

# 환자안전 인식 향상을 위한 의과대학생 대상 환자안전 역할극 교육의 효과

이원<sup>1</sup>, 표지희<sup>2</sup>, 장승경<sup>1</sup>, 최은영<sup>2,3</sup>, 옥민수<sup>2,4</sup>, 조민우<sup>4</sup>, 이상일<sup>4</sup>

<sup>1</sup>중앙대학교 간호학과, <sup>2</sup>울산대학교 의과대학 울산대학교병원 예방의학과, <sup>3</sup>중앙대학교 대학원 간호학과, <sup>4</sup>울산대학교 의과대학 예방의학교실

## Effectiveness of Patient Safety Role-Playing Education for Medical Students to Improve Patient Safety Awareness

Won Lee<sup>1</sup>, Jeehee Pyo<sup>2</sup>, Seung Gyeong Jang<sup>1</sup>, Eun Young Choi<sup>2,3</sup>, Minsu Ock<sup>2,4</sup>, Min-Woo Jo<sup>4</sup>, Sang-Il Lee<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Department of Nursing, Chung-Ang University, Seoul; <sup>2</sup>Department of Preventive Medicine, Ulsan University Hospital, University of Ulsan College of Medicine, Ulsan; <sup>3</sup>Department of Nursing, Chung-Ang University Graduate School; <sup>4</sup>Department of Preventive Medicine, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea

### Correspondence to:

Minsu Ock

Department of Preventive Medicine,  
Ulsan University Hospital, 877  
Bangeojinsunhwan-doro, Dong-gu,  
Ulsan 44033, Korea  
Tel: +82-52-250-8793  
Fax: +82-52-250-7289  
E-mail: 0733822@uuh.ulsan.kr

Received: April 22, 2021

Revised: May 12, 2021

Accepted after revision: May 13, 2021

**Background:** Research on education and training for disclosure of patient safety incidents (DPSI) conducted in the Republic of Korea is insufficient quantitatively. We evaluated the effectiveness of education through patient safety role plays for medical students, including disclosure of patient safety incidents.

**Methods:** Patient safety role play education was provided to 4th-grade students in a medical college. The difference was estimated to be the effect of education by comparing the magnitude of changes in patient safety knowledge and awareness of DPSI between the 4th graders who participated in the role play education and 3rd graders who did not use the difference-in-differences method, one of the quasi-experimental research models.

**Results:** The level of patient safety knowledge of 4th graders increased 0.6 points (before 4.1 points, after 4.7 points), and the level of patient safety knowledge of 3rd graders did not change (before 3.6 points, after 3.6 points). The difference-in-differences analysis resulted in an increase of 0.6 points, but this was not statistically significant ( $p$ -value=0.158). When examining changes in DPSI recognition using hypothetical cases, the difference-in-differences values increased in most cases, but there were no statistically significant results.

**Conclusion:** Although not statistically significant, education regarding DPSI through patient safety role plays is thought to be able to expect positive changes in the level of patient safety knowledge and awareness of DPSI. In the future, large-scale research needs to be carried out to develop hypothetical cases suitable for education regarding DPSI and to identify the effectiveness of education.

**Keywords:** Patient safety; Disclosure of patient safety incidents; Patient safety role-play; Patient safety education

© 2021 by Health Insurance Review & Assessment Service

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

## 서론

사회 전반에 걸쳐 환자안전에 대한 관심이 높아지고 있는 상황 속에서 이미 발생한 환자안전사건(patient safety incident)을 환자 및 보호자에게 어떻게 잘 설명할 것인지가 중요한 과제로 대두되었다[1-3]. 하지만 막상 의료진은 환자안전사건이 발생할 경우 의료분쟁의 발생, 의료진에 대한 신뢰도 감소 등을 우려하여 이에 대해서 환자나 보호자에게 알리고 설명하기 힘들어한다[1,4]. 이러한 맥락 속에서 의료진과 환자 및 보호자 간 환자안전사건에 대한 의사소통의 문제가 발생하게 되면 의료진과 환자 및 보호자 간 관계가 악화되고 의료분쟁 발생의 불씨가 만들어지게 된다. 특히 환자안전사건으로 인한 위해의 정도가 클수록 일반인들은 의료오류가 있다고 판단할 가능성도 커진다[5]. 의료인은 위해가 큰 환자안전사건에 대하여 환자 및 보호자에게 설명하기 더 어려워한다는 점을 고려했을 때[1], 위해가 큰 환자안전사건에 대한 의료진의 대응이 더 중요함을 알 수 있다.

이미 발생한 환자안전사건을 가지고서 환자 및 보호자에게 어떻게 대응해야 하는지를 규정하는 ‘환자안전사건 소통하기(disclosure of patient safety incidents)’는 “환자안전사건이 발생했을 경우, 첫째, 환자 및 그 보호자에게 자발적으로 그 사건을 설명하고 공감 및 유감을 전하며 사건의 원인에 대한 조사를 약속하고, 둘째, 사건의 원인이 의료오류임이 밝혀지면 사과를 하며, 셋째, 오류로 인하여 환자가 입은 위해에 따라 적절한 보상을 제공하고, 넷째, 비슷한 유형의 사건 재발을 방지하는 약속을 하는 일련의 과정”이라고 정의된다[6]. 환자안전사건 소통하기는 의료진과 환자 간 의사소통 중 가장 어려운 주제를 다루고 있다. 또 사건 발생의 인정 및 사

실 전달, 유감 혹은 사과의 표현, 사건의 조사에 대한 약속, 유사한 환자안전사건 예방을 위한 조치에 대한 설명 등 다양한 요소들이 개입되기 때문에 손쉬운 행위가 아니다[6]. 나아가 환자안전사건 소통하기는 환자 및 보호자를 한 번만 만나 끝나는 활동이 아니라 환자 및 보호자와의 만남을 미리 준비하고, 지속적으로 만남을 유지하는 등 일정한 시간을 두고 지속적으로 이루어지는 활동이기 때문에 여러 의료진들이 함께 참여해야 하는 활동이다[7,8]. 따라서 환자안전사건 소통하기를 의료현장에 도입하고 활성화하기 위해서는 의료기관 내 환자안전 문화를 증진시키는 것뿐만 아니라 환자안전사건 소통하기 가이드라인을 마련하고 의료진을 대상으로 이를 교육하고 훈련시키는 것이 필요하다[4].

국외에서는 환자안전사건 소통하기를 교육하고 훈련시키기 위하여 다양한 노력들을 전개하고 있다. White 등[9]의 연구에서는 미국 Agency for Healthcare Research and Quality의 지원을 받아 251명의 의료인들을 대상으로 강의와 시뮬레이션을 기반으로 한 환자안전사건 소통하기 교육을 실시하여 그 효과를 평가한 바 있다. Shapiro 등[10]의 연구에서는 환자안전사건 소통하기 코칭 교육을 통해 환자안전사건 소통하기를 연습하여 실제 있을 수 있는 상황을 대비하였다. 이에 반해 국내의 환자안전사건 소통하기 교육에 대한 연구는 아직 시작 단계에 머물러 있다. Lee 등[11]의 연구에서는 10명의 간호사를 대상으로 환자안전사건 소통하기에 대한 강의식 교육을 시행한 후 환자안전사건 소통하기에 대한 인식 변화가 있음을 밝혔다. 또한 Kim 등[12]의 연구에서는 인턴 및 의과대학생을 대상으로 표준화 환자 시나리오를 이용한 의료오류 소통하기에 대한 교육 및 훈련을 수행하여 자기효능감 향상 등의 효과를 밝혔다.

국내에서 진행된 환자안전사건 소통하기 교육 및 훈련에 관한 연구는 양적으로 부족한 상태이다. 따라서 이에 대한 좀 더 다양하고 지속적인 연구가 필요한 실정이다. 이 연구에서는 예비 의료인 중 의과대학생들을 대상으로 의학교육의 일환으로 환자안전사건 소통하기를 포함한 환자안전 역할극을 진행하고 환자안전사건 소통하기에 관한 인식의 변화를 측정하여 교육의 효과를 평가하였다.

