## - 윈 저

# 가정의들의 일차의료에 대한 신념 및 수행분석 

김성희, 오창훈, 서영성, 김대현, 신동학<br>계명대학교 의과대학 가정의학교실

## -요 약-

연구배경 : 일차의료 제공의 주된 공급자로서 가정의학과 전문의들의 일차의료에 대한 신념 수준과 수행 수준을 알아보고, 수행 수준에 영항을 미치는 변수를 찾고, 일차의료의 정착 여부에 대한 견해블 알아보고 자 하였다.

방 법: 1998년 7-9월 동안 가정의학과 전공의 수련과정을 마친 2075명 중 주소 확인이 가능한 883명 ( 945 명 중 의과대학 근무자 62 명을 제외) 을 대상으로 우편 설문조사를 2 회 시행하였다. 설문 내용은 일반 특성들과 일차의료의 원칙 (미국의료연구소 (IOM), 1977 )에 포합되는 5 가지 영역 (접근성, 포갈성, 지속성, 조정성, 책임성-5 point scale) 들에 관한 신념과 수행 수준, 일차의료의 정착 여부에 대한 견해 둥의 항목들 로 구성하였다.
결 과 : 설문 회수율은 $33.1 \%$ ( 272 명 : 1 차 226 명, 2 차 46 명, 반숭된 경우 72 명) 이었고 일차의료의 원칙 들에 대한 신념 수준의 전체 평균은 445점, 영역별로는 지속성, 접근성, 조정성, 포괄성, 책임성의 순으로 요인별 신념 수준의 유의한 차이가 있었고 $(\mathrm{p}=0.00)$ 수행 수준의 전체 평균은 3.64 점, 영역별로는 접 근성, 포괄성, 조정성, 책임성, 지속성의 순으로 요인별 수행 수준의 유의한 차이가 있었다 $(\mathrm{p}=0$. 00). 신념과 수행의 수준 사이에는 5 point scale상 0.91점 (약 $18 \%$ ) 의 차이가 있었으며, 신념과 수 행이 가장 일치하는 영역은 조정성이었고 가장 괴리 (차이 : difference) 가 큰 영역은 지속성이었다 $(p=0.00)$. 일차의료의 수행 수준을 높이는 유의한 변수는 일차의료에 대한 신념 수준, 개원 (open), 가정의학 선택의 만족도였다 $\left(r^{2}=0.27 \mathrm{p}=0.00\right)$. 일차의료의 정착 여부에 관하여서는 가정 의들의 $95.8 \%$ 가 부정적이었으며 환자들의 무관심, 종합병원 지향적인 의료문화, 제도적인 지원의 부 족(가정의 외적 요인) 과 가정의학의 특성화 부재 (가정의 내적 요인) 가 중요하였다.
결 른: 가정의들은 일차의료에 대한 개인별 설문에서는 높은 신념과 수행 수준을 나타내었으며 특히, 개원군에서 수행의 수준이 높았다. 반면에 일차의료의 정착에 대해서는 부정적이었다. 따라서, 개인적 일차의료 수준과 사회적 (현실에 적용된) 일차의료 수준 사이에는 상당한 괴리 (difference) 가 있 으며, 이에 대해서는 더 이상의 연구가 필요하리라 생각된다. (가정의학회지 1999;20;1741-1751)

[^0]
## 서 톤

최근 세계적으로 효과적이고 효율적인 의료체계 로서 일차의료에 대한 관심이 중대하고 있는데, 국 내에서도 이러한 배경 하에서 국민건강보혐, 의약 분업, 단골의사제도 둥이 중요한 사희져인 쟁점으 로 제기되고 있다. 일차의료는 실제적이고 과학적 이며 사화적으로 수용할 수 있는 필수적인 보건의 료(1977, WHO) ${ }^{1)}$ 개념으로 널리 받아들여지고 있 으며, 각 국가의 의료발전의 과정과 사희, 경제, 문 화의 발전 배경 등의 토대2하에 세계적으로 확산 되어 가고 있다.

일차의료는 또한 정부 의료정책 목표의 핵심이라 할 수 있는 ‘의료를 필요로 하는 모든 국민에게 적정한 의료를 제공'하려는 국가 보건계획과 의 료전달체계의 전략으로 다분히 정부의 주도하에 서 영향력을 확장하여 왔으며, ${ }^{3)}$ 이와 함께 전퉁 적인 의료의 범위 내에서 이를 보완, 발전시켜 일차의료를 적용하는 시도로서 가정의학이 태동 되었다고 불 수 있을 것이다.

