

# 만성질환자의 공유의사결정 개념분석

유지연

가톨릭대학교 대학원 간호학과 박사과정

## Shared decision-making in Patients with Chronic Disease : Concept Analysis

Ji Yeon Yoo

Ph. D. Course, Department of Nursing, Graduate School, The Catholic University

요 약 본 연구의 목적은 만성질환자의 공유의사결정에 대한 개념의 속성을 명확히 정의하기 위함이다. 개념분석의 절차는 Walker and Avant의 방법에 근거하여 학제간 융합적 분석을 시도하였다. 분석결과, 만성질환자의 공유의사결정의 속성은 자기돌봄 전문가로서 인정, 자기 결정권, 반복 가능한 협상, 환자중심 돌봄으로 정의되었다. 선행요인은 비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황, 의사결정 갈등, 환자, 가족, 의료제공자의 참여 의지, 충분한 시간과 기회이다. 만성질환자의 공유의사결정의 결과는 의사결정 갈등 감소, 환자결과와 만족도 및 삶의 질의 향상, 장기적인 환자의 자기관리 및 자기 효능감 향상, 질병을 수용하는 삶의 태도이다. 본 연구는 만성질환자의 공유의사결정에 대한 명확한 개념을 제공하고, 관련 간호중재 개발을 위한 이론적 근거 형성에 기여할 수 있을 것이며 만성질환자를 위한 공유의사결정 측정도구 개발 연구의 수행을 제안한다.

주제어 : 만성질환, 공유의사결정, 개념분석, 융합

Abstract The purpose of this study was to define and clarify the concept of Shared decision-making (SDM) in patients with chronic disease. Walker and Avant's concept analysis process was used to analyze interdisciplinary convergence in SDM. SDM in patients with chronic disease can be defined by the following attributes: acknowledgment patients as 'self-care experts', the rights of self-determination, reversible negotiation, and patient-centered care. The antecedents of SMD consisted of situations where there is a need to make a decision from several treatment options of similar efficacy, decisional conflict, patient, family, and health provider's willingness to participate in the decision-making process, enough time and opportunity for SDM. The consequences occurring as a result of SMD were decrease decisional conflict, improvement health outcome, satisfaction, quality of life, enhancement self-management and self-efficacy with long-term, and living acceptably with the illness. Based on these results, a scale measuring SDM in patients with chronic disease is needed.

Key Words : Chronic disease, Shared decision-making, Concept Analysis, Convergence

## 1. 서론

만성질환은 현재 전세계 사망원인의 약 63%를 차지하는 질환[1]으로 만성질환 관리에 대한 관심이 증가하고 있다. 국제기구인 UN (United Nations)은 2011년 만

### 1.1 연구의 필요성

\*Corresponding Author : Ji Yeon Yoo(lunilight@naver.com)

Received October 10, 2019

Accepted November 20, 2019

Revised October 17, 2019

Published November 28, 2019

성질환의 예방과 관리 문제에 대처하기 위해 국가역량 강화 및 국제협력 증진 방안에 대해 논의하였다[2]. 또한 세계보건기구(WHO)가 2025년까지 만성질환으로 인한 조기 사망률을 전 세계적으로 25% 감소시키자는 목표를 제시한 바 있다[2]. 만성질환은 다른 질환에 비해 전문가가 제공하는 의료서비스보다 환자의 자기관리가 요구되는 정도가 크며[3], 혈압, 혈당 수치 등의 객관적 지표로 건강상태를 확인하는 등 환자의 자발적인 대처가 가능한 [4] 특성을 지닌다.

환자는 몸의 이상 징후를 감지하면서 의료기관이나 의사를 선택하는 첫 의사결정을 하고, 의료기관을 방문한 뒤 진료, 입원, 퇴원의 과정을 거치는 동안 끊임없는 의사결정을 하게 된다. 이와 같은 환자의 의사결정은 암과 같은 중증질환 뿐만 아니라 일상적인 의료서비스 이용 시에도 계속된다[5]. 최근, 환자권리와 인식이 급격하게 향상됨에도 불구하고, 첨단기술의 융합, 정보의 비대칭, 의료진의 전문성과 대비되어 환자는 여전히 소극적인 참여자로 남아있다. 따라서 환자가 의료적 의사결정 상황에서 주체적인 의사결정권자가 되는 일은 여전히 쉽지 않아 보인다.

그럼에도 불구하고, 환자의 의사결정 참여는 오늘날 치료방법을 결정하는 과정에서 가장 중요하게 강조되는 개념이다. 2001년 미국의 IOM (Institute Of Medicine)은 21세기 의료서비스 질 향상의 여섯 가지 주요 목표 중 하나로 환자와 의료진의 공유의사결정 활용을 권고하였다[6]. 공유의사결정 모델이 최근 임상 현장에서 추구되어야 하는 윤리적이고 합리적인 의사결정의 모델로 인정받아 실무에서 이를 수용하면서 환자는 의사와 합의된 진료방법을 도출할 수 있다[7]. 즉, 환자가 의료적 의사결정에서 의사의 지시를 일방적으로 따르는 수동적인 역할에서 벗어나 자율적이고 주체적인 역할을 하게 되는 것이다.

공유의사결정은 1982년 미국에서 처음 등장한 개념으로 환자와 의사가 협력하여 의학적 증거와 환자 개인의 우선 순위 및 치료 목표를 가장 잘 반영하여 합의된 치료 방법을 선택하는데 도움이 되는 공식적인 프로세스 또는 도구[8]로 정의되었다. 공유의사결정은 의사가 의학적 판단과 치료적인 결정을 하여 환자에게 전달하는 방식이 아닌, 환자가 의료진과 함께 치료선택을 위한 의사결정 과정에 적극적으로 참여하여 공동으로 결정하는 것이다[9].

공유의사결정은 만성질환 중심의 의료환경에서 더욱 유용한 것으로 알려져 있다[10]. 만성질환은 완벽하게 회

복되기 어렵거나 상당히 장기간 지속되기 때문에 만성질환자는 의료진과 지속적인 관계를 유지하게 된다[7]. 만성질환자는 자기관리 과정을 통해 자신의 신체에 대한 적지 않은 선택권과 통제권을 부여받게 되고[5], 응급상황을 제외하면 어떤 치료가 자신의 결정에 가장 적절한지 시간을 두고 시기에 맞는 의사결정을 할 수 있다[11]. 만성질환은 평생관리가 요구되는 질환이기 때문에 환자가 의료적 의사결정 과정에 적극적으로 참여하는 것은 장애와 합병증을 최소화하고, 조기사망을 예방하기 위한 필수요건으로 볼 수 있겠다.

최근의 선행연구에 따르면, 만성질환자를 대상으로 공유의사결정을 시행한 실험군이 적절한 약물 치료만 받은 대조군에 비해 사망률의 현저한 감소를 보였다[12]. 특히, 환자-의료진간 공유의사결정은 환자의 자기 효능감과 자기관리 역량을 향상시킬 수 있어 만성질환 간호제와 관련이 있는 것으로 밝혀졌다[13]. 뿐만 아니라, 공유의사결정이 전문간호 지식과 개별적 환자가치의 통합으로 근거기반 간호실무를 실현시킬 수 있는 잠재력을 가지고 있는 것으로 평가되었다.[11] 만성질환은 질병의 진행속도가 완만하여 증상이 급속히 악화되지 않지만 꾸준하고 성실한 건강관리 행위가 이행되지 않는다면 당장 생명이 위독해 질수도 있다[3]. 이에 따라 만성질환자의 공유의사결정은 다른 질환과 구별되는 독특한 속성이 있는 것으로 예상되지만, 개념의 이론적 속성을 명확하게 분석한 연구는 이루어지지 않았다[14]. 만성질환자의 공유의사결정에 대한 개념분석 연구의 부재는 간호사가 임상에서 만성질환 간호제공 시 근거기반 간호중재수행에 제한점이 될 수 있을 것으로 본다. 이러한 배경 하에, 만성질환자의 공유의사결정에 대한 명확한 개념정의가 요구된다.

이에 본 연구는 Walker and Avant의 개념분석 틀에 근거하여 만성질환자의 공유의사결정 개념을 분석하였다. 본 연구의 결과는 개념의 속성을 명확히 하고 의미를 통일하여 관련분야의 간호 실무 및 연구에 대한 방향을 제시할 수 있을 것이다.

## 1.2 연구의 목적

본 연구의 목적은 Walker and Avant[15]의 개념분석 방법에 따라 만성질환자의 공유의사결정의 속성을 명확히 규명하고 선행요인, 결과요인을 파악하기 위함이다.

