

의료실천의 개념과 필요성

이효진*

I. 서론

현대 의학은 활발한 의생명과학 연구와 근거 중심의학을 기반으로 발전하고 있으며 이전에 불가능했던 많은 것들을 가능하게 하고 있다. 그러나 환자와 사회가 느끼는 의료의 질은 그러한 과학적 성과와는 반대로 답보 상태에 있다. 환자와 보호자들은 더 개선된 장비와 더 좋은 약물로 치료 받을 수 있게 되었지만 의료 이용자들은 여전히 의사가 불친절하다고 느끼며 때로는 실험 동물과 같은 느낌을 받는다고 호소한다. 또한 진단기술이 더 진보했음에도 불구하고 환자들은 여러 의사들을 돌아다니며 불필요한 비용을 소모하고 있다.

이러한 의료 이용자의 체감 가능한 불편한 반응은 20세기 초 의학교육이 과학적으로 정교해지고 전문화되면서 심화되기 시작했다.¹⁾ 1910년 발표된 플렉스너(Flexner) 보고서²⁾는 엄격

하고 전문화된 의학교육의 기준을 마련하는 한편 문화적 경험의 중요성 또한 강조하였다. 플렉스너는 ‘바람직한 의학교육’에서 과학적 교육 외에도 문제를 다루는 통찰력과 환자를 다루는 동정심이 필요하며, 의사의 역할은 병을 치료하는데 그치지 않고 사회적, 예방적인 것으로 확대되어야 한다고 제시했다(김선, 2005). 한편 로스스타인(Rothstein)은 1972년 그의 저술에서 1914년에 의학이 발달하는 가운데 환자로부터 의사가 멀어지는 현실을 개탄한 임상가의 말을 언급한다. “이 전문화와 즉각적 진단의 시대에, 전인격으로서의 환자의 모습은 종종 무시되고 있다. 요즈음의 임상 교육에서만 인간이 잊혀진 적은 결코 없었다. ……의학 지식이 전반적으로 향상되고 확장됨에 따라 환자를 더욱 더 인격체로 대해야만 하는데도, 임상 전문 분과에 대한 교육의 비중이 커짐에 따라 그러한 경향은 무시되고 있다.”³⁾ 이어 1980년 레빗(Leavitt)은 대부분의

교신저자: 이효진, 산청군 보건의료원, 055-970-7500, hyozhin@naver.com

* 산청군 보건의료원

1) 황상익, 20세기 초 미국 의학교육의 개혁과 〈플렉스너 보고서〉, 의사학 1994 ; 3(1) : 1-19.

2) Flexner A, Prichett HS. Medical Education in the United States and Canada: a Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. New York : New York City, 1910.

의과대학은 교육과 연구에서 질병의 심리적, 사회적, 환경적 요인은 경시하는 대신 생물학적 측면에 치중하고 있다고 제시하였다.⁴⁾ 이와 같이 의학은 과학으로서 많은 발전과 성공을 거두어 왔지만 다른 한편으로는 역량이 그러한 진단 기술과 전문화에 집중되어 인간으로서의 환자가 경시되고 병리적 문제를 가진 생물학적 개체로서의 환자를 처우하게 된 것이다.

또한 최근의 의사들은 과학과 기술에 매우 의존적인 태도를 보인다. 최근의 다양한 연구와 문헌들은 이러한 위험한 의존성을 지적한다. 메트컬프(Metcalf)는 학부 교육과 의료 업무 사이의 불일치를 지적하면서 엘리트들로 선택된 예비의사들이 진단적 조사에 지나치게 의존하며 병력청취와 신체진찰을 비롯한 기초적인 임상 기술을 도외시하고 있다고 말한다.⁵⁾ 한편 전문화된 의료 인력과 이를 통합하기 위한 정보시스템은 의사-환자 관계를 훼손시킬 수 있음을 암시한다.⁶⁾ 이러한 과학과 기술의 진보는 의사에게 의사-환자 간의 의사소통보다 진단을 위해 빠르고 정확한 결과를 제시하는 검사 방법을 선호하게 하고 교육과 생활 개선보다 극적인 반응을 보여주는 약물과 수술을 추종하게 한다. 이 같은 상황에서 의사들은 점점 환자들과 괴리되면서 그들과 상호작용하는 법을 잊어버리고 의료 시스템의 주체가 아닌 객체가 되고 있다. 과학과 기술이 의학을 보다 편리하게 만든 만큼 환자들은 세심한 의사들을 잃어버리고 있으며 의사들 또한 기술에 의존함으로써 전문직으로서의 자기 역할에 소외를 겪고 있다. 이러한 현상은 이미

탈전문화⁷⁾라는 개념으로 많은 논문에서 다루어지고 있다.

이러한 점이 개선되기 위해서는 의료가 인간과 인간 사이에서 이루어지는 직무라는 점을 재인식할 필요가 있다. 의료가 의사가 환자에게 전달하는 서비스라는 입장에서 의료의 소비자인 환자를 되돌아보고 서비스 제공자인 의사의 입장을 인식해야 한다.

의학이 의료, 특히 진단과 치료에 근거를 제시하는 기초의학, 진단과 치료의 내용을 제시하는 임상의학, 그러한 의료와 더불어 의사, 환자, 사회와의 접점을 통섭하는 사회의학으로 나누어 본다면, 근거중심의학(evidence-based medicine)으로 대변되는 현대 의학은 진단과 치료에 관한 지식에 그 역량이 집중되어 의사가 해야 할 일은 비교적 명확하게 제시해주지만 그 일을 어떻게 해야 할지, 다시 말해 어떻게 의료 서비스를 효과적으로, 그리고 옳은 방법으로 전달할지 가르쳐주지 않는다. 다시 말해 존재(sein)로서 의학은 명확하나 규범(sollen)으로서 의학은 분명하지 않다.

따라서 임상 의학을 환자와 사회에 전달하기 위해서는 별도의 실천적인 사회의학적 접근이 필요하고, 존재를 규명하는 과학(science)이 아닌 당위와 규범에 관한 기술(art)의 관점에서 다른 유형의 의학 지식(knowledge)과 기술(technic)이 필요하다. 이러한 접근은 새로운 것이 아니다. 사벳(Savett)⁸⁾은 의료인에게 인문학적 시각과 교육이 필요함을 보여주었고 실제로 어떻게 해야 하는지를 보여주었다. 또한 이러한

3) 황상익, 위의 글(주1), 1-19.

4) 황상익, 위의 글(주1), 1-19.

5) Pendleton D, Hasler J, Doctor-Patient Communication (United States ed), Orlando : Academic Press, 1983 : 227.