미국가정의학회 (American Aacademy of Family Physician) 와 미국가정의학명의희 (American Board of Family Practice) 의 일차의료에 대한 정의에 따르면 '일차보건의료는 최초 접촉 진료 를 강조하고 질병치료 뿐만 아니라 건강유지에도 지속적인 치료를 강조하는 의료전달의 한 형태' 라 할 수 있고 미국 의학연구소 (Institute of Medicine: 1977)는 일차의료의 5가지 영역을 접 근성 (accessibility), 포괄성 (comprehensiveness), 조정성 (coordination), 지속성 (continuity), 책임 성 (accountability) 으로 정의하였다4). 우리나라에 서도 1979 년 가정의학이 도입된 이후 일차의료 제공의 주된 공급자로서 역할을 수행하고자 노력 하였으며, 현재 전체 개원의의 $8.4 \%$ 분포를 점하 고 있다. ${ }^{5}$

따라서 본 연구는 일차의료를 직접 수행하는 가정의학 전문의의 일차의료의 5 가지 영역에 대 한 신념의 수준과 이를 진료에서 적용시키는 수 행의 수준을 축정하고자 하였으며, 수행의 수준 에 영향을 미치는 변수들을 찾고, 일차의료의 정 착에 대한 의견을 알아보고자 하였다.

방 법

## 1. 조사 대상 및 방법

1979년 한국에 가정의학이 도입되었으며, 1989 년부터 3 년간의 전공의 과정을 마친 전문의가 배출되기 시작하였는데, 1989년 이후 가정의학 전문의 자격을 취득한 2,075 명 중 945 명이 가정 의학회를 통해 주소 확인이 가능하였고, 이 중에 서 대학병원에서 근무하는 62 명을 제외한 883 명을 대상으로 하였다. 조사 방법은 1998년 7월~8월, 2 개월간 우편을 통한 자기 기입식 1 차 설문조사를 시행한 후, 다음 1 개월간 ( 9 월) 불응답자에 대하여 2 차 설문조사를 시행하였으며, 272 통 ( 1 차 226 명, 2 차 46 명)이 회수되어 회수율은 $33.3 \%$ 였다.

## 2 섰문지 작성

설문지는 가정의학과 교수 2 인과 심리학과 교수 1 인의 검토를 거쳐 작성하였으며, 설문 내용은 옹 답자의 일반특성에 관한 9 가지 문항과 일차의료에 대한 신념과 수행의 측면(미국의학 연구소(1977) 에서 정의한 일차의료률 구성하는 5 가지 영역[접 근성, 포괄성, 조정성, 지속성, 핵임성]) 에서 3 가지 문항씩 30 문항으로 작성하였다(부록 참조).

## 3. 분석 방법

분석은 SPSS for Windows version 8.0 율 이용하 였으며, 대상자들을 개원의 여부에 따라 개원군과 비개원군으로 구분하여 분석하였다. 일반특성에 대 해서는 빈도분석, t -test를 시행하였고, 개원군과 비개원군의 일차의료에 대한 신념과 수행 수준의 비교는 $t$-test, 일차의료의 5 가지 항목간의 비교는 ANOVA, 일차의료의 수행 수준과 신념—수행의 괴 리(difference) 에 영향을 미치는 요인을 찾기 위해 multiple regression(모형진단, 회퀴진단)을 시행하 였다. 그리고 일차의료가 정착되지 못한 원인에 대 한 분석은 다중응답빈도분석을 시행하였다.

## 결 과

1. 일반특성 (Table 1)
1) 연령

평균연령은 $34.92 \pm 2.94$ 세 (range 27-43세)로 모

Kim Sung Hee etal:Analysis of belief and practice levels of family physicians concerning primary care

두 젋은충이었으며, 개 원군이 $35.75 \pm 2.73$ 세로 비 개원군 $33.67 \pm 2.83$ 세에 비하여 유의하게 연령이 높았다 $(p=0.00)$.

족의 정도률 5 점 만점으로 축정하였을 때 평균 3 . $86( \pm 0.89)$ 점으로 만족하는 편이며, 개원군에서 3. $88( \pm 0.90)$ 점으로 비개원군 $3.82( \pm 4.89)$ 에 비하여

Table 1. General characteristics of subjects.

| Variables | $\begin{gathered} \text { Open } \\ \mathrm{n}=160 \end{gathered}$ | $\begin{gathered} \text { Non-open } \\ \mathrm{n}=111 \end{gathered}$ | $\begin{gathered} \text { Total } \\ \mathrm{n}=272 \end{gathered}$ |
| :---: | :---: | :---: | :---: |
| Age (mean $\pm$ SD) ${ }^{* *} \mathrm{yrs}$ | $37.75( \pm 2.73)$ | $33.67( \pm 2.83)$ | $34.92( \pm 2.94)$ |
| Gender (\%)** |  |  |  |
| Men | 127 (79.7) | 70(62.6) | 198 (72.9) |
| Women | 33 (20.1) | 41 (37.4) | 74 (27.1) |
| Location(\%) |  |  |  |
| Seoul \& gyungi | 69 (43.6) | 47(41.7) | 116(42.7) |
| Others | 90 (43.4) | 66 (58.3) | 156 (57.3) |
| Training (\%) |  |  |  |
| University | 65 (40.9) | 53(47.3) | 116(43.5) |
| Others | 94 (59.1) | 60 (52.7) | 156 (56.5) |
| Satisfaction (mean $\pm$ SD) |  |  |  |
| 5 point | 3.86 ( $\pm 0.90$ ) | $378( \pm 0.91)$ | 3.86 ( $\pm 0.89)$ |