- 문헌고찰을 통해 공유의사결정의 활용을 파악한다.
- 만성질환자의 공유의사결정의 결정적 속성을 확인하고, 관련 사례를 제시한다.

- 만성질환자의 공유의사결정의 선행요인과 결과를 진술하고, 정의를 제시한다.

## 2. 연구방법

### 2.1 연구 설계

본 연구는 ‘만성질환자의 공유의사결정’에 대한 개념 분석 연구로, 문헌고찰을 바탕으로 Walker and Avant의 개념분석 방법[15]을 적용하였다. Walker and Avant의 개념분석 방법은 개념의 기본 요소를 정의하기 위한 8단계 과정을 거치는 동안 개념의 분명한 의미를 찾아내어 용어의 분류작업을 쉽게 하며 문헌에서 간호언어의 기초를 수립하여 확실한 이론적 근거를 제시할 수 있게 해주는 장점이 있다[15].

### 2.2 자료수집 및 분석대상 문헌선정

자료수집은 개념의 최신 의미와 속성을 확인하기 위해 PubMed와 국가과학기술정보센터(National Digital Science Library, NDSL), 학술연구정보서비스(Research Information Sharing Service, RISS)에서 ‘만성질환’과 ‘공유의사결정’, ‘공동의사결정’, ‘의사결정참여’, ‘chronic’과 ‘shared decision making’, ‘involvement in decision making’, ‘participation in decision making’, ‘collaborative decision making’을 주제로 2010년 1월부터 2018년 12월까지 발표된 834편의 연구를 수집하였다.

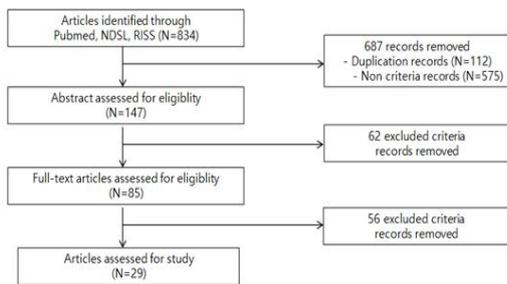


Fig. 1. Flow of literature search

최종 분석문헌은 Fig. 1. 과 같이 선정되었다. 1단계에서는 수집된 834편의 문헌 중 687편(중복문헌 112편, 결과가 보고되지 않은 문헌 20편, 학위논문 3편, 영어, 한국어가 아닌 다른 언어로 기술된 문헌 10편, 암환자,

심각한 정신 질환자, 말기환자 대상문헌 301편, 측정도구의 개발, 평가만을 기술하여 본질적 의미탐색이 부적합한 논문 241편)을 제외한 147편의 문헌이 선정되었다. 2단계에서는 제목과 초록을 검토하여 62편(의미탐색이 부적합한 문헌 51편, 원문접근이 불가능한 문헌 11편)을 제외한 85편의 문헌이 선정되었다. 3단계에서 전문을 검토하여 의미탐색이 부적합한 문헌 56편을 제거한 결과, 최종적으로 선정된 문헌은 총 29편이었다.

### 2.3 자료 분석

구체적인 자료 분석은 분석대상이 될 개념의 선정 → 개념분석의 목적 설정 → 개념의 사용범위 확인 → 개념의 속성 결정 → 개념의 모델 사례, 부가사례 제시 → 개념의 선행요인과 결과 확인 → 경험적 근거 확인의 과정으로 진행하였다. 연구자와 연구보조원 1인이 논의와 합의과정을 통해 자료의 선정 및 분석, 개념의 의미와 속성을 추출함으로써 연구의 신뢰도와 타당도를 확보하였다.

### 2.4 연구자 준비 및 윤리적 고려

연구자는 간호이론과 간호개념개발 교과목을 이수하고 개념 분석에 관한 다양한 문헌고찰을 통해 Walker 와 Avant의 개념분석 방법을 숙지하였다. 본 연구는 일 대학 기관생명윤리위원회의 승인(IRB No. MC19ZESI0062) 후 진행되었다.

## 3. 연구 결과

### 3.1 만성질환자의 공유의사결정 개념의 사용범위

#### 3.1.1 사전적 정의

‘만성질환’의 사전적 정의는 ‘증상이 그다지 심하지는 않으나 오래 끌고 잘 낫지 아니하는 병’[16]을 의미하고, 영어로는 ‘chronic disease’로 쓰인다. ‘만성질환’의 의학적 정의는 ‘비 감염성으로 만성적 상태가 3개월 이상 지속되어 잘 낫지 않고 완치가 어려운 질환’[17]을 의미하며, ‘만성질환자’는 ‘만성질환을 앓고 있어 치료를 받아야 하는 사람’[16]을 뜻한다.

‘공유의사결정’은 ‘공유’와 ‘의사결정’의 합성어이며 ‘공유된 의사결정’과 같은 의미를 지닌다. 국어사전에서 ‘공유(共有)’란 ‘두 사람 이상이 한 물건을 공동으로 소유하는 것’[16]을 의미하며 영어사전에서 공유된(shared)의 동사형인 ‘공유하다(share)’는 ‘to partake of, use,

experience, occupy, or enjoy with others' 나 'to have in common'[18]으로 정의된다. 유의어인 '공동(共同)'은 '둘 이상의 사람이나 단체가 함께 일을 하거나, 같은 자격으로 관계를 가지는 것'[16]을 의미하며 영어사전에서 '공동(common)'은 'belonging to or shared by two or more individuals or things or by all members of a group'[18]의 뜻을 가진다. 공유와 공동의 차이는 대상의 분배 또는 분리 가능성 유무에 따라 구분할 수 있다. 공유는 정보의 공유, 경험의 공유, 문화의 공유 등을 나타낼 때, 공동은 공동주택, 공동연구, 공동창업, 공동저자 등을 기술하는 경우에 주로 사용되는 것을 알 수 있다. 그러므로 공유에서는 대상의 분배 또는 분리의 가능성을 보유하지만 공동의 경우에는 그렇지 않음을 알 수 있다.

'의사결정'(decision-making, 意思決定)은 '자기의 생각을 명확히 하여 모든 가능한 움직임과 사건을 고려한 작업의 최적 경로를 선택하는 일'[16]을 의미한다. 따라서 사전적 의미의 '공유(共有)의사결정'은 '같은 자격을 가진 두 사람 이상이 명확한 자기 주관을 갖고 모든 가능한 움직임과 사건을 고려하여 작업의 최적 경로를 함께 선택하는 활동'으로 정의할 수 있다.

공유(共有)의사결정에서 환자는 치료방법의 장단점에 대한 충분한 설명을 듣고 의사결정과정에 적극적으로 참여함으로써 자율성을 증진시킬 수 있으며 의료진은 환자의 권리를 보호하고, 진료의 윤리성을 보장하며 궁극적으로 환자결과의 향상을 기대할 수 있다[19].

### 3.1.2 타 학문에서의 개념사용

경영학에서 공유(共有)의사결정 개념은 조직원의 역할 및 권한부여 강화, 조직몰입과 조직유효성 증진을 위해 꾸준히 활용되어 왔다. 의사결정참여는 조직관리 이론 중 인간관계 이론과 인적자원 이론에 근거를 둔 개념으로 공유의

사결정의 일종이며 조직 내 상관과 부하가 함께 의사결정을 하거나 부하-상관간 영향력의 공유[20]이다. 또한 정보의 제공은 구성원의 의사결정 참여와 자율성 강화를 위한 핵심요소[21]이며 의사결정 참여는 조직과 구성원이 '하나'라는 심리적 주인의식을 매개함으로써 조직이나 구성원에게 더 높은 수준의 이타적 행동을 유도하거나 정서적, 규범적, 지속적으로 강한 관여를 보이게 한다[22]는 관점을 가진다.

교육학에서 의사결정은 조직이 목표달성을 위해 최적의 대안을 선택하는 일련의 과정이며, 현명하고 올바른 의사결정을 위해 조직구성원인 행정가, 교사, 학생의 상호작용이 요구된다[23]. 의사결정참여는 책임의 공유를 의미하며 신념과 가치를 반영하므로 교사의 자아 존중감, 성취감, 효능감 및 직무만족도와 같은 내적 동기와 전문성, 조직 몰입도를 높일 수 있다[24].

소비자학에서 환자는 소비자, 의료진은 의료서비스의 공급자로 정의되었다. 공유(共有)의사결정은 의료서비스 이용과정 중, 의료소비자의 알 권리 충족 및 선택권의 행사이며 소비자의 주권실현을 위한 의료진과의 상호작용이다[5].

