

대학생들의 공동의사결정(Shared Decision Making) 참여 선호도에 대한 인식 및 태도 조사: 부산 소재 2개 대학을 중심으로*

이수현**, 한홍식***, 장철훈****, 박병규*****, 김성수*****

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

지난 30년간 의료윤리학자들은 환자를 이롭게 하고 환자의 건강을 증진시키는 데에 관심을 가졌으나, 최근에는 환자의 자율성을 중시하는 환자중심 진료(patient-centered care)에 초점을 맞추고 있다.¹⁾ 환자중심 진료의 핵심은 환자의 선택을 강화하고 환자의 자율성을 강조하고자 하는 것으로 변화된 의료윤리학적 시각을 크게 반영하고 있다.²⁾ 이러한 변화로 인해 기존의 의료의사결정 패러다임인 선행의 원칙(benefi-

cence)과 가부장주의(paternalism)는 자율성 존중의 원칙(respect for autonomy)으로 대체되었다.³⁾ 미국의 경우, 환자보호와 보건의료의 질 향상을 위한 대통령 자문위원회(President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, 1998)에서 공동의사결정(shared decision making, SDM)이라는 개념을 최초로 도입하여, 의사가 자율성 존중의 원칙을 의료 현장에서 보다 체계적으로 이행할 수 있도록 하였다.⁴⁾

Patient-Centered Primary Care Collaborative (PCPCC, 2006)에서도 윤리적 진료 원칙을 제정하여 공동의사결정의 중요성을 부각시켰

*이 논문은 부산대학교 자유과제 학술연구비(2년)에 의하여 연구되었음.

교신저자: 김성수, 부산대학교 의학전문대학원 인문사회학교실, 051-510-8036, tigerkss@pnu.edu

** 부산대학교 대학원 의학과 인문사회학전공 박사과정 *** 부산대학교 윤리교육과 **** 부산대학교 의학전문대학원 진단검사의학교실

***** 고려대학교 의과대학 재활의학교실 ***** 부산대학교 의학전문대학원 인문사회학교실

1) Sullivan M. The new subjective medicine: taking the patient's point of view on health care and health, Soc Sci Med 2003 ; 56(7) : 1595-1604.

2) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent, Ann Intern Med 2004 ; 140(1) : 54-59.

3) Canterbury v Spence, 464 F.2d 772 (DC Cir. 1972). <http://www.stanford.edu/group/psylawseminar/Canterbury>.

4) President's Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry. Quality first: better health care for all Americans, <http://www.hcqualitycommission.gov/final>.

다. 즉, PCPCC는 환자에게는 의료의사결정 과정에 적극적으로 참여하도록 권장하고, 의사에게는 이러한 환자의 기대가 충분히 충족되었는가를 항상 확인하도록 요구하고 있다.⁵⁾ 이러한 조치는, 공동의사결정이 환자에 대한 의사의 윤리적 의무를 만족시킬 수 있게 하는 가장 효과적인 방법으로 인식되고 있음을 시사한다.⁶⁾ 이러한 시각에서 공동의사결정과 관련된 많은 연구가 국외에서 진행되고 있다. 예를 들어, 미국 국립의학연구소(Institute of Medicine)에서는 환자의 자율성을 강조하고, 의사와 환자가 치료 방법을 공동으로 결정할 것을 권고하고 있다.⁷⁾ 또한 다양한 대상과 질병에 대한 공동의사결정과 참여 선호도에 관한 연구가 진행되고 있으며, 이를 실제 임상분야에 적용하기 위한 방안이 연구되고 있다.⁸⁾

많은 연구결과에 따르면, 공동의사결정은 실

제로 환자에게 긍정적인 효과를 주는 것으로 나타났다. 예를 들어, 공동의사결정은 환자의 목표와 가치, 환자가 선호하는 치료방법 등을 바탕으로 의사와 환자 간의 합의된 진료방법을 도출해 내기 때문에, 환자의 의료서비스 이용 만족도를 향상시키는 데 도움이 되었다.⁹⁾ 또한 환자들의 치료계획에 대한 이해도가 높아지고, 처방지시 이행률이 향상되었으며,¹⁰⁾ 치료결과 역시 향상된 것으로 나타났다.¹¹⁾

최근 우리나라에서도 치료방법 결정에서의 환자 참여에 대한 관심이 높아짐에 따라 공동의사결정에 대한 연구들이 진행되고 있다. 한 연구에서는, 치료방법 결정에 적극적으로 참여하고 환자가 본인의 질병에 대해 충분히 설명할 기회를 가질수록, 환자의 의료서비스 이용 만족도가 증가하는 것으로 보고되었다.¹²⁾ 그러나 국내 연구는 공동의사결정의 이론적 고찰과 공동의사결정

- 5) Patient Centered Primary Care Collaborative. Joint principles of the patient centered medical home, <http://www.pcpcc.net/content/joint-principles-patient-centered-medical-home>.
- 6) Moulton B, King JS. Aligning ethics with medical decision-making: the quest for informed patient choice. *J Law Med Ethics* 2010 ; 38(1) : 85-97.
- 7) Institute of Medicine. The Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington DC: National Academy Press, 2001.
- 8) Flynn KE, Smith MA, Vanness D. A typology of preferences for participation in healthcare decision making. *Soc Sci Med* 2006 ; 63(5) : 1158-1169. Rüdell K, Myers L, Newman S. Preferences for involvement in medical decision making: comparing British and German views. *Psychol Health Med* 2006 ; 11(2) : 171-181. Charles C, Gafni A, Whelan T, et al. Cultural influences on the physician-patient encounter: The case of shared treatment decision-making. *Patient Educ Couns* 2006 ; 63(3) : 262-267. Peek ME, Tang H, Cargill A, et al. Are there racial differences in patients' shared decision-making preferences and behaviors among patients with diabetes? *Med Decis Making* 2011 ; 31(3) : 422-431.
- 9) Beaver K, Jones D, Susnerwala S, et al. Exploring the decision-making preferences of people with colorectal cancer. *Health Expect* 2005 ; 8(2) : 103-113. Hochlehnert A, Richter A, Bludau HB, et al. A computer-based information-tool for chronic pain patients: computerized information to support the process of shared decision-making. *Patient Educ Couns* 2006 ; 61(1) : 92-98. Keating NL, Guadagnoli E, Landrum MB, et al. Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement? *J Clin Oncol* 2002 ; 20(6) : 1473-1479. Schattner A, Bronstein A, Jellin N. Information and shared decision-making are top patients' priorities. *BMC Health Serv Res* 2006 ; 6 : 21.
- 10) Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002 ; 48(1) : 51-61. Roter DL, Hall JA, Merisca R, et al. Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Med Care* 1998 ; 36(8) : 1138-1161. Wahl C, Gregoire JP, Teo K, et al. Concordance, compliance and adherence in healthcare: closing gaps and improving outcomes. *Healthc Q* 2005 ; 8(1) : 65-70.
- 11) Goldstein MK, Clarke AE, Michelson D, et al. Developing and testing a multimedia presentation of a health-state description. *Med Decis Making* 1994 ; 14(4) : 336-344. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995 ; 152(9) : 1423-1433. Stewart M, Brown JB, Boon H, et al. Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prev Control* 1999 ; 3(1) : 25-30. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000 ; 51(7) : 1087-1110.
- 12) 서원식, 이채경. 의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향. *J Prev Med Public Health* 2010 ; 43(1) : 26-34.

에 영향을 미치는 요인, 공동의사결정에 따른 환자만족도에 대한 것이 대부분으로,¹³⁾ 실제 공동의사결정자들인 의사와 환자의 공동의사결정에 대한 태도와 이행 실태에 대한 연구는 제한적이라고 할 수 있다. 따라서 본 연구는 향후 다양한 대상들이 갖는 공동의사결정에 대한 인식과 태도를 비교·분석하기 위한 예비연구로서, 잠재적 환자이자 환자로서의 경험이 있는 대학생들의 공동의사결정에 대한 인식 및 태도와 치료결정 참여 선호도를 조사하고자 한다.

