creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

[UCI]I804:24011-200000264394

2014년 2월

박사학위 논문

의사-환자 관계성 측정 척도 개발 및 상호지향성 연구

조선대학교 대학원

신 문 방 송 학 과

박 진 영

의사-환자 관계성 측정 척도 개발 및 상호지향성 연구

A Study on physician-patient Relationship Scale Development & Coorientation Analysis

2014년 2월

조선대학교 대학원
신문방송학과

박 진 영

의사-환자 관계성 측정 척도 개발 및 상호지향성 연구

지도교수 최 양 호

이 논문을 언론학 박사학위 신청논문으로 제출함

2014년 2월

조선대학교 대학원

신문방송학과

박 진 영

박진영의 박사학위 논문을 인준함

위원장	조선대학교 교수	김 성 재	인
위 원	조선대학교 교수	김 봉 철	인
위 원	광주대학교 교수	윤 석 년	인
위 원	남서울대학교 교수	최 명 일	인
위 원	조선대학교 교수	최 양 호	인

2014년 2월

조선대학교 대학원

<목 차>

Abstract

제 1 장 서론 1
제1절 연구의 필요성 1
제2절 연구의 목적과 범위 7

제 2장 이론적 배경 9
제1절 의사-환자 관계성 9
1. 의사-환자 관계성의 중요성 9
2. 의사-환자 관계성 선행연구 11
제2절 조직-공중 관계성 이론 17
1. 조직-공중 관계성의 개념 17
2. 조직-공중 관계성 연구경향 20
3. 조직-공중 관계성 구성요소 25
제3절 상호지향성 모델 33
1. 상호지향성 모델의 개념 33
2. 상호지향성 측정 연구 37
3. 공중관계성의 상호지향성 모델 적용 연구 39

제 3 장 연구문제 및 연구방법 42

제1절 연구문제 ····· 42
제2절 연구방법 ····· 45
1. 의사-환자 관계성 척도개발의 방법과 절차 ····· 45
2. 상호지향성 분석 방법과 절차 ····· 64

제 4 장 연구결과 ····· 66
제1절 의사-환자 관계성 척도개발 연구 결과 ····· 66
1. 탐색적 요인분석 결과 ····· 66
2. 확인적 요인분석 결과 ····· 73
3. 예측타당도 분석 결과 ····· 80
4. 척도 개발 연구결과의 요약 ····· 82
제2절 상호지향성 분석 결과 ····· 84
1. 설문 구성 및 응답자 특성 ····· 84
2. 상호지향성 분석 결과 ····· 90
3. 상호지향성 분석결과의 요약 ····· 97

제 5 장 결론 및 논의 ····· 101
제1절 연구결과에 대한 논의 ····· 101
1. 환자관계성 척도개발 연구결과 논의 ····· 101
2. 상호지향성 분석결과에 대한 논의 ····· 105
제2절 연구의 의의 ····· 110
제3절 연구의 한계 및 제언 ····· 113

참고문헌 ····· 116
부록 1 ····· 135
부록 2 ····· 138
부록 3 ····· 140
감사의 글 ····· 147

<표 목차>

<표 1> 주요 선행연구의 조직-공중 관계성 개념 ····· 19
<표 2> 선행연구의 조직-공중 관계성 구성요소 ····· 28
<표 3> 조직-공중 관계성 연구에 사용된 구성요소 ····· 31
<표 4> 상호지향성 측정 변인 ····· 36
<표 5> 상호지향의 4가지 형태 ····· 38
<표 6> 의사-환자 심층면접 결과 요약 ····· 48
<표 7> 신뢰성 측정 표본문항 ····· 51
<표 8> 충실성 측정 표본 문항 ····· 52
<표 9> 만족성 측정 표본 문항 ····· 53
<표 10> 상호교환성 측정 표본 문항 ····· 54
<표 11> 사회기여성 측정 표본 문항 ····· 55
<표 12> 소통성 측정 표본 문항 ····· 56
<표 13> 전문성 측정 표본 문항 ····· 57
<표 14> 공정성 측정 표본 문항 ····· 58
<표 15> 레포 측정 표본 문항 ····· 59
<표 16> 측정도구 모형의 주요 적합도 지수 ····· 62
<표 17> 응답자의 속성 ····· 67
<표 18> 탐색적 요인분석 결과 1 ····· 69
<표 19> 탐색적 요인분석 결과 2 ····· 71
<표 20> 신뢰도 분석 결과 ····· 73
<표 21> 응답자의 속성 ····· 74
<표 22> 모형 적합도 지수 분석 ····· 77
<표 23> 각 측정항목의 평균, 표준편차, 요인적재치, t-값, 합성신뢰도 ····· 78

<표 24> 구성개념 사이의 신뢰구간 추정(판별타당도) ····· 79
<표 25> 의사 이미지 측정 항목 ····· 80
<표 26> 의사-환자 관계성이 의사 이미지에 미치는 영향 ····· 81
<표 27> 최종 확정된 의사-환자 관계성 측정도구 ····· 83
<표 28> 의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 분석 설문 (1) 의사용 ····· 85
<표 29> 의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 분석 설문 (2) 환자용 ····· 86
<표 30> 상호지향성 분석 응답자의 분포1 (의사) ····· 88
<표 31> 상호지향성 분석 응답자의 분포2 (환자) ····· 89
<표 32> 측정차원별 Cronbach's α 값 ····· 90
<표 33> 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 객관적 일치도 ····· 92
<표 34> 의사-환자 관계성에 대한 주관적 일치도 1 ····· 92
<표 35> 의사-환자 관계성에 대한 주관적 일치도 2 ····· 93
<표 36> 의사-환자 관계성에 대한 정확도 1 ····· 94
<표 37> 의사-환자 관계성에 대한 정확도 2 ····· 95
<표 38> 의사-환자 관계성에 대한 메타동의 ····· 96
<표 39> 상호지향성 형태 분류 결과 ····· 99

<그림 목차>

<그림 1> Chaffee & McLeod의 상호지향성 모델 ····· 34
<그림 2> 의사-환자 관계성에 관한 상호지향성 모델 및 연구문제 모형 ····· 44
<그림 3> 의사-환자 관계성 측정도구 개발 절차 ····· 46
<그림 4> 의사-환자 관계성 측정도구 구조방정식 모형 ····· 76
<그림 5> 상호지향성 분석 결과의 종합 ····· 98

ABSTRACT

A Study on physician-patient Relationship Scale Development & Coorientation Analysis

Park, Jin Young

Advisor : Prof. Choi, Yang Ho.

Department of Mass Communicaion

Graduate School of Chosun University

Public Relations(PR) is a strategic communication process that builds mutually beneficial relationships between organizations and the public. Effective PR communications need organization-public relationships(OPR) scale, because the effectiveness of public relations should be evaluated by the quality of relationships between them.

This study extends organization-public relationships theory to relations between physicians and patients. The purpose of this study is to develop a valid and reliable instrument to measure the Physician-Patient Relationships(PPR). Using the co-orientation Model, this study analyzes the differences of cognitions on PPR between physicians and patients, and the degree of their mutual understanding.

This study has three steps to develop the measurement instrument of PPR. First, the study tests 45 items collected from the literature review and in-depth interviews on five physicians and five patients, using

exploratory factor analysis. This study surveys 300 patients for exploratory factor analysis, In addition, 21 extensive items are tested again with confirmatory factor analysis by surveying 300 patients. Finally the study verifies the instrument through predictive validity analysis.

Through these three steps, this study finalizes a valid and reliable five-dimention scale with nineteen items for measuring PPR. The five dimentions consist of communication, trust, commitment, exchange relationships and justice. The Cronbach's Alpha of five dimensions are all over .70, and the measurement model has a satisfactory model fit. Consequently, the proposed fit statistics model proves to be acceptable, and has a high level of reliability and validity. Additionally, the result of predictive validity test shows that improvement of physician-patient relationships makes physician image better.

This study also examines physician-patient ralationships through surveys of both physicians and patients using the co-orientation model. Through this model, the study analyzes agreement, congruency, accuracy, and meta-agreement between physicains and patients. The coorientation measures indicate that as a whole " physicians estimate physician-patient ralationships as "good" while patients estimate physician-patient ralationships "average", and the differences are especially manifest in exchange relationships, communication, and trust. Overall physicians overestimate patients' cognitions of PPR, and patients underestimate physicians' cognitions of PPR.

The results of this study show that the most important dimension of PPR is communication, and it is important variable in PPR whether or not physicains treat patients fairly. These results are different from previous OPR scale studies. This study indicates that the cognitions of PPR is in the state of false disagreement in trust, and therefore

communication, commitment, exchange relationships and justice is in the state of unbalanced disagreement. This study is expected to provide useful insight into how to establish and maintain good relationships between physicians and patients.

Key words: physician-patient relationships, organization-public relations, coorientation model, agreement, congruency, accuracy, meta-agreement

제 1장 서론

제1절 연구의 필요성

의사는 환자에게 의료 서비스를 제공하는 현대사회의 대표적인 전문가 집단이다. 그런데 의사와 환자의 관계는 일반적인 상품 및 서비스의 공급자와 소비자 간 거래관계와는 그 성격에 차이가 있다. 의사가 공급하는 의료서비스는 환자의 건강 및 생명과 관련되어 있다. 의사의 치료행위에는 환자에 대한 의사의 이해와 의사의 치료에 대한 환자의 공감 및 협력이 요구된다. 그것이 치료라는 목적을 달성하는 데 영향을 미치기 때문이다. 피바디(Peabody)는 "환자 치료의 비밀은 환자 그 자체를 돌보는 것"이라고 말했다(Peabody, 1984, p. 818). 성공적인 치료를 위해서는 의사와 환자 사이의 '관계'가 그만큼 중요하다는 것을 강조한 말이다.

그러나 고도의 전문성을 갖고 환자의 건강과 생명을 다루는 의사와 환자의 관계는 일방적이고 수직적이기 쉽다. 전통적인 의사-환자 관계는 '온정주의'적 관계로 인식됐다. 의사는 환자에게 최선의 결과를 가져올 수 있는 행동을 하고, 환자는 이를 수동적으로 잘 받아들여야 좋은 환자로 여겨졌다(Hellin, 2002). 그런 의사-환자 관계는 점차 커뮤니케이션 과정에 환자의 참가를 강화하는 쪽으로 바뀌어가고 있다. 의사-환자 관계가 치료 결과에 큰 영향을 미친다는 인식이 확산되고, 인터넷의 발달로 환자가 의료지식과 정보에 접근하기 쉬워지고 환자의 권리의식이 향상된 것도 그 배경이라 할 수 있다.

의료기관들이 환자의 기본권을 강조하기 시작한 것은 이런 흐름을 반영한 것으로 해석된다. 세계 각국에서 '환자권리장전'이 제정되고, 우리나라에서도 1993년 3월 환자권리장전이 연세대학교 의료원에서 처음 제정되면서 여러 병원으로 확산되었다. 환자 권리보호에는 정부도 나서, 보건복지부는 2012년 8월 의료법 시행규칙을 개정해 모든 의료기관의 접수창구 및 응급실에 의료관련

법률이 정한 환자의 권리를 게시하도록 하였다(보건복지부, 2012). 하지만 환자권리장전을 제정한 취지가 현재의 의사와 환자의 관계에 충분히 반영되고 있는지는 의문이다.

의료전문지 <청년의사>가 2012년7월 국민 1000명을 대상으로 실시한 여론조사 결과를 보면, 응답자들은 48.2%가 의사가 권위적이라는 데 공감을 표시했다. 의사가 친절하다는 데는 32.2%, 청렴하다는 데는 14.2%만이 동의했다. 응답자들은 의사의 진료수준이나 의료기술, 전문성 등 능력 면에서는 65.2%가 만족했지만 환자를 대하는 태도에 대해서는 56.1%가 불만족을 표시했다(청년의사, 2012). 이는 의사가 여전히 환자와 관계에서 권위적이고 불친절하다는 인식이 환자들 사이에 팽배함을 보여주는 조사 결과다.

한국의 의사들이 직업적인 신뢰도나 직업윤리 측면에서도 국민들이 기대하는 바에 미치지 못하고 있다는 사회적인 인식은 지난 2000년 의약분업 사태 이후로 심화되고 있다(강윤식, 2010). 의사집단은 2000년 의약분업 과정에서의 파업, 2008년 한의사의 초음파기기 사용에 대한 반발 등을 통해 의사집단에 대해 비판적인 논의를 불러 일으켰다. 특히 진료비의 허위 및 부당 청구, 불법 리베이트, 보험사기 방조 등은 의사에 대한 부정적인 이미지를 키웠다(권복규, 2011). 이는 국가가 자격과 수급을 관리하는 전문가인 의사는 그 전문성이 사익을 위해서 쓰이기보다는 공익을 지향해야 한다는 사회적 기대와 충돌하는 것이다. <청년의사>의 2012년 여론조사에서도 의사가 '집단 이기적'이라는 질문에는 53.7%가 동의했다(청년의사, 2012).

의료분쟁과 의료소송의 증가는 의사와 환자 간 의료 서비스를 둘러싼 잠재된 갈등 또한 만만치 않음을 보여주고 있다. 2012년 4월 개원한 한국의료분쟁조정중재원이 2012년 연말까지 약 8개월 동안 접수한 분쟁관련 상담건수는 2만 6,831건에 이르렀다(한국의료분쟁조정중재원, 2013). 한국의료분쟁조정중재원이 사법연감 등의 자료를 바탕으로 작성한 보고서에 따르면, 의사와 환자간 분쟁이 민사소송으로 이어진 사례는 2000년 519건에서 2010년 871건으로, 한국소비자원에 접수된 분쟁조정 건수도 같은 기간 451건에서 761건으로 늘어났다(한국의료분쟁조정중재원, 2013).

그동안 '환자중심 의료'를 주창해 온 것은 의사집단이었다. 이는 의료서비스 시장의 경쟁 심화와 환자들의 권리의식 향상에 대응하기 위한 것이었다. 실제로 의료서비스 시장에서 공급자간 경쟁은 계속 심화되고 있다. 우리나라의 인구 10만 명당 의사 수는 2002년 164명에서 2012년 210명으로 늘어날 정도로 증가 속도가 다른 경제협력개발기구 회원국에 비해 매우 빠르다(이진석, 2013). 이로 인한 의료시장의 경쟁 심화는 공공병원의 적자를 초래하였고, 의사 가운데 개업의의 비율이 꾸준히 감소하고 봉직의의 비율이 늘어나는 것 등으로 나타나고 있다. 이런 의료시장의 환경 변화에 대응하기 위해 의사들은 그동안 첨단 의료장비를 도입하는 것을 매우 중시해왔다. 2011년 국민보건의료실태조사 결과를 보면, 우리나라 병원들의 4대 고가 의료장비 도입률은 경제협력개발기구 회원국 평균 수준을 이미 크게 웃돈다(한국보건사회연구원, 2012). 그 결과에는 부정적인 측면도 적지 않다. 의료기관이 첨단의료장비의 활용도를 높이기 위해 과잉진료를 하고, 그것이 환자의 부담 증가로 이어져 의사에 대한 부정적인 이미지가 생겨나면서 결국 의사-환자 관계에 오히려 악영향을 미쳤다.

의료시장 환경은 의사 수의 증가 외의 요인에 의해서도 급변하고 있다. 국민의 생활수준이 향상되고 건강에 대한 관심도가 증가하면서 질 높고 고급화된 다양한 보건의료 서비스와 건강관리서비스 수요가 늘고 있다. 여기에다 건강보험 재정 악화, 의료시장 개방 등도 의료계에 부정적인 영향을 미쳐왔고, 그 영향은 앞으로 더욱 커질 것으로 예상되고 있다. 의사집단이 이에 대처하기 위해서는 무엇보다 의사 중심 의료에서 환자 중심 의료로 패러다임의 전환이 요구된다(지경자・박천만・이정렬, 2011). 의료서비스 공급자들은 환자에게 '고객'이라는 호칭을 사용할 만큼 의료서비스 마인드를 높이고, 친절한 말투와 함께 환자가 이해하기 어려운 의학 용어를 쉽게 풀어 설명하고, 치료 방법 선택에서도 환자의 참여 필요성을 제기해왔다. 그럼에도 의료분쟁이 꾸준히 증가하고, 의사에 대한 부정적인 이미지가 불식되지 못하는 것은 의사집단이 의료시장 상황변화에 적절히 대처하지 못하고 있음을 보여주는 방증이라고 할 수 있다.

이 연구는 급변하는 의료 환경 아래서 의사가 환자와 상호 호혜적인 관계를 형성하고, 이를 장기적으로 유지하고 발전시켜나가는 것을 핵심 목표로 삼아야 한다는 문제의식에서 출발한다. 성공적인 관계관리는 상호이익에 바탕을 두고 있는 까닭에, 공급자와 소비자간 또는 조직과 공중간의 관계를 오래토록 만족스럽게 유지시키고, 갈등을 예방하며 갈등이 일어날 경우 수습을 쉽게 한다. 또한 공동이익과 공유된 목표, 관계의 지속을 위한 효율적인 관계 관리는 조직과 공중간 상호이해와 상호이익으로 이어지는 역할을 한다(Ledingham, 2003).

의사-환자 관계도 다르지 않다. 의사-환자 간 관계가 좋아지면 궁극적인 목적인 치료 효과에 변화를 줄 수 있고, 의사의 권고나 처치를 환자가 기꺼이 받아들이는 순응도를 높일 수 있다. 특히, 의사 입장에서는 환자 재방문과 유치에 도움이 되고, 의료소송이나 서비스에 대한 불만족을 미연에 방지할 수도 있게 된다(Murphy et al., 2001). 환자와 사이에 좋은 관계를 형성하는 것은 첨단 의료장비의 도입 등과는 차원이 다른 효과를 가져다줄 수 있을 것으로 기대된다.

이 연구에서는 의사-환자 관계를 종합적이고 체계적으로 파악하기 위해 헬스커뮤니케이션 분야의 의사-환자 관계 선행연구의 성과를 종합하고, 조직-공중 관계성(Organization-Public Relationships, OPR) 이론을 도입해 의사-환자 관계성(Physician-Patient Relationships)을 파악하고자 한다. 의사-환자 관계성은 '의사와 환자 간 상호작용을 통해 양자 사이에 형성된 관계의 상태 또는 그 결과'를 의미한다.

PR연구의 핵심은 조직과 핵심공중과의 관계성에 두어야 한다고 퍼거슨(Ferguson, 1984)이 주장한 이래, 이에 공감한 관련 연구가 활발해지면서 조직-공중 관계성 이론은 오늘날 PR학의 중심적 패러다임으로 자리잡고 있다(Grunig, Grunig, & Ehling, 1992). 조직-공중 관계성은 "조직과 공중의 어떤 행동이 상대방의 경제적, 사회적, 정치적, 문화적 복지에 영향을 미치는 조직과 공중사이의 상태"(Ledingham & Bruning, 1998, p. 62)로 정의되며 관계관리 관점의 PR연구의 핵심 개념이다.

그런데 공중과의 관계를 개선하기 위한 조직의 전략적인 커뮤니케이션을 위해서는 무엇보다 조직과 공중간 관계성을 측정할 수 있는 척도가 필요하다. 관계성 척도는 전략적인 커뮤니케이션에 무엇이 중요하고, 덜 중요한지를 드러내주기 때문이다. 그동안 헬스커뮤니케이션 분야에서는 의사와 환자 사이의 관계에 대한 연구가 적지 않았다. 그러나 의사의 커뮤니케이션 기술이나 스타일이 치료효과에 미치는 영향에 대한 연구(Lasen & Smith, 1981; Roter et al., 1995; Stewart et al., 1995; Jackson, 2001; Hall et al., 2002; Dutta-Bergman, 2005), 또는 의사에 대한 신뢰 등 관계의 질이나 깊이에 영향을 미치는 특정 변수를 측정하는 척도개발 연구에 주로 치중해왔다(Ridd et al., 2009; Eveleigh et al., 2012; Koutsosimou et al., 2013). 관계성 개념을 도입해 의사-환자 관계에서 무엇이 더 중요하고 덜 중요한지를 측정할 수 있는 지를 종합적으로 파악하고 이를 측정할 수 있는 척도 연구는 이뤄지지 않았다. 관계관리 관점의 PR학에서는 조직-공중 관계성을 측정할 척도를 개발한 연구가 적지 않다(Broom, 1997; Ehling, 1992; Cutlip, Center, & Bloom, 1994; Bruning & Ledingham, 1998, 1999, 2000; Grunig & Huang, 2002; Grunig, Grunig, & Dozier, 2002; Bruning & Galloway, 2003). 그러나 의사-환자 관계에 주목해, 의사-환자 관계성을 측정하는 척도 개발은 이뤄지지 않았다. 의사-환자 관계가 기업이나 정부기관이 공중과 맺는 관계와 그 속성에 상당한 차이가 있다면, 이를 측정할 별도의 척도가 필요하다 하겠다. 이에 이 연구에서는 조직-공중 관계성 연구의 범위를 확장해, 의사-환자 관계의 특수성을 반영한 의사-환자 관계성 척도를 개발하고자 한다.

조직-공중관계성 척도를 이용한 관계성 측정은 조직의 전략적인 커뮤니케이션 방향 설정에 도움을 준다. 관계성의 측정은 관계성의 질을 파악하게 해주고 해당 조직의 PR커뮤니케이션 활동의 문제점을 드러내준다. 이 연구에서는 개발한 의사-환자 관계성 척도를 이용해 실제로 의사와 환자 각각을 대상으로 의사-환자 관계성을 측정해 분석하고자 한다.

관계성의 측정에서 특히 중요한 것은 조직이나 공중 어느 한쪽이 아니라, 쌍방향에서 이를 측정할 필요가 있다는 점이다. 집단 간의 관계는 관계성에 대

한 상호간 인식을 파악하여 동시에 문제의식을 갖고 해결하고자 할 때 바람직한 개선이 이뤄질 수 있다. 그러나 지금까지 공중관계성 연구의 대부분은 관계성을 측정하는 과정에서 공중 한쪽만을 대상으로 한 측정에 머물러왔다. 쌍방향 측정을 하더라도 각자의 인식만을 측정하고 상대방의 인식에 대한 이해의 정도는 측정하지 않았다는 점이 지적되어 왔다(Seltzer, 2007). 이를 극복하기 위해서는 쌍방의 인식 뿐 아니라, 상대방의 인식에 대한 각각의 추정이 얼마나 정확한지를 분석하는 데 유용한 채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)의 '상호지향성 모델(coorientation model)'을 적용할 필요가 있다. 상호지향성 모델은 두 집단의 인식을 직접 비교하는 '객관적 일치도(agreement)' 뿐 아니라, 자신의 인식과 상대방의 인식에 대한 추정이 얼마나 일치하는지를 보는 '주관적 일치도(congruency)', 상대방의 인식과 이에 대한 추정이 얼마나 일치하는지를 보는 '정확도(accuracy)'를 측정 변인으로 하여 의사-환자 간 상호이해도를 파악하게 해준다. 이 연구에서는 의사와 환자 쌍방의 상대방의 인식에 대한 추정을 비교하는 '메타동의(meta-agreement)'도 파악하여, 의사-환자 간 상호지향이 어떤 상태에 놓여있는지도 분석한다. 분석 결과는 의사와 환자 사이의 인식의 차이 및 상호이해도를 드러내, 의사의 환자 관계 개선 방향에 의미있는 시사점을 제공할 수 있을 것이다.

제2절 연구의 목적과 범위

앞에서 언급한 것처럼 의료서비스 공급자들 사이에 경쟁은 심화되고, 환자의 권리의식이 향상되면서 의사집단에게도 환자와 관계관리를 강화해야 할 필요성이 커지고 있다. 의사가 환자와 상호호혜적인 관계를 구축하고 유지하기 위해서는 먼저 관계성을 측정할 수 있는 척도가 필요하다.

그동안 헬스커뮤니케이션 분야 연구에서는 신뢰성이나 소통성 등을 '의사-환자 관계의 질'이나 '의사-환자 관계의 깊이'를 보여주는 특정 변수에 대한 측정도구를 개발하려는 시도가 있었지만, '관계성' 개념을 도입해 의사-환자 관계를 종합적으로 파악하려는 시도는 없었다. 또 조직-공중 관계성 연구에서도 의료서비스의 공급자인 의사와 수요자인 환자 사이의 관계성 척도를 개발하는 연구는 이뤄지지 않았다.

이에 이 연구에서는 헬스커뮤니케이션 분야의 의사-환자 관계 연구 성과를 바탕으로, PR분야의 핵심 패러다임으로 자리잡은 조직-공중 관계성 연구의 이론적 성과를 의사와 환자 관계에 적용하여 의사-환자 관계성을 측정할 척도를 개발하고, 이를 이용해 의사-환자 관계에 대한 의사와 환자의 인식 및 상호이해도를 분석하고자 한다. 이 연구의 목적을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 이 연구는 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는 신뢰성과 타당성이 검증된 측정도구를 개발해 의사-환자 관계성에 이론화에 기여하고자 한다.

둘째, 개발된 의사-환자 관계성 측정 척도를 채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)의 상호지향성 모델(coorientation model)에 적용해 측정하고 분석하는 것이다. 기존의 많은 연구들이 한쪽 방향, 곧 공중만을 대상으로 한 측정에 머물렀던 것과 달리 이 연구는 상호지향성 모델을 적용해 의사-환자간 인식의 차이와 상호이해도를 확인하고자 한다.

이 연구는 5개의 장으로 구성되었으며, 각 장의 내용을 구체적으로 기술하면 다음과 같다.

연구의 필요성과 연구목적 및 범위를 서술한 1장에 이어, 제 2장은 이 연구의

이론적 틀로서 의사-환자 관계성의 개념과 선행연구를 검토하였다. 그리고 상호지향성 모델의 개념과 이를 공중관계성 측정에 적용하는 의의를 서술하였다. 이러한 논의를 바탕으로 제 3장에서는 측정도구 개발 및 상호지향성 분석의 방법과 절차를 제시하였다. 제 4장은 연구결과로서, 이 연구가 설정한 연구문제에 대해 수집한 자료를 통계처리를 거쳐 실증분석하고, 측정도구 개발 및 상호지향성 분석 결과를 서술하였다. 마지막으로 제 5장에서는 연구결과에 대하여 논의하고, 이 연구의 의의와 한계점 및 향후 연구를 위한 제언을 기술하였다.

제 2장 이론적 배경

제 1절 의사-환자 관계성

1. 의사-환자 관계성의 중요성

환자 치료에서 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 환자와 신뢰 관계를 강조하고 있다.

현대 의학이 발달하는 과정에서 의사들은 의사-환자 관계의 중요성을 더욱 강조해왔다. 피바디(Peabody, 1984)는 의사-환자 관계에서 상호 이해가 성공적인 의약 처방에 필수적이라고 강조했다. 현대 의학의 아버지라 불리우는 윌리엄 오슬러(William Osler, 1932)는 사람이 어떤 종류의 병에 걸렸느냐 만큼이나, 어떤 사람이 병에 걸렸는지를 아는 것이 중요하다며, 환자의 경험과 감정에 대한 의사의 이해의 중요성을 언급했다.

의사-환자 관계의 질이 치료의 결과에 매우 중요하다는 점은 오늘날에도 많은 연구자들에 의해 강조되고 있다. 헬스커뮤니케이션 분야에서 의사-환자 관계에 관한 연구결과들에 따르면, 의사-환자 관계의 질은 질병의 치료과정 및 그 결과에 영향을 미치는 데 그치지 않는다. 환자가 의사와 관계에서 느끼는 만족감은 환자가 특정 의료기관을 선택하고, 계속 찾을지를 결정하는 핵심적인 요인이다(Goold & Lipkin, 1999). 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 않

은 데 따른 괴로움과는 별 관계가 없다는 연구결과를 제시했다.

의사-환자 사이에 '관계의 질'이 치료의 효과, 의사에 대한 만족도, 갈등의 방지와 수습에 이처럼 중요하다면, 그 관계가 어떤 속성을 갖고 있으며 어떻게 측정할 수 있는지를 파악하는 것은 매우 중요한 연구과제다. 관계의 속성을 정확히 파악해야 관계를 개선할 효과적인 PR방안과 전략을 수립할 수 있기 때문이다.

오늘날 의사의 환자 치료 과정은 많은 의료관련 인력의 조력과 의료장비의 지원 아래 이뤄진다. 의사는 수련의뿐 아니라 다른 전문의, 그리고 간호사의 도움을 얻어 환자 치료를 수행한다. 많은 경우 의료장비와 그 장비를 다루는 기술 인력의 지원을 받는다. 간병인 및 의료기관 행정인력도 의사를 지원한다. 의사는 이들로 구성된 진료 및 치료행위를 수행하는 하나의 집합체를 지휘하며, 환자에게는 그 조직을 대신하는 존재로 인식된다.

조직 이론가인 다프트(Daft)는 조직을 "목적 지향성을 갖고, 구조화되고 조정된 활동체계로 디자인되어 외부 환경과 연계된 사회적 실체"(Daft, 2001, p. 5)로 정의했다. 그는 또 조직의 핵심 요소는 건축물이나 정책 및 절차의 집합이 아니며, 조직은 목적을 달성하는 것을 돕는 필수 기능을 수행하기 위해 사람들이 서로 상호작용할 때 존재한다고 했다. 다프트(Daft, 2001)의 견해에 따르면, 현대 사회에서 높은 수준의 전문성을 갖고 서비스를 제공하는 의사, 변호사, 성직자와 같은 전문가들은 그가 어디에 소속해 있든, 핵심 이해당사자에게 하나의 조직과 같이 기능한다.

이 연구에서는 이러한 특성을 가진 의사와 환자 간 관계를 파악하기 위해 의사-환자 관계성(physician-patient relationships) 개념을 도입하고자 한다. 관계성 개념은 관계를 단편적으로가 아니라 전체로서 종합적으로 파악하게 해준다. 이 연구에서 의사-환자 관계성은 '의사와 환자 간 상호작용을 통해 양자 사이에 형성된 관계의 상태 또는 그 결과'를 의미한다. 이는 PR학의 새로운 패러다임으로 자리 잡은 조직-공중 관계성(organization-public relationships) 개념을 의사-환자 관계에 적용한 것이다. 조직-공중관계성 이론은 PR을 "조직이 자신들의 성공과 실패를 좌우할 공중과 사이에 상호 호혜적인 관계를 정의하고, 수립하고, 유지하는 관리 기능"(Cutlip, Center & Bloom, 1994, p. 4)으로 보고, 조직과 공중 간 관계 개선을 위

한 PR이론을 발전시켜왔다. 이 이론의 핵심 개념인 '관계성' 개념을 도입하여 의사-환자 관계를 파악하는 일은 의사와 환자가 상호호혜적인 관계를 형성·유지하고 발전시켜나가기 위해 무엇이 필요한 지 이론적 근거를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

2. 의사-환자 관계성 선행연구

의사-환자 관계에 관한 연구는 의학의 역사만큼이나 오랜 역사를 갖고 있다. 카바와 수리아쿠마란(Kaba & Sooriakumaran, 2007)은 히포크라테스 선서가 의사의 계급적 이익과 사회적 지위를 넘어 의료윤리를 규정한 것으로서, 환자의 요구와 복지, 이익을 다룬 높은 수준의 휴머니즘을 반영하고 있는 것이라고 평가한다. 그러나 히포크라테스 선서에서 유래하는 의료윤리는 의사-환자 관계를 의사가 환자에 시혜를 베푸는 온정주의적인 관계로 파악한다는 점에서 오늘날의 의사-환자 관계와는 거리가 있다. 온정주의적 관점에서 의사-환자 관계는 의사결정을 부모에게 의지하는 부모-자식의 관계로 간주된다. 의사의 역할은 환자에게 최선의 결과를 가져올 수 있는 행동을 하면 되고, 이를 수동적으로 잘 받아들이는 사람이 좋은 환자로 여겨졌다(Hellin, 2002).

현대 의료 커뮤니케이션 연구들은 온정주의적 관점에서 벗어나 의사-환자 관계를 인식해야 한다는 점을 강조해왔다. 부로이어와 프로이트(Breuer & Freud, 1955)는 환자가 단순히 치료의 대상이 아니라, 이해와 안심을 필요로 하는 사람(person)이라고 강조했다. 정신분석학자 발린트(Balint)도 의사가 약이라는 말로 의사-환자 관계의 역동적인 본질을 표현했다(Balint, 1955; Eveleigh et al., 2012 재인용).

의사-환자 관계에 대한 오늘날의 연구는 주로 대인 커뮤니케이션 관점의 헬스 커뮤니케이션 분야에서 진척이 이뤄져 왔다. 연구 경향은 크게 의사-환자 관계를 여러 모델로 분류한 연구(Szasz & Hollander, 1956; Veatch, 1972; Emanuel & Emanuel, 1992; Clarke & Hall, 2004)와 의사-환자 관계의 결과변인을 탐색한 연구

(Lasen & Smith, 1981; Roter et al., 1995; Stewart et al., 1995; Jackson, 2001; Hall et al., 2002; Dutta-Bergman, 2005), 의사-환자 관계의 '질' 또는 '깊이'라는 개념 아래 이를 측정할 수 있는 척도를 개발한 연구(Ridd et al., 2009; Eveleigh et al., 2012; Koutsosimou et al., 2013) 등 세 가지로 분류할 수 있다.

첫째, 의사-환자 관계 모델 연구들은 의사-환자 관계를 여러 유형으로 분류하여 어떤 모델이 더 바람직한지를 탐색하였다.

사즈와 홀렌더(Szasz & Hollender, 1956)는 환자의 질병에 따라 환자의 역할을 달리하여 의사-환자 관계의 유형을 구분했다. 능동-수동(activity-passivity) 모델, 안내-협동(guidance-cooperation) 모델, 상호참가(mutual participation) 모델로 분류할 수 있다고 제시했다. 그러나 이런 분류는 질병의 심각성 외에도 환자의 교육정도나 나이, 성별 등에 따라 의사와 환자의 관계가 달라질 수 있다는 지적이 제기되었다(Ong et al., 1995).

비치(Veatch, 1972)는 의사-환자 관계를 성직자형(priestly), 엔지니어형(engineering), 동료형(collegial), 계약형(contractual) 등 4가지 모델로 분류했다. 성직자형은 '히포크라테스 선서'의 의료윤리에 뿌리를 둔 것으로, 이런 모델의 의사-환자 관계에서 의사는 자신의 전문성에 바탕을 두고 환자의 이익이 무엇인가를 스스로 계산해 환자 치료에 관한 모든 의사결정을 한다. 엔지니어형 모델에서 의사는 환자에게 고용된 엔지니어처럼 환자가 제시하는 옵션에 따라 자신의 의료기술을 사용한다. 동료형 모델의 의사와 환자는 서로 평등하게 책임지는 동료같은 관계를 맺고 있는 상태다. 계약형 모델에서는 의사와 환자가 서로 동의하는 계약을 맺는 관계인데, 여기에서 말하는 계약은 법적인 의미의 계약이라기보다는 서약에 가깝다.

