

외래환자와 의료진의 공유의사결정과
의사소통에 대한 의료진의 인식

: 'S' 대학병원 일부 외래 의료진의 인식

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

김 미 선

외래환자와 의료진의 공유의사결정과 의사소통에
대한 의료진의 인식

: 'S' 대학병원 일부 외래 의료진의 인식

지도 김소윤 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2010년 1월 15일

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

김 미 선

감사의 말씀

본 논문이 완성되기까지 많은 지도와 도움을 주신 김소윤 교수님과 많이 부족한 저를 끝까지 지도해 주시느라 고생하신 손명세 교수님과 박형욱 교수님께 깊은 감사를 드립니다.

친절히 인터뷰에 참여해 주신 삼성의료원 정형외과 의료진들께 감사드립니다. 바쁘고 힘든 가운데 소중한 자신의 생각들을 말씀해 주셔서 논문에 큰 도움이 되었습니다.

대학원 동기인 김성희 선생님과 동기이자 친구인 박종옥 선생님께도 감사드립니다. 두 분 덕분에 많은 힘이 되었습니다.

논문을 작성하는 동안 저를 끊임없이 믿어주고 용기를 주신 저의 부모님께도 감사와 사랑을 전합니다. 든든한 가족이 있어 끝까지 논문을 잘 완성할 수 있었습니다.

마지막으로, 공부 할 수 있는 기회를 주시고 항상 저와 함께 해 주시는 하나님께 감사드립니다.

2010년 1월

김미선 올림

차 례

표 차례

그림 차례

국문 요약

I. 서론 /1

가. 연구배경 /1

나. 연구목적 /3

II. 연구 방법 /4

가. 연구설계 /4

1. 연구의 개념적 틀 /4

2. 연구 대상 /5

3. 자료 수집방법 /6

4. 자료 분석방법 /6

나. 주요개념 /9

1. 공유의사결정(Shared decision-making) /9

2. 커뮤니케이션(Communication) /9

Ⅲ. 이론적 고찰 /10

가. 의료진- 환자간 의사소통 /10

1. 의사-환자간 의사소통 /10
2. 간호사-환자간 의사소통 /13

나. 의료진과 환자간 의사소통의 변화 /16

다. 의료진과 환자의 공유의사결정을 위한 의사소통의 변화방향 /19

1. 의사결정 /23
2. 공유의사결정의 의의 및 필요성 /25

Ⅳ. 연구결과 /26

가. 공유의사결정의 외래환자 참여정도에 대한 의료진의 인식 /26

나. 외래환자와의 공유의사결정에 대한 필요성에 대한 의료진의 인식 /29

1. 의사와 간호사의 인식차 /29
2. 중증도에 따른 인식차 /32

다. 공유의사결정이 힘든 이유에 대한 의료진의 인식 /34

라. 외래환자와 의사소통이 힘든 이유에 대한 의료진의 인식 /36

1. 구조적 문제 /36
2. 의료진의 문제 /38
3. 환자의 문제 /40

V. 고찰 및 결론 /44

가. 고찰 /44

나. 제한점 /47

다. 결론 및 제언 /48

참고문헌 /50

영문초록 /56

표 차 례

1. 연구 개념의 틀 /4

2. 인터뷰 대상자의 일반적 특성 /5

그 립 차 례

1. ‘S’ 대학병원 외래 진료과정 /27

국 문 요 약

의료전문가의 판단과 결정에 전적으로 의지하던 과거와는 달리 환자는 환자 자신이 치료와 진료시 의사결정에 스스로 참여하길 원하는 방향으로 변화하고 있다. 또한 소비자적 관점이 의료진에게 있어 적극적으로 수용되면서 진료의 환자 참여에 대한 의료진의 인식도 변화되고 있다.

본 연구는 의료진과 외래환자의 공유의사결정과 의사소통에 대한 의료진의 인식이라는 주제로, 'S'대학병원에 종사하는 외래 의료진을 대상으로 심층면담을 시행하여 자료를 수집하고 질적내용분석법을 이용하여 분석하였다.

연구 결과, 연구에 참여한 모든 의료진은 외래 환자와의 공유의사결정이 필요하다고 보았다. 또한 추후, 공유의사결정 및 환자의 의사결정에 있어 현재 외래 진료 보다는 환자의 더 많은 의사결정참여가 필요하다고 보았다. 대부분의 의료진이 환자와의 공유의사결정에 대한 필요성에 대해 인식하고 있음에도 불구하고 공유의사결정이 잘 이루어지지 않고 있다고 보았는데 여러 원인들 중 공유의사결정이 힘든 가장 큰 원인은 의사소통이 원활하지 못하기 때문으로 나타났다.

그러므로 의료진은 원활한 의사소통을 위해 외래진료 환경개선등 진료시 의료진- 환자간 의사소통을 방해하는 여러 가지 문제점의 개선이 필요하다고 보았다. 이를 통해 더 많은 공유의사결정이 이루어지는 것이 바람직할 것으로 보았다.

핵심이 되는 말 : 공유의사결정, 의사소통

I. 서 론

가. 연구배경

최근 우리나라의 경제 및 교육수준의 향상으로 일반인들의 의식구조가 변화 되고 있으며 정보의 발달로 지식수준이 높아져가고 있다. 일반인들의 교육수준 향상과 권리에 대한 요구가 증가함에 따라 환자들은 질병과 치료방법에 대한 더 많은 정보를 요구하고 있으며 이러한 사실을 감안할 때, 의료진은 환자진료에 있어서 권위적인 태도보다는 참여적이고 협조적인 관계형성을 유도하는 노력이 필요할 것으로 사료된다(조희숙, 2001).

환자의 의식수준이 향상됨에 따라 의료서비스에 있어서 전통적으로 제공자에 의해서만 평가되던 의료서비스의 질에 대해 의료서비스 수혜자인 고객의 평가와 만족도가 중요한 것으로 부각되고 있다(Megivern, 1992).

우리나라의 경우에는 의료서비스의 양적인 측면에서는 많은 변화가 이루어졌으나 의료서비스의 질적인 측면에서는 환자들의 불만이 점차 커지고 있는 실정이다. 환자와 의료진 간의 공유의사결정이 가능해지고 더불어 진료에 대한 의사결정과정에서 환자의 참여가 높아지면 환자의 의료서비스에 대한 만족도가 달라 질 수 있을 것으로 보여진다. 공유의사결정을 통한 환자들의 진료과정상의 참여정도가 높을수록 그에 따른 의료서비스의 만족도도 높아지고 환자가 인지하는 의료의 질 역시 높게 나타날 수 있을 것이다(이채경, 2008).

오늘날 환자들이 판단하는 의료서비스 기준은 의사들이 생각하는 것과 매우 다르다는 것을 인식하는 것이 중요하다. 많은 연구에 의하면, 환자들이 병원에서 만족감을 크게 느끼는 경우는 의료진의 기술적 수준과 환자를 대하는 태도가 적절하게 혼합되었을 때라고 한다. 환자의 진료에 대한 만족도와 병원에 대한 공헌도는 결국 높은 기술력과 환자와의 원활한 커뮤니케이션에 의해 얻어질 수 있는 것이라고 할 수 있다(안상윤, 2006).

환자에 대한 정보를 수집하는 과정으로서의 역할이나, 이렇게 수집된 정보들을 정리하고 의미를 부여하게 해 주는 정보처리기능 등은 커뮤니케이션이 갖는 중요한 역할들이다(Engel GL, 1973).

환자가 치료를 받는 과정이나 자기관리 능력을 증대시키기 위해서 전문 의료요원과 의사소통은 매우 중요하여, 성공적 의사소통은 치료와 자기관리를 증대시키지만 의사소통의 실패는 환자의 질병치료와 관리에 커다란 영향을 미치게 된다(정은경, 1992)

환자와 의사간 의사소통의 문제는 의료사회학의 영역에서 중요한 연구대상의 하나라고 말할 수 있다. 그러나 국내에서 이와 관련된 실태의 파악이나 개선을 위한 연구는 많이 수행되고 있지 않다(박원필, 2006).

지금까지 국내의 연구 중에서 환자와 의사간의 의사소통의 중요성을 지적하고 이에 대한 연구가 필요함을 강조한 사례는 다수 있으나(원용희, 1997; 전우택, 1999; 유계준, 2002; 정두채, 2003; 문창진, 2004; 고재중, 2005; 안상윤, 2006) 진료과정에서의 의사소통의 문제를 본격적으로 취급한 사례는 찾아보기 어렵다. 이두원(2000)과 박일환(2003)은 환자와 의사간 대화의 방식, 태도 등을 다각적으로 분석하여 의사소통 문제의 유형

과 원인을 규명하고 개선방향을 제시하는 연구를 수행하였다. 이들 연구는 의료분야의 의사소통 문제를 연구대상으로 하였다는 점에서 의의가 크다(박원필, 2006).

환자와 의사간 의사소통의 문제를 다룬 여러 논문들이 있고 의사소통과 관련이 있는 각 요인 및 세부요인들에 대한 환자들의 의사소통 인식 수준을 측정, 평가한 연구가 있다(박원필, 2006). 그러나 공유의사결정과 관련한 의료진과 환자에 대한 연구 혹은 의료진과 외래환자의 공유의사결정과 의사소통에 대한 연구는 아직 이루어진 바가 없다. 그중에서 의료진과 환자간 의사소통에 대한 환자중심의 인식에 대한 연구는 시행된 바 있으나, 의료진 중심의 인식정도를 연구한 바는 없다. 그러므로 본 연구에서는 외래를 중심으로 환자와 의료진과의 공유의사결정에 대한 의료진의 인식에 대해 알아보고자 한다.

나. 연구목적

본 연구는 외래 의료진을 대상으로 외래 진료시 의료진과 외래환자와의 공유의사결정에 대한 의료진의 인식에 대해 알아보고자 한다.

일대일 심층 면담을 통하여 외래 의료진의 의료진과 외래환자의 공유의사결정에 대한 인식정도를 파악하고, 나아가 의료진의 관점에서 공유의사결정이 필요하다면 공유의사결정을 하는데 어떤 장애요소가 있으며 이를 해결하기 위해 어떠한 개선이 필요한지 알아보고자 한다.

II. 연구 방법

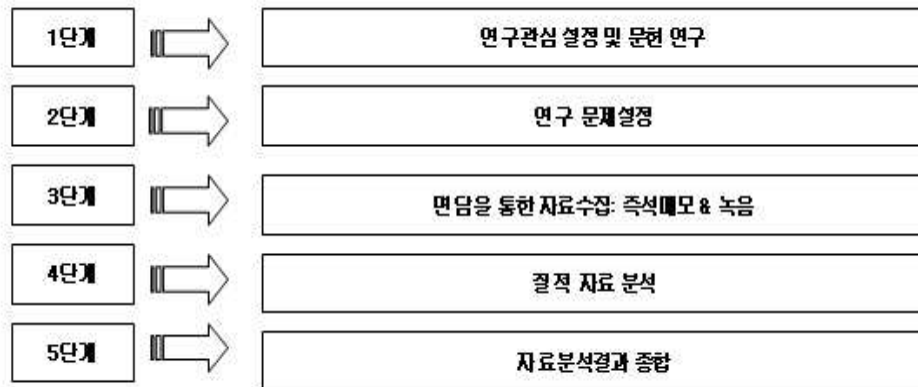
가. 연구설계

1. 연구의 개념적 틀

의료진과 외래환자의 공유의사결정과 의사결정에 대한 의료진의 인식을 알아보기 위한 질적연구이다.

본 연구의 개념적 틀은 다음과 같다. <표 1 참조>

표 1. 연구의 개념적 틀



2. 연구대상

연구 참여자는 3차 의료기관 'S'대학병원에 종사하는 외래 의료진(의사 4명, 간호사 4명)으로, 본 연구의 목적을 올바르게 이해하고 연구에 참여하기로 동의함과 동시에 인터뷰가 녹음되는 것을 동의한 자로 하였다.