## 방 법

이 연구는 울산대학교 의과대학생들을 대상으로 환자안전 역할극 실습을 진행한 후 준실험 연구모형(quasi-experimental method)을 활용하여 환자안전사건 소통하기에 관한 인식의 변화를 평가하였다.

### 1. 역할극 진행

울산대학교 의과대학 교과목 중 하나인 의료관리학 수업 내에서는 환자안전 역할극 실습을 실시하고 있다. 환자안전 역할극 실습은 크게 역할극 사전 준비 단계, 역할극 진행 전 조별 토론 단계, 역할극 진행 단계로 구분된다. 먼저 역할극 사전 준비 단계에서는 역할극 진행 일주일 전 역할극 진행에 대한 전반적인 사항을 안내하고, 학생들을 4개 조(보건복지부 조, 환자단체 대표 조, 병원협회 임원 조, 임상 전문가 조)로 나누어, 실습자료, 실습일지를 미리 전달하였다. 실습자료로는 환자안전 관련 문헌, 기사, 보고서 등 환자안전에 관한 사전학습을 위한 것들이었다. 다음으로 역할극 진행 전 조별 토론 단계에서는 조별로 따로 모여 주어진 실습자료의 검토결과를 조원들끼리 공유하고, 자신의 조가 펼칠 주장 및 근거를 마련하며, 다른 조에서 펼칠 것으로 예상되는 주장에 대한 반론을 마련하도록 하였다. 조별 토론은 약 100분간

진행되었고, 실습 담당 교수 1인이 조별 토론 진행상황을 점검하고 피드백해주었다. 마지막으로 역할극 진행 단계에서는 ‘환자안전 문제, 어떻게 생각하십니까?’라는 주제로 방송국이 주최하는 100분 토론형태의 역할극을 진행하였다. 실습 담당 교수 1인이 역할극 진행을 맡고, 조별로 2인의 발표자가 토론회에 참여하였다. 뿐만 아니라 실습 조원들은 방청석에서 조 발표자의 논거를 지원하거나 다른 조 발표자의 주장을 반박하는 발언 또는 질문을 할 수 있게 하였다. 약 90분간 토론회를 진행한 후 실습 담당 교수 1인의 전체 총평과 함께 역할극 실습을 마무리하였다.

환자안전 역할극에서는 첫째, 환자안전 문제에 있어 시스템적 사고의 중요성, 둘째, 환자안전사건 규모에 대한 논의, 셋째, 환자안전보고 시스템 구축 및 환자안전법 문제, 의료분쟁조정 문제(조정전치주의, 무과실배상주의, 대불금 문제 등), 넷째, 환자안전사건 소통하기(환자안전사건의 설명, 공감, 재발방지 등에 관한 문제), 다섯째, 제2의 피해자(지원 문제 등) 문제를 다루었다. 역할극 실습 진행은 기존 문헌 검토에 근거하고, 연구진들 간 논의를 바탕으로 개발한 가이드라인에 따라 이루어졌지만(부록 1), 토론회 진행이 원만히 이루어질 수 있도록 논의순서를 변경하기도 하였다[4].

### 2. 연구참여자 및 설문 평가

이 연구의 참여대상자는 일개 의과대학의 본과 3학년, 4학년 학생들이었다. 이 중에서 환자안전 역할극 실습에는 본과 4학년 학생들만 참여하였고, 본과 3학년은 역할극 실습의 효과를 평가하기 위한 대조군으로 설정하였다. 역할극 실습 전후 환자안전 지식수준 및 환자안전사건 소통하기 인식의 변화를 측정하기 위한 설문조사를 실시하였다. 본과 4학년 학생들의 경우에는 역할극 실습을 진행하기 약 일주일 전, 역할

극 실습을 진행한 후 다음날, 2회의 설문조사를 실시하였다. 본과 3학년 학생들의 경우에도 본과 4학년의 설문조사 기한 간격과 동일하게 같은 달에 일주일 간격으로 2회의 설문조사를 실시하였다.

설문조사는 크게 환자안전 관련 용어정의 확인, 환자안전사건 소통하기에 대한 인식, 인구사회학적 요인으로 구분되었다. 첫째, 환자안전 관련 용어정의 확인에서는 위해사건(adverse event), 의료오류(medical error), 근접오류(near miss), 의료분쟁(medical dispute), 의료사고(medical accident), 의료과오(medical malpractice)에 관한 정의를 맞추는 객관식 6문제를 평가하였다. 둘째, 환자안전사건 소통하기에 대한 인식에서는 선행연구에서 활용하였던 가상적 사례들을 검토하여 의과대학생 입장에서 있을 법한 혹은 체감상 와 닿을 환자안전사건 발생 가상적 사례들을 활용하여 환자안전사건 소통하기에 대한 인식을 평가하였다[1, 13, 14]. 총 6가지의 가상적 사례를 설문조사(부록 2)에 포함시켰는데, 이는 환자안전사건으로 인한 피해의 정도(큰 사례와 작은 사례) 및 의료오류의 명확성(의료오류가 명확한 사례와 그렇지 않은 사례)을 고려한 4가지 가상적 사례와 레지던트 및 의과대학생 입장에서 겪을 수 있는 2가지 가상적 사례로 분류되었다. 셋째, 인구사회학적 요인으로는 연령대와 성별을 확인하였다.

### 3. 통계 분석

준실험 연구모형 중 하나인 이중차이분석(difference-in-differences)을 활용하여 역할극 실습에 참여한 본과 4학년의 환자안전 지식 및 환자안전사건 소통하기 인식의 변화 크기를 역할극 실습에 참여하지 않은 본과 3학년의 변화 크기와 비교하여 그 차이를 역할극 실습의 효과로 추정하였다. 환자안전 용어에 관한 지식수준과 환자안전사건 소통하기에 대한

인식수준을 이중차이분석 회귀모형의 종속변수로 설정하였다. 이때 중재 여부(역할극 실습 진행 여부)와 시기 간 상호작용 항(interaction term)의 회귀계수의 유의수준으로 종속변수의 변화에 대한 통계적 유의성을 확인하였다.

구체적으로, 환자안전 용어에 관한 지식수준은 관련 용어 6개의 정답을 맞추었는지의 여부를 0점 혹은 1점으로 책정하였고, 이는 0점에서 6점까지의 범위를 가졌다. 환자안전사건 소통하기 인식 수준의 경우 환자안전사건으로 인한 피해의 정도 및 의료오류의 명확성을 고려한 4가지 사례와 레지던트 및 의과대학생 입장에서 겪을 수 있는 2가지 가상적 사례를 구분하여 분석을 진행하였다. 4가지 사례에서는 환자안전사건 소통하기의 구성요소인 '진실하게 알리고 공감하기', '진심어린 사과 전달하기', '피해에 대한 적절한 보상 제공하기', '재발방지 약속 전하기'에 대한 인식의 변화를 평가하였다. 4가지 사례에서 응답한 4점 척도의 응답(4문항) 총합을 분석에 활용하였고, 이는 각각 4점에서 16점의 범위를 가졌다. 2가지 사례에서도 4점 척도의 응답(8문항) 총합을 분석에 활용하였는데, 환자안전의 시스템적 관점에 부합하는 응답을 높은 점수로 매겨서 총합을 구하였다. 해당 점수는 8점에서 32점의 범위를 가졌다.

분석에는 Stata/SE ver. 13.1 (Stata Corp., College Station, TX, USA)을 활용하였고, 모든 검정을 양측 검정, 5% 유의수준에서 수행하였다. 이 연구는 울산대학교병원의 임상연구심의위원회 승인을 받았다(과제승인번호: 2018-07-003).

## 결 과

### 1. 환자안전 지식수준 변화

환자안전 역할극 실습에 참여한 본과 4학년 학생

들(38명)의 환자안전 지식수준은 교육 전 4.1점에서 교육 후 4.7점으로 0.6점이 상승하였고, 실습에 참여하지 않은 본과 3학년 학생들(38명)의 환자안전 지식수준은 교육 전 시점의 점수와 교육 후 시점의 점수(각 3.6점)가 동일하였다(그림 1). 이중차이분석 결과는 0.6점 증가하였지만, 이는 통계적으로 유의하지는 않았다( $p$ -value=0.158).

