(26.4)	3(11.1)	22(22.2)
Cure-oriented	22(18.8)	32(28.7)	55(23.7)	6(8.3)	1(3.7)	7(7.1)
Care-preferred	4(3.4)	5(4.3)	9(3.9)	12(16.7)	9(33.3)	21(21.2)
Skeptical toward medical care	23(19.7)	24(20.9)	47(20.3)	34(47.2)	15(55.6)	49(49.5)
Sum	117(100)	115(100)	232(100)	72(100)	27(100)	99(100)

¹ p=.00, ² p=.00, ³ p=.00 in chi-square test

적 집단, 의료회의적 집단에 각각 23.7%, 20.9%의 환자가 속하였고, 돌봄선호적 집단에 속한 환자는 4.3%로 가장 적었다. 반면 의사의 경우는 의료회의적 집단에 속한 경우가 가장 많았으며(49.5%), 의료의존적 집단, 돌봄선호적 집단에 각각 22.2%, 21.2%가 속하였고, 치료지향적 집단은 7.1%로 가장 적어 의사와 환자가 각 집단에 속할 확률에는 유의한 차이가 있었다(p=0.00)(표 9).

이를 양방과 한방으로 나누어 보면 병원이용환자의 경우에 의료의존적 집단이 가장 많았고(58.1%), 돌

봄선호적 집단은 가장 적었다(3.4%). 의사의 경우는 의료회의적 집단이 가장 많고(47.2%) 치료지향적 집단이 가장 적어(8.3%) 전체 환자-의사의 경우와 유사한 구성을 보였으며, 각 집단에 속할 확률에는 유의한 차이가 있었다(p=0.00). 한방병원이용환자 역시 의료의존적 집단이 가장 많고(46.1%) 돌봄선호적 집단이 가장 적었다(4.3%). 한의사의 경우도 의료회의적 집단이 가장 많고(49.5%) 치료지향적 집단의 백분율은 3.7%로 가장 적어 전체 환자-의사와 구성이 유사하였으며, 한방병원이용환자와 한의사가 각 집단에 속할

Table 10. The result of discriminant analysis for the discrimination of the groups of attitude toward medical care

Variable	Wilks' lambda	F	p-value
Type(physician/patient)	0.79	28.26	0.00
Age(real value)	0.94	6.25	0.00
Sex(female/male)	0.97	2.85	0.04
Religion(yes/no)	0.99	1.41	0.24
Region(urban/rural)	0.95	5.28	0.00
Openness(real value)	0.98	2.37	0.07
Statistics	Hit ratio ¹	C _{prop} ²	p-value ³
Value	0.51	0.39	0.00

¹ Percent of "grouped" cases correctly classified

² Proportional chance criteria

³ p-value, where $t = (Q-P) / \sqrt{P(1-P)/n}$, degree of freedom = sample size - 1

확률에는 유의한 차이가 있었다(p=0.00).

병원이용환자와 한방병원이용환자를 비교해 볼 때 한방병원이용환자가 병원이용환자에 비해 의료의존군이 적고 치료의존군이 많았다. 의사와 한의사를 비교해 볼 때 한의사의 경우 의사에 비해 의료의존적 집단의 백분율이 낮고 돌봄선호적 집단이 보다 많았다.

종속변수는 4개의 집단으로 분류한 의료에 대한 태도를, 독립변수로 연령, 환자를 기준집단으로 하여 가변수 처리한 유형변수(type, 의사/환자) 남자를 기준집단으로 가변수 처리한 성, 종교없음을 기준집단으로 가변수 처리한 종교, 농촌지역을 기준집단으로 가변수 처리한 '중학교를 졸업할 때까지의 주요거주지역(region)', '다른 의학체계에 대한 개방성(openness)'을 투입하여 판별분석한 결과를 <표 10>에 제시하였다. 유형과 연령의 Wilks의 lambda값이 통계학적으로 유의하였고, 유형의 Wilks의 lambda값이 0.79으로 가장 작아 종속변수를 분류하는데 가장 판별력이 큰 변수였다. 또 사전확률(prior probability)로 각 집단의 분율을 투입하여 유의한 변수로 선택된 변수에 따라 각 집단에 소속될 적중률을 보면 51.61%였으며, 이를 비례기회적중기준과 비교하여 보면 차이

Table 11. The results of logistic regression analysis for classification of attitude toward medical care by type

Type	Odds ratio(95% CI)			
	Patient		Physician	
	Western	Oriental	Western	Oriental
Dependent variable	Group1	Group2	Group4	Group3
independent variable	/Others ¹	/Others ¹	/Others ¹	/Others ¹
Age	1.03	0.99	0.98	0.96
(real value)	(1.21-3.35)	(0.97-1.02)	(0.95-1.00)	(0.92-1.01)
Sex	1.52	1.03	0.76	0.52
(female/male ¹)	(0.92-2.51)	(0.57-1.86)	(0.43-1.35)	(0.20-1.39)
Religion	0.95	1.09	1.02	0.94
(yes/no ¹)	(0.79-1.14)	(0.86-1.36)	(0.83-1.25)	(0.68-1.30)
Openness	1.01	1.00	1.06	0.84
(real value)	(0.92-1.12)	(0.88-1.14)	(0.94-1.20)	(0.70-1.00)
Region	0.88	0.65	1.36	1.22
(Urban/Rural ¹)	(0.70-1.11)	(0.48-0.89)	(1.07-1.74)	(0.85-1.73)
Type	2.02	2.38	2.29	4.10
(/others ¹)	(1.21-3.35)	(1.32-4.28)	(1.15-4.56)	(1.48-11.38)

¹ Referent group

의 유의확률이 0.00으로 모형에 투입한 독립변수들에 의한 종속변수의 집단을 판별하는 판별력이 컸다.

