

공동의사결정에서 의사결정 코칭(Decision Coaching)의 함의*

이은영**

요약

대부분의 환자는 자신의 건강 상태에 관한 사실과 의학 정보를 충분히 제공받은 후 의사결정 과정에 참여하기를 원한다. 이에 공동의사결정은 환자의 질병에 관한 의학 정보를 공유하고, 의학 지식의 불균형을 해결하는 이상적인 의학적 의사결정이다. 공동의사결정 과정에서, 환자와 의사는 의사결정 파트너로 참여하게 되며, 그들은 충분한 논의 후에 환자의 치료방법에 최종 합의하게 된다. 의사결정 연구자들은 치료방법에 직면하고 의사결정을 스크리닝하려는 환자를 돕기 위해 의학 지식의 불균형을 극복하기 위한 방법으로 환자의사결정 도구(patient decision aids, PtDAs)를 제안하였다. PtDAs는 환자의 지식을 개선시키고, 위험에 관한 정확한 지각을 증진시키며, 환자의 가치에 부합하는 선택을 하도록 환자를 돕고, 의사결정 과정에 적극적으로 참여하도록 환자를 독려한다. 그럼에도 불구하고, 많은 연구들은 환자들이 PtDAs를 이용하여 스스로 의학적 지식의 불균형을 극복하기에는 어려움을 겪고 있다고 보고하고 있다. 결국, 환자들은 공동의사결정에 참여를 독려하고, 수많은 PtDAs 속에서 그들을 안내해 줄 의학적 의사결정 코칭이 필요하다. 의학적 의사결정 코칭은 치료방법을 논의하는 기술과 환자의 신뢰를 발전시키고, 환자의 주치의와 함께 의사결정을 논의하기 위해 준비하는 환자를 돕는 데 그 목적이 있다. 일반적으로 의학적 의사결정 코칭은 잘 훈련된 개인에 의해 제공된다. 그리고 의학적 의사결정 코칭은 의학적 의사결정의 지원, 의료 상담, 의사결정 교육자, 네비게이터, 조력자의 역할을 수행한다. 이 글에서 필자는 공동의사결정을 지지하는 의학적 의사결정 코칭의 구조와 역할, 그리고 의료현장에서 끼치는 영향에 대해 살펴보았다. 마지막으로 의사결정 코칭이 우리 사회에 어떤 함의를 가지는지 살펴보았다.

색인어

공동의사결정, 의료 상담, 의사결정 코칭, 의학적 의사결정, 환자의사결정 도구, 환자 참여

교신저자: 이은영, 동아대학교 인문과학대학 철학생명의료윤리학과, Tel: 051-200-7138, Fax: 051-200-7147, e-mail: bioethics@dau.ac.kr

* 이 논문은 동아대학교 교내연구비 지원에 의하여 연구되었음.

** 동아대학교 인문과학대학 철학생명의료윤리학과

I. 여는 글: 공동의사결정과 환자의사결정도구(PtDAs), 그리고 한계

대부분의 환자들은 자신의 건강 상태에 대해 충분한 의학 정보를 제공받고, 해당 정보에 기반하여 치료방법을 스스로 결정하기를 원한다. 이러한 형태의 동의 방식이 바로 충분한 정보에 근거한 동의(informed consent) 방식이다. 충분한 정보에 근거한 동의는 환자가 의학적 의사결정에서 판단의 주체가 되며, 이는 임상 의료현장에서 환자의 자율성을 보장받는 대표적인 방식이다. 그럼에도 불구하고 충분한 정보에 근거한 동의에 단점이 존재한다. 즉, 의사는 환자에게 그의 건강 상태에 관한 의학 정보를 제공하고 그에 따른 모든 선택을 환자에게 떠맡기게 됨으로써, 환자는 오히려 수많은 정보와 밀려오는 정보의 바다에서 어떤 정보를 취해야 하는지 결정하지 못하는 상황이 발생하게 된다는 사실이다. 이와 같이 충분한 정보에 근거한 동의는 환자의 자유로운 선택과 결정을 존중해 준다는 장점을 가진 반면 개인의 자율성을 과도하게 강조한다는 비판을 받고 있다[1]. 따라서 충분한 정보에 근

거한 동의의 부작용을 해결하고, 환자가 의학 정보를 이해하고 만족스러운 선택을 내리는 데 도움을 주기 위한 목적으로 등장한 것이 바로 의학적 의사결정의 한 방식인 공동의사결정(shared decision making)이다.

공동의사결정은 임상 의료현장에서 의사와 환자 관계에서 발생하는 의학적 불확실성(uncertainty)과 정보의 불균형(imbalance)을 해결하며, 환자에게 의학적 의사결정 시 도움을 줄 수 있는 대표적인 방법이다. 공동의사결정은 의료인이 환자의 치료방법을 결정하는 온정적 간섭주의(paternalism)와 환자가 단독으로 치료방법을 결정하는 충분한 정보에 근거한 동의를 보완하기 위해 제안된 중간 형태의 의학적 의사결정 형태로 볼 수 있다[2]. 그러므로 공동의사결정은 의사 단독 또는 환자 단독의 의사결정이 아니라 의사와 환자가 협력하여 최종 의사결정자인 환자가 최선의 결정을 할 수 있도록 안내한다. 따라서 공동의사결정에서 의사는 환자의 질병 상태와 치료법에 대해 의학적 지식과 정보를 제공하고, 환자는 자신에 대한 정보, 예를 들어 자신의 선호, 느낌, 가치 등을 의사에게 전달함으로써 자신에게 적합한 치료방법을 결정하게 된

<Table 1> 의학적 의사결정 모델 구분[7]

분석 단계	모델			
	구분	온정적 간섭주의	공동의사결정	환자중심
정보 교환	흐름	일방적	양방향	일방적
	지시	의사→환자	의사↔환자	환자→의사
	유형	의료	의료 및 개인	의료
	양	최소 법적 요구	의사결정과 관련된 모든 것	의사결정과 관련된 모든 것
숙고		의사 단독 혹은 다른 의사 포함	의사와 환자 (제3자 포함 가능)	환자 (제3자 포함 가능)
	의사결정 당사자	의사	의사와 환자	환자

이은영(한국의료윤리학회지 2012 ; 15(2) : 160-183) [2]에서 재인용.

다[3]. 이러한 맥락에서 공동의사결정은 환자의 입장에서는 의사결정에 적극적으로 참여함으로써 자율성을 증진시키고, 의사의 입장에서는 적극적으로 환자의 권리를 보호하고 옹호하기 위해 정보를 제공하고 환자에게 발생 가능한 피해를 예방하기 위해 노력한다는 의미에서 선행을 베푸는 행위로 이해되기도 한다[4,5]. 그렇기 때문에 공동의사결정은 임상 현장에서 추구되어야 하는 바람직한 의사결정의 모델로 지지된다 <Table 1> [2,6,7].

1990년대에 공동의사결정이 학계와 임상 의료현장에 소개되고 시행되었지만 해결되지 않는 문제가 여전히 남았다. 그 문제는 의사가 환자에게 의학 정보를 건강 상태를 확인할 수 있는 방사선 사진이나 구두로 제공한다 할지라도, 환자는 여전히 의학 정보의 불균형을 극복하기 힘들다는 사실이다. 이에 환자들은 적극적으로 공동의사결정에 참여하는 것이 쉬운 일이 아니었다. 이 문제를 해결하기 위해 의학적 의사결정 전문가들은 환자 의사결정 지원 도구(patient decision aids, PtDAs)를 개발하기에 이른다. 현재 전 세계적으로 500여 개가 넘는 PtDAs가 운영되고 있고[8], 환자뿐 아니라 의사를 포함한 의료인에게도 PtDAs가 도움이 된다는 연구 결과가 발표되고 있다[9]. PtDAs의 궁극 목적은 과학적이고 객관적인 정보를 토대로 환자들이 충분한 정보에 근거하여 본인이 스스로 판단을 내릴 수 있도록 돕는 일이다[6]. 요약하자면, PtDAs는 보통 환자의 질병 상태, 선택 가능한 치료방법, 치료방법의 결과 등과 관련한 사실을 제공함으로써 의사결정의 질을 향상시키고, 의료 행위 과정에서 불필요한 치료행위를 줄이기 위함을 목적으로 하는 의학적 의사결정의 보충물(supplements)로 볼 수 있다[10].