2. 용어의 정의

본 연구에서의 공동의사결정은 1) 환자중심의 진료(patient-centered care), 2) 환자 임파워먼트(patient empowerment), 3) 근거중심의 환자선택(evidence-based patient choice) 등을 포함하는 것으로,¹⁴⁾ 충분한 설명에 의한 동의(informed consent)에 국한된 환자 자율성에 대한 존중과는 달리 진료 전체 과정에서 환자의 자율적 참여와 선택에 초점을 둔 포괄적인 의미

이다. 다시 말해, 공동의사결정은 환자와 의사가 단순히 정보만을 공유하는 것이 아니라 진료방향 및 치료방법을 공동으로 결정하는 것을 의미한다.¹⁵⁾

따라서 본 연구에서의 공동의사결정의 조작적 정의는, 의사와 환자가 선호하는 치료방법을 서로 공유하고, 모든 치료방법 결정 과정에 공동으로 참여하며, 최종 선택한 치료방법에 대해 함께 동의하는 것을 의미한다.¹⁶⁾ 즉, 공동의사결정은 의사와 환자가 상호협력하에 질병 치료에 대한 정보를 충분히 공유한 뒤, 이를 바탕으로 치료방법의 결정을 내리는 것(informed decision)이므로, 환자의 자율성 존중의 원칙을 강화시키는 방법이라고 할 수 있다.¹⁷⁾

II. 대상 및 방법

1. 연구대상

본 연구는 부산지역 소재 2개 대학의 학부생 142명을 대상으로 실시하였다. 연구대상은 남

13) 김학선, 노인 암환자의 공유의사결정의 양상, 박사학위논문, 중앙대학교 대학원, 2009. 이상목, 김성연, 이형식, 암환자의 의학적 의사결정과정, 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(1) : 1-14. 백선경, 항암화학요법을 받는 환자들의 병에 대한 인지 정도가 의사결정 갈등과 삶의 질 변화에 미치는 영향, 박사학위논문, 경희대학교 대학원, 2009. 김명숙, 의사-환자 간 공유된 의사결정이 류마티스 질환자의 진료만족도에 미치는 영향, 석사학위논문, 한양대학교 공공정책대학원, 2010. 민현준, 군의료기관의 공유의사결정과 환자만족도, 박사학위논문, 경원대학교 대학원, 2010. 서원식, 이채경, 의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향, J Prev Med Public Health 2010 ; 43(1) : 26-34.

14) Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two or tango). Soc Sci Med 1997 ; 44(5) : 681-692. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999 ; 49(5) : 651-661. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999 ; 319(7212) : 766-771.

15) Whitney SN, McGuire AL, McCullough LB. A typology of shared decision making, informed consent, and simple consent. Ann Intern Med 2004 ; 140(1) : 54-59. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two or tango). Soc Sci Med 1997 ; 44(5) : 681-692. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Soc Sci Med 1999 ; 49(5) : 651-661. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 1999 ; 319(7212) : 766-771.

16) Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? BMJ 1999 ; 319(7212) : 780-782. Frosch DL, Kaplan RM. Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. Am J Prev Med 1999 ; 17(4) : 285-294. Jordan JL, Ellis SJ, Chambers R. Defining shared decision making and concordance: are they one and the same? Postgrad Med J 2002 ; 78(921) : 383-384.

17) Moulton B, King JS. Aligning ethics with medical decision-making: the quest for informed patient choice. J Law Med Ethics 2010 ; 38(1) : 85-97.

학생이 62명(43.7%), 여학생이 80명(56.3%)이었으며, 평균 연령은 23.62±1.95세였다. 연구대상자 중 1학년은 25명(10.6%), 2학년은 54명(38.0%), 3학년은 32명(22.5%), 4학년은 41명(28.9%)이었으며, 대부분의 학생들은 부산·울산·경상도 지역 출신이었다(n=138, 97.2%). 연구대상자들의 전공계열은 인문대학(n=20, 14.1%), 사회과학대학(n=32, 22.5%), 경영대학(n=21, 14.8%), 법과대학(n=2, 1.4%), 공과대학(n=16, 11.3%), 자연과학대학(n=6, 4.2%), 예술대학(n=17, 12.0%), 사범대학(n=18, 12.7%), 생활환경대학(n=5, 3.5%), 경제통상대학(n=5, 3.5%)으로 다양하게 분포되어 있었다. 또한 이들 중 입원을 한 경험이 있거나, 심각한 질병을 앓은 경험이 있는 학생은 57명(40.1%)이었다.

2. 연구방법

본 연구에서는 잠재적 환자이자 환자로서의 경험이 있는 대학생들의 공동의사결정에 대한 태도와 실태를 파악하였다. 설문지의 구체적인 변인은 1) 공동의사결정에 대한 대학생들의 전반적인 인식 및 태도, 2) 대학생들이 실제 의료행위를 경험하는 과정에서 느낀 공동의사결정의 실태, 3) 질병의 종류와 증상 정도에 따른 공동

의사결정 참여 선호도, 4) 공동의사결정의 장애요인 등의 총 4가지이다.

특히, 본 연구에서는 질병의 종류와 증상에 따른 공동의사결정 참여 선호도를 파악하기 위해 폐렴(pneumonia), 괴저(gangrene), 식도암(esophageal cancer), 당뇨병(diabetes)을 선택하여, 각 질병의 증세와 경과, 치료방법을 보기로 제시하였다. 본 연구에서 선택한 4가지 질병의 내용은 질병의 심각도와 중증도에 따라 임의로 구성하였다. 각 보기에서 폐렴의 증상은 경중이면서 급성질환으로, 괴저의 증상은 고위험질환으로, 식도암의 증상은 생명을 위협하는 질환으로, 당뇨병의 증상은 만성질환으로 구성하였다. 응답자들은 무작위로 선택된 하나의 질병에 대한 보기를 읽은 후, 자신이 해당 질병으로 진단받았다고 가정하게 된다. 그런 다음 응답자들은 해당 질병의 치료결정 참여에 대한 자신의 선호도를 답변하였다.

본 연구에 사용된 설문지는 공동의사결정에 대한 인식과 태도를 측정했던 기존의 연구에 근거하여 개발하였다. 설문지 변인 중 공동의사결정에 대한 대학생들의 인식 및 태도 부분은 Elwyn 등¹⁸⁾의 연구에서, 대학생들이 경험한 의료현장에서의 공동의사결정의 이행 실태 부분은 Elwyn 등¹⁹⁾과, Price-Haywood 등,²⁰⁾ Ommen 등,²¹⁾ 서원식과 이채경,²²⁾ Blundell 등²³⁾

18) Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, et al. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999 ; 319(7212) : 753-756.

19) Elwyn G, Edwards A, Wensing M, et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Qual Saf Health Care* 2003 ; 12(2) : 93-99. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 2005 ; 8(1) : 34-42.

20) Price-Haywood EG, Roth KG, Shelby K, et al. Cancer risk communication with low health literacy patients: a continuing medical education program. *J Gen Intern Med* 2010 ; 25 Suppl 2 : S126-S129.

21) Ommen O, Thuem S, Pfaff H, et al. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire. *Int J Public Health* 2011 ; 56(3) : 319-327.

22) 서원식, 이채경. 의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향. *J Prev Med Public Health* 2010 ; 43(1) : 26-34.

23) Blundell N, Taylor-Phillips S, Spitzer D, et al. Elective surgical referral guidelines: background educational material or essential shared decision making tool? A survey of GPs in England. *BMC Fam Pract* 2011 ; 12 : 92-100.

의 연구에서, 질병의 종류에 따른 공동의사결정 참여 선호도는 Deber 등²⁴⁾과 Benbassat 등,²⁵⁾ Sekimoto 등²⁶⁾의 연구에서, 공동의사결정의 장애요인 부분은 Elwyn 등²⁷⁾과 Peek 등²⁸⁾의 연구에서 사용된 설문지 내용을 수정·변안하였다.

본 설문지는 의대 임상교수 3명에게 내용 검토를 받았으며, 내용 타당도를 검증하기 위해 5명의 전문가로 이루어진 포커스 그룹에 인터뷰를 실시하였다. 포커스 그룹 인터뷰의 결과를 바탕으로 설문지를 수정·보완한 뒤, 5명에게 예비 연구를 실시하였다.

