

일개 병원의 입원환자 회진의 의사소통 내용 분석 - 환자 중심 의사소통을 위한 함의

장연훈¹, 유명순², 박기범³, 서봉원³, 송창은⁴

¹분당서울대학교병원 디지털헬스케어 연구사업부, ²서울대학교 보건대학원, ³서울대학교 융합과학기술대학원, ⁴한양대학교 의과대학 명지병원 이비인후과

Analysis of Communication Content on Bedside Rounds in a Hospital - Implications for Patient Centered Communication

Yeon-Hoon Jang¹, Myoung-Soon You², Gi-Beom Park³, Bong-Won Suh⁴, Chang-Eun Song⁵

¹Researcher, Office of eHealth Research and Businesses, Seoul National University Bundang Hospital, Seongnam, ²Professor, Department of Public Health, Graduate School of Public Health, Seoul National University, Seoul, ³Researcher, Graduate School of Convergence Science and Technology, Seoul National University, Seoul, ⁴Associate Professor, Graduate School of Convergence Science and Technology, Seoul National University, Seoul, ⁵Professor, Department of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Myongji Hospital, Hanyang University College of Medicine, Goyang, Republic of Korea

Purpose: Few studies on bedside rounds have focused on the principles of patient-centered communication (PCC). This study pursued three objectives. First, we investigated the verbal contents of bedside rounds from the PCC perspective. Next, we analyzed inpatient surveys concerning patients' experience of and perspective regarding bedside rounds. Finally, we identified which factors affect patient satisfaction levels.

Methods: To evaluate doctor-patient communication, the contents of bedside rounds from 151 patients (88 in medical wards and 63 in surgical wards) were analyzed using the Roter Interaction Analysis System. An inpatient survey was also conducted to obtain further information about patient experience.

Results: The average duration of bedside rounds was 71.3 seconds. The distribution of conversations between doctors and patients was significantly different, with doctors accounting for 62% and patients for 38% of the total ($p < .001$). Both doctors (44.7%) and patients (40.5%) considered provision of biomedical information as the most important aspect of communication. On the other hand, the proportion of psychological-social communication was relatively low in both groups, at 2.3% and 4.2%, respectively. In the inpatient survey, 40.8% of respondents reported being uninformed about the ward round in advance, while 44.7% stated that the rounds did not take place at the pre-informed time. While 66.7% of participants felt that the interaction during rounds was sufficient, those who felt that they had insufficient round time were the least satisfied. There was a positive correlation between sufficiency of the bedside round duration and overall satisfaction with bedside round ($p < .01$).

Conclusion: The findings of this study indicate that neither the verbal contents of the bedside rounds nor the overall patient satisfaction adequately meet the conditions for patient centeredness.

Keywords: Clinical rounds, Patient-centered care, Communication

Received: Mar.31.2023 Revised: Jun.07.2023 Accepted: Jun.16.2023

Correspondence: Chang-Eun Song

Department of Otolaryngology-Head & Neck Surgery, Myongji Hospital, 55, Hwasu-ro 14beon-gil, Deogyang-gu, Goyang-si, Gyeonggi-do, 10475, Republic of Korea.

Tel: +82-31-810-5114 **E-mail:** entsong@gmail.com

Funding: This research was supported by the faculty grant of Myongji Hospital (1902-09-25) **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.29 no.1

© The Author 2023. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

I. 서론

1. 환자중심성과 환자중심의 의사소통

환자중심성(patient centeredness)은 지난 2000년 이후 양질의 의료(quality of care)를 설명하는 중요한 패러다임으로 자리잡았다. 환자중심성의 정의는 다양하게 제시되지만 공통점이 있다. ‘환자의 관점에서’(“through the patient’s eyes”) 즉 환자 선호와 수요를 고려하여 의료를 제공하고, 환자와의 ‘상호작용’(two way interaction) 즉 참여와 피드백을 강조하면서 의료를 평가할 때, 제공된 의료의 가치가 향상될 수 있다는 것이다[1].

문헌들은 환자 중심의 의료를 실현하려면 철학적 관점이나 원칙에서 나아가 더 구체적인 요인(enabling factor) 또는 활동(activity)을 이해할 필요가 있다고 강조한다. 실제로 Scholl 등[2]은 4,707개의 환자중심성 연구 중 417개 문헌을 내용 분석하여 총 15개의 환자중심성의 가능 범주를 원리요인, 가능요인, 그리고 활동요인으로 구분하여 정리해냈다.

주목할 점은 환자중심 의료의 요건 중에 ‘의사-환자 관계’, ‘의사-환자 의사소통’, ‘환자는 물론 가족과 지인의 치료 참여’, ‘정서적 공감과 지지 제공’ 등 그동안 “의사소통” 차원으로 이해해 온 내용이 다수 포함되어 있다는 것이다. 실제로 Epstein 등[3]은 환자중심 의사소통 또는 환자중심 커뮤니케이션(patient centered communication, PCC) 프레임워크를 통해 의료제공에서 환자중심성을 실현하기 위해서는 첫째, 의료제공에서 환자의 걱정, 의견, 경험, 수요, 감정 등을 먼저 이끌어 내고, 둘째, 환자의 고유한 사회심리 및 문화적 특징에 대한 이해 수준을 높이고, 셋째, 환자와의 공유된 의사결정(shared decision making)을 위한 노력이 필요하다고 설명한다.

임상현장에서 환자중심 의사소통은 환자경험에 긍정적인 영향을 미친다고 알려졌지만 치료 자체의 복잡성이나 환자의 건강정보 문해력, 또는 의사의 환자중심 의사소통 교육·훈련 부족 등 다양한 방해 요인들 역시 제시되었다[4].

국내에서 환자중심의 의료 현황을 엿볼 수 있는 자료로

건강보험심사평가원의 <환자경험 평가>가 있다. 주관기관에 따르면 이 조사는 국민 관점에서 병원에 입원한 환자를 존중하고 개인의 필요와 선호, 가치에 상응하는 진료서비스 제공했는지 등을 확인하기 위한 것으로, 2017년 처음 도입됐고 2019년에 2차 조사가 이루어졌다. 최근 공개된 2차 환자경험 평가 결과를 보면 전체적으로는 평균 82.7점의 긍정적인 환자경험 수준을 기록한 가운데, ‘불만 제기 용이성’, ‘의사와 만나 이야기할 기회’ 및 ‘회진시간 관련 정보제공’ 등 의사소통과 관련성이 있는 항목들은 그보다 낮은 수준을 보였다(71.6~76.6점) [5].

