

군 의료기관에서의 공유의사결정이 환자만족도에 미치는 영향

Impact of Shared-Decision Making on Patient Satisfaction in Military Hospitals

민현준*, 서원식**

국군 의무사령부*, 경원대학교 글로벌헬스케어경영학과**

Hyun-Jun Min(yemanim@imnd.or.kr)*, Won S. Suh(suhw@kyungwon.ac.kr)**

요약

이 연구는 공유의사결정 정도와 환자만족도 간 관계를 분석하여 군 의료기관 의료서비스 만족도 제고 방안을 제시하기 위해 시도되었다. 조사는 2010년 4월 9일부터 5월 10일까지 약 1개월간 S 군의료기관과 유사한 성격의 국립OO병원 2개 병원의 외래 및 입원 병사 총 514명을 대상으로 하였다.

분석결과 공유의사결정은 환자만족도에 정(+)의 영향을 미쳤으며 이는 모든 만족도 모형에서 유의하였다. 이는 의료진이 제시한 다양한 선택의 기회 중 최선안을 선택하는 수동적 형태의 참여보다 의료진에게 본인의 질병을 충분히 설명하고 의사결정에 적극적으로 참여하는 능동적인 형태의 참여과정이 환자만족도 제고에 더 효과적일 수 있음을 시사한다. 국방수호 의무를 책임지며 군 장병들의 건강 증진 및 유지를 기본 임무로 삼고 있는 군 의료기관의 발전적인 의료서비스 수행을 위해 공유의사결정은 중요한 수단이 될 수 있다고 판단된다.

■ **중심어** : | 공유의사결정 | 군 의료기관 | 환자만족도 |

Abstract

The purpose of this study is to provide an innovative way enhancing patient satisfaction in military hospitals by analyzing the impact of shared-decision making on patient satisfaction. The survey questionnaire has been distributed for a month in two hospitals with similar goals, serving for officers and men of the armed forces, and 514 copies has been collected for the study.

The study found a positive association between shared-decision making and patient satisfaction. The results of the study suggest the military hospitals should allocate their resources on the fundamental issues such as improving quality of services they provide rather than reimburse the services to compensate the service the armed forces received from private institutions.

■ **keyword** : | Military Hospital | Patient Satisfaction | Shared-decision Making |

1. 서론

군병원은 장병들의 질병치유 및 건강증진을 통해 신

변에 대한 자신감을 심어 줌으로써 군의 사기진작과 전
투력 보존을 목표로 의료 지원을 담당하는 군부대이다.
군병원은 최초 환자 발생 시부터 최종 진료까지 적절한

* 이 연구는 2011년도 경원대학교의 지원에 의해 이루어진 것임.

접수번호 : #110928-003

접수일자 : 2011년 09월 28일

심사완료일 : 2011년 10월 20일

교신저자 : 서원식, e-mail : suhw@kyungwon.ac.kr

진료를 제공함으로써 불필요한 전투력의 낭비는 물론 질병으로 인한 전투력 손실을 최소화하기 위한 제반 군 의무지원의 연계선상에서 위치하고 있다.

우리나라 군병원은 한국전쟁 이후 유엔참전국의 선진의료기술과 지식을 체득하여 외과 부분을 중심으로 진전을 이루는 시기가 있었으나, 경제성장과 더불어 급성장한 민간의료기관의 발전수준에 도달하지 못하고 점점 낙후되고 경쟁 없이 현실에 안주하는 경향을 보여 왔다. 대다수의 병사 환자들이 느끼는 군 의료 수준 체감도 또한 본인이 요구하는 혹은 기대하는 만큼의 의료 요구를 충족시키지 못하고 있어 전역 후 사회적으로도 군에 대한 총체적인 불신감으로 확대되고 있다. 이에 국군의무사령부는 2004년 4월 30일부터 현역병 건강보험 요양급여비용 정산제도를 시행, 군병원에서의 1차적인 응급진료가 원활치 않은 상황 하에서 민간병원을 이용하도록 하는 등 군병원 이용자의 만족도 증대를 위해 다각적인 노력을 하고 있다.

이 연구는 군병원 이용자의 공유의사결정 정도와 환자만족도 간 관계를 분석하여 군병원 의료서비스 만족도 제고를 위한 방안을 제시하기 위해 시도되었다. 공유의사결정(shared-decision making)은 다양한 진료대안에 대한 선택의 기회와 함께 환자가 의사에게 증상에 관해 충분한 설명의 기회를 갖게 되며, 진료의사결정에 있어 환자가 적극적으로 참여할 수 있는 등의 특징을 지닌다. 더불어 환자는 수동적인 역할에서 벗어나 본인이 수집한 정보를 바탕으로 진료의사결정에 적극적으로 참여하여 의사와 환자 간 합의된 진료방법을 도출, 환자중심의 의료서비스를 제공함으로써 환자만족도를 향상시키는 것으로 평가되고 있다. 기존 군병원의 환자만족도 연구는 많으나 의사와 환자 간 공유의사결정의 정도와 환자만족도의 연관성을 분석한 연구는 거의 없는 실정이다.

이 연구의 분석결과는 군병원의 경쟁우위와 군 의료체계 전략 수립에 많은 도움을 줄 수 있을 것이며, 측정된 만족도를 분석 평가하여 병사 환자들이 만족하는 양질의 의료서비스를 제공함은 물론 군병원 의료의 질 및 서비스 향상을 위한 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다.

