

‘대한의사협회 연명치료 중지에 관한 지침(2009)’에 대한 한국 중환자 전담의사의 인식

문재영*, 임채만**, 고윤석*

I. 서론

연명치료란 말기 환자의 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료이다.¹⁾ 오늘날 의학기술의 발전으로 인체의 장기가 기능 부전의 상태가 되어도 상당 기간 사망에 이르는 과정을 늦출 수 있게 되어, 의료기관에서 말기 질환으로 연명치료를 받고 있는 환자의 수도 적지 않게 되었다.²⁾ 국내의 조사³⁾에서는 2009년 7월 22일 12시 현재 94,900명의 환자가 256개 의료기관에 입원하고 있었는데, 이 중 1.64%에 해당하는 1,555명이 연명치료 대상 환자로 분류되었다. 의료기관별로는 평균 6.07명

의 연명치료 환자가 있는 것으로 나왔으며 이러한 수치는 장기 요양기관을 제외한 것으로 우리나라의 중환자실 규모를 고려할 때 결코 적지 않은 수치이다.

의사는 환자의 마지막 순간까지 환자의 존엄성을 지켜주고 환자에게 최대의 이익이 돌아가도록 노력할 것을 요구 받는다. 그러나 의학적으로 회생의 가능성이 없는 환자의 생명을 연장하기 위한 치료는 종종 환자의 존엄과 가치에 해를 가하기도 하므로, 연명치료의 중단과 유보의 결정은 복잡하고 민감한 문제이다. 미국, 일본 및 대만 등 여러 나라에서는 이미 무의미한 연명치료의 중단을 인정하고 있으며,⁴⁾ 2006년 개정된 대한의사협회 ‘의사윤리지침’에서도 의사는 죽

교신저자: 고윤석, 서울아산병원 호흡기내과, 02-3010-4700, yskoh@amc.seoul.kr

* 울산대학교 의과대학 서울아산병원 내과 및 인문사회연구소실 ** 울산대학교 의과대학 서울아산병원 내과학교실

1) Lee YS, Koh Y, Heo DS, et al. The Consensus Guideline to Withhold/withdrawal of a Life-sustaining Therapy, ed by KMA K, KHA, Seoul : The ad-hoc committee to set up the guideline on withdrawing of a life-sustaining therapy, 2009.

2) Koh Y, Heo DS, Yun YH, et al. Characteristics and issues of guideline to withdrawal of a life-sustaining therapy. J Korean Med Assoc 2011 ; 54(7) : 747-757.

3) Bae JM, Gong JY, Lee JR, et al. A survey of patients who were admitted for life-sustaining therapy in nationwide medical institutions. Korean Journal of Critical Care Medicine 2010 ; 25(1) : 16-20.

4) Agency NE-bHC. The suggestion of social consensus on withdrawing a life-sustaining therapy in terminally ill patients (NECA10A-0003). Seoul : NECA, 2009 : 494.

음을 앞둔 환자가 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 노력해야 한다고 규정하고 있다.⁵⁾ 하지만 이러한 지침은 사회의 합의를 얻지 못하여 의료현장에서는 담당의사의 판단으로 연명치료가 수행되어 왔다. 2008년 소위 “김 할머니 사건”과 대법원의 판결(대판 2009다 17417)을 계기로 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회는 공동으로 2009년 10월 ‘연명치료 중지에 관한 지침’(이하 지침)을 발표하였으나,²⁾ 실제 의료현장에서 얼마나 적용되고 있는지에 대해서는 알려진 바가 없다. 본 연구는 2009년 발표된 이 지침¹⁾을 의료현장에서 중환자들을 진료하고 있는 의사들이 얼마나 인지하고 있는지, 지침과 연관된 문제점은 무엇인지를 확인하고자 수행되었다.

II. 대상 및 방법

1. 연구대상 및 방법

연구자는 2011년 4월 22일 개최된 대한중환자 의학회(The Korean Society Of Critical Care Medicine)의 제31차 학술대회에 참석한 국내 중환자실 근무의사를 대상으로 설문조사를 시행하였으며, 같은 학술대회 온라인 등록자를 대상으로 전자우편을 이용한 설문조사를 추가로 진행하였다. 대상자는 모두 중환자실에서 환자 치료에 관여하는 의사로 말기 환자 치료 경험의 유무는 별도로 조사하지 않았으며 대상자의 기준으로 포함하지 않았다. 오프라인과 온라인 각각 한 차례씩 모두 두 차례 시행하여 얻어진 설문자료로 분석을 하였다.