* $\mathrm{p}<0.05$
** $\mathrm{p}<0.01$


## 2) 성별

대상자 전체에서 남자가 $72.9 \%$, 여자가 $27.1 \%$ 를 차지하였고 개원군에서 각각 $79.7 \%, 20.1 \%$, 비개원군에서 각각 $62.6 \%, 37.4 \%$ 로 개원군의 남 자의 비율이 유의하게 높았다 $(\mathrm{p}=0.00)$
3) 근무지별 분포

대상자 전체의 지역별 분포는 서울경기 지역 42. $7 \%$, 그 이외 지역 $57.3 \%$ 이었고, 개원군에서 각각 $43.3 \%, 56.6 \%$, 비개원군에서 $41.7 \%, 58.3 \%$ 로 유의 한 차이는 없었다 $(\mathrm{p}=0.89)$.
4) 수련기관

수련기관은 대학병원과 그 이외의 병원으로 구분 하였는데 전체에서 대학병원에 수련 받은 응답자가 $43.5 \%$, 그 이외의 기관에서 수련 받은 응답자가 $57.3 \%$ 였고, 개원군에서는 각각 $40.9 \%, 59.1 \%$, 비 개원군에서는 $41.7 \%, 58.3 \%$ 로 두 군간의 유의한 차이는 없었다 $(\mathrm{p}=0.15)$
5) 가정의학과 선택에 대한 만족도

가정의학 전문의들의 가정의학과 선택에 대한 만

높은 경향을 보였으나 두 군간의 유의한 차이는 없 었다 $(\mathrm{p}=0.42)$.
2. 일차의료에 대한 신념 및 수행의 수준

1) 일차 응답자와 이차 옹답자의 비교 (Table 2)

일차 응답자는 226 명 ( $83.1 \%$ ), 이차 응답자는 46 명 $(16.9 \%)$ 이었다. 일차 응답자의 평균연령은 $34.78( \pm 2.97)$ 세, 이차 응답자는 $35.48( \pm 2.82)$ 세 로 두 군간 연령의 유의한 차이는 없었다 $(\mathrm{p}=0$. $56)$. 일차 응답자의 신념의 평균은 $4.45( \pm 0.41)$ 점이고 이차 응답자는 $4.41( \pm 0.43)$ 점으로 두 군 간의 신념의 유의한 차이는 없었다 $(\mathrm{p}=0.58)$. 일 차 응답자의 수행의 평균은 $3.64( \pm 0.67)$ 점이고 이차 응답자는 $3.70( \pm 0.60)$ 으로 두 군간의 수행 의 유의한 차이는 없었다.

따라서 본 연구의 결과가 정규 수련과정을 마 친 가정의학과 전문의들을 대표한다고 추정할 수 있다.

## 김성희 등:가정의들의 일차의료에 대한 신념 및 수행 분서

Table 2. Comparison of belief and practice between 1st and 2nd respondents 5 point scale.(mean $\pm$ SD)

| Variables | 1st respondents | 2nd respondents |
| :--- | :---: | :---: |
|  | $\mathrm{n}=226$ | $\mathrm{n}=46$ |
| General characteristics |  |  |
| Age (yes) | $34.78( \pm 2.97)$ | $35.48( \pm 2.82)$ |
| Satisfaction | $3.85( \pm 0.90)$ | $3.76( \pm 0.98)$ |
| BELIEF level |  |  |
| Accesibility | $4.66( \pm 0.44)$ | $4.56( \pm 0.51)$ |
| Comprehensiveness | $4.43( \pm 0.54)$ | $4.45( \pm 0.52)$ |
| Continuity | $4.65( \pm 0.50)$ | $4.70( \pm 0.41)$ |
| Coordination | $4.49( \pm 0.55)$ | $4.49( \pm 0.50)$ |
| Accountability | $4.06( \pm 0.76)$ | $3.88( \pm 0.90)$ |
| PRACTICE level |  |  |
| Accesibility | $4.00( \pm 0.73)$ | $4.00( \pm 0.62)$ |
| Comprehensiveness | $3.77( \pm 0.83)$ | $3.85( \pm 0.75)$ |
| Continuity | $3.29( \pm 0.85)$ | $3.56( \pm 0.85)$ |
| Coordination | $3.64( \pm 0.85)$ | $3.64( \pm 0.85)$ |
| Accountabilility | $3.49( \pm 0.93)$ | $3.45( \pm 0.93)$ |
| TOTAL |  |  |
| BELEIEF | $4.45( \pm 0.73)$ | $4.41( \pm 0.43)$ |
| PRACTICE | $3.64( \pm 0.67)$ | $3.70( \pm 0.60)$ |

