

연명치료 중단과 사전의사결정에
관한 고찰

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

이 금 미

연명치료 중단과 사전의사결정에
관한 고찰

지도교수 손 명 세

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2006년 12월 일

연세대학교 보건대학원

보건의료법윤리학과

이 금 미

이금미의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2006년 12월 일

차 례

| | |
|--|-----------|
| 국문요약 | iv |
| I. 서 론 | 1 |
| 1. 연구의 필요성 | 1 |
| 2. 연구목적 | 3 |
| 3. 용어의 정리 | 3 |
| II. 문헌고찰 | 5 |
| 1. 말기환자의 연명치료 중단 | 5 |
| 2. 환자의 자기결정권과 사전의사결정(advanced directive) | 9 |
| III. 연구방법 | 14 |
| 1. 연구설계 | 14 |
| 2. 연구대상 | 14 |
| 3. 연구도구 | 14 |
| 4. 자료수집 방법 및 절차 | 19 |
| 5. 자료분석 방법 | 19 |

| | |
|-----------------------|--------------------|
| IV. 연구결과 | 20 |
| 1. 대상자의 일반적 특성 | 20 |
| 2. 사례별 연명치료 중단에 대한 태도 | 22 |
| 3. 사전의사 결정서의 필요성 | 34 |
| V. 고찰 | 39 |
| 1. 사례별 연명치료 중단에 대한 태도 | 39 |
| 2. 사전의사 결정서의 필요성 | 43 |
| VI. 결론 | 50 |
| 1. 결론 | 50 |
| 2. 제언 | 53 |
| 참고문헌 | 55 |
| 부 록 | 59, 66(부록2) |
| 영문초록 | 73 |

표 차례

| | |
|--|----|
| 표1. 사례별 임상적 특성 | 17 |
| 표2. 사례별 사회, 상황적 특성 | 18 |
| 표3. 대상자의 일반적 특성 | 21 |
| 표4. 사례별 연명치료 중단 여부 | 22 |
| 표4-1. 사례1의 연명치료 중단에 대한 태도 | 24 |
| 표4-2. 사례2의 연명치료 중단에 대한 태도 | 25 |
| 표4-3. 사례3의 연명치료 중단에 대한 태도 | 26 |
| 표5. 사례별 연명치료 중단이유 및 중단범위 | 27 |
| 표6. 사례별 연명치료 지속이유 | 28 |
| 표7. 연명치료 중단 여부 결정권자 | 29 |
| 표7-1. 일반적 특성에 따른 사례1의 연명치료 중단 결정권자 | 31 |
| 표7-2. 일반적 특성에 따른 사례2의 연명치료 중단 결정권자 | 32 |
| 표7-3. 일반적 특성에 따른 사례3의 연명치료 중단 결정권자 | 33 |
| 표8. 대상자의 일반적 특성에 따른 사전의사 결정서의 필요성 | 35 |
| 표9. 대상자의 사전의사 결정서와 관련된 태도 | 36 |
| 표10. 대상자의 일반적 특성에 따른 병원 윤리위원회의 필요성 | 37 |
| 표11. 일반적 특성에 따른 법적 장치의 필요성 | 38 |

부록차례

| | |
|-----------|----|
| 부록1 | 59 |
| 부록2. | 66 |

국문요약

연명치료 중단과 사전의사결정에 관한 연구

말기환자의 연명치료 중단은 임상에서 종종 시행되고 있으나, 이에 대한 법체계는 물론이고, 사회적 합의도 되어있지 않은 상황이다. 따라서, 이 연구는 말기환자의 연명치료 중단에 대한 일반인의 태도를 확인하고, 사회적 합의를 얻어, 사전의사 결정서의 필요성을 제시하고자 시도하였다.

본 연구는 2006년 8월과 9월에 의무기록을 중심으로 사례를 수집하였으며, 사례별 연명치료 중단에 대한 일반인의 태도는 서울시 Y대학병원의 환자를 제외한 보호자나 방문객 38명, 병원의 일반인 83명으로 본 연구 참여에 동의한 사람만을 상대로 2006년 10월에 구조화된 설문지를 통해 이루어졌다. 수집된 자료는 부호화하고 SPSS 12.0 for Window program을 이용하여 기술통계, chi-square test로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 사례별 연명치료 중단에 대한 태도에서 환자 의식이 있으면서, 본인이 연명치료 중단을 원하는 사례1의 경우 중단 할 수 있다는 응답이 94명(79%)이었고, 의식이 혼미하고 치매인 회복 불가능한 고령의 환자인 사례2는 전체 응답자의 71명(59.7%)가 연명치료 중단을 할 수 있다고 하였으며, 사례3의 경우는 전체 72명(60.5%)가 연명치료 중단을 할 수 있다고 답하여 비교적 사례1에서 연명치료를 중단할 수 있다는 비율이 높았다(표4). 그러나, 세 개의 사례 모두 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었다.

2. 사례별 연명치료 중단 결정의 이유는 ‘환자의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.’라고 답한 사람이 사례1,2,3 각각 81명(86%), 47명(66%), 42명(58%)로 다른 이유보다 가장 빈도가 높았다.

3. 연명치료 여부에 관한 결정권자는 환자가 의식이 있을 때는(사례1) 환자가 결정해야 한다고 답한 경우가 76명(63%)이었고, 환자가 결정을 내릴 수 없는 경우(사례2, 사례3)는 가족과 주치의가 결정해야 한다는 대답이 55명(46.2%), 56명(47.1%)으로 가장 높게 나타났으며, 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었다.

4. 사전의사 결정서가 필요하냐는 질문에 대상자의 98명(82.4%)이 ‘필요하다.’라고 했으며, 20대와 30대에서 ‘필요하지 않다.’라는 응답이 5%, 9.2%에 비해 40대이상에서는 14.3%로 다소 높았으며, 성별로는 남녀 불문하고 80%이상에서 사전의사 결정서가 ‘필요하다’라고 답하였다. 말기환자 간호 경험에서 직접간호한 사람의 25명(92.6%)이 전혀 경험하지 않은 52명(78.8%)보다 높게 나타났다. 그러나 일반적 특성에 따른 사전의사 결정서의 필요성에 대한 유의한 차이는 없었다.

5. 자기 자신에게 사전의사 결정서를 작성할 것인지를 묻는 질문에 81명(68.1%)이 ‘예’라고 하였고, ‘잘 모르겠다.’라고 한 사람도 25명(21%)이었다. 사전의사 결정서 작성시기로는 전체의 62명(52.1%)이 말기병 진단시 작성하겠다고 응답하였고 24명(20.2%)은 임박한 죽음의 증상시에 작성하겠다고 응답하였다.

6. 병원 윤리위원회가 필요하다고 생각하냐는 질문에 전체의 72명(61%)이 필요하다고 하였고, 나머지 47명(39%)은 필요하지 않다고 응답하였다. 다른 일반적 특성에 따른 병원 윤리위원회의 빈도차는 크지 않았다.

7. 병원 윤리위원회의 법적 효력에 대해서는 47명(65%)가 법적 효력이 있어야 한다고 하였다. 또한, 치료중단의 결정권자와 절차에 대한 정당한 법적 장치 마련시 치료 중단을 행할 것이냐는 질문에 87명(73%)이 필요하다고 나타났다. 말기환자 간호경험에서는 직접간호한 사람의 85.2%에서 필요하다고 응답하였다.

결론적으로 일반인은 환자의 자기결정권을 존중하고 있었으며, 사전의사 결정서와 병원 윤리위원회의 필요성을 인식하고, 연명치료 중단에 대한 법적 장치에 대해서도 필요성을 나타내었다. 따라서 환자의 의식이 있을때 연명치료에 대한 본인의 의사를 담은 사전의사 결정서를 제도화하고 미처 준비가 되지 않았을 경우 병원 윤리위원회의 자문을 얻는 절차적인 제도가 마련되어야 할 것이다.

핵심 되는 말 : 연명치료중단, 사전의사결정

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대 의료기술의 발달로 많은 사람이 질병의 고통에서 벗어나거나 수명의 연장이 가능하게 되었다. 이는 생활수준과 의식수준의 향상을 의미하며 의료계에서도 기존의 단순한 생명 연장의 추구에서 오늘날에는 삶의 질을 강조하게 되었다. 특히, 말기환자의 삶의 질이 중요한 문제로 대두되고 있으며 이는 환자나 가족뿐만이 아니라 사회적으로도 관심이 모아지고 있다. 최근 질병의 조기 발견과 수명의 연장이 가능해졌으나 반면에 질병상태와 신체의 의존상태 기간을 현저히 늘려 육체뿐 만 아니라 정신적 고통을 가중시켰기 때문이다. 연명치료는 말기 환자들의 생명 부지를 위해 치료를 계속하는 것으로 많은 경우 환자를 매우 고통스럽고 힘겹게 만드는 것이다. 그러므로 다시 그들에게 ‘연명치료로 힘겹게 생존기간을 늘리는 것보다 좀 짧더라도 편안하게 삶을 마무리하는 것이 환자에게 더 낫지 않느냐’는 목소리가 나오고 있다. 따라서, 어느 것이 환자에게 이익인지를 우리는 먼저 생각해야 할 것이다. 치료중단과 관련된 의료윤리 중 하나가 환자의 자기 결정권이 있다. 그러나 의식이 있는 환자의 경우는 스스로 결정할 수 있으나 의식이 없는 환자는 가족이 결정하게 되는데 가족 또한 환자에게 최선의 이익이 무엇인지를 알 수 없고, 치료중단 결정시 윤리적 딜레마에 빠질 수 있다. 우리나라의 한 연구에 의하면 응급센터 내에서의 DNR(Do Not Resuscitate)의 결정을 72%가 의료진이 주도하고 있으며 72%의 경우 문서화되지 않은 채 DNR이 시행되었으며 DNR이 결정된 원인으로는 급성

손상에 의한 비가역적 상태가 63%였고 암등 만성질환에 의한 경우가 15%였으며 병원전 심 정지 상태에 의한 경우가 17%였고 가족들에 의한 자의 퇴원이 5%였다고 발표하였다.

미국의 경우 사전의사결정서를 통하여 환자의 자율성을 보장하기 위한 노력을 하고 있다. 우리나라의 경우 치료중단 결정과정이 주로 의사와 가족에 의해 결정되고 있어 환자의 자율성을 보장하기 어렵고(김상희,1998), 이렇게 환자의 의사가 배제된 결정으로 인하여 의료인이 말기암 환자의 진료에 가족들의 의견만을 듣고 결정할 경우 3분의 1정도는 환자의 희망에 반한 치료를 시행할 가능성이 있을 뿐만 아니라(심재용 등, 2000), 치료비 지불 능력이 없는 등의 경제적 이유로 치료중단이 시행되고 있어(강명신, 1989; 김상희,1998) 사회적 갈등까지 초래되고 있는 상황이다. 말기환자의 치료중단을 결정하는 것은 말기환자의 무의미한 치료를 고려함이지만, 아직 사회적 합의가 충분하지 않은 상태에서 치료중단의 결정은 의료진이나 환자 및 가족 모두에게 갈등을 경험하게 한다. 아직 우리나라에는 치료중단에 대한 입법이 이루어지지 않은 상태이며 ‘보라매 사건’같이 의사의 충고에 반한 퇴원을 관행적으로 하다 살인죄가 판결되면서 법적 논란도 제기되고 있는 상태이다. 현행 우리나라의 법체계는DNR, 연명치료 중단에 대해 수용하는 절차가 마련되어 있지 않고 법률적 근거도 없어 많은 혼란을 초래하고 있다. 또한, 연명치료 중단에 대한 사회적 합의가 없는 상황에서 의료인의 결정에 대한 책임은 누가 져야 할 것인가? (치료중단 결정시 의사가 먼저 환자의 상태를 설명하고, 보호자가 최종결정을 하게 된다. 이 때 의료인이 어떻게 설명하느냐에 따라 보호자의 결정이 달라질 수도 있다.)

따라서 본 연구에서는 실제 사례에서 일반인들이 연명치료 중단에 대해

어떤 태도를 가지는지를 알아보고 외국에서 제시된 사전의사결정서를 살펴 치료 중단에 대한 절차적 정당성을 확보하고 제도화를 이루는 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

사례별 연명치료 중단 여부의 결정권자, 중단 범위에 대한 일반인의 태도를 파악하여 사회적 합의를 얻는 자료를 모으고, 사전의사 결정과 병원 윤리위원회의 필요성에 대한 의견을 확인하여 치료 중단에 대한 법적 근거를 제시하고자 함이다.

구체적 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성에 따른 사례별 연명치료 중단에 대한 태도를 조사한다.
- 2) 일반인의 사전의사 결정서에 대한 필요성을 확인한다.
- 3) 일반인의 병원 윤리위원회에 대한 필요성을 확인한다.
- 4) 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단에 대한 태도, 사전의사 결정서와 병원 윤리위원회의 필요성의 차이를 확인한다.

3. 용어 정의

- 1) 연명치료 중단

(withdrawing of life-sustaining treatment)

연명치료란 ‘환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료’, 혹은 ‘치료에 의해서 상태가 좋아지지 않는 환자의 상황이나, 치료에

도 불구하고 영구적 무의식 상태나 집중적 의학적 치료에 의존해야만 하는 경우'를 지칭(유호중, 2002)한다. 중단이란 연명치료를 중단하는 것으로, 더 이상의 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 더 이상의 치료적 활동을 보류하는 것으로, 생명유지에 직접적으로 영향을 주지 않는 치료를 중단하는 것과 생명유지에 영향을 주는 치료를 중단하는 것으로 나눌 수 있다(손명세,1998).

본 연구에서는 행위의 목적과 환자의 부담 및 안위에 따라 “적극적인/증상완화적인(aggressive/palliative) 치료를 연명치료로 분류하여 중단할 수 있는 지를 물었다(엄영란,1994).

2) 사전의사결정(advanced directives)

판단 능력이 없어질 때를 대비하여 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것. 자신에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술 거절, 원하지 않는 치료행위를 구체적으로 지시할 수 있다(대한의학회의 의료윤리지침).

본 연구에서는 외국의 사전의사결정의 종류를 제시하여 특정조치 요청, 대리인 지명, 가치관 표명과 환자가 말로서 자신의 의사를 표명한 것도 포함하였다.

II. 문헌 고찰

1. 말기환자의 연명치료 중단

치료중단이란 치료적 행위가 더 이상 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 치료적 활동을 하지 않는 것으로 (Prendergast &Luce, 1997) 미국내 사망환자의 80-90%에서 치료중단이 이루어지고 있고, 노인인구와 말기환자에게 치료중단 결정이 흔하다. 우리나라의 경우 말기 암환자에서 No-CPR의 형태(김상희,1998), 중환자실에서 No-CPR(51.6%), 가망 없는 퇴원(25.9%), 의학적 충고에 반한 퇴원(12.8%)의 형식으로 치료중단이 이루어지고 있다(김선옥, 1999). 연명치료 여부의 결정요인은 무엇보다도 회복 가능성이고, 영향을 주는 요인은 고통, 고통경감, 신체손상, 의식수준, 부담감, 주변의견, 가족의 과거경험, 환자본인의 평소 희망이다(박연옥, 2003). 회복 가능성이 없다는 것은 가망이 없다는 주치의의 의견을 받아들인 것으로, 가족들은 어떤 객관적인 자료에 근거하여 의사결정을 하기보다 의사의 전문적 판단을 그대로 수용하고 있다(김선옥, 1999). 치료중단에 대해 논하기 위해 주의할 것은 치료중단에는 여러 다른 형태가 있고 그 각각마다 정당성 여부나 조건이 다를 수 있다는 것이다. 가령‘심폐소생술을 하지 않음’‘인공호흡기를 뺐’‘수액이나 영양을 공급하지 않음.’ ‘투약을 중단함’‘수혈을 중단함’ 등등 행위의 특성에 따라 치료중단의 종류가 나뉜다(유호중,2002).

실제 임상 현장에서 연명치료 중단을 결정하는 데에 가장 중요한 것은 더 이상의 치료가 효과가 없다는 말기상태에 대한 판단과 어떤 치료를 중

단해야 하는가에 대한 구별이다.

즉, 치료의 내용에 따라 그 행위에 대한 도덕적 의미가 달라질 수 있다(박연옥, 2003). 보통 인공영양과 수액치료, 항생제, 진통제, 안정제 투여는 통상적인(증상 완화적인) 치료로, 인공호흡기, 신장 투석, 혈압 상승제 투여는 비통상적인(적극적인) 치료로 분류된다(엄영란, 1994).

생명의 회복가능성이 없는 경우 더 이상의 치료가 무의미한 경우란 어떤 때를 말하는가? 독일의 판례에서는 ‘환자의 질병이 죽음으로의 과정을 이미 시작했고 짧은 시간 내에 죽음에 이르는 것이 불가역적인 상태’인 경우를 들고 있다. 이와 같은 경우에는 연명조치를 중단하거나 포기하는 것이 허용되는데, 이를 위하여는 2명 이상의 의사들이 환자의 상태가 불가역적이라는 진단에 합의하여야 하고, 이에 관한 심사는 순수하게 의학적인 면에서 평가되어진다(신현호, 1999).

사망률을 예측할 수 있는 객관적 지표로 제시된 것들은 APACHE II, APACHE III 점수와 MOF(다기관 손상, Multiple Organ Failure) 점수가 있다. APACHE III는 Knaus 등(1999)이 APACHE II를 보완하여 환자의 사망률을 예측할 수 있는 지표로 제시한 것이다. 생리학적 점수, 신경학적 점수, 나이, 만성질환을 점수화 하여 점수가 높을수록 환자의 상태가 위중함을 의미한다. 이 점수는 무의미한 치료를 판단하는 데에 도움을 주어 DNR 결정도구로서 유용하다는 평가(구미지와 김명희, 2002; 방은치, 고신옥과 정재원, 1997; Goris et al, 1985)를 받고 있다. MOF 점수는 Goris 등(1985)이 만든 것으로 환자들이 패혈증이나, 다발성 외상 혹은 다른 원인에 의한 장기의 기능부전으로 사망하는 것을 보고, 장기기능부전과 사망률과의 관계를 밝히고자 만든 도구이다. 7개의 장기(호흡기, 순환기, 신장, 간,

혈액, 위장관, 중추신경계)의 손상 수와 기능부전 점수로 사망률을 예측할 수 있다(김선옥, 1999;방은치, 고신옥과 정재원, 1997;Knaus 등, 1991). 하지만 이런 지표들도 연명치료 중단을 위한 하나의 객관적인 기준을 제시하지는 못한다. 인간은 인식능력의 한계로 인하여 죽음의 시점을 정확히 판정할 수 없고, 이는 오직 신만이 알 수 있다고 할 수 있다. 인간은 정확한 시점을 판단 할 수 없으므로 결국 판단을 위한 절차적인 정당성을 확보하는데 주력할 수 밖에 없다. 그러므로 어떠한 시점에 더 이상의 치료가 무의미한가는 의사의 의학적 판단에 의하여 결정될 수밖에 없다(김혁돈, 2005).

