

응급실에서 이루어지는 자의 퇴원 (Discharge Against Medical Advice)에 관하여 - 커뮤니케이션의 관점에서

김재환¹ · 안치원² · 홍준영³¹중앙대학교병원 응급의학과 전공의, ²중앙대학교병원 응급의학과 임상조교수, ³중앙대학교 의과대학 응급의학교실 조교수

A study on the discharge against medical advice in the emergency room from the communication perspective

Jae Hwan Kim¹ · Chiwon Ahn² · Jun Young Hong³¹Resident, Department of Emergency Medicine, Chung-Ang University Hospital²Clinical Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, Chung-Ang University Hospital,³Assistant Professor, Department of Emergency Medicine, College of Medicine, Chung-Ang University

Background : It is called a discharge against medical advice (DAMA) that a patient needs continuous medical care, but leaving the hospital contrary to a doctor's medical advice. DAMA also occurs in the emergency room, and sometimes it can make the patient's symptoms and states worse or even lead to death.

Methods :

Results : There are various reasons for deciding to DAMA. Among those reasons, the poor communication skills of medical staff can cause the disease insight of patient to be lowered, create unsatisfactory medical services, and create distrust for the medical staff.

Conclusion : Medical staff can lower the frequency of DAMA through following patient-oriented communication : listening to the patient's symptoms and information, talking to the patient in an easy-to-understand language, and conducting two-way communication with appropriate feedback.

Keywords: Discharge against medical advice, Communication, Emergency service, Patients

핵심어: 자의 퇴원, 의사소통, 응급실, 환자

Corresponding author
Chiwon Ahn
Clinical Assistant Professor,
Department of Emergency
Medicine, Chung-Ang University
Hospital, 102, Heukseok-ro,
Dongjak-gu, 06973, Seoul,
Republic of Korea
Tel: +82-2-6299-2846
Fax: +82-2-6299-2064
E-mail: dr.ahn@hanmail.net

Received: 2020.06.02.
Revised: 2020.06.23.
Accepted: 2020.06.26.

서 론

자의 퇴원은 의학적 충고에 반한 퇴원(Discharge Against Medical Advice; DAMA)으로 의학적으로 지속적인 치료가 필요하나 환자 혹은 보호자가 의료진의 의견에 반하여 자의로 병원을 떠나는 상황을 말하며, 환자의 사망 및 재입원, 잠재된 질환의 진행에 따른 악화를 유발할 수 있다^{1,2}. 의료진에 의해 치료가 중단되는 상황과는 다르며, 환자 혹은 보호자의 결정에 따라 이루어지는 것이다. 환자가 병원에 입원한 후 의료진의 검사 및 추가적 치료에 대한 거절로 자의 퇴원이 이루어지기도 하지만, 응급실 진료 중에도 응급의료가 필요한 환자가 빈번하게 자의 퇴원을 하게 된다².

응급실에서 이루어지는 자의 퇴원율은 0.1~2.7% 정도로 알려졌다³. 응급 진료의 특성상 인력, 시설의 부족, 3차 의료기관 응급실로의 과밀화가 겹쳐진 상황에서 환자-보호자와

의료진의 관계가 이루어지게 되며 높은 검사 비용 등을 포함하여 진료 과정에서 수반되는 비용 문제, 지연되는 진료 때문에 발생하는 진료서비스의 불만은 자의 퇴원으로 이어질 수 있다². 또한, 응급실 내에서 약물 사용으로 인한 증상호전으로 환자 스스로 추가적인 진료가 필요 없다고 판단하는 경우에도 자의 퇴원을 결정할 수 있다². 환자에게 적절하고 정확한 검사 및 치료를 제공하는 것도 중요하지만, 환자가 병원을 떠나기 직전까지 진료 과정이기 때문에 자의 퇴원을 결정하는 상황에서 의료진은 이에 관심을 가지고 소통을 해야 한다.

