

환자-의사간 의사소통 기술 교육에 대한 고찰

연세대학교 의과대학 의학교육학과

양 은 배

= Abstract =

Teaching and Learning Communication Skills in Medical Education

Eunbae Yang, PhD

Department of Medical Education, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

The purpose of this study is to review communication skills education in medical education. This analysis looks at the reasons why communication skills education is difficult and how to design an effective curriculum for communication skills education. Problems in communication skills education are discussed, especially in relation to the complexity of the communication between patients and physicians, the changing of the communication model, and curriculum composition. Findings show that it is necessary to design a spiral curriculum for communication skills education, to harmonize theory and practice of communication, to encourage student participation, and to provide feedback to students. To educate communication skills, this paper concludes, professors in charge of communication skills education must seriously consider their teaching and evaluating methods and practice what they teach.

Key Words: Communication skills, Doctor-patient relationship

서 론

환자와 의사 상호간의 효과적인 의사소통은 양질의 의료서비스를 제공하는 핵심 수단이다 (McNinch, 2001; Epstein & Hundert, 2002). 의사소통이 잘 이루어지는 환자-의사 관계는 정확한 진단을 가능하게 하고, 환자의 생물학적 문제뿐만 아니라 그들이 갖고 있는 사회심리적 고통을 탐색 가능하도록 한

다 (Lloyd & Bor, 1996; Haq *et al.*, 2004). 또한 효과적인 의사소통은 환자-의사 상호간에 협력적이고 지지적인 관계를 유지하도록 하며, 의사와 환자의 만족도를 향상시킨다 (Grant & Hawken, 2000). 이에 따라 의학교육 과정에서 의사소통 기술 교육이 강조되어 왔으며 (Ong *et al.*, 1995; Hargie, Dickon & Hughes, 1998; Makoul, 1999; Grant & Hawken, 2000; Zoppi & Epstein, 2002), 많은 의과대학들이

교신저자: 양은배, 연세대학교 의과대학 의학교육학과, 서울시 서대문구 성산로 250번지

Tel: 02)2228-2511, Fax: 02)364-5450, E-mail: nara@yuhs.ac

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

의사소통 기술 교육을 교육과정의 핵심 내용으로 다루고 있다 (Silverman *et al.*, 1998; Laidaw *et al.*, 2002; Hall *et al.*, 2004). 의과대학에서 의사소통 기술 교육이 강조되는 이유는 다음과 같다 (Coulter, 1999; Salmon & Young, 2005). 첫째, 의료서비스는 환자의 자율성과 인격이 존중되는 가운데 환자의 의사결정을 돕기 위해 이루어지는 상호작용적인 의사소통 과정이다. 둘째, 의료서비스는 환자가 제공하는 정보에 일차적으로 의존하며, 의사는 환자로부터 효과적으로 정보를 습득할 수 있어야 한다.

의학교육에서 의사소통 기술 교육의 중요성이 강조되어 왔음에도 불구하고, 의사소통 기술 교육에 대한 다양한 비판이 제기되고 있는 것이 또한 사실이다. Branch & Paranjape (2002)는 의과대학에서 이루어지는 의사소통 기술 교육의 대부분이 강의에 의존하고 있다고 비판하였다. Lloyd & Bor (1996)는 의사소통 기술 교육이 임상교수들의 의사소통 기술을 모방하는 수준에 머물러 있으며, 교육과정이 체계적으로 편성되어 있지 않다고 지적하였다. 또한 Buyck & Lang (2002)는 학생들의 의사소통 능력에 대한 적절한 피드백이 제공되지 않는 점을 비판하였다. 이러한 결과에 따라 학생들은 의료서비스 과정에서 필수적으로 요구되는 의사소통 기술을 교육받지 못하고, 환자들이 제공하는 언어적, 비언어적 단서를 인지하는 능력을 함양하지 못하고 있다 (McNinch, 2001). 심지어 면허를 취득한 의사들도 환자로부터 정보를 효과적으로 수집하지 못하며 (Rahman, 2000), 환자의 사회심리적인 문제를 탐색하는데 어려움을 호소한다 (Cantwell & Ramirez, 1997). 의과대학을 졸업하는 신규 의사들이 환자와 효과적으로 의사소통 할 수 있는 능력이 미흡하다는 비판은 계속되고 있다 (Klass, 2001).

이러한 배경에서 이 연구는 바람직한 환자-의사간 의사소통 기술 교육에 대해 고찰하는 것을 목적으로 하였다. 이를 위해 환자-의사간 의사소통 기술 교육이 어려운 이유와 국내외 의과대학의 의사소통 기술 교육의 특징을 살펴보고, 의사소통 기술 함양을 위한 교육 내용, 교육방법 및 평가방법 등을 분석하여 바람직한 환자-의사간 의사소통 교육을 위

한 과제를 제안하였다.

