

간호학 석사학위 논문

환자의 알권리와 자기주도적  
의사결정에 관한 연구

아주대학교 대학원

간호학과

안선화

간호학 석사학위 논문

환자의 알권리와 자기주도적  
의사결정에 관한 연구

The Study of The patient's  
Right to Know and Self-Determination

아주대학교 대학원

간호학과

안선화

환자의 알권리와 자기주도적  
의사결정에 관한 연구

지도교수 김 용 순

이 논문을 간호학 석사학위 논문으로 제출함.

2009년 2월

아 주 대 학 교 대 학 원

간 호 학 과

안 선 화

안선화의 간호학 석사학위 논문을 인준함.

심사위원장 김동근 인  
심사위원 유문숙 인  
심사위원 방경숙 인

아주대학교 대학원

2008년 12월 22일

## 국문 요약

본 연구는 환자의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정의 정도를 파악하여 현 시점에서의 환자들의 권리의식 정도를 알아보고 두 개념의 연관성을 알아봄으로써, 간호사가 환자의 권리를 존중해주기 위한 간호교육 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

본 연구는 서울시와 경기도 성남시에 위치한 2개의 대학병원을 방문한 외래환자를 대상으로 임의표집하여 추출하였으며 최종 236명을 대상으로 자료를 분석하였다. 연구도구는 환자의 알권리에 대한 인식도는 Likert 5점 척도로 구성된 총 27문항의 도구를 제작하여 사용하였고, 자기주도적 의사결정에 대한 척도는 Cox(1985)가 제작하여 사용한 The Health Self-determination Index (HSDI)를 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 번안하여 사용한 총 16문항의 건강 자기-결정 지표를 사용하였으며, 수집된 자료는 SPSS/PC+ 11.5 통계프로그램을 이용하여 전산 통계 처리하였다. 그 결과는 다음과 같다.

1. 환자의 알권리에 대한 인식의 정도는 평균평점  $3.67 \pm 1.04$  로 나타났고, 알권리 관련 의식화정도, 의사의 설명의무와 구속력에 대한 인식, 부여된 권리에 대한 인식, 병원에서의 알권리 실현도, 알권리 관련 제도와 장치의 존재여부 및 규제효과에 대한 인식의 순이었다.

2. 자기주도적 의사결정의 인식의 정도는  $2.81 \pm .90$  으로 나타났고, 자기결정, 건강에 대한 능력감, 건강판단에서의 자기결정, 내·외적 신호에 대한 반응성 순으로 나타났다 .

3. 알권리에 대한 인식도와 자기주도적 의사결정과의 관계는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다( $r=.008$ ,  $p<.899$ ).

4. 학력에 따른 알권리에 대한 인식도는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ( $p<.002$ ).

5. 연령대별( $p<.002$ ), 학력별( $p<.02$ ), 경제상태별( $p<.028$ ) 자기주도적 의사결정의 정도는 각각 통계적으로 유의하였다.

결론적으로 알권리에 대한 인식도와 자기주도적 의사결정과의 관계는 통계적으로 유의하지 않았으나 환자들의 자기주도적 의사결정에 대한 인식정도가 알권리 관련 인식정도와 비교해 볼 때 낮은 편으로 두 인식 사이에 불균형이 존재하며 이 불균형을 조율하기 위해 환자에게 시행되는 진료과정에서 환자의 자기결정권이 더 많이 신장되어야 하므로 이를 위한 환자 및 의료인의 교육과 시스템의 개발을 제언하고자한다.

---

주요 핵심어 : 알권리, 자기주도적 의사결정, 환자

# < 목 차 >

<b>제1장 서론</b> .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	2
3. 용어의 정의 .....	3
<b>제2장 문헌고찰</b> .....	5
1. 환자의 알권리 .....	5
2. 자기주도적 의사결정 .....	11
<b>제3장 연구방법</b> .....	15
1. 연구설계 .....	15
2. 연구대상 .....	15
3. 연구도구 .....	15
4. 자료수집 방법 및 절차 .....	16
5. 윤리적 고려점 .....	17
6. 자료분석 .....	17
7. 연구의 제한점 .....	18
<b>제4장 연구결과</b> .....	19
1. 대상자의 일반적 특성 .....	19
2. 환자의 알권리에 대한 인식정도 .....	21
3. 환자의 자기주도적 의사결정에 대한 인식정도 .....	24
4. 환자의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정의 관계 .....	26
5. 환자의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식정도 차이 .....	26

6. 환자의 일반적 특성에 따른 자기주도적 의사결정 정도 차이 .....	28
<b>제5장 논의</b> .....	30
<b>제6장 결론 및 제언</b> .....	35
1. 결론 .....	35
2. 제언 .....	37
<b>참고문헌</b> .....	38
<b>부록</b> .....	41
<b>ABSTRACT</b> .....	46

## < 표 차례 >

<표1> 전체 대상자의 일반적 특성 분포.....	20
<표2> 환자의 알권리에 대한 인식정도.....	21
<표2-1> 세부 항목별 환자의 알권리에 대한 인식정도.....	22
<표3> 환자의 자기주도적 의사결정에 대한 인식정도.....	24
<표3-1> 세부 항목별 환자의 자기주도적 의사결정에 대한 인식정도.....	25
<표4> 알권리에 대한 인식정도와 자기주도적 의사결정정도의 관계.....	26
<표5> 환자의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식정도 차이 검정.....	27
<표6> 환자의 일반적 특성에 따른 자기주도적 의사결정의 정도 차이 검정.....	29



# 제1장 서론

## 1. 연구의 필요성

최근들어 국민들의 생활수준과 의식수준의 향상 및 정보의 다양화 등으로 인하여 병원을 찾는 환자의 입장이 예전의 아픈 몸을 의탁하던 개념에서 탈피해 어느덧 의료서비스를 선택하고 치료방법의 결정에 이르기까지를 주도할 주체로 변화하였다.

즉 의사와 환자의 관계는 진료계약을 맺는 당사자들로서 환자는 의사에게 진료비를 지급한 후 진료를 청구할 권리를 가지는 채권자로서의 위치를 가지고, 의사는 진료계약에 의한 진료채무의 이행을 하는 진료채무 이행자의 지위를 가진 대등한 법률적 관계로 이해되고 있는 것이다(전현희, 2007).

과거 전문적 지식의 소유로 인해 일반인으로부터 무조건적인 신뢰와 존경을 받던 의료계는 인터넷의 발달로 빠르고, 폭넓고, 다양하며, 전문적인 정보들까지 일반에게 쉽게 접근 가능한 시대가 되면서 일반인과의 지식격차가 점차 줄고 있으며, 의료개방이라는 악재 속에서 이제는 생존을 위해 서로 경쟁하지 않으면 안 되는 시기를 맞이하고 있다.

그러나 아직도 병원을 찾는 환자들이 전체적인 의료서비스 중 가장 시급하게 개선되어야 할 것으로 ‘부족하고 어려운 설명’을 꼽았으며(김병수, 2007), 또한 의사의 설명이 만족스럽지 않아 의사로부터 상세하고 친절한 설명을 듣기 위해 대다수의 소비자가 ‘의사에게 공손한 태도와 언행’을 보여주고자 노력하는 등 의사와 환자의 관계는 대등하지 않은 것으로 나타났다(이창욱, 1997).

이러한 대등하지 않은 관계는 결국 환자들의 알권리를 침해당하게 하는 주요 원인으로 작용하는데, 손쉽게 가벼운 깊이의 의료정보에 접근 가능한 요즘의 현실에서 좀 더 자세하고 정확한 본인이나 가족의 질병에 대한 지식과 정보, 설명을 원하는 환자 측과, 밀려있는 업무에 이 요구를 모두 수용하기 어려운 의료진 사이의 의사소통의 단절의 결과는 의료분쟁의 형태로 표출되기도 한다.

최근에는 의료기술 과오소송보다 설명의무 위반소송이 증가하고 있는 추세이며

(전현희, 2007), 이는 환자의 권리의식 증진의 변화에 의한 현상이기도 하다.

자신의 질병이나 자신에게 행해질 여러 가지 검사, 검사에 소요되는 시간, 투여되는 약의 종류, 효과 및 부작용, 자신의 앞으로의 진료 방향 등에 대한 설명을 통해 환자가 충분히 안다는 것은 자기결정 실현의 기본 바탕이 된다. 즉, 이는 환자가 자신의 신체에 대한 결정권을 갖기 위해서는 기본적인 정보를 제공받고, 설명을 들어야 한다는 의미이다.

환자가 진료과정에서 스스로 선택하고, 결정하는 것은 환자에게는 보다 적극적인 진료에의 참여로 긍정적 치료의 효과를, 의료진에게는 결정권을 환자 측에 내어줌으로써 필요이상의 윤리적 고민을 하지 않아도 된다는 기대를 할 수 있다.

최근에는 의료소비자라는 표현을 통해 소비자 스스로 병원을 감독하고 순위화하며 병원의 서비스, 환자의 권리 옹호에 대한 연구를 하고 결과를 발표하고 있으며, 상승되는 국민의 지적수준 및 권리의식으로 증가되는 의료분쟁으로 인해 법조계 및 의학회 역시 환자의 알권리와 자기의사결정에 관한 연구들을 활발히 진행하고 있다. 그러나 간호사의 입장에서 시행한 환자의 알권리 및 자기주도적 의사결정에 관한 연구는 미미한 실정이다.

이에 본 연구는 임상 현장에서 환자들이 자신의 알권리와 자기결정에 관한 권리를 얼마나 잘 이해하고 실현하고 있는 지에 관하여 파악하고, 알권리와 자기주도적 의사결정과의 관계를 알아보아 환자의 권리 보호를 위한 간호사의 교육프로그램을 개발하는데 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 환자들의 알권리에 대한 인식정도와 자기주도적 의사결정의 정도를 파악하고 그 관계를 알아보고자 하는 것으로 그 구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 환자들의 알권리에 대한 인식 정도를 파악한다.

- 2) 환자들의 자기주도적 의사결정의 정도를 파악한다.
- 3) 환자들의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정과의 관계를 분석한다.
- 4) 환자들의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식정도와 자기주도적 의사결정 정도의 차이를 분석한다.

### 3. 용어 정의

#### 1) 환자의 알권리

· 이론적 정의 : 환자가 자신의 병명, 병상, 병의 진전 예측, 진료계획, 치료와 수술(선택의 자유, 그 내용), 약의 이름과 작용, 부작용, 필요한 비용 등에 대해 납득 될 때까지 설명을 받을 권리(2007, 환자권리장전).

· 조작적 정의 : 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 27문항의 도구를 제작하여 사용하였으며 점수가 높을수록 인식의 정도가 높은 것이다. 본 연구에서의 Cronbach' s  $\alpha = .78$  이다.

#### 2) 환자의 자기주도적 의사결정

· 이론적 정의 : 환자가 납득될 때까지 설명을 들은 뒤 의료종사자가 제안하는 진료경과 등을 스스로 결정할 권리(2007, 환자권리장전).

· 조작적 정의 : Cox(1985)가 제작하여 사용한 The Health Self-determination Index (HSDI)를 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 번안한 건강 자기-결정 지표를 이용하였으며 스스로 건강을 판단하고, 스스로 행위를 결정하고, 건강행위에 대해 자신이 할 수 있다는 자신감, 내·외적인 자극에 반응하는 반응력이 포함된다.

