

투고일 : 2011. 9. 21

심사일 : 2011. 10. 10

게재확정일 : 2011. 10. 17

치과의사-노인환자 커뮤니케이션

연세대학교 보건대학원 보건정책관리학과 보건의료법윤리전공 연구교수
강 명 신

ABSTRACT

Communication of dentists with geriatric dental patients

Department of Health Policy and Management, Division of Public Health Law
and Ethics, Graduate School of Public Health, Yonsei University
Myoung Sheen Kang, DDS, PhD

Dentist-patient communication has long been recognized as an important part of dental care. It has many positive outcomes, including reducing patient dental anxiety and increasing patient satisfaction and patient compliance. Above all, the need to communicate through conversation with dentist must be perceived as a basic dental patient's need for good clinical outcomes. In the future, increasing geriatric dental patients will pose challenges to dental profession. Factors influencing dentist-geriatric patient communication should be researched and relevant techniques should be shared among dentists.

Key words : geriatric dental patient, communication

I. 서론

치과의사와 환자의 커뮤니케이션은 치과진료에서 중요한 부분이다. 커뮤니케이션이 잘 되면 여러 가지 긍정적인 효과가 있는데, 그 중에는 환자 불안의 감소, 환자 만족의 증가, 환자의 동기부여 증가, 환자의 건강행동교육 내용에 대한 이행률 증가, 그리고 보다 나은 건강결과가 속한다¹⁾. 치과의 기술적 숙련도는 치과 진료에서 중요한 요인인데, 바로 이 기술적 숙련도에 대한 환자의 인식은 다시 의사의 커뮤니케이션 방식에 달려있다는 점도 유념할 필요가 있다.

환자와의 대화라는 주제가 논의되는 맥락을 먼저 살

펴봄으로써, 환자와의 대화가 치과임상지식의 판도에 서의 위치를 보는 것이 도움이 될 것이다. 첫째, 진료의 항시적인 요소로, 많은 경우 병력검사와 검진(history taking and physical examination), 즉 진단과 치료계획의 필수적인 요소로 다루어져왔고 환자교육이나 환자의 협조도(compliance)의 차원에서 다루어졌다. 둘째, 의사-환자의 관계에서 의사의 온정적 간섭주의(paternalism)가 주가 되는 경우와 환자의 자기결정권과 자율성(patient autonomy)이 존중되는 경우에 따라, 대화의 양상도 달라진다. 간섭주의 모델의 가정은, 의사는 환자에게 무엇이 좋은지 알고 있다는 것과, 환자 대신 의사가 환자에게 최

선의 이익이 되도록 결정할 수 있다는 것이다. 후자는 정보제공 모형으로 의사는 환자에게 결정에 필요한 정보를 제공하고 환자가 대안 중에서 선택하는 것이다. 셋째, 의료경영의 관점에서 환자만족이라는 것을 제고하기 위하여 중요하다. 환자로부터 진료결과에 대한 피드백을 들어서 차후 진료에 감안함으로써 환자의 만족을 높일 수 있다. 넷째, 또 점점 늘어나는 분쟁 가능성으로 인해, 위험관리 차원에서 의료분쟁이나 법정공방의 예방을 위한 것으로 다루기도 한다. 특히 '문제 환자(problem patient)' 나 '힘든 환자(difficult patient)' 의 문제와 함께 다루어지기도 한다. 다섯째, 위에서 언급한 환자의 협조 문제도 행동치과 (behavioral dentistry) 영역에서 다루어진 중요한 주제이지만, 그 외에도 '치과 공포와 불안 (dental fear and anxiety)' 의 문제에 있어서도 치과 의사와 환자의 대화가 중요한 이슈로 다루어졌다든 점을 특기할 만하다.

이상에서 본 바와 같이, 의료현장에서 환자의 자기결정권의 중요성이 커지고, 의료의 상업화가 심해지고, 환자가 느끼는 임상결과가 중요해지는 등의 문제 외에 만성질환 위주의 역학적 추세와 노인인구의 증가는 의사와 환자의 커뮤니케이션과 대화의 중요성을 더 크게 하는 요인으로 작동한다. 그러나 아직 노인환자와의 대화에서 어떤 기법을 쓸 수 있는가에 대한 문헌은 국내외에 별로 축적되어 있지 않은 실정이다.

이 글은 앞으로 국내에서 이 방면의 논의가 많아지기를 기대하면서, 문헌을 고찰하여 기본적인 사항을 짚어보고자 한다. 첫째로, 치과 의사와 환자 관계에서 커뮤니케이션과 대화의 중요성을 살펴보면 환자 진료와 관련지어 고찰해본다. 둘째, 노인인구의 증가로 치과임상과 치의학교육에서 중요한 이슈가 될 노인치과학의 이슈를 제시, 치과계가 앞으로 대비할 사항을 짚어본다. 셋째, 구체적으로 노인치과환자와의 커뮤니케이션에 영향을 미치는 구체적인 요소들을 몇 가지 살펴본다. 넷째, 인폼드 컨센트 이슈에서 노인치과환자의 문제를 짚어볼 것이다. 다섯째, 대화 자체가 환

자에게 주는 근본적인 의미를 살펴본다.

II. 본론

1. 커뮤니케이션과 대화의 중요성

1) 신뢰의 3요소 : 정직성과 커뮤니케이션, 공동의사결정
치과 의사와 환자의 관계에서 근본적인 것은 신뢰이다. 대화가 오가는 관계를 통해 신뢰가 쌓이고 신뢰가 상호작용을 더욱 원활하게 한다. 서로의 신뢰가 기반이 되었을 때, 숙련된 치과 의사는 자신의 능력에 대해 자신감을 가지고 환자의 공포를 줄이고 환자와의 만남을 이어갈 수 있다. 신뢰는 환자 쪽의 의사와의 상호작용을 촉진하고 치과진료로부터 만족감을 더 많이 느끼게 하고, 치료에 대한 협조도도 높인다. 신뢰의 중요성을 강조하는 문헌은 의료윤리를 포함한 의료인문학 논의에 많이 있지만, 실제로 어떤 요인이 이를 구성하는지 경험적으로 연구한 문헌은 거의 없다.

