



박 일 환

단국대학교 의과대학 가정의학과

Communication Skills

Eal Whan Park, MD

Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine, Cheonan, Korea

Effective communication is basic clinical skills for patient-centered care to improve patient outcomes. Patient-centered communication skills include exploring both disease and illness experience of patients, understanding the whole person, and finding common ground between patient and physician. Empathy, rapport building, shared information, and shared decision making are the important components to be emphasized for effective medical communication. Communication skills can be learned effectively by lectures, small group work with feed back, and role playing with a standardized patient.

Key Words: Health communication, Patient-centered care, Empathy, Physician-patient relations

서 론

커뮤니케이션은 두 사람이상에서 서로 정보를 전달하고 수용하는 과정을 말한다. 정보의 전달과정에서 화자와 청자는 공통적인 규칙에 따라 의미를 공유한다. 커뮤니케이션 기전을 Shannon-Weaver의 고전적 커뮤니케이션 모델¹에 기초하여 살펴보면, 커뮤니케이션은 화자와 청자 간의 상호작용에 기초한 과정으로서 크게 보면 인코딩(언어화)과 디코딩(해석)의 과정으로 이루어진 시스템이다. 화자가 청자에게 전달하고 싶은 정보가 있으면, 이 정보는 인코딩 과정을 거쳐 발화(發話)되는데, 이 발화는 청자의 청각기관을 통하여 수용된 후 디코딩 과정을 거치게 되며, 이를 통하여 청자는 화자가 전달하고자 하는 정보를 이해하게 된다. 인코딩과 디코딩의 과정은 화용(話用)적, 의미적, 문법적, 음운적 인코딩의

순차적 단계와 음운적, 문법적, 의미적, 화용적 디코딩의 역단계로 진행된다.

커뮤니케이션의 성공과 실패는 여러 가지 요인들에 의해서 결정되는데, 언어행위 층위(인코딩과 디코딩)에서 커뮤니케이션 전 과정이 성공적으로 수행될 필요가 있으며, 또한, 화자와 청자가 주고받는 대화의 층위에서 성공적으로 수행되어야 한다. 대화 층위에서 커뮤니케이션이 성공적으로 이루어지기 위해서는 쌍방향적인 과정으로서의 대화가 적절히 이루어지기 위한 원리와 규칙을 따라야 한다.

본 론

1. 의료커뮤니케이션의 유형 및 제도적 특징

1) 의료커뮤니케이션의 유형

박용익²은 병원 내에서 이루어지는 커뮤니케이션 유형을 대화 참여자에 따라서 의료 커뮤니케이션, 내부 커뮤니케이션, 서비스 커뮤니케이션, 홍보 커뮤니케이션의 네 부류로 나누었다. 의료커뮤니케이션은 의사-환자 대화, 간호사-환자 대화, 의료기사-환자 대화 등으로 구분할 수 있고, 내부 커뮤

Eal Whan Park, MD

Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine, 119, Dandae-ro, Dongnam-gu, Cheonan-si, Chungcheongnam-do, 31116, Korea

Tel: +82-41-550-3997

E-mail: ewpark@dku.edu

니케이션은 의사-의사의 협의대화, 전문의사와 수련의 혹은 의대생 사이의 교육대화, 의사-간호사 혹은 의사-의료기사의 지시와 보고대화 등으로 구분할 수 있다.

의료커뮤니케이션은 의사소통 목적에 따라 용무 중심적 대화와 관계 중심적 대화로 구분할 수 있다.³ 용무 중심적 대화는 환자의 문제 해결을 위하여 정보의 공유(정보구하기 대화, 정보 제공하기 대화), 임상 의사결정(병명통보 대화, 설명대화, 공동의사결정 대화) 등으로 구분할 수 있고, 관계중심적 대화는 비언어적 대화(준언어, 비언어-몸짓, 얼굴표정, 시선, 화자간 거리, 신체 접촉, 복장과 외모)와 라포형성(수용, 공감, 지지) 대화로 구분할 수 있다.

의사-환자 관계에서 나타나는 힘의 균형에 따라 의료커뮤니케이션 유형을 구분하는 것은 중요하다. Emanuel 등⁴은 의사환자 관계를 4가지 유형으로 나누었다. 가부장적 모델(paternalistic), 정보 제공적 모델(informative), 해석적 모델(interpretative), 협의적(deliberative) 모델이다. 가부장적 모델은 의사가 진단적 검사와 처방을 독단적으로 결정하는 환자 수호자로서의 의사 역할이다. 정보 제공적 모델은 의사는 정보제공자로서 환자가 선호하는 가치에 상응하는 의료 중재를 제공하고, 환자는 소비자로서 의사결정을 한다. 해석적 모델은 의사가 환자로 하여금 자신의 희망 사항이나 선호하는 것을 인식하도록 도와주고, 환자는 의사의 도움으로 의료 중재를 결정한다. 협의적 모델은 의사가 진료 과정에서 환자와 동반자처럼 긴밀하게 협의하고, 환자는 충분한 자율성을 갖고 의료 중재를 결정하는 유형이다.

