



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

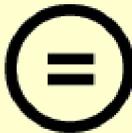
다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

의료소비자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인

; 환자안전인식과 알권리, 자기결정권과의 관계

연세대학교 보건대학원
국제보건학과 보건의료법윤리전공
이 한 슬 기

의료소비자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인

; 환자안전인식과 알권리, 자기결정권과의 관계

지도 이 일 학 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2016 년 6 월

연세대학교 보건대학원
국제보건학과 보건의료법윤리전공
이 한 슬 기

이한슬기의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 이 일 학 인

심사위원 김 태 현 인

심사위원 박 지 용 인

연세대학교 보건대학원

2016년 6월 일

차 례

국문요약

I. 서론	1
1. 연구 배경 및 필요성	1
2. 연구 목적	3
II. 의료소비자의 환자안전과 권리의식	4
1. 의료소비자의 환자안전의 개념 및 의미	4
2. 의료소비자와 소비자 권리	7
3. 의료소비자의 알권리와 자기결정권	12
III. 연구 방법	18
1. 연구 설계	18
2. 연구 대상자	18
3. 자료수집 방법 및 절차	19
4. 연구 도구	19
5. 자료 분석	22
IV. 연구 결과	23
1. 대상자의 일반적 특성	23
2. 알권리에 대한 인식	27
3. 자기결정권에 대한 인식	34

4. 환자안전에 대한 인식	41
5. 알권리, 자기결정권, 환자안전에 대한 인식도 간 관계	48
6. 알권리, 자기결정권, 환자안전 인식도에 영향을 미치는 요인	49
V. 논의	54
VI. 결론	62

참고문헌

부록

Abstract

표 차 례

<표1> 대상자의 일반적 특성	25
<표2-1> 알권리에 대한 인식 정도	27
<표2-2> 세부 항목별 알권리에 대한 인식 정도	29
<표2-3> 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이 검정	32
<표2-4> 알권리 인식 하부영역 간의 상관관계	33
<표3-1> 자기결정권에 대한 인식 정도	34
<표3-2> 세부 항목별 자기결정권에 대한 인식 정도	36
<표3-3> 일반적 특성에 따른 자기결정권 대한 인식 정도 차이 검정	39
<표3-4> 자기결정권 인식 하부영역 간의 상관관계	40
<표4-1> 환자안전에 대한 인식 정도	41
<표4-2> 세부 항목별 환자안전에 대한 인식 정도	43
<표4-3> 일반적 특성에 따른 환자안전에 대한 인식 정도 차이 검정	46
<표4-4> 환자안전 인식 하부영역 간의 상관관계	47
<표5-1> 알권리에 대한 인식과 자기결정권에 대한 인식과의 상관관계 ..	48
<표5-2> 알권리에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 상관관계	48
<표5-3> 자기결정권에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 상관관계	48
<표6-1> 알권리 인식도에 대한 회귀분석 결과	49
<표6-2> 자기결정 인식도에 대한 회귀분석 결과	50
<표6-3> 환자안전 인식도에 대한 회귀분석 결과 (모형1)	51
<표6-4> 환자안전 인식도에 대한 회귀분석 결과 (모형2)	53

국문요약

본 연구는 의료소비자를 대상으로 알권리와 자기결정권, 환자안전에 대한 인식도를 확인하고 각 개념 간의 연관성과 영향요인을 파악함으로써 의료기관 내 바람직한 환자안전문화를 정착시키는 데 기여하고자 시도된 서술적 연구이다.

본 연구는 서울시와 경기도 소재의 5개 종합병원 및 의원에 방문한 내원객을 임의 표집하여 추출한 대상자 230명 중 215명의 최종자료를 분석하였다. 사용된 연구도구는 환자의 알권리에 대한 인식도 측정을 위해 안선화 등(2009)이 제작하여 사용한 환자의 알권리에 대한 인식도 측정도구를 수정·보완한 Likert 5점 척도로 구성된 총 17개 문항의 도구를 사용하였고 자기결정권에 대한 인식도 측정을 위해 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 번안하여 사용한 건강 자기-결정 지표를 수정·보완한 Likert 5점 척도로 구성된 총 12개 문항의 도구를 사용하였다. 환자안전에 대한 인식도는 김정은 등이 2013년 수정·보완하여 사용한 도구(Seniors Empowerment and Advocacy for Patient Safety, SEAPS)를 수정·보완한 Likert 4점 척도로 구성된 총 17문항의 도구를 사용하였으며, 수집된 자료는 SPSS 24 통계 프로그램을 이용하여 전산 통계 처리하였다. 그 결과는 다음과 같다.

1) 의료소비자의 알권리에 대한 인식도는 평균평점 3.55 ± 0.54 (Likert 5점 척도)로 나타났고, 알권리 관련 의식화 정도, 의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도, 제도 및 장치, 규제효과에 대한 인식, 부여된 권리에 대한 인식 순이었다.

2) 학력에 따른 알권리에 대한 인식도는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < .004$).

3) 알권리 인식의 하부영역 중 ‘알권리 관련 의식화’ 정도가 모든 하부영역인 ‘제도/장치/규제효과에 대한 인식’ 과 ‘부여된 권리에 대한 인식’, ‘의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식’, ‘병원에서의 알권리 실현도’ 와 상관관계가 있었다 ($P < .01$).

4) 의료소비자의 자기결정권에 대한 인식도는 평균평점 2.78 ± 0.35 (Likert 5점 척도) 로 나타났고, 건강판단에서의 자기결정, 내·외적 신호에 대한 반응성, 자기 주도적 인식, 건강에 대한 능력감 순으로 나타났다.

5) 일반적 특성에 따른 자기결정권에 대한 인식도는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

6) 자기결정권 인식의 모든 하부영역에서 영역 간 상관관계가 있었다 ($p < .05$, $p < .01$).

7) 의료소비자의 환자안전인식도는 평균평점이 2.44 ± 0.28 (Likert 4점 척도) 이었고, 자기효능 영역, 기대효능 영역, 행동 영역, 태도 영역의 순으로 나타났다.

8) 성별 ($p < .025$), 학력별 ($p < .003$), 경제상태별 ($p < .020$) 에 따른 환자안전 인식도에 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

9) 환자안전 인식의 모든 하부영역에서 영역 간 상관관계가 있었다 ($<.05$, $p<.01$).

10) 알권리에 대한 인식도와 자기결정권에 대한 인식도의 상관관계는 통계적으로 유의하지 않았으나 알권리에 대한 인식도와 환자안전에 대한 인식도 간의 상관관계는 통계적으로 유의하였으며 ($r=.332$, $P <.000$), 자기결정권에 대한 인식도와 환자안전에 대한 인식도 간의 관계 역시 통계적으로 유의한 상관관계가 있었다 ($r=.137$, $P <.045$).

11) 기혼이 미혼보다 알권리 인식도가 높은 것으로 나타났다 ($\beta=.166$, $p<.036$).

12) 학력이 높을수록 자기결정 인식도가 높은 것으로 나타났다 ($\beta=.157$, $p<.044$).

13) 여자가 남자보다 환자안전 인식도가 높고(모형 1: $\beta=.148$, $p<.030$, 모형 2: $\beta=.168$, $p<.009$), 학력이 높아질수록 환자안전 인식도가 높아지는 것(모형 1: $\beta=.209$, $p<.006$, 모형 2: $\beta=.148$, $p<.041$)으로 나타났으며 알권리에 대한 인식도가 높아질수록 환자안전 인식도가 높아지는 것으로 나타났다 ($\beta=.042$, $p<.000$).

결론적으로 의료소비자의 알권리와 자기결정권, 환자안전에 대한 인식 정도는 선행적으로 시행된 연구들의 결과와 비교해 특이적인 변화가 없었으며 알권리에 대한 인식에 비해 자기결정권에 대한 인식 역시 여전히 낮은 수준으

로 나타나 의료소비자가 알권리를 충족하고자 하더라도 의료서비스를 스스로 선택하는 데 있어 아직 의료인의 의견에 의존적인 것이라 할 수 있다. 인구사회학적인 특성에 따라 각 인식도에 차이가 있고 특히 학력은 알권리와 자기결정권, 환자안전 인식에 모두 영향을 미치는 공통인자로 작용하였다. 환자안전 인식 향상을 위해 자기결정권, 특히 알권리의 신장이 필요하다는 결과가 도출되었으며 더불어 이러한 의료소비자의 권리가 보장될 때 의료기관의 바람직한 환자안전문화가 정착될 수 있음을 시사하였다. 본 연구를 통해 의료소비자를 대상으로 한 권리인식 변화의 추적조사와 소비자 권리보장을 매개로 한 환자안전 인식과 문화에 미치는 영향요인 조사의 필요성을 제언하는 바이다. 또한, 학력을 포함하여 인구사회학적 특성에 따라 의료소비자가 보장받을 권리를 인식하는 데 차이가 있으므로 대상자별로 차별화된 권리향상 지지체계가 개발되어 의료소비자의 알권리와 자기결정권, 환자안전인식을 신장시키는 데 적합한 시스템이 구축될 것을 기대하는 바이다.

I. 서론

1. 연구 배경 및 필요성

최근 의료를 경제적 관점으로 바라보게 됨에 따라 과거 시혜로 여겨지던 의료가 서비스로 인식되기 시작하였다. 국민의 생활수준과 의식수준 향상, 정보의 다양화 등으로 인하여 의료행위의 객체였던 환자는 의료서비스의 선택과 치료방법을 결정하는 주체로 변화하였고 의사와 법률적 관계에 있어 동등한 지위로 변화하였다 (권용진, 2012). 또한, 의료소비자라는 표현이 사용됨에 따라 소비자 스스로 병원을 순위화, 감독하는 현상이 나타나고 있고, 보건의료 분야의 소비자 지향성과 동향, 그에 대한 후속 연구의 필요성이 지적되었다 (한국소비자원, 2014). 이에 따라 의료소비자의 위상이 상승하고 있으며 소비자 권리가 적절히 충족될 필요성이 대두되는 등 (한국보건사회연구원, 2013) 의료서비스 분야에서 환자가 소비자로서의 개념으로 변화하고 있음을 알 수 있다. 또한, 이러한 변화는 소비자의 욕구를 충족시키는 융통성 있는 소비자 중심의 의료시스템을 요구하기 시작하였다 (강창희, 2003).

국내 소비자기본법 제4조에 명시되어 있듯 소비자가 보장받아야 할 권리에는 알권리와 선택의 권리, 더불어 안전의 권리와 피해보상을 받을 권리가 포함되는데 최근 의사-환자 간 관계의 변화와 환자가 소비자로 여겨지는 현상은 환자가 의료소비자로서 보장받고자 하는 권리를 요구함을 설명한다. 또한 2010년 개정된 보건의료기본법과 의료분쟁이 증가하는 현상 역시 의료소비자의 높아져가는 권리보장 요구를 설명하는데 이를 위해 의료인의 설명, 동의의 과정 등이 필요하다는 것은 선행된 여러 연구를 통해 밝혀진 바 있다.

의료서비스 분야의 중요한 주제가 된 환자안전은 미국의학원(Institute

of Medicine: IOM)의 보고서 ‘To error Is Human: Building a Safer Health System’의 지적 이후 사회적 관심이 되었다. 이후 국내·외적으로 환자안전 활동에 환자의 참여와 역할이 강조되고 있지만 높아져 가는 의료소비자의 위상에 발맞춘 환자안전에 대한 연구는 의료인 및 의료계 종사자를 대상으로 한 연구에 비해 미비한 수준이었다 (한국소비자원, 2013; 김정은 등, 2013).

2013년 이후부터 국내에서 의료소비자의 환자안전에 대한 인식에 대한 연구가 시작되었고 (김정은 등, 2013) 정부 차원의 환자안전에 대한 소비자인식 조사가 실시되는 등 의료소비자의 의료서비스 이용현황 및 인식을 조사하는 움직임이 보이고 있지만 이러한 인식 연구는 아직 초기단계로 환자의 생명, 신체와 직접 관련되는 중요성을 갖는데 비해 미비한 수준이다. 또한, 의료소비자가 보장 받아야 할 알권리와 자기결정권, 그리고 이를 위해 필요한 의사의 설명의무와 동의의 과정에 대한 여러 선행연구가 진행되어 왔는데 비해 함께 연구되어야 할 의료소비자의 안전할 권리에 대한 연구는 의료인을 대상으로 한 연구에 국한되어 왔다. 그러므로 소비자가 보장받아야 하는 권리를 매개로 한 환자안전 인식 연구와 나아가 이에 영향을 미치는 요인들에 대한 연구가 필요하다.

이상에서 살펴보았을 때, 환자안전에서 중요한 역할을 하는 의료소비자의 환자안전 인식과 보장받아야 하는 의료소비자의 알권리 및 자기결정권 간의 관계를 밝히는 연구를 통해 의료소비자에게 더 나은 의료서비스가 제공되어 건강수준의 향상을 꾀하고 의료제공자에게는 의료의 질 향상과 의료사고의 감소를 꾀할 수 있도록 올바른 환자안전문화 정착에 기여하고자 한다.

2. 연구 목적

해당 연구는 의료소비자의 알권리 인식도와 자기결정의 정도, 환자안전 인식도를 파악하여 각 변수에 대해 분석하고자 한다. 이를 위해 일반적 특성에 따른 알권리 인식도, 자기결정 정도, 환자안전 인식도의 차이와 각 변수에 영향을 미치는 요인을 파악하고 알권리 인식도, 자기결정권 인식도, 환자안전 인식도 간 상관관계를 분석하고자 한다. 이를 위하여 본 연구는 다음의 구체적 목적을 갖는다.

첫째, 의료소비자의 알권리 인식도, 자기결정 정도, 환자안전 인식 정도를 파악한다.

둘째, 의료소비자의 일반적 특성에 따른 알권리 인식도와 자기결정 정도, 환자안전 인식도의 차이를 분석한다.

셋째, 의료소비자의 알권리 인식도와 자기결정 정도, 환자안전 인식도에 영향을 미치는 요인을 분석한다.

넷째, 의료소비자의 알권리 인식도와 자기결정 정도, 환자안전인식도 간의 관계를 분석한다.

다섯째, 의료소비자의 알권리 인식도와 자기결정 정도, 환자안전인식도 내 하부영역 간의 관계를 분석한다.

Ⅱ. 의료소비자의 환자안전과 권리의식

1. 의료소비자의 환자안전의 개념 및 의미

환자안전(patient safety)의 사전적 정의는 ‘병들거나 다쳐 치료를 받는 사람에게 더 이상의 위험이나 사고의 염려가 없는 상태, 또는 그러한 상황을 만들고자 하는 활동’ 이라 할 수 있으며 이를 임상에서 사용되는 의미로 확장하면 ‘의료서비스 전달과정 중 발생한 환자의 부상이나 사고로부터의 예방’ 을 뜻한다 (Baik et al., 2009). 또, ‘의료제공 과정에서의 오류의 예방 및 오류로 인하여 환자에게 발생하는 손상의 제거 또는 완화’ 의 의미(National patient safety foundation, 2003)로 정의될 수 있고 ‘의료와 관련된 불필요한 위해의 위험을 허용되는 최소한으로 낮추는 것’ (세계보건기구(World Health organization [WHO], 2009)으로 볼 수 있다. 또한 미국 국립의학원(IOM, 2003)은 ‘환자안전’ 을 ‘작위 혹은 무작위에 의한 오류(error)로 인한 위해의 예방’ 이라고 정의하고 있다 (김미란, 2011).

법률적으로는 헌법 제36조 제3항에서 ‘모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다’ 라는 문구를 통해 국민의 보건권을 인정, 안전한 의료에 대한 접근권이 국민의 기본적인 권리임을 명시하고 있다.

환자의 보호 및 의료 질 향상에 이바지함을 목적으로 제정된 환자안전법은 환자안전을 위하여 필요한 사항을 규정하고자 하였는데 제2조에 ‘환자안전사고’ 를 보건의료인이 환자에게 보건의료서비스를 제공하는 과정에서 환자안전에 보건복지부령으로 정하는 위해가 발생하였거나 발생할 우려가 있는 사고로 정의하고 있고 ‘환자안전활동’ 은 국가, 지방자치단체, 보건의료기관, 보건의료인, 환자 및 환자의 보호자가 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를

위해 행하는 모든 활동으로 정의하고 있다.

의료서비스 분야의 중요한 주제가 된 환자안전은 미국의학원(Institute of Medicine: IOM)의 보고서 ‘To error Is Human: Building a Safer Health System’의 지적 이후 사회적 관심이 되었다. 의료기관을 방문하는 의료소비자와 그의 가족 모두가 진료과정 동안 안전하고 완벽한 보호와 돌봄을 기대하지만 복잡성과 변화의 증가, 정보의 과잉, 환자의 중증도로 인해 의학기술의 발전에도 불구하고 그들의 안전은 위협받을 수 있다 (김은경 등, 2007). 환자안전에 관한 다수의 연구들은 일반적인 인식보다 의료서비스 제공과정의 오류가 훨씬 많이 발생하고 있으며 이들이 사실상 예방 가능한 것이었던 것임을 보고하였고 (Pronovost et al., 2003), 수준 높은 의료기술과 서비스를 보유한 미국에서도 의료오류로 인한 사망자 중 58%가 ‘예방 가능한 오류’로 인한 사망이라고 보고되었다 (IOM, 2001).