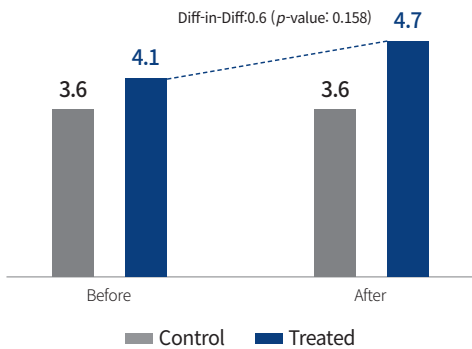


그림 1. Changes of scores for patient safety knowledge. Diff-in-Diff, difference-in-differences.

## 2. 환자안전사건 소통하기 인식 변화: 환자안전사건 소통하기 활동요소별(4가지 가상적 사례)

환자안전사건 소통하기 인식의 변화를 활동요소별로 구분하여 살펴본 결과, ‘알리고 공감 포함’ 요소 점수가 가장 높았고, ‘적절한 보상’ 요소의 점수가 가장 낮았다. 본과 4학년의 경우 ‘알리고 공감 포함’, ‘진심 어린 사과’, ‘적절한 보상’ 요소는 교육 전 인식 점수보다 교육 후 인식 점수가 소폭 감소하였고, ‘반복하지 않겠다는 말 전달’ 요소는 교육 전과 교육 후 인식 점수가 동일하였다(그림 2). 이중차이분석 값은 ‘알리고 공감 포함’ 요소는 0.3점, ‘진심 어린 사과’ 요소는 -0.1점, ‘적절한 보상’은 0.4점, ‘반복하지 않겠다는 말 전달’은 0.7점이었고, 이는 통계적으로 모두 유의하지 않았다.

## 3. 환자안전사건 소통하기 인식 변화: 레지던트 및 의과대학생 관련 가상적 사례별(2가지 가상적 사례)

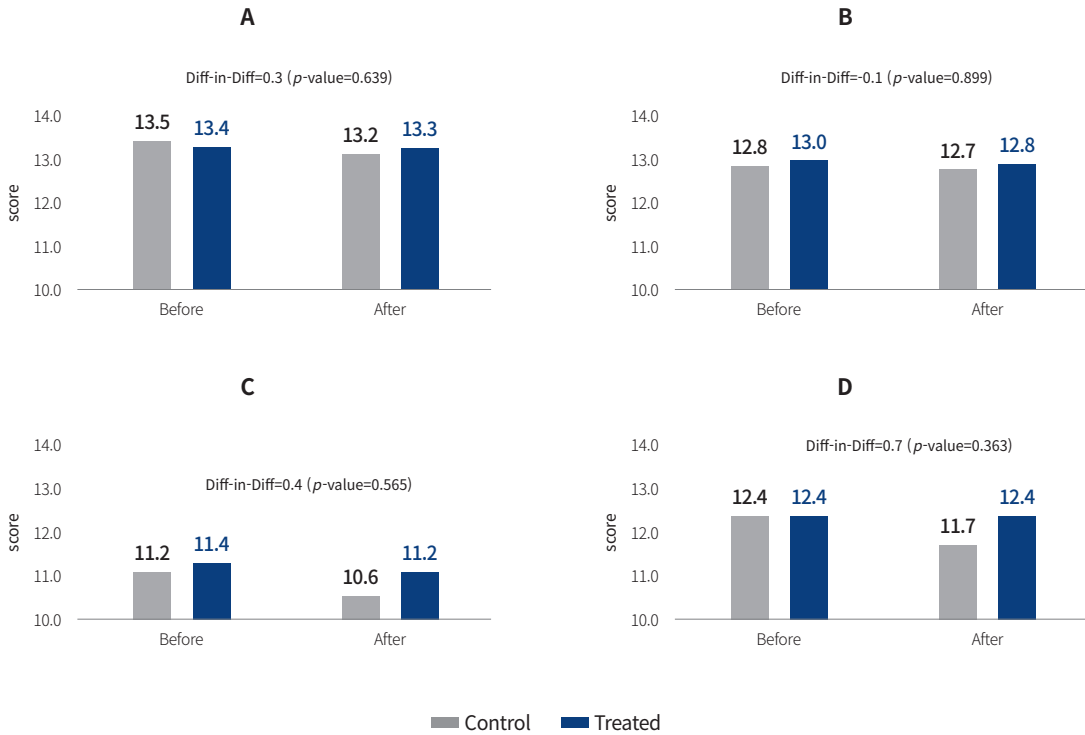
레지던트 및 의과대학생 관련 첫 번째 사례의 경우 환자안전사건 소통하기에 대한 인식이 본과 4학년의 경우 교육 전(19.2점)에 비하여 교육 후(20.6점) 1.4점이 증가하였고, 본과 3학년은 교육 전 시점(18.1점)에 비하여 교육 후 시점(18.8점) 0.7점이 증가하였다(그림 3). 교육에 참여한 집단과 참여하지 않은 집단의 인식 차이, 즉 이중차이 값은 0.6점이었으나 이는 통계적으로 유의하지는 않았다( $p$ -value=0.333).

레지던트 및 의과대학생 관련 두 번째 사례에서는 교육에 참여한 집단인 본과 4학년은 교육 전 20.2점과 비교하였을 때 교육 후 점수는 21.2점으로 1.0점 상승하였고, 본과 3학년은 교육 전 시점 19.7점과 비교하였을 때 교육 후 시점의 점수는 20.2점으로 0.5점 상승하였다(그림 4). 이에 두 번째 사례에서 두 집단 간의 이중차이 값은 0.6점이었고, 이는 통계적으로 유의하지 않았다( $p$ -value=0.401).

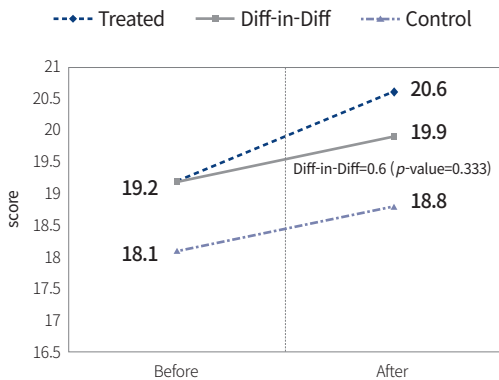
## 고찰

이 연구는 의과대학 재학생들을 대상으로 이중차이 기법을 활용하여 환자안전사건 소통하기 교육의 효과를 파악하였다. 우리나라에서는 2017년 12월 서울 OO병원 신생아 집단사망 사건을 계기로 환자안전사건 소통하기에 대한 사회적 관심이 증가하였고, 이후 환자안전사건 소통하기의 도입 및 제도적 차원의 지원과 사과법(apology law) 제정 등을 위한 논의가 이루어지기 시작하였다[15]. 이와 같은 환자안전사건 소통하기 필요성 공감대 형성과 더불어 의료기관평가인증기준에 ‘적신호사건 발생 시 환자와 보호자에게 관련 정보를 제공한다’는 문항이 시범항목으로 추가되어[16], 보건의료현장에서의 환자안전사건 소통하

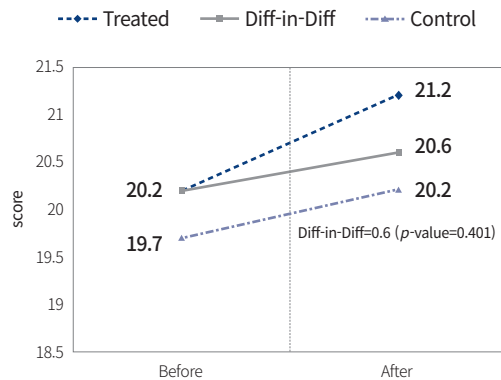




**그림 2.** Changes of recognition regarding the disclosure of patient safety incidents by component. (A) Explanation the incident and expressions of sympathy. (B) Apology. (C) Providing appropriate compensation. (D) Explain changes or plans made reduce the risk of a repeat event. Diff-in-Diff, difference-in-differences.



**그림 3.** Results of difference-in-differences (Diff-in Diff) in recognition of disclosure of patient safety incident using vignette 5.