분석방법에서 제시한 절차에 따라 로지스틱회귀 분석을 시행한 결과를 <표 11>에 제시하였다. 의사, 한방병원이용환자, 한의사를 모두 기준집단으로 하여 병원이용환자를 독립변수로 투입한 4가지 로지스틱회귀 모형 중에서 나머지 태도를 기준집단으로 집단1(의료의존적 집단/기타 집단)을 종속변수로 한 모형에서만 유형변수가 통계학적으로 유의한 비차비를 가졌으며, 이 모형의 적합도는 모델 chi-square값이 31.14(자유도 6, p=0.00)로 높았고 유형의 비차비는 2.02였다. 병원이용환자, 의사, 한의사를 모두 기준집단으로 하여 병원이용환자를 독립변수로 투입한 4가지 로지스틱회귀 모형 중에서는 나머지 태도를 기준집단으로 집단2(치료지향적 집단/기타 집단)를 종속변수로 한 모형에서만 유형변수가 통계학적으로 유의한 비차비를 가졌으며, 이 모형의 적합도는 모델 chi-square값

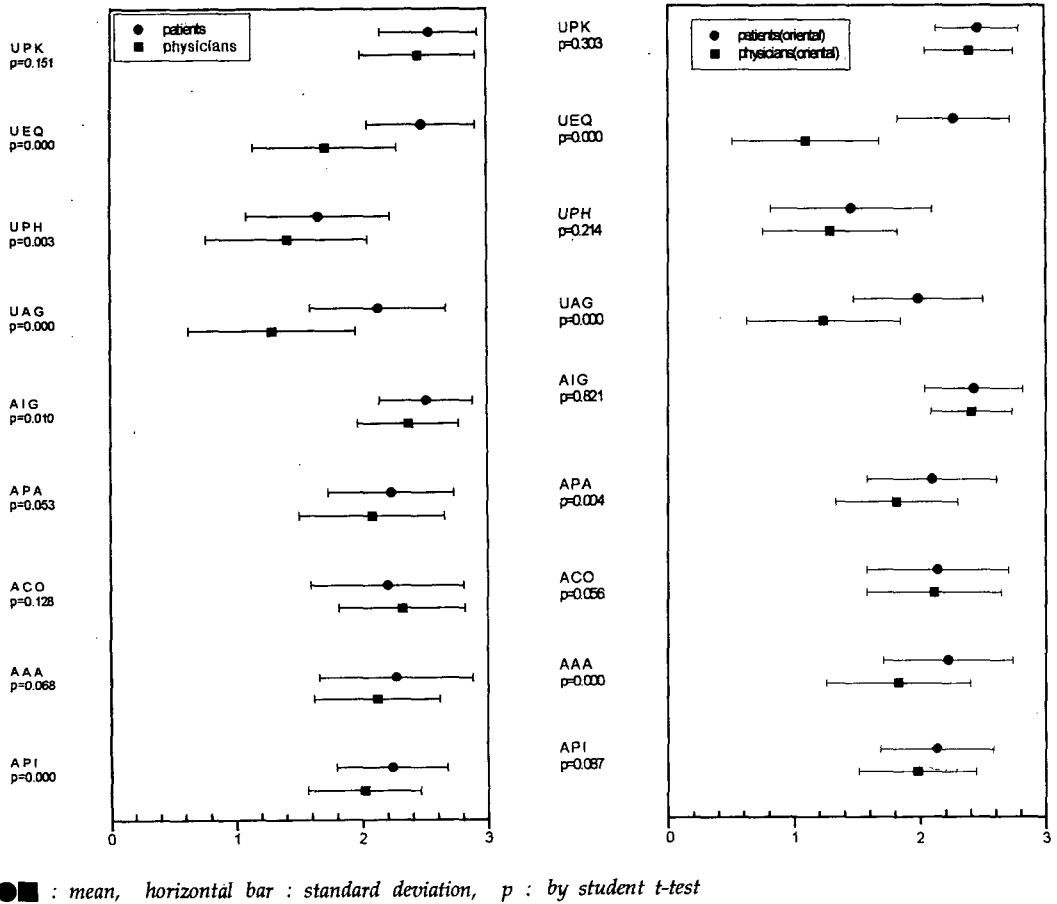


Fig 3. The difference of attitude toward medical care between patients and physicians by subdomains (left : western, right : oriental)

이 21.74(자유도 6, $p=0.00$)로 높았고 유형의 비차비는 2.38이었다. 또 병원이용환자, 한방병원이용환자, 한의사 모두를 기준집단으로 의사를 독립변수로 투입한 4가지 로지스틱회귀 모형 중에서는 나머지 태도를 기준집단으로 집단4(의료회의적 집단/기타 집단)를 종속변수로 한 모형에서만 유형변수가 통계학적으로 유의한 비차비를 가졌으며, 이 모형의 적합도는 모델 chi-square값이 28.79(자유도 6, $p=0.00$)로 높았고 유형의 비차비는 2.29였다. 병원이용환자, 한방병원이

용환자, 의사 모두를 기준집단으로 한의사를 독립변수로 투입한 4가지 로지스틱회귀 모형 중에서는 나머지 태도가 기준집단인 집단3(돌봄선택적 집단/기타 집단)과 집단4(의료회의적 집단/기타 집단)를 종속변수로 한 모형의 유형변수가 통계학적으로 유의한 비차비를 가졌으며, 이 모형의 적합도는 모델 chi-square값이 각각 22.59(자유도 6, $p=0.00$), 28.55(자유도 6, $p=0.00$)로 높았고 유형의 집단3에 대한 비차비는 4.10, 집단4에 대한 비차비는 2.72였다.

2) 의료의 각 속성에 대한 환자와 의사의 태도

이러한 의료에 대한 태도를 보다 세분하여 어떤 하위변수군에서 환자와 의사의 태도 차이가 큰지 알아보기 위해 각 하위변수군의 연구대상별 산술평균을 종속변수로 하여 의사·병원이용환자, 한의사·한방병원 이용환자간의 t검정을 시행하였다. 치료변수군에서는 ‘진단과 치료시 장비 등의 중요성’(p=0.000), ‘의사의 권위’(p=0.000), ‘치료시의 과감성’(p=0.000), 돌봄변수군에서는 ‘정보제공’(p=0.010), ‘환자에 대한 개인적 배려’(p=0.000) 등의 변수군의 중요도를 병원이용환자가 의사보다 높게 평가하였으며, 나머지 변수군에서는 환자와 의사간에 유의한 차이가 없었다. 또한 한방병원이용환자와 한의사의 경우에는 치료변수군 중 ‘진단과 치료시 장비의 중요성’(p=0.000), ‘치료시의 과감성’(p=0.000), 돌봄변수군 중 ‘치료과정에 환자 및 보호자의 참여’(p=0.004), ‘진료시설의 편의성과 접근도’(p=0.000) 등의 하위변수군의 중요도를 한방병원이용환자가 한의사보다 높게 평가하였으며, 나머지 하위변수군에서는 한방병원이용환자와 한의사간에 유의한 차이가 없었다(그림 3).

