creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

보건학석사 학위논문

내용분석을 이용한 진료면담에서의 환자 중심 커뮤니케이션 분석:

의사와 환자의 성별을 중심으로

2020년 2월

서울대학교 보건대학원

보건학과 보건정책관리학 전공

고 은 진

내용분석을 이용한 진료면담에서의 환자 중심 커뮤니케이션 분석:

의사와 환자의 성별을 중심으로

지도교수 유 명 순

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2019년 11월

서울대학교 대학원

보건학과 보건정책관리학과 전공

고 은 진

고은진의 보건학석사 학위논문을 인준함

2019년 12월

위 원 장 황 승 식 (인)

부위원장 조 병 희 (인)

위 원 유 명 순 (인)

국문초록

의사-환자 진료면담에서 커뮤니케이션은 핵심요소이다. 이 가운데 환자 중심 커뮤니케이션(Patient-Centered Communication, PCC)이 환자의 질병 치료와 만족도의 향상을 촉진시킨다는 효과가 보고되면서 진료면담에서 PCC를 실천할 수 있도록 다양한 노력이 경주되고 있다. PCC는 환자의 관점을 이해하는 데에 초점을 두고 환자의 건강에 대한 기대 뿐 아니라 질병과 관련하여 환자의 감정, 생각, 걱정을 진료에 반영하도록 돕는 커뮤니케이션으로 정의할 수 있다. 보건의료계 전반에서의 PCC의 필요성에 대한 공감과 관심에도 불구하고 PCC의 속성을 이해하고, 이를 실제 진료면담에 적용하기 위한 연구는 아직 초기 단계에 있다.

본 연구의 목적은 진료면담에서의 PCC 현황을 살피고 변인에 의해 PCC가 영향을 받는지를 검토하는데 있다. 이를 위해 다음과 같은 연구문제를 제시하였다. (1) 진료면담에는 PCC의 여섯 기능 중 어떤 기능이 많고 적은가? (2) 의사와 환자의 성별에 따라 PCC는 달라지는가? (3) 의사와 환자의 성별과 PCC의 관계는 진료의 유형, 그리고 진료의 시간에 의해 달라지는가?

이를 위해 본 연구는 서울 소재의 한 종합병원에서 의사와 환자의 진료면담을 녹음한 자료를 연구 자료로 활용했다. 총 490건의 진료면담 녹음자료가 분석 대상이었으며, 자료를 통해 변인으로 의사의 성별, 환자의 성별, 진료의 유형, 진료의 시간을 확인하였다.

수집한 실제 진료면담 자료는 PCC 분류법(Epstein & Street, 2007)에 따라 내용분석 기법을 사용하여 코딩을 실시했다. 이 분류법의 여섯 기능들은 (1) 정보 교환, (2) 치유관계 증진, (3) 감정인식 및 반응, (4) 불확실성 다루기, (5) 의사결정 돕기, (6) 환자 스스로 하도록 돕기이다. 이후 코드화된 자료를 활용해 PCC 기능별 빈도, 백분율, 평균을 구하였으며, 유의미한 차이가 있는 변인들에 대해서는 대응 분석 및 시각화 분석을 실시했다.

분석의 주요 결과는 다음과 같다. 첫째, PCC는 진료면담 한 건당 약 6회 나타났는데, PCC 기능 중 '환자 스스로 하도록 돕기'가 진료면담 한 건당 평균 1.79회로 가장 많았고, '감정 인식 및 반응'은 0.63으로 가장 적었다. 또한 전체 진료면담에서의 발화량의 경우 의사는 52%, 환자는 48%로 발화하는 것으로 나타났는데, 그 중 PCC는 15%였다.

둘째, 변인들에 따른 PCC를 살펴보면 의사 성별에 의한 전체 PCC는 유의미한 차이가 나타나지 않았다. 다만 평균에 의하면 진료면담 한 건당 남성 의사가 여성 의사보다 1회 더 PCC를 하는 것으로 나타났다. 그리고 두 성별 모두 '환자 스스로 하도록 돕기'가 가장 많이 발견되었다. 반면 환자 성별에 의한 전체 PCC는 유의미한 차이를 보였는데, 평균에 의하면 여성 환자보다 남성 환자에게서 PCC가 1.17회 더 많이 나타났다. 남성 환자에게서 가장 많이 발견된 PCC 기능은 '환자 스스로 하도록 돕기'로, 이 기능은 진료면담에서 2회 이상 이루어졌다.

셋째, 의사와 환자의 성별을 진료 시간과 진료 유형에 따라 구분했을 때 의사와 환자의 모든 성별에서 진료 시간이 길수록 PCC

를 더 많이 수행하는 것으로 나타났다. 4분 미만의 진료와 비교했을 때, 4분 이상의 진료에서 약 3회의 PCC가 더 이루어졌다. 이외에도 남녀 의사 모두 4분 미만 진료에서 적어도 1회 이상 '환자 스스로 하도록 돕기'를 수행했고, '감정인식 및 반응'과 '의사결정 돕기'를 제외한 나머지 PCC 역시 모두 한 번 이상 나타났다. 진료 유형의 경우, 남성 의사는 평균적으로 초진에서, 여성 의사는 재진에서 더 많은 PCC 기능을 포함한 면담을 수행하는 것으로 나타났다. 세부 기능의 경우 남성 의사는 초진에서 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '불확실성 다루기'가 1회 이상 나타난 반면, 여성 의사는 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '정보교환'이 1회 이상 나타났다. 그러나 남성 환자의 경우 초진에서 '정보교환'과 '환자 스스로 하도록 돕기' 기능이 2회 이상, 여성 환자는 1회 이상 나타났다.

결론적으로 본 연구는 PCC가 의사와 환자의 성별, 진료 시간과 진료 유형에 의해 영향을 받고 달라질 수 있다는 점을 확인했다. 이는 PCC가 상황적합적 접근에 기초해 검토해야 한다는 점을 시사한다. 후속 연구에서는 더 다양한 변인들을 고려한 PCC에 대한 고찰이 필요할 것이다.

주요어 : 환자 중심 커뮤니케이션, 진료면담, 내용분석, PCC 분류법
학 번 : 2016-23783

목 차

제 1 장 서론 ····· 1

제 2 장 이론적 배경 ····· 4

제 1 절 환자 중심 커뮤니케이션(PCC)의 개념과 연구동향 ····· 4

제 2 절 PCC의 분석 방법 ····· 9

제 3 장 연구 방법 ····· 16

제 1 절 연구 설계 ····· 16

제 2 절 분석 방법 ····· 19

제 3 절 연구의 분석틀 ····· 24

제 4 장 연구 결과 ····· 32

제 1 절 진료면담에서의 PCC ····· 32

제 2 절 의사와 환자의 성별에 따른 PCC ····· 40

제 3 절 성별 및 진료유형과 진료시간에 따른 PCC ····· 53

제 5 장 논의 ····· 65

제 1 절 연구 결과에 대한 고찰 ····· 65

제 2 절 연구의 의의와 제한점 ····· 68

제 6 장 결론 ····· 70

참고문헌 ····· 75

Abstract ····· 87

표 목 차

[표 1] 연구 단계 ····· 16
[표 2] 자료의 구성 ····· 17
[표 3] PCC의 분류법의 조작적 정의 및 코딩 지침 ····· 24
[표 4] 진료면담에서 도출된 PCC분류법의 여섯 기능 ····· 32
[표 5] 진료면담에서 총 발화량 및 PCC 반화량 ····· 33
[표 6] 의사 성별과 PCC ····· 40
[표 7] 의사 성별과 PCC 유의성 검정 ····· 41
[표 8] 환자 성별과 PCC ····· 45
[표 9] 환자 성별과 PCC 유의성 검정 ····· 46
[표 10] 환자 성별과 PCC 대응 분석 요약 ····· 47
[표 11] 환자 성별과 PCC 행 포인트 개요 ····· 47
[표 12] 환자 성별과 PCC 열 포인트 개요 ····· 48
[표 13] 의사-환자 성별 조합에 따라 도출된 PCC ····· 52
[표 14] 의사 성별과 진료 시간에 따른 PCC ····· 53
[표 15] 의사 성별과 진료 시간에 따른 PCC 유의성 검정 ····· 54
[표 16] 의사 성별과 진료 유형에 따른 PCC ····· 55
[표 17] 의사 성별과 진료 유형에 따른 PCC 유의성 검정 ····· 56
[표 18] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC ····· 57
[표 19] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 유의성 검정 ····· 57
[표 20] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 대응 분석 요약 ····· 58
[표 21] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 행 포인트 개요 ····· 59
[표 22] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 열 포인트 개요 ····· 59
[표 23] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC ····· 61

[표 24] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 유의성 검정 ····· 61
[표 25] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 대응 분석 요약 ····· 62
[표 26] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 행 포인트 개요 ····· 63
[표 27] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 열 포인트 개요 ····· 63

그 림 목 차

[그림 1] PCC 분류법의 여섯 가지 핵심 기능 ····· 11
[그림 2] 연구 모형 ····· 18
[그림 3] 시각화 이미지의 예시 ····· 23
[그림 4] 내용분석 코딩 용지 ····· 31
[그림 5] 남성 의사에게 나타난 PCC 기능 시각화 ····· 42
[그림 6] 여성 의사에게 나타난 PCC 기능 시각화 ····· 44
[그림 7] 여성 환자에게 나타난 PCC 기능 시각화 ····· 49
[그림 8] 남성 환자에게 나타난 PCC 기능 시각화(1) ····· 50
[그림 9] 남성 환자에게 나타난 PCC 기능 시각화(2) ····· 51
[그림 10] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC ····· 60
[그림 11] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC ····· 64

제 1 장 서론

보건의료 시스템에서 주축 분야 가운데 하나는 의료 서비스의 제공이고, 환자에게 효과적인 의료 서비스를 제공할 수 있게 만드는 첫 단추가 바로 진료면담이다. 특히 의사는 진료면담을 통해서만 환자와의 치유 관계를 확립할 수 있다 (Lichstein, 1990). 이런 이유에서 Pendleton (1984)은 진료면담을 '의학의 중심적 행위'라고 정의했다.

이 가운데 최근 환자 중심 진료면담의 중요성이 대두되고 있다. 국내에서 진료면담은 그간 의료 중심, 의사 중심으로 이루어져 왔다. 증상 기술에 대한 환자의 적극적인 참여보다는 질병 자체에 대한 소통이 중시되었으며, 그 결과 3-4분의 짧은 면담시간, 의사의 업무 과부하 등과 같은 문제들이 대두되었다(김용, 2013; 양은배, 2008). 최근에는 이런 문제들을 해결하고 환자 진료의 질 향상, 환자의 심리 사회적 불안감 감소, 불필요한 방문 횟수의 감소를 목표로 한 환자 중심 진료가 주목받고 있다. 환자 중심 진료는 환자의 특정 건강관리에 초점을 맞추고 환자들이 진료에 적극적으로 참여하도록 하는 것이다(Reynolds, 2009). 이는 WHO의 정책 평가 기준 가운데 하나인 대응성(responsiveness)과 관련해 보건의료체계의 주요 목표로 제시되었고, 이후 의사 개인의 전문성에만 의존해 진료에 대한 결정을 내리는 질병 중심 진료에서 환자가 의사결정 과정에 적극적으로 참여하는 환자 중심 진료로 의료 패러다임이 변화하기 시작하면서 그 중요성이 더욱 부각되어 왔다.

특히 진료면담에서 환자 중심 커뮤니케이션(patient-centered communication, 이하 PCC)은 환자 치료를 개선하는 효과적인 방법으로 보고되어 왔다 (이종학, 김찬중, 2013). PCC는 환자가 가질 수 있는 우려나 기대를 환자의 관점에서 이해하고, 환자에게 주어진 심리적, 사회적 맥락 하에서 환자를 이해하며, 환자가 가지고 있는 문제에 대해 동일한

이해를 달성할 뿐만 아니라, 환자에게 참여의 기회를 제공함으로서 환자가 진료 과정에서 의미 있는 참여와 선택을 추구할 수 있도록 돕는 활동이라고 정의할 수 있다(Epstein & Street, 2007). 최근 PCC와 관련해 환자와 의사의 만족도 증가, 의료소송 감소, 임상 결과 개선, 의료의 질과 안전성 향상, 환자에게 가해지는 위해 예방 등과 같은 긍정적인 결과들이 보고되면서 국내에서 PCC 진료면담에 대한 중요성이 더욱 부각되고 있다 (Neuwirth, 1999; Beckman et al., 1984; Roter et al., 1997; 박형욱, 2012; 염호기, 2013; 이종학, 김찬중, 2013).

이런 중요성에도 불구하고 PCC에 대한 연구는 심도 깊게 이루어져 오지 않았다. 진료면담 커뮤니케이션 연구는 주로 의학, 간호학, 마케팅 분야에서 실용적 목적 하에 진행되어 왔다 (Rimal, 2001; 김민정, 2009에서 재인용). PCC는 용어 자체가 최근에서야 국내에서 사용되기 시작할 정도로 비교적 새로운 개념이고, 국내 의료 체계 실정에 적합한 측정 도구 또한 개발되지 않았다. 이는 무엇보다도 자료의 한계 때문에 일어난 일인데, 그 결과 국내에서는 PCC에 대한 기초 연구가 미흡한 실정이다.

국내 연구는 특히 최근까지도 치료결과나 환자만족도에 PCC에 미치는 영향 또는 결과를 살펴보는데 국한되어 있다. 그 결과 실제 진료면담에서 PCC를 평가하거나 이를 변화시키는 요인들을 살펴본 연구는 부족하다. 바꿔말해, PCC를 독립변수로 한 연구들은 많이 이루어져 왔으나 막상 PCC에 영향을 미치는 변인들을 살펴보는 연구는 전무하다고 할 수 있다. 특히 의사와 환자의 성별이 PCC에 중요한 영향을 미친다는 사실이 국외 PCC 연구를 통해 확립되었고(Bertakis et al., 2009), 그 결과 성별에 관한 PCC 연구가 요구됨에도 불구하고 국내에서는 전혀 검토되지 않았다.

이런 이유에서 실제 진료면담에서 PCC와 의사 및 환자 성별 사이 연관성을 살펴 볼 필요성이 요구된다. 본 연구의 목적은 진료면담에서 PCC 내용은 어느 정도 나타나며, 의사와 환자의 성별이 PCC의 내용에

영향을 미치는지의 여부를 살펴보고 이를 진료 유형과 시간을 함께 고려했을 때 PCC가 달라지는지를 검토하는데 있다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 환자 중심 커뮤니케이션의 개념과 연구 동향

1. PCC의 개념과 구성요소

미국의 국립 및 사설 연구기관들은 PCC에 대한 개념을 독자적으로 발전시켜왔다. 미 국립암연구소(National Cancer Institute)에 따르면 PCC는 의사가 환자의 심리적, 사회적 맥락을 고려하여 환자 입장에서 환자의 우려, 감정, 기대 등을 이해하고자 하는 시도라고 정의했다. 여기에는 PCC를 통해 환자의 건강 관련 문제와 치료법에 대해 환자와 의사 양자 간의 공통된 이해에 도달하는 것이 중요하고, 진료시 환자가 의사 결정에 참여하여 의학적 선택에 영향력을 행사하고, 양자가 상호 신뢰, 존중, 및 헌신으로 환자-의사 관계를 형성하는 것 또한 포함된다(Epstein & Street, 2007). 반면, 피커 연구소(The Picker Institute)는 PCC를 환자 참여 및 환자의 선호 사항 유도, 환자 존중, 환자의 요구와 요구에 대한 의사의 신속하고 효과적인 대응, 환자의 치료가 존중과 지원 가운데 이루어지도록 잘 조정되고 통합된 관리를 제공하는 것으로 정의했다. 다른 한편 미 의학연구소(Institute of Medicine)는 PCC를 환자 중심 진료를 위한 기본 요소로 제시했다(Levinson et al., 2010). 여기서 환자 중심의 진료는 “환자 개개인의 상황에 가장 잘 맞는 선택을 할 수 있도록 환자의 요구, 필요, 선호도를 존중하고 대응하는 것”이다.

PCC의 구성요소로 가장 자주 언급되는 것이 Mutha(2002)에 의해 개발된 RESPECT 모델이다. 이 모델은 환자와의 커뮤니케이션에서 효과적이고 환자 중심적인 상태를 유지하도록 돕는 기능들을 소개한다. 구체적으로, 인종/종족, 문화 및 권력의 차이를 넘어 의사와 환자 간의 신뢰를 구축하기 위해 고안되었으며, 의사의 문화적 편견을 개선하고 다른 문화적 배경을 가진 환자와의 라포 형성을 위해 넓게 사용되는 모델이

다. RESPECT 모델은 친밀한 관계 형성(Rapport), 공감(Empathy), 지지(Support), 파트너십(Partnership), 설명(Explanation), 문화적 역량(Cultural Competence), 신뢰(Trust)로 구성되어 실제 진료에서 활용될 뿐 아니라 교육, 관찰 및 평가를 위한 통합 도구로 사용되기도 한다. 다음은 RESPECT 모델의 세부 기능에 대한 설명이다.

• Rapport	환자의 관점으로 환자를 본다
• Empathy	환자의 행동 원인을 찾고 감정을 이해한다
• Support	환자가 방해물을 극복할 수 있도록 지원한다
• Partnership	건강문제를 함께 해결할 것을 강조한다
• Explanation	이해를 위해 자주 확인, 설명한다
• Cultural Competence	환자의 문화적 신념을 존중한다
• Trust	환자와의 신뢰를 확립하기 위해 노력한다

2. PCC에 관한 선행 연구

병원에 방문한 환자들은 대부분 증상 및 질병의 진단뿐만 아니라 차후 받게 될 치료 방법에 대해서도 불안해하는 것이 일반적이다.[1] PCC는 환자들의 불안감을 줄여주고 자신감을 키우는데 도움을 주는데, 이는 곧 진료 이후 건강 관련 결과와 연결된다. 실제로 많은 연구는 진료에서의 PCC 실천이 건강 관련 결과, 삶의 질 향상, 환자 만족도 등과 긍정적인 연관성을 지닌다고 결론지었다(Little et al., 2001; Stewart et al., 1995; Henbest et al., 1992). 이 소절에서는 국내에서 이루어진 PCC 연구들을 개괄하고, 본고에서 핵심적으로 다루어질 PCC 관련 변수와 장애요인에 대한 선행연구들을 살펴볼 것이다.

---

1) Royal College of Nursing, “First Steps for Health Care Assistants”, (https://rcni.com/hosted-content/rcn/first-steps/stages-of-change-model, 2019년 10월 10일 접속).

1) PCC 관련 국내 연구 현황

PCC에 관한 종래 연구들은 대부분 환자를 대상으로 한 설문조사 연구로서 PCC가 미치는 영향에 대한 검토가 주를 이루고 있다. 환자는 의사와의 원활한 커뮤니케이션을 통한 치료에 더 만족할 뿐만 아니라, 본인의 문제를 정확하게 진단하기 위해 관련 정보를 공유하고, 의사의 조언을 따르며, 규정된 치료법을 준수하게 된다 (Henrdon & Pollick, 2002; Arora, 2003; Tongue et al., 2005; Kindler et al., 2005; Fong & Longnecker, 2010). 더 나아가 Arora (2003)는 PCC가 병원 체류 기간을 단축시켜 개인의 의료 진료 의뢰 횟수를 줄이고 방문 비용을 절감하는데 기여한다고 보고했다.

국내에서도 PCC가 곧 환자의 순응, 환자 만족도, 환자 유지율, 의료소송 건수 감소에도 영향을 미친다는 점이 보고되었다(김성수 외, 2008). 만성질환자를 대상으로 한 연구에서는 PCC가 건강 행태를 관리하게 함으로써 삶의 질을 향상시킨다는 사실이 확인되었다(이정선 & 최만규, 2017). 이외에도 실제 대화를 분석한 연구는 의사소통 문제의 유형과 그 원인을 분석했으며, 의사의 권위적 행위 및 어투 경청의 문제, 표현적 문제, 임상검사의 설명 방식, 피드백 부족, 시간의 제약 등을 의사와 환자 간 의사소통 문제의 유형들로 제시했다(이두원 2000).

이외에도 의사의 커뮤니케이션 스타일, 환자 중심성, 환자 중심적 태도 등 여러 유사한 개념들을 중심으로 PCC의 중요성에 대해 검토한 연구들이 존재한다. 의사 또는 환자 측의 설문조사를 통해 환자 중심적 태도를 살펴본 연구의 경우 Krupat 등 (2000)이 개발한 환자－의사 지향성 척도(Patient Practitioner Orientation Scale: PPOS)를 이용하여 의과대학생, 전공의, 전문의의 환자중심적 태도를 살펴본 연구(손인기 외, 2002)가 있고, 같은 측정도구를 이용하여 CPX 도입에 따른 의과대학생들의 환자중심적 태도 변화를 살펴본 사례도 있다(허예라 외, 2014). 커뮤니케이션 스타일에 따른 환자중심성을 살펴 본 사례로는 PPOS로 환자 중심

적 성향을 측정한 후 커뮤니케이션 스타일을 협력형과 과업형 두 가지로 분류하여 이에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 살핀 김민정(2009)의 연구를 들 수 있다. 이종학 & 김찬중(2013)은 Laine & Davidoff (1996) 및 Mead & Bower (2000)의 측정도구를 이용하여 PCC가 환자참여에 미치는 영향을 살펴보았고, 같은 측정도구에 한국 실정에 맞는 질문지를 추가하여 PCC를 경청요인, 배려요인, 금지요인을 구분해 환자만족과 치료성과에 대해 검토했다. 환자와 의사의 상호작용을 분석하기 위해 개발된 Roter의 분석도구 (Roter's Interaction Analysis System, RIAS)는 신뢰도와 타당성이 높다는 점에서 국내에서 의학, 간호학 등에서 두루 사용되고 있다. 김은정(2010)은 이를 활용해 환자와 응급실 간호사의 상호작용을 분석하여 특성에 따라 구별되는 4개의 상호작용 유형을 확인하였고, 상호작용 유형에 따라 환자의 상호작용 행위가 다르게 나타남을 발견했다.

2) PCC의 변수에 대한 연구

미국의 한 진료면담 비디오 분석 사례 연구에 따르면, 남녀 의사 모두에서 PCC와 관련해 환자에게 필요한 정보를 제공하고 환자의 감정에 반응하는 것으로 나타났다. 환자는 자신에게 현재 필요한 건강 정보를 제공하고 건강관리 계획을 돕는 의사를 선호하였으며, 남녀의사의 모두 이런 도움을 제공했다(Swenson et al., 2004).