## 제2장 문헌 고찰

### 1. 환자의 알권리

WHO는 1994년 5월 성공적 치료를 위한 3가지 필수요소를 지정했는데, 첫째, 모든 사람이 건강할 권리, 둘째, 환자가 정보를 제공받을 권리, 셋째, 의사가 설명을 할 의무이다.

핀란드에서 지정한 환자의 권리 역시 크게 3가지로 나뉘는데, 첫째, 좋은 건강관리를 받을 권리, 둘째, 정보를 제공받을 권리, 셋째, 자신의 신체에 대한 결정에 스스로 결정해 참여할 권리이다(Kilpi & Kurittu, 1995).

우리나라에서는 헌법, 보건의료법 등에서 환자의 자기결정권 실현의 바탕이 되는 알권리에 대한 권리를 명문화하여 제시하고 있는데, 헌법 제10조에서 인간의 존엄과 가치, 그리고 행복추구권을 보장하고 있다. 환자에 대한 설명의무는 환자의 자기결정권을 전제로 한 것이고 환자의 자기결정권은 자신의 상태에 대한 알권리를 기초로 한 것이기 때문에 헌법 제10조의 규정 또한 설명의무의 실정법적 근거규정으로 볼 수 있을 것이다(정규원, 1999).

보건의료기본법에서는 알권리에 관한 정의를 모든 국민은 관계 법령이 정하는 바에 의하여 국가 및 지방자치단체의 보건의료시책에 관한 내용의 공개를 청구할 권리를 가지며, 보건의료인 또는 보건의료기관에 대하여 자신의 보건의료와 관련한 기록 등의 열람이나 사본의 교부를 요청할 수 있다고 내리고 있다. 의료소비자 권리장전의 정보 접근권에서 환자는 치료과정과 다른 다양한 치료대안에 대해서, 그리고 그 과정에 소요되는 시간과 비용에 대해 충분한 설명을 들을 권리가 있으며 의료소비자에게 행해지는 진료의 내용과 위험성과 부작용, 성공가능성, 대체가능한 치료의 내용과 예측되는 결과 등에 대해서 정보를 제공 받을 권리가 있다(전현희, 2007)고 하였다.

환자에게 행해진 의료행위의 결과가 비록 환자에게 유익했다 하더라도 환자에게 동의를 구하여 스스로 결정한 것이 아니라면 개인의 권리를 침해하고 자유로운 선

택을 부당하게 규제한 것으로 인정되어 법적 분쟁이 일어났을 경우 비합법적인 의료행위로 결론지어질 수 있으며, 따라서 환자가 자기결정을 할 수 있도록 하기 위해 환자의 진단명, 상태, 행해질 검사의 종류 및 방법, 향후의 예후 등에 관한 설명을 해야 하는 것은 진료에서 필수적인 의무사항이 되었다.

자기결정권에 그 근거를 두고 있는 설명의무(유병식, 2004)는 환자가 단순히 의사로부터 치료를 받는 객체에 불과한 것이라는 과거의 인식에서 벗어나 환자가 진료과정에서 자신에게 시행되어질 의료행위에 대해서 주체적인 존재라는 의사와 환자의 관계에 대한 현대적 인식이 바탕이 되고 있다.

병원에서 이루어지는 일반적인 설명과 법적 구속력이 있는 설명의무는 약간 그 의미를 달리하는데, 이창욱(1997)에 의하면 일반적인 설명이란 의사가 일상적인 처치와 관련하여 환자에게 정보를 주는 행위를 말하며 의료서비스의 질과 관련된 개념으로 법률적, 행정적인 규제가 어려우며, 법적구속력이 있는 설명의무란 일상적인 처치가 아닌 수술 등 중대한 의료 처치에 앞서 사전에 의사가 환자에게 질병의 종류, 내용, 치료 방법 및 그에 따른 위험 등에 대하여 충분히 정보를 제공하고 환자의 자기결정권을 행사하도록 하는 행위를 말한다.

최행식(2004)은 설명을 진단설명, 경과설명, 위험설명의 세 가지로 설명하고 있는데, 무엇을 설명할 것인가에 대하여 환자가 자신의 질병의 본질을 인지하거나, 그 자신이 질병이 있다는 사실을 듣고 알도록 하는 진단설명, 환자의 자기결정권의 행사에 중요한 기준이 되는 것으로서 환자가 의료행위에 동의하지 않고 방치하는 경우 어떠한 결과가 초래되며, 향후 계획된 의료행위를 받는다면 어떠한 상태로 치유될 수 있는가에 대한 경과설명, 마지막으로 부작용, 수술의 경우 실패율 등 고려대상이 되는 치료수단에 부수하여 나타나는 위험에 대하여도 이야기해야 하는 위험설명이다.

간호사 역시 의사와 마찬가지로 설명의 의무를 가지는데, 한국 간호사윤리강령(2006) 제4조 “알 권리와 자율성 존중”에서 “간호사는 대상자가 정확한 정보와 설명에 의해 의사결정 하도록 돕고 대상자가 간호행위를 선택하거나 거부할 권리가 있음을 존중한다”고 진술 되어있어 알권리에 대한 간호사의 입장의 기초를 제공하고

있다.

간호사가 시행해야 하는 설명은 환자의 병원생활에 기초가 되는 입원안내 설명부터 투약목적, 방법, 부작용 등에 대한 설명, 환자에게 행해질 각종 간호행위에 대한 설명, 환자에게 시행될 여러 가지 검사의 목적 및 방법, 검사 전·후의 유의사항, 수술을 받게 된다면 수술 전·후의 상태에 대한 설명과 수술과 관련하여 환자에게 행해질 다른 처치에 대한 설명, 퇴원시 가정에서의 건강관리 요령 및 다음 진료일정에 대한 설명까지 간호사의 설명의무는 그 영역이 매우 넓으며 환자의 병원생활에 필수적이다.

이러한 구체적이고 상세한 설명을 통해 환자는 자신의 건강상태와 자신에게 시행될 검사의 종류, 방법 및 소요시간, 치료의 방향과 투여될 약의 효과와 부작용, 대안적 치료의 방법 등에 대해 인식하고, 자신의 신체에 대한 결정을 스스로 함으로써 의료행위의 대상자가 아닌 주체가 되며 자율성을 가진 인간으로서의 권리를 실현하는 것이다.

설명 의무의 과정은 환자에게 자유와 존중, 안전을 보장해주며 의료진과 환자간의 우호적 관계 형성에 그 목적이 있다. 정보의 제공은 불안을 줄이고, 신뢰를 쌓는 과정이며 환자가 이해하기 쉬운 용어로 설명되어야 하며(Sakellari, 2003) 환자가 모르는 것은 질문하도록 그리고 이해했는지를 점검해야 한다.

이런 설명의 과정이 생략된다면 환자와 의료진 간의 신뢰관계는 깨질 수 밖에 없는데, 최근 들어 증가추세에 있는 의료소송의 원인에는 환자가 충분히 납득할 만한 설명의 부재도 포함될 것이라 생각되는 부분이다.

시대를 거듭해오며 경제성장과 더불어 국민의 지적수준의 향상이 이루어졌으며, 다양한 매체를 통한 지식의 확장으로 국민의 권리에 대한 의식 또한 팽배해 있는 상태에서 건강관리에 대한 국민의 참여와 기대가 높아진 것도 사회의 큰 변화이다.

갈수록 소비자들은 교육수준이 높아지고 주장이 분명하며 비판적이고 조직화되고 있다. 이러한 소비자들의 등장으로 전통적으로 의료의 중심에 있었던 병원과 의료인의 권위에 대한 문화적 기반이 쇠퇴하게 되었으며 소비자의 교육수준 향상으로 의료인과 소비자 간의 지식간격이 줄어들고 두 집단 간에 균형이 이루어지게 되었

다. 의료가 서비스로 인식되면서 소비자의 욕구를 충족 시켜주는 융통성 있는 소비자 중심의 의료시스템이 요구되고 있으며(강창희, 2003), 의료분야에서의 이러한 소비자주의는 전통적인 전문가 중심적 사고와의 대립과 갈등으로 표출되고 있고 지금까지 전문가의 판단과 의사결정이 주도하던 분야에서도 소비자적 관점이 적극적으로 수용되고 있다(강명근, 박종구, 김한중, 손명세와 김달래, 1998).

김병수(2007)에 의하면 최근의 환자들은 의료기관에 불만이 있을 경우 과반수 이상이 의료기관을 옮긴 것으로 나타났다. 이는 수동적으로 병원에서 잘 대해주고, 환자의 권리를 지켜주기를 바라며 기다리기 보다는 보다 적극적으로 자신의 권리를 주장하거나 자신의 권리를 지켜주는 병원으로의 이동을 통해 자신의 권익을 지키고자 권리행사를 하는 것이다.

환자가 스스로의 자율성을 실현하기 위해서는 알권리의 실현이 선행되어야 하는데, 의사의 설명의무는 환자로 하여금 선택할 수 있도록 함으로써 자기결정권을 보호할 수 있을 뿐 아니라 충분한 사전 설명의무 이행은 추후 발생할 수 있는 예기치 않은 결과에 대한 선택과 대비를 함으로써 의료분쟁의 합리적 해결방안을 찾을 수 있는 것이다(장준호, 2005).

의료서비스에서 의사의 설명은 환자의 권리 의식 향상, 의료 기술의 고도화·복잡화에 따른 치료 방법의 선택 폭 확대, 환자와 의사간에 새로운 신뢰 관계를 만들어 치료 효과를 더욱 높일 수 있다는 점에서 중요시되고 있다(이창욱, 1997).

Tuckett (2004)에 의하면 신뢰는 환자의 알권리가 충족되어 환자가 자신의 진단과 병의 진행, 예후 등에 관해 진실을 말하면 치료를 견디고 좋은 결과를 가져오는데 도움이 되며 우울, 불안과 두려움이 줄고 고통이 감소한다고 한다.

동양의 정서적인 측면에서 절망적인 진단명은 서양에 비해 본인에게 알리기를 꺼려하는 경향이 있으나, 이해균(2008)의 연구에서 89.2%의 사람이 최악의 진단이라도 의사에게 직접 듣기를 원한다는 결과를 보여주어 환자들의 알권리에 대한 높은 요구도를 알 수 있다.

박원필(2006)의 연구에서 의사의 설명 충분성과 재이용, 구건의도와와의 관계( $r=.577, p<.001$ ), 의사의 설명 충분성과 의사소통 만족도와와의 관계( $r=.700, p<.001$ ),



의사소통만족도와 재이용, 구전의도의 관계( $r=.600, p<.001$ )가 모두 통계적으로 유의하여 환자의 설명 충분성 및 의사의 친절성은 상관관계 분석결과 환자의 의사소통만족도와 재이용, 구전의도에 각각 정의 효과를 미친다고 하였으며, 김윤(2005)은 설명을 기초로 한 환자중심 의료로의 전환은 환자의 권리와 책임을 강화하여 환자는 더 나은 서비스와 건강수준 향상을, 의료제공자는 질 향상과 의료사고 감소의 이득을 볼 수 있다고 하였다.

환자의 권리 보장은 의료계측의 일방적인 제공만으로 완성되는 것은 아니다.

