이야기 접근을 통한 환자중심적 병력청취 대화

Review

박일환*

단국대학교 의과대학 가정의학교실

Patient-Centered Interviewing: Narrative Approach

Eal Whan Park*

Department of Family Medicine, Dankook University College of Medicine, Cheonan, Korea

Patient-centered interviewing is to understand and respond to patient's needs and prefers at the level of patient. For practicing the patient-centered interview, the way of communication should be changed in history taking, explanation, and patient education. Story telling (illness narrative) which composes of 5 dimensions such as abstract, orientation, development (complication), evaluation, and coda is the unique and key way to approach the area of patient's illness experience, values, history of life, social environment (occupation, family relationship), and emotion. Narrative gives information about how a story teller views and expresses the event that he/she experienced before, and information about how a story teller positions the self, the subjects of story, and listener's identities. Narrative competence to listen to a patient's story requires several kind of interview skills at the moment of patient's expression of disease history, including skill for composing story, skill for listening, skill for empathizing, and skill for effective questioning. Collecting patient's illness story is not refined to the individual patient. If we listen to the various patients' illness stories, who have the similar disease, and arrange the stories systematically, the patients' illness database can help many patients by the facts in the database and the therapeutic power of the other patients' illness stories.

Keywords: Patient-Centered Interviewing; Narrative; Illness Experience

서론

환자중심적 병력청취 대화는 진료대화의 초반부에서 환

자가 자유롭게 하고 싶은 말을 하게 하고 의사는 경청자의 역할을 함으로써 환자가 진정으로 원하고 필요로 하는 것이나 선호하는 것을 환자 수준에서 이해해 주고 적절히 반응해 주기 위한 대화라고 정의할 수 있다.¹⁾ 환자중심적 병력대화는 환자의 권리를 존중하려는 사회적 분위기와 환자중심적 병력대화가 질병발견과 치료에 긍정적으로 작용한다는 인식에 의해 강조되고 있다. 환자중심적 병력 대화는 오래 전부터 강조되어져 왔으며, Rogers²⁾의 client-centered therapy, Balint 등³⁾의 Patient-centered medicine 등이 전통적인 인간중심 면담 접근의 뿌리라고 할 수 있다. 또한, Engel⁴⁾은 Biopsychosocial model을 통하여 생의학적 영역에서의 정신사회적 요인의 통합을 꾀했다.

Stewart 등⁵⁾은 환자중심 진료모델(patient-centered clinical method)을 개발하였다. 이 모델에서 이들은 환자의 질병에 대한 병력청취뿐만 아니라 환자의 질병 경험의 이야기

Received: October 30, 2009, Accepted: December 23, 2009

*Corresponding Author: Eal Whan Park

Tel: 041-550-3997, Fax: 041-565-6167

E-mail: ewpark@dku.edu

The present research was conducted by the research fund of National Research Foundation of Korea in 2005 (Subject No. KRF-2005-079-AM0049).

Korean Journal of Family Medicine

Copyright © 2010 by The Korean Academy of Family Medicine

(narrative)에서 단서를 확보하여야 함을 강조하였고, 환자에 대한 전인적인 이해를 강조하여 환자의 삶의 내력, 환자의 삶의 맥락(가족관계, 사회관계), 문화적 사회적 생태적 체계의 맥락을 이해하여야 한다는 것과 진단과 치료의 결정에서도 환자의 참여를 유도하여 치료결정에 공동참여할 것을 강조하였다. 이들의 환자중심 진료모델에서는 의사환자 관계의 증진과 환자의 무한 요구를 주어진 시간에 효율적으로 수용해 주어야 하는 시간효과성 및 팀워크, 질병예방과 건강증진을 포함하는 진료의 포괄적 접근을 강조하였다.