최종 설문지는 총 40문항이며, 각 문항에 대한 답변의 비율을 분석하였다. 또한 설문지는 문항의 성격에 따라 단일 응답과 Likert 5점 척도, 우선순위 정하기 등을 적절히 이용하여 연구 대상자의 생각을 자세히 파악할 수 있도록 구성하였다. 수집된 자료의 결과 분석은 PASW Statistics 18.0 버전을 통해 이루어졌으며, 각 변수의 특성에 따라 교차분석, 상관분석, 일원변량분석 등의 방법을 이용하였다. 분석 결과의 통계적 유의성은 유의수준 5% 미만으로 정하였다.

III. 결과

1. 공동의사결정에 대한 인식 및 태도

‘공동의사결정에 대해 들어본 적이 있는가’

에 대해 응답자의 77.5%(n=110)가 들어본 적이 없다고 답변하였다. 또한 ‘현재 우리나라의 의사-환자 관계’에 대해서는 응답자의 60.6%(n=86)가 가부장적인 관계²⁹⁾라고 생각하고 있었으며, 30.3%(n=43)는 소비자주의형 관계,³⁰⁾ 9.2%(n=13)는 갈등관계³¹⁾라고 답변하였다.

<표 1>은 ‘공동의사결정에 대한 인식 및 태도’를 분석한 것이다. <표 1>에 따르면, 응답자의 91.5%가 ‘치료방법을 결정할 때 의사는 환자를 참여시켜야 한다’고 보았으며(그렇다 50.7%, 매우 그렇다 40.8%), 76.0%는 ‘치료방법을 결정할 때 환자의 가족도 참여해야 한다’고 응답했다(그렇다 52.8%, 매우 그렇다 23.2%). 또한 응답자 94.4%는 ‘치료와 관련된 정보를 알려주는 것이 환자에게 도움이 된다’고 보았다(그렇다 34.5%, 매우 그렇다 59.9%). 응답자 중 80.3%는 ‘최종 치료방법은 의사와 환자가 함께 결정해야 한다’고 했으며(그렇다 28.2%, 매우 그렇다 52.1%), 66.2%는 ‘최종 치료방법의 결과에 대한 책임은 의사와 환자가 함께 져야 한다’고 보았다(그렇다 35.2%, 매우 그렇다 31.0%). 이를 통해 볼 때, 대부분의 응답자들은 치료방법 결정에 환자와 가족이 직접 참여하기를 원하며, 최종 치료방법을 의사와 공동으로 결정하기를 원하고 있었다. 또한 최종 치료결정에 대한 책임 역시 의사와 환자가 함께 지기를 원한다는 점을 알 수 있다.

24) Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? Arch Intern Med 1996 ; 156(13) : 1414-1420.
25) Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys, Behav Med 1998 ; 24(2) : 81-88.
26) Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan, BMC Fam Pract 2004 ; 5 : 1-10.
27) Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, et al. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars, BMJ 1999 ; 319(7212) : 753-756.
28) Peek ME, Wilson SC, Gorawara-Bhat R, et al. Barriers and facilitators to shared decision-making among African-Americans with diabetes, J Gen Intern Med 2009 ; 24(10) : 1135-1139.
29) 의사는 환자에게 가부장적이고, 환자는 수동적으로 의사의 지시를 따르는 관계.
30) 의사는 의료서비스의 제공자이고, 환자는 소비자로서 권리를 주장하는 관계.
31) 의사와 환자의 이해와 관심은 여러 가지 면에서 상충하고 있으며, 갈등적인 관계.

<표 1> 환자의 공동의사결정에 대한 인식 및 태도

단위: %(n)

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다
치료방법을 결정할 때, 의사는 환자를 참여시켜야 한다.	-	1.4 (2)	7.0 (10)	50.7 (72)	40.8 (58)
치료방법을 결정할 때, 환자의 가족도 참여해야 한다.	0.7 (1)	2.8 (4)	20.4 (29)	52.8 (75)	23.2 (33)
의사가 환자에게 치료와 관련된 정보를 알려주는 것은 환자에게 도움이 된다.	-	0.7 (1)	4.9 (7)	34.5 (49)	59.9 (85)
최종 치료방법은 의사와 환자가 함께 결정해야 한다.	0.7 (1)	-	19.0 (27)	28.2 (40)	52.1 (74)
최종 치료방법의 결과에 대한 책임은 의사와 환자가 함께 져야 한다.	0.7 (1)	4.9 (7)	28.2 (40)	35.2 (50)	31.0 (44)

<표 2> 질병에 대한 정보교환 실태

단위: %(n)

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다
의사는 나의 증상과 치료법, 혜택 등에 대한 전문적인 정보를 명확하게 제공했다.	6.3 (9)	33.8 (48)	40.8 (58)	16.2 (23)	2.8 (4)
의사는 질병을 치료할 수 있는 방법을 한 가지 이상 제시했다.	5.6 (8)	22.5 (32)	36.6 (52)	34.5 (49)	0.7 (1)
의사는 치료와 관련된 부작용에 대해 충분히 설명했다.	7.0 (10)	29.6 (42)	31.7 (45)	30.3 (43)	1.4 (2)
의사는 치료에 필요한 검사에 대해 충분히 설명했다.	1.4 (2)	31.7 (45)	33.8 (48)	29.6 (42)	3.5 (5)
의사는 진료 시 사진, 비디오 등의 다양한 자료를 이용해 질병에 대한 이해를 도왔다.	26.1 (37)	40.1 (57)	18.3 (26)	13.4 (19)	2.1 (3)
의사는 질병과 관련된 의학전문용어를 이해하기 쉽게 설명했다.	13.4 (19)	36.3 (52)	29.6 (42)	20.4 (29)	-
의사는 내가 질병과 관련된 정보를 제대로 이해했는지 확인했다.	23.2 (33)	43.0 (61)	23.2 (33)	10.6 (15)	-

2. 의료현장에서의 공동의사결정 이행 실태

1) 정보교환(information exchange)의 실태

<표 2>는 ‘실제 의료현장에서 공동의사결정

에 필수적인 질병에 대한 정보교환이 제대로 이루어지고 있는지’를 분석한 것이다. <표 2>에 의하면, 응답자의 19.0%만이 ‘의사들이 질병의 증상과 치료법, 혜택 등과 관련된 전문적인 정보를 제대로 제공했다’고 답변했다(그렇다 16.2%,

매우 그렇다 2.8%). ‘의사들이 질병에 대한 한 가지 이상의 치료방법을 제시했다’고 답변한 응답자는 35.2%뿐이었으며(그렇다 34.5%, 매우 그렇다 0.7%), ‘의사들이 치료와 관련된 부작용에 대해 충분히 설명한 경우’도 31.7%밖에 되지 않았다(그렇다 30.3%, 매우 그렇다 1.4%). 또한 ‘의사들이 치료에 필요한 검사에 대해 충분히 설명했다’고 답변한 경우도 33.1%에 불과했다(그렇다 29.6%, 매우 그렇다 3.5%). 즉, 응답자들은 질병과 관련된 정보에 대해 충분히 제공받지 못하고 있으며, 의사들이 이러한 사실을 간과하고 있다고 보았다.

또한 응답자의 15.5%만이 ‘진료상담 시 의사가 환자의 치료방법 결정에 도움을 주는 의사결정지원도구(decision aids)³²⁾를 사용했다’고 했으며(그렇다 13.4%, 매우 그렇다 2.1%), ‘의사

들이 질병과 관련된 의학전문용어를 쉽게 설명했다’고 답변한 응답자 또한 20.4%뿐이었다(그렇다 20.4%, 매우 그렇다 0%). ‘질병과 관련된 정보를 본인이 제대로 이해했는지를 의사들이 확인했다’고 보고한 응답자는 10.6%에 불과했다(그렇다 10.6%, 매우 그렇다 0%).

