



의사-환자 관계성에 관한 상호이해도 분석

상호지향성 모델의 적용*

박진영 조선대학교 신문방송학과 박사**
최양호 조선대학교 신문방송학과 교수***
김봉철 조선대학교 신문방송학과 교수****

이 연구에서는 의사-환자 관계성에 대해 의사 자신과 환자들이 어떻게 인식하고 있고, 또한 상대의 인식을 어떻게 추정하고 있는지를 살펴보기 위해 상호지향성 모델을 적용하여 객관적 일치도, 주관적 일치도, 정확도를 분석하였다. 이를 위해 의사와 환자 각각 307명, 303명을 대상으로 신뢰성, 충실성, 상호교환성, 소통성, 공정성 등 5가지 의사-환자 관계성 구성요소에 총 19개의 측정문항에 대한 설문조사를 실시하였다. 분석결과를 종합하면, 의사들은 의사-환자 관계를 비교적 좋게 평가하는 반면, 환자는 보통 수준으로 평가하고 있는 것으로 나타났다. 신뢰성과 상호교환성, 소통성, 공정성에서 그 차이가 특히 두드러졌다(객관적 일치도). 상대의 인식에 대한 추정에서는 의사 쪽이 환자의 인식을 모든 영역에서 과대평가하고 있는 것으로 나타났다. 의사의 환자 인식에 대한 과대평가는 특히 상호교환성에서 두드러지고, 소통성과 신뢰성에서도 그 정도가 매우 컸다(주관적 일치도). 정확도의 측면에서도 전반적으로 환자들은 의사-환자 관계에 대한 의사의 인식을 과소추정하고, 의사들은 환자의 인식을 과대추정하고 있는 것으로 나타났다.

KEY WORDS 상호지향성 모델 • 주관적 일치도 • 객관적 일치도 • 정확도 • 의사-환자 관계성 • 소통성 • 신뢰성 • 충실성 • 공정성 • 상호교환성

* 이 논문은 박진영의 박사학위논문(2014)에 기초하여 수정한 것임.

** jygood@naver.com, 주저자임.

*** gators89@chosun.ac.kr

**** bckimbc@hanmail.net, 교신저자임.

1. 문제의 제기

의사의 환자 치료에서 의사와 환자와의 관계는 매우 중요하다. 의사와 환자사이의 관계가 좋아지면 의사의 권고나 처치를 환자가 기꺼이 받아들이는 순응도가 높아지게 되고, 의료행위의 궁극적인 목적인 치료 효과에도 긍정적인 변화를 가져올 수 있다. 또한 의사 입장에서는 환자를 유치하고 재방문을 유도하는데 도움이 될 뿐 아니라, 의료소송이나 의료서비스에 대한 불만족의 정도를 줄일 수 있게 된다(Murphy, et al., 2001).

이런 인식에 따라 오늘날 의사들은 전통적인 수직적 의사-환자 관계를 대신해 환자와의 수평적인 커뮤니케이션을 강화하는 등 환자관계 개선을 위해 여러 노력을 경주해오고 있다. 세계 각국에서 ‘환자권리장전’이 제정되고 우리나라에서도 1993년 3월 환자권리장전이 연세대학교 의료원에서 처음 제정된 것을 시작으로 여러 병원으로 확산된 것도 환자의 권리인식 향상에 맞춰 의사-환자 관계를 개선하기 위한 노력의 일환이다. 그럼에도 한국의 환자들 사이에서는 여전히 의사에 대한 부정적인 시각이 불식되지 못하고 있다. 신문 ‘청년의사’가 2012년 국민 1000명을 대상으로 실시한 여론조사에서 응답자의 48.2%는 의사가 권위적이라는 데 공감을 표시했다. 의사의 진료수준이나 의료기술, 전문성 등 능력 면에서는 65.2%가 만족했지만 환자를 대하는 태도에 대해서는 56.1%가 불만족을 표시했다. 또한 의사가 친절하다는 데는 32.2%, 청렴하다는 데는 14.2%만이 동의했다(청년의사, 2012). 이는 의사가 여전히 환자와 관계에서 권위적이고 불친절하다는 인식이 환자들 사이에 팽배함을 보여주는 조사 결과로 해석된다.

의사-환자 관계를 개선하기 위해서는 무엇보다 상호관계에 대해 의사와 환자가 어떻게 인식하고 있는지를 구체적으로 파악하는 것이 중요하다. 이를 통해 환자들이 관계의 어떤 측면을 긍정 또는 부정적으로 평가하는지, 의사 자신은 이를 정확히 파악하고 있는지를 알 필요가 있다. 이런 분석을 위해서는 먼저 의사-환자 관계를 종합적으로 측정할 수 있는 신뢰성과 타당성이 검증된 측정도구가 필요하다. 이 측정도구를 이용해 의사와 환자 양쪽의 인식 및 상호이해도를 분석함으로써, 의사는 의사-환자 관계 개선을 위한 효율적인 전략을 수립할 수 있다.

그동안 헬스커뮤니케이션 연구에서 의사-환자 관계에 상호지향성 모델을 적용한 국내외 선행연구들을 살펴보면 ‘죽음에 임박한 환자의 의뢰에 대한 호스피스 담당자와 의사의 인식 비교’(Kelly, Thompson, & Waters, 2006), ‘의사의 커뮤니케이션 기술

에 대한 의사와 환자의 인식 차이 비교'(최명일·김봉철·장지영, 2011), '인터넷 건강 정보에 대한 의사와 환자의 인식 차이 비교'(김봉철·최명일·장지영, 2012) 등이 있다. 그러나 의사-환자 관계성을 분석 대상으로 삼아 상호지향성 모델을 적용한 연구는 이뤄지지 않았다. 이는 무엇보다 연구의 이론적 전제가 되는 의사-환자 관계성 척도가 개발돼 있지 않았던 까닭이라고 할 수 있다. PR학의 조직-공중 관계성 이론을 적용해 한국 상황에 맞는 의사-환자 관계성 척도를 개발한 연구는 박진영(2014)에 의해 처음 시도되었다.

이 연구는 박진영(2014)의 연구를 통해 개발된 의사-환자 관계성 척도의 측정문항을 상호지향성 분석에 맞게 조정된 뒤, 의사와 환자 쌍방의 인식 및 상호이해도를 조사, 분석하는 데 목적이 있다. 이를 통해 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자 간 상호지향의 상태를 파악함으로써, 관계 개선을 위해 의사에게 어떤 노력이 필요한지 의미 있는 시사점을 제공할 수 있을 것이다.

2. 이론적 논의 및 연구문제

1) 의사-환자 관계성의 중요성

의사가 환자를 치료하는 과정에서 의사와 환자 사이의 '관계'가 중요하다는 점은 일찍이 히포크라테스(Hippocrates) 때부터 인식되고 있었던 것으로 보인다. 오늘날에도 의사 윤리규범 가운데 하나로 받아들여지는 '히포크라테스 선서'는 의사가 환자와 관계를 어떻게 다뤄야 하는지를 일부 포함하고 있다. 예를 들어 '나는 환자가 알려준 모든 비밀을 지키겠노라'라는 내용은 의사와 환자 사이에 신뢰 관계가 얼마나 중요한지를 말해주고 있다.

현대 의학이 발달하는 과정에서도 의사들은 의사-환자 관계의 중요성을 더욱 강조해 왔다. 피바디(Peabody, 1984)는 의사-환자 관계에서 상호 이해가 성공적인 의약 처방에 필수적이라고 주장했다. 현대 의학의 아버지라 불리는 윌리엄 오슬러(William Osler, 1932)는 사람이 어떤 종류의 병에 걸렸느냐 만큼이나, 어떤 사람이 병에 걸렸는지를 아는 것이 중요하며, 환자의 경험과 감정에 대한 의사의 이해의 중

요성을 언급했다.