연명치료 중단과 관련하여 이미 미국의 일부 주와 네덜란드에서는 안락사 또는 존엄사를 인정하는 법률을 마련하였고, 독일에서는 연명치료 중단에 관한 주와 연방의회의 분과위원회의 연구보고서와 개정법률 안이 발표되었다. 프랑스는 얼마 전 존엄하게 죽을 권리에 관한 법안이 상원을 통과하였고, 벨기에는 2002년 안락사에 관한 법률을 제정하였다. 그 외 여러 나라에서 존엄사와 연명치료에 있어서의 환자의 자기결정권에 대하여 논의가 활발히 진행되고 있는 실정이다. 물론 우리나라에서도 2001년에 대한의사협회에서 의사윤리지침을 공포하여 어느 정도 방향을 제시해 주고는 있으나, 이는 어디까지나 법적 효력을 갖지 못하는 단체 내부의 지침에 불과하다. 외국에 비해 아직 우리나라에서는 안락사나, 치료중단에 대한 논의가 없었던 건 사실이다.

우리나라의 경우 법적으로 문제가 된 것은 연명치료 중단과는 다르지만 ‘보라매 사건’으로 대변되는 경우이다. 1998년 5월 15일 서울특별시립 보라매 병원에서 ‘의사의 의학적 충고에 반한 보호자의 퇴원요구’에 따라 환자를 퇴원시킨 담당의사에게 내려진 판결은 의학계에 커다란 충격을 주었다.

그간 관례적으로 해오던 의사충고에 반한 퇴원에 대하여 1심에서 법원이 살인죄를 적용, 실형을 선고하였고 지난 2001년 2월 2심 판결에서는 살인 방조죄로 집행유예를 선고하였다(동아일보 2002년 2월 14일자). 법조계의 판결은 그간 관례적으로 해 왔다고는 하나 치료하면 살릴 수 있다는 환자를 의사의 단독 결정으로 퇴원케 하여 사망에 이르게 했다는데 초점을 두고 있다. 이와 같이 기존의 익숙한 행위가 법의 판단 대상이 되고 반성의 대상이 된다는 것은 이 행위가 윤리적으로나 법적으로 무언가 부족한 점이 있음을 의미한다고 하겠다(유호중, 2002).

그럼 무의미한 치료의 중단은 가벌성이 있는가? 현재 학계에서는 더 이상의 치료방법이 존재하지 않는 시점에서 치료를 중단하는 행위에 대하여 형사법적으로 가벌적이라고 판단하는 견해보다는 불가벌로 판단하는 견해(허대석;김경화, 2002)가 다수이다. 치료중단이 형사법적으로 가벌성이 문제되기 위해서는 이를 살인행위 또는 자살행위로 볼 수 있어야 한다. 자신의 독자적인 판단에 의한 경우에, 자신의 생명을 적극적으로 종지시키는 것이 아니라 단지 현재의 상태를 방치하는 것을 자살행위라고 할 수는 없다. 심지어 간단한 수술을 통하여 건강을 회복할 수 있는 경우에 이를 방치한다고 하더라도 자살이라고 할 수는 없다. 이 경우 규범이 환자에게 치료받을 것을 요구하기 위해서는 국가가 치료를 제공하는 조치가 선행되어야 할 것이다. 이는 전쟁에 자원 입대하여 전사한 경우와 종교를 이유로 순교한 경우를 자살로 보지 않는 것과 같다고 할 것이다. 다시 말해 이는 자신의 신체와 운명에 대한 선택권을 행사하는 것, 즉 자기결정권을 행사한 것에 지나지 않는 것이다(김혁돈, 2005).

2. 환자의 자기결정권과 사전의사결정

자기결정권은 미국에서는 privacy권의 연장선상에서 인정되고 있으며, 의료행위에 있어서의 자기결정권도 이와 같은 근거에서 인정된다고 한다. 따라서 의료행위에 있어서는 자기결정권에서 유효한 동의, 즉 충분한 설명에 의한 동의(informed consent)가 인정된다고 한다(김혁돈, 2005). 또한, 독일의 자기결정권은 그 정신적 근원은 수백 년을 거슬러 Kant에게서 찾을 수 있으며, 자기결정권의 법적근거로는 독일기본법에서 찾을 수 있다. 즉, 인간의 자유로운 의사에 대한 권리는 인격적 영역의 존중에 대한 소극적인 권리인 것이며, 자유로운 인격발현에 대한 적극적인 권리는 아니라는 것이다.

자기결정권은 개인이 자신의 개인적으로 중요한 문제에 관하여 공권력이나 타인의 간섭 없이 스스로 결정할 권리를 보유하고 있다는 전제에 입각하고 있다. 타인의 권리를 침해하지 않는 한 자기의 일에 대하여는 자유의사에 기하여 결정할 수 있는 권리를 자기결정권이라 칭하고 헌법적으로 보장하고자 하는 것이다(김혁돈, 2005).

자기결정권시 의료적 개입에 있어서의 동의는 환자가 동의능력이 있고 의사를 통하여 충분히 예정된 처치의 의학적인 의미와 결과, 다른 치료가능성과 포기에 따른 결과에 대하여 충분히 설명되어져야 하며, 동의의 취소는 언제나 가능하다. 따라서 동의능력있는 환자는 언제나 최후의 결정을 할 수 있다. 동의능력은 개별적이고 구체적인 의료상의 사항에 관하여 환자 자신의 가치체계에 조화하는 의사결정을 하는 능력 내지 기능이 환자에게 구비되어 있는지 여부에 따라 동의능력의 유무를 판정하여야 한다. 또한 의사결정의 경우 환자로부터 1회의 동의를 얻는 것만으로는 부족하며

2-3회의 동의가 요구될 경우 최소한 3~4일 이상의 시간적 간격을 두고 동의를 얻는 절차가 필요하다. 자율성 존중의 원칙은 소아나 정신장애, 또는 혼수상태에 있는 환자처럼 의식이 없고 자신의 의사를 표명하지 못하는 환자의 경우에는 한계에 부딪치게 된다. 이런 경우 다음과 같은 두 가지 방법을 생각해 볼 수 있다. 환자가 이전에 그가 동의능력이 있었을 때 스스로 향후 의사에 의해 제안될 치료에 찬성할 지를 표명한 경우와 환자가 그러한 표명을 하지 않은 경우가 있을 것이다. 두번째의 경우에는 누군가가 환자를 대신하여 필요한 결정을 해야만 한다. 그러나, 이러한 대리인의 결정은 환자가 이전에 의사 표시한 자기결정권이 있다면 이보다 우선해서는 안 될 것이다. 환자의 의사표시가 환자의 견해를 반영한 표시가 아직 유효한 지 또는 취소되었는 지가 의심스러운 상황에서는 의료팀과 협의하거나 병원윤리위원회에 회부하거나 또는 아주 한계적인 상황이라면 법원에 그 판단을 구할 수 있을 것이다(김혁돈, 2005).

의사무능력상태를 대비한 사전의사결정은 주로 말기질환의 상황을 예상하여 행해진다. 이미 죽어가는 과정에 들어선 환자의 호흡이나 심장이 멎었을 때 환자에게 심폐 소생술을 시행할 것인지 말 것인지가 사전의사결정에 따라 달리 선택될 수 있다. 또한 극심한 고통에 시달리는 환자에게 생명을 단축시킬 위험이 크더라도 다량의 진통제를 투여할 것인지 아닌지, 환자가 죽음을 병원에서 맞이하게 할지 퇴원시켜 집에서 맞이하게 할지, 가족에 둘러싸여 맞이하게 할지 혼자서 맞이하게 할지 등등도 환자의 사전 의사결정에 의해 좌우될 수 있다(유호종 등, 2002). 오늘날 사전의사결정은 미국 대부분의 주에서 법적지위를 갖게 되었으며 유럽의 많은 국가들에서도 법적이거나 유사법적인 위치를 갖게 되었다(Loewy E.H, 1996). 가령

1991년 이후 미국 법령에 따르면 모든 의료인들은 환자에게 사전의사결정의 권리가 있음을 알려주어야 한다(Capron A.M,1998).

다음은 사전의사결정의 종류에 대한 내용이다.

1) 특정조치 요청(Instruction Directive)

만약 자기가 어떤 특정상황에 놓였는데 의식 상실 등으로 선택을 할 수 없다면 자기에겐 특정한 유형의 의료 조치를 하거나 하지 말아 달라고 의사에게 요청하는 것으로 주로 하지 말아 달라고 요청하는 경우가 많다. 환자의 의사를 명확하게 다른 사람들이 인식할 수 있도록 하는 방법 중 Living will과 Patientenverfügung가 있다.

Living will은 환자의 연명치료를 언제까지 할 것인가에 대한 의학적인 문제해결의 돌파구로 고안되었으며, 치료중단의 최소요건으로 거론되고 있다. 1969년 미국의 안락사교육협의회(Euthanasia Educational Council)에 의하여 처음 발의되고 기안되었으며, 이는 죽을 권리의 선언으로 인식되고 있다. California주에서 자연사법으로 처음 제정되었으며, 그 내용과 형식의 차이는 있지만 미국의 39개 주에서 채택하고 있다고 한다(문국진, 1999). Living will은 ‘생전유효유언’이라는 의미이며, 생존시의 의사를 문서화한 것이다. 그리하여 의사결정능력이 있을 때 장차 자신의 죽음에 임박한 상황에서 자신에게 실시될 의료의 내용에 대한 가부의 결정을 미리 밝히는 것이다. 주로 의료행위로 인하여 자신의 죽음이 연장되는 경우에 이러한 연명치료를 거부하는 의사를 사전에 표시하는 형태를 갖는다.

독일의 Patientenverfügung(사전처분)은 두가지 형태로 존재할 수 있다. 문서로 명확하게 자신의 장래의 치료에 대하여 동의하거나 거절하는 방법

과, 환자가 구두로 의료진이나 주변인에게 자신의 의사를 밝히는 것이다. 환자의 사전처분은 의사 및 의료진을 구속할 뿐이지, 환자 본인은 구속되지 않는다. 따라서 환자는 언제든지 사전처분을 철회하거나 변경할 수 있다.

그러나 이 모두가 환자의 특정조치 사전 요청이 증명될 수 있는 형태이어야 한다.

2) 의료에 대한 대리 결정자 지명

(Designation of a proxy decision Maker)

자기가 의사 무능력의 상태에 빠졌을 때 어떤 의료조치를 받을 것인가를 대신 결정할 사람을 미리 지명해 두는 형태의 사전 의사결정이다. 가령 “미래의 어떤 상황에서 내가 더 이상 내가 가치있게 여기는 바나 내가 원하는 것을 표현할 수 없게 되었을 때 나에게 어떤 의료조치가 행해질 것인가를 대신 결정할 법정대리인으로 OOO를 지명합니다”는 내용을 문서로 작성해두는 것이다. 환자가 연명 치료에 대해 현재나 과거에 어떠한 의사도 밝히지 않은 상황에서는 환자의 가치관을 잘 아는 대리인의 의사에 따라야 그 가치관에 부합하는 결정이 이루어 질 가능성이 크다.

3) 가치관(Values History) 표명

미래에 의사 결정 무능력 상황에 처하게 되었을 때 자기에게 행해질 의료조치가 결정되는 과정에 자신의 가치관, 바람들, 인생전망, 희망, 두려움 태도 등이 반영될 수 있도록 이런 내용들을 미리 표명해 놓은 형태의 사전 의사결정이다. 이런 가치관 표명은 특정조치 요청보다는 더 추상적이고 일반적인 내용으로 되어 있다. 이 가치관 표명은 대리인이 위임자가 의사 결정 능력을 상실한 상황에 실제로 처해서 결정을 내리기에 그 상황을 막연하게 짐작한 채 의사결정을 할 때 생길 수 있는 위험을 감소시키므로 대부

분의 의료전문가들은 이런 유형이 다른 유형의 사전의사결정보다 바람직하다고 추천한다(Capron A.M.,1998). 그러나 만약 대리인이 환자의 가치관을 올바르게 이해하지 못하거나 진실되게 전달하려는 마음을 갖고 있지 않다면 이런 형태의 사전의사 결정은 다른 형태보다 환자 자신의 바램으로부터 훨씬 더 동떨어진 결정이 이루어지게 할 위험을 갖고 있다(Sass,H.M, 1998).

4) 복합적 형태 (combination forms)

위의 3가지 기본적인 사전의사결정 형태들을 어떤 방식으로 결합시킨 것이다. 가령 의사결정 대리인을 지정하되 여기에 가치관 표명이나 사전조치 요청을 결부함으로써 대리인이 이것들을 지침으로 의사결정을 내리게 하는 것이다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 말기환자의 사례를 조사하고 각 사례에 따른 일반인들의 태도를 확인하고자 시도한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상으로는 의사결정이 가능한 20세 이상의 성인남녀로 편의추출하였다. 2006년 10월 20일부터 29일까지 서울의 Y대학병원 호흡기내과 병동에 내원한 성인남녀와 외부 일반인을 대상으로 자기 기입식 설문지를 작성하게 하였다.

3. 연구도구

1) 사례 작성

본 연구자는 2006년 8-9월에 호흡기 내과 병동 재원 환자중 연명치료 중단을 결정했거나 의사로부터 무의미한 치료임을 듣고도 최대한의 치료유지를 원하는 말기 환자 12사례를 의무기록을 중심으로 사례 수집후, 자율성 원칙에 근거하여 말기환자의 의식유무, 환자동의 능력, 가족동의 유무, 사전의사 결정이 있었는지에 따라 사례 3건을 추출하여 본 연구의 도구로 사용하였다.

본 연구자가 추출한 사례3건은 의무기록을 중심으로 연령, 진단명, 유병기간, 의식/의사표현 유무, 기능부전 기관(MOF) 점수/기관수에 따른 임상

적 특성과 연명치료 중단 의 형태, 의사 결정권자, 사전의사 결정 유무에 따른 사회. 상황적 특성으로 구분하였으며, 그 외 필요한 자료는 환자를 직접 간호하고 경험하면서 환자의 병증을 파악하고 보호자 면담을 거친 후 일반인의 이해가 쉽도록 사례를 작성하여 설문 도구로 사용하였다.

본 연구의 MOF 점수는 Goris 등(1985)의 MOF체계를 사용하여 7개의 장기(호흡기, 심장, 신장, 간, 혈액, 위장관, 중추신경계)의 부전 정도에 따라 부전이 없을 때를 0점, 중증도의 부전이 있을 때를 1점, 중증의 부전이 있을 때를 2점으로 하여 7개 장기의 점수를 합하여 MOF 점수와 각 환자에게 발생한 장기부전 기관수를 산출하였다.

설문자료로 사용된 사례는 다음과 같다.

< 사례 1 > 의식이 명료한 폐암 말기환자

60세 남자로 10년전부터 호흡곤란 증상이 있었으나 치료없이 지내던 중 1년 전 전이된 말기 폐암 진단받고 3차례 항암치료를 시행하였으나 효과가 없어, 항암제 종류를 바꿔 3차례 항암치료 더 시행하였다. 그러나, 항암제에 반응없어 증상 완화적 치료만 하고 있는 상태로 다른 약제 투여로 인한 회복가능성은 없다.

환자는 병원에서 힘든 치료 하면서 인생을 마감하느니 집에서 인생을 정리하고 싶다며 병원가기를 거부하고 집에서 산소 공급만 해오던 중 호흡곤란이 심해져 응급실통해 내원하였다. 현재 내원 7일째로 환자와 보호자(자녀) 동의하에 모든 검사와 치료 중단한 상태로 심폐이상시 기도삽관이나 심폐소생술도 하지 않기로 한 상태이다.

< 사례 2 > 고령의 회복 불가능하고 의식이 혼미한 치매환자

78세 남자는 10년전 만성 폐쇄성 폐질환 진단받고, 7년전 치매로 증상에 따른 완화적 치료만 받아왔다. 한달전 호흡곤란으로 응급실 내원한 환자로 기도내 삽관 및 기관절개관을 시행하였다. 그후 저혈압으로 혈압상승제 치료받으며 한달동안 중환자실에서 치료받아오다 인공호흡기 제거후 병동으로 이동하였다. 이동후 하루만에 늑막에 물차며 호흡기능과 순환기능 이상이 발생하였다. 의식은 혼미 상태이며, 스스로 몸을 가눌 수없고 간병인이 소대변을 모두 받아주고 있다. 가래 많은 상태로 기계를 통해 가래를 흡입하지 않으면 언제 가래가 기도에 걸려 사망할지 알수 없는 상태로 한두시간마다 가래 뽑아내고 있다. 하루 1-2차례씩 열도 있어 해열제와 항생제 사용중이고, 코에서 위장까지 가는 콧줄을 삽입하여 영양을 주입하고 있다.

환자는 미리 자신의 생명에 대해 치료의 범말하지 않은 상태로 가족들은 치료를 지속하고 있다.

< 사례 3 > 많은 합병증을 가지고 여명이 3~6개월 이하인 의식이 불명확한 환자

58세 여환은 92년 말기 신장 질환으로 복막투석 해오던 중 8개월전 관상동맥 폐쇄와 울혈성 심부전으로 산소투여중으로 좌측 대뇌경색의 진단까지 겹쳐 우측 마비상태다. 복막에 염증으로 항생제 치료와 함께 만성신장 질환으로 혈액투석을 주3회 실시하고있다. 치료중 폐부종과 천식으로 기도절개후 인공호흡기를 달고 두달동안 중환자실 치료받았던 환자로 현재 병동에서 자주 혈압이 떨어져 혈압 상승제 사용중이다.

의사는 치료를 하더라도 회복하기 힘들며 한두달 정도 더 생명을 연장할 수 있을 뿐이라 한다.

환자 의식은 졸리움 상태며 의사소통은 안되는 상태며, 입원후 한달이상 금식 상태로 고영양 수액으로만 생명을 유지하고 있다. 환자는 이런 경우 자신의 생명에 대한 치료의 범위를 어디까지 해달라고 미리 의사표명을 하지는 않았다. 가족들은 의사로부터 회복이 어렵다는 얘기를 듣고 치료비도 부담된다고 하며 치료를 포기하고 작은 병원으로 이송을 고려중이다.

위 세 사례를 임상적 특성과 사회. 상황적 특성으로 정리하면 다음과 같다.
<표1>,<표2>.

