



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2020년 2월
석사학위 논문

입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향

조선대학교 대학원

간 호 학 과

최 나 희

입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향

The Influence of Patient-Centeredness on Perception of
Patient Safety among Inpatients

2020년 2월 25일

조선대학교 대학원

간 호 학 과

최 나 희

입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향

지도교수 김 진 희

이 논문을 간호학 석사학위신청 논문으로 제출함

2019년 10월

조선대학교 대학원

간 호 학 과

최 나 희

최나희의 석사학위논문을 인준함

위원장	조선대학교 교수	<u>서현주</u> (인)
위원	조선대학교 교수	<u>유재용</u> (인)
위원	조선대학교 교수	<u>김진희</u> (인)

2019년 11월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT.....	iv
I. 서론	1
A. 연구의 필요성	1
B. 연구의 목적	4
C. 용어의 정의	5
II. 문헌고찰	6
A. 환자중심성	6
B. 환자안전인식	9
III. 연구방법	11
A. 연구 설계	11
B. 연구 대상	12
C. 연구 도구	13
D. 자료수집 방법	15
E. 자료분석 방법	16
F. 연구의 제한점	17
G. 윤리적 고려	18

IV. 연구결과	19
A. 대상자의 일반적 특성	19
B. 대상자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식 정도	21
C. 대상자의 일반적 특성에 따른 환자중심성 차이	22
D. 대상자의 일반적 특성에 따른 환자안전인식 차이	23
E. 대상자의 일반적 특성에 따른 환자안전인식의 하부요인 차이	25
F. 대상자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식의 상관관 계.....	29
G. 대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인	30
V. 논의	35
VI. 결론 및 제언	40
A. 결론	40
B. 제언	41
참고문헌	42
부록	47

표 목 차

Table 1. General Characteristics of Participants	20
Table 2. Level of Patient-Centeredness and Patient Safety Perception of Inpatients	21
Table 3. Patient-Centeredness by General Characteristics	22
Table 4. Patient Safety Perception by General Characteristics	24
Table 5. Activities to Ensure Safety by General Characteristics	26
Table 6. Patient's Safety Practice by General Characteristics	27
Table 7. Trust of the Medical System by General Characteristics	28
Table 8. Correlation between Patient Centeredness and Patient Safety Perception	29
Table 9. Factors Influencing Patient Safety Perceptions of Inpatients.....	30
Table 10. Factors Influencing Subcategory Activities to Ensure Safety of Patient Safety Perceptions among Inpatients	31
Table 11. Factors Influencing Subcategory Patient's Safety Practice of Patient Safety Perceptions among Inpatients	32
Table 12. Factors Influencing Subcategory Trust of the Medical System of Patient Safety Perceptions among Inpatients	33
Table 13. The Influence of Patient-centeredness Subcategory on Patient Safety Perception among Inpatients	34

부 록 목 차

부록 1. 연구 참여 설명문 및 동의서	47
부록 2. 설문지	50

ABSTRACT

The Influence of Patient–Centeredness on Perception of Patient Safety among Inpatients

Nahee Choi

Advisor: Prof. Jinhee Kim

Department of Nursing,

Graduate School of Chosun University

Purpose: To examine the influence of patient centeredness on perception of patient safety among inpatient. In particular, to identify the influence subcategory of patient–centeredness on each subcategory of patient safety perception among inpatients.

Methods: Data collection was performed from 122 inpatients admitted a university hospital and collection period was from September 24 to October 8, 2019. Patient–centeredness experienced by inpatients was evaluated using Patient–Centeredness Assessment Scale Korean version and patient safety perception for inpatients was measured using Patient Safety Perception Scale for Patient(PSPS Korean version). Collected data were analyzed by multiple linear regression using SPSS WIN 24.0 program.

Results: The result of patient–centeredness experienced by inpatients was 77.14 ± 12.64 and patient safety perception by inpatients was 99.24 ± 15.90 . Patient–centeredness experienced by inpatients influenced patient safety perception among inpatients ($R^2=70\%$, $F=27.75$, $p<.001$). The subcategories of patient safety perception consist activities to ensure safety, patient’ s safety practice, trust of the medical system. First,

general treatment process and overall evaluation influenced activities to ensure safety ($R^2=54\%$, $F=13.14$, $p<.001$). Second, general treatment process influenced patient' s safety practice ($R^2=39\%$, $F=7.84$, $p<.001$). Last, service of nurses, general treatment process and hospital environment influenced trust of the medical system ($R^2=43\%$, $F=10.53$, $p<.001$).

Conclusion: To improve patient safety perception among patients, strategies for patient-centeredness experienced by inpatients should be developed.

Key words: Patient-Centered Care, Patient Safety, Patients

I. 서론

A. 연구의 필요성

환자중심성(Patient-Centeredness)이란 환자와 의료진의 관계에서 환자가 중심이 되어 모든 임상적 의사결정에 환자가 중요하게 여기는 가치가 반영될 수 있도록 의료진이 환자와 보호자를 지원하는 것이다(Institute of Medicine [IOM], 2001). 2000년대 들어 세계보건기구(World Health Organization, WHO)와 IOM, 경제협력개발기구(Organization for Economic Co-operation and Development, OECD)는 환자중심성을 의료 질의 핵심요소로 규정하였고 이에 많은 국가에서 환자 관점 의료를 의료의 질평가와 보건의료체계 성과평가의 필수적인 부분으로 간주하게 되었다(도영경 외, 2015).

우리나라에서도 의료과정에서의 환자경험 수준 평가를 통한 의료의 질 향상을 유도하기 위하여 건강보험심사평가원(Health Insurance Review & Assessment Service, HIRA)은 선행연구(도영경 외, 2015)에서 개발한 환자중심성평가도구를 발전시켜 2017년 상급종합병원과 500병상 이상의 종합병원 95개를 대상으로 환자경험평가를 실시하였고 그 결과를 모든 국민에게 공개하였다. 건강보험심사평가원은 2020년부터 의료 질 평가의 신규지표로 환자경험평가 결과가 적용될 것을 공포하였고 이에 따라 각 의료기관에서는 입원환자가 경험하는 환자중심의 의로서비스 만족도 향상에 주목하고 있다.

한편, 환자안전은 국제적으로 중대한 보건의료분야 이슈로 환자안전사고는 전체 사망과 영구적 손상의 원인 중 상위 10위 정도로 예상된다(WHO, 2019). 고소득 국가의 환자 중 10명당 1명에게 환자안전사고가 발생하고, 중위소득 및 저소득 국가는 연간 1억3천400만 건의 위해사건 발생으로 260만 명이 사망하였다(WHO, 2019).

2013년 우리나라에서는 예방 가능한 환자안전사고로 인한 사망이 연간 약 19,800건으로 사망원인 2위에 해당할 규모로 발생하였으며, 의료분쟁 상담 접수 또한 2012년 26,256건에서 2014년 42,268건으로 급증하였다(환자안전보고학습시스템, 2018). 이에 우리나라 정부는 시스템적 접근과 관리를 통해 환자안전사고가 발생하는 것을 예방하기 위하여 2016년 7월부터 환자안전법을 시행하고 있다. 이 법 제5조에 따르면 모든 환자는 안전한 보건의료서비스를 제공 받을 권리가 있

으며 환자와 환자의 보호자는 환자안전활동에 참여해야 한다. 이처럼 환자가 자신의 치료과정에 중심이 되어 직접 환자안전활동에 참여하는 것은 환자안전을 위하여 매우 중요하다.

미국의 경우 환자안전사고를 예방하기 위하여 환자와 환자 가족의 환자안전활동 참여 증진 프로그램을 진행하고 있다. 특히 보건의료연구질향상국(Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ], 2013)은 환자와 가족이 자신의 치료과정에 적극적으로 참여하는 것이 환자안전과 의료의 질을 향상시킬 수 있는 방법임을 강조하면서 환자와 그 가족의 의료과정 참여방법 안내서(Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety)를 개발하여 보급하였다. 또한 미국의 의료기관합동심의위원회(The Joint Commission [TJC], 2018)는 2002년부터 환자와 가족이 참여할 수 있는 환자안전활동으로 ‘Speak Up’ 캠페인을 진행하고 있다. ‘Speak Up’이란 병원에서 환자가 의료진의 행동이 위험하다고 느끼거나 진료과정이 생략되었다고 느꼈을 때 의료진에게 직접 자신의 염려를 표현하는 것이다(Okuyama, Wagner, & Bijnen, 2014). 이 캠페인은 환자와 보호자가 치료과정에 적극적으로 참여할 수 있도록 돕는 것으로 환자가 의료팀의 중심임을 강조한다.

안전한 의료서비스를 제공 받기 위해서는 환자 스스로가 환자안전에 대하여 인식하고, 환자안전활동에 능동적인 역할을 수행하여야 한다(Kim, Lee, & Shin, 2018; Lee & Lee, 2009). 그러나 많은 의료기관들이 환자안전사고를 예방하기 위하여 ‘Speak Up’ 캠페인에 참여하고 있음에도 많은 환자들은 바쁜 의료진에게 방해가 되거나 질문을 하면 자신이 이상한 사람이 될 것 같아서 Speak Up을 망설임 경험이라고 보고되고 있다(Bell et al., 2018).

많은 선행연구에서는 환자안전과 의료 질 향상을 위해 치료과정에 환자와 보호자의 참여를 제언하고 있다(Corina, Abram, & Halperin, 2019; J. M. Kim et al., 2018; Sahlström, Partanen, Azimirad, Selander, & Turunen, 2019). 특히 가족중심 라운딩(Family-centered rounding)과 같은 환자와 가족대상 참여중재는 위해사건 감소와 긍정적인 환자결과 도출이 가능함을 제시하였고, 환자와 보호자의 참여를 확대하기 위한 중재 프로그램의 필요성이 강조되고 있다(Cox et al., 2017; Khan et al., 2018).

그러나 국내의 경우 2010년 의료기관인증평가제도 도입 이후 환자안전 이슈가 집중적으로 연구되고 있음에도 많은 연구에서 보건의료인 중심의 환자안전에 대한

탐구가 주를 이루고 있다(Han & Jung, 2017; Park & Kim, 2018). 최근 환자 또는 비의료인 대상의 환자안전 연구가 시작되었지만(Pyo et al., 2018; Yoon, 2018), 아직은 환자를 대상으로 환자안전인식을 직접 탐구한 연구와 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향의 정도를 검토한 연구는 찾아보기 어렵다.

이에 본 연구는 입원환자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식 수준의 정도를 확인하고, 환자중심성이 환자안전인식에 미치는 영향을 규명함으로써 환자중심의 환자안전문화 마련 전략을 개발하기 위한 기초자료를 생성하고자 시도되었다. 특별히 환자중심성의 하부요인과 환자안전인식의 하부요인의 관련성을 검토함으로써 구체적 환자중심의 환자안전문화 마련의 기초자료를 제공하고자 하였다.

B. 연구의 목적

본 연구의 목적은 입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향을 파악하기 위함이며, 구체적 목적은 다음과 같다.

- 입원환자의 환자중심성과 환자안전인식의 수준을 파악한다.
- 입원환자의 일반적 특성에 따른 환자중심성과 환자안전인식 수준의 차이를 파악한다.
- 입원환자의 환자중심성과 환자안전인식 간의 상관관계를 파악한다.
- 입원환자의 환자중심성이 환자안전인식에 미치는 영향을 확인한다.

C. 용어의 정의

1. 환자중심성 (Patient-Centeredness)

환자중심성 (Patient-Centeredness)이란 환자와 의료진의 관계에서 환자가 중심이 되어 모든 임상적 의사결정에 환자가 중요하게 여기는 가치가 반영될 수 있도록 의료진이 환자와 보호자를 지원하는 것이다(IOM, 2001). 본 연구에서는 도영경 외(2015)가 개발한 환자중심성 평가도구를 사용하여 측정하였다.

2. 환자안전인식 (Patient Safety Perception)

National Patient Safety Foundation(2003)에 따르면 환자안전이란 의료제공 과정에서 오류의 예방과 오류로 인하여 환자에게 발생하는 손상의 제거 또는 완화로, 환자안전사고를 의료인 중심이 아닌 환자의 관점에서 바라봄으로써 환자의 입장에서 안전에 위협을 받거나 피해를 받지 않는 것이다(Lee & Lee, 2009). 환자안전인식(Patient Safety Perception)이란 환자의 입장에서 환자안전을 바라보는 인식이나 태도를 말하며, 본 연구에서는 K. J. Kim et al. (2018)이 개발한 입원 환자 대상의 한국형 환자안전인식 측정도구를 사용하여 측정하였다.