엠마누엘과 엠마누엘(Emanuel & Emanuel, 1992)은 비치(Veatch, 1972)가 분류한 성직자형 및 엔지니어형과 비슷한 의미를 담은 온정주의(paternal) 모델과 정보제공(informative) 모델을 제시하고, 이에 추가하여 해석제공(interpretative) 모델, 심사숙고(deliberative) 모델로 의사-환자 관계의 유형을 분류했다. 해석제공 모델에서 의사는 환자가 추구하는 가치를 자세히 설명하고 해석하는 역할을 하는 카운슬러의 모습이다. 심사숙고 모델의 의사는 환자가 추구하는 가치가 토론을 통해 더

발전적인 방향으로 열려있다고 추정하고, 더 적극적인 역할을 한다.

그러나 클라크와 홀(Clarke & Hall, 2004)은 이론적인 모델은 토론에는 도움이 될지 모르지만, 실제 임상과 잘 일치하지 않는다고 주장했다. 이론적 모델들은 마치 환자가 가족이나 사회관계에서 동떨어져 홀로 의사결정을 하는 것으로 간주하는데, 실제 환자들은 홀로 의사결정을 하지 않는다는 것이다. 바람직한 의사-환자 모델에 대한 환자의 선호에는 다양한 변수가 작용하며, 하나의 가장 좋은 모델을 찾으려는 노력은 잘못된 가정에 바탕을 두고 있다고 이들은 지적했다(Clarke & Hall, 2004).

둘째, 의사-환자 관계 연구의 다른 한 흐름은 의사-환자 관계를 좌우하는 여러 요인들에 대해 그 결과변인을 탐색한 연구들이다. 특히 의사의 커뮤니케이션 기술이나 커뮤니케이션 스타일에 대한 연구가 많이 진행되어 왔다. 로터 등(Roter et al., 1995)은 의사의 커뮤니케이션 기술 훈련의 효과를 분석한 연구에서, 의사의 커뮤니케이션 기술 향상이 환자의 정서적 불안을 줄여준다는 연구결과를 제시했다. 스튜어트(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.

셋째, 의사-환자 관계의 '질' 또는 '깊이'를 측정하는 척도를 개발한 연구들은 특정 요인을 중점적으로 탐색한 연구와 의사-환자 관계의 질을 종합적으로 측정하는 척도를 개발하려 시도한 연구로 나뉜다.

홀 등(Hall et al)은 1차 진료를 담당하는 의사에 대한 환자의 신뢰성 측정방법에 대한 연구에서 "의사-환자 관계에서 신뢰의 중요성은 오래전부터 인식돼 왔지만, 아직까지 체계적으로 분석되거나 측정되지 못해왔다"(Hall et al., 2002, p. 294)며, 앞선 연구의 신뢰성 측정도구들의 문제점을 지적하고 새로운 측정도구를 제시

하였다. 이들은 측정문항이 될 수 있는 문항 풀을 구성해 응답 자료를 수집한 뒤, 크론바흐 알파(cronbach's α)값을 이용해 인자함(fidelity)과 전문성(competence), 정직(honesty), 포괄성(global)을 나타내는 10개의 항목으로 구성된 신뢰의 척도를 제시했다. 홀 등(Hall et al., 2002)은 자신들이 개발한 척도로 평가하는 신뢰는 환자가 의사와 관계를 유지하기를 바라고, 친구에게 그 의사를 기꺼이 소개할 의지를 갖게 만드는 만족도과 깊이 관련돼 있으며, 불만의 감소와 관계의 지속성, 방문횟수 등과 밀접한 상관관계가 있음을 보여준다고 하였다. 이들의 연구에서 신뢰는 만족이나 의사소통, 그리고 전문성과 프라이버시 등을 모두 포괄하는 개념이다.

의사-환자 관계의 질을 종합적으로 측정하기 위한 척도를 개발하려는 시도는 그 역사가 그리 길지 않다. 리드 등(Ridd et al., 2009)은 그동안 의사-환자 관계의 중요성이 많이 강조돼 왔지만, 그것이 어떻게 정의될 수 있는지 분류하는 기준들이 부족해 연구가 제약을 받고 있다며 의사-환자 관계의 '깊이'를 종합적으로 측정할 수 있는 척도 개발을 시도했다. 이들은 선행연구들이 의사-환자 관계의 질을 측정할 때 '신뢰' 와 같은 한 가지 요인에 초점을 맞추고 '당신은 이 의사를 얼마나 잘 아십니까' 등의 매우 포괄적인 질문으로 측정문항을 구성해 만족스럽지 못하다고 지적했다. 리드 등은 환자들과 인터뷰를 통한 질적 연구를 통해, 의사-환자 관계를 발전시키고 유지시키는 요인으로 '장기간 치료'와 '환자의 상담경험'을 제시하고 관계의 깊이를 평가할 수 있는 요인으로는 지식, 신뢰, 충성도와 배려를 제시했다. 측정문항으로는 '나는 이 의사를 잘 안다', '이 의사는 환자가 아닌 한 사람으로서 나를 안다', '이 의사는 내가 사물에 대해 어떻게 느끼는지를 안다', '나는 이 의사에게 무엇을 기대할 수 있는지 안다', '이 의사는 정말 나를 잘 치료한다', '이 의사는 나를 진지하게 대한다', '이 의사는 나를 있는 그대로 받아들인다', '나는 이 의사를 만나면 긴장이 풀린다' 등 8개를 도출했다. 이블레이 등(Eveleigh et al., 2012)은 리드 등(Ridd et al., 2009)이 제시한 지식, 신뢰, 충성도, 배려 등 요인과 관련해 237개 의학 관련 저작물로부터 측정문항 표본을 추가로 수집한 뒤 검증하여, 측정문항을 19개로 확장했다.

쿠초시모 등(Koutsosimou et al., 2013)은 그리스 이오아니아 대학병원 의사 72명과 환자 461명에게 의사-환자 관계에 관한 질문(의사 대상 122개, 환자 대상 137

개)을 던져 의사-환자 관계를 평가할 수 있는 16개의 문항을 최종적으로 추출해냈다. 문항은 '우리는 서로 믿는다', '이 의사를 방문한 것에 나는 매우 만족스러웠다', '나는 그에게 공감한다', '우리는 서로 이해한다', '그는 내 목표가 무엇인지 정확히 안다', '우리는 최선의 결과를 위해 우리가 따르고 있는 절차에 동의한다', '우리 사이의 관계는 매우 중요하다' 등 8개의 긍정적 의미를 담은 질문과, 비슷한 의미의 8개의 역문항으로 구성됐다. 쿠초시모(Koutsosimou et al., 2013) 등은 이들 측정문항이 '신뢰'와 '만족', '충실성'에 관한 질문으로 구성돼 있지만, 전체를 포괄하여 '커뮤니케이션'을 측정하는 것으로 볼 수 있다고 하였다.

국내에서도 의사-환자 간의 관계에 영향을 주는 커뮤니케이션에 관련된 연구가 활발히 진행돼 왔다(김대현, 2006; 김민정, 2009; 김봉관・이강호, 2009; 김상우・김광호・장영혜, 2009; 김유경・우종필, 2008; 박용익, 2006; 서판수, 2002; 양은배, 2008; 이두원, 2000; 임지혜・이기효・백수경, 2009; 최명일・김봉철・장지영, 2011; 한혜경・김주미, 2011). 그러나 의사-환자 관계에 '관계성'의 개념을 도입한 연구는 아직 찾아보기 어렵다. 더욱이 의사-환자 관계성 척도를 개발한 연구는 전무하다.

최근에는 병원이라는 조직과 환자라는 공중을 대상으로 한 조직-공중 관계성 연구도 진행되고 있다. 정지은・이유나(2010)는 병원-환자 관계성을 개념화하고 병원이 환자와의 관계성을 증진시킴으로써 환자의 재방문과 구전효과가 증진된다는 결과를 제시했다. 또 구자은(2011)은 대학병원과 환자라는 공중을 대상으로 삼아 대학병원 인터넷 홈페이지를 통해 지각된 대화적 관계가 병원과 환자 간의 관계성을 어떻게 형성하는지 규명하고자 했다.

이상에서 살펴본 바와 같이 헬스 커뮤니케이션 분야에서는 그동안 의사-환자 관계에서 신뢰 같은 특정 변수를 측정할 수 있는 척도 연구가 주로 이뤄져 왔고, 의사-환자 관계의 질이나 깊이라는 개념 아래 이를 종합적으로 측정할 수 있는 척도 연구는 최근에야 조금씩 시도되고 있다. 실제로 이블레이 등(Eveleigh et al., 2012)은 의사와 환자 간 관계성의 개념화는 아직 충분히 이뤄지지 못했다고 지적했다. 리드 등(Ridd et al., 2011)도 지식, 신뢰, 충성도, 배려를 구성요소로 하여 8개의 측정문항으로 만든 '의사-환자 관계의 깊이' 척도 연구에서 의사-환자 관계의

질이 환자 치료와 어떤 관련이 있는지 앞으로 측정도구의 신뢰도와 타당도를 더 검증해야 할 것이라고 결론지었다. 공중관계성 연구에서도 의사-환자 관계를 종합적으로 파악하기 위한 척도 연구는 아직 찾아보기 어렵다.

이에 이 연구에서는 의사-환자 관계에 관한 헬스 커뮤니케이션 분야의 연구성과에 조직-공중 관계성 연구의 이론적 성과를 접목하여 신뢰도와 타당도를 엄밀히 검증한 의사-환자 관계성 척도를 개발하고자 한다. PR을 관계관리 기능으로 보는 조직-공중 관계성 이론은 관계성을 측정하는 척도개발 연구에서 상당한 진척을 보여 왔다. 따라서 이 연구에서는 조직-공중 관계성에 관한 선행연구들을 함께 살펴보기로 한다.

제 2절 조직-공중 관계성 이론

1. 조직-공중 관계성의 개념

퍼거슨(Ferguson)은 지난 1984년 미국의 대표적인 언론학회인 AEJMC(The Association for Education in Journalism and Mass Communication)에서 조직과 그 핵심공중 간의 관계가 앞으로 PR연구의 요체가 되어야 한다고 주장했다. 퍼거슨(Ferguson, 1984)은 1975~1984년 사이 'Public Relation Review'에 실린 171편의 논문을 조사한 결과, 연구의 초점이 사회책임과 윤리, 사회적 이슈와 이슈관리, 그리고 공중관계성 등 세 가지에 맞춰져 있었다며, 앞으로는 공중관계성이 PR 이론의 발전에 가장 잠재력이 큰 영역이라고 강조했다(Ferguson, 1984). 퍼거슨(Ferguson)이 주장한 핵심은 PR연구의 초점이 더는 조직이나 공중 또는 관계 그 자체여서는 안되고, 조직-공중 관계성(organization-public relationships)이 연구의 단위가 되어야 한다는 것이다. 그 이후, 조직-공중 관계성 개념은 많은 PR학 연구자들에 의해 채택됐다.

조직-공중 관계성 연구는 크게 분석단위로서 관계성에 초점을 맞추는 쪽과, 이를 이론화하고 더 큰 틀의 패러다임을 정립하는 쪽의 두 가지 방향으로 이뤄져왔다(Austin, 2008). 그러나 조직-공중 관계성의 개념은 오랜 기간 그 정의가 모호한 상태로 남아있었다. 브룸과 케이시, 리체이는 "조직-공중 관계성에 대한 엄밀한 개념 정의의 부재가 PR 이론 정립에 제한을 가하고 있다"(Broom, Casey, & Ritchey, 1997, p. 96)고 지적했다. 이런 문제제기에 부응해 연구자들은 공중관계성 개념에 대한 정의를 진척시켰다.

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. 이들은 관계란 하나 이상의 기본적인 특성을 가지고 있으며, 만족, 신뢰, 상호통제, 헌신과 같은 개념들이 관계의 특성을 반영한다고 설명하면서 조직-공중 관계성을 조직과

공중이 서로를 신뢰하고 서로가 정당한 영향력을 행사할 수 있으며, 서로에 대한 만족을 느끼고, 상대방에게 헌신하는 정도로 정의하였다(Ledingham & Bruning, 1998). 이에 대해 양(Yang, 2007)은 레딩햄과 브루닝의 정의가 '관계성의 영향력'에 초점을 맞춘 것이라고 분석했다.

브룸과 케이시, 리체이는 "조직과 공중간 관계는 상호작용, 계약, 교환, 연계의 유형들로 대변된다. 관계성은 개인들과 사회적 집합체들의 정체성이나 특성, 인식과는 구별되는 속성을 갖고 있다"(Broom, Cathy, & Ritchey, 2000, p. 18)고 주장했다. 즉, 이들은 공중관계성을 '관계 형성의 과정'으로 보았다.

후앙은 개념화와 측정이 가능한 관계성의 특성에 바탕을 두고 공중관계성을 "조직과 공중이 서로를 신뢰하는 정도, 서로에게 영향을 미치고 만족을 경험하게 할 정당한 힘을 가졌다는 데 동의하는 정도, 상대방에게 충실한 정도"(Huang, 1997, p. 12)라고 정의하자고 제안했다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 조직의 행동이나 의사결정에 영향을 받거나 공중의 행동에 조직이 영향을 받게 될 때 발생하는 것이라고 설명했다. 김(Kim, 2001)은 공중과 장기적이고 긍정적인 관계를 형성하고 유지하기 위해 노력하는 조직에 대해 공중이 갖는 인식이라고 정의했고, 이런 정의는 조삼섭(2006)이 이어받았다. 헝(Hung, 2001)은 조직-공중 관계성이 조직과 그 핵심공중이 상호의존적이고, 상호의존성이 조직에 관리를 필요로 하는 결과를 낳을 때 발생한다며, 상호의존성이 서로에게 미치는 결과에 초점을 맞춰 정의했다. 이들의 조직-공중 관계성 정의는 '관계성의 결과'에 초점을 맞추고 있다(Yang, 2007). 선행연구에서 정의한 조직-공중 관계성의 정의를 정리하면 다음의 <표 1>과 같다.

<표 1 > 주요 선행연구의 조직-공중관계성 개념

선행연구	조직-공중 관계성의 정의
Ferguson(1984)	조직과 공중의 상호작용의 질적 표현
Broom, Casey & Ritchey (1997)	조직과 공중간의 연계와 교환(exchange), 거래(transaction), 상호작용(interaction)의 유형들
Ledingham & Bruning(1998)	조직이나 공중의 어떤 행동이 상대방의 경제적, 사회적, 정치적, 문화적 복지에 영향을 미치는, 조직과 공중 사이에 존재하는 상태(state)
Hon & Grunig(1999)	조직의 행동이나 의사결정에 영향을 받거나 공중의 행동에 조직이 영향을 받게 될 때 발생하는 것
Huang(1997, 2001)	조직과 공중이 서로를 신뢰하는 정도, 서로에게 영향을 미치고 만족을 경험하게 할 정당한 힘을 가졌다는 데 동의하는 정도, 상대방에게 충실한 정도
Kim(2001)	공중과 장기적이고 긍정적인 관계를 형성하고 유지하기 위해 노력하는 조직에 대해 공중이 인식하고 있는 정도
Hung(2001)	조직과 그 핵심공중이 상호의존적이고, 상호의존성이 조직에 관리를 필요로 하는 결과를 낳을 때 발생
Jo(2003)	공중과 장기적인 우호적 관계를 구축, 유지하기 위해 노력하는 조직에 대한 공중의 인식

이처럼 조직-공중 관계성 개념에 대한 정의는 학자들에 따라 강조점에 조금씩 차이가 있을 뿐 아니라 매우 추상적이고 포괄적이지만 그 공통점은 PR의 목적을 커뮤니케이션의 전략적 관리를 통해 조직과 핵심공중 간 호혜적 관계를 구축하는 데 둔다는 점이다. 여기에서 조직-공중 관계성은 관계관리 관점 PR연구의 핵심 개념이 된다. 일찍이 커틀립, 센터, 블룸은 PR을 “조직이 자신들의 성공과 실패를 좌우할 공중과 사이에 상호 호혜적인 관계를 정의하고, 수립하고, 유지하는 관리 기능”(Cutlip, Center, & Bloom, 1994, p. 4)이라고 정의했다. 또한 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 2000)은 상징적인 커뮤니케이션 메시지와 상호호혜적인 조직-공중 관계성을 창출하고, 형성하고, 성숙시키고 유지하기 위한 조직의 행동을 연결시키는 것으로서 ‘관계관리’라는 개념을 제시했다. 관계관리 관점의 PR학자들은 조직과 공중간 관계성의 질이 높아지면, 소송이나 규제, 압력, 캠페인, 보이콧같

은 부정적인 관계성이 가져다줄 결과를 예방해줄 수 있고, 관계가 악화됐을 때 부담하게 될 비용을 줄일 수 있다고 강조한다(Huang, 2001).

조직-공중 관계성 이론은 PR의 개념을 '일방향적인 설득을 통해 널리 알리는 홍보'에서 '쌍방향적이고 상호작용적인 공중과의 관계관리적인 커뮤니케이션'으로 바꾸었다. 그리고 이런 PR 개념은 이제 널리 받아들여지고 있다. 2012년 미국PR협회(PRSA)도 미디어 관계관리와 홍보에 중점을 두고 지난 1982년에 채택했던 PR의 정의를 수정했다. 즉, PR은 조직과 공중 사이에 상호호혜적인 관계를 구축하는 전략적인 커뮤니케이션 과정(PRSA, 2012)이라고 새롭게 정의되었다. 여기에서 말하는 공중은 핵심 이해당사자(key stakeholder)이며, '과정'은 '관리 기능'을 뜻한다. 퍼거슨(Ferguson, 1984)에서 시작해 2010년까지의 조직-공중 관계성 연구를 분석한 빌겐(Billgen, 2012)은 조직-공중관계성 이론이 아직은 매스커뮤니케이션 연구 분야에서 완결되고 성숙한 이론은 되지 못하였지만 여전히 큰 가치가 있으며, 많은 현상과 상황에 적용될 기회를 갖고 있다고 평가했다. 이처럼 최근 PR학의 핵심 주제는 조직-공중 관계성이며, 학자들마다 다양한 차원에서 논의가 꾸준히 이어지고 있다.

2. 조직-공중 관계성 연구경향

그루닉(Grunig, 2006)과 헝(Hung, 2006)은 공중관계성 이론이 크게 관계배양전략(relationship cultivation strategies)과 관계관리의 결과 탐색, 관계성의 유형 연구로 구성되어 있다고 제시했다. 공중 관계성 연구경향에 대한 맨(Men, 2012)의 분석에 따르면, 그동안의 조직-공중관계성 연구의 경향이 관계배양전략(Huang, 1997; Hon & Grunig, 1999; Grunig & Huang, 2000; Hung, 2002, 2006; Ki, 2004; Ki & Hon, 2007)과 관계성의 결과를 측정하는 척도연구(Bruning & Lambe, 2001; Grunig & Huang, 2000; Hon & Grunig, 1999; Huang, 1997; Huang 1999, 2001; Kim, 2001; Hung, 2002, 2006; Ki & Shin, 2005; Jo, 2006)에 주로 집중되어왔고 관계성의 유형에 대한 연구는 그리 많지

않다. 이 연구에서는 공중관계성 결과변인에 관한 연구는 공중관계성의 선행요인인 관계배양전략이나 관계유지전략에 관한 연구와 하나의 흐름으로 묶어 연구 경향을 살펴보고자 한다.

1) 공중관계성의 유형에 관한 연구

조직-공중 관계성의 유형에 대한 연구는 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1998)의 연구와 헝(Hung, 2005)의 연구로 대표된다. 이는 공중과 상호의존적인 관계를 맺고 있는 조직은 자신이 공중과 맺고 있는 관계의 유형을 파악함으로써, 질적으로 더 좋은 유형으로 관계성을 변화시킬 수 있는 PR 전략에 대한 시사점을 얻을 수 있다.

조직-공중 관계성 연구의 초기 단계에서 학자들은 공중관계성의 유형을 공존관계(communal relationship)와 교환관계(exchange relationship)로 분류했다(Clark & Mills, 1993). 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1998)은 관계성의 유형을 크게 전문적 관계(professional relationship), 대인적 관계(interpersonal relationship), 커뮤니티 관계(community relationship)로 구분했다.

헝(Hung, 2005)은 공존관계와 교환관계에 새로운 조직-공중 관계성의 유형을 추가했다. 그는 매우 이타적인 수준에서부터 매우 이기적인 수준까지 하나의 연속선상에 있는 상호공존적(mutual communal), 서약적인(covenantal), 조종하는(manipulative), 착취하는(exploitative), 계약적인(contractual), 공생적인(symbiotic) 관계성으로 분류해 제시했다. 상호공존적 관계는 쌍방이 서로의 복지에 대해 신경을 쓰는 관계이며, 서약적 관계란 서로 상대를 향해 열려있는 교환관계를 뜻한다. 그리고 계약적 관계는 말 그대로 계약에 의해 이어지는 관계를, 공생적인 관계는 상대로부터 서로 이익을 얻는 관계를 말한다.

관계성 유형 분석은 실제 조직-공중관계성을 분류하는 연구에도 응용되었다. 멘(Men, 2012)은 전통적인 관계성 유형에 헝(Hung, 2005)이 제시한 관계

성 유형을 함께 적용해, 중국 15개 기업의 공중관계성 유형을 탐색했다. 그는 PR담당자와 전략가를 대상으로 한 심층인터뷰를 거쳐 이들 기업들의 관계성 유형 가운데 가장 일반적인 것은 교환관계라고 제시했다. 그는 기업과 공중이 윈-윈(win-win)관계인 상호공존적 관계와 교환관계, 서약적 관계는 기업에 혜택을 가져다주는 전략적 자원이며, 기업이 시장에서 경쟁하는데 도움을 주는 전략적 자원으로 간주된다고 설명했다.

2) 공중관계성의 선행요인과 결과변인 연구

조직과 공중의 관계가 중요하다면 관계의 질을 향상시킬 수 있는 방법은 무엇인가? 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 조직-공중관계성의 선행요인으로 관계유지전략과 관계배양전략을 제시했다. 이들은 접근(access), 적극성(positivity), 개방(openness), 보증(assurance), 네크워킹(networking), 업무 분담(sharing of tasks) 등의 관계유지전략이 상호통제, 신뢰, 관계충실성, 관계만족성같은 공중관계성의 결과를 산출한다고 하였다. 이런 구성개념들은 후속연구에 활용되었다. 기와 신(Ki & Shin, 2006)은 1985~2004년 사이의 공중관계성 연구에서 제시된 관계유지전략으로 네트워킹, 개방, 보증, 적극성, 접근, 업무분담을 꼽았다.

공중관계성의 효과에 관한 연구들은 공중관계성이 조직의 이미지나 평판에 어떤 영향을 미치는지, 조직의 위기상황에서 공중의 태도에 어떤 영향을 미치는지 등을 분석해왔다. 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1998)은 '고객만족도'가 핵심 공중과의 관계에 의해 영향을 받는다고 하였다. 그루닉과 후앙(Grunig & Huang, 2000)은 기업의 평판과 공중관계성과 관계에 관한 연구에서, 기업평판이 공중관계성과 밀접한 관계를 갖고 있다며 평판을 공중관계성의 직접적인 산물로 파악하였다.

그러나 양(Yang, 2007)은 기업평판과 공중관계성의 인과관계에 관한 연구에서 조직과 직접 경험적 관계를 가지는 공중의 경우 공중관계성이 기업평판에 영향을 미칠 가능성이 높은 반면 조직과 간접적인 관계를 갖는 공중은 기

업평판이 관계성에 영향을 미친다고 하였다.

김충현・오미영(2003)은 조직-공중 관계성과 기업이미지의 관계를 상징적 관계와 행위적 관계의 상호작용적 측면에서 살펴보면서, 공중의 관계성 평가는 그 조직의 이미지에 근거할 수도 있으며 반대로 조직에 대한 이미지가 그 조직과의 관계성에 근거할 수도 있다고 설명하였다.

한편 쿰스(Coombs, 2007)는 위기상황에서 조직-공중관계성의 정도에 따라 어떤 결과를 낳는지를 연구해, 공중과의 관계성의 질과 역사가 어떠한가에 의해 공중의 위기상황 대응 과정에서 결과가 달라질 수 있다고 분석했다. 기와 혼(Ki & Hon, 2007)은 만족성과 상호통제성이 '조직에 대한 긍정적인 태도'를 가장 잘 예측하게 하며, 긍정적인 태도는 지지행동에 나서게 할 의도를 동반한다는 연구결과를 제시했다.

3) 공중관계성 척도 연구

조직-공중 관계성을 측정할 수 있는 척도 개발 연구는 공중관계성 연구가 시작되던 초기부터 이뤄져왔다. 신뢰성과 타당성을 갖춘 공중관계성 척도는 연구자와 PR실무자들에게 관계성을 측정할 수 있는 방법과 도구를 제공한다. 관계관리 관점의 조직-공중관계성 이론이 발달하기 이전의 PR커뮤니케이션 연구에서는 뉴스클리핑의 숫자나 방송 리포트의 횟수를 세는 것으로 PR의 효과를 평가할 수 있었으므로, PR의 가치를 반드시 측정할 필요가 없었다. 그러나 매개 커뮤니케이션에서 관계관리 관점으로 PR학 패러다임에 대전환이 이뤄지면서, 관계성을 형성하고 그것이 조직에 미치는 영향을 측정할 필요가 대두되었다(조삼섭, 2006).

본격적인 조직-공중 관계성 척도 개발 연구는 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999), 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1999)에 의해 시작되었다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 관계성의 측정에서 조직이나 공중 어느 한 쪽이 관계성에 대해 갖고 있는 인식에 초점을 맞출 것을 제안했다. 이들은 관

계성을 측정하는 요소로 신뢰성, 상호통제, 충실성, 만족성, 공존관계, 교환관계 등 6가지 구성요소에 대한 측정문항을 만들었다. 이들은 후속연구에서도 이 척도를 이용해 몇몇 조직에 대한 공중의 인식을 측정한 자료를 분석하여, 측정문항의 신뢰도를 검증하였다. 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1999)은 혼 등(Hon & Grunig, 1999)과 달리, 조직-공중 관계를 전문적 관계, 대인적 관계, 커뮤니티 관계로 나누어 척도의 신뢰도를 검증했다.

그 뒤 김(Kim, 2001)은 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)의 척도의 신뢰성, 충실성이란 구성요소에 커뮤니티 관여(community involvement), 평판(reputation)이란 구성요소를 추가하여 신뢰도와 타당도 검증을 거친 척도를 제시했다. 후앙(Huang, 2001)은 동양사회의 문화적 특성을 반영하여 체면과 호혜(face and favor)이라는 구성요소를 추가하여 설문응답 자료를 수집한 뒤, 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석 등을 거쳐 신뢰도와 타당도를 검증한 공중관계성 척도를 개발했다. 조삼섭(2006)은 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)의 공중관계성 측정도구를 대상으로 미국 대학생을 표본으로 자료를 수집해 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석을 거쳐 신뢰도와 타당성 검증을 실시했다.

후앙과 장(Huang & Zhang, 2012)은 공중관계성의 척도를 다루는 시각을 크게 두 가지로 구분한다. 하나는 공중관계성을 조직에 대한 공중의 태도라는 관점으로 정의하는 학자들의 시각으로, 이들은 공중관계성을 독립변수로 보고 공중의 태도나 평가, 행동들에 대한 공중관계성의 효과를 탐색했다. 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1999), 브루닝과 갤러웨이(Bruning & Galloway, 2003) 등의 척도가 이를 대표한다. 다른 하나는 공중관계성을 관계의 결과로서, 즉 PR의 효과를 매개하는 종속변수로 파악하는 시각이다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999) 및 후앙(Huang, 2001)의 척도가 이를 대표한다.

두갈(Dougall, 2005)의 공중관계성 측정 연구는 이런 흐름과는 조금 다른 특징을 갖고 있다. 두갈은 공중관계성에 대한 사람들의 인식을 측정하는 대신에, 관계성 그 자체를 측정해야 한다는 요청에 부응하는 연구결과를 처음으로 제시했다. 그는 공중관계성의 측정에서 특정 시점이 아니라, 시간 간격을 두고 측정하는 것의 중요성을 강조했다. 그는 21년 간의 신문 표제를 분석해, 조직

과 사회운동가(activist)들 사이의 관계성을 측정했다. 두갈(Dougall, 2005)은 갈등이나 협력 상태를 반영하는 양자 간 직간접적 인용문을 찾아내, 관계성이 시간의 흐름에 따라 변화한다는 연구결과를 제시했다.

공중관계성 연구는 정당 등 정치관련 조직, 비정부기관 및 비영리기구, 정부조직 등으로 연구대상 영역을 점차 확장해가고 있다(Huang & Zhang, 2012). 박현순(2009)은 노동부와 정책공중간의 공중관계성 척도를 연구했다. 그는 선행연구의 구성요소를 재구성해 상호통제성, 커뮤니케이션 균형성, 신뢰성, 만족도, 충실도, 친숙도를 선별했고, 여기에 정부기관의 공중관계성 구성요소로 '상호이해도'와 '정책동의도'를 추가하였다. 연구 결과 순수성적 신뢰성, 공언이행적 신뢰성, 능력적 신뢰성, 만족도, 상호통제성, 커뮤니케이션 균형성, 정책동의도의 설명력이 크다고 결론지었다. 또 조수영・조경숙・배지양(2012)은 조직-공중 관계성 개념을 정당-유권자 관계에 적용하여, 호의성(친숙도 1문항 포함), 상호이해도, 커뮤니케이션 균형성, 정책동의도라는 구성요소가 정당지지도를 설명한다고 분석했다.

보트리와 워터스(Bortree & Waters, 2010)는 비정부기구와 자원봉사자들 사이의 관계성 연구에서 충실성, 상호통제성, 만족성, 신뢰성 외에 '존경(admiration)'을 구성요소로 추가해 관계성의 질을 측정했다. 이들은 마케팅 분야와 대인관계 분야의 연구들로부터 개념을 차용해 존경을 '관계 파트너가 서로를 존중하고 가치 있게 평가하는 정도'로 정의했다. 그러나 이 연구는 척도개발의 엄밀한 절차를 거치지는 않았다.

이처럼 선행연구의 성과를 검증하고 새로운 구성요소를 파악하여 신뢰성과 타당성을 갖춘 조직-공중 관계성 척도개발 연구는 조직-공중 관계성의 이론적 틀을 갖추는 데에도 중요한 연구영역이다.

3. 공중관계성 구성요소

공중관계성 척도는 구성요소와 이를 측정할 수 있는 세부 측정문항으로

구성된다. 공중관계성을 명확히 측정하기 위해서는 우선 공중관계성 구성요소들 간 개념적 독립성을 명확하게 확보하고, 관계성 구성요소 측정을 위한 신뢰도 높은 문항을 확보해야 한다.

공중관계성 연구의 이론적 선구자라 할 수 있는 퍼거슨(Ferguson, 1984)은 관계성의 속성을 개방/폐쇄 정도, 역동적/정적인 정도, 동의, 만족도, 상호이해, 조직과 공중간의 권력의 분배 정도, 합의 등 7가지로 규정했다.

그루닉(Grunig, 1993)은 PR연구자들이 조직과 공중간의 상호작용에 바탕을 둔 행동적 관계성(behavioral relationships)에는 충분한 관심을 두지 않는 반면, 상징적 관계성(symbolic relationships)에 너무 초점을 맞춘다고 지적했다. 그리고 대인 커뮤니케이션 연구에서 차용한 신뢰(trust)와 신용(credibility), 호혜(reciprocity), 조직의 합리성(legitimacy) 등의 속성을 퍼거슨(Ferguson, 1984)의 구성요소에 추가했다.

브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 1998)은 문헌연구에서 17가지 관계성 구성차원을 수집한 뒤 질적 연구를 통해, 관계성을 유지 발전시키는 핵심 구성요소로 만족성(satisfaction), 충실성(commitment), 신뢰성(trust), 관여도(involvement), 커뮤니티 투자(investment)를 제시했다.

혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 주로 대인 커뮤니케이션 연구에서 차용하여 공중관계성 측정항목으로 쓰일 수 있는 6가지 차원 즉, 신뢰성, 만족성, 충실성, 상호통제성(control mutuality), 교환관계(exchange relationship), 공존관계(communal relationship)를 공중관계성 구성요소로 제시하고 신뢰성을 순수성적 신뢰성과 공언이행적 신뢰성, 능력적 신뢰성으로 구분하였다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)이 제시한 공중관계성 구성요소는 그 뒤 오늘날까지 공중관계성 척도검증 연구나 관계성 측정 연구에서 가장 폭넓게 쓰이고 있다(Billgen, 2012).

일부 학자들은 공중관계성이 조직과 공중이 속한 사회문화적 특성에 따라 다른 구성요소를 갖는다고 보고, 이에 대한 연구를 진척시켰다. 후앙(Huang, 2001)은 호혜의 교환과 체면의 유지가 매우 중시되는 동양적 사회문화를 반영해 새로운 구성요소로 체면과 호혜(face & favor)를 추가할 것을 제안하고, 그

것이 다른 사회문화에서 적용 가능할 것이라고 제안했다. 그러나 후앙(Huang, 2001)의 제안은 서구 연구자들에게는 그다지 받아들여지지 않았다. 다만 조(Jo, 2003)는 삼성전자와 소매업자의 관계성을 측정도구 검증 연구에서 후앙(Huang, 2001)의 제안을 더 보편적으로 받아들일 수 있게 '개인적 네트워크(personal network)'라는 구성요소를 추가했다.

그 뒤 국내의 여러 연구에서 '정(情)관계'(한정호・정지연, 2002), '애착'(김형석・이현우, 2008) 등을 조직-공중 관계성의 구성요소로 추가한 연구가 진행됐다. 한편 홀(Hall, 2006)은 조직의 박애적인 행동을 고객이 인식한다면, 그들은 더욱 강하고 공존적인 것으로 관계를 인식할 것이라는 연구결과를 제시했다.

공중관계성 연구가 정부기구나 비정부기구(NGO), 정당 등 특정유형의 조직과 핵심공중간의 관계성을 측정하는 쪽으로 영역을 확장해가면서, 연구자들은 조직의 특수성을 반영한 새로운 구성요소를 제안하고 그 타당성을 검증해가고 있다. 주요 선행연구에서 제기하거나 검증한 조직-공중 관계성 구성요소는 <표 2>와 같다.

<표 2> 선행연구의 조직-공중 관계성 구성요소

선행연구	조직-공중관계성의 구성요소
Ferguson (1984)	dynamic/static, mutual satisfaction/unsatisfaction, open/closed, distribution of power, mutual understanding, mutual agreement, consensus
Grunig, Grunig, & Ehling(1992)	Reciprocity, trust, credibility, mutual legitimacy, mutual satisfaction, openness, mutual understanding
Ledingham, Bruning, Thomlison & Lesko(1997)	openness, trust, involvement, investment, commitment
Ledingham & Bruning(1998)	open communication, the level of involvement, investment in community, long-term commitment, the level of trust
Hon & Grunig, (1999)	control mutuality, trust, satisfaction, commitment, exchange relationships, and communal relationships
Huang(2001)	trust, control mutuality, commitment, satisfaction, face and favor
Kim(2001)	trust, commitment, community involvement, reputation
Jo(2003)	trust, satisfaction, commitment, control mutuality, face and favor, personal network
Hall(2006)	trust, mutual of control, commitment, satisfaction
Seltzer(2007)	trust, control mutuality, commitment, satisfaction, overall relationship
Ki & Hon(2007)	trust, control mutuality, commitment, communal relationships, exchange relationships, satisfaction
Yang(2007)	trust, commitment, satisfaction, control mutuality
Bortree & Waters(2010)	trust, control mutuality, commitment, satisfaction, admiration
김형석 · 이현우(2008)	유대감, 커뮤니케이션 균형성, 공동체관여, 신뢰성
박현순(2009)	상호통제성, 신뢰성, 만족도, 충실도, 친숙도, 상호이해도, 정책동의도, 커뮤니케이션 균형성
구자은(2011)	신뢰성, 충실성, 커뮤니케이션 균형성, 공동체 관여
조수영 · 조경숙 · 배지양(2012)	호의성, 상호이해도, 정책동의도, 커뮤니케이션 균형성

출처: 각각의 연구논문을 바탕으로 연구자가 정리함.

