

Original Article

# 말기 환자의 공유 의료적 의사결정에 관한 의료인의 인식 유형

조 계 화 · 김 균 무\*

대구가톨릭대학교 간호대학, \*대구가톨릭대학교 의과대학 응급의학교실

## Types of Shared Medical Decision Making for Terminally Ill Patients

Kae Hwa Jo, Ph.D. and Gyun Moo Kim, M.D., Ph.D.\*

Department of Nursing, Catholic University of Daegu School of Medicine,

\*Department of Emergency Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daegu, Korea

**Purpose:** The purpose of this study is to analyze types of shared medical decision making by health professionals in a decision making position. **Methods:** The Q-methodology was used. Q sample was constructed with a total of 35 Q-statements that were offered with a 9-point rating scale. The statements were structured to generate answers that would form a shape of a normal distribution. Answers to Q sample were analyzed using a QUANL PC program. **Results:** Four types of shared medical decision making were identified. Type I is patient-centered decision making, Type II is physician-centered, Type III is health professional-centered and Type IV is patient-family-centered. **Conclusion:** Study results indicate that it is recommended to develop an education program based on the four types of shared medical decision making so that health professionals can be provided with different approaches according to their decision making style.

**Key Words:** Decision making, Attitude, Health professional

### 서 론

현대사회의 복잡하고 전문화되어 가는 의료상황에서 의료학문간 소통과 융합이 강조되고 있다. 말기의 의료적 의사결정에서 의료인의 역할에 대해 과거의 연구에서는 지지와 안내를 통해 환자가 의사결정과정에 참여하도록 격려하는데 있다고 하였고, 다른 연구에서는 정보제공과 옹호자 역할이 중요하다고 하였다(1,2). 지금

까지 국내 의료적 의사결정 방식은 의사의 지시에 따르는 온정적 간섭주의(paternalism) 모델과 공유 의료적 의사결정(shared decision making) 모델이 같이 연구되고 있으나(3,4). 말기 환자를 대상으로 한 국외 연구에서는 이미 환자, 가족, 의사와 간호사의 공유 의료적 의사결정이 보고되고 있다(1,5).

최근 들어 한국사회의 발전으로 소비자 만족도가 중요시되고 의료행위에서도 환자 중심의 자율적 의사결정이 강조되고 있다. 특히 병원업무는 환자를 중심으로

Received September 17, 2014, Revised November 7, 2014, Accepted November 12, 2014

Correspondence to: Gyun Moo Kim

Department of Emergency Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine, 33, Duryugongwon-ro 17gil, Nam-gu, Daegu 705-718, Korea

Tel: +82-53-650-4282, Fax: +82-53-650-4930, E-mail: emprof@cu.ac.kr

This work was supported by research grants from the Catholic University of Daegu in 2014.

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

여러 전문 분야의 협동 체계를 통한 의사결정의 효율성이 요구된다. 따라서 환자를 가장 가까이에서 보살피는 간호사와 진단과 처치에 대하여 판단을 내리는 의사는 병원조직에서 가장 중요한 협동적 관계로 업무를 수행할 필요가 있다. 외국문헌에서는(1,5,6) 말기의 의료적 의사결정 과정에서 의사와 간호사 간의 협동이 자주 제시되고 있으나, 우리나라에서는 아직도 의사 중심의 수직적 의사결정에 대해 간호사는 일종의 규범적 압박감을 가지고 있다(4). 이는 말기의 공유 의사결정을 위한 병원 내부의 협동과 의뢰문화 형성 및 협조체제가 시급함을 알려준다.

지금까지 말기 의료적 의사결정의 중요한 사안으로 사전의료지시서 작성의 의무화, 의사결정 과정의 체계적인 문서화, 말기치료의 객관적 지침과 가이드라인을 제시하고 의료인 간에 사전의사결정을 공유할 수 있는 제도적 통로의 필요성을 지적한 문헌은 있으나(7), 말기의 의료적 의사결정에 대한 의료인 간의 태도에 어떤 차이가 있는지를 밝힌 연구는 없었다. 이에 공유 의사결정의 활성화를 위해 의사와 간호사를 중심으로 공유 의사결정에 관한 인식을 파악하고 평가해 볼 필요성이 있다. 말기 환자가 자율적 의사결정을 바탕으로 품위를 잃지 않고 치료 과정을 수용 하기 위해서는 공유 의료적 의사결정에 대한 의료인의 태도가 영향을 미칠 것이라고 생각한다. 또한 한국 사회의 경우, 말기의 의료적 의사결정에서 가족의 의미는 매우 크다. 기존 연구에서도 마지막 결정은 가족과 의료인의 합의 하에 이루어지는 경우가 많다(8). 우리나라에서 말기의 환자는 의사결정에서 배제된 채 보호자의 견해가 중요한 경우가 종종 있다. 이러한 상황에서, 한국의 말기의 의료적 의사결정은 환자, 가족, 의료인의 공동의사결정 체계를 모색해야 할 것으로 생각된다.

의료적 의사결정에 대한 견해는 사람마다 다른 개인적인 인식이므로 본 연구는 주관성연구를 시행하였고 질적 연구의 한 방법인 Q 방법론을 적용하여 의료인의 공유 의료적 의사결정에 대한 인식 유형과 그 특성을 살펴보고자 한다. 또한 태도를 파악하기 위한 연구는 연구대상자의 문화적 배경에 따라 용어의 뉘앙스와 의미에 차이를 가질 수 있으므로 연구대상자의 문화적 변수를 고려해야 한다(9). 본 연구는 한국의 사회문화적 배경에서 공유 의료적 의사결정에서 고려되어야 할 점들을 임상적 실제 상황을 반영하여 심층면담하고 이를 바탕으로 Q 진술문을 확정하여 적용하였다.

본 연구의 목적은 Q 방법론을 적용하여 공유 의료적

의사결정에 관한 의료인의 태도, 유형 및 특성을 파악하여 이를 임상에 적용하고자 함이다. 이에 저자들은 공유 의료적 의사결정에 대한 의료인의 주관적인 태도를 유형화하고 태도유형의 특성을 분석하고 기술하고자 한다.

## 대상 및 방법

본 연구는 공유 의료적 의사결정에 대한 의료인의 태도에 관한 주관성을 체계적으로 파악하기 위해 Q 방법론적 접근을 이용하였다. Q 모집단(Q-Population)은 공유 의료적 의사결정에 대한 진술문을 추출하기 위하여 일차적으로 관련문헌을 고찰하여, 131개를 추출하였고, 개방형 질문지를 이용한 개별 심층면담(in-depth interview)을 수행하여 Q 모집단 154개와 진술문 56개를 추출하였다. 준비된 Q 모집단을 놓고 공통된 의미를 나타내는 진술들을 통합하여 공유 의료적 의사결정에 대한 내용이 범주화될 때까지 분류하였다. 각 범주에 속한 진술문은 최소13개에서 107개까지 다양하게 나타났다. 이를 다시 간호학과 교수1인과 의학과 교수 1인, 그리고 Q 방법론 전문가 1인의 검토와 수정을 거쳐 최종 35개의 Q 표본을 선정하였다.