의사-환자 관계의 질이 치료의 결과에 매우 중요하다는 점은 오늘날에도 많은 연구자들에 의해 강조되고 있다. 헬스커뮤니케이션 분야에서 의사-환자 관계에 관한 연구 결과들에 따르면, 의사-환자 관계의 질은 질병의 치료과정 및 그 결과에 영향을 미친다. 우선 의사-환자 간 원활한 커뮤니케이션은 쌍방의 관계를 개선하여 치료 효과를 높인다. 로터 등(Roter, et al., 1995)은 의사의 커뮤니케이션 기술 훈련의 효과를 분석한 연구에서, 의사의 커뮤니케이션 기술 향상이 환자의 정서적 불안을 줄여준다는 연구결과를 제시했다. 스투어트(Stewart et al., 1995), 잭슨(Jackson, 2001) 등은 환자 중심 커뮤니케이션의 수준이 환자의 불안과 걱정을 줄이고, 정신적인 건강과 밀접한 관련이 있음을 보였다. 특히 잭슨(Jackson, 2001)의 연구는 효율적인 의사-환자 간 커뮤니케이션이 의사의 치료에 대한 환자의 만족도와 밀접한 상관관계가 있음을 보였다. 듀타-버그만(Dutta-Bergman, 2005)은 의료서비스 공급자의 커뮤니케이션 스타일이 의사-환자 관계의 양상에 강한 영향을 미친다고 밝혔다. 이외에도 라슨과 스미스(Lasen & Smith, 1981)는 비언어 커뮤니케이션이 환자의 만족도와 이해도를 높이는 데 밀접한 상관관계가 있음을 제시했다. 굴드와 리프킨(Gould & Lipkin, 1999)의 연구는 환자가 의사와 관계에서 느끼는 만족감이 환자가 특정 의료기관을 선택하고, 계속 찾을지를 결정하는 핵심적인 요인임을 지적했다. 무어와 아들러, 로버트슨(Moore, Adler, & Robertson, 2000)은 의사-환자 사이의 관계가 좋은 경우는 그렇지 않은 경우보다 환자가 의료소송으로 나아가려는 의도가 현저히 낮은 것으로 나타났다고 보고했다. 이들은 환자가 의료소송을 벌일지 그렇지 않을 지는 의사와 관계의 질에 의존하지만, 치료결과가 좋지 않은 데 따른 괴로움과는 별 관계가 없다는 연구결과를 제시했다.

이 연구에서는 이러한 특성을 가진 의사와 환자 간 관계를 파악하기 위해 먼저 의사-환자 관계성(physician-patient relationships) 개념을 도입한다. PR학의 조직-공중 관계성(organization-public relationships) 이론에 뿌리를 둔 관계성 개념은 관계를 단편적으로가 아니라 전체로서 종합적으로 파악하게 해준다. 레딩햄과 브루닝은 조직-공중 관계성을 “조직이나 공중의 어떤 행동이 상대방의 경제적, 사회적, 정치적, 문화적 복지에 영향을 미치는, 조직과 공중 사이에 존재하는 상태”(Ledingham & Bruning, 1998, p.62)라고 정의했다. 이 연구에서 의사-환자 관계성은 ‘의사와 환자

간 상호작용을 통해 양자 사이에 형성된 관계의 상태 또는 그 결과'를 의미한다(박진영, 2014).

관계성은 대개 공중 한쪽을 대상으로 측정하여 평가하는 경우가 많다. 그러나 효율적인 관계 개선의 방향을 제시하기 위해서는 쌍방을 대상으로 조사하여, 관계성에 대한 상호간 인식의 차이 및 상호이해도를 분석하는 것이 더 합리적이다. 따라서 이 연구에서는 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 인식 사이에 어떤 차이가 있으며, 쌍방이 상대방의 인식을 어떻게 추정하고 있는지를 분석하기 위해 상호지향성 모델을 적용하기로 한다.

2) 의사-환자 관계성 측정도구

의사-환자 관계 측정도구를 개발하려는 선행연구들은 주로 신뢰나 커뮤니케이션 같은 특정 변인을 측정할 수 있는 문항을 개발하는 데 치중해 왔다. 박진영(2014)은 이런 특정변수를 넘어서, 의사-환자 관계를 종합적으로 파악하기 위해 의사-환자 관계성 척도를 개발해 제시했다. 그리고 문헌연구와 심층 인터뷰를 거쳐 추출한 9개 관계성 구성요소, 45개 문항에 대해 환자 300명을 대상으로 한 설문조사 자료를 수집해 탐색적 요인분석을 거친 뒤, 다시 환자 300명을 대상으로 2차 설문조사를 실시해 수집한 자료에 대해 확인적 요인분석을 실시했다. 이를 통해 5개 구성요소에 19개 문항으로 이뤄진 의사-환자 관계성 척도를 개발하였다. 분석 결과, 의사-환자 관계성 구성요소는 신뢰성, 충실성, 소통성, 공정성, 상호교환성 등 5가지로 나타났다. 각 구성요소의 정의와 세부 측정문항은 다음과 같다.

(1) 신뢰성

신뢰성(trust)은 조직체와 공중이 상대에 대해 어느 정도 확신을 가지고 있으며, 이와 관련하여 상대에게 어느 정도 공개할 용의를 갖고 있는지를 뜻한다(Hon & Grunig, 1999). 의사-환자 관계에서 보면, 환자가 의사의 성실성과 약속, 능력에 대하여 확신하거나 믿음을 주는 상태로 정의된다. 신뢰성 측정문항은 '의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다', '의사가 한 약속은 비교적 믿을 만하다고 생각한다', '의사인 나는 말과 행동이 일치한다고 생각한다' 등 3가지다.

(2) 충실성

혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 충실성(commitment)을 ‘관계를 유지하고 촉진하려는 욕망을 갖고 있으며, 이를 위해 노력할 만한 가치가 있다고 믿는 것’으로 정의했다. 따라서 충실성은 환자가 의사와의 관계를 계속 유지하기를 원하는가 혹은 단절하고 싶은가를 파악하는 데 중요한 구성요소다. 일반적으로 ‘가치 있는 관계를 유지하기 위한 지속적인 욕구’를 뜻한다. 측정문항은 ‘환자는 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다’, ‘환자는 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶어한다’, ‘환자는 의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다’ 등 3가지다.

(3) 소통성

소통성(communication)은 ‘의사와 환자가 서로에게 자신을 개방하고, 이를 통해 서로를 파악하고 의견을 교환하며, 이를 서로의 행위에 반영하는 상태’로 정의한다. 이는 커뮤니케이션의 쌍방향성만을 넘어선 의사소통의 질을 나타내는 것으로, 언어적 소통과 함께 비언어적 소통을 포괄한다. 소통성 측정문항은 ‘의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다’, ‘의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다’, ‘의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다’, ‘의사는 부드러운 목소리로 설명한다’, ‘의사는 전문용어보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다’, ‘의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다’, ‘의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다’, ‘의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다’ 등 8가지다.

(4) 공정성

공정성(fairness)은 ‘의사가 환자의 사회적 지위나, 환자와의 개인적 관계 등에 영향을 받지 않고 모든 환자를 공정하게 대우한다’는 의미를 담고 있다. 이는 히포크라테스 선서에 담긴 의료 윤리이기도 하다. 측정문항은 ‘의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다’, ‘의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다’, ‘의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다’ 등 3가지로 구성됐다.