의료 서비스에서 환자-의료진 간의 의사소통은 문진, 면담 및 진료 과정의 필수적인 요소이며 중요한 과정이다⁴. 의료진은 높은 수준의 의학적 지식을 가지고 진료에 임하지만, 반드시 수준 높은 의사소통 능력을 갖추고 있지는 않다⁵. 건강하지 않은 상태에서 응급실로 내원한 환자는 진료를 위한 대기 및 검사 지연으로 지속적인 스트레스와 불안감이 축적

된다⁶. 이러한 상황에서 전문적 의학 지식을 가지고 있는 의료진이 서투르고 원활하지 못한 의사소통 능력으로 환자에게 접근하게 되면 환자-의료진 사이에 강한 갈등과 불만이 야기될 가능성이 높으며, 구조적인 의료 과실의 잠재적 원인이 될 수 있다⁷. 또한, 이렇게 진행되는 자의 퇴원 때문에 환자 상태가 악화되고 사망에 이르게 될 수도 있다⁸. 또한, 의료진은 윤리적, 법적인 문제로까지 비화될 가능성을 안게 될 수 있다^{1,9}.

이러한 여러 이유 중에서 환자-보호자가 검사 및 치료 진행 결정에 어려움을 겪고 있다면, 환자-보호자에 대한 의료진의 적절한 의사소통 개입으로 자의 퇴원 가능성을 낮출 여지가 있다.

본 연구를 통해 응급실에서 발생하는 자의 퇴원 환자들에게서 그 원인을 분석해 보고 원인을 일으킨 환자와 의료진 간 의사소통의 문제 측면에서 접근해 보고자 한다. 또한, 이렇게 확인되는 문제점을 개선하는 방안들을 제시해 보고자 한다.

연구 방법

1. 연구 대상 및 자료 수집방법

연구는 2019년 1월부터 12월까지 중앙대학교병원 응급의료센터에 진료를 위해 방문한 환자에서 진료 과정 중 자의 퇴원이 이루어진 환자의 의무기록을 대상으로 후향적으로 조사를 시행하였다. 환자의 기본정보 및 국가응급진료정보망 (National Emergency Department Information System, NEDIS)의 자료를 이용하였다. 자의 퇴원의 기준은 NEDIS 자료에서 응급진료결과 중 ‘자의 퇴원’으로 명시한 것으로 하였고, 미상인 경우는 제외하였다. ‘자의 퇴원’으로 명시되었으나, 의무기록에서 실제 자의 퇴원이 아닌 경우는 연구에서 제외하였고, 이외 다른 변수의 제한은 두지 않았다. 정상진료종료 (normal disposition)는 입원, 퇴원 및 전원을 포함하였고, 응급실 도착 전 사망 (death on arrival, DOA) 과 응급실 도착 후 사망 (death after arrival, DAA) 환자와 응급실에 의무기록 복사 및 서류 발급 등, 진료 이외의 목적으로 접수한 경우는 ‘진료 외’ 항목으로 분류되어 정상진료종료에서 제외하였다.

2. 결과 변수 선정 및 자료 분석 방법

전체 연구대상의 특징을 파악하기 위해 환자의 기본 정보 (성별, 연령, 보험 유형)를 포함하여 내원 사유, 내원 경로, 내원 수단, 중증도 분류 등급, 응급실 체류 시간을 확인하였다. 내원 사유는 큰 분류로 ‘질병’ 과 ‘질병 외’로 분류하였고, ‘질병 외’에서는 세부적 항목을 조사하였다. 중증도 분류는 한국형 응급환자 분류도구 (Korean Triage and Acuity Scale; KTAS)

를 사용하였다. KTAS는 2012년 보건복지부와 대한응급의학회가 개발하여 현재 전국 응급의료센터에 내원한 환자의 중증도 및 긴급도를 평가하기 위한 도구로 사용된다. 총 5단계로 분류되며, 1단계는 높은 중증도, 5단계는 낮은 중증도로 정의되어 있다¹⁰.

자의 퇴원을 결정하게 된 이유는 의무기록에 기재되어 있는 내용을 근거로 수집하였다. 전체 건수 중에 의사의 기록 및 간호 기록을 자세하게 탐색하여 환자가 직접 자의 퇴원 이유를 밝힌 사례가 있는지 조사하였다.