이와 같이 환자중심 진료모델의 실천을 위하여 고려해야 할 요소들이 많이 있지만, 환자중심 진료모델의 핵심은 환자중심적 면담으로서 특히 면담초기에 환자가 중심이 되는 면담으로 시작하여 나중에는 의사주도의 면담으로 전환하는 기법의 필요성이 강조된다.^{1,5,6)} 의료면담의 특성은 의사-환자관계의 유형에 의해 영향을 받는다. 의사중심 면담이나 환자중심 면담 유형에서 효과적인 질문법(열린 질문, 적극적 경청, 비언어적 촉진 등)은 모두 강조된다. 의사와 환자가 동등한 힘을 갖게 되는 환자중심 면담 유형에서는 환자의 감정과 관점의 수용, 환자의 표현의 상징성 및 질병의 의미를 더욱 강조하게 된다. 관계중심 면담 유형에서는 의사환자간의 인격적 관계에 초점을 두어 의사-환자의 치료적 공동 관계를 강조하고, 환자는 의사와의 관계에서 안전감을 느끼게 된다.¹⁾

가정의학과 진료실에서의 면담내용을 분석한 연구로서 Marvel 등⁷⁾은 가정의학과 진료실 면담대화를 분석하여 발표하였다. 연구결과에서 환자가 원하는 내용이나 방문 목적을 알아보거나, 의학적 문제에 대한 환자의 인식 내용을 알아보는 것, 치료계획 수립에 환자를 참여시키는 것 등 환자중심적 언급은 전체 진료대화중 65.6%에서 관찰되었으며, 의사들간의 변이를 고려할 때 진료대화중에 관찰되는 환자중심적 언급의 빈도의 범위는 46.7-93.3%였다. 환자의 정서를 다룬 경우는 17.8%에서 관찰되었으며, 범위는 6.7-26.7%였다. 가족문제를 언급한 가족중심적 대화는 61.1% (범위, 50-73.3%)에서 관찰되었다. 환자중심적 언급중 치료계획에 환자를 포함시키는 언급은 환자중심적 언급 총 180개 중 48%를 차지하였으며, 환자가 원하는 내용이나 방문목적에 알아 본 것은 38%, 문제에 대한 환자의 인식을 조사한 것은 7%였다. 환자의 정서를 다룬 언급은 매우 짧게 언급되었으며, 104회의 환자-의사 상호반응 중 평균 4.5회를 차지하였다. 언급한 내용은 환자의 느낌에 대해 직접 질문하거나(분만에 대해 긴장되십니까?), 가족관계를 묻는 간접 질문이었다(남편과는 잘 지내고 계신가요?).

국내에서의 가정의학과 진료실 대화 분석 연구의 결과에 의하면 가정의학과 외래 진료대화 56건을 분석한 결과 환자

중심적 대화가 59.9%에서 관찰되었다.⁸⁾ 환자의 방문 목적이나 원하는 것을 탐구한 경우가 17.5%, 환자의 이해 확인 및 요약해 주었던 경우가 22.8%, 진단이나 치료 계획에 환자의 의견을 반영한 경우가 23.1%였다.

본 종설에서는 의사의 진료능력 향상을 위한 환자중심 진료의 실천을 위하여 하나의 접근방법으로서의 이야기라는 형식을 이용한 환자중심적 병력청취 대화의 구성 및 유용성에 관하여 고찰해 보고자 한다.

의료에서의 이야기 활용의 의의

의사중심의 병력대화는 환자 개인의 자료를 잘 고려하지 않고 환자의 다양성과 편차에도 불구하고 일률적으로 면담을 진행하는 단점이 있다. 면담의 시작 부분에서 의사가 환자의 이야기를 지나치게 통제하고 의료적 문제에만 집중함으로써 성급한 가설 설정에 이르거나 환자가 자신의 관심사를 말할 수 있는 기회를 제한하게 된다. 의사들은 환자들이 보이는 언어적 비언어적 단서들을 포착하지 못하고, 환자의 발언 중 특정 부분만을 선별적으로 청취하여 특정 질병과 관련된 단서에만 지속적으로 반응하게 된다. 결국 의사가 환자의 견해를 무시하는 결과를 초래하여 환자의 이야기는 유지한 것으로 치부되며 환자의 관심은 고려되지 못한다. 또한 환자와의 효과적 관계 형성을 위해 필요한 정서적 대화내용이 결여된다.⁹⁾