(5) 상호교환성

상호교환성(exchange relationships)은 ‘의사와 환자가 자신에게 돌아올 보상이나 이익에 대한 기대로 서로에게 이익을 주려는 의도의 정도’로 정의된다. 의사-환자 관계에서 환자는 의사에 대한 보상의 크기를 조절하기가 어렵다. 대표적인 환자의 보상인 의료비가 공적으로 규제되고 있기 때문이다. 반면 의사는 여러 방법을 통해 보상의 크기를 조절할 수 있는 입장에 있는 것이 현실이다. 이런 특성이 반영돼, 측정문항은 ‘의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다’, ‘의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다’ 등 2가지로 구성됐다.

3) 상호지향성 모델

채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)는 사람들의 행동이 다른 사람들에 대한 지향성과 다른 사람들이 가지고 있는 인식에 영향을 받는다고 했다. 일반적인 커뮤니케이션 연구에서는 사람과 사람, 또는 집단과 집단 사이에서 상대방에 대한 이해의 효과 측면을 소홀하게 다루어 왔다. 이와 달리 상호지향성 모델은 다른 사람의 인식을 제대로 이해하는 것이 중요한 커뮤니케이션 기능이라고 본다(Wackman, 1973). 즉, 사람들의 태도는 그들 자신의 개인적인 인식이나 가치뿐 아니라, 다른 사람들의 인식 또는 가치에 대한 그들의 인식이나 평가에 의해서도 영향을 받는다고 전제한다.

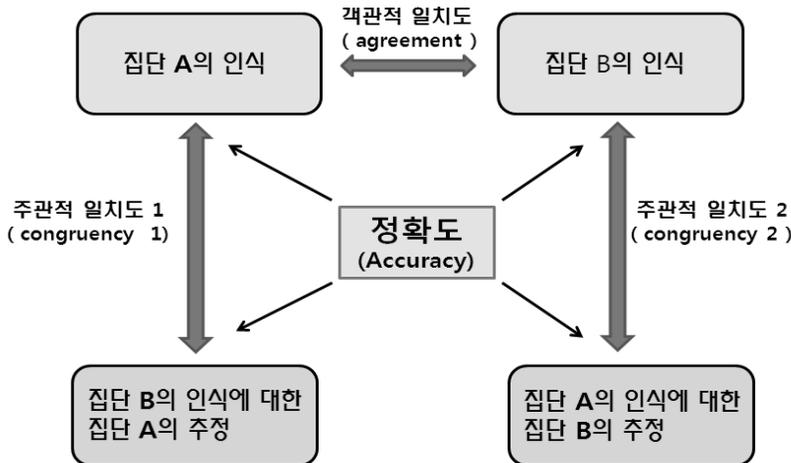
채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)는 상호지향하는 두 사람, 혹은 두 집단은 서로 다른 두 개의 인식(cognition)을 갖고 있다고 가정한다. 하나는 자신의 생각에 대한 인식이고, 다른 하나는 상대가 생각하는 것에 대한 자신의 추정이다. 이에 따라 상호지향하는 두 집단 사이에는 대상에 대한 자신의 인식, 대상에 대한 상대방의 인식, 상대방의 인식에 대한 자신의 추정, 자신의 인식에 대한 상대방의 추정 등 4가지 인식이 나타날 수 있다. 이것들을 비교함으로써, 쌍방 관계성의 3가지 변인을 <그림 1>과 같이 재개념화할 수 있다.

상호지향성 모델은 4가지 인식을 조합해 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도를 측정한다. 먼저 객관적 일치도(agreement)는 어떤 대상에 대한 집단 A의 인식과 집단 B의 인식이 일치하는 정도를 말한다. 객관적 일치도가 높을 때 두 집단은 ‘상호지향되어 있다’고 할 수 있다. 채피와 맥로드는 “객관적 일치도는 커뮤니케이션 연구에서

보편적인 기준이 되는 변인으로 사용되지만, 그것이 특별히 좋은 변인은 아니다”(Chaffee & McLeod, 1968, p.663)고 강조했다. 아무리 커뮤니케이션이 많이 이뤄져도 두 사람의 평가가 완전히 일치할 것 같지는 않고, 커뮤니케이션이 가끔 객관적 일치도를 향상시킨다고 해도 전체적인 일치에 이르기 기대하기는 어렵다는 것이다. 주관적 일치도(perceived agreement)는 대상에 대한 자신(A)의 인식과, 상대방(B)의 인식에 대한 자신(A)의 추정이 일치하는 정도를 말한다. 주관적 일치도는 ‘적합도’라고도 한다. 자신이 B인 경우도 있으므로, 주관적 일치도는 2개로 측정된다. 정확도(accuracy)란 대상에 대한 자신(A)의 인식과, 이에 대한 상대방(B)의 추정이 일치하는 정도를 말한다. 즉, 얼마나 정확하게 상대방을 이해했는가를 나타낸다. 정확도가 클수록 커뮤니케이션은 효과적이라고 할 수 있다. 정확도도 2개로 측정된다. 모델을 개발한 채피와 맥로드는 정확도를 커뮤니케이션 효과를 가장 잘 나타내는 개념으로 보았다. 이들은 “어떤 사람이 상대에 동의하기를 원하지 않을 경우 정확도는 계속 낮을 수 있다. 그런데 커뮤니케이션이 정확도를 높여감에 따라 사람은 결국 객관적 일치도를 높일 수 있다”(Chaffee & McLeod, 1968, p.663)고 설명했다.

공중관계성 측정에서 가장 바람직한 방법은 공중관계성에 대해 조직과 공중 양쪽 모두를 대상으로 측정하는 것이다. 퍼거슨은 특히, 이해의 상호성(mutuality of un-

그림 1. Chaffee & McLeod(1968)의 상호지향성 모델



derstanding), 일치(agreement), 합의(consensus)라는 요소가 공중관계성의 속성을 계량화하는 데 도움이 될 수 있다며, “상호지향적 측정 모델은 관계성 변수를 개념화하는데 유용하다”(Ferguson, 1984, p.17)고 주장했다. 이는 공중관계성 변수를 개념화하는 과정에서 쌍방향 측정의 중요성을 강조한 말인데, 그 뒤에도 브룸과 도지에 등 많은 학자들(Broom & Dozier, 1990; Dozier & Ehling, 1992; Hon & Grunig, 1999; Ledingham, 2003)이 공중관계성 측정에서 상호지향적 접근의 중요성을 강조하였다. 그러나 지금까지 이뤄진 공중관계성 연구는 조직-공중 관계성 측정에서 공중의 인식만을 평가하는 것이 대부분이었고, 상호지향성 모델을 적용한 쌍방향 측정은 그리 많지 않다.

공중관계성을 일방, 특히 공중 한쪽에서만 측정할 경우 관계성을 제대로 드러내기 어렵다. 셀처(Seltzer, 2007)는 A가 B를 사랑하지만 B는 A를 사랑하지 않는 경우, A만을 상대로 관계성을 측정하면 둘 사이의 관계는 좋은 관계인 것처럼 나타난다는 것을 예로 들었다. 또한 셀처는 관계의 한 면만을 강조하는 것은 매우 비대칭적이라고 하면서 공중관계성 측정에서 상호지향성 분석의 중요성을 강조했다.

공중관계성 측정에서 쌍방향 측정의 사례로는 혼과 부르너(Hon & Brunner, 2002)의 연구를 들 수 있다. 이들은 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)의 공중관계성 척도를 이용해 대학생을 대상으로 대학에 대한 인식을 측정했다. 또 대학 행정요원들을 대상으로 한 인터뷰를 거쳐 대학생에 대한 인식을 측정해, 만족성이 대학-대학생 관계의 질을 나타내는 가장 중요한 지표라는 연구결과를 제시했다. 또 신과 카메론(Shin & Cameron, 2005)은 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)의 측정도구를 사용해 PR실무자와 저널리스트 641명을 대상으로 관계성을 측정해 이들 두 전문가 집단이 서로에 대해 갈등과 전략이라는 두 구성요소가 섞인 복잡한 시각을 보였다고 분석했다. 그러나 이들의 연구는 상대의 인식에 대한 추정을 측정하여 이를 바탕으로 주관적 일치도나 정확도를 분석해 제시하지 않는 등 상호지향성 모델을 완전하게 적용한 것은 아니다(Seltzer, 2007). 상호지향성 모델을 공중관계성 측정에 완전하게 적용한 연구로는 셀처(Seltzer, 2007)의 연구를 들 수 있다.