II. 이론적 배경

1. 군 의료전달체계

군병원은 100% 국민의 세금으로 운영되며 환자진료를 통한 수익발생이 없는 의료인력, 환자 등 모든 이해관계자가 공적인 목적으로 구성되어 있는 국내 유일의 의료기관이다. 또한 계급과 권위를 바탕으로 하는 계층적 집단으로서 사회의 그 어떤 조직과 기관보다 엄격한 관료조직이다[1]. 군병원은 군대의 성원으로 이루어지고 군부대의 특성을 지닌 동시에 병원의 기능도 갖추었으므로[2] 군병원에 입원한 환자들은 군인인 동시에 환자이다. 군병원 환자들은 20대 환자들이 주류를 이루며 국방의 의무를 위해 가정을 떠나 군사구역 즉, 주둔지에 생활하면서 각종 훈련과 교육 등으로 심신이 손상을 입어 입원하게 된 환자들이며 민간인에 비하여 전체적인 발병률은 낮으나 사고 등 응급진료를 요하는 질환이 차지하는 비중이 높은 편이다[3].

[표 1]은 군병원과 민간병원 간 차이를 요약한 것이다. 군병원은 대부분 젊은 남자환자로 비슷한 연령층이 진료를 받는 반면 민간병원은 인구학적 특성이 다양하다. 군 조직의 특성상 완전히 회복된 정상적으로 전투 임무를 수행할 수 있는 병력이 필요하므로 치료 종결을 위한 장기입원이 가능하나 민간병원은 현행 수가로 인해 장기입원을 기피한다. 또한 군병원은 공무 수행 중 부상과 지병으로 입원한 환자에게 국가가 부담하여 치료해 주는 무료 진료가 제공되나, 민간병원은 본인진료에 대해 본인부담이 있다. 운영목적상 군병원은 전투력 보존과 전투부대에 대한 전투근무지원 등의 부가적인 임무가 있다. 또한 양질의 의료 제공에 있어 병원의 관리기능이 필수적임에도 불구하고 군병원의 특성상 효과적인 관리운영 체계가 이루어지지 않을 수 있다.

군 의료전달체계는 1차·2차·3차 의료기관으로 나눌 수 있다[표 2]. 단위대급과 사단급이 1차 의료기관에 해당하고, 군단급과 야전군급이 2차 의료기관에 해당하며, 후방지역지원 병원이 3차 의료기관에 해당한다[5]. 1차 의료기관인 단위대급은 주로 응급처치, 경환자 치료 및 후송대기를 하는 역할을 수행하고, 사단의무대는 2차 의료기관과 유사하게 일정한 범위에서 외래진료나

입원진료를 담당하고 있다. 2차 의료기관인 군단지원병원은 기본적인 외래, 입원진료를 담당하고 있다. 3차 의료기관으로는 수도병원과 후방병원이 있는데, 진료 과목이 세분화되어 전문적인 치료를 담당하고 있다.

2. 공유의사결정

(shared decision-making Model)

1980년도 이전 대중화 되었던 진료의사결정모형(Treatment Decision-making Model)은 의사가 절대적인 역할을 담당하는 가부장적(Paternalistic) 모형이었다. 가부장적 모형 하에서는 대부분의 질병에 대해 가장 효과적인 단 한가지의 치료법(A Single Best Treatment)이 존재한다고 가정한다. 이러한 가정은 환자로 하여금 자신의 질병치료과정에 있어서 의사의 절대적인 역할을 인정하게 한다. 또한, 의사-환자 간 교육

및 경제적 수준의 차이 등은 의사의 절대적 지위를 더욱 견고히 하였다[6][7].

그러나 1980년대 후반부터 미국, 영국 등을 중심으로 이러한 의사의 절대적인 역할에 대해 의문을 제기하기 시작했다. 모든 질병에 대해 단 한 가지가 아니라 다양한 형태의 효과적인 치료법이 존재하며, 의사는 각각의 치료법의 편익과 위험을 잘 고려하여 결정을 내려야 되었다. 또한 소비자 주권(Consumer Sovereignty)과 서비스 구매자인 환자의 위험부담은 환자본인의 책임이라는 소비자 책임(Caveat Emptor)을 명시하는 의료법 등이 속속 생겨나기 시작했다. 캐나다 온타리오 주 보건성은 1994년에 고지에 입각한 사전 동의(Informed Consent) 없이 진료행위를 하는 것을 금지하고 환자에게 모든 가능한 진료방법에 대해 고지할 의무를 규정하는 법을 입법화 하였다[8-10]. 우리나라도 의료정보의

표 1. 군의료기관과 민간의료기관의 비교

구분	군의료기관	민간의료기관
환자	연령층 성 입원기간 통제	• 동일 • 대부분 남자 • 장기 • 가능
질병	형태 종류 위급 원인	• 다양 • 지병 및 사고 • 급성 및 만성 • 다양, 복잡
목적	생산성 이윤 진료가능 편의성 인력활용 상황변화	• 경영추구 • 추구 • 극대화 • 극대화 제고 • 인력절감 제고 • 탄력성 유지
운영	수가(재원) 자율성	• 무료(국가) • 미확보
기타	위치 임무의 다양성 전시대비	• 병력밀집지역 • 명령에 의한 부가임무 • 상시

출처: 국군 의무사령부, 『한국군 의무지원체계 개선에 관한 연구』, 1990.

표 2. 군 의료체계

	해당 의료기관	기능
1차 의료기관	단위대급 - 연대 의무중대, 대대 의무실 등 사단 의무대	응급처치, 경환자, 후송대기 외래진료, 입원진료
2차 의료기관	군단지원병원	외래진료, 입원진료
3차 의료기관	후방병원, 수도병원 등	전문적인 치료

비대칭성으로 환자는 진료과정에서 자기 결정권을 행사하기 어려운 현행의료법을 개정하여 의료인은 환자나 그 보호자에게 질병과 진료방법을 설명해야 하는 사항을 명시한 의료법 개정을 서두르고 있다.