신뢰와 가장 많이 연관지어 논의되는 세 가지 요인은 윤리와 커뮤니케이션 그리고 공동의사결정이다²⁾. 1) 치과 의사의 개인윤리. 환자와 치과 의사가 보는 치과 의사의 개인윤리는 정직성이 주가 된다. 정직을 커뮤니케이션하는 것이 주요 이슈가 된다. 치과 의사의 인품과 환자에 대한 이해 여하가 중요하다. 2) 커뮤니케이션. 이것이 중요한 까닭은 치과 의사가 얼마나 분명하고 효과적으로 하는가에 따라 환자의 치과진료경험이 달라지기 때문이다. 치과 의사가 얼마나 커뮤니케이션 능력을 잘 구사하는가에 따라 환자측 치과임상 결과를 결정하는 중요한 요인이 되는 것이 이 때문이다³⁾. 3) 공동의사결정(shared decision making: SDM). 치과환자에 따라서는 치과 의사에게 일임을 하는 경우도 있지만, 적극적으로 의료의사결정에 참여하고 싶어하는 경우가 늘어나고 있다. 우리나라의 경우에도 일부 계층은 치과에 대한 지식도도 높아져서 치료대안이나 견적에 대해서도 알아보는 경우가 많다.

그리고 공동의사결정에 대한 숨은 수요가 있다고 할 만한 근거는 환자들이 말하는 좋은 치과의사의 모습에 대해 예외없이, ‘환자본인을 의사결정에 참여하는가’를 중요한 점으로 지목한다는 사실이다. 의료법에서는 환자에게 설명의 의무와 동의의 의무를 치과의사에게 부과하고 있다. 이것은 환자의 자기결정권의 윤리가 법에 편입된 예가 되는데, 분쟁으로 가는 경우 환자 쪽에서 이런 문제를 트집잡는 경우가 많다. 오랫동안 관계를 맺어온 환자가 아닌 경우, 절차마다 설명을 하지 않고, 환자의 명시적 거부 없이 동의를 간주하는 일은 문제의 소지가 많다.

2) 사회적 이미지와 커뮤니케이션

직업별 사회적 신뢰도를 관례적으로 꺾임에서 조사하는 미국에서, 2001년 간호사 1위, 의사 4위가 되었으나, 치과의사가 10위로 떨어져서 미국치과의사협회지에서 이것의 원인을 분석한 논문을 실은 적이 있다⁴⁾. 심미치과의사인 저자 크리스텐센(Christensen)에 따르면, 첫째, 치과의 상업적으로 치우쳐 광고를 지나치게 많이 하는 분위기가 주요인이었고, 둘째, 과도한 치료계획, 셋째, 값이 비싸다는 인식과 왜 비싼지 인식하지 못한 것, 그리고 치과 약속시간의 불편성 등을 들었다. 이 모든 요인이 커뮤니케이션과 무관하지 않다. 대 사회적 인식과 이미지가 치과의사단체와 치과학계 등 거시적으로 노력할 부분도 있긴 하지만, 치과의사 개개인이 치료계획을 환자와 함께 수립할 때, 어떤 것은 선택적으로 받아도 되는 치료(elective treatments)이고, 또 어떤 것은 필수적으로 받아야 하는 치료(mandatory treatments)인지 설명하고 전체비용을 추계하는 방안을 써야 한다고 강조하고 있다. 치과 관련단체나 조직의 대변인제도를 추진해서 치과 관련 보도가 선정적으로만 흐르지 않도록 하는 방안을 강구할 필요가 있다. 치과의사단체나 조직에서 자율규제를 하지 못하고 속속 언론에서 치과계 일각의 부정적 면모가 선정적으로 드러나는 일은 결국 치과의사와 환자의 개인적 관계에도 좋지 않은 영향을 미친다.

3) 치과불안에 가장 중요한 요인: 환자가 인식하는 치과의사의 기술적 숙련도

치과의사와 환자의 관계에 대한 연구들은 커뮤니케이션이 환자의 불안에 중차대한 역할을 하며, 치과의사의 대인관계 기술이 환자만족에 강력한 영향을 미치는 것으로 보고하는 연구들이 축적되었다. 그 가운데, 환자의 불안과 공포는 치과에 대한 접근에 장애가 될 뿐만 아니라 치과에 오더라도 부정기적으로 방문하게 하는 요인이 된다는 보고들이 있다. 치과의사들은 대인관계 기술이 부족해서 환자를 잃었다고 하는 보고들도 있을 만큼, 치과의사 본인들도 이 중요성을 인식하고 있다. 그리하여, 치과임상의 인간관계 기술적 측면에서 커뮤니케이션의 중요성은 치과불안이라는 매우 중요한 주제와의 관계 속에서 계속 지적되어 오기는 했다⁵⁾.

