

KRF-2006-331-E00001

의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 효과 연구

2007. 12

연구책임자 : 양 은 배 (연세대학교 의과대학)

교육인적자원부

이 보고서는 2006년 정부(교육인적자원부)의 재원으로 한국학술진흥재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (KRF-2006-331-E00001)

제 출 문

한국한술진흥재단 귀하

이 보고서를 2006학년도 한국학술진흥재단의 신진교수연구(기초과학)지원사업 연구 과제인 “의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 효과 연구”의 최종보고서로 제출합니다.

2007. 12.

연구책임자 : 양 은 배 (연세대학교 의과대학)

제 목 차 례

*연구요약문	vi
I. 서 론	1
1. 연구 필요성 및 목적	1
2. 연구내용 및 방법	5
II. 의사-환자간 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구	9
1. 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구	10
2. 의사-환자간 의사소통 모델	22
III. 국내·외 의과대학의 의사소통 교육 프로그램	31
1. 국내 의과대학의 의사소통 교육 프로그램	31
2. 외국 의과대학의 의사소통 교육 프로그램	49
IV. 의사소통 영향 요인 및 기술 항목별 중요도 분석	63
1. 의사-환자간 의사소통 영향 요인	64
2. 의사소통 기술 항목별 중요도	74
3. 의사소통 기술 중요도와 현재 수준간의 차이	83
V. 의사소통 기술 교육 프로그램	97
1. 의사소통 기술 함양을 위한 교육 내용	97
2. 의사소통 기술 교육 프로그램	105

VI. 의사소통 기술 교육 프로그램 효과 분석	115
1. 프로그램 효과 분석 대상 및 방법	115
2. 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램의 효과	117
3. 의사소통 기술 피드백 프로그램 효과의 집단별 차이	139
VII. 요약, 결론 및 제언	163
1. 요약	163
2. 결론 및 제언	170
참고문헌	175
부록. 환자-의사 의사소통 교육에 관한 의견 조사지	181

표 차 례

[표 II-1] 의사-환자간 의사소통 모델	22
[표 III-1] 서울대학교 의과대학 의사소통 교육 개요	32
[표 III-2] 고려의대의 의사소통 기법 교육내용	35
[표 III-3] 고려의대의 의료대화 교과목 교육목표	36
[표 III-4] 고려의대의 의료대화 교과목 교육내용	36
[표 III-5] 인제의대의 환자-의사 관계 교과목 교육목표	37
[표 III-6] 인제의대의 환자-의사 관계 교과목 교육내용	38
[표 III-7] 연세의대의 임상의학입문 교과목 교육목표	39
[표 III-8] 연세의대의 임상의학입문 교과목 교육내용	39
[표 III-9] 효과적인 의사-환자 관계를 위한 의사소통 방법 강의계획	41
[표 III-10] 연세의대의 ‘의사소통 기술의 이론과 실제’ 교과목 교육내용	42
[표 III-11] 가톨릭의대의 의사소통 관련 교과목 개요	44
[표 III-12] 영국 던디의과대학의 의사소통 교육 프로그램 예시	56
[표 IV-1] 의사소통 영향 요인, 기술 항목별 중요도 및 현재수준 조사지 신뢰도	63
[표 IV-2] 의사-환자간 의사소통 영향 요인에 대한 기술통계량	65
[표 IV-3] 의사 관련 요인에 대한 집단별 기술통계량	66
[표 IV-4] 환자 관련 요인에 대한 집단별 기술통계량	67
[표 IV-5] 환경·제도 관련 요인에 대한 집단별 기술통계량	68
[표 IV-6] 의사-환자간 의사소통 영향 요인에 대한 집단별 인식 기술통계량	69
[표 IV-7] 의사-환자 의사소통 영향 요인에 대한 집단별 차이 검증	70
[표 VI-8] 의사관련 요인에 있어서 집단간 사후검증	70
[표 IV-9] 환자 관련 요인에 있어서 집단간 사후검증	71
[표 IV-10] 환경·제도 관련 요인에 있어서 집단간 사후검증	71
[표 IV-11] 의사소통 기술 중요도에 대한 기술통계량	74
[표 IV-12] 면담 시작 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식	75

[표 IV-13] 정보수집 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식	76
[표 IV-14] 설명·계획수립 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식	77
[표 IV-15] 면담 구조화와 관계형성 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식	80
[표 IV-16] 면담종료 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식	81
[표 IV-17] 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 차이 분석	83
[표 IV-18] 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 교수 인식 차이	85
[표 IV-19] 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 환자 인식 차이	86
[표 IV-20] 면담 시작 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이	87
[표 IV-21] 정보 수집 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이	88
[표 IV-22] 설명·계획 수립 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이	89
[표 IV-23] 면담 구조화 및 관계형성 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이	92
[표 IV-24] 면담 종료 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이	93
[표 V-1] 의사소통 대상별 교육필요성에 대한 인식	98
[표 V-2] 의사소통 주제별 교육 필요성에 대한 인식	99
[표 V-3] 의사소통 대상별 교육 이수 여부	100
[표 V-4] 의사소통 주제별 교육 이수 여부	101
[표 V-5] 의사소통 대상 환자별 및 주제별 적정 교육 시간수	102
[표 V-6] 의사소통 기술 교육 프로그램 요약	105
[표 V-7] 의사소통 절차에 대한 교육 프로그램 목표, 시간, 평가방법 및 교재	106
[표 V-8] 의사소통 절차에 대한 교육 프로그램 차시별 교육내용	107
[표 V-9] 의사소통 주제에 대한 교육 프로그램 차시별 교육내용	109
[표 V-10] 표준화 환자를 활용 면담 교육 프로그램의 피드백 영역	110
[표 V-11] 의사소통 피드백을 위한 표준화 환자 채점표	111
[표 V-12] 3, 4학년 임상실습 과정에서의 의사소통 교육시간 배분	114
[표 VI-1] 의사소통 기술 함양 교육효과 검증을 위한 실험 설계	116
[표 VI-2] 의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 평가 결과	118
[표 VI-3] 의사소통 절차 강의 수강생에 대한 표준화 환자의 피드백	119

[표 VI-4] 의사소통 절차 비강의 수강생에 대한 표준화 환자의 피드백	120
[표 VI-5] 의사소통 기술 영역별 중요도에 대한 인식	140
[표 VI-6] 면담 시작 영역 기술 항목별 중요도 인식	141
[표 VI-7] 정보 수집 영역 기술 항목별 중요도 인식	142
[표 VI-8] 설명·치료계획 영역 기술 항목별 중요도 인식	144
[표 VI-9] 면담 구조화 및 관계 형성 영역 기술 항목별 중요도 인식	148
[표 VI-10] 면담 종료 영역 기술 항목별 중요도 인식	149
[표 VI-11] 의사소통 기술 영역별 현재수준에 대한 인식	150
[표 VI-12] 면담 시작하기 기술 항목별 현재수준에 대한 인식	151
[표 VI-13] 정보 수집 영역 기술 항목별 현재수준에 대한 인식	152
[표 VI-14] 설명·계획수립 영역기술 항목별 현재수준에 대한 인식	154
[표 VI-15] 면담 구조화 및 관계형성 영역 기술 항목별 현재수준에 대한 인식	158
[표 VI-16] 면담 종료 영역 기술 항목별 현재수준에 대한 인식	160

그림 차례

[그림 I-1] 의사소통 프로그램 개발 및 효과 연구 설계	7
[그림 III-1] 교과과정 산출물에 대한 삼원 모형	54

= 연구요약문 =

이 연구는 의사-환자간 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 의사소통 교육 프로그램을 개발하며, 개발된 프로그램의 교육 효과를 분석하는 것을 목적으로 하였다. 연구 목적을 달성하기 위하여 선행 연구 결과와 의사소통 교육 모델에 대한 분석을 실시하고, 국내외 의과대학의 의사소통 교육 프로그램을 분석하였다. 또한, 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인을 분석하였으며, 의과대학 학년별 의사소통 교육 프로그램을 개발하고, 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램을 운영하여 교육 효과를 분석하였다.

의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 교육 효과 분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 의사 관련 요인은 환자 면담기법에 관한 숙련도 및 면담내용에 관한 지식이며, 환자와 관련된 요인은 환자 문제의 심각성과 환자의 심리적 상태, 환자의 문제유형이 중요한 영향 요인이다. 둘째, 의사들은 의사 중심의 판단과 치료계획을 환자에게 이해시키려는 성향이 강한 반면, 환자들은 자신의 의견을 존중하고, 본인들이 쉽게 이해할 수 있는 접근성을 강조하였다. 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 항목에서 의사소통 기술 항목별 중요도와 현재수준 간의 차이가 가장 컸다. 셋째, 의사소통 대상 환자 및 주제별 의사소통 기술 항목들에 대한 교육이 중요함에도 불구하고, 현 교육과정 하에서 학생들의 37.2%만이 교육을 받았다. 넷째, 의사-환자간 의사소통 교육 프로그램은 의과대학 1학년 과정에서부터 4학년 과정에 이르기 까지 연속성을 갖도록 ① 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램(1학년), ② 의사소통 주제에 관한 교육 프로그램(1학년 및 2학년), ③ 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램(2학년), ④ 임상실습 과정에서의 의사소통 관찰 및 실습(3학년 및 4학년), ⑤ 의사소통 수행능력 평가 프로그램(4학년) 등으로 구성될 수 있다. 다섯째, 표준화 환자를

이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램 운영 결과 학생들은 환자와의 면담에서 개방형 질문을 사용하는 능력이 부족하였다. 환자의 이야기를 경청하는 능력, 설명·치료계획 수립 단계에서 환자의 의견을 반영하는 능력, 면담 종료 단계에서 환자에게 요약 설명하는 등 면담의 일반적인 절차에 대한 교육이 중요한 것으로 나타났다. 여섯째, 표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램의 효과에 대한 집단별 차이 검증 결과, 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생 집단의 평균이 가장 높게 나타나 이 프로그램이 학생들로 하여금 환자와의 면담 절차에 대한 중요성을 인식시키는 데는 효과적인 것으로 나타났다. 그러나 의사소통 기술 각 영역별로 자신의 현재 수준에 대한 인식에서는 집단간에 차이가 없었다.

의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 교육 효과 분석 연구의 결론은 다음과 같다. 첫째, 의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 환자 면담 기법에 관한 의사의 숙련도와 면담내용에 관한 지식이다. 둘째, 의사-환자간 의사소통 절차에 대한 교육은 학생들에게 환자와의 면담에 대한 이론적 토대를 형성해 준다. 그러므로 일반적인 의사-환자간 의사소통 기술뿐만 아니라 상황 특수적인 의사소통 기술이 함께 교육되어야 하며, 이러한 교육은 의학교육 전 과정에 걸친 나선형 교육과정으로 개발되어야 한다. 셋째, 의사소통 기술 교육은 학생들이 수행하는 의사소통 기술을 모니터링 하고, 적절한 피드백이 제공될 때 가장 효과적이며, 표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램은 환자와의 면담 절차에 대한 중요성을 인식시키는 데는 효과적이다. 마지막으로 의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램의 개발 및 운영을 위해서 의사-환자간 의사소통 기술 교육에 대한 의과대학, 교수 및 학생들의 인식 전환이 무엇보다 필요하고, 교육과정 편성, 교육 자료의 공동 개발 및 활용 등이 중요하다.

I. 서론

1. 연구 필요성 및 목적

의사소통(communication)은 아이디어나 지식을 나누어주거나 전달 또는 교환하는 것이며, 의사소통은 사회공동체를 유지하고, 인간 상호간의 교류 작용의 핵심적 수단이다. 다른 사회 분야와 마찬가지로 의료서비스가 제공되는 상황에서도 의사와 환자 상호간의 의사소통은 양질의 의료서비스를 제공하는데 있어서 핵심적인 수단으로 작용한다(McNinch, 2001; Epstein & Hundert, 2002). 이런 점에서 의사들의 의사소통 기술을 함양하는 교육은 의학교육의 핵심적 내용이 되고 있으며(Laidaw et. al, 2002; Hall et. al, 2004), 의사소통 기술 함양 교육의 중요성이 강조되고 있다(Ong et. al, 1995; Hargie, Dickon & Hughes, 1998; Makoul, 1999; Grant & Hawken, 2000). 의학교육에서 의사소통 기술 교육이 강조되는 이유는 다음과 같다(Coulter, 1999; Salmon & Young, 2005). 첫째, 의료서비스는 일차적으로 환자들이 제공하는 정보에 의존하며, 의사들은 환자들로부터 이러한 정보를 효과적으로 습득해야 한다는 점이다. 둘째, 의료서비스는 환자들의 자율성과 인격이 존중되는 가운데서 환자들의 의사결정을 돕기 위해 이루어지는 상호작용적인 의사소통 과정이라는 점이다. 이와 같은 맥락에서 K. Zoppi & R.M. Epstein(2002)도 의사들이 환자들과 효과적인 의사소통을 통해 상호간에 정보를 공유하는 것은 매우 중요하다고 강조하였다. M. Lloyd & R. Bor(1996)와 C. Haq 등(2004)은 의사와 환자 상호간에 효과적인 의사

소통이 이루어지는 경우 얻을 수 있는 여러 가지 장점을 분석하였는데, 의사소통이 잘 이루어지는 의사-환자 관계는 의사들로 하여금 정확하고 종합적인 진단을 가능하게 하고, 환자의 신체적 문제뿐만 아니라 그들이 갖고 있는 사회심리적인 고통을 발견할 수 있으며, 환자들은 자신들이 가지고 있는 문제에 덜 불안해하고, 의사들의 충고에 동의하고 지시에 잘 따르게 된다고 지적하였다. V.J. Grant & S.J. Hawken(2000)은 효과적인 의사소통이 궁극적으로 의사와 환자의 만족도를 향상시킨다고 보고하였다.

의학교육에서 의사들의 의사소통 기술을 함양하기 위한 과제는 오랫동안 의학교육자의 관심 대상이 되어 왔다. 많은 의과대학들이 의사소통 기술 교육을 어떻게 할 것인가에 대해 고민하고 있으며(Laidlaw et. al, 2002), 효과적인 의사소통 기술을 함양하기 위한 핵심 교육과정을 개발하여 시행하고 있다(Silverman, Kurtz & Draper, 1998). 그러나 현재 의학교육에서 이루어지고 있는 의사소통 기술 함양 교육에 대해 비판도 여전히 존재하고 있다. 예를 들어, W.T. Branch & A. Paranjape(2002)는 의과대학에서 이루어지는 대부분의 의사소통 기술 교육이 강의에 의존하고 있다고 비판하였으며, Lloyd & Bor(1996)는 의과대학에서의 의사소통 기술 교육이 임상실습 과정에서 교수들의 의사소통 기술을 모방하는 수준에 머물러 있으며, 체계적인 교육이 제공되지 못하였다고 지적하였다. 또한 D. Buyck & F. Lang(2002)등은 의과대학 교수들은 학생들의 의사소통 수행능력에 대해 적절한 피드백을 제공하지 못하고 있으며, 평가기준도 일관성을 결여하고 있는 점을 비판하였다. 이러한 결과에 따라 학생들은 의료서비스 과정에서 필수적으로 요구되는 의사소통 기술을 교육 받고 있지 못하며, 환자들이 제공하는 언어적, 비언어적 단서들에 대응하거나 주목하지 못하고, 환자와의 면담을 지루해 하기도 한다(McNinch, 2001). 심지어 의사 자격을 취득한 의사들도 효과적으로 환자로 부터 정보를 수집하고 있지 못하며(Rahman, 2000), 환자들의 개인적인, 사회심리적인 문제를 탐색하는데 어려움을 호소한다

(Cantwell & Ramirez, 1997). 의사들이 환자들과 효과적으로 의사소통 할 수 있는 능력을 갖추고 있지 못하다는 비판은 계속되고 있다(Klass, 2001).

의사-환자의 효과적인 의사소통을 위한 교육은 많은 요인들이 복합적으로 관련되어 있다. Haq 등(2004)은 의학교육에서 의사소통 교육이 제대로 이루어지고 있지 못한 이유를 다음과 같은 잘못된 인식에 기초하고 있다고 분석하였다. 첫째, 많은 사람들이 의사소통 기술은 가르쳐질 수 있는 것이 아니며, 경험을 통하여 자연스럽게 향상될 수 있다고 생각한다. 둘째, 의사소통 교육과 평가방법이 애매하거나 의사소통 기술을 교육하는 프로그램이나 지도교수 상호간에 일관성을 보이지 못하고 있다. 따라서 학생들은 이러한 과정에서 혼란을 경험하게 된다. 셋째, 의사소통 기술을 교육하고 평가하기 위한 충분한 자원과 시간이 없을 뿐만 아니라 많은 교수들이 의사소통 기술을 교육하거나 평가할 수 있는 능력을 갖고 있지 못하다. 한편, Lloyd & Bor(1996)와 C.E. Rees & C.E. Sheard(2003)는 의사-환자 상호간의 효과적인 의사소통에는 다음 세 가지 요인이 밀접하게 관련되어 있음을 지적하였다. 첫째는 환자와 관련된 요인이다. 즉 환자들이 가진 증상이나 질병의 사회 심리적 요인(불안 등), 환자들이 가진 사전 경험 및 현재 치료에 대한 경험들이 효과적인 의사소통에 영향을 미칠 수 있다. 둘째는 의사와 관련된 요인이다. 예를 들어, 의사소통 기술에 대한 훈련 정도, 의사소통 능력에 대한 자기 확신, 개인적 성격, 물리적 요인(피로 등), 사회 심리적 요인 등은 의사와 관련된 요인에 해당된다. 셋째, 환경과 관련된 요인이다. 이것은 의사소통이 일어나는 환경이 얼마나 사적인 환경인지, 주변 환경이 편안한지, 의자들이 적절하게 배치되어 있는지 등과 관련된 요인이다. 이러한 연구 결과들은 의사-환자 관계에서 효과적인 의사소통이 단순한 기술(skill) 이상의 의미를 갖는다는 것을 시사한다(Salmon & Young, 2005). 그것은 의사들이 환자들의 정보를 습득하고, 공유하기 위해 사용하는 기술일 뿐만 아니라 그러한 기술을 사용하기 위한 의사의 인지적, 정의적 영역의 가치, 환자의 사회·심리적 요소 및 환경 등이 복

합적인 관계를 맺고 있음을 의미한다(Fallowfield, Lipkin & Hall, 1998). Zoppi & Epstein(2002)은 의사-환자의 효과적인 의사소통에는 의사소통이 일어나는 상황과 환자들이 처해 있는 사회 심리적 요소에 밀접한 관련을 맺고 있다고 지적하였다.

한편, 의사소통 기술 교육과 관련한 선행연구들은 의과대학에서의 의사소통 기술 함양 교육이 긍정적인 교육효과가 있음을 보고하고 있다. 의사소통 기술 교육은 의과대학의 전 학년에 걸쳐 임상실습과 연계되어 제공되고, 학생들에게 적절한 피드백이 제공될 때 효과적인 학습이 가능하다(Riccardi & Kurtz, 1983; Bowman et. al, 1992). 또한, 의사소통 기술 교육은 의사소통 기술과 관련한 지식뿐만 아니라 이러한 지식이 실제 의사들이 환자와 만나는 상황 속에서 교육되어 질 때 교육적 효과가 높다(Laidlaw et. al, 2002). 그러나 일부 코호트 분석 결과들은 지속적인 의사소통 기술 교육을 받지 못한 경우 교육효과가 떨어짐을 보고하고 있으며, 의사소통 기술 교육을 위한 효과적인 교육프로그램에 대해서는 논란도 지속되고 있다(Aspegren, 1999). 또한, 의과대학의 교육 프로그램이 중.장기적인 교육효과를 나타내는지를 탐구하는 연구는 부족하다(Salmon & Young, 2005).

이상과 같은 배경에서 본 연구는 의사-환자간 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 의사소통 교육 프로그램을 개발하며, 개발된 프로그램의 교육 효과를 분석하는 것을 목적으로 한다.

설문조사를 실시하였다. 설문조사지는 의사소통에 영향을 미치는 요인과 관련한 선행 연구결과에 기초하여 구조화된 설문 조사지를 연구자가 개발하였다. 의사소통에 영향을 미치는 영향 요인은 효과적인 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육 프로그램 개발의 기초가 된다.

넷째, 효과적인 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육 프로그램 개발은 첫 번째 연구문제와 두 번째 연구문제에 대한 탐구 결과를 바탕으로 의과대학 학년별로 해당되는 교육 프로그램을 개발하였다. 의사소통 기술 함양을 위한 교육프로그램의 교육주제, 교육방법 및 평가방법 및 총 교육시간 등은 첫 번째 연구결과와 두 번째 연구결과를 고려하여 개발하였다.

다섯 째, 개발된 의사소통 기술 함양 교육 프로그램의 교육효과를 검증하기 위하여 의사소통 기술 함양 교육의 핵심이 될 것으로 예상되는 ‘표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램’에 대해서 실시하였다. 의학과 2학년 학생 중 자원자 41명을 대상으로 모의 면담 상황을 설정하여 표준화 환자들이 학생들의 의사소통 능력을 평가하도록 하는 실험 처치를 하였다. 본 프로그램의 효과는 표준화 환자에 의한 학생들의 의사소통 능력 평가 결과, 학생들이 인지하는 의사소통 기술 항목의 중요도 및 현재 수준에 대한 인식 조사를 통해 분석하였다.

이상의 연구개발 목표별 연구내용과 연구방법을 요약하면 다음과 같다.

2. 연구내용 및 방법

의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 효과 연구의 내용 및 연구방법은 다음과 같다.

첫째, 의사-환자간 의사소통 교육에 관한 선행 연구와 효과적인 의사소통 교육 모델에 대한 분석을 실시하였다. 선행 연구는 문헌분석을 기초로 ① 의사소통 기술 교육에 대한 인식, ② 의사소통 기술 함양을 위한 교육내용, ③ 교수방법, ④ 의사소통 기술 평가 및 효과 등에 대해 분석하였으며, 15가지 의사소통 모델에 대해 간략하게 요약하였다.

둘째, 국내외 의과대학의 의사소통 기술 함양을 위한 교육 프로그램은 국내 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 및 미국, 영국, 독일 등의 선진 의과대학에서 시행하고 있는 교육 프로그램을 분석하였다. 국내외 의과대학의 의사소통 기술 함양을 위한 교육 프로그램은 각 의과대학의 교육과정 편성 현황에 대해 문헌조사를 실시하였다.

셋째, 의사-환자의 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인은 의사와 관련된 요인, 환자와 관련된 요인 및 의사소통 환경 요인(물리적, 심리적 등)으로 구분하여 분석하였다. 이러한 구분은 의사-환자 상호간의 의사소통이 의사소통의 당사자인 의사, 환자 및 의사소통이 일어나는 환경에 영향을 받는다는 선행연구 결과에 기초한 것이다. 의사-환자 관계에 영향을 미치는 이러한 요인들은 의료서비스가 제공되는 국가의 의료제도, 사회, 문화적인 차이에 따라 다를 수 있기 때문에 우리나라 의료서비스 환경에서 의사소통에 영향을 미치는 요인을 분석하는 것은 의미 있는 일이다. 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인은 의사, 환자 및 학생을 대상으로

의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 효과 연구

제 1 연구목표	제 2 연구목표	제 3 연구목표	제 4 연구목표	제 5 연구목표
의사소통 교육에 관한 선행 연구 분석	국내외 의사소통 교육 프로그램 분석	의사소통 영향 요인 및 기술 항목별 중요도 분석	의사소통 기술 교육 프로그램 개발	의사소통 기술 교육 프로그램 효과 분석
의사-환자간 의사소통 교육에 관한 선행 연구 분석	국내 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 분석	의사소통 영향 요인 분석	의사소통 기술 교육 프로그램 개발	학생들의 의사소통 능력에 대한 표준화 환자의 평가 결과
의사-환자간 의사소통 교육 모델 분석	외국 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 분석	의사소통 기술 중요도에 대한 인식 분석		의사소통 기술 중요도 및 현재 수준에 에 대한 인식 (학생)
연구방법: 문헌조사	연구방법: 문헌조사	연구방법: 설문조사 (교수, 환자)	연구방법: 전문가 자문	연구방법: 실험처치

[그림 I-1] 의사소통 프로그램 개발 및 효과 연구 설계

Ⅱ. 의사-환자간 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구

의사소통 기술은 의료의 기본적인 행위로 질병과 고통의 대상자인 환자가 말하는 것과 보여주는 것의 본질을 규명할 수 있도록 기회와 단서를 제공해 주고 환자와 의사가 상호이해를 통하여 공감대를 형성하는 데에 핵심적 역할을 한다. 의사에게 환자와의 대화는 일상적으로 일어나고 발생하는 업무의 일부로 간주될 수 있으나 환자의 입장에서는 의료인의 통시적인 시각을 개별적인 상호 공시적 경험으로 전환해야 한다.

환자-의사 상호간의 효과적인 의사소통을 위한 교육에 대해서는 많은 연구들이 이루어져 왔다. Roter(1990)는 의사소통 기술 교육을 받은 전공의들이 교육을 받지 못한 전공의 보다 더 많은 개방형 질문들을 하며 환자에게 중요한 부분을 더 자주 요약하여 주고 더 많은 심리적·사회적 카운슬링을 하고 가상환자를 대상으로 의사소통을 평가해보면 보다 나은 의사소통 기술을 보인다고 보고하였다. Tamburrino(1990)는 단기간의 소그룹 상담기술과정으로도 학생들의 의사소통 기술을 개선할 수 있다고 보고하였다. 또한 Aspegren(1999)은 의사소통 기술이 학습될 수 있다고 증명하면서 지속적으로 반복 유지되지 않으면 학습된 것이 잊혀 질 수 있으며, 강의식 수업보다는 직접 체험할 수 있는 경험학습이 보다 효과적임을 제시하고 있다. 이러한 선행 연구결과를 의사소통 기술 교육에 대한 인식, 교육내용, 교육방법, 교육효과 측정 등으로 구분하여 간략하게 고찰해 보기로 하자.

1. 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구

1) 의사소통 기술 교육에 대한 인식

효과적인 의사소통 기술을 습득하는 것은 좋은 의사가 되는 데 가장 중요하며 (Simpson et al, 1991; GMC, 1993; WFME, 1994; AAMC, 1999), 교육되어진 의사소통 능력은 의사가 된 이후에도 유지될 수 있다는 증거들이 여러 연구에서 입증되면서 (Aspergren, 1999; Kurtz, 1999; Makoul, 1999, Spencer & Silverman, 2001) 의사소통 기술 교육은 이제 의학교육의 가장 핵심적인 요소로 자리 잡고 있다.

의과대학의 의사소통 기술 함양 교육에 관한 교수, 학생 및 환자 등의 인식에 관한 연구들이 있다. C.E. Rees, C.E. Sheard & A.C. McPherson(2002)은 의사소통 기술 교육에 대한 학생들의 태도를 분석한 바 있는데, 많은 학생들이 의사소통 기술 교육의 중요성을 지적하였으며, 의사소통 기술 함양 교육에 대해 긍정적인 태도를 보이고 있다고 보고하였다. G. Makoul(1999)은 의사소통 기술 교육에 대한 학생 설문조사 결과에서 의사소통 기술 함양을 위한 교육내용이 다양하며, 평가방법도 다양하게 나타나고 있음을 지적하였다. S. Kurtz & J. Silverman(1996)은 효과적인 의사소통 기술 교육을 위한 교육 프로그램을 개발하는 것은 어려운 일이라고 지적하였으며, Kurtz(1989)도 의사소통 기술은 몇 시간의 강의식 교육을 통해 지식을 함양하는 것으로 충분하지 않다고 지적하였다. Rees, Sheard & McPherson(2002)은 의사소통 기술 함양에 대한 학생들의 태도를 분석하였는데, 많은 학생들이 의사소통 기술 교육의 중요성을 인지하고 있으나, 일부 학생들은 의사소통 기술은 비학문적이며, 상식이며, 주관적인 문제로 인식하고 있다고 보고하였다. 한편, 의과대학 교수와 학생들은 효과적인 의사소통 교육을 위해서 의과대학 전 과정에서 지속적으로 훈련되어

야 하며(Engler et. al, 1981; Craig, 1992; Davis & Nicholaou, 1992), 실습과 체계적인 피드백이 제공되어야 하고(Laidlaw, 2002), 의사소통 교육을 담당하는 교수들에 대한 적극적인 지원도 필요하다(Novack, 1996)고 인식하였다.

2004년 3월에 ‘Mikkei Health Care 21’의 연구는 의료기관 이용에 관한 가장 큰 불만 중 1위가 ‘진료내용이나 진료비에 대한 정보제공 불충분’이 55.0%였고, 응답자의 62.9%가 진료시간이 너무 짧고 의사와의 의사소통이 잘 이루어지지 않아 불만이라고 보고하고 있다. 또한 의사의 의료기술 수준의 근거를 ‘치료받을 때의 인상이나 느낌(45.4%)’, ‘치료받은 사람에게서 얻는 정보(35.4%)’로 들고 있어, 환자 진료에서 의사소통의 중요성이 얼마나 큰지를 짐작하게 한다(이호영, 2004). 또한 의료소송의 70%가 의사소통 기술과 태도 문제에서 기인했다는 주장도 있다(Avery, 1986). 우리나라에서도 의사소통 기술에 대한 중요성을 인식하고 의사소통 기술 교육 프로그램을 도입하여 운영하고 있다.

이제 의과대학과 병원에서도 환자들이 가장 원하는 것이 곧 ‘인간적인 대접을 받는 것’이라는 것을 인지하고 있고 올바른 의사소통을 누구나 갖추어야 할 기본적인 능력의 하나임을 인식하고 있다.

2) 의사소통 기술 함양을 위한 교육내용

1978년 미국에서는 35%의 의과대학들이 정규 의예과 교육과정에 의사소통 기술 과목을 도입했는데, 1993년에는 이 비율이 65%로 증가하였다. 이러한 교육의 결과, 환자 면담에서는 효율성이 증가하고 궁극적으로 진료에 대한 환자의 만족감이 향상되었다. 환자측면에서는 질병에 대한 이해도와 의사의 지시에 대한 기억이 향상되었고 병을 치료하는 데 있어서 의사와 동반자라는 신뢰감 형성을 통해 순응도가

향상되어 환자의 증상이 호전되는 긍정적인 결과가 보고되고 있다(이영미, 2004).

1999년 5월 Bayer-Fetzer Conference에서는 의학교육전문가들이 모여 의학에서 효과적인 의사소통의 필수 요소를 제시하는 ‘Kalamazoo Consensus Statement’를 발표하여, 의료대화의 7가지 요소를 ①의사-환자 관계 구축 ②대화의 시작 ③정보 수집 ④환자의 견해 이해 ⑤정보의 공유 ⑥문제 및 계획에 대한 합의 도달 ⑦대화의 종료 라고 보았다.

환자중심의 양질의 전인적 진료를 할 수 있는 지역사회 의사양성을 목표로 하고 있는 캐나다 달하우지 의과대학은 조기 환자 경험, 문제바탕 발견학습을 특징으로 하는 COPS(Case Oriented Problem Stimulated) 교육과정을 운영하고 있다. 이 대학의 의사소통 기술 수업은 켈거리-캠브리지 면담 가이드와 환자중심 임상접근법(PCCM: Patient-Centered Clinical Methods)의 의사소통 모형을 채택하여 ① 시작하기 ② 정보수집하기 ③ 관계형성하기 ④ 설명하고 계획하기 ⑤ 끝내기로 각 단계에서 핵심적인 의학 면담버블 교육하고 있다. 또한, 일반적 의학면담 뿐 아니라 특수한 상황에서의 의사소통 기술, 즉 나쁜 뉴스 전달하기, 화난 환자 다루기, 공격적인 환자 다루기, 아이 및 노인과의 의사소통 등을 상황별로 다루고 있다. 학생 자신의 지각 과정과의 의사소통도 중요한 교육내용으로 다루고 있는데, 임상추론, 반성 및 자기평가, 스트레스 대처하기, 실패 상황에 대처하기 등이 이에 포함된다.

효과적인 의사소통 기술 함양 교육에서 무엇을 가르칠 것인가에 대한 문제는 많은 학자들의 관심도 계속되어 왔다. Grant & Hawken(2000)은 효과적인 의사소통을 위해서 의사들에게 필요한 기술로 다음 여섯 가지를 구분하였다. 첫째, 효과적인 관계 수립 기술, 인터뷰를 구조화하는 기술, 환자의 의견을 경청하고 대응하는 기술, 환자의 관심에 대응하는 기술, 이해한 것을 설명하고 확인하는 기술, 의사결정과정 에 환자를 참여시키는 기술 등이다. R.M. Epstein & E.M. Hundert(2002)는 의사소통

기술 교육은 일반적으로 환자로부터 적절한 정보를 수집하는 능력, 진단하는 능력, 처치하는 능력, 환자교육 능력 및 다른 보건의료인과 효과적으로 상호작용하는 능력이 포함된다고 보고하였다. Haq 등(2004)은 효과적인 의사소통 기술의 핵심적인 요소를 크게 의사소통이 진행되는 단계에 따라 다섯 가지로 구분하였는데, 의사소통의 개시, 정보의 수집, 환자의 화법 이해, 정보의 교환, 문제와 치료계획에 대한 합의 및 의사소통의 종결 등으로 구분하였다. 같은 맥락에서 R.G. Prim(1993)과 S. Wilkinson(1992)은 환자와의 효과적인 의사소통을 위해서 의사들에게 요구되는 기술은 다음 네 가지와 밀접하게 관련되어 있다고 분석하였다. 첫째는 단호한 의사표현 능력이다. 이것은 다른 사람의 권리를 존중하면서 자신감 있고 편안하게 자신의 생각과 감정을 표현하는 능력이다. 둘째, 갈등관리 능력이다. 이것은 다른 측면에서 설계된 목적이 실현되도록 한 측면 또는 양쪽 측면을 중재하는 과정이다. 셋째, 위임하는 능력이다. 이것은 기대되는 구체적인 결과가 무엇인지, 그러한 결과가 어떻게 성취될 수 있는지에 대한 충분한 이해 하에서 다른 사람에게 해야 할 일을 배정하는 것이다. 넷째는 다른 사람을 동기화하는 것이다. 이것은 환자들이 바람직한 목적을 이룰 수 있도록 그들의 긍정적인 태도를 촉진하는 과정이다.

한편, J.T. Hardee, F.W. Platt & L.K. Kasper(2005)는 효과적인 의사소통을 위해서는 일반적인 의사소통 기술도 중요하지만, 환자들이 가지고 있는 감정, 두려움, 관심 등에 대해 지지적인 표현을 하는 감정이입적 의사소통이 효과적이라고 지적하였다. M. Stewart(2001)도 효과적인 의사소통을 위해서는 의사와 환자와의 감성적인 관계형성이 중요하다는 점을 지적하였다. 특히, ‘나는을 원한다(I wish)’는 메시지는 의사들이 환자들의 세계에 들어가게 하고, 환자와의 잠재적 갈등을 줄여 준다는 점이 여러 연구에서 보고되었으며(Quill, Arnold & Platt, 2001; Halpern, 2003; Epstein, Alper & Quill, 2004), ‘우리(We)’라는 메시지는 의사와 환자 상호간의 유기적인 관계를 표현하는 것으로, 이를 통해 환자의 협력을 쉽게 이끌어 낼 수 있다

(Skelton, Wearn & Hobbs, 2002). F. Platt & G.H. Gordon(2004)은 언어적 행동뿐만 아니라 비언어적 행동(멈춤, 경청, 끄덕임, 눈 맞춤 등)을 포함하는 감정이입적 의사소통 기술은 환자-의사관계 향상, 환자와의 의견 교류 촉진, 의사결정의 공유 등을 가져온다고 지적하였다. 이러한 감정이입적 의사소통 기술은 가르쳐 질 수 있으며 (Platt & Keller, 1994), 의사소통의 기본이 되고 있다(Frankel & Stein, 1999). Lloyd & Bor(1996)는 효과적인 의사소통 기술은 의학적 지식을 배우는 것이나 임상적 기술을 학습하는 것과는 다른 특성들을 가지며, 그것은 사실로 확인된 의학적 지식이나 표준화된 임상기술이 아니라 의사소통이 일어나는 상황, 의사소통의 대상 및 의사소통의 주제에 따라 다른 기술들이 요구된다고 하였다. 또한, 그는 환자와의 효과적인 의사소통을 위한 가이드라인을 제시하였는데, 의사소통이 진행되는 단계에 따라 의사들은 다음과 같은 의사소통 기술을 사용할 수 있어야 한다고 지적하였다. 첫째는 의사소통의 시작단계이다. 이 단계에서는 환자의 이름을 부르며 환자와 인사하며, 가능하면 악수를 청한다. 그리고 환자가 자리에 앉을 것을 권유하고, 자신을 소개하며, 인터뷰의 목적을 설명한다. 또한, 어느 정도 시간이 걸릴 것인지를 밝히고, 기록을 위해 환자의 동의를 구한다. 둘째는 의사소통의 진행단계이다. 이 단계에서는 긍정적인 분위기를 유지하고 환자와의 눈 맞춤을 유지하면서 의사소통을 위한 개시 질문을 한다. 환자의 이야기를 주의 깊게 경청하며, 언어적, 비언어적 단서들에 효과적으로 반응한다. 또한 의사는 언어적으로, 비언어적으로 환자가 충분한 정보를 말할 수 있도록 조장하며, 필요할 때 구체적인 질문을 한다. 적절한 시점에서 환자가 당신에게 무엇을 말하고 있는지 명확하게 하며, 환자의 용기를 북돋아 준다. 셋째는 의사소통의 마지막 단계이다. 이 단계에서는 환자가 말한 것을 요약하고, 추가로 할 말이 없는지 물어본다. 감사하다는 표현을 하면서 의사소통을 종결한다. K. Mukohara 등(2004)은 효과적인 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육내용과 관련하여 선행 연구들을 분석하여 다음 여섯 가지 영역에서 6가지 핵심 기술이 가

르쳐져야 한다고 보았다. ① 친밀한 관계 형성하기(환자와 인사하고 이름 확인하기, 자신을 소개하고 역할을 분명하게 하기), ② 환자의 방문 이유 조사하기(환자들이 자신의 방문 목적을 설명하도록 허락하기, 환자들이 시간적 순서로 이야기할 수 있도록 이끌기, 언어적·비언어적 기술을 사용하여 주의 깊게 경청하기), ③ 환자의 일차적 관심 결정하기(도출되지 않은 문제에 대해 제한적 질문하기, 환자의 관심을 완벽하게 정의하기), ④ 환자의 시각 이해하고 추출하기(직업·가족·습관 등 상황적 요인 탐색하기, 질병이나 문제에 대한 환자의 생각 물어보기, 환자의 질병이 환자의 삶에 어떻게 영향을 미치는 지 탐색하기), ⑤ 환자와의 면담을 위해 구조화된 흐름 관리하기(환자와의 면담과정에서 주기적으로 요약하기, 명확한 이정표 사용하기), ⑥ 관계 유지 기술 사용하기(비언어적으로 상냥하고, 동정적이기, 환자의 관심과 비언어적 단서에 적극적으로 반응하기, 적절한 단어 사용하기) 등이다.

3) 의사소통 기술 함양을 위한 교수방법

의사소통 기술 교육의 목적은 반복적 학습과 훈련을 통하여 학습자의 행동 변화를 유발하고 이러한 행동 변화가 학습자에게 자연스럽게 내재되어 동일한 혹은 유사상황에 접하였을 때 효과적으로 대처할 수 있게 하는 것이다. 이를 위해서는 구체적인 행동목표와 이를 반영하는 교육내용과 매체 그리고 실천적 경험을 제공할 수 있는 교수방법이 필요하다(Geber, 1994).

의사-환자의 의사소통 기술 함양을 위한 교수방법과 그 효과에 대한 연구는 의사소통과 관련한 다른 연구들보다 상대적으로 많이 연구되어 왔다. 효과적인 의사소통 기술 교육을 위해서는 학생들 스스로 관련 자료를 읽게 하거나, 강의, 패널 토론, 소그룹회의(역할놀이, 표준화환자, 비디오 등) 방법 등이 활용될 수 있으며, 임상실습과정에서 모의환자나 실제 환자를 대상으로 실습교육을 시키는 등의 방법이 사

용될 수 있다(Haq et. al, 2004). 그러나 강의를 통한 교육보다는 시청각 자료를 활용한 의사소통 기술 함양 교육이 효과적인 교수학습 방법으로 알려져 있는데, Lloyd & Bor(1996)는 비디오 모니터링을 통해 의사소통 기술 교육을 받은 학생들은 강의식 교육을 받은 학생들 보다 더 잘 환자를 이해하며, 환자와의 면담에서 더 자기 확신적이며, 더 좋은 의사소통 기술을 갖고 있는 것으로 보고하였다. Grant & Hawken(2000)은 의사소통 기술을 함양하기 위한 다양한 교육방법이 사용될 수 있지만, 의사소통 기술에 대한 교육효과는 교육방법보다는 학생들의 의사소통 기술에 대한 교수자의 피드백에 의존하는 경향이 높다고 분석하였다. 마찬가지로 S.A. Cole & J. Bird(2000)도 의사소통 기술 교육이 중·장기적인 효과로 지속되기 위해서는 의과대학 교육과정에서 의사소통 교육의 체계적인 편성, 효과적인 교수학습방법의 개발 및 학생들의 의사소통 수행능력에 대한 피드백 등이 매우 중요하다고 지적하였다. 한편, Mukohara 등(2004)과 Ress & Sheard(2003)는 효과적인 의사소통 교육방법으로 토의식 교수방법이 효과적임을 보고하였는데, 토의식 교수 방법이 환자에게 질병에 대한 스스로의 의견 질문하기, 환자가 가지고 있는 문제가 환자 개인의 삶에 어떤 영향을 미쳤는지 탐색하기, 비어언적 동정심 보이기 등의 영역에서 강의식 교육을 받은 학생들보다 교육적 효과가 높다고 하였다. J. Parle 등(1995)은 의사소통 기술 교육은 저학년 학생들보다는 고학년 학생들에게서 높은 학습효과를 보이고 있는데, 이것은 의사소통 교육에 대한 교육적 요구가 임상실습을 경험하고 있는 고학년에서 더 높기 때문이라고 하였으며, K. Aspegren(1999)은 의사소통 기술 교육방법과 관련하여 표준화환자를 사용하는 교육이 교육과 평가에 효과적으로 사용될 수 있으며, 비디오테이프 녹화를 통한 방법이 일반적인 강의보다 교육적 효과가 높았다고 보고하였다. 마지막으로 Lloyd & Bor(1996)는 효과적인 의사소통 기술 교육은 다음과 같은 상황에서 가장 잘 일어난다고 보고하고 있다. 첫째, 학생들에게 환자 진료시 사용되는 의사소통 기술과 교육으로부터 획득되어질 수 있는 정보에

대해서 학생들에게 문서화된 지침을 제공한다. 둘째, 통제된 상황에서 모의환자나 실제 환자를 대상으로 이러한 의사소통 기술을 실습할 수 있는 기회를 제공한다. 셋째, 오디오 및 비디오 리코더를 활용하여 학생들의 수행 정도에 대해 피드백을 제공한다. 넷째, 학생들이 지도교수와 함께 관계되는 쟁점과 그들의 수행 정도에 대해 토의하도록 한다.

효과적인 의사소통 기술 함양을 위한 교수전략은 다음과 같다(안덕선, 2006).

- ① 강의 : 의사소통의 기본원리와 의료대화의 기본 기술이나 상황별 대처요령 등에 대하여 강의를 통하여 기초개념을 전달할 수 있다.
- ② 토론수업 : 의료대화에 관한 일정한 주제를 놓고 자유스러운 토론과정을 통하여 학생들 스스로 배우게 하는 것이다.
- ③ 사례분석 : 의료대화의 모범적 또는 규범적인 사례와 파괴적 과정과 부정적 결과를 산출한 실패 대화의 예를 들어 장단점을 비교하고 학생들로 하여금 의료대화가 나가야 될 방향에 대해서 스스로 배우고 느끼게 하는 방법이며, 모범적인 대화로 정평 있는 사람들의 동영상상을 채취하여 이의 분석을 통하여 의료대화의 성공요소를 파악하게 한다.
- ④ 실제 면담참관 : 학생들이 실제 의료현장에서 의료대화가 이루어지는 과정을 직접 관찰할 수 있도록 한다. 이때 학생은 자신보다 경험 있는 의료인이 행하는 의료대화를 보고 스스로 의료대화에 대한 이해를 높일 수 있으며 성찰적인 대화를 통하여 의료대화에 대한 분석을 시행하고 자신이 의료현장에 투입되었을 때 어떻게 할지를 스스로 결정하게 한다.
- ⑤ 시연 : 시연은 가르치는 사람과 배우는 사람이 각기 의료진과 환자를 대표하는 입장에서 주어진 상황에 대한 의료대화를 전개하는 것이다. 교육자는 학생들에게 모범적 사례를 보여줄 수도 있고 토론과 되먹임이 필요한 경우 유연하게

내용과 상황조절을 할 수 있다. 시연이 정지된 상태에서 토론과 질의응답 또는 되먹임을 통하여 시연을 하는 학생이 시연 상황에 대한 자신의 의견이나 느낌을 표출함으로써 성찰의 기회를 가질 수 있고 보다 바람직한 행동변화를 위한 되먹임을 교수자 또는 다른 학습자들부터 받을 수도 있다.

