

암환자의 의학적 의사결정과정*

이상목**, 김성연***, 이형식****

1. 서론

2008년 11월 28일 서울서부지법은 회생가능성이 없는 환자에 대해서 존엄사를 인정하는 최초의 판결¹⁾을 내렸다. 법원은 “이 판결은 적극적 안락사 및 모든 유형의 치료 중단에 관해 다른 것이 아니고 환자의 회복가능성이 없어 치료가 의학적으로 무의미하고 환자의 치료 중단 의사가 추정되는 경우 의사는 환자의 자기 결정권에 기한 인공호흡기 제거 요구에 응할 의무가 있다고 판단한 것”이라고 설명했다. 이번 판결에서 재판부가 존엄사의 허용조건으로 제시한 것을 요약해 보면 다음과 같

이 정리할 수 있다. 첫째, 치료 중단을 결정하는 주체는 환자이어야 한다. 둘째, 환자의 회복가능성은 0이어야 한다. 셋째, 무의미한 생명연장이 인간의 존엄과 인격적 가치를 침해하는 것이어야 한다. 재판부가 이번에 내린 존엄사 허용 판결에서는 환자의 자기결정권을 의학적 의사결정의 핵심으로 채택하고 있다. 물론 재판부가 제시한 이러한 입장이 전혀 문제가 없는 것은 아니지만, 그럼에도 불구하고 이번 판결은 우리나라에서 생명에 대한 환자의 자기결정권을 인정한 최초의 판결로 역사에 기록될 것이다.

오늘날 의학적 결정 주체에 대한 논의에서 가장 강조되는 개념은 바로 ‘환자의 자율성 존중’이다. 이것은 의

* 이 논문은 동아대학교 학술연구비 지원에 의하여 연구되었음

교신저자: 이상목, 동아대학교 윤리문화학과, 051-200-7145, leesm@dau.ac.kr

** 동아대학교 윤리문화학과

*** 동아대학교 경영정보과학부

**** 동아대학교 방사선종양학과

1) 서울 서부지법 민사12부(부장판사 김천수)는 지난 5월 식물인간 상태의 말기 환자 김모(76·여) 씨의 가족이 “뇌사에 빠진 김씨에게 평온하고 자연스럽게 숨질 권리를 달라”며 학교재단 연세대를 상대로 연명 치료 중단을 요청한 민사소송에 대해 28일 원고 승소 판결을 내렸다. 재판부는 “피고는 원고의 요청에 따라 인공호흡기를 제거하도록 하라”고 판시했다. 재판부는 판결문에서 “환자 김씨가 현재 의사 능력을 상실했으며 사전에 연명 치료에 대한 의사 표시를 하지 않았다고 하더라도 환자 생전의 종교관, 생활 태도, 비슷한 사례에 대한 평소의 반응 등을 추정해 이 상황에서 연명 치료를 원하지 않는 의사 표현을 했을 것이라는 추정을 할 수 있으며, 이는 환자 자신이 자기결정권을 행사한 것으로 볼 수 있다”고 설명했다.

학적 결정에서 환자의 권리와 선택의 자유가 제일 우선되어야 한다는 것이다. 그러나 의학적 의사결정과정에서 '환자의 자율성 존중'이 중요한 개념이기는 하지만, 자율성에 대한 강조가 지니고 있는 문제점을 현재 많은 생명의료윤리학자들은 지적하고 있다.²⁾ 왜냐하면 의학적 결정은 결정과 결정의 주체에 초점을 갖고 있을 뿐만 아니라 의사결정의 전 과정(process)을 의미하는 것이기 때문이다. 이와 같이 과정으로서 의사결정을 해석한다면, 설명동의와 의사결정 사이에는 부분적인 중복이 가능하다.³⁾ 그러므로 의사결정에서 환자의 자율성 존중이 지켜지기 위해서는 의사가 환자에게 정확하고 상세한 정보를 제공하는 것이 선행되어야만 하는 것이다. 만일 의사의 환자에 대한 설명동의(informed consent)가 잘 지켜지지 않는 상황에서 환자의 자기결정권이 강조된다면, 이때 의학적 의사결정과정에서 '환자의 자율성'은 그다지 중요한 역할을 하지 못할 것이며 심지어 무의미한 것이 될 수 있을 것이다. 또한 의사결정과정에서 환자의 총체적 삶에 큰 영향을 미치는 가족의 역할도 적절히 고려되어야만 할 것이다.

그러므로 의학적 결정을 과정으로 이해할 때 치료선택(treatment options)은 의사결정과정에서 중요한 관심이 된다. 그러나 여기서 주목해야할 점은 의학적 의사결정은 단순한 문제 해결(problem solving)과는 구별되어야 한다는 것이다. 문제해결은 환자가 현재 직면하고 있는 문제점을 확인하고 환자에 대한 치료선택 목록을

찾는 것을 의미한다.⁴⁾ 그러나 의사결정과정에서 대부분의 환자는 의사가 문제해결자의 역할을 맡는 것을 당연한 것으로 여기기 때문에 자신은 문제해결의 역할보다는 최선의 치료 선택에 더 큰 관심을 갖게 된다. 이러한 점에서 의학적 의사결정과정은 단순한 이론(theory)의 적용이 아니라 구체적인 상황에서의 치료선택을 포함하는 임상적인 개념(clinical concept)으로 이해되어야만 한다. 임상적인 개념으로 본 의학적 결정 방식은 환자의 가치관, 의사의 의무와 역할, 환자의 자율성 그리고 의학적 결정 과정에 참여하는 사람의 범위와 참여 정도에 따라 다른 형태를 취한다. 그러므로 다양한 방식의 의학적 의사결정과정에서 제일 핵심이 되는 요소는 결국 누가 치료선택의 결정주체가 되어야만 하며 어떠한 방식의 결정 과정이 요청되는가이다. 실제로 의학적 의사결정과정은 문화와 지역에 따라 다르게 나타난다. 그래서 의사결정 과정에서 어떤 사람들이 참여할 수 있고 그리고 어느 정도까지 참여할 수 있는가에 대해 문화와 지역에 따라 다르게 접근할 필요가 있다.⁵⁾

