

일부 농촌주민에서 의사에 대한 환자의 의견불일치

건양대학교 의과대학 예방의학교실, 건양대학교 경영정보관광학부¹⁾,
계명대학교 의과대학 예방의학교실²⁾
이무식*, 조형원¹⁾, 김은영, 천병철, 신동훈²⁾

The Nature of Patient's Disagreements with Doctors among Some Rural Residents

Moo-Sik Lee, Hyong-Won Cho¹⁾, Eun-Young Kim, Byung-Chul Chun,
Dong-Hoon Shin²⁾

*Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Department of Business,
Information & Tourism Management¹⁾, Konyang University
Department of Preventive Medicine, College of Medicine, Keimyung University²⁾*

= ABSTRACT =

Recently, dissatisfaction with aspects of health care has been complemented by directly at complaints such as informal, formal and litigation. But some people take action and other not in spite of feeling of dissatisfaction.

This study was to investigate an accounts of patient's disagreement with doctor's care from a community sample, and make a distinction between felt disagreement and disagreement actions. This study was done in six hundred forty residents in Sungjio County of Kyungbuk Province and Nonsan city of Chungnam Province. The questionnaires of interview included sociodemographic data, health status data, a nature of patient's disagreement with doctor and actions taken following or during the disagreement episode.

Approximately sixteen percent of sample reported a disagreement, and nine percent reported action taken following or during the disagreement episode. Age, educational attainment, income and area were significantly related with experience of disagreement episode in univariate analysis.

In people who experienced the disagreement episode, nearly forty-one percent reported on disagreement about the diagnosis related, twenty-eight percent reported doctor-patients relationship related, twenty percent reported treatment related, and eleven percent reported prescription drug related. In people who experienced actions taken following or during the disagreement episode, nearly fifty-four percent acted as 'sought a second opinion or visit other doctor', thirty-six percent acted as 'verbally challenged the doctor', thirty two percent acted as 'stopped prescribed treatment or

*교신저자(E-mail: mslee@kytis.konyang.ac.kr)

medication', twenty-nine percent acted as 'made repeat visits to the same doctor', twenty-five percent acted as 'eventually left and changed doctor'.

Results of multivariate analysis, age, marital status, have or haven't chronic disease, and general satisfaction with health service were significantly related with experience of disagreement episode and marital status was significantly related with experience of actions taken following or during the disagreement episode.

This study is experimental and exploratory trial about a relationship between patient's disagreement with doctor and actions taken following or during the disagreement episode in some community of Korea. We find that patient's disagreement with doctor and actions taken following or during the disagreement episode is latent in our community. We suggest that the relationship between felt disagreement and disagreement action is more complicated and worthy of further study.

KEY WORDS : Patient's disagreement, Disagreement action, Relationship between patient's disagreement and disagreement action

서 론

의료개념이 기본적인 인권으로서의 변화와 더불어 의료행위의 내용이 다양하고 그 제공 형태가 조직화함에 따라 의료인과 환자와의 관계는 새로운 유형으로 바뀌어 가고 있으며, 환자가 석실한 대우를 받고 환자의 권리가 확보되어야 할 필요성이 점점 커지고 있다. 과거엔 의료기관 및 의사의 전문적 우위 (professional dominance)로 환자의 불만을 효과적으로 차단하였으며 (Freidson, 1970; Hak, 1994), 의료사고에 대해 운명적인 것으로 체념하던 환자들이 이제는 자신의 권리를 찾는 차원에서 이의를 제기하는 경우가 많아졌다 (추호경, 1991; 조형원, 1994).

의료만족에 대한 연구는 사회과학분야에서 오랜 역사를 가지고 있는데 (Locker & Dunt, 1978; Tuckett & Williams, 1984) 최근 의료에 대한 불만에 대하여 직접적인 좀더 새롭고 특이한 연구 과제 즉, 공식 및 비공식적 불만, 소송의 연구과제들로 보완되고 있음이 목격된다. 영국의 경우, 1991년 환자권리의 도입

(Walsh, 1994)과 공식적인 불만, 그리고 소송 (Wilson Report, 1994), 보건의료제공자의 비용과 관련 (Harris, 1994)하여 부각되었다. 그러나 이러한 연구는 몇가지 제한점을 가지는데 첫째로 강한 소비자주의에 집중된 것이다. 즉, 연구자들은 공식적인 행동으로 취하여진 불만족을 조사하는 경향을 가지는데, 보건행정기관, 병원과 지역사회 담당자 또는 가족보건서비스기구에 대한 불만에 국한되었다는 점이다 (Allsop, 1994; Nettleton & Harding, 1994; Owen, 1991; Summerton, 1995). 둘째, 불만을 해결하기 위해 취하여진 행동에 초점을 맞추었다. 따라서 다양한 이유로 실제로 행동으로 옮겨지지 않은 것에 대해서 연구를 통해서 알 수 있는 내용은 없었다. 이러한 측면에서 가장 중요한 것은 태도와 행위간의 관련성이다. 하버드 연구 (Harvard Practice Study)는 1984년 뉴욕주에서 30,195명중 280명이 의료 부주의로 부적절한 사건을 경험하였다고 보고하였으며, 또한 이제까지는 이들 손상의 98%가 환자에 의한 의료과오 소송 (malpractice claim)으로 제기되지 못하였다고 보고하였다 (Localio, 1991).

의료에 대하여 동일한 불만족을 갖더라도 어떤 사람은 이에 대하여 다양한 행동을 취하는데 비해 또 다른 사람은 행동을 취하지 않는데 대한 의문이 제기될 수 있다. 또한 의료사고가 발생하더라도 모든 사례에서 의료분쟁으로 비화되지는 않는다. 이에 대하여 미국에서 Haug & Lavin(1983)이 연구를 하였는데 이들은 환자들이 표면적으로는 강한 소비자주의를 표현하지만 소비자주의에 입각한 행동으로까지는 나아가지 않는다는 것을 발견하였다. 의료불만은 의견불일치가 다른 모습으로 나타나는 것으로 볼 때 이에 대한 연구는 의료문쟁과 관련하여 중요한 의미를 갖는다.

