

## 의료서비스 품질지각과 의료소비행동: 종합병원 입원환자를 대상으로\*

김 완 석

아주대학교 심리학과

본 연구에서는 의료서비스의 품질을 환자의 평가를 바탕으로 측정할 수 있는 도구를 개발하기 위해 입원환자들의 의료서비스 품질지각 차원을 밝히려 했다. 또한, 입원환자들의 품질지각이 후속 소비 행동에 미치는 영향을 연구하고자 했다. 이를 위해 경기도의 한 종합병원에 입원했던 경험이 있는 퇴원환자 600명에게 질문지를 우송해서 이 중 269명의 자료를 얻었다.

51개의 품질평가 문항 중 무응답이 많은 문항을 제외하고 33개 문항을 공분요인분석법으로 요인분석한 결과 의사의 치료, 병원/병실 환경, 간호, 정보제공, 입원, 퇴원, 식사라는 7개의 차원을 밝힐 수 있었다. 또한 이들 차원을 구성하는 문항들의 타당도도 비교적 높은 것으로 나타나서 본 연구의 문항들이 후속 연구에 매우 유용하게 쓰일 수 있는 것으로 나타났다.

이렇게 얻은 7개의 차원이 단일 문항으로 측정된 전반적 만족도, 두 문항으로 측정된 치료효과 지각, 재이용/추천 의도 등 이론적으로 관련이 있는 다른 변수들과 어떤 관계가 있는지를 살펴보았다. 입원환자들의 품질평가는 전반적 만족도나 향후 재이용/추천의도와 상당히 높은 상관이 있는 것으로 나타났고, 치료효과지각에 대해서는 그보다 상관계수가 낮은 것으로 나타났다. 품질지각의 차원별로 볼 때, 전반적 만족도에 대해서는 병원/병실 환경이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났고 그 다음이 의사의 치료와 간호였다. 재이용/추천의도나 치료효과지각에는 의사의 치료가 가장 영향력이 큰 것으로 나타났다.

7개 차원의 특성에 관해 기존 연구와 비교하여 논의하였고, 이들 차원과 전반적 만족도, 치료효과의 관계에 대한 결과에 대해서도 가능한 설명을 하였다. 후속 연구에서 고려해야 할 점들과 본 연구의 제한점도 논의했다.

의료서비스가 발생하는 대표적인 현장인 병원은 현대 생활에서 가장 중요한 소비현장 중의 하나이다. 의료서비스는 일반 상품과는 달리 자주 소비하는 대상은 아니더라도 개인의 삶에 결정적인 영향을 미치는 매우 중요한 소비대상이다. 또한, 이미 전국적인 의료보험 제도를 실시하고 있어서 국민들은 과거에 비해 훨씬 더 자주 의료기관을 이용하고 있다. 향후 복지체계의 향상과

소득의 증가, 건강에 대한 관심의 증가 등으로 병원서비스에 대한 욕구는 더욱 증가할 것으로 보이며, 병원의 역할에 대한 기대도 예전과는 상당히 다른 양상을 띠 것으로 보인다.

그런데, 의료서비스는 많은 소비영역 중 법률서비스, 행정서비스 분야와 함께 가장 소비자의 불만이 클 수 있는 영역 중의 하나이다. 그것은 이들 분야가 제공하는 서비스가 매우 전문적인 것이어서 독과점 시장과 유사한 시장 상황을 유지하고 있기 때문이다. 또한, 서비스

\* 본 논문을 주의 깊게 심사해 주신 익명의 심사 위원들께 감사드립니다.

공급보다는 수요가 엄청나게 빨리 증가하고 있어서 아직은 공급자 측이 시장 지배력을 더 많이 가지고 있다는 것도 한 원인이 될 것이다.

실제로 의료서비스의 경우는 현재 사회적으로 매우 중요한 쟁점이 되고 있다. 소비자들은 현재의 의료서비스에 많은 불만을 가지고 있으며(한겨레 신문,1995; 어경선,1993 등), 공급자들은 공급자들대로 현행 의료보험 제도로는 도저히 병원 운영이 어렵기 때문에 의료보험 제도를 정비하고 의료수가를 대폭 인상해야 한다고 주장하면서(시사저널,1995) 낮은 의료서비스품질의 원인을 제도적 모순으로 돌리고 있다.

현재 정부에서는 의료서비스의 품질보장을 7차 경제사회 발전 5개년 계획의 보건·의료분야 정책 과제로 제시하고(보건사회부,1992), 이의 추진을 위해 의료기관의 서비스를 평가하려는 시도를 하고 있다(의료기관 서비스평가협의회,1995). 또한 소비자 단체나 언론 매체들은 의료기관의 서비스향상과 소비자의 알권리를 위해 각 의료기관의 서비스를 비교 평가하고 이를 공표하는 등 의료서비스의 개선을 요구하고 있다. 여러 의료기관들은 이런 정부와 사회의 요구에 부응하고 점차 심해지는 병원간의 경쟁에 대응하기 위해 자체적으로 서비스를 관리하는 부서를 구성하고, 자체적인 서비스 품질 평가를 시도하고 있다.

이러한 의료서비스 품질향상에 대한 사회적 관심은 앞으로 더욱 커질 가능성이 있다. 그러나, 이런 사회적 관심과는 달리 우리 나라 소비자의 의료 소비 행동에 대한 학문적 연구는 매우 미약하다. 이와 달리, 외국의 경우는 최근 소비자 분야의 연구 성과를 바탕으로 의료 소비를 연구하려는 시도가 매우 활발하게 이루어지고 있다. 예컨대, 그 동안 많은 소비자연구 분야에서 소비자 지향적인 관점의 특색을 가장 잘 보여주는 연구들은 소비자의 품질지각(perceived service quality: 이하 PSQ로 표기)이나 소비자 만족/불만족(consumer satisfaction / dissatisfaction; 이하 CS/D로 표기)을 다

루는 연구들이다. 이들 연구들은 상품소비에서 PSQ나 CS/D를 결정하는 요인과 형성과정, 그 결과들에 대해 상당한 지식을 제공하였고, 의료서비스에 대한 연구에도 많은 영향을 끼쳤다<sup>1)</sup>. 그렇지만, 이들 연구의 대상은 대부분은 영리 조직들이며, 의료서비스처럼 공공적인 성격을 띠는 조직에 의한 서비스에 관한 연구는 그리 많지 않았다(Smith, Broom과 Davis, 1986).

의료서비스라는 독특한 형태의 서비스 조직이 제공하는 서비스에 관한 소비자의 행동을 연구할 필요성은 두 가지 측면에서 생각할 수 있다. 첫째, 병원 장면이 중요한 소비 행동이 발생하는 현장일 뿐아니라 또한 우리 나라 소비자들의 불만이 가장 많은 소비영역의 하나임에도 불구하고 아직은 의료서비스와 관련해서 발생하는 소비행동들을 체계적으로 이해하려는 연구가 활발하게 이루어지지 않고 있으며, 특히 병원 경영의 측면이 아니라 소비자의 관점에서는 거의 연구가 없다는 점이다. 둘째, 의료서비스의 향상은 병원의 경영 개선이라는 조직적 가치와 소비자의 삶의 질 향상이라는 사회적 가치가 매우 높은 분야인 바, 특히 환자의 의료서비스 품질지각이나 후속 행동에 관한 지식들이 두 가지 가치추구에 모두 유용하게 쓰일 수 있는 중요한 자료로서 응용 가치가 크다는 점이다.

본 연구는 입원 의료서비스의 품질을 소비자인 환자의 입장에서 측정할 수 있는 척도를 개발하기 위한 첫 연구이다. 이런 척도를 개발하려는 것은 의료서비스의 품질을 정확히 측정할 수 있는 도구를 확보하는 것이 의료 소비 행동에 관한 과학적인 연구를 위해서 뿐 아니라 서비스품질 향상을 위한 의료현장의 체계적인 노력을 위해서도 가장 기본적인 요건임에도 불구하고 현재

1). 두 개념의 유사성 때문에 여러 연구자들이 환자'만족' 또는 환자의 '품질지각'을 상호 교환적으로 사용하고 있다. 그러나 CS/D의 경우에 비하면, PSQ가 그 구체적인 차원성에 관한 연구가 많이 이루어져 있기 때문에(Headley,1989), 본 연구에서는 환자의 품질지각이라는 개념을 사용하고자 한다. 두 개념의 유사성에 대해서는 Rust와 Oliver(1994)를 참조.

로는 적절한 척도가 없기 때문이다. 우리나라의 일부 연구들(나기승,1994; 서정희,1993; 윤명숙,1991 등)이 환자의 관점에서 의료서비스의 품질을 측정하는 척도를 제안하고 있으나, 척도의 심리측정학적 특성이나 척도의 포괄성 등에서 많은 문제점이 있다(이에 대해서는 다시 상세히 논의하겠다). 하나의 대안으로 외국에서 개발한 척도를 이용하는 것을 고려할 수 있다. 그러나, 이것도 외국과 우리나라의 의료소비 환경이 매우 다르고 의료서비스의 각 요소에 대한 환자들의 기대도 많이 달라서 척도를 구성하는 문항들의 적합성이 많이 떨어질 것으로 보인다. 일부 현장에서는 외국의 척도문항을 변안해서 다소 수정해서 이용하거나 이용을 권장하는 경우가 있으나(예컨대, 김창엽,1995), 이는 사용한 척도의 특성을 전혀 모르는 상태에서 측정을 하는 셈이 되어 체계적인 연구를 위한 방법으로는 부적절한 것으로 보인다.

본 연구에서는 의료서비스의 품질을 소비자인 환자의 지각이라는 측면에서 측정하는 방법을 택하였다. 서비스는 일반 유형소비재와는 전혀 다른 특성을 가지고 있어서 생산자의 품질 기준을 토대로 생산품의 품질을 측정하는 전통적인 방법을 사용하는 것이 부적절하기 때문이다. 예컨대, PSQ나 CS/D를 다루는 연구자들은 대부분 소비자에 의한 평가를 강조한다. 이런 접근방식은 개인이 지각한 현실을 중시하는 심리학의 관점과 일치하는 것이며, 조직이 제공하는 상품에 대한 소비자의 평가를 모든 조직활동의 기준으로 간주하는 소비자 지향적 마케팅의 핵심이기도 하다.

그렇지만, 의료서비스에 대한 품질지각을 측정할 수 있는 측정도구 개발은 단 한 번의 연구로 해낼 수는 없으며, 매우 방대하고 지속적인 연구를 통해야 가능하다. 또한 의료기관의 규모나 환자가 받는 서비스의 범위에 따라서 서로 다른 측정도구가 필요할 것이다. 따라서, 본 연구에서는 먼저 입원서비스에 대한 환자들의 품질 지각 차원들을 밝히는데 중점을 두었고, 이 연구만으로 입원서비스에 관해 일반적으로 사용할 수 있는 척도를

제공하려 하지는 않았다. 또한, 입원 의료서비스의 품질 지각을 연구 대상으로 하였는데, 이는 입원환자들이 외래환자에 비해 더욱 다양한 의료서비스경험을 하기 때문에 의료서비스의 여러 측면을 포괄적으로 평가하는 것이 가능할 것으로 보았기 때문이다.