PtDAs는 보통 환자가 공동의사결정에 참여

하기 위해 단독으로 이용하게 되는 경우가 빈번한데, 이 과정에서 환자는 다음과 같은 한계를 경험하게 된다. 첫째, PtDAs만으로 의학 지식의 불균형을 극복하기 어렵다. 예를 들어, 동일한 치료방법을 결정하는 상황에서 지적 수준과 학력 수준이 다른 환자가 있다고 할 때, 그들에게 동일한 의학 정보를 제공한다 해서 그들이 동일하게 이해할 것이라는 것을 예측하는 것은 위험한 일이다. 둘째, PtDAs는 보통 환자가 공동의사결정에 참여하기 전(前)에 이용한다. 자신의 건강 상태에 관해 정보를 제공받은 후, 이를 이해하기 위한 방법으로써 PtDAs를 단독으로 이용한다. 그렇기 때문에 PtDAs의 이용 과정에 있는 환자에게 눈높이에 맞는 설명 없이 주어진 의학 정보를 충분히 이해하는 데 어려움을 겪을 수 있다. 이와 같이 동일한 의학 정보가 동일한 수준의 이해도를 보장하지 못한다는 사실을 인지한다면, 의학 정보의 이해도가 떨어지는 환자에게 숙련된 전문가의 맞춤형 도움이 필요하다는 점을 인정할 수 있다.

일반적으로 환자는 치료방법을 결정할 경우에 보건의료 전문가와 상담, 팸플릿을 통한 정보 제공, 인터넷을 통한 정보 수집, 학습을 통한 정보의 습득 순으로 도움을 받는다고 한다[11]. 또한 의학적 의사결정 과정에서 환자가 유용하다고 생각하는 내용은 치료방법에 관한 정보, 다른 사람의 판단에 관한 정보, 중요한 가치의 고려 순이며, 그 외 치료 가능성에 관한 정보, 의학적 및 사회적 지원에 접근하는 방법, 가족 또는 지인들의 가치관의 고려 등을 들 수 있다[11]. 이러한 점을 감안한다면 공동의사결정과 PtDAs가 갖는 어려움을 극복하기 위한 새로운 기제가 필요하다.

필자는 이 글에서 공동의사결정과 PtDAs가 성공적으로 실현되기 위해 의학적 의사결정 조

력자로서 의사결정 코칭(decision coaching)이 추가되어야 한다고 주장할 것이다. 공동의사결정을 성공하기 위한 1단계가 PtDAs의 개발과 이용이었다면, 이제는 PtDAs를 이용하는 데 어려움이 있거나 공동의사결정에 참여를 힘들어하는 환자를 위한 추가적인 2단계가 필요하다. 그에 따라 필자는 성공적인 공동의사결정으로 나아가는 2단계로써 의사결정 코칭을 소개하고, 임상 의료현장에서 의사결정 코칭이 가지는 다양한 장점과 함의에 대해 살펴보고자 한다.

II. 임상 의료현장에서 의사결정 코칭(decision coaching)

임상 의료현장에서 공동의사결정을 위한 의사결정 코칭은 환자가 의사와 최선의 치료방법에 대해 논의하고 준비하는 과정에 치료방법 선택을 고민하는 환자를 도와주기 위해 고안된 체계적인 접근법이다[4]. 의사결정 코칭은 공동의사결정에 참여하려는 환자가 PtDAs를 이용하기 전(前)과 후(後) 또는 PtDAs가 제공되지 않는 경우에도 가능하다. 현재 북미, 유럽 그리고 호주의 많은 의료기관에서 환자에게 의사결정 코칭 프로그램을 운영하고 있고, 지난 15년 동안 의사결정 코칭은 다수의 연구를 통해 긍정적인 성과를 인정받고 있다[8].

1. 의사결정 코칭의 등장

일반적으로 코칭은 조직에서 담당 직무를 잘 수행하기를 원하는 사람(coachee)과 그를 돕는데 전념하는 코치(coach) 간의 협력 관계(partnership)를 통해, 조직의 성과 향상과 개인 능력 개발을 이룰 수 있는 인적자원 개발 기법 중의 하나이다[12]. 코칭은 지시나 충고, 정답을 가르

쳐주는 것이 아니라 개인의 잠재능력에 대한 기대를 바탕으로 코치를 받는 사람이 스스로 답을 찾을 수 있도록 질문과 경청, 피드백 등을 통해 소통하면서 본인조차 인식하지 못했던 잠재적인 가능성을 깨우고 성장을 극대화하도록 도와주는 과정이다. 코칭을 받은 사람은 상대적으로 자신감과 더 나은 의사소통 기술을 갖게 되고 향상된 목표 달성률을 보인다는 점에서 코칭의 교육적 의미가 있다[13].

한편, 임상 의료에서 코칭의 목적은 환자 또는 그의 가족이 공동의사결정 전 준비, 환자의 치료 방법에 관한 논의 과정과 변화를 시행하는 과정에 의사결정 기술(communication skill)을 발전시키는 것이다[14]. 따라서 의사결정 기술을 습득하고 공인받은 코치는 환자를 위해 의사결정 판단을 대신하는 것이 아니라 환자가 공동의사결정에 참여할 수 있도록 도움을 제공하는 조력자의 역할을 수행하게 된다.

임상 의료에서 코칭은 1985년 Greenfield 등[9]의 건강 코칭(health coaching)에서 기인하였다. 초기에 건강 코칭은 환자가 병원에서 진료를 받을 때 그들에게 용기를 북돋아 주기 위한 목적으로 수행되는 행위를 통칭하였다. 이후 PtDAs의 국제 기준을 수립하기 위해 만들어진 국제 환자 의사결정 도구 표준(International Patient Decision Aid Standards, IPDAS)은 건강 코칭의 개념을 의사결정 코칭(decision coaching)과 안내(guidance)로 구체화시켰다[14]. IPDAS에 의하면 의사결정 코칭은 환자가 잘 훈련된 코치의 도움을 받아 공동의사결정과 같은 의학적 의사결정에 참여하는 것이다. 반면 안내는 훈련된 코치의 도움 없이 환자가 PtDAs만을 이용하여 스스로 주어진 의학 정보를 이해하는 것이다. 결국 이 두 행위의 차이는 의학적 의사결정 참여 시 어려움을 해결하는 데 잘 훈

련된 의사결정 코치의 도움을 받는가의 여부이다. 그렇기 때문에 조력자로서 의사결정 코칭은 의학적 의사결정 지원(support), 의료 상담(counselling), 내비게이션(navigation), 그리고 의사결정 과정의 간소화(facilitation) 등으로 언급되기도 한다[10]. 이때 의학적 의사결정의 간소화는 환자와 의사가 참여하는 공동의사결정 전에 코칭이 추가됨으로써 실제 치료방법을 결정하는 시간을 줄인다는 의미를 내포한다.