이와 비교하여 환자중심적 병력대화는 환자가 느끼는 가장 큰 고통이 무엇인가(두려움, 절망감, 피로감, 통증 등)를 이해하여 그에 대처하는 방법을 발견하는 장점이 있다. 의사는 문진할 때 바로 다음 질문을 하지 않아도 되는 시간적 여유를 갖게 되고, 경청하고 생각하며 환자의 이야기를 들음으로써 환자는 하고 싶은 이야기를 보다 완성된 형태로 말할 수 있게 된다. 환자중심적 병력대화는 진단이나 치료의 측면에서 보다 효과적인 근거를 제공할 수 있는데, 의사가 생의학적 관점과 환자 중심적 관점을 통합적으로 탐구하고, 환자의 참여를 강조하여 만족도, 순응도, 지식을 높이기 때문이다.¹⁰⁻¹³⁾ 결과적으로 의사 고르기(doctor shopping)와 의료소송이 감소되고 치료 효과를 좋게 할 수 있다.¹⁴⁻¹⁷⁾

환자중심적 병력대화의 한 형태라고 할 수 있는 이야기 중심 면담(narrative-based interviewing)은 이야기 기술(narrative skill)을 이용하여 환자의 사회심리적 요인과 환경을 이해하고 공유함으로써 표준화된 환자로서가 아닌 개인별 맞춤형 치료를 가능하게 한다.⁹⁾ 일방향의 의사 주도성을 완화할 수 있고, 의료인들이 환자가 원하는 말을 충분히 하지 못하게 하고 들

어쨌든 않는다는 불만을 해소할 수 있다. 또한 화자(말하는 사람)가 지난 일에 대하여 정서적으로 대면하도록 도와 줄 수 있으며 과거 극복에 기여할 수 있다. 환자에 대한 면밀한 이해를 바탕으로 적절히 대응을 할 수 있는 의사소통 능력이 향상되고, 환자의 개인적이고 정서적인 측면을 존중하고 공감함으로써 사무적인 의사-환자 관계가 아닌 전인적 인격체로서의 치료적인 관계를 형성할 수 있다.

환자중심적 병력대화의 핵심적 의사소통 행위

1. 이야기

이야기는 인간의 가장 원초적이며 시대와 장소를 초월하는 보편적이고 자주 사용되는 의사소통의 한 유형이다. 이야기는 누구나 어렵지 않게 할 수 있는 것으로서 한 개인의 경험과 가치관, 삶의 내력과 사회적 환경(직업, 가족관계 등), 감정의 영역에 접근할 수 있는 유일하며 핵심적인 통로이다.¹⁸⁾ 의료인의 입장에서 이야기의 기능은 화자가 과거의 사건을 어떻게 바라보고 표현하는지를 알게 해주는 것이다. 또한, 화자가 자기 자신과 이야기의 대상 및 이야기 상대자(청자)의 정체성을 어떻게 자리매김(positioning)하는 지를 알게 해준다. 이야기의 특성은 시간 변화에 따라 순차적으로 구조화된 내용을 재현하며, 플롯(이야기 줄거리)을 갖고 있고, 화자의 관점, 평가, 감정이 반영된다는 것이다. 또한, 이야기는 개요, 배경설정, 사건전개, 평가, 종결부 등의 특유한 구조와 진행단계를 갖는다.¹⁸⁻²⁰⁾

이야기가 갖는 장점은 다음과 같다. 이야기 접근을 통하여 환자는 자아를 성찰하여 자기가 누구인지 인지할 기회를 갖게 된다. 다양한 여러 사건들과 섞여 있는 과거의 기억들이 형태적이고 시간적인 질서를 갖추게 되고, 이를 통하여 과거의 경험이 논리정연해지고 명료해진다. 인생사에서 유효한 것으로 남겨두어도 좋을 요소들을 선별함으로써 상처를 주었던 특정한 문제요소들을 배제시킬 수 있다. 개인적인 운명을 초개인적인 의미로 편입시키고 사회적으로 이해가능하게 함으로써 자기 경험의 부담감을 경감시킬 수 있다. 이야기 과정에서 떠오르는 감정을 경험하므로 환자는 특정한 사건과 관련하여 숨겨져 있는 자신의 감정을 체험할 수 있다. 기억과 인지 과정을 통해서 갈등적 경험이 설명되기도 하고, 지난 일에 대한 이해와 수용이 촉발되기도 하고, 부정적이고 억압된 과거사를 긍정적으로 변화시킬 수도 있다. 예를 들면 이야기 접근을 통해 호스피스 환자의 가장 어려운 점인 단절감과 외로움

