Research Article
Korean J Med Ethics 2026;29(3): 207-221
https://doi.org/10.35301/ksme.2026.29.3.207

KJME
Korean Journal of Medical Ethics
pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

공유의사결정을 위한 가치명료화: 국내 환자의사결정지원도구의 형식, 기능 및 맥락

최지연[1], 이설아[2], 유상호[3*]

[1]연세대학교 의과대학 인문사회의학교실, 연구강사
[2]경희대학교 대학원 통합의료인문학과, 박사과정생
[3]한양대학교 의과대학 의료인문학교실, 교수

Values Clarification for Shared Decision-Making: Forms, Functions, and Contexts of Patient Decision Aids in South Korea

Jiyeon Choi[1], Solah Lee[2], Sang-Ho Yoo[3*]

[1]Research Fellow, Department of Medical Humanities and Social Sciences, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea
[2]Ph.D. Student, Department of Integrated Medical Humanities, Graduate School, Kyung Hee University, Seoul, Korea
[3]Professor, Department of Medical Humanities and Ethics, Hanyang University College of Medicine, Seoul, Korea

Received: Aug 13, 2026
Revised: Aug 31, 2026
Accepted: Sep 3, 2026

***Corresponding author**
Sang-Ho Yoo
Professor, Department of Medical Humanities and Ethics, Hanyang University College of Medicine, Seoul, Korea
Tel: +82-2-2220-2461
E-mail: karmaboy@hanyang.ac.kr

Copyright © 2026 Korean Society for Medical Ethics. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Conflict of interests
Sang-Ho Yoo is an editorial board member of this journal. However, the author was not involved in the reviewer selection, editorial evaluation, or decision-making process for this article. Otherwise, no potential conflicts of interest relevant to this article were reported.

Acknowledgements
We extend our sincere gratitude to the researchers who developed the respective patient decision aids and granted us permission to use them.

Abstract

Values clarification (VC) is a core mechanism of patient decision aids (PtDAs) that helps patients align the benefits, harms, burdens, and uncertainties of available options with their personal values. This descriptive exploratory study empirically analyzes the linguistic forms, structural functions, and sociocultural contexts of VC modules in PtDAs developed in South Korea. Eight Korean PtDAs were selected through criterion-based purposive sampling. VC-related content was extracted based on the International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) and evaluated via qualitative content analysis, utilizing independent open coding, categorization, and thematic abstraction. The analyzed VC modules predominantly employed explicit response formats, including Likert scales, sliders, and checklists, primarily structured as first-person declarative sentences. Nine categories emerged across two distinct functional domains: five addressing value clarification (outcomes, experiential values, burden/acceptability, daily life/quality of life, and autonomy/control) and four concerning the decision-making context (knowledge/information, decision role, readiness/uncertainty, and practical circumstances). The findings indicate that PtDAs should distinguish values clarification from knowledge or process assessments, explicitly connect patients' priorities to concrete trade-offs between options, and thereby foster value-concordant dialogue between patients and healthcare professionals.

Keywords: decision making, shared; decision support techniques; patient preference; personal values; qualitative research; patient-centered care

Funding information
This research was supported by a grant from the Korea Health Technology R&D Project through the Patient-Doctor Shared Decision Making Research Center (PDSDM), funded by the Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea (grant number: RS-2023-KH142275).

Data availability
Upon reasonable request, the datasets of this study can be available from the corresponding author.

ORCID
Jiyeon Choi
https://orcid.org/0000-0003-0544-9598
Solah Lee
https://orcid.org/0009-0002-9015-3248
Sang-Ho Yoo
https://orcid.org/0000-0001-9030-1365

Author contributions
Conceptualization: Choi J, Yoo SH.
Data curation: Choi J, Yoo SH.
Formal analysis: Choi J, Lee S.
Funding acquisition: Yoo SH.
Methodology: Choi J, Yoo SH.
Software: Choi J.
Validation: Yoo SH, Lee S.
Investigation: Choi J.
Project administration: Choi J, Yoo SH.
Supervision: Yoo SH.
Writing – original draft: Choi J.
Writing – review & editing: Choi J, Lee S, Yoo SH.

Ethics approval
All patient decision aids utilized in this study were obtained with the explicit permission of their original developers.

I. 연구배경

최근 의학적 의사결정의 핵심 모델로 공유의사결정(shared decision-making, SDM)이 주목받고 있다. 질병 중심의 의료가 환자중심돌봄으로 확장되면서, 이를 실현하기 위한 접근으로 대두된 공유의사결정은 의료인과 환자가 상호 존중의 파트너십을 바탕으로 양방향으로 정보를 교환하고, 복수의 의학적으로 합리적인 선택지에 관한 임상적 근거와 환자의 가치를 통합하여 함께 결정을 형성해 가는 과정이다[1-3]. 특히 선택지마다 기대되는 이익, 위해, 부담이 다르고 어느 하나를 일률적으로 최선이라고 규정하기 어려운 선호민감적 상황에서 공유의사결정의 필요성이 커진다[4].

공유의사결정은 환자가 선택지별 이익과 위해, 부담, 불확실성을 이해하고 이를 자신의 가치와 선호에 비추어 숙고하도록 강조한다[5]. 이러한 실천을 구체적으로 지원하는 도구를 환자의사결정지원도구(patient decision aid, PtDA)라 한다. PtDA는 고려해야 할 결정과 대상 집단을 명확히 하고, 선택지 및 선택지별 이익과 위해에 관한 근거를 균형 있게 제시하며, 환자가 선택지의 속성과 자신의 가치와 선호를 연결하도록 돕는 의사결정 지원 중재이다[6]. 최신 코크란 리뷰에 따르면 PtDA는 통상진료에 비해 환자의 지식과 정확한 위험 인식을 높이고, 개인적 가치가 더 명료한 정보에 근거한 가치일치적 선택을 지원한다[7].

국외에서는 다양한 임상영역에서 PtDA가 개발, 활용되어 왔다[7]. 국내에서도 공유의사결정의 도입과 한국 임상환경에 맞는 모델의 필요성이 제기되어 왔으며, 특히 연명의료결정제도의 시행을 배경으로 생애말기 공유의사결정의 중요성이 강조되었다[8-10]. 이러한 흐름에 따라 국내 임상현장에서 직접 활용할 수 있는 PtDA가 여러 임상영역에서 개발되기 시작하였다.

PtDA의 질을 담보하기 위하여 국제 환자의사결정지원도구 표준 협의체(International Patient Decision Aid Standards Collaboration)는 국제 환자의사결정지원도구 표준(International Patient Decision Aid Standards, IPDAS)을 제정하였다[11]. IPDAS 5.0은 평가기준을 자격기준(qualifying criteria), 필수기준(essential criteria), 품질향상기준(enhancing criteria)으로 구분한다. 자격기준은 PtDA가 갖추어야 할 최소 요건으로, 고려해야 할 결정과 대상 집단을 명시하고, 선택지와 선택지별 이익과 위해를 제시하며, 선택지의 긍정적, 부정적 특징 가운데 환자에게 중요한 것이 무엇인지 숙고하도록 지원할 것을 요구한다[12].