2) 충분한 설명에 의한 동의(informed consent)에 대한 실태

<표 3>은 ‘의료현장에서 치료방법 결정 시 충분한 설명에 의한 동의가 이루어지고 있는 지’를 분석한 것이다. 표 3에 의하면, 응답자의 9.9%만이 ‘본인이 치료방법 결정에 참여하는 것을 의사들이 원했다’고 했으며(그렇다 9.9%, 매우 그렇다 0%), ‘의사가 각 치료방법의 장단점

<표 3> 충분한 설명에 의한 동의의 실태

단위: %(n)

	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다
의사는 치료방법 결정에 내가 적극적으로 참여하기를 원했다.	23.9 (34)	40.8 (58)	25.4 (36)	9.9 (14)	-
의사는 각 치료방법에 대한 장단점을 자세히 설명했다.	14.1 (20)	35.9 (51)	35.2 (50)	14.0 (20)	0.7 (1)
의사는 내가 치료방법 결정에 대해 충분히 생각할 수 있도록 시간적 여유를 주었다.	14.1 (20)	38.7 (55)	35.2 (50)	11.3 (16)	0.7 (1)
나는 의사가 제시한 치료방법에 대해 내가 어떻게 생각하는지를 이야기했다.	16.2 (23)	31.0 (44)	30.3 (43)	21.8 (31)	0.7 (1)
의사는 질병 치료와 관련된 추가질문이 있는지 확인하고, 있을 경우 그것에 대해 충분히 답변했다.	15.5 (22)	24.6 (35)	38.0 (54)	20.4 (29)	1.4 (2)
최종 치료방법 결정은 나와 의사의 동의하에 이루어졌다.	14.8 (21)	15.5 (22)	30.3 (43)	35.2 (50)	4.2 (6)
나는 최종 치료방법을 선택할 때 적극적으로 참여했다.	9.2 (13)	18.3 (26)	42.3 (60)	26.1 (37)	4.2 (6)

32) 질병 이해에 도움이 되는 사진이나 비디오 등의 자료.

을 자세히 설명해주었다'고 보고한 응답자 또한 14.7%뿐이었다(그렇다 14.0%, 매우 그렇다 0.7%). 응답자의 12.0%만이 '치료방법을 결정할 때 의사들이 본인에게 충분한 시간적 여유를 주었다'고 했으며(그렇다 11.3%, 매우 그렇다 0.7%), '의사가 제시한 치료방법에 대한 본인의 생각을 의사에게 이야기했다'고 답변한 응답자 역시 22.5%에 불과했다(그렇다 21.8%, 매우 그렇다 0.7%). 또한 응답자 중 21.8%만이 '질병치료와 관련된 추가질문을 의사가 확인하고 그에 대한 충분한 답변을 제공했다'고 보고하였다(그렇다 20.4%, 매우 그렇다 1.4%). 이를 통해, 응답자들은 질병치료에 필요한 다양한 정보를 제공받아 치료방법 결정에 적극적으로 참여하기를 원하지만, 실제 의료현장에서는 가부장적인 의사-환자 관계로 인해 응답자의 요구가 제대로 받아들여지지 않는 것으로 드러났다.

또한 응답자의 39.4%만이 '본인과 의사의 동의하에 최종 치료 방법을 결정했다'고 답변했다(그렇다 35.2%, 매우 그렇다 4.2%). 또한 '최종 치료방법 결정에 적극적으로 참여'한 응답자는 30.3%에 불과했다(그렇다 26.1%, 매우 그렇다 4.2%). 이는 치료방법 검토의 단계에서 의사들이 환자가 치료방법 결정에 참여하는 것을 원치

않았다는 것과 일맥상통하는 결과이다. 즉, 응답자들은 치료방법 결정 참여에 제한을 받으며, 그로 인해 치료방법 결정에 적극적으로 참여하지 못하는 것으로 드러났다.

3) 공동의사결정 관련 태도 간의 상관관계

<표 4>는 응답자들의 '공동의사결정의 태도 간의 상관관계'를 분석한 것이다. <표 4>에 의하면, 응답자들은 치료방법 결정에 환자가 참여해야 한다고 생각할수록 환자의 가족도 참여해야 하며($r=0.356, p<0.01$), 환자에게 질병과 관련된 정보를 알려주는 것은 도움이 된다고 보았다($r=0.433, p<0.01$). 그 뿐 아니라 치료방법 결정에 환자가 참여해야 한다고 생각할수록 최종 치료방법은 의사와 환자가 함께 결정해야 하며($r=0.366, p<0.01$), 치료결과에 대한 책임 역시 의사와 환자가 함께 져야 한다고 보았다($r=0.371, p<0.01$). 또한 응답자들은 치료와 관련된 정보를 환자에게 알려주는 것이 도움이 된다고 생각할수록 최종 치료방법은 의사와 환자가 함께 결정해야 하며($r=0.184, p<0.05$), 그에 따른 책임 역시 의사와 환자가 함께 져야 한다고 보았다($r=0.196, p<0.05$).

<표 4> 치료방법 결정 참여, 치료관련 정보 공개, 치료방법 결정, 치료결과의 책임 소재 간의 상관관계

	치료결정에 환자 참여	치료결정에 가족 참여	치료 정보는 환자 에게 도움이 됨	치료방법 공동 결정	치료결과는 공동 책임
치료결정에 환자 참여	1				
치료결정에 가족 참여	0.356**	1			
치료 정보는 환자에게 도움이 됨	0.433**	0.271**	1		
치료방법 공동 결정	0.366**	0.155	0.184*	1	
치료결과는 공동 책임	0.371**	0.121	0.196*	0.456**	1

4) 공동의사결정 관련 태도와 실제 진료경험에서의 치료결정에 대한 적극적 참여 정도 간의 상관관계

<표 5>는 응답자들의 ‘공동의사결정 관련 태도와 실제 진료경험에서의 치료결정에 대한 적극적 참여 정도 간의 상관관계’를 분석한 후, 통계적으로 유의한 결과를 분석한 것이다. <표 5>에 의하면, 응답자들은 입원을 하거나 심각한 질병을 앓은 경험이 있을수록, 치료방법 결정에 환자가 참여해야 하며($r=0.244, p<0.01$), 최종 치료방법 역시 환자가 결정해야 한다고 보았다($r=0.227, p<0.01$). 또한 공동의사결정에 대해 들어본 학생일수록, 최종 치료결정에 적극적으로 참여하고 있는 것으로 드러났다($r=0.199, p<0.05$).

3. 질병의 종류에 따른 공동의사결정 참여 선호도

1) 질병의 종류에 따른 공동의사결정 참여 선호도

본 연구에서는 질병의 종류에 따른 공동의사결정 참여 선호도를 알아보기 위해, 폐렴, 괴

저, 식도암, 당뇨병의 총 4가지 질병을 선택하였다. 대상자들은 무작위로 선택된 하나의 질병과 관련된 보기를 읽은 후, 해당 질병에 대한 공동의사결정 참여 선호도를 답변하였다. 전체 대상자 142명 중, 폐렴이 선택된 대상자는 40명(28.17%), 괴저가 선택된 대상자는 34명(23.94%), 식도암이 선택된 대상자는 35명(24.65%), 당뇨병이 선택된 대상자는 33명(23.24%)이었다.