표1. 사례별 임상적 특성

| 항 목 | 사례 1 | 사례 2 | 사례 3 |
|------------|---------|-----------------------------------|----------------------------------|
| 연 령 | 60세 | 78세 | 58세 |
| 진 단 명 | 폐암 말기 | 폐렴,치매, 만성폐쇄성 폐질환, 부신부전, 심부전 | 말기 신질환, 울혈성 심부전, 대뇌경색, 폐부종 |
| 유병기간 | 10년 | 10년 | 14년 |
| 의식/의사표현 | 명료 / 가능 | 혼미 / 불가능 | 졸리움 / 불가능 |
| MOF 점수/기관수 | 2 / 2 | 5 / 4 | 5 / 4 |

표2. 사례별 사회. 상황적 특성

| 항 목 | 사례 1 | 사례 2 | 사례 3 |
|------------|----------------|---------|------|
| 연명치료 중단 형태 | 적극적 치료시행 안함 | 연명치료 지속 | DNR |
| 의사 결정권자 | 환자 | 가족 | 가족 |
| 사전 의사결정 | 있음 | 없음 | 없음 |

2) 설문지 구성

본 연구의 설문지는 연명치료 중단에 대한 태도와 사전의사 결정 및 병원 윤리위원회에 대한 일반인의 태도를 조사하기 위한 것으로 문헌고찰을 토대로 연구자가 작성한 설문지를 사용하였다.

설문의 구성은 첫째, 사례별로 연명치료 중단을 할 것인지, 한다면 이유와 중단의 범위, 치료를 계속해야 한다면 이유는 무엇인지를 묻는 3문항을 각 사례별로 질문하여 9문항을 구성하였다.

둘째, 사례별로 환자의 의식 유무에 따른 연명치료 결정권자, 이유에 대한 질문 5문항, 셋째, 사전의사 결정에 대한 질문 5문항, 넷째, 병원 윤리위원회와 관련된 질문 5문항, 다섯째, 일반적 사항에 대한 질문 7문항으로 총 31문항으로 구성된 것으로 일반인 5인의 사전 조사를 거친 후 내용을 수정하고, 보건의료법·윤리학 박사 과정중인 1인과 교수 3인의 내용타당도를 거쳤다.

4. 자료수집 방법 및 절차

2006년 10월 20일부터 29일까지 10일간 서울시의 Y대학 부속병원 간호부에 연구의 취지와 목적을 설명하고 협조를 구하여 병원에 내원한 성인남녀에게 40부를 배부하고 38부를 회수하였으며, 외부 일반인에게는 90부의 설문지를 배부하여 83부를 회수하여 총 130부를 배부하여 121부를 회수하였고 그 중 부적절한 2부는 제외하고 119부로 통계처리 하였다.

5. 자료 분석

수집된 자료는 SPSS window 12.0통계 프로그램을 이용하여 처리하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성과 말기환자 사례별 연명치료 중단 여부에 대한 태도는 Chi square test로 분석했다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 사전의사 결정과 병원 윤리위원회의 필요성은 실수와 백분율, Chi square test로 분석했다.

IV. 연구 결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태, 종교, 말기환자 간호경험을 실수와 백분율로 조사하였다(표1). 대상자의 연령은 20-29세가 40명(33.6%), 30-39세가 65명(54.6%), 40-49세가 6명(5.0%), 50-59세가 4명(3.4%), 60세 이상이 4명(3.4%)으로 20-39세가 전체의 88.2%를 차지하였다.

성비는 남자가 43명(36.1%), 여자가 76명(63.9%)이었고, 교육수준은 고졸이하 17명(14.3%), 전문대졸(19.3%), 4년대졸 61명(51.3%), 대학원 재학이상 18명(15.1%)으로 대졸이상이 66%였다. 결혼상태는 미혼 50명(42.0%), 결혼 69명(58.0%)이었고, 대상자의 60.5%가 종교가 있었다. 말기환자 간호경험에 대해서는 직접 간호한 경험이 있는 사람이 27명(22.7%), 가족이나 지인의 방문으로 본 경험이 있는 사람이 26명(21.8%), 전혀 경험이 없는 사람이 66명(55.5%)으로 조사되었다.

표3. 대상자의 일반적 특성

(n=119)

| 특 성 | 구 분 | 실수(명) | 백분율(%) |
|--------------|-----------------------|-------|--------|
| 나 이 | 20-29 | 40 | 33.6 |
| | 30-39 | 65 | 54.6 |
| | 40-49 | 6 | 5.0 |
| | 50-59 | 4 | 3.4 |
| | 60이상 | 4 | 3.4 |
| 성 별 | 남 | 43 | 36.1 |
| | 여 | 76 | 63.9 |
| 교육수준 | 고졸이하 | 17 | 14.3 |
| | 전문대졸 | 23 | 19.3 |
| | 4년대졸 | 61 | 51.3 |
| | 대학원재학이상 | 18 | 15.1 |
| 결혼상태 | 미혼 | 50 | 42.0 |
| | 기혼 | 69 | 58.0 |
| 종교유무 | 있음 | 72 | 60.5 |
| | 없음 | 47 | 39.5 |
| 말기환자 간호경험 | 직접 간호 | 27 | 22.7 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 26 | 21.8 |
| | 전혀 경험없음 | 66 | 55.5 |
| | | | |

2. 사례별 연명치료 중단에 대한 태도

사례1의 경우 폐암말기로 의식이 있으면서 환자 자신이 연명치료 중단을 원할 경우 중단할 수 있다는 응답이 94명(79.0%)이었고, 의식이 혼미하고 치매인 회복 불가능한 고령의 환자인 사례2는 전체 응답자의 71명(59.7%)가 연명치료를 중단 할 수 있다고 하였으며, 사례3의 경우는 전체 72명(60.5%)이 연명치료 중단을 할 수 있다고 답하여 비교적 사례1에서 연명치료를 중단할 수 있다는 비율이 높았다(표4). 그러나, 세사례 모두 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었다(표4-1,4-2,4-3).

표4. 사례별 연명치료 중단 여부

| 구 분 | (n=119) | | | | | |
|-----|---------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | 사례 1 | | 사례 2 | | 사례 3 | |
| | 실수(명) | 백분율(%) | 실수(명) | 백분율(%) | 실수(명) | 백분율(%) |
| 중 단 | 94 | 79.0 | 71 | 59.7 | 72 | 60.5 |
| 지 속 | 25 | 21.0 | 48 | 40.3 | 47 | 39.5 |
| 계 | 119 | 100.0 | 119 | 100.0 | 119 | 100.0 |

사례1에서 나이에 따라서는 20대와 30대가 중단해야한다는 비율이 80%에 비해 40대이상에서는 중단해야 한다는 비율이 71%로 다소 낮게 나타났다. 성별에서는 남성이 81.4%로 여성의 77.6%보다 많았으며, 교육수준에서는 고졸이하가 64.7%로 전문대졸, 4년대졸, 대학원졸에서 각각 87.0%, 77.0%, 88.9%에 비해 중단해야 한다는 비율이 낮았다. 결혼유무에 대해서는 미혼의 86%가 치료중단을 원하는데 반해 결혼한 사람은 73.9%만이 치

료 중단을 원하였고, 말기환자 간호경험에서는 직접간호한 사람의 92.6%가 연명치료 중단을 해야 한다고 생각하는 반면, 가족이나 지인의 방문으로 간접 경험한 사람의 76.9%와 경험이 없는 사람의 74.2%만이 연명치료 중단을 해야 한다는 의견을 나타내었다. 그러나 사례1에서 의식이 있는 사람이 스스로 결정한 치료 중단에 대해 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 보이지 않았다(표4-1).

의식이 혼미하고 치매상태로, 회복이 불가능한 사례 2에서는 20대와 30대가 중단해야 한다는 비율이 60%, 56.9%인데 반해 40대이상에서는 71.4%로 중단해야 한다는 비율이 높았다. 성별에서는 남녀 58.1%, 60.5%로 비슷했으며, 교육수준에서도 60% 전후하여 비율이 비슷한 수준이었다. 말기환자 간호 경험에서는 직접적으로 간호한 경험이 있는 사람이 간접적 경험이 있거나, 경험이 없는 사람에 비해 중단해야 한다는 의견이 비교적 높았다.(표4-2).

합병증이 많고, 회복 불가능하며, 스스로 자신의 생명에 대해 의사 결정이 어려운 사례3에서는 치료를 중단해야한다는 비율이 20대나 30대보다 40대이상에서 다소 높게 나타났다. 성별로는 중단해야 한다는 비율이 남녀 각각 65.1%, 57.9%로 남성이 여성보다 조금 높았다. 결혼 유무에서는 미혼이 68%로 결혼자의 55.1%보다 연명치료를 중단해야 한다는 비율이 높았다.(표4-3).

표 4-1. 사례1의 연명치료 중단에 대한 태도

| | | | | (n=119) | |
|--------------|-----------------------|-------------|-------------|----------------|-----|
| 특 성 | 구 분 | 연명치료 중단 여부 | | X ² | P |
| | | 중 단 | 지 속 | | |
| 나 이 | 20-29 | 32 (80.0%) | 8 (20.0%) | 0.547 | .76 |
| | 30-39 | 52 (80.0%) | 13 (20.0%) | | |
| | 40이상 | 10 (71.4%) | 4 (28.6%) | | |
| 성 별 | 남 | 35 (81.4%) | 8 (18.6%) | 0.234+ | .81 |
| | 여 | 59 (77.6%) | 17 (22.4%) | | |
| 교육수준 | 고졸이하 | 11 (64.7%) | 6 (35.3%) | 4.171+ | .26 |
| | 전문대졸 | 20 (87.0%) | 3 (13.0%) | | |
| | 4년대졸 | 47 (77.0%) | 14 (23.0%) | | |
| | 대학원졸 | 16 (88.9%) | 2 (11.1%) | | |
| 결혼상태 | 미혼 | 43 (86.0%) | 7 (14.0%) | 2.552+ | .17 |
| | 결혼 | 51 (73.9%) | 18 (26.1%) | | |
| 종교유무 | 있음 | 54 (75.0%) | 18 (25.0%) | 1.75+ | .25 |
| | 없음 | 40 (85.1%) | 7 (14.9%) | | |
| 말기환자 간호경험 | 직접 간호 | 25 (92.6%) | 2 (7.4%) | 3.974 | .14 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 20 (76.9%) | 6 (23.1%) | | |
| | 전혀 경험없음 | 49 (74.2%) | 17 (25.8%) | | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때
카이제곱 검정은 올바르지 않다.

표4-2. 사례2의 연명치료 중단에 대한 태도

(n=119)

| 특 성 | 구 분 | 연명치료 중단 여부 | | X ² | P |
|--------------|-----------------------|-------------|-------------|----------------|-----|
| | | 중 단 | 지 속 | | |
| 나 이 | 20-29 | 24 (60.0%) | 16 (40.0%) | 1.009 | .64 |
| | 30-39 | 37 (56.9%) | 28 (43.0%) | | |
| | 40이상 | 10 (71.4%) | 4 (28.6%) | | |
| 성 별 | 남 | 25 (58.1%) | 18 (41.9%) | 0.065+ | .84 |
| | 여 | 46 (60.5%) | 30 (39.5%) | | |
| 교육수준 | 고졸이하 | 10 (58.5%) | 7 (41.2%) | 0.045 | .99 |
| | 전문대졸 | 14 (60.9%) | 9 (39.9%) | | |
| | 4년대졸 | 36 (59.0%) | 25 (41.0%) | | |
| | 대학원졸 | 11 (61.1%) | 7 (38.9%) | | |
| 결혼상태 | 미혼 | 35 (70.0%) | 15 (30.0%) | 3.828+ | .06 |
| | 결혼 | 36 (52.2%) | 33 (47.8%) | | |
| 종교유무 | 있음 | 41 (56.9%) | 31 (43.1%) | 0.560+ | .57 |
| | 없음 | 30 (63.8%) | 17 (36.2%) | | |
| 말기환자 간호경험 | 직접 간호 | 18 (66.7%) | 9 (33.3%) | 0.944 | .62 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 16 (61.5%) | 10 (38.5%) | | |
| | 전혀 경험없음 | 37 (56.1%) | 29 (43.9%) | | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때
카이제곱 검정은 올바르지 않다.

표4-3. 사례3 연명치료 중단에 대한 태도

(n=119)

| 특 성 | 구 분 | 연명치료 중단 여부 | | X ² | P |
|--------------|-----------------------|-------------|-------------|----------------|-----|
| | | 중단 | 지속 | | |
| 나 이 | 20-29 | 27 (67.5%) | 13 (32.5%) | 2.724 | .25 |
| | 30-39 | 35 (53.8%) | 30 (46.2%) | | |
| | 40이상 | 10 (71.4%) | 4 (28.6%) | | |
| 성 별 | 남 | 28 (65.1%) | 15 (34.9%) | 0.599+ | .56 |
| | 여 | 44 (57.9%) | 32 (42.1%) | | |
| 교육수준 | 고졸이하 | 10 (58.8%) | 7 (41.2%) | 1.676 | .64 |
| | 전문대졸 | 16 (69.6%) | 7 (30.4%) | | |
| | 4년대졸 | 34 (55.7%) | 27 (44.3%) | | |
| | 대학원졸 | 12 (66.7%) | 6 (33.3%) | | |
| 결혼상태 | 미혼 | 34 (68.0%) | 16 (32.0%) | 2.028+ | .19 |
| | 결혼 | 38 (55.1%) | 31 (44.9%) | | |
| 종교유무 | 있음 | 43 (59.4%) | 29 (40.3%) | 0.047+ | .85 |
| | 없음 | 29 (61.7%) | 18 (38.3%) | | |
| 말기환자 간호경험 | 직접 간호 | 16 (59.3%) | 11 (40.7%) | 0.332 | .85 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 17 (65.4%) | 9 (34.9%) | | |
| | 전혀 경험 없음 | 39 (59.1%) | 27 (40.9%) | | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때
카이제곱 검정은 올바르지 않다.

사례별 연명치료 중단 결정의 이유는 ‘환자의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.’ 라고 답한 사람이 사례 1,2,3 각각 81명(86.2%), 47명(66.2%), 42명(58.3%)으로 다른 이유보다 가장 빈도가 높았다. 연명치료 중단 범위로는 ‘심폐소생술과 적극적 치료 모두 중지하고 임종을 편하게 맞는다.’는 답변이 사례1에서는 38명(40.4%), 사례2는 35명(49.3%), 사례3은 32명(44.4%)으로 가장 높게 나타났다(표5).

표5. 사례별 연명치료 중단이유 및 중단범위

| 항 목 | 구 분 | 사 례 1 | | 사 례 2 | | 사 례 3 | |
|---------------|---------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | 실수 | 백분율(%) | 실수 | 백분율(%) | 실수 | 백분율(%) |
| 연명치료 중단이유* | 회복가능성이 없음 | 23 | 24.5 | 30 | 42.3 | 37 | 51.4 |
| | 존엄한 죽음을 맞도록 함 | 81 | 86.2 | 47 | 66.2 | 42 | 58.3 |
| | 가족의 부담감 | 34 | 36.2 | 30 | 42.3 | 36 | 50.0 |
| | 무응답 | 3 | 3.2 | 2 | 2.8 | 2 | 2.8 |
| 연명치료 중단 범위 | 심폐소생술 중단 | 30 | 31.9 | 17 | 23.9 | 19 | 26.4 |
| | 적극적 치료 중단 | 26 | 27.7 | 19 | 26.8 | 21 | 29.2 |
| | 모두 중단 | 38 | 40.4 | 35 | 49.3 | 32 | 44.4 |
| | 계 | 94 | 100.0 | 71 | 100.0 | 72 | 100.0 |

* 복수응답

연명치료를 계속해야 한다고 답한 사람 중에서는 그 이유에 대해 사례1서는 ‘인간의 존엄성과 생명권리의 침해로 생명 유지를 단축하기 때문’이라는 대답이 가장 많았으며, 그 다음으로 ‘가능하다면 연장 치료를 받아 생명 연장을 해야 한다고 생각한다.’가 28.0%를 차지하였다. 사례2는 ‘치료 중단

결정 시점이 불확실하기 때문'이라는 답변이 39.6%로 가장 높았으며, 그 다음으로 '생명단축의 위험이 있다'가 35.4%로 나타났다. 사례3에서는 '인간의 존엄성과 생명권리의 침해로 생명 유지를 단축할 수 있기 때문에'가 24명(51.1%)으로 가장 높았으며, 결정 시점이 불확실하다는 응답이 16명(34.0%)으로 높게 나타났다.(표6)

표6. 사례별 연명치료 지속이유

| 항 목 | 구 분 | 사 례 1 | | 사 례 2 | | 사 례 3 | |
|---------------------|--------------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|
| | | 실 수 | 백분율(%) | 실 수 | 백분율(%) | 실 수 | 백분율(%) |
| 연명치료 지속시 이유 * | 가능한한 생명 연장원함 | 7 | 28.0 | 13 | 27.1 | 12 | 25.5 |
| | 법적 문제 제기위험 | 1 | 4.0 | 4 | 8.3 | 6 | 12.8 |
| | 결정 시점 불확실 | 6 | 24.0 | 19 | 39.6 | 16 | 34.0 |
| | 결정권자 불확실 | 4 | 16.0 | 13 | 27.1 | 10 | 21.3 |
| | 생명 유지 단축위험 | 14 | 56.0 | 17 | 35.4 | 24 | 51.1 |
| | 치료 및 간호 소홀 | 2 | 8.0 | 5 | 10.4 | 5 | 10.6 |
| | 무응답 | 2 | 8.0 | 5 | 10.4 | 4 | 8.5 |
| | 계 | 25 | 100.0 | 48 | 100.0 | 47 | 100.0 |

* 복수응답

연명치료 여부에 관한 결정권자는 환자가 의식이 있을 때는 (사례1) 환자가 결정해야 한다고 답한 경우가 76명(63.0%)이었고, 환자가 결정을 내릴 수 없는 사례2와 사례3에서는 가족과 주치의가 결정해야 한다는 대답이 각각 55명(46.2%), 56명(47.1%)으로 가장 높게 나타났다. (표7)

표7. 연명치료 중단 여부 결정권자

(n=119)

| 구 분 | 환자 | | 가족 | | 가족과주치의 | | 병원윤리위원회 | | 무응답 | |
|-----|----|---------|----|---------|--------|---------|---------|---------|-----|---------|
| | 실수 | 백분율 (%) | 실수 | 백분율 (%) | 실수 | 백분율 (%) | 실수 | 백분율 (%) | 실수 | 백분율 (%) |
| 사례1 | 76 | 63.0 | 12 | 10.1 | 23 | 19.3 | 2 | 1.7 | 6 | 5.0 |
| 사례2 | 14 | 11.8 | 40 | 33.6 | 55 | 46.2 | 7 | 5.9 | 3 | 2.5 |
| 사례3 | 24 | 20.2 | 29 | 24.4 | 56 | 47.1 | 9 | 7.6 | 1 | 0.8 |

사례1에서 연명치료 중단 여부는 환자가 결정해야 한다는 비율이 20대와 30대, 40대 이상이 각각 70.0%, 61.5%, 57.1%로 연령대가 낮을수록 환자 스스로 결정해야 한다고 답하였다. 성별에서는 여자가 67.1%, 남자가 58.1%로 여자가 환자가 결정해야 한다고 생각하는 비율이 다소 높았으며, 교육수준별로는 교육이 높을수록 스스로 결정해야 한다는 비율이 높았다.