가치명료화(values clarification)는 특정한 건강 관련 결정에서 개인에게 무엇이 중요한지를 정리하고 명확히 하는 과정이며, 가치명료화 방법은 선택지 또는 선택지 속성의 바람직성과 수용 가능성을 숙고하도록 지원하여 환자가 자신의 가치에 부합하는 선택을 검토하도록 돕는 전략이다[13,14]. IPDAS 5.0은 가치명료화를 PtDA로 인정받기 위해 충족해야 할 자격기준 중 하나로 규정한다. 제7번 자격기준은 환자에게 선택지의 긍정적, 부정적 특징 가운데 무엇이 자신에게 가장 중요한지를 직접 생각하도록 요청하는 명시적 가치명료화와, 선택지의 결과를 신체적·심리적·사회적으로 경험하는 것이 어떠한지를 기술하는 암묵적 가치명료화 중 하나 이상을 포함하도록 한다[12]. 두 방식 중 하나 이상을 갖추면 제7번 가치명료화 자격기준을 충족하지만, 특정 응답척도의 사용 여부만으로 가치명료화 여부를 판단하기보다 환자가 선택지와 자신의 가치 사이의 관련성을 실제로 숙고하도록 지원하는지를 함께 살펴보아야 한다.

가치명료화의 기능은 환자가 정보에 근거하면서도 자신의 가치에 부합하는 결정을 내리도록 돕는 데 있다. 그러나 환자의 가치와 선호는 의학적 상황에서만 국한되지 않으며 사회문화적 배경과 관계적 맥락 속에서 형성되고 변화한다[15]. 국내 임상현장에서는 가족이 의사결정과 돌봄에 깊이 관여하는 경우가 많아, 가족관계와 돌봄 여건 역시 환자의 가치 판단과 선택의 실행 가능성에 영향을 줄 수 있다[4,16]. 따라서 가치명료화의 구현을 분석할 때에는 척도나 반응 형식뿐 아니라 도구가 다루는 생활세계와 관계적, 현실적 맥락을 함께 살펴볼 필요가 있다.

이에 본 연구는 문헌과 학술적 네트워크를 통해 확인하고 기준에 따라 목적표집한 국내 개발 PtDA 8개를 대상으로 분석하였다. 연구과정에서 가치명료화와 이를 지원하는 의사결정 과정과 맥락 관련 내용을 구분하여 그 구조와 언어적 표현 방식을 확인하고, 내용을 범주화하며, 관계적, 현실적 고려가 어떻게 반영되어 있는지를 살펴보고자 하였다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 국내 개발 PtDA에 구현된 가치명료화의 구조, 언어 및 내용적 특성을 탐색하기 위한 문서 기반 질적 내용분석이다. 연구설계는 IPDAS의 개념적 기준에 따라 분석대상 내용을 식별하고 기능을 구분하는 연역적 단계와, 그 내용의 의미를 개방코딩하여 도메인과 카테고리를 도출하는 귀납적 단계를 결합하였다[12,17]. 연구의 목적은 국내 PtDA 전체의 수나 분포를 추정하는 것이 아니라, 확인 가능한 국내 개발 사례에서 가치명료화가 구현되는 양상을 심층적으로 기술하는 데 있었다.

2. 자료원 및 분석대상 선정

국내에는 개발된 PtDA를 등록하거나 관리하는 공식적인 데이터베이스나 목록이 존재하지 않으므로, 본 연구는 (1) 학술 데이터베이스를 이용한 체계적 문헌 검색과 (2) 공유의사결정 관련 연구 네트워크를 통하여 자료원을 목적표집하였다.

선정기준은 첫째, 한국어로 개발되어 국내 임상환경에서 사용하기 위한 도구일 것, 둘째, 특정 건강 관련 결정을 명시하고 복수의 의학적으로 합리적인 선택지와 그 결과를 제시할 것, 셋째, 가치명료화 또는 이를 지원하는 의사결정 과정과 맥락 관련 내용을 포함할 것, 넷째, 분석에 필요한 전문을 확인할 수 있을 것이었다. 환자교육만을 목적으로 하거나 특정 결정을 지원하지 않는 자료, 관련 내용의 전문을 확인할 수 없는 도구는 제외하였다.

먼저 최근 10년간 국내에서 개발된 PtDA 개발 연구를 확인하기 위하여, 주요 학술 검색 DB에서 검색어('patient decision aids', 'development', 'South Korea')를 조합하여 검색을 수행하였다. 이를 통해 총 14편의 PtDA 개발 논문을 1차적으로 확인하여 해당 논문에 첨부되어 있거나, 저자가 보유한 PtDA를 확보하였다. 이 중 확보가 불가능한 5개 PtDA와 개발이 중단된 2개의 PtDA를 제외하고 총 7편의 PtDA를 2차 검토 대상으로 선정하였다. 검토 과정에서 가치명료화 질문을 포함하지 않은 3편을 제외하였다. 특히, 검진 항목에 따라 개발논문이 각기 진행되었으나 가치명료화 내용이 동일한 2편의 PtDA는 전문을

확인하는 과정에서 '대한암협회'와 '대한암연구재단'이 공동으로 총 4편의 PtDA를 개발한 것을 확인하였으며 나머지 역시 동일한 가치명료화 문구 사용이 확인되어 최종 1편으로 병합하였다.

이와 별개로 보건복지부 지원 '환자-의사가 함께하는 의사결정 모형개발 및 실증연구사업단(PDSDM사업단)' 내 실증연구팀 연구자의 협조를 통해 임상 현장에서 개발 및 실증중인 자료를 수집하였다. 8개의 실증연구팀의 PtDA 중 가치명료화 항목에 대한 전문 확인이 불가능한 3편을 제외하고 최종 5건을 분석대상으로 도출하였다.

위의 두 방법을 통해 선정된 8편의 PtDA는 최종 분석 대상으로 확정되었으며, 해당 과정의 흐름도는 Figure 1과 같다.