을 경감시킬 수 있다.²⁰⁾

2. 경청

경청은 환자의 병력을 듣고 있을 때 환자가 사용하는 단어의 의미를 밝혀내고 비언어적 단서를 포착할 수 있는 능력이다. 적극적 경청을 위해 두 가지 중요한 기술은 청자 반응과 피드백이다. 첫째로, 청자반응은 이야기하는 사람의 발언권을 유지시키고 이야기를 지속하게 하는 것이다. 청자 반응의 예는 1) 이해표시(아아!, 흠, 응, 고개 끄덕임), 2) 즉흥적 해석(세상에!, 어떻게!), 3) 발화 촉진(그런데요, 그래서 어떻게 됐어요?), 4) 말 반복하기(echoing), 5) 문장의 종류를 대신하기, 혹은 동시에 하기 등이다. 둘째로, 피드백을 통해 발언권이 청자로 넘어가게 하는 것이다. 피드백 기술은 바꿔 말하기, 해석, 요약하기, 질문하기(배경, 구체적인 것, 불확실한 것) 등이다.²¹⁾

중간요약 기능도 중요하다. 이를 통해 환자는 자신이 경청되고 있다는 느낌을 받을 수 있고 의사는 관심을 갖고 있음을 보이게 된다. 환자의 관점에서 문제 해결을 위한 협력적 접근 기회를 가질 수 있고, 의사가 올바르게 해석하고 있는지를 점검하고 놓치고 있는 부분을 추가할 수 있는 기회를 갖는다. 또한, 환자가 문제에 대한 생각을 계속 설명할 수 있게 된다. 의사의 관점에서는 중간요약을 통해 정보수집의 정확성을 극대화할 수 있고, 상호 이해를 위한 토대를 마련할 수 있다. 이미 발견한 사실을 재검토할 수 있는 여유를 가질 수 있고, 생각을 정리하고, 확실하지 않거나 보다 더 탐구해야 할 내용을 명확히 할 수 있다. 또한, 차후에 정보를 회상하기 위해서도 도움이 된다.²¹⁾

경청의 대상은 내용 정보, 메시지(감정, 목적, 태도, 가치관 등), 정체성의 자리매김과 사태를 바라보는 관점 등을 모두 포함한다. 경청의 경로는 언어적 수단, 비언어적 수단(얼굴표정, 시선, 몸가짐, 손짓 등), 준언어적 수단(목소리의 크기와 빠르기, 강세, 울음 등) 등이다.

3. 공감

이야기에서 중요한 것은 옳고 그름 또는 정당함과 부당함의 문제가 아닌 환자의 주관적 관념과 감정이 무엇인지를 알아내는 것이다. 이를 바탕으로 환자의 감정을 이해하고 그 감정에 민감하게 반응하여 지지하며 정서적 연대감을 갖게 되는 것이 공감이다.

대화분석적인 시각에서 감정의 유형은 여러 가지로 생각할 수 있다. 예를 들면, 감정의 주제화(“어떤 마음이 드세요?”, “얼마나 놀라셨어요?”, “걱정이 많이 되시죠?”), 특이성 추인(“이것은 누구라도 감당하기 어려운 일입니다.”), 정당성 확인(“실망감이 드시는 것은 당연합니다.”), 공감표현(“얼마나 놀