Q 방법론은 양적 연구와는 달리 사람이 변인이 되므로 P 표본이 커지면 한 인자에 여러 사람이 편중되어 그 특성이 명확하게 드러나지 않는다는 소 표본이론에 근거하여 임의추출 하였다(10). 본 연구에서의 P 표본의 선정기준은 일 지역에 소재하는 2개의 3차 의료기관에 근무 중인 의사와 간호사 39명을 대상으로 근무경력이 최소 1년 이상인 자로 구성하였다. 전체적으로 의사는 41명, 간호사는 72명이었고 성별은 의사는 여성이 8명, 남성이 33명, 간호사는 전원이 여성이었다. 연령대는 20대 초반에서 40대 중반까지로 다양하였다. 본 연구에서는 Q 표본의 진술문이 35개이므로 이와 비슷한 표본의 경우에 가장 이상적이라는 점을 고려하였다(10).

연구를 위한 자료수집에 들어가기 전, 일 대학교병원의 연구윤리심의위원회(IRB)의 승인을 거쳐 수행하였다.

### 1. Q 표본 분류(Q-sorting) 및 자료 분석 방법

Q 표본의 분포도는 연구대상자들이 35개의 진술문들을 자신의 의견의 중요도에 따라 9점 척도 상에 분류하여 정규분포에 가깝도록 강제 분포시키는 Q 방법론의 원리에 따라 준비하였다. Q 표본 분류는 Q 표본을 먼저 읽은 후 긍정(+), 중립(0), 부정(-)의 세 부분으로 나누

Table 1. Distribution of Q-Sample Card.

	(Disagree)		(Neutral)			(Agree)			
Score	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
No. of card	2	3	4	5	7	5	4	3	2

다음 긍정(부정)진술문 중에서 가장 긍정(부정)하는 것을 차례로 골라 바깥에서부터(+4, -4) 안쪽으로 분류를 진행케 하여 중립부분(0)에서 마무리하게 하였다. 이때 양끝에 놓인 2개씩의 진술문 4개에 대한 선택 이유를 면담을 통해 받아두었다(Table 1).

Q 분류과정 전에 개인적인 특성에 대해 기록하게 하였고 코딩은 가장 반대하는 경우를 1점으로 시작하여 중립인 경우 5점, 가장 찬성하는 경우에 9점을 부여하여 점수화하였다.

자료 분석은 PC-QUANL Program을 이용하여 처리하였으며, 35개의 항목별 평균, 표준편차, 표준점수를 구하였다. 그 후 다시 35개의 항목을 P-표본을 축으로 하는 주요인분석(principal component factor analysis) 방법을 이용하여 요인 분석하였다. 유형은 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 하여 요인 수를 다양하게 입력하여 산출된 결과 중 설명변량 등을 고려하여 최선이라고 판단된 4개의 유형을 선택하였다.

## 결 과

### 1. Q 유형의 형성

QUANL PC 프로그램을 이용하여 Q 요인 분석한 결과 4개의 유형으로 나타났다. 이들 4개 요인은 전체 변량의 46.8%를 설명하고 있는데 이와 같이 전체 변량이 작은 것은 대상자 의견의 다양성 폭이 크다는 것을 의미한다. 그러나 Q 연구에서는 주요인 견해만을 다루는 것을 연구자가 선택하는 것이므로 변량의 크기에는 구애 받지 않는다. 각 유형별 변량은 제1유형이 21.4%, 2유형이 11.4%, 3유형이 8.3%, 4유형이 5.7%였다. 제1유형이 21.4%의 설명력을 가지므로 공유 의료적 의사결정에 대한 대상자의 인식을 가장 많이 설명하는 유형으로 볼 수 있다(Table 2, 3).

유형간의 상관관계를 살펴본 결과 각 유형간의 상관관계는 높지 않아 각 유형이 서로 독립적인 관계임을 알 수 있었으며 진술문 표본 및 유형별 표준점수는 Table 4에 제시된 바와 같다.

Table 2. Eigen Values, Variance, and Cumulative Percentage.

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Eigenvalues	8.3654	4.4402	3.2391	2.2220
Variance (%)	0.2145	0.1139	0.0831	0.0570
Cumulative	0.2145	0.3283	0.4114	0.4684

### 2. 유형별 특성과 해석

연구대상자의 구성은 제1유형이 17명, 2유형 8명, 3유형 10명, 그리고 4유형 4명의 총 39명으로 구성되었으며, 각 유형 내에서 인자가중치(factor weight)가 가장 높은 사람일수록 그가 속한 유형의 전형적(prototype) 혹은 이상적(ideal)인 사람으로 그 유형을 대표함을 의미한다(Table 3).

의료인의 공유 의료적 의사결정에 관한 주관성을 유형별로 분석, 기술하기 위해 우선 각 대상자들이 개별 진술항목에 대한 특정 유형의 표준점수와 나머지 유형의 평균 표준점수와의 차이가 두드러지는 항목을 중심으로 분석, 설명하였다. 유형분석 방법에 의해 산출된 대상자의 공유 의료적 의사결정에 관한 유형을 제시하면 다음과 같다.

**1) 제1유형 - 환자 결정형:** 유형 1에 속한 대상자는 총 39명 중 17명으로 간호사 14명, 의사 3명으로 성별은 남성 1명을 제외하고는 모두 여성으로 구성되었다. 교육 정도는 7명이 전문대 졸업이고 나머지는 대학 졸업이었으며, 근무 부서는 대부분이 병동으로 나타났다. 연령 분포는 최고 47세, 최저 23세로 평균 32.8세이며, 종교 유무는 반반씩으로 나타났으며, 의료적 의사결정 경험은 구성원의 2/3가 가끔 하는 편으로 나타났다.

