

한국형 공유 의료적 의사 결정 측정도구 개발 및 평가

조계화

대구가톨릭대학교

Development and Evaluation of Shared Medical Decision-Making Scale for End-of-Life Patients in Korea

Jo, Kae Hwa

Catholic University of Daegu, College of Nursing, Daegu, Korea

Purpose: The study was done to develop a shared decision-making scale for end-of-life patients in Korea. **Methods:** The process included construction of a conceptual framework, generation of initial items, verification of content validity, selection of secondary items, preliminary study, and extraction of final items. The participants were 388 adults who lived in one of 3 Korean metropolitan cities: Seoul, Daegu, or Busan. Item analysis, factor analysis, criterion related validity, and internal consistency were used to analyze the data. Data collection was done from July to October 2011. **Results:** Thirty-four items were selected for the final scale, and categorized into 7 factors explaining 61.9% of the total variance. The factors were labeled as sharing information (9 items), constructing system (7 items), explanation as a duty (5 items), autonomy (4 items), capturing time (3 items), participation of family (3 items), and human respect (3 items). The scores for the scale were significantly correlated among shared decision-making scale, terminating life support scale, and dignified dying scale. Cronbach's alpha coefficient for the 34 items was .94. **Conclusion:** The above findings indicate that the shared decision-making scale has a good validity and reliability when used for end-of-life patients in Korea.

Key words: Medical, Decision-Making, Scale, End-of-Life, Korea

서론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라의 다양한 의료서비스와 의료수준의 질적인 향상은 말기의 인간적 품위와 관련하여 의료적 의사 결정이 사회적 이슈가 되고 있다. 따라서 말기의 치료와 관련된 다양한 요인들을 적절히 관리하고, 의료적 의사 결정 체계의 효율성을 저해하는 문제들을 개선하고 해결할 필요가 있다. 지금까지 국내 의료적 의사 결정 방식은 의사의 지시에 따르는 부권주의(paternalism) 모델을 따랐

으나(Lee, Kim, & Lee, 2009; Suh & Lee, 2010), 최근 공유의사 결정 모델이 윤리적이고 합리적으로 판단되어 임상 실무에서 이를 수용하면서 환자는 수동적인 역할에서 벗어나 의사와 합의된 진료방법을 도출하게 되었다(Suh & Lee). 이와 같이 공유의사 결정 모델이 임상 실무의 중요한 부분으로 인정받고 있음에도 불구하고, 국내의 의료적 의사 결정 현장에서 공유의 개념은 의사-환자의 범위에 한정되어 있는 실정이다. 24시간 환자를 직접 돌보며 정확한 정보를 제공할 수 있는 간호사는 제외되어 있으며, 의사 결정에 영향을 미치는 다양한 환경적 변수에 관한 고려는 배제되어 한국사회에서 사용되고 있는 공유된 의사 결정에 관한 재 정의가 요구된다.

주요어: 의료적, 의사 결정, 도구, 말기, 한국

* 본 논문은 2011년도 정부(교육과학기술부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 기초연구사업임(과제번호 2011-0004953).

* This research was supported by the Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (2011-0004953).

Address reprint requests to : Jo, Kae Hwa

College of Nursing, Catholic University of Daegu, 3056-6 Daemyung 4-dong, Nam-gu, Daegu 705-718, Korea

Tel: +82-53-650-4825 Fax: +82-53-650-4392 E-mail: jokw@cu.ac.kr

투고일: 2012년 1월 11일 심사위원회: 2012년 1월 25일 게재확정일: 2012년 7월 9일

국내 의료적 의사 결정 과정에서 간호사의 갈등(Jo, 2010)은 의사 결정시 의사와 간호사간의 위계질서로 나타났다. 이는 한국사회에서 의사의 사회적 위치와 가치기준을 반영하는 것으로 보이며, 유교 문화적 영향으로 인한 가부장적인 인식이 여전히 존재하고 있음을 알 수 있다. 이와 관련한 국외 문헌(Norton & Talerico, 2000)에서는 의료적 의사 결정의 문제점을 의료인 간의 의사소통 부족으로 보았으며, Willard와 Luker (2006)는 말기의 적극적인 치료선택과 관련한 의사-간호사 간의 의견차이로, Costello (2001)는 치료정보 폐쇄로 인해 환자와의 신의를 지키지 못한다에 대한 스트레스를 보고하였다. 또 다른 문헌(Hilden, Louhiala, Honkasalo, & Palo, 2004)에서는 간호사의 의견을 듣지 않는 의사의 태도를, Nordgen과 Olsson (2004)은 의사 결정에 있어서 간호사의 의견이 반영되지 않은 점을 지적하였다.

말기 의료적 의사 결정 시 간호사의 역할에 대해 Frank (2009)는 지지와 안내를 통해 환자가 의사 결정과정에 참여하도록 격려하는데 있다고 하였고, Briggs와 Colvin (2002)은 간호사의 정보제공과 옹호자 역할이 의료적 의사 결정 과정에서 중요한 영향을 미침을 입증하였다. 따라서 간호사가 의료적 의사 결정과정에 개입될 때, 시기적절하고 정확한 정보제공으로 환자와 그 가족들의 자율적인 결정을 존중하게 될 것이다. 또한 의료적 의사 결정의 효율성은 대상자의 가치관과 자율성, 의료인의 의무와 역할, 그리고 의사 결정 과정에 참여하는 사람들의 범위와 참여정도에 따라 달라지므로(Stacey et al., 2008), 공유 의료적 의사 결정 제도의 도입이 불가피하다.

가족을 중시하는 한국 사회의 경우, 생애 말기 의료적 의사 결정에서 가족의 현존이 갖는 의미는 매우 크다. 심폐소생술 금지와 관련한 기존 연구(Byun et al., 2003)에서도 마지막 결정은 가족과 의료인의 합의 하에 이루어지는 경우가 많아 한국사회에서 가족의 역할이 매우 중요하다는 사실을 입증하였다. 서구와는 달리 우리나라에서는 환자가 의사 결정에서 배제된 채 주로 보호자의 견해에 더 큰 비중을 두고 있는 실정으로, 이는 한국인의 정서와 문화의 독특성이라 할 수 있다. 이러한 상황을 고려해 볼 때, 한국사회에서의 의료적 의사 결정은 환자, 가족, 의료인의 공동의사 결정 체계를 모색해야 할 것으로 생각된다. 더구나 의료 환경과 서비스가 수혜자 중심으로 전환이 이루어지는 최근의 동향을 고려하면, 말기 의료적 의사 결정에 병원 내부 의료인 간의 협동과 의뢰문화 형성 및 타 기관과의 연계적 협조체제가 시급함을 알려준다. 선행 연구(Jo, An, & Kim, 2011)에서도 이미 말기치료의 객관적 지침과 기준 마련의 필요성을 제시하였으며, 병원 간 사전의사 결정의 공유가 어렵고, 동일 병원 내에서도 의료인 간에 사전의사 결정을 공유할 수 있는 제도적 통로가 없다고 밝히며 있어 공유 의료적 의사 결정의 활성화를 위한 측정도구의 개발이 불가피하다.

지금까지 개발된 의료적 의사 결정 측정도구를 살펴보면, 외국의

경우 Simon 등(2006)이 개발한 치료선택과 관련한 11문항으로 의사 이용성과 환자정보의 두 가지 범주로 나뉜 환자와 의사 간 공유 의사 결정 질문지(Shared Decision Making Questionnaire: SDM-Q)의 타당도 개발 연구가 있고, Kriston 등(2010)이 SDM-Q를 개정하여 만든 도구로써 9개 항목의 한 가지 범주로 이루어진 공유 의사 결정 질문지(SDM-Q-9)가 있다. 그러나 상기 도구들은 환자의 자율성과 치료 상황에서의 의사의 인식과 역할에 초점을 두고 있으며 생애 전반에 걸친 대상자의 죽음태도와 인식, 가족을 포함한 사회, 경제, 문화적 요인, 말기에 간호사의 개입 등 공유 의료적 의사 결정과 연관된 총체적 개념들은 배제되어 있다. 한편 국내연구에서 의료적 의사 결정 측정도구는 아직 개발되지 않았으며, 다만 의료적 의사 결정에서 환자의 자율성(Lee et al., 2009)과 의료인의 역할(Suh & Lee, 2010), 무의미한 치료중단과 관련한 사회적 이슈에 관한 연구(Jo et al., 2011)가 다소 있을 뿐이다. 따라서 국내·외적으로 공유 의료적 의사 결정의 포괄적 개념과 영향요인, 죽음의 과정과 결과를 평가하는 기준 설정은 미개발 분야로 남아 있어 본 연구의 필요성을 뒷받침하고 있다. 이에 본 연구자는 한국의 사회문화적 배경에서 말기환자를 위한 한국형 공유 의료적 의사 결정 측정도구를 개발하고자 하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 말기환자를 위한 한국형 공유 의료적 의사 결정 측정도구를 개발하고, 개발된 도구의 타당도와 신뢰도를 평가하는 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 공유 의사 결정의 통합적 개념 틀에 근거하여 한국형 공유 의료적 의사 결정 척도를 개발한다.
- 2) 개발된 도구의 타당도와 신뢰도를 검증한다.