II. 문헌고찰

A. 환자중심성

현대 의료과학의 문제점인 기술중심적, 질병중심적 성격에 대응하여 환자중심성은 인간중심, 소비자중심, 인간화, 개별화 등 다수 개념과 혼용되어 몇 가지 다른 경로로 발전되어 왔다(IOM, 2001; 도영경 외, 2015). 1988년 Picker 연구소는 환자와 가족중심간호를 소개하였고, 환자중심간호를 환자, 보호자, 의료진의 관계 및 협동이 환자의 요구를 존중하는 새로운 관점의 간호라고 설명하였다(Conway et al., 2006).

IOM(2001)은 보고서 <Crossing the Quality Chasm>를 통하여 보건의료의 질 향상을 위한 6가지 요소로 안전성(safety), 효과성(effectiveness), 환자중심성(patient-centeredness), 적시성(timeliness), 효율성(efficiency), 형평성(equity)을 제시하였다. 기존의 의료제공자중심의료는 의료진을 전문가, 가족을 방문객, 환자를 신체부위로 고정하였으나, IOM이 환자중심성을 환자안전과 의료의 질 향상을 위하여 필수적인 요소라고 보고함에 따라 보건의료전달체계는 치료만큼 치료가 전달되는 방식도 중요하게 되었다(건강보험심사평가원, 2017). 그러므로 보건의료사회는 의료의 질 향상을 성취하기 위하여 환자의 지식수준을 강화시키고, 환자와 의료인 간의 개방적인 의사소통을 통해 환자가 치료적 관계의 중심역할을 수행할 수 있도록 지원해야 한다(Berntsen, 2006).

환자중심간호의 정의는 환자를 중심으로 구성된 간호이며, 이는 환자의 요구와 선호를 확인하고 만족시키기 위하여 환자와 가족을 치료적 파트너로 인식하는 것이다(Planetree and the Picker Institute, 2008). Picker Institute(2019)는 환자중심간호의 기본이 환자의 선호와 가치를 이해하고 존중하는 것이며, 신뢰할 수 있는 정보의 신속한 적용, 전문가의 효율적인 치료 제공, 치료의 연속성 유지·원활한 이동, 가족과 간병인의 참여 및 지원, 명확한 정보제공·의사소통·자가간호를 위한 지원, 의사결정에 참여시키고 선호 존중, 감정적 지지·공감·존중, 신체적·환경적 요구에 대한 집중하는 것이 환자중심간호의 원칙임을 보고하였다.

McCormack and McCance (2006)는 McCance (2003)의 개념적 기틀과

Donabedian (1980)의 모델을 이용하여 인간중심간호(Person-centred nursing)의 이론적 모형을 개발하였다. 간호사의 업무능력과 같은 간호사 속성의 전제조건과 간호환경이 뒷받침된 상태에서 환자중심간호가 적용되면 간호에 대한 만족, 치료과정에 참여, 웰빙, 치료적 문화 조성 등의 인간중심의 결과가 도출될 것을 기대한다. 환자중심간호는 환자의 가치와 신념 중심의 간호제공, 참여, 공감적 태도, 공유의사결정, 신체적 요구 충족을 포함한다(McCormack & McCance, 2006). 이에 따라 Wolf et al. (2008)은 환자중심간호 중재를 통한 환자치료결과의 차이를 규명하기 위한 연구를 진행하였고, 환자중심간호를 통하여 추가적인 환자의 요구가 줄어들어 간호 시간 단축에 효과가 있었음을 보고하였다.

그리고 환자중심성은 의료진과 환자의 관계 구축, 의사소통 개선, 긍정적인 분위기 조성, 환자의 적극적인 참여격려를 통해 환자의 건강상태를 개선시키는 것으로 보고되었다(Anderson, 2002; Oates, Weston, & Jordan, 2000; 도영경 외, 2015).

환자중심간호는 신체적 지지부터 임파워먼트, 정보제공 등 범위가 매우 넓으며, 다양한 보건의료시설에 유동적으로 적용 가능하고 다양한 대상자에게 긍정적인 영향을 미친다(M. Park, Lee, Jeong, Jeong, & Go, 2018). 환자중심간호는 환자와 가족의 스트레스, 불안, 우울을 감소시키고, 치료에 대한 만족과 의료진과의 관계향상의 장점이 있고, 의료진의 직무만족도와 업무수행 자신감이 상승함에 따라 치료의 질 향상, 간호사의 스트레스와 번아웃이 감소하도록 하여 현재 간호문제의 해결방안이 될 수 있다(M. Park et al., 2018).

국내외적으로 환자중심성을 평가하기 위하여 입원 시 환자의 경험을 측정해왔다. 미국의 AHRQ에서는 입원 시 서비스의 질 향상을 위하여 2006년부터 HCAHPS(Hospital Consumer Assessment of Health Plans Survey) 조사를 시행하였고, 1997년부터 영국에서는 정부차원으로 NHS Inpatient Survey를 통해 의료서비스를 이용한 국민을 대상으로 경험도를 측정하였다(도영경 외, 2015). 우리나라도 한국보건산업진흥원에서 ‘의료서비스 만족도 평가도구’를 개발 및 2009년 의료기관 평가를 시행하였으며, 건강보험심사평가원 주관하에 입원한 경험이 있는 국민을 대상으로 2017년 1차 환자경험평가, 2019년 2차 환자경험평가가 시행되었다. 이처럼 1960년대에 소비자주의와 함께 등장된 환자중심성은 환자안전과 의료의 질 향상을 위하여 현재까지 지속해서 관심받는 이슈라고 말할 수 있다.

환자중심성은 안전문화 형성에 필수적으로 의료진은 안전과 환자의 만족을 위하

여 환자를 치료에 참여시킴으로써 환자와 의료진 사이의 긍정적인 상호작용을 통해 서로 간의 믿음, 이해, 치료결과를 향상시키며, 오류로부터 발생한 비난을 줄일 수 있다고 보고되었다(Corina et al., 2019). 이러한 결과를 바탕으로 환자중심성과 환자참여는 환자안전과 의료의 질 향상을 위하여 더욱더 강조되어야 한다.

B. 환자안전인식

1999년 IOM이 발간한 보고서 <To Err is Human>은 매년 44,000~98,000명이 의료과실로 사망한 것으로 추정되며 미국의 사망원인순위 8위에 해당한다고 보고하였다. 이 보고서에서 환자안전(Patient Safety)이라는 개념이 대중에게 알려지면서 환자안전에 대한 사회적 관심이 크게 증가하였고, 환자안전이 보건의료분야 이슈 중 가장 중대한 것으로 인식되었다(Lee & Lee, 2009).

환자안전은 의료제공 과정에서 오류의 예방과 오류로 인하여 환자에게 발생하는 손상의 제거 또는 완화를 말한다(National Patient Safety Foundation [NPSF], 2003). 환자안전은 환자안전사고를 의료인 중심이 아닌 환자의 관점에서 바라보고(Lee & Lee, 2009), 환자안전활동은 의료의 질을 향상시키며 이것은 환자의 입장에서 기본적인 욕구이자 권리이다(K. J. Kim et al., 2018).

환자안전에 대한 투자는 환자의 치료결과 향상 및 비용절감의 효과가 있는데, 대표적으로 미국은 2010년부터 2015년까지 집중적으로 환자안전을 향상시켜서 약 28억 달러의 비용을 절감하였다(WHO, 2019). 특히 환자참여는 최대 15%의 위해를 감소시키고, 엄청난 비용을 절감할 수 있어 투자가치가 높다고 발표되었다(WHO, 2019).

환자안전사고는 발생 원인이 다양하여 발생 자체를 억제하기 어렵기 때문에 재발방지를 위한 시스템적 접근 및 관리가 필요하다(환자안전보고학습시스템, 2018). 국가는 2016년부터 시행된 환자안전법을 기반으로 정부의 역할, 보건의료기관의 역할, 의료인의 역할, 환자 및 보호자의 역할을 제시하고 있다. 정부는 환자안전시책 및 제도적 기반을 마련하여 환자가 치료에 참여할 수 있도록 독려하고, 보건의료기관은 환자안전활동을 위한 시설 및 장비를 구비하여 환자에게 안전한 의료를 제공하며, 환자는 환자안전활동에 참여해야 할 의무가 있다(환자안전보고학습시스템, 2018).

우리나라에서는 빈크리스틴 투약오류로 2010년, 2012년에 환자가 사망하는 동일한 환자안전사고가 발생하면서 환자안전이 사회적으로 관심을 받기 시작하였고, 이와 더불어 2010년에 의료기관인증평가제도가 도입되면서 환자안전 이슈가 집중적으로 연구되었다. 선행연구 결과 간호사의 환자안전인식은 환자안전관리 직무수행에 영향을 미치는 것으로 나타났고(Choi, Kang, Yang, & Lim, 2018), 환자안

전활동인 환자안전사고보고와 상관관계가 있는 것으로 보고되었다(S. A. Kim, Kim, Lee, & Oh, 2018). 즉, 환자안전인식은 환자안전활동을 증진하는 역할을 하는 것으로 보고되었으나 아직 많은 연구에서 보건의료인 중심의 환자안전에 대한 탐구(Han & Jung, 2017; M. Y. Park & Kim, 2018)가 이루어지고 있어 연구대상을 환자와 보호자로 확대할 필요성이 있다는 것을 알 수 있다.

최근 수행된 연구에서 환자 등 일반인들은 의료인들보다 환자안전에 대한 인식이 상대적으로 부족한 것이 문제로 인식되었다(Pyo et al., 2018). 그러므로 안전한 의료서비스를 제공 받기 위해서는 환자 스스로가 환자안전에 대하여 인식하고, 환자안전활동에 능동적인 역할을 수행하는 것이 필요하다. 이것을 통해 정확한 진단 수립, 적절한 치료방법 결정 및 실행, 안전한 진료 선택, 위해사건 발견 및 적절한 조치를 실행할 수 있다(K. J. Kim et al., 2018; Lee & Lee, 2009). 그러므로 환자가 치료과정에서 경험하는 환자안전인식수준을 향상시켜서 환자와 의료인간의 개방적인 의사소통을 통해 환자가 치료적 관계의 중심역할을 수행할 수 있도록 도와야 한다.

K. J. Kim et al. (2018)은 환자가 인지하는 환자안전 수준을 탐색하고자 입원 환자 대상의 한국형 환자안전인식 측정도구를 개발하였다. 환자의 관점에서 의료인이 안전한 의료행위를 실천하는지 관찰하고, 환자는 자신의 치료에 있어서 위해가 발생하지 않도록 의료진과 적극적으로 의사소통하며, 환자가 의료에 대한 전반적인 신뢰를 바탕으로 의료기관을 선택함으로써 의료기관이 안전한 의료시스템 구축이 필요함을 시사하였다(K. J. Kim et al., 2018). 타당도가 검증된 도구를 사용하여 환자의 환자안전인식을 측정함으로써 환자를 환자안전활동에 참여시키고, 임상현장에서 환자중심의 환자안전인식 마련을 위한 전략개발의 기초자료를 제공하고자 한다.

Ⅲ. 연구방법

A. 연구 설계

본 연구는 입원환자의 환자중심성과 환자의 환자안전인식 수준의 정도를 확인하고, 환자중심성이 환자안전인식에 미치는 영향을 규명하기 위한 서술적 상관관계 조사연구이다.

B. 연구 대상

본 연구의 대상자는 G시 소재 C대학교병원에 3일 이상 입원 후 퇴원예정인 환자로 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 환자이다. 입원 시 병원에서의 충분한 경험을 토대로 응답할 수 있도록 대상자의 최소 재원기간을 3일로 정하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 만 18세 이상, 정신과적 문제가 없는 자, 의사소통이 가능하고 질문지에 응답할 수 있는 환자로 특수부서(응급실, 중환자실, 응급병동)를 제외한 일반병동 퇴원예정 환자이다.

본 연구의 표본 크기는 G*POWER 3.1 program을 이용하여 다중회귀분석을 위한 양측검정, 유의수준 $\alpha = .05$, 검정력 $(1 - \beta) = .80$, 중간 정도의 효과크기 (f^2) = .15, 회귀분석에 이용될 예측요인 10개를 가정하였을 때 필요한 대상자는 최소 118명이었고, 약 10%의 탈락률을 고려하여 130명의 환자를 조사하였다. 회귀분석에 이용될 예측요인은 환자중심성의 7개 하부요인과 일반적 특성에서 유의할 것으로 예측한 변수 3개를 바탕으로 하였다.