오늘날 공중관계성 척도 연구들은 대부분 선행연구에서 검증한 구성요소에 연구대상 조직이 속한 사회문화적 특징이나 조직 자체의 특수성을 반영한 새로운 구성요소를 제안하고, 이를 측정할 문항을 제시해 신뢰도와 타당도를 검증하는 방법으로 이뤄지고 있다. 퍼거슨(Ferguson, 1984)이 공중관계성 연구의 필요성을 강조한 이후 1985년부터 2004년까지 미국 주요 PR학 및 커뮤니케이션 관련 학술지와 전문지에 실린 38편의 공중관계성 연구를 분류한 기와 신(Ki & Shin, 2006)은 연구자들이 관계성 구성요소로 만족성(11편), 충실성(6편), 신뢰성(5편), 상호이해(5편), 상호통제(4편)를 가장 많이 확인했다고 분석했다. 또 2000년부터 2011년까지 미국의 주요 4개 저널에 실린 공중관계성 연구를 분류한 후앙과 장(Huang & Zhang, 2012)은 관계성 구성요소 가운데 신뢰성이 가장 많이 강조되었으며, 그 밖에 만족성, 충실성, 상호통제성이 가장 높은 비중을 차지했다고 분석했다. 이 연구에서는 선행연구에서 신뢰도와 타당도가 가장 많이 검증된 공중관계성 구성요소 4가지, 즉 신뢰성, 충실성, 상호통제성, 만족성에 대해 살펴본다.

1) 신뢰성

신뢰성은 조직체와 공중이 상대에 대해 어느 정도 확신을 가지고 있으며, 이와 관련하여 상대에게 어느 정도 공개할 용의를 갖고 있는지를 뜻한다 (Hon & Grunig, 1999). 모간과 헌트(Morgan & Hunt, 1994)는 신뢰가 '상대방의 믿음과 도덕성에 대한 확신을 가지는 것'으로 보았다. 지금까지 조직-공중관계성 연구에서 신뢰성은 거의 모든 연구에서 일관되게 제시되고 있는 공중 관계성의 핵심 구성요소이다. 특히 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999), 브루닝과 레딩햄(Bruning & Ledingham, 2000)은 신뢰성을 세 차원으로 세분화했다. 먼저 순수성적 신뢰성이란 '조직이 공정하다 정당하다는 믿음'을 말한다. 공언이행적 신뢰성은 '조직이 말한 것을 실제로 지킬 것이라는 믿음'이며, 능력적 신뢰성은 '조직이 해낼 수 있는 능력이 있다고 믿는 것'을 말한다.

2) 충실성

충실성은 일반적으로 '가치 있는 관계를 유지하기 위한 지속적인 욕구'로 정의된다. 충실성은 조직체와 공중간의 장기적인 노력에 의해 형성되는 것(Morgan & Hunt, 1994)으로 조직과 관계를 유지하겠다는 개인의 선택이자 신념(Thomlison, 2000)이다. 모건과 헌트(Morgan & Hunt, 1994)는 충실성을 '교환의 상대방과 관계를 유지하기 위해 최대한 노력을 기울일 정도로 중요하다고 믿는 것'으로 정의했다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 충실성을 '관계를 유지하고 촉진하려는 욕망을 갖고 있으며, 이를 위해 노력할 만한 가치가 있다고 믿는 것'으로 정의했다.

3) 상호통제성

상호통제성은 공중관계성 연구에 있어서 신뢰성과 헌신성에 이어 보편적으로 받아들여져 온 중요한 공중관계성 구성요소 중 하나이다(Hon & Grunig, 1999; Grunig & Huang, 2000; Huang, 2001). 스태포드와 캐너리(Stafford & Canary, 1991)는 상호통제성을 상대방이 관계의 목표와 행동의 과정을 결정하는 것에 대하여 동의하는 정도라고 정의했다. 이는 스스로 인식하는 상대방의 영향력과 권력의 균형에 초점을 맞추어 서로가 상대방에게 정당한 영향력을 행사하고 있다는 데에 동의하는지 또는 관계성 내에서 서로가 갖는 권력이 균형적이라는 데에 동의하는지를 알아보는 개념이다.

4) 만족성

만족성은 공중이 조직과 관계에 대해 어느 정도 만족하느냐를 의미한다. 만족성은 고객만족도와는 구분되는 개념으로, 공중관계성 구성요소로서 만족성을 구체적으로 표현하기 위해 '관계 만족성'이란 표현을 쓰기도 한다. 스태포드와 캐너리

(Stafford & Canary, 1991)는 '사회교환적 관점에서 만족하는 관계란 보상의 배분이 동등하고, 그러한 관계에서 얻는 보상이 투자한 비용보다 많을 때 이루어진다'고 설명했다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 만족성이란 '관계에 대한 긍정적이 기대들이 충족되었기 때문에, 양측 모두 서로에 대해 호의적인 느낌을 갖고 있는 정도'라고 정의했다. 만족성은 신뢰성과 비슷한 개념으로 인식되기도 한다. 이에 대해 그루닉과 후앙(Grunig & Huang, 2000)은 '인지적 요소를 포함하는 상호통제성이나 신뢰성과 달리 만족성은 애정과 감정을 포함하고 있다'고 설명했다.

<표 3> 조직-공중 관계성 연구에 사용된 구성요소

선행연구	공중관계성 구성요소										
	신뢰성	충실성	상호통제성	만족성	사회기여성	공존적관계성	교환적관계성	개방성/폐쇄	친밀/친숙	상호이해	기타 구성 요소
Ferguson (1984)				●				●		●	역동성/정적, 동의, 합의, 권력의 분배정도
Grunig, Grunig & Ehling(1992)	●			●				●		●	상호정당성, 상호관계, 공신력
Huang(1997)	●	●	●	●							
Hon & Grunig(1999)	●	●	●	●		●	●				
Bruning & Ledingham(1998)	●	●		●				●			투자, 관여도
Bruning & Ledingham(1999)	●	●						●		●	투자, 관여도, 상호적법성, 상호호혜
한정호(2000)	●	●	●	●	●	●	●		●		
Kim(2001)	●	●			●-a						a-공동체 관여, 평판
Huang(2001)	●	●	●	●							인정/체면
한정호·정지연 (2002)	●	●	●	●	●	●			●		정관계
Jo(2003)	●		●	●							체면과 호혜, 개인적 네트워크
김영욱·박소영(2003)	●	●			●-b						b-공동체 관여, 명성
김충현·오미영	●		●	●			●	●			정직성, 능력성

(2003)											
Jo & Kim(2003)	●	●	●	●	●-c	●	●				c-공동체 관여, 명성
Hung(2005)						●	●				계약적, 공생적, 조종, 착취
Hall(2006)	●	●	●	●							
Ki & Hon(2007)	●	●	●	●	●	●	●				
Yang(2007)	●	●	●	●							
김형석·이현우(2008)	●		●		●-d						헌신, 애착 d-공동체 관여
박현순(2009)	●	●	●	●					●	●	정책동의도, 커뮤니케이션 균형성
구자은(2011)	●	●	●		●-e						e-공동체 기여
조수영·조경숙·배지양(2012)	●	●		●					●	●	정책동의도, 커뮤니케이션 균형성

자료: 김형석(2007)의 연구를 참고로 연구자가 수정·보완함

제3절 상호지향성 모델

이 연구는 기존의 조직-공중 관계성 개념을 의사-환자 관계에 적용하여 의사-환자 관계성 측정 도구를 개발하고, 상호지향성 모델을 적용해 의사-환자 관계성을 측정함으로써 의사와 환자간의 커뮤니케이션 정도를 파악하고자 한다. 따라서 이번 절에서는 이 연구의 중요한 분석틀인 상호지향성 모델에 대해 살펴보고자 한다.

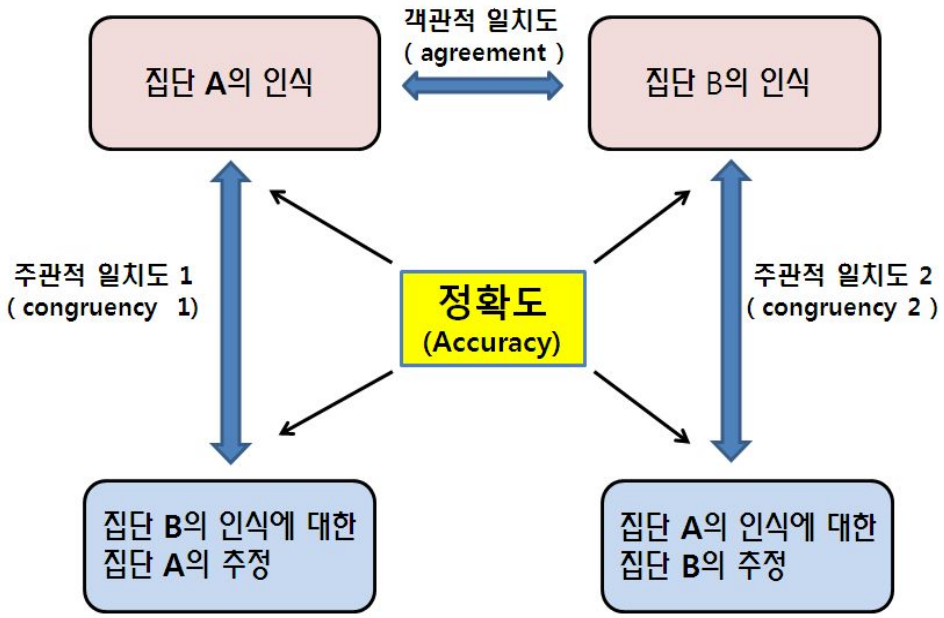
상호지향성 모델은 대인 커뮤니케이션 연구에서 발달한 것으로, 뉴콤(Newcomb, 1953)의 대칭이론(symmetry theory)과 레잉과 필립슨, 리(Laing, Philipson & Lee, 1966)의 대인지각이론(interpersonal perception theory)등에 뿌리를 두고 있다(Seltzer, 2007). 이 접근법은 대인관계 연구에서 집합체간의 커뮤니케이션 연구로 적용대상이 점차 확대돼왔다. 특히, 채피와 맥로드(Chaffee & McLord, 1968)가 제안한 상호지향성 모델(coorientational model)은 오늘날 상호지향성 분석 방법을 대표한다. 이 모델은 커뮤니케이션 과정에 있는 집단들 사이에 인식의 차이와 상호이해도를 분석하는 이론적 틀을 제공한다(Dozier & Ehling, 2000). 따라서 이 연구에서 사용할 채피와 맥로드(Chaffee & McLord, 1968)의 상호지향성 모델을 구체적으로 살펴보기로 한다.

1. 상호지향성 모델의 개념

채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)는 상호지향성을 '어떠한 개념이나 사물, 그리고 사람에 대해서 동시에 지향하는 것'이라고 정의했다. 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.



<그림 1> Chaffee & McLeod(1968)의 상호지향성 모델

상호지향성 모델은 4가지 인식을 조합해 <표 4>에 요약한 바와 같이 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도를 측정한다. 먼저 객관적 일치도는 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 이르기를 기대하기는 어렵다는 것이다.

주관적 일치도는 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.

정확도란 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.

상호지향성 이론은 설득이나 태도변화보다는 다른 집단의 인식을 제대로 이해하는 것을 중요한 커뮤니케이션 기능으로 가정한다. 따라서 정확도를 측정할 수 있도록 만드는 '상대의 인식에 대한 추정'은 매우 중요한 변수라고 볼 수 있다(장우성, 2007).

<표 4> 상호지향성 측정 변인

개념	정의
객관적 일치도	-대상에 대한 A와 B의 인식이 일치하는 정도 -객관적 일치도가 높을 때 '상호지향되어 있다'.
주관적 일치도	-대상에 대한 A(또는 B)의 인식과, B(또는 A)의 인식에 대하여 A(또는 B)가 추정하는 바의 일치도
정확도	-대상에 대한 A(또는 B)의 인식과, A(또는 B)의 인식에 대하여 B가 추정하는 바의 일치도

이와 같이 상호지향성 모델은 집단과 집단 사이의 태도와 관점을 종합적이고 체계적으로 분석할 수 있다는 장점 때문에 이해관계자 집단 간 이해와 의미의 공유에 대해서 일치하는 정도를 분석하는데 유용하다(Bronn, 2010; Waters, 2009).

커뮤니케이션 연구 분야에서도 상호지향성 모델은 조직이나 지역사회 등 집단 간 구성원의 인식을 비교하여 그 차이의 정도를 밝히는 연구들에 활용되고 있다(박종민, 2001; 염성원・한승수, 2005; 남기화・여정성, 2007; 김봉철・김미라・한상필, 2009).

특히, 헬스커뮤니케이션과 관련된 연구에서도 상호지향성 모델이 적용된 바 있다. 죽음에 임박한 환자의 의뢰에 대한 호스피스 담당자와 의사의 인식 비교(Kelly, Thompson, & Waters, 2006), 의사의 커뮤니케이션 기술에 대한 의사와 환자의 인식 차이 비교(최명일・김봉철・장지영, 2011), 인터넷 건강정보에 대한 의사와 환자의 인식 차이 비교(김봉철・최명일・장지영, 2012)등이 대표적인 예이다.

2. 상호지향성 측정 연구

채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)에 따르면 객관적 일치도, 주관적 일치도, 정확도는 기능적으로 서로 독립되어 있다. 그러나 이 세 가지 변인 사이에는 특별한 관계가 성립한다. 우선 객관적 일치도가 낮고 주관적 일치도가 높으면, 정확도는 반드시 낮다. 둘째, 객관적 일치도와 주관적 일치도가 모두 높으면, 정확도는 반드시 높다. 반대로 객관적 일치도와 주관적 일치도가 모두 낮으면 정확도는 반드시 낮게 나타난다. 한편, 이들 변인 가운데 하나가 변하면 다른 변인에 영향이 미치게 된다. 예를 들어 객관적 일치도가 계속 높은 상태로 유지되는 가운데 정확도가 높아지면, 주관적 일치도가 향상된다. 한편으로 객관적 일치도가 계속 낮은 상태를 유지하는 가운데 정확도가 높아지면, 주관적 일치도가 낮아진다(Chaffee & McLeod, 1968).

한편 상호지향성 모델을 이용한 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도 분석을 종합함으로써, 둘 또는 그 이상의 집단 사이에 상호지향의 존재 형태를 파악할 수 있다. 상호지향의 형태를 분류하는 방법에 대해서는 여러 연구자가 모형을 제시했다. 김학수(Kim, 1986)의 연구에서는 두 집단 간의 상호지향 형태를 6가지로 분류해 제시하고 있다. 그는 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도, 메타동의를 조합하여 상호지향의 존재 형태를 일치, 불일치, 무지, 거짓일치, 부분일치, 부분 불일치로 나눌 수 있다고 하였다. 메타동의는 채피와 맥로드의 모델에서는 상정되지 않았던, 상대방의 인식에 대한 두 집단의 추정을 비교한 것이다. 즉 두 집단에 대한 상호지향성 분석에서 'B의 인식에 대한 A의 추정'과 'A의 인식에 대한 B의 추정'을 비교하는 것으로 상호 간 인식의 추정이 일치하는 정도를 말한다. 이와 같이 메타동의 분석은 상호지향성의 형태를 알아보기 위해 추가적으로 분석되는 것으로, 상대방의 생각에 대한 쌍방의 추정이 얼마나 일치하는가를 알 수 있게 해준다.

도지에와 얼링(Dozier & Ehling, 1992)은 집단간 상호지향 형태를 합의(consensus), 불일치(dissensus), 잘못된 합의(false consensus), 잘못된 갈등(false

conflict) 등 4개로 파악할 것을 제안했다. 이연택・신동재(2013)는 선행연구를 종합해, 객관적 일치도와 메타동의를 주요 기준으로 삼아 상호지향의 형태를 일치와 불균형적 일치, 그릇된 일치와 불균형적 불일치로 분류하였다. 4가지 상호지향 형태는 <표 5>와 같다.

<표 5> 상호지향의 4가지 형태

개념	정의
균형적 일치	객관적 일치도(+)와 메타동의(+)가 모두 일치, 실제 인식과 추정된 인식이 상호간 균형을 이루어 일치하고 있는 상태
불균형적 일치	객관적 일치도(+)는 일치하고 메타동의(-)는 불일치, 실제 인식만 일치하고 추정된 인식은 불일치하는 상태
그릇된 일치	객관적 일치도(-)가 일치하지 않아 실제 인식은 불일치하지만, 메타동의(+)는 일치해 상호간 그릇된 합의가 형성돼 있는 상태
불균형적 불일치	객관적 일치도(-)와 메타동의(-)가 모두 불일치하는 것으로 실제 인식과 추정된 인식 모두 불일치하는 상태

* 이연택・신동재(2013)의 논문을 바탕으로 연구자가 재정리함. +는 일치, -는 불일치.

먼저, 균형적 일치 상태는 객관적 일치도와 메타동의가 모두 일치하는 것으로 실제 인식과 추정된 인식이 상호간 균형을 이루어 일치하고 있는 상태다. 불균형적 일치는 객관적 일치도는 일치하고 메타동의는 불일치하는 것으로 실제 인식만 일치하고 추정된 인식은 불일치하여 상호간 인식이 불균형한 상태의 일치를 말한다. 그릇된 일치는 객관적 일치도가 일치하지 않아 실제 인식은 불일치하지만, 메타동의는 일치해 상호간 그릇된 합의가 형성돼 있는 경우다. 마지막으로 불균형적 불일치는 객관적 일치도와 메타동의가 모두 불일치하는 것으로 실제 인식과 추정된 인식 모두 불일치하는 경우를 말한다(이연택・신동재, 2013). 상호지향 형태를 구체적으로 해석하는 과정에서는 주관적 일치도와 정확도도 참고한다.

이 연구에서는 의사-환자 관계성 측정에 상호지향성 모델을 적용하여 주관

적 일치도, 객관적 일치도, 정확도와 함께 의사와 환자의 상대의 인식에 대한 추정을 비교하는 메타동의를 함께 분석한다. 이를 바탕으로 의사와 환자간 상호지향 형태를 분석해 보고자 한다. 이를 통해 의사-환자 관계를 개선할 수 있는 PR커뮤니케이션 전략을 수립하는 데 의미 있는 시사점을 제시해보고자 한다.

3. 공중관계성의 상호지향성 모델 적용 연구

공중관계성 척도는 그것이 실제 공중관계성을 측정하는 데 이용될 때 의미를 갖는다. 공중관계성의 측정은 공중과 상호호혜적인 관계를 구축하기 위한 조직의 커뮤니케이션 관리의 효과를 보여준다. 또한 조직의 커뮤니케이션 관리의 문제점을 드러내, 효율적인 커뮤니케이션 전략 수립에 도움을 줄 수 있다.

공중관계성 측정에서 가장 바람직한 방법은 공중관계성에 대해 조직과 공중 양쪽 모두를 대상으로 측정하는 것이다. 퍼거슨은 특히, 이해의 상호성(mutuality of understanding), 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, 2001, 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 비대

칭적이라고 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 전문가집단이 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 그루닉(Hon & Grunig, 1999)의 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-공주 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 유일하게 김봉철・정세종・이민창(2013)이 경찰과 시민간 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.

제 3장 연구문제 및 연구방법

제1절 연구문제

이 연구의 목적은 신뢰도와 타당도가 확보된 의사-환자 관계성 척도를 개발하고, 이를 바탕으로 의사-환자 관계성에 대해 의사와 환자가 어떻게 인식하고 있는지를 살펴보고자 하는 것이다.

앞에서 언급했듯이 그동안 헬스커뮤니케이션 분야의 연구나 조직-공중 관계성 연구에서는 의사-환자 관계성을 측정할 척도의 개발이 이뤄지지 않았다. 의사-환자 관계성을 파악하여 상호 관계를 개선하기 위한 연구의 활성화를 위해서는 먼저 신뢰도와 타당도가 검증된 측정도구가 필수적이다. 물론 선행연구에서 검증된 조직-공중관계성 척도를 의사-환자 관계성 측정에 이용할 수도 있다. 그러나 선행 연구가 개발해 제시한 척도는 주로 기업이나 정부조직을 대상으로 한 것이어서 특수한 성격을 갖고 있는 의사-환자 관계에 그대로 적용할 경우 한계가 있을 수 있다.

따라서 이 연구에서는 그간 기업에 주로 적용되었던 공중관계성 척도의 구성요소가 의사-환자 관계성을 측정하는 데도 타당성을 갖는지를 검증하면서, 동시에 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는 척도의 새로운 구성요소를 제안하고 세부 측정항목에 대한 실증분석을 거쳐, 의사-환자 관계성 척도를 새로 개발하고자 한다. 척도개발과 관련하여 이 연구는 다음과 같은 연구문제를 설정하였다.

<연구문제 1> 신뢰도와 타당도를 갖춘 의사-환자 관계성 척도는 어떤 구성요소와 측정문항으로 구성되는가?

이 연구에서는 개발한 척도로 의사-환자 관계성을 측정한다. 선행연구의

공중관계성 측정은 대체로 공중만을 대상으로 하는 경우가 많았다. 그러나, 공중관계성 개념은 본래 조직과 공중의 상호호혜적인 관계를 형성하고 유지하고 발전시킨다는 관점을 바탕에 깔고 있다. 상호호혜적 관계의 구축을 위해서는 공중관계성을 쌍방향에서 측정해, 서로 인식의 차이와 상호이해도를 분석할 필요가 있다.

이 연구에서는 상호지향성 모델을 적용하여 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자 각각의 인식과 상대방의 인식에 대한 추정을 측정하여, 객관적 일치도와 주관적 일치도(1, 2), 정확도(1, 2), 메타동의를 분석한다. 이에 상호지향성 분석의 연구문제를 다음과 같이 설정하였다. 가설 모형은 <그림 2>와 같다.

<연구문제 2> 의사-환자 관계성에 대한 의사-환자 간의 인식 및 상호이해도에는 어떤 차이가 있는가?

<연구문제 2-1> 의사-환자 관계성에 대한 의사의 인식과 환자의 인식은 어느 정도 일치하는가? (객관적 일치도)

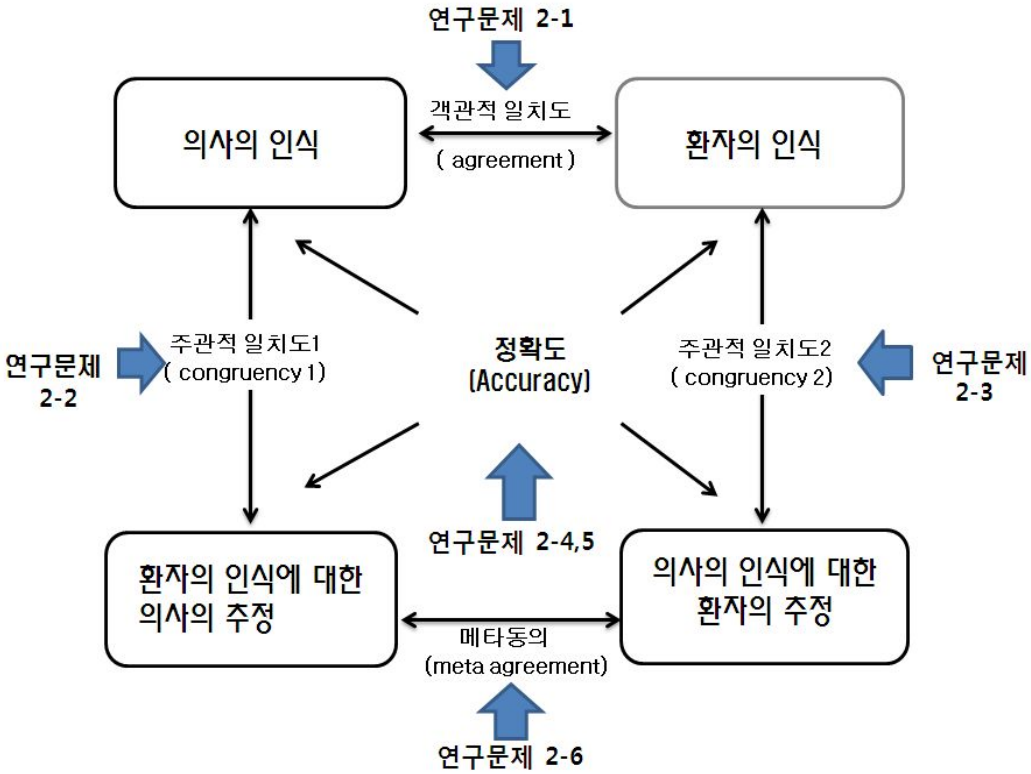
<연구문제 2-2> 의사-환자 관계성에 대한 의사의 인식과 환자의 인식에 대한 의사의 추정은 어느 정도 일치하는가? (주관적 일치도 1)

<연구문제 2-3> 의사-환자 관계성에 대한 환자의 인식과 의사의 인식에 대한 환자의 추정은 어느 정도 일치하는가? (주관적 일치도 2)

<연구문제 2-4> 의사-환자 관계성에 대한 의사의 인식과 의사의 인식에 대한 환자의 추정은 어느 정도 정확한가? (정확도 1)

<연구문제 2-5> 의사-환자 관계성에 대한 환자의 인식과 환자 인식에 대한 의사의 추정은 어느 정도 정확한가? (정확도 2)

<연구문제 2-6> 의사-환자 관계성에 대해, 환자의 생각에 대한 의사의 추정과 의사의 생각에 대한 환자의 추정은 어느 정도 일치하는가? (메타동의)



<그림 2> 의사-환자 관계성에 관한 상호지향성 모델 및 연구문제 모형

제 2절 연구방법

1. 의사-환자 관계성 척도개발의 방법과 절차

1) 연구의 설계

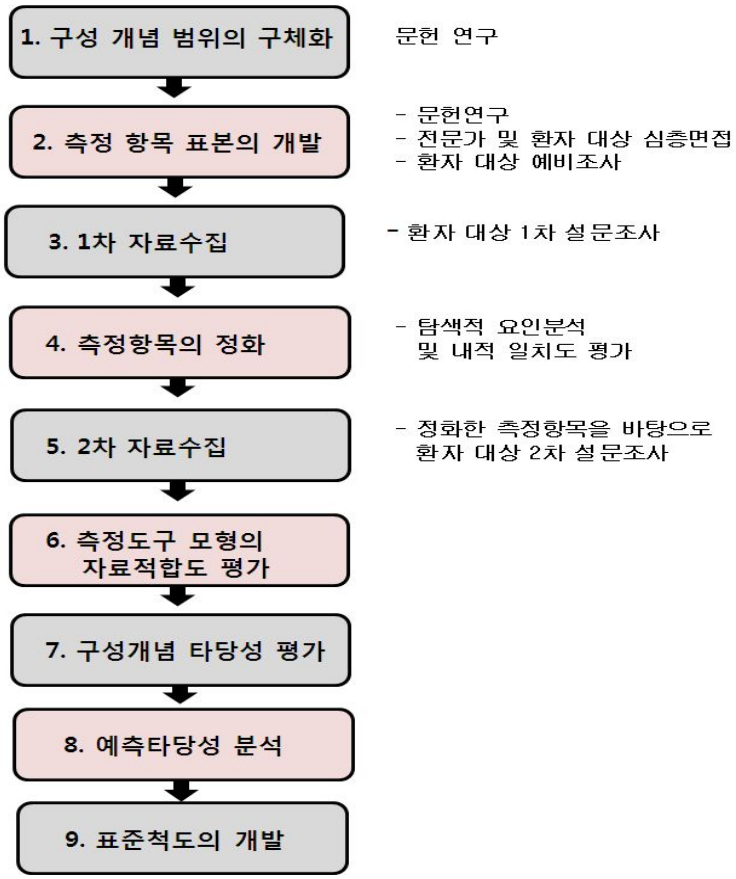
이 연구의 첫 번째 목적은 먼저 의사-환자 관계성 척도를 개발하는 것이다. 측정도구 개발방법은 마케팅 구성개념 척도 개발을 위해 새로운 패러다임을 제시한 처칠(Churchill, 1979)에 의해 큰 틀이 갖춰졌다. 8단계로 이뤄진 처칠의 표준척도 개발 방법은 여러 연구에서 광범위한 지지를 받으며 오늘날 척도개발의 일반적 가이드라인으로 평가되고 있다.

데블리스(DeVellis, 1991)도 8단계의 척도개발 패러다임을 제시해 학계에서 광범위한 지지를 받았다. 이 패러다임은 선행 연구를 더 정교화시킨 것으로 받아들여지고 있으나(Blankson & Kalafatis, 2004), 척도개발에 대한 개략적인 틀은 처칠이 확립한 것으로 평가된다(김병희・한상필, 2006). 데블리스(DeVellis, 1991)가 주장한 내용의 특징은 척도개발 초기단계에서 전문가의 검토가 필요하다고 강조했다는 점이다.

이 연구에서는 의사-환자 관계성 척도를 개발하기 위해 큰 틀에서 처칠(Churchill, 1979)이 제시한 척도개발 과정과 절차를 기반으로 하였으며, 부분적으로 데블리스(DeVellis, 2003)의 권고사항을 반영하여 이 연구의 성격에 맞게 적용했다. 또한 조직-공중 관계성 척도를 개발한 선행연구(Huang, 2001; Kim, 2001)들을 참조하여, 9단계로 된 의사-환자 관계성 측정도구 개발 과정을 구조화했다.

먼저 문헌연구와 의사, 환자 및 공중관계성 전공 학자들을 대상으로 한 심층면접을 거쳐, 의사-환자 관계성 척도의 구성요소와 측정문항을 설문으로 작성하였다. 이 설문에 대해 소수의 환자 그룹을 대상으로 한 예비조사를 거쳐, 모호한 표현이나 뜻이 겹치는 문항 등을 제거하고 수정하여 설문을 정교화하

였다. 이어 환자 300명을 대상으로 1차 응답 자료를 수집한 뒤 탐색적 요인분석을 통해, 의사-환자 관계성 구성요소와 측정문항의 신뢰도를 검증하였다. 다음으로 신뢰도가 검증된 측정문항만으로 설문을 재작성하여 환자 300명을 대상으로 2차 응답 자료를 수집하여 확인적 요인분석을 통해 척도의 신뢰도와 타당도를 검증하였다. 타당도 검증에서는 집중타당도와 판별타당도 분석에 이어, 의사-환자 관계성이 의사 이미지와 어떤 인과관계가 있는지를 분석하는 예측타당도 검증을 함께 실시하였다. 마지막으로 측정문항의 문법적 문제와 척도 길이의 적합도를 검토하여 최종적인 척도 개발을 완성하였다. 이 연구의 척도 개발 과정을 요약해 정리하면 <그림 3>과 같다.



<그림 3> 의사-환자 관계성 측정도구 개발 절차

2) 설문의 구성

의사-환자 관계성 척도개발을 위해 검증대상이 될 측정문항의 풀(pool)을 구성하여야 한다. 이를 위해 먼저 문헌연구와 의사 및 환자 대상 심층면접을 거쳐 의사-환자 관계성 구성요소 및 측정문항을 폭넓게 탐색하였다.

먼저 선행 조직-공중관계성 연구에서는 '신뢰성'과 '충실성', '상호통제성', '만족성'을 조직-공중관계성의 핵심 구성요소로 보고 있음을 확인하였다. 이와 함께 '상호교환성'과 '사회기여성'이 여러 연구에서 타당성을 갖춘 공중관계성 구성요소로 검증되었음을 확인하였다. 이어, 의사-환자 관계의 특수성을 반영한 측정문항을 추가로 선별하기 위해, 의사와 환자 각각 5명을 심층면접하여 의사와 환자의 관계에 대한 자신의 생각을 자유롭게 말하거나 기술하게 하였다.

의사의 경우, 진료 경험이 30년 넘은 개원의 2명과 15년 경력의 개원의, 그리고 10년 경력의 봉직의와 대학병원 교수 2명으로 모두 전문의로 구성됐다. 환자는 최근 1년 안에 입원 경력이 있었던 환자 2명과 1년에 5회 이상 병원을 방문한 환자 3명으로 구성됐다. 이들을 상대로 의사-환자 관계성에 대해 연상되는 점은 무엇인지, 의사와 환자의 관계를 결정짓는 것이 무엇인지와 바람직한 관계를 위해서는 어떤 것이 필요한지 등에 대한 질문을 제시하여, 자유롭게 의견을 말하거나 기술하도록 하였다.

환자의 경우는 의사가 모든 환자를 공명하고 정당하게 대우하는가를 살피는 '공정성'에 민감한 반응을 보였다. 반면에 의사는 환자와 사이에 '레포'가 형성되어야 신뢰할 수 있고 순응도가 높아져 치료가 만족돼 결국 바람직한 의사와 환자의 관계로 이어질 것이라고 응답한 내용이 많았다. 의사와 환자 양쪽의 일치된 의견의 핵심은 의사와 환자 관계의 질은 소통이 잘 이루어지고 있느냐에 크게 의존한다는 점, 그리고 상호 신뢰가 우선시 되어야 한다는 것이었다. 의사와 환자를 대상으로 한 심층면접 결과를 요약한 내용은 <표 6>과

같다.

