

의학적 의사결정 모델로써 공동의사결정의 이해

김진경*

1. 들어가는 말

일반적으로 의사결정이란 문제를 해결하거나 목표를 달성하기 위해서 선택 가능한 대안들 중에서 최적의 대안을 선택하는 과정으로 정의할 수 있으며, 의사결정자는 가능한 한 모든 대안을 검토하여 좋은 결과를 도출할 필요가 있을 것이다.¹⁾ 펠레그리노와 토마스마(Pellegrino & Thomasma)에 따르면, 의료의 “전반적인 과정은 구체적인 목적, 즉 개별 환자를 위한 적절하고 최선의 치료 행위”²⁾이다. 이러한 점에서 의학적 의사결정은 인간의 삶과 죽음 그리고 치료와 관련하여 환자를 위한 최선의 치료 행위를 선택하는 과정이라 할 수 있을 것이다. 그러므로 오늘날과 같이 복잡한 의료 상황에 적절한 의학적 의사결정유형을 확립하는, 즉 의사결정과정에서 참여하는 의사결정자와 그 방법을 모색하고자 하는 연구의 중요성은 날로 증가하고 있다.

역사적으로 의학적 의사결정 모델은 변하고 있다. 먼저 의료에서 의사가 중심적인 지위를 유지하던 히포크

라테스 시대부터 20세기에 이르기까지 의학적 의사결정 과정의 중심은 의사에게 있었다고 해도 과언이 아니다. 흔히 이를 의료 간섭주의라고 지칭한다. 간섭주의 모델을 주장하는 사람들은 의학적 의사결정과정에서 환자들은 소극적인 역할을 하며 궁극적인 의사결정은 전문적인 의학 지식과 기술을 가진 의사에게 맡겨야 한다고 주장한다.

그러나 1960년대 초부터 의학적 의사결정과정에서 의사의 절대적인 권위에 의문을 제기하게 되었고 이는 자연스럽게 환자 자율성에 대한 관심으로 이어졌다. 그 결과 의학적 의사결정과정은 환자 자율성에 토대를 둔 충분한 설명에 근거한 모델로 변화하게 되었다. 따라서 이제 의학적 의사결정과정에서 의사는 환자에게 필요한 설명을 제공하는 사람으로 이해되며 치료 결정을 내려야 하는 의사결정자는 충분한 설명을 제공받은 환자가 된다.

그러나 이와 같은 의학적 의사결정 모델은 그것이 의료 간섭주의에 기초한 것이든 혹은 개개인으로서의 환자 자율성에 기초한 것이든 간에 의사 혹은 환자 가운데 어

* 동아대학교 윤리문화학과 Post-Doc. 010-7152-6223. regina05@hotmail.com

1) 이병도, 의학적 의사결정 도구들에 대한 고찰: Bayesian analysis and ROC analysis, 대한구강악안면방사선학회지 2006 ; 36 : 1.

2) Edmund D Pellegrino & David C Thomasma, A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions, New York : Oxford University Press, 1981 : 120-121.

는 한 입장의 의견만을 더욱 우선시 하는 경향을 보이고 있다. 그러나 의료에서 이와 같이 어느 한 입장에 초점이 맞추어지는 의사결정방식은 문제점을 가질 수밖에 없다. 왜냐하면 의학적 의사결정은 인간의 생명, 죽음 그리고 치료를 결정하는 중요한 문제로써 관련 당사자들의 어느 한 입장만을 가지고 내려질 수 있는 문제가 아니기 때문이다. 실제로 인간의 생명과 관련된 문제는 병을 경험하는 환자, 그를 치료하는 의사 그리고 그와 관련된 사람들 모두가 연결된 문제이다. 따라서 개별 환자를 위한 의학적 의사결정은 감성적·언어적 그리고 사회문화적 중요성을 통합하는 상호 관계 속에 이루어져야 할 것이다.

이러한 점에서 오늘날 요청되는 의학적 의사결정 모델은 어느 한 입장만을 고려하는 방식이 아니라 환자를 위한 다양한 입장들이 공동으로 숙고하고 논의하는 공동 의사결정 방식이 되어야 할 것이다. 일반적으로 의료에서 공동의사결정은 환자와 의사간의 상호 존중과 파트너십을 토대로 의학적 결정을 내리는 것을 의미한다. 다시 말해 공동의사결정 방식에서는 환자와 의사가 치료결정의 중심이 되는 것이다. 그러나 의학적 의사결정이 궁극적으로 환자를 위한 최선의 치료 행위를 선택하는 과정이라고 한다면, 우리는 이 과정에서 대리인으로서 환자 가족이 수행하는 역할의 중요성을 간과해서는 안 될 것이다. 왜냐하면 환자 가족은 환자 삶의 맥락을 가장 잘 알고 있으며, 이를 가장 잘 이해한다고 여겨지기 때문이다. 이러한 측면에서 의학적 의사결정과정은 환자와 의사의 공동 숙고와 논의를 중심으로 하는 공동의사결정의 기본 구조 속에 환자 가족의 중요성이 포함되는 좀 더 포괄적인 방식이 되어야 할 것이다.

따라서 본 논문에서는 먼저 의학적 의사결정의 기본 구조로써 공동의사결정이 의미하는 바를 살펴보고, 그

과정에서 가족 역할의 중요성을 알아봄으로써 오늘날 의료가 요청하는 적절한 공동의사결정 방식에 대해 고찰해 보고자 한다.

II. 공동의사결정의 요청

1. 의학적 의사결정 모델의 특징과 그 한계점

기존의 의학적 의사결정 모델 각각은 독특한 자신의 특징을 가지는 동시에 구체적인 특징에 있어서는 일부 중복된 부분을 드러낸다. 따라서 아래에서는 우선 각각의 모델에 대한 이해를 통해 그것의 특징과 그 한계점에 대해 알아보도록 할 것이다.

먼저, 히포크라테스에서부터 20세기에 이르기까지, 개별 의사는 의학적 의사결정에서 독보적인 존재였다.³⁾ 이처럼 의사들이 의학적 의사결정에서 권위를 주장할 수 있었던 것은 전문적인 의학 지식과 기술을 가지기 때문이다. 비취(Robert M, Veatch)에 따르면 이 모델은 의사가 배타적인 힘을 가지는 성직자 모델⁴⁾에 해당된다. 이 모델에서 의사는 환자-의사 관계에서 모든 힘을 가지고 중요한 결정을 내린다. 20세기 이후 의학 기술의 눈부신 발달의 결과 의료에서는 아픈 사람을 치료하고 질병을 예방할 수 있는 지식과 기술교육을 받고 이를 통해 사회적 권위를 단독으로 제공받은 숙련된 의사들을 필요로 하게 되었다. 이러한 맥락에서 의학적 의사결정은 주로 전문적인 기술을 가진 의사에 의해 내려지고 환자는 의사가 자신에게 최선의 이익이 될 것이라고 내린 결정에 순응해야 했다. 결국 의료 간섭주의 모델에서 중요한 의사결정자는 의사이고 이 과정에서 환자는 단지 소극적인

3) Frederick O Bonkovsky, Contending Medical Decision Models, Theoretical Medicine 2001 : 22 : 193.

