의사의 설명의무와 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도에 관한 연구

—Consumer Attitude towards Physicians' Duty to Provide Information and Patients' Self-determination Options and Related Variables—

울산대학교 자연과학대학 가정관리학과
조교수 : 徐 正 姬

Dept. of Home Management Ulsan University
Associated Prof.; Jung Hee Suh

〈목 차〉

Ⅰ. 서론
Ⅱ. 이론적 배경
Ⅲ. 연구모형과 연구문제
Ⅳ. 연구방법과 연구절차
Ⅴ. 결과 및 해석
Ⅵ. 요약 및 결론
참고문헌

〈Abstract〉

The purpose of this article is (1) to measure the attitudes of health care consumers towards medical service, the physicians' duty to provide information and patient self - determination options, (2) to discover the their related variables.

The attitude of health care consumers towards medical service reveals statistically significant corelation with age and education. Among the statistically significant independent variables it is significantly related with age in the multiple regression analysis.

The attitude of health care consumers towards the physicians' duty to provide information reveals statistically significant corelation with age, education and the attitude of health care consumers towards medical service. Among these independent variables it is significantly related with the attitude of health care consumers towards medical service in the multiple regression analysis.

The attitude of health care consumers towards patients' self-determination options reveals statistically significant corelation with age, the attitude of health care consumers towards medical service and the attitude of health care consumers towards the physicians' duty to provide information. Among these independent variables it

is significantly related with the attitude of health care consumers towards the physicians' duty to provide information in the multiple regression analysis.

Ⅰ. 서 론

의사와 환자의 관계는 고도의 지식, 경험 및 숙련된 기술을 요구하는 의료행위를 매개로 하여 이루어진다는 점에서 그 특성을 찾을 수 있다. 이러한 특성 때문에 의사와 환자의 관계는 전통적으로는 환자는 의사를 인격적으로 존중하고, 의사는 환자에게 은혜적인 시술을 하는 인격적인 관계로 형성되었다. 그러나 시장경제가 발달하면서 환자와 의사의 관계는 인격적인 관계에서 계약관계로 변화하게 되었고, 환자의 인권의식이 높아지면서 의료서비스를 소비자의 시각에서 조명하려는 관점이 강하게 대두되었다.

많은 의료전문가들도 '의사-환자관계'(doctor-patient relationships)라는 용어보다는 '의료서비스의 공급자-소비자'(providers-consumers)라는 용어를 사용하고 있다(Reeder,1972). 우리나라의 경우에도 한국소비자보호원(1991:27)이 전국의 48개 종합병원의 의사 122명을 대상으로 실시한 조사에 의하면, 50.9%가 "의사와 환자의 관계를 의료서비스 공급자와 수요자의 대등한 관계로 인식해야 한다"고 응답하였다.

소비자운동이 활발하게 이루어지면서 소비자들은 의료서비스와 관련된 소비자문제에도 관심을 가지게 되었고, 의료행위가 이루어지는 과정에 더 많은 관심을 가지고 참여함으로써, 의사로부터 의료서비스를 일방적으로 수혜받는 수동적인 입장에서 보다 능동적인 역할을 수행하게 되었다.(Christensen과 Wertheimer, 1976; Metsch와 Veney,1976; Franke,1989)

오늘날 종합병원의 거대한 의료조직은 의사와 환자사이에 개인적인 신뢰관계가 형성되는 것을 저해함에 따라 의료기관에 대한 환자의 불만이 높아지게 되었고, 의료분쟁도 증가하는 추세이다. 의료분쟁의 핵심은 의사가 의료과오를 범하였느냐의 여부에 달려있다. 이의 입증은 의사의 도움을 받아야만 가능한데, 의사들의 동료의식 때문에 환자측에서 이를 입증하기가 매우 어려운 것이 현실이다. 물론 각국에서는 환자의 입증책임을 경감해주려고 노력하고 있으나 아직은 미흡한 상황이다. 이러한 의료현실에서 의사의 전단적 의료행위로 부터 환자의 권리를 보호하고자 하는 사상이 대두되었다.(박일환,1985)

1972년 미국의 한 병원에서 처음으로 환자의 권리보호가 선언된 후에, 1981년에는 세계의사연맹이 서문에 환자의 권리가 들어 있는 리스본선언을 채택하였다. 그런데 리스본선언에 포함되어 있는 환자의 권리는 명백히 의사의 측면에서 규정됨으로써 매우 방어적인 성격을 띠고 있다.(양삼승, 1983)

우리나라에서도 '소비자문제를 연구하는 시민의 모임'에서 환자와 의료인의 관계가 계약관계로 변화되고 있는 현실에서, 환자에게 적절한 서비스를 제공하고, 환자가 정당한 대우를 받을 수 있는 제도가 보장되게 하기 위하여 환자의 권리선언문을 작성하였다.

선언적인 성격이 강한 환자의 권리중에서 실제적이면서도 소비자정책적인 면에서 매우 중요한 의미를 지니는 것이 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권이다. 의료서비스의 소비자는 서로 경쟁관계에 있는 치료방법을 스스로 선택할 수 있어야 하고, 이러한 선택을 합리적으로 하기 위해서는 의료서비스와 관련된 모든 정보를 잘 이해하고 있어야 한다. 이 정보는 매우 전문적인 성격을 띠고 있기 때문에 환자가 능동적으로 수집하여 이해할 수는 없다. 바로 이 점 때문에 환자의 자기결정권의 전제조건으로 의사에게 설명의무를 부과하는 것이다.