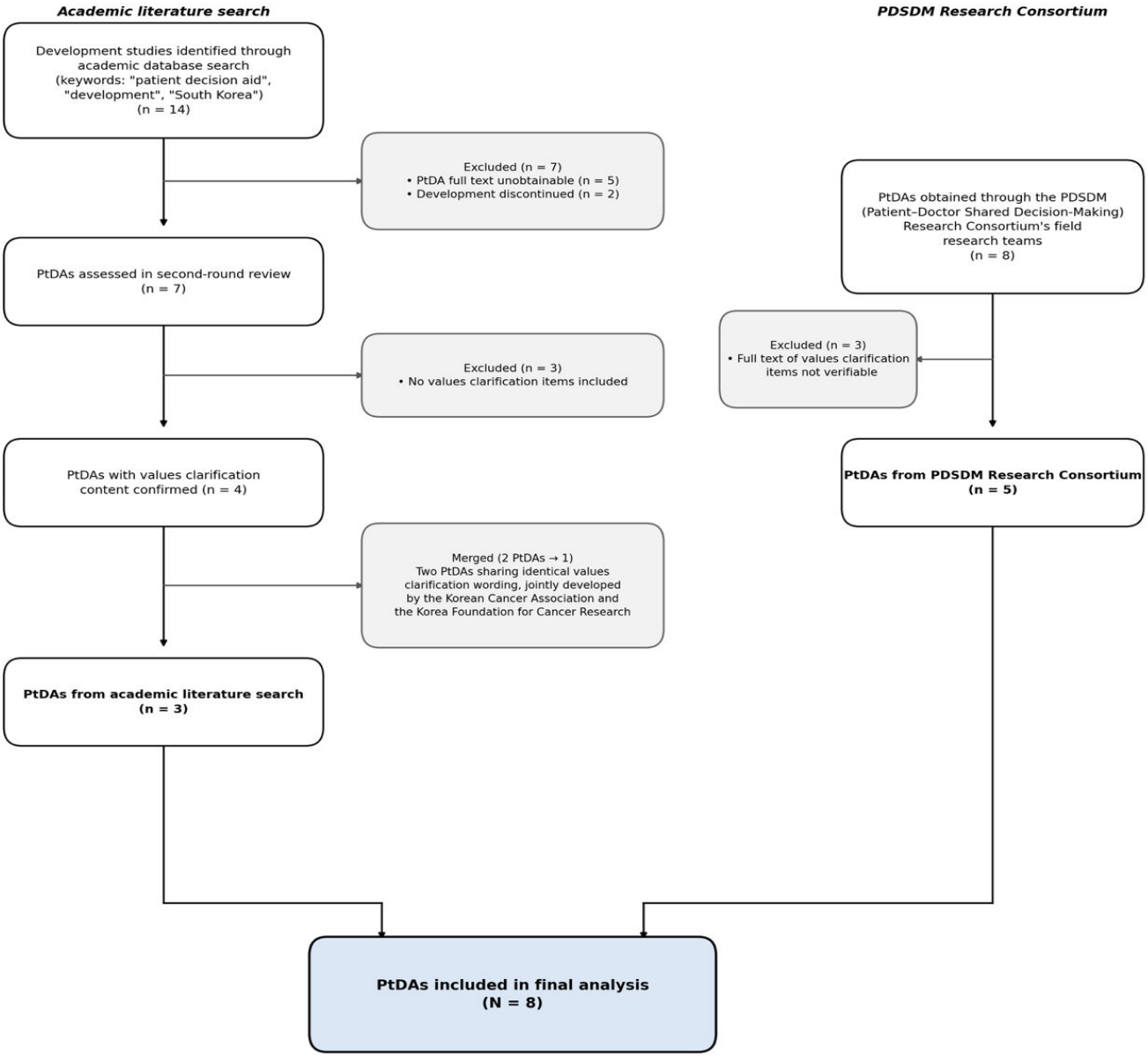


Figure 1. Flow diagram of PtDA identification and selection. PtDA: Patient Decision Aid, PDSDM: Patient-Doctor Shared Decision-Making.

3. 가치명료화의 조작적 정의와 분석단위

본 연구에서는 IPDAS 5.0의 제7번 가치명료화 자격기준을 일차적인 판정기준으로 적용하고, Fagerlin et al.과 Witteman et al.이 제시한 가치명료화 방법의 작동 정의를 보조기준으로 사용하였다[13,14]. 가치명료화는 특정한 의학적 의사결정 맥락에서 환자가 선택지 또는 선택지의 속성 또는 결과가 자신에게 얼마나 중요하고 바람직하며 수용 가능한지를 숙고하거나, 선택지 사이의 상대적 우선순위를 판단하여 자신의 가치에 부합하는 선택을 검토하도록 지원하는 내용으로 정의하였다. 이와 관련하여 지식과 이해도, 정보 요구도, 의사결정 참여, 결정 준비도 및 현재의 선택 선호 등은 가치명료화를 지원하는 의사결정 과정으로 분류하였다. 또한, 일반적 정서상태, 가족, 돌봄, 비용, 시간, 접근성 등과 같은 관계적, 현실적 여건의 사실 확인은 맥락 관련 내용으로 분류하였다. 다만 이러한 내용이 특정 선택지의 중요도나 수용가능성을 판단하는 데 직접적으로 연관된 경우에는 가치명료화로 분류하였다. 특정 선택지에 대한 숙고를 유도하지 않는 단순한 의학 정보나 행정적 안내문은 분석에서 제외하였다.

특히 PtDA가 환자에게 선택지의 긍정적, 부정적 특징 가운데 무엇이 자신에게 가장 중요한지를 직접 생각하거나 표현하도록 요청한 경우 명시적 가치명료화로 분류하였다. 예를 들어 환자가 의사결정 과정에서 선택지나 속성을 평가하기 위하여 워크시트를 작성하거나 막대 스크롤을 움직이거나, 숫자를 산출하는 상호적인 행동이 포함된 문항처럼 중요도 평가, 선택, 비교 및 순위화뿐 아니라 장단점의 선택 또는 작성, 개방형 숙고 질문 및 기타 구조화된 활동을 포함하였다. 단, 환자가 가진 선호나 가치가 아닌 다른 질문에 대한 리커트 척도, 슬라이더 또는 순위는 가치명료화로 분류하지 않았다.

반면에 PtDA가 환자에게 직접적인 가치평가나 명시적 응답을 요구하지 않으면서, 선택지의 결과를 경험하는 것이 신체적·심리적·사회적 또는 일상생활 측면에서 어떠한지를 구체적으로 기술하여 숙고를 지원한 경우 암묵적 가치명료화로 분류하였다. 단순한 이익과 위해 또는 발생확률을 나열한 것만으로는 암묵적 가치명료화로 분류하지 않았으며, 환자가 그 결과의 실제 경험과 자신의 삶에 대한 의미를 숙고할 수 있도록 기술되어 있는지를 함께 판단하였다.

본 연구의 표집 단위는 8개의 PtDA이며, 맥락단위는 각 PtDA가 다루는 전체 의사결정 상황 및 가치명료화 관련 모듈로 설정하였다. 코딩단위는 질문과 응답척도의 결합, 체크리스트의 개별 속성, 개방형 질문 또는 암묵적 가치명료화에 해당하는 의미 단락으로 세분화하였다. 각 코딩단위는 개별 문항이나, 척도가 위치한 문장의 맥락 안에서 해석하였다. 분석의 초점은 내용 단위의 빈도보다 기능과 의미 및 도구 수준의 분포에 있었으므로, 단순 문항 수를 도구 간 비교나 질 평가의 지표로 사용하지 않았다.

4. 분석 절차

본 연구는 Elo & Kyngäs의 내용분석 방법에 따라 준비(preparation), 조직화(organising), 보고(reporting)의 3단계를 적용하였다[17]. 준비 단계에서 연구자 2인은 최종 8개 PtDA의 가치명료화 관련 내용을 반복하여 읽고 분석대상 내용을 식별하였다. 조직화 단계에서는 각 내용 단위의 실질적 의미와 의사결정 맥락을 기준으로 개방코딩을 수행하고, 유사한 코드를 묶어 카테고리를 형성한 뒤 상위 도메인으로 추상화하였다. 보고 단계에서는 최종 도

메인과 카테고리, 도구별 분포와 대표 내용을 제시하고, 조작적 정의에 따라 가치명료화, 그와 관련된 의사결정 맥락 내용을 구분하여 기술하였다.

연구자 2인은 모든 분석대상 도구에서 가치명료화 포함 여부를 확인하여 대상을 선정하고 분석대상 도구 안에서 가치명료화 내용을 추출하는 작업을 수행하고, 각 내용이 함의하는 바를 카테고리로 코딩하였다. 이 과정은 각 연구자가 독립적으로 수행하였다. 이후 두 연구자는 코딩 결과를 대조하여 불일치가 발생한 지점을 모두 확인하고, 코드와 카테고리의 명칭 및 경계를 논의하는 합의 절차를 거쳤다. 명시적, 암묵적 가치명료화 또는 가치명료화와 관련 의사결정 지원 내용의 경계가 불분명한 경우에는 특정 문장만을 분리하여 판단하지 않고, 해당 문장이 놓인 선택지 설명, 환자에게 요구되는 반응, 응답 형식 및 전체 의사결정 맥락을 다시 검토하여 합의하였으며, 합의된 결과를 최종 분석에 반영하였다. 이 방법은 Elo와 Kyngäs의 방법론에 기반한 것으로 질적 합의를 통한 해석의 정합성을 높이는 데 목적을 두었다. 이에, Cohen's κ이나 백분율 일치도와 같은 정량적 지표는 산출하지 않았다.