4) 성직자 모델에서 좋은 의사란 언제나 자신의 환자에게 최선이 되는 것이 무엇인지를 알고 그들에게 최선이 된다고 생각되는 것을 행하는 것이다. 반면 좋은 환자란 가치평가와 기술적 문제에서 의사의 권위를 완전히 수용하고 언제나 의사의 지식에 따르는 것이다. Rem B Edwards & Glenn C Graber, Bio-ethics, Harcourt Brace Jovanovich, 1988 : 32 참조.

역할만을 수행하게 된다.

그러나 의료 간섭주의에 기초한 전통적 의학적 의사결정 모델은 그것이 의사의 전문적인 견해와 가치를 존중하였다는 이점에도 불구하고 크게 두 가지의 한계점을 가진다. 첫 번째 한계점은 오늘날 의료윤리의 중요한 원칙인 자율성 존중 원칙⁵⁾과 양립하기 힘들다는 것이다. 의료 간섭주의 모델에서 의사는 환자에게 최선의 이익이 되는 것을 스스로 판단하여 환자가 이에 따르도록 요청한다. 따라서 환자는 자신의 신체를 둘러싸고 내려지는 결정의 주체가 될 수 없다. 두 번째 한계점은 전문가로서 의사는 환자를 위한 의학적 결정을 내리기 위한 과정에서 복잡한 삶의 맥락으로부터 나오는 환자의 가치를 온전히 이해하고 이를 적용하기 어렵다는 것이다. 구체적으로 의학적 의사결정과정에서 의사는 환자의 가치는 배제하고 자신의 오랜 훈련, 전문적인 견해 내지는 자신의 가치에 따라 결정을 내리기 쉽다.

다음으로 제시되는 의학적 의사결정 모델은 환자 자율성을 중심으로 하는 충분한 설명에 근거한 동의 모델이다. 오늘날 일반 대중의 교육 수준은 높아지고 정보 통신 기술의 발달로 인해 일반 대중들은 과거에 비해 의료에 관해 더 많은 지식을 습득할 수 있게 되었다. 또한 서구에서는 칸트의 자율성에 대한 강조로 인해 개인의 자율성과 자유를 인간됨의 중심부에 놓게 되었다. 이러한 사회적 변화로 인해 1960년대 초부터 의학적 의사결정 과정에서 의사의 배타적이고 절대적인 권위에 의문을 제기하게 되었고 이는 자연스럽게 환자 자율성에 대한 관심으로 이어졌다.

그러나 환자의 자율적 참여의 필요성에 대한 공동의

견해에도 불구하고 환자와 의사 사이의 의학 지식과 기술의 불균형은 환자 자율성 존중에 있어 어려운 문제를 남긴다. 이러한 맥락에서 의사는 환자에게 그와 관련된 문제에 대해서 치료의 전 과정에서 적극적으로 지속적으로 충분한 설명을 제공하여야 하며 이를 토대로 환자의 자율적 결정을 이끌어내야 할 것이다. 엠만누엘(Emanuel and Emanuel)에 의해 지적된 바와 같이 “의사는 환자에게 부여된 자신의 의지에 대한 두려움을 위해서 치료 제안을 제시해야 하며, 그것은 환자에게 부여되어온 의사결정과정을 통제하기 위해 경쟁하는 것으로 설명되어진다.”⁶⁾ 이러한 점에서 결국 의사소통과 충분한 설명에 근거한 동의의 목적은 환자가 신성한 도덕적·신체적 통합을 가진 사람으로 보여지고 대우받는 것을 보장함으로써 의료의 훌륭한 실질을 조력하는 것이다.⁷⁾

그러나 충분한 설명에 근거한 동의 모델에 대한 상호 인간적 측면의 도전이 있다. 첫째, 환자에게 제공 되어지는 충분한 설명과 관련된 문제이다. 의학적 치료는 언제나 불확실하다. 똑같은 진단을 받은 환자라 하더라도 그들은 동일하지 않으며 결과에 대한 다양성이 존재한다. 따라서 환자가 충분한 설명에 근거하여 의사결정을 내리는 데 있어서 필요한 정보는 단순히 의학적 지식이나 기술과 관련된 것뿐만 아니라 개별 환자에 대한 정보로까지 확대되어야만 할 것이다. 둘째, 의사결정자로서 환자와 관련된 문제가 발생한다. 충분한 설명에 근거한 모델은 결정과정에서 환자에게 힘이 주어진다는 가정을 전제한다. 그러나 이와 관련해서 이루어진 연구들을 살펴보면, 환자는 전형적으로 그들의 병과 그것에 대해 우선권을 가지고자 하지만, 대부분의 환자는 자신의 치료 결정

5) 자율성 존중 원칙은 개인은 누구나 자신의 일을 결정할 자율권을 지니며, 그것이 타인에게 피해를 주지 않는 한 어느 누구도 그 권리를 침해 받아서는 안 된다는 원리이다. 생명윤리학에서 자율성 존중의 원칙은 환자와 의사 관계에서 주로 진료에 대한 환자의 동의에 대한 물음으로 나타난다. 이를 충분한 정보에 근거한 동의라고 한다. 자세한 내용은 Tom L. Beauchamp, James F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, 2001 : 57-112 참조.

6) Emanuel EJ & Emanuel LL, Four models of the physician-patient relationship, Journal of the American Medical Association 1992 ; 267 : 2225; Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan, Shared decision-making in the Medical Encounter: What does it mean?(or it takes at least two to tango), Soc Sci Med 1997 ; 44(5) : 683 재인용.

7) Frederick O. Bonkowsky, 앞의 글, 2001 : 197.

을 스스로 내리는 것에 있어 두려움을 느끼며 자신이 정보를 공유하는 한에 있어 의사가 결정을 내려주는 것을 선호한다고 한다.⁸⁾ 다시 말해 의학적 의사결정과정의 중심이 환자에게 주어진다 하더라도, 심각한 질병, 결과에 대한 상당한 불확실성 그리고 제시되는 다양한 치료 선택에 대한 부담감은 환자로 하여금 환자 스스로 자신의 결정을 회피하도록 하는 것이다.

2. 공동의사결정의 필요성

의학적 의사결정 모델을 종합적으로 정리해 보면, 첫째 의료 간섭주의 모델과 충분한 설명에 근거한 동의 모델 모두 인간의 합리성을 신뢰하며 이를 토대로 합리적인 의사결정자에 의해 최선의 결정을 내리고자 하는 개인 지향적인 접근 방식을 취하고 있다. 예를 들어, 의사는 자신의 의학 지식과 기술을 토대로 환자를 위한 합리적 의사결정을 내릴 수 있을 것이고 환자 역시 충분한 설명을 토대로 하여 자신에게 가장 적절한 치료 결정을 내릴 수 있을 것이라고 보는 것이다. 그러나 의료 간섭주의에 있어 합리성이라는 지적 개념에 토대를 둔 인간성의 정의에 대한 의문은 자율성, 강압에 대해 자발성을 그리고 의사에게 있어 환자를 거부하도록 하며 이것은 의사 윤리의 이상을 대표하는 파트너십의 원칙을 손상시킨다.⁹⁾ 또한 충분한 설명에 근거한 동의에서도 합리성에 대한 강조는 자율성을 가진 환자에게 자신의 치료결정에 대해 너무나도 큰 부담을 주게 된다.