공공의료정책 및 의료분쟁과 관련된 소비자정책이 효율적으로 형성되고 실행되기 위해서는 이와 관련된 법적·제도적 장치들이 마련되어야 할 뿐 아니라, 이러한 정책의 중요한 수혜자인 소비자들이 이러한 문제들에 관하여 어떠한 태도를 지니고 있는지를 이해해야 한다. 그런데 우리나라에서는 아직 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권에 관한 연구는 법학분야에서만 몇편의 이론적 연구가(권오승, 1987;

박인환, 1985; 이영환, 1982; 석희태,1988) 이루어졌을 뿐이고, 이에 관한 실증적 연구는 전혀 이루어지고 있지 않는 실정이다. 따라서 이 논문에서는 소비자학의 관점에서 탐색적 수준에서 의료서비스, 의사의 설명의무, 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도를 측정하기 위한 척도를 개발하고, 이 척도를 이용하여 이들 문제에 관하여 소비자들이 어떠한 태도를 가지고 있는지를 밝히고, 이들에 영향을 미치는 사회인구학적 변수들을 밝힘으로써 의료서비스와 관련된 소비자정책, 소비자운동 및 소비자교육에 필요한 기초자료를 제공하고, 나아가 가정학분야에서 소비자학분야의 연구영역을 넓히는데 기여하고자 한다.

Ⅱ. 이론적 배경

1. 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권이 대두된 배경

종래에는 환자의 자기결정권과 의사의 설명의무가 다음과 같은 이유 때문에 경시되었다. 첫째, 환자가 처음으로 진료의뢰를 할때 이미 모든 의료행위에 대한 승락이 포괄되어 있고, 환자의 의사는 의료라고 하는 이익에 해소되어 있다. 둘째, 의료의 전문성으로 인하여 의사에게 포괄적인 재량권이 인정되어야 하고, 의학의 발달 때문에 환자는 스스로 자신의 권리를 지킬 수가 없다. 세째, 모든 의사는 마치 법관처럼 그 양심에 따라 독립적으로 진료를 하며 다만 의학에 의해서만 구속되어야 한다. 마지막으로 환자를 고통에서 벗어나게 하여 환자에게 최선의 진료를 하는 것은 의사의 권리이자 의무이므로 환자자신의 의사를 초월해야 한다는 것 등이다.

그러나 인권의식이 의료관계에도 침투하여 환자의 권리와 의사의 의무라는 법적 관념이 형성되게 되었다. 또한 의사의 최선의 의료는 의사의 일방적인 재량으로 성취된다기 보다는 환자가 의료과정에 참여함으로써 완수되기 때문에 환자가 참여할 수 있는 기회가 보장되어야 한다는 사상도 대두되었다.

19세기 중반무렵부터 의사의 설명의무가 법적인 차원에서 논의되기 시작하였으며, 문헌에 나타난 최초의 사건은 1887년 훗날 독일제국의 프리드리히 3세가 된 황태자의 후두암수술사건이다. 이 사건에서 의사는 환자인 황태자에게 병명을 알리지 않고 그를 마취시켜 후두절제수술을 실시하려고 했으나, 그의 부친인 비스마르크가 이를 반대하여 수술을 할 수 없었다. 그후 독일에서는 개인의 자기결정권이라는 관점에서 의사의 설명의무가 강조되어 왔으며, 이러한 경향은 서구의 여러나라에 영향을 미치게 되었다(권오승, 1987).

독일에서는 환자의 자기결정권을 포함하여 환자의 참여를 창출하기 위한 노력이 다각적으로 이루어졌으나 큰 성공을 거두지 못하였다. 그 이유는 환자는 자신이 받는 치료의 효율성이나 원하지 않는 부작용에 관하여 적합한 정보를 가질 수 없었고, 이에 따라 시장에서 제공되는 의료서비스를 자신이 스스로 선택하겠다고 주장할 수 없었기 때문이었다.(Glaeske와 Schefold, 1988)

우리나라에서는 '의술은 인술'이라는 관념이 오랫동안 지배하고 있었기 때문에 의사의 과오가 법적으로 문제되는 경우가 드물었다. 그러나 근대화로 인하여 병원과 의사의 수가 급증하게 되었고, 의료체계가 복잡해짐에 따라 의사와 환자사이에 인격적인 신뢰관계가 희박해진 결과, 의료과오의 문제가 중요한 법적 과제로 대두되게 되었다. 1970년대에 들어서는 의사의 설명의무가 대법원에서 다투어지게 되었고, 이를 계기로 하여 의사의 설명의무에 관한 논의가 이루어졌다.(박인환, 1985)

2. 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권의 개념과 관계

모든 치료행위는 환자의 인체에 대한 침습을 포함하고 있기 때문에 의사가 치료행위를 하려면 환자의 승락을 얻어야 한다. 일정한 치료행위와 관련된 위험을 받아들일 것인지의 여부는 의사가 아니라 환자가 결정할 수 있는 문제기 때문이다. 그런데 환자가 일정한 치료행위에 대하여 동의 또는 승락을 할 것인지의 여부를 결정함에 있어서는 그 치료행위의 내용, 효과 및 그에 따른 위험과 부작용 등에 대하여 충분하게 인식하고 있다는 것이 전제되어야 한다. 바로 이점 때문에 의사에게 설명의무가 부여된다. 그