IV. 고 찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 환자와 의사 등 서로 이질적인 집단을 대상으로 하여 집단별 태도를 측정하기 위한 것이다. 지금까지 환자나 의사 등 의료이용과 관련되어 관계를 맺게되는 사람들이 의료에 대해서 가지는 태도에 대한 차원의 분류는 주로 요인분석을 이용해 왔다. Ware와 Snyder(1975)는 이 분야의 초기 연구에서 의료에 대한 환자의 태도를 크게 4가지 차원으로 분류하였는데, 의사의 행동에 대한 환자의 태도로서 인간적 측면(humanness; patient attitude toward caring)과 기술적 능력(competence; patient attitude toward curing)을 구분하고 이를 가능하게 하는 가능성 요인(en-

abling factors)과 접근성, 편의성을 구분하고 요인분석을 통해 확인하였다. 경험적 연구를 통해 이러한 견해의 차원을 구분하고자 한 최근의 시도들 역시 모두 태도나 견해의 차원을 분류할 때 요인분석을 이용하여(Laine 등, 1996) 본 연구에서도 이를 따랐다.

태도를 측정하기 위한 도구로는 흔히 구조화된 설문지가 사용되며 이 때 도구의 신뢰도와 타당도가 문제가 된다. 본 연구에서 사용된 설문지의 타당도를 평가하기 위해 요인분석과 문항내적일치도 및 문항판별타당도를 이용하였다. 요인분석 결과, 고유값 1을 기준으로 하면 9개의 요인수를 결정할 수 있어 개념적 구성과 예비조사 결과의 경험적 자료를 근거로 구분한 하위변수군의 수와 동일하였으며 각각의 요인들이 적재하는 문항 역시 원래의 개념구성과 크게 상이하지 않았다. 또 요인수를 2개로 주어 분석한 결과와 치료와 돌봄 문항들에 각각 4개와 5개의 요인수를 주어 분석한 결과도 이와 크게 상이하지 않아 개념적 구성의 타당도에는 큰 문제가 없다고 판단하였다.

또 판별타당도를 평가하기 위해 사용한 문항내적일치도와 문항판별타당도는 이 연구를 위해 개발된 설문지와 같이 각 변수군을 구성하는 문항수가 비교적 적은 경우에 유용하게 사용될 수 있는 방법으로(고상백 등, 1997; Ware 등, 1993) 성공률이 모두 100%로 판별타당도 역시 높다고 판단하였다.

개발된 설문지의 신뢰도는 Cronbach의 α 계수를 이용하여 내적일치도를 보았는데, 치료와 돌봄의 경우는 각각 0.82와 0.88로 이는 연구대상이 전문가 집단과 일반인으로 구성되어 있을 뿐 아니라 다른 학문적 체계에 기초한 집단을 포괄하고 있어 매우 이질적인 집단이었음을 고려하면 비교적 높다고 할 수 있었다. Ware 등(1993)은 이질적인 집단에 적용되는 설문지가 신뢰도가 있다고 판단하려면 Cronbach의 α 계수가 0.5 이상은 되어야 한다고 제시하고 있는데 본 설문지의 하위 변수군들 중, 의사의 권위, 치료의 과감성은 0.5 이하였다. 그러나 위에서 지적한 대로 연구대상이 매우 이질적이었을 뿐 아니라 Cronbach의 α 계수는 문항수에 의해 크게 영향을 받는다고 알려져 있고, 비교적

적은 문항수를 가진 하위변수군에서 이 값이 낮았기 때문에 이 역시 수용할 만하다고 판단하였다. 추후에 유사한 연구의 설계시에 이러한 점이 고려되어야 할 것이다.

이 연구의 설문지에서 사용된 Likert 척도를 사용할 때 긍정적으로 치우친 답을 하는 경우가 많아(positive skew) 측정상의 편의를 초래할 수 있다. 특히 의료진에 설문지가 적용될 때 이러한 문제가 초래되는 경우가 많으며(Streiner와 Norman, 1989) 본 설문문항이 연구대상이 가지고 있는 규범적 태도를 묻는 것이었고 전문가집단이 일반인에 비해 규범에 근거한(norm-based) 판단을 한다는 점(Gochman, 1997)에 비추어 볼 때 의사의 점수가 보다 높을 것이라고 추측하였지만 치료와 돌봄 모두 환자에 비해 의사의 점수가 낮아 이러한 편의가 개재되지는 않았다고 판단하였다.

치료와 돌봄점수를 나누는 기준점은 각 항목에 대해 중요도를 높게 평가할수록 높은 점수가 부여되도록 0-1-2-3으로 점수를 주어 각 변수군에 속한 항목의 값을 합산한 후 그 값의 산술평균을 이용하였다. 이때 중위수를 사용할 수도 있으나 합산한 변수군별 총점이 정규분포에 근사하고 있어(치료와 돌봄점수의 첨도와 왜도는 각각 -0.135, -0.145; -0.449, -0.042) 산술평균과 중위수(돌봄의 중위수 52, 산술평균 51.6; 치료의 중위수 30, 산술평균 29.7)에 큰 차이가 없었기 때문에 산술평균을 기준점으로 이용하였다. 또 이러한 기준점을 결정할 때 의사나 환자와는 다른 태도를 가지고 있으리라고 판단되는 집단 중에서 의과대학생의 자료를 함께 이용하였다. 예비조사과정과 다른 연구를 위해 동일한 측정도구로 조사한 학생들의 표본수는 환자나 의사에 비해서 많았기 때문에 이들을 모두 이용할 경우 학생들의 태도에 의해 기준점이 과도하게 결정되는 것을 방지하기 위해서 환자와 동수의 학생 표본만을 확률추출하여 이용하였다. 이 경우에 표본오차(sampling error)가 증가할 수 있기 때문에 다른 연구대상(의사, 환자)의 표본수를 늘리는 것이 보다 좋은 방법이지만 연구대상병원의 의사수에 제한이 있고 확률추출한 학생표본 3가지를 비교한 결과 큰 차이가

없이 이 방법을 이용하였다.

연구방법과 관련하여 설문문항의 개발시에 전적으로 외국문헌에 의존하였고, 환자의 진료만족도나 의료의 질을 평가하기 위한 도구, 의사와 환자의 의료에 대한 견해 등을 측정하기 위한 설문지 등 이질적 측정 도구로부터 추출한 것이어서, 본 연구의 가설을 입증하기 위한 도구로서의 일관성과 적합성에는 문제가 있을 수 있다. 이러한 문제점이 통계학적 타당도 검증에 의해서 오히려 은폐될 수 있는 측면을 간과해서는 안되며, 이를 극복하기 위해 환자와 의사에 대한 개방형 설문과정을 통해 문항을 개발하고 우리나라 의료의 문제에 대한 통찰에 근거하여 이를 체계적으로 추출하는 과정이 필요하리라고 판단된다. 이후의 연구에서 이러한 측면이 극복될 수 있기를 기대한다.