3. 용어 정의

1) 공유 의료적 의사 결정

환자가 치료선택을 위한 의사 결정 과정에서 본인이 수집한 정보를 바탕으로 치료의사 결정에 적극 참여하여 의사와 환자 간 합의된 치료 방법을 도출하여 환자중심의 의료서비스를 제공함으로써 환자만족도를 향상시키는 것이다(Elwyn et al., 2005). 본 연구에서는 말기 환자의 의료적 의사 결정 상황에서 환자의 가치관과 자율성, 가족의 의견, 의사, 간호사의 의무와 역할을 바탕으로 치료선택과 결정방식을 공유하는 포괄적이며 임상적인 개념을 말한다.

2) 한국적 문화

한국의 문화적 속성은 사람들의 이념, 가치, 심리, 정서, 모든 측면

에서 집단주의와 개인주의를 혼합한 형태로 개인은 가족의 이익과 가족의 목표를 중요시 하며, 가족과 자신을 동일시하는 경향이 있다(Song, 2001). 본 연구에서는 말기의 의료적 의사 결정 상황에서 환자의 개인적 성향보다는 가족관계 속에서 개인의 역할이 규정되는 개념을 말한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 말기환자를 위한 한국형 공유 의료적 의사 결정 측정 도구를 개발하고 이의 타당도와 신뢰도를 조사하는 방법론적 연구(Methodological Research)이다.

도구개발 진행과정

1. 개념 틀 및 예비항목 구성단계

1) 개념적 기틀 개발

예비문항의 작성 전에 기존연구(Stacey, Legare, Pouliot, Kryworuchko, & Dunn, 2010)에서 파악된 의료적 의사 결정에 관한 전문가 상호간의 관점을 통합한 공유 의료적 의사 결정의 4가지 주요 주제

와 18개의 핵심개념 그리고 Jo 등(2011)의 의료적 의사 결정 체계구축을 위한 델파이 연구를 토대로 한국형 공유 의료적 의사 결정의 속성과 내용별 영역을 재구성하여 개념적 기틀을 개발하였다(Figure 1).

Stacey 등(2010)은 임상에서 상호 전문직종의 협동과 관련된 모델의 범위를 사정하고 평가하여 공유 의료적 의사 결정에 속하는 주제를 밝힘으로써 공유 의료적 의사 결정에 대한 새로운 전망을 제시하였다. 이들 주제는 첫째, SDM의 특징으로 의사 결정 사안에 대한 인식과 균형, 의사 결정의 교환에 대한 지식, 가치와 선호에 대한 표현, 협의와 숙고, 의사 결정, 결정에 대한 수행이 포함된다. 둘째, SDM에 포함된 개인으로는 환자, 주치의, 그리고 의사 결정을 코치해주는 사람들이다. 셋째, SDM 과정에 영향을 미치는 요인으로는 파트너십의 확립, 건강 관리 시스템 정책, 건강정보에의 접근, SDM을 용이하게 하는 지지 중재의 가능성, 그리고 건강 서비스 접근이 포함된다. 넷째, SDM의 결과로는 의사 결정에 대한 환자의 이해와 만족도, 관계수준의 성과로서 동의, 의사 측면의 성과, 그리고 건강 시스템의 성과가 포함된다. 본 연구에서는 상기 4가지 주제를 연구의 개념적 기틀에서 상위 개념으로 이용하였다. 또한 도구개발과정에서 한국적인 특수한 맥락의 관점에서 가부장적인 집단주의 문화를 염두에 두고 개인의 자율성뿐 아니라 가족의 요인을 포함하였다. 본 연구의 하위 개념으로는 의사와 간호사를 대상으로 한 델파이 연구(Jo et al., 2011)에서 도출된 말기 돌봄의 표준, 법적 기준, 교육과 정보, 체계적인 말기간호, 인간생명의 가치에 대한 강조, 그리

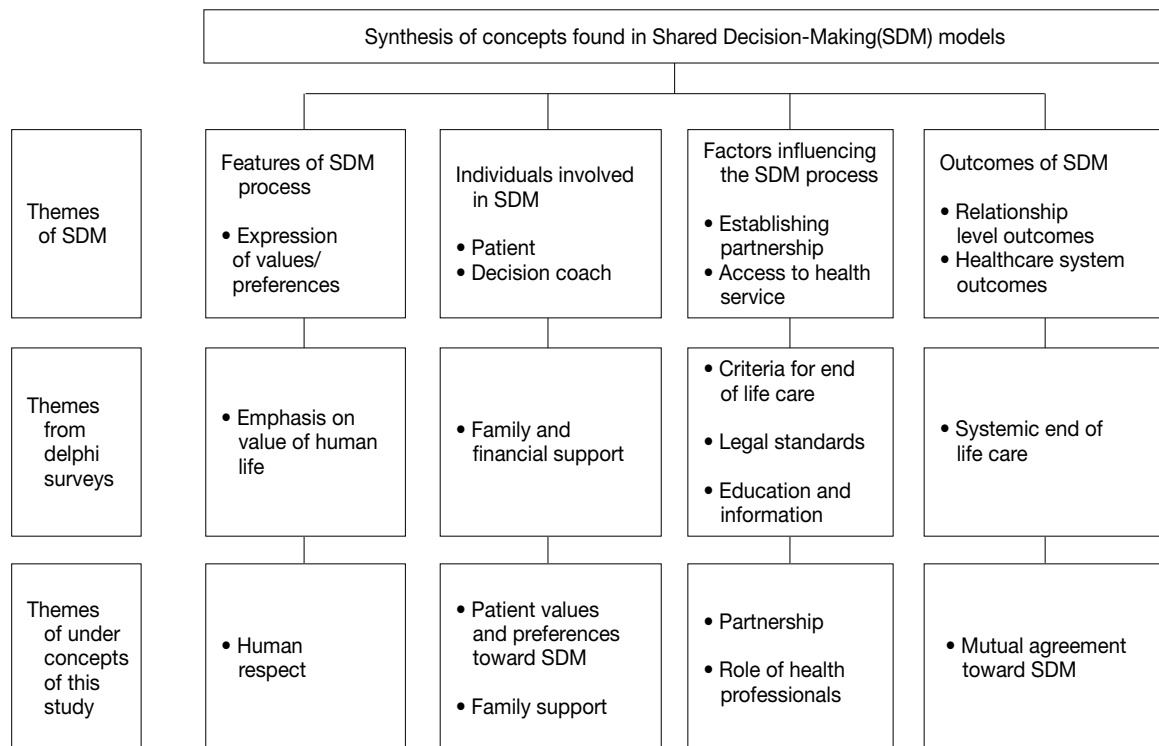


Figure 1. Conceptual framework of SDM for the patient in end-of-life.

고 가족과 경제적 지지의 6개 주제를 참조하였다. 따라서 본 연구에서는 Stacey 등의 SDM 모델에서 발견된 개념을 공유 의료적 의사 결정에 대한 예비적 구성개념에 따라 SDM의 4개 주제와 텔파이 연구(Jo et al.)의 6개 주제를 범주화 하여 최종적으로 6개의 하위 영역(인간존중, SDM에 대한 환자의 가치와 선호, 가족의지지, 파트너십, 의료인의 역할, 그리고 의사 결정에 대한 상호동의)을 선정하였다.

2) 예비항목의 구성단계

예비문항의 내용적 다양성을 기하기 위해 문헌 고찰 결과 이외에도 심각한 질병으로 입원을 한 경험이 있거나 가족이나 친척 등 가까운 이의 죽음 과정을 지켜 본 경험이 있는 성인으로 일 대학병원에 입원한 보호자 20명(남자 8명, 평균 45.8세; 여자 12명, 평균 50.3세)을 간호사로부터 추천 받아 심층면담과 개방적 질문지를 사용하여 기초 자료를 수집하였다. 면담조사는 2011년 3월 중순에서 4월 말에 걸쳐 실시하였으며, 면담시간은 오후 2시부터 4시 사이에 병원의 휴게실에서 이루어졌고 1회 면담시간은 20-30분 정도였다. 심층면담 방법은 반 구조화된 인터뷰를 통해 실시하였으며 '말기의 의료적 의사 결정을 할 때 어떤 어려운 점이 있었는지?', '말기의 의료적 의사 결정을 잘 하기 위해서 어떤 점들을 알아야 된다고 생각하시는지요?', '말기의 의료적 의사 결정을 잘 하기 위해 의료인들이 어떻게 하면 좋을까요?' 등의 개방적 질문을 하였고, 총 149개의 진술문이 추출되었다. 또한 현장에서 진행되는 실제 의료인의 경험을 파악하기 위해 의료적 의사 결정과 직접적인 관련이 있는 의사, 간호사를 대상으로 심층 전문가 인터뷰를 실시하였다. 간호사 집단은 현재 내과, 외과, 그리고 중환자실에서 2년 이상 근무 하고 있는 4명으로 평균 근무경력 4.5년이었고, 의사 집단은 응급실과 내과병동 근무자 4명이 참석하였다. 전문가 심층 토론회에서는 효율적인 의료적 의사 결정과 관련된 다양한 질문과 이에 대한 토론이 이루어졌다. 질문과 토의는 현재 우리나라 의료적 의사 결정의 현황과 발전적 방향을 모색하는데 중점을 두었으며, 의료적 의사 결정의 현황과 임상상황의 문제점을 세분화 하여 전문직 영역의 역할과 의사 소통 체계, 그리고 병원의 시스템 측면에서의 문제점들을 규명하였다.

