

# 환자안전에 대한 의료서비스 소비자의 인식 조사

김정은<sup>1</sup> · 이남주<sup>2</sup> · 장선미<sup>3</sup> · 김영미<sup>4</sup>

서울대학교 간호대학 교수<sup>1</sup>, 서울대학교 간호대학 부교수<sup>2</sup>, 서울대학교 간호과학연구소 연구원<sup>3</sup>, 서울대학교병원 과장<sup>4</sup>

## Healthcare Service Consumers' Perception of Patient Safety

Kim, Jeong Eun<sup>1</sup> · Lee, Nam Ju<sup>2</sup> · Jang, Seon Mi<sup>3</sup> · Kim, Young Mee<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professor, College of Nursing Seoul National University, Seoul

<sup>2</sup>Associate Professor, College of Nursing Seoul National University, Seoul

<sup>3</sup>Researcher, Research Institute of Nursing Science, College of Nursing Seoul National University, Seoul

<sup>4</sup>Director, Nursing Department of Seoul National University Hospital, Seoul National University Hospital, Seoul, Korea

**Purpose:** This study aimed to investigate the perspective of consumers in healthcare services regarding patient safety. **Methods:** The study was a descriptive study using a self-reported questionnaire. The questionnaire was based on the Senior Empowerment and Advocacy in Patient Safety (SEAPS) questionnaire, which was designed to assess patient safety health beliefs. The survey was conducted online and a convenient sample of 302 adults participated in total. The reliability of the measurement (Cronbach's  $\alpha$ ) was 0.758 in attitude (ATT), 0.546 in outcome efficacy (OE), 0.757 in self-efficacy (SE), and 0.703 in behaviors (BEH). **Results:** The average patient safety awareness score of the healthcare service consumers was 2.72 (ATT), 2.91 (OE), 2.87 (SE), and 2.27 (BEH). Our analysis indicated that there were no differences in ATT, BEH, or SE by gender, age, or education level. However, in OE and the total score of the four subscales, there were significant differences by age and gender. Correlations were identified between BEH and SE ( $r=0.409, p<.01$ ), BEH and OE ( $r=0.202, p<.01$ ), ATT and SE ( $r=0.358, p<.01$ ), and OE and SE ( $r=0.241, p<.01$ ). **Conclusion:** This study measured consumer perspectives concerning patient safety. The findings demonstrate the need for developing a measurement tool to assess consumer's perception of patient safety, considering Korean healthcare system and cultural context.

**Key Words:** Patient safety, Consumer participation, Advocacy

## 서론

환자안전에 대한 관심은 미국의학원(Institute of Medicine)에서 'To Err Is Human: Building a Safer Health System' 보고서<sup>1)</sup>가 발표되면서 시작되었다. 이로 인하여 환자안전에 대한 사회적 관심이 증가하면서 환자안전이 보건의료 분야의 중요한 문제 중 하나가 되었다. 이 보고서에 따르면 미국에서 매년 입원 환자의 2.9~3.7%가 위해사건(adverse events)을

겪고 있고, 이 중 8.8~13.6%가 죽음에 이르게 된다. 이는 최소 44,000명에서 최대 98,000명 정도가 위해사건으로 사망하는 것으로 추정되며 또한 의료과오(medical error)로 인한 사망은 교통사고 보다 많은 것으로 보고되고 있다.

최근에 환자안전 분야에서 나타나는 경향은 의료서비스 소비자인 환자의 환자안전 활동에 참여와 역할을 강조하고 있으며 환자안전활동에서의 환자참여에 관한 연구도 꾸준히 증가하였다. Wachter<sup>2)</sup>는 기존의 환자안전 5가지 영역에 '환자참

**주요어:** 환자안전, 소비자 참여, 소비자 옹호

**Corresponding author:** Lee, Nam Ju

College of Nursing Seoul National University, 28 Yongon-dong, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea.  
Tel: +82-2-740-8812, Fax: +82-2-740-8812, E-mail: njlee@snu.ac.kr

- 이 연구는 서울대학교 간호과학연구소의 재정 지원으로 수행되었음.