이러한 관점에서 이 연구에서는 우리나라 지역사회를 대상으로 의견불일치의 실태를 파악하고 인지된 의견불일치와 의견불일치 행동사이의 차이를 규명하고자 한다. 그러나 의사에 대한 환자의 의견불일치에 대한 정의와 개념이 명확히 정립되지 않은 상태이며 국내에서의 연구도 드물어 의견불일치에 대한 다소 실험적이고 탐색적 연구로 제한되리라 판단된다. 구체적인 연구목적으로 첫째, 인지된 의견불일치의 실태 즉, 의견불일치의 정도, 의견불일치후의 취하는 행동의 정도, 진단 및 치료의 어떤 측면이 관여되는지를 분석하고, 둘째 인지된 의견불일치와 의견불일치 행동사이의 관련성을 살펴보고자 한다.

대상 및 방법

이 연구는 경상북도 성주군 성주읍 및 충청남도 논산시 양촌면에 거주하는 주민을 대상으로 한 면담조사로 이루어졌다. 의과대학생을 이용한 현지조사를 실시하였는데, 성주군은 군집 추출방법(cluster sampling method)을 이용하여 대상집단을 선정하였으며, 논산시의 경우는 양촌면 지역 하계 의료봉사 활동중 진료를 받고자 진료소에 내원한 주민을 대상으로 하였다. 조사된 자료중 연령, 성별 자료가

조사되지 않은 경우에 분석대상에서 제외하여 최종 대상자는 총 646명 (남 296명, 여 347명)이었다.

연구방법으로 대상자의 일반적 특성, 건강관련문항, 의견불일치와 관련된 문항 등으로 구성된 면담지를 개발하여 1999년 4월 1주간 및 8월중 2일간에 훈련된 의과대학 및 간호대학생 20여명을 면접조사원으로 본 조사의 목적 및 취지를 설명한 후 대상 개개인을 면담 조사하였다.

조사한 연구변수로 일반적 특성은 연령, 성, 결혼상태, 교육정도, 경제활동, 의료보장상태, 생활수준 등 10문항이었으며, 건강에 대한 분항으로는 자가건강평가, 질병에 대한 감수성, 가족의 건강상태, 만성질환 여부, 평소 의료만족도 등 5문항이었다. 환자의 의사에 대한 의견불일치는 진단관련, 약처방 관련, 치료관련, 환자-의사관계, 의견불일치 후 취한 행동 등을 조사하였다. 본 연구에서 의견불일치의 조작적 정의는 의사의 진료에서 진단, 처방, 치료 등의 전반적인 진료과정에서 동의할 수 없는 의견을 경험하거나 느낀 적이 있는 지로 하였다. 수집된 자료는 데이터베이스 파일로 입력하였으며, 입력된 자료는 SPSS 8.0을 이용하여 빈도 분석(frequency analysis), 카이제곱검증(chi-square test), 로지스틱 회귀분석(logistic regression) 등으로 분석하였다.

결 과

의사의 진료에 대한 환자의 의견불일치는 전체 연구대상자에서 16.2%를 차지하였으며, 의견불일치후 행동을 취한 사람은 8.7%로 의견불일치자 중에서 행동을 취한 사람은 53.8%였다. 조사대상자의 일반적 특성에 따른 의견불일치자는 연령이 55세 이하의 경우 26.0%, 56세에서 65세 이하는 16.5%, 66세 이상은 6.3%로 연령별로 유의한 차이가 있었다 ($P<0.01$). 성별로는 남성의 경우 18.6%, 여성은

14.1%로 남성에서 약간 더 많았으나 유의한 차이는 없었다. 교육수준에서 무학인 경우 9.3%, 초등학교가 11.7%, 중학교 이상 학력자는 27.1%로 고학력일수록 유의하게 더 많았다 ($P<0.01$). 직업에서는 육체노동자의 경우 14.6%, 비육체노동자는 18.5%로 두 군간에 유의한 차이는 없었다. 종교별에서도 종교인은 15.2%, 비종교인은 18.5%로 유의한 차이는 없었다. 사회보장상태에서는 지역의료보험에 가입된 경우 15.3%, 공무원 및 사립학교 교직원 의료보험 18.2%, 직장의료보험은 20.4%, 의료보호의 경우 7.7%로 각 보험 가입자별로 유의한 차이는 없었다. 결혼 상태에서는 유배우자는 17.5%, 무배우자의 경우 11.7%로 유의한 차이가 없었으며, 자신이 인지하고 있는 집안의 경제상태에서도 '나쁘다'의 경우 13.9%, '그저 그렇다' 17.3%, '좋다'의 경우 16.3%로 각 군간에 유의한 차이는 없었다. 평균 월 소득별에서는 50만원이하에서 11.1%, 51만원에서 150이하 군은 20.9%, 151만원 이상 군에서는 18.5%로 소득별로 유의한 차이가 있었다 ($P<0.01$), 조사지역별로도 논산시의 경우 12.5%, 성주군의 경우 18.9% 유의한 차이가 있었다($F<0.05$).

조사대상자의 일반적 특성에 따른 의견불일치 후 행동을 취한 사람의 양상에서는 유의한 차이를 보인 변수는 없었다. 연령에서 55세 이하군에서 14.1%, 56세에서 65세 군은 9.3%, 66세 이상군은 2.9%였으며, 성별로는 남성의 경우 11.1%, 여성 6.6%로 남성에서 더 높았으나 유의한 차이는 없었다. 교육수준별로는 무학의 경우 4.2%, 초등학교 5.2, 중졸이상의 경우 15.6%였다. 직업에서는 육체노동자의 경우 8.2%, 비육체노동자는 9.4%였다. 종교유무별로는 종교인 8.2%, 비종교인 9.4%였다. 사회보장별로는 지역의료보험자의 경우 7.3%로 가장 낮았으며 공무원 및 사립학교 교직원의 경우 10.6%, 직장의료보험 가입자는 12.9%, 의료보호의 경우 7.7%였다. 결혼상태별로는 유배우

자의 경우 10.3%, 무배우자는 4.5%로 유배우자가 더 많았으나 유의한 차이는 없었다. 평균 월 소득별로는 50만원이하군의 경우 5.2%, 51만원에서 150만원의 경우 10.7%, 151만원 이상은 12.6%였다. 조사 지역별로는 논산시의 경우 6.6%, 성주군의 경우 10.3%로 성주군이 약간 더 많았으나 유의한 차이는 없었다(Table 1).

