

의사소통적 여성주의 생명윤리학과 공동의사결정*

이은영**

요약

공동의사결정은 환자와 의료제공자 관계에서 환자의 치료결정을 공동으로 수행하는 의학적 의사결정 절차이다. 이 절차는 환자가 본인의 건강과 관련된 의사결정에 적극적으로 참여하는 것을 목적으로 한다. 그러므로 이 절차의 궁극적인 목표는 환자 중심의료로 볼 수 있다. 공동의사결정이 환자 중심의료로서 실현되기 위해서 환자와 의사 관계에서 발생하는 권한과 지식의 불균형의 문제를 해결해야만 한다. 공동의사결정의 불균형의 문제를 해결하기 위한 이론적 토대로서 의사소통적 여성주의 생명윤리를 제안한다. 의사소통적 여성주의 생명윤리는 공동의사결정에 공감과 관계를 제안하고, 환자와 의사가 함께 의사결정을 위한 역량을 강화하도록 유도한다. 공감과 관계에 기반한 공동의사결정에서 의사는 환자에게 그들의 가치를 강요하거나 표현하는 대신 환자 스스로 돌보는 기술을 발전시키도록 독려하게 한다. 이 글은 여성주의 담론과 가치의 통찰을 통해 환자와 의사 관계의 질을 향상시키는 공동의사결정을 제안한다.

색인어

공감, 공동의사결정, 관계, 여성주의적 담론, 의사소통적 여성주의 생명윤리, 환자 중심 의료

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

* 이 논문 또는 저서는 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2014S1A5B5A07040108).

** 동아대학교 인문과학대학 철학생명윤리학과

I. 들어가는 말

환자의 질병을 치료하는 과정에서 환자와 의사 관계에서 신뢰감과 공감대 형성은 환자의 질병을 치료하는 과정이나 그 예후에 상당한 영향을 끼친다는 사실은 앞서 많은 연구에서 알려진 바 있다[1]. 이들의 관계에서 신뢰감과 공감대를 형성하는 과정은 대면 상태에서 환자의 치료방법을 설명하고 선택하는 의학적 의사결정 과정이기도 하다. 이러한 과정은 환자의 치료 효과를 극대화하기도 하고, 반대로 의료소송과 같은 불협화음을 발생시키기도 한다[2]. 그러므로 의학적 의사결정은 의료소송과 같은 환자와 의사 관계의 부정적인 부분을 최소화하여 환자와 의사 관계를 긍정적으로 변화시킬 수 있는 매우 중요한 절차로 볼 수 있다.

‘의학적 의사결정에 관한 우리나라 성인의 인식 조사’ 결과에 따르면, 우리나라에서 의료기관과 의사에 대한 신뢰도는 보통 수준을 겨우 넘긴다[3]. 이런 상황에서 환자와 의사 관계가 원만하게 형성되는 것을 기대하기는 어려울 것이다. 권복규의 분석에 따르면 신뢰도에 대한 낮은 기대의 결과는 의사의 충분한 설명이 이루어지지 않기 때문이다. 실제로 해당 연구에서 참여대상자의 절반 정도가 우리나라 의사들이 환자에게 충분한 설명을 하지 않고 있다고 응답했다. 그럼에도 불구하고 이들 대부분은 자신의 질병과 치료 방법에 대해 의사가 직접 충분히 이야기해줄기를 희망하고 있다[3]. 그러므로 환자는 의사에게 의학적 의사결정 과정에서 자신의 질병과 상태에 대해 충분히 전해 듣고자 하는 열망을 가지고 있다.

이와 같은 맥락에서 볼 때 의학적 의사결정은 환자를 배려하고 인정하는 공감적 이해와 대화하고자 하는 욕구, 그리고 배려심이 깃든 관계 지향

적 의사결정이 되어야 한다. 환자와 의사 관계를 중시하는 관계 지향적 의사결정은 먼저 환자의 자발적 자기정보공개를 촉진시키고 환자의 치료 효과를 향상시키는 결과를 기대할 수 있다. 또한 의사의 입장에서는 환자가 의사결정 과정에 협력적 의도를 가지고 참여하기 때문에 의사에게 질적·양적 측면으로 본인 상태에 대한 자세한 설명을 제공하여 의사가 환자의 상태를 더욱 잘 판단할 수 있게 도와준다. 결과적으로 관계 지향적 의사결정은 치료의 효과를 높일 수 있는 한 방법이다[4].

그러나 환자와 의사 관계에서 충분한 의사소통이 이루어지지 않는다면 이들 관계에서 형성되는 진정한 신뢰 관계가 형성되기 힘들고, 나아가 환자의 질병 치료 효과도 극대화되기 힘들다. 그러므로 환자와 의사 관계에서 진정한 신뢰가 구축되고 환자의 긍정적인 질병 치료 효과를 기대하기 위해서는 소통하는 상호교환적인 관계 지향적 의사결정이 체계화되어야 한다. 결과적으로 환자와 의사가 서로의 입장을 이해하고 이를 모두 수용할 수 있는 관계 지향적인 의사결정 체계를 구축할 필요가 있다.

현재 제안된 의학적 의사결정의 형태에서 관계 지향적인 의사결정의 체계로 보일 수 있는 형태는 바로 공동의사결정(shared decision making)이다. 우리 학계에서 공동의사결정은 ‘공유된 의사결정’ 또는 ‘함께 하는 의사결정’으로 번역되기도 한다. 먼저 ‘공유된’의 경우에는 특정한 물건을 소유한다는 의미가 강하기 때문에, ‘함께 하는’으로 의역된 표현이 좀 더 원어의 의미를 잘 반영한다고 볼 수 있다. 다만 본 글에서는 둘 이상의 사람(단체)가 함께 일을 하거나 같은 자격으로 관계를 가진다는 의미의 ‘공동’을 채택하여 논의를 전개한다. 그 이유는 본 글에서 주장하는 환자와 의사 관계에서 신뢰감과 공감대 형성을 위해서

‘같은 자격으로 관계를 가진다’는 측면을 더욱 강조하기 위함이다.

공동의사결정은 환자가 치료방법을 결정하는 과정에 직접적으로 참여하기 때문에 치료의 질과 만족도를 상승시킨다는 측면에서 매우 긍정적이다. 그럼에도 불구하고 관계 지향적인 의사결정 체계로 거듭나기 위해서는 해결해야 하는 한계가 있다. 본 연구에서는 공동의사결정의 적용 시 발생하는 한계를 살펴보고, 이를 해결하여 관계 지향적인 의학적 의사결정의 체계로 전환하기 위한 이론적 방안을 모색하는 데 목적이 있다.