러므로 의사의 설명의무는 한편으로는 치료행위의 내용과 효과 및 그에 따른 위험이나 부작용을 환자가 분명하게 인식할 수 있도록 해주어야 한다는 것을 의미하며, 다른 한편으로는 이러한 사실에 대한 인식을 기초로 하여 환자에게 절대적인 판단의 자유를 보장해주어야 한다는 것을 의미한다. 누구도 자기의 문제에 관하여 객관적으로 합리적인 판단을 내려야 할 의무는 없으며, 누구도 타인의 문제에 관하여 객관적으로 합리적이지 않다는 이유로 타인의 자기결정권을 침해해서는 안되기 때문이다. 따라서 의사가 환자를 치료할 때에는 성실한 설명을 통하여 환자가 합리적으로 판단을 할 수 있도록 도와주는데 그쳐야지 환자에게 합리적인 판단을 강요하거나 합리적이지 않다는 이유로 환자의 자기결정권을 침해해서는 안된다(권오승,1987; 석희태,1988; 이영환,1982).

3. 의료서비스에 관한 소비자태도

의료서비스의 소비과정에 관한 시각은 변화하고 있다. 과거에는 질병을 사회적인 일탈의 한 형태로 보고, 의사는 사회통제의 대행자로 활동하고 있다고 여김으로써 의사와 환자의 관계를 비대칭적이고 위계적인 관계로 보는 Parsons(1977,1978)의 파라다임이 지배적이었다.

그런데 이러한 파라다임은 두가지의 상호연관된 변화에 의하여 대전환을 맞이하게 되었다. 그 하나는 소비자의 관점으로서 환자의 역할을 수동적인 의료서비스의 수혜자로 보는 관점에서 능동적이고 자율적인 의료서비스의 소비자로 보는 관점으로 변화한 것이고, 다른 하나는 의료서비스를 질병치료과정보다는 건강을 극대화하는 과정으로 보는 관점으로 부분적으로 변화한 것이다.(Reeder, 1972; Dunn, 1979; Twaddle, 1982) 이러한 변화는 의료서비스에 대한 지배적인 관점인 Parsons의 관점을 완전히 제거시키지는 못했지만 서서히 그 영향력을 감소시키고 있다.

여러 종류의 사회운동에 의하여 이러한 변화는 이루어졌다. 건강운동(wellness movement)(Bloch, 1984), 자기치료운동(self-care movement)(Ferguson, 1980), 전일적이고 예방적인 의학운동(holistic-/preventive medicine movement)(Medical World News,1983), 환경보호운동(Epstein, 1979), 소비자운동(Gordon, 1980; Wolfe, Coley and the Health Group, 1981), 정치운동(Forguson, 1980) 등이 이러한 변화에 관여하였다.(Gould, 1988)

이처럼 의료서비스의 소비과정에 관한 파라다임이 변화하면서 Reeder(1972)가 처음으로 의료서비스의 소비자(Health care consumer)라는 용어를 사용한 이래 소비자의 관점에서 의료서비스를 다룬 연구들이 외국에서 이루어졌다.

소비자가 의료서비스가 이루어지는 과정에 참여하는 수준은 인구학적인 변수, 생활양식, 사회심리학적인 변수들에 따라 차이가 있으며(Kirscht, 1983; Harrel과 Fors, 1985; Feick, Herrmann과 Warland, 1986; Gould와 Plank. 1986), 의료서비스의 사용패턴에 따라서도 차이가 있다.(Anderson과 Newman, 1973; Becker 등, 1977; Bush와 Osterweise, 1978; Catalano 등, 1985; Fink, 1969; Sharpe, Smith와 Barbre, 1985; Wan, 1982; Wolinsky, 1978).

Gould(1988)는 건강과 건강관리에 관한 소비자태도를 측정하기 위한 척도를 개발하고, 이들 태도들이 인구학적 변수들에 의하여 차이가 나는 가를 밝혔다. Kelman(1976)은 의료서비스의 질을 결정함에 있어서 소비자가 관여하여 제기될 수 있는 이데올로기적 관점을 규명하였다. Dismuke와 Muller(1983)는 의사들이 하는 환자교육을, Boscarino와 Stelber(1982)는 병원쇼핑과 소비자선택에 관한 연구를 하였다.

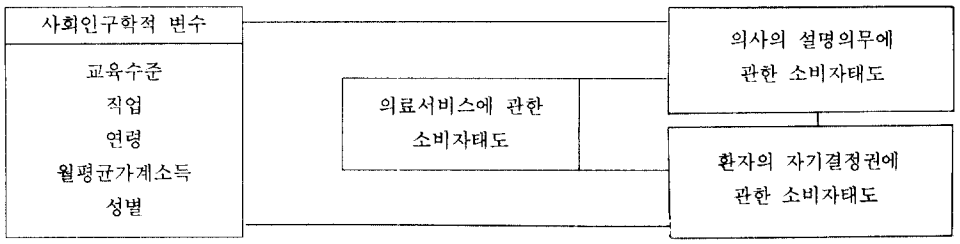
이상에서 선행연구를 고찰한 바에 의하면 의료서비스의 소비자는 모든 의료과정에 포함되는 치료방법을 자신이 결정한다는 것을 의미하는 환자의 자기결정권과 이의 전제조건이 되는 의사의 설명의무에 대하여 소비자들이 어떠한 태도를 형성하고 있는지를 실증적으로 조사한 연구는 우리나라 뿐만 아니라 외국에서도 이루어지지 않았다는 것을 알 수 있다.