연구대상자의 건강상태에 따른 의견불일치를 살펴보면 자신의 건강에 대한 자가 인지 정도에 따라서 볼 경우, '매우 건강하다' 군은 27.3%, '좋다' 13.1%, '그저 그렇다' 18.7%, '나쁘다' 15.9%, '매우 나쁘다' 12.0%로 각 군간에 유의한 차이는 없었으며, 인지된 질병에 대한 감수성도 '매우 강하다' 25.0%, '강하다' 12.9%, '그저 그렇다' 17.2%, '약하다' 16.5%로 각 군간에 유의한 차이는 없었다. 인지된 가족 건강상태는 '매우 좋다' 8.2%, '좋다' 14.3%, '그저 그렇다' 21.3%, '나쁘다' 18.4%, '매우 나쁘다' 16.5%였으며, 만성질환의 유무에서는 만성 질환자의 경우 14.9%, 비질환자는 17.8%로 비질환자에서 더 많았으나 유의한 차이는 없었다. 평소 보건의료 서비스에 대한 일반적인 만족도에서는 '매우 만족한다' 9.8%, '만족한다' 7.6%, '그저 그렇다' 15.9%, '불만족한다' 47.1%, '매우 불만족스럽다' 33.3%로 불만족이 많을수록 높은 경향으로 유의한 차이가 있었다($P<0.01$). 건강상태에 따른 의견불일치 후 행동의 양상은 모든 조사변수에서 유의한 차이는 없었으며, 인지된 건강상태에서도 '매우 좋다' 18.2%, '좋다' 6.8%, '그저 그렇다' 11.6%, '나쁘다' 6.8%, '매우 나쁘다' 8.0%로 불규칙한 양상으로 유의한 차이는 없었다. 인지된 질병 감수성은 '매우 강하다' 15.0%, '강하다' 7.3%, '그저 그렇다' 9.9%, '약하다' 7.2%였으며 인지된 가족 건강도 '매우 좋다' 2.0%, '좋다' 8.3%, '그저 그렇다' 12.0%, '나쁘다' 8.0%, '매우 나쁘다' 16.7%로 불규칙한 양상이었다. 만성질환 유무에서는 만성 질환

Table 1. Disagreement episode by general characteristics of study population

Characteristics	No of study population(%) (N = 646)	No of reporting a disagreement(%) (N = 104) (16.2%)	No of action taken(%) following the disagreement (N = 56) (8.7%)
Age(years)			
≤ 55	227(35.1)	59(26.0)**	32(14.1)
56 ~ 65	182(28.2)	30(16.5)	17(9.3)
≥ 66	237(36.7)	15(6.3)	7(2.9)
Sex			
Male	296(45.8)	55(18.6)	33(11.1)
Female	347(53.7)	49(14.1)	23(6.6)
Education			
None	216(33.4)	20(9.3)**	9(4.2)
Elementary	197(30.5)	23(11.7)	12(52.2)
≥ Middle	225(34.8)	61(27.1)	35(15.6)
Occupation			
Manual	391(60.5)	57(14.6)	32(8.2)
Non-manual	254(39.3)	47(18.5)	24(9.4)
Religion			
Have	388(60.1)	59(15.2)	32(8.2)
Not have	254(39.3)	47(18.5)	24(9.4)
Social security			
Nonwage earners	438(67.8)	67(15.3)	32(7.3)
Employee ¹	66(10.2)	12(18.2)	7(10.6)
Industrial worker	93(14.4)	19(20.4)	12(12.9)
Medical aid	39(6.0)	3(7.7)	3(7.7)
Marital status			
Partner(+)	458(70.9)	80(17.5)	47(10.3)
Partner(-)	179(27.7)	21(11.7)	8(4.5)
Perceived economic status			
Bad	202(31.3)	28(13.9)	17(8.4)
Mid	352(54.5)	61(17.3)	32(9.1)
Good	92(14.2)	15(16.3)	7(7.6)
Net income(ten thousand won/month)			
≤ 50	287(44.4)	32(11.1)**	15(5.2)
51 ~ 150	224(34.7)	47(20.9)	24(10.7)
≥ 151	135(20.9)	25(18.5)	17(8.4)
Area			
Nonsan	287(44.4)	36(12.5)*	19(6.6)
Sungioo	359(55.6)	68(18.9)	37(10.3)

¹ Governmental and private school employee

** P < 0.01

* P < 0.05

Table 2. Disagreement episode by health status of study population

Characteristics	No of study population (%)	No of reporting a disagreement (%)	No of action taken (%) following the disagreement
Perceived health status			
Very good	22(3.4)	6(27.3)	4(18.2)
Good	176(27.2)	23(13.1)	12(6.8)
Neither nor	198(30.7)	37(18.7)	23(11.6)
Bad	220(34.1)	35(15.9)	15(6.8)
Very bad	25(3.9)	3(12.0)	2(8.0)
Perceived disease susceptibility			
Very strong	20(3.1)	5(25.0)	3(15.0)
Strong	178(27.6)	23(12.9)	13(7.3)
Neither nor	232(35.9)	40(17.2)	23(9.9)
Weak	194(30.0)	32(16.5)	14(7.2)
Very weak	9(1.4)	-	-
Perceived family health status			
Very good	49(7.6)	4(8.2)	1(2.0)
Good	300(46.4)	43(14.3)	25(8.3)
Neither nor	183(28.3)	39(21.3)	22(12.0)
Bad	87(13.5)	16(18.4)	7(8.0)
Very bad	6(0.9)	1(16.7)	1(16.7)
Chronic disease			
Have	314(48.6)	47(14.9)	22(7.0)
Not have	319(49.4)	56(17.8)	34(10.8)
General satisfaction with health service			
Very satisfied	51(7.9)	5(9.8)**	4(7.8)
Quite satisfied	291(45.0)	22(7.6)	8(2.7)
Neither nor	195(30.2)	31(15.9)	18(9.2)
Quite dissatisfied	87(13.5)	41(47.1)	23(26.4)
Very dissatisfied	9(1.4)	3(33.3)	2(22.2)

** $P < 0.01$

자 7.0%, 비만성 질환자는 10.8%로 약간 더 높았으나 유의한 차이는 아니었다. 보건의료에 대한 일반적인 만족도에서는 '매우 만족한다' 7.8%, '만족한다' 2.7%, '그저 그렇다' 9.2%, '불만족 한다' 26.4%, '매우 불만족스럽다' 22.2%로 불만족이 클수록 불만족이 많았으나 유의한 차이는 없었다(Table 2).