<표 6> 의사-환자 심층면접 결과 요약

	의사	환자
심층면접요약	• 의사와 환자가 공조되어야만 질병의 완화와 치료에 도움을 줄 수 있다는데 동의한다 • 좋은 의사 환자의 관계는 의사와 환자 사이에 레포가 형성되어, 환자가 의사를 신뢰하고, 순응도가 높아져 치료에 만족되는 상황이다 • 환자의 증상을 들을 때 고개를 끄덕여주면 환자가 더 좋아하고 편한해하는 것을 느낀다 • 환자와 친해지면 관계가 훨씬 좋아지는 것을 경험한다. 물론 치료에도 영향을 준다 • 환자의 눈높이에 맞춰 설명하려고 한다 • 환자에게 최대한 친절하게 하려고 애쓴다 • 환자는 의사에게 자기희생을 요구하는 것처럼 느껴질 때가 있다 • 환자의 감정에 빠지지 않기 위해 노력한다 • 환자는 치료비를 냈으니 치료를 해주는 것은 당연하다는 태도는 부담스러울 때가 있다 • 환자의 말을 잘 들어주면 좋아한다. • 성심성의껏 대하는 것이 중요하다 • 주기적으로 칼럼을 통해 일반 환자들에게 간접적인 도움을 주려고 한다 • 늘 환자의 건강상태에 신경을 쓰고 있다 • 치료방법의 비용이 비싸더라도 환자의 치료를 위해서 요구하기도 한다 • 사회에 기부도 하고 봉사하려고 한다 • 환자들이 좀 더 편하게 진료 받을 수 있도록 늘 방법을 찾고 있다 • 정기적으로 1년에 한 번 열악한 지역으로 의료봉사를 떠나고 있다 • 장기적으로 인연을 맺고 있는 환자가 있으며, 나에게 의지를 하는 편이다 • 늘 새로운 의학지식을 위해 공부하고 있다 • 보상만을 받기 위해서 환자를 진료하는 것은 절대 아니다	• 환자는 고통과 두려움의 상태에서 의사에게 인간적인 위로 한 마디를 듣고 싶어 한다 • 의사를 신뢰할 수 있어야 내 몸을 맡길 수 있다 • 의사의 지시는 무조건 따르고 싶다 • 말이 통하지 않으면 더 이상의 관계로 발전하고 싶은 마음이 들지 않는다 • 의사가 나에게 어떻게 대하는지 자세히 살핀 후 진료를 지속할 지를 결정하는 편이다 • 의사는 나의 상태를 잘 이해할 수 있도록 충분히 설명해주지 않는다 • 의사가 웃는 표정을 지을 때 안심이 된다 • 의사와 뭔가 잘 통하는 것 같다 • 나는 의사에게 의지하고 싶을 때가 많다 • 의사가 무뚝뚝하면 나는 질문을 멈춘다 • 의사는 어느 환자에게는 특별하게 대하는 것 같아 상대적으로 위축될 때가 있다 • 의사는 나와 악수를 피하는 것 같다 • 의사는 내말을 끝까지 듣지 않을 만큼 늘 바쁜 모습이 나는 민폐라는 생각에 더 이상 답을 안한다 • 의사의 처방에 대체로 만족스러운 편이다 • 의사는 경력이 많을수록 더 잘 치료하는 것 같다 • 의사의 설명을 가끔 이해할 수가 없다 • 의사를 만나 면담할 수 있는 시간이 너무 짧다 • 오랜 기간 진료를 받다보니 의사에게 정이 느껴지고 마주 대하면 반갑다 • 의사는 개인적으로 아는 사람에게는 더 성실하게 돌보는 것 같아 불편한 적이 있다 • 내 등을 감싸줄 때 편안함을 느꼈다 • 의사는 가끔 아들처럼 말을 걸 때가 있고 안부를 묻기도 한다. 이럴 때는 내가 대접받는 기분이 든다 • 의사는 내가 이해했는지 다시 확인해준다 • 의사의 태도가 마음에 들지 않을 때도 있지만 치료를 위해 이정도는 감수한다

이 연구에서는 문헌연구와 심층인터뷰를 함께 수행한 뒤, 조직-공중관계성 연구 및 의사-환자 관계 연구 문헌에서 모두 780개의 측정문항을 수집했다. 먼저 신문방송학과 박사과정 3명과 함께 수집한 문항들 가운데서 유사한 항목들을 제거하면서 동시에 표현이 모호하거나 이해하기 어려운 표현이 담긴 문항을 제거하여, 이를 160개로 압축하였다. 이는 항목수가 지나치게 많으면 시간이 많이 소요되는 등 응답자를 피곤하게 할 수 있기 때문이다(Bearden & Netemeyer, 1999). 다음 단계로 각 문항들의 적합성 정도의 자문을 받기 위해 전문가들의 의견을 수렴하는 과정을 거쳤다. 검증 과정에는 척도 개발을 수행해 본 경험이 있는 PR 전공 대학 교수 3명이 참여했으며, 이들의 전공분야는 광고와 홍보 등을 포함하고 있다. 전문가의 자문을 받아 설문지에 대한 타당성과 의미의 모호성을 평가하기 위해 2명 이상이 문항의 부적합함을 제시하면 즉시 해당 문항을 제거하였고, 1명이라도 부적절하다고 판단하면 심도 있는 논의를 거쳐 제거여부를 결정하도록 기준을 설정했다. 또한 의사-환자 관계성을 나타내는 어휘나 표현방법을 한국의 상황에 맞게 수정, 보완하였으며 역항목과 순항목의 배열관계를 검토했다. 이는 척도개발 과정에서 역항목이 표면타당도를 높여주고 응답의 바이어스를 줄이는 방법이 되기 때문이다(Herche & Engellend, 1996). 이런 과정을 거쳐 의사-환자 관계성을 측정할 수 있다고 판단되는 58개의 문항을 추출하였다.

다음으로 이에 대한 예비조사를 실시했다. 광주와 전남에 거주하는 일반인 26명과 대학생 50명으로 구성된 환자 76명을 대상으로 각 문항들이 의사-환자 관계성을 평가하기에 얼마나 적절한지를 알아보기 위해 문항의 적합성 조사를 했다. 설문지를 받은 조사 대상자들은 응답 즉시 바로 수거자에게 되돌려주도록 했으며 진술문에 대한 이해가 되지 않는 부분을 설명해주도록 요청받았다. 이런 과정을 거쳐 최종적으로 45개 문항으로 된 설문지를 작성하였다. 설문을 확정하기에 앞서 PR 전공 대학 교수 3명의 검토를 거쳐 내용타당성을 최종적으로 검증하였다.

설문 문항은 선행 조직-공중 관계성 연구에서 검증된 신뢰성, 충실성, 만족

성, 상호교환성, 사회기여성 구성요소와, 의사-환자 관계 선행연구 및 의사, 환자 대상 심층면접을 거쳐 의사-환자 관계의 질을 좌우하는 핵심 변인일 수 있다고 여겨지는 소통성, 공정성, 레포, 전문성 등 모두 9가지 구성요소를 측정할 수 있는 항목들로 구성됐다.

설문 응답방식은 문항의 내용에 동의하는 정도를 리커트 척도(7점)로 응답하도록 하였다. 점수가 낮을수록 의사에 대한 환자의 부정적인 응답, 높을수록 긍정적인 응답이 되도록 설계하였다. 답이 이와 반대로 나오도록 만든 문항은 자료 입력 과정에서 역코딩하였다. 설문에 반영된 의사-환자 관계성 구성요소의 개념 정의와 세부 측정문항에 담긴 의미를 요약해본다.

(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). 신뢰성은 거의 모든 조직-공중관계성 연구에서 일관되게 제시되고 있는 공중 관계성의 핵심 구성 요소이다.

선행연구들은 신뢰성을 순수성적 신뢰성, 공언이행적 신뢰성, 능력적 신뢰성의 세 차원으로 세분화했다(Hon & Grunig, 1999; Bruning & Ledingham, 2000). 순수성적 신뢰성이란 '조직이 공정하다 정당하다는 믿음'을 말한다. 공언이행적 신뢰성은 '조직이 말한 것을 실제로 지킬 것이라는 믿음'이며, 능력적 신뢰성은 '조직이 해낼 수 있는 능력이 있다고 믿는 것'을 말한다.

이 연구에서는 신뢰성을 '환자가 의사의 성실성과 약속, 능력에 대하여 확신하거나 믿음을 주는 상태'로 정의하고, 신뢰성의 세 하위 차원을 모두 묻는 방식으로 측정항목의 표본을 추출하였다. 세부적으로 보면, 순수성적 신뢰성 항목이 2개(의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다, 의사는 자신이 오진이나 실수한 사실에 대해 잘 인정한다고 생각한다), 공언이행적 신뢰성 항목이 2개(의사가 한 약속은 비교적 믿을 만하다고 생각한다, 의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다)이며, 여기에 능력적 신뢰성 항목(의사의 능력에 확신을 가지고 있다)을 추가하였다.

신뢰성을 측정하기 위한 표본문항은 <표 7>과 같다.

<표 7> 신뢰성 측정 표본 문항

	측정문항
신뢰성	의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다
	의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다
	의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다
	의사는 자신이 오진이나 실수한 사실에 대해 잘 인정한다고 생각한다
	의사의 능력에 확신을 가지고 있다

(2) 충실성

충실성(commitment)은 일반적으로 가치 있는 관계를 유지하기 위한 지속적인 욕구로 정의된다. 충실성도 선행 조직-공중관계성 연구에서 공중관계성의 핵심 구성요소로 많이 제시됐던 것 가운데 하나다. 모건과 헌트(Morgan & Hunt, 1994)는 교환의 상대방과 관계를 유지하기 위해 최대한 노력을 기울일 정도로 중요하다고 믿는 것으로 충실성을 정의했다. 이 연구에서는 충실성을 '환자와 의사가 서로간 관계를 장기적으로 유지하고 지속할 만한 가치가 있다고 믿는 상태 또는 의지'로 정의된다.

충실성의 하위 차원에 대해서 후앙(Huang, 2001)은 정서적 충실성(affective commitment)과 지속적 충실성(continuance commitment)을 제시했다. 지속적 충실성은 행동에 관한 것이고, 정서적 충실성은 감성적 성향에 대한 것을 뜻한다. 실제로 선행연구의 충실성 측정문항에서는 '유대감'이나 '충성', '장기적인 헌신'같은 표현이 많이 발견된다. 그러나 일부 연구에서는 충실성 측정문항이 관계만족도 측정문항과 겹치는 사례(Kim, 2001)가 지적되었다(김형석, 2007; 박현순 2009).

이에 따라 이 연구의 측정문항 표본은 우선 관계만족도 측정에 쓰인 적이 있는 문항을 제거하고, 여러 선행연구에서 공통적으로 사용되고 있는 측정 문항을 중심으로 선별하였다. 이어 여러 선행연구들에서 연구자의 관점이 반영된 측정 문항을 추가적으로 검토해 의사와 환자 간의 관계성 측정에 적합하도록 수정하였다. 충실

성을 위한 표본 문항들은 다음의 <표 8>과 같다.

<표 8 > 충실성 측정 표본 문항

	측정항목
충실성	의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.
	의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다
	의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다
	의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다 *
	의사는 환자와 그 때 그 때 단기적인 관계만 원하는 것 같다 *

* 역문항

(3) 만족성

만족성(satisfaction)은 조직과 공중이 서로의 관계에 대해 어느 정도 만족하느냐를 의미한다. 스태포드와 캐너리(Stafford & Canary, 1991)는 '사회교환적 관점에서 만족하는 관계란 보상의 배분이 동등하고, 그러한 관계에서 얻는 보상이 투자한 비용보다 많을 때 이루어진다' 고 설명하고, 관계 만족성은 아마도 효율적인 관계유지의 전형적인 특징이라고 주장했다. 그루닉과 후앙(Grunig & Huang, 2000)은 '인지적 요소를 포함하는 상호통제성이나 신뢰성과 달리 만족성은 애정과 감정을 포함하고 있다'고 설명했다.

만족성은 고객만족도와는 구분되는 개념으로, 공중관계성 구성요소로서 만족성을 구체적으로 표현하기 위해 '관계 만족성이란 표현을 쓰기도 한다. 연구에 따라서는 만족성 대신 만족도라는 표현을 쓰기도 했다(박현순, 2009).

선행연구의 만족성 측정문항들을 보면, 조직과 공중이 관계에 대해 서로 만족하는지, 또는 조직과 관계를 맺는 다른 공중이 조직에 대해 만족한다고 보는지를 묻는 문항들이 다수 포함돼 있음을 알 수 있다. 따라서 이 연구에서도 '나와 의사와의 상호작용에 대체로 만족한다', '나는 의사와 맺은 관계에 전반적으로 만족한다' 같은 나의 평가를 반영하는 문항과 함께, 조직과 공중의 상호만족을 묻는 '의사와 환자는 서로 혜택을 받는 관계라고 생각한다'는 문항을 포함시켰다. 만족성의 요소를 측정하기 위한 문항들은 다음의 <표 9>와 같다.

<표 9> 만족성 측정 표본 문항

	측정항목
만족성	나는 의사와의 상호작용에 대체로 만족한다
	나는 의사와 맺은 관계에 전반적으로 만족한다
	의사와 환자는 서로 혜택을 받는 관계라고 생각한다
	의사는 환자들의 필요를 대체로 충족시켜주지 못하고 있다 *

* 역문항

(4) 상호교환성

조직과 공중의 관계는 단순 교환이라기보다는 상호의존적이다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 상호교환성(exchange relationships)을 '자신에게 돌아올 보상이나 이익에 대한 기대 때문에 상대방에게 이익을 주려는 의도의 정도'로 정의하였다. 켈리와 티보(Kelly & Thibout, 1978)는 관계에 관여한 당사자들은 비용대비 혜택 비율을 고려하면서 과거에 경험한 결과와 비교를 한다고 주장했다. 상호교환성은 비용보다 혜택이 클 경우 긍정적으로 증진되며, 그 반대일 경우 관계성 악화를 초래한다.

이 연구에서는 상호교환성을 '의사와 환자가 자신에게 돌아올 보상이나 이익에 대한 기대 때문에 상대방에게 이익을 주려는 의도의 정도'로 정의한다. 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. 이 연구에서는 이를 고려해 <표 10>과 같이 측정문항의 표본을 구성하였다.

<표 10> 상호교환성 측정 표본문항

	측정 문항
상호 교환성 (control mutuality)	의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다 *
	의사는 대가나 보수에 상관없이 환자에게 헌신적으로 진료한다고 생각한다
	의사는 환자와 오랜기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때는 여전히 보상을 기대한다 *
	의사는 오진이나 실수로 인해 피해를 본 환자에게 적절한 배상을 한다

* 역문항

(5) 사회기여성

사회기여성(social contribution)이란 '조직이 공중과 사회에 긍정적인 관계를 유지하기 위하여 능동적으로 행하는 책임과 봉사활동'이다(한정호, 2002). 즉, 조직이 속해있는 사회와의 지속적이고 원만한 관계유지를 위해 보상에 대한 기대 없이 실행하는 책임감 있는 활동을 의미한다. 선행연구에서 사회기여성은 공동체 관계성, 공동체 증진, 공동체 관여 등과 같이 다른 이름으로 사용된 경우가 많다.

이 연구에서는 사회기여성을 '의사가 환자 및 지역사회의 복지를 후원하며 긍정적인 관계를 맺기 위해 능동적으로 행동하는 것'으로 정의하고자 한다. 의사의 의료봉사활동이나 기부행위는 환자에게 의사에 대한 좋은 이미지를 심어주고, 환자와 관계에 긍정적으로 작용한다. 기업의 사회적 책임이 강조되는 오늘날, 조직-공중 관계성 구성요소로서 사회기여성은 점차 강조되고 있다.

혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 조직이 공중의 복지에 관심과 배려를 하는 정도를 공공관계라고 정의하고, 이는 조직이 사회에 가치를 환원해야 하는 사회적 책임과 관련을 맺고 있다고 주장했다. 여기에는 조직의 기여 대상에 지역사회나 공동체만이 아니라 '공중'도 포함돼 있는데, 이는 사회기여를 통한 공중의 복지 증진을 의미하는 것으로 해석된다. 이를 반영해 '의사는 환자의 복리증진에 관심을 가지고 있다'는 문항을 포함하였다. 이를 측정하기 위한 측정도구 표본은 다음의 <표 11>과 같다.

<표 11> 사회기여성 측정 표본문항

	측정문항
사회 기여성 (social contribution)	의사는 환자의 복리 증진에 관심을 가지고 있다
	의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다*
	의사는 의료봉사를 함으로써 사회의 문제 해결을 지원하고 있다
	의사의 사회기여가 장기적으로 환자에게도 혜택을 줄 수 있다

* 역문항

(6) 소통성

이 연구에서는 의사-환자의 원활한 소통이 의사-환자 관계뿐만이 아니라 환자의 전반적인 만족도를 높이고 의료서비스의 질을 결정하는 중요 요인(Desmond & Copelaud, 2000; 이두원, 2000)이라고 보고, 의사-환자 관계성의 구성요소로 검토할 것을 제안한다. 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.

헬스커뮤니케이션 분야에서 의사-환자 관계를 다룬 연구들은 의사와 환자 사이의 월환한 의사소통이 환자의 정서적 불안과 걱정을 줄이고(Roter et al. 1995; Stewart et al., 2000), 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.

이 연구의 측정문항은 언어적 소통성에 대해서는 마쿨, 크러패트와 장(Makoul, Krupat, & Chang, 2007)의 연구에서 개발한 문항들과 최명일・김봉철・장지영(2011) 연구에서 이용됐던 문항을 선별하였다. 비언어적 소통성 측정문항은 선다람과 웹스터(Sundaram & Webster, 2000), 김봉관・이강호(2009)가 연구한 비언어적 커뮤니케이션의 유형을 기초로 하여, 연구의 성격에 부합하도록 수정하거나 보완하여 사용하였다. 소통성을 측정하기 위한 표본문항은 <표 12>와 같다.

<표 12> 소통성 측정 표본문항

	측정항목
소통성 (communications)	의사는 진료 때 환자와의 대화를 주도한다
	의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다
	의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다
	의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다
	의사는 진료시간이 길어지는 것에 신경을 쓰지 않는다
	의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다
	의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다
	의사는 부드러운 목소리로 설명한다
	의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다
	의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다

(7) 전문성

전문성(competence)은 능숙함을 나타내는 것으로, 헬스커뮤니케이션 연구에서 의사-환자 관계의 질에 큰 영향을 주는 요인으로 파악돼왔다. 의사-환자 관계성 척도 개발을 위한 설문을 구성하기에 앞서 실시한 환자들에 대한 심층면접에서, 환자들은 자신을 치료해줄 의사를 선택할 때 가장 중요한 변수 가운데 하나로 의사의 의료기술을 꼽았다. 선행연구들(이인경, 1997; 탁국필, 2011; 김석태・오찬옥, 2012)도 이와 같은 관점을 지지한다.

조직-공중 관계성 선행연구에서는 전문성이 신뢰성의 하위 차원인 '능력적 신뢰성'으로 제시된 사례가 많다. 그러나 능력적 신뢰성이 단일차원의 공중관계성 구성요소로서 검증된 사례(박현순, 2009)도 있다.

이 연구에서는 전문성을 '의사가 정확하고 효과적인 치료를 수행할 능력을 가졌는가에 대한 환자의 인식'으로 정의한다. 측정문항은 마레이(Marley et al., 2004)와 김상우・김광호・장영혜(2009)가 제시한 의료서비스품질 구성요인 가운데 전문성 평가항목, 그리고 선행연구의 '능력적 신뢰성' 평가항목을 의사-환자 관계에 맞게 수정하여 4개의 문항으로 구성하였다. 전문성 측정 표본문항은 <표 13>과 같다.

<표 13> 전문성 측정 표본문항

	측정항목
전문성 (competence)	의사가 오진을 하는 경우는 비교적 드문 일이다
	의사는 환자의 질병과 상태, 회복기간 등을 잘 알고 있다
	의사의 진단과 처방은 대부분 정확하다
	의사는 전문적인 수준의 의학지식과 최신 정보를 갖고 있다

(8) 공정성

공정성(justice)은 의사가 환자의 사회적 지위나, 환자와의 개인적 관계 등에 영향을 받지 않고 모든 환자를 공정하게 대우한다는 의미를 담고 있다. 이는 히포크라테스 선서에 담긴 의료윤리이기도 하다. 그러나 한국의 의료서비스 현장에서는 공정성에 위배되는 행태가 존재한다고 환자, 의사 공히 면접조사에서 지적했다. 사회적 지위가 높은 사람이나, 인맥에 의해 소개받은 환자 등에게는 보다 후한 대우를 한다는 것이다. 실제로 이선희(1997)는 병원선택요인에 대한 연구에서, 대학병원의 경우 서비스의 전문성이나 신뢰성, 전통성과 함께 '사회적 친분관계의 연계'를 강하게 인지할수록 선택할 확률이 높아 중소병원의 선택요인과 비교하여 뚜렷한 차이를 보여 주었다는 연구결과를 제시한 바 있다.

선행 조직-공중관계성 연구에서는 신뢰성을 세 가지 하위 차원으로 구분하기도 하였는데, 그 가운데 '공명하고 정당한가'를 묻는 '순수성적 신뢰성'이 이 연구의 공정성 개념을 포함하고 있다. 이 연구의 공정성 측정문항은 그린버그(Greenberg, 1990)가 제시한 공정성에 관한 문항과 선행연구의 '순수성적 신뢰성' 측정문항을 의사-환자 관계에 맞게 수정해 표본을 구성하였다. 다음의 <표 14>와 같다.

<표 14> 공정성 측정 표본문항

	측정항목
공정성 (justice)	의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다 *
	의사가 진료행위를 할 때 모든 환자를 똑같이 대한다
	의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다 *
	의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다 *

* 역문항

(9) 레포

레포(rapport)는 의학, 심리학 용어로, '두 사람 이상의 관계에서 발생하는 조화로운 일치감'을 뜻한다. 구체적으로는 '마음이 서로 통한다', '무슨 일이라도 털어놓고 말할 수 있다', '말한 것이 충분히 이해 된다'고 느껴지는 관계를 의미한다. 그렘러와 귀너(Gremler and Gwinner, 2000)는 레포의 공통요소를 '즐거운 관계(enjoyable interaction)'와 '개인적 유대감(personal connection)'의 두 가지로 제시했다. 즐거운 관계는 감정이입, 접촉한 상대와의 상호교류로 형성된 평가로서 관계를 기반으로 하는 개념이다. 개인적 유대감은 특정한 결합 즉, 긴밀한 동일시, 상호 보살핌 등에 근거를 둔 다른 사람과의 강한 협력을 나타낸다.

의사와 환자 관계에서 레포가 중요한 이유는 그것이 관계형성에 중요한 부분을 차지하고 있기 때문이다. 레포는 서비스 접점에서 고객과의 대면 횟수나 기간에 상관없이 첫 만남에서도 고객과의 관계를 형성할 수 있는 특성을 가지고 있기 때문에(Gremler and Gwinner, 2000) 의사와 환자의 접촉 빈도가 비교적 적은 건강검진이나 응급진료 상황에서는 더욱 중요한 의미를 갖는다. 환자에 대한 진단과 치료는 의사와 환자간의 독특한 인간관계를 바탕으로 형성되기 때문에 효과적인 진료를 위해서라도 레포의 형성은 중요하다.

이 연구에서는 레포라는 구성요소를 통해 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는지 알아보기 위해, 그렘러와 귀너(Gremler & Gwinner, 2000), 매킨토시(Macintosh, 2009)가 제시한 측정문항을 선별하여 <표 15>와 같이 설문의

표본문항을 구성하였다.

<표 15> 레포 측정 표본문항

	측정항목
레포 (Rapport)	의사와 나누는 대화가 즐겁게 느껴진다
	의사와 뭔가 잘 통하는 것 같다고 생각한다
	의사는 환자를 편하고 가깝게 대한다고 생각한다
	나는 의사를 믿고 의지하고 있다
	의사는 환자에게 개인적인 관심을 보여주기도 한다

3) 탐색적 요인분석 절차

이 연구의 첫 번째 과제는 의사-환자 관계성을 측정할 척도를 개발하는 데 있다. 따라서 먼저 의사에 대한 공중, 즉 환자를 대상으로 설문조사를 실시해 관계성을 측정할 수 있는 문항을 추출하기 위해 탐색적 요인분석을 실시하였다.

조사표본의 크기는 모집단을 대표할 수 있게 300명으로 구성하였다. 1차 조사의 표본은 전국의 20~59세 성인을 성별, 연령별, 지역별 인구비례에 할당해 구성하였다. 조사는 대규모의 고정패널을 가진 리서치 회사에 의뢰해, 2013년 9월 26일부터 10월 1일 사이에 실시하였다. 패널들이 온라인을 이용해 접속해 설문에 직접 체크하는 방식을 취했으며, 2013년 중 조사시점인 10월까지 병원을 방문한 경험이 없는 사람은 응답을 계속 진행하지 않고 중단시켜, 최근 병원 방문 경험이 있는 환자만 조사표본에 포함되도록 하였다. 45개 측정문항으로 이뤄진 설문에 대한 환자 300명의 응답자료를 바탕으로 SPSS 18.0 프로그램을 이용해 탐색적 요인분석을 실시하였다.

먼저 요인분석을 위한 변수들의 선정이 적절하게 되었는지를 확인하기 위해, 변수들 간의 상관관계가 다른 변수에 의해 잘 설명되는 정도를 나타내는 KMO(Kaiser-Meyer-Oklin)값을 확인하였다. 요인분석 모형의 적합성을 파악하기 위해 바틀렛(Bartlett)의 구형성 검증을 실시하였다. 다음으로 공통값을

확인하여, 일반적인 기준인 .40 이하인 항목은 제거한다는 원칙을 세웠다.

이어서 45개 측정문항이 이론에 맞게 동일한 요인으로 묶이는지, 해당 구성요소를 적절히 설명하는지를 확인하였다. 요인분석은 주성분 분석(principle component analysis)을 사용하였으며, 요인적재치의 단순화를 위해 직교회전방식(varimax)을 채택했다. 요인추출은 고유값 1 이상을 기준으로 하였다. 각 측정문항은 단일차원을 구성하지 못하는 문항들을 먼저 제거하였다. 단일 차원으로 묶이는 문항이라도 요인적재치가 .60 미만인 항목은 최종적으로 제거하기로 하였다(이호준・최명일, 2006). 요인적재치가 .60 이상이더라도, 다른 요인에 대한 적재치가 .40 이상인 경우도 제거하기로 하였다.

탐색적 요인분석을 한 뒤, 의사-환자 관계성의 구성요소별로 신뢰도 분석을 실시했다. 척도 개발 연구에서는 항목 간 상관관계의 구조를 파악하기가 용이한 내적 일치도 방법을 신뢰도 평가에 주로 사용한다(Bearden & Netemeyer, 1999). 내적일관성은 척도를 구성하는 문항 간 동질성을 의미한다. 신뢰도 평가의 기준으로는 크론바흐 알파(Cronbach's α) 계수를 이용하였다(DeVellis, 1991; Huck & Cormier, 1996). 일반적으로 탐색적 요인분석에서는 신뢰도가 계수가 .60이상이면 비교적 신뢰도가 높다고 보고 있고, 척도 개발 연구에서는 .70 이상을 기준으로 사용하고 있다(Nunnally, 1978). 의사-환자 관계성 측정도구를 새로 개발하기 위한 이 연구에서는 구성요인별 내적 일치도 평가 방법을 사용하여 측정문항의 정화과정을 진행하였으며, 신뢰도 평가의 기준은 α>.70이상으로 하였다.

4) 확인적 요인분석 절차

탐색적 요인분석을 통해 항목의 정화를 거친 의사-환자 관계성 측정도구의 타당성을 검증하기 위해 2차 설문을 작성해 자료를 수집하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 확인적 요인분석은 탐색적 요인분석을 통해 추출한 요인의 타당성을 확인하기 위한 것이다. 2차 자료 수집에서도 1차 자료 수집과 같은 방

법으로 온라인 서베이를 통해 환자 300명의 응답 자료를 수집하였다. 확인적 요인 분석을 위한 2차 조사는 2013년 10월 11일부터 15일 사이에 이뤄졌다. 확인적 요인분석에는 의사-환자 관계성 측정도구 모형의 적합도를 분석하기 위해, 변수들간의 인과관계를 설명해주는 구조방정식모형을 이용하였다. 이를 위해 자료의 분석은 LISREL 8.53 프로그램을 이용하였다.

확인적 요인분석을 위해서는 응답자료에 다중공선성(multicollinearity)이 없어야 한다. 또 정규성(nomality)에 대한 가정을 침해하지 않아야 한다. 다중공선성이란 회귀분석을 할 때, 채택된 독립변수들간에 높은 상관관계가 나타나는 현상을 말한다.

정규성 검증은 관측값들이 정규분포를 이루는 모집단에서 취해졌는지를 검증하는 것이다. 확인적 요인분석 결과에 나타나는 각 측정항목의 표준화 인과계수(Standardized Regression Weight)는 요인적재치를 의미하는 것으로, 절대값이 클수록 중요성이 크다는 의미다(채서일, 2013). 요인적재치가 낮은 항목(<.40)은 제거하기로 하였다. 분석은 요인 적재치가 낮은 문항을 제거한 뒤, 최종적으로 구조방정식 모형을 통해 척도의 타당도를 검증하였다.

모형의 전반적인 적합도를 평가하기 위한 지수로 이 연구에서는 절대적합지수(χ^2, GFI, RMR, RMSEA)와 중분적합지수(NFI, CFI)를 결합하여 사용하였다. χ^2 검정에서는 χ^2값이 작고, 유의확률값(p)이 작으면(<.05) 모형이 적합하지 않다고 평가하지만, 표본의 크기가 200 이상으로 증가하면 모형간에 통계적으로 유의한 차이가 없음에도 있는 것처럼 나타나는 경향이 있으므로, 카이제곱 검정의 한계를 극복하기 위해 개발된 RMSEA 등의 적합도 지수들을 함께 고려하는 것이 바람직하다(김석용・안성수, 2009)는 권고에 따른 것이다.

RMR은 0.5 이하로 0에 가까울수록 적합한 것으로 평가한다. GFI는 적합도지수를 나타내는 것이며, NFI는 표준적합도지수로 모형의 적합도를 평가하는데 선정기준으로 평가를 받고 있다. 그러나 NFI는 표본이 적을 경우 적합도를 과소 평가하는 경향이 있는데 이에 표본의 크기를 고려하여 NFI를 수정 제안한 통계량이 바로 비교적합도지수(CFI)이다. GFI, CFI, NFI는 .90 이상이면 적합한 것으로 평가한다. RMSEA는 .05 이하이면 매우 좋고, 1.0 이상이면 적합

도가 떨어지는 것으로 해석한다(최이규, 2006). 적합 판정 기준은 연구자에 따라 조금 다르지만, 이 연구에서는 일반적인 평가 기준에 따라 다음 <표 16>과 같은 기준을 적용한다.

<표 16> 측정도구 모형의 주요 적합도지수

적합도 지수	χ^2, p	χ^2/df	RMR	CFI	NFI	GFI	RMSEA
적합 판정 기준	P>0.05	<2.0	<.05	>.90	>.90	>.90	<.05 매우 좋음 .05~.10 수용가능

모형의 자료 적합도 검증에 이어 구성 타당성(construct validity)을 검증해야 한다. 타당성은 이용되는 지표가 구성개념을 어느 정도까지 측정하고 있는가를 의미한다(김석용・안성수, 2009). 신뢰성이 있더라도, 타당성을 갖춰야 모형이 적합한 것이다. 구성 타당성은 여러 타당성 검증 가운데, 측정도구가 타당한지를 밝히는 데 가장 확실한 근거로 간주된다.

구성 타당성 검증은 집중타당도와 판별타당도를 검증하였다. 집중타당도는 동일 개념을 측정할 경우 측정방법이 상이하더라도 측정값이 하나의 차원으로 수렴하는 지를 검증하는 것이고, 판별타당도는 다른 개념을 측정할 경우에는 측정방법이 동일하더라도 측정값이 구분되는지를 검증하는 지표이다.

집중타당도 검증은 각 측정항목이 구성개념에 적재되는 정도와 그것이 표준오차와 연관되는 정도에 따라 측정하는데, 표준화인과계수 값으로 판정하는 방법과 분산추출의 평균값(VE)으로 판단하는 방법, 합성신뢰도(composite reliability)로 판단하는 방법이 있다(김주환・홍세희・김민규, 2009). 이 연구에서는 표준화 인과계수와 합성신뢰도를 기준으로 평가하였다. 표준화인과계수는 엄격하게는 .70 이상을 기준으로 판정하지만, 일반적으로 .50 이상이면 집중타당성이 있다고 본다. 합성신뢰도는 .70 이상이면 집중타당성이 있다고 해

석된다(Steiger, 1990).

판별타당도 검증은 구성개념간의 상관관계를 비교하여 측정하는데, 이를 수치로 나타내는 파이(ø)계수의 신뢰구간을 통해 평가한다. 평균분산추출(AVE)을 통해 평가하기도 한다. 이 연구에서는 파이계수를 이용하였다. 파이계수의 신뢰구간이 완전 상관을 의미하는 1.0(또는 -1.0)을 포함하지 않으면 판별타당성이 확보된 것으로 해석하였다.

5) 예측타당성 분석

이 연구에서는 구성 타당성 검증에 이어, 예측타당성(predictive validity)을 분석하였다. 예측타당성은 기준타당성(criterion-related validity)의 한 종류로서, 기준타당성이란 어떤 척도로 측정한 변인의 값과 관련되는 준거변인의 관련성 정도를 이용하여 측정도구의 타당성을 산출하는 것으로, 도구적 타당성(instrumental validity)이라고도 한다(채서일, 2013). 어떤 측정도구가 타당성이 높을 경우, 그 척도에 의해 나타난 결과와 다른 기준변인과는 높은 상관관계가 있다고 보고 이를 검증하는 것이다.

기준타당성은 동시타당성과 예측타당성으로 나뉘는데, 이 연구에서는 특정 변인에 대한 측정값이 장래에 일어날 다른 변인의 값을 예측할 수 있는 정도를 보여주는 예측타당성을 분석하였다. 예측타당성 분석은 개발된 측정척도가 다른 어떤 특성이나 개인행동의 예측도구로서 유용성을 평가하는 데 집중되어야 한다(DeVellis, 1991). 이 연구에서는 의사 이미지를 기준변인으로 하여, 의사-환자 관계성 측정도구의 예측타당성을 분석하기로 하였다. 이를 위해 확인적 요인분석을 실시하기 위한 2차 자료 수집 때 의사이미지를 측정하는 9개 문항을 설문에 포함시켰다.

의사-환자 관계성이 증진되면 의사 이미지의 개선으로 연결될 것이다. 이런 가설을 검증하기 위해 의사-환자 관계성 값과 이미지 측정값을 대상으로 SPSS 프로그램을 이용한 회귀분석을 실시하였다. 종속변수에 대한 독립변수

의 설명력은 R^2 값으로 평가하며, 0.4 이상의 값을 보이면 잠재변수는 해당 측정변수의 변량을 잘 설명하는 것으로 해석할 수 있다.

2. 상호지향성 분석 방법과 절차

상호지향성 분석에서는 채피와 맥로드(Chaffee & McLeod, 1968)의 상호지향성 모델을 적용해 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 인식에 대해 객관적 일치도, 주관적 일치도, 정확도 등을 살피고, 메타동의를 분석한다.

이 연구에서는 이를 위해 앞서 개발한 의사-환자 관계성 측정문항들을 상호지향성을 측정할 수 있게 수정하여 새로운 설문을 작성하였다. 설문은 동일한 문항에 대하여 응답자 자신의 실제 인식과 다른 상대 집단 인식을 추정한 점수를 각각 표기하도록 했다. 두 집단 간 인식의 차이나 상호이해도를 분석하기 위해서는 두 집단 간의 평균값을 비교하여야 하며, 이를 위해서는 등간척도나 비율척도로 설문이 구성되어야 한다. 이 연구에서는 등간척도인 리커트 척도를 이용하였으며, 5점 척도(전혀 그렇지 않다=1점, 그렇지 않다=2점, 보통이다=3점, 그렇다=4점, 매우 그렇다=5점)로 응답하게 하였다. 표본의 수는 의사, 환자 각각 300명 이상을 목표로 하였다. 조사는 2013년 10월 18일부터 25일까지 진행되었다.