본 연구의 인터뷰 대상자의 일반적 특성은 다음과 같다. <표 2 참조>

표 2. 인터뷰 대상자 일반적 특성

사례	직종	성별	직급
사례(1)	의사	남	정형외과 전문의
사례(2)	간호사	여	외래 간호사
사례(3)	간호사	여	외래 간호사
사례(4)	간호사	여	외래 간호사
사례(5)	간호사	여	외래 간호사
사례(6)	의사	남	정형외과 수련의
사례(7)	의사	남	정형외과 수련의
사례(8)	의사	남	정형외과 전문의

3. 자료 수집방법

자료 수집은 2009년 10월 1일부터 10월 21일까지 21일에 걸쳐 실시되었다. 연구대상자에게 연구 참여에 대한 허락을 구한 후, 포커스 그룹 인터뷰로 일대일 심층면담을 통하여 자료를 수집 하였으며 평균면담 시간은 1시간 정도였다. 총 8명의 대상자가 참여 하였는데, 이들에게는 연구 참여자의 익명성이 보장되며, 자료는 연구를 위하여만 사용됨을 알려주었고, 연구 참여와 관련하여 의문이 있을 때에는 언제라도 연구자에게 질문할 수 있도록 하였다. 면담 질문은 “외래에서 의료진과 환자의 공유의사결정이 잘 이루어진다고 생각합니까?” 로 시작하여 연구자의 견해나 시각을 최대한 배제함과 동시에 연구 참여자의 견해와 경험은 최대한 반영하도록 하였다.

4. 자료 연구방법

녹음된 자료는 필사한 후 질적내용분석(Qualitative content analysis)을 이용하여 분석하였다.

질적연구방법은 인간에 관한 지식을 발견함에 있어서 현상을 탐구하는 방식과는 다른 시각에서 접근해야 한다는 기본 가정에서 출발한 연구방법이다. 따라서 질적연구방법의 주된 특성 중의 하나는 사건, 행동, 규범, 가치 등을 참여자의 시각에서 보아야 한다는 것이며 이러한 질적 연구에서 관심을 갖고 있는 질적 연구자는 사람들이 의미를 두는 방식 즉, 참여자의 시각에 흥미를 갖는다는 것이다(신경림, 2004).

연구자는 본 연구에서 사용된 질적내용분석법과 포커스 그룹 인터뷰에 대해 알아보았다.

질적내용분석은 연구 현상을 솔직하게 기술하고 설명하고자 할 때 선택하는 방법이다(Sandelowski, 2000). 비록 근거이론이나 현상학적 방법처럼 이론적, 철학적 배경을 지니지 않고 있지만, 이 방법도 다른 질적연구 방법과 마찬가지로 자료에 대한 통찰력을 통해 새로운 자료를 보충하면서 자료 분석을 지속적으로 수정함에 따라 성찰적이고 상호작용적이 된다(Graneheim & Lundman, 2004).

포커스그룹(Focus group)이란, 목적, 규모, 구성과 과정에 있어서 특수한 형태의 그룹을 말하는데, 이 그룹은 주제와 관련하여 공통된 특성을 가지고 있는 구성원들로 구성되며 구성원의 수는 연구 주제와 관련하여 결정된다. 자유로운 분위기에서 진행되며 각 분야에서 숙련된 1인의 진행자가 있고 6-8명을 참가시켜서 진행하는 것이 일반적이다. 또한 3-4개의 포커스그룹을 순차적으로 또는 동시에 진행하면서 기본적으로 사람들의 의견에 귀 기울이고 그들로부터 배우는 방법이다.

포커스그룹 질문의 진행은 시작 부분은 대답하기 편안한 질문으로 시작해서 각기 연관성 있는 질문으로 진행해야 하며, 일반적인 질문에서 구체적인 질문으로 진행해야 한다. 시간을 적절히 배분해야 하는 것은 인터뷰의 관건이다. 질문의 범주는 5가지로 나누어 볼 수 있으며 시작질문, 도입질문, 과도질문, 본 질문, 종결 질문의 순서로 진행되어야 한다.

시작질문에서는 공통점을 부각시킬 수 있는 질문이 좋으며 대답하기 쉬워야 한다. 도입질문에서는 토의 주제를 소개하고 토의 주제와 참여자와의 연관성에 대해 생각할 수 있는 질문을 해야 한다. 과도질문은 본 질문으로

가는 가교적 역할을 하는 것으로 주제에 관한 다른 사람의 생각을 알아가는 단계라고 할 수 있다. 본 질문은 연구를 진행하게 하는 질문으로 2-5개의 질문을 하게 되고 이중의 응답은 분석의 대상이 된다.

충분한 대화가 가능하도록 시간 배분을 넉넉히 하며 대개 질문 하나 당 10-20분 정도를 할애한다. 마지막 종결 질문에서는 참여자들로부터 나왔던 의견을 다시 생각하게 되며, 이 부분에 있어서는 세 가지 형태의 질문이 나타날 수 있다. 첫째, 모든 것이 고려되는 질문으로서 참석자의 최종 입장을 정리하는 질문이고, 둘째, 요약 질문으로서 요약 후 진행자의 요약을 확인하는 질문을 하는 형식이다. 셋째, 최종 질문으로서 연구의 목적을 간결하게 검토 후 도입부 보다는 길게 하는 질문이다(신경림, 2004).

나. 주요개념

본 연구를 위한 주요 개념에 대해 다음과 같이 정의 한다.

1. 공유의사결정

공유의사결정(Shared decision-making)이란, ‘의사가 의학적인 판단을 내리고 일방적으로 치료를 결정해서 환자에게 통보해 주는 방식이 아니라 의사와 환자가 함께 치료방향을 정해 나가는 것’ 을 말한다.

2. 커뮤니케이션(Communication)

본 연구에서는 커뮤니케이션(Communication)에 대해, ‘외래 환자-의료진의 의사소통’ 이라 정의한다.

Ⅲ. 이론적 고찰

가. 의료진-환자간 의사소통

1. 의사-환자간의 의사소통

의사-환자 간의 커뮤니케이션은 환자의 증상 표현과 의사의 진단 행위를 중심으로 이루어진다. 환자는 내부적인 상태를 구두로 설명하고, 이를 바탕으로 의사는 환자의 병을 추론하게 된다. 의사는 진단에 필요한 자세한 증상 정보를 얻기 위해서 환자의 내부적 상태를 가장 잘 알고 있는 환자 자신의 구두 설명에 절대적으로 의존 할 수밖에 없다. 그러나 환자와의 커뮤니케이션을 중요시 하는 이러한 전통적인 진단 방법은 의학의 발달로 인해 오히려 의사와 환자와의 인간관계를 더욱 차갑게 만들고 있는 것이다. 의사와 환자간의 커뮤니케이션은 의료의 질을 결정하는 중요한 요소이다. 그리고 중요한 진료 수단의 하나라고도 할 수 있다. 이러한 점에서 만족할 만한 의사-환자 사이의 커뮤니케이션은 양질에 의료 행위의 초석이다(고은숙, 2007).

의사와 환자는 커뮤니케이션에 의해 상호관계가 시작되며, 이러한 상호작용 속에서 환자의 호의적인 반응은 병원 및 의사에 대한 신뢰를 형성하게 해주며, 이는 재구매 내지 병원 이미지형성의 출발점이 된다. 따라서 의사의 커뮤니케이션이 어떠한가는 환자가 의사에 대한 전반적인 서비스 품질을 평가하는 데 중요한 몫을 차지한다. 또한 커뮤니케이션은 서로의 역

할 및 책임을 규정하여, 의사는 환자에 대한 책임을 수용하고, 환자는 의사의 보살핌에 대한 신뢰를 가질 수 있는 매개가 된다(서필수, 2002).

의료의 목표는 환자의 생명을 보존하고, 질병을 치유하며, 신체의 기능을 회복시키고 유지시키며, 고통을 완화하고, 환자를 교육하는 데 있다. 의사는 이러한 의료의 목표를 성취하고 더욱 발전시켜야 할 직업적인 치료계획을 세워서 효과적인 커뮤니케이션기술을 구사해야 한다. 사실상 의사의 환자 진료능력은 커뮤니케이션기술에 따라 결정된다고 해도 과언이 아니다. 의사가 환자에게 충분한 대화를 하지 않는다는 사실이 환자나 보호자들의 불만의 주요한 요인임은 잘 알려져 있다(김유영, 1999).

최근 오진, 투약의 실수, 환자 혼동의 실수 등으로 병원과 의료진에 대한 신뢰가 떨어지고 있는데, 이것도 따지고 보면 의사와 환자간의 커뮤니케이션의 부족이나 이의 결함, 부적절성에 기인하는바 크다고 할 수 있다. 의사와 환자 간에 있어 커뮤니케이션이 잘못되면 큰 일이 벌어진다. 잘못된 환자의 커뮤니케이션은 의사의 진단과 처방에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 반대로 아무리 좋은 처방이라 하더라도 커뮤니케이션의 부적절성으로 인해 환자가 의사의 처방과 지시를 잘못 받아들인다면 문제가 되지 않을 수 없다. 따라서 의사의 커뮤니케이션 문제가 인간의 생명과 직결될 수 있다.

우리나라에 있어서도 의료문화의 개선, 발전을 위해 흔히 발생하는 의사-환자간의 부정확한 정보로 인해 예기치 못한 의료사고의 발생이 적지 않다는 점을 고려하여, 의사-환자간의 커뮤니케이션은 인간사회의 어느 영역보다도 가장 완전하고 정확한 의사전달체계를 지향해야 한다(서판수, 2002).

보건복지부 주관 하에 실시되고 있는 의료기관평가에서도 의사의 설명에 대한 내용도 다루고 있는 등 그 중요성이 날로 커지고 있다. 의사는 사용하는 의학 전문용어의 사용에 있어서 그 수준을 적절히 조절해야 한다. 특히 진단과 치료를 설명하고, 그 타당성을 납득시키기 위해서는 환자의 수준에 맞추어 적절한 용어를 사용해야 한다. 의사는 눈의 마주침, 신체적 접촉, 얼굴표정과 같은 비언어적 커뮤니케이션 기술을 통하여 환자가 의사로부터 주목 받고 관심 받고 있음을 느낄 수 있게 해야 한다.

의사는 환자의 문제를 분명히 이해하고 있고, 이 문제를 해결하기 위해 환자와 협력할 준비가 되어 있다는 것을 환자로 하여금 느끼게 하는 것이 중요하다. 우호적 협력관계는 환자들에게 모든 대안을 충분히 설명하고, 진료의 필요성을 완전히 이해시킨 다음, 치료계획을 세우는 등 환자에게 충분히 정보를 주었을 경우에 가능하다.

Blanchard(1988) 는 인터뷰 한 암 질환 환자들의 92%가 좋은 정보이든 나쁜 정보이든 그들의 질병에 대한 모든 정보를 원하고 있다는 사실을 알아냈다. 의사들은 환자와의 효과적인 정보교환을 위해 환자가 질병에 대한 지각, 느낌, 기대 같은 주요한 관심사를 설명하도록 유도하는 커뮤니케이션 기술이 필요하다고 밝힌다.

‘의사-환자’간 합리적인 의사소통에 대한 대화분석 연구(김영신, 2009) 결과를 바탕으로 평가할 때 ‘의사-환자’간 의사소통은 합의를 목적으로 하는 합리적인 의사소통 이라기보다는 (의학적 지식의 불균형으로) 일방적이고 수직적인 대화에 그치는 것을 알 수 있었다. 이처럼 합의에 이르지 못하는 의사소통은 의사의 사실 확인이나 외적 명령에 그치게 되므로 환자의 자발적 동의를 이끌어 내지 못하고 치료적인 관계형성에도 장애가 된다.

따라서 보다 바람직한 의사소통을 위해서 환자를 주체로 인정하는 상호 주관성을 확립하고 말하는 대상에 대하여 명료하게 할 것과 의사의 발화가 환자에게 이해되도록 전문용어를 쉽게 풀어 설명할 필요가 있다. 또한 발화행위 유형을 적절하게 사용해야 하고 대화과정에서 평등한 관계를 마련하기 위하여 상호 대등하게 발화하고 반론을 제기할 수 있도록 의사 및 환자 모두에게 발화행위를 선택하고 적용할 균등한 기회가 분배되어야 하겠다.

