

중환자 의료인의
연명치료 중단에 대한 인식
- '09년 김 할머니 사건 이후 -

연세대학교 보건대학원
의료법윤리학과
박 명 옥

중환자 의료인의
연명치료 중단에 대한 인식

- '09년 김할머니 사건 이후 -

지도 손 명 세 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2012년 6월 일

연세대학교 보건대학원

의료법윤리학과

박 명 옥

박명옥의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____인

심사위원 _____인

심사위원 _____인

연세대학교 보건대학원

2012년 6월 일

감사의 글

본 논문이 완성되기까지 많은 지도와 도움을 주신 손명세 교수님과 바쁘신 중에도 세심한 지도와 배려를 아끼지 않으시며 논문의 틀을 잡아주신 김소윤 교수님, 연구의 시작부터 끝까지 함께 고민해 주시고 단어 하나까지 살피주시며 많은 가르침과 격려를 주신 이일학 교수님께 무한한 존경과 깊은 감사의 말씀을 드립니다. 어렵고 힘든 과정이었지만 교수님들 덕분에 많은 보람을 느꼈습니다.

논문을 쓰는 동안, 그리고 제출하는 순간 까지도 과연 감사의 글을 쓸 수 있을지 많은 고민이 있었습니다. 일단 마무리 할 수 있음에 감사하지만, 더 나은 연구를 할 수 있었으리라는 아쉬움이 남습니다. 부족한 저를 되돌아보는 귀중한 시간이었습니다.

설문지 작성에 참여해 주신 중환자 의료인 선생님들께 감사드립니다. 바쁘신 와중에 응답해 주신 귀중한 설문지 덕분에 무사히 연구를 할 수 있었습니다.

학업을 병행하는 동안 많은 배려와 지지를 아끼지 않았던 조의영 부장님, 황미희 수간호사님과 인하대병원 내과계 중환자실 선생님들께도 감사드립니다.

함께 공부하는 학우들인 이일남, 김수영, 김지예 선생님 덕분에 고되지만 즐거운 시간들을 보낼 수 있었습니다. 감사합니다.

딸의 뒷바라지를 사명이라 여기고 언제나 헌신적으로 사랑해주시는 엄마와 물심양면으로 지지해주는 가족들에게 깊은 감사와 사랑을 전합니다.

마지막으로 새로운 학문에 관심을 갖고 발을 던계 하신 하늘에 계신 사랑하는 아빠께 감사의 마음과 그리움을 전합니다. 떳떳한 딸이 될 수 있도록 늘 노력하겠습니다.

차례

국문 요약	v
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
3. 연구방법	4
II. 문헌고찰	7
1. “김할머니 사건” 대법원 판례의 의의	7
2. 연명치료 중단	10
3. 생의 말기 의사결정 및 사전의료의향서	15
III. 중환자 의료인의 연명치료 중단에 대한 인식	19
1. 대상자의 일반적 특성	19
2. ‘김할머니 사건’ 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식	22
3. 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견	24
4. 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견	27
5. 사전의료의향서에 대한 중환자 의료인의 인식 및 활용 의사	34
6. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 인식 및 의견의 차이	36
IV. 고찰	44

1. ‘김할머니 사건’ 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식	44
2. 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견	46
3. 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견	50
4. 사전의료의향서에 대한 인식 및 활용	54
V. 결론	57
1. 결론	57
2. 제언	61
참고문헌	62
부록	67
영문초록	76

표차례

표1. 대상자의 일반적 특성	21
표2. “김할머니 사건 ‘ 대법원 판례에 대한 의사, 간호사의 지식 정도 ...	23
표3. 연명치료 중단 내용별 의사와 간호사의 견해 비교	28
표4. 연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의사와 간호사의 견해 비교 ...	30
표5. 사전의료의향서 관련 의사, 간호사의 인식	34

그림차례

그림1. 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있는지에 대한 의사, 간호사의 인식	24
그림2. 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지지 못하고 있다고 생각하는 가장 큰 이유	25
그림3. 연명치료중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 견해 비교 ...	26
그림4. 사전의료의향서를 통해 본인의 의사를 밝힌 환자의 경우, 연명치료 중단을 해야 한다고 생각하는지에 대한 의사, 간호사의 견해 비교	31
그림5. 본인의 의사를 확인할 수 없는 환자의 연명치료 중단 의사 결정 주체 에 대한 의사, 간호사의 견해 비교	32
그림6. 연명치료 중단에 대한 이견이 발생한 경우 바람직한 조정 방법에 대한 의사, 간호사의 견해 비교	33
그림7. 사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대한 의사, 간호사의 견해 비교	35

그림8. “김할머니 사건” 대법원 판례에 대한 지식 설문 중 “사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사표시를 하지 않은 경우 연명치료를 중단할 수 없다” 문항에 대한 연명치료 중단 경험 횟수 별 차이	37
그림9. 연명치료 중단이 적절히 이루어지고 있다고 생각하는지에 대한 결혼 상태에 따른 인식 비교	38
그림10. 연명치료 중단이 적절히 이루어지고 있다고 생각하는지에 대한 중환자실 경력에 따른 인식 비교	39
그림11. 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 연명치료 중단 경험이 전혀 없는 의료인의 인식	40
그림12. 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 연명치료 중단 경험이 20회 미만인 의료인의 인식	40
그림13. 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 연명치료 중단 경험이 20회 이상인 의료인의 인식	41
그림14. 연명치료 중단 세부 내용 중 ‘환자가 인공호흡기 제거를 요청할 경우 따라야 한다’ 고 찬성한 연령별 태도	42

국문요약

중환자 의료인의 연명치료 중단에 대한 인식 - '09년 김할머니 사건 이후 -

본 연구는 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 연세대학교 병원 “김할머니 사건” 대법원 판결 이후, 연명치료 중단 갈등 상황을 가장 많이 겪고 있는 중환자 의료인들의 연명치료 중단에 대한 인식을 파악하고, 연명치료 중단 절차에 대한 의견 및 사전의료의향서에 대한 의견과 활용 의사를 확인하여 의료현장에서 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어 질 수 있는 방법을 모색, 실제 임상에서 적용 가능한 연명치료 중단에 대한 법적, 제도적 뒷받침이 되는 지침 개발을 위한 기초자료로 활용하고자 시도 되었다.

연구 진행은 선행연구 및 2012년 4월 27일, 4월 28일 개최된 대한중환자의학회(The Korean Society Of Critical Care Medicine)의 제32차 학술대회에 참석한 중환자실에서 환자 치료에 관련하는 의사와 중환자실 간호사들을 대상으로, 본 연구에 참여를 동의한 사람만을 상대로 구조화된 설문지를 통해 이루어졌다. 수집된 자료는 SPSS/win 19.0 을 이용하여 기술통계, Chi-square test와 Fisher's exact test로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결인 2009년 5월 연세대학교 병원 ‘김 할머니 사건’ 에 대한 대법원 판례에 대해 지식설문 결과, ‘환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단 할 수 있다’ 항목에서 의

사의 53.8%, 간호사의 64%가 그렇다고 답했으며, ‘사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우, 연명치료를 중단 할 수 없다’ 항목에서는 의사의 경우 48%, 간호사 52.3%가 그렇다고 답해 “사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우, 환자의 평소 가치관이 나 신념으로 추정해 연명치료를 중단 할 수 있다”는 대법원 판례에 대해 중환자 의료인들의 지식정도가 낮았다. 또한 판례에 대해 알고 있는 의료인들의 ‘본인의 의사를 확인할 수 없는 환자의 연명치료 중단 의사 결정 주체’에 대한 응답 관계를 분석한 결과, 판례에 대한 지식과는 상관없이 환자의 평소 신념에 근거한 추정적 의사 결정에 따르겠다는 응답이 아닌, 환자의 입장에 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정하겠다는 응답을 보였다.

2. 연명치료 중단 및 그 절차에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견은 1) 연명치료 중단에 대한 인식 2) 연명치료 중단 내용 관련 의견 3) 연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견 4) 연명치료 중단 결정에서 의사결정 주체에 대한 의견으로 나누어 살펴보았다.

연명치료 중단에 대한 인식에서 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있는지에 대해 중환자 의료인들은 전체의 81.3%가 ‘보통이다’ (36.7%)와 ‘그렇지 않다’ (44.6%)라고 답해 부정적인 응답을 했다. 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 가장 큰 이유에 대한 질문에서 의사의 경우 34%가 법적인 책임에 대한 부담이라고 답했으며, 간호사의 경우 37.7%가 가족 및 환자의 의학적 소생가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족이라고 답했다. 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대해 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었는데 ($p < .001^a$), 의사는 법률적 근거를 42.6%로 가장 많이 답했고, 간호사는 충분한 상담 및 사전의료의향서라는 의견이 49.4%로 가장 많았다.

연명치료 중단 내용 관련 의견 중 중환자 의료인들은 인공호흡기 제거와 관련하여 “모르겠다”고 답한 응답이 다른 연명치료 중단 내용과 달리 높아(의사 15.4%, 간호사 25.6%) 여전히 인공호흡기 제거가 환자의 죽음을 의도하는 것일 수도 있다는 윤리적 딜레마에 빠져 있다고 여겨진다.

연명치료 중단 논의 대상 환자에 관련된 설문 응답에서 「말기 신부전 환자(신장 이식 대상자 아님)로서 합병증이 동반된 경우」, 「말기 심부전 환자(심장 이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반된 경우」, 「간부전 환자(간 이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반된 경우」에 의사, 간호사 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었는데, 간호사 그룹에서 연명치료 중단 논의 대상 환자에 포함되어야 한다는 찬성율이 각각의 경우 59.3%, 64.7%, 70.9%로 의사의 경우 37.7%, 43.4%, 50.9% 보다 각각 유의하게 높았다.

연명치료 중단 결정에서 본인의 의사를 밝힌 경우 의사의 24.5%가 ‘매우 그렇다’, 62.3%가 ‘그렇다’, 간호사의 18.6%가 ‘매우 그렇다’, 68.6%가 ‘그렇다’라고 응답해 연명치료 중단을 결정할 수 있다고 긍정적인 대답을 보였다. 본인의 의사를 확인할 수 없는 경우 의사와 간호사 모두 각각 78.4%, 75.9%가 환자의 입장에서 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정해야 한다고 답했다. 본인의 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의 연명치료중단에 대한 이견이 발생한 경우에 바람직한 조정 방법에 대해 의사의 경우 75%가 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답한 반면, 간호사의 경우 51.2%가 의료현장에서 환자 가족과 의료진이 해결해야 한다고 답했고, 46.4%가 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답해 의사와 간호사 두 그룹 간에 유의한 차이를 보였다($p=0.001^a$).

3. 사전의료의향서에 대한 인식 및 활용 부분과 관련된 연구 결과에서 사전

의료의향서를 작성한 환자를 경험한 적이 있는가에 대한 항목에 의사의 22.6%, 간호사의 7%가 그렇다고 답했으며, 이 중 작성된 사전의료의향서가 연명치료 중단에 반영된 경우는 의사의 경우 91.7%, 간호사의 경우 100%라고 답했다. 사전의료의향서를 작성하지 않은 환자가 연명치료 중단을 원할 때, 사전의료의향서에 대해 설명할 의향이 있는가에 대한 설문에는 의사의 경우 91.7%, 간호사의 경우 100%로 두 그룹 모두 긍정적인 대답을 보였다. 사전의료의향서 작성 운동에 대해서는 의사와 간호사 각각 24.5%, 17.4%에서 알고 있다고 응답해, 두 그룹 모두에게서 낮은 인식을 보였다. 적절한 사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대한 설문은 의사의 경우 35.3%가 ‘회복 불가능 상태에 접어들었을 때’라고 답했으며, 간호사의 경우 ‘의사결정 능력을 갖추는 성인이 되는 시기’ 27.9%를 가장 적절한 시기라고 생각하는 것으로 나타났다.

연명치료 중단에 대한 논란을 불러일으킨 “김 할머니 사건”이 있는지 3년이 지났음에도 불구하고, 연명치료 중단에 대해 가장 많이 경험하고 있고 갈등하고 있는 중환자 의료인들은 여전히 판례에 대해서도 정확히 알지 못하고 있었으며, 알고 있더라도 연명치료 중단 결정에 적용함에 있어서는 혼란스러워 하고 있었다. 또한 대법원 판례 이후에도 일선의 의료 현장에서의 연명치료 중단 결정은 적절히 이루어 지지 않고 있었다. 연명 치료 중단 결정을 위한 그 절차와 관련된 중환자 의료인들의 의견을 기초로, 자기 결정권 존중을 위한 사전의료의향서의 효율적인 활용 및 국내의 문화적 특징을 고려한 의사결정 과정 도입이 인간의 존엄성을 지키는 ‘well dying’에 접근할 수 있는 방법일 것이다. 무의미한 연명치료 중단을 위해 의료인의 의견이 충분히 반영된 현실적인 허용기준의 마련과 함께, 법과 제도의 도입 및 충분한 사회적인 합의와 의료현장에서의 노력 및 의료인 교육 또한 필요하다고 할 수 있겠다.

핵심되는 말: 연명치료 중단, 사전의료의향서

I. 서론

1. 연구의 필요성

의학기술의 발전으로 의료의 인위적인 개입이 과도하게 이루어짐에 따라 회복이 불가능한 삶을 무의미하게 연장시켜 삶의 질을 저하시키는 문제점을 초래하였고, 이로 인해 회복이 불가능한 환자의 치료를 중단하거나 보류하는 것이 인간의 존엄성을 지키는 일이라는 견해가 일게 되었다. 특히 생의 말을 마감하는 장소가 가정에서 병원으로 이동하면서 환자들이 여러 의료장치에 둘러싸여 가족과 격리되어 죽음을 맞이하는 것이 흔하게 되었고(고윤석, 2002), 죽음 또는 죽어가는 과정에서 요구되는 의사결정의 문제가 더 이상 개인적 차원에서 이루어 질 수 있는 것이 아니라 개인의 죽음을 둘러싼 모든 관계자 더 나아가 공공 정책 및 윤리적 논쟁 사안으로 그 범위가 확대되고 있다(연세대학교의료법윤리학 연구원, 2009).

따라서 우리의 현실을 반영하는 연명치료 중단에 대한 합의와 그에 근거한 제도 마련의 필요성이 제기되었는데, 특히 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결(대법원 2009.5.21. 선고 2009다17417 판결)인 세브란스 병원 “김할머니 사건” 대법원 판결 이후 사회적 이해를 구하고 합의를 도출하려는 논의가 본격화 되었다. 이에 대한의사협회 등으로 구성된 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회는 회복가능성이 없는 환자의 품위 있는 삶을 위하여 연명치료를 적용하거나 중지할 상황에 있는 의료인에게 행위의 범위와 기준을 제시하고자 2009년 9월 연명치료 중지에 관한 지침을 발표했다. 또한 연명치료 중단에 관한 근거를 이루는 자기결정권 존중을 위한 사전의료의향서와 관련, 국가별 사전의료의향서 서식 분석 및 사전의료의향서 표준 서식 제안(이은영, 박인경, 이일학, 2011) 연구를 통해 사전의료의향서 표준 서식 또한 만들어지고 작성 운동이 벌어졌으며, 국회에서도 통과되지 못하는 못하고 있지만 「존엄사법」, 「자연사법」 등 관련 법안이 논의가 이루어 졌다.

대법원 판례와 연명치료 중단에 관한 지침 발표 이후에도 일선 현장의 의료인들은 허용기준에 대한 법적 미비를 이유로 연명치료 중단 결정을 갈등하고 있고, 지침에 대해 인식도 못하고 있거나 실제 인식하고 있더라도 연명치료 중단 결정 과정에 적용하는 것과는 차이가 있는 것이 현실이다(문재영 등, 2011; 김소윤 등, 2009; 문재영 등 2012). 또한 연명치료 중단에서 환자의 자기결정권을 존중하는 유일한 대안이 되는 사전의료의향서의 의료현장에서의 활용 또한 미진하다(생명윤리정책연구센터, 2010).

중환자실에서는 적극적인 치료로 환자 회복이 우선 목표이나, 상태 악화로 더 이상 치료에 반응하지 않을 때 연명치료의 수준을 놓고 의견 결정이 필요하다. 이 때 연명치료 중단과 관련된 중환자 의료인의 생각은 환자와 보호자의 생각에 영향을 미칠 수밖에 없으므로 연명치료 중단과 관련된 중환자 의료인의 인식을 이해하는 것은 중요하다(김소윤 등, 2009).

연명치료 중단 관련 중환자 의료인의 인식에 관하여는 몇몇 연구가 이루어졌으나, 사법적으로 인정받을 수 있는 연명치료 중단 기준을 알지 못한 채 불안하게 의사결정이 이루어져 왔던 의료현장에서 중요한 의의를 갖는 세브란스 병원 “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 지식 정도를 살펴 본 연구는 시행된 바 없다. 또한 인식 조사의 대상도 연명치료 중단을 결정한다는 책임감과 환자의 치료에 대한 의학적 견해의 시각을 가진 의사의 인식만을 조사한 연구가 대부분이다. 따라서 연명치료 중단 결정 과정에서 환자의 옹호자와 보호자들의 지지자의 역할을 하는 간호사의 인식을 함께 조사하는 것은 의료인들과 환자 측 모두에게 판단의 기준이 되고 의료인들 사이의 치료 중단에 대한 견해 차이를 좁혀줄 수 있는 현실적인 기준 및 지침 마련을 위해 매우 중요하다고 할 수 있다.

본 연구는, 세브란스 병원 “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자

의료인의 지식 정도를 파악해보고, 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인들의 인식 및 의견을 확인하고자 한다. 또한 연명치료를 적용하거나 중지할 상황에 있는 의료인에게 행위의 범위와 기준을 제시하고자 마련된 연명치료 중지에 관한 지침(2009)의 내용을 기초로 연명치료 중단 절차와 관련된 중환자 의료인의 의견을 살펴보고, 연명치료 중단에서 환자의 자기결정권을 존중하는 유일한 대안이 되는 사전의료의향서에 대한 중환자 의료인들의 인식 및 활용 의사를 확인하여, 의료현장에서 연명치료 중단이 적절히 이루어지는 현실적인 기준 및 지침 마련을 위한 방법을 모색하고 연명치료 중단 허용 기준의 법적 설정을 위한 근거를 제시하기 위해 시도 되었다.

2. 연구의 목적

본 연구는 ‘09년 세브란스 병원 “김 할머니 사건” 대법원 판례 이후 중환자 의료인의 연명치료 중단에 대한 인식 및 의견을 확인하여, 의료현장에서 연명치료 중단이 적절히 이루어지는 현실적인 기준 및 지침 마련을 위한 방법을 모색하고 연명치료 중단 허용 기준의 법적 설정을 위한 근거를 제시하기 위함이다.

구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 연명치료 중단 허용 기준의 법제화 필요성에 대한 선행연구에서의 의견과 관련, “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인들의 지식 정도를 확인한다.
- 2) 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견을 확인한다.
- 3) 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견을 확인한다.
- 4) 연명치료 중단에서 환자의 자기결정권을 존중하는 유일한 대안이 되는

사전의료의향서에 대한 중환자 의료인들의 인식 및 활용 의사를 확인한다.

5) 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 인식 및 의견의 차이를 확인한다.

3. 연구방법

본 연구는 사법적으로 인정받을 수 있는 연명치료 중단 기준을 알지 못한 채 불안하게 의사결정이 이루어져 왔던 의료현장에서 중요한 의의를 갖는 “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식 정도를 파악하고, 연명치료 중단 현황에 대한 인식 및 의견을 확인하며, 연명치료 중단 절차 및 사전의료의향서에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견을 살펴 의료현장에서 연명치료 중단이 적절히 이루어지는 현실적인 기준 및 지침 마련을 위한 방법을 모색하고 연명치료 중단 허용 기준의 법적 설정을 위한 근거를 제시하기 위해 시도된 서술적 비교 조사연구이다.

자료 수집은 2012년 4월 27일, 4월 28일 개최된 제32차 대한중환자의학회(The Korean Society Of Critical Care Medicine) 정기학술대회 기간 동안 학술대회에 참석한 중환자실에서 환자 치료에 관련하는 의사와 중환자실 간호사들을 대상으로 구조화된 설문지를 통해 이루어졌으며, 연구의 내용을 설명하고 설문지를 배포 하였고 서면 동의를 받았다. 설문에 응답한 의사는 53명, 간호사는 86명 이었다. 설문지는 2009년 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회에서 발표한 연명치료 중단에 대한 지침 및 한국보건의료연구원에서 실시한 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시(2009)의 설문 내용을 기초로 본 연구자가 문헌고찰을 토대로 작성하였다. 인구학적 자료, 연명치료 중단 경험 횟수, 연명치료 중단에 대한 찬반 태도, “김 할머니 사건”

대법원 판례에 대한 지식, 연명치료 중단 현황에 대한 인식 및 의견, 연명치료 중단 절차에 대한 의견, 사전의료의향서에 대한 인식 및 활용 의사 관련 내용으로 구성하였으며, 연명치료 중단 정책 관련 의견을 자유롭게 기술할 수 있도록 공란을 두었다. 설문 내용은 의료 윤리 관련 교수 3인의 내용 타당도를 거쳤다.