2. 회진과 환자중심성

입원환자 회진(回診, bedside rounds)은 의료의 역사적인 행위이자 주된 영역(chief arena)이다. 회진은 ‘환자를 제대로 보는 길’이자, ‘교과서나 임상 기록지만으로 안 되는 최선의 진료법을 찾기 위한 길’ 등으로 표현된다. 그러나 병원 회진은 현재 의료의 질 향상을 위해 반드시 개선이 필요한 과제의 하나로 지목되고 있다. 한국보건사회연구원의 조사 결과, 병원의 입원환자 중 30% 이상이 회진과 관련된 정보를 충분히 제공받지 못했고 특히 2~30대 환자의 50% 이상, 70대 이상 환자 17% 정도가 이에 대해 불만을 표시한 것으로 나타났다[6]. “온종일 기다렸지만 하필 잠깐 자리 비웠을 때 의사가 왔다 갔다.” “묻고 싶은 게 많았는데 막상 의사가 오니 생각이 나지 않았다.” “시간이 짧아서 의사의 설명을 듣고 충분히 되묻기 힘들었다.” 등의 응답은 객관적인 한계나 더불어 회진에서 의사소통 차원의 문제 개선 역시 중요하다는 점을 뒷받침한다.

회진 문화 개선 등 일부 노력이 보고되었지만 (예: 명지병원의 ‘릴리 프로젝트’ [7]), 보다 적극적인 회진 의사소통 개선의 노력이 필요하다. 예컨대, 임상적으로 볼 때는 의미가 크지 않아도 환자에게 중요한 정보나 의사소통이 있다면 그런 정보와 의사소통 니즈(수요)를 이해하도록 돕는 기초 자료의 확보 노력은 유의미할 것이다.

3. 연구 목적

이 연구는 경기도 소재의 700병상 규모 종합병원을 대상으로 입원환자 회진 내용 및 설문 조사 결과를 분석하는 탐색적 연구 (exploratory study)이다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다. 첫째, 회진 중 발화 내용을 환자중심 의사소통 프레임워크를 활용하여 분석한다. 둘째, 입원환자와 의료진의 회진에 관한 경험 및 인식을 설문 조사하여 분석한다. 셋째, 환자의 회진 만족도에 영향을 미치는 요인을 탐색한다.

II. 연구방법

1. 연구 참여자

이 연구는 의료법인명지의료재단 기관생명연구윤리위원회의 승인 및 가이드라인 하에 진행하였다(승인번호 2019-11-004). 녹취 및 설문 등 자료 구득은 경기도 고양시 소재 1개 병원의 내과계 및 외과계 병동에서 이루어지는 회진 참여 의사, 간호사와 환자, 보호자 등의 회진 참여자로부터 이루어졌다. 연구자료는 2020년 1월 8일부터 2월 26일까지 약 2개월에 걸쳐 수집되었다. 연구 참여자 선정은 연구 담당자가 회진 담당 의사 혹은 간호사와 협의하여 결핵 등의 전염성 질환을 보유하지 않은, 환자나 보호자가 정상적인 의사소통을 할 수 있는 경우 등 연구에 참여할 수 있다고 판단되는 입원환자에게만 연구 참여를 제안하고, 참여 제안에 동의하는 경우에 한정하였다. 연구 참여 제외기준은 연구 참여에 동의하지 않을 경우로 하였다. 회진 녹취에는 외과계 입원환자 녹취 63건, 내과계 입원환자 녹취는 88건을 수집하였다.

2. 예상 연구대상자 수와 산출 근거

입원환자 또는 입원환자의 보호자를 대상으로 한 이번 연구를 위해 약 200명을 대상으로 조사를 진행하였다. The Roter Interaction Analysis System (RIAS)를 활용하

여 환자-의사 간 의사소통을 분석한 기존 연구들에서는 최소 100명 이상의 연구대상자를 대상으로 의사소통을 녹취하였다. 서울대학교 보건대학원 이윤정의 석사학위 논문[8]에서는 108명의 환자를 대상으로 RIAS 분석을 진행하였고, 이민정의 박사학위 논문[9]에서는 500명의 환자를 대상으로 RIAS 분석을 진행하였다. 또한 설문의 경우 G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하였다. 변수의 효과크기(effect size) 작음(small) 수준으로, 제1종 오류가능성은 0.05로 설정하여 독립변수를 투입하였을 때 다중선형회귀분석(linear multiple regression: fixed model, R², increase)을 수행하기에 적합한 참여자 수를 계산하였다. 설문지에서 분석에 사용되는 변수의 개수를 고려하였을 때 183명이 산출되었다. 이 때 10% 불충분한 응답을 고려하여 약 200명을 연구대상자의 수로 선정하였다.

3. 자료수집

이 연구의 분석 자료는 회진의 녹취본과 설문 자료이다. 회진 녹취의 경우, 연구자가 의료진과 함께 회진에 참여하여 의사와 환자 간 의사소통을 녹음하였다. 이 때 회진이 시작되기 전, 환자에게 녹취에 대한 동의를 구했고, 이를 동의한 환자에 한해서 회진에 참여하여 녹취를 진행하였다. 또한 회진 참여자의 특성은 회진 이전 의료진이 제공한 환자 정보(이름, 나이)를 바탕으로 수집되었다.

설문지에 포함된 문항들은 연구책임자를 포함한 연구자들이 선형연구 및 기존의 설문 도구[10,11]를 참고하여 개발한 문항으로, 회진에 참여한 환자 또는 보호자들의 회진 전후의 경험을 파악하기 위해 개발되었다. 설문지는 인구사회학적 정보, 입원 정보, 회진 인식과 경험, 회진 시 정보 수요 및 충족도, 그리고 회진 이후의 만족도 등의 문항으로 구성되었다. 인구사회학적 정보는 환자의 성별, 출생연도 등의 4개 문항, 입원 정보는 환자의 수술 여부, 입원 경험, 거동 · 의사소통의 자유로움 등의 7문항으로 구성되었다. 회진 인식은 '나는 담당의가 언제 오는지 알고 있다', '나는 회진 때 누가 (몇 명이) 오는지 알고 있다', '나는 회진에 시간이 얼마나 걸릴지 알고 있다' 등 회진에 대한 환자의 전