그러나 이런 일부 공통점에도 불구하고, 여성 의사는 진료면담에서 남성 의사와 다른 의사소통 방식을 갖고 있으며, 이 같은 대화 방식의 차이는 PCC와 관련한 행동들의 차이를 낳는다(Bertakis et al., 2009). 여성 의사의 경우 환자와의 파트너십 구축이나, 정보 공유, 환자 참여를 유도하는 대화를 많이 하는 반면, 남성의는 기술적인 면에 더 많은 시간을 투자한다 (Bertakis et al., 1995; 2003; 2009; Hall & Roter, 1995). 국내 사례 연구에서도 여성 의사가 정신사회적, 생의학적으로 환자와의 대화에 더 많이 참여하여 결과적으로 남성의보다 더 많은 PCC를 하는 것으

로 나타났다(Shin et al., 2014). 환자의 성별과 PCC 간의 관계에 관한 연구들에서도 동일한 현상이 발견된다. 일례로 여성 환자들은 일반적으로 말솜씨가 더 좋고 참여적이었으며, 의사들에게 더 많은 PCC를 유도한다는 점이 발견되었다(Street et al., 2005). 한편 의사와 환자의 성별이 동일할 경우에는 환자가 편안함을 느끼지만 전체적인 PCC와는 관계가 없는 것으로 나타났다(Bertakis et al., 2009). 마지막으로 초진과 PCC의 관계를 살핀 연구는 의사의 인구학적 특징, 능력, 훈련(training), 환자의 성별을 변수로 한 연구가 대부분이었으며, 재진에서의 PCC나 초진과 재진에서의 PCC 비교를 살펴 본 연구는 존재하지 않았다(Chapman et al., 2008; Bertakis et al., 2009).

3) PCC의 장애요인에 대한 연구

현실적으로 환자와 의사의 PCC를 방해하는 요소들 또한 존재한다. 여기에는 환자와 의사소통시 고도의 기술 용어 또는 전문 용어를 사용하는 것, 환자의 불만에 의사가 적절히 대응하지 않는 태도, 환자의 말을 듣지 않고 의학적 설명을 이어나가는 것, 환자가 정보를 이해했는지 확인하지 않는 것, 인간미 없는 접근, 의사소통 과정에서 무관심한 태도, 시간의 제약, 환자의 정보 이용가능성의 부족 등이 포함된다(Travaline et al., 2005; Cynthia, 2018). 의학 교육의 진보에도 불구하고 의사의 커뮤니케이션 역량 저하와 관련해서는 관련 정보를 공개하지 않거나, 의사가 환자의 문제를 적절하게 처리할 시간이 없어 대화를 회피하려고 하는 태도가 장애요인으로 지적되었다(Cynthia, 2018). 실제로 영국의 검토 및 확산 센터(Centre for Reviews and Dissemination, CRC)는 환자 중심 진료에서 부족한 진료시간은 의사와 환자 모두 진료에 있어 장애물로 인식된다고 보고했다.

국내에서는 진료면담 가운데 효과적인 의사 환자의 상호작용과 양질의 진료를 위해서는 충분한 진료 시간이 필요하지만, 환자 중심 진료로

의 패러다임 전환에도 불구하고 실제로 이를 추진할 수 있는 진료 시간은 부족하다고 보고되었다(이찬희 외, 2017). 그러나 환자가 만족할만한 진료 시간에 대한 연구만 있을 뿐, 실제 진료면담을 통해 PCC가 충분한 시간을 요구하는지에 대한 연구는 되어있지 않았다. 이 점에서 진료시간에 따른 PCC의 정도의 차이를 살펴볼 필요가 있다고 할 수 있다.

제 2 절 PCC 분석 방법

1. PCC의 기존 분석 틀

PCC의 중요성이 커지는 만큼 의사와 환자 사이의 커뮤니케이션을 양적, 질적으로 측정하는 도구 많아지고 있다. 환자-의사 커뮤니케이션을 측정하는 다수의 도구 중 PCC를 측정하는 도구로는 PPPC (Patient-perceived Patient-centeredness Scale), MIPS(Medical Interaction Process System), RIAS 등이 있다(Stewart et al., 2000; Sarah et al., 2000; Ford et al.,1996). PCC는 단일 구조나 차원이 아니라 다면적인 구성이기에 어떤 측정 분석 도구를 선택하는가는 연구 결과의 성격과 유용성을 결정하는데 매우 중요하다(Ong et al., 1995).

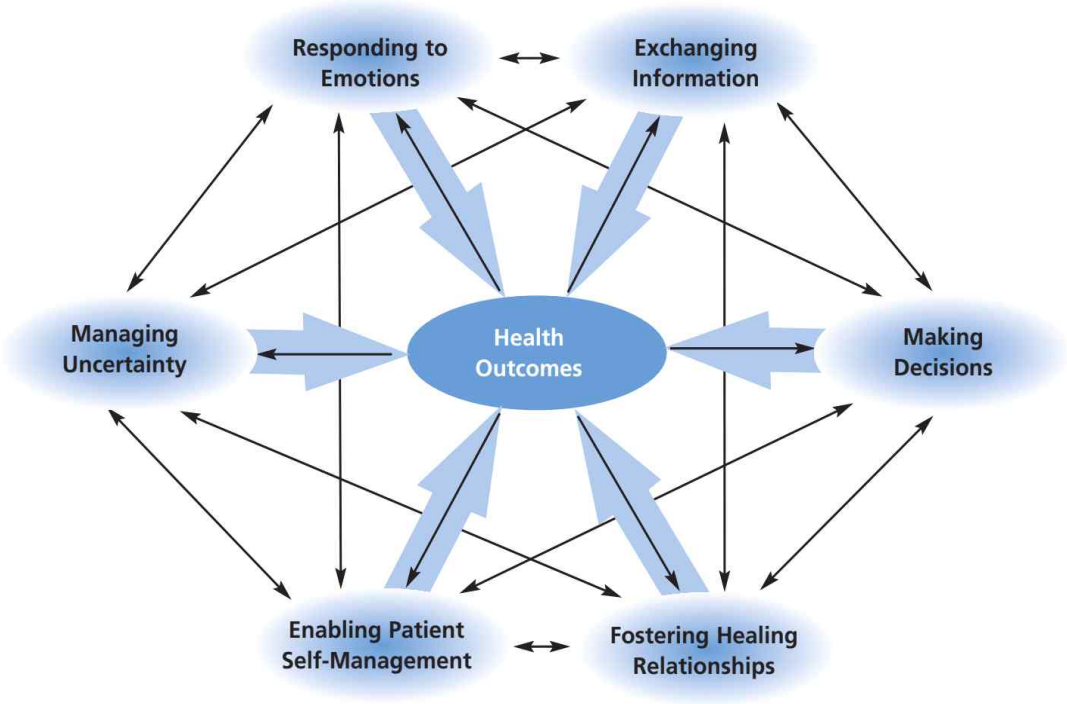
의사-환자 커뮤니케이션의 체계적 문헌 고찰에 따르면 상호작용 커뮤니케이션 분석은 두 가지 유형으로 나뉘는데, 하나는 치료(cure)에 집중한 행동이고, 다른 하나는 정서적 관심(care)에 집중한 행동이다(Ong et. al., 1995). 이 두 유형은 치료적인 측면에서 환자가 '알고 이해해야 할 필요성'과 정서적인 측면에서 환자가 '알고 이해해야 했다고 느껴야 할 필요성'을 강조하는데 이를 측정할 수 있는 도구로는 IPA(The Bales' Interaction Process Analysis)를 고려할 수 있다. IPA는 비디오나 관찰을 통한 분석도 가능하지만 대개 녹취록을 이용하는 도구이며 신뢰도가 높은 것으로 보고된 도구이다.

RIAS는 IPA에 기초한 것 가운데 가장 널리 사용되는 분석 도구 중 하나이다. 실제 경험적 연구들은 본 도구의 임상적 유용성을 입증했고, 진료면담에서의 의사-환자 상호작용을 분석하는 도구로서 높은 신뢰도를 보고했다. RIAS는 기본적으로 언어 커뮤니케이션을 29가지의 치료 중심과 14가지 정서 중심의 표현으로 구별하고 분석하지만 Roter (1987)가 개발한 코딩은 34개의 환자와 의사 공통 영역과 6개의 의사 영역, 1개의 환자 영역으로 분류한다.

또한 Levenstein (1984)이 1,000건의 임상 진료를 활용해 발전시킨 환자 중심 모델 및 방법에 기초해 캐나다 웨스턴 온타리오 대학의 환자-의사 커뮤니케이션 그룹(Patient-Doctor Communication Group)은 MPCC(Measure of Patient-Centered Communication)를 개발했다. 이 측정 도구는 질병 탐색, 환자 이해, 합의점 모색, 건강 개선 및 협력, 환자와 의사의 관계 강화, 현실적 대응을 여섯 개의 구성요소로 정의한다. 이 그룹은 이것들의 달성이 곧 환자의 건강 회복이나 긍정적인 감정, 환자의 만족, 지지에 영향을 미쳐 유의미한 치료 결과를 가져온다고 보고했다(Stewart, 1995). 이 분석 도구는 여섯 가지 분류 각각에 대한 상세한 지침에 따라 녹취록 및 녹음 자료를 진료에 나타난 여섯 개의 구성요소에 맞추어 코딩하고, 이를 Preliminary Exploration, Further Exploration, Validation, Cut-off의 항목으로 점수를 매기는 식이다.

2. Epstein & Street(2007) 분류법의 활용

미 국립 암 연구소는 암 진료에서의 PCC와 관련된 책자를 통해 PCC의 구성요소에 대한 새로운 정의를 제안했다(Epstein & Street 2007). 본고는 이 도구를 Epstein & Street (2007) 분류법이라고 서술하고 주요 분석 틀로 이용한다. 이 분류법은 암 치료에 있어 PCC의 과정 및 결과에 대한 틀이 아래에서 소개할 여섯 가지 핵심 기능을 중심으로 구성되며, [그림 1]과 같이 각 기능들이 독립적이거나 계층적인 범주가 아니라 상호작용하며 중요한 건강 결과(health outcome)를 가져온다고 본다.



[그림 1] PCC 분류법의 여섯 가지 핵심 기능(Epstein & Street,2007)

Epstein & Street (2007)은 자신의 분류법의 적용 대상을 암 환자의 PCC로 한정지었지만, 최근 이를 일반 환자 전체에 적용가능하다는 연구 결과가 보고되었다. Reeve et al. (2017)은 Epstein & Street (2007)의 분류법을 이용하여 설문도구를 개발했다. King & Hoppe (2013)는 환자 중심 진료에 대한 체계적 고찰 결과 이 여섯 기능들이 일반 환자들의 경우에도 환자의 만족도를 높이며, 진료 중 환자의 질환에 대한 자세한 복기 및 토의를 이끌어내고, 환자의 의사의 설명 및 권고에 대한 이해를 돕거나 보다 잘 준수하게 하는 등 건강 결과 향상과 긍정적인 연관 관계가 있음을 확인했다.

본 연구자는 이런 논의에 기대어 일반 환자를 대상으로 한 PCC 연구에 Epstein & Street (2007)의 분류법을 적용할 것이다.

각 기능들의 의사와 환자의 관련한 커뮤니케이션은 다음과 같다.

1) 정보교환 (Exchanging information)

Epstein & Street(2007)이 제시한 정보교환 모델은 공통의 이해를 달성하기 위한 의사와 환자의 상호적인 노력에 초점을 맞춘 정보 교환의 과정적 모델(process model of information exchange)이다. 여기서 정보 교환은 환자가 원하는 정보를 인식하고, 정보 교환의 내용과 과정을 모두 고려하며, 환자가 원하는 정보를 정확하게 전달하는 동시에 희망을 제공하고 낮은 건강 문해력과 부족한 통계 정보에 대한 이해와 관련된 장벽을 극복하는 것을 강조한다. 환자에게 정보를 제공하면 진료에 대한 환자 만족도가 증가하며, 환자의 안전성을 높이고 진료를 통해 불안을 줄이고 대처 능력을 높일 수 있으며, 환자는 자신이 원하는 지식을 얻을 수 있을 뿐만 아니라, 환자가 갖는 진료에 대한 불확실성을 줄이는데 기여할 수 있다(Vest & Miller, 2011; Kaelber & Bates,2007).

2) 치유 관계 증진 (Fostering healing relationships)

의사와 환자 간의 좋은 관계를 구축하는 것은 가장 중요한 요인 중 하나로 소개된다. 치유 관계 증진은 효과적인 의사소통으로서 서로의 역할과 기대에 대한 동의(agreement)뿐만 아니라 상호 신뢰, 라포 형성, 이해, 상호 약속의 중요성을 강조한다. 의사는 환자와의 공감대 형성을 위해 환자의 언어적 및 비언어적 커뮤니케이션을 주의 깊게 살펴보고, 대화 과정에서 존경, 공감, 배려, 이해를 보여줌으로서 치유 관계를 발전시킬 수 있다(Bakić-Mirić,2008). 이러한 관계를 형성할 경우 환자의 참여를 증대시켜 치료의 성공률을 높일 수 있다(Leach,2005).

3) 감정 인식 및 반응 (Recognizing and responding to emotions)

우울증, 불안, 두려움 등이 삶의 질에 큰 영향을 미친다는 점에서 환자의 감정 상태를 인식하고 반응하는 것이 매우 중요하다. 그러나 의사들은 보통 두려움이나 걱정과 같은 환자의 감정적 단서를 대화 과정에서

잘 인식하지 못할뿐만 아니라 이에 제대로 반응하는 데에도 실패한다 (Butow et al., 2002). 환자는 본인의 감정을 언어적 또는 비언어적 커뮤니케이션을 통해 전달할 수 있지만, 많은 경우 감정표현이 진료와 무관하다고 생각하기 때문에 감정적인 문제를 드러내지 않을 수도 있다 (Ryan et. al., 2005). 그렇기 때문에 이를 끌어내기 위한 의사의 역할이 중요하다. 진료면담에서 환자와 가족들은 이런 감정을 두려움, 유머, 신경질, 걱정, 슬픔 등 다양한 방법으로 표현하기 때문에 의사는 환자의 정서적 고통을 줄이기 위해 노력하고, 환자의 감정을 이해하고 있다는 점을 확인시키며, 환자의 감정 표현에 대해 당연함(legitimation), 타당함(validation), 공감, 지지의 표현들로 대응해야 한다. 여기서 당연함은 “그렇게 느끼는 건 당연합니다”, 타당함은 “네, 지금은 매우 불안할 시기입니다”, 공감은 “이게 환자분을 걱정스럽고, 불안하게 만들죠?”, 지지는 “제가 도움을 드릴 수 있어요” 등과 같은 표현들로 나타날 수 있다.

4) 불확실성 다루기 (Managing uncertainty)

불확실성 다루기는 질병과 관련한 불확실성을 제거할 수 없지만 환자와 가족이 불확실성과 관련된 불안을 효과적으로 대처할 수 있도록 의사가 정보, 지지 및 전략을 제공함으로써 관리에 도움을 주는 시도를 가리킨다 (Epstein & Street, 2007). 대부분의 환자들은 전문가의 조언을 따르려고 노력하면서 선택을 하지만 전문가들 사이에서도 불확실성으로 인해 종종 혼란스러운 경우가 발생한다. 치료 선택의 복잡성은 복합적인데, 예를 들어 고령, 유전적 감수성(genetic susceptibility), 두 개 이상의 만성질환의 동시다발적 발병 등의 요소를 모두 고려해야 하는 환자들이 존재할 수 있으며, 이들 환자들이 유전적 감수성의 위험성을 평가하는 것과 특정 치료와 관련해 위험을 감수하는 정도가 모두 다를 수 있다(Health Affairs, 2007). 따라서 불확실성은 정서적 괴로움, 통제력 상실, 삶의 질 저하와 같은 부정적인 결과를 초래할 수 있지만(Centers for Disease Control and Prevention, 2001), 동시에 의사가 불확실성을 인정하고 이를 환자와 함께 줄이려고 시도하는 일은 환자의 진료 만족도를 높이는데

기여한다(Gordon et al., 2000).

5) 의사결정 돕기 (Making decisions)

최선의 치료 결정을 내리기 위해서 의사는 환자의 요구, 가치 및 선호도를 명확히 고려해야 한다. 그러나 환자와 의사는 종종 건강에 대한 서로 다른 믿음을 가지고 있고, 환자가 선호하는 선택지를 지지하는 것이 임상적으로 어려운 경우와 같이 여러 이유로 최선의 결정을 달성하는 것은 쉽지 않다(Epstein & Street, 2007).

의사-환자 관계의 전통적인 개념은 환자를 수동적이고 순응적인 역할에 놓이게 하는데, 환자의 유일한 의무는 유능한 도움을 구하고 의사와 협력하는 것이다. 하지만 더 많은 환자가 의사결정에 참여에 대해 요구하고 있으며, 의사는 환자의 의사결정 참여를 얼마나 권장하고 싶은지, 그리고 자신의 결정과 일치하지 않는 환자 요구에 어떻게 대응해야 하는지에 대해 자주 결정을 내려야 한다 (Brody, 1980). 이 의사결정 모형은 다음의 세 가지 유형으로 구분된다. 먼저 가부장적 유형(Paternalistic)은 의사가 치료를 결정한다. 다음으로 공유형(Shared)은 의사와 환자가 함께 치료 결정한다. 마지막으로 정보 제공형(Informed)은 환자가 의사 및 기타 정보에 따라 치료를 결정한다.

6) 환자 스스로 하도록 돕기 (Enabling patient self-management)

이 기능은 환자가 자신의 질병의 중요한 부분을 스스로 관리할 수 있는 능력을 말하는 것으로, 병에 대한 정보를 찾고, 치료 효과에 대처하며, 필요할 때 적절한 치료를 받을 수 있는 능력을 포함한다(Weeks et al., 1998). 여기에는 의사가 환자를 위해 자율적이고 자신을 돌볼 수 있는 능력을 갖도록 돕는 것뿐만 아니라 자기 관리에 대한 장벽을 제거하는 것을 모두 포함한다.

Banerjee & Sanyal (2012)은 의사-환자의 협력 관계가 좋을 경우 의사의 신뢰도가 높아져 사회문화적 결정요인에 관계없이 환자가 보다 적극적으로 자신을 관리하게 된다고 보고했다. RIAS를 활용한 의사-환자의 상호작용 연구에서도 의사가 환자가 스스로 관리하도록 장려하기 위해 진료시에 환자의 문제에 주의를 기울이면서 합의, 인정 및 정당화에 초점을 맞추어 커뮤니케이션을 수행해야 한다고 결론내렸다 (Pawlikowska et al., 2012).

제 2 장 연구 방법

제 1 절 연구 설계

1. 연구 절차

본 연구는 다음 세 단계의 순서에 따라 분석이 이루어진다. 첫 번째 단계는 Elo & Kyngas (2007)의 연역적 접근법의 내용분석 틀을 이용하여 PCC의 6가지 핵심 기능들을 코딩하고 이에 관한 신뢰도 검증을 실시한다. 신뢰도 검증을 마친 후 수정 및 보완된 지침서를 활용하여 전체 녹취록을 코딩하고, 코딩된 결과들을 합계 계산, 빈도 및 대응 분석을 통해 파악한다. 두 번째 단계에서는 연구 문제를 확인하기 위해 각 변수들이 환자 중심 커뮤니케이션에 영향을 미치는지에 대한 통계적 유의성을 검정한다. 마지막 단계에서는 환자 중심 커뮤니케이션이 변수별로 가장 높게 나온 진료와 그렇지 못한 진료를 추출하여 *Discursis* 프로그램을 통해 시각화하여 비교 분석을 실시한다.

[표 1] 연구 단계

1 단계
샘플 20건 녹취록 작성 ↓ Epstein&Street(2007)의 PCC 분류법 지침서 제시 ↓ 연구자 외 5인의 코딩, 신뢰도 0.7 이상 확보 최종 PCC 분류법 지침서 완성
↓
2 단계
490건의 녹취록 내용분석 실시
↓
3단계
내용분석을 통한 빈도, 백분율, 평균, 대응 분석 및 유의성 검정

2. 연구 대상 및 자료의 수집

본 연구는 서울 소재의 한 종합병원에서 의사와 환자의 진료면담을 녹음한 자료를 연구 자료로 활용했다. 본 자료는 연구윤리심의 위원회로부터 심의를 받은 후 자료를 받고 분석하였다(IRB No. 20181112/10-2018-106/121). 총 490건의 진료면담 녹음자료를 전사한 것을 분석 대상으로 삼았으며, 자료를 통해 의사의 성별, 환자의 성별, 진료의 유형, 진료의 시간을 알 수 있었다.

자료의 구성을 살펴보면 다음과 같다.

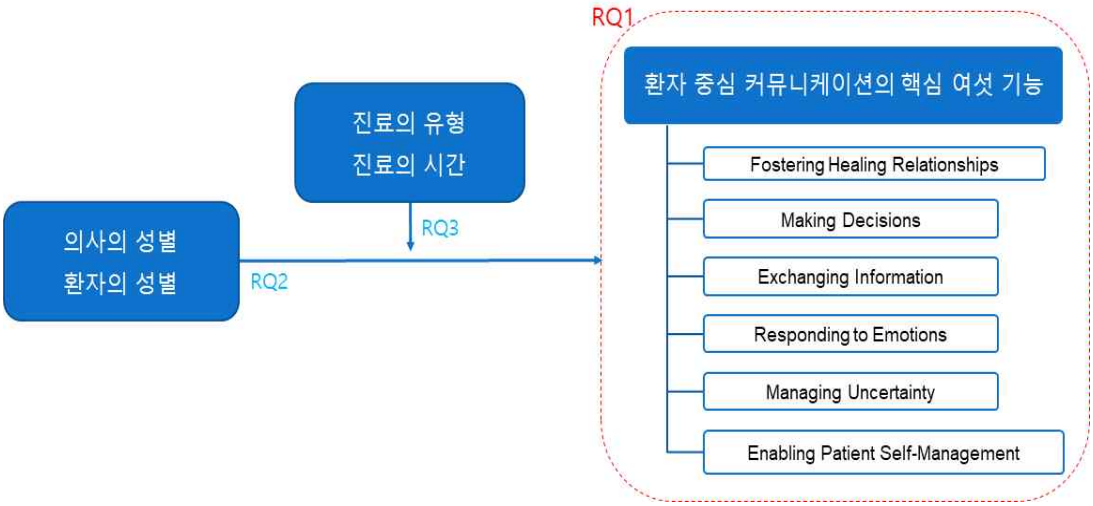
[표 2] 자료의 구성

변수명	합계
의사 성별	
남성	30
여성	19
환자 성별	
남성	171
여성	319
진료 유형	
초진	99
재진	391
진료 시간	
4분 미만	214
4분 이상	276

진료 시간의 경우, 중앙값을 활용하여 자료를 분류했다. 면담 시간은 평균적으로 약 299초(5분 49초)였으며 중앙값은 262초(4분22초)였다. 진료시간의 최솟값은 22초이고, 최댓값은 1103초(18분 23초)였다. 극단값에 따라 영향을 받을 수 있다는 점을 고려하여 평균값대신 중앙값을 이용하기로 결정했으며, 반올림한 값인 4분을 기준으로 분류를 실시했다 (아래 사분위수: 179초, 위 사분위수: 575.5초).

3. 연구 문제 및 모형

본 연구의 모형은 진료면담에서 PCC의 빈도 및 특징을 알아보고 의사와 환자의 성별이 PCC에 유의미한 영향을 미치는지를 검증하기 위한 목적으로 설계되었다. 또한 진료의 유형과 진료의 시간을 구분하였을 때 PCC가 달라지는지 살펴볼 것이다. 이를 도식화한 연구 모형은 [그림 2]와 같다.



