

의학적 의사결정에 관한 우리나라 성인의 인식 조사*

권복규**

요약

의학적 의사결정에 대한 우리나라 성인들의 인식을 파악하기 위해 수도권 거주 19세 이상 성인 500명을 대상으로 온라인 웹 설문을 활용한 설문 조사를 실시하였다. 5점 리커트 척도를 사용한 응답자의 우리나라 의료시스템에 대한 만족도는 3.08, 의료기관과 의사에 대한 신뢰도는 각각 3.15와 3.24였으며, 응답자의 90% 이상이 중병에 걸렸을 때 정확한 소식을 듣고 싶어 했다. 73.2%의 응답자가 나쁜 소식을 의사로부터 직접 듣기를 원하였으며, 의학적 의사결정에 있어 자신의 자율적 판단과 결정이 중요, 또는 매우 중요하다는 응답자가 전체의 93.2%였다. 실제 의사결정에 있어서는 자신/보호자/의사가 함께 결정해야 한다는 응답(41.2%)이 가장 많았고 다음으로 의사와 본인이 함께 결정해야 한다는 응답이 36.2%였다. 부모님 등 어른 환자의 의사에 대해서는 가급적 존중해야 한다는 60.2%, 경우에 따라 다르다는 21.0%였다. 응답자의 성별, 연령, 학력, 직업, 종교와 중한 질병의 경험 여부, 또는 보호자 입장에서 의사결정의 어려움을 경험했는지 여부는 성별에 따른 일부 항목을 제외하고는 이러한 결과에 큰 영향을 미치지 않았다. 결론적으로 우리나라 성인들은 의학적 의사결정에 있어 정확한 정보 및 자율적 판단과 결정의 중요성을 인정하지만 실제 결정을 내릴 때는 의사와 보호자의 의견을 함께 참조하고 싶어 하는 것으로 보인다.

색인어

자율성, 의사결정, 연명의료, 의료윤리, 인식조사, 의사소통

교신저자: 권복규, 이화여자대학교 의과대학 의학교육학교실, Tel: 02-2650-5758, Fax: 02-2653-1136, e-mail: kivo@ewha.ac.kr

* 이 논문은 2012년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2012S1A5B8A03034450).

** 이화여자대학교 의과대학 의학교육학교실

I. 서론

의학적 의사결정에 있어 환자의 자율성 존중은 흔히 환자의 자기결정권을 보장해 주는 것으로 표현된다. 우리나라의 보건의료기본법은 제12조에서 “모든 국민은 보건의료인으로부터 자신의 질병에 대한 치료 방법, 의학적 연구 대상 여부, 장기이식 여부 등에 관하여 충분한 설명을 들은 후 이에 관한 동의 여부를 결정할 권리를 가진다.”고 하여 보건의료서비스에 대한 자기결정권을 법적으로 인정하고 있다. 그러나 우리나라의 의료 현장에서 실제로 환자가 자기결정권을 온전히 행사하고 있다고 보기는 어렵다. 특히 환자의 치료 거부가 곧 생명의 종식으로 이어지는 연명의료와 같은 경우 환자의 자기결정권을 온전히 보장할 수 있는가는 격렬한 논쟁의 대상이다[1,2]. 이와 같은 극단적인 경우를 배제한다 하더라도 많은 한국인들이 아픈 상황에서 충분한 설명을 듣고 관련된 의사결정을 능동적, 주체적으로 하기보다는 권위자인 의료인에게 결정을 맡기려는 경향이 있으며, 특히 고령 환자의 경우에는 환자 자신보다는 보호자 역할을 하는 배우자, 또는 자녀들이 그를 대신해 의사결정을 하는 경향이 있음은 이미 많은 선행 연구들에서 지적된 바와 같다[3-5]. 그러나 본인의 인지 능력이 충분하고 완전한 경우에도 보호자에 의한 대리 의사결정, 또는 가족 의사결정이 과연 자기결정이라고 할 수 있는지, 그리하여 이를 윤리적으로 허용할 수 있는지는 여전히 불분명하다. 그리고 흔히 의료에 있어서 자기결정으로 표현되는 환자의 자율성 존중이 우리나라의 의료문화에서도 여전히 유효하게 작동하고 있는지, 또는 반드시 그래야만 하는지에 대한 본격적인 논의 역시 미흡한 상태에 있다. 이러한 논의를 하기 위해서는 먼저 우리나라 국민들이 의학적 의사결정에 대