반적인 인식을 묻는 5개 문항으로 구성되었다. 회진 경험은 실제 경험한 회진의 일자, 시점, 회진 시간의 충분도 등의 실제 회진 시간에 대한 4개 문항과 '나는 전반적으로 회진에 대해 만족한다', '나는 의료진과 대화한 내용을 잘 이해할 수 있었다' 등의 회진에 대한 전반적인 경험 3개 문항, '회진 전에 회진 시간을 사전에 안내 받았다', '회진은 내가 안내 받은 시간에 이루어졌다' 등 '나는 회진에서 궁금한 점을 물어봤다' 등의 의사와의 대화 3개 문항, '의료진은 회진 중 내 말에 공감해주었다' 등의 의사와의 관계를 묻는 4개 문항으로 구성되었다. 회진 인식과 경험은 5점 리커트 척도(1.전혀 그렇지 않다 ~ 5.매우 그렇다)로 구성되었다. 한편 '정보 수요(information need)'는 환자가 자신의 건강을 되찾고 질병 상태를 극복하기 위해 특정 주제나 내용의 정보를 원하거나 기대하는 정도이고[12], 정보 충족도는(Information sufficiency) 환자가 건강과 관련된 의사결정을 내리기 위해 중요한 정보를 갖추었다고 믿거나 확신하는 정도를 말한다[13]. 정보의 수요와 충족도의 차이를 바탕으로 정보 격차를 계산하였는데, 이 때 정보 격차란 환자와 의사 사이 또는 환자와 의사 각각 자신들의 활동을 위해 중요하거나 필수적인 정보가 부재하거나, 해당 정보에 접근하지 못함으로써, 의사소통이나 의사결정에 문제를 초래할 수 있는 주·객관적 상황을 말한다[14]. 정보 수요와 충족도는 병의 재발 여부, 병의 원인 등 질병 8문항, 상처 또는 수술 부위 관리 방법, 회복 기간 등의 신체 9문항, 검사의 진행과정, 검사의 결과, 검사의 필요성 등 검사 7문항, 치료로 인해 발생하는 부작용, 치료의 효과, 방향 등 치료 14문항, 다른 환자와 대화할 수 있는 모임, 사회생활에서 어려움을 느낄 시 대처 방법 등 심리·사회적 정보 8문항으로 구성되어 환자가 해당 정보에 대해 필요로 하는 정도와 회진 후 그 정보를 얻은 후 그 정보를 얻은 정도를 5점 리커트 척도로 응답하여 환자의 정보 격차를 계산하였다.

회진 녹취가 종료된 이후, 환자들에게 개별적으로 설문지를 배포하였다. 설문 참여에 동의한 환자들에 한해 설문 자료를 수집하였다. 환자가 설문지를 작성할 수 없는 경우, 회진에 함께 참여했던 환자의 보호자나 간병인이 설문지를 작성하였다.

4. 자료분석

회진 녹취에 대해서는 RIAS software를 사용하였다[15]. RIAS는 사회 교환 이론에 근거하여 진료 면담 등의 상호작용을 분석하는 방법 중 하나로써, 의료 현장에서 일상적인 사람 간 의사소통 콘텐츠와 문맥을 분석할 수 있는 장점이 있다. 또한, 정보의 흐름(순서, 진행)을 파악할 수 있다는 데서 기존 내용 분석 등 상호작용 분석을 보완할 수 있다[16]. RIAS의 도구로서의 신뢰도와 타당도는 높은 수준으로 보고되고 있고, 다양한 환자와 의사 특성을 보고하는 연구에 적용되었다[15].

RIAS 프로그램을 통해 의사와 환자 간 의사소통을 녹취한 환자의 발화(문장 단위 수)와 의사의 발화를 RIAS에서 제시하는 범주로 나누었다. RIAS에서는 의사와 환자의 발화를 크게 도구적 의사소통과 정서적 의사소통으로 구분한다[15]. 두 범주는 크게 41개의 하위 범주로 나뉘는데, 대표적으로 도구적 의사소통의 경우, 생의학적(biomedical) 질문과 정보 제공, 심리사회적(psychosocial) 질문 및 정보 제공, 관계 구축(partnership building), 지시(direction) 등이 있으며, 정서적 의사소통의 경우 공감, 확인, 동의, 칭찬 등의 친밀감 구축(rapport building), 걱정 및 낙관(concern and optimism), 인사 등의 사회적 행동(Social behavior), 비승인, 불만, 거절 등의 비동의(disagreement) 등이 있다[9,17]. 연구자는 수집된 회진 녹취 프로그램을 청취하며 RIAS software를 통해 의사와 환자의 발화를 코딩하였다. 이후 동료 연구자의 검토를 통해 발화에 대한 코딩의 적절성을 검증하였다. 검증이 완료된 파일은 csv 파일로 변환하였다.

이후 코딩된 녹취파일은 설문 자료와 함께 통계 프로그램인 R (version 4.2.0)을 활용하여 분석을 진행했다. 녹취파일은 기술적 통계(descriptive statistics)를 활용해 회진에 참여한 연구참여자의 기본 특성, 회진에서 발화한 내용의 양상과 범주를 표 또는 그림으로 제시하였다. 설문 자료의 경우, 기술적 통계(descriptive statistics)를 통해 환자나 보호자 등 회진 참여자의 인구사회학적 특성, 입원 경력, 회진경험 및 정보요구와 관련된 사항을 확인하였고, 다중선

형회귀분석을 통해 환자 또는 보호자의 개인특성과 회진 경험이 전반적인 회진 만족도에 미치는 영향을 분석했다. 통계적인 유의성은 p -value .05 미만 여부로 판단하였다.

III. 연구결과

연구진은 입원환자의 회진에 참여하여 의사와 입원환자/보호자 간의 의사소통 내용을 녹취하였다. 병원에 내방한 것은 총 13회였다. 이 중 회진 참여는 총 10회 이루어졌고, 2회는 회진 참여 이전 환자들에게 동의를 구하기 위한 방문, 1회는 입원환자를 대상으로 한 인터뷰를 위한 방문이었다. 외과계 입원환자 녹취는 63건, 내과계 입원환자 녹취는 88건이었다.

1. 회진 녹취 분석

회진 녹취에 포함된 입원환자의 성별은 남성 84명, 여성 67명이었다. 연령은 외과계 병동의 경우 53.3세(표준편차 19.0), 내과 병동 74.3세(표준편차 14.3)였다. 연령대는

10대가 4명, 20대가 6명, 30대가 7명, 40대가 9명, 50대가 24명, 60대 이상이 101명이었다. 과별 입원환자의 연령대는 내과계에서 60대 이상의 비율이 외과계보다 약 2배 높았다. 회진 당시 가족이나 간병인 등 보호자가 있는 환자는 내과계 환자가 외과계 환자보다 많았다(Table 1). 녹취 자료 분석 결과, 전체 회진 시간은 71.3초였고, 과별 회진 시간은 내과계의 경우 55.3초, 외과계의 경우 93.8초인 것으로 나타났다. 진료과에 따른 회진 시간의 차이는 통계적으로 유의미하였다($p=.006$). 다음으로 회진 중 환자(보호자)와 의사의 발화 수를 통해 의사소통 비중을 분석하였다. 회진 중 의사소통의 비중은 의사가 62.0%, 환자가 38.0%로 나타났다. 환자와 의사의 의사소통 비중의 차이는 통계적으로 유의하였다($p<.001$). 과별 의사소통비중은 호흡기 내과와 내분비내과 등 내과계 병동에서는 의사가 62.7%, 환자 또는 보호자가 37.3%였으며, 정형외과의 외과계 병동에서는 의사가 61.2%, 환자 또는 보호자가 38.8%로 나타났다. 과에 따른 환자와 의사 간 의사소통의 비중 차이는 통계적으로 유의하지 않는 것으로 나타났다($p=.376$).

Table 1. Baseline characteristics of participants on rounds.