#### 의료서비스 품질지각의 차원

최근 PSQ나 CS/D 관련 문헌에서는 의료서비스를 포함하는 건강서비스 연구를 많이 찾아볼 수 있다. 여러 연구들이 CS/D나 PSQ 개념과 측정법을 의료서비스 분야에 적용하여 의료기관의 서비스에 대한 환자만족이나 품질지각을 측정하고 평가하고자 했으며, 이 과정에서 많은 개념적 발전과 측정도구의 개발이 있었다. 또한 여러 연구들이 환자의 만족/불만족이 불평행동이나 의료기관 전환과 같은 의료서비스 소비 행동에 영향을 미침을 보여주었다(Pascoe,1983; Roghmann, Hengst와 Zastowny, 1979).

Hulka, Zyzansky, Cassel과 Thompson(1970)은 의료서비스 분야에서 환자만족의 차원성을 연구하였다. 이들이 42문항을 이용해서 의료서비스에 대한 환자만족이 의사의 전문적 자질, 의사의 개인적 자질, 서비스의 비용/편이성(personal quality, professional competency, access)이라는 세 영역에 대한 평가로 구성되어 있음을 밝힌 이래 환자만족을 측정하기 위한 많은 도구가 제안되었다. 예컨대, Nyugen, Attkinsson과 Stegner(1983)는 특정 의료서비스 소비에 관한 환자만족을 측정하기 위해 8개의 차원을 가정하는 서비스평가질문지(Service Evaluation Questionnaire)를 제안했다. 또한, Panchansky와 Thomas(1981)는 접근성이라는 개념만을 측정하기 위한 척도를 제공하였고, 돌보기 지속성(continuity of care)이라는 차원만을 측정하기 위한 연구들도 있었다(예컨대, Bice와 Boxerman,1977; Roos, Roos, Gilbert, Nicol과 Comm,1980 등).

한편, Ware와 Snyder(1975)는 80개의 문항을 이용해서 의료서비스에 대한 품질평가차원을 밝히고자 하였다. 그들은 이론적으로 8개의 차원을 설정하였으나, 연구 결과는 의사의 기술, 서비스 가용성, 처치의 지속/편리성, 접근성이라는 네 개의 차원인 것으로 나타났다. 그러나 Ware는 동료들과 함께 여러 연구들이 사용한 900개의 문항을 내용분석해서 의료 장면에서 환자의 만족과 불만족의 원인이 되는 8개의 차원을 밝히는데 성공했다(Ware, Snyder, Wright와 Davies,1983). 이들 차원은 환자를 돌보는 기술(art of care), 치료기술, 접근성/편리성, 의료비 지불, 물리적 환경, 치료진의 가용성, 돌보기 지속성(continuity of care), 치료의 결과/효과성으로 나타났다. 이들은 이런 차원을 측정할 수 있는 68개의 문항으로 이루어진 환자만족질문지(Patient Satisfaction Questionnaire)를 개발하였다(Ware 등,1983). 이 질문지는 환자의 광범한 과거 경험 영역 각각에 대한 만족판단을 토대로 환자 개개인의 만족 수준을 측정하기 위한 것이다. 그러나 이들의 연구를 포함한 기존의 연구들은 모두, 평가의 대상(즉, 의사, 간호사, 직원, 의료시설 등)과 평가의 차원 또는 속성(즉, 정보제공력, 치료진의 협동력, 환자에 대한 공감성 등)을 포괄적으로 다루지 못하고, 일부 대상만을 다루거나 또는 대상과 차원을 체계적으로 관련시키지 못한 것이었다(Singh,1989).

아마도 환자만족에 관해 가장 광범위한 이해를 가능케 한 연구는 Ware와 동료들(Meterko, Rubin,1990; Rubin, Ware와 Hays,1990; Ware와 Berwick,1990)이 했던 대규모 후속 연구일 것이다. 이들은 먼저, 광범위한 문헌 연구와 표적집단 면접을 통해 입원경험이 있는 환자 자신이 자신이 받았던 의료서비스를 평가하는데 사용하는 속성들을 분석하여 입원, 일상적 돌보기, 간호, 치료, 기타 인력, 입원실과 환경, 퇴원, 병원비라는 8개의 분야를 구분하고, 각 분야의 서비스를 평가하기 위한 46개의 문항을 구성하여 우편조사를 통해 10개 병원의 입원환자 1,367명의 자료를 수집하였다. 자료를 분석한 결과는

환자의 병원품질지각이 간호와 일상처치, 병원환경과 보조직원, 의료처치, 정보, 입원, 퇴원과 병원비라는 6가지 차원으로 구성된 것으로 나타났다. 이들은 이 척도의 심리측정학적 특성에 대한 후속 연구를 거쳐 PJHQ (Patient Judgements of Hospital Quality)라 명명한 병원 품질 측정척도를 제안하였다. 이 척도는 품질평가의 속성과 대상을 모두 망라하는 사전 연구를 통해 문항을 작성했고, 다수의 병원과 대규모 표본을 통해 척도의 일반화 가능성을 높이고 있을 뿐 아니라, 제안한 척도의 신뢰도와 타당도에 관해 매우 상세하면서도 받아들일 만한 자료를 제공하고 있어서, 이 분야의 연구에 상당한 진전을 이룬 것으로 평가된다.

전체적으로 볼 때, 의료서비스에 대한 환자의 품질지각 차원에 관한 연구들은 일부 특정 차원을 다룬 연구들이 있으나, 대개의 연구들이 환자의 품질지각 차원들 두 개 이상의 다차원으로 다루고 있다. 또한 초기에는 의사의 서비스를 중심으로한 치료과정이나 치료결과를 중시하는 관점이 일부 있었으나(예컨대, Hulka, Zyzansky, Cassel과 Thompson,1970) 점차 환자의 상황적 경험을 중시하는 관점으로 발전하였고, 그 결과 과거에는 단순히 부수적인 것으로 보던 의료서비스 측면들(예컨대, 건물이나 장비 같은 물리적 측면, 공급자와 수요자의 상호작용과 같은 기능적 측면)도 품질지각에 매우 중요한 차원인 것으로 간주하고 있는 경향을 볼 수 있다.

한편, 이 분야에 관한 국내의 연구는 매우 드물다. 연구자가 이 분야에 관한 국내의 연구 현황을 살펴보기 위해 국립중앙도서관의 학위논문 목록에서 '의료서비스'를 검색어로 해서 탐색한 바에 따르면, 의료서비스를 다룬 논문은 1995년 현재 7편에 불과해서, 우리나라에서는 거의 연구가 없는 형편인 것으로 보인다. 이들 연구들 중에서 의료서비스 품질평가 연구를 위한 기본이 되는 평가차원들과 측정도구들에 관한 연구는 3편이었는데, 먼저 이들을 간단히 살펴보자.

윤명숙(1991)은 외래환자를 대상으로 의로서비스 품질을 평가하게 하여, 의사소통, 능력, 시간적 편리성, 안전성, 접근성이라는 5개의 하위 차원을 밝히고 이를 측정하기 위한 18문항 짜리 척도를 제안하였다. 그러나 이 척도는 18문항 중 의사에 관한 문항이 11개나 되어서 소비자들의 평가 영역을 포괄적으로 반영하지 못하고 있다. 배순득(1995)은 22문항 짜리 척도를 이용해서, 외래 환자를 대상으로 연구하였다. 그는 친절성, 시간적 편리성, 유형성, 능력이라는 요인으로 구분하였으나, 이런 요인구분의 타당성에 매우 많은 문제를 안고 있다. 예컨대, 능력이라고 명명한 요인은 '과잉진료나 과잉투약은 없다'는 문항과 '의사는 최신 의외기술을 알고 있다'는 두 문항으로 구성되어 있는데, 이를 능력이라는 차원으로 개념화하기는 힘들 것으로 보인다. 또한, 척도 자체에 대한 실증적 자료가 부적절해서 이 연구에서 이용한 문항들은 의로서비스의 품질차원을 측정하는 것으로 보기가 어렵다.

한편, 나기승(1994)은 51개의 문항풀을 작성하여, 외래환자가 아니라 입원환자들을 대상으로 자료를 수집해서 인간적 접근성, 유형성, 의료적 확신, 의료적 반응, 편리성으로 명명한 5개 차원의 21개 문항으로 된 척도를 제안하였다. 이 연구는 비교적 척도 개발 과정을 충실히 지켰으나, 최종 제안 척도에서는 의로서비스제공에 관련된 인력 중 가장 비중이 클 수 있는 의사와 관련한 문항은 1개에 불과했다. 또한, 이 연구는 응답자가 157명에 불과할 뿐 아니라, 현재 병원에 입원 중인 환자들 즉, 아직 서비스 소비가 끝나지 않은 소비자들 대상으로 했다는 점에서 제한점이 있다.

이상 살펴 본 학위논문 외에 서정희(1993)와 이상일(1994)의 연구가 있다. 서정희(1993)는 '대상 병원을 방문했을 때, 현재 치료를 받고 있는 환자(p.59)'를 대상으로 해서 의사와 간호원, 근접성, 검사와 환자교육, 시간과 관심, 위치와 시설이라는 5개의 하위 차원을 밝히고 이를 측정하기 위한 19문항짜리 척도를 제시하였다. 이

연구는 표본수가 523명이나 되는 대규모 연구였지만, 연구주제와 매우 밀접한 관계가 있는 병원소비경험이라는 면에서 연구대상들이 어떤 특성을 가진 사람인지가 분명하지 않으며, 연구자가 밝힌대로 해석해도 나기승(1994)의 연구와 마찬가지로 응답자가 서비스를 현재 제공받고 있는 중인 사람들일 뿐 아니라 입원환자와 외래환자를 구분하지 않고 있다는 제한점이 있다. 또한 제시한 척도의 신뢰도 외에는 다른 심리측정학적 정보가 없어서 아직 널리 사용하기에는 무리가 있는 것으로 보인다.

한편, 이상일(1994)은 한 종합병원을 방문한 외래환자 827명을 대상으로 24문항 짜리 척도를 이용해서 서비스만족의 차원을 연구한 결과 외래환자의 만족이 병원환경, 등록과 기타서비스, 의료처치의 세 요인으로 구성된 것으로 나타났다. 이 연구는 결과의 일반화에는 제약이 있지만, 외래환자의 품질지각을 측정할 수 있는 도구개발이라는 면에서는 향후 연구에 많은 도움을 줄 수 있는 것으로 보인다.

우리 나라에서 이 분야에 관한 가장 광범한 연구는 의료기관 서비스 평가협의회(1995)의 연구인 것으로 생각된다. 이 협의회는 보건복지부의 예규(제 684호)에 의해 구성된 단체로서, 의료기관의 서비스를 객관적으로 평가하기 위한 의료기관 서비스 평가기준집을 발표하였다. 이 기준집에는 병원의 시설이나 인력, 관리상태 등에 관한 문항들과 함께 환자만족도를 측정하는 61개의 문항이 포함되어 있다. 그러나, 이 기준집은 완성된 척도를 제공하는 것이 아니며, 문항들의 특성에 대한 연구조차 미흡한 상태이다.

이상 살펴 본 국내의 연구들은 각기 의로서비스 품질을 환자의 입장에서 평가하기 위한 도구를 개발하거나 제시하고 있으나, 각기 앞서 살펴본 제한점들이 있고, 이상일(1994)을 제외하면 모두 측정도구의 개발과정이나 특성에 대한 세밀하고 광범한 자료를 제시하지 못하고 있어서 일반적으로 사용하기에는 아직 이른 것으로 보

이다. 또한 입원환자를 대상으로 하는 본 연구와 관련해서, 입원환자를 대상으로 한 두 연구(나기승,1994; 서정희,1993)는 모두 아직 의뢰서비스의 소비가 완전히 끝나지 않은 환자를 대상으로 했으며, 또한 측정이 병원 내에서 이루어졌다는 점 등에서 연구 방법을 개선해야 할 필요성이 많은 것으로 보인다.