2. 자료 수집과 관리

실시한 설문조사에서 설문응답자의 개인정보 보호를 위하여 신분을 알 수 있는 개인식별 정보는 포함하지 않았다. 온라인 등록자를 대상으로 하는 전자우편을 이용한 설문조사는 전자우편 발송을 대한중환자의학회에서 담당하였다. 연구자는 전자우편 설문 대상자에게 설문조사의 취지를 간략히 설명하는 내용을 포함하였으며, 회신에 응답한 사람은 설문조사에 동의한 것으로 간주하였다. 본 연구는 서울아산병원 임상연구심의위원회(IRB)의 승인을 거쳤다(AMC IRB 2011-0530).

3. 설문 내용과 통계 분석

설문지는 인구학적 자료, 근무지 현황 및 근무형태에 관한 자료, 지침에 대한 인지도 및 이해도, 지침 적용에 따른 문제와 의사들이 느끼는 현실적인 장애를 확인하는 내용으로 구성하였다. 지침에 대한 인지도는 지침이 발표된 사실을 알고 있는지 유무를 ‘예’ 또는 ‘아니오’로 선택하게 하였다. 지침에 대한 이해도를 확인하기 위해 팜플렛 형태의 지침을 설문지와 함께 배포하였고, 지침이 발표된 사실을 알고 있는 응답자만을 대상으로 팜플렛의 내용과 본인이 알고 있던 내용이 일치하는지 5점 척도로 비교하도록 하였다. 질문항목은 1) 연명치료 대상 환자, 2) 연명치료의 종류, 3) 연명치료 적용 또는 중지 절차, 4) 환자 및 환자 가족의 권리, 5) 의료진의 역할, 6) 병원윤리위원회 및 이견 조정 절차 등 지침에서 제시하고 있는 여섯 가지 세부 내용이었다. 지침의 적용은 중환자실에서 대상 환자에게 지

5) Choe JY, Kwon I. The current debates and social trends regarding euthanasia and the withdrawal of life-sustaining treatment in Korea. Korean J Med Ethics 2009 ; 12(2) : 127-142.

침을 적용하는 빈도를 고르도록 하였으며, 지침 적용을 어렵게 하는 현실적인 한계를 묻는 질문은 선택문항 이외에 자유기술을 포함하여 소수의견이 있을 시 취합할 수 있도록 하였다. 그 외 모든 문항은 선택 문항으로 구성하였다.

수거된 자료는 개별 문항의 빈도 분석을 하였으며, 범주형 변수는 빈도와 백분율로 분석하고 연속형 변수는 평균, 표준편차, 신뢰구간, 중앙값 등으로 분석하였다. 비교 분석을 위해 비모수 검정인 Mann-Whitney U test와 Fischer exact test 를 이용하였다. 상관관계분석은 하였으나 회귀분석은 시행하지 않았다. 모든 통계 분석은 양측 검정 및 신뢰구간 95%로 통계적 유의성을 검증하였다. 응답을 누락하였거나 응답하지 않아도 되는 문항에 답한 경우 모두 결측 처리하였다.

III. 결과

1. 응답자 특성

403부의 설문지를 배포하여 현장수거, 우편 및 전자우편 수거를 포함한 최종 응답자 수는 85명이었다. 이 중 4부의 회신은 중복된 것으로 밝혀져 최종 응답률은 20.1%였다. 응답자의 일반적 특성은 <표 1>과 같았다. 81명의 응답자 중 65%인 53명이 남성이었고, 30대와 40대가 전체 응답자의 86.4%를 차지하였다. 응답자의 대부분이 현재 중환자실에서 활발히 진료활동을 하고 있는 연령대였다. 47명(58%)이 교수직이었으며, 22명(27.2%)의 전임의 또는 전공의가 응답에 참여하였다. 응답자의 상당수(67명, 82.7%)가 대학병원 소속의 수련병원에 소속되어 있었고, 병상수를 기준으로 한 소속병원의 규모는 1,000병상 이상이 33.3%, 800~1,000병상 규모가 28.4%, 600~800병상이 16.0%,