* $\mathrm{P}<0.05$
** P く 0.01


Fig 1. Comparison of belief levels between open and non-open

Kim Sung Hee etal:Analysis of belief and practice levels of family physicians concerning primary care


Fig 2. Comparison of practice levels between open and non-open
2) 일차의료에 대한 신념 및 수행의 수준 (Table 3, Figure 1, Figure2)

일차의료에 대한 신념 수준은 대상자 전체에서
4.45 ( $\pm 0.41$ ) 점, 개원군에서 $4.41( \pm 0.42)$ 점, 비개원 군에서 $4.50( \pm 0.39)$ 점으로 비개원군에서 높은 경 향을 보였으나 유의하는 않았다 $(p=0.89)$. 일차의

Table 3. Levels of belief and practice regarding providing primary care 5 point scale (mean $\pm$ SD)

| Variables | Open <br> $\mathrm{n}=160$ | Non-open <br> $\mathrm{n}=111$ | Total <br> $\mathrm{n}=272$ |
| :--- | :---: | :---: | :---: |
| BELIEF level |  |  |  |
| Accessibility | $4.64( \pm 0.46)$ | $4.66( \pm 0.45)$ | $4.65( \pm 0.46)$ |
| Comprehensiveness | $4.41( \pm 0.56)$ | $4.45( \pm 0.50)$ | $4.43( \pm 0.54)$ |
| Continuity | $4.62( \pm 0.53)$ | $4.70( \pm 0.41)$ | $4.66( \pm 0.49)$ |
| Coordination | $4.45( \pm 0.56)$ | $4.54( \pm 0.51)$ | $4.49( \pm 0.54)$ |
| Accountability | $3.94( \pm 0.83)$ | $4.14( \pm 0.72)$ | $4.03( \pm 0.79)$ |
| PRACTICE level |  |  |  |
| Accessibility** | $4.19( \pm 0.61)$ | $3.71( \pm 0.75)$ | $4.00( \pm 0.71)$ |
| Comprehensiveness** | $3.90( \pm 0.79)$ | $3.62( \pm 0.82)$ | $3.78( \pm 0.81)$ |
| Continuity** | $3.54( \pm 0.85)$ | $3.05( \pm 1.05)$ | $3.34( \pm 0.96)$ |
| Coordination | $3.70( \pm 0.80)$ | $3.56( \pm 0.92)$ | $3.64( \pm 0.85)$ |
| Accountability | $3.57( \pm 0.90)$ | $3.37( \pm 0.95)$ | $3.49( \pm 0.92)$ |
| TOTAL |  |  |  |
| BELLEF | $4.14( \pm 0.42)$ | $4.50( \pm 0.41)$ | $4.45( \pm 0.41)$ |
| PRACTICE** | $3.77( \pm 0.62)$ | $3.47( \pm 0.68)$ | $3.65( \pm 0.66)$ |

[^1]김성회 둥:가정의들의 일차의료에 대한 신념 및 수행 분석

Table 4. Difference between belief and practice level 5 point scale, (mean $\pm$ SD)

| Variables | Open <br> $n=160$ | Non-open <br> $\mathrm{n}=111$ | Total <br> $\mathrm{n}=272$ |
| :--- | :---: | :---: | :---: |
| Accessibility** | $0.45( \pm 0.65)$ | $0.93( \pm 0.79)$ | $0.65( \pm 0.75)$ |
| Comprehensiveness** | $0.54( \pm 0.79)$ | $0.83( \pm 0.84)$ | $0.66( \pm 0.83)$ |
| Continuity** | $1.11( \pm 0.85)$ | $1.65( \pm 1.10)$ | $1.33( \pm 0.99)$ |
| Coordination | $0.76( \pm 0.76)$ | $0.97( \pm 0.94)$ | $0.84( \pm 0.84)$ |
| Accountability** | $0.38( \pm 0.86)$ | $0.75( \pm 0.84)$ | $0.53( \pm 0.87)$ |
| BELIEF-PRACTICE | $0.65( \pm 0.81)$ | $0.99( \pm 0.95)$ | $0.78( \pm 0.95)$ |

* $\mathrm{p}<0.05$
** $\mathrm{P}<0.01$


Fig 3. Comparison of difference levels between open and non-open

료에 대한 수행의 수준은 전체에서 $3.65( \pm 0.41)$ 점 이었고 개원군에서 $3.77( \pm 0.62)$ 로 비개원군 3.47 $( \pm 0.66)$ 점에 비하여 유의하게 수행의 수준이 높았 다 ( $\mathrm{p}=0.00$ ) .
신념의 수준은 지속성 $4.66( \pm 0.49)$ 점, 접근성 4. $65( \pm 0.46)$ 점, 조정성 $4.49( \pm 0.54)$ 점, 포괄성 4.43 $( \pm 0.54)$ 점, 책임성 $4.03( \pm 0.79)$ 점의 순으로 5 가지 영역들에 대한 신념 수준의 유의한 차이가 있었고 $(\mathrm{p}=0.00)$, 지속성과 접근성의 신념 수준이 높은 반 면, 환자에 대한 책임성의 신념 수준은 낮았다. 수 행의 수준은 접근성 $4.00( \pm 0.71)$ 점, 포괄성 3.78 $( \pm 0.81)$ 점, 조정성 $3.64( \pm 0.85)$ 점, 책임성 $3.49( \pm$
$0.93)$ 점, 지속성 $3.34( \pm 0.96)$ 점의 순으로 5 가지 영 역들에 대한 수행 수준의 유의한 차이가 있었고 (p $=0.00$ ), 접근성, 포괄성 둥의 현실과 밀접한 영역 들에 대한 수행 수준이 높았다.