기록된 자의 퇴원의 이유를 모두 수집한 후 의사소통의 관점에서 분석을 하기 위하여 2인의 응급의학과 전문의와 1인의 응급의학과 전공의가 의무기록에서 맥락을 확인하여 분류하였다. 분류는 각 조사자가 독립적으로 시행하였고, 의견의 불일치가 있을 경우는 토의를 통하여 최종 분류를 결정하였다.

3. 통계 처리 방법

응급의료센터에서 자의 퇴원한 환자의 기본 정보 및 주요 변수들을 기술적 통계를 사용하여 제시하였다. 범주형 변수는 분율로 보여주었고, 연속형 변수는 평균과 표준편차로 표시하였다. 자료의 통계 처리는 종속변수가 범주형 변수인 경우 chi-square test를 이용하였고 종속변수가 연속 변수인 경우 Student's t-test를 시행하였다. 통계학적 분석을 위하여 R 프로그램 (version 4.0.0)을 이용하였고, 모든 통계적 분석 방법의 유의 수준은 $p < 0.05$ 인 경우로 설정하였다.

결 과

1. 자의 퇴원 환자의 일반적 특징

조사 기간의 응급실 내원 환자는 총 43,545명이었다. 이 중에서 진료 외, DOA, DAA 환자를 제외한, 42,030명 중에 자의 퇴원을 결정한 환자는 1,718명으로 그 비율은 4.1%였다. 입원, 퇴원 및 전원을 결정한 정상진료종료 (normal disposition) 환자는 40,312명이었다.

전체 환자에서는 여성의 비율이 높았으나, 자의 퇴원군에서는 남성의 비율이 높게 나타났다 (55.4% vs 44.6%). 자의 퇴원 환자의 평균 나이는 45.3±25.0세였다. 정상 진료종료군과 비교하여 자의 퇴원군에서 의료 급여 1종 환자의 비율이 높게 나타나고 있었다. 자의 퇴원군에서 정상진료종료군에 비해 ‘질병 외’ 원인의 비율이 높게 나타나고 있었다. 중증도가 높을수록 (KTAS 1-3) 자의 퇴원율이 유의하게 높았다 (43.1%, 72/162건). 또한, 자의 퇴원의 경우 평균 재원 시간이 167.4 ± 117.3분으로 정상 진료종료군에 비해서 재원 시간이 길었다. (Table 1)

Table 1. General characteristic of patients discharged against medical advice.

Characteristics	Normal disposition (N=40,312)	DAMA patients (N=1,718)	Total (N=42,030)	P value
Sex				
Female	21,315 (52.9%)	767 (44.6%)	22,082 (52.5%)	< 0.001
Male	18,997 (47.1%)	951 (55.4%)	19,948 (47.5%)	
Age	39.1 ± 26.3	45.3 ± 25.0	39.3 ± 26.2	< 0.001
Insurance type				
Health insurance	36,774 (91.2%)	1,491 (86.8%)	38,265 (91.0%)	< 0.001
Workers compensation	3 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (0.0%)	
Medical aid type 1	1,138 (2.8%)	118 (6.9%)	1,256 (3.0%)	
Medical aid type 2	282 (0.7%)	19 (1.1%)	301 (0.7%)	
General insurance	780 (1.9%)	65 (3.8%)	845 (2.0%)	
Automobile insurance	1,335 (3.3%)	25 (1.5%)	1,360 (3.2%)	
Reason of ER visit				
Disease	29,094 (72.2%)	980 (57.0%)	30,074 (71.6%)	< 0.001
Non-disease	11,218 (27.8%)	738 (43.0%)	11,956 (28.4%)	
Way to visit				
Direct visiting	36,189 (89.8%)	1,586 (92.3%)	37,775 (89.9%)	0.001
Transfer in	4,123 (10.2%)	132 (7.7%)	4,255 (10.1%)	
Severity				
KTAS 1-3	14,764 (36.6%)	740 (43.1%)	15,504 (36.9%)	< 0.001
KTAS 4-5	25,548 (63.4%)	978 (56.9%)	26,526 (63.1%)	
Staying time in [†] ER, min	152.8 ± 106.3	167.4 ± 117.3	153.4 ± 106.8	< 0.001