C. 연구 도구

1. 환자중심성

환자중심성은 도영경 외(2015)가 개발한 환자중심성 평가도구를 사용하여 측정하였으며, 본 도구는 허가 없이 사용할 수 있도록 공개된 도구이다. 본 도구는 7개 하부영역으로 구성되어 간호사 서비스 4문항, 의사 서비스 4문항, 일반 치료과정 8문항, 병원 환경 2문항, 권리보장 3문항, 공평한 대우 1문항, 전반적 평가 2문항의 총 24문항으로 구성되어 있고, 가장 많은 문항이 포함된 일반 치료과정영역은 세부적으로 투약/검사/처치에 대한 설명, 퇴원 후 설명, 통증조절, 기타(수치감 배려, 불안감 감소 노력)의 4영역으로 다시 나누어져 있다. 권리보장 영역에 포함된 불만접수방법에 대한 안내 여부 문항은 이분형 척도로 ‘예’와 ‘아니오’로만 응답할 수 있고, 전반적 평가 영역에 포함된 입원경험에 대한 전반적 평가에 대한 문항은 11점(0~10점)척도로 구성되어 있다. 권리보장 영역에 포함된 불만제기용이성에 대한 문항은 불만이 없었던 경우(0점)부터 ‘항상 불만이 있었다’의 4점까지 5점척도로 구성되어 있고, 그 외의 문항은 ‘전혀 그렇지 않았다’의 1점부터 ‘항상(매우) 그랬다’의 4점까지의 4점 Likert식 척도로 구성되어 있다. 부정의 문항 2가지 문항(불만접수방법에 대한 안내 여부, 공평한 대우)은 역환산 처리하여 분석하였다.

영역별 점수는 평가영역별 산술평균을 구하는 방법으로 분석하였다. 문항별 점수에 0~100점까지의 선형화 점수¹⁾를 부여하여 총 24개 문항의 합이 100점이 될 수 있게 하였다(도영경 외, 2015).

개발 당시 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .88$, 하부요인의 Cronbach's $\alpha = .62 \sim .85$ 였으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었고, 하부요인의 Cronbach's $\alpha = .52 \sim .83$ 이었다.

¹⁾ 4점 척도 문항: 0/33/67/100점, 11점 척도 문항: 10점 단위 계산

2. 환자안전인식

본 연구에서 환자안전인식은 K. J. Kim et al. (2018)이 개발한 한국형 환자안전인식 측정도구(Patient Safety Perception Scale for Patient, PSPS)를 원저자의 승인을 받아 사용하였다.

본 도구는 3개 하부영역으로 안전보장활동 10문항, 환자안전실천 10문항, 의료시스템 신뢰 4문항으로 총 24문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 ‘매우 그렇지 않다’의 1점에서 ‘매우 그렇다’의 5점으로 구성된 Likert식 척도로 점수분포는 최저 24점부터 최고 120점이며, 총합점으로 계산하여 점수가 높을수록 입원환자가 지각하는 환자안전인식이 높음을 의미한다.

도구 개발 당시 신뢰도 Cronbach' s α =.93, 하부요인의 Cronbach' s α =.62~.85였으며 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach' s α =.86이었고, 하부요인의 Cronbach' s α =.90~.93이었다.

D. 자료수집 방법

본 연구의 자료수집은 G시 소재 일 대학병원 내 13개의 일반병동에서 2019년 9월 24일부터 10월 8일까지 진행되었다. 자료수집은 해당 병원 간호부서장에게 연구의 목적과 취지를 설명하여 협조를 구한 후, 자료수집기간 동안 매일 오전 퇴원대기 중인 입원환자의 병실에서 연구자가 자가보고식 설문지로 자료를 수집하였다. 총 130부의 설문지를 배포하여, 130부 모두를 회수하여 응답률 100%를 보였으며, 불성실한 응답으로 인하여 통계자료로 부적합한 8부를 제외하고 최종 122부의 설문지를 최종 분석에 사용하였다.

E. 자료분석 방법

자료분석은 SPSS/WIN 24.0 프로그램을 사용하여 분석하였으며, 구체적인 방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 환자중심성, 환자안전인식 수준은 빈도와 백분율, 평균과 표준편차를 이용한 기술통계로 분석하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 환자중심성과 환자안전인식의 차이는 Independent t-test, One-way ANOVA를 시행하고, One-way ANOVA 검정에서 통계적으로 유의한 변수는 등분산을 가정한 경우 Fisher's LSD, 등분산을 가정하지 않은 경우 Games-Howell를 이용하여 사후검정하였다.
- 환자중심성과 환자안전인식의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 확인하였다.
- 입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향은 다중선형회귀분석을 수행하였다.

F. 연구의 제한점

본 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 일개 대학병원에 입원한 환자를 대상으로 편의표집되었기 때문에 연구결과
의 일반화에 제한이 있다.

둘째, 본 연구에서 수행된 조사가 익명성이 보장된 조사라고 하더라도 자료수집
이 이루어진 병원을 지속적으로 이용하여야 할 가능성이 있는 환자입장에서는 민
감한 내용이 포함된 문항에서의 답변을 과소 보고하였을 가능성을 배제할 수 없다.
또한, 자가보고식 설문지로 조사가 이루어짐에 따라 조사자의 반응을 의식하여 실
제 경험했던 것보다 긍정적으로 응답하였을 가능성이 있다. 따라서 연구결과 해석
시 주의가 필요하다.

셋째, 환자를 대상으로 환자안전인식 수준을 측정한 선행연구가 부족함에 따라
본 연구에서 사용한 변수의 수가 제한되어 입원환자의 환자안전인식에 미치는 다
양한 영향요인을 규명하지는 못하였다.

넷째, 연구도구 개발 당시 환자중심성 하부영역 중 권리보장의 신뢰도가
Cronbach' s $\alpha = .62$ 로 다소 낮게 측정되었고, 본 연구에서도 권리보장의 신뢰도
가 Cronbach' s $\alpha = .52$ 로 낮은 수준으로 측정되어 연구결과 해석 시 이러한 측
면이 고려되어야 할 것이다.

G. 윤리적 고려

본 연구는 C대학병원의 기관생명윤리심의위원회(Institutional Review Board [IRB])의 승인(IRB No. 2019-07-010-005)을 받은 후, 간호부장의 허가 및 관련자의 협조를 얻어 동병원에서 자료수집이 수행되었다. 자료수집 전 대상자에게 연구목적을 설명하고, 자발적인 의사에 의한 연구참여, 연구철회 및 중단가능성, 연구 미참여 시 불이익 없음, 익명성, 자료의 보관 및 파기 등을 설명하고, 연구 참여 서면동의서를 취득 후 설문을 진행하였다. 설문소요시간은 약 20분 내외였으며, 설문참여에 대한 감사의 표시로 모든 대상자에게 소정의 기념품을 제공하였다.

IV. 연구결과

A. 대상자의 일반적 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다. 남성이 66명(54.1%)으로 여성(45.9%)보다 더 많았고, 평균 연령은 53.72 ± 18.29 세로 60대 이상이 55명(45.1%)으로 가장 많았다. 최종학력은 대졸 이상이 48명(39.3%)으로 가장 많았으며, 배우자가 있는 대상자가 더 많았다(63.9%). 전체 대상자 중 58명(47.5%)이 배우자를 자신의 후보호자로 인식하고 있었고, 마찬가지로 44명(36.1%)의 대상자가 이번 입원기간 자신의 주간병인으로 배우자라고 응답하였다. 대상자의 평균 재원기간은 9.81 ± 7.17 일이었고, 입원경로는 응급실을 경유하여 입원한 환자가 73명(59.8%), 외과계로 입원한 환자가 내과계로 입원한 환자보다 많았다(59.8%). 최근 12개월 이내에 입원한 경험이 없는 환자와 1번 입원한 경험이 있는 환자가 각각 42명(34.4%)로 가장 많았다. 주관적인 건강상태는 보통이라고 응답한 대상자로 가장 많았으며 (47.5%), 111명(91.0%)의 입원환자는 환자의 환자안전활동이 필요하다고 응답하였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of Participants

(N=122)

Variables	Categories	n	%	M±SD or Median(Range)
Gender	Male	66	54.1	
	Female	56	45.9	
Age(year)	≤39	32	26.2	
	40-59	35	28.7	53.72±18.29
	60≤	55	45.1	
Education	≤Middle school	42	34.4	
	High school	32	26.2	
	College≤	48	39.3	
Marital status	Yes	78	63.9	
	No	44	36.1	
Psychological protector	Spouse	58	47.5	
	Parents-Child	51	41.8	
	Other family member	9	7.4	
	None	4	3.3	
Physical caregiver (This admission)	Spouse	44	36.1	
	Parents-Child	41	33.6	
	Other family member	10	8.2	
	Private caregiver	11	9.0	
	None	16	13.1	
Length of stay	3~7days	54	44.3	
	8~14days	46	37.7	8(3~42)
	15days≤	22	18.0	
Admission route	Emergency room	73	59.8	
	Outpatient	49	40.2	
Medical department	Internal Medicine	49	40.2	
	Surgery	73	59.8	
Admission experience (Last 12 months)	1st	42	34.4	
	2nd	42	34.4	1(0~20)
	3rd≤	38	31.1	
Subjective health status	Poor or bad	26	21.3	
	Fair	58	47.5	
	Excellent or good	38	31.1	
Patient' s safety activity	Need not	2	1.6	
	Need	111	91.0	
	Don' t know	9	7.4	

B. 대상자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식 정도

대상자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식 정도는 다음과 같다. 대상자가 입원기간 동안 경험한 환자중심성 정도는 영역별 평균으로 계산한 100점 만점(최저 0점)에 평균 77.14 ± 12.64 점이었고, 하부영역별로는 간호사 서비스 86.54 ± 13.10 점, 의사 서비스 76.78 ± 17.08 점, 투약 검사, 처치 전 설명, 퇴원 후 설명, 통증조절노력, 기타영역을 포함한 일반 치료과정은 81.73 ± 16.39 점, 병원환경 70.77 ± 23.99 점, 권리보장 53.28 ± 23.37 점, 공평한 대우 83.61 ± 26.50 점, 이번 입원에 대한 전반적 평가는 73.55 ± 15.69 점이었다(Table 2).

입원환자의 환자안전인식수준은 하부영역의 합으로 계산한 120점 만점(최저 24점)의 평균 99.24 ± 15.90 점으로, 하부영역별로 안전보장활동 41.36 ± 6.97 점, 환자의 안전실천 40.57 ± 7.11 점, 의료시스템 신뢰가 17.31 ± 3.03 점이었다(Table 2).

Table 2. Level of Patient-Centeredness and Patient Safety Perception of Inpatients (N=122)

Variables	Range	Total	Min	Max
		M±SD		
Patient-Centeredness	0~100	77.14 ± 12.64	40.6	97.8
Service of Nurses	0~100	86.54 ± 13.10	50.0	100.0
Service of Doctors	0~100	76.78 ± 17.08	25.0	100.0
General Treatment Process	0~100	81.73 ± 16.39	34.7	100.0
Hospital Environment	0~100	70.77 ± 23.99	0.0	100.0
Ensuring of Patient Rights	0~100	53.28 ± 23.37	0.0	100.0
Fair Treatment	0~100	83.61 ± 26.50	0.0	100.0
Overall Evaluation	0~100	73.55 ± 15.69	5.0	100.0
Patient Safety Perception	24~120	99.24 ± 15.90	40.6	97.8
Activities to Ensure Safety	10~50	41.36 ± 6.97	13.0	50.0
Patient's Safety Practice	10~50	40.57 ± 7.11	11.0	50.0
Trust of the Medical System	4~20	17.31 ± 3.03	4.0	20.0

C. 대상자의 일반적 특성에 따른 환자중심성 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 입원 시 경험한 환자중심성의 수준은 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 3).