2. 간호사-환자간 의사소통

환자가 치료를 받는 과정이나 자기관리 능력을 증대시키기 위해서 전문 의료요원과의 의사소통은 매우 중요하여, 성공적 의사소통은 치료와 자기관리를 증대시키지만 의사소통의 실패는 환자의 질병치료와 관리에 커다란 영향을 미치게 된다(정은경, 1992).

Orlando는 간호학에서 가장 중요한 것은 분명하게 환자의 욕구를 해결해 주는 효과적인 간호사-환자 관계이며, 환자와의 개방된 대화를 통하여 환자와 상호작용하여 욕구를 해결해 주어야 한다고 말했다(김수지, 1987).

간호사는 자신들이 주관적 관점에 따른 방법으로 의사소통의 개념적 틀을 갖고 의사소통 유형을 형성하고 있으며 그에 의해서 대상자와 상호관계를 형성한다(박정원, 1995).

간호사는 환자와의 관계에서 그 자신을 도구로 하여 상호작용하며 이때에 이루어지는 의사소통은 치료적이어야 한다는 것이 강조되어지고 있다(Kasch, 1986). 치료적 관계를 전제한 인간관계는 일반적 친교를 전제한 의사소통과는 다르며 간호사는 그자신의 의사소통을 분석하고 간호사 자신을 치료적 도구로 하기 위해서는 치료적 의사소통술에 대한 훈련이 필요하다(Lore, 1981). 환자에 대한 정보를 수집하는 과정으로서의 역할이나, 이렇게 수집된 정보들을 정리하고 의미를 부여하게 해 주는 정보처리기능 등은 커뮤니케이션이 갖는 중요한 역할들이다(Engel GL et al., 1973).

따라서 이는 관찰이나 관련 도구에 의해서 측정된 연구보다는 간호사가 주관적으로 인지하고 있는 의사소통 개념 이해에 대한 탐구가 선행되어야 하며, 의사소통이 개인적 차원에서 주관적으로 일어난다는 점을 고려할 때 간호사의 주된 현장인 임상에서 인지하는 의사소통의 장애요인에 대한 탐구는 매우 필요하다고 본다. 간호사의 의사소통기술이 대상자의 질병 고통을 경감하고 삶의 질을 증대시킬 뿐 아니라 질환의 경과에도 간접적으로 영향을 미치므로(Caris-Verhallen, Timmermans, Dulmen, 2004) 간호사는 의사소통 증진을 위한 효과적인 전략을 구사 할 수 있어야 하며 이는 간호 분야 의사소통과 관련된 체계적 지식과 기술이 뒷받침되어야 한다.

간호사-환자관계의 관찰에 의한 의사소통 행위의 특성과 관련 요인의 규명, 의사소통 양상에 대한 연구, 의사소통 기술 프로그램의 효과를 규명하기 위한 연구, 의사소통 유형에 관한 연구등이 이루어졌으나(김문실, 1992 ; 박정원, 1995) 간호 의사소통 교육 및 간호 의사소통 지침으로 활용할 때 고려되어지는 의사소통 장애의 요인에 대한 연구는 없는 실정이다.

국내에서 간호 관련 의사소통 연구는 1970년대부터 최근에 이르기까지 지속적으로 연구가 수행되어 왔으나 의사소통 내 관심영역, 사용된 이론적 기틀이나 도구, 결과 등이 정리되어 있지 않다. 외국에서는 면담과 현장노트 등을 이용한 질적 연구와 의사소통 행위의 측정에 관측도구를 사용하는 양적연구 등 많은 의사소통 연구가 시행되어 왔고 의사소통 연구의 관심영역과 내용, 연구방법이 분석되었으며 의사소통 증진 프로그램도 많이 시행되어 왔다(Caris-Verhallen et al., 2004).

의사소통에 대한 국내 간호 학위논문의 관심영역은 의사소통 유형이 7편(28%)으로 가장 많았으며, 그 하부영역 중 상호 교류분석 유형이 4편으로 많은 수를 차지하였다. 그 다음으로 조직의사소통에 대한 연구가 6편(24%)으로 뒤를이었다. 조직의사소통 연구는 하부영역에서 조직의사소통 효율이 3편, 조직의사소통 현대에 대한 연구가 3편이었다. 그 다음으로 많이 다루어진 관심영역은 의사소통 내용으로 4편(16%)이었다. 그 다음은 의사소통 강화를 다룬 연구가 3편(12%)이었고 의사소통의 요인이 2편(8%)이었으며, 그 밖에 의사소통에 대한 경험, 반응, 관점이해가 각각 1편 (4%)이었다. 1990년대에 상대적으로 많이 증가하였고 2000년 이후에도 꾸준히 시행되고는 있으나 간호사와 환자간의 긴밀한 의사소통은 효과적인 간호실무를 위해 필수적으로(Hemsly et al., 2001) 더 많은 의사소통 연구가 시행되어야 하겠다(장성옥, 1999).

나. 의료진과 외래환자간의 의사소통의 변화

최근 들어 의료현장에서 진단과 치료를 위해 많은 복잡한 기술들이 사용되고 있지만 대인 커뮤니케이션이야말로 의사와 환자가 정보를 교환하는 가장 기본적인 도구라는 것이다. 일부 연구 결과 의학적 진단과 치료의 60-80%가 의사가 환자를 면담하여 얻어진 정보를 근거로 하여 결정한다고 한다(임상윤리학, 1999). 효과적인 커뮤니케이션은 의사에게 보다 정확한 진단과 처방을 내릴 수 있게 하고, 환자에게는 건강에 보다 좋은 생활방식을 갖도록 한다.

국내에서는 이미 오래전부터 소비자 주권의 개념이 확대되어 오다가 2004년 12월에 환자권리장전이 제정되었다. 이러한 변화는 환자를 비권력 집단보다는 의료서비스 소비자로 보고, 의사를 권력집단 보다는 의료서비스 공급자로 보는 사회적 인식의 변화를 반영한 것이며, 진료과정에서 의사와 환자의 상호작용의 중요성을 반영한 것이라 할 수 있다. 이러한 소비자주의론 내지 사회적 상호작용론의 관점에서는 환자와 의사의 의사소통에 있어서 일방적 대화보다는 양방향의 대화가 중시된다. 아울러 의료서비스 공급자의 친절성과 함께 공급자에 의한 설명의 충분성 개념이 중시될 수밖에 없다. 그러나 이러한 당위적 측면과는 달리 실제의 상황은 아직도 환자는 비권력 집단이고 의사는 권력집단이며, 대화자 간의 의사소통은 일방적으로 이루어지는 측면이 많다(박원필, 2006).

성미경(1989)은 참여관찰과 면담을 이용하여 의사와 환자사이의 커뮤니케이션 과정을 이해한 결과, 의사는 환자에게 전문적 대화와 이성적 판단을 기대하지 않았으며 환자를 하나의 사례로 간주함으로써 이들에 대한 인

간접 접근의 필요성을 감소시킨다고 한다. 이와 같은 의사들의 환자에 대한 견해는 의사와 환자와의 관계가 동등할 수 없음을 의미한다. 이들 사이의 커뮤니케이션에서 가장 크게 요구되는 것은 환자가 의사의 결정을 보다 잘 따르게 하기 위한 전략이다. 이를 위하여 의사들은 논리적인 이해와 설득을 이용하는 것이 아니라 환자와의 라포 형성에 중점을 두고 있다고 하였다. 의사들은 라포 형성을 통하여 보다 원활한 쌍방향 커뮤니케이션을 나눌 뿐만 아니라 환자에 대한 자신의 영향력을 보다 안정적으로 행사하기 위한 '수직적 자리매김'에 더 큰 의미를 둔다고 한다. 의사들이 환자 개념을 규정하는 방식과 이들의 커뮤니케이션 구조 등을 구체적으로 기술하고 이와 같은 모순된 커뮤니케이션 현상을 예리하게 지적하고 있다(전명희, 1998). 과거와 달리 의사와 환자 관계가 중시되었고 관계형성에 중요한 요인으로 작용하는 의사소통과 그 능력향상에 관심이 높아지게 되었다(서민순, 2007).

의사의 커뮤니케이션 기술은 의학 치료연구와 관련해서 많은 관심을 가져 왔다. 지난 20년 동안 실험적 연구가 진료 상담시 커뮤니케이션 과정을 강조하기 위해 행하여 졌다(Chaitchik S, Schwartz L, and Rosin R, 1992). 기술이 의학적인 진단과 치료에 사용된다면 의사-환자간의 커뮤니케이션은 환자의 질병의 진단과 치료에 필요한 정보를 교환하는 일차적인 상황이 될 것이다(Street RL, 1991).

의사의 커뮤니케이션의 기술은 환자의 진료에 대한 만족, 치료에 대한 집착, 의학정보에 대한 기억과 이해, 질병에 대해 대처하는 방법, 환자의 삶의 질, 그리고 환자의 건강상태에 영향을 끼친다(Smith CK, Polis E, Handac RR, 1981).

근래에 들어 의사-환자간의 관계에 대한 시각이 많이 달라지고 있다. 과거의 상호 비협력적 관계 및 명령-복종의 독립적 이해추구 관계에서 보다 밀접한 협력을 통해 공동의 이익을 추구하는 경향이 높아지고 있다. 하지만 의사라는 특수하고 복잡한 의료서비스를 제공하는 제공자의 입장에서 이익의 성과에만 치중할 수 없기에 의사-환자의 관계의 형성이나 이의 규명은 쉽지 않을 것으로 보인다.

의사-환자간의 바람직한 관계는 환자에 있어 심리적으로 건강을 회복할 수 있게 하는 기본적 신념과 의지를 가질 수 있게 하여 사회적으로 개인의 안녕과 더불어 공동체의 건강을 이루어내는데 바탕이 되게 한다. 또한 경제적으로도 바람직한 의사-환자간의 관계가 개인의 건강회복에 더욱더 나은 영향을 미치게 될 경우 개인의 건강은 기업의 생산성을 향상시키게 할 수 있을 뿐만 아니라, 더 나아가 개인의 자아실현과 가정의 행복을 이루어내는데 근간이 될 수 있다(박성준, 1999).

의사는 커뮤니케이션을 통해 의사가 환자와 함께 질병의 치료에 대해 결정하는 상황을 만들어 주어야 한다. 이를 위해서는 이러한 상황으로 유도하기 위한 기술이 필요하다. 전통적으로 이상적인 의사와 환자간의 커뮤니케이션은 의사가 환자를 진찰하고, 이에 대해 치료방법을 공동으로 결정하는 것이라 할 수 있다. 의사와 환자가 의사결정을 공유하는 관계여야 하고, 그러기 위해서는 의사의 효과적인 커뮤니케이션기술이 필요하다(김민호, 2007).

Platt(1995)는 그의 연구저서에서, 수많은 '의사-환자'간 커뮤니케이션 연구결과들이 커뮤니케이션의 형태에 따라 환자의 치료결과도 다르게 나타난다는 것을 보여준다고 기술하였다. 그는 의료행위에 대한 환자의 만족도가

높을수록 정신체계적 증상들이 완화되고, 치료행위에 대한 순응도가 높아 결과적으로 더 효과적인 치료결과를 얻게 된다고 주장한다. 이러한 환자의 만족도를 구성하는 주요 요인으로 ‘의사-환자’간 커뮤니케이션을 강조하고 있으며, 특히 ‘의사-환자’간 진료 대화에서 환자의 만족도가 높을수록 의사에 대한 환자의 믿음이 높게 나타난다고 보고한다. 따라서 효과적인 ‘의사-환자’간 커뮤니케이션을 위해서는 의사와 환자 모두가 의사소통의 지침들을 개발하고 활용할 것을 권유한다(Weinberger M, Greene J, Mamlin J, 1981).

다. 의료진과 외래환자의 공유의사결정과 의사소통의 변화방향

기존 의료서비스의 만족에 가장 큰 영향을 미치는 선행연구들을 살펴보면 의사-환자와의 관계형성이었다. 의사-환자와의 상호작용 관계에서 환자가 느끼는 체감서비스가 바로 의료서비스의 만족을 나타냄을 알 수 있다.