본 론

가. 의사소통 기술 교육이 어려운 이유

많은 의과대학이 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육과정을 편성하여 운영하고 있다. 그러나 환자-의사간 의사소통 기술을 교육하는 것이 쉬운 일은 아니다. 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구들을 살펴보면 의사소통 기술 교육이 어려운 이유는 다음 세 가지와 관련이 있는 것으로 보인다.

첫째는 의사소통 관련 요인의 복잡성이다. Lloyd & Bor (1996)와 Rees & Sheard (2003)는 환자-의사 상호간의 의사소통이 의사 자신뿐만 아니라 환자 및 환경적 요인과 밀접하게 관련되어 있기 때문에 의사소통 기술을 교육하는 것이 쉽지 않다고 지적하였다. 예를 들어, 환자들이 가진 증상이나 질병에 대한 환자의 심리적 요인과 환자들이 가진 사전 경험이 환자-의사간 의사소통에 영향을 미칠 수 있다. 또한, 의사소통 기술에 대한 의사들의 훈련 정도, 의사소통 능력에 대한 자기 확신, 개인적 성격, 피로 등 물리적 요인, 사회 심리적 요인 등은 효과적인 의사소통에 영향을 미친다. 뿐만 아니라 의사소통이 일어나는 환경, 의자의 배치, 1일 면담 환자 수 및 수익성을 강조하는 병원의 분위기 등도 의사소통에 영향을 미치는 중요한 요인이다. 그러므로 의사소통 기술 교육은 환자-의사간 의사소통에 필요한 단순한 지식과 기술을 가르치는 것 이상의 의미를 갖고 있다 (Salmon & Young, 2005). 그것은 의사들이 환자로부터 관련 정보를 습득하고, 공유하기 위해 사용하는 기술에 대한 교육뿐만 아니라 그러한 기술을 사용하는 의사의 인지적, 정의적 영역의 가치, 환자의 사회심리적 요소 및 환경 등이 복합적으로 교육되어야 한다는 것을 의미한다 (Fallowfield *et al.*, 1998; Zoppi & Epstein, 2002).

둘째는 환자-의사간 의사소통 모델의 변화이다. 환자-의사간 면담 모델의 변화는 의사소통 기술 교육을 어렵게 하는 또 다른 요인이다. 20세기의 환자-의사간 의사소통은 환자의 문제를 생물학적 관점

에서 이해하려는 질병 중심 모델에 기초해 있었다. 그러나 20세기 후반 질병 중심의 의사소통이 환자가 가진 사회적, 심리적 문제에 대해 통합적으로 접근하지 못한다는 비판이 제기됨에 따라 환자중심의 의사소통 모델이 제안되었다 (McWhinney, 1989). 환자중심의 의사소통 모델은 생물학적 관점에서의 질병뿐만 아니라 환자와의 지지적, 이해적 관계 형성을 강조하고, 환자의 관점과 견해를 경청하며, 환자의 사회적, 심리적 관점에 대한 통합적 이해를 추구한다. 환자-의사간 의사소통 모델은 환자-의사간 의사소통 기술 교육의 틀을 제공하므로 의사소통 모델의 변화는 의사소통 기술 교육의 변화를 의미한다.

셋째는 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육과정 편성의 어려움이다. 의사소통 기술 교육과정은 크게 세 가지 문제, 즉 무엇을 가르칠 것인지, 어떻게 가르칠 것인지, 가르친 것을 어떻게 평가할 것인지에 대한 문제이다. Haq *et al.* (2004)은 의과대학이 의사소통 기술 교육과정을 체계적으로 편성하고 있지 못하다는 점을 비판하면서, 이러한 교육과정의 부재는 의사소통 기술 교육에 대한 교수들의 잘못된 인식 때문이라고 지적하였다. 그는 아직도 많은 교수들이 의사소통 기술은 정규 교육과정을 통해 교육되기 보다는 임상실습 등의 경험을 통하여 자연스럽게 습득되는 것으로 생각하고 있다고 비판하였다.

나. 국내외 의과대학의 의사소통 기술 교육의 특징

국내외 의과대학의 의사소통 기술 교육의 특징을 분석하기 위해 국내 주요 5개 대학(서울의대, 고려의대, 인제의대, 연세의대 및 가톨릭의대)의 의사소통 교육 특징과 외국 4개 대학(하버드 의과대학, UCLA 의과대학, 던디 의과대학 및 함부르크 의과대학)의 의사소통 교육과정을 분석하였다.

