

의료과오 감소를 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여

안경애, 김정은^{†*}, 강민아^{**}, 정연이^{***}

경희대학교 동서의학대학원, 서울대학교 간호대학*, 서울대학교 간호과학연구소*,
이화여자대학교 행정학과** 삼성의료원 적정진료운영실***

<Abstract>

Reducing Medical Errors : Patients' Self Protect Behaviors and Involvement in Decision Making

Kyung Eh An, Jeong Eun Kim^{†*}, Minah Kang Kim^{**}, Yoen Yi Jung^{***}

Kyunghee University, graduate School of East-West Medical Science

*Seoul National University, College of Nursing**

*Seoul National University, Research Institute of Nursing**

*Ewha Womans University, Department of Public Administration***

*Samsung Medical Center, Department of Clinical Quality Management****

The purposes of this study were (1) to describe patients' behaviors to protect themselves from medical errors and their involvement in decision making on the diagnostic and treatment procedures (2) to examine whether patients' characteristics, such as age, sex, education, experience of hospitalization and/or surgery influence their self protect behaviors and involvement in decision making on the diagnostic and treatment procedures.

A survey was conducted with 99 patients visited one university hospital in Seoul, Korea. A 20-item questionnaire, a 4point Likert scale, was used to measure the degree of

* 접수 : 2006년 5월 13일, 심사완료 : 2006년 9월 8일

* 본 연구는 2003년도 한국학술진흥재단의 협동연구지원사업의 연구비(과제번호 2004_042_E00046) 지원으로 이루어졌음.

† 교신저자 : 김정은, 서울대학교 간호대학(02-740-8483, kim0424@snu.ac.kr)

patients' active involvement in decision making; patients' self protect behaviors regarding medication, hospitalization, and surgery; and communication (Cronbach's alpha=0.801). SPSS 12.0 was used for the descriptive and correlation analysis.

Only 6.1% of the participants were involved in the decision making process for the diagnostic tests and treatment. More patients did self-protect behaviors associated with the medication than other areas but widely varied from 18.2 to 94.3 % among various items. More people with age of 60 or older compared to people in younger age groups reported more protect behaviors particularly associated with medication.

Patient education is needed to improve their active role in preventing medical errors and to promote patients' safety.

Key Words : Medical errors, Safety, Protect, Decision making, Patient participation

I. 서 론

1. 연구의 필요성

해마다 급증하는 의료과오는 국내뿐 아니라 전세계적으로 중요한 사망원인의 하나로 꼽힌다. 의료선진국으로 인정받는 미국의 경우에도 해마다 44,000에서 98,000명이 병원에서 의료과오로 사망하는데 이는 교통사고, 유방암, 또는 에이즈로 인한 사망을 능가한다(Institute of Medicine: IOM, 1999). 의학의 눈부신 발전에도 불구하고 의료과오는 어떤 질병보다 극복되기 어려운 현상으로 인식되고 있으며 의료사회의 중대한 관심이자 해결해야 할 과제로 남겨져 있다.

우리나라의 경우 의료과오로 인한 사망과 장애발생이 공공의 관심사로 논의되기 시작한 것은 최근의 일로 의료과오의 발생률과 사망률에 대한 통계는 부족하지만 공식적으로 보고된 의료과오 관련 사망자수와 법적 판단을 위한 분쟁 건수만 하더라도 연간 6,000건을 넘어 꾸준히 증가하고 있다(사법연감, 2003). 의료과오는 건강문제를 해결하고자 도움을 구했던 의료소비자에게 신체적, 정신적, 물질적 손실을 입히는 것은 물론 나아가 막대한 사회적 의료자원의 손실을 초래한다.

의료과오를 줄임으로써 의료서비스의 질을 향상시키기 위한 노력이 미국과 유럽을 시작으로 세계각국으로 확산되고 있으며, 이러한 노력의 일환으로 미국에서는 환자들 스스로 의료

과오의 위험으로부터 자신을 지키고 의료과오 발생을 감소시키기 위해 필요한 지식과 태도를 습득하도록 돕는 전략이 사용되어왔다(Agency for Healthcare Research and Quality: AHRQ, 2000). 우리나라에서도 몇몇 의료분쟁 사례에서 보여주는 바와 같이 의료과오의 과실은 의사의 과실뿐 아니라 환자의 책임도 중요한 부분을 차지한다는 인식이 대두되었다(Entwistle et al, 2005; 원혜일, 2002). 또한 의학적 지식이 의료인에 의해 독점되던 과거와는 달리 인터넷 등의 매체를 통한 의학지식의 대중화로 환자와 가족들의 의학지식과 정보에의 접근이 용이해졌다. 소비자 권리의식의 증대와 함께 환자의 알 권리와 진단과 치료에 관련된 의사결정과정에 참여하고자 하는 요구가 증대되었다(Fowles et al, 2004; Waterworth & Luker, 1990). 한편 의료인은 환자의 진단과 치료에 대한 결정과정을 의료전문집단 고유의 권한으로 생각하던 과거의 경향에서 탈피하여 막대한 윤리적 책임과 법적 책임이 따르는 결정에 환자와 가족의 참여를 기대하는 추세이다(Entwistle et al, 2005; Mazor et al, 2004). 따라서 환자들은 검사와 진단 및 치료과정에 대하여 관심을 갖고 주요 의사결정에 능동적으로 참여해야 하는 시점에 이르렀다.