Ⅲ. 연구모형과 연구문제

1. 연구모형

선행연구를 고찰한 결과에 의하면 소비자가 의료

〈그림 1〉 연구모형



서비스가 이루어지는 과정에 참여하는 수준과 건강과 건강관리에 대한 소비자태도는 사회인구학적 변수들에 따라 차이가 있었을 뿐만 아니라, 소비자태도에 관한 수많은 연구들도 비록 그 결과는 일치하지 않으나 사회인구학적 변수들의 영향을 받는 것으로 밝혀졌다. 그러므로 의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무에 관한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 사회인구학적 변수들에 따라 차이가 있을 것이라는 가설을 연역적으로 도출할 수 있을 것이다. 이 논문에서는 교육수준, 직업, 연령, 월평균가계소득 및 성별 등의 사회인구학적 변수들을 연구모형에 포함시켰다. 의사의 설명의무는 환자의 자기결정권의 전제조건이므로 의사의 설명의무에 관한 소비자태도는 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도에 영향을 미칠 것이라는 가설도 또한 연역적으로 도출할 수 있었다. 그리고 의사의 설명의무에 대한 소비자태도와 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도는 의료서비스에 관한 소비자태도에 의해서도 영향을 받을 것이라고 가정할 수 있기 때문에 이 변수를 매개변수로 설정하였다. 이들 변수들의 관계는 〈그림1〉에 제시되어 있다.

2. 연구문제의 설정

이 연구는 탐색적 수준에서 이루지는 것이므로 연구가설을 구체적으로 설정하지 않고, 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

〈연구문제 1〉 이 논문에서 개발한 척도로 측정한 의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무에 관한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도는 어떠한가?

〈연구문제 2〉 사회인구학적 변수, 의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무에 관한 소비자태도, 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도는 어떠한 관계를 보일 것인가?

Ⅳ. 연구방법과 연구절차

1. 척도의 구성

Gould(1988)가 건강과 건강관리에 관한 소비자태도를 측정하기 위하여 구성한 40개의 문항 중에서 일반적인 건강에 관한 문항은 제외하고, 의료서비스에 관한 문항을 20개 선택하였다. 이렇게 선정된 문항에 대하여 '매우 찬성'의 5점부터 '매우 반대'의 1점에 이르는 5점 Likert형 척도를 이용하여 의료서비스에 관한 소비자태도에 대한 척도를 개발하였다. 문항분석을 하여 변별도가 낮은 문항을 제외한 후에 11문항을 선정하여 분석에 사용하였다. 이 11문항의 신뢰도는 Cronbach의 α계수로 측정하였는데 그 값은 .65이다.

의사의 설명의무에 관한 소비자태도와 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도에 대한 척도는 관련문헌의 내용을 분석하여 문항을 구성하였다. 의사의 설명의무에 관한 소비자태도 척도는 17문항으로 구성하였고, 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도는 10문항으로 구성하였다. 이들 두척도는 모두 '매우 찬성'의 5점부터 '매우 반대'의 1점에 이르는 5점 Likert형 척도로 구성하였고 문항분석에서 제외시킨 문항이 하나도 없다. Cronbach의 α계수가 의사의 설명의무에 관한 소비자태도척도는 .82, 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도척도는 .69이다.

2. 조사대상과 자료의 표집

이 논문에서는 조사기간 동안에 울산시에 위치한 병원에 있는 환자를 모집단으로 선정하였다. 환자들은 일반소비자에 비하여 의료서비스를 직접 이용하고 있기 때문에, 의료서비스와 관련된 문제에 몰입하는 정도가 높고, 이 논문의 연구주제에 대하여 더 많이 생각한다고 보았기 때문이다.

조사방법은 사회인구학적 변수, 의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무에 관한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도를 측정하기 위한 문항들로 구성된 폐쇄형 질문지를 이용하여 면접원이 조사대상을 면접하여 직접 기록하게 하였다. 면접원은 울산대학교 가정관리학과 학생들 중에서 '소비자와 시장'과 '소비자행태 이론 및 관찰' 과목을 수강하는 학생들이며, 이들에게 연구자가 면접방법에 관한 교육을 실시하였다.

조사는 1991년 9월 20일부터 10월 15일 사이에 실시되었다. 표집은 면접원이 조사기간에 울산시에 위치한 병원을 방문하였을 때 치료를 받고 있는 환자들 중에서 먼접에 응한 사람을 임의로 추출한 방법을 사용하였다. 그러므로 이 논문의 결과를 일반화하는 데는 약간의 무리가 있다

3. 자료의 분석방법

의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무에 관한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도가 어떠한지를 알아보기 위하여 평균, 중앙값, 범위를 사용하였다.

사회인구학적 변수, 의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무에 관한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 관한 소비자태도 등의 변수들의 관계를 알아보기 위하여 Pearson의 적률상관계수와 분산분석을 이용하였다.

의료서비스에 관한 소비자태도, 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권에 영향을 미치는 제변수들의 독립적인 영향력을 알아보기 위하여 중회귀분석을 하였다.

4. 표본의 특성

1)일반적 특성

연령은 20대가 40.3%로 가장 많고, 30대가 29.2%, 40대가 19.7%, 50대 이상이 10.8%를 보여 연령이 약간 낮게 표집되었다는 것을 알 수 있다. 성은 남자가 51.5%, 여자가 47.8%로 비교적 고르게 표집되었다. 교육은 중졸이하가 15.6%, 고졸이 51.5%, 대졸이상이 31.9%를 보여 약간 높은 수준으로 표집되었다. 직업은 전문직이 28.9%, 관리직과 전문기술직이 21.7%, 사무직이 22.5%, 판매·서비스직이 14.3%, 생산직이 9.2%이다. 소득은 60만원 미만이 28.1%, 60-80만원이 27.2%, 80-110만원이 29.6%, 110만원 이상이 15.2%를 보였다.