셀처는 혼과 그루닉의 척도를 활용하고 상호지향성 모델을 적용해 대학경찰과 대학생 사이의 관계성 측정을 시도하였다. 또한 도지에와 얼링(Dozier & Ehling, 1992)의 분류법을 적용해 대학경찰과 대학생 사이의 상호지향 형태를 합의, 불일치, 잘못된

합의, 잘못된 갈등으로 분류하는 방법을 구체적으로 제시하였다. 이와 같이 조직-공중 관계성 측정에 상호지향성 모델을 적용하는 것은 PR 효과를 측정하는 데 쓰일 수 있을 뿐 아니라, 학자나 PR 실무자들이 조직의 경영자나 고객들에게 PR의 가치를 입증하는 것을 지원해줄 것이라고 강조했다(Seltzer, 2007).

국내의 공중관계성 연구 가운데는 김봉철·정세종·이민창(2013)이 경찰과 시민 간 공중관계성 측정 및 분석에 상호지향성 모델을 적용한 사례가 있다. 앞에서 언급했듯이 상호지향성 모델을 적용한 공중관계성 연구는 조직-공중 관계성의 질을 평가하게 해주고, 조직-공중 간의 관계에 대한 인식 차이를 심층적으로 분석할 수 있게 해준다. 따라서 이 연구에서는 의사-환자 관계에 대한 의사와 환자 간 인식의 차이 및 상호이해도를 분석하기 위해 상호지향성 모델을 적용하려고 한다. 의사와 환자의 관계의 상태를 명확하게 이해하는 것은 바람직한 의사와 환자의 관계를 형성하고 유지하는 필수적인 단계로서 의미를 지닌다고 할 것이다.

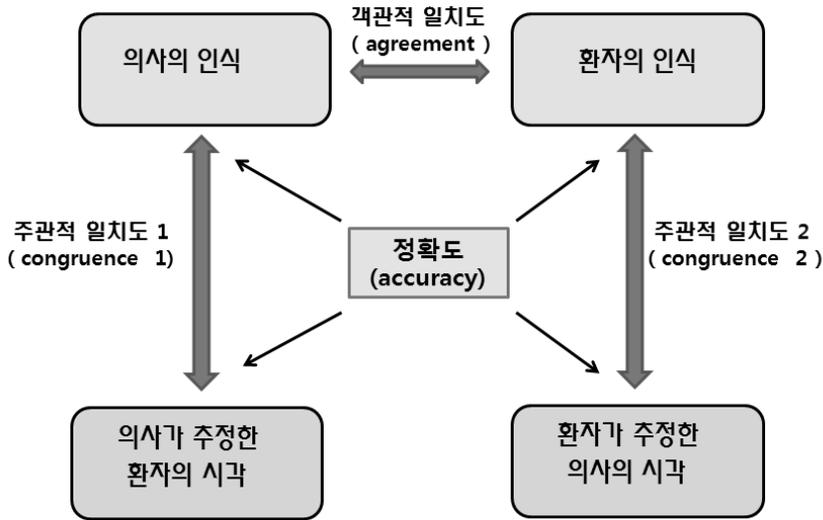
4) 연구문제

이 연구에서는 의사-환자 관계성 척도를 상호지향성 분석에 맞게 측정문항을 조정하여, 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자 각각의 인식과 상대방의 인식에 대한 추정치를 측정한다. 따라서 객관적 일치도와 주관적 일치도(1, 2), 정확도(1, 2)는 어떠한지 분석하고자 한다. 이를 위해 연구문제를 다음과 같이 설정하였다.

- 연구문제 1: 의사-환자 관계성에 대한 의사의 인식과 환자의 인식은 어느 정도 일치하는가?(객관적 일치도)
- 연구문제 2: 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자 각각의 인식은 상대방의 인식에 대한 추정과 어느 정도 일치하는가?(주관적 일치도 1, 2)
- 연구문제 3: 의사-환자 관계성에 대해 의사와 환자 각각은 상대방의 인식을 어느 정도 정확하게 추정하는가?(정확도 1, 2)

이와 같은 연구문제를 <그림 1>에서 제시한 상호지향성 모델에 적용하면 <그림 2>와 같다.

그림 2. 의사-환자 관계성 인식에 대한 상호지향성 모델



3. 연구 방법

1) 설문문의 구성

의사-환자 관계성 측정도구를 개발한 박진영(2014)의 연구에 따르면, 의사-환자 관계성은 신뢰성, 충실성, 상호교환성, 소통성, 공정성 등 5가지 구성요소에 총 19개의 문항으로 측정할 수 있다. 척도는 신뢰도와 타당도가 검증되었으며, 관계성이 좋을수록 의사 이미지도 좋게 나타나는 것으로 분석됐다.

의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 분석이 목적인 이 연구에서는 이 척도를 바탕으로 하여, 의사에게는 의사 자신의 생각과 환자의 생각에 대한 의사의 추정, 환자에게는 환자 자신의 생각과 의사의 생각에 대한 환자의 추정에 대해 응답할 수 있게 질문을 조정하여 새로운 설문 문항을 작성하였다. 측정은 5점 척도(전혀 그렇지 않다 = 1, 매우 그렇다 = 5)를 적용하였다. 19개의 설문문항 가운데 상호교환성 2개 문항 '의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다', '의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다' 등은 의사-환자 관계성 척

도에 맞춰 역문항으로 구성되었다. 또한 공정성을 측정하는 3개의 문항들, 즉, ‘의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다’, ‘의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다’, ‘의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을 수록 환자를 특별하게 대우한다’ 등도 역문항으로 구성됐다.

2) 응답자의 구성

의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 분석을 위해 의사와 환자 각각을 대상으로 설문 조사를 실시했다. 표본의 크기는 300 이상을 목표로 하였으며, 성별, 지역별, 연령별 인구분포를 고려하여 표본을 수집했다. 설문지는 전국의 의사와 환자를 대상으로 각각 350부를 배포하였으며, 회수된 설문지 가운데 신뢰성이 떨어진다고 판단되는 자료와 이중기입, 무기입 자료 등으로 분류된 의사 43부와 환자 47부는 분석에서 제외시키고 의사 307부와 환자 303부만을 코딩하여 분석했다. 설문의 역문항은 역코딩하였다.

각 집단별 표본의 인구통계학적 특성을 살펴보면, 먼저 의사는 남자가 81.4%(250명), 여자가 18.6%(57명)였다. 이는 대한의사협회가 발표한 2012년 전국회원 의료실태보고서의 의사 성비인 남자 77.6%, 여자 22.4%보다는 남자의 비율이 약간 높지만, 표본의 성별 비율은 모집단 특성을 반영한다고 할 수 있다. 연령분포는 40대가 45%(138명)로 가장 많았고, 30대가 27.3%(84명), 50대가 20.5%(63명) 60대 이상이 5.5%(17명), 20대가 2.3%(7명) 등이었다. 거주 지역은 서울과 수도권이 56%를 차지했고, 경남북, 대구, 부산, 울산이 19.2%, 전남북과 광주가 14.3%, 충남북, 대전, 세종이 8.8%, 강원, 제주가 1.6%였다. 개업의는 20.2%, 봉직의가 70%, 기타가 9.8%였다. 전공과목별로 보면, 내과가 22.5%로 가장 많았고, 정형외과 외 기타가 21.3%, 정신건강의학과가 14.3%, 진단검사의학과 8.5%, 일반외과 6.2%, 산부인과와 가정의학과가 각각 5.9%, 소아청소년과 5.2%, 비뇨기과 3.6%, 신경외과와 이비인후과가 3.3% 순으로 나타났다. 의사의 경력은 1~10년이 30%(92명), 11~20년이 42.6%(131명), 21~30년이 18.9%(58명), 31년 이상이 8.5%(27명)였다. 하루 평균 진료환자 수는 44.37명이었다.