통계분석은 SPSS/win 19.0 을 이용하여 전산통계 처리하였으며, 대상자의 일반적 특성은 기술통계로 분석하였고, 각 항목에 대하여는 단일변량분석을 하였다. 변수간의 비교분석 및 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 인식 차이 분석을 위해 Chi-square test와 Fisher's exact test를 시행하였고, p값이 <0.05인 경우 통계적으로 유의하다고 판단하였다. 항목에 따라 응답을 누락하였거나, 응답하지 않아도 되는 문항에 답한 경우 및 복수 응답이라는 표시를 하지 않았는데 복수 응답을 한 경우 모두 결측으로 처리하였으므로 응답자 수와 유효 응답자 수는 차이가 난다.

본 논문에서 사용하는 용어는 다음과 같이 정의한다.

- 1) 연명치료: 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 바꿀 수 없지만, 생명을 연장하는 치료. 특수 연명치료와 일반 연명치료로 나눌 수 있다.
- 2) 연명치료 중단: 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과도한 치료를 중단하는 것.
- 3) 말기환자: 원인 질환이 중증이고 현재의 의료 수준으로 회생할 수 없는 상태의 환자. 말기 환자는 수 개월 이내에 죽음을 예측할 수 있다.
- 4) 임종환자: 말기환자 가운데 최선의 치료를 하여도 수 일 또는 수 주 이내에 사망할 것으로 예상되는 환자.
- 5) 지속적 식물상태의 환자: 심한 뇌 손상으로 지각 능력이 완전히 소실되어 외부 자극에 대하여 의미 있는 반응이 없는 상태가 되거나 수개월

이상 지속되는 환자.

- 6) 사전의료의향서(advance directive): 사람이 죽음에 임박하여 자기 자신에 대한 의료인의 치료 여부 및 방법에 대해 스스로 합리적으로 결정하고 표현 할 수 없을 때를 대비하여 본인이 미리 작성하는 서면 진술서.
- 7) 중환자 의료인: 중환자실에서 환자 치료에 관련하는 의사와 중환자실 간호사.

II. 문헌고찰

1. “김할머니 사건” 대법원 판례의 의의

1997년 일명 “보라매 사건”에서 보호자의 요구대로 치료를 중단한 의사에게 살인죄를 선고하면서 치료 중단에 대한 법적 논란이 시작되었다. 그러나 “보라매 사건”의 경우 사회적으로 본격적인 안락사 논쟁을 불러일으켰음에도 불구하고 말기환자도 아니며, 사망 시점이 임박한 자도 아니어서 치료중단이 정당화될 수 있는 경우에 해당되지 않아 엄밀히 말해 연명치료 중단의 범주에 들지 않는다(최지윤, 권복규 2009; 박형욱, 2009). 이후 10여 년 간 끌어온 치료 중단에 대한 논의가 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결인 2009년 5월 세브란스 병원 “김 할머니 사건”을 계기로 연명치료 중단은 사회적, 윤리적, 법적 격론의 장이 되었다.

2009년 5월 대법원 전원 합의체는 식물인간 상태에 빠진 김모(77,여)씨의 가족이 연세대학교 세브란스 병원을 상대로 낸 ‘무의미한 연명치료 장치의 제거 등 청구소송’에서 인공호흡기를 떼라고 판결한 원심을 다수의견으로 확정하여 국내처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결을 내렸다(이석배, 2009). 2009년 대법원에서 밝힌 연명치료중단에 대한 입장은 다음과 같다. 의식이 없는 환자에 대하여 ① 치료가 계속 되더라도 회복 가능성이 없어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 경우 ② 환자가 이러한 상황에 대비하여 사전에 의료인에게 사전의료 지시를 한 경우 또는 사전의료지시가 없는 경우 환자의 평소 가치관이나 신념 등에 비추어 연명치료를 중단 하는 것이 객관적으로 환자의 최선의 이익에 부합 한다고 인정 되어 환자가 의식이 있다면 연명치료 중단을 선택할 것이라는 것을 추정할 수 있는 경우 연명치료를 중단할 수 있다고 판시하고 있다. 다만, ③ 환자가 회복 불가능한 사망의 단계에 이르렀는지 여부에 관하여는 전문 의사 등으로 구성된 위원회 등의 판

단을 거치는 것이 바람직하다는 입장을 밝히고 있다(이석배, 2009)

대법원 판례의 의의는 다음과 같이 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째, 대법원이 처음으로 연명치료 중단의 일반적 요건 혹은 절차를 제시하였다는 점이다. 이는 사회적 의제가 연명치료 중단 ‘인정’ 여부에서 연명치료 중단의 ‘일반적 요건 혹은 절차’로 재설정된 것이며, ‘회복 불가능한 사망의 단계’라는 요건을 구체적으로 실시함으로써 보라매병원 판결 이후 사법적으로 인정받을 수 있는 연명치료 중단 기준을 알지 못한 채 불안하게 의사결정이 이루어져 왔던 의료현장에서 중요한 의의를 갖는 부분이다. 둘째, 대법원이 처음으로 구속력을 인정할 수 있는 사전의료지시서의 요건을 구체적으로 제시하였다는 점이다. 대법원이 사전의료지시서의 중요성에 대한 단순한 언급을 넘어서 구속력을 인정할 수 있는 요건을 구체적으로 실시함으로써 이 기준에 맞춘 사전의료지시서의 작성으로 환자의 자기결정권을 더 확고히 보장할 수 있게 되었다. 셋째, 대법원은 연명치료 중단이 반드시 소송을 통하여 해결하여야만 하는 것이 아니며 신중한 판단을 위한 절차적 방법으로서 병원윤리위원회를 제시하였다는 점이다. 물론 대법원이 사법부로서의 한계 때문에 회복 불가능한 사망의 단계인지 여부에 관하여 위원회의 판단을 ‘거쳐야 한다’고 판시하지 않고 ‘바람직하다’고 판시하였지만 이는 병원윤리위원회 활성화의 중요한 계기가 될 것이다(박형욱, 2009).

대법원 판례는 ‘과연 인간적인 품위가 존중되는 가운데 죽는다는 것은 무엇인가?’에 대한 윤리적 판단에 대한 논의 또한 일으켰는데, 이동익(2009)은 다음과 같은 네 가지로 대법원 판례에 대한 윤리적 쟁점과 윤리적 평가를 하였다. 첫째, ‘환자에게서 인공호흡기를 제거하는 것이 안락사인가?’에 대해 안락사 개념에 반드시 포함되어야 하는 의도적인 죽음 초래와 관련, 인공호흡기 제거가 환자의 죽음을 의도하는 것이라기보다는 환자의 인간성 자체를 존중하고, 기계 장치가 오히려 환자의 고통을 가중시키는 행위로서 환자의 인격

적 품위를 떨어뜨리는 행위로도 인식 될 수 있으므로 안락사에 대한 논의에 대해 ‘그렇지 않다’고 평가하였다. 둘째, ‘인공호흡기 제거가 환자의 치료받을 권리를 침해하였는가?’에 대해 환자의 인간적 존엄성 유지를 위한 수분 및 영양 공급 행위, 정상적인 간호, 일상적인 투약 등의 행위는 반드시 필요할 것으로 판단하였고, 인공호흡기 제거만을 재판부가 받아들였으므로 환자의 치료받을 권리가 침해된 것으로 판단할 수 없다고 평가하였다. 셋째, ‘환자의 서면 동의가 없었음에도 환자의 자율성이 존중되었다고 판단할 수 있는가?’에 대한 추정동의를 윤리적 정당성에 관한 문제에 대해, 환자의 자율성과 선의이라는 관점에서 판단할 때 인공호흡기 제거에 대한 가족들의 증언을 수용할 수 있기 때문에 연명치료를 원하지 않았으리라는 환자의 의사에 대한 추정동의를 자살적인 거부가 아니라는 점을 인정하는 가운데 수용할 수 있다고 평가하였다. 넷째, ‘연명치료의 거부는 환자의 죽을 권리를 인정한 것인가?’에 대해 삶은 우리 모두에게 요구되는 의무로 어느 누구도 죽을 권리를 가지고 있지 않으므로 ‘죽을 권리’라는 용어 자체가 적합하지 않으며, 연명치료에 대한 환자의 거부를 환자의 ‘존엄하게 죽을 권리’로 이해하기 보다는 환자의 인간성이 존중될 권리라는 표현이 더 적합하다고 평가하였다.

대법원 판례 이후, 한국보건의료연구원은 논란이 되고 있는 ‘무의미한 연명치료의 중단’ 문제에 대해 법조계·종교계·의료계·사회단체 등 각계 전문가와 토론한 결과, 연명치료 중단 대상은 말기 환자로 제한하고 지속적 식물상태 환자는 대상에서 제외하며 말기상태이면 포함하며, 중단 가능 한 연명치료의 범위로는 수분·영양공급 등 일반 연명치료는 중단될 수 없으며 심폐소생술·인공호흡기 등 특수연명치료에 한하여 중단될 수 있으며, 의사결정 기구의 설립에 대해 본인이 건강할 때 죽음을 대비하여 ‘사전의료의향서’를 직접 작성하는 문화를 조성하기 위해 정부가 적극적으로 노력해야 한다고 합의하였고, 환자의 자발적인 의사결정이 곤란한 경우 추정 및 대리에 의한 의사표시를 인정할 것인지에 대한 문제와 입법추진 등에 있어서는 합의에 이르지 못했

다. 대한의사협회 등으로 구성된 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회는 회복가능성이 없는 환자의 품위 있는 삶을 위하여 연명치료를 적용하거나 중지할 상황에 있는 의료인에게 행위의 범위와 기준을 제시하고자 2009년 9월 연명치료 중지에 관한 지침을 발표했다. 대상 환자를 회복 불가능 환자를 말기 암환자, 뇌사 환자, 임종환자, 말기 후천성 면역 결핍증 환자, 6개월 이상 식물상태 환자로 구분하였으며, 지침에 따르면 회복 불가능한 환자의 상태를 1~4 수준으로 나누며, 3수준(말기 환자나 지속적 식물인간)과 4 수준(임종 환자 또는 뇌사 환자) 환자에 한해 연명치료를 중단할 수 있다. 연명치료 종류로 일반 연명치료와 특수 연명치료를 구분하였으며, 연명치료 적용 또는 중지예 관한 절차를 정의하였다. 또한 이견 조정 절차를 제시하였다. 그러나 이 지침은 의료계가 자율적으로 마련한 것이기에 법적인 강제성이 없어 실제 의료 현장에서 의료인과 환자측간의 의견이 합의되지 않을 경우 뚜렷한 해결책이 되지 못하고 있으며(김현정, 2009), 실제로 연명치료 중지에 관한 지침 발표 이후에 시행된 연구들에서도 일선 현장의 의료인들은 지침에 대해 인식도 못하고 있거나 인식하고 있더라도 연명치료 중단 결정 과정에 적용하는 것과는 차이가 있는 것으로 나타났다(문재영 등, 2011; 김소윤 등, 2009; 문재영 등 2012).

2. 연명치료 중단

1) 연명치료

연명치료란 말기 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료를 의미한다. 연명치료는 일반 연명치료와 특수 연명치료로 나눈다. 일반 연명치료는 생명유지에 필수적이지만 전문적인 의학 지식이나 의료기술, 특수한 장치가 필요하지 않은 치료로서

예를 들어, 관을 통한 영양과 수분 공급, 체온 유지, 배변과 배뇨 도움, 진통제 투여, 욕창 예방, 일차 항생제 투여 등이다. 특수 연명치료는 생명유지에 필수적이며 고도의 전문적인 의학 지식과 의료기술 특수한 장치가 필요한 치료로서 심폐 소생술, 인공호흡기 적용, 혈액투석, 수혈, 장기의식, 항암제 투여, 고단위 항생제 투여 등이다. 심폐 소생술은 심장마사지, 강심제나 승압제 투여, 제세동기 적용, 인공호흡 등을 포함한다(연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회, 2009).

2) 연명치료 중단

연명치료 중단은 더 이상의 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 더 이상의 치료적 활동을 중단(withdrawl)하거나, 보류(withholding)하는 것을 뜻한다(손명세, 1998; 박연옥 등, 2004; 장지영, 2010). 연명치료 중단은 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과도한 치료를 중단하는 것으로 죽음과는 직접적 연관성이 없는 것으로 정의할 수 있다(김미숙, 2002). 대한의사협회에서는 연명치료 중단은 치료를 중단하거나 보류하는 것이 인간의 존엄성을 지키는 일이라는 견해가 일고 있고 회생이 불가능하다고 판단되어진 환자에게 단순히 생명유지를 위한 의료기술을 적용하는 것은 환자의 의미 있는 삶을 연장하는 것이 아니라 고통을 받는 기간을 연장하는 무의미한 노력일 수도 있어 환자의 죽음을 재촉하는데 목적이 있는 것이 아니라 환자의 고통을 가중시킬 수 있는 무의미한 치료를 중단하는 것이라고 하였다(허대석, 2001; 김현정, 2010). 최근 허대석은 ‘무의미한 연명치료 중단’이라는 용어에 대해 문제를 제기하였는데, 가치중립적인 용어가 아닌 ‘무의미한’, 반드시 해야 하는 것처럼 오해될 소지가 있는 ‘치료’, 유보(withholding)의 개념이 빠져 있는 ‘중단’이라는 각각의 용어를 수정하여

‘연명기술 수행에 대한 자기 결정권’이라는 용어를 제안하기도 하였다.

오늘날 의학기술의 발전으로 상당 기간 사망에 이르는 과정을 늦출 수 있게 되어, 국내의 조사에 따르면 의료기관에서 말기 질환으로 연명치료를 받고 있는 환자의 수가 적지 않으며(배중면 등, 2010), 중환자실에서 사망하는 적지 않은 수가 연명치료를 유보하거나 중단하는 과정을 통해 사망하는 것으로 잘 알려져 있다(한국보건의료연구원, 2009). 따라서 연명치료 중단과 유보에 관한 논의는 미룰 수 없는 사회와 의료계 모두의 과제가 되었다(고윤석 등, 2012).

국립 암센터가 실시한 <품위있는 죽음에 대한 대국민 인식조사>에서 의학적으로 무의미하다고 판단되는 생명연장 치료를 중단함으로써 자연스러운 죽음을 받아들이는 것에 대하여 응답자의 87.5%가 찬성하고 있었으며(최지윤, 권복규, 2009), 연명치료 중단에 대한 국민의식 실태 조사 및 법제화 방안 연구(이윤성, 2009)에서 국민들의 81.4%는 연명치료를 적용하고 있다면 제거하는 요청을 하겠다고 하였다. 권복규 등(2010)의 연구에 따르면 “본인의 상태가 의학적으로 회복이 어렵고, 인공호흡기에 의존하여 중환자실에서 간신히 생명을 연장하고 있는 경우라면 어떻게 할 것인가?”는 질문에 환자군의 89.9%가 인공호흡기를 떼고 임종을 맞이하겠다고 응답하였다.

그러나 우리의 의료 문화는 여전히 연명치료 중단에 대한 솔직하고 허심탄회한 대화를 허용하지 못하고 있으며, 의료진과 병원에 대한 불신이 상당하고, 의료인들 대부분이 이 미묘하고 어려운 문제를 어떻게 다루어야 할지에 대한 충분한 경험과 훈련이 부족한 것이 사실이어서, 연명치료 중단과 관련된 제도화는 이런 문제들에 대한 인식과 그에 대한 해결 노력과 더불어 나아가야 한다(권복규 등, 2010).

3) 연명치료 중단에 대한 인식

대부분의 의료인들은 죽음을 연기하거나 자연스럽게 임종과정을 진행하는 문제에 직면해야만 하는데, 이 때 의료인들은 사망과정의 불필요한 고통을 최소화하고 임종 환자의 품위를 유지할 수 있도록 도와야 한다.

중환자실에서는 적극적인 치료로 환자 회복이 우선 목표이나, 상태 악화로 더 이상 치료에 반응하지 않을 때 연명치료의 수준을 고심하게 된다. 이 때, 연명치료 중단과 관련된 중환자 의료인의 생각은 환자와 보호자의 생각에 영향을 미칠 수밖에 없으므로 연명치료 중단과 관련된 중환자 의료인의 인식을 이해하는 것은 중요하다(김소윤 등, 2009). 김애경(2002)은 중환자실에서 환자를 돌보는 의료인에게 있어 환자의 생명을 유지하기 위한 연명치료를 지속하는 것과 환자의 고통을 덜어주고 존엄하게 죽을 권리를 지켜주기 위해 연명치료를 중단하는 것 사이에 많은 갈등과 윤리적 문제가 초래되고 있다고 하였다. 특히 중환자실에서의 연명치료 중단 결정은 환자가 의식이 없고 위중한 상태에서 이루어지므로 연명치료 중단을 결정하는 것에 대한 딜레마에 빠지기도 한다. 따라서 연명치료 중단 결정을 경험하게 되는 간호사, 의사가 불안감이나 불편한 감정 없이 임종하는 환자를 도우려면 먼저 연명치료 중단 결정에 대한 자신의 태도를 인식해야 한다(이용주, 2004; 남영진, 2011).

의사는 환자의 마지막 순간까지 환자의 존엄성을 지켜주고 환자에게 최대의 이익이 돌아가도록 노력할 것을 요구받고 있는데(문재영, 임채만, 고윤석, 2011), 연명치료 중단 결정과정에서 치료의 의미를 잘 알고 있는 의사들의 역할은 매우 중요하다(고윤석, 2009). 연명치료 중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행(김소윤 등, 2009)에 따르면 중환자 전담의사들은 환자 또는 보호자와 연명치료 중단 논의에서 적절하다고 인식하는 논의 횟수와 실제 시행 횟수 간에 차이를 보였는데 상담자, 조정자로서 인식은 하고 있으나 바쁜 일정, 논의에 대한 어려움, 접근방식에 대한 교육 부족 등의 원인으로 추정되었다. 대한의사협회 연명치료 중지에 관한 지침(2009)에 대한

한국 중환자 전담의사의 인식(문재영, 임채만, 고윤석, 2011) 연구에 의하면, 연명치료 중단에 관한 사회적 논란이 있는 후 발표된 ‘연명치료 중지’에 관한 지침을 인지하지 못하고 있는 응답율이 32.1% 였으며, 인지하고 있더라도 의료현장에서 적용하지 못하거나 절반 미만의 대상자에게 적용하는 경우가 65.4%에 이르러 지침이 필요하다고 대다수가 동의하고 있다는 연구결과(김소윤 등, 2009)에 역설적인 인식을 보이고 있었다. 고윤석 등(2012)의 연구에 따르면, 지침에 대한 인지도와 관심이 전반적으로 높지 않았으며, 전공의들의 연명치료와 말기치료에 대한 지식과 정보의 질이 높지 않아, 적절한 연명치료 중단 결정을 위해 연명치료 중단에 대한 의사들의 인식과 태도에 지속적인 교육을 제공해야 하며, 심리적 스트레스를 올바르게 관리할 수 있는 교육 풍토 및 수련환경 마련 등 다각적인 노력이 필요함을 알 수 있었다.

중환자실에서 연명치료중단 결정에 있어서 환자와 그 가족을 자주 대하고 있는 간호사의 역할은 무엇보다 중요하다. 간호사는 의사에게 환자의 생각을 전달하거나 어려운 결정을 할 때 지지와 안내를 통해 환자가 의사결정에 참여하도록 격려해야 한다(Frank RK, 2009). DNR 의사결정 과정에서 간호사가 배제될 경우, 치료중단의 결정에서 환자 옹호자의 역할 뿐 아니라 보호자들에 게도 적절한 상담과 지지를 제공해 줄 수 없을 것이라 보고되었다(김상희, 1998). 조정림 등(2011)의 심폐소생술 금지에 대한 간호사의 인식 연구에서도 ‘가망성이 전혀 없다면 환자에게는 고통 없는 편안한 죽음을, 남아 있는 가족에게는 더 이상의 경제적 부담을 주지 않는 것이 현명한 판단이다’ 라고 응답해 환자의 옹호자와 보호자들의 지지자의 역할을 하는 간호사의 태도를 알 수 있었다. 이혜경, 강현숙(2010)의 연구에 따르면 연명치료 중단 결정시 중환자실 간호사의 역할에 중환자실 간호사, 의사, 가족 모두 매우 긍정적인 태도를 보여, 중환자나 중환자 가족에게 적절한 상담자와 지지자 역할을 하여 그들이 올바른 판단을 할 수 있도록 도울 뿐 아니라 의료인과 환자 및 가족 간 의사소통의 중재자 역할을 하여야 한다. 따라서 말기 상황의 의사소통 갈등을 해결하고 환자의 품위 있는 죽음을 도와주기 위해서는 주도적 역할을 하

는 의사와 간호사 간의 협동적 의사결정체계를 구성하는 것이 바람직하다(조계화, 안경주, 김균무, 2011). 그러나 의료현장에서 간호사는 기관의 정책과 의사의 처방에 따라야 하는 의무와 환자 권리의 옹호자로서 간호사의 역할 사이에서 딜레마를 경험하기도 하며(Wagner & Ronen, 1996), 의사의 말기 환자에 대한 적극적 치료집착으로 인한 갈등 또한 경험하고 있다(조계화, 2010). 따라서 간호사의 말기환자 연명치료에 대한 법적, 사회적 역할이 보다 분명히 제시된다면 간호사들은 말기환자와 그 가족들을 더욱 적극적으로 도울 수 있게 될 것이다(박연옥 등, 2004).