결혼상태는 미혼이, 종교는 있는 사람이 각각 환자가 연명치료 중단 여부를 결정해야 한다고 생각하는 비율이 다소 높게 나타났다. 말기환자 간호 경험에서는 별다른 차이는 보이지 않았다(표7-1).

사례2는 20대, 30대, 40대 이상이 가족과 주치의가 연명치료 여부를 결정해야 한다는 비율이 각각 50.0%, 41.5%, 57.1%로 가장 높게 나타났으며, 교육수준별로는 고졸이하가 13명(76.5%)으로 가족과 주치의가 결정해야 한다고 생각하는 데 비해 전문대졸, 4년대졸이 각각 43.5%, 44.3%로 가족과 주치의가 결정해야 한다고 생각하고 있었다. 대학원이상에서는 38.9%가 가족

이 결정해야 한다고 생각하고 있었으며, 27.8%는 가족과 주치의가 결정해야 한다고 응답하였다. 말기환자 간호경험에서는 직접 간호한 12명(44.4%)이 가족이 결정해야 한다고 하였으며, 가족이나 지인의 방문으로 간접 경험한 사람의 42.3%와 전혀 경험없는 사람의 50%가 가족과 주치의가 결정해야 한다고 답하였다.(표7-2)

사례3은 교육수준에 있어 고졸이하의 76.5%에서 가족과 주치의가 연명치료 중단 여부를 결정해야 한다고 응답하였으며, 대학원 재학이상에서 환자가 결정해야 한다는 비율이 33.3%, 가족이 결정해야 한다는 비율이 33.3%로 나타났다. 학력이 높을수록 가족과 주치의가 결정해야한다는 비율보다 환자나 가족이 결정해야 한다는 응답이 높게 나타났다.

표7-1. 일반적 특성에 따른 사례1의 연명치료 중단 결정권자

(n=119)

| 특성 | 구분 | 환자 | 가족 | 가족과 주치의 | 병원 윤리위원회 | 무응답 | P |
|----------------------|-----------------------|----------|----------|------------|-------------|----------|------|
| | | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | |
| 나이 | 20-29 | 28(70.0) | 4 (10.0) | 7 (7.5) | 0 (0.0) | 1 (2.5) | .71+ |
| | 30-39 | 40(61.5) | 7 (10.8) | 12(18.5) | 1 (1.5) | 5 (7.7) | |
| | 40이상 | 8 (57.1) | 1 (7.1) | 4 (28.6) | 1 (7.1) | 0 (0.0) | |
| 성별 | 남 | 25(58.1) | 3 (7.0) | 9 (20.9) | 1 (2.3) | 5 (11.6) | .74+ |
| | 여 | 51(67.1) | 9 (11.8) | 14(18.4) | 1 (1.3) | 1 (1.3) | |
| 교육 수준 | 고졸이하 | 9 (52.9) | 1 (5.9) | 6 (35.3) | 1 (5.9) | 0 (0.0) | .55+ |
| | 전문대졸 | 13(56.5) | 3 (13.0) | 6 (26.1) | 0 (0.0) | 1 (4.3) | |
| | 4년대졸 | 41(67.2) | 6 (9.8) | 8 (13.1) | 1 (1.6) | 5 (8.2) | |
| | 대학원졸 | 13(72.2) | 2 (11.1) | 3 (16.7) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | |
| 결혼 상태 | 미혼 | 36(72.0) | 5 (10.0) | 8 (16.0) | 1 (2.0) | 0 (0.0) | .77+ |
| | 결혼 | 40(58.0) | 7 (10.1) | 15(21.7) | 1 (1.4) | 6 (8.7) | |
| 종교 유무 | 있음 | 48(66.7) | 8 (11.1) | 13(18.1) | 1 (1.4) | 2 (2.8) | .92+ |
| | 없음 | 28(59.6) | 4 (8.5) | 10(21.3) | 1 (2.1) | 4 (8.5) | |
| 말기 환자 간호 경험 | 직접 간호 | 17(63.0) | 3 (11.1) | 7 (25.9) | 0 (0.0) | 0 (0.0) | .83+ |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 18(69.2) | 1 (3.8) | 5 (19.2) | 0 (0.0) | 2 (7.7) | |
| | 전혀 경험없음 | 41(62.1) | 8 (12.1) | 11(16.7) | 2 (3.0) | 4 (6.1) | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때
카이제곱 검정은 올바르지 않다.

무응답 제외후 검증

표7-2. 일반적 특성에 따른 사례2의 연명치료 중단 결정권자

(n=119)

| 특성 | 구분 | 환자 | 가족 | 가족과 주치의 | 병원 윤리위원회 | 무응답 | P |
|----------------------|-----------------------|----------|-----------|------------|-------------|---------|------|
| | | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | |
| 나이 | 20-29 | 4 (10.0) | 12 (30.0) | 20 (50.0) | 2 (5.0) | 2 (5.0) | .44+ |
| | 30-39 | 8 (12.3) | 26 (40.0) | 27 (41.5) | 3 (4.6) | 1 (1.5) | |
| | 40이상 | 2 (14.3) | 2 (14.3) | 8 (57.1) | 2 (14.3) | 0 (0.0) | |
| 성별 | 남 | 5 (11.6) | 15 (34.9) | 19 (44.2) | 2 (4.7) | 2 (4.7) | .99+ |
| | 여 | 9 (11.8) | 25 (32.9) | 36 (47.4) | 5 (6.6) | 1 (1.3) | |
| 교육 수준 | 고졸이하 | 1 (5.9) | 2 (11.8) | 13 (76.5) | 1 (5.9) | 0 (0.0) | .23+ |
| | 전문대졸 | 3 (13.0) | 8 (34.8) | 10 (43.5) | 2 (8.7) | 0 (0.0) | |
| | 4년대졸 | 7 (11.5) | 23 (37.7) | 27 (44.3) | 2 (3.3) | 2 (3.3) | |
| | 대학원재학이상 | 3 (16.7) | 7 (38.9) | 5 (27.8) | 2 (11.1) | 1 (5.6) | |
| 결혼 상태 | 미혼 | 2 (4.0) | 23 (46.0) | 23 (46.0) | 1 (2.0) | 1 (2.0) | .01+ |
| | 결혼 | 12(17.4) | 17 (24.6) | 32 (46.4) | 6 (8.7) | 2 (2.9) | |
| 종교 유무 | 있음 | 7 (9.7) | 24 (33.3) | 34 (47.2) | 6 (8.3) | 1 (1.4) | .51+ |
| | 없음 | 7 (14.9) | 16 (34.0) | 21 (44.7) | 1 (2.1) | 2 (4.3) | |
| 말기 환자 간호 경험 | 직접 간호 | 1 (3.7) | 12 (44.4) | 11 (40.7) | 3 (11.1) | 0 (0.0) | .48+ |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 4 (15.4) | 9 (34.6) | 11 (42.3) | 1 (3.8) | 1 (3.8) | |
| | 전혀 경험없음 | 9 (13.6) | 19 (28.8) | 33 (50.0) | 3 (4.5) | 2 (3.0) | |
| | | | | | | | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때
카이제곱 검정은 올바르지 않다.

무응답 제외후 검증

표7-3. 일반적 특성에 따른 사례3의 연명치료 중단 결정권자

| | | (n=119) | | | | | |
|----------------------|-----------------------|-----------|-----------|------------|-------------|----------|------|
| 특성 | 구 분 | 환자 | 가족 | 가족과 주치의 | 병원 윤리위원회 | 무응답 | P |
| | | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | |
| 나이 | 20-29 | 7 (17.5) | 11 (27.5) | 20 (50.0) | 2 (5.0) | 0 (0.0) | .51+ |
| | 30-39 | 15 (23.1) | 17 (26.2) | 27 (41.5) | 5 (7.7) | 1 (1.5) | |
| | 40이상 | 2 (14.3) | 1 (7.1) | 9 (64.3) | 2 (14.3) | 0 (0.0) | |
| 성별 | 남 | 9 (20.9) | 9 (20.9) | 19 (44.2) | 5 (11.6) | 1 (2.3) | .59 |
| | 여 | 15 (19.7) | 20 (26.3) | 37 (48.7) | 4 (5.3) | 0 (0.0) | |
| 교육 수준 | 고졸이하 | 1 (5.9) | 2 (11.8) | 13 (76.5) | 1 (5.9) | 0 (0.0) | .35+ |
| | 전문대졸 | 5 (21.7) | 5 (21.7) | 11 (47.8) | 2 (8.7) | 0 (0.0) | |
| | 4년대졸 | 12 (19.7) | 16 (26.2) | 27 (44.3) | 5 (8.2) | 1 (1.6) | |
| | 대학원재학이상 | 6 (33.3) | 6 (33.3) | 5 (27.8) | 1 (5.6) | 0 (0.0) | |
| 결혼 상태 | 미혼 | 9 (18.0) | 16 (32.0) | 23 (46.0) | 2 (4.0) | 0 (0.0) | .29 |
| | 결혼 | 15 (21.7) | 13 (18.8) | 33 (47.8) | 7 (10.0) | 1 (1.4) | |
| 종교 유무 | 있음 | 16 (22.2) | 15 (20.8) | 36 (50.0) | 5 (6.9) | 0 (0.0) | .62 |
| | 없음 | 8 (17.0) | 14 (29.8) | 20 (42.8) | 4 (8.5) | 1 (2.1) | |
| 말기 환자 간호 경험 | 직접 간호 | 3 (11.1) | 9 (33.3) | 13 (48.1) | 2 (7.4) | 0 (0.0) | .83 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 5 (19.2) | 6 (23.1) | 12 (46.2) | 2 (7.7) | 1 (3.8) | |
| | 전혀 경험없음 | 16 (24.2) | 14 (21.2) | 31 (47.0) | 5 (7.6) | 0 (0.0) | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때 카이제곱 검정은 올바르지 않다.

무응답 제외후 검증

3. 사전의사 결정서의 필요성

사전의사 결정서가 필요하냐는 질문에 대상자의 98명(82%)이 ‘필요하다’라고 했으며<표9>, 20대와 30대에서 ‘필요하지 않다’라는 응답이 5%, 9.2%에 비해 40대이상에서는 14.3%로 다소 높았으며, 성별로는 남녀 불문하고 80%이상에서 사전의사 결정서가 필요하다고 답하였다. 말기환자 간호경험에서 직접간호한 사람의 25명(92.6%)이 전혀 경험하지 않은 52명(78.8%)보다 높게 나타났다. 그러나 일반적 특성에 따른 사전의사 결정서의 필요성에 대한 유의한 차이는 없었다.<표8>

사전의사 결정서에 포함할 내용으로는 ‘연명치료 범위를 구체적으로 나열한다.’가 63명(52.9%), ‘신념과 가치관을 명시한다’가 58명(48.7%)로 비슷하게 많은 비율을 차지하였으며, ‘필요하지 않다’고 답한 10명중 5명(50%)이 ‘가족들이 적당한 결정을 내려줄 것이기에 필요하지 않다’라고 하였고, ‘죽음에 대해 미리 생각하고 싶지않다.’가 3명(30%)으로 답하였고, 기타응답으로는 ‘사전의사라는 부분이 유동성이 있으므로, ’죽음을 목전에 두고선 마음이 바뀔 수 있다 ’가 있었다. 자기 자신에게 사전의사 결정서를 작성할 것인지를 묻는 질문에 81명(68.1%)이 ‘예’라고 하였고, ‘잘 모르겠다.’라고 한 사람도 25명(21%)이었다. 사전의사 결정서 작성시기로는 전체의 62명(52.1%)이 말기병 진단시 작성하겠다고 응답하였고 24명(20.2%)은 임박한 죽음의 증상시에 작성하겠다고 응답하였다.<표9>

<표8 > 대상자의 일반적 특성에 따른 사전의사 결정서의 필요성

(n=119)

| 특성 | 구분 | 필요하다 | 필요하지 않다 | 잘 모르겠다 | 무응답 | P |
|-------------|--------------------|-----------|----------|----------|----------|-----|
| | | 실수 (%) | 실수(%) | 실수(%) | 실수(%) | |
| 나이 | 20-29 | 35 (87.5) | 2 (5.0) | 3 (7.5) | 0 (0.0) | .82 |
| | 30-39 | 52 (80.0) | 6 (9.2) | 6 (9.2) | 1 (1.5) | |
| | 40이상 | 11 (78.6) | 2 (14.3) | 1 (7.1) | 0 (0.0) | |
| 성별 | 남 | 35 (81.4) | 4 (9.3) | 4 (9.3) | 0 (0.0) | 1 |
| | 여 | 63 (82.9) | 6 (7.9) | 6 (7.9) | 1 (1.3) | |
| 교육 수준 | 고졸이하 | 14 (82.4) | 1 (5.9) | 2 (11.8) | 0 (0.0) | .80 |
| | 전문대졸 | 18 (78.3) | 2 (8.7) | 3 (13.0) | 0 (0.0) | |
| | 4년대졸 | 52 (85.2) | 5 (8.2) | 3 (4.9) | 1 (1.6) | |
| | 대학원재학이상 | 14 (77.8) | 2 (11.1) | 2 (11.1) | 0 (0.0) | |
| 결혼 상태 | 미혼 | 43 (86.0) | 4 (8.0) | 3 (6.0) | 0 (0.0) | .76 |
| | 결혼 | 55 (79.7) | 6 (8.7) | 7 (10.1) | 1 (1.4) | |
| 종교 유무 | 있음 | 58 (80.6) | 5 (6.9) | 8 (11.1) | 1 (1.4) | .41 |
| | 없음 | 40 (85.1) | 5 (10.6) | 2 (4.3) | 0 (0.0) | |
| 말기 환자 간호 경험 | 직접 간호 | 25 (92.6) | 1 (3.7) | 1 (3.7) | 0 (0.0) | .69 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 21 (80.8) | 3 (11.5) | 2 (7.7) | 0 (0.0) | |
| | 전혀 경험없음 | 52 (78.8) | 6 (9.1) | 7 (10.6) | 1 (1.5) | |

무응답 제외후 검증

<표9> 대상자의 사전의사 결정서와 관련된 태도

(n=119)

| 항 목 | 구 분 | 실 수 | 백분율(%) |
|---------------------------|---------------------|-----|--------|
| 사전의사 결정서 필요성 | 필요하다 | 98 | 82.4 |
| | 필요하지 않다 | 10 | 8.4 |
| | 잘 모르겠다 | 10 | 8.4 |
| | 무응답 | 1 | 0.8 |
| 사전의사 결정서에 포함할 내용 | 연명치료 범위를 구체적으로 나열한다 | 63 | 52.9 |
| | 대리인을 지정한다 | 30 | 25.2 |
| | 신념과 가치관 명시한다 | 58 | 48.7 |
| | 무응답 | 9 | 7.6 |
| 자신에게 사전의사 결정서를 작성하겠는가? | 예 | 81 | 68.1 |
| | 아니오 | 13 | 10.9 |
| | 잘 모르겠다 | 25 | 21.0 |
| 사전의사 결정서 작성 시기 | 건강할 때 | 21 | 17.6 |
| | 병원 입원시 | 5 | 4.2 |
| | 말기병 진단시 | 62 | 52.1 |
| | 임박한 죽음의 증상시 | 24 | 20.2 |
| | 무응답 | 7 | 5.9 |

병원 윤리위원회가 필요하다고 생각하느냐는 질문에 전체의 72명(61%)이 필요하다고 하였고, 나머지 47명(39%)은 필요하지 않다 라고 응답하였다. 연령별로 20대가 72.5%로 30대나 40이상보다 '필요하다'라는 의견이 더 많았다. 그러나, 다른 일반적 특성에 따른 병원 윤리위원회의 빈도차는 크지 않았으며 유의한 차이도 나타나지 않았다.(표10)

<표10> 대상자의 일반적 특성에 따른 병원 윤리위원회의 필요성 (n=119)

| 특성 | 구 분 | 필요하다 | | 필요하지 않다 | | X ² | P |
|-------------|--------------------|------|--------|---------|--------|----------------|-----|
| | | 실수 | 백분율(%) | 실수 | 백분율(%) | | |
| 나이 | 20-29 | 29 | 72.5 | 11 | 27.5 | 3.68 | .16 |
| | 30-39 | 35 | 53.8 | 30 | 46.2 | | |
| | 40이상 | 8 | 57.1 | 6 | 42.9 | | |
| 성별 | 남 | 26 | 60.5 | 17 | 39.5 | 0+ | 1 |
| | 여 | 46 | 60.5 | 30 | 39.5 | | |
| 교육 수준 | 고졸이하 | 9 | 52.9 | 8 | 47.1 | 2.11 | .55 |
| | 전문대졸 | 16 | 69.6 | 7 | 30.4 | | |
| | 4년대졸 | 38 | 62.3 | 23 | 37.7 | | |
| | 대학원재학 이상 | 9 | 50.0 | 9 | 50.0 | | |
| 결혼 상태 | 미혼 | 34 | 68.0 | 16 | 32.0 | 2.02+ | .19 |
| | 결혼 | 38 | 55.1 | 31 | 44.9 | | |
| 종교 유무 | 있음 | 44 | 61.1 | 28 | 38.9 | 0.02+ | 1 |
| | 없음 | 28 | 59.6 | 19 | 40.4 | | |
| 말기 환자 간호 경험 | 직접 간호 | 18 | 66.7 | 9 | 33.3 | 6.78 | .03 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 10 | 38.5 | 16 | 61.5 | | |
| | 전혀 경험없음 | 44 | 66.7 | 22 | 33.3 | | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때 카이제곱 검정은 올바르지 않다.

무응답 제외후 검증

병원 윤리위원회의 법적 효력에 대해서는 47명(65%)이 법적 효력이 있어야 한다고 하였다. 또한, 치료중단의 결정권자와 절차에 대한 정당한 법적 장치 마련시 치료 중단을 행할 것이냐는 질문에 87명(73%)이 필요하다고 나타났다.

