

임종기 환자 의료 결정에 대한 의사의 태도: 완화적 진정을 중심으로**

오승민***, 박미현****, 김영훈*****, 김평만*****

요약

완화적 진정은 말기 환자가 임종할 때까지 지속적인 깊은 진정을 유도하는 의료행위로, 임종을 앞당기려는 의도 없이, 다른 방법으로는 조절이 불가능한 여러 증상을 경감시키려는 목적으로 시행되는 완화의료적 접근이며, 안락사나 의사조력자살과는 분명하게 구분되는 의료 행위이다. 그러나 그 경계의 모호함으로 인하여 직접적인 시행에는 지속적으로 논란이 있다. 이에 본 연구에서는 완화적 진정을 중심으로 임종기 의료 결정에 대한 의사의 태도를 파악하고 이를 토대로 진료지침 및 관련 교육과정 개발을 위한 기초자료를 제시하고자 한다. 이를 위해 전국 5개 병원의 전문의 88명을 대상으로 2013년 5월 및 9월에 직접적 지면기입방식의 설문조사를 시행하였다(응답율 95.5%). 설문지는 기존의 임종기 의료 결정에 관한 인식 조사 연구에서 사용된 것으로 크게 능동적 적극적 안락사, 의사조력자살, 연명의료의 유보 및 중단, 그리고 완화적 진정에 대한 내용으로 구성되었다. 그 결과 연명의료유보(73.8%), 완화적 진정(47.6%), 연명의료중단(20.2%), 능동적 적극적 안락사(8.3%), 의사조력자살(4.7%)의 순으로 찬성하였으며, ‘모르겠다’라고 응답한 비율은 완화적 진정(27.3%), 연명의료중단(20.2%), 의사조력자살(15.4%), 능동적 적극적 안락사(10.7%), 연명의료유보(9.5%) 순으로 나타나 완화적 진정에 대한 전반적인 인식 정도가 낮음을 알 수 있다. 이에 완화적 진정과 능동적 적극적 안락사나 의사조력자살과의 구분 등 임종기 의료 결정에 있어서의 진료지침의 개발과 이에 대한 졸업 후 의학교육의 시행이 시급히 이루어져야 하며, 이에 단순하게 한 순간의 의료 행위 여부만을 결정하는 것이 아니라 환자 및 보호자, 사회문화적 환경을 고려한 연속적인 의사소통 과정으로 이해되어야만 한다는 점도 반영되어야 할 것이다.

색인어

임종기 의료결정, 완화적 진정, 의사 인식, 진료 지침, 졸업 후 의학교육

교신저자: 김평만, 가톨릭대학교 의과대학 인문사회융합학과, Tel: 02-2258-1056, Fax: 02-2258-1030, e-mail: justino99@catholic.ac.kr

* 본 연구는 성의기초과학연구사업(5-2014-B0001-00013)의 지원을 받아 수행되었음.

** 본 논문이 다루고 있는 임종기 의료 결정 과정에 대한 설문지 개발과 조사 시행은 김수정, 나현오, 안성희, 이강숙, 이광재, 임선희, 정재우, 최병인, 홍영선(가나다 순, 존칭 생략)의 도움으로 이루어졌습니다. 깊이 감사드립니다.

