

환자의 치료 의사결정 참여와 건강수준

윤난희

한양사이버대학교 보건행정학과

Patients' Participation in Treatment Decision Making and Health Status

Nan-He Yoon

Department of Health Administration, Hanyang Cyber University

Purpose: This study aimed to identify the factors influencing on patients' participation in their treatment decision making, and influences of patients' experience on their health status.

Methods: Data from the 2015 Korea National Health and Nutrition Examination Survey were used for the analysis. Multivariate logistic regression analysis was conducted to identify the factors influencing on patients' participation in their treatment decision making. The influences of patients' experience on their health status were analyzed using multiple linear regression analysis.

Results: Of the 4,497 respondents, 3,698 (82.2%) respondents mostly participated in their treatment decision making. Those who experienced enough visit duration, physicians' explanation easy enough to understand, or more opportunities to ask were more likely to participate in their treatment decision making. After controlling for their sociodemographic factors and health status, those who had better experience during the outpatient visits were more likely to have better self-rated health or quality of life.

Conclusion: To improve patients' health outcomes and satisfaction of health care uses, it is necessary to provide better experiences and expand the opportunities for participation in treatment decision making during their hospital visits.

Key words: Patients' participation, Patients' experience, Shared decision making, Korea national health and nutrition examination survey

Received: May.21.2018 **Revised:** Jun.18.2018 **Accepted:** Jun.29.2018

Correspondence: Nan-He Yoon

Department of Health Administration, Hanyang Cyber University, 220, Wangsimni-ro, Seongdong-gu, Seoul, 04763, Republic of Korea

Tel: +82-2-2290-0812 **E-mail:** yoon_nh@daum.net

Funding: None **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.24 no.1

© The Author 2018. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

I. 서론

환자경험은 환자의 치료과정 전반에 걸쳐, 진료의 과정과 결과 그 자체뿐 아니라 의료진과의 관계, 의료기관의 시설과 보건의료체계 등 전반에 대한 인식으로, 임상적 효과성이나 환자 안전과 더불어 환자의 관점에서 의료서비스의 질을 평가하는 중요한 지표로 강조되고 있다[1]. 환자경험을 측정하고 평가하기 위한 시도는 서구 국가들을 중심으로 다양하게 진행되어 왔다. 2000년대 이후 미국이나 영국, 캐나다 등의 여러 국가에서 환자경험에 대한 평가를 의무화하여 진행하고 그 결과를 공개하며[2-3], 진료비 보상제도에 반영하는 등 의료 질 향상을 촉진하는 방안 마련에 적극 활용하고 있다[4].

환자경험은 다양하게 평가될 수 있으나 환자의 두려움, 불안 등의 감정에 대한 공감과 정서적·심리적 지지, 환자의 상태와 의견에 대한 이해와 존중, 정확하고 광범위한 정보 전달과 의사소통, 투명하고 정직한 정보 공개 등 환자와 의료진의 관계적 측면과 전문적이고 신속한 치료 효과, 물리적 환경, 치료 과정의 연속성과 협력 등 기능적 측면으로 구성될 수 있다[5-7]. 이와 같이 환자경험을 측정하고 평가하는 것은 환자들의 요구를 파악하고 이를 충족할 수 있는 의료의 질을 향상시키며 치료 효과를 극대화시킬 수 있는 기회의 측면에서도 매우 중요하다[8-9]. 실제로 환자경험의 영향에 대한 Doyle 등[5]의 체계적 문헌고찰 연구 결과에 따르면, 대상자들의 환경과 건강상태 등이 모두 다름에도 불구하고, 대부분의 연구에서 질병 유무나 치료 여부 등과 같은 객관적인 건강 지표뿐 아니라 삶의 질 등을 포함한 주관적 건강수준, 처치나 복약 처방에 대한 순응도, 건강검진 수검이나 예방접종 등 건강 증진 및 예방 활동, 의료이용 등의 지표들과 환자경험이 양적 상관관계를 보여 환자경험의 중요성을 뒷받침해 주고 있다.

한편 최근에는 점차 이러한 환자경험을 강화하여 치료 의사결정 과정에 환자의 참여를 확대하는 방향이 강조되고 있다[10-11]. 이러한 변화와 함께 치료 의사결정 과정에서 의료진의 지시에 따르는 것을 가장 효과적이라고 보았

던 예전과는 달리 환자의 영향력을 강조하는 공유의사결정(shared-decision making; SDM) 모형이 등장하였다[12-13]. 공유의사결정 모형에서는 환자와 의료진 간의 양방향 정보 전달과 의사소통을 전제로 하며, 환자들은 치료 과정에 대한 모든 정보를 의료진으로부터 전달받고 스스로 치료 대안의 선택에 따른 결과를 고려하여 의료진과 함께 의사결정에 도달하게 된다[14]. 치료 의사결정의 참여는 환자들의 만족도와 처치 및 복약 처방에 대한 순응도를 향상시켜 치료 효과를 높이며 나아가 환자들의 건강수준과 삶의 질 향상에도 기여할 수 있다는 것이 많은 연구를 통해 보고되어 왔다[15-16]. 특히 의료진과 환자 간의 지속적인 관계가 형성되는 만성질환자의 진료 과정에서 이와 같은 치료 의사결정 참여는 더욱 효과가 있는 것으로 알려져 있다[17].