지금까지 환자가 자신에게 의사를 선택하고, 의료의 내용을 선택할 자유와 권리가 있으며 치료 과오에 대한 소송을 제기해 법적으로 보상받을 권리와 자유가 있음에도 불구하고 자신의 권리를 누리지 못하였던 원인은 의사와 환자의 관계가 주는 비대등성에 의한 것과 환자 스스로 자신의 선택이 인권과 연결됨을 인식하지 못함에 의한 것이었다(송현미, 2000).

백혜란(2003)의 연구에 의하면 이런 관계의 원인은 환자와 의사간 교육과 계층적 배경의 차이, 의료기술의 전문화를 통한 의사소통의 단절, 의료정보의 범람, 과도한 의사들의 업무폭증 등에 기인한다.

법적 구속력이 있는 설명이 주로 이루어지는 주요 검사 및 수술 등의 사전 동의에 대한 의사, 간호사 및 환자의 인식과 경험에 대한 안명숙(2007)의 연구에서 사전동의서의 필요성에 대해 의사는 95.9%, 간호사는 99.0%가 '필요하다'고 응답하였으나 환자는 84.8%만이 '필요하다'고 응답해 환자의 알권리에 대한 인식을 높이기 위한 교육의 필요성을 시사하며, 사전동의서 작성 시 간호사의 역할에 대하여 30.3%의 간호사가 '의사의 업무이행에 대한 확인만 한다'고 응답하여 사전 동의 과정에서 간호사를 위한 구체적인 행동지침개발 및 의료 윤리교육의 필요성을 말하고 있다.

1992년 김선민, 이태용, 오장균과 박 암의 입원환자 423명을 대상으로 한 환자들의 권리인식과 만족도에 관한 연구에서는 환자의 권리인식 중 '질병에 대한 진단, 치료, 예후에 관해 의사로부터 충분한 설명을 들을 권리가 있다'라는 항목의 알권리 관련 권리인식도가 평등한 의료를 받을 권리와 의료사고시 원인규명과 피해보상 등에 대한 권리에 비해 가장 낮게 나타난 것과 비교해 1996년 김승남의 외래환자 166

명을 대상으로 한 양질의 의료서비스에 대한 외래환자의 인식에 대한 연구에서는 75.3%의 환자가 알권리를 당연한 권리로 인식하고 있다고 답해 시간에 따른 환자의 인식의 변화를 비교해 볼 필요성을 제시한다.

백혜란(2003)의 의료소비자의 알권리에 대한 연구에서 지식수준 상·중·하 집단간의 의료서비스에 대한 요구수준, 평가수준, 및 실행수준이  $p < .05$  수준에서 모두 유의하게 나와 알권리에 대한 지식을 제공하여 소비자 지식수준을 향상시키는 것이 의료소비자의 권리를 향상시키기 위한 효과적 방안이 될 수 있다고 하였으며, 이승희(2008)의 응급실 환자와 간호사가 지각하는 간호요구도 비교에 대한 연구에서 질병이나 퇴원 전·후 환자가 시행해야 하는 자기간호방법에 대한 교육이나 정보제공이 진단 및 치료에 관련된 간호 요구도에 이어 두 번째로 높아 환자가 지각하는 간호요구도의 상당 부분을 차지하고 있어 환자의 알권리 인식에 대해 간호사도 인지해야 함을 알 수 있다.

이에 따라 보다 질 높은 간호제공을 위해 법적, 윤리적인 측면의 환자의 권리에 대해 숙지하고 있어야 하는 간호사 및 간호학생을 대상으로 하여 환자의 알권리와 자기결정권에 대한 교육이 이루어져야 하며(Sakellari, 2003; 송현미, 2000), 소비자의 욕구를 충족시켜주는 융통성 있는 소비자 중심의 의료시스템으로의 변화가 필요하다(강창희, 2003).

강명근, 박종구, 김한중, 손명세와 김달래(1998)의 환자와 의사의 의료에 대한 태도 차이에 대한 연구에서는 대부분의 환자(52.2%)가 의료의존적 집단에 속한 반면 의사의 경우는 의료회의적 집단에 속한 경우가 가장 많아(49.5%) 의료제공자에 비해 의료이용자의 의료에 대한 기대가 매우 커서 한국사회의 사회적 현실에서 의료이용자들이 의료에 대해 과도한 기대를 가지고 있으며 이러한 과도한 기대가 왜곡된 의료소비나 환자, 의사간 갈등으로 연결되지 않도록 정책적 노력이 요구된다고 하였다.

이상과 같이 환자의 알권리에 대한 의료계의 연구들이 잇따르고, 사회적 관심의 초점이 되며 사회단체 구성되어 행동요령까지 발표하는 현 시점에서 환자의 권익을 옹호하기 위한 간호사의 역할을 재조명해 보는 시간이 필요할 것이라 사료된다.

## 2. 환자의 자기주도적 의사결정

시대의 변화에 맞추어 의료계에도 패러다임의 변화가 일고 있는데, 그것은 바로 질병 중심 모형에서 환자 중심 모형으로의 변화이다. 김윤(2005)에 의하면 환자 중심 모형은 환자가 자신의 진료에 관한 결정에 적극적으로 참여하도록 할 뿐만 아니라 환자 요구와 선호도를 진료에 관한 결정에 반영하는 것이다.

이러한 환자중심 개념은 간호에 있어서도 예외가 아닌데, 최근 간호계에서도 환자중심 간호의 중요성이 부각되고 있는 추세이다. Kvale K와 Bondevik M(2008)에 의하면 의미 있는 환자중심 간호가 이루어지기 위해서는 세 가지 요건이 충족되어야 하는데, 첫째로는 정직하게 정보를 제공하고, 그들의 말을 들어주고, 존중하는 방법으로 환자를 지지하고, 둘째로는 질병의 치료에 있어서 의사보다도 환자가 먼저 결정하게 의사결정의 권리를 분담해주고, 셋째로는 환자가 자신에 대한 간호에 협력자가 되게 하는 것이다.

정보제공이 충분한 환자일수록 협조적이고 회복이 빠르며, 의사결정에 참여한 환자일수록 의료진의 지시에 더 잘 따른다(Sakellari, 2003). 의료전문인은 환자의 권리를 찾아주는 것이 윤리가치를 올리고 환자들의 건강을 증진시킨다는 사실을 알고 그런 관점의 시각을 가지고 있어야 한다.

자기주도적 의사결정이란 환자가 알권리를 가져야 할 근원적 이유가 되며, 통상 다른 연구들에서 건강자기결정이란 말로 표현되는데, 홍경자(1995)에 의하면 건강자기결정이란 건강행위를 하는 것에 대해 스스로 주도 혹은 조절할 수 있는 것, 즉 건강에 관한 결정에 대해 내적으로 동기화 된 것을 말한다.

자기주도적 의사결정은 최근 증가되는 의료분쟁 소송 속에 모든 진료행위의 원천이자 당위성이 되고 있는바 자신의 신체에 대한 결정을 스스로 해야 하고, 자신에게 필요한 진료를 함에 있어 객체가 아닌 주체가 되어 동참하며, 그 책임도 의료진과 분담함을 의미한다.

전현희(2007)에 의하면 자기결정권은 스스로의 고유한 규범에 따라 자신의 문제

를 결정할 수 있는 자율성을 전제로 하며 법적으로 인정되어질 가능성이 있는 권리인데, 환자는 기본적으로 자신의 정신과 신체에 발생한 사실, 즉 자신이 어떤 상태에 있고, 의사가 어떠한 약물을 투여하여 무슨 병을 치료하는지 그리고 수술의 경우에는 어떠한 수술을 하는지에 관하여 알권리와 이에 따르는 자기결정권을 갖는다(최행식, 2004).

1966년 UN인권협정 제1조 제1문에도 자기결정권에 대한 규정이 있는바, 즉 “모든 국민은 자기결정권을 보유한다. 이와 같은 권리는 자신의 정치적 지위에 대한 자유로운 의사결정을 할 권능과 경제적, 사회적, 문화적 자아발현의 자유를 보유할 권능을 지칭하는 것이다”라고 규정하고 있다. 미국에서는 privacy권의 연장으로 자기결정권을 인정하고 있으며, 의료행위와 관련하여 환자의 자기결정도 이와 같은 근거에서 인정되고 있다. 또한 충분한 설명에 의한 동의의 법리를 인간의 자기결정권에서 구하고 있다.

우리 헌법에서도 자기결정권의 근거를 찾을 수 있는데, 헌법상 자기결정권이 무엇인가에 대하여는 일반적으로 개인이 일정한 중요 사적 사안에 관하여 공권력으로부터 간섭을 받음이 없이 스스로 결정할 수 있는 권리라고 정의하고 있다(정규원, 1999).

자기결정론의 방법론적인 면에서 환자나 보호자에게 자기결정을 돕기 위해 환자가 사실을 인지하고 숙고하고 결정할 충분한 시간을 주도록 해야 한다(Nordgren & Fridlund, 2001). 이미 검사를 위해 약을 투여 받았다거나 금식을 한 상태라거나 혹은 수술 일정이 이미 잡혀버린 경우라면 그때 검사나 수술을 통보하고 설명한다고 하여도 환자에게 스스로 결정할 기회를 주는 것과는 다른 의미이다.

환자들은 자기결정에 대한 권한을 원하지만 아직까지는 자기결정권을 실행에 옮기기에는 영향력이 부족하다.

백혜란(2003)은 의료소비자의 알권리에 대한 연구에서 지식수준 상·중·하 집단간의 알권리에 대한 실행 수준간 차이가 존재하지 않아 알권리에 대한 요구수준과 평가수준이 실행에 이르기까지 영향을 주고 있지 않다는 것을 시사하는 결과를 보고하였으며 따라서 의료소비자가 의료서비스를 이용하는 동안 알권리에 대한 요구와

실현평가를 즉각적인 행동으로 표출할 수 있게 하는 교육이 필요하다고 주장하고 있다.

환자는 이렇게 스스로에 대한 결정에서 제외될 때 무력감을 느끼는데, 이런 무력감은 지식과 치료전략에 대한 정보부족으로 생기며 이때 지식은 곧 힘으로 인식된다. 정보라는 지식의 힘의 불균형에 의해서 의사와 환자의 관계가 대등하지 못한 관계로 전락하고, 이것은 환자의 자기결정의 권리가 침해될 여지를 가지게 되는데, 여기서 간호사의 역할이 중요하게 부각된다.

환자가 요구하는 정보제공과 의사결정은 전문 의료인과 보호자와의 신중하고 사려 깊은 의사소통과정을 통한 합의의 과정을 필요로 하며 간호사는 의사와의 의사소통을 함으로써 보호자가 원하는 모든 정보를 얻을 수 있다. 그러나 간호사는 이러한 충분한 정보를 제공하여 환자와 보호자를 대신하는 의사결정이 아니라, 환자와 보호자가 자율적인 의사결정을 할 수 있도록 도와주는 역할을 해야 하기 때문에, 전문 의료인과 가족 간의 상호합의와 공감대가 형성되게끔 도와주는 역할이 선행되어야 할 것이다(공병혜, 2003).

