

## 의사 신뢰의 구성요인†

김길용\* · 조병희\*\*

### 〈국문초록〉

한국에서 의사에 대한 신뢰 수준은 다른 직업 집단에 비해 월등하게 높은 것으로 나타나고 있지만 한국 의사들은 의사-환자 사이에 존재하는 불신을 우려하고 있다. 이 연구는 의사-환자 관계에 영향을 미칠 수 있는 개인의 사회자본과 역능성, 의료이용 요인과의 관계를 살펴보고자 한다. 이를 위해 지역비례층화표집을 통해 수집된 전국 만 19세 이상의 성인 1006명을 대상으로 실시된 면접설문조사 자료를 사용하여 2차 자료 분석을 수행하였고, 분석방법으로 기술통계와 상관분석, 서열로짓분석을 활용하였다.

이 연구에서 밝혀진 사실은 다음과 같이 요약된다. 첫째, '개인간 접촉'과 '일반적 신뢰'로 측정된 '사회자본'의 수준이 높을수록 의사에 대한 신뢰가 높았다. 둘째, 공적인 표현의 자유를 강하게 인식할수록 의사에 대한 신뢰가 높았다. 셋째, 의사의 환자에 대한 소통능력과 친절함에 대한 기대가 높을수록 의사신뢰가 높았다. 넷째, 병원 이용 시의 불편을 경험한 사람일수록 의사에 대한 신뢰가 낮았다. 우리나라의 환자들은 병원 내에서 환자는 의사와 장시간의 의사소통을 하거나 교감을 나누는 것이 현실적으로 상당히 어려움에도 불구하고, '소통의 자유'를 중시하거나 '의사에 대한 기대'를 강하게 하는 사람일수록 의사를 신뢰하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 의사와 환자가 장기간에 걸쳐 도덕적 정서적으로 합의를 이루고 그에 근거하여 친숙성을 쌓아온 서구에서의 의사-환자관계와는 달리 우리나라의 경우 의사와의 소통에 대한 환자의 기대가 충족되지 못하더라도 건강문제에 대한 의료적 해결을 통해 상황적으로 만족하고, 이에 따라 의료제도와 기관에 대한 '확신'이 곧 의사에 대한 신뢰로 나타나는 것으로 해석할 수 있다. 즉, 우리나라의 환자들은 소통에 대한 기대를 갖고 있지만 병원에서 소통의 실현을 다른 어떤 것보다 우선적으로 생각할 만큼 '도전적인 환자'로 성숙되어 있는 것으로 보기 어렵다.

**주제어** : 의사 신뢰, 의사-환자 관계, 역능성, 사회자본

† 이 논문은 2007년 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구이다 (NRF-2010-411-J01601).

\* 서울대학교 보건대학원 박사과정 수료

\*\* 서울대학교 보건대학원

교신처자 : 조병희 (151-742 서울특별시 관악구 관악로 599 서울대학교 보건대학원)

전화 : 02-880-2727 / e-mail: chob@snu.ac.kr

## I. 서론

신뢰는 우리의 사회생활의 기초이며 인간관계의 기본적 요소이다. 신뢰가 낮을 경우 우리는 항시 타인을 경계해야 하고, 타인에 대한 불신을 전제하고 그가 믿을만한가를 검증할 장치들을 만들어야 한다. 따라서 신뢰가 없는 사회에서는 거래비용이 증가하게 된다. 의사와 환자 간의 관계에서도 신뢰가 없을 경우 의사는 치료결과에 대한 환자의 불만제기나 소송에 대비하여 불필요한 검사를 방어적으로 실시하게 되고, 그 결과 의료비는 그만큼 증가한다.

그런데 한국은 공적 영역의 사회적 신뢰 수준이 상대적으로 낮은 사회로 알려져 있다(Fukuyama, 1995). 특히 정부와 정당 같은 정치 영역에 대한 신뢰수준이 매우 낮다. 과학계나 교육계 등이 그나마 비교적 높은 신뢰수준을 보여준다(이재열, 2009). 선진국에서도 사회제도에 대한 전반적 신뢰하락 경향이 있고 이것은 의료부문에서도 마찬가지로 나타나고 있다. 또한 제도 신뢰는 물론 개인간 신뢰도 함께 하락하는 추세를 보인다(Lipset and Schneider, 1987; Hardin, 2006; Gilson, 2003). 한 연구에 의하면 의료계 지도자에 대한 신뢰는 1965년에 73%였는데 1993년에는 22%로 하락했다고 한다(Blendon et al, 1993). 다만 의사에 대한 신뢰는 다른 직업군보다는 상대적으로 높은 것으로 알려져 있다(Calnan and Sanford, 2004).

한국사회에서도 의사들은 다른 직업집단에 비하여 상당히 높은 신뢰수준을 보여준다. '한국종합사회조사 2008'의 결과를 보면 의사 신뢰도('매우 신뢰'와 '다소 신뢰'의 합산값)는 80.0%로 16개 비교집단 중에서 가장 신뢰받는 집단이었다. 더욱이 '한국종합사회조사'의 이전 조사결과에서도 이러한 경향은 일관성 있게 발견되고 있다. 2009년 서울대 사회발전연구소의 '안전한 생활환경에 대한 인식조사' 결과에서도 의사의 신뢰도는 78.5%로 다른 16개 집단보다 월등하게 높은 수준이었다.<sup>1)</sup> 그런데 특이한 점은 한국의 의사들은 오히려 자신들이 국민의 신뢰를 받지 못하고 있다고 생각한다는 점이다. 서울시 의사회(2005)가 수도권지역 의사 1007명을 대상으로 설문조사한 결

1) 한국종합사회조사의 관련 문항은 '의료계 지도자'에 대한 신뢰를 평정하는 것이었고 '안전 생활환경 인식조사'에서는 '주치의'에 대한 신뢰를 묻고 있다. 따라서 엄밀하게는 질문의 대상이 '일반적인 의사'에 대한 질문과는 차이가 있을 수 있다. 그런데 두 조사에서 거의 비슷한 수준의 응답이 도출된 것으로 보아 응답자들은 '의사'에 대한 신뢰로 이해하고 답을 한 것으로 생각된다.

과를 보면 응답한 의사의 67.2%가 국민의 의사에 대한 신뢰수준이 '낮다'고 응답하였다.

국민은 의사를 신뢰하는데 의사들 자신은 불신을 걱정하는 이 현상을 어떻게 이해할 수 있을까? '신뢰'를 둘러싼 국민과 의사의 상반된 평가는 '신뢰'라는 용어에 담긴 의미가 이중적 또는 복합적일 수 있음을 암시한다. 즉 의사에 대한 신뢰에는 아플 때 의료서비스를 이용할 수 있다는 의료시스템 또는 의료체계에 대한 접근성이라는 제도적 문제와 함께 특정 의사에 의한 진료 경험이나 의사-환자 관계라는 미시적 수준에서의 인간적 신뢰의 문제가 모두 포함되는 개념으로 생각된다. 즉 시스템 차원에서 국민들은 의료보장을 받고 있고 의료이용에 큰 불편함이 없기 때문에 의료시스템의 대표 또는 상징인 의사를 신뢰하는 것으로 보인다. 반면 일상에서의 의사들은 의료전문직으로서 직업적 자부심은 높지만 과거와는 달리 존경을 표하지 않는 환자들의 태도나 수시로 보도되는 의료계의 부정비리 보도에 민감하게 반응하면서 '환자들의 불신'을 토로하는 것으로 생각된다(조병희, 1994). 즉 신뢰라는 용어에는 의료시스템에 대한 신뢰와 의사 개인에 대한 신뢰가 혼재되어 있고, 의사와 국민의 서로 다른 평가를 담고 있는 것으로 보인다. 이 논문에서는 의사에 대한 신뢰를 구성하는 이론적 요인들에 대하여 실증적으로 검증해보고 과연 의사에 대한 신뢰의 한국적 특수 현상이 설명될 수 있는지 그 가능성을 탐색해보려고 한다.