## 연구 방법

### 질문지 개발

질문지는 모두 78개의 문항으로 구성했고 이 중 51개의 문항이 의뢰서비스 품질평가를 위한 핵심 문항이다(부록 1 참조). 나머지 문항들은 입원과정과 실태에 관한 문항, 평가문항의 타당도를 확인하기 위한 문항들, 분야별 전반적 만족도 평가문항들, 인구통계적 내용에 관한 문항들이다.

품질평가 문항은 Ware 등의 연구(1990)와 의뢰기관 서비스 평가협의회(1995)의 문항을 바탕으로 모두 51문항을 작성하였다. 각 문항은 먼저 문항 제목과 진술문을 제공하고 그 옆에 '정말그랬다'에서 '전혀 안그랬다'에 이르는 5개의 선택지와 '모르겠다'란 선택지를 제시하는 방식으로 구성했다. **그림 1**은 문항제시의 예이다. 문항 제목을 따로 제공한 것은, 응답자로 하여금 그 문항의 의미를 쉽게 이해할 수 있도록 하려는 의도였다. 또한 '모르겠다'는 선택지를 포함시킨 것은 두 가지 목적에서이다. 하나는 일반적인 홀수 척도들의 가운데 선택지(대개 그저그렇다)는 거기에 응답한 경우 의미해석이 어려운 경우가 매우 많아서, 진술문에 대해 중간정도의 동의할 것인지, 아니면 그런 내용에 관해 잘 몰라서 그런 것인지 또는 그 문항이 자신과 관련이 없다고 생각해서 그런 응답을 한 것인지를 알 수가 없기 때문이다. 따라서 '모르겠다'란 선택지를 제공함으로써 그런 모호함을 피할 수 있을 것으로 보았다. 또 하나는 각 문항별 '모르겠다'는 응답의 빈도가 문항에 관한 중요한 해석 자료를 제공할 수 있을 것으로 보았기 때문이다. 예컨대, '모르겠다'가 많은 문항들은 일단 응답자들이 잘 평가하기 어려운 문항이라고 생각할 수 있고, 이는 그런 내용에 관한 경험의 부족을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

### 표본구성

연구 대상은 최근 1개월 내에 입원했던 경험이 있는 퇴원한 환자들로 제한하였다. 연구 대상을 입원경험이 있는 퇴원환자로 제한한 것은 첫째, 입원서비스와 외래 서비스는 환자에게 제공하는 서비스의 내용이 상당히 다르기 때문에 동일한 것으로 간주하기가 힘들며, 둘째, 퇴원하지 않은 입원환자들은 아직 서비스소비가 끝나지 않은 소비자여서 전반적인 품질지각이 아직 형성되지 않았다고 볼 수 있기 때문이다. 응답자는 수원에 있는 A병원의 협조를 얻어 1995년 10월에 퇴원한 환자의 명단을 입수했다. 이 명단에서 산과와 정신과 입원환자들

	정말 그랬다	그런 편	그저그렇다	안그런편	전혀 안그랬다	모르겠다
01. 입원정보 제공: 입원수속직원들은 입원에 필요한 준비물이나 주의사항을 잘 알려주었습니까?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

그림 1. 평가 문항의 예

제외한 명단을 구성하고, 컴퓨터를 이용해서 600개의 명단을 무선 추출하였다.

이들에게 먼저 전화콜 통해 조사에 응할지를 물어서, 사망자와 불응자를 제외하고 조사에 응하겠다는 사례에 대해서만 우편을 통해 회송봉투와 응답용 펜을 함께 넣은 질문지를 발송하였다. 발송한 질문지는 모두 527부였다. 발송 후 약 1주일 후에는 회송하지 않은 응답자에게 전화로 재차 회송을 부탁하였다. 그 결과 최종적으로 모은 자료는 모두 269부로 회송률은 51.0%였다. 일반적인 우편조사의 회송률이 20%인 것에 비하면, 사전과 사후의 전화콜 통해 약 31% 정도의 회송률을 높일 수 있음을 알 수 있다.

표본은 남자(66.3%)가 여자(33.7%)에 비해 두배정도 많았다. 발송한 표본의 성별 구성비가 60.4% : 39.6%임을 감안하면, 응답자 중에 남자의 비율이 약간 더 많아졌다는 것을 알 수 있다. 연령별로는 19세 이하가 8.4%, 20대가 8.4%, 30대가 22.7%, 40대가 13.4%, 50대가 16.8%, 60대 이상이 30.3%인 것으로 나타났다.

## 결 과

### 의료서비스 품질지각의 차원

51개의 문항 각각에 대해 '모르겠다'에 응답한 사례수를 계산하였다. 전체 사례의 5%에 해당하는 13사례 이상이 '모르겠다'에 응답한 문항이 18문항이나 되었다. 모르겠다가 많은 문항들은 환자치료에 가족을 개입시키는가(16.7%), 병원의 의료장비는 최신의 장비인가(13.4%), 병원이 환자의 안전과 소지품 도난방지를 위한 노력을 하는가(12.3%), 의료진끼리의 협조가 잘되는가(11.1%), 주차장의 규모나 시설은 어떤가(10.4%), 검사실 직원이 환자를 배려해 주는가(8.6%), 의료진이 환자를

위해 스케줄을 조정해 주는가(8.6%), 병원은 퇴원 이후의 치료 노력을 하는가(8.6%), 의사의 진료나 치료 능력, 지식은 어떤가(8.6%) 등 환자에 따라서는 직접 경험해 보기 어려운 부문이거나 또는 환자가 평가할 수 있는 능력을 갖기 어려운 분야에 관한 문항들이었으므로 나타났다. 이런 결과는 환자의 의료서비스 소비 경험에 따라 문항의 적합성이 다를 수 있다는 것을 시사한 것으로 보이며, 따라서 '모르겠다'가 많은 문항일수록 일반적인 평가문항으로 포함시키지 않는 것이 더 나올 것으로 보았다. 이들 18문항을 제외한 33문항을 분석 대상으로 했다.

SPSS를 이용해서 공통요인분석(주축요인분석; principle axis factoring)을 하였다. 첫 일반요인은 전체 변량의 31.4%를 차지하는 것으로 나타났고 각 문항은 이 요인과 .36에서 .70에 이르는 상관을 갖는 것으로 나타났다(중양치는 .59). 고유근이 1을 넘는 요인은 7개인 것으로 나타났으며, 이들 7개 요인은 전체 변량의 62% 정도를 설명하는 것으로 나타났다. scree검사를 적용하면 요인수를 5개로 결정하는 것이 옳으나, 본 연구가 도구개발을 위한 첫 번째 연구이며, 또한 7개로 결정하는 경우에도 해석의 어려움이 없어서 요인수를 7개로 결정하였다. 표 1은 요인수를 7개로 정해서 베리막스 방식으로 회전시킨 후의 결과이다. 이 표에서 볼 수 있는 것처럼 7개 요인은 측정변수들의 변량 중 특수 요인이나 오차의 영향을 제거한 후의 변량의 52%정도를 설명하는 것으로 나타났다. 각 요인별로 부하량이 높은 문항을 중심으로 요인 이름을 명명하고 해석하면 다음과 같다.

- 의사의 치료; 의사가 제공하는 서비스에 관한 요인으로서, 의사는 환자의 상태나 진료과정에 관해 충분히 말해 주는가(문항31), 의사는 진료나 치료에 충분한 시간을 할애하는가(문항30), 의사는 환자의 의견이나 생각을 잘 듣고 이해해 주는가(문항29), 의사는 환자를 친절하고 따뜻하게 대해 주

는가(문항27) 등 6개의 문항이 이 요인에 부하량이 가장 높은 것으로 나타났다.

● 병원과 병실 환경; 6개의 문항이 이 요인에 속하는 것으로 나타났고, 주로 물리적 시설과 환경에 관한 문항들이다. 예컨대, 병원건물은 전체적으로 좋은가(문항43), 병실은 청결하고 쾌적한가(문항35), 병실의 장비나 기구는 충분하고 잘 작동하는가(문항36), 병원이 편안하고 조용한가(문항41) 등

이 이 요인에 부하량이 높은 문항들이었다.

- 간호; 간호사가 제공하는 서비스에 관한 요인으로, 간호사는 환자를 친절하고 따뜻하게 대해 주는가(문항23), 간호사의 도움을 요청하면 빨리 응답해 주는가(문항22) 등 5개의 문항이 이 요인에 부하량이 가장 높은 것으로 나타났다.
- 정보제공; 5개의 문항이 이 요인에 가장 부하량이 높은 것으로 나타났고, 이들 문항들은 환자에

표1. 요약한 문항내용과 베리막스 요인분석 결과(부하량 .30 이상만 표시했음)

문항번호. 내용\요인	I	II	III	IV	V	VI	VII	h <sup>2</sup>
31. 의사의 정보제공	.750			.323				.714
30. 의사의 충분한 진료시간	.710							.581
29. 의사의 환자의견 공감	.674							.603
27. 의사의 관심과 배려	.640							.538
25. 의사의 환자관찰	.611			.347				.633
18. 환자를 안심/편안케 함	.399		.308	.325				.478
43. 병원건물		.748						.588
35. 병실의 청결과 쾌적		.669						.569
36. 병실의 가구나 장비		.630						.526
41. 병원내의 청결과 쾌적		.590					.356	.595
42. 병원내의 표시나 표식		.532			.311			.386
37. 휴식공간		.491						.406
23. 간호사의 관심과 배려			.812					.800
22. 간호사의 반응성			.686					.628
24. 간호사의 정보제공			.674					.632
21. 간호사의 환자관찰			.631					.600
20. 간호사의 투약/주사 숙련성			.461					.417
10. 환자에 대한 정보제공	.363			.651				.615
16. 정보획득의 용이성	.403			.598				.596
11. 검사/수술에 관한 설명	.331			.573				.515
14. 가족/친구에 대한 정보제공	.338			.490				.460
1. 직원의 입원정보 제공				.467				.323
2. 입원과정의 신속/효율성					.756			.670
5. 입원결정 후 대기시간					.633			.446
3. 입원담당직원의 친절				.388	.495	.321		.561
7. 병원의 전반적 효율성				.346	.350			.466
46. 퇴원과정의 신속/효율성						.677		.601
47. 퇴원지도				.308		.464		.437
50. 청구서의 이해가능성						.364		.271
39. 음식의 질							.604	.499
40. 배식시간		.328					.599	.528
33. 검사직원의 숙련성								.290
45. 방문객을 위한 편의								.180
고유근 설명량	10.37 31.4	2.15 6.5	1.67 5.1	1.12 3.4	.71 2.1	.60 1.8	.54 1.6	전체 52.0

대한 병원 측의 정보제공에 관한 것들이다. 예컨대, 검사나 치료 또는 환자가 앞으로 겪을 일을 명확하고 충분히 설명해 주는가(문항10), 병원은 환자가 궁금해 하는 것에 관해 잘 대답해 주는가(문항16), 진료인력들이 검사나 수술을 위한 준비를 잘 설명해 주는가(문항11) 등이 이 요인에 속하는 문항들이다.