지속성은 신념 수준은 높은 편이었으나 수행 수 준은 가장 낯았고 책임성은 신념수준과 수행 수준 모두 닞게 나타났다.
3) 신념—수행의 괴리 (dfference) (Table 4, Figure 3 )
각 영역별 신념 점수에서 수행 점수를 감하여 괴 리 (difference) 의 정도와 일치 (concordance) 의 정

Kim Sung Hee etal:Analysis of belief and practice levels of family physicians concerning primary care

Table 5. Factors that affect practice level (stepwise multiple regression). $R^{2}=0.27$ (adjusted $R^{2}=0.26$ )

| Variables | B | beta | SE | $\mathrm{R}^{2}$ |
| :--- | :---: | :---: | :---: | :---: |
| Belief of coordination | 5.76 | 0.26 | 1.34 | 0.11 |
| Satisfaction | 3.20 | 0.23 | 0.92 | 0.09 |
| Open / Non-open | 2.86 | 0.27 | 1.36 | 0.05 |
| Belief of accountability | 6.45 | 0.20 | 0.73 | 0.04 |

Table 6. Factors that difference level of practice (stepwise multiple regression). $R^{2}=0.27$ (adjusted $R^{2}=0.26$ )

| Variables | B | beta | SE | $\mathrm{R}^{2}$ |
| :--- | :--- | :--- | :--- | :--- |
| Open / Non-open | -6.71 | -0.28 | 0.32 | 0.08 |
| Satisfaction | -3.25 | -0.25 | 0.17 | 0.05 |
| Belief of accountability | 0.34 | 0.21 | 0.33 | 0.05 |

Table 7. Opinions of family physician ( I, II).

| I. Opinions whether primary care is settles | numbers of person (\%) |  |
| :---: | :---: | :---: |
| Yes | No |  |
| 12 (4.2) | 260 (95.8) |  |
| II. Causes of unsettled (\%) | Important | Not important |
| 1. indifference \& without understanding of patients 19.6 | 5.8 |  |
| 2. indifference \& warning of other physicians | 10.5 | 7.2 |
| 3 . indifference \& passivity of family physicians themselves | 3.7 | 16.0 |
| 4. absence of characteristics of primary medicine 13.4 | 4.4 |  |
| 5. deficiency of support for health delivery system 9.4 | 6.3 |  |
| 6. deficiency of organized support for primary medicine | 11.6 | 1.2 |
| 7. large hospital oriented medical culture | 14.3 | 3.1 |
| 8. deficiency of willingness of government for primary medicine | 9.2 | 3.1 |
| 9. deficiency of patient cost difference in medical insurance | 1.1 | 14.2 |
| 10. deficiency of temptation \& benefits for primary care | 4.4 | 12.1 |
| 11. increasing number of large hospital | 1.6 | 11.3 |
| 12. maldistribution of primary care | 1.0 | 15.3 |

도를 측정하였는데, 지속성 $1.33( \pm 0.99)$ 점, 조정성 $0.84( \pm 0.84)$ 점, 포괄성 $0.66( \pm 0.83)$ 점, 접근성 0.65 $( \pm 0.75)$ 점, 책임성 $0.53( \pm 0.87)$ 점의 순으로 신념 -수행의 괴리의 정도가 영역별로 유의한 차이가 있었다 $(\mathrm{p}=0.00)$. 신념一수행의 일치가 가장 높은 영역은 책임성이었고 괴리가 가장 심한 영역은 지 속성이었다. 신념과 수행의 수준, 신념과 수행의

일치에 관한 위의 결과에서, 가정의들은 지속성을 가장 중요하게 여기지만 지속적인 진료의 수행 수 준이 가장 낮으며, 책임성에 대해서 가장 소극적으 로 생각하지만 일정 수준의 수행을 하고 있음을 추 론할 수 있다.
5 가지 영역 모두에서 비개원군의 괴리 정도가 개 원군보다 커게 나타났으며, 조정성을 제외한 4가지

항목에서 유의하였다 $(\mathrm{p}=0.00)$. 즉, 개원군에서 신념수행의 일치가 높음을 보여 주고 있다.
4) 수행 수준에 영향을 미치는 변수 (Table 5) 개원의 여부, 조정성에 대한 신념, 책임성에 대한 신념, 가정의한 선택의 만족도였으며 설명 력은 $27.3 \%$ 였다 $(p=0.00)$
5) 신념-수행의 괴리 (Difference) 수준에 영 향을 미치는 변수 (Table 6)