복지학에서 의사결정참여는 참여적 의사결정, 참여적 경영, 권력의 평등화, 민주적 리더십 등 다양한 명칭으로 사용되고 있다. 의사결정참여는 의사결정의 전 과정을 공유하는 현상으로 리더와 구성원간 협조적 파트너십, 직무만족, 열정, 비전, 조직 몰입의 조직성과를 이루는 기반이 되어 조직혁신을 도모하는 기획[25]가 된다.

의료윤리학에서 공동(共有)의사결정은 환자가 본인의 건강 관련 의사결정에 적극적으로 참여하는 것으로 환자와 의료서비스 제공자가 환자의 치료결정을 공동으로 수행하는 의학적 의사결정 절차이다. 공동(共有)의사결정의 궁극적 목표는 '환자중심의료'이며 환자와 의료진이 공감과 신뢰적 관계에서 권한과 지식의 불균형을 해결해야 가능하다[26].

Table 1. Definitions of Shared decision making in Literature Review

Field of study	Definition
Business Administration	Sharing influence between employee and employer
Pedagogy	Sharing of responsibilities
Consumer Science	Interaction with health care providers for consumer's sovereignty
Social Welfare	Sharing the whole process of decision making
Medical Ethics	Medical decision-making process in which patients and health care providers jointly perform patient care decisions
Medicine	·Decision-making model with increased patient influence ·Ideal communication model between patients and health care providers
Dental Medicine	Approaches to involving patients in therapeutic decisions by cross-reference of medical evidence and patient preferences

의학에서 공유의사결정은 환자의 영향력이 강화된 의사결정모형, 환자와 의료진간의 이상적 커뮤니케이션 모델로 정의하였고, 환자의 의료서비스 만족도에 긍정적 영향을 주었다[7]. 치의학에서는 의학적인 근거와 환자의 선호도를 상호참조하여 치료적 의사결정에 환자를 참여시키려는 접근법으로써 환자중심의료의 윤리성과 의사결정 과정의 질적 향상을 가져온다[27].

공유의사결정은 Table 1. 과 같이 사회과학, 의학 등의 분야를 중심으로 다양하게 정의되고 있다. 학문적 시각에 따른 약간의 차이가 있으나 공통적으로 제시된 공유의사결정은 공통된 목표를 달성하기 위해 구성원이 상호적으로 참여하는 의사결정 과정으로 구성원과 관련된 조직 성과향상에 기여하는 것으로 나타났다.

### 3.1.3 간호학에서의 개념사용

간호학에서 공유의사결정에 대한 개념은 말기환자, 암환자, 노인환자를 대상으로 한정적으로 연구되었다. 국내의 의료적 의사결정 현장에서 공유의 개념은 의사-환자의 범위에 국한되어 있으며 간호사와 환자간 공유의사결정의 중요한 부분은 간과되어 왔고, 의사결정에 영향을 미치는 다양한 환경적 변수가 배제되어 있는 것으로 나타났다[28].

공유의사결정 개념을 사용한 연구를 살펴보면, 말기환자의 공유의사결정[29]은 구체적 상황에서의 임종치료의 선택과 임상적 의사소통 체계 및 한국의 가족문화를 포괄하는 복합적 개념이다. 환자는 자신의 치료적 선택과 결정과정에 꾸준히 참여하기를 희망하지만, 의료진 간의 비효율적 의사소통과 불충분한 정보공유가 환자의 의사결정 참여를 방해하는 장애요인이라고 지적하였다.

치매환자와 가족 돌봄제공자의 공유의사결정[30]은 환자와 가족, 다양한 의료직군이 환자를 위해 의견을 나누며 최선의 결정에 동의하는 것으로 정의하였다. 공유의사결정은 환자의 자율성 보장, 의사소통 및 치료 촉진을 제공하는 기회가 된다. 환자는 정보를 제공받고, 본인의 건강과 돌봄관련 토의에 참여하여 자기 결정권에 의해 성공적인 공유의사결정을 할 수 있다.

천식환자에 대한 간호사의 공유의사결정 인식을 조사한 연구[31]에서 공유의사결정은 환자에게 정보를 제공하고 선택의 폭을 좁혀줌으로써 환자의 가치에 부합한 선택을 지지하는 도구가 되었다. 간호사는 공유의사결정의 철학에 대한 이해를 바탕으로 환자의 선호와 관심을 이끌어 낼 수 있는 능력이 요구되며 이를 위한 훈련과 교육의 필요성을 강조하였다. 만성질환자의 공유의사결정

과정에서 간호사의 역할 및 환자권리에 대한 선행연구[11,32,33]는 적절한 정보제공이 공유의사결정을 위한 간호사의 가장 중요한 역할임을 검증하였다. 이와 같이 환자-의료진간 가교역할을 담당해온 간호사는 환자에게 시기 적절한 교육과 학습을 제공하고, 환자의 옹호자, 지지자 역할을 담당함으로써 환자와 가족의 자율적인 결정을 존중하고, 전문적 간호의 가치를 실현할 수 있게 된다[28].

## 3.2 만성질환자의 공유의사결정에 대한 잠정적 기준 목록과 속성

### 3.2.1 잠정적 기준목록

- ① 환자의 자기돌봄(self-care)에 대한 책임과 지지를 제공하는 것이다[12,14,32-36].
- ② 환자를 자기돌봄 전문가로 인정하는 것이다 [31,32,34,36-38].
- ③ 균형있는 정보의 교환과 권한의 통합이다 [11,31,32,34,35,39-42].
- ④ 환자와 의료 제공자간의 적극적 상호작용이다 [14,34,38,43,44].
- ⑤ 상호간의 협의와 타협을 목표로 하는 협상과정이다 [10,14,35,36,39,41,43-48].
- ⑥ 환자와 의료진간 책임감의 공유를 의미한다 [10,11,14,44].
- ⑦ 환자에게 권한을 부여하는 것이다 [14,31,32,35,37,38,40,47,49-51].
- ⑧ 환자의 자기결정권 존중이다 [10,11,14,33-35,41,43,44,46,47,49].
- ⑨ 협력적 파트너십에 기반한다 [12,14,31-33,35,36,40-42,44-48,50-52].
- ⑩ 결정안에 대한 번복이 가능하다 [11,14,34,36,40,42,45,46,48,53,54].
- ⑪ 환자중심 돌봄에 해당한다 [10-12,32-35,37,39-42,44-46,49,50,52-54].

### 3.2.2 만성질환자의 공유의사결정 속성

문헌고찰을 통해 확인된 만성질환자의 공유의사결정 속성은 (1) 자기돌봄 전문가로서 인정(①,②), (2) 자기 결정권(⑥,⑦,⑧), (3) 번복 가능한 협상(③,④,⑤,⑨,⑩), (4) 환자중심 돌봄(⑪)이다.

‘자기돌봄 전문가로서 인정’은 만성질환자가 오랜 기간에 걸쳐 질환과 관련된 전문지식을 상당부분 학습해온

점과 질환을 통제할 수 있다는 자신감으로부터 온다. 만성질환은 ‘생활습관병’이란 이름으로 알려져 있다. 효과적인 자기관리란 만성질환 관리의 핵심이며, 만성질환자가 일상생활 속 건강행위를 꾸준히 지속하려는 노력과 실천을 강조한다. 즉, 환자는 의료진의 치료 및 권고내용을 준수하기 위해 금연, 절주하며 식이요법, 충분한 신체 활동을 수행할 뿐만 아니라 혈압, 혈당 등을 자가모니터링을 하게 된다. 만성질환자의 자율적 동기와 의지는 자기주도적 돌봄행위를 이행하고 유지하는데 직접적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 따라서 만성질환자는 공유의사결정 과정을 통해 스스로 건강관리를 통제하고 선택할 수 있는 ‘자기돌봄 전문가로서 인정’ 받을 수 있다고 본다.

‘자기 결정권’은 환자가 관련 지식을 기반으로 자율적으로 선택하여 행동 또는 결정하거나 프로세스를 통제할 수 있는 능력 혹은 법적, 윤리적 권리[55]를 의미한다. 그러므로 의료진은 환자에게 건강상태에 관한 사실과 의학 정보를 충분하고, 진실하게 제공할 의무가 있다. 환자가 자신의 질병상태 및 치료법에 대해 정확하게 이해한다면 의사결정 과정에 적극적으로 참여할 수 있다. 만성질환자의 자기 결정권은 환자가 본인에게 적합하고 스스로 만족할 수 있는 치료방법을 능동적으로 선택함으로써 의사결정에 따른 최종 결과물을 수용하게 하므로[56] 공유의사결정의 속성에 기여한다고 볼 수 있다.