선행연구들은 환자들이 치료과정에 적극적으로 참여할 경우 만족도가 높아지고, 치료계획에 더 협조적이며 결과적으로 더 나은 치료결과를 가져오는 등 많은 장점이 있음을 보고하였다(Frosh & Kaplan, 1999; Guadagnoli & Ward, 1998; Greenfield et al, 1985; Greenfield et al, 1988; Holman & Lorig, 2000; Kaplan et al, 1989). 또한 질병의 예후와 치료방법에 대하여 충분한 정보를 제공받은 환자는 치료 호응도가 좋았으며 더 나은 치료결과를 가져왔다(Mullen, 1997). Vincent 등(2002)은 환자의 적극적인 참여가 진단의 정확성과 치료적절성을 증진시키고 의료과오를 줄인다는 것을 이론화하였고, Gurwitz 등(2003)은 외래 노인환자들에게서 유사한 결과를 확인하였다.

이와 같이 환자참여의 많은 이점에도 불구하고 환자들이 자신의 치료에 참여하기를 원하는지는 연구에 따라 일관성이 없다. 미국에서는 메디케어의 수혜자를 대상으로 한 연구에서 의료과오를 감소시키기 위한 행동이 취해져야 한다는 점과 적극적으로 공조해야 함에 동의하였다(Swift et al, 2001). 반면 Hibbard (2004)의 최근 연구에서 조사대상자들은 AHRQ가 권장하는 자기보호행동이 의료과오를 감소시키는데 효과가 있을 것이라고 생각함에도 불구하고 환자가 스스로 보호행동을 취하는 것을 원하지는 않는 것으로 나타났다.

환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여에 관한 국내 연구가 전무하므로 이와 가장 유사한 건강증진행위에 영향을 미치는 변인에 대한 국내외 연구를 살펴본 결과 연령, 성별, 경제상태, 건강상태, 교육수준, 종교 등 사회인구학적 변인(김남진, 2000; 최영희, 1999; Bethlove & Thurman, 1991; Cox et al, 1987)과 성격특성, 자기효능감, 건강에 대한 만족도 등과 같은 개인특성 변인(서인선, 2000; Stuifbergen & Becker, 1994)이 노인의 건강증진행위와 유의한

상관관계가 있음이 보고된 바 있다.

환자의 참여에 관한 연구는 이제 태동기에 있으며 “환자참여”라는 용어를 어떻게 정의할 것인지에 대한 동의도 이루어진 바 없다. 더구나 환자참여와 환자안전간의 상관성에 관해서는 국내에서는 거의 연구된 바가 없다. 우리나라 환자들의 경우 병원을 방문하여 진단과 치료를 받는 것을 의료소비행위로 인식하기 시작한 지 얼마 되지 않은 짧은 역사를 갖고 있으며 의료과오로부터 자신을 보호하기 위한 적극적인 행동 지침이나 교육이 매우 부족한 상태이다. 의료과오감소를 위한 여러 가지 방법이 모색되고 있는 현시점에서 환자들이 스스로를 보호하기 위한 행동을 얼마나 알고 실천하고 있는지, 진단 및 치료방법을 결정하는 과정에 어느 정도 참여하고 있는지 측정하는 것은 무엇보다 선행되어야 할 과제이다. 또한 환자의 자기보호행동 및 의사결정참여에 영향을 미치는 변수를 파악하는 것은 향후 의료과오감소를 위한 환자 중재개발에 필요한 정보를 제공할 것이다. 따라서 본 연구는 우리나라 종합 병원을 방문한 환자가 의료과오로부터 자신을 보호하기 위한 행동을 실행하는 정도와 검사, 진단 및 처치에 대한 의사결정 참여수준을 조사하고 이에 영향을 미치는 변수를 파악하여 보다 안전한 의료환경을 위한 시스템 개발에 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 의료과오로부터 자신을 보호하기 위한 환자의 자기보호행동과 검사, 진단과 처치에 대한 의사결정 참여수준을 조사한다.

둘째, 환자의 일반적 특성, 즉 성별, 연령, 교육 정도, 입원경험과 수술경험 등과 자기보호 행동 및 의사결정참여수준간의 상관성을 검증한다.

II. 방 법

1. 연구 대상

본 연구는 연구대상자 보호를 위하여 기관의 IRB(Institutional Review Board) 허가과정을 통과하였다. 2004년 11월에 서울시내 일개 대학병원에 내원한 환자 중 자발적인 참여의사를 표명한 99명을 대상으로 하였다. 표본 추출은 편의추출방식을 택하였으나 특정 기간 동안 외래를 방문한 환자 전체를 대상으로 하여 연구에 참여하기로 동의한 자를 대상으로 전수 조사함으로써 대상자편향을 최소화하였다.

2. 연구도구 및 자료분석

AHRQ 에서 개발된 “20 Tips to Help Prevent Medical Errors(의료과오를 예방하는데 도움이 되는 20가지 지침)”을 참고로 하여 본 연구자들이 개발한 20문항의 자가보고식 설문을 이용하여 조사하였다. 도구의 내용 타당도를 보장하기 위하여 전문가 3인으로 구성된 전문가 집단의 논의를 거쳤으며 구성타당도를 보장하고 환자의 자기보호행동 및 의사결정참여에 대한 자료의 국가 간 비교를 감안하여 AHRQ의 구성을 그대로 유지하였다.

설문은 매우 그렇다(4점), 그렇다(3점), 아니다(2점), 전혀 아니다(1점)의 4점 척도로서 가능한 점수 범위는 최저 20점에서 최고 80점이며 점수가 높을수록 의료과오 감소를 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여수준이 높은 것을 의미한다. 척도는 의료과오로부터 환자 자신을 보호하기 위한 행동들을 환자의 능동적 의사결정 참여빈도(1문항), 투약(8문항), 입원(3문항), 수술(1문항)과 관련된 자기보호행동정도, 진단 검사 및 치료과정에서 의료인과의 의사소통(7문항) 등 하부 범주로 구성되었다. 해석의 용이성을 위하여 점수가 높을수록 적극적인 행동을 나타내도록 일부 문항의 값을 역코딩(reverse coding)하여 분석에 사용하였다. 상관성분석을 위하여 자기보호행동 총점 및 각 하부범주의 평균값을 종속변수로 하여 분석하였다. 내적 일관성 지수 Cronbach's Alpha는 0.801이었다. 통계분석을 위해 SPSS 12.0을 사용하여 서술통계 및 상관성 분석을 실시하였다.