⑥ 역할극 : 역할극은 주어진 의료상황에서 환자와 의료진의 역할을 맡아 의료대화를 진행한다. 이때 교수자는 역할극 전개 과정의 중도에 정지 과정과 실시간 되먹임 토론을 이끌어내는 것이 아니라 역할극이 모두 종료된 후 질의응답과 적절한 되먹임을 제공한다. 이것의 장점은 실제 상황이 아닌 연극상황이어서 학습자들이 편안하고 안전한 환경에서 학습할 수 있다는 것이며 참여자들 스스로 성찰할 수 있으며 역할에 대한 즉각적인 되먹임이 가능하다는 것이다.

⑦ 녹화영상 분석 : 녹화된 의료대화의 사례를 학생들에게 보여주고 그중 학생들과 토론에 필요한 중요한 장면들, 즉 학생들로 하여금 문제의식과 비판 또는 긍정적 사고를 유도할 수 있는 장면을 통하여 수업을 전개하는 것이다. 동영상에 의한 분석은 내용을 변경하거나 수정할 수 있는 가능성이 적어 시연이나 역할극처럼 상황에 유연하게 대처하는 것은 어렵다. 따라서 동영상의 분석은 글로 제공되는 사례집보다는 효율적이라 할 수 있으나 고정된 연출 상황 이외의 다양한 상황전개는 불가능하다.

⑧ 모의환자 면담 : 배우 혹은 지원자에게 실제 환자의 사례를 훈련시켜 학습자들과 면담을 하게 함으로써 보다 안전한 환경에서 실천적 경험을 제공할 수 있다. 모의환자와의 면담은 환자-학습자 일대일 면담 혹은 환자-학습자 집단 간 면담 등 교육여건에 따라 융통성 있게 조절할 수 있다.

4) 의사소통 기술 평가 및 효과

의사소통 기술 교육의 성과를 거두기 위해서는 다음 네 가지 요소가 고려되어야 한다. 첫째, 학습목표가 명확히 제시되어야 한다. 둘째, 역할 수행이나 토론을 위한 규칙, 자료, 역할극이나 시뮬레이션의 제한 요소에 관한 설명이 있어야 한다. 세 번째, 참여한 학습자들에게 특정한 역할을 부여해야 한다. 넷째, 학습자의 학습경험과 이를 통한 자기성찰에 대한 요약과 마무리가 필요하다. 이는 교육활동을 통하여 자신이 경험하고 느낀 점을 다른 구성원과 공유하고 논의하는 것이며 즉각적 자기성찰이 요구되는 과정이기도 하다.

효과적인 의사소통 기술의 교육뿐만 아니라 학생들이 습득한 의사소통 기술을 어떻게 평가할 것인가는 중요한 문제이다. 의사소통 기술을 학생들의 수행에 근거하여 효과적으로 평가하기 위해서 "Calgary-Cambridge Observation Guide"가 제안되었다(Kurtz, Silverman & Draper, 1998; Draper et. al, 2002). 이 가이드라인은 효과적인 의사소통과 관련하여 실제 인터뷰가 일어나는 구조에 따라 평가할 수 있도록 하고 있으며(Laidlaw et. al, 2002), 의사들이 보여주어야 하는 의사소통 기술들을 구체적으로 제시하고 있다. 한편, De Haes, Oort & Hulsman(2005)은 의사소통 기술 교육을 평가하는데 있어 AACCS(Amsterdam Attitudes and Communication Scale)가 신뢰로운 도구로 사용될 수 있음을 보고하였다. AACCS는 의사-환자간 의사소통의 핵심 요소를 중심으로 아홉가지 영역으로 의사소통의 요소를 구분하고 있다. 아홉가지 요소는 친절성, 정보수집, 정보제공, 감정조절, 의사소통의 구조화, 자신의 감정, 규준, 가치 및 편견에 대한 통찰력, 간호사 및 다른 동료와의 협력, 비판적 자기평가 및 피드백을 수용하기 위한 자신의 준비정도 및 한계에 대한 지식, 책임의 인식과 헌신 등이다. Aspegren(1999)은 의사소통 기술 평가를 위해 ① 의사소통 프로그램 평가(프로그램 참가자들에게 유용성 조사), ② 학생들의 서면보고서 ③ 의사소통 관련

지식 평가 ④ 자기보고식 척도 ⑤ 의사소통 기술과 관련한 심리측정학적 검사 ⑥ 관찰 ⑦ 비디오 및 오디오 인터뷰 ⑧ OSCE 시험 ⑨ 학생들의 수행에 대한 환자의 평가 ⑩ 환자의 건강 증진 여부 등의 방법들이 사용되고 있다고 분석하였다. 한편, 효과적인 의사소통의 교육적 효과에 대한 연구들이 진행되었다. Haq 등(2004)은 효과적인 의사소통 기술을 가진 의사들은 환자 진료에서 만족도와 효능감이 높은 경향을 보이며, 의료과오에 대한 환자의 소송을 낮추는 효과가 있는 것으로 보고하고 있다. 아울러, 효과적인 의사소통은 환자의 만족도를 높이며, 환자가 가진 문제를 정확하고 쉽게 해결할 수 있으며, 다른 진료과로의 전과율을 낮출 뿐만 아니라 궁극적으로 치료효과를 높이는 결과를 가져온다. Lloyd & Bor(1996)는 의사소통 기술 교육의 효과와 관련한 연구에서 일정한 의사소통 기술 함양 교육을 받은 집단은 환자들이 제시하는 문제를 더 정확하게 인지하고, 획득하며, 환자로부터 더 높은 만족도를 얻는 것으로 보고하였다. 그러나 H. Davis & T. Nicholaou(1992)는 의학교육에서 효과적인 의사소통 기술을 함양하는 것이 중요한 문제임에도 불구하고, 효과적인 의사소통 교육과 그 효과를 평가하는 것이 쉬운 것만은 아니라고 지적하였으며, H. Boon & M. Stewart(1998)는 효과적인 의사소통 기술 교육의 효과 측정에는 신뢰도와 타당도의 문제가 항상 존재한다고 지적하였다.

5) 기타 연구들

J.V Dalen 등(1999)과 Aspegren(1999)은 의사소통 기술 교육을 누가 담당하는 것이 효과적인지 분석하였는데, 대학의 일반 임상 의사보다는 개업의(general physician)들이 더 효과적으로 교육을 할 수 있다고 보고하였다. 이러한 결과들은 훈련된 교사들이나 환자와 접촉이 많은 경험 있는 개원의들이 교육할 때 효과가 높음을 의미한다. 한편, P. Maguire, S. Fairbairn & C. Fletcher(1989)는 의사들의 의사소통 기술과 관련

하여 환자들의 기대를 분석하였는데, 환자들은 따뜻하고 동정적이며, 자신들과 쉽게 이야기할 수 있는 의사를 선호하며, 자기 자신을 소개하고, 자신들이 이야기하는 언어적인 단서들을 잘 이해하고, 쉽게 이해할 수 있는 질문을 하는 의사들을 선호한다고 분석한바 있다. Lloyd & Bor(1996)는 의사들이 환자들의 이야기를 주의 깊게 듣지 않으며, 환자들이 알고 싶어 하는 적절한 정보를 제공하지 않고 있을 뿐만 아니라 환자들을 전혀 존중해 주지 않는다고 지적하였다. Aspegren(1999)은 의사소통 기술 교육과 관련한 선행연구를 메타 분석한 결과를 발표하였는데, 1966년 이후 약 180여 편의 의사소통 기술 교육 관련 논문이 발표되었음을 보고하였다. 그는 지금까지의 연구 경향을 연구방법론에 따라 임의통제연구(controlled randomized studies), 비임의통제 연구(non-randomized control studies), 기술적 연구(descriptive studies) 및 기타(review and others) 등으로 구분하였다. 아울러 그는 대부분의 연구결과들이 내적타당도 및 외적타당도를 확보하고 있으며, 31개 연구는 임의통제연구, 38개는 비임의통제연구, 14개는 기술적 연구였다고 보고하였다.

결론적으로 의사소통 기술 교육과 관련한 선행 연구들을 종합해 보면, 의과대학의 의사소통 기술 교육은 의사-환자의 효과적인 의사소통을 위해 핵심 교육내용이라고 할 수 있다. 많은 선행연구들은 대부분 긍정적인 교육효과를 보고하고 있으며, 의사소통 기술 교육이 실제 의사와 환자들이 만나는 임상실습과 연계되어 제공되고, 학생들에게 적절한 피드백이 제공될 때 효과적인 학습이 가능하다는 점을 밝히고 있다. 그러나 일부 코호트 분석 결과들은 지속적인 의사소통 기술 교육을 받지 못한 경우 교육효과가 떨어짐을 보고한다. 또한, 의사소통 기술 교육을 위한 효과적인 교육프로그램에 대해서는 논란이 지속되고 있으며, 교육 프로그램이 중·장기적인 교육효과를 나타내는 지를 탐구하는 연구는 부족하다.

2. 의사-환자간 의사소통 모델

지난 30년 동안 의사-환자간 의사소통에 많은 도움을 주었던 유용한 모델들이 있었다. 그 중 몇몇은 과업 지향적이고, 과정이나 결과에 기초하는 반면에 몇몇은 기술에 기초를 두고 있고, 다른 몇몇은 일시적인 틀을 통합하기도 했으며, 또 다른 모델들은 의사와 환자의 관계나 환자의 병에 대한 관점에 기초를 두고 있기도 했다. 많은 모델들이 위에 제시된 성향 중 하나 이상을 포함하고 있다. 이러한 여러 가지 의사소통 모델은 의사-환자간 의사소통 기술을 학습하고 가르치기 위한 틀을 제공하며, 임상의로 하여금 그들이 문제를 경험하면서 면담이 어느 정도 진행되어 있는지, 환자가 무엇을 목표로 하고 있는지를 알게 한다. 만족스러운 결과를 위해 요구되는 의사소통 기술들을 명확히 하는 것은 이러한 점에서 유용하다.

지난 30년 동안 의사-환자간 의사소통에 사용되어온 모델을 정리하면 다음 [표 II-1]과 같다.

[표 II-1] 의사-환자간 의사소통 모델

의사소통 모델	특징
1. Physical, Psychological and Social Model (1972)	RCGP 모델은 의사의 생각이 실습을 이상의 환자에 대한 조직적인 접근, 예를 들어 환자의 감정적, 가족적, 그리고 사회적, 환경적 배경들을 포함한 것들에 대한 접근을 장려한다.
2. Stott and Davis (1979)	각각의 일차적 치료 상담에서 본질은 다음 4가지가 조직적으로 환자와의 상담시간들을 조사하는데 할애되어야 한다고 제안한다. (ㄱ) 문제들을 제시하는 데 대한 관리 (ㄴ) 도움을 구하는 행동에 대한 조절 (ㄷ) 계속되는 문제들에 대한 관리 (ㄹ) 좋은 기회에서 건강을 장려

<p>3. Byrne and Long (1976)</p>	<p>상담에 대한 논리적 틀을 형성하는 6단계</p> <ul style="list-style-type: none"> (㉠) 1단계-의사와 환자의 관계 형성 (㉡) 2단계-의사와 환자가 상담을 하는 이유를 발견하는 시도 및 발견 (㉢) 3단계-의사의 구두 상담이나 물리적인 검사, 또는 병행 (㉣) 4단계-의사, 혹은 의사와 환자, 또는 환자가 상태 파악 (㉤) 5단계-의사, 때로는 환자가 치료나 검사를 구체화 (㉥) 6단계-의사에 의해 상담 종료 <p>Byrne and Long의 연구는 또한 의사들이 환자들과 대화할 때 사용하는 구두적 행동의 범위를 분석했다.</p> <p>의사에 의해 지배되는 상담에서부터 환자의 협조가 있는 자유로운 분위기에서의 상담 스펙트럼을 묘사하였다. 극단적 분위기의 상담 사이에서, 그들은 폐쇄적인 정보의 수집스타일에서부터 직접적이지 않은 상담에 이르기까지 등급을 매겨 의사의 생각을 발전시켜 나가는데 흥미가 있는가, 아니면 환자의 생각에 더 관심이 있는가에 의존한다.</p>
<p>4. Six Category Intervention Analysis (1975)</p>	<p>환자의 가장 큰 관심에 대한 의사의 중재는 6개의 카테고리 중 포함됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> (㉠) 지시- 엄밀하고 직접적으로 충고나 지시를 내림 (㉡) 정보- 새로운 지식이나 지도, 혹은 해석을 포함함 (㉢) 직면- 치료의 내용에서 직접적인 피드백을 줌으로써 제한된 태 (㉣) 도나 행위를 뛰어넘는 상담에 도전 (㉤) 카타르시스- 울고 웃고 떨거나 화냄으로 해방된 감정 추구 (㉥) 촉매- 환자로 하여금 내재된 생각이나 감정들을 발견하고 탐험할 수 있도록 장려 (㉦) 지원- 환자의 내재적 가치를 편안하게 하고 허용적임
<p>5. Helman's 'Folk Model' (1981)</p>	<p>의사에게 찾아오는 환자들의 6가지의 질문</p> <ul style="list-style-type: none"> (㉠) 무슨 일이 일어났는가? (㉡) 왜 그것이 일어났는가? (㉢) 왜 나에게인가? (㉣) 왜 지금인가? (㉤) 만일 그것에 대해 아무 조치가 없다면 무슨 일이 일어날 수 있는가? (㉥) 내가 무엇을 해야 하거나 혹은 도움을 받기 위해 누구와 상담해야 하는가?
<p>6. Transactional Analysis (1964)</p>	<p>에릭 번의 인간 심리구조 단계(부모, 성인, 아동)모델</p> <p>우리가 생각하고 느끼고 행동하고 반응하는 어떤 특정한 순간에 우리 각자는 친절한 부모, 논리적인 성인, 혹은 평온하거나 의존적인 아이의 상태로 행동한다. 많은 일반적 임상상담들은 부모 같은 의사와 아이와 같은 환자 사이에서 이뤄진다. 이러한 교류는 항상 각각 가장 좋은 상</p>

	<p>태는 아니고, 친숙해진다. 이는 의사의 반복되는 레퍼토리가 상담의 질을 떨어뜨릴 수 있는 상황에 대해 유동성을 가져다 줄 수 있다.</p>
<p>7. Pendleton, Schofield, Tate and Havelock (1984, 2003)</p>	<p>'상담- 배움과 가르침으로의 접근'을 위한 일곱 가지 과업</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 환자의 상담 요청에 대한 이유를 명확히 정의 <ul style="list-style-type: none"> - 문제들의 본질과 병력 - 그들의 병인 - 환자의 생각, 관심사, 그리고 기대 - 문제들이 미치는 영향 (2) 계속되는 문제, 위험요인 등 다른 문제들도 고려 (3) 환자와 함께 각각의 문제에 대한 적절한 대안 선택 (4) 환자의 문제에 대한 공유부분 탐색 (5) 치료에 환자를 포함시켜 적절한 의무를 수용하도록 장려 (6) 시간과 자원의 적절한 사용 (7) 환자와의 관계 정립 또는 유지
<p>8. Neighbour (1987)</p>	<p>다음 단계의 접근을 위한 5개의 체크포인트</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 연결- 환자와의 사이에 신뢰감 형성 (2) 요약- 왜 환자가 왔는지를 그들의 생각들, 염려, 기대를 밝혀 내고 다시 요약할 수 있는 명확한 기술들 사용 (3) 건네줌- 의사와 환자의 협상, 촉구, 그리고 선물 (상담) 포장 (4) 안전망- "~이라면 어떻게 되는가?": 의사가 각각의 사례에서 무엇을 할 수 있을 것인지를 고려 (5) 상태유지- '내가 다음 환자를 받기에 충분히 좋은 상태인가?'
<p>9. The Disease - Illness Model (1984)</p>	<p>'환자 중심의 임상적 인터뷰'</p> <p>전통적인 의사 중심의 방법, 즉 환자의 병을 오직 질병과 병인에 대한 의사의 관점에서만 해석하려 시도하던 방법과는 다른 것이었다.</p> <p>아래의 모델은 우리의 일상의 임상 실습에서 이러한 생각들을 실용적으로 사용하도록 공급하기를 시도한다. 의사는 환자의 이야기 내용의 두 세트(전통적인 생의학과 환자의 병력)를 명확히 할 특별한 의무를 가진다.</p>

	<p style="text-align: center;">환자가 문제를 제공 정보 수집 두 틀의 평행적 접근, 연구</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p><u>학문적 질병의 틀</u> 생의학적 관점</p> <p><u>징후들</u> 증상 조사 내재된 병인</p> <p>다른 진단</p> </div> <div style="width: 30%; text-align: center;">  <p>두 틀을 전후로 연결</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p><u>개인적 병의 틀</u> 환자의 관점</p> <p><u>생각들</u> 염려 기대 감정과 생각 삶에 미치는 영향</p> <p>환자의 병에 대한 독특한 경험</p> </div> </div> <p style="text-align: center;">두 틀을 통합 설명과 계획 공유된 이해와 의사 결정</p> <p><i>After Levenstien et al in Stewart and Roter (1989) and Stewart et al (1995 & 2003)</i></p>
<p>10. The Three Function Approach to the Medical Interview (1989)</p>	<p>코헨 콜과 버드는 의학 인터뷰 강의를 위한 모델로서 The American Academy on Physician and Patient에 의해 채택되었던 상담의 모델을 발전시켰다.</p> <ul style="list-style-type: none"> (ㄱ) 환자의 문제를 이해하기 위해 정보 수집 (ㄴ) 신뢰감을 발전시키고 환자의 감정에 반응 (ㄷ) 환자에 교육과 동기부여

영역	기술
정보 수집	(㉠) 결말이 열려있는 질문들 (㉡) 범위를 좁힘 (㉢) 촉진 (㉣) 체크 (㉤) 문체 검사 (㉥) 우선순위를 협상 (㉦) 명확화와 지시 (㉧) 요약 (㉨) 환자의 기대를 분명히 함 (㉩) 병인에 대한 환자의 생각을 명확히 함 (㉪) 환자의 삶의 질에 미치는 병의 영향을 분명히 함
신뢰감 형성	(㉫) 투영 (㉬) 정당화 (㉭) 도움 (㉮) 파트너십 (㉯) 존중
교육과 동기부여	(㉺) 병에 대한 교육 (㉻) 치료 계획에 대한 협상 (㉼) 따르지 않는 환자들에게 동기부여
11. The Calgary-Cambridge Approach to Communication Skills Teaching (1996)	켈거리-캠브리지 관찰 가이드 안에 요약된 상담 모델의 발전 가이드는 상담 기술 강의 계획의 목차를 의사-환자간 대화에 도움을 주기 위한 연구와 이론에 의해 밝혀진 기술의 윤곽을, 그리고 기술의 틀을 잡아나가는 것에 의해 정의한다. 가이드는 또한 강의 시간 동안의 비망록과 같이 사용될 수 있는 촉진자나 학습자를 위한 간결하고 접근하기 쉬운 요약을 만들어준다. 가이드에 따라 제안된 상담의 틀 (㉽) 상담을 시작: 준비, 초기 신뢰감 형성, 상담의 이유를 명확히 함

	<p>(ㄴ) 정보 수집- 환자의 문제를 발견하기 위한 진찰: 생의학적 관점, 환자의 관점, 배경 정보</p> <p>(ㄷ) 관계를 정립: 적절한 비구두적 행위 사용, 신뢰감 발전, 환자를 행위에 포함시킴</p> <p>(ㄹ) 틀 공급: 공개적으로 체계를 정립, 흐름에 참여</p> <p>(ㄴ) 설명과 계획: 정보의 정확한 총량과 형태를 공급, 적절한 상기와 이해, 공유되는 이해 달성(환자의 관점을 통합), 계획(공유하는 의사 결정)</p> <p>(ㄷ) 상담을 마침: 끝맺음의 적절한 포인트를 확실히 함, 앞으로의 계획</p>						
<p>12. Comprehensive Clinical Method/Calgary-Camb ridge Guide Mark 2. (2002)</p>	<p>전통적 임상 사례 방법에 기능적 질의, 과거 의학적 사례, 사회, 가족력, 약물 사례를 켈거리-캠브리지 가이드와 함께 포함하며, 질병-병 모델을 정보 수집의 중심에 위치시킨다.</p> <p>정보를 수집할 때 질병, 병, 그리고 배경 내용을 명확히 하기 위해 요구되는 기술의 예이다.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">밝혀져야 할 내용</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%; text-align: center;">생의학적 관점(질병)</th> <th style="width: 50%; text-align: center;">환자의 관점(병)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">사건의 순서</td> <td style="text-align: center;">생각과 관심, 염려들</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">징후 분석</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <hr/> <p style="text-align: center;">필수적 배경정보</p> <p style="text-align: center;">과거 의학적 사례, 약물과 알레르기 사례, 사회적 예, 가족력, 기능적 질의</p> <hr/> <p style="text-align: center;">정보수집</p> <p>환자의 문제 진단을 위한 기술들의 전개 (생의학적 관점과 환자의 관점)</p> <p>(ㄱ) 환자의 진술</p> <p>(ㄴ) 질문의 형태: 개방형에서 점차적으로 범위를 줄여나감</p> <p>(ㄷ) 집중해서 듣기</p> <p>(ㄹ) 장려하는 반응을 나타내기</p> <p>(ㄴ) 단서를 잡아냄</p>	생의학적 관점(질병)	환자의 관점(병)	사건의 순서	생각과 관심, 염려들	징후 분석	
생의학적 관점(질병)	환자의 관점(병)						
사건의 순서	생각과 관심, 염려들						
징후 분석							

	<p>(h) 명확화</p> <p>(s) 시간의 틀을 미리 세워둠</p> <p>(o) 내부적 요약</p> <p>(x) 언어의 적절한 사용</p> <p>(x) 환자의 관점 이해를 위한 추가적 기술들</p>
13. BARD 2002 Ed Warren (2002)	<p>전통적인 임상 사례를 이용하는 방법에 기능적 질의, 과거 의학적 사례, 사회, 가족력, 약물 사례를 켈거리-캠브리지 가이드와 함께 포함하며, 질병-병 모델을 정보 수집의 중심에 위치시킨다.</p> <p>BARD 모델은 어떻게 의사의 인성이 최상의 효과로 사용될 수 있을 것인지와 의학적 조우 안에서 의사와 환자의 역할을 세세하게 조망한다. 분석을 위한 4개의 제안</p> <p>B 행위: 의사는 그들이 환자를 어떻게 대할 것인지에 대한 많은 대안을 가지고 있고, 의사가 환자들 앞에서 각각에 가장 적절한 행위를 선택하는 것이다.</p> <p>A 목표: 상담의 목표가 의사와 환자가 옳은 방향을 향하고 있는 데 도움을 주기위하여 명확해야 하지만 모든 목표가 하나의 상담 안에서 꼭 필요하게 달성될 필요는 없으며, 선행 조건들이 명확히 되어야 한다.</p> <p>R 공간: 상담은 의사가 작업하는 환경(의사의 위치, 옆방의 사용여부 등)에 의해 영향을 받는다.</p> <p>D 대화: 의사가 환자에게 어떻게 말하는가는 필수 요소로서 음색과 높낮이, 말의 내용, 언어, 직면과 도전에 대한 능력들을 생각한다.</p>
14. Balint (1986)	<p>의사, 환자, 그리고 질병에 관해. 심도 있게 의사-환자간 관계를 조사하던 중, Balint는 의사의 각 세대가 전이와 역전이의 중요성을 이해하고 어떻게 의사 자신이 종종 치료나 약이 될 수 있는지를 이해하는 것을 도왔다.</p> <p>Balint의 신조는 '의사는 문제에 대해 환자로부터 토론을 위해 무엇이 적합할 것인지를 결정하고, 상담에서 무엇이 받아들여질 수 있는지에 대한 제한을 부과하는 역할을 하는 자'이다. 이러한 선택적 무시나 회피는 종종 위협을 받고 있는 의사의 삶에서의 어떤 것과 연관이 있다.</p>
15. Narrative-based Medicine Launer J (2002)	<p>임상적 상호작용이란 의사와 환자가 자신의 개인적인 관심 사항과 내용들을 토대로 특별한 것을 만들어 내고 대화를 전개시켜나가는 것이다.</p> <p>질문의 스타일: 적절한 타이밍에 환자에 대해 앞으로 일어날 결과</p>

	<p>에 대해 세심한 진료를 하기 위한 질문은 환자가 다른 견해에서 문제를 볼 수 있도록, 또한 행동을 변화시킬 수 있도록 장려하는 상담에서 커다란 영향으로 작용할 수 있다. 이 기술은 소크라테스식 문답법과 비교되며, 기술에 기초한 인터뷰의 근간을 형성하고, 가족 체계 치료로부터 근본적으로 도래했을 수 있다.</p> <p>6개의 핵심 개념은: 대화, 호기심, 순환, 내용, 협동, 주의</p> <p>환자와 심리학적 가계도를 형성하는 것은 기술에 기초한 의학 분야에서 사용되는 다른 기술들 중 하나의 좋은 예가 될 수 있다.</p>
--	---

Ⅲ. 국내·외 의과대학의 의사소통 교육 프로그램

국내·외 의과대학에서의 의사소통 교육 프로그램분석은 의사-환자간 의사소통 교육 현실에 대한 진단과 향후 바람직한 의사-환자간 의사소통 교육 프로그램 개발에 대한 시사점을 제공한다. 본 장에서는 국내 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 분석은 서울의대, 고려의대, 인제의대, 연세의대 및 가톨릭의대의 의사소통 교육 프로그램을 분석 하였다. 국외 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 분석은 하버드 의과대학, UCLA 의과대학, 던디 의과대학 및 함부르크 의과대학의 의사소통 교육 프로그램을 분석 하였다.

1. 국내 의과대학의 의사소통 교육 프로그램

1) 서울대학교 의과대학

서울대학교 의과대학의 의사소통 교육은 ‘환자-의사-사회(PDS: Patient-Doctor-Society)’ 과정에서 이루어진다. 특히, 의사소통과 관련 교육은 PDS I~VI과정 중에서 PDS II, PDS IV, PDS V, PDS VI에서 이루어진다. 서울대학교 의과대학의 ‘환자-의사-사회’ 과정을 통한 의사-환자간 의사소통 교육을 요약하면 다음의 [표 III-1]과 같다.

[표 III-1] 서울대학교 의과대학 의사소통 교육 개요

교과명 (수강 시기)	교육목표	수업방법	수업 시수	수업내용
PDS 2 (1학년 2학기)	미래의 의사로서 환자와의 의사소통의 필요성을 인식하고 방법을 숙지하여 환자에게 필요한 정보를 얻어낼 수 있는 능력을 함양한다.	① 강의 ② 역할극 - 전체를 10조로 나눔 - 조활동: 조장선출, 배역설정, 대본작성, 대본에 따라 역할극을 캡코더로 촬영 ③ 토론 - 비디오 감상 후 토론 - 역할극 후 토론	5주 12시 간	대인의사소통 촉진적 의사소통 인터뷰: 언어적, 비언어적 대화술 설명과 고지 정보조직화와 요약 설득과 회유 역할극(설명과 고지) 역할극(설득과 회유)
PDS 4 (2학년 2학기)	의료인의 관점에서 각종 다양한 매체로부터의 정보를 비판적으로 판단하고 받아들이며, 나아가 이를 적극 활용할 수 있는 대 사회적 의사소통 능력을 함양한다.	강의, 비디오 시청 및 토론	7주 17시 간	여론, 대중매체, 문화 그리고 의료 의료광고, 소비자의 알권리 의사들의 언론접촉 및 활용방안 영화와 커뮤니케이션
PDS 5 (3학년 1학기)	표준화 환자를 이용한 면담을 통해 적절한 환자-의사 관계를 형성하는 기술과 의사소통을 통한 환자의 문제파악능력을 함양한다.	① 표준화 환자를 이용한 1대 1 직접 면담방법 ② 표준화 환자 진행방식 - 한 학생과 면담한 후 옆방으로 로테이션 한다.	2주 7시간	SP 면담 1 SP 면담 2
PDS 6 (4학년 2학기)	진료수행의 핵심능력인 의사소통의 필요성을 인식시키고 강의 및 실습을 통해 적절한 환자-의사 관계를 형성하는 기술과 의사소통을 통한 환자의 문제파악능력을 함양한다.	① 강의 ② 실습: role play, OHP를 이용한 그룹토의 ③ 비디오 상영	2주 8시간	면담 2 개요 및 비디오 시청 의료의 이해 및 실제 환자-의사 관계 병력청취의 개요 주소에 의한 감별진단 환자의 보살핌 면담의 기본기술 면담의 문제해결 실습: 기본기술 실습: 문제해결 1 실습: 문제해결 2

(1) 환자-의사-사회 II

‘환자-의사-사회 II’는 미래의 의사로서 환자와의 효과적인 의사소통 필요성을 인식하고, 그 방법을 숙지하여 환자에게 필요한 정보를 얻어낼 수 있는 능력을 함양하는 것을 목표로 한다. 수업은 5주 동안 총 12시간 진행되는데, 대인간 의사소통, 촉진적 의사소통, 면담(언어적, 비언어적 대화술), 설명과 고지, 정보의 조직화와 요약, 설득과 회유, 역할극(설명과 고지), 역할극(설득과 회유)으로 구성되어 있다. 수업은 크게 강의, 역할극, 토론을 통해 이루어진다. 역할극은 전체 학생을 10개 조로 나누고, 각 조에서는 조장을 선출한다. 각 조원은 배역을 설정하고, 대본에 따라 역할극을 시연하며, 캠코더로 자신들의 역할극을 촬영한다. 역할극 및 촬영된 비디오를 감상한 후에는 토론을 하는 방식으로 수업을 진행한다.

(2) 환자-의사-사회 IV

‘환자-의사-사회 IV’는 의사의 관점에서 각종 다양한 정보를 비판적으로 수용하고, 나아가 이를 적극 활용할 수 있는 사회적 의사소통 능력을 함양하는 것을 목적으로 한다. 수업은 7주 동안 17시간 진행되며, 여론, 대중매체, 문화 그리고 의료, 의료광고, 소비자의 알권리, 의사들의 언론접촉 및 활용방안, 영화와 커뮤니케이션 등이 다루어진다. 수업은 강의, 비디오 시청 및 토론 등의 다양한 방식으로 진행된다.

(3) 환자-의사-사회 V

‘환자-의사-사회 V’는 표준화 환자를 이용한 면담을 통해 적절한 환자-의사 관계를 형성하는 기술과 환자의 문제를 파악하는 능력을 함양하는 것을 목적으로 한다. 강의는 2주 7시간 진행되며, 표준화 환자와 직접적인 면담을 진행한다. 학생은 표준

화 환자를 이용하여 1대 1 직접 면담을 하며, 학생들은 표준화 환자와 면담한 후 옆 방으로 로테이션 한다.

(4) 환자-의사-사회 VI

‘환자-의사-사회 VI’는 진료수행의 핵심능력인 의사소통의 필요성을 인식시키고 강의 및 실습을 통해 적절한 환자-의사 관계를 형성하는 기술과 의사소통을 통한 환자의 문제를 파악하는 능력을 함양하는 것을 목적으로 한다. 강의는 2주 동안 총 8시간 이루어진다. 교육내용은 면담 개요 및 비디오 시청, 의료의 이해 및 실제, 환자-의사 관계, 병력청취의 개요, 주소에 의한 감별진단, 환자의 보살핌, 면담의 기본기술, 면담의 문제해결, 그리고 실습으로 구성되어 있다. 강의와 역할놀이, 그룹토의와 같은 실습, 비디오 상영 등으로 수업을 진행한다.

2) 고려대학교 의과대학

고려대학교 의과대학은 의사-환자간 의사소통 능력 함양을 위해 의예과 2학년 과정에서 ‘의사소통 기법(3학점 전공필수)’, 의학과 3학년 과정에 ‘의료대화’ 교과목을 개설하고 있다.

(1) 의사소통 기법

이 수업은 전문인으로 갖추어야 할 효율적 의사소통 기술 교육을 통하여 원만한 대인관계 형성과 다각적 상황에 대한 품위 있고, 능숙한 대처능력을 배양하여 전인

적 인성을 함양할 수 있도록 한다. 수업은 의과대학 학생들이 타인과 효과적으로 융화할 수 있는 사회구성원이 되도록 기초 자질을 함양하고, 궁극적으로는 의료서비스 질적 향상과 민주 사회 문화를 구현하고자 하는데 그 목적을 둔다. ‘의사소통 기법’ 교과목의 교육내용 및 교육방법은 다음의 [표 III-2]와 같다.

[표 III-2] 고려의대의 의사소통 기법 교육내용

교육내용	교육방법
Dealing with self 1: MBTI 워크숍	워크숍
Dealing with self 2: 감정조절, 스트레스 조절	조활동
Dealing with self 3: 실패 대처하기	강의
수사학이란? 인간관계를 중심으로	강의
Dealing with others 1: Empathic Communication	강의
Dealing with others 2: 효율적, 비효율적 의사소통	강의
Dealing with others 3: ‘아니오’라고 말하기	강의, 역할극
효과적인 글쓰기 1, 2	강의, 실습
효과적인 발표 1, 2, 3	강의, 학생발표

(2) 의료대화

의료대화 과정은 의사에게 필수적으로 요구되는 효과적 의료대화법과 의학면담 교육을 통하여 원만한 환자관계 형성하고, 다양한 상황에 대한 품위 있고 능숙한 대처능력을 배양하며, 타 의료직종과 효과적으로 융화할 수 있는 의사소통능력을 배양함을 일차적 목표로 한다. 아울러 환자위주의 대화법을 의료현장에 적용하여 양질의 의료서비스를 제공할 수 있는 핵심능력을 습득하여 나아가 사회의 리더로서 필요한 기초적 자질을 배양하고자 한다. 의료대화 교과목의 교육목표는 다음의 [표 III-3]과 같다.

[표 III-3] 고려의대의 의료대화 교과목 교육목표

의료대화 교과목 교육목표
상호존중하고 신뢰할 수 있는 의사-환자 관계 형성
효과적 의료정보 수집능력 습득
연령, 성, 문화, 인종에 따른 타인의 언어와 행동의 차이 이해
환자의 질병경험에 대한 속성과 개념 파악
환자입장에 대한 이해증진과 의견 공유
환자의 문제를 정확하게 진단하고 효율적 진료계획 수립
다양한 면담상황에 대한 적절한 대처방법 습득
동료 및 타인에 대한 공정하고 객관적인 피드백 제공 및 수용
타 직종의 의료인과의 효율적인 대화방법
연령, 성, 문화 및 교육적 배경을 고려한 효과적인 정보제공 및 교육

‘의료대화’ 교과목의 교육내용 및 교육방법은 [표 III-4]와 같다.

[표 III-4] 고려의대의 의료대화 교과목 교육내용

교육내용	교육방법
1. 의료소통기술의 필요성	강의
2. 의사소통과 면담	강의
3. 기본 의학 면담법	강의, 표준화 환자 면담
4. 화난 환자, 폭력적인 환자 대하기	강의, 역할극, 표준화 환자 면담
5. 수술전 환자 대하기	강의
6. 환자교육	강의
7. 나쁜 소식 전하기	학생프로젝트 발표, debriefing
8. 동료간, 직종 간 의사소통	학생프로젝트 발표, debriefing
9. 소아 면담	강의, 역할극, 표준화 환자 면담

3) 인제대학교 의과대학

인제대학교 의과대학은 의사소통 교육과 관련된 과목으로 의학과 1학년에 ‘환자-의사 관계(Patient-Doctor Relationship)’라는 교과목을 개설하고 있다. 인제대학교 의과대학은 ‘환자-의사 관계’ 교과목의 개설 배경을 다음과 같이 기술하고 있으며, 개설 목표를 [표 III-5]와 같이 설정하고 있다.

“전통적인 환자-의사 관계는 의사의 어짐과 환자의 신뢰를 바탕으로 성립된다. 급변하는 사회에서 의사와 환자와의 전통적인 어짐과 미쁨(신뢰)이 계속 유지되기 위해서는 먼저 의료인의 각성과 반성이 있어야 하며, 올바른 가치관을 가지고 인간애를 실천하여야 한다. 이러한 실천을 위해서는 기본적인 의사소통의 개념과 기술을 알고 환자, 가족과 의사간의 관계에 영향을 주는 중요한 요소들을 학습해야 한다.”

[표 III-5] 인제의대의 환자-의사 관계 교과목 교육목표

환자-의사 관계 교과목 교육목표
의사소통의 정의를 이해한다.
의사소통의 기법에 대하여 설명한다.
환자-의사관계에서의 의사소통에 대해 설명한다.
환자-의사관계의 중요성에 대해 설명한다.
환자-의사 관계의 여러 가지 모형(유형)을 나열하고 설명할 수 있어야 한다.
환자의 의사에 대한 반응을 설명한다.
의사의 환자에 대한 반응을 설명한다.
환자와 의사가 신뢰를 유지하는데 필요한 요인들을 나열하고 설명할 수 있어야 한다.
의사-환자관계에 영향을 주는 요인들을 설명한다.
환자가 의사를 택한 동기와 그것이 환자에 미치는 영향을 설명한다.
환자와 환자의 가족이 의사에 대해 기대하는 것이 어떤 것인지 설명한다.

‘환자-의사 관계’ 교과목의 교육내용 및 교육방법은 [표 III-6]과 같다.

[표 III-6] 인제의대의 환자-의사 관계 교과목 교육내용

교육내용	교육방법
1. 오리엔테이션/환자-의사관계 I	강의
2. 환자-의사관계 II	강의
3. 병원 방문 실습	실습
4. 환자-의사관계 III	강의
5. 환자-의사관계 IV	강의
6. 소그룹 토의	토의
7. 환자-의사관계 V	강의
8. 종합토의(패널토의)	토의

4) 연세대학교 의과대학

연세대학교 의과대학은 임상의학입문 과정, 의료와 사회 과정 및 선택과목을 통해 의사소통 교육을 실시하고 있다.

(1) 임상의학입문

임상의학입문은 다양한 환자와의 면담 방법 (의학과 1학년), 기본 임상 및 면담 술기 교육 (의학과 2학년) 및 임상지도교수를 통한 실습교육(1, 2학년) 등으로 구성된다. 연세대학교 의과대학은 임상의학입문 개설 배경을 다음과 같이 밝히고 있다.

“임상의학입문에서는 인간과 인간 고통에 대하여 생물·심리·사회 (Bio-Psycho-Social)적인 이해를 가져 의사와 환자의 바른 관계를 맺어 나가도록 한다. 의사와 환자는 병이라는 매체에 의해 관계가 결정되어 있지만, 환자와 의사의 관계가 질병만으로 관계 맺어져 있다면 비인간화를 초래할

것이다. 조기 임상 노출을 통해 의사환자의 관계가 질병이 아닌 인간으로서 또 환자의 말이 있는 그대로 들어주는 적극적인 청취자(Active listener)와 공감자로서의 태도를 갖는 것이 중요하다.”

이러한 배경에서 개설되는 임상의학입문의 교육목표는 [표 III-7]과 같다.

[표 III-7] 연세의대의 임상의학입문 교과목 교육목표

임상의학입문 교육목표	
인간과 인간고통에 대한 현장에서의 통합적 시각을 가질 수 있다.	
환자와의 인간관계형성 및 면담기술에 대한 구체적인 교육을 강화한다.	

임상의학입문은 의학과 1학년 2학기부터 2학년 2학기까지 총 3개 학기에 걸쳐 총 60시간 교육이 이루어진다. 각 학기별 교육내용은 다음 [표 III-8] 과 같다.

[표 III-8] 연세의대의 임상의학입문 교과목 교육내용

구분	1학년 2학기	2학년 1학기	2학년 2학기
교육시간	20시간	20시간	20시간
제1주차	효과적인 의학적 면담이란? 소그룹 토의	까다로운 환자의 면담 Cardiovascular Examination 소그룹 토의	나쁜 소식 전하기 Ear, Nose, Trachea-Ophthalmosco pe, Otoscope의 사용 소그룹 토의
제2주차	가족의 구조, 가계도, 가족력 및 사회력 소그룹 토의	Preceptor와의 만남	Preceptor와의 만남
제3주차	의무기록의 의미 및 중요성 소그룹 토의	약물 중독자 Pulmonary Examination	How to take sexual history Skin과 Head and Neck

		소그룹 토의	소그룹 토의
제4주차	Understanding Diversity Exploring the Patients Explanatory Model 소그룹 토의	Preceptor와의 만남	Preceptor와의 만남
제5주차	소아 및 청소년의 면담 Blood Pressure and Vital Signs Stethoscope, Sphygmomanometer의 사용 소그룹 토의	선천기형 Abdominal and lymph node examination 소그룹 토의	Continuing Quality Improvement Project(I) Eye Examination 소그룹 토의
제6주차	Preceptor와의 만남	Preceptor와의 만남	Preceptor와의 만남
제7주차	노인환자, 임종환자 면담 Musculoskeletal System 소그룹 토의	산모와의 면담 및 이학적 검사 Genitourinary System 소그룹 토의	Patient Education Urology Examination 소그룹 토의
제8주차	Preceptor와의 만남	Preceptor와의 만남	Preceptor와의 만남
제9주차	만성질환자 Physical Examination Neurological examination 소그룹 토의	Domestic Violence Neonetal Examination 소그룹 토의	Continuing Quality Improvement Project(II) 소그룹 토의
제10주차	종합토론 및 평가	종합토론 및 평가	종합토론 및 평가

임상의학입문 교육은 크게 세 가지 방법으로 이루어진다. 첫째, 임상의학입문 관련 기본적인 지식은 교수자가 강의한다. 둘째, 환자 면담술 및 이학적 검사는 소그룹으로 진행된다면, 각 조에 지정된 튜터와 함께 역할놀이로 수업이 진행된다. 셋째, 임상지도교수(Preceptor)와의 만남은 임상지도교수의 진료소를 방문하여 이루어진다. 학생들은 임상지도교수와 2-3시간을 보내게 되는데, 임상지도교수가 선택한 환

자와 20분 정도 면담을 직접 진행해 본다. 그리고 나서 임상지도교수와 함께 토의를 진행한다. 학생들은 1회 방문시 4명 정도의 환자를 만나게 된다.

(2) 효과적인 의사-환자 관계를 위한 의사소통 방법

‘효과적인 의사-환자 관계를 위한 의사소통 방법’은 의료와 사회 과정의 선택과목으로 개설된다. 의학과 1학년부터 3학년 학생들을 대상으로 개설되는 이 강의는 총 16시간(총 8주, 매주 1회 2시간)으로 구성되어 있다. 이 과목은 환자를 대하면서 실제로 쓸 수 있는 의사소통 기술을 습득하고 건강증진에 대한 의사의 역할과 환자와의 관계에 대하여 실습하고 토론해보는 과목이다. 이 과목의 교육목표는 ① 환자를 위한 건강 증진 의사소통 기술을 습득하고, ② Health Communication의 개요를 이해하는 것이다. ‘효과적인 의사-환자 관계를 위한 의사소통 방법’ 교과목의 주요 내용은 [표 III-9]와 같다.

[표 III-9] 효과적인 의사-환자 관계를 위한 의사소통 방법 강의계획

개설학년도	2007학년도		분기		3분기		대상	본과 3학년		
교육시간	총 16시간		강의	16	실습	-	시험	1	학점	1
학습목표	의사들의 환자를 대하면서 실제로 쓸 수 있는 의사소통 기술을 습득하고 건강 증진에 대한 의사의 역할과 환자와의 관계에 대하여 실습하고 토론해보는 과목으로 첫째, 환자를 위한 건강 증진 의사소통 기술을 습득하고 둘째, Health communication 의 개요를 이해하는 목표를 가진다.									
평가방법	중간	20	기말	20	보고서	30	참여	30	총합	100
1차시	Introduction to Health Communication									
2차시	Doctor-Patient Relationship: Understanding Patient									
3차시	Steps to behavior change communication									
4차시	Motivational Interview Skill I on Health Promotion									
5차시	Motivational Interview Skill II on Health Promotion									
6차시	workshop									
7차시	workshop									
8차시	종합평가									

(3) 효과적인 의사소통 기술의 이론과 실제

‘효과적인 의사소통 기술의 이론과 실제’는 의학과 1학년 및 2학년 학생들을 대상으로 개설되는 선택과목의 하나로 개설된다. 총 교육시간은 8주 동안 16시간 이루어진다. 이 교과목은 환자-의사관계의 기본이 되는 의사소통이론을 습득하고, 의사소통 단계별로 효과적인 의사소통을 위해 요구되는 주요 쟁점을 이해하고 이에 적합한 기술을 적용할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다.

‘효과적인 의사소통 기술의 이론과 실제’는 캠브리지-켈거리 의사소통 기술에 기초하여 다음의 [표 III-10]과 같은 내용이 교육된다. 이 수업은 각 수업별로 해당 주제에 대한 문제제기(10분), 소그룹토의(30분), 발표(30분), 정리(20분), 질의·응답(20분)등으로 진행된다.