외국 의과대학의 의사소통 기술 교육은 이론과 실체가 조화된 교육, 나선형 교육과정을 통한 단계별 심화 교육 및 진단과 피드백을 강조하는 교육이라고 할 수 있다. 먼저, 외국 의과대학들은 의사소통 이론과 실제의 조화를 위해 관련 지식을 교육하는 것뿐만 아니라 실제 면담 상황과 유사한 학습 환경

을 조성하여 학습효과를 극대화시키려는 노력을 하고 있다. 즉, 표준화 환자를 활용하여 실습 기회를 제공하고, 실제 진료 환경에서 의사소통을 관찰하고 실습할 수 있는 교육과정을 제공하고 있다. 또한, 외국 의과대학들은 나선형의 의사소통 교육과정을 편성하고 있다. 의과대학 저학년 과정에서는 의사소통 기술의 중요성을 인지시키고, 학년이 올라감에 따라 모의 또는 실제 환자를 대상으로 한 의사소통 훈련을 제공하여 교육의 내용을 심화 발전시키고 있다. 마지막으로 학생들의 의사소통 능력에 대한 진단 및 피드백을 위하여 역할극, 비디오 촬영 및 토론, 소집단 학습, 표준화 환자 등의 다양한 방법을 활용하고 있다.

한편, 국내 의과대학의 경우에는 환자-의사간 의사소통 기술 교육을 체계화하려는 시도가 몇몇 대학을 중심으로 이루어지고 있다. 이들 대학의 의사소통 기술 교육은 대학에 따라 편차가 있는 것으로 나타났다. 일부 의과대학의 경우에는 외국 의과대학과 마찬가지로 의과대학 전 과정을 통하여 이론과 실체가 조화되는 교육과정을 편성하고 있는 반면, 일부 대학은 의사소통 관련 교과목을 한두 개 개설하고 있는 것이 전부였다. 특히, 의사소통 교육이 임상이나 진료현장과 연계되지 않은 상황에서 이루어지고 있었으며, 교육과정이 진행되는 동안 학생들의 의사소통 능력에 대한 피드백이 제공되지 않고 있었다.

다. 의사소통 기술 함양을 위한 교육과정 편성

환자-의사간 의사소통 기술을 함양하기 위한 교육과정 편성은 모든 의과대학이 관심을 갖고 있는 사항이다. 의사소통 교육과정 편성에 대한 이러한 관심은 크게 무엇을 가르쳐야 하는지, 어떻게 가르칠 것인지, 가르친 것을 어떻게 평가할 것인지에 대해 집중되어 있다.

1) 의사소통 기술: 무엇을 가르칠 것인가?

의사소통 기술 교육과정 편성을 논의할 때 제일 먼저 제기되는 문제는 무엇을 가르칠 것인가에 대한 고민이다. 의사소통 기술 교육에 관한 선행 연구

를 고찰한 결과, 의사소통 기술 교육내용은 크게 다 음 네 가지로 구분하여 설명할 수 있다.

첫째는 환자와의 면담 과정에서 의사들이 수행하 는 직무를 분석하여 의사소통 교육 내용으로 규정 하는 것이다. Grant & Hawken (2000)은 효과적인 의사소통을 위해서 의사들에게 필요한 기술을 관계 수립 기술, 인터뷰를 구조화하는 기술, 환자의 의견을 경청하고 대응하는 기술, 이해한 것을 설명하고 확인하는 기술, 의사결정과정에 환자를 참여시키는 기술 등으로 규정한 바 있다. Epstein & Hundert (2002)도 환자들과 효과적으로 의사소통하기 위해 서는 환자로부터 적절한 정보를 수집하는 능력, 진 단하는 능력, 처치하는 능력, 환자를 교육하는 능력 및 다른 보건의료인과 효과적으로 상호 작용하는 능력을 갖추어야 한다고 지적하였다. 한편, Prim (1993)과 Wilkinson (1992)은 환자와의 효과적인 의 사소통을 위해서 의사들에게 요구되는 능력을 리더 십의 관점에서 분석하였는데, 의사들은 단호한 의사 표현 능력, 갈등관리 능력, 위임하는 능력, 다른 사 람을 동기화하는 능력 등을 갖추어야 한다고 보았 다. 단호한 의사표현 능력은 다른 사람의 권리를 존 중하면서 자신감 있게 자신의 생각과 감정을 표현 하는 능력이다. 갈등관리 능력은 목적 달성을 위하 여 양쪽 측면을 증대하는 능력을 의미한다. 위임하 는 능력은 기대되는 구체적인 결과가 무엇인지, 그 러한 결과가 어떻게 성취될 수 있는지에 대한 충분 한 이해 하에서 다른 사람에게 해야 할 일을 배정하 는 것이다. 다른 사람을 동기화하는 능력은 환자들 이 바람직한 목적을 이룰 수 있도록 그들의 긍정적 인 태도를 촉진하는 능력이다.