5. 연구의 타당성 확보

질적 분석의 신뢰성을 높이기 위하여 Lincoln & Guba가 제시한 사실적 가치(credibility), 전이성(transferability), 의존성(dependability), 확증성(confirmability)을 고려하였으며[18], 보고의 투명성을 점검하기 위해 질적연구 보고기준(Standards for Reporting Qualitative Research, SRQR)을 참고하였다[19].

첫째, 사실적 가치를 확보하기 위하여 연구자들은 PtDA의 가치명료화 관련 내용을 반복하여 읽고, 각 내용이 특정 선택지와 결과를 숙고하는 과정에서 어떠한 기능을 하는지 해당 도구의 전체 결정 맥락과 함께 검토하였다. 특히 가치명료화, 관련 의사결정 과정과 맥락 내용을 구분하여 자료의 의미가 과도하게 확대되지 않도록 하였다.

둘째, 전이성을 확보하기 위하여 분석대상 도구의 임상영역, 대상 질환, 결정 선택지, 개발주체, 제공 형식, 반응 척도 및 문항 표현 방식을 제시하였다. 또한 각 카테고리의 의미를 설명할 때 실제 문항의 대표 예시를 함께 제시하여 독자가 다른 임상상황에 대한 적용 가능성을 판단할 수 있도록 하였다.

셋째, 의존성을 확보하기 위하여 표집단위, 맥락단위, 코딩단위, 내용 포함기준, 코드와 카테고리의 정의 및 분류기준을 명시하고 분석과정을 기록하였다. 연구자 2인이 모든 자료를 독립적으로 코딩한 뒤 결과를 비교하고 합의하는 과정을 거쳐 분석의 일관성을 점검하였다.

넷째, 확증성을 확보하기 위하여 연구자의 해석적 개입을 완전히 제거할 수 있다고 전제하지 않고, 내용의 기능과 카테고리를 분류하는 데 작용할 수 있는 사전 가정을 비판적으로 검토하였다. 연구자 간 검토 과정에서는 경계 사례를 포함한 각 해석이 원문 내용과 도구의 전체 결정 맥락에 근거하는지 반복하여 확인하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 문서 및 웹 기반 PtDA의 내용만을 분석하였으며, 각 도구의 개발자에게 해당 연구를 위하여 전문 분석 및 논문 인용에 대한 동의를 개별적으로 득하였다. 또한 개인식별정보나 인간 연구참여자로부터 자료를 수집하거나 분석하지 않았다.

III. 연구결과

1. 분석 대상 도구의 일반적 특성과 가치명료화 모듈의 구조

관련 학술적 네트워크를 통해 확인한 후보 도구에 선정기준을 적용한 결과, 최종 분석대상은 국내 개발 PtDA 8개였다. H는 갑상선암, 유방암, 전립선암 및 폐암 검진에 대한 PtDA로 동일한 가치명료화 문구를 사용하고 있어 PtDA 1개로 산정하였다.

분석대상 도구의 임상영역은 말기콩팥병과 다낭콩팥병 같은 만성질환, 저위험 갑상선암과 젊은 암환자의 가임력 보존 같은 암 관련 의사결정, 중증 무릎관절염, 치주질환 및 암 검진이었다. 결정상황은 2개 이상의 치료 선택지 가운데 하나를 선택하거나, 수술과 적극적 감시, 침습적 치료와 비침습적 치료, 가임력 보존 시행 여부 또는 암 검진 여부를 결정하는 경우를 포함하였다.

개발 주체는 개별 의료기관의 연구진부터 관련 전문학회까지 다양하였으며, 제공 형식은 종이 기반과 웹 기반으로 나뉘었다. 분석대상 모듈에서는 체크리스트, 리커트 척도, 슬라이더, 선호 순위화 및 개방형 입력과 같은 명시적 응답 형식이 확인되었다. 8개 중 4개 PtDA는 2가지 이상의 반응 형식을 혼용하였다. 리커트 척도는 3-5점으로 구성되었고, 다중 선택 체크리스트와 슬라이더를 이용해 선호의 정도를 표시하도록 한 도구도 있었다.

언어 형식에서는 1인칭 평서문 또는 이를 혼합한 형태가 여러 PtDA에서 확인되었다. “나는 …하고 싶다”, “나는 …가 중요하다”와 같은 문장으로 환자의 입장에서 자신의 선호를 직접 평가하도록 서술되었다. 일부 도구는 “환자분은 …를 원하시나요?”와 같은 2인칭 의문문을 사용하거나, “……이 불안하고 두렵다”, “……이 맞을까?”와 같은 1인칭 평서문과 의문문을 혼용하였다. 또한, 환자를 직접 지칭하지 않고 객관적 사실 또는 핵심어만 제시하는 서술문과 명사구도 관찰되었다.

추출된 문항의 내용은 선택지 및 그 결과에 대한 중요도나 수용 가능성 같은 가치명료화 영역을 포괄하였다. 나아가 치료에 대한 우려, 지식과 정보 요구, 결정 참여 선호, 의료비용과 내원 횟수, 일상생활 및 돌봄 여건 등 가치명료화를 지원하는 의사결정 과정과 맥락 내용을 포함하였다. 분석대상 PtDA의 구체적 특성은 Table 1에 제시하였다.

2. 가치명료화 및 관련 의사결정 지원 내용의 범주

가치명료화 관련 내용을 귀납적으로 범주화하고 조작적 정의에 따라 각 대표 내용의 기능을 해석한 결과, 가치명료화 내용과 의사결정과정에서 가치명료화를 지원하는 내용으로 구분되며, 그 구성은 Table 2와 같다. 도메인의 구분은 환자가 선택지의 특성을 염두하여 자신에게 얼마나 중요한지 판단하도록 하는 것(value clarification content)과 그 과정을 지원하고 여건을 확인하는 내용(decision-making context content)을 기능적으로 구분하였다.

첫 번째 도메인인 가치명료화의 내용은 결과(outcomes), 경험적 가치(experiential values), 부담 및 수용가능성(burden/acceptability), 일상생활 유지와 삶의 질(daily life and quality of life), 자율성 및 통제(autonomy/control)의 5개 카테고리로 구성되었다.

결과(outcomes)는 치료나 검진으로 기대할 수 있는 효과와 예후, 신체 기능의 보존, 위험 및 부작용과 같은 의학적 결과, 그리고 그 결과를 사전에 확실히 예측하기 어려운 상황에서

Table 1. General characteristics of the analyzed patient decision aids and their values-clarification-related modules