라셨을지 상상이 됩니다.”, “저도 참 마음이 아픡니다.”), 안심 시킴(“크게 걱정하지지는 마십시오.”), 희망주기(“치료를 받으시면 좋은 결과를 기대하실 수도 있습니다.”), 위로하기(“너무 낙담하거나 포기하지지는 마십시오.”), 존중하기(“의지력이 강하시니까 잘 이겨내실 수 있으실 것입니다.”), 충고하기(“가능한 한 빨리 수술을 받으시는 것이 좋을 것 같습니다.”), 지지하기(“필요하시면 언제든지 전화를 하십시오.”) 등이다.¹⁾

4. 효과적인 질문을 위한 의사소통적 규범

환자중심적 병력청취를 위해서는 환자의 이야기 내용이나 맥락, 의도를 이해하지 못하거나 불충분한 사항에 대한 보완 질문, 특정영역에 대한 정보를 완성하기 위한 심화질문이 필요하다. 이때 필요한 의사소통적 규범은 여러 개의 질문을 동시에 하지 말고 한 질문에 한 가지 내용만 질문하는 것이다. 또한, 환자가 이해하기 쉽게 명확하고 구체적으로 질문을 제시할 필요가 있으며, 넘겨 집거나 전제의 단계를 건너뛰지 않고 질문하여야 한다. 환자가 대답을 할 수 있는 충분한 시간을 제공하여야 하고, 환자의 대답을 중간에서 끊지 말고 의사의 질문과 관련되지 않은 대답을 하더라도 용인하고 적극적으로 대처할 필요가 있다.²¹⁾

환자의 대답에 대한 적극적인 경청과 이해를 표시해야 하고, 환자가 질문을 듣지 못한 경우에 질문을 천천히 또박또박 큰소리로 반복하여야 한다. 환자가 질문의 내용이나 맥락 또는 의도를 이해하지 못한 경우에 은유, 예증, 구체화 등으로 재질문할 필요가 있다. 또한, 환자가 대답을 하지 않을 경우에 대답의 필요성에 대해 설득하면서 재질문을 하여야 한다. 진단을 위해 필요한 정보이지만 환자가 제공하지 않은 사항에 대해서는 추가질문을 하여야 한다.

환자 질병경험 데이터베이스의 활용

환자의 질병 경험 이야기는 매우 개인적이고 특유한 경험 이긴 하지만, 이러한 경험들 가운데에서도 보편적인 사실이 담겨 있을 수 있다. 또한 개인의 특유한 질병경험이 때때로 다른 이들에게 전달될 때에 다른 사람의 질병의 회복에 도움을 줄 수 있다. 이러한 도움은 질병 경험의 이야기를 듣고 말할 수 있는 이야기 능력에 기인할 수도 있고, 질병경험에 담겨 있는 보편적 사실들로부터 올 수도 있다.

Database of individual patient's experience (DIPEX; www.healthtalkonline.org)는 다양한 질병에 대한 개인 환자들의 질병경험을 수집해 놓은 데이터베이스이다. DIPEX는 환자의 관점

에서 질병경험 이야기를 체계적으로 수집하여 활용 가능하도록 정리한 데이터베이스를 구축하고 인터넷에 공개함으로써 환자들이나 일반인들에게 적은 았은 영향을 주고 있다.²²⁾ DIPEX연구는 영국 옥스퍼드 대학의 일차의료과의 Andrew Hexheimer와 Ann McPherson에 의해 시작되어 2001년에 인터넷에 첫 선을 보인 데이터베이스로서 현재는 50개의 질병 모델에 대한 환자의 질병경험을 수록하고 있으며, 한 달에 약 200만 명의 사람들이 웹사이트를 방문하고 있다고 한다.²³⁾