국내에서도 환자경험의 중요성에 대한 인식이 확대되면서 지난 2017년부터 건강보험심사평가원과 보건복지부에서는 상급종합병원 및 500병상 이상 종합병원의 퇴원 환자를 대상으로 대규모 환자경험조사를 실시하고 있다. 그러나 환자경험에 대한 국내 연구는 여전히 미흡한 실정이다. 전국 규모의 표본조사인 국민건강영양조사 자료를 활용한 김미영 등(2017)의 연구에서는 환자경험 중 의사의 진료설명에 대한 이해를 쉽게 할 수 있는지의 여부에 영향을 미치는 환자의 특성을 분석하였고[18], 김미중 등(2017)의 연구에서는 의료이용에 따른 환자경험의 차이를 분석하였으나[19], 단변량 분석에 따른 결과를 제시하는데 그치고 있다. 한편 서원식 등[17]은 환자의 치료 의사결정에 대한 참여가 환자 만족도에 미치는 영향에 대한 실증분석을 실시하였고, 환자의 치료 의사결정 참여는 환자 만족도를 향상시키는 것으로 밝혀졌다. 그러나 일부 표본 병원을 대상으로 선정하여 이루어진 조사의 결과로 그 결과를 일반화하는데 제한적이다.

이에 이 연구에서는 대표성 있는 전국 표본조사인 국민건강영양조사 자료를 활용하여 환자경험에 영향을 미칠 수 있는 잠재적 요인들을 함께 고려한 환자경험에 대한 영향요인을 탐색하고, 환자경험과 건강수준에 대한 실증분석을 진행하고자 한다. 이를 위하여 환자들의 만족도와 치료 효

과 향상에 영향을 미치는 치료 의사결정의 참여 여부에 영향을 미치는 요인들에 대하여 확인해보고, 실제로 이러한 환자경험이 이들의 건강수준에 미치는 영향에 대해서도 함께 확인하고자 한다.

II. 연구방법

1. 연구자료 및 변수

이 연구는 국민건강영양조사 2015년 조사 자료를 활용하였다. 국민건강영양조사는 국민의 건강 및 영양 수준에 대한 국가 승인 통계를 산출하기 위하여 질병관리본부에서 국민건강증진법 제16조에 근거하여 실시하는 조사로, 2015년도 조사에는 환자경험과 관련된 문항들이 포함되어 있다. 국민건강영양조사는 질병관리본부 연구윤리심의위원회의 승인을 받아 진행되고 있다. 이 연구에서는 조사 자료 활용에 대한 보안 서약서를 제출하고 승인 절차를 통해 자료를 구득하여 연구를 수행하였다.

치료 의사결정 과정의 참여 여부에 대한 첫 번째 분석의 종속변수는 최근 1년 간 외래 진료 시 치료 결정과정의 참여 경험으로 정의하였으며, 환자경험이 건강수준에 미치는 영향에 대한 두 번째 분석의 종속변수는 주관적 건강수준과 건강상태에 대한 삶의 질, 두 가지 변수로 설정하였다. 각 분석모형에 포함된 변수들의 정의를 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

1) 환자경험 관련 변수

환자경험과 관련된 변수는 치료 의사결정에 대한 참여 여부를 비롯하여 진료 과정에서 응답자들이 경험한 진료시간의 충분성, 설명의 이해용이성과 질문기회의 제공, 그리고 주로 이용하는 외래 의료기관의 종류로 구성된다.

주로 진료를 받는 외래 진료의사와의 진료 과정에서 “의사가 치료를 결정할 때, 귀하가 원하는 만큼 의견을 반영해 주었습니까?” 라는 질문에 ‘항상 그렇다’ 혹은 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우 치료 의사결정에 참여한 것으로 정의하였다. 그리고 “의사와 대화한 시간은 충분하였습니까?” 라는 질문에 ‘항상 그렇다’ 혹은 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경

우를 진료시간이 충분하였던 것으로 정의하고, “의사가 귀하가 이해하기 쉽게 설명했습니까?” 라는 질문에 ‘항상 그렇다’ 혹은 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우를 설명이 이해하기 용이했던 것으로 정의하였으며, “의사는 귀하의 치료에 대해 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 말할 기회를 주었습니까?” 라는 질문에 ‘항상 그렇다’ 혹은 ‘대체로 그렇다’ 고 응답한 경우를 진료 과정에 질문의 기회가 충분히 제공된 것으로 정의하였다. 또한 주로 이용하는 외래 기관의 종류를 종합병원, 병원, 의원(한의원 포함), 보건기관(보건소, 보건지소, 보건의료원, 보건진료소 포함)으로 구분하여 분석모형에 포함하였다.

2) 건강수준 관련 변수

건강수준과 관련된 변수는 응답자의 주관적 건강수준과 건강상태에 대한 삶의 질, 만성질환의 유병 여부와 지난 1년 간 입원 경험, 주요 만성질환의 가족력으로 구성된다.

먼저 주관적 건강수준은 “평소에 000님의 건강은 어떻다고 생각하십니까?” 라는 문항에 대하여 5점 척도로 수집된 응답 정보를 1~5점으로 계산하여 연속변수로 모형에 포함하였다. 건강상태에 대한 삶의 질에 대해서는 표준화된 삶의 질 측정도구인 EQ-5D의 5가지 문항(운동능력, 자기 관리, 일상활동, 통증 및 불편, 불안 및 우울)으로 수집한 정보에 국내 가중치를 적용하여[20] 환산한 점수를 활용하였다. 이 점수는 0점에서 1점 사이에서 결정되며, 점수가 클수록 건강관련 삶의 질이 좋은 것으로 평가할 수 있다. 이 연구에서는 이렇게 산출된 삶의 질 점수를 연속변수로 모형에 포함하였다.