## II. 이론적 고찰

의료에 대한 신뢰가 점차로 낮아지고 있는 상황은 역설적으로 신뢰의 중요성을 더욱 부각시켜 신뢰회복을 중요한 국가전략으로 삼아야한다는 주장들이 제기되었다(Allsop, 2006). 이것은 의료와 같이 '불확실성'을 다루는 영역에서는 고객과의 원만한 관계유지 및 치료효과 제고를 위해서는 신뢰관계가 불가결하기 때문이다. 의사에 대한 신뢰는 환자의 치료 순응도(adherence)를 높이고, 그 의사를 계속 찾게 만들어 치료의 지속성을 유지하게 하고, 예방적 검사를 동기화시키며, 치료결과에 불만이 있어도 의사-환자 관계를 유지시켜주고, 의료비에 대한 효율적 사용을 가능하게 한다(Thom et al, 2004).

원론적으로 말하자면 의사를 신뢰하게 만드는 요인은 의사측 요인, 환자측 요인과 더불어 이 양자 간의 관계에 영향을 미치는 제도적 환경적 요인들로 구성될 것이다.

그런데 사회학적으로 보면 신뢰관계란 의사-환자 관계의 본래적인 속성에 기인하는 현상이다. 즉, 신뢰관계란 양자 간에 내재된 근본적인 불확실성에 대처하기 위한 방편으로 생각할 수 있다. 우리가 어떤 전문가의 상담을 받을 때 상담과 관련된 어떤 불확실성도 존재하지 않고 상담과 관련된 어떤 피해도 발생하지 않는다면 굳이 신뢰 관계를 조성해야 할 필요는 없다. 반면 질병과 질병치료는 예후를 속단하기 어려운 불확실성을 갖는다. 우리가 의사에게 치료를 맡길 때 치료의 완전한 성공을 기대하지 못하고 때로는 사망의 가능성까지 감수하게 된다. 즉 의사-환자의 신뢰관계란 불확실성에 대응하는 일종의 '위험투자'(a risky investment)로 볼 수 있다(Luhman, 1979; Luzio, 2006). 의사-환자 관계에 내재된 본래적 위험을 안전과 선의 및 이득에 대한 기대로 바꾸는 것이 신뢰라고 할 수 있다. 신뢰는 의사와 환자 간에 도덕적 정서적 가치합의에 의하여 형성되는 구조적인 현상이기 때문에 일부 의사들이 걱정하는 것처럼 단순히 의료이용의 불편이나 불만에 의해서 좌우되는 현상은 아니다. 환자의 의사에 대한 신뢰가 높으면 의료서비스 만족도도 높아지지만 의료서비스에 어떤 불만이 있다고 하더라도 그것이 곧바로 신뢰의 하락으로 이어지는 것은 아니다.

종래에 사회학자들은 위험관계를 신뢰관계로 바꾸는 의사집단의 뛰어난 역량에 주목하였다. 의사집단은 의료시장에서 독점적 시술권을 확보하고 이를 유지하고 재생산하기 위한 여러 기전들, 예를 들어 교육수준의 향상, 윤리강령 채택, 이데올로기의 정립 등을 통하여 안정된 신뢰기반을 구축하였다(Freidson, 1970, 1988; Starr, 1982). 의사들은 의료를 '신뢰할만한 것'(trustworthiness)으로 만들었고, 환자들은 의사의 기술적 능력과 선의를 믿게 되었다. 이러한 연구들은 그 관점이 거시적 조망을 갖고 있고 연구방법론은 문헌고찰에 의존하는 경향을 보인다.

그런데 최근에 의료비 급증 문제에 직면한 서구의 각국 정부들이 경쟁을 통한 효율성 제고 정책을 실시하게 되었고 이런 정책들이 의료제도에 대한 불신을 초래하는 것으로 의심받게 되었다. Mechanic(1996)은 의료조직체계의 변화가 불신을 초래하고 있다고 주장한다. 의료비 문제를 해결하기 위하여 미국정부는 "관리 의료"(managed care)라는 형태의 경쟁체제를 유도하였고 이윤 지향적 의료기관들이 증가하고 의사선택권이 제한되거나 관료제적 통제가 증가하면서 이것이 의사-환자 관계의 신뢰 기반을 허물게 되었다는 것이다. 의료에 대한 신뢰 하락이 시스템의 문제인지 아니면 의사의 문제인지를 밝히기 위하여 Calnan & Sanford(2004)는 영국시민 1180명을 대상으로 실증적 조사를 실시하였다. 응답자들의 가장 큰 불만은 의료제도가 운영되고 의

료재원이 조달되는 방식이나 진료대기 시간과 같이 제도운영에 직접 관련되는 요인들에 있는 것으로 나타났다. 반면 의사들은 상대적으로 높은 신뢰를 받고 있는 것으로 나타났다.

그러나 의사에 대한 높은 신뢰가 장기간 유지되어온 ‘친한 관계’의 영향을 많이 받고 있는 것도 사실이다(Kao et al, 1998). Luhmann(2000)의 지적처럼 신뢰(trust)는 친숙성(familiarity) 위에서 만들어지는 것이다(Ward, 2009). 그렇지만 변화하는 환자의 기대에 의사가 제대로 부응하지 못할 경우에 신뢰의 하락은 불가피하다. 최근에 의사의 태도나 행동에 주목하되 미시적 수준에서 의사에 대한 신뢰의 구성요인을 찾는 연구들이 등장하였다. 이 연구들은 의사가 진료실에서 환자에게 “신뢰할만한” 태도나 행동을 보이고 있는지를 계량적으로 측정하는데 관심을 갖고 있다 (Pearson and Raeke, 2000; Hall et al, 2002; Hall et al, 2001; Musick and Worthen, 2007). 예를 들어 의사가 환자에게 충분한 관심을 보이는지, 솔직하게 진료결과를 말하는지, 이윤동기에 영향을 받는지, 최선을 다하는지 등 진료실에서 경험하는 의사의 태도와 행동을 척도화 하여 신뢰의 구성요인과 신뢰의 수준을 가늠하고 있다. 이 연구들은 의사에 대한 신뢰를 비교적 정확하게 측정할 수 있고 그 결과가 내포하고 있는 의료정책적 함의가 큰 장점이 있다.

한 예로 미국의 캘리포니아 팔로알토시 지역에서 활동하는 의사들을 중심으로 구성된 ‘스탠포드 신뢰연구 의사집단’(Stanford Trust Study Physician Group)은 10명의 지역 의사들을 대상으로 환자의 신뢰를 얻을 수 있는 대인관계 및 소통 기술을 하루 동안 교육받은 후에 다른 대조군 의사들과 향후 6개월간 자신들의 의사에 대한 환자들의 평가가 차이가 나는가를 비교하였다(Thom, 1999). 결과는 두 집단 간에 유의한 차이가 없는 것으로 나타났다. 이 연구에서의 실험은 비록 ‘실패’로 끝났지만 의사들이 임상 현장에서 신뢰받기 위하여 무엇을 해야 하는지 구체적으로 제시했다는 점은 장점으로 볼 수 있다.

그런데 최근 일부 사회학자들은 의사의 능력이 아닌 신뢰가 조성될 수 있는 지역 사회의 조건에 주목하고 있다. 여기서 사회자본의 개념이 중요한 역할을 하고 있다. 즉 사회자본이 높은 지역이 의료나 의사에 대한 신뢰가 높다는 것이다. Ahern & Hendryx(2003)는 미국의 24개 도시지역별로 HMO의 분포정도와 사회자본의 크기, 의사에 대한 신뢰수준을 회귀 분석한 결과 사회자본의 수준이 낮은 지역이 의사에 대한 신뢰의 수준도 유의하게 낮은 것으로 나타났다. 사회자본과 의사에

대한 신뢰의 관계는 스웨덴의 연구에서도 마찬가지로 유의하게 나타났다(Lindstrom, 2004, 2007).