[그림 2] 연구 모형

본 연구의 연구 문제는 다음과 같다.

1) 진료면담에서 PCC의 여섯 기능 중 어떤 기능이 많고, 적은가?
2) 의사와 환자의 성별에 따라 PCC의 여섯 기능은 달라지는가?
3) 의사와 환자의 성별과 PCC의 관계는 진료의 유형, 그리고 진료의 시간에 의해 달라지는가?

제 2 절 분석 방법

1) 내용분석

내용분석(Content analysis)은 메시지에 포함된 의미 맥락과 의도를 참조하여 내용을 연구하는 것으로 정의되며 다양한 형식, 그림, 오디오 또는 비디오의 구술 기록 등의 형태로 만들어진 문서를 활용해 커뮤니케이션을 연구하기 위한 방법으로 쓰인다. Berelson (1952)은 내용분석을 커뮤니케이션의 내용에 대한 객관적이고 체계적이며 정량적인 설명을 위한 연구기법으로 정의했고, Holsti (1968)는 메시지의 특정 특성을 체계적이고 객관적으로 파악하여 추론하는 기법이라고 주장했다. 내용분석은 현상에 대해 보다 구체적이고 객관적으로 표현할 수 있도록 돕고, 특히 민감한 연구 주제를 다루는데 유용한 연구 기법이라고 할 수 있다(Prasad, 2008). 또한 내용분석은 문맥에 민감하여 데이터의 상징적 의미를 처리할 수 있는데, 정량적 방법으로 보이지만, 질적 내용을 효과적으로 포착하는데도 도움이 된다(Stempel, 1989: 121). 특히 연구자가 필요한 정보의 일부가 누락되거나 잘못 코드화된 것을 발견했을 경우 다시 되돌릴 수 있다는 점에서 매우 안전한 분석 방법이기도 하다(Prasad, 2008). 따라서 본 연구는 Epstein & Street (2007)의 PCC 분류법을 이용하여 내용분석을 실시하여 진료면담에서의 환자 중심 커뮤니케이션을 살펴볼 것이다.

2) 빈도 및 교차 분석

빈도 분석(Frequency analysis)은 자료의 구성 및 특성을 파악할 때 가장 많이 이용되는 기초 통계기술이다. 새로운 PCC 분석틀을 개발하기 위한 준비 작업으로서 진료면담에서의 여섯 가지 핵심 기능의 도출 경향을 빈도 분석을 통해 살펴보는 일이 필요하다. 이런 문제의식 하에 빈도 분석을 이용하여 변수별 내용을 정리하고, 이후 각 코딩 유목별로 가장 많은 기능과 적은 기능을 알아본다. 그리고 각 변수별 PCC가 나타난 빈

도를 분석한다.

교차 분석이란 특정 변수들의 연관성을 파악하는 방법을 설명하는 방법으로 카이제곱 검정이라고도 한다. 단순히 자료의 빈도만 확인하는 빈도 분석과 달리 변수들끼리 유의미한 관계가 있는지 살펴볼 수 있기 때문에 가설검증의 방법으로 많이 쓰인다. 예를 들어, PCC가 남녀별로 관계가 다른지 혹은 동일한지를 살펴볼 수 있다.

3) 대응 분석

(1) 대응 분석의 개념

대응 분석(Correspondence analysis)은 질적 데이터 혹은 비계량 데이터에 대한 분석법으로, 행과 열이 나타내는 정보를 계산하여 그 분할표의 두 변수 사이의 관계를 그림으로 표시하는 분석 기법이다. 이 분석법은 프랑스에서 1960년대-1970년대 초에 Jean-Paul Benzecri에 의해서 개발되었다. 이는 미국에서는 최적화 척도법(Optimal scaling), 캐나다에서는 쌍대척도법(Dual scaling), 일본에서는 수량화 제 3 방법(Quantification Method 3), 네덜란드에서는 동질성분석(Homogeneity test)이란 명칭으로 독립적으로 개발되어 발전해 왔다(노형진, 2008).

이 분석 기법에 따르면 빈도의 교차표(crosstabulation table)가 먼저 표준화되어 모든 셀의 상대적 빈도수가 1.0에 해당한다. 일반적인 분석 목표를 기술하는 방법 중 하나는 저차원 공간(low-dimensional space)에서 독립적인 행 및/또는 열 사이의 거리를 기준으로 상대 빈도표의 항목을 나타내는 것이다. 대응 분석법에서 중요한 것은 2차원 그림상의 점의 거리인데, 이 거리는 열의 상대적 빈도 패턴과 관련하여 서로 가까운 행 점이 유사하다는 점에서 유용하다.

내용분석을 통해 서로 연관성이 높은 변수끼리 대응 분석을 실시하여 배치도 관계성을 규명하기 위해서는 교차 분석(카이제곱 검정분석) 결과 통계적으로 유의한 관계가 있는 변수들을 대상으로 분석을 실시하는 것이 바람직하다고 판단된다(노형진, 2008). 따라서 유의성 검정에 의해 유의미한 차이를 보인 환자의 성별, 진료 유형 및 진료 시간과 PCC 사이의 관계성을 규명하기 위해 대응 분석을 수행할 것이다.

(2) 대응 분석의 해석

대응 분석의 결과를 해석하기에 앞서 대응 분석표에 대한 간단히 설명하는 일이 필요하다. 대응 분석을 통해 획득가능한 표는 대응일치표, 행 프로파일, 열 프로파일, 요약표, 행 포인트 개요, 열 포인트 개요, 그리고 그림으로 이루어져 있다. 대응일치표는 데이터의 행과 열의 기본 정보가 있는 교차 분석표이다. 행 프로파일은 각 행 범주에 대한 열 변수 범주의 분산이고, 열 프로파일은 각 열 범주에 대한 행 변수 범주의 분산이다. 프로파일 표에서 나타나는 매스값은 가중치를 말하며, 특정 변인, 즉 특정 변수가 공간에 적재되는 빈도를 전체의 적재된 빈도로 나누어준 값이다(서정호, 2012).

요약표의 비정칙값은 분할표의 진도자료를 설명할 수 있는 가상공간을 의미한다(서정호, 2012). 이는 행 점수와 열 점수의 상관계수로 요약관성의 제곱근이다. 첫 번째 차원과 두 번째 차원의 비정칙값이 갖는 요약 관성은 각 점수의 원점으로부터의 분산 정도를 나타내는 것이다(서정호, 2012). 요약관성은 고유값이라고 하며 요약관성 값은 특정변인이 x제곱값의 산출에 미치는 영향력을 전체 변인의 영향력으로 나누어진 값으로 이 값이 클수록 특정변인이 가상공간의 설명력과 차원의 설정에 미치는 영향력이 크다고 간주할 수 있다(박성준, 2002; 서정호, 2012)

행과 열 포인트 개요는 행과 열의 통계값인 각 범주에 대한 점수, 매스, 관성, 차원관성에 대한 기여도, 점 관성에 대한 차원의 기여도를 산

출한다. 여기서 나타나는 차원의 점수란, 가상적 공간에 표기되는 변인들의 공간적 위치를 나타내는 값이며 선정된 위치를 기준으로 근접성, 방향성 각 위치 간의 간격에 따라 관계성을 규명할 수 있다(서정호, 2012). 기여도는 특정 값이 가상적 공간이나 설정된 차원에 의해 얼마나 잘 설명되고 있는지 나타내는 지수로 차원의 관성에 대한 포인트는 하나의 차원이 각 행 또는 열에 의해 설명되는 비율로 절대 기여도로 볼 수 있고, 포인트 관성에 대한 차원은 하나의 행 또는 열이 각 차원에 의해 설명되는 비율로 상대적 기여도라고 설명할 수 있다(노형진, 2008; 서정호. 2012).

4) 시각화 분석

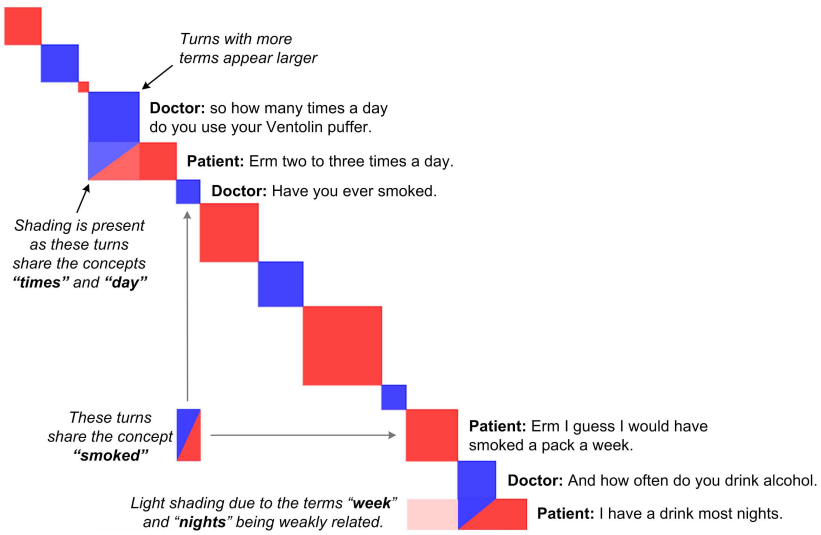
Discursis 프로그램은 호주 퀸즈랜드 대학에서 사람의 대화 분석을 목표로 개발된 컴퓨터 기반 도구로 분석자가 대화 대화의 구조, 정보 내용, 그리고 발화자간 관계를 이해하는데 도움을 준다.

Maynard and Heritage(2006)는 대화 분석에 대한 두 가지 핵심 접근 방식을 과정 분석(process analysis)과 미시 분석(micro analysis)으로 요약하는데, 이는 *Discursis* 소프트웨어를 이해하는데 도움이 된다. 과정 분석은 코딩 방식 개발이 포함된 것으로 RIAS와 IPA가 대표적인 과정 분석 도구로, 대화가 놓여져 있는 사회문화적 맥락을 놓치는 한계를 보인다. 반면 미시 분석은 특정 맥락과 문화적 의미에 대한 상호 작용의 모든 세부 사항을 검토하면서 과정 분석의 문제를 해결하지만, 동시에 대화 방식과 결과를 연결하는데 한계를 보인다.

*Discursis*는 대화의 시간 구조를 보여 주는 시각화 체계로, 말하는 사람의 차례와 순서(turn) 간에 공유하는 개념을 포함하는 시계열을 나타낸다. *Discursis*는 녹취록으로부터 언어 모델을 작성하고, 내용에 따라 각 임시 단위(대화의 맥락에서 한 바퀴)에 태그를 지정하는 녹취록의 대

화식 시각적 표현 방식이다. 분석자는 이런 시각적 표현을 통해 텍스트를 신속하게 검토하여 말하는 순서(누가, 언제, 얼마나 길게 이야기하는가) 텍스트의 주제별 내용 및 단기(turn-by-turn), 중기(typically 10 temporal units) 그리고 장기(whole conversation) 척도에 대한 주제별 일관성 영역을 확인할 수 있다(Angus et al., 2012).

*Discursis*는 한글을 지원하지 않아 국문 녹취록을 영문으로 번역하여 이용해야 하는 단점이 있다. 그러나 이 프로그램은 내용분석이 아닌 커뮤니케이션의 시간적 (또는 사건적 episodic) 측면의 분석을 위해 설계되었으며 시계열 데이터 내의 추세를 표시하고 식별하는 데 사용되는 반복 플롯(plot)이라는 기존 시각화 기법을 확장한 것이기 때문에 녹취록의 번역이 분석 결과에 영향을 미치지는 않는다. [그림 3]의 예시와 같이 *Discursis*는 대화를 대각선 방향으로 번갈아 표시하고, 사람들이 유사한 주제나 개념을 사용하거나, 자신의 주제나 개념을 반복하거나 관련이 없는 정도를 분석한다. 두 사람의 대화 차례 순서에도 유사한 개념이 포함될 경우, 해당하는 이미지 칸은 음영 처리되어 개념적 유사성의 정도를 나타낸다.



[그림 3] 시각화 이미지의 예시

제 3 절 연구의 분석틀

Epstein & Street (2007)의 PCC 분류법은 선행 연구에서 분석 도구로 사용된 적이 없었기에 연구틀로서의 적합성 여부를 확인하기 위해 신뢰도 검증을 하였다. 이를 위해 Elo & Kyngas (2007)의 내용분석 방식을 따라 연구자가 제시한 가이드라인을 활용하여 연구자 외 5인이 동일한 20건의 녹취록 샘플을 Epstein & Street (2007)의 PCC 분류법을 활용하여 코딩을 실시했다. 여기서 5인은 의사, 간호사, 대학원생, 일반인 2인으로 구성되었다. 이들은 약 5일에 걸쳐 제시된 지침서를 따라 코딩을 실시했다. 그 결과 신뢰도는 0.7 이상으로 높게 나왔다. 신뢰성 검증에 참여한 5인은 코딩을 진행하면서 발견한 문제점들과 제안점들을 연구자에게 제시하였고, 연구자는 이를 보완하고 반영하여 분석 도구로 활용하기 위한 최종 지침서를 완성했다. 이후 연구자는 최종적으로 개발된 지침서를 사용하여 나머지 470건의 녹취록 코딩을 실시했다.

1. PCC의 분류법의 조작적 정의 및 코딩 지침

PCC의 분류법을 비롯한 하위 기능들의 조작적 정의를 위해 Ong et al. (1995), McCormack et al. (2011), Epstein & Street (2007), King & Hoppe (2013)의 문헌을 참고하였고, 신뢰도 검증을 통해 발견한 문제점들을 반영한 최종 지침서는 다음과 같다.

[표 3] PCC 분류법의 조작적 정의 및 코딩 지침

기능 1	정보 교환 (Exchanging information)
정의	의사와 환자가 질병에 대한 원인, 진단, 치료, 예후 및 정신 사회적 측면에 대한 정보를 함께 탐색하는 것. 의사와 환자 양측의 필요가 충족되기 위해 정보 제공과 탐색이 번갈아 이루어져야 함. 환자는 증상에 대한 정보를 전달해야 하며 의사는 적극적으로 관련 정보를 찾아야 함. 의사는 또한 정보 탐색을 유도할 수 있음.

역할	의사의 경우 올바른 진단 및 치료법을 수립하기 위해 환자의 정보가 필요하며, 환자의 (정보)필요를 이해하려 노력하고, 생물학적 및 심리사회적 관점으로 환자의 방문에 대한 정보를 이끌어 내야 함. 환자의 경우 무엇이 문제이고 고통이 어디서 오는지에 대해 파악하고 이해하는 동시에 의사가 환자를 진지하게 보고 있다는 것을 인지하고, 충분히 이해한다고 느껴져야 함.
코딩지침	개방형 질문, 환자가 대화를 완료할 수 있도록 기다림, 적극적인 경청, 환자의 모든 우려 사항 해결, 문제/질병에 대한 환자의 관점 제고, 질병에 대한 모든 영향 탐구, 정보를 명확히 하고 요약, 추가적인 문제에 대해 문의.

< 소분류 코딩유목 >

1	정보 이끌어내기	진료면담에서 환자가 필요한 정보, 선호사항들을 얻을 수 있도록 환자에게서 필요한 정보를 끌어내려는 의사의 노력
2	필요한 정보공유	환자의 상황에 대한 정보를 이해하는지 살피며, 환자에게 필요한 정보를 공유
3	다른 출처의 정보를 평가하도록 도움	환자가 다른 출처로 부터 얻은 정보를 스스로 평가하도록 함(예: 서로 엇갈린 정보 또는 과도한 정보)
4	정보이해를 도움	반복적이고 일상적인 언어로 환자가 중요한 정보를 기억하고 이해할 수 있게 함, 도움이 되는 자료를 사용하고, 환자가 대화를 기록하도록 권장

기능 2	치유관계 증진(Fostering healing relationships)
정의	의사와 환자의 역할과 책임을 서로 이해하고, 이를 바탕으로 신뢰와 라포를 구축하는 것. 의사에 대한 환자와 가족의 신뢰는 의사가 환자의 관심사에 몰두하고 기술적으로 유능하다는 점을 인식하하게 되는 것임. 여기서 라포는 존중, 수용 공감 그리고 관계에 대한 상호 헌신이 바탕인 관계를 의미.

역할	의사는 공감대를 형성해야 하고, 개방적이고 정직해야 함, 환자의 상태, 개인정보 보호, 자율성을 존중하며 진료에 헌신. 환자는 의사를 신뢰하고, 최선을 다하고 있으며 기술적으로 유능하다고 인지.
코딩지침	Skills: 적절한 환자 환영, 눈 맞춤 유지, 적극적인 경청, 적절한 언어 사용, 환자 참여 유도, 환자에 대한 관심 표시

< 소분류 코딩유목 >

5	역할과 책임에 대한 논의	의사 결정에 대한 환자 참여
6	정직함, 개방성 및 정보의 공개	환자: (암)치료 결정에 영향을 미칠 수 있는 건강 행동 그리고 다른 문제들에 대한 정보를 공유/ 의사: 다양한 치료 옵션들, 부작용 및 기타 문제에 대한 정직성
7	의료진의 기술적 능력, 스킬 및 지식에 대한 신뢰	의료진의 기술적 전문성에 대해 환자가 이해하고 신뢰
8	배려와 헌신의 표현	환자의 건강 우선시, 환자의 관심과 지속적인 치료에 헌신한다는 환자의 신뢰를 획득

기능 3	감정 인식 및 반응(Recognizing and responding to emotions)
정의	공포, 슬픔, 분노, 불안, 우울을 포함한 환자들에게서 다양한 감정을 이끌어내고 공감하는 것. 의사 역시 자신의 감정을 스스로 인지하고 감정을 효과적으로 관리하는 것. 환자의 감정에 반응함여 환자의 부정적인 감정을 완화시키고, 이를 통해 증상을 개선시킴. 환자가 극심한 불안이나 우울에 시달리면 이를 완화시킬 수 있는 전문가에게 위탁할 수 있음. 환자의 감정에 대해 의사는 정당화(Legitimation), 확증(Validation), 공감(Empathy) 하는 표현을 하고, 이를 통해 실질적인 도움을 줌.
역할	의사는 환자가 질병에 대한 감정을 쉽게 표현할 수 있도록 도

	와주고, 환자는 본인이 느끼는 감정을 최대한 표현.
코딩지침	Skills: 감정 탐색, 우울, 불안, 걱정 및 정신적 고통 탐색, 감정 확인(검증), 공감, 동정 및 안심 표현, 감정을 다루기 위한 실질적 도움 제공.

< 소분류 코딩유목 >

9	감정 확인, 탐색 및 표현	환자가 자신의 감정을 식별하고 표현하도록 도움, 의료인은 그 감정을 인지하고(특히 간접적으로 표현했을 때) 이해를 명확히 함
10	우울증, 불안, 걱정 및 정신적 고통 확인	우울증을 식별하는데 장애물로서 피로, 불면증, 식욕 상실을 포함한 일반적인 증상 여부 확인
11	감정 확인(검증)	환자의 감정이 자연스럽고, 납득이 되며, 정당한지와 관련됨. 환자의 정서적 단서, 두려움 또는 우려를 충분히 인지할 것을 권장
12	공감, 동정 및 안심 표현	환자에게 현실적으로 적절한 확신을 줌으로서 감정 처리를 할 수 있도록 도움
13	감정을 다루기 위한 실질적인 도움 제공	필요한 경우 지원을 제공하거나 준비함, 약 처방 또는 지원 그룹이나 상담 또는 치료/훈련(스트레스 관리 및 이완 등) 제공

기능 4	불확실성 다루기(Managing uncertainty)
정의	질병 치료 결과 발생하는 부작용에 대한 불명확한 사항들과 불확실성을 이야기함. 이러한 불확실성을 인정하고, 불확실성에 대해 질문하고, 알 수 있는 것과 알 수 없는 것을 비교하는 것). 불확실성을 다룸으로서 불확실성을 줄여줄 뿐만 아니라 환자가 불확실성을 관리하는데 도움.
역할	환자는 예후, 치료 선택, 부작용 및 수명 변화와 같은 불확실성에 대해 설명을 요구하고, 의사는 이러한 불확실성에 대해 인정하고 불확실성에 대해 파악한 후 알 수 없는 것과 알려지지

	않은 것에 대한 설명을 수행.
코딩지침	Skills: 환자와 의사는 불확실성이 존재하고 있다는 점에 대해 공통된 이해를 가지고 있음을 확인. 의사는 환자에게 불확실한 감정 대처를 위해 상담 또는 지원(support) 그룹을 추천. 불확실성을 줄이기 위해 임상증거와 같은 추가 자원을 권장할 수 있음

< 소분류 코딩유목 >

14	불확실성 인정	환자는 예측, 치료옵션, 부작용 및 수명변화와 같은 불확실성 영역을 말함. 의사는 이러한 불확실성에 대해 인정하고, 불확실성에 대해 질문하고, 의학적으로 알 수 없는 것과 알려진 것 그리고 알려지지 않은 것을 비교하며 정보를 제공
15	질병에 대한 불확실성 대처 제공	결과의 불확실한 가능성, 불분명한 역할과 책임, 상충되는 의료근거 또는 제공자의 조언, 복잡한 정보, 위험의 개인적 중요도 등에 대한 결정을 도움
16	질병에 대한 불확실성으로 인한 감정 대처	환자에게 감정적 대처로 상담이나 지원그룹을 추천함
17	치료 단계에 대한 계획	치료계획을 세우거나 시간표 (2개월 후 재방문 등)를 제작

기능 5	의사결정 돕기(Making decisions)
정의	환자가 지향하는 가치와 의학적 증거에 기초한 결정. 의사는 환자가 신중하게 의사결정을 할 수 있도록 기다려주고, 협동 계획을 설명해 줌
역할	의사는 환자와 함께 실현할 계획을 세우고, 환자가 생각해 볼 수 있도록 준비하고 의사결정을 하도록 도움
코딩지침	Skills: 환자가 의사 결정에 참여하도록 권장. 환자의 선호와 이

	해에 대해 탐구하고 동의에 도달. 후속 조치 및 예상치 못한 결과에 대한 계획에 대해 논의	
< 소분류 코딩유목 >		
18	의사결정 과정 지원(참여)	의사와 환자는 의사결정 과정을 지원하고, 상대방의 참여를 지지하며, 개인의 기회를 제공하거나 고려해보는데 도움이 되는 정보를 찾고 공유
19	다양한 선택 설명, 선호사항 공유	선택에 대한 의견, 가치 및 선호를 명확히 표현하며 각 당사자가 지향하는 선택권과 그 이유를 공유
20	선택 이후 과정에 대한 논의	선택에 동의하고, 치료과정 및 이후 단계에 대해 탐색하고 논의
21	선택에 대한 확인	결정에 대한 질을 향상시키기 위해 재검토. 환자와 의사는 (치료)계획에 대한 경험을 공유하고, 결과를 논의하며, 경험에 대한 만족이나 불만을 표현하고, 사전 선택의 수정 또는 구축할지를 확인

기능 6	환자 스스로 하도록 돕기(Enabling patient self-management)
정의	환자가 건강관련 문제를 해결하고 건강을 개선시킬 수 있도록 도와줌. 의사가 환자를 위해 할 수 있는 일이나 환자가 자기관리에 대한 장애를 없애기 위해 할 수 있는 일 그리고 환자가 스스로를 돌볼 수 있는 더 자율적인 능력을 가지도록 도움
역할	의사는 환자의 관심사를 살펴보고 조언을 제공, 필요한 지원을 준비. 환자는 질병에 대한 중요한 측면은 스스로 관리할 수 있도록 능력을 향상시켜야 함
코딩지침	Skills: 건강습관을 바꾸기 위한 환자의 준비상태를 확인, 환자의 관심사, 동기유발을 위한 지침 제공, 환자상태 추적 및 모니터링, 자가관리에 대한 설명, 추가적 지원

< 소분류 코딩유목 >		
22	환자의 관심사	환자가 자신의 관심사 및 자기관리 능력과 관련해 어디에 초점을 두는지에 대한 이해
23	자율성 지원, 동기 유발	환자의 자율성을 지원하고, 내적 동기를 유지할 수 있는 지침 제공
24	환자 상태 추적 및 모니터링	환자 상태를 (지속적으로) 추적 및 모니터링하며, 이 과정에서 환자를 지원
25	준비, 실천 및 지원	자가관리기술(예: 증상관리, 스트레스 처리)에 대한 학습과 연습
26	추가지원	치료 및 생존 계획을 설명하거나 추가 자원을 마련. 환자의 요구를 다른 팀 구성원에게 전달

2. 분석 준비 과정

1) PCC 분류법의 코딩방법 체계화

본 연구는 Epstein & Street (2007)의 여섯 기능을 큰 코딩 유목으로 정의하고, 여섯 기능을 체계적 문헌 고찰을 통해 환자 중심 커뮤니케이션 기능을 측정하는 방법으로 구체화 시킨 McCormack et al. (2011)의 각 기능들을 하위 코딩 유목으로 정의하였다. 대분류의 기능은 (1) 정보교환, (2) 치유관계 증진, (3) 감정인식 및 반응, (4) 불확실성 다루기, (5) 의사결정 돕기, (6) 환자 스스로 하도록 돕기로 이루어져 있고, 각 기능별 4-5개의 하위 유목들이 있어 총 26개의 코딩 유목으로 내용분석을 실시했다.