2) 의료커뮤니케이션의 제도적 조건과 특징

의료커뮤니케이션은 제도라는 틀 안에서 이루어지는 제도적 의사소통의 한 유형이다.² 제도는 전문적 식견과 능력을 갖춘 사람들이 개인이 해결하기 어려운 과제를 조직을 통해서 해결하는 데 도움을 주기 위해서 존재하는 것이다.

의료커뮤니케이션의 제도적 조건은 첫째로, 지식과 기능의 불균형성이다. 제도의 운영자(agent)들은 특정한 지식과 기능을 바탕으로 제도적 과제 해결에 정통한 사람들이고, 제도의 내방객(client)들은 그러한 능력과 지식을 갖추지 못하고 있다. 제도적 진행과정과 절차에서도 의사는 능동적이고 주도적인 역할을 하고, 환자는 수동적이고 피동적인 역할을 한다. 둘째로, 사태의 관여성과 위급성의 차이이다. 환자 개인에게는 질병의 진단과 치료가 자신의 생명과 정체성에 직

접적으로 관련된 매우 중요한 문제인 반면에, 의사에게는 단순히 직업적이고 일상적인 과제 수행에 불과한 것으로 여겨질 수 있다.

제도적 조건하에서 나타나는 의료커뮤니케이션의 특징은 의사들이 대화 연속체의 시작 발화를 하고, 환자는 대화연속체의 반응적 부분을 수행하는 경향이다. 의사가 대화의 시작과 종료, 주제선택, 대화의 전개과정을 결정하고 환자는 수용한다. 의사들이 환자의 대화 시작을 중단시키고 억제하는 경우가 많고, 보다 많은 발화시간을 갖는다. 전형적인 의사들의 질문은 예/아니오의 대답을 요구하는 닫힌 질문이다. 의사들이 자발적으로 진단과 치료에 대한 정보나 추가적인 설명을 하는 경우가 드물며, 환자의 발화와 청취의 욕구가 충족되지 않는다. 결과적으로 환자는 전인적 인격체로서 동등한 대화상대자라기보다는 탈개인화되고 제도적 역할자로서 소외된다.

2. 환자중심적 커뮤니케이션

환자중심 의료모델⁵은 환자는 전인적인 인격체이며 의사와 동등한 협력적 상대자로서 환자가 처한 사회적 환경, 삶의 이력, 정서 등에 대한 정보가 질병의 진단과 치료에 중요한 가치가 있는 것으로 자리매김한다. 환자중심적 커뮤니케이션은 구체적으로 세 가지의 핵심적 요소를 강조하는데, 1) 환자의 요구, 관점, 경험을 수용하는 것, 2) 환자에게 진료 과정에 참여할 기회를 제공하는 것, 3) 환자와의 협의적 관계를 강화하고, 환자-의사관계에서 환자를 이해하는 것 등이다.

진료대화가 환자중심적으로 이루어졌는가를 평가하는 네 가지 기준은 1) 환자의 질병 내용뿐만 아니라 주관적 질병경험도 밝히고 이해하는 것, 2) 환자를 고유한 정신사회적 맥락 속에서 인격적 존재로 이해하는 것, 3) 임상 문제의 진단과 치료에서 환자가 선호하는 가치와 잘 일치할 수 있도록 상호 이해에 이르는 것, 4) 치료에 대한 의사결정과 책임을 환자가 원하는 수준에서 나눔으로써 치료에 상호참여하도록 하는 것 등이다.⁶

웨스턴 온타리오 대학의 두통연구그룹에 의한 코호트 연구⁷에 의하면 가정의학과 의사가 진료한 272명의 두통을 호소하는 코호트 환자를 1년간 관찰한 결과, 두통의 호전과 관련된 변수들의 로지스틱 회귀분석에서 환자들이 자신의 두통 문제를 의사와 충분히 상의하였는가의 여부가 두통의 호전과 가장 큰 연관성을 보였다.