치료자(의사)와 환자의 커뮤니케이션 관계는, 병원의 의료기업화가 되면서 의료 서비스 제공자와 의료 소비자 관계로 변모하고 있다. 현대 의료체계가 이렇게 전환하면서 의료소비자인 환자들은 피동적인 입장에서 의료서비스를 받는 것에 대한 불만을 토로하고, 때로는 의사들의 고압적인 자세와 몇 분 진료를 위해 몇 시간을 기다려야 하는 수직적, 명령적 관계설정에 의의를 제기하기 시작하였고 여러 경로를 통해 수평적, 협동적, 상호이해의 관계를 요구하게 되었다(한운옥, 2006).

의료분야에서도 소비자주의가 대두되고 있어 전통적인 전문가 중심적 사고와의 대립과 갈등이 나타나고 있으며 지금까지 전문가의 판단과 의사결정이 주이던 의료분야에서도 소비자적 관점이 적극적으로 수용되고 있다 (Haug M, Lavin B, 1983).

각종언론이나 서적을 통하여 의료상식이 어느 정도 있는 환자들은 의료의 질을 비교, 검토, 평가할 수 있는 능력이 높아짐에 따라 자신의 건강상태에 대해 의사결정과정에 참여하기를 원한다. 자신의 이야기를 잘 들어주고, 질문에 대답해 주고, 따뜻하게 대해 주고, 의사소통 시간이 길수록 좋은 의사라는 만족감을 주고 다시 찾게 되는 것이다. 환자는 환자의 몫에 관해 능동적이고 책임을 질 수 있는 자세를 가지도록 교육되어야 한다.

즉, 환자의 심리과약이 중요하다. 우선 환자는 자신의 병에 대해 부정적인 경향을 보이는 경우가 많고 신체손상 및 질병에 대한 불안에 시달리며 왜 하필 자신이라는 분노와, 집안걱정, 돈걱정, 직장걱정 등 정서상태가 불안정하며 자신의 의료서비스와 치료에 불만족하면 의사고발, 직원고발로 이어진다. 건강에 해로운 행동을 반복 또는 지속하는 환자는 자신의 병이 그러한 행동 위험요인을 통해 악화, 재발되는 것에 관해 책임질 수 있어야 한다(정도연, 1995)

젊은층, 지식층에서 권위에 대한 거부감이 나타나는데 이들의 특징은 의사의 피상적인 서비스주의를 거부하고 건강관리에 대해 자신이 결정한다는 권리를 믿으며 언제나 모든 책임이 의사에게 있는 것이 아님을 인정한다. 의사들도 그들과 상호작용하는 환자의 이미지가 변화하고 있음을 알게 되고 따라서 의사-환자의 상호작용 자체가 변하게 되는 것이다. 환자에게 더 많이 알려주고 환자에게 이성적 자율권을 부여함으로써 환자가 자신의 질

환에 대해 보다 더 컨트롤하게 하여 의사로 하여금 전지전능해야 한다는 부담을 벗어버리게 하여 의사와 환자가 서로 좋은 파트너가 될 수 있기 때문이다. 좋은 의사-환자의 관계는 존경과 터놓은 의사통로, 협동, 그리고 서로 간의 동등한 협약을 기초로 이루어질 수 있는 것이다.

카알 로저스(Carl Rogers)는 “이것은 인류 평등애적 관계이며 만성적 고통 또는 만성질환을 돌보아야 하는 현대의 가장 중요한 것이다. 이러한 관계는 환자의 자기치료를 강화시키며 치료적 관계의 핵심이 된다”고 하였다 (박성준, 1999).

오늘날 소비자의 권의의식이 높아짐에 따라 의료 분야에서도 환자는 자신의 신체내 침습을 행하는 수술 및 치료과정 뿐만 아니라 투약, 치아교정 등에 이르기까지 의사의 결정에만 맡기는 것이 아니라 자신의 질병과 치료 방법에 대해 자세히 알고 적극적으로 그 결정에 참여하고자 한다. 의사는 의료행위를 하기 전에 환자에게 질병의 증상, 치료방법 및 내용과 그 필요성, 예상되는 위험 등에 대해 충분히 설명하여 환자가 최종적으로 치료받을 것인지를 스스로 결정할 수 있도록 해야 한다(김민호, 2007).

Pinquart & Dueberstein(2004) 에 의하면, 질병치료에 대한 의사결정 과정에서 환자가 참여하는 것은 의사가 환자에게 치료의 장점과 위험성에 대한 정보를 제공하고, 환자는 의사에게 자신이 생각하는 가치에 대해 알리는 것, 치료방법 선택시 함께 논의하는 것, 치료를 시행하기 위해 합의를 하는 것을 포함한다고 하였다. 환자들은 본인이 습득한 질병에 대한 정보 등을 적극 활용하여 본인 질병의 치료시 의사와 공유하여 의사결정을 하길 원하는 경우가 늘어나고 있는 추세이다(이채경, 2008).

의료과오 감소를 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여 연구(김정은 외, 2006) 에서 보듯이, 서구에서는 IOM 보고서 이후 환자들의 의료과오에 대한 인식의 증가를 계기로 환자안전을 증진하는데 있어 환자의 능동적인 역할을 중요시하여 검사 및 치료에 대한 의사결정과정에서의 참여와 자기보호행동을 적극적으로 홍보하며 유도하고 있는 추세이다.

우리나라에서도 의료과오에 대한 인식이 서서히 증가하고 이에 대한 환자와 가족, 의료인과 병원관리 층의 심각한 우려에도 불구하고 환자의 진단 및 치료과정에서의 참여는 기대만큼 가속화되지 않고 있으며 환자와 의료인들 간의 의사소통은 별로 개선되지 않은 것으로 보인다.

우리나라 환자들의 전반적인 의사결정 참여도는 매우 낮은 수준임을 알 수 있다. 환자가 질병의 진단, 검사 및 치료결정과정에서 적극적으로 의견을 표현하고 참여하는지 묻는 문항에 대하여 ‘항상 그렇다’고 응답한 것은 1%에 불과하며 ‘그렇다’고 응답한 대상자 5.1%를 포함하여 긍정적인 응답이 6.1%에 불과 하였다.

즉, 93.9%의 대상자들은 자신의 검사, 진단 및 치료에 대한 결정과정에서 적극적으로 자신의 의견을 표현하거나 참여하고 있지 못하다는 것을 의미한다. 이는 환자들이 의료소비자로서 자신의 권리를 행사하기 시작한지 1세기도 지나지 않은 짧은 역사와 무관하지 않을 것이나, 우리사회의 급속한 소비자 권리의식의 성장속도와 비교할 때 유독 수동적인 의료서비스 수혜자에서 능동적인 의료소비자로의 의식 전환이 지연되고 있는 것으로 보인다.

우리나라 환자들이 진단과 치료과정에 대한 의사결정에 참여하는 비율은 매우 낮았으며 의료과오로부터 자신을 보호하기 위한 행동은 몇몇 가지

적인 것을 제외하고는 저조한 실정이며 이러한 낮은 수준은 성별, 교육, 연령, 그리고 입원경험이나 수술경험에 상관없이 일관적으로 낮은 수준을 보여주었다. 상대적으로 투약과정에 대한 참여행동은 높았다고 할 수 있으나 의료의 질을 향상시키는데 가장 중요한 부분이라고 할 수 있는 의료인과의 의사소통은 매우 저조하였다. 환자의 의사결정 참여를 증진시키기 위해서는 환자는 물론 의료인의 인식전환이 필요하다고 하겠다.

1. 의사결정

의사결정이란 문제를 인식하고 대안들을 고찰하여 선택하는 과정으로서 (Simon, 1955), 여러 개의 가능한 대안들 중에서 개인의 복잡한 인지적 과정을 거쳐 선택에 이르는 과정으로 정의된다(Baumann & Deber, 1989). 바람직한 상태와의 불일치가 있는 경우 문제를 발견하고 이를 해결하기 위해 대안을 고안, 선택하는 과정으로서 정의되기도 하며 또한 그러한 과정의 결과이다. 자가 건강 문제를 인식하고 의료에 대한 욕구를 느끼면서 의사결정과정의 시작되고, 욕구란 소비자가 기대하는 바람직한 상태와 소비자가 인식하는 현실과의 차이가 일정한 수준을 넘어설 때 의료 서비스를 이용하고자 하는 욕구가 생긴다. 하지만 의료서비스는 일반서비스와 달리 서비스 이용자보다 의사에 의해 먼저 이루어지게 되는 경우도 있으며, 사고 등에 의해 갑자기 문제가 발생한 경우에는 본의의 의사와 무관하게 의료 서비스를 이용할 수밖에 없으므로 합리적인 의사결정 단계를 거치지 않는 경우도 있다(정혜인, 2009).

환자진료 과정에서 의사는 진단과 치료에 관한 많은 의사결정을 해야 한다. 주어진 환자의 특정문제에 대한 의학지식을 적용해 최상의 해결방안을 도출하고, 이를 사용자에게 편리한 형태로 제공한다. 질환에 대한 의학적 지식을 기초로 하여 진단을 위한 의사결정을 하는 것과 질환의 예후와 다양한 치료방법의 효과에 대한 의학적 지식을 기반으로 하여 치료 방법에 대한 의사결정을 하는 것이다. 의료분야의 의사결정은 많은 주관성이 내포되어 있다. 같은 임상적 문제라 할지라도 엄격히 다른 결과를 초래할 수 있어 진단과 치료 방법의 차이가 생길 수 있다(남태희, 2008).

대부분의 경우 환자는 의사에게 자신의 병과 관련된 의사결정권을 위임하게 되는데, 이것은 전문적인 지식과 경험이 많은 의사를 신뢰하고 의존함으로써 그의 지시에 따르는 것을 의미한다(Folland S, 1993). 따라서 의사는 환자의 건강과 관련된 대리인으로서 직업적인 의무와 책임감을 가지고 환자의 건강이 향상되는 것에 충실해야 한다(김유경, 1999) 고 밝힌다.

의료기술의 발전은 의학적 결정이 기술 중심적 결정보다는 가치 중심적 판단을 요구하고 있다. 가치 중심적 결정이 이루어지려면, 환자 본인의 가치관이 반영되어야 한다. 환자 본인의 가치관이 반영되기 위해서는 본인이 자신의 병에 대해 정확히 알아야 한다. 이는 윤리의 기본 원칙인 '자율성 존중'의 원칙에 관한 문제이다. 환자를 제외한 채 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다.

환자 본인이 병의 상태를 정확히 이해하고, 자발적 의사로 진료결정에 참여할 수 있는 사회적 여건을 조성하기 위한 논의가 필요하다(허대석, 2006).

2. 공유의사결정의 의의 및 필요성

의료의 측면에서 공유의사결정(Shared decision-making)이란, ‘의사가 의학적인 판단을 내리고 일방적으로 치료를 결정해서 환자에게 통보해 주는 방식이 아니라 의사와 환자가 함께 치료방향을 정해 나가는 것’을 말한다. 공유의사결정은 첫째, 환자본인 스스로의 결정으로 책임감을 갖게 되며 결정의 질을 높인다. 둘째, 환자본인과 의료진 모두에게 권한과 함께 결과에 대한 책임을 더 부여함으로써 환자본인은 질병치료에 대한 동기, 만족을 가지게 되고 치료과정에 있어서 효과성을 높일 수 있다. 셋째, 진료함에 있어서 재원을 보다 효율적으로 사용할 수 있다. 그러나 질병에 대한 전문적인 지식과 정보를 요하기 때문에 환자에게 어느 정도 질병에 대한 정보의 일정 수준을 요구한다. 또한 진료의사에게 책임을 추가로 요구하므로 의료진은 진료시 상당한 부담감을 느낄 수 있다. 의사결정의 과정에서 환자와 보호자가 진료에 대한 정보와 지식을 좀 더 습득하게 되면, 의사소통이 좀 더 효율적으로 이루어지고, 과거에 의사에게 의존하기만 하였던 환자들은 자신의 질병치료의 주체가 되어 적극적인 참여를 하게 될 것이다(이채경, 2008).