이러한 소비자중심의 의료서비스로의 전환은 여러 진료행위 중 최적의 대안을 선택하는 과정에 있어서 의사가 절대적인 역할을 담당하는 기존의 가부장적인 모델에서 환자의 영향력이 더욱 강화된 새로운 접근법인 공유의사결정 (Shared decision-making) 모형에 대한 수요를 유발하였다. 공유의사결정은 ‘의사가 의학적인 판단을 내리고 일방적으로 치료를 결정해서 환자에게 통보하는 방식이 아니라 의사와 환자가 함께 치료방향을 정의해 나가는 것’을 말한다[11][12].

가부장적 모델에서 정보의 흐름은 대부분 의사에서 환자로 일방적이며, 그 내용은 주로 의학정보이다. 제공되는 정보의 양은 의료법에 위배되지 않는 한도 내에서 제공되므로 제한적이다. 반면 공유의사결정 모형의 경우 최적의 진료대안을 선택하는 의사결정과정에 필요한 모든 정보를 공유한다. 논의 되는 정보에는 의학정보 뿐만 아니라 환자의 개인적인 정보까지 포함된다. 정보의 흐름 또한 일방적이 아니라 상호적 (two way)으로 의사는 환자에게, 환자는 의사에게 정보를 제공하게 된다[11].

선행연구를 통해 군 의료서비스에 만족도에 영향을 미치는 요인들로는 환자의 사회인구학적 요인, 육체적 정신적 상태, 의료에 대한 태도와 기대감, 진료서비스 구조, 접근성과 진료의 지속성, 서비스 과정 등으로 범주화 할 수 있다. 그러나, 공유의사결정과 환자만족도의 관계를 분석한 연구는 없는 실정이다[13].

III. 연구방법

1. 연구모형

이 연구는 Swanson 등(2007)의 모형을 응용한 서원식과 이채경(2010)의 연구모형을 활용하였다[그림 1][14][15]. 동모형은 Donabedian(1966)의 전통적인 ‘구조-과정-성과’모형의 틀 위에 Anderson(1968)의 행동모형을 첨부한 것으로써, 환자 만족도에 영향을 주는 요인으로써 공유의사결정을 고려한 거의 유일한 환자만족도 모형이다[16]. 동 모형에 따르면, 나이, 결혼 여부 등 인구사회학적 특성과 의료기관의 시설 및 접근도 등 구조적 특성(구조)이 환자로 하여금 진료의사결정과정에 참여하게 하고(과정), 이러한 참여의 정도는 환자만족도(성과)와 관련이 있다고 가정한다. Swanson 등은 진료과정을 해당 질병치료와 관련된 기술적 범주 (technical efficiency domain)와 공유의사결정 등과 관련된 대인 관계적 범주(interpersonal domain)로 구분하고, 환자만족도는 이 두 가지 범주의 상호작용에 의해 결정된다고 설명한다.

그러나 이 연구는 우울증 등 특정질환환자를 대상으로 한 조사가 아니라 다양한 질병군을 가진 환자를 대상으로 하기 때문에 동 모형의 기술적 범주 중 처방의 종류 (medication type)에 대한 부분은 설계과정에서 제외하였다. 또한, 구조적 특성 중 보험의 종류에 따른 통제변수도 전 국민 의료보험을 실시하는 우리나라 현실에 맞지 않은 것으로 판단하여 제외하였다[15].

2. 연구대상 및 자료수집

조사는 유사한 성격을 지닌 S 군의료기관과 국립

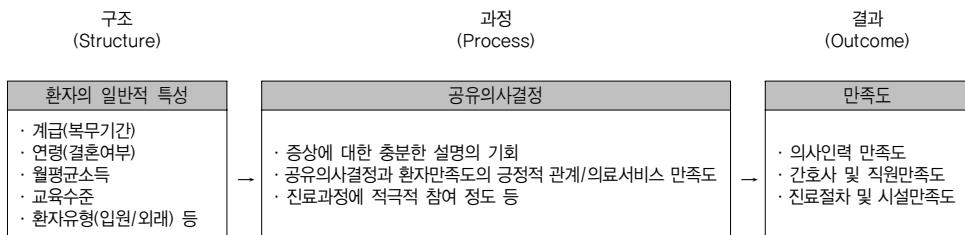


그림 1. 연구모형

OO병원의 외래 및 입원 병사를 대상으로 하였다. 설문지는 S 군의료기관 입원환자를 대상으로 사전조사를 실시하여 수정, 보완한 다음 2010년 4월 9일부터 5월 10일까지 약 1개월간 본 조사를 실시하여 수집하였다. 본 조사 시에는 조사원이 현장에 참석하여 응답자들에게 응답요령을 설명하고, 응답자로부터 질문이 있을 때 이에 직접 답변하도록 하며, 조사원이 직접 응답결과를 기입하도록 하였다. 분석에 최종 사용된 설문지는 S 군의료기관 299부, 국립OO병원 215부 총 514부이다.

조사대상자는 S 군의료기관 및 국립OO병원의 당일 외래 및 입원중인 병사환자로 선정하여 전수조사를 실시하였다. 1차 조사는 입원 병사환자를 대상으로 조사원이 직접 입원 병실을 방문하여 설문지의 취지와 작성요령에 대하여 간단히 설명을 한 후 설문지를 배부하고 일대일 면접조사를 실시하여 그 자리에서 회수하는 방식으로 조사하였으며, 사정에 의하여 조사를 못한 환자에 한하여 다음날에 방문하여 조사를 실시하였다. 2차 조사는 1차 조사에 미 응답한 환자와 외래환자를 대상으로 실시하였다. 외래환자는 외래대기표를 활용하여 전수조사 하였다.