3. 생의 말기 의사결정 및 사전의료의향서

이일학 등(2008)의 연구에 따르면, 연명치료와 관련된 갈등이 지속되고 있는 원인으로는 1) 환자의 자기 결정권의 한계가 어디까지인지 또 삶의 질에 관한 기준은 무엇으로 해야 할지에 대하여 우리나라에서 공론화된 합의가 충분히 이루어져 있지 않다는 점과, 2) ‘사전의사결정’ 제도와 같이 환자가 자기결정권을 행사할 수 있는 제도적 뒷받침이 되어 있지 않다는 점, 3) ‘존엄한 죽음의 권리’ 혹은 ‘well dying’에 관한 의료인, 일반인의 합의가 이루어질 기회가 없었다는 점이 제시된다.

의사결정은 문제를 인식하고 대안을 숙고하여 적절한 방법을 선택하는 과정이다(Simon HA, 1993; 조계화, 안경주, 김균무, 2011). 특히, 연명치료를 둘러싼 의사 결정은 사회 제도와 문화적 영향이 작동하는 복잡한 과정이다(고윤석 등 2012; Luce JM, 2010; Alta K, Kai I, 2010). 국내에서는 치료에 대한 의사결정과정에서 환자 본인이 배제되는 문화적 특징을 가지고 있는데(허대석, 2009), 이는 치료 전반 과정에서 뿐만 아니라 특히 임종과정에서 더욱 심각한 고려 사항이다. 허대석(2009)의 연구에 따르면, 국내 연구 결과를 종합했을 때 한국에서는 심폐소생술 금지 결정에 환자 본인이 참여하지 않고 있으

며, 예외적인 상황을 제외한 거의 모든 경우에 가족들이 의료진과 상의 하에 작성하고 있고, 그 시기도 임종이 임박한 상황이다. 연명치료 중단 관련 결정이 치료의 중단보다는 유보의 방법으로 실행되고 있는(김소윤 등, 2009; 고윤석 등, 2012) 국내 의료현실에서, 무의미한 연명치료가 시행되지 않게 하기 위한 가장 바람직한 방법으로는 환자의 자기결정권이 존중된 사전 의사결정이 무엇보다 중요하다.

그러나 국내의 문화적인 특징은 삶의 마무리에 있어서 환자 본인조차 회복이 어려운 상태에서 연명치료 중단 등과 관련된 의사결정은 누가 해야 한다고 생각하느냐는 물음에 본인이라는 답변보다 본인과 가족 모두라고 응답을 보였다(권복규 등, 2010). 의학적 의사결정 과정과 관련된 또 다른 설문조사에서도 우리나라 사람들은 치료법의 결정 주체로서 환자 자신은 물론이고 가족에게도 중요한 역할을 부여하고 있음을 알 수 있다.(이상목, 김성연, 이영식, 2009). 이처럼 우리나라 사람들의 일상적인 의식은 환자와 가족을 이해갈등의 관계가 아니라 상호 호혜적인 관계로서 의학적 의사결정에서 발생하는 대부분의 문제를 환자와 가족 모두 함께 참여하는 것을 선호하고 있다(이상목, 2009).

조계화, 안경주, 김균무(2011)는, 생의 말기 의사결정을 저해하는 구성 요인으로 법제도 요인, 권위적 의료 요인, 상호 준비 요인, 병원 체계 요인, 윤리적 가치 요인이라는 5가지 차원으로 구분하였고, 연구 결과 환자의 자율성 존중을 바탕으로 한 환자-의료인-가족의 공유된 의사결정 시스템 구축과 효율적인 의사결정을 위한 병원의 제도적 장치, 의료인들 간의 개방적 의사소통 분위기를 마련할 분위기를 촉구하였다. 환자의 자율성 존중을 바탕으로 환자-가족-의료인 간의 공유된 의사결정체계가 필요하다고 여겨지며, 원활한 공동 의사 결정을 위해 전문 인력이 포함된 병원윤리위원회 및 경제적인 사유와 관련된 지원 체계 연결이 함께 이루어 져야 할 것이다.

사전의료의향서는 사람이 죽음에 임박하여 자기 자신에 대한 의료인의 치료

여부 및 방법에 대해 스스로 합리적으로 결정하고 표현할 수 없을 때를 대비하여 본인이 미리 작성하는 서면 진술서이다. 사전의료 의사결정은 인간중중과 관련된 말기의 삶의 질 및 가족과 의료인의 불필요한 갈등과 소송을 차단하는데 있어 매우 중요하다(조계화, 안경주, 김균무, 2011). 사전의료계획과 사전의료의향서의 실현 가능성은 다양한 요건과 관련되는데, 미국에서 2008년 국회에 제출된 보고서에 의하면 나이가 많고, 다양한 질병을 앓고 있으며, 높은 사회적 지위를 가지고, 사전의료의향서 혹은 생의 마지막 치료 선택에 관한 지식이 있으며, 생의 마지막 논의에 대한 긍정적 태도를 갖고, 담당의사와 친밀한 관계를 유지하며, 마지막으로 사전의료의향서를 작성한 경우에 실현 가능성이 높다고 한다(이은영, 박인경, 이일학, 2011).

개인은 사전의료의향서를 통해 치료에 대한 자신의 의사를 기록으로 남김으로써 의식 불명 또는 혼수상태가 된다고 하더라도 자신의 의사대로 치료가 진행될 것이라는 기대를 가질 수 있으며, 의료진은 환자가 작성한 사전의료의향서를 참고하면서 환자에 대한 치료 방법을 결정할 수 있다(홍석영, 2012).

이일학(2012)의 연구에 따르면 사전의료의향서 작성 운동 이후 발견된 문제점으로, 모든 요구를 충족시키지 못하고 시민들의 주요한 욕구를 반영하기 어려우며 법적 뒷받침이 없는 참고 서류로서의 가치의 서식의 문제와, 어느 정도의 전문성을 갖춘 상담사가 필요한지에 대한 정보 및 상담의 문제, 의료인들의 인식과 동참에 관련된 실천의 문제를 꼽았다.

사전의료의향서를 활용할 준비가 된 의료인들의 사전의료의향서의 효율적인 운영을 위해서는 환자가 어느 곳에 있든지, 원하는 순간에 언제든지 사용·반영할 수 있는 정보화 시스템 내로 편입시키는 제도적 장치가 필요하다(손명세, 2009). 이와 관련, 국내의 한 대학병원에서는 사전의료의향서 작성 여부가 쉽게 확인 되지 않아 응급실 등에서 불필요한 연명치료 등이 시행되는 문제점을 해결하기 위하여, 병원 전산망에서 환자의 의무기록을 조회할 때 사전의료의향서 작성여부가 표시되어 알 수 있도록 의무기록시스템을 보완하는 노력을 하고 있다.

외국의 선례를 볼 때 실제 사용자 집단 즉, 사전의료의향서 작성자와 의료인들의 접근성, 의료기관의 협조, 제도적 뒷받침, 일반의 이해와 공감에 맞물려 있지 않으면 법과 제도만으로 사전의료의향서는 성공할 수 없다(김신미, 홍영선, 김현숙, 2010). 환자의 자기결정권이 존중될 수 있는 유일한 대안인 사전의료의향서의 국내에서의 확산과 정립을 위해, 우리 의료 상황에 맞는 사전의료의향서의 효용성 및 실천방안에 대한 연구가 필요하다. 사전의료의향서의 효율적인 운영 및 실천을 위해 사전의료의향서 작성자와 의료인들의 접근성, 의료기관의 협조, 제도적 뒷받침, 일반의 이해와 공감, 법과 제도가 맞물린 정착이 필요하다고 하겠다.

Ⅲ. 중환자 의료인의 연명치료 중단에 대한 인식

설문 시행 시 2009년 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회에서 발표한 내용으로 연명치료중단에 대한 의미를 기술한 후 설문 문항을 제시하였으며, 본 연구 결과에서는 설문 문항에 대해 의사와 간호사의 응답을 각각 구분하여 기술 하였다.

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 결혼상태, 종교, 중환자실 경력, 병상 수, 근무 부서, 연명치료중단 경험 횟수, 연명치료 중단에 대한 태도를 실수와 백분율로 조사하였다.<표1> 대상자의 연령은 의사의 경우 30대가 62.3%로 가장 많았고 간호사의 경우 20대가 52.3%로 가장 많았으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.05$). 성별에 있어서는 의사의 경우 남자가 64.2%, 간호사의 경우 여자가 97.7% 로 두 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.05$). 결혼 상태의 경우 의사는 기혼이 71.7%, 간호사는 미혼이 70.9% 로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.05$). 종교의 경우 의사와 간호사 모두 기독교가 각각 37.7%, 36.0%로 가장 많았으며 통계적으로도 유의한 차이를 보이지 않았다. 중환자실 경력은 의사는 3년 미만인 37%, 3년 이상 5년 미만인 26.1%, 5년 이상 10년 미만인 19.6%, 10년 이상이 17.4 % 순이었으며, 간호사는 3년 이상 5년 미만인 29.8%, 5년 이상 10년 미만인 28.6%, 10년 이상이 22.6 %, 3년 미만인 19% 순으로 두 그룹 간에 유의한 차이는 없었다. 소속 병원의 병상 수는 의사와 간호사 모두 800-1000 병상이 각각 41.5%, 55.8%로 가장 많았으며 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다. 근무부서는 의사의 경우 내과계 43.4%, 외과계 22.6%, 기타 중 마취과 17% 순이었으며, 간호사의 경우 내과계 46.5%. 외과계 36%, 심혈관계 9.3% 순이었으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p<0.05$). 연명치료중단 경험 횟수는 의사와 간호

사 모두 10회 이하가 각각 39.6%, 36%로 가장 많았으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보이지 않았다. 의사의 96.2%, 간호사의 97.7%가 연명치료 중단이 필요하다고 답했으며 두 그룹 간에 유의한 차이는 없었다.

<표1> 대상자의 일반적 특성

	의사	간호사	전체	p-value
연령				<.001 ^a
	20대	6(11.3)	45(52.3)	51(36.7)
	30대	33(62.3)	32(37.2)	65(46.8)
	40대	9(17.0)	7(8.1)	16(11.5)
	50대 이상	5(9.4)	2(2.3)	7(5.0)
성별				<.001
	남자	34(64.2)	2(2.3)	36(25.9)
	여자	19(35.8)	84(97.7)	103(74.1)
결혼상태				<.001
	미혼	15(28.3)	61(70.9)	76(54.7)
	결혼	38(71.7)	25(29.1)	63(45.3)
종교				0.652 ^a
	기독교	20(37.7)	31(36.0)	51(36.7)
	카톨릭	10(18.9)	10(11.6)	20(14.4)
	불교	4(7.5)	6(7.0)	10(7.2)
	기타	0(.0)	2(2.3)	2(1.4)
	없음	19(35.8)	37(43.0)	56(40.3)
중환자실 경력				0.155
	3년 미만	17(37.0)	16(19.0)	33(25.4)
	3년 이상 5년 미만	12(26.1)	25(29.8)	37(28.5)
	5년 이상 10년 미만	9(19.6)	24(28.6)	33(25.4)
	10년 이상	8(17.4)	19(22.6)	27(20.8)
병상 수				0.323
	600병상 이하	4(7.5)	7(8.1)	11(7.9)
	600-800병상	8(15.1)	7(8.1)	15(10.8)
	800-1000병상	22(41.5)	48(55.8)	70(50.4)
	1000병상 이상	19(35.8)	24(27.9)	43(30.9)
근무부서				0.001 ^a
	내과계 중환자실	24(45.3)	40(46.5)	64(46.0)
	외과계 중환자실	12(22.6)	31(36.0)	43(30.9)
	심혈관계 중환자실	0(.0)	8(9.3)	8(5.8)
	기타	17(32.1)	7(8.1)	24(17.3)
연명치료 중단 경험 횟수				0.135
	전혀 없다	14(26.4)	10(11.6)	24(17.3)
	10회 이하	21(39.6)	31(36.0)	52(37.4)
	10-20회	7(13.2)	20(23.3)	27(19.4)
	20-50회	4(7.5)	11(12.8)	15(10.8)
	50회 이상	7(13.2)	14(16.3)	21(15.1)
연명치료 중단 찬반 태도				0.724 ^a
	필요하다	51(96.2)	84(97.7)	135(97.1)
	필요없다	1(1.9)	0(.0)	1(.7)
	모르겠다	1(1.9)	2(2.3)	3(2.2)

Chi-square test , ^a : Fisher's exact test

2. “김할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식

“김할머니 사건”이라고 불리는 세브란스 사건에 대한 대법원 판례에 대한 의사, 간호사의 지식설문 관련 문항 5개중 의사, 간호사 두 그룹 모두에서 80% 이상이 정답을 맞힌 문항은 ‘회복 가능성이 없어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 환자의 경우 연명치료를 중단 할 수 있다’ 의사 83.7%, 간호사 87.2%, ‘연명치료 중단에 대한 판단은 병원윤리위원회를 거치는 것이 바람직하다’ 의사 91.8%, 간호사 82.6% 이었다. ‘환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단할 수 있다’ 문항에서는 의사 53.8%, 간호사 64%의 정답률을 보였다. 가장 정답률이 낮았던 문항은 ‘사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우, 연명치료를 중단할 수 없다’ 의사 48%, 간호사 52.3%로, 이 문항에서 특히 의사는 정답률(48%)이 오답율(52%) 보다 낮았다.<표2>.

<표2> “김할머니 사건” 대법원 판례에 대한 의사, 간호사의 지식 정도

문항	의사	간호사	전체	순위
1. 회복 가능성이 없어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 환자의 경우 연명치료를 중단 할 수 있다.	그렇다* 41(83.7)	75(87.2)	116(85.9)	1
	아니다 8(16.3)	11(12.8)	19(14.1)	
2. 사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우, 연명치료를 중단 할 수 없다.	그렇다 26(52.0)	41(47.7)	67(49.3)	
	아니다* 24(48.0)	45(52.3)	69(50.7)	4
3. 환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단 할 수 있다.	그렇다* 28(53.8)	55(64.0)	83(60.1)	3
	아니다 24(46.2)	31(36.0)	55(39.9)	
4. 환자가 회복 불가능한 사망의 단계에 이르렀는지는 담당 주치의만이 판단 할 수 있다.	그렇다 12(24.5)	18(20.9)	30(22.2)	
	아니다* 37(75.5)	68(79.1)	105(77.8)	2
5. 연명치료 중단에 대한 판단은 병원윤리위원회를 거치는 것이 바람직하다.	그렇다* 45(91.8)	71(82.6)	116(85.9)	1
	아니다 4(8.2)	15(17.4)	19(14.1)	

Chi-square test

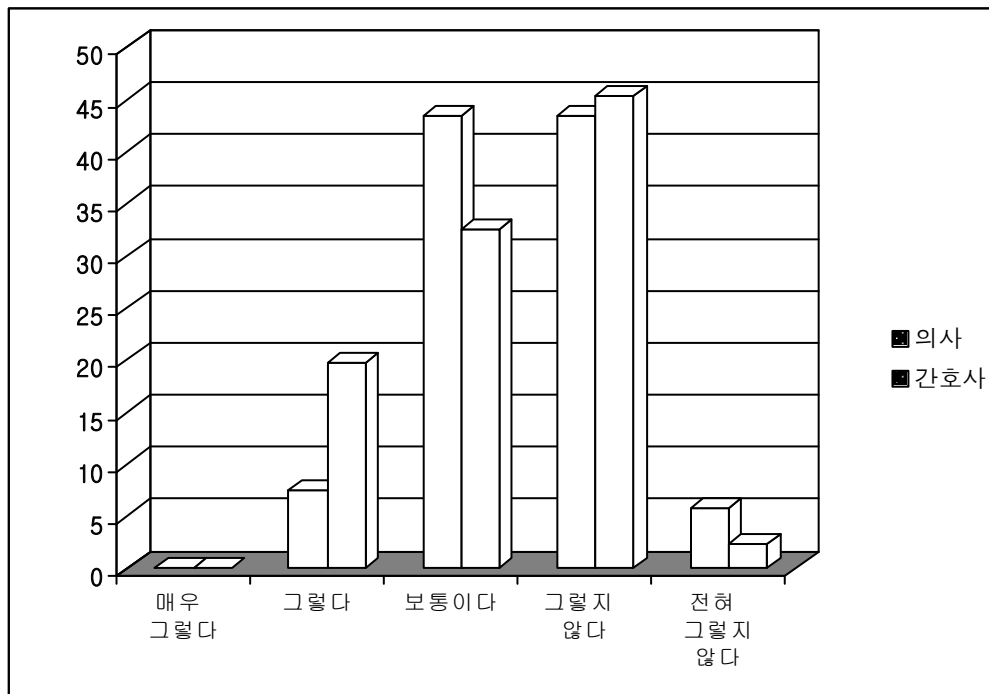
* 정답 표시임

3. 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견

가장 먼저 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있다고 생각하는지를 묻는 질문에 의사의 43.4%가 ‘보통이다’, 43.4%는 ‘그렇지 않다’ 라고 답했으며, 간호사의 32.6%가 ‘보통이다’, 45.3%는 ‘그렇지 않다’ 라고 답했다. 두 그룹 모두에서 연명치료 중단이 적절히 이루어지고 있는가에 대해 부정적인 대답이 많았다. 의사와 간호사간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.

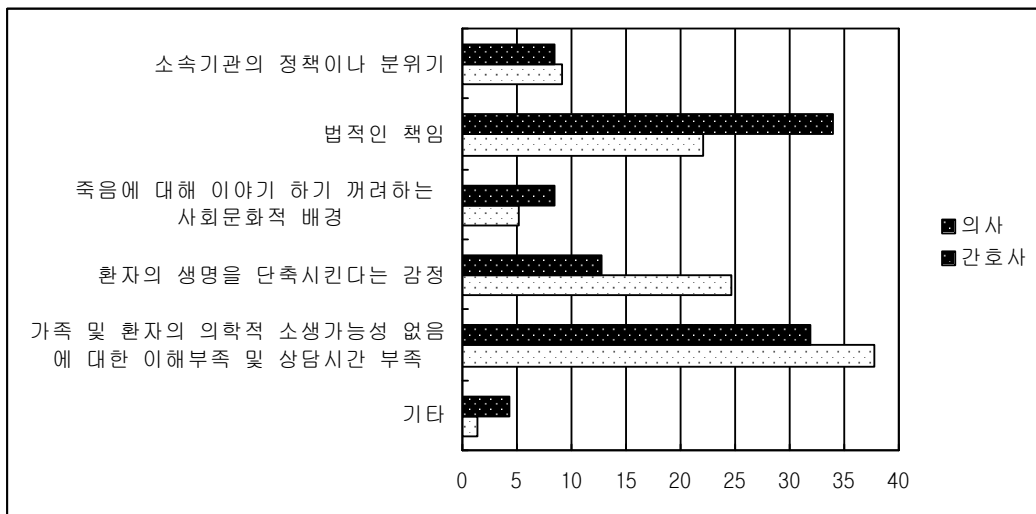
<그림1>

<그림1> 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있는지에 대한 의사, 간호사의 인식



연명치료 중단이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 이유에 대한 질문에서 의사의 경우 법적인 책임이 34%로 가장 높았으며, 가족 및 환자의 의학적 소생가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족이 31.9%, 환자의 생명을 단축시킨다는 감정이 12.8%, 죽음에 대해 이야기하기 꺼려하는 사회문화적 배경 과 소속기관의 정책이나 분위기가 8.5%로 같았으며, 기타 의견으로 ‘의료진의 주도적인 역할 부족’, ‘환자 본인이 평소 결정을 안 하는 경우가 많아 본인의 의사를 확인하기 어려워서’라는 의견이 있었다. 간호사의 경우 연명치료 중단이 적절히 이루어 지지 못하는 가장 큰 원인으로 가족 및 환자의 의학적 소생가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족이 37.7%로 가장 높았으며, 환자의 생명을 단축시킨다는 감정 24.7%, 법적인 책임이 22.1%, 소속기관의 정책이나 분위기 9.1%, 죽음에 대해 이야기하기 꺼려하는 사회문화적 배경 5.2% 순이었으며, 기타 의견으로 연명치료 중단에 대한 의료진과 가족의 태도라는 의견이 있었으며 의사와 간호사 두 그룹 간에 통계적으로 유의한 차이는 없었다.<그림2>.