해 어떤 생각을 가지고 있는지에 대한 실증적인 자료가 있어야 할 것이다. 그러나 의료진을 대상으로 하는 몇몇 조사[6-9]나 연명의료 결정과 관련하여 이루어진 몇몇 조사[10-12]를 제외하고는 일반 국민들의 생각을 알아보는 선행 연구는 거의 없는 실정이다. 안선희 등[13]이 236명의 환자를 대상으로 하여 환자의 알 권리와 자기결정에 대한 인식 정도를 조사한 선행 연구가 있으나 이는 국민 일반의 태도를 조사한 것은 아니다. 따라서 본 연구는 우리나라 성인들을 대상으로 하여 의학적 의사결정에 대한 일반 국민의 태도와 인식을 알아보고자 하였다. 또한 이와 같은 태도는 의료기관 및 의료인에 대한 신뢰도, 본인이 그러한 상황에 처했던 경험의 여부 등에 영향을 받을 것으로 가정하여 이에 대한 조사도 함께 수행하였다. 이 연구의 결과는 향후 우리 사회에서 의료 의사결정과 관련된 자율성의 의미에 대한 논의를 하는 데 필수적인 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

II. 대상 및 방법

1. 연구대상 및 방법

본 연구를 위해 2014년 12월 12일~12월 17일에 걸쳐 서울과 경기, 인천에 거주하는 우리나라 성인 500명을 대상으로 하여 CAWI (Computer Aided Web Interview)를 통한 설문 조사를 수행하였다. 설문 조사지는 연구대상자의 일반적 특성에 대한 설문 5문항과 기본 설문 문항 10문항으로 구성되었다. 이와 더불어 자율성 척도를 측정하기 위한 설문 75문항을 함께 추가하였으나 이 자율성 척도 측정 결과는 다른 기회에 소개하도록 할 것이다. 기본 설문 문항은 연구자가 개발하여 생명의료윤리, 또는 법학을 전

공한 박사급 연구원 5인의 검토를 받아 수정하였다. 본 연구는 이대목동병원 기관윤리위원회 (Institutional Review Board)으로부터 “피험자의 신원이 직접, 간접적으로 확인될 수 없는 설문조사”에 해당한다는 사유가 인정되어 심의 면제를 받아 수행되었다.

2. 자료 수집과 통계 분석

본 설문조사는 『현대리서치연구소』가 주관하여 수행하였다. 설문에 대한 응답률은 26.7%였고, 응답자의 성비와 연령은 우리나라 현행 인구 분포에 따라 보정하였다. 수집된 자료는 Microsoft Excel[®]을 이용하여 코딩을 하였으며, 통계분석은 SPSS ver 21.0[®]을 사용하였다. 응답자의 기본 정보와 중한 질병의 경험 여부와 같은 범주형 변수에 대해서는 빈도와 백분율을 구하였고, 의료기관 및 의사의 신뢰도와 같은 연속형 변수에 대해서는 리커트 5점 척도를 사용하여 평균과 표준편차를 구하였다. 성별, 연령, 학력, 직업, 종교, 중한 질병의 경험 여부, 의학적 의사결정과 관련된 어려움의 경험 여부를 독립변수로 하여 우리나라의 의료시스템에 대한 만족도, 의료기관과 의사의 신뢰도, 의사결정 방식, 자율적 판단과 결정의 중요성 등 문항별로 변수의 성격에 따라 카이제곱 검정과 t-검정, 그리고 일원 분산분석을 시행하였다.