6) Norman ID, Aikins MK, Binka FN, Ethics and electronic health information technology: challenges for evidence-based medicine and the physician-patient relationship, Ghana Med J 2011 ; 45(3) : 115-124.

7) 이동익, 김수정, 최숙희, 의학 비전문직업성, 탈전문화와 덕 윤리, 한국의료윤리학회지 2011 ; 14(4) : 405.

성찰은 국내에서도 있어서 가장 단순한 병력청취, 신체진찰, 검사의 결정, 약품의 처방, 봉합 등의 수기조차도 잘 하지 못한 졸업생들의 실질적인 임상 진료 능력 부족을 지적하면서 이러한 점을 보완하기 위해서는 근본적이고 기본적인 임상적 태도와 능력에 대한 교육이 철저히 이루어져야 한다고 말한다(전우택, 양은배, 2003).

이러한 의료실천(medical practice)는 늘 의료 현장에 존재하면서도 보이지 않았기 때문에 중요하다. 의학은 동물이나 실험체가 아닌 스스로 생각하며 감정 있는 인간을 치유하고자 하는 분야이다. 따라서 의사가 생각하는 의학적 최선이 환자에게 있어서는 최악이 될 수도 있다. 다시 말해 환자는 의학적 문제 외에도 개성과 사회경제적 배경을 갖고 있는 복잡한 개인이다. 의료실천가는 그러한 복잡성을 인지하고 존중해야 한다. 또 의료실천가는 임상 의학을 어떻게 실제 의료 현장에서 실천할 것인가에 대하여 관심을 가져야 한다. 현재의 의학은 이에 관하여 무엇을 해야 할지는 비교적 명확히 가르쳐주지만 그것을 어떻게 실천할 것인가에 대하여는 각 의료실천가 개인의 역량에 맡기고 있다. 따라서 우리는 의료실천을 체계화함으로써 좀 더 의료 소비자 또는 수혜자가 좀 더 복잡한 존재임을 깨닫고, 의료 서비스를 어떻게 전달할지 고민할 수 있게 되길 기대한다.

II. 본론

1. 의료실천의 정의

1) 의료실천의 일반적 의미

의료실천(medical practice)의 고전적 정의는 의료실천가(medical practitioner), 즉 의사(physician, medical doctor)가 환자(patient)를 대상으로 수행하는 활동, 의료행위이다. 여기서 의료행위란 의사가 환자의 의학적 상태를 파악하여 진단하고 처방하는 활동을 포함한다.

위와 같이 의료행위를 의료실천으로 보는 관점은 행위의 주체를 의료실천가로 제약한다. 여기서 의료실천가란 의사로서, 별도의 감독 없이 의료를 수행할 수 있는 권한을 가진 자이다.

의료실천가와 비슷하지만 더 넓은 개념인 보건실천가(health care practitioner)가 있다. 보건실천가는 의료의 특정 부분에 있어 독립적으로 수행할 수 있는 간호사나 의사의 감독 하에 의료행위를 할 수 있는 진료보조인력(physician assistant) 등이 있다. 보건실천가는 우리나라의 맥락에서는 보건의료인으로 이해될 수 있을 것이다.

또한 의료실천은 환자를 대상으로 수행하는 활동임을 주목해야 한다. 여기서 대상을 반드시 환자 개인으로만 볼 수는 없지만 좁은 의미에서 의료실천은 환자 개인을 대상으로 한다. 만약 집단이나 지역사회, 국가를 대상으로 하는 활동이 된다면 그 영역은 의료행정이나 의료정책의 영역이라고 보는 것이 보다 타당할 것이다.

따라서 위에서 본 것과 같이 의료실천은 의사가 환자에게 의료 서비스를 전달하는 과정이라

8) Savett LA, The Human Side of Medicine: Learning What It's Like to be a Patient and What It's Like to be a Physician, Connecticut : Auburn House, 2002.

고 할 수 있다.

2) WHO의 의료실천가 정의⁹⁾

WHO의 보건직무분류(classifying health workers)는 보건의료종사자를 크게 보건의료 전문직(health professional), 보건의료준전문직(health associate professional), 보건의료서비스 내 개인요양종사자(personal care worker in health service), 보건의료관리 및 지원직(health management and support personnel), 달리 분류되지 않는 보건의료서비스 제공자(health service provider not elsewhere classified)로 분류하고 있다. 의료실천가는 이 중에서 보건의료전문직에 해당하며, 일반 의료실천가(generalist medical practitioner)와 전문 의료실천가(specialist medical practitioner)로 구분하고 있다.

WHO는 일반 의료실천가를 다음과 같이 정의한다. 여기서 일반 의료실천가는 가정의와 일차의를 포함하며 “현대 의학의 원리와 절차를 응용하여 질환, 질병, 부상, 기타 심신 손상을 진단, 치료, 예방하며 인간의 일반적인 건강을 유지시키는 사람이다. 그들은 다른 보건의료서비스제공자들의 수행을 계획, 감독하고 평가한다. 그들은 특정한 질병 범주나 치료 방법에 제약 없이 실천하며, 개인, 가족, 지역사회를 대상으로 연속적이고 종합적인 의료서비스를 제공할 책임이 있다.”라고 정의한다. 덧붙여서 WHO는 또한 이 범주에 포함되는 직업은 대학 수준의 기본 의학교육과 졸업 후 임상연수가 필요하다고 언급한다.

WHO의 의료실천가에 대한 정의의 함의는

다음과 같다.

첫째, 의료실천의 도구가 제시되어 있다. WHO는 의료실천이 현대 의학의 원리와 도구에 입각해서 이루어져야 한다고 명시한다.

둘째, 의료실천의 대상이다. 의료실천은 인간을 대상으로 한다. 종래의 정의는 정상 상태에서 일탈된 질병, 질환, 부상, 그리고 기타 심신 손상을 입은 인간을 다루었지만 WHO가 의료와 건강의 개념을 다시 정의하면서 아프지 않은 정상 의 인간을 대상으로 포함한 것이 눈에 띈다. 여기서 주목할 것은 의료의 실천 대상을 환자 개인 뿐만 아니라, 가족, 그리고 지역사회까지 확장시킨 것이다. 이는 종전의 의료실천보다 이후의 의료실천에서 보다 많은 역할이 기대된다는 것을 의미한다.

셋째, 의료실천의 목적이다. 의료실천의 목적은 일반적인 인간의 건강 상태를 유지하는 데 있다. 이는 현재 아픈 사람에게 있어서는 가능한 아프지 않은 상태로 회복하는 것이고, 정상 건강인에게 있어서는 현재의 건강을 계속 유지하는 것이 목적이 됨을 말한다.

넷째, 의료실천의 과정이다. 위 정의는 의료실천의 전통적인 과정인 진단과 치료, 그리고 예방을 제시한다.