III. 결 과

1. 대상자 특성

본 연구는 서울시내 일개 대학병원의 외래에 내원한 환자들 중 연구에 참여하기로 동의한 남자 49명(49.5%), 여자 50명(50.5%)을 포함한 99명을 대상으로 실시되었다. 대상자의 일반적 특성과 입원 및 수술경험, 입원기간은 Table 1에 요약된 바와 같다. 대상자의 평균 연령은 45.78 (SD=12.76)세로 19세에서 73세의 분포를 보였으며 구성은 30세 미만 9명(9.1%), 30대 27명(27.3%), 40대 24명(24.2%), 50대 24명(24.2%), 60대 이상 15명(15.2%)이었다. 대상자의 교육 수준은 대학교 졸업 이상 49명(49.5%), 고등학교 졸업 36명(36.4%), 중학교 졸업 이하 14명(14.2%)의 순이었다. 대상자의 54.5%가 최근 일년 이내에 입원 경험이 있었으며 입원 기간은 1주 이상 4주 미만(43.2%), 4주 이상(29.5%), 1주 미만(27.3%)의 순이었다. 대상자 중 49.5%가 최근 일년 이내 수술을 경험하였다.

<Table 1> General characteristics of subjects (N=99)

Characteristics		N	%
Sex	Men	49	49.5
	Women	50	50.5
Age(years)	Younger than 30	9	9.1
	30-39	27	27.3
	40-49	24	24.2
	50-59	24	24.2
	60 and older	15	15.2
Education	Elementary	5	5.1
	Middle school	9	9.1
	High school	36	36.4
	College	41	41.4
	Grad. school and higher	8	8.1
Experience of Hospitalization	Yes	54	54.5
	No	45	45.5
Days of Hospitalization (N=44)	> 1 week	12	27.3
	1 ≤ DOH* < 4 weeks	19	43.2
	≥ 4 weeks	13	29.5
Experience of Surgery	Yes	49	49.5
	No	50	50.5

* DOH : Days of Hospitalization

2. 의료과오 감소를 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여

의료과오를 감소하기 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정을 측정하여 실수와 백분율로 요약한 결과는 Table 2와 같다.

전반적으로 '질병의 진단, 검사, 치료 결정과정에 적극적인 의견을 표현하고 참여하는가'라는 문항에 대하여 긍정적인 의사결정 참여를 의미하는 '매우 그렇다' 고 답한 경우 1명(1.0%)과 '그렇다' 고 답한 경우 5명(5.1%)을 합하여 전체 대상자의 6.1%에 불과하며 93.9%가 의사결정 참여를 부정하는 '아니다'(67.7%) 또는 '전혀 아니다'(26.3%)로 응답하였다.

투약에 관련된 자기보호행동을 문항별로 분석한 결과 긍정적인 행동을 의미하는 '그렇다' 또는 '매우 그렇다' 고 응답한 대상자의 전체대상자에 대한 백분율은 다음과 같다. '복용하는

<Table 2> Patients' self protect behaviors and involvement in decision making

(N=99)