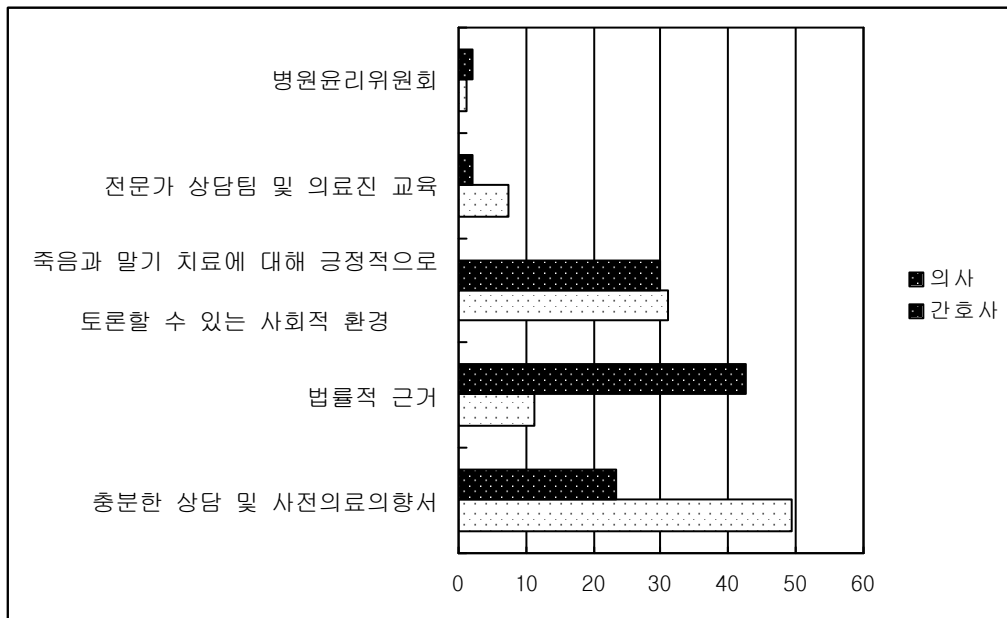
<그림2> 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지지 못하고 있다고 생각하는 가장 큰 이유



무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대해 의사는 법률적 근거 42.6%, 죽음과 말기 치료에 대해 긍정적으로 토론할 수 있는 사회적 환경 29.8%, 충분한 상담 및 사전의료의향서 23.4%, 전문가 상담팀 및 의료진 교육 2.1%, 병원 윤리 위원회 2.1%의 순으로 응답했다. 간호사는 충분한 상담 및 사전의료의향서 49.4%, 죽음과 말기 치료에 대해 긍정적으로 토론할 수 있는 사회적 환경 30.9%, 법률적 근거 11.1%, 전문가 상담팀 및 의료진 교육 7.4%, 병원 윤리 위원회 1.2%의 순으로 응답했다. 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었는데 ($p < .001^a$), 의사는 법률적 근거를 42.6%로 가장 많이 답했으나, 간호사는 충분한 상담 및 사전의료의향서라는 의견이 49.4%로 가장 많았다.

<그림3>

<그림3> 연명치료중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 견해 비교



4. 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견

연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견은 연명치료 중단 내용 관련 의견, 연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견, 연명치료 중단 결정에서 의사결정 주체에 대한 의견으로 구성하여 설문을 실시하였다.

연명치료 중단 내용 관련 중환자 의료인의 의견에서는 각각의 세부 내용에서 모두 의사와 간호사 그룹 간에 유의한 차이는 없었다. <표3>

‘환자가 원하면, 영양 공급이나 수액공급을 중단할 수 있다.’ 질문에 의사의 40.4%가 찬성했고, 53.8%는 반대했으며, 간호사의 43.5%는 찬성했고, 47.1%는 반대했다. ‘환자의 통증은 충분히 조절되어야 한다.’ 항목에서는 의사와 간호사 모두 각각 98.1%, 98.8%가 찬성했으며 연명치료 중단 내용 중 두 그룹 모두 가장 긍정적인 대답을 보였다. ‘환자가 심폐소생술(심장마사지, 강심제나 승압제 투여, 체세동기적용, 인공호흡) 시행을 거부한 경우 이를 따라야 한다.’ 항목 역시 의사, 간호사 각각 92.5%, 93%가 긍정적인 대답을 보였다.

‘환자가 인공호흡기 제거를 요청할 경우, 이를 따라야 한다.’ 설문에서는 의사의 경우 찬성 44.2%, 반대 40.4%, 모르겠다 15.4% 순이었으며, 간호사의 경우 찬성 38.4%, 반대 36%, 모르겠다 25.6% 순으로 ‘모르겠다’의 답변율이 두 그룹 모두 질문한 7가지의 세부 내용 중 가장 높았다. ‘환자가 원하면 약물 투여나 항생제 투여 등을 중단해야 한다’ 항목에서는 의사의 53.8%, 간호사의 68.2%가 찬성하였다. ‘투석치료 중단’ 항목에선 의사의 경우 찬성 65.4%, 반대 30.8% 였으며, 간호사의 경우는 찬성 73.3% 반대 19.8% 였다. 마지막으로 ‘환자가 원하면 수혈하지 않아야 한다’ 라는 질문에 의사의 경우 71.2%가 찬성을, 간호사의 경우 67.4%가 반대를 나타냈다.

<표3> 연명치료 중단 내용별 의사와 간호사의 견해 비교

항목	의사	간호사	전체	p-value
환자가 원하면, 영양 공급이나 수액공급을 중단할 수 있다.				0.635
찬성	21(40.4)	37(43.5)	58(42.3)	
반대	28(53.8)	40(47.1)	68(49.6)	
모르겠다	3(5.8)	8(9.4)	11(8.0)	
환자의 통증은 충분히 조절되어야 한다.				0.619 ^a
찬성	52(98.1)	85(98.8)	137(98.6)	
반대	1(1.9)	0(.0)	1(.7)	
모르겠다	0(.0)	1(1.2)	1(.7)	
환자가 심폐소생술(심장마사지, 강심제나 승압제 투여, 제세동기적용, 인공호흡) 시행을 거부한 경우 이를 따라야 한다.				0.590 ^a
찬성	49(92.5)	80(93.0)	129(92.8)	
반대	2(3.8)	5(5.8)	7(5.0)	
모르겠다	2(3.8)	1(1.2)	3(2.2)	
환자가 인공호흡기 제거를 요청할 경우, 이를 따라야 한다.				0.370
찬성	23(44.2)	33(38.4)	56(40.6)	
반대	21(40.4)	31(36.0)	52(37.7)	
모르겠다	8(15.4)	22(25.6)	30(21.7)	
환자가 원하면, 약물투여나 항생제 투여 등을 중단해야 한다.				0.182
찬성	28(53.8)	58(68.2)	86(62.8)	
반대	19(36.5)	19(22.4)	38(27.7)	
모르겠다	5(9.6)	8(9.4)	13(9.5)	
환자가 원하면, 투석치료를 중단해야 한다.				0.286 ^a
찬성	34(65.4)	63(73.3)	97(70.3)	
반대	16(30.8)	17(19.8)	33(23.9)	
모르겠다	2(3.8)	6(7.0)	8(5.8)	
환자가 원하면, 수혈하지 않아야 한다.				0.375
찬성	37(71.2)	58(67.4)	95(68.8)	
반대	13(25.0)	19(22.1)	32(23.2)	
모르겠다	2(3.8)	9(10.5)	11(8.0)	

Chi-square test

^a : Fisher's exact test

연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견에서는 의사와 간호사 모두 뇌사 (뇌사판정을 받지 않았으나 임상적으로 뇌사로 판정된 환자)의 경우 연명치료 중단 논의 대상 환자로 포함되는 것에 각각 90.6%, 76.7% 가 찬성해 가장 높은 찬성율을 보였으며, 그 다음으로 말기암 환자 (여러 항암제 치료에 반응이 없음)로 합병증 동반한 환자를 대상으로 각각 73.6%, 74.1% 의 응답을 보여 두 그룹 모두에서 두 번째로 연명치료 중단 논의가 필요한 대상 환자로 생각하는 것으로 나타났다. 두 그룹 모두에서 연명치료 중단 논의 대상 환자 군으로 치매를 앓는 고령의 환자로 합병증이 동반된 경우에 각각 19%, 30% 의 찬성을 보여, 가장 낮은 찬성율을 나타냈다. 의사와 간호사간에 말기 신부전 환자(신장이식 대상자 아님)로서 합병증 동반된 경우, 말기 심부전 환자(심장이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반된 경우, 말기 간부전환자(간 이식의 대상자가 아님)로서 합병증이 동반된 경우의 환자를 대상으로 통계적으로 유의한 차이를 보였다($p < 0.05$). <표4>

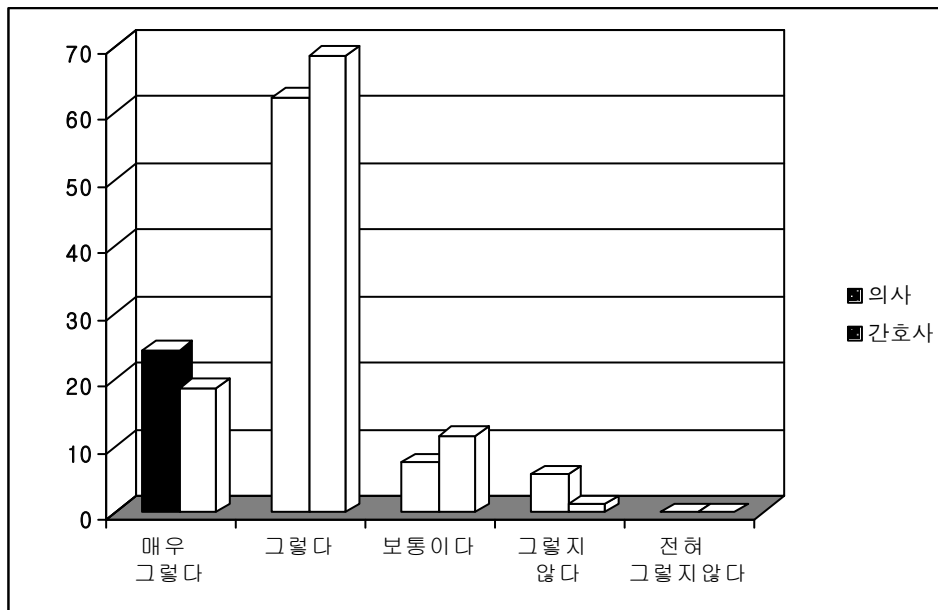
<표4> 연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의사와 간호사의 견해 비교

문항	의사 n(%)	간호사 n(%)	전체 n(%)	p-value
뇌사 (뇌사판정을 받지 않았으나 임상적으로 뇌사로 판정된 환자)				0.073
찬성	48(90.6)	66(76.7)	114(82.0)	
반대	4(7.5)	10(11.6)	14(10.1)	
모르겠다	1(1.9)	10(11.6)	11(7.9)	
6개월 이상 지속적 식물 상태를 보이는 환자				0.345
찬성	24(45.3)	38(44.2)	62(44.6)	
반대	20(37.7)	25(29.1)	45(32.4)	
모르겠다	9(17.0)	23(26.7)	32(23.0)	
말기암 환자 (여러 항암제 치료에 반응이 없음)로 합병증 동반				0.152
찬성	39(73.6)	63(74.1)	102(73.9)	
반대	12(22.6)	12(14.1)	24(17.4)	
모르겠다	2(3.8)	10(11.8)	12(8.7)	
말기 호흡부전 환자 (인공호흡기 치료로 연명하고 있거나, 산소요법 치료 중)로 합병증 동반				0.062
찬성	32(60.4)	61(70.9)	93(66.9)	
반대	18(34.0)	15(17.4)	33(23.7)	
모르겠다	3(5.7)	10(11.6)	13(9.4)	
말기 신부전 환자 (신장 이식 대상자 아님)로서 합병증 동반				0.014
찬성	20(37.7)	51(59.3)	71(51.1)	
반대	27(50.9)	23(26.7)	50(36.0)	
모르겠다	6(11.3)	12(14.0)	18(12.9)	
말기 심부전 환자 (심장 이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반				0.033
찬성	23(43.4)	55(64.7)	78(56.5)	
반대	23(43.4)	20(23.5)	43(31.2)	
모르겠다	7(13.2)	10(11.8)	17(12.3)	
뇌졸중과 같은 심각한 뇌질환 환자로서 합병증 동반				0.122
찬성	27(50.9)	55(64.0)	82(59.0)	
반대	18(34.0)	16(18.6)	34(24.5)	
모르겠다	8(15.1)	15(17.4)	23(16.5)	
말기 간부전 환자 (간 이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반				0.009
찬성	27(50.9)	61(70.9)	88(63.3)	
반대	21(39.6)	14(16.3)	35(25.2)	
모르겠다	5(9.4)	11(12.8)	16(11.5)	
치매를 앓는 고령의 환자로 합병증이 동반				0.387
찬성	19(35.8)	30(34.9)	49(35.3)	
반대	26(49.1)	35(40.7)	61(43.9)	
모르겠다	8(15.1)	21(24.4)	29(20.9)	

Chi-square test

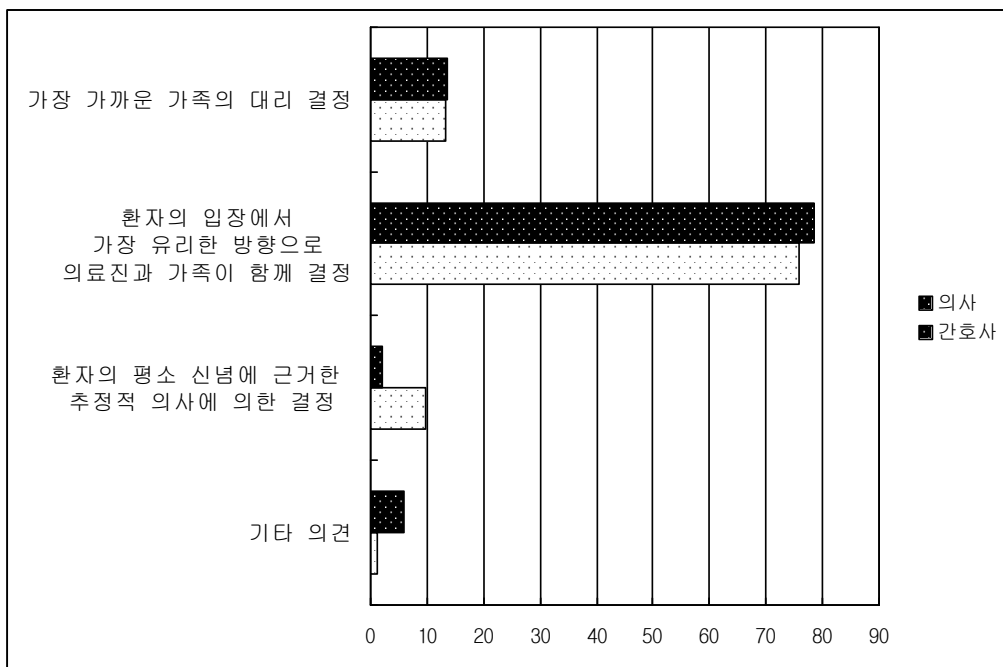
연명치료 중단 논의 대상으로 예시를 든 환자들의 연명치료 중단 의사결정 주체에 대해서 사전의료의향서를 통해 본인의 의사를 밝힌 경우에 의사와 간호사 모두 ‘매우 그렇다’와 ‘그렇다’에 86.8%, 87.2%가 답해 연명치료 중단을 해야 한다는 긍정적인 답을 보였다. <그림4>

<그림4> 사전의료의향서를 통해 본인의 의사를 밝힌 환자의 경우, 연명치료 중단을 해야 한다고 생각하는지에 대한 의사, 간호사의 견해 비교



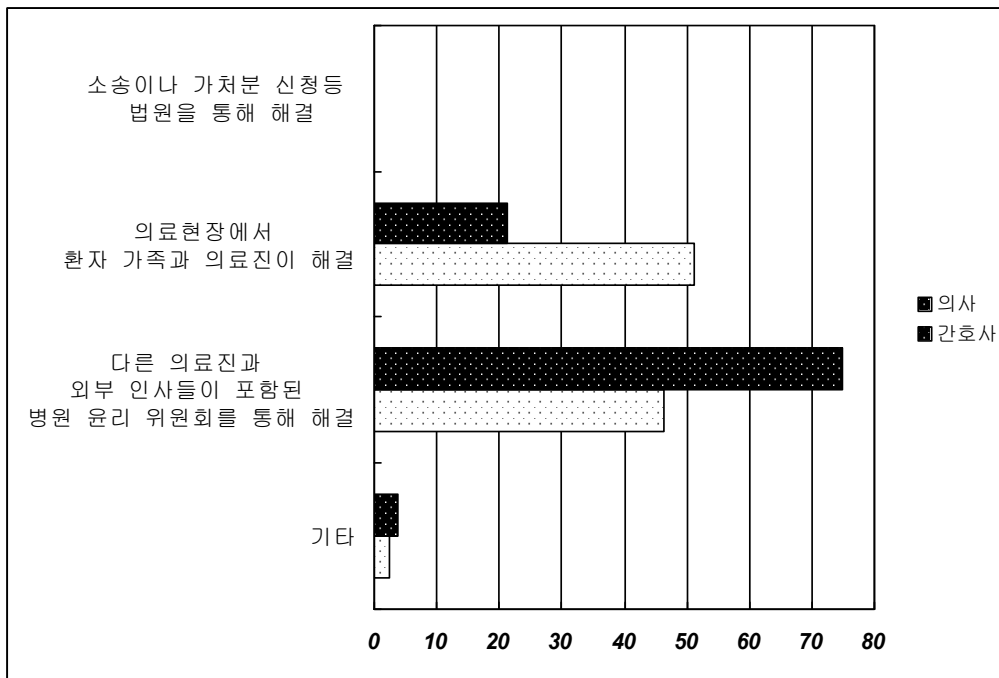
본인의 의사를 확인할 수 없는 경우에는 의사와 간호사 모두 각각 78.4%, 75.9% 가 환자의 입장에서 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정해야 한다고 답했다.<그림5>

<그림5> 본인의 의사를 확인할 수 없는 환자의 연명치료 중단 의사 결정 주체에 대한 의사, 간호사의 견해 비교



본인의 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의 연명치료중단에 대한 이견이 발생한 경우에 바람직한 조정 방법에 대해 의사와 간호사 두 그룹 간에 유의한 차이를 보였는데($p=0.001^a$), 의사의 경우 75%가 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답해 다른 응답에 비해 유의하게 높았다. 간호사의 경우 51.2%가 의료현장에서 환자 가족과 의료진이 해결해야 한다고 답했고, 46.4%가 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답했다.<그림6>

<그림6> 연명치료 중단에 대한 이견이 발생한 경우 바람직한 조정 방법에 대한 의사, 간호사의 견해 비교



5. 사전의료의향서에 대한 중환자 의료인의 인식 및 활용 의사

사전의료의향서를 작성한 환자를 경험한 적이 있는가에 대한 항목에 의사의 22.6%, 간호사의 7%가 그렇다고 답했다. 이 중 작성된 사전의료의향서가 연명치료 중단에 반영된 경우는 의사의 경우 91.7%, 간호사의 경우 100%라고 답했다. 사전의료의향서를 작성하지 않은 환자가 연명치료 중단을 원할 때, 사전의료의향서에 대해 설명할 의향이 있는가에 대한 설문에는 의사의 경우 91.7%, 간호사의 경우 100%로 두 그룹 모두 긍정적인 대답을 보였다. 사전의료의향서 작성운동에 대한 인식은 의사와 간호사 모두 각각 24.5%, 17.4%로 두 그룹 모두에게서 낮게 나타났다. <표5>

<표5> 사전의료의향서 관련 의사, 간호사의 인식

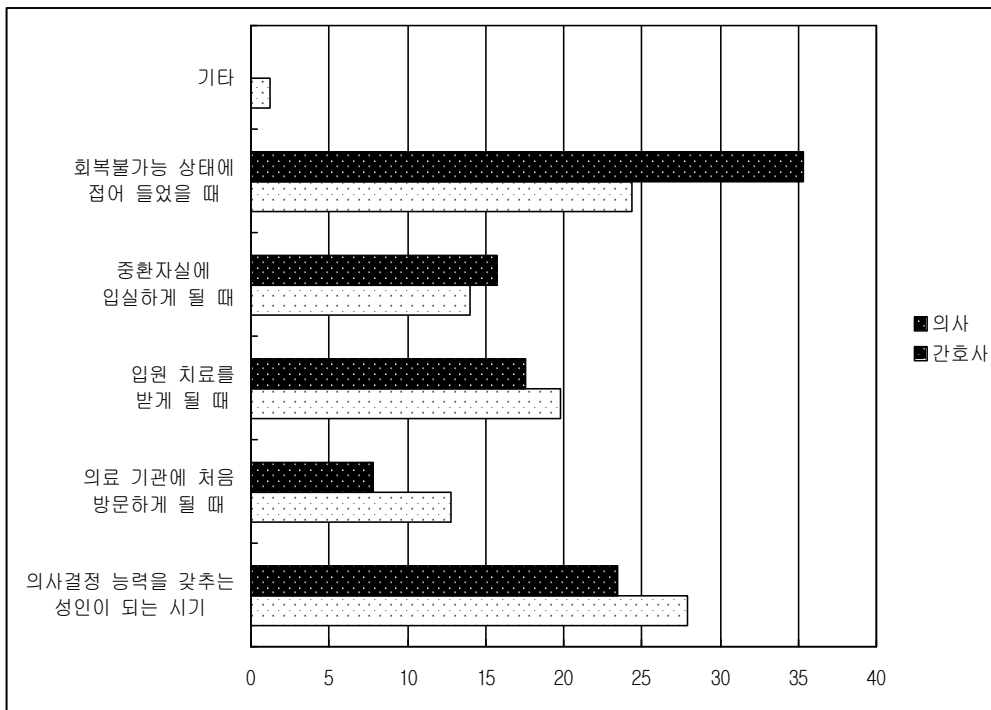
	의사 n(%)	간호사 n(%)	전체 n(%)	p-value
연명치료 중단 결정시, 사전의료의향서를 작성한 환자를 경험한 적이 있습니까?				0.008
있다	12(22.6)	6(7.0)	18(12.9)	
없다	41(77.4)	80(93.0)	121(87.1)	
작성된 사전의료의향서가 연명치료 중단에 반영되었습니까?				1.000 ^a
그렇다	11(91.7)	6(100.0)	17(94.4)	
아니다	1(8.3)	0(.0)	1(5.6)	
사전의료의향서를 작성하지 않은 환자가 연명치료 중단을 원할 때, 사전의료의향서에 대해 설명할 의향이 있으십니까?				0.252 ^a
그렇다	51(98.1)	79(92.9)	130(94.9)	
아니다	1(1.9)	6(7.1)	7(5.1)	
사전의료의향서 작성 운동에 대해 알고계십니까?				0.312
그렇다	13(24.5)	15(17.4)	28(20.1)	
아니다	40(75.5)	71(82.6)	111(79.9)	