다섯째, 의료실천의 권한이다. 의료실천가인 의사는 의료실천을 위해 인적, 물적 의료 자원을 어떻게 분배하고 활용할 것인지 계획을 세우고 지휘, 감독할 수 있는 권한을 가진다. 또한 의료실천가의 의료행위는 가장 포괄적인 것으로 어떠한 특정 범주에 제약받지 않는다.

여섯째, 의료실천의 책임이다. 의료실천은 종합적이고 계속적으로 이루어져야 한다. 종합적이라는 말은 환자의 의학적 상태를 가능한 한 넓

9) World Health Organization, Classifying Health Workers, Geneva, 2010 : 1.

게 파악하여 문제를 찾아내고, 이를 위한 다양한 의료 자원을 필요할 때마다 연계해야 한다는 것을 의미한다. 계속적이라는 말의 의미는 의료실천이 한 환자의 질병 경과와 생애주기 동안 지속적으로 이루어져야 함을 의미한다.

일곱째, 의료실천의 자격이다. 의료실천을 위해서 의료실천가는 전문가로서의 지식과 능력을 갖추기 위해 대학 졸업자 수준의 의학교육을 마쳐야 하며, 졸업 후에도 일정 기간 동안 임상연수를 받아야만 독립된 의료실천가로서 활동할 수 있다.

2. 의료실천의 국내 노력과 선행 연구

의료실천은 위의 정의에서 보듯이 매우 다양한 특성을 갖고 있지만, 현재 의료실천에서 교수되고 연구되는 분야는 의료실천의 도구에 해당하는 현대적인 임상의학에 집중되고 있다. 의료실천의 대상의 외연을 확장시켜 접근하는 의료사회학, 목적과 관련된 의료윤리, 자격 교육과 관련된 의학교육학이 각각의 영역에서 교수되고 연구되고 있으나 통합적인 시각이 부족하다.

국내에서 의료실천을 포함한 인문사회학 분야는 의학교육학회와 의과대학학장협의회 등 대학의 의학교육담당자가 주체가 되는 단체들의 주도 아래 1998년 이후로 의학교육에서 차지하는 비중을 높여가고 있으며 2000년의 의약분업 사태는 이를 가속화시켜주는 계기가 되었다.¹⁰⁾ 비교적 늦게 주목받고 있지만 점차로 그 중요도가 인식되고 있다. 현재 의과대학과 의학전문대

학원에서 독립적인 교수와 연구 분야로서 인정받고 있지는 못하지만 의학교육에서 부분적으로 다루어지고 있다. 최근까지 의학교육에서 중점을 두는 의료실천은 의학면담으로서, 환자와의 의사소통기술을 익히는 데 중점을 두고 있다. 그러나 대한신경정신의학회가 의료행동과학¹¹⁾을 발간하면서 환자 행동에 관련한 심리적 이해, 의료실천에서의 문화, 사회적 고려, 질병행동에 대한 의학적 대응 등 면담기술에 머무르고 있던 의료실천의 외연을 넓혀주었다.

한국의료윤리학회지에서도 의료윤리를 넘어서는 의료실천과 관련된 주제를 다루는 논문이 상당 수 발견된다. 진교훈¹²⁾은 ‘바이프젝커의 의학적 인간학’을 시작으로 의료윤리적 주제 의식을 넘어서 의학과 의료인이 환자를 보는 관점에 관하여 유기적 기계론 관점과 마음과 신체가 밀접한 연관을 갖는다는 심신상관학의 관점을 대별해서 보여주었다. 정유석¹³⁾은 의사의 전문성과 진료자율권을 설명하면서 의료실천에서 전문성의 요건을 보여주었다. 강윤식¹⁴⁾ 역시 의사의 전문성과 위기를 국내 현실에서 소개하고 있다. 보다 직접적인 성과는 김진경¹⁵⁾의 논문에서 발견된다. 그는 의사의 실천적 지혜(phronesis)라는 개념으로 의료실천을 소개하였으며, 의사결정과 문진이라는 두 실천과정에 대하여 기술을 제시하고 있다. 요약하면 국내 논문에서는 의료인이 환자를 대할 때 취해야하는 실천적 관점, 의료실천가의 자격과 권한, 실천과정의 세부요소에 대한 방법적 제안이 주요 성과로 나타났다. 이러한 성과들은 의료실천의 각 개념과 과정을

10) 김하원, 고희선, 이무송 등. 우리나라 의학교육에서의 인문사회학. 한국의료윤리교육학회 2003 ; 6(1) : 106.

11) 대한신경정신의학회, 의료행동과학, 서울 : 중앙문화사, 2004.

12) 진교훈. 바이프젝커(Viktor von Weizsäcker)의 의학적 인간학. 한국의료윤리교육학회 2000 ; 3(2) : 235-245. ; 진교훈. 아루투르 요레스(Arthur Jores)의 의학적 인간학. 한국의료윤리교육학회 2001 ; 4(1) : 100-104.

13) 정유석. 의사의 프로페셔널리즘과 진료자율권. 한국의료윤리교육학회 2004 ; 7(2) : 142-144.

14) 강윤식. 한국에서 의료전문직의 개념과 논의. 한국의료윤리학회 2010 ; 13(3) : 256-259.

15) 김진경. 의료에서 의사의 실천적 지혜(phronesis). 한국의료윤리교육학회 2006 ; 9(1) : 8-13.

구성하는 것들로서 후술할 통합된 체계 내에서 분설될 수 있다.

2010년에는 아시아에서 처음으로 의사국가시험 실기시험을 실시함으로써 의료인 양성에 있어 실천의 중요성이 재고되었다. 현재 시행되는 실기시험¹⁶⁾은 중례 52항목, 술기 38항목을 사전 제시하고 12문항을 출제하고 있다. 이 시험은 의료실천이 다루어야 할 의사소통, 의사결정, 술기 능력 등을 폭넓게 다룬다는 점에서 합목적적인 시험이라고 볼 수 있다.

한편으로는 이러한 시험 과정에서 환자가 처한 복잡한 의학적, 심리적, 사회적 상황을 어떻게 다룰 것인가의 논의도 필요하다고 생각된다. 예를 들어 의학적 상황과 심리적 상황이 결합되는 국면을 보자면 일상적인 감기나 소화불량으로 내원한 환자나 급성 복통의 환자를 대할 때 의사의 감정적 접근, 전문가적 접근은 각 경우에 있어서 차이가 있어야 한다. 일상적인 질환으로 찾아온 환자를 대하는 의사의 얼굴은 밝아야 하며, 유머도 사용할 수 있는 편안한 분위기에서 진행되어야 한다. 그러나 급성 질환의 환자를 대하는 의사의 태도는 달라야 한다. 환자의 고통을 덜어주기 위한 적극적인 의지의 표명과 언급이 있어야 하고, 진지한 태도로서 효율적인 의사소통을 해야 한다. 또한 치료계획의 제시에 있어서도 보다 명확하고 신속하게 제시되어야 환자의 불안감을 해소할 수 있다. 다시 말해, 다양한 상황에 처한 환자에게 적합한 모습을 보여주고 행동할 수 있는 의사의 규범에 대한 제시와 평가가 필요하다.