‘협상’은 환자와 의료제공자가 평등한 입장에서 이차적인 결론을 도출하기 위한 상호작용[57]이며 균형있는 정보의 교환이 우선되어야 한다. 즉, 환자는 의사결정에 영향을 줄 수 있는 본인의 가치, 경험, 선호도 등의 정보를 의료진에게 제공한다. 의료진은 환자에게 받은 정보를 기초로 의사결정에 도움이 될 수 있는 모든 정보를 환자가 쉽게 이해할 수 있게 재구성하여 교육한다. 뿐만 아니라 의료진은 전문가의 입장에서 최적의 치료안을 권장할 수도 있다. 이와 같은 양방향의 정보교환 과정을 통해 참여자들은 동등한 권한을 갖게 된다[43]. 협상은 환자와 의료진이 편의와 기회비용을 포함한 이익, 위험 및 비용의 상대적인 중요성에 대해 서로 다른 관점과 목표를 가진다는 것을 전제로 한다. 상호존중과 신뢰를 바탕으로 한 파트너십은 환자와 의료진간 의사결정 갈등을 해결하고 입장을 양보하는 과정에서 필수적이다. 만성질환자의 공유의사결정은 수술, 보존치료, 약물요법 등의 치료방법 중 환자에게 가장 적합한 것을 선택하기 위한 환자-의료진간 상호작용이므로 협상의 속성을 지니는 것으로 볼 수 있다. 새로운 치료법의 등장은 기존 치료법의 철회를

가능하게 하며 환자와 의료진간 새로운 갈등을 발생시킬 수도 있다. 그럼에도 불구하고, 만성질환은 의사결정을 공유할 수 있는 충분한 시간과 기회가 존재하기 때문에 이미 결정된 치료방법이라도 변경하거나 수정이 가능하다. 그러므로 ‘번복 가능한 협상’은 만성질환자의 공유의사결정의 고유속성으로 판단된다.

‘환자중심 돌봄’은 환자와 의료진의 상호보완적인 파트너십을 기반으로 환자 개인의 가치, 신념, 배경 및 환경을 존중함으로써 환자가 의료의 중심에 설 수 있도록 계획, 제공 및 평가를 진행하는 의료서비스[58]를 의미한다. 선행연구에서 환자중심 돌봄의 정점은 공유의사결정[59]이라고 하였다. 만성질환자의 공유의사결정은 동일한 진단에 따른 치료방법이 환자개인의 상황에 따라 다양하게 선택될 수 있음을 의미하므로 환자중심 돌봄과 관련이 있다고 볼 수 있다.

### 3.3 개념의 사례 개발

#### 3.3.1 모델사례(Model case)

모델사례는 만성질환자의 공유의사결정에 관한 개념의 속성을 모두 포함하면서 타 개념의 속성은 포함하지 않아 그 개념이 무엇인지 정확하게 보여주는 전형적이며 순수한 사례를 말한다[15].

당뇨환자인 A(M/45)는 약 3년전 당뇨 진단을 받고, 현재까지 식습관조절과 운동치료, 경구약물복용과 인슐린 치료로 혈당을 조절하고 있다. A는 3년간 변함없이 같은 의료진에게 진료를 받아왔기에 의료진은 A의 가족력, 과거력, 가치관, 기호 등에 대해 잘 알고 있으며, 증상을 관리하고, 약물을 처방하는 경우, 항상 A의 의견을 묻고 수용여부를 확인하면서 A의 의견을 존중하기 위해 노력한다(환자중심 돌봄). A는 당뇨관리와 관련하여 의료진에게 주저없이 묻고 답한다. A와 A의 가족, 의료진은 체중감량, 식습관, 생활습관 개선을 위해 적절한 목표수준을 설정하였고, 목표달성을 위한 구체적인 실행계획을 함께 계획하였다(환자, 가족, 의료제공자의 공유의사결정 참여 의지). 관절이 약한 A는 매일 새벽 1시간씩 수영습을 받기로 하였고, 하루 3끼 중 2끼 고기를 먹던 식단을 주 2회로 조절하였으며 스트레스관리를 위해 성당을 다니기 시작하였다. 그 결과, A는 지난 8개월 동안 체중을 20kg 감량하였고, 혈당수치가 정상 범위 내에 잘 유지되고 있으며, 진단 이전보다 긍정적이고 적극적인 마음과 태도를 갖게 되었다(장기적인 환자의 자기관리 및 자기 효능감 향상). A는 내가 이 병을 제일 잘 알고, 잘 관리할 수 있다 라는 자신에 대한 깊은 믿음과 신뢰를 가지

고 있으며(자기돌봄 전문가로서 인정) 의료진도 A가 당뇨환자로서 자기 관리의 중요성을 잘 인지하고 있고, 자기 신념과 자기 관리가 투철한 환자라는 믿음을 갖고 있다. 어느 날, 담당의는 최근 출시된 당뇨신약을 복용해보자는 제안을 하면서(비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황) 복용 이후에도 언제든지 복용하였던 약으로 다시 변경할 수 있음을 설명하였다(번복가능한 협상). A는 복용하였던 약에 불만이 없던터라 신약의 부작용에 대한 두려움과 동시에 복용하였던 약에 대한 안정성으로 고민하면서 의사의 신약 복용의 제안을 수용하기 어려웠다(의사결정 갈등). 이에 간호사는 A와 가족들에게 신약에 대한 충분한 설명과 자료를 제공하였고, A와 가족의 입장을 듣고 의사와 상의하였으며 의료진은 신중한 A의 성격을 알기에 생각할 시간을 충분히 주기로 하였다(공유의사결정을 위한 충분한 시간과 기회). A와 가족, 의료진은 충분한 상담과 논의를 통해 의견을 조율한 결과(의사결정 갈등 감소) 한 달 뒤, A는 신약을 복용하기로 결정하였다(자기결정권). A는 신약복용 후 1년 동안 인슐린 주사 없이 경구약 만으로 정상 혈당을 유지하게 되어 만족도와 삶의 질이 크게 향상되었으며(환자결과, 만족도, 삶의 질의 향상) 당뇨가 완치될 수는 없지만 지금까지처럼 한다면 큰 합병증 없이 건강하게 살 수 있다는 믿음이 생겼다(질병을 수용하는 삶의 태도).

A의 사례는 본 연구에서 확인된 만성질환자의 공유의사결정의 4가지 속성인 자기돌봄 전문가로서 인정, 자기결정권, 번복 가능한 협상, 환자중심 돌봄과 개념의 선행요인과 결과를 모두 포함한 모델사례로 볼 수 있다.

### 3.3.2 경계사례(Borderline case)

경계사례는 개념의 속성이 일부만 포함된 사례[15]이며 본 연구에서는 두 가지 속성(환자중심 돌봄, 자기돌봄 전문가로서 인정)만 포함된 사례를 제시하였다.

천식환자 B(M/50)는 20여 년 전부터 천식전문병원에서 3개월 주기로 진료를 보고 있다. B의 의료진은 국내에서 가장 많은 천식환자를 진료하고 있으며 환자특성에 맞는 치료법을 개발하고, 지역적인 사정이나 환자 개개인과 가족의 상황에 맞추어 치료법을 결정하는 것으로 유명하다(환자중심 돌봄). B는 진단을 받은 후, 비교적 공기가 좋은 지방으로 이사를 하였으며 키우던 강아지를 지인에게 부탁하였고, 천식 유발요인을 제거하기 위해 항상 청결과 위생에 엄격하였다. B의 가족은 진료에 항상 동석하여 B와 함께 의료진의 조언을 듣고, B의 증상을 점검하면서 신속하게 천식 악화정도를 인식할 수 있도록

노력하였으며 규칙적으로 사용하는 약물, 필요할 때만 사용하는 약물에 대해서도 잘 인지하고 있다(자기돌봄 전문가로서 인정). 매일 조절제를 투여하고 있는 B와 가족은 투약기간이 비교적 긴 다른 치료약물로의 변경을 원하여 의료진에게 B의 상황과 새로운 흡입제의 장단점에 대해 문의하였다(환자, 가족의 공유의사결정 참여 의지). 이에 의료진은 다양한 흡입제에 대한 서면자료를 제공하면서(비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황) 다음 진료 시까지 약제를 결정해달라고 하였다(불충분한 정보에 의한 자기 결정권, 의사결정 갈등).

의료진은 B에게 의사결정이 가능한 충분한 정보를 제공하지 않았고, 번복 가능한 협상과정 없이 B에게 의사결정권을 전가한 것으로 보여 진다.

### 3.3.3 반대사례(Contrary case)

반대사례는 대상개념의 속성이 전혀 들어있지 않는 사례이다[15].