환자는 남자가 49.2%, 여자가 50.8%였다. 연령별로는 20대가 42.6%(129명)로 가장 많았고, 30대가 23.1%(70명), 40대 15.8%(48명), 50대 15.2%(46명), 60대

3.3%(10명)이었다. 거주 지역별로는 서울과 수도권이 48%, 경남북과 대구, 부산, 울산이 17%, 전남북과 광주가 14%, 충남북, 대전, 세종이 10.5%, 강원, 제주가 10.5%였다. 환자의 학력은 대학졸업이 50.5%, 대학원 재학 및 졸업이 32.2%, 고졸이 6.6%, 중졸이 0.3%였다. 진료를 받은 과목을 보면, 내과 52.8%, 이비인후과 14.2%, 정형외과 10.9%, 안과 5.0%, 외과 3.6%, 가정의학과 외 기타가 13.5%로 나타났다. 조사 시점에서 최근 6개월간 병원방문횟수는 평균 4.52회였다.

분석에는 SPSS 18.0 프로그램을 이용하였으며, 객관적 일치도와 정확도는 독립표본 t-test를 통해 구성개념별로 통계적으로 유의미한 차이가 있는지를 분석했다. 주관적 일치도는 대응표본 t-test를 통해 분석했다.

4. 상호지향성 분석 결과

먼저 신뢰도 측정 결과, 각 측정차원별로 크론바흐 알파(Cronbach's α)값은 의사의 경우 .67~.93이었다. 충실성 측정문항의 신뢰도가 바람직한 수준(>.70)을 조금 밑돌지만 대체로 허용가능한 수준이었다(Nunnally, 1978). 환자의 경우에는 .75~.86의 범위를 보여서 대체로 신뢰도가 높은 수준이다. 그 결과는 <표 1>과 같다.

표 1. 측정차원별 Cronbach's α 값

	의사	환자
신뢰성	.80	.75
충실성	.67	.82
상호교환성	.93	.86
소통성	.85	.85
공정성	.74	.80

1) <연구문제 1>의 분석결과

객관적 일치도 분석은 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 실제 인식이 서로 일치하는지 불일치하는지를 알아보는 것이다. 분석 결과, <표 2>와 같이 의사-환자 관계성의 모든 하위 차원에서 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 또 모든 구성차원에서 의사의 평균점수값이 환자보다 높은 것으로 나타났다.

각 차원별로 구체적으로 살펴보면, 신뢰성은 의사(M=4.20)가 환자(M=3.27점)보다 0.93 높았고($t=20.27$, $M_{diff}=.93$, $p<.01$), 충실성도 의사(M=3.81)가 환자보다 평균값이 0.38 높은 것으로 나타났다($t=7.25$, $M_{diff}=.38$, $p<.01$). 상호교환성은 의사(3.97)가 환자(M=2.97)보다 매우 높게 나타났다($t=13.66$, $M_{diff}=1.00$, $p<.01$). 특히 5점 척도상에서 평균값이 1점이나 차이가 난다는 사실은 의사와 환자 사이에 상호교환성과 관련한 인식의 차이가 상당하다는 점을 보여준다. 소통성도 의사(M=3.90)가 환자(M=2.91)보다 평균값이 0.99점이나 높은 것으로 나타났다($t=23.48$, $M_{diff}=.99$, $p<.01$). 마지막으로 공정성에서는 의사(M=2.94)가 환자(M=2.31)보다 평균값이 0.63 높은 것으로 나타났다($t=10.61$, $M_{diff}=.63$, $p<.01$).

표 2. 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 객관적 일치도

	의사의 생각	환자의 생각	평균 차이	t-값
신뢰성	4.20	3.27	0.93	20.27**
충실성	3.81	3.43	0.38	7.25**
상호교환성	3.97	2.97	1.00	13.66**
소통성	3.90	2.91	0.99	23.48**
공정성	2.94	2.31	0.63	10.61**

** $p<.01$, 양측검증

2) <연구문제 2>의 분석결과

주관적 일치도는 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자 각각의 인식과, 상대방의 인식에 대한 추정 사이의 일치와 불일치를 살펴보는 것이다. 여기서는 '의사의 점수값-환

자의 생각에 대한 의사의 추정 점수값'은 주관적 일치도 1, '환자의 점수값- 의사의 생각에 대한 환자의 추정 점수값'은 주관적 일치도 2로 구분해서 살펴보았다.

먼저 주관적 일치도 1(〈표 3〉)을 살펴보면, 모든 차원에서 의사는 자신의 생각과 환자의 생각 사이에 차이가 있다고 보는 것으로 나타났다. 의사는 모든 구성차원에서 환자들이 자신들보다 낮은 점수를 매기고 있다고 보고 있었다. 구체적으로 살펴보면, 신뢰성에 대해서 의사 자신(M=4.20)보다 환자의 생각을 매우 낮게 추정(M=3.56)하고 있는 것으로 나타났다($t=16.84$, $M_{diff}=.64$, $p<.01$). 충실성의 차원의 경우에도 의사 자신(M=3.81)보다 환자의 생각을 낮게 추정하고 있는 것으로 나타났다($t=3.68$, $M_{diff}=.13$, $p<.01$). 다만 충실성에서는 차이(0.13)가 다른 구성요소에 비해 상대적으로 작았다. 상호교환성의 경우에도 의사 자신(M=3.97)보다 환자의 생각을 낮게 추정(M=3.32)하고 있는 것으로 나타났다($t=12.06$, $M_{diff}=.65$, $p<.01$). 소통성 역시 의사 자신(M=3.90)보다 환자의 생각을 낮게 추정(M=3.20)하고 있는 것으로 나타났다($t=20.52$, $M_{diff}=.71$, $p<.01$). 마지막으로 공정성의 차원에서도 의사들은 자신(M=2.94)들보다 환자들의 생각을 낮게 추정(M=2.17)하고 있는 것으로 나타났다($t=15.90$, $M_{diff}=.77$, $p<.01$).

한편, 주관적 일치도 2(〈표 4〉)의 측면에서 살펴보면, 신뢰성, 소통성, 공정성의 차원에서 유의미한 차이가 있고, 충실성($t=-.76$)과 상호교환성($t=1.36$) 차원에서는 유의미한 차이가 없는 것으로 나타났다. 환자들은 적어도 의사-환자 관계성에서 이 두 가지 차원에 대해서는 자신의 생각과 의사의 생각에 차이가 없을 것이라고 판단하고 있음을 알 수 있다. 유의미한 차이가 있는 구성요소들을 구체적으로 살펴보면, 신뢰성

표 3. 의사-환자 관계성에 대한 주관적 일치도 1 (의사-환자의 생각에 대한 의사 추정)

	의사의 생각	환자의 생각에 대한 의사의 추정	평균 차이	t-값
신뢰성	4.20	3.56	0.64	16.84**
충실성	3.81	3.68	0.13	3.71**
상호교환성	3.97	3.32	0.65	12.06**
소통성	3.90	3.20	0.71	20.52**
공정성	2.94	2.17	0.77	15.90**

** $p<.01$, 양측검증

표 4. 의사-환자 관계성에 대한 주관적 일치도 2 (환자-의사의 생각에 대한 환자 추정)

	환자의 생각	의사의 생각에 대한 환자의 추정	평균 차이	t-값
신뢰성	3.27	3.50	-0.23	-5.51**
충실성	3.43	3.46	-0.04	-0.76
상호교환성	2.97	2.90	0.07	1.36
소통성	2.91	3.39	-0.48	-12.36**
공정성	2.31	2.68	-0.37	-6.27**

**p<.01, 양측검증

의 차원에서는 환자 자신(M=3.27)보다 의사의 생각을 높게 추정(M=3.50)하고 있고 (t=-5.51, $M_{diff} = -.23$, $p < .01$), 소통성의 차원에서도 자신(M=2.91)보다 의사의 생각을 높게 추정(M=3.39)하고 있다(t=-12.36, $M_{diff} = -.48$, $p < .01$). 공정성의 차원에서도 환자 자신(M=2.31)보다 의사의 생각을 높게 추정(M=2.68)하고 있는 것으로 나타났다(t=-6.27, $M_{diff} = -.37$, $p < .01$).