<표 1> 응답자의 특징

		응답자 n (%)
성별	남	53 (65)
	여	28 (35)
연령대	20~29세	1 (1.2)
	30~39세	40 (49.4)
	40~49세	30 (37.0)
	50~59세	9 (11.)
	60세 이상	1 (1.2)
직위	교수	47 (58.0)
	봉직의	12 (14.8)
	전임의	14 (17.3)
	전공의	8 (9.9)
근무지 형태	대학병원	67 (82.7)
	국공립병원	8 (9.9)
	민간종합병원	6 (7.4)
병상 규모	300~600 병상	18 (22.2)
	600~800 병상	13 (16.1)
	800~1,000 병상	23 (28.4)
	1,000 병상 이상	27 (33.3)
	서울	30 (37.0)
근무지역	경기	15 (18.5)
	강원/제주	5 (6.2)
	충남/충북	3 (3.7)
	전남/전북	7 (8.6)
	경남/경북	21 (25.9)
	내과	35 (43.2)
세부전문과목	마취과	25 (30.9)
	외과	6 (7.4)
	응급의학과	6 (7.4)
	소아과	2 (2.5)
	신경과	0
	신경외과	0
	흉부외과	7 (8.6)

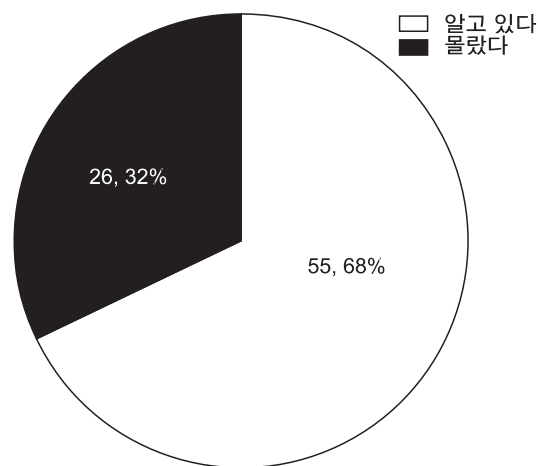
300~600명상이 22.2%로 분포하고 있었다. 응답자가 근무하는 지역은 서울과 경기도가 전체 응답자의 55.6%인 45명으로 가장 많았으며, 그 다음으로는 경남북이 25.9%인 21명, 전남북 7명, 강원 5명, 충남북 3명 순이었다. 이들의 전문과목을 조사하였을 때, 내과가 42% (34명)로 가장 많았고, 마취과가 30.9% (25명)로 두 번째로 많은 분포를 차지하고 있었다. 그 외 흉부외과 7명, 외과 6명, 응급의학과 6명 등이었으며 신경과와 신경외과를 전공한 응답자는 한 명도 없었다. 이는 대한중환자의학회 회원의 세부전공별 분포를 고려할 때⁶⁾ 학회 참석자 분포를 반영하는 것으

로 생각된다. 설문지는 무작위로 배포하였고 직위, 지역, 전공을 각각 구분하여 배포하지 않았으므로 전공이나 지역에 따른 지침에 대한 관심도나 응답률의 차이를 조사된 자료로서 확인 또는 유추할 수는 없었다.

2. 지침에 대한 인지 및 이해

2009년 10월에 발표된 지침의 존재를 알고 있는지를 묻는 질문에 대해 응답자의 32.1% (26명)가 지침 발표 사실조차 모르고 있는 것으로 나타났다<그림 1>. 지침 발표 사실을 인지하고 있는 55명의 응답자 특징을 분석한 결과, 응답자의 세부전공과목에 따라 인지여부의 통계적 차이를 볼 수 있었으며(내과 vs. 마취과, $p=0.046$), 응답자의 직위에 따른 인지여부의 차이(교수 vs. 전임의, 전공의, 봉직의, $p=0.003$)도 확인할 수 있었다<표 2>. 지침을 알고 있다고 응답한 55명 중 18.2% (10명)만이 '지침의 상세한 내용을 읽어보았고 실제로 참고하고 있다'고 하였고, '지침을 상세히 읽어 보았지만 적용하지 못하고 있다'고 답한 응답자가 20.0% (11명), 나머지는 '지침을 직접 보지 못하였고 기사를 통해 단편적으로 알고 있다'가 32.7% (18명), '지침을 읽어본 적 있지만 전혀 기억하지 못한

<그림 1> '연명치료 중지에 관한 지침'의 인지 여부.