Table 3. Patient-Centeredness by General Characteristics (N=122)

Variables	Categories	n(%)	Patient-	t/F	p
			Centeredness M±SD		
Gender	Male	66(54.1)	78.28±12.69	1.08	.283
	Female	56(45.9)	75.80±12.56		
Age(year)	≤39	32(26.2)	74.30±12.43	1.21	.301
	40-59	35(28.7)	77.39±14.21		
	60≤	55(45.1)	78.65±11.62		
Education	≤Middle school	42(34.4)	78.15±10.75	0.35	.702
	High school	32(26.2)	77.57±14.27		
	College≤	48(39.3)	75.97±13.18		
Marital status	Yes	78(63.9)	77.73±12.78	0.68	.499
	No	44(36.1)	76.11±12.46		
Psychological protector	Spouse	58(47.5)	77.08±13.92	2.45	.067
	Parents-Child	51(41.8)	75.08±11.61		
	Other family member	9(7.4)	85.38±6.56		
	None	4(3.3)	85.88±4.65		
Physical caregiver (This admission)	Spouse	44(36.1)	76.1±14.73	2.16	.078
	Parents-Child	41(33.6)	76.16±11.60		
	Other family member	10(8.2)	84.90±7.11		
	Private caregiver	11(9.0)	71.48±12.35		
	None	16(13.1)	81.40±9.32		
Length of stay	3~7days	54(44.3)	78.42±12.23	0.61	.546
	8~14days	46(37.7)	76.63±13.63		
	15days≤	22(18.0)	75.07±11.64		
Admission route	Emergency room	73(59.8)	76.09±13.06	-1.12	.263
	Outpatient	49(40.2)	78.71±11.94		
Medical department	Internal Medicine	49(40.2)	77.02±12.15	-0.09	.931
	Surgery	73(59.8)	77.23±13.04		
Admission experience (Last 12 months)	1st	42(34.4)	75.38±13.80	1.36	.260
	2nd	42(34.4)	76.45±11.50		
	3rd≤	38(31.1)	79.87±12.37		
Subjective health status	Poor or bad	26(21.3)	78.56±13.18	1.06	.351
	Fair	58(47.5)	75.40±13.84		
	Excellent or good	38(31.1)	78.83±10.04		
Patient's safety activity	Need not	2(1.6)	91.75±6.25	1.46	.235
	Need	111(91.0)	76.76±12.82		
	Don't know	9(7.4)	78.67±9.57		

D. 대상자의 일반적 특성에 따른 환자안전인식 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 환자안전인식 정도는 대상자가 인식하는 자신의 보호자에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=4.22$, $p=.007$). 보호자가 없는 군의 환자안전인식 수준(113.25 ± 6.65)이 가장 높았다. Levene를 통한 분산의 동질성 검정 시 등분산을 가정하지 않아($F=4.61$, $p=.004$), Games-Howell를 통한 사후검정결과 자신의 보호자가 배우자(100.22 ± 13.16), 부모 혹은 자녀(94.98 ± 18.61)로 인식하였을 때보다 친지, 형제 등의 기타가족(110.78 ± 6.40)이었을 때가 통계적으로 유의하게 높았고, 보호자가 부모 혹은 자녀라고 인식하였을 때보다 보호자가 없다고 인식했을 때 환자안전인식 수준이 높았다(Table 4).

Table 4. Patient Safety Perception by General Characteristics (N=122)

Variables	Categories	n(%)	Patient Safety Perception	t/F	p
			M±SD		
Gender	Male	66(54.1)	99.95±14.68	0.54	.591
	Female	56(45.9)	98.39±17.33		
Age(year)	≤39	32(26.2)	96.53±16.89	0.86	.427
	40-59	35(28.7)	101.63±12.75		
	60≤	55(45.1)	99.29±17.10		
Education	≤Middle school	42(34.4)	98.55±17.78	0.06	.938
	High school	32(26.2)	99.81±15.73		
	College≤	48(39.3)	99.46±14.54		
Marital status	Yes	78(63.9)	100.04±13.78	0.74	.461
	No	44(36.1)	97.82±19.19		
Psychological protector	Spouse	58(47.5)	100.22±13.16	4.22	.007* (a,b<c; b<d)
	Parents-Child	51(41.8)	94.98±18.61		
	Other family member	9(7.4)	110.78±6.40		
	None	4(3.3)	113.25±6.65		
Physical caregiver (This admission)	Spouse	44(36.1)	100.73±12.99	2.43	.051
	Parents-Child	41(33.6)	97.44±18.52		
	Other family member	10(8.2)	109.40±7.68		
	Private caregiver	11(9.0)	89.36±13.53		
	None	16(13.1)	100.19±18.10		
Length of stay	3~7days	54(44.3)	99.54±14.38	0.10	.906
	8~14days	46(37.7)	98.46±19.46		
	15days≤	22(18.0)	100.14±11.02		
Admission route	Emergency room	73(59.8)	97.99±16.61	-1.06	.291
	Outpatient	49(40.2)	101.10±14.76		
Medical department	Internal Medicine	49(40.2)	98.49±16.99	-0.42	.672
	Surgery	73(59.8)	99.74±15.23		
Admission experience (Last 12 months)	1st	42(34.4)	101.10±13.13	0.43	.650
	2nd	42(34.4)	98.24±16.05		
	3rd≤	38(31.1)	98.29±18.57		
Subjective health status	Poor or bad	26(21.3)	99.88±19.25	1.42	.246
	Fair	58(47.5)	96.88±16.02		
	Excellent or good	38(31.1)	102.39±12.73		
Patient's safety activity	Need not	2(1.6)	105.50±9.19	0.45	.640
	Need	111(91.0)	99.45±16.23		
	Don't know	9(7.4)	95.22±12.87		

* Post hoc comparison=Games-Howell

E. 대상자의 일반적 특성에 따른 환자안전인식의 하부요인 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 환자안전인식의 하부요인의 차이는 다음과 같다. 첫 번째로 대상자의 일반적 특성에 따른 의료진의 안전보장활동 인식수준은 대상자가 인식하는 자신의 보호자에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=3.00$, $p=.034$). 보호자가 없는 군의 의료진의 안전보장활동 인식수준(46.75 ± 4.72)이 가장 높았다. Levene을 통한 분산의 동질성 검정 시 등분산을 가정하여($F=2.30$, $p=.081$), LSD를 통한 사후검정결과 자신의 보호자를 부모 혹은 자녀(39.75 ± 7.96)로 인식하였을 때보다 친지, 형제 등의 기타가족(45.56 ± 4.56)이었을 때가 통계적으로 유의하게 높았다(Table 5).

두 번째로 대상자의 일반적 특성에 따른 환자의 안전실천수준은 대상자가 인식하는 자신의 보호자에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=3.95$, $p=.010$). 보호자가 없는 환자가(47.00 ± 2.45) 안전실천수준이 가장 높았다. Levene을 통한 분산의 동질성 검정 시 등분산을 가정하지 않아($F=3.67$, $p=.014$), Games-Howell를 통한 사후검정결과 자신의 보호자를 친지, 형제 등의 기타가족(45.33 ± 3.43)이거나 보호자가 없다고 응답한 대상자가 배우자(41.02 ± 6.16)나 부모 혹은 자녀(38.71 ± 8.10)로 인식하였을 때보다 통계적으로 유의하게 높았다(Table 6).

마지막으로 대상자의 일반적 특성에 따른 의료시스템 신뢰도 대상자가 인식하는 자신의 보호자에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었다($F=4.36$, $p=.006$). 자신이 인식하는 보호자를 친지, 형제 등의 기타가족으로 응답한 환자가(19.89 ± 0.33) 의료시스템 신뢰수준이 가장 높았다. Levene을 통한 분산의 동질성 검정 시 등분산을 가정하지 않아($F=7.04$, $p<.001$), Games-Howell를 통한 사후검정결과 자신의 보호자를 친지, 형제 등의 기타가족으로 응답한 환자가 배우자(17.45 ± 2.60)나 부모 혹은 자녀(16.53 ± 3.51)로 인식하였을 때보다 통계적으로 유의하게 높았고, 보호자가 없다고 응답한 대상자(19.50 ± 1.00)가 부모 혹은 자녀로 인식하였을 때보다 통계적으로 유의하게 높았다(Table 6).

Table 5. Activities to Ensure Safety by General Characteristics (N=122)

Variables	Categories	n(%)	Activities to Ensure Safety	t/F	p
			M±SD		
Gender	Male	66(54.1)	41.80±6.54	0.76	.449
	Female	56(45.9)	40.84±7.48		
Age(year)	≤39	32(26.2)	40.03±7.52	0.92	.400
	40-59	35(28.7)	42.31±5.99		
	60≤	55(45.1)	41.53±7.23		
Education	≤Middle school	42(34.4)	41.43±7.52	0.01	.990
	High school	32(26.2)	41.44±7.53		
	College≤	48(39.3)	41.25±6.21		
Marital status	Yes	78(63.9)	41.67±6.35	0.64	.521
	No	44(36.1)	40.82±8.01		
Psychological protector	Spouse	58(47.5)	41.76±6.03	3.00	.034* (a<b)
	Parents-Child	51(41.8)	39.75±7.96		
	Other family member	9(7.4)	45.56±4.56		
	None	4(3.3)	46.75±4.72		
Physical caregiver (This admission)	Spouse	44(36.1)	42.20±6.08	2.24	.069
	Parents-Child	41(33.6)	40.61±7.59		
	Other family member	10(8.2)	45.50±4.65		
	Private caregiver	11(9.0)	37.18±6.16		
	None	16(13.1)	41.25±8.15		
Length of stay	3~7days	54(44.3)	41.35±6.66	0.19	.823
	8~14days	46(37.7)	41.00±8.10		
	15days≤	22(18.0)	42.14±5.17		
Admission route	Emergency room	73(59.8)	41.36±7.08	-0.01	.993
	Outpatient	49(40.2)	41.37±6.89		
Medical department	Internal Medicine	49(40.2)	41.29±7.10	-0.10	.923
	Surgery	73(59.8)	41.41±6.94		
Admission experience (Last 12 months)	1st	42(34.4)	42.07±5.69	0.33	.720
	2nd	42(34.4)	40.95±6.85		
	3rd≤	38(31.1)	41.03±8.39		
Subjective health status	Poor or bad	26(21.3)	41.73±8.33	1.74	.180
	Fair	58(47.5)	40.21±7.37		
	Excellent or good	38(31.1)	42.87±4.89		
Patient' s safety activity	Need not	2(7.4)	40.33±5.74	0.37	.694
	Need	111(91.0)	45.00±5.66		
	Don' t know	9(7.4)	41.38±7.11		

* Post hoc comparison=LSD

Table 6. Patient's Safety Practice by General Characteristics (N=122)

Variables	Categories	n(%)	Patient's	t/F	p
			Safety Practice M±SD		
Gender	Male	66(54.1)	40.52±6.71	-0.08	.933
	Female	56(45.9)	40.63±7.61		
Age(year)	≤39	32(26.2)	39.97±7.46	0.62	.542
	40-59	35(28.7)	41.69±5.73		
	60≤	55(45.1)	40.20±7.72		
Education	≤Middle school	42(34.4)	39.62±8.03	0.57	.568
	High school	32(26.2)	40.97±6.83		
	College≤	48(39.3)	41.13±6.47		
Marital status	Yes	78(63.9)	40.83±6.21	0.55	.582
	No	44(36.1)	40.09±8.53		
Psychological protector	Spouse	58(47.5)	41.02±6.16	3.95	.010* (a,b<c,d)
	Parents-Child	51(41.8)	38.71±8.10		
	Other family member	9(7.4)	45.33±3.43		
	None	4(3.3)	47.00±2.45		
Physical caregiver (This admission)	Spouse	44(36.1)	40.93±6.15	1.86	.122
	Parents-Child	41(33.6)	39.93±7.95		
	Other family member	10(8.2)	44.60±3.63		
	Private caregiver	11(9.0)	36.64±7.46		
	None	16(13.1)	41.38±7.83		
Length of stay	3~7days	54(44.3)	40.70±6.06	0.02	.977
	8~14days	46(37.7)	40.39±8.89		
	15days≤	22(18.0)	40.59±5.40		
Admission route	Emergency room	73(59.8)	39.60±7.59	-1.84	.068
	Outpatient	49(40.2)	42.00±6.12		
Medical department	Internal Medicine	49(40.2)	39.96±7.67	-0.77	.443
	Surgery	73(59.8)	40.97±6.73		
Admission experience (Last 12 months)	1st	42(34.4)	41.36±6.12	0.42	.657
	2nd	42(34.4)	40.33±7.20		
	3rd≤	38(31.1)	39.95±8.08		
Subjective health status	Poor or bad	26(21.3)	40.88±7.72	0.64	.527
	Fair	58(47.5)	39.83±6.95		
	Excellent or good	38(31.1)	41.47±7.00		
Patient's safety activity	Need not	2(7.4)	39.11±7.03	0.27	.766
	Need	111(91.0)	42.50±0.71		
	Don't know	9(7.4)	40.65±7.20		