공동의사결정에서 의사결정 코칭은 보통 다음과 같은 단계로 진행된다<Table 2> [10,11]. 1단계에서 코치는 환자의 의사결정 요구(needs)를 평가한다. 2단계에서 코치는 환자의 질병을 치료할 수 있는 치료방법과 환자가 해당 치료방법을 선택할 경우 발생하는 이득(interests)과 위해(harms)에 관해 충분한 정보를 환자에게 제공한다. 코치는 환자에게 이러한 정보를 구두로 제공할 수도 있고, 서면 또는 동영상 등과 같은 PtDAs를 활용할 수도 있다. 이 단계에서 코치는 환자가 제공된 정보를 충분히 이해하였는지를 확인하고, 동시에 코치는 환자가 갖는 태도 및 가치관을 명확히 파악해야 한다. 3단계에서 코치는 환자의 의사결정능력 여부를 확인해야 한다. 1, 2단계를 거쳐 3단계에서 환자는 자신에게 적합한 치료방법을 최종 결정하게 되고, 이 사실을 담당 의사와 논의하게 된다. 3단계에서 코치는 환자의 의사결정능력에 맞추어 도

움을 줄 수 있는 의사소통 기술을 개발하여 환자에게 제공하기도 한다. 이와 같은 의사결정 코칭의 3단계는 환자가 공동의사결정에 적극적으로 참여하게 함으로써 환자가 자신에게 적합한 치료방법을 자기 주도적으로 선택하는 데 도움을 준다.

2. 공동의사결정에서 의사결정 코칭은 어떤 도움을 주는가?

앞서 살펴본 바와 같이 의사결정 코칭은 공동의사결정에서 환자가 자기 주도적 접근(self directed approach)이 가능하도록 도와주는 데 그 목적을 두고 있다[9]. 환자가 단독으로 PtDAs만을 이용하여 스스로 의학 정보를 이해하고 습득하는 것보다 의사결정 코칭을 통해 맞춤형 PtDAs를 이용하는 것이 환자가 최종적인 치료방법을 선택하는 데 더욱 도움이 될 수 있다. 공동의사결정에서 의사결정 코칭은 환자에게 다음과 같은 도움을 제공한다.

1) 환자의 가치와 부합하는 의사결정 판단 추구

공동의사결정과 같이 환자가 자기 주도적으로 참여하여 진행되는 의학적 의사결정의 주된 목적은 환자에게 가장 최선의 과학적 증거에 기반한 건강 정보를 충분히 제공하고, 이를 토대로

<Table 2> 공동의사결정을 위한 의사결정 코칭 단계[10,11]

구분	코치의 역할	비고
1단계	환자의 의사결정 요구도 평가	-
2단계	환자의 치료방법 및 정보 전달	PtDAs 활용
3단계	환자의 의사결정 능력 여부 확인	환자는 치료방법 결정 준비 완료

→ 코칭 3단계를 거친 후 환자는 공동의사결정에서 의사와 논의 후 최종 치료방법을 결정함.

PtDAs : patient decision aids.

환자가 환자의 가치를 반영한 치료방법을 결정하게 하도록 돕는 것이다[12].

특히 공동의사결정에 의사결정 코칭이 추가됨으로써 환자의 가치와 부합하고 그들이 만족하는 판단을 내릴 수 있는 이유는 다음과 같다[4]. 첫째, 환자는 다른 사람들과 의사결정과정에서 숙고하는 과정을 지원 받는 경우, 그들의 치료방법을 결정하는 데 더욱 적극적으로 참여하게 되고 결론적으로 자신의 가치에 부합하는 양질의 의사결정 판단을 내릴 수 있다. 둘째, 의사결정 코칭은 환자의 숙고 및 의사결정 기술의 향상뿐 아니라 선택된 치료방법을 이행하도록 도움을 주며, 의사결정 시 겪게 되는 환자의 감정, 고통, 의사결정 판단에 따른 부담을 관리하는 데 매우 효과적이다. 환자는 의사결정 코칭의 3단계를 거치면서, 이해갈등이 전혀 없는 입장에 있는 코치를 통해 자신의 가치관과 믿음을 객관적인 입장에서 확인할 수 있고, 그에 따라 환자는 자신의 가치관에 더욱 근접한 만족스러운 의사결정 판단을 내릴 수 있게 되는 것이다.

2) 공동의사결정의 질(quality) 향상

의사결정 코칭은 공동의사결정의 질을 향상시키는 데에도 매우 효과적이다. 공동의사결정에서 상호교환적인 의사소통(two-way communication)은 매우 필수적이다. 상호교환적인 의사소통은 환자와 정보를 제공하는 사람(정보제공자, 보통 의사)의 관계가 매우 중요하다. 상호교환적인 의사소통에서 환자와 정보제공자 관계를 중시한다는 사실은 관계가 건전하고 긍정적인 일수록 환자의 건강 상태 역시 긍정적인 결과를 산출하며, 결과적으로 환자의 의사결정 후 만족감이 상승한다는 것과 연결된다[13].

반면, 환자와 정보 제공자 간의 잘못된 의사

소통은 환자의 불만족, 두 주체 간의 갈등의 유발 그리고 환자의 건강 상태에 부정적인 결과로 이어질 수 있다[14]. 예를 들어, 전통적인 의학적 의사결정 방법인 온정적 간섭주의(paternalism)와 같이 의사가 의학적 의사결정에서 논의를 지배하는 일방적인 의사결정의 경우에는 의사가 환자를 위해 선행을 베푸는 의미를 포함하고 있는 반면, 환자가 자신의 치료방법을 직접 결정하지 못한다는 측면에서 자율성 침해 소지가 있다. 또는 정보 제공자인 의사가 의사결정 과정에서 환자의 치료선택에 관련된 그들의 태도와 가치, 숙고 또는 감정에는 전혀 관심이 없이 오로지 의학적 사실에만 관심을 두고 환자가 치료방법을 선택하도록 유도하는 경우 역시 좋은 의사결정이라고 볼 수 없다[15].

그러므로 정보제공자의 일방적인 의사소통방식은 환자의 감정이나 가치에 관심을 두지 않고, 그들의 주변 상황을 전혀 고려하지 않은 채 과학적 사실에만 의존하는 일방적인 의사소통방식이 때문에 지양해야 한다. 이에 반해 의사결정 코칭이 추가된 공동의사결정은 일방적인 의사결정이 내재하고 있는 단점을 보완하며, 나아가 정보제공자와 환자가 더욱 소통하게 함으로써 양질의 상호교환적인 의사소통을 하도록 도와준다[16].

3) 환자 맞춤형 학습 가능

공동의사결정에서 환자가 적극적으로 참여하기 위해서는 의사뿐 아니라 환자 역시 꾸준한 학습이 필요하다. 의사결정 코칭은 어떤 의미에서 공동의사결정에 참여하려는 환자가 의학 지식을 습득하는 교육 과정이라고 볼 수도 있다.

모든 성인이 그렇듯, 환자들 역시 각각 다른 방법으로 학습한다. 예를 들어 어떤 환자들은 특정 개인을 통해서 배우는 것을 선호할 수도 있고,

또 다른 이들은 문서, DVD 같은 시청각 자료를, 또 어떤 이들은 양방이 상호교환이 가능한 도구(interactive material)를 이용하여 학습하는 것을 선호할 수 있다. 그럼에도 불구하고 환자의 학습과 의사소통 기술의 습득은 본인이 그 과정에 직접 적극적으로 참여할 때 더욱 효과적이다. 특히 그 과정에 잘 훈련된 코치가 참여하여 도움을 준다면, 환자는 단순히 사실적 정보를 제공하는 것보다 훨씬 효과적으로 습득한다[17].

또한 환자들은 자신의 상황과 관심에 적합한 메시지와 정보를 더 잘 습득하는 경향이 있다[18]. 의사결정 코칭 2단계에서 코치가 환자의 가치관을 명확하게 파악해야 하는 것을 감안한다면, 코치는 누구보다 환자의 상황을 잘 이해하는 사람이다. 그러므로 의사결정 코칭을 통해 환자의 상황에 잘 맞추어진 맞춤형 의사결정 코칭이 가능하며, 이를 통해 환자는 환자의 학습 향상에 도움을 받고 더욱 만족스러운 결과를 산출할 수 있을 것이다.