조사에 사용된 도구는 한국 의료QA학회가 개발한 병원고객만족도 설문지 중 입원용 설문지와 미국의 Consumer Assessment of Health Plans Study(AHRQ, 2001)의 설문문항을 기초로 연구의 목적과 군의료 특성에 맞게 문항의 표현을 일부 수정하여 재구성하였고, 공유의사결정은 여러 선행연구에서 검증된 설문문항을 사용하였다[9][10][18][19]. 응답 항목은 5점 척도를 기본으로 하였다. 설문문항은 공유의사결정(8문항), 환자만족도(19문항), 일반적 특성(15문항) 등 세 부분으로 구성하였다. 설문문항의 Cronbach's α 는 0.8이상으로 내적신뢰성이 있다고 할 수 있다.

분석은 SPSS 18.0을 이용하였으며, 구체적인 통계분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 인구사회학적 특성, 환자의 특성 등 설문내용의 전체적 내용을 파악하고자 빈도분석을 실시하였다.

둘째, 이론변수의 요인구조를 규명하기 위해 요인분석을 시행하였다.

셋째, 환자만족도와 공유의사결정의 관련성을 측정하기 위하여 상관분석을 실시하였다.

넷째, 환자의 일반적 특성에 따른 만족도의 차이를 비교분석하기 위해 독립표본 t 검정과 일원배치 분산분석을 하였다.

다섯째, 종속변수는 의료서비스 환자 만족도로, 독립변수는 공유의사결정 참여도로 하여 환자의 인구통계학적 특성 등을 보정한 변수 간의 관계를 파악하고자 다중 회귀분석을 하였다.

표 3. 설문문항의 신뢰도 통계량(Cronbach's α)

이론변수	설문문항의 수	Cronbach's alpha 계수	
		S군 의료기관	국립 OO병원
공유의사결정	8	.858	.886
만족도	19	.928	.959

IV. 분석결과

1. 분석대상의 일반적 특성

연구대상자의 일반적 특성은 [표 4]와 같다. 군 복무기간을 범주화한 기간병의 계급별 분포는 일병과 상병이 각각 30.4%와 27.4%를 차지했다. 구체적으로 S 군의료기관 응답자의 34.4%가 일병이고 국립OO병원은 상병이 27.94%로 제일 많았다. 학력 수준은 대학재학생이 82.5%를 차지하였고, 고졸 12.6%, 대학졸업 이상 4.9% 순이었다. 가구당 월 평균소득은 소득별로 유사한 수준을 보였다. 월평균 소득 200~299만원이 27.7%로 제일 많았고, 400만원 이상도 23.3%를 차지했다. 최근 6개월 동안 외래, 입원, 응급실, 건강검진 등 모든 형태의 병원방문은 두 병원 모두 모두 1회~5회 미만이 가장 많았고, 15회 이상 방문도 6.1%를 차지했다.

조사대상자의 내원유형은 입원이 326명으로 전체의 66.75%를 차지했고 외래는 27%, 응급실 및 기타는 각각 4.3%, 2.0%를 차지했다. S 군의료기관의 응급실을 통한 내원환자는 5.7%였는데, 국립OO병원은 2.4% 수준이었다. S 군의료기관 이용자의 민간의료기관 이용 경험은 45.5%로 국립OO병원의 54.2%보다 상대적으로 낮았다.

표 4. 조사대상환자의 사회인구학적 특성별 분포

	S 군의료기관		국립OO병원		합계	
계급(복무기간)						
이병	62	(20.7)	53	(24.7)	115	(22.4)
일병	103	(34.4)	53	(24.7)	156	(30.4)
상병	81	(27.1)	60	(27.9)	141	(27.4)
병장	53	(17.7)	49	(22.8)	102	(19.8)
합 계	299	(100.0)	215	(100.0)	514	(100.0)
교육수준						
고등학교 졸업	45	(15.3)	19	(8.9)	64	(12.6)
대학 재학 중	230	(78.0)	189	(88.7)	419	(82.5)
대학 졸업 이상	20	(6.7)	5	(2.3)	25	(4.9)
합 계	295	(100.0)	213	(100.0)	508	(100.0)
월평균소득						
100만 원 미만	22	(7.5)	13	(6.3)	35	(7.0)
100~199만 원	66	(22.6)	41	(19.8)	107	(21.4)
200~299만 원	83	(28.0)	55	(26.6)	138	(27.7)
300~399만 원	55	(18.8)	48	(23.2)	103	(20.6)
400만 원 이상	66	(22.6)	50	(24.2)	116	(23.2)
합 계	292	(100.0)	207	(100.0)	499	(100.0)
방문횟수						
미방문	15	(5.0)	9	(4.2)	24	(4.7)
1~5회	206	(69.1)	146	(68.2)	352	(68.8)
6~10회	38	(12.8)	35	(16.4)	73	(14.3)
11~15회	20	(6.7)	12	(5.6)	32	(6.3)
16회 이상	19	(6.4)	12	(5.6)	31	(6.1)
합 계	298	(100.0)	214	(100.0)	512	(100.0)
내원유형						
입원	196	(69.5)	130	(62.8)	326	(66.7)
외래	63	(22.3)	69	(33.3)	132	(27.0)
응급실	16	(5.7)	5	(2.4)	21	(4.3)
기타	7	(2.5)	3	(1.4)	10	(2.0)
합 계	282	(100.0)	207	(100.0)	489	(100.0)
민간의료기관 이용경험						
있다	136	(45.5)	115	(54.2)	251	(49.1)
없다	163	(54.5)	97	(45.8)	260	(50.9)
합 계	299	(100.0)	212	(100.0)	511	(100.0)

2. 요인분석 및 상관관계 분석

2.1 요인분석

이 연구에서 설정한 이론변수는 변수별로 설정한 측정변수들에 의하여 개념 내지 속성이 결정된다. 이에 이론변수와 측정변수의 체계가 경험 자료에 의해서도 잘 성립되는가를 파악함과 동시에 상호독립적인 속성들이 어떤 구조로 분류되는가를 파악하기 위하여 요인 분석을 실시하였다. 이 요인분석은 환자들이 설문에 응답한 자료에 의해 분석하였으므로 환자들의 인식구조를 파악하는 수단이 될 뿐만 아니라 측정변수들의 속성이 동질적인가 아니면 이질적인가를 규명하는 수단이 될 수 있다.