의사의 진료에 대한 의견불일치의 양상은 진단 관련이 40.6%로 가장 많았으며, 그 다음이 의사와 환자간의 관계가 28.2%, 치료 관련이 19.9%, 처방 관련 11.3% 순 이었다. 진단과 관련한 의견불일치의 내용으로는 '의사가 잘

못 진단한 적이 있다'가 44.1% 가장 많았으며 '의사가 잘못에 대하여 아무 말하지 않은 적이 있다' 38.6%, 의사의 진단에 동의하지 않은 적이 있다' 33.0%, '의사가 적절한 검사를 하지 않았다' 29.7%, '의사의 진단이 늦었다' 28.6%, '질병의 원인을 본인 또는 가족에게 전가시키는 의사에 대하여 불만이 있었다' 20.0%, '임상병리 결과가 다른 사람과 바뀐 적이 있다' 0.2% 순 이었다. 의사와 환자간의 관계에서는 '질병에 대한 충분한 의사의 설명이나 조언이 부족했다' 70%로 가장 많았으며, '의사의 태도가 무례하거나 부주의했다' 가

Table 4. Actions taken following or during the disagreement episode

	Number ¹	%
Sought a second opinion or visit other doctor	30	53.6
Verbally challenged the doctor	20	35.7
Stopped prescribed treatment or medication	18	32.1
Made repeat visits to the same doctor	16	28.6
Eventually left and changed doctor	14	25.0

¹ Permit overlapping of select the answer

Table 5. Action taken following or during the disagreement episode by the nature of disagreement(Column %)

	Diagnosis -related (n=194)	Drug -related (n=54)	Treatment -related (n=95)	Doctor patient relationship (n=135)
Not action taken	41.7	31.6	44.4	40.5
Sought a second opinion or visit other doctor	32.0	46.2	32.3	31.6
Verbally challenged the doctor	17.3	28.2	24.6	19.7
Stopped prescribed treatment or medication	21.3	33.3	20.0	19.7
Made repeat visits to the same doctor	17.3	20.5	13.8	15.8
Eventually left and changed doctor	17.3	12.8	13.8	14.5

Table 6. Forward conditional logistic regression analysis for the disagreement with general characteristics and for action taken following the disagreement with general characteristics

Variable	β^*	SE(β) †	P-value	OR	95% CI
The disagreement with general characteristics					
Age	-0.0477	0.0088	0.0000	0.95	0.94 - 0.97
Marital status	-0.6788	0.3163	0.0319	0.51	0.27 - 0.94
Chronic disease	0.6293	0.2716	0.0205	1.88	1.10 - 3.20
General satisfaction	-1.9594	0.2744	0.0000	0.14	0.08 - 0.24
Action taken following the disagreement with general characteristics					
Marital status	-1.1895	0.5545	0.0319	0.30	0.10 - 0.90

Note : Marital status(partner(-)=0, partner(+)=1), Chronic disease(have=1, haven't=0), General satisfaction(satisfied=1, unsatisfied=0)

* Logistic regression coefficient

† SE, Standard error

39%, '다른 의사가 처방을 달리하여 혼란을 가져왔다' 25.0%, '의사가 진료를 거부했다' 51%, 의사가 환자에게 일방적으로 지시를 하였다' 0.2% 순 이었다. 치료와 관련하여서는 '원하지 않았던 치료나 처치를 하였다' 가 31%, '의사가 치료나 처치에 실패하였다'

26.0%, '치료 또는 처치가 일상업무를 못하게 하였다' 15.2% 순 이었다. 약 처방과 관련하여 '약의 부작용이 있었다' 22.2%, '잘못된, 즉 다른 약을 준 적이 있다' 17.8%, '원하지 않은 약을 준 적이 있다' 14.1%, 순 이었다(Table 3).

의견불일치 후 취하여진 행동의 양상은 '다른 의견을 구하거나 진단처방을 위해 다른 의사를 찾아갔다'가 53.6%로 가장 많았으며 '의사에게 직접 말로써 항의하거나 다른 것을 요구하였다' 35.7%, '치료나 약 복용을 중지하였다' 18%, 같은 의사에게 다시 찾아갔다' 16%, '병·의원 방문을 끊었다' 25.0% 순 이었다(Table 4).

의견불일치 유형에 따른 의견불일치후 취해진 행동을 분석해보면 먼저 비행동자는 치료와 관련한 의견불일치에서 44.4%로 가장 많았으며, 진단관련 41.7%, 환자-의사관계 40.5%, 약 처방관련 31.6% 순 이었다. 다른 의견을 구하거나 진단처방을 위해 다른 의사를 찾아간 경우는 약 처방과 관련한 의견불일치가 46.2%로 가장 높았으며, 치료 관련이 32.3%, 진단 관련 32.0%, 환자-의사관계 31.6%였다. 의사에게 직접 말로써 항의하거나 다른 것을 요구한 경우에도 약 처방 관련이 28.2%로 가장 많았으며, 치료관련 24.6%, 환자-의사관계 19.7%, 진단관련 17.3% 순 이었다. 치료나 약 복용을 중지한 것은 약 처방관련이 33.3%, 진단관련이 21.3%, 치료관련이 20.0%, 환자-의사관계 19.7% 순 이었으며 같은 의사를 다시 찾아간 경우는 약 처방관련이 20.5%, 진단관련 17.3%, 환자-의사관계 15.8%, 치료관련 20.5%였다. 병·의원 방문을 끊은 경우는 진단관련이 17.3%로 가장 많았으며, 환자-의사관계 14.5%, 치료관련 13.8%, 약 처방관련 12.8% 순 이었다(Table 5).