- This work was supported by The Research Institute of Nursing Science, College of Nursing, Seoul National University

투고일 2013년 9월 9일 / 심사완료일 2013년 10월 10일 / 게재확정일 2013년 10월 10일

여'를 포함한 5가지 영역을 추가하여 '환자안전의 10가지 핵심 영역'을 제시하였는데 이는 환자안전에서 환자의 적극적인 역할이 중요하다는 것을 보여주고 있다. Lee와 Lee<sup>3)</sup>은 환자 안전을 위해 환자와 일반인의 참여 및 소통을 강조하였으며 진료과정에 환자가 적극적으로 참여하는 것이 환자안전에 도움이 되므로 우리나라의 진료환경에서도 환자의 적극적인 참여의 필요성을 제시하였다. Ward 등<sup>4)</sup>은 환자의 관점에서 환자안전에 관한 도구를 개발하였으며 최근에는 환자안전 문제를 겪은 사람이나 그 가족들이 환자안전의 참여를 이끌고 있다. 환자안전에서 환자의 참여에 영향을 미치는 요소를 규명한 Davis 등의 연구에서 환자는 환자안전에서 중요한 역할을 할 수 있고 환자안전사건을 줄이는데 완충역할을 한다는 것이 밝혀진 바 있다.<sup>5)</sup> 또한 환자안전에 대한 환자와 의료진의 지식이나 신념은 환자의 환자안전 관련 활동에 중요한 영향을 미치며, 환자안전에서 환자의 참여가 효과적이고 지속적인 결과를 이루기 위해서는 환자와 의료진 간의 협력관계를 구축하고 촉진시키는 것이 중요하다고 한다. Kim 등<sup>6)</sup>은 환자 안전을 위한 의료서비스 소비자의 참여 활성화와 소통을 강조하고 있다. 환자들의 참여와 소통은 매우 중요하지만 실제 진료과정에서 환자들의 참여가 매우 제한되어 있으므로 의료기관이 진료와 환자안전에 적극적으로 환자들의 참여시키고 환자들과 소통할 수 있는 방안을 제시할 필요가 있고 환자 스스로도 환자안전 활동에 적극적으로 참여하여야 한다고 하였다.

환자참여의 중요성이 부각되면서 환자안전 관련한 다양한 기관에서 환자안전에서의 환자의 적극적인 참여를 이끌어 내기 위한 다양한 활동을 하고 있다. 외국의 사례를 살펴보면, 국제보건기구(World Health Organization, WHO)에는 환자 안전을 위한 환자참여를 위해 Patients For Patient Safety (PFPS)가 있다.<sup>7)</sup> PFPS는 세계 보건의료의 질과 안전을 향상시키기 위하여 환자와 의료서비스 소비자의 중심적 역할을 강조하며 환자와 의료서비스 소비자를 위하여 다양한 분야에서 활동하며 환자, 의료서비스 소비자, 의료서비스 제공자 그리고 기관이 서로 연계되어 의료서비스 소비자가 다양한 환자안전 프로그램 참가할 수 있도록 지원하고 있다. 미국의 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)는 환자와 의료서비스 소비자를 위한 가장 최신의 정보를 문서 형태뿐만 아니라 비디오 등 다양한 형태로 제공하고 있다.<sup>8,9)</sup> 또 다른 기관인 National Patient Safety Foundation (NPSF) 역시 환자 참여는 환자 안전을 개선시킨다고 강조하고 있다.<sup>10)</sup> 이러한 기관들은 SNS (Social Networking Service) 등 다양한 방법으로 환자안전에 관하여 홍보하고 있다.

국내의 환자안전 관련한 현황을 살펴보면, 보건의료계의 환자안전에 대한 관심이 점점 더 증가하고 있는 추세이다. 환자안전에 대한 사회적 관심 및 보건의료계의 관심이 증가하면서 환자안전에 대한 연구도 꾸준히 증가하고 있으며 이를 통하여 환자안전문화 정착 및 향상에 기여하였고 환자 안전을 향상시키는 계기가 되었다. 하지만 지금까지의 연구는 의료계 종사자를 대상으로 하거나 환자안전문화에 관한 연구가 대부분이었다.<sup>11-14)</sup> 환자안전의 중심에 있는 의료서비스 소비자의 환자안전에 대한 연구가 거의 없는 실정이며 환자안전에 관한 의료서비스 소비자의 참여 및 활동도 아직은 미미한 수준이다. 이는 국내 의료서비스 소비자의 환자안전에 대한 인식의 부족 가능성을 고려해 볼 수 있으나 아직까지 소비자들의 환자안전 인식에 대한 연구가 거의 없다.