2) 코딩 용지 및 코딩 과정 구성

모든 녹음파일을 전사한 녹취록을 코딩한 후, 이를 엑셀에 입력하였는데, 이 때 편의 및 통일성을 고려해 코딩 용지를 활용했다. 각 녹취록

에는 코딩 시에 고유번호가 부여되었다. PCC 측정은 녹취록을 바탕으로 PCC에 해당되는 문장을 단위화하여 개수(횟수)를 적는 방식으로 실시했다. 하나의 문장에서 여러 PCC 기능이 나타날 수 있는 점을 감안하여 최소 두 개까지 중복 코딩을 허용했다. 같은 영역의 소분류의 코딩은 중복으로 적용하지 않았다. 예를 들어, 의사의 대화 속에 대분류 코딩유목인 '정보교환' 중 소분류 코딩 유목인 (1) 정보 이끌어내기와 (2) 정보 공유가 모두 적용된다면 이는 정보공유 중 한 건으로만 측정하는 것으로 간주했다.

연구 코딩 용지

Case number : *001* (예시)
총 진료면담 시간 : *2분 48초*
① 3분미만 ② 3분이상 5분미만 ③ 5분이상

1. 의사의 성별
① 남자 ② 여자

2. 환자의 성별
① 남자 ② 여자

3. 진료의 유형
① 초진 ② 재진

4. PCC 코딩

코딩	대분류	소코딩 번호	소분류	횟수
1	정보교환	1	정보이끌어내기(의사노력)	
		2	필요한 정보공유	
		3	다른 출처의 정보를 평가하도록 도움	
		4	정보이해를 도움	
2	치유관계 증진	5	책임	
		6	정직함	
		7	능력에 따른 신뢰	
		8	배려와 헌신	
3	감정 인식 및 반응	9	감정 탐색, 확인(신체)	
		10	우울,불안,걱정,정신적 고통 확인	
		11	감정 확인	
		12	공감, 동정, 안심 표현	
		13	감정 대처를 위해 도움 제공	
4	불확실성 다루기	14	불확실성 인정	
		15	질병에 대한 불확실성 대처 제공	
		16	질병에 대한 불확실성으로 인한 감정 대처 대처	
		17	치료단계에 대한 계획	
5	의사결정 돕기	18	의사결정 과정 지원 (참여)	
		19	다양한 선택 설명, 선호사항 공유(의사의제안)	
		20	선택이후 과정에 대한 논의	
		21	선택에 대한 확인	
6	환자 스스로 하도록 돕기	22	환자의 관심사	
		23	자율성 지원, 동기유발을 위한 지침 제공	
		24	환자 상태 추적 및 모니터링	
		25	자가관리에 대한 설명	
		26	추가지원	

[그림 4] 내용분석 코딩 용지

제 4 장 연구 결과

제 1 절 진료면담에서의 PCC

총 490건의 진료면담에서 도출된 PCC의 기능은 모두 3,140개로 진료면담 한 건당 약 6회의 PCC를 하는 것으로 나타났다. ⑥ '환자 스스로 하도록 돕기'와 ① '정보교환'은 진료면담에서 적어도 1회 이상 나타나는 기능으로 가장 많이 출현했으며, ② '치유관계 증진'은 1회 조금 못 미치게 나타났다. 다음으로 많이 나타난 기능은 ④ '불확실성 다루기' 그리고 ⑤ '의사결정 돕기'였다. ③ '감정 인식 및 반응'은 가장 적게 출현했으나 백분율에 의하면 '의사결정 돕기'와 큰 차이가 없었다(표 4).

[표 4] 진료면담에서 도출된 PCC 분류법의 여섯 기능

구분	①	②	③	④	⑤	⑥	합계
빈도	691	485	307	432	349	876	3140
백분율	22%	15%	10%	14%	11%	28%	100%
평균	1.41	0.99	0.63	0.88	0.71	1.79	6.41

한편, 전체 발화량 중 의사의 발화량은 52%이고 환자의 발화량은 48%로 의사의 발화량이 더 많이 나타났다. 전체 발화량에서 PCC의 비중을 살펴보았을 때, PCC는 총 15% 이루어졌다. 의사의 총 발화량 중 37%는 PCC로 보기 어려운 '증상에 대한 일반적인 질문', '질병에 대한 기초적인 정보 제공', '환자 질문에 대한 단편적인 대답'으로 나타났다. 의사의 총 발화량 중 남성 의사의 발화가 67%, 여성 의사의 발화가 33%를 차지했다. 남성 의사의 발화 가운데 18%가 PCC였으며, 여성 의사는 총 발화 가운데 11%가 PCC로 나타났다.

[표 5] 진료면담에서의 총 발화량 및 PCC 발화량

구분	의사		환자	합계
	PCC	non-PCC		
전체 발화량	3140(15%)	7732(37%)	10035(48%)	20907(100%)

1. 정보 교환

진료면담에서 두 번째로 많이 나타난 PCC의 정보 교환은 환자가 필요로 하는 정보를 공유하는 하위 기능이 두드러지게 도출되었다. 다음으로 정보이해를 돕는 내용, 환자로부터 정보 이끌어내는 내용 그리고 다른 출처의 정보를 평가하도록 돕는 내용의 순서로 많이 나타났다.

예를 들어, 의사는 환자가 질문을 하거나 질문하지 않아도 환자에게 필요한 정보를 제공하는 내용의 진료가 많았고, 환자의 이해를 도울 수 있는 자료를 사용한 정보를 교환하는 경우가 다수였다. 다만 의사가 정보를 이끌어내기 위해 환자에게 질문을 하거나 환자가 스스로 정보를 평가할 수 있는지에 대해 탐색하는 경우는 드물게 나타났다.

사례 1	
○ 의사 :	네. (잠시 대화 없음) 종합검진을 8월 7일 날 하셨네요?
○ 환자 :	네.
○ 의사 :	(...중략) 선종이 조금씩 조금씩 커질 거예요. 그렇게 되면 어느 순간, 많이 커지면 거기서 대장암이 발생할 수가 있거든요. 그래서 갖고 계시면 안 되고, **용종절제술이라는 시술을 받으셔서 그거를 제거를 하셔야 돼요. 크기가, 시술은 대장 내시경을 한 번 더 한다고 생각하시면 되고요.**
사례 2	
○ 환자 :	두 달 치 정도 먹으면 어떻게 돼요? 좋아지는 거예요, 어떻게 되는 거예요?
○ 의사 :	두 달 치 드시면 이제 좋아지시는 분들이 많은데, 이게 만성적인 질환이기 때문에 이게 약 안 드시면 다시 또 증상이 재발할 가능성은 있어요.

특히, ‘치료 방법’이나 ‘치료 효과’에 대해 정보를 전달하거나 추가적으로 제공하는 경우가 많았다. <사례 1>의 의사는 환자가 질문하지 않았지만 환자가 궁금해 할 수 있는 시술의 방식을 환자에게 공유하였고 <사례 2>의 환자는 처방받은 약에 대한 효과를 묻고 의사는 이에 대해 답하고 있다. 다음으로 많이 나타난 하위 기능은 자료를 이용한 질병의 설명이다. <사례 3>과 같이 환자에게 피검사 수치를 보여주거나, 이전의 수치 또는 정상 수치를 설명해주는 등이 다수였으며 외과의 경우 X-ray 사진이나 모형을 이용하여 환자가 이해를 도울 수 있는 정보를 제공하였다.

사례 3	
○ 의사 :	피검사를 한 것도 많이 좋아졌는데. 하나 보여드리면. (중략) 여기 보이세요? 보면 이런 게 이제 염증 수치라는 거예요. 보면, 여기 수치가 보면 0.49 이렇게 돼 있죠?
○ 환자 :	네.
○ 의사 :	이게 정상이에요. 그런데 오늘은 0.52죠. 0. 얼마가 얼마나 크겠어요? 작은 수치지. 그런데 그전의 거를 보면 여기 보면 18 이렇게 높았어요.

2. 치유관계 증진

치유관계 증진에서는 배려와 헌신을 표현하는 하위 기능이 많이 나타났다. 의사의 ‘책임’ 역시 진료에서 종종 나타났지만 ‘정직함’이나 ‘능력에 따른 신뢰’가 보인 경우는 적었다. 이 기능은 완료된 치료라도 그 이후에 대한 경과를 이야기 하거나, 보험 혜택 유무에 따른 약 처방에 대해 솔직하게 이야기 하거나, 환자의 시간 및 일정을 배려하는 등을 예로 들 수 있다.

내용분석 결과, 많은 진료면담에서 <사례 4>와 같이 환자의 건강에 대한 걱정과 관심이 관계를 형성하는데 많이 나타났다. 이 표현은 ‘감정 인식 및 반응’의 하위 기능인 ‘공감’과도 중복된다. 또한 ‘의사의 지지’가 치유에 있어 관계를 발전시켰고, ‘치료 및 약 대한 부작용’에 대해 전달

하는 정직성도 가끔 보였다. <사례 5>는 치료 과정을 힘들어하는 환자(보호자)에게 치료를 끝까지 할 수 있도록 지지하는 표현을 썼다.

사례4	
○ 환자 :	오늘 뚝 (기침이) 떨어졌으면 좋겠어요.
○ 의사 :	저도 그랬으면 좋겠어요. 잠시만요. 제가 옛날에 검사한 것 좀 보고 같이 볼게요.

사례5	
○ 보호자 :	네. 어머니 같은 경우는 이제 연세도 있으신데다가, 이제 한두 군데가 아프신 게 아니니까 더 힘드신 것 같아요. 예전에,
○ 의사 :	그러실 수도 있지만, 이제 그래서 사실은 항암제를 쓰시는 게 더 필요할 수도 있기는 해요. 어차피 쓰는 항암제 비슷비슷 하기는 하거든요. 식도라든지 자궁경부라든지 쓰는 항암제가 비슷해서 이렇게 써볼 수도 있지만, 워낙 고령이셔가지고, **일단 하는 데까지 해보셔야죠. 그래도요.**

<사례 6>의 경우, 의사의 유능함에 대한 '신뢰'의 기능이 나타났다. 환자와 보호자는 의사가 한 조언을 듣고 일찍 위암 검사를 하게 되어 조기 치료가 가능했다. 때문에 환자는 의사의 능력을 전적으로 믿고 있는 이유를 설명하고 의사에 대한 신뢰를 표현하고 유능함을 인정하였다.

사례6	
○ 보호자 :	그래도 박사님 덕분에 일찍 검진을 받아 갖고서 수술을 하셔갖고.
○ 의사 :	저 때문에 검진받은 거는 아니죠. 저 때문에 검진받으신 거예요?
○ 보호자 :	아니, 탈장 때문에 왔다가 "위암도 한번 검사해보세요." 해갖고.
○ 의사 :	아, 그랬어요?
○ 환자 :	박사님이 뭐라고 그런 게 아니라, "내시경 한번 해봐라. 10년 전에 했는데" 그래서 내가 "아이고, 밥 잘 먹고, 술 잘 먹고, 그런데 이렇게 건강한데 왜 하냐?" 그러니까 2번인가, 3번인가 경고하시더라고. 해보라고. 우선 이거는,
○ 의사 :	제가 조금 약간 은인이 있었는데, 그러면,
○ 환자 :	발견이 된 거예요.
○ 의사 :	은인 말씀을 좀 들어야죠.

3. 감정 인식 및 반응

감정 인식 및 반응은 PCC의 기능 중 가장 낮게 나타났지만, 이 기능의 하위 기능 중 환자의 감정에 대해 공감 및 동정하거나 안심시키는 표현은 가장 많이 나타났다. 의사는 “저도 그렇게 느껴요”, “큰일 아닙니다”, “걱정하지 마세요” 등의 표현을 환자에게 전달하는 경우가 많았다. 또한 “그래서 요즘 기분이 안 좋으신가봐요?”와 같은 표현으로 의사는 환자의 감정을 탐색하고 감정을 표현할 수 있도록 돕는 것도 유사한 정도로 나타났다.

그러나 환자가 느끼는 우울감, 불안감, 걱정 등에 대한 부정적인 감정을 확인하는 것이나 환자가 느끼는 감정을 다시 확인하는 것, 예를 들어, “많이 불안하세요?”, “그렇게 느끼실만 합니다”등의 표현은 적었을 뿐더러 환자가 자신의 감정에 대처할 수 있는 실질적인 도움을 제공하는 것, 예를 들어, “그러시면 상담하는 분이랑 연결 시켜드릴까요?”, “안정제를 드려볼까요?” 등의 표현은 총 진료면담에서 15번 미만으로 매우 드물게 나타났다.

사례 7	
○ 환자 :	네 다 해봤는데, 차도…
○ 의사 :	그럼 개인적으로는 이상이 없으면, 사실은 걱정할 정도…
○ 환자 :	네. 크게는 없어요.
○ 의사 :	네. 걱정할 정도는 아니라서요.

공감, 동정, 안심의 표현 중에서 ‘환자의 불안감을 안심시키는 표현’을 사용하여 환자가 적절히 감정을 대처할 수 있도록 돕는 진료가 많았다. <사례 7>의 환자는 이전에 이명 때문에 검사를 여러 번 받았고, 할 수 있는 치료도 해보았지만 계속 없어지지 않아 걱정하고 있다. 의사는 걱정하는 환자를 안심시키고 있다.

4. 불확실성 다루기

불확실성 다루기는 치료단계에 대한 계획이 진료면담에서 가장 많이 나타났다. “2주 후에 수치 확인하고 약을 바꿀지 볼게요” 라는 표현을 예로 들 수 있다. 이 외 치료에 대한 불확실한 부분을 인정하는 것, 예를 들어, “약의 부작용이 있을 수 있어요”라는 표현이나 질병에 대한 불확실한 가능성에 대한 대처를 제공하는 내용인 “부작용이 있다고 생각들면 약을 줄여보세요”의 표현은 유사한 정도로 나타났다. 하지만 질병에 대한 불확실성으로 인한 감정에 대처하는 내용은 거의 없었다.

사례 8	
○ 의사 :	들어가고 있는데도 조절이 안 되면 다음번에는 제가 다시 좀 용량을 올릴 거고요.
○ 환자 :	아, 네. 알겠습니다.
○ 의사 :	그리고 다음번에 피검사 한번 다시 해야겠어요. 너무 또 확 떨어지시는 분들이 있어가지고. 그걸 이번에 하셨던 피 검사를 그대로 다시 할 거예요, 다음번에. 그리고 이번에는 한 달 뒤에 뵈어도 될 것 같아요.

사례 9	
○ 의사 :	(...중략) 그러니까 중간중간에 살짝 더 아픈 거는 그때는 뭐, 지금으로써는 원래 그것만 들으면 마치 류마티스 관절염 같지만 지금은 볼 수 없어서 이거 확인이 안 되고요..

특히, 의사는 ‘다음번 치료 계획’에 대해 자주 언급하였는데, 여기에는 각종 검사 및 복용 약의 용량 조절 등에 대한 내용이 포함되었다. 또한 알 수 없는 것에 대한 불확실성을 설명하는 경우는 <사례 8>과 같이 피검사 수치의 변동에 대한 이유나 <사례 9>와 같이 현재 확인할 수 없는 것에 대한 설명이 있었다.

5. 의사결정 돕기

의사결정 돕기의 하위 기능 중 의사나 환자가 자신의 선호사항을 말하는 것이 가장 많았다. 예를 들어, “약물치료부터 하는게 좋을 것 같아요”처럼 “-같아요.” 표현이 많았고, “약을 줄여드려요?” 라고 묻는 것처럼 환자에게 의사결정을 할 수 있도록 묻는 질문이 다음으로 많이 나타났다. 치료에 대한 선택 그라고 선택에 대한 궁금증을 확인하는 표현(“약을 6개월치 드리려하는데 왜 한달치만 원하시는 거에요?”) 그리고 선택에 대한 확인을 하거나 평가하는 표현(예를 들어, “그때 드린 약은 어떠셨어요?”)은 적게 나타났다.

그 중, ‘약 용량’과 관련해서 의사는 환자에게 의사결정을 하도록 묻는 내용이 많았다. <사례 10>과 같이 복용해야 하는 약이 많은 환자에게 구체적으로 어떤 약을 줄이면 좋을지 묻고 있다. 환자가 결정하기 어려운 사항은 의사가 자신의 의견을 주고 환자가 결정할 수 있도록 돕는 진료도 있었다. <사례 11>의 환자는 질병이 완치되었지만 의사는 환자의 금연과 금주를 위해 지속적인 액 복용을 희망하고 있다.

사례10	
○ 의사 :	무슨 약을 줄이면 좋겠어요?
○ 환자 :	**인가 뭐. 그 약.
○ 의사 :	그런데 그거 안 드시면 그거 식사 잘하실까요?

사례11	
○ 환자 :	계속 완치 **(00:03:29) 그 약을 먹었더니 담배하고 술이 생각이 전혀 안나요. 그거 무슨 성분인지는 모르겠는데. (웃음)
○ 의사 :	그래서 가능하면 아예 한 달까지 더 드셨으면 좋겠고요.

6. 환자 스스로 하도록 돕기

이 기능은 PCC의 기능 중 가장 많이 나타난 것으로 환자의 상태를 추적하고 모니터링하는 내용의 하위 기능이 가장 많았다. 또한 “항암치료를 안 하고도 어떻게 할 수 있는 방법이 없을까요?”, “약을 한번 스스로 줄여보세요” 등의 환자의 관심사에 대한 내용이나 자율성 지원, 동기유발을 위한 지침을 제공하는 것 역시 면담에서 자주 나타났다.

그러나 “운동은 하루에 10분 이상씩 꼭 하세요”나 “외래에서도 교육을 좀 받는 게 필요할 거 같습니다” 등 자가관리에 대한 설명이나 추가적인 지원을 돕는 내용은 다른 하위 기능에 비해 적게 나타났다. 환자의 질병 상태를 추적하는 논의 가운데에는 ‘몸 상태의 변화’에 대한 내용이 많았는데, 여기서는 약 복용이나 체중, 흡연여부와 관련하여 환자 건강을 추적하는 진료가 주를 이루었고, 다음으로 ‘식단관련 조언’을 통해 환자가 스스로 건강을 관리하도록 지침을 제공하는 내용이 많았다.

<사례 12>는 체중 관리를 위해 피해야 될 음식에 대해 강조하고 있는데, 의사는 환자에게 최소 몸무게를 제안하여 식단 조절을 실천할 수 있도록 돕고 있다. <사례 13>의 의사는 질병의 원인 무엇인지를 추적하기 위해 체중 변화를 묻고 있다.

사례12	
○ 의사 :	그렇죠. 마지노선으로 74kg 정도. 그런데 금방은 줄이기가 어렵기 때문에 천천히 줄이지만 식사량을 좀 줄여야 됩니다. 탄수화물 음식을 줄여야 돼요. 탄수화물.
○ 환자 :	자주 먹는 편입니다.
○ 의사 :	밀가루 음식을 안 드셔야죠, 거의. 탄수화물 줄인 음식, 그 식단을,

사례13	
○ 의사 :	네. 최근에 체중이 늘거나 줄거나 하지는 않으셨어요?

제 2 절 의사와 환자의 성별에 따른 PCC

1. 의사의 성별과 PCC의 여섯 기능

의사의 성별에 따른 PCC를 살펴본 결과, 남성 의사가 여성 의사보다 PCC를 많이 하는 것으로 나타났다. 두 성별의 의사 모두 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '정보 교환'이 많았고, 유사한 순서로 나머지 기능들이 도출되었다. 다만 여성 의사는 '불확실성 다루기'와 '의사결정 돕기' 기능에 거의 차이가 없는 것으로 나타났다.

남성 의사는 진료면담에서 적어도 한 번의 '환자 스스로 하도록 돕기','정보교환' 그리고 '치유관계 증진'을 하는 것으로 나타났지만, 여성 의사는 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '정보교환'을 제외한 모든 기능에서 한 번 미만의 PCC가 이루어지는 것으로 나타났다.

[표 6] 의사 성별과 PCC

총 진료면담에서 도출된 PCC 기능의 합계, 비율, 평균 의사 성별 * PCC							
구분	①	②	③	④	⑤	⑥	합계
남성 의사							
빈도	429	312	196	284	202	554	1977
비율	22%	16%	10%	14%	10%	28%	100%
평균	1.48	1.08	0.68	0.98	0.70	1.91	6.83
여성 의사							
빈도	262	173	111	148	147	322	1163
비율	23%	15%	10%	13%	13%	28%	100%
평균	1.31	0.87	0.56	0.74	0.74	1.61	5.83

의사 성별에 따른 PCC의 차이가 있는지 살펴본 결과, t값이 2.377로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 다만 PCC 중 '불확실성 다루기'는 성별에 따라 다른 PCC가 이루어지는 것으로 나타났다.