의사에 대한 환자의 의견불일치 경험 유무를 종속변수로 두고 조사대상자의 일반적 특성을 투입한 로지스틱 회귀분석에서는 연령,

결혼상태, 만성질환유무, 보건의료에 대한 일반적인 만족도가 기여변수 선택되었으며, 의견불일치후 취한 행동유무를 종속변수로 두었을 때는 결혼상태가 선택되었다(Table 6).

고 찰

환자의 의료에 대한 인식이 급격하게 변화함에 따라 의사의 진료에 대한 다양한 종류의 환자의 의견불일치가 나타나게 되었는데, 의사나 사회학자들에게 흥미있는 주제로 부각되었다. 그러나 대부분의 연구는 병·의원 및 보건의료의 담당자에 대한 공식적인 불만에 대한 의견불일치에 초점이 맞추어져 있었다. 이는 불만을 해결하기 위하여 행동이 이미 취하여진 강한 의견불일치의 결과를 말하는 것이다. 이는 인지하는 의견불일치(felt disagreement)와 취하여진 의견불일치 행동(disagreement action)사이의 관련성을 다양하게 고려하지 못했음을 의미한다. 예를 들면 의료에 불만을 느끼는 사람 중에서 어떤 사람은 행동을 취하고 어떤 사람은 왜 행동을 취하지 않을까. 만약 그들이 행동을 취하였다면 무엇이 판된되어 있는가 또한 취하여진 의견불일치 행동과 인지된 의견불일치 양상, 처치된 의료 문제점의 종류, 환자의 사회학적 특성간에 어떠한 관계가 있는가 등이다. 이 연구는 우리나라 농촌 지역사회 주민을 대상으로 조사하여 얻어진 자료를 분석하였다.

의료과정과 결과에 대해 과거 환자가 운명론적으로 체념하던 상황에서 나아가 오늘날은 환자의 권리차원에서 의료에 대한 불만을 바로 표출한다. 관련 통계자료가 이를 뒷받침해 준다(보건복지부, 1997)(Table 7).

의료분쟁의 현행 해결제도로는 대한의사협회 공제회, 의료법상의 의료심사조정위원회, 민사조정제도와 민·형사 재판 등이 있다. 표 7을 통해 의료과오소송으로 비화한 것을 제외하고 의료분쟁에 대해 환자측에서 이의를 제

Table 7. The number of receipt case by Ministry of Health and Welfare and Mutual Benefit Society of Korean Medical Association

Year	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Total	1,076	1,052	1,103	1,029	1,083	955	982
KMA ¹	290	308	301	273	297	282	319
-General ²	155	178	174	164	198	213	214
-Death	135	130	127	109	99	69	105
MOHW ³	436	374	412	372	384	271	263
Other ⁴	350	370	390	384	402	402	400

¹ Mutual Benefit Society of Korean Medical Association

² General : Death related = 59% : 41%

³ Ministry of Health and Welfare

⁴ Presumed the number of receipt case by The Public Prosecutors Office, Korean Consumer Protection Board and others

Source : MOHW, Medical Dispute Mediation, A Handout of Senior Manager Course of Public Health Policy, Graduate School of Public Health Seoul National University, 1997. 9. 22.

기한 건수를 개괄적으로 알 수 있다. 전체적인 숫자가 다소 줄어드는 면도 있으나 이것만으로 의료분쟁으로의 확대가 줄어들었다고 볼 수는 없다. 위의 통계치에는 추정수치가 포함되어 있고 민간 소비자단체 등의 기타 기관에 접수된 상황은 이 곳에 반영되어 있지 않기 때문이다.

의료소송 1심 처리현황을 통해서는 민사소송화된 사건의 실태를 알 수 있다. 우리나라의 법원은 1989년 9월부터 의료사고 손해배상 청구사건은 손해배상(의)로 접수받아 배당하고 있다. 전국민의료보험이 실시된 1989년 69건을 시작으로 매년 접수건수가 증가하고 있다. 1998년에는 542건으로 10년이 재 안된 기간에 8배 가까이 증가하고 있는 현실이다(Table 8).

또한 의료과오에 따른 형사범의 발생도 매년 증가하고 있는 추세이다(Table 9).

위의 자료들은 단편적인 것으로서 정확하고 전반적인 의료분쟁발생의 실태는 알 수 없다. 그러나 의료분쟁의 발생율이 전반적으로 증가하고 있음을 짐작할 수는 있다. 대한의학협회의 자료에 의하면 1987년 개원의의 절반 이상

이 1회 이상의 의료사고를 경험했지만 그 해결방법으로 재판과정에서 해결되는 비율은 6.0%에 불과하고 당사자간의 합의가 62.4%로 대부분 비제도권에서 해결되었다고 응답하고 있음에 비추어 볼 때 엄청나게 많은 의료사고의 발생을 짐작할 수 있다. 그런데 의료사고가 발생하더라도 모두 의료분쟁으로 비화되는 것은 아니다. 의료불만이 많을 때 의료분쟁으로 비화할 가능성이 높은 것으로 일반적으로 알려져 있다. 의료불만은 의료불일치가 다른 모습으로 나타나는 것이라 볼 때 이에 대한 연구는 장차 의료분쟁의 증가를 억제시키는 대책의 강구 가능성에 대하여 시사받을 수 있는 주제임이 틀림없을 것이다.