DAMA = discharge against medical advice; ER = emergency room; KTAS = Korean Triage and Acuity Scale

2. 환자가 밝힌 자의 퇴원 이유

의무기록을 통해서 환자가 밝힌 자의 퇴원 이유를 확인할 수 없는 사례는 총 1,094건으로 전체 중 63.7%였다. 나머지 624건을 분석하였을 때, 타 병원에서 진료를 이어가려고 하는 경우가 가장 많은 자의 퇴원 이유를 차지하였다. 이는 기존에 추적 관찰 중이던 병원, 연고지 및 지인 관계로 타 병원에서 진료를 원하는 경우가 있었다. 그 다음으로 개인 및 보호자 사정이 있었고, 경제적 부담 때문인 경우가 세번째로 많은 이유를 차지하였다. 4~6번째 이유는 환자가 현재 상태에 대해 중증도를 낮게 인지하고 있는 것으로 말미암은 자의 퇴원이었다. (Table 2)

3. 의료진의 의사소통에 의해서 해결될 수 있는 자의 퇴원 사유

의무 기록 중 자의 퇴원의 이유를 명확히 알 수 있었던 사례 중 26.8%는 의료진의 의사소통으로 해결될 수 있는 항목으로 분류하였다 (전체 624건 중 167건). 그 항목으로 환자가 병에 대한 인식이 낮은 경우, 의료 서비스에 대한 불만과 의료진에 대한 불신이 있었다. (Table 3)

Table 2. Causes of patients discharged against medical advice

Causes	Total (%) (N=624)
Want to additional treatment at other hospitals	161 (25.8)
Issue of patients or caregivers	109 (17.5)
Economic burden	71 (11.4)
Symptom improvement at ER	59 (9.5)
Want to proceed after reevaluation in the OPD	55 (8.8)
Lack of disease insight	32 (5.1)
Discomfort and anxiety of treatment	27 (4.3)
Discomfort and anxiety of evaluation	24 (3.8)
Want to observe progress at home	22 (3.5)
Problems related to hospitalization	17 (2.7)
Want to quick discharge regardless of evaluation results	15 (2.4)
Unable to wait for delayed treatment	12 (1.9)
Recently, a related examination was performed	11 (1.8)
Distrust of the doctor or nurses	9 (1.4)

ER = emergency room; OPD = outpatient department

Table 3. Reasons for DAMA that can be resolved through the improved patient-to doctor or nurse communication

Category	Detailed reason for DAMA
Lack of disease insight	*Despite the high severity, the patient decides to be discharged without any of the following care for minor personal reasons *Despite the high severity, the patient judges his or her symptoms as mild *Despite the high severity, the patient would like further examination in the outpatient field Patients underestimate disease the severity of disease after symptom improvement (seizure, myocardial infarction, altered mentality or etc.)
Complaint of medical service	Delay in evaluation, treatment, consultation with multiple departments
Distrust of the doctor or nurses	Repeated failure of the procedure (intravenous line insertion, reduction of bone dislocation, or etc.) Procedure by a resident, not a specialist

DAMA = discharge against medical advice

*The high severity is the Korean Triage and Acuity Scale (KTAS) level between one and three.

고 찰

본 연구에서는 의무기록을 바탕으로 자의 퇴원을 결정하는 요인들을 확인하였다. 가장 많은 이유는 타 병원에서 추가적인 진료를 위하여 현 병원에서 진료를 중단하고 자의 퇴원한 경우였다. 그 세부 이유는 타 병원이 기존 추적 관찰하는 병원인 이유가 있었고, 연고지 근처의 병원을 원하는 이유가 포함되었다. 두 번째로는 환자 혹은 보호자의 개인적 사정에 의한 자의 퇴원이 많은 빈도를 차지하고 있었으며, 개인적 사정에 관한 내용을 자세하게 확인해본 결과 학업, 직장 및 관련된 일정에 의한 이유가 다수였다. 그 다음으로 검사 및 치료에 수반되는 비용에 대한 부담 등 경제적 사정에 의한 자의 퇴원이 차지하였다. 환자가 적절한 진료를 받고, 진료 중단을 스스로 선택할 수 있는 것은 개인의 권리이며, 그에 따른 책임이 따른다. 의학적으로 필요한 적절한 조치를 강제할 수는 없으므로 그러한 환자의 권리는 충분히 존중되어야 한다. 하지만 자의에 의한 임의의 진료 중단이 환자에게 위해가 가거나, 사망에 이르는 상태가 예상된다면 의료진은 환자가 자의 퇴원하는 것을 쉽게 두지 못할 것이다. 환자가 적절한 검사를 시행하고, 치료를 받을 수 있도록 환자-의사 간의 좋은 관계를 유지하고, 지속적인 의사소통을 진행하여, 환자의 의학적 상태에 대해서 환자와 의사가 각각 인지하고 있는 정도의 간격을 좁혀 나가는 것이 중요하다.