이에 본 논문에서는 암 환자를 대상으로 하여 의료현장에서 실제로 치료결정이 어떻게 이루어지고 있는가, 구체적으로 누가 치료결정의 주체가 되어야 할 것이며, 질병과 치료법에 대한 설명 여부 그리고 치료결정시에 고려되어야 할 가치와 어려웠던 점을 조사·분석함으로써 우리 사회에서 요청되는 적절한 의학적 의사결정방식을 정립하기 위한 토대를 마련해 보고자 한다.

2) Engelhardt HT. Morality, Universality, and Particularity: Rethinking the Role of Community in the Foundations of Bioethics, Julia Tao ed. Cross-Cultural Perspectives on the (Im)Possibility of Global Bioethics, London : Kluwer Academic Publishers, 2002 : 19.

3) Schäfer C. Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey, Support Care Cancer 2006 ; Spring-Verlag 14 : 955.

4) Schäfer C. 앞의 글. 2006 : 955.

5) 이에 대한 자세한 내용은 다음의 논문을 참조하라. 이상목. 의료윤리의 비교문화적 접근방법: 의학적 의사결정을 중심으로. 한국의료윤리교육학회지 2007 ; 10(1) : 23-32.

II. 대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 방사선종양과에 방사선 치료를 받기 위해 최초로 내방한 악성종양 환자와 그 보호자를 대상으로 2008년 3월부터 7월까지 부산지역의 3개 대학병원 - 동아의료원, 부산대학병원, 인제백병원 - 에서 첫 치료를 받기 이전에 설문조사를 실시하였다.

설문대상자 선정기준은 1. 방사선 치료를 아직 시작하지 않은 치료대상자, 2. Eastern Cooperative Oncology Group(ECOG) scale 0~2인 사람, 3. 악성질환이 있는 사람, 4. 18세 이상의 친인척을 동반한 사람, 5. 설문에 응할 의사가 있는 사람이다. 그리고 설문대상자 배제 기준은, 1. 뇌종양이 있는 사람, 2. 뇌에 종양이 전이된 사람, 3. 정상적인 판단 능력을 갖고 있다고 판단하기 어려운 사람이다.

연구를 위한 설문에 응답한 총 응답자 수는 환자, 보호자 각각 147명으로 함께 294명이다. 이러한 응답자 수는 본 연구가 시험연구(pilot study)로서 충분한 의의를 가질 수 있음을 보여준다고 할 수 있다. 하지만 본 연구를 바탕으로 차후에 환자와 보호자뿐 아니라 의사, 간호사 등의 의료진을 포함한 더 넓은 범위의 설문조사연구가 진행될 필요가 있을 것으로 보인다.

2. 연구 방법

본 연구를 위해 사용된 전체 설문지 문항은 환자용으로 8문항이고, 환자 가족용으로 11문항이다. 처음의 세 문항은 질환과 치료법에 대해 충분한 설명이 이루어졌는가를 묻는 질문이다. 다음 두 문항은 치료법에 대한 결정주체에 대한 질문이다. 그리고 나머지 두 문항은 치료 결정을 내릴 때 고려해야 할 중요한 가치들과 어려웠던

점을 묻는 문항이다. 마지막 문항에서 인구통계학적 특성을 물었다. 여기서 가족용 문항이 환자용 문항 보다 3문항이 많은 것은 암환자에게 질환을 설명하지 않는 이유와 설명할 적절한 시기를 묻는 문항을 포함시켰기 때문이다.

III. 연구결과

설문에 대하여 환자와 보호자가 응답한 내용을 함께 표로 만들어 제시하고, 이에 대한 분석을 실시하였다. 설문지의 문항에 따라 다소의 무응답이 발생하였으므로 각 문항에서 무응답은 제외한 후 각 항목에 대한 응답비율을 구하였다. 또한 환자에 대해서는 인구통계학적 특성, 즉, 성별, 학력별, 연령대별로 응답 경향의 차이가 있는지 분석하였다.

1. 인구통계학적 특성

환자의 인구통계학적 특성, 즉 성별, 연령별, 학력별로 보았을 때 환자들이 비교적 고르게 분포하고 있음을 알 수 있다. 환자의 경우, 남자보다 여자가 다소 많은 56.4%였으며, 학력은 중졸, 고졸, 대재 이상이 각각 1/3 정도였다. 연령별로 보면 30대가 6.9%로 적었으며, 60대가 약 30%로 가장 많았다. 환자의 인구통계학적 특성을 요약해 보면 <표 1>과 같다.

보호자의 인구통계학적 특성은 <표 2>에 나타내었다. 성별은 구성비에 있어 환자와 큰 차이를 보이지 않으며, 연령은 환자보다 평균 10살 정도 적은 46.6살이고, 학력은 환자보다 높아서 대재 이상이 가장 많은 47.5%를 점하고 있다. 환자와의 관계를 보면 부부인 경우가 52.7%이고 자식인 경우가 32.8%이며 며느리와 사위가 6.1%를 차지하고 있다.