객관적 일치도 분석은 의사-환자 관계성에 대해 의사의 인식과 환자의 인식에 차이가 있는지를 알아보는 것이다. 인식에 차이가 있다면 객관적 일치도가 낮은 것이고, 인식에 차이가 없다면 객관적 일치도가 높다고 판단할 수 있다. 객관적 일치도는 SPSS 18.0 프로그램을 이용해 독립표본 t-test를 통해, 구성개념별로 통계적으로 유의미한 차이가 있는지를 분석하였다.

주관적 일치도 분석은 의사와 환자간의 조직-공중 관계성에 대해 의사의 인식과 환자의 인식에 대한 의사의 추정이 얼마나 일치하는지(주관적 일치도1)를 살펴보고, 반대로 환자의 인식과 의사의 인식에 대한 환자의 추정이 얼마나 일치하는지(주관적 일치도2)를 살펴보았다. 주관적 일치도는 대응표본

t-test를 통해 살펴보았다.

커뮤니케이션 효과를 가장 잘 설명해주는 정확도 분석은 의사의 인식과 의사의 인식에 대한 환자의 추정이 일치하는지(정확도 1)와, 환자의 인식과 환자의 인식에 대한 의사의 추정이 일치하는지(정확도 2)를 살펴보았다. 정확도는 독립표본에 대한 t-test를 통해 분석하였다. 이와 같이 의사-환자 관계성에 대한 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도 분석을 통해, 분석결과가 의사의 PR 방향 설정에 주는 시사점을 정리한다.

메타동의는 환자의 생각에 대한 의사의 추정과 의사의 생각에 대한 환자의 추정이 얼마나 일치하는지를 분석하는 것이다. 메타동의도 독립표본에 대한 t-test를 통해 분석하였다.

제 4장 연구결과

제1절 의사-환자 관계성 척도개발 연구 결과

1. 탐색적 요인분석 결과

1) 응답자의 속성

이 연구에서는 다수의 고정패널을 가진 온라인 리서치 회사에 의뢰하여, 20~59세 성인 남녀가 온라인 접속을 통해 설문에 응답하도록 하였다. 표본은 성별, 연령별, 거주지역별 인구비례를 고려해 할당하도록 했다. 설문조사는 2013년 9월 26일~10월 1일 사이에 실시했다. 응답자 가운데 2013년 중 병원 방문 경험이 없는 경우는 조사를 중도에 멈추도록 하고, 병원 방문 경험이 있는 사람만 조사를 계속 진행하도록 했다. 표본의 크기에 대한 학자들의 견해에 따르면 붐스마(Boomsma, 1982)의 경우 표본의 수가 200개 이상이 바람직하다고 간주했고, 벤틀러와 추(Bentler & Chou, 1987)도 추정해야 할 미지수의 5배 이상이 되어야 한다고 했다(원태연, 2009). 이 연구의 표본수는 300개로 이러한 조건을 충족시키는 수치라고 판단할 수 있다.

응답자의 인구통계학적 특성 가운데 성별 분포를 살펴보면, 남자가 155명으로 51.7% 여자가 145명으로 48.3%였다. 연령별 분포는 20대가 64명(21.3%), 30대가 79명(26.3%), 40대가 82명(27.3%), 50대가 75명(25.0%) 등으로 비교적 골고루 표집된 것으로 나타났다. 거주지는 서울과 수도권이 49%, 경남북, 대구, 부산, 울산 지역이 27%, 광주와 전남북 지역이 9%, 충남북, 대전, 세종 지역이 11%, 강원지역이 3%로 역시 비교적 고르게 표집된 것으로 나타났다. 2013년 중 병원이용횟수는 4~10회가 48%로 가장 많았고, 3회 이내가 39%로

그 다음 차례였다. 학력은 대졸이상이 76%, 대학 재학 이하가 24%로 학력수준은 대체로 우리나라 인구 특성에 비해 높았다.

<표 17> 응답자의 속성

특성	구분	빈도	구성비(%)
성별	남자	155	51.7
	여자	145	48.3
연령	20대	64	21.3
	30대	79	26.3
	40대	82	27.3
	50대	75	25.0
거주지	서울	60	20.0
	경기,인천	88	29.0
	경남북,대구,부산,울산	82	27.0
	전남북,광주	28	9.0
	충남북,대전,세종	34	11.0
	강원	8	3.0
병원 방문횟수	3회 이내	117	39.0
	4~10회	145	48.0
	10~20회	23	8.0
	20회 이상	15	5.0
학력	중졸	6	2.0
	고졸	47	15.7
	대재	19	6.3
	대졸	194	64.7
	대학원(재학/졸업)	34	11.3

2) 측정 항목의 정화

이 연구에서는 9개 의사-환자 관계성 구성요소에 대하여 45개의 구체적인 측정항목을 제시하고 환자 300명의 응답자료를 수집하여, 자료의 축소에 유용한 탐색적 요인분석 방법으로 분석하였다.

요인분석에 앞서 수집된 자료들이 요인분석에 적합한지의 여부를 검증하기

위해 Kaiser-Meyer-Olkin(KMO)의 표본적합도를 검증하였고, 변수들간의 상관관계 유의성을 파악하기 위하여 바틀렛(Bartlett)의 구형성 검증을 실시하였다. 데이터에 대한 표본적합도 검증결과 KMO의 표본적합도(MSA)는 .938로 나타나 요인분석을 실시하는데 적합한 것으로 나타났다. 일반적으로 KMO의 MSA 해석 기준에서는 .90 이상이면 요인분석을 위한 변수설정이 상당히 좋은 것이며, .80 이상이면 꽤 좋은 편, .70 이상을 적당한 편으로 판단한다. 구형성 검증결과($\chi^2(990)=9910.7$, $p<.01$) 역시 요인분석으로 사용하기에 문제가 없는 것으로 나타났다.

요인분석은 많은 변수의 상호관련성을 소수의 기본적인 요인으로 집약하는 방법의 하나로, 탐색적 요인분석의 목적은 여러 개의 변수들에 내재된 정보를 최대한 사용하여 보다 적은 수의 요인들로 압축하고 요약하는 데 있다(원태연, 2009). 이 연구에서는 많은 변수들을 축약하고 총분산의 비율을 설명하기 위해 주성분분석을 실시해 요인을 추출하였다. 요인의 회전방법으로는 요인 적재치의 단순화를 위해 직교회전방식 즉, 베리멕스(varimax)기법을 사용하였다. 요인의 수는 고유값(eigen-value) 1.0 이상인 것을 추출하였다.

측정 항목의 정화 과정은 해당 구성요소를 측정하기 위한 문항이 이론에 맞게 단일차원으로 적재되지 않는 경우 우선 제거했다. 척도개발 선행연구들이 제시한 방법론에 따라 좀 더 의미 있는 분석결과를 도출하기 위해 특정문항의 요인적재치가 일정 기준을 밑돌거나, 다른 요인에 동시에 적재되는 문항의 요인적재치가 일정 기준을 넘는 문항들을 제거하는 것을 원칙으로 요인분석을 계속 진행하였다. 이 연구에서는 측정 문항 제거를 위한 적재치 기준을 주적재치 .60, 부적재치 .40으로 하였다. 부적합한 항목들을 제거해가며 요인분석을 반복한 결과 측정문항은 21개로 압축되었다.

먼저 레포의 측정항목들(Q27, Q28, Q29, Q30, Q31)은 소통성(Q30) 및 상호교환성(Q28, Q31) 등에 분산 적재되어 제거되었다. 만족성 측정항목들(Q11, Q12, Q13, Q14)은 신뢰성(Q11, Q12)과 충실성(Q13), 상호교환성(Q14)에 분산 적재되어 제거되었다. 또 상호교환성 측정항목 가운데 일부(Q20, Q22)는 단일차원으로 묶이지 않아 제거되었다. 사회기여성 측정항목(Q15, Q16, Q17, Q18)

들도 소통성(Q15) 등에 분산적재되어 제거하였으나, '의사는 이기적인 목적에서 사회기여를 한다'(Q16)는 문항은 상호교환성 측정문항으로 더 적합할 수도 있다고 판단해, 추후 확인적 요인분석을 거쳐 재검증하기로 하였다. 이밖에 공정성 측정 1개 문항(Q18), 신뢰성 측정 1개 문항(Q5), 상호교환성 측정 2개문항(Q20, Q22)은 요인적재치가 낮거나, 높더라도 다른 요인에도 높은 값으로 적재돼 제거하였다. 전문성 측정문항(Q42, Q43, Q44, Q45)은 소통성 측정항목과 함께 묶이고 단일차원으로 수렴되지 않아 모두 제거하였다.

<표 18>은 탐색적 요인분석을 통한 측정항목 정화 결과 45개 항목 가운데 추출된 것과 제거된 것을 표시하고 있다.

<표 18> 탐색적 요인분석 결과 1

요인	측 정 항 목	요인분석 결과
신뢰성	Q1. 의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.	○
	Q2. 의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.	○
	Q3. 의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.	○
	Q4. 의사는 자신이 오진이나 실수한 사실에 대해 잘 인정한다고 생각한다.	×
	Q5. 의사의 능력에 확신을 가지고 있다.	×
충실성	Q6. 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.	○
	Q7. 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.	○
	Q8. 의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.	○
	Q9. 의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다.	○
	Q10. 의사는 환자와 그때그때 단기적인 관계만 원하는 것 같다.	×
만족성	Q11. 나는 의사와의 상호작용에 대체로 만족한다.	×
	Q12. 나는 의사와 맺은 관계에 전반적으로 만족한다.	×
	Q13. 의사와 환자는 서로 혜택을 주고받는 관계라고 생각한다.	×
	Q14. 의사는 환자들의 필요를 대체로 충족시켜주지 못하고 있다.	×
사회기여성	Q15. 의사는 환자의 복리증진에 관심을 가지고 있다.	×
	Q16. 의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다.	○→상호교환성
	Q17. 의사는 의료봉사를 함으로써 사회의 문제 해결을 지원하고 있다.	×
	Q18. 의사의 사회기여가 장기적으로 환자에게도 혜택을 줄 수 있다.	×
상호교환성	Q19. 의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다	○
	Q20. 의사는 대가나 보수에 상관없이 환자에게 헌신적으로 진료한다고 생각한다	×
	Q21. 의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을기대한다	○
	Q22. 의사는 오진이나 실수로 인해 피해를 본 환자에게 적절한 배상을 한다	×

공정성	Q23. 의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다.	○
	Q24. 의사는 진료행위를 할 때 모든 환자를 똑같이 대한다.	×
	Q25 의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다.	○
	Q26. 의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다.	○
레포	Q27. 의사와 나누는 대화가 즐겁게 느껴진다.	×
	Q28. 의사와 뭔가 잘 통하는 것 같다고 생각한다.	×
	Q29. 의사는 환자를 편하고 가깝게 대한다고 생각한다.	×
	Q30. 나는 의사를 믿고 의지하고 있다.	×
	Q31. 의사는 환자에게 개인적인 관심을 보여주기도 한다.	×
소통성	Q32. 의사는 진료 때 환자와의 대화를 주도한다.	×
	Q33. 의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다.	○
	Q34. 의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.	○
	Q35. 의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다.	○
	Q36. 의사는 진료시간이 길어지는 것에 신경을 쓰지 않는다.	×
	Q37. 의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다.	○
	Q38. 의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.	○
	Q39. 의사는 부드러운 목소리로 설명한다.	○
	Q40. 의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.	○
	Q41. 의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.	○
전문성	Q42. 의사가 오진을 하는 경우는 비교적 드문 일이다.	×
	Q43. 의사는 환자의 질병과 상태, 회복기간 등을 잘 알고 있다.	×
	Q44. 의사의 진단과 처방은 대부분 정확하다.	×
	Q45. 의사는 전문적인 수준의 의학지식과 최신 정보를 갖고 있다.	×

<표 19> 탐색적 요인분석 결과 2

설문 항목	요인1 (의사 소통성)	요인2 (신뢰성)	요인3 (공정성)	요인4 (충실성)	요인5 (상호 교환성)	공통값
의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다	.850	.211	.039	.116	-.108	0.794
의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다	.843	.180	-.073	-.027	-.051	0.752
의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다	.815	.159	-.016	.182	-.029	0.724
의사는 부드러운 목소리로 설명한다	.806	.241	.130	.151	-.049	0.750
의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다	.800	.119	.003	.216	-.114	0.713
의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다	.789	.173	-.053	.094	-.044	0.666
의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다	.760	.260	.139	.100	-.112	0.687
의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다	.752	.255	.071	.193	-.058	0.676
의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다	.348	.829	.026	.123	-.021	0.824
의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다	.355	.823	.082	.187	-.018	0.845
의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다	.382	.803	.060	.072	-.089	0.808
의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다 *	.046	.014	.881	.155	.202	0.843
의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다 *	.143	.103	.797	.111	.068	0.683
의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다 *	-.130	.046	.796	.070	.305	0.750
의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다 *	.011	-.172	.026	.759	-.230	0.660
의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다	.387	.292	.125	.726	.106	0.788
의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다	.289	.381	.233	.725	.017	0.809
의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다	.278	.399	.210	.638	.017	0.688
의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다*	-.019	-.080	.203	-.029	.860	0.789
의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다 *	-.034	.002	.270	-.046	.841	0.783
의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다 *	-.264	-.022	.058	-.058	.737	0.620
고유값(eigen value)	5.969	2.785	2.338	2.311	2.250	
% 분산	28.424	13.260	11.135	11.071	10.715	
누적총분산	28.424	41.683	52.818	63.821	74.536	

* 역문항

<표 19>는 탐색적 요인분석을 결과 추출된 항목들을 나타내고 있다. 첫 번째 요인은 비언어적 소통성 4개의 항목을 포함해 소통성을 나타내는 8개의 항목으로 구성되었으며 전체변량의 28.424%를 설명하는 것으로 나타났다. 두 번째 요인은 신뢰성을 나타내는 3개의 항목으로 구성됐으며 설명변량은 13.260%였다. 세 번째 요인은 공정성을 나타내는 3개의 항목으로 구성됐으며 설명변량은 11.135%, 네 번째 요인은 충실성을 나타내는 4개의 항목으로 구성돼 설명변량은 11.071%였다. 3개의 항목으로 상호교환성을 나타내는 다섯 번째 요인의 설명변량은 10.715%였다.

이상 21개 측정항목으로 구성된 5개 요인의 누적변량은 74.536%로 나타났다. <표 19>에서 보듯이 각 요인의 고유값은 모두 1 이상이며, 각 요인에 해당하는 측정 문항의 요인적재치와 공통값은 모두 .60 이상으로 적합 기준을 충족하고 있다. 설명변량도 만족할 만한 수준으로 나타났다.

3) 신뢰도 분석

신뢰도(reliability)는 동일한 개념에 대해서 동일한 척도를 사용하여 속성을 측정했을 때 거의 동일한 결과를 나타내는가의 일치정도를 의미하는 개념이다(Krippendorff, 2004). 이 연구에서도 탐색적 요인분석을 통해 단일차원으로 확인된 5개 요인의 세부 측정항목들이 동질적인 변수로 구성되어 있는가, 즉 내적 일관성을 갖는가를 확인하기 위해 신뢰도를 분석하였다. 이 연구에서는 SPSS 18.0 프로그램을 이용해 산출한 크론바흐 알파값을 내적 일관성 분석지표로 이용하였다. 각각의 요인들이 갖는 내적 일치도(Cronbach′s α) 값은 소통성이 .941, 신뢰성이 .909, 공정성이 .820, 충실성이 .803, 상호교환성이 .797로 나타났다. 이는 Cronbach′s α값이 0.7을 상회하면 신뢰할 수 있다(Nunnally, 1978)는 기준에서 볼 때, 신뢰도가 대체로 만족할 만한 수준이었다. 신뢰도 검증 결과는 다음 <표 20>과 같다.

<표 20> 신뢰도 분석 결과

설문 항목	요인 (Cronbach's α)
의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.	소통성 (.941)
의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.	
의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.	
의사는 부드러운 목소리로 설명한다.	
의사는 전문용어 보다는 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.	
의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.	신뢰성 (.909)
의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.	
의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.	
의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다. *	공정성 (.820)
의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다. *	
의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다. *	
의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다. *	충실성 (.803)
의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.	
의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.	
의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.	
의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다. *	상호교환성 (.797)
의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다. *	
의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다. *	

* 역문항

2. 확인적 요인분석 결과

1) 응답자의 속성

지금까지 탐색적 요인분석과 신뢰도 분석을 거쳐 의사-환자 관계성 척도로 소통성, 신뢰성, 충실성, 공정성, 상호교환성 등 5가지 구성차원에 21개의

측정문항을 추출하였다. 이에 대한 타당도를 검증하기 위해 응답자료를 추가로 수집하여 확인적 요인분석을 실시하였다. 역문항은 역코딩하였다.

확인적 요인분석을 위한 2차 조사에서도 1차 조사와 마찬가지로 온라인 서베이 방식으로 성별, 연령별, 지역별 인구비례 배분으로 추출한 유효 표본 300개를 확보하였다. 조사는 10월 11일부터 15일 사이에 이뤄졌다. 응답자의 특성은 다음과 같다.

성별 분포는 남자가 51.7%, 여자가 48.3%로 비슷하였다. 연령별로는 20대가 21.3%, 30대가 26.3%, 40대가 27.3%, 50대가 25.0%로 20~50대에 비교적 고르게 분포하였다. 거주지는 서울(20%)과 경기도(24.0%) 등 수도권이 50%를 차지했으며, 경남북, 대구, 부산, 울산이 26%, 전남북, 광주가 9%, 충남북, 대전, 세종이 12%, 강원도가 2.7%로 대체로 지역별 균형을 이룬 것으로 나타났다. 2013년 1월부터 조사 시점인 10월까지 병원방문 횟수는 4~10회가 48.0%로 가장 많았고, 3회 이하가 39.0%, 11~20회가 9%, 21회 이상이 3%였다. 학력은 대졸이 60.7%, 대학원 재학 및 졸업이 12.0%로 대졸 이상이 72.7%로 고학력자의 비중이 상대적으로 높았다. 이에 따라 직업도 사무/기술직이 41.7%로 전체 인구 구성에 비교하여 상대적으로 높은 비중을 나타냈다.

<표 21> 응답자의 속성

구분		빈도	구성비(%)
성별	여자	145	48.3
	남자	155	51.7
연령	만 20~29세	64	21.3
	만 30~39세	79	26.3
	만 40~49세	82	27.3
	만 50~59세	75	25.0
거주지	서울	60	20.0
	경기, 인천	90	30.0
	경남북, 대구, 부산, 울산	78	26.0

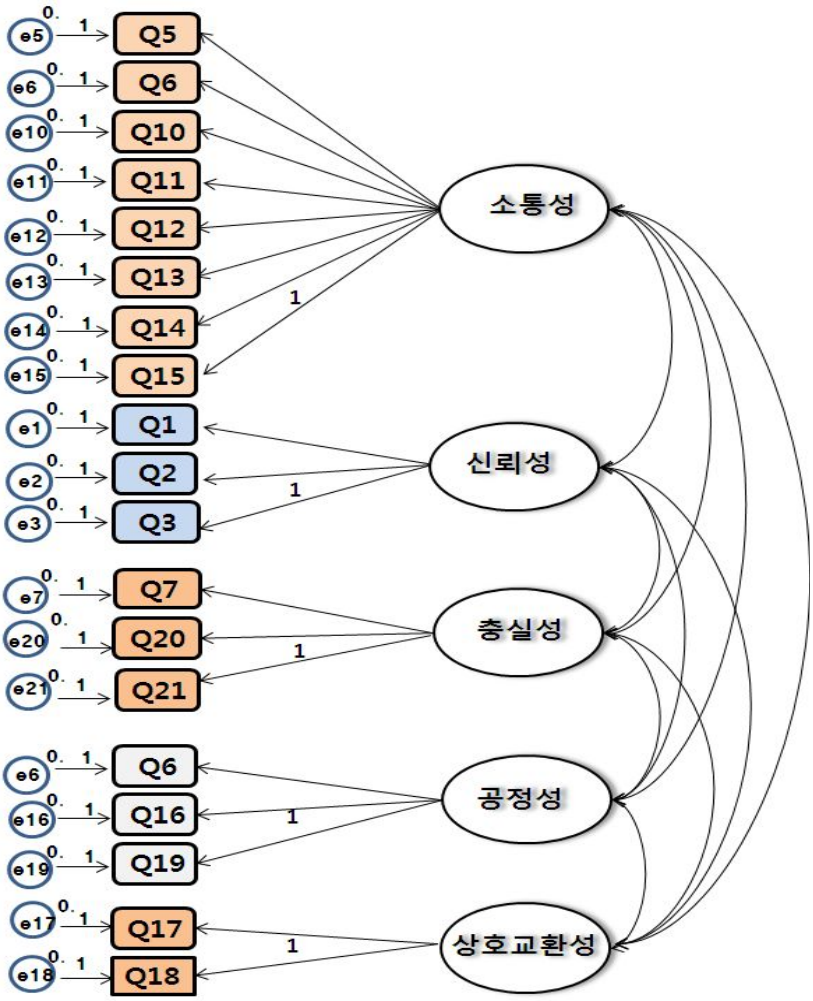
	전남북, 광주	28	9.0
	충남북, 대전, 세종	36	12.0
	강원도	8	2.7
병원방문 횟수	3회이내	118	39.0
	4~10회	145	48.0
	11~20회	27	9.0
	20회 이상	10	3.0
학력	중졸	4	1.3
	고졸	57	19.0
	대재	21	7.0
	대졸	182	60.7
	대학원(재학/졸업)	36	12.0
직업	농업/임업/축산업	1	.3.0
	자영업	17	5.7
	서비스/생산직	19	6.3
	기능/숙련공	10	3.3
	일반 작업직	5	1.7
	사무/기술직	125	41.7
	경영/관리직	11	3.7
	전문직	23	7.7
	전업주부	47	15.7
	학생	25	8.3
	무직	12	4.0
	기타	5	1.7

2) 모형 적합도 및 타당도 검증 결과

측정도구 모형의 타당성을 검증하기 위한 확인적 요인분석에는 LISREL(LInear Structual RELation) 8.53 프로그램을 이용했다. 모수의 추정은 최대우도 추정법(Maximum-likelihood estimates)을 통해 산출했으며, 결측치가 없어서 300명의 응답자료를 모두 이용하였다. 확인적 요인분석을 위한 전제 조건이라고 할 수 있는 다중공선성(multicollinearity)과 정규성(normality)

에 관한 가정을 침해하는 경우는 발견되지 않았다.

분석 결과 상호교환성 측정문항인 '의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다'와 충실성 측정문항인 '의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다'는 요인적재치(표준화 인과계수)가 0.4를 밑돌아 낮은 것으로 나타났다. 따라서 이를 제거하고 나머지 총 19 문항으로 최종분석에 사용할 구조방정식 모형을 <그림 4>와 같이 구성하였다.



<그림 4 > 의사-환자 관계성 측정도구 구조방정식 모형

이 구조방정식 모형을 이용해 LISREL 프로그램으로 자료모형의 적합도를 분석한 결과 <표 22>와 같이 측정 모형의 적합도 지수는 $\chi^2(142)=459.60$, $p<.01$, SRMR=.059, CFI=.96, NNFI=.95, RMSEA=.086으로 나타나 5가지 차원으로 구성된 의사-환자 관계성의 모형이 대체로 적합하다고 판단할 수 있었다. 휴와 벤틀러(Hu & Bentler, 1994)는 표본수가 250 이상일 경우 SRMR과 함께, CFI나 TLI, RMSEA, RNI 가운데 하나를 적합도 지수로 활용할 것을 권고하였다. 일반적으로 NNFI는 .9 이상, CFI는 .9 이상, SRMR은 .08 보다 작거나 같은 경우 어느 정도 모형적합도가 좋다고 본다. 또한, 일반적으로 RMSEA 값이 0.10 이하이면 모형은 대체로 양호하다고 할 수 있다. 0.05 이하이면 이 모형은 양호하다고 할 수 있고, 0.01 이하이면 매우 양호하여 가장 좋은 적합도로 평가한다(Steiger, 1990). 따라서 이 연구에서 제안한 측정모형의 적합도 지수는 이런 조건을 충족한다.

<표 22> 모형 적합도 지수 분석

적합도 지수	χ^2	SRMR	CFI	NNFI	RMSEA
결과값	χ^2=459.60, df=142. p<.01	.059	.96	.95	.086

이어 구성개념의 타당도를 검증하였다. <표 23>은 각 측정항목의 평균, 표준편차, 그리고 확인적 요인분석을 통해서 확인할 수 있는 요인적재치, t-값, 합성 신뢰도 등을 정리한 것이다. 구성개념의 타당도는 집중타당도(convergent validity)와 판별타당도(discriminant validity)로 확인하였다.

먼저 집중타당도는 각 구성 개념별로 하위 측정항목의 요인적재치를 확인하였는데, <표 23>에 제시된 바와 같이 .64~.93의 범위를 보였으며, 모두 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다($p<.01$). 집중타당도 검증을 위한 또 다른 기준인 합성신뢰도는 .70이상인 경우에 만족스런 것으로 판단하는데(Hair et. al.,

1998) 5가지 구성요소 모두 이러한 기준을 충족하는 것으로 나타났다.

<표 23> 각 측정항목의 평균, 표준편차, 요인 적재치, t-값, 합성신뢰도

구성 개념 및 측정 항목		평균	표준 편차	요인 적재치*	t-값	합성 신뢰도
신뢰성	신뢰성 Q1	4.79	1.07	0.79		.87
	신뢰성 Q2	4.54	1.10	0.87	15.54	
	신뢰성 Q3	4.29	1.12	0.83	15.05	
공정성	공정성 Q6	3.18	1.32	0.67		.72
	공정성 Q16	2.98	1.32	0.64	8.52	
	공정성 Q19	3.03	1.17	0.74	9.20	
충실성	충실성 Q7	4.70	1.28	0.80		.79
	충실성 Q20	4.55	1.10	0.70	11.68	
	충실성 Q21	4.31	1.18	0.72	12.03	
상호 교환성	상호교환성 Q17	3.84	1.35	0.93		.90
	상호교환성 Q18	3.86	1.28	0.88	11.81	
소통성	소통성 Q5	4.39	1.22	0.66		.92
	소통성 Q6	4.01	1.41	0.71	11.11	
	소통성 Q10	4.30	1.23	0.72	11.26	
	소통성 Q11	4.23	1.24	0.79	12.24	
	소통성 Q12	4.39	1.15	0.83	12.64	
	소통성 Q13	4.05	1.18	0.90	13.50	
	소통성 Q14	3.95	1.22	0.82	12.52	
	소통성 Q15	3.85	1.24	0.78	12.05	

* 표준화 인과계수

판별타당도를 확인하는 방법 중에 하나는 구성개념 사이의 상관관계를 나

타내는 파이(ϕ) 계수의 신뢰구간(ϕ±2.58×S.E)이 완전 상관을 의미하는 1.0(또는 -1.0)을 포함하는지의 여부를 살펴봄으로써 검정할 수 있다(배병렬, 2004). <표 24>에서 보는 바와 같이 구성요소들 사이의 파이 계수의 신뢰 구간에 구성요소들이 완전 상관관계에 있음을 뜻하는 1.0 또는 -1.0이 포함되어 있지 않다. 이는 구성요소들이 각기 다른 것을 측정하는 항목들로 구성돼 있음을 뜻한다. 따라서 의사-환자 관계성의 구성요소들 사이에 판별타당도가 확보되었다는 사실을 알 수 있다.

<표 24> 구성개념 사이의 신뢰구간 추정(판별타당도)

구성개념	추정치 (ϕ)	표준 오차	신뢰구간(99%)		
신뢰성-공정성	-0.16	0.06	-0.3148	<ρ<	-0.0052
신뢰성-충실성	0.63	0.07	0.4494	<ρ<	0.8106
신뢰성-상호교환성	-0.06	0.07	-0.2406	<ρ<	0.1206
신뢰성-소통성	0.69	0.06	0.5352	<ρ<	0.8448
공정성-충실성	-0.33	0.08	-0.5364	<ρ<	-0.1236
공정성-상호교환성	0.49	0.09	0.2578	<ρ<	0.7222
공정성-소통성	0.02	0.05	-0.109	<ρ<	0.149
충실성-상호교환성	-0.04	0.09	-0.2722	<ρ<	0.1922
충실성-소통성	0.7	0.08	0.4936	<ρ<	0.9064
상호교환성-소통성	-0.08	0.06	-0.2348	<ρ<	0.0748

이상과 같은 분석 결과를 바탕으로 이 연구에서 제안한 의사-환자 관계성의 구성요소 및 하위 측정 항목의 신뢰도와 타당도가 있다는 사실을 확인할 수 있다.

3. 예측타당성 분석결과

마지막으로 이 연구에서 개발한 의사-환자 관계성 측정도구의 예측타당성(predictive validity)을 확인하기 위하여, 의사-환자 관계성을 예측변인으로 하고, 의사의 이미지를 기준변인으로 하여 회귀분석을 실시하였다. 의사-환자 관계성 구성요소들을 예측변인으로 하고 의사 이미지를 기준변인으로 삼은 것은 그동안 김충현・오미영(2003) 등 여러 공중관계성 연구에서 관계성 개선이 이미지 개선으로 연결된다는 연구결과를 참조한 것이다. 김충현・오미영(2003)의 연구에서는 모든 공중관계성 구성요소와 기업 이미지 구성요소들이 정의 상관관계(.40<r<.68)를 갖는 것으로 나타났다. 차희원(2005)의 연구에서도 기업 이미지가 공중 관계성에 매우 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이 연구에서 의사 이미지 측정문항은 선행연구들의 이미지 측정문항들(최양호・김주완・김정현, 2009)을 참조하여 의사-환자 관계에 맞게 수정했다.

<표 25> 의사 이미지 측정 문항

이미지	1. 나는 의사에게 친근함을 느낀다.
	2. 나는 의사에게 신뢰감을 갖는다.
	3. 나는 대체로 의사에게 호감이 간다.
	4. 나는 의사가 정직하다고 생각한다.
	5. 나는 의사에게 강인한 느낌을 받는다.
	6. 나는 의사가 차별화된 이미지가 있다고 생각한다.
	7. 나는 의사에게 성실함을 느낀다.
	8. 나는 의사가 단정하다고 생각한다.
	9. 나는 의사가 친절하다고 생각한다.

회귀분석을 실시하기에 앞서 의사 이미지 측정도구의 신뢰도를 먼저 분석한 결과 크론바흐 알파값이 .929로 나타났고, 내적 일관성을 해치는 항목은 없었다.

회귀분석 결과, <표 26>과 같이 의사-환자 관계성의 구성요소 가운데 신뢰

성, 공정성, 충실성, 소통성은 의사 이미지에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또 수정된 R^2값이 .73으로 매우 높은 수준이므로, 의사-환자 관계성은 의사 이미지를 대체로 잘 설명할 수 있는 선행 변인이라는 사실을 확인할 수 있다. 다만, 상호교환성은 의사 이미지에 미치는 영향이 유의수준 p<.10에서 유의한 것으로 나타났다.

<표 26> 의사-환자 관계성이 의사 이미지에 미치는 영향

종속변인	독립변인	비표준화 계수		표준화계수	t-값
		B	표준오차	β	
의사 이미지	신뢰성	0.12	0.04	0.12	3.06 **
	공정성	0.07	0.03	0.08	2.31 *
	충실성	0.26	0.04	0.27	6.68 **
	상호교환성	-0.04	0.03	-0.06	-1.75 (N. S)
	소통성	0.54	0.04	0.57	12.86 **
수정된 R^2 = .73, F=158.92, p<.01 *p<.05, **p<.01					

표준화 계수를 중심으로 각 구성요소의 상대적 영향력을 살펴보면, 소통성(β=.57, p<.01)이 가장 설명력이 높은 것으로 나타났다. 이는 무엇보다 의사와 환자의 관계에 있어 소통성이 좋을 때, 의사의 이미지가 좋아질 수 있음을 보여주는 것으로 해석된다. 그 다음으로 충실성(β=.27, p<.01), 신뢰성(β=.12, p<.01), 공정성(β=.08, p<.05) 순으로 의사 이미지에 인과관계가 큰 것으로 나타났다.

4. 척도개발 연구 결과의 요약

이 연구에서는 의사-환자 관계성 척도개발과 관련해 '신뢰도와 타당도를 갖춘 의사-환자 관계성 척도는 어떤 구성요소와 측정문항으로 구성되는가'라는 <연구문제 1>을 설정하였다. 이에 대해 다음과 같이 결론을 요약할 수 있다.

이 연구에서는 먼저 문헌연구와 의사 및 환자를 대상으로 한 심층인터뷰를 통해 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는 45개 문항을 선별하여 이를 검증하기 위한 설문지를 구성해 환자 300명을 대상으로 응답 자료를 수집하였다. 이에 대한 탐색적 요인분석을 통해 소통성, 신뢰성, 충실성, 공정성, 상호교환성 등 5개 요인에 21개 항목을 추출하였다. 이어 이를 설문으로 구성하여 환자 300명을 대상으로 2차 응답 자료를 수집한 뒤 확인적 요인분석을 거친 결과, 2개 항목이 삭제되고 최종 5개 요인 19개의 측정문항이 도출되었다.

이에 따라 마지막 단계로 측정문항을 재검토하고, 측정도구의 길이를 최종적으로 검토하였다. 데블리스(DeVellis, 2003)는 역문항이든 순문항이든 측정문항이 문법의 규칙을 충실히 따라야 한다고 권고했다. 또 측정도구의 길이가 길면 신뢰성은 높아지지만 응답자에게 부담을 지우는 까닭에, 간명한 것이 좋다고 권고하였다. 조직-공중 관계성 측정척도 개발에 관한 선행연구들을 보면, 측정척도의 길이는 김(Kim, 2001)의 경우 4개 요인에 16개 문항으로 확정하였고, 조삼섭(2006)은 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)의 측정 척도를 검증해 6개 요인에 17개 문항으로 확정하였다. 이를 고려하면 이 연구에서 최종적으로 도출된 19개 항목은 척도의 길이로 적절한 것으로 해석된다. 이런 분석을 거쳐 최종 확정한 의사-환자 관계성 척도는 다음 <표 27>과 같이 구성됐다.

<표 27> 최종 확정된 의사-환자 관계성 측정도구

구성요소	측정문항
신뢰성(3)	의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다
	의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다
	의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다
공정성(3)	의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다
	의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별히 대우한다
	의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다
충실성(3)	의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다
	의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다
	의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다
상호교환성 (2)	의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다
	의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다
소통성(8)	의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다
	의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다
	의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다
	의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다
	의사는 부드러운 목소리로 설명한다
	의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다
	의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다
	의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는 지 수시로 확인한다

개발한 척도는 신뢰도와 타당도를 갖춘 것으로 나타났다. 이 연구에서는 확인적 요인분석을 거쳐 개발한 척도의 구성 타당성을 검증하였다. 각 구성 개념별로 하위 측정항목의 요인적재치를 확인한 결과 .64～.93의 범위를 보여 집중타당성이 확보된 것으로 나타났다. 집중타당성 검증을 위한 또 다른 기준인 합성신뢰도도 5가지 구성요소 모두 .70이상을 넘어 타당성이 확인되었다. 구성요소 사이의 상관관계를 나타내는 파이(φ) 계수의 신뢰구간(φ±2.58×S.E)이 구성요소들이 서로 완전 상관관계에 있음을 의미하는 1.0(또는 -1.0)을 포함하지 않고 있어, 판별타당성도 확인되었다. 이 연구에서는 의사-환자 관계성의 결과변인으로 의사이미지를 설정하고 회귀분석을 실시한 결과 인과관계가 확인되어, 개발한 척도의 예측타당성도 확인되었다.