4) 정서적 고통(emotional distress)의 관리

자신의 건강 상태에 관한 새로운 진단을 받은 환자는 혼란스러운 감정 상태를 경험한다. 그들은 중대한 정서적 고통을 받음으로써 자신이 처한 상황의 문제를 해결하는 데 어려움을 겪을 수 있다[13]. 비록 의료기관에서 제공되는 사회심리치유 서비스가 극심한 정서적 고통을 다루는 데 도움이 된다고 하더라도, 그들의 감정(emotions)까지 모두 다루는 데는 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 환자에게 감정은 치료방법을 결정하기 전, 의사결정 과정동안, 그리고 치료방법을 최종 판단한 후에 중요한 요소로 작용한다[13].

첫째, 환자는 감정을 기반으로 신중하게 생각하기도 하고, 치료방법을 지원하거나 반대하

는 행동을 하기도 한다. 둘째, 환자는 감정을 기반으로 긍정적이거나 부정적인 피드백을 나타낼 수 있다. 예를 들어 의사결정 과정에서 환자는 어떤 일이 발생하느냐에 대한 막연한 불안감이나 두려움을 느끼기 시작하고, 자신이 판단한 결정에 대해 후회할 수도 있다. 여기서 나타나는 불안감, 두려움 그리고 후회는 보통 건강과 관련된 의사결정을 행하는 과정에서 발생하는 감정적 흥분(emotional arousal)과는 다른 형태이다. 이러한 감정은 개인적 생명가치와 관련한 위험, 상실, 후회 또는 변화와 같은 행동을 포함하는 확정되지 않은 성격으로 볼 수 있다[19]. 그러나 어떤 감정적 흥분은 의사결정 과정에 효과적으로 참여하기 위한 환자의 바람(desire)과 능력을 자극하기 위해 필수적이기도 하다[20]. 코치는 환자의 감정 상태를 의사결정 코칭을 통해 이해하고 배려할 수 있다. 그러므로 공동의사결정에서 환자의 질병의 치료방법을 선택하는 것이 신체를 관리하는 것이라면, 의사결정 코칭을 통해 환자의 정서적 고통까지 관리하는 정신적인 지지까지 가능해진다.

III. 의사결정 코칭의 효과와 역할

의사결정 코칭은 결국 환자와 의사가 의사결정 파트너가 되기 위한 준비 과정이며, 나아가 환자와 의사의 성공적인 공동의사결정을 위한 통로이기도 하다. 그렇기 때문에 공동의사결정에서 의사결정 코칭의 전망은 매우 긍정적이다. 이 장에서는 의사결정 코칭의 효과에 역할에 대해 사례를 통해 살펴보았다.

1. 의사결정 코칭의 효과

의사결정 코칭의 효과는 여성 환자 또는 남성

환자에게 모두에게 긍정적임을 확인할 수 있다. 비정상적 자궁 내 출혈이 있는 영국 여성 894명을 대상으로 공동의사결정에 오직 PtDAs만을 이용한 집단과 의사결정 코칭을 추가한 집단을 비교한 무작위연구가 있다[21]. 이 연구에서 의사결정 코치는 간호사였으며, 코치는 여성 환자들에게 치료방법에 대해 그들의 가치관을 분명히 표현하고, 선호하는 수술 방법을 담당 의사와 공유하도록 유도하였다. 그 결과 코치의 도움을 받은 집단에 포함된 여성 환자들은 공동의사결정에 더욱 적극적으로 참여하는 모습을 보였다. 또한 여성 환자들은 코치의 도움을 받고 공동의사결정에 참여한 경우 자궁절제술을 덜 선호하는 모습을 보였는데, 그 결과 그들은 자궁절제술을 선택한 경우보다 치료비를 적게 지출하게 되었다. 뿐만 아니라, 그들은 자신이 선택한 치료방법에 매우 만족하였다.

남성 환자의 경우도 여성 환자와 유사한 연구 결과를 발견할 수 있다. 양성전립선비대증이나 전립선암을 가진 남성 환자를 대상으로 한 연구에서 표준 진료를 받는 집단(71명)과 PtDAs와 의사결정 코칭이 추가된 집단(86명)을 비교하여 치료 결과에 관한 만족도를 조사한 연구가 있다<Table 3> [22]. 해당 연구의 결과는 의사결정 코칭에 참여한 집단의 남성들이 상대 집단보다 주어진 의학 정보를 이해하는 수준이 높았으며, 그들이 선택한 치료방법은 자신들이 추구하는 가치와 일치하였다. 그러므로 PtDAs와 의사결정 코칭이 추가된다면, 환자가 자신의 가치와 더욱 일치하는 치료방법을 선택하게 되고 그들의 선택에 더욱 만족하게 됨을 확인할 수 있다. Table 3은 PtDAs와 의사결정 코칭이 추가되는 경우에 확인되는 긍정적인 결과를 보여준다.

여성 환자를 대상으로 한 연구결과에서도 확

<Table 3> 의사결정 코칭의 긍정적 결과 비교[22]

구분	코칭의 긍정적 결과
PtDAs를 추가한 코칭 vs. 표준 진료 (5개)	의학 지식의 향상, 평균 치료비용의 감소, 보수적인 치료방법의 결정으로 자궁절제술 감소(자궁절제 여부 환자의 경우), 적극적인 조현병 치료보다 심리적 교육의 선호(조현병 환자의 치료의 경우)
코칭 vs. PtDAs (4개)	가치-선택 일치 증가, 의학 지식의 유의미한 향상, 의사결정 과정에서 만족감 증대
PtDAs를 추가한 코칭 vs. 단일 PtDAs (4개)	의사결정 과정에 참여 증대, 평균 치료비용 감소, 의학 지식의 유의미한 향상

PtDAs : patient decision aids.

<Table 4> 의료비 지출의 비교[20,23]

구분	미국	영국
표준 진료	\$2,751	£1,810
비디오(PtDAs) 이용	\$2,026	£1,333
비디오(PtDAs) 이용 및 간호사의 개인 맞춤 상담	\$1,566	£1,030

PtDAs : patient decision aids.

인한 바와 같이 의사결정 코칭 프로그램에 참여함으로써 환자의 만족감 상승뿐 아니라 의료비 지출 역시 감소한다는 사실을 Table 4 [20,23]를 통해 확인할 수 있다.

2. 공동의사결정 실행을 위한 의사결정 코칭의 역할

의사결정 코칭 프로그램에 참여하는 환자는 주어진 정보의 이해도 및 공동의사결정에 참여도가 높다는 사실은 환자와 의료진 간에 의학적 의사결정의 질이 향상됨을 의미한다. 이와 같은 사실 때문에 공동의사결정을 기관의 주요 정책으로 다루고 있는 국외의 많은 의료기관에서는 의사결정 코칭을 의학적 의사결정 프로그램의 일부로 운영하고 있다.

의사결정 코칭 프로그램을 운영하고 있는 대표적인 의료기관으로서 캐나다 온타리오 주(州)의 오타와 대학병원을 들 수 있다. 오타와 대학병원은 1995년부터 있는 의학적 의사결정 체

계(Ottawa Decision Support Framework, ODSF)를 운영하고 있으며, 동시에 이 ODSF는 국제적으로 매우 표준화된 PtDAs 기준으로 학계에서 인정받고 있다[10,11]. 오타와 대학병원은 ODSF를 지원하기 위해 타와 개인/가족 의사결정 가이드(Ottawa Personal/Family Decision Guides, OPDG)를 설치 및 운영하고 있는데, OPDG는 환자와 그의 가족들이 의학적 의사결정에 참여할 때 어떤 절차를 따라야 하는지 구체적으로 안내하고 있다. OPDG는 ODSF에서 제시하는 의사결정 코칭 프로그램이기도 하다. OPDG에서 제안하는 의사결정 코치의 구체적인 역할은 다음과 같다<Table 5> [8].