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

〈표 1〉 환자의 인구통계학적 특성

	구 분	빈도	백분율
성별	남자	61	43.6
	여자	79	56.4
	무응답	7	-
연령	30대	9	6.3
	40대	30	21.1
	50대	35	24.6
	60대	42	29.6
	70대 이상	26	18.3
	무응답	5	-
학력	중졸 이하	43	30.7
	고졸	54	38.6
	대재, 대퇴, 대졸 이상	43	30.7
	무응답	7	-

〈표 2〉 보호자의 인구통계학적 특성

	구 분	빈도	백분율
성별	남자	61	43.3
	여자	80	56.7
	무응답	6	-
연령	30대	43	30.5
	40대	36	25.5
	50대	43	30.5
	60대 이상	19	13.5
	무응답	6	-
환자와의 관계	남편	36	27.5
	아내	33	25.2
	딸	24	18.3
	아들	19	14.5
	며느리	6	4.6
	형제간	4	3.1
	사위	2	1.5
	어머니	2	1.5
	기타	5	3.8
	무응답	16	-

학력	중졸 이하	16	11.5
	고졸	57	41.0
	대재, 대퇴, 대졸 이상	66	47.5
	무응답	8	-

2. 질환에 대한 설명 청취 여부

질환에 대한 설명 청취 여부에 대한 결과는 <표 3>과 같다.

환자 중 2/3에 해당되는 66.7%가 자기의 질환에 대해 상세하게 설명을 들었고 24.3%가 개략적으로 들었다고 답하여 긍정적인 응답이 90%를 넘어서고 있음을 알 수 있다. 질환의 특성상 60대 이상이 50% 가량 되는 점을 고려할 때 악성 종양인 경우라 하더라도 대부분의 환자들이 질환에 대해 설명을 들었다고 보아도 큰 무리가 없을 것이다.

<표 3> 질환에 대한 설명 청취 여부

구분	상세하게 들었다	개략적으로 들었다	별로 듣지 못했다		무응답
			전혀 듣지 못했다	전혀 알지 못했다	
환자 (백분율)	96 (66.7)	35 (24.3)	11 (7.6)	2 (1.4)	3
보호자 (백분율)	95 (66.0)	46 (31.9)	3 (2.1)	0 (0.0)	3

보호자의 경우, 환자와 큰 차이를 보이지는 않으나 개략적으로 들었다는 비율이 환자에 비해 7.6%p 높고 부정적인 응답이 그에 비하여 적음을 알 수 있다.

환자의 경우, 성별에 따른 차이는 없었으나 연령대별로 보면 70대 이상에서만 부정적인 응답이 30%를 넘어서고 있다. 학력별로 보면 중졸 이하 19.1%, 고졸 이하

7.5%, 대재/퇴, 대졸 이상 2.4%로써 학력이 낮을수록 질환에 대한 설명 청취 여부에 대한 부정적인 응답이 높다.

보호자만을 대상으로 환자가 자신의 질환에 대해서 알고 있는지를 물었을 때의 결과는 <표 4>와 같다. 긍정적인 응답비율이 91.0%로 환자에게 자신의 질환에 대해 알고 있는지를 물었을 때의 긍정적인 응답비율과 정확히 일치하고 있다. 위의 문항에 부정적인 응답을 한 보호자의 비율이 낮아서, 부정적인 응답을 한 이유를 묻는 질문에 대한 응답자 수는 13명에 불과하다. 그러나 부정적인 응답을 한 이유를 참고로 살펴본다면, '충격을 받을 것 같아서 질환에 대해 환자에게 알려주지 않았다'는 응답이 10명으로 다수였다.

<표 4> 질환 설명의 환자 청취 여부에 대한 보호자 응답

구분	상세히 알고 있다	개략적으로 알고 있다	잘 알지 못하고 있다		전혀 알지 못하고 있다	무응답
			전혀 알지 못하고 있다	전혀 알지 못하고 있다		
빈도	89	42	10	3	3	3
(백분율)	(61.8)	(29.2)	(6.9)	(2.1)	-	-

3. 치료법에 대한 설명 청취여부

치료법에 대한 설명 청취 여부에 대한 결과는 <표 5>와 같다. 환자 중 64.4%가 치료법에 대해 상세한 설명을 들었고, 25.3%가 개략적으로 들었다고 답하여 긍정적인

한국의료윤리학회지 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

응답이 90% 정도로 치료법에 대해서도 대부분의 환자가 설명을 들었음을 알 수 있다.

보호자를 보면 환자와 큰 차이를 보이지 않으나 개략적으로 들었다는 비율이 환자에 비해 6.9% 높음을 알 수 있다.

환자의 경우, 성별로는 여성의 긍정적인 응답률이 92.4%로 남성의 85.2%보다 7.2%p 높았다. 연령대별로 보면 60대 이하에서는 부정적인 응답률이 모두 10% 이하로 낮았지만 70대 이상에서는 부정적인 응답률이 42.3%로 상대적으로 높았다.

〈표 5〉 치료법에 대한 설명 청취 여부

구분	빈도	상세	개략적	별로	전혀	무응답
		하게	으로	듣지	듣지	
		들었다	들었다	못했다	못했다	
환자	빈도 (백분율)	94 (64.4)	37 (25.3)	14 (9.6)	1 (0.7)	1 -
보호자	빈도 (백분율)	91 (63.6)	46 (32.2)	6 (4.1)	0 (0.0)	4 -

학력별로는 중졸 이하 20.9%, 고졸 이하 9.3%, 대재/퇴, 대졸 이상 2.3%로 학력이 낮을수록 부정적인 응답이 높는데 이 역시 질환에 대한 청취 여부와 비슷한 양상을 보이는 것이다. 그런데 학력과 연령은 서로 교락되어 있는 변수로 보는 것이 타당할 것이다.

4. 치료법에 대해서 알아야 할 사람(다중응답)

치료법에 대해 알아야 할 사람에 대한 질문의 결과는 〈표 6〉과 같다.