둘째는 환자-의사간 면담 진행 단계별로 교육내 용을 분류하는 것이다. Haq *et al.* (2004)은 의사소통 의 핵심적인 요소를 크게 면담이 진행되는 과정에 따라 구분하였는데, 의사소통의 개시, 정보의 수집, 환자의 화법 이해, 정보의 교환, 문제와 치료계획에 대한 합의 및 의사소통의 종결 등으로 구분하였다. Lloyd & Bor (1996)는 환자와의 효과적인 의사소통 을 위한 가이드라인을 제시하였는데, 의사소통이 진 행되는 단계에 따라 의사들은 다음과 같은 의사소

통 기술을 사용할 수 있어야 한다고 지적하였다. 의 사소통의 시작 단계에서는 환자의 이름을 부르고 환자와 인사하며, 가능하면 악수를 청한다. 그리고 환자가 자리에 앉을 것을 권유하고, 자신을 소개하 며, 면담의 목적을 설명한다. 또한, 어느 정도 시간 이 걸릴 것인지를 밝히고, 기록을 위해 환자의 동의 를 구한다. 의사소통의 진행 단계에서는 긍정적인 분위기를 유지하고 환자와의 눈 맞춤을 유지하면서 의사소통을 위한 개시 질문을 한다. 환자의 이야기 를 주의 깊게 경청하며, 언어적, 비언어적 단서들에 효과적으로 반응한다. 또한 환자가 충분한 정보를 말할 수 있도록 조장하며, 필요할 때 구체적인 질문 을 한다. 적절한 시점에서 환자가 당신에게 무엇을 말하고 있는지 명확하게 하며, 환자의 용기를 북돋 아준다. 의사소통의 마지막 단계에서는 환자가 말한 것을 요약하고, 추가로 할 말이 없는지 물어본다. 감 사하다는 표현을 하면서 의사소통을 종결한다. 한 편, Mukohara *et al.* (2004)은 선행 연구를 분석하여 의사소통 단계별 교육내용을 다음과 같이 지적하였 다. ① 친밀한 관계 형성하기 (환자와 인사하고 이름 확인하기, 자신을 소개하고 역할을 분명하게 하기), ② 환자의 방문 이유 조사하기 (환자들이 자신의 방 문목적을 설명하도록 허락하기, 환자들이 시간적 순 서로 이야기할 수 있도록 이끌기, 언어적·비언어적 기술을 사용하여 주의 깊게 경청하기), ③ 환자의 일차적 관심 결정하기 (도출되지 않은 문제에 대해 폐쇄형 질문하기, 환자의 관심을 분명하게 정의하 기), ④ 환자의 시각을 이해하고 추출하기 (직업·가족·습관 등 상황적 요인 탐색하기, 질병에 대한 환 자의 생각 물어보기, 환자의 질병이 삶에 어떻게 영 향을 미치는지 탐색하기), ⑤ 환자와의 면담을 위해 구조화된 흐름 관리하기 (환자와의 면담과정에서 주 기적으로 요약하기, 명확한 이정표 사용하기), ⑥ 관 계 유지 기술 사용하기 (비언어적으로 상냥하고, 동 정적이기, 환자의 관심과 비언어적 단서에 적극적으로 반응하기, 적절한 단어 사용하기) 등이다.

셋째는 감정이입적 의사소통 능력을 함양하기 위 한 교육내용이다. Hardee *et al.* (2005)는 효과적인 의사소통을 위해서는 일반적인 의사소통 기술도 중

요하지만, 환자들이 가지고 있는 감정, 두려움, 관심 등에 대해 지지적인 표현을 하는 감정이입적 의사소통이 효과적이라고 지적하였다. 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, 환자들과의 잠재적 갈등을 줄여 준다는 점이 여러 연구에서 보고되었다 (Quill *et al.*, 2001; Halpern, 2003; Epstein *et al.*, 2004). 또한, ‘우리 (We)’라는 메시지는 의사와 환자 상호간의 유기적인 관계를 표현하는 것으로, 이를 통해 환자의 협력을 쉽게 이끌어 낼 수 있다 (Skelton *et al.*, 2002). Platt & Gordon (2004)은 언어적 행동뿐만 아니라 비언어적 행동 (멈춤, 경청, 끄덕임, 눈 맞춤 등)을 포함하는 감정이입적 의사소통 기술은 환자-의사 상호간의 관계 향상, 환자와의 의견 교류 촉진, 의사결정의 공유 등을 가져온다고 지적하였다. Platt & Keller (1994)는 이러한 감정이입적 의사소통 기술이 교육을 통해 학습될 수 있다고 보았으며, Frankel & Stein (1999)은 감정이입적 의사소통 기술이 환자-의사간 면담의 가장 기본적인 요소라고 주장하였다.

넷째는 특수한 의사소통 상황과 관련된 의사소통 기술 교육이다. 환자와의 의사소통은 그것이 일어나는 상황과 주제에 따라 다른 기술들을 요구하는데 (Lloyd & Bor, 1996), 나쁜 뉴스 전달하기, 화난 환자 다루기, 공격적인 환자 다루기, 아이 및 노인과의 의사소통, 응급실에서의 의사소통 등은 일반적인 환자-의사간 의사소통과는 다른 기술을 요구한다.