- 입원; 입원수속의 신속성과 효율성(문항2), 입원 결정후 대기시간은 얼마나 되는가(문항5), 입원수속 담당직원들의 관심과 도움(문항3), 환자에 관한 병원의 업무처리(문항7) 등 주로 입원과정의 서비스에 관한 4개의 문항이 이 요인에 부하량이 가장 높은 것으로 나타났다.
- 퇴원; 퇴원수속의 신속성과 효율성(문항46), 퇴원 후에 해야 할 일에 대한 설명(문항47), 청구서는 쉽게 이해할 수 있었는가(문항50) 하는 세 문항이 이 요인에 부하량이 높았다.
- 식사; 음식의 질(문항39)과 배식시간(문항40)에 관한 문항이 이 요인을 구성하는 것으로 나타났다.

한편, 검사직원의 숙련성과 방문객을 위한 편의에 관한 문항은 어느 요인에도 .30이상의 부하량을 갖지 않는 것으로 나타났다.

이런 요인구조를 기존의 연구결과들과 비교해 보자. 먼저, 첫 번째 요인인 의사의 치료는 환자만족이나 환자의 의료서비스의 품질 평가에 관한 문헌에서 가장 중요한 요인으로 나타나는 것이다(예컨대, Hulka, Zyzansky, Cassel과 Thompson,1970; Smith, Broom과 Davis,1986; Ware 등,1990; 서정희,1993). 두 번째 요인인 병원/병실의 환경은 많은 연구들이 밝히고 있는 접근성(accessability)에 포함되는 요인들이다. 접근성이라는 개념은 환자와 특정 의료체계의 적합성을 뜻하는 것으로 쓰이는 것으로서(Penchansky와 Thomas,1981), 여기에는

의료비용, 병원과 병실의 환경, 진료예약, 진료 대기시간, 병원과의 거리 등 의료서비스체계의 이용에 관한 비용과 편리성, 병원과 병실환경 등이 포함된다. 세 번째 요인인 간호도 대체로 다른 연구들에서도 나타나고 있는 요인이다. 대개 간호사의 활동과 반응에 관한 문항들이다. 네 번째 요인인 정보제공은 여러 연구들이 환자의 만족에 매우 중요한 요인으로 밝히고 있는 요인이다(Smith, Broom과 Davis,1986). 또한 이 요인에 속하는 문항들이 첫 번째 요인에도 많은 부하량을 가짐을 지적한 바 있다. 이와 관련해서, 여러 연구들은 의사의 기능적 수행과 대인관계 수행을 구분하고 있다(예컨대, Donabedian,1988; Smith, Broom과 Davis,1986; 윤명숙,1991). 이 중 대인관계 수행에서 가장 중요한 부분이 환자와의 의사소통임을 감안하면, 본 연구의 결과를 쉽게 설명할 수 있다. 또한 환자만족에 관한 많은 연구들이 의사들의 정보제공을 매우 중요한 요인으로 지적하고 있다(Roghman, Hengst과 Zastowny,1979).

그 외에 입원과 퇴원은 각기 입원과 퇴원과정의 효율성에 관한 것들로서, 실용성을 지향하는 의료서비스품질 연구들에서 주로 사용하는 차원들이다(예컨대, Hays, Larson, Nelson과 Batalden,1991). 독특한 것은 외국의 연구들이 진료비용이나 보험 여부에 관한 문항들이 하나의 요인을 이루거나 아니면 퇴원 차원에 속하는 것과는 달리 본 연구에서는 진료비용에 대한 질문에 '모르겠다'가 매우 많아서 처리에서 제외할 수 밖에 없었다는 점이다.

전체적으로 볼 때, 본 연구의 결과로 밝힌 차원들은 그리 독특하지는 않다. 예컨대, 가장 광범한 연구인 Ware와 동료들의 연구(1990)는 '간호와 일상적 진료(주로 간호사에 관한 문항들로 구성됨)', '병원환경과 보조직원(병원과 병실의 환경과 검사 및 병실관리 직원에 관한 문항들)', '의료처리(주로 의사에 관한 문항들)', '정보', '입원', '퇴원과 지불'이라는 6개의 요인을 밝혔다. 이런 요인구조는 본 연구의 결과와 매우 유사한 것으로

볼 수 있다.

그러나, 이 결과에서 흥미로운 것은 첫째, 요인구조가 정보제공차원을 제외하면 품질평가의 개념적 차원(예컨대, 숙련도, 공감성 등) 보다는 대체로 의료서비스체계의 여러 대상(의사, 간호사, 병원자체 등)이나 시공간적 근접성(입원과정, 퇴원과정, 식사)에 따라 구분되고 있다는 것이다. 둘째, 요인1(의사의 치료)과 요인4(정보제공)에 속하는 문항들이 각기 부하량을 공유하고 있다는 점이다. 요인1이 거의 의사의 서비스에 관한 것이라는 점

을 감안하면, 입원환자들은 의사를 정보제공자로서 매우 밀접한 관계를 가진 것으로 지각한다는 것을 시사한다.

또 다른 흥미로운 것은 서비스 제공 인력의 기능적 능력에 관한 문항들이 의료서비스의 품질평가에 별로 중요한 영향을 미치지 못한다는 점이다. 예컨대, 의사의 진료/치료 능력과 지식에 관한 문항은 '모르겠다'가 많아서 분석에서 제외되었고, 간호사의 투약/주사의 숙련성에 관한 문항(문항20)은 간호차원에 속하는 다른 문항에 비해 부하량이 가장 낮았고, 또한 검사실 직원들의

표2. 문항별 평균, 표준편차와 문항별 문항-척도 상관계수.

문항 번호	문항-척도 상관계수								
	평균	표준편차	의사의 치료	병원/병실 환경	간호	정보제공	입원	퇴원	식사
31	3.74	1.05	.75	.34	.41	.60	.24	.37	.22
30	3.35	1.09	.67	.32	.38	.44	.30	.31	.25
29	3.94	.83	.71	.41	.43	.50	.31	.40	.26
27	3.96	.89	.70	.38	.42	.49	.30	.34	.24
25	3.71	.98	.71	.34	.53	.60	.32	.38	.30
18	3.81	1.02	.56	.47	.51	.54	.40	.35	.29
43	4.26	.79	.28	.62	.22	.20	.17	.31	.33
35	4.07	.96	.36	.67	.33	.25	.23	.32	.43
36	4.01	.99	.44	.66	.38	.31	.29	.32	.34
41	4.00	.92	.42	.65	.41	.27	.28	.34	.46
42	3.81	.93	.18	.46	.22	.15	.35	.22	.32
37	3.54	1.20	.40	.55	.36	.33	.34	.38	.35
23	3.88	1.05	.51	.38	.79	.48	.42	.35	.28
22	3.75	1.07	.39	.33	.72	.45	.43	.39	.28
24	3.53	1.05	.48	.33	.72	.50	.44	.42	.29
21	3.73	1.01	.52	.35	.72	.49	.40	.34	.30
20	3.77	1.03	.41	.41	.55	.35	.31	.38	.34
10	3.58	1.19	.57	.25	.46	.68	.30	.33	.16
16	3.62	1.05	.59	.27	.45	.64	.26	.28	.14
11	3.83	1.07	.53	.32	.45	.66	.35	.33	.20
14	3.40	1.17	.53	.28	.43	.58	.40	.35	.17
1	3.54	1.18	.29	.19	.29	.39	.41	.27	.13
2	3.39	1.21	.28	.31	.34	.33	.67	.38	.20
5	3.56	1.29	.21	.20	.29	.21	.50	.24	.22
3	3.46	1.15	.31	.31	.44	.46	.59	.45	.22
7	3.76	.89	.48	.38	.48	.48	.49	.42	.30
46	3.49	1.16	.30	.36	.35	.23	.46	.52	.26
47	3.63	1.17	.46	.32	.39	.45	.30	.43	.21
50	3.39	1.10	.28	.33	.33	.28	.33	.43	.20
39	3.35	1.08	.29	.44	.32	.20	.27	.22	.54
40	3.72	.98	.29	.45	.32	.18	.26	.30	.54
하위척도의 신뢰도									
Cronbach α			.87	.83	.87	.80	.76	.65	.70
문항수			6	6	5	5	4	3	2

주. 각 문항과 그 문항이 속한 하위척도의 상관은 그 문항을 제외한 나머지 문항의 총합을 그 하위척도의 점수로 삼았을 때, 하위척도의 문항내용은 표1을 참조.

검사능숙성에 관한 문항(문항33)은 어느 요인에도 .30이상의 부하량을 보이지 않았다.

### 품질평가 문항들의 특성

표 2는 각 요인을 하나의 하위척도로 간주하고, 각 문항과 각 하위척도점수의 상관계수를 계산한 것이다. 각 문항은 점수가 클수록 긍정적이 되도록 측정하였고, 각 요인에 속하는 문항들의 합산 평균값을 그 하위척도의 점수로 삼았다. 첫 번째부터 세 번째 열은 각기 문항 번호, 문항평균과 표준편차이다. 네 번째에서 열 번째 열은 각 문항과 7개 하위척도 평균값의 상관계수를 정리한 것이다. 고딕체로 표기한 것은 해당 척도를 구성하는 문항들과 척도값의 상관계수를 나타낸다. 따라서 고딕체로 표기한 상관값들은 해당 하위척도에 대한 각 문항의 수렴타당도를 나타내는 것이고, 이 수치를 같은 열의 다른 상관값과 비교함으로써 각 문항의 변별타당도를 평가해 볼 수 있다.

표 2의 결과를 보면, 수렴타당도 계수들은 .39에서 .79로 비교적 높은 것을 알 수 있다. 특히, 의사의 치료(요인1), 병원과 병실환경(요인2), 간호(요인3), 정보제공(요인4)은 해당 문항들의 상관계수가 문항42와 문항1을 제외하면 모두 .50을 넘어서 각 문항들이 상당한 수렴타당도를 보여주고 있다. 또한 이들 각 하위척도에 속하는 문항들은 각기 한 두 문항을 제외하고는 다른 문항들에 비해 하위척도와의 상관성이 모두 높아서 문항들의 변별타당도도 좋은 것으로 나타났다. 그러나 정보제공요인에 속하는 문항들(문항 10,16,11,14,1)은 의사의 치료차원보다 상당히 높은 상관값을 갖는 것으로 나타나서, 향후 연구에서 더 변별력이 높도록 문항을 수정할 필요성이 있음을 알 수 있다. 이는 문항 7과 47도 마찬가지였다. 그 외의 입원(요인5), 퇴원(요인6), 식사(요인7)에 관한 문항들은 해당 문항들의 문항-척도 상관값이 비교적 낮기는

하지만, 그런대로 문항들의 수렴/변별타당도를 받아들일 수 있을 것으로 보았다.

이런 결과는 본 연구에서 분석한 문항들이 전체적으로 문항의 수렴/변별타당도를 갖추고 있어서, 일부 문항들을 수정함으로써 더 나은 척도문항이 될 수 있음을 시사하는 것이다.

### 품질평가 하위척도들의 특성

본 연구가 이미 밝혔듯이, 의료서비스 품질지각 척도를 제시하려는 것은 아니다. 그렇지만, 후속 연구의 시사점을 밝히기 위해 본 연구의 자료만으로 하위척도들의 특성을 분석하였다.