*** 가톨릭대학교 보건대학원 **** 가톨릭대학교 간호대학 ***** 가톨릭대학교 의과대학

I. 서론

호스피스 완화의료의 구체적 시행 중 합법적이고 윤리적으로 타당한 의료 행위의 범위는 어디까지인지에 대한 의문은 계속 제기되어오고 있으며, 이러한 임종기 의료 결정에 있어서 가장 중요한 법적, 윤리적 논의 중 한가지는 시행된 의료 행위가 자연스러운 죽음의 시점을 앞당기는 결과를 가져오는지 아닌지의 여부에 있다[1-4]. 환자의 직접적인 안락사 요구에 의사가 직접적으로 약물을 처방 및 투여하여 임종에 이르게 하는 능동적 직접적 안락사와 같이 판단이 명백한 경우에는 비윤리적, 비합법적인 행위로 강력하게 저지되고 있으나, 의사조력자살, 연명의료의 유보 및 중단, 완화적 진정과 같은 의료 행위의 일정 부분은 안락사와의 경계가 모호함에도 실제 임종기 의료에 있어서 시행되고 있는 것이 사실이다[5]. 이러한 임종기 의료 결정 중 완화적 진정(palliative sedation)이란 말기 진정(terminal sedation)과 함께 사용되는 용어로 완화의료에서 임종이 임박한 말기 환자에서 다른 의료로는 조절이 불가능한 증상을 경감시키기 위하여 환자의 의식을 소실시켜서 증상을 경감시키고자 하는 방법[6]을 말한다. 말기암으로 인한 육체적 통증을 조절하기 위한 여러 의료에도 불구하고 정신 심리적인 고통은 경감하지 않을 때 지속적인 깊은 진정 상태 유지가 도움이 되었다는 보고[7]에서도 드러나듯이, 완화적 진정이란 말기 환자가 임종할 때까지 지속적인 깊은 진정을 유도하는 의료 행위으로써 다른 방법으로는 조절이 불가능한 여러 증상을 경감시키려는 목적으로, 생명을 단축시키거나 임종을 앞당기려는 의도가 전혀 없는 상황에서 시행되는 완화의료적 접근의 한 방법으로 안락사나 의사조력자살과는 분명하게 구분되는 의료행위[8]인 것이다.

실제 임상상황에서 완화적 진정이 실시된 경우를 살펴보면, 우선 벨기에에서 1,690 사례의 임종기 환자의 의료기록을 후향적으로 분석하여 완화적 진정이 8~15%에서 시행되었음을 보고하였으며[9], 스페인에서 시행된 가정 방문 진료에서의 완화적 진정에 대한 후향적 연구에서는 말기암을 앓고 있는 가정 방문 진료 대상 환자 중 14%에서 완화적 진정이 시행되었으며, 평균 3일 이내에 임종에 이르렀다고 하였다. 이 때, 완화적 진정이 시행된 이후에 보호자와 의료진 모두에서 환자의 고통은 인지되지 않았다고 밝혔으며, 이러한 시행의 결정은 의료진과 보호자의 논의를 통해 시행되었고, 가정 방문 진료 영역에서도 완화적 진정은 고려해 볼 수 있는 임종기 의료 결정이라고 하였다[10]. 중국에서 말기암 환자의 진료 기록을 토대로 완화적 지속적 진정이 시행된 내용을 후향적으로 조사한 연구에 따르면, 244명의 조사 대상자 중 33.6%인 82명의 환자에서 완화적 진정이 임종에 이를 때 까지 시행되었다고 보고하였으며, 조절되지 않는 섬망과 호흡곤란이 가장 주요한 시행 원인이었고, 진정 시간은 평균 24.65시간이었으며, 진정이 시행된 군과 그렇지 않은 군 사이의 입원에서 임종에 이르기까지의 시간적 차이는 나타나지 않았다[11]고 하였다. 이스라엘에서 시행된 후향적 연구에 따르면, 조사 대상 179명의 환자 중 임종기 완화적 진정은 21.2%에서 시행되었으며, 주요한 증상으로는 진전, 섬망, 통증, 호흡곤란이었다. 완화적 진정 시행 후 임종까지의 시간은 평균 73시간이었으며, 완화적 진정이 시행된 군과 그렇지 않은 군 사이에서 유의한 시간 차이는 나타나지 않았다고 하며, 완화적 진정이 임종을 앞당긴다는 의료진 또는 사회적인 두려움은 불필요하다고 밝혔다[12]. 또한 불명확한 원인으로 전신적 근긴장이상을 가져온 34세 여성 환자

의 의료 과정 사례를 설명하면서 최종적으로 임종기에 완화적 진정이 시행되었으며, 이는 보호자까지 포함한 다각적인 접근과 환자 중심의 의료 계획 과정의 한 부분이었음을 강조하며 임종기 의료 결정에 있어서 고통의 경감을 위하여 완화적 진정의 사용에 대한 고려가 필요함을 밝힌 [13] 사례 연구도 보고되었다. 미국에서 완화의학 병동에 근무하는 의사들을 대상으로 시행한 조사에서 환자가 무의식 상태에 계속 머물게 하는 것이 완화적 진정의 의도가 아니며 다른 방법으로는 조절할 수 없는 육체적, 정신 심리적 증상을 경감시키는 것이 완화적 진정의 목적이라는 점, 즉, 환자의 무의식 상태는 완화적 진정을 시행하는 의도가 아니라 부작용에 해당하는 것으로 보아야 하며, 의사조력자살이나 안락사와는 확연히 다르다는 견해에 85%가 동의하였으며, 이들 중 10%는 실제로 지난 1년 사이 동안에 임종기 완화적 진정을 시행한 경험이 있다고 밝혔다[14]. 이와 같이 완화적 진정은 호스피스 완화의료 영역에서 실제적으로 시행되고 있으나, 명확하고 통일된 표준 진료지침은 아직 정해지지 않은 상황이다[15].