Stewart 등의 코호트 연구⁸에 의하면 가정의학과 의사들의 진료 면담 내용을 분석한 결과에서 환자중심적 면담을 시행한 경우가 그렇지 않은 경우와 비교하여 환자들이 진단 및 치료 의사결정에 더 많이 참여하였다고 인식했으며, 면담 2개월 후 추후 평가에서 증상이나 염려의 해결이 더 잘 이루어졌고, 정서적 건강이 좋아졌고, 진단적 검사수와 의뢰율이 적었다.

3. 공감, 배려의 커뮤니케이션

환자중심적 커뮤니케이션의 실천을 위하여 가장 강조되어야 할 기법은 공감과 배려의 커뮤니케이션이다. 공감 커뮤니케이션을 위해 비언어적 의사소통과 라포형성이 강조되고, 배려의 커뮤니케이션을 위해 이해의 공유(shared understanding)와 공동의사결정(shared decision making)이 강조된다.

1) 비언어적 커뮤니케이션

환자가 보이는 비언어적 의사소통의 단서(말의 빠르기, 높낮이, 음색, 얼굴 표정, 감정의 표현, 몸의 자세)를 파악하는 것이 중요하다. 환자들은 의사에게 자신의 생각이나 감정을 솔직히 표현하는 것을 꺼려하고 간접적으로 자신의 메시지를 표현하는 경향이므로, 환자의 감정을 이해하기 위해 비언어적 의사소통의 단서들을 해석하는 것은 필수적이다. 의사가 환자의 비언어적 단서들을 포착하고 언어적 표현으로 언급하여 확인하는 기법은 매우 중요하다.

또한, 의사가 보이는 비언어적 메시지(시선 접촉, 자세, 몸짓, 얼굴 표정, 음색 등)를 인식하고 있어야 한다. 언어적 신호와 비언어적 신호가 일치하지 않으면, 환자는 의사의 비언어적 메시지를 더 신뢰하게 되어 오해를 일으킬 수도 있다. 의사는 적절한 비언어적 신호를 보내는 기술을 통하여 환자에게 집중하고 있음을 표현하고 좋은 의사환자관계를 형성할 수 있어야 한다. 적절한 비언어적 의사소통 기법으로서 시선접촉이 중요하다. 환자를 진료할 때 몸의 방향이 환자를 향하게 하고, 시선만 움직여서 환자의 의무기록이나 컴퓨터를 보거나 무엇을 적게 되면 환자의 이야기를 덜 방해하고 시선접촉이 용이할 것이다.

2) 라포형성: 수용, 공감, 지지

수용은 면담 초기에 의사가 환자의 생각이나 감정에 대해 보여야 할 첫 번째 반응이다. 환자의 생각이나 감정에 대해

즉각적으로 안심시키거나 동의하거나 반박하는 것보다는 환자가 생각이나 감정을 표현한 것을 일단 수용하는 반응을 보이는 것이 좋다. 환자가 표현한 것을 판단하지 않고 수용해 주고, 환자가 갖고 있는 생각이나 감정이 적합하다는 것을 인정해 주고, 환자가 자신의 생각이나 의견을 표현해 준 것을 가치있게 평가해 줄 필요가 있다.⁹

공감은 두 단계로 이루어진다. 첫 번째 단계는 환자의 고통이나 감정을 이해하고 민감하게 인정해주는 것이다. 고통이나 감정을 민감하게 이해해 주는 과정을 통해 환자는 자신의 생각이나 감정을 충분히 표현할 기회를 얻게 된다. 환자들이 자신의 감정을 직접적으로 표현하지 않는 경향이므로, 의사들은 환자가 보이는 잠정적 정서적 기회들을 포착할 필요가 있다. 두 번째 단계는 환자에게 지지적인 태도로 공감적 이해를 표현해 주는 것이다. 비언어적 공감은 의사가 환자의 고통에 민감하게 반응하고 있다는 것을 비언어적 표현(얼굴표정, 공간조정, 터치, 음성의 크기, 침묵의 활용)으로 나타내는 것이고, 언어적 공감은 “나(I)” 메시지를 통해 지지적으로 언급하는 것이다.

지지를 위해 활용할 수 있는 몇 가지 기법들이 있다.⁹ 관심 보이기, 이해의 표현, 도움에 대한 지지 표현, 동반관계 유지, 대처 및 자가치료에 대한 존중, 민감성 등이 포함된다.

Shields 등의 진료대화 분석연구¹⁰에 의하면 100명의 일차 의료의사가 표준화환자와 면담한 내용의 분석과 실제 환자들의 의사에 대한 만족도 평가 결과에서, 일차의료 의사들의 면담 내용 중 포함되어 있는 정서적 단어들의 숫자가 많을수록, 환자들이 평가한 의사의 환자 자율성 존중, 환자를 인격적으로 잘 이해하는 것, 의사에 대한 신뢰, 의사에 대한 전반적 만족도 점수가 통계적으로 유의하게 높았다.