거의 대다수에 해당되는 85.7%가 환자 자신이 치료법에 대해 알아야 한다고 응답하였는데, 이것은 환자의 응답으로서는 당연한 것으로 보인다. 그 외 절반 이상이 환

자가족이 알아야 한다고 응답하였으며, 친지라고 응답한 사람이 5.4%였다

〈표 6〉 치료법에 대해 알아야 할 사람(다중응답)

구분	빈도 (백분율)	환자자신	환자가족	친지(친척 또는 친구)
		환자	126 (85.7)	85 (57.8)
보호자	114 (77.6)	107 (72.8)	6 (4.1)	

보호자의 경우 치료법에 대해 환자가 알아야 한다는 비율이 환자의 응답률에 비해 8.1%p 낮았지만 환자가족이 알아야 한다는 비율은 환자의 응답률에 비해 15.0%p 높게 나타났는데, 이것 또한 보호자의 입장에서는 당연한 반응으로 보인다.

환자의 응답을 인구통계학적으로 살펴볼 때 성별에 따른 차이는 크지는 않았지만, 여자의 경우 환자 자신과 환자 가족이 알아야 한다는 응답이 남자에 비해 5%p 가량 높았고 친지가 알아야 한다는 비율이 남자가 5%p 가량 높았다. 연령대별로 보았을 때 본인이 알아야 한다고 응답이 30, 40대는 100%, 50, 60대는 80%였지만 70대에서는 65.4%로 상대적으로 낮게 나타났다. 환자 가족이 알아야 한다는 응답은 30대에서는 약 90%, 그 외 연령층에서는 50%대였다. 학력은 높을수록 본인이 알아야 한다고 대답한 비율이 높았지만, 이는 앞의 두 설문 응답과 마찬가지로 연령과 교락되어 있는 것으로 보인다.

5. 치료법을 결정할 사람(다중응답)

치료법을 결정할 사람에 대한 결과는 〈표 7〉과 같다. 이 설문은 치료법을 정하는 데 있어서 누가 결정 주체가

되어야 하는가를 묻는 것이다. 이에 대해 환자 자신이 그러한 권한을 갖고 있다고 응답한 비율이 80%가 넘었으며, 환자 가족 또는 의사로 응답한 비율도 50% 가량 되었다. 하지만 친지가 치료법을 결정해야 한다고 응답한 사람은 거의 없었다.

〈표 7〉 치료법을 결정할 사람(다중응답)

구분	환자 자신	환자 가족	의사	친지 (친척 또는 친구)
환자 빈도 (백분율)	119 (81.0)	77 (52.4)	71 (48.3)	2 (1.4)
보호자 빈도 (백분율)	115 (78.2)	99 (67.3)	74 (50.3)	1 (0.7)

보호자의 응답 또한 앞의 응답과 비슷한 양상을 보인다. 즉, 환자가족이 결정해야 한다는 응답률이 15%p 정도 높고 환자가 결정해야 한다는 응답률은 다소 낮다.

환자의 응답을 성별로 보면 여자가 환자 자신으로 응답한 비율이 남자보다 10%p 정도 더 높은 86.1%로 나타난 반면 남자의 경우 환자 가족으로 응답한 비율이 여자보다 10.9%p 더 높은 59.0%였다. 연령대별로 보면 30, 40대에서는 환자 자신이라는 응답이 50%를 넘었으나 50, 60대에서는 40%대였고 70대 이상에서는 40% 이하로 줄었다. 환자 가족이라는 응답은 40, 50대에서는 각각 43.3% 45.7%로 상대적으로 낮았고, 30대에서는 66.7%, 60대 57.1%, 70대 이상은 57.7%로 상대적으로 높았다. 학력으로 보면 중졸 이하에서 환자 자신이라고 응답한 비율이 74.4%로 고졸이나 대재 이상의 90%대보다 훨씬 낮게 나타났지만 역시 연령과 교락되어 있을 것으로 본다.

6. 치료법에 대한 최종적 결정을 내려야 할 사람

치료법에 대한 최종적 결정을 내려야 할 사람에 대한 결과는 〈표 8〉과 같다. 치료법에 대해 상충되는 의견을 갖고 있을 때 최종적으로 누가 결정해야 할 것인지를 묻는 이 설문에 대한 환자의 응답에서 환자 스스로가 결정해야 한다고 답한 사람은 거의 절반에 가까운 47.2%였다. 다음으로 의사가 결정해야 한다는 응답이 38.4%였고 환자 가족은 14.4%였다.

보호자의 응답에서도 환자가 최종적으로 결정해야 한다는 응답률은 환자의 응답률과 거의 같았다. 그러나 의사라고 응답한 사람의 비율은 7.1%p 낮았고 반면 환자 가족이라고 응답한 비율은 7.3%p 높았다. 보호자의 입장에서 충분히 보일 수 있는 반응으로 생각된다.

〈표 8〉 치료법을 최종 결정해야 할 사람(다중응답)

구분	환자 자신	환자 가족	의사	친지 (친척 또는 무응답 친구)
환자 빈도 (백분율)	59 (47.2)	18 (14.4)	48 (38.4)	0 (0.0)
보호자 빈도 (백분율)	54 (47.0)	25 (21.7)	36 (31.3)	0 (0.0)

환자의 응답을 살펴볼 때 성별로는 큰 차이가 없으며, 연령대별로 보았을 때, 환자 자신이 최종적인 결정을 내려야 한다는 응답비율이 30, 40대에서는 50%대, 50, 60대에서는 40%대, 70대에서는 30%대였다. 환자 가족이라는 응답은 70대 이상에서는 30%를 넘어선다. 50대의 경우에는 의사가 최종적인 결정을 내려야 한다는 응

■ **한국의료윤리학회지** 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

답비율이 46.7%로, 환자 자신이라는 응답비율 43.3%보다 높았다.