사회자본이 건강상태와 상관성이 높다는 것은 이미 많은 연구를 통하여 밝혀졌다. 최근의 연구들은 사회자본이 개인의 건강수준을 넘어서 질병을 관리하기 위한 의료 제도나 의사들에 신뢰에까지 영향을 미치고 있음을 보여주고 있다. 위험과 신뢰의 관계에서 사회자본의 수준이 높을 경우에 위험관계는 신뢰관계로 변화될 수 있다고 볼 수 있다. 그런데 2008년에 있었던 '미국산 쇠고기-광우병 사태'에 대한 체계적 분석을 시도한 정진성 등(2010)의 연구에 의하면 미국산 쇠고기에 내포되었던 잠재적 위험(risk)이 현재화된 위험(danger)으로 인식되고 대규모의 시위와 같은 위험정치를 초래하게 된 배경에는 정부에 대한 불신이나 인터넷과 같은 새로운 소통매체의 존재도 영향을 미쳤지만, '탈물질주의'와 같은 새로운 가치관을 가진 사람들이 등장했고 이들이 참여를 통한 사회적 문제의 의제화나 개선의 실현을 도모했다는 점이 지적되었다.

이러한 사실들은 사회적 역능성(empowerment)의 측면으로 이해할 수 있을 것이다. 역능성은 개인이 역량과 능력을 발휘할 수 있도록 만드는 사회관계적 차원을 의미한다. 정진성 등(2010)의 연구에 의하면 개인의 역능성의 수준이 높은 '활력사회'는 '비활력사회'보다 동일한 위험(전염병, 성인병, 노후불안, 실업가능성 등)에 대하여 위험을 낮게 평가하는 것으로 나타났다. 즉 개인의 역량이 발휘되지 못하고 왜곡되거나 제한받을 경우, 다가오는 위험에 대하여 과장되게 인식할 가능성이 있는 것이다. 위험과 신뢰의 문제에 역능성의 개념을 도입해보면 역능성의 수준이 높은 경우에 신뢰의 수준도 높을 것으로 추론할 수 있다. 사회자본이 개인들 간의 접촉 또는 연결망에 근거하는 비교적 정태적 개념이라고 한다면 사회적 역능성은 그러한 연결망 속에서 각 개인들의 잠재적 역량이 현재화되는 동태적 개념으로 생각할 수 있다. 대부분의 사람들이 '연줄'에 기대어 살고 있는 한국사회에서 사회적 연결망 자체는 상당히 높은 수준으로 형성되어 있지만 아직도 광범위하게 남아있는 권위주의적 문화 때문에 개인의 잠재역량의 구현은 충분히 이루어지지 않고 있다. 그러나 '탈물질주의'의 등장에서도 알 수 있듯이 소통과 역능화를 중시하는 사회적 움직임이 분명히 존재하고 있고 이들은 의사-환자 간 신뢰에도 영향을 미칠 수 있는 것으로 생각된다. 포스트모던 사회에서 주체적으로 의사결정에 참여하려는 도전적 환자(demanding patient)의 등장은 특징적인 현상이다. 따라서 이들과의 소통을 통한 새로운 형태의 신뢰관계의 구축이 불가피하게 요구되는 것이다(Rowe and Calnan, 2006a).

### Ⅲ. 연구가설 및 연구방법

#### 1. 연구모형

이 연구에서는 다음과 같은 세 가지 연구 과제를 살펴보기로 하겠다. 첫째는 사회자본과 의사 신뢰간의 관계이다. 사회자본의 사회통합 효과에 주목하는 많은 연구들은 시민들의 자발적 조직 참여나 사회적 접촉 또는 사회적 연결망이 사회적 신뢰와 응집의 수준을 높이고 사회통합적 효과를 산출함을 역설한다. 이에 근거하여 다음의 가설을 제시한다.

가설1: 사회자본이 클수록 의사에 대한 신뢰도 커질 것이다.

다음으로 이 연구는 소통과 역능화를 중시하는 ‘도전적 환자’의 등장이 의사에 대한 신뢰에 미치는 영향을 파악하려 한다. 문제는 이러한 환자의 요구에 대한 의사들의 대응이 적절한가 하는 것인데 앞서 지적한 것처럼 의사들 스스로 국민들의 기대에 충분하게 부응하지 못하고 있다고 생각한다. 따라서 소통을 강조하게 되면 오히려 의사에 대한 신뢰가 하락할 가능성이 크다.

가설2: 소통을 중시할수록 의사에 대한 신뢰는 낮아질 것이다.

다음으로 의료제도 요인이 의사에 대한 신뢰에 미치는 영향이 있을 것이다. 선진국에서도 의료조직의 관료제화나 의료의 시장화가 의료제도에 대한 신뢰를 낮추었지만 의사에 대한 신뢰는 비교적 높은 수준으로 유지되고 있었다. 그런데 이런 현상이 한국에서도 가능할지 검증할 것이다.

가설3: 의료이용의 불편이나 어려움이 의사에 대한 신뢰를 낮추지는 않을 것이다.

#### 2. 연구자료

이 분석에 사용된 자료는 서울대 사회발전연구소에서 2009년 9월에 실시한 ‘안전

생활환경에 대한 전국민 인식조사'의 결과이다. 이 조사는 '사회 질'(social quality)에 대한 국제비교연구를 위하여 한국, 일본, 중국, 호주, 태국, 홍콩, 대만 등 7개국이 동일한 내용의 설문지를 사용하여 표본조사를 실시하였거나, 현재 실시중인 조사이다. 국내조사는 지역비례층화임의표집(regionally stratified proportional random sampling) 방법으로 추출된 만 19세 이상의 성인 총 1006명을 대상으로 갤럽조사연구소에 의하여 면접조사 방식으로 진행되었다. 이 조사 설문에는 사회 질의 하부영역인 사회경제적 안전성, 사회적 응집성(cohesion), 사회적 포용성(inclusion), 사회적 역능성(empowerment)의 지표들로 구성되어 있다. 신뢰는 사회적 응집성을 대표하는 핵심 지표인데 이와 관련해서 정부, 의회, 언론 등 주요 사회제도에 대한 신뢰여부 및 가족, 이웃 등 사적 관계에서의 신뢰여부를 묻는 질문들로 구성되어 있다. 의사에 대한 신뢰도 여기에 포함되어 있다. 또한 별도의 의사신뢰 모듈(module)이 포함되어 있다. 그리고 사회경제적 안전성 영역에 의료이용 또는 접근성에 대한 질문이 포함되어 있다.

### 3. 분석방법

#### 1) 변수의 구성

##### (1) 종속변수: 의사에 대한 신뢰

종속변수인 의사에 대한 신뢰는 '매우 불신(1)'부터 '매우 신뢰(4)'까지 4점 척도로 측정되었다.

##### (2) 독립변수

본 연구에서 고려한 주요한 변수와 측정방법은 <표 1>에 제시되어 있다. 인구학적 변수로는 성별, 연령, 교육, 월평균 가구소득이 사용되었고, 가구소득은 로그화된 값을 연속변수로 사용하였다. 건강상태는 주관적으로 평정한 건강상태에 대하여 '매우 건강', '다소 건강'과 '보통'을 묶어서 ' 좋음'으로 규정하고 기준으로 사용하였고 '나쁨'과 '매우 나쁨'을 묶어서 '나쁨'으로 규정하였다. 일상생활의 어려움을 측정하는 변수로 '생활사건' 및 '의료이용의 어려움'의 두 가지 척도를 구성하였다. '생활사건'은 최근 1년간 본인이나 가족이 '이혼이나 별거', '입원이나 수술로 인한 의료비 부담', '실직이나 파산' 등 7가지 사건을 하나라도 겪은 적이 있는지를 계산하였다. '의료이용의



어려움'은 예약당일 대기시간', '진료비 부담'의 2가지 항목에 대하여 어려움을 경험하였는지를 3점 척도로 질문한 것을 사용하였다.