그러나 카츠(Katz)에 따르면 인간은 주어진 시간에서의 감정적 상태와 시간에 대한 심리학적 특징에 의해 영향을 받는 균형 속에 존재하는 이성의 능력과 비이성의

능력을 모두 가진다.¹⁰⁾ 「의사와 환자의 침묵세계(The Silent World of Doctor and Patient)」에서 카츠는 모든 사람은 비이성적이고 무의식적인 측면을 가지고 있기 때문에, 이러한 것들을 제거하는 것이 아니라 자기반성과 다른 사람과의 대화를 통해 그것들의 영향력을 줄이는 것이 이상적인 것이라는 것을 강조한다.¹¹⁾ 이에 따르면 환자-의사 모두가 합리적인 존재임과 동시에 비합리적인 요소를 포함한 존재이다. 그리고 이와 같이 불완전한 존재로서 환자와 의사는 의학적 의사결정과정에서 최선의 치료 결정을 내리기 위해서 내면적으로 반성하고 상호 소통해야만 하는 것이다.

둘째, 기존의 의학적 의사결정 모델은 환자를 단순히 고립된 개인의 영역으로 구분하여 인간 삶의 다양하고 복잡한 맥락을 간과하는 경향이 있다. 엠마누엘이 지적한 것과 같이 사람의 자발성에 대한 자유주의적 강조는 한 사람의 선호와 선택이 공동체와의 상호작용에 독립적으로 존재한다는 것을 가정한다.¹²⁾ 따라서 치료 선택을 결정하는 데 있어 의학적 징후에 초점을 맞추어 구체적으로 환자가 누구인지, 무엇을 근심하고 있는지 그들이 자신의 삶 속에서 어떠한 사람과 연결되는지, 그리고 환자의 건강이 누구에게 영향을 미치는지에 대해 크게 관심을 가지지 않는다. 그러나 환자의 삶은 매우 다양하고 복잡한 맥락을 가진다. 그러므로 정확한 의학 지식이나 기술들이 진단과 치료를 위해 엄격하게 적용된다 하더라도, 환자의 구체적인 삶의 맥락과 의학의 보편타당한 법칙 사이의 간극으로 인해 과학 추론을 통한 방법은 환자를 위한 완벽한 답을 제시하지 못할 것이다.

실제로 의료에서 개별 환자들은 다양한 상황에 처해

8) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan, 앞의 글. 1997 : 683-684 참조.

9) Jan Marta, Whose Consent is it anyway? A Poststructuralist Framing of the person in Medical Decision-Making. *Theoretical Medicine and Bioethics* 1998 : 19 : 360.

10) Jan Marta, 앞의 글. 1998 : 357.

11) Jan Marta, 앞의 글. 1998 : 359.

12) Mark G Kuczewski, Fragmentation and Consensus: Communitarian and Casuist Bioethics. Washington DC : Georgetown University Press, 1997 : 135.

있으며, 그 결과 그들이 기대하는 건강의 의미는 다양할 것이다. 이러한 점에서 구체적인 의료 현장에서의 임상 판단은 본질적으로 신중함의 실천, 즉 불확실성들을 내포한 복잡한 상황 속에서의 행동의 올바른 방식이어야 한다.¹³⁾ 그러므로 치료 결정에 관련된 당사자로서 환자와 의사간의 상호 작용은 매우 중요한 의학적 의사결정 과정의 요소가 될 것이다. 여기서 의사가 가지는 기술적 지식은 상호작용의 한 부분이 될 것이며, 반면 자신의 삶을 고려한 여러 가지 치료에 대한 환자의 선호는 다른 부분이 될 것이다. 이러한 점에서 에트지오노(Etzion)는 “확신의 대화”라는 구절을 통해 일종의 대화를 통해서 우리는 중요한 문제들에 대한 진정한 확신들을 주장할 수 있고 그것들을 가장 엄격한 조사에 따를 수 있도록 한다.¹⁴⁾ 따라서 의학적 의사결정에서 환자의 총체적인 삶을 고려하여 치료 결정을 내리기 위해서 환자와 의사는 소통을 해야 한다. 그리고 이 과정에서 최선의 결정을 위한 소통의 책임은 환자와 의사 모두에게 적용되어지는 의무라 할 수 있다. 카츠는 의학적 의사결정에서 환자와 의사 각각은 그들의 방식으로 자신의 행동에 대한 책임감을 반드시 가져야만 한다고 한다. 여기서 책임감은 어떤 사람에 대한 행동 결과에 대한 귀속을 포함한다. 결국 합리적이고 자율적인 인간은 각각 자신의 행동과 그 결과에 대한 책임감을 가져야 한다. 이러한 의미에서 책임감은 실수에 대해서만 부여되는 것이 아니라 행동하기 전에 중단하고 반성하는 충분한 설명에 근거한 동의에서 필수적인 부분이 되는 인간 존재의 무의식, 감정적 그리고 본능적 요소들에 대한 책임감을 포함한다.¹⁵⁾

환자와 합리적 그리고 비합리적 능력이 같은 정도로 혼합된 의사, 그리고 다른 보건 의료 제공자들은 또한 그들의 행동의 결과를 산출한다.¹⁶⁾ 더불어 의사에 의해 나

온 결과는 구체적인 환자-의사 관계와 관련된 당사자들에게 영향을 미칠 것이다. 따라서 의학적 의사결정과정에서의 환자와 의사를 포함한 관련 당사자들은 결정된 치료 선택에 대해 공동의 책임감을 공유한다. 이러한 점에서 인간 삶의 다양하고 복잡한 맥락을 토대로 하는 의학적 의사결정에서 환자와 의사를 중심으로 하는 관련자들 간의 상호 관계성과 책임감의 공유는 매우 중요한 역할을 할 것이다. 왜냐하면 의사결정과정에서 환자와 의사 사이의 의사소통은 잘못된 개념과 잘못된 이해를 분명히 함으로써 각각 자신의 행동에 대한 책임감을 증가시킬 것이라는 것을 확실히 하기 때문이다. 그러므로 오늘날 환자의 최선의 결정을 위한 이상적인 의학적 의사결정 모델은 환자와 의사를 중심으로 하는 관련자들 간에 서로 대화하고 그에 대한 책임감을 공유하는 공동의사결정이 되어야 할 것이다.

III. 공동의사결정의 이해

1. 공동의사결정의 의미

일반적으로 공동의사결정 이론은 교육학 이론으로 1980년대에 획기적인 교육의 미래에 대한 비전의 일환으로 개혁 프로젝트를 통해서 제시되었다.¹⁷⁾ 이러한 공동의사결정의 의미를 하나로 정의하기는 어려우나, 여러 형태를 가지는 공동의사결정은 다음과 같은 공통된 믿음과 논리를 가지고 있다.

① 아이들과 행동이 발생한 장소에서 가장 가까운 사람(교사)이 아이들의 교육에 대해서 가장 잘 결정할 수 있을 것이다.

13) Edmund D Pellegrino & David C Thomasma. *The Virtues in Medical Practice*. New York : Oxford University Press, 1993 : 86.

14) Frank C Richardson, *Virtue Ethics, Dialogue, and "Reverence"*. *American Behavioral Scientist* 2003 : 47(4) : 444.

15) Jan Marta. 앞의 글. 1998 : 361.

16) Jan Marta. 앞의 글. 1998 : 365.

17) 양정남, 최은정, 정현주. 사회복지 현장의 수퍼비전 방식 연구. *동신대학교논문집* 2006 : 16 : 18.