말기환자 간호경험에서는 직접 간호한 사람의 85.2%에서 필요하다고 응답하였다(표11).

<표11> 일반적 특성에 따른 법적 장치의 필요성 (n=119)

| 특성 | 구분 | 필요하다 | | 필요하지 않다 | | X ² |
|-------------|--------------------|------|--------|---------|--------|----------------|
| | | 실수 | 백분율(%) | 실수 | 백분율(%) | |
| 나이 | 20-29 | 32 | 80.0 | 8 | 20.0 | 3.69 |
| | 30-39 | 43 | 66.2 | 22 | 33.8 | |
| | 40이상 | 12 | 85.7 | 2 | 14.3 | |
| 성별 | 남 | 30 | 69.8 | 13 | 30.2 | 0.38+ |
| | 여 | 57 | 75.0 | 19 | 25.0 | |
| 교육 수준 | 고졸이하 | 11 | 64.7 | 6 | 35.3 | 1.24+ |
| | 전문대졸 | 16 | 69.6 | 7 | 30.3 | |
| | 4년대졸 | 47 | 77.0 | 14 | 23.0 | |
| | 대학원재학 이상 | 13 | 72.2 | 5 | 27.8 | |
| 결혼 상태 | 미혼 | 39 | 78.0 | 11 | 22.0 | 1.04+ |
| | 결혼 | 48 | 69.6 | 21 | 30.4 | |
| 종교 유무 | 있음 | 56 | 77.8 | 16 | 22.2 | 2.02+ |
| | 없음 | 31 | 66.0 | 16 | 34.0 | |
| 말기 환자 간호 경험 | 직접 간호 | 23 | 85.2 | 4 | 14.8 | 2.59 |
| | 가족이나 지인의 방문으로 본 경험 | 18 | 69.2 | 8 | 30.8 | |
| | 전혀 경험없음 | 46 | 70.7 | 20 | 30.3 | |

+ fisher exact test : 셀의 20%이상이 5보다 작은 기대빈도가 있을 때

카이제곱 검정은 올바르지 않다.

V. 고 찰

본 연구에서는 연명치료 중단에 대한 일반인의 태도를 조사하기 위해 실제 임상사례 3건을 본 연구자가 일반인의 상황 이해를 돕기 위해 제시하였으며 이를 토대로 설문지를 작성하였다. 연구 결과 말기환자의 연명치료 중단에 대한 의견에 다수가 찬성을 하였으며, 의사 결정을 할 수 없는 환자의 경우 사전의사 결정서의 필요성을 나타내었다.

이 연구결과를 토대로 말기환자의 연명치료 중단에 대한 일반인의 태도에 대해 기존의 연구 결과와 비교하여 논의하고자 한다.

1. 사례별 연명치료 중단에 대한 태도

연명치료 중단의 결정요인은 무엇보다 회복가능성이 없다는 것이다 (Schneiderman, Jecker & Jonsen, 2001; Knaus 등, 1991). 따라서, 본 연구에서는 사례1에서는 폐암말기, 사례2와 3에서는 회복가능성이 없음을 제시하고 그에 대한 객관적 지표로 사망률을 예측할 수 있는 MOF 점수와 기관수를 사용하였다. 각 사례에 사용된 MOF 점수와 기관수의 평균은 4/3.3으로 손상점수가 3.6이고 손상기관수가 3개인 경우 사망률이 60-70% 라고 한 것(방은치 등, 1997; Knaus 등, 1985), 병실환자 치료중단 결정시 MOF 점수 평균 3.61(김정희, 2003)에 근접하였으며, MOF 기관수는 villar 등 (1991)이 기능부전이 있는 장기가 3개이면 91%로 증가한다는 것을 지표로 하여 치료 중단 결정이 소생 불가능이라는 의학적 판단에서 이루어진 것임을 나타내는 객관적 기준을 제시한 것이다.

사례1의 경우는 암의 말기이기는 하나 아직 죽음의 증상이 나타나지 않은 상태로 환자 스스로가 치료 중단을 결정한 것이며, 사례2와 3에서는 환자가 의사 결정을 할 수 없는 상황으로 사례2는 노령의 치매환자이며 사례3은 생명유지 치료를 하지 않는다면 곧 사망할 것임이 예견된 상황이었다. 연명치료 중단 여부에 대한 태도에서 환자 스스로 연명치료를 중단하기로 결정한 사례1에서는 79%가 중단이 가능하다고 답했으며, 환자 본인이 의사 결정을 할 수 없는 사례2와 3에서는 각각 59.7%와 60.5%에서 연명치료를 중단할 수 있다고 답하였다. 이 결과는 일반인도 환자의 자기결정권을 중시하고 연명치료 중단 여부에 대한 결정을 내렸다고 보아야 할 것이다. 또한, 근래에는 환자의 회복이 불가능하다고 생각되어지면 치료 중단이 많이 행해지고 있음을 본 연구자는 임상에서 근무하면서 경험하였다.

최윤선 등(2000)의 연구에 따르면, 말기 환자에게서 생명유지장치 사용에 대한 견해에 대해서 ‘필요하지 않거나 경우에 따라서 필요하지 않다’라고 응답한 의사는 각각 56.9%, 29.2%로 전체의 86.1%를 보였다. 이는 일반인보다 의료인이 말기환자에게 있어 생명유지 장치의 무용성을 더 지각하고 있다 할 것이다.

사례별로 본 사례들에 대한 연명치료 중단에 대한 태도에서는 젊은 사람일수록 환자 스스로의 결정을 중시하는 경향이 있고, 40세 이상의 중년 이상에서는 환자의 의지보다는 질병의 중증도에 따라 치료중단을 결정해야 한다고 보는 견해가 강했다. 그러나 본 연구에서는 연령이 높은 사람일수록 연명치료에 대한 의견을 나타내기를 꺼리고 간혹, 설문지를 읽고 “내가 사람을 다 죽이는 것 같아 못하겠다.”라고 얘기한 사람도 있어 이를 일반화시키는 건 신중을 기해야 할 것이다.

연명치료 중단에 대한 일반적 특성과의 차이에 대해서 유의한 차이는 나타나지 않았으나, 사례1과 2에서 말기환자를 직접 간호한 경험이 있는 사람이 중단할 수 있다고 한 경우가 92.6%, 66.7%로 높았으며, 사례3에서도 59.3%로 비교적 높은 비율을 나타내었다. 이는 환자를 직접 간호한 사람일수록 환자의 고통을 직접 경험했기에 무의미한 치료로 고통을 주느니 차라리 인생을 편히 마감하게 하는 편이 낫다는 생각을 가지고 있다할 것이다. 이것은 박찬숙(2004)의 논문에서는 직업에 따른 태도에서 직접 환자를 돌보는 의사와 간호사가 비의료직에 비해 DNR을 찬성하는 경향이 크게 나타난 결과와 유사하다.

또한, 사례3에서 가족들은 치료비에 대한 부담감으로 연명치료 중단을 결정하였는데 일반인들은 70%가 치료비 지원이 있다면 치료를 계속해야 한다고 생각하고 있었다. 그중 말기환자를 직접 간호한 사람의 54%만이 치료를 유지해야 한다고 하였으며, 전혀 경험없는 사람은 77%가 치료를 유지해야 한다고 답하였다. 이결과 역시 말기환자를 직접 경험한 사람이 치료 중단의 필요성을 더 느끼고 있다할 것이다. 이 사례의 경우는 치명적인 신체손상으로 사망에 임박한 사례였기에 전체 연명치료 중단에 대한 태도 조사에서 치료 중단의 비율이 61%로 치료유지의 39%보다 높았으나, 회복가능성이 어느 정도 있을 때 치료비용만으로 치료중단을 결정하는 것은 보라매병원 사건의 판결과 같이 살인행위가 될 수도 있기에, 앞으로는 이에 대한 위험을 막고자하는 시급한 정책이 촉구된다.

연명치료 중단의 이유에 대해서는 사례1의 경우 '존엄한 죽음을 맞도록 한다.'가 86.2%로 회복가능성 없음 24.5%나 가족의 부담감 36.2%보다 높게 나타났으나, 사례2와 3에서는 '존엄한 죽음을 맞도록 한다.'가 각각 66.2%,

58.3%, 회복 가능성이 없음이 각각 42.3%, 51.4%, 가족의 부담감이 42.3%, 50%로 나타난 것과는 차이가 있다. 이는 사례에 따른 차이로 사례1에서는 말기암환자로 조사 당시 곁으로 나타난 환자의 상태는 중증으로 보이지 않았으나, 사례2와 3에서는 회복이 불가능한 중증 상태로 표시한 것이라고 보여진다. 또한, 사례2에서는 “살만큼 살았다”는 기타 응답도 있었으며 본 연구자가 실제 임상에서 본 결과 연명치료 중단은 고령에서 더 많이 시행되어지고 있다.

연명치료 중단 범위에 대한 일반인의 태도를 보면 사례별 차이없이 심폐소생술이나 적극적 치료 뿐만 아니라 완화적 치료까지 모두 중단해야 한다는 비율이 높게 나타났다. 이는 DNR 결정 후 고가약이나 침습적 시술 등은 줄여나가며 제한적 치료를 하고, 항생제, 위관영양, 주사영양 등의 치료는 그대로 시행한 것과는 다소의 차이가 있다(김상희, 1998). 이에 대해서는 본 연구자가 치료의 범위를 DNR과 적극적 치료중단, 모든 치료중단으로 임의적으로 나눈 것으로 일반인이 이해가 쉽도록 의도한 것이나, 본 연구에서 말기환자를 직접 경험하지 않은 대상자가 77.3%로 의료환경에 대한 경험이 없는 일반인에게는 연명치료 중단의 범위에 대한 이해가 부족한 결과인 듯하다.

연명치료를 지속해야 한다고 생각하는 일반인중 지속 이유를 묻는 질문에서 사례1,2,3 모두 생명 유지 단축위험이 56%, 35.4%, 51.1%로 높게 나타났다으며, 그 외 사례1은 가능한 생명 연장을 해야한다가 28%로 높게 나타났다고, 회복가능성이 없는 사례2와 3은 결정 시점이 불확실하다 라는 응답도 높게 나타났다. 법적 문제 제기위험은 10% 전후로 낮게 나타났는데 이는 우리 사회에서 환자의 생명에 대한 회복이나 치료중단 결정 시점이

불확실한 것에 비해 상대적으로 법적 인식도는 아직 낮다고 볼 수 있겠다.

2. 사전의사결정의 필요성

연명치료 중단 결정과정은 의사가 먼저 권유하고 가족이 이를 수용하는 형태로, 연명치료 중단이 의사들에 의해 먼저 권유되고 있다(Esteban 등, 2001; 김상희, 1998; 박연옥, 2003). 가족이 먼저 가망 없는 퇴원을 요구한 경우도 있었는데 이 역시 의사가 중단에 대한 의중을 표시한 것에서 기인하고 있다(박연옥, 2003). 의사는 현재의 의학 지식과 기술로 환자가 회복할 가능성이 없다고 판단하고 또 그에 따라 더 이상의 치료는 의학적으로 가치가 없다고 판단하였을 경우, 실제로 치료를 중단할 권리는 누구에게 있는가? 본 연구에서는 치료 중단의 결정권자를 묻는 질문에서는 환자가 의식이 있어 스스로 치료 중단을 원하는 사례¹은 환자가 결정해야 한다는 비율이 63%로 가장 높았으며, 다음 가족과 주치의가 결정해야 한다는 비율도 19.3%나 되었다.

그러나 임상에서 행해지는 치료 중단은 의사나 가족에 의해 결정되어지는 경우가 많다. 본 연구를 진행하면서 경험한 바로는 환자의 상태가 위독하고 회복의 여지가 없을 때 의사는 가족중 가장 영향력있는 사람(보통 장자의 의견을 따른다)을 찾아 연명치료 중단에 대한 설명을 하고 요청서를 받는다. 장상옥(2000)에 따르면, DNR의 주 의사결정에 있어서 의사가 56.7%, 가족 40% 그리고 간호사가 3.3%를 제안하여 가족과 의료진이 상담하여 가족의 결정을 따르는 것으로 나타났다. 정윤철(1995)의 안락사를 논 의한 연구에서도 환자가 배제된 경우가 87%였다. 환자의 치료나 치료중단 여부를 결정할 수 있는 사람은 의학적 판단을 근거로 한 환자 자신이어야

한다. 그러나 우리나라의 경우 연명치료의 중단을 결정하는 사람은 많은 사례에서 환자가 아니라 의사와 가족이다(박연옥, 2003; 허대석, 2001). 이는 환자가 결정 능력이 있건, 없건 간에 이루어지고 있어(박연옥, 2004) 한국의 관습상 환자 자신의 결정보다는 가족의 중요성이 중시되는 사회적 풍토인 듯하다.

Y 대학병원 호흡기내과 병동에서 근무하는 본 연구자는 일주당 평균 2-3명의 DNR 환자를 경험하면서 느낀 것은 때로 가족들은 환자에게 자신의 생명에 대한 고통과 부담을 주는 것이 두려워 환자에게 질병의 진행을 알리지도 않아 환자의 자기결정권을 무시하고 있다는 것이다. 환자가 배제된 상태에서 의사나 보호자만의 결정으로 이루어지는 치료 중단결정은 추후 가족의 죄책감을 야기하거나 가족간의 갈등을 야기할 수 있고 많은 윤리적·법적 문제의 소지가 있다고 보고(김상희, 1998), 본 연구자는 치료과정동안 의료진과 가족들은 환자의 자율적 의사가 최대한 반영할 수 있도록 충분한 설명과 사전동의의 절차를 마련하도록 할 필요성이 있다고 생각되어진다. 치매며 게다가 혼수상태인 사례2에서는 가족이나 가족과 주치의가 결정해야 한다는 비율이 전체 79.8%였으며, 환자가 결정해야 한다는 비율도 11.8%나 되었다. 졸리움 상태인 사례3은 환자가 결정해야 한다는 비율이 20.2%로 사례2보다 높게 나타났다. 이와 의견을 같이하여 사례3에서 환자의 의식이 잠깐이라도 돌아온다면, 그 시기에 환자의 의사를 모를 수도 있다는 기타의견은 환자가 스스로의 결정을 할 수 없는 상황에서도 일반인들은 환자의 자기결정권을 중시하고 있다고 볼 수 있겠다. 그러나, 우리나라에서는 아직 사전의사결정의 절차가 마련되어있지 않아 환자의 자기결정권은 실행되고 있지 않고 있다.

미국의 living will(생전유언)과 독일의 Patientenverfügung(사전처분)는 환자의 자기결정권을 존중한 것이며, 우리나라에서도 보라매병원 사건에서 환자 본인의 의사표시가 명시되어야 한다고 하고 있다. 미국의 경우 환자의 자율적 의사존중이 매우 중요하여 환자가 의식이 있을 경우 일차적 의사결정을 하고 의식이 소실된 경우를 대비하여 미리 사전 의사결정서를 받아둔다. 그렇지 못할 경우 환자의 유언이나 평소의 말이나 행동을 근거로 보호자가 의사결정을 할 수 있도록 되어있다(김일훈, 2001; Pence, 2000; Abbott 등, 2001). 미국의학협회는 공정한 의사결정을 위해 단계적으로 절차를 밟고, 필요시 윤리위원회 등을 통해 치료중단을 결정하는 것을 권고하고 있으며, 1999년 텍사스주는 Advance Directives Act를 만들어 환자, 가족, 의사에게는 물론이고, 의료기관에도 많은 이로움을 주고 있다.

본 연구에서는 일반인을 상대로 사전의사 결정서의 필요성에 대해 질문하였는데 전체의 82.4%가 '필요하다'고 응답하였고, 자신에게 사전의사 결정서를 작성할 것인가에 대한 질문에는 이보다 적은 68.1%만이 작성하겠다고 하였고 작성하지 않겠다는 사람이 10.9%, 잘 모르겠다는 응답도 21%로 나타났다. 일반인들은 사전의사결정이 필요하다고 생각하는 하나 막상 자신에게 작성한다고 생각하니 망설여지는 부분이 있었던 것 같다. 사전의사 결정서가 필요하지 않다고 한 사람들 중 죽음에 대해 미리 생각하고 싶지 않다거나(30%) 가족이 결정하길 바란다(50%)는 이유를 들었는데, 이는 서구에서의 자기중심적인 가치관과 달리 우리나라에서는 타인을 많이 인식하는 문화적 차이로 인식되어진다. 같은 아시아계통인 일본의 한 연구에서는 응답자의 60%가 사전 결정을 해두길 원하고 있으며, 80%이상은 다른 사람들(그들의 가까운 사람, 의사)과 협의하기를 바라고 있다고 한다

(Hiroaki Miyata 등, 2006). 본 연구에서 40대이상의 78.6%가 사전의사 결정이 필요하다고 한 것에 비해 30대는 80%, 20대는 87.5%로 나이가 젊을 수록 사전의사 결정을 찬성하는 것으로 보아 우리나라도 점차 서구의 가치관으로 변모해가며 자신의 결정권을 중시하는 경향으로 가고 있다.

본 연구에서 일반인들은 사전의사 결정에 포함될 내용에서 52.9%가 자신의 연명치료 범위를 구체적으로 나열해야 한다고 여기고 있었으며, 자신의 신념과 가치관을 명시하여 후에 연명치료 여부 결정시 기준을 제시하기를 바라는 사람도 48.7%였다. 그리고 25.2%만이 대리인을 지정하여 의사 표현을 할 것을 원하고 있었다. 앞의 문헌고찰에서 제시한 바와 같이 사전의사는 living will 형식인 특정조치, 가치관 표명, 대리인지정의 형태가 있다. 이들의 형태중 어느 것이 옳고 그르다 말할 수 없고 이러한 방법들을 충분히 설명한 후 본인의 선택에 의해 사전의사결정서를 작성하도록 해야 할 것이다. ‘건강할 때 미리 작성된 의사는 건강이 악화되었을 때 살고 싶은 욕망이 있으므로 변경될 수 있다’는 본 연구의 기타의견도 참고하여 한 번 작성했다고 해서 그것이 끝이 아니라 환자가 원하면 언제든지 철회하거나 수정할 수 있도록 해야 할 것이다. 그러나 그것이 다른 요인에 의한 압박이나 강요가 되어져서는 안 될 것이며, 그런 부분이 있는지 사전에 충분한 검토를 거쳐야 할 것으로 보인다.