신뢰도, 표 2에서 각 하위척도의 신뢰도를 보면, 의사의 치료, 병실환경, 간호, 정보제공은 모두 .80을 넘는 내적일치도를 가진 것으로 나타났고, 입원과 식사도 .70을 넘는 것으로 나타났다. 그러나 퇴원은 .65로 다소 낮았다. 하지만 각 척도를 구성하는 문항의 수가 매우 적다는 것을 고려하면 그리 낮은 것은 아니지만, 입원과정과 섭식, 퇴원과정 등에 관해서는 상당한 문항보완과 수정이 필요할 것으로 보인다.

수렴/변별타당도와 준거관련 타당도, 질문지에는 품질평가문항들 외에 의사의 서비스, 간호의 질, 입원실과 시설, 음식과 식사에 관한 만족도를 묻는 문항들과, 환자의 지각, 치료효과에 대한 환자의 평가, 권유의도, 긍정적 구전의도 등을 묻는 문항들, 그리고 전반적인 만족도를 묻는 문항을 포함시켰다. 이 부분별 만족도 문항들과 '준거'문항들은 앞서 정리한 품질평가 하위척도들의 특성에 관해 부가적인 정보를 제공할 뿐아니라 품질평가가 후속 소비 행동에 미치는 영향에 관해서도 많은 시사점을 줄 것으로 보았다. 표 3은 이를 정리한 것이

표3. 부문별 만족도와 준거문항들의 내용

<b>부문별 만족도(5점척도)</b> 의사들의 의료품질(k=1) 간호의 품질(k=1) 입원실과 시설의 품질(k=1) 식사의 품질(k=1)
<b>치료효과(k=2, 5점척도)</b> 입원전에 비해 얼마나 효과가 있었는가 입원해 있는 동안이 많은 도움이 되었는가
<b>재이용과 추천의도(k=3, 4점척도)</b> 다시 입원해야 한다면 그 병원에 하겠는가 가족이나 친지에게 그 병원을 권하겠는가 긍정적 구전외도
<b>병원에 대한 전반적 만족도(k=1, 5점척도)</b>

주. k는 문항수

다. 부문별 만족도는 각기 해당 하위척도들을 다른 방법으로 측정된 것으로 볼 수 있다. 따라서 불완전하기는 하지만, 척도의 수렴/변별타당도에 관한 정보를 제공해

줄 수 있을 것이다.

일반적으로 CS/D나 PSQ는 소비자의 재구매 의사결정, 구전(word of mouth), 상표나 상점에 대한 애착도(loyalty) 형성 등과 같은 후속 행동 경향성에 영향을 미치며(Bearden과 Teel,1983; Boulding, Kalra, Staelin과 Zeithaml,1993), 자신이 받은 의료서비스에 대한 평가는 그 서비스의 재이용행동이나 타인에 대한 추천행동 등에 영향을 미치는 것으로 나타났다(Pascoe,1983). 따라서, 재이용이나 추천의도, 치료효과에 대한 입원환자들의 지각은 의료서비스 제공의 효과를 반영하는 것으로서 품질지각 측정도구의 타당도를 검증하기 위한 중요한 준거일 수 있다.

이들 준거들은 병원 관리자에게는 매우 중요한 변수들이다. 의료 서비스 이용을 통해 건강에 유익한 도움을 얻고, 장래에 그 병원을 다시 이용하거나 주변에 권하는 환자야말로 가장 가치있는 '소비자'이기 때문이다. 따라서, 의료서비스의 품질지각의 측정치들이 이런 변수들과 별로 관계가 없다면, 그런 측정도구는 실용적인 면에서 가장 중요한 특성인 준거관련 타당도를 갖지 못하는 것으로 볼 수밖에 없게 된다. 표 4는 품질지각의 하위척도

표4. 품질지각의 하위척도들과 만족도, 준거변수들의 상관계수

척도	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	S1	S2	S3	S4	C1	C2	C3
F1: 의사의 치료	(.87)													
F2: 병원/병실환경	.48	(.83)												
F3: 간호	.57	.44	(.87)											
F4: 정보제공	.67	.35	.56	(.80)										
F5: 입원	.40	.38	.49	.46	(.76)									
F6: 퇴원	.45	.43	.46	.42	.48	(.65)								
F7: 식사	.33	.51	.36	.21	.30	.29	(.70)							
S1: 의사만족도	.53	.35	.37	.43	.22	.40	.21							
S2: 시설만족도	.27	.64	.32	.21	.27	.23	.34	.24						
S3: 간호만족도	.39	.37	.73	.41	.37	.32	.35	.33	.37					
S4: 식사만족도	.26	.42	.30	.16	.23	.18	.73	.15	.35	.43				
C1: 치료효과	.29	.21	.24	.22	.15	.23	.19	.44	.18	.27	.19	(.74)		
C2: 재이용/추천의도	.54	.46	.43	.53	.38	.38	.33	.46	.32	.37	.33	.38	(.84)	
C3: 전반적 만족도	.47	.51	.48	.44	.40	.36	.38	.43	.54	.46	.41	.33	.58	

주. 모든 상관계수는 p<.01 수준에서 유의미함. 대각선의 ( )안의 수치는 척도의 신뢰도(내적합치도)계수임.

들과 준거변수들의 상관계수를 정리한 것이다.

하위척도들 간의 상관계수는 최하 .21(정보제공과 식사)에서 최고 .67(의사의 치료와 정보제공)로 중간정도 수준의 상관값을 나타내고 있다. 또한 이 수치는 대각선에 있는 하위척도의 신뢰도에 비해 현저하게 낮다는 것을 알 수 있다. 만일 척도들의 신뢰도가 척도간의 상관값에 비해 낮다면, 이는 척도들이 서로 독특하고 구분 가능한 측면을 측정하고 있다고 볼 수 없다는 점에서 이런 결과는 하위척도들이 비교적 서로 다른 측면을 측정하고 있다는 것을 의미한다.

또한 표에서 각기 한 문항으로 측정된 부문별 만족

타당도를 지지하는 것이다. 하위척도의 특성을 분석한 결과는 하위척도들이 비교적 서로 다른 측면을 측정하고 있으며, 한 문항으로 측정된 부문별 만족도와도 수렴 변별타당도를 보이고 있을 뿐 아니라 준거와 관련해서도 받아들일 만한 타당도를 갖는 것으로 나타나서, 본 연구에서 사용한 문항들이 향후 종합병원의 서비스품질을 평가하기 위한 더 정교한 척도문항을 구성할 때, 매우 유용하게 쓰일 수 있다는 것을 보여주었다. 다만, 의사의 치료, 병원/병실환경, 간호, 정보제공을 제외한 나머지 차원의 경우에는 이들 하위척도들의 신뢰도가 .80에 이르지 못하고 또한 표 4에서 볼 수 있는 것처럼 다른

표5. 품질평가 차원들로 각 준거변수를 설명하는 단계적 회귀분석 결과

기준변수	예언변수	누적 R <sup>2</sup>	베타
치료효과 지각	의사의 치료	.08	.29
재이용/추천의도	의사의 치료	.26	.21
	병원/병실환경	.30	.20
	정보제공	.34	.22
	입원과정	.35	.13
전반적 만족	병원/병실환경	.26	.35
	간호	.34	.22
	정보제공	.37	.19

주. 베타치는 최종 회귀식의 수치임.

도와 하위척도들의 상관을 보면, 의사만족도는 다른 어떤 하위척도보다도 의사의 치료(.53)와 상관이 가장 높고, 마찬가지로 시설만족도는 병원/병실환경(.74)과, 간호만족도는 간호(.73)와, 식사만족도는 식사(.73)와 가장 상관이 높다는 것을 알 수 있다. 이런 결과 또한, 하위척도들의 수렴/변별타당도를 시사하는 것으로서 각 하위척도들이 비교적 서로 다른 측면을 측정하고 있다는 것을 의미한다.

한편, 준거관련 타당도를 살펴보면, 하위척도들은 치료효과와 재이용/추천의도, 전반적 만족도와 모두 유의미한 상관을 보이고 있다. 이는 하위척도들의 준거관련

하위척도들에 비해 준거문항들과의 상관계수도 작아서 더욱 적절한 문항을 개발해야 할 필요성이 있는 것으로 보인다. 또한 준거측정도 개선이 필요할 것으로 보인다.

#### 품질평가의 차원과 소비자 행동

표 5는 품질평가의 차원을 예언변수로 하고 후속 행동을 기준변수로 한 단계적(stepwise) 중다회귀분석결과를 정리한 것이다. 이때 회귀식에 들어가는 변수는 회귀식의 유의도 한계를 .05로 정하고 이를 넘지 않는 변수

까지만 들어가도록 하였다. 먼저, 치료효과에 관한 분석을 보면, 의사의 치료 요인만이 유의미한 설명력을 갖는 것으로 나타났고, 이 설명력도 8%로 매우 낮은 것으로 나타났다. 재이용/추천의도에 관해서는 의사의 치료가 가장 많은 설명력을 갖는 것으로 나타났고, 병원/병실의 환경, 정보제공들이 각기 고유한 추가적인 독자적인 설명력을 갖는 것으로 나타났다. 그러나 전반적 만족에는 병원/병실의 환경이 가장 큰 설명력을 가지며, 간호와 정보제공도 독자적인 영향력을 갖는 것으로 나타났으나 의사의 치료는 독자적인 설명력을 갖지 못하는 것으로 나타났다는 점이다. 이는 환자가 병원에 입원해 있는 동안의 만족도에 의사의 치료가 특별한 영향을 미치지 못한다는 것을 의미하는 것은 아니다. 그보다는 의사의 치료가 병원/병실의 환경이나 정보제공, 간호에 비해 상대적으로 덜 영향을 미친다는 것을 의미하는 것으로 보아야 한다.

살펴본 것처럼, 의료서비스 품질지각의 하위차원들은 재이용의도, 추천의도, 긍정적 구전의도와 같은 행동경향 측정치들과 유의미한 상관을 갖는 것으로 나타났다. 이는 소비 경험에 대한 평가가 후속행동에 영향을 미칠 수 있다는 것을 명백하게 보여주는 것이다. 또한 하위차원들 중에서는 의사의 치료와 정보제공이 다른 차원에 비해 더 큰 상관을 갖는 것으로 나타나서, 입원환자의 퇴원 후 행동경향성에 의사집단이 제공하는 서비스가 가장 중요한 영향력을 갖는다는 것을 시사해 주었다.

흥미로운 것은 이런 행동 경향성에 대한 영향과는 달리 병원에 대한 전반적 만족도에는 병원/병실의 환경과 같은 물리적 요인이 간호나 정보제공보다 더 중요한 역할을 한다는 점이다. 대개의 연구들이 환경을 의료서비스 품질평가의 하위차원으로 밝히고 있으나, 외국연구를 보면, 전반적 만족도에 대한 영향은 의사의 치료나 간호, 정보제공 등에 비해 낮은 것이 일반적이다. 이런 결과에 대해 무엇보다도 먼저 생각해볼 수 있는 가능성은 이 결과가 표본 특정한 것일 수 있다는 점이다.

즉, 본 연구의 대상이었던 병원은 경기도 지역에서는 가장 최근에 개원한 대규모 종합병원이며, 여러 매체물 통해 시설의 우수함이 지역에 홍보되었던 바, 이런 영향이 반영된 것일 수 있다. 이를 다른 측면에서 해석하면, 이런 물리적 환경요인에 대한 지각이 병원의 이미지에 강한 영향을 미쳐서 결과적으로 PSQ에 강한 영향을 미치는 것으로 나타났을 수도 있다. 예컨대, Gronroos(1982)는 서비스에 대한 품질지각은 서비스제공자에 대한 이미지의 직접적인 영향을 받는 바, 서비스 제공자의 이미지는 소비자가 반복적인 경험을 통해 습득하게 되는 특정 서비스 경험에 관한 기술적 품질(소비자가 무엇을 받는가)과 기능적 품질(소비자가 어떻게 받는가)지각에 의해 결정된다고 주장했다. 그러나 이런 주장에 대해서는 아직 검증된 바 없다.