유형 1이 강하게 동의를 보인 진술항목은 ‘의료적 의사결정의 주체는 환자이다(Z=1.60)’, ‘의료진 모두가 의료적 의사결정 과정에 대한 충분한 지식이 필요하다(Z=1.31)’, ‘호스피스운영을 위해 체계적인 의료적 의사결정 제도를 만들어야 한다(Z=1.25)’, ‘의료진의 사전의사결정에 대한 책임과 역할의 법적 근거를 마련해야 한다(Z=1.14)’였다. 반면 제1유형이 가장 비동의를 보인 항목은 ‘의료적 의사결정의 주체는 의사이다(Z=-2.69)’, ‘의료적 의사결정의 주체는 의사와 간호사를 포함한 의료진이다(Z=-2.62)’, ‘의료진의 권고는 환자에게 도움이 된다(Z=-1.40)’ 등으로 나타났다(Table 5). 또한 제1유형이 다른 유형에 비해 표준점수 차이가 +1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘의료적 의사결정의 주체는 환자이다(Z=2.08)’, ‘의료진은 환자에게 질병상

Table 3. Types, Weights, Demographic Characteristics for P-Samples.

Type	Subject's No.	Factor weight score	Sex	Age	Education	Job	Work place	Religion	Decision making
Type 1 (n=17)	VAR11	1.7475	Woman	30	College	Nurse	Ward	Protestant	Seldom
	VAR09	1.1318	Woman	36	University	Nurse	Ward	catholic	Seldom
	VAR17	0.8592	Woman	47	University	Nurse	Ward	Catholic	Seldom
	VAR31	0.8067	Woman	35	University	Physician	ER	None	Seldom
	VAR01	0.7760	Woman	31	University	Nurse	Ward	Catholic	Seldom
	VAR08	0.7444	Woman	36	University	Nurse	Ward	Catholic	Seldom
	VAR20	0.7403	Woman	45	College	Nurse	Ward	Catholic	None
	VAR04	0.7099	Woman	24	College	Nurse	Ward	None	None
	VAR02	0.6929	Woman	29	College	Nurse	Ward	Buddhism	Seldom
	VAR14	0.6798	Woman	44	University	Nurse	ICU	None	Seldom
	VAR16	0.5332	Woman	43	University	Nurse	ICU	Catholic	Seldom
	VAR18	0.5202	Woman	31	University	Nurse	ER	Catholic	None
	VAR10	0.4383	Woman	23	College	Nurse	Ward	None	Many
	VAR25	0.4133	Woman	26	University	Physician	Ward	None	None
	VAR05	0.3462	Woman	25	College	Nurse	OR	None	None
	VAR07	0.3206	Woman	26	College	Nurse	Ward	None	Seldom
	Type 2 (n=8)	VAR22	0.2207	Man	28	University	Physician	Ward	None
VAR34		2.6970	Man	28	University	Physician	ER	None	Many
VAR39		1.6463	Man	31	University	Physician	ER	None	Seldom
VAR19		1.2625	Woman	32	University	Nurse	ER	None	Seldom
VAR23		1.1801	Man	27	University	Physician	Ward	None	Seldom
VAR27		0.9375	Man	27	University	Physician	ICU	Protestant	Many
VAR12		0.8828	Woman	38	University	Nurse	Ward	Catholic	Many
VAR37		0.6831	Man	29	University	Physician	ER	None	Many
Type 3 (n=10)	VAR24	0.0903	Man	27	University	Physician	Ward	Buddhism	Seldom
	VAR15	1.2607	Woman	44	Graduate	Nurse	Ward	Catholic	Seldom
	VAR06	0.9792	Woman	38	Graduate	Nurse	Ward	None	Many
	VAR32	0.9749	Man	36	Graduate	Physician	Ward	None	Many
	VAR03	0.9171	Woman	46	Graduate	Nurse	Ward	Catholic	Many
	VAR36	0.8174	Man	28	University	Physician	ER	Protestant	Seldom
	VAR35	0.7341	Man	31	Graduate	Physician	ER	None	Many
	VAR29	0.4588	Man	27	University	Physician	ICU	Catholic	Seldom
	VAR33	0.4277	Man	29	University	Physician	ER	None	Many
	VAR38	0.3717	Man	27	University	Physician	ER	Buddhism	Many
Type 4 (n=4)	VAR21	0.3389	Man	27	University	Physician	Ward	Catholic	Many
	VAR13	1.6648	Woman	42	University	Nurse	Ward	Protestant	Seldom
	VAR28	1.4782	Man	34	University	Physician	Ward	Catholic	Many
	VAR26	1.2158	Man	29	University	Physician	Ward	None	Seldom
	VAR30	0.4102	Woman	37	Graduate	Physician	ER	None	Many

태, 예후, 치료방법을 충분히 설명해야 한다( $Z=1.76$ )'이었고, 타 유형에 비해서 점수 차이가  $-1.00$  이상의 강한 비동의를 보인 항목으로는 '의료적 의사결정의 주체는 의사이다( $Z=-2.52$ )', '의료적 의사결정의 주체는 의사와 간호사를 포함한 의료진이다( $Z=-2.29$ )' 순이었다.

유형 1에서 인자가중치가 가장 높은 연구대상자 11번이 가장 동의를 보인 항목을 보면 '의료적 의사결정의

주체는 환자이다', '의료적 의사결정에서 환자의 동의가 필수적이다'라는 항목으로 나타난 반면 가장 비동의한 항목은 '의료적 의사결정의 주체는 의사이다', '환자가 의료진의 권고를 거부하면 설득하기 위해 최선의 노력을 다해야 한다'로 나타났다. 연구대상자 11번은 30세의 전문대를 졸업한 간호사로서 내과 병동에 근무하고 있다. 의사결정에 따르는 모든 책임과 비용은 의료진이

Table 4. Q-Samples and Z-Scores According to Types.