ID	Clinical area	Target disease or condition	Decision options	Developer	Delivery format	Method and response scale	Item expression format
A	Nephrology	End-stage renal disease	(1) Hemodialysis (2) Peritoneal dialysis	Research team	Paper-based	Checklist	First-person declarative (e.g., "I want to…," "It is difficult…")
B	Nephrology	End-stage renal disease	(1) Hemodialysis (2) Peritoneal dialysis (3) Kidney transplantation (4) Conservative management	Research team	Paper-based	Pre-consultation checklist and mixed-type checklist	Mixed second-person and first-person interrogative (e.g., "Do you want…?" "Is it right…?")
C	Nephrology	Polycystic kidney disease	(1) Pharmacological treatment (2) Non-pharmacological treatment	Research team	Paper-based	5-point Likert scale	First-person declarative (e.g., "I want to avoid…," "It is not difficult…")
D	Thyroid cancer	Low-risk thyroid cancer	(1) Surgery: total thyroidectomy or lobectomy (2) Active surveillance	Research team	Paper-based	Preference slider, 3-point scale, and open-ended text box	Mixed second-person interrogative and first-person declarative (e.g., "Do you want…?" "I am anxious and afraid.")
E	Musculoskeletal disease	Severe knee osteoarthritis	(1) Surgery (2) Non-surgical treatment: exercise, medication, or injection therapy	Research team	Web-based	10-point slider, multiple-choice checklist, and 3-point scale (yes/no/not sure)	Mixed noun phrases and first-person declarative (e.g., "Direct treatment decision," "Pain-free life," "I know…")
F	Dental disease	Periodontal disease	(1) Periodontal treatment (2) Extraction and implant (3) Periodontal and root canal treatment	Research team	Web-based	Choice between two options followed by preference ranking	First-person declarative (e.g., "I can/cannot…," "It is important/unimportant.")
G	Gynecologic oncology	Fertility preservation in young patients with cancer	(1) No fertility preservation (2) Embryo cryopreservation (3) Oocyte cryopreservation (4) Ovarian tissue cryopreservation	Research team	Web-based	3-point Likert scale	First-person declarative (e.g., "I want to be fully cured," "I wish there were no…")
H	Cancer prevention and screening	Integrated screening tool for thyroid, breast, prostate, and lung cancer	Decision about whether to undergo cancer screening	Relevant academic society	Web-based	4-point Likert scale (very important to not important)	Declarative phrases without direct patient reference (e.g., "Detected at an early stage," "Occurrence of complications.")

H was counted as one integrated PtDA encompassing four cancer-screening modules.
PtDA: patient decision aid.

Table 2. Content domains of core values clarification and related decision-support content

Domain	Category	A	B	C	D	E	F	G	H
Value clarification content	Outcomes	●		●	●	●	●	●	●
	Experiential values	●	●		●	●			●
	Burden / acceptability	●		●			●	●	
	Daily life and quality of life	●	●	●	●	●	●		
	Autonomy / control	●	●		●			●	
Decision-making context content	Content | Knowledge / information		●		●	●			
	Decision role		●		●	●			
	Readiness / uncertainty		●			●	●	●	
	Practical circumstances	●	●					●	

"●" indicates that at least one content unit in the category was present in the source tool.
Categories encompass values clarification and/or related decision-process or contextual content; these functions were distinguished during interpretation. H was counted as one integrated PtDA.
PtDA: patient decision aid.

환자가 감수해야 하는 불확실성에 대한 태도와 의향을 다루는 카테고리이다. 이 카테고리는 8개 PtDA 중 7개에서 확인되어 가장 보편적으로 반영된 가치영역이었다. "나는 내 심장을 보호하고 싶다", "수술하지 않으면 암이 진행할까 봐 두렵다", "10년 생존율/5년 내 재발 또는 진행하는 경우의 비교"와 같이 표현되었다. 반면 "나는 각 치료방법의 위험과 부작용을 알고 있다"와 같은 문항은 결과의 중요도를 묻는 것이 아니라 지식과 이해를 확인하므로, 가치명료화가 아닌 관련 의사결정 지원 내용으로 구분하였다.

경험적 가치(experiential values)는 치료 선택이나 질환관리가 가져올 변화에 대한 환자의 기대, 우려 및 불안을 다루는 영역이며 8개 PtDA 중 5개에서 확인되었다. 대표

문항은 “어떠한 부분이 기대되시나요?”, “어떠한 부분이 걱정되시나요?”으로 질문을 통해 선택지의 구체적 결과와 연결된 기대와 우려를 고르게 하는 내용을 통하여 해당 가치를 구분할 수 있도록 하고 있었다. 또한 “환자분의 우려 사항에 해당하는 것을 선택하여 주십시오-합병증, 부작용, 비용, 통증, 돌봄 부담, 활동 제한, 근로 제한, 회복 기간”처럼 구체적 항목을 제시한 도구도 있었다. 다만 특정 선택지나 결과와 연결되지 않은 일반적 불안 자체는 제외하였다.

부담 및 수용가능성(burden/acceptability)은 치료, 시술 또는 검진 과정에서 발생하는 통증과 부작용 등 신체에 미치는 부담, 비용, 방문 빈도 등 현실적 부담이 환자에게 얼마나 중요하거나 수용 가능한지에 대한 가치판단을 다루는 카테고리이며, 8개 PtDA 중 4개에서 확인되었다. 대표 문항은 “나는 주사바늘을 무서워한다”, “나는 다낭신의 치료를 위해 매달 약 10만 원 가량의 약제 비용을 지출할 의사가 있다”, “가임력 보존술을 받을 때 고통스러운 시술이나 부작용에 대한 걱정이 없었으면 좋겠어요”와 같이 표현되었다. 비용이나 방문 빈도 등 현실적 여건을 사실로서 확인만 하는 문항은 제외하였다.

일상생활 유지와 삶의 질(daily life and quality of life)은 치료나 질환관리가 환자의 일상 기능, 식생활, 사회생활, 학업, 직업 및 취미 활동에 미치는 영향을 다루는 영역이다. 대표 문항은 “나는 내가 좋아하는 것을 먹고 마실 수 있어야 한다”, “나는 학교에 가거나 직장에 다녀야 한다”, “나는 치과 치료 후에 단단하거나 질긴 음식을 먹는 것이 중요하다/중요하지 않다”와 같이 표현되었다. 이러한 문항은 신체 기능의 보존과 개인적 즐거움, 사회적 역할의 유지가 치료 선택에서 얼마나 중요한지를 평가하도록 구성되었다.

자율성 및 통제(autonomy/control)는 환자가 치료·돌봄을 받는 방식에 대한 선호, 그리고 의사결정에서 환자 자신이 가장 중요하게 여기는 삶의 방식이나 신념을 확인하는 카테고리이며, 8개 PtDA 중 4개에서 확인되었다. 대표 문항은 “나는 전문가가 시행하는 투석이 더 편하다”, “나는 나의 의지대로 살고 싶다”, “선택을 할 때 어떤 점이 가장 중요한가요?”, “암과 관련하여 환자분께 가장 중요한 것은 무엇인가요?”와 같이 표현되었다.

두 번째 도메인인 의사결정 맥락의 내용은 지식 및 정보 요구(knowledge/information), 결정 참여 역할(decision role), 결정 준비도 및 확신(readiness/uncertainty), 현실적 여건(practical circumstances)의 4개 카테고리로 구성되었다.

지식 및 정보 요구(knowledge/information)는 환자가 치료 관련 지식을 어느 정도 갖고 있는지, 어느 정도의 정보를 제공받기를 원하는지를 확인하는 카테고리이며, 8개 PtDA 중 3개에서 확인되었다. 대표 문항은 “치료방법에 대해 얼마나 알고 싶으세요?”, “나는 각 치료방법의 위험과 부작용을 알고 있다”와 같이 표현되었다.

결정 참여 역할(decision role)은 환자가 치료 의사결정 과정에 어느 정도 참여하기를 원하는지, 누가 결정을 주도하기를 원하는지를 확인하는 카테고리이며, 8개 PtDA 중 3개에서 확인되었다. 대표 문항은 “환자분은 치료에 대한 결정을 누가 하기를 원하십니까?”, “다른 분들과 상의가 필요하신가요?”와 같이 표현되었다.

결정 준비도 및 확신(readiness/uncertainty)은 환자가 현재 결정을 내릴 준비가 되어 있는지, 선택에 대한 확신이나 망설임의 정도, 그리고 자신의 가치 판단 자체에 대한 인식과 확신의 정도를 확인하는 카테고리이며, 8개 PtDA 중 4개에서 확인되었다. 대표 문항은 “이 방법으로 선택한 이유를 다시 말씀해 주세요.”, “이제 결정할 준비가 되셨나요?”, “귀하께서는 귀하께서 선택하신 가임력 보존술이 최선의 선택이라고 확신하십니까?”, “나에게 가장 중요한 장점이 무엇인지 명확히 알고 있다.”와 같이 표현되었다.

