

의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자만족과 치료성과에 미치는 영향 : 환자참여의 매개효과를 중심으로

Effect of Doctors' Patient-centered Communication on the Patient Satisfaction and Treatment Outcomes : Focusing on Mediating Effect of Patient Participation

이중학, 김찬중
충북대학교 경영학부

Jong-Hak Lee(leejh9@chungbuk.ac.kr), Chan-Jung Kim(kcj@chungbuk.ac.kr)

요약

본 연구의 주된 목적은 의사의 환자중심 커뮤니케이션(경청요인, 배려요인, 금지요인)이 환자만족과 치료성과에 미치는 영향, 그리고 의사의 환자중심 커뮤니케이션과 환자만족, 치료성과 간 환자참여(행동적 참여, 감정적 참여, 정보적 참여)의 매개효과 여부를 검증하는데 있다. 이러한 연구목적 달성을 위해 C지역의 종합병원에서 진료를 한 339명의 외래환자를 중심으로 실증분석을 수행하였다. 연구결과 첫째, 경청요인과 배려요인은 환자만족과 치료성과에 유의한 정(+)의 영향을 보였으나 금지요인은 그렇지 않았다. 둘째, 경청요인과 배려요인은 감정적 요인과 정보적 요인에 유의한 정(+)의 관계를 보였으나, 금지요인은 환자참여의 3개 요인에 유의한 영향을 보이지 않았다. 셋째, 의사의 환자중심 커뮤니케이션과 환자만족, 치료성과 간의 관계에서 환자참여의 부분 매개효과가 존재하는 것을 확인하였다. 마지막으로 이러한 연구결과를 중심으로 환자만족과 치료성과를 높이기 위한 방안들을 제시하였다.

■ 중심어 : | 환자중심 커뮤니케이션 | 환자참여 | 환자만족 | 치료성과 | 부분 매개효과 |

Abstract

The main purpose of this study is to examine the effect of doctors' patient-centered communication on patient satisfaction and treatment outcomes, and the mediating effect of patient participation between doctors' patient-centered communication and patient satisfaction, between doctors' patient-centered communication and treatment outcomes. For the purpose of this study's goal, the 339 samples for this empirical study were collected from general hospital outpatient in C. The results of this study are as follows, First, except prohibition factor there are positive effect careful listening factor, consideration factor on patient satisfaction and treatment outcomes. Second, there are positive effects of careful listening factor, consideration factor on emotional factor and informational factor, but there are no significant effect of prohibition factor on three factors of patient. Third, There are partial mediating effects of patient participation between doctors' patient-centered communication and patient satisfaction, between doctors' patient-centered communication and treatment outcomes. Last, based on the results of this study, we suggested implications for heighten the alternatives of patient satisfaction and treatment outcomes.

■ keyword : | Patient-centered Communication | Patient Participation | Patient Satisfaction | Treatment Outcomes | Ppartial Mediating Effect |

* 이 논문은 2012년도 충북대학교 학술연구지원사업의 연구비 지원에 의하여 연구되었음.

* 본 논문은 제1저자의 박사학위논문을 수정 보완함

* 2013 춘계종합학술대회발표논문임

접수일자 : 2013년 07월 22일

수정일자 : 2013년 08월 12일

심사완료일 : 2013년 08월 14일

교신저자 : 김찬중, e-mail : kcj@chungbuk.ac.kr

I. 서론

소득의 향상, 교육수준의 향상, 노령화사회 등은 국민의 건강에 대한 인식을 증가시켰고 소비자의 의료에 대한 정보 획득은 의료기관 및 의사들의 태도를 변화시키는 계기가 되었다. 일반 서비스와 다르게 의료서비스의 진료과정은 상담과정을 통해 이루어지기 때문에 의사-환자의 커뮤니케이션은 중요하다. 그러나 의사-환자의 커뮤니케이션이 중요함에도 불구하고 우리나라의 의료 현실은 대기시간이 길고 진료시간은 상대적으로 적기 때문에 진료과정에 불만족을 야기하였고 불충분하게 이루어진 진료의 커뮤니케이션은 오진(medical error)을 발생시킬 뿐만 아니라 의료소송으로 이어지기까지 하였다. 따라서 의사의 커뮤니케이션은 의사의 진료과정에 발생하는 문제뿐만 아니라 환자만족과 그 진료기관이나 의사를 다시 찾게 하는 중요한 요소임에는 틀림이 없다.

환자들은 의료기관을 선택함에 있어 의료기관의 시설 및 장비를 검토하는 것뿐만 아니라 의사가 환자를 응대하는 방법에도 관심을 갖게 되었다. 환자들은 자신의 질병치료를 기존의 수동적인 자세에서 질병과 자신의 상태를 알기 위한 보다 적극적인 자세로 전환하였다. 단순히 질병을 치료받는 것이 아니라 미래에 동일하거나 유사한 질병에 걸리지 않도록 하는 환자 개인의 질병정보에 대한 적극적인 탐색을 위한 욕구가 향상되었다. 일반 서비스와 다르게 의료서비스는 '의료진과 환자의 상담'이라는 커뮤니케이션 과정을 통해서 이루어지기 때문에 그 중요성이 있음에도 불구하고 의사와 환자의 커뮤니케이션을 의사가 일방적인 진료계획으로 수용하려는 경향이 존재하고 있다. 이는 우리나라의 의료체제가 예방의학 체제가 아닌 치료체제로 1인당 진료환자에 의해 의사 혹은 병원의 수입이 정해지고 있기 때문이다. 그로 인해 충분한 커뮤니케이션이 이루어지지 않아 환자가 의사이나 의료기관에 대한 불만을 발생시키고 있다[1].

최근의 의료현황은 대도시에 의료시설이 집중되었고 중·소도시에 위치한 병원들의 도산이나 파산이 증가하고 있다[2]는 것이다. 그로 인해 대도시에 위치한 병원들은 기존 병원과의 경쟁을 해야 하고 그 경쟁의 일환으로서 의료시설의 확장이나 최신 의료장비의 도입을 하였

고, 유명한 의사를 초빙하여 환자를 유치하기 위한 노력의 일환으로 의료종사자들의 친절운동을 전개하고 있다.