학력에 따라서 살펴보면 중졸 이하의 경우 의사라고 응답한 비율이 고졸, 대졸의 40%대에 비해 상대적으로 낮은 27.0%였고 가족이라고 응답한 비율은 상대적으로 높아서 21.6%였다.

7. 치료와 관련된 결정을 내릴 때 중요하게 고려했던 사항(순위)

치료와 관련된 결정을 내릴 때 중요하게 고려했던 사항에 대한 결과는 <표 9>와 같다. 환자의 응답에서 건강회복이 최우선이라는 응답은 1순위에서 50% 이상의 응

<표 9> 치료와 관련 결정을 내릴 때 중요 고려사항

구분	환자				보호자			
	1순위	1순위	1순위	점수(순위)	1순위	1순위	1순위	점수(순위)
신앙	16 (11.4)	1 (0.7)	3 (2.2)	53 (6)	8 (5.7)	1 (0.7)	3 (2.1)	29 (8)
통증경감	20 (14.3)	22 (15.8)	10 (7.2)	114 (2)	32 (22.7)	21 (15.0)	10 (7.1)	148 (2)
건강회복	73 (52.1)	35 (25.2)	10 (7.2)	299 (1)	79 (56.0)	26 (18.6)	11 (7.9)	300 (1)
직장생활	1 (0.7)	5 (3.6)	4 (2.9)	17 (9)	1 (0.7)	2 (1.4)	3 (2.1)	10 (9)
가족	12 (8.6)	25 (18.0)	14 (10.1)	100 (3)	9 (6.4)	21 (15.0)	16 (11.4)	85 (4)
신체기능 유지	5 (3.6)	24 (17.3)	27 (19.6)	90 (4)	4 (2.8)	35 (25.0)	21 (15.0)	103 (3)
삶의 질	5 (3.6)	15 (10.8)	20 (14.5)	65 (5)	3 (2.1)	14 (10.0)	22 (15.7)	59 (6)
수명연장	3 (2.1)	5 (3.6)	25 (18.1)	44 (8)	5 (3.5)	12 (8.6)	31 (22.1)	70 (5)
병원비	5 (3.6)	7 (5.0)	23 (16.7)	52 (7)	0 (0.0)	8 (5.7)	23 (16.4)	39 (7)
성생활	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (1.4)	2 (10)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (10)
무응답	7 -	8 -	9 -		6 -	7 -	7 -	

답률을 보이고 있는데 이는 치료관계로써의 의료의 본질을 고려해 볼 때 당연한 것으로 보인다. 질병의 특성 상 통증 경감이 두 번째로 중요하게 고려된 사항이었으며, 다음으로는 가족, 신체기능 유지, 삶의 질 신앙, 병원비 등을 고려하는 것으로 나타났다. 보호자의 경우 가장 중요하게 고려한 사항이 건강회복, 통증 회복인데 세 번째, 네 번째는 환자의 응답과 순위가 뒤바뀌어서 신체기능 유지, 가족 순이었다. 이 역시 가족의 응답으로 이해될 수 있는 것으로 보인다.

환자의 응답을 성별로 보면 남녀 모두에서 건강회복이 가장 중요한 고려 사항이었지만 다음 고려사항으로 남자는 통증경감, 신체기능 유지, 가족 순이었고, 여자는 가족, 통증경감, 신체기능 유지의 순이었다. 연령대 별로 보았을 때 모든 연령대에서 건강회복이 가장 중요한 사항이었고 30, 40, 50대에서는 두 번째로 가족을 들고 있으나 60, 70대는 통증경감을 들고 있다. 학력별로 보면 두 번째로 중졸, 고졸은 고통경감을, 대재 이상은 가족을 들고 있으며 통증경감은 5번째로 순위가 낮다.

8. 치료와 관련된 결정을 내릴 때 어려웠던 점(다중응답)

마지막으로 치료와 관련된 결정을 내릴 때 어려웠던 점에 관한 질문의 결과는 <표 10>과 같다. 치료와 관련된 결정을 내릴 때 어려웠던 점으로 환자의 경우 의학 지식의 부족을 가장 많이 들고 있으며 다음으로는 육체적 고통과 치료결과의 불확실성 그리고 경제적 고려를 들고 있다. 보호자의 응답을 살펴보면 1순위는 환자와 동일한 의학 지식의 부족이지만 치료결과의 불확실성보다 육체적 고통을 더 힘들어 하고 경제적인 것 보다는 환자의 심리 상태를 더 어렵게 생각한다. 그러나 이것은 질병으로 고통 받는 환자를 지켜봐야 하는 보호자의 입장에서 나올 수 있는 당연한 응답의 결과로 생각되어진다.

환자의 응답에서는 성별에 관계없이 의학 지식의 부족을 가장 어려웠던 점으로 들고 있다. 그러나 2, 3순위로 남자는 치료결과의 불확실성과 경제적 고려를 들고 있으며 여자는 육체적 고통과 치료결과의 불확실성을 들고 있다. 그리고 거의 모든 연령대에서 의학지식의 부족을 가장 어려웠던 점으로 들고 있다. 연령별로 보았을 때

<표 10> 치료와 관련 결정을 내릴 때 어려웠던 사항

구분	의학 지식 부족	시간 부족	육체적 고통	가족에 대한 배려	종교적 신념	경제적 고려	심리적 상태	치료결과에 대한 불확실성	그 외	없음	
환자	빈도	81	22	60	33	2	56	42	60	3	11
	(백분율)	(55.1)	(15.0)	(40.8)	(22.4)	(1.4)	(38.1)	(28.6)	(40.8)	(2.0)	(7.5)
	순위	1		2	6		4	5	2		
보호자	빈도	76	23	73	17	0	43	51	58	7	8
	(백분율)	(51.7)	(15.6)	(49.7)	(11.6)	(0.0)	(29.3)	(34.7)	(39.5)	(4.8)	(5.4)
	순위	1	6	2			5	4	3		

■ **한국의료윤리학회지** 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

눈에 띄는 점은 20대는 시간부족을 타 연령층보다 높은 비율(44.4%)로 들고 있고 상대적으로 육체적 고통이라고 응답한 비율(22.2%)은 낮다. 반면 70대 이상에서는 시간 부족이나 심리적 상태라고 응답한 비율이 각각 7.7%로 낮은 응답률을 보였다.