2)의료서비스에 관한 소비자태도

울산시에 거주하고 있는 의료서비스의 소비자들이 가지고 있는 의료서비스에 대한 소비자태도는 55점 만점으로 측정한 조사도구에서 평균이 29.47, 표준편차 4.85이고, 분포를 보면 최저점이 17점, 최고점이 46점이고 편포도(skeweness)가 .22, 첨도(kurtosis)가 .13으로 대체로 정상분포를 보이고 있다. 그러므로 조사대상자들이 가지고 있는 의료서비스에 대한 소비자태도는 중간점에 해당되는 수준이고, 5점 likert 척도상에서는 '찬성과 반대 미정'에 해당되므로, 긍정적이지도 부정적이지도 않은 태도를 지니고 있다고 볼 수 있다.

V. 결과 및 해석

1. 의사의 설명의무에 대한 소비자태도와 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도의 일반적 경향

의사의 설명의무에 대한 소비자태도점수는 85점 만점에 평균이 70.31(표준편차=6.27)이고, 최저값은 52점, 최고값은 85점이며, 편포도가 .20, 첨도가 -.48로 점수의 분포가 약간 높게 편포되어 있었다. 그러므로 울산시 의료서비스 소비자의 의사의 설명의무에 대한 소비자태도는 중상의 위치이고, 5점 likert 척도상에서 '찬성'의 범주에 해당되어 꽤 긍적적이

라고 볼 수 있다.

환자의 자기결정권에 대한 소비자태도점수는 50점 만점에 평균이 34.36(표준편차=5.08)이고, 최저값은 18점, 최고값은 50점이고, 편포도는 .06, 첨도는 .41로 대체로 정상분포를 보인다. 따라서 울산시 의료서비스 소비자의 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 중간점이고, 5점 likert척도상에서 '찬성 반대 미정'의 범주에 해당된다.

2. 연구모형분석

연구모형을 분석하기 위하여 먼저 사회인구학적 변수중에서 직업을 제외한 모든 변수간의 상관관계를 분석하고, 직업과 의료서비스에 대한 소비자태도, 의사의 설명의무에 대한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도와의 관계는 일원분산분석을 하였다. 상관관계분석에서 성은 여자를 1, 남자를 0으로 점수화하였고, 교육은 교육년수로 전환하였고, 월평균가계소득은 40만원 미만에서 200만원 이상으로 모두 15개 범주로 나누어 측정한 것을 각 급간의 중앙값을 주었다.

〈표1〉에 의하면 의료서비스에 대한 소비자태도, 의사의 설명의무에 대한 소비자태도 및 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 직업에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈표 2〉에서 보면 의료서비스에 대한 소비자태도에 통계적으로 유의한 관계를 보이는 변수는 연령과 성이다. 연령은 P 〈.001 수준에서 유의한 비교적 높은 수준의 정적 상관관계를 보이며(r=.20), 교육년수는 P 〈 .01 수준에서 유의한 낮은 수준의 부적 상관관

〈표 1〉 직업에 따른 의료서비스, 의사의 설명의무 및 환자의 자기결정권에 대한 분산분석

집단	N	의료서비스에대한 소비자태도		의사의 설명의무에 대한 소비자태도		환자의 자기결정권에대한 소비자태도	
		평균	F비	평균	F비	평균	F비
전문 · 관리직	52	27.70		70.19		34.38	
전문기술직 · 사무직	164	29.38	.15	70.75	.58	34.35	1.37
생산 · 판매 · 서비스직	107	29.29		69.74		33.61	
무직	133	29.63		70.21		34.95	

〈표 2〉 변수들의 평균, 표준편차, 상관관계

	연령	성	교육	소득	X	Y	Z
연령	1.00	-.11*	-.42***	.18***	.20***	-.13**	-.08*
성		1.00	-.15**	-.12**	-.03	.01	.07
교육			1.00	.13**	-.13**	.09*	.04
소득				1.00	.02	-.05	-.04
X					1.00	-.27***	-.11*
Y						1.00	.23***
Z							1.00
평균	34.52	.47	12.74	84.35	29.38	70.27	34.37
표준편차	10.01	.50	2.68	39.34	4.82	6.32	5.09

* P 〈 .05 ** P 〈 .01 *** P 〈 .001 N=417

X : 의료서비스에 대한 소비자태도

Y : 의사의 설명의무에 대한 소비자태도

Z : 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도

계(r=-.13)를 보임으로서 관계의 강도가 연령이 교육년수보다 더 높았다. 따라서 의료서비스에 대한 소비자태도는 나이가 많을수록, 교육을 적게 받은 소비자일수록 더 긍정적이다.

의사의 설명의무에 대한 소비자태도에 통계적으로 유의한 상관관계를 보이는 변수는 연령과 의료서비스에 대한 소비자태도이다. 연령은 P <.01수준에서 의료서비스에 대한 소비자태도는 P <.001 수준에서 유의한 부적 상관관계를 보인다. 관계의 강도는 연령이 r=-.13로 낮은 수준이나, 의료서비스에 대한 소비자태도는 r=-.27로 비교적 높은 것으로 나타났다. 그러므로 의사의 설명의무에 대한 소비자태도는 나이가 적을수록, 의료서비스에 대한 소비자태도가 부정적일수록 긍적적이다.