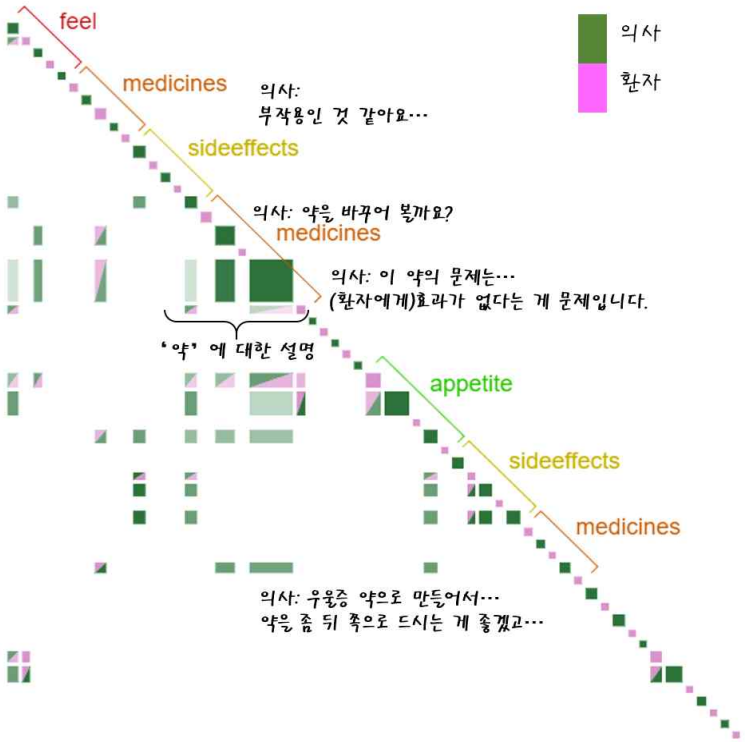
[표 7] 의사 성별과 PCC 유의성 검정

구분	평균		표준편차		t값	p값
	남성 (n=290)	여성 (n=200)	남성	여성		
PCC	6.82	5.82	4.444	4.787	2.377	.18
정보교환	1.479	1.310	1.771	1.535	1.097	0.273
치유관계 증진	1.076	0.865	1.402	1.210	1.728	0.085
감정인식 및 반응	0.676	0.555	1.078	0.923	1.293	0.197
불확실성 다루기	**0.979**	**0.740**	**1.012**	**0.898**	**2.692**	**0.007**
의사결정 돕기	0.697	0.735	0.990	1.039	-0.414	0.679
환자 스스로 하도록 돕기	1.910	1.610	1.755	1.956	1.776	0.076

의사 성별에 따라 다르게 나타나는 '불확실성 다루기'의 내용을 살펴본 결과, 남성 의사는 약이 일으킬 수 있는 부작용에 대한 언급을 많이 한 반면, 여성 의사는 질병의 불확실성을 확인하기 위한 치료 계획을 더 많이 세운 것으로 나타났다. <사례 14>의 남성 의사는 사람마다 다른 반응을 보일 수 있는 약의 부작용을, 여성 의사는 재검사를 하여 추가 지원이 필요한지의 여부를 말하고 있다.

사례 14	
○ 남성 의사 :	약이 많아요 일단. 그러니까 잘 받아들이지 않는 분이 가끔 있어요. 그런데 사람에 따라 틀리기 때문에 (헬리코박터가) 꼭 생긴다 안생긴다 말할 수는 없고요, 일단 드셔 보시고 생기나 안 생기나 보시는 수밖에는 없어요.
○ 여성 의사 :	저희 여기서 마지막으로 검사하셨던거 있잖아요. 그건 12.4였어요. 이건 저희가 한 번 다시 검사를 해볼게요. 그 다음에 빈혈 검사도 그때 다시 나올거예요. 그거 한 번 보고 필요한지, 내과 진료가 필요한지 아니면 조금 더 있어볼지 말씀드릴게요.

이를 시각화하여 남성 의사와 여성 의사의 차이를 살펴보면 다음과 같다.



[그림 5] 남성 의사에게 나타난 PCC 기능 시각화

(남성 환자, 재진, 4분 이상 진료)

남성 의사는 '불확실성 다루기'에서 불확실성을 인정하는 내용이 많았는데, 특히 약의 부작용에 대해서 가장 많이 이야기를 나누고 있었다. 이 기능이 가장 많이 나타난 한 진료 사례를 *Discursis*를 활용해 [그림 5]과 같이 시각화했다. 이에 따르면 의사는 26 차례의 대화, 환자는 29 차례의 대화를 주고받았으며, 약에 대한 부작용을 5회 가량 언급했다. 이 진료의 초기 대화에서는 약을 복용하는 기간 동안 느낀[feel] 효과를 물으며 시작하고 있다.

"이 약 드시니까 좀 어떠세요? 식욕을 감소하는 효과가 영 약한것 같죠?"

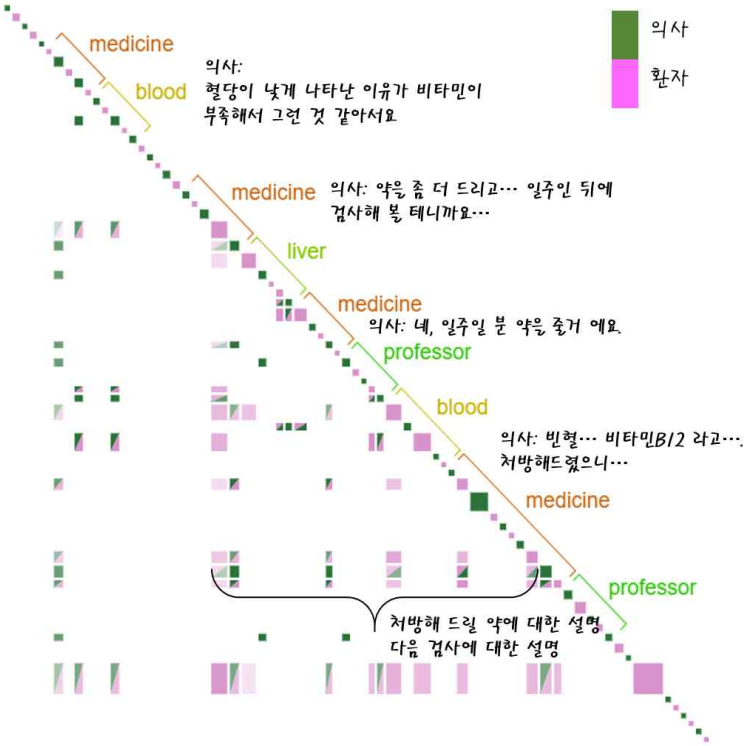
이후 진료는 체중이 정체되어 있는 이유를 설명하는데 주로 약

[medicine]에 대한 설명을 하고 있다. 의사는 약에 대한 부작용[side effects]을 두 차례 반복하여 말한다.

"솔직히 말씀드릴게요. 이게 저희가 좀 써보는데 펜터민이라는 약을 썼을때 초기에 부작용이 좀 있었죠?", "벨빅은 문제가 뭐냐면 부작용으로는 두통이 있고요, 부작용보다 더 큰 문제는 효과가 없다는 게 문젭니다."

의사는 환자에게 약[medicine]을 바꾸기를 권유하고, 새로운 약에 대한 정보를 제공하는데, 이 약 역시 부작용으로 식용[appetite]이 떨어질 수 있음을 두 차례 환자에게 설명하고 있다.

"우울증 약으로 만들어서.. 낮에 좀 졸리다던가, 가능하면 약을 좀 뒷쪽으로 드시는 게 좋겠고."



[그림 6] 여성 의사에게 나타난 PCC 기능 시각화

(남성 환자, 재진, 4분 이상 진료)

반면 여성 의사의 경우, 치료 단계에 대한 계획을 세우는 기능이 많았다. 이 기능이 가장 두드러지게 나타난 한 진료를 시각화한 [그림 6]을 살펴보면, 의사는 37 차례, 환자는 34 차례의 대화를 주고받았으며, 약을 처방하고 불확실한 증상이 나타날 것을 우려하는 말, 그리고 그 증상을 확인하기 위해 다음 치료 계획을 세우는데 초점을 두었다. 약[medicine]은 저혈당으로 인해 발생하는 빈혈약, 당뇨약 등 처방 용량에 대한 계획을 말하고 있다.

"비타민이 좀 부족한 거 같아서요, 그 약을 좀 드릴 거고요. 그렇게 하고 당뇨약은 좀 줄여줄게요… 일주일 뒤에 한 번 더 검사를 해볼 테니까요, 약을 오늘 일주일 분을 줄 거예요. 그 전해질 고치는 약을… 두 달 뒤에 빈혈 수치 좀 좋아졌는지랑 당 검사 해가지고 보도록 그렇게 할게요.. 빈혈이 있는 부분에 대해서는 비타민B 12라고 비타민이 부족해서 그런 거 같아서 그 약을 다시 좀 처방을 해드렸으니 그거 새로 드실 거고요."

2. 환자 성별과 PCC

환자의 성별에 따라 PCC가 달라지는지 살펴본 결과, 모두 '환자 스스로 하도록 돕기'가 가장 많은 기능으로 나타났다. 성별에 따라 진료면담 한 건당 도출되는 평균 PCC 횟수는 남성 환자는 약 7회, 여성 환자는 6회로 나타났다. 모든 성별의 환자에게 가장 많이 나타난 PCC는 '환자 스스로 하도록 돕기'로 남성 환자의 경우 면담 중 적어도 2회 이상 나타났고, 여성 환자는 적어도 1회 정도 이루어졌다. 남성 환자는 '정보교환'이나 '치유관계 증진' 그리고 '불확실성 다루기'에 대한 기능이 1회 이상 나타난 반면, 여성 환자는 '정보교환'외 모든 기능에서 1회 미만으로 PCC 기능이 나타났다.

[표 8] 환자 성별과 PCC

총 진료면담에서 도출된 PCC기능의 합계, 비율, 평균 환자성별 * PCC							
구분	①	②	③	④	⑤	⑥	합계
남성 환자							
빈도	272	173	95	173	111	402	1226
비율	22%	14%	8%	14%	9%	33%	100%
평균	1.59	1.01	0.56	1.01	0.65	2.35	7.17
여성 환자							
빈도	419	312	212	259	238	474	1914
비율	22%	16%	11%	14%	12%	25%	100%
평균	1.31	0.98	0.66	0.81	0.75	1.49	6

환자 성별에 따른 PCC의 t값은 2.695로 성별에 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. PCC 기능 중 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '불확실성 다루기'가 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다.

[표 9] 환자 성별과 PCC 유의성 검정

구분	평균		표준편차		t값	p값
	남성 (n=171)	여성 (n=319)	남성	여성		
PCC	7.17	6.00	4.634	4.550	2.695	.007
정보교환	1.591	1.313	1.811	1.599	1.745	.082
치유관계 증진	1.012	0.978	1.324	1.335	0.267	.790
감정인식 및 반응	0.556	0.665	0.834	1.103	-1.228	.220
불확실성 다루기	1.012	0.812	1.057	0.919	2.174	.030
의사결정 돕기	0.649	0.746	0.829	1.094	-1.013	.311
환자 스스로 하도록 돕기	2.351	1.486	2.028	1.663	4.782	.000

환자의 성별과 PCC 사이 진료면담의 내용을 분석한 결과, 남성과 여성 환자 모두에게 건강 행태나 질병이 생긴 원인에 대해 추적하는 내용이었고, 남성 환자에게서는 금연, 금주, 식단 관리, 스트레스 관리 등 환자의 자율성을 지원하는 내용이 많은 것으로 나타났다.

<사례 15>에서 당뇨와 고혈압을 동시에 가지고 있는 남성 환자에게 금연을 현 건강 관리법 중 유일하게 개선할 수 있는 방안임을 조언하고 있다. 여성 환자에게는 약을 복용한 이후의 건강 상태 변화를 묻는 추적 및 모니터링을 하고 있다.

사례 15	
○ 의사 :	(남성 환자에게) 선생님이 고칠 수 있는 건 뭐냐면 금연밖에 안 남습니다. 당뇨랑 고혈압이 있으면 어차피 위험을 어느 정도 안고 있는데, 그런 위험을 안고 있어도 최소화하는게 목표라면 다른건 다 좋고. 요것만 남은 거거든요.
○ 의사 :	(여성 환자에게) 이 약 드시니까 좀 어떠세요? 식욕을 감소하는 효과가 영 약한것 같죠? 체중은 좀 어떠세요 체중 변화는?

대응 분석의 요약표에 따르면, 1차원에서 100%를 설명하고 있기 때

문에 높은 설명력을 가진다. 이를 통해 환자 성별과 PCC 간 관계를 규명하는 것에 대한 설명이 충분히 가능하다고 할 수 있다.

[표 10] 환자 성별과 PCC 대응 분석 요약

차원	비정칙값	요약 관성	카이제곱	유의확률	관성비율		신뢰 비정칙값
					설명됨	누적	표준편차
1	0.107	0.011			1.000	1.000	0.018
전체		0.011	35.930	.000a	1.000	1.000	

a. 자유도 5

행 포인트의 매스 값에 의하면 PCC는 여성 환자가 남성 환자보다 큰 매스 값을 가진다. 요약 관성은 남성 환자가 더 높게 나온 것을 볼 때 남성 환자에게서 PCC가 높게 나타난 점에 대한 설명력이 크다고 할 수 있다.

[표 11] 환자 성별과 PCC 행포인트 개요

환자성별	매스	차원의 점수	요약 관성	기여도		
				차원의 관성에 대한 포인트	포인트의 관성에 대한 차원	
		1		1	1	전체
남성 환자	0.390	-0.409	0.007	0.610	1.000	1.000
여성 환자	0.610	0.262	0.004	0.390	1.000	1.000
전체 합	1.000		0.011	1.000		

a. 대칭적 정규화

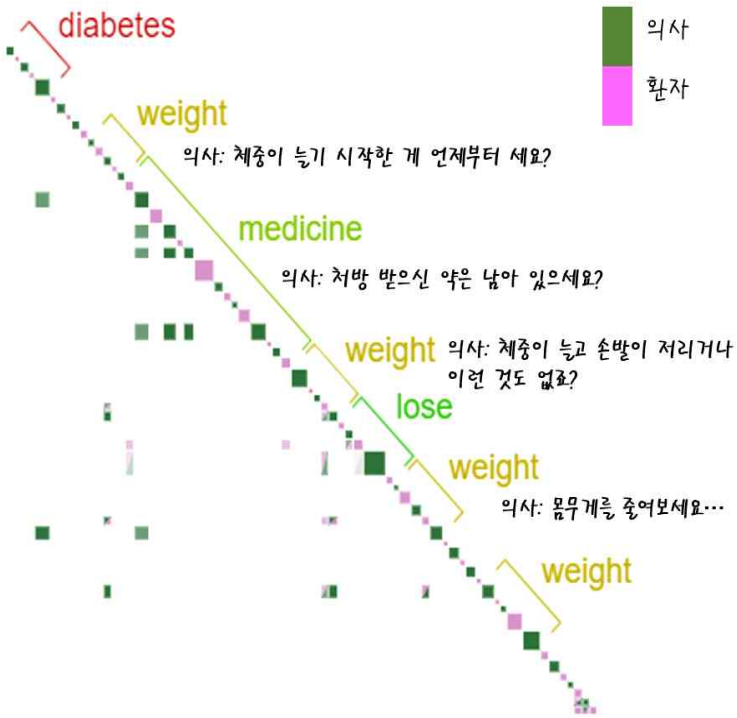
열 포인트의 매스 값에 의하면 환자의 성별에 따라 '환자 스스로 하도록 돕기'가 가장 크게 나왔으며, 요약관성 또한 0.005으로 설명력이 다른 기능들에 비교하여 크다고 할 수 있다. '감정 인식 및 반응'은 가장 낮은 PCC의 기능으로 나타났고 요약관성도 0.003로 설명력이 있다고 볼 수 있다.

[표 12] 환자 성별과 PCC 열 포인트 개요

PCC	매스	차원의 점수	요약 관성	기여도		
				차원의 관성에 대한 포인트	포인트의 관성에 대한 차원	
		1		1	1	전체
정보교환	0.220	-0.020	0.000	0.001	1.000	1.000
치유관계 증진	0.154	0.211	0.001	0.065	1.000	1.000
감정인식 및 반응	0.098	0.508	0.003	0.236	1.000	1.000
불확실성 다루기	0.138	-0.063	0.000	0.005	1.000	1.000
의사결정 돕기	0.111	0.454	0.002	0.214	1.000	1.000
환자스스로 하도록 돕기	0.279	-0.429	0.005	0.480	1.000	1.000
전체 합	1.000		0.011	1.000		

a. 대칭적 정규화

유효한 차원이 한 개뿐이므로 도표(RPOINTS, CPOINTS, BIPLOT)는 그릴 수 없기 때문에 삽입하지 않았다.



[그림 7] 여성 환자에게 나타난 PCC기능 시각화

(남성 의사, 재진, 4분 미만 진료)

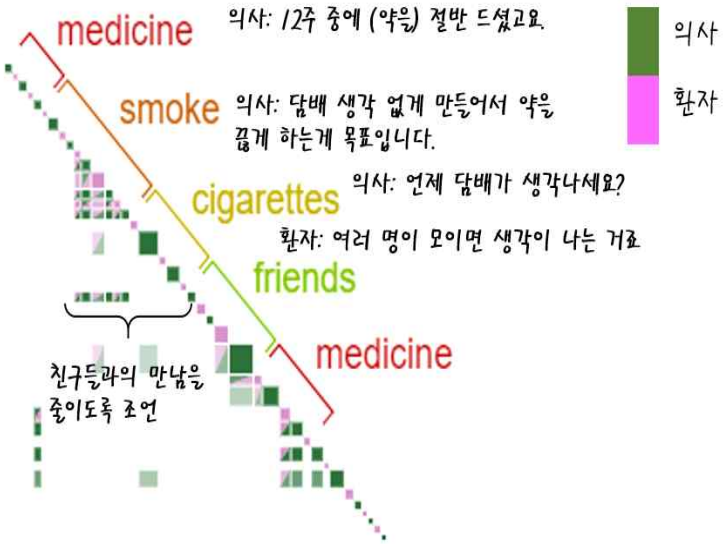
유의미한 차이가 보인 기능을 시각화하여 남성 환자와 여성 환자의 차이를 살펴보면 다음과 같다. 여성 환자는 '환자 스스로 하도록 돕기'의 기능 중 의사가 환자의 건강을 추적하거나 모니터링하는 진료가 많았는데, 이를 시각화하여 [그림 7]로 표현하였다. 의사와 환자는 각각 31 차례의 순서로 동일하게 대화를 주고받았다. 진료 초입에 의사는 3개월 만에 방문한 환자에게 당뇨 [diabetes]를 세 차례 언급하며 당뇨약 복용과 관련한 건강 변화와 그 동안의 근황을 물었다.

"3개월 만에 오셨고요, 별 일 없으셨어요?"

의사는 환자에게 약 복용 후 체중 변화를 물었고, 진료 중간에 체중 증가 시점이나 원인 등 몸무게[weight]에 대한 추적을 8 차례 반복적으로 묻고 있다. 의사는 환자에게 3개월 전에 처방한 약이 남아있는지, 이

약이 더 필요한지 약[medicine]과 관련해 환자에게 4 차례 모니터링하고 있다. 감소[lose]에 대해서는 체중을 줄여보도록 노력해 보라는 의사의 조언이 있었다.

"체중이 늘기 시작한게 언제부터세요? (약 드시고) 손발이 저리거나 살이 빠지거나 소변이 더 늘었거나 이런 것도 없죠?"



[그림 8] 남성 환자에게 나타난 PCC기능 시각화 (1)

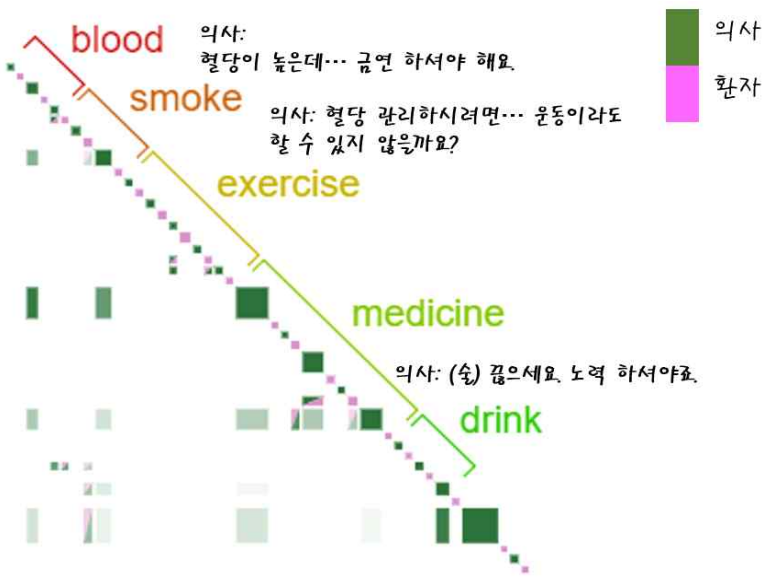
(남성 의사, 재진, 4분 미만 진료)

반면 남성 환자의 경우, 의사는 환자의 건강을 추적하는 대신 현재 환자가 가지고 있는 습관을 고치도록 조언하는 경우가 많았다. [그림 8]에서 의사는 고혈당으로 재방문한 환자에게 혈당 확인을 위해 약[medicine] 복용에 대해 진료 초입부와 후반부를 포함하여 5 차례 반복하여 확인 및 복용법을 제시하고 있다. 약 복용법 이외에 진료 중반부에는 환자의 흡연습관에 대해 묻고 있고 금연을 하도록 조언하고 있다. 이 과정에서 의사는 흡연[smoke] 문제에 대해 반복 설명하며 금연에 대한 중요성을 강조하고 있고, 담배[cigarette]를 완전히 끊도록 구체적인 계획을 제시하여 환자에게 동기를 부여하고 있다.

“잔소리로 들리겠지만…”, “선생님 목표가요, 우리가 목표로 하는 12주 중에 절반 드셨고요. 담배는 반의 반으로 줄었잖아요. 나머지 기간 계속 약을 드시면서 담배 생각 없게 만들어서 12주차에는 약을 끊게 하는 게 목푭니다.”

또한 친구들[friends]과 관련해서는 의사가 환자에게 담배가 생각나는 이유를 물었고 담배를 피고 싶게 하는 친구들과의 만남은 줄이는 게 좋겠다고 조언한다.

“여러 명이 모이면 막 생각이 나는거죠 습관적으로.. 그걸 좀 피하셔야 됩니다. 친구 만나지 말라는 얘기는 아닌데 끊으려고 하는 기간에는 조금 사람 덜 보시는 게 좋습니다.”



[그림 9] 남성 환자에게 나타난 PCC기능 시각화 (2)
(여성 의사, 재진, 4분 이상)

[그림 9]로 시각화된 또 다른 사례 역시 남성 환자의 생활 습관에 대한 이야기를 주로 다룬다. 의사는 질병을 치유하기 위해 생활 습관 개선을 권유하고 있다. 이 사례 역시 고혈당으로 병원에 재방문한 남성 환자이다. 진료 초반부에 의사는 개선된 혈압[blood(pressure)]에 대한 건강관리를 어떻게 했는지 묻는다. 이후 진료 중반부터 흡연[smoke] 및 음주를

하게 되는 계기를 묻는 대신, 금연을 해야 하는 이유와 운동을 해야 한다는 설명을 제공했다.