환자는 OPDG를 통해 자신의 질병에 대해 논리적으로 접근하는 데 도움을 제공하였으며(90%), 환자에게 가능한 치료방법의 이득과 위험을 탐색하는 데 도움을 주었으며(84%), 그들이 선택한 치료방법을 자신의 가치에 적합하게 실행하였으며(79%), 공동의사결정 참여가 더

<Table 5> Ottawa Decision Support Framework에서 제시하는 의사결정 코치의 역할

공동의사결정 참여 전

1. 환자의 의사결정 갈등의 확인
 - 환자의 현재 의학적 지식의 수준 및 가치 파악
 - 의사결정 코칭을 통한 수정 가능한 갈등 평가
2. 환자의 욕구(needs)에 부합하는 의사결정 방법 결정
 - PtDAs 접근을 통한 증거 기반 정보 제공
 - 환자가 제공받은 정보를 이해하는지 여부 판단
 - 환자의 가치를 명확히 표현하는지 확인
 - 공동의사결정 전 논의 및 의사결정 시에 필요한 기술(skills) 확립하기

공동의사결정 참여 후

1. 공동의사결정 과정에서 환자의 참여 확대 및 논의 과정 모니터링
2. 공동의사결정 및 환자의 동기 및 자아-효능감에 영향을 끼치는 요인 스크리닝
 - 공동의사결정 및 결정된 사안의 실행을 방해하는 다른 잠재적 장애물 스크리닝

PtDAs : patient decision aids.

쉬웠다는 데(79%) 동의한 바 있다[24].

반면, 오타와 대학병원은 OPDG를 이용함으로써 환자뿐만 아니라 의료인에게도 도움이 된다는 사실을 확인한 바 있다[25]. 연구 결과에 따르면 OPDG의 과정에 맞추어 의사결정 코칭 기술을 연마한 의료인들은 환자의 질병 정보 및 환자의 욕구에 더 잘 접근하였고, 환자의 치료방법과 그들의 가치를 더 잘 결부지어 논의하게 되었다. 의료인들은 의사결정 과정에 다른 사람들을 논의에 끌어들이므로써 그들의 독단적인 결정을 지양하고, 나아가 환자에게 더욱 적합한 치료방법을 결정하는 데 도움을 받았다는 것이다. 이 연구를 통해 의사결정 코칭은 비단 환자뿐 아니라 의료인에게도 유용한 도구임을 확인할 수 있다.

연구 결과를 토대로 확인할 수 있는 사실은 결국 공동의사결정의 중요한 두 주체인 환자와 의료인, 그리고 환자의 가족까지도 모두 도움을 받을 수 있다는 점이다. 이것이 바로 국외의 많은 의료 기관에서 의사결정 코칭 체계를 도입하여 운영하는 것을 주저하지 않는 이유이기도 하다.

IV. 의사결정 코칭 프로그램에서 누가 코치가 되어야 하는가?

보통 임상 의료현장에서 의사결정 코칭 프로그램을 운영하는 코치는 동기부여 면접기술(motivational interviewing)을 훈련받은 의료인(특히 간호사)이 담당하는 경우가 많다. 그의 훈련된 환자 또는 다른 분야의 보건 전문가일 수도 있다. 코칭 프로그램은 개인 또는 집단 간에 면대면 만남이나, 전화(telephone 또는 mobile)상으로, 이메일, 또는 인터넷을 통해 만남이 진행된다. 보통 의사결정 코칭은 환자가 실제 만남을 통한 코치와 상호작용을 하는 과정이

포함되지만, 현재는 전화상으로 코치와 접촉하거나 인터넷 프로그램을 활용하는 자동화된 코칭(automated decision coaching)으로 발전하고 있다[4].

1. 의료인

미국과 영국의 많은 의료 기관에서는 간호사가 PtDAs에 대해 교육을 받고 환자가 치료방법을 결정하는 데 어려움을 느낄 때 의사결정 코치로서 도움을 주고 있다[4]. 의사결정에 관해 잘 훈련되지 않은 의료인과 비교했을 때, 의료인의 사결정 코치의 잠재적인 이점은 궁극적으로 환자와 치료방법을 공유할 때 환자 중심의 상담의 효과적인 전달, 그리고 보다 높은 수준의 의사결정 상담의 제공함으로써 환자가 스스로 판단할 수 있다는 것이다. 예를 들어 코치가 필요한 환자에게 2명 이상의 보건전문가를 의사결정 코치로 배정하여 공동의사결정을 돕기 위해 운영되는 전문직 간 공동의사결정 모델(Interprofessional Shared Decision Making Model)은 미국과 캐나다에서 1차 의료와 중환자실 그리고 재가의료 분야에서 활성화되어 있다[26]. 의사결정 코칭은 환자와 의사 관계에서 의사결정과 관련된 갈등을 양산해내지 않고, 나아가 환자가 충분한 정보에 근거한 동의를 잘 이행함으로써 그들의 자율성을 보장하는 데 도움을 줄 수 있다. 뿐만 아니라 환자의 의료만 담당하는 의사인 경우 시간이 부족하거나 개인적으로 환자와 소통하는 의사결정 기술 등이 미흡한 경우가 있다. 이 때 담당 의사가 아닌 다른 의료인이 환자와 의사가 공동의사결정을 하기 전에 환자 맞춤형 정보 전달 및 의사결정 기술을 제공한다면, 환자와 의사가 모두 의사결정 과정에서 시간과 비용을 절감하며 보다 수월하게 치료방법에 합의를

이끌어낼 수 있다[27].

2. 비(非)의료인

공동의사결정에서 의사결정 코칭 프로그램은 전문적인 의료기술을 환자에게 전달하는 데 목적을 두는 것이 아니라, 의료인과 환자 간의 커뮤니케이션을 활성화시키고 그와 관련된 기술을 발전시키는 데 있다. 그렇기 때문에 의사결정 코칭에서 코치가 반드시 보건 전문가가 될 필요는 없다.

미국 샌프란시스코에 위치한 캘리포니아 대학의 유방암진료 센터의 Belkora [28]가 개발한 FAST 프로세스에서는 보건 전문가뿐만 아니라 의과대학생, 심리학자, 유전 전문가가 의사결정 코치로 활동한다. FAST 프로세스는 문제를 형성하고(Fomulate issues), 분석하고(Analyze issues), 이해를 종합하여(Synthesize insights), 행동을 변화시키거나 문제를 재공식화하는(Translate insights into action, or reformulations of issues) 과정으로 구성된다 [29]. FAST 프로세스는 환자가 PtDAs를 검토한 후 도움이 필요한 환자에게 도움을 주기 위해 고안되었다. 따라서 FAST 프로세스는 PtDAs를 실행하는 과정의 한 분야로 운영되고 있으며, 특수한 질병 또는 만성질환 상담 시 환자의 참여를 향상시키기 위한 목적으로 운영되고 있다. 이미 미국과 영국의 정형외과와 만성질환 치료 그리고 암 진료 과정에서 FAST 프로세스가 실행되고 있다.

한편, 자동화된 온라인 시스템이 코치의 역할을 대신하기도 한다. 이 경우는 온라인상 PtDAs의 활용과도 매우 밀접한 관계가 있다. 공동의사결정에서 의사결정 코칭은 PtDAs가 개발되면서 더욱 활성화되었고, 이후 많은 기관에서 다양

한 모델을 개발하여 운영하고 있다. 이 점이 바로 의사결정 코칭의 활성화 방안에 대해 고민할 때 공동의사결정과 PtDAs를 함께 논의해야 하는 이유이기도 하다.