1. 의사소통 관점에서의 환자의 자의 퇴원 사유

이렇게 환자-의료진 간의 의사소통의 관점에서 바라보았을 때, 표3에서 제시한 자의 퇴원 이유는 충분한 개선의 여지가 있는 항목들이다. 의사소통의 관점에서 해석한 자의 퇴원 사유는 세가지이다. 첫 번째는 “현 증상에 대한 환자 스스로의 병식 부족” 이었고, 두 번째는 “응급실 내의 의료 서비스에 대한 불만”이었으며, 마지막으로 “의료진에 대한 불신” 이었다.

1) 현 증상에 대한 환자 스스로의 병식 부족

환자-의료진 관계에서 의사소통은 일반적인 관계와는 다른 특수한 상황에서 이루어지며, 건강이 좋지 않은 상태의 환자와 감정이 지양된 이성적 의학적 판단을 해야 하는 의료진 사이의 어려운 관계에서 시작한다¹¹. 서로 간의 표현방식 차이로써, 의사는 환자에게 전문 용어를 나열하고, 정보의 과잉 제공으로 환자에게 혼란을 가져올 수 있다¹¹. 환자는 본인의 불편감을 호소하나, 의사는 환자의 진단을 확인하기 위해 각종 검사의 전개에 집중하게 된다. 의사는 다양하고 모호한 진단을 나열하며 이를 명확하게 하기 위해 각종 검사 진행에 대한 선택의 여지를 환자에게 제공한다. 하지만 환자는 짧은 진료 시간 동안 충분히 설명되지 않은 상황에서 현재 상태에 대해 명확하게 인지하기 쉽지 않다. 치료 중 투여된 약물로 인한 일부 증상의 개선으로 처음 호소한 불편감이 어느 정도 사라졌다고 판단을 하게 되고, 의료진이 생각하는 환자의 상태와 환자가 스스로 생각하는 상태의 간극이 발생한다. 환자는 추가적인 검사 및 치료에 대한 거절과 함께 스스로 퇴원을 결정하게 된다. 이 연구에서도 높은 중증도임에도 불구하고 응급실에서 추가 검사를 거절하고 추후 외래에서 진행하기를 원하거나, 현재 증상을 과소평가하고, 사소한 이유로 추가 치료를 거절하고 자의 퇴원하는 사례를 다수 확인할 수 있었다.

2) 의료서비스의 불만: 응급실에서의 진료 지연

응급실은 갑작스럽게 환자들이 몰려오는 상황에서 한정된 의료 자원을 적절하게 분배하여 환자에게 의료서비스를 제공해야 하며, 분배의 정도는 환자의 중증도에 따라 결정된다². 중증도가 높은 환자들이 다수인 상황에서 그 이하의 중증도를 가진 환자들은 어느 정도 대기 및 진료 지연을 감수해야 한다. 또한, 외래처럼 해당 과에 직접 찾아가서 진료가 진행되는 것이 아니라, 응급 진료에 따라 여러 과가 복합적으로 협진이 이루어지기 때문에 진료 대기 및 지연의 가능성은 높아지게

된다. 환자가 생각하는 본인의 응급과 의료진이 생각하는 응급의 기준은 다르기에, 의료진이 환자들의 중증도에 따라 적절한 의료서비스를 제공하고 타과의 협진이 원활하게 돌아간다고 생각되는 상황에서도 환자는 본인의 진료 대기가 길어지고 진료가 지연된다고 여길 수 있다. 여기에 진행상황에 대한 적절한 설명을 듣지 못하거나, 협진과마다 제각각 이질적인 설명하는 것을 듣게 된다면, 불만스러운 의료서비스로 여겨 검사 및 치료에 있어 의료진의 제안에 반하는 자의 퇴원을 결정하게 될 수 있다. 의료진-환자 간의 적절한 의사소통이 필요한 이유이다.