환자안전을 지키지 못해 발생하는 안전사고는 피해발생 여부와 관계없이 의료기관 내에서 일어나는 모든 종류의 에러(error), 실수(mistake), 사고(incident)를 포함하며(Agency Healthcare Research and Quality; AHRQ), 이는 의료의 질 저하 및 재정적 손실 등의 문제를 야기하므로 의료기관 차원의 질 개선 활동과 국가의 정책적 활동이 필요하다.

2015년 1월 국내에서 ‘환자안전 및 의료질 향상에 관한 법률’이 공포되었고 2016년 7월 시행을 앞두고 있으며 세계적으로도 환자안전 이슈는 정책적 의제로 대두되고 있다. 의료서비스에서 환자안전이 위협받는 사건들이 잇따라 발생하며 미국, 일본 등의 주요국들에서 환자안전 관련 법률을 마련하고 있으나 국내의 경우 2004년부터 의료기관 평가제도가 도입되며 평가 항목 중 하나인 환자안전에 관한 관심이 시작되어 환자안전을 중요한 과제로 인식하는 움직임이 활발해지기 시작했다(김미란, 2011).

환자안전에 대한 국내·외적으로 선행된 연구결과 및 보고서에 따르면 모든 의료기관에서 모든 환자에게 안전한 진료를 지속적으로 제공하고, 의료과오로 인한 희생자를 줄이기 위해선 의료기관 내 환자안전 문화를 조성해야 한다. 문화의 정착을 위해선 사회 구성원들이 문화에 호감을 갖고 생활화하는 것이 필요한데 환자안전 문화의 정착 정도는 다른 문화와 달리 어느 정도 측정이 가능하며 환자안전문화의 부재를 원인으로 작용하는 의료과오로 매년 국내 13,000 명(통계청)이 사망하고 있으므로 문화 정착을 위한 법 규제의 당위성을 설명할 수 있다 (환자안전과 의료질, 2016).

2013년 현재 국내 환자안전법 의료서비스를 제공받는 의료소비자(환자)는 최선의 치료를 받을 권리가 있는데 이 최선의 치료를 받을 권리에는 “안전하게” 받을 권리를 포함한다. 또한 2015년 1월 제정된 환자안전법 제5조에 따르면 모든 환자는 안전한 보건의료를 제공받을 권리를 가짐과 동시에 환자, 보호자는 환자안전활동에 참여해야 한다. 이와 같이 국내·외적으로 환자안전 활동에 환자의 참여와 역할을 강조하고 있지만 아직까지 의료소비자를 대상으로 한 환자안전에 대한 연구는 의료인 및 의료계 종사자를 대상으로 한 환자안전에 대한 연구에 비해 미비한 실정이다. (한국소비자원, 2013; 김정은 등, 2013). 하지만 김정은 등(2013)이 국내 최초로 의료소비자를 대상으로 하여 환자안전에 대한 인식에 대해 연구하였고 이어 한국소비자원(2014)에서 환자안전에 대한 소비자인식조사를 실시하는 등 의료소비자의 의료서비스 이용현황 및 인식을 조사하는 움직임이 보이고 있다.

김정은 등은 온라인 설문을 통하여 수집된 자료를 서술통계, 분산분석, 상관관계 분석을 통해 일반적 특성에 따른 환자안전 인식과 그 하부영역을 분석하였고 환자안전인식 각 하부영역 간의 상관관계를 확인하였다. 한국소비자원은 설문지를 이용한 면접조사를 통해 수집된 자료를 빈도분석과 평균분석,

교차분석 방식을 통해 환자안전 관련 경험과 제도, 국내 환자안전 관리체계, 확보방안 등에 대한 인식조사를 시행하였다.

환자안전은 환자의 생명, 신체와 직접 관련되지만 아직 이에 대한 인식 연구는 초기단계로 환자안전 인식에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구가 부족하며 이를 파악하여 인식 수준을 높이기 위한 연구와 국가차원의 종합적이고 체계적인 관리 역시 미흡한 실정이다 (한국소비자원, 2014).

2. 의료소비자와 소비자 권리

2.1. 의료서비스와 의료소비자

소비자가 접하는 모든 제품과 서비스는 각각의 필요에 의해 중요치 않은 것이 없지만, 그 중 건강, 생명과 직결되는 의료서비스에 대한 중요성은 재차 강조해도 부족하지 않을 것이다. 의료서비스는 의사가 의료서비스의 행위자로서 환자를 치료하는 행위와 관련한 직·간접적인 서비스를 의미하는데 (조성남, 2009) 속성상 정보비대칭, 불확실성, 공급 독점 등의 특성을 가지므로 의료서비스를 소비함에 있어서는 이러한 특성들이 고려되어야 한다. 최근 수명의 연장과 인구고령화에 따라 만성질환이 증가하는 등 질병구조가 변화함에 따라 의료서비스의 방향이 치료에서 예방 중심으로 변화하고 있고 이에 더불어 과거 전통적인 전문가주의와 현재의 소비자주의의 대립이 갈등으로 표출되며 전문가의 판단과 의사결정이 주도하던 의료계에 소비자교육, 소비자운동이 확산되기 시작하였다. 또한, 의료소비자의 의식 수준이 향상됨에 따라 의료서비스를 이용하며 소비자 스스로 병원을 감독, 순위화 하는 행태로 변화하고 있다. 이에 따라 의사와 환자 간의 관계가 생산자와 소비자로 인식되게 되었

고, 의료계 영역에 소비자적 관점이 적극적으로 수용되기 시작하였다 (안선화, 2009; 강명근 등, 1998). 의료서비스는 높은 부가가치를 지속적으로 창출할 수 있는 분야로 기대되는 산업적 중요성을 갖는데 비해 특수성과 전문성의 특성을 갖기에 의료소비자는 소비과정에서 합리적으로 행동하기 어렵고 국가의 노력 역시 체감하기 어렵다. 의료소비자는 그 자체로 환자로서의 지위를 가지며 의료서비스를 소비함에 따라 소비자로서의 지위도 함께 가져 환자인 동시에 소비자라는 이중적 지위를 갖게 되는데 (보건사회연구원, 2013), 이와 함께 의료가 서비스로 인식되기 시작함에 따라 서비스의 대상에 그쳤던 의료 소비자가 능동적이고 주체적인 의료참여자로 변화하기 시작하였다. 이는 소비자의 욕구를 충족시킬 수 있는 융통성 있는 소비자 중심의 의료시스템이 요구되는 것이며 (강창희, 2003) 나아가 공급자와 소비자 간 상호 신뢰하는 거버넌스의 구축이 필요한 것으로 볼 수 있다. 이와 같이 최근 사용되는 의료소비자라는 표현은 변화하는 보건의료계의 서비스 제공자, 소비자 간의 입장과 그에 대한 관점이 변화하고 있음을 나타낸다.

본 연구에서는 의료서비스란 의료소비자의 치료를 위해 제공되는 정보비대칭성, 불확실성의 특성을 갖는 직·간접적 서비스로 정의하고 의료소비자를 의료서비스의 소비 과정에서 의료인이라는 전문적 대리인을 필요로 하는 주체적인 소비자라 정의 하고자 한다.

2.2. 의료소비자의 권리

권리란 인간이 법에 근거하여 누릴 수 있는 특전, 자격을 의미하며 (김선민 등, 1992) 소비자 권리는 소비자가 행복하고 인간다운 생활의 영위를 위해 양질의 상품을 공정한 가격으로 제공받거나 이용할 수 있는 것을 의미한다

(이준복, 2009). 이 개념은 1962년 미국 케네디 대통령의 특별교서에서부터 시작되어 알권리, 안전권, 선택권, 의견반영권에 구제권과 교육권 등이 추가되면서 발전한 것이며 (김성천, 2012), 국내에서는 2007년 소비자기본법 제4조를 통해 법률에 근거한 소비자 8대 권리가 자리 잡게 되었다.

보건의료기본법 상 국민의 권리에서 추정할 수 있는 의료소비자의 권리는 다음과 같다. 1) 자신과 가족의 건강에 대해 차별 없이 국가의 보호를 받을 권리(제10조), 2) 보건의료에 관한 알권리(제11조), 3) 보건의료서비스에 관한 자기결정권(제12조), 4) 비밀을 보장받을 권리(제13조)이다. 의료소비자가 갖는 권리의 유형은 각 국가의 경제적, 사회적, 문화적 환경에 따라 다르지만 국제소비자기구(CI: Consumer International)에서 제시하는 기본적인 권리 여덟 가지 중 알권리(The right to be informed), 선택권(The right to choose), 안전권(The right to safety)이 포함되므로 국내 보건의료기본법에서 규정하는 의료소비자의 권리인 알권리와 선택권과 일치하는 것을 알 수 있고 이는 알권리와 결정권이 소비자로서 보장받는 권리로서의 중요성을 나타낸다고 할 수 있다. 또한 의료서비스를 소비하는 과정에서 이 두 개 권리가 보장됨에 따라 안전할 권리 역시 보장되어야 함을 알 수 있다.

의료서비스에서의 소비자 권리를 보장한다는 것은 의료서비스의 공급자와 소비자 간 불평등한 지위로 초래되는 소비자의 권리 침해를 방지하려는 것이며 소비자의 권리를 법적으로 명시하여 보장함으로써 경제적 피해를 예방하고 대처하려는 것이다 (정극언, 2003). 과거 국내 보건의료 분야에서 보건의료자원의 총량 확대와 접근성 개선을 위해 시도된 다양한 정책들을 통해 평균수명의 연장과 삶의 질 개선, 의료서비스 접근성 및 보장성 확대라는 여러 가지적 성과를 거두었으나 이는 공급자 부문의 개선이 이루어진 부분이다. 상대적으로 열악했던 소비자권리는 사회 전반적인 현상인 소비자 권리의식 제고와 더불어 만성질환으로의 질병구조 변화, 의료정보의 확산과 정보통신기술 발달

에 따른 전문성에 대한 도전을 통해 권리의식을 증진시키는 요인이 되었고 기존 공급자 중심의 의료 패러다임의 전환을 통해 소비자 권리의 중요성을 설명할 수 있다 (이영희 등, 2014). 이는 높아진 소비자의 위상을 더 이상 간과할 수 없게 되어 (한국보건사회연구원, 2013) 의료소비자의 권리 영역을 명확히 하고, 개별적으로 분화된 정책의 통합화 필요성이 논의되기 시작한 것으로 볼 수 있다 (보건의료미래위원회, 2011).

의료기관에서는 환자중심의료를 경영 목표로 설정하는 등의 가시적인 변화가 있으며 국내·외적으로 환자의 권리 옹호에 대해 연구되고 있다. 상승되는 국민의 지적 수준 및 권리의식으로 증가되는 의료분쟁으로 인해 의학계 뿐 아니라 법조계, 소비자 사회학계 등에서도 역시 의료소비자와 알권리, 자기결정권에 관한 연구들을 활발히 진행하고 있으며 당위론적으로 의료소비자의 권리가 증진되어야 한다고 인정할 수 있다.

보건사회연구원(2013)의 연구 결과에 따르면 의료소비자의 권리 중 경제적 사회적 차별 없이 의료서비스를 이용할 수 있는 권리, 서비스 이용과정에서의 불만을 제기할 권리가 취약하므로 권리의 강화를 위해서는 국내 수립된 정책들의 보다 세부적인 보완이 필요하다 하였고 정춘화 등(2013)은 소비자 스스로 소비자권리에 대한 침해 방지와, 피해예방 및 대처에 소비자권리에 대한 인식이 전제되어야 한다고 하였다.

국가는 기술적, 사회적 환경과 더불어 급증된 소비자들의 의료서비스에 대한 이용과 요구에 발맞춰 의료소비자의 선택권을 제고하여 소비자의 권리를 증진시키기 위한 다양한 정책적 노력이 시도되었는데 그 결과 보건의료기본법에 의료소비자가 법적으로 보장받아야 하는 권리가 규정되었고 건강보험심사평가원, 식품의약품안전처 등에서는 의료서비스의 질적 성과와 안전한 의약품 활용 정보 등을 제공하게 되었다. 또한, 의료기관 인증제도의 확대실시와 의료서비스의 이용부담을 경감시키려는 정책들을 통해 피해구제 체계를 마련,

의료사고 피해구제 및 의료분쟁조정 등에 관한 법률을 제정하였다. 또한, 소비자들의 권리 보장과 정보의 비대칭 완화를 위해 2011년 ‘보건의료미래위원회’를 구성, 의료소비자권리 향상을 위한 정책을 국민건강향상 10대 정책 제안에 포함시키고 보건의료기본법에 의료소비자의 4대 권리를 명시하는 등의 법적 토대를 마련하였다. 하지만 법적·제도적 보완과 정보 공개, 환자 만족도 제고 노력, 소비자의 권리의식 상승에도 불구하고 보건의료 영역에서 전문직의 권한과 자율성이 강하게 작용하고 있는 것으로 보여지며 백혜란(2002)의 연구에서 소비자들의 지위가 다른 시장에 비해 여전히 약자의 위치에 있는 것으로 나타난 바 의료서비스 현장에서의 소비자 위상과 권리는 여전히 취약하다. 아직 의료소비자의 권리에 대한 고려는 부족하며 (보건사회연구원, 2013) 이에 대한 연구와 논의 역시 부족하여 보건의료체계의 구축이 필요한 실정이라 할 수 있다.

여전히 정보의 비대칭성이란 특성 때문에 보건의료 영역에서 의료생산자와 의료소비자의 거래 간 불평등이 존재하고 이 둘의 위상이 반비례적인 성격을 가지며 의료분쟁조정법의 시행을 통한 피해구제 역시 시작단계에 불과하여 의료서비스 불만 및 피해 상담은 여전히 증가하고 있다 (이영희 등, 2014). 그러므로 의료소비자의 알권리, 자기결정권을 포함한 권리 충족을 위한 지속적인 연구와 정책의 보완이 필요한 실정임을 알 수 있다.

3. 의료소비자의 알권리와 자기결정권

3.1. 의료소비자의 알권리의 개념 및 의미

알권리란 국민 개개인이 정치적·사회적 현실에 대한 정보를 자유롭게 알 수 있는 권리, 또는 이러한 정보에 대해 접근할 수 있는 권리를 통칭하는 개념¹⁾이다. 의료서비스의 특수성과 의료정보의 전문성은 의료시장에 정보 비대칭성이라는 특징을 갖게 하여 소비자들은 충분한 정보를 제공받기 어렵다. 이로 인해 의료소비자는 합리적 선택을 위한 판단이 제한되며 의료전문직의 판단에 강한 의존성을 갖게 되었는데 (보건사회연구원, 2013). 결과적으로 이영희 등(2014)은 소비자 문제가 발생하는 가장 근원적인 요인을 정보의 비대칭성으로 보았다.

의료소비자는 자신의 진단과 병의 진행, 예후 등에 관해 진실을 들을 경우 알권리가 충족되어 치료를 견디고 좋은 결과를 가져오는 데 도움이 되는데, 이와 같이 정확한 정보를 제공하는 것은 의료서비스에서 소비자의 안전을 보장하고 권리를 충족하는데 필수적이다 (Tuckett AG., 2004). 의료소비자를 대상으로 조사된 알권리 의식화 정도는 1990년대 이후 향상되는 추세이고 (안선화, 2009), 과거에 비해 의료기술 과소소송보다 설명의무위반 소송이 증가하는 등 의료소비자 권리 중 알권리는 의료서비스 만족도에 중요한 역할을 하고 있다 (전현희, 2007). 그러나 아직까지 의료서비스 현장의 의료인 - 환자 간의 비대칭적인 관계는 결국 의료소비자의 알권리를 침해하는 주요 원인으로 작용하고 있다. 가벼운 깊이의 의료정보를 손쉽게 얻는 접근성 높은 환경에서 본인과 가족의 질병에 대한 지식과 정보, 설명을 보다 자세하고 정확하게 얻

1) <http://terms.naver.com/entry.nhn?docId=1212343&cid=40942&categoryId=31721>

길 원하는 소비자의 입장과 과다한 업무와 이 요구를 모두 수용하기 어려운 의료진의 입장이 충돌하고, 이들 간 단절된 의사소통은 의료분쟁을 초래하기도 한다.

의료소비자가 자신의 건강문제와 이에 관한 의·약학 정보에 대해 충분히 아는 것은 소비자가 스스로 합리적인 선택을 하고 행위를 결정하는데 바탕이 되는데 이를 통해 의료소비자에게는 진료에 적극적으로 참여함으로써 긍정적 치료의 효과를, 의료진에게는 결정권을 환자 측에 내어줌으로써 필요 이상의 윤리적 고민을 하지 않아도 된다는 기대를 할 수 있다 (한국보건사회연구원, 2013).

국내 보건의료에 관한 알권리는 개정된 보건의료기본법(2010년) 제2장 보건의료에 관한 국민의 권리와 의무 제 11조에 명시되어 있다. 내용으로는 1) 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 국가와 지방자치단체의 보건의료정책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가진다는 것과 2) 모든 국민은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 보건의료인이나 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있고 다만, 본인이 요청할 수 없는 경우에는 그 배우자·직계존비속 또는 배우자의 직계존속이, 그 배우자·직계존비속 및 배우자의 직계존속이 없거나 질병이나 그 밖에 직접 요청을 할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우에는 본인이 지정하는 대리인이 기록의 열람 등을 요청할 수 있다는 것이다.