주성분분석모형과 VARIMAX회전방식을 사용하여 환자 만족도 관련문항을 요인분석을 한 결과는 [표 5]와 같다. 요인 적재량은 각 측정변수와 요인과의 상관관계의 정도를 나타내 주는 것으로서 각 측정변수들은 이 요인적재량이 가장 높은 요인에 속하게 된다. 총 19개의 환자만족도 문항 중 요인 1에는 5개의 항목이 포함되었고 대부분 의사의 진료와 관련된 만족도 항목이었다. 요인 2에는 8개 항목이 포함되었는데 진료절차

및 시설에 관련된 만족도 항목이었다. 마지막으로 요인 3에는 6개의 항목이 포함되었는데 대부분 간호사 및 행정직원과 관련된 만족도 항목이 포함되었다. 이에 각각의 요인을 의사인력 만족도(만족도 I), 절차 및 시설 만족도(만족도 II), 간호사 및 행정직원만족도(만족도 III)로 명명하였다.

2.2 상관관계 분석

환자만족도에는 진료과정에 대한 의료진의 설명이 세부변수로 포함되어 있고, 환자에 대한 의사의 설명노력이 공유의사결정에 세부 변수로 설정되어 있어 내생오류(Endogeneity bias)가 발생할 가능성이 있는데, 이러한 경우 상관관계가 높게 나타날 수 있다. [표 6]은 환자만족도 변수 간, 공유의사결정 변수 간의 상관관계를 제외한 환자만족도와 공유의사결정 간 상관계수는 0.8 이상의 높은 상관관계를 보이지 않아 내생오류의 가능성이 적다는 것을 보여준다. 모든 변수 간 상관관계는 <0.01 수준에서 통계적으로 유의하였다.

공유의사결정 변수 간 높은 상관관계를 보인 변수는 공유의사 3(진료 및 치료법에 대한 의사의 충분한 설

표 5. 환자만족도 요인분석

	성분		
	요인 I	요인 II	요인 III
만족도01_의사전문성	.733	.196	.360
만족도02_의사태도	.854	.159	.245
만족도03_의사의진료과정설명	.847	.184	.263
만족도04_의사의관심도	.806	.212	.289
만족도05_간호사태도	.314	.155	.830
만족도06_간호사도움	.258	.189	.854
만족도07_간호사설명	.299	.167	.792
만족도08_간호사의관심도	.314	.238	.816
만족도09_일반직원의태도	.166	.545	.492
만족도10_행정직원의설명	.182	.597	.438
만족도11_내원의불편정도	.048	.744	.144
만족도12_행정절차복잡도	.139	.792	.037
만족도13_치료절차복잡도	.263	.742	.123
만족도14_검사치료예정진행	.419	.491	.312
만족도15_대기시간	.417	.590	.050
만족도16_전반적시설	.337	.556	.338
만족도17_편의시설	.166	.600	.203
만족도18_전반적진료과정만족	.638	.519	.265
만족도19_전반적의료서비스만족	.673	.468	.298

요인 I - 의사인력 만족도
 요인 II - 절차 및 시설 만족도
 요인 III - 간호사와 행정인력 만족도

표 6. 환자만족도와 공유의사결정 간 상관관계분석

	공유1	공유2	공유3	공유4	공유5	공유6	공유7	공유8	의사 인력 만족도	간호사 및 행정직원 만족도	절차 및 시설 만족도
공유1	1										
공유2	.348**	1									
공유3	.514**	.465**	1								
공유4	.441**	.434**	.857**	1							
공유5	.277**	.360**	.566**	.619**	1						
공유6	.358**	.379**	.617**	.615**	.531**	1					
공유7	.356**	.247**	.461**	.451**	.364**	.440**	1				
공유8	.330**	.453**	.496**	.512**	.443**	.460**	.426**	1			
의사 인력 만족도	.387**	.440**	.674**	.683**	.604**	.695**	.438**	.531**	1		
간호사 및 행정직원만족도	.327**	.305**	.459**	.527**	.464**	.483**	.381**	.457**	.672**	1	
절차 및 시설 만족도	.348**	.397**	.524**	.530**	.480**	.513**	.422**	.520**	.662**	.649**	1

** p<0.01

주_공유1 - 본인의 질병 인지 정도

공유3 - 치료법에 대한 의사의 충분한 설명

공유5 - 약 복용에 대한 의사의 충분한 설명

공유7 - 공유의사결정과 환자만족도의 긍정적 관계

공유2 - 의료진과 의료기관 선택 시 본인의 의견 반영 정도

공유4 - 검사에 대한 의사의 충분한 설명

공유6 - 본인 증상에 대한 충분한 설명의 기회

공유8 - 진료과정에서의 적극적 참여 정도

명)과 공유의사 4(검사에 대한 의사의 충분한 설명)로서 0.883이었으며 통계적으로도 유의하였다. 반면, 공유의사 3과 공유의사 4(복약에 대한 의사의 충분한 설명)의 상관계수는 0.523으로 분석되었다. 이는 의사가 자신이 행하는 진료와 그에 따른 검사에 관해 환자와 대화를 하는 반면, 복약 및 그 부작용에 관해서는 그렇지 않을 수 있음을 시사한다.