환자의 자기결정권에 대한 소비자태도에 통계적으로 유의한 상관관계를 보이는 변수는 연령, 의료서비스에 대한 소비자태도 및 의사의 설명의무에 대한 소비자태도이다. 연령과 의료서비스에 대한 소비자태도는 P <.05 수준에서 유의한 부적 상관관계를 보이고, 의사의 설명의무에 대한 소비자태도는 P <.001 수준에서 유의한 정적 상관관계를 보인다. 관계의 강도는 연령이 r =-.08, 의료서비스에 대한 소비자태도는 r =-.11로 낮은 수준이고, 의사의 설명의무에 대한 소비자태도는 r = .23으로 비교적 높은 수준이다. 따라서 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 나이가 어릴수록, 의료서비스에 대한 소비자태도가 부정적일수록, 의사의 설명의무에 대한 소비자태도가 긍적적일수록 긍정적이다.

이상에서 실시한 단변량분석의 결과를 이용하여 다른 변수들을 통제한 후의 효과와 의미있는 관계를 가지고 있는 것으로 밝혀진 독립변수들이 종속변수의 분산을 어느 정도로 설명해 주고 있는 가를 검토하기 위하여 일괄투입방법에 의한 중회귀분석을 실시하였다.

의료서비스에 대한 소비자태도를 종속변수로 하고 교육년수와 연령을 독립변수로 하여 중회귀분석을 한 결과는 〈표 3〉에 제시되어 있다.

의료서비스에 대한 소비자태도는 교육년수를 통제한 후에도 연령에 의해서는 P < .01 수준에서 통계적으로 의미있는 영향을 받으나, 연령을 통제한 후에는 교육년수는 의미있는 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 나이가 1년이 더 많을수록 의료서비스에 대한 소비자태도점수는 .084점 증가함을 알 수 있었다. 연령과 교육년수는 의료서비스에 대한 소비자태도 분산의 4.5%를 설명해 주는 것으로 나타나 설명력이 매우 낮았다.

〈표 4〉에는 의사의 설명의무에 대한 소비자태도를 종속변수로 하고 의료서비스에 대한 소비자태도, 연령, 교육년수를 독립변수로 하여 중회귀분석을 한 결과가 제시되어 있다.

의사의 설명의무에 대한 소비자태도에 영향을 미치는 다른 변수들을 통제했을 때 연령과 교육년수는 통계적으로 의미없는 변수들로 나타났으나, 의료서비스에 대한 소비자태도는 의미있는 변수로 밝혀졌다. 의료서비스에 대한 소비자태도점수가 1점 증가함에 따라 의사의 설명의무에 대한 소비자태도점수는 .322점 감소한다. 이들 변수들은 의사의 설명의무에 대한 소비자태도분산의 7.9%를 설명해 준다.

환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 다른 변수들을 통제하면 의사의 설명의무에 대한 소비자태

〈표 3〉 의료서비스에 대한 소비자태도의 회귀분석

종속변수 = 의료서비스에 대한 소비자태도		
독립변수	b	β
연령	.084	.177**
교육년수	-.115	-.064
상수	20.001***	
R^2	.045***	

** P < .01 *** P < .001

〈표 4〉 의사의 설명의무에 대한 소비자태도의 회귀분석

종속변수 = 의사의 설명의무에 대한 소비자태도		
독립변수	b	β
연령	-.033	-.054
교육년수	.128	.055
의료서비스에 대한 소비자태도	-.322	-.247***
상수	79.295***	
R^2	.079***	

** P 〈 .001

〈표 5〉 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도의 회귀분석

종속변수 = 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도		
독립변수	b	β
연령	-.016	-.033
의료서비스에 대한 소비자태도	-.049	-.047
의사의 설명의무에 대한 소비자태도	.164	.202***
상수	24.871***	
R^2	.052***	

*** P 〈 .001

도는 통계적으로 유의한 영향을 미치나, 연령과 의료서비스에 대한 소비자태도는 영향을 미치지 않는 것으로 밝혀졌다. 의사의 설명의무에 대한 소비자태도점수가 1점 증가하면 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도점수는 .164점 증가함을 알 수 있다. 이들 변수들에 의하여 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도분산이 5.2%설명된다.

Ⅵ. 요약 및 결론

오늘날 의료분쟁이 증가하고 있을 뿐만 아니라 의료문제를 중요한 소비자문제의 하나로 보는 시각이 증가하고 있다. 의료서비스와 관련된 소비자문제중에서 가장 중요한 것이 의사의 주의의무, 설명의무 및 환자의 자기결정권이다. 이 논문에서는 이중에서 환자의 실질적인 권리와 밀접하게 관련이 있는 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권에 대하여 의료서비스의 소비자가 어떠한 태도를 가지고 있으며, 이들 변수들에 영향을 미치는 요인으로 사회인구학적 변수와 의료서비스에 대한 소비자태도를 검토하였다.

울산시에 거주하고 있는 의료서비스 소비자들이 가지고 있는 의료서비스에 대한 소비자태도와 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 이 논문에서 구성한 척도로 측정한 바에 의하면 중간점으로 5점 likert척도상에서는 '찬성과 반대 미정'에 해당되는 수준이다. 그리고 의사의 설명의무에 대한 소비자태도는 중상으로 '찬성'에 해당되어 의료서비스에 대한 소비자태도가 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도보다 긍정적인 것으로 밝혀졌다. 그러므로 아직은 울산시에 거주하고 있는 의료서비스의 소비자들은 환자의 자기결정권에 관하여 인권의식이 뚜렷하게 형성되어 있다고 볼 수는 없다.