<표 2> 응답자 특징과 지침인지 여부와와의 단순상관분석

	지침 인지 여부(인지/전체)		p-value
	내과	마취과	
세부전공과목	28/35	14/25	0.046
직위	교수직 38/47	봉직의/전임의/전공의 18/34	0.003

6) KSCCM, The current status of subspecialties of KSCCM members in 2010, Seoul : The Korean Society of Critical Care Medicine, 2010; Available from: <http://www.kscmm.org/>.

다'가 29.1% (16명)로 나타났다. 응답자에게 지침에 대한 이해도를 여섯 가지 문항으로 분류하여 자발적으로 평가하도록 요구하였다<표 3>. 결과는 1) 연명치료중지 대상 환자를 묻는 문항이 3.7점, 2) 연명치료의 종류를 묻는 문항이 3.6점, 3) 치료중지 절차를 묻는 문항이 3.4점, 4) 환자 및 보호자 권리를 묻는 문항 3.5점, 5) 의료진 역할을 묻는 문항이 3.5점, 마지막으로 6) 이견 조정 절차에 대한 평가는 3.1점으로 가장 낮았다. 여섯 가지 문항의 이해도 평가는 평균 3.5점으로, 지침을 알고 있다고 답했던 응답자들은 평균적으로 자신들의 이해도가 중간 이상이라고 생각하고 있었다. 지침의 발표 사실을 알고 있는 내과 27명과 마취과 13명 응답자들은 여섯 가지 세부 항목에서 이해도 차이를 보이지 않았고, 교수직 37명과 나머지 응답자 16명의 이해도 점수는 차이가 없었다. 하지만, 2~30대 응답자와 4~50대 응답자들은 지침의 내용 중 '4) 환자 및 가족의 권리'에 대한 이해도에서 통계적인 차이(p=0.038)를 보여 상대적으로 젊은 의사들에서 자발적 평가 점수가 높았다.

3. 지침의 적용과 장애

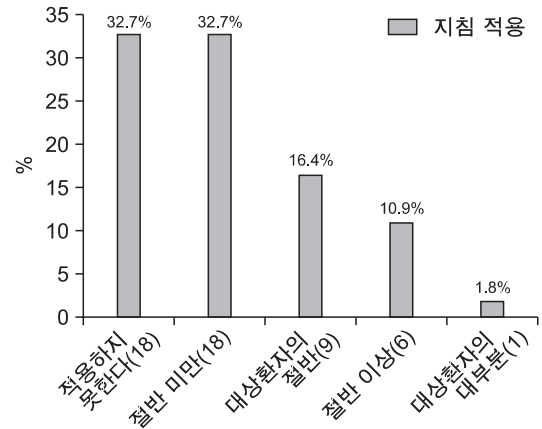
지침의 발표 사실을 알고 있다고 답한 55명

< 표 3> 응답자의 지침 이해도에 대한 자기평가

	전체 (n=55)		내과(27) vs 마취과(13)
	Mean	SD	p-value (CI, 95%)
연명치료 대상 환자	3.7	1.01	0.95
연명치료 종류	3.6	0.95	0.88
치료중단/유보 절차	3.4	1.08	0.44
환자 및 가족의 권리	3.5	0.97	0.59
의료진의 역할	3.5	0.93	0.88
병원윤리위원회 및 이견조정 절차	3.1	0.97	0.37