제3절 상호지향성 분석 결과

1. 설문 구성 및 응답자 특성

1) 설문의 구성

이 연구는 신뢰성, 충실성, 상호교환성, 소통성, 공정성 등 5가지 구성요소에 총 19개의 문항으로 구성된 의사-환자 관계성 척도를 바탕으로 상호지향성 모델을 적용해 의사-환자 간 이에 대한 인식의 차이 및 상호이해도를 분석하는데 또 하나의 목적이 있다.

따라서 설문 문항은 앞서 개발한 의사-환자 관계성 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 조정하여 작성하였다. 측정은 5점 척도(전혀 그렇지 않다=1, 매우 그렇다=5)를 적용하였다. 이 연구에서 사용된 의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 설문 문항은 다음의 <표 28>과 같다. 설문문항 가운데 상호교환성 2개 문항과 공정성을 측정하는 3개의 문항들은 앞서 개발한 의사-환자 관계성 척도에 맞춰 모두 역문항으로 구성되었다.

<표 28> 의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 분석 설문(1)-의사용

구성요소	의사인 내가 생각하기에...	내가 생각하기에 환자는...
신뢰성	의사인 나는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.	환자들은 의사가 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각할 것이다.
	의사인 내가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.	환자들은 의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.	환자들은 의사가 말과 행동이 일치한다고 생각할 것이다.
충실성	환자는 의사인 나와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.	환자들은 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각할 것이다.
	환자는 의사인 나와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.	환자들은 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶어할 것이다.
	환자는 의사인 내가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.	환자들은 의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있을 것이다.
상호교환성	의사인 나는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다 *	환자들은 의사가 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다고 생각할 것이다. *
	의사인 나는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다. *	환자들은 의사가 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다고 생각할 것이다. *
의사소통성	의사인 나는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.	환자들은 의사가 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.	환자들은 의사가 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.	환자들은 의사가 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 부드러운 목소리로 설명한다.	환자들은 의사가 부드러운 목소리로 설명한다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다.	환자들은 의사가 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다.	환자들은 의사가 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 환자의 의견에 귀를 기울인다.	환자들은 의사가 환자의 의견에 귀를 기울인다고 생각할 것이다.
	의사인 나는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.	환자들은 의사가 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다고 생각할 것이다.
공정성	의사인 나는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다. *	환자들은 의사가 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다고 생각할 것이다. *
	의사인 나는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다. *	환자들은 의사가 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다고 생각할 것이다.*
	의사인 나는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다. *	환자들은 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다고 생각할 것이다. *

* 역문항

<표 29> 의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 분석 설문(2)-환자용

구성요소	환자인 내가 생각하기에...	내가 생각하기에 의사는...
신뢰성	의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.	의사들은 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각할 것이다.
	의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.	의사들은 자신이 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각할 것이다.
	의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.	의사들은 자신의 말과 행동이 일치한다고 생각할 것이다.
충실성	의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.	의사들은 환자들이 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각할 것이다.
	의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.	의사들은 환자가 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶어할 것이라고 생각할 것이다.
	의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.	의사들은 자신이 도움을 요청할 경우 환자들이 협조할 의향이 있을 것이라고 생각할 것이다.
상호교환성	의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다. *	의사들은 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다고 생각할 것이다. *
	의사는 환자와 오랜 간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다. *	의사들은 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다고 생각할 것이다. *
의사소통성	의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.	의사들은 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.
	의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.	의사들은 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다고 생각할 것이다.
	의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.	의사들은 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.
	의사는 부드러운 목소리로 설명한다.	의사들은 부드러운 목소리로 설명한다고 생각할 것이다.
	의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다.	의사들은 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다고 생각할 것이다.
	의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다.	의사들은 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다고 생각할 것이다.
	의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다.	의사들은 환자의 의견에 귀를 기울인다고 생각할 것이다.
	의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.	의사들은 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다고 생각할 것이다.
공정성	의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다. *	의사들은 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다고 생각할 것이다. *
	의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다. *	의사들은 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다고 생각할 것이다. *
	의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다. *	의사들은 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다고 생각할 것이다. *

* 역문항

2) 응답자의 특성

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. 거주지역은 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. 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. 조사 시점에서 최근 6개월간 병원방문 횟수는 평균 4.52회였다.

<표 30> 상호지향성 분석 응답자의 분포 (의사)

구분		응답자 수(명)	비율(%)
성별	남자	250	81.4
	여자	57	18.6
연령	20대	7	2.3
	30대	82	27.3
	40대	138	45
	50대	63	20.5
	60대 이상	17	5.5
거주지	서울, 경기, 인천	172	56
	경남북, 대구, 부산, 울산	59	19.2
	전남북, 광주	44	14.3
	충남북, 대전, 세종	27	8.8
	강원, 제주	5	1.6
전공과목	내과	69	22.5
	일반외과	19	6.2
	가정의학과	18	5.9
	산부인과	18	5.9
	소아청소년과	16	5.2
	정신건강의학과	44	14.3
	진단검사의학과	26	8.5
	신경외과	10	3.3
	이비인후과	10	3.3
	비뇨기과	11	3.6
	정형외과 외 기타	66	21.3
의사유형	개업의	62	20.2
	봉직의	215	70
	기타	30	9.8
의사경력	1~5년	29	9.4
	6~10년	63	20.6
	11~20년	131	42.6
	21~30년	58	18.9
	31년 이상	27	8.5
하루 환자 진료 수	0~20명	36	12
	21~40명	94	31.5
	41~60명	75	25.1
	61~80명	40	13.3
	81명~150명	19	6.4

<표 31> 상호지향성 분석 응답자의 분포 (환자)

구분		응답자 수(명)	구성비(%)
성별	남자	149	49.2
	여자	154	50.8
연령	20대	129	42.6
	30대	70	23.1
	40대	48	15.8
	50대	46	15.2
	60대 이상	10	3.3
거주지	서울, 경기, 인천	144	48.0
	경남북, 대구, 부산, 울산	51	17.0
	전남북, 광주	42	14.0
	충남북, 대전, 세종	32	10.5
	강원, 제주	32	10.5
학력	중졸	1	0.3
	고졸	30	9.9
	대재	20	6.6
	대졸	153	50.5
	대학원(재학/졸업)	97	32.2
직업	학생	66	21.8
	주부	6	2.0
	서비스/생산직	32	10.6
	사무/기술직	110	36.3
	전문직	41	13.5
	자영업 포함 기타	48	15.8
6개월간 병원 횟수	3회 이내	179	59.1
	4~10회	107	35.2
	11~20회	7	2.3
	20회 이상	10	3.3
진료과목	내과	160	52.8
	안과	15	5.0
	이비인후과	43	14.2
	정형외과	33	10.9
	외과	11	3.6
	가정의학과 외 기타	41	13.5

2. 상호지향성 분석 결과

먼저 신뢰도 측정 결과, 각 측정차원별로 크론바흐 알파(Cronbach's α)값은 의사의 경우 .67~.93으로 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 32>와 같다.

<표 32> 측정차원별 Cronbach's α 값

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

1) 객관적 일치도

객관적 일치도 분석은 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 실제 인식이 일치하는지 불일치하는지를 알아보는 것이다. 분석 결과, 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 척도 상에서 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 33> 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) 주관적 일치도

주관적 일치도는 의사-환자 관계성에 대한 의사의 인식과 환자의 인식에 대한 의사의 추정 사이에 일치와 불일치를 살펴보는 것이다. 또한 환자 자신의 생각과 의사의 생각에 대한 환자의 추정이 얼마나 일치하는가를 파악하기 위한 것이다. 여기서는 '의사의 점수값 -환자의 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 1을 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=3.71, 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).

<표 34> 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

한편, 주관적 일치도 2의 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 2가지 차원에 대해서는 자신의 생각과 의사의 생각에 차이가 없을 것이

라고 판단하고 있음을 알 수 있다.

유의미한 차이가 있는 구성요소들을 구체적으로 살펴보면, 신뢰성의 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).

<표 35> 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

3) 정확도

정확도는 의사-환자 관계성에 대해 상대 집단의 인식에 대한 의사와 환자 각각의 추정이 실제 상대 집단의 인식과 일치하는 정도를 파악해보는 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 구분

해서 살펴보았다.

정확도 1의 측면을 살펴보면, 의사-환자 관계성의 5가지 하위 차원 모두에서 유의미한 차이가 있으며, 모든 차원에서 환자들이 의사들의 생각을 과소추정하고 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 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)

<표 36> 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

정확도 2의 측면에서 살펴보면, 정확도 1에서와 마찬가지로 의사-환자 관계

성의 모든 하위 차원에서 유의미한 차이가 있고, 신뢰성과 충실성, 상호교환성, 소통성 등 4개 차원에서 의사가 환자의 생각을 과대추정하고 있는 것으로 나타났다. 반명, 공정성 차원에서는 의사가 환자의 생각을 과소추정하고 있다. 이를 통해 의사들이 환자의 생각을 제대로 파악하지 못하고 있다는 사실을 알 수 있다.

<표 37> 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

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).

4) 메타동의

이 연구에서는 의사-환자 간 상호지향의 존재형태를 분석하기 위해, 의사의 환자의 생각에 대한 추정과 환자의 의사의 생각에 대한 추정도 비교하여 메타동의의 정도를 알아보았다. 메타동의에서는 신뢰성(t=1.01)을 제외한 나머지 4개 구성차원에서 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 충실성, 상호교환성에서는 환자의 생각에 대한 의사의 추정이 의사의 생각에 대한 환자의 추정보다 높았고, 소통성과 공정성 차원에서는 그 반대로 의사의 생각에 대한 환자의 추정이 환자의 생각에 대한 의사의 추정보다 높았다.

유의미한 차이가 있는 차원별로 살펴보면, 충실성의 차원에서는 환자의 생각에 대한 의사의 추정(M=3.68)이 의사의 생각에 대한 환자의 추정(M=3.46)보다 조금 높았다(t=4.27, M_{diff}=0.22, p<.01). 상호교환성도 환자의 생각에 대한 의사의 추정(M=3.32)이 의사의 생각에 대한 환자의 추정(2.90)보다 높았다(t=6.22, M_{diff}=0.42, p<.01). 반면, 소통성은 의사의 생각에 대한 환자의 추정(M=3.39)이 환자의 생각에 대한 의사의 추정(M=3.20)보다 높고(t=-13.49, M_{diff}=-0.19, p<.01), 공정성에서도 의사의 생각에 대한 환자의 추정(M=2.68)이 환자의 생각에 대한 의사의 추정(M=2.17)보다 높았다(t=-7.84, M_{diff}=-0.51, p<.01).

<표 38> 의사-환자 관계성에 대한 메타동의
(환자의 생각에 대한 의사의 추정-의사의 생각에 대한 환자의 추정)

	의사의 추정	환자의 추정	평균 차이	t-값
신뢰성	3.56	3.27	0.19	1.01*
충실성	3.68	3.46	0.22	4.27**
상호교환성	3.32	2.90	0.42	6.22**
소통성	3.20	3.39	-0.19	-13.49**
공정성	2.17	2.68	-0.51	-7.84**

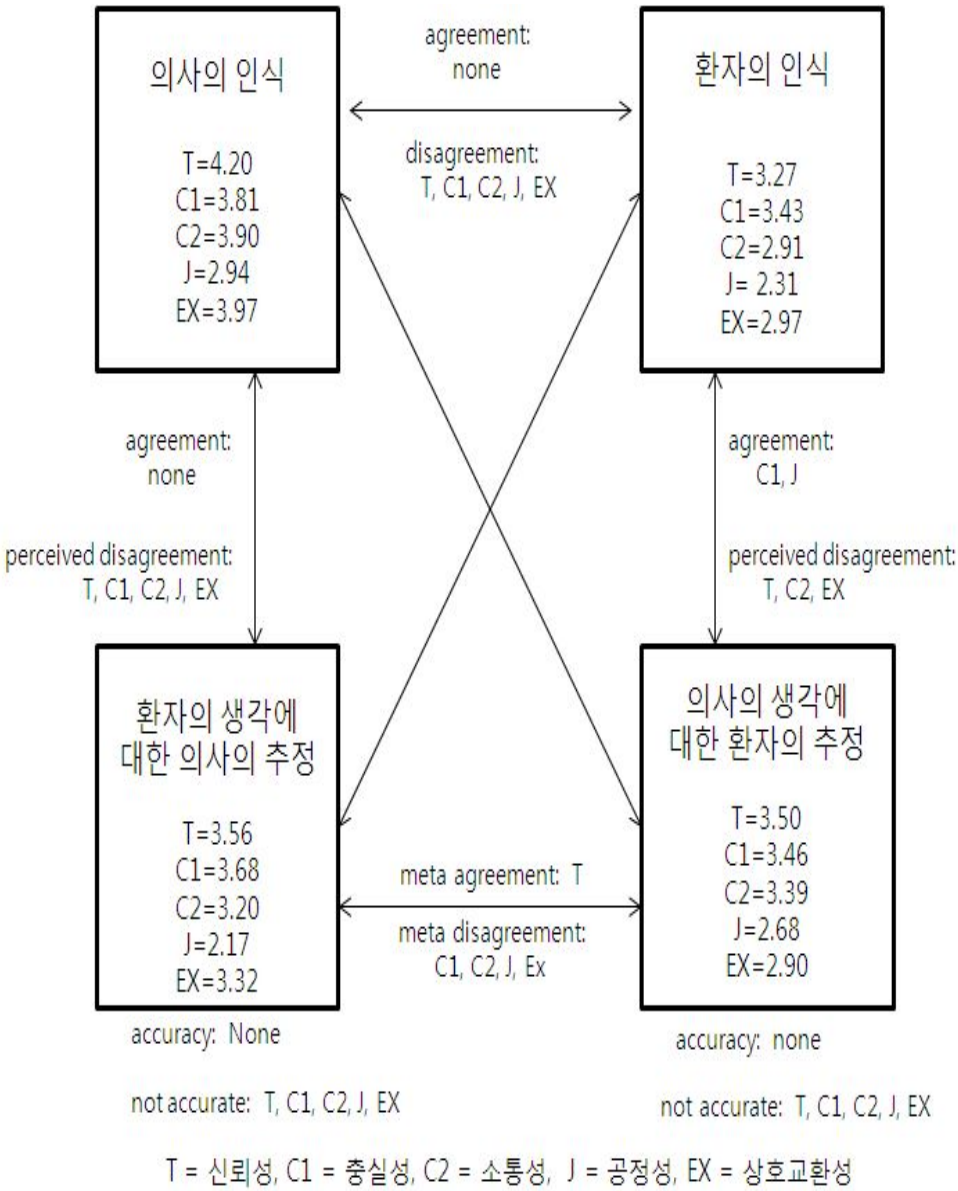
*p<.05, **p<.01, 양측검증

3. 상호지향성 분석 결과의 요약

이 연구에서는 상호지향성 분석과 관련해 '의사-환자 관계성에 대한 의사-환자 간의 인식 및 상호이해도에는 어떤 차이가 있는가?' 를 <연구문제 2>로 제기하였다. 구체적으로 객관적 일치도, 주관적 일치도 1, 주관적 일치도 2, 정확도 1, 정확도 2, 메타동의 등에서 의사와 환자의 인식 및 상대의 인식에 대한 추정에는 어떤 차이가 있을 것인가라는 6개의 세부 연구문제를 설정하였다.

분석 결과, 의사-환자 관계를 의사는 비교적 좋게 평가하는 반면, 환자는 보통 수준으로 평가하고 있는 것으로 나타났다(객관적 일치도). 신뢰성과 상호교환성, 소통성, 공정성에서 그 차이가 특히 두드러졌다.

또 의사와 환자의 상대의 인식에 대한 추정은 대부분의 영역에서 유의미한 차이를 보였다. 단지 환자의 인식과 의사의 생각에 대한 환자의 추정을 비교한 주관적 일치도 2에서 충실성과 상호교환성이 유의미한 차이를 보이지 않았다. 또 환자의 생각에 대한 의사의 추정과 의사의 생각에 대한 환자의 추정을 비교한 메타동의에서 신뢰성이 유의미한 차이를 보이지 않았을 뿐이다. 나머지 모든 영역에서는 유의미한 차이를 보였고, 이들 영역 모두에서 의사는 환자의 생각을 과대추정하고, 환자는 의사의 생각을 과소추정하고 있는 것으로 나타났다. 이에 따라 의사와 환자간에는 의사-환자 관계성의 모든 구성차원에서 인식의 차이가 크고, 의사와 환자 모두 상대의 생각에 대한 이해도가 크게 떨어진다고 결론지을 수 있다. <그림 5>는 상호지향성 분석 결과를 종합하여 나타낸 것이다.



<그림 5> 상호지향성 분석결과의 종합

의사와 환자 각각의 인식을 비교하면, 의사는 환자보다 의사-환자 관계의 질을 높게 평가하고 있다. 환자는 보통 수준으로 평가하고 있다. 그런데 의사와 환자는 모두 상대의 생각을 정확히 읽고 있지 못하는 것으로 나타났다. 의사는 환자의 생각을 과대평가하고 있고, 환자는 반대로 의사의 생각을 과소평가하고 있다.

좀 더 체계적으로 상호지향 형태를 파악하기 위해 객관적 일치도와 메타동의 결과를 종합하면, 상호지향 형태를 균형적 일치, 불균형적 일치, 그릇된 불일치, 불균형적 불일지로 분류할 수 있다. 종합한 결과는 다음 <표 39>와 같다.

<표 39> 상호지향성 형태 분류 결과

	객관적 일치도	주관적 일치도1	주관적 일치도2	정확도1	정확도2	메타동의	상호지향 형태
신뢰성	-	-	-	-	-	O	그릇된 불일치
충실성	-	-	O	-	-	-	불균형적 불일치
상호교환성	-	-	O	-	-	-	불균형적 불일치
소통성	-	-	-	-	-	-	불균형적 불일치
공정성	-	-	-	-	-	-	불균형적 불일치

의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 상호지향 형태를 보면, 먼저 신뢰성 차원에서는 객관적 일치도에 유의미한 차이가 있고 메타동의에는 차이가 없어 그릇된 불일치로 파악됐다. 그릇된 불일치는 각각의 인식에는 차이가 있지만 상대의 생각에 대한 추정에는 큰 차이가 없는 상태다.

나머지 충실성, 상호교환성, 소통성, 공정성 차원은 객관적 일치도에 차이가 있고 동시에 메다동의에서도 차이가 있어 불균형적 불일치 상태라고 볼 수 있다. 불균형적 불일치는 객관적 인식에 차이가 있고, 상대의 인식에 대해서도 잘 인식하지 못하는 상태를 뜻한다.

의사-환자 간 상호지향 형태에 대한 분석결과를 종합하여 보면 양자간 상호지향성은 매우 낮다고 결론지을 수 있다. 양자간 커뮤니케이션에는 심각한 문제가 있으며, 이를 해소하기 위해 두 집단 사이에 적극적이고 지속적인 커뮤니케이션이 필요함을 보여주고 있다고 요약할 수 있다.

제 5장 결론 및 논의

제 1절 연구결과에 대한 논의

1. 환자관계성 척도개발 연구결과 논의

이 연구에서는 의사-환자 관계에 관한 헬스커뮤니케이션 분야의 선행연구와 조직-공중 관계성 연구의 이론 및 척도개발 연구의 성과를 확장해 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는 척도를 개발하였다. 연구결과 의사-환자 관계성은 소통성, 신뢰성, 충실성, 상호교환성, 공정성 등 5개 구성요소에 19개의 문항으로 측정할 수 있는 것으로 나타났다. 척도는 신뢰도와 타당도가 검증되었으며, 의사-환자 관계성이 의사이미지에 미치는 영향을 대체로 잘 설명하는 것으로 나타났다. 이에 연구결과에 담긴 함의를 논의해보기로 한다.

첫째, 가장 주목되는 것은 지금까지 조직-공중 관계성 구성요소로 검증되지 않았던 소통성이 의사-환자 관계성의 핵심 구성요소로 나타났다는 점이다. 소통성은 탐색적 요인분석결과 전체변량의 24.8%를 설명하는 것으로 나타났다. 의사-환자 관계성 설명변량은 소통성이 가장 높고, 신뢰성, 공정성, 충실성, 상호교환성은 거의 비슷했다.

이 연구에서 소통성은 '의사와 환자가 서로에게 자신을 개방하고, 이를 통해 서로를 파악하고 의견을 교환하며, 이를 서로의 행위에 반영하는 상태'를 뜻한다. 소통성은 커뮤니케이션 스킬이나 과정 자체와는 구별되는, 의사-환자 간 커뮤니케이션을 통해 형성된 관계의 결과를 나타내는 개념이다. 소통성은 언어적인 커뮤니케이션 과정 뿐 아니라, 비언어적인 커뮤니케이션 과정을 통해서도 형성된다. 특히 이 연구에서는 비언어적인 커뮤니케이션(측정문항 4, 5, 6, 7)이 언어적 커뮤니케이션(측정문항 1, 2, 3, 8) 못지않게 중요한 것으로 나타났다. 이는 그동안 헬스커뮤니케이션 분야에서 의사-환자 간 의사소통이 의

사-환자 관계의 질을 좌우하는 매우 중요한 변인임을 확인(Lasen & Smith, 1981; Roter et al. 1995; Stewart et al., 2000; Jackson, 2001; Dutta-Bergman, 2005) 했던 연구결과와 맥락이 같다.

기존의 조직-공중관계성 척도 선행연구에서는 소통성이 공중관계성의 구성요소로 확인된 적은 없다. 그러나 공중관계성의 구성요소로서 소통성의 중요성은 여러 연구에서 시사돼왔다고 볼 수 있다. 한국의 문화적 특성을 반영한 조직-공중관계성 척도를 연구한 김형석・이현우(2008)는 공중관계성 구성요소로 유대감에 이어 '커뮤니케이션 균형성'을 검증한 바 있다. 그들의 논문에서 '커뮤니케이션 균형성'은 선행연구의 상호통제성을 재해석한 것으로, '조직과 공중간 관계의 균형성'과 '조직과 공중간 쌍방향 커뮤니케이션의 질'을 측정하는 것이다. 측정문항은 '이 회사는 나/우리의 질문이나 의견에 성의를 다해 응답해준다고 생각한다', '이 회사와 접촉할 일이 생긴다면, 나의 의견이 잘 반영될 것이라고 생각한다', '나/우리와 이 회사는 모두 의사결정과정에 만족하고 있다' 등 3개로 구성됐다. 김형석 등이 제시한 커뮤니케이션 균형성 측정항목들은 선행연구에서 강조돼온 상호통제성 측정문항을 연구의 조작적 정의에 적합하도록 선별한 것이다. 이 연구의 소통성 측정 문항도 이런 의미를 포괄하고 있다. 그러나 이 연구에서 의사-환자 관계성 구성요소로 확인된 '소통성'은 기존의 '커뮤니케이션의 균형성'보다 폭이 넓은 개념이다. 퍼거슨(Ferguson, 1984)은 공중관계성의 속성으로 '개방/폐쇄 정도'와 '상호이해'를 제시한 바 있다. 이 연구에서 의사-환자 관계성의 핵심 구성요소로 확인된 소통성은 커뮤니케이션의 균형성과 개방성 및 이를 통한 상호이해의 개념을 포괄한다.

이 연구의 결과는 의사들이 의사-환자 관계성을 증진하기 위해서는 무엇보다 소통성을 높이는 커뮤니케이션 전략을 구사해야 한다는 점을 시사한다. 이는 의사가 환자를 대하는 커뮤니케이션 태도가 의사-환자 관계를 결정하고 더 나아가 환자 순응도에 영향을 주어 결국 치료 결과에도 영향을 줄 수 있기 때문이다.

둘째, 이 연구에서 공정성이 의사-환자 관계성 구성요소로 검증된 것에도 의미를 둘 수 있다. 공정성 측정문항은 '의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적

인 친분에 영향을 받는다', '의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별히 대우한다', '의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다' 등 3개로 구성됐다. 모두 역문항으로 구성돼 있다.

'공정성'이 의사-환자 관계성 구성요소로 확인된 것은 한국의 의료현실에서 의사가 모든 환자들을 공정하게 대하지 않고 있다는 환자들의 인식이 반영된 결과로 추측된다. 히포크라테스 선서에 담긴 의료윤리는 '나는 인종, 종교, 국적, 정당정파, 또는 사회적 지위 여하를 초월하여 오직 환자에게 대한 나의 의무를 지키겠노라'라는 표현으로 의사의 공정성을 강조하고 있다. 환자들은 실제 이런 공정성을 의사-환자 관계에서 중요하게 여기고 있는 것으로 나타났다. 하지만, 의료 현장에서 의사가 환자의 사회적 지위, 개인적 친분, 인맥에 따라 환자를 차별하는 것은 부인하기 어려운 현실이다. 이 연구의 결과는, 환자에 대한 의사의 차별적 대우가 바람직한 의사-환자 관계에 적지 않은 방해요소가 될 수 있다는 것을 보여주고 있다.

셋째, 이 연구에서는 의사-환자 관계성 구성요소로 '상호교환성'이 검증되었다. 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999)은 상호교환성을 '조직과 공중이 과거에 서로 혜택을 주었거나 혹은 미래에 혜택을 줄 것으로 기대되기 때문에 자신도 상대에게 혜택을 주려는 의도의 정도'로 정의하였다. 이 연구에서는 '의사와 환자가 자신에게 돌아올 보상이나 이익에 대한 기대 때문에 상대방에게 이익을 주려는 의도의 정도'로 정의하였다. 의사-환자 관계에서 상호교환성 측정항목은 '의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다', '의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다' 등 2개가 신뢰도가 높은 것으로 나타났다. 측정문항은 모두 역문항이다.

이 연구에서 상호교환성이 의사-환자 관계성 구성요소로 확인된 것은 한국의 의료현실을 반영하는 것으로 해석된다. 환자들이 의사들의 강한 보상 기대에 대한 부정적인 인식을 갖고 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 실제로 환자들은 고가의 의료장비 사용 권고나 과잉진료 등에 대해 부정적인 반응을 보여왔다. 환자들은 여전히 의료의 공공성에 대한 기대를 갖고 있다고도 해석할 수

있을 것이다. 의사-환자 관계 개선을 위해서는 의료서비스가 단순히 의사의 돈벌이 수단이 되지 않도록 해야 하며, 환자가 그런 부정적 인식을 갖지 않도록 커뮤니케이션을 강화할 필요가 있다고 해석된다.

넷째, 이 연구에서는 조직-공중관계성 구성요소로 가장 많이 검증된 '신뢰성'과 '충실성'이 의사-환자 관계성 구성요소로 확인되었다. 반면, '사회기여성'과 '전문성'과 '레포'는 의사-환자 관계성 측정에서 의미를 갖기 어려운 구성요소로 나타났다.

신뢰성과 충실성은 선행 조직-공중 관계성 척도연구에서 가장 핵심적인 공중관계성 구성요소로 검증됐던 것들이다. 의사-환자 관계성 척도를 개발하기 위한 이 연구에서 두 구성요소의 중요성이 다시 한 번 검증되었다고 볼 수 있다.

그러나 사회기여성은 의사-환자 관계성의 구성요소로 확인되지 않았다. 오늘날의 기업들에게는 사회적 책임이 점차 강조되고 있다. 주주자본주의의 발전으로 기업이 주주의 이익에만 봉사하는 것에 대한 부정적 여론이 확산되고, 그에 따른 반작용이라 할 수 있을 것이다. 반면 의사는 과거 무의촌 의료봉사 활동 등을 통해 많은 사회기여 활동을 해왔고, 이는 의사의 이미지를 좋게 하는 데 도움이 되었을 것이라고 추측된다. 하지만 공적의료보험제도가 정착돼 의료의 혜택이 보편화돼가고 있는 오늘날에는 환자와 관계에서 의사의 사회기여의 의미가 감소하고 있는 까닭으로 해석된다. 그렇다고 해서 의사의 사회기여가 환자와 관계에서 무의미하다고 결론지을 수는 없다. 의사의 사회기여가 환자들에게 잘 알려지지 않는 것이 그 이유일 수도 있기 때문이다. 의사의 사회기여는 의사에 대한 신뢰를 높이는 요인이 될 수 있을 것이라고 추측 할 수 있지만 이 연구에서는 그런 부분까지 확인하기는 어려웠다.

전문성도 의사-환자 관계성 구성요소로 검증되지 못했다. 이 연구에서 전문성은 선행 조직-공중 관계성 연구에서는 신뢰성의 하위 차원인 '능력적 신뢰성'에 초점을 맞춘 것이다. 의사-환자 관계에 대한 헬스커뮤니케이션 연구에서는 대체로 전문성을 신뢰의 하위 구성개념으로 보았다(Hall et al., 2002). 의사-환자 관계성 척도를 개발하기 위한 이 연구에서도 전문성은 단일 구성차원

으로 수렴되지 않았다. 이는 국가에 의해 자격을 인정받고 있는 의사의 전문성에 대해 환자들이 전반적으로 인정하고 있기 때문으로 해석된다. 특히 이 연구에서는 전문성 측정항목들이 요인분석 과정에서 소통성 측정항목들과 함께 묶여, 기존 공중관계성 척도 연구와는 다른 결과를 보였다. 이는 의사의 의료 기술적 측면을 환자들이 소통성의 한 부분으로 보고 있음을 의미한다. 하지만, 애초 이론구조에 맞게 적재되지 않아 이 연구에서 개발한 의사-환자 관계성 척도에서는 전문성 측정항목들을 제거하였다.

한편 레포의 측정문항들은 요인분석 결과 단일 차원성을 갖지 못하고, 소통성 및 상호교환성 측정항목들과 함께 묶이는 것으로 나타났다. 이에 따라 모두 제거되었다. 매킨토시(Macintosh, 2009)는 친숙함이 레포 형성과정을 거쳐 신뢰에 영향을 준다고 하였다. 그렇다면 레포가 의사-환자 관계성 구성요소인 신뢰성의 선행요인인지에 대해서는 추가 검증이 필요하다고 하겠다.

의사-환자 관계성 척도개발 연구결과를 종합하여 보면, 의사들이 환자와 관계성을 향상시키기 위해서는 무엇보다 환자와의 소통성을 강화해야 하며, 모든 환자를 공정하게 대하는 공정성을 높여야 한다는 결론에 도달하게 된다.

2. 상호지향성 분석 결과에 대한 논의

이 연구는 의사-환자 관계성을 측정할 수 있는 척도를 개발하는 데서 한 걸음 더 나아가, 개발한 척도를 이용해 의사-환자 관계에 대한 의사와 환자의 인식 및 상호이해도를 분석하였다. 이를 통해 의사와 환자의 상호지향 형태를 살펴보았다. 분석결과에 담긴 함의를 요약해본다.

첫째, 환자가 의사-환자 관계성을 평가한 것을 종합하여 보면 보통 수준이라고 할 수 있다. 5점 척도로 된 측정결과를 보면, 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. 이는 의사들이 모든 환자를

공정하게 처우하지 않으며, 환자 진료행위를 할 때 보상에 대한 강한 기대를 갖고 있다고 환자들이 보고 있음을 의미한다. 열린 마음으로 상호이해를 추구하고 환자의 의견을 받아들이는가에 대해서도 그다지 만족하지 못하고 있다.

둘째, 의사의 평가를 보면 의사들은 의사-환자 관계성을 비교적 높게 평가하고 있다. 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. 환자의 사회적 지위, 환자와의 친분 등이 진료의 질을 좌우하는 데 영향을 주고 있음을 인정하고 있는 것으로 해석할 수 있다.

이를 종합하면, 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.

상호지향성 분석은 의사-환자 관계의 질을 보여줄 뿐 아니라, 관계성에 대한 상호 인식 및 이해도에 어떤 차이가 있는지를 보여준다. 객관적 일치도와 주관적 일치도, 정확도, 메타동의 분석결과를 바탕으로 의사와 환자의 상호지향 형태를 분석하는 일은 의사-환자 관계를 개선할 수 있는 커뮤니케이션 방향 설정에 시사점을 제공한다. 이 연구에서는 의사-환자 관계성 각 구성요소에 대한 분석결과를 종합해 의사와 환자 간 인식 및 상호이해도를 파악하고, 상호지향의 형태를 이연택・신동재(2013)가 제시한 균형적 일치, 불균형한 일치, 그릇된 불일치, 불균형적 불일치 등 4가지로 분류했다.

첫째, 소통성은 의사와 환자 사이에 인식의 차이(0.99)가 매우 크다. 또 정확도를 살펴보면 의사, 환자 모두 상대방의 생각에 대한 오해가 크다. 의사와 환자가 각각 상대의 생각을 추정한 것을 비교한 메타동의에서도 유의미한 차이가 있다. 이는 소통성 구성요소에 대한 의사-환자 간 상호지향이 '불균형적 불

일치' 상태에 놓여 있음을 뜻한다. 이런 분석결과는 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 결론지을 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 일방적인 커뮤니케이션이 전형적인 이유로 나타났다고 보고했다. 환자들은 "나의 담당의사는 내가 겪는 고통을 설명하면 전혀 들으려 하지 않는다는 인상을 받았다. 그는 나를 기계진료 쪽으로 유도하는 데 급급해하는 모습이었다", "나는 솔직히 의사가 나에게 설명한 것이 무엇인지 전혀 알아듣지 못했다", "너무 혼란스럽고 화가 나서 의사와의 관계를 더 이상 원하지 않는다" 등으로 대답했다. 이에 커진스(Cousins, 1979)는 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 워크샵을 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 능력을 모니터링하여 계속 향상시켜가는 것이 의사-환자 관계를 개선하는 데 중요하다 하겠다.

둘째, 신뢰성에 대해서도 의사와 환자 사이에는 인식의 차이(0.93)가 크다. 그러나 상대의 생각에 대한 추정을 비교하면, 유의미한 차이(t=1.00<1.96)가 없다. 이는 상호간 그릇된 합의가 형성돼 있는 '그릇된 불일치' 에 해당한다. 다만 신뢰성에 대한 환자의 평가가 비교적 높은 만큼, 의사는 신뢰성을 높이기 위해 PR 자원을 투입하는 데 우선순위를 둘 필요는 없는 것으로 판단된다.

셋째, 충실성에 대해서는 의사와 환자 사이에 인식의 차이(0.38)가 있다. 메타동의에서도 차이가 있다. 이는 '불균형적 불일치' 상태인데, 서로의 생각에 대한 오해의 정도는 다른 구성요소에 비해서는 작은 편이다. 충실성의 점수값을 높일 수 있는 행동 프로그램이 필요하지만, PR자원을 우선 투입할 영역은 아니다.