제 7차 유럽 완화의학 질향상 프로젝트 위원회(European Commission Seventh Framework Programme project aimed at optimizing the quality of palliative care in Europe)에서 국제적으로 저명한 21명의 완화의학 전문가를 대상으로 시행한 질적 연구에서도 지속적인 깊은 진정의 시행에는 안락사와 겹치는 회색 지대(grey area)가 존재하며, 실제적으로 정신적이고 심리적인 고통의 경감 여부는 불분명하며, 이와 함께 인공 영양이나 수액이 중단되는 것은 생명을 단축시킬 수 있는 행위로 문제가 발생함을 지적하였다. 또한 완화적 진정을 포함하여 여러 임종기 의료 결정에서는 행위의 의도가

중요할 수 밖에 없으며, 이 의도에 따라서 의료 행위 윤리성에 대한 판단이 가능하다[16]고 하는 등 완화적 진정에 관해서는 아직 여러 논의가 진행 중임을 알 수 있다. 또한 연속적이고 깊은 무의식 상태를 유도하는 완화적 진정은, 안락사와는 분명하게 그 행위의 의도가 다르다는 점에서는 구분되지만, 사회윤리적 관점에서는 영속적인 무의식과 죽음을 확연하게 구분하기 힘들다는 견해도 제기되고 있으며[3,17], 진정에 사용되는 약물의 농도가 증가되어야 하는 임상 상황이나, 일반적으로 예상되는 임종 시점 보다 완화적 진정 후에 더 빠르게 임종하게 된 경우에는 안락사 또는 의사조력자살과의 구분은 어려운 것이 사실이다[18]. 실제로 벨기에에서 임종기 가정 방문 진료팀에서 근무하는 52명의 일반의를 대상으로 한 질적 연구에서는 임종기 완화적 진정은 임종을 앞당길 수 있는 의료 행위라는 기존의 통념에 따라서 환자의 안락사 요구가 있을 때 진정제의 농도를 증가시킨다는 점을 밝혀내었다[19].

아직 명확한 표준 진료지침이 마련되어 있지 않으며, 회색 지대가 존재하는 임종기 의료 결정 상황에서 완화적 진정에 대하여 의료진이 갖고 있는 인식과 태도는 그 결정 과정에 중요한 영향을 미친다. 네덜란드에서 54명의 완화의학 전문의를 대상으로 의식의 소실을 가져오는 진정의 깊이 정도에 대한 견해를 조사한 질적 연구에 따르면 완화적 진정을 시행할 때 약한 진정부터 시작하여 꼭 필요한 경우에만 진정제 농도를 증가시키는 의사와 초기부터 깊은 진정을 유도하여 증상을 조절하는 의사로 나뉘며, 이는 환자와의 의사소통이 주는 의미에 대한 태도, 임상 증상 조절 정도에 대한 태도 등에 의사가 완화적 진정의 시행과 그에 따른 임상적 변화 양상에 대해서 어떤 인식을 갖고 있느냐에 따라 영향을 받는다

고 하였다[20]. 실제로 스위스에서 임종기 의료 결정 중 완화적 진정에 대하여 31명의 의사를 대상으로 시행한 질적 연구에서는 완화의학 전문 의에서 보다 일반 의사에서 완화적 진정을 죽음을 앞당기는 의료 행위로 의사조력자살과 비슷하다고 인식하고 있는 경우가 많았으며, 따라서 시행을 꺼려하는 것으로 나타났다. 임종기에 지속적으로 수면 진정 상태가 유지되는 것은 진정제의 남용 또는 비숙련적인 사용의 결과로 인식하기도 하였다[21]. 의료진들이 임종기에 행해지는 의료 행위에 대해서 어떠한 태도를 갖고 있는지는 구체적인 의사 결정 및 시행과 관련하여 중요한 함의를 갖고 있는 것이다.