한편 만성질환의 유병 여부에 대해서는 고혈압, 고지혈증, 허혈성심질환, 뇌졸중, 당뇨, 갑상선질환, B형 간염 등 주요 만성질환 중 1개 이상을 현재 앓고 있다고 응답한 경우를 주요 만성질환 유병 상태로 정의하였으며, 해당 질병에 대하여 가족들이 진단을 받은 적이 있는지에 대한 질문에 1가지 이상 그렇다고 응답한 경우를 주요 만성질환의 가족력이 있는 것으로 정의하였다. 또한 최근 1년 동안 입원한 적이 있었는지에 대한 질문에 그렇다고 응답한 경우를 지난 1년 간 입원 경험이 있는 응답자로 분류하였다.

3) 인구사회학적 특성 관련 변수

분석모형에 통제변수로 포함된 응답자들의 인구사회학적 특성은 응답자의 성별과 연령, 교육수준, 가구 소득수준, 직업, 건강보장, 거주지역 등으로 구성된다.

만 나이로 수집된 응답자들의 연령을 만 '19-34세', '35-49세', '50-64세', '65세 이상'의 4개 집단으로 구분하였고, 교육수준은 최종 학력을 기준으로 '중학교 졸업 이하', '고등학교 졸업', '대학교 졸업 이상'으로 구분하였다. 소득수준은 가구 총 소득 금액에 따라 사분위수로 구분하여 공개한 변수를 활용하였으며, 응답자의 직업은 '사무직'과 '비사무직', '기타(주부, 군인, 학생 포함)'로 구분하였다. 또한 건강보장 유형은 '건강보험 가입자'와 '의료급여 수급자'로 구분하였고, 거주지역의 주소지에 따라 '도시'와 '농어촌' 지역으로 구분하였다.

2. 연구대상자

진료과정에서의 환자경험과 관련 요인들을 확인하기 위하여 2015년 국민건강영양조사의 응답자 중 외래 진료를 받기 위해 주로 찾는 의사에게 1년 이내에 진료를 받은 경험이 있다고 응답한 만 19세 이상 성인을 대상으로 분석을 실시하였다. 1년 이내 외래 진료 경험이 있다고 응답한 4,540명의 응답자 중 치료 의사결정 과정의 참여 여부에 대한 정보가 누락된 43명을 제외한 총 4,497명이 최종 분석 대상에 포함되었다.

3. 분석방법

이 연구에서는 먼저 연구대상자들을 치료 의사결정 과정의 참여 여부에 따라 구분하고, 이들의 인구사회학적 특성과 건강수준, 외래 진료 과정에서의 환자경험 등의 분포 차이를 카이제곱 검정을 통해 비교하였다. 그리고 치료 의사결정 과정의 참여 여부에 대한 영향요인을 탐색하기 위하여 로지스틱회귀분석을 실시하였으며, 마지막으로 다중회귀분석을 통해 환자경험이 건강수준에 미치는 영향을 확인하였다. 각 분석의 통계적 유의성의 검정은 5% 유의수준을 기준으로 하였다. 이 연구의 모든 자료정리와 통계분석은 SAS ver. 9.4 프로그램(SAS Institute INC., Cary, NC, USA)

을 활용하여 실시하였다.

III. 연구결과

1) 연구대상자의 일반적 특성

이 연구에 포함된 모든 연구대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 건강설문조사의 전체 응답자 중 최근 1년간 자주 찾는 외래 진료기관에 방문한 경험이 있는 응답자들은 4,497명으로, 남성(40.9%)보다 여성(59.1%) 응답자가 많았으며, 연령에 따라서는 50-64세 응답자가 30.4%로 가장 많았다. 교육수준에 따라서는 중학교 졸업 이하인 응답자들이 35.9%로 가장 많았고, 가구 소득수준이 중간 정도 수준인 응답자(51.7%)가 많았으며, 직업이 없거나 주부인 응답자의 비율이 42.9%로 경제생활을 하고 있는 응답자보다 많았다.

건강상태와 관련된 특성으로는 주관적 건강수준이 보통이라고 응답한 경우가 50.4%로 가장 많았고, 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 응답자는 38.7%, 최근 1년 내 입원 경험이 있는 응답자는 13.5%, 주요 만성질환 가족력이 있는 응답자는 58.2%였다. 한편 주로 이용하는 외래 의료기관의 종별로는 의원급 의료기관인 경우가 70.9%로 가장 많았고, 종합병원이 18.2%, 병원급 의료기관이 9.0%로 그 뒤를 이었다. 외래 진료 시 의사와 대화한 시간이 충분했다고 응답한 경우는 80.2%, 의사의 설명이 이해하기 쉬웠다고 응답한 경우는 88.4%, 치료에 대한 궁금한 점이나 걱정스러운 점에 대해 질문할 기회를 가질 수 있었다는 응답자는 83.6%, 치료에 대한 의사결정 과정에 참여한 응답자는 82.2%로, 전체적으로 80% 이상의 응답자들이 진료 과정에서의 환자경험에 대하여 긍정적인 평가를 하고 있었다.