개원의 여부, 지속성의 신념, 가정의학 선택 의 만족도였으며 설명력은 $19 \%$ 였다 $(p=0.00)$.
6) 일차의료의 정착 여부에 대한 견해 (Table 7)

가정의들의 견해는 거의 대부분 (95.8\%) 이 부 정적이었으며, 그 원인으로는, 주어진 12 가지 이 유 중에서 가정의학 외적 요인으로 일차의료에 대한 환자들의 무관심 ( $19.6 \%$ ), 대형병원을 중요 시하는 의료문화 풍토( $14.3 \%$ ), 정부의 제도적 지원 부족( $11.6 \%$ ) 이 중요하다고 답하였고, 내젹 요인으로는 가정의학의 특성화 부재 ( $13.4 \%$ ) 가 중요하다고 답하였다.

이유 중 가장 아닌 것으로는 가정의들의 일차의 료에 대한 관심 부족 $(16.0 \%)$ 이었고, 그 외에 2 차 및 3 차 의료기관과의 경쟁 ( $15.3 \%$ ), 의료보험으로 인한 비용 감각의 둔화 $(14.2 \%)$, 일차의료기관 이용 자에 대한 유인과 혜택의 부족 ( $12.1 \%$ ) 둥이 아니 라고 답하였다.

## 고 찰

국가의료의 기초로서 일차의료에 사회적 관심과 중요성은 증대하고 있지만, 유전공하, 생명공학, 분 자생물학둥의 첨단과학으로 의료의 세분화와 전문 화의 방향은 점차 심화되어 가고 있다. ${ }^{7}$ 이에 또 다른 방향으로 현대 의료체계를 벗어난 형태로서 대체의학 (alternative medicine) ${ }^{6}$ 의 대두와 체계내 의 발전 및 보완의 형태로서 일차의료 및 가정의학 의 태동과 발전을 고려할 수 있을 것이다. 일차의 료가 현대의료가 미치지 못하는 많은 의료의 사각 지대에 대하여 책임있는 답변을 줄 수 있다면, 일 차의료의 사희적 정착을 위하여 의료를 포함한 생 태저, 사회저 환경과 그 사회의 정치 및 경제적 발 전과 인구구조 둥의 사희체계, 보건서비스, 기획

및 조직 둥의 제도 그리고 개인적 체계'에 대한 조 사와 분석이 필요하멲, 그 중 사희적 환경의 일부 로서 일차의료의 제공의 주체인 가정의에 대한 다 각적인 시각에서의 연구가 필요하다. 특히 가정의 의 관점에서의 일차의료를 바라보는 시각과 이를 수행하는 정도에 대한 연구는 가정의학적인 일차의 료의 원칙을 세우고 이를 의료에 적용하고, 이를 다시 평가하는 되먹임 고리 (feed back cycle) 의 측 면에서 중요하다고 할수 있다.
본 연구는 정규 수련 과정을 마친 가정의학과 전 문의를 대상으로 하였으며, 가정의학에 대해 비교 적 호의적인 대상자가 더 많이 웅답하는 선택 편견 (selecton bias)을 피하기 위하여 2 차례 설문조사 를 실시하였고, 1 차 응답군과 2 차 웅답군 사의의 유의한 차이가 없으므로 연구 결퐈가 전체대상군 의 의견을 대표한다고 추정할 수 있었다. 조사에 응답한 대상자들의 연령 분포와 지역 분포는 조 주연 (1995) 과 김동진 둥 (1993) 의 연구들과 비샛 한 양상이었다. ${ }^{8.9)}$
신념 수준에 대한 분석에 따르면, 일차의료의 5 영역중 상대적인 신념 수준이 높은 영역은 지속성 과 접근성으로, 지속성은 의사장보기 (doctorshopping) 와 같은 진료의 분절화를 최소화하고 접 근성을 높이고 의료비용과 의료의 질 및 결과에 중 요한 영향을 미치는 요소이지만 우리나라의 의료 현실에서 지속성의 부재는 매우 심각하다고 할 수 있다. ${ }^{10)}$ 접근성은 의료 이용을 쉽게 한다는 의미로 서 지리적, 시간저 접근성 뿐만이 아니라 환자에 대한 관심과 병의 사희 문화적 차원에 대한 관심을 포함 ${ }^{11)}$ 하며, 이는 경쟁적인 시장 원리하에 있는 개 원가의 관심을 반영한다고 볼 수 았다.
반면에 신념 수준이 낮은 영역은 책임성으로, 책 임성이란 환자의 진료에 대해 도덕적, 법률적인 책 임을 의미하는 것으로 의사—환자의 계약저 및 동 반자적 관계에 관련된 개념이라 할 수 있다". 낮은 책입성은 의료률 시혜적인 축면에서 보는 우리나라 의사들의 정서적 경향을 반영하는 축면이 있으며" 이러한 경향은 일차의료가 정착되지 못한 문제에 대하여 일차의료에 대한 환자들의 무관심과 무지가 가장 중요한 이유라고 생각하는 가정의들의 인식과 도 관련이 있다고 볼 수 있다.