한편, 공유의사결정 변수와 환자만족도 변수 간 비교적 높은 상관관계를 보인 것은 만족도 I(의사인력 만족도)와 공유의사결정 3, 4, 6으로 모두 의사의 진료행위와 관련된 변수들로서 0.6~0.7 정도의 상관계수를 보였다.

3. 환자의 일반적 특성에 따른 만족도 차이 분석

다중회귀분석을 실시하기 전에 환자의 일반적 특성에 따라 환자만족도가 어떠한 차이를 보이는지 분석하였다. 환자 만족도 문항이 많아 요인별 만족도를 종속 변수로 하였다. 복무기간과 내원유형은 만족도 I(의사인력만족도)과 만족도II(절차 및 시설 만족도)와 유의한 차이를 보였고, 민간의료기관 이용여부에 따른 만족도 차이는 만족도 I(의사인력만족도)과 만족도III(간호사 및 행정직원 만족도)과 유의한 차이를 보였다.

구체적으로 일병이 다른 계급군에 비해 만족도가 높았으며, 복무기간이 길어질수록 만족도가 낮아지는 경향을 보였다. 내원유형별로는 입원환자의 만족도가 의

표 7. 환자의 일반적 특성에 따른 만족도 차이

	만족도 I			만족도 II			만족도 III		
	N	평균	T/F	N	평균	T/F	N	평균	T/F
복무기간									
이병	114	3.40	2.688**	113	3.57	4.465**	113	3.37	1.452
일병	154	3.61		154	3.85		154	3.48	
상병	138	3.33		135	3.61		138	3.30	
병장	100	3.53		101	3.53		101	3.39	
내원유형									
입원	321	3.61	7.495**	318	3.83	13.598**	320	3.44	2.104
외래	130	3.20		132	3.31		131	3.31	
민간의료기관 이용여부									
있다	247	3.38	5.300**	244	3.63	.702	245	3.31	6.114**
없다	256	3.56		256	3.69		258	3.47	

* p<0.1, ** p<0.05

만족도 I - 의사인력만족도, 만족도 II - 절차 및 시설 만족도, 만족도 III - 간호사 및 행정직원 만족도

래환자에 비해 높았다. 마지막으로 민간의료기관을 이용한 경험이 없는 환자의 만족도가 경험이 있는 환자에 비해 높았다.

4. 공유의사결정과 환자만족도

공유의사결정이 환자만족도에 미치는 영향을 분석하기 위해 다중회귀분석을 하였다. 독립변수는 공유의사결정으로 변수의 조작적 정의는 두 가지로 이루어졌다. 우선 선행연구와의 비교분석을 위하여 공유의사결정 8개 문항의 평균값으로 정의한 회귀식을 구성하여 환자만족도와와의 관계를 분석하였다. 또한, 공유의사결정 8개 개별 항목을 모두 포함하는 회귀식을 구성하여 각 특성이 환자만족도에 미치는 개별효과를 분석하였다. 종속변수는 환자만족도로 요인분석에서 요인화 한 의사인력 만족도(만족도 I), 절차 및 시설만족도(만족도 II), 간호사와 행정인력 만족도(만족도 III) 로 하였다.

분석결과 공유의사결정은 환자만족도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났으며 모든 모형에서 통계적으로 유의하였다. 연구모형의 R²는 8개 항목의 평균값을 이용한 회귀식의 경우 0.41~0.63으로 비교적 설명력이 높았으며, VIF(Variable Influence Factor)도 0.1 이하로서 다중공선성의 문제도 없었다. 회귀분석의 결과는 [표 8][표 9]와 같다. 8개 공유의사결정의 평균값을 활용한 회귀분석에서 추가적으로 유의한 결과를 보인 변수는 모형 I의 경우 환자유형과 민간의료기관이용여부, 모형 II는 환자유형 및 복무기간, 모형 III은 방문횟수와 복무기간(계급)이었다. 개별항목을 포함한 회귀식의 경우 의사에게 환자가 증상에 대한 충분한 설명의 기회 정도, 진료의사결정상 환자의 참여 정도 등은 모든 모형에서 유의한 반면, 의사의 충분한 설명, 다양한 진료대안에 대한 선택의 기회 정도 등은 유의하지 않았다. 개별항목을 포함한 회귀분석 결과에서 추가적으로 유의한 결과를 보인 변수는 환자유형과 방문횟수였다.

표 8. 공유의사결정과 환자만족도

	만족도 I	만족도 II	만족도 III
(상수)	2.613**	7.792**	5.826**
공유의사결정평균	25.794**	14.961**	18.510**
민간병원이용여부(yes=1)	-1.725*	-.343	-1.872*
복무기간	-1.175	-2.912**	-1.956*
평균소득(기준변수 : 100만 원 미만)			
평균소득 (1)	.002	.596	.329
평균소득 (2)	-.632	.513	.439
평균소득 (3)	-1.497	.228	-.532
평균소득 (4)	-1.379	-.200	.180
방문횟수(기준변수 : 미방문)			
방문횟수 (1)	-.610	-1.821*	-1.265
방문횟수 (2)	-1.044	-1.454*	-1.206
방문횟수 (3)	-.282	-1.882*	-1.897*
방문횟수 (4)	-1.466	-1.452	-1.348
내원유형(기준변수 : 입원)			
내원유형 (1)	-3.030**	-5.094**	.405
내원유형 (2)	-.710	-2.365**	-.408
내원유형 (3)	-.350	-.674	-1.374
교육수준(기준변수 : 고등학교 졸업)			
교육수준 (1)	.626	-.119	1.490
교육수준 (2)	-.161	-.248	.293