의 응답자를 대상으로 진료 중 지침을 적용하는 빈도와 적용하는데 따른 문제점을 조사하였다. 전혀 적용하고 있지 못하다고 응답한 경우가 32.7%, 절반 미만의 대상자에게 적용하고 있다고 답한 경우가 32.7%였고, 절반 또는 그 이상의 대상자에게 연명 치료 지침을 적용하고 있는 경우는 응답자의 29.1%로, 항상 적용하고 있다고 답한 응답자는 한 명에 불과하였다<그림 2>. 지침을 적용하는데 느끼고 있는 문제점을 고르라는 문항은 복수의 응답을 허용하였고, 119가지의 응답이 있었다. '연명치료 중지 후 의사에게 법적 책임을 묻지 않는 법적 장치가 없다'는 법제도의 미비를 지적한 경우가 가장 많아 전체

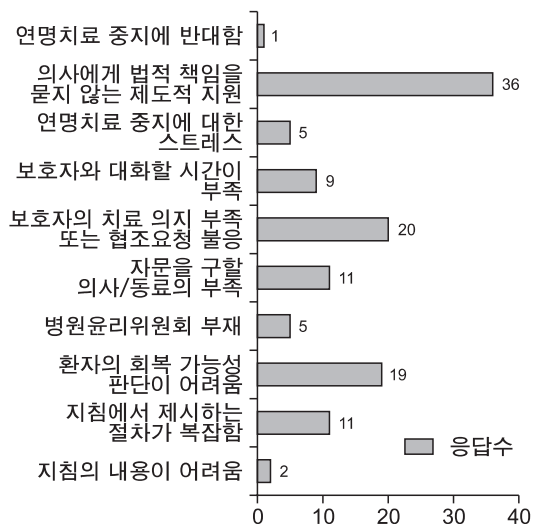
<그림 2> 중환자실에서 지침을 적용하는 빈도.



응답의 30.3%에 달하였다<그림 3>. '보호자의 적극적 치료 의지 또는 협조요청 불응(16.8%)', '대상 환자의 회복 가능성에 대한 의학적 판단이 어렵다(16.0%)', '자문을 구할 마땅한 의사가 없다(9.2%)', '병원윤리위원회가 없다(4.2%)'와 같이 연명치료 중단 결정을 지원해줄 병원의 제도적 장치와 지원 부족을 지적한 응답이 많았다. 10.9%의 응답에서는 '지침에서 제시하는 절차가 복잡하다'거나 '지침의 내용이 이해하기 어렵다'와 같은 지침의 문제를 제기하였다. '보호자와 연명치료 중지에 대해 대화할 시간이 부족하다(7.6%)'와 같이 진료 등 업무의 과중, 그리고 '연명치료 중지에 대한 스트레스(7.6%)'도 지침 적용을 가로막는 장애 요인의 하나로 볼 수 있었다.

지침의 발표 사실을 인지하고 있지 못한 응

<그림 3> 지침을 적용하기 어려운 이유.



답자에게는 말기 치료 결정(end-of-life decisions)을 어떠한 절차로 진행하고 있는지를 답하게 하였다. 대부분의 응답자인 88%가 '의료진과 가족이 함께 충분히 상의하여 결정한다'고 답하였으며, 나머지의 경우 '객관적 의학적 근거로 판단하여 담당의사가 판단'하거나 '병원윤리위원회에서 결정한다'고 대답하였다. 한 명의 응답자는 '결정하지 않는다'고 답하였다.

IV. 고찰

2007년 건강보험심사평가원 청구자료 분석⁴⁾에 따르면, 2007년 전체 사망자의 60%가 의료기관에서 사망하였으며, 10년 전과 비교할 때, 의료기관에서의 사망은 꾸준히 증가하는 추세를 보였다. 또한 사망 1개월 내 의료기관을 이용한 182,307명의 수진자 가운데 연명치료를 받을 가능성이 있다고 추정되는 상병코드가 기록된 환자가 138,181명이 되었다. 이렇듯 의료기관에서 생을 마감하는 비율이 증가하는 경향은 외국의 보고⁷⁾와 다르지 않다. 하지만 급격한 노령화 사회로 이행하고 있는 우리의 현실과 비교할 때, 지난 10여 년 동안 말기 환자의 연명치료와 연명치료의 중단에 관한 논의는 아직도 초보 단계이다. 중환자실에서 연명치료 중 사망하는 과정에서 환자뿐만 아니라 환자의 가족들이 느끼는 경험은 매우 고통스러우며,⁸⁾ 한 조사에서는 중환자실 환자 가족의 75.5%, 배우자의 82.7%가 불안과 우울증을 경험한 것으로 나타났다.⁹⁾ 따라서 중환자실에서 이루어지는 말기 환자의

7) Angus DC, Barnato AE, Linde-Zwirble WT, et al. Use of intensive care at the end of life in the United States: an epidemiologic study. Crit Care Med 2004 ; 32(3) : 638-643.