II. 참여하는 의사결정으로서 공동의사결정의 적용과 한계

공동의사결정은 ① 환자와 의사가 의사결정에 도움을 줄 수 있는 다양한 도구(decision aid)의 사용여부와 관계없이 파트너십을 형성하고, 선호와 증거에 대한 정보를 공유하는 공동으로 공유하며, ② 두 주체는 관련된 주제를 논의하고 이러한 정보에 기반하여 이야기를 나누며, ③ 환자의 선호와 가치에 적합한 증거에 대해 충분한 정보를 제공하여 의사결정을 하면서, 환자와 의사 두 주체는 이상적으로 합의에 도달하게 되는 과정이다[5]. 이 과정은 환자가 자신의 건강과 관련된 의사결정에 적극적인 역할을 수행할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 하며[6], 궁극적인 목적은 환

자 중심 의료(patient centered care)라고 볼 수 있다[7]. 그러므로 환자 중심 의료를 실현하기 위한 공동의사결정에서 의사는 각 치료방법에 관련된 위험 및 이익에 관한 가능한 한 최선의 근거를 강조하면서 (의료 및 정보) 제공자의 안내 및 환자의 (구체적인) 가치관 및 선호에 관한 설명을 제공함을 목적으로 하는 의학적 의사결정의 한 방법이다[8]. 공동의사결정은 다음과 같은 과정을 포함한다<Table 1> [9,10].

한편, 공동의사결정은 의사결정을 하려는 의료 전문가와 환자 관계에서 함께하는 과정(joint process), 또는 의사결정 도구(decision aids)와 같은 의사결정 지지를 위한 개입(intervention), 또는 의사결정 과정에 환자의 적극적인 참여와 같은 폭넓은 방식으로 정의될 수 있다[9,11-13].

1. 참여하는 의사결정, 공동의사결정(shared decision making)

앞서 살펴본 바와 같이 공동의사결정은 환자와 의사와 같이 대인관계와 관련된 상호의존적인 과정이며, 의사는 이 과정을 통해 환자가 결정한 내용을 인정하며 다양한 방식으로 환자가 의사결정에 적극적으로 참여하도록 유도한다. 이 과정에서 환자와 의사, 두 주체의 상호성 인식이 매우 중요하다. 어떤 사람에게 있어서 참여는 동등한 입장에서 공동의 생각을 통합하는 것으로 여겨질 수 있지만, 환자와 의사 관계에서 요구하는 참여

<Table 1> 공동의사결정의 과정[9,10]

문제를 확인하고 명확하게 하기 ⇒ 잠재적 해결책을 발견하기 ⇒ 선택지와 불확정성을 논의하기 ⇒ 각 선택지에 관한 잠재적인 이익, 위해와 불확정성에 대해 정보 제공하기 ⇒ 환자와 의료전문가가 함께 이해하고 살펴보기 ⇒ 피드백과 반응 모으기 ⇒ 행동 방침에 동의하기 ⇒ 선택된 치료법을 시행하기 ⇒ 후속 조치를 마련하기 ⇒ 결과를 평가하고 다음 단계를 가늠하기



가 진정으로 무엇을 의미하는지는 명확하지는 않다[14]. 의사는 다른 직업에 비해 광범위한 훈련을 통해 전문적인 지식을 습득하기 때문에 이들에게 환자와 동등한 눈높이를 요구한다는 것이 쉬운 일은 아니다. 또한 환자의 입장에서도 자신의 치료 방법을 결정한다는 그 자체가 매우 큰 심리적 부담감으로 다가온다. 이러한 이유로 공동 의사결정에서 환자와 의사가 같은 자격으로 관계를 가지며, 의사결정 과정에 참여하기 위해서는 무엇보다도 서로 신뢰를 형성하고 상호성을 인식하는 것이 중요하다. 결과적으로 환자와 의사가 의사결정 과정에 공동으로 참여하는 의사결정이 되기 위해서는 환자와 의사의 신뢰에 기반한 관계가 형성이 우선되어야 한다.

이러한 맥락에서 윌리엄(Williams J.) 등[15]은 환자와 의사 관계에서 공동의사결정에 영향을 주는 구체적인 내용을 분석하여, 이들의 올바른 관계 형성에 필요한 주요 요인을 추출하였다.

첫째, 보건의료 체계 구조에서 영향을 주는 요소이다. 보건의료 체계 구조에 영향을 주는 첫 번째 요인은 시간이다. 의학적 의사결정의 판단을 내리는 데 충분한 시간을 갖지 못할 경우에 공동 의사결정에 부정적 영향을 줄 수 있다는 사실이다. 두 번째 요인은 의료기관의 특징이다. 환자가 치료를 위해 다니는 의료기관이 의료진 중심의 병원이라면, 환자가 참여하여 의사결정 판단을 내리기 힘들 것이다. 반면, 환자 중심 의료를 실천하는 병원이라면 환자가 참여하여 의사결정을 내리는 것 역시 쉬울 것이다.

둘째, 의사결정과 관련된 요소이다. 의사결정과 관련된 요소에 영향을 주는 첫 번째 요인은 의사결정의 유형이다. 앞서 살펴본 바와 같이 의료인 중심의 의사결정과 환자 중심의 의사결정과 같이 의사결정을 한 집단에서 판단하는 것으로 한정하는 경우에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 두

번째 요인은 환자의 성격이다. 의학적 의사결정의 판단뿐 아니라 일상생활 속의 판단에서도 환자의 성격에 따라 매우 다른 결과를 산출할 수 있음을 미루어 짐작해 볼 때, 환자의 성격에 따라 의사결정 과정에 적극적 또는 소극적으로 참여함으로써 그 결과는 매우 달라질 수 있을 것이다. 세 번째 요인은 공동의사결정에 참여함으로써 기대되는 결과이다. 적극적으로 공동의사결정에 참여하여 판단된 결과에 긍정적인 결과를 기대하는 경우에는 그 과정 및 결과가 그렇지 않은 경우보다 더욱 좋을 수 있다. 마지막 요인은 의사결정의 지지이다. 환자는 자신이 내린 결정에 대해 주변에서 긍정적인 지지를 할 경우 더욱 용기를 가지고 자신의 판단을 실천할 것이다.

셋째, 공동의사결정에 참여하는 개인의 능력과 관련된 요소이다. 이것은 공동의사결정에서 반드시 선행되어야 하는 부분으로 정의될 수 있다. 즉, 공동의사결정에 적극적으로 참여할 수 있도록 환자의 능력을 최대한으로 끌어올려주는 데 그 목적이 있다. 의사는 환자에게 치료방법과 관련된 정보를 제공하고 이를 기반으로 환자는 자신의 선호와 가치관을 포함한 치료방법을 선택한다. 그러므로 이 과정에 환자는 의사가 제공한 정보를 이해하는 능력은 매우 필수적이다. 이러한 배경에서 개인의 능력과 관련된 요소는 공동의사결정 과정에 정보 제공자에 대한 신뢰감을 형성하고, 환자 본인에게는 특별한 행동 혹은 일련의 행위를 수행할 수 있는 개인의 인지 능력인 자기 효능감(self-efficacy)을 형성하는 데 도움을 준다.