사회적 자본 변수로는 가족, 친구, 동료, 이웃과의 접촉빈도를 나타내는 '개인적 접촉' 변수와 종교기관, 동창회, 종친회 등 사회적 조직에의 참여여부를 나타내는 '조직 참여', 그리고 일반적으로 사람들을 믿을만한지를 나타내는 '일반적 신뢰'들로 구성된다. 단 '조직참여'는 분석과정에서 일관되게 유의미하지 않은 것으로 나타나 최종분석에서는 제외하였다.

역능성 요인에는 한국사회에서 의견이나 의사소통이 얼마나 자유롭게 표현되는지 또는 억압되는지를 10점 척도로 질문한 '소통의 자유'를 사용하였다. 1점은 '매우 억압'되어 있음을 의미하고 10점은 '매우 자유로움'을 의미한다. 또한 역능성의 다른 변수로 '사회적 고립' 문항들을 요인분석 후 평균점수로 계산하여 하나의 척도로 구성하였다. 여기에는 "나는 사회에서 버림받은 느낌이다", "요즈음에는 사는 게 복잡해서 어떻게 해야 할지 모르겠다", "내가 하는 일의 가치를 다른 사람들이 인정하고 있다는 느낌이 들지 않는다", "나를 무시하는 사람들이 있다" 등 4개의 문항들이 포함되어 있다.

끝으로 '의사에 대한 기대' 척도를 만들어서 사용하였다. 원래의 설문지는 의사를 신뢰할 수 있게(trustworthiness)하는 요인으로 의사의 성, 연령, 능력, 친절, 환자에 대한 태도 등의 10가지 요소를 질문하였다. 10개 질문에 대하여 탐색적 요인분석을 실시한 결과, 해당 문항은 '능력요인'(Cronbach's  $\alpha=0.857$ )과 '성과 연령 요인'(Cronbach's  $\alpha=0.842$ )의 2요인으로 분석되었다. '성과 연령 요인'은 의사 신뢰와 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타나, 최종분석에서는 '능력요인'만을 추출하여 최종 분석에 포함하였다. 그런데 '능력요인'은 실제로는 의사의 실력뿐만 아니라 친절이나 환자에 대한 관심과 배려가 혼합되어 있다. 따라서 '의사에 대한 기대'란 실제로는 소통을 강조하는 역능성과 긴밀한 관련성이 있을 것으로 생각된다.

〈표 1〉 변수의 구성

변수		내용	척도
일반적 특성		성별, 연령, 교육수준, 월평균 가구소득	
건강상태		주관적 건강상태	좋음/나쁨
일상 생활의 어려움	의료이용의 어려움	진료대기시간 진료비부담	0: 어렵지 않음/1: 약간 어려움/2: 매우 어려움
	생활사건	이혼, 별거/큰 의료비 부담/실직 또는 파산 직업 불안정/산업 재해/범죄 피해/투자 손실	비경험/경험
사회자본	일반적 신뢰	사람들에 대한 신뢰	신뢰/불신
	개인적 접촉	친한 사람과의 월간 연락 빈도	0: 없음/1: 1-2회/2: 3-5회/.../7: 16-20회
역능성	사회적 고립	나는 사회에서 버림받은 느낌이다 요즘엔 사는 게 복잡해서 어떻게 해야 할 지 모르겠다 내가 하는 일의 가치를 다른 사람들이 인정 하고 있다는 느낌이 들지 않는다 나를 무시하는 사람들이 있다	5점 Likert scale (1: 전혀 그렇지 않다/.../5: 매우 그렇다)
	소통의 자유	공적인 의사소통의 자유로움	10점 Likert scale
의사에 대한 기대		원 가운을 입고 있다 친절하다 신경 쓰는 것처럼 느껴진다 당신의 말을 듣는다 당신의 주된 관심사가 무엇인지를 이해하려 (알기 위해) 노력하는 것처럼 보인다 의사로서 능력있어 보인다	1: 전혀 미치지 않는다 2: 약간 영향을 미친다 3: 아주 많이 영향을 미친다
의사에 대한 신뢰 (종속변수)		주치의(치료의사) 또는 담당의사에 관한 신뢰	4점 Likert scale

## 2) 분석 방법

의사에 대한 신뢰와 독립변수들 사이의 관련성을 확인하기 위하여 다음과 같은 분석방법을 활용하였다. 독립변수로 고려된 일부 문항의 요인분석 및 신뢰도 분석을 수행하였으며, 각 변수에 대한 빈도분석을 수행하였다. 의사에 대한 신뢰 요인과 주요 핵심변수 사이의 관계를 확인하기 위하여 상관분석을 수행하였으며, 최종적으로 종속변수(의사에 대한 신뢰)에 미치는 독립변수의 영향력을 설명하기 위하여 서열 로짓 회귀분석(ordered logit regression)을 수행하였다. 통계 분석 도구로는 PASW 18이 사용되었다.

## IV. 결과

### 1. 의사신뢰에 대한 기술분석

연구대상자의 일반적 특성을 살펴보면 성별의 경우 남자 499명(49.6%), 여자는 507명(50.4%)이었고, 연령은 29세 이하 204명(20.3%), 30대 223명(22.2%), 40대 231명(23.0%), 50대 160명(15.9%), 60세 이상 188명(18.7%)으로 비교적 고른 분포를 나타냈다. 교육의 경우 중졸이하 209명(20.8%), 고졸 365명(36.3%), 대학교 재학 이상 432명(42.9%)으로 나타났으며, 현재 경제활동을 하고 있다고 응답한 사람은 668명(66.4%), 하고 있지 않다고 응답한 사람은 338명(33.6%)이었다. 주관적 건강상태의 경우 5점 척도로 질문한 문항에서 건강상태가 '보통', ' 좋음', '매우 좋음'으로 응답한 사람은 866명(86.2%)이었으며, '나쁨' 또는 '매우 나쁨'으로 응답한 사람은 139명(13.8%)이었다.

일상생활의 어려움을 묻는 질문의 경우 이혼이나 별거, 실직, 의료비 부담, 직업불안정, 재해와 범죄, 투자피해 등을 한번이라도 경험해본 생활사건 경험자는 303명(31.6%)이었고, 비경험자는 665명(68.4%)으로 나타났다. 또한 의료이용에 대한 부정적인 경험 수준의 경우 의료이용을 경험했던 사람들 중 긴 진료대기시간으로 인한 어려움을 경험한 사람들은 259명(29.5%), 의료비 부담으로 인한 어려움을 경험한 사람들은 313명(35.1%)으로 나타났다.

사회자본 변수로 고려된 일반적 신뢰 수준을 살펴보면, 다른 사람들을 일반적으로 신뢰한다고 응답한 사람들은 256명(26.9%), 신뢰하지 않는다고 응답한 사람들은 697명(73.1%)으로 나타났다. 또한 개인적 접촉 측정하기 위해 친한 사람과의 월간 연락 빈도를 물어보았으며, 점수 평균은 2.7점이었다.

역능성 변수로 고려된 사회적 고립 변수의 경우 전체 응답자의 평균 점수는 2.2점, 10점 척도로 측정된 의사소통의 자유의 경우 전체 응답자의 평균 점수는 6.1점으로 나타났다.

종속변수인 의사에 대한 신뢰 수준은 전체 응답자 중 639명(66.9%)이 '약간 신뢰'한다고 응답했으며, 151명(15.7%)이 '매우 신뢰'한다고 응답하여, 응답자 전체 중 82.6%가 의사를 신뢰하고 있는 것으로 나타나 응답자의 전반적인 의사신뢰 수준이 높음을 알 수 있다. 아울러 의사에 대한 기대 요인의 평균점수는 2.3점으로, 응답자

는 의사의 능력과 친절함, 의사소통 가능성 여부를 중요하게 생각하고 있는 것으로 나타났다(〈표 2〉 참조).