8) Sinuff T, Giacomini M, Shaw R, et al. "Living with dying": the evolution of family members' experience of mechanical ventilation, Ibid 2009 ; 37(1) : 154-158.

9) Pochard F, Darmon M, Fassier T, et al. Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients before discharge or death. A prospective multicenter study. J Crit Care 2005 ; 20(1) : 90-96.

연명치료를 둘러싼 문제는 비단 사회의료비용의 정의로운 실천에 국한된 것이 아닌, ‘환자에게 최선의 이익이 돌아가도록 하고 환자 가족의 어려움을 헤아려야 한다’는 의료의 본질을 실천하는 근본적인 물음이다. 2002년에 대한의사협회는 ‘임종환자의 연명치료 중단에 관한 의료윤리지침’을 발표하였지만 지침들이 사회의 공감을 얻지 못함으로써 의료현장으로 확산되지 못했다. 의식 없이 장기간 인공호흡기치료 중인 환자의 가족들이 요청한 인공호흡기제거를 수용한 2009년 5월 21일 대법원의 판결(대판 2009다 17417)¹⁰⁾을 계기로 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회는 사회 각계의 위원 10명으로 구성된 ‘연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회’를 구성하고 2009년 10월 ‘연명치료 중지에 관한 지침’을 발표하였다.²⁾ 본 연구는 중환자들을 진료하고 있는 의사들이 2009년 발표된 이 지침을 얼마나 인지하고 있는지, 의료현장에서 지침을 적용하는데 느끼는 어려움이 무엇인지를 확인하고자 하였다.

조사 결과 낮은 수거율과 응답률은 학회 현장의 학술 프로그램 일정 가운데서 대상자들이 미처 설문을 작성하지 못했기 때문으로 보이나 그만큼 중환자를 담당하고 있는 의사들에게 연명치료중지에 관한 관심이 높지 않음을 반영한다 하겠다.

최종 응답률은 높지 않았으나 응답자의 많은 수(75.3%)가 대학 및 수련병원에서 교수직 또는 전임의로 근무하는 등 젊은 수련의들에게 실질적인 영향을 줄 수 있는 위치에 있었다. 또한 현재 활발히 진료 활동에 참여하고 있는 연령대가 많이 응답하였고, 응답자의 근무 지역과 세부

전공의 분포 역시 대한중환자의학회 회원 분포를 반영하고 있어, 이들의 경험과 응답내용이 현재 국내 수련 병원 중환자실의 현실을 잘 반영할 수 있는 자료로 생각되었다.

이번 조사에서 응답자의 32.1% (26명)가 지침의 존재를 모르고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 그 동안 지침이 필요하다는 것에 대다수(96.6%)가 동의하고 있다는 연구 결과¹¹⁾에 비추어 역설적이다. 이는 응답자의 특징이 반영된 결과로 생각되는데, 응답자의 세부전공과목(내과 vs. 마취과)과 직위(교수 vs. 전임의/전공의/봉직의)에 따라 지침의 인지여부 비율이 의미 있는 차이를 보였다. 연명치료 대상 환자를 많이 접하는 세부전공과목의 임상의와 지침에 대한 접근도가 높은 교수직이 지침에 노출될 기회가 많았거나 연명치료 중지에 대한 관심이나 지침의 요구도가 높았을 것으로 추측된다. 따라서 지침의 홍보 효과를 높이기 위해서는 전공과목을 고려하여 각 전공과목학회 단위로 홍보가 될 수 있도록 하고, 교수로 활동중인 중환자 전담의사 이외에 중환자 진료에 참여하고 있는 봉직의나 전임의를 대상으로 하는 홍보와 교육이 필요하다.