**그림 4.** Results of difference-in-differences (Diff-in Diff) in recognition of disclosure of patient safety incident using vignette 6.

기 도입 준비가 필요함에도 불구하고 아직 우리나라의 환자안전사건 소통하기의 교육에 관련된 연구는 소수만이 이루어졌다[11,12]. 의과대학의 학생들은 졸업 후 상당수가 의료기관평가인증을 받는 수련병원에서 근무를 하게 되므로 의과대학 학생을 대상으로 하는 환자안전사건 소통하기 교육이 학부과정에서 이루어질 필요성이 있다[17]. 이에 이 연구에서는 본과 4학년 학생들을 대상으로 환자안전의 중요성, 환자안전사건 소통하기의 필요성 등을 담은 환자안전 역할극 실습을 실시하고 그 교육의 효과를 이중차이기법으로 평가하였다. 이 연구에서 파악된 결과들을 바탕으로 환자안전사건 소통하기의 교육방법 및 제도적 지원에 대해 다음과 같이 제언하고자 한다.

먼저 환자안전사건 소통하기 교육의 효과를 살펴보면, 의과대학 학생들을 대상으로 환자안전사건 소통하기 교육을 시행한 후 교육의 효과를 측정한 연구들에서 지식, 자신감, 환자안전사건 소통하기 수행능력 상승 등의 교육효과를 증명하였다[12,18]. 이 연구에서도 환자안전사건 소통하기 교육 시행 후 학생들의 지식 측면에서의 향상과 레지던트 및 의대생 관련 가상적 사례를 활용하여 환자안전사건 소통하기에 대한 인식을 파악한 결과에서는 교육 전보다 교육 후 학생들의 환자안전사건 소통하기에 대한 인식의 향상을 확인할 수 있었다. 이에 반해 환자안전사건 소통하기 구성요소별 학생들의 인식수준은 요소별로 변화 수준의 차이가 존재하였고, 오히려 인식수준의 감소한 요소들도 있었다. 이러한 인식수준 변화의 차이는 가상적 사례의 특성 및 사례를 활용한 교육방법 때문으로 추정된다. 가상적 사례의 특성부터 살펴보면, 레지던트 및 의과대학생 관련 가상적 사례를 활용한 경우 그렇지 않은 가상적 사례를 활용하였을 때보다 인식수준이 상승한 것은 해당 사례가 학생들과 밀접하게 연관된 사례이기 때문으로 생각된다. 선행연구에서도

표준화된 환자와 의과대학 학생들이 실제로 경험할 만한 시나리오를 활용하여 교육을 진행하였는데, 연구에 참여한 참여자 중 94%가 이와 같은 표준화된 환자 경험이 매우 의미 있는 교육이라고 응답하였다[19]. 이러한 연구결과들을 종합해보면 학생 대상 환자안전사건 소통하기 교육 시에는 학생들이 실제로 실습 시 경험할 수 있는 사례 또는 학생들과 직접적으로 연관되어 있는 사례를 활용하여야 교육의 효과를 높일 수 있을 것이다. 따라서 의과대학 학생들 중 임상실습을 진행한 학생들 또는 수련의나 전공의 등이 실제 경험한 환자안전사건을 조사하고, 이를 바탕으로 하여 환자안전사건 소통하기 교육에서 활용할 수 있는 사례들을 우선 개발하는 것이 필요하다.

다음으로 교육방식에 대해 살펴보면, 학생들을 대상으로 환자안전사건에 대한 이해 및 환자안전사건 소통하기에 대한 교육을 실시한 선행연구들은 대부분 일방적인 강의형식보다는 토론, 실습, 사례 활용 등의 교육방식을 활용하여 단순히 지식만 향상시키는 것이 아니라 태도와 수행능력 등을 향상시키고자 하였다[20]. 사례 활용 교육방식 측면에서 표준화된 환자를 활용한 시뮬레이션 교육을 시행한 선행연구에서는 교육에 대한 높은 만족도, 자신감의 상승, 수행능력의 향상 등의 효과를 확인하였다[12]. 표준화된 환자를 활용하여 시나리오 교육과 피드백 등을 실시한 Kim 등[12]의 연구참여자들은 시뮬레이션 경험을 통해 의료오류 대처에 자신감을 갖게 되었으며, 의료오류를 대처하는 방법을 준비해야 한다고 응답하였다. 환자안전 소통하기의 경우, 정의에 대한 이해 및 관련 절차에 대한 지식습득뿐만 아니라 실제로 소통하기 시행을 위한 의사소통능력의 습득, 태도의 변화 등이 이루어져야 할 것이다. 이에 교육의 효과를 최대화하기 위한 다양한 교육방식을 시도해보고 이에 대한 효과를 평가하여 학교에서 학습된 내용을 보건의료현장에

서 적용할 수 있도록 노력해야 할 것이다.

이 연구에서는 환자안전사건 소통하기 교육내용과 관련하여 환자안전사건 소통하기의 4가지 구성요소 별로 학생들의 인식을 살펴본 결과, '알리고 공감 표현' 요소가 다른 요소들에 비해 학생들의 인식점수가 높았고 '적절한 보상'에 대한 인식수준이 낮은 것으로 나타났다. 이와 같은 환자안전사건 소통하기의 구성요소별 접근법은 환자안전사건 소통하기 시행과 관련된 논의가 본격적으로 이루어진 지 얼마 되지 않은 우리나라에서는 효과적인 교육일 수 있다. 선행연구에서는 해당 사건 이후에 발생 가능한 오류를 어떻게 예방할 것인지에 대해 설명하는 영역이 의료인 및 예비 의료인의 환자안전사건 소통하기 수행에서 가장 부족한 부분으로 나타났다[1,12]. 따라서 인식수준이 낮거나 추가적인 교육이 필요한 부분 위주의 교육을 시행하여 학생들의 환자안전사건 소통하기에 대한 정확한 이해를 도와야 한다.

보건의료기관 내 환자안전사건 소통하기의 원활한 수행을 위해서는 예비보건의료인 대상 환자안전사건 소통하기 교육과 더불어 보건의료인 대상 환자안전사건 소통하기 교육, 환자안전사건 소통하기 가이드라인 개발, 환자안전사건 소통하기 수행을 위한 제도적 지원 등도 함께 이루어져야 한다. 현재 대부분의 보건의료기관에서 활용 가능한 가이드라인은 국외에서 개발된 가이드라인들밖에 없는 실정이다[21 - 23]. 환자안전사건 소통하기는 해당 국가의 보건의료시스템, 문화 등에 영향을 많이 받기 때문에 이러한 측면들을 고려한 우리나라 환자안전사건 소통하기 가이드라인의 개발이 시급하게 이루어져야 할 것이다[6]. 환자안전사건 소통하기의 효과, 보건의료인 및 예비보건의료인 대상 교육 수행과 이에 대한 효과 측정, 수행과정에서의 장애요인 및 촉진요인 등 환자안전사건 소통하기의 원활한 수행을 위해서는 이와 관련된 연구

가 활발하게 이루어질 수 있도록 지원이 필요하나, 아직 우리나라에서는 이와 관련된 연구에 대한 지원이 부족한 실정이다[24]. 또 환자안전사건이 발생하면 사건과 연관이 있는 보건의료인은 제2의 피해자가 되어 사건 대처 및 해결과정에서 정서적 반응, 신체적 증상, 직업 변경 고민 및 작업 만족도 저하 등을 경험하므로 사건 대처와 관련하여 보건의료인에 대한 행정적인 지원과 더불어 심리적인 지원도 필요하다[25,26].