IV. 고찰

본 연구의 목적은 치료결정권에 대한 조사·분석을 통해 우리 사회에서 요청하는 암환자의 의학적 결정 모델의 적절한 토대를 마련하고자 하는 것이다. 따라서 연구에 대한 구체적인 조사·분석에 앞서 일반적인 의학적 결정 모델에 대한 고찰이 선행되어야 할 것이다.

임상적 목적에서 볼 때, 의학적 결정은 환자에게 최선의 치료 행위를 선택하게 하는 중요한 개념이다. 특히 첨단의학기술의 발달로 인해 의료개입의 중요성이 더욱 증가하고 있는 오늘날의 의료상황에서 구체적으로 어떠한 의학적 의사결정방식을 채택하는가는 중요한 의미를 갖는다. 의학적 결정 방식은 학자에 따라 다르게 기술되나 대체로 다음과 같이 대별된다.

첫째, 부권주의(paternalism) 모델로서 의사가 환자를 위해 판단과 결정 모두를 수행하는 것을 말한다. 여기서 의사는 환자의 이익을 위한 관리인으로서, 환자의 선호와 무관하게 자신이 환자에게 최선이라고 생각하는 것을

행한다.⁶⁾ 둘째, 환자중심결정(patient centered decision-making) 모델로서 의사는 판단을 하지 않고 환자에게 결정을 위한 정보만을 제공하고 환자가 의사결정을 하는 것을 말한다. 환자중심 결정모델은 환자의 자율성을 존중해 준다는 장점을 갖고 있으나 이는 환자 자율성을 과도하게 강조하고 있다는 점에서 비판을 받고 있다.⁷⁾ 셋째, 공동결정(shared decision-making model) 모델로서 의사와 환자가 치료법을 공동으로 논의하고 결정을 하고, 의사는 그 결정을 수행하는 것이다. 공동결정 모델은 부권주의 모델과 환자중심결정 모델에 대한 비판적 대안으로서 제안된 것이다. 이것은 환자와 의사가 공개적으로 치료법에 대한 모든 대안들을 함께 논의한 후 의사결정을 하는 의사결정 모델이다.⁸⁾ 그러나 공동결정 모델의 경우, 의사와 환자의 논의가 중심이 되어 그 과정에서 환자 가족 참여의 중요성이 크게 부각되지 않는다. 넷째, 가족결정(family decision-making) 모델은 환자와 가족이 환자를 위한 치료 선택을 논의하고 의사결정을 할 수 있는 것으로 설명되어질 수 있다.⁹⁾ 실제로 환자의 질병과 치료 선택과 관리와 관련된 의학적 충돌 상황에서 가족 구성원들은 다양한 역할을 수행한다.¹⁰⁾

이러한 의학적 의사결정방식에 대한 이해를 바탕으로 본 연구의 결과를 고찰해 보면, 암환자의 치료 결정에 대한 환자와 가족의 인식에 있어 우리 사회는 크게 네 가지로 구분되는 특징을 보여준다.

6) Beauchamp TL & Childress JL. Principle of Biomedical Ethics(5th ed.). New York : Oxford University Press, 2001 : 171-185.

7) 이에 대한 자세한 논의는 다음의 논문을 참고하십시오. 이상목. 공동체에 기초한 생명의료윤리 접근법. 철학논총 2008 ; 52(2).

8) Charles C, Gafni A & Whelan T. Shared Decision-Making in The Medical Encounter. Soc Sci Med 1997 ; 44(5) : 681-692

9) family decision-making model이란 용어는 familial model, familistic model, family centered decision-making model이란 용어와 혼용하여 사용하고 있다. 이와 관련된 자세한 논의는 다음의 논문을 참조하십시오. Back MF & Chan YH. Family Centered Decision Making and Non-Disclosure of Diagnosis in South East Asian Oncology Practice. Psycho-Oncology 2005 ; 14 : 1052-1059; Blustein J. The Family in Medical Decisionmaking. The Hastings Center Report 1993 ; 23(3); Chan HM. Sharing Death and Dying: Advance Directives, Autonomy and The Family. Bioethics 2004 ; 18(2).

10) Charles C, Gafni A & Whelan T. 앞의 글. 1997 : 685.

첫째, 암환자의 의학적 결정에서 치료결정의 주체에 대한 조사 결과, 환자의 81%가 자신이 치료결정의 주체가 되어야 한다고 답하였고, 가족이라고 응답한 비율도 52.4%였다. 가족의 응답에서도 환자가 결정해야 한다는 비율이 78.2%이고 가족이 결정해야 한다는 응답률은 67.3%로 나타났다. 이러한 점에서 본다면, 우리나라 사람들은 치료법의 결정 주체로서 환자 자신은 물론이고 이 과정에서 가족에게도 중요한 역할을 부여하며, 그 다음으로 의사를 고려한다는 것을 알 수 있다. 이러한 사실에서 한국의 의료현장에서 암환자의 의학적 의사결정은 환자와 가족이 동시에 치료 결정의 주체가 되어야 할 것임을 보여준다. 그러나 가족 맥락 속에 환자의 의학적 결정이 중요한 의미를 지닌다는 것은 결정과 결정자에 초점을 맞춘 좁은 의미에서가 아니라 총체적인 의사결정과정 속에서 이해되어야 할 것이다.¹¹⁾ 치료결정에서 가족 구성원을 포함하는 것은 환자가 진단에 의해 받는 스트레스, 불확실한 치료결과에 대한 불안감 그리고 가족의 도움이 절대적으로 요구되는 심각한 질병 등의 경우에 특히 더 중요하다고 할 수 있을 것이다. 이런 점에서 환자의 치료결정은 가족의 참여 없이는 힘들 것이다.