지금까지 의료서비스의 커뮤니케이션 연구진행 과정을 보면 해외에서의 연구는 관찰법, 설문지법을 통해 의사의 커뮤니케이션 및 환자참여에 관한 연구를 진행하였고 국내 연구로는 서비스제공자의 커뮤니케이션 스타일[3], 의사의 커뮤니케이션 스타일[4], 한의원을 대상으로 환자참여[5]를 연구하였다

본 연구는 이러한 의료환경의 변화에 의사들이 환자를 진료함에 있어 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 진료과정에 환자를 참여시킴으로써 환자만족과 치료성과에 어떤 영향관계가 있는지를 규명해보고자 한다.

II. 이론적 배경 및 가설설정

1. 환자중심 커뮤니케이션

커뮤니케이션이란 두 사람 이상의 사람들 사이에 언어, 비언어적인 등의 수단을 통하여 자기들이 가지고 있는 의견(opinion), 감정(sentiment), 정보(information)을 전달하고 피드백(feedback)을 받으면서 상호작용하는 과정이다[6].

의료서비스의 커뮤니케이션 연구는 의료서비스를 제공하는 의사들의 가부장적인 시스템 내 의사들의 전문적이고 권위적인 태도로 보았다.

Zandbelt 등[7]은 환자중심 커뮤니케이션을 의사가 진료과정에 촉진행위와 금지행위를 보임으로써 질병과 치료에 대해 환자의 관점을 표현하도록 권유하는 의사의 경향이라고 정의하였다. 그들은 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 다차원이기 때문에 측정하기 어렵고 또한 평가하기 어렵다고 하였다.

Coulter 등[8]은 의사의 진료과정에 환자에게 상세하고 충분한 정보를 제시하고 환자와 그 질병의 상태와 대체치료의 방법과 성과 그리고 부작용에 대해 환자가 이해하는 언어로 제시할 때 의사의 진료과정에 환자의 참여는 긍정적으로 영향을 미친다고 하였다.

Zandbelt 등[9]은 의사사 진료과정에 촉진행위를 하고 금지행위를 적게 할 때 환자는 적극적인 참여행위를

보일 것이라 하였다. 그들의 연구결과는 의사가 진료과정에 환자에게 금지행위를 보였음에도 불구하고 환자들의 참여행위와 의사의 금지행위는 유의적인 영향관계를 확인하였다. 또한 국내 연구의 서관수[4]는 의사의 커뮤니케이션 스타일에 따라 환자만족이 달라졌음을 규명하였다.

의사의 진료과정에 암환자들이 느끼는 책임성에 대해 부담을 느끼는 의사의 어려움을 설명하면서 치료성과의 성패는 어느 정도 환자의 의지에 달려있고 그러한 환자의 의지를 진료과정에 투입하도록 만드는 것은 의사의 노력여부에 달려있다[10].

의사의 커뮤니케이션 방식에 대부분의 환자들은 불평을 보고하였고 의사들은 환자가 의사의 진료계획에 따르지 않는다고 하였다[11]. 그들은 환자가 의사의 진료과정에 불만을 표현하는 것이 다음과 같다고 하였다. 첫째, 환자가 의료정보를 잘 이해하지 못하는 것은 의사들이 표현하는 의료정보가 너무 어렵고 둘째, 환자는 기본적으로 의학기술이나 정보를 이해하려는 지식이 부족하기 때문에 기본적으로 부족한 의학지식이나 정보에 의사가 적절하게 표현하는 커뮤니케이션에 환자가 오해를 한다고 하였다.

이러한 선행연구를 바탕으로 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자참여에 영향을 미친다고 추론하고 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- HI : 의사의 환자중심 커뮤니케이션은 환자참여에 영향을 미칠 것이다.
- HI-1 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 경청요인은 환자참여의 행동적 참여에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-2 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 경청요인은 환자참여의 감정적 참여에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-3 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 경청요인은 환자참여의 정보적 참여에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-4 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 배려요인은 환자참여의 행동적 참여에 정(+)의 영향을 미

칠 것이다.

- HI-5 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 배려요인은 환자참여의 감정적 참여에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-6 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 배려요인은 환자참여의 정보적 참여에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-7 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 금지요인은 환자참여의 행동적 참여에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-8 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 금지요인은 환자참여의 감정적 참여에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- HI-9 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션의 금지요인은 환자참여의 정보적 참여에 부(-)의 영향을 미칠 것이다.
- H2 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션은 환자만족에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.
- H3 : 의사의 환자중심 커뮤니케이션은 치료성과에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

2. 환자참여

환자참여가 대두하게 하게 된 배경은 의료서비스의 패러다임이 전통적인 가부장적(paternalism) 경향에서 환자중심적인(patient-centered) 사고로 전환되었기 때문이다[10]. 가부장적 의료서비스에서 가정한 것은 환자는 의사의 진료과정에 최소한의 정보교환이나 의견을 제시하는 것 이상의 참여를 원치 않는 것이고 진료라는 것은 환자에게 시술하는 것이라는 것이다. 가부장적인 시스템은 의사가 환자에게 의술을 베푸는 시혜적인 관점을 말한다. 환자 중심적 사고는 의사의 진료과정에 환자의 정보를 알아내기 위해 의사가 적극적으로 참여시키는 관점을 말한다. 진료과정에 환자참여는 진료의사결정 과정에서 환자의 관여도(invovement)이고 의사와 환자의 커뮤니케이션의 하나의 양상이다. 환자참여는 진료과정에 행동적, 감정적, 정보적인 환자의 노력이나 시간의 투입을 말한다.

Cegala 등[12]의 연구는 의사의 진료과정에 환자들의

적극적인 참여행동은 질병통제를 우수하게 하고 환자 만족이 높아졌음을 입증하였다.