현실적 여건(practical circumstances)은 치료 선택과 무관하게 환자가 처한 관계적, 경제적, 시간적 여건을 사실로서 확인하는 카테고리이며, 8개 PtDA 중 3개에서 확인되었다. 대표 문항은 “내가 지원받을 수 있는 부분은 뭐가 있을까?”, “병원은 얼마나 자주 와야 할까?”, “가정 내 환경은 어떻게 달라질까?”와 같이 표현되었다. 또한 “어떤 가임력 보존술은 암치료를 지연시키지 않지만 특정 가임력보존술은 수일에서 몇 주까지도 암치료를 지연시킵니다”와 같은 암묵적인 표현도 존재하였다. 동일한 내용이라도 그 중요도를 직접 평가하게 하면 이는 해당 카테고리에서 제외하였다.

기능적 구분을 종합하면, 환자에게 선택지의 긍정적, 부정적 특징 가운데 무엇이 가장 중요한지를 직접 생각하거나 표현하도록 요청하는 내용은 명시적 가치명료화로 분류하였다. 여기에는 중요도, 바람직성, 수용 가능성, 상대적 우선순위의 평가뿐 아니라 장단점의 선택 또는 작성과 개방형 숙고 질문이 포함되었다. 지식 확인, 정보 요구도, 결정 참여 선호, 결정 준비도와 현재 선택 상태, 가족과 돌봄, 비용, 시간, 접근성 등에 대한 사실 확인은 관련 의사결정 과정과 맥락 내용으로 구분하였다. 설명문이 선택 결과를 실제로 경험하는 모습을 구체적으로 제시하여 숙고를 촉진하는 경우에는 직접 응답을 요구하지 않더라도 암묵적 가치명료화로 해석하였다. 동일한 내용 카테고리 안에서도 이러한 기능은 구체적 표현과 결정 맥락에 따라 달라질 수 있었다.

IV. 논의

본 연구는 국내 PtDA의 가치명료화 관련 내용이 어떤 형태와 구조로 구현되는지를 탐색한 서술적 연구이다. 이를 위하여 표집한 국내 개발 PtDA 8개를 대상으로, 가치명료화와 이를 지원하는 의사결정 과정과 맥락 내용을 구분하여 해석하고, 반응 형식, 언어적 표현 및 내용 범주를 함께 분석하였다. 주요 결과와 그 함의는 다음과 같다.

첫째, 분석대상 PtDA의 가치명료화 관련 모듈에서 리커트 척도, 슬라이더, 체크리스트 및 선호 순위화와 같은 명시적 응답 형식이 주로 확인되었다. 일부 PtDA에서 다양한 치료술기에 따라 원질환의 재발 가능성이나, 치료의 지연 등의 문제에 대하여 설명하는 방식으로 암묵적 가치명료화를 병행하여 활용하였으나, 대부분의 경우 환자가 자신의 선호와 바람을 명시적 방식으로 도출해 내는 방법을 사용하였다.

IPDAS 5.0의 개정 과정에서 가치명료화 영역 팀은 명시적 가치명료화를 별도의 자격기준으로 요구하는 안을 처음 제안하였다. 그러나 운영위원회는 명시적 방법만을 별도로 의무화하기에는 이를 지지하는 근거가 제한적이라고 판단하여, 델파이(Delphi) 투표 전에 명시적 또는 암묵적 방법을 허용하는 하나의 자격기준으로 두 기준을 병합하였다[12]. 이 병합된 기준은 합의를 얻어 최종 IPDAS 5.0에 포함되었다. 따라서 본 연구에서 여러 PtDA에 명시적 응답 형식이 확인되었다는 사실만으로 명시적 방법의 우월성이나 한계를 단정할 수 없다.

이러한 해석은 최신 효과 근거와도 일치한다. 2025년 네트워크 메타분석에서는 주요 환자 결과에서 명시적 가치명료화와 암묵적 가치명료화 사이의 일관된 차이가 확인되지 않았다[20]. 최근 폐암 검진 의사결정지원도구에 대한 체계적 문헌고찰도 명시적 방식과 암묵적 방식을 모두 확인했으나, 이론에 근거한 가치명료화 방법은 드물어 어떤 방식이 우월한지 단정하기 어렵다고 보고하였다[21]. 따라서 핵심 쟁점은 명시적 척도의 사용 여부가

아니라, 각 문항이 구체적인 선택지별 이익, 위해, 부담을 환자의 우선순위와 연결하고 실제 상충관계를 숙고하게 하는지에 있다. 실제 PtDA 사용자와 임상의를 대상으로 한 질적연구에서도 자신의 가치가 선택지와 어떻게 연결되는지를 단계적으로 보여주는 설계가 의사결정에 유용하다는 평가가 제시되었다[22].

언어 형식에서는 1인칭 평서문 또는 이를 포함한 혼합형이 여러 도구에서 확인되었고, 2인칭 의문문과 명사구도 함께 사용되었다. 이러한 표현 방식은 IPDAS에서 별도의 품질기준으로 다루지는 않지만, 환자가 문항을 자신과 관련된 문제로 받아들이고 이해하는 방식에 영향을 줄 가능성이 있다. 다만 본 연구에서는 언어 형식과 문항 구조가 특정 질환 또는 의사결정 유형과 일관되게 연결되는 패턴을 확인하지 못하였다. 향후에는 실제 PtDA 사용자를 대상으로 문장 주체, 질문 방식 및 응답 형식에 따른 이해도, 수용성 및 숙고 과정의 차이를 검증할 필요가 있다.

둘째, 분석대상 PtDA에서는 질환의 특성과 의사결정 유형에 따라 가치명료화 내용에 상이한 경향이 관찰되었다. 암 검진 통합도구에서는 조기 발견의 이익, 위양성, 추가 검사와 관련된 부작용 및 합병증 등 임상결과와 불확실성이 주로 다루어졌다. 반면 만성질환 관련 PtDA에서는 치료 결과와 부작용뿐 아니라 일상생활의 유지, 삶의 질, 정서적 반응, 돌봄 부담과 같은 맥락적 내용이 주요하게 다루어졌다. 수술과 적극적 감시, 침습적 치료와 비침습적 치료를 비교하는 PtDA에서는 치료의 불확실성, 합병증과 부작용, 치료 이후의 신체 기능 및 일상생활이 주요 가치영역으로 제시되었다. 이는 각 결정의 임상적 성격과 질병 궤적이 가치명료화 자체에 더 중점을 둘지, 의사결정을 지원하는 상황과 환경까지 포섭하게 되는지를 반영한 결과로 해석할 수 있다. 다만 도구 수가 적고 질환, 결정 유형, 개발팀, 제공 매체 및 문항 구성이 서로 얽혀 있으므로, 이러한 차이를 질환 특성의 영향으로만 인과적으로 해석해서는 안 된다.

질환과 결정의 특성을 반영하는 것은 양질의 PtDA를 설계하는 데 중요하지만, 특정 가치영역을 포함하는 것만으로 환자의 실제 선택을 충분히 지원한다고 보기는 어렵다. 일부 문항은 “부작용을 피하고 싶다” 또는 “위험이 없었으면 좋겠다”와 같이 대부분의 환자가 동의할 수 있는 일반적으로 바람직한 상태를 제시하는 데 머물렀다. 이러한 문항은 선호를 확인할 수는 있으나, 선택지 사이의 상충 속에서 무엇을 더 우선할 것인지 구별하는 데에는 제한이 있다.