보건사회연구원(2013)은 의료소비자의 권리 현황을 분석하였고 국내의 알 권리 관련 제도를 1) 의료기관평가인증제, 2) 요양급여 적정성 평가(병원평가정보), 3) 의약품 안심서비스(DUR; Drug Utilization Review), 4) 가격정보 공개: 비급여 가격정보 및 진료비 영수증 가격정보 네 가지로 정리하였는데 이러한 제도들은 의료전문직의 정보제공이 현실적으로 치료방법, 부작용, 치료결과 등 다양한 선택항목 중 실제 ‘선택’으로 작용하기 보다는 일종의

‘동의’로 제한되며, 민감한 정보의 제공에는 한계가 있는 점을 개선하고자 설계된 것으로 보고 있다.

하지만 의사가 대리인으로서 행하는 ‘설명 의무’는 전통적인 방법으로 알권리와 자기결정권을 적극적으로 충족시킬 수 없으며 높아져 가는 소비자의 권리 인식 수준을 충족시키기에 한계가 있다 (한국보건사회연구원, 2013). 의사와 환자의 관계에 대한 현대적 인식은 의료소비자가 치료를 받는 객체에 불과한 것이라는 과거의 인식과 다르게 진료과정에서 자신에게 시행되어질 의료행위에 대해서 주체적인 존재라는 인식이 바탕이 되며 의사의 설명은 환자에게 자유와 존중, 안전을 보장해주며 의료진과 환자간의 우호적 관계를 형성시키는 목적을 갖는다. 이러한 정보의 제공은 불안을 줄이고, 신뢰를 쌓는 과정으로서 환자가 이해하기 쉬운 용어로 설명되어야 하며(Salkellari, 2003) 환자가 모르는 것은 질문하도록 그리고 이해했는지를 점검해야만 한다. (유병식, 2004)

한국소비자원(2004)의 조사 결과에 따르면 의료소비자의 권리를 충분한 것으로 인식할 경우 의료서비스 만족도가 높은 것으로 나타났는데 특히, 의료서비스/진료비/약제비 등에 대한 알권리가 충분한 경우가 의료서비스 만족도가 가장 높은 것으로 나타나 의료서비스를 소비하는 데 있어 알권리 충족이 중요한 역할을 하고 있음을 알 수 있다.

알권리와 밀접한 개념인 건강정보이해능력은 각 개인이 자신의 건강문제 해결에 적합한 결정에 필요한 기본적인 정보와 서비스를 획득, 활용, 이해하는 능력의 수준을 의미하는데(AHRQ, 2010) 이 보유수준은 기능적 신체 상태, 만성질환 관리와 그로 인한 의료비용 지출에 영향을 미치므로 (Baker et al, 2007; Wolf et al, 2005; Weiss&Palmer, 2004) 의료소비자가 의료서비스, 국가 보건의료정책과 본인의 건강수준에 대해 알도록 하는 것이 권리를 증진시켜 합리적으로 의료비용을 지출하도록 하는 방안이 되기도 한다. 또한 이연희

등(2010)은 의료소비자 알권리 강화를 위해 의료정보의 비대칭성이 감소되어야 하므로 소비자정보의 제공이 지속적으로 이루어져야 하며 의료서비스 거래시 가격과 품질에 대한 기본정보 제공, 의료서비스 선택을 위한 비교정보 생산 확대, 의료 정보에 대한 접근성과 활용성 증대, 의료소비자정보력과 이해력 향상 등으로 세분화한 정책과제를 수립하고 추진하는 것이 필요하다고 제안하였다.

3.2. 의료소비자의 자기결정권의 개념 및 의미

일반적으로 자기결정권은 개인이 그 사적 영역에 관해 사회나 국가로부터 간섭이나 침해받지 아니하고 사적 사항을 스스로 결정하여 자신의 생활영역을 자유로이 형성할 수 있는 자의적 권리로 설명된다 (김강운, 2005). 그 근거로 우리나라의 경우 헌법 제37조 제1항의 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되어서는 아니 될 자유와 권리, 헌법 제10조의 인간의 존엄과 가치, 행복추구권, 헌법 제10조와 제38조 제1항, 헌법 제10조와 제17조의 사생활의 비밀과 자유에서 찾을 수 있다 (박형욱, 2010).

의료서비스 분야에서의 자기결정권은 보건의료기본법 제2장 제12조(2010)에서 모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리임이 명시되어 있다. 또한 환자의 권리와 의무(2012)에서는 환자가 담당 의사/간호사 등으로부터 질병 상태, 치료 방법, 의학적 연구 대상여부, 장기이식 여부, 부작용 등 예상 결과 및 진료비용에 관하여 충분한 설명을 듣고 자세히 물어볼 수 있으며, 이에 관한 동의 여부를 결정할 수 있다고 하였다.

의료서비스는 환자의 상태 변화에 대응하는 의료의 가변성과 지식과 실습, 경험을 필요로 하는 고도의 전문성을 특징으로 갖기에 의료서비스의 제공자는 치료과정에 대해 보다 폭넓은 자율성을 갖는다. 일반적으로 의료서비스의 제공자는 당시의 의료수준에 비추어 상당하다고 여겨지는 사항을 설명하여 소비자를 대상으로 의료행위에 대한 충분한 설명 후 동의를 확보할 의무가 있고 이러한 동의는 헌법 제10조에 따라 보호되는 자기결정권을 보장하기 위한 것으로서 의료소비자는 스스로 결정하고 의료행위를 선택할 권리를 보유하는 것으로 볼 수 있다 (대법원, 2009).

과거 미시적 관점에서만 논의되던 의료소비자의 자기결정권은 의료기관 및 의사의 선택권, 치료방법과 조제자의 선택권, 의료분쟁 해결방법의 선택권, 치료거부의 선택권 등 의료서비스의 다양한 영역에서 문제가 되고 있음이 지적 되어 (박형욱, 2010) 의료소비자의 자기결정권의 완전한 실현을 위하여서는 환자가 권리 충족을 위한 정보의 제공이 수반되어야 할 것으로 보여진다.

3.3. 의료소비자의 알권리와 자기결정권

이영희 등(2010)에 따르면 의료소비자의 권리에 대한 인식 중 의사-환자 간 충분한 의사소통을 통한 치료결정에 대한 권리가 보장되었을 때 가장 높은 만족도를 보이는 것으로 나타났고 세부적으로는 치료결정, 안전확보, 비교정보 제공, 알권리 보장인식의 순으로 나타났다. 이를 통해 의료소비자의 알권리 및 자기결정권 보장을 통한 환자안전의 실현에는 의료서비스 제공자와 소비자 간 효율적인 의사소통이 필수임을 알 수 있다.

이 중 의료소비자의 알권리는 자기결정권에 선행하는 기본적인 권리이며

(심효주, 2014) 소비자정보의 비대칭성을 완화하고 소비자의 합리적 소비가 가능할 수 있도록 하는데 매우 중요한 요소로 설명되고 있다 (백혜란, 2002).

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 의료서비스 소비자인 일반인을 대상으로 알권리와 자기결정권, 환자안전에 대한 인식을 파악하고 그 관계를 분석한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상자

본 연구는 서울시와 경기도에 위치한 2개의 종합병원과 3개의 의원을 방문한 내원객을 대상으로 다음의 선정기준에 맞는 대상자 230명을 임의표집하여 추출하였다.

본 연구의 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 만 19세 이상의 성인
- 2) 최근 1년 이내 의료기관 경험이 있는 자
- 3) 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 자

대면설문조사 결과 응답이 부정확한 설문지를 제외한 215명을 최종 분석 대상으로 하였다

3. 자료수집 방법 및 절차

자료수집 전 연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회로부터 연구진행에 대한 동의서 면제 승인을 받고 병원장 동의 하 설문 협조가 가능한 서울시 및 경기도 소재 종합병원과 의원에서 자료 수집을 진행하였다. 총 230부의 설문지를 배부하고 회수하였으며 응답이 부정확한 15부의 설문지를 제외한 215부를 자료 분석에 이용하였다. 외래진료를 위해 병원을 방문한 내원객을 대상으로 연구자가 직접 연구목적을 설명하고 스스로 설문에 응하도록 하였으며 설문조사에 소요된 시간은 10분 정도였다. 자료수집 기간은 2016년 3월 28일부터 4월 2일까지였다.

4. 연구 도구

본 연구에 사용한 측정도구는 다음과 같다.

1) 알권리에 대한 인식도 측정도구

본 연구에서는 안선화 등(2009)이 제작하여 사용한 환자의 알권리에 대한 인식도 측정도구를 이용하였다. 알권리 관련 법적·제도적 장치의 존재 여부, 규제 효과, 부여된 권리에 대한 내용, 의사의 설명의무에 대한 내용 및 구속력, 알권리 관련 의식화 정도, 병원에서의 알권리 실현도 등을 Likert 5점 척도로 구성된 도구를 제작하여 사용하였으며 점수가 높을수록 인식의 정도가 높은 것으로 해석하였다.

측정도구는 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완하여 사용하였다. 이 설문 도구를 사용하기 위하여 연구내용이 등재된 한국의료윤리학회지의 편집장으로부터 이메일을 통해 도구사용에 대한 허락을 받았다. 총 17개 문항으로 하부

영역은 5가지 분야인 알권리 관련 의식화 정보, 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식, 자신에게 부여된 권리에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도, 제도, 장치, 규제효과에 대한 인식으로 구성되었다. Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 알권리에 대한 인식의 정도가 높은 것으로 해석할 수 있으며 본 연구에서의 신뢰도(Cronbach' s α)는 .70 였다.

2) 자기결정에 대한 인식도 측정도구

본 연구에서는 Cox(1985)가 제작하여 사용한 The Health Self-determination Index(HSDI)를 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 변안한 건강 자기-결정 지표를 이용하였다. 스스로 건강을 판단하고, 스스로 행위를 결정하고, 건강행위에 대해 자신이 할 수 있다는 자신감, 내·외적인 자극에 반응하는 반응력을 포함한다.

측정도구는 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완하여 사용하였다. 이 설문도구를 사용하기 위하여 연구내용이 등재된 한국의료윤리학회지의 편집장으로 부터 이메일을 통해 도구사용에 대한 허락을 받았다. 총 12개 문항으로 하부영역은 4가지 분야인 자기주도적 인식, 건강에 대한 능력감, 내·외적 신호에 대한 반응성, 건강판단에서의 자기결정으로 구성되었다. Likert 5점 척도로 점수가 높을수록 주도적으로 자기결정을 하는 성향인 것으로 해석할 수 있으며 본 연구에서의 신뢰도(Cronbach' s α)는 .48 이었다.

3) 환자안전에 대한 인식도 측정도구

본 연구에서는 환자안전에 대한 인식도는 김정은 등이 2013년 수정·보완하여 사용한 도구(Seniors Empowerment and Advocacy for Patient Safety, SEAPS)를 이용하였다. 환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능을 Likert

4점 척도로 측정하여 점수가 높을수록 환자안전에 관한 행동의 빈도가 높고, 긍정적인 환자안전 문화를 가지며 자기효능과 기대효능이 높은 것으로 해석하였다.

측정도구는 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완하여 사용하였다. 이 설문도구를 사용하기 위하여 저자로부터 이메일을 통해 도구사용에 대한 허락을 받았다. 총 17문항으로 하부영역은 4가지 분야인 행동 영역, 자기효능 영역, 태도 영역, 기대효능 영역으로 구성되었다. Likert 4점 척도로 점수가 높을수록 환자안전과 관련한 행동빈도가 높고, 긍정적인 환자안전 문화를 가지며 높은 자기효능과 기대효능을 갖는 것으로 해석할 수 있으며 본 연구에서의 신뢰도(Cronbach' s α)는 .61 이었다.

자료 수집은 알권리에 대한 인식도 17문항, 자기결정에 대한 인식도 12문항, 환자안전에 대한 인식도 17문항에 일반적인 특성 12문항을 추가하여 총 58문항으로 된 설문지를 사용하였고 설문도구 전체의 신뢰도(Cronbach' s α)는 0.72 이었다.

5. 자료 분석

본 연구를 위해 수집된 자료는 자료의 특성에 따라 서술통계, 분산분석, 상관관계분석, 회귀분석을 실시하였다. 분석은 SPSS 24 통계 프로그램을 이용하였다.

- 대상자의 인구통계학적 특성, 의료기관의 환자안전, 환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능에 대해 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차 등의 기술통계 분석을 하였다.
- 일반적 특성에 따른 알권리 및 자기결정권, 환자안전에 대한 인식의 차이는 Independent t-test와 일원분산분석(One-way ANOVA)을 이용하여 분석하였으며, 집단 간의 구체적인 차이를 알아보기 위해 사후 분석으로 Bonferroni test를 사용하였다
- 각 변수인 알권리 인식, 자기결정권, 환자안전인식 간의 상대적 영향력을 살펴보기 위하여 Pearson's correlation을 이용하여 상관관계를 분석하였다.
- 각 변수인 알권리 인식, 자기결정 정도, 환자안전인식을 종속변수로 하여 관련변수들의 영향력을 파악하기 위하여 다중회귀분석 (Multiple Regression Analysis)을 실시하여 분석하였다.
- 도구의 신뢰도 검정을 위해 Cronbach's α 를 산출하였다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성으로 성별, 연령, 결혼상태, 학력, 경제상태, 거주 지역, 의료기관 이용 빈도 등을 조사하였다. 연구 대상자는 총 215명으로 조사된 일반적 특성은 <표1>과 같다.

성별과 연령에 따른 특성으로는 남성이 24.7%(n=53) 여성이 75.3%(n=162)로 여자가 많았으며, 연령은 30대가 38.1%(n=82)로 가장 많았고, 40대(22.8%, n=49), 20대(21.9%, n=47), 50대(10.2%, n=22), 60대(4.2%, n=9), 60세 이상(2.3%, n=5)의 순이었다.

결혼 상태와 학력에 따른 특성으로는 결혼 상태는 기혼이 71.6%(n=154)로 가장 많았으며, 미혼(26.0%, n=58), 기타(2.3%, n=5)의 순이었다. 학력은 대졸(67.9%, 146), 고졸(21.4%, n=46), 중졸 이하(5.1%, n=11), 대학원 졸(4.7%, n=10)의 순으로 비교적 고학력이었다.

만성질환 보유기간에 따른 특성으로는 만성질환을 보유한 사람이 26명으로 전체 연구대상자의 12.1% 였다. 만성질환 보유기간은 1~9년이 11명(5.1%)으로 가장 많았고 10~19년이 9명(4.2%), 20년 이상이 6명(2.8%) 이었다.

거주 지역과 의료기관 방문빈도에 따른 특성으로는 거주 지역이 서울 54.0%(n=116), 시 42.3%(n=91), 광역시 2.8%(n=6), 군 이하가 0.9%(n=2)로 나타났다. 의료기관 방문빈도는 1개월에 1~2번 방문한다고 응답한 대상자가 28.8%(n=62)로 가장 많았고, 1년에 1~2번 방문(27.0%, n=58), 3개월에 1~2번 방문(21.9%, n=47), 6개월에 1~2번 방문(16.7%, n=38), 1주에 1~2회(4.7%, n=10) 방문 순이었다. 주로 방문하는 의료기관은 병원이 49.3%(n=106), 의원이 29.3%(n=63), 종합병원 10.2%(n=22), 약국 5.6%(n=12)로 나타났다.