또 가설의 입증을 위한 분석방법에 사용한 판별분석은 정준판별분석으로서 독립변수가 범주형 변수일 경우에는 k-최소근방(k-nearest neighbor)분석방법 등 비모수적 방법을 사용해야 하나(김기영과 전명식, 1994), 독립변수를 가변수처리하면 모수적 방법을 사용할 수 있고(이영준, 1995) 이 방법이 원자료로부터 보다 많은 정보를 얻을 수 있었기에 모수적 방법을 이용하였다. 참고로 k-최소근방분석방법을 적용하였을 때 동일한 독립변수에 의한 적중률은 93.4%로 매우 높았다.

2. 연구결과에 대한 고찰

이 연구의 결과, 환자는 의사에 비해 의료의존적이고 의사집단은 환자에 비해 의료에 대해 회의적인 집단에 속하며 이는 양방과 한방에 있어 유사하였다. 또 성, 연령, 종교, 중학교 졸업시까지의 성장지역 등 주요 사회인구학적 변수와 다른 의료체계에 대한 개방성들을 통제한 로지스틱회귀분석의 결과를 종합하면, 병원이용환자는 의료의존적 집단에, 한방병원이용환자는 치료지향적 집단에, 의사와 한의사는 각각 의료회의적 집단과 돌봄선호적 집단에 속할 확률이 다른 경우에 비해 의미있게 높았다.

양방의 경우, 이러한 결과는 의사들의 경우에 내과계 의사들만을 대상으로 하여 보다 치료중심적일 것이라고 기대되는 외과계 의사들이 제외된 것을 하나의 이유로 생각해 볼 수 있다. 또 현재 병원이나 한방 병원을 방문한 환자가 잠재적 의료소비자 전체의 태도를 반영한다고 보기 어려운 점도 있다. 즉, 병원을 찾은 환자의 경우에 의학적 도움을 필요로 하는 건강상의 문제나 장애를 가지고 있어 돌봄보다는 치료가 현실적인 당면 문제이기 때문에 일반 인구집단에 비해 치료 쪽으로 과도하게 치우친 결과가 초래되었다고 볼 수 있다.

이와 아울러 사회인구학적 변수에 따라 의료에 대한 소비자의 태도는 매우 다르다는 점을 고려할 수 있다. 이중 연령은 특히 중요한 변수로서 연령이 증가함에 따라 의료이용의 경험이 늘고, 이러한 경험을 통해 의료에 대해 보다 현실적이거나 보다 낮은 기대수준을 가지게 되는데(Calnan, 1994), 연구대상 중 환자의 평균연령이 병원이용환자의 경우 39.7세, 한방병원이용환자의 경우 37.6세 등 모두 40세 이하였기 때문에 의료에 대한 기대가 높은 집단이 연구대상이 되었을 가능성이 높다.

조병희(1997)는 한 도시 시민들의 의료분쟁에 대한 인식에 관한 연구에서 의학기술의 진보가 일반 국민의 치료효과에 대한 기대수준을 높였지만 동시에 질병구조의 변화로 새로운 만성퇴행성질환에 대한 유효한 치료법을 제시하지 못함으로써 환자들의 불만과 불신을 크게 증대시키는 결과를 가져왔다고 지적한다. 즉, 현대의사들은 관료제 방식으로 조직된 병원에서 기술적으로만 세련된 의료서비스를 제공하고 있는데 반하여 환자들은 과거보다 더 높은 치료효과를 기대하고 병원을 찾게 된다. 이와 아울러 과거에 사회구성원들에게 정서적 보호기능을 수행하던 가족이나 친족 또는 교회는 오히려 쇠퇴하게 됨으로써 심신이상을 담당하는 의료부문이 이 기능을 상당부분 떠맡게 되어 환자들이 더 많은 정서적 문제를 간직한 채 병원에 오기 때문에 의사와 환자간에 기대의 불균형이 존재하게 되며 이러한 조건 속에서 환자-의사간의 상호작

용이 이루어지게 된다고 하였다. 이러한 지적은 본 연구결과를 해석하는데 많은 시사점을 제공한다. 의사들은 자신이 속해 있는 의학이 초래하는 결과의 허와 실을 두루 알고 있어 비교적 객관적으로 의료에 대해 평가할 수 있으며 의학의 보편화로 인해 의료가 내포하고 있는 위험성이 증가하고 있다고 판단하여 치료가 가지는 효과를 협소하게 평가하는데 비해 마스크 등에 의한 새로운 치료법, 신약, 첨단장비 등의 무분별한 보급으로 환자들의 기대는 비현실적으로 부풀려져 있을 수(이윤성, 1995)도 있기 때문이다.

서구에서 초기에 이루어진 연구들도 이와 유사한 결론을 내리고 있다. 즉, 의사는 자신의 한계에 대해 보다 분명한 자각을 가지고 있는 반면(Price, 1971), 환자는 의료를 보다 광범위하게 정의하는 경향이 있어 의료제공자가 제공하려 하거나 제공할 수 있는 것보다 더 많은 것을 기대한다고 한다(Donabedian, 1980). 그러나 이보다 최근에 이루어진 연구들에 의하면 환자에 비해 의사가 보다 치료중심적이고 환자의 전부는 아니라 할지라도 환자의 이해관계를 이념형으로 대변하고 있는 의료영역내에서 소비자운동의 주창자들은 이러한 의사들의 치료중심적 견해와 태도에 매우 비판적이라고 지적되고 있다(Rosenstein, 1986; Somers, 1986; Williamson, 1993).

우리나라의 경우, 일반인을 대상으로 의사에 대한 사회적 인식 및 태도를 조사·연구한 전병재 등(1995)은 의사의 전문적 권위에 대한 순응태도가 매우 큰데도 불구하고 환자의 알 권리에 대한 찬성태도가 많고 환자치료를 위한 의사의 거짓말에 대해서는 반대태도가 강한 점 등을 근거로 최근 한국사회에서도 의료소비자로서 환자의 권리에 대한 의식이 서서히 대두되는 초기 단계에 있어 의료전문직과의 관계를 바라보는 태도의 여러 측면에서 모순된 의식이 공존하고 있다고 하였다.