이와 같이 연구대상자 4,497명 중 진료 과정에서 치료 의사결정 과정에 항상 혹은 대체로 참여한다고 응답한 대상자는 총 3,698명(82.2%)였으며, 의사결정의 참여 여부에 따른 연구대상자들의 분포를 비교한 결과, 일부 변수에서 유의한 차이를 확인할 수 있었다(Table 2).

Table 1. Characteristics of study population

(n=4,497)

	Variables ¹⁾	Characteristics	N (%)
Sociodemographic characteristics	Sex	Male	1,841 (40.9)
		Female	2,656 (59.1)
	Age	19-34 years	818 (18.2)
		35-49 years	1,069 (23.8)
		50-64 years	1,368 (30.4)
		≥ 65 years	1,242 (27.6)
	Education	≤ Middle school	1,607 (35.9)
		High school	1,463 (32.7)
		≥ College	1,410 (31.5)
	Household income	High	1,289 (28.8)
		Middle	2,313 (51.7)
		Low	875 (19.5)
	Occupation	Non-manual	979 (21.9)
		Manual	1,576 (35.2)
Unemployed, others		1,918 (42.9)	
Health security	National health insurance	4,252 (94.6)	
	Medicaid	245 (5.4)	
Residential area	Urban	3,649 (81.1)	
	Rural	848 (18.9)	
Health status	Self-rated health	Good	1,252 (27.8)
		Fair	2,266 (50.4)
		Poor	978 (21.8)
	Chronic disease	None	2,755 (61.3)
		≥ 1	1,742 (38.7)
	Hospitalization	None	3,887 (86.5)
		≥ 1 (per year)	609 (13.5)
	Family history	None	1,880 (41.8)
≥ 1		2,613 (58.2)	
Patient experience	Provider types	General hospital	818 (18.2)
		Hospital	403 (9.0)
		Clinic	3,184 (70.9)
		Local public health center	84 (1.9)
	Visit duration	Enough	3,589 (80.2)
		Not enough	888 (19.8)
	Physicians' explanation	Easy to understand	3,963 (88.4)
		Not easy to understand	519 (11.6)
	Opportunity to ask	More opportunities to ask	3,740 (83.6)
		Less opportunities to ask	735 (16.4)
	Decision making	Mostly participated	3,698 (82.2)
		Hardly participated	799 (17.8)
Total			4,497 (100.0)

1) including missing values: 17 missed for education; 20 missed for household income; 24 missed for occupation; 1 missed for self-rated health and hospitalization; 4 missed for family history; 8 missed for provider types; 20 missed for visit duration; 15 missed for physicians' explanation; 22 missed for opportunity to ask

Table 2. Comparison of characteristics between participated and non-participated patients in their treatment decision making

						(n=4,497)	
Variables ¹⁾	Characteristics	Participated		Non-participated		χ^2 (p-value)	
		N	(%)	N	(%)		
Sociodemographic characteristics	Sex	Male	1,507	(40.8)	334	(41.8)	0.300 (0.584)
		Female	2,191	(59.2)	465	(58.2)	
	Age	19-34 years	669	(18.1)	149	(18.6)	5.555 (0.135)
		35-49 years	885	(23.9)	184	(23.0)	
		50-64 years	1,146	(31.0)	222	(27.8)	
		≥ 65 years	998	(27.0)	244	(30.5)	
	Education	≤ Middle school	1,297	(35.2)	310	(39.1)	4.582 (0.101)
		High school	1,222	(33.1)	241	(30.4)	
		≥ College	1,168	(31.7)	242	(30.5)	
	Household income	High	1,074	(29.2)	215	(27.0)	6.111 (0.047)
		Middle	1,913	(52.0)	400	(50.3)	
		Low	695	(18.9)	180	(22.6)	
	Occupation	Non-manual	816	(22.2)	163	(20.5)	1.501 (0.472)
Manual		1,299	(35.3)	277	(34.9)		
Unemployed, others		1,564	(42.5)	354	(44.6)		
Health security	National health insurance	3,510	(94.9)	742	(92.9)	5.361 (0.021)	
	Medicaid	188	(5.1)	57	(7.1)		
Residential area	Urban	2,988	(80.8)	661	(82.7)	1.596 (0.207)	
	Rural	710	(19.2)	138	(17.3)		
Health status	Self-rated health	Good	1,046	(28.3)	206	(25.8)	16.696 ($<$.001)
		Fair	1,890	(51.1)	376	(47.1)	
		Poor	761	(20.6)	217	(27.2)	
	Chronic disease	None	2,252	(60.9)	503	(63.0)	1.170 (0.279)
		≥ 1	1,446	(39.1)	296	(37.0)	
	Hospitalization	None	3,203	(86.6)	684	(85.6)	0.596 (0.440)
		≥ 1 (per year)	494	(13.4)	115	(14.4)	
Family history	None	1,514	(41.0)	366	(45.9)	6.450 (0.011)	
	≥ 1	2,181	(59.0)	432	(54.1)		
Patients' experience	Provider types	General hospital	654	(17.7)	164	(20.6)	7.674 (0.053)
		Hospital	329	(8.9)	74	(9.3)	
		Clinic	2,646	(71.7)	538	(67.5)	
		Local public health center	63	(1.7)	21	(2.6)	
	Visit duration	Enough	3,185	(86.5)	404	(50.9)	517.457 ($<$.001)
		Not enough	499	(13.5)	389	(49.1)	
	Physicians' explanation	Easy to understand	3,471	(94.1)	492	(62.1)	649.839 ($<$.001)
		Not easy to understand	219	(5.9)	300	(37.9)	
Opportunity to ask	More opportunities to ask	3,374	(91.5)	366	(46.4)	960.491 ($<$.001)	
	Less opportunities to ask	313	(8.5)	422	(53.6)		
Total			3,698	(82.2)	799	(17.8)	