경제 상태와 정보를 얻는 경로에 따른 특성으로는 경제 상태 ‘중’ 이라고 답한 사람이 71.2%로 가장 많았으며 ‘하’ 와 ‘상’ 으로 답한 사람이 각각 23.3%, 5.1%였다. 알권리, 자기결정권, 환자안전에 대한 정보를 얻는 경로들에 대한 질문에 인터넷이 47.0%(n=122), TV나 라디오와 같은 대중매체가 28.9%(n=75), 의료기관이 10.9%(n=29) 순으로 나타났다. <표1>

<표1> 대상자의 일반적 특성 분포

(N=215)

변수	구분	실수(명)	백분율(%)
성별	남자	53	24.7
	여자	162	75.3
연령	20 ~ 29 세	47	21.9
	30 ~ 39 세	82	38.1
	40 ~ 49 세	49	22.8
	50 ~ 59 세	22	10.2
	60 ~ 69 세	9	4.2
	70세 이상	5	2.3
	무응답	1	0.5
결혼상태	기혼	154	71.6
	미혼	56	26.0
	기타	5	2.3
	중졸 이하	11	5.1
학력	고졸	46	21.4
	대졸	146	67.9
	대학원 졸	10	4.7
	무응답	2	0.9
	미보유	189	87.9
만성질환 보유	1 ~ 9년	11	5.1
	10 ~ 19년	9	4.2
	20년 이상	6	2.8
거주 지역	서울	116	54.0
	광역시	6	2.8
	시	91	42.3
	군 이하	2	0.9
의료기관 방문빈도	1주일예 1~2회 정도	10	4.7
	1개월예 1~2회 정도	62	28.8
	3개월예 1~2회 정도	47	21.9
	6개월예 1~2회 정도	36	16.7
	1년에 1~2회 정도	58	27.0
	무응답	2	0.9

변수	구분	실수(명)	백분율(%)
주이용 의료기관	종합병원	22	10.2
	병원	106	49.3
	의원	63	29.3
	한의원 및 한방병원	8	3.7
	보건소 및 보건지소	3	1.4
	약국	12	5.6
	무응답	1	0.5
경제상태	상	11	5.1
	중	153	71.2
	하	50	23.3
알권리, 자기결정권, 환자안전에 대한 정보를 얻는 경로 (다중응답)	무응답	1	0.5
	인터넷	123	47.0
	대중매체(TV, 라디오)	75	28.9
	가족 & 지인	23	9.0
	의료기관	28	10.8
	신문	6	2.2
책, 잡지 등	5	2.0	

<표1> 대상자의 일반적 특성 분포

2. 알권리에 대한 인식

2.1. 알권리에 대한 인식 정도

알권리에 대한 인식 정도는 5점 척도에서 평균평점이 3.55 ± 0.54 이었고, 이를 세분화한 결과 행해지는 의료행위에 대한 정보제공, 정신에 이상이 생긴 경우라도 그 사실을 알아야 한다는 알권리 관련 의식화 정도, 의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식은 각각 3.90 ± 0.63 , 3.85 ± 0.60 으로 비교적 높게 나타났으나, 병원에서의 알권리 실현도는 3.40 ± 0.97 , 제도 및 장치, 규제효과에 대한 인식은 3.34 ± 0.87 , 부여된 권리에 대한 인식은 2.99 ± 0.61 의 순으로 환자의 알권리에 대한 인식 정도의 전체 평균평점보다 다소 낮게 나타났다. <표2-1>

<표2-1> 알권리에 대한 인식 정도 (Likert 척도 5점 만점)

(N=215)

알권리에 대한 인식	평균평점	±	표준편차
제도, 장치, 규제효과에 대한 인식	3.34	±	0.87
부여된 권리에 대한 인식	2.99	±	0.61
의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식	3.85	±	0.60
병원에서의 알권리 실현도	3.40	±	0.72
알권리 관련 의식화 정도	3.90	±	0.63
평균	3.55	±	0.44

알권리에 대한 인식도의 세부 항목별 점수를 보면 다음의 <표2-2>과 같다. 제도, 장치, 규제효과에 대한 인식 중 ‘우리나라에는 환자의 동의권을 침해한 의사에 대한 처벌 규정을 두고 있다’에 대해 평균평점 3.08 ± 1.14 , 부여된 권리에 대한 인식에서 진료비 관련 설명 등에 대한 권리의 인식이 평균평점 2.85 ± 1.18 로 다른 인식들에 비교해 낮은 점수를 보였으며, 투여될 약의 결정에서는 평균평점 2.08 ± 1.07 으로 가장 낮은 점수를 보였다. 병원에서의 알권리 실현도 중 행해지는 의료 행위의 내용과 방법에 대해 알고 있는지의 여부에서는 평균평점 3.09 ± 1.05 로 이상의 항목들은 알권리에 대한 인식 정도의 전체 평균평점에 비해 낮은 점수를 보였다.

<표2-2> 세부 항목별 알권리에 대한 인식 정도(Likert 척도 5점 만점)

(N=215)

알권리	세부 항목	평균평점	
		± 표준편차	
제도, 장치, 규제 효과에 대한 인식	보건의료에 관한 알권리는 법적으로 규정되어 있다	3.58	± 1.02
	우리나라에는 환자의 동의권을 침해한 의사에 대한 처벌 규정을 두고 있다	3.08	± 1.14
부여된 권리에 대한 인식	나의 진료기록은 다른 병원에서 요구할 때만 요청하는 것이다*	2.99	± 1.41
	내가 지불하는 병원비에 대해 납득될 때까지 설명을 들어야 한다	2.85	± 1.18
	어떤 약을 사용할 지를 내가 결정할 수 있다	2.08	± 1.07
	나 자신의 치료에 관련된 다른 의료기관들의 정보를 알권리가 있으며 자유로이 원하는 의료기관을 선택할 권리가 있다	4.03	± 0.96
의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식	나의 알권리와 관련해 의사의 설명의무는 법적의무이다	4.19	± 0.93
	내가 받고 있는 치료방법 외의 다른 방법에 대한 설명까지는 듣지 않아도 된다*	3.89	± 0.95
	의료행위가 나에게 유익했다면, 설명을 듣지 않았더라도 만족한다*	3.81	± 1.11
	의사의 설명은 수술, 처치 등과 같은 수준의 의료행위이다	3.52	± 1.02
병원에서의 알권리 실현도	나에게 행해지는 의료행위의 방법과 내용을 모를 때가 많다*	3.09	± 1.05
	나는 나의 병명을 병원에서 듣고 알고 있다	3.76	± 0.88
알권리 관련 의식화 정도	나에게 행해지는 의료행위에 소요되는 시간은 그때마다 다르므로 몰라도 된다*	4.08	± 0.94
	나의 정신에 이상이 생긴 경우라도 내가 그 사실을 알아야 한다	4.23	± 0.89
	진료과정에 대한 알권리가 충족되면 결과를 더 쉽게 받아들일 수 있다	4.00	± 0.84
	치료의 주체는 환자이다	3.57	± 1.17
	나 자신의 치료에 관련된 다른 의료기관들의 정보를 알권리가 있으며 자유로이 하는 의료기관을 선택할 권리가 있다	3.60	± 1.06

* 도치문항임

2.2. 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이

성별($P<.705$), 연령($P<.189$), 거주지($P<.625$), 만성질환 보유기간($P<.290$), 결혼상태($P<.190$), 경제상태($P<.066$)에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이는 각각 통계적으로 유의한 차이가 없었다. <표2-3>

나이에 따른 알권리에 대한 인식도에서 젊은 그룹인 20대, 30대, 40대 순으로 높은 점수를 보였으며, 70대 이상의 고령에서 가장 낮은 점수를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다($P<.378$). 그 중 병원에서의 알권리 실현도는 20대에서 60대까지의 연령 군에서 20대가 가장 낮고 60대가 가장 높았는데, 다중비교에서는 통계적으로 유의수준 0.05 하에서 유의하지 않으나 유의수준이 0.1이라 가정할 때 유의하다고 볼 수 있을 만큼 충분히 작은 유의수준을 갖고 있었다. ($P<.026$) 거주지에 따른 알권리에 대한 인식도는 서울에 거주하는 군이 점수가 가장 높고 군 이하에 거주하는 군이 점수가 가장 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. ($P<.625$) 그 중 병원에서의 알권리 실현도는 서울에 거주하는 군과 시에 거주하는 군이 점수가 광역시에 거주하는 군보다 통계적으로 유의하게 높은 점수를 받았다. ($P<.011$) 만성질환 보유기간에 따른 알권리에 대한 인식도는 10년 미만 군에서 가장 높고, 20년 이상 군에서 가장 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. ($P<.290$) 그 중 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식은 10년 미만 군이 20년 이상의 군보다 통계적으로 유의하게 높은 점수를 받았다.

학력에 따른 알권리에 대한 인식도는 학력이 높은 군에서 학력이 낮은 군에 비해 알권리에 대한 인식도가 높게 나왔으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다. ($P<.004$) 세부 항목별 평균에서도 제도, 장치, 규제효과에 대한 인식과 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식, 알권리 관련 의식화 정도의 평균이 학

력이 높을수록 통계적으로 유의하게 높은 점수를 받았다. 결혼 상태에 따라서는 미혼이 평균평점 3.59점으로 평균평점 3.52점인 기혼보다 높은 점수를 받았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 하지만 세부항목별로는 제도, 장치, 규제효과에 대한 인식 항목에서 미혼이 평균평점 3.62로 평균평점 3.25점인 기혼보다 통계적으로 유의하게 높았고 병원에서의 알권리 실현도 항목에서는 기혼이 평균평점 3.48로 평균평점 3.17점인 미혼보다 높았다. 경제상태 별로는 경제수준이 높다고 응답한 군이 낮다고 응답한 군보다 높은 점수를 받았는데 통계적으로 유의하지는 않았다. 알권리 관련 의식화 정도 항목에서는 경제수준이 높다고 응답한 군이 평균평점 4.27로 평균평점 3.75점인 경제수준이 낮다고 응답한 군보다 통계적으로 높은 점수를 받았다.

<표2-3> 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이 검정

(N=215)

특 성	구 분	실 수	의사의												전 체					
			제도, 장치, 규제효과에 대한 인식			부여된 권리에 대한 인식			설명 의무, 구속력에 대한 인식			병원에서의 알권리 실현도				알권리 관련 의식화 정도				
			M	±	SD	M	±	SD	M	±	SD	M	±	SD		M	±	SD	M	±
성 별	남	53	3.40	±	0.96	2.92	±	0.62	3.82	±	0.74	3.42	±	0.62	4.00	±	0.69	3.57	±	0.45
	여	162	3.32	±	0.84	3.01	±	0.61	3.86	±	0.55	3.40	±	0.75	3.86	±	0.61	3.54	±	0.43
	P				.570			.405			.678			.818			.147			.705
	20대	47	3.62	±	0.68	3.10	±	0.50	3.90	±	0.49	3.30	±	0.76	3.84	±	0.55	3.59	±	0.38
	30대	82	3.39	±	0.92	3.01	±	0.67	3.88	±	0.60	3.40	±	0.71	3.94	±	0.64	3.58	±	0.46
연 령	40대	49	3.07	±	0.80	3.01	±	0.62	3.98	±	0.68	3.39	±	0.77	3.93	±	0.67	3.56	±	0.46
	50대	22	3.30	±	0.73	2.73	±	0.52	3.57	±	0.55	3.59	±	0.48	3.83	±	0.56	3.42	±	0.33
	60대	9	3.17	±	1.25	2.85	±	0.77	3.61	±	0.63	3.78	±	0.62	4.11	±	0.82	3.56	±	0.51
	70대																			
	이상	5	3.10	±	1.47	2.70	±	0.33	3.35	±	0.52	3.10	±	1.08	3.40	±	0.58	3.13	±	0.40
	P				.189			.059			.215			.026			.325			.378
거 주 지 군	서울	116	3.22	±	0.91	3.03	±	0.62	3.81	±	0.58	3.48	±	0.68	3.96	±	0.63	3.56	±	0.44
	광역시	6	3.42	±	1.56	2.92	±	0.72	4.00	±	0.81	2.50	±	0.77	3.86	±	0.95	3.46	±	0.54
	시	91	3.48	±	0.75	2.95	±	0.58	3.90	±	0.62	3.37	±	0.74	3.82	±	0.60	3.54	±	0.43
	이하	2	3.25	±	0.35	2.13	±	0.18	3.58	±	0.12	3.25	±	0.35	3.78	±	0.04	3.18	±	0.07
	p				.219			.177			.581			.011			.508			.625
만 성 질 환 유 보 유 기 간	10년 미만	11	3.32	±	0.96	3.09	±	0.69	4.09	±	0.57	3.45	±	0.57	3.81	±	0.63	3.61	±	0.45
	10년이상 20년미만	9	3.39	±	0.86	2.62	±	0.46	3.64	±	0.57	3.67	±	0.66	3.82	±	0.75	3.43	±	0.46
	20년 이상	6	2.83	±	1.63	2.85	±	0.58	3.26	±	0.45	3.50	±	1.05	3.53	±	0.63	3.23	±	0.55
	p				.290			.233			.020			.804			.674			.290
	초졸	3	3.17	±	0.58	2.92	±	0.72	3.00	±	0.43	2.67	±	1.04	3.40	±	0.72	3.08	±	0.62
학 력	중졸	8	2.75	±	0.76	2.72	±	0.62	3.27	±	0.35	3.56	±	0.62	3.54	±	0.45	3.18	±	0.24
	고졸	46	3.13	±	0.84	3.03	±	0.60	4.01	±	0.70	3.38	±	0.80	3.98	±	0.70	3.60	±	0.47
	대졸	146	3.37	±	0.86	2.98	±	0.62	3.84	±	0.56	3.41	±	0.70	3.87	±	0.61	3.54	±	0.42
	대학원 졸	10	4.30	±	0.59	3.13	±	0.53	4.03	±	0.49	3.50	±	0.75	4.32	±	0.43	3.87	±	0.19
	p				.001			.686			.001			.444			.038			.004
결 혼 상 태	기혼	154 ^a	3.25	±	0.87	2.97	±	0.64	3.78	±	0.58	3.48	±	0.70	3.88	±	0.65	3.52	±	0.45
	미혼	56 ^b	3.62	±	0.83	2.98	±	0.51	4.00	±	0.62	3.17	±	0.74	3.92	±	0.56	3.59	±	0.38
	기타	5	2.80	±	0.57	3.55	±	0.48	4.20	±	0.67	3.70	±	0.84	4.16	±	0.62	3.84	±	0.42
p				.010			.111			.026			.014			.583			.190	
경 제 상 태	상	11	3.55	±	1.25	3.25	±	0.60	3.98	±	0.52	3.32	±	0.68	4.27	±	0.55	3.76	±	0.38
	중	153	3.34	±	0.83	2.99	±	0.62	3.90	±	0.59	3.42	±	0.69	3.91	±	0.65	3.57	±	0.44
	하	50	3.31	±	0.87	2.92	±	0.59	3.68	±	0.64	3.36	±	0.83	3.75	±	0.55	3.45	±	0.40
p				.714			.268			.068			.793			.036			.066	

2.3. 알권리 인식 하부영역 간의 관계

알권리 인식 하부영역 간의 상관관계를 분석해본 결과, 제도/장치/규제효과에 대한 인식과 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식($r=0.278, p<.01$), 알권리 관련 의식화 정도($r=0.277, p<.01$) 간에, 부여된 권리에 대한 인식과 의사의 설명의무/구속력에 대한 인식($r=0.194, p<.01$), 병원에서의 알권리 실현도($r=0.247, p<.01$), 알권리 관련 의식화 정도($r=0.429, p<.01$), 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식과 알권리 관련 의식화 정도($r=.583, p<.01$), 병원에서의 알권리 실현도와 알권리 관련 의식화 정도($r=.209, p<.01$)는 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 하지만 제도/장치/규제효과에 대한 인식과 부여된 권리에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도, 의사의 설명의무/구속력에 대한 인식과 병원에서의 알권리 실현도 간에는 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

<표2-4>

<표2-4> 알권리 인식 하부영역 간의 상관관계

(N=215)

항목	제도, 장치, 규제효과에 대한 인식	부여된 권리에 대한 인식	의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식	병원에서의 알권리 실현도	알권리 관련 의식화 정도
	r	r	r	r	r
제도, 장치, 규제효과에 대한 인식	-				
부여된 권리에 대한 인식	.094	-			
의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식	.278**	.194**	-		
병원에서의 알권리 실현도	-.008	.247**	.069	-	
알권리 관련 의식화 정도	.277**	.429**	.583**	.209**	-

*P<.05; **P<.01

3. 자기결정권에 대한 인식

3.1. 자기결정권에 대한 인식 정도

자기결정권에 대한 인식 정도는 5점 척도에서 평균평점이 2.78 ± 0.35 이었고, 하위영역에서 건강판단에서의 자기결정이 2.82 ± 0.53 로 가장 높게 나타났다. 내·외적 신호에 대한 반응성은 2.80 ± 0.64, 자기 주도적 인식은 2.78 ± 0.64, 건강에 대한 능력감은 2.74 ± 0.55 의 순으로 나타났다. <표 3-1>

<표3-1> 자기결정권에 대한 인식 정도 (Likert 척도 5점 만점)

(N=215)

자기결정권에 대한 인식	평균평점	±	표준편차
자기 주도적 인식	2.78	±	0.64
건강판단에서의 자기결정	2.82	±	0.53
건강에 대한 능력감	2.74	±	0.55
내·외적 신호에 대한 반응성	2.80	±	0.64
평 균	2.78	±	0.35

자기결정권에 대한 인식도의 세부 항목별 점수를 보면 다음의 <표3-2>과 같다. 자기 주도적 인식 항목에서 ‘의사와 상담하지 않아도 해야 할 일을 알고 있다’ 는 2.58 ± 0.89 , ‘나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다’ 는 2.70 ± 0.90 으로 평균 이하의 점수를 보였다. 건강판단에서의 자기결정에서는 ‘의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다’ 에서 평균점 2.46 ± 1.00 으로 평균보다 낮은 점수를 받아 의사에 대한 높은 의존도를 보이며, ‘나는 건강을 염려한다’ * 에서도 2.54 ± 0.97 로 자신의 건강에 대한 자신감이 부족함을 알 수 있었다. 건강문제에 대한 능력감에 대한 항목에서도 ‘내 생각이 의사의 생각보다 더 좋다’ 에서 2.10 ± 0.89 로 평균이하의 점수를 받아 역시 자기 자신보다는 의사의 결정에 더 의존적임을 알 수 있었다. 내, 외적 신호에 대한 반응성에서는 ‘나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다’ *는 2.69 ± 0.80 , ‘의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다’ 는 2.67 ± 0.92 로 의료소비자의 의사에 대한 의존성을 확인할 수 있었다.