		N (%)					
		매우 그렇다	그렇다	아니다	전혀 아니다		
참여	1	귀하는 질병의 진단/검사/치료결정 과정에 적극적으로 귀하의 의견을 표현하고 참여하십니까?	1 (1.0)	5 (5.1)	67 (67.7)	26 (26.3)	
	2	귀하는 담당의사에게 당신이 복용하고 있는 약품, 보약, 영양제 등에 대하여 모두 이야기하십니까?	1 (1.0)	17 (17.2)	61 (61.6)	20 (20.2)	
	3	귀하는 특정약물에 대한 모든 알려지나 부작용을 의사에게 이야기하십니까?	0 (0)	24 (24.2)	61 (61.6)	14 (14.1)	
투약	4	의사가 처방전을 발행해줄 때는 그 자리에서 귀하가 읽을 수 있도록 작성되었는지 바로 확인하십니까?	7 (7.1)	40 (40.4)	43 (43.4)	9 (9.1)	
	5	의사가 약을 처방할 때나 약국에서 약을 받을 때 약에 대한 설명을 이해할 수 없으면, 이해하기 쉽게 약에 대하여 다시 설명해달라고 하십니까?	6 (6.1)	29 (29.3)	52 (52.5)	12 (12.1)	
	6	약국에서 약을 받을 때는 “이것이 저의 의사선생님이 저에게 처방한 약이 맞습니까?”라고 다시 한번 확인하십니까?	8 (8.1)	48 (48.5)	41 (41.4)	2 (2.0)	
	7	약 포장지에 쓰인 내용을 확인한 후 의문사항이 있으면 그 자리에서 반드시 약사에게 물어보십니까?	4 (4.0)	30 (30.3)	54 (54.5)	11 (11.1)	
	8	물약을 받았을 때 양을 재는 방법, 또는 복약방법을 확실히 알 때까지 물어보십니까?	2 (2.0)	27 (27.3)	59 (59.6)	11 (11.1)	
	9	처방 받은 약의 있을 수 있는 모든 부작용에 관하여 글로 써달라고 요구하십니까?	34 (34.3)	60 (60.0)	5 (5.1)	0 (0)	
	10	병원을 선택할 때 귀하가 받아야 할 수술이나 치료 경험이 많은 곳을 찾아서 선택하십니까?	1 (1.0)	15 (15.2)	53 (53.5)	30 (30.3)	
	입원	11	만약 입원을 하신다면, 입원해 있는 동안에 귀하와 직접 접촉하는 모든 의료진에게 손을 씻었는지 물어보실 생각이 있으십니까?	30 (30.3)	58 (58.6)	9 (9.1)	2 (2.0)
		12	퇴원할 때 집에 돌아가서는 어떻게 치료해야 하는지 의사에게 자세하게 물어보십니까?	0 (0)	17 (17.2)	55 (55.6)	27 (27.3)
수술	13	수술을 받을 예정이라면 귀하의 수술에 참여하는 인턴, 레지던트 선생님에게 무슨 수술을 할 것인지 자세하게 물어보시겠습니까?	0 (0)	12 (12.1)	59 (59.6)	28 (28.3)	
	14	귀하의 질병의 진단/검사/치료에 관하여 의문이 있거나 걱정되는 것이 있으면 의사 혹은 간호사에게 반드시 물어보십니까?	0 (0)	7 (7.1)	66 (66.7)	26 (26.3)	
	15	귀하를 책임지는 담당의사가 누구인지 확실히 물어보십니까?	0 (0)	18 (18.2)	49 (49.5)	32 (32.3)	
의사 소통	16	귀하의 건강에 관련된 중요한 내용을 의사, 간호사, 약사에게 반드시 이야기하십니까?	0 (0)	15 (15.2)	63 (63.6)	21 (21.2)	
	17	귀하가 충분히 이야기를 할 수 없을 때는 가족이나 친구가 의료진에게 대신 이야기해 줄 수 있도록 하십니까?	0 (0)	26 (26.3)	58 (58.6)	15 (15.2)	
	18	어떤 검사 혹은 치료가 귀하에게 왜 필요한지 알고 계십니까?	0 (0)	22 (22.2)	56 (56.6)	21 (21.2)	
	19	검사 한 후에 결과를 알려주지 않을 경우 결과에 대하여 물어보십니까? (n=98)	0 (0)	9 (9.1)	60 (60.6)	29 (29.3)	
	20	귀하의 현재 상태/진단/검사/치료에 대하여 의사나 간호사에게 자주, 자세히 질문하십니까?	1 (1.0)	17 (17.2)	62 (62.6)	19 (19.2)	

약의 가능한 부작용을 적어달라고 요구한다(94.3%), '약을 받을 때에 처방 받은 약이 맞는지 확인한다(56%)', '처방전을 읽을 수 있는지 그 자리에서 확인한다(47%)', '약에 대해 이해하기 쉽게 설명해 달라고 요구한다(35%)', '약 포장지에 쓰인 내용을 읽고 의문이 있으면 그 자리에서 약사에게 질문한다(34%)', '물약의 측정 및 복용방법을 확인한다(29%)', '약물에 대한 알려지나 부작용을 의사에게 말한다(24%)', '담당의사에게 복용하고 있는 약품, 보약, 영양제에 대해 모두 이야기 한다(18.2%)'의 순이었다.

입원과 관련된 자기 보호행동을 문항별로 분석한 결과 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'고 응답한 대상자의 전체대상자에 대한 백분율은 '입원하고 있는 동안 접촉하는 모든 의료진에게 손을 씻었는지 확인할 생각이 있다(88.9%)'가 가장 높았다. 그 외에 '퇴원 후 치료방법을 의사에게 물어본다(17%)', '입원할 병원을 선택할 경우 내가 받아야 할 치료나 수술 경험이 많은 병원을 찾아서 선택한다(16%)'의 순이었다.

수술과 관련하여 '수술을 받을 예정이라면 수술에 참여하는 의료진에게 무슨 수술을 할 것인지 자세하게 물어보시겠습니까?' 라는 질문에 대하여 '그렇다' 또는 '매우 그렇다'로 답변 경우를 합하여 긍정적으로 답한 경우는 12명(12.1%)이었다.

진단, 검사 및 치료과정에서의 의료인과의 의사소통 정도를 평가하기 위한 문항 중 긍정적인 행동을 의미하는 '그렇다' 또는 '매우 그렇다' 고 응답한 대상자의 전체대상자에 대한 백분율은 전체적으로 매우 낮았다. '본인이 충분히 이야기를 할 수 없을 때는 가족이나 친구가 의료진에게 대신 이야기해 줄 수 있도록 한다(26.3%)', '어떤 검사 혹은 치료가 왜 필요한지 알고 있다(22.2%)', '담당의사가 누구인지 확실히 물어본다(18.2%)', '나의 현재 상태/진단/검사/치료에 대하여 의사나 간호사에게 자주, 자세히 질문한다(17.2%)', '나의 건강에 관련된 중요한 내용을 의사, 간호사, 약사에게 반드시 이야기한다(15.2%)', '검사한 후에 결과를 알려주지 않을 경우 결과에 대하여 물어본다(9.1%)', '질병의 진단/검사/치료에 관하여 의문이 있거나 걱정되는 것이 있으면 의사 혹은 간호사에게 반드시 물어본다(7.1%)'의 순이었다.

3. 대상자의 특성에 따른 자기보호행동 및 의사결정 참여 수준 비교

대상자의 성별, 연령, 교육수준과 입원경험, 입원기간 및 수술경험 등의 특성이 환자의 의사결정 참여수준과 자기보호행동에 유의한 영향을 미치는지를 검증하기 위하여 대상자의 제 특성들과 환자의 능동적 의사결정참여, 투약, 입원, 수술과 관련된 자기보호행동 및 의사소통 등의 하부 범주간에 상관성분석을 실시하였다. 상관성분석을 위해서는 ttest 와 ANOVA 검증을 실시하였다.