이처럼 최근 우리나라에서도 의사의 진료에 관한 의료분쟁이 꾸준히 증가되는 물론이고 보건 의료기관의 서비스에 대한 불만을 표출하려는 시도가 보여진다(Summerton, 1995). 또한 병·의원의 소비자중심의 병원경영 의지와 더불어 의사를 비롯한 보건 의료 집단 내에서 환자의 의견을 상당히 고려하고 있는 것으로 보인다(Agnew and Iyall, 1997; Stacy, 1992;

Table 8. The result of the first medical claims(the number of case)

Year	Receipt			Transaction										Un- finished		
	Total	Unsolved in Past Year	Current year	Total	Decision				Order of dismissal	Withdrawal	Mediation	Settle- ment	Avowry		Other	Appeal
					Plaintiff win a lawsuit	Plaintiff win a partially	Lose plaintiff's suit	Dismissal								
1989	69	-	69	42	11	20	2	1	-	4	-	2	-	2	8	27
1990	111	27	84	68	21	22	3	2	-	12	-	7	-	1	4	43
1991	171	43	128	88	2	18	40	14	-	12	-	1	-	1	12	83
1992	158	83	75	81	1	8	37	12	-	16	-	4	-	3	15	77
1993	256	77	179	137	27	59	12	-	-	28	-	8	-	3	9	119
1994	327	119	208	163	36	41	38	-	-	26	-	10	-	12	22	164
1995	343	164	179	115	13	35	32	2	2	19	6	3	-	3	25	228
1996	518	228	290	229	36	54	34	1	6	40	36	10	2	10	51	289
1997	688	289	399	303	36	75	67	3	3	57	31	13	-	18	73	385
1998	927	385	542	475	84	123	98	3	4	70	59	16	1	17	74	452
Total	3568	1415	2153	1701	267	455	363	38	15	284	132	74	3	70	293	1867

Source : Judicial Administrative Agencies, A Judicial Yearbook, 1990-1999.

Table 9. Malpractice illegality by year

Classification / Year	1987	1988	1989	Total
Bodily injury caused by negligence in the conduct of business	132	133	148	413
Homicide caused by negligence in the conduct of business	121	131	157	409
Total	253	264	305	822

BMA, 1995). 물론 이런 변화가 무조건 바람직한 것만은 아니다. 첫째로 환자들의 의료에 있어서 무지함이며, 둘째로 의료인들에 의한 환자의 이익을 위해 법적 대리를 삼게 하는 것보다 자만심에 찬 환자의 자기 주장에 대리를 삼게 하는 것이 아닌가 하는 논란이 제기될 수 있다. 그러나 환자는 의료의 소비자가 아니고 건강회복 프로그램 또는 과정에서의 일부로 이해하는 것이 좀더 적절할 것이다(Allsop, 1995), 따라서 환자들이 불만족에 대해 어떤 행동을 취하는가 취하지 않는가를 고려하는 것은 대단히 중요한 과제로 판단된다.

조사대상자의 의사에 대한 의견불일치 응답은 다양한 요인에 의해 영향을 받을 가능성이 있으며 또한 다면적이고 포괄적일 수 있고 환자의 응답이 자신의 정보에 대해 과도하게 응답될 수 있음도 주의해야할 사항이다.

본 연구의 결과 조사대상자의 16.2%가 의견불일치의 경험을 보고하였는데 이러한 경험율은 영국에서의 Annandale과 Hunt(1998)가 보고한 33.7%의 비해 낮은 경험율이었다. 또한 의견불일치후 행동을 취한 사람은 8.7%로 그들이 보고한 25.5%와는 매우 낮은 율을 보였다. 어떻게 정의하고 코드화하였는지 정확히 알 수 없어 직접적인 비교가 어렵지만 Mulcahy와 Tritter(1994)의 조사에서 의사의 태도, 행동에 대한 불만족은 18.4%로 보고하였으며, Klein(1973)은 의사의 매너와 말에 대한 불만이 약 20% 된다는 것을 보고하였다.

최근에는 Owen (1991)은 단지 형식적인 불평의 4.8%가 의사의 불만족스러운 태도에 원인이 있다고 보고, 형식적인 조사에서 얻은 이런 유형의 불만족의 비교적 낮은 가능성을 시사하였다. 따라서 우리나라의 낮은 의견불일치 경험율도 형식적 조사의 한계를 벗어나기 힘들므로 과소 평가되었을 가능성을 배제할 수 없다. 아울러 불일치에 관한 대상자의 특성은 추후 연구과제로써의 여지를 남긴다.

조사대상자의 일반적 특성과 의견불일치의 경험에서는 단일분석결과 연령, 교육수준, 소득수준 및 지역이 유의한 차이를 보였으며 다변수분석에서는 연령, 결혼상태, 만성질환 유무, 일반적인 의료에 대한 만족정도가 기여변수로 선택되었다. 저연령일수록 의견불일치정도가 많아 젊은 사람의 성향을 반영하는 것으로 판단되며, 교육수준과 경제적 수준이 높을수록 의견불일치의 경험이 많아 교육수준과 소득수준이 높을수록 의료에 대한 요구가 많을 시사하였다. 단일분석에서 지역별로도 차이들 보여 지역적 성향이 의견불일치에도 간접적인 영향이 있을 가능성을 의미하였다. 또한 충청남도 논산시 양촌면의 경우 하계 의료봉사활동중 진료소를 내원한 환자를 대상으로 하였으므로 의료에 대한 만족도가 높게 나타난 것을 비롯한 선택편견의 가능성도 있음을 유의해야한다. 만성질환자에서 의견불일치 경험이 높았는데 이는 의료를 자주 접하는 사람일수록 의료에 대한 불만족이 커짐을 의미한다.

다.

대상사의 일반적 특성과 의견불일치 경험에 대한 결과는 보고된 예가 없어 비교가 곤란하나 국·내외의 병원서비스 만족도와 관련한 보고자료를 인용하면 환자의 성은 일정한 양상을 보지 않는데 영국의 경우 여성에서 더 불만족스러워하는 경향을 보이거나(Williams & Calna, 1991) 미국의 경우는 여성이 더 만족하는 경향을 보인다고 하였다(Like, 1987; Weiss, 1988). 연령의 경우는 고령자일수록 더 만족하는 경향을 보인다는 것이 일반론이다(Locker & Dunt, 1978; Like & Zyzanski, 1987; Raftery et al, 1990; Lewis, 1994). 교육수준도 대체로 고학력일수록 불만족이 높은 경향을 보이는데 이는 정보가 많을수록 불만이 높을 의미하는 것이다(Lewis, 1994; Rashid et al, 1989). 그러나 기타의 개인적 특성의 요인이 관련있음 또는 없음의 두 가지 결과가 서로 상존하는 바(박창균, 1985; 김성연, 1987; 서현정, 1991; 이무식, 1998; 조우현과 김한중, 1992) 추후 다양한 연구를 통하여 재검정되어야 할 필요가 있을 것으로 판단된다. 의료에 대한 일반적인 만족도에서도 단일분석결과 유의한 차이를 보였는데 의료에 대한 일반적인 만족도는 보건의료서비스에 대한 전체적인 만족도로 좋은 지표가 될 수 있으므로 의견불일치에 대하여 주요한 영향을 줄 수 요인을 판단된다. Annandale과 Hunt(1998)의 영국조사에서는 50%가 매우 만족을, 36%가 만족, 10%가 그저 그렇다, 4%에서 불만족 또는 매우 불만족하였다고 답하였으며 Bosanquet(1992)는 79%가 만족, 8%가 그저 그렇다, 9%가 불만족, 4%가 매우 불만족하였다고 보고하였는데 본 연구에서는 불만족이 13.5%, 매우 불만족이 1.4%로 의료에 대한 일반적인 불만족이 매우 높음을 보여 의사에 대한 의견불일치의 문제가 잠재되어 있음을 시사하였다. 의료행위의 효능은 의료 만족도에 크게 영향을 받는데, 치료 순응도와 치료결과 및 건강상태에 직접적으로 영