<표3-2> 세부 항목별 자기결정권에 대한 인식 정도 (Likert 척도 5점 만점)

(N=215)

자기결정권	세부항목	평균평점 ± 표준편차
자기 주도적 인식	나는 의사와 상담하지 않아도 해야 할 일을 알고 있다	2.58 ± 0.89
	나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다	2.70 ± 0.90
	나는 의사나 간호사가 권하지 않더라도 건강에 도움이 되는 것이라면 행한다	3.06 ± 0.91
건강판단에서 의 자기결정	나는 의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다	2.46 ± 1.00
	나는 건강을 염려한다	2.54 ± 0.97
	내가 행하는 것을 의사가 일일이 점검해 주지 않으면, 내 건강을 위해 좋은 것이라고 확신할 수 없다	3.45 ± 0.88
건강문제에 대한 능력감	다른 사람이 말해주지 않더라도 내가 건강한 상태에 있는지를 안다	3.08 ± 0.83
	내 생각이 의사의 생각보다 더 좋다	2.10 ± 0.89
	나는 내 건강을 위해 스스로 올바른 일을 하고 있음을 알 수 있다	3.03 ± 0.84
내, 외적 신호에 대한 반응성	나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다*	2.69 ± 0.80
	의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다*	2.67 ± 0.92
	의사의 생각이 나의 생각보다 더 중요하다*	3.04 ± 0.91

* 도치문항임

3.2. 일반적 특성에 따른 자기결정권 대한 인식 정도 차이

성별($P<.888$), 연령($P<.090$), 거주지($P<.285$), 만성질환 보유기간($P<.054$), 학력($P<.108$), 결혼상태($P<.428$), 경제상태($P<.689$)에 따른 자기결정권에 대한 인식 정도 차이는 각각 통계적으로 유의한 차이가 없었다. <표 3-3>

자기결정권의 세부항목별 평균평점은 성별에 따라 유의한 차이가 있었는데 자기주도적 인식의 평균이 남자가 2.96으로 여자(평균평점: 2.72)보다 높았고 내, 외적 신호에 대한 반응성의 평균이 여자가 2.86으로 남자(평균평점: 2.62)보다 높았다.

연령별로는 20대가 2.85로 30대(평균평점:2.75), 40대(평균평점:2.77)보다 높고, 50대가 2.99로 60대(평균평점:2.65), 70대 이상(평균평점:2.48) 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 내, 외적 신호에 대한 반응성 항목은 20대, 30대의 평균평점이 각각 2.97, 2.85로 70대 이상(평균평점:2.13)보다 유의하게 높았다.

거주지별로는 ‘시’에 거주하는 군의 평균평점이 가장 높고 ‘광역시’에 거주하는 군이 가장 낮았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 건강판단에서의 자기결정 항목에서는 ‘시’ 거주군이 평균평점 2.93으로 ‘서울’ 거주군에 비해 유의하게 높은 점수를 받았다.

만성질환 보유기간이 10년 미만인 군이 평균평점 2.98로 가장 높고 보유기간이 길수록 자기결정권에 대한 인식도가 낮았으나 통계적으로 유의하지는 않았다. 내, 외적 신호에 대한 반응성 항목에서는 만성질환 보유기간이 10년 미만인 군과 10년 이상 ~ 20년 미만인 군의 평균평점이 각각 2.62, 2.93으로 20년 이상인 군(평균평점:1.83)보다 유의하게 높았다.

학력별로는 고졸부터 대학원졸업 군까지 고졸이 평균평점 2.72로 대학원 졸업 군(평균평점:3.04)보다 낮았으나 통계적으로 유의하지 않았다. 자기주도적 인식 항목에서 고졸부터 대학원졸업 군까지 학력이 높을수록 평균평점이 높고 유의수준 0.05 하에서 각 군의 평균에 유의한 차이가 있었지만 다중비교에서는 통계적으로 유의수준 0.05 하에서 유의하지 않았고 유의수준이 0.1이라 가정할 때 유의하다고 볼 수 있을 만큼 충분히 작은 유의수준을 갖고 있었다.($P < .015$)

경제상태 별로는 경제수준이 높다고 응답한 군이 평균평점 2.86으로 낮다고 응답한 군(평균평점:2.76)보다 높았는데 통계적으로 유의하지 않았다. 건강 문제에 대한 능력감 항목에서는 경제상태 ‘상’ 인 군의 평균평점이 3.12로 ‘하’ 인 군(평균평점:2.65)의 평균평점보다 유의하게 높은 점수를 받았다.

<표3-3> 일반적 특성에 따른 자기결정권에 대한 인식 정도 차이 검정

(N=215)

특성 구분	실수	자기 주도적 인식		건강판단에서의 자기결정		건강문제에 대한 능력감		내, 외적 신호에 대한 반응성		전체	
		M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD	M ± SD				
성별	남	53	2.96 ± 0.69	2.78 ± 0.48	2.81 ± 0.59	2.62 ± 0.58	2.79 ± 0.35				
	여	162	2.72 ± 0.62	2.83 ± 0.55	2.71 ± 0.54	2.86 ± 0.65	2.78 ± 0.35				
			.022	.557	.297	.018	.888				
연령	20대	47	2.71 ± 0.58	2.95 ± 0.50	2.77 ± 0.48	2.97 ± 0.63	2.85 ± 0.33				
	30대	82	2.72 ± 0.68	2.77 ± 0.45	2.67 ± 0.56	2.85 ± 0.60	2.75 ± 0.34				
	40대	49	2.75 ± 0.64	2.85 ± 0.66	2.78 ± 0.57	2.73 ± 0.64	2.77 ± 0.38				
	50대	22	3.05 ± 0.62	2.86 ± 0.43	2.85 ± 0.52	2.76 ± 0.70	2.88 ± 0.25				
	60대	9	3.04 ± 0.56	2.44 ± 0.62	2.93 ± 0.64	2.19 ± 0.29	2.65 ± 0.39				
	70대 이상	5	3.07 ± 0.64	2.47 ± 0.61	2.27 ± 0.64	2.13 ± 0.38	2.48 ± 0.41				
			.176	.060	.194	.002	.090				
거주지	서울	116	2.79 ± 0.64	2.73 ± 0.53	2.73 ± 0.48	2.73 ± 0.60	2.74 ± 0.32				
	광역시	6	2.83 ± 0.78	2.67 ± 0.63	2.89 ± 0.83	2.50 ± 0.84	2.72 ± 0.48				
	시군	91	2.77 ± 0.65	2.93 ± 0.51	2.75 ± 0.62	2.89 ± 0.67	2.84 ± 0.37				
	이하	2	2.67 ± 0.47	3.00 ± 0.00	2.17 ± 0.24	3.33 ± 0.00	2.79 ± 0.18				
			.987	.039	.443	.117	.285				
만성질환보유기간	10년 미만	11	3.00 ± 0.60	3.24 ± 0.47	3.03 ± 0.48	2.62 ± 0.38	2.98 ± 0.23				
	10년 이상	9	2.67 ± 0.55	2.98 ± 0.75	2.67 ± 0.65	2.93 ± 0.62	2.80 ± 0.31				
	20년 이상	6	3.06 ± 0.77	2.78 ± 0.58	2.78 ± 0.75	1.83 ± 0.35	2.61 ± 0.32				
			.400	.313	.406	.001	.054				
학력	초졸	3	3.11 ± 0.84	2.67 ± 0.33	3.11 ± 0.69	2.11 ± 0.19	2.75 ± 0.29				
	중졸	8	3.17 ± 0.47	2.58 ± 0.43	2.63 ± 0.49	2.54 ± 0.56	2.73 ± 0.19				
	고졸	46	2.59 ± 0.66	2.80 ± 0.66	2.72 ± 0.68	2.77 ± 0.74	2.72 ± 0.42				
	대졸	146	2.79 ± 0.62	2.81 ± 0.48	2.72 ± 0.50	2.85 ± 0.61	2.79 ± 0.32				
	대학원졸	10	3.20 ± 0.69	3.23 ± 0.50	3.07 ± 0.54	2.67 ± 0.68	3.04 ± 0.37				
			.015	.091	.243	.196	.108				
결혼상태	기혼	154 ^a	2.79 ± 0.64	2.78 ± 0.53	2.71 ± 0.52	2.78 ± 0.61	2.76 ± 0.34				
	미혼	56 ^b	2.76 ± 0.66	2.91 ± 0.50	2.79 ± 0.63	2.87 ± 0.70	2.83 ± 0.36				
	기타	5	2.73 ± 0.76	3.00 ± 0.67	2.93 ± 0.60	2.60 ± 0.95	2.82 ± 0.50				
			.940	.200	.460	.528	.428				
경제상태	상	11	3.09 ± 0.76	2.76 ± 0.58	3.12 ± 0.62	2.48 ± 0.77	2.86 ± 0.50				
	중	153	2.77 ± 0.64	2.82 ± 0.51	2.73 ± 0.54	2.81 ± 0.62	2.78 ± 0.34				
	하	50	2.76 ± 0.61	2.81 ± 0.59	2.65 ± 0.56	2.83 ± 0.67	2.76 ± 0.35				
			.265	.922	.038	.248	.689				

3.3. 자기결정권 인식 하부영역 간의 관계

자기결정권 인식 하부영역 간의 상관관계를 분석해본 결과, 자기주도적 인식과 건강판단에서의 자기결정($r=0.184, p<.01$), 자기주도적 인식과 건강에 대한 능력감($r=0.525, p<.01$), 건강판단에서의 자기결정과 건강에 대한 능력감($r=0.201, p<.01$), 건강판단에서의 자기결정과 내, 외적 신호에 대한 반응성($r=0.262, p<.01$)은 정의 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 자기주도적 인식과 내, 외적 신호에 대한 반응성($r=-.189, p<.01$), 건강에 대한 능력감과 내, 외적 신호에 대한 반응성($r=-.164, p<.05$)은 부의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. <표3-4>

<표3-4> 자기결정권 인식 하부영역 간의 상관관계

(N=215)

항목	자기 주도적 인식	건강판단에 서의 자기결정	건강에 대한 능력감	내·외적 신호에 대한 반응성
	r	r	r	r
자기 주도적 인식	-			
건강판단에서의 자기결정	.184**	-		
건강에 대한 능력감	.525**	.201**	-	
내·외적 신호에 대한 반응성	-.189**	.262**	-.164*	-

* $P<.05$; ** $P<.01$

4. 환자안전에 대한 인식

4.1. 환자안전에 대한 인식 정도

환자안전에 대한 인식 정도는 4점 척도에서 평균평점이 2.44 ± 0.28 이었고, 하위영역에서 자기효능 영역이 2.88 ± 0.47 로 가장 높게 나타났다. 기대효능 영역은 2.77 ± 0.39, 행동 영역은 2.10 ± 0.59, 태도 영역은 2.08 ± 0.56 의 순으로 나타났다. <표4-1>

<표4-1> 환자안전에 대한 인식 정도 (Likert 척도 4점 만점)

(N=215)

환자안전에 대한 인식	평균평점	±	표준편차
행동 영역	2.10	±	0.59
자기효능 영역	2.88	±	0.47
태도 영역	2.08	±	0.56
기대효능 영역	2.77	±	0.39
평 균	2.44	±	0.28

환자안전 대한 인식도의 세부 항목별 점수를 보면 다음의 <표4-2>과 같다. 행동 영역에서 ‘나의 건강문제와 약물에 대해 스스로 공부한다’ 는 1.95 ± 0.76 , ‘내가 복용하는 약물(처방약, 상비약)의 이름이나 정보를 적어놓고 관리한다’ 는 1.82 ± 0.86 , ‘의료기관에 진료를 받으러 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁한다’ 가 1.85 ± 0.78 로 평균평점보다 낮았다. 자기효능 영역에서는 ‘나의 건강문제와 약물에 대해 스스로 공부할 수 있다’ 는 항목이 2.54 ± 0.69 로 가장 낮았고, 태도 영역에서는 ‘의료기관에 진료를 받으러 갈 때 친구나 가족에게 같이 가자고 부탁하는 것이 어렵다’ 가 1.90 ± 0.75 , ‘건강문제, 검사 결과, 약물에 대해 의사에게 질문을 하는 것이 어렵다’ 가 1.86 ± 0.74 로 평균평점보다 낮았다. 기대효능 영역에서는 ‘의료기관의 직원이나 의사와 문제가 있을 때 서면으로 항의하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다’ 가 2.54 ± 0.75 , ‘의료기관에 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다’ 가 2.49 ± 0.63 로 평균평점보다 낮았다.

<표4-2> 세부 항목별 환자안전에 대한 인식 정도 (Likert 척도 4점 만점)

환자안전	세부항목	평균평점 ± 표준편차
행동 영역	나의 건강문제와 약물에 대해 스스로 공부한다	1.95 ± 0.76
	내가 복용하는 약물(처방약, 상비약)의 이름이나 정보를 적어놓고 관리한다	1.82 ± 0.86
	내가 받았던 임상검사나 방사선검사 결과를 받지 못했을 때 의료기관에 연락하여 문의를 한다	2.39 ± 0.98
	필요하다고 생각된다면 다른 의사나 다른 의료기관에 가서 진단을 받아본다	2.48 ± 0.89
	의료기관에 진료를 받으러 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁한다	1.85 ± 0.78
	자기효능 영역	나의 건강문제와 약물에 대해 스스로 공부할 수 있다
임상검사나 방사선검사 결과를 받지 못했을 때 의료기관에 연락하여 문의 할 수 있다		3.09 ± 0.61
나의 건강문제에 대해서 의사에게 충분히 설명할 수 있다		2.94 ± 0.61
의료기관에 진료를 받으러 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁할 수 있다		2.96 ± 0.67
태도 영역	건강에 대한 우려가 충분히 해결이 되지 않았을 때에도 의사를 바꾸는 것이 어렵다	2.32 ± 0.77
	의료기관에 진료를 받으러 갈 때 친구나 가족에게 같이 가자고 부탁하는 것이 어렵다	1.90 ± 0.75
	건강문제, 검사 결과, 약물에 대해 의사에게 질문을 하는 것이 어렵다	1.86 ± 0.74
	내가 복용하는 약물(처방약, 상비약)의 이름이나 정보를 적어놓고 관리하기가 어렵다.	2.24 ± 0.86
	기대효능 영역	의료기관의 직원이나 의사와 문제가 있을 때 서면으로 항의하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다
필요하다고 생각된다면 다른 의사나 다른 의료기관에 가서 진단을 받는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다		3.07 ± 0.47
의료기관에 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다		2.49 ± 0.63
나의 건강문제 및 약물에 대해 스스로 공부하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다		2.96 ± 0.52

4.2. 일반적 특성에 따른 환자안전에 대한 인식 정도 차이

거주지($P<.432$), 만성질환 보유기간($P<.081$), 결혼상태($P<.063$)에 따른 환자안전에 대한 인식 정도 차이는 각각 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

<표4-3>

성별에 따른 환자안전에 대한 인식은 여자가 평균평점 2.46으로 남자(평균평점:2.36)보다 유의하게 높았다. 하위영역인 행동 영역에서도 여자가 평균평점 2.16으로 남자(평균평점:1.91)보다 유의하게 높았다.

연령별로는 각 군의 환자안전에 대한 인식도 평균평점에 유의한 차이가 없었다. 세부항목별로는 자기효능 영역에서 20대가 평균평점 3.05로 50대(평균평점:2.65)보다 유의하게 높은 점수를 받았다. 태도 영역에서도 집단 내 평균에 유의한 차이가 있었는데 유의수준 0.05의 사후검정에서는 유의하지 않았지만, 0.1의 유의수준 하에서는 유의한 수준으로 평균의 차이가 있을 정도로 충분히 작은 유의수준($P<.022$)을 가졌다.

만성질환 보유기간에 따라서는 환자안전에 대한 인식 정도의 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 하위영역인 행동 영역에서 10년 미만의 군이 평균평점 2.11로 20년 이상의 군(평균평점:1.42)보다 높은 점수를 받았다.

학력에 따라서는 대졸과 대학원 졸업 군이 평균평점 2.47과 2.52로 초졸(평균평점:2.00)보다 유의하게 높은 점수를 받았다. 모든 하위영역인 행동, 자기효능, 태도, 기대효능 영역에서 유의수준 0.040, 0.000, 0.020, 0.014로 학력이 높을수록 인식도의 점수가 높았다. 결혼 상태에 따라서는 환자안전에 대한 인식정도의 유의한 차이는 없었다. 하위영역인 태도영역에서 집단 내 평균의 0.1의 유의수준 하에서 차이가 있다고 볼 수 있을 정도로 작은 유의수준을 가졌다.

경제상태 별로는 경제상태 ‘중’ 이라고 응답한 군의 평균평점이 2.47로 ‘하’ 라고 응답한 군(평균평점:2.34)보다 통계적으로 유의하게 높은 점수를 받았다. 또한 하위영역인 행동영역에서도 경제상태 ‘중’ 군의 평균평점이 2.18로 ‘하’ 군(평균평점:1.86)보다 통계적으로 유의하게 높았다.