고지혈증을 앓고 있는 C(F/38)는 의료진이 맘에 들지 않아 최근 병원을 바꿨는데 이번이 5번째이다. C는 1시간 이상 대기, 3분 진료를 볼 때마다 모니터만 보는 의사와 무미건조하게 설명하는 간호사의 태도가 어느 병원이나 똑같다고 생각한다(환자중심 돌봄의 부재). 의사는 특별한 설명 없이 C의 고지혈증 약을 자주 변경하였는데(자기결정권, 번복가능한 협상의 부재) C는 새 약 복용 이후로 속이 자주 불편하였지만 의사에게 말하지 않았다. 또한 간호사가 과음, 과식관련 교육을 할 때, C는 최근 직장과 육아문제로 인한 스트레스로 매일 소주 1병과 기름진 음식을 야식으로 먹고 잔다는 사실을 말하지 않았다.

C는 자신의 신체 증상과 상황을 의료진과 공유해야 한다는 인식이 결여되어 있고, 환자의 자기돌봄에 대한 지지가 제공되지 않아 자기돌봄 전문가로서 인정의 속성이 포함되어 있지 않는 것으로 판단된다.

### 3.3.4 연관사례(Related case)

연관사례는 대상개념과 관련이 있어 비슷해 보이지만 중요한 속성은 포함되지 않아 결과적으로 다른 의미를 가진 사례이다[15].

시골에는 고혈압 환자 D(F/77)는 10년 동안 같은 의사에게 처방 받은 약을 복용해 오고 있다. 의사와 간호사가 항상 친절하고 관심 있게 자신의 증상과 상황에 대해 질문하고, 얘기를 잘 들어주어 D는 의료진이 자신을 무시하지 않고, 환자로서 존중받고 있다고 생각한다(환자중심 돌봄). 어느 날, 병원을 방문한 D는 주변 지인들이 고

혈압 치료로 효과를 보았다고 추천한 건강식품을 가져와 자신도 오늘부터 먹어보겠다고 의료진에게 보여주었다. 담당의사는 해당제품이 간 수치를 높일 수 있어 D에게 맞지 않으니 먹지 않는 것이 좋겠다고 하였다(의사결정 갈등). 그러나 D는 10년동안 자신은 혈압관리 박사가 되었으며 내 몸은 내가 제일 잘 알고 있고(잘못된 자기전문가), 주변사람들이 다 좋다고 했으니 우선 먹어보겠다고 말하고 진료실을 나섰다(자기결정권).

본 연구에서 제시한 연관사례는 본 연구에서 도출된 속성인 자기돌봄 전문가로서 인정과 비슷해 보이지만 그 개념으로 볼 수 없는 사례이다. 자기돌봄 전문가로서 인정은 환자와 의료진의 상호인정을 전제로 하는데 제시된 사례는 의료제공자의 지지가 결여된 환자의 자기돌봄에 대한 일방적인 지지로 보여 진다.

### 3.4 개념의 선행요인과 결과 확인

선행요인(antecedent)은 개념의 발생 이전에 일어나는 사건이나 부수적인 조건들이며, 결과(consequence)는 개념의 발생 이후에 나타나는 일이나 사건을 의미한다. 개념의 선행요인과 결과의 확인과정은 개념의 속성을 다듬어 더욱 분명하게 분석하는데 도움이 된다[15].

만성질환자의 공유의사결정의 선행요인은 Fig. 2.와 같이 (1) 비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황 (2) 의사결정 갈등 (3) 환자, 가족, 의료제공자의 공유의사결정 참여 의지 (4) 공유의사결정을 위한 충분한 시간과 기회이다. 바람직한 만성질환자의 공유의사결정 결과는 (1) 의사결정 갈등 감소 (2) 환자결과, 만족도, 삶의 질의 향상 (3) 장기적인 환자의 자기관리 및 자기 효능감 향상 (4) 질병을 수용하는 삶의 태도이다.

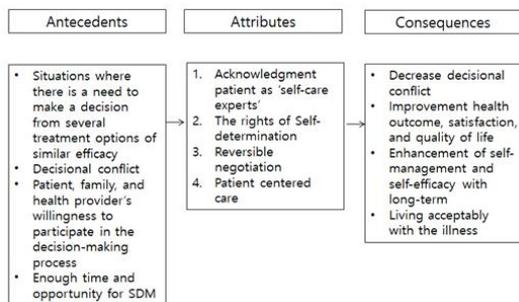


Fig. 2. Antecedents, Attributes, and Consequences of Shared decision making in Chronic Patients

### 3.5 개념의 경험적 증거 확인

개념분석의 마지막 단계인 개념적 증거 확인은 어떤 개념이 있거나 발생했다는 것을 설명하는 실제 현상에 대한 구분이나 범주의 검토[15]를 뜻한다. 국외에서 개발된 공유의사결정 도구로는 2005년 Elwyn, G 등이 개발한 OPTION scale[9], 2006년 Simon 등이 개발한 환자와 의사간 공유의사결정 질문지(SDM-Q)의 타당도 개발 연구[60], 2010년 Kriston 등이 SDM-Q를 개정하여 만든 공유의사결정 질문지(SDM-Q-9)[61]가 있다. 국내에서는 말기환자를 대상으로 한국형 공유의사결정 측정 도구개발 연구[28]가 진행되었다. 위 도구들을 검토한 결과, 문항은 의사결정과정 중의 협상, 진료적 의사결정 상황에서의 의사의 인식과 태도를 측정할 수 있는 내용으로 이루어져 있었다.

이상의 개념분석 과정에서 확인된 속성에 근거한 조작적 정의는 다음과 같다. 만성질환자의 공유의사결정은 '의료진이 만성질환자를 자기돌봄 전문가로 인정하고, 만성질환자는 자기결정권의 주체가 되어 함께 치료방법에 대한 합의안을 도출하는, 반복할 수 있는 협상이 가능한 환자중심 돌봄'이다. 이러한 만성질환자의 공유의사결정은 비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황, 의사결정 갈등, 환자, 가족, 의료제공자의 공유의사결정 참여 의지, 공유의사결정을 위한 충분한 시간과 기회가 선행된다. 그 결과로 환자는 의사결정 갈등 감소, 환자결과와 만족도 및 삶의 질의 향상, 장기적인 환자의 자기관리 및 자기 효능감 향상, 질병을 수용하는 삶의 태도를 갖게 된다.

## 4. 논의

공유의사결정은 환자와 의료진의 관계에서 가장 바람직한 의사소통 모델[62]로 인정받고 있는 상호 호혜적 의사결정 모형이다. 그러나 공유의사결정은 보편적으로 인정되는 정의가 없어 그동안 일관성 없는 방법으로 측정되었고, 공유의사결정의 수행과 성과의 상관관계를 명확하게 증명하는데 어려움이 있었다[63]. 이에, 본 연구는 만성질환자의 공유의사결정에 대한 개념의 속성을 밝히고, 그 의미와 특성을 명확히 확인함으로써 만성질환자의 공유의사결정에서 간호의 역할확립을 위한 이론적 근거를 마련하고자 하였다.

자료수집과정에서 공유의사결정은 공동의사결정과 혼재되어 사용되고 있음을 확인하였다. 의료적 의사결정은 환자의 건강회복을 목표로 환자와 가족, 의료진의 다양한

욕구를 충족시키면서 최적의 대안을 선택하는 상호과정이다. 따라서 의료적 의사결정의 융합적 특성을 이해한다면, 공유의사결정은 환자와 의료진이 공동으로 수행하는 의사결정인 공동의사결정 그 이상의 의미를 지닌다고 볼 수 있다. 그러므로 환자와 의료진이 함께하는 의료적 의사결정에 대해 논하는 경우, 공유의사결정이 더 적합한 표현으로 사료된다.

개념분석 결과, 만성질환자의 공유의사결정의 속성은 '자기돌봄 전문가로서 인정', '자기결정권', '번복가능한 협상', '환자중심 돌봄'으로 확인되었다. 만성질환자의 공유의사결정이 일반적인 공유의사결정과 차별되는 속성은 '자기돌봄 전문가로서 인정' 과 '번복가능한 협상' 이었다. 이는 만성질환의 가장 대표적인 특성인 응급을 요하거나 일시적이지 않으며 장기간의 추적관리가 중요한 점과 관련이 있다.