Q-Statement	Z-Score			
	Type 1 (N=17)	Type 2 (N=8)	Type3 (N=10)	Type4 (N=4)
1. Health professionals will need to know patient's medical decision	0.2	0.2	0.1	0.2
2. Medical decision-making is the patient's decision	2.1	1.8	-0.7	2.0
3. Medical decision-making is the doctor's decision	-2.5	1.7	-0.4	-0.8
4. Medical decision-making is the health professionals decision, including doctors and nurses	-2.3	1.1	0.4	-0.6
5. The consent of the patient in medical decision-making is essential	1.8	1.4	-0.0	2.0
6. Medical decision-making should be free to the patient's will	-0.9	0.2	-2.3	1.5
7. Health professionals should not care meaningless treatment to terminally ill patient	0.2	0.6	-0.6	0.7
8. Health professionals must consider the legal liability	-0.1	0.1	-0.6	0.1
9. Advanced directives should be considered first death with dignity	-0.4	0.6	-0.6	-0.3
10. Patients with a health professionals' recommendation is helpful	-1.2	0.5	-0.3	0.3
11. Health professionals must determine the appropriate time of patient education and recommendation	-0.1	0.7	-0.1	0.2
12. Medical decision should be considered before terminally ill	0.2	-0.1	-0.9	-0.4
13. Medical decision-making is important collaboration between the Health professionals	0.2	0.8	0.3	-0.8
14. Health professionals and patients should be discussed with methods of treatment	1.1	0.3	1.8	1.5
15. Health professionals must exchange information together about transfer, transport, discharge of the patient	-0.4	0.7	0.0	0.1
16. Health professionals and patients must share the healing process	0.8	0.8	1.3	1.2
17. Decision-making process in detail and details to be recorded	-0.4	0.2	1.0	-0.4
18. Information about the medical decision-making should be shared on the basis of health professionals mutual respect	0.4	0.7	1.5	-1.2
19. The sharing of decision-making information makes therapeutic relationship among health professionals, patients and families	0.9	-0.3	1.4	0.9
20. The advantages and disadvantages of medical treatment methods should be clearly described	0.5	0.4	1.2	-0.9
21. Medical condition of the patient, prognosis and treatment should be fully described	1.3	1.0	1.8	0.8
22. Health professionals will need to explain to advanced directives	0.9	0.4	0.1	0.4
23. Health professionals should educate patients and their families	0.8	0.5	0.4	-0.1
24. All health professionals requires sufficient knowledge in the decision-making process	1.1	-0.4	-0.2	-0.8
25. Roles and responsibilities for advanced directives should be prepared based on the law	0.2	-0.2	-1.0	-1.3
26. Hospital should be prepared form suitable for medical decision and guidelines	-0.1	-0.7	-1.4	-1.1
27. Conflict of medical decision-making should be involved a hospital ethics committee	-0.6	-0.9	-1.8	-1.8
28. Hospital should make structured medical decisions system for operating hospice	0.0	-1.1	-1.0	-1.8
29. The hospital must have a system in cooperation with institutions to help the patient's decision-making	-0.2	-0.9	-0.9	-1.4
30. Medical decision-making should include patients, doctors, nurses, family, religionists	-1.2	-1.7	-1.1	-0.5
31. The established decision-making discussed with health professionals, patients and family should be followed	0.2	-1.3	1.2	1.3
32. Refused recommendation of health professionals by patient and family that the decision should be respected	-0.0	-1.7	0.4	0.1
33. When health professionals more explain and discuss with the patient and family, good decision-making is possible	-0.1	-1.6	0.8	0.8
34. Doctors and nurses are more often dialogue and discussion can be a more decision	-0.7	-1.9	0.2	-0.2
35. If the patient refused the health professionals' recommendation must do our best to persuade	-1.7	-0.8	-0.2	0.2

아니라 환자 자신의 몫이라는 점과 의사결정을 하는 환자 자신의 확실한 법적 근거가 있어야 하기에 환자의 동의는 반드시 필요하다고 진술했었다. 또한 의사가 의사결정에 도움을 줄 수는 있지만 절대 주체가 될 수는 없다고 생각하며, 의사가 원하는 치료에 대한 정보를 충분히 주면, 생각하고 결정할 권리는 환자에게 있으며 이를 굳이 설득하는데 최선의 노력이 필요하지는 않다는 견해를 피력하였다.

는 견해를 피력하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제1유형에 속한 대상자들은 의료적 의사결정은 환자의 몫이며, 환자가 참여하지 않은 의사결정은 치료행위에 갈등만 증가시킬 뿐이므로 환자의 자율성을 바탕으로 한 의사결정 시스템을 구축하기 위한 노력이 절실히 요구됨을 인식하여 ‘환자 결정형’으로 명명하였다.

Table 5. Descending Array of Z-Scores(Greater Than  $\pm 1$ ) and Item Descriptions for Each Type (N=39).

Type	Item No.	Q-Statement	Z-Score
I (n=17)	2	Medical decision-making is the patient's decision.	1.60
	24	All health professionals requires sufficient knowledge in the decision-making process.	1.31
	28	Hospital should make structured medical decisions system for operating hospice.	1.25
	25	Roles and responsibilities for advanced directives should be prepared based on the law.	1.14
	26	Hospital should be prepared form suitable for medical decision and guidelines.	1.07
	10	Patients with a health professionals' recommendation is helpful.	-1.40
	4	Medical decision-making is the health professionals decision, including doctors and nurses.	-2.62
II (n=8)	3	Medical decision-making is the doctor's decision.	-2.69
	3	Medical decision-making is the doctor's decision.	2.89
	10	Patients with a health professionals' recommendation is helpful.	1.91
	9	Advanced directives should be considered first death with dignity.	1.60
	4	Medical decision-making is the health professionals decision, including doctors and nurses.	1.01
	35	If the patient refused the health professionals' recommendation must do our best to persuade.	-1.28
	19	The sharing of decision-making information makes therapeutic relationship among health professionals, patients and families.	-1.36
	34	Doctors and nurses are more often dialogue and discussion can be a more decision.	-1.68
	32	Refused recommendation of health professionals by patient and family that the decision should be respected.	-1.83
	33	When health professionals more explain and discuss with the patient and family, good decision-making is possible.	-2.08
III (n=10)	31	The established decision-making discussed with health professionals, patients and family should be followed.	-2.18
	18	Information about the medical decision-making should be shared on the basis of health professionals mutual respect.	2.08
	20	The advantages and disadvantages of medical treatment methods should be clearly described.	1.66
	17	Decision-making process in detail and details to be recorded.	1.49
	34	Doctors and nurses are more often dialogue and discussion can be a more decision.	1.43
	33	When health professionals more explain and discuss with the patient and family, good decision-making is possible.	1.37
	7	Health professionals should not care meaningless treatment to terminally ill patient.	-1.10
	5	The consent of the patient in medical decision-making is essential.	-1.34
	6	Medical decision-making should be free to the patient's will.	-2.04
	2	Medical decision-making is the patient's decision.	-2.40
IV (n=4)	31	The established decision-making discussed with health professionals, patients and family should be followed.	2.46
	6	Medical decision-making should be free to the patient's will.	1.44
	35	If the patient refused the health professionals' recommendation must do our best to persuade.	1.26
	5	The consent of the patient in medical decision-making is essential.	1.00
	24	All health professionals requires sufficient knowledge in the decision-making process.	-1.01
	28	Hospital should make structured medical decisions system for operating hospice.	-1.12
	13	Medical decision-making is important collaboration between the Health professionals.	-1.23
	20	The advantages and disadvantages of medical treatment methods should be clearly described.	-1.63
18	Information about the medical decision-making should be shared on the basis of health professionals mutual respect.	-2.04	

2) 제2유형 - 의사 결정형: 유형 2에 속한 대상자는 총 39명 중 8명으로 간호사 2명, 의사 6명이었고, 성별도 여성 2명, 남성 6명으로 구성되었다. 교육 정도는 전원이 대학졸업이었고, 과반수가 응급실 근무자였다. 연령 분포는 최고 38세, 최저 27세로 평균 29.8세이며, 그룹 중 가장 젊은 층으로 구성되었다. 종교는 과반수가 없다고 응답했고, 의료적 의사결정 경험은 '가끔'과 '자주'가 반반씩 나타났다.