수집된 의료적 의사 결정관련 진술문인 1차 예비문항을 다음과 같이 설정하였다. '인간존중'의 범주에 14개 문항, 'SDM에 대한 환자의 가치와 선호' 범주에 4개 문항, '가족의지지' 범주에 2개 문항, '파트너십' 범주에 5개 문항, '의료인의 역할' 범주에 7개 문항, 그리고 'SDM에 대한 상호동의' 범주에 10개 문항으로 총 42개의 1차 예비문항을 선정하였다. 문항의 표현은 가능한 면담에서 대상자들이 사용한 말을 그대로 사용하였고 문항의 모호성, 전문용어 등은 간호학 교수의 자문을 얻어 어의분석에 따라 범주화하였다.

2. 측정도구의 타당도와 신뢰도 검증단계

상기 선정된 1차 예비문항에 대한 내용타당도를 판정하기 위해 내과 전문의 1명, 응급의학과 전문의 1명, 도구개발 경험이 있는 간호학 교수 2명, 간호사 2명으로 구성된 6명의 전문가 집단을 선정하였는데, 이는 Lynn (1986)이 내용 타당도의 검증을 위한 전문가의 수는 3명 이상 10명 이하가 바람직하다고 제안한 것에 근거하였다. 내용타당도 검증 결과를 바탕으로 수정 보완한 후 2차 전문가 타당도를 실시하여 2차 예비문항으로 선정하였다. 각 문항의 타당도는 '매우 타당하다' 4점, '전혀 타당하지 않다' 1점까지 평가하도록 하였고, 그 결과를 가지고 각 문항에 대한 내용타당도 계수(Index of Content Validity: CVI)를 산출하여 내용타당도 계수가 80% 이상인 문항만을 채택하였다. 또한 내용타당도의 검증과정에서 서로 비슷한 의미를 내포한 문항, 공유 의료적 의사 결정과 관련성이 없는 문항, 표현이 중복되거나 모호한 문항 등이 있는지에 대한 개방적 질문을 통해 삭제 혹은 첨가해야 할 문항을 기술하도록 하였다. 보충할 내용에 관한 의견을 수렴하여 도구를 수정·보완한 후 2차 전문가 타당도를 실시하여 각 문항 내용을 개념에 따라 분류 통합하였다. 공유 의료적 의사 결정의 의미를 명확하게 반영하지 않는다고 지적된 문항을 제외시켜 40개의 문항을 2차 예비문항으로 선정하였다. 최종적으로 선정된 도구의 문항은 '매우 동의한다' 5점에서 '매우 동의하지 않는다' 1점까지 점수를 부여하였다. 각 문항의 점수를 합하여 점수의 합이 높을수록 한국 성인은 공유 의료적 의사 결정을 희망함을 의미한다.

전문가 집단의 내용타당도 검증결과 추출된 40문항을 30-60세 DK지역에서 성인 30명을 편의 추출하여 배부한 후 문항의 표현과 적절성, 이해도와 소요시간을 확인하고 이 과정에서 용어 사용이 적절하지 않다고 지적된 문장이나 표현이 애매하고 내용이 어렵다고 지적된 문항은 수정하거나 삭제하여 총 36문항을 선정하였다. 또한 사전 조사 문항분석을 실시하여 예비도구의 신뢰도를 파악하였다. 사전 조사 문항분석 결과 각각의 모든 문항의 alpha계수(각 문항을 제외하였을 경우의 Cronbach's alpha계수)가 모두 .90 이상으로 산출되었다. 또한 예비도구 36문항의 Cronbach's alpha값은 .94로 내적일관성이 높았다.

3. 연구 대상

본 연구는 서울, 대구, 부산 지역의 20세 이상 성인을 편의 표집하였다. 도구의 개발단계에서는 예비문항을 구성하기 위해 한국 성인으로서 병원에 입원한 경험이 있거나 의료적 의사 결정에 대한 경험적 이해가 풍부한 사람을 대상으로 하였으며, 도구의 평가단계에서

는 한국형 공유 의료적 의사 결정 측정도구를 개발하기 위해 20세 이상의 성인 중, 청·장년기에 속하는 성인과 65세 이상의 노년기를 모두 포함하였다. 그 이유는 나이가 증가함에 따라 죽음을 생의 마지막 과제로 인식하며 의미를 찾고자하는 경향이 있음을 밝힌 연구 결과(Holcomb, Neimeyer, & Moore, 1993)와 노년기는 임박한 죽음에 대한 의사 결정에 적절히 참여하기를 원한다는 연구 결과(Frank, 2009)에 근거하였다. 연구 대상자의 표집과정은 3지역의 일개 통을 임의 선정하여 통장에게 대상자를 소개해 주도록 부탁하여 해당 지역의 거주자를 임의표집 하였으며 표집 수는 각 가정마다 20세 이상 대상자를 1명씩 선정하여 각 지역마다 150명을 배정하였다. 요인분석을 위한 표본 수는 일반적으로 변수의 4-5배 정도가 바람직하고, 문항분석을 위한 표본 수는 문항 수의 2-10배가 이상적이며, 조사연구에서 표본 수가 전체 문항 수의 5-10배가 이상적임을 고려하여(Ryu, 2006), 탈락률을 감안한 400명을 목표인원으로 하였으며, 응답이 완전한 388명(97.0%)을 최종 대상으로 하였다.

4. 연구 도구

문항의 준거타당도를 검증하기 위해 연명치료중단에 대한 태도 측정도구(Byun et al., 2003)와 품위 있는 죽음 태도 측정도구(Jo, 2011)를 사용하였다. 이 도구들은 말기의 의료적 의사 결정과 관련된 대상자의 주관적인 속성이 강한 개념들을 측정하는데 사용되었다. 의료적 의사 결정은 환자의 생명을 유지하기 위해 연명치료를 지속하는 것과 환자의 고통을 덜어주고 존엄하게 죽을 권리를 지켜 주기 위해 연명치료를 중단하는 것 사이의 선택의 문제로서 인간존엄성에 기반 한 품위 있는 죽음과 연관된다는 연구 결과(Frank, 2009)를 근거로 연명치료중단에 대한 태도 측정도구와 품위 있는 죽음 태도 측정도구를 준거도구로 사용하였다.

본 연구에서 사용한 연명치료중단에 대한 태도 측정도구는 Likert 5점 척도로 된 자가보고 형식의 19문항으로 연명치료중단에 대한 자신의 주관적 인식을 반영하도록 고안된 것이다. 점수가 높을수록 연명치료중단에 찬성하는 입장을, 점수가 낮을수록 연명치료중단에 반대하는 입장을 취하는 것을 의미하며 Byun 등(2003)의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.88$ 이었으며 본 도구에서는 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었다.

Jo (2011)가 개발한 품위 있는 죽음 태도 측정도구는 Likert 4점 척도로 된 자가보고 형식의 30문항으로 품위 있는 죽음에 대한 자신의 주관적 인식을 반영하도록 고안된 것이다. 점수가 높을수록 품위 있는 죽음 태도를 보유하는 것을 의미하며 Jo의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었으며 본 도구에서는 Cronbach's $\alpha=.91$ 이었다. 품위 있는 죽음태도 도구의 하부요인인 1요인(정서적 안위

유지)은 집에서 마지막 숨을 거두는 항목 등이 공유 의료적 의사 결정 도구의 하부요인인 가족의 지지와 연관되며, 2요인(사회적 관계 정리)은 진심을 담아 다른 사람에게 베풀고 삶을 마감하는 태도로 개발도구의 파트너십과 연관된다. 3요인(고통 없음)은 신체적, 심리적 고통 요인과 생명존엄의 가치가 의료적 의사 결정과 연관되는 것으로 판단되어 개발 도구의 인간존중 및 의료인의 역할과 연결된다. 4요인(자율적 의사 결정)은 생명연장술은 자신의 선택에 의해 시행한다는 내용으로 구성되어있어 개발 도구의 SDM에 대한 환자의 가치와 선호 영역과 연결되며, 제5요인(역할보존)은 말기에 자신의 역할을 확인하고 유지하여 치료결정에서 자신의 명확한 의사표시로 인간의 존엄성을 보존하는 관점을 표명하여 개발도구의 의사 결정에 대한 상호동의 영역과 개념적 관련성이 있다고 사료된다. 따라서 연명치료중단과 품위 있는 죽음태도 척도가 공유 의료적 의사 결정의 하부 항목인 주관적 개념들을 충분히 설명할 수 있기에 준거로 사용될 수 있다고 본다.