물론 어떻게 실천되어야 하는지, 어떤 실천 접근 방법이 옳은 것인지에 대한 논의는 가치적인 문제가 동반될 수밖에 없기 때문에 모호할 수 있

다. 그러나 정확한 문진 요소와 신체 진찰, 치료 계획의 재현 이외에도 환자의 진정한 욕구를 충족시키려는 의사의 노력은 필요하며, 각 상황에 처한 환자의 보편적 감정에 대하여 접근이 불가능하다고 보기도 어렵다.

3. 의료실천의 기능

의료실천의 첫 번째 기능은 의학적 지식과 의료 자원을 실제 상황에서 활용되게 해주는 것이다. 임상의학은 우리에게 무엇을 해야 하는지를 가르쳐주지만 실천 과정 없이는 환자에게 전달될 수 없다. 예를 들면 의학적 지식을 가진 의사가 환자와 면담하는 과정을 거치지 않는다면 환자의 의학적 상태를 알 수 없고, 근육 주사를 처방할 때에도 구체적인 술기 능력이 없다면 시행할 수 없다. 즉 의료는 면담과 술기와 같은 의료실천을 통해 실제 모습을 드러내며 작용하게 되는 것이다.

두 번째 기능은 의사와 환자의 지향점을 일치시켜주는 것이다. 이 때 지향점이란 의사와 환자가 의료실천을 통해 달성하고자 하는 가치이다. 능숙한 실천기술을 가진 의사들은 쉽게 환자들로부터 수술 동의를 이끌어내고 높은 치료 순응도를 유지할 수 있다. 이것이 가능한 것은 좋은 실천기술을 가진 의사들은 환자가 의료를 거부하는 원인을 알기 위해 노력하고 공감하면서 적절한 타협점을 가지고 충분히 설명하면서 의사의 의학적 목표와 환자의 개인적 목표를 일치시키기 때문이다.

세 번째 기능은 의료 실천가의 행동의 현실적 의사결정의 기준을 제공하는 것이다. 임상의학의 지식만으로는 의사가 무엇을 해야 할지, 무엇

16) 한국보건 의료인국가시험원. 2012년도 제76회 의사국가시험 실기시험 항목 공지. <http://www.kuksiwon.or.kr> 2012년 5월 10일 방문.

부터 해야 할지 정하는 것이 어렵다. 의학은 현실의 윤리적 한계와 사회적 법규를 고려해야 하기 때문이다. 실천 영역에서는 이들을 고려하면서 의사가 해야 할 일과 과정을 제시할 수 있어야 한다.

4. 의료실천의 구성요소

의료실천을 구체적으로 논의하기 위해서, 의료실천이 무엇으로 구성되는지 보아야 한다. 의료실천은 우선 그 행위의 주체인 의사(physician), 수혜자인 환자(patient), 의사와 환자가 해결해야 하는 의학적 상태인 문제(problem), 그리고 의사로부터 환자에게 의료 서비스가 전달되는 과정(process)으로 4P로 구성된다.

여기에서 의사는 전문적 지식을 가진 행위의 주체로서 환자로부터 문제를 규정하며, 의료 자원을 연계하여 과정을 작동하게 한다. 환자는 의료실천의 수혜자이자 목적의 대상으로 고려된다. 환자는 의사의 전문적 지식에 저항하는 심리적 특성과 사회경제적 문제를 가지고 있을 수 있다. 문제는 의사가 환자로부터 의료실천을 통해 해결하고자 하는 대상이 된다. 의료실천의 주된 과정은 이러한 문제를 식별하고 대응하는 것이다. 의료실천의 전달 과정은 의사가 환자에게 의학적 지식과 의료 자원을 기반으로 수행하는 실제적 활동이다. 여기서 의료 자원은 보건 실천가와 같은 인적 자원도 포함된다.

1) 의사

첫 번째 구성요소인 의사는 의료실천에서 핵으로 작용한다. 의료실천의 세부 구성요소의 작용은 어떤 방식으로든 의사를 매개하여 이루어진다. 의료행위는 의사에 의해서 직접 행해지거

나 의사의 지휘 감독하에서 이루어지기 때문이다. 따라서 의사라는 구성요소의 항목에서 중요한 것은 의학적 의사결정을 수행할 수 있는 임상 의학의 지식과 기술이다. 하지만 여기서 강조되는 지식과 기술은 나머지 요소인 환자, 문제, 과정과 상충되는 부분이 있기 때문에 실천기술을 통해 중재되어야만 한다.

이 측면에서 의사는 무엇보다 자신의 의학적 지식과 능력이 강조된다. 아무리 환자에게 호감을 사는 의사라 할지라도 실제로 환자의 문제를 해결할 수 있는 능력이 없는 의사는 환자에게 도움이 되지 않을 뿐더러 오히려 해를 끼치게 된다. 그럴 경우에는 차라리 의사에게 환자와 상호작용을 할 수 있는 능력이 없는 것이 낫다. 환자에게 과실을 범할 수 있는 기회가 허락되지 않기 때문이다.

2) 환자

두 번째 구성요소인 환자는 의료실천의 목적(goal) 대상에 해당한다. 따라서 환자는 존중받아야 하며, 각 환자는 의학적 지식으로 표준화할 수 없는 고유의 개성을 가진 존재라는 점을 인식해야 한다. 환자는 고유의 개성을 갖고 있기 때문에 각각 심리 특성이 다르며 의사는 이러한 점을 고려하여 환자가 늘 일정한 행동과 반응을 보이지 않는다는 것에 유의해야 한다. 예를 들어 어떤 환자는 치료에 전적으로 순응적일 수 있고, 다른 환자는 질문을 많이 하며, 동의 없는 의료행위에 심한 불쾌감을 드러낼 수 있다. 이러한 개인적 특성의 차이 때문에 의사는 인간 성격과 행동에 대한 이해를 필요로 한다.