대상자의 성별은 자기보호행동 및 의사결정 참여수준에 유의한 영향을 미치지 않았으며 문항별로도 환자의 성별에 따른 자기보호행동(1.73 vs. 1.88) 및 의사결정 참여수준(43.65 vs. 43)에는 유의한 차이가 없었다.

대상자의 연령은 투약과 관련된 행동 2개 문항과 의사소통과 관련된 1개 문항에서 유의한 차이를 보였다. “약국에서 약을 받을 때 ‘이것이 저의 의사선생님이 저에게 처방한 약이 맞습니까?’라고 다시 한번 확인하십니까?”라는 질문에 대하여 60세 이상의 연령군은 30, 40, 50대의 연령군에 비하여 높은 긍정을 나타냈다($F(4,94)=2.537, p=0.045$). 또, “처방 받은 약의 있을 수 있는 모든 부작용에 관하여 글로 써달라고 요구하십니까?”라는 문항에 대하여 60대가 20대보다, 40대가 20대 보다 각각 유의하게 높은 점수를 보였다($F(4,94)=2.850, p=0.028$). 또한 “귀하의 건강에 관련된 중요한 내용을 의사, 간호사, 약사에게 반드시 이야기하십니까?”하는 문항에 대하여 60세 이상의 연령군에 속하는 대상자가 다른 모든 연령군에 속하는 대상자에 비하여 유의하게 높은 점수를 나타냈다($F(4,94)=3.856, p=0.006$). 즉 60세 이상의 연령군에 속하는 대상자가 다른 연령군에 속하는 대상자에 비하여 일부 자기보호행동에 적극적임을 나타내었다.

대상자의 교육수준은 투약과 관련된 행동의 1개 문항에서 유의한 차이를 보였다. 즉 약국에서 약을 받을 때 “이 약이 저의 의사선생님이 처방한 약이 맞습니까?”라고 다시 한번 확인하는가를 묻는 문항에 대하여 초등학교 졸업 이하의 학력을 가진 대상자들이 중, 고, 대졸의 학력을 가진 대상자 집단에 비하여 높은 점수를 보여 학력이 낮을수록 본인의 약이 의사가 처방한 약과 맞는지 확인하는데 있어 적극적임을 나타내었다($F(4,94)=2.970, p=0.03$).

대상자의 입원경험과 수술경험은 투약과 관련된 행동의 1개 문항 및 병원선택과 관련된 1개 문항에서 유의한 차이를 보였다. “의사가 처방전을 발행해줄 때는 그 자리에서 귀하가 읽을 수 있도록 작성되었는지 바로 확인하십니까?”라는 질문에 대하여 입원경험이 없는 대상자군이 입원경험이 있는 대상자군에 비하여 유의하게 높은 점수를 나타냈다($F(1, 97)=5.387, p=0.022$). 또한 “병원을 선택할 때 귀하가 받아야 할 수술이나 치료 경험이 많은 곳을 찾아서 선택하십니까?”하는 질문에 대하여 수술경험이 없는 환자군이 수술경험이 있는 환자군에 비하여 유의하게 높은 점수를 보였다($F(1,97)=4.988, p=0.028$).

대상자의 입원기간은 환자의 자기보호행동에는 유의한 영향을 미치지 않았으나 의사결정 참여수준에 유의한 차이를 보였다. 즉 환자의 의사결정 참여수준은 최근 일년 동안 4주 이상 입원경험이 있는 대상자가 1주일 이상 4주 이내의 입원 경험이 있는 환자에 비해 유의하게 높았다($F(2, 41)=4.174, p=0.022$).

<Table 3> Patients' active involvement in decision making and self protect behaviors by sex, age and education

t/F *	AI	SPM	SPH	SPS	COM	Total
Sex	-1.282	-0.094	.617	.345	.272	.540
Age	.536	1.262	.415	.1951	.185	.730
Education (Elementary)	.837	.869	.306	.650	.517	.107

AI = Active involvement in decision making, SPM = Self protect related to medication, SPH = Self protect related to hospitalization, SPS = Self protect related to surgery, COM = communication

Note: Numbers are t-values for Sex and F-values for other variables from t-test or ANOVA analysis.

None of the above associations was significant

<Table 4> Patients' active involvement in decision making and self protect behaviors by experience of hospitalization/surgery and duration of hospitalization

t/F	AI	SPM	SPH	SPS	COM	Total
Hospitalization	1.569*	.586	.046	.236	-.020	-.116
Surgery	.143*	.163	1.542	-1.002	-1.214	-1.034
Duration of hospitalization	4.174*	.290	1.048	1.041	1.723	1.394

AI = Active involvement in decision making, SPM = Self protect related to medication, SPH = Self protect related to hospitalization, SPS = Self protect related to surgery, COM = communication

Note: Numbers are F-values from ANOVA analysis.

* p = 0.022

IV. 고 찰

서구에서는 IOM 보고서 이후 환자들의 의료과오에 대한 인식의 증가를 계기로 환자안전을 증진하는데 있어 환자의 능동적인 역할을 중요시하여 검사 및 치료에 대한 의사결정과정의 참여와 자기보호행동을 적극적으로 홍보하며 유도하고 있는 추세이다. 우리나라에서도 의료과오에 대한 인식이 서서히 증가하고 이에 대한 환자와 가족, 의료인과 병원관리층의 심각한 우려에도 불구하고 본 연구 결과가 보여주는 바와 같이 환자의 진단 및 치료과정의 참여는 기대만큼 가속화되지 않고 있으며 환자와 의료인들 간의 의사소통은 별로 개선되지 않은 것으로 보인다. 환자안전문제를 먼저 인식하고 환자안전 재단을 설립할 수준에 와있는 의료선진국들의 경험에서 볼 수 있듯이 안전문제를 인식하는 데서 문제해결을 위한 방안을