5. 자료 수집 방법

본 조사를 실시하기 전에 일 대학병원 연구윤리위원회(CR-10-043-RES-01-R)의 허락을 받은 후, 훈련받은 연구 보조원이 대상자에게 연구의 목적, 연구 참여의 자율성, 비밀보장에 대해 설명한 후 연구 참여 동의서에 서명을 받고 자가 보고식 질문지를 배부하였다. 자료 수집기간은 2011년 7월 16일부터 2011년 10월 28일까지였으며 대상자는 388명이었다. 설문지에 응답하는 데는 20분 정도의 시간이 소요되었고, 참여한 대상자에게 감사의 표시로 소정의 선물을 제공하였다.

6. 자료 분석 방법

수집된 자료는 PASW 19.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 기술적 통계방법을 이용하여 산출하였다.
- 2) 측정도구의 내용타당도는 내용타당도지수로 산출하였고 측정도구의 신뢰도 검증은 Cronbach's alpha 계수, 반분법에 의한 Guttman의 신뢰도 계수를 산출하였다.
- 3) 요인분석에 적절한 자료인지를 판단하기 위한 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)과 Bartlett의 구형성 검정(Bartlett's test of sphericity)을 하였다.
- 4) 구성타당도는 문항분석과 Varimax 회전을 이용한 주성분 분석의 요인분석으로 검정하였다.
- 5) 준거타당도는 연명치료중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음을

준거변인으로 이용한 피어슨의 상관계수를 구하여 검정하였다.

연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 20세부터 72세까지 분포되어 있으며 평균연령이 40.60세(± 11.10)였다. 결혼 상태는 미혼이 123명(31.7%), 기혼이 265명(68.3%)이었고, 종교는 무교가 155명(39.9%)으로 가장 많았고, 천주교가 114명(29.4%), 개신교가 65명(16.8%), 불교가 43명(11.1%), 기타 11명(2.8%) 순이었다. 학력은 대졸 이상이 180명(46.4%)으로 가장 많았으며, 전문대졸 82명(21.1%), 고졸 81명(20.9%), 중졸 34명(8.8%), 초졸 11명(2.8%) 순이었고, 주관적인 경제상태는 '보통이다'가 310명(79.9%)으로 가장 많았고, '낮다'가 41명(10.6%), '높다'가 37명(9.5%) 순이었다. 직업은 전문직이 115명(29.6%)으로 가장 많았고, 기타 89명(22.9%), 공무원 및 회사원 70명(18.1%), 자영업자 44명(11.3%), 주부 41명(10.6%), 교육자 29명(7.5%) 순이었다.

2. 측정도구의 타당도 검정

1) 문항분석

문항분석을 실시하여 도구에 대한 구성타당도를 검정하였다. 문항과 전체 문항 간 상관계수가 .30 미만이면 도구에 대한 기여도가 낮은 것으로 평가되고 .80 이상이면 중복된 문항일 가능성이 높은 것으로 평가되므로(Lee et al., 2009), 해당 문항과 전체 문항 간의 상관계수가 .30 이상이고 .80 미만인 문항을 선정하였다. 또한 해당 문항 제외 시 alpha값의 변화를 고려하였다. 문항분석 결과 Correlated item-total correlation 계수가 .30 미만인 25번 1문항을 삭제하였다. 1문항의 변수를 제외하였을 때의 Cronbach's α 는 .94였으므로 이 단계에서 35문항이 선정되었다(Table 1).

2) 구성타당도 검정

요인분석을 실시하여 도구에 대한 구성타당도를 검정하였다. 먼저 요인분석에 적절한 자료인지를 판단하기 위한 Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 측정결과 .94이었다. KMO값은 전체 변수에 대한 표본 적합도를 나타내주는 것으로 .50 이상이면 표본 자료는 요인분석에 적합하다고 판단할 수 있으므로(Ryu, 2006), 본 연구는 적절한 표본 크기로 요인추출 조건을 만족시켰다. 또한 Bartlett의 구형성 검정(Bartlett's test of sphericity) 결과 p 는 .001 미만이었다($\chi^2 = 10,388.58$, $p < .001$) (Table 2). Bartlett의 구형성 검정은 변수간의 상관행렬이 단위행렬(Identity Matrix)인지 여부를 판단하는 검정방법으로 이 값

의 p 가 .001보다 적으므로 변수 간 행렬이 단위행렬이라는 귀무가설이 기각되어 차후 요인분석을 계속 진행할 수 있는 조건이 된다(Ryu).

요인추출모형은 예측을 목적으로 하며 최소 요인으로 정보 손실을 최소화하고자 할 때 주로 이용하는 주성분 분석(Principal Component Analysis, PCA)을 적용하였다(Ryu, 2006). 고유값(Eigen value)과 스크리 도표(Scree plot) 변화를 고려하여 요인을 추출하였는데 고유값 1 이상인 일곱 개 요인이 추출되었고, 스크리 도표에서도 일곱 개 요인 이후 요인의 고유값이 수평적인 변화를 보였다. 분석 결과 다섯 개 요인이 전체 변량에 대해 갖는 설명 변량은 61.9%였다.

요인회전은 탐색이나 추후 분석에 이용될 요인점수 산출이 목적인 직각회전(Orthogonal rotation)을 적용하였고, 가장 널리 사용되는 Varimax 방식을 사용하였다. 요인적재량(Factor loading)이 .4 이상이면 유의하다고 할 수 있고, .5 이상이면 매우 유의하다고 할 수 있는데(Ryu, 2006), 본 연구에서는 모든 문항의 요인적재량이 .4 이상이었다. 각 요인에 속한 문항과 적재량은 다음과 같다.

제1요인은 '의료팀은 말기환자의 전과, 이동, 퇴원에 관련된 정보를 서로 교환해야 한다.', '의사 결정 내용은 의료진의 상호존중을 바탕으로 서로 공유해야 한다.', '의료진과 환자는 치료과정을 공유해야 한다.' 등 9문항이 추출되어 '정보공유'로 명명하였다. 제1요인에 속한 문항들은 의료적 의사 결정에서 환자뿐 아니라 건강 관리 전문가들 간의 협력적, 개방적 공동의사 결정의 중요성을 반영하고 있다. 제1요인의 고유 값은 4.88이었고, 누적 설명변량은 13.9%였으며, 각 문항의 요인적재량은 .41-.73의 범위였다.

제2요인은 '의사 결정 문제로 환자, 가족, 의료진과 갈등이 있으면 병원윤리위원회가 개입해야 한다.', '병원은 환자와 가족의 사전의사 결정을 도와줄 기관이나 단체와 협조체제를 갖춰야 한다.', '병원은 사전의사 결정에 적합한 서면 양식이나 지침을 마련해야 한다.' 등의 7문항이 추출되었고 '지원체계구축'으로 명명하였다. 제2요인에 속한 문항들은 말기 의료적 의사 결정의 효율성을 위한 객관적 지침과 병원의 체계적 시스템 구축의 필요성을 반영하고 있다. 제2요인의 고유 값은 3.87이었고, 누적 설명변량은 25.0%였으며, 각 문항의 요인적재량은 .49-.68의 범위였다.

제3요인은 '의료진은 환자에게 질병의 상태나 예후를 충분히 설명해야 한다.', '의료진은 환자에게 사전 의료적 의사 결정에 대해 충분히 설명해야 한다.', '의료진은 치료 방법을 선택할 때 장점과 단점을 명확히 설명해야 한다.' 등의 5문항으로 '설명 의무'로 명명하였다. 제3요인에 속한 문항들은 사전의사 결정에 대한 의료진의 설명의무와 충분한 시간제공, 인간존중의 가치와 직업적 책임을 반영하고 있다. 제3요인의 고유 값은 3.50이었고, 누적 설명변량은 35.0%였으며, 각 문항의 요인적재량은 .48-.78의 범위였다.