따라서 이 연구결과처럼 환자들의 태도가 의료에 대해 의존적이고 이러한 특성이 한방병원이용환자에서 병원이용환자에서 보다 뚜렷하게 나타나는 것은 우리사회가 서구의학을 중심으로 상당히 의료화(medi-

calization)되어 있는 데 반해 소비자의 이념형을 대표하는 소비자운동이 의료분야에서 아직 성숙하지 못했고 서구의학에 대한 근대적 성찰성(modern reflexivity)이 아직 개화하지 못한 상황을 반영하는 것이라고 볼 수 있다(Mishler 등, 1981; Giddens, 1991; Williams와 Calnan, 1996).

병원이용환자와는 달리 한방병원을 찾는 환자들은 치료지향적 집단에 속할 확률이 높았다. 환자들이 양의학의 선진성과 전문성에 대해서는 인정하면서도 한의학을 찾는 이유를 조사하기 위한 연구(권성실 등, 1992) 결과에 따르면, 환자들이 한의학을 이용하는 주요인으로 지적한 것은 문화적 동질감과 친밀감 외에도 ‘발전된 의학을 배웠기 때문에 실수가 적다’, ‘치료하면 잘 낫는다’는 항목 등에서 양방과 동등한 평가를 내렸다. 이는 한방을 찾는 환자들도 역시 한의사의 전문성과 한의학의 효능에 대한 평가가 한방병원을 찾는 주요 요인임을 시사하며 본 연구결과와도 일치한다.

의사들은 의료에 대한 회의적인 태도의 백분율이 매우 높았고, 기타 변수를 통제한 로지스틱회귀모형에서도 이러한 현상은 동일하였다. 의사의 회의적 태도는 치료의 면에서는 현실적인 판단에 기인한다고 할 수 있으나, 환자들에 비해 상대적으로 돌봄의 차원 역시 경시하고 있는 것은 의료에 대한 현실적인 판단에 기인한다고 보기 어렵다. 물론 의사들은 대개 진료시간에 쫓기고 있기 때문에(Billings와 Block, 1997; Christakis와 Feudtner, 1997) 환자의 요구가 높은 정보를 제공하거나 환자의 개인적 이해를 헤아리기 어려우며 이러한 진료여건이 우리나라의 경우에는 더욱 열악하다는 점을 감안해야 할 것이다. 그러나 이러한 현실적 여건을 감안한다 할지라도 규범적 측면에 있어서조차 의사들이 돌봄의 측면을 상대적으로 경시하는 태도를 가지고 있다는 점 또한 간과되어서는 안될 것이다.

의사들과는 달리 한의사들은 다른 집단에 비해 돌봄선호적 집단에 속할 확률이 높았다. 한의학이 서양의학에 비해 전인적 관점과 접근방법을 가지고 있다(김종렬과 김우중, 1996)는 점에 비추어 볼 때 예측할

수 있었던 결과로서, 향후 한방과 양방의 협조적 관계나 효율적인 의료제공체계를 구축하려 할 때 이를 감안해야 할 것이다.

치료와 돌봄을 각각 4개와 5개의 하위 변수군으로 분류하여 분석한 결과를 보면 ‘의사의 지식과 숙련도’에 있어서는 환자와 의사간에 차이가 없었으며, 의사와 환자 모두 ‘의사의 지식과 숙련도’를 의료에 있어 가장 중요한 것으로 평가하였다. 이는 서구에서 이루어진 여러 연구결과들(Price 등, 1971; Laine 등, 1996)과 일치하는 것으로 전문직의 형성과정에서 전문직에 대한 합의가 전문가적 능력(professional competency)을 중심으로 이루어졌기 때문으로 판단된다(전병재 등, 1995).

치료변수군 중 환자가 의사에 비해 높게 평가한 하위변수군들은 ‘진단과 치료시 최신 장비의 중요성’, ‘의사의 권위’, ‘치료의 과감성’ 등이었다.

‘진단과 치료시 최신 장비의 중요성’에 대해 환자들이 의사에 비해 매우 높게 평가한 결과와 관련하여 현대의료의 상품화 경향에 따라 의료산업의 중요한 상품인 약품과 내과적, 외과적 진단장비가 이 분야에서 중요한 이윤창출의 한 면을 이루고 있다는 지적은 고려할 만하다(문창진, 1992). 또 의사는 이를 매우 낮게 평가하였는데 이는 우리나라에서 의사가 전문직으로 자리잡는 과정에서 전문직종내의 수직적, 수평적 분업관계로 발전하지 못하고 경쟁적 관계에 들어서면서 자신의 전문가적 자질에 의해서가 아니라 최신 장비의 보유여부로 평가받게 된 측면이 있고 환자의 요구에 매우 취약하다는 지적이 있으며(조병희, 1994), 우리나라 병원의 최신장비 보유가 높다는 점을 고려하면(한달선, 1997) 환자들의 높은 최신장비 선호 경향에 의사가 영합한 것으로 볼 수 있다.

환자가 ‘의사의 권위’를 의사에 비해서 오히려 높게 평가한 것은 우리나라 환자의 의료에 대한 과도한 기대와 의존성을 보여주는 한 지표가 될 수 있다.

‘치료의 과감성’은 역시 동일한 차원에서 해석될 수 있으나 현재 의학적 개입이 필요한 상태에 있다는 환자로서의 상황도 함께 고려해야 할 것이다. 암 환자와

이를 치료하는 여러 의료전문직의 화학요법에 대한 태도를 연구한 Slevin 등(1990)은 암환자들이 의료진을 포함하여 암에 이환되어 있지 않은 사람들에 비해 편익이 별로 없는 근치적 치료를 훨씬 높게 평가한다는 점을 지적하였는데 본 연구결과와 해석과 관련하여 고려할 수 있는 결과이다.

돌봄 변수군의 하위변수군에서는 '정보제공'과 '환자에 대한 개인적 배려'를 의사보다 환자가 높게 평가하였고 이는 환자들이 의료에 대한 불만의 주요한 부분이 긴 대기시간과 설명의 부족이라는 기존의 조사 결과(조병희, 1994)와 일치하는 부분이다. 또 의료에 대한 일반 대중의 소비자주의적인 의식이 환자의 알 권리를 추구하는 것으로부터 시작된다는 전병재 등(1995)의 연구결과와 일치하는 부분으로 환자의 알 권리에 대한 태도가 비교적 상당히 보편화된 것에 비해 의료에서 환자가 결정권을 가져야 한다는 점에 대한 찬성태도는 적으며 치료방식을 환자가 결정할 수 있어야 한다는데도 찬성태도가 적다는 점은 다음과 같은 예측을 가능케 한다. 즉, 상승된 권리의식이 본인의 결정권에 대한 의식과 균형을 취하고 있지 못하기 때문에 의료소송 등이 매우 증가할 것이며 현재 우리나라의 의료소송률이 높은 것(조병희, 1997)은 이러한 사정을 반영하고 있는 것이라고 판단된다.