의료서비스의 환자만족을 이선희 등[13]은 소비자가 재화를 구매하여 사용, 보관과 처분 등을 통해 만족을 얻는 것과 다르게 의료현장에 있어 소비자인 환자만족은 환자자신과 질병치료 자체의 만족보다는 치료성과의 주변적 요인 즉 병원직원의 친절도, 병원 내 외부시설, 검사장비와 기계를 운용하는 검사실의 기사 등에 의해 환자만족을 결정한다고 하였다.

이러한 선행연구를 바탕으로 환자참여가 환자만족 및 치료성파에 미치는 영향관계를 알아보고자 다음과 같은 가설을 설정하였다.

H4 : 환자참여는 환자만족에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

H5 : 환자참여는 치료성파에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

3. 환자만족과 치료성파

고객만족을 결과(outcomes)로 보는가와 과정(process)로 보는가의 2가지 견해가 있다. 첫째, 고객만족을 결과로 보는 견해로 Oliver[14]는 고객만족을 불일치된 기대와 소비자가 소비경험에 대해 사전적으로 가지고 있던 감정이 복합적으로 결합하여 발생한 종합적 심리상태로 보고 사전의 기대와 성과의 불일치에 의해 결정한다고 하였다. 구매한 특정제품이나 서비스, 이용행태와 관련된 또는 이들에 의해 야기되는 경험에 대한 감정적 반응[15]이라 하였고, Howard and Sheth[16]는 소비자가 치른 대가에 대해 적절히 혹은 부적절하게 보상되었다고 느끼는 소비자의 인지적 상태라 하였다. 둘째 과정(process)으로 보는 견해는 소비경험이 최소한 기대되었던 것보다 좋았다는 평가, 선택된 대안이 그 대안에 대한 사전적 신념과 일치되었다는 평가, 사전적 기대와 소비 후 지각된 제품 또는 서비스성과 사이의 차이에 대해 보이는 소비자 반응[17]이라 하였다. Parasuraman 등[18]은 고객만족을 서비스제공기관이나 그 제공되는 서비스의 상대적 우수성/열등성에 대한 전반적 인상이라 하였다.

의료서비스에서의 환자만족은 의료의 전반적인 질을 평가한 지표[19]라 한 이래로 결과와 과정에 대한 정의로 이어졌다. Kotler 와 Keller[20]는 의료서비스에 대한 만족을 환자가 서비스를 제공받은 후 제공받은 의료서비스에 대해 좋고 싫음의 정도를 반영하는 태도라 하였고, 강병서 등[21]은 고객들이 의료서비스를 이용하기 전이나 이용하는 동안 그리고 이용한 후에 의료서비스와 관련된 자극에 대해 지각한 가치의 판단이며 지속되는 반응이라 하였다.

치료성파에 대한 정의는 진료성파에 대해 환자가 환자 자신의 치료의도, 의사의 반응, 관계수립과 치료의 적절성의 순서를 평가한다[22]고 하였다. 또한 그는 환자 자신이 병이나 상처 따위를 잘 다스려 질병을 극복하려는 환자의 의지 측면에서 내 질병 상태는 호전되고 양호하게 된다고 하였다. Street Jr. 등[23]은 치료성파를 화학요법, 수술요법, 행동요법과 심리요법으로 구분하였다. 화학요법은 환자가 의사의 약 처방에 따른 약 복용에 의해 통증이 완화되거나 없어지는 경우를 말하고 수술요법은 환자가 수술을 받거나 사고이나 부상을 당하여 처치를 받는 경우를 말한다. 행동요법은 비만환자들의 행동수정이나 교정을 통해 식이요법을 따르게 하거나 만성질환자들의 약복용 방법과 자가 처치(self-treatment) 기술의 습득을 통해 일정한 수준을 유지하도록 하거나 재활치료를 통해 장애후유증을 최소화하는 경우를 말한다. 심리요법은 인지적 치료를 말하는데 주로 임종이 임박했거나 회귀난치병을 앓는 환자들이나 어떤 특정 약에 대한 내성으로 치료효과를 기대할 수 없을 때 사용하는 방법이다.

III. 연구방법

1. 연구모형

본 연구는 의사의 환자중심 커뮤니케이션, 환자참여와 환자만족, 치료성파의 영향관계를 알아보기 위해 구조방정식을 통해 검증하였으며, 이를 모형화로 제시하면 [그림 1]과 같다.

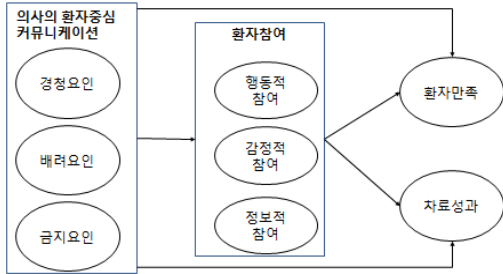


그림 1. 연구모형

2. 자료수집과 표본특성

본 연구의 자료수집은 C지역의 C종합병원을 이용한 환자를 대상으로 조사하였다. 동 병원은 의사에 대한 수련 및 연구를 병행할 수 있는 3차 의료기관으로 지역을 대표하는 병원이다. 조사절차는 병원과 사전협의를 거쳤고 조사원들은 본격적인 조사 이전에 설문조사를 위해 4차례 조사방법 및 절차에 대해 교육을 받았다. 본 조사는 2012년 5월 10일부터 5월 31일까지 조사원 3인이 병원진료를 마친 환자를 대상으로 하였고 설문취지를 설명한 후 동의한 환자들이 설문지에 응답하도록 하였다.

질문지는 총 400부를 배포하여 355부를 회수하였고 이중 부적절하거나 누락된 응답지 16를 제외한 339부를 대상으로 SPSS 19.0과 AMOS 18.0을 이용하여 분석하였다.

표본의 주요 특성을 살펴보면 [표 1]과 같다.

3. 변수의 조작적 정의와 측정

3.1 환자중심 커뮤니케이션

본 연구에서 의사의 환자중심 커뮤니케이션은 Laine와 Davidoff[24]의 ‘환자의 욕구, 필요와 선호에 밀접하게 일치하고 반응하는 것’으로 정의하고 Laine와 Davidoff[24], Mead와 Bower[25], 이종학, 김찬중[26]의 질문지 19개 문항을 경청행위(6문항), 배려행위(7문항)와 금지행위(5문항)로 구분하여 ‘전혀 그렇지 않다(1)’에서 ‘매우 그렇다(7) 등 리커트 7점 척도로 측정하였다.