2. 임상의로 현장에서 공동의사결정의 적용의 한계

이렇듯 공동의사결정이 진행되는 과정에 많은 요소와 이와 관련된 요인이 존재한다고 할 때, 동시에 공동의사결정이 성공적으로 진행되기

는 많은 장애물이 존재한다. 그라벨(Gravel K.) 등 [16]은 1990년부터 2006년 3월까지 출판된 공동 의사결정 51개의 논문에 기반하여 공동의사결정을 방해하는 장애물을 분석한 바 있다. 그것은 공동의사결정을 진행하는 데 소요되는 ① 시간적 제약, ② 환자의 특징 때문에 적용가능성의 부족, ③ 임상적 환경에 기인한 적용가능성 부족, ④ 환자가 공동의사결정 모형에 적합하지 않은 의사결정 모형으로 인지, 그리고 ⑤ 의사결정 과정에서 환자에게 선호되는 역할에 대해 환자에게 요청할 때 이에 동의하지 않는 경우이다. 이러한 5가지 장애물 중 ‘인식의 부족’으로 인한 4번째, 5번째 장애물을 제외한 나머지 3가지는 이미 1999년에 지적된 바 있다[16]. 결국 보건의료 현장에서 환자와 공동으로 의사결정을 진행한다는 것을 가정할 경우 현재의 보건의료 체계에서 예상되는 시간적 제약이나, 적용가능성의 부족은 공동의사결정을 진행함에 있어 예상 가능한 어려움이라는 사실을 미루어 짐작해볼 수 있다.

윌리엄 등[15]의 연구에서는 더욱 구체적으로 공동의사결정에 참여하는 환자의 관점에서 장애물을 분석하였다. 이 연구에서 저자들은 공동의사결정 상호작용 요소는 공동의사결정에 참여하고자 하는 환자 개인의 능력에 있다고 판단한다. 그러나 환자는 공동의사결정에 참여하고자 할 때 두 가지 요인 즉, ① 지식(knowledge)과 ② 권한(power)이 필요하다. 이 때 지식은 자신의 건강 상태, 치료 선택지, 선호도 및 가치에 관한 것이다. 또한 권한은 치료 선택지의 승인, 의사와 다른 관계에서의 신뢰, 자기 효능감에 관한 것이다. 이러한 지식은 그 자체로 불충분하며, 권한 역시 환자가 건강을 회복하기 위한 최종 목적을 달성하기에는 부족하다.

한편, 레가레(Légaré F.) 등[17]은 보건의료 제 공자(연구 참여자 89%는 의사)의 관점에서 공동 의사결정의 장애물을 분석하였다. 해당 연구에서 공동의사결정의 장애물은 ① 시간적 제약, ② 환자의 성격으로 인한 적용 가능성의 부족, 그리고

<Table 2> 공동의사결정 공통 요소에 영향을 끼치는 장애물과 한계

연번	공통 요소	해당 요인	세부 장애물	한계
1	보건의료 체계	시간적 제약	시간적 제약	불균형 (환경)
		의료기관특징	임상적 환경에 기인한 적용가능성 부족	
2	의사결정 요소	의사결정 유형	환자가 공동의사결정 모형에 적합하지 않은 의사결정 모형으로 인지	상호성 (능력)
		환자의 성격	의사결정 과정에서 환자에게 선호되는 역할에 대해 환자에게 요청할 때 이에 동의하지 않는 경우	상호성 (성격)
		기대 결과	의사결정에 관한 환자의 지식(knowledge) 수준과	정보, 권한
		의사결정 지지	권한(power)의 분배	불균형
3	개인 능력	신뢰감	환자가 의사에 대한 신뢰감 부족으로 인한 공동의사결정 적용 불가능	상호성 (신뢰)
		자기 효능감	의사결정 과정에서 환자에게 선호되는 역할에 대해 환자에게 요청할 때 이에 동의하지 않는 경우	권한 불균형

③ 임상적 상황 순으로 나타났다. 반면 공동의사결정의 촉진 요소는 보건의료 제공자의 동기 부여, 임상적 과정에 관한 긍정적 영향, 그리고 환자의 결과였다. 이들은 이러한 연구 결과를 다음과 같이 공동의사결정의 장애물을 지식, 태도, 행동으로 분류하여 정리하고 있다.

결과적으로 공동의사결정에서 장애물은 환자와 보건의료 제공자로서 의사는 보건의료 체계에 관한 요소, 의사결정과 관련된 요소, 개인의 능력과 관련된 요소 등에 영향을 끼치게 되면서 부정적인 결과를 수반한다. 그렇기 때문에 공동의사결정이 긍정적인 효과를 발휘하기 위해서는 환자와 의사에게 영향을 미치는 장애물을 제거하는 것이 필요하다. 선행 연구 결과를 분석한 결과 상호성의 문제와 권한의 불균형을 중심으로 하는 한계점을 분석할 수 있다<Table 2>. 여기서 상호성은 능력, 성격, 신뢰로, 불균형은 환경, 정보, 권한으로 나누어 살펴볼 수 있다.

III. 공동의사결정의 한계 극복을 위한 의사소통적 여성주의 생명윤리의 요청

앞서 살펴본 바와 같이 공동의사결정은 환자와 의사가 모두 참여하여 환자의 질병과 관련된 의학적 정보를 공유하고, 이를 기반으로 환자가 선호하는 치료 방법에 대해 합의를 이루어나가면서 동의를 구하고, 이 과정에서 환자와 의사가 모두 동의하는 치료 방법을 최종 결정하는 의학적 의사결정 과정으로 정의할 수 있다[18]. 이러한 맥락에서 공동의사결정은 환자와 의사 관계를 수직 또는 동떨어진 상태에서 수평 또는 의사결정의 파트너로 인식하고자 하는 가치관의 변화로도 이해할 수 있다. 그 변화 속에서 환자와 의사 관계 속에 나타난 권력과 정보의 불균형을 인식하고

이를 해결하기 위해 적극적인 참여를 요청한다. 이를 통해 공동의사결정에서는 환자와 의사가 상호성을 인식하고 공동의 노력을 통하여 양자가 만족하는 치료 방법을 결정할 수 있다. 환자와 의사가 상호성을 인식해야 한다는 점은 서로가 제공하는 정보에 대해 정확한 공유가 이루어진다는 점을 가정한다. 정보의 정확한 공유는 의사에게 더욱 큰 역할을 기대하게 한다. 그 이유는 의사가 환자보다 더욱 많은 정보와 권한을 가지고 있기 때문이며, 의사는 환자의 말을 경청하고 정보를 이끌어내는 능력을 강화해야 한다. 실제로 의료에서 기술적인 정보 수집은 정확한 진단에 필요한 정보의 60%~80%가 병력 청취가 차지한다고 할 정도로 중요하다[19]. 그러므로 공동의사결정과 여성주의 윤리는 다음과 같은 공통점을 발견할 수 있다.