Table 1. Item Analysis

(N=388)

Items	Correlated item-total correlation	Alpha if item deleted
1. Health professionals should know the reason for patient's advanced medical decision making.	.50	.94
2. The subject of medical decision making is a patient.	.49	.94
3. The consent of the patient is important for medical decision making.	.53	.94
4. Medical decision making should be made by the will of patient freely.	.52	.94
5. Health professionals have to value human dignity in medical decision making.	.56	.94
6. Health professionals must consider patient's comfort in end-of-life decision making.	.51	.94
7. Health professionals should not cling to meaningless treatment in end-of-life.	.40	.94
8. Patient, family, and health professionals must consider dignified death preferentially.	.48	.94
9. Health professional's advice at the proper time helps the patient.	.52	.94
10. Health professionals have to set a proper time for education for patient.	.58	.94
11. Health professionals have to understand and accept what and when patient decides.	.59	.94
12. Medical decision making is needed in the whole life cycle as well as at the end.	.45	.94
13. In making medical decisions, it is important for health professionals to cooperate.	.61	.94
14. Health professionals and patients have to discuss treatment option according to patients' condition.	.63	.94
15. Health team has to exchange information about transfer, moving, and discharge of patient with terminal illnesses.	.57	.94
16. Health professionals and patient have to share in the treatment process.	.59	.94
17. Contents of the decision must be written precisely so that other health professionals understand and take over official duties.	.63	.94
18. Contents of the decision must be shared with others based on respect among health professionals.	.63	.94
19. Sharing the contents of a medical decision strengthens the therapeutic relationship among patients, health professionals and families..	.67	.94
20. Health professionals have to ask patients and families about treatment option.	.62	.94
21. Health professionals have to explain precisely the advantages and disadvantages of treatment options.	.63	.94
22. Health professionals have to explain carefully to patients the illness and prognoses.	.59	.94
23. Health professionals have to explain advanced directives to patients.	.61	.94
24. Health professionals' education of patients and families helps in medical decision making.	.58	.94
25. Health professionals have to hand over authority for medical decisions to legal representatives.	.25	.94
26. Health professionals require sufficient knowledge about the medical decision process.	.59	.94
27. Legal basis are prepared for the responsibilities and roles of health professionals.	.56	.94
28. Hospitals must prepare appropriate formal papers and guidelines for advanced directives.	.60	.94
29. Hospital ethics committees must intervene when conflict arises among patients, families and health professionals.	.45	.94
30. Systematic medical decision making systems should be developed for effective hospice operation.	.60	.94
31. Hospitals must have a system ready for cooperation with organizations helping with advanced directives of patients and families.	.50	.94
32. Health professionals must decide on medical decision making issues in detail.	.63	.94
33. The patient, physician, nurse, family, and religious advisor must be included in medical decision making.	.32	.94
34. When decisions are made together with health professionals, patient, and family, satisfaction is increased.	.54	.94
35. To achieve the purpose of decision making, health professionals, patients, and families must cooperate.	.56	.94
36. Health professionals, patients, and families must follow the decision which has been decided among them.	.56	.94

Item deleted by item analysis.

제4요인은 '의료적 의사 결정의 주체는 환자이다,' '의료적 의사 결정에서 환자의 동의가 중요하다,' '의료적 의사 결정은 환자가 자유롭게 해야 한다' 등의 4문항으로 '자율성'으로 명명하였다. 제4요인에 속한 문항들은 말기 상황에서 환자의 자율성 보장과 관련하여

의료인의 역할과 의사 소통의 중요성을 반영하고 있다. 제4요인의 고유 값은 2.77이었고, 누적 설명변량은 42.9%였으며, 각 문항의 요인 적재량은 .47-.82의 범위였다.

제5요인은 '의료진은 환자 교육의 적절한 시점을 정해야 한다,' '의

Table 2. Factor Analysis and Reliability

(N=388)

Factor (Cronbach's α)	Items	Factor loading	Eigen values	Accumulative variance (%)
Factor 1 Sharing information (.89)	15. Health team has to exchange information about transfer, moving, and discharge of patient with terminal illnesses.	.73	4.88	13.9
	18. Contents of the decision must be shared with others based on respect among health professionals.	.72		
	16. Health professionals and patient have to share in the treatment process.	.69		
	17. Contents of the decision must be written precisely so that other health professionals understand and take over official duties.	.69		
	14. Health professionals and patients have to discuss treatment option according to patients' condition.	.68		
	19. Sharing the contents of a medical decision strengthens the therapeutic relationship among patients, health professionals and families.	.64		
	13. In making medical decisions, it is important for health professionals to cooperate.	.62		
	20. Health professionals have to ask patients and families about treatment option.	.48		
	12. Medical decision making is needed in the whole life cycle as well as at the end.	.41		
Factor 2 Constructing a system (.81)	29. Hospital ethics committees must intervene when conflict arises among patients, families and health professionals.	.68	3.87	25.0
	31. Hospitals must have a system ready for cooperation with organizations helping with advanced directives of patients and families.	.66		
	28. Hospitals must prepare appropriate formal papers and guidelines for advanced directives.	.63		
	27. Legal basis are prepared for the responsibilities and roles of health professionals.	.63		
	32. Health professionals must decide on medical decision making issues in detail.	.62		
	30. Systematic medical decision making systems should be developed for effective hospice operation.	.60		
Factor 3 Explanation as a duty	33. The patient, physician, nurse, family, and religious advisor must be included in medical decision making.	.49	3.50	35.0
	22. Health professionals have to explain carefully to patients the illness and prognoses.	.78		
	23. Health professionals have to explain advanced directives to patients.	.76		
	21. Health professionals have to explain precisely the advantages and disadvantages of treatment options.	.72		
	26. Health professionals require sufficient knowledge about the medical decision process.	.57		
Factor 4 Autonomy (.79)	24. Health professionals' education of patients and families helps in medical decision making.	.48	2.77	42.9
	2. The subject of medical decision making is a patient.	.82		
	3. The consent of the patient is important for medical decision making.	.77		
	4. Medical decision making should be made by the will of patient freely.	.73		
Factor 5 Capturing time (.78)	1. Health professionals should know the reason for patient's advanced medical decision making.	.47	2.50	50.0
	10. Health professionals have to set a proper time for education for patient.	.67		
	11. Health professionals have to understand and accept what and when patient decides.	.61		
Factor 6 Participation of family (.81)	9. Health professional's advice at the proper time helps the patient.	.59	2.22	56.4
	35. To achieve the purpose of decision making, health professionals, patients, and families must cooperate.	.76		
	36. Health professionals, patients, and families must follow the decision which has been decided among them.	.72		
Factor 7 Human respect (.71)	34. When decisions are made together with health professionals, patient, and family, satisfaction is increased.	.69	1.94	61.9
	7. Health professionals should not cling to meaningless treatment in end-of-life.	.74		
	8. Patient, family, and health professionals must consider dignified death preferentially.	.74		
	6. Health professionals must consider patient's comfort in end-of-life decision making.	.52		

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)= .94; Bartlett's test of sphericity: $\chi^2 = 10,388.58$; $p < .001$; Cronbach's $\alpha = .94$.

료진은 환자가 무엇을 언제 결정해야 할지 파악해야 한다,' '적절한 시기에 하는 의료진의 권고는 환자에게 도움이 된다'의 3문항으로 '시기포착'으로 명명하였다. 제5요인에 속한 문항들은 환자를 위한, 환자 중심의 치료를 위해 배양해야 할 의료전문의가의 민감성을 반영하고 있다. 제5요인의 고유 값은 2.50이었고, 누적 설명변량은 50.0%였으며, 각 문항의 요인적재량은 .59-.67의 범위였다.

제6요인은 '의사 결정 목표를 달성하기 위해 의료진과 환자 및 가족은 서로 협조해야 한다,' '의료진과 환자, 가족이 함께 논의하여 정한 의료적 의사 결정에 따라야 한다,' '의료진, 환자, 가족이 함께 논의하여 의사 결정을 하면 만족도가 높아진다'의 3문항으로 '가족참여'로 명명하였다. 제5요인에 속한 문항들은 말기의 의료적 의사 결정에서 환자-가족-의료인 간의 공유 의사 결정이 목표달성을 위한 의사 결정과정의 핵심이라는 점을 반영하고 있다. 제6요인의 고유 값은 2.22였고, 누적 설명변량은 56.4%였으며, 각 문항의 요인적재량은 .69-.76의 범위였다.

제7요인은 '의료진은 말기의 무의미한 치료에 집착해서는 안 된다,' '환자, 가족, 의료진의 사전 의료적 의사 결정은 품위 있는 죽음을 우선적으로 생각해야 한다,' '의료진은 말기 환자의 편안한 삶을 고려해야 한다'의 3문항으로 '인격존중'으로 명명하였다. 제7요인에 속한 문항들은 인간존엄의 가치를 가지고 죽음을 바라보는 자세를 반영하고 있다. 제7요인의 고유 값은 1.94이었고, 누적 설명변량은 61.9%였으며, 각 문항의 요인적재량은 .52-.74의 범위였다(Table 2).