3) 이해의 공유

설명 대화에서 환자에게 진단과 치료에 대한 정보를 효과적으로 전달하기 위하여 고려할 점은 다음과 같다. 첫째, 환자가 수용할 수 있는 적절한 정보의 양과 유형으로 전달하여야 한다. 설명은 정보의 일방적 흐름이 아닌 상호작용으로 이루어지는 것이므로, 의사는 설명에 대한 환자의 이해 반응에 맞추어 정보 전달을 진행해야 한다. 설명 대화에서 환자의 사전 지식을 평가하는 것이 중요하며, 다른 정보를 알기 원하는 것은 없는지 질문할 필요도 있다. 너무 조급하게 설명하거나, 충고하거나, 설득하지 않는 것이 필요하다. 설명할 때 말의 속도를 너무 빠르게 하지 말고, 문장 사이에 적당

한 휴지(pause)를 두어 환자가 설명된 정보를 충분히 소화할 수 있도록 하여야 한다.

둘째, 환자의 이해력을 높이고 환자가 기억하기 쉬운 정보로 전달해야 한다. 설명의 내용을 서론, 본론, 결론으로 구조화하는 것이 좋다. 서론의 구성요소는 배경, 필요성이나 이유, 목적, 주제, 설명할 내용의 개괄적 안내, 청자와의 관계 설정 및 연대감 형성 등이다. 본론에서는 전체 내용을 체계화하고, 중간 중간 요약해 주고, 중간 예고 및 중간 점검을 할 필요가 있다. 결론에서는 전체 요약을 함으로써 설명 내용을 강조하고, 환자의 이해를 확인하고, 궁금한 점이 있는지 묻고, 더 하고 싶은 말이 있는지 확인해야 한다.

‘첫째, 둘째, 셋째’ 혹은 ‘오늘 제 이야기에서 가장 중요한 것은’ 등의 내용 이정표(sign posting)를 활용하고, 일반적인 내용에서 시작하여 특수한 내용 순으로 정보를 제공하고, 중요한 점은 강조해서 말하는 것이 좋다. 설명 대화에서 전문용어의 사용을 가능한 피하고, 전문용어를 사용할 경우에는 용어 사용 전후에 그 의미를 가능한 한 설명해 주어야 한다.

설명 대화에서 환자의 입장을 수용하기 위해 강조되는 점은 다음과 같다.⁹

첫째, 환자의 관점에 맞추어 설명하는 것이 효과적이다. 즉, 환자의 생각, 관심, 기대, 감정과 연계해서 설명하도록 하여야 한다. 예로, “환자분께서 협심증이 있는 것이 아닌가 염려된다고 말씀하셨습니다? 왜 그렇게 생각하셨는지 궁금합니다. 지금 가슴의 통증은 근육에서 생긴 것으로 생각됩니다. 그 이유를 말씀드리지요.”

둘째, 설명한 내용에 대한 환자의 생각이나 감정을 수용하는 것이 좋다. 환자가 언어적으로 질문을 하거나, 명확한 설명을 다시 요구하거나, 의문점이 있음을 표현했을 때 이를 수용해 주어야 한다.

셋째, 환자가 나타내 보이는 언어적 표현뿐만 아니라 비언어적 단서도 잘 포착해야 한다. 환자가 자신의 의문점이나 질문을 간접적으로, 혹은 애매하게 표현하는 것을 수용해야 한다. 예를 들면, “지금 불편해 보이시는군요. 수술 받을 가능성에 대해 염려하시나요?”이다. 설명을 진행하면서 환자의 신념, 반응, 관심을 이끌어 내도록 노력하는 것이 중요하다.

넷째, 환자가 보이는 언어적 비언어적 단서가 없을 때에도 환자의 감정의 변화, 의구심 등을 적극적으로 탐색하고 수용하여야 한다. 예를 들면, “지금 제가 말씀드린 설명을 듣고 마음속에 어떤 느낌이 드셨는지 궁금합니다.”이다.