위에서 살펴 본 환자와 의사의 태도, 의료의 각 차원별 차이를 보면 의사의 규범적 태도를 필요로 판단할 때 환자의 의료에 대한 기대가 매우 높고, 이러한 높은 기대는 주로 최신 장비 등에 대한 요구를 반영하고 있는 것이어서 환자의 태도가 우리나라 의료비 급등의 한 요인이 될 것이라 추측할 수 있다. 따라서 이러한 수요측면에 대한 적절한 대책의 마련이 필요할 것이다. 그러나 환자들이 의료에 대해 가지는 태도를 고려해 볼 때 수요차원의 대책이 단순한 이용억제 차원에 그칠 경우 접근성이 떨어지는 계층의 의료에 대한 박탈감만 가중시키고 환자-의사간의 갈등을 증폭시킬 수 있다. 따라서 일반인의 경우에 건전한 회의론(healthy skepticism)이 필요하다는 지적(Calnan, 1998) 즉, 건강에 대한 환자의 자기 효능감(self efficacy)을

높여주고 건강증진의 차원을 보다 강조함으로써 의료비 상승의 수요요인을 원천적으로 감소시킬 수 있다는 지적(Fries 등, 1998)은 경청할 필요가 있다.

최근, 소비자의 의료에 대한 참여의 중요성이 거론되고 특히나 이러한 참여가 공소해지지 않으려면 그 결정과정에 의료소비자가 참여하는 것이 중요하다는 지적이 많다(김용익, 1992). 이를 위해 임상진료지침의 개발과정에 의료소비자 대표를 참여시켜 그 견해를 지침개발에 반영시킬 필요성이 제기되고 있는 것은 주목할 만한 현상이다(Bastian, 1996; 이상일, 1998; Domenighetti 등, 1998). 또한 미국 보건의료정책연구소(AHCPR)는 진료지침을 개발하여 보급하면서 의사용과 함께 환자용 소책자도 함께 발간하는데 이 환자용 소책자의 말미에는 각 치료방법이나 진단방법이 가지는 의학적 효과와 위험, 경제적 비용과 편익 등을 대차대조표 형식으로 첨부하고 있다. 이렇듯 보건의료의 개입이 가지는 효과에 대한 과학적 자료가 공개됨으로서 환자의 의료에 대한 태도를 현실적으로 변화시키는데 일조할 수 있을 것으로 판단된다. 본 연구결과를 고려할 때 우리나라도 의료소비자의 의료에 대한 결정과정에 참여시키고 그러한 결정과정을 뒷받침하기 위한 과학적 근거를 가진(evidence-based) 정보의 개발과 확산에 대한 관심이 필요한 때라고 생각한다.

연구 결과의 해석과 관련하여 이 연구가 가진 몇가지 한계를 지적할 필요가 있다. 먼저, 이 연구의 연구대상이 대학병원과 한의과대학부속 한방병원에 근무하는 의사들만을 대상으로 했기 때문에 전체 의사집단의 태도를 반영한다고 보기 어렵다는 점이다. 즉, 개원의에 비해 대학병원에 근무하는 의사들의 경우 보다 규범적 판단을 하는 경향이 클 것이고 보다 증상이 심하거나 치료하기 어려운 환자를 접할 기회가 많기 때문에 이로 인하여 태도에 차이가 있을 것이다. 이는 환자의 경우에도 동일하다고 할 수 있다. 특히 지적해야 할 것은 자료수집기간 중 연구대상이 된 한방병원이 무료 진료서비스를 시행하고 있어 평소에 한방병원을 선호하는 환자들의 고유한 성향이 희석되었을

가능성을 배제하기 어렵다는 점이다. 그러나 무료진료 서비스 시행전과 비교할 때 일일 진료환자수에 있어 큰 변동이 없었다는 동 병원 원무과의 통계를 바탕으로 이러한 영향력이 과도하지는 않다고 판단하였다.

V. 요약 및 결론

이 연구는 1998년 5월 중 2주일 동안 한 중소도시의 대학병원 내과계 외래와 한의과대학 부속 한방병원 외래를 방문한 환자 288명과 동대학병원과 부속한방병원에 근무하는 의사 109명 등 총 397명을 대상으로 의사와 환자간의 의료에 대한 태도 차이를 파악하고 이를 구조적으로 분석하기 위한 목적으로 시행되었다. 이를 위해 본 연구를 위해 개발된 구조화된 설문지를 통해 조사를 시행하였으며 개발된 설문지에 대해 신뢰도와 타당도를 검정하였다. 연구의 주요 결과와 시사점은 다음과 같다.

첫째, 요인분석과 문항 판별타당도, 문항 내적일치도, Cronbach의 α 계수로 평가한 결과 개발된 설문지의 구성타당도, 판별타당도 및 신뢰도는 비교적 높았다.

둘째, 의료에 대한 태도를 치료와 돌봄 변수군의 산술평균을 기준으로 의료의존적 집단, 치료중심적 집단, 돌봄선호적 집단, 의료회의적 집단으로 분류하여 카이제곱검정, 판별분석, 로지스틱회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다. 병원이용환자는 의료의존적 집단에, 한방병원이용환자는 치료지향적 집단에, 의사는 의료회의적 집단에, 또 한의사는 돌봄선호적 집단에 속할 비차비가 1보다 커서 다른 집단에 속할 확률에 비해 의미 있게 높았다.

셋째, 환자와 의사의 의료에 대한 태도 차이를 보다 세부적으로 구명하기 위해 치료와 돌봄을 예비조사시의 요인분석의 결과를 참고하여 분류한 하위변수군별로 분석한 결과 의사에 비해서 병원이용환자가 치료변수군 중에서는 '진단과 치료 장비의 중요성', '의사의 권위', '치료의 과감성'을, 돌봄변수군에서는 '정보제공', '환자에 대한 개인적 관심' 등을 높게 평가하였

고, 의사와 환자 모두 동일하게 '의사의 지식과 숙련도'를 가장 중요한 요인으로 평가하였다. 한의사와 한방병원이용환자를 비교하여 보면 한의사에 비해 한방병원이용환자가 치료변수군 중에서는 '진단과 치료시 장비의 중요성', '치료의 과감성'을, 돌봄변수군에서는 '진료시설의 편의성과 접근성', '의료진 간의 협조'를 높게 평가하였으며 한의사와 한방병원 이용자 모두 '의사의 지식과 임상적 숙련도'를 가장 높게 평가하였고 의사와 병원이용환자에 비해 '정보제공'을 보다 중요하게 평가하였다.