공동의사결정에서 환자의 자율성을 실현하기 위한 도구 및 공동의사결정의 필요조건으로서 PtDAs의 활용은 매우 중요하다. 현재 PtDAs의 흐름은 인터넷을 통한 접근이다. 즉, 온라인 환경에 적합한 다양한 PtDAs가 개발되어 있고, 환자는 컴퓨터와 스마트폰 등 웹 기반 도구를 통해 PtDAs에 접근한다. 따라서 인터넷을 이용하는 빈도가 높은 환자라면 PtDAs의 접근이 보다 쉬울 것이다. 이러한 점에 착안하여 미국의 히치콕 의료 센터(Hitchcock Medical Center)는 1999년부터 미국 최초로 보건 교육 센터(Health Education Center)를 개설하고, 온라인과 오프라인을 통해 환자에게 의사결정 코치(health coach)를 제공하여, 환자가 공동의사결정에 참여하는 데 도움을 제공하고 있다[30].

마지막으로, 우리 사회와 같이 가족 중심의 의학적 의사결정이 빈번한 경우에는 환자의 가족이 의사결정 코치로 활동하는 경우를 가정해 볼 수도 있다. 의학적 지식에 접근이 통제되어 있는 연세가 많은 부모님을 대신하여 자녀 또는 보호자가 직접 의료인과 온라인 등을 통해 직접 의학적 지식을 수집하고 분석할 수 있다. 다만 이 경우 의사결정 코치를 수행하는 환자의 가족이 표준화된 의학적 지식을 수집하는지, 수집된 정보가 환자에게 직접적으로 이용가능한지, 환자가 진심으로 원하는 바가 무엇인지, 선택한 치료방법이 환자에게 최선의 결과를 산출할 것인지 등을 객관적으로 인정받아야 할 필요가 있다. 다만 환자의 가족이 의사결정 코치가 되는 경우에는 환자의 가족이 의사결정 코치의 역할을 수행할 수 있는지 여부를 판단할 수 있는 기준과 코치의

능력을 검증하는 절차가 마련되어야 할 것이다.

V. 의사결정 코칭이 우리에게 던지는 함의

의사결정 코칭이 비록 공동의사결정을 활성화시키기 위해 시작된 체계라 할지라도, 일반적인 의학적 의사결정의 현장에서도 의사결정 코칭의 이점을 충분히 활용할 수 있을 것이다. 환자와 의사 관계에서 신뢰를 기반으로 한 좋은 의사결정을 확보하기 위한 방안으로써 의사결정 코칭 프로그램을 활용할 수 있을 것이다. 뿐만 아니라 의사결정 코칭은 환자 맞춤형 의학적 의사결정 방식으로써 고령화 시대를 대비하여 노인 환자를 대상으로 한 맞춤형 의료 상담으로 그 빛을 발할 수 있을 것이다.

1. 신뢰(trust)와 연결되는 좋은 의사결정(good communication)

의료 현장에서 신뢰(trust)는 의료 당사자 간 상대방을 믿는 정도를 의미하며, 환자와 의사의 신뢰 관계의 형성은 환자가 의사의 진료계획에 잘 따르며, 환자의 만족을 촉진시키고, 나아가 치료 성과를 증진시킨다[31]. 유방암 환자들의 의학적 의사결정과 신뢰 관계에 관련된 연구는 유방암 환자들이 병원 특성을 이해한 다음 의사의 의사결정 행위를 이해하였고 의사를 자주 만날수록 의사를 신뢰하였음을 보여주고 있다[32]. 이러한 연구 결과를 통해 의사와 환자의 만남은 신뢰로 연결이 되고 결과적으로 환자의 치료의 질을 결정하는 것으로 이어진다는 사실을 확인할 수 있다. 결국 의사는 환자를 알 필요가 있고, 환자는 의사에게 알려질 필요가 있는 관계, 그것이 환자와 의사 관계이다. 이 두 가지

필요를 가지고, 대화하고, 환자의 상태와 결부된 문제와 사건들에 대한 이야기를 만들어가는 관계가 환자와 의사 관계인 것이다[33].

그러나 많은 연구에서 저품질(poor quality)의 의사결정, 즉 나쁜 의사결정(bad communication)이 확인되고 있다. 이러한 나쁜 의사결정 과정에는 의사가 논의를 주도하고 환자가 이끌려가는 분위기, 생각이나 감정이 아닌 의학적 사실만을 중요시하고, 공동의사결정이 아닌 SOAP (subjective data, objective data, assessment, plan) 중심의 전통적인 의학적 인터뷰 등이 포함된다[19]. 그러나 앞서 제시한 유방암 환자의 사례와 같이 환자와 의사 관계에서 의사소통의 질이 감정적 상태, 증상의 해결, 심리적 신체적 상태, 통증과 같은 건강 결과에 영향을 끼친다는 사실은 이미 많은 연구에 의해 입증되고 있다[34]. 결국 좋은 의사결정(good communication)이 없이는 환자가 자신의 의료 계획에 대해 불만족하고 도중하차하거나, 주치의의를 바꾸거나, 의사에게 항의를 하는 경우가 속출할 것이다. 결국 환자와 의사 관계에서 갈등 상황으로 발전할 가능성이 높아지는 것이다. 나아가 이들의 깊은 갈등은 의료소송으로 이어질 가능성 역시 배제할 수 없다. 이제 환자와 의사 관계에서 좋은 의사결정은 선택이 아닌 필수인 상황에 봉착하였다. 그럼에도 불구하고 환자와 의사 관계에서 좋은 의사결정을 위해 환자를 돕고 지원하는 일을 모두 의사 단독으로는 수행하기에는 한계가 있을 수밖에 없다.

환자당 3분 진료라는 오명을 쓰고 있는 우리 임상 의료현장에[35] 좋은 의사결정의 한 방법으로 의사결정 코칭을 제안한다. 의사가 짧은 진료 시간에 메워줄 수 없는 환자의 의료적 갈등을 코치가 충분히 메워줄 수 있을 것이다. 더불어 의사결정 코칭은 의료인은 물론 환자 및 환자가

족과의 의사결정 갈등을 최소화하는 데에도 매우 중요한 역할을 수행할 수 있을 것이다.

2. 고령사회를 대비한 공동의사결정의 진화

2013년 9월에 통계청에서는 ‘2013년 고령자 통계’를 발표하였다. 이에 의하면 2013년 고령자는 전체 인구의 12.2%로 약 600만 명에 이르며 매년 증가하는 추세이다. 또한 고령자의 진료비는 전체 진료비의 1/3 수준이며, 1인당 진료비는 293만 원이다[36]. 같은 달에 발간된 ‘2013년 건강보험통계연보’에 의하면 전체 진료인원은 전체 인구의 27.5%에 해당하는 1천 375만 명이었고, 고혈압, 신경계질환, 정신 및 행동장애, 당뇨병, 간질환 순이었다. 뿐만 아니라 65세 이상 노인 진료비가 전체 진료비의 35.5%를 점유하고 있음을 확인할 수 있다[37]. 같은 달 고령자의 88.5%가 한 가지 이상의 만성질환을 갖고 있으며, 두 가지 이상의 질환을 지니고 있는 복합유병상태인 경우도 68.3%나 된다. 만성질환의 평균 개수는 2.5개이다[38]. 이러한 사실을 토대로 만성질환으로 치료를 받는 노인 인구가 증가한다는 사실을 확인할 수 있는 부분이다. 만성질환은 지속적인 관리가 필요한 질병이며, 동시에 환자와 의사는 질병의 치료를 위해 지속적인 의사결정이 필요하다. 교육수준별로 볼 때 저학력일수록 유병률이 높은 경향을 보이는데, 무학(無學)인 경우 유병률이 95.3%로 가장 높다[29].