"뭐, 운동이라 할 수도 있지 않을까요... 술도 너무 많이 드시면 안 돼요. 술, 당뇨병 환자의 술 허용량은 끼니당 한잔."

약[medicine]을 처방하면서 혈당관리에 대해 논의한다. 의사는 환자에게 술[alcohol]의 허용량을 수차례 제시하고 이를 지키기를 강조한다.

"농담이 아니고 정말로 한 잔만 가능하세요. 더 이상 드시면 안 돼요. 위험해요.술을 많이 드시면 중성지방이 많이 올라가서 당뇨병 환자한테 생기는 그런 동맥경화도 악화되기도 하고요.(중략) 끊으세요. 노력하셔야죠."

마지막으로, 의사와 환자의 성별의 조합에 따른 PCC를 살펴보았다. 그 결과 의사는 남성 환자인 경우 더 PCC를 하는 경향을 보이는 것으로 나타났다. 남성 의사가 남성 환자를 진료 할 때 약 7회의 PCC가, 특히 '환자 스스로 하도록 돕기'가 2회 이상 나타났다. 또한 여성 의사가 남성 환자를 진료할 때도 약 7-8회의 PCC가 이루어졌다. 반면 두 성별의 의사 가 여성 환자를 진료할 때는 비교적 PCC가 적게 나타났다. 특히 여성 의사가 여성 환자를 진료한 경우 5회의 PCC가 이루어졌다는 점은 주목할만하다.

[표 13] 의사-환자 성별 조합에 따라 도출된 PCC 분류법의 여섯 기능

성별 의사-환자	구분	①	②	③	④	⑤	⑥	합계
남성-남성	빈도	208(22%)	131(14%)	729(8%)	132(14%)	90(10%)	312(33%)	945
n=134	평균	1.55	0.98	0.54	0.99	0.67	2.33	7.05
남성-여성	빈도	221(21%)	181(18%)	124(12%)	152(15%)	112(11%)	242(23%)	1032
n=156	평균	1.42	1.16	0.79	0.97	0.72	1.55	6.62
여성-남성	빈도	64(23%)	42(15%)	23(8%)	41(15%)	21(7%)	90(32%)	281
n=37	평균	1.73	1.14	0.62	1.11	0.57	2.43	7.59
여성-여성	빈도	198(22%)	131(15%)	88(10%)	107(12%)	126(14%)	232(26%)	882
n=163	평균	1.21	0.80	0.54	0.66	0.77	1.42	5.41

제 3 절 의사와 환자의 성별 그리고 진료 유형과 진료 시간에 따른 PCC

1. 의사 성별과 진료시간에 따른 PCC

진료시간이 길수록 남성 의사에서 더 많은 PCC가 나타났다. 남성 의사의 경우, 진료 시간이 4분 미만일 때 약 5회의 PCC를, 4분 이상일 때 약 8회의 PCC를 하는 경향을 보였다. 여성 의사의 경우, 진료 시간이 4분 미만일 때 약 4회, 4분 이상일 때 약 7회의 PCC를 하는 것으로 나타났다.

'환자 스스로 하도록 돕기'는 성별과 진료시간과 모두 동일하게 많은 것으로 나타났고, 여성 의사의 경우 모든 진료시간에서 '감정 인식 및 반응'이 가장 적었다. 남성 의사는 4분 미만의 진료에서 '의사결정 돕기'가, 4분 이상의 진료에서 '감정 인식 및 반응'이 1회 미만으로 가장 적게 나타났다. 남성 의사와 여성 의사 모두 4분 미만 진료에서 적어도 1회 이상 '환자 스스로 하도록 돕기'가 이루어졌다. 또한 양측 모두에게서 '감정 인식 및 반응'과 '의사결정 돕기'를 제외한 나머지 PCC가 모두 한 번 이상 이루어졌다.

[표 14] 의사 성별과 진료 시간에 따른 PCC

총 진료면담에서 도출된 PCC기능의 합계, 비율, 평균 의사성별&진료시간 * PCC							
구분	①	②	③	④	⑤	⑥	합계
남성 의사							
4분 미만							
빈도	115	102	72	93	70	178	630
비율	18%	16%	11%	15%	11%	28%	100%
평균	0.94	0.84	0.59	0.76	0.57	1.46	5.16
4분 이상							
빈도	59	53	36	40	42	96	326
비율	23%	16%	9%	14%	10%	28%	100%
평균	1.87	1.25	0.74	1.14	0.79	2.24	8.02

여성 의사							
4분 미만							
빈도	314	210	124	191	132	376	1347
비율	18%	16%	11%	12%	13%	29%	100%
평균	0.64	0.58	0.39	0.43	0.46	1.04	3.54
4분 이상							
빈도	203	120	75	108	105	226	837
비율	24%	14%	9%	13%	13%	27%	100%
평균	1.88	1.11	0.69	1.00	0.97	2.09	7.75

의사 성별과 진료시간이 PCC에 영향을 미치는지 살펴본 결과, F값 1.387, 유의확률 .245으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다.

[표 15] 의사 성별과 진료 시간에 따른 PCC 유의성 검정

종속 변수	독립변수		N	평균	표준편차	F값/ 유의확률
	의사성별	진료시간				
PCC	남성 의사	4분 미만	630	5.16	1.886	1.387/.245
		4분 이상	326	8.02	1.908	
	여성 의사	4분 미만	1347	3.54	1.957	
		4분 이상	827	7.75	1.966	
합계			3140	6.41	1.941	

주목할 만한 점은 4분 미만 진료에서 남성 의사는 여성 의사보다 환자에게 정보를 일방적으로 제공하는 경우가 많았다는 점이다. 반면 4분 이상의 진료의 경우 남성 의사 역시 환자의 건강에 대한 걱정 또는 관심을 표현하는 내용이 많았다. 4분 이상의 진료에서 여성 의사는 '-하는게 낫겠다'의 표현을 쓴 질병 치료 방식에 대한 선호를 나타내는 내용이 많았다. <사례 16>의 의사는 환자에게 제안하는 식으로 의사를 전달하고 있다.

사례 16	
○ 여성 의사 :	검사는 이거는 하시는게 나을 것 같고요.
○ 여성 의사 :	당뇨 수치가 160 이렇게 나왔더라고요. 저희가 130 이상이면 검사를 해보거든요. 그래서 이거는 당뇨검사 해 보는게 나을 것 같고. 금식 하고 오셨죠?

2. 의사 성별과 진료유형에 따른 PCC

남성 의사는 유형에 따라 다른 PCC가 나타났다. 특히 '정보교환'은 초진일 때 2회 이상 이루어졌으나, 재진인 경우 1회만 이루어졌다. 초진에서 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '불확실성 다루기'가 1회 이상 나타났고, 재진에서 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '치유관계 증진'이 1회 이상 나타났다.

여성 의사는 초진과 재진 모두 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '정보교환'이 1회 이상 이루어졌고, 나머지 PCC는 1회 미만으로 적게 나타났다.

[표 16] 의사 성별과 진료 유형에 따른 PCC

총 진료면담에서 도출된 PCC기능의 합계 및 비율 의사성별&진료유형 * PCC								
		①	②	③	④	⑤	⑥	합계
남성 의사								
초진	빈도	87	41	28	43	18	77	294
	비율	30%	14%	10%	15%	6%	26%	100%
	평균	2.07	0.98	0.67	1.02	0.43	1.83	7
재진	빈도	342	271	168	241	184	477	1683
	비율	20%	16%	10%	14%	11%	28%	100%
	평균	1.38	1.09	0.68	0.97	0.74	1.92	6.78
여성 의사								
초진	빈도	71	39	24	41	39	64	278
	비율	26%	14%	9%	15%	14%	23%	100%
	평균	1.25	0.68	0.42	0.72	0.68	1.12	4.87
재진	빈도	191	134	87	107	108	258	885
	비율	22%	15%	10%	12%	12%	29%	100%
	평균	1.34	0.94	0.61	0.75	0.76	1.80	6.2

의사 성별과 진료유형이 PCC에 영향을 미치는지 살펴본 결과, F값 2.977 유의확률 0.30으로 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다.

[표 17] 의사 성별과 진료 유형에 따른 PCC 유의성 검정

종속변수	의사성별	진료유형	N	평균	표준편차	F값/유의확률
PCC	남성의	초진	294	7.00	0.5936	2.977/0.30
		재진	1683	6.79	0.4230	
	여성의	초진	278	4.88	0.2825	
		재진	885	6.19	0.4151	
합계			3140	6.41	0.4077	

진료 유형에서의 의사-환자 대화 내용은 진료 시간과 동일한 내용의 요인이 나타났다. 여성 의사의 초진은 질병 치료 방식에 대한 선호를 말하는 내용이 많았는데, 이는 남성 의사와 대비된다고 할 수 있다. 또한 남성 의사는 재진에서 환자의 건강에 관심을 둔 내용이 많았다.

3. 환자 성별과 진료시간에 따른 PCC

남성 환자는 4분 미만의 진료에서 약 5회, 4분 이상의 진료에서 약 9회의 PCC를 수행한 것으로 나타났다. 여성 환자의 경우 4분 미만의 진료에서 약 4회, 4분 이상일 때 약 8회의 PCC가 이루어졌다.

모든 환자 성별과 진료 시간에서 '환자 스스로 하도록 돕기'가 가장 많이 나타났다. 4분 미만의 진료에서 남성 환자는 '감정 인식과 반응'이 가장 낮은 PCC로 나타난 반면, 여성 환자는 '불확실성 다루기'와 '의사결정 돕기'가 가장 낮게 나타났다. 4분 이상의 진료에서 두 성별 환자 모두 '감정 인식 및 반응'이 가장 적은 PCC로 나타났으며, '정보 교환'이 두 번째로 많은 기능으로 나타났다. 남성 환자의 경우 4분 이상의 진료에서 '환자 스스로 하도록 돕기'가 약 3회 이루어졌다는 점이 주목할 만 하다.

모든 성별과 진료시간에서 ‘환자 스스로 하도록 돕기’ 기능은 1회 이상 이루어졌지만 ‘감정 인식 및 반응’과 ‘의사결정 돕기’ 기능은 1회 미만으로 낮게 나타났다.

[표 18] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC

총 진료면담에서 도출된 PCC기능의 합계, 비율, 평균 환자성별 & 진료시간 * PCC							
구분	①	②	③	④	⑤	⑥	합계
남성 환자							
4분 미만							
빈도	68	57	23	58	38	136	380
비율	18%	15%	6%	15%	10%	36%	100%
평균	0.92	0.77	0.31	0.78	0.51	1.84	5.1
4분 이상							
빈도	204	116	72	115	73	266	846
비율	24%	15%	9%	14%	11%	28%	100%
평균	2.10	1.20	0.74	1.19	0.75	2.74	8.7
여성 환자							
4분 미만							
빈도	106	98	85	75	74	138	576
비율	18%	17%	15%	13%	13%	24%	100%
평균	0.76	0.70	0.61	0.54	0.53	0.99	4.1
4분 이상							
빈도	313	214	127	184	164	336	1338
비율	24%	14%	9%	14%	9%	31%	100%
평균	1.75	1.20	0.71	1.03	0.92	1.88	7.5

환자 성별과 진료시간이 PCC에 영향을 미치는지 살펴본 결과, F값 4.639, 유의확률 .002로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다.

[표 19] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 유의성 검정

종속 변수	독립변수		N	평균	표준편차	F값/ 유의확률
	환자성별	진료시간				
PCC	남성 환자	4분 미만	380	5.14	1.951	4.553/0.03
		4분 이상	846	8.72	1.841	
	여성 환자	4분 미만	576	4.11	2.004	
		4분 이상	1338	7.47	1.931	
합계			3140	6.41	1.941	

흥미롭게도 4분 미만의 진료 시간의 경우 여성 환자를 안심시키는 표현이 많이 나타났다. 남성 환자의 경우 모든 변수에서 검토되었듯이 스스로 관리하도록 조언하는 대화 내용이 많았다. <사례 17>에서 환자는 완치된 질병이지만 건강에 대해 계속 걱정하고 있고, 의사는 그런 환자를 안심시키고 있다.

사례 17	
○ 의사 :	(여성 환자에게) 저는 걱정 전혀 안되네요. 걱정하지 마시고 좋아지실 겁니다. 만약 계속 지속된다고 하면 그 때 또 오셔서 얘기를 나누시면 될 것 같습니다만 걱정은 일단 덜어 두십시오.

대응 분석의 요약표에 따르면, 1차원에서 72%를 설명하고 있고, 2차원에서는 19%,를 설명하고 있다. 따라서 전체 고유 값의 91%의 높은 설명력을 가진다. 이를 통해 환자의 성별 및 진료의 시간과 PCC 간 관계를 규명하는 것에 대한 설명이 충분히 가능하다고 할 수 있다. 또한 각 차원의 독립성을 설명하는 x^2은 61.912로 유의하게 나타났다.

[표 20] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 대응 분석 요약

차원	비정칙값	요약 관성	카이 제곱	유의 확률	관성비율		신뢰 비정칙값	
					설명됨	누적	표준편차	상관관계 2
1	0.119	0.014			0.715	0.715	0.018	0.081
2	0.061	0.004			0.191	0.905	0.017	
3	0.043	0.002			0.095	1.000		
전체		0.020	61.912	.000[a]	1.000	1.000		

a. 자유도 15

행 포인트의 매스값에 의하면 PCC는 4분 이상의 여성 환자에게 크게 나왔고 4분 미만의 남성 환자에게 가장 낮게 나왔다. 요약관성에 따르면 4분 미만과 4분 이상의 남성 환자의 경우 설명력에 미치는 영향력이 여성 환자보다 더 크게 나왔다. 이 분석에 의하면 4분 미만의 남성 환자에게 PCC가 낮게 나타났다는 점에 대한 설명력이 크다고 할 수 있다.

[표 21] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 행 포인트 개요

진료시간	매스	차원의 점수		요약 관성	기여도				
					차원의 관성에 대한 포인트		포인트의 관성에 대한 차원		
		1	2		1	2	1	2	전체
남성 환자									
4분 미만	0.121	0.514	-0.451	0.006	0.270	0.402	0.667	0.265	0.932
4분 이상	0.183	-0.543	-0.304	0.008	0.455	0.277	0.843	0.137	0.979
여성 환자									
4분 미만	0.269	0.318	0.088	0.004	0.229	0.034	0.763	0.031	0.794
4분 이상	0.426	-0.113	0.203	0.002	0.046	0.287	0.298	0.496	0.794
전체 합	1.000			0.020	1.000	1.000			

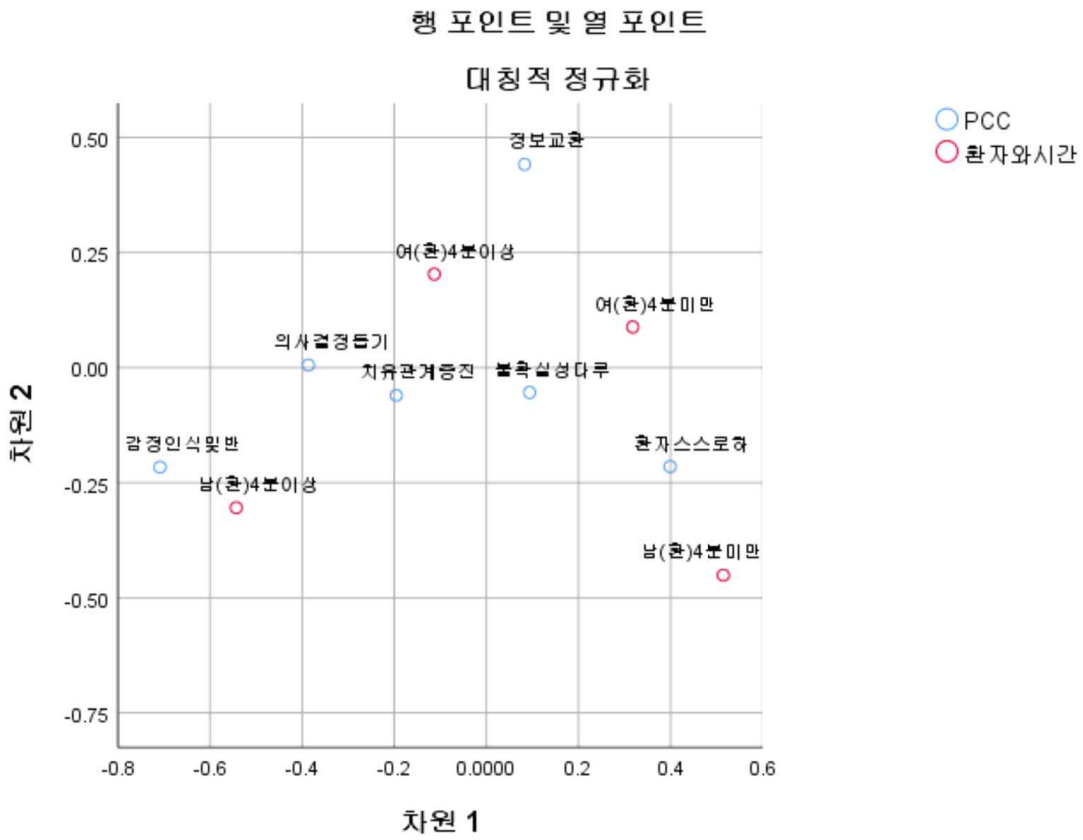
a. 대칭적 정규화

열 포인트의 매스값에 의하면 '환자 스스로 하도록 돕기'가 가장 크게 나왔으며, '감정 인식 및 반응'에서 가장 낮게 나왔다. '환자 스스로 하도록 돕기'는 요약 관성 또한 가장 큰 값으로 나타난 것으로 보아 가장 영향력이 크다고 볼 수 있다.

[표 22] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC 열 포인트 개요

PCC	매스	차원의 점수		요약 관성	기여도				
					차원의 관성에 대한 포인트		포인트의 관성에 대한 차원		
		1	2		1	2	1	2	전체
정보교환	0.220	0.083	0.442	0.003	0.013	0.700	0.061	0.899	0.960
치유관계증진	0.154	-0.196	-0.060	0.001	0.050	0.009	0.767	0.038	0.805
감정인식 및 반응	0.098	-0.709	-0.216	0.007	0.413	0.075	0.851	0.041	0.892
불확실성 다루기	0.138	0.094	-0.054	0.000	0.010	0.007	0.519	0.088	0.608
의사결정 돕기	0.111	-0.386	0.006	0.003	0.140	0.000	0.749	0.000	0.749
환자스스로 하도록 돕기	0.279	0.399	-0.215	0.006	0.374	0.210	0.861	0.129	0.990
전체 합	1.000			0.020	1.000	1.000			

a. 대칭적 정규화



[그림 10] 환자 성별과 진료 시간에 따른 PCC

환자 성별과 진료시간에 따른 PCC를 배치도 [그림 10]을 통해 살펴보면, 4분 미만의 남성 환자에게서는 '감정 인식 및 반응'이 다른 진료시간 및 성별보다 가까운 것으로 나타났고, 4분 미만의 남성 환자에게서는 '환자 스스로하도록 돕기'가 가깝게 나타났다.

4. 환자 성별과 진료유형에 따른 PCC

PCC는 모든 성별에서 재진에서 높게 나타났으나, 남성과 여성 환자는 초진에서 '정보교환'이 많이 나타났고, 재진에서 '환자 스스로 하도록 돕기'가 많이 나타났다. 남성 환자는 모든 유형의 진료에서 '감정 인식 및 반응'이 적게 나타났고, 여성 환자는 '치유관계 증진'과 '불확실성 다루기'가 동일하게 두 번째로 많은 PCC로, '감정 인식 및 반응'과 '의사결정 돕기'가 비슷하게 낮은 PCC로 나타났다.

두 성별의 환자는 모든 진료시간에서 적어도 한 번 이상의 '정보교환'과 '환자 스스로 하도록 돕기'가 나타났는데, 특히 남성 환자는 두 번 이상 이루어졌다는 점에서 주목할 만하다. 남성과 여성 환자는 재진에서 '치유관계 증진' 기능이 한 번 이상 이루어졌고, 남성 환자는 초진에서 '불확실성 다루기' 기능도 한 번 이상 나타났다.

[표 23] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC

총 진료면담에서 도출된 PCC기능의 합계, 비율, 평균 환자성별&진료유형 * PCC								
		①	②	③	④	⑤	⑥	
남성 환자								
초진	빈도	67	26	12	30	16	57	208
	비율	32%	13%	6%	14%	8%	27%	100%
	평균	2.48	0.96	0.44	1.11	0.59	2.11	7.69
재진	빈도	205	147	83	143	95	345	1018
	비율	20%	14%	8%	14%	9%	34%	100%
	평균	1.42	1.02	0.58	0.99	0.66	2.40	7.07
여성 환자								
초진	빈도	91	54	40	54	41	84	364
	비율	25%	15%	11%	15%	11%	23%	100%
	평균	1.26	0.75	0.56	0.75	0.57	1.17	5.06
재진	빈도	328	258	172	205	197	390	1550
	비율	21%	17%	11%	13%	13%	25%	100%
	평균	1.33	1.04	0.70	0.83	0.80	1.58	6.28

[표 24] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 유의성 검정

종속변수	독립변수		N	평균	표준편차	F값/유의확률
	환자성별	진료유형				
PCC	남성 환자	초진	208	7.70	0.7565	6.047/.000
		재진	1018	7.07	0.6100	
	여성 환자	초진	364	5.06	0.2759	
		재진	1550	6.28	0.3147	
합계			3140	6.41	0.4077	

내용분석 결과 의사는 초진의 남성 환자로부터 정보를 이끌어내기 위한 노력을 많이 한 것으로 나타났다. 또한 재진의 남성 환자 보다 여성 환자에게 감정을 확인하는 내용이 많았다. <사례 18>의 환자는 치매 예방을 위한 활동을 하고 있지만, 치매가 진행될 걱정을 하고 있다. 의사는 환자의 불안한 감정을 인지하고 이를 확인하고 있다.

사례 18	
○ 환자 :	네. 근데 **(00:02:40) 싫어요. 힘들고, 몸이. 그림 그리고 색칠하는 건 재밌는데.
○ 의사 :	네, 알겠어요. 어머님 조금 걱정하시는 부분이 인지기능, 치매를 이제 진행할까 봐 그러시는 거잖아요?

대응 분석의 요약표에 따르면, 1차원에서 64%를 설명하고 있고, 2차원에서는 34%를 설명하고 있다. 노형진 (2008)에 따르면 설명력이 합이 70% 이상인 경우 행과 열의 관계를 잘 설명한다고 하였다. 본 분석은 총 고유 값이 98%로 매우 높은 설명력을 가진다고 할 수 있고, 따라서 환자의 성별 및 진료의 유형과 PCC 간 관계를 규명하는 것에 대한 설명이 충분히 가능하다고 할 수 있다. 또한 각 차원의 독립성을 설명하는 교차 분석 값은 56.008로 유의하게 나타났다.

