

환자 이야기, 어떻게 들어야 할까

2026 대한결핵및호흡기학회 전임의 리더십 교육
연세대학교 치과대학 치의학교육학교실 김준혁

사례

- 67세 남성, COPD GOLD III, 세 번째 급성악화로 입원
- PFT 악화 추세 설명, 흉부 CT 소견 공유, 흡입기 재교육, 금연 강력 권고
- 환자: "선생님 말씀이 맞는 건 알아요. 근데 이 나이에 뭘 바꾸겠어요."
- "우리 아버지도 폐가 안 좋았는데, 그냥 그렇게 사시다 가셨어요."

잠깐 생각해 두세요 — 어떻게 하시겠습니까?

문제: 왜 소통이 안 되는가

- "충분히 설명했는데 환자가 이해를 못 해요"
- "인터넷에서 본 거랑 다르다고 하는데요"
- 오늘 오후 내내 AI, 빅데이터, 디지털 헬스를 들으셨습니다
- 이 도구들로 '더 잘 설명'하면 해결될까? → 정보는 이미 무한함

소통의 세 시대

- 소통의 역사
 - 의례: 공유된 맥락(문화, 권위)이 소통을 가능하게 함 → 의료적 가부장주의가 '작동'한 이유
 - 전달: 하버마스의 이상적 대화, informed consent, SPIKES → 잘 말하면 이해할 것이라는 전제
 - 위기: 데리다의 오배달, 의도와 무관하게 의미가 전달되거나 '생성' → 듣는 사람이 누구냐가 더 중요
- 그리고 현재: AI가 무한한 "말"을 생성, 비용 제로, 맥락 제로
 - 말하기(telling)는 무한해졌음
 - 희소한 것은 듣기(hearing)

AI가 바꾼 것

- GPT-4, Claude 등 의학 시험 전문의 수준 통과
 - AI가 흉부 CT를 읽고, 폐결절을 분류하고, GOLD 가이드라인을 적용한다
 - 환자도 AI에게 물어봄 (그리고 이미 물어보고 있음)
- 호흡기내과 전문의는 왜 필요한가?
 - "진단과 치료 프로토콜이 있으니까요" — 맞음
 - 하지만, 프로토콜은 AI가 더 빠르고 정확하게 실행
 - 지식도 AI가, 프로토콜도 AI가 거든다면 → 남는 것은?

이 환자에게 지금 무엇이 필요한지 판단하는 능력

임상, 지식 적용(X), 맥락화된 판단(O)

임상

best evidence

clinical expertise

patient values & circumstances



AI 시대의 의학

AI는 evidence를 빠르게 제시한다.

기술은 expertise를 점점 보조한다.

그러나 환자의 values & circumstances를 듣고, 이를 근거와 연결해 판단하는 일은 남는다.

이해의 기술: 서사의학

- Charon의 프레이밍: "환자의 이야기를 존중" → 윤리적 당위
 - 서사의학의 세 요소: attention, representation, affiliation
 - 기본 방법론: close reading, prompt writing
- 새로운 프레이밍: 환자의 말 속 signal 추출 = 분석 능력, 정밀한 임상 역량
 - post-truth 시대: 소음에서 신호를 식별하는 능력
 - 문화가 공짜로 제공하던 공유 맥락을 의사가 직접 구축하기

사례의 재검토

- 아까 사례로
 - COPD 가이드라인과 금연 이점을 다시 상세히 설명 = 전달 모델 (더 많은 x 투입)
 - 왜 그렇게 생각하시는지 여쭙봄 = 맥락 파악의 시작 (신호 추출 시도)
 - 환자 자율성을 존중하고 현 상태 유지 = 듣지 않은 채 존중 불가
- "아버지도 폐가 안 좋았는데" → 이 안에 무엇이 있는가?
 - 유전적 체념? 아버지의 죽음에 대한 미해결 슬픔? 치료 무용론의 경험적 근거?
 - 존중 ≠ 동의, 진정한 존중 = 이해 후 함께 결정

호흡기내과 시나리오들

- "항암은 안 할래요. 자연요법으로..." (Stage IV NSCLC) → 공포? 이전 경험? 가족 영향?
- "약을 먹으면 너무 힘들어요" (MDR-TB 복약 불이행) → 부작용? 사회적 고립? 우울?
- "인터넷에서 줄기세포 치료가 된다던데..." (IPF) → 절박함? 정보 과잉?
- "아버지한테 말하지 마세요" (폐암 가족) → 보호? 통제? 문화적 규범?

공통: 환자의 "비합리적" 발언 = 해독할 서사
설득자(persuader) 아닌 번역가(translator) 되기