첫째, 공동의사결정의 실현에 있어 한계를 극복하고 관계 지향적인 의학적 의사결정으로 나아가기 위한 출발점으로서 환자와 의사 관계에서 상호성을 인정하고 권한과 정보의 불균형을 극복해야 한다는 전제조건은 권력의 비대칭성에 대한 억압, 지배, 차별, 폭력에 대응하여 평등하고 상호호혜적인 관계를 만들기 위한 윤리 형성을 목표로 하는 여성주의 윤리(feminist ethics)가 추구하는 가치와 닮아있다[20]. 그러므로 의학적 의사결정에서 항상 한계로 지적되어 온 정보와 지식의 불균형이 의사 중심의 의료 관행을 가능하게 할 수 있으므로, 이러한 불균형의 해소된다면 환자 중심의 의료를 추구하는 공동의사결정을 가능하게 한다. 이와 같이 상호성의 인정과 불균형이 극복을 요구하는 여성주의 윤리는 의학적 의사결정 과정에서 환자가 자신의 의사를 적극적으로 표현하고, 치료 방법을 결정하고 동의하는 데 장애물로 인식되는 관료적 제도와 의사 중심의 의료 관행과 같은 우리 문화 환경에 비판적인 시각

을 제공한다[21]. 둘째, 공동의사결정에서 환자와 의사의 태도는 맥락 중심적이다. 공동의사결정에 참여하는 환자와 의사들의 태도가 관계적이고 맥락적이며 상호 영향을 끼치는 행동과 태도를 취함으로서 통제와 합의를 분명하게 논의하고 있다[22]. 그렇다면 의학적 의사결정에 그러므로 공동의사결정 과정에서 환자의 의사결정능력을 판단하는 기준을 자율성 여부와 같은 단일 기준만을 인정할 것이 아니라 환자가 처해있는 상황까지도 모두 의사결정에 영향을 주는 요인까지 관심을 두어야 한다. 따라서 공동의사결정의 이상적인 형태는 이러한 다양한 가치들의 상호작용을 통해 합의를 이루는 것이다. 이는 곧 오늘날 여성주의 윤리학자들이 의료정책수립과정과 의료행위에 내재하는 성차별적인 힘의 불균형 관계에 집중하여 이를 해결하기 위한 방안으로서 여성주의 가치를 반영한 상호존중과 이해를 중시하는 의사소통 모델을 구축하고자 하는 요청과 그 맥락을 같이한다. 그러므로 여성주의 윤리학자들이 전개하는 실천적 담론으로서 의사소통적 여성주의 윤리(communicative feminist ethics)는 공동의사결정이 극복해야 하는 한계를 해소하는 데 이론적 토대를 제공할 수 있다.

요약하자면 의사소통적 여성주의는 여성주의 가치에 기반하여 임상현장에서 발생하는 불균형의 문제를 해결하기 위한 실천적 담론의 성격을 지니며, 권력비판의 성격과 공감과 관계와 같은 여성적인 특성들을 보건의료 현장에 적용하여 관련 문제를 해결하도록 강조한다[23]. 따라서 의사소통적 여성주의 윤리는 불균형과 차별을 발생시키는 성별과 문화적 차이에 대한 민감성을 발휘하며 상대방의 인격을 존중하고 배려하여 서로가 만족하는 합의를 이끌어내는 윤리이다.

1. 실천적 담론으로서 의사소통적 여성주의 생명윤리

의사소통적 여성주의는 하버마스(Habermas J.)의 담론 윤리에서 상당히 가치 있는 규범적인 자원을 발견함으로써 여기에 여성주의 특성을 접목하여 윤리와 도덕성을 역사적이고 정치적인 맥락에서 이론화한 이론이다[24]. 하버마스의 이상적 담화 상황은 의사소통적 윤리의 규범적 내용을 정당화하는 것이 아니라 그런 내용을 구체적으로 설명하는 데 기여한다. 하버마스의 이상적 담화 상황은 권한과 권위의 관계에서 당사자들의 완벽한 상호성을 전제하는 삶의 양식이 두드러진다[25]. 벤하비브(Benhabib S.)는 하버마스의 담론 윤리학은 단순히 형식적인 절차주의에 대한 요구가 아니라, '확장된 인간성의 대화적인 모델'로서 보편주의적인 윤리적 관점이 바람직한 보편주의를 유지하면서도 길리건의 통찰력을 구체화하는 것을 가능하게 하는 모델이라고 주장한다[25]. 이러한 측면에서 타당성, 정의, 평등과 상호성의 규범들에 대한 하버마스의 설명은 정치적, 사회적, 개인적인 관계에서 이데올로기적으로 옹호된 권력의 불공평함(inequity)을 비판하고 비난하려는 여성주의자들에게 유용한 자원이다[24].

하버마스의 이상적 담화 상황에는 4가지 조건이 있다. 첫째, 참여자 각자는 의사소통을 시작하고 지속할 동등한 기회를 갖는다. 둘째, 각자는 주장하고, 건의하고 설명할 동등한 기회를 가지며, 정당성에 도전할 동등한 기회를 가져야 한다. 벤하비브는 이러한 두 조건을 대칭적 조건이라 부른다. 셋째, 모든 참여자들은 자신의 소원, 느낌, 의향 등을 표현하는 행위자로서 동등한 기회를 가져야 한다. 넷째, 화자들은 행위의 맥락에서 명령하고 반박할 수 있는, 허락하고 금지할 수 있는, 약속하고 거절할 수 있는, 해명할 수 있고 해명을 요구할 수 있는 그런 기회의 균등한 배분이 있는

것처럼 행동해야 한다. 세 번째와 네 번째를 벤하비브는 상호성의 조건이라 부른다. 이상적 담화 상황의 대칭적 규약은 언어 행위와, 그리고 언어 행위의 수행조건들과만 관계한다. 이에 반해 상호성의 조건들을 현존하는 행위 맥락과 관계하며, 한편으로는 진실하지 않고 애매한 상황들의 유보를, 다른 한편으로는 불평등하고 종속적인 상황들의 유보를 요구한다[25].

재거(Jaggar A.M.) [26]는 하버마스의 이상적인 담화 상황에 여성주의에서 강조하는 덕, 배려, 공감, 관계와 같은 가치를 반영한 담론의 유형을 여성주의적 실천적 담론(feminist practical discourse)을 제안한다. 그녀는 여성들은 각자가 속한 사회에서 자유롭게 이야기할 때 여성의 참여가 제대로 실현되지 못한 점을 지적하면서, 실천적 담론을 통해서 여성들의 기본적인 요구와 일반적인 관심, 그리고 도덕적 경험을 표현하는 기회를 만들도록 노력하여야 한다고 주장한다. 여성주의 실천적 담론은 성별 억압에 대한 개인적 경험이 더 이상 개인적인 것이 아니라는 것을 경험하는 기회를 여성들 각자에게 부여함으로써 그들이 정치적으로 되어가게 한다. 여성들이 공적인 토론장에서 여성들의 관심을 확인하고 표현하는 것이 어렵기 때문에, 여성주의자들의 실천적 담론은 노력, 기술, 책임감, 자기규율, 자기 감수성, 존경, 믿음 그리고 무엇보다 각별히 개인을 대하듯 서로 서로에 대한 돌봄(care for each other as specific individuals)과 같은 덕의 실천을 필요로 한다는 것이다[24].

여성적 의사소통이론은 권한의 불균형으로 의사소통이 원활하지 않은 의료 환경에서 환자와 의사 관계를 남성과 여성 사이의 힘의 불균형으로 이를 분석하고, 이러한 불균형이 해소된 상황에서 상호이해와 합의가 가능한 의사소통모델 개발에 관심을 가지고 있다[23]. 스미스(Smith J.F.)