3) 의료진에 대한 불신

의료진에 불신은 응급실 민원을 일으키는 주된 이유 중 하나로 자의 퇴원의 중요한 원인으로 고려되어야 한다^{12,13}. 물론 본 연구를 통해 확인한 자의 퇴원의 이유 중 표면적으로 나타난 의료진에 대한 불신은 전체 원인 중 1.4%에 불과했다. 반복된 술기 실패와 전문의에 의한 진료가 아니라 낮은 실력의 전공의에 의한 진료라는 이유를 명확하게 전달하고 자의 퇴원을 진행하였다. 하지만 전체 의무기록에서 63.7%는 자의 퇴원 이유를 명시하지 않았으며, 이전 연구에서 응급실 민원의 다수가 의료진에 대한 불신에서 기인한다는 점은 자의 퇴원을 결정하는 주된 이유가 될 수 있음을 추정해 볼 수 있다^{12,13}. 이러한 형태의 자의 퇴원은 의료진의 임상적 능력에서 기인하는 것이 아니라, 환자를 대하는 권위적이고 일방적인 태도와 부족한 의사소통 기술로부터 나타나는 것이 대부분이다¹⁴. 낮은 수준의 의사소통 기술을 가진 의료진은 불만, 불평을 표시하는 환자에게 지지적인 태도와 환자의 감정에 대한 이해가 없는 상태에서, 그저 의료진의 판단을 따르지 않는 비판적인 사람으로 환자를 치부해 버린다. 환자에게도 이러한 의료진은 정확한 검사와 적절한 치료를 제공함에도 신뢰감을 주지 못하는 의사로 평가될 수밖에 없다. 결국, 의료진의 제안을 따르지 않고 스스로 검사 및 치료를 중단하는 형태로 불만을 표시하게 된다.

2. 자의 퇴원을 줄이기 위한 적절한 의사소통의 필요성

응급실에서 의료진은 환자 진료를 위해서 적절한 의학적 판단을 해야 하며, 환자-보호자와 혹은 의료진과의 의사소통에도 많은 시간을 할애하고 있다. 하지만 의학 혹은 사회과학에서 모두 오랫동안 간과되어 온 문제이다. 적절하지 못한 의사소통이 환자의 생명과 연결될 수도 있다는 점을 생각한다면, 반드시 논의가 필요한 부분이기도 하다. 본 연구에서 다른 응급실에서 자의 퇴원을 결정하게 된 이유를 분석해 보았을 때도 일부의 결과에서는 의료진과 환자 양측의 상호작용인 의사소통이 영향을

주고 있었다. 따라서 우리는 세가지 분석 결과를 통해 의사소통의 관점에서 기존 자의 퇴원에서 의사소통의 부족한 점을 개선할 수 있는 방안을 다음 세가지로 제시해보고자 한다.

1) 쉬운 언어의 사용

진료의 목적 및 치료의 대상은 결국 환자이다. 의료진은 환자의 현재 상황, 상태에 대해서 의학적, 전문적인 용어가 아닌 쉬운 단어, 언어로 환자 입장에서 설명하기 위한 ‘의도적인 노력’이 필요하다. 응급실에서 짧고, 긴박한 진료 상황에서도 의료진은 모든 의학적 상태를 환자에게 전달해 주기 위해 내가 편한 언어로 환자에게 많은 정보를 전달하려 하나, 환자는 그 내용을 이해하는 데 어려움을 겪을 것이고, 본인의 질병 상태에 대한 정확한 인식은 낮아질 것이며 자신의 상태가 약물에 의해 증상이 호전되는 것이 좀 더 인상적일 것이다. 의료진은 환자가 본인의 정확한 상태를 인지하고 검사 및 치료에 관해 이성적인 판단을 해주길 바란다면, 의사소통에 있어서 일반적이고 쉬운 단어를 사용하여 이해시키려는 대화의 기법이 필요하다.