<표 6>은 ‘질병 치료와 관련된 정보를 모두 알고 싶다’고 답변한 비율을 질병의 종류에 따라 분석한 것이다. <표 6>에 따르면, 응답자의 대부분이 질병의 종류에 관계없이 질병과 관련된 정보를 모두 알려주기를 원했다. ‘가능한 치료방법’은 폐렴 95.0%, 괴저 94.1%, 식도암 94.3%, 당뇨병 87.9%가, ‘질병의 증세와 경과’에 대해서는 폐렴 92.5%, 괴저 91.2%, 식도암 85.7%, 당뇨병 84.8%가 모두 알려주기를 원했다. 또한 ‘각 치료방법의 혜택과 부작용’은 폐렴 92.5%, 괴저 97.1%, 식도암 91.43%, 당뇨병 84.8%가, ‘각 치료방법의 치료 성공률과 부작용이 발생할 확률’에 대해서는 폐렴 92.5%, 괴저 97.1%, 식도암 85.7%, 당뇨병 84.8%가, ‘의사가 생각하

<표 5> 심각한 질병 경험, 공동의사결정 들어본 경험, 치료방법 결정 참여, 실제 진료경험에서의 치료결정에 대한 적극적 참여 정도 간의 상관관계

	심각한 질병 경험	SDM 들어본 경험	치료결정에 환자 참여	치료방법은 환자가 결정	실제 진료경험에서의 치료결정에 대한 적극적 참여 정도
심각한 질병 경험	1				
SDM 들어본 경험	0.040	1			
치료결정에 환자 참여	0.224**	0.078	1		
치료방법은 환자가 결정	0.227**	-0.087	0.257**	1	
실제 진료경험에서의 치료결정에 대한 적극적 참여 정도	-0.084	0.199*	0.150	0.070	1

<표 6> 질병 치료와 관련된 정보를 모두 알고 싶다고 답변한 비율 단위: %(n)

	폐렴	괴저	식도암	당뇨병
가능한 치료방법	95.0 (38)	94.1 (32)	94.3 (33)	87.9 (29)
질병의 증세와 경과	92.5 (37)	91.2 (31)	85.7 (30)	84.8 (28)
질병과 관련된 분야의 유명한 의사 이름	35.0 (14)	73.5 (25)	82.9 (29)	51.5 (17)
각 치료방법의 혜택과 부작용	92.5 (37)	97.1 (33)	91.4 (32)	84.8 (28)
각 치료방법의 치료 성공률과 부작용이 발생할 확률	92.5 (37)	33.0 (97.1)	85.7 (30)	84.8 (28)
의사가 생각하는 가장 효과적인 치료방법	90.0 (36)	97.1 (33)	91.4 (32)	90.9 (30)

<표 7> 질병 치료에 관련된 정보를 알릴 사람 단위: %(n)

	폐렴	괴저	식도암	당뇨병
나에게만 알려줘야 한다.	-	-	8.6 (3)	-
나에게 먼저 알리고, 가족들에게는 내가 허락한 정보만 알린다.	55.0 (22)	41.2 (14)	51.4 (18)	57.6 (19)
나와 가족 모두에게 정보를 알려줘야 한다.	42.5 (17)	55.9 (19)	37.1 (13)	36.4 (12)
가족들에게 먼저 알리고, 나에게는 가족들이 허락한 정보만 알린다.	2.5 (1)	-	2.9 (1)	6.1 (2)
가족에게만 알려줘야 한다.	-	2.9 (1)	-	-

는 가장 효과적인 치료방법'은 폐렴 90.0%, 괴저 97.1%, 식도암 91.4%, 당뇨병 90.9%가 모두 알고 싶다고 응답했다. 그러나 '질병과 관련된 분야의 유명한 의사 이름'에 대해서는 폐렴 35.0%, 괴저 73.5%, 식도암 82.9%, 당뇨병 51.5%가 관련 정보를 모두 알고 싶다고 답변했다.

본 연구에서는 '질병 치료와 관련된 정보들에 대해 알고 싶은 정도가 질병의 종류에 따라 차이가 있는지'를 알아보기 위해 일원변량분석을 실시하였다. 또한 각 문항의 평균이 질병의 종류에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는지를 알아보기 위해 사후검정(Gabriel's procedure)을 시행하였다. 그 결과 '질병과 관련된 분야의 유

명한 의사 이름'에 대한 평균이 폐렴과 괴저, 폐렴과 식도암 사이에서 유의미한 차이를 보였다($p < 0.05$). 즉, 응답자들은 질병의 종류에 관계없이 대부분의 정보를 모두 알고 싶어하지만, 질병과 관련된 분야의 유명한 의사는 대체로 질병의 정도가 심각할 경우(괴저, 식도암)에만 모두 알고 싶어 하는 것으로 드러났다.

<표 7>은 '질병치료를 대한 정보를 누구에게 알려줘야 하는가'에 대한 것이다. 응답자 중, 폐렴 55.0%, 괴저 41.2%, 식도암 51.4%, 당뇨병 57.6%가 '본인에게 먼저 알리고 난 뒤, 가족들에게는 본인이 허락한 정보만 알려야 한다'고 답변했다. 또한 응답자 중, 폐렴 42.5%, 괴저 55.9%, 식도암 37.1%, 당뇨병 36.4%가 '본인과 본인의

가족 모두에게 정보를 알려줘야 한다'라고 응답했다. 즉, 응답자의 대부분인 96.5%(n=137)가 질병과 관련된 모든 정보를 본인이 직접 듣고 싶어 했다.³³⁾ 이는 응답자들이 공동의사결정에 대한 인식 및 태도에서 치료와 관련된 정보를 알려주는 것이 환자에게 도움이 된다고 답변했던 부분과 일치하는 결과이다.

<표 8>은 '치료방법의 혜택과 위험요인에 대해 모두 알고 나면, 최종 치료방법은 누가 결정해야 하는가'에 대한 것이다. <표 8>에 의하면, 응답자 중 폐렴 70.0%, 괴저 61.8%, 식도암 80.0%, 당뇨병 66.7%가 질병에 관계없이 '본인과 가족, 의사가 공동으로 최종 치료방법을 결정해야 한다'고 답변했다. 또한 의사를 제외하고 치료방법을 본인이 결정할 것이라는 응답자³⁴⁾는 7.75%(n=11)밖에 없었으며, 모든 결정을 의사에게 위임하겠다는 응답자³⁵⁾는 한 명도 없었다. 이는 응답자들이 공동의사결정에 대한 인식 및 태도 부분에서 최종 치료방법 결정은 의사와 환자가 함께 결정해야한다고 했던 것과 일치하는 결과라고 할 수 있다.

'최종 선택된 치료방법을 제대로 이행했음

에도 불구하고 효과가 없을 경우에는 누가 책임을 져야 하는가'에 대해서는, 응답자의 상당수가 '이미 일어난 일에 대한 책임을 묻기보다는, 더 효과적인 치료방법을 찾아 치료에 최선을 다할 것'이라고 답변했다. 이에 대한 응답 비율을 질병의 종류에 따라 살펴보면, 폐렴이 70.0%(n=28), 괴저가 67.6%(n=23), 식도암이 68.6%(n=24), 당뇨병이 63.6%(n=21)이었다.

'의사가 권한 치료방법이 자신이 원하는 방법이 아니라면, 누구의 의견이 가장 중요한가'에 대해서는, 과반수 이상의 응답자들이 질병에 관계없이 '나의 의견이 가장 중요하다'라고 답변했다. 그 중에서 폐렴은 72.5%(n=29), 괴저는 55.9%(n=19), 식도암은 60.0%(n=21), 당뇨병은 57.6%(n=19)로, 경증이면서 급성질병인 폐렴의 경우가 다른 질병에 비해 자신의 의견이 더 중요하다고 응답했다.

2) 질병의 종류에 따른 환자의 역할 선호도

질병의 종류에 따른 환자의 역할 선호도는 기존의 선행연구를 바탕으로 분석하였다. 환자의 역

<표 8> 최종 치료방법의 결정 단위: %(n)

	폐렴	괴저	식도암	당뇨병
나 혼자서 결정한다.	-	2.9 (1)	2.9 (1)	-
나와 가족이 결정해야 한다.	7.5 (3)	14.7 (5)	2.9 (1)	-
나와 의사가 결정해야 한다.	15.0 (6)	8.8 (3)	8.6 (3)	27.3 (9)
가족과 의사가 결정해야 한다.	7.5 (3)	11.8 (4)	5.7 (2)	6.1 (2)
나와 가족, 그리고 의사가 모두 함께 결정해야 한다.	70.0 (28)	61.8 (21)	80.0 (28)	66.7 (22)
의사 혼자서 결정해야 한다.	-	-	-	-

33) '나에게만 알려줘야 한다', '나에게 먼저 알리고, 가족들에게는 내가 허락한 정보만 알린다', '나와 가족 모두에게 정보를 알려줘야 한다'에 답변한 응답자.

34) '나 혼자서 결정한다', '나와 가족이 결정해야 한다'에 답변한 응답자.

35) '의사 혼자서 결정해야 한다'에 답변한 응답자.