IV. 연구결과

본 연구 참여자는 3차 의료기관인 'S' 대학병원 일부 외래 의료진으로 의사 4명과 간호사 4명으로, 총 8명으로 구성되었다. 8명의 참여자들로부터 심층면담을 통해 수집한 자료를 전통적인 질적내용분석방법을 이용해 의료진과 외래환자의 공유의사결정과 의사소통에 대한 의료진의 인식을 알아보고자 하였다.

가. 공유의사결정의 외래 환자 참여정도에 대한 의료진의 인식

대부분 의료진이 인식하고 있는 외래 환자의 공유의사결정의 환자 참여 정도는 20~30% 정도라고 하였다. 하지만 진료실외 공간인 검사예약창구 및 수술 상담실과 진료실 밖 외래 간호사들과의 상담 공간까지 고려하면 환자의 진료 전반에 대한 참여 정도는 좀 더 많아진다고 답하고 있다.

제한된 시간에 예약된 모든 환자를 진료하기 위해 진료실 안에서 한 환자에게 주어지는 진료 시간은 5분 이내인 경우가 대부분의 외래진료 현실이다. 지나치게 짧은 진료 시간으로 인해 의사는 진단과 동시에 일방적인 처방을 하기에 급급하고, 환자는 자신의 질병에 대한 정확한 정보를 얻지 못하고 일방적인 처방을 받고 진료실을 나오게 된다.

환자는 진료실 내에서 결정하지 못한 치료방법의 선택뿐 아니라, 검사, 수술 등이 필요한 경우 검사예약창구 혹은 수술 상담실을 통해 환자 자신의 질병과 치료계획 및 치료일정에 대해 좀 더 자세히 설명을 듣고 자신이 처방받은 검사 및 수술에 대한 동의 여부 및 치료방법 결정 등의 의사를 결정한 다음, 동의서 작성 및 검사, 수술예약을 하게 된다. 그러므로 진료실내 의사와 환자간 의사소통은 잘 이루어진다고 보기엔 힘들지만, 외래진료 전체 과정으로 볼 때는 진료에 있어 환자의 참여도는 일부 있다고 보았다. 'S' 대학병원 외래 진료 과정은 다음과 같다. <그림 1 참조>

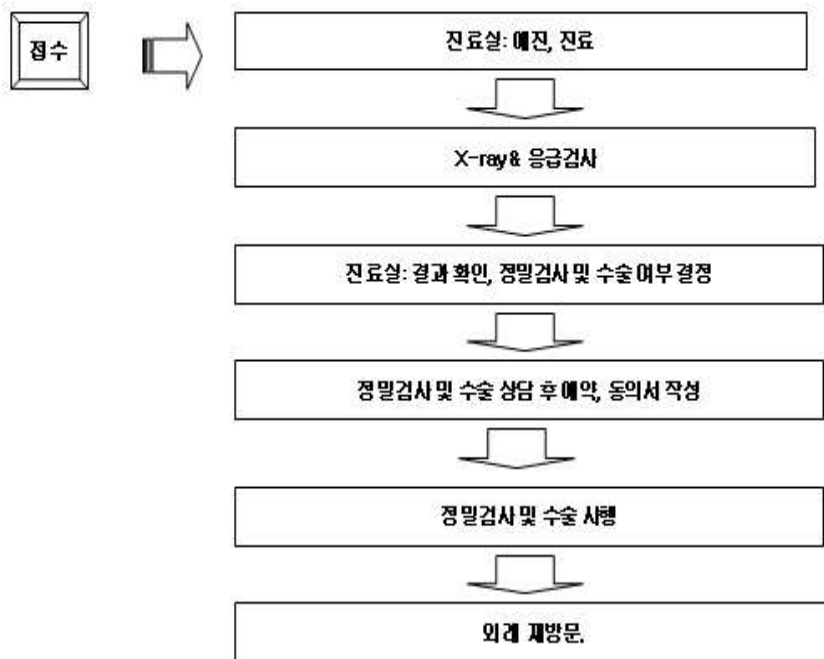


그림 1 'S' 대학병원 외래 진료 과정

일차적인 치료에 대한 의사결정은 의료진의 몫으로 보았지만, 치료방향에 대한 최종적인 동의는 환자의 몫이라고 보았다. 그러므로 의료진과 외래환자와의 공유의사결정에 있어 다소 부족한 점이 있으나 외래환자는 외래진료 일부 의사결정에 참여하고 있다고 보았다.

사례3) 환자의 참여도가 20~30% 정도가 아닐까 개인적으로 생각을 합니다..... 의료진과 환자의 관계에 있어서 수평적인 관계가 되어 힘들다고 보입니다. 거의 시간에 쫓겨 의사의 일방적인 처방으로 환자는 자신의 의견을 나타내고 말할 기회조차도 잘 안주어진다고 봅니다.

사례2) 환자들과 의사소통하고 수술을 해야 하는 거니까 서로 공유된 의사결정을 할 수밖에 없는 것 같아요. 수술결정은 의사결정이 필요한 부분에 있어서 더욱 환자의 생각이 많이 반영이 되고 있다고 보고, 환자와 공유의사결정을 해야 환자의 예후도 좋고, 수술하고 문제가 생겼을 때 결국 환자들은 의료진이 설명을 잘 안 해줬기 때문에 얻어진 결과라고 얘기하기 때문에 더욱 의사소통이 정확하고도 잘 이루어져야 하는 부분인 것 같습니다.

나. 외래환자와의 공유의사결정 필요성에 대한 의료진 의 인식

1.의사와 간호사의 인식차

1) 의사의 경우

의사들의 경우 대부분 공유의사결정이 필요하다고 하였다. 하지만 간호사들의 공유의사결정에 대한 인식과는 다소 차이가 있었다. 의사와 간호사에 있어 환자와의 공유의사결정에 대한 인식의 차이를 가져오는 가장 큰 이유는 처방권의 유무로 생각되었다. 처방권을 가진 의사들의 경우 진단과 처방에 있어 전문가인 자신들이 결정하는 것이 당연하다고 생각하고 있었다. 바람직하지 않은 방향의 진료 및 치료에 대한 법적 책임이 처방권자에게 있는 만큼 전문 분야에 대한 진단, 처방은 의사 자신들의 결정이 우선이라고 보았다. 공유의사결정 자체에 반대하는 것은 아니지만, 진료 및 치료 처방에 있어 너무 많은 부분을 환자와 공유하는 것은 더 나은 치료를 위해 꼭 바람직하다고 보지는 않았다.

그러나 추후 검사, 치료에 대한 부작용 및 위험성을 고려하여 관련 검사와 수술등에 대한 충분한 의사소통은 바람직하며 향후 더욱 필요하다고 보았다. 의료행위 전 환자의 질병과 치료방법 및 치료내용과 필요성, 위험성과 부작용등에 대해 자세히 정보를 주고 환자가 최종적인 치료를 받을 것 인지에 대한 동의서 작성을 하도록 해야 하며, 치료와 관련된 일정에 대해

서는 원활한 의사소통을 통해 의료진과 외래환자간 공유의사결정이 이루어져야 하는 부분으로 보았다.

사례8) 의사결정정도에 환자가 참여할 수 있는 정도는 별로 없다고 생각합니다. 약간의 의견 조정은 가능하나 주된 결정은 의료진의 선택이라고 보는 편입니다. 치료 방침의 틀을 정하는데도 의사의 결정이 주가 되고 그것에 환자가 따라온다고 생각합니다.

사례6) 일단은 정보 편중이 나타날 수밖에 없고 정보 편중이 나타나는 것은 당연합니다. 그러니까 주로 결정은 의사가 내는 거라고 생각하고 의료의 치료 계획을 70% 정도는 담당의가 한다고 생각해요. 그리고 이정도의 공유정도는 바람직하다고 봐요.

사례8) 요즘 환자들의 경우 스스로 인터넷 같은 것을 많이 찾아보고 자기병에 대해 많이 알고 있다고 생각하는데, 사실 전문인의 시각으로 보았을 때 환자들은 잘못된 정보를 굉장히 많이 가지고 있는데 그럼에도 환자들이 자기 치료에 대해 스스로 판단을 해서 결정을 내리려고 한다는 자체가 의사가 하자는 대로 따라갈 때가 훨씬 더 좋은데 스스로 판단을 하려고 하는 것 자체가 굉장히 문제가 되고 그런 것을 일일이 다 의논하려고 하면 진료시간이 너무 부족한 점이 문제가 되겠죠. 어떤 면에서는 의논하고 결정하는 것이 좋겠지만, 오히려 환자에게 혼란을 가져오고 치료방향에 있어 결국 더 못한 치료를 받게 하고 환자들 중에는 의사가 결정을 못하고 왜 환자인 나한테 자꾸만 결정을 하라고 하느냐 불편 감을 말할 수도 있다는 거죠. 그런 면에서 나는 공유의사결정이 꼭 좋다고는 생각하지 않아요.

2) 간호사의 경우

간호사들의 경우 공유의사결정은 반드시 필요하다고 의사들과 동일하게 말하였다. 진료실 안에서 너무 짧은 시간 진료가 이루어지다 보니, 환자 자신의 질병에 대한 기본적인 이해 및 치료계획에 대한 정확한 이해도 없이 일방적인 처방을 받는 상황을 재연시키게 되고 진료실을 나와 진료 절차에 따라 검사예약창구 혹은 수술 상담실, 외래 간호사들을 통해 주어진 처방과 치료계획에 참여하고 있다고 보았다.

그러나 진료실 안에서 의사의 일방적인 진료계획에 대해 듣고 처방을 받았을지라도 진료실 밖 의료진들과 함께 진료 계획에 대한 정보를 더 얻을 수 있으며, 환자들의 의견을 반영하는 부분이 더 있다고 보았다.

간호사들은 대부분의 환자들이 의사결정에 참여하길 원하고 있다고 보았으며, 외래 진료 환경을 고려하여 의료진의 일방적인 의사결정이 아닌 공유의사결정은 더욱 절실하다고 보았다.

사례2) 진료실 밖에서는 60~70%는 환자의 의견이 반영되고 의사소통이 잘 이루어지고 있다고 생각이 됩니다.... 의사결정에 있어서 진료실 안에서는 환자의 의사 결정률이 3~40%정도로 많이 줄어들지 않는가 합니다. 다음진료일정에 대해서도 그렇고 환자가 원하는 검사도 환자가 원한다고 할 수 있거나 하기 싫다고 안하다거나 환자 맘대로 결정을 할 수는 없는 전문적인 부분이 더 많기 때문에 아닌가 합니다. 전문성이 반영이 되기 때문에 의료진과 환자간의 정보를 공유하기에는 차이가 워낙 크기 때문에 더 그렇지 않은가 합니다.

사례3) 진료실 밖에서 간호사들에게 환자 자신의 궁금증을 물어는 보니까 의료진과 전혀 의사소통이 안 이루어진다고 할 수는 없다고 대답하게 되는 것 같습니다. 진료실 안에서의 의사소통이 절대적으로 적다고 보여 집니다.

2. 중증도에 따른 인식차

1) 종양, 골절 관련 진료의 경우

종양, 골절의 경우는 환자의 증상을 고려하여 수술 혹은 치료를 하고 안 하고를 결정하는 것이 아니라 임상, 의학적 검사결과를 기초로한 의사의 처방과 전문가의 판단이 가장 중요하다고 보았다.

환자의 경우도 마찬가지로, 악성종양, 외상으로 인한 골절의 경우 생명과 직결되는 문제 앞에서 질병에 대한 정보보다 생사여부, 수술 가능 여부, 수술 후 합병증 및 추후 변화에 대해 더 궁금해 하고, 환자 자신의 의사보다는 의료진의 전문적인 판단과 의견을 존중하고 믿고 따르기를 원하는 경우의 수가 더 많다고 의료진은 생각하였다.

사례4) 특히 악성종양의 경우, 진짜 환자 증상과 시가에 상관없이 반드시 수술해야 하는 경우가 많으니까 의료진은 당연히 대화를 시도하기 보다는 일방적인 의사소통이 이루어지는 경우가 대부분인데 사실 개인적으로 반드시 그것이 바람직하다고 생각하지는 않습니다.