이러한 웹사이트의 구축은 본래 근거중심 의학적으로 체계적 고찰의 데이터베이스를 구축해 온 코크란 라이브러리를 보충해 주고자 하는 의도에서 동일한 코크란 그룹 내의 일부 연구자들에 의해 시작되었다. 이러한 개인 환자들의 질병경험의 데이터베이스를 구축하려는 시도는 1995년에 유방암을 았았던 Ann McPherson과 1996년에 무릎 관절치환술을 경험한 Andrew Hexheimer의 질병경험이 동기가 되었으며, 유사한 질병을 았고 있는 환자들의 질병과 치료에 대한 이야기를 다른 사람들에게 알게 하고자 하는 의도에서 출발하였다. 이와 같이 코크란 체계적 고찰과 그에 해당되는 주제의 DIPEX 모델을 연결함으로써 임상진료와 의학연구에서 근거중심적 양적인 접근과 환자중심적 질적 접근의 실제적 통합이 가능하게 되었다. 예를 들면 진행된 대장암에서의 치료효과에 대한 체계적 고찰은 그러한 치료를 받은 환자들의 질병경험과 바로 연결되어 이해할 수 있으며, 이러한 질병경험은 DIPEX에서 쉽게 발견할 수 있다.²⁴⁾

영국에서 시작된 DIPEX와 유사한 데이터베이스의 구축이 독일, 스페인 등의 다른 유럽국가들에서 시작되었으며, 아시아권에서도 일본에 이어 한국에서도 최근 한국 DIPEX를 구축하고자 하는 연구 그룹이 형성되어 작업을 시작하고 있다. 이제는 많은 나라들에서 자국의 언어로 이러한 질병경험 데이터베이스를 구축해 가는 것이다. 조만간 국제적인 DIPEX 연결망이 구성될 것으로 기대되며, 이러한 연합을 통하여 문화나 보건 의료체계의 차이가 있는 나라들에서 질병경험을 비교하는 것이 가능해질 것이다.

이러한 데이터베이스는 질병경험에 대한 다양한 시각을 연결함으로써 이해를 도우며, 의과대학생들이나 전공의 수련을 위한 임상적 의사소통의 교육을 위한 자료를 제공할 뿐만 아니라 환자의 질병경험 자료를 이용한 질적 연구와 이차적 연구의 가능성을 많이 내포하고 있다.²³⁻²⁵⁾

결론

이야기 기술을 사용하여 환자의 질병경험을 듣는 능력은 환자중심적 병력대화를 위한 좋은 방법이다. 이야기를 통해 환자의 관점을 체계적으로 수용하고, 질병의 보편성 속에서도 환자의 고유한 질병체험을 존중하고, 환자의 말과 행동의 의미를 알아내는 능력은 환자의 만족도와 순응도를 향상시키고 환자의 임상결과를 좋게 할 것이다. 또한 의사의 만족도가 향상하고 의료소송의 감소를 가져 올 것이다. 이야기를 말하고 듣는 것은 질병의 사실적 정보에만 관심을 갖는 것이 아니라 질병을 경험하는 환자의 삶의 맥락을 이해하고, 질병에 대한 환자가 갖는 감정과 의미를 발견하게 한다. 환자의 병력 이야기를 들을 수 있는 능력은 이야기 구성 기술, 경청 기법, 공감 기법, 효과적인 질문 기법 등의 질병 표현단계의 몇몇 의사소통 기술들을 요구한다.

환자의 질병경험의 수집은 일개 환자에게만 국한되는 것은 아니며, 유사한 질병을 앓고 있는 환자들의 질병경험을 폭넓게 듣고 체계적으로 정리해 볼 때에 질병경험 데이터베이스가 갖고 있는 유용한 사실적 정보와 질병경험 이야기의 치료적 효과에 의하여 많은 이들에게 도움을 줄 수 있을 것이다. 이러한 환자의 질병경험 데이터베이스의 구축은 조만간 우리나라에서도 활용 가능할 것이며, 국제적인 협력에 의하여 문화적 다양함 속에서 질병경험의 공유가 가능하게 될 것이다.