이상의 연구결과를 종합해 볼 때, 우리나라의 의료이용자들은 대부분 의료의존적 집단이나 치료지향적 집단에 속하였고 의료제공자 중 의사는 주로 의료회의적 집단에 속하였다. 이는 의료제공자에 비해 의료이용자의 의료에 대한 기대가 매우 크며 의료이용자들이 의료에 대해 과도한 기대를 가지고 있음을 의미한다. 따라서 이러한 과도한 기대가 수요차원에서 왜곡된 의료소비나 환자-의사간의 갈등으로 연결되지 않도록 정책적 노력이 요구된다. 즉, 의료이용자의 수요요인에 대한 적절한 대책으로서 의료이용자가 의료의 치료차원에 대한 현실인식을 강화할 수 있도록 과학적 증거에 근거한 정보의 보급 등이 필요할 것이다. 아울러 의료이용자의 요구에 비해 낮은 의사의 돌봄에 대한 태도를 변화시키기 위한 방안을 고려해야 할 것이며, 한의사의 경우에 상대적으로 돌봄선호적 집단에 속하는 경우가 많았는데 의료제공체계와 관련된 문제를 다룰 때 이러한 양·한방 의료제공자간의 태도차이를 감안해야 할 것이다.

이 연구의 주요 한계는 의사와 환자의 태도를 측정하기 위한 도구의 개발시 그 문항구성을 외국문헌의 고찰로부터 추출하였기 때문에 통계학적 유의성과는 무관하게 그 일관성과 타당성에 문제가 있을 수 있으며, 대학병원과 한의과대학 부속 한방병원만을 대상으로 하였기 때문에 전체 의사와 환자의 태도를 대표한다고 보기 어렵다는 점이다. 이후의 연구에서 이러한 한계가 극복되기를 기대한다.

참고문헌

- 고상백, 장세진, 강명근, 차봉석, 박종구. 직장인들의 건강수준 평가를 위한 측정도구의 신뢰도와 타당도 분석. *예방의학회지* 1997;30(2): 251-266
- 권성실, 오철동, 양승렬, 이행훈, 강희철, 정의식. 양방과 한방 진료에 대한 환자의 만족도 및 인식도 기초조사. *가정의학회지* 1992;13(11): 891-900
- 권오주. 의료영역과 한방의료영역. *대한의사협회지* 1996;39(2): 124-129
- 김기영, 전명식. SAS 판별분석 및 분류분석. 서울, 자유아카데미, 1994, 쪽 42-47
- 김기영, 전명식. SAS 인자분석. 서울, 자유아카데미, 1996, 쪽 49-63
- 김용익. 보건의료주민참여의 정의와 전략에 관한 연구. *보건행정학회지* 1992;2(2): 90-111
- 김종렬, 김우종. 동서의학 비교연구, 제2판. 서울, 계축문화사, 1996, 쪽 9-22
- 김학운, 이호배. 소비자 행동론. 서울, 무역경영사, 1996, 쪽 257-268
- 맹광호. 인간존중의 의료-의료윤리적 접근-, 제28차 종합의학학술대회 초록집, 1996, 쪽 7
- 배상수. 국민건강의 결정요인 3: 질병예방 및 의료이용행태(심포지움). *예방의학회지* 1993; 26(4): 508-533
- 문창진. 보건의료사회학. 서울, 신광출판사, 1992, 쪽 200-202
- 성내경. SAS시스템과 SAS언어. 서울, 자유아카데미, 1996, 쪽 140
- 양봉민. 우리나라 의료제도의 구성과 성과. *건강보장연구* 1997;1: 10-28
- 이상일. 인간존중의 의료-환자중심의 의료를 위한 접근방향-. 제28차 종합의학학술대회 초록집, 1996, 쪽 15
- 이상일. 임상진료지침: 외국의 경험과 교훈. *건강보장연구* 1998;2: 119-138
- 이영준. 다변량분석. 서울, 석정, 1995, 쪽 39-259, 387-474
- 이윤성. 의료분쟁. *대한마취과학회지* 1995; 29: 1-7
- 전병재, 안계춘, 박종연. 한국사회의 전문직업성 연구. 서울, 사회비평사, 1995, 쪽 31-74, 159-179
- 조병희. 한국의사의 위기와 생존 전략. 서울, 명경, 1994, 쪽 15-19, 68-84, 224-229
- 조병희. 대구시민의 의료분쟁에 대한 인식에 관한 연구. *보건과 사회과학* 1997;2(1): 85-106
- 한달선. 21세기를 위한 한국의료의 구조개혁. 1997년 한국보건행정학회 전기학술대회 연세집, 1997, 쪽 55-80
- Bastian H. Raising the standard: Practice guidelines and consumer participation. *Int J Q Health Care* 1996;8(5): 485-490
- Billings JA, Block S. Palliative care in undergraduate medical education. *JAMA* 1997; 278(9): 733-738
- Brody DS, Miller SM, Lerman Caryn. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989;27(11): 1027-1035
- Brook RH, Williams KN. Quality of health care for the disadvantaged. *J Community Health* 1975;1: 132-156
- Brown SW, Swartz T. A gap analysis of professional service quality. *J Marketing* 1989; 53: 92-98
- Cadotte ER, Woodruff RB, Jenkins R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *J Marketing Res* 1987;XXIV: 305-314
- Calnan MW. The patient perspective. *Int J Technology Assessment in Health Care* 1998; 14(1): 24-34
- Calnan MW, Coyle J, Williams S. Changing perceptions of general practitioner care. *Eu J Public Health* 1994;4: 108-114
- Carter WB. Health behavior as a rational process: Theory of reasoned action and multiattribute utility theory. In Glanz K, Lewis FM, Rimer BK (ed.). *Health behavior and health education*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990, pp. 63-91
- Cockerham WC. Lifestyle, social Class, demographic characteristics, and Health Behavior. In Gochman DS(ed.). *Handbook of health behavior research (Vol I)*. New York and London, Plenum Press, 1997
- Comerey AL. Factored homogeneous item dimensions in personality research. *Educ Psychol Meas* 1961;21: 417
- Cowell JM, Marks BA. Health behavior in adolescents. In Gochman DS(ed.). *Handbook of health behavior research (Vol. III)*. New York and London, Plenum Press, 1997