2) 인공관절수술 관련 진료의 경우

종양, 골절 관련 진료의 경우와는 달리, 인공관절수술 관련 진료의 대부분의 환자들은 오랜 기간 병을 앓았었던 경우가 많고, 당장 응급으로 수술해야 하는 경우 보다는 통증 경감 및 삶의 질 향상 측면을 더 고려하여 검사 및 수술을 결정하는 경우가 많다. 반드시 임상적 검사 결과에 준하여 수술여부를 결정하는 것이 아니기 때문에 환자와의 의사결정에 대한 공유는 반드시 필요하다고 의료진은 보았다. 또한 환자들도 의료진과 함께 많은 의사소통하길 원한다고 보았으나, 현재 외래진료 환경은 아직도 많이 부족하다고 보았다.

사례6) 인공관절 수술에 같은 경우에는 그러니까 늦출 수 있는 경우에는 보호자나 환자의 입장이 많이 들어가는 것 같고요. 만약에 꼭 해야 하는 수술이라면 예를 든다면 당장 못 움직이는 경우라든지 그때는 거의 일방적인 의사들의 결정을 따라주는 것 같아요.

3) 만성질환 관련 진료의 경우

만성질환자들에 진료의 경우 나이가 많은 환자들이 많다. 그중에는 오래된 잘못된 습관 혹은 잘못된 건강신념을 바꾸어야 하는 환자도 있다. 장기 약물 혹은 주사치료를 하고 있는 환자들도 있다. 쉽게 고쳐지지 않는 생활 습관과 장기적인 치료로 인해 지친 환자들의 경우 의료진과 더욱 많은 의

사소통이 필요함에도 불구하고 환자들 스스로 의료진과의 의사소통 자체를 거부하는 경우도 적지 않다고 하였다. 만성질환 환자들의 규칙적인 장기 내원으로 의료진 또한 환자들과 많은 의사소통은 하지 않고 검사결과에 따른 의례적인 처방에만 집중하는 경우도 있다고 하였다. 의료진 스스로 원활한 의사소통을 통하여 환자들의 생활습관 및 투약에 대한 점검이 필요하다고 보았다.

사례3) 의사결정은 의료진의 결정을 그대로 따르는 경우가 대부분인 듯합니다. 그나마 관심이 많아 리서치도 하고 자신의 병에 대해 좀 아는 환자의 경우는 검사도 더 원하는 경우도 있긴 하고 그런 경우는 의사결정에 참여를 더 많이 하는 거라고 할 수 있겠죠. 2~30% 정도가 환자의 참여도가 아닌가 개인적으로 생각을 합니다.

다. 공유의사결정이 힘든 이유에 대한 의료진의 인식

의료진이 생각하는 공유의사결정이 힘든 이유는 다양하게 답변되었다. 환자가 질병에 대해 이해하지 못하는 경우가 있어 의사소통 자체가 어렵다, 주어진 외래 진료 환경 상 많은 시간적 할애가 불가능하므로 의료진이든 환자든 자신의 의견을 정확히 전달하기 조차 바쁘다는 의견도 있었다. 공유의사결정을 고려하는 의료진에게 오히려 지나치게 수동적이거나 비협조적, 공격성이 강한 환자들의 태도가 영향을 미친다고도 하였다. 외래 진료 환경 구조적 문제와 함께 의료진 혹은 환자의 특성과 태도 등에 의해

제한되고 의사소통에 장애가 생기는 이유 등으로 공유의사소통이 힘들다고 보았다.

일방적이고 수직적이고 명령적인 대화 방식 및 권위적인 의료진의 태도 또한 공유의사결정과 환자의 의사표현 및 의사결정에 장애가 되고 제한을 준다고 보았다.

사례5) 의료진의 설명이 있음에도 불구하고 환자가 이해하지 못하는 경우, 연세 많이 든 분들이 많고 대화 자체가 어려운 경우도 종종 있는 겁니다.

사례6) 공유된 의사결정을 하기에는 굉장히 많은 시간이 할애됩니다. 그러다 보니 우리 환경 상 그게 실제로는 힘들기 때문에 의사소통 자체가 정확하게 되기도 힘들고 그에 대한 답변을 얻어내기도 사실은 힘든 상황이지요.

사례7) 의사는 환자들이 어차피 모르니까 하고 설명하려 하지 않고 환자입장에서는 의사의 불충분한 설명이 불만스럽기는 하지만 모르기 때문에 질문도 할 수 없는 상황이 생기기도 하고 또한 의학용어 및 전문적인 용어로 설명을 듣다보면 이해를 제대로 할 수가 없는 경우도 종종 생기는 것으로 봅니다. 의사 환자간의 신뢰를 쌓을 틈도 없이 각자 자기의 입장에서 최소한의 역할만 한다고 생각하면 원활한 의사소통은 당연히 안 된다고 보아야겠지요. 의사소통을 잘할 수 없다는 것은 공유된 의사결정을 할 수 없음은 당연한 이치일 테고요.

사례4) 의료진이 선택권을 환자에게 주면은 오히려 환자가 싫어하는 것 같습니다. 환자는 오히려 전문적인 지식도 없고 딴 데서 안 좋은 얘기들을 다 듣고 왔고, 그런 상태에서 환자들이 결정을 내리기 곤란하니까 환자는 의료진에게 교수님에게 선택을 해달라고 합니다. 그렇게 되니까 환자가 의료진에게 의지하려는 경향

이 더 짊어지는 것 같습니다. 그러면 의료진이 결국 다 책임을 져야하니까 오히려 법적문제도 있고 향후 문제들을 고려해서 전적으로 의료진의 의사결정을 오히려 적극 밀어붙이거나 하지 않는다는 겁니다.

사례5) 요즘은 인터넷이 발달하고 워낙에 많은 정보의 홍수 속에서 살다보니 잘못된 정보로 인해 환자들의 의학적 지식과 자신의 병에 대한 치료에 대해 잘못된 생각을 가지고 있는 경우도 너무 많습니다, 임상학적으로 큰 의의가 없는 부분임에도 잘못된 정보와 신념으로 잘못된 정보에 집착하는 환자도 있습니다.

라. 외래환자와의 의사소통이 힘든 이유에 대한 의료진의 인식

1. 구조적 문제

1) 현황

의사소통이 어려운 가장 큰 장애요인으로 본 연구에 참여한 모든 의료인은 동일하게 구조적인 문제를 말하였다. 짧은 진료시간, 제한된 진료시간과 예약된 다수의 환자로 인해 충분한 의사소통을 통한 공유의사결정은 외래 현실상 힘들다는 의견이었다.

사례1) 의사소통은 잘 이루어지지 않고 있다고 봅니다. 그런데 우리나라 시스템이 이미 그렇게 되어있기 때문에 어쩔 수 없는 부분이라고 생각합니다. 의료제도 자체가 시스템이 그렇게 되어있기 때문에 구조적인 문제로 어쩔 수 없는 거지요. 그 부분은 의사들조차도 많은 불만을 가지고 있는 부분이니깐요. 환자 얼굴 한번 보고 처방하고 거기에 대한 불만 많거든요. 우리나라제도의 문제인 것 같아요.

사례2) 공유된 의사결정을 하기 위해서는 의사소통을 잘해서 정보에 대한 공유가 많이 되어야 하고, 잘못된 정보에 대한 수정 및 환자를 이해시켜야 하는 부분이 많다고 봅니다. 그런데 결정적으로 진료시간이 너무 짧고, 환자수가 너무 많고 이게 좀 가장 환자와 의료진이 커뮤니케이션하기 가장 힘든 문제가 아닌가 생각됩니다. 결국 달리 말하면 구조적인 문제인 거지요. 환자 일인당 진료에 주어진 시간이 너무 부족하니까, 의사소통의 제약에 가장 큰 이유가 되는 것 같습니다. 십 분에 5~6명을 봐야 하니까 환자가 적극적인 자세를 취하지 않는 경우, 어떤 상황이고 환자는 자신의 병에 대해 어떻게 생각하는지 어떤 치료를 받고 싶은지 들어줄 수 있는 상황이 안 되는 것 같습니다.

2) 대안

진료실 내 의사소통이 원활하게 이루어지고 충분한 공유된 의사소통이 이루어진다면 좋겠지만, 시공간적 제약인 구조의 문제를 해결한다는 것은 그리 간단한 문제가 아니다. 그에 대한 대안으로 진료실외 과별 외래 검사, 수술, 처치, 약물 상담실 등을 설치하고 다양한 외래내 전문 인력을 늘려 보다 많은 환자와의 의사소통을 시도할 수 있을 것이라고 보았다.

사례2) 진료실에서 자세히 못들은 내용 및 미처 나누지 못한 환자 정보의 부분을 전문 간호사나 전문 인력이 더 배치가 되어 환자는 진료실 밖으로 나와서라도 상담할 수 있는 그런 인력 적 보충, 제도가 만들어 진다면 더 나아질 수 있지 않을까 하는 겁니다. 전문적인 인력이 배치되어 검사, 수술, 처치, 약물에 대한 궁금증을 더 해소해주고 충분히 상담해주고 해서, 의사소통이 더 많이 되면 좋을 것으로 생각이 됩니다.

2. 의료진의 문제

1) 현황

의료인 스스로 권위적 태도와 환자와의 관계를 수직적 관계로 보는 태도는 의사소통을 힘들게 하는 요인이라고 답변하였다, 물론 환자의 태도 또한 문제일 수 있겠지만, 대부분의 의료진은 스스로 적극적이지 못한 의사소통에 대한 자신들의 태도가 원활한 의사소통을 힘들게 한다고 답변했다. 권위적인 언행 앞에서 환자는 위축되고 자신의 증상과 불편감에 대해 있는 그대로 표현하기 힘들어진다. 자신의 궁금증이 원만히 다 해결되지 않은 환자들은 의료행위의 대한 불만을 갖게 되고 결국 의료진과의 신뢰관계 형성에 방해가 된다. 신뢰관계가 잘 형성되지 못한 의료진과 환자의 관계는 원활한 의사소통을 힘들게 할 수 밖에 없다고 보았다.

사례4) 짧은 시간 내에 빠른 결정을 위해 많은 대화와 의견을 나누기 보다는 의료진이 생각할 때 가장 바람직한 방향으로 환자가 자신들의 생각대로 선택하게 한다는 겁니다. 아직 우리 의료 환경은 질병과 치료에 대해 충분한 설명을 해야 한다고 의료진이 생각하는 것도 아니고 환자가 반드시 정확하게 잘 설명을 들어야 한다고 생각하지도 않는 그런 분위기이기 때문인 것 같습니다, 의료진은 환자의 지식부족이 당연하다고 생각하는 동시에 지식 부족 자체를 미리 단정하고 권위적인 태도와 수직적 관계를 내면에 취하고 있는 경우도 많다고 생각합니다. 그러다 보니 환자와 의료진간에 대화자체를 시도하려 하지 않는다거나 구체적인 설명과 이해를 미리 포기하는 경우수도 생겨나는 겁니다. 그러다보니 환자에 대한 치료의 의료진의 일방적인 의견이 되고 환자의 개인적인 의견들은 무시가 되죠.

2) 대안

일방적인 처방으로 진료를 마무리하는 것이 아니라, 의사는 검사, 수술 등 최선의 치료에 대한 우선순위를 둘 수는 있겠으나, 좀 더 적극적인 태도로 최대한 여러 가지 치료방법을 제시하여 환자로 하여금 자신의 상황에 맞게 치료를 선택할 수 있는 기회를 부여하는 것이 공유의사결정을 돕는 의사소통에 도움이 될 수 있을 것으로 보았다. 또한 의사, 간호사가 함께 의사소통 기술 향상을 위해 꾸준한 교육의 기회를 갖는 것도 제한된 환경적 조건에 있어 일방적인 처방과 설명으로 일관하는 의료인의 태도로 인한 의사소통을 힘들게 하는 요인의 대안으로 제시되었다. 환자 중심에서 이해하기 쉬운 용어를 사용하고, 환자의 말에 경청하는 실천과 함께 좀 더 친절한 태도의 검사, 치료에 대한 설명 등의 노력이 시간적 제약을 극복하고 좀 더 원활한 의사소통을 하는데 도움이 될 수 있겠다고 보았다.