또 한 가지 주목할 사실이 있다. 연령별 인터넷 이용률을 조사한 바에 따르면 6세부터 19세까지 97.3%인 데 비해, 60세 이상 노인 인구의 경우 10% 미만이라는 점이다[39]. 그럼에도 불구하고 스마트폰을 이용하는 60세 이상 노인 인구 중 10명 중 7명은 모바일 기기를 이용하여 커뮤니케이션을 한다는 조사 결과가 있다[40]. 이와 같

은 사실을 미루어볼 때 노인 환자들을 위한 맞춤형 의사결정 코칭이 수행된다면 만성질환을 가진 노인 인구에게 질 높은 의학적 의사결정을 제공할 수 있을 것이다. 통계적 사실을 감안하더라도 노인 환자를 위한 맞춤형 의사결정 코칭은 감히 시대적 요청으로 볼 수 있다.

의사결정 코칭의 긍정적인 효과 중 가장 큰 부분을 차지하는 것은 환자의 만족도 상승 및 의료비 지출의 감소이다. 그렇기 때문에 의사결정 코칭이 의료 기관에 정착된다면 만성 질환 환자의 증가 또는 노인 환자의 증가로 인한 의료비 지출의 증가를 감소시키는 효과를 기대해볼 수 있을 것이다.

VI. 맞춤의료상담(medical decision counseling)으로써 의사결정 코칭의 미래

공동의사결정에서 간과하지 말아야 하는 사실은 환자뿐 아니라 의사 역시 환자에 대해 알고자 한다는 사실이다. 그렇기 때문에 환자에게 일방적인 의학 정보의 제공으로 의사결정 코칭이 종료되는 것이 아니라 정보를 상호 교환함으로써 환자에 대한 정보를 의사 역시 습득하고자 하는 노력을 해야 한다. 그런 측면에서 의사결정 코칭은 환자에게는 의학 지식, 의사에게는 환자의 정보를 제공할 수 있는 매우 좋은 기회가 될 것이다. 그런 의미에서 코칭은 환자와 의사의 중간 역할자로서 매우 적합한 위치에 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 공동의사결정에서 중간 역할자로서 코칭은 반드시 보건의료 전문가가 될 필요는 없다. 왜냐하면 의사결정 코칭의 궁극 목적은 결국 환자와 의료인이 공동의사결정에 참여할 때 의사결정의 질을 향상시키고, 의사결정 코칭을 통해 공동의사결정에 환자의 참

여 및 권한을 가능하게 하는 데 있기 때문이다. 따라서 환자가 공동의사결정에 참여하기 전 의학 정보의 이해도 및 의사결정의 참여도를 높이기 위한 의사소통 기술을 전문적으로 연마한 경우라면, 비의료인이 코치가 되어도 무방할 것이다. 환자가 의학적 지식에 대해 정보의 습득력과 이해도가 떨어지는 일반인임을 감안할 때, 이미 오랜 기간 의료 지식을 교육을 통해 습득한 의료 전문가보다도 환자의 입장에서 눈높이 코칭을 할 수 있는 비의료인 코치가 더 적합할 수 있다.

한편, 좋은 의학적 의사결정은 환자 각자의 상황에 맞는 의학 지식을 제공하고, 이를 이해시키며, 의학 정보의 불균형과 불확정성을 어느 정도 극복하여 환자에게 최선의 치료방법을 제공하는 데 그 의의가 있다. 모든 환자가 동일한 의학 정보를 동일한 수준으로 이해하지 못함을 감안할 때, 의사결정 코칭은 맞춤형 의료(personalized medicine)를 지향하는 현대 임상 의료현장의 흐름에도 매우 적합한 기제가 될 것이다. 환자를 성(性)별, 연령별, 교육수준별에 따라 환자에게 의학 정보를 제공된다면 환자 밀착형 맞춤형 의료 상담이 가능하기 때문이다. 그렇기 때문에 의사결정 코칭은 맞춤형 의료 시대에 맞춤형 의료 상담이 될 수 있다.

임상 의료현장에서 의사결정 코칭 제도는 더 큰 범주에서 생명윤리 상담 서비스(bioethics consultant service)의 한 부분으로 이해될 수 있다. 생명윤리 상담 서비스는 국내에서는 생소하지만, 이미 많은 국가에서 임상 의료현장에서 환자와 의사 그리고 환자의 가족이 직접 해결할 수 없는 갈등이 발생했을 경우 이 서비스를 통해 문제를 해결하고 있다. 보통 생명윤리 상담 서비스가 이루어지는 영역은 주로 생의 말(end-of-life)의 치료 여부 결정, 환자의 의사결정 능력 여부 판단, 치료 거부 판단, 의사결정 대리인의 적합성

판단 등 매우 방대하다[40]. 결국 생명윤리 상담 서비스 영역은 의사결정 코칭에서 다루는 부분과도 동일한 부분이 있다. 요약하자면, 의사결정 코칭이 의학적 의사결정 시작 전에 이용되는 단계라면, 생명윤리 상담 서비스는 의학적 의사결정 진행 및 종료 후에 갈등이 발생하는 경우에 이용되는 단계라고 볼 수 있다. 그러므로 두 제도의 주된 목적은 의학적 의사결정에서 갈등을 예방 또는 해결함으로써 임상 의료현장에서 의사결정 주체들 간에 좀 더 질 높은 좋은 의사결정을 내리는 데 있다고 볼 수 있다. 따라서 향후 이 두 제도의 유사성과 연관성을 확인하여 공동 의사결정에 적용하는 작업도 필요할 것이다.

의사결정 코칭은 현재 우리의 임상 의료 현장에서 공동의사결정과 나아가 생명윤리 상담 서비스를 정착시킬 수 있는 하나의 대안이 될 수 있을 것이다. 환자는 진료실에서 의사를 만나 자신의 건강 상태에 대해 확인하고, 이해가 힘든 부분에 있어서는 코치의 도움을 받아 자신의 건강 상태와 관련된 모든 정보를 PtDAs의 도움을 받아 이해하고, 다시 환자는 진료실에서 의사의 만남을 통해 치료방법을 최종적으로 결정하게 될 것이다. 따라서 의사결정 코칭은 공동의사결정은 의학 지식의 불균형을 극복하고 환자를 의사결정 과정에 적극적으로 참여하게 하는 새로운 시작점이 될 것이다.

필자는 이 글에서 의학적 의사결정으로서 공동의사결정, PtDAs 그리고 의사결정 코칭의 발전에 대해 살펴보았다. 그러나 필자는 긍정적인 결과를 인정받고 있는 이러한 체계가 우리 문화에 정착되지 못하고 있는 사실에 대해서는 구체적으로 논의하지 않았다. 이미 우리 웹상에서는 비의료인 개인의 필요에 의해 수집된 어마어마한 의료정보가 블로그와 카페에 넘쳐나고 있고, 그 속에서 필요한 정보를 취하기 위한 웹 유목민