변수 간 상관관계를 보면(〈표 3〉 참조), 의사에 대한 신뢰는 긴 진료대기시간 경험, 높은 의료비 부담으로 인한 어려움, 의사에 대한 기대, 일반적 신뢰, 개인적 접촉, 사회적 고립, 의사소통의 자유와 유의한 상관관계가 있었다. 즉, 본 연구에서 고려한 사회자본과 역능성 요인, 의료제도 요인은 의사에 대한 신뢰와 유의미한 관련이 있는 변수로 나타났다.

〈표 2〉 연구대상자의 일반적 특성

	변수	빈도	%	계(N)	
성별	남	499	49.6	1006	
	여	507	50.4		
연령	29세 이하	204	20.3	1006	
	30대	223	22.2		
	40대	231	23.0		
	50대	160	15.9		
	60세 이상	188	18.7		
교육	중졸 이하	209	20.8	1006	
	고졸	365	36.3		
	대재 이상	432	42.9		
경제활동	활동	668	66.4	1006	
	비활동	338	33.6		
주관적 건강상태	좋음	866	86.2	1005	
	나쁨	139	13.8		
생활사건	비경험	655	68.4	958	
	경험	303	31.6		
의료이용의 어려움 긴 진료대기시간	비경험	619	70.5	878	
	경험	259	29.5		
의료비 부담	비경험	578	64.9	891	
	경험	313	35.1		
일반적 신뢰	신뢰	256	26.9	953	
	불신	697	73.1		
의사에 대한 신뢰	전혀 신뢰하지 않음	28	2.9	959	
	별로 신뢰하지 않음	141	14.7		
	약간 신뢰	639	66.6		
	매우 신뢰	151	15.7		
변수	평균	표준편차	최소값	최대값	계(N)
월 가구소득(만원)	332.8	189.88	25	1500	961
월 가구소득(ln)	5.6	0.65	3.22	7.31	961
의사에 대한 기대	2.3	0.49	1	3	991
개인적 접촉	2.7	1.00	1	6.75	1003
사회적 고립	2.2	0.79	1	5	997
의사소통의 자유	6.1	1.71	1	10	1006

〈표 3〉 주요 변수 간 상관관계

변수	1	2	3	4	5	6	7	8
1.진료 대기 시간	1							
2.의료비 부담	0.461***	1						
3.의사에 대한 기대	0.016	0.02	1					
4.일반적 신뢰	-0.023	-0.066	-0.027	1				
5.개인적 접촉	-0.081*	-0.114**	0.03	-0.013	1			
6.사회적 고립	0.167***	0.233***	-0.064*	-0.001	-0.077*	1		
7.의사소통의 자유	-0.073*	-0.1**	0.080*	0.106**	0.039	-0.086**	1	
8.의사에 대한 신뢰 <sup>†</sup>	-0.099**	-0.141***	0.154**	0.145**	0.107**	-0.128**	.199**	1

<sup>†</sup>Spearman's rho, \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## 2. 의사신뢰에 대한 영향 요인

의사에 대한 신뢰와 주요 독립변인의 관계에 관한 탐색적 분석 내용을 바탕으로, 의사에 대한 신뢰 수준에 영향을 미치는 주요 변수들의 영향력을 확인하기 위하여 서열 로짓 회귀분석을 수행하였다(〈표 4〉 참조). 일반적 변수로 고려된 인구학적 변수 중 연령을 제외한 성, 교육수준, 소득 등은 의사신뢰에 유의한 영향이 미치지 않는 것으로 나타났다. 연령의 경우 20대와 30대 응답자들의 의사에 대한 신뢰의 수준이 60대에 비하여 유의하게 낮게 나타나 고령일수록 의사신뢰 수준이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 건강상태에 따른 의사신뢰의 수준에는 유의한 차이가 없었다.

진료대기시간과 의료비 부담을 통해 살펴본 의료제도 요인의 영향력의 경우 의사에 대한 신뢰에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히 의료비 부담으로 인한 어려움과 의사에 대한 신뢰는 부적관계로 나타나, 의료비 부담으로 인한 어려움의 심했던 사람들일수록 의사에 대한 신뢰 수준이 낮은 것으로 나타났다. 또한 이혼이나 별거, 실직, 직업불안정, 재해와 범죄, 투자피해 등의 복합적인 생활상의 위기 경험 또한 의사에 대한 신뢰와 부적 관계가 있는 것으로 나타났지만, 통계적으로 유의하지는 않았다.

본 연구에서 고려된 사회자본 변수들은 모두 유의한 영향력을 미치고 있는 것으로 나타났다. 일반인을 불신하는 사람보다 신뢰하는 사람들이 의사 또한 신뢰하는 경향이 있는 것으로 나타났다. 또한 친척 및 친한 친구와 많이 만나거나 연락을 많이 하

는 개인적 접촉 활동이 활발할수록 의사에 대한 신뢰 수준 또한 높은 것으로 나타나, 사회자본과 의사에 대한 신뢰는 유의한 정적 관계에 있는 것으로 나타났다.

역능성 요인도 의사에 대한 신뢰에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다. 의사소통의 자유를 높게 인식하는 사람들일수록 의사에 대한 신뢰의 수준이 유의하게 높은 것으로 나타났으며, 사회적 고립감은 의사에 대한 신뢰와 유의한 부적관계로 나타나, 개인의 역능성과 의사에 대한 신뢰는 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 또한 의사가 가진 기능적 능력, 환자와의 소통가능성, 친절함과 배려 등을 중시하는 사람들일수록 의사에 대한 신뢰의 수준이 유의하게 높았다.

〈표 4〉 의사신뢰 영향요인의 서열 로짓 회귀분석

변수 (기준값)		B	SE	exp(b)
성별 (여)	남	-0.11	0.159	0.896
연령 (60대 이상)	29세 이하	-1.01**	0.315	0.364
	30대	-0.84*	0.294	0.432
	40대	-0.44	0.272	0.644
	50대	-0.06	0.272	0.942
교육 (대재 이상)	중졸 이하	-0.37	0.274	0.691
	고졸	-0.28	0.272	0.756
월평균 가구소득		-0.04	0.089	0.961
주관적 건강상태 (나쁨)	좋음	0.11	0.240	1.116
의료이용의 어려움	긴 진료대기시간	-0.09	0.171	0.912
	의료비 부담	-0.32*	0.149	0.726
일반적 신뢰 (불신)	신뢰	0.76***	0.181	2.138
개인적 접촉		0.26**	0.086	1.297
의사소통의 자유		0.22***	0.048	1.246
사회적 고립		-0.26*	0.159	0.771
의사에 대한 기대		0.47**	0.159	1.600
생활사건 (있음)	없음	-0.28	0.171	0.756
N			741	
$\chi^2$			105.45***	
Pseudo R <sup>2</sup>			0.156	

\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## V. 논의

이 연구에서 밝혀진 사실은 다음과 같이 요약된다. 첫째, '개인간 접촉'으로 측정된 '사회자본'의 수준이 높을수록 의사신뢰가 높다는 것이다. 따라서 사회자본과 의사신뢰의 관계에 대한 제 1 가설은 성립된다. 둘째, 공적인 표현의 자유를 강하게 인식할수록 의사신뢰가 높은 것으로 나왔다. 이것은 소통의 자유와 의사신뢰가 역관계일 것으로 추정한 제 2 가설과는 상반되는 현상이다. 우리 현실에서 자유로운 의사 표현이나 교감이 크게 억제되는 곳의 하나가 의료기관이다. 따라서 소통의 자유를 중시하는 사람일수록 의사신뢰는 낮아질 것으로 추론했지만 결과는 반대로 나타났다. 셋째, 의료이용의 불편을 경험한 사람일수록 의사신뢰가 낮았다. 즉 이론적 수준에서 볼 때 의사신뢰 수준이 높으면 어느 정도의 의료이용의 어려움에도 불구하고 의사신뢰는 유지될 수 있는 것으로 추론했지만 우리나라에서는 병원이용시의 기다림이나 비싼 의료비 등과 같은 의료제도적 문제가 의사신뢰에 부정적으로 작용하는 것으로 나타났다. 이것은 역으로 의료이용이 제도적으로 보장되는 점이 의사신뢰에 중요하게 작용함을 암시하는 것으로도 해석된다.