본 연구의 대상자들은 사전의사 결정서 작성 시기에 대해 52.1%가 말기 병진단시 작성하기를 원하고 있으며, 20.2%는 임박한 죽음의 증상시, 17.6%는 건강할 때 작성을 해야 한다고 생각하고 있었다. 이러한 결과는 건강할 때 미리 자신의 죽음을 연관시켜 생각하기 보다는 생명에 대한 위협이 있을 때 사전 결정서를 작성하기를 원하고 있는 것으로 생각되어진다.

대한의사협회는 공정한 의사결정을 위해 단계적으로 절차를 밟고, 필요 시 윤리위원회 등을 통해 치료중단을 결정할 것을 권고하고 있다. 2005년 손명세 등의 ‘연명치료 관련 의사결정의 정당한 절차와 기준에 대한 지침 개발’에서도 환자가 의식이 있을 경우 환자가 결정해야 하며, 의사 결정을 할 수 없는 경우 대리인이나 그 외 정당한 절차를 거치도록 제안하고 있다. 이는 일반인이나 전문가 모두 사전의사 결정서의 필요성을 느끼고 있다할 것이다.

미국의학협회는 환자의 사전 결정서가 없거나, 환자나 보호자가 결정하기 어려울 때 환자의 후견인이 의사결정에 참여하도록 하는데, 이와 같은 절차에도 합의에 이르지 못하는 경우, 병원 윤리위원회에 의뢰하도록 하고 있다. 우리나라의 경우도 많은 연구자료나 논평에서 말기환자의 연명치료 중단 결정시 환자가 의사결정능력을 가지고 있거나 사전에 특정조치 요청을 했다면 그 절차에 따르지만 그렇지 않을 경우 병원 윤리위원회의 의견을 물을 것을 권고하고 있다. 그러나 본 연구자가 연구를 진행하면서 느낀 것은 일반인은 물론이거니와 병원에 근무하는 의사나 간호사를 포함한 직원들조차 병원 윤리위원회가 있는지조차 생소하게 느끼고 있었다. 이것은 아직 병원 윤리위원회의 활동이 미비하며, 병원측에서도 이 위원회의 활동의 필요성을 지각하지 못하였으며 국가적으로도 아직 연명치료에 대한 논란이 끝나지 않은 상태에서 병원 윤리위원회의 활동을 적극 홍보하지 못하고 있는 것 같다.

본 연구의 대상자 61%에서 병원 윤리위원회는 필요하다고 하여 일반인들도 이에 대한 필요성을 지각하고 있다고 하겠다. 윤리위원회의 결정은 어떤 강제력을 가지는 것도 아니며 현재 아무런 법적인 보호도 받지 못하

지만 어느 정도의 절차적인 정당성은 확보할 수 있고, 윤리위원회를 거쳐 논의하는 동안 첨예한 이해관계나 가치충돌이 완화될 수 있는 기회를 가질 수 있을 것(박석건과 정유석, 1999)이다. 병원 윤리위원회의 법적 효력에 대해서는 윤리위원회가 필요하다고 한 사람중 47명(65%)이 필요하다하여 이에 대한 논의는 더 필요하리라 본다.

본 연구자는 위에서 환자의 자기결정권에 따른 사전의사결정의 필요성을 제시하였다. 그러나, 연명치료의 여부 결정에 있어서 대부분이 환자의 상태가 악화되었을 때 이에 대한 거론을 하는 것이 우리의 현실이다. 사전의사결정은 의사결정능력이 있는 사람에 한정되었을 뿐이며 환자가 자기결정능력을 할 수 없도록 의식이 없거나, 의식이 있다하더라도 정서적으로 안정되어 있지 않거나, 환자의 의사에 어떤 강요를 받았다는 의심의 여지가 있을 때는 그 의사결정을 받아들일 수 없을 것이다. 그러기에 병원 윤리위원회가 필요하며 병원 윤리위원회의 구성은 주치의 및 주치의 외 전문의과 함께 종교인이나 윤리학자, 사회사업가, 환자의 의사를 가장 잘 알 수 있는 사람 등 각계 각종의 위원들로 구성하여 환자의 이익을 최대한 대변해 줄 수 있도록 하여야 할 것이다.

사전의사결정은 앞의 문헌고찰에서도 제시하였듯이 여러 종류가 있다. 자신의 생명에 대한 치료 범위를 정확히 제시할 수 없다면, 자신의 가치관을 명확히 밝히고 그에 따라 환자가 지명한 대리인이 환자의 의사에 부합되는 결정을 할 수 있는 절차가 마련되어야 할 것이다.

현재 연명치료 중단에 대한 법적 장치는 아무것도 마련되어 있지 않다. 다만, 병원에서 연명치료 포기 각서나, DNR 신청서를 보호자들에게 받고 있는 실정으로 이것의 법적 효력에 대해서는 명시되어져 있지 않다. 본 연

구의 조사에 의하면 연구 대상자들은 법적 장치의 필요성에 대해 73%가 필요하다고 응답하였다.

이상에서 논의하였듯이 연명치료 중단은 회복이 불가능하다는 의학적 판단이 있을 때 우리나라에서는 아직까지 치료 중단의 결정권자가 의사와 가족인 경우가 대부분이다. 그러나 회복의 가능과 불가능은 의학적 판단으로서도 100%와 0%로 나눌 수 없고 다만 가치 판단으로서 치료 중단이 행해지고 있다. 따라서, 연명치료 중단은 보호자나 의사들의 일방적인 결정이 아닌 환자의 자기결정권을 토대로 한 사전의사결정서를 작성하여 환자의 가치관을 표명하고 이 가치관이 중심이 되어 치료중단이 시행되어야 할 것이다. 이로써, 무의미한 생명 연장으로 인한 고통대신 환자의 삶의 질을 증가시키는 방향으로 전환될 수 있을 것이다.

연구의 제한점

이 연구의 제한점은 다음과 같다.

첫째, 연구자의 편의추출로 대상자를 선정했으므로 전체 일반인으로 일반화하기는 어렵다.

둘째, 대상자의 연령이 고루 분포되지 못했고 설문자체를 거부하는 경우 대상자의 태도는 배제되었다.

셋째, 이 연구는 연명치료 중단에 대한 사회적 합의를 얻기 위한 과정으로 일반인을 상대로 연구를 시도했으나 삶과 죽음에 대해 별로 생각해보지 않은 일반인일 경우 치료중단 범위의 의미를 정확히 파악하지 않고 응답했을 가능성을 배제할 수 없다.

VI. 결 론

1. 결 론

본 연구는 말기환자의 연명치료 중단에 대한 일반인들의 태도를 알아보고, 사전의사 결정과 병원윤리위원회의 필요성을 바탕으로 윤리적, 정책적 지침을 마련하기 위한 서술적 조사연구이다.

본 연구의 사례에 대한 자료수집은 2006년 8월과 9월에 의무기록을 중심으로 수집되었으며, 사례별 연명치료 중단에 대한 일반인의 태도는 서울시 일개병원의 환자를 제외한 보호자나 방문객 38명, 병원외 일반인 83명으로 본 연구 참여에 동의한 사람만을 상대로 2006년 10월에 구조화된 설문지를 통해 이루어졌다.

연구도구는 일개병원에 입원한 말기환자 12사례에서 환자의 의식유무, 환자의 동의능력, 가족동의 유무, 사전의사 결정서가 있는지에 따라 사례3건을 작성하여, 본 연구자가 문헌고찰을 토대로 작성한 설문지를 이용하였으며, 수집된 자료는 부호화하고 SPSS 12.0 for Window program을 이용하여 기술통계, 카이제곱검정으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 연령은 20-29세가 40명(33.6%), 30-39세가 65명(54.6%), 40-49세가 6명(5%), 50-59세가 4명(3.4%), 60세이상인 4명(3.4%)로 20-39세가 전체의 88.2%를 차지하였다.

성비는 남자가 43명(36.1%), 여자가 76명(63.6%)이었고, 교육수준은 고졸이하 17명(14.3%), 전문대졸(19.3%), 4년대졸 61명(51.3%), 대학원 재학이

상 18명(15.1%)으로 대졸이상이 66%였다. 결혼상태는 미혼 50명(42%), 결혼 69명(58%)이었고, 대상자의 60.5%가 종교가 있었다. 말기환자 간호경험에 대해서는 직접 간호한 경험이 있는 사람이 27명(22.7%), 가족이나 지인의 방문으로 본 경험이 있는 사람이 26명(21.8%), 전혀 경험이 없는 사람이 66명(55.5%)으로 조사되었다.

2. 사례별 연명치료 중단에 대한 태도에서 환자 의식이 있으면서, 본인이 연명치료 중단을 원하는 사례1의 경우 중단 할 수 있다는 응답이 94명(79%)이었고, 의식이 혼미하고 치매인 회복 불가능한 고령의 환자인 사례2는 전체 응답자의 71명(59.7%)이 연명치료 중단을 할 수 있다고 하였으며, 사례3의 경우는 전체 72명(60.5%)이 연명치료 중단을 할 수 있다고 답하여 비교적 사례1에서 연명치료를 중단할 수 있다는 비율이 높았다(표4). 그러나, 세 개의 사례 모두 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었다.

3. 사례별 연명치료 중단 결정의 이유는 ‘환자의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.’ 라고 답한 사람이 사례 1, 2, 3 각각 81명(86%), 47명(66%), 42명(58%)으로 다른 이유보다 가장 빈도가 높았다. 연명치료 중단 범위로는 ‘심폐소생술과 적극적치료 모두 중지하고 임종을 편하게 맞는다.’는 답변이 사례 1에서는 38명(40%), 사례 2는 35명(49%), 사례3 은 32명(44%)으로 가장 높게 나타났다

4. 연명치료 여부에 관한 결정권자는 환자가 의식이 있을 때는(사례1) 환자가 결정해야 한다고 답한 경우가 76명(63%)이었고, 환자가 결정을 내

릴 수 없는 경우(사례2, 사례3)는 가족과 주치의가 결정해야 한다는 대답이 55명(46.2%), 56명(47.1%)으로 가장 높게 나타났으며, 일반적 특성에 따른 유의한 차이는 없었다.

5. 사전의사 결정서가 필요하냐는 질문에 대상자의 98명(82.4%)이 '필요하다.'라고 했으며, 20대와 30대에서 '필요하지 않다.'라는 응답이 5%, 9.2%에 비해 40대이상에서는 14.3%로 다소 높았으며, 성별로는 남녀 불문하고 80%이상에서 사전의사 결정서가 필요하다 라고 답하였다. 말기환자 간호 경험에서 직접간호한 사람의 25명(92.6%)이 전혀 경험하지 않은 52명(78.8%)보다 높게 나타났다. 그러나 일반적 특성에 따른 사전의사 결정서의 필요성에 대한 유의한 차이는 없었다.

6. 사전의사 결정서에 포함할 내용으로는 '연명치료 범위를 구체적으로 나열한다.'가 63명(52.9%), '신념과 가치관을 명시한다.'가 58명(48.7%)으로 비슷하게 많은 비율을 차지하였으며, '필요하지 않다'고 답한 10명중 5명(50%)이 '가족들이 적당한 결정을 내려줄 것이기에 필요하지 않다'라고 하였고, '죽음에 대해 미리 생각하고 싶지 않다.'가 3명(30%)으로 답하였고, 기타 응답으로는 '사전의사라는 부분이 유동성이 있으므로 '죽음을 목전에 두고선 마음이 바뀔 수 있다.'가 있었다. 자기 자신에게 사전의사 결정서를 작성할 것인지를 묻는 질문에 81명(68.1%)이 '예'라고 하였고, '잘 모르겠다.'라고 한 사람도 25명(21%)이었다. 사전의사 결정서 작성시기로는 전체의 62명(52.1%)이 말기병 진단시 작성하겠다고 응답하였고, 24명(20.2%)은 임박한 죽음의 증상시에 작성하겠다고 응답하였다.

7. 병원 윤리위원회가 필요하다고 생각하는가의 질문에 전체의 72명(61%)이 필요하다고 하였고, 나머지 47명(39%)은 필요하지 않다 라고 응답하였다. 다른 일반적 특성에 따른 병원 윤리위원회의 빈도차는 크지 않았다.

8. 병원 윤리위원회의 법적 효력에 대해서는 47명(65%)이 법적 효력이 있어야 한다고 하였다. 또한, 치료중단의 결정권자와 절차에 대한 정당한 법적장치 마련시 치료 중단을 행할 것이냐는 질문에 87명(73%)이 필요하다고 나타났다. 말기환자 간호경험에서는 직접간호한 사람의 85.2%에서 필요하다고 응답하였다.

이상의 연구 결과를 종합해 볼 때 의식이 있는 환자일 경우 치료에 대한 결정은 본인이 해야 하며, 환자 본인이 의사결정을 할 수 없는 경우를 대비하여 외국처럼 사전의사 결정서의 작성이 필요하고, 이것이 준비되어 있지 않을 경우 의사와 가족이 치료 중단에 대한 결정을 하되 합의에 이르지 못할 경우, 병원 윤리위원회에 의뢰하도록 하는 절차가 필요하리라 본다.

2. 제 언

이상의 연구를 바탕으로 연명치료 중단에 대한 일반인의 태도를 바탕으로 추후 연구의 방향과 적용에 있어 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 환자가 의사 결정을 할 수 없을 때를 대비하여 환자의 자기결정권을 최대한 반영할 수 있는 사전의사결정서를 제도화 할 것을 제안한다.

둘째, 환자의 연명치료 여부에 대한 결정이 힘들 때 이에 대한 결정을

병원 윤리위원회에 의뢰할 수 있는 절차를 활성화 할 수 있는 방안을 찾을 것을 제안한다.

셋째, 연명치료를 중단할 때는 회복가능성이 없다는 의학적 판단을 전제로 하되 환자의 이익이 최대한 반영되도록 해야 할 것이다. 그러기 위해서는 연명치료 중단이 의료포기가 아니라 환자의 삶의 질을 증가시킬 수 있는 호스피스나 가정간호, 요양원등으로의 제도적 장치를 활성화시켜야 할 것이다.

넷째, 본 연구는 연령의 분포가 고르지 못하고 대상자 실수가 적으므로 후속연구에서는 연명치료 중단의 태도에 대한 대상자의 일반적 특성의 차이의 유의성을 찾는 반복연구를 제안한다.

참고문헌

- 강현임. 심폐소생술금지에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험, 한림대학교 석사학위논문, 2003.
- 고윤석. 임종환자에서 연명치료의 중단, 대한의사협회지 제45권 6호
- 김건열. 존엄사: 회복가능성이 없는 환자에 대한 연명치료 중단, 2005.
- 김상희. 암환자의 DNR 의사결정에 관한 연구. 연세대학교 석사학위논문, 1998.
- 김상희. 말기환자의 DNR결정에 대한 고찰, 간호학탐구 8권 2호, 1999.
- 김정희. 말기환자의 치료중단 특성과 주간호제공자의 경험.연세대학교 석사학위논문, 2003.
- 김일순. 포선, N. 새롭게 알아야 할 의료윤리. 서울: 현암사. 1999.
- 김일훈. 외국에서 안락사, 존엄사의 현황. 대한 의학회 2001년 임상의학 심포지엄- 안락사.존엄사에 대한 의학적 접근.53-86.
- 김혁돈. 의사의 치료중단과 환자의 자기결정권, 경북대학교 대학원 박사학위논문, 2005.
- 김현경. 윤리적 딜레마 사례에 대한 간호사의 의사결정 분석, 2002.
동아일보, 2002년 2월 14일자
- 문경아, 안락사에 대한 생명의료윤리학적 고찰-치료중단 및 의사조력자살 문제를 중심으로-, 성균관대 교육대학원 석사논문, 2002.
- 문국진, 생명윤리와 안락사, 여문각, 1999.
- 박연옥. 연명치료 중단을 결정한 말기환자 가족의 경험, 연세대학교 박사학위논문, 2003.
- 박연옥. 말기환자의 연명치료중단에 대한 간호사의 인식도, 한국의료윤리교육학회 2004;7(2)

손명세. 치료중단의 윤리문제와 법적 장치, 대한의사협회지, 1998; 41(7), 707-711

손명세 등. 연명치료 관련 의사 결정의 정당한 절차와 기준에 대한 지침개발, 연세대학교 연구보고서, 2005.

세브란스 병원, 연명치료 포기 요청서

신현호. 중환자의학에서 의료법의 적용, 대한중환자의학회지 1999;14(2),105.

엄영란. 말기환자 간호에서 간호사가 경험하는 윤리문제에 관한 연구-사례분석적 연구, 서울대학교 박사학위논문, 1994.

오도연, 김지은, 이치훈등. 말기 암환자의 의미없는 치료중단에 대한 보호자와 의료진간의 가치관의 차이. 서울대학교 의과대학 내과학 교실, 서울대학교 의과대학 의학과

유호중. 연명치료중단의 정당성 근거와 조건, 의료윤리교육, 1999;5(2)

유호중, 손명세, 이경환. 의료문제에 대한 윤리와 법의 통합적 접근:의료법 윤리학서설, 동림사, 2002.

이윤성. 치료중단에 관한 외국 사례, 대한의사협회지 1998;41(7)

장상욱. 중환자실 DNR 환자 가족의 경험과 DNR 결정 후 간호 및 치료의 변화, 경상대학교 대학원 석사학위논문, 2002.

임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침, 대한의학회, 2002.

정성필, 윤천재, 오진호, 윤수영, 장문준, 이한식. DNR이 결정된 환자에 대한 고찰, 연세대학교 의과대학 응급의학교실.

정하윤. 말기 환자의 자율적 치료선택과 관련된 의사 역할에서의 딜레마 고찰 ; 호스피스를 중심으로. 연세대학교 석사논문, 2003.

최윤선,김장욱,신승욱,이영미,이태호,홍명호. 말기환자 관리에 대한 의사들의 태도. 호스피스 논집,3, 25-32, 2000.

한성숙. 간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구, 서울대학교 박사학위논문, 1992.

- 황상익. 가망없는 환자의 치료중단과 의료윤리. 대한의사협회지, 1998;41(7), 697-701
- 허대석. 의미없는 치료의 중단, 대한의사협회지, 1993;44(9), 956-962.
- Abbott,K. H., Sago, J. G., Breen, C. M., Abernethy, A. P., & Tulskey, J.A.(2001). Families looking back; one year after discussion of withdrawl or withholding of life-sustaining support. Crit Care Med. 29(1), 197-201.
- Block A.F. Living wills are overrated. Chest, 1993;104, 1645-1646
- Beauchamp,T.L.&Childress,F.F. .Principlesof Biomedica Ethics(5th ed). London: Oxford University Press. 2001.
- Capron AM. The burden of decision.Hastings Center Rip,1990;20, 36-41.
- Capron A.M, "Advance directives". H. Kuhse & P.A. Singer A Companion to Bioethics.Malden:Blackwell. 1998, p.266
- Esteban, A., Gordo, F., Solsona, F. F., Alia,I, Caballero, F., Bouza, C. et al, 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.
- Goris,R.J.A.et al. Multiple Organ Failure: Generalized autodestructive inflammation?.Arch Surg,1985;120,1109-1115
- King N.M.P.,, Masking Sense of Advance Directives. Revised Edition. Washington D.C.:Georgetown University Press, 1996, pp.3-4
- Knaus,W.A.,Wagner, D. P.,, Draper, E. A., Zimmerman, F. E., Bergner, M.,Bastos, P.G., Sirio, C. A., Murphy, D.F., Lotring, T., Damiano, A., & Harrell, Jr. F. E The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults. Chest, 1991;100, 1619-1639.