또 다른 흥미로운 것은 품질지각이 치료효과에 대한 환자의 지각을 거의 설명하지 못하고 있다는 점이다. 일반적으로, 치료효과는 의료서비스 소비의 가장 핵심적인 목표라고 볼 수 있고 따라서 의료서비스의 품질지각과 매우 밀접한 관련을 맺을 것으로 생각할 수 있다. 실제로 이런 결과는 품질지각의 차원들이 치료효과지각과 각기 .5이상의 상관을 갖는 것으로 나타난 Ware 등(1990)의 결과와는 상당히 다른 것이다. 또한 치료효과 지각은 전반적 만족도와도 별로 높은 상관을 보이지 않았다. 이런 결과는 환자들의 전반적 만족도 평가가 품질평가나 치료효과에 대한 평가와는 다른 기준으로 이루어지는 것이 아닌가 하는 의심을 갖게 한다. 그러나 현재로서는 입원 경험 환자들이 병원의 의료서비스 여러 측면을 자기 질병의 치료효과와 그렇게 높은 관련이 있는 것으로 지각하지 않고 있다는 것 외에 적절한 설명이 불가능하다. 후속 연구의 중요한 주제로 미루었다.

방법론적 시사점을 위한 분석

**회송자와 비회송자.** 본 연구와 같은 우편조사법에서는 질문지를 회송해 준 응답자와 그렇지 않은 응답자간에 어떤 체계적인 차이가 있을 수 있다. 예컨대, 실증 연구는 별로 없지만, 대체로 무응답자들이 덜 호의적으로 평가하는 것으로 알려져 있다(Rubin,1990). 그러나, 이를 입증하기 위해서는 무응답자를 어떤 식으로든 접촉해서 응답을 받아야 한다. 본 연구에서도 이런 작업까지는 하지 못했다. 그러나 회송자와 비회송자 간에 인구통계적 특성에서 다소 차이가 있음을 알 수 있었다. 예컨대, 회송자와 비회송자 간에는 성별에 따른 차이가 있어서, 전체 발송사례 중 회송집단이 비회송집단에 비해 남자의 비율이 다소 높은 경향이 있었다( $\chi^2=5.40$ ,  $df=1$ ,  $p<.05$ ). 그러나 연령별로는 회송집단(47.4세)이 비회송집단(43.4세)에 비해 다소 높기는 하지만, 통계적으로 유의미하지는 않았다. 마찬가지로 거주 지역을 도시와 군 이하 지역으로 나누어 회송집단과 비회송집단의 거주 지역 분포를 분석한 결과도 유의미한 차이가 없었다.

**응답자에 따른 차이.** 질문지는 원칙적으로 입원했던 환자 자신이 기록하도록 했으나, 부득이한 경우에는 보호자가 기록해도 되도록 하였다. 그 이유는 의료서비스에 관한 외국의 연구들은 대부분 환자 자신이 의료서비스를 평가하는 방식의 연구 방법을 채택하고 있지만, 우리나라 소비자의 의료서비스 이용방식은 외국과 매우 다르기 때문이다. 예컨대, 선진외국의 경우는 환자가 입원하면, 그 환자에 관한 모든 관리를 병원측이 담당하는 것과는 달리, 우리나라의 환자들은 일단 입원하면 가족이나 친지가 일차적으로 환자의 관리를 담당하게 되어 있다. 즉, 누군가가 입원을 하면, 최소한 1사람의 보호자가 항상 옆에 붙어서 관리를 하지 않으면 안되는 특성이 있다. 따라서 의료기관의 의료서비스에 대한 평가는 환자가 할 수 있는 경우도 있지만, 환자보다는 오히려 보호자가 병원서비스에 대한 경험의 양이 더 많아서 보호자가 평가하는 것이 더 나은 경우가 있을 수 있다고 보았다.

전체 자료중 보호자가 응답한 비율은 40%였다. 응답을 누가 했는가에 따라 환자집단과 보호자 집단으로 나누어서 품질평가의 하위차원들과 준거변수들에 관한 차이가 검증한 결과 두 집단간에는 어떤 변수에서도 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이런 결과는 우리나라와 같은 독특한 상황에서는 환자가 아니라 보호자를 의료서비스에 대한 품질평가 대상으로 하는 것이 가능하리라는 것을 시사한다. 다만, 두 집단간에는 환자의 입원기간의 차이가 있어서 보호자집단(26.7일)이 환자집단(15.6일)에 비해 길었다. 환자의 입원기간이 길수록 보호자가 질문에 응답하는 경향이 더 많다는 것을 보여주는 결과이다.

## 결론 과 논의

본 연구에서는 입원경험 환자의 의료서비스 품질평가의 차원들을 밝히고자 하였다. 또한 이 과정에서 이들 차원을 측정하는 문항과 하위척도의 특성을 분석함으로써 더 나은 측정도구개발을 위한 후속 연구의 토대로 삼고자 했다. 본 연구로 밝힌 품질지각 하위차원 척도들의 신뢰도는 만족스러운 수준이고, 척도들의 수렴변별타당도도 받아들일만 했다. 또한 하위척도와 중요한 준거변수들과의 상관도 모두 통계적으로 유의미할 뿐만 아니라 특히 하위척도들이 입원경험 환자의 재이용/추천의도와 전반적 만족의 변산율 35%이상 설명하는 것으로 나타나서 본 연구에서 사용한 문항들을 일부 개선함으로써 입원서비스의 품질지각을 측정하는 신뢰롭고 타당한 척도가 될 수 있음을 보여주었다.

더불어 연구 과정을 통해 입원경험환자의 품질지각과 후속 행동에 대해서 뿐만 아니라 우편조사를 통해 연구하는 과정에 관해서도 부가적으로 매우 유용한 지식을 얻을 수 있었다. 연구 결과 나타난 품질평가의 차원성을

중심으로 개선한 척도제작에서 고려할 점을 살펴보고, 자료수집과정의 시사점과 연구의 제한점을 논의하겠다.

**척도제작의 고려점.** 본 연구는 앞서 밝힌 것처럼 의료서비스를 소비자의 관점에서 평가하기 위한 척도를 구성하기 위한 연구의 일부이다. 의료서비스품질 평가척도를 구성할 때, 우리는 보통 2가지 방식을 생각해 볼 수 있다. 하나는 SERVQUAL과 같은 방식으로, 피평가 대상에 관계없는 개념적인 평가차원을 밝히고 이를 측정하는 척도를 구성하는 것이다. 예컨대, SERVQUAL은 유형성, 신뢰성, 반응성, 설득성, 공감성이라는 5개의 차원을 측정하는 방식으로 구성되어 있다. 이때, 유형성은 서비스기업의 건물이나 설비, 사무용품 등이 피평가 대상이 되지만, 신뢰성, 반응성, 설득성과 공감성은 모두 서비스기업의 여러 부분의 인력들이 보여주는 대고객 행동이 그 대상이 된다. Headley(1989)는 일반 서비스 분야에서 확립한 SERVQUAL의 차원성이 의료서비스의 경우에도 비교적 유사하게 나타난다는 것을 보여주었다. 이런 방식은 개념적 접근법이라 볼 수 있다.

또 다른 방식은 앞서 소개한 의료기관 서비스 평가 기준집과 같은 방식이다. 이 기준집의 문항들은 의료기관의 관리체계, 장비나 설비, 의사, 간호사, 응급의료 등과 같은 영역별로 구분되어 있다. 이런 방식으로 작성한 척도들은 의료서비스 제공기관의 부문별 평가나 진단이 가능하다는 장점이 있다. 예컨대, Hays, Larson, Nelson과 Bataken(1991)은 환자의 평가를 통해 병원 품질을 측정하는 척도를 제안했는데, 이 척도는 환자가 경험하는 서비스영역별로 입원, 일상적 진료, 정보제공, 간호사, 의사, 기타 보조직원, 병실, 퇴원, 비용지불의 9가지 영역을 구분하는 하위척도들로 구성되어 있다. 이런 방식은 영역별 접근법이라 볼 수 있다. 본 연구자가 말하는 개념적 접근법과 영역별 접근법은 거시적 접근과 미시적 접근이라고 부를 수도 있다.

개념적 접근법은 서비스 품질에 대한 포괄적인 개념

차원을 이용한 전반적인 진단과 이론적 연구에는 매우 유용하지만, 서비스 제공 체계를 구성하는 구체적 대상 또는 영역에 대한 진단에는 어려움이 있다. 이에 비하면, 영역별 접근법은 부문별 진단과 평가가 쉽고 따라서 조직 관리에 더 쉽게 이용할 수 있다는 실용성에서 장점이 있다. 그러나, 문항들이 각 부문에 관한 구체적인 경험 내용을 묻는 것이어서 응답자들이 매우 포괄적인 경험을 하지 않으면, 응답하기 어려운 문항들이 많다는 것이 약점일 수 있다.

이런 차이는 두 접근 방식을 이용하는 척도들의 문항 작성 방식에 반영되어 있다. 예컨대, SERVQUAL은 모든 문항의 주어가 '훌륭한(서비스분야명)회사'로 되어 있고, 이를 이용한 Headley(1989)의 경우도 모든 문항에서 의사, 간호사 등의 대상을 구체적으로 기술하지 않고 그 대신 '서비스 제공자'라는 용어로 대체함으로써 응답자로 하여금 구체적인 대상보다는 여러 대상을 포괄하는 평가를 하도록 유도하고 있다. 윤명숙(1991)은 이런 개념적 접근법을 이용하면서도 의사, 간호사, 병원 등을 주어로 하는 문항을 작성하였고, 그 결과 의사소통, 능력, 시간적 편리성, 안전성, 접근성이라는 5개의 차원을 밝혔으나, 의사소통과 안전성은 모두 의사에 관한 문항들이고, 접근성에 속하는 문항들은 병원의 위치나 교통에 관한 것이어서 차원의 명명은 개념적으로 하였으나 실제로는 영역 중심적인 결과가 나타난 것으로 보인다(나기승(1994)의 결과에서도 이런 현상을 찾아볼 수 있다).

실제로 환자들은 의료서비스를 평가할 때, 영역별 평가와 속성별 평가를 모두 사용하는 것으로 보인다. 본 연구의 결과나 Ware와 동료들(1990)의 결과 뿐만 아니라 앞서 예로 든 연구들의 결과에서도 영역과 개념적 차원이 혼재되어 나타나는 것을 볼 수 있다. 이런 현상은 무엇보다도 영역에 따라서 어떤 속성은 적합하지 않지 때문에 나타난 것일 수 있다. 그러나 또 다른 가능성은 응답자의 서비스 소비 경험이 적고 그에 따라 의료서비스

분야에 관한 지식이 적기 때문에 나타난 것일 수 있다. 예컨대, 본 연구에서 나타난 영역에 따른 차원들은 그 대상이 모두 쉽게 여러 번 접할 수 있는 대상들이며, 개념적인 차원이라고 볼 수 있는 정보제공과 같은 차원도 대상에 관계없이 단 한 번의 서비스 이용만으로도 충분히 평가할 수 있는 차원이다.