2) 의사소통 기술: 어떻게 가르칠 것인가?

환자-의사간 의사소통 기술 함양을 위한 교육방법과 그 효과에 대한 연구는 다른 연구들보다는 상대적으로 많이 이루어졌다. Haq *et al.* (2004)은 학생들이 스스로 관련 자료를 읽게 하거나, 강의, 패널 토론, 소그룹회의, 역할놀이, 비디오 촬영, 모의환자나 실제 환자를 대상으로 실습교육을 시키는 방법 등이 의사소통 기술 교육에 사용될 수 있다고 보았다. Lloyd & Bor (1996)는 여러 가지 교육방법이 의사

소통 기술 교육에 사용될 수 있지만, 강의를 통한 교육보다는 시청각 자료를 활용한 교육이 의사소통 기술을 함양하는 효과적인 방법이라고 지적하였다. 그는 비디오 모니터링을 통해 의사소통 기술 교육을 받은 학생들은 강의식 교육을 받은 학생들보다 더 잘 환자를 이해하며, 환자와의 면담에서 더 자기 확신적이고, 더 좋은 의사소통 기술을 갖고 있는 것으로 보고하였다. Aspegren (1999)도 비디오 녹화를 통한 의사소통 기술 교육이 일반적인 강의보다 교육적 효과가 높다고 보고하였다. Mukohara *et al.* (2004)과 Rees & Sheard (2003)는 토의식 교수방법이 의사소통 기술 교육에 효과적임을 보고하였는데, 질병에 대한 환자의 의견 질문하기, 질병이 환자의 삶에 어떤 영향을 미쳤는지 탐색하기, 비언어적 동정심 보이기 등의 영역에서 강의식 교육을 받은 학생들보다 교육적 효과가 높다고 하였다.

한편, Grant & Hawken (2000)은 의사소통 기술을 함양하기 위해 다양한 교육방법이 사용될 수 있지만, 의사소통 기술 교육의 효과는 교육방법보다는 교수자의 피드백에 의존하는 경향이 높다고 분석하였다. Cole & Bird (2000)도 의사소통 기술 교육이 중·장기적인 효과로 지속되기 위해서는 의사소통 교육과정의 체계적인 편성, 효과적인 교수학습 방법의 개발 및 학생들의 의사소통 수행능력에 대한 지속적인 피드백이 중요하다고 지적하였다.

Lloyd & Bor (1996)는 학생들이 의사소통 기술을 효과적으로 습득하도록 하기 위해서 단계별 접근이 필요하다는 점을 강조하였는데, 의사소통 기술은 다음과 같은 절차에 따라 교육될 때 가장 잘 학습된다고 보고하였다. 첫째, 환자 진료에 실제 사용되는 의사소통 기술 목록을 학생들에게 분명하게 제공한다. 둘째, 표준화 환자나 실제 환자를 대상으로 이러한 의사소통 기술을 실습할 수 있는 기회를 제공한다. 셋째, 오디오 및 비디오 녹화를 통하여 학생들의 수행 정도에 대해 피드백을 제공한다. 넷째, 학생들이 지도교수와 함께 자신들의 수행 정도에 대해 토의하도록 한다. 한편, Ahn (2006)은 의사소통 기술 교육에 활용할 수 있는 다양한 교육방법을 소개하였는데, 강의, 토론수업, 사례분석, 실제 면담 참관, 시연,

역할극, 녹화영상 분석 및 모의환자 면담 방법 등이 의사소통 기술 교육의 목적과 내용에 따라 선택적으로 사용되어야 한다고 주장하였다. 같은 맥락에서 Geber (1994)도 의사소통 기술 교육의 목적과 내용에 따라 실천적 경험을 제공할 수 있는 교수방법이 필요하다고 주장하였다.

3) 의사소통 기술: 어떻게 평가할 것인가?