이상에서 살펴보았을 때, 환자안전에서 중요한 역할을 하는 의료서비스 소비자의 환자안전 인식에 대한 연구가 필요하다. 이를 통해 의료서비스 소비자들의 환자안전에 대한 중요성을 인식시키고 더불어 소비자들의 환자안전 참여를 증진시킴으로써 올바른 환자안전 문화 정착에 기여할 수 있을 것이다.

## 연구 방법

### 1. 연구설계

본 연구는 의료서비스 소비자인 일반인을 대상으로 환자안전에 대한 인식을 알아보는 서술적 연구이다.

### 2. 연구대상자

연구대상자는 만 19세 이상의 일반 성인으로 본 연구에 자발적으로 참여를 원하는 사람으로 총 302명이 온라인을 통하여 설문조사에 참여하였다.

### 3. 연구도구

본 연구에 사용된 연구도구는 Elder 등<sup>15)</sup>의 환자안전에 대한 노인들의 관점을 측정하기 위하여 개발된 자기보고 형태의 도구(Seniors Empowerment and Advocacy for Patient Safety, SEAPS)를 사용하였다. 이 도구는 건강행위모형을 바탕으로 설계되었으며 총 21문항으로 하부영역은 4가지 분야인 행동(behaviors, BEH), 자기효능(self-efficacy, SE), 태도(attitudes, ATT), 기대효능(outcome efficacy, OE)으로 구

성되었다. 설문도구의 신뢰도(Cronbach's  $\alpha$ )는 행동(BEH)=0.79, 자기효능(SE)=0.91, 태도(ATT)=0.74, 기대효능(OE)=0.91이었다. 이 설문도구를 사용하기 위하여 저자로부터 이메일을 통해 도구사용에 대한 허락을 받았다. 영어로 된 설문도구를 영어와 한국에 모두 능통한 연구자 1인이 일차적으로 한국어로 번역한 후 연구자 2인이 번역한 언어가 적절하지, 문맥적으로 적절하게 해석되는지 3차례에 걸친 검토과정을 거쳐 수정·보완하였다. 번역된 도구를 영어와 한국에 모두 능통한 전문 번역인에게 의뢰하여 다시 영어로 역번역하는 과정을 거쳐 번역의 타당도를 검증 하였으며, 환자안전 전문가인 본 연구의 저자들이 내용 타당도를 최종 검토 후 사용하였다.

본 연구는 SEAPS 설문도구를 바탕으로 하였고 일반적인 특성 6문항을 추가하여 행동(behaviors, BEH) 6문항, 자기효능(self-efficacy, SE) 5문항, 태도(attitudes, ATT) 5문항, 기대효능(outcome efficacy, OE) 5문항으로 총 27문항으로 구성되었다. 본 연구도구의 전체적 신뢰도(Cronbach's  $\alpha$ )는 0.772였으며, 하위영역의 신뢰도는 태도(ATT)=0.758, 자기효능(SE)=0.757, 행동(BEH)=0.703, 기대효능(OE)=0.546이었다. 환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능은 4점 척도로 측정하였으며 점수가 높을수록 환자안전에 관한 행동의 빈도가 높고, 긍정적인 환자안전 문화를 가지며 자기효능과 기대효능이 높은 것으로 해석할 수 있다.

#### 4. 자료수집

본 연구의 자료수집은 온라인 설문조사를 통하여 이루어졌다. 연구대상자를 모집하기 위하여 건강 관련 웹사이트 및 SNS를 임의로 표출하여 설문조사에 대해 홍보하고 게시하였다. 온라인 설문지에 연구의 목적 등을 게시하고 연구대상자가 직접 읽은 후 연구참여에 동의한 경우에 설문조사에 참여하도록 하였다. 설문조사는 온라인 자가보고식 설문지를 통하여 2013년 3월 25일부터 4월 2일까지 실시되었고 총 302명이 참여하였다.

#### 5. 자료분석

본 연구를 위해 수집된 자료는 자료의 특성에 따라 서술통계, 분산분석, 상관관계분석 등을 실시하였다. 분석은 SPSS 20 통계 프로그램을 이용하였다.

- 대상자의 인구통계학적 특성, 의료기관의 환자안전, 환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능에 대해 빈

도, 백분율, 평균 및 표준편차 등의 기술통계 분석을 하였다.