III. 결과

1. 응답자의 일반적 특성

본 조사에 대한 응답자는 서울과 경기, 인천 등 수도권에 거주하는 만 19세 이상의 성인으로 남성 252명, 여성 248명으로 구성되었다. 연령

<Table 1> 응답자의 일반적 특성

변수	구분	빈도 (%)
성별	남	252 (50.4)
	여	248 (49.6)
연령	19~29세	101 (20.2)
	30~39세	112 (22.4)
	40~49세	121 (24.2)
	50~59세	108 (21.6)
	60세 이상	58 (11.6)
거주지역	서울	204 (40.8)
	경기	240 (48.0)
	인천	56 (11.2)
학력	중졸 이하	3 (0.6)
	고졸 이하	79 (15.8)
	초대졸	119 (23.8)
	대졸 이상	299 (59.8)
직업	사무관리직	116 (23.2)
	생산직	18 (3.6)
	전문직	71 (14.2)
	서비스판매직	44 (8.8)
	자영업	53 (10.6)
	주부	102 (20.4)
	학생	55 (11.0)
	무직	23 (4.6)
	기타	18 (3.6)
종교	무교	231 (46.2)
	기독교	125 (25.0)
	불교	64 (12.8)
	천주교	76 (15.2)
	기타	4 (0.8)
중한 질병 경험 여부	있다	175 (35.0)
	없다	325 (65.0)
보호자 입장에서 의사결정 관련 갈등 경험 여부	있다	159 (31.8)
	없다	341 (68.2)

은 고른 분포를 보였으며, 만 40세에서 49세 사이가 121명으로 가장 큰 비율을 차지하였고, 60세 이상의 고령자는 58명이었다. 응답자의 학력은 대졸 이상이 299명(59.8%)으로 가장 많았으며, 중졸 이하는 3명(0.6%)에 불과하였다. 응답자의 직업은 사무관리직이 116명(23.2%)을 차지하여 가장 많았으며 그 뒤를 전업주부(102명, 20.4%)가 뒤따랐다. 응답자의 종교는 무교가 231명(46.25%)으로 가장 많았고 그 다음으로 기독교(125명, 25.0%), 천주교(76명, 15.2%), 불교(64명, 12.8%)의 순이었다. “귀하께서는 본인 입원이나 수술 등 심각한 의학적 의사결정을 요하는 중한 질병을 경험하신 적이 있으십니까?”라는 질문에 대해서 175명(35.0%)이 그런 경험이 있다고 응답하였으며, 325명(65.0%)은 없다고 응답하였다. “귀하께서는 보호자의 입장에서 성인 환자에 대한 진실을 말하거나 치료방침의 결정 등 의학적 의사결정과 관련된 어려움을 경험하신 적이 있으십니까?”라는 질문에 대해서 159명(31.8%)이 그런 경험이 있다고 응답하였으며, 나머지 341명(68.2%)은 그런 경험이 없다고 하였다<Table 1>.

2. 의료시스템 만족도와 의료에 대한 신뢰도

“귀하께서는 우리나라의 의료시스템에 대해 얼마나 만족하십니까?”라는 질문을 통해 의료시스템에 대한 만족도를 1점(매우 불만)~5점(매

우 만족)의 리커트 척도로 평가하였으며, 이와 유사한 방식으로 우리나라 의료기관과 의사에 대한 신뢰도를 1점(매우 신뢰하지 않음)~5점(매우 신뢰)의 리커트 척도로 평가하였다. 그 결과 의료시스템에 대한 만족도는 평균 3.08(표준편차 0.74)이었으며, 의료기관과 의사에 대한 신뢰도는 각각 3.15(표준편차 0.68)와 3.24(표준편차 0.69)로 보통(리커트 척도 3점)을 약간 넘는 모습을 보여주었다<Table 2>.

3. 충분한 설명과 나쁜 소식 알리기

“귀하께서는 우리나라 의사들이 환자에게 충분한 설명을 해 주고 있다고 생각하십니까?”라는 질문에 대해서 응답자의 41.4%는 “아니다”, 38.0%는 “보통이다”라고 응답하여 부정적인 인식을 보여주었다. 이를 5점 리커트 척도로 환산하면 평균 2.64(표준편차 0.81)로서 “보통”에도 미치지 못하였다. 그럼에도 불구하고 “귀하께서는 만약 중병에 걸려 상태가 안 좋을 경우 그 소식을 정확히 알기를 원하십니까?”라는 질문에 대해서는 응답자의 53.6%가 그렇다, 41.8%가 매우 그렇다고 응답하여 거의 모든 응답자가 알기를 원하고 있음을 보여주었다. 이를 리커트 척도로 환산하면 4.37(표준편차 0.59)이었다<Table 3>.