의료서비스에 대한 소비자태도는 성, 소득 및 직업 등의 변수들과는 유의한 관계를 보이지 않았다. 연령과 교육년수는 유의한 상관관계를 보였는데, 나이가 많고 교육수준이 낮은 소비자일수록 의료서비스에 대하여 긍정적인 소비자태도를 가지고 있었다. 연령과 교육수준의 두변수들을 독립변수로 하여 회

귀분석을 한 결과 연령만이 의미있는 변수로 밝혀졌다.

의사의 설명의무에 대한 소비자태도는 성, 소득 및 직업과는 의미있는 관계가 없고, 연령, 교육년수 및 의료서비스에 대한 소비자태도 등이 의미있는 관계가 있는 것으로 밝혀졌다. 나이가 적고, 교육수준이 높고, 의료서비스에 대하여 부정적인 태도를 가지고 있는 소비자일수록 의사의 설명의무에 대하여 긍적적인 태도를 가지고 있었다. 유의한 관계가 있는 것으로 밝혀진 변수들을 독립변수로 하여 회귀분석을 한 결과 연령과 교육년수는 유의한 관계가 사라지고, 의료서비스에 대한 소비자태도 만이 의미있는 변수로 밝혀졌다.

환자의 자기결정권에 대한 소비자태도는 성, 소득, 직업 및 교육수준과는 유의한 관계가 없었다. 연령, 의료서비스에 대한 소비자태도 및 의사의 설명의무에 대한 소비자태도와는 유의한 관계가 있는 것으로 나타났는데, 나이가 적고, 의료서비스에 대하여 부정적인 태도를 가지고 있고, 의사의 설명의무에 대해서는 긍적적인 태도를 가지고 있는 소비자일수록 환자의 자기결정권에 대하여 긍정적인 소비자태도를 가지고 있었다. 의미있는 관계가 있는 것으로 나타난 변수들을 독립변수로 하여 회귀분석을 한 결과 연령과 의료서비스에 대한 소비자태도는 의미있는 관계가 사라지고 의사의 설명의무에 대한 소비자태도만이 의미있는 관계를 가지고 있는 것으로 나타났다.

이상과 같은 연구결과를 가지고 다음과 같은 제언을 할 수 있다.

울산시에 거주하고 있는 의료서비스의 소비자들은 아직은 치료과정에 능동적으로 참여함으로써 의사의 설명을 듣고 의사결정을 스스로 하는 것이 아니라 의사에게 의존하는 정도가 높다고 볼 수 있다. 그러므로 의료분쟁이 계속 증가하고 있는 추세이고, 의료서비스에 대한 소비자불만도 계속하여 증가하고 있다는 점을 감안한다면, 이 문제에 대한 소비자교육이 나이가 많고 교육수준이 낮은 소비자를 대상으로 하여 실시되어야 한다. 이들 소비자들이 의료서비스에 대하여 긍적적인 태도를 가지고 있었고, 의료서비스에 대하여 긍적적인 태도를 가지고 있는 소비자일수록 의사의 설명의무에 대하여 부정적인 태도를 가지고 있었고, 의사의 설명의무에 대하여 긍적적인 태도를 가진 소비자일수록 환자의 자기결정권에 대하여 긍적적인 태도를 가지고 있었기 때문이다. 의료서비스에 대한 태도가 부정적인 소비자일수록 의사의 설명의무에 대하여 긍정적인 태도를 갖는다는 사실은 다른 측면에서 보면 의사를 완전히 신뢰하는 소비자일수록 의사에게 자신이 받는 의료서비스에 대한 설명을 요구하지 않는 것으로도 해석할 수 있을 것이다. 의사들도 자신들이 환자보다는 의학과 치료과정에 대하여 전문지식과 기술을 가지고 있으나, 자신도 불완전한 인간이라는 점과 함께 현재의 의학이 완전하지 않다는 점을 분명히 인식해야 한다고 본다. 이러한 전제하에 의사들은 환자들에게 치료방법에 관한 모든 것을 환자가 쉽게 알아들을 수 있도록 설명해주고 최종의 선택은 환자가 결정하도록 함으로써 치료과정에 환자를 보다 적극적으로 참여시킴으로써 보다 효율적으로 치료과정을 수행할 수 있을 뿐만 아니라, 환자와의 끊임없는 상호작용을 통하여 계속하여 증가하고 있는 의료분쟁도 사전에 예방할 수 있을 것이다.

다음에는 이 논문에서 설정한 변수들의 설명력이 매우 낮은데 후속연구에서는 다른 변수들을 추가시킴으로써 설명력을 높이고, 다른 지역에 거주하고 있는 의료서비스의 소비자 뿐만 아니라 이 문제에 대하여 보다 더 관여도가 높은 의사와 소비자운동가 등을 대상으로 하는 연구도 이루어져야 한다고 본다. 마지막으로 환자의 자기결정권에 대한 소비자태도 척도의 경우 다른 척도에 비하여 변별도가 낮은 편인데 이 문제도 조금은 보완되어야 한다고 본다.