이 측면에서 의사는 환자를 정상 범위에서 벗어난 병리적 개체로 낙인(stigma)을 부여해서는 안 된다. 그는 여전히 동등한 인간임을 인식

해야 한다. 환자가 당장의 아픔을 해결하기 위해 모든 상황에서 의사에게 협조적일 것이라고 기대하기는 어렵다. 환자는 의사가 자신의 문제를 해결해 줄 수 있다고 믿을 때에만 협조한다. 그러한 측면에서 의사가 국가가 부여하는 면허는 환자에게 상당한 신뢰를 제공하는 장치로 작용하지만 환자 개인은 나름의 생활사에 의하여 의사에 관한 다양한 관점을 갖고 있으며 의사는 그러한 관점을 이해하고 신뢰를 확보하도록 노력해야 한다. 그리고 그러한 신뢰의 확보는 환자 개인의 개성을 존중할 때에만 가능하다.

3) 문제

세 번째 구성요소인 문제는 의료실천의 세부 목표들(objectives)의 집합이다. 또한 환자가 지닌 의학적 상태로부터 알 수 있는 증재되어야 하는 사항들의 집합이다. 문제는 병력 청취, 신체 진찰, 그리고 각종 검사를 활용하여 파악할 수 있다. 문제를 파악하기 위해서는 이러한 정보를 종합할 수 있어야 하며, 더 알기 위해서, 혹은 치료하기 위해서 다음에 무엇을 할 것인지 계획할 수 있어야 한다. 문제에서 중요한 이슈는 의료실천가가 파악한 문제와 환자가 인식하는 문제 사이에서 차이가 발생할 수 있다는 사실이다. 의료실천은 이러한 양자 간의 차이에서 오는 갈등을 다루는 데에도 관심을 갖는다.

의료실천의 시간적 흐름은 문제를 인식하고, 인식된 문제를 해결하는 과정이다. 따라서 의사의 의료행위는 문제 인식과 문제 해결을 지향하여 이루어져야 한다. 이는 문제 목록이 개별적인 의사의 의료행위가 꼭 필요한 것인가를 판단할 수 있는 기준이 된다.

4) 과정

네 번째 구성요소인 과정은 의사가 환자에게 의료 서비스를 전달하는 과정을 말한다. 이제까지의 요소들을 종합하여 실체를 갖추고 드러나는 과정이기도 하다. 나머지 세 가지 요소들은 이러한 과정을 수행하기 위해 필요한 요소들이라고 할 수 있다. 예를 들어 뇌수막염이 의심되는 환자에게서 요추천자를 시행하고자 할 때, 의사는 요추천자에 대한 전문적 지식이 있어야 하며, 보호자와 환자의 걱정과 공포에 대하여 충분히 고려하고 배려해야 한다. 그리고 요추천자를 통해 알 수 있는 문제를 생각해야 하며, 요추천자로 원하는 정보를 얻을 수 없을 때 문제를 인식하고 해결하는 전략을 다시 수립해야 한다. 이러한 세 요소들의 이해를 바탕으로 요추천자라는 과정을 실제로 수행하게 된다. 과정은 이러한 요소들의 이해를 바탕으로 적절하게 수행되는 의료행위의 시간적 흐름이다. 또한 과정은 의사가 환자에 대하여 일방적으로 이루어지는 것이 아니라 상호작용하는 것이며, 의사 이외에 다양한 의료의 인적, 물적 자원을 매개로 이루어진다는 사실 또한 중요하다.

5. 의료실천의 관점

의료실천의 관점은 의사가 환자를 어떤 대상으로 지각하는가이다. 의료실천의 관점(perspective)이 중요한 것은 의사가 환자를 어떻게 바라보느냐에 따라 의료실천의 과정과 결과에 큰 영향을 미치기 때문이다. 다시 말해 의사가 환자를 바라보는 시각이 의료실천의 출발점이 되며, 어떻게 환자를 대우할 것인가에 관한 태도를 형성한다. 어떤 의미 있는 행위가 태도, 지식, 실천에 의하여 이루어진다고 본다면 관점이 행

위의 태도를 반영한다고 볼 수 있을 것이다.¹⁷⁾ 여기서는 크게 병리적 관점, 인본적 관점,¹⁸⁾ 그리고 사회적 관점, 세 가지로 나누어서 설명하고 의료실천이 어떻게 달라질 수 있는지 본다.

1) 병리적 관점

병리적 관점은 환자를 특정한 병인에 의하여 정상 상태에서 이탈한 질병을 가진 생물학적 개체로 본다. 병리적 관점은 생물학적 질병의 진단과 치료에 주된 관심을 둔다. 병리적 관점에서는 환자의 개인사는 중요하지 않다. 병리적 관점에서 환자는 환자의 이름으로 기억되기보다는 상병명으로 기억된다. 또한 의사-환자 관계의 갈등, 치료에 대한 불신 등은 적절한 처방보다 중요하지 않다고 고려된다. 병리적 관점에서 문제는 오직 질병이며, 질병은 환자 개인의 의지보다 의사의 적절한 처방과 관리에 의하여 치유된다고 믿는다. 병리적 관점에서 의사는 진단과 치료에 관심이 집중되기 때문에 면담 또한 기계적으로 접근하게 된다. 의사는 하나의 결론, 진단명을 추정하고 이것을 입증해내기 위해 합당한 증상과 병력의 여부를 묻는 폐쇄형 질문만을 하게 된다. 병리적 관점에서 의사-환자의 관계는 일방적으로 한 쪽이 질문하고 한 쪽이 답변하는 단방향 의사소통으로 고착된다. 병리적 관점은 의학의 과학화가 급진적으로 이루어지던 20세기 초기까지 의사의 전형적인 상이 되어왔지만 오늘날에는 앞서 언급한 여러 한계로 인해 많은 비판을 받고 있다.

2) 인본적 관점

인본적 관점은 환자를 존중할 만한 개성을 가진 타인과 유별되는 인격체로 간주한다. 따라서 치료의 대상은 질병이나 몸이 아닌 환자라는 사실을 자각한다.¹⁹⁾ 인본적 관점에서 의사는 현재의 의학의 한계를 수궁하고 최선으로 규정된 진단과 치료가 늘 반드시 옳을 수는 없다고 가정한다. 인본적 관점의 의사는 환자를 볼 때 온정적인 태도를 유지하며 적절한 수준으로 공감한다. 그리고 환자와의 관계와 치료에 대한 신뢰가 치료 유지와 효과에 중요한 영향을 미친다고 믿는다. 인본적 관점에서 의사는 환자의 심리적 상태가 질병의 경과에 영향을 미칠 수 있을 뿐만 아니라 질병 자체를 유발할 수 있다는 믿음을 가지며 환자의 개별성을 존중하여 의료실천의 과정을 타협할 수 있다. 즉 질병의 경과에 다소 비효율적이더라도 환자의 만족을 극대화시키는 방향으로 의사결정을 할 수 있다. 여기서 의사의 의사결정 판단의 준거는 환자 만족의 이익이 대안적 선택의 손해보다 유의미하게 중요한가에 따르게 된다. 그러나 인본적 관점은 이러한 판단의 주관성과 환자의 개인성 때문에 자칫하면 전문직으로서의 일관된 의사결정을 어렵게 만들 수도 있다. 또한 환자의 개인심리에 관심을 갖지만 그가 가지고 있는 사회경제적 문제를 인지는 하더라도 문제해결로 이어지지 않는다는 데 그 한계점을 갖는다.