[표 III-10] 연세의대의 ‘의사소통 기술의 이론과 실제’ 교과목 교육내용

과목명	의사소통 이론과 실제		영문교과목명	Theory and practice of communication	
담당교수		소속교실	의학교육학과	연락처	
강의실	GDR 111			수강 제한인원	20
강의일정	3분기, 매주(목)요일, 오후 (2)시~(4)시		교육시간	총 16시간	
학습목표	이 강좌는 환자-의사 관계의 기본이 되는 의사소통 이론을 학습하고, 의사소통 단계별로 효과적인 의사소통을 위해 요구되는 주요 쟁점과 기술을 함양하는 것을 목적으로 한다.				
평가방법	출석(30%), 발표 수업참여(30%), 시험(40%)			학점	1학점
교재	Silverman J. Kurtz S. Draper J. (1998). Skills for communicating with patients. Oxford:Typeset by Anne Joshua & Associates				
참고문헌	Aspegren K(1999). BEME guide no.2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality				

	<p>grading of articles. Medical Teacher, 21(6), 563-570</p> <p>Lloyd M & Bor R (1996). Communication skills for medicine. Churchill Livingstone.</p> <p>Ong L.M.L, De Haes J.C.J.M, Hoos AM & Lammes FB(1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science and Medicine, 40, 903-918</p>
차수	강의주제 및 내용
제1주	<p>[Introduction Concept Importance Types]</p> <p>의사소통의 개념, 중요성 및 의사소통 유형에 대해 말할 수 있다.</p>
제2주	<p>[Initiating the sessions]</p> <p>캘거리-캠브리지 가이드라인의 의사소통 절차 기술을 설명할 수 있다. Initiating the session Gathering information Providing structure to the interview Building the relationship Explanation and planning Closing the session</p>
제3주	<p>[Calgary-Cambridge Guide: Communication process skill]</p> <p>환자와의 효과적인 의사소통을 위해 의사소통을 어떻게 시작하고, 무엇을 해야 하는지 설명할 수 있다.</p> <p>의사소통 시작시 라포(rapport)형성, 환자의 감성에 대한 지각, 환자와의 협력적 의사소통을 할 수 있다.</p>
제4주	<p>[Gathering Information]</p> <p>환자로부터의 정확한 정보 수집과 관련된 핵심 의사소통 기술이 무엇인지 설명할 수 있다.</p> <p>환자의 관점에서 환자의 문제를 탐색, 환자에게 신뢰성 제공, 의사소통 과정에 환자의 적극적 참여 및 관계 지속을 할 수 있다.</p>
제5주	<p>[Providing structure to the interview]</p> <p>환자와 구조화된 의사소통 진행하기 위한 절차를 이해하고, 그 절차에 따라 환자와 효과적으로 의사소통 할 수 있다.</p> <p>구조화된 의사소통을 진행하기 위해 유연성 발휘, 환자의 협동적 참여, 환자로부터 정보 습득 및 제공, 효과적인 시간 관리를 할 수 있다.</p>
제6주	<p>[Building the relationship]</p> <p>환자와 안정적이고 지지적인 관계 유지와 관련된 요소를 이해하고, 효과적인 의사소통을 위해 환자와 협력적인 관계를 유지할 수 있다.</p> <p>환자의 의견이 존중되고 있다는 신뢰감 부여, 환자가 의사소통 과정에 편안하게 참여, 환자와 의사 사이의 잠재적 갈등 최소화 및 의사와 환자의 만족도를 높일 수 있다.</p>

제7주	[Explanation and planning Closing the session] 환자에게 의사소통 결과와 향후 계획을 환자가 이해할 수 있도록 설명할 수 있으며, 의사소통 과정을 효과적으로 종결할 수 있다.
제8주	[Evaluation Self assessment] 학생 스스로 자신의 의사소통 능력을 평가할 수 있다. 자신의 의사소통 장점과 단점을 발견하고 수정할 수 있다.

5) 가톨릭대학교 의과대학

가톨릭대학교 의과대학에서는 의사소통 교육과 관련하여 인간관계론, 의사소통론, 심리학 등의 교과목을 개설하고 있다. 다음의 [표 III-11]은 개설 교과목의 목표 및 주요 내용을 정리한 것이다. 가톨릭대학교 의과대학은 의예과 과정에 의사소통 교육을 집중하고 있으며, 인간에 대한 이해, 인간 상호간의 관계 및 자기 분석 등을 강조하고 있는 것으로 보인다. 특히, 의사-환자간의 효과적인 의사소통과 관련한 내용은 크게 다루어지지 않는 것으로 조사되었다. 이러한 교과목과는 별도로 임상 의학입문 및 임상실습 교육을 통한 의사소통 교육이 이루어지고 있다.

[표 III-11] 가톨릭의대의 의사소통 관련 교과목 개요

과목명	인간관계론	의사소통론	심리학
시기	의예과 1학년 2학기	의예과 2학년 1학기	의예과 2학년 2학기
시간	30시간	22시간	30시간
목표	인간관계론에 대한 이론적 형성과정을 이해하고 내용에 대해 비판적으로 논의할 수 있다.	원활한 인간관계와 의사소통을 위해 자신을 인식하고 타인을 이해할 수 있도록 효과적인 의사소통 방법을 다양한 활동을 통해 체득한다.	심리학의 연구 내용을 습득하고 이를 학습현장에서 실제로 적용할 수 있다.
방법	이론 강의 및 토론	실습 중심	이론 강의

제1주	인간관계의 본질	자기인식하기	나를 표현해보기, 의학도가 심리학을 배워야 하는 이유
제2주	초기 인간관계론의 배경과 행동과학	자기인식하기	심리학 분야 중 나의 관심분야 선정
제3주	정보사회의 의의와 바람직한 인간관계	자기인식하기	의학과 심리학의 관계
제4주	성격과 행동	자기인식하기	인간의 지각과정
제5주	EQ와 행동	관계형성하기, 대화열기	동기이론
제6주	지각과 행동	정보수집하기	학습이론
제7주	태도와 학습	정보수집하기	기억과 망각
제8주	인간의 욕구와 동기부여	상대방의 시각 이해하기	상담과 심리치료
제9주	효과적 커뮤니케이션	갈등, 스트레스 다루기 & 비효율적인 의사소통	사회적 행동
제10주	리더십과 인간관계	자기표현하기, 설득하기	적응
제11주	전략적 갈등관리, 의사결정	자기표현하기, 프레젠테이션	종합토론
제12주	가족간의 인간관계	효율적인 의사소통, 비효율적인 의사소통	
제13주	이성간의 인간관계, 직장에서의 인간관계	역할극 마무리	
제14주		마무리하기	

6) 연구결과 종합 및 논의

국내 주요 5개 의과대학(서울의대, 고려의대, 인제의대, 연세의대, 가톨릭의대)은 의사-환자간 의사소통 기술 교육의 중요성을 인식하고 있으며, 대학의 교수인적 자원에 따라 각 대학 특유의 방식대로 의사소통 교육을 시행하고 있다. 각 의과대학의 의사소통 기술 교육과정 특징을 종합해 보면 다음과 같다.

첫째, 서울의대의 의사소통 교육은 통합교육과정과 나선형 교육과정의 형태를 띠고 있다고 볼 수 있다. 즉 서울의대의 환자-의사-사회(PDS) 2, 4, 5, 6은 과목별로 구성되어 있는 것이 아니라 교육내용이 긴밀하게 연결되어 있는 통합교육과정으로서 각각 1학년 2학기, 2학년 2학기, 3학년 1학기, 4학년 2학기에 걸쳐 학년별로 반복, 심화단계를 거치는 나선형 교육과정 편성 원리를 따르고 있다. 또한 강의계획서는 각 단계별로 의사소통 교육을 통해 어떤 능력을 함양하고자 하는가의 교육목표를 제시하고 있으며, 교육목표와 관련하여 다루어질 주제가 분명하게 제시되어 있다. 의사소통 교육은 강의뿐만 아니라 학생들의 참여를 유도하는 역할극, 토론, 실습 등의 방법과 함께 수업 중 표준화 환자를 이용한 면담 교육 등 다양한 방식으로 진행되고 있다.

둘째, 고려의대는 기본 의사소통 기술을 가르치는 ‘의사소통기법’과 의료현장에서 요구되는 의사소통 기술을 교육하는 ‘의료대화’ 등의 두 과목을 개설하고 있다. 이 두 과목은 내용적인 면에서 연계되어 있다고 볼 수 있으나, 각각의 교과목이 의예과 1학년과 의학과 3학년에서 시간의 차이를 두고 각각 개설됨으로써 과목 간 교육내용의 연계성이 실질적으로 확보되고 있지는 못하다. 교과목의 교육목표는 다소 추상적으로 표현되어 있으며, 교육내용은 간단하고 명료하게 제시되어 있다. 고려의대 의사소통 교육에서 강조되는 교육방법은 서울의대와 마찬가지로 학생들의

참여를 유도하는 역할극, 실습, 워크숍, 조활동 등이다.

셋째, 인제의대의 의사소통 교육과정은 독립된 교과목 위주의 교육이라고 할 수 있다. 1학년에서 개설과목인 ‘환자-의사 관계’의 경우, 교육목표가 다소 추상적으로 제시되어 있어서 의사소통 교육을 통해 학생들이 달성하고자 하는 목표가 의사소통에 대한 지식인지 아니면 의사소통 기술 능력을 함양하는 것인지가 명확하지 않다. 교육내용면에서도 각 주별로 다루어질 구체적인 주제가 아니라 큰 제목 위주로 제시되어 있다.

넷째, 연세의대의 교육과정은 형식적으로는 교과목으로 구성되어 있지만 교육내용면에서는 1학년부터 학년별로 반복 심화되는 나선형에 가까운 교육과정이라고 할 수 있다. 연세의대의 의사소통 기술 교육과정에는 임상의학입문(Introduction to Clinical Medicine)과 두 개의 선택과목(효과적인 의사-환자 관계를 위한 의사소통 방법, 효과적인 의사소통 기술의 이론과 실제)이 포함되어 있다. 이 과목의 강의계획서는 각 과목을 통해 달성하고자 하는 구체적 목표와 각 주별 교육내용이 구체적이고 자세하게 제시되어 있다. 한편, 대부분의 의과대학에서 의사소통 교육을 학년별로 공통적인 교육과정을 제공하고 있는 것과는 달리, 연세의대에서는 의사소통 교육에서도 선택과목 제도를 운영하고 있다. 즉 연세의대의 의사소통 교육은 세 가지 다른 트랙 즉, 학생들이 공통적으로 수강하는 필수과목, 학생들의 임상으로의 조기 노출을 목표로 하는 임상의학입문, 교육의 개별화를 목표로 하는 선택과목을 통해서 각각 다루어지고 있다.

다섯째, 가톨릭의대의 의사소통 교육과정은 교과목 간 교육내용의 연계성을 고려하지 않은 교과목 위주의 교육과정이라고 볼 수 있다. 가톨릭의대의 의예과 과정에 개설되어 있는 교과목인 인간관계론, 심리학은 의사소통 기술 교육 이전에 습득해야 하는 인문학적 내용을 다루고 있으며, ‘의사소통론’ 과목도 의료상황에서 의사-

환자 간 관계에 초점을 맞추기보다는 원활한 인간관계를 위한 자기인식과 타인에 대한 이해를 목표로 하는 포괄적인 성격을 띠고 있다.

국내 5개 의과대학의 의사소통 교육은 다음과 같은 몇 가지 공통점을 가지고 있다. 첫째, 대부분의 의과대학에서 의사소통 관련 과목을 개설하여 의사소통 교육을 실시하고 있다. 둘째는 의사소통 교육이 강의뿐만 아니라 토론, 역할극, 실습 등과 같은 다양한 수업방식을 통해 이루어지고 있다. 셋째, 의예과 또는 의학과 1학년부터 의사소통 교육을 실시함으로써 학생들에게 의사소통에 대한 관심을 조기에 높이고 의사소통자로서의 역할을 일찍부터 인식할 수 있게 하고 있다. 그러나 대부분의 의과대학들은 의사소통 교육과 관련하여 공통적으로 두 가지 정도의 문제점을 안고 있다. 하나는 일부 대학을 제외하고는 의사소통 교육이 임상이나 현장과 연계되지 않은 상황에서 이루어지는 경향이 있다는 점이고, 다른 하나는 의사소통 기술 능력 측정을 위한 표준화된 평가제도가 미비하다는 점이다.

2. 외국 의과대학의 의사소통 교육 프로그램

1) 하버드대학교 의과대학

하버드대학교 의과대학은 의사-환자간 의사소통 교육을 위해 ‘환자-의사 I, II, III(Patient-Doctor I, II, III)’를 개설하고 있는데, 환자-의사 I은 사회과학과 행동과학에 대한 주제를 중심으로 의사소통 기술 및 면담기술을 습득하게 하며, 환자-의사 II는 병원을 중심으로 한 신체검사 등의 임상실습을 통한 의사소통 교육, 그리고 환자-의사 III은 실제 환자진료와 병행하는 의사소통 교육을 하고 있다.

(1) 환자-의사 I

‘환자-의사 I’은 임상노출의 첫 번째 기회로서 이 단계에서는 의사와 환자관계에 대한 태도, 신념, 기대 등을 형성하는 것을 목표로 한다. 이 과정에서는 질병이 인간에게 미치는 영향, 환자들이 의사에게 기대하는 것에 대한 지식을 습득하게 하고, 지도교수로부터는 환자와의 의사소통 기술 및 면담기술을 습득한다. 죽음, 죽음의 과정, AIDS, 성인 환자와 노인환자를 대면하는 방법 등이 핵심 주제로 다루어진다. 이 과정은 사회과학과 행동과학 영역에서 선정된 특정 주제를 선택하여 토론하는 방식으로 수업을 진행되며, 임상과정은 튜터링과 병행된다.

(2) 환자-의사 II

‘환자-의사 II’는 의사로서의 강의와 임상실습을 통한 기본적 수기 학습을 목표로 하고 있다. 신체검사와 신경학적 검사에 대한 기본수기 익히게 하는데, 신체검사는

병태생리학과 연계하여 가르치고 있으며, 신경학적 검사방법과 면담기술은 신경과학과 정신과학을 배울 때 병행하여 가르치고 있다. 주로 환자-의사 관계에 영향을 미칠 수 있는 윤리적, 사회적 경제적 주제들에 대해 토론한다. 이 과정은 교수뿐만 아니라 일반의, 전문의들 모두 참여하여 학생을 가르치며, 2학년 전체과정을 병원 중심으로 운영하고 있다. 주로 토론, 비디오 녹화를 통해 피드백을 제공하는 방식을 취하고 있다.

(3) 환자-의사 III

‘환자-의사 II’는 임상적 현상을 이해할 수 있는 능력을 배양하는 것을 목표로 한다. 이 과정은 1, 2학년 과정의 심화학습으로 임상실습을 하면서 접하게 되는 환자 진료와 병행된다. 주로 의사로서 전문적인 직업 활동 중에 나타날 수 있는 내용을 다룬다. 구체적으로는 첫째, 교수, 학생은 임상적 갈등상황에 대한 개인적, 윤리적 입장에 대하여 분석하고, 둘째, 만성질환, 죽음의 과정, 중독, 만성 통증 등의 다루기 어려운 환자에 대한 관점을 이해하고, 셋째, 의료경제, 관리, 문화적 성적 인종적 편견, 질병예방, 건강증진, 대안적 치료방법, 의사로서 진료 등을 다룬다. 이 과정은 일주일에 한번 튜토리얼 그룹을 통하여 임상경험에 도움을 주는 방식으로 수업을 운영하는데, 토론, 소그룹별 연구가 핵심을 이룬다.

2) UCLA 의과대학

UCLA 의과대학의 의사소통 프로그램은 ‘의사되기(doctoring)’ 과정에 포함되어 있다. ‘의사되기’ 프로그램은 학년이 올라감에 따라 내용이 심화되어 다루어지는데,

1학년은 대인 커뮤니케이션, 의학면담, 보건에서 공동체의 역할, 인간발달과 행동, 2학년은 임상추론, 신체진단기술, 일차의료, 3학년은 임상에서의 문제해결, 4학년은 사회 속에서 의사의 역할, 리더십 등을 다룬다. ‘의사되기’ 프로그램의 주요 교육 방법은 문제바탕 또는 사례 바탕 학습(problem-based, case-based)과 자기주도적 학습을 지향한다. 문제바탕 또는 사례 바탕 학습은 학생들이 단순한 지식의 수용하는 역할에서 벗어나 능동적이고 학생자신이 곧 교육의 중심체가 되게 하며, 자기주도적 학습은 학생들로 하여금 교수들과 적극적으로 상호작용 하는 것이다.

(1) 의사되기 I, II

의사되기 I과 II는 각각 1학년과 2학년을 대상으로 하며, 실제 환자에 바탕을 둔 8개 모듈(4주 과정)로 구성되어 있다. 학생들은 이러한 모듈을 통해 환자의 생활, 가족과 공동체에 미치는 질병의 영향뿐만 아니라 질환 과정에 대해 학습한다. ‘의사되기 I’ 과정에서 다루는 구체적인 주제는 인간발달, 의사-환자 관계, 의사-환자 커뮤니케이션, 윤리적 개념, 건강/질병/보건의 사회적 맥락, 보건경제학(보험, 진료조직, 자원의 분배, 비용-효과성), 법적 문제, 약물과 알코올의 영향, 빈곤의 영향 등이다. ‘의사되기 II’에서는 ‘의사되기 I’에서 습득한 기본적 지식을 더욱 심화하여 학습하게 되는데, 이 단계는 의사-환자 관계, 의학적 의사결정, 기본적 의학문제, 문화와 의학, 의료문화 등을 포함하고 있다. 의사-환자 관계에서는 환자요구/공유된 의사결정, 지시사항 따르기, 개별 환자와 관련된 윤리적 문제 등과 같은 더욱 복잡한 의사와 환자 간 상호작용을 다루고 있다. 의학적 의사결정 주제에서는 단순한 임상문제와 표준화 환자, 신체검사의 문제, 검사 처방에 대한 베이시안 분석 등을 다룬다. 기본적 의학 문제에서는 통증과 불안, 문화와 의학에서는 사회적 수준에 따른 불안을 다루고 있다. 마지막으로 의료문화에서는 의사의 역할, 의학적 실수, 집단 관계, 프

로페셔널리즘 등에 대해 다룬다.

‘의사되기’ 프로그램 첫 주에는 모듈에 대한 배경적인 정보를 얻고, 비디오 또는 표준화 환자를 통해 환자와 의사가 만남을 학습하고, 스스로 학습목표를 규정한다. 둘째 주에는 단독연구, 전문가 자문, 지역사회 실습을 통해 학습하며, 셋째 주에는 학생과 교수가 다시 만나서 환자 추적과 개인연구 결과를 공유하게 된다. 넷째 주에는 1학년의 경우 임상지도교수와 일차 진료를 경험하며, 2학년의 경우에는 일차 진료와 임상 추론 학습을 한다. 이 과정의 교육방법은 정보수집, 임상술기 도입, 소집단 학습, 사례바탕학습, 문제바탕학습, 임상실습, 지도교수 및 사이트 방문 등 다양한 방식이 사용된다.

(2) 의사되기 III

‘의사되기 III’은 ‘의사되기 I, II’에서 다루어진 주제에 대해 더욱 심화된 접근을 하는데, 설명적 과정과 임상실습 과정으로 구성되어 있다. 이 과정은 3학년 임상실습 과정 내내 격주로 하루 종일 진행된다. 먼저 설명적 과정은 8-10명의 소집단이 외래환자를 통해 배우는 과정이다. 소그룹은 환자를 만나서 환자들이 갖고 있는 의학 문제에 대해 토의하고, 환자들이 갖고 있는 사회심리학적, 문화적, 경제적 문제에 대해 학습한다. 다음으로 임상적 과정은 모든 학생들이 1년간의 장기적인 임상경험을 하게 하는 것으로 격주로 진행되며 일차의료진의 지도하에 이루어진다.

‘의사되기 III’의 교육내용은 ‘의사되기 I, II’에서 다룬 것 보다 더욱 복잡하고 어려운 의사-환자간의 상호작용(공유된 의사 결정, 화나고 까다로운 환자), 병력청취 및 신체검사 기술(불확실성, 질문하기), 의사결정(환자지향 의사결정, 공유된 의사결정, 정보제공), 정보에 대한 비판(저널 논문 분석) 및 의료문화(의료과오, 제약회사의 영향, 문화와 의학 등)에 대해 다룬다.

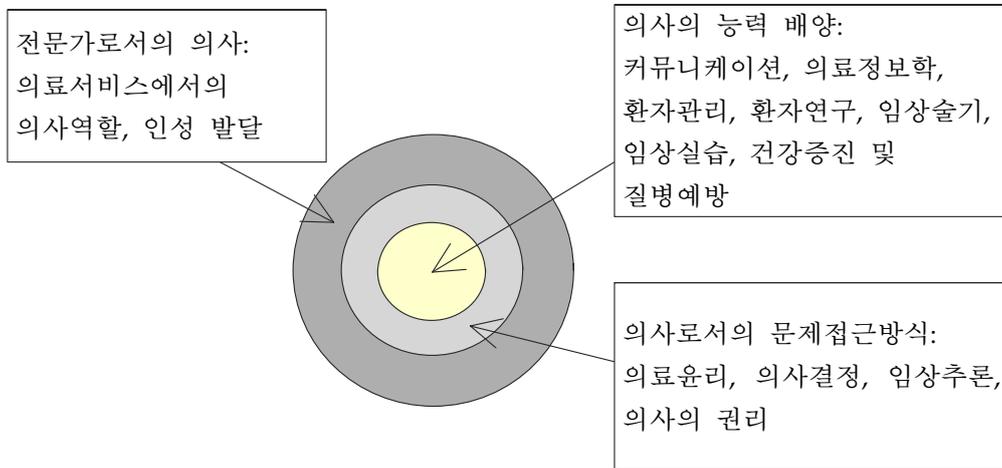
(3) 의사되기 IV

‘의사되기 IV’는 의학과 4학년 학생들을 대상으로 개설되는 선택과목이다. 이 과정에서 미래 학문적 리더로서의 발전을 위한 교육이론, 리더십, 경영이론 및 교육 과정을 설계하고 분석하는 기술 등에 대해 다룬다. 학생들은 정기적인 세미나를 통해 교육이론, 리더십, 경영이론 및 교육과정을 설계하고 분석하는 기술을 배우며, 특히 학생들은 의과대학에서 1, 2, 3학년 학생들을 정기적으로 가르칠 수 있는 기회를 가짐으로서 미래 학문적 리더로서의 자질을 갖추게 된다.

UCLA 의과대학의 의사소통수업은 무엇보다도 전체 의과대학 교과과정 속에서 임상과 긴밀히 연계되어 있는 것은 알 수 있다. 그 경계를 찾기 힘들 만큼 깊숙이 통합되어 있음을 알 수 있다. 즉 1학년에 기본적인 의사소통에서 시작하여 2학년 신체 진단기술, 그리고 3학년에서 사회적 의사소통으로 심화되는 나선형 교과과정의 성격을 띠고 있다. 또한 4학년 학생이 참여하는 소집단 활동과 사례바탕학습, 문제바탕학습, 임상실습, 지도교수 및 사이트 방문 등과 같은 다양한 교수 도구를 사용함으로써 의사소통 기술 습득에서의 교육적 효과를 높이고 있다.

3) 던디대학교 의과대학

2000년 이후 영국 던디 의과대학을 비롯한 스코틀랜드 지역의 4개 의과대학은 의과대학 교육과정이 지향해야 하는 ‘교육과정의 산출물(Curriculum Outcomes)’을 [그림 III-1]과 같이 발표하였다. 그림 1의 교육과정 산출물은 교육과정이 추구해야 하는 1차 목표(기본 능력), 2차 목표(심화 능력) 및 3차 목표(전문 자질)로 구분되는데 의사소통 기술은 의사들이 가져야 하는 기본 능력에 해당한다.



[그림 III-1] 교과과정 산출물에 대한 삼원 모형

던디 의과대학이 의사소통 기술 교육을 통해 학생들이 갖기를 희망하는 능력은 ① 의사소통의 일반적 원칙 ② 환자 및 환자 가족과의 대화 ③ 다른 보건의료인과 대화 ④ 자신과의 의사소통 등에 관한 것이다. 첫째, 학생들은 의사소통의 일반적 원칙을 습득해야 하는데, 주의 깊게 다른 사람의 의견을 경청하면서 환자의 정보를 수집하고 정보를 제공할 수 있어야 한다. 의사소통의 일반적인 원칙에는 환자의 불평 다루기, 비언어적 의사소통, 발표, 보고서 작성, 전화하기 등이 포함된다. 둘째, 학생들은 환자 및 환자 가족과 효과적으로 의사소통 할 수 있어야 한다. 이러한 능력에는 질문에 대답하기, 설명하기, 어려운 면담 상황에 대처하는 전략, 신뢰감 형성, 도움 요청하기, 나쁜 소식 전달하기, 실수를 인정하기 등이 포함된다. 셋째, 학생들은 다른 보건의료인과 효과적으로 의사소통 할 수 있어야 한다. 이러한 능력에는 환자의 병력을 요약하여 전달하기, 간호사, 방사선 기사 및 경찰 등과 효과적으로 의사소통하는 것이 포함된다. 마지막으로 학생들은 자기 자신과 효과적으로 의사소

통할 수 있어야 한다. 자신이 이미 알고 있는 지식의 중요성을 인지하고, 아직 습득하지 못한 지식에 대한 자신의 한계를 인정할 수 있는 능력이 중요하다.

(1) 교육목표

던디 의과대학의 의사소통 교육 프로그램의 교육목표는 환자 및 동료와 성공적으로 의사소통할 수 있는 전문적 기술을 갖추며, 좋은 의사소통을 위한 자원을 효과적으로 활용하고, 환자와의 갈등을 피할 수 있는 의사소통 전략을 개발하며, 환자의 치료에 좀 더 효과적으로 기여하는 의사소통 모형을 인식하도록 하는 것이다. 이 목표를 달성하기 위해 학생들은 의사소통의 본질에 대해 비판적으로 분석하고, 어려운 갈등상황에 대한 대처능력을 개발하며, 자신의 성격유형에 대한 인식과 자신에게 적합한 의사소통 모형을 개발해야 한다.

(2) 교육방법

던디 의과대학의 의사소통 교육 프로그램은 학생들이 가능한 조기에 환자에게 노출시키고 있다. 환자중심접근을 활용한 면담은 총 16단위(1학년: 4단위, 2-3학년: 12단위) 이루어지며, 역할놀이 및 비디오 촬영을 통한 피드백 훈련 등이 이루어진다. 의사소통 교육 프로그램에서 특히 중점적으로 실시하고 있는 것은 의사소통 수행 정도가 낮은 학생들을 판별하여 집중적으로 교육시키는 것이다. 이를 위해 객관구조화진료시험(OSCE)을 3회 실시하여 면담기술을 평가하며, 의사소통 시험에 불합격한 학생들은 기본적 및 복잡한 면담기술을 발전시키고 연습할 수 있는 2주간의 집중 강좌에 참여하도록 하고 있다. 학생들은 임상훈련이 시작되는 4학년이 되기 전에 모든 학생들은 객관구조화진료시험에 합격해야 한다.

(3) 교육내용

던디 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 중 1학년에서 이루어지는 의사소통 교육 프로그램의 교육내용을 예로서 제시하면 다음의 [표 III-12]와 같다. 이 수업은 2007년 4월 16일-6월 22일 까지 매주 화요일 11시-1시에 총 20시간 이루어진다.

[표 III-12] 영국 던디의과대학의 의사소통 교육 프로그램 예시

구분	교육내용
1. 의사소통 이론	모듈 소개 의사소통의 목적, 방식, 내용 및 이유 활동 - 그룹 활동 및 토의
2. 비언어적(Non-verbal) 의사소통	목적, 맥락, 영향 비언어적 신호(signs) 활동 - 그룹 활동 및 토의, 연습
3. 환자와의 의사소통	환자의 질병 체계/건강의 특징적 요소 관계 형성/이해/공감/개인중심맥락/기술/정보 효과적인 의사소통의 장애요인 활동 - 그룹 활동 및 토의
4. 의사소통 상황에 대한 도전	행동에 영향을 미치는 감정 / 화 공격적 행동의 관리 거부/인지불일치/라벨링 질환을 잘 알고 있는 환자와의 의사소통 삶의 방식에 대한 조언 활동 - 그룹 활동 및 토의
5. 의사소통의 능력	일상화된 규범/원칙 기술, 효과적인 의사소통 경청 캠브리지 가이드 활동 - 역할 연습
6. 글쓰기 통한 의사소통	글쓰기를 통한 의사소통
7. 의사소통의 어려움을 갖고 있는 환자들과의 의사소통	의사소통의 어려움을 갖고 있는 환자들과의 의사소통
8. 의사소통과 문화	언어와 문화/문화교차적 의사소통/의료문화/질병

	과 문화 활동 - 그룹 활동 및 토의
9. 조직안에서 의사소통	스코틀랜드지역 의과대학의 문화 조직 이론/ 위계구조 안에서의 의사소통 모임에서의 의사소통 활동 - 역할 연습
10. 의사소통과 위협	가족, 파트너의 죽음/ 이별/ 실직 한 학기 수업에 대한 반성 및 고찰

4) 함부르크 의과대학

독일 함부르크(Hamburg) 의과대학의 의사-환자 의사소통 교육은 의과대학 2학년 및 5학년에 ‘환자면담의 기초’와 ‘환자면담기술의 적용’이라는 교과목으로 제공된다. 2학년 학생들에게 제공되는 ‘환자면담의 기초’에서는 학생들이 의학적인 전문 지식이 충분하지 않기 때문에 진단, 처치에 관한 사항보다는 관계형성, 환자의 관심 파악, 정서 받아들이기 및 추후 치료 과정에 대한 동의구하기 등에 대한 내용을 중점적으로 다룬다. 반면, 5학년 학생들에게 제공되는 ‘환자면담기술의 적용’에서는 의사소통의 기초지식을 토대로 어려운 면담상황(예: 심각한 진단명을 환자에게 전하기)에 대처하는 기술을 터득하도록 한다. 이 두 교과목의 가장 중요한 특징은 환자면담이 실제 상황에 잘 부합하도록 수업에서 표준화 환자를 활용하는 것이다. 2학년의 ‘환자면담의 기초’ 수업에는 의과대학 교수가 표준화환자의 역할을 수행하며, 5학년의 ‘환자면담기술의 적용’에서는 4시간의 사전 훈련을 이수한 선배학생들이 표준화환자로서 수업을 진행시키고 있다.

(1) 환자면담의 기초

이 교과목의 목표는 ① 의사소통의 다양한 측면에 대한 지각 ② 의사의 태도 및 행동이 의사-환자간의 관계 및 임상적 면담에 주는 영향을 인식하기 ③ 대칭적/비대칭적 의사소통에 관해 파악하기 ④ 의사-환자 간의 관계에서 동의구하기 및 환자의 행동변화를 위한 동기를 유도하기 등이다. 하루 3시간 30분씩 4일 동안 진행되는 이 과정은 이론 및 실습으로 구성되어 있다. 이론은 의사소통의 전반적인 내용을 설명식으로 진행하고, 실습은 환자와의 관계형성, 환자의 관심 파악하기, 환자의 정서 인식, 세부사항 탐색하기, 절차에 대한 동의구하기 등의 내용을 표준화환자를 대상으로 연습한다.

(2) 환자면담기술의 적용

이 교과목의 목표는 의사소통의 기초지식을 토대로 어려운 면담상황(예: 심각한 진단명을 환자에게 전하기)에 대처하는 기술을 터득하도록 하는 것이다. 매일 2시간씩 5일 동안 제공되고 이 과정 역시 이론 및 실습의 두 영역으로 구분되어 있다. 첫 번째와 세 번째 수업에서는 ‘환자의 권리’, ‘암환자의 진단 및 처치’, ‘암 발병시 환자와 가족의 고통’ 등에 관한 이론적 지식을 전달한다. 두 번째와 네 번째 수업에서는 이론 강의를 통해 배운 지식을 표준화환자를 대상으로 실습한다. 학생들의 실습 과정은 비디오로 녹화되며, 추후 학생들에게 피드백을 제공할 때 사용된다. 다섯 번째 수업에서는 지금까지 촬영된 면담장면에 대한 종합토론을 진행한다.

(3) 의사소통 수업의 평가

의사소통 수업에서 학생들의 학습효과에 대한 평가는 객관구조화진료시험을 통해 이루어진다. ‘환자면담의 기초’ 수업에서는 학생의 의사소통 기본기술과 환자의

정서과악 여부를 중점적으로 평가하며, ‘환자면담기술의 적용’에서는 심각한 진단명을 전달하는 면담기술에 초점을 두어 평가한다. 시험시간은 학생당 5분(30초 지시문 읽기/30초 준비시간 별도)으로 사전에 표준화된 평가지를 활용하여 관찰 평가하는 형식으로 진행된다.

5) 연구결과 종합 및 논의

외국 의과대학의 의사소통 교육 프로그램 특징 및 시사점은 다음과 같다.

첫째, 의사소통 교육은 의사-환자 의사소통에 관한 기본적, 일반적인 지식을 전달하고 태도를 준비시키는 기초단계에서 시작하여 심각한 의료 상황에 대처하는 술기를 배양하는 고급단계로 진행된다. 기초단계에서는 의사-환자 관계에 대한 태도, 질병이 인간에게 미치는 영향, 환자들이 의사에게 갖는 기대, 환자의 관심과 정서과악하기, 경청하기와 수용하기 등에 대한 내용을 주로 다룬다. 고급단계에서는 심각한 진단명 전달하기, 임상적 갈등상황에서의 윤리적 문제, 까다로운 환자의 불평 다루기, 의학적 실수 인정하기 등의 주제를 핵심으로 하고 있다. 이러한 교육내용은 학생들의 학년이 올라감에 따라 점차 심화되는 나선형 교육원리에 입각하고 있다.

둘째, 각 대학에서는 의사소통에 관한 지식을 전달하는 것뿐만 아니라 실제의 의사-환자 면담 상황과 가능한 유사한 상황을 조성하여 학습효과를 극대화시키려는 노력을 하고 있다. 따라서 일방적인 강의 형식을 벗어나 표준화 환자 활용을 통한 실제 연습의 기회를 제공하고, 수업 담당교수뿐만 아니라 일반의, 전문의까지 참여하게 하여 의사-환자 면담의 구체적인 맥락을 교육에 반영시키고 있다.

셋째, 의사소통 교육을 의사소통 수업에만 국한시키는 것이 아니라 교육과정 전

체에 스며들어 갈 수 있도록 시도하고 있다. 이를 위해 대학의 교육목표에 의사-환자간의 성공적인 의사소통을 중요한 교육목표로서 명시하고 있으며, 의사소통 교육과정을 개별 교과목과 연계될 수 있도록 하고 있다. 이것은 학생들이 의사소통 기술 및 태도를 단편적 지식으로 습득하고 수업이 종료됨과 동시에 망각하는 것이 아니라 의과대학 학습 전반에서 의사소통의 의미를 생각하고 적용해볼 수 있는 기회를 다양하게 제공함으로써 지식이 체화되는 효과를 유도한다.

넷째, 많은 의과대학에서 학생들의 임상 조기 노출을 통해 환자에 대해 좀 더 잘 알 수 있는 기회를 제공하고 있다. 이것은 학생들로 하여금 의과대학 초기부터 환자의 진료 및 면담에서 발생할 수 있는 문제점을 인식할 수 있는 능력을 배양하며, 좋은 의사-환자관계를 위한 지속적인 노력을 하는 것을 촉진시키고 있다.

다섯째, 학생들의 의사소통 능력에 대한 효과적인 피드백을 제공하기 위해 다양한 방법을 활용하고 있다. 즉, 역할극에 대한 비디오 촬영 및 토론, 소집단 학습, 면담기술에 대한 구조화된 시험 등을 통해 학생들의 면담 기술 및 태도에 관한 문제점을 진단하여 개선하는 데 반영하고 있다. 이 피드백을 통해 학생들의 개선점을 파악하고, 의사소통 능력이 상대적으로 낮은 학생들을 판별하여 이 학생들을 집중적으로 교육시키는데도 활용하고 있다.

여섯째, 의사소통 교육은 일반적인 지식전달 위주의 교육방법으로 의도한 목표를 달성하기에 불충분하기 때문에 외국 의과대학에서는 학생들의 참여를 유도할 수 있는 다양한 방법을 활용하고 있다. 의사-환자간의 성공적인 의사소통을 위해서는 환자의 고통과 질병에 대한 지식뿐만 아니라 환자의 입장에 대해 수용하고 공감하는 능력이 필수적이기 때문에 의사소통 수업은 학생의 적극적인 활동을 통해 능동적으로 학습할 기회를 제공하는 것이 중요하다. 하버드 의과대학의 비디오녹화 및 소그룹 연구, UCLA의 문제바탕학습, 사레바탕학습, 던디 의과대학의 역할극 및 피

드백 훈련, 함부르크 의과대학의 표준화환자 활용 등은 모두 능동적인 학습을 촉진시키기 위한 시도라고 볼 수 있을 것이다.

일곱째, 외국 의과대학의 사례들을 통해 알 수 있는 중요한 것은 의사-환자 면담이 일어나는 다양한 실제적 상황과 수업현장을 가능한 유사하게 구현하여 학습자가 의사소통의 구체적인 맥락을 이해하고 상황에 대처하는 능력을 배우는 맥락학습의 환경을 조성하는 것이다. 예를 들어, 던디 의과대학에서는 의사소통 수업의 주제를 세분화하여 의사-환자 면담에서의 실제 갈등상황에 부합하는 구체적 맥락(예: 환자의 공격적 행동의 관리, 질환을 잘 알고 있는 환자와의 의사소통 등)을 통해 학생들을 교육시키고 있다.

결론적으로 외국 의과대학들은 의사-환자간 효과적인 의사소통 기술을 함양하도록 하는 것이 의학교육의 핵심으로 인식하고 있다. 또한, 의사-환자간의 효과적인 의사소통 능력은 의사 개개인이 스스로의 노력으로 향상시켜야 되는 선택적인 것이 아니라 의과대학 정규 교육과정에 포함되어야 할 중요한 핵심과목이다.

IV. 의사소통 영향 요인 및 기술 항목별 중요도 분석

의사소통 영향 요인 및 기술 항목별 중요도를 분석하기 위해서 의과대학 교수 및 환자들을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 설문조사지는 선행 연구결과와 캠브리지-켈거리 의사소통 가이드라인을 활용하여 연구자가 직접 개발하였다. 조사도구의 신뢰도는 다음의 [표 IV-1]과 같으며, 각 조사 영역별로 .679~.959의 신뢰도 값을 갖는 것으로 나타났다.

[표 IV-1] 의사소통 영향 요인, 기술 항목별 중요도 및 현재수준 조사지 신뢰도

영역		문항수	신뢰도(α)	문항
영향 요인	의사 관련	7	0.719	1번~7번
	환자 관련	13	0.794	9번~21번
	환경·제도 관련	5	0.679	23번~27번
중 요 도	면담시작	8	0.770	1번~ 8번
	정보수집	11	0.836	9번~19번
	계획수립	35	0.931	20번~54번
	면담종료	4	0.703	55번~58번
	관계형성	14	0.878	59번~72번
의사소통 기술 영역	면담시작	8	0.817	1번~ 8번
	정보수집	11	0.885	9번~19번
	계획수립	35	0.959	20번~54번
	면담종료	4	0.828	55번~58번
	관계형성	14	0.912	59번~72번

설문조사에는 의과대학 교수 24명이 참가하였으며, 서울 소재 5개 대학병원(강남성모, 세브란스, 고려대학교, 서울대학교, 아산병원)의 내원 환자 213명이 응답하였다. 설문조사에 응답한 남녀 비율은 여자 119명, 남자 94명이었으며, 35세 이하 31명, 36~50세가 158명, 50세 이상이다. 한편, 의사소통 영향 요인에 대한 조사에서는 서울소재 1개 의과대학의 2학년 및 4학년 학생 195명이 조사에 포함되었다. 설문조사는 2007년 5월 1일부터 5월 30일까지 실시되었으며, 교수 및 학생 대상 설문조사는 연구자가 직접 실시하고, 환자대상 설문조사는 훈련된 설문조사 요원 2명이 담당하였다.

1. 의사-환자간 의사소통 영향 요인

1) 의사-환자간 의사소통 영향요인 기술통계량

다음의 [표 IV-2]는 의사-환자간 의사소통 영향요인에 대한 기술통계량을 나타낸 것이다. 의사-환자간 의사소통 영향요인은 크게 세 가지로 구분되어 있으며 각 요인에 해당하는 항목들의 기술통계량을 제시하였다. 학생과 교수, 환자의 의견이 종합된 전체 기술통계량에서는 설문에서 ‘면담에 영향을 준다’의 기준인 리커트 척도 4점 이상의 평균치를 나타내는 문항들에 진한표시를 하였다. 4점 이상의 하위항목들을 살펴보면 먼저 의사와 관련된 요인에서는 면담기법에 관한 숙련도와 환자의 증상별 면담 내용에 관한 지식이 영향을 미친다고 조사되었으며, 환자와 관련된 요인으로는 환자 문제의 심각성과 환자의 심리적 상태, 환자의 문제 유형이 4점 이상의

평균값을 나타냈다. 환경·제도적 요인으로는 1일 면담 환자 수 항목만이 4점 이상의 평균값을 나타냈으나, 4.22의 높은 값을 나타냈다. 한편, 의사-환자간 의사소통 영향 요인으로 중요성이 상대적으로 낮은 항목은 환자의 나이, 환자의 성별, 진료실 환경 및 책상과 의사의 배열 등 이었다.

[표 IV-2] 의사-환자간 의사소통 영향 요인에 대한 기술통계량

구분	요인 내용	사례수	평균	표준편차
의사 관련 요인	1. 환자의 증상별 면담 내용에 관한 지식	436	4.00	0.96
	2. 면담 절차에 관한 지식	435	3.68	0.93
	3. 면담 기법에 관한 숙련도	435	4.11	0.91
	4. 심리적 상태	435	3.91	0.88
	5. 신체적 여건	436	3.89	0.86
	6. 개인의 성격	436	3.94	0.93
	7. 의사소통 능력에 대한 자기 확신	435	3.99	0.88
환자 관련 요인	1. 환자의 유형	436	3.75	0.94
	2. 환자의 문제 유형	436	4.01	0.99
	3. 환자 문제의 심각성	436	4.15	0.84
	4. 환자의 심리적 상태	436	4.09	0.88
	5. 과거에 진료를 받았던 경험	436	3.70	0.92
	6. 질병과 고통에 대한 환자의 신념	436	3.73	0.88
	7. 의사에 대한 환자의 기대	436	3.97	0.85
	8. 환자들이 지각하는 의사의 역할	436	3.77	0.89
	9. 환자의 나이	436	3.40	1.04
	10. 환자의 성별	436	3.45	1.08
	11. 환자의 언어 구사 능력	436	3.73	0.93
	12. 환자의 언어 이해 능력	436	3.88	0.91
	13. 환자의 성격	430	3.92	0.93

[표 IV-2] 의사-환자간 의사소통 영향 요인에 대한 기술통계량 (계속)

구분	요인 내용	사례수	평균	표준편차
환경·제도 관련 요인	1. 진료실 환경	435	3.55	0.89
	2. 책상과 의자의 배열	435	3.48	1.01
	3. 환자의 사생활을 보호할 수 있는 진료실 여건	435	3.94	0.94
	4. 1일 면담 환자 수	435	4.22	0.85
	5. 수익을 강조하는 병원의 분위기	434	3.87	0.99

교수, 학생 및 환자의 설문조사 대상별로 의사-환자간 면담에 영향을 미치는 세 가지 요인에 대한 기술통계량은 [표 IV-3], [표 IV-4], [표 IV-5]와 같다. [표 IV-3]을 살펴보면, 교수와 학생 집단은 모두 면담 기법에 관한 숙련도를 가장 큰 영향요소로 꼽았으며, 다음으로 환자의 증상별 면담 내용에 관한 지식이 영향을 미친다고 응답하였다. 한편, 학생 집단은 의사 개인의 성격을 교수 집단은 의사의 심리적 상태를 중요한 영향요인으로 인식하였다. 환자 집단에서는 의사소통 능력에 대한 의사들의 자기 확신이 면담에 영향을 미치는 가장 중요한 미치는 요소로 지적하였다.

[표 IV-3] 의사 관련 요인에 대한 집단별 기술통계량

의사 관련 요인	학생			교수			환자		
	사례 수	평균	표준 편차	사례 수	평균	표준 편차	사례 수	평균	표준 편차
1. 환자의 증상별 내용에 관한 지식	194	4.29	0.79	24	4.33	0.96	218	3.71	1.02
2. 면담 절차에 관한 지식	194	3.70	0.95	24	3.96	0.69	217	3.62	0.93
3. 면담 기법에 관한 숙련도	194	4.29	0.85	24	4.42	0.83	217	3.91	0.93
4. 심리적 상태	194	3.95	0.83	24	4.00	0.89	217	3.85	0.93
5. 신체적 여건	194	3.90	0.88	24	3.58	0.78	218	3.92	0.86
6. 개인의 성격	194	4.06	0.88	24	3.83	0.76	218	3.84	0.97
7. 의사소통 능력에 대한 자기 확신	194	3.96	0.90	23	3.78	0.80	218	4.03	0.89

[표 IV-4]를 살펴보면, 먼저 환자문제의 심각성은 학생과 교수, 환자 집단에서 공통적으로 면담에 영향을 미치는 요인으로 생각하는 것으로 나타났다. 교수집단과 학생집단에서는 환자의 심리적 상태, 환자들의 문제 유형을 영향력이 큰 요소로 생각하고 있었으며 학생 집단에서는 환자의 유형이나 환자의 언어이해능력, 환자의 성격을 영향요소로 꼽았다. 또한 의사에 대한 환자의 기대 역시 학생과 교수집단에서 면담에 영향을 준다고 생각하는 것으로 나타났다. 의사-환자간 면담에 영향을 미치는 요인에 있어서는 학생, 교수 및 환자간에 차이가 있는 것으로 나타났는데, 학생들은 7개의 요인을, 교수들은 4개의 요인을, 환자들은 1개의 요인에 4점 이상의 의미를 부여하였다. 한편, 교수들은 환자의 언어 구사 능력이 의사소통이 영향을 미치지 않는다고 인정한 반면, 학생과 환자들은 상대적으로 높게 인지하였으며, 환자의 나이와 성별은 교수와 학생들에게는 중요한 요인이 아닌 것으로 나타났다.