의사소통 기술 교육에서 학생들의 의사소통 수준에 대한 정확한 진단, 피드백 및 교육의 효과에 대한 종합적 판단을 위해서는 정확한 평가가 이루어져야 한다. 의사소통 기술 교육에서의 평가를 진단, 형성 및 종합평가로 구분하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 진단평가는 학생들의 현재 의사소통 기술 수준에 대한 진단을 통해 의사소통 기술 교육의 목적, 내용 및 방법을 결정하기 위한 것이다. 학생들의 의사소통 기술 수준에 대한 진단을 위해서는 타당하고 신뢰로운 도구가 사용되어야 하는데, “Calgary-Cambridge Observation Guide”는 환자-의사간 의사소통을 직접 관찰하면서 평가할 수 있는 도구로서 비교적 높은 신뢰성을 갖고 있는 것으로 알려져 있다 (Kurtz *et al.*, 1998; Draper *et al.*, 2002). 이 가이드라인은 학생들의 의사소통 능력을 실제 면담이 일어나는 단계에 따라 평가할 수 있도록 하고 있으며 (Laidlaw *et al.*, 2002), 의사들이 갖추어야 하는 의사소통 기술을 구체적으로 제시하고 있다. De Haes *et al.* (2005)은 의사소통 기술을 평가하는 또 다른 신뢰로운 도구로 AACCS (Amsterdam Attitudes and Communication Scale)를 소개하였다. AACCS는 환자-의사간 의사소통의 핵심 요소를 아홉 가지 영역으로 구분하여 진단하는 도구인데, 환자와의 관계 형성, 정보수집, 정보 제공, 자신의 감정 조절, 의사소통의 구조화, 자신의 가치 및 편견에 대한 통찰력, 간호사 및 다른 동료와의 협력, 비판적 자기평가와 한계에 대한 지식, 책임감 인식과 헌신 등을 측정한다.

둘째, 형성평가는 의사소통 기술 교육이 진행되는 과정에서 피드백을 목적으로 실시하는 평가이다. Riccardi & Kurtz (1983)와 Bowman *et al.* (1992)은

의사소통 기술 교육에서 학생들에게 적절한 피드백이 제공될 때 효과적인 학습이 가능하다고 지적한 바 있다. 의사소통 교육과정이 진행되는 과정에서 이루어지는 형성평가는 교수방법과 밀접한 관련을 맺고 있는데, 의사소통 기술 교육 방법별 형성평가 요소를 분석해 보면 다음과 같다. 토론, 사례분석과 같은 수업은 의사소통과 관련한 주제 토론을 통하여 동료 학생 상호간에 의사소통 수준을 평가하고 피드백해 줄 수 있다. 실제 면담 과정 참관이나 시연 등의 방법에서 의료대화에 대한 분석을 시행하는 경우도 형성평가의 방법이다. 역할극은 역할극의 전개 과정에서 자신들의 역할에 대해 성찰하고 즉각적인 되먹임이 가능하다. 또한, 녹화된 의료대화 사례를 학생들에게 보여주고 학생들로 하여금 문제 인식, 성찰적 비판 및 토론을 하게 하는 방법도 형성평가의 요소를 포함하고 있다. 표준화 환자 면담 방법은 다른 어떤 방법보다 형성평가의 기능이 큰 교육방법이다. 표준화 환자는 학생들과 가상의 면담을 진행하고, 학생들의 의사소통 능력에 대해 피드백해 줄 수 있다.

마지막으로 의사소통 기술 함양 교육과정의 성과에 대한 종합평가이다. 국내 대부분의 대학에서 4학년 말에 실시하고 있는 임상수행평가는 학생들의 의사소통 능력을 포함하고 있는 종합평가라고 할 수 있다. 그러나 의사소통 기술 함양 교육과정의 성과에 대한 종합평가는 중·장기적 관점에서 이루어질 필요가 있다. 예를 들어, 그것은 의사소통 기술 교육을 받은 의사들의 진료에 대한 환자의 만족도, 의료과오에 대한 환자의 소송 및 치료효과 등으로 평가될 수 있다. 물론 이러한 결과들을 의사소통 기술 교육의 결과라고 단정하기는 어렵지만 많은 연구들이 관련성을 언급하고 있다. 예를 들어, Haq *et al.* (2004)은 효과적인 의사소통 기술을 가진 의사들은 환자가 가진 문제를 정확하고 쉽게 해결할 수 있으며, 환자 진료에서 만족도와 효능감이 높은 경향을 보이며, 의료과오에 대한 환자의 소송을 낮추는 효과가 있는 것으로 분석하였다. Lloyd & Bor (1996)는 의사소통 기술 교육의 효과와 관련한 연구에서 의사소통 기술 함양 교육을 받은 집단은 환자

들이 제시하는 문제를 더 정확하게 인지하고, 획득하며, 환자로부터 더 높은 만족도를 얻는 것으로 보고하였다. 그러나 Davis & Nicholaou (1992)는 의사소통 교육의 효과를 평가하는 것이 쉬운 것만은 아니라고 지적하였으며, Boon & Stewart (1998)도 의사소통 기술 교육의 효과 측정에는 신뢰도와 타당도의 문제가 항상 존재한다고 지적하였다.

결 론

환자-의사간 의사소통 기술 교육에 대한 선행 연구를 종합해 보면, 우리나라 의과대학에서 환자-의사간 의사소통 기술 교육이 성공적으로 이루어지기 위해서는 다음 과제들에 대한 관심과 투자가 필요할 것이다.