3) 사회적 관점

사회적 관점은 환자의 문제를 개인의 심신에

17) Pendleton D, Hasler J. 위의 글(주5). 227.

18) 진교훈. 위의 글(주12). 231-246.

19) Cassell EJ. The Nature of Suffering and The Goals of Medicine. New York : Oxford University Press, 1994.

국한하지 않고 환자의 외적 요인도 고려하는 관점이다. 환자를 포함한 인간은 사회적 동물이기 때문에 사회를 떠나서 살 수는 없으며, 그러한 환자의 생활사도 사회로부터 많은 영향을 받게 된다. 그 영향중에는 좋은 영향도 있지만 나쁜 영향도 있으며, 그러한 영향은 환자의 질병의 자연사를 악화시키거나 유발하며, 환자의 합리적 판단을 힘들게 하며, 그로 인해 의사와 환자의 지향점 사이의 간극을 넓히게 되어 의사와 환자가 서로 다른 길을 가게 된다. 즉 아무리 의사가 성실한 태도로 환자에게 임해도 마음을 열지 않는 경우가 있다. 그러한 경우 우리는 사회적 맥락을 고려해야만 한다. 사람은 태어날 때부터 나쁜 선택을 하려고 작심하며 태어난다고 볼 수는 없으므로, 우리는 환자의 질병의 경과와 환자의 결정 아래에 놓인 사회적 문제를 관찰해야만 한다. 대개는 경제적인 문제가 연관되어 있으며, 노인 인구에서는 부양책임 문제가 많다. 그들이 갖고 있는 사회적 문제는 때로는 의료적 문제보다 더 중요시되는 경우가 많기 때문에 사회적 문제에 대한 인식과 중재 의지가 없다면 환자가 치료에 불순응하거나 의료를 이용할 의지를 상실할 수 있다. 의사, 의료 실천가는 의료행위가 실천의 중심이므로 이들의 사회적 문제를 직접 중재하는 것은 영역 외 문제를 다루는 것이다. 그러나 이러한 문제가 자신의 영역이 아니라고 해서 중요하지 않게 생각해서는 안 되며 사회복지사와 같은 사회 실천가와 연결시켜주며 의료적 문제와 사회적 문제를 같이 해결해나가려는 의지를 보여야 한다. 사회적 관점의 한계는 의료의 본질에서 벗어날 수 있다는 점이다. 또한 과도한 환자의 사생활 개입은 오히려 환자의 불신을 야기할 수 있으므로 신중하게 접근되어야 한다.

6. 의료실천의 준거틀

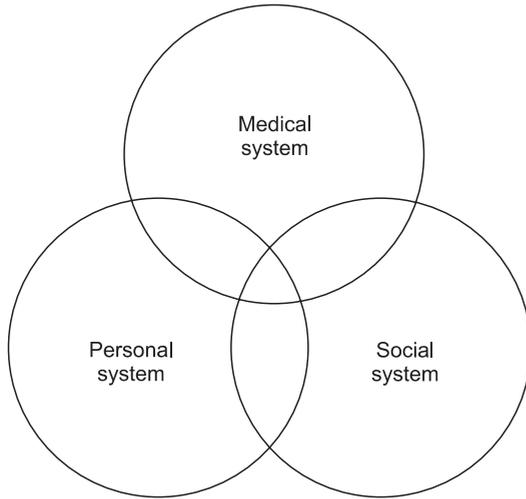
의료인의 의료의 대상이 되는 환자에 대한 관점이 정해지면 의료실천을 위한 제약조건에 대해 이해하여야 한다. 의료인이 생각하는 최선의 답안은 환자의 입장에서는 최선이 아닐 수도 있고, 사회적으로 용인되지 않을 수도 있기 때문이다. 따라서 의료인은 이러한 제약조건 내에서 최선의 선택을 해야 하며, 이러한 제약 조건은 의료실천의 준거틀 내에서 이해될 수 있다.

의료실천의 준거틀(frame of reference)은 의료를 실천하는 데 옳고 그름의 기준을 제공하는 지식의 체계나 이론적 형상을 말한다. 다시 말해서 준거틀은 의료실천의 가장 큰 그림을 보여주는 체계로서, 의료실천이 무엇을 포함하며 그것들이 어떻게 조직되는지 보여준다. 의료실천은 정립된 의학이 실제 세계에서 구현되는 점점에 있기 때문에 의학에서 가장 포괄적인 체계로 이루어진다.

의료실천은 크게 세 가지 체계가 만나는 점점이다. 첫째는 의학적 체계이다. 의학적 체계는 기초의학과 임상의학으로 이루어져있으며, 환자의 의료적 이익을 최우선하도록 만들어져 있다. 둘째는 개인적 체계이다. 개인적 체계는 환자 개인과 의사 개인이 있으며, 환자 개인의 이익을 최우선으로 하고 의사 개인의 이익을 배제하도록 되어 있다. 셋째는 사회적 체계이다. 사회적 체계는 사회 윤리와 법규, 그리고 이해관계에 놓인 집단으로 구성된다. 사회적 체계는 의학적 체계와 개인적 체계에 현실적 제약을 가하도록 만들어져 있어서 타인의 이익과 사회 공익을 해치지 못하도록 한다.

의료실천은 이와 같이 세 체계로부터 주어지는 제약을 통해 이루어지는 과정이다. 의사는 자신이 가진 의학적 체계를 바탕으로 환자의 건강

〈Figure 1〉 Frame of reference.