[표 IV-4] 환자 관련 요인에 대한 집단별 기술통계량

환자 관련 요인	사례 수	학생		사례 수	교수		사례 수	환자	
		평균	표준 편차		평균	표준 편차		평균	표준 편차
1. 환자의 유형	193	4.08	0.87	24	3.83	0.87	219	3.44	0.91
2. 환자의 문제 유형	193	4.39	0.82	24	4.04	0.96	219	3.67	1.01
3. 환자 문제의 심각성	193	4.32	0.77	24	4.13	0.74	219	4.00	0.89
4. 환자의 심리적 상태	193	4.26	0.82	24	4.46	0.59	219	3.89	0.91
5. 과거에 진료를 받았던 경험	193	3.68	0.92	24	3.42	0.78	219	3.74	0.94
6. 질병과 고통에 대한 환자 신념	193	3.74	0.86	24	3.83	0.76	219	3.72	0.92
7. 의사에 대한 환자의 기대	193	4.07	0.82	24	4.13	0.68	219	3.86	0.88
8. 환자들이 지각하는 의사의 역할	193	3.88	0.90	24	3.83	0.70	219	3.66	0.89
9. 환자의 나이	193	3.30	1.00	24	3.00	0.66	219	3.54	1.09
10. 환자의 성별	193	3.26	1.02	24	2.75	0.79	219	3.69	1.10
11. 환자의 언어 구사 능력	193	3.81	0.86	24	3.29	0.69	219	3.70	1.00
12. 환자의 언어 이해 능력	193	4.01	0.81	24	3.79	0.78	219	3.77	1.00
13. 환자의 성격	188	4.03	0.90	24	3.88	0.85	218	3.84	0.95

[표 IV-5] 환경·제도 관련 요인에 대한 집단별 기술통계량

환경·제도 관련 요인	학생			교수			환자		
	사례 수	평균	표준 편차	사례 수	평균	표준 편차	사례 수	평균	표준 편차
1. 진료실 환경	193	3.56	0.91	24	3.21	1.02	218	3.58	0.86
2. 책상과 의자의 배열	193	3.52	0.93	24	3.29	1.20	218	3.47	1.07
3. 환자 사생활을 보호할 수 있는 진료실 여건	193	4.08	0.85	24	3.75	1.03	218	3.84	0.98
4. 1일 면담 환자 수	193	4.44	0.74	24	4.38	0.65	218	4.02	0.91
5. 수익을 강조하는 병원의 분위기	193	3.84	0.96	23	3.70	0.97	218	3.91	1.01

[표 IV-5]를 살펴보면, 환경·제도 관련 요인들 중에서는 세 집단 모두 ‘1일 면담 환자수’를 가장 영향을 크게 미치는 요소로 꼽았다. 학생 집단의 경우 ‘환자의 사생활을 보호할 수 있는 진료실 여건’ 역시 4점 이상으로 높게 인지하였다. 한편, 진료 경험이 풍부한 교수들의 경우에는 ‘진료실 환경’, ‘책상과 의자의 배열’ 등과 같은 요소는 상대적으로 영향이 낮은 것으로 평가하였다.

2) 의사-환자간 의사소통 영향 요인에 대한 집단별 인식

의사-환자간 의사소통 영향 요인의 집단별 차이를 알아보기 위하여 학생과 교수, 환자 그룹을 나누어 기술통계량을 살펴보고 각 집단별 평균차이 검정을 실시한 결과는 [표 IV-6]과 같다.

[표 IV-6] 의사-환자간 의사소통 영향 요인에 대한 집단별 인식 기술통계량

구분	응답자 그룹	사례수	평균	표준편차
의사관련	학생	194	4.023	0.488
	교수	24	3.987	0.491
	환자	218	3.840	0.606
	합계	436	3.929	0.557
환자관련	학생	193	3.910	0.478
	교수	24	3.721	0.304
	환자	219	3.733	0.527
	합계	436	3.811	0.503
환경·제도관련	학생	193	3.888	0.563
	교수	24	3.667	0.648
	환자	218	3.764	0.656
	합계	435	3.814	0.619

[표 IV-6]을 살펴보면, 학생 및 교수 집단은 의사관련-환자관련-환경·제도관련 순으로 면담에 영향을 미친다고 생각하는 것으로 나타났다. 환자 집단은 의사관련 요인들이 면담에 가장 큰 영향을 미친다고 대답하였으나 교수 및 학생 집단과는 달리 환경·제도 관련 요인이 환자관련 요인보다 더 큰 영향을 미친다고 생각하는 것으로 나타났다. 의사, 환자, 환경·제도 관련 요인들에 대해서 집단별 차이가 통계적으로 유의한지 알아보기 위하여 평균차 검정을 실시한 결과는 [표 IV-7]과 같다.

[표 IV-7] 의사-환자 의사소통 영향 요인에 대한 집단별 차이 검증

구분	자승합	자유도	평균자승	F	
의사관련	그룹 간	3.533	2	1.766	5.823**
	그룹 내	131.343	433	0.303	
	전체	134.876	435		
환자관련	그룹 간	3.427	2	1.713	6.969**
	그룹 내	106.454	433	0.246	
	전체	109.881	435		
환경·제도관련	그룹 간	2.12	2	1.06	2.793
	그룹 내	163.957	432	0.38	
	전체	166.077	434		

*: P<0.5, **: P<0.1

[표 IV-7]의 집단별 영향요인을 비교해 본 결과 의사 관련 요인들과 환자 관련 요인에서 집단간 유의한 차이가 나타났다. 평균차 검증에서 통계적으로 유의미한 차이가 발견된 요인에서 어떤 집단들 간에 차이가 있는지를 알아보기 위하여 사후검정을 실시하였다. 의사 관련 요인에 대한 사후검정 결과는 [표 IV-8], 환자 관련 요인에 대한 사후검정 결과는 [표 IV-9], 환경·제도 관련 요인에 대한 사후검정 결과는 [표 IV-10]과 같다.

[표 VI-8] 의사관련 요인에 있어서 집단간 사후검증

(I) 설문대상	(J) 설문대상	평균차이 (I-J)	표준오차	95%신뢰구간	
				상한	하한
학생	교수	0.036	0.119	-0.251	0.322
	환자	0.183**	0.054	0.053	0.314
교수	학생	-0.036	0.119	-0.322	0.251
	환자	0.148	0.118	-0.137	0.432
환자	학생	-0.183**	0.054	-0.314	-0.053
	교수	-0.148	0.118	-0.432	0.137

*: P<0.5, **: P<0.1

[표 IV-8]을 살펴보면, 의사 관련 요인에서는 학생과 환자 집단에서 유의미한 차이를 나타냈다. 따라서 학생 집단이 환자 집단 보다 면담에 있어서 의사 관련 요인이 미치는 영향을 더 크게 생각하고 있다고 할 수 있다.

[표 IV-9] 환자 관련 요인에 있어서 집단간 사후검증

(I) 설문대상	(J) 설문대상	평균차이 (I-J)	표준오차	95% 신뢰구간	
				상한	하한
학생	교수	0.189	0.107	-0.069	0.447
	환자	0.177**	0.049	0.060	0.295
교수	학생	-0.189	0.107	-0.447	0.069
	환자	-0.012	0.107	-0.268	0.245
환자	학생	-0.177**	0.049	-0.295	-0.060
	교수	0.012	0.107	-0.245	0.268

*: P<0.5, **: P<0.1

[표 IV-9]를 살펴보면, 환자 관련 요인에서 역시 학생과 환자 집단에서 유의미한 차이를 보였다. 이는 학생 집단이 환자 집단 보다 환자관련 요인이 환자-의사 면담에 영향을 미치는 정도가 더 크다고 생각하고 있음을 의미한다.

[표 IV-10] 환경·제도 관련 요인에 있어서 집단간 사후검증

(I) 설문대상	(J) 설문대상	평균차이 (I-J)	표준오차	95% 신뢰구간	
				상한	하한
학생	교수	0.221	0.133	-0.099	0.542
	환자	0.124	0.061	-0.023	0.270
교수	학생	-0.221	0.133	-0.542	0.099
	환자	-0.098	0.132	-0.416	0.221
환자	학생	-0.124	0.061	-0.270	0.023
	교수	0.098	0.132	-0.221	0.416

*: P<0.5, **: P<0.1

[표 IV-10]을 살펴보면, 환경·제도 관련 요인에서는 학생, 교수, 환자 집단간의 통계적으로 유의한 차이로 나타나진 않았다.

3) 연구결과 종합 및 논의

의사-환자간 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인은 다음과 같이 요약할 수 있다. 첫째, 의사와 관련된 요인으로는 환자 면담기법에 관한 숙련도 및 면담내용에 관한 지식이 중요한 것으로 나타났다. 둘째, 환자와 관련된 요인으로는 환자 문제의 심각성과 환자의 심리적 상태, 환자의 문제유형이 중요한 영향을 끼치는 것으로 나타났다. 환자문제의 심각성은 교수와 학생 모두가 영향을 미치는 요인으로 지적하였을 뿐만 아니라, 환자들이 지적한 면담에 영향을 미치는 요인이었다. 응답 집단에 따라 차이가 있기는 하지만, 이 세 가지 요인들 외에도 의사에 대한 환자의 기대, 환자의 언어구사 능력은 중요한 요인으로 인식되었다. 셋째, 환경·제도적 요인에서는 교수, 환자, 학생 집단 모두에서 1일 면담 환자수를 의미 있는 항목으로 생각하였다. 넷째, 의사-환자간 효과적인 의사소통에 있어서 상대적으로 비중이 낮게 평가된 요인은 환자의 나이, 성별, 진료실 환경 등이었다.

의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 영향 요인에 대한 교수, 학생 및 환자들의 인식 차이 분석 결과 일정한 유사성과 차이점이 있다. 교수와 학생들은 응답 결과는 유사성이 높은 반면, 이 두 집단과 환자들이 제시한 의견 사이에는 차이점이 더 많았다. 예를 들어, 세 집단 모두 의사와 관련된 요인을 가장 큰 영향 요인으로 인식한 반면, 교수와 학생들은 의사의 면담기법에 대한 숙련도 및 내용에 대한 지식을 가

장 중요하게 보았으며, 환자들은 의사소통에 대한 의사의 자기 확신이 중요하다고 생각하였다.

환자 문제의 심각성 정도는 의사-환자간 의사소통에 중요한 영향을 끼치는 것으로 나타났는데, 특히 환자들은 이 요인을 의사소통에 영향을 미치는 유일한 환자관련 요인으로 생각하고 있었다. 교수나 학생들은 이외에도 환자의 심리적 상태, 환자의 문제유형 및 의사에 대한 환자의 기대 등이 의사소통에 영향을 미치는 요소로 생각하고 있어 환자와 관련된 요인에 있어 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다.

학생과 교수들은 환경·제도적 요인을 다른 요인들보다 상대적으로 낮게 평가한 반면에 환자들은 환자와 관련된 요인보다 더 중요한 요인으로 평가했다. 이러한 결과는 실제로 환자가 환경·제도 관련 요인을 환자와 관련된 요인보다 더 중요하게 생각하는 것으로 해석이 가능하다. 그러나 환자들이 의사와의 의사소통에 영향을 끼칠 수 있다는 것에 대해 아직은 불확실해하며, 의사-환자 면담에서 환자 관련 요인의 비중을 과소평가하고 있는 것으로도 해석할 수 있다. 예를 들어, 교수나 학생들은 의사에 대한 환자의 기대가 의사소통에 영향을 많이 끼친다고 생각했던 데 비해, 환자들은 이 요인이 자신과 직접 관련되어있음에도 불구하고 그다지 중요하지 않은 것으로 평가했다.

결론적으로 의사 관련 요인은 의사-환자 의사소통에서 가장 중요한 것으로 인식되고 있으며, 이에 비해 환자관련 요인과 환경·제도관련 요인은 상대적으로 그 중요성이 낮게 인식되고 있다. 이것은 이 요인들의 중요성이 실제로 낮아서라기보다는 의사소통의 여러 다양한 측면에 대한 인식이 충분하지 못함에서 비롯되었을 가능성이 있다. 의사-환자 의사소통이 단순히 의사와 관련된 요인의 개선을 통해 향상될 수 없기 때문에 환자 관련 요인이나 환경·제도적 측면에 대한 관심을 유도하는 것이 향후 의사소통 교육의 과제라고 할 수 있다.

2. 의사소통 기술 항목별 중요도

의사소통 기술의 중요도에 대한 교수 및 환자 인식 조사 결과를 의사소통 기술 영역별로 나타낸 기술통계량은 [표 IV-11]과 같다.

[표 IV-11] 의사소통 기술 중요도에 대한 기술통계량

의사소통 기술	교수			환자			교수 & 환자		
	사례수	평균	표준 편차	사례수	평균	표준 편차	사례수	평균	표준 편차
면담시작	24	4.44	0.38	215	3.78	0.54	239	3.85	0.56
정보수집	24	4.03	0.50	216	3.75	0.54	240	3.77	0.54
계획수립	24	3.94	0.51	216	3.73	0.47	240	3.75	0.47
면담종료	24	4.29	0.45	216	3.77	0.59	240	3.82	0.60
관계형성	24	4.00	0.53	216	3.69	0.58	240	3.72	0.58

[표 IV-11]을 살펴보면, 교수 집단에서 의사소통 기술의 요인 중 의사-환자 면담에서 중요하게 생각되는 것은 면담시작인 것으로 나타났다. 그 뒤로는 면담종료, 정보수집, 관계형성, 계획수립의 순으로 나타났다. 환자 집단에서 의사소통 기술의 요인 중 의사-환자 면담에서 중요하게 생각되는 것은 면담시작인 것으로 나타났다. 그 뒤로는 면담종료와 정보수집, 계획수립, 관계형성의 순으로 나타났다. 중요도 순서는 교수집단과 유사하였으나 요인들 간의 중요도 차이는 교수집단의 요인간 중요도 차이보다 적게 나타났다. 두 그룹을 합한 교수와 환자 집단에서 역시 면담시작이 가장 중요한 기술로 나타났으며 그 다음으로 면담종료와 정보수집, 계획수립, 관계형성 순으로 중요성이 나타났다.

1) 면담시작 영역

[표 IV-12]는 면담 시작 영역 기술 항목 중요도에 대한 교수, 환자의 인식을 나타낸 것이다. 교수 집단의 경우 면담시작 전 영역에 걸쳐서 4점 이상의 중요도를 나타냈다. 가장 중요하게 생각하는 영역으로는 환자에 대한 관심 보여주기였으며, 환자 집단에서도 가장 중요하다고 생각한 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기가 다음으로 중요한 항목으로 나타났다. 환자의 경우 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기만이 4점 이상의 값을 나타냈으며 다음으로 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기를 중요하게 생각하는 것으로 나타났다.

[표 IV-12] 면담 시작 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식

면담 시작 영역 기술 항목	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1. 인사하기	4.42	0.58	3.35	1.03
2. 환자 이름 확인하기	4.33	0.56	3.44	1.13
3. 자신에 대해 소개하기	4.08	0.72	3.80	1.03
4. 환자에 대한 관심 보여 주기	4.71	0.46	3.93	0.91
5. 개방형 질문 사용하기 (환자의 내원 이유를 확인하기 위해)	4.42	0.65	3.81	0.93
6. 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기	4.67	0.56	4.07	0.85
7. 환자가 진술한 내용을 확인하고 다른 문제가 있는지 확인하기	4.33	0.76	3.87	0.87
8. 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기	4.58	0.58	3.98	0.86

2) 정보수집 영역

[표 IV-13]은 면담 시작 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식에 대한 조사 결과를 나

타낸 것이다. 정보수집 영역에서는 교수 집단의 경우 환자가 자신이 가진 문제의 이력을 말하도록 장려하기와 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견 제시하기가 가장 중요한 것으로 나타났다. 다음으로 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기, 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기 순으로 나타났다. 환자그룹의 경우 4점 이상의 항목은 없었으며, 환자그룹에서 중요하다고 생각한 하위 항목으로는 환자가 자신의 지각을 표현하도록 장려하기와 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기, 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기 순으로 나타났다.

[표 IV-13] 정보수집 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식

정보 수집 영역 기술 항목	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1. 환자가 자신이 가진 문제의 과거력을 말하도록 장려하기	4.29	0.62	3.80	0.87
2. 개방형, 폐쇄형 질문 기법을 적절하게 사용하기	3.96	0.62	3.72	0.98
3. 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기	4.21	0.83	3.86	0.90
4. 환자의 언어적, 비언어적 반응 촉진하기	3.58	0.93	3.83	0.96
5. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기	3.92	0.83	3.42	0.90
6. 분명하지 않은 환자의 진술을 명확하게 하기	4.04	0.46	3.55	0.91
7. 환자의 진술을 일정한 간격으로 요약하기	3.88	0.95	3.75	0.90
8. 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견 제시하기	4.29	0.69	3.84	0.88
9. 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기	4.25	0.61	3.86	0.91
10. 환자의 생각, 관심(걱정), 기대(목표) 등에 대해 탐색하기	4.08	0.78	3.72	0.86
11. 환자가 자신의 지각(감정, 의견)을 표현하도록 장려하기	3.79	0.93	3.88	0.82

3) 설명·계획수립 영역

[표 IV-14]는 설명·계획 수립 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식을 나타낸 것이다. 설명·계획 수립 영역에서 교수집단은 환자가 치료계획을 받아 드리는지 확인하기, 환자에게 관련 정보를 제공하기, 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기 등이 중요한 항목으로 나타났으며 환자집단에서는 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획 세우기, 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기, 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하기 등이 중요한 것으로 나타났다.

[표 IV-14] 설명·계획수립 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식

설명·계획수립 영역 기술 항목	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1. 환자에게 관련 정보를 제공하기	4.25	0.74	3.76	0.76
2. 환자가 이미 어떤 정보를 알고 있는지 평가하기	3.67	1.01	3.53	0.90
3. 환자가 원하는 정보의 수준이 어느 정도인지 확인하기	3.58	0.65	3.73	0.91
4. 다른 궁금한 정보가 있는지 물어보기 (원인, 예후 등)	3.92	0.83	3.79	0.87
5. 적절한 시점에 설명해 주기 (조기에 정보를 제공하지 않기)	3.71	0.75	3.69	0.91
6. 내용을 논리적 순서로 설명하기	3.92	0.78	3.68	0.91
7. 내용을 영역별로 범주화해서 설명하기	3.42	0.93	3.70	0.95
8. 설명 내용을 분명하게 이해하도록 반복 또는 요약해 주기	3.83	0.82	3.65	0.93
9. 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기 (전문용어 사용 않기)	4.25	0.85	3.87	0.93
10. 시각적인 자료를 활용해서 설명해 주기 (그림, 모델 등)	3.75	0.85	3.69	0.97
11. 환자가 설명을 이해하고 있는지 확인하기	4.08	0.97	3.70	0.91
12. 환자가 제시한 생각, 관심 및 기대와 관련지어 설명하기	3.79	0.78	3.67	0.85
13. 환자가 질문할 수 있는 기회 제공하기	4.25	0.85	3.74	0.96

[표 IV-14] 설명·계획수립 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식 (계속)

설명·계획수립 영역 기술 항목	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
14. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (환자의 요구, 질문, 정보의 과다함, 걱정 등)	3.83	0.87	3.63	0.92
15. 의사의 설명에 대한 환자의 반응, 신뢰 및 감정 파악하기	3.83	0.87	3.77	0.89
16. 치료계획에 대한 의사 자신의 생각, 고민(dilemma)을 환자와 공유하기	3.96	0.75	3.43	1.00
17. 지시적인 설명보다는 환자의 제안, 선택을 고려해서 설명하기	3.79	0.98	3.75	0.93
18. 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하기	4.04	0.81	3.87	0.88
19. 의사결정을 하는데 환자가 참여하기 원하는 수준 확인하기	3.58	0.83	3.85	0.89
20. 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획 결정하기	3.83	0.92	3.88	0.89
21. 환자가 치료계획을 받아들이는지 확인하기	4.29	0.62	3.82	0.82
22. 환자의 문제가 어떻게 진행되고 있는지에 대해 의견 제시하기	4.00	0.72	3.86	0.85
23. 자신(의사)이 제시한 의견에 대한 근거 설명하기	3.92	0.72	3.75	0.89
24. 환자가 가진 문제의 심각성, 원인 및 기대되는 결과를 설명하기	4.21	0.78	3.85	0.96
25. 치료계획에 대한 환자의 반응, 믿음 및 관심 사항 파악하기	3.96	0.75	3.70	0.94
26. 치료하지 않을 경우, 약물치료, 수술, 비약물치료(운동, 상담 등) 등에 대해 환자와 의견 교환하기	3.96	0.75	3.81	0.90
27. 선택된 치료의 이름, 장·단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기	4.08	0.72	3.72	0.96
28. 치료계획, 장·단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기	4.08	0.72	3.65	0.99
29. 환자의 견해 수용하기 (필요하다면 다른 의견 제시하기)	4.08	0.58	3.72	0.91

[표 IV-14] 설명·계획수립 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식 (계속)

설명·계획수립 영역 기술 항목	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
30. 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기	3.83	0.76	3.67	0.96
31. 치료계획을 수립하는데 환자가 참여할 수 있도록 조장하기 (책임과 자기 확신을 위해서)	3.88	0.74	3.74	0.97
32. 환자에게 도움을 줄 수 있는 주변 여건에 대해 질문하기 (다른 가능한 지원에 대해 논의하기)	3.67	0.76	3.61	0.90
33. 치료시 환자가 경험하게 될 것과 결과가 어떻게 제시될 것인지 등과 관련한 절차에 대해 설명하기	4.13	0.68	3.75	0.98
34. 치료 계획을 향후 절차와 연계시켜서 설명하기 (치료 목적, 치료의 가치 등)	4.25	0.61	3.68	0.94
35. 환자들이 잠재적인 불안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기	4.17	0.70	3.76	0.94

4) 면담 구조화와 관계형성 영역

[표 VI-15]는 면담 구조화와 관계형성 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식을 나타낸 것이다. 관계형성 영역에서 교수그룹은 환자에게 신뢰성 보여주기 항목이 4.79 점으로 매우 중요한 수치를 나타냈으며 다음으로 신체검사 동안 검사 절차를 설명하고 동의 구하기와 환자에 대한 지지 제공하기가 중요한 것으로 나타났다. 환자그룹에서는 눈에 띄게 높은 중요도를 나타내는 하위 항목은 없었으며, 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사 및 질문에 대한 이유 설명하기와 환자에 대한 지지 제공하기가 중요한 것으로 나타났다.

[표 IV-15] 면담 구조화와 관계형성 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식

면담 구조화와 관계형성	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1. 다음 단계로 넘어가기 전에 면담 내용 요약하기 (의사 자신의 이해 정도를 확인하기 위해)	3.67	0.82	3.68	0.80
2. 이전 단계에서 다음 단계로 넘어가는 구분점 사용하기	3.33	0.82	3.65	1.00
3. 논리적인 순서로 면담을 구조화하기	3.58	0.58	3.57	0.98
4. 면담 요소별 시간을 고려하고 면담 주제에 집중하기	3.58	0.78	3.74	0.89
5. 적절한 비언어적 행동 보이기 (눈 맞춤, 표정, 몸짓, 목소리 등)	4.13	0.80	3.60	0.97
6. 면담을 방해하지 않는 방법으로 의무기록 작성하기	3.71	0.91	3.66	0.97
7. 환자에게 신뢰성 보여주기	4.79	0.41	3.71	0.98
8. 환자 견해 및 감정을 있는 그대로 받아들이기(판단하지 않기)	4.17	0.82	3.70	1.03
9. 환자의 감정과 상태를 이해하기 위해 공감 기법 사용하기	4.17	0.82	3.64	0.96
10. 환자에 대한 지지 제공하기 (환자에 대한 관심, 이해, 도움을 제공하겠다는 의지 표현 등)	4.25	0.68	3.78	0.96
11. 환자의 난처함, 면담 주제를 벗어나는 것, 신체적 고통 등과 같은 것들을 신중하게 다루기	4.21	0.72	3.65	1.00
12. 환자들과 자신의 생각을 공유하기 (환자의 참여를 위해)	3.96	0.81	3.76	0.94
13. 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사 및 질문에 대한 이유 설명하기	4.21	0.93	3.78	0.92
14. 신체검사 동안 검사 절차를 설명하고, 동의 구하기	4.29	0.69	3.75	0.86

5) 면담종료 영역

[표 IV-16]은 면담종료 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식을 나타낸 것이다. 면담 종료 영역에서 교수그룹은 전 영역에 걸쳐 4점 이상의 중요도를 인식하였으며 환자 그룹에서는 4점 이상의 중요 항목은 없었다.

[표 IV-16] 면담종료 영역 기술 항목 중요도에 대한 인식

면담종료 영역 기술 항목	교수		환자	
	평균	표준 편차	평균	표준 편차
1. 환자와 다음 단계에 대해 약속하기	4.08	0.78	3.70	0.88
2. 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 점을 설명하기	4.38	0.65	3.63	0.94
3. 면담을 간략하게 요약하고 치료계획을 분명하게 하기	4.46	0.59	3.83	0.89
4. 환자가 치료계획에 만족해하고 동의하는지 최종 확인하기	4.25	0.61	3.91	0.77

6) 연구결과 종합 및 논의

의사소통 기술 항목별 중요도 분석 결과를 종합하면 다음과 같다.

첫째, 면담 시작 영역에서, 교수들은 환자에 대한 관심 보여주기, 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기, 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기 등을 중요한 기술 항목으로 평가하였다. 환자들은 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기, 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기, ‘환자에 대한 관심 보여주기 항목의 중요도를 높게 평정하였다. 이러한 결과는 두 집단 모두 환자에 대한 관심 및 환자의 진술 내용 측면과 관련된 의사소통 기술을 중요하게 생각하고 있음을 나타내는 것이다.

둘째, 정보수집 영역에서, 교수들은 환자 자신이 가지고 있는 문제를 말하도록 장려하는 것이 중요하다고 인식하였다. 그 다음으로 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어를 사용하여 질문하고 그에 대해 의견을 제시하는 것이 중요하다고 하였다. 환자들은 환자 스스로 지각하는 감정이나 의견을 표현하는 것이 정보수집 영역에서 중요

도가 높다고 평가하였다.

셋째, 설명·계획수립 영역에서, 교수들은 우선적으로 환자가 치료계획을 받아들이는가에 대해 확인하는 것을 중요한 항목으로 생각하였다. 그 다음으로는 환자에게 관련 정보를 제공하고, 이를 쉬운 말로 설명해 주며, 환자에게 질문할 수 있는 기회를 제공하는 것이 중요하다고 평가하였다. 환자들은 환자 자신과 의사 상호간에 수용할만한 치료계획을 결정하는 것이 가장 중요하다고 지적하였다. 그 다음으로는 진단 시 전문용어를 피하고 쉬운 말로서 관련 정보를 제공하는 것이 중요하다고 인식하였다.

넷째, 면담 구조화와 관계형성 영역에서, 교수들은 환자에게 신뢰성을 보여주는 것, 검사에 대한 절차를 설명하고, 그에 대한 동의를 얻는 것이 중요하다고 판단하였다. 환자들은 진단 절차 및 이유를 설명하는 것, 환자에 대한 지지를 제공하는 것이 중요하다고 하였다. 즉, 환자들은 본인의 입장을 충분히 이해시켜주는 의사-환자 관계 형성을 중요하게 생각하고 있다.

다섯째, 면담종료 영역에서, 교수들은 면담을 요약하고 치료계획을 분명히 확인하는 것이 중요하다고 지적하였다. 그러나 환자들은 환자가 치료계획에 대해 만족하고 있는지를 확인하는 것이 중요하다고 응답하였다.

결과적으로 교수들은 의사중심의 판단과 치료계획을 환자에게 이해시키려는 성향이 강한 측면을 보였다. 즉, 의사가 계획하고 있는 의사소통 계획을 주도적으로 이끌어 가며, 그러한 과정을 환자에게 타당하게 이해시키려는 인식을 강하게 가지고 있다. 반면에 환자들은 환자들의 의견을 존중하며, 본인들이 쉽게 이해할 수 있는 언어 사용 등을 강조하였다. 환자들은 진단에 대한 의사결정이 환자입장에서 진행될 수 있는 환경을 조성하는 것이 중요하다고 판단하고 있다.

3. 의사소통 기술 중요도와 현재 수준간의 차이

본 절에서는 의사-환자간 효과적인 의사소통을 위해 필요한 기술에 대한 중요도 인식과 현재 의과대학 졸업생 및 의사들이 갖고 있는 의사소통 기술 수준과의 차이를 분석하였다.

1) 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 집단별 차이

(1) 전체 집단

[표 IV-17]은 의사소통 기술 중요도와 의사들의 현재 수준에 대한 차이를 분석한 결과이다.

[표 IV-17] 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 차이 분석

영역	구분	사례수	평균	차이검정			
				평균차	표준편차	표준오차	t
면담시작	중요도	239	3.85	0.59	0.88	0.06	10.29**
	현재수준	239	3.26				
정보수집	중요도	240	3.77	0.56	0.81	0.05	10.66**
	현재수준	240	3.22				
설명·계획수립	중요도	240	3.75	0.60	0.75	0.05	12.36**
	현재수준	240	3.15				
면담 구조화 및 관계형성	중요도	240	3.72	0.56	0.80	0.05	10.80**
	현재수준	240	3.16				
면담종료	중요도	240	3.82	0.58	0.85	0.06	10.54**
	현재수준	240	3.24				

*: P<0.5, **: P<0.1

표를 살펴보면, 교수집단과 환자 집단 모두의 응답 결과를 합하여 평균차 검정을 실시한 결과이다. 특히 본 조사에서는 각 영역마다 중요도와 현재수준으로 구분하여 조사하였다. 본 연구 결과는 의사소통 기술의 모든 영역에 걸쳐서 중요도와 현재수준간의 유의미한 차이가 있음을 보여준다. Paired Differences의 평균차는 각 영역별 중요도와 현재 수준간의 차이를 보여주는 것이며 이 수치가 양의 값을 갖게 되면 중요하게 생각하는 정도가 현재 수준보다 높다는 것이다. 이는 현재 의사소통 기술의 수준이 의사-환자간 면담에서 중요하게 여겨지는 수준에는 미치지 못한다는 것을 뜻한다. 의사소통 기술의 중요도와 현재 수준 간의 차이를 분석하는데 있어서 중요도와 현재수준 측면 모두 기술 영역 중 면담시작이 가장 중요한 기술로 나타났다. 그 다음으로 면담종료, 정보수집, 설명계획수립, 관계형성 순으로 분석되었다.

(2) 교수

[표 IV-18]은 의사소통 기술 중요도와 의사들의 현재 수준에 대한 교수들의 인식 차이를 분석한 결과이다. 교수그룹 역시 5개의 전 영역에 걸쳐 중요한 수준과 현재 수준 간에 유의미한 차이가 있음을 보여주며 평균차 역시 양의 값을 나타내기 때문에 면담에서 중요하게 여겨지는 의사소통 기술 수준에 비해 현재 수준이 미치지 못함을 알 수 있다. 또한 평균차가 총합그룹에 비해 크게 나타나는 것으로 보아 환자 그룹보다 의사 그룹에서 이상적인 의사소통 수준과 그들이 인식하고 있는 실제 의사소통 수준간의 차이가 크게 나타남을 알 수 있다. 특히 의사소통 기술 중 면담시작에 대한 중요도와 현재수준 간의 평균차이가 1.66으로 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 면담시작 영역이 중요도가 가장 높음에도 불구하고, 현재수준에서는 상대적으로 그 인식이 낮은 것으로 해석될 수 있다.

[표 IV-18] 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 교수 인식 차이

영역	구분	사례수	평균	차이검정			t
				평균차	표준편차	표준오차	
면담시작	중요도	24	4.44	1.66	0.77	0.16	10.52**
	현재수준	24	2.79				
정보수집	중요도	24	4.03	1.48	0.59	0.12	12.32**
	현재수준	24	2.54				
설명계획수립	중요도	24	3.94	1.50	0.59	0.12	12.42**
	현재수준	24	2.43				
면담 구조화 및 관계형성	중요도	24	4.00	1.49	0.48	0.10	15.03**
	현재수준	24	2.52				
면담종료	중요도	24	4.29	1.47	0.90	0.18	7.98**
	현재수준	24	2.82				

*, P<0.5, **: P<0.1

(3) 환자

[표 IV-19]는 의사소통 기술 중요도와 의사들의 현재 수준에 대한 환자들의 인식 차이를 분석한 결과이다. 환자 그룹의 평균차 검정 결과에서도 역시 5개의 전 영역에 걸쳐 중요한 수준과 현재 수준 간에 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 평균차 값이 양의 값을 갖는 것으로 보아 환자 그룹 역시 면담에서 중요하게 여겨지는 의사소통 기술 수준에 비해 졸업생들의 현재 수준이 낮다고 할 수 있다. 교수 집단과 마찬가지로 환자 집단에서도 의사소통 기술영역 중 면담시작 영역이 가장 중요하고, 졸업생의 현재 수준도 가장 높은 것으로 나타났다. 전체적으로는 교수 집단보다 각 의사소통 단계별 중요도 평균이 낮은 것으로 나타났다.

[표 IV-19] 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 환자 인식 차이

영역	구분	사례수	평균	차이검정			t
				평균차	표준편차	표준오차	
면담시작	중요도	215	3.78	0.47	0.81	0.06	8.45**
	현재수준	215	3.32				
정보수집	중요도	216	3.75	0.45	0.77	0.05	8.73**
	현재수준	216	3.29				
설명계획수립	중요도	216	3.73	0.50	0.69	0.05	10.50**
	현재수준	216	3.23				
면담 구조화 및 관계형성	중요도	216	3.69	0.46	0.76	0.05	8.78**
	현재수준	216	3.24				
면담종료	중요도	216	3.77	0.48	0.79	0.05	8.96**
	현재수준	216	3.28				

*: P<0.5, **: P<0.1

2) 의사소통 기술 중요도와 현재 수준 조사 영역별 차이

(1) 면담 시작 영역

[표 IV-20]을 살펴보면, 교수집단의 경우 면담시작영역 중 환자에 대한 관심 보여 주기가 가장 중요한 것으로 나타났다. 반면, 환자집단의 경우 환자의 진술을 주의 깊게 경청하는 것이 가장 중요하다고 나타나, 교수집단과 환자집단이 중요하게 생각하는 것에는 차이가 있다는 것을 알 수 있다. 중요도와 현재 수준 간의 차이를 살펴보면 환자집단에서 인사하기를 제외하고, 교수-환자집단에서 면담시작영역의 모든 항목에서 중요도와 현재 수준 간 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 교수집단에서 환자에 대한 관심 보여주기는 2.04의 평균 차이를 보이며, 중요도와 현재 수준 간 가장 심한 격차를 보이는 것으로 나타났다. 교수집단의 경우 평균 1.5 정도로

중요도와 현재 수준 간 격차가 벌어지는 것으로 나타났다. 그러나 환자집단의 경우 유의미한 차이를 보이고 있으나, 중요도와 현재 수준 간의 차이가 교수집단에 비해 크지 않은 것으로 나타났다.

[표 IV-20] 면담 시작 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이

면담 시작 영역 의사소통 기술	구분	교수 (N=24)		환자(N=215)	
		평균	t	평균	t
1. 인사하기	중요도	4.42	6.06**	3.35	0.34
	현재	2.96		3.32	
2. 환자 이름 확인하기	중요도	4.33	5.63**	3.44	2.57**
	현재	3.04		3.19	
3. 자신에 대해 소개하기	중요도	4.08	5.91 **	3.80	7.29**
	현재	2.46		3.15	
4. 환자에 대한 관심 보여 주기	중요도	4.71	10.01**	3.93	6.92**
	현재	2.67		3.30	
5. 개방형 질문 사용하기 (환자의 내원 이유를 확인하기 위해)	중요도	4.42	7.45**	3.81	5.08**
	현재	2.71		3.40	
6. 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기	중요도	4.67	6.39**	4.07	8.44**
	현재	3.04		3.38	
7. 환자가 진술한 내용을 확인하고 다른 문제가 있는지 확인하기	중요도	4.33	8.54**	3.87	6.16**
	현재	2.79		3.37	
8. 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기	중요도	4.58	9.60**	3.98	6.84**
	현재	2.63		3.42	

*, P<0.5, **, P<0.1

(2) 정보 수집 영역

[표 IV-21]을 살펴보면, 교수집단의 경우 정보수집영역 중 환자가 자신이 가진 문제의 이력을 말하도록 장려하는 것과 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 것이 가장 중요한 것으로 나타났다. 반면, 환자들은 자신의 지각(감정, 의견)을 표현하도록 장려하는 것이 가장 중요하다고 생각하는 것으로 나타났

다. 정보수집영역에서는 환자집단에서 언어적, 비언어적 단서 포착하기 항목을 제외하고, 교수-환자집단에서 정보수집영역의 모든 항목에서 중요도와 현재 수준 간 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 특히 교수집단의 경우 가장 중요하다고 생각되는 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 항목이 그 현재수준과의 격차가 가장 심한 것으로 나타났다. 이는 그 중요도가 높음에도, 현재수준이 이를 따라가지 못하기 때문으로 생각된다. 환자집단의 경우 교수집단에서와 같이 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 항목에서 격차가 가장 심한 것으로 나타났으나, 이러한 격차는 교수집단에서의 격차보다 현저하게 낮은 것으로 나타났다. 이는 환자들이 인식하는 중요도가 교수집단에서 인식하는 중요도보다 낮으며, 그 현재수준의 경우 교수집단이 인식하는 것보다 높기 때문으로 추정된다.

[표 IV-21] 정보 수집 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이

정보 수집 영역 의사소통 기술	구분	교수 (N=24)		환자(N=215)	
		평균	t	평균	t
9. 환자가 자신이 가진 문제의 이력(history)을 말하도록 장려하기	중요도	4.29	6.82**	3.80	5.03**
	현재	3.04		3.39	
10. 개방형, 폐쇄형 질문 기법을 적절하게 사용하기	중요도	3.96	7.69**	3.72	5.32**
	현재	2.58		3.25	
11. 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기	중요도	4.21	5.73**	3.86	6.76***
	현재	2.67		3.29	
12. 환자의 언어적, 비언어적 반응 촉진하기 (침묵, 반복, 해석 등의 기법 사용)	중요도	3.57	6.75**	3.83	6.56**
	현재	2.39		3.31	
13. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (몸짓, 표현, 감정 등)	중요도	3.92	7.73**	3.42	1.33
	현재	2.21		3.32	
14. 분명하지 않은 환자의 진술을 명확하게 하기	중요도	4.04	10.84**	3.54	3.72**
	현재	2.46		3.25	
15. 환자의 진술을 일정한 간격으로 요약하기 (자신이 정확하게 이해했는지를 확인하기 위해)	중요도	3.88	7.19**	3.75	4.30**
	현재	2.38		3.38	

16. 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견 제시하기	중요도	4.29	14.13**	3.84	7.36**
	현재	2.54		3.23	
17. 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기	중요도	4.25	6.97**	3.86	6.29**
	현재	2.96		3.32	
18. 환자의 생각, 관심(걱정), 기대(목표) 등에 대해 탐색하기	중요도	4.08	6.91**	3.72	6.48**
	현재	2.58		3.20	
19. 환자가 자신의 지각(감정, 의견)을 표현하도록 장려하기	중요도	3.78	6.45**	3.88	8.05**
	현재	2.17		3.26	

*: P<0.5, **: P<0.1

(3) 설명·치료계획 영역

[표 IV-22]를 살펴보면, 설명·계획 수립영역에서 교수집단은 환자의 치료계획 수용여부가 가장 중요하다고 판단하였다. 또한 그 다음으로는 환자에게 관련된 정보를 제공하거나 환자를 이해하도록 설명하는 것이 중요하다고 나타났다. 환자집단인 경우 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획을 결정하는 것이 가장 중요도가 높은 것으로 인식되었다. 그 다음으로는 환자가 이해하기 쉬운 용어로 설명하기와 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하는 것을 중요하게 생각하였다. 교수집단은 주로 주도적인 진료과정을 환자에게 이해시키는 것에 주안점을 둔 반면에 환자집단인 경우 의사와 충분한 의견개진 후 치료계획을 수용하는 것에 중요성을 두었다.

[표 IV-22] 설명·계획 수립 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이

설명·계획 수립 영역 의사소통 기술	구분	교수 (N=24)		환자(N=215)	
		평균	t	평균	t
20. 환자에게 관련 정보를 제공하기	중요도	4.25	12.39**	3.76	5.91**
	현재	2.38		3.35	
21. 환자가 이미 어떤 정보를 알고 있는지 평가하기	중요도	3.67	6.81**	3.53	4.35**
	현재	2.25		3.16	

22. 환자가 원하는 정보의 수준이 어느 정도인지 확인하기	중요도	3.58	8.17**	3.73	5.53**
	현재	2.21		3.25	
23. 다른 궁금한 정보가 있는지 물어보기 (원인, 예후 등)	중요도	3.92	8.17**	3.79	5.50**
	현재	2.54		3.31	
24. 적절한 시점에 설명해 주기 (조기에 정보를 제공하지 않기)	중요도	3.71	7.88**	3.69	6.09**
	현재	2.29		3.18	
25. 내용을 논리적 순서로 설명하기	중요도	3.92	7.88**	3.68	3.78**
	현재	2.50		3.34	
26. 내용을 영역별로 범주화해서 설명하기	중요도	3.42	6.48**	3.70	6.51**
	현재	2.29		3.18	
27. 설명 내용을 분명하게 이해하도록 반복 또는 요약해 주기	중요도	3.83	7.51**	3.65	3.68**
	현재	2.33		3.29	
28. 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기 (전문용어 사용하지 않기)	중요도	4.25	6.72**	3.87	8.15**
	현재	2.79		3.18	
29. 시각적인 자료를 활용해서 설명해 주기 (그림, 모델 등)	중요도	3.75	4.26**	3.69	5.47**
	현재	2.58		3.20	
30. 환자가 설명을 이해하고 있는지 확인하기	중요도	4.08	6.91**	3.70	5.39**
	현재	2.58		3.20	
31. 환자가 제시한 생각, 관심 및 기대와 관련지어 설명하기	중요도	3.79	8.36**	3.67	6.27**
	현재	2.38		3.13	
32. 환자가 질문할 수 있는 기회 제공하기	중요도	4.25	7.95**	3.74	6.13**
	현재	2.42		3.21	
33. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (환자의 요구, 질문, 정보의 과다함, 걱정 등)	중요도	3.83	7.00**	3.63	5.12**
	현재	2.38		3.17	
34. 의사의 설명에 대한 환자의 반응, 신뢰 및 감정 파악하기	중요도	3.83	7.51**	3.77	5.58**
	현재	2.33		3.30	
35. 치료계획에 대한 의사 자신의 생각, 고민(dilemma)을 환자와 공유하기	중요도	3.96	8.10**	3.43	1.91
	현재	2.29		3.27	
36. 지시적인 설명보다는 환자의 제안, 선택을 고려해서 설명하기	중요도	3.79	6.99**	3.75	9.24**
	현재	2.13		3.03	
37. 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하기	중요도	4.04	8.30**	3.87	5.74**
	현재	2.29		3.35	
38. 의사결정을 하는데 환자가 참여하기 원하는 수준 확인하기	중요도	3.58	6.62**	3.85	7.82**
	현재	2.29		3.22	

39. 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획 결정하기	중요도	3.83	6.48**	3.88	5.82**
	현재	2.50		3.38	
40. 환자가 치료계획을 받아들여는지 확인하기	중요도	4.29	8.10**	3.82	6.91**
	현재	2.63		3.26	
41. 환자의 문제가 어떻게 진행되고 있는지에 대해 의견 제시하기	중요도	4.00	6.48**	3.86	5.85**
	현재	2.75		3.37	
42. 자신(의사)이 제시한 의견에 대한 근거 설명하기	중요도	3.92	6.94**	3.75	7.36**
	현재	2.54		3.19	
43. 환자가 가진 문제의 심각성, 원인 및 기대되는 결과를 설명하기	중요도	4.21	5.70**	3.85	6.04**
	현재	2.96		3.33	
44. 치료계획에 대한 환자의 반응, 믿음 및 관심 사항 파악하기	중요도	3.96	7.00**	3.70	5.65**
	현재	2.50		3.21	
45. 치료하지 않을 경우, 약물치료, 수술, 비약물치료(운동, 상담 등) 등에 대해 환자와 의견 교환하기	중요도	3.96	7.96**	3.81	7.31**
	현재	2.38		3.18	
46. 선택된 치료의 이름, 장-단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기	중요도	4.08	6.30**	3.72	5.47**
	현재	2.67		3.22	
47. 치료계획, 장-단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기	중요도	4.08	8.37**	3.65	4.52**
	현재	2.38		3.27	
48. 환자의 견해 수용하기 (필요하다면 다른 의견 제시하기)	중요도	4.08	9.26**	3.72	6.85**
	현재	2.21		3.12	
49. 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기	중요도	3.83	10.00**	3.67	5.65**
	현재	2.17		3.15	
50. 치료계획을 수립하는데 환자가 참여할 수 있도록 조장하기 (책임과 자기 확신을 위해서)	중요도	3.88	9.09**	3.74	6.65**
	현재	2.25		3.22	
51. 환자에게 도움을 줄 수 있는 주변 여건에 대해 질문하기 (다른 가능한 지원에 대해 논의하기)	중요도	3.67	5.63**	3.61	5.04**
	현재	2.38		3.13	
52. 치료시 환자가 경험하게 될 것과 결과가 어떻게 제시될 것인지 등과 관련한 절차에 대해 설명하기	중요도	4.13	6.30**	3.75	6.62**
	현재	2.71		3.19	
53. 치료 계획을 향후 절차와 연계시켜서 설명하기 (치료 목적, 치료의 가치 등)	중요도	4.25	7.05**	3.68	4.78**
	현재	2.67		3.29	
54. 환자들이 잠재적인 불안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기	중요도	4.17	9.60**	3.76	5.84**
	현재	2.21		3.26	

*, P<0.5, **: P<0.1

(4) 면담 구조화 및 관계형성 영역

[표 IV-23]을 보면, 면담 구조화와 관계형성 영역에 있어서 교수집단은 환자에게 신뢰성을 보여주는 것이 중요하다고 인식하였다. 또한 그 다음으로는 신체검사에 대한 절차를 설명하고 동의를 얻으며, 환자에 대한 지지를 제공하는 것이 중요하다고 응답하였다. 반면에 환자집단인 경우, 환자에 대한 관심과 이해를 시키는 것이 중요하다고 하였으며, 또한 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사에 대한 정확한 시행이유에 대한 설명이 중요하다고 판단하였다.