가치명료화의 목적은 선호를 단순히 나열하는 것이 아니라, 선택지 사이의 상충 속에서 환자의 우선순위가 숙고를 통해 확인되고 정교화되도록 돕는 데 있다[14]. 구체적인 결정상황과 연결되지 않은 문항은 선호를 표시하는 수준에 머물 수 있다. 유방암 수술에 관한 옵션 그리드(Option Grid)는 방사선치료를 동반한 종괴절제술과 유방절제술의 이익과 위해를 환자의 질문 형식으로 비교하여, 환자가 자신의 우려와 우선순위를 선택지에 연결하도록 돕는다[23]. 독일의 SHARE TO CARE 프로그램에서 개발된 PtDA도 “치료 효과가 빨리 나타나는 것이 중요하다”, “두개골을 여는 수술이 두렵다”와 같이 치료과정에서 경험할 수 있는 구체적 장단점을 제시하고 그 중요도를 평가하도록 구성하였다[24,25]. IPDAS 5.0이 결정상황과 선택지의 긍정적, 부정적 특징을 명확히 제시하도록 요구하는 이유도 여기에 있다[12].

따라서 PtDA의 가치명료화는 질환의 특성을 반영하는 데 그치지 않고, 선택지별 이익, 위해, 부담의 차이를 환자의 언어와 생활 맥락에서 구체화하며, 환자가 어느 결과를 더 중요하게 여기는지 비교하도록 설계되어야 한다. 이는 가치명료화가 정보제공 이후에

덧붙이는 선호 설문이 아니라, 선택지와 환자의 삶을 연결하는 숙고 과정이어야 함을 보여준다.

셋째, 일부 PtDA에는 가치명료화와 구별되는 의사결정 과정 선호 및 관계적, 현실적 맥락 관련 내용이 포함되어 있었다. "치료 결정을 누가 하기 원하십니까?"와 같은 문항은 무엇을 선택할 것인지에 대한 가치평가라기보다 어떤 방식으로 결정하고자 하는지를 확인한다. Degner et al.이 개발한 통제선호척도(Control Preferences Scale)는 치료 결정에서 환자가 원하는 역할을 확인하며, 이후 환자 참여와 환자중심돌봄 연구에서 널리 활용되어 왔다[26,27].

결정 참여 선호는 가치명료화 자체는 아니지만, 환자가 독립된 개인인 동시에 관계 속에서 결정을 내리는 주체라는 점에서 공유의사결정에 중요하다. Elwyn은 공유의사결정의 자율성이 고립된 개인의 속성이라기보다 환자-의료인 관계 안에서 형성되는 실천적 성격을 지니며, 의료관계의 권력 비대칭과 환자의 취약성을 함께 고려해야 한다고 지적한다[28]. 이러한 관점에서 결정 참여 수준을 묻는 문항은 환자에게 결정을 떠넘기는 장치가 아니라, 환자가 원하는 지원과 참여방식을 확인하여 그 자율성을 실질적으로 뒷받침하는 의사결정 과정 지원으로 해석할 수 있다.

만성질환을 다룬 일부 PtDA는 치료 결정에서 직면하는 현실적 제약과 함께 가족의 지원, 돌봄 책임 및 의존관계를 확인하도록 구성되어 있었다. 이러한 문항은 그 자체로 특정 선택지의 중요도나 수용 가능성을 평가하는 가치명료화라기보다, 환자가 선택의 실행 가능성을 검토하고 필요한 지원을 의료진과 논의하도록 돕는 관계적, 현실적 맥락 정보로 기능하였다. 이러한 의미에서 가족 참여는 환자의 선택을 대신하는 것이 아니라 환자의 관계적 자율성을 지원하는 자원이 될 수 있다[16].

그러나 관계적 맥락을 포함하는 것에는 윤리적 주의가 필요하다. 가족의 돌봄 부담이나 비용을 지나치게 강조하면 환자가 타인에게 부담을 주지 않기 위해 자신의 치료 선호를 억제하거나, 가족의 이해관계가 환자의 가치로 대체될 위험이 있다[16]. 따라서 PtDA는 가족이 무엇을 원하는지를 먼저 묻기보다 환자가 누구와 어느 범위까지 함께 결정하기를 원하는지, 어떠한 지원이 필요한지를 확인해야 한다. 가족 참여는 환자가 원하는 범위에서 이루어져야 하며, 환자의 가치와 목소리를 약화시키지 않도록 설계되어야 한다.

본 연구는 목적표집한 국내 PtDA에서 가치명료화와 관련 의사결정 과정과 맥락 내용이 어떠한 구조와 언어로 구현되는지를 살펴보았다. 연구의 한계는 다음과 같다.

첫째, 본 연구는 국내 PtDA 전체를 전수조사한 것이 아니라 관련 학술적 네트워크를 통해 확인되고 전문을 확보할 수 있었던 도구를 기준에 따라 목적표집하였다. 따라서 연구자의 학술적 네트워크 밖에서 개발되었거나 공개되지 않은 도구가 누락되었을 가능성이 있으며, 본 결과를 국내 PtDA 전체의 분포나 가치명료화 사용 빈도로 일반화할 수 없다. 생애말기 의사결정 등 일부 중요 임상영역의 PtDA가 분석대상에 포함되지 못한 점도 범위의 제한으로 작용하였다.

둘째, 본 연구는 각 PtDA의 문서와 화면에 제시된 텍스트를 분석하였다. 문항의 실제 이해도와 수용성, 환자의 숙고 과정, 가치일치적 선택 및 임상대화에 미치는 효과를 평가하지 않았으므로, 특정 언어 형식이나 가치명료화 방식의 우월성을 결론 내릴 수 없다. 향후에는 환자와 의료인을 대상으로 한 인지면담, 사용성 평가 및 비교연구가 필요하다.

셋째, 본 연구는 가치명료화와 관련 의사결정 과정과 맥락 내용을 조작적으로 구분하였으나, 일부 내용은 선택지에 관한 가치평가와 결정 과정 지원이라는 두 기능을

동시에 수행할 수 있어 경계 판정에 연구자의 주관적 판단이 개입될 수 있다. 본 연구는 이러한 판단을 연구자 2인의 독립 코딩과 합의의 과정을 통하여 검증하였으나, Cohen's κ나 백분율 일치도 같은 정량적 지표는 산출하지 않았다는 한계가 존재한다. 또한 질문, 체크리스트 항목 및 의미 단락처럼 코딩단위의 형식이 서로 달라 단순 문항 수를 도구의 질이나 가치영역의 중요성을 나타내는 지표로 비교하지 않았다. 향후 문항 수준의 코드북과 원자료를 활용한 민감도 분석은 이러한 경계의 안정성을 추가로 검증하는 데 도움이 될 수 있다.

넷째, 국외 PtDA와 직접 비교하지 않았으므로 본 연구에서 확인된 가족관계, 돌봄 부담 및 현실적 제약을 한국에 고유한 특징으로 단정할 수 없다. 다만 국내에서 개발된 PtDA에 이러한 관계적, 현실적 고려가 실제로 포함되어 있음을 확인했다는 점에서, 향후 문화 간 비교와 국내 PtDA 설계를 위한 기초자료를 제공한다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 저자들이 확인한 범위에서 국내 여러 임상영역의 PtDA를 함께 검토하여, 가치명료화와 관련 의사결정 과정과 맥락 내용을 기능적으로 구분하면서 반응 형식, 언어 구조, 내용 및 관계적 맥락을 종합적으로 기술한 초기의 시도라는 의의가 있다. 본 연구의 결과는 국내 PtDA 개발자가 어떠한 내용을 다루고 있는지 점검하는 내용 틀을 제공하며, 가치명료화와 지식, 역할 선호, 현실적 여건 등을 구별하여 설계할 필요성을 보여준다.