- ② 교사, 학부모 그리고 학교 직원들은 그들의 학교와 아이들에게 영향을 미치는 정책과 프로그램에 대해서 더 많은 의견을 말해야 한다.
- ③ 결정을 수행하는 데 책임 있는 사람들은 이러한 결정을 하는 데 있어서 의견을 제시해야 한다.
- ④ 결정을 이행하는 사람들이 과정(절차)에 대해서 주인의식과 책임감을 지닐 때, 변화는 가장 효과적일 것 같고 오래 지속될 것 같다.¹⁸⁾

의학적 의사결정 모델로써 공동의사결정이란 포함된 당사자들이 수용할 수 있는 행위의 절차를 만들어가는 과정이다.¹⁹⁾ 즉 공동의사결정은 의학적 결정의 당사자로서 환자와 의사 그리고 관련된 사람들이 문제에 대해 가장 잘 결정을 내릴 수 있을 것이라는 전제 아래 이들 각각의 의견 수렴을 통해 문제를 해결하고자 하는 것이다. 일반적으로 의료에서 공동의사결정은 환자와 의사 상호 간의 존중과 그들 간의 파트너십에 토대를 둔 과정을 말한다. 따라서 의학적 의사결정 모델로써 공동의사결정의 가장 기본적인 주제는 환자와 의사의 관계로 설명될 수 있다. 그리고 구체적인 의료에서 환자와 의사는 신뢰를 바탕으로 형성되어지는 관계이다. 그러므로 의사결정과정에서 의사나 다른 의료 관련자들은 개별자로서의 환자에 대한 존중, 즉 그들의 특별하고 독특한 욕구들과 가치들을 존중해야 하고, 또한 그것이 매우 중요하다는 것을 강조해야 한다. 이러한 점에서 공동의사결정은 환자와 의사의 공동 노력을 통해 개별 환자를 위한 최선의 치료 행위라는 의료의 목적을 실현하는 방법이 될 수 있을 것이다. 따라서 공동의사결정에서 환자는 자신이 바라는 범위에서의 위험과 이로운 모두를 포함하는 관련된 정보를 충분히 설명 받을 수 있고 의사결정과정

에서 그들이 바라는 정도의 의사의 권위를 결합시킬 수 있다.

이러한 맥락에서 본다면 공동의사결정과정은 의학적 의사결정을 위한 절대적인 기준을 제시하는 것이라기보다는 오히려 치료가 진행되는 가운데서 점진적이고 지속적으로 변화하는 과정의 중요성을 제시하는 것이라 할 수 있을 것이다. 따라서 공동의사결정과정에서 구체적인 행동을 서술하는 것보다 더 중요한 것은 치료적 의사 결정 - 예를 들어, 참여에 대한 환자의 우선권이 추론되어지고 인식되어지는 것, 환자들은 의사결정과정에서 진행되는 방식에 따라 선택을 제공하는 것 그리고 그들의 선택이 존중되어지고 의사의 행동에 있어 고수되어지는 것 - 에 대한 어떤 기본적 원칙들에 동의하는 것이 될 것이다.²⁰⁾ 그리고 이 과정에서 중요한 것은 바로 결정을 내리고 그것을 이행하는 사람들이 자신의 직무에 대한 단순한 책무(accountability)가 아니라 행동과 그 결과에 대한 책임감(responsibility)까지도 지녀야 한다는 것이다.

2. 공동의사결정의 특징

앞서 제시한 바와 같이 공동의사결정은 환자와 의사가 각자 견해에 대해 논의하고 결정을 내리는 모델로써, 그러한 과정에서 의사는 환자와 더불어 환자를 위한 최종 판단을 내리고 그 결정을 이행한다. 따라서 공동의사결정 모델은 개별 환자의 최선의 치료를 위해서 환자와 의사는 반드시 정보를 공유하고 서로 의사소통해야 함을 강조한다. 이를 위해 의학적 대면에서 환자의 진단과 치료에 필요한 의사의 핵심적인 임상기술로써 의학 면담²¹⁾은 공동의사결정을 위한 중요한 기법이 될 수 있을 것이다. 따라서 아래에서는 공동의사결정이 가지는 특징을

18) Scott C Bauer, Myth, Consensus, and Change, Executive Educator 1992 : 26-28; 양정남, 최은정, 정현주. 앞의 글. 2006 : 19 재인용.

19) Marl L Clayman, Kathleen M Calvin & Paul Arntson, "Shared Decision Making: Fertility and Pediatric Cancer" in Oncofertility: Fertility Preservation for Cancer Survivors, ed by Teresa K Woodruff & Karrie Ann Snyder. Springer, 2007 : 152.

20) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan. 앞의 글. 1997 : 689.

21) 의학면담은 의료에서 환자-의사 관계를 확립하고 유지하며, 환자의 문제를 진단하고 환자가 치료를 잘 따르도록 교육하고 격려하는 것으로써, 환자의 진단과 치료에 필요한 의사의 핵심적인 임상기술이다. 의료 현장에서 좋은 의사는 무엇보다도 좋은 면담가가 되어야 한다고 한다. St-

의학 면담의 세 가지 기능, 즉 관계 형성, 환자의 문제 평가와 환자의 문제 치료를 중심으로 살펴보도록 할 것이다.

첫째, 의료에서 공동의사결정은 환자와 의사를 포함하여 적어도 두 참여자들 이상을 포함한다.²²⁾ 펠레그리노와 토마스마에 따르면 임상 의학은 치료의 상호 인간적이고 상호 주관적인 관계를 토대로 이루어지는 것이다. 그러므로 의료는 궁극적으로 환자-의사의 치료 관계를 중심으로 하여 개별 환자를 위한 최선의 치료를 하는 것이다. 이러한 맥락에서 의학적 의사결정과정에서 환자와 의사는 기본적으로 필수적인 참여자가 되어야만 할 것이다. 따라서 환자-의사 관계 형성은 공동의사결정을 위한 기초가 된다. 구체적으로 의료에 대한 공동의사결정과정에서 의사는 자신의 기술적 전문성에 토대를 둔 권위를 가지며 환자 구성원들은 환자의 행복에 대한 그들의 관심에 토대를 둔 권위가 부여된다.²³⁾

둘째, 공동의사결정에서 환자와 의사는 다양한 방식으로 환자의 치료 결정과정에 참여하고자 하며, 이 과정에서 환자-의사간의 상호성 인식이 매우 중요하다. 의료에서 환자와 의사는 환자의 의견이 거의 반영되지 않았던 의료 간섭주의에서부터 충분한 설명에 근거한 동의에 이르기까지 다양한 방식으로 의학적 의사결정과정에 참여하기 위해 시도해왔다. 어떤 사람에게 있어서 참여는 동등한 토대 위에 공동의 생각을 통합하는 것으로 여겨지지만 환자와 의사가 제시하는 참여가 진정으로 무엇을 의미하는지는 명확하지 않다.²⁴⁾ 왜냐하면 먼저, 다른 직업에 비해 많은 전문적인 지식과 광범위한 훈련을 요구하는 전문직으로서의 의료의 특성으로 인해 환자와 의사는 동등한 토대를 형성하기 어렵다. 또한 의학적 의

사결정과정에서 환자는 자신의 치료 결정에 대해 상당한 심리적 부담감을 가진다. 이에 따라 환자의 자율성이 강조되는 충분한 설명에 근거한 동의 모델에서조차 환자는 자신의 선호에 따라 의사결정을 내려야 하는 적극적인 참여를 원하지 않는다. 이러한 이유로 인해 환자와 의사가 공동으로 의사결정과정에 참여하기 위해서는 무엇보다도 서로 신뢰를 형성하고 상호성을 인식하는 것이 중요하다. 다시 말해 환자와 의사가 의사결정과정에 공동으로 참여하기 위해서는 이들 간의 올바른 관계가 형성되어야만 하는 것이다. 따라서 공동의사결정을 위한 환자-의사간의 올바른 관계 형성을 위해 필요한 기법들은 다음과 같이 제안될 수 있을 것이다.