* p<0.1, ** p<0.05

만족도 I - 의사인력만족도

평균소득 (1) : 100만 원~199만 원

평균소득 (3) : 300만 원~399만 원

방문횟수 (1) : 1~5회

방문횟수 (3) : 11~15회

내원유형 (1) : 외래

내원유형 (3) : 기타

교육수준 (1) : 대학 재학 중

만족도 II - 절차 및 시설 만족도

평균소득 (2) : 200만 원~299만 원

평균소득 (4) : 소득400만 원 이상

방문횟수 (2) : 6~10회

방문횟수 (4) : 16회 이상

내원유형 (2) : 응급실

교육수준 (2) : 대학 졸업 이상

만족도 III - 간호사 및 행정직원 만족도

표 9. 환자만족도에 대한 공유의사결정 개별효과

	만족도 I	만족도 II	만족도 III
(상수)	5.482	10.803	8.567
공유의사결정1			1.983**
공유의사결정2	2.280**		
공유의사결정3	2.769**		
공유의사결정4	2.353**	3.501**	2.144**
공유의사결정5	3.433**	2.314**	3.416**
공유의사결정6	9.292**	3.139**	3.412**
공유의사결정7		2.648**	3.048**
공유의사결정8	3.249**	3.461**	5.178**
외래	-3.042**	-4.843**	
응급실		-2.550**	
민간의료기관이용여부	-2.232**		-2.745**

** p<0.01

공유1 - 본인의 질병 인지 정도
 공유3 - 치료법에 대한 의사의 충분한 설명
 공유5 - 약 복용에 대한 의사의 충분한 설명
 공유7 - 공유의사결정과 환자만족도의 긍정적 관계

공유2 - 의료진과 의료기관 선택 시 본인의 의견 반영 정도
 공유4 - 검사에 대한 의사의 충분한 설명
 공유6 - 본인 증상에 대한 충분한 설명의 기회
 공유8 - 진료과정에서의 적극적 참여 정도

V. 결론 및 시사점

이 연구는 공유의사결정이 군 의료체계의 중심인 군 병원 의료서비스 이용자인 병사들의 의료이용 만족도에 미치는 영향을 분석하여 군병원 서비스 질 향상을 위한 전략 수립 시 기초 자료를 제공하고자 시도되었다. 공유의사결정은 의사와 환자 간 이상적인 커뮤니케이션 모델로 그 중요성이 커지고 있다. 방법론적인 측면에서 이 연구는 여러 가능한 치료대안 중 제일 적합한 치료법을 선택하는 과정에서 의사와 환자 간 의사결정의 공유 정도가 의료서비스의 만족도에 미치는 영향을 규명한다. 연구 결과, 공유의사결정이 환자만족도에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났는데, 이는 여러 선행연구와 유사한 결과이다[14][15][18][19].

소비자주의의 확산으로 과거 제공자 중심의 의료서비스에서 수혜자(환자)중심의 의료서비스로 전환이 이루어지는 지금의 의료 환경에서 군 의료기관에서도 공유의사결정이 환자만족도 증대에 중요한 역할을 한다는 연구결과는 시사하는 바가 크다. 이는 건강 및 의료정보의 확산으로 인해 진료방법을 선택하는 과정에서 과거 수동적인 역할에서 벗어나 군 의료기관 병사환자도 일반환자와 마찬가지로 영향력이 강화되고 있음을 의미한다.

또한 연구결과는 현역병의 민간의료기관 외래진료에

많은 국방예산을 할당하기보다는 군 의료기관 환자에게 공유의사결정의 기회를 제공하여 만족도 제고에 힘쓰는 등 군 의료서비스의 질적 개선이 근본적인 문제해결책이 될 수 있음을 시사한다. 군 의료기관 체질개선의 방침을 앞세우고 군 의료기관의 수많은 시행착오와 노력의 결과로 인해 현재 어느 정도는 민간의료기관과 근접하고 있다고 말할 수 있다. 그러나 군 조직 특유의 엄격한 계급구조와 권위적 집단의 성격으로 외래 및 입원 군장병환자의 편의성은 아직도 만족할 만한 수준이 못되며, 재정적 측면도 국가예산으로 집행, 운영되어지는 제한 및 애로사항 때문에(각종 계획 보고와 타당성 검토, 결제 및 예산사용 감사 등) 민간 의료시설처럼 능동적 탄력적인 운영이 무척 어려운 실정이다. 따라서 유사시 국방의 수호 의무를 책임지며 군 장병들의 건강 증진 및 유지를 기본 임무로 삼고 있는 군 의료기관의 기본 체제하에서 발전적인 의료서비스를 수행하기 위해 다각적인 노력이 필요하며 공유의사결정은 중요한 전략적 자원이 될 수 있다고 보인다.

군 의료기관에서 의사-환자 간 관계의 주된 문제점은 의료진과 환자 간의 계급에 따른 갈등에서 기인한다. 이러한 갈등은 의사-환자 간 공유의사결정을 저해하는 요인으로 작용할 수 있다. 이를 해소하기 위한 방안으로는 의료진, 특히 군의관의 신분을 군무원으로 개편하는 것을 고려해 볼 수 있다. 이를 통해 장교와 병사,

상급자와 하급자의 관계를 탈피한 의료서비스 제공자와 수혜자, 의사와 환자의 관계가 형성되어 원활한 의사소통이 가능하게 되며, 이는 곧 환자와의 공유의사결정의 정도를 제고하여 의사 - 환자 간 관계 개선에 쉽게 도달할 수 있을 것이다. 또한, 현재 전체 국방예산의 1% 수준인 의료예산을 증액하여 단기군요원 위주의 진료체계 전환을 위한 전문 계약직 민간 우수인력을 영입하고 민간 진료체계의 공유의사결정 과정을 벤치마킹할 필요가 있다[21].