Loewy E.H., Textbook of Healthcare Ethics. New York: Pelnum Press, 1996, p.81

Pence, G. E. Classic Cases in Medical Ethics, accounts of cases that have shaped medical ethics, with philosophical, legal, and historical backgrounds(3rd Ed.), Boston: the McGraw-Hill companies, 2000.

Robert L. Fine. Medical futility and the Texas Advance Directives Act of 1999, BUMC proceedings 2000;13:144-147

Sass, H.M, Advance Directives San Diego, 1998

William M, The Effect of Discussions About Advance Directives on Patients' Satisfaction with Primary Care, Journal of General Internal Medicine 2001(16) : 32-40.

부 록 1

인사의 말씀

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건대학원에서 의료윤리와 법에 관심을 가지고 공부하고 있는 학생입니다. 학위논문과 관련된 자료수집을 위하여 여러분께 도움을 구하고자 합니다.

이 설문조사는 일반인들의 연명치료 중단에 대한 태도를 알아보기 위한 것입니다. 본 질문지의 문항들은 정답이나 오답이 정해져 있는 것이 아니므로 여러분의 생각을 편안하게 답해주시면 됩니다.

귀하께서 답변해주신 자료는 연구목적에만 사용되며, 철저한 비밀보장으로 다른 목적에는 사용되지 않을 것임을 약속드립니다.
바쁘신 중에 귀중한 시간을 내주셔서 감사합니다.

2006년 10월

연세대학교 보건대학원
석사과정 이금미 올림

I. 일반적 사항

1. 연령 : 만__세
2. 성별 : 남() 여()
3. 교육수준 : 고졸() 전문대() 4년대() 대학원 재학이상() 기타()
4. 결혼상태 : 미혼() 결혼() 사별() 기타()
5. 종교 : 기독교() 카톨릭() 불교() 기타() 없음()
6. 말기환자를 간호하거나 본 경험이 있으십니까?
 - ① 직접 간호했다
 - ② 가족이나 지인의 방문으로 본 경험은 있다
 - ③ 전혀 경험없다
 - ④ 기타()

연명치료 중단이란?

환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수 는 없지만 생명을 연장하는 치료, 혹은 '치료에 의해서 상태가 좋아지지 않는 환자의 상황이나, 치료에도 불구하고 영구적 무의식 상태나 집중적 의학적 치료에 의존해야만 하는 경우 이에 대한 치료를 중단하는 것으로, 더 이상의 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지장치를 철회하거나 더 이상의 치료적 활동을 보류하는 것이다.

사례 1

60세 남자로 10년전부터 호흡곤란 증상있었으나 치료없이 지내던 중 1년전 **전이된 말기 폐암** 진단받고 3차례 항암치료를 시행하였으나 효과없어, 항암제 종류 바꿔 3차례 항암치료 더 시행하였다. 그러나, 항암제에 반응없어 증상 완화적 치료만 하고 있는 상태로 다른 약제 투여로 인한 **회복가능성은 없다.**

환자는 병원에서 힘든 치료 하면서 인생을 마감하느니 집에서 인생을 정리하고 싶다며 병원가기 거부하고 집에서 산소 공급만 해오던중 호흡곤란 심해져 응급실 통해 내원하였다. 현재 내원 7일째로 **환자와 보호자(자녀) 동의하에 모든 검사와 치료 중단한 상태로** 심폐이상시 기도삽관이나 심폐소생술도 하지 않기로 한 상태이다.

1. 위 상황에서 연명치료를 중단할 수 있다고 생각하십니까?

- ① 연명치료를 중단 할 수 있다.
- ② 연명치료를 지속 할 수 있다.

2. 위의 사례에서 연명치료를 중단할 수 있다 고 한 경우만 대답해 주십시오.
(복수응답가능)

2- 1. 이유는 무엇입니까?

- ① 회복가능성이 없으므로
- ② 환자가 치료를 거부하므로
- ③ 환자의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.
- ④ 환자를 돌보는 가족의 부담감이 크다.
- ⑤ 기타 ()

2- 2. 연명치료 중단의 범위는 어디까지 해야한다고 생각하십니까?

- ① 심호흡 마비시 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다

- ② 심폐소생술, 혈액투석, 혈압상승제 사용등 적극적 치료를 시행하지 않을 수 있다.
- ③ 위의 적극적 치료와 항생제, 튜브나 정맥을 통한 영양 주입 등에 대한 증상완화적 치료를 모두 중지 할 수 있다.

3. 위의 사례에서 연명치료를 계속해야한다고 한 경우만 대답해 주십시오.

(복수응답가능) 이유는 무엇입니까?

- ① 가능하다면 연명치료를 받아 생명을 하루라도 연장해야 한다고 생각하기 때문
- ② 법적 문제가 제기될 수 있기 때문에
- ③ 치료중단 결정을 어느 시점에서 내릴지 확실하지 않기 때문에
- ④ 치료중단 결정을 누가 내릴지 확실하지 않기 때문에
- ⑤ 인간의 존엄성과 생명권리의 침해로 생명 유지를 단축하기 때문에
- ⑥ 치료중단 결정시 환자의 치료 및 간호가 소홀해질 수 있기 때문
- ⑦ 기타 ()

4. 위 상황처럼 환자의 의식이 있을 때 연명치료 중단에 대한 결정은 누가 해야 한다고 생각합니까?

- ① 환자 ② 가족 ③ 가족과 주치의 ④ 병원 윤리위원회 ⑤기타 ()

5. 환자 본인의 의식이 없다면 미리 자신의 생명에 대해 어떻게 해 달라는 사전 의사결정서가 필요하다고 생각하십니까?

- ① 필요하다. ② 필요하지 않다. ③ 잘 모르겠다.

6. 사전의사 결정서에 포함해야 할 내용은 무엇입니까? (복수응답가능)

- ① 말기질환 시 자신의 연명치료의 범위를 구체적으로 나열한다.
- ② 자신의 의사를 대변할 대리인을 지정한다.
- ③ 자신의 평소 신념과 가치를 분명히 밝힌다.
- ④ 기타()

7. 사전의사결정서가 필요하지 않을 경우 그 이유는 무엇입니까?

- ① 죽음에 대해 미리 생각하고 싶지 않다.
- ② 가족들이 알아서 적당한 결정을 내려줄 것이다.
- ③ 기타()

8. 당신은 당신 자신에게 사전의사 결정서를 작성하시겠습니까?

- ① 예 ② 아니오 ③ 잘 모르겠다.

9. 사전의사 결정서를 작성한다면 작성 시기는?

- ① 건강할 때 ② 병원 입원시 ③ 말기병이란 진단을 받았을 때
④ 혈압저하등 임박한 죽음의 증상이 나타날 경우 ⑤ 기타()

사례 2

78세 남자는 10년전 만성 폐쇄성 폐질환 진단받고, 7년전 **치매**로 증상에 따른 완화적 치료만 받아왔다. 한달전 호흡곤란으로 응급실 내원한 환자로 기도내 삽관 및 기관절개관 시행하였다. 그 후 저혈압으로 혈압상승제 치료받으며 한달동안 중환자실에서 치료받아오다 인공호흡기 제거후 병동으로 이동하였다. 이동후 하루만에 늑막에 물차며 호흡기능과 순환기능 이상이 발생하였다. **의식은 혼동** 상태이며, 스스로 몸을 가눌 수없고 간병인이 소대변을 모두 받아주고 있다. 가래 많은 상태로 기계를 통해 가래를 흡입하지 않으면 언제 가래가 기도에 걸려 사망할지 알수 없는 상태로 한두시간마다 가래 뽑아내고 있다. 하루 1-2차례씩 열도 있어 해열제와 항생제 사용중이고, 코에서 위장까지 가는 콧줄을 삽입하여 영양을 주입하고 있다.

환자는 미리 자신의 생명에 대해 치료의 범위를 말하지 않은 상태로 **가족들은 치료를 지속**하고있다.

1. 위 상황에서 연명치료를 중단할 수 있다고 생각하십니까?

- ① 연명치료를 중단 할 수 있다.
② 연명치료를 지속 할 수 있다.

2. 위의 사례에서 연명치료를 중단할 수 있다 고 한 경우만 대답해 주십시오.

(복수응답가능)

2- 1. 이유는 무엇입니까?

- ① 회복가능성이 없으므로
② 환자가 치료를 거부하므로
③ 환자의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.
④ 환자를 돌보는 가족의 부담감이 크다.
⑤ 기타 ()

2- 2. 연명치료 중단의 범위는 어디까지 해야한다고 생각하십니까?

- ① 심호흡 마비시 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다
- ② 심폐소생술, 혈액투석, 혈압상승제 사용등 적극적 치료를 시행하지 않을 수 있다.
- ③ 위의 적극적 치료와 항생제, 튜브나 정맥을 통한 영양 주입등에 대한 증상 완화적 치료를 모두 중지 할 수 있다.

3. 위의 사례에서 연명치료를 계속해야 한다고 한 경우만 대답해 주십시오.

(복수응답가능) 이유는 무엇입니까?

- ① 가능하다면 연명치료를 받아 생명을 하루라도 연장해야 한다고 생각하기 때문
- ② 법적 문제가 제기될 수 있기 때문에
- ③ 치료중단 결정을 어느 시점에서 내릴지 확실하지 않기 때문에
- ④ 치료중단 결정을 누가 내릴지 확실하지 않기 때문에
- ⑤ 인간의 존엄성과 생명권리의 침해로 생명 유지를 단축하기 때문에
- ⑥ 치료중단 결정시 환자의 치료 및 간호가 소홀 해 질 수 있기 때문
- ⑦ 기타 ()

4. 위 상황처럼 환자의 의식이 명료하지 않을 때 연명치료 중단에 대한 결정은 누가 해야한다고 생각하십니까?

- ① 환자 ② 가족 ③ 가족과 주치의 ④ 병원 윤리위원회 ⑤기타 ()

5. 4번에서 가족이 결정해야한다고 생각한 경우 그 이유는 무엇입니까?

- ① 환자와 밀착관계에 있는 가족이야말로 환자의 의도를 잘 알 수 있다.
- ② 가족의 부담이 크므로
- ③ 기타 ()

6. 연명치료 중단 여부를 대신 결정해 줄 병원 윤리위원회나 단체가 필요하다고 생각하십니까?

- ① 필요하다. ② 필요하지 않다.

7. 병원 윤리위원회의 법적 효력이 있어야 한다고 생각하십니까?

- ① 그렇다. ② 그렇지 않다.

8. 치료중단의 결정권자와 절차에 대한 정당한 법적 장치가 마련된다면 치료 중단을 하시겠습니까?

- ① 그렇다. ② 그렇지 않다.

사례 3

58세 여환은 92년 말기 신장 질환으로 복막투석 해오던중 8개월전 **관상동맥 폐쇄와 울혈성 심부전**으로 산소투여중으로 **좌측 대뇌경색**의 진단까지 겹쳐 **우측 마비**상태다. 복막에 염증으로 항생제 치료와 함께 만성신장 질환으로 **혈액 투석**을 주3회 실시하고 있다. 치료중 **폐부종과 천식**으로 기도 절개후 인공호흡기를 달고 두달동안 **중환자실 치료**받았던 환자로 현재 병동에서 자주 혈압이 떨어져 혈압 상승제 사용중이다. 의사는 치료를 하더라도 회복하기 힘들며 한 두달 정도 더 생명을 연장할 수 있을 뿐이라 한다.

환자는 **의식은 있는 상태나 의사소통은 안되는 상태**며, 입원후 한달이상 금식 상태로 고영양 수액으로만 생명을 유지하고있다. 환자는 이런 경우 자신의 생명에 대한 치료의 범위를 어디까지 헤달라고 미리 의사표명을 하지는 않았다. **가족들은 의사로부터 회복이 어렵다는 얘기를 듣고 치료비도 부담된다며 치료를 포기**하고 작은 병원으로 이송을 고려중이다.

1. 위 상황에서 연명치료를 중단할 수 있다고 생각하십니까?

- ① 연명치료를 중단 할 수 있다.
② 연명치료를 지속 할 수 있다.

2. 위의 사례에서 연명치료를 중단할 수 있다 고 한 경우만 대답해 주십시오.
(복수응답가능)

2-1. 이유는 무엇입니까?

- ① 회복가능성이 없으므로
② 환자가 치료를 거부하므로
③ 환자의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.
④ 환자를 돌보는 가족의 부담감이 크다.
⑤ 기타 ()

2- 2. 연명치료 중단 범위의 범위는 어디까지 해야한다고 생각하십니까?

- ① 심호흡 마비시 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다
- ② 심폐소생술, 혈액투석, 혈압상승제 사용 등 적극적 치료를 시행하지 않을 수 있다.
- ③ 위의 적극적 치료와 항생제, 튜브나 정맥을 통한 영양 주입등에 대한 증상 완화적 치료를 모두 중지 할 수 있다.

3. 위의 사례에서 연명치료를 계속해야 한다고 한 경우만 대답해 주십시오.

(복수응답가능) 이유는 무엇입니까?

- ① 가능하다면 연명치료를 받아 생명을 하루라도 연장해야 한다고 생각하기 때문
- ② 법적 문제가 제기될 수 있기 때문에
- ③ 치료중단 결정을 어느 시점에서 내릴지 확실하지 않기 때문에
- ④ 치료중단 결정을 누가 내릴지 확실하지 않기 때문에
- ⑤ 인간의 존엄성과 생명권리의 침해로 생명 유지를 단축하기 때문에
- ⑥ 치료중단 결정시 환자의 치료 및 간호가 소홀해 질 수 있기 때문
- ⑦ 기타 ()

4. 위 상황처럼 환자의 의식은 있지만, 의사소통이 힘들 때 연명치료 중단에 대한 결정은 누가 해야한다고 생각하십니까?

- ① 환자 ② 가족 ③ 가족과 주치의 ④ 병원 윤리위원회 ⑤ 기타 ()

5. 가족이 결정해야 한다면 이유는 무엇입니까?(복수 응답가능)

- ① 환자가 의식이 있으나 자신에 대한 정확한 판단을 내리기 어려우므로
- ② 환자에게 생사에 대한 결정의 고통을 주기 싫어서
- ③ 환자의 치료비에 대한 경제적 부담이 있으므로
- ④ 환자 간호에 대한 심리적, 신체적 부담이 있으므로
- ⑤ 기타 ()

6. 위 사례의 경우 가족이 치료비 지원이 있다면 치료를 계속하시겠습니까?

- ① 예 ② 아니오

☞ 끝까지 응답해 주셔서 감사합니다.

부 록 2

* 특정조치 요청 양식의 실례 - 미국 Arizona 주

Living Will

(귀하가 선택할 수 있는 의료적 조치들에 대한 일반적 진술들이 아래에 제시되어 있습니다. 그 진술들 중 동의하는 진술의 옆에 서명을 해 주십시오. 하지만 서명을 하기 전에 먼저 이 진술들 모두를 주의 깊게 읽어 주십시오. 귀하는 또한 생명 유지 처치나 다른 의료 조치에 대해 달리 생각하는 바가 있으면 이를 직접 문장으로 기술해 주실 수 있습니다. 귀하는 1,2,3,4 항목 중 둘 이상에 서명할 수도 있습니다. 그러나 5항목에 서명했을 때는 다른 항목들에는 서명하지서는 안됩니다.)

_____ 1. 만약 내가 말기 상황에 있다면 나는 나의 삶이 연장되기를 원하지 않는다. 또한 나는 완화 치료 이상의 생명 유지 처치를 하는 것을 원하지 않는다. 그것은 단지 나의 죽음의 순간을 인위적으로 지연시키는데 기여할 뿐일 것이다.

_____ 2. 만약 내가 말기 상황에 있거나 회복 불가능한 혼수상태에 있거나 나의 의사가 회복 불가능하거나 치료 불가능하다고 합당하게 느끼는 지속적인 식물인간 상태에 있다면 나를 편안하게 유지시키는데 필수적인 의료조치를 원한다. 그러나 나는 아래의 것은 원하지 않는다.

- _____ (a) 심폐 소생술, 예를 들어 약물 투입, 전기 쇼크, 인공 호흡
- _____ (b) 인위적으로 공급되는 음식과 물
- _____ (c) 병원에 실려 오는 것

_____ 3. 나의 다른 요청들에도 불구하고, 만약 내가 임신한 것으로 밝혀지고, 생명 유지 처치를 지속적으로 행할 때 배아/태아가 출산의 시점까지 자라날 수 있다면 나는 생명 유지 처치가 보류되거나 철회되는 것을 원하지 않는다.

_____ 4. 나의 다른 요청들에도 불구하고, 내 담당 의사들이 나의 상태를 말기적이라거나 회복불가능하고 치유불가능하다거나 내가 지속적인 식물인간 상태에 있다고 합당하게 결론내리기 전까지는 모든 필요한 치료가 나에게 행해지길 원한다.

_____ 5. 나는 나의 생명이 가능한 최대로 연장되길 원한다.

원하는 바에 대한 다른, 또는 추가적인 진술들

_____ 나는 내가 더 이상 요청을 할 수 없는 상태일 때 존중되길 바라는 이 진술들에 대해 추가적으로 제한하거나 단서를 붙이고자 한다.

_____ 붙이지 않고자 한다.

*** 의료에 대한 의사결정 대리인 지정 양식의 실례 - 미국 Maryland 주**

Appointment of Health Care Agent

(만약 귀하가 의료에 대한 대리인을 지정하기 원하지 않는다면 이 양식은 지나치십시오. 만약 귀하가 대리인을 지정하길 원한다하더라도 이 양식 중 답하길 원치 않는 항목은 그냥 비워두십시오.)