이 연구에는 몇 가지 한계점이 있다. 먼저, 연구대상자가 일개 대학에서 해당 과목을 수강한 학생 76명에 불과했기 때문에 우리나라 전체 의과대학 학생들에게 일반화하기에는 무리가 있고 통계적으로 유의미한 결과를 도출해 내기에는 어려움이 있었다. 통계적 유의성은 연구참여자 수에 따라 영향을 받을 수밖에 없으므로 연구에서 확인하고자 하는 바를 정확하게 파악하여 의미를 도출해 내는 것이 필요하고[27], 이 연구에서는 교육 전후로 측정하는 항목의 점수 차이가 존재하였는지를 확인하여 교육의 효과가 있었는지의 여부를 파악하여 결과를 해석하였다. 연구의 한계점에도 불구하고 이 연구는 사례를 활용한 교육, 역할극을 통해 학생들의 환자안전사건 소통하기에 대한 인식 변화를 유도해보고자 하였고, 이중차이기법이라는 엄밀한 방식을 활용하여 환자안전사건 소통하기 교육의 효과를 평가하고자 시도했다는 점에서 의의가 있다. 추후 대표성을 확보할 수 있도록 학교 간의 연계를 통하여 의과대학생들의 환자안전사건 소통하기 교육의 효과를 평가하는 연구가 필요하다.

결론적으로, 이번 연구에서는 의과대학 학생들의 환자안전사건 소통하기에 대한 지식과 인식수준의 향상을 위하여 환자안전 역할극 실습교육을 실시하고, 이중차이분석을 통해 교육의 효과를 확인하였다. 분석결과, 통계적으로 유의하지는 않았지만, 의과대학



학생을 대상으로 하는 환자안전사건 소통하기 교육은 지식수준의 향상과 인식수준에서의 긍정적인 변화를 기대할 수 있을 것으로 생각된다. 추후 의과대학 학생 대상 환자안전사건 소통하기 교육에 적합한 가상적 사례 개발과 교육의 효과를 확인하기 위한 대규모 연구가 진행될 필요가 있으며, 이러한 교육 및 연구에 대한 교육기관, 보건 의료기관, 정부 차원의 지원도 이루어져야 할 것이다.

## ORCID

Won Lee: <https://orcid.org/0000-0002-6948-6948>

Jeehee Pyo: <https://orcid.org/0000-0001-7644-8088>

Seung Gyeong Jang: <https://orcid.org/0000-0001-9121-3439>

Eun Young Choi: <https://orcid.org/0000-0003-0602-2019>

Minsu Ock: <https://orcid.org/0000-0001-9949-9224>

Min-Woo Jo: <https://orcid.org/0000-0002-4574-1318>

Sang-Il Lee: <https://orcid.org/0000-0002-1068-7542>

## 참고문헌

- Ock M, Kim HJ, Jo MW, Lee SI. Perceptions of the general public and physicians regarding open disclosure in Korea: a qualitative study. *BMC Med Ethics*. 2016;17(1):50. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0134-0>.
- Pyo J, Han YJ, Ock M. A qualitative case study on the medical litigation experience of bereaved families due to medical accident. *Korean J Couns*. 2018;19(5):25-49.
- Pyo J, Ock M, Han YJ. Medical litigation experience of the victim of medical accident: a qualitative case study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019;14(1):1595958. DOI: <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1595958>.
- Ock M, Lim SY, Jo MW, Lee SI. Frequency, expected effects, obstacles, and facilitators of disclosure of patient safety incidents: a systematic review. *J Prev Med Public Health*. 2017;50(2):68-82. DOI: <https://doi.org/10.3961/jpmph.16.105>.
- Ock M, Jo MW, Choi EY, Lee SI. Patient safety incidents reported by the general public in Korea: a cross-sectional study. *J Patient Saf*. 2020;16(2):e90-6. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000509>.
- Ock M, Lee SI. Disclosure of patient safety incidents: implications from ethical and quality of care perspectives. *J Korean Med Assoc*. 2017;60(5):417-27. DOI: <http://doi.org/10.5124/jkma.2017.60.5.417>.
- Disclosure Working Group. Canadian disclosure guidelines: being open and honest with patients and families [Internet]. Ottawa (ON): Healthcare Excellence Canada; 2011 [cited 2020 May 19]. Available from: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Pages/default.aspx>.
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Australian open disclosure framework [Internet]. Sydney: Australian Commission on Safety and Quality in Health Care; 2013 [cited 2020 May 19]. Available from: <http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2013/03/Australian-Open-Disclosure-Framework-Feb-2014.pdf>.
- White AA, Brock DM, McCotter PI, Shannon SE, Gallagher TH. Implementing an error disclosure coaching model: a multicenter case study. *J Healthc Risk Manag*. 2017;36(3):34-45. DOI: <https://doi.org/10.1002/jhrm.21260>.
- Shapiro J, Robins L, Galowitz P, Gallagher TH, Bell S. Disclosure coaching: an ask-tell-ask model to support clinicians in disclosure conversations. *J Patient Saf*. 2018 May 16 [Epub]. DOI: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000491>.
- Lee W, Choi EY, Pyo JH, Jang SG, Ock MS, Lee SI. Perception and effectiveness of education regarding disclosure of patient safety incidents: a preliminary

- study on nurses. *Qual Improv Health Care*. 2017;23(2):37–54. DOI: <https://doi.org/10.14371/QH.2017.23.2.37>.
12. Kim CW, Myung SJ, Eo EK, Chang Y. Improving disclosure of medical error through educational program as a first step toward patient safety. *BMC Med Educ*. 2017;17(1):52. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-017-0880-9>.
  13. Ock M, Choi EY, Jo MW, Lee SI. Evaluating the expected effects of disclosure of patient safety incidents using hypothetical cases in Korea. *PLoS One*. 2018;13(6):e0199017. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199017>.
  14. Choi EY, Pyo J, Ock M, Lee SI. Nurses' perceptions regarding disclosure of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)*. 2019;13(3):200–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.05.002>.
  15. 이원, 박지용, 장승경. 미국의 사과법 및 디스클로저법의 의의와 그 시사점. *의료법학*. 2018;19(1):81–111.
  16. 보건복지부, 의료기관평가인증원. 3주기 급성기병원 인증 기준. 세종: 보건복지부; 2018.
  17. 의료정책연구소. 2017년 전공의 수련 및 근무환경 실태조사. 서울: 대한의사협회 의료정책연구소; 2017.
  18. Gunderson AJ, Smith KM, Mayer DB, McDonald T, Centomani N. Teaching medical students the art of medical error full disclosure: evaluation of a new curriculum. *Teach Learn Med*. 2009;21(3):229–32. DOI: <https://doi.org/10.1080/10401330903018526>.
  19. Halbach JL, Sullivan LL. Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Acad Med*. 2005;80(6):600–6. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-200506000-00016>.
  20. Patey R, Flin R, Cuthbertson BH, MacDonald L, Mearns K, Cleland J, et al. Patient safety: helping medical students understand error in healthcare. *Qual Saf Health Care*. 2007;16(4):256–9. DOI: <https://doi.org/10.1136/qshc.2006.021014>.
  21. Canadian disclosure guidelines: being open with patients and families [Internet]. Ottawa (ON): Healthcare Excellence Canada; 2011 [cited 2020 May 19]. Available from: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/disclosure/Pages/default.aspx>.
  22. Healthcare Improvement Scotland. Being Open in NHSScotland: guidance on implementing the Being Open principles [Internet]. Edinburgh: Healthcare Improvement Scotland; 2015 [cited 2020 May 19]. Available from: [http://www.healthcareimprovementscotland.org/our\\_work/governance\\_and\\_assurance/learning\\_from\\_adverse\\_events/being\\_open\\_guidance.aspx](http://www.healthcareimprovementscotland.org/our_work/governance_and_assurance/learning_from_adverse_events/being_open_guidance.aspx).
  23. Communication & resolution programs [Internet]. Seattle (WA): The Collaborative for Accountability and Improvement [cited 2020 May 19]. Available from: <http://communicationandresolution.org/communication-and-resolution-programs/>.
  24. Lee W, Choi JE, Jang SG, Pyo J, Ock M, Lee SI. Feasibility study of government-sponsored patient safety research. *J Health Tech Assess*. 2018;6(1):57–70. DOI: <https://doi.org/10.34161/johta.2018.6.1.008>.
  25. Lee W, Pyo J, Jang SG, Choi JE, Ock M. Experiences and responses of second victims of patient safety incidents in Korea: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2019;19(1):100. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-3936-1>.
  26. Pyo J, Choi EY, Lee W, Jang SG, Park YK, Ock M, et al. Physicians' difficulties due to patient safety incidents in Korea: a cross-sectional study. *J Korean Med Sci*. 2020;35(17):e118. DOI: <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e118>.
  27. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA's statement on p-values: context, process, and purpose. *Am Stat*. 2016;70(2):129–33. DOI: <https://doi.org/10.1080/00031305.2016.1154108>.