<표4-3> 일반적 특성에 따른 환자안전에 대한 인식 정도 차이 검정

(N=215)

특성구분	실수	행동		자기효능		태도		기대효능		전체	
		M	± SD	M	± SD	M	± SD	M	± SD	M	± SD
성별	남	53	1.91 ± 0.56	2.84 ± 0.58	2.08 ± 0.57	2.73 ± 0.45	2.36 ± 0.29				
	여	162	2.16 ± 0.59	2.90 ± 0.43	2.08 ± 0.56	2.78 ± 0.36	2.46 ± 0.27				
	P		.006	.498	.917	.388	.025				
연령	20대	47	2.04 ± 0.58	3.05 ± 0.42	1.89 ± 0.35	2.84 ± 0.40	2.43 ± 0.26				
	30대	82	2.16 ± 0.59	2.88 ± 0.45	2.06 ± 0.59	2.83 ± 0.38	2.46 ± 0.28				
	40대	49	2.17 ± 0.59	2.85 ± 0.44	2.13 ± 0.57	2.68 ± 0.37	2.44 ± 0.26				
	50대	22	1.87 ± 0.59	2.65 ± 0.58	2.19 ± 0.62	2.69 ± 0.40	2.32 ± 0.31				
	60대	9	2.30 ± 0.71	3.00 ± 0.52	2.14 ± 0.64	2.56 ± 0.37	2.48 ± 0.36				
	70대 이상	5	1.58 ± 0.20	2.55 ± 0.48	2.70 ± 0.54	2.60 ± 0.38	2.32 ± 0.31				
	P		.072	.010	.022	.058	.344				
거주지	서울	116	2.15 ± 0.62	2.88 ± 0.46	2.12 ± 0.59	2.77 ± 0.39	2.46 ± 0.30				
	광역시	6	2.13 ± 0.30	2.96 ± 0.43	2.21 ± 0.68	2.88 ± 0.75	2.52 ± 0.27				
	시군이하	91	2.03 ± 0.57	2.90 ± 0.48	2.01 ± 0.51	2.75 ± 0.35	2.40 ± 0.25				
만성질환 보유기간	10년 미만	11	2.11 ± 0.45	2.89 ± 0.49	2.18 ± 0.58	2.82 ± 0.42	2.48 ± 0.25				
	10년이상	9	2.28 ± 0.89	2.81 ± 0.69	1.94 ± 0.58	2.58 ± 0.48	2.39 ± 0.48				
	20년이상	6	1.42 ± 0.29	2.50 ± 0.71	2.17 ± 0.44	2.38 ± 0.26	2.08 ± 0.17				
	P		.039	.468	.603	.122	.081				
	초졸	3	1.37 ± 0.32	2.08 ± 0.80	2.17 ± 0.52	2.50 ± 0.43	2.00 ± 0.22				
학력	중졸	8	1.88 ± 0.47	2.66 ± 0.40	2.38 ± 0.19	2.56 ± 0.37	2.34 ± 0.17				
	고졸	46	2.01 ± 0.60	2.74 ± 0.46	2.11 ± 0.60	2.63 ± 0.42	2.35 ± 0.32				
	대졸	146	2.14 ± 0.59	2.93 ± 0.44	2.08 ± 0.55	2.82 ± 0.37	2.47 ± 0.26				
	대학원졸	10	2.40 ± 0.59	3.30 ± 0.35	1.55 ± 0.44	2.88 ± 0.36	2.52 ± 0.22				
결혼상태	기혼	154 ^a	2.15 ± 0.59	2.85 ± 0.48	2.13 ± 0.59	2.74 ± 0.37	2.45 ± 0.28				
	미혼	56 ^b	2.01 ± 0.59	3.00 ± 0.40	1.96 ± 0.45	2.84 ± 0.42	2.43 ± 0.27				
	기타	5	1.60 ± 0.45	2.50 ± 0.59	2.00 ± 0.68	2.65 ± 0.52	2.15 ± 0.30				
경제상태	상	11	2.09 ± 0.55	2.89 ± 0.66	2.14 ± 0.42	2.70 ± 0.40	2.43 ± 0.35				
	중	153	2.18 ± 0.60	2.93 ± 0.44	2.02 ± 0.57	2.81 ± 0.37	2.47 ± 0.27				
	하	50	1.86 ± 0.52	2.75 ± 0.47	2.22 ± 0.53	2.66 ± 0.41	2.34 ± 0.26				
P		.004	.061	.104	.051	.020					

4.3. 환자안전 인식 하부영역 간의 관계

환자안전 인식 하부영역 간의 상관관계를 분석해본 결과, 행동과 자기효능 ($r=0.409$, $p<.01$), 행동과 기대효능($r=0.405$, $p<.01$), 자기효능과 기대효능 ($r=0.357$, $p<.01$)은 정의 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 행동과 태도 ($r=-0.254$, $p<.01$), 자기효능과 태도($r=-0.457$, $p<.01$), 태도와 기대효능 ($r=-0.149$, $p<.05$)은 부의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. <표4-4>

<표4-4> 환자안전 인식 하부영역 간의 상관관계

(N=215)

항목	행동 r	자기효능 r	태도 r	기대효능 r
행동	-			
자기효능	.486**	-		
태도	-.254**	-.457**	-	
기대효능	.405**	.357**	-.149*	-

* $P<.05$; ** $P<.01$

5. 알권리, 자기결정권, 환자안전 인식도 간 관계

알권리에 대한 인식과 자기결정권에 대한 인식과의 관계는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다 ($r=.035$, $P<.342$). <표5-1>

<표5-1> 알권리에 대한 인식과 자기결정권에 대한 인식과의 상관관계

(N=215)

	자기결정권에 대한 인식	P
알권리에 대한 인식	.035	.342

알권리에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 관계는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다 ($r=.332$, $P<.000$). <표5-2>

<표5-2> 알권리에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 상관관계

(N=215)

	환자안전에 대한 인식	P
알권리에 대한 인식	.332	.000

자기결정권에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 관계는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다 ($r=.137$, $P<.045$). <표5-3>

<표5-3> 자기결정권에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 상관관계

(N=215)

	환자안전에 대한 인식	P
자기결정권에 대한 인식	.137	.045

6. 알권리, 자기결정권, 환자안전 인식도에 영향을 미치는 요인

6.1. 알권리 인식도에 대한 회귀분석

회귀분석결과 종속변수에 대한 회귀선의 전체 설명력은 27.6%로 나타났고, F값은 2.395, 유의확률은 .022로 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 회귀분석모형을 형성한 변수들 중 결혼여부는 알권리 인식도에 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나($\beta = .166$, $p < .036$), 기혼이 미혼보다 알권리 인식도가 높은 것으로 나타났다. 분산팽창계수(VIF; variance inflation factor)는 10 이하로 독립변수의 다중공선성에 문제가 없는 것으로 나타났다. <표6-1>

<표6-1> 알권리 인식도에 대한 회귀분석 결과

종속 변수	독립 변수	β	Sig. T	VIF
알권리 인식도	성별	-.047	.496	1.042
	연령	-.008	.928	1.701
	거주지	-.058	.432	1.198
	만성질환 보유기간	-.060	.442	1.314
	학력	.140	.069	1.284
	결혼여부	.166	.036	1.359
	경제수준	-.140	.051	1.112

* R^2 : .276, F : 2.395, Sig. F : .022

6.2. 자기결정 인식도에 대한 회귀분석

회귀분석결과 종속변수에 대한 회귀선의 전체 설명력은 22.8%로 나타났고, F값은 1.595, 유의확률은 .138로 나타났다. 회귀분석모형을 형성한 변수들 중 학력은 자기결정 인식도에 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나($\beta=.157$, $p<.044$), 학력이 높을수록 자기결정 인식도가 높은 것으로 나타났다. 분산팽창계수(VIF; variance inflation factor)는 10 이하로 독립변수의 다중공선성에 문제가 없는 것으로 나타났다. <표6-2>

<표6-2> 자기결정 인식도에 대한 회귀분석 결과

종속 변수	독립 변수	β	Sig. T	VIF
	성별	-.053	.447	1.042
	연령	-.025	.775	1.701
	거주지	.141	.060	1.198
자기결정 인식도	만성질환 보유기간	.031	.688	1.314
	학력	.157	.044	1.284
	결혼여부	.068	.394	1.359
	경제수준	-.043	.553	1.112

* R^2 : .228, F : 1.595, Sig. F : .138

6.3. 환자안전 인식도에 대한 회귀분석 (모형1)

회귀분석결과 종속변수에 대한 회귀선(모형1)의 전체 설명력은 33.9%로 나타났고, F값은 3.753, 유의확률은 .001로 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 회귀분석모형을 형성한 변수들 중 성별과 학력은 환자안전 인식도에 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나 여자가 남자보다 환자안전 인식도가 높고($\beta=.148$, $p<.030$), 학력이 높을수록 환자안전 인식도가 높은 것($\beta=.209$, $p<.006$)으로 나타났다. 분산팽창계수(VIF; variance inflation factor)는 10 이하로 독립변수의 다중공선성에 문제가 없는 것으로 나타났다. <표6-3>

<표6-3> 환자안전 인식도에 대한 회귀분석 결과 (모형1)

종속 변수	독립 변수	β	Sig. T	VIF
환자안 전 인식도	성별	.148	.030	1.042
	연령	.052	.545	1.701
	거주지	-.052	.471	1.198
	만성질환 보유기간	-.115	.131	1.314
	학력	.209	.006	1.284
	결혼여부	-.064	.406	1.359
	경제수준	-.084	.231	1.112

* R^2 : .339, F : 3.753, Sig. F : .001

6.4. 환자안전 인식도에 대한 회귀분석 (모형2)

알권리 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 관계 <표5-2>와 자기결정권에 대한 인식과 환자안전에 대한 인식과의 관계<표5-3>에서 통계적으로 유의한 상관관계를 확인하여 환자안전 인식도를 종속변수로 한 회귀분석(모형1) 시 포함한 독립변수에 알권리 인식도, 자기결정권 인식도를 추가하고 회귀분석(모형2)을 시행하였다. 모형1에 해당하는 독립변수에 알권리 인식도, 자기결정권 인식도를 추가하여 분석한 결과는 <표6-4>과 같다.

회귀분석결과 종속변수에 대한 회귀선(모형2)의 전체 설명력은 46.5%로 나타났고, F값은 6.150, 유의확률은 .000로 통계적으로 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 회귀분석모형을 형성한 변수들 중 성별과 학력, 알권리에 대한 인식도는 환자안전 인식도에 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 여자가 남자보다 환자안전 인식도가 높고($\beta = .168, p < .009$), 학력이 높을수록 환자안전 인식도가 높으며($\beta = .030, p < .041$), 알권리에 대한 인식도가 높을수록 환자안전 인식도가 높은 것($\beta = .042, p < .000$)으로 나타났다. 분산팽창계수(VIF; variance inflation factor)는 10 이하로 독립변수의 다중공선성에 문제가 없는 것으로 나타났다. <표6-4>

<표6-4> 환자안전 인식도에 대한 회귀분석 결과 (모형2)

종속 변수	독립 변수	β	Sig. T	VIF
환자안전 인식도	성별	.168	.009	1.048
	연령	.058	.480	1.701
	거주지	-.051	.462	1.223
	만성질환 보유기간	-.100	.164	1.319
	학력	.148	.041	1.329
	결혼여부	-.123	.097	1.393
	경제수준	-.036	.590	1.135
	알권리 인식도	.305	.000	1.084
	자기결정 인식도	.117	.070	1.056

* R^2 : .465, F : 6.150, Sig. F : .000

V. 논의

의료소비자의 알권리와 자기결정권, 환자안전에 대한 이슈가 의료계 안팎으로 대두되는 가운데, 본 연구는 의료소비자의 알권리에 대한 인식, 자기결정권에 대한 정도 및 환자안전인식도를 파악하고자 시도된 조사연구이다. 일반적 특성에 따른 각 설문도구의 변수별, 세부항목에 대해 조사하였고 알권리와 자기결정권, 환자안전의 인식도 각 개념 간, 그 하부영역 간의 상관관계를 파악하였으며 각 인식도에 영향을 미치는 요인을 분석하였다.

1) 알권리에 대한 인식

본 연구에서 환자의 알권리에 대한 인식의 정도는 5점 척도에서 평균평점 3.55점으로 보통보다 조금 높게 나타났으며, 하부 영역별로는 알권리 관련 의식화 정도 점수가 가장 높고, 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도, 제도, 장치, 규제효과에 대한 인식, 부여된 권리에 대한 인식 순으로 나타났다. 알권리 관련 의식과 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식이 차례로 높은 수준으로 나타난 것과 부여된 권리에 대한 인식이 가장 낮은 수준으로 나타난 것은 안선화 등(2009)의 환자의 알권리와 자기결정에 관한 연구에서의 결과와 동일하였다.

세부적으로는 의료행위의 목적이나 결과, 다른 치료방법에 대한 설명 등에 대한 환자의 알권리에 대한 의식이 다른 항목에 비해 높아 국내에서 시행된 김승남(1992)의 연구에서 보다 증가되어 가장 높은 수준을 유지하고 있음을 알 수 있었다. 하지만 권리의 법적 보장여부와 치료약의 선택 등 치료의 주체에 대한 인식, 진료기록이나 영상물, 진료비 관련 설명 등에 대한 자신에게 부여된 권리에 대한 인식은 전체 문항의 평균에 비해 가장 낮은 수준으로

나타나 국내에서 시행된 안선화 등(2009)의 연구에서와 동일하게 여전히 실제 임상현장에서 의료소비자들이 주장하는 권리가 충분히 충족되지 않고 있음을 알 수 있었다.

의료소비자의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도를 분석한 결과 학력이 높은 의료소비자의 경우 알권리에 대해 잘 인식하는 것으로 유의한 결과($P<.004$)로 나타났고 이는 하부 영역별 점수에서도 높은 수준을 보인 알권리 의식화 정도($P<.038$)와 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식($P<.001$)에서도 유의하게 높은 평균평점을 받아 안선화(2009), 안명숙(2007), 백혜란(2003), Sake11ari(2003), 송현미(2003) 등이 알권리에 대한 교육의 필요성을 주장한 결과를 지지하는 것으로 나타났다. 또한 통계적으로 유의한 차이는 아니었으나 알권리에 대한 전체적인 인식이 20대, 30대의 순으로 높고 50대까지 점차적으로 낮아지며 70대 이상에서 가장 낮은 점수를 받아 나이가 많을수록 권리 인식도가 낮아지는 경향이 있다고 보고한 김선민 등(1992), 안선화 등(2009)의 연구결과와 유사한 결과를 보였다. 이는 과거부터 현재까지 노인 군에서 이전의 권위적 의사결정체계에서 자신의 권리를 주장하는 데 취약한 것이 여전히 이어지는 것으로 생각된다.

의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식은 만성질환의 보유기간이 20년 이상인 군의 평균평점이 10년 미만인 군보다 유의하게 낮아 보유기간이 길수록 인식도가 낮은 것으로 나타났는데 이는 만성질환 보유기간이 길수록 연령이 높으며 연령이 높을수록 인식도가 낮았던 결과와 김승곤(2004)의 사회경제적 지위와 노인의 만성질환 유병률에 대한 연구에서 교육수준이 높을수록 만성질환의 유병률이 낮은 연구결과를 지지한다.

결론적으로 학력과 연령대, 만성질환 보유기간에 따른 알권리에 대한 인식도에 유의한 차이가 있었다.

2) 자기결정에 대한 인식

의료소비자의 자기결정에 대한 인식은 5점 척도에서 평균평점 2.78점으로 알권리 관련 인식의 정도가 3.55점으로 나타난 것에 비해 낮은 편이었다. 이는 의료소비자들이 아직도 병원에서 자신의 진료 방향에 대한 결정에서 의료진의 의견을 많이 따르는 것으로 해석할 수 있으며, 의료진과의 의견이 다를 때 의료이용자의 반 수 이상이 의료진의 뜻에 따른다는 김승남(1996)의 연구결과, 환자의 알권리에 대한 인식이 높은 것에 비해 자신의 건강문제에 대한 사항들을 스스로 결정하고자 하는 인식 사이에 불균형이 존재한다는 안선화 등(2009)의 연구결과를 지지한다. 또한 알권리에 대한 요구수준과 평가수준이 실행에 이르기까지 영향을 주지 않는다는 백혜란(2003)의 연구결과, 알권리에 대한 태도가 비교적 보편화 된 것에 비해 의료에서 환자가 결정권을 가져야 한다는 점과 치료방식을 환자가 결정할 수 있어야 한다는 데 찬성태도가 적은 강명근 등(1998)의 연구결과와 유사하다.

자기결정의 하부 영역별로는 자기 주도적 인식, 건강판단에서의 자기결정, 건강에 대한 능력감, 내.외적 신호에 대한 반응성 항목에서 각각의 평균평점이 각 항목에 대해 비슷한 수준을 보이는 것으로 나타났다.

세부항목에서는 자기주도적 인식 항목에서 ‘의사와 상담하지 않아도 해야 할 일을 알고 있다’ , ‘나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다’ 에서 평균 이하의 점수로 자기 자신보단 의사의 결정에 더 의존적이었으며, 건강판단에서의 자기결정에 대한 설문에서도 ‘의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다’ 에서 평균 이하의 점수를 받아 자신 자신보다는 의사의 결정에 높은 의존도를 보이며, ‘나는 건강을 염려한다’ 문항에서는 자신의 건강에 대한 자신감이 부족함을 알 수 있었다

건강문제에 대한 능력감에 대한 항목의 ‘내 생각이 의사의 생각보다 더 좋다’ 에서, 내. 외적 신호에 대한 반응성 항목에서 ‘나는 종종 나의 의견보

다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다' *, '의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다' * 에서도 평균 이하의 점수를 받아 의료소비자의 의사와 간호사에 대한 의존성을 확인할 수 있었다.