3) <연구문제 3>의 분석결과

정확도는 의사-환자 관계성에 대해 상대 집단의 인식에 대한 의사와 환자 각각의 추정이 실제 상대 집단의 인식과 일치하는 정도를 파악해 보는 것이다. 구체적으로 의사(환자)의 생각을 환자(의사)가 얼마나 정확하게 추정하는지를 파악하기 위한 것이다. '의사의 생각-의사의 생각에 대한 환자의 추정'은 정확도 1, '환자의 생각-환자의 생각에 대한 의사의 추정'은 정확도 2로 구분해서 살펴보았다.

정확도 1(<표 5>)의 측면을 살펴보면, 의사-환자 관계성의 이 다섯 가지 하위 차원 모두에서 유의미한 차이가 있으며, 모든 차원에서 환자들이 의사들의 생각을 과소 추정하고 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 신뢰성은 의사들의 실제 생각(M=4.20)보다 환자들이 과소 추정(M=3.50)하고 있는 것으로 나타났다(t=13.90, $M_{diff} = .70$, $p < .01$). 충실성의 차원 역시 의사의 실제 생각(M=3.81)보다 환자들은 과소 추정하고 있는 것으로 나타났다(t=6.59, $M_{diff} = .34$, $p < .01$). 상호교환성에서도 의사들의

표 5. 의사-환자 관계성에 대한 정확도 1 (의사의 생각-의사의 생각에 대한 환자의 추정)

	의사의 생각	의사의 생각에 대한 환자의 추정	평균 차이	t-값
신뢰성	4.20	3.50	0.70	13.90**
충실성	3.81	3.46	0.34	6.59**
상호교환성	3.97	2.90	1.07	14.92**
소통성	3.90	3.39	0.52	11.71**
공정성	2.94	2.68	0.26	4.14**

**p<.01, 양측검증

실제 생각(M=3.97)보다 환자들이 과소추정하고 있는 것으로 나타났다(t=14.92, $M_{diff}=1.07$, $p<.01$). 특히 상호교환성은 평균점수값의 차이가 1.07로 가장 크다는 측면에서 환자들이 의사들의 실제 생각을 가장 읽어내지 못하고 있는 부분인 것으로 판단된다. 소통성은 의사들의 실제 생각(M=3.90)보다 환자들이 과소 추정(M=3.39)하고 있는 것으로 나타났다(t=11.71, $M_{diff}=.52$, $p<.01$). 공정성에서도 환자들은 의사들의 생각을 과소추정하고 있다(t=4.14, $M_{diff}=0.26$, $p<0.1$)

정확도 2(〈표 6〉)의 측면에서 살펴보면, 정확도 1에서와 마찬가지로 의사-환자 관계성의 모든 하위 차원에서 유의미한 차이가 있고, 신뢰성과 충실성, 상호교환성, 소통성 등 4개 차원에서 의사가 환자의 생각을 과대추정하고 있는 것으로 나타났다. 반면, 공정성 차원에서는 의사가 환자의 생각을 과소추정하고 있다.

구체적으로 각 차원별로 살펴보면, 신뢰성의 차원에서는 환자의 실제 생각(M=3.27)보다 의사들은 과대 추정(M=3.56)하고 있고(t=-5.77, $M_{diff}=-.29$, $p<.01$), 충실성의 경우에도 환자의 실제 생각(M=3.43)보다 의사들이 과대 추정(M=3.68)하고 있는 것으로 나타났다(t=-4.69, $M_{diff}=-.25$, $p<.01$). 상호교환성의 경우에는 환자의 실제 생각(M=2.97)보다 의사들은 과대 추정(M=3.32)하고 있는 것으로 나타났다(t=-5.00, $M_{diff}=-.35$, $p<.01$). 소통성의 경우도 환자의 실제 생각(M=2.91)보다 의사들이 과대 추정(M=3.20)하고 있다(t=-5.98, $M_{diff}=-.29$, $p<.01$). 다만 공정성의 차원에서는 환자의 실제 생각(M=2.31)보다 의사들은 과소 추정(M=2.17)하고 있는 것으로 나타났다(t=2.39, $M_{diff}=.14$, $p<.05$).

표 6. 의사-환자 관계성에 대한 정확도 2(환자의 생각-환자의 생각에 대한 의사 추정)

	환자의 생각	환자의 생각에 대한 의사의 추정	평균 차이	t-값
신뢰성	3.27	3.56	-0.29	-5.77**
충실성	3.43	3.68	-0.25	-4.69**
상호교환성	2.97	3.32	-0.35	-5.00**
소통성	2.91	3.20	-0.29	-5.98**
공정성	2.31	2.17	0.14	2.39*

*p<.05, **p<.01, 양측검증

5. 결론 및 논의

이 연구는 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는 척도를 이용해 의사-환자 관계에 대한 의사와 환자의 인식 및 상호이해도를 분석하였다. 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도의 분석결과를 바탕으로 의사와 환자의 상호지향 형태를 분석하는 일은 의사-환자 관계의 질을 보여줄 뿐 아니라, 의사-환자 관계를 개선할 수 있는 커뮤니케이션 방향 설정에 시사점을 제공했다는 데 의미가 있다.

분석 결과, 의사와 환자의 인식은 차이가 클 뿐 아니라, 의사와 환자 모두가 상대방의 인식을 잘못 파악하고 있다. 의사는 환자보다 의사-환자 관계를 좋게 보고 있고, 환자의 인식도 그럴 것이라고 오해하고 있음이 나타났다. 5점 척도로 된 조사에서 환자들이 매긴 평균점수값은 충실성이 3.43, 신뢰성이 3.27로 '보통이다'(3점)는 평가를 조금 웃돈다. 상호교환성은 2.97, 소통성은 2.91로 두 구성요소는 3점을 약간 밑돌고 있다. 공정성에 대해서는 2.31로 가장 낮게 평가하고 있다. 반면 의사들의 평균점수값은 신뢰성이 4.20으로 매우 높고, 상호교환성이 3.97, 충실성이 3.81이다. 의사들은 자신들이 한 말을 확실히 이행하고, 진료행위를 할 때 돌아올 대가를 먼저 생각하지 않으며, 의사-환자가 서로에게 충실하다고 보고 있다. 이는 환자의 인식과 괴리가 큰 부분으로, 의사의 과대평가가 두드러진다. 의사의 과대평가는 특히 상호교환성에서 두드러지고, 소통성과 신뢰성에서도 매우 크다. 다만 의사는 공정성에 대해서만은 2.94로 보통 이하로 평가하고 있다. 이는 환자의 사회적 지위, 환자와의 친분 등이 진료의 질을 좌우

하는 데 영향을 주고 있음을 인정하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

따라서 의사는 먼저 환자가 가장 낮게 평가하고 있는 공정성을 높이는 행동 프로그램을 가동할 필요가 있다고 보여진다. 의사-환자 관계성에서 가장 큰 비중을 차지하는 소통성, 그리고 상호교환성과 관련해서는 환자의 인식을 개선하기 위해 힘을 써야 한다는 해석이 가능하다.