그런데 문제는 치과환자 관계에서 어떤 차원이 구체적으로 환자불안에 영향을 주는가에 대해서는 합의가 없었다. 치과의사의 행동에 대한 측정을 하기 시작한 것은 치과불안에 대한 연구에서 선도적인 코라(Corah)가 1985년에 했는데, Corah Anxiety Scale⁶⁾은 네 항목으로, 1) 대기실에서의 불안정도, 2) 내일 치과의사를 만나기로 했을 때, 3) 치과체어에 누워있고 치과의사가 본인의 구강에서 드릴로 작업을 할 준비를 할 때 4) 치과체어에 누워있고 치과의사는 본인의 구강에서 치과기구를 가지고 잇몸 주위로 치아를 긁어낼 준비를 할 때로 나뉘서 불안을 측정한다. 이 도구와 함께, 치과불안의 측정도구로 많이 쓰이는 STAI (Spielberger State-Trait Anxiety Inventory)⁷⁾를 가지고 루즈와 해밀턴이 연구한 결과가 획기적인 이유는 양쪽 도구를 사용했을 때 공통적으로 치과의사의 기술적 숙련도가 치과불안에 가장 중요한 요인임을 밝혔다는 것이다.

4) 기술적 숙련도는 커뮤니케이션을 통해 환자가 인식한다.

그런데, 여기서 한 가지 더 주목할 것이 있다. 기술적 숙련도를 환자들이 어떻게 인식하게 되는가 하는 문제이다. 루즈와 해밀턴의 연구가 중요하다고 생각

하는 이유가 바로 이 지점에 있다. 그들은 치과의사와 환자와의 관계에서 어떤 차원이 치과불안과 연관이 되는지 알기 위한 연구에서, 대화와 기술적 숙련도 두 가지 차원을 동시에 본 결과, 치과의사의 기술적 숙련도를 치과의사와의 커뮤니케이션을 통해 환자들이 인식한다는 사실을 부각시키고 있다. 기술적 숙련도의 인식에 중요한 치과의사의 행동을 중요한 것부터 순서대로 항목을 나열하면 다음과 같다:

- 치과의사는 내가 가진 치과문제에 대해 내가 알고 싶은 것을 다 말해준다.
- 치과의사가 나를 이해한다는 것을 느낀다.
- 치과의사는 설명을 해준다.
- 치과의사는 모든 술식에서 철저하다.
- 치과의사가 내가 한 질문에 성실하게 답해준다.
- 치과의사가 한 치료에 만족한다.
- 치과의사는 자기가 하는 치료를 알고 한다.
- 치과의사는 치료 전에 검사를 철저히 한다.
- 치과의사가 하는 진료에 나는 자신감을 느낀다.
- 치과의사는 최신 술식을 안다.
- 치과의사와 이야기하고 나면 내 입안 상태가 어떤지 알게 된다. 등이다.

따로 커뮤니케이션 항목도 조사했고 통계적으로 유의미했지만 기술적 숙련도가 확고부동하게 중요했다.

5) 대화 내용과 치과불안

치과불안에 미치는 영향을 보기 위해, 커뮤니케이션은 크게 긍정적 내용을 담은 대화와 부정적 내용을 담은 대화로 구분하였다. 우선 긍정적 대화의 내용은 중요한 것부터 나열하면 아래와 같다.

- 치과의사는 나를 지지해준다.
- 치과의사는 계속해서 설명한다.
- 치과의사는 내 불편에 대해 묻는다.
- 치과의사는 술식을 묘사한다.

- 치과의사는 질문을 하도록 격려해준다.
- 치과의사는 나로 하여금 말을 하도록 격려해준다.
- 치과의사는 괜찮다고 믿을 수 있게 느껴지도록 토닥여준다.
- 치과의사는 내가 안 아프게 해준다.
- 치과의사는 내 기분을 알아준다.

이와 같은 내용은 환자를 이완시키고 불안을 덜어준다. 반면, 부정적인 내용을 담은 대화는 환자의 불안을 가중시킨다고 보고하고 있다. 중요한 순서대로 정리하면 다음과 같다.

- 치과의사는 내가 아픈 것을 내 말을 통해서 확인한다.
- 치과의사는 내가 불안한지 묻는다.
- 치과의사는 나에게 가만히 있으라고 말한다.
- 치과의사는 나에게 통증에 대해 경고한다.
- 치과의사가 통증이 있을 수 있다고 말한 것에 대해, 내가 기분이 언짢았다는 것을 속으로 알고 있다.
- 치과의사는 내게 알려지가 있는지 묻는다.
- 치과의사는 내가 마취로 멍하게 느낄 때까지 가만히 기다린다.

치과불안이 최소화되었을 때 치과경험이 긍정적인 경험으로 되고, 치료협조도와 치료만족을 높일 뿐만 아니라 치과통증에도 중요한 영향을 미친다고 한다. 치과의사의 기술적 숙련도에 대해 환자들이 의사의 커뮤니케이션 방식을 통해 인식한다는 점은 매우 중요하다. 대화의 내용이 부정적인 것을 담을수록 불안이 가중된다는 점도 눈여겨볼만하다.

2. 미래의 치의학과 노인치의학

잠시 노인치의학을 중심으로 미래 치의학을 보고 노인환자의 커뮤니케이션을 위한 생각을 짚고 넘어가려고 한다. 의료인력양성 및 훈련 정책은 인구역학을 기반으로 하며, 치과대학 교육에서 미래의 치과의사 양성

을 위한 교육과정의 개발도 이에 따라야 한다. 예전에 치의학에서 만성질환에 이환된 노인인구의 치과진료는 주로 특수환자의 치과치료(special care dentistry), 병원환자의 치과치료(hospital dentistry), 혹은 전신 질환자를 위한 치과치료(dentistry for compromised patients) 등의 항목으로 다루어져왔다⁸⁾. 그런데 앞으로 노인치과의학은 다학제적인 팀의료로서, 의료계와 지역사회에서 다뤄질 전망이다. 이로 인해 치의학의 지향이 외과적 술식 위주에서부터 보다 내과적인 치료의 방향으로 변화할 것으로 보인다.