Chi-square test

^a : Fisher's exact test

사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대한 설문에 의사의 경우 ‘회복 불가능 상태에 접어들었을 때’ (35.3%), ‘의사결정 능력을 갖추는 성인이 되는 시기’ (23.5%), ‘입원 치료를 받게 될 때’ (17.6%), ‘중환자실에 입실하게 될 때’ (15.7%), ‘의료기관에 처음 방문하게 될 때’ (7.8%)의 순서로 나타났다. 간호사의 경우 ‘의사결정 능력을 갖추는 성인이 되는 시기’ (27.9%)를 가장 적절한 시기라고 생각했으며, 그 외 회복 불가능 상태에 접어들었을 때 (24.4%), ‘입원 치료를 받게 될 때’ (19.8%), ‘중환자실에 입실하게 될 때’ (14%), ‘의료기관에 처음 방문하게 될 때’ (12.8%)의 순서로 나타났다.<그림7>

<그림7> 사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대한 의사, 간호사의 견해 비교



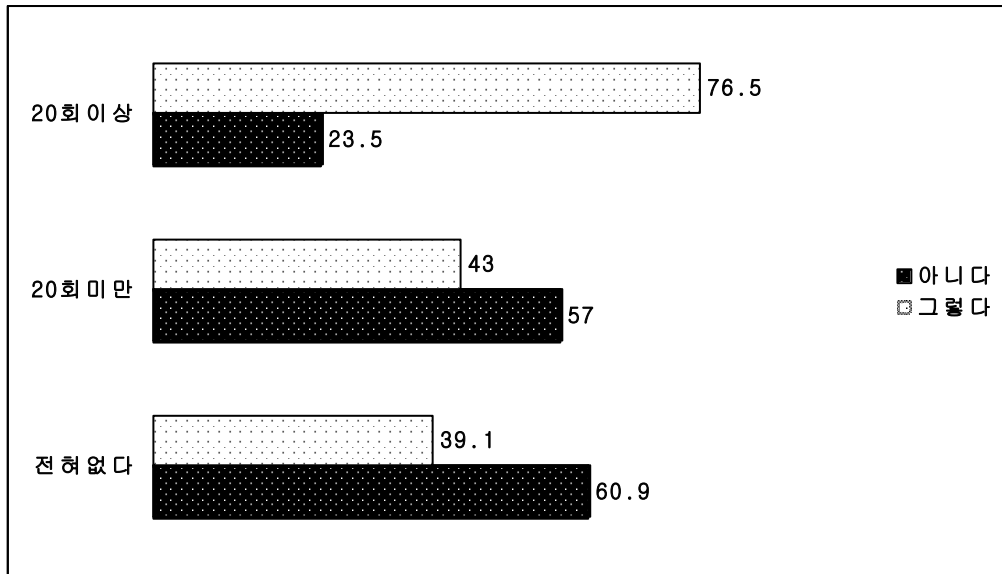
6. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 인식 및 의견의 차이

앞서 연명치료 중단에 대한 인식 및 의견에 대한 연구 결과를 의사와 간호사로 각각 구분하여 기술하였으므로, 직업적 특성을 제외한 이외의 일반적 특성 중 통계적으로 유의한 차이가 있었던 연구 결과만 본 장에서는 기술하였다.

1) “김할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식

“김할머니 사건”이라고 불리는 세브란스 사건에 대한 대법원 판례에 대한 지식 설문에서는 직업, 연령, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력별 유의한 차이를 보이지는 않았다. 연명치료 중단 경험 횟수별로 응답에 유의한 차이가 있었는데, ‘사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사표시를 하지 않은 경우 연명치료를 중단할 수 없다’ 항목에서 연명치료 중단이 경험이 전혀 없거나 20회 미만인 경우에 각각 60.9%, 57%가 “그렇다”라고 응답했고, 20회 이상 경험이 있는 경우 76.5%가 ‘아니다’라고 응답해 연명치료 중단 경험 횟수가 많을수록 ‘사전의사표시를 통해 환자 본인이 사전에 의사표시를 하지 않았어도 평소의 신념이나 가치관으로 추정해 연명치료를 중단할 수 있다’고 판결한 대법원 판례에 대한 인식 혹은 이해하고 있는 정도가 유의하게 높았다 ($p=0.002$). <그림8>

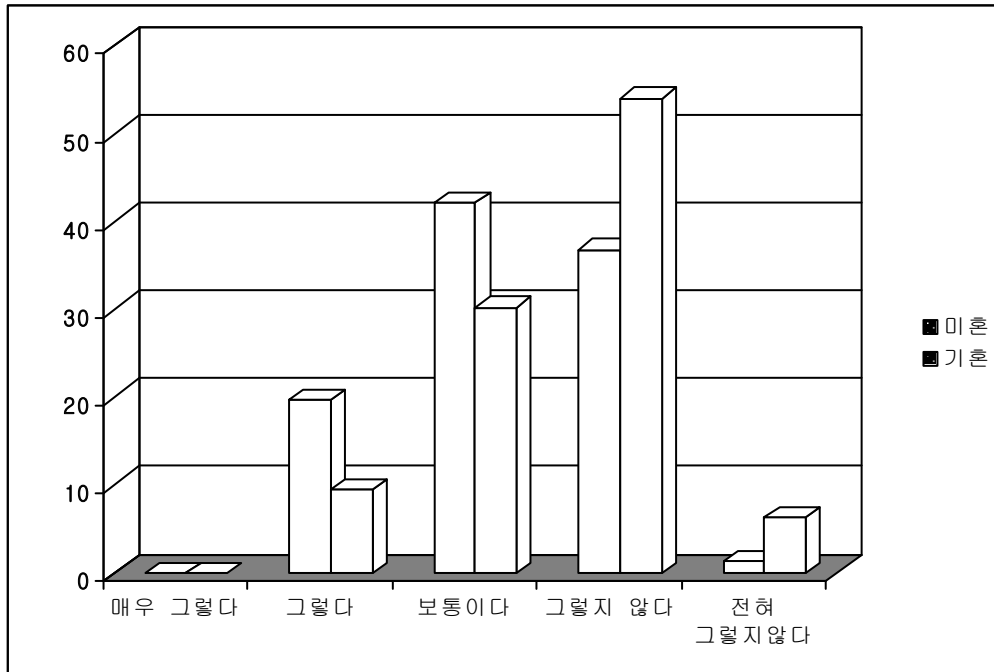
<그림8> “김할머니 사건” 대법원 판례에 대한 지식 설문 중 “사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사표시를 하지 않은 경우 연명치료를 중단할 수 없다” 문항에 대한 연명치료 중단 경험 횟수 별 차이 (‘아니다’ 가 정답임)



2) 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견

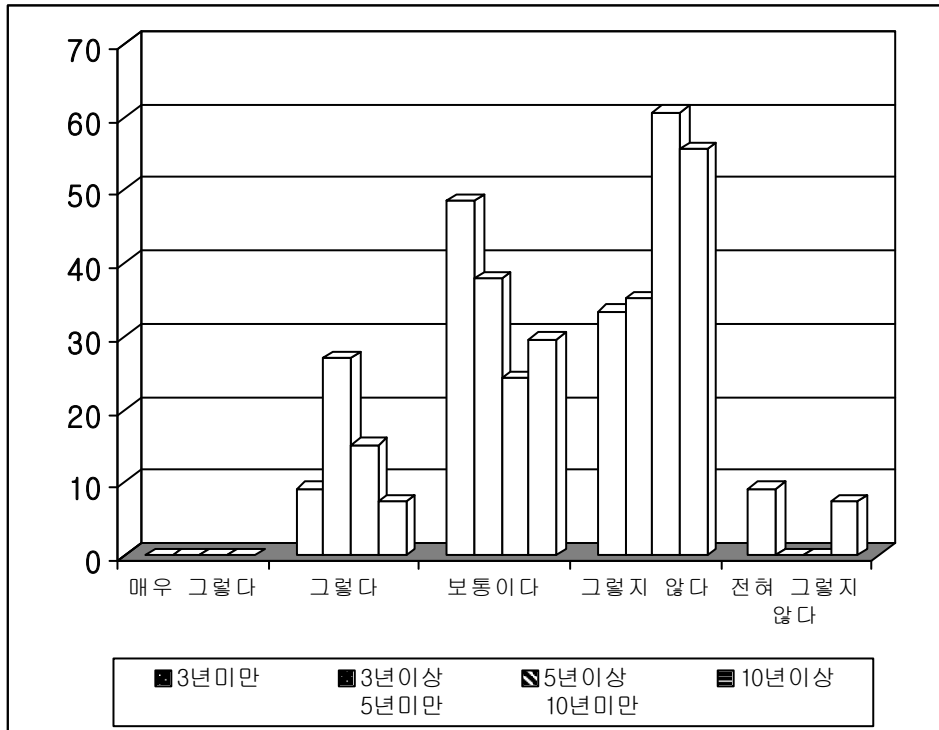
연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있는가에 대한 설문에서는 직업, 연령, 성별, 연명치료 중단 경험 횟수별 유의한 차이를 보이지는 않았다. 결혼 상태별 응답에 유의한 차이가 있었는데, 미혼인 경우 ‘보통이다’에 42.1%의 응답을 보였고, 기혼인 경우 ‘그렇지 않다’에 54%가 응답해 기혼인 경우에 통계적으로 유의하게 부정적인 응답이 많았다($p=0.037^a$).<그림9>

<그림9> 연명치료 중단이 적절히 이루어지고 있다고 생각하는지에 대한 결혼 상태에 따른 인식 비교



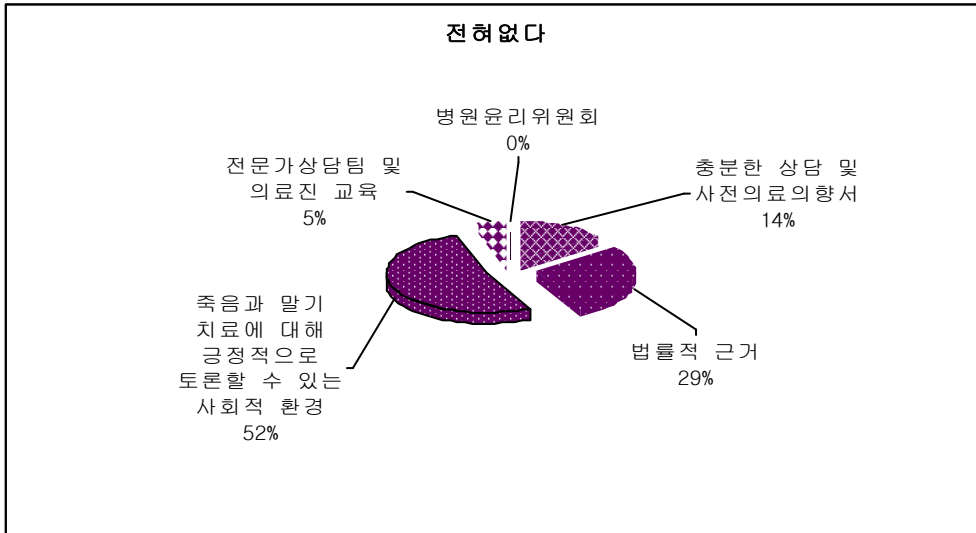
또한 중환자실 경력별 응답에 유의한 차이가 있었는데, 5년 이상 10년 미만의 경력에서 60.6%가 ‘그렇지 않다’ 라고 응답했고, 10년 이상의 경력에서 55.6%가 ‘그렇지 않다’ 라고 응답했다. 3년 미만의 경력에서 48.5%가 ‘보통이다’ , 3년 이상 5년 미만의 경력에서 37.8%가 ‘보통이다’ 라고 응답해, 5년 이상의 경력을 가진 의료인이 그 미만의 경력을 가진 의료인보다 통계적으로 유의하게 부정적인 응답이 많았다($p=0.031^a$).<그림10>

<그림10> 연명치료 중단이 적절히 이루어지고 있다고 생각하는지에 대한
중환자실 경력에 따른 인식 비교

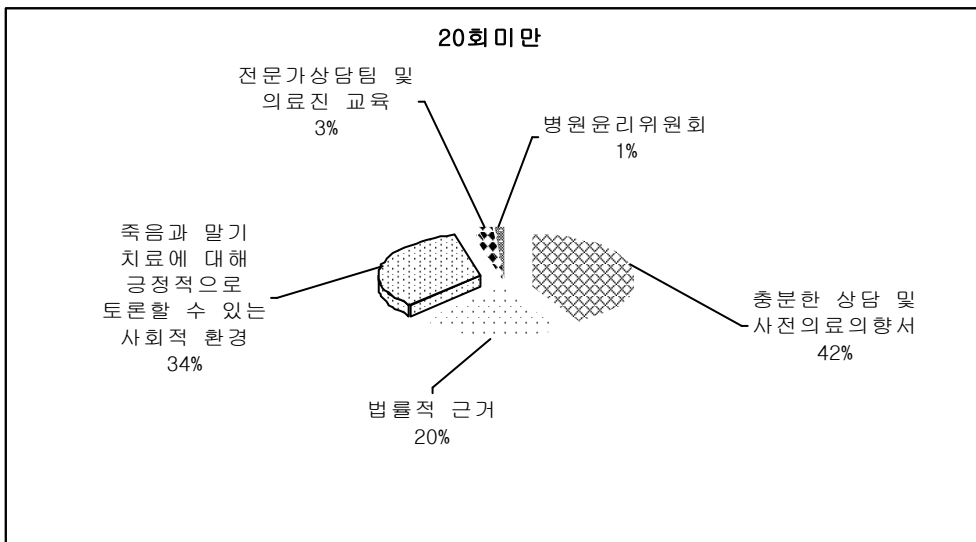


무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대해 앞에서 살펴 보았던 의사, 간호사 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었던 것 이외에 연명치료 중단 경험에 따른 유의한 차이가 있었다. 연명치료 중단 경험이 전혀 없는 경우 52.4%가 ‘죽음과 말기 치료에 대해 긍정적으로 토론할 수 있는 사회적 환경’ 이라고 답한 반면 <그림11> , 연명치료 중단 경험이 20회 미만 경험한 경우 41.9% <그림12>, 20회 이상 경험한 경우 51.5% <그림13> 가 ‘충분한 상담 및 사전의료의향서’ 를 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건이라고 답해 유의한 차이를 보였다($p=0.004^a$).

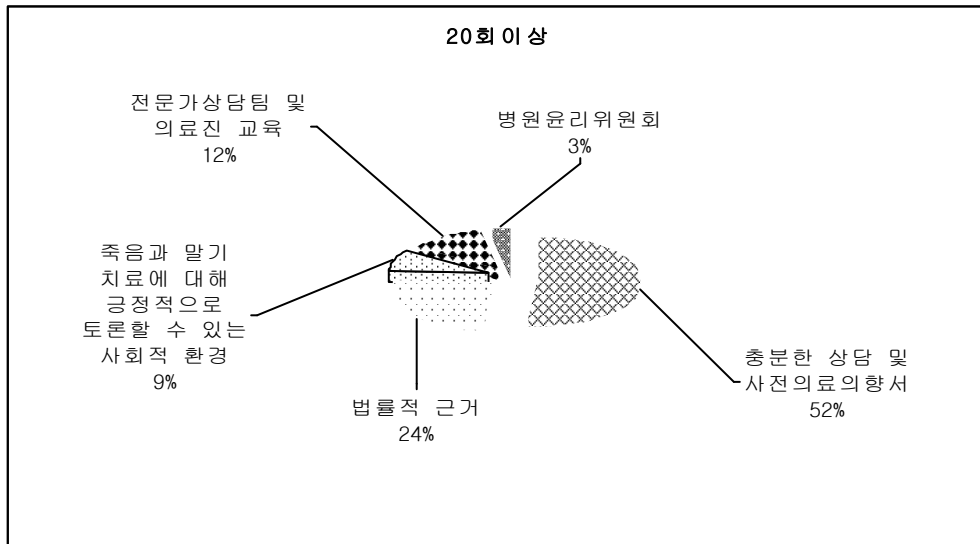
<그림11> 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 연명치료 중단 경험이 전혀 없는 의료인의 인식



<그림12> 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 연명치료 중단 경험이 20회 미만인 의료인의 인식



<그림13> 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 연명치료 중단 경험이 20회 이상인 의료인의 인식

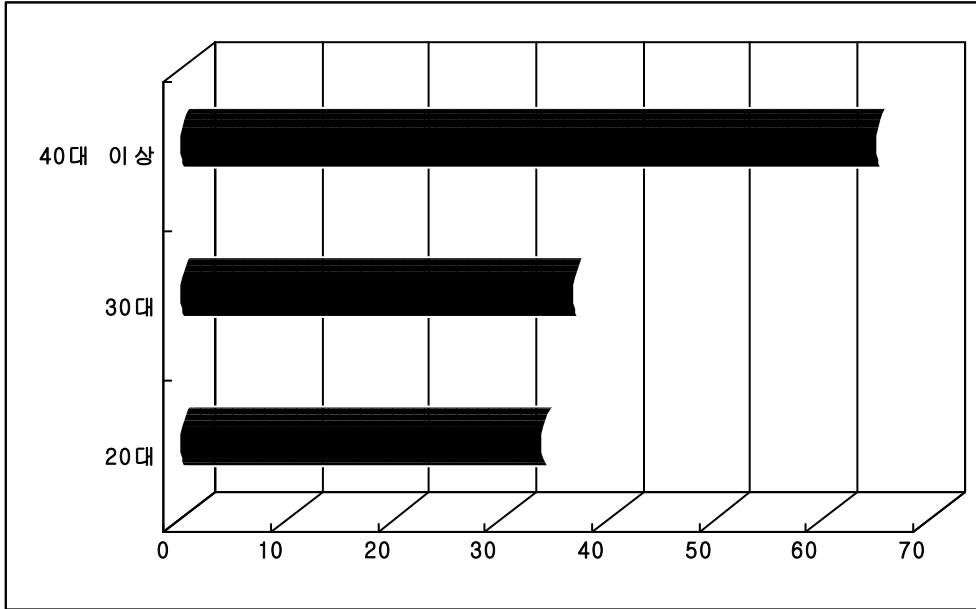


무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대한 질문에서 연령, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력별 유의한 차이를 보이지는 않았다.

3) 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견

연명치료 중단 내용 관련 중환자 의료인의 의견에서는 각각의 세부 내용에서 직업, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력, 연명치료 중단 경험 횟수별 유의한 차이를 보이지는 않았다. 연령별로 응답에 유의한 차이가 있었는데, 연명치료 중단 내용에 대한 설문 중 “모르겠다”의 응답율이 가장 높았던 ‘환자가 인공호흡기 제거를 요청한 경우, 이를 따라야 한다’ 문항에서였는데, 찬성한 응답이 20대의 경우 34%, 30대의 경우 36.9%, 40대 이상의 경우 65.2%로 나타나 연령이 높을수록 인공호흡기 제거요청을 따라야 한다는 응답이 유의하게 높았다(p=0.026). <그림14>

<그림14> 연명치료 중단 내용 중 ‘환자가 인공호흡기 제거를 요청할 경우 따라야 한다’ 고 찬성한 연령별 태도



연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견에서는 앞에서 살펴보았던 말기 심부전 환자(신장이식 대상자 아님)로서 합병증 동반된 경우, 말기 심부전 환자(심장이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반된 경우, 말기 간부전환자(간 이식의 대상자가 아님)로서 합병증이 동반된 경우의 환자를 대상으로 의사와 간호사간에 통계적으로 유의한 차이를 보였던 것 이외에 연령, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력, 연명치료 중단 경험 횟수별 유의한 차이를 보이지는 않았다.

연명치료 중단 의사결정 주체에 관한 설문에서 사전의료의향서를 통해 본인의 의사를 밝힌 경우 및 본인의 의사를 확인할 수 없는 경우 직업, 연령, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력, 연명치료 중단 경험 횟수별 유의한 차이를 보이지는 않았다. 본인의 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의

연명치료중단에 대한 이견이 발생한 경우에 바람직한 조정 방법에 대해서 앞에서 살펴보았던 의사와 간호사 두 그룹 간에 유의한 차이를 보인 것 이외에 연령, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력, 연명치료 중단 경험 횟수별 유의한 차이를 보이지는 않았다.

4) 사전의료의향서에 대한 중환자 의료인의 인식 및 활용 의사

사전의료의향서 작성 경험, 작성한 사전의료의향서를 연명치료 중단에 반영했는가, 사전의료의향서를 작성하지 않은 환자가 연명치료 중단을 원할 때 사전의료의향서를 설명할 의향이 있는가, 사전의료의향서 작성 운동에 대한 인식, 사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대한 설문에서 대상자들의 직업, 연령, 성별, 결혼상태, 중환자실 경력, 연명치료 중단 경험 횟수에 따른 유의한 차이는 없었다.