유형 2가 강하게 동의를 보인 진술항목은 '의료적 의사결정의 주체는 의사이다(Z=2.89)', '의료진의 권고는

환자에게 도움이 된다(Z=1.91)', '환자의 사전의사결정은 품위 있는 죽음을 우선적으로 생각해야 한다(Z=1.60)', '의료적 의사결정의 주체는 의사와 간호사를 포함한 의료진이다(Z=1.01)' 등이었다. 반면 제2유형이 가장 비동의를 보인 항목은 '의료진과 환자, 가족이 함께 논의하여 정한 의사결정에 따라야 한다(Z=-2.18)', '의료진이 환자, 가족과 자주 설명, 의논할수록 좋은 의사결정이 가능하다(Z=-2.08)', '환자나 가족이 의료진의 권고를 거부하더라도 그 결정은 존중받아야 한다(Z=-1.83)' 등으로 나타났다(Table 5). 또한 제2유형이 다른

유형에 비해 표준점수 차이가 +1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘의료적 의사결정의 주체는 의사이다(Z=1.79)’, ‘의료진은 환자에게 질병상태, 예후, 치료 방법을 충분히 설명해야 한다(Z=1.67)’이었고, 타유형에 비해서 점수 차이가 -1.00 이상의 강한 비동의를 보인 항목으로는 ‘의사, 간호사가 자주 대화하고 논의할수록 더 좋은 의사결정이 가능하다(Z=-1.89)’, ‘환자가 의료진의 권고를 거부하면 설득하기 위해 최선의 노력을 다해야 한다(Z=-1.82)’ 순이었다.

유형 2에서 인자가중치가 제일 높은 연구대상자 34번이 가장 동의한 항목을 보면 ‘의료진의 권고는 환자에게 도움이 된다’, ‘의료적 의사결정의 주체는 의사이다’의 항목으로 나타난 반면 가장 비동의를 보인 항목은 ‘의사, 간호사가 자주 대화하고 논의할수록 더 좋은 의사결정이 가능하다’였다. 연구대상자 34번은 응급실에서 근무하는 28세 의사로서 의사결정에 자주 참여한 경험이 있다. 그는 의사가 주체가 아닌 외부의 의사결정 참여에는 객관적 요인뿐 아니라 감정적 대응이 많다는 것을 느꼈기에 응급상황의 특성을 고려할 때, 시간 대비 효율성이 떨어진다고 진술하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제2유형에 속한 대상자들은 의료인들 중에서 가장 많은 지식을 가지고 있는 의사에게 책임이 큰 만큼 의사결정 과정에서 주체가 되어야 한다는 생각을 표출하는 것으로 보여 ‘의사 결정형’으로 명명하였다.

**3) 제3유형 - 의료인-공유 결정형:** 유형 3에 속한 대상자는 총 39명 중 10명으로 간호사 3명, 의사 7명이었고, 성별도 여성 3명, 남성 7명으로 구성되었다. 교육 정도는 대학원과 대학 졸업이 반반씩으로 나타나 그룹 중 가장 학력이 높은 편이었다. 연령은 최고 46세, 최저 27세로 평균 33.3세의 분포를 보였으며, 근무 부서는 응급실과 중환자실을 포함한 특수부서가 50%, 병실이 50%의 분포를 보였다. 또한 구성원의 과반수 이상이 종교가 있었고, 의료적 의사결정 경험은 ‘가끔’이 30%, ‘자주’가 70%로 나타나 그룹 중 가장 의사결정 경험을 많이 하는 것으로 드러났다.

유형 3이 강하게 동의를 보인 진술항목은 ‘의사결정 내용은 의료진의 상호존중을 바탕으로 서로 공유해야 한다(Z=2.08)’, ‘의료진은 치료방법을 선택할 때 장점과 단점을 명확히 설명해야 한다(Z=1.66)’, ‘의사결정 과정과 내용은 상세히 기록되어야 한다(Z=1.49)’, ‘의사, 간호사가 자주 대화하고 논의할수록 더 좋은 의사결정이 가능하다(Z=1.43)’, ‘의료진이 환자, 가족과 자주 설명,

의논할수록 좋은 의사결정이 가능하다(Z=1.37)’의 순으로 나타난 반면 제3유형이 가장 비동의를 보인 항목은 ‘의료적 의사결정의 주체는 환자이다(Z=-2.40)’, ‘의료적 의사결정은 환자의 뜻대로 자유롭게 해야 한다(Z=-2.04)’, ‘의료적 의사결정에서 환자의 동의가 필수적이다(Z=-1.34)’ 등으로 나타났다(Table 5). 또한 제3유형이 다른 유형에 비해 표준점수 차이가 +1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘의료진은 환자에게 질병상태, 예후, 치료방법을 충분히 설명해야 한다(Z=1.84)’, ‘의사결정 내용은 의료진의 상호존중을 바탕으로 서로 공유해야 한다(Z=1.80)’이었고, 타유형에 비해서 점수 차이가 -1.00 이상의 강한 비동의를 보인 항목으로는 ‘의료적 의사결정은 환자의 뜻대로 자유롭게 해야 한다(Z=-2.26)’, ‘의료적 의사결정 문제로 갈등이 있으면 병원윤리위원회가 개입해야 한다(Z=-1.83)’ 순이었다.

유형 3에서 인자가중치가 가장 높은 연구대상자 15번이 가장 동의를 보인 항목을 보면 ‘의료적 의사결정을 할 때 의료진 간의 협동이 중요하다’, ‘의료진과 환자는 어떤 치료법을 선택할 것인지 함께 의논해야 한다’의 항목으로 나타난 반면 가장 비동의를 보인 항목은 ‘의료적 의사결정은 환자의 뜻대로 자유롭게 해야 한다’, ‘의료적 의사결정의 주체는 환자이다’였다. 15번 대상자는 내과병동에 근무하는 44세의 간호사로서 가끔 의사결정에 참여한 경험에 비추어 보면 의료인의 환자에 대한 설명 의무는 환자가 올바른 의사결정을 하는데 매우 중요한 변수라고 진술하였다. 환자가 자신의 상태를 올바르게 알 때, 합리적 의사결정과 치료 방향이 설정되기 때문에 진단, 치료, 예후 등에 관한 상세한 설명과 의료인 상호간의 의견교환과 협동이 중요하다고 지적하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제3유형에 속한 대상자들은 올바른 의사결정을 위해서는 우선적으로 환자 치료에 대한 의료인들의 상호 개방적 태도와 의견 공유를 중요시 하는 것으로 보여 ‘의료인-공유 결정형’으로 명명하였다.