나쁜 소식을 듣는 방식에 대해서는 응답자의 73.2%가 본인이 의사로부터 직접 듣기를 희망

<Table 2> 의료시스템 만족도와 의료에 대한 신뢰도(빈도, %)

	1	2	3	4	5	리커트 척도 (표준편차)
의료시스템 만족도	8 (1.6)	88 (17.6)	268 (53.6)	130 (26.0)	6 (1.2)	3.08 (0.74)
의료기관 신뢰도	8 (1.6)	60 (12.0)	283 (56.6)	148 (29.6)	1 (0.2)	3.15 (0.68)
의사 신뢰도	5 (1.0)	56 (11.2)	255 (51.0)	181 (36.2)	3 (0.6)	3.24 (0.69)

<Table 3> 충분한 설명과 나쁜 소식 알리기(빈도, %)

	전혀 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다	리커트 척도 (표준편차)
우리나라 의사들이 환자에게 충분한 설명을 해 준다고 생각하는가?	25 (5.0)	207 (41.4)	190 (38.0)	77 (15.4)	1 (0.2)	2.64 (0.81)
중병에 걸렸을 때 그 소식을 정확히 알고 싶은가?	0 (0.0)	3 (0.6)	20 (4.0)	268 (53.6)	209 (41.8)	4.37 (0.59)

<Table 4> 나쁜 소식을 듣는 방식

나쁜 소식을 듣는 방식	빈도 (%)
의사로부터 직접 듣는다	366 (73.2)
보호자를 통해 간접적으로 듣는다	2 (0.4)
보호자와 함께 의사로부터 직접 듣는다	130 (26.0)
간접적으로 눈치를 채는 편을 택한다	2 (0.4)
계	500 (100.0)

<Table 5> 의학적 의사결정의 방식

의학적 의사결정의 방식	빈도 (%)
의사가 결정해야 한다	12 (2.4)
의사가 보호자와 의논하여 결정해야 한다	47 (9.4)
의사와 내가 함께 결정해야 한다	181 (36.2)
내가 결정해야 한다	54 (10.8)
사안에 따라 나/보호자/의사가 함께 결정해야 한다	206 (41.2)
계	500 (100.0)

한다고 하였다. 한편 26.0%는 보호자와 함께 의사로부터 직접 듣기를 희망하였다. 보호자를 통해 간접적으로 듣기를 희망하는 사람과, 간접적으로 자신의 상태를 눈치 채기를 희망하는 사람은 각각 0.4%에 불과하였다<Table 4>.

4. 의학적 의사결정과 환자의 의견 존중

“귀하께서는 병에 걸렸을 경우 중요한 의사결

정을 어떻게 해야 한다고 생각하십니까?”하는 질문에 대해 응답자의 41.2%는 사안에 따라 나/보호자/의사가 함께 결정해야 한다고 하여 가장 높은 비율을 보여주었다. 의사와 내가 함께 결정해야 한다는 응답은 36.2%, 내가 결정해야 한다는 응답은 10.8%를 차지하였다. 의사가 보호자와 의논하여 결정해야 한다는 응답도 9.4%를 차지하였다<Table 5>.

의료와 관련된 의사결정에 있어 나 자신의 자

<Table 6> 자율적 판단과 결정의 중요성(빈도, %)

	전혀 중요하지 않음	중요하지 않음	보통	중요	매우 중요	리커트 척도 (표준편차)
자율적 판단과 결정의 중요성	0 (0.0)	5 (1.0)	29 (5.8)	280 (56.0)	186 (37.2)	4.29 (0.62)

<Table 7> 성인 환자의 결정 존중

성인 환자의 결정 존중	빈도 (%)
절대적으로 존중해야 한다	83 (16.6)
가급적 존중해야 한다	301 (60.2)
경우에 따라 다르다	105 (21.0)
결정은 보호자와 의사가 해야 한다	11 (2.2)
계	500 (100.0)

율적인 판단과 결정이 얼마나 중요하다고 생각하는지에 대해서 응답자의 대다수는 중요(56.0%)하거나 매우 중요(37.2%)하다고 응답하였다. 전혀 중요하지 않거나 중요하지 않다는 응답은 거의 없었으며, 이를 리커트 척도로 환산하면 평균 4.29(표준편차 0.62)점이었다<Table 6>.

그럼에도 불구하고 “귀하께서는 본인이 어린 환자의 보호자의 입장이 되셨을 때 의료와 관련된 의사결정에 있어 그분의 자율적인 판단과 결정을 얼마나 존중해야 한다고 생각하십니까?”하는 질문에 대해서는 절대적으로 존중해야 한다는 응답이 16.6%에 불과했으며, 가급적 존중해야 한다는 응답이 60.2%로 가장 많았지만 경우에 따라 다르다는 응답도 21.0%를 차지하였다<Table 7>.