Variable	Total	Surgical ward	Medical ward	P-value
	(n=151)	(n=63)	(n=88)	
Sex, n(%)				.516
Male	84 (55.6)	37 (58.7)	47 (53.4)	
Female	67 (44.4)	26 (41.3)	41 (46.6)	
Age, year	65.5 ± 19.3	53.3 ± 19.0	74.3 ± 14.3	<.001
Age group, n(%)				<.001
10's	4 (2.6)	4 (6.3)	0 (0.0)	
20's	6 (4.0)	5 (7.9)	1 (1.1)	
30's	7 (4.6)	5 (7.9)	2 (2.3)	
40's	9 (6.0)	7 (11.1)	2 (2.3)	
50's	24 (15.9)	15 (23.8)	9 (10.2)	
≥ 60's	101 (66.9)	27 (42.9)	74 (84.1)	
Caregiver, n(%)	69 (45.7)	24 (38.1)	45 (51.1)	.113
Round time, sec	71.3 ± 68.9	93.8 ± 92.1	55.3 ± 39.0	.006
Number of utterance				.376
Doctors	2,366 (62.0)	1,251 (62.7)	1115 (61.2)	
Patients	1,451 (38.0)	745 (37.3)	706 (38.8)	

1) 회진 내용

RIAS 프로그램을 활용하여 의사소통 주체에 따른 질문의 유형을 분류하였다(Figure 1). 먼저 의사의 질문은 증상과 관련된 질문의 비중이 71.7%로 가장 많았고, 치료계획(16.6%), 심리사회적(8.7%), 기타(3.1%) 순이었다. 의사는

1번의 회진에서 평균 3회의 질문을 한 것으로 나타났다. 반면 환자(보호자)는 증상에 대한 질문과 치료계획에 대한 질문이 각각 46.8%로 가장 많았고, 생활과 관련된 질문(4.0%), 기타 질문(2.4%) 순이었다. 환자의 경우 1번의 회진에서 평균 1회의 질문을 한 것으로 나타났다.

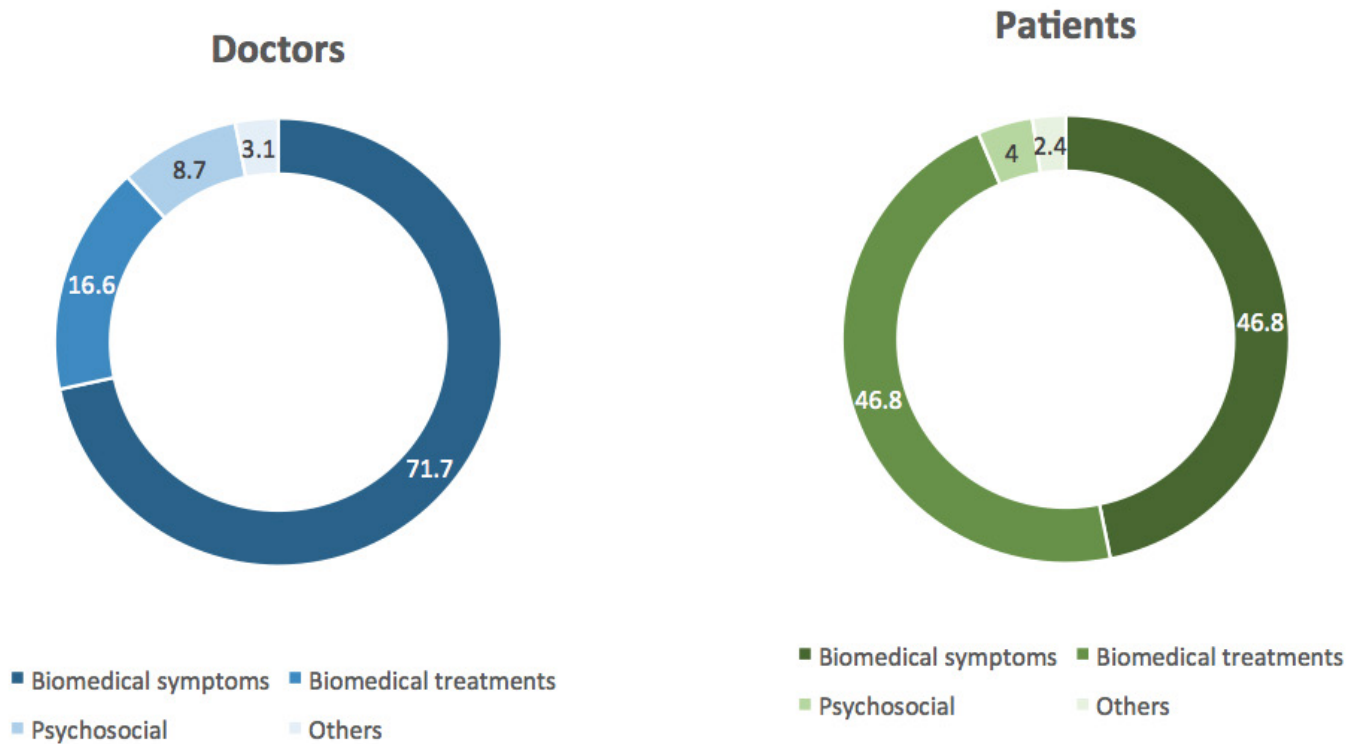


Figure 1. Categories of questions during round.

다음으로 환자(보호자)와 의사의 의사소통 유형을 분류하였다(Figure 2). 먼저 의사의 경우 도구적 의사소통에서는 생의학적 정보제공의 비중이 가장 높았고(44.7%), 그 다음으로 생의학적 질문의 비중이 높았다(17.1%). 심리·사회적 질문과 정보제공의 비중은 각각 1.7%와 0.6%로 의사의 회진 중 의사소통에서 차지하는 비중은 적었다. 의사의 정서적 의사소통은 라포 형성의 비중이 가장 높았고(16.4%) 사회적 행동(9.3%), 걱정 및 낙관(3.2%) 순이었다. 환자의 경우 도구적 의사소통에서는 의사와 마찬가지로 생의학적

정보제공의 비중이 가장 높았고(40.5%) 생의학적 질문의 비중이 다음으로 높았다(8.1%). 환자의 심리·사회적 질문과 정보제공의 비중은 각각 0.3%와 3.9%로 나타나 의사와 마찬가지로 회진 중 의사소통에서 차지하는 비중이 적게 나타났다. 환자의 정서적 의사소통은 라포 형성의 비중이 가장 높게 나타났으며 (36.2%) 사회적 행동(9%), 걱정 및 낙관(0.4%) 순이었다. 환자(보호자)와 의사 두 집단의 회진 의사소통 구성의 차이는 통계적으로 유의하지 않았다 (Friedman $\chi^2=14.875, p=.1367$).