* Post hoc comparison=Games-Howell

Table 7. Trust of the Medical System by General Characteristics (N=122)

Variables	Categories	n(%)	Trust of the Medical System	t/F	p
			M±SD		
Gender	Male	66(54.1)	17.64±2.79	1.29	.200
	Female	56(45.9)	16.93±3.29		
Age(year)	≤39	32(26.2)	16.53±3.05	1.45	.239
	40-59	35(28.7)	17.63±2.34		
	60≤	55(45.1)	17.56±3.37		
Education	≤Middle school	42(34.4)	17.50±3.44	0.23	.795
	High school	32(26.2)	17.41±2.69		
	College≤	48(39.3)	17.08±2.92		
Marital status	Yes	78(63.9)	17.54±2.66	1.10	.273
	No	44(36.1)	16.91±3.61		
Psychological protector	Spouse	58(47.5)	17.45±2.60	4.36	.006* (a,b<c; b<d)
	Parents-Child	51(41.8)	16.53±3.51		
	Other family member	9(7.4)	19.89±0.33		
	None	4(3.3)	19.50±1.00		
Physical caregiver (This admission)	Spouse	44(36.1)	17.59±2.62	2.42	.052
	Parents-Child	41(33.6)	16.90±3.56		
	Other family member	10(8.2)	19.30±1.34		
	Private caregiver	11(9.0)	15.55±2.94		
	None	16(13.1)	17.56±2.90		
Length of stay	3~7days	54(44.3)	17.48±2.63	0.24	.783
	8~14days	46(37.7)	17.07±3.73		
	15days≤	22(18.0)	17.41±2.36		
Admission route	Emergency room	73(59.8)	17.03±3.18	-1.27	.208
	Outpatient	49(40.2)	17.73±2.79		
Medical department	Internal Medicine	49(40.2)	17.24±3.19	-0.20	.844
	Surgery	73(59.8)	17.36±2.95		
Admission experience (Last 12 months)	1st	42(34.4)	17.67±2.74	0.58	.563
	2nd	42(34.4)	16.95±3.02		
	3rd≤	38(31.1)	17.32±3.38		
Subjective health status	Poor or bad	26(21.3)	17.27±3.82	1.85	.162
	Fair	58(47.5)	16.84±3.04		
	Excellent or good	38(31.1)	18.05±2.27		
Patient' s safety activity	Need not	2(7.4)	15.78±2.44	1.28	.281
	Need	111(91.0)	18.00±2.83		
	Don' t know	9(7.4)	17.42±3.07		

* Post hoc comparison=Games-Howell

F. 대상자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식의 상관관계

입원환자가 경험하는 환자중심성과 환자안전인식 간의 상관관계를 분석한 결과 대상자의 환자안전인식은 입원기간 동안 경험한 환자중심성과 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었다($r=.61, p<.001$). 또한 대상자의 환자안전인식은 환자중심성의 하부영역 중 공평한 대우를 제외한 나머지 하부요인과도 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 가지는 것으로 나타났다.

또한 환자안전인식의 하부영역별로 비교한 결과 의료진의 안전보장활동은 환자중심성의 모든 하부요인과 정적 상관관계가 있었고, 환자의 안전실천은 공평한 대우를 제외한 나머지 요인, 의료시스템 신뢰는 권리보장, 공평한 대우를 제외한 나머지 요인과 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었다(Table 8).

Table 8. Correlation between Patient Centeredness and Patient Safety Perception (N=122)

Variables	Activities to Ensure Safety		Patient's Safety Practice		Trust of the Medical System		Patient Safety Perception	
	r	p	r	p	r	p	r	p
	Service of Nurses	.51	<.001	.37	<.001	.45	<.001	.47
Service of Doctors	.48	<.001	.39	<.001	.36	<.001	.45	<.001
General Treatment Process	.61	<.001	.53	<.001	.50	<.001	.60	<.001
Hospital Environment	.30	.001	.22	.014	.40	<.001	.31	.001
Ensuring of Patient Rights	.27	.003	.22	.015	.13	.142	.24	.008
Fair Treatment	.21	.020	.12	.189	.04	.635	.15	.089
Overall Evaluation	.50	<.001	.32	<.001	.38	<.001	.43	<.001
Patient-Centeredness	.65	<.001	.52	<.001	.51	<.001	.61	<.001

G. 대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인

1. 대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인

대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 9).

대상자가 입원 시 경험하는 환자중심성이 환자안전인식에 미치는 영향을 알아보기 위하여 케이스별 진단 시 표준화잔차의 절대값이 3 이상인 이상값(Outlier) 1개를 제외한 후 다중회귀분석을 실시하였다. Durbin-Watson 값은 2.241로 2에 가깝고 0 또는 4에 가깝지 않아 오차 간에 자기상관이 없이 독립적이었다. 또한 공차(Tolerance)의 범위는 .12~.94로 .1 이하의 값이 없었고, VIF(variance inflation factor) 지수는 1.06~8.20으로 모두 10 미만으로 나타나 독립변수 간의 다중공선성 문제가 없으므로 회귀분석을 실시하는데 적합한 것으로 나타났다. 입원 환자가 경험하는 환자중심성 ($\beta = .65, p < .001$)은 환자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인으로 설명력(R^2)은 70%였다($F = 27.75, p < .001$).

Table 9. Factors Influencing Patient Safety Perceptions of Inpatients (N=121)

Variables	B	SE	β	t	p
Constant	49.39	8.58		5.75	<.001
Perceived Protector(/ref. Nonexistence)					
Spouse	-6.48	5.52	-.22	-1.17	.243
Parents or Child	-8.81	5.57	-.30	-1.58	.117
Other Family	-2.11	6.37	-.04	-0.33	.741
Patient-Centeredness	0.74	0.08	.65	9.46	<.001
$R^2 = .70, \text{Adj. } R^2 = .47, F = 27.75, p < .001, \text{Durbin-Watson} = 2.241$					

2. 환자안전인식의 하부요인1(의료진의 안전보장활동)에 영향을 미치는 요인

대상자의 환자안전인식의 하부영역 중 의료진의 안전보장활동에 대한 인식에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 10). 일반적 특성과 환자중심성의 하부요인 중에서 의료진의 안전보장활동과 통계적으로 유의한 차이를 보였던 변수를 독립변수로 투입하고, 환자안전인식을 종속변수로 투입하였다. Durbin-Watson 값은 1.910로 2에 가깝고 0 또는 4에 가깝지 않아 오차 간에 자기상관이 없이 독립적이었다. 또한 공차(Tolerance)의 범위는 .11~.92로 .1 이하의 값이 없었고, VIF(variance inflation factor) 지수는 1.09~8.83으로 모두 10 미만으로 나타나 독립변수 간의 다중공선성 문제가 없으므로 회귀분석을 실시하는데 적합한 것으로 나타났다.

의료진의 안전보장활동에 영향을 미치는 요인은 일반치료과정($\beta = .39, p < .001$)과 전반적 평가($\beta = .20, p = .025$)로 설명력(R^2)은 54%이었다($F = 13.14, p < .001$).

Table 10. Factors Influencing Subcategory Activities to Ensure Safety of Patient Safety Perceptions among Inpatients (N=121)

Variables	Activities to Ensure Safety				
	B	SE	β	t	p
Constant	13.75	4.04		3.40	.001
Perceived Protector(/ref. Nonexistence)					
Spouse	-2.08	2.48	-.16	-0.84	.404
Parents or Child	-2.43	2.48	-.18	-0.98	.330
Other Family	-1.42	2.82	-.06	-0.50	.616
Service of Nurses	0.08	0.04	.17	1.90	.060
Service of Doctors	0.02	0.03	.06	0.75	.454
General Treatment Process	0.15	0.04	.39	3.73	<.001
Hospital Environment	-0.01	0.02	-.03	-0.39	.700
Ensuring of Patient Rights	0.01	0.02	.03	0.38	.702
Fair Treatment	0.03	0.02	.11	1.65	.102
Overall Evaluation	0.08	0.04	.20	2.27	.025
$R^2 = .54, \text{Adj. } R^2 = .50, F = 13.14, p < .001, \text{Durbin-Watson} = 1.910$					

3. 환자안전인식의 하부요인2(환자의 안전실천)에 영향을 미치는 요인

대상자의 환자안전인식의 하부영역 중 환자의 안전실천에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 11). 일반적 특성과 환자중심성의 하부요인 중에서 환자의 안전실천과 통계적으로 유의한 차이를 보였던 변수를 독립변수로 투입하고, 환자안전인식을 종속변수로 투입하였다. Durbin-Watson 값은 2.129로 2에 가깝고 0 또는 4에 가깝지 않아 오차 간에 자기상관이 없이 독립적이었다. 또한 공차(Tolerance)의 범위는 .11~.76로 .1 이하의 값이 없었고, VIF(variance inflation factor) 지수는 1.31~8.76으로 모두 10 미만으로 나타나 독립변수 간의 다중공선성 문제가 없으므로 회귀분석을 실시하는데 적합한 것으로 나타났다.

환자의 안전실천에 영향을 미치는 요인은 일반치료과정($\beta = .50$, $p < .001$)으로 설명력(R^2)은 39%이었다($F = 7.84$, $p < .001$).

Table 11. Factors Influencing Subcategory Patient's Safety Practice of Patient Safety Perceptions among Inpatients (N=121)

Variables	Patient's Safety Practice				
	B	SE	β	t	p
Constant	24.78	4.66		5.32	<.001
Perceived Protector(/ref. Nonexistence)					
Spouse	-3.45	2.89	-.26	-1.19	.236
Parents or Child	-4.42	2.89	-.33	-1.53	.129
Other Family	-1.77	3.28	-.07	-0.54	.590
Service of Nurses	0.01	0.05	.02	0.24	.811
Service of Doctors	0.02	0.04	.04	0.40	.688
General Treatment Process	0.20	0.05	.50	4.21	<.001
Hospital Environment	-0.01	0.02	-.04	-0.43	.671
Ensuring of Patient Rights	0.02	0.02	.07	0.86	.391
Overall Evaluation	0.01	0.04	.02	0.19	.852

$R^2 = .39$, Adj. $R^2 = .34$, $F = 7.84$, $p < .001$, Durbin-Watson = 2.129

4. 환자안전인식의 하부요인3(의료시스템 신뢰)에 영향을 미치는 요인

대상자의 환자안전인식의 하부영역 중 의료시스템 신뢰에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 12). 일반적 특성과 환자중심성의 하부요인 중에서 의료시스템 신뢰와 통계적으로 유의한 차이를 보였던 변수를 독립변수로 투입하고, 환자안전인식을 종속변수로 투입하였다. Durbin-Watson 값은 2.484로 2에 가깝고 0 또는 4에 가깝지 않아 오차 간에 자기상관이 없이 독립적이었다. 또한 공차(Tolerance)의 범위는 .12~.74로 .1 이하의 값이 없었고, VIF(variance inflation factor) 지수는 1.36~8.66으로 모두 10 미만으로 나타나 독립변수 간의 다중공선성 문제가 없으므로 회귀분석을 실시하는데 적합한 것으로 나타났다.

의료시스템 신뢰에 영향을 미치는 요인은 일반치료과정 ($\beta = .32, p = .005$), 간호사 서비스 ($\beta = .21, p = .035$), 병원환경 ($\beta = .20, p = .016$)으로 설명력(R^2)은 43%이었다($F = 10.53, p < .001$).

Table 12. Factors Influencing Subcategory Trust of the Medical System of Patient Safety Perceptions among Inpatients (N=121)

Variables	Trust of the Medical System				
	B	SE	β	t	p
Constant	8.00	1.88		4.25	<.001
Perceived Protector(/ref. Nonexistence)					
Spouse	-0.89	1.17	-.16	-0.77	.446
Parents or Child	-1.03	1.17	-.18	-0.88	.381
Other Family	0.57	1.33	.05	0.43	.672
Service of Nurses	0.04	0.02	.21	2.13	.035
Service of Doctors	0.00	0.02	-.02	-0.20	.843
General Treatment Process	0.05	0.02	.32	2.85	.005
Hospital Environment	0.02	0.01	.20	2.45	.016
Overall Evaluation	0.01	0.02	.03	0.34	.737
$R^2 = .43, \text{Adj. } R^2 = .39, F = 10.53, p < .001, \text{Durbin-Watson} = 2.484$					

5. 대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인

대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과는 다음과 같다(Table 13). 일반적 특성과 환자중심성의 하부요인 중에서 전체 환자안전인식과 통계적으로 유의한 차이를 보였던 변수를 독립변수로 투입하고, 환자안전인식을 종속변수로 투입하였다. Durbin-Watson 값은 2.143로 2에 가깝고 0 또는 4에 가깝지 않아 오차 간에 자기상관이 없이 독립적이었다. 또한 공차(Tolerance)의 범위는 .12~.92로 .1 이하의 값이 없었고, VIF(variance inflation factor) 지수는 1.01~8.72으로 모두 10 미만으로 나타나 독립변수 간의 다중공선성 문제가 없으므로 회귀분석을 실시하는데 적합한 것으로 나타났다.