대상자의 일반적 특성에 따라 분석한 결과 하부영역의 내. 외적 신호에 대한 반응성은 여성이 남성보다 유의하게 높은 점수를 받아 Arora와 McHorney(2000)의 연구에서 치료결정 참여에서 여성들이 남성에 비해 적극적인 역할을 선호하는 것으로 나타난 것과 유사하다.

통계적으로 유의한 차이는 아니었으나 20대에서 40대로 갈수록 평균평점이 낮아지며 50대에서 70대 이상의 군으로 갈수록 낮은 평균평점을 받았고, 내.외적 신호에 대한 반응성 항목에서 20대, 30대 군에서 70대 이상의 군보다 평균평점이 통계적으로 유의하게 큰 차이를 보여 Davis 등(2007)의 연구에서 젊은 환자들이 건강과 관련된 결정을 내리는 데 있어 적극적으로 정보를 얻으려고 한다는 결과를 지지한다. 이는 자기주도적 결정에 필요한 연령에 맞는 정보수집방법과 사회적 지지체계가 필요한 것으로 보인다. 또한, 만성질환 보유기간 역시 통계적으로 유의한 차이는 아니었으나 보유기간이 짧을수록 자기결정권의 인식도가 높고 내.외적 신호에 대한 반응성은 만성질환 보유기간이 20년 미만인 2개 군의 평균평점이 20년 이상인 군보다 유의하게 높아 만성질환 보유기간이 길수록 연령이 높으며 연령이 높을수록 인식도가 낮았던 결과와 김승곤(2004)의 사회경제적 지위와 노인의 만성질환 유병률에 대한 연구에서 교육수준이 높을수록 만성질환의 유병률이 낮은 연구결과를 지지한다.

또한 건강문제에 대한 능력감은 경제상태가 높다고 응답한 군이 낮다고 응답한 군에 비해 높았고 차이는 통계적으로 유의하지 않았지만 경제상태가 높을수록 자기결정권 인식도의 평균평점이 높았다.

결론적으로 연령과 경제상태, 만성질환 보유기간에 따른 자기결정권의 인식 및 그 하부영역에 대하여 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

3) 환자안전에 대한 인식

의료소비자의 환자안전인식의 평균점수는 4점 척도에서 자기효능 2.88점, 기대효능 2.77점, 행동 2.10점, 태도 2.08점이었다. 이는 본 연구에서도 사용한 SEAPS를 국내에서 처음으로 연구에 활용한 김정은 등(2013)의 연구에서와 같이 자기효능이 가장 높고, 행동이 다소 낮은 점수를 받은 것과 유사하다.

대상자의 일반적 특성에 따라 환자안전 인식도를 분석한 결과, 성별에 따라 여성의 평균평점이 남성보다 유의하게 높았으며 이는 Elder 등(2007), 김정은 등(2013)의 연구결과와 유사하다.

연령별로는 자기효능의 영역에서 20대의 점수가 50대보다 유의하게 높았으며 50대까지 연령이 높을수록 평균평점이 낮아지고, 70대 이상의 군에서 평균평점이 가장 낮았다.

학력에 따라 초등학교까지 졸업한 군이 대학교, 대학원을 졸업한 군보다 환자안전 인식 수준이 유의하게 높고 교육수준이 높을수록 환자안전 인식이 높았다. 또한 학력이 높을수록 행동과 자기효능, 태도, 기대효능의 모든 하부영역별 평균평점이 높았는데 이는 교육수준이 높은 환자들이 건강과 관련된 결정을 내리는 데 있어 적극적으로 정보를 얻으려고 한다는 Davis 등(2007)의 연구결과와 유사하다.

결론적으로 성별과 연령, 학력에 따른 환자안전 인식 및 그 하부영역에 대하여 각각 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

4) 알권리와 자기결정권, 환자안전 인식 간 관계와 영향요인

알권리와 자기결정권, 환자안전인식 사이의 상관관계를 분석해본 결과 알권리에 대한 인식과 자기결정권에 대한 인식 간의 상관관계가 없는 것으로 나타나 인식과 이행 사이의 불균형을 나타낸다는 안선화(2009)의 연구결과와 유

사하였다. 알권리에 대한 인식과 환자안전 인식 간($P<.000$), 자기결정권에 대한 인식과 환자안전 인식 간($P<.045$)에는 정의 상관관계가 있는 것으로 알권리, 알권리에 대한 인식과 자기결정권에 대한 인식이 높은 의료소비자가 높은 수준의 환자안전 인식도를 갖는 것으로 나타났다.

알권리 인식의 하부영역 간의 상관관계 분석 결과에서 알권리 관련 의식화 정도가 모든 하부영역인 제도/장치/규제효과에 대한 인식과, 부여된 권리에 대한 인식, 의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도와 상관관계가 있는 것으로 나타났다($P<.01$). 자기결정권 인식과 환자안전인식은 하부영역 간 상관관계 분석 결과 모든 하부영역에서 영역 간 상관관계가 있는 것으로 나타났는데($p<.05$, $p<.01$) 이는 Elder 등(2007)의 연구에서 환자안전의 자기효능과 기대효능이 환자안전 행동에 영향을 미치는 것으로 분석한 결과를 지지할 수 있다.

다중회귀분석을 통해 알권리에 대한 인식이 환자안전인식에 유의하게 정의 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다. 또한, 성별과 학력, 연령에 따라 환자안전인식에 차이가 있다는 결론을 통해 의료소비자는 각자의 신체, 사회적 특성에 따라 스스로의 건강에 대한 권리를 행사하고 자신의 의견을 표현하고 스스로 결정하는 데 차이가 있다는 것을 알 수 있었고 이를 토대로 의료소비자에게 제공되는 의료서비스는 각각 다른 사회적, 경제적 상태에 따라 차별화되어야 함을 알 수 있었다. 또한 Elder 등(2007)과 김정은 등(2013)의 연구결과와 같이 의료소비자의 환자안전인식을 높이기 위해서는 알권리와 자기결정권에 대한 인식을 높여야 하며 이를 위해 대상자의 신체, 사회적 특성에 따라 차별화된 의료서비스를 제공되어야 함을 알 수 있었다. 또한 허경옥(1998)의 소비자 권리에 대한 의식과 관련한 연구에서는 전문직에 종사하는 소비자일수록 소비자교육을 받은 경험이 있는 소비자일수록 권리에 대한 의식수준이 높은 것으로 나타나 의료소비자의 의식수준을 높이는 데 소비자교육이 필수적

인 요소임을 알 수 있었다.

5) 알권리, 자기결정권, 환자안전 인식도 측정도구의 신뢰도
알권리에 대한 인식도 측정도구는 안선화의 연구에서 신뢰도
(Cronbach' s α) .78이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 .70 였다.

자기결정에 대한 인식도 측정도구는 최애숙의 연구에서 신뢰도 .73, 조인
숙과 박영숙의 연구에서 신뢰도 .61이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 .48 이
었다.

환자안전에 대한 인식도 측정도구는 김정은의 연구에서 신뢰도 .77 이었으
며, 본 연구에서의 신뢰도는 .61 이었다. 본 연구의 설문도구 전체의 신뢰도는
0.72 이었다.

이러한 연구결과를 통해 아직 국내 의료소비자들은 알권리에 대한 요구도
는 높으나 이에 대한 충족이 현실적으로 충분치 않고, 자기주도적 결정에 어
려움이 따른다고 해석할 수 있으며 알권리와 자기결정권에 대한 인식 사이의
불균형이 있는 것으로 보여졌다.

결과를 토대로 의료소비자의 권리를 증진시키고 환자안전인식을 높임에
따라 바람직한 환자안전 문화를 조성하는 방향을 도출해 보고자 하였으나 본
연구는 다음과 같은 제한점을 갖는다.

1) 설문 문항의 내용과 사용된 언어가 다소 낯설어 대상자의 이해수준이
다양할 수 있고, 자기결정권에 대한 인식 설문은 신뢰도가 Cronbach' s α =
.48 로 낮아 본 연구 결과를 일반화하여 해석할 때는 신중을 기하여야 한다.

2) 수도권 5개 병원에 내원한 대상자로부터 얻은 자료를 분석하였으므로 연구 결과를 일반화 하는데 한계가 있다.

3) 의료소비자의 환자안전에 대한 인식이나 환자안전 활동 연구가 아직 초기단계이며 인식에 영향을 미치는 연구가 부족하여 다른 연구결과들과의 비교가 어렵고 본 연구에서 사용한 도구를 이용한 인식도 측정 결과를 통해 인식 정도를 가늠하는 데 한계가 있다.

본 연구가 갖는 함의는 다음과 같다.

1) 의료소비자의 권리 인식도 변화를 바탕으로 하여 이에 따른 적절한 환자안전 활동방안을 수립할 필요가 있다.

2) 알권리와 자기결정권 등 의료소비자의 권리보장을 포함하여 환자안전 인식과 문화적 요인에 대한 조사가 필요하다.

3) 학력과 더불어 성별과 연령, 결혼여부 및 경제상태 등 인구사회학적인 특성이 각 권리를 인식하는 데 영향을 미치므로 대상자별로 차별화된 권리향상 지지체계가 개발될 필요가 있다

VI. 결론

본 연구는 국내 의료소비자의 환자안전인식과 알권리 및 자기결정권에 대한 인식을 파악하고 각 개념 간의 연관성을 규명함으로써 보다 올바른 환자안전문화 정착에 기여하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

자료 수집은 2016년 3월 28일부터 4월 2일까지 서울시 및 경기도 소재 종합병원 및 의원을 방문한 각 기관의 내원객을 대상으로 하였으며, 사용한 연구도구 중 알권리에 대한 인식도는 안선화 등(2009)이 제작하여 사용한 환자의 알권리에 대한 인식도 측정도구를 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완한 Likert 5점 척도로 구성된 총 17개 문항의 도구를 사용하였다. 자기결정권에 대한 인식도는 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 번안하여 사용한 건강 자기결정 지표를 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완한 Likert 5점 척도로 구성된 총 12개 문항의 도구를 사용하였고, 환자안전에 대한 인식도는 김정은 등이 2013년 수정·보완하여 사용한 도구(Seniors Empowerment and Advocacy for Patient Safety, SEAPS)를 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완한 Likert 4점 척도로 구성된 총 17문항의 도구를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 24 통계 프로그램을 이용하여 처리하였고, 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율, 알권리와 자기결정권, 환자안전 인식도 정도는 평균과 표준편차를 이용하여 기술하였다. 각 변수 간의 상관관계와 변수별 하부영역 간의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient를 이용하여 분석하였다. 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식, 자기결정권에 대한 인식 및 환자안전 인식 차이는 평균과 표준편차, Independent t-test와 One-way ANOVA를 이용하여 분석하였으며 사후 분석으로 Bonferroni test를 사용하였다. 각 인식도를 종속변수로 한 회귀분석은 선형회귀분석을 사용하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 의료소비자의 알권리에 대한 인식도는 평균평점 3.55 ± 0.54 (Likert 5점 척도) 로 나타났고, 알권리 관련 의식화 정도, 의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도, 제도 및 장치, 규제효과에 대한 인식, 부여된 권리에 대한 인식 순으로 나타났다. 알권리 관련 의식화 정도, 의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식은 전체 평균평점보다 높게, 병원에서의 알권리 실현도, 제도 및 장치, 규제효과에 대한 인식, 부여된 권리에 대한 인식은 평균평점보다 낮게 나타났다.

학력에 따른 알권리에 대한 인식도 검정 결과 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ($p < .004$). 또한, 알권리 인식도를 종속변수를 하였을 때 결혼여부가 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나 기혼이 미혼보다 알권리 인식도가 높은 것으로 나타났다 ($\beta = .166, p < .036$).

2) 의료소비자의 자기결정권에 대한 인식도는 평균평점 2.78 ± 0.35 (Likert 5점 척도) 로 나타났고, 건강판단에서의 자기결정, 내·외적 신호에 대한 반응성, 자기 주도적 인식, 건강에 대한 능력감 순으로 나타났다. 건강판단에서의 자기결정, 내·외적 신호에 대한 반응성, 자기 주도적 인식은 전체 평균평점보다 같거나 높게, 건강에 대한 능력감은 평균평점보다 낮게 나타났다.

일반적 특성에 따른 자기결정권에 대한 인식도 검정 결과 통계적으로 유의한 차이가 없었으나 자기결정권 인식도를 종속변수로 하였을 때 학력이 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나 학력이 높을수록 자기결정 인식도가 높은 것으로 나타났다 ($\beta = .157, p < .044$).

3) 의료소비자의 환자안전인식도는 평균평점이 2.44 ± 0.28 (Likert 4점 척도)이었고, 자기효능 영역, 기대효능 영역, 행동 영역, 태도 영역의 순으로 나타났다. 자기효능 영역, 기대효능 영역은 전체 평균평점보다 높게, 행동 영역, 태도 영역은 전체 평균평점보다 낮게 나타났다.

성별($p < .025$), 학력별($p < .003$), 경제상태별($p < .020$)에 따른 환자안전인식도 검정 결과 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 환자안전 인식도를 종속변수를 하였을 때의 회귀선 모형1 에서 성별과 학력이 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나 여자가 남자보다 환자안전 인식도가 높고($\beta = .148, p < .030$), 학력이 높을수록 환자안전 인식도가 높은 것($\beta = .209, p < .006$)으로 나타났다. 회귀선 모형2 역시 회귀선 모형1과 동일하게 성별($\beta = .109, p < .009$)과 학력($\beta = .148, p < .041$)이 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타났으며 알권리에 대한 인식도가 환자안전 인식도에 통계적으로 유의하게 정의 영향을 미치는 것으로 나타나 알권리에 대한 인식도가 높을수록 환자안전 인식도가 높은 것으로 나타났다 ($\beta = .042, p < .000$).

4) 알권리 인식의 하부영역 간의 상관관계 분석 결과에서 알권리 관련 의식화 정도가 모든 하부영역인 제도/장치/규제효과에 대한 인식과, 부여된 권리에 대한 인식, 의사의 설명의무 및 구속력에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도와 상관관계가 있는 것으로 나타났다($P < .01$). 자기결정권 인식과 환자안전인식은 하부영역 간 상관관계 분석 결과 모든 하부영역에서 영역 간 상관관계가 있는 것으로 나타났다 ($p < .05, p < .01$).

5) 알권리에 대한 인식도와 자기결정권에 대한 인식도의 관계는 통계적으로 유의하지 않으나 알권리에 대한 인식도와 환자안전에 대한 인식도 간의 관

계는 통계적으로 유의한 것으로 나타났으며 ($r=.332$, $P < .000$), 자기결정권에 대한 인식도와 환자안전에 대한 인식도 간의 관계 역시 통계적으로 유의한 것으로 나타났다 ($r=.137$, $P < .045$).

이상의 결과를 종합해 보면 의료소비자의 알권리와 자기결정권, 환자안전에 대한 인식 정도는 선행적으로 시행된 연구결과와 비교하여 전체 평균평점과 항목별 순서에 특이적인 변화가 없는 것으로 보여졌다. 자기결정권에 대한 인식도는 알권리에 대한 인식도와 비교해 여전히 낮은 편으로 의료서비스 이용 시 진료 및 검사과정 등에 대해 알고자 하며 의료소비자로서 알권리를 충족하고자 하더라도 제공받는 의료서비스를 스스로 결정하는 데 있어서는 아직 의료서비스를 제공하는 의료인의 의견에 의존적인 것으로 보여진다. 결혼여부와 성별 및 연령, 경제상태, 만성질환 보유기간에 따라 알권리 및 자기결정권, 환자안전에 대한 인식 정도와 각 인식도의 하부항목들에 대하여 유의한 차이가 확인 되었고 학력이 알권리와 자기결정권에 대한 인식, 환자안전 인식에 모두 영향을 미치는 공통인자로 작용한다는 결론을 통해 의료소비자는 각자의 신체, 사회적 특성에 따라 스스로의 건강에 대해 보장받고자 하는 권리가 다를 수 있고 자신의 의견을 표현하고 스스로 결정하는 데 차이가 있으며 의료서비스를 소비하는 과정에 있어 환자안전에 대한 다른 태도와 행동을 취하는 것을 알 수 있었다.

알권리와 자기결정권에 대한 인식이 높은 경우 환자안전 인식이 높다는 것과 특히 회귀분석을 시행하여 확인한 알권리에 대한 인식도가 높을수록 환자안전인식이 높아진다는 결론은 의료소비자의 환자안전활동 동기요인이 되는 환자안전인식 신장이 실제 의료서비스를 제공하는 의료기관의 바람직한 환자안전문화가 정착에 기여할 수 있음을 시사한다.

그러므로 의료소비자 각 개인의 특성에 따른 권리향상을 위한 교육 및 지

지체계가 필요하고 더불어 의료소비자의 알권리에 대한 인식을 높이는 방안이 필요하며 보장받는 권리에 대한 인식 간의 상관관계를 분석하는 후속연구를 통해 환자안전 인식을 높일 수 있도록 해야 한다.