의 목적 없는 클릭은 계속되고 있다. 이와 같은 방법으로 검증받지 못한 의료 정보를 수집하고, 이것이 의학적 판단에 영향을 주는 문화적 상황은 임상의로 현장에서 체계화된 의사결정 체계가 수립되지 못하는 한 가지 원인이 될 수도 있을 것이다. 이와 관련하여 외국과 달리 우리 의료 문화 속에서 공동의사결정과 같은 체계가 정립되지 못하는 원인을 현장조사를 통해 살펴보는 후속 연구도 필요할 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) Wolpe PR. The Triumph of Autonomy in American Bioethics: A Sociological View, eds by Devires R, Subedi J. Bioethics and Society: Constructing the Ethical Enterprise, Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall, 1998 : 38-59.
- 2) 이은영. 삶의 마감 시기 의사결정의 윤리적 이슈: 의사결정 모델 제안을 중심으로. 한국의료윤리학회지 2012 ; 15(2) : 160-183.
- 3) 이은영. 의학적 의사결정으로써 공동의사결정 실현을 위한 환자의사결정도구(PtDAs) 연구. 생명윤리정책연구 2014 ; 8(1) : 119-140.
- 4) Gunjan S. Decision aids help patients but still are not widely used. J Natl Cancer Inst 2014 ; 106(7) : 6-8.
- 5) Angela C, Alf C. Making Shared Decision-making a Reality: No Decision about Me, without Me. London : King's Fund, 2011.
- 6) O'Connor AM, Llewellyn-Thomas HA, Flood AB. Modifying unwarranted variations in health care: shared decision making using patient decision aids. Health Aff 2004 ; 43(1) : 63-72.
- 7) 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.
- 8) O'Connor AM, Stacey D, Légaré F. Coaching to support patients in making decisions-needs to be tailored to individuals, and integrated with existing health systems. BMJ 2008 ; 336(7638) : 228-229.
- 9) Greenfield S, Kaplan S, Ware JE. Expanding patient involvement in care. Ann Intern Med 1985 ; 102(4) : 520-528
- 10) Greenfield S, Kaplan SH, Ware JE Jr, et al. Patients' participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. J Intern Med 1988 ; 3(5) : 448-457.
- 11) Stacey D, Kryworuchko J, Belkora J, et al. Coaching/guidance in deliberation and communication. International Patients Decision Aids Sandards (IPDAS) collaboration's background document: chapter F. 2012. Available from: <http://ipdas.ohri.ca/resources.html> [cited 2014 Oct 5]
- 12) Hamlina RG, Andrea DE, Rona SB. The emergent coaching industry: a wake-up call for HRD professionals. HRD International 2008 ; 11(3) : 287-305.
- 13) Stacey D, Kryworuchko J, Belkora J, et al. Coaching and guidance with patient decision aids: a review of theoretical and empirical evidence. BMC Med Inform Decis Mak 2013 ; 13(2) : 1-11.
- 14) William RM, Christopher CB. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behaviour. London : The Guilford Press, 2008.
- 15) Sepucha KR, Belkora JK, Mutchnick S, et al. Consultation planning to help patients prepare for medical consultation: on communication and satisfaction for patients and physical. J Clin Oncol 2002 ; 20(11) : 2695-2700.
- 16) O'Connor AM, Tugwell P, Wells GA, et al. A decision aid for women considering hormone therapy after menopause: decision support framework and evaluation. Patient Educ Couns 1997 ; 33(3) : 267-279.
- 17) Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. Patient Educ Couns 2006 ; 60(3) : 301-312.
- 18) Kiesler DJ, Auerbach SM. Optical matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behaviour: evidence, models and interventions. Patient Educ Counsg 2006 ; 61(3) : 319-341.
- 19) Donnelley W. Why SOAP is bad for the

- medical record. Arch Intern Med 1992 ; 152(3) : 481-484.
- 20) Bandera A. Self-efficacy mechanism in human agency. Am Psychol 1982 ; 37(2) : 122-147.
 - 21) Krueter M, Ricardo W. Tailored and targeted health communication: strategies for enhancing information relevance. Am J Health Behav 2003 ; 27(3) : 227-232.
 - 22) O'Connor AM. Validation of decisional conflict scale. Med Decis Making 1995 ; 15(1) : 25-30.
 - 23) WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN). Should patient decision aids (PtDAs) be introduced in the healthcare system? Copenhagen Denmark : WHO Regional Office for Europe, 2005.
 - 24) Légaré F, Stacey D, Pouliot S, et al. Inter-professionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. J Interprof Care 2011 ; 25(1) : 18-25.
 - 25) Woolf SH, Chan EC, Harris R, et al. Promoting informed choice: transforming health care to dispense knowledge for decision making. Ann Intern Med 2005 ; 143(4) : 293-300.
 - 26) Stacey D, Mary AM, Légaré F, et al. Decision coaching to support shared decision making: a framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. Worldviews Evid Based Nurs 2008 ; 5(1) : 25-35.
 - 27) Stacey D, Hawker G, Dervin G, et al. Improving shared decision making in osteoarthritis. BMJ 2008 ; 336 : 954-955.
 - 28) Belkora J. FAST-A process for critical reflection: description. Available from: <http://www.fastprocess.org/description> [cited 2015 Jan 21]
 - 29) 이현주, 우서혜, 박은영 등. 고령사용자를 위한 웹 인터페이스에서의 가독성에 관한 연구. 디자인학연구 2007 ; 20(3) : 315-324.
 - 30) Decision-Making Help. Lebanon, NH : Dartmouth-Hitchcock. Available from: http://www.dartmouth-hitchcock.org/medical-information/decision_making_help.html [cited 2015 Jan 21]
 - 31) 이종학, 김찬중. 의사의 환자중심 커뮤니케이션이 환자 참여에 미치는 영향: 신뢰의 조절효과를 중심으로. 한국콘텐츠학회논문지 2013 ; 13(3) : 278-286.
 - 32) Kowalski C, Nitzsche A, Scheibler F, et al. Breast cancer patients' trust in physicians: the impact of patients' perception of physicians' communication behaviors and hospital organizational climate. Patient Educ Couns 2009 ; 77(3) : 344-348.
 - 33) 강명신. 치과 의사-노인환자 커뮤니케이션. 대한치과 의사협회지 2011 ; 49(10) : 599-608.
 - 34) Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, et al. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. JAMA 1999 ; 282(24) : 2313-2320.
 - 35) 김철중. [칼럼] 환자는 서운하고 의사는 억울한 3분 진료. 청년의사 2014. 7. 28. Available from: <http://www.docdocdoc.co.kr/news/newsview.php?newsid=2014072300018> [cited 2015 Jan 21]
 - 36) 통계청. '2013 고령자 통계' 보도자료. 2014. 9. 30. Available from: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&aSeq=308688 [cited 2015 Jan 21]
 - 37) 심사평가원, 국민건강보험공단. 2013년 건강보험통계연보. 서울 : 심사평가원, 국민건강보험공단, 2014.
 - 38) 이윤환. 노인의 건강 및 의료이용실태와 정책 과제. 보건복지포럼 2012 ; 192 : 40-51.
 - 39) 한국인터넷진흥원. 2013년 모바일인터넷 이용 실태조사 최종보고서. 2013. 12. Available from: <http://isis.kisa.or.kr/board/index.jsp?pagelid=040100&bbsId=7&itemId=801&pageIndex=1> [cited 2015 Jan 21]
 - 40) Bioethics Consultation Service. Bronx, NY: Montefiore Medical Center. Available from: <http://www.montefiore.org/bioethics-consultation-service> [cited 2015 Mar 30]

Implications of Decision Coaching in Shared Decision Making*

LEE Eun Young**

Abstract

In shared decision-making, patients and physicians work together as decision-making partners. To overcome the imbalance of medical knowledge between physicians and patients and to assist patients in the shared decision-making process, patient decision aids (PtDAs) have been proposed. PtDAs improve patients' knowledge, enhance their accurate perception of risks, help them achieve choices that match their values, and stimulate them to become more actively involved in the decision-making process. Nevertheless, many studies have reported that patients have difficulty in fully participating in shared-decision making. This in turn gives rise to the need for medical decision coaching, which aims to develop patients' confidence and skills in deliberating about options and helps to prepare them for making decisions with their practitioners. Medical decision coaching is provided by trained individuals, and the coach's role has been described as that of a medical decision counsellor, educator, navigator, and facilitator. In this article, I describe a framework for medical decision coaching to support shared decisions. Additionally I discuss the implications of medical decision coaching in Korean society.

Keywords

shared decision-making, medical counselling, medical decision coaching, medical decisions, patient decision aids, patient participation

* This work was supported by the Dong-A University research fund.

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