- 인구통계학적 특성에 따른 행동, 자기효능, 태도, 기대효능의 비교는 분산분석을 하였으며 사후 분석으로 Scheffé test를 사용하였다.
- 환자안전 인식 하부영역인 행동, 자기효능, 태도, 기대효능간의 상관관계는 Pearson's correlation을 이용하여 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 대상자의 일반적 특성

본 연구대상자의 일반적 특성은 Table 1과 같다. 남성이 52.3%(n=158) 여성이 47.7%(n=144)였으며, 연령은 30, 40대가 64.6%(n=195)로 가장 많았다. 최종학력은 대학졸업이 64.6%(n=195)로 가장 높게 나타났으며 대학원 졸업 이상은 16.6%(n=50)이었다. 거주 지역은 서울이 42.1%(n=127), 광역시 22.5%(n=68), 시 32.8%(n=99), 군 이하가 2.6%(n=8)로 나타났다. 의료기관 방문횟수는 3달에 1~2번 방문한다고 응답한 대상자가 41.7%(n=126)로 가장 많았다. 주로 방문하는 의료기관은 병원이 41.7%(n=126), 의원이 32.8%(n=99), 상급종합병원이 17.5%(n=53)로 나타났다. 환자안전에 대한 정보를 어디서 얻는지에 대한 질문에 인터넷이 43.7%(n=132), TV나 라디오와 같은 대중매체가 32.8%(n=99), 가족이나 친구가 9.3%(n=28), 의료기관이 7.9%(n=24) 순으로 나타났다. 진료 받았던 의료기관이 '얼마나 안전한 진료를 하는 곳이나'는 질문에 대한 대상자의 주관적 평가는 10점 만점에 평균 7.24점으로 나타났다.

### 2. 환자안전에 대한 인식 정도

대상자의 환자안전에 대한 인식 정도는 Table 2과 같다. SEAPS로 측정된 대상자의 환자안전에 대한 인식은 4점 만점에서 전체 평균은  $2.69 \pm 0.31$ 로 행동 영역이  $2.26 \pm 0.52$ , 자기효능 영역이  $2.87 \pm 0.48$ , 태도 영역이  $2.72 \pm 0.55$ , 기대효능 영역이  $2.91 \pm 0.39$ 로 나타났다. 세부 항목에서 가장 높은 점수를 나타낸 문항은 기대효능 중 '건강문제에 대해서 의사에게 충분히 설명하는 것이 나의 진료에 도움이 될 것이라고 믿는다'로  $3.33 \pm 0.56$ 로 나타났다. 가장 낮은 점수를 나타낸 항목은 행동 영역 중 '의료기관에 진료를 받으러 갈 때 가족이나 친

**Table 1.** General Characteristics of Respondents (N=302)

Variables	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Female	144 (47.7)
	Male	158 (52.3)
Age (year)	19~29	51 (16.9)
	30~39	112 (37.1)
	40~49	83 (27.5)
	50~59	33 (10.9)
	≥60	23 (7.6)
Education	≤ High school	57 (18.9)
	College/university	195 (64.6)
	≥ Graduate school	50 (16.6)
Residence	Seoul	127 (42.1)
	Metropolitan city	68 (22.5)
	Cities	99 (32.8)
	≤ Counties	8 (2.6)
Health service visits	1~2/week	14 (4.6)
	1~2/month	78 (25.8)
	1~2/3 moths	126 (41.7)
	1~2/year	84 (27.8)
Main health service	Tertiary hospital	53 (17.5)
	Hospital	126 (41.7)
	Clinic	99 (32.8)
	Oriental medicine clinic	9 (3.0)
	Public health center	4 (1.3)
	Pharmacy	11 (3.6)
Hospital' patient safety score*		7.24±1.51
Route of PSI	Internet	132 (43.7)
	Public media (TV, radio)	99 (32.8)
	Family & friends	28 (9.3)
	Healthcare institution	24 (7.9)
	Newspaper	11 (3.6)
	Book, magazine etc.	8 (2.6)

PSI=patient safety information.

\*Patient safety scores were scored by patients in the question "how safe is the health care institution where you received care?".

구에게 같이 가자고 부탁한다'로 1.83±0.85로 나타났다.