3) 준거타당도 검정

도구에 대한 준거타당도를 검정하기 위해 공유 의료적 의사 결정과 연명치료중단에 대한 태도 측정도구, 공유 의료적 의사 결정과

품위 있는 죽음 간의 상관관계를 분석하였다. 공유 의료적 의사 결정은 연명치료중단에 대한 태도와 통계적으로 유의한 순상관이 있었다($r=.46, p<.001$). 공유 의료적 의사 결정의 하부요인과 연명치료중단에 대한 태도와 관계는 요인1 ($r=.25, p<.001$), 요인2 ($r=.22, p<.001$), 요인3 ($r=.22, p<.001$), 요인4 ($r=.27, p<.001$), 요인5 ($r=.29, p<.001$), 요인6 ($r=.31, p<.001$), 요인7 ($r=.31, p<.001$) 모두에서 순상관이 있었다.

공유 의료적 의사 결정은 품위 있는 죽음과 통계적으로 유의한 순상관이 있었다($r=.46, p<.001$). 공유 의료적 의사 결정의 하부요인과 품위 있는 죽음과의 관계는 요인1 ($r=.36, p<.001$), 요인2 ($r=.32, p<.001$), 요인3 ($r=.28, p<.001$), 요인4 ($r=.43, p<.001$), 요인5 ($r=.37, p<.001$), 요인6 ($r=.29, p<.001$), 요인7 ($r=.42, p<.001$) 모두에서 순상관이 있었다. 공유 의료적 의사 결정과 품위 있는 죽음의 하부요인과의 관계는 정서적 안위유지($r=.41, p<.001$), 사회적 관계정리($r=.44, p<.001$), 고통 없음($r=.09, p=.040$), 자율적 의사 결정($r=.40, p<.001$), 역할보존($r=.43, p<.001$) 모두에서 순상관이 있었다. 공유 의료적 의사 결정 하부요인과 품위 있는 죽음의 하부요인과의 관계는 대부분의 요인 간에 통계적으로 유의한 순상관이 있었으나 품위 있는 죽음의 하부요인인 고통 없음과 요인1, 요인2, 요인3, 요인6 간은 통계적으로 유의한 상관이 없었다(Table 3).

3. 측정도구의 신뢰도 검정

도구의 내적 일관성을 나타내는 Cronbach's $\alpha=.94$ 였으며, 요인별로 살펴보면 제1요인은 .89, 제2요인은 .81, 제3요인은 .87, 제4요인은 .79, 제5요인은 .78, 제6요인은 .81, 제7요인은 .71이었다. 도구의 반분법

Table 3. Correlation among Shared Decision Making Scale, Terminating Life Support Scale, and Dignified Dying Scale

(N=388)

Variables	SDM	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Terminating life support	.34 ($<.001$)	.25 ($<.001$)	.22 ($<.001$)	.22 ($<.001$)	.27 ($<.001$)	.29 ($<.001$)	.31 ($<.001$)	.31 ($<.001$)
Dignified dying	.46 ($<.001$)	.36 ($<.001$)	.32 ($<.001$)	.28 ($<.001$)	.43 ($<.001$)	.37 ($<.001$)	.29 ($<.001$)	.42 ($<.001$)
Maintaining emotional comfort	.41 ($<.001$)	.33 ($<.001$)	.28 ($<.001$)	.26 ($<.001$)	.36 ($<.001$)	.32 ($<.001$)	.28 ($<.001$)	.36 ($<.001$)
Arranging social relationships	.44 ($<.001$)	.34 ($<.001$)	.31 ($<.001$)	.29 ($<.001$)	.38 ($<.001$)	.37 ($<.001$)	.29 ($<.001$)	.37 ($<.001$)
Avoiding suffering	.09 (.040)	.03 (.532)	.07 (.094)	-.04 (.368)	.18 ($<.001$)	.09 (.041)	.03 (.463)	.15 ($<.001$)
Maintaining autonomous decision-making	.40 ($<.001$)	.32 ($<.001$)	.24 ($<.001$)	.27 ($<.001$)	.39 ($<.001$)	.26 ($<.001$)	.22 ($<.001$)	.44 ($<.001$)
Role preservation	.43 ($<.001$)	.35 ($<.001$)	.29 ($<.001$)	.27 ($<.001$)	.41 ($<.001$)	.37 ($<.001$)	.24 ($<.001$)	.35 ($<.001$)

SDM=Shared decision making.

에 의한 Guttman의 신뢰도 계수는 .89였다(Table 2).

논 의

본 연구는 말기의 인간적 품위와 관련하여 의료적 의사 결정이 사회적 이슈로 대두되는 시점에 즈음하여 우리나라 실정에 맞는 공유 의료적 의사 결정 측정도구를 개발하기 위해 시도되었다. 제1요인은 9개 문항이 추출되어 '정보공유'로 명명되었는데, 의료팀의 정보교환, 의료진의 상호존중, 의사 결정 내용의 공유, 의료진 간의 협동, 치료선택에 대한 환자-가족의 의견수렴 등의 내용으로 구성되어 있다. 이는 실제 의료현장의 의사 결정 과정에서 의사와 간호사 간의 갈등이 존재함을 지적한 문헌(Willard & Luker, 2006)과 일맥상통한다. 즉 의사와 간호사간의 위계질서(Willard & Luker)로 인해 의사 결정 시에 간호사의 의견이 반영되지 않는 점(Nordgen & Olsson, 2004)과 의사 결정내용의 비공개(Jo et al., 2011), 의사가 치료정보를 공유하지 않아 환자와의 신뢰가 깨진 스트레스로 인한 간호사의 부정적 반응(Costello, 2001) 등은 의료인 간의 공동 의사 결정체계를 숙고할 여지를 제공하고 있다. 따라서 말기 상황의 의사 소통 갈등을 해결하고 환자의 품위 있는 죽음을 도와주기 위해서는 의료적 의사 결정에서 주도적 역할을 하는 의사와 간호사 간의 협동적 정보공유와 상호존중의 분위기가 요청된다.

제2요인은 7개 문항이 추출되어 '지원체계구축'으로 명명되었는데, 의사 결정 문제 시 병원윤리위원회의 개입, 사전의사 결정을 위한 병원의 협조체계, 적절한 서면양식이나 지침 마련, 의료진의 책임과 법적근거 마련, 호스피스운영을 위한 체계적인 제도 마련 등의 내용으로 구성되어 있다. 이는 국내의 의료적 의사 결정 상황에서 의사 소통 체계, 병원의 시스템, 그리고 보호자 측면에서 객관적 지침과 적립된 도구의 필요성을 제시한 연구(Jo et al., 2011)와 같은 맥락이다. 또한 어떤 경우라도 의사가 혼자 잘못 판단하지 않도록 동료 의사에게 자문하고, 필요시 병원윤리위원회에 결정을 의뢰하는(Jo et al.) 제도적 통로의 중요성을 지적하고 있다. 이러한 제안은 호스피스 운영체계뿐 아니라, 말기 의사 결정을 위한 병원 내부의 의료진 간의 의뢰문화 형성과 타 기관과의 연계적 협조체계가 시급함을 알려준다.

제3요인은 5개 문항이 추출되어 '설명 의무'로 명명하였는데, 환자의 질병상태나 예후에 대한 설명, 사전의사 결정에 대한 설명, 치료 방법 선택의 장단점, 의사 결정에 대한 충분한 지식, 환자와 가족의 교육 등의 내용이 포함되었다. 이는 의사에게 본인의 질병에 대해 충분히 설명할 기회를 얻은 환자일수록 진료결정에서의 만족도가 높았다고 보고한 연구(Suh & Lee, 2010)와 일치하며, 환자의 능동적 의사 결정 참여의 기회는 의료진의 설명 여부에 달려 있음을 암시

하고 있다. 또한 사전의사 결정에 대한 환자와 가족의 지식부족에 대해서는 충분한 정보제공을 통해 환자, 가족, 친척과 함께 말기 환자의 삶에 대해 토론할 수 있는 기회를 제공해야 하며(Scherer, Jezewski, Graves, Wu, & Bu, 2006), 이때 간호사의 지지에 대한 책임감을 강조한 바 있다. 이와 관련하여 Meraviglia, McGuire와 Chesley (2003)는 환자나 가족들의 삶의 질 문제, 특히 치료를 선택하고 수명을 연장하는 조치에 대한 숙고와 의사 결정 과정에서 간호사의 개방적인 의사 소통과 지지 역할이 중요함을 언급하여 본 연구 결과를 뒷받침하고 있다.