첫 번째 속성은 '자기돌봄 전문가로서 인정'이다. D. Tuckett의 연구[64]에서는 '환자란 자신의 질병에 대한 전문가이며 질병을 직접 경험하고 표현하는 사람'이라고 정의하였다. 만성질환자는 장기간에 걸쳐 질병의 특성을 이해하고 자신의 신체를 점검, 감시하는 활동을 통해 치료방법과 관리목표를 숙지하게 된다. 만성질환자는 본인에게 적합한 관리방법을 체득하고, 스스로 행동양식을 건강하게 변화시켜 자기관리 역량과 자기 효능감을 강화시킬 수 있다. 유효한 만성질환 관리와 건강성과의 향상을 위해서 의료진은 환자를 자기돌봄 전문가로 인정하고, 환자 주도적 건강관리를 지지해야 할 것이다. 만성질환자의 공유의사결정 중재프로그램 개발은 환자의 건강행위 실천의지와 행동수준에 대한 평가가 선행되어야 하며, 건강행위 이해에 영향을 미치는 요인에 대한 깊이 있는 연구가 뒷받침 되었을 때 가능하다고 본다.

두 번째 속성은 '자기결정권'이다. 자기결정권은 개인이 자유 의지에 의해 자신의 운명을 결정하고 그 결정에 따라 행동할 수 있는 권리이다[65]. 환자는 정직하고 편견없는 정보를 꾸준히 습득하여 정보화 되었을 때 비로소 자기결정권의 주체가 될 수 있다. 간호사의 정보제공은 환자가 원하는 범위와 수준 안에서 이루어지는 충분하고 적절한 교육을 의미한다. 간호사는 환자의 이해여부를 확인하고 질문을 격려함으로써 적극적인 의사결정 참여에 영향을 미칠 수 있다. 환자는 학력이 다양하며 서로 다른 지적수준을 가지고 있으므로 동일한 정보를 제공한다고 해서 모든 환자가 똑같이 이해하고 결정할 것이라고 기대하는 것은 위험한 일이다. 따라서 간호사는 환자의 정보수용능력과 의사결정 역량을 사정할 수 있는 능

력이 필요하며 사정한 결과를 바탕으로 환자의 수준과 눈높이에 따른 맞춤형 정보를 제공할 수 있어야 한다.

세 번째 속성은 '번복가능한 협상'이다. 균형있는 정보의 교환은 환자와 의료진이 자유롭고 명확하게 자신의 감정이나 의사를 표현할 수 있을 때 가능하다. 따라서 의료진의 환자 중심적 태도와 의사소통 기술은 환자-의료진간 균형있는 정보 및 권한공유의 선행요소로 볼 수 있다. 의료진의 미숙한 의사소통은 환자의 자율성을 저해하고, 의사결정에 참여하고 싶은 의지를 무력하게 만든다. 의료진은 질환과 치료에 대한 이해에 초점이 맞춰져 있는 교육훈련체계를 겪어 왔기 때문에[66] 환자를 개별적 존재로 이해하는 환자 중심적 사고와 의사소통 능력은 의료진 개인의 노력으로 획득하기 어렵다. 그러므로 의료기관과 지역사회는 환자 중심적 의사소통 가이드라인을 체계적으로 확립하고, 의료진의 의사소통 역량강화를 위한 교육을 편성해야 한다.

네 번째 속성은 '환자중심 돌봄'이다. 환자중심 돌봄의 필수조건은 고유정보인 환자의 선호도, 신념, 느낌 등에 대한 명확한 파악과 이해이다. 위의 변수들은 추상적이고 가치중립적 특성을 가지기 때문에 관찰과 측정이 쉽지 않다. 특히 노인환자의 경우, 가족의존성이 높아 가족의 입장과 관점을 고려하지 않을 수 없다. 실제로 국내의 의사결정상황에서 환자는 배제된 채, 주로 보호자의 견해에 더 큰 비중을 두고 있는 것이 사실이다. 따라서 의료진은 노인환자의 정보를 탐색하는 경우, 성인과는 다른 차별성을 두고 접근해야 할 것이다.

간호사는 유일하게 환자와 24시간을 함께 있어 환자와 가장 친밀하고 신뢰할 수 있는 전인적 관계구축이 가능하다. 따라서 간호사는 환자와 가족이 가치 우선순위에 따른 치료방법에 대해 입장을 명확하게 표현할 수 있도록 유도해야 한다. 또한 치료방법을 변경하는 경우 겪게 될 환자와 가족의 걱정, 불안, 부담감을 수용하고 지지하여 이를 완화할 수 있는 간호를 제공할 수 있어야 한다. 간호사는 최신의 과학적 근거에 기반한 간호지식과 경험을 환자에게 충분히 제공하고 환자정보를 객관적 입장에서 확인하여 치료방법과의 비교를 통해 선택의 적합성을 해석하고 판단할 수 있어야 한다.

만성질환자의 공유의사결정 선행요인은 비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황, 의사결정 갈등, 환자, 가족, 의료제공자의 공유의사결정 참여 의지, 공유의사결정을 위한 충분한 시간과 기회로 확인되었다. 간호사는 환자와 가족의 참여의지와 수준, 참여에 영향을 미치는 요인을 파악하고 환자와 참여여부, 범위 등에 대한

합의를 이루어야 한다. 선행연구에서 대부분의 환자는 스스로 치료방법을 결정하는 것에 두려움을 느끼고 있었으며 의사가 최종적으로 결정하는 것을 선호하였다[67]. 또한 환자는 의사결정과정에 적극적으로 참여하기를 원하지만 결정에 책임을 지고 싶어 하지 않았다[7]. 그럼에도 불구하고, 간호사는 환자에게 환자의 주관은 가치 있는 것이며 후회 없는 결정을 위해 필요하다는 믿음과 긍정적인 피드백을 줄 수 있어야 한다. 간호사는 결정된 치료방법과 결과를 온전히 감당하는 사람이 환자자신이라는 사실을[5] 꾸준히 피력하여 환자의 적극적인 의사결정 참여를 독려할 필요가 있다.

만성질환자의 공유의사결정의 결과는 의사결정 갈등 감소[12,43,46,48,54], 환자결과와 만족도 및 삶의 질의 향상[31-33,38,40,41,44,45,48,49], 장기적인 환자의 자기관리 및 자기 효능감 향상[11,12,32,41], 질병을 수용하는 삶의 태도[36,37]로 나타났다. 공유의사결정이 환자만족도에 미친 영향에 대한 선행연구[7]에서는 공유의사결정이 환자만족도를 향상시킬 뿐만 아니라, 의료진의 직무 만족도와 높은 상관관계를 나타냈으며 이는 공유의사결정이 환자와 의료진의 원활한 의사소통을 통해 이루어지기 때문인 것으로 해석하였다. 공유의사결정은 환자와 의료진 모두에게 긍정적인 영향을 미친다[7,68]. 따라서 공유의사결정의 실현을 위해 의료진과 환자를 대상으로 다양한 전략을 구상하는 융합적 측면의 노력이 필요하다고 본다.

본 연구 개념에서 도출된 속성을 포괄하는 경험적 준거는 찾아보기 어려웠다. 지금까지 개발된 공유의사결정 측정도구는 환자와 의사간의 관계에만 초점이 맞춰져 있어 환자의 개별적 상황에 대한 의료진의 관심과 이해, 권한부여, 의사결정과정 중 간호사의 역할에 대한 개념은 포함되어 있지 않았다. 그러므로 본 연구에서 정의된 만성질환자의 공유의사결정의 속성을 측정할 수 있는 도구 개발 연구를 제안한다.

또한 본 연구 개념의 경험적 준거를 확인하는 과정에서 의사결정 지원도구(decision aids, decision support tools)와 의사결정 코칭(decision coaching)은 공유의사결정과 유사한 의미로 사용되고 있음을 알 수 있었다. 이들은 의사결정의 질을 향상시키고, 환자의 적극적인 의사결정 참여를 촉진하기 위한 도구이며 신속한 공유의사결정을 위한 보조물 정도로 해석할 수 있다. 선행연구 결과, 의료현장에서 의사결정 코칭 프로그램을 운영하는 코치는 동기부여 면접기술을 훈련받은 간호사가 담당하는 경우가 많았으며, 컴퓨터와 스마트 폰 등의 웹기반 도구

및 온라인시스템을 통한 의사결정지원 프로세스에 대한 개발이 증가하고 있는 것[69]으로 나타났다. 따라서 의사결정지원 도구와 의사결정 코칭의 적극적인 활용은 현 의료체계의 한계인 시간적 제약과 정보의 불균형, 비용적인 문제를 극복하는데 도움을 줄 수 있으므로 공유의사결정의 수준을 높이는 데 기여할 수 있을 것으로 본다.