3.2 환자참여

표 1. 응답자 특성

항목	구분	빈도	비율
성별	남	151	44.5
	여	188	55.5
연령	20세 미만	14	4.1
	20-29 이하	113	33.3
	30-39 이하	67	19.8
	40-49 이하	75	22.1
	50-59 이하	46	13.6
	60세 이상	46	7.1
진료과목	내과	172	50.7
	외과	33	9.7
	정형외과	30	8.8
	신경정신과	11	3.2
	이비인후과	29	8.6
	피부비뇨기과	18	5.3
	기타	46	13.6
월소득	100만원 미만	120	35.4
	200만원 미만	86	25.4
	300만원 미만	76	22.4
	400만원 미만	31	9.1
	400만원 이상	26	7.7

본 연구에서 환자참여는 Rodie와 Kleine[27] 견해를 수용하여 ‘의료서비스 생산과정에서 환자가 의료서비스에 필요한 정보를 제공하는 행동적, 감정적, 정보적 노력 정도’로 정의하고 측정은 Bitner 등[28], Rodie와 Kleine[27], 서문식 외[3], 윤만희 등[5]의 질문지를 행동적 참여(5문항), 감정적 참여(4문항), 정보적 참여(5문항)로 구분하여 총 14개 문항을 ‘전혀 그렇지 않다(1)’에서 ‘매우 그렇다(7) 등 리커트 7점 척도로 측정하였다.

3.3 환자만족과 치료성과

본 연구에서 환자만족은 Kotler와 Keller[20]의 견해에 따라 ‘의료서비스에 대한 만족은 환자가 서비스를 제공받은 후 제공받은 의료서비스에 대해 좋고 싫음의 정도를 반영하는 태도’로 정의하고 측정은 Oliver[14]와 Kotler와 Keller[20] 등의 질문지 6개 문항을 ‘전혀 그렇지 않다(1)’에서 ‘매우 그렇다(7)’의 리커트 7점 척도로 측정하였다.

치료성과는 Lee와 Lin[29]의 견해에 따라 ‘환자의 혈

액 등을 의료장비를 사용한 생화학적 검사결과의 객관적 지표와 자신의 주관적 평가'로 하였고 Lee와 Lin[29]의 질문지 4개 문항을 '전혀 그렇지 않다(1)'에서 매우 그렇다(7)의 리커트 7점 척도로 측정하였다.

4. 측정도구의 신뢰성과 타당성 분석

4.1 측정항목의 신뢰성과 타당성 분석

본 연구에서는 측정항목들의 신뢰성 및 내용타당성(content validity)을 분석하기 위해 신뢰도분석과 요인 분석을 실시하였다. 요인분석 결과, 아이겐값 1이상을 기준으로 추출된 요인 적재값(factor loading)이 0.6이상으로 타당한 항목들로 구성되어 있음을 알 수 있다. 추출된 각각의 요인들에 대한 신뢰도 분석결과 각 요인들의 chronbah's a는 0.858~0.952의 분포를 보여 내적일관성을 지니고 있다고 볼 수 있다. [표 2]에 각 요인들의 신뢰성 및 내용타당성을 분석한 결과를 제시하였다.

표 2. 측정항목의 요인분석과 신뢰성 분석

개념	측정항목	요인 적재값	아이겐 값	신뢰성 계수	
경우요인	의사는 환자의 말을 잘 들음	0.813	2.299	0.939	
	의사는 환자의 몸짓과 표정에 귀담아 들음	0.809			
	의사의 환자의 말을 신중하게 들음	0.790			
	의사의 환자의 말에 적절하게 반응함	0.786			
	의사의 환자의 말을 요약하여 정리함	0.738			
	의사의 경험을 환자에게 충분히 전달함	0.692			
환자 중심 커뮤니케이션	의사는 환자에게 격려를 함	0.811	9.533	0.929	
	의사가 치료대안을 설명함	0.805			
	의사가 환자의 말을 들음	0.725			
	환자의 욕구를 파악하려 함	0.733			
	환자의 욕구를 바탕으로 의사소통을 함	0.729			
	의사는 환자의 상태를 살피려 함	0.687			
	의사는 환자의 두려움이 나 걱정을 살핌	0.656			
금지요인	의사가 성급하게 진료함	0.846	1.040	0.869	
	환자의 말을 끊음	0.837			
	환자의 말을 건성으로 들음	0.796			
	의사가 원하는 것만을 질문함	0.780			
환자	행동	의사의 협조에 응함	0.888	1.556	0.938

적 참여	의사의 지시에 따름	0.879	1.059	0.916
	의사의 진료에 협력	0.838		
	진료과정에 협력	0.783		
	환자의 역할을 수행	0.706		
감정적 참여	심정적으로 몰입	0.823	7.789	0.912
	진료과정에 공감의 표시	0.821		
	의사와 좋은 관계를 가지려 노력함	0.764		
정보적 참여	우호적인 감정을 가짐	0.754	6.442	0.952
	궁금한 정보를 요구함	0.831		
	의사가 원하는 것을 알림	0.801		
환자만족	의사에게 충분한 정보를 제공함	0.777	1.680	0.925
	의사에게 정확한 의견을 전달함	0.769		
	이 병원을 우선적으로 이용할 것임	0.895		
	이 병원을 선택한 것에 만족함	0.888		
	다시 이 병원을 이용할 것임	0.887		
	앞으로 계속 이 병원을 이용할 것임	0.862		
병원의 진료과정에 만족함	0.830			
치료성과	의사의 진료서비스에 만족함	0.775	1.680	0.925
	나는 심리적으로 안전함	0.885		
	나는 심리적으로 안정됨	0.882		
	나는 진료를 통해 건강해짐	0.857		
	나는 심리적으로 평안해짐	0.837		

4.2 확장요인분석을 통한 척도검증

확인적 요인분석은 연구변수에 관한 사전지식이나 이론적 결과를 가지고 그 내용을 가설형식으로 모형화하기 위하여 분석하는 방법으로 단일차원성을 저해하는 요인적재치가 낮은 변수를 제거하는데 그 목적이 있다[30].