의사-환자 관계성에 대한 인식차이를 구체적으로 살펴보면 첫째, 소통성은 의사와 환자 사이에 인식의 차이(0.99)가 매우 크다. 정확도 역시 의사, 환자 모두 상대방의 생각에 대한 오해가 크다. 이는 의사가 권위적이고 불친절하다는 인식이 환자들 사이에 팽배함에도 쉽게 개선되지 않고 있는 이유를 설명해준다. 소통성은 의사-환자 관계성에서 가장 핵심적인 구성요소임에도, 환자의 평가가 낮고 의사는 이를 정확히 인식하지 못하고 있는 상태다. 의사는 먼저 이를 명확히 지각할 필요가 있다. 커뮤니케이션을 통한 인식의 차이 해소에 앞서, 소통성을 높일 수 있는 실제 행동 프로그램이 필요하다고 결론 지을 수 있다. 의사는 환자와 커뮤니케이션 능력을 향상시키고, 환자를 이해하려는 마음을 갖고, 친절한 언어사용과 환자를 배려하는 태도를 실제 진료 과정에서 행동으로 드러내야 한다.

커진스(Cousins, 1979)는 환자들이 담당 의사와 관계를 끊고 의사를 교체하는 이유가 무엇인지 연구한 결과, 의사의 일반적인 커뮤니케이션이 전형적인 이유로 나타났다고 보고했다. 환자들은 “나의 담당의사는 내가 겪는 고통을 설명하면 전혀 들으려 하지 않는다는 인상을 받았다. 그는 나를 기계진료 쪽으로 유도하는 데 급급해 하는 모습이었다”, “나는 솔직히 의사가 나에게 설명한 것이 무엇인지 전혀 알아듣지 못했다”, “너무 혼란스럽고 화가 나서 의사와의 관계를 더 이상 원하지 않는다” 등으로 대답했다. 이에 커진스는 질병의 치료는 의사와 환자의 관계, 즉 소통이 약물의 놀라운 효력보다 더 크다고 주장했다.

미국에서는 의사단체가 중심이 되어 의사의 커뮤니케이션 능력을 강조하고, 이를 위한 기술을 다양한 방식으로 교육하고 있다. 미국 정형외과의사협회(AAOS; American Association of Orthopaedic Surgeons)는 ‘의사-환자 관계에서는 상호이해와 신뢰가 중요하다’며, 커뮤니케이션 기술 모니터링 팀(communication skills mentoring program project team)을 지역별로 가동하여 소속 의사들이 워크숍을 통해 커뮤니케이션 기술을 향상시킬 수 있게 하고 있다. 우리나라에서도 의과대학 교육 과정에서부터

환자와 소통능력에 대한 교육을 강화할 필요가 있다고 본다. 이후 수련의 과정, 임상과정에서 의사의 커뮤니케이션 능력에 대해 교육을 실시하고 모니터링하여 계속 향상시켜 가는 것이 의사-환자 관계를 개선하는 데 중요하다 하겠다.

둘째, 충실성에서는 의사와 환자 사이에 인식의 차이(0.38)가 있다. 그러나 서로의 생각에 대한 오해의 정도는 다른 구성요소에 비해서는 작은 편이다. 충실성의 점수 값을 높일 수 있는 행동 프로그램이 필요하지만, PR자원을 우선 투입할 영역은 아니다.

셋째, 상호교환성의 경우 의사와 환자 사이에 인식의 차이(1.00)가 매우 크다. 상대의 생각에 대해서도 오해의 정도가 크며, 특히 의사는 환자의 생각을 전혀 읽지 못하고 있다. 상대의 생각에 대한 쌍방의 추정치를 비교해도 차이(0.42)가 매우 크게 나타나고 있다. 의사는 먼저 자신이 환자의 생각을 매우 잘못 읽고 있음을 지각하고, 상호교환성에 대한 환자의 평가를 높이기 위한 행동 프로그램이 강하게 요구된다. 불필요한 고가 의료장비의 과도한 사용 요구나, 잦은 내원 요구, 대학병원과 종합병원 등에서의 선택의료의 반강제, 의사 집단의 배타적 이익추구 행동 등은 의사-환자 관계에서 상호교환성에 낮은 평가를 내리게 하는 원인으로 해석된다.

마지막으로 공정성을 보면 의사와 환자의 인식에는 큰 차이(0.63)가 있다. 의사, 환자 모두 상대방의 생각에 대해 오해하고 있으나, 오해의 정도는 상대적으로 낮은 편이다. 공정성 측면에서도 상호교환성과 같은 관계성을 증진할 행동 프로그램이 요구된다고 하겠다. 의사 스스로도 공정성을 낮게 평가하고 있다는 것은 의사가 환자의 사회적 신분이나, 환자와 개인적 친분관계에 의해 제공하는 의료서비스의 질에 차별을 두고 있음을 인식하고 있음을 보여준다. 의사는 의사-환자 관계에서 공정성이 중요함을 인식하고 공정성 측면에서 환자관계 관리를 위한 적극적인 대응이 요구된다.

의사-환자 관계성 척도를 이용해 의사와 환자 간 관계성에 대한 각각의 인식과 상호이해도를 분석한 이 연구는 몇 가지 한계도 갖고 있다. 첫째, 연구의 표본에 부족한 점이 있었다. 이 연구에서는 상호지향성 분석을 위해 의사, 환자 각각 307명과 303명을 대상으로 응답 자료를 전국에서 수집하였다. 표본의 수는 충분하다고 보지만 표본이 모집단을 얼마만큼 대표할 수 있느냐 하는 점에서는 한계가 있었다. 우리나라의 개업의와 봉직의의 비율은 거의 비슷하지만, 이 연구의 표본은 개업의가 20.2%, 봉직의가 70%로 봉직의의 비율이 압도적이었다. 특히, 진료과별 의사 분포도 충분히 반영하지 못했다. 우리나라 의사의 진료과별 분포는 내과가 14.3%로 가장 많고, 내과를 포함해 4개

전문 과목으로 분류되는 외과, 청소년과, 산부인과가 27.4%를 차지한다. 그러나 본 연구에서 상호지향성 분석 설문에 응답한 의사는 내과가 22.8%로 의사의 실제 전공과목 분포보다 많은 반면, 외과, 소아청소년과, 산부인과 의사 합계는 17%로 실제보다 적다. 환자의 경우도 외래환자만을 대상으로 표본수집이 이루어져 입원환자가 지각하는 의사-환자 관계성에 대한 인식까지 포함하지는 못했다.

둘째, 의사의 임상경력, 또는 개업의냐 봉직의냐가 환자관계성 인식과 이해도에 어떤 영향을 미치는지를 분석하지 못했다. 이런 분석은 의사의 커뮤니케이션 능력이 의사 경력에 의해 어느 정도 향상될 수 있는지, 교육의 필요성은 어느 정도인지를 확인하게 해줄 것이다. 그러나 이를 분석해내지 못한 것은 의사 표본이 이를 분석할 수 있을 만큼 충분히 잘 구성되지 못한 까닭이다. 이 또한 표본 구성의 한계에서 비롯한다. 따라서 향후에는 보다 다양하고 세밀한 설문조사를 통해 표본구성에서의 이런 한계를 극복한 후속 연구를 기대해 본다.