[27]는 기존 의료에서의 의사소통은 의학 정보를 전달하거나 환자가 질의하는 데 응답하는 유형에 불과하였으며, 결과적으로 의사 중심적이며, 기계적인 정보 수집적, 증거 중심의 사실 관계를 진술하는 데 중점을 둔다고 지적한다. 그렇다 하면, 여성주의 가치를 반영한 의사소통이론은 현재 의료 환경이 처한 어려움을 해소하는 데 이론적 토대를 제공할 수 있으며, 이는 곧 교육과 같은 실천적인 방법을 통해 실현될 수 있다.

이상에서 본 글은 공동의사결정의 한계를 극복하기 위해 의사소통적 여성주의 생명윤리학의 이상적 담화 상황을 설명하는 벤하비브의 대칭적 조건과 상호성의 조건 및 재거의 실천적 담론에 주목한다. 다시 말해, 벤하비브의 대칭적 조건에서 소통의 기회와 정당성의 기회, 상호성의 조건에서 표현의 기회와 해명의 기회 그리고 재거의 실천적 담론에서 돌봄을 기반으로 하는 개인의 경험의 확대는 양적인 확대가 아닌 질적인 확대로서 공동의사결정의 한계인 상호성과 불균형을 해결할 수 있는 이론적 토대를 제공하며, 나아가 환자와 의사의 관계가 더욱 견고하게 하는 데 밑거름이 된다. 이를 기반으로 본 글에서는 이상적 담화 상황의 2가지 조건과 실천적 담론을 반영한 관계 지향적이며, 상호역량 강화를 목표로 하는 공동의사결정을 제안한다.

2. 이상적 담화 상황의 조건과 실천적 담론을 반영한 공동의사결정

공동의사결정에서 환자에 대한 대화는 상대방에 대한 공감적 이해와 대화하고자 하는 욕구, 그리고 배려심이 갖는 관계 지향적 의사결정이 되어야 한다. 이런 맥락에서 의사소통적 여성주의 생명윤리학에서 주장하는 이상적 담화 상황과 이를 더욱 구체적으로 실현하고 있는 실천적 담론

은 환자가 공동의사결정 과정에 적극적인 참여를 유도함과 동시에 ‘억압되지 않은 대화’가 가능하도록 유도한다.

이상적 담화 상황과 실천적 담론을 반영한 억압되지 않은 대화가 실현되게 되면 환자와 의사 관계의 권한의 불균형을 극복하는 데 도움이 된다. 전통적으로 환자와 의사 관계는 정보의 불균형으로 인해 환자는 이 관계 속에서 필연적으로 취약한 입장일 수밖에 없다. 이상적 담화 상황에서 요구하는 2가지 조건을 만족하는 경우, 의사결정의 두 주체가 동등한 입장에서 정보를 제공하고, 제공받은 정보를 토대로 의사결정을 수행하기 때문에 권한의 분배가 이루어질 수 있다. 다만, 상호성의 관점에서 환자와 의사 관계의 특수성을 인정해야 한다. 다시 말해, 환자와 의사 관계에서 이상적인 권한 분배는 양적인 측면에서 의사가 알고 있는 지식과 정보를 그대로 전달하는 한 정되어질 수 없다는 점을 인정해야 한다. 그렇기 때문에 여성주의 의사소통적 윤리적 입장에서 의사는 권한을 가진 의사가 환자가 공동의사결정에 참여하는 과정에 어려움을 이해하고 이를 해결해 주려는 태도를 가져야 하는 것으로 이해할 수 있다.

나아가 환자 개인의 경험을 확대함으로써 배려와 돌봄을 반영한 실천적 담론의 형태로서 공동의사결정이 가능하다. 의사소통적 여성주의 윤리는 실천적 담론을 통해서 여성들이나 환자와 같은 처지에 있는 약자의 기본적인 요구와 일반적인 관심, 그리고 그들의 도덕적 경험을 표현하는 기회를 만들도록 노력해야 한다는 점을 강조한다. 그러므로 배려와 돌봄을 반영한 실천적 담론에 기반한 공동의사결정은 환자와 의사가 모두 참여함으로써 실현가능한, 환자에게 가장 최선의 치료 방법을 결정하게 한다. 결과적으로 환자는 실천적 담론으로써 공동의사결정을 통해 자신의

자율성을 더욱 극대화할 수 있는 기회를 가지게 된다.

마지막으로 의사소통적 여성주의 생명윤리에 기반한 공동의사결정은 획일적인 한 가지의 기준을 고수하지 않고, 다양성을 인정하는 분위기를 형성한다. 일반적으로 공동의사결정은 다양한 증거 기반 의료(evidence based medicine, EBM)를 기반으로 한다. 그러므로 공동의사결정은 하나의 패러다임이 모든 인간 행동을 설명할 수 있다는 신화를 거부하는 의사소통적 여성주의 이론과 맥을 같이 하고 있음을 알 수 있다. 결국 이상적 담화 상황과 실천적 담론으로써 공동의사결정은 다양성을 인정하는 공통성 위에 복합적 패러다임을 인정하고, 다양성을 존중하는 의사소통적 여성주의 이론이야말로 공동의사결정에 매우 적합한 이론적 토대를 제공함으로써 상호 작용을 통해 시너지 효과를 발산할 수 있을 것이다.

IV. 관계 지향적이며 상호역량 강화를 위한 공동의사결정의 확립

앞서 살펴본 바와 같이 의사소통적 여성주의 생명윤리의 이상적 담화 상황과 실천적 담론 이론을 반영한 공동의사결정은 상대방에 대한 공감적 이해와 대화하고자 하는 욕구, 그리고 배려심이 깃든 관계 지향적 의사결정이 될 수 있다. 그렇다면 구체적으로 어떤 목표를 가져야 하는지 살펴볼 필요가 있다.

여성주의의 관계적 문화적 관점에 의하면, 연결은 필수적이며, 단절은 고통의 주된 원인이다 [28]. 연결은 상호 공감을 통해 성장으로 이끄는 데, 이것은 모든 당사자가 상호 역량강화로 이끄는 대화에 가능한 한 충분히 참여하는 관계로 정의된다. 환자와 의사 관계에서 의사소통은 실천적 담론으로써 공동의사결정이 매우 바람직한 형

태라고 할 때, 공동의사결정은 공감과 관계에 기반하여 환자와 의사가 상호역량 강화를 목표로 해야 할 것이다.

이러한 목표를 달성하기 위해 전통적인 의사소통적 여성주의에서 주장하는 ‘여성주의상담의 4 원칙’을 적용하고자 한다. 이 원칙은 본래 여성주의에서 심리적 상담을 위해 체계화된 것이지만, 심리치료 역시 의료의 한 분야로 볼 수 있기 때문에 공감과 관계에 기반하여 상호역량 강화를 목표로 하는 공동의사결정 실현에 매우 적합한 도구가 될 수 있다.