본 연구의 제한점은 한국어와 영어로 발표된 연구만을 수집하여 자료수집의 한계가 있고, Walker and Avant의 개념분석과정을 거쳤지만 연구자의 주관적인 판단 개입 가능성이 있다는 점이다.

본 연구는 효과적인 공유의사결정에 적합하다고 알려진 만성질환의 특성에 초점을 두어 일반적 공유의사결정과는 구별되는 만성질환자의 공유의사결정 속성을 분석하였다. 현재 다양한 분야에서 의사결정과정을 공유하기 위해 노력하고 있지만 의료분야는 타 분야와 차별되는 고도의 전문지식과 치료기술을 가지고 있어 의사결정과정의 공유가 쉽지 않다. 그러나 본 연구는 환자와 의료진 간 공유의사결정의 중요성을 인식하고, 향후 만성질환자의 공유의사결정과 관련된 간호중재 개발을 위한 이론적 근거를 확보했다는 데에 의의가 있다.

본 연구 결과를 근거로 추후 만성질환자-의사-간호사 간 공유의사결정 측정도구의 개발과 평가를 위한 연구수행을 제안한다.

## 5. 결론

본 연구는 Walker and Avant의 개념분석 방법을 적용하여 만성질환자의 공유의사결정에 대한 개념을 분석하였다. 본 연구에서 개념의 속성은 '자기돌봄 전문가로서 인정', '자기결정권', '반복가능한 협상', '환자중심 돌봄'이다. 만성질환자의 공유의사결정 선행요인은 비슷한 치료방법 중 선택해야 할 필요성이 있는 상황, 의사결정 갈등, 환자, 가족, 의료제공자의 공유의사결정 참여 의지, 공유의사결정을 위한 충분한 시간과 기회이다. 효과적인 공유의사결정의 결과는 의사결정 갈등 감소, 환자결과와 만족도 및 삶의 질 향상, 장기적인 환자의 자기관리 및 자기 효능감 향상, 질병을 수용하는 삶의 태도이다.

공유의사결정이 만성질환자의 건강관리와 성과에 영향을 줄 수 있다는 이상의 결과를 바탕으로 실제 간호현장에서 적용 가능한 만성질환자를 위한 공유의사결정 중재프로그램의 개발과 관련된 연구가 지속되어야 할 것이다.

## REFERENCE

- [1] World Health Organization. (2015). *World health statistics 2015*. Geneva : World Health Organization.
- [2] M. J. Lee & M. J. Kim. (2016). Concept analysis of volition for health behavior practice in patients with chronic disease. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 46(5), 687-696.  
DOI : <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.5.687>
- [3] E. Amoako, A. H. Skelly & E. K. Rossen. (2008). Outcomes of an intervention to reduce uncertainty among African American women with diabetes. *Western Journal of Nursing Research*, 30(8), 928-942.  
DOI : 10.1177/0193945908320465
- [4] K. Esposito et al. (2013). Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: evidence and uncertainty. *Cardiovascular diabetology*, 12(1), 81.  
DOI : <http://www.cardiab.com/content/12/1/81>
- [5] E. K. Ko. (2017). *Rights of healthcare consumers and shared decision-making in medical services*. Doctoral dissertation. Seoul National University, Seoul.
- [6] Institute Of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st Century*. Washington, DC : National Academy Press.
- [7] W. S. Suh & C. K. Lee. (2010). Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *Journal Preventive Medicine and Public Health*, 43(1), 26-34.  
DOI : 10.3961/jpmp.2010.43.1.26
- [8] R. A. Greenes. (2014). *Clinical decision support: the road to broad adoption*. Oxford, UK : Academic Press.
- [9] G. Elwyn et al. (2005). The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 8(1), 34-42.  
DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x>
- [10] S. Muthalagappan, L. Johansson, W. M. Kong & E. A. Brown. (2013). Dialysis or conservative care for frail older patients: ethics of shared decision-making. *Nephrology Dialysis Transplant*, 28(11), 2717-2722.  
DOI : 10.1093/ndt/gft245
- [11] J. H. Friesen-Storms, G. J. Bours, T. van der Weijden & A. J. Beurskens. (2015). Shared decision making in chronic care in the context of evidence based practice in nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 393-402.  
DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.012
- [12] A. H. Krist, S. T. Tong, R. A. Aycocock & D. R. Longo. (2017). Engaging patients in decision-making and behavior change to promote prevention. *Information Services & Use*, 37(2), 105-122.  
DOI : 10.3233/ISU-170826
- [13] N. M. Clark, B. W. Nelson, M. A. Valerio, Z. M. Gong, J. C. Taylor-Fishwick & M. Fletcher. (2009). Consideration of shared decision making in nursing: a review of clinicians' perceptions and interventions. *Open Nursing Journal*, 3, 65-75.  
DOI : 10.2174/1874434600903010065
- [14] B. A. Lown, J. L. Hanson & W. D. Clark. (2009). Mutual influence in shared decision making: a collaborative study of patients and physicians. *Health Expectations*, 12(2), 160-174.  
DOI : 10.1111/j.1369-7625.2008.00525.x
- [15] L. O. Walker & K.C. Avant. (2011). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. 5th ed. Upper Saddle River, NJ : Pearson.
- [16] National Institute of Korean Language. (2019). The Korean standard dictionary [Online].  
<https://stdict.korean.go.kr>
- [17] R. C. Brownson, P. L. Remington & J. R. Davis. (1998). *Chronic disease epidemiology and control*. Washington, DC : American Public Health Association.
- [18] Merriam-Webster dictionary. (2019). Merriam-Webster dictionary [Online].  
<http://merriam-webster.com/dictionary>
- [19] G. Elwyn, S. Laitner, A. Coulter, E. Walker, P. Watson & R. Thomson. (2010). Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*, 341, c5146.  
DOI : 10.1136/bmj.c5146
- [20] Y. J. Kim & D. S. Kim. (2015). A mediating effects of psychological ownership on the relationship between organizational process disposition and determinant variables. *Journal of Business Research*, 30(4), 285-319.
- [21] T. G. Cummings & C. G. Worley. (2014). *Organization development and change*. CA : Cengage learning.
- [22] J. L. Pierce, S. A. Rubenfeld & S. Morgan. (1991). Employee ownership: A conceptual model of process and effects. *Academy of Management review*, 16(1), 121-144.  
DOI : 10.5465/amr.1991.4279000
- [23] Y. K. Park & S. E. Lee. (2006). The relationship between teachers' participation in decision-making and teacher efficacy of elementary school teachers. *Journal of Educational Studies*, 37(2), 187-210.
- [24] H. S. Park & J. J. Kim. (2016). The effects of child care teachers' participation in decision making on their job satisfaction and organizational commitment, with focus on the mediating effects of professional recognition. *Journal of Future Early Childhood Education*, 23(2), 91-109.  
DOI : <http://210.101.116.18/kiss9/viewer.asp>.
- [25] S. H. Kim. (2014). The effects of the participation in decision-making on turnover intention of social workers: Focused on the mediating effect of organizational commitment. *Journal of Korean Welfare Administration*, 16(2), 1-25.
- [26] E. Y. Lee. (2017). Communicative feminist bioethics and shared decision-making. *Korean Journal Medicine ethics*. 20(1), 40-55.  
DOI : 10.35301/ksme.2017.20.1.40