예컨대, 일반 서비스 분야에서 유용성을 인정받고 있는 SERVQUAL은 그 대상이 되는 서비스가 은행, 신용카드사, 전화서비스, 간편식당, 유통점과 같이 비교적 반복 소비의 빈도가 높아서 소비자들의 경험이 많은 대상들이다. 그러나, 의료서비스의 경우는 많은 반복 경험을 갖기 어려운 대상일 수 있고 따라서 의료서비스에 대한 응답자들의 지식구조나 평가구조가 잘 형성되지 못할 수 있다. 예를 들어, 대상에 대한 의미공간을 연구한 Osgood, Suci와 Tannenbaum(1957)은 추상화에 대한 의미평가가 미술전문가를 대상으로 하는 경우에는 뚜렷한 차원구조를 보이지만, 일반인을 대상으로 했을 때는 전혀 체계적인 구조를 형성하지 못한다는 것을 보여주었다.

이와 관련해서, 본 연구에서 연구 대상을 '입원환자'로 제한하고 외래환자를 배제한 것은 그나마 입원환자들이 병원에 머무르면서 다양한 영역의 서비스를 경험할 가능성이 더 높을 것으로 보았기 때문이다. 본 연구의 결과를 병원이용경험 수준에 따라 집단을 구분해서 분석함으로써 이런 가능성을 확인할 수 있었지만, 그렇게 할 경우 표본수가 작아서 하지 못했다. 후속 연구로 미루었다.

Singh(1989)은 소비자가 중요하게 생각하는 대상 또는 영역을 밝혀 내고, 개개 영역 수준에서 차원성을 밝혀 낸 후, 이를 검증하는 연구 전략을 제안하였다. 그러나 본 연구의 결과나 외국 연구의 결과를 토대로 할 때, 이런 주장은 이상적이기는 하지만 실제로는 매우 어려운 것으로 보인다. Singh(1989)의 주장대로라면, 각 영역별로 서로 다른 차원들이 나타날 수 있으며, 따라서 영

역별로 연구를 따로 하지 않으면 안되기 때문이다. 아니면, 특정 차원을 고정시키고 이 차원에서 해당 영역을 연구하는 방법이 있을 수 있다. 실제로 이런 연구 방법은 많은 연구자들이 사용하고 있다. 예컨대, 접근성만을 다룬 연구(Penchansky와 Thomas,1981)나 돌보기 지속성(continuity of care)만을 다룬 연구(Bice와 Boxerman,1977; Roos, Roos, Gilbert, Nicol과 Comm,1980)들이 특정 차원만을 다룬 예가 되며, 의사(Mattews, Sledge와 Lieberman,1987)나 퇴원(Proctor, Howell, Albaz와 Weir,1992)만을 다룬 연구들이 특정 영역만을 다룬 예가 된다. 그러나 이런 연구들은 병원이라는 의료서비스 전달 조직의 서비스를 전체적으로 평가할 수 있는 척도를 구성하는 데에 도움이 되기는 하지만 그 자체로는 포괄적인 척도를 제공할 수 없다. 따라서, 일반적으로 사용할 수 있는 척도구성을 위해서는 영역과 차원을 모두 품질지각의 차원으로 포함시키는 방법이 현실적인 것으로 생각된다.

**자료수집 과정의 시사점.** 본 연구의 자료수집과정에서 얻은 몇 가지 결과는 향후 이 분야의 연구를 위해 도움이 될 것으로 본다. 첫째, 본 연구에서는 우편을 이용해서 자료를 수집할 때, 질문지를 우송하기 전에 미리 전화를 해서 조사의 목적과 주체에 대해 알리고 협조를 부탁하였고, 또 미회송자에 대해서는 독촉전화를 실시하였다. 또한 질문지를 우송할 때, 응답용 편도 함께 제공하였다. 이런 작업은 비용도 많이 들고 번거로운 것이기는 했지만, 회송률을 일반적인 우편조사에 비해 30%이상이나 높은 51%로 끌어올릴 수 있었다. 우편조사에서 높은 회송률은 여러 가지 장점을 갖는다. 무엇보다도 자료 수집의 비용에 관한 장점 외에도, 회송표본과 미회송표본간에 있을 수 있는 여러 가지 차이와 그로 인해 발생하는 편포를 줄일 수 있다는 장점이 있다.

둘째, 또 다른 흥미로운 것은 전체 응답자의 40%가 환자가 아니라 보호자였고, 이들 응답자에 따른 평가의 차이가 없었다는 점이다. 즉, 품질평가의 각 하위차원

점수나 준거변수들의 평균에서 응답자에 따른 차이는 전혀 유의미하지 않았다. 그러나 환자가 응답한 경우 환자의 입원기간은 평균 2주 정도인데 비해 보호자가 응답한 경우 환자의 입원기간은 평균 4주 정도인 것으로 나타났다. 이는 환자의 입원기간이 길수록 보호자가 응답하는 경향이 더 높다는 것을 나타낸다. 이 결과는 입원환자를 대상으로 하는 우리 나라 연구에 중요한 시사점을 준다. 예컨대, 많은 연구들이 그랬던 것처럼 현재 입원중인 환자를 응답자로 하는 경우, 병이 심한 환자들이나 응답하기 불편한 질병을 앓는 환자들은 표본에서 제외될 수밖에 없고 따라서 표본의 대표성이 위협을 받을 가능성이 커진다. 이런 경우, 보호자가 응답대상으로서 대안적인 정보원이 될 수 있을 것이다.

셋째, 환자를 대상으로 하는 연구에서 응답장소나 시기가 응답에 부정적인 영향을 미칠 가능성이 있는 것으로 보인다. 본 연구에서는 응답자에게 사전에 전화를 해서 연구에 협조해 줄 것을 요청할 때, 연구의 주체가 병원이 아니라 개인임을 명확하게 알려주었다. 그러나 많은 사례가 연구 주체를 병원으로 혼동하고 매우 조심스러운 태도를 보여주었다. 예컨대, 퇴원한 환자에게 전화를 하면, 자신의 연락처를 어떻게 알았는지를 매우 궁금하게 여기면서 되도록 좋은 이야기를 하려고 애쓰는 편이었고, 어떤 응답자는 연구자에게 전화를 해서 정말로 생각하는대로 써도 되는가를 묻기도 했다. 또 다른 응답자는 회송한 후에 전화를 해서, 자신이 '생각하는대로 쓰다보니까 좀 부정적으로 답하기는 했지만 다 병원을 위해서'라며 오해하지 않기를 부탁하기도 했다. 이런 현상은 아마 일부 응답자들에게 '종개 속이기(faking good)' 또는 묵종(acquiescency)을 낳지 않았을까 하는 의구심이 들게 한다.

이는 또한 현재 상당수 병원들이 자체적으로 하고 있는 환자만족도 측정이 상당히 과대 평가된 측정치들 얻을 가능성이 있다는 것을 시사한다. 마찬가지로 병원에 입원 중인 환자를 대상으로 하는 연구들(예컨대, 나

기승,1994; 서정희,1993)의 자료수집과정에서 많은 반응편파(response bias)가 발생했을 가능성을 시사한다.

마지막으로, 연구자의 판단으로는 병원 또는 의사에 대한 신뢰나 존경이 병원이 제공하는 의료서비스에 대한 평가에 영향을 미치는 것으로 보인다. 즉, 병원이나 의사에 대한 일반적 태도(general attitude)에 따라 의료서비스에 대한 평가가 달라질 수 있는데, 이는 이런 태도가 의료서비스에 대한 기대나 열악한 서비스에 대한 심리적 수용에 영향을 미치기 때문인 것으로 보인다. 이런 주제에 관한 연구가 전혀 없기 때문에 향후 연구의 과제라고 생각한다.

연구의 한계. 본 연구는 입원환자만을 대상으로 했다. 병원들은 대개 입원환자와 외래환자를 다루는 체계가 서로 다르기 때문에 두 부류 환자들의 의료서비스 경험 내용이 매우 다를 수 있기 때문이다. 예컨대, 외래환자들은 병실을 사용하지 않으며 병원식사를 제공받지도 않는다. 또한 스스로 약을 타 가야 하며, 진료를 위한 예약을 해야 한다. 이렇듯, 외래환자와 입원환자는 의료서비스의 경험 내용이 서로 다를 수 있어서, 따로 연구해야 할 필요가 있다. 아직까지 입원환자와 외래환자의 의료서비스 품질지각을 비교한 연구는 없었다. 그러나 외래환자를 대상으로 했던 이상일(1994)의 연구결과에서 보듯이 이들 환자집단간에 품질지각의 차원이 서로 다를 가능성은 충분히 있는 것으로 보인다. 또한 입원실을 가지고 있지 않는 소규모 병원들은 대부분 이용자들이 외래환자이고 따라서 병원 경영을 이들 외래환자들에 의존하고 있다. 이런 점에서도 외래환자들을 대상으로 하는 연구가 필요할 것으로 보인다.

본 연구는 800명상이 넘는 대규모 종합병원의 입원환자를 대상으로 한 것이다. 자료 수집의 어려움때문에 한 병원의 입원환자만을 대상으로 했는데, 여러 병원의 입원환자를 대상으로 하는 연구가 있어야 하겠다. 또한 산과와 정신과 환자는 조사대상에서 제외했는데, 특히 산과와 같은 특수분야는 따로 연구해야 할 것으로 보인다.

다.

## 참 고 문 헌

- 나기승(1994). 의료서비스 질의 측정을 위한 척도개발에 관한 연구. 석사학위 청구논문, 건국대학교 대학원.
- 김창엽(1995). 의료의 질 향상과 환자만족도 조사의 실제. 제 11차 병원관리 종합학술대회 연재집. 대한병원협회, 29-64.
- 배순득(1995). 의료서비스 품질의 측정 및 평가에 관한 연구. 석사학위 청구논문, 효성여자대학교 대학원.
- 보건사회부(1992). 제 7차 경제사회발전 5개년 계획: 보건의료, 사회보장 부문 계획 1992-1996. 과천, 보건사회부, 98-132.
- 서정희(1993). 의료서비스에 관한 소비자만족 척도개발에 관한 연구. *소비생활연구*, 12, 53-71.
- 시사저널(1995). 물가안정 억지주사에 병원 부조리 뒷난다. 1995.5.18. 26.
- 어경선(1993). 소비자가 바라는 의료서비스. *월간 소비자*, 10월호, 39-42.
- 윤명숙(1991). 서비스품질의 마케팅 전략적 활용에 관한 실증적 연구: 의료서비스를 중심으로. 박사학위 청구논문, 숙명여자대학교 대학원.
- 의료기관 서비스 평가협의회(1995). *의료기관 서비스 평가기준집*.
- 한겨레 신문(1994. 1.1 - 1995.11.2). 의료병폐 함께 고쳐나가자.
- 이상일(1994). 병원 외래 방문 환자의 만족도 평가 및 관련요인에 대한 연구: 한 3차 병원 방문환자를 중심으로. *예방의학지*, 27, 2, 366-376.
- Bearden, W. O., & Teel, J. E. (1983). Selected

determinants of consumer satisfaction and complaints reports. *Journal of Marketing Research*, 20, 21-28.