본 연구에서는 탐색요인분석에서 확보된 요인별 타당성을 토대로 개념들을 구성하는 측정변수의 신뢰성과 타당성 및 단일 차원성 요인구조의 적합성을 검증하기 위하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 분석은 최대우도법(MLE)을 이용하였다. 단일차원성은 각 개념들의 척도들이 단일요인모델에 의해 수용될 수 있는 적합도를 보이는 것을 의미하며 단일차원성이 확보된 측정 모델들의 개념타당도 혹은 집중타당도를 평가하기 위해 표준화 요인적재량(standardized loading), 평균분산

추출(average variance extracted: AVE) 및 개념신뢰도 (composite reliability)를 평가하였다. 표준화 요인적재량은 적어도 0.5이상, 이상적인 것은 0.7이상으로, 평균 분산추출은 0.5이상, 개념신뢰도는 0.7이상일 때 측정모델의 집중타당성이 있다고 볼 수 있다[31].

본 연구의 개념신뢰도, AVE 및 신뢰성계수의 값은 [표 3],[표 4]와 같이 적합도를 충족하고 있다.

표 3. 외생변수 확증요인분석

외생변수	설문항목	표준화 경로 계수	개념신뢰도	AVE	신뢰성 계수
의사의 환자 중심 커뮤니케이션	경청 요인	신중하게 들음	.890	.775	.928
		나의 말을 잘 들음			
		귀담아 들음			
		환자의 말을 요약하여 전달함			
	배려 요인	환자 생각에 집중함	.921	.747	.909
		격려, 칭찬을 함			
		환자욕구를 파악함			
		환자의 어려움에 공감함			
	금지 요인	충분히 들음	.905	.822	.869
		의사가 성급하게 진료함			
		환자의 말을 끊음			
		환자의 말을 건성으로 들음			
	의사가 원하는 것만을 질문함	.858			

$\chi^2=154.877(.000)$ df=62, GFI=.934, AGFI=.903, NFI=.954, IFI=.972, TLI=.964, CFI=.971, RMSEA=.067, RMR=.051

표 4. 내생변수 확증요인분석

내생변수	설문항목	표준화 경로 계수	개념신뢰도	AVE	신뢰성 계수
환자 참여	행동적 참여	의사의 협조에 응함	.952	.651	.896
		의사의 지시에 따름			
		진료에 협력함			
	감정적 참여	심정적인 몰입	.919	.594	.919
		진료에 공감			
		우호적인 감정			
	정보적 참여	공급한 정보를 요구함	.915	.730	.890
		원하는 것을 알림			
		충분한 정보를 제공			

	정확한 의견을 전달함	.775			
환자만족	의사진료에 만족	.748	.944	.809	.912
	이 병원 선택을 잘함	.944			
	이 병원을 우선적 고려	.953			
	다시 병원을 이용함	.936			
치료성과	질병이 호전됨	.898	.917	.590	.920
	상태가 양호함	.936			
	나을 것이라는 자신감	.824			

$\chi^2=209.459(.000)$ df=109, GFI=.932, AGFI=.904, NFI=.962, IFI=.982, TLI=.971, CFI=.981, RMSEA=.052, RMR=.065

IV. 분석결과

1. 기초분석

본 연구에서 사용된 주요 연구변수들 간의 기술통계량과 상관계수는 [표 5]와 같다. 연구변수들 간의 평균은 행동적 참여가 5.65로 가장 높았고, 금지요인이 3.30으로 가장 낮았다. 변수들 간의 유의한 상관관계를 보면 감정적 참여와 정보적 참여 .639로 가장 높았고 경청요인과 치료성과, 감정적 참여와 환자만족 간에 .130로 가장 낮게 나타났다.

2. 가설검증

2.1 가설검증

본 연구는 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자만족과 치료성과에 미치는 영향과 이들 두 변수 간에 환자만족이 매개효과를 분석하는 것이 핵심이다. 이러한 가설을 검증하기 위하여 실시한 구조방정식 결과는 [표 6]과 같다. 본 연구에서 제시한 가설을 검증하기 위하여 공분산행렬을 이용하여 구조분석을 실시하였다. 구조모형은 composite scale을 이용하여 Howell[32]이 제시한 λ 값과 오차항의 분산값을 지정(fix)하는 방법을 이용하였다. 구체적으로 λ 값에 측정오차를 반영하여 신뢰도(reliability)의 제공된 값을 지정하였고, 해당 오차항의 분산에는 1-신뢰도값을 지정하였다.

표 5. 연구변수들의 기술통계량과 상관계수

	평균	표준 편차	1	2	3	4	5	6	7	8
1	4.99	1.09	1							
2	5.23	1.30	0.465**	1						
3	3.30	1.10	-0.369**	-0.302**	1					
4	5.65	0.99	0.285**	0.056	-0.140**	1				
5	5.36	1.06	0.138*	0.359**	-0.185**	0.447**	1			
6	5.40	1.05	0.255**	0.246**	-0.184**	0.487**	0.639**	1		
7	4.95	1.31	0.473**	0.448**	-0.292**	0.208**	0.130*	0.286**	1	
8	5.42	1.13	0.202**	0.130*	-0.178**	0.233**	0.184**	0.238**	0.448**	1

1: 경청요인, 2: 배려요인, 3: 금지요인, 4: 행동적 참여, 5: 감정적 참여, 6: 정보적 참여, 7: 환자만족, 8: 치료성과
**p(0.01), *p(0.05)

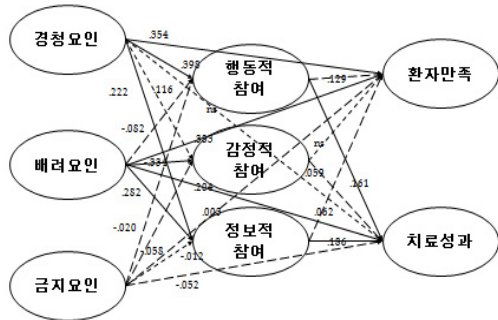


그림 2. 공분산분석을 통한 연구모형 검증

[그림 2]에서 나타난 바와 같이 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자참여, 환자만족과 치료성과에 미치는 영향관계를 검증한 결과 유의수준 0.05에서 긍정적인 영향관계를 나타내는 가설1-1, 가설1-3, 가설1-5, 가설1-6, 가설3-1, 가설3-3, 가설4-1, 가설4-2와 가설4-3은 채택되었고, 가설1-2, 가설1-4, 가설1-7, 가설1-8, 가설1-9, 가설2-3, 가설3-2, 가설5-3과 가설5-4는 기각되었다.