4) 공동의사결정

공동의사결정 과정은 의사가 환자와 의견을 나누고 치료 계획에 환자를 참여시키며 환자의 가치와 선호에 따라 치료 방법을 선택함으로써 환자의 자율성을 높이는 과정이다.¹¹ 첫 단계로, 의사의 의견, 추론과정, 곤란한 점 등을 환자와 나눈다. 이렇게 함으로써 환자의 이해를 도울 수 있고, 불확실한 점을 명확히 하고, 환자와 공감대를 형성할 수 있다. 둘째로, 환자를 참여시킨다. 의사는 선택 가능한 치료법을 모두 환자에게 제시하고, 환자가 의사의 제안에 대해 자신의 의견을 표현하도록 적극적으로 수용한다. 셋째로, 치료 방법의 선택을 환자와 상의한다. 의사는 환자가 자신이 원하는 수준에서 의사결정에 참여하도록 하여야 한다. 넷째로, 상호 수용할 수 있는 계획을 세운다. 의사가 치료법을 설명하고 환자의 선호도를 수용한 후에 의사와 환자 사이에 의견 차이를 수용하여 조정하여야 한다.

Greenfield 등의 임상시험연구¹²에 의하면 45명의 위궤양 환자에서 진료 직전에 진료 보조원들이 환자가 진료의 의사결정 과정, 의사와 상의할 필요가 있는 치료와 관련된 문제들, 진단과 치료 방법 중 선택 가능한 것들을 인지하도록 돕고, 의사에게 편안하게 질문하도록 훈련시킨 시험군이 대조군과 비교하여 환자가 진료대화에 더 많이 참여하였고, 사회적 역할이나 신체적 기능제한이 적었다. 위궤양과 관련된 통증이나 진료 만족도는 양 군에서 차이가 없었다.

4. 좋지 않은 소식 전하기

좋지 않은 소식 전하기 대화는 중증 환자와의 의사소통 과제 중 초기에 해당하는 대화의 유형이다. 중증 환자와의 의사소통 과제에는 좋지 않은 소식 전하기, 환자와 가족의 정서적 반응 수용하기, 근치적 치료에서 완화치료로의 전환을 설명하기, 심폐소생술 거부 등 임종관련 문제 다루기 대화 등이 포함된다.¹³ 좋지 않은 소식 전하기는 암 질환 이외에도 예후가 좋지 않은 질병의 병명통보 대화에서도 나타날 수 있다.^{14,15}

1) 좋지 않은 소식 전하기 대화 유형

좋지 않은 소식 전하기는 시작단계, 예비단계, 질병확인단계, 대처법논의단계, 차후조치논의단계, 종료단계로 구성되어 있다.² 시작단계에서는 의사와 환자의 인사, 환자확인, 관계형성의 과제가 수행되고, 예비단계에서는 대화진행 예고,

검사과정 요약, 예상 탐구, 정보요구에 대한 탐구의 과제가 수행된다. 질병확인단계에서는 사전경고, 질병의 유형, 특성, 정도, 원인, 및 가족력과 진단에 대한 근거제시의 과제가 수행된다. 대처법논의단계에서는 치료방법과 치료목표, 선택하는 치료방법의 부작용, 그리고 치료법에 대한 합의에 대한 정보가 교환되고, 차후조치논의단계에서는 치료기관과 치료 전문가에 대한 안내 또는 추가검사나 입원안내 및 다음 진료 예약 등에 대한 대화가 이루어진다. 마지막으로 종료단계에서는 그동안 나누었던 대화 내용에 대한 전체요약과 환자 지지 및 인사의 의사소통적 과제가 수행된다.

좋지 않은 소식 전하기 대화 유형 중 일반적 설명대화와 구별하여 강조되는 것은 환자의 예상탐구, 환자의 정보 요구 탐구, 사전 경고 대화이다.¹⁶ 환자의 예상탐구 질문은 환자가 자신의 질병에 대해 얼마나 많이 알고 있는지를 탐구하는 것으로, 자신의 문제를 얼마나 심각하게 생각하는지, 앞으로의 삶이 어떻게 달라질 것으로 생각하는지를 알아보는 것이다. 환자의 정보요구 탐구는 환자가 자신의 질병상태에 대해 얼마나 많이 듣기를 원하는지를 탐구하는 것으로, 질병상태에 대해 자세한 설명을 듣기를 원하는지, 지금 듣기를 원하는지를 알아보는 것이다. 사전 경고 대화는 환자에게 좋지 않은 병명에 대한 설명대화를 진행하기 전에 좋지 않은 소식을 전하게 된 것에 대한 예고적 언급을 하는 것이다. 예를 들면, “좋지 않은 소식이 있습니다.”, “검사결과가 매우 심각합니다.”, “환자분께 진단 결과에 대해 말씀드리기가 쉽지 않습니다.” 등이다.