마련하는데 까지는 상당한 시간이 요구됨을 알 수 있다. 예컨대 Burroughs 등(2005)의 최근 연구에서 응급실을 방문했던 767명의 환자 중 38%가 오진, 투약사고, 의사의 과오, 간호사의 과오, 잘못된 검사과정 등 의료과오에 대한 염려를 경험하였으나 이들의 염려가 의료과오의 발견과 예방에 참여하는 것으로 이어지기에는 환자들이 병원을 방문한 상황의 특성상 위기 상황에서 경험하는 스트레스가 너무 높음을 간과할 수 없다

본 연구의 결과에서 우리나라 환자들의 전반적인 의사결정 참여도는 매우 낮은 수준임을 알 수 있다. 환자가 질병의 진단, 검사 및 치료결정과정에 적극적으로 의견을 표현하고 참여하는지 묻는 문항에 대하여 '항상 그렇다'고 응답한 것은 1%에 불과하며 '그렇다'고 응답한 대상자 5.1%를 포함하여 긍정적인 응답이 6.1%에 불과하였다. 즉, 93.9%의 대상자들은 자신의 진단, 검사 및 치료에 대한 결정과정에 적극적으로 자신의 의견을 표현하거나 참여하고 있지 못하다는 것을 의미한다. 이는 환자들이 의료소비자로서 자신의 권리를 행사하기 시작한지 1세기도 지나지 않은 짧은 역사와 무관하지 않을 것이나, 우리사회의 급속한 소비자 권리의식의 성장속도와 비교할 때 유독 수동적인 의료서비스 수혜자에서 능동적인 의료소비자로의 의식 전환이 지연되고 있는 것으로 보인다.

본 연구 결과 환자의 자기보호행동이나 의사결정과정 참여수준은 일부 문항을 제외하고는 성별, 연령 및 교육수준 등의 사회인구학적 지표나 입원경험 및 수술경험과 같은 임상적 지표와 유의한 상관성이 없었다. 이러한 결과는 연령, 교육, 보험형태 등 사회인구학적 지표가 환자의 의사결정 참여의지에 중요한 영향요인으로 보고된 미국의 선행연구와는 차이를 보이는 것이다.

그러나 투약과 관련된 행동의 2개 문항과 의사소통과 관련된 1개 문항에서 60대 연령군이 그 보다 낮은 연령군의 대상자보다 적극적인 태도를 보인 것은 흥미로운 사실이다. 즉, 약국에서 약을 받을 때는 "이것이 저의 의사선생님이 저에게 처방한 약이 맞습니까?"라고 다시 한번 확인하는 행동, "처방 받은 약의 있을 수 있는 모든 부작용에 관하여 글로 써달라고 요구하십니까?"라고 하는 행동, "건강에 관련된 중요한 내용을 의사, 간호사, 약사에게 반드시 이야기한다"는 행동에 대하여 60세 이상의 연령군에 속하는 대상자가 다른 연령군에 속하는 대상자에 비하여 적극적임을 나타내었다. 이는 Cassileth 등(1980)의 연구에서 암환자의 치료 결정 참여의지를 조사한 결과 대상자의 연령이 낮을수록 적극적인 참여의지를 보였고 연령이 올라갈수록 의사결정 참여의지는 낮아진다는 선행 연구와 상반된 결과를 보여주는 것이다. 그러나 대부분의 선행연구들은 환자의 의사결정 참여의지를 조사하였으나 본 연구에서는 실제로 의사결정과정에 어느 정도 참여하고 있는가를 조사한 것으로 전자가 전적으로 환자의 의지에 달려있는 것에 반해 본 연구에서는 환자 외적 요인이 클 것으로 보여 직접적인 비교는 어렵다고 보여진다.

본 연구에서 환자의 자기보호행동이나 의사결정과정 참여수준이 성별, 연령 및 교육 수준 등의 사회인구학적 지표나 입원경험 및 수술경험과 같은 임상적 지표와 상관성이 결여된 것은 Fowles 등(2004)의 연구에서도 환자의 의무기록에 대한 관심이 사회인구학적 특성이나 임상적 지표와는 유의한 상관성이 없었고 오히려 건강소비행태와 유의한 상관관계를 보인 것과 일맥상통한다. 즉 환자의 교육, 경제적 수준이나 질병상태 등의 객관적 지표보다는 환자 자신이 의료소비자로서 얼마나 적극적인 건강추구행위를 할 의지가 있는지가 오히려 의료과오를 감소시키기 위한 자기보호행동과 의사결정과정에 참여하는 동기를 유발할 수 있다는 것을 시사한다.

한편 환자의 의사결정과정에서의 참여에 관심을 둔 연구를 1980년대부터 살펴보면 최근에 이루어진 연구일수록 환자의 높은 참여의지를 보여준다. 그 이유를 Frosch 와 Kaplan(1999)은 환자의 사전동의에 대한 표준이 환자의 능동적 참여를 포함하게 된 것, 국민들이 정보에 쉽게 접하게 되면서 의료서비스에 대한 의심을 갖게 된 것 등을 들어 자연스런 추세로 받아들일 것을 권하고 있다. 그러나 우리나라의 경우 의료인들이 환자의 능동적 참여를 수용하고 권장하게 되는 수준과는 아직 거리가 있으며 시간이 필요하리라 여겨진다.