- (1) 나, _____(이름, 주소)는 _____(이름, 주소, 전화번호)을 나에게 행해질 의료 조치에 대한 결정을 해 줄 대리인으로 지명한다.
만약 그와 연락이 끊겨거나 나의 대리인으로 활동할 수 없거나 하지 않으려 한다면 나는 _____(이름, 주소, 전화번호)이 이런 활동을 하도록 지명한다.
- (2) 나의 대리인은 나를 위해 의료적 선택을 할 수 있는 충분한 권한을 갖는다.
그 권한에는 다음의 것에 대한 권한이 포함된다.
- a. 의료와 병원 기록을 포함하여 나의 신체적, 정신적 건강 상태에 관한 정보들을 요구하고 받아보고 검토함. 이 정보의 공개에 동의함
 - b. 의료 제공자의 고용과 해임
 - c. 어떤 병원이나 호스피스 시설, 기타 의료시설에 입원하거나 퇴원하는 것을 결정함
 - d. 생명 유지 처치를 포함하여 치료를 중단하거나 보류하는데 동의함
- (3) 나의 대리인의 권한은 아래의 단서에 제한을 넘어설 수 없다.
- _____
- (4) 나의 대리인의 권한은 다음의 경우에 발휘된다.(해당 항목에 서명하십시오)
_____ 내가 나의 건강에 대한 충분한 정보에 근거한 결정을 할 수 없다고 나의 담당 의사와 또 다른 의사가 결정했을 때
_____ 이 양식에 내가 서명했을 때
- (5) 나의 대리인은 내가 여기서 밝힌 특정조치 요청에 기반해서 그리고 그 대리인에게 다른 경로를 통해 알려진 나의 바램에 근거해서 결정을 내려야 한다. 만약 나의 바램들이 알려지지 않았거나 분명하지 않을 때, 나의 대리인은 제안된 치료나 치료의 과정으로부터 또는 치료나 치료의 과정의 보류나 중단으로부터 결과할 이득, 부담, 위험을 고려했을 때 나에게 최선의 이익인 것이라고 판단된 것에 일치하게 결정을 해야 한다.
- (6) 나의 대리인은 그에 의해 결정된 치료에 드는 비용을 그가 책임지지 않을 것이다.
아래에 서명을 함에 있어, 나는 내가 의료 결정 대리인을 지명하는데 있어 정서적으로나 정신적으로 건전하며 그 목적과 결과를 이해한다는 점을 밝혀둔다.
_____ (날짜) _____ (서명)
위 지명자는 의료결정 대리인에 대한 이 지명에 있어 내가 보고 있을 때 서명했으며 나의 개인적인 관찰에 의할 때 의사결정 능력이 있는 상태였다.
_____ (증인) _____ (증인)

* 가치관 표명 양식의 실례

- chadwick R ed. Encyclopedia of Applied Ethics. book1. p45

Values History Questionnaire

이 질문서에 답함으로써 나는 내가 결정을 할 수 없거나 동의를 할 수 없는 상황에서 나에게 대한 의료적 조치를 정하는데 핵심적으로 고려되어야 할 나의 개인적 가치관과 바람들을 표명해 두고자 한다.

- (1) 나는 가능한 한 오래 살기를 원한다. a 내가 건강한 한 b 내가 아프기는 하지만 회복을 기해할 수 있다면 c 내가 영구적으로 무의식 상태에 있을지라도 d. 내가 정신적으로 무능력하다고 하더라도 e 내가 말기 질환에 걸렸더라도
- (2) 나는 고통받지 않기를 원한다. a 예 b 아니오 c 고통완화 약물에 의해 의식이 약간 몽롱해지더라도 d 약물이 나를 졸리거나 자게 만들어도
- (3) 임종이 가까워졌을 때 나는 죽기를 원한다. a 집에서 b 병원에서 c 사랑하는 사람들과 함께 한 상태에서 d 홀로 있는 상태에서
- (4) 나는 편안한 죽음의 과정을 원한다. a 예 b 중요하지 않다 c 생명이 단축되더라도 d 그것이 적극적 안락사나 의사조력 자살을 의미할지라도
- (5) 나의 예후가 말기로 진단되었을 때 나는 원한다. a 확실하게 알게 도기를 b 알게 되지 않기를 c 나의 대리인이 듣기를 d 나의 주치의가 듣기를 e (이름)가 듣기를
- (6) 내가 무능력 상태에 빠졌을 때 나는 부담이 되지 않기를 원한다. a 나의 가족에게 b 나의 가족의 경제 상태에 c 의료진에게 d 사회에
- (7) 나는 의료진이 위에서 표명된 가치관과 바람들을 존중하길 원한다. a 완전히 b 하나의 참고로만 c 상황을 고려하여 d 그들 자신의 판단을 고려하여 e 나의 가족의 바람을 고려하여 f 나의 대리인의 충고에 따라.

_____ (서명)

*** 사전 의사 결정제 운영 지침서의 실례**

- Gundesen Medical Center, Lutheran Hospital, La Crosse, Wisconsin

사전의사결정(ADVANCE DIRECTIVES)

A. 기본정책

어떤 시점에서든, 성인 환자가 자신의 치료에 대해 결정할 능력을 가지고 있을 때는 그가 현재 표명하는 바람이나 욕구가 그가 이전에 해 놓은 사전 의사결정의 효력보다 앞선다. 만약 성인 환자가 치료에 대해 결정할 능력이 없다면 그 때에는 그 환자의 사전 요청이 효력을 발휘한다.

+ 지침(Guidelines)

a 용어에 대한 정의

1. 성인 환자는 18세 이상의 환자를 말한다.
2. 사전 의사결정서는 성인 환자의 바람과 가치관이 드러나 있는 글로서 a) 환자가 스스로 결정을 할 수 없을 때 그 환자의 편에 서서 치료에 대한 결정을 대신 할 대리인을 지명하거나 b) 어떤 조치를 원한다는 것을 환자가 의사에게 구체적으로 요청하거나 c) 대리인도 지명하고 특정한 조치도 의사에게 요청하는 것이다. 이런 규정을 만족시키는 사전 의사결정서는 반드시 특정한 양식을 갖춘 것이어야 할 필요는 없다. 다만 글로 기록되고 인증될 수 있는 것이면 된다.
3. 일차 의사(primary physician)는 환자를 치료할 책임을 맡고 있는 주치의(attending physician)이다.

B. 인증과 말소

사전 의사결정서가 환자의 의무기록에 삽입되거나 제거되기 전에 환자에 의해 지명된 의사나 환자의 일차 의사에게 보고 되어야 한다. 그 의사들은 환자의 사전 의사결정서가 신뢰성과 명확성을 갖추고 있는가를 검토한 이후에 그 진술서를 차트에 집어넣거나 제거하는 것이 적절하다고 판단되면 사실을 기록한다.

의사는 환자의 요구가 신뢰성과 명확성을 갖추고 있는가를 판단하기 위해서 사전 의사결정에 대해 환자와 함께 검토하고 논의하도록 권장한다.

C. 효력

사전의사결정은 그것이 의사에게 범죄적 행위를 하도록 요구하지 않는 한, 의사의 개인적이거나 직업적인 윤리적 책임을 침해하지 않는 한, 직업적 관행으로 공유된 기준을 침해하지 않는 한 이행되어야 한다. 의사가 자신의 개인적인 윤리적 신념 때문에 사전 요청을 존중하기 힘들다면 환자에 대한 치료를 다른 의사에게 넘기는 것에 대해 환자나 환자의 대리인과 논의하여야 한다.

환자 치료와 관련해서 환자에 의해 사전 의사결정된 내용들은, 예를 들어 '소생술 금지'는 주치의에 의해 병원 의사지시서(order sheets)에 기록하여야 한다.

D. 유효성

환자가 사전 의사결정한 것을 무시하려면 아래의 경우 중 하나에 해당한다는 설득력 있고 믿을만한 증거가 있어야 한다.

1. 환자는 사전 의사결정을 행할 때 의사능력이 없었다.
2. 사전 의사결정서가 위조된 것이다.
3. 사전 의사결정된 것을 환자가 이후에 취소하였다.

E. 검토

보통 환자가 원하는 바를 말로 표현했을 때 이에 대해 통상적으로 검토하는 그 이상으로 사전 의사결정된 내용의 이행 여부를 검토할 필요는 없다. 그러나 의심이나 갈등이 발생했을 때 가령 사전 의사결정된 내용과 환자 가족들의 바람이 서로 충돌하거나 사전 의사결정된 내용의 진정성에 대해 의심이 생길 때 그 유효성에 대해 병원 윤리위원회와 상의해야 한다.

F. 기록과 제거의 절차

사전의사결정서는 환자의 의무기록철(active chart) 앞의 푸른색 플라스틱 폴더에 보관될 것이다. 그 폴더에는 '사전 의사결정서'라고 분명하게 표시되어 있어야 하고, 곁에 환자의 이름, 진료 번호, 의사가 기록한 차트에 삽입된 날짜가 쓰여져 있어야 한다. 사전 의사결정서가 이렇게 첨부되면 '사전의사결정서 첨부'라는 구절과 함께, 그 날짜, 의사의 이름이 의무기록(master sheet)에 또한 기록되어야 한다.

사전의사결정서는 환자의 구두나 서면 요청이 있으면 제거하게 된다. 일차 의사는 환자의 의료차트에 취소 날짜를 기록하고 사전 요청서를 환자에게 돌려준다. 환자가 서면으로 한 취소 요청은 차트의 해당 섹션에 남게 된다. 사전 의사결정서의 제거 또는 의무기록(master sheet)에 날짜, '사전 의사결정서 제거'라는 구절, 의사의 이름과 함께 기록된다.

G. 사전 요청서의 전달

환자나 환자의 일차 의사의 요청이 있을 때, 사전 의사결정서의 복사본은 요양병원(nursing home)이나 다른 의료기관에 제공될 것이다.

H. 질문과 정보

환자나 가족, 의료진이 사전 요청에 대해 의문점이 있거나 정보가 필요할 때는 원목실 목사에게 전화로 문의할 수 있다.

의료행위에 대한 사전 지시서 (서울대학교병원 양식)

환자명:

병력번호:

주민등록번호:

설명일자:

의사:

서명

본인 _____는 앞으로 암이 진행하여 소위 말기라고 부르는 상황에 처하게 될 경우를 대비하여 미리 의료진에게 요청을 하는 바입니다. 나는 현재의 질병 상태에 대해 담당의 _____로부터 자세한 설명을 들었고, 정확히 이해하고 있습니다. 향후 혹시라도 부득이한 사정으로 자의적인 의사 표현이 불가능할 경우를 대비하여, 맑은 정신을 지닌 상태에서 다음과 같은 사전(事前) 의료 지시서를 미리 의료진과 가족에게 남기오니, 나의 존엄한 임종을 위하여 본인의 평소 소망대로 해주시기를 바랍니다.

나는 향후 암이 진행됨에 따라 통증이 심해지고, 간간히 가족들을 알아 보는 등 혼수 상태는 아니지만 제 자신의 상태에 대해서 현명하게 판단하고 치료에 대한 올바른 결정을 내리기 힘들 정도로 의식이 약화되는 상황이 나에게도 닥칠 수 있다는 것을 알고 있습니다. 만일 그러한 상황에 처하게 된다면 나는 인간적이고 존엄한 임종을 맞이하길 원하며, 인위적인 생명의 연장에 불과한 치료는 나의 삶에 의미가 없다고 생각합니다. 의학적으로 문제가 없는 한 저에게 시행되는 치료는 다음 정도의 수준에서 이루어지기를 바라는 마음에서 이 사전(事前) 의료 지시서를 남기고 이러한 제 의도가 저의 의료진에게 구체적이고 왜곡 없이 전달될 수 있기를 바랍니다.

- 1) 나는 의식이 없어지고 자발적인 호흡이 곤란한 상태가 되더라도 기도 삽관이나 기관지 절개술 및 인공기계호흡기 치료법은
 - ① 원하지 않습니다 ()
 - ② 아직 결정하지 못하였습니다. 가족들과 의료진에게 판단을 위임합니다 ()
 - ③ 원합니다. ()

- 2) 나는 중환자실 치료가 필요한 상황이 오더라도 회복되어 일반 병실로 돌아올 가능성이 적고, 인위적인 연장의 맥락이라면 중환자실에
 - ① 안 가겠습니다.
 - ② 아직 결정하지 못하였습니다. 가족들과 의료진에게 판단을 위임합니다 ()
 - ③ 가겠습니다. ()

- 3) 나는 혈압이 저하되어 죽음의 문턱이 가까워온 순간이라도 단순한 연장을 위한 인위적인 혈압 상승제 사용은
 - ① 원하지 않습니다 ()
 - ② 아직 결정하지 못하였습니다. 가족들과 의료진에게 판단을 위임합니다 ()
 - ③ 원합니다. ()

- 4) 나는 최후의 순간 심장이 멎고 호흡이 멎는 다면 심폐소생술 (Cardiac pulmonary resuscitation)은
 - ① 원하지 않습니다. 편안하게 임종을 맞게 해주십시오. ()
 - ② 아직 결정하지 못하였습니다. 가족들과 의료진에게 판단을 위임합니다. ()

③ 원합니다. ()

5) 그 외 보조적인 치료에 대해서는 아래의 사항대로 해 주십시오

| 구 분 | 원합 니다 | 치료받기를 원하나 호전이 없을 때는 중단해 주십시오. | 결정하지 못했습니다. | 원하지 않습니다. |
|---|----------|-------------------------------------|----------------|--------------|
| 1. 경구 및 항문 투여 진통제에 의한 통증 조절 | | 해 당 없 음 | | |
| 2. 경구 혹은 경관 영양공급 | | | | |
| 3. 경구 섭취가 불가능할 때 정맥주사를 통한 수분공급 | | | | |
| 4. 경구 섭취가 불가능할 때 정맥주사를 통한 영양공급 | | | | |
| 5. 정맥 투여 진통제에 의한 통증 조절 (호흡곤란, 의식저하 등의 부작용을 감수) | | 해 당 없 음 | | |
| 6. 단순한 진단적 검사 (채혈, 엑스레이) | | 해 당 없 음 | | |
| 7. 수혈 및 혈액제제의 투여 | | 해 당 없 음 | | |
| 8. 회복가능성이 낮은 중증감염에서의 정맥 항생제의 투여 | | 해 당 없 음 | | |
| 9. 비가역적 신기능 손상시 혈액투석 | | | | |
| 10. 전신마취를 필요로 하는 수술 | | 해 당 없 음 | | |
| 11. 호흡곤란 시 코를 통한 산소공급 | | | | |

나의 생명에 대한 가치관을 가장 잘 반영할 수 있는 대리인으로 ()를 지정하며, 여기에 기술되지 않은 사항이 발생한다면, 의료진은 나의 대리인과 상의하여 결정해 주기를 바랍니다. 나는 나의 사전(事前) 의료지시서 내용이 누구에 의해서도 변형되지 않기를 원하며, 또한 이 사전(事前) 의료지시서는 누구의 강요도 아닌 나 자신의 자율적인 선택에 의해, 맑은 정신 상태에서 그 내용의 의미를 잘 파악한 상태하에 이루어진 것임을 밝혀 두며 이에 서명합니다.

년 월 일

| | | | |
|----------|----|------------|----|
| 환자 : | 서명 | 참관인 (환자의) | 서명 |
| 주민등록번호 : | | 주민등록번호 : | |
| 주소 : | | 주소 : | |
| 전화 : | | 전화 : | |

ABSTRACT

Study on withdrawal of life-sustaining treatment and advanced directive

Lee, Geum-Mi

Department of Public Health Medical Law and ethics

Graduate School of Public Health Yonsei University

Even though the withdrawal of life-sustaining treatment on patients in the terminal stage is often being exercised clinically, we have not set up a social agreement as well as the legal basis for this matter yet. Therefore, this study aims at suggesting the requirement of the advanced directive form for the suspension of life expending therapy by checking out the people's attitudes to this practice, and winning the social agreement.

The cases in the study were collected based upon the medical records in August and September, 2006. With regard to the people's attitudes to the case-by-case suspension of life expending therapy, the survey was done through the patterned questionnaire among 38 of protectors or

visitors except for the patients of Y university hospital, and another 83 people besides hospital, who agreed upon participating in the study in October, 2006. The data collected was coded, and analyzed in the manner of chi-square test of descriptive statistics with the use of SPSS 12.0 for Window program.

The result of the study is as follows.

1. As for the people's attitudes to the case-by-case withdrawal of life-sustaining treatment, in case 1 that the patient is conscious, and wants the withdrawal of life-sustaining treatment, 94(79%)of respondents answered positively 'Can withdrawal of life-sustaining treatment', and in case 2 of the aged patient diagnosed as senile dementia whose consciousness is in confusion, 71(59.7%) among the total respondents gave positive answer. In case 3, 72(60.5%) of respondents replied positively; the case 1 showed relatively high ratio of 'can withdrawal of life-sustaining treatment'(Table 4). But in all cases of three, the attentive differences by generally characteristic were not found out.

2. Regarding the reason for the withdrawal of life-sustaining treatment, 'To help patients to face the dignitary death by relieving them from pains' was the most frequent answer compared to other

reasons; it was selected by 81(86%) of respondents in case 1, 47(66%) in case 2, and 42(58%) respectively.

3. Regarding the decision-maker on whether to practice life-sustaining treatment , in case 1 that the patient is conscious, 76(63%) of respondents answered 'Patient should decide', and in case 2, 3 that the patient is not able to decide, 'Family members or doctors in charge are responsible for decision', was answered by 55(46.2%), 56(47.1%) of respondents each showing the highest frequency. The attentive differences by general characteristic were not found out.

4. For the question on the requirement for writing a advanced directive, 98(82.4%) of respondents answered 'Required', and 'Not required' was relatively a bit higher as 14.3% in the answers of over 40s than in 20s and 30s whose ratio shower 5%, and 9.2% each. Also 'Required' was over 80% in both sexes, and 25(92.6%) among the respondents who experienced nursing the patients in terminal stage, higher than 52(78.8%) from the respondents who had no experience of nursing. But the attentive differences about the requirement for writing a advanced directive by general characteristic were not found out.

5. About the question asking whether to write advanced directive, 81(68.1%) of respondents answered 'YES', and 25(21%) of respondents responded as 'DO NOT KNOW'. With regard to the timing of writing advanced directive, 62(52.1%) among the total respondents answered 'When diagnosed as being critically ill', and 24(20.2%) answered 'At the symptom of impending death'.

In conclusion, people respect the right of self-decision of patients, recognizing the requirement for writing a advanced directive, organizing ethics committee in hospital, and legal device for the suspension of life expending therapy. Accordingly, writing advanced directive, which contains the patients' opinion on the life extending therapy while they are conscious, should be institutionalized, and also the procedures, which enable the patients to get help through the advice of ethics committee in hospital should even in case that it is not prepared in time, should be institutionalized.