1) including missing values: 17 missed for education; 20 missed for household income; 24 missed for occupation; 1 missed for self-rated health and hospitalization; 4 missed for family history; 8 missed for provider types; 20 missed for visit duration; 15 missed for physicians' explanation; 22 missed for opportunity to ask

가구 소득수준이 높거나 중간 수준인 응답자가 치료 의사결정 참여군에서 미참여군에 비해 유의하게 많았고($p=0.047$), 건강보험 가입자의 비율도 더 높았다($p=0.021$). 한편 건강수준에 따라서는 주관적 건강수준이 높다고 응답한 경우가 치료 의사결정 참여군에서 상대적으로 더 많았으며($p<.001$), 주요 만성질환의 가족력이 있는 경우도 더 많았다($p=0.011$). 한편 진료 과정의 환자경험 항목들은 모두 치료 의사결정 과정의 참여 여부와 유의한 관계가 있는 것으로 나타났다. 치료 의사결정에 항상 혹은 대체로 참여한다고 응답한 대상자 중 86.5%(3,185명)가 진료 시간이 충분했다고 응답했고, 94.1%(3,471명)는 의사의 설명이 이해하기 쉬웠다고 응답하였으며, 91.5%(3,374명)는 치료에 대한 궁금한 점이나 걱정스러운 점을 질문할 기회가 있었다고 응답하여 모두 치료 의사결정 과정의 미참여군보다 유의하게 많았다($p<.001$).

2) 치료 의사결정 과정 참여에 대한 영향요인

치료 의사결정 과정 참여의 영향요인에 대한 로지스틱 회귀 분석 결과(Table 3), 환자들의 인구사회학적 특성과 건강상태를 통제한 후에도 진료 과정의 환자경험이 치료 의사결정의 참여에 여전히 유의한 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다.

의원급 의료기관보다 종합병원에서 주로 외래 진료를 받은 응답자들이 상대적으로 치료 의사결정 과정에 적게 참여하는 것으로 나타났으며(OR=0.754; 95% CI: 0.596-0.954), 진료 시간이 충분했다고 경험한 경우(OR=2.103; 95% CI: 1.669-2.650), 의사의 설명이 이해하기 쉬웠던 경우(OR=2.562; 95% CI: 1.967-3.337), 치료에 대한 궁금한 점이나 걱정에 대해 질문할 기회가 있었던 경우(OR=6.399; 95% CI: 5.147-7.954)에 모두 그렇지 않은 경우에 비해 치료 의사결정 과정에 많이 참여하는 것으로 확인되었다.

3) 환자경험이 건강수준에 미치는 영향

마지막으로 환자경험이 건강수준에 미치는 영향을 확인하기 위한 다중회귀분석 실시 결과는 Table 4와 Table 5에 제시된 바와 같다.

먼저 외래 진료 시 치료 의사결정 과정에 항상 혹은 대체

로 참여하는 응답자들은 그렇지 않은 경우에 비해 주관적 건강수준($\beta=0.099$; $p=0.002$)과 건강상태에 따른 삶의 질($\beta=0.013$; $p=0.003$)이 모두 높은 것으로 나타났으며, 이는 연구대상자들의 인구사회학적 특성과 건강수준의 영향을 모두 통제한 결과이다(Table 4).

통제변수인 인구사회학적 특성들 중에서는 여성에 비해 남성이 건강수준이 높았고, 연령이 낮을수록, 교육수준이 높거나 소득수준이 높을수록, 의료급여 수급자에 비해 건강보험 가입자인 경우 건강수준이 높은 것으로 확인되었다. 직업과 거주지역은 주관적 건강수준에는 유의한 영향을 미치지 않았으나 사무직인 응답자들에 비해 비사무직인 경우 건강관련 삶의 질이 높고, 무직이거나 주부인 경우 더 낮았으며, 도시 지역에 거주할수록 삶의 질이 더 높은 것으로 나타났다. 또한 건강수준에 따라서는 1개 이상의 만성질환을 가지고 있는 경우나 1년 내 입원 경험이 있는 경우 주관적 건강수준과 건강관련 삶의 질은 모두 낮은 것으로 확인되었으며, 주요 만성질환의 가족력은 건강관련 삶의 질과는 유의한 관계가 나타나지 않았으나 가족력이 있는 응답자들의 주관적 건강수준은 가족력이 없는 응답자들에 비해 유의하게 낮은 것으로 나타났다.

한편 환자의 치료 의사결정 참여에 대한 분석과 동일한 통제변수를 포함한 회귀분석 모형에서 주요 독립변수를 환자경험의 각 구성요소인 진료시간의 충분성, 설명의 이해 용이성, 질문기회의 제공 정도로 설정한 분석 결과(Table 5), 모든 항목에서 동일한 경향을 확인할 수 있었다. 연구대상자들의 인구사회학적 특성과 건강상태를 모두 통제한 후에도 진료시간이 충분하다고 느끼는 응답자들은 그렇지 않은 경우에 비해 주관적 건강수준($\beta=0.116$; $p<.001$)과 건강관련 삶의 질($\beta=0.010$; $p=0.013$)이 모두 높았고, 의사의 설명이 이해하기 쉬웠던 응답자들도 그렇지 않은 경우에 비해 주관적 건강수준($\beta=0.171$; $p<.001$)과 건강관련 삶의 질($\beta=0.021$; $p<.001$)이 모두 높았다. 치료 관련 궁금증이나 어려운 점에 대해 질문을 했던 응답자들 역시 그렇지 않은 경우에 비해 주관적 건강수준($\beta=0.101$; $p=0.002$)과 건강관련 삶의 질($\beta=0.012$; $p=0.004$)이 모두 유의하게 높았다.