표 6. 연구가설 분석결과

가설	경로	표준화 경로계수	표준 오차	p값	채택 여부
H1-1	경청→행동적	.398	.103	.000	채택
H1-2	경청→감정적	.116	.102	.253	기각
H1-3	경청→정보적	.222	.099	.025	채택
H1-4	배려→행동적	-.082	.100	.414	기각
H1-5	배려→감정적	.334	.100	.000	채택
H1-6	배려→정보적	.282	.098	.004	채택
H1-7	금지→행동적	-.020	.052	.707	기각
H1-8	금지→감정적	-.058	.052	.265	기각
H1-9	금지→정보적	-.012	.050	.806	기각

H2-1	행동적→만족	.129	.079	.103	기각
H2-2	감정적→만족	ns			
H2-3	정보적→만족	.062	.086	.472	기각
H3-1	행동적→치료	.161	.075	.032	채택
H3-2	감정적→치료	.059	.078	.447	기각
H3-3	정보적→치료	.186	.086	.031	채택
H4-1	경청→만족	.354	.103	.000	채택
H5-1	경청→치료	ns			
H4-2	배려→만족	.383	.106	.000	채택
H5-2	배려→치료	.204	.065	.002	채택
H4-3	금지→만족	.003	.053	.951	기각
H5-3	금지→치료	-.052	.047	.263	기각

$\chi^2=401.173(0.000)$, $df=271$, $GFI=.916$, $AGFI=.891$, $NFI=.948$, $IFI=.983$, $TLI=.979$, $CFI=.982$, $RMSEA=.038$, $RMR=.053$

2.2 매개효과 측정모형의 확인

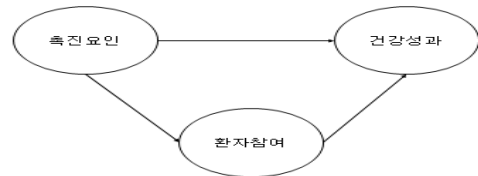


그림 3. 매개효과 모형

[그림 3] 모형에서 제시한 잠재변수들을 살펴보면 외생변수에는 환자중심 커뮤니케이션의 경청요인과 배려요인의 평균값을 사용하여 환자중심 커뮤니케이션 촉진요인이라는 잠재변수를 구성하였다. 매개변수는 행동적 참여, 감정적 참여와 정보적 참여요인을 측정하여 환자참여를 구성하였고 환자만족과 치료성과의 평균값을 측정항목으로 하여 건강성과의 내생변수를 구성하였다. 이렇게 구성된 환자중심 커뮤니케이션 촉진요인, 환자참여와 건강성과 요인의 잠재변수 간의 매개효과를 분

석하기 위해 변수들에 대한 측정모형을 확인하였다.

측정모형의 확인적 요인분석결과를 살펴보면 모형의 적합도지수는 $\chi^2=34.488(p<0.001)$, $df=11$, $GFI=0.970$, $AGFI=0.923$, $NFI=0.965$, $CFI=0.976$, $TLI=0.954$, $RMSEA=0.084$, $RMR=0.037$ 로 나타났다. χ^2 값과 $RMSEA$ 는 적합도 기준을 충족하지 못하였지만 다른 적합도 지수는 기준치 이상이었다. 또한 표준화 요인적재량은 모두 0.7이상이고 개념신뢰도 및 평균분산 추출값들도 기준치를 충족하고 있다.

표 7. 매개효과 측정모형의 결과

구성개념	경로 계수	표준화 계수	t값	p값	개념신뢰도	AVE	
축진요인	배려	.842			.844	.729	
	경청	.972	.866	12.977			<0.001
환자참여	감정	1	.872		.822	.608	
	행동	.746	.711	12.626			<0.001
	정보	.823	.747	13.294			<0.001
건강성과	만족	1	.912		.811	.685	
	치료	.844	.733	10.691			<0.001
모형적합도	$\chi^2=34.488(<0.001)$, $dg=11$, $GFI=0.970$, $AGFI=0.923$, $NFI=0.965$, $CFI=0.976$, $TLI=0.954$, $RMSEA=0.084$, $RMR=0.037$						

매개효과모형을 분석한 [표 8]의 결과를 살펴보면 환자중심 커뮤니케이션 축진요인에서 환자참여에 대한 경로계수는 0.591($t=9.357$), 환자참여에서 건강성과에 대한 경로계수는 0.383($t=4.841$)로 통계적으로 유의하게 나타났다. 환자중심 커뮤니케이션 축진요인에서 건강성과에 대한 직접효과를 나타내는 경로계수는 0.346($t=4.607$)로 통계적으로 유의하게 나타났다.

표 8. 매개효과 모형의 경로계수

경로 관계	경로 계수	표준화 계수	S.E.	t값	p값
축진→환자참여	.591	.620	.063	9.357	<.001
환자참여→건강성과	.383	.383	.079	4.841	<.001
축진요인→건강성과	.346	.363	.075	4.607	<.001

이러한 매개효과모형을 분석한 결과를 바탕으로 참여요인의 매개효과에 대한 통계적 유의성을 검증하기 위해 Sobel[33]의 Z검증방법과 부트스트래핑 방법을 이

용하였다. Sobel[33]은 간접효과와 총효과 등의 접근적인 분산을 추정하기 위하여 델타(delta method)를 적용시켰으며, 간접효과의 표준오차 공식을 제시하였다. Sobel's test는 간접효과를 표준오차로 나누어 검증통계량을 구하는 것을 말한다[34].