### 3. 일반적 특성에 따른 환자안전 인식 정도의 차이

일반적 특성에 따른 환자안전 인식 정도의 차이는 Table 3과 같다. 환자안전 인식의 SEAPS 총점은 성별과 나이에 따라 유의한 차이가 나타났다. 여성이 남성의 점수보다 유의하게 높았다(F=6.314, p=.013). 또한 대상자의 연령에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었는데 20대가 2.83±0.34로 가장 높았다(F=3.156, p=.015).

환자안전의 하부영역인 행동(BEH), 자기효능(SE), 태도

(ATT)의 점수는 성별, 나이, 교육정도에 따라 통계적으로 유의한 차이를 나타내지 않았다. 반면 환자안전 기대효능(OE) 점수는 나이에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다(F=3.074, p=.017). 20대가 3.07±0.47로 가장 높았고 30대가 2.85±0.37로 가장 낮았다. 사후 분석 결과, 하부영역의 총점과 기대효능에서 20대 집단과 30대 집단의 점수에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

### 4. 환자안전 인식 하부영역간의 상관관계

환자안전 행동(BEH), 자기효능(SE), 태도(ATT), 기대효능(OE) 간의 상관관계 결과는 Table 4와 같다. 행동(BEH)과 자기효능(SE)(r=0.409, p<.01), 행동(BEH)과 기대효능(OE)(r=.202, p<.01), 태도(ATT)와 자기효능(SE)(r=.358, p<.01), 기대효능(OE)과 자기효능(SE)(r=.241, p<.01)은 상관관계가 있는 것으로 나타났으나 기대효능(OE)과 태도(ATT), 태도(ATT)와 행동(BEH) 간에는 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

## 논 의

본 연구는 SEAPS 도구를 이용하여 의료서비스 소비자의 환자안전에 대한 인식을 조사하였다. SEAPS의 하부영역인 환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능을 파악하였고 대상자의 일반적 특성에 따른 하부영역을 분석하였으며 또한 하부영역간의 상관관계를 파악하였다.

대상자의 환자안전 인식의 평균 점수를 살펴보면, 행위 2.26점, 자기효능 2.87점, 태도 2.27점, 기대효능 2.91점이었다. 본 연구에서 사용한 SEAPS를 개발하고 연구한 문헌의 결과와 비교하면, Elder 등<sup>15)</sup>의 연구에서는 행위 1.6점, 자기효능 2.2점, 태도 1.9점, 기대효능 1.9점으로 본 연구의 결과보다 전반적으로 낮은 점수이었다. 이는 연구의 대상자가 노인이었기 때문에 전반적인 점수가 본 연구의 점수보다 낮게 나온 것으로 해석된다. 본 연구의 대상자는 20~30대가 대상자 중 163명(54%)이고 60세 이상의 대상자는 23명(7.6%)이었다. 그러므로 이러한 대상자 일반적 특성의 차이가 전반적인 점수의 차이에 영향을 미친 것으로 분석된다.

환자안전 하부영역의 총점을 대상자의 일반적 특성에 따라 분석한 결과, 대상자의 성별과 나이에 따라 점수에 차이가 있었다. 환자안전 하부영역의 총점이 여성이 남성보다 높았으며 20대의 점수가 2.83점으로 가장 높았다. 본 연구의 결과와