[표 25] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 대응 분석 요약

차원	비정칙값	요약 관성	카이 제곱	유의 확률	관성비율		신뢰 비정칙값	
					설명됨	누적	표준편차	상관관계 2
1	0.107	0.011			0.642	0.642	0.018	0.003
2	0.078	0.006			0.342	0.985	0.019	
3	0.017	0.000			0.015	1.000		
전체		0.018	56.008	.000a	1.000	1.000		

a. 자유도 15

매스값에 의하면 PCC는 재진의 남성과 여성 환자에게 높게 나왔다. 요약 관성은 재진의 남성 환자가 가장 큰 값이 나온 것으로 보아 가장 PCC가 많이 나타났다고 것으로 해석할 수 있다.

[표 26] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 행 포인트 개요

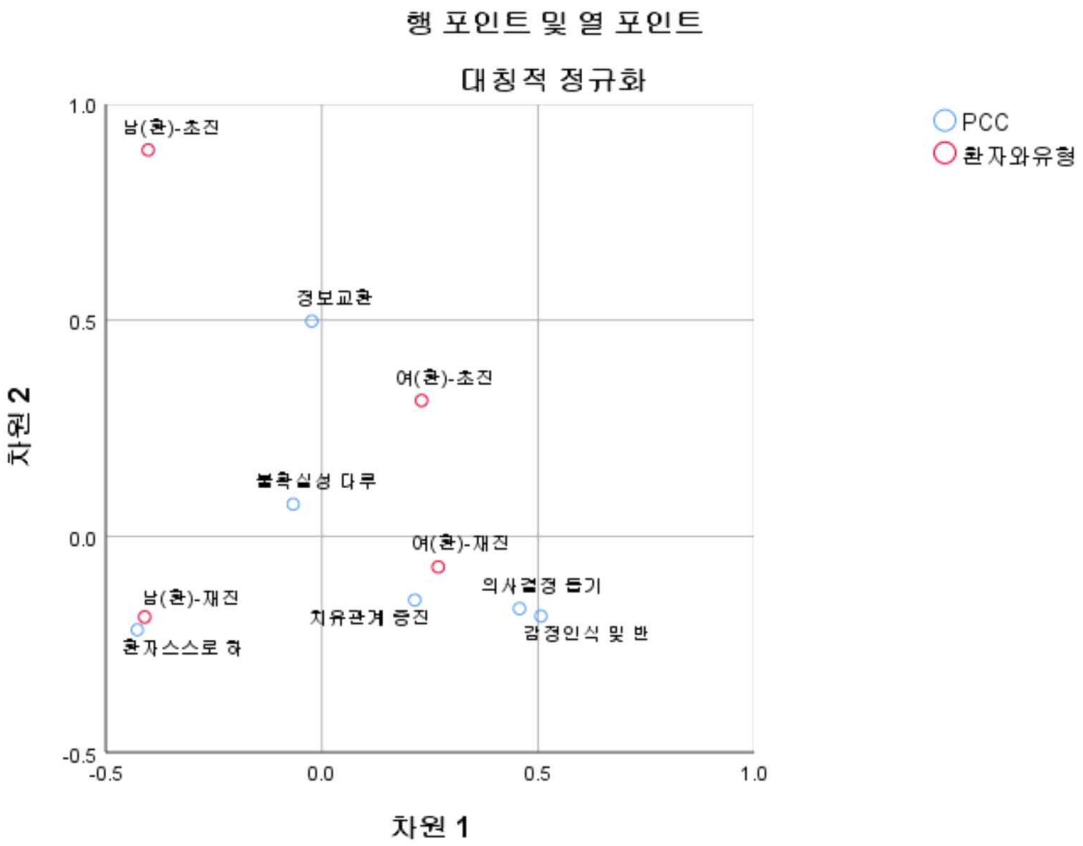
환자성별 & 진료유형	매스	차원의 점수		요약 관성	기여도				
					차원의 관성에 대한 포인트		포인트의 관성에 대한 차원		
		1	2		1	2	1	2	전체
남성 환자									
초진	0.066	-0.402	0.894	0.005	0.100	0.677	0.215	0.777	0.992
재진	0.324	-0.410	-0.187	0.007	0.509	0.145	0.868	0.131	0.999
여성 환자									
초진	0.116	0.231	0.314	0.002	0.058	0.146	0.379	0.514	0.893
재진	0.494	0.269	-0.071	0.004	0.334	0.032	0.942	0.048	0.990
전체 합	1.000			0.018	1.000	1.000			

환자 성별과 진료유형은 매스값에 의하면 '감정 인식 및 반응'에서 가장 낮게 나왔다. 가장 높은 매스값이 나온 '환자 스스로 하도록 돕기' 기능은 요약 관성 또한 가장 큰 값으로 나타난 것으로 보아 가장 영향력이 크다고 볼 수 있다.

[표 27] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC 열 포인트 개요

PCC	매스	차원의 점수		요약 관성	기여도				
					차원의 관성에 대한 포인트		포인트의 관성에 대한 차원		
		1	2		1	2	1	2	전체
정보교환	0.220	-0.024	0.498	0.004	0.001	0.698	0.003	0.995	0.998
치유관계 증진	0.154	0.215	-0.147	0.001	0.067	0.043	0.711	0.244	0.955
감정인식 및 반응	0.098	0.506	-0.185	0.003	0.234	0.043	0.890	0.086	0.977
불확실성 다루기	0.138	-0.067	0.074	0.000	0.006	0.010	0.271	0.246	0.517
의사결정 돕기	0.111	0.457	-0.167	0.003	0.217	0.040	0.901	0.088	0.989
환자스스로 하도록 돕기	0.279	-0.427	-0.216	0.006	0.475	0.167	0.842	0.158	1.000
전체 합	1.000			0.018	1.000	1.000			

a. 대칭적 정규화



[그림 11] 환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC

환자 성별과 진료 유형에 따른 PCC를 배치도 [그림 11]과 같이 나타냈다. 그림에서 보이는 것과 같이 재진의 남성 환자에게서는 '환자 스스로 하도록 돕기'가 보편적으로 나타난 반면, '치유관계 증진'이나 '의사결정 돕기'는 재진의 여성 환자에게 더 가깝게 나타났다.

제 5 장 논의

제 1 절 연구 결과에 대한 고찰

본 연구는 실제 국내 병원의 진료면담 내용을 녹음한 자료를 이용하여 의사-환자 사이의 대화에서 PCC의 특징을 검토했다. 이를 위해 내용분석 기법을 사용하여 진료면담에서 도출되는 PCC의 각 기능들을 확인했고, 의사와 환자 성별에 따른 PCC를 분석하여 해당 변인에 따라 유의미한 차이가 발생하는지를 살펴보았다. 또한 이 과정이 진료 시간과 진료 유형에 따라 변화하는지에 대해서도 분석했다.

먼저 본 연구에서 도출된 결과는 다음과 같은 사항들과 관련해 논의될 수 있다. 첫째, 진료면담 한 건당 6회의 PCC가 이루어졌다는 것은 새로 발견된 사실이지만, 이를 통해 PCC가 충분하게 실시되었다고 결론짓기는 어렵다. Epstein & Street (2007)은 암 진단, 치료 및 종결 과정을 예방(Prevention), 검사(Screening), 진단(Diagnosis), 치료(Treatment), 생존(Survivorship), 생의 마감(End of Life)의 6 단계로 소개한다. 이들의 분류법에 따르면 PCC의 여섯 기능은 이 각 단계마다 모두 나타나야 하며, 각 기능들은 서로 다른 건강관련 삶의 질(Health-related quality of life, HRQOL)을 개선시킨다. 본 연구는 암 환자를 포함한 일반 환자를 대상으로 하고, 이런 연속적 과정 전체 대신 진료에만 초점을 맞추면서 검사 단계와 진단 단계를 일반 진료로 간주하고 검토하였다. 이렇게 두 단계를 통합하여 진료로 간주하였기에 최소한 총 12회의 PCC가 나타나고, 각각의 여섯 기능들이 약 두 번씩 이루어져야 삶의 질을 개선시키는데 기여할만큼 PCC가 충분히 이루어졌다고 할 수 있을 것이다. 진료환경, 시간이나 진료 과목과 같은 진료 특성을 고려한 국내 실정에 맞는 PCC 기준은 제시되어 있지 않아 고려 대상에서 포함할 수 없었지만, 위 기준을 활용하면 본 진료면담 자료에서의 6회의 PCC가 이루어진 것은

충분한 PCC가 진행되지 않은것으로 평가될 수 있다. 또한 각각의 기능이 고르게 나타나야 모범적인 PCC로 간주되는데, 본 자료에서는 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '정보교환'이 다른 기능들보다 1회 더 높은 편향성이 발견되었다. 이 결과는 의사가 환자보다 더 많은 정보를 제공한다는 선행 연구와 일치하지만, 환자 만족과는 직결되지 않았기 때문에 PCC가 여러 기능에서 나타나야 한다는 지적은 여전히 유효하다 (Teutsch, 2003).

둘째, 남성 의사가 여성 의사보다 더 많이 PCC를 한다는 점은 남성 의사가 여성 의사보다 더 많은 협력형 커뮤니케이션을 수행한다는 연구 결과와 일치한다(고은숙, 2008). 다만 이는 여성 의사가 더 많은 환자 중심의 진료를 실시한다는 국외 연구 결과와 상반되는 결론이기도 하다 (Krupat et al., 2000; Teutsch, 2003). 한 국외 연구에 의하면, 여성 의사는 적극적인 파트너십 행위, 긍정적인 대화, 심리사회적 상담, 질문, 감정적으로 집중된 대화를 수행한다고 나타났다 (Roter at al., 2002). 반면 한국의 경우 남성 의사가 온정(warmth)과 지지(support)의 가치에 대한 관심 정도, 환자의 감정, 환경 등을 치료의 중요 요소라고 생각하는 점에서 여성 의사보다 환자 중심적이라는 연구 결과가 보고되었다 (김민정, 2009). 결론적으로 국내의 경우 남성 의사가 여성 의사보다 친근하게 환자와 소통하는 경향이 있으며, 이런 남성 의사의 커뮤니케이션 스타일이 여성 의사보다 높은 PCC의 결과를 가져왔다고 해석 가능하다.

셋째, 여성 의사의 경우 남성 의사보다 모든 진료 유형에서 '의사결정 돕기'를 더 많이 하는 것으로 나타났다. 이는 여성 의사는 환자와 의사결정을 할 때 환자와 더 많은 시간을 보내며 너그럽게 기다리는 반면, 남성 의사는 빠른 결정을 내리는 것을 선호한다는 선행 연구와 부합한다 (Gotlieb et al., 2019). 한 국외 연구에 따르면 환자는 여성 의사에게 생의학적, 심리사회적정보를 더 많이 공유하고, 더 긍정적인 의견을 말하는 경향을 보인다(Hall & Roter, 2002). 그 결과 여성 의사는 풍부한 정보를

바탕으로 남성 의사보다 다양한 치료 선택사항을 제공하고, 이에 대한 의사결정을 도울 수 있게 된다. 이 결과는 또한 여성 의사가 남성 의사보다 치료 관련 의사결정 과정에서 환자와 더 많은 정보를 공유한다는 연구 결과와도 부합한다 (Hall&Roter, 2002).

넷째, PCC는 환자 성별에 따라서도 다르게 나타났다. 특히 남성 환자에게서 '환자 스스로 하도록 돕기'의 기능이 평균 2회 이상 나타났는데, 이는 일반적으로 남성 환자가 자기 관리에 관련된 상담을 여성 환자보다 더 많이 받는다는 선행 연구에 부합하는 결과이다(Balde et al., 2003). 선행 연구들은 남성 환자에게서 건강정보이해능력이 낮게 나타났고, 고집이 강한 성인 남성 환자가 의사의 조언을 잘 따르지 않는다고 보고했다 (이영태 외, 2012; 황유선, 2007). 이런 남성 환자의 특수성이 의사들로 하여금 반복적으로 환자의 자기 관리를 돕는 진술들을 수행하도록 이끌었을 것으로 추론해볼 수 있다.

마지막으로 '감정 인식 및 반응' 기능의 경우 남성보다 여성 환자에게서 더 많이 나타났다. 이는 여성 환자가 본인의 감정을 더 많이 표현하는 반면, 남성 환자는 사실 표현에 초점을 맞춘다는 선행 연구와 부합하는 결과이다(Stewart, 1984). 또한 여성 환자는 초진에서 적어도 한 번 이상 부정적인 감정을 표현한다는 연구 결과와도 잘 들어맞는다(Pollak et al., 2007). 이런 환자 성별에 따른 감정 표현의 차이 때문에 진료 과정에서 의사가 환자 성별에 따라 다른 커뮤니케이션 유형을 선택하여 진료면담을 실시해야한다는 주장도 제기되어 왔다(Teutsch, 2003).

최종적으로 본 연구는 PCC가 진료면담에서 다양한 변인에 의해 영향을 받을 수 있음을 확인했다. 그렇기 때문에 진료면담은 전문가의 지식정보의 전달 뿐만 아니라 휴먼 커뮤니케이션의 일환이라는 관점으로 PCC를 이해해야 한다고 할 수 있겠다.

제 2 절 연구의 의의와 제한점

본 연구는 진료면담에서 PCC 기능이 어떻게 나타나는지를 검토하고, 이를 바탕으로 진료면담에서 환자 중심 커뮤니케이션에 영향을 주는 변인을 확인하여 환자 중심 커뮤니케이션의 본질 및 진료면담을 이해하는 관점을 살펴보는데 목적을 두고 있다. 이러한 목적 하에 이 연구는 몇 가지 의의를 지닌다.

먼저 초기 단계인 국내 PCC 연구에서 경험적인 자료 분석을 시도하였다는 점에서 의의가 있다. 그 동안 PCC를 분석하는 양적 연구는 실시되어왔으나 실제 면담에서 PCC를 살펴볼 수 있는 자료에 대한 검토는 이루어지지 않았다. 그러나 본 연구는 녹음자료를 이용하여 PCC의 현황을 수량화하여 살펴보았고, 특히 내용분석 기법을 통해 환자 반응이나 진료 과정에 더 집중하여 PCC를 보다 명확하고 포괄적인 방식으로 검토했다고 할 수 있다.

또한 PCC 기능을 구체적으로 분류하고, 이를 적용하여 실제 진료면담 분석을 시도했다는 점에서 의의를 지닌다. 진료면담에서의 PCC의 현황, 그리고 PCC에 미치는 영향으로 의사, 환자의 성별 그리고 진료 시간과 진료 유형의 변인들을 다루었고, 여기에서 나타날 수 있는 PCC의 차이를 검정하였다.

그러나 이 연구는 새로운 PCC 분류법의 소개 및 실제 면담에서의 분석이라는 측면에서 연구의 의의를 지니지만 몇 가지 한계를 지닌다.

먼저 이 연구에서는 내용분석을 위해 진료면담을 녹음한 자료를 활용했다. 그렇기 때문에 환자의 연령을 비롯한 추가적인 인구사회학적 정보, 진료 과목, 보호자의 참여 등과 같은 변수들에 의한 PCC의 정도를 파악할 수 없어 환자의 배경적 정보와 진료면담의 속성을 연결하지 못하였

다. 환자의 배경적 정보는 휴먼 커뮤니케이션 측면에서 매우 중요한 요소이기 때문에 이에 대한 후속 연구가 요구된다. 또한 진료면담의 목적이나 진료과목에 따라 PCC의 기능이 나타나는 양상이 상이할 것으로 예측된다. 그러나 이 연구에서는 진료 과목별로 자료를 분석하지 않고 초진과 재진의 진료유형만을 구분하여 진료 과목과 PCC의 기능 관계를 검토하지 못했다.

이외에도 본 연구에서는 진료면담에서의 PCC 기능이 어떻게 나타나는지를 내용분석을 중심으로 검토하였기 때문에 PCC 내용이 환자나 보호자의 만족도나 치료과정 및 건강 결과에 어떤 영향을 미쳤는지를 확인할 수 없었다. 따라서 이를 고려한 측정도구의 개발이 필요해 보인다.

제 6 장 결론 및 제언

본 연구는 진료면담에 있어 환자 중심 커뮤니케이션이 어떻게 나타나는지를 확인하고자 내용분석을 실시하였다. PCC의 현황을 분석하기 위하여 Epstein & Street (2007)의 PCC 분류법을 이용하여 여섯 가지 핵심 기능이 어떻게 나타나는지를 확인했다. 즉, 내용분석을 통해 진료면담에서 가장 많이 도출된 여섯 가지 핵심 기능을 소개하고 이를 수량화하여 의사와 환자의 성별 그리고 진료 유형과 진료 시간에 의해 영향을 받는지를 유의성 검정을 실시하여 살펴보았다. 마지막으로 대응 분석을 통해 유의성 검정을 통해 살펴본 관계력을 설명하고 이후 시각화를 통해 의사 환자의 대화 차례 및 가장 많이 쓰인 단어를 구분하여 PCC 기능을 검토했다.

본 연구를 통해 다음과 같은 새로운 결과들 얻었다. 첫째, 의사 성별에 따른 PCC 관계는 '불확실성 다루기'를 제외한 나머지 기능에는 유의미한 차이가 보이지 않았으나, PCC의 평균을 살펴보면 남성 의사가 여성 의사보다 더 PCC를 한다는 것으로 나타난 점은 기존 선행연구와 상반된 결과이다. 남성 의사는 '의사결정 돕기'를 제외한 모든 세부 기능에서도 여성 의사보다 많은 PCC를 하는 것으로 나타났고, 그 중 '환자 스스로 하도록 돕기'와 '정보교환'은 진료면담에서 가장 많이 이루어졌다. 두 성별의 의사 모두 진료시간이 길수록 더 많은 PCC를 했는데, 특히 남성 의사는 여성 의사보다 모든 진료 시간에서 더 많이 PCC를 실시했으며 그 가운데도 '환자 스스로하도록 돕기'가 많았다는 점은 여성 의사의 결과와 비교하여 보았을 때 주목할 만하다. 또한 남성 의사는 초진에서, 여성 의사는 재진에서 PCC가 더 많이 나타났다.

둘째, 환자의 성별은 PCC와의 관계, 그리고 이를 진료 유형 및 진료 시간에 의해 달라지는지 보았을 때에도 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났는데, 특히 남성 환자에게서 더 많은 PCC가 이루어졌다. 그 중 '환

자 스스로 하도록 돕기'의 기능이 가장 많은 것으로 나타났다. 평균에 의하면 여성 환자는 '감정 인식 및 반응'과 '의사결정 돕기'에서 남성 환자보다 많았다. 모든 진료시간에서 남성 환자에게서 PCC가 많이 나타났고, 진료유형에 의하면 남성 환자는 초진에서, 여성 환자는 재진에서 더 많은 PCC가 나타났다.

다만 이 결과에 기초해 남성 의사 및 환자의 커뮤니케이션이 더 환자 중심적이라고 단정짓기는 어렵다. 앞 장에서 살펴본 바와 같이, 이 결과는 국내 남성 의사의 커뮤니케이션 스타일과 여성 환자에 비해 의사의 조언을 잘 따르지 않는 남성 환자의 특수성 등이 맞물려 도출된 결과이다. 특히 PCC의 세부 기능 가운데 '의사결정 돕기'와 같은 경우에는 여성 의사 및 환자가 남성의 경우보다 높게 나타났기 때문에, 특정 성별이 더 높은 PCC를 보인다기 보다는 성별이 PCC의 다양한 세부 기능에 각기 다르게 영향을 미친다고 해석할 수 있을 것이다.

종합적으로 검토한 결과, 본 연구는 자료의 제약으로 PCC에 미치는 변인으로 의사와 환자의 성별, 진료 시간과 진료 유형만 살펴보았으나 진료면담에서 고려해 볼 수 있는 다양한 변인들에 의해 PCC는 달라질 수 있다는 점을 확인했다. 연구 결과에 기초해 보았을 때 진료면담 역시 커뮤니케이션의 일종으로 성별 외 다양한 인구사회학적 요인들에 의해 영향을 받을 수 있기에 이를 휴먼 커뮤니케이션의 관점에서 이해하려는 노력이 필요하다고 할 수 있다. 특히 PCC는 진료면담과 관련해 특정한 상황적 요소들 가운데 어디에 초점을 맞추어 어떻게 접근하는지에 따라 다르게 나타날 수 있다. 그러므로 본 연구에서 살펴본 성별과 진료시간과 같은 변인들뿐만 아니라, 대화참여자의 인구사회학적 속성, 진료 과목, 진료 환경과 같은 요소들 간의 상호작용을 고려하며 PCC를 상황적합적으로 다루어야 한다고 결론 내릴 수 있을 것이다.

한편, 이 연구를 통하여 얻어진 결과를 기반으로 하여 향후 연구 및

정책에 다음과 같은 제언을 할 수 있다.

먼저 진료면담에서 환자의 반응을 보다 세부적으로 분석할 수 있는 분석 도구의 개발이 요청된다. 본 연구자가 한 건당 12회 이상의 PCC를 실시한 모범 사례들을 검토한 결과, 의사가 수행하는 PCC에 환자가 반응하는 것으로 질문, 의사의 말 반복 및 확인, 적극적인 의견 표현, 순응, 감탄사 등이 나타났다. 본 연구를 포함하여 RIAS, MPCC와 같은 대표적인 PCC 분석 도구는 의사-환자의 상호작용을 살펴보기 어렵고, PICS(Patient perceived involvement in care scale), PPPCS(Patient-perceived patient-centeredness scale)와 같은 도구는 환자를 대상으로 PCC를 양적으로 측정하기는 하나 진료면담에서 이루어진 PCC에 대한 반응을 분석하는 데는 적절하지 않다. 진료면담에서의 환자 참여를 연구한 Butow et al. (1994)은 환자의 적극적인 반응으로 '감정 표현', '질문하기', '선호사항 이야기하기', '의견 묻기' 등을 제시하였는데 이런 '적극적 반응'을 분석에 포함시키는 것이 필요하다. 향후 연구에서는 '적극적 반응'을 고려해 기존의 PCC 측정도구들의 단점을 보완하여 환자의 반응을 세부적으로 분석할 수 분석 도구 개발이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 본 연구는 의사-환자 성별에 따른 조합과 관련해 PCC의 빈도와 평균만 일부 분석하였지만, 이를 PCC의 주요 주제로 삼은 심도 깊은 연구가 이루어져야 한다. 최근 환자가 의사를 선택할 수 있는 기회가 확대되고 있는 가운데 환자들이 동성 의사를 선호하고, 이런 성별 조합이 건강 결과에도 영향을 미친다는 연구가 존재한다. 나아가 의사의 성별이 환자와의 관계에도 영향을 미친다는 보고 또한 이루어졌으며, 환자가 원하는 의사의 성별을 선택했을 때 더 높은 만족도를 보였다는 결과 또한 제기되었다(Bradley et al., 2001; Weisman & Teitelbaum, 1985). 그러나 환자 만족도와 PCC를 등치할 수 없기에 환자의 의사 성별 선택과 PCC의 관계에 대해서는 여전히 후속 연구가 필요하다. 특히 동성 의사와 면

담하더라도 진료면담에서 PCC의 양에서 유의미한 차이가 발견되지는 않았다는 상반된 연구 결과도 존재하기 때문에 의사 성별의 선택과 PCC의 관계는 추후 검토되어야 할 주제이다(Bertakis et al., 2009).