우선 Sobel[33] 검증방법에 따라 구해진 표준오차를 매개효과 계수에 대해 나눈 검증값은 4.306 ($z=0.2265/0.0526$), p값 0.000으로 나타났다. Sobel의 계산값은 유의수준 0.05에서 통계적으로 유의하게 나타났다.

또한 매개효과계수의 비정규성으로 인한 검증력의 감소문제에 대응할 수 있는 부트스트래핑 방법을 이용하여 매개효과를 검증하였다. 부트스트래핑 방법은 모분포에 대한 가정이 불확실할 때 사용되는 대안으로서 비모수적 추론을 제공하는 방식이다. 이 방법을 통해 추정치의 편향, 표준오차 등을 산출할 수 있고 관심모수에 대한 신뢰구간과 설정가설에 대한 p값을 구할 수 있다. 특히 이 방법은 추정량의 확률적 성질을 수학적으로 파악하기 힘든 상황에서 유용하다[35].

2,000번의 부트스트래핑 반복추출 결과 유의확률($p<0.001$)이 0.05보다 작으므로 부트스트래핑을 통한 환자참여의 매개효과는 통계적으로 유의미한 결과를 가지는 것을 알 수 있다. 따라서 환자중심 커뮤니케이션 축진요인은 환자참여를 매개로 하여 건강성과 요인에 미치는 효과는 통계적으로 의미가 있다는 것을 알 수 있다.

V. 결론 및 시사점

본 연구는 의사의 환자중심 커뮤니케이션, 환자참여와 환자만족, 치료성과의 경로관계를 분석하는 실증적인 연구로 그 의의를 찾을 수 있다. 본 연구의 결론은 다음과 같다. 첫째, 환자만족과 치료성과를 높이기 위해서는 진료과정에 의사는 환자중심 커뮤니케이션을 해야 한다는 것이다. 본 연구의 결과는 명확하게 실증적으로 검증되지 않았던 기존의 연구결과들을 본 연구가 검증했다는 점에서 의의를 찾을 수 있다. 이전의 연구자들은 환자 중심 커뮤니케이션의 구성요소를 축진요

인과 금지요인으로 구성되었음[9]을 제안하여 촉진요인과 금지요인이 환자를 만족시키는 중요한 요소라 하였다. 본 연구에서는 촉진요인이 경청요소와 배려요소로 금지요인이 금지요소의 3개 요인으로 구성되었음을 확인하였다. 이는 어휘의 미묘한 번역 상의 차이를 반영해도 의사의 진료과정에 환자의 말을 잘 들어 주고 상대방을 배려해야 한다는 점이 중요하다는 것을 인식시켜주는 것이다.

둘째, 환자참여의 구성개념인 행동적 참여와 정보적 참여가 치료성가에 영향을 미치는 결과를 보였다. 이는 의사의 요구이나 지시를 충실히 따르고 의사가 필요로 하는 정보뿐만 아니라 환자가 스스로 정보를 제공함으로써 환자의 육체적이고 심리적인 상태의 완치를 보일 수 있다는 것을 의미한다. 즉 환자의 치료성가를 높이기 위해서는 의사의 지시, 진료과정에서의 해야 할 일이나 협조를 잘하고 의사의 진료계획에 필요한 환자 자신이나 질병 자체에 대한 정보를 충실하게 제공해야 질병이나 처치를 원활하게 하여 치료성가를 높일 수 있다는 것이다. 환자참여의 구성요인들이 환자만족에 미치는 영향관계는 유의하지 않게 나타났다.

마지막으로 환자 중심 커뮤니케이션의 촉진 요인과 건강성과의 직접효과와 환자참여의 매개효과를 분석한 Sobel[33]의 검증결과와 부트스트래핑 방법을 통한 결과는 환자중심 커뮤니케이션에서 건강성으로 가는 직접경로보다 환자참여를 매개로 하는 간접경로가 통계적으로 더 유의하게 나타났다. 이러한 결과는 의사가 환자중심 커뮤니케이션을 할수록 환자는 의사의 진료과정에 더 적극적으로 참여하게 되고 환자들이 의사의 진료과정에 적극적으로 참여할수록 환자만족과 치료성가가 높아진다는 것을 알 수 있다. 이러한 결과는 의사가 환자의 말에 집중하여 잘 들어주고 환자를 배려할수록 환자들은 적극적으로 행동적, 감정적이고 정보적인 참여를 하게 된다. 이러한 환자참여가 높을수록 환자들의 진료성공인 환자만족과 치료성가를 높여줄 수 있다는 것을 의미하였다. 의사는 진료과정에 환자중심 커뮤니케이션을 통해 환자만족과 치료성가를 높이는 것보다 환자가 진료과정에 적극적이고 능동적인 자세가 되도록 하는 진료과정의 환자참여를 통해 환자만족

과 치료성가를 높이는 과정을 확인하였다. 이는 의사의 진료과정에 환자를 참여시킴으로써 의사의 진료계획을 이해하고 환자는 의사가 필요로 하는 정보를 적극적으로 능동적으로 제공하게 된다. 의사들은 환자가 진료과정에 환자의 투입노력을 가능하도록 분위기를 조성하는 것이 환자를 만족시키고 환자가 원하는 치료성가를 높일 수 있다는 것을 의미하였다.

이 연구의 한계점과 향후의 연구방향을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 특정지역인 C지역의 종합병원을 대상으로 하여 분석하였기 때문에 연구결과의 일반화에 제약이 있다. 둘째, 의사가 환자를 진료함에 있어 환자의 입장으로 조사되었기 때문에 의사의 전체 진료과정을 상세하게 알 수 없고 의사의 입장을 반영하지 않았다. 따라서 향후의 연구에서는 의사의 입장을 반영한 연구결과와 환자의 입장과 비교할 필요가 있다.