이 결과를 해석하기 위해서는 사회자본과 소통이 의사에 대한 신뢰에 미치는 영향에 대한 고찰이 필요할 것으로 생각된다. 우선 두 변수는 서로 상관성이 매우 낮았다. 즉 사회자본이 큰 사람과 소통을 중시하는 사람이 서로 특성을 달리하는 다른 집단일 가능성이 크다. 변수들 간의 상관관계를 분석해보면 사회자본이 큰 집단은 남자이고, 고학력이며, 고수입이고, 건강하고, 의료이용에 문제가 없고, 사회적 고립감을 느끼지 않는 사람들이다. 반면 소통을 중시하는 집단은 여자이고, 저학력이고, 의료이용에 문제가 없고, 의사에 대한 기대가 크고, 일반인을 신뢰하며, 사회적 고립감을 느끼지 않는 사람들이었다. 즉 소통을 중시하는 사람은 사회경제적 지위가 낮고 사회자본이 크지 않은 집단으로 볼 수 있다. 이 두 집단은 서로 사회인구학적 속성은 다르지만 의사를 신뢰한다는 공통점이 있다. 이 두 집단에 공통적으로 관련되는 변수는 의료이용에 불편이 없다는 것과 사회적으로 고립되지 않았다는 점이다. 한편 의사에 대한 신뢰가 낮은 집단은 수입이 낮고, 건강하지 못하며, 의료이용에 불편을 경험하였고, 사회자본이 작고, 생활사건을 경험하였고, 사회적으로 고립된 사람들이었다.

이러한 결과에서 알 수 있는 것은 사회자본이 크면 의사에 대한 신뢰도 높지만 사회자본이 작을 경우 곧바로 의사에 대한 신뢰가 낮아지는 것은 아니라는 점이다. 사회자본이 작아도 소통하고 있고 사회적으로 고립되어 있지 않다면 의사신뢰는 높게 유지된다. 그러나 사회자본도 작고 소통하지도 못하며 고립되어 있는 경우에는 의사 신뢰가 낮아진다.

일반적으로 의사-환자 관계에서 환자가 의사에게 기대하는 것은 자신의 건강문제를 해결할 수 있는 기술적 능력(technical competence)과 자신에 대한 관심, 친절 또는 자신의 의견에 대한 경청과 소통과 같은 대인관계 능력(interpersonal competence)으로 요약될 수 있다(Rosenthal, 2006). 역으로 말하자면 의사는 기술적 능력과 대인관계 능력을 갖추었을 때 의사답고 믿을만한(trustworthy) 것이다. 이 연구에서는 이 두 능력이 '의사에 대한 기대'로 포괄되고 있고 이 척도의 점수가 높을수록 의사신뢰의 수준이 높아짐을 알 수 있다. 그런데 주목할 점은 이 두 능력이 요인분석 결과 통계적으로 하나의 차원으로 묶이고 있다는 점이다. 일반적으로 환자 또는 일반인은 의사의 임상적 능력을 평가할만한 전문성을 갖추고 있지 못하다. 따라서 의사에 대한 기술적 능력에 대한 기대란 사실상 '친절'이나 '관심' 같은 대인관계 능력에 대한 기대와 구분하기 어려운 것으로 생각된다.

이론적으로 생각할 때에도 신뢰(trust)는 대인관계적 요소와 관계가 더 깊다. Luhmann (2000)에 의하면 신뢰(trust)란 잠재적 위험(risk)에 대응하는 개념이다. 반면 현재화된 위험(danger)에 대응하는 개념은 확신(confidence)이다. 현재화된 위험에 대응하기 위해서는 기술적 능력이 필요하게 된다. 반면 잠재적 위험에 대응하는 신뢰는 도덕적이거나 정서적 능력에 기초하게 된다(Smith, 2005). 최근에 의사나 의료에 대한 대중의 불만이 점증되는 경향이 있는데(Allsop, 2006) 이것이 의사가 환자의 건강문제에 대응하는 과정에서 기술적으로 실패하였기 때문에 발생하는 것이라면 크게 우려할 문제가 아닐 수도 있다. 만일 의사들이 도덕적 정서적인 능력을 갖추고 환자와 교감하고 있을 경우에는 기술적 실패가 곧바로 신뢰의 하락으로 귀결되지 않을 것이다(Rosenthal, 2006).

현재의 의료제도 또는 의료정책은 경쟁지향적인 관리의료체계나 영리 병원을 도입하거나 증거기반의학이란 명목 하에 기술적인 혁신을 강조하고 관료제적 통제를 강화하는 등의 방식으로 의료에서 기술능력을 강조함으로써 결과적으로 의료에 대한 신뢰의 기반을 약화시키고 있다.<sup>2)</sup> 그러면서 동시에 의료에 대한 대중적 신뢰의 하락



을 염려하고 신뢰의 회복을 주문하고 있다(Kulmann, 2006; Rogers, 1994). 그런데 이러한 기술적 관료제적 통제의 증가에도 불구하고 의사 개인 또는 자신의 주치의에 대한 신뢰가 비교적 높은 수준을 유지하고 있는 것은 신뢰가 단순히 기술능력에 대한 기대의 충족으로 이루어지는 것이 아니라 의사와 환자간의 도덕적 공감이나 정서적 교감의 기반이 유지되고 있기 때문인 것으로 해석할 수 있다.

이 연구에서 의료제도적 요인인 비싼 의료비나 긴 대기시간의 어려움을 겪는 사람들의 의사신뢰의 수준이 유의하게 낮게 나타났다. 그런데 서구의 경우처럼 의료제도에 대한 불신과 의사에 대한 신뢰를 구분하여 밝히기에는 이 연구에서 사용할 수 있는 데이터가 부족하다. 그런데 서구의 경우에는 의료개혁을 통하여 의료이용을 억제하는 방향으로 정책이 추진되면서 제도에 대한 신뢰의 하락이 초래되었다. 반면 한국에서는 의료이용에 있어서의 불편이 부분적으로 존재하지만 의료이용 자체를 억제하는 방향의 정책은 추진되고 있지 않다. 한국에서 국민들의 연간 의료이용 빈도는 약 15회로 거의 세계 최고수준이다. 앞서의 통계분석에서도 사회자본의 크기에 관계없이 의료이용을 불편 없이 할 수 있는가의 여부가 의사에 대한 신뢰를 가늠하는 주요 변수의 하나였다. 따라서 의사에 대한 높은 신뢰는 제도적으로 의료이용이 자유롭게 이루어지고 있는 것과 깊은 관계가 있는 것으로 보인다.