할 선호도는 ‘치료방법의 혜택과 위험요인에 대해 모두 알고 나면, 누가 최종 치료방법을 결정해야 하는가’의 응답 내용에 따라 분류하였다. ‘적극적인’ 역할을 선호하는 응답자는 ‘나 혼자서 결정한다’, ‘나와 가족이 결정해야 한다’에 답변한 학생들이며, ‘협력적인’ 역할을 선호하는 응답자는 ‘나와 의사가 결정해야 한다’, ‘나와 가족, 의사가 모두 함께 결정해야 한다’에 답변한 학생들이다. 또한 ‘수동적인’ 역할을 선호하는 응답자들은 ‘가족과 의사가 결정해야 한다’, ‘의사 혼자서 결정해야 한다’에 답변한 학생들이다.³⁶⁾ 본 연구 대상자들의 역할 선호도를 살펴보면, ‘적극적인’ 역할을 선호하는 응답자들은 7.7%(n=11)이었고, ‘협력적인’ 역할은 84.5%(n=120), ‘수동적인’ 역할은 7.7%(n=11)이었다. 이를 통해 볼 때, 본 연구의 대상자들은 대부분 협력적인 역할을 선호한다는 사실을 알 수 있다.

‘질병의 종류에 따른 환자 역할 선호도’를 분석해 보면, 응답자들은 질병의 종류에 관계없이 대부분 ‘협력적인’ 역할을 선호하는 것으로 드러났다. 그 중에서도 폐렴은 85.0%(n=34), 괴저는 70.6%(n=24), 식도암은 88.6%(n=31), 당뇨병은 93.9%(n=31)가 ‘협력적인’ 역할을 선호했다. 이것은 응답자들이 공동의사결정의 인식 및

태도에서 치료방법을 결정할 때 환자와 환자 가족을 참여시켜야 하고, 최종 치료방법을 함께 결정해야 한다고 했던 것과 일치하는 결과이다.

<표 9>는 대상자의 역할 선호도에 따라 ‘의사가 권한 치료방법이 자신이 원하는 것이 아니라면, 누구의 의견이 가장 중요한가’를 분석한 것이다. <표 9>에 따르면, 응답자들은 역할 선호도에 관계없이 대부분 ‘나의 의견이 가장 중요하다’고 답변했다. 이는 질병의 종류에 관계없이 본인의 의견이 가장 중요하다고 응답했던 부분과 일치하는 결과이다. ‘나의 의견이 가장 중요하다’고 답변한 학생들을 역할 선호도에 따라 자세히 살펴보면, ‘적극적인’ 역할을 선호하는 응답자는 90.9%, ‘협력적인’ 역할을 선호하는 응답자는 60.8%, ‘수동적인’ 역할을 선호하는 응답자는 62.0%로, ‘협력적인’ 역할을 선호했던 응답자의 응답 비율이 가장 낮게 나타났다.

3) 질병의 종류에 따른 가족 참여 선호도

질병의 종류에 따른 가족 참여 선호도 또한 환자 역할 선호도를 분류했던 문항인 ‘치료방법의 혜택과 위험요인에 대해 모두 알고 나면, 누가 최종 치료방법을 결정해야 하는가’의 응답 내용

<Table 9> 역할 선호도에 따른 치료방법 결정에 중요한 역할을 담당하는 사람 단위: %(n)

	적극적인 역할	협력적인 역할	수동적인 역할
나의 의견이 중요하다.	90.9 (10)	60.8 (73)	62.0 (5)
가족의 의견이 중요하다.	9.1 (1)	7.5 (9)	18.2 (2)
의사의 의견을 그대로 따른다.	-	31.7 (38)	36.4 (4)

36) Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? Arch Intern Med 1996 ; 156(13) : 1414-1420. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys, Behav Med 1998 ; 24(2) : 81-88. Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan, BMC Fam Pract 2004 ; 5 : 1-10.

에 따라 분류하였다. ‘가족의 참여를 원하는’ 응답자는 ‘나와 가족이 결정해야 한다’, ‘가족과 의사가 결정해야 한다’, ‘나와 가족, 의사가 모두 함께 결정해야 한다’에 답변한 학생들이다. ‘가족의 참여를 원하지 않는’ 응답자는 ‘나 혼자서 결정한다’, ‘나와 의사가 결정해야 한다’, ‘의사 혼자서 결정해야 한다’에 답변한 학생들이다.³⁷⁾

‘질병 종류에 따른 가족 참여 선호도’를 분석해 보면, 응답자 대부분은 질병의 종류에 관계없이 ‘가족이 참여’하기를 원했다. 질병의 종류에 따라 가족이 참여하길 원한다고 답변한 비율을 자세히 살펴보면, 폐렴이 85%(n=34), 괴저가 88.2%(n=30), 식도암이 88.6%(n=31), 당뇨병이 72.7%(n=24)이었다. 이것 역시 응답자들이 공동의사결정에 대한 인식 태도에서 치료방법을 결정할 때 환자의 가족도 함께 참여해야 한다고 했던 것과 일치하는 결과이다.

4. 공동의사결정의 장애요인

응답자들은 ‘공동의사결정의 장애요인’으로 28.2%(n=40)가 ‘질병의 증세와 경과에 대한 정보 부족’을 꼽았다. 그 다음으로는 ‘치료방법 결정 자체가 의사의 고유 권한이기 때문에(25.4%, n=36)’, ‘의사와의 진료 시간 부족(19.0%, n=27)’, ‘의학전문용어에 대한 낮은 이해도(15.5%, n=22)’, ‘의사가 환자에게 참여할 기회를 주지 않는 것(12.0%, n=17)’ 순으로 나타났다.

응답자들은 ‘의사가 공동의사결정을 주저하는

이유’로, 45.1%(n=64)는 ‘환자는 질병에 대한 지식이 부족하여, 치료방법 결정에 환자를 참여시켜도 도움이 되지 않을 것이라고 생각하기 때문’이라고 답변했다. 그 다음으로는 ‘환자를 참여시킬 경우, 환자가 원하는 방법만을 고집할 것 같아서(22.5%, n=22)’, ‘환자의 참여로 인한 진료시간 연장에 대한 부담감 때문에(21.1%, n=30)’, ‘환자와 커뮤니케이션하는 능력의 부족 때문에(7.7%, n=11)’, ‘환자가 참여를 원하지 않을 것 같다고 생각해서(3.5%, n=5)’의 순서로 드러났다.

IV. 고찰

본 연구는 대학생들의 공동의사결정에 대한 인식과 태도를 조사한 것이다. 본 연구에 따르면, 대학생들의 77.5%는 공동의사결정에 대해 들어본 적이 없으며, 60.6%는 현재 우리나라의 의사-환자 관계가 가부장적인 관계라고 생각하고 있었다. 이를 통해, 우리나라에서는 공동의사결정에 대한 개념이 생소하고, 실제로 이러한 과정이 이행되고 있는 경우가 드물며, 의료현장에서 의사중심의 진료(doctor-centered care)가 아직까지 많이 이루어지고 있다고 볼 수 있다.³⁸⁾

응답자의 91.5%는 치료방법을 결정할 때 환자가 직접 참여하길 원하며, 80.3%는 최종 치료방법을 의사와 환자가 함께 결정해야 한다고 보았다. 하지만 응답자의 요구와는 달리 의사들이 치료방법 결정에 참여하는 것을 원했던 경우는 9.9%에 불과했다. 이는 본 연구의 대상자들이 의료현장에서 자율성 존중의 원칙이 제대로 이행되지 않고

37) Deber RB, Kraetschmer N, Irvine J. What role do patients wish to play in treatment decision making? Arch Intern Med 1996 ; 156(13) : 1414-1420, Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys, Behav Med 1998 ; 24(2) : 81-88, Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan, BMC Fam Pract 2004 ; 5 : 1-10.

38) Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, et al. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars, BMJ 1999 ; 319(7212) : 753-756.

있다고 생각한다는 것을 보여주는 결과이다.