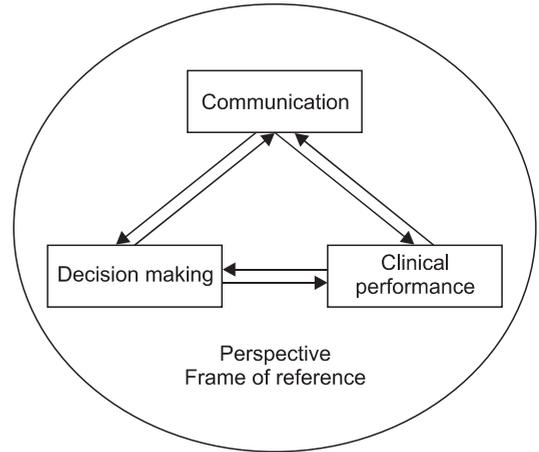


이익을 최우선으로 하려고 하지만 환자가 생각하는 자신의 이익이 의사가 생각하는 이익과 잘 맞지 않기 때문에 중재가 필요하다. 또한 이러한 중재에도 현실적 한계가 있기 때문에 사회 통념과 법규를 고려할 수밖에 없다. 따라서 의료 실천은 환자의 의료적 이익을 환자 개인의 이익을 존중하는 가운데 극대화하는 과정이며, 해당 사회가 제공하는 자원과 제약하에서 이루어지는 과정이라고 할 수 있다. 또한 <그림 1>에서 보듯이 준거틀은 각 체계의 우열을 제시하는 것이 아니라 각 체계의 가치를 서로 조율하여 점점 내에 있는 합의점을 도출하고 이를 의료실천의 과정에서 의식적으로 혹은 무의식적으로 반영하게 한다.

7. 의료실천의 과정

의료실천의 과정을 고전적 관점에서 보면 크게 진단과 처방으로 구성된다. 이를 세분하여 보면 병력 청취, 신체 진찰, 각종 검사, 문제 목록, 감별 진단, 진단 계획, 치료 계획 등으로 나눌 수

〈Figure 2〉 Medical practice process.



있다. 실제로 이러한 과정은 더 세분될 수 있다. 또한 이러한 과정은 때때로 생략될 수 있으며, 다른 요소들이 더 포함될 수 있다. 그렇기 때문에 이와 같이 진료의 시간적 흐름에 의존하는 과정의 고찰은 우리에게 일관성 있는 과정의 개념적 도식을 제공하지 못한다. 따라서 우리는 의료의 매 과정에서 일어나는 일련의 미분화된 활동의 요소들이 무엇인지 주목할 필요가 있다.

미분화된 활동의 요소는 <그림 2>에서 보듯이 의사소통, 의사결정, 의사수행, 이 세 가지 요소로 이루어져 있으며 대개의 의료행위는 이러한 활동의 요소의 상호작용으로 이루어진다. 또한 이러한 세부적인 활동 요소들은 매 순간마다 특정한 시공간에서 특별한 상황에 놓이게 된다. 당시의 의료진, 당시의 환자 상태, 그리고 환자를 맞이한 의료 공간, 해당 공간에서 활용 가능하고 허용된 의료자원 등 이러한 상황하에서 실천의 과정이 수행되며, 각 요소들 또한 마찬가지로이다. 이러한 상황은 우선 의료인의 관점에서 시작하게 된다. 의료인이 환자를 바라보는 관점은 그가 수행할 의료행위의 과정의 각 요소, 의사소통, 의사결정, 의사수행의 양과 질을 결정한다.

준거들은 이러한 상황을 체계적으로 인식할 수 있는 한 방안을 제시한다. 즉 의료인으로서 판단한 환자에 관한 의료적 가치, 환자가 생각하는 개인적 가치, 사회가 허용하고 제약하는 사회적 가치로 나누어 상황을 인식함으로써 상황에 적절한 의사소통, 의사결정, 의사수행이 가능하게 된다.

1) 의사소통

우리는 의료의 모든 과정에서 환자, 보호자, 동료 의사, 간호사, 방사선사, 임상병리사 등 다양한 의료 구성원과 대화한다. 그리고 의료실천에서 의사소통은 거의 모든 순간에서 이루어진다. 또한 의료에서 의사소통은 매우 다양한 방식으로 이루어진다. 일 대 일 면담이 있을 수도 있고 집단 면담이 있을 수도 있으며, 초진 및 경과기록, 검사 판독지 등 의무기록에 의한 간접적 의사소통까지 방법적 측면에서도 많은 유형이 존재한다. 이처럼 의사소통은 다양한 대상과 방법에 의해 규정되고 논의될 여지가 남아 있다.

가장 대표적인 의사소통 유형인 의사-환자 간 의사소통에 대하여 고려 가능한 인자들을 나누어 보면 크게 상황(contingency), 전달(delivery), 반응(response)으로 볼 수 있다. 상황적 요소는 전술한 의료실천의 준거를 내에서 제시될 수 있다. 환자가 처한 의학적 상황, 개인적 상황, 사회적 상황이 의사가 환자에게 의사소통 시 고려해야 할 요소로 제시된다. 환자의 증상, 징후는 의학적 상황이 될 수 있고 환자가 느끼는 감정과 생각은 개인적 상황이 된다. 그리고 당시 활용 가능한 의료 인력과 자원 등은 사회적 상황이 된다.

이러한 상황을 종합하여 의료인은 환자에게 메시지를 전달해야 하는데, 이러한 전달에 관한

의사소통 양식은 다시 언어적 의사소통과 준언어적 의사소통, 그리고 비언어적 의사소통으로 나뉜다. 언어적 의사소통에서는 주제, 내용, 어휘 등이 고려 가능한 요소가 된다. 준언어적 의사소통에서는 화행의 어조, 속도 등이 반영된다. 비언어적 의사소통에서는 표정, 몸짓, 눈맞춤, 담화자간 거리 등이 포함된다. 환자의 반응은 언어적 의사소통도 중요하지만 의료인의 준언어적, 비언어적 의사소통에 의해서도 많은 영향을 받는다. 따라서 환자가 처한 개별적인 상황에 따라 준언어적, 비언어적 의사소통의 요소들을 잘 인지해서 활용하는 것이 중요하다.

이러한 상황 인지에 이은 의사소통의 전달이 이루어지면 환자의 반응으로 이어지게 되는데, 전달의 적절성에 따라서 반응도 달라진다. 의료인은 이러한 반응을 참조하여 상황에 대한 정보를 변경하고, 의사소통을 이어가게 된다. 의사가 환자의 반응을 유심히 살펴야 하는 중요한 이유는 환자-의사의 의사소통이 비대칭적 대화구조를 갖고 있기 때문이다. 의사는 환자의 반응을 환기시키고 격려함으로써 의사결정을 위한 추가적인 상황 정보를 얻을 수 있고 의사소통 또한 촉진시킬 수 있으므로 대화가 비대칭적으로 흐를 수 있다는 사실을 유의하고 반응을 주의 깊게 다루어야 한다.

2) 의사결정

의료를 다음 단계로 진행하기 위해서는 반드시 무엇을 어떻게 해야 할지 결정되어야 한다. 의사소통 역시 의사결정을 위한 과정의 하나이다.

의사결정 또한 복잡한 과정이다. 의사결정은 이미 수행한 의사소통과 의사수행의 결과를 종합하여 이루어지며, 이외에 환자의 결정권이 계

재하며, 사회경제적 제약이 허용하는 범위에서 이루어진다. 따라서 의사결정은 의료윤리와도 밀접한 연관을 갖는다.