## 부록 1. 의료관리학 역할극 실습 진행 가이드라인

### 환자안전 역할극 실습 진행 가이드라인

울산대학교 의과대학 예방의학교실

#### 도입부(10-15분)

##### • 100분 토론형식의 도입부 인사말

여러분 안녕하십니까. 100분 토론의 진행자 000입니다. 의료 사고. 이 결코 있어서는 안 될 일이지만, 종종 발생하고 있는 것이 현실입니다. 또 의료소송은 얼마나 힘들고 고통스럽습니까. 가수 신해철 씨의 죽음으로 이 의료사고에 대한 관심이 그 어느 때보다도 높은 상황입니다. 오늘 100분 토론에서 이 문제를 집중적으로 토론해보겠습니다. 오늘 나와 주신 분들을 각자 소개 부탁드립니다.

##### • 조별 발표자 소개

- 1조: 보건복지부(장관/담당 사무관)
- 2조: 환자단체 대표(시민단체 대표/시민운동 변호사)
- 3조: 병원협회 임원(병원행정 전문가)
- 4조: 임상 전문가(의사)

##### • 각 조별 발표자 시작 발언(각 조별 2분)

#### 토론 주요 내용: 환자안전사건 규모에 대한 논의

##### 1. 환자안전사건 규모에 대한 논의

- 1) “먼저 환자안전사건의 규모가 어느 정도 되는지 궁금한데요? 이 환자안전 문제의 규모가 어느 정도 됩니까?”

##### - 환자안전 관련 용어 정리

위해사건(adverse event): 의학적인 처치에 의하여 환자에게 발생한 의도하지 않은 환자의 손상이나 합병증이 환자의 입원 기간을 연장시키거나 퇴원 시점에 장애를 발생시킨 경우

의료오류(medical error): 의료제공 과정에서 계획한 활동을 의도한 대로 성취하지 못하였거나 목표 달성을 위한 계획을 잘못 수립한 경우

근접오류(near miss): 의료오류 중 환자에게 위해가 가해지지 않은 경우

의료분쟁(medical dispute): 의료사고를 주원인으로 한 환자와 의료인 간에 다툼이 있는 경우

의료사고(medical accident): 의료진의 과실 여부와 관계없이 의료기관에서 환자의 진단, 검사, 치료 등의 의료의 전 과정에 발생하는 사고의 일체

의료과오(medical malpractice): 의사가 환자를 진료하면서 당연히 기울여야 할 업무상 요구되는 주의의무를 게을리하여 사망, 상해, 치료지연 등 환자의 생명, 신체의 안전성을 침해한 결과를 일으키게 한 경우

##### - 환자안전사건의 규모에 대한 설명

- 2) “말씀을 들어보니 그 규모가 상당한데요. 이에 대해서 다른 참석자분들께서는 어떻게 생각하십니까?”
- 환자안전사건 규모 추정의 과다추정(overestimation) 혹은 과소추정(underestimation) 문제: 불가항력적 사건
- 조사방법의 문제 제기
- 조사의 필요성

#### 방청객 의견(5-10분)

※ 방청객 의견 1-2명 청취

- 1) “여기서 방청객 의견을 좀 들어보도록 하시죠.”
- 각 조에서 추가적인 의견 제기(1, 2, 3, 4조)

#### 토론 주요 내용: 환자안전 문제 원인 및 해결방안

##### 2. 환자안전 문제의 원인

- 1) “환자안전 문제의 원인 이야기로 넘어가 보도록 하겠습니다. 환자안전 문제의 원인이 무엇이라고 생각하십니까?”
- 의료진 자격, 면허관리의 필요성 제기: 의료인 자료은행의 필요성
- 보수교육의 부실
- 시스템적 문제임을 강조
- 수가 문제 및 인력 부족 문제 제기

**3. 환자안전 문제 해결방안 1-환자안전 보고시스템 구축**

- 1) “환자안전 사건을 막고, 환자안전 문제를 해결할 방안이 있을까요? 어떻게 방법이 없을까요?”
  - 환자안전사건 보고시스템의 유용성 및 필요성 강조
  - 환자안전사건 보고시스템 현황
  - 현재 환자안전법 내용 소개: 환자안전위원회, 전담인력 등
- 2) “말씀 들어보니 환자안전사건 보고시스템을 잘 갖추면 좋은 문제 해결방안이 될 것 같은데, 다른 참석자들께서는 이에 대해서 어떻게 생각하시나요?”
  - 환자안전사건 보고시스템 문제점: 인력 문제, 자원 문제
  - 보고자 및 보고된 내용 보호에 대한 문제 제기
- 3) “그렇다면 어떻게 해야 환자안전사건 보고시스템이 잘 운영 될 수 있을까요?”
  - 환자안전법의 필요성 강조: 보고자 보호 문제
  - 의무 보고의 필요성 강조
  - 보고된 자료에 대한 분석의 필요성 강조

**4. 환자안전 문제 해결방안 2-의료분쟁조정**

- 1) “환자안전 문제를 해결하기 위한 방법이 또 있을까요? 환자 측 입장에서는 어떤 제도가 있어야 문제 해결에 좀 더 도움이 될까요?”
  - 조정, 중재 등 정의
  - 의료분쟁조정 제도 소개 및 유용성 강조
  - 의료진의 적극적인 참여의 필요성 강조
- 2) “그렇다면 의료진 입장에서는 왜 의료분쟁조정에 잘 참여하지 않는 건가요?”
  - 현행 의료분쟁조정 제도의 문제점: 무과실보상주의, 조정전치주의 문제 제기 등
  - 의료분쟁조정 제도의 경험담 제시

**방청객 의견(5-10분)**

※ 방청객 의견 1-2명 청취

- 1) “여기서 방청객 의견을 좀 들어보도록 하시죠.”
- 각 조에서 추가적인 의견 제기(1, 2, 3, 4조)

**토론 주요 내용: 환자안전 문제 해결방안-환자안전사건 소통하기, 제2의 피해자 문제**

**5. 환자안전 문제 해결방안 3-환자안전사건 소통하기**

- 1) “환자안전 문제를 해결하기 위한 방법이 또 있을까요? 환자 측 입장에서는 의료사고가 일어났을 때 어떤 점을 바라시나요?”
  - 환자 및 가족들의 환자안전사건 소통하기에 대한 열망 강조
- 2) “환자안전사건 소통하기가 중요하다는 말씀인데요. 환자안전사건 소통하기가 어떤 효과가 있나요?”
  - 환자안전사건 소통하기의 정의: 환자안전사건의 설명, 공감, 재발 방지 등 주요 요소 설명
  - 환자안전사건 소통하기의 효과
- 3) “그렇다면 환자안전사건 소통하기가 과연 우리나라에서도 적용이 될 수 있을까요?”
  - 환자안전사건 소통하기의 장애물, 환자안전사건 소통하기의 비현실성
- 4) “이러한 점을 고려했을 때 환자안전사건 소통하기를 우리나라에 적용하기 위해서는 어떤 방안이 필요할까요?”
  - 환자안전사건 소통하기의 실현방안을 위한 각 조의 의견

**6. 제2의 피해자 문제**

- 1) “환자뿐만 아니라 의료진들도 환자안전사건으로 인한 피해자라는 시각이 있습니다. 이에 대해서는 어떻게 생각하시는지요?”
  - 제2의 피해자에 관한 각 조의 의견

**방청객 의견(5-10분)**

※ 방청객 의견 1-2명 청취

- 1) “여기서 방청객 의견을 좀 들어보도록 하시죠.”
- 각 조에서 추가적인 의견 제기(1, 2, 3, 4조)

**마무리 발언(10-15분)**

- 각 조별 발표자 마무리 발언(각 조별 2분)
- 기타 질문
- 역할극 마무리

## 부록 2. 환자안전사건 소통하기 인식 등에 관한 설문조사

울산대학교병원 예방의학과

안녕하십니까.