넷째, 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. 이는 '불균형한 불일치'의 전형적인 모습이며, 불일치의 정도 또한 매우 크다. 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, 의사집단의 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. '불균형적 불일치' 상태라고 볼 수 있다. 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.

상호지향성 분석 결과를 종합해보면, 의사가 환자에 비해 의사-환자 관계성을 과대평가하고 있으며, 환자의 생각에 대해 큰 오해를 갖고 있음을 확인할 수 있다. 이런 상황에 대한 의사의 자각과 함께 관계 개선을 위한 행동의 필요성을 인식하는 것이 의사-환자 관계 증진에 무엇보다 긴요한 과제라 하겠다.

제 2절 연구의 의의

이 연구에서는 먼저 의사-환자 관계성 척도를 개발하고, 개발한 척도를 이용하여 의사와 환자 쌍방을 대상으로 상호지향성 모델을 적용해 관계성을 측정하여 의사에게 필요한 PR전략을 제시하였다. 이 연구의 의의는 크게 학문적 의의와 실무적 의의로 나누어볼 수 있다.

첫째, 학문적 의의로는 그동안 조직-공중 관계성 연구에서 주목되지 않던 의사-환자 관계를 대상으로 공중관계성 척도를 개발해 공중관계성 이론의 확장을 꾀했다는 점을 들 수 있다.

초기의 공중관계성 연구들은 조직의 특수성을 고려하지 않고 모든 조직에 적용가능한 관계성 척도 개발에 중점을 두었다. 연구는 주로 기업을 대상으로 이루어졌다. 그 뒤, 점차 정부조직, 비정부기구, 정당, 학교 등 특수한 형태의 조직과 핵심 이해당사자간의 관계성을 연구하는 쪽으로 연구의 범위가 확장되고 있다. 의사는 이런 조직들과는 또 다른 특징을 갖고 있다. 의사와 환자 사이의 관계는 일반적인 상품이나 서비스의 공급자-소비자 사이의 관계와는 다르다. 의사의 의료서비스는 사람의 생명과 건강을 다루는 것으로, 의사와 환자의 관계의 질은 치료 효과에도 영향을 준다. 의료 서비스는 또한 공공적 성격을 많이 갖고 있다. 단순히 비용과 편익의 균형을 추구하는 '계약관계'와는 조금 다른 성격을 갖고 있다. 이런 특수한 조직-공중 관계를 측정할 수 있는 척도의 개발은 더욱 활성화될 필요가 있다. 의사, 변호사, 세무사, 성직자 등 오늘날의 특수한 전문가집단의 구성원들은 공동의 목표를 가진 작은 조직 단위로 공중과 관계를 맺는다. 의사-환자 관계성 연구는 공중관계성 이론이 이들 특수한 전문가집단을 대상으로 한 척도 개발 연구에도 적용될 수 있는 가능성을 제시했다고 본다.

둘째, 이 연구는 공중관계성 척도가 조직-공중간 관계의 유형에 따라 다를 수 있음을 거듭 확인했다는 점에서도 의미를 갖는다. 선행연구에서 가장 많이 제시된 공중관계성 구성요소는 신뢰, 충실성, 만족성, 상호통제성이다. 후앙

(Huang)등은 공중관계성 구성요소가 조직-공중이 속한 사회문화적 특성에 따라 다를 수 있다고 하였다. 박현순(2009)은 정부기관이, 조수영 등(2012)은 정당이 공중과 맺는 관계성 척도 연구에서 상호이해도, 정책이해도 등이 구성요소에 포함될 수 있음을 검증하였다. 이 연구에서는 의사-환자 관계성 구성요소로 그동안의 공중관계성 척도 연구에서는 검증되지 않았던 소통성이 가장 핵심이 되는 구성요소로 검증되었다. 또 공정성이 신뢰성과는 별개의 구성차원으로 확인되었다. 모든 조직-공중 유형에 타당한 척도를 개발하려는 노력도 의미가 있지만, 특정 유형의 조직-공중 관계를 측정하기 위해서는 그에 맞는 척도 개발이 필요하다는 점을 이 연구는 거듭 확인해주었다고 평가할 수 있다.

셋째, 의사-환자 관계성 척도의 개발로 의사-환자 관계성에 대한 여러 후속연구가 가능해졌다는 점을 들 수 있다. 그동안 헬스커뮤니케이션 분야에서 의사-환자 관계의 질을 측정할 수 있는 척도에 대한 연구가 없었던 것은 아니다. 그러나 신뢰나 의사소통 기술 등이 의사-환자 관계의 질에 어떤 영향을 미치는지를 측정하는 척도를 개발하는 데서 그치거나, 여러 구성요소를 탐색하는 경우에도 탐색적 요인분석과 확인적 요인분석이라는 엄밀한 척도 개발 절차를 거치지 못한 것이 현실이다.

그동안의 공중관계성 연구에서도 특정 유형의 조직을 대상으로 공중관계성을 측정할 때 혼과 그루닉(Hon & Grunig, 1999) 등이 제시한 측정도구 등을 이용하여 내적 일치도 분석 등 간단한 검증만을 거쳐 사용하는 경우가 적지 않았다. 이 연구에서 개발한 의사-환자 관계성 척도는 '관계성' 개념을 도입해 의사-환자 관계를 전면적으로 파악할 수 있게 하였으며, 측정도구의 신뢰도와 타당도가 만족스런 것으로 나타났다. 이 척도를 기반으로 하여, 의사-환자 관계성의 선행요인이나 결과변인에 대한 연구가 가능해졌다는 데도 의미를 둘 수 있다.

이 연구는 실무적 차원에서도 의의를 찾을 수 있다. 의사-환자 관계성 척도는 의사 조직의 PR활동이 가져오는 효과를 측정할 수 있는 일련의 평가 기준을 제시한다. 관계성을 일정한 시간 간격을 두고 측정해 변화를 살펴봄으로

써 PR전략을 평가하고 개선하는 데 도움을 줄 수 있다.

또 이 연구에서는 상호지향성 모델을 적용해 의사와 환자의 인식의 차이 및 상호이해도를 분석해 의사의 PR전략이 어디에 자원을 집중해야 하고 어떤 방향으로 이뤄져야 하는지를 제시했다.

공중관계성 척도 개발은 그것이 실제 측정에 사용될 때 의미를 갖는다. 지금까지 이뤄진 조직-공중 관계성 연구에서는 대부분 공중만을 대상으로 관계성을 측정하였다. 조직과 공중 쌍방을 측정하더라도 각자의 인식만 측정하고, 상대의 인식에 대한 추정은 대부분 조사하지 않았다. 이에 따라 상호이해도에 대한 분석이 이뤄지지 못했다. 이 연구에서는 개발한 척도를 바탕으로 의사-환자 관계성에 대해 의사, 환자 각각의 인식과 상대의 인식에 대한 추정을 측정하여 세부적으로 분석하였다. 이를 통해 의사와 환자 사이의 인식의 차이 및 상호이해의 정도를 구체적으로 드러내고, 관계 개선을 위해 필요한 시사점을 제시하였다.

제 3절 연구의 한계 및 제언

이 연구는 아직 국내외에서 연구 성과가 미흡한 의사-환자 관계성의 측정 도구를 개발하고, 이를 상호지향성 모델을 적용해 의사와 환자의 생각의 차이를 종합적으로 분석함으로써 공중관계성 연구와 상호지향성 연구의 지평을 확대했다는 의미를 갖지만, 몇 가지 한계 또한 함께 갖고 있다. 연구의 한계와 함께 후속연구를 위한 제언을 정리하고자 한다.

첫째, 의사-환자 관계성 척도 개발 과정에서 응답자료를 환자들만을 대상으로 수집했다는 점은 이 연구의 한계 가운데 하나다. 관계성에 대한 측정도 조직-공중 양쪽을 대상으로 하는 것이 바람직하지만, 척도 개발 과정에서도 의사와 환자 양쪽을 대상으로 응답자료를 수집하는 것이 가장 바람직하다. 공중관계성 개념은 관계성의 증진이 '상호호혜'라는 점을 가정한다. 따라서 양쪽을 대상으로 자료를 수집하여 양쪽의 의견이 일치하는 구성요소와 측정항목을 도출하는 것이 척도의 엄밀성을 높인다. 그것이 공중관계성 이론의 당초 목적에 더 부합한다고 볼 수 있다.

이 연구에서는 관계성 증진 및 PR이 필요한 쪽은 의사이며, 환자는 그 대상이라는 현실적 고려를 중시해, 척도 개발 과정에서 환자만을 대상으로 자료를 수집하였다. 따라서 관계성 척도가 환자의 인식을 중심으로 구성됐다는 점은 이 연구의 한계로 지적될 수 있다. 만약 의사-환자 관계성 척도를 검증하거나, 특정 구성요소에 대한 세부 측정항목을 검증하기 위한 후속 연구가 이뤄진다면 이런 한계를 충분히 고려할 필요가 있다고 하겠다.

둘째, 이 연구는 의사-환자 관계성의 선행요인이나 결과 변인과의 인과관계를 충분히 제시하지 못했다. 조직-공중 관계성 척도개발 선행연구들은 관계성의 결과변인으로 공중 차원에서 만족도와 충성도, 조직 차원에서 조직이미지나 평판 등을 제시하고 각 구성차원과의 인과관계를 검증한 사례가 적지 않다. 이를 통해 PR의 실질적 효과를 나타낼 수 있기 때문이다.

그러나 이 연구에서는 의사-환자 관계성이 의사 이미지에 미치는 영향을

분석해 척도의 예측타당도를 분석하는 데 그쳤다. 이는 이 연구가 개발한 척도로 의사-환자 관계에 대한 의사와 환자의 인식 및 상호이해도를 분석하는 데 또 하나의 목적을 두었기 때문이기도 하다. 후속연구에서 의사-환자 관계성을 증진할 수 있는 커뮤니케이션 기술이나 커뮤니케이션 전략에 대한 연구가 이뤄지고, 의사-환자 관계성이 환자만족도나 재방문 의도, 의사-환자 간 갈등 상황에 어떤 영향을 미치는 지 활발한 탐구가 이뤄지길 기대해본다.

셋째, 연구의 표본에도 부족한 점이 있었다. 이 연구에서는 상호지향성 분석을 위해 의사, 환자 각각 300명 이상을 대상으로 응답 자료를 전국에서 수집하였다. 의사를 대상으로 한 응답 자료를 수집하는 일이 그리 쉽지 않은 현실을 고려하면, 표본의 수는 충분하다고 본다. 하지만 표본이 모집단을 얼마만큼 대표할 수 있느냐 하는 점에서는 한계가 있다.

의사의 경우 개업의인지 봉직의인지에 따라, 환자 관계에 대한 인식이 다를 수 있다. 우리나라의 개업의와 봉직의 비율은 거의 비슷하지만, 이 연구의 표본은 개업의가 20.2%, 봉직의가 70%로 봉직의의 비율이 압도적이었다. 이 때문에 이 연구의 결과를 전체 의사의 인식으로 일반화하기에는 한계가 있을 수 있다. 또한 진료과별 의사 분포도 충분히 반영하지 못했다. 우리나라 의사의 진료과별 분포는 내과가 14.3%로 가장 많고, 내과를 포함해 4개 전문과목으로 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. 이 또한 표본 구성의 한계라 할 수 있다.

환자의 경우도 상호지향성 분석에서 외래환자만을 대상으로 표본수집이 이루어져 입원환자가 지각하는 의사-환자 관계성에 대한 인식까지 포함하지는 못했다. 또, 척도개발 연구 과정에서도 환자 300명을 1차와 2차에 걸쳐서 온라인 서베이를 실시했는데, 응답자는 최근 1년 동안 1회 이상 병원에 방문해 의사의 의료서비스를 이용한 사람에 한해서였다. 응답자들은 이 과정에서 의사와의 진료 경험을 떠올리며 설문에 답을 했을 가능성이 있고, 그 과정에서 답변의 정확성에 한계가 있었다고 본다.

표본구성에서의 이런 한계를 극복한 후속연구를 기대해본다. 환자를 대상으로 한 자료 수집을 위해서는 병원에 직접 방문하여 의료서비스를 경험하고 있는 환자, 혹은 입원중인 환자들을 대상으로 설문을 하는 것도 의미 있다고 생각된다. 또 의사의 경우, 봉직의와 개업의의 비율, 진료과별 의사의 분포를 더욱 고려할 필요가 있다.

한편 상호지향성 분석에서는 의사의 임상경력이 환자관계성 인식과 이해도에 어떤 영향을 미치는지가 의미 있는 분석 대상으로 보인다. 이는 의사의 커뮤니케이션 능력이 의사 경력에 의해 어느 정도 향상될 수 있는지, 교육의 필요성은 어느 정도인지를 확인하게 해줄 것이다. 특히 개업의와 봉직의의 경우 환자를 대하는 태도가 다를 수 있다. 표본을 잘 표집해 개업의와 봉직의 사이에는 환자 관계에 대한 인식에 어떤 차이가 있는지를 분석하는 것도 의미가 있을 것이다.

마지막으로 이 연구에 사용한 자료의 수집 대상이 한국의 환자들이었던 까닭에 척도개발 결과에 한국의 의료현실이 투영돼 나타났을 것이라는 점도 지적해둬야 한다. 이 척도가 의료현실이 다른 외국에도 그대로 적용되기는 어려울 것이다. 앞으로 외국의 연구결과와 이 연구의 결과를 비교연구해보는 것도 의사-환자 관계성 척도의 구성요소와 측정항목을 일반화하는 데 의미 있는 연구가 될 것으로 생각된다. 이 연구가 시발이 되어, 앞으로 의사와 환자의 관계성에 관한 지속적이고 진전된 연구가 이뤄지기를 기대해 본다.

참고문헌

강윤식(2010). 한국에서 의료전문직의 개념과 논의.『한국의료윤리학회지』, 13(3), 255-261.

구자은(2011). 홈페이지의 대화적 관계를 통한 조직-공중관계성이 조직의 이미지에 미치는 영향.『언론과학연구』, 11(4), 138-173.

권복규(2011). 전문직 윤리로서의 의료윤리: 의사다움이란.『대한소화기학회지』, 60(3), 135-139.

김대현(2006). 의료 커뮤니케이션: 세 가지 기능적 접근.『의료커뮤니케이션』, 1(1), 1-6.

김민정(2009). 의사의 커뮤니케이션 스타일에 영향을 미치는 요인 연구: 개인적 특성과 환자 중심적 성향을 중심으로.『한국언론학보』, 53(3), 146-172.

김병희・한상필(2006). 광고 창의성 측정을 위한 척도개발과 타당성 검증.『한국광고학회』, 17(2), 7-41.

김봉관・이강호(2009). 의료서비스제공자의 비언어적 커뮤니케이션이 고객지향성, 고객만족, 장기적 관계지향성, 구전의도에 미치는 영향.『마케팅논집』, 17(3), 29-64.

김봉철・김미라・한상필(2009). 기업체 PR담당자와 PR회사 실무자의 PR회사 전문성 인식에 대한 비교 연구: 상호지향성 모델을 이용한 탐색적 고찰.『홍보학연구』, 13(2), 38-69.

김봉철・정세종・이민창(2013). 경찰과 시민 간의 조직-공중 관계성에 관한 상호이해도 분석: 상호지향성 모델의 적용.『한국광고홍보학보』, 15(1), 223-252.

김봉철・최명일・장지영(2012). 인터넷 건강정보 이용에 대한 의사와 환자간의 인식차이 비교: 상호지향성 모델의 적용.『광고학 연구』, 62, 161-186.

김봉철・최양호(2005). 대학 구성원들의 위기지각에 대한 상호지향성 분석.『한국광고홍보학보』, 7(3), 7-41.

김상우・김광호・장영혜(2009). 의사의 전문성과 커뮤니케이션 능력이 환자

가 지각하는 신뢰, 가치 및 만족에 미치는 영향.『마케팅논집』, 17(1), 115-140.

김영욱・박소영(2003). 인터넷상에서 조직 공중 관계성이 고객 만족도와 충성도에 미치는 영향.『광고학 연구』, 14(1), 7-30.

김영욱・조삼섭(2007). 고객만족, 충성도, 향후 행동에 대한 관계성 정도의 영향력: 지역 은행의 경우.『한국광고홍보학보』, 9(1), 7-29.

김용대(2002). 의사의 특성과 환자만족 간의 관계에 관한 연구.『청촌논총』, 3, 147-190.

김유경・우종필(2008). 의료서비스 제공자의 언어적, 비언어적 커뮤니케이션에 관한 연구.『서비스경영학회지』, 9(1), 225-258.

김주환・홍세희・김민규(2009).『구조방정식 모형으로 논문 쓰기』. 서울: 커뮤니케이션 북스.

김충현・오미영(2003). 조직 공중관계성과 이미지 관계: 행위적 관계와 상징적 관계의 상호작.『한국언론학보』, 47(2), 78-106.

김형석(2007). OPR 측정의 한국화 및 PR커뮤니케이션 효과 변인들의 인과관계에 관한 연구. 한양대학교 대학원 박사학위논문.

김형석・이현우(2008). 한국의 문화적 특성을 반영한 공중관계성 측정도구에 관한 연구.『한국광고홍보학보』, 10(1), 99-139.

남기화・여정성(2007). 기업의 사회적 책임 인식에 대한 기업과 소비자의 상호지향성에 관한 연구: 20-30대 직장인과 소비자를 중심으로.『소비자학연구』, 18(3), 43-61.

문빛・이유나(2011). 조직-공중 관계의 양면성: 부정적 관계특성의 탐색과 측정.『한국언론학보』, 55(5), 416-447.

박성수(2007). 조직-공중 관계성이 교정기관 이미지에 미치는 영향에 관한 연구.『교정연구』, 34, 159-179.

박용익(2006). 의사-환자 대화의 제도적 특징과 유형학.『텍스트언어학』, 21, 207-237.

박종민(2001). 한국 홍보 실무자들의 전문성 기준 연구: 정부와 기업 홍보실무자의 상호지향성 중심으로.『한국언론학보』, 45(3), 107-148.

박현순(2009). 정부기관과 정책공중과의 공중관계성 척도 검증에 관한 연구.『한국광고홍보학보』, 11(4), 144-170.

반덕진(2011). 의사의 직업전문성과 히포크라테스 선서.『의철학연구』, 12, 73-93.

변효진・전범수(2008). 미디어 기업의 사회적 책임 활동에 대한 이용자와 조직 구성원의 인식차이 연구: 상호지향성 모델의 적용을 중심으로.『한국방송학보』, 22(4), 92-126.

배병렬(2004).『구조방정식 모형 이해와 활용(RISREL)』. 서울: 도서출판 대경.

백미숙・우상수 역(2008). 『의사와 환자의 대화』, 서울: 백산서당.

보건복지부(2012).『의료법 시행규칙 개정령안』, 서울: 보건복지부.

보건복지부(2013).『건강보험공단 상급병실료・선택진료비 실태조사』. 서울: 보건복지부.

서판수(2002). 의사의 커뮤니케이션 스타일이 환자만족에 미치는 영향에 관한 연구.『한국병원경영학회지』, 7(4), 57-101.

송영일・전호일(2006). 전략적 관점에서 본 전자상거래 비즈니스 모델의 측정 도구 개발에 관한 연구.『정보시스템 연구』, 15(3), 1-34.

양은배(2008). 환자-의사간 의사소통 기술 교육에 관한 고찰.『한국의학교육』, 20(2), 99-107.

염성원・한승수(2005). 광고교육에 대한 광고 실무자와 대학생 간의 인식차이에 관한 연구: 상호지향성 모형 적용을 중심으로.『한국광고홍보학보』, 7(4), 262-296.

원태연(2009).『SPSS 서베이 리서치』. 서울: 홍릉과학출판사.

이두원(2000). 의사-환자 간 커뮤니케이션 행위에 대한 대화분석.『한국언론학보』, 45(1), 232-265.

이선희(1997). 소비가치 이론에 의한 병원선택 요인 연구.『예방의학회지』, 30(2), 413-427.

이연택・신동재(2013). 카지노기업의 사회적 책임에 대한 기업과 정부 간 상호지향성 분석.『관광연구논총』, 25(1), 47-70.

이유나・문빛(2008). 조직-공중 관계성의 선행요인에 대한 연구: 사내 커뮤니케이션 맥락을 중심으로.『광고학 연구』, 19(5), 149-166.

이진석(2013). 의사양성의 과제와 미래에 대한 논의. 제29차 의학교육 학술대회 발표자료.

이호준・최명일(2006). 라디오 청취동기의 요인구조와 측정척도의 개발.『방송연구』, 63, 153-178.

임지혜・이기효・백수경(2009). 의사의 커뮤니케이션 스타일과 질, 의사-환자 관계 유형에 따른 환자만족 요인.『병원경영학회지』, 14(3), 83-103.

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.

정지은・이유나(2009). 의사-환자 간 커뮤니케이션과 병원-환자 관계성이 병원 재방문에 미치는 영향.『한국언론학회 학술대회 발표논문집』, 2009(10-3), 169.

조삼섭(2006). 조직-공중 관계측정: Hon과 Grunig의 공중관계성 측정도구 검증을 중심으로.『광고학연구』, 17(4), 141-161.

조수영・조경숙・배지양(2012). 한국 정당의 공중관계성 척도 검증.『광고학연구』, 23(6), 207-235.

지경자・박천만・이정렬(2011). 환자가 인지하는 의료서비스 질이 지각하는 가치와 만족도 및 재이용 의도에 미치는 영향-전문병원과 일반병원을 중심으로.『대한보건연구』, 37(2), 41-56.

차배근(1990).『사회과학연구방법』. 제 2판, 서울: 세영사.

차희원(2005). 기업이미지와 기업명성이 조직-공중 관계성과 기업 슈퍼브랜드에 미치는 영향.『광고연구』, 68, 171-199.

청년의사(2012.7.5.). 커버스토리: 의사, 신뢰하지만 권위적・집단이기적.

채서일(2013).『사회과학조사방법론』, 서울: 비앤엠북스.

최명일・김봉철・장지영(2011). 의사의 커뮤니케이션 기술에 대한 의사와 환자의 인식 차이 비교: 상호지향성 모델을 중심으로.『홍보학연구』, 15(4), 115-143.

최양호・김주완・김정현(2009). 지역방송 채널브랜드 자산과 준사회적 상호작용: 광주·전남지역 방송채널을 중심으로.『언론과학연구』, 9(2), 531-568.

최이규(2006).『구조방정식 모형; Structual Equation Modeling with AMOS 5』. 서울: 무역 경영사.

최지현・조삼섭(2009). 조직-공중 간 관계성과 갈등에 대한 상호인식 연구: 사립대학 구조 조정 이슈를 중심으로.『한국언론학보』, 53(6), 330-353.

한국보건사회연구원(2012).『2011 국민보건 의료실태조사』, 서울: 보건복지부.

한국의료분쟁조정중재원(2013).『2012년도 의료분쟁 조정·중재 통계연보』. 서울: 한국의료분쟁조정중재원.

한운옥(2006). 의사와 환자의 상호 커뮤니케이션 유형에 관한 연구. 성균관대학교 언론정보대학원 석사논문.

한정호(2000). 방송사의 공중 관계성 측정지수 개발에 관한 연구.『홍보학연구』, 4(2), 101-132.

한정호(2002). 기업의 공중관계성 지수 측정을 위한 연구.『광고연구』, 54, 131-152.

한정호・정지연(2002). 조직체의 위기상황에 대한 공중들의 인식과 공중관계성의 영향력에 관한 연구.『한국언론학보』, 46(2), 633-674.

한혜경・김주미(2011). 의사-환자 간 수평적 커뮤니케이션 채널로서 블로그 운영에 관한 연구: 의사 블로거들의 심층인터뷰를 중심으로.『언론과학연구』, 11(2), 533-562.

Alexander, M. (2012). Public relations functions: Perspective from a Japanese corporation, *Public Relations Review, 38(1)*, 137-140.

Austin, L. L. (2008). When the Organization-public Relationship is More Than Just Calculation: What We Can Learn from the Case Study of an Exemplar Community-based Intervention, Digital Repository at the University of Maryland (College Park, Md.)

Balint, M. (1955). The doctor, his patient, and the illness. *Lancet, 265(6866),* 683-688.

Barnum. C., & Wolniansky, N. (1989). Taking cues from body language. *Management Review*, *78(6)*, 941-973.

Bearden, W. O., & Netemeyer, R. G. (1999). *Handbook of Marketing Scale: Multi-Item Measures for Marketing and Consumer Behavior*

Research (2nd Ed.), 1-9. Thousand Oaks, CA: Sage.

Bentler, P. M., & Chou, C.-P. (1987). *Sociological Methods & Research,* London; Sage Publications.

Bernhardt, J. M. (2004). Communication at the Core of effective Public Health. *American Journal of Public Health, 94(12),* 2051-2053.

Besemer, S. P., & Karen, O'Quin (1986). Analyzing Creative Products: Refinement and Test of a Judging Instrument. *Journal of Creative Behavior, 20(2)*, 115-125.

Billgen, N. C. (2012). Tracing Organization-Public Relationship Theory: Review and Assessment Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association.

Blankson, C., & Kalafatism, S. P. (2004). The Development and Validation of a Scale Measuring Consumer/Customer-Derived Generic Typology of Positioning Strategies. *The Journal of Marketing Management, 20,* 5-43.

Boomsma, A. (1982). The robustness of LISREL against small sample sizes in factor analysis models. In K. G.

Bortree, D. S., & Waters, R. (2010). The impact of involvement in the organisation-public relationship: Measuring the mediating role of involvement between organization behavior and perceived relationship quality. *Prism Journal, 7(2)*, 1-15.

Breuer, J., & Freud, S. (1955). Studies in Hysteria. In: *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, 2.* London: Hogarth Press, Ltd.

Brønn, P. S. (2010). Adapting the PZB Service Quality Model to Reputation Risk Analysis and the Implications for CSR Communication. *Journal of Communication Management. 16(1)*, 77-94.

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., Casey, S., & Ritchey, J. (1997). Toward a Concept and Theory of Organization-Public Relationships. *Journal of Public Relations Research*, *9(2),* 83-98.

Broom, G. M., Casey, S., & Ritchey, J. (2000). Concepts and theory of organization public relationships. In J. A. Ledingham and S. D. Bruning (Eds.), Public relations as relationship management: A relational approach to the study and practice of public relations, 3-22. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Broom, G. M., & Dozier, D. M. (1990). *Using research in public relations: Applications to program management*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bruning, S. D. (2000). Examining the role that Personal, and Community relationships Play in Respondent Relationship Recognition and intended Behavior. *Communication Quarterly, 48(4)*, 437-448.

Bruning, S. D. (2001). Axioms of Relationships Management: Applying Interpersonal Communication principles to the Public Relations Context. *Journal of Promotion Management, 7(1-2),* 3-16.

Bruning, S. D., & Galloway, T. (2003). Expanding the organization-public relationship scale: exploring the role that structural and personal commitment play in organization-public relationships, *Public Relations Reviews*, *29*, 309-319.

Bruning, S. D., & Hatfield, M. (2002). Linking Organization-Public Relationship Attitudes and Satisfaction Outcomes: Communication Strategies to Build Relationships and Exhance Satisfaction. *Journal of Promotion Management, 8(2), 3-19.*

Bruning, S. D., & Ledingham, J. A. (1998). Organization-public relationships and consumer satisfaction: The role of relationships in satisfaction mix. *Communication Reserch Reports*, *15(2)*, 198-208.

Bruning, S. D., & Ledingham, J. A. (1999). Relationships between organizations and publics: Development of a multi-dimensional organization-public relationship scale. *Public Relations Review*,

25(2), 157-170.

Bruning, S. D., & Ledingham, J. A. (2000 a). Perception of relationships and evaluations of satisfaction: An exploration of interaction. *Public Relations Review*, *26(1),* 85-95.

Bruning, S. D., & Ledingham, J. A. (2000 b). Organization and Key Public Relationships: Testing the Influence of the Relationship Dimensions in a Business to Business Context. in In J. A. Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), *Public Relations as Relationship Management. A Relational Approach to the Study and Practice of Public Relations, 155-173.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Bruning, S. D., & Ralston, M. (2000). The Role of Relationships in Public Relations: Examinig the Influence of Key Public Member Relational Attitudes on Behavioral Intent. *Communication Research Reports, 17(4),* 426-435. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Canary, D. J., & Stafford, L. (1992). Relational Maintenance Strategies and Equity in Marriage. *Communication Monographs, 59,* 243-267.

Chaffee, S. H., & McLeod, J. M. (1968). Sensitization in panel design: A coorientational experiment. *Journalism Quarterly, 45(4)*, 661-669.

Churchill, G. A. (1979). A Paradigm for Developing Better Measures of Marketing Constructs. *Journal of Marketing Research*, *16(1),* 64-73.

Clark, M. S., & Mills, J. R. (1993). The difference between communal and exchange relationships: What it is and is not. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *19,* 684 - 691.

Clarke, G., Hall, R. T. & Rosencrance, G. (2004). Physician-Patient Relations: No More Models. *The American Journal of Bioethics, 4(2)*, 16-19.

Coombs, W. T. (2000). *Crisis Management: Advantages of a Relational Perspective.* In J. A. Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), *Public Relations as Relationship Management. A Relational Approach to the Study and Practice of Public Relations*, 73-94. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Coombs, W. T. (2007). Protecting Organization Reputations During a Crisis:

The Development and Application of Situational Crisis Communication Theory Corporate Reputation Review, 10(3), 163 - 176.

Cousins, N. (1979). Anatomy of an illness as Perceived by the Patient. New York: Norton, *American Journal of Clinical Hypnosis, 26(1)*, 61-62.

Cutlip, S. M., Center, A. H., & Broom, G. M. (1994). *Effective public relations* (7th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall

Daft, R. L. (2001). *Essentials of organization theory & design* (2nd ed), Cincinnati, OH: South-Western College Publishing.

Denzin, N. (1978). *Sociological Theory*. In N. Denzin (Ed.), *The Research Act: A Theoretical Introduction to Sociological Methods,* (2nd ed), 36-74. NY: McGraw-Hill.

Desmond, J., & Copeland L. R. (2000). *Communication with Today's Patient: Essentials to Save Time, Decrease Risk, and Increase Patient Compliance*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

DeVellis, R. F. (2003). *Scale Development. Theory and Applications,* (2nd ed), Applied Social Research Methods Series, 26. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Dougall, E. (2005). Tracking Organization-Public Relationships Over Time: A Framework for Longitudinal Research. Paper presented at the Eighth International Public Relations Conference, The Institute for Public Relations, Gainesville, FL.

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.

Ehling, W. P. (1992). Estimating the value of Public Relations ancommunication to an Organization. In J. White (Eds.), *Excellenc*

in Public Relations and Communication Management, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *The Journal of the American Medical Association, 267(16),* 2221-2227.

Eveleigh, R. M., Muskens, E., van Ravesteijn, H., van Dijk, I., van Rijswijk, E., & Lucassen, P. (2012). An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used, *Journal of Clinical Epidemiology, 65(1),* 10-15.

Garbarino, E., & Johnson, M. (1999). The different roles of satisfaction, trust & commitment in customer relationships. *Journal of Marketing, 63,* 70-87.

Greenberg, J. (1990). Organizational justice: Yesterday, today and tomorrow. *Journal of Management. 16(2),* 399-432.

Gremler, D. D., & Gwinner, K. P. (2000). Costomer-employee Rapport in Service relationship, *Journal of Service Research*, *3(1),* 82-104.

Grunig, J. E. (1993). Image and substance: From symbolic to behavioral relationships, *Public Relations Review*, *19(2),* 121-139.

Grunig, L. A., Grunig, J. E., & Dozier, D. M. (2002). *Manager's Guide to Excellent public relations and communication management.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associares.

Grunig, L. A., Grunig, J. E., & Ehling, W. P. (1992). What is an effective organization? in J. E. Grunig (Ed.), E*xcellence in public relations and communication management, Contributions to effective organizations, 65-89*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associares.

Grunig, J. E., & Huang, Y. H. (2000). From organizational effectiveness to relationship indicators: Antecedents of relationships, public relations strategies, and relationship outcomes. *In J. A.* Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), Public relations as relationship management: A relational approach to the study and practice of public relations, 23-53. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Gwinner, K, Gremler, D., & Bitner, M. (1998). relational Benefits in services Industries: The Costomer's Perspective, *Journal of the Academy of Marketing Science, 26(2)*, 101-114.

Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis, (5th Ed).* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Hall, M. R. (2006). Corporate Philanthropy and Corporate Community Relations: Measuring Relationship-Building Results. *Journal of Public Relations Research*, *18(1)*, 1-21.

Hall, M. A., Zheng, B., Duqan, E., Camacho, F., Kidd, K. E., Mishra, A., & Balkrishnan, R. (2002). Measuring Patients' Trust in Their Primary Care Providers, *Medical Care Research and Review, 59(3)*, 293-318.

Hellin, T. (2002). The Physician-patient relationship: recent developments and changes. *The Official Journal of the World Federation of Haemophilia, 8(3),* 450-454.

Herche, J., & Engellend, B. (1996). Reversed-Polarity Items and Scale Dimensionality. *Journal of the Academy of Marketing Science, 24(4),* 366-374.

Hon, L. C., & Grunig, J. E. (1999). *Guidelines for measuring relationships in public relations.* Gainesville, FL: Institute for Public Relations.

Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Coventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling*, *6(1),* 1-55.

Huang, Y. C., & Zhang Y. (2013). Revisiting organization-public relations research over the past decade; Theoretical concepts, measures, methodologies and challenge, *Public Relations Review 39,* 85-87.

Huang, Y. H. (1997). Public relations, organization-public relationships, and conflict management, Unpublished doctoral dissertation, University of Marylang, Colleng Park.

Huang, Y. H. (2000). The personal influence model and Gao Guanxi in Taiwan Chinese public relations. *Public Relations Review, 26(2)*,

219-236.

Huang, Y. H. (2001). OPRA: A Cross-Cultural, Multi-Item Scale for Measuring Organization-Public Relationships, *Journal of public relations research*, *13(1),* 61-90.

Huck, S. W., & Cormier, W. H. (1996). *Reading Statistics and research.* (2nd Ed) HarperCollins Publishers. Inc.

Hung, C. F. (2001). Toward a normative theory of relationship management. Gainesville, FL: the Institute for Public Relations.

Hung, C. F. (2005). Exploring Types of Organization-Public Relationships and Their Implications for Relationship Management in Public Relations. *Journal of Public Relations Research*, *17(4),* 393-425.

Hung, C. F. (2006). Toward the theory of relationship management in public relations: How to cultivate quality relationships? In E. L. Toth (Ed.), The future of excellence in public relations and communication management: Challenges to the next generation, 443-476. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Jackson, J. L., Chamberlin, J., & Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science and Medicine, 52,* 609-620.

James, G. H., Michael, B. G., Jill, B. A., & Christina, M. G. (2001). Reputation Management: The new face of corporate public relations? *Public Relations Review*, *27(3),* 247-261.

Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (2002). LISREL8: Users reference guide. Chicago, IL: Scientific Software International, Inc.

Jo, S. (2003). Measurement of organization-public relationships: validation of measurement using a manufacturer-retailer relationship. Institute for Public Relations.

Jo, S., & Kim, Y. (2003). The Effect of Web Characteristics on Relationship Building. *Journal of Public Relations Research, 15(3)*, 199-223.

Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship, *International Journal of Surgery 5*, 57-65.

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.

Kelley, S. W., & Mark, A. D. (1994), antecedents to Customer Expectations for Service, Recovery, *Journal of the Academy of Marketing Science*, *22*, 52-61.

Kelly, K. S. (1998). Effective fund-raising management. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ki, E.-J., & Hon, L. C. (2007). Testing the Linkages Among the Organization-Public Relationship and Attitude and Behavioral Intentions. *Journal of Public Relations Research, 19(1)*, 1-23.

Ki, E.-J., & Shin, J.-H. (2006). Status of organization - public relationship research from an analysis of published articles, 1985 - 2004, *Public Relations Review, 32(2),* 194 - 195.

Kim, H. S. (1986). *Coorientaion and Communication* in Dervin, B., & Voigt, M. J. (eds.) Progress in Communication Sciences. 7, Norwood, NJ: Ablex Publishing.

Kim, Y. (2001). Searching for the Organization-Public Relationship: A Valid and Reliable Instrument. *Journalism and Mass Communication Quarterly, 78(4)*, 799-815.

Kim, Y., & Chan-Olmsted, S. M. (2005). Comparative Effects of Organization-Public Relationships and Product-related Attributes on Brand Attitude. *Journal of Marketing Communications*, *11(3),* 145-170.

Kim, Y., & Lee, E. (2006). The Impact of Organization-Public Relationship on Perceptions of the Crisis and Image Restoration Strategies, *Korean Journal of Communication Studies*, *14(4)*, 83-101.

Krippendorff, K. (2004). *Contents analysis: An introduction to its methodology.* (2nd Ed.) Thousand Oaks, Ca: Sage.

Koutsosimou, M., Adamidis, K., Liakos, A., & Mavreas, V. (2013). The Development of an Instrument for the Assessment of

Doctor-Patient Relationships. *Journal of Psychology Psychotherapy, 3(3),* 118. (http://dx.doi.org/10.4172/2161-0487.1000118)

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.

Ledingham, J. A., & Bruning, S. D. (2000). A longitudinal study of organization-public relationship dimensions: Defining the role of communication in the practice of relationship management. In J. A. Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), Public relations as relationships management: Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Ledingham, J. A., Bruning, S. D., & Wilson, L. J. (1999). Time as an indicator of the perceptions and behavior of member of a key public: monitoring and predicting organization-public relationships. *Journal of Public Relations Research, 11(2),* 167-183.

Lubbers, C. A. (2005). Media Relations in the Travel and Tourism Industry: A Coorientation Analysis. *Journal of Hospitality & Leisure Marketing. 12*, 41-55.

Macintosh, G. (2009). Examining the Antecedents of Trust and Rapport in Services: Discovering New Interrelationships, *Journal of Retailing and Consumer Services*, *16*, 298-305.

Maguire, P., Fairbairn, S., & Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors: I--Benefits of feedback training in interviewing as students persist. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.), 292(6535)*, 1573 - 1576.

Marcia W. D., Tina M., & Donald, K. W. (2011). How public relations

executives perceive and measure the impact of social media in their organizations, *Public Relations Review*, *37(3),* 325-328.

Marley, K. A., Collier, D. A., & Goldstein, S. M. (2004). The Role of Clinical and Process Quality in Achieving Patient Satisfaction in Hospitals, *Decision Sciences*, *35(3)*, 349-369.

McCorkindale, T. (2008). Does familiarity breed contempt?: Analyses of the relationship among company familiarity, company reputation, company citizenship, and company personality on corporate equity, *Public Relations Review*, *34(4)*, 392-395.

McLeod, J. M., & Chaffee, S. H. (1973). Interpersonal approaches to cmmunication research, *American Behavioral Scientis*t, *16,* 46-501.

Men, L. R. (2012). Revisiting the Continuum of Types of Organization-Public Relationships: From a Resource-Based View, *Public Relations Journal, 6(1),* 1-19.

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.

Moorman, C., Zaltman, G., & Deshpande, R. (1992). Relationships between providers and users of marketing research: The dynamics of trust with in and between organizations. *Journal of Marketing Research*, *29,* 314-329.

Morgan, R. M., & Shelby, D. H. (1994). The Commitment-Trust Theory of relationships Marketing, *Journal of Marketing*, *58(7),* 20-38.

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). *Phycometric Theory* (2nd Ed.). New York, MacGrow-Hill.

OECD (2013). OECD Health Data 2013, How Does Korea Compare? (retrived 15/11/2013). www.oecd.org/health/healthdata.

Ong, L. M., de Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science Medecine. 40,* 903 - 918.

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.

Philip, J. M., Nancy, E. A., & Patricia A. R. (2000). The effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions, *Western Journal of Medicine, 173(4),* 244-250.

PRSA (2012). Official Statement on Public Relations, (retrived 10/10/2013). http://www.prsa.org/AboutPRSA/PublicRelationsDefined/

Rhee, Y. (2004). The employee-public-organization chain in relationship management: a case study of a government organization. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland, College Park. (retrived 18/10/2013). http://www.csus.edu/indiv/r/rheey/Rhee_An%20Overview.pdf

Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., & Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice, 59(561)*, 116-133.

Rogers, E. M. (1976). New Product Adoption and Diffusion. *Journal of Consumer Research*, *2,* 290-301.

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.

Sallot, L. M., Lyon, L. J., Acosta-Alzuru, C., & Ogata, J. K. (2003). From Aardvark to Zebra: A New Millennium Analysis of Theory Development in Public Relations Academic Journals. *Journal of Public Relations Research*, *15(1)*, 27-90.

Samovar, L. A., Porter, R. E., & Jain, N. C. (1981). Understanding

Intercultural Communication, Wadsworth Publishing Co.

Schriesheim, C. K., Powers, K. J., Scandura, T. A., Gardiner, C. C., & Lankau, M. J. (1993). Improving Construct Measurement in Management Research: Comments and a Quantitative Approach for Assessing the Theoretical Content Adequacy of Paper and Pencil Survey-Type Instruments. *Journal of Management, 19(2),* 385-417.

Seltzer, T. (2006). Measuring the Impact of Public Relations: Using a Co-orientational Approach to Analyze the Organization-Public Relationship. the Institute for Public Relations.

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. (2003). The Potential of Online Media: A Coorientational Analysis of Conflict between PR Professionals and Journalists in South Korea. *Journalism & Mass Communication Quarterly. 80(3),* 583-602.

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.

Smith, B. (1998). Buyer-seller relationships: Bonds, relationship management, and sex type. *Canadian Journal of Administrative Science*, *15(1)*, 76-92

Spitzberg, B. H., & Hurt, H. T. (1987). The measurement of interpersonal skills in instructional context. *Communication Education, 36*, 28-45.

Stafford, L., & Canary, D. J. (1991). Maintenance strategies and romantic relationship type, gender, and relational characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships, 8,* 217-242.

Steiger, J. H. (1990). Struructual Model Evaluation and Modification; An inteval estimation approach, *Multivariate behavioral Research.*

25(2), 173-180.

Stewart, M., Brown, J., Weston, W., McWhinney, I., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995). Patient-centred medicine: transforming the clinical method. London: Sage.

Sundaram, D. S., & Webster, C. (2000). The Role of Nonverbal Communication in Service Encounters, *Journal of Service Marketing, 14(5),* 378-391.

Sweetser, K. D. (2010). A Losing Strategy: The Impact of Nondisclosure in Social Media on Relationships. *Journal of Public Relations Research*, *22(3),* 288-312.

Szasz, T., & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship. *Archives of Internal Medicine, 97(5),* 585-592.

Thomlison, T. D. (2000). An interpersonal primer with implications for public relations. In J. A. Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), Public relations as relationship management: A Relational Approach to the Study and Practice of Public Relations, 177-203. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Toth, E. L. (2000). From Personal Influence to Interpersonal Influence: A Model of Relationship Management. In J. A. Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), Public Relations as Relationship Management: A Relational Approach to the Study and Practice of Public Relations, 205 - 220. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Veatch, R. M. (1972). Models for ethical medicine in a revolutionary age. *Hastings Center Report, 2(3),* 5-7.

Wackman, D. B. (1973). Interpersonal Communication and Coorientation, *American Behavioral of Marketing, 31(5-6)*, 410-422.

Waters, R. D. (2009). Comparing the Two Sides of the Nonprofit Organization-donor Relationship: Applying Coorientation Methodology to Relationship Management. *Public Relations Review*, *35,* 144-146.

Wilson, L. J. (2000). Building Employee and Community Relationships Through Volunteerism: A Case Study. In J. A. Ledingham & S. D. Bruning (Eds.), Public Relations as Relationship Management. A Relational Approach to the Study and Practice of Public Relations, 137-144. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Yang, S.-U. (2007). An Integrated Model for Organization-Public Relational Outcomes, Organizational Reputation, and Their Antecedents. *Journal of Public Relations Research, 19(2)*, 91-121.

부록1: 의사-환자 관계성 구성 요인에 대한 설문(1차)

※ 안녕하십니까?

본 설문지는 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 인식차이를 살펴보기 위한 것입니다. 바쁘시더라도 잠시 시간을 내시어 설문에 응답하여 주시면 감사하겠습니다. 귀하의 소중한 의견은 향후 의사와 환자의 관계를 개선하고 커뮤니케이션이 잘 이뤄질 수 있는 데에 중요한 근거 자료로 활용될 것입니다.

본 설문에 응답하신 내용은 비밀이 철저하게 보장되며, 연구 목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 각각의 문항은 맞거나 틀리는 것이 없으므로, 평상시 생각이나 느낌을 솔직하게 응답하여 주시면 됩니다.
귀한 시간 내주셔서 협조해 주신데 대하여 다시 한 번 진심으로 감사드립니다.

2013년 10월

지도교수 : 조선대학교 신문방송학과 최양호
연구자 : 조선대학교 대학원 신문방송학과 박사과정 박진영
jygood@naver.com
☎ 010-2006-****

◉ 먼저 인구 통계학적 질문입니다. 귀하의 해당하는 곳에 V 체크를 해주시기 바랍니다.

SQ1. 귀하의 성별을 선택하여 주세요. ① 남자 ② 여자
SQ2. 귀하의 나이를 기입하여 주세요 만 _____ 세

SQ3. 귀하의 거주 지역을 선택하여 주세요
① 서울특별시 ② 부산광역시 ③ 대구광역시 ④ 인천광역시 ⑤ 광주광역시
⑥ 대전광역시 ⑦ 울산광역시 ⑧ 세종특별시 ⑨ 경기도 ⑩ 강원도 ⑪ 충청북도
⑫ 충청남도 ⑬ 전라북도 ⑭ 전라남도 ⑮ 경상북도 ⑯ 경상남도 ⑰ 제주특별자치도

SQ4. 귀하는 올해(2013년) 들어 병원에 방문한 적이 있으십니까?
① 있 다
② 없 다 → 조사중단
SQ4번에 1번 응답자만 응답

2. 귀하께서 올해(2013년 기준) 병원에 방문한 횟수는 몇 번 정도 됩니까?

_____ 회 (범위 1~999)

다음은 의사와 환자의 관계에 대한 인식을 묻는 질문입니다. 각 질문 내용을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 곳에 √체크해주시기 바랍니다. 문항의 '의사'는 귀하가 평소 생각하는 '의사'라는 집단에 대한 일반적인 이미지를 생각해서 답해 주시기 바랍니다.

질문 문항	1	2	3	4	5	6	7
	전혀 그렇지 않다 ↔ 매우 그렇다						
1. 의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.							
2. 의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.							
3. 의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.							
4. 의사는 자신이 오진이나 실수한 사실에 대해 잘 인정한다고 생각한다							
5. 의사의 능력에 확신을 가지고 있다.							
6. 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.							
7. 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다							
8. 의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.							
9. 의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다.							
10. 의사는 환자와 그때그때 단기적인 관계만 원하는 것 같다.							
11. 나는 의사와의 상호작용에 대체로 만족한다.							
12. 나는 의사와 맺은 관계에 전반적으로 만족한다.							
13. 의사와 환자는 서로 혜택을 주고받는 관계라고 생각한다.							
14. 의사는 환자들의 필요를 대체로 충족시켜주지 못하고 있다.							
15. 의사는 환자의 복리증진에 관심을 가지고 있다.							
16. 의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다.							
17. 의사는 의료봉사를 함으로써 사회의 문제 해결을 지원하고 있다.							
18. 의사의 사회기여가 장기적으로 환자에게도 혜택을 줄 수 있다.							
19. 의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다							
20. 의사는 대가나 보수에 상관없이 환자에게 헌신적으로 진료한다고 생각한다							
21. 의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄때에는 여전히 보상을 기대한다							

22. 의사는 오진이나 실수로 인해 피해를 본 환자에게 적절한 배상을 한다							
23. 의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다.							
24. 의사는 진료행위를 할 때 모든 환자를 똑같이 대한다.							
25. 의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다							
26. 의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다.							
27. 의사와 나누는 대화가 즐겁게 느껴진다.							
28. 의사와 뭔가 잘 통하는 것 같다고 생각한다.							
29. 의사는 환자를 편하고 가깝게 대한다고 생각한다.							
30. 나는 의사를 믿고 의지하고 있다.							
31. 의사는 환자에게 개인적인 관심을 보여주기도 한다.							
32 의사는 진료 때 환자와의 대화를 주도한다.							
33. 의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다.							
34. 의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.							
35. 의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다.							
36. 의사는 진료시간이 길어지는 것에 신경을 쓰지 않는다.							
37. 의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아 듣도록 설명한다.							
38. 의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.							
39. 의사는 부드러운 목소리로 설명한다.							
40. 의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.							
41. 의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.							
42. 의사가 오진을 하는 경우는 비교적 드문 일이다.							
43. 의사는 환자의 질병과 상태, 회복기간 등을 잘 알고 있다.							
44. 의사의 진단과 처방은 대부분 정확하다.							
45. 의사는 전문적인 수준의 의학지식과 최신 정보를 갖고 있다.							

부록 2: 의사-환자 관계성 구성 요인에 대한 설문(2차)

다음은 의사와 환자의 관계에 대한 인식을 묻는 질문입니다.
각 질문 내용을 읽고 귀하의 생각과 일치하는 곳에 √체크해주시기 바랍니다. 문항의 '의사'는 귀하가 평소 생각하는 '의사'라는 집단에 대한 일반적인 이미지를 생각해서 답해주시기 바랍니다.

질문 문항	1	2	3	4	5	6	7
	전혀 그렇지 않다 ↔ 매우 그렇다						
1. 의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다							
2. 의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다							
3. 의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.							
4. 의사는 대체로 이기적인 목적에서 사회기여를 한다.							
5. 의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.							
6. 의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다.							
7. 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.							
8. 의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다.							
9. 의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.							
10. 의사와 장기적인 인연을 맺고 싶은 욕구가 없다.							
11. 의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다.							
12. 의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.							
13. 의사는 부드러운 목소리로 설명한다.							
14. 의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.							
15. 의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해 대화한다							
16. 의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는 지 수시로 확인한다.							
17. 의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별히 대우한다.							
18. 의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다							
19. 의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다.							
20. 의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특							

별한 관심을 기울인다.							
21. 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.							

※ 다음은 귀하께서 의사의 이미지에 관련한 문항들입니다. 표시하여 주시기 바랍니다.

질문문항	1	2	3	4	5
	전혀 그렇지 않다 ↔ 매우 그렇다				
1. 나는 의사에게 친근감을 느낀다.					
2. 나는 의사에게 신뢰감을 갖는다.					
3. 나는 대체로 의사에게 호감이 간다.					
4. 나는 의사가 정직하다고 생각한다.					
5. 나는 의사에게 강인한 느낌을 받는다.					
6. 나는 의사가 차별화된 이미지가 있다고 생각한다.					
7. 나는 의사에게 성실함을 느낀다.					
8. 나는 의사가 단정하다고 생각한다.					
9. 나는 의사가 친절하다고 생각한다.					

◉ 마지막으로 인구 통계학적 질문입니다. 귀하의 해당하는 곳에 V 체크를 해주시기 바랍니다.

Q1. 귀하의 학력은 무엇입니까?

①중졸 ② 고졸 ③ 대재 ④ 대졸 ⑤ 대학원(재학/졸업)

Q2. 귀하의 직업은 무엇입니까?

① 농업/임업/축산업

② 자영업(종업원 9명 이하의 소규모 업소주인 및 가족 종사자, 목공소주인, 개인택시운전사 등)

③ 서비스/생산직(세일즈맨, 보험 설계사, 전기/수리/계통의 기사, 학습지 교사, 학원강사, 미용사 등)

④ 기능/숙련공(운전사, 선반/목공, 숙련공 등)

⑤ 일반 작업직(토목 관계의 현장작업, 청소, 수위, 육체노동 등)

⑥ 사무/기술직(일반회사 사무직, 기술직, 초·중·고교사, 항해사, 공무원 6급 이하 등)

⑦ 경영/관리직(5급 이상의 고급공무원, 교장, 기업체 부장 이상의 직위 등)

⑧ 전문직(대학교수, 의사, 변호사, 예술가, 종교가, 프리랜서 등)

⑨ 전업주부 ⑩ 학생 ⑪ 무직 ⑫ 기타(적을 것 : _____)

부록 3: 의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 연구 설문(의사용)

안녕하십니까?

본 설문지는 의사-환자 관계성에 대한 의사와 환자의 인식차이를 살펴보기 위한 것입니다. 바쁘시더라도 잠시 시간을 내시어 설문에 응답하여 주시면 감사하겠습니다. 귀하의 소중한 의견은 향후 의사와 환자의 관계를 개선하고 커뮤니케이션이 잘 이뤄질 수 있는 데에 중요한 근거 자료로 활용될 것입니다.

본 설문에 응답하신 내용은 비밀이 철저하게 보장되며, 연구 목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 각각의 문항은 맞거나 틀리는 것이 없으므로, 평상시 생각이나 느낌을 솔직하게 응답하여 주시면 됩니다.

귀한 시간 내주셔서 협조해 주신데 대하여 다시 한 번 진심으로 감사드립니다.

2013년 10월

지도교수 : 조선대학교 신문방송학과 최양호
연구자 : 조선대학교 대학원 신문방송학과 박사과정 박진영
jygood@naver.com
☎ 010-2006-****

1. 다음은 귀하께서 의사와 환자의 관계성에 대한 인식에 관련한 문항들입니다.
<u>의사인 본인의 입장에서 평소 어떻게 생각하는지</u> 표시하여 주시기 바랍니다.

내가 의사로서 생각하기에...		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	의사인 나는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
2	의사인 내가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
3	의사인 나는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤

4	환자는 의사인 나와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
5	환자는 의사인 나와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.	①	②	③	④	⑤
6	환자는 의사인 내가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.	①	②	③	④	⑤
7	의사인 나는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다	①	②	③	④	⑤
8	의사인 나는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다	①	②	③	④	⑤
9	의사인 나는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.	①	②	③	④	⑤
10	의사인 나는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.	①	②	③	④	⑤
11	의사인 나는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.	①	②	③	④	⑤
12	의사인 나는 부드러운 목소리로 설명한다.	①	②	③	④	⑤
13	의사인 나는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다.	①	②	③	④	⑤
14	의사인 나는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다.	①	②	③	④	⑤
15	의사인 나는 환자의 의견에 귀를 기울인다.	①	②	③	④	⑤
16	의사인 나는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.	①	②	③	④	⑤
17	의사인 나는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다.	①	②	③	④	⑤
18	의사인 나는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다.	①	②	③	④	⑤
19	의사인 나는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다.	①	②	③	④	⑤

2. 다음은 귀하가 보기에, 환자들은 평소 어떻게 생각한다고 보십니까?

내가 생각하기에 환자들은		전 혀 그렇지 않다	그 렇 지 않 다	보 통 이다	그렇 다	매 우 그렇 다
1	환자들은 의사가 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
2	환자들은 의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
3	환자들은 의사가 말과 행동이 일치한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
4	환자들은 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
5	환자들은 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶어 할 것이다.	①	②	③	④	⑤
6	환자들은 의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있을 것이다.	①	②	③	④	⑤
7	환자들은 의사가 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
8	환자들은 의사가 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
9	환자들은 의사가 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
10	환자들은 의사가 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
11	환자들은 의사가 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
12	환자들은 의사가 부드러운 목소리로 설명한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
13	환자들은 의사가 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
14	환자들은 의사가 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
15	환자들은 의사가 환자의 의견에 귀를 기울인다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
16	환자들은 의사가 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
17	환자들은 의사가 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤

18	환자들은 의사가 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
19	환자들은 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤

◉ 다음은 인구통계적 질문입니다.

1. 귀하의 성별은? ① 남성 ② 여성
2. 귀하의 출생년도는? ( )년
3. 귀하의 거주 지역을 선택하여 주세요.
① 서울특별시 ② 부산광역시 ③ 대구광역시 ④ 인천광역시 ⑤ 광주광역시
⑥ 대전광역시 ⑦ 울산광역시 ⑧ 세종특별시 ⑨ 경기도 ⑩ 강원도
⑪ 충청북도 ⑫ 충청남도 ⑬ 전라북도 ⑭ 전라남도 ⑮ 경상북도 ⑯ 경상남도
⑰ 제주특별자치도

4. 전공과목은?
① 내과 ② 일반외과 ③ 정형외과 ④ 가정의학과 ⑤ 산부인과 ⑥ 소아청소년과
⑦ 신경외과 ⑧ 이비인후과 ⑨ 영상의학과 ⑩ 마취통증의학과 ⑪ 안과 ⑫ 비뇨기과
⑬ 성형외과 ⑭ 정신건강의학과 ⑮ 흉부외과 ⑯ 신경과 ⑰ 재활의학과 ⑱ 예방의학과 ⑲ 방사선종양학과 ⑳ 진단검사의학과 (21) 기타

5. 귀하의 전문의 여부는? ① 전문의 ② 일반의 ③ 전공의
6. 귀하의 근무형태는 다음 중 무엇입니까?
① 개업의 ② 봉직의 ③ 기타

7. 귀하는 하루 평균 몇 명의 환자를 진료하십니까? ( ) 명
8. 귀하의 현 의사 근무 년 수는 얼마나 되십니까? 만( )년

장시간 답변해주셔서 고맙습니다

의사-환자 관계성에 대한 상호지향성 연구 설문(환자용)

1. 다음은 귀하께서 의사와 환자의 관계성에 대한 인식에 관련한 문항들입니다. 환자인 본인의 입장에서 평소 어떻게 생각하는지 표시하여 주시기 바랍니다.

환자인 내가 생각하기에...		전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1	의사는 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
2	의사가 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
3	의사는 말과 행동이 일치한다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
4	의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각한다.	①	②	③	④	⑤
5	의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶다.	①	②	③	④	⑤
6	의사가 도움을 요청할 경우 협조할 의향이 있다.	①	②	③	④	⑤
7	의사는 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다	①	②	③	④	⑤
8	의사는 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다	①	②	③	④	⑤
9	의사는 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다.	①	②	③	④	⑤
10	의사는 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다.	①	②	③	④	⑤
11	의사는 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다.	①	②	③	④	⑤
12	의사는 부드러운 목소리로 설명한다.	①	②	③	④	⑤
13	의사는 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다.	①	②	③	④	⑤
14	의사는 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다.	①	②	③	④	⑤
15	의사는 환자의 의견에 귀를 기울인다.	①	②	③	④	⑤
16	의사는 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다.	①	②	③	④	⑤
17	의사는 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다	①	②	③	④	⑤
18	의사는 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다.	①	②	③	④	⑤
19	의사는 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를	①	②	③	④	⑤

	특별하게 대우한다.					

2. 다음은 <u>귀하가 보기에, 의사들은 평소 어떻게 생각한다고 보십니까?</u>

	내가 생각하기에 의사들은	전 혀 그렇지 않다	그 렇 지 않 다	보 통 이다	그 렇 다	매 우 그 렇 다
1	의사들은 건전한 원칙을 가지고 있다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
2	의사들은 자신이 한 약속은 비교적 믿을만하다고 생각할 것이다	①	②	③	④	⑤
3	의사들은 자신의 말과 행동이 일치한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
4	의사들은 환자들이 의사와 관계를 유지하기 위해 노력할 만한 가치가 있다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
5	의사들은 환자가 의사와 지속적으로 좋은 관계를 유지하고 싶어할 것이라고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
6	의사들은 자신이 도움을 요청할 경우 환자들이 협조할 의향이 있을 것이라고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
7	의사들은 환자를 진료할 때 반드시 보상을 기대하고 있다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
8	의사들은 환자와 오랜 기간 관계를 맺었어도 환자에게 도움을 줄 때에는 여전히 보상을 기대한다고 생각할 것이다	①	②	③	④	⑤
9	의사들은 따뜻한 눈빛으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
10	의사들은 환자 쪽으로 몸을 기울인 채 집중해서 대화한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
11	의사들은 밝은 얼굴표정으로 환자를 대한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
12	의사들은 부드러운 목소리로 설명한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
13	의사들은 전문용어 보다는 쉬운 용어로 환자가 충분히 알아듣도록 설명한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
14	의사들은 설명하는 내용을 환자가 알아듣는지 수시로 확인한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
15	의사들은 환자의 의견에 귀를 기울인다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
16	의사들은 중대한 의사결정을 할 때 환자의 의견을 충분히 고려한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
17	의사들은 진료를 할 때, 환자와의 개인적인 친분에 영향을 받는다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
18	의사들은 아는 사람한테 소개받은 환자에게는 특별한 관심을 기울인다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤
19	의사들은 환자나 보호자의 사회적 지위가 높을수록 환자를 특별하게 대우한다고 생각할 것이다.	①	②	③	④	⑤

◉ 다음은 인구통계적 질문입니다. 해당부분에 체크해 주세요.

1. 귀하의 성별은? ① 남성 ② 여성
2. 귀하의 출생년도는 언제입니까? ( ) 년도
3. 귀하의 최근 6개월 동안의 병원 이용횟수는 약 몇 회입니까? ( ) 회
4. 귀하가 주로 진료를 받는 진료과목은 무엇입니까? ( )

5. 귀하의 거주지역은?
① 서울특별시 ② 부산광역시 ③ 대구광역시 ④ 인천광역시 ⑤ 광주광역시
⑥ 대전광역시 ⑦ 울산광역시 ⑧ 세종특별시 ⑨ 경기도 ⑩ 강원도 ⑪ 충청북도
⑫ 충청남도 ⑬ 전라북도 ⑭ 전라남도 ⑮ 경상북도 ⑯ 경상남도 ⑰ 제주특별자치도

5. 귀하의 학력은 무엇입니까?
①중졸 ② 고졸 ③ 대재 ④ 대졸 ⑤ 대학원(재학/졸업)

6. 귀하의 직업은 무엇입니까?
① 농업/임업/축산업
② 자영업(종업원 9명 이하의 소규모 업소주인 및 가족 종사자, 목공소주인, 개인택시운전사 등)
③ 서비스/생산직(상점점원, 세일즈맨, 보험 설계사, 전기/수리/운수 계통의 기사, 학습지 교사, 학원강사, 미용사 등)
④ 기능/숙련공(운전사, 선반/목공, 숙련공 등)
⑤ 일반 작업직(토목 관계의 현장작업, 청소, 수위, 육체노동 등)
⑥ 사무/기술직(일반회사 사무직, 기술직, 초·중·고 교사, 항해사, 공무원 6급 이하 등)
⑦ 경영/관리직(5급 이상의 고급공무원, 교장, 기업체 부장 이상의 직위 등)
⑧ 전문직(대학교수, 변호사, 예술가, 종교가, 프리랜서 등)
⑨ 전업주부 ⑩ 학생 ⑪ 무직 ⑫ 기타(적을 것 : _____)

7. 귀하의 월평균 가구소득은?
① 200만원 미만 ② 200만원 - 300만원 미만 ③ 300만원 - 400만원 미만
④ 400만원-500만원 미만 ⑤ 500만원-600만원 미만 ⑥ 600만원-700만원 미만
⑦ 800만원 이상

장시간 답변해주셔서 고맙습니다

감사의 글

제가 뒤늦게 공부를 시작하고 싶다고 했을 때 가족과 친구들은 만류했습니다. 젊은 나이도 아니고 튼튼한 건강을 지닌 것도 아니고, 할 일이 산더미인 지금에 만족하면서 가정에 더 충실하는 게 낫겠다는 조언들이었지요. 큰 고민은 하지 않았습니다. 무엇인가 하고 싶은 일이 생길 때 하고 싶다고만 말하는 게 싫어서 늘 하고야마는 자세로 살아왔던 저는 체계적으로 커뮤니케이션을 공부할 수 있다는 기쁨 하나만 생각하며 입학원서를 제출했습니다.

그러나 저의 선택이 참 무모한 것이었구나란 사실을 얼마 되지 않아 알 수 있었습니다. 세 아이를 돌보면서 일을 병행하고, 여기에 수업 준비를 하는 것은 쉽지 않은 일이었습니다. 발표할 분량을 소화하기에는 시간이 턱없이 부족해 아침밥을 짓는 순간에도, 엘리베이터 안에서도, 신호대기 중에도 책에서 시선을 뗄 수가 없었습니다. 영어시험과 종합시험을 준비하며 마음 졸였던 시간들, 긴장의 연속이었습니다. 그러나 수업마다 저의 시야를 넓힐 수 있도록 명강의를 해주신 신문방송학과 교수님들의 가르침에 뿌듯함과 행복감이 채워졌고 그 분들을 닮고 싶어졌습니다.

어느 덧 5년의 시간이 흘렀고, 저에게는 큰 변화가 있었습니다. '우리는 익숙해진 생활에서 쫓겨나면 절망하지만, 실제는 거기서 새롭고 좋은 일이 시작되는 것이며, 생명이 있는 동안은 행복이 있다'는 톨스토이의 말처럼 지금 저에게는 감사의 마음이 가득합니다.

먼저 헬스커뮤니케이션을 체계적으로 공부하도록 이끌어주신 분은 바로 저의 지도교수님이었습니다. 많은 것이 부족한 제자에게 논리와 감각이 탁월한 논문지도를 해주셨고, 혹시나 제자가 마음 상하지는 않을까 염려해 격려의 말씀도 잊지 않으셨던 최양호 교수님, 감사드립니다.

저의 박사논문 심사위원장이셨던 김성재 교수님, 논문 프로포절에서도 연구의 핵심을 짚어주시며 사고의 깊이와 유연성을 강조해주셨지요. 연구자의 자세 또한 교수님을 통해 많이 배울 수 있었습니다. 잊지 못할 또 한 분은 저에게 늘 학문적 글쓰기를 강조하시며 동기부여를 해주셨던 김봉철 교수님입니다. 논문을 쓸 때가 가장 편안하고 행복하다고 하시는 교수님의 모습에서 기본에 충실하고 부지런히 정진하고 싶은 자세도 배웠고 연구자로서 한 단계 성장할 수 있었습니다.

목소리도 표정도 생기가 넘쳐 뵙는 것만으로도 힘을 주신 광주대학교 윤석년 교수님은 방송학회장을 맡아 서울과 광주를 오가는 바쁜 스케줄 속에서도 논문에서 놓쳐서는 안될 부분을 아

주 꼼꼼하게 살펴봐주셨고 사기도 북돋아 주셨습니다. 또한 논문의 방법론뿐 아니라 이론을 정립하는 데 정말 많은 지도를 해주셨던 남서울대 최명일 교수님. 어린 자녀들과 함께 해야 하는 시간임에도 이를 미루고 마지막 심사까지 논문을 세심하게 살펴주신 교수님이 계셨기에 논문의 완성도가 높아졌으리라 여겨집니다. 깊이 감사드립니다.

지치고 힘들어 있을 때 맛있는 밥과 차를 사주시면서 해맑은 웃음으로 용기를 주셨던 박선희 교수님, 복도에서 마주칠 때마다 따뜻한 말 한마디로 격려를 아끼지 않으셨던 이동근 교수님, 그리고 항상 다정하고 겸손한 표정으로 제자를 배려해주시며 자신의 경험담까지 전하면서 여유를 잃지 않아야함을 느끼게 해주셨던 이희은 교수님께도 감사드립니다.

의사들을 대상으로 하는 설문조사에 흔쾌히 응해주셨던 고려대학교의 엄창섭 교수님을 비롯한 여러 의대 교수님들과, 진료중인데도 정성껏 설문에 답해주신 많은 의사 선생님들께도 감사함을 전합니다. 그리고 대학원 생활을 유쾌하게 만들어주었던 여러 대학원생들에게도 감사합니다. 세포 하나하나가 곤두 서있는 저에게 다가와 어떤 것이라도 돕고 싶다며 장미차를 건네는 왕설 선생님의 모습은 천사였습니다. 많은 분들의 도움이 있지 않았으면 저는 지금 이 글을 감히 쓰지 못했겠지요.

가족에게도 마음을 전합니다. 자주 가족모임에 빠져야했고, 명절과 휴일에도 학교에 나가는 큰며느리에게 항상 우리 며느리 최고라며 힘을 주셨던 시어머니께도 감사드립니다. 며느리가 가장 좋아하는 호박죽과 전복죽을 직접 쑤셔서 가져다 주셨을 때 실은 감사의 눈물을 흘리기도 했답니다. 편치 않은 몸으로 개구장이인 세 아이들을 돌봐주시고 때론 저의 도시락까지 챙겨주셨던 친정엄마가 계시지 않았다면 저는 논문을 시작하지 못했을 겁니다. '울 엄마는 공부를 못해서 지금도 계속 하고 있는 걸까?', '엄마는 나보다 컴퓨터를 더 사랑하나봐' 라며 푸념 섞인 말로 엄마에게 애정표현을 해주는 소은이와 인표, 그리고 엄마 대신 동생들을 보살피느라 애쓴 큰 딸 인서에게도 고마움을 전합니다.

문자로 기운을 보내준 임순언니와 주영, 소영, 성미언니, 큰오빠와 작은오빠, 도련님에게도 감사합니다. 논문을 진행하기가 버겁고 숨이 헉헉 막혀 갖은 투정을 부려도 이를 받아주고, 학교 주차장에서 한나절씩 기다려주며 간식을 배달해줬던 남편에게도 고마움을 전합니다. 항상 힘을 보내주었던 병원 식구들과 교회 식구들에게도 머리 숙여 감사함을 전합니다.

논문을 쓰면서 참 많이 울었습니다. 좌절할 수 있는 순간, 저는 병아리가 알에서 깨어나는 고통을 이겨내는 것처럼 포기하고 싶지 않았습니다. 그러한 힘은 오롯이 주변에 많은 분들의 도움

에서 나왔다고 생각합니다. 논문을 완성한 기쁨은 아직 느껴지질 않습니다. 그러나 이제야 공부하는 법을 조금은 안 듯 합니다. 세상을 바라보는 시각이 달라졌음도 느낍니다. '하찮은 것이 하나도 없다'는 것을 깨달은 것은 앞으로 제 삶에 조그마한 변화를 가져다 줄 거라 믿습니다.

지금까지 도와주신 분들에 대한 감사의 마음을 간직하며 언론학 박사로서 한 걸음을 내딛고자 합니다. 이제는 저도 넘치게 받았던 사랑을 많은 사람들에게 돌려줄 수 있는 일을 하고 싶습니다. 감사합니다.