- Christakis DA, Feudtner C. Temporary matters : The ethical consequences of transient social relationships in medical training. *JAMA* 1997;278 : 739-743
- Delbanco TL. Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspectives. *Ann Intern Med* 1992;116(5) : 414-418
- DiMatteo MR, Hays R. The significance of patients' perceptions of physicians conduct : A study of patient satisfaction in a family practice center. *J Community Health* 1980; 6(1) : 18-34
- Domenighetti G, Grilli R, Liberati A. Promoting consumers' demand for evidence-based medicine. *Int J Technology Assessment in Health Care* 1998;14(1) : 97-105
- Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring(Vol 1). Ann Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980, pp. 4-6, 13, 62-76, 127-142
- Drew NC, Salmon P, Webb L. Mothers', midwives' and obstetricians' views on the features for obstetric care which influence satisfaction with childbirth. *Br J Obst Gynecol* 1989;96 : 1084-1088
- Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States : Prevalence, costs, and patterns of use. *New Engl J Med* 1993;28 : 246-252
- Fiscella K, Franks P, Clancy C. Skepticism toward medical care and health Care utilization. *Med Care* 1998;36(2) : 180-189
- Fox E. Predominance of the curative model of medical care : A residual problem (editorial). *JAMA* 1997;278(9) : 761-763
- Freda MC, Andersen HF, Damus K, Merkatz IR. What pregnant women want to know : A comparison of client and provider perceptions. *JOG-NN* 1993;22(3) : 237-244
- Fries JF, Koop CE, Sokolov J, Beadle CE, Wright D. Beyond health promotion : Reducing need and demand for medical care. *Health Affairs* 1998;17(2) : 70-84
- Giddens A. Modernity and self-identity : Self and the late modern age. Cambridge, Polity Press, 1991 (국역 : 권기돈 역. 현대성과 자아정체성-후기 현대의 자아와 사회-. 서울, 새물결, 1997, 쪽 241-291, 332-361)
- Gochman DS. Health Behavior Research, Cognate disciplines, future identity, and an organizing matrix. In Gochman DS(ed.). *Handbook of health behavior research (Vol IV)*. New York and London, Plenum Press, 1997
- Greertsen R. Social Attachments, Group Structures, and health behavior. In Gochman DS(ed.). *Handbook of health behavior research (Vol I)*. New York and London, Plenum Press, 1997
- Haug M, Lavin B. Cosumerism in medicine : challenging physician authority. Beverly Hills, Sage Publications, 1983, pp. 9-26
- Hulka BS, Zyzanski SJ, Cassel JC, Thompson SJ. Scale for the measurement of attitudes to ward physician and primary medical care. *Med Care* 1970;8(5) : 425-435
- Kane RL, Maciejewski M, Finch M. The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Med Care* 1997;35(7) : 714-730
- Kristjanson LJ. Validity and reliability testing of the FAMCARE scale : Measuring family satisfaction with advanced cancer care. *Soc Sci Med* 1993;36(5) : 693-701
- Laine C, Davidoff F, Lewis CE, Nelson EC, Nelson E, Kessler RC, Delvanco TL. Important elements of outpatient care : A comparison of patients' and physicians' opinions. *Ann Intern Med* 1996;125 : 640-645
- Light DW. Medical and nursing education : Surface behaviour and deep structure. In Mechanic D (ed.). *Handbook of health, healthcare, and the health professions*. London, The Free Press, 1983, pp. 455-479
- McGregor KJ, Peay ER. The choice of alternative therapy for health care : testing some propositions. *Soc Sci Med* 1996;43(9) : 1317-1327
- MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996;347 : 569-573
- Macintyre K, Kleman CC. Measuring customer satisfaction. In McLaughlin CP, Kaluzny AD(ed.). *Continuous quality improvement in health care*. Gaitersburg, Aspen Publication, 1994, pp. 102-126
- Mishler EG, Amaraxingham LA, Osherson SD, Hauser ST, Liem R. Social contexts of health, illness

- and patient care. Cambridge, Cambridge University Press, 1981
- Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implication for future research. *J Marketing* 1985;49 : 42-48
- Price PB, Taylor CW, Nelson DE, Lewis EG, Loughmiller GC, Mathiesen R, Murray SL, Maxwell JG. Measurement and predictors of physician performance : Two decades of intermittently sustained research. Salt Lake City, Aaron Press, 1971, pp. 51-54, 164
- Reiser S J. The Era of the Patient : Using the experience of illness in shaping the mission of health. *JAMA* 1993;269(8) : 1012-1017
- Roghmann KJ, Hengst A, Zastowny TR. Satisfaction with medical care. *Med Care* 1979;17(5) : 461-477
- Rosenstein AH. Consumerism and health care. *Postgraduate Med* 1986;79(1) : 15-18
- Rubin HR, Ware JE, Hays RD. The PJHQ questionnaire : Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Med Care* 1989;28(9) : S45-56
- Sixma HJ, Spreeuwenberg PM, Pasch MA. Patient satisfaction with the general practitioner. *Med Care* 1998;36(2) : 212-229
- Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Aarnes PJ, Downer SM. Attitudes to chemotherapy : Comparing views of patient with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ* 1990;300 : 1458-1460.
- Smith DB, Metzner CA. Differential perceptions of health care quality in a prepaid group. *Med Care* 1970;3 : 87-95
- Somers AR. The changing demand for health services : A historical perspective and some thoughts for the future. *Inquiry* 1986; 23 : 395-402
- Strasser S, Aharony L, Greeberger D. The patient satisfaction process : Moving toward a comprehensive model. *Med Care Rev* 1993;50(2) : 219-248
- Stratmann WC. A study of consumer attitudes about health care. *Med Care* 1975;13(7) : 537-548
- Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales*. Oxford, Oxford University Press, 1989, pp. 60-64, 67-77
- Thorne SE. *Negotiating health care : The social context of chronic illness*. London, Sage Publications, 1996, pp. 1-12
- Uhlmann RF, Inui T, Carter WB. Patient requests and expectations : definitions and clinical applications. *Med Care* 1984;22(7) : 681-685
- Ware JE, Hays RD. Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Med Care* 1988;26(4) : 393-402
- Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 health survey : Manual and interpretation guide. Massachusetts, Nimrod Press, 1993
- Ware JE, Snyder MK. Dimensions of patient attitude regarding doctors and medical care services. *Med Care* 1975;13 : 669-682
- Williams SJ, Calnan M. The 'limit' of medicalization? : Modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Soc Sci Med* 1996;42(12) : 1609-1620
- Williamson C. *Whose standards? : Consumer and professional standards in health care*. Buckingham, Open University Press, 1993, pp. 1-58
- Zysanski SJ, Hulka BS, Cassel JC. Scale for the measurement of Satisfaction with medical care. *Med Care* 1974;12(7) : 611-620