**4) 제4유형 - 환자-가족 결정형:** 유형 4에 속한 대상자는 총 39명 중 4명으로 간호사 1명, 의사 3명이었고, 성별은 여성 대 남성이 반반씩으로 구성되었다. 교육 정도는 대학원과 대학 졸업이 1 대 3으로 나타났고, 대부분이 병실 근무자였으며, 연령은 최고 42세, 최저 29세로 평균 35.5세의 분포를 보여 그룹 중 연령이 가장 높게 나타났다. 종교 유무는 반반씩으로 나타났고, 의료적 의사결정 경험도 ‘가끔’이 50%, ‘자주’가 50%로 나타나 그룹 원 모두가 임상에서 의사결정 경험을 하는 것으로

드러났다.

유형 4가 강하게 동의를 보인 진술항목은 ‘의료진과 환자, 가족이 함께 논의하여 정한 의사결정에 따라야 한다(Z=2.46)’, ‘의료적 의사결정은 환자의 뜻대로 자유롭게 해야 한다(Z=1.44)’, ‘환자가 의료진의 권고를 거부하면 설득하기 위해 최선의 노력을 다해야 한다(Z=1.26)’, ‘의료적 의사결정에서 환자의 동의가 필수적이다(Z=1.00)’ 등이었다. 반면 제4유형이 가장 비동의를 보인 항목은 ‘의사결정 내용은 의료진의 상호존중을 바탕으로 서로 공유해야 한다(Z=-2.04)’, ‘의료진은 치료 방법을 선택할 때 장점과 단점을 명확히 설명해야 한다(Z=-1.63)’, ‘의료적 의사결정을 할 때 의료진 간의 협동이 중요하다(Z=-1.23)’ 등으로 나타났다(Table 5). 또한 제4유형이 다른 유형에 비해 표준점수 차이가 +1.00 이상의 강한 동의를 보인 항목으로는 ‘의료진과 환자, 가족이 함께 논의하여 정한 의사결정에 따라야 한다(Z=2.03)’, ‘의사결정 내용의 공유는 환자, 의료진, 가족의 치료적 관계를 형성한다(Z=1.98)’이었고, 타유형에 비해서 점수 차이가 -1.00 이상의 강한 비동의를 보인 항목으로는 ‘호스피스운동을 위해 체계적인 의료적 의사결정 제도를 만들어야 한다(Z=-1.79)’, ‘의료적 의사결정 문제로 갈등이 있으면 병원윤리위원회가 개입해야 한다(Z=-1.40)’ 순이었다.

유형 4에서 인자가중치가 가장 높은 연구대상자 13번이 가장 동의한 항목을 보면 ‘의료진과 환자, 가족이 함께 논의하여 정한 의사결정에 따라야 한다’, ‘의료적 의사결정에서 환자의 동의가 필수적이다’의 항목으로 나타난 반면 가장 비동의를 보인 항목은 ‘의료적 의사결정의 주체는 의사이다’, ‘의료적 의사결정의 주체는 의사와 간호사를 포함한 의료진이다’였다. 13번 대상자는 내과 병동에 근무하는 42세의 간호사로서 의사결정 참여는 가끔 하는 편이라고 했다. 의사결정에 관한 논의는 의료인, 환자, 가족이 함께 하되 본인의 삶은 스스로 결정

하도록 하며 최종적으로 환자의 뜻이 존중되어야 함을 강조하였다.

이러한 자료를 종합해 볼 때, 제4유형에 속한 대상자들이 인식하는 공유 의료적 의사결정 태도는 환자를 치료할 때는 반드시 환자 본인의 뜻이 존중되어야 하며, 의료인과 가족은 충실한 논의를 거쳐 환자에게 가장 적합한 결정을 하도록 해야 한다는 내용을 포함하고 있어 ‘환자-가족 결정형’으로 명명하였다.

### 3. 유형간 일치 항목

이상의 결과에서, 의료인의 공유 의료적 의사결정에 관한 유형은 네 가지로 구분되어 각 유형별 특성이 뚜렷하게 나타나고 있다. 상기 네 가지 유형에 속한 대상자들의 표준점수(Z값)가  $\pm 1.00$  이상인 항목을 중심으로 공유 의료적 의사결정에 대해 공통적으로 동의 혹은 반대한 진술문은 다음과 같다(Table 6). 대상자들이 강한 동의를 보인 항목은 ‘의료진은 환자에게 질병상태, 예후, 치료방법을 충분히 설명해야 한다(Z값=1.23)’, ‘의료진과 환자는 치료과정을 공유해야 한다(Z값=1.04)’, ‘의료진은 환자에게 사전 의료적 의사결정에 대해 설명해야 한다(Z값=0.44)’, ‘의료진의 환자와 가족에 대한 교육이 반드시 필요하다(Z값=0.39)’, ‘의료진은 환자 교육과 권고의 적절한 시점을 잘 정해야 한다(Z값=0.18)’, ‘의료진은 환자의 사전 의료적 의사결정 이유를 알아야 한다(Z값=0.18)’ 순이었다. 반면 부정적 동의를 보인 항목은 ‘의료진은 치료에 따른 법적 책임을 반드시 고려해야 한다(Z값=-0.12)’이었다. 즉 최근 의료인의 공유 의료적 의사결정에 관한 공통적 견해는 의사결정으로 인해 의료인에게 발생하는 법적 책임의 부정적인 측면을 우선적으로 고려하기 보다는 의료인의 설명의무, 환자와의 치료과정 공유, 환자와 가족에 대한 교육 및 교육의 시점결정에 더욱 비중을 두는 태도를 보였다.

Table 6. Consensus Items and Average Z-Scores (N=39).

Item no.	Q-Statement	Z-Score
21	Medical condition of the patient, prognosis and treatment should be fully described.	1.23
16	Health professionals and patients must share the healing process.	1.04
22	Health professionals will need to explain to advanced directives.	0.44
23	Health professionals should educate patients and their families.	0.39
11	Health professionals must determine the appropriate time of patient education and recommendation.	0.18
1	Health professionals will need to know patient's medical decision.	0.18
8	Health professionals must consider the legal liability.	-0.12



## 고 찰

공유 의료적 의사결정은 의료적 의사결정을 주도하는 의료인들의 태도에 의해 크게 영향을 받는다(4). 본 연구는 Q 방법론을 적용하여 공유 의료적 의사결정에 대한 의료인의 주관적인 태도를 유형화하고, 그 유형별 특성과 구조를 파악하여 공유의사결정 유형에 따른 프로그램 개발에 기초자료를 제공하고자 시도하였다. 본 연구 결과 4개의 유형으로 분류되었으며, 각 유형은 환자 결정형, 의사 결정형, 의료인-공유 결정형, 환자-가족 결정형으로 명명하였다.