단지 베이비붐 세대의 노인을 케어하는 문제가 아니라, 앞으로 급증하는 노인인구의 진료가 치과진료에서 상당 부분을 차지할 것으로 보인다. 미국의 경우 2020년 추계 결과, 병원 입원환자의 60%, 외래진료환자의 1/3이 노인환자가 될 것으로 보고 있다⁹⁾. 노인환자들의 치아의 조기탈락률이 현재보다 적어질 것이다. 그리고 노인환자들의 경우 전신건강에 문제가 없는 노인과 전신적으로 만성질환을 가진 노인으로 구분될 것이고, 거주형태도 지역사회 거주노인이나 용양시설 거주자로 나뉠 것이다. 이에 따라 치과의료의 접근 방식도 달라질 것이다. 지역사회 의료와 가정간호 및 재택의료와도 연계하여야 할 가능성이 커질 것이다. 어떤 식으로든지 미래에 노인인구의 치과진료는 치과의사와 보건의료체계 전반에 도전이 될 것임은 확실하다.

현재보다 치과질환과 전신질환의 관계에 대한 연구가 더 축적될 것이고 일반 메디컬과 치과의료의 팀접근이 불가피할 것이다. 하버드 치과대학의 상급학년에서 내과계 클럭십을 하는 교육과정은 주목할 필요가 있다. 21세기 커리큘럼을 제시한 문헌¹⁰⁾에 의하면 세 가지 기제를 통해서 치과대학생의 임상경험을 다양화하고 다른 의료전문인들과의 상호작용을 증가시킬 필요성을 강조하고 있다; 1) 기본교육과정에서 전신검진의 내용을 도입하여 환자의 건강을 전체적으로 보도록 하여야 하고 이것이 구강질환과의 연계성을 익혀야 할 것이다. 2) 다학제적인 의료 모델을 2학년에 도입하게 될 가능성이 크다. 치과의사와 다른 의료분과 즉, 적어도 이비

인후과와 종양내과, 종합병원치과, 소아과, 노인의학 등의 5개과에 일찍 노출시켜 교육을 받게 할텐데, 특별히 병원환경과 노인환자의 경험이 이 때 이루어질 것이다. 3) 미니-모듈로 구성된 교육과정을 통해 다양한 학제간 경험을 쌓게 될 것이다. 유전적이상으로 발생한 두경부이상이라든지, 악안면 보철, 악관절이상, 안면손상환자의 재건수술, HIV 감염, 약물남용, 심리사회-행동 이슈, 지역사회 예방서비스 등을 학제간 교육으로 받게 될 것이다. 이런 교육을 위해 교수진의 확보가 불가피한데, 이를 위한 전략의 예는, 소아치과와 소아과, 통합치과와 가정의학, 치주과와 내과 등으로 교차임용을 하는 방안이나, 양쪽 학위를 사람을 임용하는 전략 등이 있을 것이다. 이 부분에 대해서도 검토가 필요하다라는 것이 현재 미국의 의료계의 논의이다.

노인치과환자의 비중 증가는 노인치과환자의 진료에서 커뮤니케이션 관련 이슈를 주목하게 한다. 우선적으로 고려할 요인은 첫째, 시력과 청력 및 정신능력의 쇠퇴를 수반한 환자에 대한 고려가 있을 것이고 둘째, 환자가 의료관련 의사결정을 온전히 하지 못할 경우 인폼드 컨센트와 관련해서, 대리인 의사결정이 동반되어야 할 필요성이 증가한다는 점이 있을 것이다. 아울러 필요한 경우 환자에 대한 지침을 가족이나 보호자에게 배부하여야 할 것이다. 또한 지역사회의 가정에 거주하지 않는 노인의 치과진료의 경우, 요양시설의 의료인력과 간호인력을 위한 분명한 치과치료 관련 지침서가 필요할 것이다. 셋째, 최근 가정의학 등에서 연구되고 있는 ‘노인증후군(geriatric syndromes)^{11,12)}’이라고 하는, 즉, 병은 없지만, 노화와 관련해서 통상적으로 보이는 전신적 징후에 대해 치과의사들이 기본적으로 습득하고 있을 필요성도 커질 것이다. 요실금, 넘어짐, 욕창, 현기증, 기능저하 등이 대표적이다. 이를 일으키는 공통의 위험요인은 노령, 인지기능의 저하, 기능저하, 운동성 저하일 것으로 보고 있다. 이런 지식을 노인치과환자의 진료에 적용하여야 하겠지만 그 외에도 구강악안면 영역의 노인증후군도 연구해볼 주제로 보인다.

3. 노인치과환자와의 커뮤니케이션과 대화에 관련된 요인

앞서 논의한 대화와 커뮤니케이션 관련 논의 외에 구체적으로 노인치과환자의 진료에서 고려할 요인들을 살펴볼 차례다.

1) 통증 커뮤니케이션

통증 커뮤니케이션은 환자의 통증 호소를 하는 방식을 말한다. 노인들이 치과관련 통증을 어떻게 표현하는지 알 필요가 있다. 연구에 의하면, 도시 농촌 간에도 노인들의 통증호소 여부와 그 양상이 다르다는 보고가 있을 뿐만 아니라, 노인환자의 성별에 따라서 다르고, 또한 치과외사의 성별에 따라서도 조금씩 다르다고 한다³⁾. 여성 노인의 경우 사회적 지지를 구하는 성향이 크고 치과외사에게 보고할 가능성도 크다고 한다. 노인들은 치과외사에게 말하기 전에 주변 사람들에게 불편을 호소하는 경우가 많다고 한다. 이런 부분을 치과외사들이 노인환자를 상대로 진료할 때나 환자 교육에서 감안할 필요가 있다. 노인환자와 같이 온 보호자나 가족에게 어떤 식으로 들었는지 물어보는 것도 대화를 이끌어가는 한 가지 방법이다.