이에 기존의 국내외 연구에서 의료진들을 대상으로 하여서 연명의료 중단이나 심폐소생술 거절, 능동적 적극적 안락사 등에 대한 인식 조사가 이루어져 왔다. 미국에서 전국의 1,144명의 의사를 대상으로 시행된 설문 조사에서는 의사조력자살에는 69%, 말기진정에는 18%, 연명의료중단에는 5%가 반대하였으며 이에 는 의사의 종교적 신념, 자라온 문화적 배경, 임종기 환자를 의료해본 경험 등이 영향을 준다고 하였다[22]. 국내에서는 특히 연명의료중단에 관하여서 사회적으로 공론화를 가져왔던 대표적인 사례인 2008년 세브란스병원 김 할머니 사건 이후에 기존의 무익한 연명치료의 중단이 연명의료의 유보 및 중단으로 변경되고, 사전의료지향서(Advanced Directives), 연명의료계획서(Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) 등 임종기 의료 결정에 대한 여러 논의가 활발하게 진행되어 왔다[6,23-30]. 그러나 아직까지 완화적 진정 자체나 완화적 진정을 포함한 임종기 의료 결정 태도에 대한 연구는 의과대학생들을 대상으로 한 2008년도 조사[23] 외에는 없는 상황이다. 이에 본 연구에서는 실제 임

상 현장에서 환자를 보고 있는 전문의를 대상으로 하여 죽음의 시점 및 다른 임종기 의료 결정에 대한 인식과 함께 완화적 진정에 대해서 갖고 있는 인식을 조사하고, 이를 통해서 임종기 의료 결정에 있어서 의사의 윤리적 의사 결정을 돕는 진료지침의 개발과 관련된 교육 시행에 필요한 기초자료를 제공하고자 한다.

II. 대상 및 방법

본 연구는 가톨릭대학교 성의교정 연구윤리심의위원회(MC12QISI0185)의 승인 후 시행되었다.

설문조사는 전국 5개 대학병원의 2013학년도 신규 임용 교원 88명을 대상으로 하여 시행되었으며, 설문의 응답자는 84명(응답률 95.5%)이었다. 설문지는 총 11문항으로 조사 대상자의 인구통계학적 특성(5문항) 및 죽음의 시점에 대한 태도(1문항), 임종기 의료 결정에 대한 태도(5문항)로 구성되었다. 설문 문항은 기존 연구 논문에서 사용된 임종기 의료 결정에 대한 내용[12]을 임상의료윤리 교육과정 개발을 담당할 2명의 완화의학 전문의, 7명의 생명윤리학자, 1명의 의학통계 전문가의 검토 및 수정을 거쳐서 작성되었으며, 크게 능동적 직접적 안락사, 의사조력 자살, 연명 의료의 유보 및 중단, 완화적 진정의 내용에 관한 의료 행위의 동의 여부를 찬성한다, 찬성하지 않는다, 모르겠다 중에서 선택하여 응답하게 하였다. 이 때 능동적 직접적 안락사는 ‘고통을 겪고 있는 말기 환자가 사망을 일으키는 약물 투여를 요구하였다. 이에 담당 의사가 치명적인 약물을 직접 주입하려 한다.’로, 의사조력 자살은 ‘고통을 겪고 있는 말기 환자가 자살을 위해서 자가 투여할 치명적 약물 처방을 요구하였다. 이에 담당 의사는 치명적 약물을 제공하려 한다.’로, 연명 의료의 유보는 ‘말기 환자

<Table 1> Questionnaires on end-of-life care decision makings asked to Korean doctors [23]