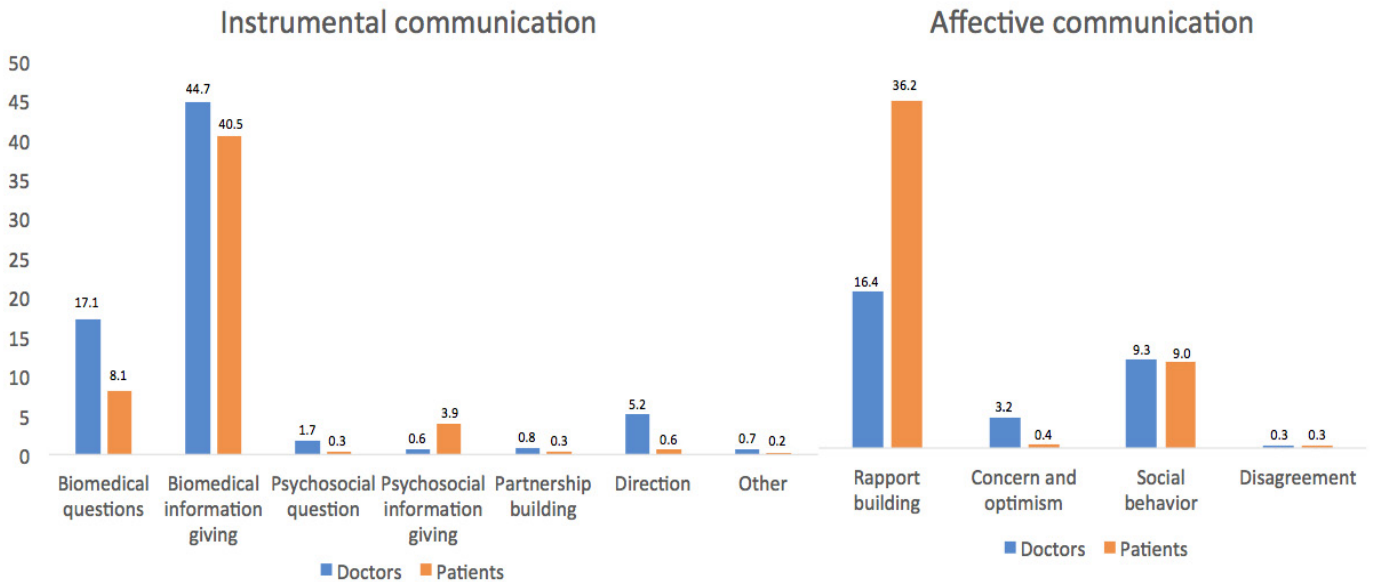


Figure 2. Comparison of communication domain proportion between doctors and patients.

2. 설문조사 분석

설문조사를 통해 회진 녹취 분석에서 확인할 수 없었던 회진에 대한 인식과 경험, 회진 만족도, 회진 시 정보의 수요도 및 충족도 등에 대한 분석을 진행하였다. 설문조사의 경우, 연구의 참여 및 구체적으로 회진 의사소통 녹취에 동의했음에도 본인의 건강상태 문제 등으로 설문에 참여하여 응답하는 것이 어려운 경우가 많았다. 따라서 최종적으로 49명을 대상으로 설문조사를 진행할 수 있었다(Table 2). 설문조사 전체 응답자의 55.1%는 남성이었고, 평균 연령은 53.4세(표준편차 17.7세)로 나타났다. 응답자의 44.9%

가 60대 이상이었고, 77.6%는 본인이었으며, 설문 응답자의 63.3%는 정형외과 등의 외과계 병동 입원 환자였다. 83.7%의 환자는 첫 입원이 아니었고 응답자의 49%는 수술을 받은 것으로 나타났다.

Table 2. Baseline characteristics of participants on survey.

Variable	n (%) or M±SD
Sex	
Male	27 (55.1)
Female	22 (44.9)
Age	53.4 ± 17.7
Age category	
10's	1 (2.0)
20's	6 (12.2)
30's	4 (8.2)
40's	6 (12.2)
50's	10 (20.4)
≥60's	22 (44.9)
Department	
Surgery	31 (63.3)
Internal medicine	18 (36.7)
Type of participants	
Self	38 (77.6)
Spouse	1 (2.0)
Other family	8 (16.3)
Others	2 (4.1)
Admission experience	
Yes	41 (83.7)
No	8 (16.3)
Surgery	
Yes	24 (49.0)
No	25 (51.0)
Able to communicate	
Yes	40 (81.6)
No	9 (18.4)
Able to move	
Yes	16 (32.7)
No	33 (67.3)
Cooperative rounds	
Yes	22 (44.9)
No	27 (55.1)
Existence of caregiver	
Yes	41 (83.7)
No	8 (16.3)

다음으로 환자의 설문 응답에 근거하여 회진에 대한 인식 및 경험을 분석하였다(Table 3).

1) 회진 인식

설문 분석 결과, 담당의가 언제 오는지 알고 있다는 응답은 전체 응답의 55.1%였고, 모른다는 응답은 22.4%였다. 회진 때 누가 몇 명이 오는지 알고 있다는 응답은 32.7%였고 모른다는 응답은 44.9%였다. 응답자의 38.8%가 회진이 얼마나 걸릴지 알고 있다고 응답했고, 26.5%는 모른다고 응답했다. 응답자의 43.8%가 회진이 어떤 내용으로 진행될지 알고 있다고 응답한 반면 22.9%는 모른다고 응답했다. 응답자의 38.8%는 회진을 위해 어떤 준비를 해야할 지 알고 있다고 응답한 반면 26.5%는 모른다고 응답했다.

2) 회진 경험

응답자의 40.8%는 회진 전에 회진 시간에 대해 안내를 받지 못했다고 응답했다. 또한 응답자의 44.7%는 회진이 안내 받은 시간에 이루어지지 않았다고 응답했다. 응답자의 60.4%는 자신이 원하는 시간에 회진이 이루어지지 않았다고 응답했다. 회진 시간이 매우 부족했다고 응답한 비중은 2.1%였고, 조금 부족했다는 응답은 31.2%였다. 회진 시간이 충분했다고 응답한 비중은 66.7%였다.

3) 입원 환자의 회진 만족도

회진 만족도는 리커트 5점 척도(1: 전혀 그렇지 않다 ~ 5: 매우 그렇다) 3문항으로 구성되었다. 회진에 대한 전반적인 만족도 점수는 5점 만점에 3.45점으로 나타났다. 의료진과 의사소통한 내용을 잘 이해할 수 있었다는 문항의 평균점수는 5점 만점에 3.65점이었고, 회진 중 병실이 조용했다는 문항의 평균점수는 5점 만점 중 4.06점이었다. 세 문항의 평균 점수는 3.72점으로 나타났다. 회진 만족도 3가지 문항에 대한 크론바흐 알파는 0.73으로 나타났다.

회진 시간의 충분도에 대한 응답에 따른 회진 만족도 점수의 차이를 비교했을 때, 회진 시간이 부족했다고 응답한 사람의 회진 만족도 점수가 가장 낮았고(2.33점), 충분했다고 응답한 사람의 회진 만족도 점수가 가장 높게 나타났다(3.96점).