본 연구에서 환자들이 진단과 치료과정에서 의료과오의 위험에 대하여 비교적 잘 감지하고 있는 것은 가시화되기 쉬운 행위와 관련있는 것으로 나타났다. 즉 투약이나 의료인의 손씻기 등 가시화되기 쉬운 문항에 대하여 환자들은 다른 문항에 비하여 보다 적극적인 자기보호행동을 보였다. '매우 그렇다' 또는 '그렇다'로 긍정적인 응답을 한 비율은 투약과 관련된 문항에서 "처방 받은 약의 있을 수 있는 모든 부작용에 관하여 글로 써달라고 요구하십니까?"에 대한 긍정적인 응답이 94%에 달하였고 자신에게 처방된 약이 맞는지 확인하는 행동에 대하여 56.6%, 처방전을 확인하는 행동이 47.5%로서 다른 문항에 비해 매우 높은 편이었다. 입원 중 환자의 자기보호행동은 감염과 관련하여 손씻기의 중요성은 일반적으로 알려져 있으므로 88.9%로 가장 높지만 나머지에 대해서는 거의 인식이 없다는 것을 알 수 있다. 약 89%의 환자가 의사나 간호사에게 손을 씻었는지 물어볼 의사가 있다고 답한 것은 예외적으로 매우 적극적인 태도를 보인 측면으로 해석되는데, 이는 미국에서의 조사에서도 환자들이 가장 말하기 어려워하는 부분으로 보고된 바 있다(Swift et al, 2001). 물론, 이 항목의 경우 실제로 "물어보았습니까"가 아닌 "물어보실 생각이 있으십니까"라는 문항으로 다른 문항과는 달리 실제 행동이 아닌 행동의사를 조사한 것으로서 실제행동과는 상당한 차이가 있을 수 있다. 반면에 수술을 받을 때에 대상자의 12.1%만이 무슨 수술을 하는지 물어본다고 답한 사실은 환자들이 의료과오로부터 자신을 보호하기 위해 어떤 행동을 할 수 있는지, 또는 해야 하는지에 대한 인식이 부족하며, 따라서 환자를 대상으로 능동적 참여의 구체적인 내용에 관한 교육이 필요함을 시사한다.

환자와 의료인 사이의 의사소통은 문항별로 보면 질병의 진단, 검사, 치료에 관한 의문이나 걱정을 의사나 간호사에게 물어보기(7.1%), 검사결과를 알려주지 않을 때 먼저 물어보기(9.1%), 담당의사의 이름 묻기(18.2%), 자신의 건강에 관련된 중요한 정보를 제공하는 행동(15.2%) 등에서 전반적으로 매우 저조하여 의료인과의 의사소통이 전혀 원활하지 않음을 알 수 있다. 최근 Mazor 등(2004)이 의료인과 환자 사이의 의료과오에 관한 의사소통을 문헌고찰을 통하여 정리한 바에 의하면 의료과오의 희생자인 환자들 중 82%가 자신에게 충분한 정보가 제공되지 않았다고 생각했고, 67%가 명확한 의사소통이 이루어지지 않았다고 인식했으며, 63%는 정확성이 결여된 것에 대하여 불만족하였다. 더욱이 63%는 의료인이 공감적인 태도를 보이지 않았다고 인식하였고, 44%는 질문할 기회를 갖지 못했다고 응답하였다. 이는 의료사고로 인해 법정에 가게 된 환자와 가족에게서도 유사하게 낮은 만족도를 보이고 있어서, 결국 불충분하거나 부적절한 의사소통으로 인해 환자와 가족들이 불만족하게 되고 심지어 법정분쟁으로까지 진행된다는 것을 알 수 있다. 조항석 등(1998)이 조사한 의료사고를 경험한 가족들이 의료분쟁을 제기하는 원인으로 의사의 태도, 향후 사고방지, 책임추궁, 보상 등 4가지가 주요 요인으로 나타났으며, 이 중 의사의 태도에 관한 것으로서 사고원인에 대한 불충분한 해명, 병원측의 무성의한 태도, 의사의 불손한 태도, 용서를 빌지 않음 등 이미 의료과오가 발생한 이후 상황에서도 의사소통은 여전히 중요함을 시사한다. 따라서 의사환자의 관계에 대한 교육을 통하여 환자안전을 향상시킬 수 있을 것이라는 견해도 있다(Stevens, 2002; Cho et al, 1998). 비록 본 연구에서 의료인과의 의사소통에 대한 대상자의 만족도보다는 환자 자신이 얼마나 적극적으로 의사소통을 하려고 하는가에 초점을 맞추었으나, 이에 대해 매우 낮은 비율이 나타난 것을 보면 만족도를 조사할 경우 위에 인용한 연구들에 비해 현저히 낮을 것으로 예상할 수 있다. 이에 대하여 우리나라의 의료인들은 환자안전을 증진하고 의료과오발생시 비난과 공격으로부터 자신을 보호하기 위해서라도 환자 및 가족과의 의사소통을 주요업무의 일부로 인식하는 태도의 전환이 절실히 필요하다.

요약하면 우리나라의 환자들이 진단과 치료과정에 대한 의사결정에 참여하는 비율은 매우 낮았으며 의료과오로부터 자신을 보호하기 위한 행동은 몇몇 가지적인 것을 제외하고는 저조한 실정이며 이러한 낮은 수준은 성별, 교육, 연령, 그리고 입원경험이나 수술경험에 상관없이 일괄적으로 낮은 수준을 보여주었다. 상대적으로 투약과정에 대한 참여행동은 높았다고 할 수 있으나 의료의 질을 향상시키는 데 가장 중요한 부분이라고 할 수 있는 의료인과의 의사소통은 매우 저조하였다. 본 연구에서 자기보호행동에 관한 일부 문항에서 60대가 다른 연령군에 비해 적극적인 것과, 초등학교 졸업의 교육수준을 가진 대상자가 상위의 교육수준을 가진 대상자에 비해 적극적이었고, 4주 이상 입원경험을 가진 대상자가 의사결정에 참여율이 유의하게 높았던 것을 제외하고는 환자의 자기보호행동이나 의사결정과정 참여수준은

교육 및 연령 등의 사회인구학적 지표나 입원경험 및 수술경험과 같은 임상적 지표와 유의한 상관성이 없었다. 이상의 결과를 바탕으로 우리나라 환자들을 의료과오로부터 보호하고 환자안전을 증진시키기 위해서는 환자의 알 권리에 대한 인식 증진과 더불어 적극적인 참여를 유도하며, 의료인과의 의사소통에 어려움이 있음을 이해하고 장애요인을 발견하여 제거하는 노력을 기울여야 할 것이다.