IV. 고찰

본 연구는 연명치료 중단 허용 기준의 법제화 필요성에 대한 선행연구에서의 의견과 관련 “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식 정도를 파악하고, 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견을 확인하고자 하였다. 또한 연명치료 중단 절차와 관련된 중환자 의료인의 의견을 살펴보고, 사전의료의향서에 대한 중환자 의료인들의 인식 및 활용 의사를 확인하고자 수행되었다. 설문지를 통해 나타난 연구 결과를 1. “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식, 2. 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견, 3. 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견, 4. 사전의료의향서에 대한 인식 및 활용 부분으로 구분하여 기존의 연구가 수행된 부분에서는 기존의 연구결과와 비교하여 논의하고자 한다.

1. “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식

명문화된 법이 없는 경우 통상적으로 관련 판례의 영향을 받게 된다. 이와 관련하여 사법적으로 인정받을 수 있는 연명치료 중단 기준을 알지 못한 채 불안하게 의사결정이 이루어져 왔던 의료현장에서 중요한 의의를 갖는, 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결인 2009년 5월 세브란스 병원 “김 할머니 사건” 대법원 판례에 대해 지식설문을 시행하였다. 수많은 사회적인 논란을 일으킨 판례임에도 불구하고, 중환자 의료인들의 판례에 대한 응답에서 ‘회복 가능성이 없어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음이 명백한 환자의 경우 연명치료를 중단 할 수 있다’ ‘연명치료 중단에 대한 판단은 병원윤리위원회를 거치는 것이 바람직하다’ 문항에서는 80% 이상의 정답율을 보인

반면, ‘김 할머니 사건’에서 의미 있는 판결인 “사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우 연명치료를 중단 할 수 있다”에서는 50.7%, “환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단 할 수 있다”에서는 60.1%의 낮은 응답률을 보였다. 이는 아직까지 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결에 대한 의료인들의 인식 및 이해가 낮음을 드러낸다.

또한 “사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우 연명치료를 중단 할 수 있다”에 “아니다”라고 응답해, 판례에 대해 이해하고 있는 의료인들의 ‘본인의 의사를 확인할 수 없는 환자의 연명치료 중단 의사 결정 주체’에 대한 응답 관계를 분석한 결과, “환자의 입장에 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정” (77.3%) 해야 한다고 응답했다. 또한 “환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단 할 수 있다”에 “그렇다”라고 응답했던 의료인들 역시 판례에 대한 지식과는 상관없이, “환자의 평소 신념에 근거한 추정적 의사 결정에 의한다” (10.1%)는 응답이 아닌 “환자의 입장에 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정” (74.7%) 해야 한다고 응답했다. 이는 판례가 있더라도 실제 현장에서 활용하겠다는 의도는 적어 보이는 결과라고 사료되며, 적절한 연명치료 중단 결정을 위해 필요한 조건으로 여러 선행 연구(문재영, 임채만, 고윤석, 2011; 한국보건의료연구원, 2009; 이해경 등, 2010; 고윤석 등, 2012) 및 이번 연구 결과에서도 드러난 “법률적 근거”가 있더라도 실제 일선 현장에서 적용하는 것에 대해서는 혼란스러워 하고 있음을 나타내는 결과이다.

특히, 연명치료 중단 경험 횟수가 많을수록 ‘사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우, 연명치료를 중단 할 수 없다’에서 통계적으로 유의한 차이가 있게 대법원 판례에 대한 이해하고 있는 정도가 높았는데, 연명치료 중단 경험이 많은 의료인들의 응답이라는 점을 주목한다면

이해하고 있는 정도가 높다고 생각할 수 있을 뿐 아니라 환자 본인의 의사표시가 없더라도 실제 의료현장에서 연명치료 중단 결정이 이루어지고 있다는 현실을 추측해 볼 수도 있는 결과이다.

법적 근거 없음을 이유로 연명치료 중단 결정을 하지 못하고 있지만 법적 근거가 있더라도 적용하는 것은 다른 중환자 의료인들의 의견은, 여전히 연명치료 중단에 대한 혼란스러워 하고 있음을 드러낸다. 치료 중단의 증거력을 갖출 수 있는 추정 의사에 대한 구체적인 논의 및 사전의료지시와 관련된 법적 대리인 인정에 충분한 논의가 필요하며, 보호자나 의사에 의한 ‘연명치료 중단’ 뿐만이 아니라 환자의 의사에 반하는 ‘부적절한 연명치료’ 역시 법적인 문제가 될 수 있음에 대한 인식 및 논의가 필요하다 하겠다.

2. 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견

연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있는지에 대해 중환자 의료인들은 전체의 81.3%가 ‘보통이다’와 ‘그렇지 않다’라고 답해 부정적인 응답을 했다. 연명치료 중단의 현장에 있는 중환자 의료인의 이와 같은 응답은, 곧 우리나라의 현재 연명치료 중단의 현실을 유추할 수 있는 응답이라 생각할 수 있다. ‘보라매 병원’의 판례를 계기로 법적 책임과 관련하여 방어 진료의 증가 및 연명치료 중단의 회피라는 문화가 형성되었던 것이 ‘김 할머니 사건’ 이후 많은 사회적 합의와 동시에 문화의 변화가 이루어 졌으리라 예상되었지만 여전히 우리의 연명치료 중단 결정과 관련된 현실은 제자리걸음을 발견할 수 있었다.

특히, 연명치료 중단 현황에 대한 응답에서 중환자실 경력별로 5년 이상의 경력을 가진 의료인이 그 미만의 경력을 가진 의료인보다 통계적으로 유의하게 부정적인 응답이 많았는데, 이는 그들이 과거에 경험하고 시행했던 연명치

료 중단 결정에 비해 현재 경험하고 시행하고 있는 연명치료 중단 결정이 별로 달라지지 않았다는 것을 나타낸다.

이와 관련하여 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 이유에 대한 질문에서 의사의 경우 34%가 법적인 책임에 대한 부담이라고 답했다. 명문화된 법이 없는 경우 관련 판례의 영향을 받게 되는 것이 통상적인데, 이는 아직까지 보라매 병원의 판례와 관련된 의료인의 처벌에 대한 인식이 ‘김 할머니 사건’의 판례보다 실제 연명치료 중단 결정에 있어서 더 큰 영향력을 끼치고 있는 결과이다. 이혜경 등(2010)의 연구에서 중환자실 의사와 간호사의 95% 이상이 연명치료 중단의 허용범위와 기준의 법제화가 필요하다고 답했으며, 문재영, 임채만, 고윤석(2011)의 연구에서 ‘대한의사협회 연명치료 중지’에 관한 지침을 적용하지 못하는 이유로 ‘연명치료 중단 후 의사에게 법적 책임을 묻지 않는 법적 장치가 없다’는 법제도의 미비를 지적한 응답의 비율이 가장 높았다. 고윤석 등(2012)의 연구에서도 연명치료 중단의 중요한 의사결정의 장애요인으로 “법적 책임”을 응답했다. 연명치료 중단을 위한 법적 근거 확립이 연명치료 중단 결정을 위한 중요한 부분임을 드러낸 기존 연구들을 뒷받침하는 결과라 할 수 있다.

연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 가장 큰 이유로 간호사의 37.7%는 가족 및 환자의 의학적 소생가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족이라고 답했다. 이는 연명치료 중단 결정 과정에서 환자와 가족에게 적절한 상담과 지지를 담당하고 있는 간호사의 역할(박연옥, 2003; 조정림 등, 2011)에서 비롯된 결과이기도 하다. 또한 가족 및 환자가 이해할 수 있는 충분한 설명과 시간이 필요하다는 응답은 연명치료 중단과 관련된 의료현장의 현실을 나타낸다. 의료현장에서 충분한 설명에 근거한 동의는 환자와 가족의 기본 권리이다. 이는 무의미한 연명치료 중단 결정에서 또한 간과되어서는 안 될 것이다.

환자의 생명을 단축시킨다는 감정 또한 의사의 12.8%, 간호사의 24.7%가 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 가장 큰 이유로

응답했다. 이는 의료현장에서 의료인들의 겪고 있는 심리적 스트레스를 반영한다고 볼 수 있는데, 고윤석 등(2012)의 선행연구에서도 발견할 수 있는 결과이다. 일선의 의료인들이 임종을 겪는 환자와 가족을 돌봄에서 오는 심리적 스트레스 관리 및 교육이 적절한 연명치료 중단을 결정하기 위한 의료인들을 위해 선행되어야 하겠다.

무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대해 의사와 간호사의 의견에는 유의한 차이가 있었다($p < .001^a$). 의사의 42.6%는 법률적 근거를 답했다. 이는 연명치료 중단과 관련된 법과 제도의 도입과 실행이 의료현장에서 말기 환자의 연명치료 중단 논의와 실천을 활성화 하는데 시급한 과제라는 점을 나타낸 문재영, 임채만, 고윤석(2011)의 연구를 뒷받침하는 결과이다. 한국보건의료연구원(2009)의 연구에서도 중환자실 간호사, 의사의 경우 95% 이상이 연명치료 중단의 허용 범위와 기준의 법제화가 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다. 앞선 연명치료 중단이 적절한 이루어 지지 못하고 있는 이유에서도 확인할 수 있었던 이 연구결과는, 연명치료 중단 후 책임을 묻지 않는 법적 장치가 없음에 대한 의료인들의 현실적인 요구이다. 윤리적·법적 논란의 한 가운데 있는 연명치료 중단 결정 수행에 있어 당연할 수밖에 없는 의료인들의 이러한 요구에 귀 기울인 합의 및 법적 근거 설정이 하루 빨리 이루어져야 할 것이다.

간호사는 49.4%가 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건으로 충분한 상담 및 사전의료의향서라고 응답했다. 이는 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 가장 큰 이유로 환자의 의학적 소생 가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족으로 꼽은 것과 연결된 답변일 것이다. 연명치료 중단을 결정한다는 책임감에 “법적인 근거”를 최우선으로 생각하고 있는 의사의 의견과 비교되는 이 연구 결과는, 중환자나 그 가족에게 적절한 상담자와 지지자 역할을 하여 그들이 올바른 판단을 할 수 있도록 도울 뿐 아니라 의료인과 환자 및 가족 간 의사소통의 중재자 역할에서 나온

응답이라는 점에서 주목할 만한 발견이다. 연명치료 중단 대상 환자와 그 가족이 연명치료 중단에 대해 충분히 상담하지 못하고 있음을 역설적으로 드러내는 이 응답은, 의료현장의 변화의 필요성을 나타낸다. 충분한 상담 및 환자의 자기 결정권을 존중하는 사전의료의향서의 작성을 위해, 환자-보호자-의료인 및 전문가가 함께 충분한 시간을 갖는 의사결정체계 확립 및 의료 현장에서의 노력이 필요하다고 하겠다.

또한 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건으로 연명치료 중단 경험에 따라 유의한 차이가 있었는데, 연명치료 중단 경험이 전혀 없는 경우 52.4%가 ‘죽음과 말기 치료에 대해 긍정적으로 토론할 수 있는 사회적 환경’이 가장 시급한 조건이라고 답한 반면, 연명치료 중단 경험이 20회 미만 경험한 경우 41.9%, 20회 이상 경험한 경우 51.5%가 ‘충분한 상담 및 사전의료의향서’를 가장 시급히 필요한 조건이라고 답했다. 연명치료 중단의 경험 유무에 따른 응답으로도 볼 수 있는 이 답변은, 실제 연명치료 중단을 경험해 본 의료인들이 의료현장에서 연명치료 중단 결정에서 가장 중요하고 필요했던 것은 “충분한 상담 및 사전의료의향서”라고 답한 것으로 볼 수 있다. 김소윤 등 (2009)의 연구에서도 중환자 전담의사들은 바쁜 일정, 논의에 대한 어려움, 접근방식에 대한 교육 부족 등의 원인으로 환자 또는 보호자와 연명치료 중단 논의에서 적절하다고 인식하는 논의 횟수와 실제 시행 횟수 간에 차이가 있다고 드러난 바 있다. 또한 이는 법률적 근거 없음이 연명치료 중단 결정을 저해하는 큰 요인이라고 여러 선행연구 (한국보건의료연구원, 2009; 문재영, 임채만, 고윤석, 2011; 고윤석 등, 2012)들에서 나타났던 것과 상반된다. 적절한 연명치료 중단 결정을 위해서는 법적 근거 확립만이 아니라, 앞서 간호사들의 의견에서와 마찬가지로 충분한 상담 및 환자의 자기 결정권을 존중하는 사전의료의향서의 작성을 위한 의료현장 내에서의 의사결정체계 확립이 필요하다.

죽음과 말기 치료에 대해 아직도 미비한 사회적 합의를 위해 환자와 그 가족, 일반인들을 대상으로 ‘당하는 죽음이 아닌 맞이하는 죽음’으로의 교육

또한 더욱 충분히 마련되어야 할 것이다. 최근 발생한 80대 노인이 폐암 말기로 고통 받는 부인의 산소 호흡기를 잘라 숨지게 한 안타까운 사건으로 다시 시작된 연명치료 중단에 대한 논의가 이번에는 법과 제도의 도입과 실행으로 이어질 수 있을 만큼 충분히 이루어지기를 기대한다.

3. 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견

연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견은 1) 연명치료 중단 내용 관련 의견 2) 연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견 3) 연명치료 중단 결정에서 의사결정 주체에 대한 의견으로 나누어 살펴보고자 한다.

1) 연명치료 중단 내용 관련 의견

연명치료 중단 내용 관련 중환자 의료인의 의견에서는 통증조절, 수분·영양 공급 등 일반 연명치료는 지속해야 한다는 의견을 나타냈고, 그 외 심폐소생술, 인공호흡기, 약물 투여나 항생제 투여, 투석치료, 수혈 등 특수연명치료에 한하여 중단될 수 있다는 연구 결과를 나타내 한국보건의료연구원(2009)의 연구에서 합의에 도달한 것과 같았다.

중환자 의료인들은 인공호흡기 제거와 관련하여 “모르겠다” 고 답한 응답이 다른 연명치료 중단 내용과 달리 높았다. 이는 대법원 판례에서도 윤리적 쟁점이 되었던 ‘환자에게서 인공호흡기를 제거하는 것이 안락사인가?’ 라는 부분과 관련되어 중환자 의료인들이 여전히 딜레마에 빠져있는 응답이라고 여겨진다. 이동익(2009)은 안락사 개념에 반드시 포함되어야 하는 의도적인 죽음 초래와 관련, 인공호흡기 제거가 환자의 죽음을 의도하는 것이라기보다는 환자의 인간성 자체를 존중하고, 기계 장치가 오히려 환자의 고통을 가중시키는 행위로서 환자의 인격적 품위를 떨어뜨리는 행위로도 인식 될 수 있을

므로 안락사에 대한 논의에 대해 ‘그렇지 않다’고 평가하였다. 앞의 연구 결과에서 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있지 못하고 있는 이유로 “환자의 생명을 단축시킨다는 감정”을 의사의 12.8%, 간호사의 24.7%가 꼽은 것과는 무관하지 않다고 생각되는 이 연구결과는 고윤석 등(2012)의 선행 연구에서와 마찬가지로 의료현장에서 의료인들의 겪고 있는 심리적 스트레스 관리 및 적절한 윤리 교육 필요성을 뒷받침한다고 하겠다.

2) 연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견

한국 보건의료 연구원 연구 사업으로 수행된 전국 의료기관의 연명치료 대상자 입원 현황(2010)에서 연명치료를 받고 있는 환자 군으로 구성된 환자에 치매를 앓는 고령의 환자를 논의 대상 환자에 포함해 중환자 의료인의 인식 및 태도에 관련된 설문에서 의사와 간호사 두 그룹간의 유의한 결과 차이가 있었다. 말기 신부전 환자 (신장 이식 대상자 아님)로서 합병증 동반된 경우, 말기 심부전 환자 (심장 이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반된 경우, 간부전 환자 (간 이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반된 경우였는데, 장기 이식이 필요한 terminal 상황이지만 이식의 대상이 아닌 환자의 경우였다. 간호사 그룹에서 연명치료 중단 논의 대상 환자에 포함되어야 한다는 찬성율이 유의하게 높았다.

지속적인 입·퇴원 및 통원 반복과 치료로 일상적인 생활 속에서 질병에 대해 경험하는 비율이 높을 수밖에 없는 장기부전 환자들의 말기상황에서 연명치료 중단을 고려해야 한다는 의견이 간호사에게 유의하게 나타난 이 차이는, 의사들의 환자의 치료를 포기할 수 없다는 의학적 견해의 시각과 환자의 곁에서 간호사가 대상자에 대해 느끼는 연민 및 삶의 질과 관련된 ‘Cure’와 ‘Care’로 구분되는 업무의 특성에서 기인한다고 사료된다. 문재영 등(2012)의 연구에 따르면, 연명치료 중단 과정에서 내과 전공의가 겪는 심리적

스트레스에서 ‘의사로서 어떠한 순간에도 환자의 치료를 중단하거나 포기할 수 없다’, ‘치료를 중단하게 되는 상황에서 실패감 또는 자책감을 느낀다’, ‘의사로서 어떠한 순간에도 환자의 치료를 중단하거나 포기할 수 없다’ 라고 응답했다. Wilard 와 Luker (2006) 의 연구에서 간호사는 말기의 적극적 치료보다 삶의 질을 제시했고, 조계화(2010)의 연구에서도 간호사들은 증상관리도 제대로 이루어 지지 않은 채 적극적인 치료를 고집하는 것은 환자와 가족으로 하여금 죽음에 대한 준비와 예견된 슬픔에 대한 대처를 지연시키는 결과로 인식하고 초조함과 안타까운 마음을 표현하였다. 또한 조정림 등(2011)의 연구에서도 ‘가망성이 전혀 없다면 환자에게는 고통 없는 편안한 죽음을, 남아 있는 가족에게는 더 이상의 경제적 부담을 주지 않는 것이 현명한 판단이다’ 는 응답이 있었다.

연명치료 중단 대상의 설정하는 것은 중요한 의의를 가진다. 왜냐하면 연명치료 중단 대상의 범위는 ‘생명권’ 의 침해와 관련되어 있기 때문이다(박광민, 김웅선, 2010). 현재 법제화 관련 연명치료 중단 대상의 환자가 말기 암 환자에 국한되어 있는데, 이는 의료현장에서 지속되는 갈등의 소지가 될 수 있다. 만성 질환이 증가하고 있는 의료 현실에서 말기의 적극적 치료보다 삶의 질에 초점을 맞추고 있는 간호사들의 유의한 이 연구결과는 주목할 만하다. 연명치료 중단 대상의 환자에 대한 의료현장의 의료인들의 의견이 충분히 반영된 현실적인 허용기준이 마련되어야 할 것이다.

3) 연명치료 중단 결정에서 의사결정 주체에 대한 의견

본 연구에서는 연명치료 중단 결정에서 의사결정 주체와 관련하여 사전의료의향서를 통해 본인의 의사를 밝힌 경우, 본인의 의사를 확인할 수 없는 경우, 본인의 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의 연명치료 중단에 대한 의견이 발생한 경우에 바람직한 조정 방법의 문항으로 구성하여 중

환자 의료인의 의견을 구했다.

본인의 의사를 밝힌 경우 예상대로 전체의 87.1%가 ‘매우 그렇다’와 ‘그렇다’의 긍정적인 대답을 보였다. 이는 ‘환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다’는 항목으로 표현된 선행연구(이혜경, 강현숙, 2010)에서도 드러나는 결과이다. 이는 치료에 대한 의사결정과정에서 환자 본인이 배제되는 우리의 문화적 특징 변화가 선행되어야 가능하다. 환자의 자기결정권이 존중되어야만 연명치료 중단은 법적 논란에서 자유로울 수 있음을 간과해서는 안 될 것이다.

본인의 의사를 확인할 수 없는 경우에는 의사와 간호사 모두 ‘환자의 입장에서 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정해야 한다’고 답했으며, 두 그룹 모두 ‘가장 가까운 가족의 대리결정’을 그 다음으로 꼽았다. 이는 의사와 가족들이 결정하는 것으로 나타난 선행연구(김상희, 1998; 박연옥, 2003; 이금미, 2006; 한국보건의료연구원, 2009)를 뒷받침하는 결과였으며, 이혜경, 강현숙(2010)에서 의사와 간호사 모두 ‘환자의 평소 신념에 의한 결정’이라고 답한 것과는 상반된다. 우리의 문화는 삶의 마무리에 있어서 환자 본인조차 회복이 어려운 상태에서 연명치료 중단 등과 관련된 의사결정은 누가 해야 한다고 생각하느냐는 물음에 본인이라는 답변보다 본인과 가족 모두라고 응답하는 문화이다(권복규 등, 2010). 따라서 환자-가족-의료인 간의 공유된 의사결정체계가 필요하며, 법적 대리인에 대한 충분한 논의 및 기준이 필요하다고 여겨진다.