5. 통계적 검증

응답자의 성별, 연령, 학력, 직업, 종교, 중한 질병의 경험 여부, 보호자 입장에서 의학적 의사

결정의 갈등 경험 여부를 독립변수로 하여 ① 중한 질병에 걸렸을 경우 그 소식을 어떻게 알게 되기를 원하는지 ② 병에 걸렸을 경우 중요한 의사결정을 어떻게 해야 한다고 생각하는지 ③ 어린 환자의 보호자 입장이 되었을 때 그분의 자율적인 판단과 결정을 어떻게 존중해야 한다고 생각하는지에 대해 카이제곱 검증을 수행하였다. 그 결과 중병에 걸렸을 경우 소식을 어떻게 알게 되기를 원하는지에 대해서만 성별 간에 유의한 차이(p=0.003)를 보였고, 그 외에 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았다. 즉 중한 질병에 걸렸을 경우 남성이 의사로부터 직접 그 소식을 듣고 싶어 하는 비율이 여성의 경우보다 유의하게 높았으며, 여성은 보호자와 함께 의사로부터 직접 듣는 편을 남성에 비해 선호하였다<Table 8>.

응답자의 성별과 중한 질병의 경험 여부, 보호자 입장에서 의학적 의사결정의 갈등 경험을 여부를 독립변수로 하여 의료시스템의 만족도, 의료기관과 의사의 신뢰도, 우리나라 의사들이 환자에게 충분한 설명을 해 준다고 생각하는지, 만약 중병에 걸렸을 경우 그 소식을 정확히 알기를 원하는지, 의료와 관련된 의사결정에서 자신의 자율적 판단과 결정이 얼마나 중요하다고 생각하는지에 대해 t-검증을 실시하였다. 그 결과 우리나라 의사들이 환자에게 충분한 설명을 해 준다고 생각하는지에 대해 남성(평균 2.75, 표준편차 0.81)이 여성(평균 2.54, 표준편차 0.79)보다 약간 높은 점수를 보인 것(p=0.003)과 의학적 의사결정에 있어 자신의 자율적 판단과 결정의 중

<Table 8> 질병 관련 소통 방식의 성별 차이(p=0.003, df=3) (빈도, %)

		의사로부터 직접 듣는다	보호자를 통해 간접적으로 듣는다	보호자와 함께 의 사로부터 직접 듣는다	간접적으로 눈치를 채는 편을 택한다	계
성별	남성	203 (80.6)	1 (0.4)	47 (18.7)	1 (0.4)	252 (100.0)
	여성	163 (65.7)	1 (0.4)	83 (33.5)	1 (0.4)	248 (100.0)
전체		366 (73.2)	2 (0.4)	130 (26.0)	2 (0.4)	500 (100.0)

요성에 대해 여성(평균 4.36, 표준편차 0.60)이 남성(평균 4.23, 표준편차 0.63)보다 약간 높은 점수를 보인 것(p=0.014) 외에 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았다. 마지막으로 응답자의 연령, 학력, 직업, 종교의 독립변수에 대하여 의료시스템의 만족도, 의료기관과 의사의 신뢰도, 우리나라 의사들이 환자에게 충분한 설명을 해 준다고 생각하는지, 의료와 관련된 의사결정에서 자신의 자율적 판단과 결정이 얼마나 중요하다고 생각하는지, 만약 중병에 걸렸을 경우 그 소식을 정확히 알기를 원하는지, 의료와 관련된 의사결정에서 자신의 자율적 판단과 결정이 얼마나 중요하다고 생각하는지에 대해 일원분산 분석을 시행하였으나 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았다.

IV. 고찰

본 조사를 통해 드러난 우리나라 성인들의 의학적 의사결정에 대한 태도는 다음 몇 가지로 요약될 수 있다. 우선 응답자들은 우리나라의 의료기관과 의사를 그다지 신뢰하고 있지 않았다. 의료기관과 의사의 신뢰도 모두 보통(3.0)을 겨우 넘는 모습을 보여주었는데 이런 상황에서 의사가 환자와 원만한 환자-의사 관계를 형성하기는 쉽지 않은 일이다. 이러한 신뢰의 부족에는 의사의 충분한 설명의 부족이 한 몫을 하고 있는 것