2) 노인들의 치과공포와 불안 문제

치과불안과 치과외사-환자 관계와 치료협조도 및 치과방문은 행동치과 분야에서 가장 많이 연구된 주제 중의 하나이다⁴⁾. 그러나 앞서 논의에서 언급했지만 연구의 분량에 비해 진척이 거의없는 분야이기도 하다. 앞으로 체계적인 연구를 통해 치과외사들이 이 부분에 대해 준비하여야 하고 실제적인 접근을 할 수 있는 역량을 키워야 할 것이다.

노인들의 치과방문과 정기적 치과검진에 장벽이 되는 가장 큰 요인은 공포와 돈 문제이다⁵⁾. 노인들의 치과공포와 불안에 대한 인지행동적 접근을 치과외사들이 훈련할 필요가 있다. 예전의 치과경험이나 주변사람들의 이야기가 아주 중요한 요인이 되고 있고, 치료가

삶의 질에 어떤 영향을 미치는지에 대한 인식도 중요하다. 환자가 치과에 와서 치료를 받으면 뭔가 나아진다는 느낌이 있도록 하기 위한 커뮤니케이션이 필요하고, 노인환자가 말을 하지 않는 것이 어떤 의미를 내포한 것인지 사례깊게 관찰하고 말을 끌어내고 경청하여야 할 것이다. 특별히 치과 스태프진이 얼마나 공경하는 태도를 보이는가 하는 문제도 중요하다는 보고가 있다.

3) 노인환자가 느끼는 치과치료의 효과와 삶의 질

노인의 쇠약과 영양실조의 가장 큰 원인은 우울증이며, 영양부족으로 인한 체중감소도 아주 흔한 문제로 지적된다⁶⁾. 노인의 영양부족을 야기하는 대표적인 원인으로 노인의학에서 꼽는 13가지 중에 구강문제가 포함된다는 점을 주목할 필요가 있다. 노인치과학 분야에서 구강건강과 치과치료와 삶의 질과의 연관성 문제는 관련 자원의 투입을 위해 중요하게 다루어져야 할 것이다. 치과질환이 노인들의 식사에 영향을 끼침으로써 노인들의 삶의 질에 영향을 끼치고, 치과질환의 치료를 통해서 삶의 질을 향상할 수 있을 것이다⁷⁾. 치과질환 때문에 노인들의 삶에서 발생하는 중요한 두 가지 문제는, 식사 문제와 사회활동 문제이다. 캐나다의 역학연구에 의하면, 무치악이 아니더라도 식사에 불편을 호소하는 경우가 있었다는 점과, 1/3이상의 응답자가 치과질환이 식사와 사회활동이 부정적인 영향을 미친다고 보고했다고 한다⁸⁾. 이렇게 볼 때 노인의 치과질환은 노인의학에서 주목하는 중요한 두 가지 문제인, 우울증과 영양부족과 직결되는 점을 정부당국과 의료계에 강조할 필요가 있다. 노인환자의 치과 진료에서 중요한 함의를 가짐을 말할 필요가 없겠다.

4) 노인환자의 가족과의 의사소통의 필요성

노인인구 중에서도 85세 이상 (“oldest old”) 연령대의 비율이 늘어나는 것도 무시할 수 없는 추세인데, 이들의 경우 독자적인 생활이 거의 불가능한 경우가 많다. 치과 내원 자체가 어려운 가정생활 노인과 요양시설 노인이 늘어날 것이고 이것은 치과의료인들에게 도전이 아닐

수 없고, 이들의 치과의료 필요의 추계를 통한 치과의료 접근의 향상 및 필요충족이 중요한 과제이다. 특히 치과 진료와 관련해서 치과의사의 가족이나 보호자와의 의사소통이 매우 중요할 것이다. 편찮은 부모를 병원에 데려온 사람을 만나봤다면 공감하겠지만 자신이 환자일 경우보다 가족의 보호자가 되는 경우에 더 주장을 강하게 펴는 것이 보편적인 현상이라고 한다¹⁹⁾. 부모가 아프게 되면 갑자기 관심을 가지는 가족의 문제에 대해서는 말기 환자의 진료와 관련해서 의료윤리에서도 많이 논의되는 부분이기도 하다. 이를 냉소적으로 볼 문제는 아니지만, 하여간 치과의사가 환자와 가족 사이에서 난처한 입장일 수 있는데, 중간에서 현명하게 대처해야 할 것이다. 대화 전문가들은 가족과 보호자를 동맹군으로 만들고 환자 가족에게 도움을 구하라고 권한다. 보호자가 화를 내는 경우는 환자의 걱정을 덜어줄 정보를 의사가 주지 않았을 때가 많다고 하는데, 치과의사도 이를 주의해야 하겠다. 환자 가족의 인생에서는 부모의 질병과 의료경험이 중요한 경험이라는 점을 의료인들이 놓치지 말고 가족의 노고를 이해하는 마음이 필요할 것이다. 특히 환자 대신 말하는 사람을 주의하여야 한다. 환자가 얻을 수 있는 이익을 먼저 말하고, 의사가 원하거나 필요로 하는 것을 다음으로, 그리고 환자 가족을 인정해주는 대화기법을 구사하라는 것이 환자와의 대화 전문가의 조언이다²⁰⁾. 필요한 경우에는 혼자 치과에 왔거나 진료 당시 만나지 못했다더라도 따로 연락을 취해 설명을 하여야 한다.