**Table 2.** Consumer Perceptions of Patient Safety

Categories ( $\alpha^*$ )	Items	M $\pm$ SD
BEH (.703)	1. I study by myself on my health problem and on medicine,	2.45 $\pm$ 0.74
	2. I ask questions to my doctor on my health issues, result of medical examination and medication,	2.51 $\pm$ 0.71
	3. I update the name or information on my medication (prescription or household medicine).	2.04 $\pm$ 0.90
	4. I contact medical organization to inquire about the result of clinical examination or radioactivity test when no report is given,	2.41 $\pm$ 0.92
	5. When deemed necessary, I visit other doctors or medical organizations for medical diagnosis,	2.35 $\pm$ 0.80
	6. I ask my family or friend to accompany me to the medical organization to get medical service,	1.83 $\pm$ 0.85
	Means	2.26 $\pm$ 0.52
SE (.757)	1. I can study by myself on my health problem and on medicine,	2.66 $\pm$ 0.72
	2. I can contact medical organization to inquire about the examination result when no answers were given on the result of my clinical examination or radioactivity test,	3.00 $\pm$ 0.67
	3. When deemed necessary, I can visit other doctors or medical organization to get medical diagnosis,	3.05 $\pm$ 0.58
	4. I can explain my doctor on my health problem in full detail,	2.91 $\pm$ 0.65
	5. I can ask my family or friend to accompany me to the medical organization for medical service,	2.75 $\pm$ 0.73
	Means	2.87 $\pm$ 0.48
ATT (.758)	1. I feel it difficult to change my doctor when I feel my concern on my health is not fully settled,	2.59 $\pm$ 0.74
	2. I feel it difficult to ask my friend or family to accompany me to the medical organization for medical service,	2.82 $\pm$ 0.77
	3. I feel it difficult to make many questions to my doctor on my health problem, test result and medication,	2.76 $\pm$ 0.80
	4. I feel it difficult to contact the medical organization to inquire about the result of clinical examination or radioactivity test when no report is given,	2.86 $\pm$ 0.79
	5. I feel it difficult to update the name or information on my medication (prescription or household medicine),	2.59 $\pm$ 0.78
	Means	2.72 $\pm$ 0.55
OE (.546)	1. I believe it will be helpful to my health when I give full explanation to the doctor on my health problem,	3.33 $\pm$ 0.56
	2. I believe it will be helpful to my health when I make written protest against the doctors or medical staffs in case of any problem,	2.56 $\pm$ 0.78
	3. I believe that it will be helpful to my health when I go to other doctor or medical organization for medical diagnosis when deemed necessary,	3.09 $\pm$ 0.59
	4. I believe that it will be helpful to my general health when I request my family or friend to accompany me to the medical organization for medical service,	2.52 $\pm$ 0.74
	5. I believe that it will be helpful to my health when I study by myself on my health problem and medication,	3.06 $\pm$ 0.60
	Means	2.91 $\pm$ 0.39
Total score		2.69 $\pm$ 0.31

BEH=behaviors; SE=self-efficacy; ATT=attitudes (reverse coding); OE=outcome efficacy.

\*Cronbach's  $\alpha$

**Table 3.** Scores related by Demographics Data

Variables	Categories	n	BEH	SE	ATT	OE	Total
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
Gender	Female	144	2.32±0.50	2.93±0.50	2.78±0.57	2.93±0.43	2.74±0.34
	Male	158	2.21±0.53	2.82±0.45	2.67±0.53	2.90±0.36	2.65±0.28
	<i>p</i>		.070	.056	.093	.413	.013
Age (year)	19~29	51	2.36±0.56	3.03±0.49	2.87±0.57	3.07±0.47a	2.83±0.34a
	30~39	112	2.21±0.48	2.84±0.52	2.76±0.56	2.85±0.37b	2.66±0.33b
	40~49	83	2.26±0.55	2.84±0.42	2.64±0.52	2.93±0.38a,b	2.67±0.26a,b
	50~59	33	2.29±0.55	2.85±0.45	2.62±0.63	2.88±0.36a,b	2.66±0.32a,b
	≥60	23	2.31±0.49	2.84±0.38	2.68±0.40	2.86±0.33a,b	2.67±0.26a,b
	<i>p</i>		.492	.166	.117	.017	.015
Education	≤ High school	57	2.24±0.54	2.83±0.52	2.74±0.56	2.87±0.42	2.67±0.31
	College/university	195	2.27±0.51	2.88±0.49	2.72±0.57	2.92±0.39	2.70±0.32
	≥ Graduate school	50	2.27±0.54	2.90±0.38	2.73±0.50	2.96±0.36	2.71±0.30
	<i>p</i>		.937	.708	.973	.528	.753
Total		302	2.26±0.52	2.87±0.48	2.72±0.55	2.69±0.31	2.69±0.31

BEH=behaviors; SE=self-efficacy; ATT=attitudes; OE=outcome efficacy. Scheffé test; b < a.

**Table 4.** Correlations among Measured Variables (N=302)

Variables	BEH	SE	ATT	OE
	r	r	r	r
BEH	-			
SE	.409**	-		
ATT	.032	.358**	-	
OE	.202**	.241**	.026	-

BEH=behaviors; SE=self-efficacy; ATT=attitudes; OE=outcome efficacy. \**p* < .05; \*\**p* < .01.

유사하게 Elder 등<sup>15)</sup>의 연구에서도 총점이 대상자의 성별에 따라 차이가 있었으며 여성의 점수가 남성보다 더 높았다.