2) 환자가 호소하는 증상 및 정보를 경청하는 자세

문진 과정에서 환자와의 첫 의사소통이 이루어지며, 이렇게 의료진에게 받는 첫인상은 진료 종료 시까지 이어질 수 있다. 환자가 호소하는 증상 및 정보를 경청하는 것은 오진 및 사고를 방지할 수 있는 중요한 과정이자 장치이며, 환자는 경청하는 의료진으로부터 신뢰감을 얻게 된다¹¹. 하지만 응급실에서 경청은 쉽지 않은 일이며 의료진은 필요한 정보만 선택적으로 얻기를 원하기 때문에 문진의 시작에서부터 환자-의료진 간의 관계에 균열이 발생할 가능성이 크다. 하지만 환자의 언어를 잘 듣고 이해하려 하는 것은 의사소통의 중요한 기술임을 인지하고, 환자의 안전과 원활한 환자-의료진 관계를 위해 반드시 필요한 과정임을 인지하여야 한다.

3) 수평적인 환자-의료진 관계로써 양방향 대화 지향

양방향 대화는 화자와 청자 간에 정보를 전달하고 수용하는 과정으로 상호작용의 방법이며, 서로의 관계에서 신뢰도를 높이는 과정이라 할 수 있다¹⁵. 고전적인 의사-환자 관계는 의학적 지식을 독점하고 있는 전문성을 바탕으로 하여 수직적 관계를 보여주었다¹¹. 현재의 관점에서 이러한 권위적이고, 수직적인 모습은 이상적인 환자-의료진의 대화 범주에서 벗어나며, 적절한 치료 과정에 도움되지 않는다. 과거에는 환자의 치료를 위해 이러한 관계가 충분히 용인되기도 하였다. 현재는 방대하고 폭발적으로 증가하는 정보를 바탕으로 환자는 본인의 질환을 집중적으로 학습하며, 일부는 의사보다 나은 지식을 가지게 되는 경우도 발생하였다. 수평적 관계를 거부

하고 양방향 의사소통의 부재 속에서 환자에게 질환의 진단 및 치료를 위한 연속성을 유지하기는 쉽지 않다. 이러한 의료진에게 발생하는 환자의 불만과 불신은 자의 퇴원을 결정하게 되는 원인이 된다. 이전 여러 연구에서 환자 중심적인 면담이 그렇지 않은 경우와 비교했을 때, 환자 스스로 검사 및 치료 결정에 더 많은 참여를 유도했음을 보여주었다^{4,16}. 의사는 환자를 평등한 관계로 인식하고 일방적으로 의료 지식을 전달하는 비대칭적인 관계가 아닌 환자의 상태에 대해서 서로 상의하고 함께 해결해 나가는 대칭적인 관계로 발전해야 할 것이다.

본 연구는 자의 퇴원의 이유를 의사-환자간 커뮤니케이션 측면에서 분석해 보았다. 이전 연구들에서 자의 퇴원에 관해 연구가 이루어졌으나, 주로 자의 퇴원을 결정하게 되는 의학 적 요인들 위주의 연구였다. 본 연구는 의사-환자간 커뮤니케이션의 결과가 응급실에서 자의 퇴원에 미치는 영향을 처음으로 연구한 것으로 중요한 의미가 있다. 하지만 본 연구에서는 다음과 같은 한계점을 가지고 있다. 첫째, 자의 퇴원의 원인을 의료진에 의해 기재된 의무기록만으로 분석하기에는 한계가 있다. 둘째, 응급실의 특수한 근무 환경 때문에 의료인력의 상대적 부족, 고강도의 응급실 업무 부담 및 개별적 의료인 요소 등 다양한 변수들이 추가로 고려되어야 하나, 본 연구에서는 반영되지 않았다. 셋째, 자의 퇴원을 결정하게 된 환자의 당시 의료 외적인 상황, 감정의 상태, 의료진의 검사 및 치료 권유를 받아들이지 못하는 실질적 이유는 중요하며, 이는 의무기록에는 명확히 적혀있지 않기 때문에 환자의 요인을 해석하는 데 한계가 있다. 추후 자의 퇴원을 결정한 환자에게 진료 이후 전화 면담, 포커스 그룹 면담 등을 시행하는 방법이 필요하다.