V. 맺음말

본 연구는 기준에 따라 목적표집한 국내 개발 PtDA 8개를 대상으로, 가치명료화 관련 내용의 응답 형식과 언어적 표현을 함께 살펴보고, 각 내용이 의사결정에서 수행하는 기능을 중심으로 분석하였다. 분석 결과, 가치명료화 관련 내용은 임상적 결과와 불확실성뿐 아니라 정서와 일상생활, 관계적, 현실적 여건, 자율성과 의사결정 주도권까지 포괄하였으나, 이들 모두가 가치명료화에 해당하는 것은 아니었다. 선택지 또는 그 결과의 중요도, 바람직성, 수용 가능성 및 상대적 우선순위를 숙고하게 하는 가치명료화와, 지식, 정보 요구, 의사결정 참여 선호, 결정 준비도 및 관계적, 현실적 여건을 확인하는 관련 의사결정 과정과 맥락 내용은 기능적으로 구분하여 설계하고 해석할 필요가 있다.

따라서 PtDA는 특정 응답 형식이나 가치 항목을 제시하는 데 머물지 않고, 선택지별 이익, 위해, 부담, 불확실성을 환자의 구체적인 삶과 연결하여 상충하는 결과 사이에서 자신의 우선순위를 확인하고 정교화하여 표현하도록 지원해야 한다. 또한 이 과정에서 드러난 의사결정 참여 선호와 관계적, 현실적 여건이 환자와 의료인 사이에서 공유되고 논의되어 실제 의사결정을 지원할 수 있도록 설계할 필요가 있다. 본 연구에서 제시한 내용 범주와 기능적 구분은 국내 PtDA의 개발과 개선을 위한 기초적 내용 점검 틀을 제공한다. 가치명료화는 단순한 선호 측정이 아니라, 임상적 근거와 환자에게 중요한 것을 연결하여 숙고와 대화를 촉진하는 PtDA의 핵심 기능이다.

REFERENCES

1. Barry MJ, Edgman-Levitan S. Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care.

N Engl J Med 2012;366(9):780-781.
https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283
2. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27(10):1361-1367.
https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6
3. Choi J. Integrative review of the components of shared decision-making. Korean J Med Ethics 2022;25(1):59-79.
https://doi.org/10.35301/ksme.2022.25.1.59
4. Kim MJ, Yoo SH. Patient-centered care and shared decision-making: core concepts and implementation strategies: a narrative review. J Korean Med Assoc 2025;68(9):559-572.
https://doi.org/10.5124/jkma.25.0097
5. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. N Engl J Med 2013;368(1):6-8.
https://doi.org/10.1056/NEJMp1209500
6. O'Connor AM, Bennett C, Stacey D, et al. Do patient decision aids meet effectiveness criteria of the international patient decision aid standards collaboration? A systematic review and meta-analysis. Med Decis Making 2007;27(5):554-574.
https://doi.org/10.1177/0272989X07307319
7. Stacey D, Lewis KB, Smith M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 2024;1(1):CD001431.
https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub6
8. Choi JY, Jang SG, Kim CJ, et al. Institutional ethics committees for decisions on life-sustaining treatment in Korea: their current state and experiences with their operation. Korean J Med Ethics 2019;22(3):209-233.
https://doi.org/10.35301/ksme.2019.22.3.209
9. Kwon JH, Kim DY, Shin SJ, et al. Current status of life-sustaining treatment withdrawal and exploration of a Korean shared decision-making model between physicians and patients [internet]. National Evidence-based Healthcare Collaborating Agency; 2020 [cited 2026 Aug 6].
https://www.neca.re.kr/SKIN_DIR/doc.html?fn=2e874b03-2d25-47a4-8db6-bbe26176ef4c.pdf&rs=/upload/synap/202608/
10. Jo KH, An GJ, Kim GM. Development of Korean shared medical decision-making model for dignified dying based on King's theory. Korean J Med Ethics 2012;15(2):184-205.
https://doi.org/10.35301/ksme.2012.15.2.184
11. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. BMJ 2006;333(7565):417.
https://doi.org/10.1136/bmj.38926.629329.AE
12. Volk RJ, Lewis KB, Smith M, et al. Updated International Patient Decision Aid Standards (IPDAS version 5.0): modified Delphi, evidence informed consensus process. BMJ 2026;393:e088116.
https://doi.org/10.1136/bmj-2025-088116
13. Fagerlin A, Pignone M, Abhyankar P, et al. Clarifying values: an updated review. BMC Med Inform Decis Mak 2013;13(Suppl 2):S8.
https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-S2-S8
14. Witteman HO, Ndjaboue R, Vaisson G, et al. Clarifying values: an updated and expanded systematic review and meta-analysis. Med Decis Making 2021;41(7):801-820.
https://doi.org/10.1177/0272989X211037946
15. Entwistle VA, Carter SM, Cribb A, et al. Supporting patient autonomy: the importance of clinician-patient relationships. J Gen Intern Med 2010;25(7):741-745.
https://doi.org/10.1007/s11606-010-1292-2

16. Ho A. Relational autonomy or undue pressure? Family's role in medical decision-making. Scand J Caring Sci 2008;22(1):128-135.
https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00561.x
17. Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008;62(1):107-115.
https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
18. Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. SAGE; 1985.
19. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, et al. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. Acad Med 2014;89(9):1245-1251.
https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000388
20. Stacey D, Carley M, Gunderson J, et al. The effect of patient decision aid attributes on patient outcomes: a network meta-analysis of a systematic review. Med Decis Making 2025;45(4):437-448.
https://doi.org/10.1177/0272989X251318640
21. Crossnohere NL, Negash R, Schwimmer M, et al. Values clarification methods in decision support tools for lung cancer screening: a systematic review and content analysis. Med Decis Making 2025;45(7):811-825.
https://doi.org/10.1177/0272989X251355906
22. Ayre J, Jenkins H, Kumarage R, et al. Exploring values clarification and health-literate design in patient decision aids: a qualitative interview study. Med Decis Making 2025;45(5):510-521.
https://doi.org/10.1177/0272989X251334356
23. Alam S, Elwyn G, Percac-Lima S, et al. Assessing the acceptability and feasibility of encounter decision aids for early stage breast cancer targeted at underserved patients. BMC Med Inform Decis Mak 2016;16(1):147.
https://doi.org/10.1186/s12911-016-0384-2
24. Danner M, Debrouwere M, Rummer A, et al. A scattered landscape: assessment of the evidence base for 71 patient decision aids developed in a hospital setting. BMC Med Inform Decis Mak 2022;22(1):44.
https://doi.org/10.1186/s12911-022-01777-x
25. Scholl I, Hahlweg P, Lindig A, et al. Evaluation of a program for routine implementation of shared decision-making in cancer care: results of a stepped wedge cluster randomized trial. Implement Sci 2021;16(1):106.
https://doi.org/10.1186/s13012-021-01174-4
26. Degner LF, Sloan JA, Venkatesh P. The Control Preferences Scale. Can J Nurs Res 1997;29(3):21-43.
27. Singh JA, Sloan JA, Atherton PJ, et al. Preferred roles in treatment decision making among patients with cancer: a pooled analysis of studies using the Control Preferences Scale. Am J Manag Care 2010;16(9):688-696.
28. Elwyn G. Shared decision making: what is the work? Patient Educ Couns 2021;104(7):1591-1595.
https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.032