향을 주는 것으로 알려져 있다(Lewis, 1994).

의견불일치의 종류가 매우 광범위하지만 그들은 진단상의 과정외에도 많은 분야에서 관련되어 있다(Annandale과 Hunt, 1998). 본 연구의 결과에서도 다양한 면에서 의견불일치를 보였는데 진단관련이 40.6%로 가장 많았으며, 의사와 환자간의 관계에서 28.2%로 두 번째로 많았고, 치료 또는 처치관련, 19.9%, 약 처방관련이 11.3%였다. 환자의 관점에서 보면 진단시의 초기 상담에서 의사에 대한 불만이 상대적으로 강조되는 불만족 요소로 판단된다. 그러나 많은 수의 환자들이 치료와 약 처방에 대한 불만을 보고하였다. Annandale과 Hunt(1998)의 보고와는 대체로 유사한 경험들을 보였으나 의사와 환자관계에서는 12.2%에 비해 본 연구에서는 28.2%로 두 배이상의 의견불일치 경험을 보여 적어도 우리나라의 의사태도 또는 환자를 대하는 방법에서 심각한 문제가 있음을 의미하였다. 의사의 대화 방법에 대해 불만을 느끼는 것이 비교적 높음에도 불구하고, 최근의 연구에서는 그런 사실이 심각하게 받아들여지고 있지 않고 있음(Lewis, 1994)이 우리에게 시사하는 바가 크다.

의견불일치후 행동을 취한 사람 수는 Annandale과 Hunt(1998)의 25.5% 보고에 비해 훨씬 적은 8.7%에 불과하였으나 취한 행동의 경우에는 전체적으로 더 많은 행동을 보였으며 행동도 다양방법이 중복하여 이루어 졌음을 볼 수 있었다. 의견불일치 행동유무의 단일 분석에서는 유의한 차이를 보인 변수는 없었으나 다변수 분석에서 결혼 유무가 기여변수로 선택되었는데 유배우자 일수록 행동을 취한 경우가 많다고 해석된다. 이는 동거하는 배우자 또는 가족이 있을 경우에 가족적 지지나 가족에 대한 책임 또는 부담감으로 이어지는 기전으로 해석할 수 있을 것이다. 의견불일치에 대한 행동은 단순히 말로써 의사에게 요구하거나 다른 의사의 진단을 찾는 식에서부터 다른 의사를 찾아가는 것까지 다양하여 중복

진료 또는 치료자 고르기 형태로 이어질 수 있음을 시사하였다.

의사의 진찰에 대한 부족한 이해와 불만족에 대해 가끔 환자 자신들의 더욱 중요한 이해와 기대를 남길 수 있다. 또한 의사와 환자간의 적절한 의사소통이 이루어지지 않을 경우 환자가 다양한 종류의 불만이 표현될 것이라고 제안된 바 있다(Hawkins, 1985). Kravitz (1996)의 미국인에 대한 조사에서는 진찰시 환자가 어려움을 인식하고 보다 나은 기대를 생각했을 때 의사의 진료 실패를 강조하고 있다. 따라서 일반적으로 환자와 의사간의 문제는 환자의 건강에 직접 간접적으로 연관된 문제이므로 사소하게 여겨져선 안된다.

의견불일치와 불일치 행동 사이의 관계는 복잡한 관계를 가지는데 기준이 있고 개인적인 환경과 건강 측면, 그것과 관련된 많은 질문을 포함한 조사일지라도 의견불일치 등 불만족이 때때로 나타나지 않을 가능성이 충분하다. 그러므로 측정되는 건강, 사회적 기반 정도, 태도의 다양성 같은 일시적인 변수와 의견불일치, 불일치 행동과의 상관관계를 찾으려고 하는 노력도 중요하지만 이런 요인에 대한 이사의 이해와 교육 및 증개가 개개인 불만족에 반응하는 행동에 있어 더 중요할 지도 모른다.

본 조사는 실험적이고 탐색적인 연구로 의사와 환자간의 관계를 환자의 의사에 대한 의견불일치와 취해진 행동에 사이를 관계와 그 수준을 평가함으로써 잠재적인 불만족이 그로 인한 행동 사이의 관계가 의미있고 관심을 가져야하는 과제임을 확인하였다.

요 약

이 연구는 경상북도 성주군 성주읍 및 충청남도 논산시 양촌면에 거주하는 주민 640명을 대상으로 대상자의 일반적 특성, 건강 관련문항, 의견불일치와 관련된 문항 등으로 구성된

면담지를 이용한 직접 면담조사로 이루어졌다. 의견불일치의 조작적 정의는 의사의 진료에서 진단, 처방, 치료 등의 전반적인 진료과정에서 동의할 수 없는 의견을 경험하거나 느낀 적이 있는 경우로 하였다.

조사대상자의 16.2%가 의견불일치의 경험을 보고하였으며, 의견불일치후 행동을 취한 사람은 8.7%였다. 조사대상자의 일반적 특성과 의견불일치의 경험에서는 단일분석결과 연령, 교육수준, 소득수준 및 지역이 유의한 차이를 보였다. 의견불일치는 진단관련이 40.6%로 가장 많았으며, 의사와 환자간의 관계에서 28.2%로 두 번째도 많았고, 치료 또는 저지관련, 19.9%, 약 처방 관련이 11.3%였다.