Table 3. Factors influencing on patients' participation in treatment decision making

(n=4,393)

	Variables	Characteristics	OR	(95% CI)
Sociodemographic characteristics	Sex	Male	(Ref.)	
		Female	1.013	(0.835-1.229)
	Age	19-34 years	(Ref.)	
		35-49 years	0.927	(0.694-1.237)
		50-64 years	0.984	(0.722-1.340)
		≥ 65 years	0.855	(0.594-1.229)
	Education	≤ Middle school	0.681	(0.495-0.938)
		High school	0.955	(0.739-1.232)
		≥ College	(Ref.)	
	Household income	High	(Ref.)	
		Middle	1.067	(0.851-1.337)
		Low	1.026	(0.742-1.418)
	Occupation	Non-manual	(Ref.)	
		Manual	0.995	(0.742-1.334)
Unemployed, others		0.950	(0.714-1.265)	
Health security	National health insurance	(Ref.)		
	Medicaid	0.811	(0.540-1.219)	
Residential area	Urban	(Ref.)		
	Rural	1.198	(0.939-1.530)	
Health status	Chronic disease	None	(Ref.)	
		≥ 1	1.133	(0.903-1.421)
	Hospitalization	None	(Ref.)	
		≥ 1 (per year)	0.971	(0.745-1.265)
Family history	None	(Ref.)		
	≥ 1	1.209	(1.000-1.462)	
Patients' experience	Provider types	General hospital	0.754	(0.596-0.954)
		Hospital	0.921	(0.669-1.269)
		Clinic	(Ref.)	
		Local public health center	0.735	(0.400-1.352)
	Visit duration	Enough	2.103	(1.669-2.650)
		Not enough	(Ref.)	
	Physicians' explanation	Easy to understand	2.562	(1.967-3.337)
		Not easy to understand	(Ref.)	
	Opportunity to ask	More opportunities to ask	6.399	(5.147-7.954)
Less opportunities to ask		(Ref.)		

Table 4. Health status according to participation in treatment decision making

(n=4,491)

		Self-rated health		Quality of life	
		coefficients	p-value	coefficients	p-value
Sociodemographic characteristics					
Sex	Male	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	Female	-0.134	<.001	-0.016	<.001
Age	19-34 years	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	35-49 years	-0.079	0.042	-0.005	0.303
	50-64 years	0.037	0.364	-0.006	0.276
	≥ 65 years	0.070	0.152	-0.039	<.001
Education	≤ Middle school	-0.382	<.001	-0.042	<.001
	High school	-0.096	0.004	-0.007	0.093
	≥ College	(Ref.)	-	(Ref.)	-
Household income	High	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	Middle	-0.050	0.088	-0.009	0.015
	Low	-0.100	0.021	-0.035	<.001
Occupation	Non-manual	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	Manual	0.037	0.340	0.011	0.036
	Unemployed, others	-0.069	0.064	-0.016	0.001
Health security	National health insurance	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	Medicaid	-0.371	<.001	-0.050	<.001
Residential area	Urban	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	Rural	-0.029	0.362	-0.014	0.001
	Poor		Poor	Poor	
Health Status					
Chronic disease	None	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	≥ 1	-0.275	<.001	-0.018	<.001
Hospitalization	None	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	≥ 1 (per year)	-0.303	<.001	-0.042	<.001
Family history	None	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	≥ 1	-0.059	0.021	0.001	0.847
Patients' experience					
Provider types	General hospital	-0.147	<.001	-0.002	0.601
	Hospital	-0.012	0.777	-0.008	0.186
	Clinic	(Ref.)	-	(Ref.)	-
	Local public health center	0.391	<.001	0.026	0.027
Decision making	Mostly participated	0.099	0.002	0.013	0.003
	Hardly participated	(Ref.)	-	(Ref.)	-

Table 5. Health status according to participation in patients' experience

(n=4,471)

Variables	Characteristics	Self-rated health		Quality of life	
		coefficients ¹⁾	p-value	coefficients ¹⁾	p-value
Visit duration	Enough	0.116	<.001	0.010	0.013
	Not enough	(Ref.)		(Ref.)	
Physicians' explanation	Easy to understand	0.171	<.001	0.021	<.001
	Not easy to understand	(Ref.)		(Ref.)	
Opportunity to ask	More opportunities to ask	0.101	0.002	0.012	0.004
	Less opportunities to ask	(Ref.)		(Ref.)	
Decision making	Mostly participated	0.099	0.002	0.013	0.003
	Hardly participated	(Ref.)		(Ref.)	