첫째, 의사들이 환자들과 효과적으로 의사소통 할 수 있는 능력을 갖도록 하기 위해서는 의과대학 전 과정을 통해 지속적인 의사소통 기술 교육이 이루어져야 한다. 의사소통 교육은 한 두 개의 교과목이나 강의식 교육으로 해결될 수 있는 문제가 아니다. 의과대학 저학년에서부터 고학년에 이르기까지 단계적으로 심화되는 교육과정을 설계하고, 각 과정마다 학생들이 적극적인 학습자로 참여하게 하는 교육과정을 편성할 필요가 있다.

둘째, 의사소통 기술 교육은 이론뿐만 아니라 실제 환자 진료에서 요구되는 내용이 반영되어야 하며, 이론과 실체가 균형 있게 교육되어야 한다. 선행 연구들에서 지적하고 있듯이 의사들이 수행하는 직무, 의사소통 단계, 감정이입, 주제 및 대상별 의사소통 기술을 우리나라 상황에서 재해석하여 교육과정에 반영할 필요가 있다. 또한, 의사소통 이론과 실제의 균형을 위해서 좋은 의사소통 기술을 갖고 있는 의사들을 관찰할 수 있고, 실제 환자를 접할 수 있는 임상실습과정과 연계하는 것이 무엇보다 중요하다. 아울러, 의사소통 기술 교육은 학생들의 의사소통 능력에 대한 적절한 피드백이 제공될 때 효과적이라는 점을 감안할 때 의사소통 기술 교육을 담당하는 교수자들이 피드백 능력을 갖추는 것이 중요하다.

셋째, 의사소통 기술 교육을 위해서 좋은 교육 자료와 교수방법을 개발할 필요가 있다. 선행 연구 및 외국 의과대학의 경우를 참고할 경우 학생들의 적극적인 참여를 전제로 하는 역할놀이, 시뮬레이션, 비디오 모니터링, 표준화 환자의 활용 등은 좋은 교육방법이 된다. 그러므로 한국의과대학·의학전문대학원협회 및 한국의학교육학회 등을 중심으로 이러한 의사소통 교육 방법에 부합하는 교육자료와 교수방법 개발이 논의될 필요가 있다. 또한, 많은 의과대학들이 이미 개발하여 사용하고 있는 의사소통 교육 자료를 데이터베이스화 하여 공동 사용하는 방안도 검토할 필요가 있는 것으로 보인다.

넷째, 효과적인 의사소통 기술 교육이 이루어지기 위해서는 환자-의사간 의사소통 기술 교육에 대한 교수 및 학생들의 인식 변화가 필요하다. 지금까지 의학교육은 의학적 지식과 수기를 함양하기 위한 교육에 많은 비중을 두어 왔다. 비록 최근 의사가 실기시험 도입 방침에 따라 급격한 변화가 일어나고 있으나, 환자-의사간 의사소통 기술은 기존 의사들의 환자 면담을 어깨 너머로 관찰함으로써 자연스럽게 체득하는 것으로 생각하는 경향이 없지 않았다. 선행 연구에서도 분석되었듯이 환자 진료를 위해서는 의학적 지식과 수기 못지않게 의사소통 기술 교육이 중요하다. 교수들은 학생들에게 어떻게 의사소통 기술을 교육할 것인지 고민해야 한다. 또한 교육의 수혜자인 학생들은 기초의학 및 임상의학 지식뿐만 아니라 의사소통 기술 습득에 대한 인식을 제고하여 자신의 의사소통 기술을 함양하기 위해 지속적으로 노력해야 한다.

참 고 문 헌

- Ahn, D.S.(2006). Communication skill in medical education. Korean Institute of Medicine.
- Aspegren, K.(1999). BEME guide no.2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Med Teach*, 21(6), 563-570.
- Boon, H., & Stewart, M.(1998). Patient-physician com-