제1유형은 환자결정형으로 환자의 요구를 존중하고, 의사결정이 환자의 가치관에 의해 유도될 때 환자중심 의료의 가능성이 보여주고 있다. 이들의 견해는 의료적 의사결정의 주체는 환자 자체라는 점을 강조하고 있다. 이전의 연구에서도 치료의 선택과 결정에 환자들이 참여하기를 바란다는 점을 지적한 것은 1유형의 결과를 뒷받침하고 있다(11,12). 이 결과는 환자중심의 관리를 촉진하기 위해서는 의료적 의사결정체계도 의료진에서 환자로 옮겨야 한다는 점을 시사하고 있다. 또한 제1유형에 속하는 대상자들의 구성이 1명을 제외하고는 전원이 간호사로 이루어져 있다. 의료적 의사결정에서 간호사의 역할은 지지와 안내를 통한 의사결정 과정에의 참여 격려와 정보제공이라는 기존의 연구 결과를 볼 때, 간호사의 시기적절하고 정확한 정보제공이 도움이 될 수 있다. 따라서 1유형은 환자가 본인의 질병에 대한 이해도를 높이고 의사결정 과정에 적극적으로 참여할 수 있는 기회를 제공하는데 주력할 필요가 있다(1,13).

제2유형은 의사 결정형으로 의료적 의사결정의 주체는 의사가 되어야 한다고 주장하는 그룹이다. 제2유형은 전통적인 온정적 간섭주의 의사결정 모형으로 진료 행위를 결정함에 있어서 환자는 의사의 지시에 따르는 것이 가장 효과적이라는 관점을 지닌 연구와 일치한다(14). 제2유형에 속하는 대상자들의 과반수 이상이 의사로 구성되어 있고 유형 중 제일 나이가 젊은 그룹에 속한다. 이들은 의료진과 환자, 가족이 함께 논의하는 의사결정과정을 강하게 부정할 뿐 아니라 의료진이 환자, 가족과 자주 설명하고, 의논할수록 좋은 의사결정이 도출되기는 불가능하다는 입장을 보이고 있다. 이러한 견해는 의사들만의 지식과 전문성을 비전문가, 혹은 다른 직종과 공유하기 꺼리는 경향을 지적한 선행연구와 같은 맥락을 보이고 있다(15). 한편 간호사의 갈등 원인 중

하나인 정보공유 단절과도 연관성이 있어 의사와 간호사간의 위계질서에 대한 인식이 존재하고 있음을 알 수 있다(13). 그러나 제2유형은 최근의 연구에서 의사결정의 효율성을 저해하는 요인으로 지적되기도 한다(13,16). 따라서 2유형은 온정적 간섭주의 모형의 단점을 보완할 수 있는 다각적인 의사결정방안에 대한 검토가 요구된다.

제3유형은 의료인-공유 결정형이다. 제3유형은 여러 의료인들이 환자치유라는 공통적인 목표를 가지고, 상호 협력적인 관계로 정보의 공유, 역할에 대한 상호이해와 지지적인 환경을 통한 의사결정방식을 선호하는 유형임을 알 수 있다. 3유형에 속한 대상자들은 2/3 이상이 의사이며 그룹 중 의사결정을 하는 빈도가 가장 높은 유형이다. 공유의사결정에 대한 정의는 문헌마다 차이가 있으나 최근 모형은 의사-환자 둘만의 직선적인 의사결정 공유를 벗어나 다양한 의료직종간, 환자, 가족을 포함하는 원형적 의사결정 모형에 무게를 두고 있어(4), 제3유형에 속한 대상자들의 견해와 유사하다. 또한 공유의사결정 과정이 대화를 통해 이루어지기 때문에 의료 인력간의 만족도를 높인다는 보고도 있다(16). 이러한 결과는 의료 환경이 서비스 중심, 수혜자 중심으로 전환됨에 따라 공유의사결정에 관심이 쏠리고 있어 의료인 간의 협동체제와 의뢰문화 형성이 요구된다. 의료조직의 주요 구성원인 의사와 간호사의 협동은 환자치유에 필요하나, 두 직종 간 협동의 관점에는 차이가 있다는 연구가 있어 인식의 차이를 줄이는 방향을 모색해야 할 것이다(17).

제4유형은 환자-가족 결정형이다. 제4유형은 의료적 의사결정에서 의료진의 협동과 설명 보다는 가족이 포함되어야 한다는데 무게를 두고 있으나 환자의 뜻대로 자유롭게 해야 한다는 견해를 드러내고 있다. 4유형은 구성원 모두가 임상에서의 의사결정 경험을 하고 있으며 네 그룹 중 가장 나이가 많은 그룹으로, 가족을 중시하는 한국사회에서 가족의 의미를 대상자들의 경험에 비추어 피력한 것으로 보인다. 특히 급박한 응급상황에서 의사결정은 가족과 의료인의 합의 하에 이루어지는 경우가 많아, 한국사회에서 가족의 역할이 매우 중요하다는 사실을 입증하고 있다(8). 그러나 우리나라에서는 환자가 의사결정에서 배제된 채 주로 보호자의 결정에 더 비중을 두는 경우도 많다. 이러한 결과는 가족의 현존으로 인한 말기의 안녕감과 자아를 인식하는 한국인의 정서와 문화의 독특성이라 할 수 있다. 제4유형에게는 가족의 결정을 존중하되 환자의 자율성을 반영할 수

있는 의사결정 방안을 모색해야 할 것으로 생각된다.