- Bice, T. W., & Boxerman, S. B. (1977). A quantitative measure of continuity of care. *Medical Care*, 15, 347
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. A. (1993). A Dynamic process model of service quality: From expectation to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, 7-27.
- Donabedian, A.(1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.
- Gronroos, C. (1982). A Service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Hays, R. D., Larson, C., Nelson, E. C., & Batalden, P. B. (1991). Hospital quality trends: A short-form patient-based measure. *Medical Care*, 29(7), 661-668.
- Headley, D. E.(1989). *Perceived service quality: Its measurement and relationship to consumer behavior in a medical care setting*. unpublished Doctoral dissertation, Oklahoma State University.
- Hulka, B. S., Zyzansky, S. J., Cassel, J. C., & Thompson, S. J. (1970). Scale for the measurement of attitude toward physician and primary medical care. *Medical Care*, 8, 429.
- Mattews, D. A., Sledge, W. H., & Lieberman, P. (1987). Evaluation of intern performance by medical inpatients. *American Journal of Medicine*, 83, 933. Cited in Meterko, & Rubin(1990).
- Meterko, M., & Rubin, H. R. (1990). Patient judgements

- of hospital quality: A taxonomy. *Medical Care*, 28(9), S10-S14.
- Nyugen, T. D., Attkinsson, C. C., & Stegner, B. L.(1983). Assessment of patient satisfaction: Development and refinement of service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314. cited in Headley(1989).
- Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H.(1957). *The Measurement of Meaning*. Urbana: University of Illinois press.
- Pascoe, G. C.(1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210. cited in Headley(1989).
- Penchansky, R., & Thomas, J. W.(1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127-140.
- Proctor, E., Howell, N. M., Albaz, R., & Weir, C.(1992). Patient and family satisfaction with discharge plans. *Medical Care*, 30(3), 262-275.
- Roghmann, K. J., Hengst, A., & Zastowny, T. R. (1979). Satisfaction with medical care: Its measurement and relation to utilization. *Medical Care*, 17(5), 461-479.
- Roos, L. L., Roos, N. P., Gilbert, P., Nicol, J. P., & Comm, B.(1980). Continuity of care: Does it contribute to quality of care? *Medical Care*, 18(2), 174-184.
- Rubin, H. R. (1990). Patient evaluation of hospital quality: A review of the literature. *Medical Care*, 28(9), S3-S9.
- Rubin, H. R., Ware, J. E., & Hays, R. D.(1990). The PJHQ questionnaire: Exploratory factor analysis and empirical scale construction. *Medical Care*, 28(9), S22-S29.
- Rust, R. T., & Oliver, R. L.(1994). *Service Quality: New directions in theory and practice*. London: Sage Publications
- Singh, J.(1989). The Patient satisfaction concept: A review and reconceptualization. *Advances in Consumer Research*, 16, 176-179.
- Smith, R. B., Bloom, P. N., & Davis, K. S. (1986). Research on patient satisfaction: Potential directions. *Advances in Consumer Research*, 13, 321-326.
- Ware, J. E., & Berwick, D. M. (1990). Conclusions and recommendations. *Medical Care*, 28(9), S39-S42.
- Ware, J. E., & Snyder, M. K.(1975). Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical Care*, 13, 669.
- Ware, J. E., Snyder, M. K., Wright, W. R., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263. cited in Headley(1989).

1차 원고 접수 : 1996년 2월 3일

1차 수정본 접수 : 1996년 5월 10일

최종 수정본 접수 : 1996년 6월 3일

부록 : 품질평가 문항

- 문항01. 입원정보 제공: 입원수속직원들은 입원에 필요한 준비물이나 주의사항을 잘 알려주었습니까?
- 문항02. 입원수속의 효율성: 입원하는 과정이나 수속은 빠르고 효율적이었습니까?
- 문항03. 입원 수속직원들의 관심과 도움정도: 입원수속 담당하는 직원들은 친절하게 도와주었습니까?
- 문항04. 환자의 개인적 요구에 대한 수용: 환자의 개인적 요구에 대해 융통성있게 들어주었습니까?
- 문항05. 입원대기시간: 입원결정이 난 후 오래 기다리지 않고 입원할 수 있었습니까?
- 문항06. 의료장비: 그 병원의 의료장비들은 확신의 좋은 장비였습니까?
- 문항07. 병원의 전반적 효율성: 환자에 관한 병원의 업무처리는 부드럽게 잘 이루어졌습니까?
- 문항08. 환자의 의견 인정: 병원측은 환자나 가족이 무엇을 중요하게 생각하는지 잘 알고 있고 또 환자나 가족에게 선택권을 주었습니까?
- 문항09. 환자의 요구에 대한 배려: 병원측은 환자나 가족의 요구를 들어주려고 노력했습니까?
- 문항10. 환자에 대한 정보 제공: 검사, 치료 또는 환자가 앞으로 겪을 일을 명확하고 충분히 설명해 주었습니까?
- 문항11. 설명: 의사나 간호사 또 기타 직원들이 검사나 수술을 위해서 어떻게 준비해야 하는지를 잘 설명해주었습니까?
- 문항12. 협동적 치료: 환자 치료를 위한 의료진은 서로 잘 협조가 되었습니까?
- 문항13. 의료진의 일상적 진료: 의료진의 스케줄을 환자를 위해 잘 조정해 주었습니까?
- 문항14. 가족이나 친구에 대한 정보제공: 병원측은 환자의 상태나 요구를 가족이나 친구들에게 잘 전달해 주었습니까?
- 문항15. 환자치료에 가족이나 친구의 개입: 환자치료에 가족이나 친구를 효과적으로 개입시켰습니까?
- 문항16. 정보획득의 용이성: 병원측은 환자가 궁금해하는 것에 관해 잘 대답해 주었습니까?
- 문항17. 전문인력과 특수치료: 환자에게 필요한 특별한 검사나 치료를 쉽게 받을 수 있었습니까?
- 문항18. 도움: 병원측은 환자를 안심하고 마음 편안히 있을 수 있도록 해주었습니까?
- 문항19. 안전과 도난 방지: 병원측은 환자의 신체나 소지품의 안전을 보장해 주었습니까?
- 문항20. 간호사의 기술과 능력: 간호사는 주사나 투약을 능숙하게 잘 했습니까?
- 문항21. 환자의 상태에 대한 간호사의 관심: 환자의 상태나 행동을 계속적으로 잘 관찰했습니까?
- 문항22. 환자의 호출에 대한 간호사들의 반응: 간호사의 도움을 요청했을 때 재빨리 도와주었습니까?
- 문항23. 간호사의 관심과 배려: 간호사는 환자를 친절하고 따뜻하게 대해주었습니까?
- 문항24. 간호사의 정보 제공: 간호사는 의사나 환자, 환자의 가족과 의사소통을 잘 했습니까?
- 문항25. 환자의 상태에 대한 의사의 관심: 의사는 환자의 상태나 행동을 계속적으로 잘 관찰했습니까?
- 문항26. 의사현답의 유용성: 필요할 때 의사를 쉽게 만날 수 있었습니까?
- 문항27. 의사의 관심과 배려: 의사는 환자를 친절하고 따뜻하게 대해주었습니까?
- 문항28. 의사의 능력: 의사의 진료나 치료 능력, 의료지식은 좋았습니까?
- 문항29. 환자에 대한 태도: 의사는 환자가 말하는 의견이나 생각을 잘 듣고 이해해 주었습니까?
- 문항30. 충분한 진료시간: 의사는 환자의 진료나 치료를 위해 충분한 시간을 내주었습니까?
- 문항31. 환자에 대한 정보제공: 의사는 환자의 상태나 진료과정에 대해 충분히 말해주었습니까?
- 문항32. 입원실 관리: 병실관리사는 입원실을 잘 유지하고 환자에게 도움이 되도록 행동했습니까?
- 문항33. 검사실 직원의 능력: 각종 검사실의 직원들은 검사를 능숙하게 했습니까?
- 문항34. 검사실 직원의 배려: 검사실의 직원들은 환자의 입장에서 일했습니까?
- 문항35. 병실 상태: 병실은 청결하고 쾌적했습니까?
- 문항36. 병실 가구와 장비: 병실에 필요한 장비와 가구는 충분하고 또 잘 작동했습니까?
- 문항37. 열 공간: 시끄럽지 않고 잘 열 수 있었습니까?
- 문항38. 사생활 보호: 병원에서는 사생활을 충분히 보호받을 수 있었습니까?
- 문항39. 음식의 질: 전체적으로 식사의 온도, 맛 등은 좋았습니까?
- 문항40. 배식시간: 식사시간(배식시간)은 좋았습니까?
- 문항41. 병원 환경: 병실외에 병원 전체는 편안하고 조용하며 쾌적했습니까?
- 문항42. 표지나 표식: 병원에서 필요한 곳을 쉽게 찾아갈 수 있었습니까?
- 문항43. 병원 건물: 병원건물은 전체적으로 좋았습니까?
- 문항44. 주차: 주차장의 위치나 규모, 비용은 좋았습니까?
- 문항45. 가족이나 친구에 대한 배려: 방문객을 위한 편의시설이나 방문시간은 적당했습니까?
- 문항46. 퇴원수속: 퇴원수속에 걸리는 시간과 수속의 효율성은 좋았습니까?
- 문항47. 퇴원지도: 퇴원 후에 해야 할 일을 쉽게 잘 설명해 주었습니까?
- 문항48. 퇴원 후의 치료: 병원측은 퇴원 이후의 치료를 위해 노력했습니까?
- 문항49. 진료비용과 납부방식에 대한 설명: 병원측은 진료비에 관한 문의에 잘 대답해 주었습니까?
- 문항50. 청구의 효율: 청구서는 환자나 보호자가 쉽고 정확하게 이해할 수 있었습니까?
- 문항51. 진료비: 진료비용은 너무 많다는 생각이 들 정도로 비쌌습니까?

## ABSTRACT

### Medical service quality and its relationship to consumer behavior: Based on the perception of inpatients in a general hospital setting

Wan-Suk Gim

Dept. of Psychology, Ajou University

An aim of the study was to develop a standardized questionnaire to measure the quality of medical services based on the patients perception. As a first step, the study attempted to find out the dimensions of inpatients perceptions of medical services and their relationship to consumer behavior. Randomly sampled 600 subjects from 1300 patients, who had been hospitalized in a General Hospital of the Suwon city, were asked to fill out a mailing questionnaire which includes 51 key items regarding to the quality of the medical services. The 269 questionnaires were returned and analyzed.

Using the frequency of 'D.K.' responses of each item as a criterion, the 33 items were selected as common and relevant items. With a common factor analysis(principle axis factoring) by Kaiser criterion, 7 factors were revealed which were easy to interpret. The 7 factors included easily identifiable aspects of the in-patients experience: Medical care, Hospital/ward Environment, Nursing, Information, Admissions, Discharge, and Food. Using a multi-trait scaling analysis(correlation matrix of dimension scale and item correlations), the author examined the validity of the items underlying the factors. It was found that most of the items would have acceptably high convergent and discriminant validity and could be used in the future study.

To explore the relationships of the dimensions of quality perceptions and other theoretically related variables, the dimension scores were correlated with overall satisfaction score, overall health outcome score, and behavioral intention(to return visit/recommend) score. The present results suggested that Hospital/ward environment, Medical care, Nursing, and Information might be the major factors which could affect post-consumption behaviors of the patients.

The factor structure of the present study was discussed and compared with the results of the researches that studied the inpatients perceptions of medical service. The author discussed the relationships between the quality perceptions and the post-consumption behaviors. Also the author suggested some considerations for future study and discussed the limitations of the present study.