의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의 연명치료 중단에 대한 의견이 발생한 경우에 바람직한 조정 방법에 대해 의사와 간호사 두 그룹 간에 유의한 차이를 보였다. 의사의 경우 75%가 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답한 반면, 간호사의 경우

51.2%가 의료현장에서 환자 가족과 의료진이 해결해야 한다고 답했고, 46.4%가 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답했다. 한국보건의료연구원(2009) 연구에서는 의사와 간호사를 구분하지 않은 의료인의 의견으로 ‘다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다’의 응답이 가장 많았다. 권복규 등(2010)의 연구에 따르면 2009년 대법원 판례 이후 연명치료 중단 관련 의사결정에서 병원 윤리 위원회는 중요한 기구가 되었고, 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의 연명치료 중단에 대한 이견이 발생한 경우 많은 의료진들이 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 생각하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 앞서 살펴보았던 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건의 문항에서는 병원윤리위원회는 전체의 1.6% 응답에 그쳤다. 이는 필요성에 대해서는 인정하지만 현재 병원윤리위원회의 운영과 의사결정과정 등에 대한 불만족에서 비롯된 것으로 생각된다. 이러한 결과는 권복규 등(2010)의 연구에서도 확인할 수 있었다. 연명치료와 관련된 의사결정에 있어서 병원윤리위원회에 대한 요구와 관련, 제대로 된 역할을 하기 위해 법적, 제도적 뒷받침 및 위원들의 전문성을 위한 교육과 관련 전문 인력 육성 또한 필요할 것이다.

4. 사전의료의향서에 대한 인식 및 활용

사전의료의향서를 작성한 환자를 경험한 적이 있는가에 대한 항목에 의사의 22.6%, 간호사의 7%가 그렇다고 답했다. 이 중 작성된 사전의료의향서가 연명치료 중단에 반영된 경우는 의사의 경우 91.7%, 간호사의 경우 100%라고 답했다. 미미하지만 무의미한 연명치료 중단에서 환자의 자기결정권이 존중되는 사전의료의향서가 의료현장에서 반영되고 있음을 나타내는 의미 있는 결과이다.

사전의료의향서를 작성하지 않은 환자가 연명치료 중단을 원할 때, 사전의료의향서에 대해 설명할 의향이 있는가에 대한 설문에는 의사의 경우 91.7%, 간호사의 경우 100%로 두 그룹 모두 긍정적인 대답을 보였는데, 이는 두 그룹 모두에서 사전의료의향서의 필요성을 충분히 지각하고 있다고 볼 수 있다. 권복규 등(2010)의 연구에서 의료인의 15.1%에서 사전의료의향서가 도움이 안 될 것이거나 전혀 도움이 안 될 것이라는 응답을 보인 것과는 상반되는 결과이다. 치료에 대한 자신의 의사를 기록으로 남김으로써 의식 불명 또는 혼수 상태가 된다고 하더라도 자신의 의사대로 치료가 진행될 것이라는 기대를 가지고 환자가 작성한 사전의료의향서를 참고하면서 환자에 대한 치료 방법을 결정할 수 있다는 사전의료의향서의 의의를 존중해야 할 것이다.

사전의료의향서의 확산을 위해 시행되고 있는 사전의료의향서 작성 운동에 대해서는 전체 의료인의 20.1%가 인식하고 있었는데, 이는 의료인에게조차 아직은 사전의료의향서 운동에 대한 인식이 높지 않음을 드러낸다. 사전의료의향서가 진정한 의의를 발휘할 수 있는 의료현장에서의 적극적인 활용을 위해, 일반인을 대상으로 하는 사전의료의향서 작성 운동만이 아니라 의료인들을 대상으로 한 사전의료의향서 관련 교육이 필요하다.

사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대한 설문은 의사의 경우 회복 불가능 상태에 접어들었을 때, 간호사의 경우 의사결정 능력을 갖추는 성인이 되는 시기가 가장 적절한 시기라고 응답했다. 의사의 경우 회복 불가능 상태에 접어들었을 때라고 대답한 것은 사전의료의향서를 DNR permission 과 같은 의미로 사용하고자 하는 것으로 추측되며, 말기 상태에서 죽음에 대한 논의가 이루어지고 있는 현실을 반영한 결과라 생각된다. 또한 의료과정 전반에 걸친 의사결정과정에서 환자 본인의 의사보다는 보호자와 의사결정을 하기 원하는 문화적 특징을 반영하는 결과라고도 추측된다. 치료중단 결정에서 환자 옹호자의 역할을 하는 간호사의 의사결정 능력을 갖추는 성인이 되는 시기

라고 답한 연구결과는 주목할 만하다. 의료현장의 의사결정과정에서 환자 본인의 의견이 배제되는 우리의 문화에서, 환자의 자기결정권 존중을 위해서는 회복 불가능 상태에 접어들기 이전에 논의가 필요하다는 인식에서 나온 응답이라 여겨지기 때문이다. 환자의 자기결정권이 존중될 수 있는 유일한 대안인 사전의료의향서의 국내에서의 확산과 정립을 위해 우리 의료 상황에 맞는 사전의료의향서의 효용성 및 실천방안에 대한 연구가 필요하다. 국내의 한 대학병원에서 사전의료의향서 작성 여부가 쉽게 확인 되지 않아 응급실 등에서 불필요한 연명치료 등이 시행되는 문제점을 해결하기 위하여, 병원 전산망에서 환자의 의무기록을 조회할 때 사전의료의향서 작성여부가 표시되어 알 수 있도록 의무기록시스템을 보완하는 노력을 하는 것은 바람직하다. 성인이 되는 시기에 접어들었을 때 삶의 마무리에 대한 고민과 함께 사전의료의향서에 대한 의미를 논의할 사회적인 방법 또한 강구해야 할 것이며, 서식이 존중될 수 있도록 법적 효력 또한 뒷받침 되어야 할 것이다. 특히 국내의 가족 중시의 문화적 특성을 반영하는, 대리인 설정 문제에 대한 결정도 시급하다. 사전의료의향서 작성자와 의료인들의 접근성 및 실천 노력, 의료기관의 협조, 제도적 뒷받침, 일반의 이해와 공감, 법과 제도가 맞물린 정착이 필요하다고 하겠다.

V. 결론 및 제언

1. 결론

본 연구는, 제32차 대한중환자의학회(The Korean Society Of Critical Care Medicine) 정기학술대회에 참석한 중환자실에서 환자 치료에 관련하는 의사와 중환자실 간호사들을 대상으로 의료현장에서 연명치료 중단이 적절히 이루어지는 현실적인 기준 및 지침 마련을 위한 방법을 모색하고 연명치료 중단 허용 기준의 법적 설정을 위한 근거를 제시하기 위해 시도 되었다. 연구 진행은 선행연구 및 구조화된 설문지를 통해 이루어졌다. 수집된 자료는 ‘김 할머니 사건’ 대법원 판례에 대한 중환자 의료인의 지식, 연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견, 연명치료 중단 절차에 대한 중환자 의료인의 의견, 사전의료의향서에 대한 인식 및 활용 부분으로 구분하여 SPSS/win 19.0 을 이용하여 기술통계, Chi-square test와 Fisher's exact test로 분석하였다.

국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결인 2009년 5월 세브란스 병원 ‘김 할머니 사건’에 대한 대법원 판례에 대해 지식설문 결과, 중환자 의료인들은 ‘김 할머니 사건’에서 의미 있는 판결인 “사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사 표시를 하지 않은 경우 연명치료를 중단 할 수 있다”, “환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단 할 수 있다”에서 낮은 정답률을 보였을 뿐만 아니라, 판례에 대해 알고 있는 의료인들의 ‘본인의 의사를 확인할 수 없는 환자의 연명치료 중단 의사 결정 주체’에 대한 응답 관계를 분석한 결과, 판례에 대한 지식과는 상관없이 환자의 평소 신념에 근거한 추정적 의사 결정에 따르겠다는 응답이 아닌, 환자의 입장에 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정하겠다는 응답을 보

였다. 이는 아직까지 국내 처음으로 연명치료 중단을 인정하는 판결에 대한 의료인들의 인식 및 이해가 낮음을 드러내는 결과일 뿐만 아니라, 판례가 있더라도 실제 현장에서 활용하겠다는 의도는 적어 보이는 결과라고 사료되며, “법률적 근거”가 있더라도 실제 일선 현장에서 적용하는 것에 대해서는 혼란스러워 하고 있음을 나타내는 결과라고 생각된다.

연명치료 중단 현황에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견을 확인한 결과, 중환자 의료인들은 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지지 못하고 있다고 생각하고 있었으며, 그 이유로 의사의 경우 법적인 책임, 간호사의 경우 가족 및 환자의 의학적 소생가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족을 꼽았다. 무의미한 연명치료를 위해 가장 시급히 필요한 조건에 대해 의사는 법률적 근거, 간호사는 충분한 상담 및 사전의료의향서라고 응답했다. 또한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건으로 연명치료 중단 경험이 전혀 없는 경우 ‘죽음과 말기 치료에 대해 긍정적으로 토론할 수 있는 사회적 환경’이 가장 시급한 조건이라고 답한 반면, 연명치료 중단 경험이 있는 경우에는 ‘충분한 상담 및 사전의료의향서’를 답했다. 이는 의료현장에 있는 의료인들의 실제 연명치료 중단 결정을 위해 선행되어야 할 것이 무엇인지에 대한 답변이라고 생각되며, 법적인 제도화 및 사회적인 노력과 더불어 의료현장에서의 노력 또한 필요한 부분이라고 여겨진다.

연명치료 중단 내용 관련 의견 중 중환자 의료인들은 인공호흡기 제거와 관련하여 “모르겠다”고 답한 응답이 다른 연명치료 중단 내용과 달리 높아 여전히 인공호흡기 제거가 환자의 죽음을 의도하는 것일 수도 있다는 윤리적 딜레마에 빠져 있다고 여겨진다. 의료현장에서 의료인들의 겪고 있는 심리적 스트레스 관리 및 적절한 윤리 교육이 필요하다고 하겠다.

연명치료 중단 논의 대상 환자에 대한 의견에서 지속적인 입·퇴원 및 통원 반복과 치료로 일상적인 생활 속에서 질병에 대해 경험하는 비율이 높을 수밖에

에 없는 장기부전 환자들의 말기상황에서 연명치료 중단을 고려해야 한다는 의견이 간호사에게 유의하게 나타났는데, 의사들의 환자의 치료를 포기할 수 없다는 의학적 견해의 시각과 환자의 곁에서 간호사가 대상자에 대해 느끼는 연민 및 삶의 질과 관련된 업무의 특성에서 기인한다고 사료된다. 이는 현재 법제화 관련 연명치료 중단 대상의 환자가 말기 암환자에 국한되어 있는 것과 관련, 의료현장에서 지속되는 갈등의 소지가 될 수 있음을 나타낸다고 할 수 있다. 연명치료 중단 대상의 환자에 대한 의료현장의 의료인들의 의견이 충분히 반영된 현실적인 허용기준에 대한 논의가 필요하다고 생각된다.

연명치료 중단 결정에서 의사결정 주체에 대한 의견으로 본인의 의사를 확인할 수 없는 경우에는 의사와 간호사 모두 ‘환자의 입장에서 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정해야 한다’ 고 답했고, 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기 환자의 연명치료중단에 대한 이견이 발생한 경우에 바람직한 조정 방법에 대해 의사의 경우 다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결해야 한다고 답한 반면, 간호사의 경우 의료현장에서 환자 가족과 의료진이 해결해야 한다고 답했다. 환자 중심의 사전 의사 결정이 올바른 제도로 정착되기 위해 환자-가족-의료인 간의 공유된 의사결정체계가 필요하다고 여겨지며, 병원윤리위원회의 제대로 된 역할을 위해 법적, 제도적 뒷받침 및 위원들의 전문성을 위한 교육과 관련 전문 인력 육성 또한 필요하다고 여겨진다.

사전의료의향서에 대한 인식 및 활용 부분과 관련된 연구 결과에서 사전의료의향서가 의료현장에서 미미하게 반영되기 시작했음을 알 수 있었고, 또한 중환자 의료인들은 사전의료의향서의 필요성을 충분히 지각하고 있었다. 사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성 시기에 대해 의사의 경우 회복 불가능 상태에 접어들었을 때, 간호사의 경우 의사결정 능력을 갖추는 성인이 되는 시기가 가장 적절한 시기라고 응답했다. 사전의료의향서의 긍정적 측면인, 개인은 의식 불명 또는 혼수상태가 된다고 하더라도 자신의 의사대로 치료가 진

행될 것이라는 기대를 가질 수 있으며 의료진은 환자가 작성한 사전의료의향서를 참고하면서 환자에 대한 치료 방법을 결정할 수 있다는 것을 생각한다면, 회복 불가능 상태에 접어들었다는 사실을 환자에게 직접 알리는 문화가 선행되어야 함은 물론 본인의 의사 표현이 불가능한 상태에 접어들기 이전에 논의가 필요하다. 또한 사전의료의향서 작성자와 의료인들의 접근성 및 실천 노력, 의료기관의 협조, 제도적 뒷받침, 일반의 이해와 공감, 법과 제도가 맞물린 정착이 필요하다고 하겠다.

요약하자면, 연명치료 중단에 대한 논란을 불러일으킨 “김할머니 사건”이 있는지 3년이 지났음에도 불구하고, 연명치료 중단에 대해 가장 많이 경험하고 있고 갈등하고 있는 중환자 의료인들은 여전히 판례에 대해서도 정확히 알지 못하고 있었으며, 알고 있더라도 연명치료 중단 결정에 적용함에 있어서는 혼란스러워 하고 있었다. 또한 대법원 판례 이후에도 일선의 의료 현장에서의 연명치료 중단 결정은 적절히 이루어 지지 않고 있었다. 연명 치료 중단 결정을 위한 그 절차와 관련된 중환자 의료인들의 의견을 기초로, 자기 결정권 존중을 위한 사전의료의향서의 효율적인 활용 및 국내의 문화적 특징을 고려한 의사결정 과정 도입이 인간의 존엄성을 지키는 ‘well dying’에 접근할 수 있는 중요한 부분들을 확인할 수 있었다. 무의미한 연명치료 중단을 위해 의료인의 의견이 충분히 반영된 현실적인 허용기준의 마련과 함께, 법과 제도의 도입 및 충분한 사회적인 합의와 의료현장에서의 노력, 그리고 의료인 교육 또한 이루어져야 할 것이다.

본 연구는 제32차 대한중환자의학회 정기학술대회 기간 동안 학술대회에 참석한 의사와 중환자실 간호사들을 대상으로 시행된 제한적인 조사이므로 이들이 중환자 의료인을 대표한다고 할 수 없다. 그러나 일개 병원이 아닌, 다양한 의료기관에 종사하는 중환자 의료인들의 의견이므로 현재 국내 중환자실의 현실을 잘 반영할 수 있는 자료로 생각한다.

2. 제언

이상의 연명치료 중단에 대한 중환자 의료인의 인식 및 의견들을 바탕으로 추후 연구의 방향과 적용에 있어 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 인간의 존엄성을 지키는 무의미한 연명치료 중단에 대한 의료인의 의견을 반영한 현실적인 허용 기준 마련 및 제도화를 제안한다.

둘째, 의료현장에서 의료인들의 겪고 있는 심리적 스트레스를 올바르게 관리하고 해결할 수 있는 교육 과정 및 의료 환경 마련을 제안한다.

셋째, 연명치료 중단 의사결정시 국내의 문화적 특징을 고려한, 공동의사결정의 제도화를 제안한다.

넷째, 사전의료의향서의 적용 및 반영의 제도화를 제안하며, 의료현장에서 의 활용을 위해 그 효용성 및 실천방안에 관한 연구를 제안한다.

다섯째, 사전의료의향서를 반영하여 무의미한 연명치료 중단을 시행한 일선의 의료인을 대상으로 한 질적 연구를 제안한다.

여섯째, 본 연구는 대상자 실수가 적으므로 후속연구에서는 연명치료 중단의 인식 및 의견에 대한 대상자의 일반적 특성의 차이를 찾는 반복 연구를 제안한다.

참고문헌

- 고윤석. 임종 환자에서 연명치료의 중단. 대한의사협회지 2002;45(6):650-652.
- 고윤석. 연명치료 중단 시 의사의 역할과 의무. 대한의사협회지 2009;52(9):871-879.
- 고윤석. 「의료현장에서의 삶의 마무리- 규범을 중심으로」 아산재단 창립 33주년 기념 심포지엄자료집. 2010; p67-84.
- 권복규, 고윤석, 윤영호, 허대석, 서상연, 김현철, 최경석, 배현아, 안경진
우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 관한 태도 연구. 한국의료윤리학회지 2010;13(1):1-16.
- 김미숙. 안락사에 대한 사회적 인식. (공청회 자료 No.2002-12). 서울: 한국보건사회연구원, 2002.
- 김미혜, 김소희. 존엄사의 법제화에 대한 태도. 한국콘텐츠학회논문지 2010; Vol.10 No.10 304-317.
- 김상희. 1998. 암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정에 관한 연구. 석사학위 논문, 연세대학교, 서울.
- 김소윤, 강현희, 고윤석, 고신옥. 연명치료 중단과 유보 결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 한국의료윤리학회지 2009;12(1):15-28.
- 김신미, 홍영선, 김현숙. 사전의사결정 제도의 국내외 현황. 한국의료윤리학회지 2010;13(3):193-204.
- 김애경. 간호사의 소극적 안락사에 대한 태도 조사. 기본간호학회지 2002; 9(1):76-85.
- 김현정. 2009. 연명치료 중단에 대한 자기결정권 의식조사. 석사학위 논문, 을지대학교 대학원, 서울.
- 남영진. 2011. 중환자실 간호사, 의사, 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도 비교. 석사학위 논문, 아주대학교 대학원, 경기.
- 문재영, 이희영, 임채만, 고윤석. 연명치료 중지에 대한 내과 전공의들의 인식과 심리적 스트레스. 대한중환자의학회지 2012;27(1):16-23.

- 문재영, 임채만, 고윤석. '대한의사협회 연명치료 중지에 관한 지침(2009)' 에 대한 한국 중환자 전담의사의 인식. 한국의료윤리학회지 2011;14(3):266-275.
- 박광민, 김용선. 연명치료 중단에 허용 기준에 관한 고찰. 성균관법학 2010; Vol.22 No.3.
- 박연옥. 2003. 연명치료 중단을 결정한 말기환자 가족의 경험. 박사학위 논문, 연세대학교 대학원, 서울.
- 박연옥, 장봉희, 유문숙, 조유숙, 김효심. 말기환자의 연명치료중단에 대한 간호사의 인식도. 한국의료윤리교육학회지 2004;7(2):199.
- 박형욱. 세브란스 사건의 경과와 의의. 대한의사협회지 2009;52(9):848-855.
- 배종면, 공주영, 이재란, 허대석, 고윤석. 전국 의료기관의 연명치료 대상자 입원 현황. 대한중환자의학회지 2010;25(1):16-19.
- 변은경, 최혜란, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선. 중환자실 간호사와 중환자 가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사. 임상간호연구 2003;9(1): 112-124.
- 손명세. 치료 중단에 윤리문제와 법적 장치. 대한의사협회지 1998;41(7):707-711.
- 손명세. 한국에서 안락사, 존엄사의 현황과 대책. 대한의학회 2001;35-51.
- 손명세. 삶의 마감방식의 결정에 대한 한국의 과제. 대한의사협회지 2009; 52(8):734-737.
- 신영태, 이일학, 김선현, 이희일. 사전의사결정에 대한 사법연수원생들과 전공 의와 수련의들의 인식도 조사. 한국의료윤리학회지 2008;11(10):23-36.
- 생명윤리정책연구센터. 「연명치료 중단관련 문제의 현황과 전망 - 생애 마지막 시기의 결정을 중심으로」 세미나 자료집. 보건복지부지정 생명윤리정책연구센터, 2010.9.9.
- 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회. 연명치료 중지에 관한 지침. 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회. 서울: 2009.
- 연세대학교 의료법윤리학연구원. 사전의사결정서 국제적 기준 및 원칙 제정방향 연구 보고서. 2009.12

- 유호중. 연명치료 중단에 대한 정당성 근거와 조건, 의료·윤리·교육. 한국의료윤리학회지 2002;5(2):151-168.
- 이금미. 2007. 연명치료 중단과 사전의사결정에 관한 고찰. 석사학위 논문, 연세대 보건대학원, 서울.
- 이덕환. 의료행위와 법. 현문사, 2010.
- 이동익. 연명치료 행위의 중단에 관한 윤리적 고찰. 한국의료윤리학회지 2009;12(2):43-60.
- 이상목, 김성연, 이영식. 암환자의 의학적 의사결정과정. 한국의료윤리학회지 2009;12(2):1-13.
- 이상목. 의학적 의사결정에서 환자의 결정과 가족의 결정. 한국의료윤리학회지 2009;12(4):323-334.
- 이석배. 연명치료중단의 기준과 절차 - 대법원 2009.5.21. 선고.2009다.17417 판결이 가지는 문제점을 중심으로-. 형사법연구 2009;Vol.21No.2,147-170.
- 이용주. 2004. 죽음과 호스피스에 대한 간호사의 인식과 태도 조사연구. 석사학위 논문, 대전대학교 사회 복지대학원, 대전.
- 이윤성. 연명치료 중단에 대한 국민의식 실태 조사 및 법제화 방안 연구. 2009.
- 이윤정. 2010. 무의미한 연명치료중단에 대한 간호사의 태도와 역할 인식. 석사학위 논문, 부산가톨릭대학교 생명과학대학원, 부산
- 이은영, 박인경, 이일학. 국가별 사전의료의향서 서식 분석 및 사전의료의향서 표준 서식 제안. 생명윤리정책연구지 2011;5(1).
- 이일학. 연명치료와 사전의료의향서. 국가생명윤리정책연구원 창립기념 정책세미나 자료집 2012.p9-19.
- 이혜경, 강현숙. 연명치료중단에 관한 중환자실 간호사, 의사 및. 중환자 가족의 태도 및 인식. 임상간호연구 2010;16(3):85-98.
- 장지영. 2010. 연명치료 중단 결정 태도와 암환자 가족의 특성에 관한 연구. 석사학위 논문, 가톨릭대학교 대학원, 서울.