제4요인은 4개 문항이 추출되어 '자율성'으로 명명되었는데, 의사 결정의 주체는 환자이며, 환자의 동의가 중요하고, 환자가 자유롭게 결정해야 되며, 의료진은 환자가 사전의사 결정 한 이유를 알아야 함 등의 내용으로 구성되어 있다. Hilden과 Honkasalo (2006)는 의사 결정 시 환자의 자율적 참여는 품위 있는 죽음과 밀접한 상관이 있음을 밝혔는데, 이러한 사실은 말기 의료적 의사 결정에서 환자의 자율성 증진과 인간존엄의 실현을 위해 의료인의 역할이 매우 중요함을 의미한다. 특히 한국사회에서 말기 상황의 의료행위에 대한 결정은 환자 스스로 하기보다는 가족의 견해에 더 많은 비중을 두며(Jo et al., 2011), 가족 간의 의견차이가 임종의 과정을 연장시키고 말기 환자의 삶의 질에 부정적인 영향을 미칠 수 있으므로(Winter & Parks, 2008) 정보전달의 진실성과 정확성, 그리고 개방적 의사 결정 체계 운영을 통해 환자의 자율성을 증진할 수 있는 방안 마련이 요구된다.

제5요인은 3개 문항이 추출되어 '시기포착'으로 명명되었는데, 의료진은 환자교육의 적절한 시점을 정해야 하고, 환자가 무엇을 언제 결정할지를 파악해야 하며, 적절한 시기에 권고를 해야 함 등의 내용으로 구성되어 있다. Weissman (2004)은 생명연장 치료에서 환자의 삶의 질과 편안함에 집중하는 완화적 접근으로 바꾸는 시기를 감지하는 것은 임상적으로 환자나 가족 그리고 의료인들에게는 도전이라고 밝힘으로써 마지막 삶의 위기에서의 의사 결정의 중요성과 어려움을 피력하였다. 사전의사 결정은 어느 한 순간에 이루어지는 결정이 아니라 환자가 자신의 죽음에 이르는 과정에 대한 숙고의 결과로 이루어진다고 볼 때, 의사와 간호사의 역할이 중요한 변수로 대두된다. Weissman은 환자의 심리적 단계가 의사 결정에 영향을 미칠 수 있는 변수임을 지적하면서 죽음과정에서 오는 정상적 비탄과 슬픔과정, 그리고 환자의 문화적, 정신적 신념체계에 대한 이해가 말기 의사 결정 시 의료인들에게 요구되는 사안임을 언급하였다.

제6요인은 3개 문항이 추출되어 '가족참여'로 명명되었는데, 의사 결정 목표달성을 위해 의료진-환자-가족의 협조가 필요함, 의료진-환자-가족이 함께 의사 결정 해야 함, 의료진-환자-가족이 함께 의

사 결정하면 만족도가 높아짐 등의 내용으로 구성되어 있다. 이와 관련하여 선행 연구(Jo et al., 2011)에서 지적인 가족과 친지의 요청에 의한 진실통고는 한국사회에서 특히 임종의 위기상황에서 치료 결정을 할 때, 가족의 견해에 많은 비중을 두어야 함을 의미하였다. 이러한 가족의 참여와 가족에 대한 배려는 말기 의사 결정시 한국사회에서 가장 변화가 필요한 부분으로 지적되어 본 연구 결과와 같은 맥락을 이룬다. 우리나라의 경우, 유교적 전통과 관련된 집합주의 가족문화가 우세하므로, 임종시기의 의사 결정에서 가족의 의견은 중요한 의미를 가진다고 볼 수 있다. 따라서 한국사회에서 의료적 의사 결정은 가족단위로 이 문제를 다루어야 할 것으로 본다. 또한 가족의 중요성은 의사 결정에 대해 환자를 위한 지지적 측면에서 불평과 불안을 가라앉힐 수 있는 충분한 이해 채널로서 또한 중요하다고 사료된다.

제7요인은 3개 문항이 추출되어 '인격존중'으로 명명되었는데, 의료진은 무의미한 치료에 집착해서는 안되며, 사전의사 결정은 품위 있는 죽음을 우선적으로 생각해야 하고, 말기 환자의 편안한 삶을 고려해야 하는 등의 내용으로 구성되어 있다. 의사의 무의미한 치료 집착의 경향성은 오랫동안 죽음을 치료의 실패라는 단어와 동의어로 간주되어 온 점과 의료인이 죽음을 앞둔 환자와 가족에게 해 줄 것이 아무것도 없다(Jo, 2011)라는 인식에 반성을 촉구하고 있다. 또한 의료인의 공감적 태도와 의사 소통 기술은 환자의 통증과 고통을 감소시키고 좋은 죽음을 맞이할 수 있게 하며(Jo et al., 2011), 대부분의 환자들은 의료인과 말기의 치료선택에 대해 솔직하게 이야기 하고 싶어 하고(Johnston & Smith, 2006), 의료인이 먼저 화제를 던져야 한다는 점(Briggs & Colvin, 2002) 등은 모두 인간중심적인 의료적 의사 결정의 내용을 보여 주고 있다. 따라서 의사와 간호사들에게 있어 인간존중의 가치, 죽음을 앞둔 환자나 가족들과의 의료적 의사 소통 방법에 대한 훈련과 준비가 시급함을 알 수 있다.

이상에서 본 연구는 최종 6개 하위영역 범주화를 통해 문항을 작성하여 요인분석 한 결과, 7개 요인이 명명되었다. 제1요인(정보공유)은 하위영역의 의사 결정에 대한 상호동의에 해당되고, SDM 모델의 네 번째 개념인 성과에서 연구자가 도출한 관계수준과 연관된다. 반면 제2요인(지원체계구축)은 병원의 협조체제, 적절한 서면양식이나 지침, 의료진의 책임과 법적근거 등 체계적인 제도마련의 항목내용을 포함하고 있어 SDM의 성과에서 연구자가 도출한 건강시스템에 해당되는 것으로 볼 수 있다. 또한 텔파이 연구 주제의 체계적인 말기간호와 같은 맥락으로, 본 연구의 하위개념인 의사 결정에 대한 상호동의에 1요인과 2요인이 포함되고 있다. 제3요인(설명 의무)은 본 연구의 하위개념인 의료인의 역할에 해당되며, 제4요인(자율성)은 본 연구의 하위개념인 SDM에 대한 환자의 가치와 선호에, 제5요인(시기포착)은 본 연구의 하위개념인 파트너십에 해당되며,

제6요인(가족참여)은 본 연구의 하위개념인 가족의 지지에, 그리고 제7요인(인격존중)은 본 연구의 하위개념인 인간존중에 포함된다.

현재까지 공유 의료적 의사 결정 관련 도구는 국내·외적으로 찾아볼 수 없을 정도로 생소하며, 대부분이 환자·의사와의 공동의사 결정을 공유 의료적 의사 결정이라고 정의를 내리고 그에 준한 개념만을 가지고 개발되었으며 환자, 의사, 간호사, 가족을 의사 결정에 포함한 도구가 없는 상황에서 도구의 평가와 비교가 어려운 실정이다. 그러나 본 연구에서 준거타당도 검정으로 사용되었던 연명치료 중단에 대한 태도 측정도구(Byun et al., 2003)와 품위 있는 죽음 태도 측정도구(Jo, 2011)는 환자의 생명과 인간존엄 유지, 고통경감과 품위 있게 죽을 권리 사이의 선택의 문제로서 연명치료중단에 대한 태도 측정도구가 인간존엄성에 기반한 품위 있는 죽음과 연관된다는 연구 결과(Frank, 2009)를 근거로 본 도구의 준거도구로 사용하였다. 특히 본 연구에서 사용된 준거도구들은 모두 한국에서 개발된 도구이므로 항목내용의 표현에서 문화적 마찰을 극복할 수 있는 장점이 있었다. 더구나 공유 의료적 의사 결정에 관련된 선행도구들은 대부분이 환자와 의사의 역할 측면에 초점을 두고 있을 뿐, 의사 결정을 위한 의료기관의 내, 외적 협동체계 구축, 의료전문가 간의 정보공유, 가족참여 등 다차원적이며 통합적인 내용을 포함하지는 못하였다.

본 연구에서는 문헌검토뿐 아니라 한국의 의료현실을 바탕으로 각 연령층의 성인과의 면담, 의사, 간호사와의 전문가 델파이 면담을 기초로 문항을 작성하였고, 검토하는 과정을 거쳤으며, 면담에서 표현한 내용을 참고하여 가능한 이해하기 쉽게 기술하였다. 이러한 절차로 인해 본 도구는 '의료진은 환자에게 질병의 상태나 예후를 충분히 설명해야 한다'와 같이 대상자의 진술을 충분히 반영하여 기술하였고, '의료팀은 말기 환자의 전과, 이동, 퇴원에 관련된 정보를 서로 교환해야 한다'와 같이 임상에서 근무하는 의료인의 실제경험을 반영한 쉬운 단어를 사용하여 이해도를 높이는 문항으로 구성하였다. 따라서 선행 연구와는 다른 문항과 요인의 구성을 보여주었으며, 모든 문항의 요인적재량이 4 이상으로 유의하였고, 최종문항 선정 시 분류되었던 항목과도 거의 일치하여 요인이 추출되었다.