- munication assessment instruments: 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*, 35, 161-176.
- Bowman, F.M., Goldgerg, D.P., Millar, T., Bask, L., & McGrath, G.(1992). Improving the skills of established General Practitioners: the long term benefits of group teaching. *Med Educ*, 26, 63-68.
- Branch, W.T., & Paranjape, A.(2002). Feedback and reflection: teaching methods for clinical setting. *Acad Med*, 77(12), 1185-1188.
- Buyck, D., & Lang, F.(2002). Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med*, 34(5), 337-343.
- Cantwell, B.M., & Ramirez, A.J.(1997). Doctor-patient communication: a study of junior house officers. *Med Educ*, 31, 17-21.
- Cole, S.A., & Bird, J.(2000). *The medical interview: the three function approach*. St Louis: Mosby.
- Coulter, A.(1999). Paternalism or partnership: patients have grown up and there's no going back. *BMJ*, 319, 719-720.
- Davis, H., & Nicholaou, T.(1992). A comparison of the interviewing skills of first and final year medical students. *Med Educ*, 26, 441-447.
- De Haes, J.C.J.M., Oort, F.J., & Hulsman, R.L.(2005). Summative assessment of medical students' communication skills and professional attitudes through observation in clinical practice. *Med Teach*, 27(7), 583-589.
- Draper, J., Silverman, J., Hibble, A., Berrington, R.M., & Kurtz, S.M.(2002). The East Anglia deanery communication skills teaching project-six years on. *Med Teach*, 24(3), 294-298.
- Epstein, R.M., & Hundert, E.M.(2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA*, 287, 226-235.
- Epstein, R.M., Alper, B.S., & Quill, T.E.(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. *J Clin Oncol*, 16, 1961-1968.
- Frankel, R.M., & Stein, T.(1999). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *Perman J*, 3, 79-88.
- Geber, B.(1994). Let the games begin. *Training Magazine*, 10-15.
- Grant, V.J., & Hawken, S.J.(2000). What do they think of it now? Medical graduates' views of earlier training in communication skills. *Med Teach*, 22(3), 260-164.
- Hall, P., Keely, E., Dojeiji, S., Byszewski, A., & Marks, M.(2004). Communication skills, cultural challenges and individual support: challenges of international medical graduates in a Canadian healthcare environment. *Med Teach*, 26(2), 120-125.
- Halpern, J.(2003). What is clinical empathy? *J Gen Intern Med*, 28, 670-674.
- Haq, C., Steele, D.J., Marchand, L., Seibert, C., & Brody, D.(2004). Integrating the art and science of medical practice: innovations in teaching medical communication skills. *Fam Med*, 36, 43-50.
- Hardee, J.T., Platt, F.W., & Kasper, L.K.(2005). Discussion health care costs with patients: an opportunity for empathic communication. *J Gen Intern Med*, 20, 666-669.
- Hargie, O., Dickon, D.A., Booahan, M., & Hughes, K.(1998). A survey of communication skills training in UK Schools of Medicine: present practices and prospective proposals. *Med Educ*, 32, 25-34.
- Klass, D.(2001). The bedrock of clinical encounters. *CPSO Members Dialogue*, September/October, 11-12.
- Kurtz, S., Silverman, J., & Draper, J.(1998). *Teaching and learning communication sills in medicine*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Laidlaw, T.S., VacLeod, H., Kaufman, D.M., Langille,

- D.B., & Sargeant, J.(2002). Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Med Educ*, 36, 115-124.
- Lloyd, M., & Bor, R.(1996). *Communication skills for medicine*. New York: Churchill Livingstone.
- Makoul, G.(1999). *Contemporary issues in medicine: Communication in medicine*. Washington DC: Association of American Medical Colleges.
- McNinch, E.(2001). The art of rapport. *CPSO Members Dialogue, September/October*, 7-10.
- McWhinney, I.(1989). Patient-centered interviewing. In: Stewart M, Roter D, eds. *Communicating with Medical Patients*. London: Sage.
- 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 Med Educ*, 4(24), 1-6.
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., & Lammes, F.B.(1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 40, 903-918.
- Platt, F.W., & Gordon, G.H.(2004). *Field guide to the difficult patient interview(2nd ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Platt, F.W., & Keller, V.F.(1994). Empathic communication: a teachable and learnable skill. *Gen Intern Med*, 9, 222-226.
- Prim, R.G.(1993). Communication: coping with the unspoken dance. *Nurs Manag*, 24(3), 33-35.
- Quill, T.E., Arnold, R.M., & Platt, F.W.(2001). I wish things were different: expressing wishes in response to loss, futility, and unrealistic hopes. *Ann Intern Med*, 135, 551-555.
- Rahman, A.(2000). Initial assessment of communication skills of intern doctors in history-taking. *Med Teach*, 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. *Med Teach*, 25(3), 302-307.
- Riccardi, V.M., & Kurtz, S.M.(1983). Communication skills to first-year medical students. *Med Educ*, 61, 603-605.
- Salmon, P., & Young, B.(2005). Core assumptions and research opportunities in clinical communication. *Patient Educ Couns*, 58, 225-234.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J.(1998). *Skills for communicating with patients*. Abingdon, Oxon: Radcliffe Medical Press.
- Skelton, J.R., Wearn, A.M., & Hobbs, F.D.R.(2002). I and We: a concordancing analysis of doctors and patients use first person pronouns in primary care consultations. *Fam Pract*, 19(5), 484-488.
- Stewart, M.(2001). Towards a global definition of patient centered care. *Br Med Bull*, 322, 444-445.
- Wilkinson, S.(1992). Good communication in cancer nursing. *Nursing Standards*, 7(9), 35-39.
- Zoppi, K., & Epstein, R.M.(2002). Is communication a skill? Communication behaviors and being in relation. *Fam Med*, 34, 319-124.