의학적 의사결정은 여러 가지 모델로 제안될 수 있겠지만 가장 보편적인 임상적 모델은 의무 기록 작성 절차에 따르는 것이다. 환자로부터 병력 청취를 통해 주관적(subjective) 정보를 수집하고 이를 바탕으로 신체 진찰과 검사를 수행하여 객관적(objective) 정보를 얻어 이를 주관적 정보와 종합하여 환자의 질병 상태를 평가(assessment)한다. 그리고 가능한 질병 상태 항목을 바탕으로 진단을 위한 추가 계획과 그에 따르는 치료 계획(plan)을 세우고 실천하게 된다.

이러한 의사결정 과정 역시 의사소통 과정과 마찬가지로 의료의 매 순간마다 일어날 수 있다. 의사는 환자로부터 정보를 얻을 때마다 의식적 과정과 무의식 과정을 둘 다 활용하여 가능한 질병 상태를 떠올리고 가능한 대안들을 선택해야만 한다. 이러한 매 과정에서 의사가 어떠한 관점과 증거들을 갖고 있는지는 의사결정의 내용에 영향을 줄 수 있기 때문에 강조되어야 한다.

예를 들면 급성 복통 환자에서 병리적 관점의 의료인은 정확한 배제 진단을 위해 필요한 검사를 마칠 때까지 통증 조절을 유보하려는 경향이 있을 수 있다. 반면 인본적 관점의 의료인은 얼마간의 진단적 불이익을 감수하더라도 최근의 의학적 경향을 존중하고 환자를 위해 적극적으로 통증 조절을 할 수 있다. 또한 증거들의 측면에서 사회적 체계에 대한 제약조건을 이해하는 것은 사회적 가치와 법적 질서에 무리 없는 의사결정을 하도록 이끌어준다.

3) 의사수행

의사수행은 결정된 의사를 수행하는 구체적

행위로써, 일반적으로 해당 의료행위를 실천할 수 있는 이론적 지식과 기술적 능력이다. 예를 들면 앞서 설명한 요추천자의 경우 환자에게 설명해야 할 요추천자의 목적과 위험성, 그리고 소독과 자세 잡기, 천자 위치, 천자 방향, 뇌척수액 보관 등 술기를 수행하기 위한 지식과 능력이 포함된다.

의사수행 역시 복잡한 과정으로, 매 수행 과정에서 의사소통과 의사결정이 이루어진다는 사실을 고려할 필요가 있다. 전술한 요추천자의 경우 시술 전에 그 필요성과 위험성에 대하여 설명할 필요가 있고 동의를 구해야 하는 의사소통 과정이 필요하며, 요추천자를 수행하는 방식에 있어서도 의사결정이 관여한다. 예를 들면 소아 환자에서 협조 가능 유무를 판단하고 그에 따른 요추천자 방식을 결정하는 것은 매우 중요하다. 협조가 가능한 경우에는 진정시킬 필요가 없지만 협조가 불가능하거나 불안정한 상태인 경우에는 추가적인 약물 처치를 통해 환자의 상태를 안정시킬 필요가 있기 때문이다. 또한 이러한 의사소통과 의사결정은 시술 전에만 존재하는 것이 아니라 시술 중에도 항상 존재한다. 바늘이 들어가기 전에 알려줌으로써 통증에 미리 대비하게 한 다든지, 침습적인 술기로 인한 환자의 스트레스를 덜어주기 위한 대화를 진행하는 등의 의사소통이 동반될 수 있다. 또한 의사결정의 측면에서는 시술이 원만하게 이루어지지 않을 때, 즉 뇌척수액이 제대로 배액되지 않을 때는 그 원인을 검토하고 어떻게 할 것인지 결정해야 한다. 이처럼 의사수행 과정은 의사소통과 의사결정과 맞물려서 이루어진다는 사실 또한 유의할 필요가 있다.

III. 결론 및 제언

의료실천은 20세기 초 의학이 과학화, 전문화되면서 경원되기도 했고 필요성이 부각되기도 했다. 그러나 그 필요성이 지속적으로 요청되고 제기되는 가운데에서도 의학교육에서 차지하는 비중과 실제 임상가들의 태도는 크게 개선되지 않았다. 다시 말해 환자의 신체적 문제를 개선시키는 지식과 기술은 발전하였음에도 정작 환자가 원하는 것과 사회가 의료에게 요구하는 것이 무엇인지 알고 충족시키는 것에는 미흡하여 이를 위한 인본적인, 사회적인 의학의 실천 방법론이 필요하게 되었다. 의료실천은 기초의학(science)의 바탕 아래 성립된 임상의학(applied science)을 실제 환자와 사회에게 전달(delivery)하는 사회의학(art)이다. 이러한 기술의 함양은 질병의 진단과 치료에 관한 지식과 같이 실증을 강조하기만 해서는 달성될 수 없으며 의학이 다루는 대상이 같은 감정을 느끼는 인간이며, 복잡한 사회라는 체계 속에 살아가는 존재임을 인식해야 한다. 즉 인간과 사회를 강조하는

관점과 증거를 아래에서 의료가 구체적으로 무엇으로 구성되며, 어떠한 과정으로 수행되는지 파악한 뒤 무엇이 옳은가, 어떻게 해야 하는가라는 당위와 규범(sollen)의 정립이 필요하다.

본 논고는 그러한 취지에서 의료실천을 임상·의학적 지식을 토대로 실제 환자와 사회에게 의료를 전달하는 태도(attitude)와 실천기술(technic)을 전달하는 사회의학으로 보고 기초적인 개념적 토대를 마련하고자 하였다. 본문에서 의료실천의 각 개념을 다루고 예시를 들어 설명하였지만 진정한 실천적 함의를 갖기 위해서는 각 요소에 대한 개별적 접근의 노력이 향후 필요할 것으로 본다. 또한 이러한 접근이 인문사회학적 토양 아래에서 이루어지는 것이라고 하더라도 그것이 실제로 유효한 것인지 입증하려는 양적 연구(quantitative research) 또한 도의 시되어서는 안 될 것이다. ㉞

색인어

환자, 의사, 실천, 과정, 관점

The Concept and Necessity of Medical Practice

LEE Hyo Jean*

Abstract

Although modern medicine cuts physicians off from patients as a matter of convenience and efficiency, patients want doctors to respect them and to treat them with careful consideration and professional skill. As a service given by doctors for treating patients' health issues, medical practice has four components: physician, patient, problem, and process. This article sheds light on these four components and examines medical practice from three unique perspectives: pathological, humanistic, and social.

Keywords

patient, physician, practice, process, perspective

* *Sancheong-gun Health Center and County Hospital: Corresponding Author*