5) 노인학대 및 노인유기와 관련한, 치과의사의 사회적 역할

미국의 경우 의료인은 노인들의 학대나 유기와 관련된 의심할만한 증거를 본 경우에 반드시 당국에 보고할 의무를 진다. 우리 사회에서도 이와 관련된 정책을 도입하고 치과의사도 이에 상응하는 책임을 질 필요가 있다. 우선 의무기록에 관련된 내용을 상세히 기록할 필요가 있다. 심증만 가고 신체적으로 어떤 증거를 확보하지 못해 난감할 수가 있는데 이와 관련된 교육도 필요해질 것이다.

6) 지각 장애와 치매 등의 정신적 장애로 인한 소통 문제

심장질환이나 당뇨 등에 대해서는 이미 관련 지식이 많이 보급되어있다. 앞으로 노인성 증후군에 대한 지식이나 청력 이상 등 감각 기능의 이상이나 노인성 치매 등을 가진 노인환자를 알아보고 대처하는 방법을 알아둘 필요가 커질 것이다. 관련 질환에 이환된 노인환자의 구강질환과 이에 대해 어떻게 치과의사가 대처할 것인지 연구가 필요하다^{21,22)}. 이와 관련해서 관련 의료진과의 협진과 공동연구 등을 통해 임상지침을 마련하여야 할 것이다.

7) 노인환자의 건강정보이해활용능력(health literacy) 부족의 문제

문맹이나 건강정보이해활용능력, 치과지식의 부족 자체가 의사소통에 장애가 된다. 이로 인해서 치과진료와 필요한 정보 그리고 의사결정에의 참여, 인포드 컨센트, 추후 치과방문 등에서 일련의 문제를 속발시킨다²³⁾. 이런 환자에 대한 의사소통을 도와줄 도구와 대화기법이 필요할 것이다. 가장 통상적인 정의에 따르면, 건강정보이해활용능력이란, 1) 병원에서 환자 진료시 의사가 환자에게 설명하는 처치, 치료, 처방에 대한 환자의 이해능력과, 2) 자신의 건강문제를 인지하여 관련한 정보와 서비스를 구하고 처리하고 이해하고 활용하고, 3) 이로부터 나아가, 적절한 행동을 실천하는 능력을 말한다. 교육수준이나 언어능력, 감각인지능력이 이에 영향을 미치고, 노인인구의 치과진료에서 관심을 기울여서, 건강정보이해활용능력의 수준에 따라 효과적인 커뮤니케이션 방안을 연구해야 한다.

4. 인포드 컨센트와 노인치과환자

의료 의사결정에서 인포드 컨센트(informed consent)는 의료윤리에서 환자자율성 존중의 원칙의 하위 규칙으로 의료법에서도 중시되는 이슈이다. 인포드 컨센트에 대한 권리가 환자에게 있으며, 이를 받은 후에 치료나 검사를 하여야 할 의무가 의료인에게 주어

져있다. 이러한 윤리적 의무가 법적으로도 의료인에게 설명의무(설명을 할 의무)와 동의의무(동의를 구할 의무)가 주어져 있다. 굳이 반대가 없어서 노인환자의 진료를 진행했는데, 나중에 환자의 가족들이 임상에 찾아와서, '왜 설명도 않고 했느냐, 누가 그러라고 했느냐'라고 항의하는 소동이 일어나고 이것이 분쟁으로 비화되는 경우는 최대한 막아야 할 것이다. 임상 의사결정의 일반원칙과 인포드 컨센트 규칙을 숙지하고 잘 대처할 필요가 있다. 임상적 의사결정의 원칙은 다음의 순서를 따르는 것이 일반 원칙이다; 1) 우선 의사소통능력이 있는 환자의 경우, 인포드 컨센트를 구해야 한다. 2) 의사소통능력이 없으면 대리인 의사결정을 통한다. 민법상 순서대로 대리인을 정한다. 3) 이조차 여의치 않을 경우에는 의료인이 환자의 최선의 이익을 고려한 결정을 내리면 된다. 이것은 일반적인 원칙이며 치과와 관련해서도 중요하므로 논의가 더 필요하다. 특히 노인환자의 의사결정능력을 어떤 수준에서 있다고 할 것인지에 대한 판단을 가름할 도구들이 가정의학과 정신과의 연구결과 나오고 있으니 이에 대해서도 논의가 필요하다. 노인의 경우 의사결정능력이 여의치 않으면 노인환자와 가족 혹은 보호자에게 모두 설명을 하고 이해시키는 작업이 필요할 것이다. 의사결정능력의 판단은 없다고 확신할 수 없으면 있는 것으로 보는 것이 원칙인데, 이 때 환자의 가족이나 보호자의 도움을 얻는 일은 환자와 치과 의사 양쪽을 위한 일이다.

인포드 컨센트는 환자의 서명을 받는 데 그치는 것이 아니다. 기본적으로 5가지 요소가 충족될 것을 요구한다; 1) 환자의 의사결정능력 (decision making capacity), 2) 의사의 정보 제공 (disclosure of information), 3) 환자의 이해능력 (understanding), 4) 환자의 자발성 (voluntariness), 그리고 마지막으로 5) 환자의 동의 (consent) 등이다. 최근 환자와 의료인 관계에 대한 동반자 모델은 환자와 의료인의 대화를 중시하는데, 특히 이 모형에서는 인포드 컨센트를 '동의서 받기 절차'로 그치지 않고 프로세스로 보고 있다. 이를 공동의사결정(shared

decision making; SDM)이라고 한다. 환자와 오랜 관계를 맺은 경우 실현되는 모습이기도 하다.