둘째, 암환자의 의학적 결정과정에서 환자와 가족 혹은 가족과 의사 사이에 치료법에 대해 의견이 상충될 경우가 있을 때 최종결정자는 환자가 되어야 한다. 조사에 따르면, 치료법에 대해 상충되는 의견을 갖고 있을 때 최종적으로 누가 결정해야 할 것인가에 대해 환자와 가족 모두가 환자가 결정해야 한다고 답하였다. 앞서 제시한 바와 같이 환자와 보호자 모두 결정 주체로서 환자와 함께 가족을 포함시켰으나, 환자와 가족이 의견이 충돌한다면 환자 자신이 최종 결정자가 되어야 한다는 점을 명백하게 보여 준다. 그리고 최종적 결정자로 환자 다음의

순위로 의사를 가족보다 앞선 순위에 두고 있다.

여기서 우리가 주목해야 할 점은 환자는 비록 자신의 치료결정에 대한 권리를 가지고 있지만, 무엇보다도 최선의 결정을 내리기 위해서는 의학적 지식을 가진 의사의 도움을 절실히 바란다는 것이다. 이것은 치료와 관련된 결정을 내릴 때 중요하게 고려했던 사항 가운데 건강 회복이 최우선이라는 결과와 치료와 관련된 결정을 내릴 때 가장 어려웠던 점이 의학 지식의 부족이라는 것을 고려해 볼 때, 당연한 결과라고 할 수 있을 것이다. 다시 말해 의견 충돌시 환자와 가족 모두는 의사가 가지는 환자에 대한 정확한 의학적 정보가 치료결정을 내릴 때 중요한 역할을 할 수 있을 것으로 생각하고 있다는 것이다. 이러한 점에서 암환자의 치료결정권에 있어 의사 또한 중요한 의미를 가진다고 할 수 있을 것이다.

셋째, 위에서 제시한 의학 지식의 부족이 암환자의 치료결정권에 중요한 의미를 부여한다는 사실에서 의사에 의한 질병과 치료법에 대한 충분한 정보 제공이 의학적 결정과정에서 중요한 역할을 한다는 것을 알 수 있다.

사실 의료개입과 치료선택 그리고 인체실험연구에 있어서 환자나 실험대상자로부터의 설명동의(informed consent)는 필수적인 조건이다. 설명동의는 진료행위나 실험 과정에서 발생할 수 있는 피해로부터 환자나 실험대상자를 보호하는데 그 목적이 있다. 설명동의는 “의사가 환자와 가족에게 중요한 정보 - 치료방법과 그 방법 자체의 위험 및 결정을 내리는 것에 관련된 모든 정보 - 를 실질적으로 알려줄 의무가 있다.”¹²⁾는 것이다.

그러나 설문조사에서 치료결정을 내릴 때 어려웠던 점으로 환자와 가족 모두가 의학적 지식의 부족을 가장 많이 들고 있다는 사실과 환자의 24.3%, 가족의 31.9%가 질환에 대해 개략적으로 들었다고 답하고 있고, 환자

11) Schäfer C, et al. 앞의 글. 2006 : 955.

12) 김일순 외. 의료윤리의 네 원칙. 서울 : 계축문화사, 1999 : 35.

『한국의료윤리학회지』 제12권 제1호(통권 제21호): 2009년 3월

중 9% 정도가 전혀 설명을 듣지 못했다는 사실은 설명 동의(informed consent)가 충분하게 이루어지지 않은 것으로 보인다. 치료법 정보제공 여부에 대해서도 환자 25.3%, 가족 32.2%가 개략적으로 들었다고 답하고 있고, 환자 중 10.3% 정도가 설명을 듣지 못했다고 응답하고 있는 것으로 보아 질환에 대한 설명 청구 여부에서와 마찬가지로 치료법의 설명에 있어서도 설명동의가 충분하게 이루어지지 않은 것으로 보인다. 그리고 치료법을 알아야 할 대상으로 환자의 85.7%가 자신이 치료법에 대해 알아야 하고 57.8%가 가족도 알아야 한다고 응답하고 있다. 그리고 가족의 경우 77.6%가 환자가 알아야 하며, 72.8%가 가족도 알아야 한다고 응답하였다. 여기서 환자나 가족 모두가 치료법에 대한 상세한 정보를 필요로 하고 있다는 사실이다.

또한 설문 결과에서 나타나듯이, 암환자의 의학적 결정과정에서 치료법에 대한 상충되는 의견을 갖고 있을 때, 최종적인 결정 주체에 대한 질문에서 환자를 1순위로, 그리고 그 다음 순위로 의사를 가족보다 앞선 순위에도 두고 있다. 이것은 암환자와 같이 심각한 질병을 가진 환자의 경우, 환자와 가족 모두가 그에 대한 치료 결정을 내릴 때 의사의 의학적 정보의 중요성을 인식하고 이를 필요로 하고 있다는 것을 보여준다고 할 수 있겠다. 따라서 이러한 점에서 질병에 대한 충분한 정보 제공은 의학적 의사결정에 있어 필수적인 사항임을 알 수 있다.