이번 설문조사에서는 우리나라의 환자안전 관련 문제에 대한 전반적인 인식과 더불어 환자안전의 수준을 높이는 것으로 알려진 환자 안전사건 소통하기에 대하여 의료인들이 어떻게 생각하고 있는지 확인하고자 합니다. 이번 설문조사의 결과는 향후 환자안전사건 소통하기 도입 및 활용에 유용한 자료로 활용될 것입니다.

귀하의 개인정보가 유출되지 않도록 만전을 기하도록 하겠습니다. 단지 어떠한 의견이 몇 %라는 통계를 내는 데에만 조사 내용의 결과를 사용할 뿐, 조사 이외의 목적으로 이 결과를 절대 사용하지 않을 것입니다.

바쁘시더라도 잠시만 시간을 내어 협조해 주시면 큰 도움이 되겠습니다.

### 관련 용어 정의 확인

1. 다음 용어들이 무엇을 의미하는지 알고 계십니까?

#### 1-1. 위해사건(adverse event)

	예	아니오
1-1-1. 위 용어를 들어본 적이 있음.	1	2
1-1-2. 위 용어의 정의를 알고 있음.	1	2
1-1-3. 다음 중 위 용어의 정의는 무엇입니까? ( )번		
① 의학적인 처치에 의하여 환자에게 발생한 의도하지 않은 환자의 손상이나 합병증		
② 환자의 기저 질환과 의학적인 처치가 복합적으로 작용하여 환자에게 발생한 의도하지 않은 환자의 손상이나 합병증		
③ 의학적인 처치에 의하여 환자에게 발생한 의도하지 않은 환자의 손상이나 합병증이 환자의 입원 기간을 연장시키거나 퇴원 시점에 장애를 발생시킨 경우		
④ 환자의 기저 질환과 의학적인 처치가 복합적으로 작용하여 환자에게 발생한 의도하지 않은 환자의 손상이나 합병증이 환자의 입원 기간을 연장시키거나 퇴원 시점에 장애를 발생시킨 경우		
⑤ 모두 틀림		

#### 1-2. 의료오류(medical error)

	예	아니오
1-2-1. 위 용어를 들어본 적이 있음.	1	2
1-2-2. 위 용어의 정의를 알고 있음.	1	2
1-2-3. 다음 중 위 용어의 정의는 무엇입니까? ( )번		
① 의료제공 과정에서 계획한 활동을 의도한 대로 성취하지 못한 경우		
② 의료제공 과정에서 목표 달성을 위한 계획을 잘못 수립한 경우		
③ 의료제공 과정에서 계획한 활동을 의도한 대로 성취하지 못하였거나 목표 달성을 위한 계획을 잘못 수립한 경우		
④ 의료제공 과정에서 계획한 활동을 의도한 대로 성취하지 못하였고 목표 달성을 위한 계획도 잘못 수립한 경우		
⑤ 모두 틀림		



1-3. 근접오류(near miss)

	예	아니오
1-3-1. 위 용어를 들어본 적이 있음.	1	2
1-3-2. 위 용어의 정의를 알고 있음.	1	2
1-3-3. 다음 중 위 용어의 정의는 무엇입니까? ( )번		
① 의료오류 이외의 오류		
② 의료오류 중 환자에게 위해가 가해지지 않은 경우		
③ 의료오류 중 환자에게 경미한 위해가 가해진 경우		
④ 의료오류 중 환자에게 위중한 위해가 가해진 경우		
⑤ 모두 틀림		

1-4. 의료분쟁(medical dispute), 의료사고(medical accident), 의료과오(medical malpractice)

	예	아니오
1-4-1. 위 용어를 들어본 적이 있음.		
1-4-1-1. 의료분쟁(medical dispute)	1	2
1-4-1-2. 의료사고(medical accident)	1	2
1-4-1-3. 의료과오(medical malpractice)	1	2
1-4-2. 위 용어의 정의를 알고 있음.		
1-4-2-1. 의료분쟁(medical dispute)	1	2
1-4-2-2. 의료사고(medical accident)	1	2
1-4-2-3. 의료과오(medical malpractice)	1	2
1-4-3. 아래 보기 중에서 위 용어들의 정의에 해당하는 것을 기입하십시오.		
1-4-3-1. 의료분쟁(medical dispute) ( )번		
1-4-3-2. 의료사고(medical accident) ( )번		
1-4-3-3. 의료과오(medical malpractice) ( )번		

<보기>

- ① 의료사고를 주원인으로 한 환자와 의료인 간에 다툼이 있는 경우
- ② 의료진의 과실 여부와 관계없이 의료기관에서 환자의 진단, 검사, 치료 등의 의료의 전 과정에 발생하는 사고의 일체
- ③ 의사가 환자를 진료하면서 당연히 기울어야 할 업무상 요구되는 주의의무를 게을리하여 사망, 상해, 치료지연 등 환자의 생명, 신체의 안전성을 침해한 결과를 일으키게 한 경우
- ④ 해당하는 정의가 없음

환자안전사건 소통하기

2. 환자안전사건 소통하기(disclosure of patient safety incidents) 혹은 소리웁스(sorry works)가 무엇을 의미하는지 알고 계십니까?

	예	아니오
2-1. 위 용어를 들어본 적이 있음.	1	2
* 환자안전사건 소통하기란 환자안전사건이 발생했을 경우 이를 환자 및 보호자에게 진실하게 알리면서 공감을 표하고, 사건의 조사를 진행하여 그 결과에 따라 환자에게 진심어린 사과를 전달함과 동시에 적절한 보상을 제공하며, 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하는 일련의 행위를 의미함.		
2-2. 본인 혹은 가족들 중 환자안전사건 소통하기 혹은 소리웁스를 경험해본 적이 있습니까?	1	2

3. 다음의 가상적인 상황을 읽은 후 질문에 응답하십시오.

3-1. 비네트 1

62세 남성 환자가 대장내시경 상 진단받은 대장암 수술을 위하여 입원하였다. 입원 후 2일째 담당 외과 의사 나외과 선생은 복강경으로 대장암 수술을 진행하였고, 당시에는 성공적으로 수술을 마쳤다. 그런데 수술 후 3일째 환자에게서 고열과 수술 부위 압통이 발생하였고, 시행한 영상검사에서도 대장 문합 부위에 농양이 발견되었다. 외과 선생은 문합 부위 누출을 의심하였고 카테터를 삽입하였다. 결국 환자는 재수술 없이 회복하여 수술 후 10일 만에 퇴원하였다.

	매우 동의함	동의함	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
3-1-1. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 진실하게 알리고 공감을 표해야 한다.	1	2	3	4
3-1-2. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 조사하여 그 결과에 따라 환자에게 진심 어린 사과를 전달해야 한다.	1	2	3	4
3-1-3. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건으로 인한 환자의 피해에 대한 적절한 보상을 제공해야 한다.	1	2	3	4
3-1-4. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건과 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하겠다는 말을 전해야 한다.	1	2	3	4

3-2. 비네트 2

62세 남성 환자가 대장내시경 상 진단 받은 대장암 수술을 위하여 입원하였다. 입원 후 2일째 담당 외과의사 나외과 선생은 복강경으로 대장암 수술을 진행하였고, 당시에는 성공적으로 수술을 마쳤다. 그런데 수술 후 3일째 환자에게서 고열과 수술 부위 압통이 발생하였고, 시행한 영상검사에서도 대장 문합 부위에 농양이 발견되었다. 외과 선생은 문합 부위 누출을 의심하여 응급으로 누출 부위에 대한 재수술을 통해 장루 조성술을 시행하였다. 하지만 환자는 패혈증 상태에 빠져 중환자실로 옮겨졌고, 재수술 7일 만에 패혈증 쇼크로 사망하였다.