- 조계화. 말기의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 갈등경험. 성인간호학회지 2010;22(5):488-498.
- 조계화, 안경주, 김균무. 말기 환자에 대한 한국형 의료적 의사결정 체계 구축을 위한 델파이 연구. 한국의료윤리학회지 2011;14(2):131-144.
- 조정림, 이은남, 변숙진. 심폐소생술 금지에 대한 간호사의 인식. 중환자간호학회지 2011;4(1):11-2.
- 최지윤, 권복규. 안락사와 연명치료중단에 관한 우리나라의 최근 동향. 한국 의료윤리학회지 2009;12(2):127-142.
- 한국보건 의료연구원. 무의미한 연명치료 중단에 대한 사회적 합의안 제시. 서울: 2009.
- 허대석. 무의미한 치료의 중단. 대한의사협회지 2001;44(9).
- 허대석. 무의미한 연명치료를 거부할 권리. 대한의사협회지 2008;51(6) :524-529.
- 허대석. 환자의 자기결정권과 사전의료지시서. 대한의사협회지 2009;52(9):865-870.
- 홍석영. 사전의료의향서에 대한 윤리적 고찰. 국가생명윤리정책연구원 창립기념 정책 세미나 자료집 2012.p.39-48.
- Esteban, A., Gordo, F., Solsona, J. F., Alia, I., Caballero, J., Bouza, C., Alcalá-Zamora, J., Cook, D. J., Sanches, J. M., Abizanda, R., Miro, G., Fernandez Del Cabo, M. J., de Miguel, E., Santos, J.A., & Balerdi, B. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit; a Spanish prospective multi-centre observational study. Intensive Care med 2001;27(11), 1744-9.
- Frank RK. Shared Decision Making And Its Role In End Of Life Care. Br J Nurs 2009;18(10):612-618.
- Wagner, N. & Ronen, I. Ethical dilemmas experienced by hospital and community nurse: An Israelisurvey. Nursing Ethics 1996;3(4),

294-304.

Wilard,C.,& Luker,K. Challenges to end of life care in the acute hospital setting. *Palliative Medicine* 2006;20(6), 611-615.

Simon HA. Decision Making: Rational, Nonrational, And irrational, *Education Administration Quarterly* 1993;29(3):392-411.

Luce JM: End-of-life decision making in the intensive care unit. *Am J Respir Crit Care Med* 2010;182:6-11.

Alta K, Kai I: Physician's psychosocial barriers to different modes of withdrawl of life support in critical care: a qualitative study in Japan. *Soc Sci Med* 2010;70:616-22.

연구 참여 동의서

1. 연구목적

본 연구는 2012년 현재, 회복 불가능한 환자의 연명치료 중단에 대한 중환자 의료인의 태도 및 인식을 파악하여 무의미한 치료 중단에 대한 사회적 합의를 도출하기 위한 기초 자료 수집 및 연명치료 중단 허용 기준의 필요성에 대한 의견을 확인하여 법적 근거를 제시하기 위함이다.

2. 연구 참여

연구는 구조화된 설문지 작성으로 이루어진다.

3. 연구의 대상

연구 대상자는 중환자 의료인으로, 2012년 4월 27일, 4월 28일 중환자 의학회 정기 학회에 참석한 중환자 치료 경험이 있는 의사와, 중환자실 간호사이다.

본인은 본 연구에 대한 목적, 방법 및 내용 등에 대하여 충분히 이해했으며, 연구 시작 전을 포함하여 기간 중 언제든지 자료수집에 참여하기를 중단 할 수 있다는 사실을 알고 있습니다. 이에 본인은 자유로운 의사에 따라 본 연구의 자료수집 참여에 동의합니다.

날짜: 2012년 월 일

서명: _____ (인)

* 연명치료 중단에 대한 중환자 의료인의 인식 설문 *

설문지

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건대학원에서 의료윤리와 법에 관심을 가지고 공부하고 있는 학생입니다. 연명치료 중단을 주제로 하는 학위 논문과 관련된 자료 수집을 위하여 여러분께 도움을 구하고자 합니다.

본 설문지는 연명치료 중단에 대한 귀하의 생각을 알아보기 위한 것입니다. 본 질문지의 문항들은 정답이나 오답이 정해져 있는 것이 아니므로 여러분의 생각을 편안하게 답해 주시면 됩니다.

해당되는 질문의 모든 항목에 빠짐없이 응답하여 주시기 바라며 질문의 내용에 성의 있고 솔직한 답변을 해주시면 신뢰성 있는 연구 결과를 얻어 연명치료 중단에 대한 합리적인 지침 마련에 도움이 되리라 생각합니다.

귀하께서 답변해주신 자료는 연구목적에만 사용되며, 철저한 비밀 보장으로 다른 목적에는 사용되지 않을 것임을 약속드립니다.

바쁘신 와중에 귀중한 시간을 내어 주셔서 진심으로 감사드립니다.

2012년 4월
연세대학교 보건대학원
의료법윤리전공
석사과정 박명옥 올림
연락처: 011-9946-6889

연명치료란 말기 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료를 의미한다. 연명치료는 일반 연명치료와 특수 연명치료로 나눈다. 일반 연명치료는 생명유지에 필수적이지만 전문적인 의학 지식이나 의료기술, 특수한 장치가 필요하지 않은 치료로서 예를 들어, 관을 통한 영양과 수분 공급, 체온 유지, 배변과 배뇨 도움, 진통제 투여, 욕창 예방, 일차 항생제 투여 등이다. 특수 연명치료는 생명유지에 필수적이며 고도의 전문적인 의학 지식과 의료기술 특수한 장치가 필요한 치료로서 심폐 소생술, 인공호흡기 적용, 혈액 투석, 수혈, 장기이식, 항암제 투여, 고단위 항생제 투여 등이다. 심폐 소생술은 심장마사지, 강심제나 승압제 투여, 제세동기 적용, 인공 호흡 등을 포함한다.

‘연명치료 중지에 관한 지침’ (2009.9)

- 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별 위원회

1. 귀하는 연명치료 중단 결정이 적절히 이루어지고 있다고 생각하십니까?

- ①매우 그렇다() ②그렇다() ③보통이다()
- ④그렇지 않다() ⑤전혀 그렇지 않다()

1-1. 다음 각 상황에서 연명치료 중단에 대한 귀하의 생각을 표시해 주십시오.

1-1-1. 환자가 원하면, 영양공급이나 수액공급을 중단할 수 있다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-1-2. 환자의 통증은 충분히 조절 되어야 한다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-1-3. 환자가 심폐소생술 (심장마사지, 강심제나 승압제 투여, 체세동기 적용, 인공 호흡) 시행을 거부한 경우 이를 따라야 한다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-1-4. 환자가 인공호흡기 제거를 요청할 경우, 이를 따라야 한다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-1-5. 환자가 원하면, 약물 투여나 항생제 투여 등을 중단해야 한다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-1-6. 환자가 원하면, 투석치료를 중단해야 한다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-1-7. 환자가 원하면, 수혈하지 않아야 한다.

- ①찬성 () ②반대 () ③모르겠다 ()

1-2. 적절한 연명치료 중단이 이루어지지 못하고 있다면, 그 가장 큰 원인은 무엇이라고 생각하십니까?

- ①소속기관의 정책이나 분위기 ()
- ②가족 및 환자의 의학적 소생가능성 없음에 대한 이해부족 및 상담시간 부족()
- ③환자의 생명을 단축시킨다는 감정 ()
- ④죽음에 대해 이야기하기 꺼려하는 사회문화적 배경 ()
- ⑤법적인 책임 ()
- ⑥기타 () ()

2. “김할머니 사건” 이라고 불리는 세브란스 사건에 대한 대법원 판례에 대해 여쭙고자 합니다.
해당된다고 생각하시는 항목에 'V' 표 해주시기 바랍니다.

문항	그렇다	아니다
2-1. 회복가능성이 없어 짧은 시간 내에 사망에 이를 수 있음 이 명백한 환자의 경우 연명치료를 중단할 수 있다.		
2-2. 사전의료지시를 통해 환자 본인이 사전에 의사표시를 하지 않은 경우, 연명치료를 중단할 수 없다.		
2-3. 환자의 평소 가치관이나 신념으로 추정해 연명치료를 중단할 수 있다.		
2-4. 환자가 회복 불가능한 사망의 단계에 이르렀는지는 담당 주치의만이 판단할 수 있다.		
2-5. 연명치료중단에 대한 판단은 병원윤리위원회를 거치는 것이 바람직하다.		

3. 다음 각 경우에 해당하는 환자들을 대상으로 연명치료 중단을 고려하는 것에 대해 찬성하십니까?

문항		찬성	반대	모르겠다
3-1. 뇌사(뇌사 판정을 받지 않았으나 임상적으로 뇌사로 판정된 환자)				
3-2. 6개월 이상 지속적 식물상태를 보이는 환자				
기저 질병이 치료에 반응을 보이지 않는 말기 환자로 생명을 유지하고 있으나 6개월 이내에 사망이 예상되는 환자	3-3. 말기암 환자(여러 항암제 치료에 반응이 없음)로 합병증 동반			
	3-4. 말기 호흡부전 환자 (인공호흡기 치료로 연명하고 있거나, 산소요법 치료 중)로 합병증이 동반			
	3-5. 말기 신부전환자 (신장이식 대상자 아님)로서 합병증 동반			
	3-6. 말기 심부전환자 (심장이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반			
	3-7. 뇌졸중과 같은 심각한 뇌질환 환자로서 합병증 동반			
	3-8. 말기 간부전환자 (간이식의 대상자가 아님)로서 합병증 동반			
	3-9. 치매를 앓는 고령의 환자로 합병증이 동반			

4. 3번 문항의 환자들이 사전의료의향서를 통해 본인의 의사를 밝혔다면, 연명치료 중단을 해야 한다고 생각하십니까?
- ①매우 그렇다() ②그렇다() ③보통이다()
 ④그렇지 않다() ⑤전혀 그렇지 않다()
5. 3번 문항의 환자들의 연명치료 중단에 대한 본인의 의사를 확인할 수 없는 경우 누가, 어떤 절차를 거쳐 연명치료 중단을 결정하는 것이 바람직하다고 생각하십니까?
- ①가장 가까운 가족의 대리 결정 ()
 ②환자의 평소 신념에 근거한 추정적 의사에 의한 결정 ()
 ③환자의 입장에서 가장 유리한 방향으로 의료진과 가족이 함께 결정 ()
 ④기타 의견 () ()
6. 본인의 의사를 확인할 수 없는 회복이 불가능한 말기환자의 연명치료 중단에 대한 이견이 발생한 경우, 어떻게 조정하는 것이 바람직하다고 생각하십니까?
- ①소송이나 가처분 신청 등 법원을 통해 해결 ()
 ②다른 의료진과 외부 인사들이 포함된 병원 윤리 위원회를 통해 해결 ()
 ③의료현장에서 환자 가족과 의료진이 해결 ()
 ④기타 () ()
7. 귀하는 무의미한 연명치료 중단을 위해 가장 시급히 필요한 조건은 무엇이라고 생각하십니까?
- ①충분한 상담 및 사전의료의향서 ()
 ②법률적 근거()
 ③죽음과 말기 치료에 대해 긍정적으로 토론할 수 있는 사회적 환경 ()
 ④전문가 상담팀 및 의료진 교육()
 ⑤병원윤리위원회()
 ⑥기타 () ()

8. 귀하는 연명치료중단 결정시, 사전의료의향서를 작성한 환자를 경험한 적이 있습니까?
 ①있다 () ----- 8-1 번으로
 ②없다 () ----- 8-2 번으로
- 8-1. 작성된 사전의료의향서가 연명치료 중단에 반영되었습니까?
 ①그렇다 () ②아니다()
- 8-2. 사전의료의향서를 작성하지 않은 환자가 연명치료 중단을 원할 때, 사전의료의향서에 대해 설명할 의향이 있으십니까?
 ①그렇다 () ②아니다()
9. 귀하는 사전의료의향서 작성 운동에 대해 알고 계십니까?
 ①그렇다 () ②아니다()
10. 귀하는 사전의료의향서에 관한 설명·논의·작성은 언제 이루어져야 한다고 생각하십니까?
 ①의사결정능력을 갖추는 성인이 되는 시기 ()
 ②의료기관에 처음 방문하게 될 때 ()
 ③입원 치료를 받게 될 때 ()
 ④중환자실에 입실하게 될 때 ()
 ⑤회복 불가능 상태에 접어들었을 때 ()
 ⑥기타 () ()
11. 마지막으로 연명치료 중단 정책 관련, 하시고 싶은 말씀을 자유롭게 적어 주십시오.

설문에 응해주셔서 진심으로 감사드립니다

* 해당되는 항목에 'V' 표 혹은 기록하여 주시기 바랍니다.

< 일반적 사항 >

1. 귀하의 직업은 무엇입니까? ①의사() ②간호사()
2. 귀하의 연령은 얼마입니까? 만 () 세
3. 귀하의 성별은 무엇입니까? ①남() ②여()
4. 귀하의 결혼상태는 어떻게 되십니까?
①미혼() ②결혼() ③사별() ④기타() ()
5. 귀하의 종교는 무엇입니까?
①기독교() ②카톨릭() ③불교() ④기타() () ⑤없음()
6. 귀하의 중환자실 경력은 얼마나 되십니까? () 년 () 개월
7. 귀하가 근무하는 병원의 규모는 어떻게 되십니까?
①600병상 이하() ②600-800병상() ③800-1000병상() ④1000병상 이상()
8. 귀하의 근무 부서는 어디입니까?
①내과계 중환자실() ②외과계 중환자실() ③심혈관계 중환자실()
④소아 중환자실() ⑤응급 중환자실() ⑥신경외과 중환자실()
⑦기타() ()
9. 귀하는 연명치료 중단 경험 횟수는 어떻게 되십니까?
①전혀 없다() ②10회 이하() ③10-20회() ④20-50회() ⑤50회 이상()
10. 귀하는 연명치료 중단이 필요하다고 생각하십니까?
①필요하다 () ②필요없다 () ③모르겠다 ()

Abstract

A Study on the Perceptions of Withdrawing of Life-Sustaining Therapies among the ICU Staff - After the Old Lady Kim Case in 2009 -

Park, Myoung Ok

Department of Public Health Medical Law and ethics

Graduate School of Public Health Yonsei University

(Directed by Professor Sohn Myongsei M.D., Ph.D.)

This study set out to examine the Supreme Court precedent of "Old Lady Kim Case" at Severance Hospital, which claims huge significance in the medical community where the practitioners have made decisions uneasily without knowing the legally recognizable criteria of withdrawing of life-sustaining therapies(WD of LST), as well as to investigate the knowledge of the precedent among the ICU staff and check their perceptions and opinions about the current state of WD of LST. The study also aimed to investigate the perceptions and opinions about WD of LST and advance directive among the ICU staff, search for methods to establish realistic criteria and guidelines for proper WD of LST in the field, and provide grounds for legal establishment of allowance criteria of WD of LST.

The subjects include doctors and nurses working in intensive care

units who attended a 32th regular conference of 'The Korean Society of Critical Care Medicine' on April 27 and 28, 2012. A structured questionnaire was distributed to only those who consented to participation in the study. Collected data were analyzed with SPSS/WIN 19.0.

The research findings were as follows:

1. In a survey on the knowledge about a Supreme Court precedent titled "Old Lady Kim Case" among the critical care medical staff, 53.8% of doctors and 64% of nurses said "Yes" to "Can you stop life-sustaining therapy by judging from the patient's values and beliefs?" To an item, "Can you stop life-sustaining therapy for a patient that did not express his or her intension with an advanced directive?", 48% of doctors and 52.3% of nurses said "Yes." Those findings indicate that the critical care medical staff had a low degree of understanding of the Supreme Court precedent that "One cannot stop life-sustaining therapy by judging from the patient's values or beliefs when he or she did not express his or her intention with an advanced directive." However, there is a possibility that they gave those answers because they did not think a patient's estimated intention could serve as proof to decide WD of LST in spite of their perception. Relations among responses to "the subject to make a decision on WD of LST for patients whose own intention cannot be checked" among the medical practitioners having the knowledge of the precedent were

analyzed. As a result, they said that they would make a decision in conjunction with other medical staff and the family of the patient in the most favorable direction to the patient instead of following the assumed decision based on the patient's usual belief regardless of the knowledge of the precedent.

2. The perceptions and opinions about the WD procedure of LST among the ICU staff were examined in terms of 1) opinions of the current state of WD of LST, 2) opinions about the content of WD of LST, 3) opinions about the subject patient of WD of LST discussions, and 4) opinions about the subject in WD of LST decisions.

As for perceptions and opinions of the current state of WD of LST, 81.3% of the critical care medical staff gave a negative answer such as "So so" and "Not really" to a question whether the WD of LST decisions were made appropriately. To a question asking about the biggest reason behind the improper WD of LST decisions, 34% of doctors mentioned legal responsibility and 37.7% of nurses mentioned lack of understanding of no possibility for medical resuscitation on the part of patient and family and lack of counseling hours. There were no statistically significant differences between the doctors and nurses. However, significant differences ($p < .001^a$) were found between the two groups as to the most urgent condition to stop meaningless life-sustaining therapies: while 42.6% of doctors said legal grounds, 49.4% of nurses said enough counseling and advanced directives.

As for the content of WD of LST, the ICU staff (doctors: 15.4%, nurses: 25.6%) recorded a higher response percentage in "I don't know" than the other content items regarding the elimination of the artificial respirator. It seems that they remain in an ethical dilemma that the elimination of the artificial respirator can be considered as intention for the patient's death.

On items related to patients to be discussed for WD of LST, there were significant differences between doctors and nurses when the patient with an end-stage renal failure (not eligible for kidney transplant) and complication, the patient with an end-stage cardiac failure (not eligible for heart transplant) and complication, and the patient with liver failure (not eligible for liver transplant) and complication. The nurses showed significantly higher approval rates of 59.3%, 64.7%, and 70.9% for the three patient groups, respectively, than the doctors whose approval rates were 37.7%, 43.4%, and 50.9% for the three patient groups, respectively.

To a question whether they could stop LST when the patient expressed the consenting intention, the subjects gave positive answers: 24.5% and 62.3% of doctors said "Very likely" and "Likely," respectively, and 18.6% and 68.6% of nurses said "Very likely" and "Likely," respectively. When there was no way to confirm the patient's intention, 78.4% of doctors and 75.9% of nurses answered that a decision should be

made between the medical staff and family in the most favorable way to the patient with no statistically significant differences between the two groups. As for the right mediation method when there were different opinions about WD of LST for a patient in an unrecoverable end stage whose intention could not be obtained, 75% of doctors said that a decision should be made through a hospital ethics committee comprised of medical staff and outside stakeholders, whereas 51.2% of nurses said that a decision should be made between the patient's family and medical staff on the field and 46.4% of nurses said that a decision should be made through a hospital ethics committee comprised of medical staff and outside stakeholders. There were significant differences ($p < .001^a$) between the two groups.

3. As for perceptions and opinions about advance directive, 22.6% of doctors and 7% of nurses said "Yes" to a question whether they had a patient who filled out an advance directive. Of those, 91.7% of doctors and 100% of nurses said the advance directive was reflected on WD of LST. As for a question whether they would explain about an advance directive to a patient who did not fill out one and wanted WD of LST, 91.7% of doctors and 100% of nurses gave a positive answer. As for the movement of filling out an advance directive, 24.5% of doctors and 17.4% of nurses said they were aware of it. The perception level was low in both the groups. As for timing of explaining, discussing, and filling out a proper advance directive, 35.3% of doctors said "When the patient enters an unrecoverable stage," while 27.9% of nurses said

"When the patient becomes an adult with decision making capacity."

It has been three years since the "Old Lady Kim Case" that fired up controversy over WD of LST, but the ICU staff, who are subject to the most experiences and conflicts with WD of LST, still had no accurate knowledge of the precedent. Even those who had the knowledge were confused with applying the knowledge to their WD decisions of LST. The study also found that there had been no proper WD decisions of LST on the field of medicine even since the Supreme Court precedent and that the important parts for "well dying" to keep human dignity include the efficient utilization of advance directive to respect self-determination based on the WD procedure of LST and the opinions of the concerned ICU staff and the introduction of a decision making process by taking the cultural characteristics of the nation into account. It is required to set up realistic allowance criteria that fully reflect the opinions of medical practitioners, introduce concerned acts and institutions, reach enough social consensus, promote efforts in the field of medicine, and provide medical practitioners with necessary education in order to stop meaningless life-sustaining therapies.

Keywords: Withdrawing of life-sustaining therapies,
advance directive.