참고문헌

1) 국내

- 권용진, 손상식, 임영덕. 환자의 소비자로서 권리. 보건행정학회지 2012; 22(3): 315-46.
- 김강운. 헌법상 자기결정권의 의의. 법학연구 2005; 20: 161-79.
- 김미란. 환자안전(patient safety) 개념분석. Journal of Koeran Academy of Nursing 2011; 41(1): 1-8.
- 김선민, 이태용, 오장균, 박암. 입원중인 환자들의 권리인식과 만족도. 충남의대잡지 1992; 19(1): 67-76.
- 김영태. 의료행위와 환자의 자기결정권에 관한 고찰-대법원 2014. 6. 26. 선고 2009 도 14407 판결을 중심으로. 의료법학 2014; 15(2): 3-29.
- 김은경, 강민아, 김희정. 환자안전 문화에 대한 의료 종사자의 인식과 경험. 간호행정학회지 2007, 13(3): 321-34.
- 김일순, 손명세, 김상득. 의료윤리의 네 원칙. 계축문화사, 1999.
- 김재영, 황은애. 의료서비스 소비자안전 개선방안 연구 : 환자안전을 중심으로. 정책연구보고서 2014; 14(12): 1-158
- 김정은, 이남주, 장선미, 김영미. 환자안전에 대한 의료서비스 소비자의 인식조사. Perspectives in Nursing Science 2013; 10(2): 133-40.
- 박재현. 환자권리 어떻게 증진할 것인가? 대한의사협회 의료정책연구소 2012; 10(2): 47-51.
- 박형욱. 의료소비자로서의 환자의 선택권. 한국의료법학회 춘계학술대회 2010: 64-82.
- 백승완, 이수진, 허정애. 환자권리와 책임 및 의료윤리. 보문각, 2009.

- 백혜란. 의료소비자의 알 권리에 대한 연구: 지식, 요구, 평가 및 실행수준을 중심으로 [석사학위 논문]. 서울: 서울대학교 대학원; 2002
- 송영민. 의사의 설명의무에 관한 최근 판례의 동향과 그 비판적 고찰. 한국재산법학회 2007; 23(3): 234.
- 신영석, 정형선, 임완섭, 정지영. 2020 한국 의료의 비전과 정책방향: 보건의료미래위원회 활동보고서, 보건복지부 정책보고서 2011; 91.
- 심효주. 의료소비자의 알 권리 인식 및 요구에 관한 연구 [석사학위 논문]. 부산: 부산가톨릭대학교 대학원; 2014
- 안선화, 김용순, 유문숙, 방정숙. 환자의 알권리와 자기결정. 한국의료윤리학회지 2009; 12(2): 153-64.
- 오미란. 환자의 자기결정권과 의사의 설명의무 - 종합병원의 환자를 중심으로 - [석사학위 논문]. 서울: 한양대학교 대학원; 2008.
- 윤강재, 최지희, 조병희. 보건의료서비스 분야 소비자 위상과 권리. 한국보건사회연구원 2013; 연구보고서 04.
- 이영희, 이제호. 소비자역량 만족과 의료소비자권리보장에 대한 인식이 의료서비스 만족도에 미치는 영향. 소비자문제연구 2014; 45(3): 81-111.
- 이준복, 소비자기본권 확립을 위한 헌법적 고찰 - 소비자권리를 중심으로. 세계헌법연구 2009; 15(1): 281-308.
- 전현희. 의료현장에서의 환자의 인권문제. 서울: 인권과 정의 2007; 371.
- 정극연. 헌법체계상 소비자권리의 보장. 공법연구 2003; 31(3): 283-98.
- 정춘화, 김지영, 고성희. 정신보건시설 종사자의 정신질환자에 대한 권리인식과 보장. 디지털정책연구 2013; 11(11): 455-62.
- 조성남, 의사의 자질과 태도가 의료서비스 만족도에 미치는 영향. 한국인구학 2009; 32(3): 21-41.
- 최형식. 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권. 법학연구 2004; 17.

허경옥, 소비자권리와 책임에 대한 소비자 의식에 관한 분석. 소비자학연구
1998; 9(3): 75-90.

황은애. 한국의 소비생활지표로 본 의료소비자의 인식과 정책적 시사점. 한국
소비자원 소비자정책동향 2014; 54: 14-39.

2) 국외

Agency for healthcare research and quality, agency for healthcare
research and quality U.S. Department of health and human service,
2010, 1-4, 36-29.

Baram MS. The right to know and the duty to disclose hazard
information. American Journal of Public Health 1984; 74(4):
385-90.

Elder NC, Regan SL, Pallerla H, Levin L, Post D, Cegela DJ. Development
of an instrument to measure seniors' patient safety health
beliefs: The Seniors Empowerment and Advocacy in Patient Safety
(SEAPS) survey. Patient education and counseling 2007; 69(1):
100-7.

Nys T. Autonomy, Trust, and Respect. Journal of Medicine and Philosophy
2016; 41(1):10-24.

Pronovost PJ, Weast B, Holzmueller CG, Rosestein BJ, Kidwell,RP, Haller
KB, Feroli ER, Sexton JB, & Rubin HR. Evaluation of the culture
of safety: survey of clinicians and managers in an academic

medical center. Qual Saf Health Care 2003; 12: 405-10.

Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for
against : A review of the literature. Nursing ethics 2004; 11.

US Department of Health and Human Services, & US Department of Health
and Human Services. National Healthcare Quality Report(Agency for
healthcare research and quality), 2010.

(부록) 설문지

< 설 문 지 >

안녕하십니까? 저는 연세대학교 보건의료법윤리 석사과정에 있는 학생입니다.

본 설문은 자기결정 정도와 알권리, 환자안전에 대한 의료서비스 소비자를 대상으로 실시되는 조사입니다.

이 조사연구를 통하여 의료소비자가 자신의 치료에서 주체가 되어 권리가 보장되며 의료기관의 올바른 환자안전인식 문화를 정착시키는 데 기초자료로 만들고자 합니다.

귀하께서 제공해 주시는 자료는 오직 학문적 목적으로만 사용될 것이며, 익명으로 개인적인 일체의 사항은 비밀이 유지됩니다. 설문지를 작성하는 데 약 5분 정도가 소요됩니다. 또한 설문 도중 언제든지 그만두실 수 있습니다.

귀하께서 제공해 주시는 이러한 연구의 귀중한 자료가 되오니, 이 연구 질문에 동의하시면 힘들고 바쁘시더라도 정확하고 진솔하게 응답하여 주십시오.

본 연구는 연세대학교 보건대학원의 연구대상자 보호심사 위원회의 승인을 받았습니다.

귀한 시간을 내어 협조해 주심에 다시 한번 깊이 감사드리고, 항상 행복하시고 건강하시길 바랍니다.

2016.3.

연세대학교 보건의료법윤리 석사과정
이한슬기 올림

다음은 귀하의 일반적인 사항에 대한 문항입니다. 각 문항을 잘 읽으신 후 해당란에 기입하거나 V표를 기록해 주십시오.

1. 성 별

- ① 남자 _____ ② 여자 _____

2. 연 령 : _____ 세 (만 나이 기준)

- ① 20-29세 ② 30-39세 ③ 40-49세 ④ 50-59세 ⑤ 60-69세 ⑥ 70세 이상

3. 최근 1년 이내 의료기관 이용여부

- ① 유 ② 무

4. 의료기관 이용빈도

- ① 1주일에 1~2회 정도 ② 1개월에 1~2회 정도 ③ 3개월에 1~2회 정도
 ④ 6개월에 1~2회 정도 ⑤ 1년에 1~2회 정도

5. 거주지

- ① 서울 ② 광역시 ③ 시 ④ 군 이하

6. 주로 이용하는 의료기관 :

- ① 대학병원 ② 병원 ③ 의원 ④ 한의원 및 한방병원
 ⑤ 보건소/보건지소 ⑥ 약국

7. 의료기관에서 진단받은 만성질환 (당뇨, 고혈압, 간염, 암, 이상지질혈증 등.)

- ① 무 ② 유 (예) 당뇨)

8. 만성질환을 처음 진단받은 시기 예) 2000 년

9. 최종학력

- ① 초등학교 졸업 이하 ② 중학교 졸업 ③ 고등학교 졸업
 ④ 대학교 졸업 ⑤ 대학원 졸업 이상

10. 결혼상태

- ① 기혼 ② 미혼 ③ 기타 _____

11. 경제상태

- ① 상 ② 중 ③ 하

다음은 귀하께서 **알권리에 대해 인식**하고 있는 정도에 관한 질문입니다.

귀하의 생각과 일치하는 곳에 “V” 표 해 주십시오.

구 분	그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	확실히 그렇다
1. 보건의료에 관한 알권리는 법적으로 규정되어 있다.					
2. 나의 진료기록은 다른 병원에서 요구할 때만 요청하는 것이다.					
3. 나의 알권리와 관련해 의사의 설명의무는 법적의무이다.					
4. 나에게 행해지는 의료행위의 방법과 내용을 모를 때가 많다.					
5. 나는 나의 병명을 병원에서 듣고 알고 있다.					
6. 내가 지불하는 병원비에 대해 납득될 때까지 설명을 들어야 한다.					
7. 내가 받고 있는 치료방법 외의 다른 방법에 대한 설명까지는 듣지 않아도 된다.					
8. 나에게 행해지는 의료행위에 소요되는 시간은 그때마다 다르므로 몰라도 된다.					
9. 의료행위가 나에게 유익했다면, 설명을 듣지 않았더라도 만족한다.					
10. 나의 정신에 이상이 생긴 경우라도 내가 그 사실을 알아야 한다.					
11. 우리나라에는 환자의 동의권을 침해한 의사에 대한 처벌 규정을 두고 있다.					
12. 진료과정에 대한 알권리가 충족되면 결과를 더 쉽게 받아들일 수 있다.					
13. 어떤 약을 사용할 지를 내가 결정할 수 있다					
14. 치료의 주체는 환자이다.					
15. 의사의 설명은 수술, 처치 등과 같은 수준의 의료행위이다..					

16. 정보제공을 받은 환자는 더 협조적이며 빨리 회복한다					
17. 나 자신의 치료에 관련된 다른 의료기관들의 정보를 알권리가 있으며 자유로이 원하는 의료기관을 선택할 권리가 있다.					

다음은 귀하께서 자신의 건강에 대한 행위를 스스로 결정하는 것에 관한 질문입니다.

귀하의 생각과 일치하는 곳에 “V” 표 해 주십시오.

구 분	그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	확실히 그렇다
1. 나는 의사와 상담하지 않아도 해야 할 일을 알고 있다.					
2. 나는 의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다.					
3. 나는 건강을 염려한다.					
4. 다른 사람이 말해주지 않더라도 내가 건강한 상태에 있는지를 안다.					
5. 나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다.					
6. 나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다.					
7. 나는 의사나 간호사가 권하지 않더라도 건강에 도움이 되는 것이라면 행한다.					
8. 내가 행하는 것을 의사가 일일이 점검해 주지 않으면, 내 건강을 위해 좋은 것이라고 확신할 수 없다.					
9. 내 생각이 의사의 생각보다 더 좋다.					
10. 의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다.					
11. 나는 내 건강을 위해 스스로 올바른 일을 하고 있음을 알 수 있다.					
12. 의사의 생각이 나의 생각보다 더 중요하다.					

다음은 귀하의 환자안전에 대한 인식에 대한 질문입니다.

귀하의 생각과 일치하는 곳에 “V” 표 해 주십시오

▶ 당신은 얼마나 자주 다음과 같은 행동을 하십니까? (behaviors)

질 문	전혀 그렇게 하지 않는다	가끔 그렇게 한다	자주 그렇게 한다	항상 그렇게 한다
1. 나의 건강문제와 약물에 대해 스스로 공부한다.				
2. 내가 복용하는 약물(처방약, 상비약)의 이름이나 정보를 적어놓고 관리한다.				
3. 내가 받았던 임상검사나 방사선검사 결과를 받지 못했을 때 의료기관에 연락하여 문의를 한다.				
4. 필요하다고 생각된다면 다른 의사나 다른 의료기관에 가서 진단을 받아본다.				
5. 의료기관에 진료를 받으러 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁한다.				

▶ 당신은 다음의 일을 실제로 행하는데 얼마나 자신이 있습니까? (self-efficacy)

질 문	전혀 자신이 없다	자신이 없다	자신이 있다	매우 자신이 있다
1. 나의 건강문제와 약물에 대해 스스로 공부할 수 있다.				
2. 임상검사나 방사선검사 결과를 받지 못했을 때 의료기관에 연락하여 문의 할 수 있다.				
3. 나의 건강문제에 대해서 의사에게 충분히 설명할 수 있다.				
4. 의료기관에 진료를 받으러 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁할 수 있다.				

▶ 당신은 다음의 진술에 얼마나 동의하십니까? (attitudes)

질 문	전혀 동의하지 않는다	동의하지 않는다	동의한다	매우 동의한다
1. 건강에 대한 우려가 충분히 해결이 되지 않았을 때에도 의사를 바꾸는 것이 어렵다.				
2. 의료기관에 진료를 받으러 갈 때 친구나 가족에게 같이 가자고 부탁하는 것이 어렵다				
3. 건강문제, 검사 결과, 약물에 대해 의사에게 질문을 하는 것이 어렵다.				
4. 내가 복용하는 약물(처방약, 상비약)의 이름이나 정보를 적어놓고 관리하기가 어렵다.				

▶ 당신은 다음의 일을 하는 것이 당신의 건강에 도움이 될 것이라고 얼마나 믿습니까? (outcome efficacy)

질 문	전혀 그렇게 믿지 않는다	그렇게 믿지 않는다	그렇게 믿는다	확실히 그렇게 믿는다
1. 의료기관의 직원이나 의사와 문제가 있을 때 서면으로 항의하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다				
2. 필요하다고 생각된다면 다른 의사나 다른 의료기관에 가서 진단을 받는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다				
3. 의료기관에 갈 때 가족이나 친구에게 같이 가자고 부탁하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다				
4. 나의 건강문제 및 약물에 대해 스스로 공부하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다				

12. 정보 습득경로

12-1 “의료소비자의 알권리”에 대한 정보를 주로 어디에서 얻거나 배우십니까?

- ① 인터넷 ② 대중매체(TV, 라디오 등) ③ 가족 및 친구
④ 의료기관 ⑤ 신문 ⑥ 책, 잡지 등

12-2 “의료소비자의 자기결정”에 대한 정보를 주로 어디에서 얻거나 배우십니까?

- ① 인터넷 ② 대중매체(TV, 라디오 등) ③ 가족 및 친구
④ 의료기관 ⑤ 신문 ⑥ 책, 잡지 등

12-3 “의료소비자의 환자안전”에 대한 정보를 주로 어디에서 얻거나 배우십니까?

- ① 인터넷 ② 대중매체(TV, 라디오 등) ③ 가족 및 친구
④ 의료기관 ⑤ 신문 ⑥ 책, 잡지 등

설문에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

ABSTRACT

Healthcare Service Consumer' s Perception of Patient Safety - Relationship Between Perception of Patient Safety, Right to Know and Self-determination -

Hanseulgi Lee
Graduate School of Public Health
Yonsei University, Seoul, R.O.K.

(Directed by Professor Il Hak Lee, M.D., Ph.D.)

The purposes of this study were a) to assess the level of perception among healthcare service's consumer of their patient safety, their right to know and their right to self-determination, and b) to determine the relationship between healthcare service's consumer' s perception of these three rights.

For this descriptive-correlational study, participants were recruited among people who visit five hospitals at Seoul, Gyeonggi-do. Responses to self-report questionnaires were collected from 230 participants from 28 March 2016 to 2 April 2016.

The results of the study are as follows.

1. On the basis of a five-point scale, the average scores of healthcare service consumer' s perception of right to know were 3.55 ± 0.54 . The level of perception of right to know was statistically different depending on the level of the education. ($p < .004$)

2. On the basis of a five-point scale, the average scores of healthcare service consumer' s perception of self-determination were 2.78 ± 0.35 .

3. On the basis of a four-point scale, the average scores of healthcare

service consumer' s patient safety were 2.44 ± 0.28 . The level of perception of patient safety was a statistically different depending on the sex ($p < .025$), level of the education ($p < .003$) and economic status ($p < .020$).

4. The relationship of perception of self-determination with right to know was not statistically note. But the relationship of perception of right to know with patient safety ($r = .332$, $P < .000$), the relationship of perception of self-determination with patient safety ($r = .137$, $P < .045$) was statistically note.

5. Married participants have higher perception of right to know than unmarried. ($\beta = .166$, $p < .036$) The level of self-determination' s perception was still high as participants who get education. ($\beta = .157$, $p < .044$) Women have higher perception of patient safety than men (Model 1: $\beta = .148$, $p < .030$, Model 2: $\beta = .168$, $p < .009$). The level of patient safety' s perception was still high as participants who get education and have high level of patient safety' s perception.

In conclusion, there is still an insufficient perception of self-determination. This cognition of healthcare service' s consumers make them dependent on medical staffs when they make self-decision. Perception of patient safety, patient' s right to know and self- determination varied according to socio-demographic characteristics, especially education level. To increase the perception of patient safety, self-determination and right to know should be increased. Further survey to check the level of patient' s perception should be performed, and system should be developed to guarantee their rights.

Keywords: Healthcare service' s consumer, Patient's right, Patient safety, Right to know, Self-determination