반면 이렇게 높은 의사에 대한 신뢰가 과연 이론적으로 부합되는 신뢰(trust)인가에 대해서는 의문의 여지가 있다. Clark(2002)는 의사가 환자의 처지와 기대에 공감하는 '감정이입 방식의 치료'(empathic care)가 신뢰형성에 중요하다고 주장하였다. 의사-환자 관계에서 기술적으로나 정보보유의 측면에서 환자가 취약한 위치에 있을 수밖에 없는 상황에서 의사가 이러한 환자의 기대에 공감할 수 있는 역량을 배양하는 것이 중요하지만 동시에 탈근대사회에서 자신의 상태를 적극적으로 표현하고자 하는 환자 측의 자세도 고려해 볼 수 있다. 이러한 서구사회에서의 경향이 한국에서도 그대로 적용될 수 있을지는 분명하지 않다. 서구사회에서는 주치의제도가 확립되어 의사와 환자가 오랫동안 개인적 신뢰(interpersonal trust)를 쌓아왔기 때문에 의료제도에 대한 불신이 증대하는 상황에서도 의사 개인에 대한 신뢰를 유지한다고 볼

2) 이러한 주장이 일반적인 답변이기는 하지만 소위 '의료개혁'을 통한 의료제도의 개편의 효과가 과장되었을 가능성이 있다. 최근의 연구에 의하면 유럽인들은 공적 의료에 대하여 여전히 높은 지지를 보내고 있다(Wendt et al, 2010). 물론 의료서비스에 대한 만족수준은 포괄적 혜택(comprehensive coverage)을 얼마나 제공해주는가에 따라 국가간에 차이가 있지만 이것이 신뢰의 기본틀을 바꿀 정도로 생각되지는 않는다.

수 있지만 한국에서는 주치의 제도가 존재하지 않고 또 환자들의 대형종합병원 집중 현상에서 알 수 있듯이 병원선택이 의사개인에 대한 인지여부가 중요하게 작용하지 않기 때문에 의사에 대한 높은 신뢰수준을 서구와 동일한 맥락의 현상으로 이해하는 데에는 개념적 어려움이 존재한다. 또 '소통의 자유'를 중시하는 사람일수록, 그리고 '의사에 대한 기대'를 강하게 하는 사람일수록 의사를 신뢰하는 것으로 나타난 연구 결과를 어떻게 이해할 수 있을까? 병원 내에서 환자는 의사와 장시간의 의사소통을 하거나 교감을 나누는 것이 현실적으로 상당히 어려움에도 불구하고 왜 사람들은 의사를 신뢰하는 것일까?

한국사회에서의 높은 수준의 의사에 대한 신뢰가 의사와 환자가 장기간에 걸쳐 도덕적 정서적으로 합의를 이루고 그에 근거하여 친숙성을 쌓아온 결과로 보기는 어렵다. 이점은 의사들 스스로 국민의 신뢰를 얻지 못하고 있다고 고백하는 데에서도 알 수 있다. 그렇다면 의사신뢰는 '신뢰'(trust)라기보다는 '확신'(confidence)에 가까운 것으로 볼 수 있다. 환자들은 아플 때 치료받을 수 있다는 믿음 때문에 의사를 신뢰하는 것이다. 그리고 한국의료제도의 특성 상 의료기관(medical institutions)과 의사집단의 이해관계가 구분되지 못하고 병원이 곧 의사로 간주되는 미분화된 인식 구조 때문에(조병희, 1994) 의료제도와 기관에 대한 '확신'이 곧 의사에 대한 신뢰로 나타나는 것으로 해석할 수 있다. 즉 우리에게 있어서 서구식의 의사-환자 관계에 기초한 의사신뢰란 존재하지 않는 것처럼 생각된다. 다른 측면에서 생각해보면 서구에서의 제도신뢰의 하락은 의학지식의 순수성에 대한 회의, '의료화'(medicalization)의 대상으로 전락된 몸에 대한 성찰, 생활세계를 압도하는 의학지식에 대한 불안감 같은 성찰적 인식론에 기초하고 있다(Crawford, 2004). 그렇지만 한국사회에서 의료지식이나 기술에 대한 비판적 성찰은 거의 존재하지 않는다. 의사와 환자 사이의 신뢰는 의료체계나 정책의 정당성을 부여하는 기초적 요건이 되는데(Gilson, 2003) 한국에서는 의사와 환자가 '의료이용의 보장'과 같은 매우 고전적인 복지 이슈에 대하여 합의하고 있을 뿐 서구처럼 의료기술에 대한 회의나 소통의 부족 같은 이슈는 한국적 신뢰의 기반에서 크게 중요한 것으로 인식되지 못하고 있는 것이다.

이러한 상황에서 소통에 대한 기대는 환자들의 "일방적인 기대"에 가까운 것으로 생각된다. 의료인들의 노동 강도가 매우 높은 우리나라 병원의 현실에서, 그리고 소통기술을 제대로 갖추고 있지 못한 의사들의 부족한 역량이 두드러지는 현실에서 환자들은 소통에 대한 기대가 충족되지 못하더라도 건강문제에 대한 의료적 해결을 추

구하게 되고 그것에 “상황적으로 만족하는”(satisficing) 것이다. 역으로 대중은 소통에 대한 기대를 갖고 있지만 병원에서 소통의 실현을 다른 어떤 것보다 우선적으로 생각할 만큼 ‘도전적인 환자’로 성숙되어 있는 것으로 보기는 어렵다.

## VI. 결론

본 연구는 우리나라에서 의사에 대한 높은 신뢰 수준이 어떠한 맥락에서 설명될 수 있는지에 관하여 논의하기 위해 의사에 대한 신뢰를 구성하고 있는 것으로 생각되는 이론적 요인들을 실증 자료의 분석을 통해 탐색해보고, 궁극적으로 우리나라에서의 의사-환자 관계 특성을 사회자본, 역능성, 의료제도적 문제를 통해 설명해보고자 하였다.

연구의 결과는 다음과 같이 요약될 수 있다. 첫째, ‘개인간 접촉’과 ‘일반적 신뢰’로 측정된 ‘사회자본’의 수준이 높을수록 의사에 대한 신뢰가 높았다. 둘째, 공적인 표현의 자유를 강하게 인식할수록 의사에 대한 신뢰가 높았다. 셋째, 의사의 기능적인 능력 뿐 아니라 환자에 대한 소통능력과 친절함에 대한 기대가 높을수록 의사신뢰가 높았다. 넷째, 병원 이용 시의 불편을 경험한 사람일수록 의사에 대한 신뢰가 낮았다. 이러한 결과가 함의하는 것은 우리나라에서의 의사-환자 관계는 서구에서의 의사-환자관계와는 달리 의사와의 소통에 대한 환자의 기대가 충족되지 못하더라도 최소한 의료이용을 할 수 있기 때문에 그 만족도가 비교적 높게 나타나고 있고, 이에 따라 의료제도와 기관에 대한 ‘확신’이 곧 의사에 대한 신뢰로 나타나고 있다는 것이다. 따라서 사회의 역능화 추세에 따른 의사-환자 관계는 기존의 의료이용의 양적 증대를 중요시 하던 제도적 측면과 이에 따른 의사들의 의사소통 능력의 부재, 환자의 의료제도와 기관에 대한 과도한 확신, 의료기술과 지식에 대한 근원적 성찰부족 등의 문제를 어떻게 해결해나가는가에 따라 변화여부가 결정된다고 볼 수 있을 것이다.

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 연구결과에 대한 추론은 사용한 데이터의 특성과 결부된 것이기 때문에 의사에 대한 신뢰의 측정방법이 다르면 다른 결과가 나올 수도 있다. 이 분석에서 사용된 의사신뢰의 척도는 다른 연구들과 비교할 때 의사신뢰 개념의 구성에서 차이가 있다. 서구에서 진행된 의사신뢰 연구들은 상당히 정교한 척도를 만들어서 사용하고 있다. 예를 들어 Musick & Worthen(2007)의 연구를 보면

“내 주치의는 필요할 때 나를 전문의에게 기꺼이 의뢰해준다”, “나는 내 주치의가 나를 한명의 인간으로 관심을 쓰는지 의심이 든다” 등과 같이 19개의 문항을 통하여 의사-환자 관계의 구체적인 양상을 제시하고 의사신뢰의 정도를 측정할 수 있도록 하고 있다. Hall 등의 연구(2002)에서도 헌신(fidelity), 능력, 비밀보호, 정직성, 일반적 신뢰 등의 하위요인을 중심으로 25개 문항을 만들고 이를 대상으로 요인분석을 실시하여 최종적으로 11개 문항의 단일요인으로 구성되는 의사신뢰 척도를 제시한 바 있다. 그런데 이 연구에서 사용된 자료는 여러 집단에 대한 신뢰여부를 질문하면서 의사에 대한 신뢰여부를 측정하였고 측정방식도 4점 척도로 질문하여 매우 일반적인 수준에서 측정한 것이다. 따라서 척도의 측정수준에서의 정밀성은 떨어질 수 있다. 그러나 이와 유사한 방식으로 측정된 의사신뢰와 사회자본의 관계를 분석한 논문(Ahern and Hendryx, 2003)에서도 이론적으로 두 변수간의 관계가 긴밀하고 또한 두 변수간의 단순상관계수가 높기 때문에 통계분석 상의 큰 문제는 없는 것으로 파악하고 있으며, 이 연구에서도 의사신뢰와 주요 독립변수들과의 이론적인 관계가 가정되어 있고 상관계수가 0.1-0.2 수준에서 유의하게 나타났기 때문에 분석과 결과의 해석에는 큰 문제가 없다고 볼 수 있겠다.