응답자의 19.0%만이 진료상담 시 질병의 증상과 치료법, 혜택 등과 관련된 전문적인 정보를 제대로 제공받았으며, 의료진들에 의해 치료방법과 치료와 관련된 부작용에 대한 설명을 명확히 제공받은 응답자 역시 35.2%뿐이었다. 또한 진료상담 시 의사결정지원도구를 사용한 경우는 10.6%이었으며, 의학전문용어를 쉽게 설명한 경우도 20.4%에 불과했다. 이러한 결과는 국외 선행연구와도 일치하는 부분이다.³⁹⁾

응답자들이 의사로부터 치료방법에 대한 장단점을 자세히 제공받은 경우는 14.7%뿐이었으며, 치료방법 결정에 대해 충분히 생각할 여유를 준 경우도 12.0%에 불과했다. 의사가 제시한 치료방법에 대한 본인의 의견을 의료진에게 이야기한 응답자 또한 22.5%뿐이었다. 그리고 응답자의 30.3%만이 최종 치료방법 선택 시 적극적으로 참여했다고 보고했다. 국내 선행 연구에서도 환자들이 질병의 진단과 검사 및 치료결정 과정에 적극적으로 의견을 표현하고 참여하는 비율은 매우 낮은 것으로 드러났다.⁴⁰⁾ 이러한 결과는 의료현장에서 충분한 설명에 의한 동의(informed consent)가 제대로 이루어지지 않고 있다는 것을 보여준다고 할 수 있다.

질병 치료와 관련된 정보를 묻는 문항에서는 질병의 정도가 심각할수록 그 분야의 유명한 의사에 대해 모두 알고 싶어 하는 응답자의 비율이 급격히 증가하였다. 이는 의료에 대한 왜곡된 국민 의식의 한 단면을 보여주는 것이다. 다시 말

해, 심각한 질병일수록 질병 치료와 관련된 혜택과 부작용, 그리고 수술 후 관리가 더 중요함에도 불구하고, 유명한 전문가에게 치료를 받지 않으면 회복할 수 없다는 환자들의 일반적인 불안 심리가 본 연구의 대상자들에게도 강하게 작용한 것으로 보인다.

응답자의 96.5%는 질병치료와 관련된 정보를 직접 듣기를 원했다. 이러한 결과는 대학생들의 자율성 존중의 원칙에 대한 의식이 상당히 높다는 것을 보여주는 것이라고 할 수 있다. 특히 본 연구의 대상자들은 질병의 종류에 관계없이 자신에게 질병과 관련된 정보를 먼저 알고, 가족들에게는 본인이 허락한 정보만을 알려야 한다고 생각하는 경향이 강했다. 그러나 국외 연구에 의하면, 환자들은 중증일수록 본인과 가족 모두에게 관련 정보를 동등하게 알려줘야 한다고 보고하였다.⁴¹⁾ 이렇듯 선행연구와 상반된 결과 나타난 이유는 질병과 관련해서 가족들에게 걱정을 끼치고 싶지 않아 하는 우리나라 문화의 특징이 반영된 것으로 볼 수 있다. 다시 말해, 질병에 대해 되도록 주변에 알리지 않고 스스로 해결하여, 자신의 질병 간호로 인해 가족이 고통 받는 것을 원하지 않는 환자들의 심리가 대학생들에게도 반영되어 본 연구의 결과에 영향을 미친 것으로 보인다. 또한 이러한 결과는 질병치료와 관련된 정보는 가족일지라도 본인의 동의 없이 알려줘서는 안 된다는 의료윤리의 ‘비밀 지키기’에 대한 대학생들의 생각 또한 크게 반영된 것으로 보인다.

39) Elwyn G, Edwards A, Wensing M, et al. Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement, *Qual Saf Health Care* 2003 ; 12(2) : 93-99. Price-Haywood EG, Roth KG, Shelby K, et al. Cancer risk communication with low health literacy patients: a continuing medical education program, *J Gen Intern Med* 2010 ; 25 Suppl 2 : S126-S129. Ommen O, Thuem S, Pfaff H, et al. The relationship between social support, shared decision-making and patient's trust in doctors: a cross-sectional survey of 2,197 inpatients using the Cologne Patient Questionnaire, *Int J Public Health* 2011 ; 56(3) : 319-327.

40) 안경애, 김정은, 강민아 등. 의료과오 감소를 위한 환자의 자기보호행동 및 의사결정 참여. *보건행정학회지* 2006 ; 16(3) : 70-85.

41) Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan, *BMC Fam Pract* 2004 ; 5 : 1-10.

응답자들 대부분이 질병의 종류에 관계없이 최종 치료방법은 본인과 가족, 의사가 모두 함께 결정해야 한다고 응답했다. 또한 응답자들은 질병의 종류에 상관없이 '협력적인' 역할을 선호하며, 가족이 치료방법 결정에 참여하기를 원했다. 이러한 결과가 나온 이유는, 본 연구의 대상자들이 20대 초·중반의 대학생들이었기 때문이다. 일반적으로 나이가 어리고 교육수준이 높을수록, 환자들은 치료방법 결정에 직접 참여하기를 원하는 것으로 알려져 있다.⁴²⁾ 결국 본 연구의 대상자들 또한 질병 치료에 있어 가족들의 영향을 많이 받는 20대 초반이고 현재 고등교육을 받고 있는 대학생이므로, 일반 환자를 대상으로 한 연구보다 치료결정에 공동으로 참여하기를 원하는 비율이 높게 나온 것으로 보인다.

대부분의 응답자들은 최종 선택한 치료방법이 효과가 없을 경우, 그에 대한 책임을 누군가에게 묻기보다 더 효과적인 치료방법을 찾아 치료에 전념한다고 답변했다. 이러한 결과는 기존의 연구와는 일치하지만,⁴³⁾ 본 연구에서 응답자들이 최종 치료방법의 결과에 대한 책임은 의사와 환자가 함께 져야한다고 응답했던 부분과는 상충된다. 이는 의료사고나 의료오류 등의 심각한 문제가 아니라면, 책임 소재를 따지기보다는 자신의 건강을 회복하기 위해 당장 급한 치료를 우선적으로 해결하고자 하는 환자들의 태도가 본 연구의 대상자들에게도 반영된 것으로 볼 수 있다.

응답자들은 질병의 종류나 역할 선호도에 관계없이 의사가 권한 치료방법이 자신이 원하는

방법이 아니라면 본인의 의견을 가장 중요하게 반영하겠다고 답변했다. 국외 선행연구에 의하면, 환자들은 의사가 권한 치료방법이 자신이 원하는 것이 아니더라도, 전문가인 의사의 의견을 가장 중요시 한다고 보고하고 있다.⁴⁴⁾ 이는 의사들이 환자의 치료보다는 자신의 개인적인 이익을 위해 필요 이상의 치료를 권할 것이라는 의사들에 대한 불신감이 본 연구의 대상자들에게 팽배해 있기 때문으로 보인다. 따라서 의사에 대한 편견과 불신감을 회복할 수 있는 방안을 모색해야 할 것이다.

응답자의 28.2%는 공동의사결정의 장애요인으로 질병의 증세와 경과에 대한 정보 부족을 들었으며, 25.4%는 치료방법 결정은 의사의 고유 권한이기 때문에 공동으로 참여하기가 꺼려진다고 응답했다. 또한 응답자의 45.1%는 환자들은 질병과 관련된 지식이 부족하므로 치료결정에 환자를 참여시켜도 도움이 되지 않을 것이라고 생각하여 의사들이 환자를 참여시키지 않는 것 같다고 답변했다. 이러한 결과는, 의료현장에서 자율성 존중의 원칙의 핵심 내용인 질병치료와 관련된 충분한 정보 제공이 제대로 이루어지지 않고 있다는 점을 보여준다.

V. 결론 및 제언

본 연구결과에서 알 수 있듯이, 응답자들은 질병의 치료과정에 본인과 가족이 참여하기를 원하며, 최종 치료방법의 결정과 그에 대한 책임

42) Blanchard CG, Labrecque MS, Ruckdeschel JC, et al. Information and decision-making preferences of hospitalized adult cancer patients. *Soc Sci Med* 1988 ; 27(11) : 1139-1145. Degner LF, Sloan JA. Decision making during serious illness: what role do patient really want to play? *J Clin Epidemiol* 1992 ; 45(9) : 941-950. Ende J, Kazis L, Ash A, et al. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989 ; 4(1) : 23-30.

43) Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract* 2004 ; 5 : 1-10.

44) Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract* 2004 ; 5 : 1-10.

역시 의사와 환자가 함께 지기를 원했다. 또한 질병과 관련된 다양한 정보들을 본인에게 직접적으로 이야기해주기를 원하며, 그와 관련된 다양한 정보를 공유할 수 있기를 원했다. 그 뿐 아니라 응답자의 대부분이 질병의 종류에 관계없이 치료와 관련된 다양한 정보를 모두 알고 싶어했으며, 치료 방법 결정에 있어서도 협력적인 역할을 선호했다. 이처럼 응답자들은 공동의사결정에 대한 요구가 높은 편이며, 의사-환자 관계가 수평적인 관계로 바뀌기를 원하고 있었다. 이러한 결과는, 대학생들은 의사로부터 질병과 관련된 충분한 정보를 제공받아 환자 선택을 강화하고 이를 통해 그들의 자율성이 존중되기를 원한다는 것을 시사해 준다. 또한 이들은 자기 질병에 대한 의사결정은 의사와 공유하기를 기대한다. 이처럼 대학생들은 환자가 자율적으로 참여할 수 있는 의료윤리의 새로운 패러다임을 의사가 반영하여 의사의 윤리적 의무를 다해 주기를 원하고 있었다. 그러나 의사들은 이러한 현실을 따라가지 못하고 있다. 따라서 의사들은 대학생들이 가진 환자로서의 기대를 충족시켜 의사의 윤리적 의무를 이행할 수 있도록 노력해야 한다.

본 연구의 논의를 바탕으로, 공동의사결정에 대한 대학생들의 요구를 수용할 수 있는 방안을 제안하고자 한다. 첫째, 의사는 진료상담 시 환자의 자율성을 최대한 존중해야 한다. 의사는 환자에게 질병치료와 관련된 정보를 충분히 제공해야 하며, 환자 또한 자신의 질병에 관한 정보를 의사에게 정확히 전달하는 적극적인 자세를 가져야 한다. 결국, 공동의사결정은 의사가 환자의 자율성을 존중하는 윤리적 의무를 다할 때 제

대로 이행될 수 있을 것이다. 그러나 환자의 자율성을 존중한다는 것이 모든 결정권은 환자에게 맡기고, 의사는 정보의 중립적 제공자에 머물러야 된다는 것은 아니다. 일반적으로 환자들은 의사의 의견이 전체 치료결정 과정의 한 부분으로서 남아있기를 원한다. 따라서 환자의 자율성 존중은 어떤 정보가 그들에게 적합한가를 알고자 하는 환자들의 욕구를 존중하고, 환자들이 그들의 치료방법 결정 과정에 얼마나 참여하기를 원하는지를 파악하여 이를 충족시키는 것을 의미한다.⁴⁵⁾

둘째, 의사와 환자 간의 효율적인 커뮤니케이션이 이루어져야 한다. 공동의사결정은 의사와 환자의 대화를 통해 이루어지며, 의사의 설명에 대한 환자의 이해 정도와 밀접한 관계를 맺고 있다.⁴⁶⁾ 만약 환자가 진료과정을 정확하게 이해하지 못한다면 최종 치료방법을 결정하는 데 있어서도 어려움을 겪을 것이며, 치료의 효과와 의료서비스 이용 만족도 또한 떨어지게 될 것이다. 그러므로 공동의사결정에서는 무엇보다 의사와 환자 간의 효율적인 커뮤니케이션이 전제되어야 하며, 그렇게 될 때 환자의 의사에 대한 신뢰도 역시 증가하게 될 것이다. 그러므로 환자의 이야기에 경청하고 환자의 눈높이에 맞춘 진료상담을 통해 의사와 환자가 모두 함께 만족할 수 있는 치료방법을 찾을 수 있도록, 이와 관련된 교육을 강화해야만 한다.

셋째, 현재의 의사-환자 관계를 재정립해야 할 필요가 있다. 본 연구에서도 알 수 있듯이, 현재 대학생들은 의사와 환자의 관계를 가부장적인 관계로 인식하고 있으며, 의사의 권위적인 태도에 많은 불편함을 느끼고 있었다. 환자의 치료순

45) Moulton B, King JS. Aligning ethics with medical decision-making: the quest for informed patient choice. *J Law Med Ethics* 2010 ; 38(1) : 85-97.

46) 서원식, 이체경. 의사와 환자 간 공유된 진료의사결정이 환자만족도에 미치는 영향. *J Prev Med Public Health* 2010 ; 43(1) : 26-34.

응도를 높이고, 처방지시 이행률을 높이기 위해서는 의사의 전문가로서의 권위가 중요한 것이 아니라, 수평적인 관계에서 서로의 의견을 논의하는 것이 필요하다. 즉, 환자가 가지고 있는 신체적 증상만이 아닌 사회적·심리적 상황까지 함께 파악했을 때, 환자의 치료 성공률과 의사에 대한 신뢰도 및 만족도가 높아진다는 점을 되짚어 봐야 할 것이다. 의사들은 이러한 방안을 실행하는 것이 그들의 의료윤리적인 의무임과 동시에, 이것이 곧 환자중심 진료와 환자의 치료적 효과 향상에 기여하게 되는 것이라는 인식의 전환이 필요하다.

그러나 본 연구는 대학생들의 공동의사결정에

대한 인식과 태도를 조사한 것이므로, 다양한 대상들이 가지는 공동의사결정에 대한 인식과 태도를 알아보기에는 어려움이 있다. 그러므로 추후에는 설문지의 내용을 수정·보완하여 일반 환자, 의과대학생·의학전문대학원생, 의사를 대상으로 공동의사결정에 대한 인식과 태도를 측정하고, 이를 비교·분석하는 연구가 이루어져야 할 것이다. ㉞

색인어

공동의사결정, 대학생들의 공동의사결정에 대한 태도, 질병의 종류에 따른 공동의사결정 참여 선호도

Korean College Students' Attitudes and Preferences Toward Shared Decision-Making between Patients and Physicians

LEE Su Hyun*, HAN Heung Sik**, CHANG Chulhun L.***,
PARK Byung Kyu****, KIM Sung Soo*****

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to examine Korean college students' attitudes and preferences toward shared decision-making (SDM).

Methods: Questionnaires were collected from 142 college students in Korea. Subjects were asked about four main items: (1) attitudes toward SDM; (2) experiences with SDM; (3) preferences for treatment decision-making for four diseases; (4) barriers to SDM.

Results: It was found that 78% of the participants had never heard of SDM and 61% indicated that the doctor-patient relationship is paternalistic. The majority of subjects believed that the final treatment decision should be made by doctors and patients together. While 39% of subjects said that their doctors had asked them to participate in treatment decision-making, only 10% of subjects felt that their doctors actually wanted them to participate in SDM. The type of disease in question had no effect on the subjects' preferences for treatment decision-making; all subjects expressed a preference for playing a collaborative role in the decision-making process. Furthermore, subjects believed that when patients and physicians disagree on treatment options, patient preferences should take precedence. Finally, subjects indicated that the main factors impeding SDM are (a) a lack of information about prognosis (28%), (b) beliefs about doctors' sole authority for treatment decision (25%), (c) the lack of consultation time with doctors (19%), (d) the difficulties of understanding medical terms, and (e) the scarcity of available opportunities for participation in SDM.

Conclusion: Although most subjects in this study were not familiar with SDM, they showed high preferences for it. Additionally, subjects did not feel that their doctors often used shared decision making. Physicians in Korea should make greater efforts to engage in SDM with their patients.

Keywords

shared decision making, college students' attitudes of shared decision making, college students' role preferences for involvement in treatment decision making

* Department of Social Studies of Medicine, Graduate School, Pusan National University

** Department of Ethical Education, Pusan National University

*** Department of Laboratory Medicine, School of Medicine, Pusan National University

**** Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Korea University College of Medicine

***** Department of Social Studies of Medicine, School of Medicine, Pusan National University: **Corresponding Author**