1. 공감(empathy)과 관계(relationship)에 기반한 상호역량 강화 공동의사결정

공감과 관계에 기반하여 환자와 의사의 상호역량을 강화하기 위한 도구로써 여성주의 상담의 4원칙은 공동의사결정의 상호성 인정의 문제와 정보와 권한 등의 불균형을 극복하기 위한 환자와 의사의 역량을 강화하는 데 이론적 토대로서 매우 중요한 가치를 지닌다. 구체적인 내용은 다음과 같다[29].

첫 번째 원칙은 의사결정에 참여하는 의사의 가치관(value)이다. 의사결정 과정에 참여하는 의사가 가치중립 또는 본인의 가치가 개입되지 않는 것은 불가능하다. 그러나 치료 과정을 촉진하고 문제에 대한 환자의 결정 능력을 높이기 위해 의사는 치료의 실천과 관련된 개인적인 가치를 드러내어 강요하지 않도록 주의해야 한다. 그렇기 때문에 여성주의에서는 의사가 환자에게 은연중에 또는 부정적으로 영향을 주지 않기 위해 자신의 가치와 태도를 끊임없이 점검하도록 요청한다. 두 번째 원칙은 의사결정에 참여하는 환자의 유능함을 인정하는 것이다. 여성주의는 의사결정에 참여하는 환자는 본인의 경험에 대해서는 매

우 뛰어난 전문가임을 인정할 것을 요청한다. 따라서 여성주의는 환자가 의료인의 생각과 평가가 일치하지 않는다면 이에 동의하지 않거나 질문하도록 격려한다. 이 과정을 통해 의사는 환자가 스스로 돕고 돌보는 기술을 계발하도록 돕는데, 이러한 기술은 환자가 미래의 사건을 다룰 수 있는 긍정적인 기술을 계발하게 한다. 세 번째 원칙은 평등주의적인 관계를 유지하는 것이다. 의사결정 과정에서 의료인은 환자와 완전히 동등하리란 불가능하다는 것을 알고 있다. 의사는 권한의 불균형을 인정하면서 의사결정을 진행하지만 원래의 권한 차이를 부정하지는 않을 것이다. 그러므로 의료인은 환자가 원하는 바를 정확하게 확인하여 의학 전문용어를 사용하지 않고 설명함으로써 평등에 대한 자신의 신념에 근거하여 행동해야 할 것이다. 네 번째 원칙은 역량강화를 포함하는 충분한 정보에 근거한 동의 개념을 받아들이는 것이다. 여성주의에 기반한 충분한 정보에 근거한 동의는 ‘타협의 여지가 없는’ 결과가 아니라 지속되는 타협과 논의의 과정으로 설명한다. 명백한 여성주의 관점에서 브라운(Brown L.S.)과 브로드스키(Brodsky A.M.) [30]는 올바르게 주어진 동의서는 정보뿐만 아니라 역량 강화도 포함한다고 주장한다. 여기에는 다수의 의사가 사용했던 형식적이거나 간단한 진술의 범위를 넘는 포괄적인 협력과 정보의 공유가 필요하다. 환자는 사라지지 않는 권리와 특권을 가지고 있으며, 의사는 이들의 권리의 보호에 헌신해야 하며, 환자의 역량강화를 치료 과정 자체의 부수적인 것으로 보기 보다는 전체로 봐야 한다는 것이다.

이 관점에 기반한 의사결정의 주된 기능은 상호 공감의 치료 관계를 통해서 개인이 단절에서 연결로 나아가도록 돕는 것이다. 조던(Jordan J.) [28]은 상호 공감이란 공감에 대한 전통적인 치료상의 정의보다 치료의 촉진적이고 지지적인 측면

으로서 훨씬 더 많은 것을 의미한다고 주장한다. 그녀는 상호 공감을 두 사람 모두가 서로에게 영향을 미치는, 그리고 두 사람 모두에게 매우 유의한 지식으로 정의했다. 그녀는 환자가 의사로부터 영향을 받고, 감동되고, 움직이는 것을 보고, 알고, 느낄 수 있어야 한다고 덧붙인다. 이러한 의사결정은 치료 방법에 대한 것이라기보다는 태도, 가치, 관점에 관한 것이라고 설명한다. 역량 강화와 공감적인 관계가 환자가 그들의 삶을 제한하는 낯은 관계 이미지를 수정하도록 돕는 전이에 더 ‘풍부한 토대’를 제공한다[29]. 가장 긍정적인 모습으로 드러날 때, 역 전이는 환자의 고통에 대한 의사의 성실하고 공감 어린 반응이며, 연결의 가능성을 짚어 줄 수 있다. 이때 의사는 상호

공감적인 성장을 촉진하기 위해 다양한 배경을 가진 환자의 복잡한 현실에 관심을 갖고 반드시 인식해야 한다.

2. 공동의사결정에서 환자와 의사의 상호역량 강화를 실현하기 위한 필요조건 확립

공감(empathy)과 관계(relationship)에 기반한 상호역량 강화 공동의사결정에서 환자와 의사 관계는 공동의사결정이 긍정적인 결과를 산출할 수 있도록 상호 역량강화로 이끄는 대화에 가능한 한 충분히 참여하는 관계로 정의되며, 이들은 실천적 담론으로 공동의사결정을 함께 만들어가는 파트너가 된다. (1원칙) 의사는 최대한 자신의 가

<Table 3> 상호역량 강화를 실현하기 위한 공동의사결정의 필요조건 확립

연번	공통 요소	장애물	한계	필요조건		필요 역량강화 원칙
				대칭적 조건	상호성 조건	
1	보건의료 체계	시간적 제약	불균형 (환경)	○		③ ④
		의료기관 특징		○		
2	의사결정 요소	의사결정 유형	상호성 (능력)	○	○	① ② ③ ④
		환자의 성격	상호성 (성격)		○	
		기대결과	정보, 권한		○	
		의사결정 지지	불균형		○	
3	개인 능력	신뢰감	상호성 (신뢰)	○	○	② ③ ④
		자기 효능감	권한 불균형	○	○	

[대칭적 조건] 1. 의사소통 시작 및 유지에 관한 동등한 기회, 2. 건의/설명/정당성에 도전할 동등한 기회

[상호성 조건] 1. 본인의 소원, 느낌, 의향을 표현할 동등한 기회, 2. 자유로운 의사표현의 동등한 기회 (허락/금지, 약속/거절, 해명).

[역량강화원칙] 1. 의사의 중립적인 가치관, 2. 환자의 유능함 인정, 3. 평등주의적인 관계 유지, 4. 지속되는 충분한 정보에 근거한 동의 수용.

치관을 환자에게 표현하거나 주입되는 것을 자제하면서 중립을 유지하면서, (2원칙) 환자가 스스로 돌보는 기술을 개발할 수 있도록 지지할 것이다. 의사는 이 과정에 (3원칙) 환자에게 전문가의 권한을 공유하며 환자를 신뢰하는 평등주의적인 관계를 추구하면서, (4원칙) 상호 역량 강화를 목표로 하는 충분한 정보에 근거한 동의의 개념을 받아들인다. 의사소통적 여성주의를 반영한 공동 의사결정은 부정적 결과를 초래할 수 있는 3가지 공통 요소 및 관련 장애물에 대해 다음과 같이 적용할 수 있다<Table 3>.