¹⁾ coefficients from multivariate regression analysis adjusting for patients' sex, age, education, household income, occupation, health security, residential area, chronic disease, hospitalization, family history, and provider types

IV. 고찰

이 연구는 국민건강영양조사 자료를 활용하여 환자의 치료 의사결정 참여에 영향을 미치는 요인들을 확인해보고, 환자들의 치료 의사결정 참여와 환자경험이 건강수준에 미치는 영향을 실증분석을 통해 살펴보았다. 분석 결과, 환자들의 치료 의사결정 참여에는 진료 과정에서의 진료 시간 충분성, 의료진 설명에 대한 이해의 용이성, 치료에 대한 질문 가능성 등의 측면에 대한 긍정적인 경험이 유의한 영향을 미치는 것을 알 수 있었다. 또한 이러한 환자들의 긍정적인 경험과 치료 의사결정 참여는 환자들의 주관적 건강수준과 건강상태에 따른 삶의 질을 향상시키는 것으로 확인되었다. 특히 환자들의 객관적 건강수준인 만성질환 여부 및 입원 경험과 치료 의사결정 과정의 익숙한 정도에 영향을 미칠 수 있는 가족력 등의 요인들을 통제한 후에도 치료 의사결정 과정에 대한 참여가 응답자들이 주관적으로 인식하는 건강수준과 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 그 중요성을 확인할 수 있었다.

이는 선행연구의 결과와도 일치하는 것으로, 치료 의사결정에 참여한 환자들은 치료 과정에 대한 정보를 더 많이 공유하고, 그를 통해 치료 과정을 더욱 충실하게 따르며, 이에 따라 건강수준이나 삶의 질도 높아지고 환자 안전과 만

족도도 향상되며, 불필요한 의료 이용을 최소화시킬 수 있는 것으로 알려져 있다[21-22]. 그러나 환자들의 치료의 사결정 참여와 환자경험이 치료의 효과에 미치는 영향에 대한 선행연구들에 따르면, 그 결과가 일관되지 않거나 유의한 결과를 찾아보기 어려운 경우가 있었다[5,23]. 이는 환자 경험을 포함한 다양한 요인들이 복합적으로 진료 과정과 그 결과에 영향을 미치기 때문이다. 따라서 의료의 질을 평가할 때에는 환자경험을 비롯한 다양한 영향요인들을 종합적으로 고려하는 것이 매우 중요하다[24].

급진적으로 진행되는 질병이나 사고보다는 만성적인 건강 상태에 대하여 이해의 정도가 깊고 치료 과정에 대한 정보도 많이 소유하고 있는 만성질환 환자의 경우 치료 의사결정 과정에 환자가 의견을 반영하고 참여하는 것이 더욱 용이하다. 뿐만 아니라 지속적으로 의료진을 방문하여 약을 처방 받고 진료를 받는 절차를 통해 대체로 의료진과 장기간 관계를 유지할 수 있으므로 치료 의사결정 참여는 더욱 촉진될 수 있다[23,25]. 이 연구의 분석 결과에서 주요 만성질환에 대한 가족력이 있는 경우 치료 의사결정 과정의 참여 확률이 높아지는 결과도 이와 유사하게 질병이나 건강에 대한 정보 획득의 경로와 전략에 대한 접근성이 높기 때문인 것으로 볼 수 있다[26].

이 연구대상자들의 응답 현황을 살펴보면 진료 과정의 환

자경험이나 치료 의사결정 과정에 대한 평가는 80% 이상이 긍정적으로 평가하여 대체로 만족도가 높은 것으로 보인다. 지난 2016년 한국보건사회연구원에서 의료제도에 대한 국민의 인식과 환자경험에 대한 대국민 조사 설계를 위해 실시한 예비조사 결과에서도 의료서비스 관련 대부분의 영역에서 5점 기준 4점 이상의 긍정적인 평가 결과가 발표되었다[27]. 그러나 이는 여전히 OECD 국가들과 비교하면 낮은 수준으로[19] 환자경험을 전반적으로 긍정적인 방향으로 개선하고 환자들이 보다 적극적으로 치료 의사결정 과정에 참여할 수 있는 분위기 조성 및 적극적인 지원이 필요한 시점이다.

한편 이 연구의 응답자들은 평소에 자주 이용하는 외래 의료기관의 의료 이용만을 대상으로 환자경험에 대한 정보를 제공하였다. 이에 응답자들은 주로 의료진들과 이미 신뢰관계를 형성하고 있거나 의료진들의 입장에서 이미 응답자들의 건강상태 변화에 대하여 많은 정보를 가지고 진료 의사결정을 할 수 있다. 따라서 진료과정에서의 경험을 보다 긍정적으로 인식할 수 있고 치료 의사결정 과정에 대한 참여의 접근성도 더 높을 수 있다. 또한 의료기관의 선택이 자유로운 상황에서 자주 방문하는 의료기관의 선택은 이미 환자경험에 대한 평가가 반영된 결과라고도 볼 수 있다.

이와 같이 이 연구에서 활용한 국민건강영양조사는 단면 조사를 통해 수집된 자료이므로 시간적 선후관계를 확인할 수 없어 독립변수와 종속변수 간 인과관계를 설명할 수 없으며, 따라서 각 분석 결과의 해석 시 주의가 필요하다. 또한 개별 의료 이용에 대한 경험을 확인할 수 없어 보다 심층적인 분석을 진행하기에는 한계가 있다.