환자-가족-의사-간호사를 포함한 공유 의사 결정의 표준화 도구가 없는 상태에서 본 도구의 측정 능력을 외적 기준에 의해 평가하기는 쉽지 않다. 이에 Byun 등(2003)이 개발한 연명치료중단에 대한 태도와 Jo (2011)가 개발한 품위 있는 죽음 태도 측정도구를 준거타당도 검증도구로 사용하였는데, 공유 의료적 의사 결정은 연명치료 중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음 태도 측정도구의 거의 모든 요인에서 통계적으로 유의한 상관관계를 보여 준거타당도 검정으로 적절했다고 사료된다. 도구의 신뢰도 검정에서 Cronbach's $\alpha = .94$ 였으

며, 설문지를 이용하여 측정하는 사회과학적 개념에서 신뢰도가 .70 이상이면 신뢰할만하다고 인정하고, Cronbach's α 가 .9 이상이면 신뢰도가 높다고 할 수 있으므로(Ryu, 2006), 본 도구의 신뢰도는 높다고 하겠다.

이상의 결과에서, 기존의 도구가 환자-의사의 의사 결정 측면에서 환자의 자율성과 의사의 역할에 초점을 두었다면 본 연구에서 개발한 도구의 내용은 Stacey 등(2010)의 공유 의사 결정의 범주를 토대로 인간존중에 근거한 의사 결정의 다차원적 측면을 고려한 포괄적인 내용으로 구성되어 있다. 특히 본 도구는 문항수가 많지 않아 응답자들이 답변하는데 부담을 줄여 주며, 환자와 가족, 의료인 모두를 상대로 각자의 처지에서 공유 의료적 의사 결정 태도를 포괄적으로 평가할 수 있는 이점이 있다. 본 연구의 장점은 오늘날 우리 사회에서 중요시 되고 있는 연명치료중단과 관련한 의료적 의사 결정의 관점들을 인간의 품위를 바탕으로 한국의 사회, 문화적 관점에서 국내 최초로 공유 의료적 의사 결정 태도 측정도구를 개발했다는 점이다. 반면 제한점은 연구 대상의 편의표집 방법으로 향후 이러한 점을 보완할 연구 탐색이 필요할 것으로 사료된다.

결론

본 연구 결과, 공유 의료적 의사 결정 태도를 측정할 수 있는 신뢰도와 타당도가 검증된 자가보고형 측정도구가 개발되었다. 이 도구는 총 34문항의 4점 Likert식 질문지로서 7개 하부척도로 이루어졌다. 또한 본 도구의 설명력은 61.9%로 나타나 충분한 설명력을 지니고 있는 것으로 확인되었으며 도구의 하부요인은 정보공유, 지원체계구축, 설명의무, 자율성, 시기포착, 가족참여, 그리고 인격존중으로 규명되었다.

본 연구는 대상자 표집 시 대표성을 확보하기 위하여 서울, 대구, 부산의 3개 도시에서 표집 하였으나 대상자를 편의추출한 점에서 제한점을 내포하고 있다. 따라서 추후연구에서는 도구의 타당성과 신뢰성을 적절히 평가해 줄 수 있는 표집방법을 제안한다. 또한 반복 연구를 실시하여 본 도구의 신뢰도와 타당도를 재검증하고 도구의 보완을 위한 연구가 이루어져야 할 것으로 사료된다.

말기의 의료적 의사 결정시에 간호사의 옹호자, 조정자로서의 역할은 전문직 간호의 중요한 가치로서 본 연구 결과가 간호학문에 미치는 영향은 클 것으로 기대한다. 교육적 측면에서는 학생들이 말기의 삶의 질과 인간적 품위를 강화시킬 수 있는 상황을 논의하고 학습함으로써 향후 간호사로서 의료적 의사 결정 상황에 직면할 때, 대상자의 존엄성을 옹호하는 행위를 실현할 수 있을 것이다. 연구와 실무에서는 개발된 도구를 활용함으로써 한국인의 공유 의료적 의사 결정 태도를 정확하게 파악하여 효율적인 의사 결정 교

육 방안을 마련하고, 말기에 인간적 품위를 유지하여 임종 대상자의 삶의 질을 극대화하도록 의사 결정 중재프로그램 개발에 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다.

REFERENCES

- Briggs, L., & Colvin, E. (2002). The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatric Nursing*, 23, 302-310. <http://dx.doi.org/10.1067/mgn.2002.130271>
- Byun, E. K., Choi, H. R., Choi, A. L., Kim, N. M., Hong, K. H., & Kim, H. S. (2003). An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Clinical Nursing Research*, 9(1), 112-124.
- Costello, J. (2001). Nursing older dying patients: Findings from an ethnographic study of death and dying in elderly care wards. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 59-68. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01822.x>
- Elwyn, G., Hutchings, H., Edwards, A., Rapport, F., Wensing, M., Cheung, W., et al. (2005). The OPTION scale: Measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expectations*, 8, 34-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1369-7625.2004.00311.x>
- Frank, R. K. (2009). Shared decision making and its role in end of life care. *British Journal of Nursing*, 18, 612-618.
- Hilden, H., & Honkasalo, M. (2006). Finnish nurses' interpretations of patient autonomy in the context of end-of-life decision making. *Nursing Ethics*, 13, 41-51. <http://dx.doi.org/10.1191/0969733006ne8560a>
- Hilden, H., Louhiala, P., Honkasalo, M., & Palo, J. (2004). Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nursing Ethics*, 11, 165-178. <http://dx.doi.org/10.1191/0969733004ne6810a>
- Holcomb, L. E., Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1993). Personal meanings of death: A content analysis of free-response narratives. *Death Studies*, 17, 299-318. <http://dx.doi.org/10.1080/07481189308252627>
- Jo, K. H. (2010). Nurse's conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 22, 488-498.
- Jo, K. H. (2011). Development and evaluation of a dignified dying scale for Korean adults. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41, 313-324. <http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2011.41.3.313>
- Jo, K. H., An, G. J., & Kim, G. M. (2011). Future changes and directions for the construction of Medical Decision-Making System in Korea: Focused on delphi surveys. *Korean Journal of Medical Ethics*, 14, 44-54.
- Johnston, B., & Smith, L. N. (2006). Nurses' and patients' perceptions of expert palliative nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 700-709. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03857.x>
- Kriston, L., Scholl, I., Holzel, L., Simon, D., Loh, A., & Harter, M. (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, 94-99. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.034>
- Lee, S. M., Kim, S. Y., & Lee, H. S. (2009). The process of medical decision-

- making for cancer patients. *Korean Journal of Medical Ethics*, 12, 1-14.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, 35, 382-385.
- Meraviglia, M. G., McGuire, C., & Chesley, D. A. (2003). Nurses' needs for education on cancer and end-of-life care. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 34, 122-127.
- Nordgen, L., & Olsson, H. (2004). Palliative care in a coronary care unit: A qualitative study of physicians' and nurses' perceptions. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 185-193. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00816.x>
- Norton, S. A., & Talerico, K. A. (2000). Facilitating end of life decision making strategies for communicating and assessing. *Journal of Gerontological Nursing*, 26, 6-13.
- Ryu, C. S. (2006). *SPSS 14.0 for windows* (5th ed.). Seoul: Elite.
- Scherer, Y., Jezewski, M. A., Graves, B., Wu, Y. B., & Bu, X. (2006). Advanced directives and end-of-life decision making: Survey of critical care nurses' knowledge, attitudes and experience. *Critical Care Nurse*, 26(6), 30-40.
- Simon, D., Schorr, G., Wirtz, M., Vordermaier, A., Caspari, C., Neuner, B., et al. (2006). Development and first validation of the shared decision-making questionnaire (SDM-Q). *Patient Education and Counseling*, 63, 319-327. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2006.04.012>
- Song, S. J. (2001). Characteristics of Korean family and family therapy. *Korean Journal of Family Therapy*, 9, 1-20.
- Stacey, D., Legare, F., Pouliot, S., Kryworuchko, J., & Dunn, S. (2010). Shared decision making models to inform an interprofessional perspective on decision making: A theory analysis. *Patient Education and Counseling*, 80, 164-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.10.015>
- Stacey, D., Murray, M. A., Legare, F., Sandy, D., Menard, P., & O'Connor, A. (2008). Decision coaching to support shared decision making: A framework, evidence, and implications for nursing practice, education, and policy. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 5, 25-35. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2007.00108.x>
- Suh, W. S., & Lee, C. (2010). Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 43, 26-34. <http://dx.doi.org/10.3961/jpmph.2010.43.1.26>
- Weissman, D. E. (2004). Decision making at a time of crisis near the end of life. *Journal of American Medical Association*, 292, 1738-1743. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.292.14.1738>
- Willard, C., & Luker, K. (2006). Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliative Medicine*, 20, 611-615. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216306071064>
- Winter, L., & Parks, S. M. (2008). Family discord and proxy decision makers' end-of-life treatment decisions. *Journal of Palliative Medicine*, 11, 1109-1114. <http://dx.doi.org/10.1089/jpm.2008.0039>