대상자의 특성에 따른 각 하부영역별 점수를 살펴보면, 환자안전의 행동, 자기효능, 태도는 대상자의 특성에 따라 차이가 없었다. 그러나 기대효능은 나이와 성별에 따라 유의한 차이가 나타났다. 여성이 남성보다 기대효능이 유의하게 높았으며, 20대가 가장 높게 나타났고 30대가 가장 낮게 나타났다. Elder 등<sup>15)</sup>의 연구에서도 하부영역은 다르지만 성별간의 차이가 있다는 본 연구결과와 유사한 결과가 나타났다. 태도와 자기효능은 성별에 따라 차이가 있어서 여성의 점수가 남성보다 높았다. 하지만 Elder 등<sup>15)</sup>의 연구에서는 연구대상자가 노인이었기 때문에 대상자의 특성 중 하나인 연령에 따른 분석은 하지 않았기 때문에 본 연구의 결과와 비교할 수가 없었다. Arora와 McHorney<sup>16)</sup>의 연구에서도 치료결정 참여에서 여성들은 남성에 비해 적극적인 역할을 선호하는 것으로 나타났

는데 이러한 경향이 환자안전의 참여에서도 나타나는 것으로 해석할 수 있다. 비록 본 연구에서는 교육수준이 환자안전에 대한 인식과 행동에 영향을 미치지 않았지만 Davis 등<sup>5)</sup>의 연구에서는 더 젊고, 교육수준이 높은 환자들이 건강과 관련된 결정을 내리는데 있어 보다 적극적으로 정보를 얻으려 한다고 설명하고 있다.

환자들을 포함한 의료서비스 소비자들의 환자안전에 대한 인식이나 환자안전 활동 연구는 아직 초기단계에 있으며, 안전인식에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구가 부족하여 다른 연구결과들과 비교하는 데는 제한점이 있다. 따라서 환자들의 치료결정 참여에 관한 연구결과들과 비교해 보았을 때 환자들의 치료결정에 있어 적극적인 참여에 영향을 미치는 요인들은 개인적, 신체적요인 뿐 아니라 여러 맥락적 요인들이 서로 상호작용하는 매우 복잡한 과정보다 알 수 있다.<sup>15,17,18)</sup> 이러한 점을 고려하였을 때 환자의 권리에 대한 인식이나 환자안전 문화를 포함한 전반적인 문화적 맥락이 환자안전 인식에도 영향을 미칠 것이라 사려된다. 따라서 계속적인 추후 연구들을 통해 우리나라에서 일반인이나 환자들의 환자안전 인식에 미치는 요인을 파악하고 소비자들의 환자안전 인식 수준을 높이기 위한 노력이 요구된다.

환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능간의 상관관계 분석 결과에서 행동은 자기효능 및 기대효능과 상관관계가 있었다. 또한 자기효능은 태도 및 기대효능과 상관관계가 있었다. 본 연구의 결과와 유사하게 Elder 등<sup>15)</sup>의 연구에서도 행동

에 영향을 미치는 변수를 다중회귀분석을 통해 분석한 결과 자기효능과 기대효능이 환자안전 행동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 효능의 수준에 따라서 행동으로 연결될 가능성이 있기 때문에 분석된다. 그러나 본 연구에서 태도와 환자안전 행동, 태도와 기대효능간에 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다. 따라서 환자안전에 대한 태도가 높으나 그것이 행동으로 이루어지지 않을 수 밖에 없는 환자안전 행동에 방해가 되는 요소를 파악할 필요가 있다. 그 중 하나로 환자안전 활동에 참여하는데 제도나 정책적 문제점이 있다면 이는 행동에 방해요인으로 작용할 것이다. 따라서, 우리나라의 보건의료환경 내 의료서비스 소비자들의 환자안전 활동과 관련된 제도적, 정책적 문제점을 파악하고 개선할 필요가 있을 것이다.

연구의 제한점으로 본 연구는 일부 웹사이트에 접속하거나 SNS를 이용하는 일반인을 대상으로 하였기 때문에 연구결과를 의료소비자 전체로 일반화하는데 제한점이 있으며, 연구도구의 하위영역 중 기대효능의 신뢰도가 .546으로 비교적 낮게 나왔다. 따라서 추후 대상자를 확대한 연구가 필요하며 기대효능의 문항에 대한 검토가 요구된다.