간호사들은 생명을 연장시키는 일상적인 또는 특별한 방법에 관하여는 환자에게 아무런 이득이 없거나 또는 감당하기에 너무 위험이 따르는 특별한 방법들을 거부할 환자의 권리를 인식하고 변호해 주어야 한다(한성숙, 2007; Scand, 2005). 망각하지 말아야 할 것은 환자의 권리를 인식하고 변호한다는 것이 그들을 대신해 의사결정 한다는 의미가 아니라는 것이다. 즉, 간호사의 역할은 인생의 끝에서 있는 환자의 곁에서 그들이 그들 자신의 정신과 신체에 관하여 어떤 결정을 내려야 할 때 그들의 결정을 기다려 주고, 지지해 주어야 한다는 말(Briggs, 2002)이지 대신 결정해야 하는 것이 아니란 말이다.

간호제공 상황에서 환자의 참여정도는 간호사에 의해 달라지므로 간호사는 그들의 간호 실무에 반드시 환자의 참여를 유도해 균형을 유지할 수 있어야 하며, 환자에 대한 간호와 평가에는 모두 환자의 참여가 필요하다(Sahlsten, Larsson, Plos & Lindencrona, 2005).

이러한 환자의 참여를 통해 간호사는 환자의 희망과 욕구를 파악하고, 지지할 수

있으며 환자의 변호인으로서의 중요한 역할을 수행함으로써 간호사의 임무를 완성해 나갈 수 있게 된다(Scand, 2005).

Hari, Mark, Bharati & Khadka(2007)의 외래환자 500명을 대상으로 한 알권리와 자기결정에 대한 연구에 의하면 어린 사람보다 60세 이상의 환자에서 진료경과에 대해 알기를 더 원하였으며( $p<.01$ ), 교육수준이 높은 사람일수록 자신에 관한 결정을 스스로 하기를 원한다( $p<.01$ )고 하였다.

김승남(1996)의 연구에서 서로 생각이 다를 때에 의료이용자 56.6%가 ‘의료진의 뜻에 따른다’고 대답해 건강에 대한 의사결정에 있어 자기 자신보다는 의료진의 결정에 더 의존적인 성향이 있음을 알 수 있었으며, 조인숙과 박영숙(2004)은 중년여성의 규칙적인 자궁경부암 검진 이행관련 요인에 대한 연구에서 교육수준이 높을수록 검진 이행률이 높았으며( $OR=2.99$ ,  $95\% CI=1.14-7.85$ ), 검진에 대한 지식은 검진 이행률에 유의한 영향을 미치지 않는다( $95\% CI=.75-1.05$ ,  $p<.166$ )고 보고하였다.

강명근 등(1998)의 환자가 결정권을 가져야 한다는 점에 대한 찬성태도는 적으며 치료방식을 환자가 결정할 수 있어야 한다는데도 찬성태도가 적다는 연구결과에서 환자들은 진료과정에서의 의사결정에서 의사에게 의존적임을 보여주어 현실적으로 진료과정에서의 의사결정이 환자중심으로 이루어지고 있는지에 대한 연구의 필요성을 제시하고 있다.

앞으로는 의료 소비자 입장에서의 권리 강조 및 자율성 존중 원칙의 강화에 따라 환자에게 직접 암 등의 진단이나 침습성, 진료에 대한 이야기를 해야 하는 것이 하나의 큰 흐름이라는 것이 대다수 전문가들과 의료 윤리학자들의 의견이다(이해균, 2008).

따라서 이러한 시대의 변화에 맞추어 간호사의 역할을 찾아내고 개발하고 적용하는 것은 우리의 의무라고 볼 수 있겠다.

## 제3장 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 환자들의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정에 관한 실태를 파악하고 그 관계를 분석한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구대상

본 연구는 서울시와 경기도 성남시에 위치한 2개의 대학병원 내시경실을 방문한 외래환자를 대상으로 다음의 선정기준에 맞는 대상자 249명을 임의표집하여 추출하였다.

본 연구의 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

- 1) 외래 진료를 받은 적이 있는 성인
- 2) 위·대장내시경 검사를 시행한 적이 있거나 시행할 계획이 있는 자
- 3) 연구목적에 이해하고 참여를 수락한 자

### 3. 연구도구

본 연구에 사용한 측정도구는 다음과 같다.

- 1) 알권리에 대한 인식도 측정도구

환자의 알권리에 대한 인식도는 문헌고찰을 통해 연구자가 구성하였으며, 지도교수의 검토를 거쳐 수정, 보완하였고 그 내용으로는 알권리 관련 법적·제도적 장치의 존재 여부, 규제효과와 부여된 권리에 대한 내용, 의사의 설명의무에 대한 내용 및 구속력, 알권리 관련의식화 정도, 병원에서의 알권리 실현도 등이다. 총 27문항으로 Likert 5점 척도로 구성하였으며 점수가 높을수록 알권리에 대한 인식의 정도가 높은 것이며 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .78$  이다.

## 2) 자기주도적 의사결정에 관한 측정도구

자기주도적 의사결정에 대한 척도는 Cox(1985)가 제작하여 사용한 The Health Self-determination Index (HSDI)를 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 번안하여 사용한 건강 자기-결정 지표로 총 16문항으로 구성되어 있으며 자기결정, 건강 문제에 대한 능력감, 내적·외적 신호에 대한 반응성, 그리고 건강 판단에 있어서 자기결정의 4개 하위영역으로 구성되어 있다. 5점 척도로 점수가 높을수록 자기주도적 의사결정을 하는 성향임을 의미하며 최애숙(1988)의 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .73$ , 조인숙과 박영숙(2004)의 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .6074$  였으며, 본 연구에서의 Cronbach's  $\alpha = .60$  이다.

## 4. 자료수집 방법 및 절차

본 연구의 자료수집 기간은 2008년 10월 20일부터 11월 10일까지였으며 자료의 수집은 서울시 및 경기도 소재 각각 한 곳씩의 대학병원 내시경검사실에서 부서장의 동의를 받아 이루어졌다. 총 249부의 설문지를 배부하고 회수하였으며 응답이 부정확한 13부의 설문지를 제외한 236부를 자료 분석에 이용하였다.

외래진료 후 내시경 검사를 위해 검사실을 방문한 외래환자를 대상으로 검사시행 전에 연구자와 연구보조원이 직접 연구목적을 설명하고 동의를 받은 후 스스로 설



문에 응하도록 하였으며 설문조사에 걸리는 시간은 15분에서 20분 정도이었다.

## 5. 윤리적 고려점

대상 병원의 임상시험심사위원회 담당자에게 심사 불필요 연구라는 구두 허락을 받고, 외래 검사부서와 연구대상자에게 협조와 동의를 구한 다음 설문지를 배부하고 회수하였다. 수집된 자료는 익명으로 처리하고 연구 목적으로만 사용하며, 연구 참여는 자발적인 것으로 본 연구에 동의한 경우라도 언제든지 철회할 수 있다는 것을 언급하였다.

## 6. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/PC+ 11.5 통계프로그램을 이용하여 다음과 같이 전산 통계 처리하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 각각 실수와 백분율로 구하였다.
- 2) 알권리에 대한 인식 정도와 자기주도적 의사결정 정도는 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.
- 3) 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정과의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient로 분석하였다.
- 4) 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 및 자기주도적 의사결정의 차이는 평균과 표준편차, Independent t-test 와 One-way ANOVA를 이용하여 분석하였다.
- 5) 도구의 신뢰도 검정을 위해 Cronbach' s  $\alpha$ 를 산출하였다.

## 7. 연구의 제한점

1) 알권리 관련 설문 문항의 내용과 사용된 언어가 다소 어려워 대상자의 폭이 좁았을 수 있고, 자기주도적 의사결정의 인식에 대한 설문은 신뢰도가 Cronbach's  $\alpha = .60$  으로 낮아 본 연구 결과를 일반화하여 해석할 때는 신중을 기하여야 한다.

2) 수도권 2개 병원의 외래환자만을 대상으로 조사한 자료이므로 연구 결과를 일반화 하는데 한계가 있다.

## 제4장 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서는 대상자의 일반적 특성으로 성별, 나이, 결혼상태, 학력, 종교, 직업, 경제상태의 종류 등을 조사하였다.

연구 대상자는 총 236명으로 성별은 남자가 124명(52.5%), 여자가 112명(47.5%)으로 남자가 약간 많았으며, 나이는 40대가 27.1%로 가장 많았고, 50대(22.5%), 61세 이상(20.0%), 30대(18.6%), 30세이하(11.8%)의 순이었다. 결혼 상태는 기혼이 83.9%로 가장 많았으며, 미혼(13.6%), 기타(2.5%)의 순이었다. 학력은 대졸이상(61.0%), 고졸(31.4%), 중졸이하(7.6%)의 순으로 비교적 고학력이었으며, 종교는 기독교(25.9%), 천주교(17.8%), 불교(23.7%), 무교(29.2%), 기타(3.4%)의 순으로 고르게 분포하였다. 직업은 주부(28.0%), 전문직(20.8%), 회사원(15.7%), 상업(8.1%), 기술직(6.8%), 무직(6.3%), 농업(1.6%)의 순이었다. 경제 상태는 ‘중’이라고 답한 사람이 76.7%로 가장 많았으며, ‘상’ 과 ‘하’로 답한 사람은 각각 13.1%, 10.2%였다<표1>.

<표1> 전체 대상자의 일반적 특성 분포

(N=236)

변수	구분	실수(명)	백분율(%)
성별	남자	124	52.5
	여자	112	47.5
나이	30세 이하	28	11.8
	31 - 40 세	44	18.6
	41 - 50 세	64	27.1
	50 - 60 세	53	22.5
	61세 이상	47	20.0
결혼상태	기혼	198	83.9
	미혼	32	13.6
	기타	6	2.5
학력	중졸이하	18	7.6
	고졸	74	31.4
	대졸이상	144	61.0
종교	기독교	61	25.9
	천주교	42	17.8
	불교	56	23.7
	무교	69	29.2
	기타	8	3.4
직업	전문직	49	20.8
	기술직	16	6.8
	회사원	37	15.7
	상업	19	8.1
	농업	4	1.6
	주부	66	28.0
	무직	15	6.3
	기타	30	12.7
경제상태	상	31	13.1
	중	181	76.7
	하	24	10.2

## 2. 환자의 알권리에 대한 인식 정도

환자의 알권리에 대한 인식 정도는 5점 척도에서 평균평점이  $3.67 \pm 1.04$ 점 이었고, 이를 세분화한 결과 의료행위의 목적이나 결과, 다른 치료방법에 대한 설명 등을 들어야 한다는 알권리 관련 의식화 정도와 의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식은 각각  $4.14 \pm 1.03$ ,  $4.13 \pm 1.01$  로 비교적 높게 나타났으나, 자신에게 부여된 권리에 대한 인식은  $3.49 \pm 1.06$ , 실제로 환자가 자신의 진료과정에서 병명이나 의료행위의 내용을 아는지에 관한 병원에서의 알권리 실현도는  $3.40 \pm 0.97$ , 그것이 법적으로 보장된 권리인지에 대한 알권리 관련 제도 및 장치의 존재여부에 대한 지식 및 규제효과에 대한 인식은  $3.20 \pm 1.15$  의 순으로 환자의 알권리에 대한 인식 정도의 전체 평균평점보다 다소 낮게 나타났다<표2>.