대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인은 일반치료과정($\beta = .47, p < .001$)으로 설명력(R^2)은 52%이었다($F = 13.26, p < .001$).

Table 13. The Influence of Patient-centeredness Subcategory on Patient Safety Perception among Inpatients (N=121)

Variables	Patient Safety Perception				
	B	SE	β	t	p
Constant	45.89	9.24		4.97	<.001
Perceived Protector(/ref. Nonexistence)					
Spouse	-6.05	5.65	-.21	-1.07	.286
Parents or Child	-7.45	5.64	-.25	-1.32	.189
Other Family	-2.62	6.48	-.05	-0.40	.686
Service of Nurses	0.14	0.10	.13	1.37	.174
Service of Doctors	0.04	0.07	.05	0.51	.609
General Treatment Process	0.42	0.09	.47	4.44	<.001
Hospital Environment	0.01	0.05	.01	0.17	.866
Ensuring of Patient Rights	0.03	0.04	.05	0.75	.452
Overall Evaluation	0.11	0.08	.12	1.37	.172
$R^2 = .52, \text{Adj. } R^2 = .48, F = 13.26, p < .001, \text{Durbin-Watson} = 2.143$					

V. 논의

본 연구는 일 대학병원에 입원한 환자를 대상으로 입원환자가 경험하는 환자중심성과 환자의 환자안전인식 수준을 확인하고, 입원 시 경험한 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향을 규명함으로써 환자중심의 환자안전문화 마련을 위한 전략개발의 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구결과 입원환자가 경험하는 환자중심성은 환자의 환자안전인식에 영향을 미쳤다($R^2=70\%$, $F=27.75$, $p<.001$). 특별히 본 연구는 환자안전인식의 각 하부요인에 영향을 미치는 환자중심성의 하부요인을 파악하기 위하여 환자안전인식의 하부요인(의료진의 안전보장활동, 환자의 안전실천, 의료시스템 신뢰)별로 다중선형 회귀분석을 실시하였다. 환자중심성의 하부요인 중 의료진의 안전보장활동에 영향을 미치는 요인은 일반 치료과정과 전반적 평가였고($R^2=54\%$, $F=13.14$, $p<.001$), 환자의 안전실천에 영향을 미치는 요인은 일반 치료과정($R^2=39\%$, $F=7.84$, $p<.001$)이었으며, 의료시스템 신뢰에 영향을 미치는 요인은 간호사 서비스, 일반치료과정, 병원환경이었다($R^2=43\%$, $F=10.53$, $p<.001$).

본 연구에서 입원환자가 경험한 환자중심성은 100점 만점에서 77.14 ± 12.64 점(점수 범위 0~100점)이었다. 이는 건강보험심사평가원에서 국가차원으로 시행한 2017년(1차) 환자경험평가의 전체결과인 83.94 ± 15.98 점보다는 낮은 수준이었다. 그러나 환자경험평가는 본 연구에서 활용된 환자중심성평가도구(도영경 외, 2015)를 일부 수정한 내용으로 조사되었고, 두 연구 간 조사시점이 퇴원 전·퇴원 후로 상이하여 분석결과에 대한 직접적 비교에는 제한이 있다. 그렇지만 현재까지 국내에서 환자가 경험하는 환자중심성 수준을 측정한 연구가 거의 없어 1차 환자경험평가와 비교했을 때, 본 연구의 입원환자가 경험하는 환자중심성 수준이 비교적 낮았다. 그 이유는 환자들의 전반적인 지식수준이 꾸준히 향상하고 있고, 본인들이 제공 받는 의료서비스에 대한 요구도 상승으로 예측된다.

환자중심성의 7개의 하부요인 중 가장 높은 점수를 보인 영역은 간호사 서비스로 100점 만점에 평균 86.54 ± 13.10 점이었다. 이는 2017년(1차) 환자경험평가결과와 동일한 결과로 간호사는 가장 가까운 위치에서 매시간 환자를 돌보는 의료인으로서 입원환자들이 간호사의 서비스를 가장 긍정적으로 경험하고 있음을 알

수 있다.

반대로 권리보장은 53.28 ± 23.37 점으로 환자중심성의 하부영역 중 가장 낮은 점수를 보였다. 환자에게는 진료 받을 권리, 알권리 및 자기결정권, 비밀을 보호 받을 권리, 상담·조정을 신청할 권리, 환자의 문화적·종교적 가치관이나 신념을 존중 받을 권리 등이 있고, 이에 따라 의료진은 입원환자에게 환자의 권리와 의무에 관한 교육을 시행해야 한다(의료기관평가인증원, 2018). 그 외의 환자중심성 하부요인보다 환자가 경험하는 권리보장이 비교적 낮은 결과가 도출된바, 의료진은 환자마다 가지고 있는 다른 가치관과 신념을 존중함으로써 치료과정 중 환자의 이익을 최우선으로 고려하고, 환자가 자신의 의견을 쉽게 제시할 수 있도록 충분한 설명과 지지가 필요함을 시사한다. 그러나 연구도구 개발 당시 권리보장 영역의 신뢰도가 Cronbach's $\alpha = .62$ 로 다소 낮게 측정되었고, 본 연구에서도 권리보장의 신뢰도가 Cronbach's $\alpha = .52$ 로 낮은 수준으로 측정되어 연구결과 해석의 일반화에 제한이 있다.

입원환자의 환자안전인식은 총 99.24 ± 15.90 점(점수 범위 24~120점)이었다. 의료소비자인 일반인을 대상으로 시행된 J. E. Kim, Lee, Jang, and Kim (2013)의 연구결과에서는 일반인의 환자안전인식 수준이 4점 만점에 2.69 ± 0.31 점으로 나타났으나 본 연구와 다른 도구를 사용하였고, 측정된 단위가 상이하어 의미 비교에 제한이 있다. 그러나 현재 국내에서 비보건의료인 대상의 환자안전인식 수준 측정 및 환자안전인식의 영향요인을 탐구한 연구가 거의 없으므로 여러 연구와의 꾸준한 비교분석과 지속적인 반복연구를 통하여 환자 및 보호자 등 비보건의료인의 환자안전인식을 향상시킬 수 있는 방안을 모색하여야 한다.

한편, 자료수집 시 본 연구의 대상자들에게 환자의 환자안전활동의 필요성에 대하여 질문한 결과 91.0%(111명)은 환자의 환자안전활동이 필요하다고 인식하고 있었다. 그러나 2017년 환자안전 통계연보(환자안전보고학습시스템, 2018)에 따르면 2016년 7월 29일부터 2019년 4월까지 환자안전보고학습시스템에 보고된 환자안전사고 14,269건(보고자 불명확 14건 포함) 중 환자와 보호자의 보고율은 단 0.6%(88건)으로 의료진이 보고한 비율(99.3%)에 비해 현저히 낮았다. 게다가 의협신문에서 보도된 바에 따르면 2018년 보건복지부가 조사한 ‘환자안전활동 실태조사’에서 환자와 보호자 중 94.1%는 환자안전법에 대해 ‘들어본 적 없다’고 답한 것으로 나타났다(이승우, 2018). 그리고 한국보건의료연구원(2015)의 연구결과 병원종사자는 병원안전에 대한 이미지를 5right 준수, 환자안전수칙,

질 향상, 시스템 등 임상관련 관리에 대한 문제로 인식하는 반면 병원의 이용자는 의료진과의 경험과 기대에 대한 문제로 인식하고 있었고, 병원의 안전도를 점수로 측정한 결과 병원종사자에 비해 이용자가 병원을 더 안전하게 느끼고 있었다는 결과가 나타났다. 결과적으로 환자들은 자신의 치료과정에서 직접 환자안전활동을 통한 자신의 안전보장에 관심이 있지만, 구체적인 활동방법과 이를 뒷받침하고 있는 규정에 대한 지식이 부족한 것이라고 사료된다. 그러므로 국가와 의료기관은 환자의 치료과정 중 참여를 증진하기 위하여 환자안전법 및 환자의 환자안전활동에 대하여 적극적인 홍보가 필요할 것으로 보이고, 향후 연구는 환자 대상 환자안전활동 증진프로그램을 구성하여 환자가 환자안전활동에 참여할 수 있는 구체적인 방안을 제시할 필요가 있다.

본 연구에서 일반적 특성에 따른 환자중심성 수준에는 차이가 없었다. 이것은 환자중심성평가도구(도영경 외, 2015)가 개발된 당시 사례분석결과와 일치한다. 또한 환자안전인식 정도에는 환자가 인식한 주보호자 외에는 일반적 특성에 따른 차이가 없었다. 이는 다른 도구를 사용하여 일반인을 대상으로 측정한 선행연구(J. E. Kim et al., 2013)에서 대상자의 성별과 연령에 따라 환자안전인식 수준에 차이가 있었다는 결과와 달랐다. 대상자가 경험하는 환자중심성 수준과 환자안전인식 수준에 영향을 미치는 요인을 찾기 위하여 다기관 반복연구를 통한 지속적인 노력을 해야 할 것이다.

또한 환자가 인식한 주보호자가 형제, 친지 등의 기타가족(110.78 ± 6.40 점)이었을 때의 환자안전인식 수준이 배우자(100.22 ± 13.16 점), 부모 혹은 자녀(94.98 ± 18.61 점)를 주보호자로 인식했을 때보다 높았고, 주보호자가 없다고(113.25 ± 6.65 점) 인식했을 때가 부모 혹은 자녀로 인식했을 때보다 환자안전인식 수준이 더 높았다. 이것은 주보호자가 가까운 가족일 때 환자는 보호자에게 의존하여 보호자가 환자 치료의 주 의사결정자 역할을 수행하여 의료진과 직접적으로 의사소통하게 되고, 상대적으로 보호자가 먼 가족이거나 보호자가 없다고 인식하는 경우에는 환자가 직접 치료과정에 참여함으로써 환자안전인식 수준이 더 높아진 것이라 생각된다. 하지만 본 연구로 일반화하기에는 어려움이 있으므로 다기관 반복연구를 통한 검증이 필요하다.

대상자의 환자안전인식에 영향을 미치는 요인을 규명하기 위하여 다중회귀분석을 시행한 결과 입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향의 설명력은 70%로 나타났다. McCormack and McCance (2006)의 인간중

심간호(Person-centred nursing) 이론적 모형에 따르면 환자중심간호 과정은 간호만족, 치료과정에서의 참여, 웰빙에 대한 인식, 치료적 문화환경 조성 등의 기대결과를 예상한다. 더불어 Picker Institute(2019)는 신뢰할 수 있는 정보의 신속한 적용, 가족의 참여 및 지원, 명확한 정보제공·의사소통 지원, 의사결정에 참여시키고, 환자의 선호 존중, 감정적 지지·공감·존중, 신체적·환경적 요구에 대한 집중하는 것이 환자중심간호의 원칙임을 홈페이지를 통해 알리고 있다. 결과적으로 환자가 입원기간 동안 경험하는 환자중심성이 긍정적일수록 환자와 가족은 자신의 치료과정에 적극적으로 참여하게 되고, 의료진과 효율적인 의사소통을 시행함으로써 환자의 환자안전인식을 높이는데 기여하게 된다. 다만 인간중심이론(McCormack & McCance, 2006)의 기대결과인 환자중심간호의 환자의 간호만족도 향상, 웰빙 인식에 대한 사실 입증을 하기 위하여 후속연구에는 환자중심간호가 환자의 삶의 질, 간호의 질에 미치는 영향을 탐구할 필요가 있다.