- ① 비언어적 행동: 의사의 비언어적 행동은 환자와의 상호 감정 작용에서 가장 중요한 부분일 것이다. 적절한 신체 자세, 움직임, 얼굴 표정, 목소리 크기, 말하는 속도, 접촉 등 환자와 의사 사이의 공간은 말로 할 수 있는 어떤 단어보다 따뜻함을 더 잘 전달할 수 있다.
- ② 공감: 공감은 다른 사람의 감정 상태를 받아들이고 그 사람을 인정하고 이해하는 것을 의미한다. 관계 형성을 위해 의사에게 필요한 가장 중요한 기술은 환자의 어려움에 대해 공감하며 대화하는 능력이다.
- ③ 개인적 지지: 환자에게 의사가 그들의 편에서 개인적으로 도와주기를 원한다는 사실을 알려주도록 노력해야 한다.
- ④ 동반자 의식: 환자는 의사와 동료의식을 느꼈을 때 더 만족하고 의사의 처방을 더 잘 따르게 된다. 자신의 치료에 환자를 참여시키는 것은 질병 대처 능력과 호전 가능성을 높인다.

even A Cole & Julian Bird. 김대현, 서영성, 김정범 역. 의학 면담: 관계 형성 · 환자의 문제 평가 · 환자의 문제 치료 기능적 접근. 서울 : 학지사, 2002 : 21 참조.

22) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan. 앞의 글. 1997 : 685.

23) Kenneth E Rosenfeld, Neil S Wenger & Marjorie Kagawa-Singer. End-of-Life Decision Making: A Qualitative Study of Elderly Individuals. J Gen Intern Med 2000 ; 15 : 622.

24) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan. 앞의 글. 1997 : 686.

⑤ 존중: 환자에 대한 존중은 경청, 비언어적 표시, 시선집중, 관심집중으로 표현된다. 또한 존중의 표현도 환자-의사 관계 형성과 개선, 환자의 문제 대처에 도움을 준다.²⁵⁾

환자와 의사의 올바른 관계 형성을 통해, 의사에 비해 치료 선택에 대한 전문적인 지식을 가지기 어려운 위치에 있는 환자는 의사결정과정에서 의사에 의해 제시되는 다양한 치료 선택에 대한 정보를 신뢰할 수 있게 된다. 그리고 그 과정에서 자신의 역할이 중요하다는 것을 인식할 수 있게 된다. 환자와 의사간의 상호성은 다른 사람들의 삶에 대한 존중과 참여를 통해 자신의 삶 자체를 돌아보고 비판할 수 있도록 하는 것이다. 라우리첸(Paul Lauritzen)에 의하면 의료에서 경험에 대한 호소를 통해 서로간의 불공평성을 균형 잡는 것은 환자를 위한 의사의 노력의 출발점으로써 그것은 의료에서 시작이지 도덕적 숙고의 끝이 아니다.²⁶⁾ 따라서 의사는 공동의사결정에서 환자와 의사간의 불공평한 균형을 잡기 위해 환자의 경험 속에 적극적으로 참여하고자 해야 할 것이다. 결국 의학적 의사결정을 내리기 위한 공동의사결정에서 환자와 의사가 상호성을 인식하고 공동의 노력을 통하여 문제를 해결하고자 할 때 개별 환자를 위한 최선의 치료 결정이 내려질 수 있을 것이다.

셋째, 공동의사결정에서 환자와 의사 상호간의 정보 공유는 필수조건이 될 것이다. 의사의 기본적인 의무는 환자 치료를 위해 자신의 전문적인 의학 지식과 기술을 적용하는 것이다. 이러한 점에서 구체적 현장에서 많은 의사들은 시간적 제약과 경제적 인센티브 등과 같은 요인으로 단순히 자신의 전문적인 의학 기술만을 통해 치료 결정을 내리고자 한다. 그러나 병은 병원학도 아니요, 병리현상만도 아니며, 치료만도 아니며, 또한 환자의 아

픔만도 아니다.²⁷⁾ 병은 총체적인 인간의 삶과 관계되는 것으로써 총체적인 의미의 인간의 문제를 다루어야 하는 것이다. 따라서 환자와 의사 사이에는 개별 환자의 총체적인 삶과 관련하여 치료 결정을 내릴 수 있는 정보의 공유가 이루어져야 할 것이며, 이를 위해 환자와 의사간에는 효과적인 의사소통이 이루어져야 할 것이다. 이러한 점에서 공동의사결정에서 환자와 의사간의 정확한 정보 공유가 이루어지기 위해서 환자의 말을 경청하고 정보를 이끌어내는 능력이 의사에게 요청된다. 실제로 의료에서 기술적인 정보 수집은 정확한 진단에 필요한 정보의 60~80%가 병력 청취가 차지한다고 할 정도로 중요하다.²⁸⁾ 따라서 공동의사결정에서 정보 공유를 통해 환자의 문제를 평가하기 위해서 다음과 같은 기술들이 요청된다.

- ① 비언어적인 경청 행동: 의사의 비언어적 행동은 정보의 흐름에 큰 영향을 준다. 환자는 의사가 듣고 있다는 것을 느낄 때 이야기를 계속한다. 적절한 시선집중은 환자에게서 정보를 얻는 필수적인 첫 번째 요소이다.
- ② 개방형 질문과 개방형에서 폐쇄형으로의 진행: 개방형 질문은 어떤 주제나 문제를 강조할지 환자에게 판단을 맡기는 것이다. 개방형 질문은 환자가 자신의 단어나 개인적인 경험으로 문제를 표현하도록 하는 것이다. 이런 질문으로 환자의 개인적인 질병 경험에 대한 정확한 정보를 얻을 수 있다. 개방형 질문은 환자가 문제에 대하여 자신이 바라보는 대로 의사에게 정보를 제공하기 때문에 특히 유용하다.
- ③ 촉진: 환자가 개방형 방식으로 이야기를 계속하도록 격려하는 면담자의 어떤 말이나 행동들이 촉진이다.
- ④ 명료화와 지시: 의사는 환자들이 전달하고자 하는

25) Steven A Cole & Julian Bird. 앞의 글. 2002 : 35-42 참조.

26) Paul Lauritzen, Ethics and experience: The case of the curious response. Hastings Center Report 1996 ; 26(1) : 13 참조.

27) 진교훈. 의학적 인간학: 의학철학의 기초. 서울대학교 출판부, 2002 : 44.

28) Steven A Cole & Julian Bird. 앞의 글. 2002 : 45.

의미와 문제를 조리 있는 이야기로 만들기 위해, 명료화하고 유도적인 질문을 해야 한다.