	매우 동의함	동의함	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
3-2-1. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 진실하게 알리고 공감을 표해야 한다.	1	2	3	4
3-2-2. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 조사하여 그 결과에 따라 환자에게 진심어린 사과를 전달해야 한다.	1	2	3	4
3-2-3. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건으로 인한 환자의 피해에 대한 적절한 보상을 제공해야 한다.	1	2	3	4
3-2-4. 나외과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건과 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하겠다는 말을 전해야 한다.	1	2	3	4

3-3. 비네트 3

50세 여성 환자가 폐렴으로 입원하였다. 해당 환자는 페니실린 알레르기로 아나필락틱 쇼크에 빠진 병력을 가지고 있었다. 담당 내과의사 김내과 선생은 이 사실을 미처 확인하지 못하고, 세팔로스포린계 항생제를 처방하였다. 그런데 다행히도 항생제를 투여받은 환자에게서 약간의 발진 이외에 아무런 문제가 발생하지 않았다. 이후 폐렴은 완치되어 환자는 입원 10일 만에 퇴원하였다.

	매우 동의함	동의함	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
3-3-1. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 진실하게 알리고 공감을 표해야 한다.	1	2	3	4
3-3-2. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 조사하여 그 결과에 따라 환자에게 진심어린 사과를 전달해야 한다.	1	2	3	4
3-3-3. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건으로 인한 환자의 피해에 대한 적절한 보상을 제공해야 한다.	1	2	3	4
3-3-4. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건과 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하겠다는 말을 전해야 한다.	1	2	3	4

3-4. 비네트 4

50세 여성 환자가 폐렴으로 입원하였다. 해당 환자는 페니실린 알레르기로 아나필락틱 쇼크에 빠진 병력을 가지고 있었다. 담당 내과 의사 김내과 선생은 이 사실을 미처 확인하지 못하고, 세팔로스포린계 항생제를 처방하였다. 이번에도 환자에게서 호흡 곤란, 경련, 의식 저하, 혈압 저하 등의 소견을 보이는 아나필락시스 쇼크가 발생하였다. 김내과 선생은 환자를 중환자실로 옮겨 집중 치료하였다. 환자는 다행히 목숨을 건졌지만, 저산소성 허혈성 손상으로 인한 영구적 뇌기능 장애가 발생하였다.

	매우 동의함	동의함	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
3-4-1. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 진실하게 알리고 공감을 표해야 한다.	1	2	3	4
3-4-2. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건을 조사하여 그 결과에 따라 환자에게 진심어린 사과를 전달해야 한다.	1	2	3	4
3-4-3. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건으로 인한 환자의 피해에 대한 적절한 보상을 제공해야 한다.	1	2	3	4
3-4-4. 김내과 선생은 환자 및 보호자에게 이번 사건과 비슷한 유형의 사건을 반복하지 않도록 하겠다는 말을 전해야 한다.	1	2	3	4

3-5. 비네트 5

6세 남성 환자가 백혈병 항암치료를 위하여 입원하였다. 입원 첫날 담당 레지던트인 이소아 선생은 소아과 병동 처치실에서 시타라빈과 빈크리스틴을 투여할 준비를 하였다. 하지만 이소아 선생은 약품을 잘못 보고 정맥으로 투여해야 할 빈크리스틴을 척수강 내로 투여하였고, 이를 인지하지 못하였다. 약물 투여 6시간 후부터 환자는 두통을 호소했고, 엉덩이에 통증을 호소하였다. 진통제를 맞았지만 통증은 줄지 않았고, 하지와 상지 마비가 진행되었으며, 신장 기능을 상실하여 환자는 중환자실로 옮겨졌다. 하지만 약물 투여 7일 만에 환자는 사망하였다. 이소아 선생은 이번 사건에 대한 환자안전사건 소통하기를 하기로 결심하고 이를 동료 및 상급 의사들에게 상의하였고, 병원 법무팀에 이를 의뢰하였다. 하지만 동료 및 상급 의사들, 병원 법무팀 모두 환자안전사건 소통하기를 하지 않는 것이 좋다고 이야기하였다. 결국 이소아 선생은 환자안전사건 소통하기를 하지 못하였다.

	매우 동의함	동의함	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
3-5-1. 이소아 선생은 그래도 보호자에게 환자안전사건 소통하기를 했어야 했다.	1	2	3	4
3-5-2. 이소아 선생에게 법적 책임 물어 처벌해야 한다.	1	2	3	4
3-5-3. 이소아 선생이 투약오류를 범한 것은 좀 더 철저히 못한 이소아 선생의 개인적 문제 때문이다.	1	2	3	4
3-5-4. 이소아 선생이 투약오류를 범한 것은 이를 막을 수 있는 시스템을 갖추지 못했기 문제이다.	1	2	3	4
3-5-5. 이소아 선생이 환자안전사건 소통하기를 하지 못한 것은 동료 및 상급 의사들, 병원 법무팀 때문이다.	1	2	3	4
3-5-6. 이소아 선생이 환자안전사건 소통하기를 하지 못한 것은 환자안전사건 소통하기를 할 수 없는 병원 환경 자체의 시스템적 문제이다.	1	2	3	4
3-5-7. 나에게도 이소아 선생과 같은 상황이 발생할 것이 두렵다.	1	2	3	4
3-5-8. 이소아 선생도 이번 사건의 피해자이다.	1	2	3	4

3-6. 비네트 6

본과 3학년 임상실 학생은 2일 전 고관절치환술을 받은 65세 남성 환자에 대한 발표를 위하여 밤 9시경 해당 환자를 찾았다. 해당 환자는 혼자 TV를 시청 중이었고, 성실 학생은 환자와 면담하던 중 해당 환자가 숨참을 새롭게 호소하고, 약간 불안해하며, 빠르고 얇은 호흡을 나타내는 것을 관찰하였다. 성실 학생은 혹시 천식이나 폐렴이 아닐지 모른다는 생각에 환자의 폐를 청진을 하였는데, 폐음은 깨끗하였다. 성실 학생은 약간 의아한 상황이라 이 사실을 담당 레지던트 옥바쁨 선생에 알릴까 잠시 생각했지만, 바쁨 선생을 귀찮게 하는 것은 아닐까 하는 생각과 함께 환자가 수술 후 안정을 취하지 못하였기 때문이라고 생각해서 이 사실을 바쁨 선생에게 알리지 않은 채 면담을 종료하였다. 세 시간 뒤 환자는 폐색전증으로 사망하였다. 임상실 학생은 이번 사건에 대한 환자안전사건 소통하기를 하기로 결심하고 이를 동기들에게 상의하였다. 하지만 상의한 동기들 모두 환자안전사건 소통하기를 하지 않는 것이 좋다고 이야기하였다. 결국 임상실 학생은 환자안전사건 소통하기를 하지 못하였다.

	매우 동의함	동의함	동의하지 않음	매우 동의하지 않음
3-6-1. 임상실 학생은 그래도 보호자에게 환자안전사건 소통하기를 했어야 했다.	1	2	3	4
3-6-2. 임상실 학생에게 법적인 책임을 물어 처벌해야 한다.	1	2	3	4
3-6-3. 임상실 학생이 옥바쁨 선생에게 해당 사실을 알리지 못한 것은 임상실 학생의 개인적 문제이다.	1	2	3	4
3-6-4. 임상실 학생이 옥바쁨 선생에게 해당 사실을 알리지 못한 것은 적절한 수련 환경을 구축하지 못한 시스템적 문제 때문이다.	1	2	3	4
3-6-5. 임상실 학생이 환자안전사건 소통하기를 하지 못한 것은 동기들 때문이다.	1	2	3	4
3-6-6. 임상실 학생이 환자안전사건 소통하기를 하지 못한 것은 환자안전사건 소통하기를 하기 위한 시스템을 갖추지 못했기 때문이다.	1	2	3	4
3-6-7. 나에게도 임상실 학생과 같은 상황이 발생할 것이 두렵다.	1	2	3	4
3-6-8. 임상실 학생도 이번 사건의 피해자이다.	1	2	3	4

인구사회학적 질문

DQ1) 귀하의 연령대는 어떻게 되십니까? (만 연령 기준)

- ① 20대
- ② 30대
- ③ 40대 이상

DQ2) 귀하의 성별은 무엇입니까?

- ① 남성
- ② 여성

DQ3) 귀하의 휴대폰 번호를 적어주세요. 설문참여 답례품 제공 목적으로 사용될 예정입니다. 동의하지 않으시면 기입하지 않으셔도 됩니다.

( )