셋째, 본 연구에서 살펴보지 못한 환자의 연령과 진료 과목은 PCC에 영향을 미칠 수 있는 중요한 요인이기에 이를 반영한 연구가 필요해 보인다. Swenson et al. (2004)은 젊은 연령층의 환자가 PCC를 더 선호한다고 보고했는데, 국내의 경우 연령별 PCC 선호 여부를 다룬 연구나 연령별 PCC의 차이를 보는 연구가 충분히 이루어지지 않았다. 또한 유럽의 한 사례 연구는 부인과 진료에서 여성 환자는 여성 의사가 남성 의사보다 더 자주 비인격적인 발언들과 비난들을 퍼붓고 부정적인 이야기를 더 노골적으로 전달함에도 불구하고 진료과의 특수성 때문에 동성 의사를 더 선호한다고 보고했다(Graffy, 1990; Mazzi et al., 2014). 이처럼 진료 과목에 따라 PCC가 다르게 나타날 수 있다는 점을 고려해볼 때, 진료 과목별 PCC 분석을 통해 각 진료 과목이 갖는 PCC의 특징을 도출하는 연구가 필요하다. 그 결과 환자 연령이나 진료 과목에 의한 PCC에 차이가 나타난다면, 환자 연령별 및 진료 과목에 따라 커뮤니케이션 접근을 다르게 실시하는 일이 가능할 것이다.

넷째, 연구 결과와 관련해서 진료면담에서 '환자 스스로 하도록 돕기'가 가장 많이 나타나고 '감정 인식 및 반응'이 가장 적게 나타난 이유를 밝히는 연구가 필요하다. '환자 스스로 하도록 돕기'에서 남성 환자에게서 '자율성 지원'이 더 많이 나타나고, 여성 환자에게서 '추적 및 모니터링'이 더 많이 나타났다. 그리고 '감정 인식 및 반응'은 진료 시간이 짧은 경우에 적게 나타날 것으로 예상했던 것과 달리 진료 시간과 관계없이 1회 미만으로 확인되었는데, 이 이유를 밝히는 연구를 시행한다면 의사가 환자의 질병을 다루고 치료하는데 더욱 도움이 될 것이다.

다섯째, 본 연구에서 사용한 틀을 이용한 환자 만족도 연구가 필요하

다. 이 틀을 이용한 환자 만족도 여부를 규명하는 연구를 시행한다면 환자가 이 기능들 중 어떤 특정 기능을 더 만족해하는지, 그리고 진료에서 필요한 기능은 무엇인지를 파악하고 각각의 기능들의 정의를 국내 맥락에 맞게 발전시킬 수 있을 것이다. 또한 진료를 마친 환자가 느낀 PCC와 실제 진료면담에서 나타난 PCC를 동일한 26개의 코딩 틀을 이용하여 비교해 본다면 이를 통해 환자가 느끼는 PCC와 진료면담에서 이루어지는 PCC의 상이한 정도를 파악하여 진료면담의 질을 높일 수 있을 것이다.

마지막으로 Epstein & Street (2007) 분류법의 PCC 측정 도구로서의 적합성 여부를 세밀히 검증하는 일이 필요하다. 이 과정에서는 PCC의 여섯 기능뿐만 아니라 각각의 세부 기능들이 PCC로서 적합한지, 또한 중복될 수 있는 기능들이 무엇인지를 검토하고 국내 진료면담 현황을 살피는데 전반적으로 적용이 가능한 기능들인지를 확인하는 작업이 이루어져야 할 것이다. 이런 종합적인 검증을 거쳐야만 측정 도구로서의 객관성이 충분히 확보될 것이라고 예상할 수 있다.

참 고 문 헌

강희정. (2014). 대형 상급종합병원 환자쏠림 완화정책의 현황과 방향. 보건복지포럼, 210(4), 65-76.

고은숙. (2008). 치과의사의 커뮤니케이션 스타일과 환자 성향에 따른 환자 만족도 연구 (Doctoral dissertation, 연세대학교 보건대학원).

김민정. (2009). 의사의 커뮤니케이션 스타일에 영향을 미치는 요인 연구: 개인적 특성과 환자 중심적 성향을 중심으로. 한국언론학보, 53(3), 146-172.

김성수, 조덕영, 박병규, 황인경, 장철훈, 이영미 & 윤소정. (2008). 환자의 사회적 유형에 따른 환자 만족도, 치료 순응도, 그리고 의사의 의사소통 유형 지각 차이. 한국의학교육학회지, 20(4), 321-331.

김은정. (2010). 군집분석을 이용한 응급실 간호사-환자 상호작용 유형 및 환자의 상호작용 만족도. 대한간호학회지, 40(1), 99-109.

김용. (2013). 환자 중심의 의료서비스 변화: 의사와 환자의 커뮤니케이션 개선을 중심으로. 과학기술학연구, 13(2), 71-110.

양은배. (2008). 환자-의사간 의사소통 기술 교육에 대한 고찰. 한국의학교육학회지, 20(2), 99-107.

노형진. (2008). 대응 분석의 이론과 실제. 서울, 한울출판사.

박성준. (2002). 대응 분석을 이용한 국내 피트니스 센터의 인트라넷 활용 실태 조사 연구. 한국체육과학회지, 11(2), 141-150.

박형욱. (2012). 한국 의료의 질 향상 방안. 대한의학협회지, 55(10), 969-977.

서정호, & 김철원. (2012). 국내관광 의사결정과 소셜미디어의 관계성 규명: 내용분석을 중심으로. 관광학연구, 36(10), 125-148.

손인기, 이종훈, 조인희, 남범우, 박건욱, 이광헌, 사공정규 & 송창진. (2002). 의과대학생, 전공의, 전문의의 환자중심적 태도. 대한신경정신의학회, 41(2), 290-297.

신정우. (2017). 사람 중심 보건의료제도와 환자의 의료서비스 이용 경험. 한국보건사회연구원, 보건· 복지 Issue & Focus, 330, 1-8.

안서원, 이영미, & 안덕선. (2006). 전공의와 환자의 의사-환자 관계에 대한 상호 인식 조사. 한국의학교육, 18(3), 279-288.

양종현. (2017). 초진과 재진환자의 종합병원 선택요인 비교분석. 디지털융복합연구, 15(7), 231-238.

염호기. (2013). 환자안전 관리와 전망. 대한의학협회지, 56(6), 454-458.

이두원. (2000). 의사-환자간 커뮤니케이션 행위에 대한 대화분석 연구: 의사소통 문제의 유형과 해결방안을 중심으로. 한국언론학보, 45(1), 232-265.

이영태, 윤태영, & 김상현. (2012). 환자의 특성에 따른 기능적 건강정보이해능력 (functional health literacy) 과 의료인의 설명이해도. 보건과 사회과학, 32(1), 145-171.

이정선, & 최만규. (2018). 의사의 환자 지향적 커뮤니케이션과 만성질환자의 삶의 질과의 관계: 건강행태의 매개효과를 중심으로. 보건사회연구, 38(3), 279-302.

이종학, & 김찬중. (2013). 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자만족과 치료성과에 미치는 영향: 환자참여의 매개효과를 중심으로. 한국콘텐츠학회논문지, 13(11), 249-260.

이찬희, 임현선, 김영남, 윤수진, 박양숙, 김선애, 박은철 & 강중구. (2017). 외래 초진환자의 만족진료시간과 관련 추가비용 지불의사. 보건행정학회지, 27(1), 39-46.

임금자, 민혜영, 최진우, 임선미, & 박윤형. (2011). 전 국민 의료보험 체계에서 일차 진료의사의 경영실태. 대한의사협회지, 54(1), 98-111.

장욱, & 한승진. (2018). OECD 통계로 본 한국 의료자원 현황과 주요 이슈. HIRA 정책동향, 12(4), 7-16.

허예라, 김선, 박주현, 조아라, & 최창진. (2014). CPX 도입에 따른 의과대학생들의 환자중심적 태도 변화. 한국의학교육학회지, 26(2), 99-106.

황유선. (2007). [건강칼럼] 성인병-당뇨. 공업화학전망, 10(2), 30-32.

Arora, N. K. (2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. *Social Science & Medicine, 57*(5), 791-806.

Baker, C., Pulling, C., McGraw, R., Dagnone, J. D., Hopkins Rosseel, D., & Medves, J. (2008). Simulation in interprofessional education for patient centred collaborative care. *Journal of Advanced Nursing, 64*(4), 372-379.

Bakić-Mirić, N. M., & Bakić, N. M. (2008). Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Facta Univers, 15*(2), 74-9.

Balde, A., Figueras, J., Hawking, D. A., & Miller, J. R. (2003). Physician advice to the elderly about physical activity. *Journal of Aging and Physical Activity, 11*(1), 90-97.

Banerjee, A., & Sanyal, D. (2012). Dynamics of doctor‐patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and

patient enablement. *Journal of Family and Community Medicine, 19*(1), 12-19.

Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal medicine, 101*(5), 692-696.

Bertakis, K. D. (2009). The influence of gender on the doctor-patient interaction. *Patient education and counseling, 76*(3), 356-360.

Bertakis, K. D., Franks, P., & Azari, R. (2003). Effects of physician gender on patient satisfaction. *Journal of the American Medical Women's Association (1972)*, 58(2), 69-75.

Bertakis, K. D., Helms, L. J., Callahan, E. J., Azari, R., & Robbins, J. A. (1995). The influence of gender on physician practice style. *Medical care, 33*(4), 407-416.

Bradley, G., Sparks, B., & Nesdale, D. (2001). Doctor communication style and patient outcomes: gender and age as moderators. Journal of Applied Social Psychology, 31(8), 1749-1773.

Brody, D. S. (1980). The patient's role in clinical decision-making. *Annals of Internal Medicine, 93*(5), 718-722.

Butow, P. N., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., & Jones, Q. J. (1994). Patient participation in the cancer consultation: evaluation of a question prompt sheet. Annals of oncology, 5(3), 199-204.

Butow, P. N., Brown, R. F., Cogar, S., Tattersall, M. H. N., & Dunn, S. M. (2002). Oncologists' reactions to cancer patients' verbal cues. *Psycho Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 11*(1), 47-58.

Centers for Disease Control and Prevention. (2001). Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral. *MMWR. Recommendations and reports: morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports, 50*(RR-19), https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5019a1.htm

Chapman, S. W., Dismukes, W. E., Proia, L. A., Bradsher, R. W., Pappas, P. G., Threlkeld, M. G., & Kauffman, C. A. (2008). Clinical practice guidelines for the management of blastomycosis: 2008 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases, 46*(12), 1801-1812.

Elo, S. Kyngas (2007). The qualitative analysis process. *Journal of Advanced Nursing, 62*(1), 107-115.

Epstein, R. M., & Street, R. L. (2007). *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. National Cancer Institute; Bethesda*. MD: 2007. NIH Publication.

Gordon, G. H., Joos, S. K., & Byrne, J. (2000). Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Education and Counseling, 40*(1), 59-65.

Gotlieb, R., Abitbol, J., How, J. A., Ben-Brith, I., Abenhaim, H. A., Lau, S. K., Basik, M., Rosberger, Z., Geva, N., Gotlieb, W. H.,& Mintz, A. (2019). Gender differences in how physicians access and process information. *Gynecologic Oncology Reports, 2*(27), 50-53.

Graffy, J. O. N. A. T. H. A. N. (1990). Patient choice in a practice with men and women general practitioners. Br J Gen Pract, 40(330), 13-15.

Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal, 10*(1), 38-43.

Hall, J. A., & Roter, D. L. (1995). Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. *Women's Health (Hillsdale, NJ), 1*(1), 77-95.

Hall, J. A., & Roter, D. L. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians?: A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling, 48*(3), 217-224.

HENBEST, R. J., & FEHRSEN, G. S. (1992). Patient-centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcomes. *Family Practice, 9*(3), 311-317.

Herndon, J. H., & Pollick, K. J. (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *The Journal of Bone and Joint Surgery 8*4(2), 309-315.

Holsti, O. R. (1969). Content analysis for the social sciences and humanities. *Reading. MA: Addison-Wesley (content analysis).*

Howie, J. G., Porter, A. M., Heaney, D. J., & Hopton, J. L. (1991). Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. *British Journal of General Practice, 41*(343), 48-54.

Kaelber, D. C., & Bates, D. W. (2007). Health information exchange and patient safety. *Journal of Biomedical Informatics, 40*(6), S40-S45.

Kim, H. M., Choi, C. J., Seung, K. B., Chung, W. S., & Kahng, H. B. (2005). Smoking Behavior Following Diagnosis of the Coronary

Artery Disease and Factors Influencing Smoking Cessation. *Journal of the Korean Academy of Family Medicine, 26*(10), 629-635.

Kindler, H. L., Friberg, G., Singh, D. A., Locker, G., Nattam, S., Kozloff, M., ... & Vokes, E. E. (2005). Phase II trial of bevacizumab plus gemcitabine in patients with advanced pancreatic cancer. *Journal of Clinical Oncology, 23*(31), 8033-8040.

King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of Graduate Medical Education, 5*(3), 385-393.

Krippendorff, K. (2004). Reliability in content analysis. *Human Communication Research, 30*(3), 411-433.

Klaus, K. (1980). Content analysis: An introduction to its methodology. New York: Sage Publications.

Krupat, E., Rosenkranz, S. L., Yeager, C. M., Barnard, K., Putnam, S. M., & Inui, T. S. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor‐patient congruence on satisfaction. *Patient Education and Counseling, 39*(1), 49-59.

Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: a professional evolution. *The Journal of the American Medical Association, 275*(2), 152-156.

Leach, M. J. (2005). Rapport: A key to treatment success. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 11*(4), 262-265.

Levenstein, J. H. (1984). The patient-centred general practice consultation. *South African Family Practice, 5*(9).

Levenstein, J. H., McCracken, E. C., McWhinney, I. R., Stewart, M.

A., & Brown, J. B. (1986). The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Family Practice, 3*(1), 24-30.

Levinson, W., Lesser, C. S., & Epstein, R. M. (2010). Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs, 29*(7), 1310-1318.

Little, P., Everitt, H., Williamson, I., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K., Payne, S., & Payne, S. (2001). Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *British Medical Journal,* 322(7284), 468.

Maynard, D. W., & Heritage, J. (2005). Conversation analysis, doctor–patient interaction and medical communication. *Medical education, 39*(4), 428-435.

Mazzi, M. A., Rimondini, M., Deveugele, M., Zimmermann, C., Deledda, G., & Bensing, J. (2014). Does gender matter in doctor-patient communication during standard gynaecological consultations?: an analysis using mixed methods. Communication & Medicine, 11(3), 285-298.

McCormack, L. A., Treiman, K., Rupert, D., Williams-Piehota, P., Nadler, E., Arora, N. K., ... & Street Jr, R. L. (2011). Measuring patient-centered communication in cancer care: a literature review and the development of a systematic approach. *Social Science & Medicine, 72*(7), 1085-1095.

Mead, N., & Bower, P. (2000). Measuring patient-centredness: a comparison of three observation-based instruments. *Patient Education and Counseling, 39*(1), 71-80.

Michigan: Free press. (1952). Content analysis in communication research.

Mostow, C., Crosson, J., Gordon, S., Chapman, S., Gonzalez, P., Hardt, E., ... & David, M. (2010). Treating and precepting with RESPECT: a relational model addressing race, ethnicity, and culture in medical training. *Journal of General Internal Medicine, 25*(2), 146-154.

Mostow, C., Crosson, J., Gordon, S., Chapman, S., Gonzalez, P., Hardt, E., ... & David, M. (2010). Treating and precepting with RESPECT: a relational model addressing race, ethnicity, and culture in medical training. *Journal of general internal medicine, 25*(2), 146-154.

Mutha, S., Allen, C. & Welch, M. (2002). Toward culturally competent care: A toolbox for teaching communication strategies. San Francisco, CA: Center for Health Professions, University of California, San Francisco.

Neuwirth, R. S. (1999). Intrauterine chemical necrosing method, composition, and apparatus *U.S. Patent No. 5,891,457.* Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science & Medicine, 40*(7), 903-918.

Pawlikowska, T., Zhang, W., Griffiths, F., van Dalen, J., & van der Vleuten, C. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations - How this relates to patient enablement. *Patient Education and Counseling, 86*(1), 70-76.

Pendleton, D. (1984). *The consultation: an approach to learning and teaching* (No. 6). Oxford University Press.

Pollak, K. I., Arnold, R. M., Jeffreys, A. S., Alexander, S. C., Olsen, M. K., Abernethy, A. P., Skinner, C. S., Rodriguez, K. L., & Tulsky, J. A. (2007). Oncologist communication about emotion during visits with patients with advanced cancer. *Journal of Clinical Oncology, 25*(36), 5748-5752.

Prasad, B. D. (2008). Content analysis. *Research methods for social work, 5,* 1-20.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1987). Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Medical care, 25*(5), 437-451.

Roter, D. L., Hall, J. A., & Aoki, Y. (2002). Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *The Journal of the American Medical Association, 288*(6), 756-764.

Ryan, H., Schofield, P., Cockburn, J., Butow, P., Tattersall, M., Turner, J., Girgis, A., Bandaranatake, D., & Bowman, D. (2005). How to recognize and manage psychological distress in cancer patients. *European Journal of Cancer Care, 14*(1), 7-15.

Stempel, G.H. (1989). Content analysis. In G.H.Stempel and B.H.Westley (Eds) *Research methods in mass communications*.

STEWART, M. (1984). Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. *Family Practice, 1*(1), 30-36.

Stewart, M. A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Canadian Medical Association*

Journal, 152(9), 1423.

Stewart, R., Bhagwanjee, A. M., Mbakaza, Y., & Binase, T. (2000). Pressure garment adherence in adult patients with burn injuries: an analysis of patient and clinician perceptions. *American Journal of Occupational Therapy, 54*(6), 598-606.

Street Jr, R. L., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Medical Care,* 960-969.

Swenson, S. L., Buell, S., Zettler, P., White, M., Ruston, D. C., & Lo, B. (2004). Patient-centered communication. *Journal of General Internal Medicine, 19*(11), 1069-1079.

Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Medical Clinics of North America, 87*(5), 1115-1146.

Tongue, J. R., Epps, H. R., & Forese, L. L. (2005). Communication skills for patient-centered care: research-based, easily learned techniques for medical interviews that benefit orthopaedic surgeons and their patients. *The Journal of Bone & Joint Surgery, 87*(3), 652-658.

Travaline, J. M., Ruchinskas, R., & D'Alonzo Jr, G. E. (2005). Patient-physician communication: why and how. *Journal of the American Osteopathic Association, 105*(1), 13.

Turabian, J. L. (2017). What is a Good Consultation in General Medicine. *Journal of General Practice (Los Angel), 5,* e115.

Vest, J. R., & Miller, T. R. (2011). The association between health

information exchange and measures of patient satisfaction. *Applied Clinical Informatics, 2*(4), 447 - 459.

Weeks, J. C., Cook, E. F., O'Day, S. J., Peterson, L. M., Wenger, N., Reding, D., Harrell, F. E., Kussin, P., Dawson, N. V., Connors, A. F., Lynn, J., Phillips, R. S., & Lynn, J. (1998). Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *Journal of the American Medical Association*, 279(21), 1709-1714.

Weisman, C. S., & Teitelbaum, M. A. (1985). Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. Social science & medicine, 20(11), 1119-1127.

Abstract

Analyzing Patient-Centered Communication in Clinical Interviews Using Content Analysis:

With a Focus on the Effect of Physician and Patient Gender

Eun Jin, Koh

Department of Health Policy and Management
The Graduate School
Seoul National University

Communication is a critical factor in doctor-patient interaction. In recent years, introducing patient-centered communication (hereafter PCC) into clinical practice has been spotlighted as a way to improve the treatment outcome and satisfaction of patients. PCC is defined as a communication that encourages clinicians to understand patient perspectives, consider psycho-individual and sociocultural contexts surrounding patients, and develop a shared understanding of patient problems and treatment decisions in accordance with patient values.

Despite increasing interest in PCC in clinical practice and academia, its empirical research is still in early infancy. Two points have remained understudied in particular: how PCC appears in clinical practice and which variables are crucial in and interact with PCC.

By using Epstein and Street's classification of six PCC functions (hereafter E&S classification), this paper examines the various aspects of PCC in clinical practice and the impacts of the specific variables on PCC. For doing that, the next questions are examined: first, which functions appear most and least often in clinical practice? Second, does doctor and patient gender impact on PCC? Third, do differences in primary and secondary care and length of time impact on the gender variable and PCC?

This paper utilizes 490 voice recording files of clinical interviews collected in a general hospital located in Seoul to answer the above questions. The information of recording data about the doctor and patient gender, the primary and secondary care type, and the length of time were examined and classified before comprehensive analysis. The materials were first coded by means of the method of content analysis and the E&S classification. Six functions of PCC examined here following the E&S classification were "exchanging information," "fostering healing relationships," "responding to emotions," "managing uncertainty," "making decisions," and "enabling patient self-management." Using the coded data, the author carried out a frequency analysis and obtained the percentages and means of each PCC function. Correspondence analysis and visualization analysis were also conducted in case the data showed a correlation between PCC and variables.

As a result, this paper found three points below. First, PCC

appeared about six times per one clinical interview. The most frequent PCC function was 'enabling patient self-managment' with an average of 1.79 times per interview. The function 'responding to emotions' appeared least often (0.63 times). The proportion of utterance by physicians occupied 52%, while patients 48% in the total amount. The proportion of PCC was 15% of the total amount of utterance.

Second, physical gender showed no significance in PCC overall. However, male clinicians had one more PCC than that of the female counterpart by the mean value. The most frequent PCC function was "enabling patient self-management' in both genders. In the meantime, patient gender showed significance in PCC. It was revealed that male patients had PCC 1.17 times more than that of the female counterpart. The most frequent PCC function for male patients was "enabling patient self-manangement," which appeared more than twice in all the interviews.

Third, when it comes to considering the variables of the length of time and the type of care, the longer time brought more frequent PCC in clinical practice. In the above four minute-interviews, PCC appeared three times more than that of the less four-minute interviews. It worths noting that, in the less four-minute interviews, doctors of both genders did the PCC function, "enabling patient self-management' at least once. In terms of the type of care, male clinicians performed more PCC in primary care while female clinicians in secondary care. Male clinicians mainly did 'enabling patient self-management' and 'managing uncertainty' functions more than once in primary care, while female clinicians did 'enabling patient self-management' and 'exchanging information' functions. In the case of male patients, 'exchanging information' and 'enabling patient

self-management' functions appeared more than twice in primary care while female patients more than once with the same functions.

In conclusion, this study supports that PCC is influenced and varied by several variables, including doctor and patient gender, length of time, and type of care. It suggests that scholars should study PCC in clinical practice considering diverse contexts and identifying investigable variables.

Key words: patient-centered communication (PCC), clinical practice, content analysis, the PCC classification
Student Number : 2016-23783