요약

환자중심적 병력청취 대화는 환자가 진정으로 원하고 필요로 하는 것, 환자가 선호하는 것을 환자 수준에서 이해해 주고, 적절히 반응해 주기 위한 대화이다. 이를 실천하기 위해서는 문진이나 환자교육, 상담을 위한 의료면담에서 의사소통 행위의 변화가 필요하다. 개요, 배경설정, 사건전개, 평가, 종결부의 구조를 가지고 전개되는 이야기는 한 개인의 질병경험과 가치관, 삶의 내력과 사회적 환경(직업, 가족관계 등), 감정적 영역에 접근할 수 있는 유일하며 핵심적인 통로이다. 이야기는 이야기하는 사람이 과거의 사건을 어떻게 바라보고 표현하는지를 알게 해주며, 화자가 자기 자신과 이야기의 대상 및 이야기 상대자(청자)의 정체성을 어떻게 자리매김하는 지를 알게 해준다. 환자의 병력 이야기를 들을 수 있는 능력은 이야기 구성 기술, 경청 기법, 공감기법, 효과적인 질문 기법 등의 질병 표현단계의 몇몇 의사소통 기술을 요구한다. 환자의 질

병경험의 수집은 일개 환자에게만 국한되는 것은 아니며, 유사한 질병을 앓고 있는 환자들의 질병경험을 폭넓게 듣고 체계적으로 정리해 볼 때에 질병경험 데이터베이스가 갖고 있는 유용한 사실적 정보와 질병경험의 이야기가 갖고 있는 치료적 효과에 의하여 많은 이들에게 도움을 줄 수 있을 것이다.

중심단어: 환자중심적 면담; 이야기; 질병경험

REFERENCES

1. Smith RC. Patient centered interviewing: an evidence-based method. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002.
2. Rogers CR. Client-centered therapy: its current practice, implications, and theory. Cambridge: Riverside Press; 1951.
3. Balint M, Hunt J, Joyce D, Marinker M, Woodcock J. Treatment or diagnosis: a study of repeat prescriptions in general practice. Philadelphia: J. B. Lippincott; 1970.
4. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
5. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
6. Tierney LM, Henderson MC. The patient history: evidence-based approach. New York: McGraw-Hill; 2005.
7. Marvel K, Major G, Jones K, Pfaffly C. Dialogues in the exam room: medical interviewing by resident family physicians. Fam Med 2000;32:628-32.
8. Park EW. Conversational analysis of interview by resident family physicians. J Korean Acad Fam Med 2003;24:612-9.
9. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
10. Hall JA, Dornan MC. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. Soc Sci Med 1988;27:935-9.
11. Linn MW, Linn BS, Stein SR. Satisfaction with ambulatory care and compliance in older patients. Med Care 1982;20:606-14.
12. Golin CE, DiMatteo MR, Gelberg L. The role of patient participation in the doctor visit: implications for adherence to diabetes care. Diabetes Care 1996;19:1153-64.
13. Squier RW. A model of empathic understanding and adherence in treatment regimens in practitioner-patient relationships. Soc

- Sci Med 1990;30:325-39.
14. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice: lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994;154:1365-70.
  15. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication: the relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997;277:553-9.
  16. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27 Suppl 3:S110-27.
  17. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care: effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985;102:520-8.
  18. Greenhalgh T, Hurwitz B. *Narrative based medicine: dialogue and discourse in clinical practice*. London: BMJ Books; 1998.
  19. Launer J. *Narrative-based primary care: a practical guide*. Oxon: Redcliffe Medical Press; 2002.
  20. Lucius-Hoene G, Deppermann A. *Reconstruction of narrative identity: a textbook for analysing narrative interviews*. Opladen: Leske & Budrich; 2006.
  21. Silverman J, Kurtz SM, Draper J. *Skills for communicating with patients*. 2nd ed. Oxon: Redcliffe Medical Press; 2005.
  22. Herxheimer A, McPherson A, Miller R, Shepperd S, Yappe J, Ziebland S. Database of patients' experiences (DIPEX): a multimedia approach to sharing experiences and information. *Lancet* 2000;355:1540-3.
  23. Ziebland S, Herxheimer A. How patients' experiences contribute to decision making: illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *J Nurs Manag* 2008;16:433-9.
  24. Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V. *Narrative research in health and illness*. Oxford: BMJ Books and Blackwell Publishing; 2004.
  25. Ziebland S, McPherson A. Making sense of qualitative data analysis: an introduction with illustrations from DIPEX (personal experiences of health and illness). *Med Educ* 2006;40:405-14.