## 결론 및 제언

본 연구는 일반인을 대상으로 의료 소비자의 환자안전에 대한 인식을 조사한 국내 최초의 연구로 국내 의료소비자들의 전반적인 환자안전 인식 수준을 파악하는데 도움을 주고 있다. 또한 환자안전의 행동, 자기효능, 태도, 기대효능의 관계를 분석함으로써 의료소비자의 환자안전 인식을 높이고, 환자안전 활동 참여를 향상시킬 수 있는 요소들을 이해하는데 도움을 주고 있다. 국내 일반인들의 환자안전 인식이나 활동 수준은 아직 높지 않은 것으로 나타났으며, 그들의 환자안전 인식을 높이고 환자안전 활동에서의 참여를 활성화하는 방안이 요구된다.

본 연구에서는 Elder 등<sup>15)</sup>의 SEAPS를 이용하여 의료소비자의 환자안전에 대한 인식을 파악하였으나 환자안전 인식에 영향을 미치는 문화적 맥락을 고려할 때 추후 한국의 의료상황에 적합한 도구의 개발이 필요하다. 또한 대상자를 확대하여 국내 의료소비자들의 환자안전 인식과 관련요인에 대한 계속적인 조사연구가 요구된다. 더 나아가 환자안전에 대한 인식을 향상시킴으로써 의료소비자들의 환자안전 활동 참여의 기회를 높이고, 환자안전 활동에 적극적인 참여를 도모하기 위한 정책적, 제도적 분석을 통한 다각적인 방면의 전략개발

이 필요할 것이다.

## REFERENCES

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: building a safer health system. Washington, D.C.: National Academy Press; 2000.
2. Wachter RM. Patient safety at ten: unmistakable progress, troubling gaps. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(1):165-73. <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0785>.
3. Lee JH, Lee SI. Patient safety: The concept and general approach. *J Korean Soc Qual Assur Healthc*. 2009;15(1):9-18.
4. Ward JK, McEachan RR, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J. Patient involvement in patient safety: protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:130. <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-11-130>.
5. Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007;10(3):259-67. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x>.
6. Kim SW, Kim JE, Lee SI, Lee JH, Jeong YY, Kim MS, et al. Strategic planning of supporting the hospital's patient safety activities. Seoul: Korean Institute for Healthcare Accreditation; 2011.
7. World Health Organization [Internet]. [place unknown]: World Health Organization; c2013. Patients for patient safety; [cited 2013 May 1]. Available from: [http://www.who.int/patient-safety/patients\\_for\\_patient/en/](http://www.who.int/patient-safety/patients_for_patient/en/).
8. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Patients and Consumers; [cited 2013 May 1]. Available from: <http://www.ahrq.gov/patients-consumers/index.html>.
9. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) [Internet]. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); Surveys on patient safety culture; 2012 July [cited 2013 May 1]. Available from: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/>.
10. National Patient Safety Foundation (NPSF) [Internet]. Boston: National Patient Safety Foundation (NPSF); c2013. Tools and resources for patients and consumers; [cited 2013 May 1]. Available from: <http://www.npsf.org/for-patients-consumers/tools-and-resources-for-patients-and-consumers/>.
11. Kim SM. A study on clinical nurse of safety culture [dissertation]. Seoul: Hanyang University; 2011.
12. Kim SJ. Relationship between operation nurses' perception on the patient safety culture and their safety care activities [dissertation]. Kimhae: Inje University; 2012.
13. Kim JE, Kang MA, An KE, Sung YH. A survey of nurses'

- perception of patient safety related to hospital culture and reports of medical errors. *J Korean Clin Nurs Res*. 2007;13(3): 169-79.
14. Nho YN. Analysis of perception patient safety culture among hospital workforce[dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2008.
  15. Elder NC, Regan SL, Pallerla H, Levin L, Post D, Cegela DJ. Development of an instrument to measure seniors' patient safety health beliefs: the Seniors Empowerment and Advocacy in Patient Safety (SEAPS) survey. *Patient Educ Couns*. 2007;69(1-3):100-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2007.07.007>.
  16. Arora NK, McHorney CA. Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate? *Med Care*. 2000;38(3):335-41.
  17. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med*. 1998;24(2):81-8. <http://dx.doi.org/10.1080/08964289809596384>.
  18. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005;20(6):531-5. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.04101.x>.