처럼 보인다. 응답자들의 절반 정도는 우리나라의 의사들이 환자에게 충분한 설명을 하지 않는다고 생각하고 있었다. 이는 우리나라 특유의 의료제도로 인한 진료 시간의 절대적 부족이 한 원인이겠지만 부분적으로는 의사들의 의사소통 능력이 만족스럽지 못한 데도 기인할 것이다. 이와 함께 특히 상태나 예후가 좋지 않을 경우 환자 본인에게 진솔한 설명을 꺼리는 의사들의 태도도 원인으로 지적될 수 있을 것이다. 그럼에도 응답자들은 절대 다수가 중병에 걸렸을 경우라 해도 그와 관련된 소식을 정확히 알고 싶어 했다. 그리고 응답자들 대부분은 의사로부터 직접 이야기를 듣기를 희망하였으며, 특히 여성의 경우는 보호자와 함께 이야기를 듣고 싶어 했다. 이는 중병이나 나쁜 예후와 같은 곧바로 수용하기 어려운 이야기를 들을 때 정서적으로 지지해주는 사람이 옆에 있어주기를 희망하는 모습으로 여겨진다. 그러나 보호자로부터 간접적으로 이야기를 듣고 싶어 하는 비율은 매우 낮았다. 이는 나쁜 소식이나 어려운 이야기를 가급적 보호자를 통해 전달하고 싶어 하는 의사들과 달리 당사자들은 그런 소식이라 해도 의사로부터 직접 듣기를 바라고 있음을 시사한다.

무려 93.2%의 응답자가 의학적 의사결정에 있어 자율적인 판단과 결정이 매우 중요, 또는 중요하다고 응답하였지만 실제 의사결정에 있어서는 41.2%의 응답자가 사안에 따라 의

사 또는 보호자와 함께 결정하기를 원하고 있었다. 36.2%의 응답자는 의사와 본인이 함께 결정하기를 원했고, 본인이 결정한다는 응답자는 10.8%, 의사와 보호자가 논의하여 결정하기를 원하는 응답자는 9.4%에 불과하였다. 그런데 1995년 Blackhall 등[14]이 유럽계 미국인, 아프리카계 미국인, 한국계 미국인, 멕시코계 미국인들을 대상으로 한 조사에 의하면 응답자 중 47%의 한국계 미국인만이 환자에게 암이 전이된 사실을 알려야 한다고 하였으며, 35%의 한국계 미국인만이 말기라는 사실을 환자에게 알려야 한다고 하였고, 28%의 한국계 미국인만이 환자 자신이 연명의료와 관련된 의사결정을 해야 한다고 믿었다. 다수의 한국계 미국인들은 가족이 그런 결정을 해야 한다고 믿었다. 본 연구의 결과와 많은 차이를 보이는 이 조사 결과는 “자율론자”들에 대하여 “가족 중심 모델”을 옹호하는 근거로 쓰이고 있다[15]. 그러나 이 결과는 Kwon 등[15]이 2008년에 우리나라 중환자 91명을 대상으로 했던 조사 결과와도 차이를 보이는데 이 조사에서는 71.4%의 응답자들이 자신의 상태에 대해 솔직하고 직접적으로 듣기를 원했으며, 77.5%는 나쁜 소식이라 해도 의사로부터 직접 듣기를 희망하였다. 그리고 연명의료와 관련된 의사결정에 대해서는 21.3%의 응답자들이 본인과 가족, 의사가 함께 결정하기를 희망하였고, 40.4%는 본인과 가족이 함께, 그리고 27.0%의 응답자는 본인 스스로 결정하겠다고 하였다[15].

“본인이 결정해야 한다”는 응답이 10.8%인 본 조사의 결과, 그리고 28%였던 Blackhall 등[14]의 조사 결과, 그리고 이와 비슷하게 27.0%