<표2> 환자의 알권리에 대한 인식 정도

(N=236)

알권리	평균평점 $\pm$ 표준편차
제도, 장치, 규제효과에 대한 인식	$3.20 \pm 1.15$
부여된 권리에 대한 인식	$3.49 \pm 1.06$
의사의 설명의무, 구속력에 대한 인식	$4.13 \pm 1.01$
알권리 관련 의식화정도	$4.14 \pm 1.03$
병원에서의 알권리 실현도	$3.40 \pm 0.97$
평      균	$3.67 \pm 1.04$

알권리에 대한 인식도의 세부 항목별 점수를 보면 다음의 <표2-1>과 같다.

규제 효과에 대한 인식 중 ‘환자의 동의권을 침해한 의사에 대한 처벌 규정을 두고 있다’에 대해 평균평점 2.97 ± 1.15, 부여된 권리에 대한 인식에서 진료기록이나 영상물 등에 대한 요구, 진료비 관련 설명 등에 대한 권리에의 인식 등이 평균평점 2.72 ± 1.40, 2.79 ± 1.44, 3.66 ± 1.22 등으로 다른 인식들에 비교해 낮은 점수를 보였으며, 투여될 약의 결정에서는 평균평점 1.83 ± 0.90 으로 가장 낮은 점수를 보였다. 병원에서의 알권리 실현도 중 행해지는 의료 행위의 내용과 방법에 대해 알고 있는지의 여부에서는 평균평점 2.83 ± 1.02 로 이상의 항목들은 알권리 관련 의식화 정도의 전체 평균평점에 비해 낮은 점수를 보였다.

<표2-1> 세부 항목별 환자의 알권리에 대한 인식 정도

		(N=236)
알권리	세 부 항목	평균평점 ± 표준편차
제도, 장치, 규제 효과에 대한 인식	나의 보건의료에 관한 알 권리는 법적으로 규정되어 있다	3.52 ± 1.15
	우리나라에는 환자의 동의권을 침해한 의사에 대한 처벌 규정을 두고 있다	2.97 ± 1.15
부여된 권리에 대한 인식	나의 진료기록은 다른 병원에서 요구할 때만 요청하는 것이다*	2.72 ± 1.40
	병원에서는 나에게 행해질 진료계획을 내게 알려주어야 한다	4.60 ± 0.81
	내가 지불하는 병원비에 대해 납득될 때까지 설명을 들어야 한다	3.66 ± 1.22
	나에게 행해지는 의료행위의 위험성과 부작용에 대해 설명을 받을 권리가 있다	4.70 ± 0.64
	나의 검사기록, 방사선 필름 등의 사본교부는 다른 병원에서 요청할 때만 가능하다*	2.79 ± 1.44
	어떤 약을 사용할 지를 내가 결정할 수 있다	1.83 ± 0.90
	나 자신의 치료에 관련된 다른 의료기관들의 정보를 알 권리가 있으며 자유로이 원하는 의료기관을 선택할 권리가 있다	4.18 ± 1.02

\*는 도치문항임

<표2-1> 세부 항목별 환자의 알권리에 대한 인식 정도 (계속)

(N=236)

알권리	세부항목	평균평점 ± 표준편차
의사의 설명의 무, 구속력에 대한 인식	나의 알 권리와 관련해 의사의 설명의무는 법적 의무이다	4.19 ± 1.18
	나에게 투여되는 약의 이름과 작용, 부작용까지 알 필요는 없다*	4.49 ± 0.93
	내가 받고 있는 치료방법 외의 다른 방법에 대한 설명까지는 듣지 않아도 된다*	3.80 ± 1.16
	지금의 치료과정과 다른 대안이 있다면 그것에 대한 설명도 들어야 한다	4.50 ± 0.81
	내가 받게 될 모든 의료행위의 위험성과 부작용에 대해 알아야 한다	4.54 ± 0.85
	의료행위가 나에게 유익했다면 설명을 듣지 않아도 만족한다*	3.80 ± 1.13
	의사의 설명은 수술, 처치 등과 같은 수준의 의료행위이다	3.63 ± 1.06
알권리 관련 의식화 정도	나에게 행해지는 의료행위의 목적을 항상 알 필요는 없다*	4.24 ± 1.19
	나에게 행해지는 의료행위의 결과를 항상 알 필요는 없다*	4.49 ± 0.87
	나에게 행해지는 의료행위에 소요되는 시간은 그때마다 다르므로 몰라도 된다*	3.98 ± 1.17
	나에게 행해지는 의료행위의 성공가능성은 미리 알고 있지 않아도 된다*	4.17 ± 1.14
	나의 정신에 이상이 생긴 경우라도 내가 그 사실을 알아야 한다	4.15 ± 1.07
	진료과정에 대한 알 권리가 충족되면 결과를 더 쉽게 받아들일 수 있다	4.13 ± 0.88
	치료의 주체는 환자이다	3.85 ± 1.25
	정보제공은 환자의 자유, 안전을 보장해주며 의료진과의 관계에서 믿음을 갖게 한다	4.19 ± 0.86
	정보제공을 받은 환자는 더 협조적이며 빨리 회복한다	4.12 ± 0.87
병원에서의 알 권리 실현도	나에게 행해지는 의료행위의 방법과 내용을 모를 때가 많다*	2.83 ± 1.02
	나는 나의 병명을 병원에서 듣고 알고 있다	3.98 ± 0.93

\*는 도치문항임

### 3. 환자의 자기주도적 의사결정에 대한 인식 정도

자기주도적 의사결정의 인식 정도는 5점 척도에서 평균평점이  $2.81 \pm 0.90$  이었고, 하위영역에서 자기결정 부분이  $3.03 \pm 0.92$  로 가장 높게 나타났다. 건강에 대한 능력감은  $2.95 \pm 0.89$ , 건강판단에서의 자기결정은  $2.77 \pm 0.96$ , 내, 외적 신호에 대한 반응성은  $2.51 \pm 0.85$  의 순으로 나타났다 <표3>.

<표3> 환자의 자기주도적 의사결정에 대한 인식 정도

(N=236)	
자기주도적 의사결정	평균평점 ± 표준편차
자기결정	$3.03 \pm 0.92$
건강에 대한 능력감	$2.95 \pm 0.89$
내, 외적 신호에 대한 반응성	$2.51 \pm 0.85$
건강판단에서의 자기결정	$2.77 \pm 0.96$
평균	$2.81 \pm 0.90$

자기주도적 의사결정에 대한 인식도의 세부 항목별 점수를 보면 다음의 <표3-1>과 같다. 자기결정항목에서 ‘의사와 상담하지 않아도 할 일을 알고 있다’는  $2.41 \pm 0.97$ , ‘나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다’는  $2.97 \pm 0.91$ 로 모두 평균 이하의 점수를 보여 자기 자신보다는 의사의 결정에 더 의존적임을 나타내는 응답을 하였으며, 건강문제에 대한 능력감에 대한 설문에서도 ‘내 생각이 의사의 생각보다 좋다’에서  $2.13 \pm 0.79$ 로 평균이하의 점수를 받아 역시 자기 자신보다는 의사의 결정에 더 의존적임을 알 수 있었다.

내·외적 신호에 대한 반응성에서는 ‘의사가 제안한 것은 다 좋다\*’는  $2.80 \pm 0.81$ , ‘나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다\*’는  $2.42 \pm 0.83$ , ‘의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다\*’는  $2.41 \pm 0.86$ , ‘의사의 생각이 나의 생각보다 더 중요하다\*’는  $2.42 \pm 0.93$  으로 네가지 항목 모두에서 전체 평균평점보다 낮은 점수를 보여 환자들의 의사에 대한 높은 의존성을 볼 수 있었다.



건강판단에서의 자기결정에서도 ‘의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다’에서 평균평점  $2.39 \pm 1.09$ 로 평균보다 낮은 점수를 받아 의사에 대한 높은 의존도를 보이며, ‘나는 건강을 염려한다\*’에서도  $2.24 \pm 0.92$ 로 자신의 건강에 대한 자신감이 부족함을 알 수 있었다<표3-1>.

<표3-1> 세부 항목별 환자의 자기주도적 의사결정에 대한 인식 정도

		(N=236)
자기주도적 의사결정	세부항목	평균평점 ± 표준편차
자기결정	나는 의사와 상담하지 않아도 해야 할 일을 알고 있다	2.41 ± 0.97
	나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다	2.97 ± 0.91
	나는 의사나 간호사가 권하지 않더라도 건강에 도움이 되는 것이라면 행한다	3.21 ± 0.99
	건강에 유의해야 할 일을 내가 안다	3.55 ± 0.81
건강문제에 대한 능력감	의사만이 나의 건강상태가 좋고 나쁜 것을 알고 있다*	3.38 ± 1.07
	다른 사람이 말해주지 않더라도 내가 건강한 상태에 있는지를 안다	3.12 ± 0.86
	내 생각이 의사의 생각보다 좋다	2.13 ± 0.79
	나는 내 건강을 위해 스스로 올바른 일을 하고 있음을 알 수 있다	3.19 ± 0.87
내, 외적 신호에 대한 반응성	의사가 제안한 것은 다 좋다*	2.80 ± 0.81
	나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다*	2.42 ± 0.83
	의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다*	2.41 ± 0.86
	의사의 생각이 나의 생각보다 더 중요하다*	2.42 ± 0.93
건강판단에서의 자기결정	나는 의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다	2.39 ± 1.09
	나는 건강을 염려한다*	2.24 ± 0.92
	내가 행하는 것을 의사가 일일이 점검해 주지 않으면 내 건강을 위해 좋은 것이라고 확신할 수 없다*	3.21 ± 0.95
	나는 건강관리를 다른 사람만큼 잘 하지 못한다*	3.24 ± 0.90

\*는 도치문항임

#### 4. 환자의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정정도의 관계

알권리에 대한 인식정도와 자기주도적 의사결정정도와의 관계는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다( $r=.008$ ,  $p<.899$ )<표4>.

<표4>알권리에 대한 인식정도와 자기주도적 의사결정정도의 관계

(N=236)

	자기주도적 의사결정	P
알권리에 대한 인식도	.008	.899

#### 5. 환자의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이

성별( $p<.783$ ), 결혼상태( $p<.092$ )에 따른 알권리에 대한 인식도 차이는 각각 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 나이에 따른 알권리에 대한 인식도에서 병원 진료경험도 어느 정도 있으면서 젊은 그룹인 30대에서 가장 높은 점수를 보였으며, 61세 이상의 고령에서 가장 낮은 점수를 보였으나 통계적으로 유의하지는 않았다( $p<.361$ ).

경제상태에 따른 알권리에 대한 인식도는 경제상태 상위라고 답한 그룹에서 하위라고 답한 그룹에 비해 높게 나왔으나 통계적으로 유의하지는 않았다( $p<.501$ ).

학력에 따른 알권리에 대한 인식도는 학력이 높은 군에서 학력이 낮은 군에 비해 알권리에 대한 인식도가 높게 나왔으며 통계적으로 유의한 차이가 있었다( $p<.002$ )<표5>. 사후검정 결과 학력에서 중졸이하와 대졸, 고졸과 대졸에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 중졸이하나 고졸에 비해 대졸에서 알권리에 대한 인식도의 점수가 높았다.