- [27] S. K. Park. (2014). Shared decision support system on dental restoration. *Journal of Korean Academy of Dental Administration*, 2(1), 27-44.  
DOI : 10.22671/JKADA.2014.1.1.27
- [28] K. H. Jo. (2012). Development and evaluation of shared medical decision-making scale for end-of-life patients in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 42(4), 453-465.  
DOI : 10.4040/jkan.2012.42.4.453
- [29] K. H. Jo. (2010). Nurse's conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *Korean Journal of Adult Nursing*, 22(5), 488-498.
- [30] Y. J. Kim & J. A. Song. (2018). Perception about shared decision making of family caregivers of early dementia patients: A qualitative content analysis study. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 38(3), 501-519.  
DOI : 10.31888/JKGS.2018.38.3.501
- [31] J. Upton, M. Fletcher, H. Madoc-Sutton, A. Sheikh, A. L. Caress & S. Walker. (2011). Shared decision making or paternalism in nursing consultations? A qualitative study of primary care asthma nurses' views on sharing decisions with patients regarding inhaler device selection. *Health Expectations*, 14(4), 374-382.  
DOI : 10.1111/j.1369-7625.2010.00653.x
- [32] D. J. Hain & D. Sandy. (2013). Partners in care: patient empowerment through shared decision-making. *Nephrology Nursing Journal*, 40(2), 153-157.
- [33] S. A. Lenzen, R. Daniëls, M. A. van Bokhoven, T. van der Weijden & A. Beurskens. (2018). What makes it so difficult for nurses to coach patients in shared decision making? A process evaluation. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 1-11.  
DOI : 10.1016/j.ijnurstu.2017.12.005
- [34] A. B. del Rio-Lanza, L. Suárez-Álvarez, A. Suárez-Vázquez & R. Vázquez-Casielles. (2016). Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *Springerplus*, 5(1), 1386.  
DOI : 10.1186/s40064-016-3086-4
- [35] D. V. Serrano, R. Rodriguez-Gutierrez, I. Hargraves, M. Gionfriddo, S. Tamhane & V. M. Montori. (2016). Shared decision-making in the care of individuals with diabetes. *Diabetic Medicine*, 33(6), 742-751.  
DOI : 10.1111/dme.13143
- [36] V. M. Montori, A. Gafni & C. Charles. (2006). A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. *Health Expectations*, 9(1), 25-36.  
DOI : <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2006.00359.x>
- [37] S. Pollard, N. Bansback, J. FitzGerld & S. Bryan. (2017). The burden of non-adherence among adults with asthma: a role for shared decision-making. *Allergy*, 72(5), 705-712.  
DOI : 10.1111/all.13090
- [38] T. Gutman et al. (2018). Child and parental perspectives on communication and decision making in pediatric CKD: a focus group study. *American Journal of Kidney Diseases*, 72(4), 547-559.  
DOI : 10.1053/j.ajkd.2018.05.005
- [39] R. Adams, K. Price, G. Tucker, A. M. Nguyen & D. Wilson. (2012). The doctor and the patient—How is a clinical encounter perceived? *Patient Education and Counseling*, 86(1), 127-133.  
DOI : 10.1016/j.pec.2011.04.002
- [40] A. Ben-Zacharia et al. (2018). Impact of shared decision making on disease-modifying drug adherence in Multiple Sclerosis. *International journal of MS care*, 20(6), 287-297.  
DOI : 10.7224/1537-2073.2017-070
- [41] P. L. Brand & A. M. Stiggelbout. (2013). Effective follow-up consultations: the importance of patient-centered communication and shared decision making. *Paediatric Respiratory Reviews*, 14(4), 224-228.  
DOI : 10.1016/j.prrv.2013.01.002
- [42] M. A. Murray, J. Bissonnette, J. Kryworuchko, W. Gifford & S. Calverley. (2013). Whose choice is it? Shared decision making in nephrology care. *Seminars in Dialysis*, 26(2), 169-174.  
DOI : 10.1111/sdi.12056
- [43] C. Bieber et al. (2006). Long-term effects of a shared decision-making intervention on physician-patient interaction and outcome in fibromyalgia: A qualitative and quantitative 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 63(3), 357-366.  
DOI : 10.1016/j.pec.2006.05.003
- [44] L. M. E. Frantsve & R. D. Kerns. (2007). Patient-provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making. *Pain medicine*, 8(1), 25-35.  
DOI : 10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x
- [45] A. M. Vranceanu, C. Cooper & D. Ring. (2009). Integrating patient values into evidence-based practice: effective communication for shared decision-making. *Hand Clinics*, 25(1), 83-96.  
DOI : <https://doi.org/10.1016/j.hcl.2008.09.003>
- [46] K. Rivera-Spoljaric, M. Halley & S. R. Wilson. (2014). Shared clinician-patient decision-making about treatment of pediatric asthma: what do we know and how can we use it? *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology*, 14(2), 161-167.  
DOI : 10.1097/ACI.0000000000000046
- [47] C. A. Zanini & S. Rubinelli. (2012). Using argumentation theory to identify the challenges of shared decision-making when the doctor and the patient have a difference of opinion. *Journal of Public Health Research*, 1(2), 165.  
DOI : 10.4081/jphr.2012.e26
- [48] A. Hochlehnert et al. (2006). A computer-based information-tool for chronic pain patients:

- Computerized information to support the process of shared decision-making. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 92-98.  
DOI : 10.1016/j.pec.2005.02.014
- [49] N. Zizzo, E. Bell, A. L. Lafontaine & E. Racine. (2017). Examining chronic care patient preferences for involvement in health-care decision making: the case of Parkinson's disease patients in a patient-centred clinic. *Health Expectations*, 20(4), 655-664.  
DOI : 10.1111/hex.12497
- [50] H. Shaban & J. Yee. (2018). A tale of two failures: A guide to shared decision-making for heart and renal failure. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 25(5), 375-378.  
DOI : 10.1053/j.ackd.2018.08.002
- [51] M. E. Peek, M. Drum & L. A. Cooper. (2014). The association of patient chronic disease burden and self-management requirements with shared decision making in primary care visits. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 1-8,  
DOI : 10.1177/2333392814538775
- [52] M. A. Durand et al. (2016). Can we routinely measure patient involvement in treatment decision-making in chronic kidney care? A service evaluation in 27 renal units in the UK. *Clinical Kidney Journal*, 9(2), 252-259.  
DOI : 10.1093/ckj/sfw003
- [53] S. Bigi. (2014). Key components of effective collaborative goal setting in the chronic care encounter. *Communication & Medicine*, 11(2), 103-115.  
DOI: 10.1558/cam.v11i2.21600
- [54] T. H. Wieringa et al. (2019). Decision aids that facilitate elements of shared decision making in chronic illnesses: a systematic review. *Systematic Reviews*, 8(1), 121.  
DOI : 10.1186/s13643-019-1034-4
- [55] C. Ekelund, S. Dahlin-Ivanoff & K. Eklund. (2014). Self-determination and older people: a concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 116-124.  
DOI : 10.3109/11038128.2013.853832
- [56] M. Davies & G. Elwyn. (2008). Advocating mandatory patient 'autonomy' in healthcare: adverse reactions and side effects. *Health Care Analysis*, 16(4), 315-328.  
DOI : 10.1007/s10728-007-0075-3
- [57] L. Sandman. (2009). The concept of negotiation in shared decision making. *Health Care Analysis*, 17(3), 236-243.  
DOI : 10.1007/s10728-008-0103-y
- [58] J. Y. Yoo & S. H. Ahn. (2019). Effectiveness of patient and family-centered care interventions : A systematic review. *Journal of the Korea Convergence Society*, 10(6), 365-379.  
DOI : 10.15207/JKCS.2019.10.6.365
- [59] M. J. Barry & S. Edgman-Levitan. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.  
DOI : 10.1056/NEJMp1109283
- [60] D. Simon et al. (2006). Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Education and Counseling*, 63(3), 319-327.  
DOI : 10.1016/j.pec.2006.04.012
- [61] L. Kriston, I. Scholl, L. Hölzel, D. Simon, A. Loh & M. Härter. (2010). The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. *Patient Education and Counseling*, 80(1), 94-99.  
DOI : 10.1016/j.pec.2009.09.034
- [62] W. S. Fenton. (2003). Shared decision making: a model for the physician-patient relationship in the 21st century? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 401-402.  
DOI: https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00122.x
- [63] G. Makoul & M. L. Clayman. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 60(3), 301-312.  
DOI : 10.1016/j.pec.2005.06.010
- [64] D. Tuckett. (1985). *Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*. Washington, DC : Georgetown library.
- [65] N. I. Sung. (2014). *Constitutional law*. Gyeonggi-do: Pubmoonsa.
- [66] C. Corke, P. Stow, D. Green, J. Agar & M. J. Henry. (2005). How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. *BMI*, 330(7484), 182.  
DOI : 10.1136/bmj.38293.435069.DE
- [67] C. Charles, A. Gafni & T. Whelan. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean?(or it takes at least two to tango). *Social science & medicine*, 44(5), 681-692.  
DOI : 10.1016/S0277-9536(96)00221-3
- [68] H. Thornton, A. Edwards & G. Elwyn. (2003). Evolving the multiple roles of 'patients' in health-care research: reflections after involvement in a trial of shared decision-making. *Health Expectations*, 6(3), 189-197.  
DOI : 10.1046/j.1369-6513.2003.00231.x
- [69] E. Y. Lee. (2015). Implications of decision coaching in shared decision making. *Korean Journal Medicine ethics*, 18(2), 200-216.

## 유 지 연(Ji-Yeon Yoo)

[중학]



- 2007년 2월 : 가톨릭대학교 간호대학 (간호학사)
- 2016년 8월 : 가톨릭대학교 의료경영 대학원(경영학석사)
- 2017년 3월 ~ 현재 : 가톨릭대학교 대학원(간호학 박사과정)
- 관심분야 : 간호관리, 의료의 질

· E-Mail : lunilight@catholic.ac.kr