[표 IV-23] 면담 구조화 및 관계형성 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이

면담 구조화 및 관계형성 영역 의사소통 기술	구분	교수 (N=24)		환자(N=215)	
		평균	t	평균	t
55. 다음 단계로 넘어가기 전에 면담 내용 요약하기 (의사 자신의 이해 정도를 확인하기 위해)	중요도	3.67	9.67**	3.68	5.75**
	현재	2.25		3.28	
56. 이전 단계에서 다음 단계로 넘어가는 구분점 사용하기	중요도	3.33	8.97**	3.65	7.21**
	현재	2.17		3.11	
57. 논리적인 순서로 면담을 구조화하기	중요도	3.58	5.25**	3.57	3.18**
	현재	2.58		3.30	
58. 면담 요소별 시간을 고려하고 면담 주제에 집중하기	중요도	3.58	7.50**	3.74	5.78**
	현재	2.42		3.27	
59. 적절한 비언어적 행동 보이기 (눈 맞춤, 표정, 몸짓, 목소리 등)	중요도	4.13	8.61**	3.60	3.81**
	현재	2.50		3.25	
60. 면담을 방해하지 않는 방법으로 의무기록 작성하기	중요도	3.71	7.69**	3.66	4.69**
	현재	2.33		3.24	
61. 환자에게 신뢰성 보여주기	중요도	4.79	12.17**	3.71	4.17**
	현재	3.00		3.32	
62. 환자의 견해 및 감정을 있는 그대로 받아들이기(판단하지 않기)	중요도	4.17	9.40**	3.70	6.21**
	현재	2.50		3.15	
63. 환자의 감정과 상태를 이해하기 위해 공감 기법 사용하기	중요도	4.17	9.65**	3.64	4.83**
	현재	2.54		3.19	
64. 환자에 대한 지지 제공하기 (환자에 대한 관심,	중요도	4.25	9.47**	3.78	6.19**
	현재				

이해, 도움을 제공하겠다는 의지 표현 등)	현재	2.88		3.21	
65. 환자의 난처함, 면담 주제를 벗어나는 것, 신체적 고통 등과 같은 것들을 신중하게 다루기	중요도	4.21	11.62**	3.65	4.54**
	현재	2.46		3.26	
66. 환자들과 자신의 생각을 공유하기 (환자의 참여를 위해)	중요도	3.96	7.12**	3.76	5.27**
	현재	2.54		3.29	
67. 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사 및 질문에 대한 이유 설명하기	중요도	4.21	9.08**	3.78	6.23**
	현재	2.46		3.21	
68. 신체검사 동안 검사 절차를 설명하고, 동의 구하기	중요도	4.29	8.90**	3.75	6.94**
	현재	2.625		3.20	

*: P<0.5, **: P<0.1

(5) 면담 종료 영역

[표 IV-24]를 보면, 면담종료 영역에서 교수집단은 면담을 간략하게 요약하고 치료계획을 분명히 결정짓는 것에 중요도를 높게 평가하였다. 그 다음으로는 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 진료계획 설명을 하는 것이 중요하다고 인식하였다. 반면 환자들은 경우 치료계획에 대한 환자의 만족도가 중요하다고 하였으며, 또한 치료계획에 대해 동의하는지에 대해 관심을 가지고 응답하였다.

[표 IV-24] 면담 종료 영역 의사소통 기술 중요도와 현재 수준에 대한 인식 차이

면담 종료 영역 의사소통 기술	구분	교수 (N=24)		환자(N=215)	
		평균	t	평균	t
69. 환자와 다음 단계에 대해 약속하기	중요도	4.08	4.66**	3.70	5.60**
	현재	3.00		3.31	
70. 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 점을 설명하기	중요도	4.38	4.29**	3.63	3.06**
	현재	3.04		3.39	
71. 면담을 간략하게 요약하고 치료계획을 분명하게 하기	중요도	4.46	7.98**	3.83	8.19**
	현재	2.71		3.20	
72. 환자가 치료계획에 만족해하고 동의하는지 최종 확인하기	중요도	4.25	9.21**	3.91	8.47**
	현재	2.54		3.24	

*: P<0.5, **: P<0.1

3) 연구결과 종합 및 논의

의사소통 기술의 중요도와 현재 수준 차이에 대한 분석 결과, 전체적으로 가장 중요도가 높은 의사소통 영역은 면담시작 영역으로 나타났다. 현재수준에서도 가장 높게 평가된 영역은 면담시작 영역이다. 각 집단별 및 영역별 분석 결과를 종합해보면 다음과 같다.

첫째, 교수들은 면담시작 영역을 가장 중요도가 높은 항목으로 인식하였으며, 졸업생의 현재수준은 면담종료 영역이 가장 높은 것으로 생각하였다. 환자들의 경우도 면담시작 영역의 중요도를 가장 높게 평가하였다.

둘째, 면담시작 영역의 경우, 교수들은 의사 자신이 환자에 대한 관심을 보여주는 것을 가장 중요하게 생각한 반면, 환자들은 자신들이 진술하는 내용을 의사가 주의 깊게 경청하는 것이 중요하다고 인식하였다.

셋째, 정보수집 영역의 경우, 교수들은 환자 자신이 가진 문제의 이력을 말하도록 장려하며, 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 것이 가장 중요한 것으로 판단하였다. 반면, 환자들은 자신의 지각(감정, 의견)을 의사에게 표현하도록 장려하는 것이 가장 중요하다고 생각하였다. 교수들은 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 기술이 중요도와 현재수준 간에 차이가 크다고 인식하였으며, 환자들은 환자 자신의 생각을 자유롭게 표현할 수 있는 것이 중요함에도 불구하고 의사-환자간 면담에서 이루어지는 현재 수준은 높지 않은 것으로 생각하였다.

넷째, 설명·계획 수립 영역에서, 교수들은 환자의 치료계획에 대한 수용여부가 매우 중요하다고 지적하였다. 그러나 환자들은 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 최

적의 치료계획을 설정하는 것이 중요하다고 인식하였다. 교수들은 환자들이 잠재적으로 불안해 할 수 있는 결과에 대해 질문할 수 있는 환경을 조성하는 것이 그 중요성에 비해 현실수준과의 차이가 매우 큰 기술 항목으로 생각하였다.

다섯째, 면담 구조화와 관계형성 영역에서, 교수들은 의사가 환자에게 신뢰성을 보여주는 것이 중요하다고 인식한 반면, 환자들은 환자에 대한 관심과 이해를 해주는 것이 중요하다고 인식하였다. 특히 교수들은 환자에게 신뢰성을 보여주는 기술 항목이 중요도와 현재수준 간에 차이가 가장 큰 것으로 생각하였다.

여섯째, 면담종료 영역의 경우, 교수들은 면담을 간략하게 요약하고, 치료계획을 분명히 결정짓는 기술에 중요도를 높게 평가하였다. 그러나 환자들은 치료계획에 대한 환자들의 동의 및 만족도 관련 항목을 중요하게 인식하였다.

이상과 같이 교수들은 면담의 계획 및 진행 과정을 주도적으로 관리하고, 자신의 치료계획을 환자들에게 이해·설득시키고, 지지를 받으려는 항목과 관련된 기술을 상대적으로 더 중요하다고 평가하였다. 그러나 환자들은 진료대상인 자신들이 의사-환자간 의사소통의 주체적 입장이 되어야 하고, 의사의 진료계획 및 방향이 환자 중심으로 이루어져야 하며, 환자의 감정·의견을 적극적으로 수렴하는 것과 관련된 기술을 중요하게 평가하였다. 따라서 본 연구결과에서 나타난 의사와 환자의 인식 차이, 중요도와 현재 수준과의 차이를 고려하여 의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발이 이루어져야 할 것으로 보인다.

V. 의사소통 기술 교육 프로그램

1. 의사소통 기술 함양을 위한 교육 내용

의사-환자간 효과적인 의사소통을 위해서는 의사들이 대면하게 되는 의사소통 대상의 특성에 따른 교육이 필요하다. 의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 요인에 대한 본 연구의 조사 결과에서도 교수, 학생 및 환자들은 환자가 가진 문제의 특성이 의사소통에 영향을 미치는 중요한 요소로 지적하였다. 본 절에서는 교수 및 임상실습 경험이 있는 4학년 학생들을 대상으로 의사소통 대상별 교육 필요성에 대한 인식을 조사하였다.

1) 의사소통 대상 환자별 교육 필요성

다음의 [표 V-1]은 효과적인 의사소통을 위해 교육이 필요한 특정 환자군에 대한 교수 및 학생들의 인식조사 결과를 나타낸 것이다. 효과적인 의사소통을 위해 반드시 교육이 필요한 특정 환자군은 ‘임종환자’인 것으로 나타났으며, ‘응급환자’나 ‘정신질환자’, ‘만성 질환자’, ‘폭력적인 환자’ 등에 대한 의사소통 교육을 필수적으로 해야 한다는 의견도 50%이상으로 나타났다. 한편, 효과적인 의사소통을 위해 반드시 교육이 권장되는 환자군은 ‘산모’, ‘알코올중독자’, ‘선천기형자’, ‘수술대기환자’, ‘화난 환자’ 등으로 나타났다. 병원내 타 직종과의 의사소통 교육은 상대적으로 필요성이 낮게 인식되었다.

[표 V-1] 의사소통 대상별 교육필요성에 대한 인식

구분	응급환자		소아 청소년		산모		임종환자		알코올 중독자		선천기형자	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
필수	55	66.3	40	48.2	38	46.3	62	74.7	25	30.1	21	25.6
권장	25	30.1	41	49.4	43	52.4	20	24.1	48	57.8	52	63.4
필요없음	3	3.6	2	2.4	1	1.2	1	1.2	10	12.0	9	11.0
합계	83	100	83	100	82	100	83	100	83	100	82	100

구분	정신 질환자		만성 질환자		수술 대기환자		화난 환자		폭력적 환자		병원내 타직종	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
필수	51	62.2	46	55.4	25	30.1	33	40.2	47	57.3	36	43.4
권장	28	34.1	34	41.0	50	60.2	46	56.1	31	37.8	36	43.4
필요없음	3	3.7	3	3.6	8	9.6	3	3.7	4	4.9	11	13.3
합계	82	100	83	100	83	100	82	100	82	100	83	100

2) 의사소통 주제별 교육 필요성

[표 V-2]는 효과적인 의사소통을 위해 교육이 필요한 주제군에 대한 교수 및 학생들의 인식조사 결과를 나타낸 것이다. 의사소통 주제와 관련된 교육 필요성에서는 ‘의료과오’에 대한 의사소통 수업의 필요성이 높게 나타났으며 ‘환자로부터 동의 얻기’나 ‘나쁜 소식’, ‘환자교육 방법’ 등의 의사소통 수업이 필수가 되어야 한다는 의견도 많았다. 사별상황, 병동회진, 성적문제 등과 관련한 주제는 권장되는 교육주제인 것으로 나타났다.

[표 V-2] 의사소통 주제별 교육 필요성에 대한 인식

구분	사별상황		환자불평		병동회진		성적 문제	
	N	%	N	%	N	%	N	%
필수	36	43.9	38	46.9	24	29.6	39	47.6
권장	41	50.0	39	48.1	50	61.7	42	51.2
필요없음	5	6.1	4	4.9	7	8.6	1	1.2
합계	82	100	81	100	81	100	82	100

구분	의료과오		나쁜 소식		환자 동의		환자교육	
	N	%	N	%	N	%	N	%
필수	61	75.3	46	56.1	50	61.0	41	50.6
권장	19	23.5	35	42.7	31	37.8	38	46.9
필요없음	1	1.2	1	1.2	1	1.2	2	2.5
합계	81	100	82	100	82	100	81	100

3) 의사소통 대상 환자별 및 주제별 교육 이수 여부

[표 V-3]은 의사소통 대상 환자별 교육이수 여부를 조사한 결과이다. 대상 환자별 교육에 대해서는 많은 학생들이 교육을 받지 못했다고 응답하였는데, 평균적으로 교육을 받았다고 응답한 비율은 37.2%, 교육을 받지 못했다고 응답한 비율은 62.8%인 것으로 나타났다. 특히, 알코올중독자, 선천성기형자, 수술대기환자, 병원내 타직종과의 의사소통에 대해서는 많은 학생들이 교육을 받지 못했다고 응답하였다. 반면, 응급환자, 임종환자, 정신질환자, 폭력적 환자 등에 대한 의사소통 교육을 50%이상의 학생들이 교육을 받았다고 응답하였다.

[표 V-3] 의사소통 대상별 교육 이수 여부

구분	응급환자		소아 청소년		산모		임종환자		알코올 중독자		선천기형자	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
교육받음	34	57.6	20	33.9	20	33.9	44	74.6	13	22.4	6	10.2
안받음	25	42.4	39	66.1	39	66.1	15	25.4	45	77.6	53	89.8
합계	59	100	59	100	59	100	59	100	58	100	59	100

구분	정신 질환자		만성 질환자		수술대기환자		화난 환자		폭력적 환자		병원내 타직종	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
교육받음	34	57.6	24	40.7	5	8.5	19	32.2	38	64.4	6	10.2
안받음	25	42.4	35	59.3	54	91.5	40	67.8	21	35.6	53	89.8
합계	59	100	59	100	59	100	59	100	59	100	59	100

[표 V-4]는 의사소통 주제별 교육이수 여부를 조사한 결과이다. 교육주제별 교육에 대해서는 대상 환자별 교육보다 더 많은 학생들이 교육을 받지 못했다고 응답하였는데, 평균적으로 교육을 받았다고 응답한 비율은 18.0%, 교육을 받지 못했다고 응답한 비율은 82.0%인 것으로 나타났다. 대부분의 교육주제에서 교육을 받지 못했다는 비율이 높았으며, 상대적으로 환자동의, 환자교육, 사별상황에 대한 교육 비중은 높았다. 본 연구에서 나타난 의사소통 교육이 필수가 되어야 한다는 의견이 75% 이상이었던 의료과오에 대해서는 14%의 학생들만이 교육을 받은 것으로 나타났으며 필수교육에 대한 50% 이상의 의견이 조사되었던 환자로부터 동의 얻거나 나쁜 소식, 환자교육 방법 역시 16~25%의 학생들만이 교육을 받은 것으로 나타났다.

[표 V-4] 의사소통 주제별 교육 이수 여부

구분	사별상황		환자불평		병동회진		성적 문제	
	N	%	N	%	N	%	N	%
교육받음	13	22.8	9	15.8	8	14.0	8	14.0
안받음	44	77.2	48	84.2	49	86.0	49	86.0
합계	57	100	57	100	57	100	57	100

구분	의료과오		나쁜 소식		환자 동의		환자교육	
	N	%	N	%	N	%	N	%
교육받음	8	14.0	9	16.1	13	22.8	14	24.6
안받음	49	86.0	47	83.9	44	77.2	43	75.4
합계	57	100	56	100	57	100	57	100

4) 의사소통 대상 환자별 및 주제별 적정 교육 시간수

[표 V-5]는 의사소통 대상 환자별 및 주제별 적정 교육 시간수에 대한 교수들의 의견을 수렴한 결과이다. 21개 주제에 대하여 강의 22.96시간, 실습 35.14시간으로 총 58.1시간이 적정 교육 시간수인 것으로 나타났으며, 강의보다는 실습교육 시간이 더 많이 필요한 것으로 조사되었다. 한편, 의사소통 대상 환자별에서는 응급환자나 소아청소년, 정신질환자, 만성질환자. 병원내 타 직종 종사자에 대한 강의 시간이나 실습시간이 높게 나타났다. 내용관련에서는 의료과오, 환자로부터 동의, 환자교육 방법에 대해서 강의 시간이나 실습시간이 높게 나타났다. 또한, 의사-환자간 의사소통 주제보다는 대상 환자별 교육 시간이 더 필요한 것으로 나타났다.

[표 V-5] 의사소통 대상 환자별 및 주제별 적정 교육 시간수

구분	강의시간					실습시간					총 시간
	N	최소	최대	평균	표준 편차	N	최소	최대	평균	표준 편차	
응급환자	17	0.5	4	1.44	0.83	14	1	8	2.71	2.40	4.15
소아 청소년	15	1	2	1.33	0.49	14	0.5	8	2.04	1.97	3.37
산모	17	0.5	4	1.21	0.83	15	1	4	1.53	0.92	2.74
임종환자	15	0.5	4	1.47	0.90	16	0.5	8	2.06	1.83	3.53
알코올 중독자	12	0.5	2	1.00	0.52	11	0.5	4	1.55	1.11	2.55
선천기형자	14	0.5	2	1.00	0.34	12	0.5	4	1.54	1.10	2.54
정신 질환자	15	0.5	2	1.27	0.56	16	0.5	8	1.88	1.77	3.15
만성 질환자	17	0.5	2	1.06	0.50	16	0.5	8	2.22	2.34	3.28
수술대기환자	16	0.5	2	1.19	0.51	16	0.5	4	1.66	1.15	2.85
화난 환자	17	0.5	2	1.06	0.39	17	0.5	4	1.59	0.92	2.65
폭력적 환자	14	0.5	2	1.04	0.46	14	0.5	8	1.96	1.87	3.00
병원내 타직종	13	1	2	1.38	0.51	14	0.5	8	2.07	1.97	3.45
사별상황	14	0.5	2	1.04	0.57	14	0.5	4	1.50	1.00	2.54
환자불평	13	0.5	2	1.08	0.45	15	0.5	3	1.40	0.71	2.48
병동회진	15	0.5	2	0.93	0.50	12	0.5	3	1.25	0.81	2.18
성적 문제	15	0.5	2	0.87	0.40	13	0.5	4	1.50	1.14	2.37
의료과오	17	0.5	2	1.24	0.53	14	0.5	8	1.89	2.03	3.13
나쁜 소식	13	0.5	2	0.92	0.40	15	0.5	4	1.43	1.00	2.35
환자 동의	14	0.5	4	1.18	0.89	13	0.5	4	1.65	1.26	2.83
환자교육	16	1	2	1.25	0.45	14	0.5	4	1.71	1.19	2.96
합계				22.96					35.14		58.1 0

5) 연구결과 종합 및 논의

교수 및 임상실습 경험이 있는 4학년 학생들은 임종환자에 대한 의사소통 교육이 반드시 필요하다고 인식하고 있었다. 최근 임종환자, 혹은 그 가족과 의사소통해야 되는 경우가 더욱 흔해지고 있다. 그 이유는 경제수준 및 의료수준이 높아지면서, 예전 같으면 오지 않거나 혹은 짧은 임종 시간을 지낼 말기 환자들이 병원에 더 자주, 더 오래 병원에 있는 경향이 많아졌으며, 만성고질병이 상대적으로 증가하여 불치판정을 받고 임종까지의 오래 견디는 경우도 많아졌기 때문이다. 또한 응급환자나 정신질환자, 만성질환자, 폭력적인 환자에 대한 의사소통 교육의 필요성을 지적하는 경우가 많았다. 특히 응급환자, 정신질환자, 폭력적인 환자의 경우는 그들이 처한 상황의 긴급함이나 스트레스 및 인성적 특성 때문에 의사소통이 원활히 되기 어려운 환자군이다.

의사소통 주제별 교육의 필요성은 의료과오가 가장 높았다. 의료과오란 의료인이 의료행위를 함에 있어서 통상의 의료인이 기울여야 할 업무상의 필요에 의한 주의를 게을리 하여, 그 결과로 환자에게 손해를 입히는 것을 말한다. 사실 의사자신의 실수를 환자에게 알려주는 것이 쉽지 않지만, 이를 합리적이고 세련되게 전달하고 서로 이야기를 나누는 것은 각종 의료분쟁을 줄이는 데에 큰 기여를 한다. 그 다음에 환자로부터의 동의 얻기, 나쁜 소식 전하기 등이 의사소통 교육이 필요한 중요한 주제로서 지목되었다. 실제로 의료 처치 전 질병에 대한 무지에서 생겨나는 불안감을 줄여주기 위해서라도 ‘환자로부터의 동의 얻기’는 매우 중요한 내용이다. 또한 환자 및 가족이 받아들이고 싶지 않은 ‘나쁜 소식’을 적절하게 전달하는 법을 터득하는 것은 환자와의 대면에서 매우 중요하다.

병원내 타직종과의 의사소통은 중요한 의사소통 기술 항목이다. 질병치료 및 관리 업무가 점차 간호사, 약사 및 기타 보건의료인 종사자들과의 상호협력을 전제로

하고 있다. 실제로 응답자의 약 88%가 병원내 타직종과의 의사소통 교육이 필수 및 권장사항이라고 말하고 있다. 그러나 실제 교육을 받은 사람은 단지 10% 정도로 병원내 타직종과의 의사소통 교육이 잘 이루어지지 않음을 보여주고 있다.

의사소통 대상 환자 및 주제별 의사소통 기술 교육이 매우 중요한 부분임에도 불구하고, 학생들은 겨우 37.2%만이 교육을 받았다고 한다. 응급환자, 임종환자, 정신질환자, 폭력적 환자 등에 대해서 받은 교육은 이보다 높은 50% 정도이다. 또한 사별상황을 제외하고는 대부분의 교육주제에서 20% 미만이 교육되었다. 따라서 의사소통 대상 및 주제별 교육의 중요성에 비해 실제 교육 정도는 매우 낮은 것으로 판단된다. 향후 환자 대상 및 주제별 적절한 교육 시간은 각 영역별로 최소 30분에서 최대 4시간의 강의와 최소 30분에서 최대 8시간의 실습이 필요한 것으로 조사되었으며, 총 58시간 정도의 의사소통 교육이 필요한 것으로 나타났다.

2. 의사소통 기술 교육 프로그램

학생들의 의사소통 기술 교육을 위한 프로그램은 의과대학 1학년 과정에서부터 4학년 과정에 이르기 까지 지속성을 가져야 한다. 아울러 의사소통 기술 함양을 위해서는 효과적인 의사소통에 관한 단순한 지식의 습득으로 이루어지지 않는다. 따라서 의사-환자간 효과적인 의사소통을 위해서 의사소통에 관한 지식을 습득하고, 이를 바탕으로 경험이 충분히 축적되어야 한다. 이런 맥락에서 본 연구에서 개발한 의사소통 기술 교육 프로그램을 요약하면 다음 [표 V-6]과 같다. 의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램은 선행연구 결과의 분석, 교수, 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인 분석, 환자 및 학생들을 대상으로 한 의사소통 기술 항목별 중요도 및 현재 수준과의 차이 분석 결과에 기초하여 개발되었다.

[표 V-6] 의사소통 기술 교육 프로그램 요약

의사소통 교육 프로그램	교육시간	교육시기
1. 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램	20	1학년
2. 의사소통 주제에 관한 교육 프로그램	34	1학년-2학년
3. 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백	4	2학년
4. 임상실습 과정에서의 의사소통 관찰 및 실습	92(60주)	3학년- 4학년
5. 의사소통 수행능력 평가	2시간	4학년

1) 의사-환자간 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램

의사-환자간 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램은 본 연구의 일환으로 개발된 프로그램으로 의과대학 의학과 1학년을 대상으로 의사-환자간 의사소통의 기본 절차에 관한 교육을 위해 실시되었다. 본 프로그램의 기본 목표, 교육시간, 평가방법 및 교재는 [표 V-7]과 같다.

[표 V-7] 의사소통 절차에 대한 교육 프로그램 목표, 시간, 평가방법 및 교재

목표	이 강좌는 환자-의사 관계의 기본이 되는 의사소통 이론을 학습하고, 의사소통 단계별로 효과적인 의사소통을 위해 요구되는 주요 쟁점과 기술을 함양하는 것을 목적으로 한다.		
강의일정	3분기, 매주(목)요일, 오후 (2)시~(4)시	교육시간	총 16시간
평가방법	출석(30%), 발표 수업참여(30%), 시험(40%)		
교재	Silverman J. Kurtz S. Draper J. (1998). Skills for communicating with patients. Oxford:Typeset by Anne Joshua & Associates		
참고문헌	Aspegren K(1999). BEME guide no.2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Medical Teacher, 21(6), 563-570		
	Lloyd M & Bor R (1996). Communication skills for medicine. Churchill Livingstone. Ong L.M.L, De Haes J.C.J.M, Hoos AM & Lammes FB(1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science and Medicine, 40, 903-918		

한편, 의사-환자간 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램의 각 차시별 교육내용은 [표 V-8]과 같다. 의사-환자간 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램은 연구자가 직접 개발한 것으로 2006년 2학기 1학년 학생 20명을 대상으로 실시되었으며, 연구자가 직접 교육을 담당하였다.

[표 V-8] 의사소통 절차에 대한 교육 프로그램 차시별 교육내용

차시	시간	교육내용
1주	2	[의사소통의 개념, 중요성, 유형] 의사소통의 개념, 중요성 및 의사소통 유형에 대해 말할 수 있다.
2주	2	[Calgary-Cambridge Guide] 캘거리-캠브리지 가이드라인의 의사소통 절차 기술을 설명할 수 있다. Initiating the session Gathering information Providing structure to the interview Building the relationship Explanation and planning Closing the session
4주	2	[면담의 시작] 환자와의 효과적인 의사소통을 위해 의사소통을 어떻게 시작하고, 무엇을 해야 하는지 설명할 수 있다. 의사소통 시작시 라포(rapport)형성, 환자의 감성에 대한 지각, 환자와의 협력적 의사소통을 할 수 있다.
4주	2	[정보수집] 환자로부터의 정확한 정보 수집과 관련된 핵심 의사소통 기술이 무엇인지 설명할 수 있다. 환자의 관점에서 환자의 문제를 탐색, 환자에게 신뢰성 제공, 의사소통 과정에 환자의 적극적 참여 및 관계 지속을 할 수 있다.
5주	2	[면담 구조화] 환자와 구조화된 의사소통 진행하기 위한 절차를 이해하고, 그 절차에 따라 환자와 효과적으로 의사소통 할 수 있다. 구조화된 의사소통을 진행하기 위해 유연성 발휘, 환자의 협동적 참여, 환자로부터 정보 습득 및 제공, 효과적인 시간 관리를 할 수 있다.
6주	2	[관계형성] 환자와 안정적이고 지지적인 관계 유지와 관련된 요소를 이해하고, 효과적인 의사소통을 위해 환자와 협력적인 관계를 유지할 수 있다. 환자의 의견이 존중되고 있다는 신뢰감 부여, 환자가 의사소통 과정에 편안하게 참여, 환자와 의사 사이의 잠재적 갈등 최소화 및 의사와 환자의 만족도를 높일 수 있다.
7주	2	[설명과 계획, 면담의 종료] 환자에게 의사소통 결과와 향후 계획을 환자가 이해할 수 있도록 설명할 수 있으며, 의사소통 과정을 효과적으로 종결할 수 있다.
8주	2	[자기평가] 학생 스스로 자신의 의사소통 능력을 평가할 수 있다. 자신의 의사소통 장점과 단점을 발견하고 수정할 수 있다.

2) 의사-환자간 의사소통 주제에 관한 교육 프로그램

의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 환자의 영향 요인에 대한 본 연구 결과에서도 나타났듯이 효과적인 의사-환자간 의사소통은 환자가 가진 문제 유형에 영향을 받는다. 따라서 의사-환자간 의사소통의 기본 절차에 대한 교육이 끝난 학생들을 대상으로 의사소통 주제에 대한 교육은 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 이러한 배경에서 의사-환자간 의사소통 주제에 대한 교육 프로그램은 의과대학 의학과 1학년 및 2학년 학생들을 대상으로 의사-환자간 의사소통 주제(예, 정신질환자와의 의사소통, 말기암환자와의 의사소통 등)별로 의사소통 방법을 교육하는 것이다. 이 프로그램에는 의사소통 주제별 교육과 함께 일차 의료기관 실습을 통해 지역 사회 병원에서 진료 의사들이 수행하는 의사소통을 기술을 관찰하는 시간이 포함된다. 의사-환자간 의사소통 주제별 교육 프로그램의 기본 교육목표와 교육시간은 다음과 같다.

교육목표: 이 프로그램은 환자-의사간 면담 주제별로 효과적인 의사소통 기술을 함양하고, 일차 진료 기관의 의사들이 실제 사용하는 의사소통 기술을 관찰 및 실습하도록 함으로써 주제별 의사소통 능력을 습득하도록 하는 것을 목적으로 한다.

교육시기: 1학년 2학기, 2학년 1학기, 2학년 2학기 오후 2시

총 교육시간: 34시간

한편, 의사-환자간 의사소통 주제별 교육 프로그램의 각 차시별 교육내용은 [표 V-9]와 같다. 표를 살펴보면 7차시까지의 면담 주제별 의사소통 기술에 대한 강의는 대부분 1학년 2학기에 진행되며(8차시 및 9차시는 일차 진료기관 의사소통 실습), 10차시부터 17차시까지는 주로 2학년 과정에서 일차 진료기관에서의 의사소통 실습으로 이루어져 있다.

[표 V-9] 의사소통 주제에 대한 교육 프로그램 차시별 교육내용

차시	시간	교육내용	비고
1	1	임상의학입문 강의 소개	1학년 2학기
	1	의무기록방법의 의미와 중요성	1학년 2학기
2	2	의사소통 기술이란?	1학년 2학기
3	1	환자교육	1학년 2학기
	1	소아 및 청소년의 면담	1학년 2학기
4	1	말기암환자의 면담	1학년 2학기
	1	만성질환자의 면담	1학년 2학기
5	1	응급 환자의 면담	1학년 2학기
	1	약물 중독자의 면담	1학년 2학기
6	1	선천기형자의 면담	1학년 2학기
	1	산모와의 면담	1학년 2학기
7	1	가정 폭력	1학년 2학기
	1	성적 병력 청취	1학년 2학기
8	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 1	1학년 2학기
9	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 2	1학년 2학기
10	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 3	2학년 1학기
11	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 4	2학년 1학기
12	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 5	2학년 1학기
13	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 6	2학년 1학기
14	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 7	2학년 1학기
15	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 8	2학년 2학기
16	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 9	2학년 2학기
17	2	개인병원(1차의료기관) 환자면담 실습 10	2학년 2학기

의사-환자간 의사소통 주제별 교육 프로그램은 연세대학교 의과대학 교육과정중 임상의학입문과정에서 의사소통 교육관련 부분을 발췌하여 정리한 것이다. 이 프로그램은 2006년 2학기 1학년 학생 및 2007년 1학기 2학년 학생들을 대상으로 정규 교육과정의 일부로 실시되었다.

3) 표준화 환자를 활용한 의사소통 능력 피드백 프로그램

표준화 환자를 이용한 의사소통 능력 피드백 프로그램은 1학년 학생들을 대상으로 실시된 면담 절차에 대한 교육, 1학년과 2학년 학생들을 대상의 실시된 면담 주제별 의사소통 방법에 대한 교육 및 일차 진료기관 의사의 면담 기술 관찰 및 실습 교육의 효과를 분석하고, 표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램의 효과에 대한 분석을 위해서 실시되었다.

표준화 환자를 활용한 의사소통 능력 피드백 프로그램에서 학생들을 위한 피드백은 의사들이 갖추어야 하는 바람직한 의사소통 기술의 아홉 가지 영역에 초점을 둔 프로그램을 개발하고, 표준화 환자들이 이 영역에 대한 피드백을 하도록 하였다. 다음의 [표 V-10]은 표준화 환자를 활용한 의사소통 교육 프로그램의 피드백 영역을 나타낸 것이다.

[표 V-10] 표준화 환자를 활용 면담 교육 프로그램의 피드백 영역

면담 기술 피드백 영역	바람직한 의사소통
1. 개방형 질문 사용	환자가 자유롭게 자신을 표현할 수 있는 질문으로 면담을 시작해야 한다. 예를 들어 "어디가 불편하신가요?" 혹은 "어떻게 병원에 오시게 되었나요?" 다른 서술형 질문으로는 "또 다른데 불편한 데는 없으세요?" 등이 있다. 서술형 질문을 두 개 이상하면 피드백 할 때 환자가 하고 싶은 말을 하게 해주었다는 취지로 이에 대한 칭찬을 해도 좋다.
2. 적절한 시선	환자와 학생 사이에 시선을 가로막는 장애물이 없어야 한다. 학생과 환자사이의 거리는 1미터 정도 되어야 하고 너무 가까워도 너무 멀어도 안 된다. 즉 학생이 처음 자리를 잡을 때 너무 바짝 다가오거나 의자를 너무 뒤로 빼면 피드백을 줄 때 지적해 준다. 학생은 환자의 눈을 똑바로 바라보아야 하지만 가끔 환자기록 등을 봄으로써 노려보는 듯 한 인상을 주어서는 안 된다.
3. 환자의 상태에	학생은 환자의 상태에 따라 목소리의 어조를 바꾸어야 한다. 너무

<p>대한 관심 표현</p>	<p>들 떠 있거나 지나치게 침울해 하면 안 된다. 또 말과 말 사이에 적절한 시간 간격을 두어야 하며 너무 질문을 쏟아내면 안 된다. 학생은 적당히 환자를 향하여 몸을 기울이고 가끔 고개를 끄덕이며 관심이 있는 표정을 지어 보이는 등 비언어적 의사소통으로 환자가 자유롭게 말 할 수 있는 분위기를 조성해야 한다.</p>
<p>4. 분명하고 환자의 연령에 맞는 언어 사용</p>	<p>학생은 분명하고 잘 알아듣게 말해야 한다. 너무 크게 또는 작게 이야기하지 않아야 한다. 은어 나 비속어 등은 가급적 사용하지 않아야 한다. 의도적으로 면담의 분위기를 부드럽게 할 목적으로 사용할 수는 있으나 환자의 상태나 연령대에 알맞아야 한다. 예를 들어 50대 환자에게 10대 들이 쓰는 은어 등을 사용하는 것은 부적절하다.</p>
<p>5. 환자가 이해할 수 있는 언어 사용</p>	<p>학생은 어려운 의학용어가 아니고 내가 이해하기 쉬운 단어를 사용해야 한다. 표준화환자가 학생의 말을 이해하지 못했을 경우 더 쉬운 말로 바꾸어 질문해야 한다.</p>
<p>6. 여러 증상을 한꺼번에 질문하지 않기</p>	<p>학생은 몇 가지 증상을 한꺼번에 질문하지 않아야 한다. 예를 들어 '설사를 하거나 가슴이 빨리 뛰거나 다리가 아프지 않으세요?</p>
<p>7. 환자가 충분히 자기의 의사를 표현할 수 있는 분위기 조성</p>	<p>학생은 고개를 끄덕이고 '네'혹은'계속 말씀하세요'등의 말을 해서 환자가 자신의 말을 충분히 할 수 있게 해야 한다. 필요하면 학생은 환자가 한 말을 질문으로 바꾸어 물어보기도 한다. 예를 들어 '지금 굉장히 아프다고 하셨는데 그 때 어떤 느낌이 드셨나요?'등의 질문을 할 수 있다.</p>
<p>8. 기록에 열중하여 면담을 방해하지 않기</p>	<p>학생이 반드시 그 자리에서 기록을 할 필요는 없다. 기록을 하더라도 간략하게 하여 환자와 시선은 계속 유지해야 한다.</p>
<p>9. 환자의 대답을 방해하지 않기</p>	<p>학생은 환자가 대답하는 동안에 말을 자르고 또 다른 질문을 하지 않아야 한다. 꼭 필요할 경우에는 양해를 구해야 한다.</p>
<p>10. 환자의 관심사에 대하여 물어 보기</p>	<p>학생은 환자가 무엇을 걱정하는지 무엇이 이 문제를 일으켰다고 생각하는지 물어보아야 한다. 환자에게 이 문제가 얼마나 심각한 것인지 또 다른 걱정거리가 (가족이나 친구 중에 비슷한 경험이 있는지) 있는지 말 할 기회를 주어야 한다.</p>

11. 환자에게 질문을 할 기회 제공	환자가 궁금해 하는 것을 물어 볼 기회를 주거나 더 하고 싶은 말이 있는지 물어보아야 한다.
12. 진단과 치료 계획 설명	진단과 치료 계획을 환자가 이해할 수 있도록 설명하고, 환자가 치료계획에 동의하는지 확인해야 한다.
13. 면담의 마무리 및 면담 내용 요약	면담이 마무리되고 있다는 사인을 분명하게 하고, 면담 내용을 요약해 주어야 한다.

다음의 [표 V-11]은 표준화 환자를 활용한 의사소통 피드백 프로그램에서 표준화 환자가 학생들에게 피드백을 제공하기 위해 사용하는 채점표이다. 이 채점표는 [표 V-10]의 표준화 환자를 활용 면담 교육 프로그램의 피드백 영역에 따라 개발된 것이다.

[표 V-11] 의사소통 피드백을 위한 표준화 환자 채점표

※ 다음은 면담 후 학생 의사에 대한 피드백을 위한 것 입니다. 다음 각 문항에 대하여 귀하의 의견에 따라 해당되는 곳에 V를 해 주십시오. 단, 한 가지 항목에만 V 표시 하여 주시기 바랍니다.						
평가내용	선택		개선 사항 발견 시			
			구체적 사실	나의 느낌	대안	기대 효과
예) 면담시 바른 자세를 취했다.	함	안함	다리를 떨음	불안함	바른 자세 유지	믿음이 감
1. 학생의사는 적절한 시선으로 나를 보았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2. 학생의사는 표정이나 자세를 통해 나의 상태에 관심이 있음을 표현했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3. 분명하고 잘 알아듣게 말했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4. 내가 이해할 수 있는 말을 사용했다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5. 복잡하게 몇 가지를 한꺼번에 질문하지 않았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6. 환자가 충분히 자기의 의사를 표현할 수 있는 분위기를 만들어 주었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

7. 기록에만 열중하여 면담을 방해하지 않았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8. 나의 대답을 방해하지 않았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9. 나의 관심사에 대하여 물어 보았다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10. 마무리하면서 환자에게 질문을 할 기회를 주었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11. 진단과 치료 계획을 설명하였다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12. 면담을 마무리하면서 면담의 주요 내용을 요약해 주었다.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13. 학생의사가 잘한 점을 구체적으로 적어 주십시오.						
14. 학생의사가 앞으로 고쳐야 할 점을 구체적으로 적어 주십시오. (구체적인 사실-나의 느낌-제시하는 대안-기대 효과 순으로 적어 주십시오.)						

본 연구의 일환으로 개발된 표준화 환자를 이용한 의사소통 능력 피드백 프로그램은 2007년 6월 의학과 2학년 학생 41명을 대상으로 실시되었다.

4) 임상실습에서의 의사소통 관찰 및 실습 프로그램

진료 현장에서의 의사소통 관찰 및 실습 프로그램은 의과대학 1학년과 2학년 과정을 마친 3학년과 4학년 학생들의 임상실습 교육을 의미한다. 3학년 학생들은 내과학 14주, 외과학 8주, 산부인과학 6주, 소아과학 6주, 정신과 4주, 가정의학 4주의 임상실습 경험을 한다. 한편 4학년에서의 임상실습은 18개 특과과목 중 9개를 선택하여 실습하는 선택 임상실습의 형태로 진행된다. 이들은 3학년과 4학년 임상실습 기간 동안 의사들의 의사소통 기술을 관찰하고, 경우에 따라 직접 환자를 면담하는 기회를 갖는다. 학생들은 이 기간 동안 총 60주의 임상실습 교육을 받게 된다. 임상실습에서의 의사소통 관찰 및 실습 프로그램은 의과대학의 통상적인 교육과정으로 본 연구를 위해 특별히 고안된 프로그램은 아니다. 임상실습 교육 기간 중 일어나는

의사소통 관찰 및 실습 교육 결과에 대한 피드백이 무엇보다 중요하다. 따라서 3학년, 4학년의 임상실습과는 별도로 각 실습과목별 의사소통 교육 실습에 대한 피드백 등을 위한 의사소통 교육 시간을 배분하면 [표 V-12]와 같다. 단, 여기서의 각 과목별 교육주수는 연세대학교 의과대학의 사례임을 밝혀 둔다. 또한, 이 프로그램은 본 연구의 일환으로 개발한 것으로 현재 연세대학교 의과대학에서 적용하고 있지는 않다.

[표 V-12] 3, 4학년 임상실습 과정에서의 의사소통 교육시간 배분 (단위: 시간)

실습 과목	내과	외과	산부 인과	소아과	정신과	가정 의학	응급 의학	신경과	합계
학년	3	3	3	3	3	3	4	4	
교육 주수	14	8	6	6	4	4	2	2	46
교육 시간	28	16	12	12	8	8	4	4	92

5) 의사소통 능력에 대한 종합수행평가

이 프로그램은 의과대학 과정을 마치게 되는 4학년 학생들을 대상으로 의사소통 능력에 대한 종합수행능력을 평가한다. 종합수행능력 평가는 흔한 증상을 중심으로 개발한 10개의 사례(매년 사례를 변경)를 중심으로 여섯 가지 핵심 능력(병력청취, 신체진찰, 정보제공, 환자교육, 임상의사의 예절, 환자-의사 관계)을 평가한다. 한편, 학생들의 의사소통 능력에 대한 종합수행평가는 표준화환자를 이용하는 CPX 시험의 형태로 진행한다. CPX시험에 대한 자세한 소개는 본 연구의 목적과 부합하지 않아 자세하게 기술하지 않았다.

VI. 의사소통 기술 교육 프로그램

효과 분석

1. 프로그램 효과 분석 대상 및 방법

의사-환자간 의사소통 기술 함양 교육 프로그램은 크게 다음 네 가지로 구성되었다. 첫째, ‘의사-환자간 의사소통 모델에 대한 강의’ 프로그램이다. 이 프로그램은 2006년 2학기 의과대학 1학년 학생 20명을 대상으로 실시되었다. 둘째, ‘의사-환자간 의사소통 주제에 대한 강의’ 프로그램이다. 이 프로그램은 2006년 2학기 1학년 학생 및 2007년 학기 2학년 학생 141명을 대상으로 실시되었다. 셋째, ‘의사-환자간 의사소통 방법에 대한 표준화 환자의 피드백 프로그램’이다. 이 프로그램은 2007년 6월말 41명의 의과대학 2학년 학생을 대상으로 실시되었다. 넷째, ‘의사-환자간 의사소통 방법에 대한 임상실습 교육 프로그램’이다. 이 프로그램은 2006년도 3학년 학생 및 2007학년도 4학년 학생들을 대상으로 실시되었으며, 의과대학의 임상실습 교육 프로그램을 의미하는 것으로 연구자가 직접 프로그램을 기획한 것은 아니다. 의사-환자간 교육 프로그램에 대한 자세한 내용은 ‘V장 의사소통 교육프로그램 개발’ 부분에서 자세하게 기술하였다.

한편, 의사-환자간 의사소통 교육 프로그램의 효과를 분석하기 위하여 프로그램에 참여한 학생들을 대상으로 ‘의사-환자간 의사소통 기술 항목에 대한 중요도 인식’ 및 ‘자신의 의사소통 기술 현재수준에 대한 인식’을 조사하였다. 또한, 표준화

환자가 평가한 학생들의 의사소통 능력을 분석하였다. 의사소통 기술 항목에 대한 중요도 및 자신의 현재 수준에 대한 인식은 캘거리-캠브리지 의사소통 기술 (Calgary-Cambridge Communication Skills)을 번안하여 사용하였다. 의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 효과 분석에 포함된 연구 대상 및 방법을 요약하면 [표 VI-1]과 같다.