제1, 2, 3, 4유형의 대상자들이 공통적으로 동의 혹은 동의하지 않는 진술문들을 분석해 보면, 공통적으로 동의한 항목의 특성은 ‘의료진은 환자에게 질병상태, 예후, 치료방법을 충분히 설명해야 한다’, ‘의료진과 환자는 치료과정을 공유해야 한다’, ‘의료진은 환자에게 사전 의료적 의사결정에 대해 설명해야 한다’, ‘의료진의 환자와 가족에 대한 교육이 반드시 필요하다’, ‘의료진은 환자 교육과 권고의 적절한 시점을 잘 정해야 한다’, ‘의료진은 환자의 사전 의료적 의사결정 이유를 알아야 한다’의 6항목이었다. 또한 공통적으로 강한 부정을 보인 항목은 ‘의료진은 치료에 따른 법적 책임을 반드시 고려해야 한다.’는 1개 문항이었다. 이러한 결과는 본 연구에서 4가지 유형의 독특한 의사결정 특성이 나타났으나 의료인의 환자에 대한 설명의무, 의사공유, 교육과 권고의 적절한 시점, 사건의사결정의 이유 등 환자에 대한 상세한 정보를 먼저 알아야 한다는데 모두 동의하였다. 반면 의료인 자신에 관한 법적 책임에 대한 고려보다는 환자와 진료를 더 중요하게 생각하는 모습을 보였다. 이는 인간을 존중하는 의료인의 직업적 태도로서 상당히 고무적으로 파악된다. 그러나 본 연구의 제한점으로는 대상자를 일 지역에 소재하는 2곳의 의료기관에서 임의 추출하였으므로 일반화하기에는 신중할 필요가 있다.

제1유형은 ‘환자 결정형’으로 환자의 요구와 가치관을 존중하는 자율적 의사결정을 중요시하였고, 제2유형은 ‘의사 결정형’으로 치료의 효율성을 고려할 때, 의사가 중심이 되어 의사결정을 주도해야 한다는 태도를 보였다. 제3유형은 ‘의료인-공유 결정형’으로 타직종의 의사를 존중하여 의료인 상호간의 충분한 대화를 통한 의사결정방식을 중요하게 인식하였고, 제4유형은 ‘환자-가족 결정형’으로 의료인뿐 아니라 가족 참여의 의사결정을 중요하게 생각해 현실에서 가족의 의견이 크게 작용하고 있는 한국사회의 문화를 반영한 것으로 해석된다. 이와 같이 공유 의료적 의사결정에 대한 다양한 태도는 어느 것이 옳고 그른, 혹은 좋고 나쁜 것이 아닌 각 유형의 장점을 극대화하고 단점을 보완하여 유형의 특성과 상황에 적합한 공유 의료적 의사결정 프로그램을 개발하고 유형에 따른 만족도를 비교해 적용할 필요가 있다. 다만, 지역 주민을 대상으로 한 이전의 연구에서 일반인들은 의사 결정의 주체를 환자, 가족, 주치의, 간호사, 병원 윤리위원회의 순으로 생각한 결과와는 다른 인식을 보였다(18).

## 요 약

**목적:** 의료의 복잡하고 전문화된 최근에는 의료학문 간 소통과 융합이 강조되고 있다. 병원업무는 환자를 중심으로 여러 분야의 협동 체계를 통한 의사결정의 효율성이 요구된다. 이 논문은 말기 환자에 대한 의사와 간호사의 공유 의료적 의사결정에 대한 인식을 알아보고자 한다.

**방법:** Q 방법론을 적용하여 35개의 Q 진술문을 9점 척도의 정규분포로 39명에게 작성하도록 하였다. 수집된 자료는 QUANL PC 프로그램으로 분석하였다.

**결과:** 환자결정형, 의사결정형, 의료인 공유결정형, 환자 가족 결정형의 네 가지 유형으로 나타났다. 공통적으로 동의한 항목은 충분한 설명과 치료과정의 공유, 교육 등으로 나타났고, 부정적으로 생각한 항목은 치료에 법적 측면을 고려에 대한 내용이었다. 제1유형은 환자의 요구와 가치관을 존중하는 환자중심의 의사결정 방식을, 제2유형은 의사가 결정을 내리고 환자가 이를 따르는 방식을, 제3유형은 의료인 상호간의 협력적인 의사 공유를, 제4유형은 의료인뿐 아니라 가족 참여의 의사결정을 중요하게 생각하였다.

**결론:** 의료인 간의 생각이 다양하다는 것을 보여주며, 일반인과도 의견의 차이를 보여준다. 의사결정에 대한 의견의 공유와 추가적인 연구가 필요할 것으로 생각된다.

**중심단어:** 의사결정, 태도, 의료인

## REFERENCES

1. Frank RK. Shared decision making and its role in end of life care. *Br J Nurs* 2009;18:612-8.
2. Briggs L, Colvin E. The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatr Nurs* 2002;23:302-10.
3. Lee SM, Kim SY, Lee HS. The process of medical decision-making for cancer patients. *Korean J Med Ethics* 2009;12:1-14.
4. Jo KH. Development and evaluation of shared medical decision-making scale for end-of-life patients in Korea. *J Korean Acad Nurs* 2012;42:453-65.
5. Groselj U, Orazem M, Kanic M, Vidmar G, Grosek S. Experiences of slovene ICU physicians with end-of-life decision making: a nation-wide survey. *Med Sci Monit* 2014;21:2007-12.
6. Obeidat RF, Homish GG, Lally RM. Shared decision making among individuals with cancer in non-Western cultures: a

- literature review. *Oncol Nurs Forum* 2013;40:454-63.
7. Jo KH, An GJ, Kim GM. Future changes and directions for the construction of a medical decision-making system in Korea: focused on delphi surveys. *Korean J Med Ethics* 2011;14:131-44.
  8. Byun EK, Choi HR, Choi AL, Kim NM, Hong KH, Kim HS. An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Clin Nurs Res* 2003;9:112-24.
  9. Corless IB, Nicholas PK, Nokes KM. Issues in cross-cultural quality-of-life research. *J Nurs Scholarsh* 2001;33:15-20.
  10. Kim HG. Understanding of Q methodology for subjectivity Research. *The Seoul J of Nursing* 1992;6:1-11.
  11. Johnston B, Smith LN. Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *J Adv Nurs* 2006;54:700-9.
  12. Hildén HM, Honkasalo ML. Finnish nurses' interpretations of patient autonomy in the context of end of life decision making. *Nurs Ethics* 2006;13:41-51.
  13. Jo KH. Nurse's conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22:488-98.
  14. Edwards A, Elwyn G. Inside the black box of shared decision making: distinguishing between the process of involvement and who makes the decision. *Health Expect* 2006;9:307-20.
  15. Reeves S, Freeth D, Glen S, Leiba T, Berridge EJ, Herzberg J. Delivering practice-based interprofessional education to community mental health teams: Understanding some key lessons. *Nurs Educ Pract* 2006;6:246-53.
  16. Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *J Prev Med Public Health* 2010;43:26-34.
  17. Cassanova J, Day K, Dorpat D, Hendricks B, Theis L, Wiesman S. Nurse-physician work relations and role expectations. *J Nurs Adm* 2007;37:68-70.
  18. Jo KH, An GJ, Kim GM, Kim YJ. Predictive factors for city Dwellers' attitudes toward death with dignity. *Korean J Hosp Palliat Care* 2012;15:193-204.