였던 2008년 Kwon 등[15]의 조사 결과는 한국인들이 개인의 자율성을 존중하기보다는 “가족 중심 모델”을 더 지지한다고 해석될 수 있는가? 아니면 자율성 존중은 가족 중심 모델과는 양립할 수 없는 것인가? Beauchamp과 Childress [16]는 “비록 환자가 누군가에게 그 권리를 위임하더라도, 위임하겠다는 선택은 그 자체로 자율적인 것이다”고 하여 <가족에게 결정 권한을 위임한 것>으로 해석하고 있다. 그러나 이러한 주장은 우리나라에서 실제 일어나고 있는 일과는 거리가 멀어 보인다. 즉 우리나라에서 의사 및 보호자(가족)와 함께 하는 의사결정은 결정권을 위임한 것이라기보다는 결정권을 행사하는 데 있어 보호자를 참여시킨 것으로 보아야 한다. 우리나라에서 보호자의 의미는 “대리인(proxy)”과는 좀 다르다. 대리인이 자신의 의사, 또는 최선의 이익(best interest)을 대변해주는 사람이라면 보호자(guardian)는 글자 그대로 “보호(guard)”를 해 주는 사람이다. 보호자는 환자가 나쁜 소식을 듣고 결정을 내리는 데 따르는 스트레스에 대처할 수 있게끔 정서적으로 지지해주고, 올바른 판단을 내릴 수 있도록 도와주고, 돌봄의 한 주체로서 자신의 입장을 나의 의사결정에 반영할 수 있게끔 함께 참여한다. 의사는 물론 올바른 결정을 할 수 있도록 정보를 제공해주고, 자신의 경험과 판단을 통해 나를 이끌어주는 사람이자 결정의 주체는 아니다. 93.2%의 응답자가 자율적인 판단과 결정이 의학적 의사결정에서 매우 중요, 또는 중요하다고 응답한 것은 이러한 인식을 반영한 것이라고 본다.¹⁾ 비록 보호자가 대리인의 역할을 해야 할 때가 있겠지만 이는 당사자가 의식 상실 등과 같은 어떤 이유에

1) 물론 이러한 태도는 1995년 Blackhall 등[14]의 조사 결과와는 상당한 차이가 난다. 이는 1995년 이래 20년이 흐른 오늘날의 한국 사회는 개인의 권리와 자율성을 존중하는 쪽으로 보다 더 서구화(westernization)되었으며, 또 20년 전 한국계 미국인의 의식은 당시의 한국 사회보다는 오히려 그들이 한국을 떠난 시점의, 더 오랜 가치관과 문화를 반영하고 있기 때문이라고 여겨진다.

서 자신의 의견을 표명하기 어려운 때로 국한되며, 그렇지 않을 경우 의사결정과정에 참여할 수는 있겠지만 당사자가 의식과 판단력이 있다면 그 결정을 대신할 수는 없다.

따라서 중요한 것은 “개인의 자율성 존중” 대 “가족 중심적 의사결정”이라는 이분법을 떠나 역동적인 의사결정 과정에서 당사자인 환자의 의사가 충분히 존중되고, 이해관심이 있는 보호자(가족)들 역시 충분히 만족할 수 있는 문화를 어떻게 형성하는가에 있다. 한국 사회에서 주로 부모가 되는 어른의 의료와 관련된 의사결정을 경우에 따라 존중하지 않을 수도 있다는 응답이 21.0%나 되는 것은 우리 사회가 처한 모순된 지점을 잘 보여준다. 즉, 자신의 결정은 존중받기를 원하지만, 연로한 부모에 대한 의료 의사결정은 온전히 그들만의 뜻대로는 할 수 없다는 것이다. 이는 전통적인 효(孝)의 개념으로 인해 연로한 부모는 독립된 성인이 아닌, 자신이 부양하고 돌보아야 할 의존적인 대상으로 여기는 데 기인하는 듯하다. 하지만 진정한 효는 부모의 뜻을 존중하는 것임을 상기한다면 이것이 자율성 존중의 원칙과 오히려 더 잘 일치하고 있음을 알 수 있다.

결론적으로 의학적 의사결정에 있어 환자의 자기결정권 존중, 또는 자율성의 존중은 ‘동의서 날인’과 같이 편협하고 좁게 이해되기보다는 의사, 보호자 등 다양한 요소와의 상호작용 속에서 일어나는 역동적이고 유연한 과정으로 이해되어야 할 것이다. 그리고 이를 위해서는 환자-의사간의 원활한 의사소통이 무엇보다 중요하다. 좋은 의사소통은 의료 윤리적 측면에서 환자의 자율성을 더 잘 보장해줄 수 있을 뿐 아니라 의사와 의료기관에 대한 신뢰도를 높이고, 궁극적으로 의료에 대한 만족도를 높일 수 있다. 이는 본 연구에서 드러난 것처럼 우리나라 의료에서는