입원환자의 환자안전인식 하부요인에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 평균비교, 상관분석 후 통계적으로 유의한 결과가 나타난 변수를 바탕으로 다중회귀분석을 실시하였다. 각 회귀모형은 통계적으로 유의한 것으로 나타났고, 환자안전인식 하부요인에 따라 의료진의 안전보장활동에 대한 설명력은 54%, 환자의 안전실천에 대한 설명력은 39%, 의료시스템 신뢰에 대한 설명력은 43%로 나타났다.

환자중심성 하부요인 중 일반치료과정은 모든 환자안전인식 하부요인에 영향을 미쳤다. 일반치료과정은 다시 투약/검사/처치에 대한 설명, 퇴원 후 설명, 통증조절, 기타(수치감 배려, 불안감 감소 노력)으로 구분된다. 환자들은 일반치료과정에 대하여 긍정적으로 경험하였을 때 환자안전인식이 높아졌다. 이것은 간호사를 포함한 의료진들이 실제 의료행위를 수행하기 전에 처치에 대한 절차 설명, 사후에 발생 가능한 부작용 교육 등이 환자의 환자안전인식에 긍정적인 영향을 미친다는 것으로 설명할 수 있다. 투약안전에 영향을 미치는 환자참여전략은 크게 환자 대상 교육 또는 투약제조정으로 분류될 수 있는데, 실제로 환자참여는 미진하여 참여중재연구가 필요함이 선행연구에서 제언되었다(J. M. Kim et al., 2018). 실제로 WHO(2017)는 세계 환자안전전을 위한 목표로 투약안전전을 내세웠고, 투약과 관련된 시점을 5가지로 분리하여 환자와 보호자가 자신의 투약 시 참여하는 방법을 설명하고, 의료진들이 이것을 지지하도록 권장하고 있다. 또한, AHRQ(2013)는 환자와 가족의 의료과정 참여방법 안내서(Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety)를 통하여 환자와 가족이 재원기간을 아울러 퇴

원계획 생성에 참여할 수 있도록 권장하고 있다. 즉, 모든 치료과정에서 환자의 참여와 상세한 설명 및 교육의 강화가 필요하다.

환자중심성의 하부요인 중 입원경험에 대한 전반적 평가는 환자안전인식의 하부요인 중 환자가 인식한 의료진의 안전보장활동에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이것은 환자가 입원 기간의 경험을 긍정적으로 평가할 때 의료진이 수행하는 안전보장활동에 대해서 긍정적으로 느낀다고 해석할 수 있다. 또한, 인간중심간호 이론적 모형(McCormack & McCance, 2006)에 따르면 간호사의 업무능력과 같은 간호사 속성의 전제조건과 간호환경이 뒤받쳐진 상태에서 환자중심간호가 적용되면 간호에 대한 만족, 치료과정에 참여, 웰빙, 치료적 문화 조성 등의 인간중심의 결과가 도출될 것을 기대한다. 본 연구 결과 환자중심성의 하부영역 중 간호사 서비스와 병원환경은 의료시스템 신뢰에 영향을 미치는 것으로 나타나 인간중심간호 이론적 모형(McCormack & McCance, 2006)의 기대결과에 부응하는 결과로 해석할 수 있을 것이다.

본 연구결과를 통하여 입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식의 영향요인임을 실증적으로 확인하였다. 환자 스스로가 환자안전에 대하여 인식하고, 환자안전활동에 능동적인 역할을 수행함으로써 자신의 가치에 맞는 치료방향의 결정과 진행, 환자안전사건을 예방 및 조기발견할 수 있도록 의료기관과 의료진이 적극적으로 도와야 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

A. 결론

본 연구는 입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향을 파악하고 환자중심의 환자안전문화 마련 전략을 개발하기 위한 기초자료를 생성하고자 시도되었다.

연구결과 입원 시 환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식 수준에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이를 통하여 환자가 중심이 되어 환자안전활동에 참여하는 것이 환자안전인식 마련에 중요함을 확인하였다. 환자중심성의 하부요인인 일반치료과정은 환자안전인식과 환자안전인식의 하부요인 모두에 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 즉, 치료과정에서 발생하는 모든 설명과 교육이 환자의 환자안전인식 수준향상에 기여함을 확인하였다. 그리고 환자중심성의 하부영역 중 간호사 서비스와 병원환경은 환자안전인식의 하부영역인 의료시스템 신뢰에 영향을 미치는 것으로 나타났고, 이는 인간중심간호 이론적 모형(McCormack & McCance, 2006)에서 간호사의 속성과 간호환경이 뒤받쳐진 상태에서 환자중심간호가 적용되면 인간중심의 결과 도출이라는 기대결과에 부응하는 결과로 해석할 수 있다.

본 연구는 기존 보건의료인 중심으로 이루어진 환자안전 연구의 범위를 환자까지 확대하여 환자안전인식을 탐구함으로써 환자안전 연구의 범위를 확대하였다는 것과 입원환자가 경험하는 환자중심성이 환자의 환자안전인식 향상에 긍정적 역할을 하고 있음을 규명하였다는 것에 의의가 있다. 이에 본 연구의 결과가 환자중심간호를 통한 환자안전인식 마련을 위한 전략개발의 근거자료로 활용되기를 기대한다.

B. 제언

이상의 본 연구결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 환자의 환자안전인식에 미치는 영향요인을 규명하기 위하여 다기관 반복연구를 제언한다.

둘째, 환자중심성과 환자안전인식의 개념을 환자뿐만 아니라 의료진의 관점에서 동시 측정함으로써 양방향의 환자중심성과 환자안전인식의 차이를 규명할 후속연구를 제언한다.

셋째, 환자중심간호가 환자의 삶의 질, 환자의 치료결과에 미치는 영향을 규명하는 후속연구를 제언한다.

넷째, 환자중심의 환자안전인식 마련을 위한 구체적 프로그램의 개발과 효과를 평가할 연구를 제언한다.

참고문헌

- 건강보험심사평가원. (2017). *환자 중심 진료의 개념(Patient-Centered Care: An Idea Whose Time Has Come)* [Press release]. Retrieved from: https://www.hira.or.kr/images/11/newsletter/qinews1703/qinews_201703_pdf04.pdf
- 도영경, 김정은, 이진용, 이희영, 조민우, 김은나, 옥민수. (2015). *환자중심성 평가 모형 개발 연구* (보고서 번호: G000E70-2015-87). 서울: 서울대학교 산학협력단.
- 의료기관평가인증원. (2018). *3주기 급성기병원 인증기준*. Retrieved from: http://www.koiha.kr/member/kr/board/establish/establish_BoardView.do
- 이승우. (2018, April 16). '환자안전법' 시행 2년... 환자·보호자 94% "모른다". *의학신문*. Retrieved from: <http://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=123007>
- 한국보건의료연구원. (2015). *이용자 및 종사자의 병원안전 인식도 조사연구* (ISBN : 978-89-6834-199-1). Retrieved from: <https://www.neca.re.kr/lay1/program/S1T11C145/report/view.do?seq=193>
- 환자안전보고학습시스템. (2018). *환자안전법과 환자안전 보고학습시스템* [PowerPoint slides]. Retrieved from: <https://www.kops.or.kr/portal>
- 환자안전보고학습시스템. (2018). *2017년 환자안전 통계연보* [PowerPoint slides]. Retrieved from: <https://www.kops.or.kr/portal>
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2012, September). *Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety* [Website]. Retrieved from: <https://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/engagingfamilies/index.html>
- Anderson, E. (2002). Patient-centeredness: a new approach. *Nephrologynews&issues, 16(12), 80-82.*

- Bell, S. K., Roche, S. D., Mueller, A., Dente, E., O' reilly, K., Lee, B. S., . . . Brown, S. M. (2018). Speaking up about care concerns in the ICU: patient and family experiences, attitudes and perceived barriers. *BMJQualSaf*, *27*(11), 928–936.
- Berntsen, K. J. (2006). Implementation of patient centeredness to enhance patient safety. *JournalofNursingCareQuality*, *21*(1), 15–19.
- Choi, Y. J., Kang, Y. K., Yang, I. J., & Lim, J. Y. (2018). Patient Safety Perception of Nurses as related to Patient Safety Management Performance in Tertiary Hospitals. *JournalofKoreanAcademyofNursingAdministration*, *24*(3), 193–201.
- Conway, J., Johnson, B., Edgman–Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). Partnering with patients and families to design a patient–and family–centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress. *Bethesda, MD: Institute for Family–Centered Care*.
- Corina, I., Abram, M., & Halperin, D. (2019). The Patient' s Role in Patient Safety. *ObstetricsandGynecologyClinics*, *46*(2), 215–225.
- Cox, E. D., Jacobsohn, G. C., Rajamanickam, V. P., Carayon, P., Kelly, M. M., Wetterneck, T. B., . . . Brown, R. L. (2017). A family–centered rounds checklist, family engagement, and patient safety: a randomized trial. *Pediatrics*, *139*(5), e20161688.
- Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment [= Explorations in Quality Assessment and Monitoring, vol. 1]. *AnnArbor:HealthAdministrationPress*, 8–11.
- Han, M.–Y., & Jung, M.–S. (2017). Effect of hospital nurses' perceptions of organizational health and patient safety culture on patient safety nursing activities. *JournalofKoreanAcademyofNursingAdministration*, *23*(2), 127–138.
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.

- Khan, A., Spector, N. D., Baird, J. D., Ashland, M., Starmer, A. J., Rosenbluth, G., . . . Dalal, A. K. (2018). Patient safety after implementation of a coproduced family centered communication programme: multicenter before and after intervention study. *Bmj*,*363*,k4764.
- Kim, J. E., Lee, N. J., Jang, S. M., & Kim, Y. M. (2013). Healthcare service consumers' perception of patient safety. *PerspectivesinNursingScience*,*10*(2),133–140.
- Kim, J. M., Suarez-Cuervo, C., Berger, Z., Lee, J., Gayleard, J., Rosenberg, C., . . . Dy, S. (2018). Evaluation of patient and family engagement strategies to improve medication safety. *ThePatient–Patient–CenteredOutcomesResearch*,*11*(2),193–206.
- Kim, K. J., Lee, E. H., & Shin, S. H. (2018). Development and Validation of the Patient Safety Perception Scale for hospitalized Patients. *KoreanJournalofAdultNursing*,*30*(4),404–416.
- Kim, S. A., Kim, E.-M., Lee, J.-R., & Oh, E. G. (2018). Effect of nurses' perception of patient safety culture on reporting of patient safety events. *JournalofKoreanAcademyofNursingAdministration*,*24*(4),319–327.
- Lee, J. H., & Lee, S. I. (2009). Patient safety: The concept and general approach. *JournalofKoreanSocietyQualityAssuranceHealthCare*,*15*(1),9.
- McCance, T. V. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. *Researchandtheoryfornursingpractice*,*17*(2),101–116.
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced Nursing*, *56*(5), 472–479.
- National Patient Safety Foundation. (2003). Our Definitions. (n.d.). *Patient safety* [Website]. Retrieved from <http://www.npsf.org/au/>
- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *FamPract*,*49*(9),796–804.

- Okuyama, A., Wagner, C., & Bijnen, B. (2014). Speaking up for patient safety by hospital-based health care professionals: a literature review. *BMJ Health Services Research*, 14(1), 61.
- Park, M., Lee, M., Jeong, H., Jeong, M., & Go, Y. (2018). Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: A review of systematic reviews. *International Journal of Nursing Studies*, 87, 69–83.
- Park, M. Y., & Kim, E. A. (2018). Perception of Importance of Patient Safety Management, Patient Safety Culture and Safety Performance in Hospital Managerial Performance of Hospital Nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 24(1), 40–50.
- Picker Institute Europe. (2019). *Principles of Person Centred Care* [Website]. Retrieved from: <https://www.picker.org/about-us/picker-principles-of-person-centred-care/>
- Planetree and the Picker Institute. (2008). *Patient-centered care improvement guide*. Retrieved from <https://planetree.org/wp-content/uploads/2015/03/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10.10.08.pdf>
- Pyo, J., Lee, W., Choi, E., Jang, S., Ock, M., & Lee, S. (2018). Promoting awareness of patient safety and patient engagement through patient safety education for the general public: Pilot study. *Korean Public Health Research*, 44(3), 65–88.
- Sahlström, M., Partanen, P., Azimirad, M., Selander, T., & Turunen, H. (2019). Patient participation in patient safety—An exploration of promoting factors. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 84–92.
- The Joint Commission. (2018). *Joint Commission Refreshes Award-winning Speak Up™ Program* [Website]. Retrieved from: <https://www.jointcommission.org/speakup.aspx>
- World Health Organization. (2019, August). *10 facts on patient safety* [Website]. Retrieved from: <http://>

www.who.int/features/factfiles/patient_safety/en/

- Wolf, D., Lehman, L., Quinlin, R., Rosenzweig, M., Friede, S., Zullo, T., & Hoffman, L. (2008). Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 38(12), 532-540.
- Yoon, N.-H. (2018). Patients' Participation in Treatment Decision Making and Health Status. *Quality Improvement in Health Care*, 24(1), 40-52.