사례1) 제한된 정보를 가진 환자와의 의사소통에 있어 의사결정 자체를 공유한다 기보다, 의학적인 부분, 진단 임상 학 적인 부분에 있어서는 의료진이 일차적으로 제시하고, 제시할 수 있는 몇 가지 치료 계획에 대한 제시된 대안들 가운데 환자로 하여금 이차적으로 선택할 수 있고 의사소통을 하는 것이 바람직 한 것이 아닌가 생각하는 겁니다.

사례5) 교육이 중요하다고 보는데 실제로 교육은 간호사가 제일 많이 받고 있다는 생각이 드는데, 실제적으로 받아야 하는 스텝 위주로 커뮤니케이션 기술도 향상을 위해 교육하고, 중요성에 대해 홍보도 하고 했으면 좋겠습니다. 짧은 시간에 제한된 공간에서 구조적인 부분을 바꿀 수 없다면 효과적인 진료를 하기 위해서는 결국 의사소통의 기술이 향상되는 것이 또 다른 좋은 방법이 아닐까 생각합니다.

3. 환자의 문제

1) 현황

의료진 입장에서 보면 환자의 문제도 매우 다양하다. 환자 개인이 약물 복용, 병력사항에 대한 중요한 정보를 숨기거나 병에 대한 관찰된 증상보다는 자신의 느낌 위주로의 표현을 하거나 스스로 증상에 대해 표현하길 거부하는 등 의료진에 대해 수동적이고 소극적인 태도의 환자들이 있는가 하면, 환자 자신의 병에 대해 맞춰보라는 식의 태도를 보이기도 하고, 여러 의료기관을 다녀보고 타 의료기관 의사는 이렇게 얘기하지 않았다면 비

교하는 환자들도 있다. 인터넷 및 각종 매체를 통해 접한 의료정보, 특히 잘못된 의료정보로 통해 형성된 건강신념을 가진 환자 중에는 의료진의 설명을 듣기보다 자신의 생각을 의료진에게 말하려고, 오히려 의료진을 설득하려고도 한다.

1,2차 의료기관 진료로도 충분한 진료를 받을 수 있는 환자들이 3차 의료기관으로 몰리는 현상도 사회구조적 문제이기도 하지만 동시에 환자들의 문제로도 볼 수 있겠다.

사례5) 의료진에 대한 수동적이지만 한 태도의 환자 유형도 있습니다. 모든 것을 의료진에게 맡기기를 원하고 향후 모든 책임을 의료진에게 돌리려는 환자도 종종 만나게 됩니다. 너무 적극적인 환자도 너무 수동적이고 소극적인 환자도 의료진과 공유된 의사소통을 하기엔 힘들다고 보고 환자의 유형이 공유된 의사결정에 영향을 미친다고는 봅니다.

환자 편에서는 환자 본인의 정확한 질병상태에 대한 이해를 미리 포기함으로써 의료진이 마치 신인 것처럼 자신의 병과 상태에 대해 맞춰보라는 식의 고쳐보라는 식의 비협조적 태도도 의사소통을 방해하는 요소로 볼 수 있을 것 같습니다.

사례5) 요즘은 인터넷이 발달하고 워낙에 많은 정보의 홍수 속에서 살다보니 잘못된 정보로 인해 환자들의 의학적 지식과 자신의 병에 대한 치료에 대해 잘못된 생각을 가지고 있는 경우도 너무 많습니다, 임상학적으로 큰 의의가 없는 부분임에도 잘못된 정보와 신념으로 잘못된 정보에 집착하는 환자가 있는가 하면.....

사례8) ... 우리병원에서 돈을 많이 벌기위해 굳이 많은 환자를 받으려고 애를 쓴 다기 보다는 어쩔 수 없이 환자들이 몰리는 건데, 대형병원으로 환자들이 몰리

는 것을 분산을 좀 시켜야죠. 환자를 보다보면 사실 우리 병원은 3차 의료기관인데 1,2차 병원에 가서도 되는 분들이 많이 옵니다, 그러다 보면 환자들이 몰리게 되고 정말 봐야 하는 환자들의 진료가 힘들어 지는 경우가 많다는 거죠.

2) 대안

환자의 말이 진료에 매우 중요한 정보가 된다. 그러므로 의료진과 의사 소통 하고자 환자 스스로의 노력도 필요하다고 본다. 환자는 의료진에게 자신의 증상과 상태를 설명하고 표현하려는 의지와 자신감을 갖는 것이 필요하다고 보았다.

치료계획은 의사마다 다르게 세울 수 있으며 병원에 따라 진료 방식에 차이가 있을 수 있음을 감안하여 타의료기관, 의료진과 비교를 하기 보다는 진료를 위해 환자 스스로 선택한 의료기관인 만큼 의료진을 신뢰하고 진료에 협조적인 태도가 필요하다고 보았다.

또한 잘못된 의료정보 뿐만 아니라 자신의 질병과는 무관한 의학적 지식에 대해 자신의 건강 신념을 주장할 것이 아니라 의료진의 설명에 귀를 기울이고 침착하게 듣고자 하는 경청의 의지도 필요하다고 보았다.

사례2) 내가 환자라고 생각해 보면 의료진이 친절하고 유하고 부드러운 자세로 대하면 뭔가 똑같은 일분을 보고 나가도 그냥 의료진의 인상과 태도에서 안심을 하고 나가는 굳이 많은 설명을 하지 않아도 믿고 나간다는 겁니다.

사례4) 내가 설명하려고 하고 환자와 소통하려고 노력하면 얼마든지 조금이라도 상황은 좋아진다고 생각이 됩니다.

사례7) 90%이상이 보존적 치료인데 그런건 사실 동네병원에서 다 하실수 있는 건데 굳이 3차의료 기관까지 오실 필요는 없다는거죠..... 1,2차 병원에서 해결할 수 있는 문제는 거기서 해결을 하고 정말 위험하고 큰 수술로 3차 의료기관의 의료 혜택이 필요한 환자들이 와야 하고 그렇게 되면 환자 수에 대한 문제는 좀 풀리지 않을까 생각이 됩니다.

사례8) 환자들의 조금 아는 지식을 믿고 결정하게 하는 것보다 전문가의 의견을 존중하고 환자 보호자가 따라오는 것이 더 바람직하다고 봅니다..... 우리나라 의료환경이 의료 후진국인가 생각해보면 우리나라 사람들은 굉장히 수준높은 의료 혜택을 보고 있다고 봅니다, 체감을 그만큼 못하니까 그런거죠. 우리나라 사람들이 인터넷의 발달로 너무 대형병원으로 유명한 의사를 찾아서 전혀 3차의료기관을 찾을 필요가 없음에도 찾게되는 문제가 발생하고 있는 부작용이 있는겁니다.

V. 고찰 및 결론

가. 고찰

본 연구는 외래 환자와 의료진간의 공유의사결정과 의사소통에 대한 일부 외래의 의료진의 관점에서 의료진의 인식정도를 알아보고자 시행되었다. 3차 의료기관 'S'대학병원에 종사하는 외래 의료진(의사, 간호사)으로, 본 연구의 목적을 올바르게 이해하고 연구에 참여하기로 동의함과 동시에 인터뷰가 녹음되는 것을 동의한 자로 하였다. 일대일 심층면담을 통하여 자료를 수집하였으며, 수집된 자료는 질적내용분석방법을 통하여 분석을 하였다.

의료진과 환자의 의사소통은 의료진에게 환자와의 정보교환의 가장 기본적인 도구이다. 의료기업화가 이루어지면서 의료진과 환자의 관계는 공급자와 수요자의 관계로 변모하고 있다. 전문가의 판단과 결정에 전적으로 의지하던 과거와 달리 소비자적 관점이 의료진에 있어 적극적으로 수용되어지면서 진료에 있어 환자는 자신의 치료에 스스로 참여하길 원하고 있고, 진료시 의사결정에 참여하기를 원하는 방향으로 변화하고 있다.

그럼에도 불구하고, 의료진이 생각하는 공유의사결정에 대한 외래 환자의 참여정도는 20~30% 정도로, 의료진의 입장에서 혹은 환자 본인들의 입장에서 환자들이 느끼는 공유의사결정 정도는 아직 많이 부족하다고 생각하는 것으로 확인되었다. 가장 큰 원인은 시간적, 공간적 진료 환경의 제한이 가장 큰 이유로 생각되고 있었다.

외래환자와의 공유의사결정에 대한 필요성에 대해 의료진은 대부분 반드시 필요하다고 답하였으며 현재 참여정도보다 더 많은 의사결정 참여가 필요하다고 보았다. 그러나 공유의사결정에 대한 인식에 있어 의사와 간호사는 약간의 차이를 보였다. 의사들의 경우 진단과 처방에 대한 최선의 치료에 대한 결정은 의사의 몫이라고 보았다. 다만, 환자의 치료 상황을 고려하여 차선의 여러 치료계획을 더 제시 하여 주는등 환자와의 공유의사결정을 위한 의사소통을 더 많이 하는 것이 좋겠다는 생각이었다.

간호사들의 경우는 대부분 진료 전반에 있어 공유의사결정이 더 적극적으로 이루어져야 한다고 생각하였다. 진료실에서 일방적인 치료 계획과 처방으로 인해 환자와 의료진의 신뢰관계 형성에 대한 어려움이 있다고 말하였다. 치료에 대한 결정에 있어 최종 결정자는 환자 본인이기 때문에 의료진은 환자와 충분한 의사소통을 통해 최선의 치료를 선택할 수 있게 도와야 한다는 입장이었다.

그런 반면, 외래 환자와 의료진의 공유의사결정의 대한 인식차이는 중증도에 따라서도 다른 결과를 보였다. 종양, 골절 같은 진료의 경우, 환자들의 관심사는 생사여부와 수술 가능 여부, 수술 관련 합병증과 추후 변화가 대부분으로 의사결정에 대한 부분보다는 보다 많은 정보를 얻고자 의료진과 의사소통하길 원하였고 수술과 검사 등 처방과 치료 계획 자체를 두고 많은 의사소통을 요하지는 않는다고 보았다. 의료진의 판단과 의견을 그대로 믿고 따르기를 원한다고 보아 지금보다 더 많은 공유의사결정을 요하는 것 같지 않다고 하였다.

그러나 인공관절수술 관련 진료의 경우는 반드시 임상적 검사 결과에 준하여 수술여부를 결정하는 것은 아니기 때문에 환자와의 의사결정에 대한 공유는 어느 진료보다 꼭 필요하다고 보고 있었다.

만성질환 관련 진료의 경우는 생활 습관 변화와 장기 치료 등으로 더 많은 의사소통과 교육이 필요함에도 불구하고 의례적인 처방으로 가장 공유의사결정이 부족한 진료로 의료진은 생각하고 있었다.

환자가 질병에 대해 이해하지 못하는 경우가 있어 의사소통 자체가 어렵다, 주어진 외래 진료 환경 상 충분한 시간적 진료가 불가능하므로 의료진, 환자 모두 자신의 의견을 정확히 전달하기 조차 바쁘다는 의견도 있었다.

공유된 의사결정을 고려하는 의료진에게 오히려 지나치게 수동적이거나 비협조적, 공격성이 강한 환자들의 태도가 영향을 미치는 등 의료진 혹은 환자의 특성과 태도 등에 의해 제한되고 의사소통에 장애가 생겨 공유의사소통이 힘들다고 보여 진다고도 하였다.

그 중에서도 진료의 시간적 공간적 제한은 의료진과 환자의 충분한 의사소통을 힘들게 하는 주된 원인으로 보았다. 의사소통이 원활하지 못한 진료실 내에서 공유의사결정은 힘들 수밖에 없다고 하였다.

그러나 진료의 시간적 공간적 제한은 구조적인 문제로 해결이 그리 간단한 문제는 아니다. 개인이나 병원 자체적으로 개선이 쉽지 않은 부분임을 감안하여 그에 대한 대안으로 진료실외 과별 외래 검사수술예약실과 처치실, 약물 상담실등 적극적인 활용과 다양한 외래내 전문 인력을 늘려 보다 많은 환자와의 의사소통을 시도하는 등 구조적 문제에 대한 해결방안을 제시하였다.