그러나 이러한 한계점에도 불구하고 전국 단위의 표본조사 자료를 활용하여 환자경험과 치료 의사결정 참여에 대한 국내의 다양한 현황과 관련 요인들을 확인하고 건강과의 관계를 살펴보고자 한 시도라는 점에서 의미가 있다. 현재 건강보험심사평가원에서 전국 규모의 환자경험 평가를 진행하고 있고, 향후 의료이용과 환자경험에 대한 대국민 조사도 실시될 예정이나 아직 국내에는 환자경험에 대해 평가할 수 있는 표준화된 도구를 활용하여 대표성 있는 표본을 대

상으로 한 조사 결과가 공개되어 있지 않다. 이 연구에서 활용한 국민건강영양조사의 환자경험 관련 조사자료 수집도 2015년 한 해로 그치고 중단되었다. 향후 환자들의 각 의료 이용에 대한 환자경험과 그에 따른 환자 만족도, 진료 결과 등의 관계를 확인해 볼 수 있도록 조사 체계가 구축되고 보완된다면 국내의 보건의료 환경에서 환자경험이 가지는 의의와 의료 질 향상을 위해 환자경험을 강화하기 위한 전략을 보다 심층적으로 분석하고 개발할 수 있는 연구로 확대될 수 있을 것이다.

V. 결론

환자경험은 환자의 관점에서 의료의 질을 평가하는 지표로, 의료 질 향상을 위한 환자경험 개선과 치료 효과 개선 및 건강수준 향상을 위한 환자들의 공유의사결정 강화의 중요성이 점차 강조되고 있다. 특히 건강정보의 광범위하고 급격한 확산으로 보건의료 소비자들의 다양해지는 요구를 충족시키고 만족도를 향상시키기 위한 의료기관 내외부의 노력이 확대되고 있는 시점에 환자들의 치료 의사결정 참여에 영향을 미치는 요인들을 파악하고 이러한 의사결정 참여가 치료 결과 혹은 건강에 미치는 영향을 실증분석의 결과를 통해 확인하는 것은 매우 중요하다. 의료기관의 환자경험을 개선하고 환자들의 진료 의사결정 참여 기회를 확대하여 환자들의 만족도를 제고하고, 임상적 치료 효과의 극대화를 통한 건강수준 향상과 의료 질 향상을 촉진하는데 기초가 되는 근거자료로 활용될 수 있기를 기대한다.

VI. 참고문헌

1. Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press; 2001.
2. LaVela SL, Gallan AS. Evaluation and measurement of patient experience. Patient Experience Journal. 2014;1(1):28-36.
3. Black N, Jenkinson C. Measuring patients' expe-

- riences and outcomes. *BMJ*. 2009;339:b2495.
4. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). Hospital value-based purchasing [Internet]. Baltimore, MD: CMS; 2013 [cited 2018 May 20]. Available from: https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/downloads/Hospital_VBPurchasing_Fact_Sheet_ICN907664.pdf.
 5. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013;3(1):e001570.
 6. Reeves R, West E, Barron D. Facilitated patient experience feedback can improve nursing care: a pilot study for a phase III cluster randomised controlled trial. *BMC Health Service Research*. 2013;4(13):259.
 7. Davies E, Shaller D, Edgman-Levitan S, Safran DG, Oftedahl G, Sakowski J, et al. Evaluating the use of a modified CAHPS survey to support improvements in patient-centered care: Lessons from a quality improvement collaborative. *Health Expectations*. 2008;11(2):160-76.
 8. Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. *BMJ Quality & Safety*. 2012;21(1):39-46.
 9. Boulding W, Glickman SW, Manary MP, Schulman KA, Staelin R. Relationship between patient satisfaction with inpatient care and hospital readmission within 30 days. *The American Journal of Managed Care*. 2011;17(1):41-8.
 10. Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ*. 2003;327:542-5.
 11. Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA*. 2001;286(20):2578-85.
 12. Crawford MJ, Aldridge T, Bhui K, Rutter D, Manley C, Weaver T, et al. User involvement in the planning and delivery of mental health services: a cross-sectional survey of service users and providers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2003;107(6):410-4.
 13. Edwards A, Elwyn G. Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. *Health Expectations*. 2006;9(4):307-20.
 14. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*. 1997;44(5):681-92.
 15. Ong LML, DeHaes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine*. 1995;40(7):903-18.
 16. Rimondini M, Del Piccolo L, Goss C, Mazzi M, Paccaloni M, Zimmermann C. Communication skills in psychiatry residents - How do they handle patient concerns?. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2006;75(3):161-9.
 17. Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*. 2010;43(1):26-34.
 18. Kim MY, Kim YJ, Lee EM. Patient's characteristics influencing patient's comprehensibility of doctor's explanation. *Quality Improvement in Health Care*. 2017;23(2):57-66.
 19. Kim M, Park S. Healthcare utilization and patient experience of Korean adults: The 6th Korea National Health and Nutrition Examination Sur-

Original Articles

- vey(2015). Korean Journal of Health Communication. 2017;12(2):223-35.
20. Chungnam National University. EQ-5D Korean valuation study using Time Trade Off method. Osong, Korea: Korea Centers for Disease Control & Prevention; 2007.
21. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ*. 1999;319(7212):766-71.
22. Savage R, Armstrong D. Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. *BMJ*. 1990;301:968-70.
23. Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L, deWeert GH, Sensky T, van der Stakk CPF, deJong CAJ. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2008;77:219-26.
24. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Relating patient experience to other quality measures [Internet]. Rockville, MD: AHRQ; 2017 [cited 2018 May 20]. Available from: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>.
25. Beisecker AE, Beisecker TD. Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care*. 1990;28(1):19-28.
26. Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*. 1997;277(18):1485-92.
27. Shin JW. People-centered health care system and patients' experience in health service use. *Health.Social Issue & Focus*. 2017;330.