<부록 1> 연구대상자 설명문 및 동의서

연구대상자 설명문 및 동의서

연구과제명 : 입원환자의 환자중심성이 환자의 환자안전인식에 미치는 영향

본 연구는 입원환자의 환자중심성과 환자안전에 대한 연구입니다. 본 연구에 참여하기 전 귀하께서는 본 설명문 및 동의서를 신중하게 읽어보셔야 합니다. 이 연구의 수행되는 목적과 이유에 대해서 이해하는 것이 중요합니다. 이 연구를 수행하는 최나희 연구책임자는 귀하께 연구에 대해 설명해 줄 것입니다. 본 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행되며, 귀하께서는 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바랍니다. 필요하다면 가족이나 친구들과 의논하시고, 만약 의논하실 분이 없으신 경우 조선대학교병원 기관생명윤리위원회에 공정한 입회자를 요청할 수 있습니다. 연구책임자는 이 연구에 관한 어떠한 질문에 대해서도 자세하게 설명해 줄 것이며, 귀하의 서명은 본 연구에 대한 설명을 들었고 자발적으로 참여를 원한다는 것을 의미합니다.

1. 연구의 배경과 목적

2000년대 들어 환자중심성이 의료의 질을 평가하고, 환자안전에 긍정적인 영향을 주는 것으로 알려지면서 보건의료사회에서 환자가 자신의 치료에 있어서 중심역할을 수행하고, 직접 참여하는 것은 중요하다고 여겨집니다. 본 연구는 입원환자를 대상으로 환자중심성과 환자안전인식의 정도를 조사하고 환자중심성이 환자안전인식에 미치는 영향을 파악하기 위한 연구입니다.

2. 연구 참여 대상자수

본 연구에 참여하는 것을 동의한 약 140명의 입원하신 환자분입니다.

3. 연구 방법 및 예측 결과(효과)

귀하는 연구자로부터 설명을 들은 후 설문지 작성에 동의하면 본 연구에 참여하게 됩니다. 귀하가 작성한 동의서를 연구책임자에게 제출하시면 연구책임자는 귀하를 대상으로 본 연구와 관련된 설문조사를 실시합니다. 환자중심성 개념을 사용하여 의료인 중심 환자안전영역 연구를 환자관점으로 확대하여 탐색함으로써 임상현장에서 환자의 환자안전인식 고취를 위한 중재법 마련의 기초자료를 생성하는데 소중한 자료가 될 것입니다.

4. 연구 참여 기간

참여소요시간은 약 20분이 소요될 것입니다.

5. 연구 참여 도중 중도탈락

본 연구는 귀하의 자발적인 참여로 이루어지며 언제든지 연구에 참여하지 않거나 연구를 중단할 수 있습니다.

6. 연구 참여로 인해 발생 가능한 부작용(위험요소)

본 연구에 참여함으로써 귀하에게 미칠 것으로 예견되는 위험(부작용)이나 불편사항은 없으나 일정 시간 동안 설문지 작성과정에 참여함으로써 인해 불편감을 초래할 수 있습니다.

7. 연구 참여에 따른 혜택

본 연구에 참여함으로써 귀하가 얻는 직접적인 혜택은 없으나 귀하께서 제공해주신 정보는 환자의 환자안전인식 고취를 위한 중재개발의 기초자료 마련에 소중한 자료로 사용될 것입니다. 설문조사를 마친 후 연구에 참여해주신 모든 분께 감사의 뜻으로 본 연구자가 마련한 소정의 기념품을 드리겠습니다. 연구에 참여해주셔서 감사합니다.

8. 연구에 참여하지 않을 시 받을 수 있는 불이익과 다른 치료방법의 잠재적 위험과 이익

연구에 참여하지 않거나 중단하더라도 귀하에게 어떠한 불이익도 초래되지 않을 것입니다.

9. 환자의 권리와 비밀보장 (개인정보보호 및 개인정보 제공에 관한 사항)

조사된 자료는 본 연구 이외의 다른 어떠한 목적으로도 사용되지 않을 것이고, 모든 사항은 무기명으로 처리되며 응답한 내용은 부호화되어 전산화 통계처리되므로 개인정보는 전혀 노출 없이 모든 자료가 비밀이 보장됨을 약속드립니다. 귀하께서는 대답하기 어려운 일부 질문에 대하여 대답을 거절할 권리가 있습니다.

또한 정보수집 및 이용에 대한 수락여부를 자유롭게 결정할 수 있습니다. 귀하의 개인정보를 보유하고 이용하는 기간은 정보수집, 이용 목적 달성까지이며, 연구책임자는 연구와 관련된 기록(전자문서 포함)을 연구가 종료된 시점부터 3년간(생명윤리법에 따른 의무보관기간) 보관할 것입니다. 자료의 보관 및 파기에 관련된 모든 사항은 윤리지침을 준수하겠습니다.

10. 연구 문의

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 다음 연구책임자에게 언제든지 연락하십시오.

연구책임자(성명) : 최 나 희 전화번호 : 010-9686-2101

만일 어느 때라도 연구대상자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 다음의 조선대학교 병원 기관생명윤리위원회에 연락하십시오.

조선대학교병원 기관생명윤리위원회(IRB) 전화번호: 062-220-3268

끝까지 읽으셨다면 연구담당자(연구원)에게 충분히 질문하고 참여 여부를 결정해 주시기 바랍니다.

연구대상자 성명		연구대상자 서명	
입회자 성명(필요시)		입회자 서명(필요시)	
입회 상황 및 사유			

연구책임자는 본 조사연구의 목적, 방법, 환자의 권리, 비밀보장 등에 대해서 상세히 상기 환자에게 설명해 주었고, 환자 스스로 이 연구에 참여할 것을 결정하고 서명하였음을 확인합니다.

2019 년 월 일

연구책임자 : 최 나 희

연락처 : 010-9686-2101

E-mail : nahee_z@naver.com

<부록 2> 설문지

◆ 다음은 환자중심성에 대한 내용입니다. 해당되는 항목에 V로 표시해 주시기 바랍니다.

번호	설문 문항	문항 보기
1	담당 간호사는 귀하를 존중하고 예의를 갖추어 대하였습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
2	담당 간호사는 귀하의 이야기를 주의 깊게 들어주었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
3	담당 간호사는 병원생활에 대해 알기 쉽게 설명해 주었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
4	담당 간호사는 귀하가 필요로 할 때 의사 또는 업무 담당자에게 연락하는 등 귀하의 요구를 처리하기 위하여 충분히 노력하였습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
5	담당 의사는 귀하를 존중하고 예의를 갖추어 대하였습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
6	담당 의사는 귀하의 이야기를 주의 깊게 들어주었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
7	귀하는 담당의사의 회진시간 또는 회진시간 변경에 대한 정보를 충분히 제공 받으셨습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
8	귀하나 보호자가 담당 의사를 만나 이야기할 기회가 충분히 있었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 별로 그렇지 않았다 ③ 약간 그랬다 ④ 매우 그랬다
9	의료진들은 투약이나 검사 처치 전에 그에 대한 이유를 충분히 설명해 주었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
10	의료진들은 투약이나 검사 처치 후에 생길 수 있는 부작용에 대해 충분히 설명해 주었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다
11	의료진들은 검사나 치료결정과정에서 귀하의 선호나 의견을 반영하여 선택할 수 있는 기회를 충분히 주었습니까?	① 전혀 그렇지 않았다 ② 가끔 그랬다 ③ 대체로 그랬다 ④ 항상 그랬다

◆ 다음은 환자안전인식에 대한 내용입니다. 해당되는 항목에 V로 표시해 주시기 바랍니다.

번호	문항	매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그렇다	매우 그렇다
1	의료진은 안전한 치료 제공을 위해 서로 협력한다.					
2	의료진은 환자안전을 향상시키기 위해 솔선수범하여 노력한다.					
3	의료진은 나의 치료에 대하여 다른 의료진과 정보를 정확하게 공유한다.					
4	의료진은 장비를 능숙하게 사용한다.					
5	의료진은 검사/수술/투약의 부작용 여부를 항상 확인한다.					
6	의료진은 나의 치료에 대하여 정확한 정보를 제공한다.					
7	나의 치료에 필요한 장비는 항상 제대로 작동한다.					
8	의료진은 밤에 수시로 병실 순회를 수행한다.					
9	의료진은 병원에서 발생하는 환자안전문제를 중요하게 여긴다.					
10	의료진은 치료 전에 항상 나의 동의를 구한다.					
11	나는 낙상을 예방하는 방법에 대해 잘 알고 있다.					
12	나는 내가 받은 각종 검사나 시술, 수술의 목적에 대해 알고 있다.					
13	나는 병원에서 수행되는 환자확인 절차에 대해 알고 있다.					
14	나는 나의 치료와 관련된 주의사항을 알고 있다.					
15	나는 나의 치료에 관한 궁금한 사항을 반드시 질문한다.					
16	나는 나에게 투여되는 약물에 대해 잘 알고 있다.					
17	나는 몸에 이상이 있으면 반드시 의사나 간호사에게 알린다.					
18	나는 언제나 환자안전 수칙을 지킨다.					
19	나는 감염예방을 위해 손씻기를 해야 한다는 것을 알고 있다.					
20	나는 나의 건강에 대한 정보를 의료진에게 충분히 말한다.					
21	나는 병원의 의료정보 보안시스템을 신뢰한다.					
22	나는 병원의 의료 장비가 안전하다고 생각한다.					
23	나는 병원의 의료 기술이 안전하다고 생각한다.					
24	나는 의료진을 일반적으로 신뢰한다.					

*안전보장 활동=1~10; 환자의 안전 실천=11~20; 의료시스템 신뢰=21~24.

◆ 귀하의 일반적 특성에 대한 질문입니다. 해당되는 사항을 기재해 주시기 바랍니다.

1. 귀하의 연령은? 만 _____세
2. 귀하의 성별은? ①남자 ②여자
3. 귀하의 최종학력은?
 ①무학 ②초졸 ③중졸 ④고졸 ⑤대학재학, 대학졸업 ⑥대학원
 * 중퇴이시면 그 전 졸업학력에 V하여 주십시오(예: 고등학교 중퇴인 경우 중졸에 V하여 주십시오.)
4. 배우자가 있습니까?
 ①있다 ②없다
5. 귀하의 보호자는 누구입니까?
 ①배우자 ②부모 ③자녀 ④기타가족 ⑤기타 : _____ ⑥없음
6. 이번 입원 기간 동안 귀하의 주간병인은 누구였습니까?
 ①배우자 ②부모 ③자녀 ④기타가족 ⑤간병인 ⑥기타 : _____ ⑦없음
5. 재원 기간 : _____일(입원일 : 201__년 ____월 ____일 ~ 퇴원일 : 201__년 ____월 ____일)
6. 귀하는 응급실을 통해 입원하셨습니까?
 ①예 ②아니오
7. 귀하가 입원하신 진료과는 무엇입니까? _____과
8. 귀하의 주진단명은 무엇입니까? _____
8. 최근 1년 동안 몇 번 입원하셨습니까? _____번
9. 귀하의 건강은 어떻다고 생각하십니까?
 ①매우 좋다 ②좋다 ③보통이다 ④나쁘다 ⑤매우 나쁘다

‘환자안전’이란 의료 행위로 인해 발생하는 우연한 또는 예방 가능한 손상이 없는 상태를 의미하며, 의료를 제공 받는 환자의 상태, 결과적 측면과 보건의료와 관련된 불필요한 위해의 위험을 수용 가능한 최소한의 수준으로 감소시키는 것입니다. ‘환자안전활동’이란 환자안전사고의 예방 및 재발 방지를 위하여 행하는 모든 활동을 말합니다.

10. 귀하는 환자안전을 위하여 환자의 환자안전활동이 필요하다고 생각하십니까?
 ①전혀 필요하지 않다 ②필요하지 않다 ③필요하다 ④매우 필요하다 ⑤잘 모르겠다