보건의료 체계는 공동의사결정을 둘러싼 환경이며, 실제 공동의사결정을 도입할 때 매우 중요한 토대가 된다. 예를 들어, 많은 환자를 진료해야 하는 경우 한 환자당 진료 시간은 짧아질 수밖에 없으며, 이 시간 동안 환자와 의사 관계에서 신뢰감이나 공감대 형성은 기대하기 힘들다. 그러나 만약 1인 환자의 진료 시간을 정하고, 환자에게 공동의사결정에 충분히 참여할 수 있도록 배려하는 경우라면 신뢰감과 공감대 형성은 더욱 쉬운 일이 될 것이다. 물론 이런 상황이 연출되기 위해서는 보험수가 조정과 같은 정부의 정책이 변화되어야 하는 전제조건이 있다. 만약 이러한 전제조건을 만족한다면, 의료기관에 관계 지향적인 공동의사결정을 도입할 수 있도록 정책 수정을 제안할 수 있다.

의사결정 요소에서는 대칭적 조건과 상호성의 조건을 만족할 수 있도록 함으로써 환자가 공동

의사결정의 유형을 인식하게 하고, 환자의 성격을 파악하여 성공적인 의사결정이 될 수 있도록 하여 그 결과가 치료 과정에 긍정적인 역할을 수행하여 결과적으로 환자와 의사 모두에게 공동의사결정을 지지하도록 긍정적인 결과를 확인할 수 있도록 유도할 것이다.

마지막으로 개인 능력에서는 환자와 의사 모두에게 상대에 대한 신뢰감과 자기 효능감을 상승할 수 있도록 대칭적 조건 및 상호성 조건을 만족할 수 있도록 환자의 유능함을 인정하고, 의사결정 주체 간의 평등주의적인 관계를 유지함으로써 지속되는 충분한 정보에 근거한 동의 수용하게 한다.

의사소통적 여성주의 생명윤리에서 충분한 정보에 근거한 동의는 지속되는 타협과 논의의 과정으로 환자가 치료의 방향에 초점에 대해 편안하게 질문할 수 있는 환경을 조성하는 것이다. 또한 의사는 상호공감적인 성장을 촉진하려고 노력하고, 다양한 배경을 가진 환자의 복잡한 현실을 반드시 인식하면서 다양성은 존중해야 한다. 이러한 틀 안에서 인간의 경험은 내적이고 개인적인 현상적 경험과 외적인 사회 환경 간의 상호작용으로 이해된다. 내적인 경험에 대한 이해를 제공하고 규정하며, 내적인 경험은 다시 외적 현실 속에서 움직인다. 결국 위에서 살펴본 3가지 공통 요소가 톱니바퀴처럼 맞물리면서 외적 현실인 보건의료 체계를 변화시키고, 환자와 의사 모두가 내적 변화를 인정해야 한다는 것으로 이해할 수

<Table 4> 상호 역량강화의 주요한 특징[29]

- 1) 열정, 또는 긍정적인 상호작용에서 나오는 생명력과 에너지의 형태
- 2) 행동, 이것은 개인 간의 상호작용 덕분에 더 완전한 방식으로 하게 된다.
- 3) 지식, 또는 대인관계 의사소통을 통해 개인이 자기 자신에 대해 가지는 더욱 완전한 그림
- 4) 온전한 관계에서 가치를 느끼는 것으로부터 나오는 가치감
- 5) 더욱 역량 강화하는 연결을 형성하려는 열망

있다. 결과적으로 내적·외적 요소가 상호역량이 강화될 수 있는 공동의사결정에 적합하도록 수정하고 정립해야만 성공적인 공동의사결정이 이루어진다고 볼 수 있을 것이다.

이러한 의사소통적 여성주의 생명윤리에서 주장하는 상호 역량강화는 최소한 다섯 가지 주요한 특징으로 요약할 수 있다. 이들 역량 강화의 특징은 일상생활에서 많이 겪는 역량 약화의 경험들을 나타내는 지배하는 권력(power-over)이나 반대하는 권력(power-against)이 아니라 함께하는 권력(power-with)을 반영한다<Table 4>.

환자와 의사의 상호역량 강화를 실현하기 위한 공동의사결정의 확립이 된다면, 환자와 의사에게 위와 같은 상호 역량, 즉 열정·행동·지식·가치감·열망이 동반 상승하게 된다. 결과적으로 공동의사결정에 참여하는 것 자체가 서로가 성장하게 하는 밑거름이 될 수 있다.

V. 나가는 글

본 연구에서는 현재 공동의사결정에 부정적 결과를 초래할 수 있는 3가지 공통 요소의 의사결정시 장애물을 분석하고, 이를 해결할 수 있는 방향으로 의사소통적 여성주의 생명윤리에 대해 살펴 보았다. 의사소통적 여성주의 생명윤리는 공감, 돌봄, 관계와 같은 여성주의에서 강조하는 덕목을 반영한 의사소통 모델을 개발하는 데 관심이 있으며, 이는 역량 강화 원칙을 통해 잘 발현될 수 있다.

공동의사결정은 과거의 의사결정 형태에 비하여 매우 관계 지향적인 의사결정의 형태이다. 왜냐하면 공동의사결정에 참여하는 환자와 의사는 그 자체로 신뢰감이 형성되지 않으면 의사결정 과정을 시작할 수 없기 때문에, 이들의 관계 성립이 매우 중요한 출발점이 된다. 그렇기 때문에 공

동의사결정에서 환자와 의사는 매우 중요한 의사결정 파트너이며, 상호 의지하는 관계이기도 하다. 이러한 배경에서 공동의사결정을 통해 성립되는 치료 과정은 매우 긍정적이다. 2015년에 공동의사결정에 관한 한 설문조사에 따르면, 전체 설문 참여자 386명 중 68%가 치료방법을 결정하는 데 의사와 함께 협력하여 결정하고 싶다고 응답했다. 여기 설문에 참여한 89%의 환자는 공동의사결정이 그들의 자기만족감을 향상시키며, 87%의 환자는 치료 과정에 좀 더 적극적으로 참여한다고 느꼈다고 응답하였다. 설문 참여자의 거의 절반인 41%의 환자는 공동의사결정을 사용할 때 좀 더 발전된 치료 계획에 좀 더 많이 충실히 이행하고 있을 것이라고 보고 있다[31].

그럼에도 불구하고 이제는 공동의사결정의 양적인 확장보다는 질적인 확장에 좀 더 관심을 기울여야 할 시기이다. 공동의사결정의 질적인 확장의 측면에서 본다면, 본질적으로 관계 지향적인 의사소통적 여성주의는 매우 적합한 이론적 토대가 될 수 있다. 의사소통 분야에서 불균형과 균형, 부정의와 분재, 단일성과 다양성 사이에서 더 나은 것을 추구하며 상대적으로 취약한 집단의 어려움을 해결하고자 한 여성주의의 특징을 그대로 반영한 의사소통적 여성주의는 공동의사결정의 적용 시 발생하는 상호성의 문제와 불균형의 문제를 해결하여 관계 지향적인 의학적 의사결정의 체계로 전환하기 위한 적절한 이론이다. 그러므로 이 연구는 의사소통적 여성주의를 통해 여성주의에서 도출될 수 있는 가치 있는 통찰을 반영하기 위해 노력한 결과물이다.