그러나 무엇보다 중요한 건 군 의료진의 공유의사결정에 대한 인식전환이다. ‘환자 중심주의’, ‘환자가 없으면 군 의료기관은 존재하지 않는다’는 의식전환을 위해 자체 운영위원회 등을 구성하여 진료 시 충분한 설명 1분 더하기, 환자의 의견 청취하기 등을 보다 강화, 실시하는 방안을 검토하여야 할 것이다.

마지막으로 이 연구는 몇 가지 제한점을 가지고 있다. 첫째, 현실적인 제약으로 인해 2개 의료기관의 환자를 대상으로 조사가 이루어져 총화의 의미가 다소 상실되어 연구결과를 일반화하기에는 한계가 있을 수 있다. 또한, 다양한 질병군을 가진 환자를 대상으로 하였을 때 임상적 특성에 대한 통제가 필요한데 이 연구에서는 그렇지 못하였다. 둘째, 설문항목을 민간의료기관을 대상으로 한 설문지를 기초로 설계하여 군 의료서비스의 특성을 충분히 반영하지 못하였다. 향후 연구는 군 의료기관의 특성을 충분히 반영한 설문지를 개발하여 연구를 진행할 필요가 있다고 판단된다.

참 고 문 헌

- [1] M. Janowitz, "Hierarchy and Authority in Sociology and the Military Establishment," N.Y : Russel Sage Foundation, 1965.
- [2] 윤영애, 정감열, 정경임, "병원근무 간호장교들의 피로도에 관한 연구", 대한군진의학학술지, 대한군진의학협회, 1981.
- [3] 문옥륜, "군요원기관과 국가의료망과의 연계체계 수립에 관한 연구", 용역연구서, 국군의무사령부, 1990.
- [4] 국군의무사령부, 한국군 의무지원체계 개선에 관한 연구, 1990.
- [5] 정한근, "군의료기관 입원환자의 만족도 결정요인 분석", 연세대학교 석사학위논문, 2004.
- [6] G. Elwyn, H. Hutchings, A. Edwards, F. Rapport, M. Wensing, W. Y. Cheung, and R. Grol, The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks, Health Expectations, Vol.8, No.1, pp.34-42, 2005.
- [7] A. Edwards and G. Elwyn, Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision, Health Expect, Vol.9, No.4, pp.307-320, 2006.
- [8] M. R. Haug and B. Lavin, Practitioner or Patient: whose in charge? Journal of Health and Social Behavior, Vol.22, No.2, pp.212-229, 1981.
- [9] M. Haug and B. Lavin, Consumerism in Medicine. Sage, Beverly Hills, 1983.
- [10] C. Charles and S. DeMaio, Lay participation in health care decision-making: a conceptual framework. Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol.18, No.4, pp.881-904, 1993.
- [11] C. Charles, A. Gafni, and T. Whelan, Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science & Medicine; Vol.49, No.5, pp.651-661, 1999.
- [12] M. Pinquart and P. Duberstein, Information needs and decision-making processes in older cancer patients, Critical Review in Oncology/Hematology, Vol.51, No.1, pp.69-80, 2004.
- [13] 김학빈, "군병원 입원환자의 의료서비스 만족도 향상방안에 관한 연구", 경희대학교 석사학위논문, 2003.

[14] K. A. Swanson, R. Bastani, L. A. Rubenstein, L. S. Meredith, and D. E. Ford, Effect of mental health care and shared decision making on patient satisfaction in a community sample of patients with depression. *Med Care Res and Rev*, Vol.64, No.4, pp.416-430, 2007.

[15] 서원식, 이채경 “의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향”, *예방의학회지*, 2010.

[16] A. Donabedian, Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, Vol.44, No.1, pp.166-203, 1966.

[17] R. A. Anderson, Behavioral model of families' use of health services, Chicago: University of Chicago Press, 1968.

[18] Agency for Healthcare Research and Quality, Annual report of the National CAHPS Benchmarking Database 2000: What consumers say about the quality of their health plans and medical care. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2001.

[19] N. I. Roos, Hysterectomy: variations in rates across small areas and across physicians' practices, *American Journal of Public Health*, Vol.74, No.3, pp.327-335, 1984.

[20] M. R. DiMatteo and R. Hays, The significance of patients' perception conduct: A study of patient satisfaction in a family practice center, *J Com Health*, Vol.6, No.1, pp.18-34, 1980.

[21] 임환열, 황인경, 서원식, “지방의료원 의료소비자의 서비스 가치, 브랜드 이미지, 재이용 의도 간 관계”, *한국콘텐츠학회논문지*, 제10권, 제11호, pp.304-317, 2010.

저 자 소 개

민 현 준(Hyun-Jun Min)

정회원



- 1992년 2월 : 단국대학교 농업경제학과(경제학사)
- 1997년 8월 : 국민대학교 경영학과(경영학석사)
- 2010년 8월 : 경원대학교 의료경영학과(보건학박사)

▪ 2011년 9월 현재 : 국방부 국군의무사령부 보건처 진료심사담당관

<관심분야> : 의료기관 의료경영전략, 진료행위와 환자만족도, 공유 의사 결정론

서 원 식(Won S. Suh)

정회원



- 1990년 2월 : 한국외국어대학교 무역학과(경영학사)
- 1996년 12월 : 미국 휴스턴주립대학교 경영대학원(의료경영학석사, MHA)
- 2003년 12월 : 미국 알라바마 주립대학교 의료경영학과(의료경영학박사, Ph.D.)

▪ 2003년 8월 ~ 2006년 12월 : 미국 플로리다 주립대학교 의료경영학과 조교수

▪ 2007년 3월 ~ 현재 : 경원대학교 글로벌헬스케어경영학과 부교수

<관심분야> : 의료경영전략, 의료서비스마케팅, 의료재무관리