지침에 대한 이해도를 자발적으로 평가해 줄 것을 요청하였을 때, 응답자들은 평균적으로 자신들의 이해도가 중간 이상이라고 생각하고 있었다. 그러나 ‘지침을 기사를 통해 단편적으로 알고 있거나’, ‘지침을 읽어보았으나 기억하지 못한다’는 응답자가 절반을 상회하는 결과로 보아, 응답자들의 호의적인 평가가 반영된 결과일 수 있음을 조심스럽게 예측해볼 수 있겠다. 여섯 가지 문항 중 ‘6) 병원윤리위원회 등 이견 조정 절차’의 이해도가 가장 낮은 점수로 나타난 것은

10) 2009Da17417 Decided. ed by Decision SCFP. Seoul : Supreme Court, May, 2009.

11) Kim SY, Kang HH, Koh Y, et al. Attitudes and practices of critical care physicians in end-of-life decisions in Korean intensive care units. Korean J Med Ethics 2009 ; 12(1) : 15-28.

연명치료 중단이 담당 의료진과 환자 가족 사이의 합의에 의해 결정되고 있으며, 병원윤리위원회와 같은 조정기구의 역할이 미미한 상황을 시사한다.

중환자실에서 대상 환자의 절반 이상에서 연명치료 지침을 적용하고 있는 응답자는 전체의 1/3에 불과하여, 발표된 지 2년 가까이 지났지만 아직까지 의료 현장에서 지침이 효과적으로 적용되지 못하고 있었다. 이는 앞선 결과에서 보듯 홍보 및 교육의 필요성을 드러내고 있다 하겠다. 지침을 적용하지 못하는 이유로 '연명치료 중지 후 의사에게 법적 책임을 묻지 않는 법적 장치가 없다'는 법제도의 미비를 지적한 응답의 비율이 가장 높았다. 이는 법과 제도의 도입과 실행이 의료 현장에서 말기 환자의 연명치료 중단 논의와 실천을 활성화하는데 시급한 과제라는 점을 상기시켜 주었다. 또한 '보호자의 적극적 치료 의지 또는 협조요청 불응'시 이를 해결할 수 있는 병원 및 사회의 제도적 장치가 마련되어야 하며, 지침에서는 이러한 이견조정 절차를 위해 병원윤리위원회의 역할을 제시하고 있다. 하지만 아직까지 의료 현장에서는 '대상 환자의 회복 가능성에 대한 의학적 판단이 어렵다'고 느끼며, '자문을 구할 마땅한 의사가 없다'는 지적도 있어, 일개 병원단위의 정책적 관심과 지원의 부족도 지침이 확산되지 못하는 요인 중에 하나임이 드러났다. 기존의 연구¹²⁾에서 병원윤리위원회의 필요성에는 동의하지만 의료진들은 병원윤리위원회의 역할에 회의적인 반응을 보였으며, 이번 연구에서도 병원윤리위원회의 역할을 지적한 응답을 확인할 수 있었다. 따라서 의료현장에서 지침이 효과를 발휘하기 위해서는 병원윤리위원회

를 활성화하는 방안이 함께 마련되어야 하겠다. 그 밖에 보호자와 연명치료 중지에 대해 대화할 시간이 부족할 정도의 과중한 진료 업무, 그리고 의료진이 '연명치료 중지에 대한 스트레스'를 상담할 수 있는 여건의 부족은 지침의 실천을 단지 의료진 한 사람의 의무로서만 강요할 수 있는 문제가 아님을 시사한다.

요약하면, 조사 결과 지침이 발표되고 1년 이상의 시간이 흘렀지만, 아직까지 우리의 의료 현장에서 지침은 효과적으로 적용되지 못하고 있었다. 또한 중환자 전담의사의 세부전문과목과 전담의사의 직위에 따라 지침에 대한 접근성의 차이가 존재하고 있었으며, 많은 수의 의사들이 지침을 직접 접하지 못하였음에도 의사들은 지침에 대한 본인의 이해도가 평균 이상이라고 높게 평가하고 있었다. 지침을 알고 있는 의사들은 법적 제도적 지원의 부족함을 지침 적용의 가장 큰 걸림돌로 꼽았다. 본 연구의 낮은 응답률과 적은 응답자 수는 연구의 한계점으로 결과 해석에 주의가 필요하겠다. 하지만, 응답자의 특징과 분포로 볼 때 이들의 응답내용이 현재 국내 수련 병원 중환자실의 현실을 잘 반영할 수 있는 자료로 생각된다.