그리고 병명 통보를 받는 도중에 환자에게서 불안, 좌절감 등의 부정적인 감정이 예상되거나 나타날 때, 의사는 환자와 공감적 소통능력을 발휘해야 한다. 이러한 감정이입의 단계는 대화의 어느 특정한 단계에서만 나타나는 것이 아니기 때문에 대화의 전 과정에서 수행되어야 한다.

2) 좋지 않은 소식 전하기 대화의 격률

의사소통의 규범이란 말하는 사람이 의도하는 내용이 올바르게 전달되고 동시에 인간관계가 원활하게 형성되고 유지되기 위해서 필요한 전범(典範)을 의미한다. 의사소통의 규범은 의사소통의 원활한 목적 달성을 위해서 필요한 특정한 행위를 하거나 하지 말아야 하는 당위성과 금지의 형태로 나타나는 경우와, 어떤 행위를 수행할 때 어떻게 해야 가장 효율적인지에 대한 양태의 형태로 나타나는 경우가 있다. 좋지

않은 소식 전하기의 규범은 다음과 같은 격률의 형태로 나타날 수 있다.^{2,15,16}

- (1) 기초적인 정보를 간단하고 직접적이고 솔직하게 통보하라(정보제공의 격률).
- (2) 명확하고 이해하기 쉬운 언어로 정보를 제공하라(환자 이해의 격률).
- (3) 빠른 시간 내에 감정을 표현할 수 있도록 유도하라(감정이입의 격률).
- (4) 통보를 하는 동안 환자의 이해 정도를 지속적으로 점검하라(이해확인 격률).
- (5) 환자의 반응에 주의를 기울이라(관계구축의 격률).
- (6) 차후 조치에 대해 설명하라(관계구축의 격률).
- (7) 치료법에 대한 다양한 정보를 제공하라(정보제공의 격률).
- (8) 환자가 기억하기 좋도록 자료를 제공하라(기억의 격률).

3) 좋지 않은 소식 전하기 대화 모델

좋지 않은 소식 전하기 대화의 표준적 유형으로 사용되는 것 중의 하나가 SPIKES 모델¹⁷이다. SPIKES 모델은 ① 면담 환경준비(Setting up the interview), ② 환자 인지도평가(assessing the patient's Perception), ③ 환자 요구확인(obtaining the patient's Invitation), ④ 병명 통보 및 정보 전달(giving Knowledge and information to the patient), ⑤ 공감(addressing the patient's Emotion with empathic responses), ⑥ 차후조치 논의 및 전체 요약(Strategy and Summary)의 단계로 구성되어 있다.

Fujimori 등의 임상시험연구¹⁸에 의하면 일본 국립암센터에서 중앙내과 의사들을 대상으로 자신들의 SHARE 모델로 좋지 않은 소식 전하기 면담 기법 훈련을 시행한 결과에서 의사소통훈련 이후에 시험군 의사들의 면담기술이 대조군과 비교하여 유의하게 향상되었고, 훈련을 받은 시험군 의사의 환자들에서 우울감이 유의하게 감소하였다.

5. 어려운 환자의 면담

환자가 어려운 환자로 여겨지는 것에는 많은 원인이 있을 수 있다.¹⁹ 화를 내는 환자, 슬퍼하는 환자, 요구가 많은 환자, 말이 없는 환자들은 진료실에서 흔하게 만나는 어려운 환자들이다. 본 강의에서는 화가 난 환자와의 면담기법을 한 예

로 살펴보도록 한다.

진료 면담에서 의사들은 때때로 화가 난 환자를 만난다. 화가 나 있는 환자를 대할 때 바람직하지 못한 대처방식은 화가 나 있는 환자를 비난하며 같이 화를 내는 것(비난형), 화가 나 있는 사람을 회유하여 화를 진정시키려고 시도하는 것(회유형), 화가 나 있는 환자를 충분히 이해하지 않은 상태에서 환자의 분노를 정당화하는 것(초이성형), 환자가 화가 나있다는 것을 무시한 채로 보통 때와 같이 질문하고 설명하고 행동하는 것(무관심형) 등이다. 이러한 대처 방식은 의사가 환자의 내면과 잘 연결되어 있지 않은 상태를 나타낸다. 성숙한 대처 방식은 의사의 반응이 환자의 내면 상태와 잘 일치될 때 가능하다.

화가 난 환자를 만났을 때, 누구를 향해 화가 난 것인지, 분노의 성격이 어떠한지, 의사가 분노를 수용해 줄 수 있는지, 분노가 의료의 문제에 영향을 주고 있는지, 환자는 자신의 분노를 어떻게 설명하는지(좌절, 내면의 슬픔) 이해할 필요가 있다.