<표5>환자의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이 검정  
(N=236)

특 성	구 분	알권리에 대한 인식도			
		M(± SD)	t 또는 F	P	Scheffe
성별	남자	3.86(.45)	.275	.783	
	여자	3.85(.36)			
나이	30세 이하	3.79(.33)	1.10	.361	
	31-40세	3.95(.41)			
	41-50세	3.83(.40)			
	51-60세	3.87(.40)			
	61세 이상	3.75(.54)			
결혼상태	기혼	3.85(.40)	2.17	.092	
	미혼	3.95(.45)			
	기타	3.48(.35)			
학력	중졸이하 <sup>a</sup>	3.63(.47)	5.29	.002	a,b < c
	고졸 <sup>b</sup>	3.76(.41)			
	대졸이상 <sup>c</sup>	3.93(.38)			
경제상태	상	3.88(.44)	.693	.501	
	중	3.86(.40)			
	하	3.76(.44)			

## 6. 환자의 일반적 특성에 따른 자기주도적 의사결정정도 차이

성별( $p<.399$ ), 결혼상태별( $p<.943$ ) 자기주도적 의사결정정도는 각각 통계적으로 유의하지 않았다.

나이별 자기주도적 의사결정정도는 통계적으로 유의하였는데( $p<.002$ ), 40대에서 가장 높게 나오고 나이가 많아질수록 점수가 낮아졌으며 30세 이하에서 가장 낮게 나왔는데 이는 병원진료경험의 부족으로 인해 나온 결과로 해석되어진다.

학력별로는 대졸이상에서 평균평점 2.87, 중졸이하에서 평균평점 2.65로 고학력일수록 높은 점수를 받아 통계적으로 유의한 차이를 보였으며( $p<.02$ ), 경제상태별로는 경제상태가 상위인 그룹에서 평균평점 2.98로 하위인 그룹의 2.70에 비해 높은 점수를 받아 통계적으로 유의한 차이를 보였다( $p<.028$ )<표6>.

사후검정결과 학력에서 중졸이하는 대졸과 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 중졸이하에 비해 대졸의 자기주도적 의사결정 점수가 높게 나타났다. 경제상태에서는 상위그룹과 하위그룹에서 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며 상위그룹에서 자기주도적 의사결정 점수가 높게 나타났다. 이상의 결과에 의하면, 학력이 높을수록, 경제상태가 상위일수록 환자의 자기주도적 의사결정의 점수가 높음을 알 수 있었다.

<표6>환자의 일반적 특성에 따른 자기주도적 의사결정정도 차이검정

(N=236)

특성	구분	자기주도적 의사결정정도			
		M(± SD)	t 또는 F	P	Scheffe
성별	남자	2.84(.36)	.840	.399	
	여자	2.80(.32)			
나이	30세 이하	2.32(.40)	3.563	.002	
	31-40세	2.87(.24)			
	41-50세	2.89(.31)			
	51-60세	2.84(.39)			
	61세 이상	2.73(.33)			
결혼상태	기혼	2.82(.35)	.128	.943	
	미혼	2.81(.33)			
	기타	2.80(.34)			
학력	중졸이하 <sup>a</sup>	2.65(.42)	3.36	.02	a,b < c
	고졸 <sup>b</sup>	2.75(.31)			
	대졸이상 <sup>c</sup>	2.87(.34)			
경제상태	상 <sup>a</sup>	2.95(.30)	3.643	.028	b,c < a
	중 <sup>b</sup>	2.81(.35)			
	하 <sup>c</sup>	2.70(.31)			

## 제5장 논의

본 연구는 환자의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정의 정도를 파악하여 현 시점에서의 환자들의 권리의식 정도를 알아보고 두 개념의 연관성을 알아봄으로써, 간호사가 환자의 권리를 존중해 주기 위한 간호교육 프로그램 개발의 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이며 연구대상은 소화기내과 및 기타 과의 진료를 보고 침습적 검사에 해당하는 위 또는 대장내시경 검사를 받기 위해 병원에 내원한 외래환자를 대상으로 하였다.

본 연구에서 환자의 알권리에 대한 인식의 정도는 5점 척도에서 평균평점  $3.67 \pm 1.04$ 점으로 비교적 높게 나타나 김선민 등(1992)의 입원환자 423명을 대상으로 한 환자들의 권리인식도와 만족도에 관한 연구에서 환자의 권리의식 중 ‘질병에 대한 진단, 치료, 예후에 관해 의사로부터 충분한 설명을 들을 권리가 있다’라는 항목의 알권리관련 권리인식도가 평등한 의료를 받을 권리와 의료사고시 원인규명과 피해 보상 등에 대한 권리에 비해 가장 낮게 나타난 것과 비교해 그동안 환자의 알권리에 대한 의식향상이 상당부분 이루어졌음을 알 수 있었고, 이는 김승남(1996)의 양질의 의료서비스에 대한 외래환자의 인식에 대한 연구에서 75.3%의 환자가 알권리를 당연한 권리로 인식하고 있다고 한 연구와 유사한 결과이며, 백혜란(2003)의 의료소비자의 알 권리에 대한 연구에서 의료소비자들이 알권리에서 높은 요구수준을 보인다고 한 것과는 유사하다.

이승희(2008)의 응급실 환자와 간호사가 지각하는 간호요구도 비교에 대한 연구에서 질병이나 퇴원 전, 후 환자가 시행해야 하는 자기간호방법에 대한 교육이나 정보제공이 진단 및 치료에 관련된 간호 요구도에 이어 두 번째로 높아 환자가 지각하는 간호요구도의 상당 부분을 차지하고 있는 것 역시 환자의 알권리에 대한 인식도가 높다는 결과를 지지하며, 이해균(2008)의 암 고통에 대한 외래환자들의 견해에 대한 연구에서 89.2%의 환자가 본인이 암에 걸린 경우 의사에게서 직접 그 사실을 듣고 싶다고 답한 연구결과와도 유사하다.

환자의 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 정도 차이에서 젊은 그룹인 30대에서 가장 높은 점수를 보이고, 61세 이상의 고령에서 가장 낮은 점수를 보여 젊을수록 알권리에 대한 인식이 높게 나타난 것은 10대 환자에서 권리인식도가 가장 높고 50세 이상에서 가장 낮아 나이가 많을수록 권리인식도가 낮아지는 경향( $p < .05$ )이 있다고 보고한 김선민 등(1992)의 연구결과와 유사하며, 학력에 따른 알권리에 대한 인식도가 통계적으로 유의한 차이가 있다( $p < .002$ )고 나온 결과는 안명숙(2007), 백혜란(2003), Sakellari(2003), 송현미(2000) 등이 알권리에 대한 환자에의 교육의 필요성을 주장한 것을 지지한다.

세부적으로는 의료행위의 목적이나 결과, 다른 치료방법에 대한 설명 등에 대한 알권리 인식은 평균평점  $4.14 \pm 1.03$ 으로 높은 수준이나, 권리의 법적 보장여부와 치료의 주체에 대한 인식, 진료기록이나 영상물, 진료비 관련 설명 등에 대한 권리 인식은 평균평점에 비교해 낮은 수준이어서 실제로 임상에서 환자가 이러한 권리들을 주장했을 때 까다로운 환자로 취급하고 있지는 않는지 반성해 볼 여지가 있다고 보여지며, 환자의 요구가 있을 때 어려움 없이 응해줄 수 있을 정도로 간호사의 업무능력과 지식을 개발할 필요가 있다고 생각되며, 강창희(2003)의 자율규제로서의 의료인 면허 관리에 관한 글에서 주장한 소비자의 욕구를 충족시켜주는 융통성 있는 소비자 중심의 의료시스템으로의 변화의 필요성을 확인시켜주고, Sakellari(2003)가 병원의료 인력을 대상으로 한 교육프로그램의 당위성을 주장한 것을 지지한다.

또 본인의 병명을 아는 정도와 행해지는 의료 행위의 내용과 방법에 대해 알고 있는지의 여부에서 모두 평균평점보다 낮은 점수가 나와 환자들의 알권리 인식의 신장에 비해 그에 상응하는 의료계의 환자의 알권리 옹호의 수준은 아직 더 향상이 필요함을 알 수 있었다.

대상자의 일반적 특성 중 학력에서 대졸이상이 61.0%로 가장 높게 나와 비교적 응답자가 고학력자였는데, 이것은 알권리 관련 설문 문항의 내용과 사용된 언어가 다소 어려워서 생긴 결과로 보다 쉬운 용어를 사용하여 많은 대상자에게 적용할 수 있는 도구의 개발이 필요한 부분이며, 알권리에 대한 사회적 의식의 고취로 알권리 관련 연구가 반복적, 지속적으로 이루어지고 연구간 결과의 차이나 변화를 공유하

기 위해서는 보편화할 수 있는 도구의 개발이 이루어져야 한다고 보여진다.

환자들의 알권리 관련 인식의 정도는 비교적 높은 수준이나 자기주도적 의사결정에 대한 인식은 5점 척도에서 평균평점  $2.81 \pm .90$  으로 알권리 관련 인식에 비교해 약간 낮아 환자들은 아직도 병원에서 자신의 진료의 방향에 대한 결정에서 의료진의 의견을 많이 따르는 것으로 보여진다. 이는 조인숙 등(2004)의 중년여성의 규칙적인 자궁경부암 검진 이행관련 요인에 관한 연구에서 자궁경부암과 검진에 대한 지식이 검진 이행률에 유의한 영향을 미치지 않는 것(95% CI=.75-1.05,  $p < .166$ )과 유사한 결과이며, 알권리에 대한 요구수준과 평가수준이 실행에 이르기까지 영향을 주고 있지 않다는 백혜란(2003)의 연구와도 유사하다.

이는 또한 강명근 등(1998)의 환자와 의사의 의료에 대한 태도 차이에 대한 연구에서 환자의 알 권리에 대한 태도가 비교적 상당히 보편화 된 것에 비해 의료에서 환자가 결정권을 가져야 한다는 점에 대한 찬성태도는 적으며 치료방식을 환자가 결정할 수 있어야 한다는 데도 찬성태도가 적다는 연구결과와도 유사하다.

김승남(1996)의 연구에서 의료진과의 의견이 다를 때 의료이용자의 56.6%가 의료진의 뜻에 따른다고 답한 결과도 자기결정에 있어서는 아직 의료진에게 높은 의존도를 보이고 있는 결과를 반영하고 있다.

세부항목에서는 자기결정 항목에서 ‘의사와 상담하지 않아도 할 일을 알고 있다’, ‘나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다’ 모두 평균 이하의 점수로 자기 자신보다는 의사의 결정에 더 의존적이었으며, 건강문제에 대한 능력감에 대한 설문에서도 ‘내 생각이 의사의 생각보다 좋다’에서 평균이하의 점수를 받아 역시 자기 자신 보다는 의사의 결정에 더 의존적이었다.

내·외적 신호에 대한 반응성에서는 ‘의사가 제안한 것은 다 좋다\*’, ‘나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다\*’, ‘의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다\*’, ‘의사의 생각이 나의 생각보다 더 중요하다\*’의 네 가지 항목 모두에서 전체 평균평점보다 낮은 점수를 보여 환자들의 의사에 대한 높은 의존성을 볼 수 있었다.