수행 수준에 대한 분석에 따르면, 수행 수준이

높은 영역은 접근성과 포괄성으로, 포괄성이란 지 역주민에게 발생하는 다양한 건강상의 문제를 해결 하는 의미로서 일차진료와 비일차진료를 구분하는 중요한 특성중 하나로서, 접근성과 함께 포괄성을 통하여 다른 진료과에 대한 상대적 우위를 고려해 볼 수 있을 것이다. 수행 수준이 낮은 영역은 책임 성과 지속성이었다.
수행에 대한 회거분석에 따르면, 일차의료에 대 한 신념 수준은 여러 경로를 통하여 수행 수준에 영향을 미치는데, ${ }^{13}$ 일차의료의 5 가지 영역에 대한 신념 중에서 특히, 조정과 책임의 신념 수준이 높 을수록 수행이 유의하게 증가하였다 $(p=0.00)$. 조 정성이란 한자의 질병의 정도에 따라 의뢰 및 회송 (referral \& forward) 을 결정하고 ${ }^{14}$ 환자의 다양한 자료 (다른 전문의의 진료 기록을 포함) 를 통합하 여 환자의 튝성 (가정, 직업환경, 선호도, 생할방식, 재정사정 등)에 적합하게 개별화하는 변호인 (advocacy) 역할을 하는 것을 의미한다4). 책임성에 대해서는 신념과 수행의 수준이 가장 낮게 측정되 었지만 수행에 유의한 영향을 미치는 점으로 미루 어 볼 때, 이는 점차로 의료사고, 의료분쟁 둥의 책 임 요구 증가와 이에 대한 부담이 수행의 수준에 반영됨을 알 수 있다. 일반 특성 변수 중에서는 개 원과 가정의학 선택의 만족이 수행의 수준을 높이 는데 기여를 하였고 $(\mathrm{p}=0.01)$ 성별, 연령은 유의하 지 않았다. 특히, 개원은 수행의 수준에 관한 가장 중요한 변수로 개원군에서 수행의 수준이 유의하게 높았다. 마라서 가정의학 수련 후 진로로서 개원을 권장할 수 있을 것이다.
신념—수행의 괴리 (difference) 에 대한 회거분석 에 따르면, 유의한 영향을 미치는 변수는 개원의 여부와 지속성의 신념, 가정의학 선택의 만족도였 다. 따라서 비개원의일수록, 지속성의 신념의 수준 이 높을수록 신념의 수준은 높은 반면 수행의 수준 이 낮았고, 만족도가 낮은 경우에는 신념과 수행 수준이 모두 닞았다. 일차의료의 정착여부에 대해 서 대부분 $(95.8 \%)$ 의 가정의들은 정착하지 못하였 다고 웅답하여 일차의료가 뿌리내리지 못하였다는 견해를 나타내었다.

위의 결과들로 미루어 볼 때, 가정의들은 개인적 신념과 수행 수준은 높지만 사희적 정착에 대해서 는 부정적이어서 이러한 개인-사희 사이의 괴리
(difference) 의 이유로는 첫째, 가정의들의 수가 전 체 개원의 중에서 $10 \%$ 도 않되는 소수여서 개인적 으로는 일차의료의 원칙에 입각한 진료를 수행하더 라도 그 파급 호과가 미약할 수 있다는 점과 둘째, 의료전달체계, 진료비보상체계 둥의 일차의료를 지 원하는 의료체계가 정착되지 못한 환경에서 개인의 신념의 수준이 높더라도 사희적인 적용은 한계가 있을 수 있고 셋째, 가정의들의 일차의료 수행의 비효율성이 될 수 있을 것이다
본 연구의 결과에 의하면, 두 가지 정도를 고려 해 볼 수 있는데 첫째는 수행 수준을 높이는 변수 로서 개원이 중요고 일차의료의 질 향상을 위하여 보다 적극적인 개원을 위한 유인이 필요하다고 사 료된다(응답 가정의의 개원 분포는 $58.8 \%$ ). 둘째 는 일차의료에 대한 개인별 수준과 사희적 수준 사 이의 간격이 심한 점으로 응답자들의 개인별 신념 과 수행 수준은 높았으나 사희적 정착에 관하여서 는 절대 다수인 $98.5 \%$ 에서 부정적으로 답변하여, 이러한 괴리(difference)가 내포하는 의의에 관한 더 이상의 연구가 필요하리라고 사료된다.
본 연구의 제한점으로는 첫째, 일차의료의 5 가지 요소에 대한 신념 및 수행 수준의 측정도구로 사용 된 설문지가 설문 내용을 요소별로 구조화하고 자 문을 받았지만 측정하고자하는 바가 검증된 설문지 가 아니어서 타당성이 확립되지 않았다는 점과 둘 째, 측정된 점수가 높은 수준인지 낮은 수준인지를 비교할만한 적정기준 (gold standard) 나 비교집단이 없어서 평가가 어렵다는 점이다.