4) 회진 시 의사에 대한 인식 및 경험

‘회진에서 궁금한 점을 물어봤다’는 문항의 평균점수는 3.75점이었고, ‘내가 알고 싶었던 점을 잘 설명해줬다’는 문항의 평균점수는 3.76점이었다. ‘회진에서 알고 싶었던 점을 잘 해결할 수 있었다’는 문항의 평균점수는 3.57점이었다. 의사와의 의사소통 평가 세 문항에 대한 크론바흐 알파는 0.83으로 나타났다.

‘의료진이 회진 중 내 말에 공감해주었다’는 문항의 평균점수는 3.86점이었고, ‘의료진은 내 이야기를 주의 깊게 들어주었다’는 문항의 평균점수는 3.96점이었다. ‘의료진이 나를 존중하고 예의를 갖추어 대했다’는 문항의 평균점수는 4.22점이었고 ‘회진에서 의료진과 의사소통하는 것이 심적으로 편했다’는 문항의 평균점수는 3.98점이었다. 의사와의 관계 4문항에 대한 크론바흐 알파는 0.86으로 나타났다.

5) 환자의 선호 회진시간

다음으로 환자들의 회진시간에 대한 인식과 원하는 회진 시간을 비교하였다(Figure 3). 실제 회진 시간이 얼마 정도였느냐는 질문에 3분이라는 응답이 가장 많았고(25%), 그 다음으로 5분(20.8%), 1분(16.7%), 2분(14.6%) 순이었다. 회진시간을 정할 수 있을 경우 어느 정도의 회진 시간을 원하느냐는 질문에는 5분이 가장 많았고(29.8%), 10분(14.9%), 3분(12.8%), 5~10분(10.6%), 3~5분(8.5%), 15분(6.4%) 순이었다.

Table 3. Knowledge and experience of rounds.

Variable	n (%)
Knowledges	
Knowing when doctors arrive	
No	11 (22.4)
Moderate	11 (22.4)
Yes	27 (55.1)
The number of people coming to rounds	
No	22 (44.9)
Moderate	11 (22.4)
Yes	16 (32.7)
Duration of rounds	
No	13 (26.5)
Moderate	17 (34.7)
Yes	19 (38.8)
Contents of rounds	
No	11 (22.9)
Moderate	16 (33.3)
Yes	21 (43.8)
Preparation for rounds	
No	13 (26.5)
Somewhat	17 (34.7)
Yes	19 (38.8)
Experience	
Round time	
Informed round time before rounds	29 (59.2)
Round when informed time	26 (55.3)
Round when I want	19 (39.6)
Sufficiency of round time	
Very insufficient	1 (2.1)
Somewhat insufficient	15 (31.2)
Sufficient	32 (66.7)
Satisfaction	
Satisfied with rounds	3.45 ± 1.06
I understood conversation	3.65 ± 0.95
Room was quiet	4.06 ± 0.77
Conversation with doctors in rounds	
Asked what I want to know	3.75 ± 1.06
Doctors explained what I want to know	3.76 ± 1.03
Solve the question in rounds	3.57 ± 1.06
Relationship with doctors in rounds	
Sympatric	3.86 ± 0.89
Listened carefully	3.96 ± 0.87
Respectful	4.22 ± 0.77
Comfortable	3.98 ± 0.85

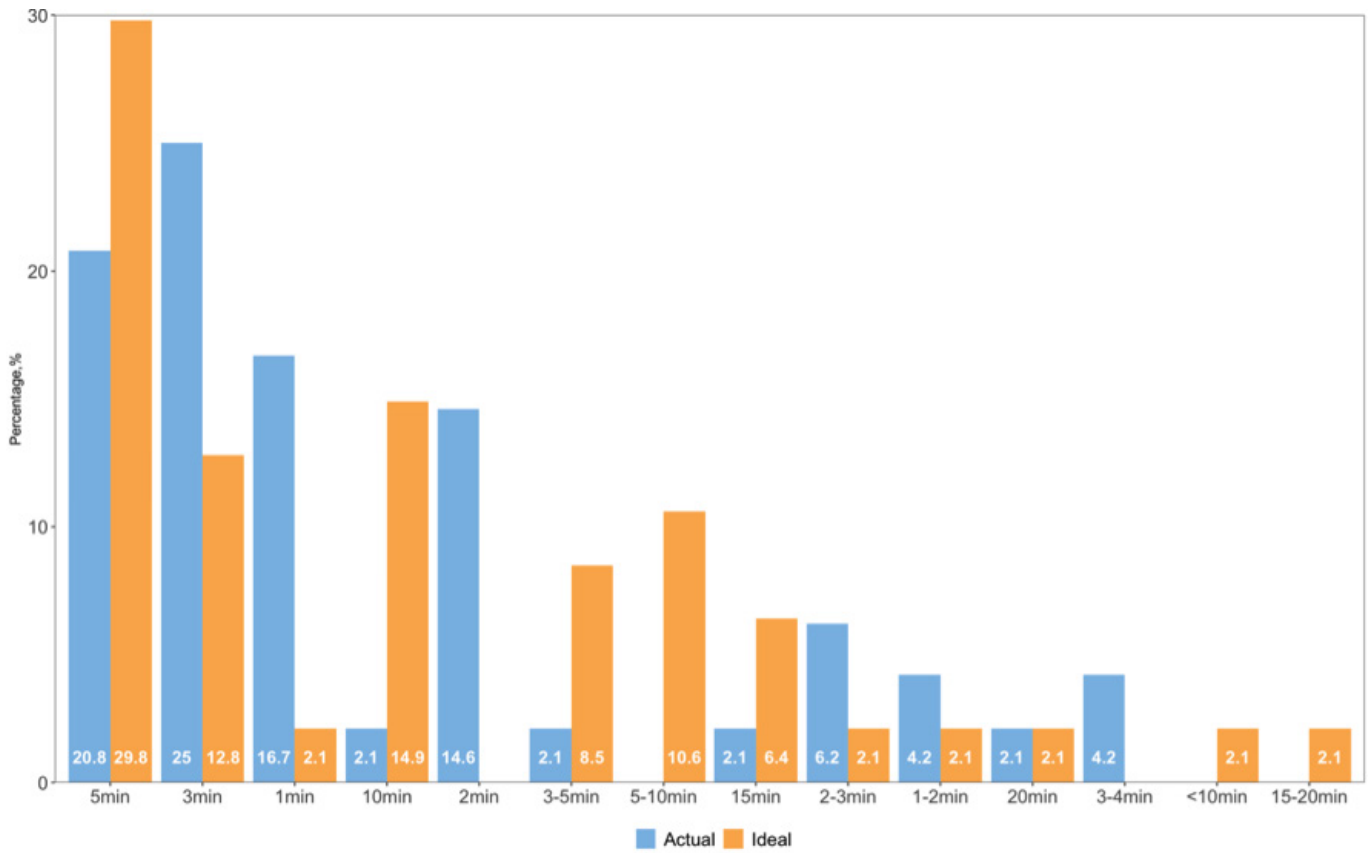


Figure 3. Difference of participants time between actual time of round and ideal time of round.