5. 의사와의 대화가 환자에게 주는 근본적인 의미

일반적으로 환자들은 자신을 괴롭히는 것에 대해서 만족스러운 설명을 들었을 때에, 그리고 환자 자신을 둘러싼 사람들에게서 돌봄을 받고 자신을 위해서 걱정을 해준다는 것을 느낄 때에, 치유가 잘 된다. 또한, 자신이 앓음과 증상을 지배하고 통제할 수 있거나 혹은 그렇게 하고 있다는 감을 갖도록 도움을 받을 때에, 상태가 호전된다. 바로 이것이 상징적 치유의 개념이다. 과연 그럴까.

사실 상징적 치유라는 것에 대해 막연하다고 생각하기 쉽지만, 관련 연구결과를 보면, 3가지 작동요소를 제시하고 있다²⁴⁾. 첫째, 질병에 대한 설명체계(explanatory system)이다. 환자는 '왜 이런 힘든 일이, 질병이 나에게 일어났는가'에 대한 설명을 원한다. 본인이 사전에 어렵듯이 생각했던 것이 의사와의 대화에 들어가서 해결되기를 내심 바란다. 되도록 본인이 질병 사태의 원인이 아니길 바란다. 치과문제에 대해서는 환자들이 수치와 공포를 동시에 느끼는 경우가 많으니 대화에서도 참고할 필요가 있다. 둘째, 환자에 대한 케어(care)와 컴패션(compassion)이다. 누군가가, 특히 전문가가 환자 본인의 고통을 알아주길 바란다. 가족이나 친지에게 통증과 불편을 먼저 호소하긴 하지만 전문가의 인정으로부터 더 큰 힘을 얻는다. 이게 채워지지 않으면 말은 하지 않아도 상심할 수 있다. 환자가 본인의 문제를 막중하게 보고 걱정하는데, 별 것 아니라는 인상을 주거나, 반대로 생각보다 심각하다는 인상을 주기만 하고 대책은 자세히 설명을 하지 않으면 혼란스러워 한다. 특히 노인환자의 경우에는 걱정을 할 수 있는 부분을 미리 짚어주고, 대처하는 방법을 미리 알려주는 것을 매우 고마워한다는 사실을 기억할 필요가 있다. 필요한 경우 환자의 가족이 읽어볼 내용을 적어주는 것도 좋은 방법이다. 셋째, 질병에 대한 지

배(mastery)와 컨트롤(control)이다. 의사에게 진료를 받고 의사가 권하는 대로 하면 무슨 방도가 있을 것이라는 기대를 갖길 원한다. 이미 이 사태까지 되게 해 놓고 뭘 더 바랄 수 있으냐는 식의 인상은 곤란하다. 환자가 자신이 처한 삶의 환경에서 질병의 다양한 발현양상을 어떻게 알아차렸고 그것을 어떻게 말로 풀어내는지 들어보면, 의사와 만나기 전에 스스로가 질병 경험에 부여한 의미를 알 수 있다. 우선적으로 환자 자신이 부여한 의미를 알지 않고는, 의사는 질병과 그가 겪는 힘든 상황에 대해 만족스런 설명을 거의 할 수 없다. 환자의 이야기를 들으려고 할 때에, 더욱이 친구나 가족조차 참을성있게 듣지 못한 이야기를 들으려고 할 때, 환자는 의사-환자 관계로부터 돌봄을 받는 느낌을 갖게 된다. 그리고 자신의 생각을 의사의 말과 견주어, 또 병 때문에 생겨난 문제들에 대해 대화함으로써 하나의 이야기가 퍼즐 맞추듯이 점점 촘촘해질 때에 환자는 병에 휘둘리지 않고 컨트롤 할 수 있다는 자신감을 갖게 된다. 대화의 근본적인 의미는 여기에 있다.

의사가 일방적으로 정보를 제공하는 것이 아니다. 의사도 치료를 위해서 환자의 정보제공 노력과 협조가 반드시 필요하기 때문이다. 다시 말해서, 의사는 환자를 알 필요가 있고, 환자는 의사에게 알려질 필요가 있는 관계, 그것이 의사-환자 관계이다²⁵⁾. 이 두 가지 필요를 가지고, 대화하고, 환자의 상태와 결부된 문제와 사건들에 대한 이야기를 같이 만들어가는 관계가 의사-환자관계이다. 만나는 모든 과정에서 일어나는 것이지, 치료에 동의를 구하려고 설명하는 상황에만 해당되는 것이 아니다. 이것은 결코 새로운 권고사항이 아니다. 지혜로운 의사들이 늘 하고 있던 방식이다.

6. 결론

미국치과의사협회는 최근, 임상활동을 하는 치과의사들을 대상으로 대화기법을 포함해서, 실제로 어떤 커뮤니티케어 기법을 현장에서 활용하는가를 알아보기 위한

전국 조사를 실시했다²⁶⁾. 18가지 기법을 5가지 범주로 구분하고, 일상적으로 활용하는 방법을 알아보는 조사였다. 이 결과 몇 가지 방법만을 주로 활용하고 있어서 교육이 필요하다는 결론을 얻고 있다. 여기서는 이 방법들의 목록을 소개하는 것으로 그치려고 한다. 이 기법들은 사실 필요에 따라 이미 활용하고 있거나 알고 있는 방식들이다. 1) 대화: 한 번에 너무 여러 가지 개념을 넣지 말고 두 세개로 한정한다; 환자에게 가족이나 친구를 같이 대화하길 원하는지 묻는다; 그림을 그리거나 인쇄물을 보여주면서 대화한다; 말하기 속도를 천천히 한다; 단순한 언어를 써서 대화한다. 2) 되묻기 방식: 제공한 정보와 설명을 환자에게 치과의사 본인에게 다시 해보라고 요청한다; 치과의사가 권고해서 가정에서 하게 될 내용이 무엇인지 말해보라고 요청한다. 3) 환자에게 도움이 되는 자료와 도구를 활용하기: 비디오나 DVD 영상물을 활용한다; 인쇄물을 나눠준다; 모형이나 방사선 사진을 이용해서 설명한다. 4) 환자의 이해를 도와주기: 인쇄물에서 중요한 부분에 밑줄을 긋는다; 전화를 걸어서, 권고한 사항을 제대로 이해하고 하고 있는지 추적한다; 권고사항이 적힌 문안을 큰 소리로 읽어준다; 치과 위생사나 보조원에게 환자가 치료 후 권고사항을 잘 이행하는지 확인하도록 지시한다; 권고사항을 직접 쓰거나 인쇄해서 준다. 5) 환자에게 도움이 되는 방식을 따르기: 환자에게 어떻게 하면 가장 잘 배울 수 있는지 묻는다; 환자에게 다른 정보원을 알려준다; 통역해줄 사람이나 해석해줄 사람을 활용한다.