여전히 아쉬운 부분이다. ㉞

REFERENCES

- 1) 고윤석. 의사의 관점에서 본 연명의료에서의 환자의 자기결정권. 의료정책포럼 2013 ; 11(3) : 20-26.
- 2) 허대석. 환자의 자기결정권과 사전의료지시서. 대한의사협회지 2009 ; 52(9) : 865-870.
- 3) 한수연, 이홍직. 노인환자와 가족의 연명치료 의사결정 참여에 관한 소고: 미국의 의료보험법을 중심으로. GRI연구논총 2013 ; 15(2) : 71-91.
- 4) 장원경, 안경진, 김민영 등. 연명의료가 예견되는 시점에서 환자 가족의 역할: 말기암 환자 가족의 돌봄 경험에 대한 내러티브 분석. 한국의료윤리학회지 2015 ; 18(2) : 172-189.
- 5) 이상목. 의학적 의사결정에서 환자의 결정과 가족의 결정. 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(4) : 1197-1211.
- 6) 김효진. 의학적 의사결정의 실천모델: 환자, 의사, 사회, 세 가지 주된 힘의 상호작용을 중심으로. 한국의료윤리학회지 2013 ; 16(2) : 59-76.
- 7) 김두리, 한은경, 김상희 등. 생애말기 환자를 돌보는 간호사의 윤리적 의사결정 능력에 미치는 영향요인. 한국의료윤리학회지 2014 ; 17(1) : 34-47.
- 8) 조계화, 안경주, 김균무. 의료인이 인식하는 말기의 적절한 의학적 의사결정 저해요인 분석. 한국의료윤리학회지 2011 ; 14(4) : 427-442.
- 9) 윤은자, 김현정, 전미순 등. 연명치료에 대한 일반인과 의료인의 인식 비교. 주관성연구 2012 ; 25 : 21-34.
- 10) 이원상, 이석배. 연명치료중단에 있어 환자의 자기결정권과 사전의료지시서에 관한 연구. 서울 : 현대아트컴, 2011 : 21-40.
- 11) 권복규, 고윤석, 윤영호 등. 우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 관한 태도 연구. 한국의료윤리학회지 2010 ; 3(1) : 1-16.
- 12) 윤은자, 이미연, 송미승. 성인의 연명치료에 대한 태도. 주관성연구 2011 ; 22 : 129-145.
- 13) 안선화, 김용순, 유문숙 등. 환자의 알권리와 자기결정. 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(2) : 153-164.

- 14) Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, et al. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. JAMA 1995 ; 274(10) : 820-825.
- 15) Kwon I, Koh YS, Yun YH, et al. A survey of the perspectives of patients who are seriously ill regarding end-of-life decisions in some medical institutions of Korea, China, and Japan. J Med Ethics 2012 ; 38 : 310-316.
- 16) 탐 뷔첨, 제임스 칠드리스, 박찬구 외 역. 생명의료윤리의 원칙들(Principles of Biomedical Ethics. 6th ed). 서울 : 이화여자대학교 생명의료법연구소, 2014 : 188-189.

A Survey of Korean Adults' Understanding of Medical Decision-Making*

KWON Ivo**

Abstract

A web survey was conducted to examine the experiences with, and understanding of medical decision-making among adults in South Korea. The subjects for the study were 500 residents, 19 years of age or older living in Seoul, Gyeonggi-do, and Incheon. The average satisfaction with the current health-care system was found to be 3.08 on a 5-point Likert scale. The degree of trust in health institutes was 3.15 and the degree of trust in medical doctors was 3.24. More than 90% of the respondents want to receive an accurate diagnosis when they experience a serious disease, and 73.2% want to be informed from the doctor directly. With respect to medical decision-making, 41.2% of subjects prefer a decision-making model that involves the doctor, the patient, and a guardian (usually a family member); 36.2% of subjects prefer that the relevant decisions be made by the patient in consultation with the doctor. More than 60.0% of subjects answered that they would respect the preference of their parents in medical decision-making, while 21.0% responded that it would depend on the condition. The gender, age, occupation, and education level all had very little influence on subjects' responses; gender did exhibit some influence on certain items. The results of this study indicate that while Korean adults accept the importance of their own judgements in medical decision-making, many of them want to engage their guardians in the actual decision-making process.

Keywords

autonomy, medical decision making, end of life care, medical ethics, survey, communication

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2012S1A5B8A03034450).

** Department of Medical Education, Ewha Womans University School of Medicine: Corresponding Author