- ⑤ 확인: 의사들이 전달된 정보의 정확성을 확인하는 것이 필수적이다.
- ⑥ 문제들을 조사: 문제 조사는 환자가 더 이상 다른 문제가 없다고 할 때까지 계속해야 한다.
- ⑦ 유도 질문을 피하라: 의학 면담에서 사회적 힘의 차이로 환자는 의사의 질문에 큰 영향을 받는데, 어떤 대답을 유도하는 단어가 있을 때 특히 영향을 받는다.²⁹⁾

헐키(Hurkey) 등은 “정보 문제의 요점은 보건 의료제 공자는 건강 상태를 향상시키는 데 있어 보건 의료의 기대되는 효과에 관하여 더 나은 지식을 소유하는 반면 개인은 건강 상태의 향상이 얼마나 자신의 행복에 영향을 미칠 것인가를 최고로 잘 안다.”³⁰⁾고 지적한다. 이러한 맥락에서 환자와 의사간에 올바른 정보 공유가 이루어지기 위해서 각각은 내러티브 기술을 통해 정보를 이해하고 이에 대한 도덕적 상상력을 실천할 것이 요구된다. 따라서 환자와 의사는 내러티브적 상상력을 통해 환자를 위해 받아들여야 하는 정보와 버려야 할 정보를 균형 잡고 궁극적인 개별자들의 가치를 완벽하게 분석하고 검증하여 상호 간의 정보를 공유할 수 있을 것이다.

넷째, 공동의사결정을 통해 내려진 의학 결정에 관련 당사자들은 동의하고 이를 이행해야 한다. 공동의사결정에서 치료 결정이 도출되었다는 것은 환자와 의사를 포함한 의사결정자들이 치료 선택에 있어 동의했다는 것이다. 그러나 이것은 의사결정자들 모두가 똑같이 이것이 최선의 치료 선택이라는 것을 확신했다는 것을 의미하는 것은 아니다. 오히려 그것은 공동의사결정에서 의사결정자들이 구체적으로 실행하기 위한 치료로써 그것을 승인한다는 것을 의미한다. 예를 들어 의사는 환자가 또 다른 치료로 진정으로 더 잘 낮게 될 것이라고 느낄

것이지만 환자의 입장을 고려한 타협된 동의의 당사자로서 환자의 선택을 승인하기 위해 동의한다.³¹⁾

일부 사람들은 공동의사결정에서 의사는 환자들의 상태를 알려주고 처방만 해야 하며 환자의 변화를 유도하는 어떠한 일도 해서는 안 된다고 주장한다. 그러나 진정한 의미의 공동의사결정은 최선의 결정을 내리기 위해 환자-의사간의 공동참여를 요구하는 것으로써, 의사는 환자가 최종적으로 올바른 결정을 내리도록 하기 위해서 다음과 같은 기법을 통해 끝까지 노력해야 할 것이다.

- ① 질병교육: 환자들의 질병에 대한 교육에는 여섯 가지 단계가 있다. i) 원인에 대한 환자의 생각을 알아내기, ii) 기초 진단을 알려주기, iii) 진단에 대한 환자의 감정에 반응하기, iv) 질병에 대한 환자의 지식을 점검하기, v) 진단에 대한 자세한 설명을 제공하기, vi) 환자의 문제 이해를 확인하기.
- ② 치료계획의 협상과 유지: 진단과 정보를 검토하고 진단에 대한 환자의 정서적 반응에 대처한 후에 의사는 환자와 치료 계획을 협상하고, 이 계획을 유지하기 위한 단계를 밟아야 한다. 치료 계획의 협상과 유지에는 일곱 가지 기본적인 단계가 있다. i) 기본적인 정보를 확인하기, ii) 치료목표와 치료계획 말해주기, iii) 이해도 점검하기, iv) 환자의 선택과 치료 약속을 이끌어내기, v) 협조 계획 협상하기, vi) 환자의 특정한 의도를 이끌어내기, vii) 유지와 재발 방지 계획을 수립하기.
- ③ 동기부여: 많은 환자들은 그들의 질병과 치료를 이해하지만, 치료계획에 순응하는 데 어려움을 겪는다. 환자가 치료 계획에 순응하도록 동기를 부여하는 데 도움이 되는 기본적인 동기유발과정에 일곱 가지 단계가 있다. i) 순응도를 주의깊게 관찰하기, ii) 특정 불순응 문제를 진단하기, iii) 감정에 반응하고, 지지,

29) Steven A Cole & Julian Bird, 앞의 글. 2002 : 45-55 참조.

30) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan, 앞의 글. 1997 : 683.

31) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan, 앞의 글. 1997 : 688.

협력, 존중을 제공하기, iv) 개인적인 선호도와 약속을 이끌어 내기, v) 해결책에 대해 협상하기, vi) 의도와 재방문을 확인하기, vii) 감정에 대한 계속적 반응하기.32)

이러한 과정에서 환자와 의사는 상호 수용을 통해 당사자들은 최종 결정에 대한 책임감을 공유한다.33) 공동의사결정에서 합리적이며 동시에 비합리적 능력을 가진 환자, 의사 그리고 다른 관련자들은 공동 결정에 대한 행동의 결과를 각각 산출한다. 이러한 점에서 공동의사결정과정에서 환자와 의사를 포함한 의사결정자들은 의식적 그리고 무의식적, 합리적 그리고 비합리적, 인간의 감정적 그리고 충동적 특징의 산출되는 결과들을 포함하는 총체적 의미의 책임감을 공유해야 할 것이다.

IV. 공동의사결정에서 가족의 역할

의학적 의사결정 모델로써 공동의사결정은 일반적으로 환자와 의사를 중심으로 상호간의 논의를 통해 환자를 치료 결정을 내리는 것을 말한다. 그러나 구체적인 의사결정에서 의학적 대면의 직접적 당사자로서 환자와 의사는 물론이고 이와 더불어 가족 구성원은 중요한 역할을 담당하고 있다. 왜냐하면 많은 경우에 가까운 가족 구성원은 일반적으로 환자가 무엇을 원하는지를 안다고 여겨지는 훌륭한 대리인으로 생각되어지기 때문이다. 따라서 환자를 위한 결정과정에서 의사는 환자와 더불어 환자 대리인으로서 가족을 포함한 관련자들과 사려 깊은 대화와 의사소통을 하고자 한다. 실제로 과거 의학적 의사결정과정에서 환자의 가족은 주로 의사결정능력이 없는 환자의 대리인으로서 환자를 위한 결정을 내리는 역

할을 주로 담당하였다. 그러나 오늘날은 의사결정능력이 없는 환자는 물론이고 의사결정능력을 가진 환자를 포함한 모든 의학적 의사결정과정에서 환자와 의사를 중심으로 하는 공동의사결정과정에서 가족의 역할은 더욱 확대되고 있다. 예를 들어 말기 환자의 경우, 환자와 가족 구성원에 의해 표현된 치료 의사는 그들의 치료 결정에 중요한 역할을 한다.34) 따라서 여기서 우리는 환자와 의사를 중심으로 하는 공동의사결정에서 환자를 위한 최선의 치료 결정을 위한 조력자로서의 가족의 의미에 대해 좀 더 고찰해 볼 필요가 있을 것이다.