참고 문헌

- [1] P. J. Shelton, "Communication : A mirror of practice quality," *Podiatry Today*, Vol.4, No.1, pp.19-20, 1992.
- [2] 의료보험심사평가원, "2011건강보험통계연보," 보험심사평가원, 2012.
- [3] 서문식, 김유경, "서비스제공자의 커뮤니케이션 스타일이 관계지향성에 미치는 영향에 관한 연구," *마케팅관리연구*, 제5권, 제2호, pp.123-146, 2000.
- [4] 서관수, "의사의 커뮤니케이션 스타일이 환자만족에 미치는 영향에 관한 연구", *병원경영학회지*, 제7권, 제4호, pp.57-101, 2002.
- [5] 윤만희, 김정섭, 김지한, "서비스고객의 개인가치와 서비스접점의 특성이 고객참여행위에 미치는 영향", *마케팅관리연구*, 제10권, 제1호, pp.139-163, 2005.
- [6] J. L. Bowditch and A. F. Bruno, *A primer on Organizational Behavior*, New York, John Wiley and Sons, 1985.

- [7] L. C. Zandbelt, E. M. Smets, F. J. Oort, and H. C. de Haes, "Coding patient-centered behavior in the medical encounter," *Social Science and Medicine*, Vol.61, pp.661-671, 2005.
- [8] A. Coulter and J. Ellins, "Patient-Focused Interventions : A Review of the Evidence," England The Health Foundation and Picker Institute Europe, pp.7-20, 2006.
- [9] L. C. Zandbelt, M. A. Ellen, F. J. Smets, Oort, M. H. Godfried, and Hanneke C. J. M. de Haes, "Patient participation in the medical specialist encounter : Does physicians' patient-centered communication matter?," *Patient Education and Counseling*, Vol.65, pp.396-406, 2007.
- [10] J. Bensing, "Bridging the gap : The separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine," *Patient Education and Counseling*, Vol.39, pp.17-25, 2000.
- [11] D. L. Roter and J. A. Hall, *Doctors talking with patients/patients talking with doctors Improving communication in medical visits*, Westport, Connecticut: Auburn House, 1992.
- [12] D. J. Cegala, L. McClure, T. M. Marinelli, and D. M. Post, "The effects of communication skills training on patients' participation during medical interview," *Patient Education and Counseling* Vol.41, pp.209-222, 2000.
- [14] R. L. Oliver, "Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions," *Journal of Marketing Research*, Vol.17, pp.460-469, 1980(11).
- [15] R. A. Westbrook and M. D. Reilly, "Value Percept Disparity : An Alternative to the Discontinuation of Expectation Theory of Consumer Satisfaction," *Advances in Consumer Research*, pp.1683-1691, 1983.
- [16] J. A. Howard and J. N. Sheth, *Theory of Buyer Behavior*, New York : John Wiley and Sons, 1989.
- [17] David K. Tse and Peter C. Wilton, "Models of Consumer Satisfaction : An Extension," *Journal of Marketing Research*, Vol.25, pp.204-212, 1988(5).
- [18] A. Parasuraman, V. A. Zeithaml, and L. L. Berry, "SERVQUAL : A Multi-Item Scale for Measuring Consumers Perceptions of Service Quality," *Journal of Retailing*, Vol.64, No.Spring, pp.2-40, 1988.
- [19] A. Donabedian, "The Role of Outcome in Quality Assessment and Assurance," *Quality Review Bulletin*, Vol.18, No.11, pp.356-360, 1992.
- [20] P. Kotler and K. L. Keller, *Marketing Management*, 12th edition, New Jersey : Pearson Education, 2011.
- [21] 강병서, 조철호, 김상한, "병원의 서비스품질이 고객만족과 성과에 미치는 영향에 관한 연구," *중소기업연구*, 제27권, 제1호, pp.58-87, 2005.
- [22] L. G. Frederikson, "Exploring information-exchange in consultation: the patients' view of performance and outcomes," *Patient Education and Counseling*, Vol.25, pp.237-246, 1995.
- [23] R. L. Jr Street, Gregory Makoul, Neeraj K. Arora, and Ronald M. Epstein, "How does communication heal? Pathway linking clinician-patient communication to health outcomes," *Patient Education and Counseling*, Vol.74, pp.295-301, 2009.
- [26] 이종학, 김찬중, "의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자참여에 미치는 영향 : 신뢰의 조절효과를 중심으로," *한국콘텐츠학회논문지*, 제13권, 제3호, pp.278-286, 2013.
- [30] 김계수, *New AMOS 7.0 구조방정식모형 분석*, 서울, 한나래출판사, 2007.
- [31] J. F. Hair, W. C. Black, B. J. Babin, R. E. Anderson, and R. L. Tatham, *Multivariate Data Analysis*, 6th eds., New Jersey, Pearson Prentice

Hall, 2006.

[32] R. D. Howell, "Covariance Structure Modeling and Measurement Issues : A Note on Interrelations among a Channel Entity's Power Sources," *Journal of Marketing Research*, Vol.24, pp.119-126, 1987(2).

[33] M. E. Sobel, *Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equations models*, in S. Leinhardt, eds., *Sociological Methodology*, San Francisco, Jossey-Bass, pp.290-312, 1982.

[34] 김대업, *AMOS AtoZ 논문작성절차에 따른 구조 방정식 모형분석*, 학현사, 2008.

저 자 소 개

이 종 학(Jong-Hak Lee)

정회원



- 1990년 2월 : 충북대 경영학사
- 2003년 8월 : 충북대 경영학 석사
- 2011년 8월 : 충북대 경영학 박사
- 2007년 9월 ~ 현재 : 충북대학교 경영학부 초빙교수

<관심분야> : 마케팅, 비즈니스콘텐츠

김 찬 중(Chan-Jung Kim)

정회원



- 1990년 2월 : 충북대 경영학사
- 1994년 2월 : 고려대 경영학석사
- 2002년 7월 : 충북대 경영학박사
- 2007년 3월 ~ 2009년 2월 : 목원대학교 경영학과 교수
- 2009년 3월 ~ 현재 : 충북대학교 경영학부 교수

교 경영학부 교수

<관심분야> : 인사조직, 비즈니스콘텐츠