[표 VI-1] 의사소통 기술 함양 교육효과 검증을 위한 실험 설계

구 분	집단 1	집단 2	집단 3	집단 4	비고
	2학년	2학년	2학년	4학년	
면담 절차 강의 (16시간)	20	-	-	-	2006년 2학기 (1학년)
면담 주제 강의 (20시간)	20	36	105	-	2007년 1학기 (2학년)
교육 (처치) 표준화 환자 피드백 (4시간)	5	36	-	-	2007년 6월 (2학년)
3-4 임상실습 (60주)	-	-	-	61	2006년 ~ 2007년
최종 인원	5	36	105	61	
면담 기술 중요도 및 자신의 수준에 대한 인식	5	36	105	61	2007년 6월
결과 면담 능력 (SP평가)	5	36	-	-	2007년 6월
	①	②	③	④	
효과 분석	효과 분석 1	① vs. ②			
	효과 분석 2	(①+②) vs. ③ vs. ④			

2. 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램의 효과

본 절에서는 의사소통 기술 교육의 효과를 분석하기 위하여 ‘표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램’의 효과를 분석하였다. 표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램은 총 41명이 참여하였으며, 프로그램에 참여한 5명은 ‘의사소통 절차에 대한 교육 프로그램’을 이수한 학생이다. 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램의 효과는 표준화 환자들이 평가한 의사소통 수행 능력을 비교·분석하였으며, 프로그램에 참여한 학생들에 대한 표준화 환자의 주관식 기술 의견을 분석하였다.

1) 의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 체크리스트 평가

[표 VI-2]는 의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 평가 결과를 나타낸 것이다. 의사소통 피드백 프로그램에서 표준화 환자들은 면담 절차 강의를 수강한 학생들이 ① 내가 이해할 수 있는 말을 사용했다. ② 환자가 충분히 자기의 의사를 표현할 수 있는 분위기를 만들어 주었다. ③ 나의 관심사에 대하여 물어보았다. ④ 마무리하면서 환자에게 질문을 할 기회를 주었다 등에서 상대적으로 더 높은 평가를 받은 것으로 나타났다. 그러나 의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 평가에서 1학년에서 면담 절차에 대한 강의를 수강한 학생 수가 크지 않아 직접적인 비교는 어렵다고 할 수 있다. 한편, 표준화 환자를 이용한 의사소통 피드백 프로그램에 참여한 학생들이 낮은 평가를 받은 항목은 ① 예·아니오로 대답하는 질문이 아니고 환자가 자유롭게 표현할 수 있는 질문으로 면담을 시작했다

(37.5%), ⑪ 면담을 마무리하면서 면담의 주요 내용을 요약해주었다(42.86%), ⑩ 나의 관심사에 대하여 물어보았다(52.78%), ③ 학생 의사는 표정이나 자세를 통해 나의 상태에 관심이 있음을 표현했다(66.67%), ⑤ 내가 이해할 수 있는 말을 사용했다(69.44%) 등으로 나타났다.

[표 VI-2] 의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 평가 결과

평가문항	면담 절차 강의 수강생 (N=5명)		면담 절차 강의 비수강생 (N=36명)		합계 (N=41명)	
	N	%	N	%	N	%
1. 예·아니오로 대답하는 질문이 아니고 환자가 자유롭게 표현할 수 있는 질문으로 면담을 시작했다.	1	33.33	8	38.10	9	37.50
2. 학생 의사는 적절한 시선을 나를 보았다.	4	80.00	28	90.32	32	88.89
3. 학생 의사는 표정이나 자세를 통해 나의 상태에 관심이 있음을 표현했다.	3	60.00	21	67.74	24	66.67
4. 분명하고 잘 알아듣게 말했다.	4	80.00	27	87.10	31	86.11
5. 내가 이해할 수 있는 말을 사용했다.	4	80.00	21	67.74	25	69.44
6. 복잡하게 몇 가지를 한꺼번에 질문하지 않았다.	4	80.00	25	80.65	29	80.56
7. 환자가 충분히 자기의 의사를 표현할 수 있는 분위기를 만들어 주었다.	4	80.00	23	74.19	27	75.00
8. 기록에만 열중하여 면담을 방해하지 않았다.	3	60.00	28	90.32	31	86.11
9. 나의 대답을 방해하지 않았다.	5	100.00	31	100.00	36	100.00
10. 나의 관심사에 대하여 물어보았다.	3	60.00	16	51.61	19	52.78
11. 면담을 마무리하면서 면담의 주요 내용을 요약해주었다.	2	40.00	13	43.33	15	42.86
12. 진단과 치료 계획을 설명하였다.	3	60.00	27	90.00	30	85.71
13. 마무리하면서 환자에게 질문을 할 기회를 주었다.	5	100.00	24	80.00	29	82.86

2) 의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 주관식 평가

의사소통 피드백 프로그램 참가자에 대한 표준화 환자의 주관식 평가 결과는 학생들이 잘한 점과 개선할 점으로 구분하여 제시하도록 하였다. 다음의 [표 VI-3]은 1학년 2학기에 의사소통 절차에 대한 강의를 수강한 학생들에 대한 표준화 환자의 피드백을 정리한 것이며, [표 VI-4]는 강의를 수강하지 않은 학생들에 대한 표준화 환자의 피드백을 정리한 것이다.

[표 VI-3] 의사소통 절차 강의 수강생에 대한 표준화 환자의 피드백

학생 구분	잘 한 점	개선할 점
A	<ul style="list-style-type: none"> 경제적 형편을 충분히 고려해준 점. 기록에 열중하지 않고 나의 눈을 보며 시중일관 관심을 표현하고 걱정해준 점 	<ul style="list-style-type: none"> 약간 가라앉은 목소리와 설명적인 태도: 조금 답답하고 침울함 면담의 기본적인 병력 청취와 주관적 병력 청취를 좀 더 분명하고 명확하게 할 필요가 있음. 앞으로 갔다 뒤로 갔다 하는 듯 한 느낌으로 신뢰감 형성이 어려움 완벽한 기승전결이 필요함
B	<ul style="list-style-type: none"> 설명을 침착하게 잘해주어서 이해하기가 편했음 적절한 시선으로 관심을 잘 표현해주었고 환자의 근심이나 걱정거리에 대해서 자세한 설명을 통해 안심시켜 줌 또한 명확한 사실을 통한 격려도 위안이 되었음 자신감 있는 태도로 신뢰감을 구축했음 	<ul style="list-style-type: none"> 단한 질문으로 면담을 시작하며 전체적으로 대화를 이끌어가기 쉽지 않음 환자의 감추고 싶은 면들에 대한 배려가 조금 적은 거 같아 아쉬움
C	<ul style="list-style-type: none"> ‘불편한 거 없으세요?’ ‘제 소견으로는...’ 등의 적절한 표현 사용 	<ul style="list-style-type: none"> 당황해 하는 모습은 개선이 필요 환자에 대한 관심 표명이 부족

D	<ul style="list-style-type: none"> • 특별히 잘한 점을 발견하기 어려웠다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자에 대한 관심(검사 결과도 중요하지만 환자의 말도 중요하다)이 부족
E	<ul style="list-style-type: none"> • 가족이 돕느냐 하며 나를 위로해준 점 	<ul style="list-style-type: none"> • 중간 중간 웃음. 웃지 않으면 신뢰감이 높아질 것임. 나의 고통을 이해 못했으며, 진지함이 부족함. • 나에게 물어보는 건지 아닌지 확실하지 않음. 무슨 말인지 모르겠음. 좀 더 정확하게 대화할 필요가 있음. • 메모를 안함. 머리로 다 알 수 없을 것 이란 생각이 들고, 정확하기 못할 것이라는 인상을 줌. 환자에 대한 관심이 부족함. • 각 과 검사를 모두 처방함. 너무 많아서 겁이 났으며, 설명을 해주었으면 안정감이 높아질 것으로 보임

[표 VI-4] 의사소통 절차 비강의 수강생에 대한 표준화 환자의 피드백

학생 구분	잘 한 점	개선할 점
A	<ul style="list-style-type: none"> • 혈압, 맥박 등의 상태를 알기 쉬운 말과 제스처로 설명해주었고 중간에 미세한 나의 입 모양을 보고 질문 사항이 있음을 눈치 채고 선뜻 응한 점. • 간결하고 정확한 설명과 치료를 위한 제현까지 유도 	<ul style="list-style-type: none"> • 나의 관심사에 관한 사적인 얘기는 하지 못했음. • 의심되는 질병 진단 후에 좀 더 주관적인 대화를 할 수 있도록 한다면 여러 가지 상황에 대해서도 얘기할 수 있었을 듯 • 말이 빠르고 기본 목표에만 치중한 나머지, 다른 문제에 대한 고찰이 없음
B	<ul style="list-style-type: none"> • 굉장히 자세하게, 알기 쉽게 설명해주었습니다. 그리고 환자의 정서적, 사회적 상태에 큰 관심을 보여주었으며 환자에게 희망을 심어주려고 노력 • 전문가적인 신뢰성이 느껴졌음 	<ul style="list-style-type: none"> • 불펜 딸깍거리는 소리에 약간의 불쾌감이 느껴졌음. 바른 자세와 손동작을 한다면 의사소통이 잘 될 것으로 보임 • 의학용어 사용이 많고, 이해도가 낮음. • 여러 가지를 동시에 질문함으로 인해 혼란스러움. 한 개씩 혹은 연관된 것

		두 개 정도 질문하면 이해도가 높아질 것으로 생각됨.
C	<ul style="list-style-type: none"> 초반에 열린 질문으로 물어보았으며 충분히 병력 청취 뒤 조심스럽게 HIV 얘기를 꺼내서 환자가 안심할 수 있었습니다. 또한 성적인 부분의 얘기에서 비밀 보장 등의 얘기를 해서 더욱 더 환자가 안심하고 면담을 진행할 수 있었습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> 전반적으로 질문의 불림이 낮고, 약간 답답함. 확실한 의사소통이 필요함. 차트를 들고 면담하고, 약간 답답한 느낌이 있음. 차트를 내리고 답답한 느낌을 해소하기를 권장함. 질문할 기회가 없음. 뭔가 질문할 것이 있었는데 못해서 아쉬움.
D	<ul style="list-style-type: none"> 환자에게 최대한 자세히 설명해주려고 노력하였습니다. 테스트가 잘못될 수 있다고 말하면서 안심시켜 주었습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> 영어 사용이 많고, 질문이 복잡함. 영어사용을 줄이고, 의학적 용어 사용을 안하면 이해도가 높아질 것임. 말이 급하고, 불편함. 적절한 속도의 언어 구사가 필요함. 요약을 안함. 이해도가 떨어지므로 요약하는 습관이 필요함.
E	<ul style="list-style-type: none"> 전체적으로 아주 훌륭했다. 쉬운 언어 사용. 쉽게 다시 설명해 주는 부분 등이 인상적이었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 맨 처음에 들어올 때 서서 인사하는데, 약간 불안함. 약간 급한 듯 한 진행으로 좀 더 깊이 있는 얘기를 할 수 없었음.
F	<ul style="list-style-type: none"> 열린 질문으로 시작하였으며 전반적인 시선, 태도, 말투여서 전문가적인 신뢰감이 묻어났다. 또한 환자를 배려해주는 자세를 엿볼 수 있었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 여러 가지 질문을 동시에 함. 1~2가지만 간단하게 질문해서 의사소통을 높일 필요가 있음. 전반적 진료요약을 하지 않음. HIV 얘기 후 바로 에이즈에 걸렸다고 해서 환자를 불안하게 만듦. 조심스럽게 얘기를 꺼내서 환자를 안심시킬 필요가 있음.
G	<ul style="list-style-type: none"> 자세하게 이해하기 쉽게 면담을 이끌어갔다. 치료계획에 대해서 잘 설명해주었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 피식거리는 웃음으로 진지하지 않은 느낌. 동성애 얘기에서 비웃는 듯 한 웃음으로 불쾌감 조장 요약을 하지 않음.
H	<ul style="list-style-type: none"> 분명하고 이해하기 쉽게 말해주었으며 환자의 상태를 걱정하는 태도가 보였으며 예를 통해서 환자를 안심 	<ul style="list-style-type: none"> 처음 면담 시 너무 급함. 요약을 하지 않음. 환자의 이해도 떨어짐.

	시켰다.	
I	<ul style="list-style-type: none"> 진지한 태도, 침착한 설명, 친절함 	<ul style="list-style-type: none"> 구체적으로 설명할 필요가 있음.
J	<ul style="list-style-type: none"> 환자이름을 확인, 몸 상태에 대해 구체적으로, 말할 때까지 기다려준다 	<ul style="list-style-type: none"> 강압적 태도, 겁먹게 한다.
K	<ul style="list-style-type: none"> 전반적으로 크게 흠잡을 곳이 없다고 느껴질 만큼 안정적이었습니다. 이해하기 쉬운 용어로 잘 설명해주었고 적절한 시선으로 교감을 이끌어내며 많이 편안했습니다. HIV라는 결과를 말해줄 때에도 많은 설명들로 인해 안정감을 느낄 수 있었습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> 초반에 환자에 대한 질문을 할 때 사전에 양해를 구했으면 좋았을 것 같습니다. 에이즈라는 진단을 듣고 저의 반응에 당황하셔서 웃으셨는데 기분이 조금 상했습니다. 침착함을 잃지 않고 이야기를 진행했다면 더욱 편안했을 것 같습니다.
L	<ul style="list-style-type: none"> 편안한 말투와 표정으로 안정감을 주었습니다. 면담 시작 시 서술형 질문을 연달아 했던 것도 대화를 편안하게 이끌어냈던 것 같습니다. 환자를 걱정하고 안심시키는 점도 좋았고 대답을 끝까지 기다려주었던 것도 좋았습니다. 의사와 환자간의 신뢰가 구축될 수 있었던 것 같습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> 면담을 종료할 때 질문의 기회를 주지 않아서 대화를 이어가기가 어려워졌습니다. 마지막에 자연스럽게 질문의 기회를 주었다면 편안한 대화가 지속될 수 있을 것 같습니다. 로션냄새가 조금 진했습니다.
M	<ul style="list-style-type: none"> 부드럽고 차분한 설명으로 알아듣기 쉽게 잘 이야기해주었으며 환자의 마음을 이해하는 세심한 배려의 몸가짐, 눈빛, 화술을 구사했다. 또한 환자가 충분히 말할 기회를 제공했다. 	<ul style="list-style-type: none"> 어려운 의학용어를 많이 사용. 여러 질문을 한꺼번에 함 면담 전반의 마무리를 안함
N	<ul style="list-style-type: none"> 적절한 시선으로 나를 보았고 열린 질문으로 시작했다. 이해하기 쉬운 용어를 썼으며 환자에게 말할 기회를 주었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 전체적으로 몸짓이 산만해서 괜히 불안했으며 갑작스럽게 sex에 대한 얘기로 넘어가서 당황스러웠다. 또한 가끔 헤죽거리는 모습을 보여서 면담을 그만두고 싶다는 생각이 들었다.
O	<ul style="list-style-type: none"> 적절한 시선, 말은 명료하고 알아듣기 쉽게 했으며 전반적으로 환자를 걱정하는 마음이 느껴졌다. 마무리하면서 질문할 기회를 주었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 초반에 너무 말투, 심경이 급함. 차트를 높게 들거나 의자 흔들림 여러 개의 질문을 동시에 함. 주요내용 요약을 안함. 이로 인해 전반적 상황이 헷갈림

P	<ul style="list-style-type: none"> • 편안한 말투와 바른 자세로 면담을 진행하여 의사에 대한 믿음을 가질 수 있었습니다. 어려운 용어들을 적절한 비유를 통해 이해하기 쉽게 설명해주었고 환자의 현재 상태가 앞으로의 치료 계획에 대한 상세한 설명도 좋았습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 단힌 질문으로 면담을 시작하여 그 이후에 말을 하기가 편하지 않았습니다. 편안한 분위기를 조성한 뒤 열린 질문으로 면담을 시작한다면 보다 편할 것 같습니다. 환자의 심리적 변화에 민감하게 반응했으면 더 좋았을 거 같습니다.
Q	<ul style="list-style-type: none"> • 진료를 시작하면서 면담 순서를 이야기, 차분한 분위기 	<ul style="list-style-type: none"> • 환자에 관심을 갖고 적극적으로 질문 해주었으면 좋겠다.
R	<ul style="list-style-type: none"> • 알기 쉽게 설명. 충분히 기다려주어서 불편하지 않게 함. 	<ul style="list-style-type: none"> • 진료 내용을 요약해주었으면 좋겠다. 자세가 조금 불안함.
S	<ul style="list-style-type: none"> • 안정된 말투와 자세로 면담을 진행하여 편안한 느낌이 들었습니다. 환자의 상황에 대한 상세한 설명도 이해하기가 쉬웠고 적절한 격려와 조언도 큰 힘이 되었습니다. 환자에 대해서 많은 관심을 표현하여 인간적인 유대감을 느낄 수 있었습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 언제부터 아프셨냐는 질문으로 면담을 시작하고 단힌 질문들이 이어져서 말을 하기가 조금 어려웠습니다. 열린 질문으로 대화를 시작한다면 보다 편안한 분위기가 조성될 듯 합니다.
T	<ul style="list-style-type: none"> • 환자에 대한 관심을 표현하여 환자가 배려 받고 있다고 느끼게 해주었습니다. 환자가 대답이나 질문을 자유롭게 편하게 할 수 있는 상황을 잘 만들어주었습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 단힌 질문으로 면담을 시작하여 대화 형성이 조금 어려웠습니다. 가끔씩 어려운 용어들이 있어서 이해하기가 조금 힘들었습니다.
U	<ul style="list-style-type: none"> • 여러 가지 병력 사항 등을 빠르고 간결하게 물어봐주었고 복잡하게 몇 가지를 한꺼번에 질문하지 않았으며 적절한 검사와 치료 계획을 제시하여 신뢰감을 형성 	
V	<ul style="list-style-type: none"> • 목소리 안정적임 	<ul style="list-style-type: none"> • 용어가 너무 어려웠고 질문을 할 기회가 없었음.
W	<ul style="list-style-type: none"> • 잘한 거 없음 	<ul style="list-style-type: none"> • 자세 흔들흔들, 용어가 어려움. • 면담을 요약해주지 않음.
X	<ul style="list-style-type: none"> • 친절한 느낌, 환자를 자세히 관찰함. 환자가 알기 쉽게 치료계획을 요약해 줌. 	

Y	<ul style="list-style-type: none"> 자상하고 친절하게 질문해줌. 적절히 시선을 맞추며 공감하고 걱정하는 태도로 얼굴표정, 신뢰감. 친절 웃으며 인사->곧 표정 살피고 걱정하는 얼굴 	<ul style="list-style-type: none"> 미소를 띠야 할 포인트가 적절하지 않은 부분이 있다.
Z	<ul style="list-style-type: none"> 치료계획에서 안 아프게 해주겠다고 안도감을 주었다. 다른 아픈 곳은 없는지 두 번 물어봄으로써 환자가 자신의 상태를 자유롭게 얘기할 수 있는 기회를 주었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 지금은 아무것도 할 수 없는 상황이라고 했을 때 난감. 시험이라는 것을 인식한 것 같은데 그 상황 안에서 다른 방법으로 최선을 다했으면 더 많은 정보를 알 수 있지 않았을까 하는 아쉬움이 있음
AA	<ul style="list-style-type: none"> 예의바른 느낌. 어머니, 아버지의 병력까지 물으며 환자를 자세히 관찰하는 느낌. 차근차근 한 가지씩 질문하면서도 자칫 사무적이라는 느낌도 줄만한데 그러지 않았다. 중간 중간 질문의 이유 설명, 혹은 증상에 대한 대답 	
AB	<ul style="list-style-type: none"> 나의 말을 잘 들어 주어서 편안했다. 메모를 또박또박 잘 하는 것 같아 산만함이 없었다. 	<ul style="list-style-type: none"> 말끝을 흐려 정확하게 안 들린 부분이 있었다. 믿음이 조금 떨어짐. 끝까지 정확하게 전달, 진료에 대한 믿음이 갈 것 같다. 면담 도중 “어떻게 설명해야 할 지” 하면서 조금 웃었다. 기분이 안 좋았음. 진지하게 다른 표현 생각. 내가 의지하고 싶은 마음이 들 것 같다. 신체 진찰을 잘해주어서 나에게 관심을 가져주었으면 한다. 조금은 딱딱한 느낌. 나의 고통을 생각 안 해주는 것 같다.
AC	<ul style="list-style-type: none"> 나의 고통을 걱정하는 진지함 	<ul style="list-style-type: none"> 차트를 세워서 불안함. 검사에 대한 환자의 궁금증을 해결하지 못함. 전체적 조금 빠르다
AD	<ul style="list-style-type: none"> 메모를 잘하고 말을 잘 들어주었다 	<ul style="list-style-type: none"> 인사할 때 시선이 조금 거만했음 웃음으로 기분이 안 좋음. 진지함이 필요함.

		<ul style="list-style-type: none"> • 발진, 발작, 근전도 다음 검사 용어를 알지 못함. 쉬운 용어 사용 필요 • 왜 이제 오셨어요? 라는 억양이 나무라는 듯함.
AE	<ul style="list-style-type: none"> • 얘기를 풀어서 설명을 잘함 	<ul style="list-style-type: none"> • 면담 후 요약해 해주었으면
AF	<ul style="list-style-type: none"> • 환자에게 자세하고 이해하기 쉽게 표현해주었으며 적절한 서술형 질문도 사용하였고 마지막에 환자에게 질문할 기회를 주었다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 진지하지 못한 태도(열은 미소) • AIDS에 대한 갑작스러운 언급으로 당황함.
AG	<ul style="list-style-type: none"> • 전반적으로 신뢰감 있는 자세와 화술을 사용하였으며 HIV에 노출된 요인에 대해 알아봐야 한다면서 환자가 적극적으로 자신의 상황을 얘기하게 했습니다. 또한 환자를 정서적으로 안심시켜 주었습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 열린 질문으로 시작하지 않음 • 급한 느낌 • 어려운 영어용어 사용이 많음 • 요약하지 않음으로 면담의 결과 파악하기 힘들.
AH	<ul style="list-style-type: none"> • 차근차근히 얘기해주었으며 심적으로 환자를 안심시켜 주려고 노력하였다. 환자에게 충분히 질문할 기회를 주었다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 부끄러운 얘기(툼싸롱, 2차 간 것, 성관계)할 때 웃으면서, 수줍어하면서 질문 • 불쾌감 있음. • 요약하지 않음 • 갑작스럽게 AIDS 얘기를 함으로 인해 환자를 당황하게 함.

이상의 [표 VI-3], [표 VI-4]를 종합해 보면, 피드백 프로그램에 참여한 학생들에 따라 개인차가 있지만, 뛰어난 의사소통 기술을 갖고 있다고 보기 어려우며 특히, 다음 영역에서는 개선할 점이 있는 것으로 평가되었다.

가. 의사소통 절차를 명확하게 이해하고, 절차에 따라 환자와 면담을 진행할 수 있는 기술이 부족하다.

나. 환자와의 만남에서 당황하지 않고, 개방형 질문을 사용하여 면담을 진행할 수 있는 능력이 부족하다.

- 다. 환자들이 이해할 수 있는 쉬운 말로 설명을 할 수 있는 능력이 부족하다.
- 라. 면담을 구조화 하여 체계적인 질문을 사용하는 능력이 부족하다.
- 마. 정보를 체계적으로 수집하기 위한 접근 능력이 부족하다.
- 바. 면담 과정에서 환자에게 이야기할 기회를 제공하고, 환자의 말을 경청하는 능력이 부족하다.
- 사. 면담 종료시 면담 내용을 요약하여 전달하는 능력이 부족하다.
- 아. 환자를 대하는 의사의 기본적인 태도가 적절하지 못하다.

3) 의사소통 피드백 프로그램에 대한 학생 의견

표준화환자를 활용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생들의 주관식 의견 및 인터뷰 의견을 긍정적 측면, 학생들이 어려워 했던 측면 및 도움이 되었던 측면을 구분해서 정리하면 다음과 같다. 표준화환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 대해 부정적인 의견이나 도움이 되지 않았다고 한 학생은 한 명도 없었다.

(1) 의사소통 기술 피드백 프로그램의 긍정적인 측면

- 관련된 내용을 이론적으로 학습할 수 있는 기회가 있었는데 이를 직접 실습할 수 있었다.
- 이런 것을 직접해보지 않으면 자기가 어떤지 확인할 기회가 없을 것 같다.
- 내가 부족하다고 생각했던 점과 전혀 다른 피드백을 해주셨다. 예상치 못한 나의

장·단점을 듣고, 향후 나의 실습이나 실제적인 환자 진찰에 있어서 큰 도움을 줄 수 있을 거라 생각된다.

- 평소에는 스스로 돌아보지 못했던 모습(언어습관, 태도)을 객관적으로 바라볼 수 있었고, 장점과 단점 모두 살펴볼 수 있었다. 의사로서 환자를 대한다는 것에 대해서 진지하게 생각해볼 수 있었다.
- 우선 새롭게 도입된 프로그램이어서 좋고, sp의 수준도 높아서.
- 직접 면담을 해보니가 환자를 대할 때 어떻게 할지(순서라던가 분위기 조성 등)감이 조금 잡힌다. 실전에서 당황하지 않고 할 수 있을 것 같다.
- 그동안 ICM에서 배운 것을 정리/종합 할 수 있다고 생각되고, 나의 부족한 면을 실감할 수 있었다.
- SP의 연기가 훌륭했던 점. 꼼꼼히 학생들의 평가를 내려준 점.
- 자신을 되돌아볼 수 있는 기회가 되었고 열심히 공부해야겠다는 동기가 부여됐다.
- 개선점을 환자 입장에서 들을 수 있어서
- 의학지식을 쌓는 것 외에도 환자의 병을 진단하고 치료하기 위해 필요한 소양이 있음을 구체적으로 느낄 수 있는 기회가 되었다.
- 주제 설정도 의학적 지식보다는 면담 기술이 중요한 것이어서 많은 도움이 되었다고 생각합니다. SP 환자분도 친절하게 피드백을 해주셔서 좋았습니다.
- 평소 정말 인지하지 못했던 나의 잘못된 언어습관에 대해 알 수 있었고, 환자와의 의사소통에 있어서 그 접근법에 대해 알 수 있어서 좋았다.
- 난 ICM 실습에서도 환자와 연담 할 기회를 갖지 못했기 때문에 이런 기회가 주어진 자체로도 만족스럽다. 환자분도 열심히 해주셨고 피드백도 나에게 꼭 필요한 얘기여서 좋았다.
- 피드백 받는 것이 좋았고, 실제 같아서 좋았다.
- ICM에서와는 달리 면담에 대해 더 신경 쓸 수 있었고 피드백을 받을 수 있다는 점이 가장 좋았다.
- 실제 환자를 만나보는 가치와 피드백
- 실제 환자를 대면하는 것 같았고 긴장되는 분위기에서 할 수 있었던 것 같다. 다시

한 번 더 이번 기회를 통해서 문제점을 파악해서 더 잘할 수 있을 것 같다.

- 면담을 하기 전에는 막연히 자신 없고 불안했지만 하고 나서는 나의 잘못된 점, 고쳐야 할 점을 개선해서 다음에는 더 잘할 수 있을 것이라는 자신감이 생겼다.
- 평소 접해보기 힘든 실제 상황의 분위기를 느낄 수 있었다. 환자들의 심리가 어떤지 느낄 수 있었다.
- 접할 수 있는 기회가 없고, 피드백이란 장·단점을 다 설명해주셔서 미흡한 건 보충하고, 잘하는 건 격려해주셔서 좋았어요.
- 환자와 대면하고 대화하는 방법에 대해 연습하고 자신에게 무엇이 부족한지 알 수 있어 좋았다.
- 경험을 쌓을 수 있고, 다음번에는 더 잘할 수 있다는 자신감을 얻게 되었고, 나의 장·단점을 명확히 말씀해주셔서 좋았다.
- 환자 보는 기술이 는다. 환자 보는 방법을 체계화 할 수 있다.
- The actor-patients were realistic in their approach as patients.
- 의과대학 교육 프로그램상 SP 이외에 이처럼 가상의 환자를 만나서 1:1로 면담해볼 상황이 없다고 본다. 경험 면에서 도움이 됐다고 생각한다.
- 의사 입장으로 환자와 면담을 해 본 것이 처음이었는데 표준화환자분의 피드백도 굉장히 도움이 되었고, 나 스스로도 프로그램 중 느끼고 깨닫는 바가 많았다.
- 환자분이 연기를 실감나게 해주셔서 진지한 태도로 임할 수 있었으며, 환자분이 check 해주시는 것이 대해 기준이 확실하여 좋았다. 그러나 그 기준에 대해서나 질환에 대해 미리 알고 갔더라면 더 좋은 실습기회지 않았나 하는 생각이 든다.
- 실제 환자의 입장에서 병원을 찾을 때, 의대생인 저 자신조차 의사선생님 진료하는 태도에 반감을 가지게 될 때가 있었습니다. 지식이 부족해서가 아니라 면담기술의 부족에서 오는 이러한 문제를 해결하기 위해서는, 이 역시 연습이 필요한 분야라고 생각합니다. 1번의 경험으로 급격한 발전을 기대할 수는 없지만, 최소한 환자와의 면담기술이 얼마나 중요한지 그 자체를 인식할 수 있는 기회가 되었다는 것만으로도 충분한 의의가 있다고 생각합니다.
- 내가 부족한 점에 대해 알 수 있어서 좋았다. 실제 환자에서는 실수를 하면 안되지만, 실제 환자와 만나는 것과 똑같은 상황에서 연습을 해보고 실수를 지적받음

로써 실제 상황에서 범할 수 있는 잘못을 예방할 수 있다고 생각한다.

- 의사소통 능력에 대해 객관적인 피드백을 받을 기회가 이전에 없었고, 그만큼 항상 무엇을 어떻게 고치고 노력해야 할지 파악하기 어려웠다. 이번 프로그램을 통해 자신감을 얻은 점도 크다.
- 아주 real 한 경험, 앞으로 날 도울 듯. 프로그램이 well-prepared and formal, appreciate the feedback.
- 환자 면담이 쉬울 거라 생각했는데 실제 해보니 너무 당황스럽고 해본 게 좋은 경험이 될 것 같다. 또 기회가 있다면 다시 해보고 싶다.
- 평소 환자를 직접 대하는 것에 대해 두려움을 느꼈는데, 이번 기회를 통해 자신감을 얻게 되었다.
- 다른 곳에서 접해보기 힘든 경험이고, 임상의학입문(ICM)에서와는 달리 SP의 구체적인 평가가 있고 자신의 태도 중 자신이 부족하다고 느낀 점에 대해 물어볼 수도 있다.
- 앞으로 이런 평가를 받아야 하는데, 미리 경험해 볼 수 있어서 실제 시험에서 당황하지 않을 수 있을 것 같다.
- 나의 의사소통의 장·단점을 파악할 수 있었다.
- 실제 환자를 봤을 때 어떤 느낌인지를 잘 경험할 수 있었다.
- 이런 경험을 해 본 것 자체가 실제 임상 실습이나 공부를 하는 데 있어서 시각을 넓혀주는 기회가 된 것 같다.
- 너무 부족하다는 것을 알았다.
- 꼭 필요한 제도라고 생각한다. 그래도 오리엔테이션 시간에 샘플로 모범을 하나 보여주셨으면 좋겠습니다.
- 환자와의 관계에서 진단검사 결과 보다 중요한 것이 있다는 것을 알았다.
- 면담과정 전반을 잘 기억하고 피드백을 주었으며 생각하지 못했던 부분까지 소상히 지도해주었다.
- 내가 생각하지 않은 부분에 대해 알 수 있어서.
- 처음부터 끝까지, 나의 언행과 태도, 표정, 진행과정 모두를 세세히 언급하시며 칭

찬과 지적을 기탄없이 해주셨다.

- 환자의 입장에서 의사에게 기대하는 것, 의사에게서 영향을 받는 요인 등에 대해 알 수 있게 되었고, 의사-환자 관계가 직업적 만남이기 전에 인격 대 인격의 만남임을 알 수 있게 되었다.
- 나의 환자와의 의사소통 능력을 객관적으로 파악할 수 있었다.
- 환자의 입장에서 어떤 점이 불편한지를 말해주고, 내가 어느 정도 말을 해야 원활하게 소통이 이루어질 수 있는지, 또한 환자가 직접 말하진 않았지만 알아주었으면 하는 점도 있다는 것도 알게 되었다.
- 환자의 입장에서 의사에게 얻고자 하는 것이 무엇인지 배운 것 같다.
- 의사로서 역할 해 본 최초의 경험이었으며 (환자 역할의) 전문가에게서 피드백을 받을 수 있었다는 점이 좋았다.
- 가까운 사람은 지적해주기 힘든 나의 실수를 지적해 주었다.
- 구체적인 피드백은 미처 생각지 못했던 부분도 생각해보게끔 했다.
- 환자는 의사에게 자신의 생각을 잘 표현하지 못할 수 있다는 것을 알 수 있었다. 환자역할을 하며 느낀 점을 바로 얘기해 주어서 면담의 잘된 점과 부족한 점을 생생하게 알 수 있었다.
- 지나치게 예의바른 것도 좋지 않다는 것을 배웠다. 편한 분위기를 만드는 것이 중요하다라는 것을 배웠다.
- 의사소통 시 미숙했던 접근방법에 대해 수정해 준 점이 매우 좋았다.
- 전부 공감 가는 이야기들이었고 미처 내가 느끼지 못한 단점까지 짚어내 주셔서 좋았다.
- 내 단점을 알 수 있었고, 보완점도 알 수 있었다.
- 개인적으로 잘한 점과 못한 점을 생각하고 있던 점을 확인하게 되었고, 생각하지 못할 수도 있다는 점을 지적받아서 좋았다.
- 적절한 피드백과 부족한 점 파악.
- 실제 환자가 느끼고 있는 점. 내가 간관하고 있었던 점. 하나하나까지 환자에게 영향을 줄 수 있음을 다시 알고 고쳐나가고, 잘한 점은 더 보강해 나가는 기회가 될

것 같다.

- 나의 취약점을 잘 알 수 있어서 좋았다.
- 제가 생각지 못했던, 상대방의 시선에서 느껴지는 장·단점을 알 수 있었다.
- 먼저, 다음에는 어떤 순서로 접근해야 될지에 대해서 알았고, 환자가 무엇을 중요하게 여기는지 알았다.
- 객관적으로 나의 어디가 부족한지 파악할 수 있다.
- 나의 장·단점을 알 수 있어 좋다. 내가 미처 생각하지 못했던 단점을 발견할 기회가 되었다.
- 환자와의 관계형성에 어떤 부분이 잘못됐는지 알 수 있다.
- 다른 사람에게 내가 어떻게 보일지 객관적으로 듣는 기회가 되었다. 나 자신을 파악하는 데에 큰 도움이 된다.
- 내가 가진 장점을 알게 된 것이 가장 큰 이득이라고 생각한다. 환자에게 필요한 의사의 모습이 어떤 것인지 많이 생각할 수 있는 계기가 되었다.
- 의사의 말하는 태도가 환자의 감정에 얼마나 큰 영향을 미치는지 새삼 깨닫게 되었습니다. 의사의 논리적이고 인간적인 면담기술은 의사-환자 관계 뿐 아니라 향후 환자의 순응도에 큰 영향을 미칠 수 있어, 치료 결과에까지 직접적인 영향을 미치겠다고 느꼈습니다.
- 내가 혼자서 생각한 나의 실수와 환자로부터 지적받은 실수가 다른 부분이 있었고, 다른 사람(의사)과의 차이도 알 수 있어서 좋았다. 환자의 입장에서 느낌을 설명해주어서 꼭 기억할 필요가 있다고 생각되었다.
- 환자의 입장에서 ‘이러이러한 경우, 이렇게 느꼈다’는 솔직한 상황 이야기를 들을 수 있는 것이 좋았다. 본인의 커뮤니케이션 능력에 대해 가지고 있던 의구심과 궁금증을 질문 드릴 수 있는 점이 좋았다.
- 내가 미처 느끼지 못한 점을 지적해 주어서 대화할 때 내 버릇을 알게 되었다.
- 전혀 신경 쓰지 않던 의무기록 작성 태도 같은 것에 대해서도 지적받을 수 있어서 좋았다.
- 굉장히 구체적이었고, 어느 정도 원하는 모습이 있기 때문.

- 내가 면담한 환자가 면담 중에 나의 행동과 표현에 대해 어떤 생각이 들었는가를 직접 들을 수 있어서 좋았다.
- 실제 내가 모자랐던 부분에 대한 구체적인 대답을 들을 수 있어서 좋았고, 환자의 시선에서 내가 어떻게 비치는지를 알 수 있었습니다.
- 구체적으로 지적하는 부분이 공감이가고 명확해져서 좋았다.
- 면담 태도로 부족한 점을 솔직하게 이야기 해주어서 좋았다.
- 일단은 처음이라 하는 자체에 큰 의의가 있다고 생각합니다. SP께서 좀 더 자세히 지적해 주셨으면 좋았을 텐데요. 면담 기술에 대해서요. 저의 부족한 점에 대해서 주로 얘기해주셨는데 효과적인 의사소통 기술에 대해서 더 얘기해주셨으면.
- 나에게 부족한 부분이 무엇인지를 알았다.

(2) 의사소통 기술 피드백 프로그램에서 어려웠던 측면

- 이론과 달리 실제 상황에서 나타나는 문제들에 당황하여 초반에 흐름을 잃어버린 점이 어려웠다.
- 환자를 어떤 수준으로 높이고 대해야 하는지 몰랐다.
- 떨려서 잘 안 되었다.
- 환자의 질병에 대해, 치료 방향에 대해 아는 바가 하나도 없어서 진행해 나가는 데 힘들었고 자신이 없었다.
- 환자의 이해도를 파악하고, 정보를 이끌어내는 것이 힘들었다.
- 차라리 병명을 알려줬으면, 면담 자체를 위한 시간인데 의학적 지식이 없어서 병명을 맞추는데 본의 아니게 집중하게 되었다.
- 환자는 의사에게 어느 정도로 자신의 사생활 등을 이야기해야 하는지, 친부모의 사인, 현 경제상황을 알아야 하긴 하는데 스스로 묻기에도 힘들었고, 환자는 그런 점을 어떻게 받아들일지 고민되었다.
- 시작 전 배경 지식이 너무 없어서 너무 많이 긴장을 하게 됐던 것 같다. 의학적 지식이 더 생기면 허둥지둥 성급했던 면이 많이 나아질 것 같다.

- 긴장하지 않고 대화를 똑똑하고 분명한 어조로 이끌어나가는 것
- 해줄 말이 많지 않았다. 환자에 대해 알 수 있는 정보가 많지 않았다.
- 말을 계속 이어나가는 것이 어려웠다.
- 비언어적 의사소통이 어려웠다.
- 환자의 상황(경제적, 심적, 시간적)을 고려하여 치료계획을 세우는 것이 힘들었다.
- 대화 도중 말이 끊겼을 때가 어려웠다. 대화하기 꺼끄러운 주제를 말하는 것도 힘들었다.
- 어떻게 접근해 나가야 할 지 당황하여 체계적으로 접근해 나가기가 어려웠다.
- 부족한 의학지식으로 인한 불안감. 경험부족으로 인한 자신감 부족했다.
- 이번 질병이 AIDS 관련이라서 그 사실을 말하기 힘들었고, 긴장을 많이 하였다. 배경지식이 부족하였다.
- 환자의 병력 청취(개인적인 부분)가 어려웠다.
- 환자와 의사와의 라포 형성. 좀 더 질문과 대답을 편하게 할 수 있는 분위기 형성. 성관계 등등의 질문.
- 이번 사례에서는 HIV 양성 반응에 대해서 병력 청취 및 전달하는 방식이 제일 어려웠다.
- 처음에 너무 긴장되었고 환자가 좌절하며 할 말을 잃을 때 대화를 이어가기가 힘들었습니다.
- 처음이라 떨리고, 어떻게 접근하고 진행해야 될지 몰라서 어려웠다.
- 민감한 부분에 대해 질문하기가 어려웠다.
- 진행 절차에 대해 미숙하여 어떤 식으로 면담을 진행해야 하는지 갈팡질팡.
- 긴장하지 않고 자연스럽게 행동하는 것이 어려웠다.
- 환자와의 관계 형성이 힘들었다.
- 1:1 면담을 진행하는 것이 처음이어서 많이 떨렸다. 의학공부를 하다가 환자 눈높이에서 설명하는 것이 생각보다 꽤 어려웠다.
- 질병의 심각성과 의사의 면담 중 분위기간에 조화를 이루는 것이 어려웠다.

- HIV screening에 관해 부끄럽지만 잊어버린 게 있어서 깊이 있게 설명 드리지는 못했다. 다행히 history 상 대상포진, CBC 상 WBC 감소 등의 단서가 있었다.
- 면담을 어떤 순서로 진행해야 되는지 머릿속에 개략적인 틀조차 잡혀있지 않아 처음부터 갈피를 잡을 수 없었다.
- 환자의 증상과 치료법에 대해 지식이 부족해서 자신감이 없었고, 환자에게 신뢰감을 줄 수 있는 태도가 부족했던 것 같다.
- 적절히 시간을 조절하며 적당한 페이스로 이야기를 나누고 주도하는 것이 힘들었다.
- 대화를 매끄럽게 진행하기, 설명해주기, 표정관리.
- 일단 처음이라 당황했던 것과 환자의 성격 등 사적인 질문을 하는 것이 어려웠다.
- 시나리오에 너무 큰 영향을 받아서 검사결과 소개에 치중했다.
- 의학적 지식이 부족해서 당황하였다.
- 좀 더 교육을 받고 면담을 진행할 수 있었으면 좋았을 것 같다.
- 의사소통 시에 의사로서 여유를 가지는 점
- 임상의학입문 실습 때랑은 또 분위기가 다르네요. 개인병원에서 보는 가벼운 질병과는 대하는 태도가 달라야 해서 어려웠습니다.
- 문 앞에서 긴장되었어요, 표준화 환자는 있는데 표준화 ‘의사’도 보고 싶습니다.
- HIV에 너무 집중 한 나머지 환자의 불편함을 다 알지 못했다.

(3) 의사소통 피드백 프로그램에서 새롭게 알게 된 점

- 환자와 면담을 진행하는데 필요한 기술적 요소보다는 기본적 자세에 대해 다시 생각해 보게 되었다.
- 환자가 원하는 게 정말 자신이 아픈 것에 대해 관심 가져주고 이해하는 태도라는 것을 알게 되었다.
- 의학의 기술 자체도 중요하지만, 환자를 직접 대하는 데 있어서 그것만큼 중요한 것은 ‘대인간의 관계’ 형성이라는 점을 배웠다.
- 의사-환자의 관계가 단순한 직업적 만남이기 전에 인격 대 인격의 만남이고 사소

하다고 생각했던 부분에서 신뢰가 결정되는 등 세심한 것이라는 것을 배웠으며
학과 공부를 더 열심히 해서 실력을 쌓아야겠다는 생각을 하였다.

- 환자와의 의사소통에 있어서 지켜야 할 사항과 스킬들을 알게 되었다.
- 확실히 환자로써의 마음은 100% 이해할 수 없었다. 한 사람 한 사람을 다 이해하고 친밀하게 하고 싶지만 아직 그 경계선을 잘 모르겠다. 분명한 것은, 의사와 환자 사이는 권력 관계가 형성되어 있지만 그 권력을 휘두를 것이 아니라 함께 도와 나가는 과정으로 만들어야 할 것이라고 느꼈다. 환자는 의사가 생각하는 것보다 더 큰 '서러움'으로 의사가 자신의 마음을 알아주고 치료해주는 것을 절실히 원한다는 것을 깨달았다.
- 나의 소극적인 대화 태도를 알 수 있었고 환자에 대한 오늘의 마음가짐을 끝까지 기억해야겠다는 생각이 들었다.
- 사소한 나(의사)의 태도가 환자에게 상처를 줄 수 있다는 점을 알게 되었다.
- 환자 눈높이 맞추기
- 환자와의 효과적인 의사소통이 병의 치료에 매우 중요하다는 사실을 배웠다.
- 대화기술이 지식보다 중요하다는 것을 몸으로 느꼈다.
- 환자와의 의사소통 과정에서 내가 특별히 미숙한 점이 무엇인지 알 수 있었다.
- 자신감 획득이 가장 큰 소득인 것 같다. 다음에 이런 기회가 있으면 다시 한 번 참여해보고 싶다.
- 실제 어떻게 해야 할지 직접적으로 수업 듣는 것 보다 더 확실하게 배웠다.
- 면담에서의 순서, 비언어적인 면 파악. 어떻게 설명해야 하나.
- 환자에게 진행과정을 요약 하는 게 중요하다.
- 환자를 대하고 환자와 어떻게 접근해야 하는지, 사소한 나의 행동의 영향 등을 파악할 수 있었다.
- 환자를 대하는 방법, 대화의 기술, 상대방의 마음을 헤아리는 것 등을 알게 되었다.
- 환자와의 공감대를 형성하고 환자 입장에서 생각하고 정확한 정보를 주는 것이 중요하다는 것을 깨달았다.
- 면담 방법, 환자가 원하는 의사의 태도, 내가 갖고 있는 의사소통의 장·단점을 알

게 되었다.