건강판단에서의 자기결정에서도 ‘의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다



내 자신이 결정해야 한다고 생각한다'에서 평균평점  $2.39 \pm 1.09$ 로 평균보다 낮은 점수를 받아 의사에 대한 높은 의존도를 보이며, '나는 건강을 염려한다\*'에서도  $2.24 \pm 0.92$ 로 자신의 건강에 대한 자신감이 부족함을 알 수 있었다.

이를 통해 알권리에 대한 요구도는 높으나 현실적으로 이 요구에 대한 충족이 충분하지 않고, 정보의 부족으로 인해 자기주도적 의사결정에 어려움이 따른다고 해석할 수 있으며, 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정에 대한 인식 사이의 불균형이 있음을 알 수 있었다.

Hari 등(2007)의 외래환자를 대상으로 한 알권리와 자기결정에 대한 연구에서 일반적 특성에 따른 자기주도적 의사결정 정도 차이에서 교육수준이 높은 사람일수록 자신에 관한 결정을 스스로 하기를 원한다( $p < .01$ )고 한 것은 본 연구의 학력별 자기주도적 의사결정 정도의 차이( $p < .02$ )가 통계적으로 유의하게 나온 것과 유사하다. 이것은 또한 통계방법이 달라 직접 비교할 수는 없지만, 조인숙 등(2004)의 중년여성의 규칙적인 자궁경부암 검진 이행관련 요인에 대한 연구에서 교육수준이 높을수록 검진 이행률이 높은 결과를 보인 것과도( $OR=2.99$ ,  $95\% CI=1.14-7.85$ ) 유사하다고 할 수 있다.

학력에 따른 알권리에 대한 인식도에 유의한 차이가 있고 연령대별( $p < .002$ ), 학력별( $p < .02$ ), 경제상태별( $p < .028$ ) 자기주도적 의사결정의 정도가 각각 통계적으로 유의하였다는 결론을 통해 환자들은 각자의 사회적 배경에 따라 스스로의 신체에 대한 권리를 행사하고 자신의 의견을 표현하는데 차이가 있다는 것을 알 수 있었고, 이를 토대로 사회, 경제적 상태와 개성이 각각 다른 환자와 가족별로 차별화된 접근법을 통해 자기결정에 대한 간호가 이루어져야 함을 유추할 수 있었다.

침습적 검사를 앞두고 있긴 하지만, 외래환자의 특성상 자신의 질병의 심각성에 대한 인식이나 알고자 하는 내용 등에 있어 입원환자와는 차이가 있을 수 있어 본 연구가 전체 환자를 대표하기는 어렵고, 수도권 2개 병원에 국한된 자료이므로 좀 더 넓은 지역을 대상으로 한 반복연구가 필요하다고 보여지며, 자기주도적 의사결정의 인식에 대한 설문 신뢰도가 Cronbach's  $\alpha = .60$ 으로 낮아 도구의 개발이 필요하다고 사료된다.

환자가 다양한 선택에 대해 판단을 내리고 심사숙고할 수 없거나, 대안 선택이나

치료거부 과정의 의미를 이해하지 못했다고 여겨진다면 환자의 보호자로서 그리고 대변인으로서 그들을 지지하고 정보를 제공(한성숙, 2007)하는 것이 간호사로서의 필수적인 임무라 할 수 있겠다.

각종 간호행위를 하기에 앞서 환자에게 설명하는 것은 물론 환자의 여러 가지 질문에 응답할 만한 업무지식과 행정지식 등을 습득하고 있어야 환자의 요구에 망설임 없이 응할 수 있게 되므로 간호사를 대상으로 한 윤리교육과 함께 실무적인 교육이 이루어져야 할 것이며, 환자의 연령대별, 경제 상태별, 학력별 상태에 따라 다양하고 적절한 간호를 수행하기 위해서 의사소통 방법 등에 대한 훈련을 하는 것도 환자의 알권리 실현을 위한 좋은 방법이 될 것이라 생각된다.

또한 환자의 권리가 지켜지기 위해서 의료인 개개인의 높은 윤리성에만 의존하는 것이 아니라 바쁘고, 시간이 없더라도 환자에게 정보를 제공하고, 생각하고 판단할 시간을 줄 수 있는 전체적인 시스템이 필요하다(Collier & Joe, 2007).

결론적으로 환자의 알권리에 대한 인식이 높은 것에 비해 자신의 건강문제에 대한 사항들을 스스로 결정하고자 하는 인식은 낮은 편으로 두 인식 사이에 불균형이 존재하며 이 불균형을 조율하기 위해 간호사는 옆에서 그들을 지지하고, 스스로 결정할 수 있도록 여러 가지 정보를 제공하는 것은 물론 의료계 환경이 변화 될 수 있도록 하는데 참여해야 할 것이다.

## 제6장 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구는 환자의 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정의 정도를 파악하고 두 개념의 연관성을 규명함으로써, 간호사가 환자의 권리를 존중해 주기 위한 간호 교육 프로그램 개발의 기초를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다.

자료수집은 2008년 10월 20일부터 11월 10일까지 서울시 및 성남시 소재 대학병원 내시경실을 방문하여 침습적 검사인 위·대장 내시경검사를 받기위해 대기 중인 외래환자를 대상으로 하였으며, 연구도구로 환자의 알권리에 대한 인식도는 문헌고찰을 통해 연구자가 구성하고 지도교수의 검토를 거쳐 수정·보완한 Likert 5점 척도로 구성된 총 27문항의 도구를 사용하였고, 자기주도적 의사결정에 대한 척도는 Cox(1985)의 The Health Self-determination Index (HSDI)를 최애숙(1988), 조인숙과 박영숙(2004)이 번안하여 사용한 건강 자기-결정 지표를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS/PC+ 11.5 통계프로그램을 이용하여 처리하였고, 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율을, 알권리에 대한 인식정도와 자기주도적 의사결정 정도는 평균과 표준편차를, 알권리에 대한 인식과 자기주도적 의사결정과의 상관관계는 Pearson's Correlation Coefficient를, 일반적 특성에 따른 알권리에 대한 인식 및 자기주도적 의사결정의 차이는 평균, 표준편차, Independent t-test 와 One-way ANOVA를 이용하여 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1) 환자의 알권리에 대한 인식정도는 평균평점  $3.67 \pm 1.04$  로 나타났고, 알권리 관련 의식화정도, 의사의 설명의무와 구속력에 대한 인식, 부여된 권리에 대한 인

식, 병원에서의 알권리 실현도, 알권리 관련 제도와 장치의 존재여부 및 규제효과에 대한 인식의 순이었다.

2) 자기주도적 의사결정의 인식정도는  $2.81 \pm 0.90$  로 나타났고, 자기결정, 건강에 대한 능력감, 건강판단에서의 자기결정, 내·외적 신호에 대한 반응성 순으로 나타났다 .

3) 알권리에 대한 인식도와 자기주도적 의사결정과의 관계는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다( $r=.008, p<.899$ ).

4) 학력에 따른 알권리에 대한 인식도는 통계적으로 유의한 차이가 있었다 ( $p<.002$ ).

5) 연령대별( $p<.002$ ), 학력별( $p<.02$ ), 경제 상태별( $p<.028$ ) 자기주도적 의사결정의 정도는 각각 통계적으로 유의하였다.

이상의 결과를 종합해 보면 알권리에 대한 인식도와 자기주도적 의사결정과의 관계는 통계적으로 유의하지 않으나 환자들의 자기주도적 의사결정에 대한 인식정도는 평균평점  $2.81 \pm 0.90$ 로 알권리 관련 인식정도의 평균평점  $3.67 \pm 1.04$ 와 비교해 볼 때 낮은 편이어서, 환자들은 자신의 진료과정에 대해 알고자 하고 아는 것을 당연한 권리로 여기고 있으나, 자신의 진료 방향의 결정에 대해서는 아직도 의료진의 의견에 많이 의존적인 것으로 보여 진다. 학력은 알권리에 대한 인식 및 자기주도적 의사결정에 모두 영향을 미치는 공동인자이며 연령과 경제상태가 자기주도적 의사결정에 영향을 미친다는 결과로 환자의 알권리 및 자기주도적 의사결정 등에 관한 의식향상을 위한 교육의 필요성과 간호사의 입장에서 환자가 자기결정을 함에 있어 지지해주어야 할 대상을 좀 더 구체화 할 수 있음을 시사한다.

## 2. 제언

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 환자에게 시행되는 진료과정에서 환자의 자기결정권이 더 많이 신장되어야 하므로 이를 위한 환자 및 의료인의 교육 혹은 시스템의 개발이 이루어져야 할 것이다.

2) 학력은 알권리에 대한 인식에 영향을 미치고, 연령대, 학력, 경제상태 등은 자기주도적 의사결정에 영향을 미치는 인자이므로 간호 대상자 별로 차별화된 권리향상 지지체계 및 방법이 개발되어야 한다.

3) 알권리와 관련하여 폭넓은 대상자에게 적용할 수 있는 도구의 개발이 필요하며, 자기주도적 의사결정의 인식에 대한 설문은 신뢰도가 Cronbach' s  $\alpha = .60$  으로 낮아 수정된 도구의 개발이 요구된다.

4) 수도권 2개 병원의 외래환자에 국한된 자료이므로 연구 결과를 일반화 하는데 한계가 있어 좀 더 넓은 지역과 폭넓은 환자를 대상으로 한 반복연구가 필요하다.

## (참고문헌)

- 장명근, 박종구, 김한중, 손명세, 김달래, “환자와 의사의 의료에 대한 태도 차이”,  
보건연구정보센터, 1998.
- 장창희, “자율규제로서 의료인 면허관리”, 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실,  
2003.
- 공병혜, “간호윤리의 정체성을 위한 철학적 탐구”, 범한철학, 30, 2003.
- 김병수, “2007 의사와 의료‘국민의 시선”, 메디칼 업저버, pp.5, 2007.
- 김선민, 이태용, 오장균, 박 암, “입원중인 환자들의 권리인식과 만족도”, 충남의대잡  
지; 19(1), 1992.
- 김승남, 양질의 의료서비스에 대한 외래환자의 인식, 숙명여자대학교 정책대학원 석  
사학위논문, 1996.
- 김윤, “환자중심의료”, 서울대학교 의과대학 의료관리학 교실, 2008
- 박원필, 환자와 의사간의 의사소통 관련 요인의 구조적 관계, 경원대학교 대학원 박  
사학위논문, 2006.
- 백혜란, “의료소비자의 알 권리에 대한 연구”, 한국 가정관리학회지, 21(1), 2003.
- 송현미, 의료 윤리에서의 환자의 권리에 관한 연구, 동아대학교 대학원 교육학 석사  
학위논문, 2000.
- 안명숙, 사전동의에 대한 의사, 간호사 및 환자의 인식과 경험, 동아대학교 대학원  
간호학석사학위, 2007.
- 유병식, “의료분쟁의 예방”, 조선대학교 병원뉴스, 46, 2004.
- 이승희, 응급실 환자와 간호사가 지각하는 간호요구도 비교, 아주대학교 대학원  
석사논문, 2008.
- 이창옥, “의료서비스실태”, 소비자시대, pp.17, 1997.
- 이해균, 암 통고에 대한 외래환자들의 견해, 부산대학교 대학원 석사학위논문, 2008.
- 장준호, 의료소비자의 의료분쟁 해결방안에 관한 연구, 순천향대학교 산업정보 대학  
원 병원서비스 경영학과 병원경영전공 석사논문, 2005.
- 전현희, “의료현장에서의 환자의 인권문제”, 인권과 정의, 371, 2007.