1) 환자의 감정 수용 및 공감

환자는 대부분의 경우에 직접적으로 의사나 의료진에 대해 화를 내는 것이 아니다. 의사는 한 걸음 옆으로 비켜서 환자의 감정을 수용하는 것이 중요하다. “지금 제가 듣기에 환자분께서 화가 나신 것처럼 보입니다. 어떤 이유로 화가 나신 것인지 제가 들을 수 있을까요?” 환자의 감정을 수용함으로써 환자의 내면을 탐색하고 상담할 수 있는 기회를 얻을 수 있어야 한다. 때로는 환자가 분노를 다른 사람을 조정하기 위한 수단으로 활용할 수도 있다. 이런 경우에는 환자가 화가 났다는 것을 인정해 주고, 그 이후에는 그것에 크게 관심을 갖지 않는 것이 좋다.

기본적 공감기법으로 BATHE 기법²⁰을 활용할 수 있다. ‘BATHE’ 기법은 외래에서 쉽게 적용할 수 있는 체계적인 접근법으로 화가 난 환자를 만나는 순간에 환자의 심리사회적 상황을 분석하고 적절히 공감하기 위한 정보를 짧은 시간 안에 효과적으로 획득할 수 있는 기법이다.

(1) 배경(Background)

“무슨 일이 있으셨나요?” 화가 난 배경이나 경위를 듣는다. 환자가 화를 내게 된 상황의 이야기를 중단하거나 개입하지 않는 태도로 들어주고 내면 탐색의 단서들을 살핀다.

(2) 감정(Affection)

“화가 많이 나셨군요.” 혹은, “지금 기분을 이해할 수 있습니다.” 환자의 감정이 무엇인지 분간하고, 현재의 분노감과 연결되어 있는 보다 깊은 좌절감이나 내면의 상처를 분별한다.

(3) 문제(Trouble)

“이런 상황에서 어떤 점이 가장 힘드신가요?” 현재의 상황에서 환자가 어려워하는 문제(환자의 주관적 견해)가 무엇인가를 이해한다. 화가 나게 만든 실제 원인(사실)보다는 상황에 대한 환자의 주관적 해석이 감정적 반응에 더 영향을 주는 경향이다.

(4) 대처방식(Handling)

“이 일에 대해 어떻게 대처하고 있나요?” 환자가 상황에 어떻게 대처하고 있는지를 이해한다. 환자의 반응은 이전에 환자가 삶에서 습득하여 이미 익숙해져 있는 대처방식이다.

(5) 공감(Empathy)

“많이 불편하셨군요. 화가 나신 것을 이해합니다.” 현재 느끼는 분노감이나 좌절, 상처를 수용해주고, 그런 감정을 이해할 수 있다고 정당화시켜 주고, 문제의 해결을 위해 지지해 준다.

2) 공격적이며 화를 내는 환자 대하기 지침

환자가 화를 내면서 공격적일 경우에는 신체적 공격이나 언어폭력 등으로 의료진에게 피해를 가할 수도 있다. 이런 경우에 의사는 적절한 말로써 환자의 분노와 공격이라는 반응적 고리를 끊고, 환자 자신이나 의료진에게 보일 수 있는 위협을 감소시켜야 한다. 환자의 감정 표현에 대해 즉각적으로 반박하거나 위협적인 행동을 보여서는 안된다. 정상적인 의사소통이 이루어 질 수 있도록 대화의 분위기를 차분하게 유지하고, 어떠한 폭력의 위험도 예방할 수 있도록 사전에 조치해야 한다.

결 론

환자중심적 진료를 위한 의사소통 기법의 교육은 의사의 면담기술을 향상시키며 환자의 진료 만족도와 치료 순응도를 높이고 환자의 자기관리능력을 향상시킴으로써 환자의 임상결과를 좋게 만들 수 있다는 충분한 근거가 있다.^{3,21,22}

뿐만 아니라 환자중심적 의사소통의 평가 점수가 높을수록 진단, 치료의 비용이 낮아진다는 연구결과도 있다.²³

의사들에 대한 의사소통교육은 소그룹 단위로 경험적으로 이루어져야 하고²⁴, 강의 및 토론, 전형적 의사소통 지침의 학습, 동료 간 역할극, 표준화 환자를 이용한 면담 연습 등으로 반복적이고 심층적으로 이루어져야 한다.²⁵⁻²⁷ 전형적 의료커뮤니케이션 모델이나 지침은 지금까지 다양하게 개발되어 발전되어 왔는데, 환자중심적 진료 모델⁵, 캘거리-케임브리지 지침⁹, Kalamazoo consensus²⁸, Four habits model²⁹, Three-function approach³⁰ 등을 예로 들 수 있다.