이 논문에서는 의사소통적 여성주의 생명윤리를 반영한 공동의사결정의 실천 목표를 이상적 담론 상황과 실천적 담론에서 모색하였으며, 그 필요조건으로서 벤하비브의 대칭적 조건과 상호적 조건을 제안하였다. 또한 이러한 조건을 만족

시킴을 위한 실행 규칙으로서 상호역량 강화 원칙을 제안하였다. 그럼에도 불구하고 본 논문이 이론적 연구에 한정되어, 실제 임상의로 현장에 적용하기 위한 경험적인 연구 부분은 배제한 한계를 지닌다. 향후 본 논문의 실현 가능성을 확인하기 위한 실제 경험 연구를 계획하며, 실제 그 가능성에 대한 긍정적인 효과를 기대해본다. ㉞

REFERENCES

- 1) 박진영, 최양호, 김봉철. 의사-환자 관계성에 관한 상호이해도 분석: 상호지향성 모델의 적용. 한국광고홍보학보 2015 ; 17(1) : 30-54.
- 2) 데일리 메디. 변호사도 전문가 시대...의료분야 급증 - 5년 새 2배 증가 54명 등록...법무법인 세승 '최다'. 2015. 11. 25.
- 3) 권복규. 의학적 의사결정에 관한 우리나라 성인의 인식 조사. 한국의료윤리학회지 2015 ; 18(3) : 251-261.
- 4) 안상윤, 문상식, 오상환. 보건의사소통. 서울 : 보문각, 2014 : 408.
- 5) Magenta S, Sarah H, Anthony J. Shared decision-making: benefits, barriers and current opportunities for application. Australas Psychiatry 2010 ; 18(5) : 394-397.
- 6) Gibson JN, Waddell G. Surgical interventions for lumbar disc prolapse. Cochrane Database Syst Rev 2007 ; 1: CD001350.
- 7) Vroomen PC, De Korm MC, Knottnerus JA. Predicting the outcome of sciatica at short-term follow-up. Br J Gen Pract 2002 ; 52 : 119-123.
- 8) Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Overcoming barriers to shared decision making. 2015. 5. 18. 발표문 p. 4.
- 9) van den Hout WB, Peul WC, Koes BW, et al. Prolonged conservative care versus early surgery in patients with sciatica from lumbar disc hemiation: cost utility analysis alongside a randomised controlled trial. BMJ 2008 ; 336 : 1351-1354.
- 10) Elwyn G, Charles C. Shared decision making: the principles and the competencies, eds by Edwards A, Elwyn G. Evidence Based Patient Choice. Oxford : Oxford University Press, 2009 : 118-143.
- 11) Morgan D, Krueger R. The Focus Group Kit. Thousand Oaks : Sage, 1998.
- 12) Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005 ; 15 : 1277-1288.
- 13) Jacobs WC, Van Tulder M, Arts M, et al. Surgery versus conservation management of sciatica due to a lumbar hemiated disc: a systematic review. Eur Spine J 2011 ; 20 : 513-522.
- 14) 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.
- 15) William J, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. Patient Educ Couns 2014 ; 94(3) : 291-309.
- 16) Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implement Sci 2006 ; 1 : 16.
- 17) Légaré F, Ratté S, Gravel K, et al. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 2008 ; 73(3) : 526-535.
- 18) Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choice. Br J Gen Pract 2000 ; 50(460) : 892-899.
- 19) 스티븐 콜, 줄리안 버드, 김대현 역. 의학면담: 관계 형성, 환자의 문제 평가, 환자의 문제 치료 기능적 접근. 서울 : 학지사, 2001 : 45.
- 20) 허라금. 자기성실성의 철학: 원칙의 윤리에서 여성주의 윤리로. 서울 : 철학과 현실사, 2004 : 242-243.
- 21) 공병혜. 여성주의 윤리적 접근에 따른 임상에서의 설명 동의. 한국여성철학 2009 ; 11 : 199-218.
- 22) Lown BA, Hanson JL, Clark WD. Mutual influence in shared decision making: a col-

- laborative study of patients and physicians. *Health Expect* 2009 ; 12(2) : 160-174.
- 23) 공병혜. 여성주의 윤리와 생명윤리. *범한철학* 2004 ; 32 : 113-142.
- 24) 엘리슨 M. 재거·아이리스 마리온 영. 여성주의 철학2. 파주 : 서광사, 2005 : 127.
- 25) 세일라 벤하비브. 정대성 역. 비판, 규범, 유토피아: 비판 이론의 토대 연구. 서울 : 울력, 2008 : 367-368.
- 26) Jaggar AM. Toward a feminist conception of moral reasoning. ed by Sterba J. *Moral and Social Justice*. Lanham : Rowman & Littlefield, 1995 : 131-132.
- 27) Smith JF. Communicative ethics in medicine the physician patient relationship. ed by Susan MF. *Feminism and Bioethics*. Oxford : Oxford University Press, 1996 : 184-215.
- 28) Jordan JV. The role of mutual empathy in relational/cultural therapy. *J Clin Psychol* 2000 ; 56(8) : 1005-1016.
- 29) 캐럴린 저브 엔스, 김민예숙, 손연주 역. 여성주의와 상담: 기원, 주제, 다양성. 파주 : 한울아카데미, 2009.
- 30) Brown LS, Brodsky AM. The Future of feminist therapy. *Psychotherapy, Theory, Research, Practice, Training* 1992 ; 29(1) : 51-57.
- 31) Impact of Shared Decision-Making on Doctor/Patient Relationship IndustryView | 2015. Available from: <http://www.softwareadvice.com/medical/industryview/sdm-report-2015/> [cited 2017 Feb 15]

Communicative Feminist Bioethics and Shared Decision-Making*

LEE Eun-Young**

Abstract

Shared decision-making is a collaborative medical decision-making process between patients and their health care providers. This process aims to assist patients in taking an active role in making decisions related to their own health. Patient-centered care can be seen as the ultimate goal. In order to exhibit its effectiveness as a process that actualizes patient-centered care, shared decision-making must resolve problems caused by an imbalance in both power and knowledge between doctors and patients. This article propose communicative feminist bioethics as theoretical foundation to resolve imbalance in shared decision-making. Communicative feminist bioethics regards empathy and relationships as the foundation of shared decision-making and seeks to strengthen the ability of patients and doctors to make decisions together. Shared decision-making based on empathy and relationships, doctors refrain from expressing or imposing their own values on patients and instead encourage patients to develop the skills necessary to look after themselves. This article argues from a feminist discourse and perspective that doctors should strive develop relationships of equality that respect patients as competent decision-makers.

Keywords

empathy, shared decision-making, relationship, feminist discourse, communicative feminist bioethics, patient-centered care

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2014S1A5B5A07040108).

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