말기 환자의 연명치료 중단은 환자의 이익과 존엄성에 입각하여, 윤리원칙의 기반 위에 이루어져야 한다.¹³⁾ 의료인들은 사망과정의 불필요한 고통을 최소화하고 임종환자의 품위를 유지할 수 있도록 도와야 한다.²⁾ 연명 치료 대상자가 점차 많아지고 있는 우리 현실에 비추어 2009년 마련된 지침은 보다 신속하고 널리 중환자실에서 적용될 수 있어야 한다. 이를 위하여 각 의학 전문단체는 소속 의료인을 대상으로 홍보 및 교

12) Kwon I, Koh Y, Yun YH, et al. A study of the attitudes of patients, family members, and physicians toward the withdrawal of medical treatment, *Ibid* 2010 ; 13 : 1-16.

13) Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, et al. Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. *Intensive Care Med* 2004 ; 30(5) : 770-784.

육을 강화하고, 병원마다 병원윤리위원회의 역할을 재고하는 등 제도적 장치를 보완할 필요가 있다. 아울러 환자와 일반인들을 대상으로 죽음을 준비하는 교육을 마련해야 한다.

무엇보다 국가의료제도와 정책적 배려 그리고 이에 관한 사회적 동의 획득이 시급하다. 국내 중환자실에서 담당의사가 연명치료의 중지를 환자의 가족들로부터 요청 받는 많은 경우에서 진료비 등 경제문제와 연관되어 있다. 따라서 윤리 혹은 의학 논리만으로는 문제를 해결하기가 어렵다. 응급환자 및 중환자들의 진료비를 국가가 대납하는 진료비대여 제도 도입 등 사회 공적 부조의 확대와 이에 관한 사회적 공감대 형성이 필요한 이유이다.²⁾ 법과 윤리의 잣대로만 연명치료 중지의 문제를 다루는 시각에서 벗어나 다각도로 접근할 수 있을 때 복잡하고 어려운 의료현장에서 지침을 구현하고 환자의 존엄과 권리도

확대될 수 있을 것이다.

Acknowledgement & COI

전자우편 발송을 협조해주신 대한중환자의학회 조유진님에게 감사 드립니다.

본 연구와 관련하여 연구자들은 어떠한 금전적, 비금전적인 대가를 받지 않았으며, 설문응답자에게 참가비 등을 지급하지 않고 응답자의 자발적 참여를 통해 진행하여 이해상충의 소지가 없음을 밝힙니다. ☺

색인어

연명치료, 치료유보와 중단, 말기치료, 중환자실, 지침

The Level of Awareness among Korean Physicians of the Consensus Guidelines to Withhold or Withdraw Life-Sustaining Therapies

MOON Jae Young*, LIM Chae-Man**, KOH Younsuck***

Abstract

In order to promote the dignity of terminal patients and improve end-of-life care (EOL care) in Korea, consensus guidelines to the withdrawal of life-sustaining therapies (LST) were published in October, 2009. The goal of this study was to assess the level of awareness of the guideline among physicians working in intensive care units (ICUs) in Korea and to identify barriers to the application of the guidelines. We surveyed 81 physicians working in ICUs in Korea. 32.1% of respondents were unaware of the guideline and 65.4% of respondents thought that the guidelines were not practical in the context of their ICUs. This study found that the biggest obstacle to the application of the guidelines was the lack of legal support. Ethical reasoning does not often work to resolve issues surrounding EOL care in Korean culture. In order to protect and enhance the dignity and autonomy of terminal patients, the improvement of the national health care system, more practical guidelines, and further social consultation are needed.

Keywords

the consensus guideline, withholding and withdrawing, life-sustaining therapy, end-of-life care, Korean ICU, social system

* Department of Internal Medicine, Department of Medical Humanities and Social Sciences, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine

** Department of Internal Medicine, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine

*** Department of Internal Medicine, Department of Medical Humanities and Social Sciences, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine: *Corresponding Author*