환자들에 대한 의사소통 교육도 필요하며, 이것은 환자의 자기관리 능력(empowerment)과 연관된다. 진료 전에 의료면담의 과정을 환자에게 교육시키거나, 환자가 자발적으로 자신의 건강 문제에 대해 인터넷을 검색하여 자료를 수집하고, 자조그룹에 속하여 공부하게 함으로써 환자의 자기관리 능력을 향상시킬 수 있을 것이다. 환자에게 질병에 대한 경험적 지식을 제공해 주는 환자질병체험데이터베이스와 같은 자료원은 환자나 가족이 자신의 질병과 유사한 다른 환자들의 질병체험 자료들을 검색해 볼 수 있으므로 유용하게 활용될 수 있다. 이러한 목적으로 국내에서도 웹사이트(www.healthstory4u.co.kr)가 구축되어 이용되고 있다.

References

- Shannon CE, Weaver W. The mathematical theory of communication. Champaign: University of Illinois Press, 1949.
- Yong Ik Bak. Patient-centered medical communication. Seoul: Baeksanseodang, 2010.
- Ong LML, de Haes JCJM, Hoos AM, Lammes FB. Doctor-patient communication; a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995;40(7):903-918.
- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992;267(16):2221-2226.
- Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical medicine. 2nd ed. Oxon:Radcliffe, 2003.
- Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, et al. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med* 2005;61:1516-1528.
- Bass MJ, McWhinney IR, Dempsey JB, Annen AA, Bocking BD, Bryant WH, et al. Predictors of outcomes in headache patients presenting to family physicians- a one year prospective study. *Headache* 1986;26:285-294.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49(9):796-804.
- Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 2nd ed. Oxon: Radcliffe, 2005.
- Shields CG, Epstein RM, Frank P, Fiscella K, Duberstein P, McDaniel SH, et al. Emotion language in primary care encounters: reliability and validity of an emotion word count coding system. *Patient Edu Couns* 2005;57:232-238.
- Epstein RM, Street Jr RL. Shared mind: Communication, decision making, and autonomy in serious illness. *Ann Fam Med* 2011;9:454-461.
- Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. *Ann Intern Med* 1985;102:520-528.
- Kissane DW, Bylund CL, Banerjee SC, Bialer PA, Levin TT, Maloney EK, et al. Communication skills training for oncology professionals. *J Clin Oncol* 2012;30(11):1242-1247.
- McCluskey L, Casarett D, Siderowf A. Breaking the news: a survey of ALS patients and their care givers. *ALS and other motor neuron disorders* 2004;5:131-5.
- Silani V, Borasio GD. Honesty and hope: announcement of diagnosis in ALS. *Neurology* 1999;53:S37-39.
- Buckman R. How to break bad news. Baltimore: Johns Hopkins University press, 1992.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-311.
- Fujimori M, Shirai Y, Asai M, Kubota K, Katsumata N, Uchitomi Y. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2014;32(20): 2166-2172.
- Schwenk T, Romano SE. Managing the difficult physician-patient relationship. *Am Fam Physician* 1992;46(5): 1503-9.
- Stuart MR, Lieberman III JA. The fifteen minute hour: therapeutic talk in primary care. 5th ed. London: Radcliffe, 2015.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *Can Med Assoc J* 1995;152(9): 1423-1433.
- Rao JK, Anderson LA, Inui TS, Frankel RM. Communication intervention make s difference in conversations between physicians and patients. A systemic review of evidence. *Med Care* 2007;45:340-349.
- Epstein RM, Franks P, Shields CG, Meldrum SC, Miller KN, Campbell TL, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3:415-421.
- Kurtz SM. Doctor-patient communication: principles and practices. *Can J Neurol Sci* 2002;29:S23-29.
- Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. *Health Affairs*

- 2010;29(7):1310-1318.
26. Watling CJ, Brown JB. Education research: communication skills for neurology residents. Structured teaching and reflective practice. *Neurology* 2007;69:E20-E26.
 27. Smith PEM, Fuller GN, Kinnersley P, Brigley S, Elwyn G. Using simulated consultations to develop communication skills for neurology trainees. *Eur J Neurol* 2002;9:83-87.
 28. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Acad Med* 2001;76(4):390-3.
 29. Frankel RM, Stein T. Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *J Med Pract Manage* 2001;16(4):184-191.
 30. Cole SA, Bird J. The medical interview. The three-function approach, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 2000.