또한 의료인 스스로 권위적 태도와 환자와의 관계를 수직적 관계로 보는 태도는 의사소통을 힘들게 하는 요인이라고 답변하였다. 권위적인 언행 앞에서 환자는 위축되고, 신뢰관계가 잘 형성되지 못한 의료진과 환자의 관계는 원활한 의사소통이 힘들 수밖에 없다고 본 것이다. 그에 대한 대안으로 일방적인 처방으로 진료를 마무리하는 것이 아니라, 의사는 검사, 수술등 최선의 치료에 대한 우선순위를 둘 수는 있겠으나, 좀 더 적극적인 태도로 차선의 여러 가지 치료방법을 제시하여 환자로 하여금 자신의 상황에 맞게 치료를 선택할 수 있는 기회를 부여함으로써 공유의사결정과 원활한 의사소통이 잘 이루어질 것이라 생각하였다.

제한된 진료 환경 뿐 아니라, 다양한 성격과 태도의 환자들을 대함에 있어 의료진의 의사소통 기술의 향상은 원활한 의사소통을 위하여 필요할 것이라 하였다. 원활한 의사소통이 이루어지면 공유의사결정 부분이 더욱 늘어날 것으로 보았으며, 이를통해 좀 더 많은 부분에서 공유의사결정이 이루어지는 것이 의료진들은 바람직하다고 보는 견해였다.

나. 제한점

본 연구는 일부 대학병원 외래 의료진을 대상으로 시행하였으므로 표본의 대표성을 충분히 확보하지 못하였다. 연구결과를 전체 의료진의 인식이라고 일반화하는데 제한이 있다.

다. 결론 및 제언

본 연구에서는 외래를 중심으로 외래 의료진과 환자의 공유의사결정과 의사소통에 대한 의료진의 인식에 대해 알아보고자 하였다. 연구의 대상은 3차 의료기관 'S'대학병원에 종사하는 일부 외래 의료진으로 하였고, 일대일 심층면담을 통한 자료수집 통해 질적자료분석을 하였다.

본 연구에 참여한 모든 의료진은 공유의사결정이 필요하다고 하였다. 그러나 의사와 간호사, 환자의 중증도에 따라 의료진이 생각하는 공유의사결정에 대한 인식에는 차이가 있음을 확인할 수 있었다. 공유의사결정이 어려운 가장 큰 이유로 원활한 의사소통이 어렵기 때문이라고 하였다. 원활한 의사소통을 방해하는 장애요소로 지나치게 짧은 진료시간으로 인해 의사소통이 힘든 진료 환경과 같은 구조적인 문제와 아직도 권위적이고 환자와 대화하려고 하기 보다는 일방적인 처방으로 일관하려는 의료진의 태도, 공격적이고 비협조적인 등의 환자들의 태도등의 문제를 확인하였고 그 대안을 생각해 보았다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 한다.

- (1) 본연구의 연구 대상자는 표본의 대표성을 갖지 못하므로 더 큰 규모의 연구가 진행되어야 한다.
- (2) 본 연구는 의사와 간호사가 함께 참여한 연구로 연구결과 의사와 간호사의 인식에 차이가 큰 점을 고려하여 추후 연구에서는 의사와 간호사를 분리하여 연구가 되어야 한다.

- (3) 본 연구를 통해 공유의사결정이 필요한 것으로 나타났으므로 추후 공유의사결정이 잘 이루어지기 위해 외래진료 환경을 고려한 더 실용적인 연구가 필요하다.
- (4) 본 연구를 통해 공유의사결정을 위해 원활한 의사소통이 필요한 것으로 나타났으므로 의사소통 장애요인들의 개선을 위한 구체적인 연구가 필요하다.

참고문헌

- 이채경. 공유된 의사결정 참여정도와 환자 만족도. 경원대학교 경영대학원 석사학위논문. 2008
- 이두원. 의사-환자간 커뮤니케이션 행위에 대한 대화분석 연구 : 의사소통 문제의 유형과 해결방안을 중심으로. 대한언론학회, 2000;45(1):232-265
- 송미령. 의사소통에 대한 국내 간호연구 분석. 기본간호학회지 2006;13(3):474-484
- 장성옥, 박영주. 간호사의 임상에서의 의사소통장애에 관한 연구. 대한간호학회지 1999;6(1):130-140
- 전명희. 임상간호사-환자 관계의 인간커뮤니케이션 이해. 대한간호학회지. 1997;29(4):841-854
- 이명선. 간호 커뮤니케이션 향상을 위한 대화 분석적 접근. 대한간호학회지 2007;37(5):772-780
- 안경애, 김정은, 강민아 등. 의료과오 감소를 위한 환자의 자기 보호행동 및 의사결정 참여. 보건행정학회지 2006;16(3):70-85
- 최희정. 환자 간호에 대한 간호사의 의사결정 내용과 특성 및 의사결정 장애요인에 관한 분석. 서울대학교 대학원 박사학위논문. 1997
- 김문실. 간호사의 돕는 행위와 자기노출에 관한 연구. 대한간호학회지 1992;16(3):97-106.

- 박정원. 간호사의 의사소통 행위유형에 관한 연구. 고려대학교 대학원 석사학위논문. 1995
- 안상윤. 성공적 의료서비스 커뮤니케이션. 대한병원협회지. 2006;35(3):77-86
- 남태희. 최적 진료를 위한 의학적 의사결정에 대한 고찰. 한국 컴퓨터기업 경영학회 논문집 2008;9(1):1-10
- 허대석. 사전 의사결정의 필요성. 서울대학교병원 2006 한국 호스피스 완화의료학회 동계학술대회, 2006;12(2):33-35
- 전명희. 한방간호사-환자 관계의 인간커뮤니케이션 이해:의례적 커뮤니케이션. 한국간호교육학회지 1998;4(1):107-119
- 성미경. 의사와 환자와의 커뮤니케이션에 관한 연구. 서강대학교 대학원 석사학위논문. 1998
- 이지희, 지성애. 입원환자의 간호사에 대한 치유적 관계형성 경험에 관한 연구. 중앙대학교 대한간호학회지. 1993;23(13):356-368
- 서관수. 의사의 커뮤니케이션 스타일이 환자만족에 미치는 영향에 관한 연구. 동아대학교 대학원 박사학위논문. 2002
- 고은숙. 치과의사의 커뮤니케이션 스타일과 환자 성향에 따른 환자 만족도 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문. 2007
- 한운옥. 의사와 환자의 상호 커뮤니케이션 유형에 관한 연구 ; DISC 행동 모형 패턴 적용을 중심으로. 성균관대학교 언론정보대학원 박사학위논문. 2006
- 박원필. 환자와 의사간의 의사소통 관련 요인의 구조적 관계. 경원 대학교 대학원 박사학위논문. 2006

- 김유경. 의료서비스 제공자 스타일과 고객유형에 관한연구. 부산대학교 대학원 석사학위논문. 1999
- 최수연. 외래환자 복약지도와 환자만족도 영향요인. 건양대학교 보건복지 대학원 석사학위논문. 2006
- 장근조. 의료서비스 품질에 대한 고객가치와 고객만족이 재이용 의도에 미치는 영향. 전주대학교 대학원 박사학위논문. 2005
- 박성준. 의사-환자간의 관계와 의료서비스 재구매의도에 관한 연구. 동아대학교 대학원 경영학과 석사학위논문. 1999
- 이경선. 입원환자의 만족도와 병원재방문간의 관계에 대한 연구. 대전대학교 경영행정대학원 석사학위논문. 2002
- 정도연. 의사-환자관계의 질 향상을 위한 방법론. 대한병원협회지. 1995;11(3):157-168
- 정혜인. 외래환자의 병원선택요인과 만족도에 관한 연구. 중앙대학교 교육대학교 석사학위논문. 2009
- 김민호. 의료서비스에서 고객지향요인이 서비스가치와 고객만족에 미치는 영향. 고신대학교 대학원 박사학위논문. 2007
- 김유영. 의사와 환자와 관계(1). 임상윤리학. 서울대학교출판부, 1999:76
- 김영신. '의사-환자'간 합리적 의사소통에 대한 대화분석 연구. 연세대학교 보건대학원 석사학위논문. 2009
- 서정희. 의료서비스에 관한 소비자만족과 소비자불만호소 : 울산시를 중심으로. 대한가정학회지 1995;33(2):29-41
- 강명근, 박중구, 김한중 등. 환자와 의사의 의료에 대한 태도차이 -한 중 소도시의 대학병원과 한의과대학 부속한방병원을 중심으로-.

- 예방의학회지 1998;31(3):516-539.
- 강이주, 이상협. 의료서비스에 대한 서비스 부문별 중요도와 만족도에 관한 연구. 동국대학교 한국가정관리학회지 1997;15(1):129-146
- 성정애 남철현, 김성우등. 병원 이용자의 의료서비스 만족도 조사. 대한예방의학회지 2006;10(1):109-121
- 정은경. 혈액 투석환자의 간호중재 효율을 위한 언어적 의사소통 내용분석. 한양대학교 석사논문. 1992
- Megivern K., Jones G., Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care at a teaching hospital of southern. Journal of nursing care quality. 2003;18(2):143-150
- Caris-Verhallen W, Kerksta A, Bensing J., & Grypdonck M., Effect of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of elderly. Patient Educ Couns, 2000;39(1):91-103
- Caris-Verhallen W., Timmermans L., & Dulmen S., Observation of nurse-patient interaction in oncology : Review of assessment instruments. Patient Educ Couns, 2004;54(3):307-320
- Jones, A.. Nurses talking to patients: exploring conversation analysis as a means of researching nurse-patient communication. 2003;40(6):609-618
- Baumann, A., & Deber, R., The limits of decision analysis for rapid decision making in ICU nursing. IMAGE. Journal of Nursing Scholarship, 1989;21(2):69-71

- Chaitchik S., Kreitler S., Shaked S., Doctor-patient communication in a cancer ward. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education* , 1992;7(1):41-54.
- Street, RL., Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social science & medicine*, 1991;32(5):541-548
- Smith CK., Poli, E., Hadac RR., Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *The Journal of family practice*. 1981;12(2):283-288
- Reeder LG., The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of health & social behavior*. 1972;13(4):406-412
- Williams, S.J., Calnan, M., The 'limits' of medicalization?: modern medicine and the lay populace in 'late' modernity. *Social science & medicine*. 1996;42(12):1609-1620
- Brody DS, Miller SM, Lerman Caryn. The relationship between patients' satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received *Med Care*. 1989;27(11):1027-1035
- Blanchard FA., Masselink RL., Panigrahi BK., Ground Water Mobility and effects in liner clay of fluorobenzene tracer and leachate. *International journal of rock mechanics and mining sciences &*

geomechanics abstracts. 1988;25(4):A167

Platt FW., Conversation Repair: Case Studies in Doctor-Patient
Communication . Plastic and reconstructive surgery.
1996;98(1):179

Haug M., Lavin B., Consumerism in medicine: Challenging Physician
Authority. Social science & medicine,1985;20(6):653

Pinquart M., Duberstein PR., .Information needs and decision-making
processes in older cancer patients Information needs and
decision-making processes in older cancer patients. Critical
reviews in oncology/hematology, 2004;51(1):69-80

= ABSTRACT =

A study on the grade of the medics' recognition about the shared decision making and communication between outpatient and medics

Meeseon Kim

Department of Public Health Medical Law and Ethics

Graduate School of Public Health Yonsei University

(Directed by Professor Soyoon Kim M.D, Ph D)

Differ from the past entirely depending on the judgment and decision of the practitioner, aggressively accepted the viewpoint of the consumer to medics, the patients want to attend the medical treatment and decision by themselves.

Having the deep interview with the ambulatory care doctor and nurse employed in the 'S' university hospital, we are going to know the grade of the medics' recognition about the shared decision making and communication between outpatient and medics focused the ambulatory care with collecting the information and qualitative content analysis.

Most of medics thought that they need the shared decision making between them, and not the shared decision making currently accepted

the ambulatory care but the more decision of the outpatient.

The main cause of the difficulty for the shared decision making is not to communicate easily. Most of medics thought they need the easy communication and the more shared decision making between outpatient and medics with improving the circumstance of medical treatment for easy communication.