응급실에서 환자와의 의사소통은 진료 외적인 요소가 아니라 진료 과정 중의 하나로 인식되어야 한다. 의료진의 환자 중심적인 의사소통 능력은 환자에게 신뢰를 제공하며, 자의 퇴원 가능성을 낮출 수 있는 여건을 마련해준다. 환자와 쉬운 언어로 대화하며 증상 및 정보를 경청하고, 권위적이며 수직적인 환자-의료진 간의 관계를 지양하여야 한다. 또한, 일방적인 대화가 아닌 서로의 대화 속에 적절한 피드백을 통해 적극적인 치료 결정 및 참여를 유도한다면 본인의 질환에 대한 이해도가 높아질 것이고, 진단 및 치료를 포기하고 스스로 퇴원하는 것을 막을 수 있을 것이다.

REFERENCES

1. Kang HG, Lee SJ, Cho KG. A study on the characteristics of DAMA (Discharge Against Medical Advice) case and causal factors of DAMA: Perspective of medical social worker's role and intervention. *J Korean Neurosurg Soc.* 2000; 29(12): 1620-7.
2. Kim SW, Kim OJ, Jang SJ, Jung KY, Kim SH. The analysis of discharge against medical advice in the emergency department. *J Korean Soc Emerg Med.* 1993; 4(2): 116-22.
3. Lee CA, Cho JP, Choi SC, Kim HH, Park JO. Patients who leave the emergency department against medical advice. *Clin Exp Emerg Med.* 2016; 3(2): 88.
4. Lee J-H, Kim C-J. Effect of patient-centered communication of doctor on patient participation: Focusing on moderating effect of trust. *The Journal of the Korea Contents Association.* 2013; 13(3): 278-86.
5. Coleman V. Physician behaviour and compliance. *Hypertension* 1985; 3(1): S69-71.
6. Jo YH, Ra JS. A comparative study of the importance and satisfaction of emergency room patient-nurse communication needs. *Korean J Health Commun.* 2019; 14(1): 1-9.
7. Coiera EW, Jayasuriya RA, Hardy J, Bannan A, Thorpe ME. Communication loads on clinical staff in the emergency department. *Med J Aust.* 2002; 176(9): 415-8.
8. Shelton P. Communication: A mirror of practice quality. *Podiatry Today.* 1992; 4(1): 19-20.
9. Alfandre DJ. "I'm going home" discharges against medical advice. *Mayo Clin Proc.* 2009; 84: 255-60.
10. Park J, Lim T. Korean Triage and Acuity Scale (KTAS). *J Korean Soc Emerg Med.* 2017; 28(6): 547-51.
11. Lee D-W. A conversational analysis of 'Doctor-Patient' communication - In search of the interpersonal communication problems and solutions. *Korean Journal of Journalism & Communication Studies.* 2000; 45(1): 232-65.
12. Kim SH, Park JM, Park J, Shin DW, Kim H, Jeon W, et al. 10-Year retrospective study for complaints about medical malpractice in emergency department. *J Korean Soc Emerg Med.* 2019; 30(1): 1-7.
13. Noh KC, Kim JK, Lim YS, Yang HJ, Lee K, Yeom SR, et al. Considerations of complaints in four tertiary hospital emergency centers. *J Korean Soc Emerg Med.* 2005; 16(1): 63-8.
14. Ryu O-H. Communication strategies for patients with diabetes. *J Korean Diabetes.* 2016; 17(4): 257-60.
15. Shannon CE. A mathematical theory of communication. *ACM SIGMOBILE Mob Comput Commun Rev.* 2001; 5(1): 3-55.
16. Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract.* 2000; 49(9): 796-804.