오늘날과 같은 다양한 사회 속에서 가족의 개념은 어느 하나로 통일되지 못하고 다양하게 정의되고 있다. 실제로 가족의 개념은 구조보다는 기능에 의해 정의되는 것이 보다 유용할 수 있다고 한다. 이러한 점에서 가족은 보호, 사회화, 성적 행동의 규제, 정서와 우애, 사회적 지위 등의 사회적 기능과 더불어 인간의 생존에 기여하는 재생산과 역시 생존과 관련된 경제적 생산의 기능도 한다.35) 또 하나의 본질적인 가족의 기능은 건강을 제공하는 것이라는 점이다.36) 앵겔하르트에 따르면 가족은 사람이 도덕적 인격과 사회적 인격을 형성할 수 있도록 조력하는 도덕적 권위의 독립적인 근원이 될 수 있다고 한다. 그는 가족의 의미를 다음과 같이 구체적으로 구분하여 설명한다.

- ① 가족은 개인과 국가 사이를 조정하는 사회적 구조로 간주되는데, 즉 그들 구성원에 대한 독특한 권위를 가진다. 가족은 다소 약한 작은 국가와 같다.
- ② 가족은 단지 그들의 구성원들에게 제공하는 이익 때문이 아니라 그들이 인간 번성에 적합한 가치들의 독립적 목록들을 만들기 때문에 가치 있는 것이다.
- ③ 가족은 단순화할 수 없는, 즉 도덕적 삶을 통합하

32) Steven A Cole & Julian Bird. 앞의 글. 2002 : 59-74 참조.

33) Cathy Charles, Amiram Gafni & Tim Whelan. 앞의 글. 1997 : 688.

34) Kenneth E. Rosenfield, Neil S Wenger & Marjorie Kagawa-Singer. 앞의 글. 2000 : 620 참조.

35) Martha O Loustanaun & Elisa J Sobo. 김정선 역. 건강질병의료의 문화분석. 한울아카데미, 2003 : 47 참조.

36) Martha O Loustanaun & Elisa J Sobo. 앞의 글. 2003 : 47.

는 것으로 그 자체로 가치 있는 상호간의 인식 유형을 구성하는 도덕적으로 중요한 관계의 망을 유지하는 것으로써 간주된다.

④ 이러한 설명은 개인과 그들의 이익에서 단순화될 수 없는 우연한 사회적 가치와 구조를 가지는 불시에 나타나는 사회적 실재성으로써 가족을 인정하는 방법론적 가족주의를 포함하는 것이다.

⑤ 가족 권위와 가족 번성의 현실화 모두에 대한 의무의 결과로써, 전통적인 가부장적 가족 구조는 질문을 발생시키는 것이 아니라 일반적으로 그것을 확고히 하고 교육하는 것이다.

⑥ 이러한 가족 중심의 설명과 전통적으로 가족 지향적인 설명의 결과로써, 이성애적 가족 구조는 규범으로 받아들여진다.³⁷⁾

개인에게 있어 가족은 단순히 생식적인 단위로 생각 되어질 수 없다. 오히려 그것은 개인에게 완전한 사회적 실재성을 부여하고 개인의 이익과 선을 증진시키는 것으로써 생각되어야 한다. 따라서 공동의사결정과정에 가족을 참여시키는 것은 인간 가치의 근원이 되고 중요한 지위를 가지는 공동체로써 가족에 대한 포괄적인 이해 속에 이루어지는 것이다. 우리가 의학적 의사결정에서 가족에 대해 관심을 가지는 것은 가족이 환자를 둘러싼 중요한 관계, 즉 생물학적 개념이 아니라 ‘친밀함’의 용어로 설명되어지기 때문이다.³⁸⁾ 하드위그의 정의에 따르면, 사람들은 친밀함에 의해 결합된 가족을 형성하는데 그의 용어에서 ‘가족은 환자와 가까운 사람’을 말한다.³⁹⁾ 실제로 개인들이 가족을 구성할 때 그들은 상호 의존, 상호 작용의 복잡성, 상호간의 영향력과 동일한 목

적과 개방성과 같은 특징을 통해서 가족 시스템을 창조한다.⁴⁰⁾ 그리고 환자를 위한 치료 계획은 의학적 사실들만이 아니라 개인적 가치를 반영해야 하기 때문에, 공동의사결정과정에서 의사는 물론이고 자신의 가치에 대해서 가장 잘 알고 있는 환자 그리고 그와 친밀한 관계를 가지는 가족도 포함된다. 이러한 점에서 슈미트는 가족을 의학적 치료의 단위로 고려하는 것이 ‘분명한 이점’이 있다고 주장한다.⁴¹⁾ 의학적 의사결정에서 가족 의사결정은 종종 1단계(문제를 확인하는 것, 목적을 공식화하는 것과 자원에 접근하는 것), 2단계(대안들을 일반화하고 접근하는 것), 3단계(최고의 선택을 결정하는 것), 4단계(결정을 받아들이는 것, 그것을 결과에 놓는 것, 결과를 평가하는 것)를 가지고 시작의 고리를 해결하는 단계화된 문제로 설명된다.⁴²⁾ 이 과정에서 가족은 가족구성원으로서 환자의 치료를 받아들이거나 거부하는 의사결정자의 권한을 가질 수 있다. 앵겔하르트에 따르면 이러한 포괄적인 의미에서의 가족에 대한 이해는 의학적 의사결정에 있어 다음과 같은 의미를 가질 수 있다고 한다.

- ① 의사결정능력이 있는 성인 환자의 치료에 대한 권위는 단지 환자만이 아니라 가능한 한 가족과의 논의를 통해 획득되어야만 한다.
- ② 가족 중심의 환자 선택은 인간 번성과 결합되는 것으로써 생각되어야 한다.
- ③ 가족은 그 구성원들과 관련된 의학 정보를 받아들이고, 만약 환자에 의해 명백하게 거부되거나 환자 최선의 이익에 명백하게 충돌하지 않는다면 구성원의 치료에 있어 대리 의사결정자로 행동할 수 있어야 할 것이다.

37) Engelhardt H Tristram, *The Family in Transition and in Authority: The Impact of Biotechnology*, in Lee SC, *The Family, Medical Decision-Making and Biotechnology*. Springer, 2007 : 35.

38) Mark G Kuczewski, 앞의 글, 1997 : 138 참조.

39) Christof Schäfer, et al, *Medical decision-making of the patient in the context of the family: results of a survey*, *Support Care, Cancer* 2006 ; 14 : 956.

40) Marla L Clayman, Kathleen M Calvin & Paul Arntson, 앞의 글, 2007 : 151 참조.

41) Martha O Loustaunau & Elisa J Sobo, 앞의 글, 2003 : 49.

42) Marla L Clayman, Kathleen M Calvin & Paul Arntson, 앞의 글, 2007 : 151.