【참고문헌】

1) 권오승, 의사의 설명의무, 판례월보 212호, 1987, pp.16-22.
2) 박일환, 의사의 설명의무와 환자의 승락, 법원행정처, 의료사고에 관한 제문제, 재판자료 제27집, 1985, pp.149-185.
3) 석희태, 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권, 연세행정논총, 1988, pp.287-306.

4) 양삼승 역(Deutch E.), 의사법 및 의사의 책임에 관한 최근의 국제적 동향, 법조, 1983년 8월, pp. 65-78.

5) 이영환, 의료행위에 있어서의 의사의 설명의무-판례를 중심으로, 법학연구(부산대학교), 제 25권 1호, 1982, pp.79-97.

6) 한국소비자보호원, 종합병원 의료서비스 실태, 1991.

7) Anderson, R. & Newman J.F., Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States, Milbank Memorial Fund Quartery, vol.51, no.1, 1973, pp.95-124.

8) Becker, M.H., Hafner, D.P., Maiman, L.A., Kirscht, J.P., and Dorman, R.H., The health belief model and prediction of dietary compliance, Journal of Health and Social Behavior, vol.18, no.4, 1977, pp. 348-366.

9) Bloch, P.H., The wellness movement: Imperatives for health care marketers, Journal of Health Care Marketing, vol.4, no.1, 1984, pp.9-16.

10) Boscarino, J. & Stelber, S.R., Hospital shopping and consumer choice, Journal of Care Marketing, vol.2, no.2, 1982, pp.15-23.

11) Bush, P.J. & Osterweise, M., Pathways to medicine use, Journal of Health and Social Behavior, vol.19, no.2, 1978, pp.179-189.

12) Catalano, R.A., Dooley, D., and Jackson, R.L., Economic anticidents of help seeking: Reformulation of time series tests, Journal of Health and Social Behavior, vol.26, no.2, 1985, pp.141-152.

13) Dismuke, S.E. & Miller, S.T., Physicians do not always teach what they practice, Journal of American Medical Association, vol.249, no.23, 1983, pp.3181-3183.

14) Dunn, H.L., High level wellness for man and society, in A Sociological Fremework for Patient Care, eds. Folta, J.R. and Deck, E.S., New York: Wiley, 1983, pp.300-308.

15) Epstein, S., The politics of Cancer, San Francisco: Siera Club Books, 1978.

16) Feick, L.F., Herrman, R.O., and Warland, R.H., Search for nutrition information: A probit analysis of the use of different information sources, The Journal of Consumer Affairs, vol.20, no.2, 1978, pp.173-192.

17) Ferguson, T., Medical self-care: Self-responsibility for health, in Health for the Whole Person, eds. Hastings, A.C. , Fadiman,j J.F., and Gordon, J. S., Boulder, Colorado: Westview, 1980, pp.87-99.

18) Fink, R., The measurement of medical care utilization, in Conceptual Issues in the Analysis of Medical Care Utilization Behavior, ed. Greenlick, M.R., Washing, D.C.: Department of Health, Education, and Welfare, public health Service, 1969, pp.5-32.

19) Gordon, J.S., The paradigm of holistic medicine, in Health for the Whole Person, eds. Hastings, A.C. , Fadiman,j J.F., and Gordon, J.S., Boulder, Colorado: Westview, 1980, pp.1-27.

20) Gould, S.J., & Plank, R.E, Conceptualizing consumer health services and market segments, in Marketing in a Dynamic Environment, ed. Morris, M.H., Orlando, F.L.: Atlantic Marketing Association, 1986, pp.545-552.

21) Gould, S.J., Consumer attitude towards health and health care: A differential perspective, The Journal of Consumer Affairs, vol. 22 no. 1, pp. 96-118.

22) Harrel, G.D., & Fors, M.F., Marketing ambulatory care to women: A segmentation approach, Journal of Health Care Marketing, vol.5, no.2, 1985, pp. 19-28.

23) Kellman, H.R., Evaluation of health care quality by consumers, International Journal of Health Services, vol.6, no.3, 1976, pp.431-442.

24) Kirsh, J.H., Preventive health behavior: A review of research and issues, Health Psychology, vol.2, no.3, 1983, pp.277-301.

25) Medical World News, Holistic medicine: just what is it anyway?, vol.24, no.14, 1983, pp.34-53.

26) Parsons, T., Action theory and the human condition, New York: The Free Press, 1977.

27) Parsons, T., Action theory and the human condition, new York: The Free Press, 1978.

28) Reeder, L.G., The patient-client as a consumer: Some observations on the changing professonal-client relationship, Journal of Health and Social Behavior, vol.13, no.4, 1972, pp.406-412.

29) Sharpe, T.R., Smith, M.C., and Barbre, A.R., Medicine use among the rural elderly, Journal of Health and Social Behavior, vol.26, no.2, 1985, pp.113-127.

30) Twadle, A.C., From medical sociology to the sociology of the health: Some changing conserns in the sociological study of sickness and treatement, in Sociology: The state of the art, eds. Bottermore, T., Nowak, S., and Sokolowska, M., Londod: SAGE Publications, 1982, pp.323-358.

31) Wan, T.H., Use of health services by the elderly in low-income communities, Milbank Memorial Quaterly, vol.60, no.1, 1982, pp.82-107.

32) Wolfe, S.M., Coley, C.M., and The Health Services Research Group, Pills that don't work, Washington, D.C.: Health Research group, 1981.

33) Wolinsky, F.D., Assessing the effects of predisposing, enabling and illness-morbidity characteristics on health service utilization, Journal of Health and Social Behavior, vol.19, no.4, 1978, pp.384-396.