6) 정보 격차

정보 격차가 가장 큰 항목은 병의 재발 시 확인 방법이었고, 그 다음으로 권장되는 음식과 삼가야 할 음식, 정상시의 취미나 운동 지속 가능 여부, 사회생활에서 어려움을 느낄 시 대처방법, 병으로 인해 추후 생활에 미칠 영향, 다른 신체 부위에 있을 수 있는 문제, 상처 또는 수술 부위의 관리 방법 등의 순이었다. 대부분 병에 대한 정보나 신체와 관련된 정보 문항으로 나타났다 (Table 4).

과별 정보격차의 순위는 내과계(호흡기내과, 내분비내과)의 경우 병의 재발 시 확인 방법, 정상시의 취미나 운동 지속가능 여부, 병으로 인한 감정조절을 위한 도움, 병으로 인해 추후 생활에 미칠 영향, 다른 신체 부위에 있을 수 있는 영향, 검사의 결과, 병으로 인한 신체의 변화 순이었고, 정형외과에서는 병의 재발 시 확인 방법, 상처 또는 수술 부위의 관리방법, 정상시의 취미나 운동 지속가능 여부, 치료로 인한 감염의 취약성 정보, 부작용 발생 시 대처 방법, 권장되는 음식과 삼가야 하는 음식, 병으로 인한 일상생활에의 영향 순이었다.

Table 4. Information needs-sufficiency gaps about information of rounds.

Rank	Category	Mean, score
1	How to check recurrence of disease	1.54
2	What to eat and not to eat	1.34
3	Whether to do hobbies or exercise	1.27
4	How to cope with difficulty in social life	1.22
5	Effects of disease later in lifestyle	1.19
6	Problems in other body parts	1.18
7	How to manage wounds	1.17

7) 회진 만족도와와의 연관성

다음으로 선형회귀분석을 통해 회진 만족도와 ‘회진 시간의 충분도’, ‘의사와의 의사소통’, ‘의사와의 관계’의 연관성을 확인하였다(Table 5). ‘의사와의 의사소통’과 ‘의사와의 관계’ 문항은 각 하위문항의 평균으로 산출하였다. 먼저 단순선형회귀모형으로 분석했을 때 회진 시간의 충분도 ($\beta=0.69, p<.001$), 의사와의 의사소통($\beta=0.37, p=.002$),

의사와의 관계($\beta=0.57, p<.001$)는 모두 회진 만족도에 유의한 영향을 미쳤다. 세 변수가 회진만족도에 미치는 영향을 파악하기 위해 다중선형회귀분석을 실시하였다. 성별과 연령, 그리고 병동을 보정하였을 때, 회진 시간의 충분도가 회진만족도에 미치는 영향이 통계적으로 유의했으며($\beta=0.55, p=.006$), 회진 시간의 충분도는 회진 만족도와 정(+)의 관계인 것으로 나타났다. 다중선형회귀분석 모형이 회진 만족도를 설명하는 정도는 36%였다.

Table 5. Linear regression of rounds satisfaction.

Variable	Univariable				Multivariable			
	Beta	SE ¹	Statistic	P-value	Beta	SE ¹	Statistic	P-value
Sex: female	0.2	0.216	0.941	.351	-0.04	0.204	-0.214	.832
Age	-0.01	0.006	-1.55	.128	0	0.006	-0.722	.475
Department: surgery	0.03	0.225	0.122	.903	-0.02	0.198	-0.108	.915
Sufficiency of round tiem	0.69	0.188	3.67	<.001	0.55	0.191	2.91	.006
Communication w/ doctor	0.37	0.109	3.37	.002	0.12	0.186	0.623	.537
Relationship w/ doctor	0.57	0.131	4.33	<.001	0.36	0.236	1.52	.137
(Intercept)					0.67	0.831	0.801	.428
No. Obs.					49			
R ²					0.444			
Adjusted R ²					0.360			

¹ SE = Standard Error

IV. 고찰

그동안 문헌들은 의료의 질 제고를 위해서 환자중심성의 실현이 중요하다고 강조해왔다. 그런데 환자중심성을 높이기 위해서는 막연한 원리원칙이 아니라 환자-의료진 상호작용에서 ‘협력’과 ‘공유’ 수준을 높이도록 도울 전략이 필요하다[18]. 이 연구는 그 전략의 하나로 환자 중심의 의사소통을 주목했고[19], 구체적으로 회진을 사례로 환자 중심의 의사소통 현황을 알아보고자 했다. 최근 국내 환자 경험 평가 결과 회진에 관련된 환자의 만족도가 전체 평균보다 낮게 나타난 것과[5] 그동안 국내 실증 문헌에서 회진과 환자중심성을 다룬 사례가 희박한 점이 연구의 필요성을 뒷받침했다.

이 연구는 일개 병원에서 진행된 회진을 의사-환자 발화를 단위로 분석했고, 내용의 보완을 위해 회진에 대한 환자의 인식 조사를 병행하였다. 분석 결과, 현재 입원환자 회진은 환자의 기대나 요구에 비해 물리적인 시간이 부족한 것으로 나타났다. 다른 요인들을 통제한 후, 회진의 인식과 경험이 환자의 회진 만족도에 미치는 영향을 파악하기 위해 실시한 다중회귀분석에서는 회진에 대한 기대 대비 실제 충족도(충분하다는 평가)는 회진에 대한 환자의 만족 등 환자 경험에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 정기적인 간호사 회진을 받은 집단이 그렇지 않은 집단에 비해 환자의 만족도가 더 높았다는 선행연구 사례와 비슷한 맥락이라고 할 수 있다[21-22].

환자 중심 의사소통 측면에서 볼 때, 현재의 회진은 대체적으로 환자 중심적이기 어려운 실정을 나타냈다. 현재의 회진은 의사가 의사소통을 주도하고(약 6:4의 비율), 환자의 질문 기회는 회진 당 1회에 불과한 수준이었다. 무엇보다도, 연구에 참여한 환자들은 입원해 있는 본인의 처지와 상태를 이해하고, 적극적으로 참여하기 위해 필수적인 기본 정보에서(patient information) 공유 이해형성(shared understanding)을 하고 있다고 보기 어려운 상황을 드러냈다. 응답자의 40.8%는 회진 전에 회진 시간에 대해 안내를 받지 못했고, 44.7%는 회진이 안내받은 시간에 이루어지지 않았고, 60.4%는 자신이 원하는 시간에 회

진이 이루어지지 않았다고 응답한 결과가 이런 점을 엿보게 한다. 이런 결과는 같은 응답자들이 의사의 경청이나 태도에 비교적 높은 만족을 드러낸 결과와는 큰 대조를 이루는 것으로, 달리 말하면 국내 의료 현장에서 소통의 측면에서 환자 중심성이 강화되기 위해서는 의사 개인이나 환자 개인의 태도 변화 등보다는 물리적인 여건 개선을 위한 선제적이고 전략적인 대안 마련이 필요하다는 점을 역설한다. 예컨대, 비록 임상적으로 큰 중요성(critical)이 없더라도 회진을 기다리는 환자에게는 의미 있는 정보(몇 시에 몇 명의 의료진이 회진에 참여하는지, 어떤 내용이 의사소통될 것인지, 이에 환자 자신은 어떤 준비가 필요한지)를 전달할 수 있는 정보통신 기반의 의사소통 기술의 개발을 고려할 수 있다.