내러티브 역량(narrative competence)은 경험 많은 의사들이 보여주듯이, 환자의 치료의 전체 과정에 걸쳐, 환자의 바디 랭귀지까지 파악하여 환자가 하고 싶어하는 말을 끌어내어 경청하고 공감하는 능력이다. 노화과정을 겪고 있거나 이에 더해 각종 만성질환에 시달리는 노인들을 대할 때에는 이런 능력이 더욱 필요할 것이다. 노인환자가 치과에서 되도록 편안하게 치료받고 집으로 돌아가면서 혹은 가서 생각할 수 있는 걱정을 덜어주는 정보를 제공하고 이해시키는 일이야말로 가장 중요한 대화의 내용이 되어야 한다.

참 고 문 헌

1. Rozier RG, Horowitz AM, Podschun G. Dentist-patient communication techniques used in the United States: the results of a national study. *JADA*. 2011;142(5):518-530.
2. Jacquot J, Bauer J. Trust in the dentist-patient relationship: a review. *The Journal of Young Investigators*. 2005;12(6):
3. Chambers DW. The role of dentists in dentistry. *Journal of Dental Education*. 2001;65:1430-1440. 1)에서 재인용.
4. Christensen GJ. The credibility of dentists. 2001;132:1163-1165.
5. Rouse RA, Hamilton MA. Dentists' technical competence, communication, and personality as predictors of dental patient anxiety. *Journal of Behavioral Medicine*. 1990;13(3):307-319. 서론의 문헌고찰 참고.
6. Corah NL. Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*. 1969;48:596. 4)에서 재인용.
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologists Press. 1970. 4)에서 재인용.
8. Lee SJ, Nelson LP, Lin J et al. Today's dental student is training for tomorrow's elderly baby boomer. 2001;21(3): 95-97.
9. Hendricson WD, Cohen PA. Oral health care in the 21st century: implications for dental and medical education. *Academic Medicine*. 2001;76(12):1181-1206.
10. 위의 자료, 1198쪽.
11. 생애주기에서 건강한 노년기가 길어질 것에 대비해야 하는 점을 고려할 때 치과의사들에게도 중요한 증상징후군이다. 질병이라고 확언할 수 없는 것들이어서 이 용어를 쓰는 게 문제가 있다는 지적도 있긴 하지만, 노화와 연관해서 질병으로 규정하지 못하지만 통상적인 노화과정에서 나타나는 징후들의 집합 정도를 지칭한다고 보면 된다.
12. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of American Geriatric Society*. 2007;55:780-791.
13. Riley JL, Gilbert GH, Heft MW. Orofacial pain-related communication patterns: sex and residential setting differences among community-dwelling adults. *Pain*. 2002;99(3):415-422.
14. ter Horst G, de Wit CA. Review of behavioral research in dentistry 1987-1992: dental anxiety, dentist-patient relationship, compliance and dental attendance. *International Dental Journal*. 1993;43(3 suppl 1):265-278.
15. Hultvall MM, Lundgren J, Gabre P. Factors of importance to maintaining regular dental care after a behavioral intervention for adults with dental fear: a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica*. 2010;68:335-343.
16. 토머스머, 쿠시너 지음, 김완구 등 옮김. "노화", 탄생에서 죽음까지. 문예출판사. 2003:243-244.
17. Sheiham A, Steele JG, Marcenes W et al. Prevalence of impacts of dental and oral disorders and their effects on eating among older people; a national survey in Great Britain. *Community Dentistry Oral Epidemiology*. 2001;29(3):195-203.
18. Locker D. The burden of oral disorders in a population of older adults. *Community Dental Health*. 1992;9(2):109-124.
19. 조안 데스몬드, 래니 코플랜드 지음, 송정민 옮김. 진료시간 3분, 30분처럼 쓰기. 청년의사. 2009: 279-300.
20. 위의 책, 293쪽.
21. Graves CE, portnoy EJ. Identifying hearing impairment among older adults. *Journal of Dental Hygiene*. 1991;65(3):138-142.
22. Bakke M, Larsen SL, Lautrup C et al. Orofacial function and oral health in patients with Parkinson's disease. *European Journal of Oral Science*. 2011;119(1):27-32.
23. Rudd R, Horowitz AM. The role of health literacy in achieving oral health for elders. *Journal of Dental Education*. 2005;69(9):1018-1021.
24. 하워드 브로디 지음, 김성수, 백승완 옮김. *의학과 문학의 만남, 그리고 의료윤리와 힘*. 보문각 2006. 80쪽.
25. Engel GL. How much longer must medicine's science be bound by a seventeenth century world view?. *The Task of Medicine: Dialogue at Wickenburg*, ed. by White KL. Kaiser Family Foundation. 1988.
26. Rozier RG, Horowitz AM, Podschun G. Dentist-patient communication techniques used in the United States: the results of a national study. *JADA*. 2011;142(5):518-530.