## 찹 고 문 헌

1. WHO. Declaration of Almata. 1978.
2. 김일순. 의료전달체계와 가정의. 가정의학희지 1983: 4(11):24-32.
3. Virginia Morley. The future of primary health care. BMJ 1992:304:1582-3.
4. 김수영. 일차의료에 대한 새로운 정의. 가정의 학회지 1996:17(2):114-24.
5. Green LA. Science and future of primary care. J Fam Prac 1996:42(2):119.
6. 전국회원 실태보고서. 대한의사협희 기획연구 실: 1997.

## 김성회 등:가정의둘의 일차의료에 대한 신념 및 수행 분셕

7. 김진국. 외학기술-재앙인가 축북인가. 녹섹평 론 1999: 1,2월호:116-22.
8. 문창진. 보건의료사희학: 개정중보. 서울: 신광 출판사: 1997 .
9. 조주연. 가정의하외 현황과 전망. 가정외학희지 1995: 16 (3):389-90.
10. 김동진, 송윤미, 배종면, 유태우, 허봉렬. 가정 의학 전공의 수련자의 현황 및 이와 관련둰 요인. 가정의학회지 $1993: 14(8-9): 384-7$.
11. 김웅익. 새로운 의료환경에서의 일차의료의 전 망. 가정의학회지 $1998: 19(11): 903-13$.
12. Molla S. Donaldson, MS, and Neal A. Vanselow, MD. The Nature of Primary Care. J Fam Prac 1996:42(2):113-6.
13. Stein, J., Fox, S.A., Murata, P.J., \& Morisky, D.E. Mammography usage and the health belief model. Health Education Quarterly 1992 : 19(4):447-62.
14. 김헤연, 조홍준, 강소령. 일차의료의 현항과 밭 전방향. 서울: 한국보건사히연구원: 1996:3340.
15. 한국의 보건외료. 한울 : 1985.
16. Fithugh Mullan, M,D. Am Fam PHysician 1991 : 44(4) :1481-2.
17. Bill Hensel, MD. Primary care: ready for merger?. J Fam Prac. 1990(Feb) : 30 (2) : 237.

Kim Sung Hee et al:Analysis of belief and practice levels of family physicians concerning primary care

- Abstract -

Analysis of belief and practice levels of family physicians concerning primary care

Kim Sung Hee, Oh Chang Hoon, Seo Young Sung, Kim Dae Hyeun, Shin Dong Hak<br>Department of Family Medicine, School of Medicine, Keimyung University

Background: This study was conducted to evaluate belief and practice levels of family physicians concerning primary care, to find significant variables that affect those levels and to know opinions of primary physicians whether primary care is settled or not.

Methods: The target population were those family physicians having finished their three-year residency course in family medicine after 1989 . Out of 2,075 people, the addresses 945 were identified of This was a sample population. We excluded 62 persons who worked in medical school. The questionnaires were sent twice during July to September in 1998, and contents were constructed of general characteristics, items of belief and practice level of five areas of primary care (1977, IOM - Accessibility, Comprehensiveness, Continuity, Coordination, Accountability).

Results : Response rate was $32.1 \%$ (total : 270: 1st respondents : 226 and 2nd : 44). Average belief level concerning principles of primary care was 4.45 point ( 5 point scale), and according to area rate continuity, coordination, comprehensiveness, accountability, accessibility. which was significant ( $\mathrm{p}=0.00$ ). Average practice level ( 5 point scale) concerning principles of primary care was 3.64 point. In order of strength of belief : accessibility, comprehensiveness, coordination, accountability, continuity, which was significant $(p=0.00)$. The highest concordance between belief and practice was accessibility ( $p$ $=0.00$ ) and the highest gap was continuity $(\mathrm{p}=0.00)$. Compared with the unsatisfied group, the satisfied group had higher practice level $(\mathrm{p}=0.00)$. Compared with the not-open group, the open group had higher practice level $(p=0.00)$. Significant variables that affect practice level were belief level, opening, satisfaction $(r 2=0.27, p=0.00)$. The opinion of whether primary care was settled was mostly negative ( $95.8 \%$ ).

Conclusions : Although, family physicians were revealed to have relatively high belief and practice level concerning primary care, their opinions about primary care setting were negative.

There is a lot of significant gap between individual level as family physician and societal level in primary care. More studies need to be conducted to determine the causes of such difference. (J Korean Acad Fam Med 1999; 20: 1741-1751)

[^2]
[^0]:    * 중심단어 : 일차의료의 5 가지 영역, 신념 및 수행, 개원

[^1]:    $\mathrm{p}<0.05$
    ** $\mathrm{P}<0.01$

[^2]:    key wrds ; five areas of primay care, belief and practice level, open