- ④ 그 부담은 의학적 의사결정에서 가족 중심의 맥락으로부터 벗어나기 위해 치료 결정에 가족이 포함되는 것을 원하지 않는 개인에게 지워진다.
- ⑤ 의학적 결정에서 가족이 참여하지 못한 개인들은 신중하게 그들이 의학적 의사결정의 개인 지향적 모델과 결합된 소외, 괴로움과 의미의 상실로부터 보호받도록 요구해야만 한다; 그들은 지배적인 개인주의적 이데올로기에 대한 도덕적 왜곡으로부터 보호받아야만 한다.
- ⑥ 국가, 보건 의료 기관들과 보건 의료 전문가들은 개인에 의한 남용, 과도한 조작으로부터, 그리고 개인에 의한 그들의 개인적 영역으로의 간섭으로부터 가족을 보호하도록 행동해야만 한다. 가족의 자율성은 보호받아야만 한다.⁴³⁾

인간의 삶은 자신의 가족과 의미 있게 결합하고, 그 결과 가족 중심의 선택이 개별 환자의 치료 결정에 중요한 역할을 할 것이다. 그러나 이러한 주장에도 불구하고, 일반적으로 공동의사결정은 환자와 의사의 논의를 중심으로 하며, 가족을 배제시키고 가족의 역할에 대해 의문을 제기하기도 한다. 예를 들어, 일부 유럽인들은 미국인들보다 가족이 일상적으로 보건 의료 의사결정에서 중요한 역할을 한다는 것에 대해 더 의심한다.⁴⁴⁾ 이러한 입장에 따르면 오히려 가족 구성원들과 환자 사이에는 가치와 치료 결정에 대한 심각한 충돌이 있을 수도 있다는 것이다. 즉, 가족은 환자를 위한 의사결정과정에서 제한된 능력, 제한된 이익 혹은 제한된 시간과 자원을 가지기 때문에 환자 치료 선택을 위한 결정에서 그다지 중요한 역할을 하지 못할 것이라는 것이다.

그러나 인간은 어느 누구도 완벽하지 않다. 즉 합리적인 의사결정 능력과 동시에 비합리적인 감정과 같은 부분도

가지고 있는 불완전한 존재인 것이다. 따라서 우리 자신과 다른 삶의 불완전함과 차이점을 수용하고 계획하는 것은 성숙한 의사결정과정의 중요한 부분이 될 것이다.⁴⁵⁾ 이러한 점에서 환자를 위한 의학적 결정과정에서 환자, 의사 그리고 환자 가족의 공동 숙고와 논의의 과정은 최선의 치료 결정을 위해 매우 필요한 것이다. 이에 따라 의학적 의사결정 모델로서 공동의사결정방식은 환자와 의사는 물론 가족의 역할이 점차 확대되는 좀 더 포괄적인 방식이 되어야 할 것이다.

V. 맺음말

생명과 관련된 의학 기술의 발달과 자율적 권리에 대한 인식의 증가 등으로 삶과 죽음 그리고 치료 결정을 위한 의학적 의사결정과정의 중요성은 날로 증가하고 있다. 이러한 맥락에서 의학적 의사결정 모델을 확립하고자 하는 노력은 지속적으로 행해지고 있다. 구체적인 의료 문제와 관련되는 의학적 의사결정과정은 단순히 의학 지식을 가진 의사에 의해서만, 혹은 자신의 신체에 대한 자율적 선택을 주장하는 환자에 의해서만 이루어질 수 없다. 왜냐하면 의료 관련 문제는 매우 복잡하며 인간 또한 결코 완벽한 존재가 될 수 없기 때문이다.

펠레그리노와 토마스마는 의료를 개별 환자를 위한 적절하고 최선의 치료 행위라는 구체적인 목적을 가진 인간 활동으로 규정한다. 즉 의료는 병이 인간에게 경험되는 사실로부터 형성되는 상호 인간적이고 상호 주관적인 관계인 것이다. 이를 바탕으로 의료는 보편적이고 변함없이 지속되는 인간의 요구, 즉 병으로 인해 야기되는 아픔의 치료를 그것의 목적으로 한다. 여기서 환자의 건강을 위한 적절하고 최선의 치료 행위란 모든 환자에게

43) Engelhardt H Tristram, 앞의 글, 2007 : 35-36.

44) Frederick O Bonkovsky, 앞의 글, 2001 : 200.

45) Frederick O Bonkovsky, 앞의 글, 2001 : 201.

일반적으로 적용되는 치료 행위를 의미하는 것이 아니라 구체적인 상황에 처해 있는 개별 환자를 위한 특별한 치료 행위를 말한다. 실제로 의료에서 개별 환자들은 다양한 상황에 처해 있으며, 그 결과 그들이 기대하는 건강의 의미는 다양할 것이다. 그러므로 개별 환자에게 가장 적절한 치료 행위는 하나로 보편화될 수 없으며, 결국 상황에 따라 적절한 논의 과정을 통해 결정되어야 한다.

이러한 맥락에서 오늘날 의학적 의사결정과정의 바람직한 모델로 요청되는 것이 바로 공동의사결정이라 할 수 있을 것이다. 일반적으로 공동의사결정은 환자와 의사의 상호성을 중심으로 이루어지는 과정으로써 의료 간섭주의와 충분한 설명에 근거한 의사결정 모델의 두 극단들 가운데 잠재적인 중간 선택을 제공하는 것이라 할 수 있다. 그러나 구체적인 의료 결정과정에서는 환자와 의사뿐만 아니라 환자 가족 또한 중요한 역할을 수행한다. 이에 필자는 오늘날 의료가 요청하는 적절한 의학적 의사결정 모델로써 환자와 의사가 치료 결정을 위해 공

동으로 논의하고 숙고함을 강조하는 일반적 공동의사결정 과정에 환자 가족의 역할을 포함시키는 좀 더 포괄적인 방식을 제안하였다. 왜냐하면 치료 계획에는 의학적 사실들만이 아니라 개인적 가치 또한 반영되기 때문에, 공동의사결정 과정에 의사는 물론이고 자신의 가치에 대해서 가장 잘 알고 있는 환자 그리고 그와 친밀한 관계를 가지는 가족도 포함되어야 하기 때문이다. 이러한 점에서 의학적 의사결정 모델로써 환자와 의사 그리고 가족이 공동으로 참여하는 포괄적 의미의 공동의사결정은 공동 노력을 통해 개별 환자를 위한 최선의 치료 행위라는 의료의 목적을 실현하는 적절한 방식이 될 수 있을 것이다. **ME**

색인어 : 의학적 의사결정, 의료 간섭주의, 충분한 설명에 근거한 동의, 공동의사결정, 환자, 의사, 가족

Shared Decision-Making as a Model of Medical Decision-Making

KIM Jin Kyong*

Matters related to human life and death and medical healing are the concerns of patients, physicians, and other related persons, including family members of the patients. Existing medical decision-making models include paternalism and informed consent. However, these models have the limitation of being one-sided or unidirectional. Accordingly, shared decision-making is now emerging as a superior model of medical decision-making. In this model, physicians, who have medical knowledge, patients, and family members, who may have the best understanding of the patients' life, jointly participate in making medical decisions. As a medical decision-making model, shared decision-making is often regarded as a process based on mutual respect and partnership between physicians and patients. A goal of medicine is to remove pain brought about by disease. In making medical decisions for individual patients, not only physicians, but also the patients themselves and their family members can play an important role. Family members can play such a role because of their familiarity with the patient and knowledge of his or her values. This is especially true in times of medical crisis when individual patients may have difficulties in making reasonable decisions. Thus, shared decision-making is an ideal method of decision-making, one in which patients, physicians, and family members work together to choose the best course of medical treatment for the patient.

○ **Keywords** : Medical decision-making, Paternalism, Informed consent, Shared decision-making, Patients, Physicians, Family members

* Department of Ethics-Culture, Dong-A University