- 일단 환자와 친해지고 면담을 진행해야 하겠다.
- 화법에 대해서도 교정해야겠다는 필요성 절감했다.
- 환자와의 신뢰와 면담기술이 생각보다 어렵고, 매우 중요하다는 것을 알게 되었다.
- 좀 더 환자와 친해져야겠다. 공부할 의욕을 키워준다.
- 많이 당황해서 부족한 점도 있었는데 SP 환자분이 장점을 강조해주셔서 자신감이 생겼다. 다시 한 번 할 수 있으면 경험을 바탕으로 좀 더 부드럽게 진행할 수 있을 것 같다.
- 환자에게는 진단과 치료뿐만 아니라 심리적으로 지지해 주고 희망을 줄 수 있는 의사가 필요하다. 전자 못지않게 후자 쪽에도 많은 노력을 기울여야 훌륭한 의사가 될 것이라 생각했다.
- 이론과 실습은 다르다는 것. 작은 몸동작(차트를 어느 위치에 두느냐)등에 따라 많은 것이 달라질 수 있겠다.
- 의학에 대한 실질적 지식 못지않게 아니 그 이상으로 면담 기술이 중요하다는 것을 느꼈습니다. 결국은 인간과 인간의 만남이고, 그 만남을 매개하는 것은 언어이기에 이상적인 의사가 되기 위해서는 생각을 정리하고 말하는 기술을 발전시켜야겠다고 결심하였습니다.
- 면담 시 지켜야 할 사항과 순서, 주의할 점, 대화를 풀어나감에 있어서 지켜야 할 사항들에 대해 좀 더 자세히 알게 되었다. 또 나의 장점과 단점(면접에서 있어서의)을 알 수 있었다.
- 환자를 더욱 배려하고 사소한 것에도 주의하지 않으면 환자는 의사를 신뢰하는데 어려움을 겪는다는 것. 앞으로 의사가 되기 위해 준비하고 연습해야 할 부분들.
- 환자를 볼 때 표정하나도 조심해야 한다고 생각했다. 환자에게 쉽게 설명하는 연습이 필요하다고 생각했다.
- 환자와 공감하는 분위기를 조성하면서 정확한 의사소통으로 진단의 단서를 얻을 수 있는 것이 중요하다는 것을 배웠다.
- 실제 공부를 할 때도 어떤 것이 임상에서 도움이 될지 알 것 같고 평소 생각하고

사용하는 언어가 현장에서 그대로 나오므로 평상시 자기관리가 중요하다는 것을 알았다.

- 환자의 피드백을 통해 보다 여유를 가지고 환자를 편하게 해 주어야 한다는 것을 들었다.
- 실제 환자를 볼 때 어떠한지를 느끼고 환자의 입장을 이해할 수 있었다.
- 책에 나오는 질병이 실제 환자에 적용되었을 때를 생각하며 진지하게 공부해야겠다.
- 저도 몰랐던 습관들을 지적받아서 좋았고요.
- 면담의 흐름을 어떻게 풀어야 할 것인가에 대한 대충의 내용.
- 다음부터는 환자에 더 집중 할 수 있을 것 같다.

4) 연구결과 종합 및 논의

선행 연구 결과들에 의하면 의사소통 기술 함양을 위해서는 무엇보다 학생들의 의사소통 능력을 객관적으로 관찰하고, 적절한 피드백이 제공되어야 한다고 지적되었다. 이러한 배경에서 본 연구에서도 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램을 운영하였다. 표준화 환자들은 의사소통 피드백 프로그램에 참가한 41명의 학생들이 다음과 같은 의사소통 기술이 부족함을 지적하였다.

첫째, 학생들은 환자와의 면담에서 개방형 질문을 사용하는 능력이 매우 부족하다. 프로그램에 참여한 학생의 40%이하만이 개방형 질문을 사용하고 있는 것으로 나타나 환자와의 면담에서 효과적인 질문 사용 기법에 대한 훈련이 필요함을 지적하였다.

둘째, 학생들은 면담이 진행되는 절차를 숙지하고 있지 못함으로 인해, 환자로부터

터 정보를 수집하는데 초점을 맞추고 있다. 환자의 이야기를 경청하는 능력, 설명과 치료계획 수립시 환자의 의견을 반영하는 능력, 면담 종료시 환자들에게 요약 설명하는 등 면담의 일반적인 절차에 대한 교육이 중요한 것으로 나타났다.

셋째, 비록 일부 학생이 1학년 2학기 환자와의 면담 절차에 대한 강의를 이수하였음에도 불구하고, 면담 절차 교육을 이수하지 않은 학생들과 큰 차이를 보이지는 않았다. 따라서 면담 절차에 대한 교육이 단순한 강의의 형태로만 이루어질 경우에는 효과가 크지 않은 것으로 추정할 수 있다. 그러므로 면담 절차에 대한 강의와 함께 실제 실습을 할 수 있는 기회가 동시에 제공되어야 할 것으로 보인다.

넷째, 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 대해 학생들은 매우 긍정적인 반응을 보였으며, 환자진료에 대한 실제적인 관점을 습득할 수 있었으며, 자신들의 현재 수준을 진단하고, 무엇을 더 학습해야 하는지 알게 되었다고 응답하였다. 효과적인 의사소통 교육을 위해서는 학생들의 출발점 행동이 분석되어야 한다는 점에서 표준화 환자를 이용한 의사소통 피드백 프로그램은 학생들의 의사소통 기술 함양을 위한 출발점에 대한 정보를 제공해 준 것으로 평가된다.

다섯째, 많은 학생들이 표준화 환자를 이용한 의사소통 피드백 프로그램이 익숙하지 않았기 때문에 매우 긴장되고 떨렸다는 반응을 보였다. 특히, 민감한 주제의 경우에는 어떻게 의사소통해야 하는지 전혀 생각나지 않았다는 응답이 많았다. 이것은 의사소통 기술이 일회적인 교육을 통해서 습득되기 어렵다는 것을 반증한다. 따라서 학생들이 의사소통 기술을 자신의 것으로 완전히 소화하도록 하기 위해서 지속적이고 체계적인 피드백 프로그램이 더욱 확대될 필요가 있는 것으로 보인다.

3. 의사소통 기술 피드백 프로그램 효과의 집단별 차이

의사소통 교육 프로그램의 효과를 분석하기 위하여 세 개 처치 집단을 대상으로 의사소통 기술의 중요도에 대한 인식과 현재의 자기 수준에 대한 분석을 실시하였다. 첫 번째 집단(A)은 주제별 의사소통 교육만을 받은 2학년 학생 105명이며, 두 번째 집단(B)은 주제별 의사소통 교육을 이수 받고 임상실습 교육을 받은 4학년 학생 67명이며, 세 번째 집단(C)은 주제별 의사소통 교육 프로그램과 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램을 이수 받은 2학년 학생 41명으로 구성되었다. 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램 2007년 6월에 실시되었다.

1) 의사소통 기술에 대한 중요도 인식

(1) 의사소통 기술 영역

의사소통 기술 영역별 중요도에 대한 인식은 다음의 [표 VI-5]와 같다. 의사소통 기술 각 영역별로 주제별 의사소통 기술 교육과 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 교육을 받은 집단(C)의 평균이 가장 높게 나타났으며, 면담의 시작, 계획수립 기술 영역에 있어서는 의사소통 기술 피드백 교육을 받지 않은 2학년 집단(B)보다 통계적으로 의미 있게 중요도를 높게 인지하였으며, 면담의 시작, 정보수집, 면담 구조화 및 관계형성 기술 영역에서는 의사소통 기술 피드백 교육을 받은 2학년 학생들이 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들보다 더 중요성을 높게 평가하였다.

[표 VI-5] 의사소통 기술 영역별 중요도에 대한 인식

의사소통 기술	구분	평균	표준편차	F	사후비교
면담 시작	A	4.27	0.44	4.25*	C-B
	B	4.30	0.68		C-A
	C	4.54	0.39		
정보수집	A	4.06	0.48	3.86*	C-B
	B	3.98	0.68		
	C	4.29	0.50		
설명·계획수립	A	3.93	0.56	4.23*	C-A
	B	3.98	0.66		
	C	4.25	0.56		
면담 구조화 및 관계형성	A	3.98	0.65	3.84*	C-B
	B	3.89	0.67		
	C	4.24	0.51		
면담 종료	A	4.13	0.72	1.49	
	B	4.20	0.77		
	C	4.35	0.62		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

(2) 면담 시작 영역

면담 시작 영역의 각 기술 항목별 중요도에 대한 인식은 다음의 [표 VI-6] 과 같다. 자신에 대한 소개하기(기술 3), 환자에 대한 관심 보여주기(기술 4), 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기(기술 6) 등의 기술 항목에서는 표준화 환자의 피드백을 받은 학생들이(집단 C) 그렇지 않은 학생들(집단 A)보다 중요성을 높게 평가하였으며, 환자에 대한 관심 보여주기(기술 4) 항목에 있어서는 임상실습을 받은 4학년 학생들(집단 B)보다도 중요성을 더 높게 인지하였다. 면담 시작 영역의 다른 기술 항목들에 있어서는 집단간에 차이가 발견되지 않았다.

[표 VI-6] 면담 시작 영역 의사소통 기술 항목별 중요도 인식

면담 시작 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
1. 인사하기	A	4.32	0.77	2.25	
	B	4.37	0.93		
	C	4.63	0.62		
2. 환자 이름 확인하기	A	4.20	0.81	2.43	
	B	4.47	0.86		
	C	4.43	0.77		
3. 자신에 대해 소개하기	A	3.57	1.03	7.71**	C-A
	B	3.93	1.03		
	C	4.26	0.86		
4. 환자에 대한 관심 보여 주기	A	4.41	0.69	4.16*	C-A C-B
	B	4.40	0.88		
	C	4.78	0.52		
5. 개방형 질문 사용하기 (환자의 내원 이유를 확인하기 위해)	A	4.13	0.84	0.74	
	B	4.14	0.94		
	C	4.31	0.64		
6. 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기	A	4.63	0.68	5.83**	C-B A-B
	B	4.34	0.96		
	C	4.82	0.38		
7. 환자가 진술한 내용을 확인하고 다른 문제가 있는지 확인하기	A	4.42	0.67	1.17	
	B	4.29	0.90		
	C	4.51	0.59		
8. 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기	A	4.50	0.70	0.75	
	B	4.42	0.84		
	C	4.60	0.66		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년
 B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년
 C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

(3) 정보수집 영역

정보수집 영역의 각 기술 항목별 중요도에 대한 인식은 다음의 [표 VI-7] 과 같다. 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기(기술 11), 환자의 생각, 관심, 기대 등에 대해 탐색하기(기술 18) 항목에서는 의사소통 기술 피드백을 받은 집단(C)의 학생들이 임상실습 교육을 받은 4학년 학생(집단 B)보다 중요성을 높게 인지하였으며, 환자의 생각, 관심, 기대 등에 대해 탐색하기(기술 18), 환자가 자신의 지각을 표현하도록 장려하기(기술 19) 항목에서는 의사소통 기술 피드백을 받은 집단(C)의 학생들이 교육을 받지 않은 2학년 학생(집단 A)보다 중요성을 더 높게 인지하였다. 또한, 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기(기술 11) 항목에서는 4학년 학생들보다 의사소통 피드백을 받지 않은 2학년 학생들이 중요성을 더 높게 인지하였다.

[표 VI-7] 정보 수집 영역 기술 항목별 중요도 인식

정보 수집 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
9. 환자가 자신이 가진 문제의 이력(history)을 말하도록 장려하기	A	4.35	0.79	2.21	
	B	4.22	0.84		
	C	4.56	0.63		
10. 개방형, 폐쇄형 질문 기법을 적절하게 사용하기	A	4.09	0.86	0.37	
	B	4.08	0.97		
	C	4.21	0.72		
11. 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기	A	4.19	0.89	9.14**	C-B A-B
	B	3.68	1.07		
	C	4.43	0.77		
12. 환자의 언어적, 비언어적 반응 촉진하기 (침묵, 반복, 해석 등의 기법 사용)	A	3.97	0.89	2.04	
	B	3.90	0.90		
	C	4.24	0.76		
13. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (몸짓, 표현, 감정 등)	A	4.10	0.79	1.01	
	B	4.03	0.93		
	C	4.26	0.74		
14. 분명하지 않은 환자의 진술을 명확하게 하기	A	4.12	0.78	0.33	

	B	4.14	0.89		
	C	4.24	0.76		
15. 환자의 진술을 일정한 간격으로 요약하기 (자신이 정확하게 이해했는지를 확인하기 위해)	A	3.95	0.83	0.16	
	B	4.01	0.92		
	C	3.92	0.87		
16. 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견 제시하기	A	4.32	0.80	2.59	
	B	4.19	0.90		
	C	4.56	0.54		
17. 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기	A	4.20	0.77	1.29	
	B	4.03	0.99		
	C	4.29	0.78		
18. 환자의 생각, 관심(걱정), 기대(목표) 등에 대해 탐색하기	A	3.70	0.80	6.47**	C-B
	B	3.77	0.95		C-A
	C	4.24	0.66		
19. 환자가 자신의 지각(감정, 의견)을 표현하도록 장려하기	A	3.67	0.90	5.06**	C-A
	B	3.77	0.93		
	C	4.19	0.78		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

(3) 설명·치료계획 영역

설명·치료계획 영역의 각 기술 항목별 중요도에 대한 인식은 다음의 [표 VI-8] 과 같다. 설명·치료계획 영역의 각 기술 항목에서는 환자에게 관련 정보를 제공하기(기술 20), 다른 궁금한 정보가 있는지 물어보기(기술 23), 내용을 논리적 순서로 설명하기(기술 25), 환자가 제시한 생각, 관심 및 기대와 관련지어 설명하기(기술 31), 환자가 질문할 수 있는 기회 제공하기(기술 32), 치료계획, 장·단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기(기술 47), 환자의 견해 수용하기(기술 48), 치료시 환자가 경험하게 될 것과 결과가 어떻게 제시될 것인지 등과 관련한 절차에 대해 설명하기(기술 52), 치료 계획을 향후 절차와 연계시켜서 설명하기(기술 53), 환자들이 잠재적인 불

안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기(기술 54)항목에서 의사소통 기술 피드백을 받은 학생들(집단 C)이 의사소통 기술 피드백을 받지 않은 학생들(집단 A)보다 중요성을 높게 인지하였으며, 환자에게 관련 정보를 제공하기(기술 20), 환자의 문제가 어떻게 진행되고 있는지에 대해 의견 제시하기(기술 41), 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기(기술 49), 환자들이 잠재적인 불안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기(기술 54) 항목에서는 집단 C가 4학년 학생들(집단 B)보다 중요성을 높게 인지하였다.

[표 VI-8] 설명·치료계획 영역 기술 항목별 중요도 인식

설명·치료계획 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준편차	F	사후비교
20. 환자에게 관련 정보를 제공하기	A	4.26	0.73	4.34*	C-B C-A
	B	4.27	0.91		
	C	4.65	0.48		
21. 환자가 이미 어떤 정보를 알고 있는지 평가하기	A	3.51	0.93	2.47	
	B	3.63	1.00		
	C	4.97	8.04		
22. 환자가 원하는 정보의 수준이 어느 정도인지 확인하기	A	3.47	0.97	2.24	
	B	3.67	1.01		
	C	3.82	0.80		
23. 다른 궁금한 정보가 있는지 물어보기 (원인, 예후 등)	A	3.93	0.83	4.16*	C-A
	B	4.01	1.00		
	C	4.39	0.70		
24. 적절한 시점에 설명해 주기 (조기에 정보를 제공하지 않기)	A	4.00	0.83	0.71	
	B	3.83	0.98		
	C	3.97	0.98		
25. 내용을 논리적 순서로 설명하기	A	3.95	0.83	3.39*	C-A
	B	4.01	0.86		
	C	4.34	0.69		
26. 내용을 영역별로 범주화해서 설명하기	A	3.62	0.86	1.54	
	B	3.80	0.96		

	C	3.90	0.99			
27. 설명 내용을 분명하게 이해하도록 반복 또는 요약해 주기	A	4.01	1.01	2.13		
	B	3.91	1.06			
	C	4.31	0.68			
28. 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기 (전문용어 사용하지 않기)	A	4.40	0.86	2.20		
	B	4.37	0.81			
	C	4.68	0.56			
29. 시각적인 자료를 활용해서 설명해주기 (그림, 모델 등)	A	3.98	0.97	2.91		
	B	4.14	1.03			
	C	3.68	0.78			
30. 환자가 설명을 이해하고 있는지 확인하기	A	3.96	0.91	2.09		
	B	4.24	0.92			
	C	4.14	0.76			
31. 환자가 제시한 생각, 관심 및 기대와 관련지어 설명하기	A	3.70	0.99	6.00**	C-A	
	B	3.95	0.84			
	C	4.26	0.67			
32. 환자가 질문할 수 있는 기회 제공하기	A	4.18	0.86	4.60*	C-A	
	B	4.31	0.84			
	C	4.63	0.58			
33. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (환자의 요구, 질문, 정보의 과다함, 걱정 등)	A	3.88	0.99	1.64		
	B	3.90	0.97			
	C	4.19	0.84			
34. 의사의 설명에 대한 환자의 반응, 신뢰 및 감정 파악하기	A	3.85	0.94	1.35		
	B	3.78	0.98			
	C	4.09	0.99			
35. 치료계획에 대한 의사 자신의 생각, 고민(dilemma)을 환자와 공유하기	A	3.49	1.18	0.80		
	B	3.60	1.11			
	C	3.75	1.04			
36. 지시적인 설명보다는 환자의 제안, 선택을 고려해서 설명하기	A	3.73	0.98	1.57		
	B	3.80	1.01			
	C	4.04	0.86			
37. 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하기	A	4.21	0.84	2.13		
	B	4.13	0.86			
	C	4.46	0.63			

38. 의사결정을 하는데 환자가 참여하기 원하는 수준 확인하기	A	3.66	0.99	0.59	
	B	3.62	0.91		
	C	3.82	0.99		
39. 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획 결정하기	A	4.08	0.96	0.82	
	B	4.03	0.99		
	C	4.26	0.77		
40. 환자가 치료계획을 받아들이는지 확인하기	A	4.15	0.88	0.05	
	B	4.19	0.92		
	C	4.17	0.94		
41. 환자의 문제가 어떻게 진행되고 있는지에 대해 의견 제시하기	A	3.90	0.90	3.38*	C-B
	B	3.83	0.95		
	C	4.26	0.63		
42. 자신(의사)이 제시한 의견에 대한 근거 설명하기	A	4.10	0.92	1.29	
	B	4.26	0.92		
	C	4.34	0.65		
43. 환자가 가진 문제의 심각성, 원인 및 기대되는 결과를 설명하기	A	4.25	0.84	1.65	
	B	4.36	0.98		
	C	4.53	0.55		
44. 치료계획에 대한 환자의 반응, 믿음 및 관심 사항 파악하기	A	3.98	0.89	2.22	
	B	4.03	0.91		
	C	4.31	0.75		
45. 치료하지 않을 경우, 약물치료, 수술, 비약물치료(운동, 상담 등) 등에 대해 환자와 의견 교환하기	A	4.07	0.93	0.96	
	B	4.27	0.95		
	C	4.14	0.76		
46. 선택된 치료의 이름, 장-단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기	A	4.29	0.81	0.13	
	B	4.36	0.91		
	C	4.34	0.79		
47. 치료계획, 장-단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기	A	3.89	0.84	4.83**	C-A
	B	4.06	0.87		
	C	4.36	0.69		
48. 환자의 견해 수용하기 (필요하다면 다른 의견 제시하기)	A	3.66	1.02	7.53**	C-A
	B	4.00	0.93		
	C	4.31	0.72		

49. 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기	A	3.92	0.84	4.29*	C-B	
	B	3.72	0.85			
	C	4.21	0.82			
50. 치료계획을 수립하는데 환자가 참여할 수 있도록 조장하기 (책임과 자기 확신을 위해서)	A	4.00	0.85	1.07		
	B	3.78	0.93			
	C	3.95	1.02			
51. 환자에게 도움을 줄 수 있는 주변 여건에 대해 질문하기 (다른 가능한 지원에 대해 논의하기)	A	3.68	0.82	2.73		
	B	3.72	0.79			
	C	4.02	0.75			
52. 치료시 환자가 경험하게 될 것과 결과가 어떻게 제시될 것인지 등과 관련한 절차에 대해 설명하기	A	3.99	0.89	4.74**	C-A	
	B	4.09	0.85			
	C	4.46	0.63			
53. 치료 계획을 향후 절차와 연계시켜서 설명하기 (치료 목적, 치료의 가치 등)	A	4.06	0.86	4.16*	C-A	
	B	4.18	0.86			
	C	4.51	0.71			
54. 환자들이 잠재적인 불안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기	A	3.74	0.92	8.63**	C-A	
	B	3.55	0.99			C-B
	C	4.31	0.84			

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

(4) 면담 구조화 및 관계형성 영역

면담 구조화 및 관계형성 기술 영역의 각 기술 항목별 중요도에 대한 인식은 다음의 [표 VI-9]와 같다. 면담 구조화 및 관계형성 영역의 각 기술 항목에서는 환자의 난처함, 면담 주제를 벗어나는 것, 신체적 고통 등과 같은 것들을 신중하게 다루기(기술 65), 환자와 자신의 생각을 공유하기(기술 66) 항목에서 의사소통 기술 피드백을 받은 학생들(집단 C)이 의사소통 기술 피드백을 받지 않은 학생들(집단 A)보다 중요성을 높게 인지하였으며, 논리적인 순서로 면담을 구조화하기(기술 57), 환자에게 신뢰성 보여주기(기술 61), 환자의 감정과 상태를 이해하기 위해 공감 기법 사

용하기(기술 63), 환자들과 자신의 생각을 공유하기(기술 66) 항목에서는 집단 C가 4학년 학생들(집단 B)보다 중요성을 높게 인지하였다.

[표 VI-9] 면담 구조화 및 관계 형성 영역 기술 항목별 중요도 인식

면담 구조화 및 관계 형성 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
55. 다음 단계로 넘어가기 전에 면담 내용 요약하기 (의사 자신의 이해 정도를 확인하기 위해)	A	3.80	0.94	1.19	
	B	3.73	1.04		
	C	4.02	0.82		
56. 이전 단계에서 다음 단계로 넘어가는 구분점 사용하기	A	3.37	0.92	1.19	
	B	3.40	0.93		
	C	3.63	0.96		
57. 논리적인 순서로 면담을 구조화하기	A	3.95	0.84	4.00*	C-B
	B	3.65	1.03		
	C	4.14	0.79		
58. 면담 요소별 시간을 고려하고 면담 주제에 집중하기	A	3.89	0.88	1.12	
	B	3.70	0.93		
	C	3.95	0.99		
59. 적절한 비언어적 행동 보이기 (눈 맞춤, 표정, 몸짓, 목소리 등)	A	4.09	0.93	1.06	
	B	4.08	0.86		
	C	4.31	0.81		
60. 면담을 방해하지 않는 방법으로 의무기록 작성하기	A	3.96	0.91	1.54	
	B	3.83	1.03		
	C	4.17	0.86		
61. 환자에게 신뢰성 보여주기	A	4.42	0.85	3.75*	C-B
	B	4.34	0.96		
	C	4.78	0.41		
62. 환자의 견해 및 감정을 있는 그대로 받아들이기(판단하지 않기)	A	3.80	1.10	1.62	
	B	3.70	1.03		
	C	4.07	0.81		
63. 환자의 감정과 상태를 이해하기 위해 공감 기법 사용하기	A	3.99	0.94	3.28*	C-B
	B	3.93	0.89		
	C	4.36	0.76		
64. 환자에 대한 지지 제공하기 (환자에 대한	A	4.17	0.90	2.14	

관심, 이해, 도움을 제공하겠다는 의지 표현 등)	B	4.16	0.91		
	C	4.48	0.77		
65. 환자의 난처함, 면담 주제를 벗어나는 것, 신체적 고통 등과 같은 것들을 신중하게 다루기	A	4.02	0.96	4.27*	C-A
	B	4.11	0.95		
	C	4.51	0.63		
66. 환자들과 자신의 생각을 공유하기 (환자의 참여를 위해)	A	3.80	0.95	3.74*	C-A
	B	3.73	0.99		C-B
	C	4.21	0.79		
67. 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사 및 질문에 대한 이유 설명하기	A	4.33	0.90	1.99	
	B	4.09	0.86		
	C	4.41	0.80		
68. 신체검사 동안 검사 절차를 설명하고, 동의 구하기	A	4.18	0.97	1.31	
	B	4.00	0.91		
	C	4.29	0.87		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

(5) 면담 종료 영역

면담 종료 영역의 각 기술 항목별 중요도에 대한 인식은 다음의 [표 VI-10]과 같다. 이 영역에서는 환자가 치료계획에 만족해하고 동의하는지 최종 확인하기(기술 72) 항목에서만 의사소통 피드백 교육을 받은 집단 C의 학생들이 집단 A보다 중요성을 높게 인지하였다. 다른 항목에서는 통계적으로 의미 있는 차이가 발견되지 않았다.

[표 VI-10] 면담 종료 영역 기술 항목별 중요도 인식

면담 종료 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
69. 환자와 다음 단계에 대해 약속하기	A	4.02	0.81	0.54	
	B	4.09	0.99		
	C	4.19	0.87		
70. 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 점을	A	4.43	0.86	0.11	

설명하기	B	4.40	0.86		
	C	4.36	0.85		
71. 면담을 간략하게 요약하고 치료계획을 분명하게 하기	A	4.07	1.00	2.66	
	B	4.11	0.95		
	C	4.46	0.67		
72. 환자가 치료계획에 만족해하고 동의하는지 최종 확인하기	A	3.98	0.99	3.35*	C-A
	B	4.18	0.94		
	C	4.41	0.70		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년
 B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년
 C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

2) 의사소통 기술의 현재수준에 대한 인식

(1) 의사소통 기술 영역

의사소통 기술의 현재수준에 대한 인식은 다음의 [표 VI-11]과 같다. 의사소통 기술 현재 수준에 대한 인식에서는 본 연구의 세 집단간에 통계적으로 유의미한 차이가 발견되지 않았다.

[표 VI-11] 의사소통 기술 영역별 현재수준에 대한 인식

의사소통 기술 영역	구분	평균	표준편차	F	사후비교
면담의 시작	A	3.49	0.58	0.24	
	B	3.53	0.65		
	C	3.44	0.52		
정보수집	A	3.18	0.71	0.44	
	B	3.22	0.64		
	C	3.10	0.55		

설명·계획수립	A	3.11	0.62	0.42
	B	3.03	0.58	
	C	3.03	0.62	
면담 구조화 및 관계형성	A	3.12	0.70	0.24
	B	3.10	0.69	
	C	3.04	0.61	
면담종료	A	3.35	0.75	1.19
	B	3.29	0.82	
	C	3.12	0.79	

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년 *: P<0.5, **: P<0.1

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

(2) 면담 시작하기 영역

면담 시작 영역의 각 기술 항목별 현재수준에 대한 인식은 다음의 [표 VI-12]와 같다. 임상실습을 받은 4학년 학생들(집단 B)이 환자 이름 확인하기(기술 2) 항목에서 다른 집단 보다 현재 수준이 높다고 인지하였으며, 다른 기술 항목에서는 차이가 나타나지 않았다.

[표 VI-12] 면담 시작하기 기술 항목별 현재수준에 대한 인식

면담 시작 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
1. 인사하기	A	3.85	0.88	1.17	
	B	4.08	1.03		
	C	4.00	0.93		
2. 환자 이름 확인하기	A	3.76	0.95	7.46**	B-C A-C
	B	3.85	1.09		
	C	3.04	1.48		
3. 자신에 대해 소개하기	A	3.15	1.09	1.17	
	B	3.19	1.04		
	C	3.51	0.95		

4. 환자에 대한 관심 보여 주기	A	3.60	0.80	
	B	3.44	1.00	0.64
	C	3.48	1.00	
5. 개방형 질문 사용하기 (환자의 내원 이유를 확인하기 위해)	A	3.37	0.99	
	B	3.40	0.98	1.57
	C	3.07	1.12	
6. 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기	A	3.82	0.84	
	B	3.86	0.95	1.62
	C	4.12	0.92	
7. 환자가 진술한 내용을 확인하고 다른 문제가 있는지 확인하기	A	3.25	0.90	
	B	3.37	0.85	0.52
	C	3.39	0.86	
8. 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기	A	3.14	0.85	
	B	3.01	0.78	0.79
	C	2.97	0.82	

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

(3) 정보 수집 영역

정보수집 영역의 각 기술 항목별 현재수준에 대한 인식은 다음의 [표 VI-13]과 같다. 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기(기술 11) 항목에서 의사소통 기술 피드백을 받은 집단 C의 학생들이 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들보다 현재 수준이 높다고 인식하였다. 다른 기술 항목에서는 집단간에 차이가 발견되지 않았다.

[표 VI-13] 정보 수집 영역 기술 항목별 현재수준에 대한 인식

정보 수집 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
9. 환자가 자신이 가진 문제의 이력(history)을 말하도록 장려하기	A	3.38	0.93		
	B	3.31	1.05	2.81	
	C	2.95	1.04		

10. 개방형, 폐쇄형 질문 기법을 적절하게 사용하기	A	2.98	0.96		
	B	3.04	0.80	1.07	
	C	2.78	1.01		
11. 환자의 말을 끊지 않고 주의 깊게 경청하기	A	3.67	1.00		
	B	3.40	1.03	3.84*	C-B
	C	3.97	1.01		
12. 환자의 언어적, 비언어적 반응 촉진하기 (침묵, 반복, 해석 등의 기법 사용)	A	2.91	1.09		
	B	3.09	0.90	0.70	
	C	2.92	0.87		
13. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (몸짓, 표현, 감정 등)	A	2.98	1.08		
	B	3.06	0.83	1.05	
	C	2.78	0.93		
14. 분명하지 않은 환자의 진술을 명확하게 하기	A	3.17	1.11		
	B	3.19	0.98	0.50	
	C	3.00	0.97		
15. 환자의 진술을 일정한 간격으로 요약하기 (자신이 정확하게 이해했는지를 확인하기 위해)	A	3.19	1.08		
	B	3.26	1.01	3.14	
	C	2.75	1.11		
16. 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견 제시하기	A	3.38	0.97		
	B	3.49	0.82	0.25	
	C	3.43	1.16		
17. 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기	A	3.42	1.03		
	B	3.54	0.97	0.57	
	C	3.31	1.19		
18. 환자의 생각, 관심(걱정), 기대(목표) 등에 대해 탐색하기	A	2.97	0.85		
	B	3.04	1.11	0.47	
	C	3.14	1.13		
19. 환자가 자신의 지각(감정, 의견)을 표현하도록 장려하기	A	2.98	1.03		
	B	3.04	1.00	0.15	
	C	3.07	1.08		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

(4) 설명·계획수립 영역

설명·계획수립 영역의 각 기술 항목별 현재수준에 대한 인식은 다음의 [표 VI-14]과 같다. 환자에게 관련 정보를 제공하기(기술 20) 항목에서 의사소통 기술 피드백을 받은 집단 C의 학생들이 교육을 받지 않은 2학년 학생(집단 A)보다 현재 수준이 높다고 인식하였다. 그러나 시각적인 자료를 활용한 설명(기술 10), 선택된 치료의 이름, 장·단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기(기술 27), 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기(기술 30), 치료계획을 수립하는데 환자가 참여할 수 있도록 조장하기(기술 31) 등은 의사소통 기술 피드백 교육을 받지 않은 집단 A의 학생들이 현재수준을 더 높게 인지하였으며, 치료계획, 장·단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기(기술 28), 선택된 치료의 이름, 장·단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기(기술 27) 등은 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들(집단 B)이 의사소통 교육 피드백 교육을 받은 2학년 학생(집단 B)들 보다 현재 수준이 높다고 인식하였다.

[표 VI-14] 설명·계획수립 영역기술 항목별 현재수준에 대한 인식

설명·계획 수립 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
20. 환자에게 관련 정보를 제공하기	A	3.17	0.94	4.05*	C-A
	B	3.22	0.82		
	C	3.65	1.10		
21. 환자가 이미 어떤 정보를 알고 있는지 평가하기	A	2.82	0.90	1.97	
	B	2.85	0.77		
	C	3.14	1.03		
22. 환자가 원하는 정보의 수준이 어느 정도인지 확인하기	A	2.83	0.95	0.28	
	B	2.95	0.92		
	C	2.90	0.99		
23. 다른 궁금한 정보가 있는지 물어보기 (원인, 예후 등)	A	3.33	1.01	1.06	
	B	3.26	1.03		
	C	3.56	1.14		

24. 적절한 시점에 설명해 주기 (조기에 정보를 제공하지 않기)	A	2.89	0.98	2.11	
	B	2.72	0.87		
	C	2.53	1.07		
25. 내용을 논리적 순서로 설명하기	A	3.07	0.94	1.62	
	B	3.11	0.81		
	C	2.80	0.98		
26. 내용을 영역별로 범주화해서 설명하기	A	2.84	0.99	0.56	
	B	2.98	0.82		
	C	2.80	0.98		
27. 설명 내용을 분명하게 이해하도록 반복 또는 요약해 주기	A	3.24	0.95	0.81	
	B	3.06	0.94		
	C	3.09	0.99		
28. 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기 (전문용어 사용하지 않기)	A	3.46	1.01	0.02	
	B	3.47	1.05		
	C	3.43	1.11		
29. 시각적인 자료를 활용해서 설명해주기 (그림, 모델 등)	A	3.02	1.06	5.72**	A-C
	B	2.86	1.17		
	C	2.36	0.85		
30. 환자가 설명을 이해하고 있는지 확인하기	A	3.20	0.91	1.47	
	B	3.01	0.95		
	C	2.95	0.97		
31. 환자가 제시한 생각, 관심 및 기대와 관련지어 설명하기	A	3.02	0.97	0.12	
	B	2.98	0.88		
	C	3.07	0.84		
32. 환자가 질문할 수 있는 기회 제공하기	A	3.47	1.02	2.35	
	B	3.29	1.03		
	C	3.75	1.13		
33. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (환자의 요구, 질문, 정보의 과다함, 걱정 등)	A	2.93	0.86	0.33	
	B	3.00	0.93		
	C	2.85	0.90		
34. 의사의 설명에 대한 환자의 반응, 신뢰 및 감정 파악하기	A	2.95	0.95	0.21	
	B	3.00	0.79		
	C	2.87	1.05		

35. 치료계획에 대한 의사 자신의 생각, 고민(dilemma)을 환자와 공유하기	A	2.94	1.05	0.32
	B	2.90	1.10	
	C	3.07	1.12	
36. 지시적인 설명보다는 환자의 제안, 선택을 고려해서 설명하기	A	3.12	0.99	1.16
	B	2.93	0.92	
	C	2.90	0.91	
37. 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하기	A	3.17	0.97	0.25
	B	3.14	0.83	
	C	3.04	1.07	
38. 의사결정을 하는데 환자가 참여하기 원하는 수준 확인하기	A	3.02	0.89	1.88
	B	2.86	0.95	
	C	2.70	0.98	
39. 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획 결정하기	A	3.20	0.93	2.77
	B	2.86	0.78	
	C	3.17	1.07	
40. 환자가 치료계획을 받아들이는지 확인하기	A	3.18	0.87	0.23
	B	3.08	0.88	
	C	3.12	1.09	
41. 환자의 문제가 어떻게 진행되고 있는지에 대해 의견 제시하기	A	3.20	0.89	2.72
	B	2.88	0.79	
	C	3.21	1.06	
42. 자신(의사)이 제시한 의견에 대한 근거 설명하기	A	3.35	1.05	1.00
	B	3.11	0.96	
	C	3.31	1.21	
43. 환자가 가진 문제의 심각성, 원인 및 기대되는 결과를 설명하기	A	3.26	0.95	1.59
	B	3.08	0.89	
	C	3.41	0.99	
44. 치료계획에 대한 환자의 반응, 믿음 및 관심 사항 파악하기	A	3.13	0.93	0.13
	B	3.14	0.92	
	C	3.21	0.96	
45. 치료하지 않을 경우, 약물치료, 수술, 비약물치료(운동, 상담 등) 등에 대해 환자와 의견 교환하기	A	3.12	0.97	1.04
	B	3.16	0.89	
	C	2.90	0.96	

46. 선택된 치료의 이름, 장-단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기	A	3.18	1.01	5.37**	B-C
	B	3.19	0.89		A-C
	C	2.63	0.94		
47. 치료계획, 장-단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기	A	3.16	0.96	3.41*	B-C
	B	3.27	0.91		
	C	2.80	0.81		
48. 환자의 견해 수용하기 (필요하다면 다른 의견 제시하기)	A	3.04	0.98	0.23	
	B	3.01	0.95		
	C	3.14	0.96		
49. 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기	A	3.17	1.01	4.79**	A-C
	B	2.95	0.95		
	C	2.60	0.99		
50. 치료계획을 수립하는데 환자가 참여할 수 있도록 조장하기 (책임과 자기 확신을 위해서)	A	3.14	1.02	4.05*	A-C
	B	2.88	0.89		
	C	2.65	0.91		
51. 환자에게 도움을 줄 수 있는 주변 여건에 대해 질문하기 (다른 가능한 지원에 대해 논의하기)	A	3.07	0.88	2.90	
	B	2.88	0.93		
	C	2.68	0.96		
52. 치료시 환자가 경험하게 될 것과 결과가 어떻게 제시될 것인지 등과 관련한 절차에 대해 설명하기	A	3.20	0.96	0.51	
	B	3.14	0.90		
	C	3.34	1.03		
53. 치료 계획을 향후 절차와 연계시켜서 설명하기 (치료 목적, 치료의 가치 등)	A	3.06	0.96	1.02	
	B	3.08	0.88		
	C	3.31	1.17		
54. 환자들이 잠재적인 불안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기	A	2.94	1.05	2.45	
	B	2.81	0.94		
	C	3.26	1.04		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

(5) 면담 구조화 및 관계형성 영역

면담 구조화 및 관계형성 영역의 각 기술 항목별 현재수준에 대한 인식은 다음의 [표 VI-15]와 같다. 환자에게 신뢰성 보여주기 기술(기술 61)에서 의사소통 기술 피드백 교육을 받은 학생이 그렇지 못한 집단 A학생들보다 현재 수준을 높게 인식하였으며, 다른 기술 항목에서는 집단간에 차이가 발견되지 않았다.

[표 VI-15] 면담 구조화 및 관계형성 영역 기술 항목별 현재수준에 대한 인식

면담 구조화 및 관계형성 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
55. 다음 단계로 넘어가기 전에 면담 내용 요약하기 (의사 자신의 이해 정도를 확인하기 위해)	A	3.03	0.91	2.24	
	B	2.98	0.93		
	C	2.68	0.90		
56. 이전 단계에서 다음 단계로 넘어가는 구분점 사용하기	A	2.72	0.94	1.78	
	B	2.90	1.01		
	C	2.53	0.95		
57. 논리적인 순서로 면담을 구조화하기	A	2.93	0.99	0.57	
	B	2.90	1.05		
	C	2.73	1.11		
58. 면담 요소별 시간을 고려하고 면담 주제에 집중하기	A	3.09	0.96	1.67	
	B	2.95	0.84		
	C	2.78	1.08		
59. 적절한 비언어적 행동 보이기 (눈 맞춤, 표정, 몸짓, 목소리 등)	A	3.30	1.03	0.46	
	B	3.45	1.13		
	C	3.29	1.10		
60. 면담을 방해하지 않는 방법으로 의무기록 작성하기	A	3.06	1.01	1.40	
	B	2.86	1.05		
	C	2.78	1.06		
61. 환자에게 신뢰성 보여주기	A	3.20	1.08	3.22*	C-A
	B	3.19	1.04		
	C	3.68	1.12		
62. 환자의 견해 및 감정을 있는 그대로	A	3.02	1.02	0.54	

받아들이기(판단하지 않기)	B	3.18	1.00	
	C	3.14	0.76	
63. 환자의 감정과 상태를 이해하기 위해 공감 기법 사용하기	A	3.24	0.93	0.59
	B	3.34	1.13	
	C	3.68	1.12	
64. 환자에 대한 지지 제공하기 (환자에 대한 관심, 이해, 도움을 제공하겠다는 의지 표현 등)	A	3.32	0.92	0.15
	B	3.32	0.96	
	C	3.41	0.94	
65. 환자의 난처함, 면담 주제를 벗어나는 것, 신체적 고통 등과 같은 것들을 신중하게 다루기	A	3.16	0.93	0.10
	B	3.09	1.01	
	C	3.17	0.99	
66. 환자들과 자신의 생각을 공유하기 (환자의 참여를 위해)	A	3.10	0.96	0.61
	B	2.93	0.98	
	C	3.07	0.95	
67. 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사 및 질문에 대한 이유 설명하기	A	3.24	0.98	0.83
	B	3.32	0.87	
	C	3.07	1.12	
68. 신체검사 동안 검사 절차를 설명하고, 동의 구하기	A	3.30	1.04	2.71
	B	3.21	1.09	
	C	2.85	1.01	

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

(6) 면담 종료 영역

면담 종료 영역의 각 기술 항목별 현재수준에 대한 인식은 다음의 [표 VI-16]과 같다. 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 점을 설명하기 기술 항목은 의사소통 기술 피드백을 받지 않은 집단 A가 피드백 교육을 받은 학생 집단 C보다 현재 수준을 높게 인식하였다. 다른 기술 항목에서는 집단간에 차이가 발견되지 않았다.

[표 VI-16] 면담 종료 영역 기술 항목별 현재수준에 대한 인식

면담 종료 영역 의사소통 기술	구분	평균	표준 편차	F	사후 비교
69. 환자와 다음 단계에 대해 약속하기	A	3.45	0.88	1.05	
	B	3.26	1.04		
	C	3.51	1.07		
70. 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 점을 설명하기	A	3.46	1.01	3.31*	A-C
	B	3.42	0.99		
	C	3.00	1.04		
71. 면담을 간략하게 요약하고 치료계획을 분명하게 하기	A	3.21	0.90	0.56	
	B	3.24	1.05		
	C	3.04	1.09		
72. 환자가 치료계획에 만족해하고 동의하는지 최종 확인하기	A	3.25	0.89	1.64	
	B	3.22	1.02		
	C	2.95	0.92		

A: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 2학년

B: 의사소통 기술 피드백 프로그램 비참가 4학년

C: 의사소통 기술 피드백 프로그램 참가 2학년

*: P<0.5, **: P<0.1

3) 연구결과 종합 및 논의

의사소통 피드백 프로그램의 효과는 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참가한 41명의 2학년 학생과 비참가 2학년 학생 105명 및 임상실습 교육을 받은 67명의 4학년 학생을 대상으로 실시되었으며, 다음과 같은 결과가 도출되었다.

첫째, 의사소통 기술 각 영역별 중요도 인식에서는 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생 집단의 평균이 가장 높게 나타나 이 프로그램이 학생들로 하여금 환자와의 면담 절차에 대한 중요성을 인식시키는 데는 효과적인 것으로 나타났다. 특히, 면담의 시작, 정보수집, 면담 구조화 및 관계형성 기술 측면에서는 프로그램 참가 학생들이 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들보다 더 중요성을 높게 인지하였다.

둘째, 의사소통 진행 단계별 세부 의사소통 기술 항목에 있어서는 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생들이 ① 환자에 대한 관심 및 주의 깊은 경청, ② 환자의 생각, 기대 탐색, ③ 면담 내용의 논리적 설명, ④ 환자에게 질문할 수 있는 기회 제공, ⑤ 환자의 이해 확인 및 동의 구하기 기술 등에서 중요성을 높게 인지하였다. 따라서 이 프로그램은 학생들로 하여금 환자의 관점에서 의사소통을 진행하는 것이 중요하다는 인식을 갖도록 하는데 효과적인 것으로 판단된다.

셋째, 자신의 현재 의사소통 수준에 대한 인식에서는 의사소통 진행 단계별로 집단간에 차이가 나타나지 않았다.

넷째, 의사소통 진행 단계별 세부 의사소통 기술 항목에 있어서는 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들이 ① 환자 이름 확인하기, ② 선택된 치료의 이름, 장·단점, 부작용 등에 대한 정보 제공, ③ 치료계획에 대한 환자의 견해 파악하기 등에서 현재 수준이 더 높은 것으로 인식하였다. 이와 같은 결과는 임상실습 교육을 받은 학생들이 환자의 질병에 대한 더 많은 정보를 갖고 있기 때문인 것으로 판단된다. 그럼에도 불구하고, 2학년 학생들과 4학년 학생들이 인지하는 자신의 의사소통 기술 수준에 대한 차이가 거의 나타나지 않은 것은 주목할 만한 결과인데, 이것은 임상실습 교육이 의사-환자간 효과적인 의사소통 기술 습득을 강조하고 있지 않거나, 체계화된 교육프로그램이 부재하다는 반증으로 보인다.