끝으로 회진에 관한 다른 모델이나 사례의 벤치마킹 노력도 필요하다. 한 예는 환자와 가족 중심의 회진(Patient Family Centered Rounds, PFCR) 모델이다[16]. 이 모델은 회진을 환자, 가족, 의료진의 ‘공유 의사소통’ 및 ‘공유 학습’ 모델로 본다는 점에서 전통적인 회진과 차별적이다. 다학제 팀에 의한 회진이나 회진 계획에서 환자 ‘참여’를 강조하는 것도 주목할 점이다[23]. 임미혜와 오진아[24] 등은 이 모델을 소개하면서 4대 C (인지, 소통, 협력과 코칭)를 제시했는데 이 내용들 역시 추가 고찰이나 검토가 필요해 보인다.

V. 결론

이 연구는 환자중심성의 중요한 실현 요건의 하나로 환자 중심의 의사소통을 가정하고 실제 입원환자의 회진을 발화 자료와 설문 자료를 활용해 분석했다. 분석 결과, 회진은 발화의 내용이나 환자의 기대 대비 실제 충족도 차원 모두 환자 중심으로 이뤄지고 있다고 보기 어려운 한계나 제약을 드러냈다.

이 연구의 한계는 자명하다. 일개 병원 일부 과의 환자만이 참여했으며, 연구 취지 및 자료제공에 동의한 환자들에 한정했기에 만족 또는 불만족에 대해 표현 의향이 높은 환자들이 편향적으로 대표될 수 있다. 또한, 코로나19 상황

속에서의 연구라는 어려움 속에 충분히 많은 수의 연구 참여가 이뤄지지 못했다. 따라서 조사의 결과는 표집의 측면에서 보더라도 일반화될 수 없다. 조사의 문항이 문헌에 기초해 있기는 하나, 연구진의 자체 개발 문항을 기준으로 했기에, 도구의 타당성과 신뢰도 측면에서도 한계가 있다.

이런 많은 한계에도 불구하고, 이 연구는 앞으로의 회진이 보다 환자 중심으로 이뤄질 필요가 있고, 특히나 의사소통 측면에서 환자중심성이 강화될 필요가 있음을 보여주는 기초 자료를 제공했다는 점에서 의의가 있다.

VI. 참고문헌

1. Jayadevappa R, Chhatre S. Patient centered care-a conceptual model and review of the state of the art. *The Open Health Services and Policy Journal*. 2011;4(1):15-25.
2. Scholl I, Zill JM, Härter M, Dirmaier J. An integrative model of patient-centeredness - a systematic review and concept analysis. *PloS one*. 2014;9(9):e107828.
3. Epstein RM, Street RL. *Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering*. Washington DC, USA: National Cancer Institute; 2007.
4. Ruben BD. Communication theory and health communication practice: the more things change, the more they stay the same. *Health communication*. 2016;31(1):1-11.
5. Health Insurance Review & Assessment Service. *Patient experience assessment results (2019 2nd)*. Wonju, Korea: Health Insurance Review & Assessment Service; 2020.
6. Korea Institute for Health and Social Affairs. 2017 Korea medical quality report. Sejong, Korea: Korea Institute for Health and Social Affairs; 2017.
7. Patient experience + service design myongji hospital hipex 2016 [Internet]. Seoul, Korea: Welfare News; 2016 [cited 2023 Mar 31]. Available from: <http://www.whosaeng.com/85378>.
8. Lee YJ. An exploratory study on effects of patient-doctor communication factors to influence on medical outcome: applying RIAS [Master's thesis]. Seoul: Seoul university; 2017.
9. Lee MJ. A study on patient-doctor communication during medical consultations in korea. Seoul: Seoul University; 2020.
10. Torke AM, Monahan P, Callahan CM, Helft PR, Sachs GA, Wocial LD, et al. Validation of the family inpatient communication survey. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2017; 53(1):96-108.
11. HCAHPS: Patients' Perspectives of Care Survey [internet]. Baltimore, USA: Centers for Medicare & Medicaid Services. available from: <https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/HospitalQualityInits/Hospitalhcahps>.
12. Forsythe DE, Buchanan BG, Osheroff JA, Miller RA. Expanding the concept of medical information: an observational study of physicians' information needs. *Computers and Biomedical Research*. 1992;25(2):181-200.
13. Lee M, Seo S, Choi S, Park JH, Kim S, Choe YJ, et al. Parental acceptance of COVID-19 vaccination for children and its association with information sufficiency and credibility in South Korea. *JAMA Network Open*. 2022;5(12):e2246624.
14. Stiell A, Forster AJ, Stiell IG, Walraven C. Prevalence of information gaps in the emergency department and the effect on patient outcomes. *Canadian Medical Association Journal*. 2003;169(10):1023-8.

15. Roter, D., Larson, S. The Roter interaction analysis system(RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient education and counseling*. 2002;46(4):243-51.
16. Dijkstra H, Albada A, Cronauer CK, Ausems MG, van Dulmen S. Nonverbal communication and conversational contribution in breast cancer genetic counseling: are counselors' nonverbal communication and conversational contribution associated with counselees' satisfaction, needs fulfillment and state anxiety in breast cancer genetic counseling?. *Patient education and counseling*. 2013;93(2):216-23.
17. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress: a randomized clinical trial. *Archives of internal medicine*, 1995;155(17):1877-84.
18. Castro EM, Regenmortel TV, Vanhaecht, K, Sermeus W, Hecke AV. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*. 2016;99(12):1923-39.
19. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. *Ochsner Journal*. 2010;10(1):38-43.
20. Sisterhen LL, Blaszak RT, Woods MB, Smith CE. Defining family-centered rounds. *Teaching and learning in medicine*. 2007;19(3):319-22.
21. Mulugeta H, Afenigus AD, Wagnew F, Haile D, Tadesse A, Kibret GD. The effect of hourly nursing rounds on patient satisfaction at Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A non-randomized controlled clinical trial. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2020;13:e100239.
22. Negarandeh R, Bahabadi AH, Mamaghani JA. Impact of regular nursing rounds on patient satisfaction with nursing care. *Asian Nursing Research*. 2014;8(4):282-5.
23. Poole K, Moran N, Bell G, Solomon J, Kendall S, McCarthy M, et al. Patients' perspectives on services for epilepsy: a survey of patient satisfaction, preferences and information provision in 2394 people with epilepsy. *Seizure*. 2000;9(8):551-8.
24. Im M, Oh J. An integrative review on family-centered rounds for hospitalized children caring. *Child Health Nursing Research*. 2016;22(2):107-16.