(논문접수: 2010년 11월 29일, 수정논문: 2011년 5월 2일, 채택: 2011년 5월 25일)

참 고 문 헌

- 이재열. 2009. “무너진 신뢰, 지체된 투명성”. 정진성 외. 『한국사회의 트렌드를 읽는 다-국민의식조사를 통해 본 의환위기 10년』, 13-32. 서울대학교 출판부.
- 정진성 외. 2010. 『위험사회 위험정치』. 서울대 출판부.
- 조병희. 2009. “광우병 사례를 통해 본 한국인의 질병인식”. 『보건과 사회과학』 25: 129-152.
- 조병희. 1994. 『한국의학사의 위기와 생존전략』. 명경.
- Ahern, M., and Hendryx, M. S. 2003. “Social capital and trust in providers”. *Social Science and Medicine*, 57: 1195-1203.
- Allsop, J. 2006. “Regaining trust in medicine: Professional and state strategies”. *Current Sociology*, 54(4): 621-636.
- Calnan, M. W. and Sanford, E. 2004. “Public trust in health care: the system or the doctor?”. *Quality and Safety in Health Care*, 13: 92-97.
- Clark, C. 2002. “Trust in medicine”. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(1): 11-29.
- Crawford, R. 2004. “Risk ritual and the management of control and anxiety in medical culture”. *Health, An Interdisciplinary Journal of the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 8(4): 505-528.
- Fukuyama, F. 1995. *Trust-The Social Virtues and the Creation of Prosperity*. New York: Free Press.
- Gilson, L. “Trust and the development of health care as a social institution”. *Social Science and Medicine*, 56: 1453-1468.
- Hardin, R. 2006. *Trust*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Hall, M. A., Camacho, F., Dugan, E, and Balkrishnan, R. 2002. “Trust in the medical profession: conceptual and measurement issues”. *Health Services Research*, 37(5): 1419-1439.
- Hall, M. A., Dugan, E., Zheng, B., and Mishra, A. 2001. “Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?”.

- Milbank Quarterly, 79(4): 613-639.
- Kao, A. C., Green, D. C., Davis, N. A., Koplan, J. P., Cleary, P. D. 1998. "Patients' trust in their physicians: effects of choice, continuity, and payment method". *Journal of General Internal Medicine*, 13: 681-686.
- Kuhlmann, E. 2006. "Traces of doubt and sources of trust: health professions in uncertain society". *Current Sociology*, 54(4): 607-620.
- Lindstrom, M. 2004. "Social capital, the miniaturization of community and self-reported global and psychological health". *Social Science and Medicine*, 59: 595-607.
- Lipset, S. M. and Schneider, W. 1987. *The Confidence Gap: Business, Labor, and Government in the Public Mind*. Baltimore: Johns-Hopkins University Press
- Luhmann, N. 1979. *Trust and Power*. Chichester: Wiley.
- Luhmann, N. 2000. "Familiarity, confidence, and trust: problems and alternatives". Gambetta, Diego ed. *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, 94-107.
- Luzzio, G. 2006. "A sociological concept of client trust". *Current Sociology*, 54(4): 549-564.
- Mechanic, D. and Meyer, S. 2000. "Concepts of trust among patients with serious illness". *Social Science and Medicine*, 51: 657-668.
- Mechanic, D. 1996. "Changing medical organization and the erosion of trust". *Milbank Quarterly*, 74(2): 171-189.
- Mohseni, M. and Lindstrom, M. 2007. "Social capital, trust in the healthcare system and self-rated health: the role of access to health care in a population-based study". *Social Science and Medicine*, 64: 1373-1383.
- Musick, M. and Worthen, M. 2007. "The social underpinnings of trust in physicians". *Research in the Sociology of Health Care*, 25: 97-123.
- Pearson, S. D. and Raeke, L. H. 2000. "Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data". *Journal of General Internal Medicine*, 15: 509-513.
- Rahnm W. M., Yoon, K., Garet, M., Lipson, S., and Loflin, K. 2009. "Geographies

- of trust". *American Behavioral Scientist*, 52(12): 1646-1663.
- Rogers, D. E. 1994. "On trust: a basic block for healing doctor-patient interactions". *Journal of the Royal Society of Medicine, Supplement*, 87(22): 2-5 .
- Rowe, R. and Calnan, M. 2006. "Trust relations in health care: developing a theoretical framework for the "new" NHS". *Journal of Health Organization and Management*, 20(5): 376-396.
- Rowe, R. and Calnan, M. 2006. "Trust relation in health care-the new agenda". *European Journal of Public Health*, 16(1): 4-6.
- Rosenthal, M. 2006. "Disappointed expectations and disrupted trust: the patient's experience of problems with health care". Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Montreal Conception Center, Montreal, Quebec, Canada.
- Thiede, M. 2005. "Information and access to health care: is there a role for trust?". *Social Science and Medicine*, 61: 1452-1462.
- Thom, D. H., Bloch, D. A., and Segal, E. S. 1999. "An intervention to increase patients' trust in their physicians". *Academic Medicine*, 74(2): 195-198.
- Thom, D. H., Hall, M. A. and Pawlson, L. G. 2004. "Measuring patients' trust in physicians when assessing quality of care". *Health Affairs*, 23(4): 124-132.
- Ward, P. 2009. "Sociologies of trust: a critical analysis and extension of the work of Anthony Giddens and Niklas Luhmann". Paper presented at International Workshop on Standard Questionnaire for Social Quality, Seoul, Korea. March 18-19, 2009.
- Wendt, C., Kohl, J., Mischke, M., and Pfeifer, M. 2010. "How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare". *European Sociological Review*, 26(2): 177-192.

## The Components of Trust in Doctors in Korea

Gil-Yong Kim · Byong-Hee Cho\*

\* Graduate School of Public Health, Seoul National University

Koreans show rather high trust in their doctors, while doctors worry about distrust by patients. This paper aims at revealing the relationship between trust in doctors and social factors such as social capital, empowerment, health care utilization. The data of 1006 respondents nationally collected in 2009 was analyzed. The major findings are as follows:

First, as the level of respondent's social capital measured by interpersonal contacts and general trust in people heightened, the trust in doctors became stronger. Second, as the respondents were fully aware of the significance of public speech, the trust in doctors became stronger. Third, as they expected more of doctor's ability of communication and friendliness, they trusted in doctors more and more. Fourth, as they experienced any difficulties in utilizing hospitals, their trust in doctors declined. Even if the respondents expectation of more frequent communications with doctors is not usually realized in hospitals, they maintain their trust in doctors. Such trust in doctors was related strongly with the general satisfaction with health care utilization, not with the satisfaction with communication. It means that the core of high trust in doctors was the confidence in health care system to guarantee the access to health services, not the real trust in intimate doctor-patient relationship.

**Key words:** trust in physicians, doctor-patient relationship, empowerment, social capital