넷째, 암환자를 위한 치료결정시에 중요한 가치는 환자 자신의 삶의 질과 가족이 고려되어야 할 것이다. 치료 결정을 내릴 때 고려해야 할 중요한 가치로 환자와 가족 모두의 응답에서 건강회복과 통증경감 그리고 신체기능 유지와 같은 삶의 질을 중요한 고려사항으로 보고 있다. 이와 같이 삶의 질 유지가 치료결정에 중요한 사항임을 암시하고 있는 것으로 보아 의료개입과 치료선택에서 생명존중의 윤리가 강조되고 있는 현실에서 인간의 삶의

질에도 관심을 보여야 할 것이다. 그리고 환자들은 가족과 달리 치료결정의 중요한 가치로 가족을 3순위로 보고 있는 점도 눈여겨 볼 필요가 있다. 이것은 암환자들이 치료결정시 가족을 중요한 가치로 여기고 있음을 드러내고 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구 결과를 통해 우리나라에서의 암환자의 치료 결정에 대한 환자와 가족의 인식을 요약해 보면 다음과 같다.

첫째, 의학적 결정에서 치료결정의 주체는 환자와 함께 가족이 되어야 한다. 둘째, 의학적 결정과정에서 환자와 가족 혹은 가족과 의사 사이에 치료법에 대해 의견이 상충될 때 최종결정자는 환자가 되어야 한다. 하지만 이 과정에서 환자의 치료결정을 위해 의사와 가족의 조력이 매우 중요한 의미를 가진다. 셋째, 환자가 최종결정자가 되기 위해서는 의사에 의해서 질병과 치료법에 대한 충분한 정보가 제공되어야 한다. 넷째, 환자를 위한 치료결정시에 중요한 가치는 환자 자신의 삶의 질과 동시에 그 가족의 삶도 고려되고 있다. 이는 결국 환자의 치료결정 과정에서 가족에게 중요한 의미를 부여할 수 있다는 것이다.

결론적으로 우리 사회 역시 암환자의 의학적 결정과정에서 치료결정자는 환자가 되어야 한다는 사실에는 다른 사회와 크게 다르지 않다. 그러나 그와 동시에 우리나라 사람들은 가족의 역할에 대해 중요한 의미를 부여하며, 가족 역시 자신의 가족 구성원을 위한 결정에 참여하고자 하는 바람이 큰 것으로 나타난다. 이러한 사실로부터 우리나라 사람들은 우리나라에 적합한 암환자의 의학적 결정 모델로서 앞서 제시한 일반적 의사결정모델 가

운데 환자와 가족이 치료결정을 하는 가족결정 모델을 선호하고 있는 것으로 추정된다. 이러한 결과는 가족주의적 문화적 배경을 가지고 있는 우리 사회의 특성과 더불어 가족은 고통 받고 있는 환자를 가장 잘 이해할 수 있으며 환자를 위한 최선의 것이 무엇인가를 파악할 수 있을 것이라는 믿음을 바탕으로 하고 있는 것으로 보인다. 그리고 치료결정에서 “환자와 가족의 이익이 도덕적으로 동등하게 취급되어야 한다”¹³⁾는 점을 강조한 Hardwig의 주장도 경청할 필요가 있다. 이 외에도 치료결정권을 가진 환자가 여전히 치료결정과정에서 의사에게 중요한 역할 부여를 하고 있다는 점도 눈여겨 볼 수 있다.

이상과 같이 본 논문은 암환자를 대상으로 하는 조사 연구를 통하여 우리 사회가 요청하는 암환자의 의학적

결정방식으로 가족결정모델이 적절한 것이라는 결과를 도출해 내었다. 그러나 연구자는 시험연구(pilot study)로서의 본 연구가 갖는 한계로 인해 가족결정모델이 우리사회에 적합한 치료결정의 모델인가와 그것의 구체적인 과정에 대한 더 많은 논의가 필요함을 지적한다. 이에 본 연구결과를 바탕으로 환자와 보호자뿐만 아니라 의사, 간호사 등의 의료진을 포함한 더 넓은 범위의 설문조사 통한 보다 구체적인 연구가 진행될 필요가 있을 것이다. **ME**

색인어

의학적 의사결정, 가족결정, 치료결정, 설명동의

13) Hardwig J. what about the Family? Hastings Center Report 1990 ; 10(2) : 7.

The Process of Medical Decision-making for Cancer Patients

Lee Sang-Mok*, Kim Seongyeon**, Lee Hyung-Sik***

○ Abstract

Purpose: This study was performed to evaluate the perception and attitudes of cancer patients regarding medical decision-making.

Method: A clinical survey was conducted using questionnaires consisting of 8 items for cancer patients and 11 items for dependents. Both patients and dependents were interviewed. Two hundred and ninety-four people (147 pairs) participated in this survey. The results of the survey were evaluated to see how attitudes concerning medical decision-making differ.

Results: The majority of both patients and dependents (more than 90% for each group) gave positive answers to the question of whether the doctor explained the patient's condition. Also, the majority of both patients and dependents (approximately 90%) were informed about treatment options. Fifty eight percent of the patients and 73% of dependents think that the family is entitled to be informed about the course of treatment and treatment options. In response to the question of which person should decide the course of treatment in the case of disagreement, about 47% of patients and dependents think that the patient should decide, but 14% and 22%, respectively, think that the family should. When making decisions regarding treatment, both patients and dependents consider that improvement in health is the main consideration, followed by the alleviation or avoidance of pain. The lack of information and the pain of the patient are the source of most difficulties.

Conclusion: The survey results show that the majority of both cancer patients and their family members think that family members are entitled to be informed of treatment options and have a right to make decisions regarding treatment. The survey also indicates that the majority of patients and family members believe that patients themselves should make treatment decisions in the event of disagreements between patients and family members.

○ Keywords

Medical decision-making, Family decision-making, Informed consent, Treatment decisions

* Department of Ethics, College of Humanities, Dong-A University: Corresponding Author

** Department of Management Information System, College of Business, Dong-A University

*** Department of Radiation Oncology, College of Medicine, Dong-A University