- 정규원, *被害者の承諾에 대한 研究 : 醫療行爲를 中心으로*, 서울대학교 대학원: 법학과 형사법전공 박사 학위논문, 1999.
- 조인숙, 박영숙, “중년여성의 규칙적인 자궁경부암 검진 이행관련 요인”, *대한 간호학회지*, 34(1), 2004.
- 최애숙, *고혈압 환자의 자가간호에 대한 결정정도와 이행 행위간의 관계연구*, 이화여자대학교 대학원 석사논문, 1987
- 최행식, “의사의 설명의무와 환자의 자기결정권”, *법학연구*, 17, 2004.
- 한성숙, “말기 암환자 간호에서의 윤리적인 문제”, *생물학연구정보센터 BioWave*, 19(12), 2007.
- 홍경자, “아동용 건강자기결정 지표의 타당도 및 신뢰도 조사-미국 아동을 대상으로-“, *아동간호학회지*, 1(1), 1995.

- Briggs, "The Nurse's Role on End-of-Life Decision Making for Patients and Familise", *Geriatric Nurse* , 23(6), 2002
- Collier, Joe, "The patient's right to know", *Academic Search Premier*, 47(5), 2007
- Hari D, Mark Z, Bharati D, Khadka P , "Patients' attitude towards concept of right to know", *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*, 5, pp. 591-5 , 2007.10
- Kvale K, Bondevik M, "What is important for patient centred care? A qualitative study about the perceptions of patients with cancer ", *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22(4), pp. 582-589, 2008
- Leino-Kilpi H, Kurittu K, "Patients' rights in hospital: an empirical investigation in Finland". *Nurs Ethics*, 2(2), 1995
- Nordgren S, Fridlund B, "Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care", *J Adv Nurs*, 35(1), 2001
- Sakellari, "Patient's autonomy and informed consent", *ICU NURS WEB J*, ISSUE 13, 2003
- Sahlsten MJ, Larsson IE, Plos KA, Lindencrona CS, "Hindrance for patient participation in nursing care", *Scand J Caring Sci*. 19(3), 2005
- Scand J Caring Sci, "Study about the perceptions of patients' with cancer", 2008
- Tuckett, "Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature", *Nursing Ethics*, 11(5), 2004



(부록)

< 설 문 지 >

안녕하십니까?

저는 아주대학교 간호학과 석사과정에 있는 학생입니다.

본 설문지는 병원에 내원하여 검사나 치료, 입원 등의 경험이 있는 분들을 대상으로 하여 알 권리에 관한 인식과 자기주도적 의사결정과의 관계를 알아보기 위한 조사입니다.

이 조사연구를 통하여 환자가 자신의 치료에서 주체가 되도록 하는 환자의 권리를 옹호하는 간호사의 역할을 공고히 하는 자료를 제공하는데 기초가 되고자 합니다. 귀하께서 제공해 주시는 자료는 오직 학문적 목적으로만 사용될 것이며, 익명으로 개인적인 일체의 사항은 비밀이 유지됩니다. 귀하께서 제공해 주시는 자료를 병원을 내원하는 환자 및 보호자 간호에 귀중한 자료가 되오니, 이 연구 질문에 동의하시면 힘들고 바쁘시더라도 정확하고 진솔하게 응답하여 주십시오.

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

2008. 9.

아주대학교 간호학과 석사과정

안선화 올림

다음은 귀하께서 알 권리에 대해 인식하고 있는 정도에 관한 질문입니다. 귀하의 생각과 일치하는 곳에 “V”표 해 주십시오.

구 분	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	확실히 그렇다
1) 나의 보건의료에 관한 알 권리는 법적으로 규정되어 있다.					
2) 나의 진료기록은 다른 병원에서 요구할 때만 요청하는 것이다.					
3) 나에게 행해지는 의료행위의 목적을 항상 알 필요는 없다.					
4) 나의 알 권리와 관련해 의사의 설명의무는 법적의무이다.					
5) 나에게 행해지는 의료행위의 방법과 내용을 모를 때가 많다.					
6) 나에게 행해지는 의료행위의 결과를 항상 알 필요는 없다.					
7) 나는 나의 병명을 병원에서 듣고 알고 있다.					
8) 병원에서는 나에게 행해질 진료계획을 내게 알려주어야 한다.					
9) 나에게 투여되는 약의 이름과 작용, 부작용까지 알 필요는 없다.					
10) 내가 지불하는 병원비에 대해 납득될 때까지 설명을 들어야 한다.					
11) 내가 받고 있는 치료방법 외의 다른 방법에 대한 설명까지는 듣지 않아도 된다.					
12) 나에게 행해지는 의료행위의 위험성과 부작용에 대해 설명을 받을 권리가 있다.					
13) 지금의 치료과정과 다른 대안이 있다면 그것에 대한 설명도 들어야한다.					
14) 나에게 행해지는 의료행위에 소요되는 시간은 그때마다 다르므로 몰라도 된다.					

구 분	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	확실히 그렇다
15) 내가 받게 될 모든 의료행위의 위험성과 부작용에 대해 알아야 한다.					
16) 나에게 행해지는 의료행위의 성공가능성은 미리 알고 있지 않아도 된다.					
17) 나의 검사기록, 방사선 필름 등의 사본교부는 다른 병원에서 요청할 때만 가능하다.					
18) 의료행위가 나에게 유익했다면, 설명을 듣지 않았더라도 만족한다.					
19) 나의 정신에 이상이 생긴 경우라도 내가 그 사실을 알아야 한다.					
20) 우리나라에는 환자의 동의권을 침해한 의사에 대한 처벌 규정을 두고 있다.					
21) 진료과정에 대한 알 권리가 충족되면 결과를 더 쉽게 받아들일 수 있다.					
22) 어떤 약을 사용할 지를 내가 결정할 수 있다.					
23) 치료의 주체는 환자이다.					
24) 의사의 설명은 수술, 처치 등과 같은 수준의 의료행위이다.					
25) 정보제공은 환자의 자유, 안전을 보장해주며 의료진과의 관계에서 믿음을 갖게 한다.					
26) 정보제공을 받은 환자는 더 협조적이며 빨리 회복한다.					
27) 나 자신의 치료에 관련된 다른 의료기관들의 정보를 알 권리가 있으며 자유로이 원하는 의료기관을 선택할 권리가 있다.					

다음은 귀하께서 스스로 자신의 건강에 대해 판단하는 행위를 결정하는 것에 관한 질문입니다. 귀하의 생각과 일치하는 곳에 “V”표 해 주십시오.

구 분	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	확실히 그렇다
28) 나는 의사와 상담하지 않아도 해야 할 일을 알고 있다.					
29) 의사만이 나의 건강상태가 좋고 나쁜 것을 알고 있다.					
30) 나는 의사가 내 건강에 대해 결정을 내리는 것보다 내 자신이 결정해야 한다고 생각한다.					
31) 나는 건강을 염려한다.					
32) 의사가 제안한 것은 다 좋다.					
33) 다른 사람이 말해주지 않더라도 내가 건강한 상태에 있는지를 안다.					
34) 나는 종종 나의 의견보다는 의사와 간호사의 의견에 더 따른다.					
35) 나의 건강관리 방법이 좋다고 느낀다.					
36) 나는 의사나 간호사가 권하지 않더라도 건강에 도움이 되는 것이라면 행한다.					
37) 내가 행하는 것을 의사가 일일이 점검해 주지 않으면, 내 건강을 위해 좋은 것이라고 확신할 수 없다.					
38) 내 생각이 의사의 생각보다 더 좋다.					
39) 나는 건강관리를 다른 사람만큼 잘 하지 못한다.					
40) 의사나 간호사가 내 건강관리 계획을 돕는 것을 좋아한다.					

구 분	전혀 그렇지 않다	거의 그렇지 않다	보통 그렇다	대체로 그렇다	확실히 그렇다
41) 나는 내 건강을 위해 스스로 올바른 일을 하고 있음을 알 수 있다.					
42) 의사의 생각이 나의 생각보다 더 중요하다.					
43) 건강에 유의해야 할 일을 내가 안다.					

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

44. 성 별 : 남자\_\_\_\_ 여자\_\_\_\_
45. 연 령 : 만\_\_\_\_세
46. 결혼상태 : ①기혼 ②미혼 ③이혼 ④사별 ⑤기타\_\_\_\_
47. 교육정도 : ①무학 ②초등학교졸 ③중졸 ④고졸 ⑤대졸이상
48. 직업 : ①전문직 ②기술직 ③회사원 ④상업 ⑤농업 ⑥주부 ⑦무직 ⑧기타\_\_\_\_
49. 종교 : ①기독교 ②천주교 ③불교 ④무교 ⑤기타\_\_\_\_
50. 경제상태 : ①상 ②중 ③하
51. 알 권리란 관련 법적, 제도적 장치의 존재여부, 규제효과, 부여된 권리에 대한 내용, 의사의 설명의무에 대한 내용 및 구속력 등에 대해 인식하는 정도입니다. 진료과정에 대한 알 권리가 충족되면 결과를 더 쉽게 받아들이겠습니까?  
①예 ②아니오

설문에 응해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

(ABSTRACT)

## The Study of The patient's Right to Know and Self-Determination

Ahn Seon-hwa

Department of Nursing

The Graduate School Ajou University

Directed by Professor Kim, Yong Soon, PhD

The purpose of this study, assessed the recognition of the patient's right to know and the right to self-determination, is to know whether they are in relation each other. This descriptive-correlational study is expected to provide fundamental information for the development of nursing education programs to respect the rights of the patients. This research, Seoul, Seongnam, who visited the lab, located in the university hospital outpatient endoscopy for the extraction and random sampling. The data collected SPSS / PC + 11.5 statistics, the program was processed using the computational statistics.

The results of the study are as follows.

1. The extent of the patient's awareness of the right to know  $3.67 \pm 1.04$  to the average rating shows up, consciousness of the right to know, a doctor and

a binding obligation on the description of the recognition, recognition of the rights granted, not realizing of the right to know in the hospital, The existence of the device and related right to know system and awareness of the effect of regulation said

2. The extent of self-awareness of the initiative decision-making to  $2.81 \pm .90$  the patient's right to know slightly lower than the level of awareness to show up, self-determination, self-confidence for health, self-determination in the decision of the health, reactivity for internal · external signal.

3. Decision-making with self-help initiative for the recognition right to know relationship was not statistically note ( $r = .008$ ,  $p < .899$ ).

4. Education and awareness of the right to know was a statistically significant difference ( $p < .002$ )

5. Age ( $p < .002$ ), the level of the education ( $p < .02$ ), economic power ( $p < .028$ ), respectively, statistics, the extent of his lead in self-determination.

In conclusion, awareness of self-determination with the patient's right to know relationship was not statistically significant. The recognition of patients to make decisions about his leadership of the right to know about relevant when compared to the imbalance between the low side, there are two recognized.

To adjust the imbalance of patients in the treatment process, patients will have more self-decision. So, for the patients and medical personnel and the system of education is the development of the proposals.

---

Key words : patient's right to know, self-determination