참고문헌

- 김봉철 · 정세중 · 이민창(2013). 경찰과 시민 간의 조직-공중 관계성에 관한 상호이해도 분석: 상호지향성 모델의 적용. *한국광고홍보학보*, 15권 1호, 223~252.
- 김봉철 · 최명일 · 장지영(2012). 인터넷 건강정보 이용에 대한 의사와 환자 간의 인식차이 비교: 상호지향성 모델의 적용. *광고학 연구*, 62호, 161~186.
- 김봉철 · 최양호(2005). 대학 구성원들의 위기시각에 대한 상호지향성 분석. *한국광고홍보학보*, 7권 3호, 7~41.
- 박진영(2014). 의사-환자 관계성 측정척도 개발 및 상호지향성 연구. 조선대학교 대학원 박사 논문.
- 박진영 · 최양호(2014). 의사-환자 관계성 측정척도 개발에 관한 연구. *홍보학연구*, 18권 3호, 304~333.
- 변효진 · 전범수(2008). 미디어 기업의 사회적 책임 활동에 대한 이용자와 조직 구성원의 인식차이 연구: 상호지향성 모델의 적용을 중심으로. *한국방송학보*, 22권 4호, 92~126.
- 염성원 · 한승수(2005). 광고교육에 대한 광고 실무자와 대학생 간의 인식차이에 관한 연구: 상호지향성 모형 적용을 중심으로. *한국광고홍보학보*, 7권 4호, 262~296.
- 원태연(2009). *SPSS 서베이 리서치*. 서울: 흥릉과학출판사.
- 이두원(2000). 의사-환자 간 커뮤니케이션 행위에 대한 대화분석. *한국언론학보*, 45권 1호, 232~265.
- 이선희(1997). 소비가치 이론에 의한 병원선택 요인 연구. *예방의학회지*, 30권 2호, 413~427.
- 이연택 · 신동재(2013). 카지노기업의 사회적 책임에 대한 기업과 정부 간 상호지향성 분석. *관광연구논총*, 25권 1호, 47~70.
- 장우성(2007). 기업 아이덴티티, 이미지 및 평판 간의 관계에 대한 상호지향적 접근: 지상파 방송기업(KBS, MBC, SBS)의 내·외부 이해관계자를 중심으로. 성균관대학교 대학원 박사논문.
- 정경균 · 김영기 · 문창진(1995). *보건사회학*. 서울: 서울대학교 출판부.
- 청년 의사(2012. 7. 5.). 커버스토리: 의사, 신뢰하지만 권위적 · 집단이거적.
- 최명일 · 김봉철 · 장지영(2011). 의사의 커뮤니케이션 기술에 대한 의사와 환자의 인식 차이 비교: 상호지향성 모델을 중심으로. *홍보학연구*, 15권 4호, 115~143.
- Brønn, P. S., & Brønn, C. (2000). A Reflective Stakeholder Approach: Co-orientation as

- a Basis For Communication and Learning, Presented at the 7th International Public Relations Research Symposium, Bled, Slovenia.
- Broom, G. M., & Dozier, D. M. (1990). *Using research in public relations: Applications to program management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Chaffee, S. H., & McLeod, J. M. (1968). Sensitization in panel design: A Coorientational experiment. *Journalism Quarterly*, 45(4), 661~669.
- Cousins, N. (1979). *Anatomy of an illness as Perceived by the Patient*. New York: Norton, American Journal of Clinical Hypnosis, 26(1), 61~62.
- Dozier, D., & Ehling, W. P. (1992). Evaluation of public relations programs: What the literature tells us about their effects. In J. E. Grunig(ed.), *Excellence in Public Relations and Communication Management*. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dutta-Bergman, M. J. (2005). The relation between health-orientation, provider-patient communication, and satisfaction: An individual-difference approach. *Health Communication*, 18, 291~303.
- Goold, S. D. & Lipkin, M. (1999). The Doctor-Patient Relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 14, 26~33.
- Hon, L. C., & Brunner, B. (2002). Measuring Public Relationships among students and administrators at the University of Florida. *Journal of Communication Management*, 6(3), 227~238.
- Hon, L. C., & Grunig, J. E. (1999). *Guidelines for measuring relationships in public relations*. Gainesville, FL: Institute for Public Relations.
- Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 52, 609~620.
- Kelly, A. S., Thompson, M. F., & Waters, R. D. (2006). Improving the way we die: A coorientation study assessing agreement/disagreement in the organization-public relationship of hospices and physicians. *Journal of Health Communication*, 11, 607~627.
- Larsen, K. M., & Smith, C. K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *The Journal of Family Practice*, 12(3), 481~488.
- Ledingham, J. A. (2003). Explicating relationship management as a general theory of public relations. *Journal of Public Relations Research*, 15(2), 181~198.
- Ledingham, J. A., & Bruning, S. D. (1998). Relationship management in public relations: Dimensions of an organization-public relationship. *Public Relation Review*, 24(1), 55~65.
- Lubbers, C. A. (2005). Media Relations in the Travel and Tourism Industry: A Coorientation Analysis. *Journal of Hospitality & Leisure Marketing*, 12, 41~55.
- Moore, P. J., Alder, N. E., & Robertson, P. A. (2000). The effect of doctor-patient

- relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine*, 173(4), 244~250.
- Murphy, J., Chang, H., Montgomery, J. E., Rogers, W. H., & Safran, D. G. (2001). The Quality of Physician-Patient Relationships. *The Journal of Family Practice*, 50(2), 123~129.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2nd Ed.). New York, MacGraw-Hill.
- Osler, W. (1932). *Aequanimitas: With Other Addresses to Medical Students, nurses and practitioners of medicine*. Blakiston, Philadelphia.
- Peabody, F. W. (1984). The Care of the Patient. By F. W. Peabody. *The Journal of American Medical Association*, 252(6), 813~818.
- Roter, D., Hall, J., Kern, D. E., Barker, L., Cole, K., & Roca, R. P. (1995). Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: A randomized clinical trial. *Archives of Internal Medicine*, 155, 1877~1884.
- Seltzer, T. (2007). *a Coorientational Approach for measuring Organization-Public Relationships*, a dissertation presented to the graduate school of Florida in partial fulfillment of the requirements for the degree of doctor of philosophy university of Florida.
- Shin, J.-H., & Cameron, G. T. (2005). Different Sides of the Same Coin: Mixed Views of Public Relations Practitioners and Journalists for Strategic Conflict Management. *Journalism & Mass Communication Quarterly*, 82(2), 318~338.
- Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). *Patient-centred medicine: Transforming the clinical method*. London: Sage.
- Wackman, D. B. (1973). Interpersonal Communication and Coorientation. *American Behavioral of Marketing*, 31(5-6), 410~422.

최초투고일 2014년 9월 10일

심사일 2014년 10월 2일

게재확정일 2014년 10월 6일

Comparative Analysis of Doctor-patient Perception on Physician-patient Relationship

Coorientation Model Test

Park, Jinyoung

Ph. D. of Journalism & Communications, Chosun University

Kim, Bongchul

Professor, Dept. of Journalism & Communications, Chosun University

Choi, Yang Ho

Professor, Dept. of Journalism & Communications, Chosun University

The purpose of this study is to examine physician-patient relationships(PPR) through surveys of both physicians and patients. Using the co-orientation Model, this study analyzes the differences of cognitions on PPR between 307 physicians and 303 patients, and the degree of their mutual understanding. The study analyzes agreement, congruency, accuracy between physicians and patients.

The coorientation measures indicate that as a whole physicians estimate physician-patient relationships as "good" while patients estimate physician-patient relationships "average", and the differences are especially manifest in exchange relationships, communication, and trust(Agreement). Overall physicians overestimate patients' cognitions of PPR, and patients underestimate physicians' cognitions of PPR. The differences are especially manifest in exchange relationships, communication, and trust(Congruency). In accuracy, as a whole patients underestimate physicians' cognitions of PPR, physicians overestimate patients' cognitions of PPR.

KEYWORDS physician-patient relationships • organization-public relations • coorientation model • agreement • congruency • accuracy