의견불일치 후 취하여진 행동은 '다른 의견을 구하거나 진단처방을 위해 다른 의사를 찾아갔다'가 53.6%로 가장 많았으며 '의사에게 직접 말로써 항의하거나 다른 것을 요구하였다' 35.7%, '치료나 약 복용을 중지하였다' 18%, 같은 의사에게 다시 찾아갔다' 16%, '병·의원 방문을 끊었다' 25.0% 순이었다. 의견불일치 유형에 따른 의견불일치후 취해진 행동을 분석해보면 먼저 비행동자는 치료와 관련된 의견불일치에서 44.4%로 가장 많았으며, 진단관련 41.7%, 환자-의사관계 40.5%, 약 처방관련 31.6% 순이었다.

의사에 대한 환자의 의견불일치 경험 유무를 종속변수로 한 조사대상자의 일반적 특성을 투입한 로지스틱 회귀분석에서는 연령, 결혼상태, 만성질환유무, 보건의료에 대한 일반적인 만족도가 기여변수 선택되었으며, 의견불일치후 취한 행동유무를 종속변수로 두었을 때는 결혼상태가 선택되었다.

이 조사연구는 실험적이고 탐색적인 연구로 의사와 환자간의 관계를 환자의 의사에 대한 의견불일치와 취해진 행동에 사이를 관계와 그 수준을 평가함으로써 잠재적인 불만족의 수준이 높음을 확인하였으며, 그로 인한 행동 사이의 관계도 의미있는 결과를 시사하는 바,

우리 나라의 의료분야에서 관심을 가져야하는 또다른 과제임을 확인하였다.

인용문헌

1. 보건복지부. 의료분쟁조정제도. 서울대학교 보건대학원 보건의료정책 최고관리자과정 발표자료, 1997. 9. 22
2. 김성연. 병원의 이미지가 병원선택에 미치는 영향분석. 연세대학교 석사학위논문, 1987
3. 박창균. 병원마케팅전략수립을 위한 실증적 연구. 연세대학교 대학원 석사학위논문, 1987
4. 서현정. 병원의 소비자 선호요인 분석. 대한병원협회지 1991;20(1,2):50-61
5. 이무식, 김해국. K 대학병원 서비스 만족도의 변화 양상과 그 요인. 계명의대논문집 1998;17(3):389-403
6. 조우현, 김한중. 소규모 지역간 의료이용의 차이에 관한 문헌고찰. 보건행정학회지 1991;1(1):42-51
7. 조형원, 의료분쟁과 피해자구제에 관한 연구. 한양대학교 대학원 법학박사학위논문, 1994
8. 추호경, 의료과오에 관한 연구. 서울대학교 보건대학원 보건학박사학위논문, 1991
9. Agnew T, Lyall J. Doctors who don't deliver. *Hlth Service J* 1997;17:24-26
10. Allsop J. Two sides to every story: complaints and doctors perspectives in disputes about medical care in a general practice setting. *Law and Policy* 1994;16:149-183
11. Annadale E, Hunt K. Accounts of disagreements with doctors. *Soc Sci Med* 1998;46(1):119-129
12. British Medical Association. Report of the working party on medical education, BMA, London, 1995
13. Bcsanquet N. Interim report: The national health. In *British Social Attitudes. The 9th Report*, eds R Jowell, L Brook F, Prior B, Taylor, pp 209-219, Dartmouth, Aldershot
14. Freidson E. *Profession of Medicine*. University of Chicago Press, London. 1970
15. Hak T. The interactional form of professional dominance. *Soc Health Illness* 1994;16:469-488
16. Harris J. The price of failure. *Hlth Service J* 1994;4:60
17. Haug M, Lavin B. *Consuerism in medicine, Challenging Physician Authority*, Sage, London, 1983
18. Hawkins C. *Mishap or malpractice?* Blackwell Scientific, Oxford, 1985
19. Klein R. *Complaints against doctors*, Charles Knight, London, 1973
20. Kravitz R, Callahan, E, Paterniti D. Prevalence and sources of patients' unmet expectations for care. *An Inter Med* 1996; 125:730-737
21. Lewis JR. Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Soc Sci Med* 1994;39(5):655-670
22. Like R, Zyzanski SJ. Patients satisfaction with the clinical encounter: Social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987;24:351-357
23. Localio AR. Relationship between malpractice claims and adverse events due to negligence. *NEJM* 1991;325:245-251
24. Locker D, Dunt D. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978;12:283-292
25. Mucahy L, Tritter J. Hidden depths. *Hlth Service J* 1994;14:24-26

26. Nettleton S, Harding G. Protesting patients: a study of complaints submitted to a Family Health Service Authority. *Soc Health Illness* 1994;16:38-61
27. Owen C. Formal complaints against general practitioners: a study of 1000 cases. *British Journal of General Practice* 1991;41:113-115
28. Raftery J, Skingsley R, Carr J. Preferential Insights. *Hlth Service J* 1990;100:1732-1733
29. Rashid A, Forman W, Jagger C, Mann R. Consultations in general practice: a comparison of patients' and doctors' satisfaction. *Br Med J* 1989;299:1015-1016
30. Stacey M. *Regulating British Medicine. The general Medical Council*. John Wiley and Sons, Chichester 1992
31. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. *Br Med J* 1995;310:27-29
32. Tuckett D, Williams A. Approaches to the measurement of explanation and information-giving in medical encounters, a review of empirical studies. *Soc Sci Med* 1984;19(7):571-580
33. Walsh K. Citizens, charters and contracts. In *The Authority of the Consumer*, eds. R. Keat, N. Whiteley and N Abercrombie, pp 189-206. Routledge, London, 1994
34. Weiss GL. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. *Med Care* 1988;26:383
35. Williams SJ, Calnan M. Convergence and divergence: assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Soc Sci Med*, 1991;33:707-716
36. Wilson Report. *Being Heard. The Report of the Review Committee on NHS Complaints*. Department of Health, Leeds, 1994