VII. 요약, 결론 및 제언

1. 요약

의사-환자간 의사소통 기술 함양 교육은 의학교육의 핵심적 내용이 되고 있다. 그러나 의사-환자의 효과적인 의사소통을 위한 교육은 많은 요인들이 복합적으로 관련되어 있기 때문에 효과적인 의사소통 기술 교육에는 상당한 어려움이 따른다. 의사-환자 관계에서 효과적인 의사소통은 단순한 기술 이상의 의미를 갖는데, 그것은 의사들이 환자들의 정보를 습득하고, 공유하기 위해 사용하는 기술일 뿐만 아니라 그러한 기술을 사용하기 위한 의사의 인지적, 정의적 영역의 가치, 환자의 사회·심리적 요소 및 환경 등이 복합적인 관계를 맺고 있다. 그럼에도 불구하고 의학교육에서 의사-환자간 효과적인 의사소통 기술 함양 교육에 대한 연구는 거의 이루어지지 못하였다. 이러한 배경에서 이 연구에서는 의사-환자간 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인을 분석하고, 의사소통 교육 프로그램을 개발하며, 개발된 프로그램의 교육 효과를 분석하는 것을 목적으로 하였다.

의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 효과 연구의 주요 연구 내용 및 방법은 다음과 같다. 첫째, 문헌분석에 기초하여 의사-환자간 의사소통 교육에 관한 선행 연구 결과와 효과적인 의사소통 교육 모델에 대한 분석을 실시하였다. 둘째, 의사소통 기술 함양 교육 현황을 분석하고 의사소통 교육 프로그램의 시사점을 도출하기 위해 국내외 의과대학의 의사소통 교육 프로그램을 분석하였다. 셋째, 의

사-환자간 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인은 의사와 관련된 요인, 환자와 관련된 요인 및 환경 요인(물리적, 심리적 등)으로 구분하여 분석하였다. 효과적인 의사소통에 영향을 미치는 요인은 의사, 환자 및 학생을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 넷째, 효과적인 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육 프로그램 개발은 첫 번째 연구문제와 두 번째 연구문제에 대한 탐구 결과를 바탕으로 의과대학 학년별로 해당되는 교육 프로그램을 개발하였다. 다섯째, 개발된 의사소통 기술 함양 교육 프로그램의 교육 효과를 검증하기 위하여 의사소통 기술 함양 교육의 핵심이 될 것으로 예상되는 ‘표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램’에 대해서 실시하였다. 본 프로그램의 효과는 표준화 환자에 의한 학생들의 의사소통 능력 평가 결과, 학생들이 인지하는 의사소통 기술 항목의 중요도 및 현재 수준에 대한 인식 조사를 통해 분석하였다.

의사-환자간 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구 분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 의학교육에서 환자-의사 상호간의 효과적인 의사소통 교육에 대해서는 많은 연구들이 이루어져 왔다. 의학교육에서 의사-환자간 효과적인 의사소통 기술 함양 교육이 핵심이 되어야 하며, 이러한 의사소통 기술은 몇 시간의 강의식 교육을 통해 지식을 함양하는 것으로 충분하지 않다. 둘째, 학생들은 면담의 시작, 정보의 수집, 면담 구조화 및 관계 형성, 설명·치료계획 수립, 면담의 종료 등에 대한 기술을 함양해야 하며, 이것은 역할놀이, 표준화환자, 비디오 모니터링 등의 방법을 통해 이루어져야 한다. 특히, 학생들의 의사소통 능력에 대한 피드백이 중요하다. 셋째, 의사-환자간 의사소통에 많은 도움을 주었던 유용한 모델들이 있어 왔는데, 이러한 의사소통 모델은 의사-환자간 의사소통 기술을 학습하고 가르치기 위한 틀을 제공한다.

국내 주요 5개 의과대학(서울의대, 고려의대, 인제의대, 연세의대, 가톨릭의대)의 의사소통 기술 교육 현황을 살펴본 결과, 의과대학들은 의사-환자간 의사소통 기술

교육의 중요성을 인식하여 대학이 지향하는 이념 및 가치와 현실적으로 동원 가능한 교수인적 자원에 따라 각 대학 특유의 방식대로 의사소통 교육을 시행하고 있다. 대부분의 국내 의과대학에서 의사소통 관련 과목을 개설하여 의사소통 교육을 실시하고 있으며, 의사소통 교육이 강의뿐만 아니라 토론, 역할극, 실습 등과 같은 다양한 수업방식을 통해 이루어지고 있다. 또한, 의예과 또는 의학과 1학년부터 의사소통 교육을 실시함으로써 학생들에게 의사소통에 대한 관심을 조기에 높이고 의사소통자로서의 역할을 일찍부터 인식할 수 있게 하고 있다. 그럼에도 불구하고 국내 일부 의과대학을 제외하고 의사소통 교육이 임상이나 진료 현장과 연계되지 않은 상황에서 이루어지는 경향이 있으며, 의사소통 기술 능력 측정을 위한 표준화된 평가 도구가 미비하다.

외국 의과대학에서는 의사소통에 관한 지식을 전달하는 것뿐만 아니라 의사-환자 면담 상황과 가능한 유사한 상황을 조성하여 학습효과를 극대화시키려는 노력을 하고 있다. 이를 위해 일방적인 강의 형식을 벗어나 표준화 환자를 활용한 실습 기회를 제공하고, 의사소통 교육과정을 병원에서 운영하게 한다. 외국 의과대학에서는 학생들의 임상 조기 노출을 통해 환자에 대해 좀 더 잘 알 수 있는 기회를 제공하고 있다. 학생들은 의과대학 초기부터 환자의 진료 및 면담에서 발생할 수 있는 문제점을 인식하고, 좋은 의사-환자 관계를 위해 지속적으로 자신들의 의사소통 능력을 향상시키고 있다. 뿐만 아니라, 의사소통 교육에서 산출된 결과물에 대해 효과적인 피드백을 하기 위한 다양한 방법들이 활용되고 있는데, 역할극에 대한 비디오 촬영 및 토론, 소집단 학습, 표준화 환자의 활용, 면담기술에 대한 구조화된 시험 등을 통해 학생들의 면담 기술 및 태도에 관한 문제점을 진단하고, 피드백하고 있다.

의사소통 영향 요인에 대한 분석 결과는 다음과 같다. 의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 의사 관련 요인은 의사의 환자 면담기법에 관한 숙련도 및 면담내용에

관한 지식인 것으로 나타났다. 환자와 관련된 요인은 환자 문제의 심각성과 환자의 심리적 상태, 환자의 문제유형이 중요한 영향 요인으로 지적되었으며, 환자문제의 심각성은 교수, 학생 및 환자 모두에게 인지도가 높은 요인이었다. 환경·제도적 요인은 교수, 환자 및 학생 모두 1일 면담 환자수를 의미 있는 항목으로 생각했으며, 1일 면담 환자수가 많을수록 환자-의사 상호간 의사소통의 질이 하락하는 것으로 인식하였다. 의사-환자간 효과적인 의사소통에 있어서 상대적으로 비중이 낮게 평가된 요인은 환자의 나이, 성별, 진료실 환경 등이었다.

의사소통 기술 항목별 중요도 분석 결과는 다음과 같다. 면담시작 영역에서는 환자에 대한 관심 보여주기, 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기, 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기 등이 중요한 의사소통 기술로 나타났다. 정보수집 영역에서는 환자 자신이 가지고 있는 문제를 말하도록 장려하는 것이 중요하며, 설명·계획수립 영역에서는 우선적으로 환자가 치료계획을 받아들이는가에 대해 확인하는 것이 중요하다. 면담 구조화와 관계형성 영역에서는 환자에게 신뢰성을 보여주는 것, 검사에 대한 절차를 설명하고, 그에 대한 동의를 얻는 것이 중요하다고 인식하였다. 면담종료 영역에서는 면담을 요약하고 치료계획을 분명히 확인하는 것, 치료계획에 대해 환자들이 만족해하는지 여부를 확인하는 것이 중요하다. 결론적으로 의사들은 의사 중심의 판단과 치료계획을 환자에게 이해시키려는 성향이 강한 반면, 환자들은 자신의 의견을 존중하고, 본인들이 쉽게 이해할 수 있는 접근성을 강조하였다.

의사소통 기술의 중요도와 현재 수준과의 차이에 대한 각 집단별 및 영역별 분석 결과를 종합해 보면 다음과 같다. 교수들은 의사소통 절차 중 면담시작 단계가 가장 중요하나 현재 졸업생들은 면담종료 단계의 수준이 가장 높다고 지적하였다. 의사소통 기술 항목별 중요도와 현재수준 간의 차이 측면에서는 환자가 쉽게 이해할 수

있는 단어로 질문하고 의견을 제시하는 항목에서 가장 큰 차이가 있었다. 특히, 교수들은 치료계획에 대한 환자의 수용 여부, 의사가 환자에게 신뢰성을 보여주는 것, 면담을 간략하게 요약하고, 치료계획을 분명히 결정짓는 것이 중요하다고 지적하였다. 그러나 환자들은 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 최적의 치료계획을 설정하는 것, 환자에 대한 관심과 이해를 시켜주는 것, 치료계획에 대한 환자의 만족도가 더 중요하다고 인지하였다.

의사소통 기술 함양을 위한 교육 내용에 대한 분석 결과는 다음과 같다. 의사소통 대상 환자와 관련해서는 임중환자, 응급환자, 정신질환자, 만성질환자, 폭력적인 환자에 대한 의사소통 교육의 필요성을 지적하였다. 의사소통 주제별 교육의 필요성은 의료과오, 환자로부터의 동의 얻기, 나쁜 소식 전하기 등이 중요한 의사소통 교육 항목으로 지적되었다. 그럼에도 불구하고, 의사소통 대상 환자별 및 주제별 의사소통 기술 항목들에 대해 학생들의 37.2%만이 교육을 받았다고 응답하였다. 의사소통 대상별로 최소 30분에서 최대 4시간의 강의, 최소 30분에서 최대 8시간의 실습이 필요하고, 총 58시간 정도의 의사소통 기술 교육이 필요한 것으로 나타났다.

이상의 분석 결과에 기초하여 본 연구에서 개발된 의사-환자간 의사소통 교육 프로그램은 의과대학 1학년 과정에서부터 4학년 과정에 이르기 까지 연속성을 갖도록 다음과 같이 개발되었다.

의사-환자간 의사소통 교육 프로그램	교육시간	교육시기
1. 의사소통 절차에 관한 교육 프로그램	20	1학년
2. 의사소통 주제에 관한 교육 프로그램	34	1학년-2학년
3. 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백	4	2학년
4. 임상실습 과정에서의 의사소통 관찰 및 실습	92(60주)	3학년- 4학년
5. 의사소통 수행능력 평가	2시간	4학년

의사-환자간 의사소통 교육 프로그램의 효과를 분석하기 위하여 실시된 ‘표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램’의 효과는 다음과 같다. 첫째, 학생들은 환자와의 면담에서 개방형 질문을 사용하는 능력이 매우 부족하다. 프로그램에 참여한 학생의 40%이하만이 개방형 질문을 사용하고 있는 것으로 나타나 환자와의 면담에서 효과적인 질문 사용 기법에 대한 훈련이 필요함을 지적하였다. 둘째, 학생들은 면담이 진행되는 절차를 숙지하고 있지 못함으로 인해, 환자로부터 정보를 수집하는데 초점을 맞추고 있다. 환자의 이야기를 경청하는 능력, 설명·치료계획 수립 단계에서 환자의 의견을 반영하는 능력, 면담 종료 단계에서 환자들에게 요약 설명하는 등 면담의 일반적인 절차에 대한 교육이 중요한 것으로 나타났다. 셋째, 비록 일부 학생이 1학년 2학기 환자와의 면담 절차에 대한 강의를 이수하였음에도 불구하고, 면담 절차 교육을 이수하지 않은 학생들과 큰 차이를 보이지는 않았다. 따라서 면담 절차에 대한 교육이 단순한 강의의 형태로만 이루어질 경우에는 효과가 크지 않은 것으로 추정할 수 있다. 면담 절차에 대한 강의와 함께 실제 실습을 할 수 있는 기회가 동시에 제공되어야 할 것으로 보인다. 넷째, 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 대해 학생들은 매우 긍정적인 반응을 보였으며, 환자진료에 대한 실제적인 관점을 습득할 수 있었으며, 자신들의 현재 수준을 진단하고, 무엇을 더 학습해야 하는지 알게 되었다고 응답하였다. 효과적인 의사소통 교육을 위해서는 학생들의 출발점 행동이 분석되어야 한다. 표준화 환자를 이용한 의사소통 피드백 프로그램은 학생들의 의사소통 기술 함양을 위한 출발점에 대한 정보를 제공해 준 것으로 평가된다. 다섯째, 많은 학생들이 표준화 환자를 이용한 의사소통 피드백 프로그램이 익숙하지 않았기 때문에 매우 긴장되고 떨렸다는 반응을 보였다. 특히, 민감한 주제의 경우에는 어떻게 의사소통해야 하는지 전혀 생각나지 않았다는 응답이 많았다. 이것은 의사소통 기술이 일회적인 교육을 통해서 습득되기 어렵다는 것을 반증한다. 따라서 학생들이 의사소통 기술을 자신의 것으로 완전히 소화하도록

하기 위해서 지속적이고 체계적인 피드백 프로그램이 필요한 것으로 보인다.

표준화 환자를 이용한 피드백 프로그램의 효과에 대한 집단별 차이 검증 결과는 다음과 같다. 첫째, 의사소통 기술 각 영역별 중요도 인식에서는 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생 집단의 평균이 가장 높게 나타나 이 프로그램이 학생들로 하여금 환자와의 면담 절차에 대한 중요성을 인식시키는 데는 효과적인 것으로 나타났다. 둘째, 의사소통 진행 단계별 세부 의사소통 기술 항목에 있어서는 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생들이 ① 환자에 대한 관심 및 주의 깊은 경청, ② 환자의 생각, 기대 탐색, ③ 면담 내용의 논리적 설명, ④ 환자에게 질문할 수 있는 기회 제공, ⑤ 환자의 이해 확인 및 동의 구하기 기술 등에서 중요성을 높게 인지하였다. 셋째, 의사소통 기술 각 영역별로 자신의 현재 수준에 대한 인식에서는 집단간에 차이가 나타나지 않았다. 넷째, 의사소통 진행 단계별 세부 의사소통 기술 항목에 있어서는 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들이 ① 환자 이름 확인하기, ② 선택된 치료의 이름, 장·단점, 부작용 등에 대한 정보 제공, ③ 치료계획에 대한 환자의 견해 파악하기 등에서 현재 수준이 더 높은 것으로 인식하였다.

2. 결론 및 제언

본 연구는 효과적인 의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 요인을 탐색하고, 의사소통 기술 함양 교육 프로그램을 개발하고, 그 효과를 분석하였다. 본 연구의 결과에 기초한 결론은 다음과 같다.

첫째, 의사-환자간 의사소통에 영향을 미치는 가장 중요한 요인은 환자 면담 기법에 관한 의사의 숙련도와 면담내용에 관한 지식이다. 그러므로 학생들은 의학적 지식과 기술을 습득함과 동시에 환자와의 면담 절차에 대한 체계적인 교육을 받아야 한다. 의사소통 기술은 기존 의사들의 면담 과정을 관찰함으로써 자연스럽게 체득되는 것이 아니라 공식적 교육과정을 통해 제공될 필요가 있다.

둘째, 의사-환자간 의사소통 절차(면담의 시작, 정보 수집, 설명·치료계획 수립, 면담 구조화 및 관계형성, 면담의 종료 등)에 대한 교육은 학생들에게 환자와의 면담에 대한 이론적 토대를 형성해 준다. 그러나 의사-환자간 면담 절차가 단순한 강의 형태로만 진행될 경우에는 그 효과가 크지 않다. 따라서 의사-환자간 면담 절차에 대한 강의와 함께 학생들에게 역할놀이, 시뮬레이션 등 적절한 실습 기회가 함께 제공되어야 한다.

셋째, 의사소통 기술 항목 중 환자의 진술을 주의 깊게 경청하기, 환자에 대한 관심 보여 주기, 환자의 신념과 이해정도 확인하기, 환자가 이해할 수 있는 언어로 치료계획 설명하기 등은 중요성이 높게 지적된 의사소통 기술이었음에도 불구하고 졸업생들의 현재 수준이 낮은 항목들이다. 그러므로 의사소통 교육에서 의사의 관점보다는 환자의 관점을 이해하기 위한 교육이 강조될 필요가 있다.

넷째, 의사소통 대상별(임종환자, 응급환자, 정신질환자, 만성질환자, 폭력적인

환자 등) 및 주제별(의료과오, 환자 동의 구하기, 나쁜 소식 전하기 등) 교육이 중요함에도 불구하고 학생들은 거의 이러한 교육을 제공받지 못했다. 따라서 일반적인 의사-환자간 의사소통 기술뿐만 아니라 상황 특수적인 의사소통 기술이 함께 교육되어야 한다.

다섯째, 의사-환자간 의사소통 교육 프로그램은 의과대학 1학년 과정에서부터 4학년 과정에 이르기까지 연속성을 가져야 한다. 의사소통 기술은 일회성 교육으로 습득될 수 있는 것이 아니다. 그것은 의학교육 전 과정에 걸쳐 체계적으로 계획되고 심화·반복되어 학생 개개인이 자연스럽게 이러한 기술을 사용할 수 있도록 해야 한다. 그러므로 의사소통 기술 함양 교육은 의학교육 전 과정에 걸친 나선형 교육과정으로 개발되어야 한다.

여섯째, 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램은 학생들로 하여금 환자와의 면담 절차에 대한 중요성을 인식시키는 데는 효과적이다. 특히, 면담의 시작, 정보수집, 면담 구조화 및 관계형성 기술 측면에서는 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들보다 더 중요성을 높게 인지하도록 하였다.

일곱째, 표준화 환자를 이용한 의사소통 기술 피드백 프로그램에 참여한 학생들과 임상실습 교육을 받은 4학년 학생들 간에 의사소통 기술에 대한 현재 수준이 큰 차이가 없었다. 이러한 결과는 현재의 임상실습 교육이 학생들의 의사소통 기술 함양에 크게 기여하고 있지 못할 가능성이 있다.

여덟째, 의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램은 학생들이 수행하는 의사소통 기술을 모니터링 하고, 적절한 피드백이 제공될 때 가장 효과적이다. 이미 선행 연구에서도 언급되었듯이 학생들이 직접 경험하지 않는 의사소통 교육, 피드백이 제공되지 않는 의사소통 교육은 효과가 크지 않다.

본 연구의 결론에 더하여 의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램의 개발 및 운영을 위해 필요한 몇 가지 사항을 제안하면 다음과 같다.

첫째, 의사-환자간 의사소통 기술 함양을 위한 의과대학, 교수 및 학생들의 인식 전환이다. 지금까지 의학교육은 의학적 지식과 수기를 함양하기 위한 교육에 많은 비중을 두어 왔다. 비록 최근 의사국가실기시험 도입 방침에 따라 급격한 변화가 일어나고 있으나, 의사-환자간 의사소통 기술은 기존 의사들의 환자 면담을 어깨 너머로 관찰함으로써 자연스럽게 체득하는 것으로 생각하는 경향이 없지 않았다. 이미 선행 연구에서도 분석되었듯이 의사소통 기술은 교육될 수 있고, 교육을 통해 의사소통 기술을 향상시킬 수 있다. 의사들이 환자 진료를 위해서는 의학적 지식과 수기 못지않게 의사소통 기술이 중요함을 재차 설명할 필요는 없을 것이다. 따라서 의과대학은 의사소통 기술 교육에 어느 정도의 시간과 재원을 할당할 것인지 결정해야 한다. 그리고 교수들은 학생들에게 어떻게 의사소통 기술을 교육할 것인지 고민해야 한다. 마지막으로 교육의 수혜자인 학생들은 기초의학 및 임상의학 지식뿐만 아니라 의사소통 기술 습득에 대한 인식을 제고하여 자신의 의사소통 기술을 함양하기 위한 지속적인 노력을 해야 한다.

둘째, 의사-환자간 의사소통 기술 함양 교육을 위해서는 적절한 의사소통 기술 교육과정을 편성해야 한다. 본 연구에서도 제시하였지만, 의사소통 교육은 일회성, 강의식 교육으로 해결될 수 있는 문제가 아니다. 의과대학 저학년에서부터 고학년에 이르기까지 심화·확대되는 교육과정을 설계하고, 각 과정마다 학생들이 적극적인 학습자로 참여하게 하고, 학생들의 수행능력에 대해 적절한 피드백을 제공하는 교육과정을 편성해야 할 것이다.

셋째, 많은 사람들이 의사소통 교육을 하려고 해도 교육 자료가 적절하지 않다는 지적을 한다. 의사소통 교육을 위해서는 좋은 교육 자료가 개발되어야 한다. 특히,

의사소통 교육은 학생들의 적극적인 참여를 전제로 하는 역할놀이, 시뮬레이션, 비디오 모니터링 등 다양한 교육 자료가 필요하다. 한국의과대학·의학전문대학원협회 및 한국의학교육학회 등을 중심으로 의사소통 교육을 위한 교육자료 개발이 논의될 필요가 있다. 또한, 많은 의과대학들이 이미 의사소통 교육 자료를 자체적으로 개발하여 사용하고 있을 것이다. 각 대학들이 갖고 있는 교육자료 데이터베이스 구축을 통한 공동 사용도 필요할 것으로 보인다.

넷째, 의사-환자간 의사소통 기술 함양 교육에서 무엇보다 중요한 단계는 임상실습 교육이다. 임상실습 교육은 학생들이 실제 환자를 접할 수 있는 기회이며, 좋은 의사소통 기술을 갖고 있는 의사들을 관찰할 수 있는 기회이다. 그러므로 의사소통 기술 함양 교육을 임상실습 과정과 연계하는 것은 무엇보다 중요하다. 각 임상실습 단계마다 특정 의사소통 주제를 배정하고, 그것이 체계적으로 교육될 수 있도록 임상실습 교육과정의 재편이 필요할 것으로 보인다.

참고문헌

- 안덕선 (2006). 의료대화기법. 한국의학원
- 오미영·정인숙 (2005) 커뮤니케이션 핵심이론. 커뮤니케이션북스
- 이소우·임숙빈 (2000). 간호이론과 실제에서의 의사소통론. 대한간호협회
- 임청일·최정임 역 (1999). 효과적인 의사소통을 위한 기술. 커뮤니케이션북스
- Aspegren K(1999). BEME guide no.2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. Medical Teacher, 21(6), 563-570
- Boon H & Stewart M(1998). Patient-physician communication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. Patient Education and Counseling, 35, 161-176
- Bowman FM, Goldgerg DP, Millar T, Bask L & McGrath G(1992). Improving the skills of established General Practitioners: The long term benefits of group teaching. Medical Education, 26, 63-68
- Buyck D & Lang F(2002). Teaching medical communication skills: A call for greater uniformity. Family Medicine, 34(5), 337-343
- Cantwell BM & Ramirez AJ(1997). Doctor-patient communication: A study of junior house officers. Medical Education, 31, 17-21
- Cole SA & Bird J(2000). The medical interview: The three function approach. St Louis: Mosby.
- Communication education skills for doctors: an update. British Medical Association, Board of medical education, November 2004.
- Coulter A(1999). Paternalism or partnership: Patients have grown up and there's no going back. Br Med J, 319, 719-720
- Craig JL(1992). Retention of interviewing skills learned by first-year medical students: A longitudinal study. Medical Education, 26, 276-281

- Dalen JV, Hout J.C.H.M.V, Wolfhagen HAP, Scherpbier A.J.J.A(1999). Factors influencing the effectiveness of communication skills training: Programme contents outweigh teachers' skills. *Medical Teacher*, 21(3), 308-309
- Davis H & Nicholaou T(1992). A comparison of the interviewing skills of first and final year medical students. *Medical Education*, 26, 441-447
- De Haes J.C.J.M, FJ Oort & RL Hulsman(2005). Summative assessment of medical students' communication skills and professional attitudes through observation in clinical practice. *Medical Teacher*, 27(7), 583-589
- Draper J, Silverman J, Hibble A, Berrington RM & Kurtz SM(2002). The East Anglia deanery communication skills teaching project-six years on. *Medical Teacher*, 24(3), 294-298
- Engler CM, Saltzman GA, Walker ML & Wold FM(1981). Medical student acquisition and retention of communication and interviewing skills. *Medical Education*, 56, 572-579
- Epstein RM & Hundert EM(2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226-235
- Epstein RM, Alper BS & Quill TE(2004). Communication evidence for participatory decision making. *JAMA*, 291, 2359-2366
- Fallowfield L, Lipkin M & Hall A(1998). Teaching senior oncologists communication skills result from phase 1 of a comprehensive longitudinal program in the United Kingdom. *Journal of Clinical Oncology*, 16, 1961-1968
- Frankel RM & Stein T(1999). Getting the most out of the clinical encounter: The four habits model. *Perman J*, 3, 79-88
- Grant VJ & Hawken SJ(2000). What do they think of it now? Medical graduates' views of earlier training in communication skills. *Medical Teacher*, 22(3), 260-164
- Hall P, Keeely E, Dojeji S, Byszewski A & Marks M(2004). Communication skills, cultural challenges and individual support: Challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Medical Teacher*, 26(2), 120-125
- Halpern J(2003). What is clinical empathy?. *Journal of General Internal Medicine*, 28,

670-674

Haq C, Steele DJ, Marchand L, Seibert C & Brody D(2004). Intergrating the art and science of medical practice: Innovations in teaching medical communication skills. *Familly Medicine*, 36(January Suppl), 43-50

Hardee JT, Platt FW & Kasper LK(2005). Discussion health care costs with patients: An opportunity for empathic communication. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 666-669

Hargie O, Dickon DA, Boohan M & Hughes K(1998). A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: Present practices and prospective proposals. *Medical Education*, 32, 25-34

Klass D(2001). The bedrock of clinical encounters. *CPSO Members Dialogue*, September/October, 11-12

Kurtz S & Silverman J(1996). The Calgary-Cambridge referenced observation guides: An aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education*, 30, 83-89

Kurtz S(1989). Curriculum structuring to enhance communication skill. In: Stewart M, Foter D. eds. *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park, California: Sage Publications, 153-166

Kurtz S, Silverman J & Draper J(1998). Teaching and learning communication sills in medicine. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press

Laidlaw TS, VacLeod H, Kaufman DM, Langille DB & Sargeant J(2002). Implementing a communication skills programme in medical school: Needs assessment and programme change. *Medical Education*, 36, 115-124

Lloyd M & Bor R(1996). *Communication skills for medicine*. New York: Churchill Livingstone.

Maguire P, Fairbairn S & Fletcher C(1989). Consultation skills of young doctors: Benefits of undergraduate feedback training in interviewing. In: Stewart M. Roter D. ed. *Communicating with medical patients*. Sage Publications, California

Makoul G(1999). Contemporary issues in medicine: Communication in medicine.

Medical School Objectives Project. Washington DC: Association of American Medical Colleges, October

McNinch E(2001). The art of rapport. CPSO Members Dialogue, September/October, 7-10

Mukohara K, Kitamura K, Wakabayashi H, Abe K, Sato J & Ban N(2004). Evaluation of a communication skills seminar for students in a Japanese medical school: A non-randomized controlled study. BMC Medical Education, 4(24), 1-6

Novack DH, Volk G, Drossman DA & Lipkin M(1996). Medical interviewing and interpersonal skill teaching in US medical schools. practice, problems and promise. JAMA, 269, 2101-2105

Ong L.M.L, De Haes J.C.J.M, Hoos AM & Lammes FB(1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. Social Science and Medicine, 40, 903-918

Parle J, Wall D, Holer R & Temple J(1995). Senior registrars' communication skills: Attitudes to and need for training. British Journal of Hospital Medicine, 53, 257-260

Petersen C, Busche W, Bergelt C, Huse-Kleinstoll G(2005). GMS Zeitschrift fuer, Medizinische Ausbildung, 22(1), Doc08.

Platt F & Gordon GH(2004). Field Guide to the Difficult Patient Interview, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Platt FW & Keller VF(1994). Empathic communication: A teachable and learnable skill. Journal of General Internal Medicine, 9, 222-226

Prim RG(1993). Communication: Coping with the unspoken dance. Nursing Management, 24(3), 33-35

Quill TE, Arnold RM & Platt FW(2001). I wish things were different: Expressing wishes in response to loss, futility, and unrealistic hopes. Annals of Internal Medicine, 135, 551-555

Rahman A(2000). Initial assessment of communication skills of intern doctors in history-taking. Medical Teacher, 22(2), 184-188

Rees C & Sheard C(2003). Evaluating first-year medical students' attitudes to learning communication skills before and after a communication skills course. Medical Teacher,

25(3), 302-307

Rees CE, Sheard CE & McPherson AC(2002). A qualitative study to explore undergraduate medical students' towards communication skills learning. *Medical Teacher*, 24(3), 289-293

Riccardi VM & Kurtz SM(1983). Communication skills to first-year medical students. *Journal of Medical Education*, 61, 603-605

Salmon P & Young B(2005). Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Education and Counseling*, 58, 225-234

Silverman J, Kurtz S & Draper J(1998). *Skills for communicating with patients*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press

Simpson JG, Furnace J, Crosby J, Cumming AD, Evans PA, Friedman BD, Harden RM, Lloyd D, Mckenzie H, JC, Mclachlan JC, Mcphate GF, Percy-Robb IW, & Macpherson SG(2002). The scottish doctor-learning outcomes for the medical undergraduate in Scotland: a foundation for competent and reflective practitioners. *Medical Teacher*, 24(2), pp. 136-143.

Stewart M(2001). Towards a global definition of patient centered care. *British Medical Bulletin*, 322, 444-445

Wilkinson S(1992). Good communication in cancer nursing. *Nursing Standards*, 7(9), 35-39

Zoppi K & Epstein RM(2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Family Medicine*, 34, 319-124

부 록

부록: 환자-의사 의사소통 교육에 관한 의견 조사지

안녕 하십니까?

이 조사지는 한국학술진흥재단의 연구비 지원으로 진행되고 있는 [의사-환자간 의사소통 기술 교육 프로그램 개발 및 효과 연구]의 일환으로 개발되었습니다. 이미 알고계신 것처럼 의과대학 졸업생들은 환자와의 효과적인 의사소통 기술을 갖고 있어야 합니다. 여러 가지 업무로 바쁘신 줄 사려되으나 환자-의사 의사소통에 영향을 미치는 요인과 의사소통 교육 항목에 대한 귀하의 고견을 수렴하고자 하오니, 적극 협조해 주시기를 당부드립니다. 아울러 본조사 결과는 연구목적으로만 사용할 것을 약속드립니다. **완성된 조사지는 5월 31일 (금)까지 연구자에게 회신해 주시기 바랍니다. 감사합니다.**

2007년 5월
연구책임자: 양은배
연세대학교 의과대학 의학교육학과

문의: 02-2228-2511 | nara@yumc.yonsei.ac.kr

(교수용)

1. 전 공 _____ (예: 내과)
2. 직 위 교수 부교수
 조교수·전임강사 기타
3. E-mail (선택) _____

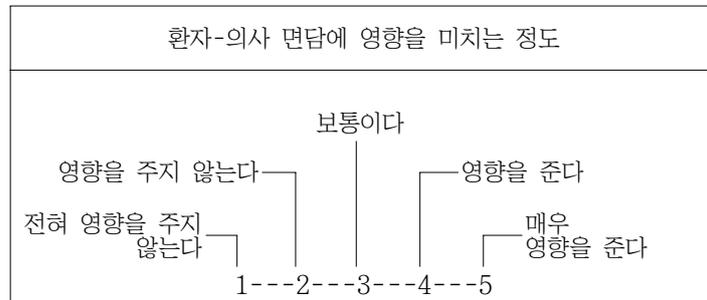
* E-mail을 적어 주시면 연구결과를 송부해 드리겠습니다.

(교수, 환자, 학생)

제 ○ 부: 환자-의사 면담에 영향을 미치는 요인

* 우리나라 의료환경을 고려할 때 다음 항목이 환자-의사 면담에 어느 정도 영향을 미친다고 생각하십니까? 아래 응답방법을 참고하여 해당되는 곳에 ○표시를 해 주십시오.

[응답방법]



[의사와 관련된 요인]

영향을 미치는 정도

- | | |
|--|---------------|
| 1. 환자의 증상별 면담 내용에 관한 지식 (환자로부터 수집, 설명할 정보의 내용) | 1--2--3--4--5 |
| 2. 면담 절차에 관한 지식 (면담시작, 정보수집, 설명, 치료계획 등) | 1--2--3--4--5 |
| 3. 면담 기법에 관한 숙련도 (태도, 환자의 생각과 감정 분석, 공감 능력 등) | 1--2--3--4--5 |
| 4. 심리적 상태 (오진, 환자의 감정적 반응, 경험 미숙 표출 등에 대한 불안) | 1--2--3--4--5 |
| 5. 신체적 여건 (피로 등) | 1--2--3--4--5 |
| 6. 개인의 성격 | 1--2--3--4--5 |
| 7. 의사소통 능력에 대한 자기 확신 | 1--2--3--4--5 |
| 8. 기타 의사와 관련된 요인이 있으시면 적어 주십시오. | |

영향을 미치는 정도

[환자와 관련된 요인]

9. 환자의 유형 (소아, 청소년, 성인, 노인 등)	1--2--3--4--5
10. 환자의 문제 유형 (말기 암, 성적인 문제 등)	1--2--3--4--5
11. 환자 문제의 심각성 (시급성)	1--2--3--4--5
12. 환자의 심리적 상태 (불안, 우울, 분노 등)	1--2--3--4--5
13. 과거에 진료를 받았던 경험	1--2--3--4--5
14. 질병과 고통에 대한 환자의 신념	1--2--3--4--5
15. 의사에 대한 환자의 기대	1--2--3--4--5
16. 환자들이 지각하는 의사의 역할	1--2--3--4--5
17. 환자의 나이 (의사 자신과의 나이 차이)	1--2--3--4--5
18. 환자의 성별 (의사 자신과 다른 성별)	1--2--3--4--5
19. 환자의 언어 구사 능력 (표현 능력)	1--2--3--4--5
20. 환자의 언어 이해 능력	1--2--3--4--5
21. 환자의 성격	1--2--3--4--5
22. 기타 환자와 관련된 요인이 있으시면 적어 주십시오.	

[환경-제도적 요인]

23. 진료실 환경 (조도, 온도, 안락함)	1--2--3--4--5
24. 책상과 의자의 배열 (환자-의사 간의 물리적 거리)	1--2--3--4--5
25. 환자의 사생활을 보호할 수 있는 진료실 여건	1--2--3--4--5
26. 1일 면담 환자 수 (환자 1인당 면담 시간)	1--2--3--4--5
27. 수익을 강조하는 병원의 분위기	1--2--3--4--5
28. 기타 환경-제도와 관련된 요인이 있으시면 적어 주십시오.	

(교수, 환자, 학생)

제 ○ 부: 환자-의사 면담에서의 의사소통 기술

* 다음은 의사-환자간 면담에 필요한 기술들을 나열한 것입니다. 우리나라 의료 환경에서 다음 항목이 환자를 면담하는데 어느 정도 중요한 기술인지 표시해 주십시오. 그리고, 의과대학 졸업생들이 이러한 기술을 어느 정도 갖고 있다고 생각하는지 아래 응답방법을 참고하여 해당되는 곳에 ○표시를 해 주십시오.

[응답방법]

환자 면담에서의 중요도	졸업생들의 현재 수준
<p style="text-align: center;">1---2---3---4---5</p>	<p style="text-align: center;">1---2---3---4---5</p>

[면담 시작하기]

면담에서의 중요도 졸업생의 현재 수준

1. 인사하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
2. 환자 이름 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
3. 자신에 대해 소개하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
4. 환자에 대한 관심 보여 주기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
5. 개방형 질문 사용하기 (환자의 내원 이유를 확인하기 위해)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
6. 환자의 진술을 주의깊게 경청하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
7. 환자가 진술한 내용을 확인하고 다른 문제가 있는지 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
8. 환자의 요구와 자신의 의견을 종합하여 환자의 문제 결정하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

[정보 수집하기]

면담에서의 중요도 졸업생의 현재 수준

9. 환자가 자신이 가진 문제의 이력(history)을 말하도록 장려하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
10. 개방형, 폐쇄형 질문 기법을 적절하게 사용하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
11. 환자의 말을 끊지 않고 주의깊게 경청하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
12. 환자의 언어적, 비언어적 반응 촉진하기 (침묵, 반복, 해석 등의 기법 사용)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
13. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (몸짓, 표현, 감정 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
14. 분명하지 않은 환자의 진술을 명확하게 하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
15. 환자의 진술을 일정한 간격으로 요약하기 (자신이 정확하게 이해했는지를 확인하기 위해)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
16. 환자가 쉽게 이해할 수 있는 단어로 질문하고 의견 제시하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
17. 환자의 문제가 발생한 날짜와 순서 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
18. 환자의 생각, 관심(걱정), 기대(목표) 등에 대해 탐색하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
19. 환자가 자신의 지각(감정, 의견)을 표현하도록 장려하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

[설명과 치료계획 수립하기]

20. 환자에게 관련 정보를 제공하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
21. 환자가 이미 어떤 정보를 알고 있는지 평가하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
22. 환자가 원하는 정보의 수준이 어느 정도인지 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
23. 다른 궁금한 정보가 있는지 물어보기 (원인, 예후 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
24. 적절한 시점에 설명해 주기 (조기에 정보를 제공하지 않기)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
25. 내용을 논리적 순서로 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
26. 내용을 영역별로 범주화해서 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
27. 설명 내용을 분명하게 이해하도록 반복 또는 요약해 주기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

면담에서의 중요도 졸업생의 현재 수준

28. 환자가 이해하기 쉬운 말로 설명하기 (전문용어 사용하지 않기)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
29. 시각적인 자료를 활용해서 설명해주기 (그림, 모델 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
30. 환자가 설명을 이해하고 있는지 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
31. 환자가 제시한 생각, 관심 및 기대와 관련지어 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
32. 환자가 질문할 수 있는 기회 제공하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
33. 환자의 언어적, 비언어적 단서 포착하기 (환자의 요구, 질문, 정보의 과다함, 걱정 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
34. 의사의 설명에 대한 환자의 반응, 신뢰 및 감정 파악하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
35. 치료계획에 대한 의사 자신의 생각, 고민(dilema)을 환자와 공유하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
36. 지시적인 설명보다는 환자의 제안, 선택을 고려해서 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
37. 환자의 처지를 고려한 치료계획 탐색하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
38. 의사결정을 하는데 환자가 참여하기 원하는 수준 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
39. 환자와 의사 상호간에 수용할 만한 치료계획 결정하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
40. 환자가 치료계획을 받아들이는지 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
41. 환자의 문제가 어떻게 진행되고 있는지에 대해 의견 제시하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
42. 자신(의사)이 제시한 의견에 대한 근거 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
43. 환자가 가진 문제의 심각성, 원인 및 기대되는 결과를 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
44. 치료계획에 대한 환자의 반응, 믿음 및 관심 사항 파악하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
45. 치료하지 않을 경우, 약물치료, 수술, 비약물치료(운동, 상담 등) 등에 대해 환자와 의견 교환하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
46. 선택된 치료의 이름, 장-단점, 부작용 등에 대한 정보 제공하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

면담에서의 중요도 졸업생의 현재 수준

47. 치료계획, 장-단점 등에 대한 환자의 견해 파악하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
48. 환자의 견해 수용하기 (필요하다면 다른 의견 제시하기)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
49. 환자의 생활습관, 신념, 문화적 배경, 사고 능력 파악하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
50. 치료계획을 수립하는데 환자가 참여할 수 있도록 조장하기 (책임과 자기 확신을 위해서)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
51. 환자에게 도움을 줄 수 있는 주변 여건에 대해 질문하기 (다른 가능한 지원에 대해 논의하기)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
52. 치료시 환자가 경험하게 될 것과 결과가 어떻게 제시 될 것인지 등과 관련한 절차에 대해 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
53. 치료 계획을 향후 절차와 연계시켜서 설명하기 (치료 목적, 치료의 가치 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
54. 환자들이 잠재적인 불안 또는 부정적인 결과에 대해 질문할 수 있도록 조장하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

[면담 종료하기]

55. 환자와 다음 단계에 대해 약속하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
56. 예상치 못한 결과가 발생할 수 있다는 점을 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
57. 면담을 간략하게 요약하고 치료계획을 분명하게 하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
58. 환자가 치료계획에 만족해하고 동의하는지 최종 확인하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

[면담 구조화와 관계형성]

59. 다음 단계로 넘어가기 전에 면담 내용 요약하기 (의사 자신의 이해 정도를 확인하기 위해)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
60. 이전 단계에서 다음 단계로 넘어가는 구분점 사용하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
61. 논리적인 순서로 면담을 구조화하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
62. 면담 요소별 시간을 고려하고 면담 주제에 집중하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
63. 적절한 비 언어적 행동 보이기 (눈맞춤, 표정, 몸짓, 목소리 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

면담에서의 중요도 졸업생의 현재 수준

64. 면담을 방해하지 않는 방법으로 의무기록 작성하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
65. 환자에게 신뢰성 보여주기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
66. 환자의 견해 및 감정을 있는 그대로 받아들이기(판단 하지 않기)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
67. 환자의 감정과 상태를 이해하기 위해 공감 기법 사용 하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
68. 환자에 대한 지지 제공하기 (환자에 대한 관심, 이해, 도움을 제공하겠다는 의지 표현 등)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
69. 환자의 난처함, 면담 주제를 벗어나는 것, 신체적 고 통 등과 같은 것들을 신중하게 다루기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
70. 환자들과 자신의 생각을 공유하기 (환자의 참여를 위 해)	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
71. 불합리하게 여겨질 수 있는 신체검사 및 질문에 대한 이유 설명하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5
72. 신체검사 동안 검사 절차를 설명하고, 동의 구하기	1--2--3--4--5	1--2--3--4--5

(교수, 4학년 학생)

제 ○ 부: 의사소통 교육 주제 및 교육시간

* 면담 대상 및 면담 주제에 따라 의사-환자간 의사소통 기술이 달라 질 수 있습니다. 다음 각각의 면담 대상 및 주제들이 의과대학 학생들의 의사소통 기술 함양 교육에서 어느 정도 중요하다고 생각하십니까? 각항목의 필요성(필수, 권장, 필요없음) 및 필요한 교육 시간(단위: 시간)을 적어 주십시오.

[의사소통 대상 관련 교육 주제]

	필요성			교육시간	
	필수	권장	필요없음	강의	실습
1. 응급 환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
2. 소아 청소년	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
3. 산모	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
4. 임종환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
5. 알콜 중독자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
6. 선천기형자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
7. 정신 질환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
8. 만성 질환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
9. 수술 대기 환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
10. 화가나 있는 환자	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
11. 폭력적인 환자 (응급실 상황 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___

	필요성			교육시간	
	필수	권장	필요없음	강의	실습
12.					
13. 병원내 타 직종 종사자 (간호사, 의료기사 등)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	___
14. 기타 의사소통 교육에서 다루어져야 하는 의사소통 대상이 있으시면 적어 주십시오.					

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

[면담 내용 관련 교육 주제]

15. 사별 상황	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
16. 환자 불평	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
17. 병동 회진	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
18. 성적인 문제	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
19. 의료과오	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
20. 나쁜 소식	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
21. 환자로부터 동의	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
22. 환자교육 방법	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

23. 기타 의사소통 교육에서 다루어져야 하는 의사소통 주제가 있으시면 적어 주십시오.

_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

(프로그램 참가 2학년 학생)

제 ○ 부: 표준화 환자를 이용한 의사소통 교육 프로그램에
대한 의견

* 오늘 여러분이 교육받은 [표준화 환자를 이용한 의사소통 교육 프로그램]과 관련한 문항입니다. 아래 문항에 여러분의 의견을 표시해 주십시오.

1. 표준화 환자를 이용한 의사소통 교육 프로그램에 대한 전반적으로 만족도는 어느 정도입니까?

- 매우 만족한다 (1-1번으로)
- 만족한다 (1-1번으로)
- 불만족스럽다 (1-2번으로)
- 매우 불만족스럽다 (1-2번으로)

1-1. 만족한다고 응답하신 이유는 무엇입니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

1-2. 불만족한다고 응답하신 이유는 무엇입니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

2. 과거에 환자와 면담을 진행해 본 경험이 있습니까?

- 있다
- 없다

3. 과거에 환자와 면담 방법(절차)에 대한 교육을 받아본 적이 있습니까?

있다

없다

4. 면담 후 표준화 환자로부터의 피드백은 도움이 되었습니까?

매우 도움이 되었다 (4-1번으로)

도움이 되었다 (4-1번으로)

도움이 되지 않았다 (4-2번으로)

전혀 도움이 되지 않았다 (4-2번으로)

4-1. 도움이 되었다고 응답하신 이유는 무엇입니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

4-2. 도움이 되지 않았다고 응답하신 이유는 무엇입니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

5. 표준화 환자 면담에서 가장 어려웠던 점은 무엇입니까?

6. 표준화 환자 면담 프로그램에서 학생 여러분은 무엇을 배웠습니까? 구체적으로 기술해 주십시오.

(교수, 환자, 학생 공통)

24. 의사-환자간 의사소통 기술 교육에 관한 기타 의견이 있으시면 적어 주십시오.

- 끝까지 응답해 주셔서 감사합니다 -