환자의 자기보호행동 증진을 위한 방안으로 환자의 입원교육에 의료과오감소를 위한 환자 행동지침을 포함할 수 있을 것이다. 한편 환자의 의사결정 참여를 증진시키기 위해서는 환자는 물론 의료인의 인식전환이 필요하다. 의료인의 재교육을 통하여 환자의 알 권리 존중에 대한 인식을 확산시키고 환자 및 가족들과의 의사소통 기술 훈련을 실시하여 전문용어를 배제한 의사소통 기술을 향상시켜야 할 것이다.

단, 본 연구는 사회적으로 민감한 주제를 처음으로 조사한 연구로서 충분한 대상자를 포함하지 못했다는 제한점을 가짐을 밝혀둔다.

참 고 문 헌

- 김남진. 노인들의 건강증진행위 실천 정도와 관련요인 분석. 한국노년학 2000;20(2): 169-182.
- 사법연감. (2003) Available from: URL: http://www.ilawkorea.com/htm/suit_intro.htm.
- 서인선. 노인의 건강지식과 건강증진행위에 관한 연구. 한국노년학 2000; 20(2): 1-28.
- 원혜일. 연중기획. 의료분쟁 의료사고, 의사과실뿐 아니라 환자 과실도 있다. 한국소비자보호원; 2002.
- 조항석, 이선희, 손명세, 양성희, 이혜리. 의료사고를 경험한 가족들이 의료분쟁을 제기하는 원인. 가정의학회지 1998; 19(3): 274-291.
- 최영희. 노인의 건강행위 평가 연구. 한국노년학 1999; 19(1): 119-130.
- Agency for Healthcare Research and Quality. Rockville 20 Tips to Help Prevent Medical Errors. Patient Fact Sheet, AHRQ Publication. 2000; No.00-PO38.
- Bethlove M, Thurman Q. Normative belief about factors that affect health and longevity. Health Education Quarterly summer 1991; 183-194.
- Burroughs TE, Waterman AD, Gallagher TH, Waterman B, Adams D, Jeffe DB, et al. Patient Concerns about Medical Errors in Emergency Departments. Academic Emergency medicine 2005; 12(1): 57-64.
- Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. Ann Intern Med 1980; 92: 832-636.

- Cho HS, Lee SH, Shon MS, Yang SH, Lee HR. Reasons why patients and families choose medical dispute. *J Korean Acad Fam Med* 1998; 19(3): 274-291.
- Cox CL, Miller EH, Mull CS. Motivation in health behavior: Measurement antecedents and correlates. *ANS* 1987; 9(4): 1-15.
- Entwistle VA, Mello MM, Brennan TA. Advising patients about patient safety: Current Initiatives Risk shifting Responsibility. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2005;31(9):483-494.
- Fowles JB, Kind AC, Craft C, Kind EA, Mandel JL, Adlis S. Patients' Interest in Reading Their Medical Record: Relation With Clinical and Sociodemographic Characteristics and Patients' Approach to Health Care. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164(7): 793-800.
- Frosh D, Kaplan RM. Shared Decision Making in Clinical Medicine: Past Research and Future Directions. *Am J Prev Med* 1999; 17(4): 285-294.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Annals of Internal Medicine* 1985; 102: 520-528.
- Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE. Jr, Yano EM, Frank HJ. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med* 1988; 3(5): 448-57.
- Guadagnoli E, Ward P. Patient Participation in Decision-Making. *Soc Sci Med* 1998; 47(3):329-339.
- Gurwitz JH, Field TS, Harrold LR, Rothschild J, Debellis K, Seger AC, Cadoret C, et al. Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *JAMA* 2003; 289(9): 1107-1116.
- Hibbard JH. Moving toward a more patient-centered health care delivery system. *Health Aff (Millwood)*. 2004;Suppl Web Exclusive: VAR133-5.
- Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ* 2000; 320(7234): 526-527.
- Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academies Press; 1999; pp.1-5.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of care. *Medical Care* 1989; 27(3): S110-27.
- Mazor KM, Simon SR, Gurwitz JH. Communicating With Patients about Medical Errors: A Review of the Literature. *Archives of Internal Medicine* 2004; 164(15): 1690-1697.

Mullen, PD. Compliance becomes concordance. *BMJ* 1997; 314: 691.

Stevens DP. Finding safety in medical education. *Quality and Safety in Health Care* 2002; 11: 109-110.

Stuifbergen AK, Becker HA. Predictors of healthpromoting lifestyles in persons with disabilities. *Res Nurs Health* 1994; 17(1):3-13

Swift EK, Koepke CP, Ferrer JA, Miranda D. Preventing Medical Errors: Communicating a Role for Medicare Beneficiaries. *Health Care Financing Review* 2001; 23(1): 77-85.

Vincent CA, Coulter A. Patient safety: what about the patient? *Qual Saf Health Care* 2002; 11(1): 76-80.

Waterworth S, Luker KA. Reluctant collaborators: do patients want to be involved in decisions concerning care? *J Advance Nurs* 1990; 15: 971-976.