End-of-life interventions	Explanation in Korean on each interventions
Voluntary active euthanasia	‘고통을 겪고 있는 말기 환자가 사망을 일으키는 약물 투여를 요구하였다. 이에 담당 의사가 치명적인 약물을 직접 주입하려 한다.’
Physician assisted suicide	‘고통을 겪고 있는 말기 환자가 자살을 위해서 자가 투여할 치명적 약물 처방을 요구하였다. 이에 담당 의사는 치명적 약물을 제공하려 한다.’
Withholding life-sustaining management	‘말기 환자가 인공호흡기, 수액 주사 등의 연명 의료를 처음부터 거부하였다. 이에 담당 의사는 연명 의료를 시작하지 않으려 한다.’
Withdrawing life-sustaining management	‘인공호흡기, 수액 주사 등의 장치에 의존하여 연명하고 있는 말기 환자가 장치 제거를 요구하였다. 이에 담당 의사는 이 장치를 제거하려고 한다.’
Palliative sedation	‘다른 방법으로는 증상이 조절되지 않는 말기 환자에게 진정제를 투여하였더니 효과가 있었으나 의식은 소실되었다. 진정제를 중단하면 증상이 재발하므로 담당 의사는 임종 때까지 지속적으로 진정제를 투여하려고 한다.’

가 인공호흡기, 수액 주사 등의 연명 의료를 처음부터 거부하였다. 이에 담당 의사는 연명 의료를 시작하지 않으려 한다.’로, 연명 의료의 중단은 ‘인공호흡기, 수액 주사 등의 장치에 의존하여 연명하고 있는 말기 환자가 장치 제거를 요구하였다. 이에 담당 의사는 이 장치를 제거하려고 한다.’로, 완화적 진정은 ‘다른 방법으로는 증상이 조절되지 않는 말기 환자에게 진정제를 투여하였더니 효과가 있었으나 의식은 소실되었다. 진정제를 중단하면 증상이 재발하므로 담당 의사는 임종 때까지 지속적으로 진정제를 투여하려고 한다.’로 설명하였으며 이는 기존에 시행된 연구논문에서의 표현과 차이를 두지 않았다 <Table 1>. 죽음의 시점과 관련된 문항은 어느 시점부터 임종한 것으로 생각하는지에 대하여 모든 장기 기능의 상실, 뇌 전체 기능의 상실, 뇌의 고등 사고 담당 부위 기능의 상실, 심장 및 폐 기능의 상실로 나누어서 응답하게 하였다.

응답자의 특성과 각각의 응답과의 연관성을 살펴보기 위한 통계분석은 The SAS System for Windows V 9.3을 사용하여 시행되었다.

III. 결과

1. 연구대상자의 일반적 특성(Table 2)

연구대상자는 모두 임상경력 8년 이상의 전문의로 내과계가 30명(35.7%), 외과계가 32명(38.1%), 임상 지원 및 기초학 분야가 22명(26.2%)이었다. 남성이 52명(62%), 여성이 32명(38%)였으며, 35세 이상이 전체의 76.2%인 64명이었다. 종교는 천주교, 개신교, 불교, 무교 순으로 각각 40명(47.6%), 17명(20.2%), 2명(2.4%), 25명(29.8%)이었다. 결혼 상태는 응답자의 84.5%가 기혼이었다.

2. 임종 시점에 대한 태도(Table 3)

죽음의 시점을 언제로 생각하는지에 대하여 조사한 결과, 모든 장기 기능의 비가역적인 소실로 응답한 경우는 13.1%였고, 전뇌와 심폐 기능의 비가역적인 소실로 응답한 경우는 32.1%였으며, 뇌사 상태인 전뇌 기능의 비가역적인 소실

<Table 2> General characteristics of the doctors (N=84)

Characteristics	Division	Number (%)
Gender	Male	52 (62.0)
	Female	32 (38.0)
Age	<35 yr	20 (23.8)
	≥35 yr	64 (76.2)
Religion	Catholic	40 (47.6)
	Protestant	17 (20.2)
	Buddhism	2 (2.4)
	None	25 (29.8)
Specialty	Medicine	30 (35.7)
	Surgery	32 (38.1)
	Etc.	22 (26.2)
Marital status	Unmarried	13 (15.5)
	Married	71 (84.5)

로 응답한 경우는 20.2%, 심폐 기능의 비가역적인 소실로 응답한 경우는 15.5%였다. 뇌의 고등사고 기능의 비가역적인 소실로 응답한 경우는 19.1%였다. 이 중 전뇌 기능의 비가역적 소실은 뇌사 상태를, 뇌의 고등사고 기능의 비가역적인 소실은 식물 상태를 표현하는 설명으로 사용되었다.

3. 임종기 환자 의료 결정에 대한 동의 여부<Table 4>

능동적 적극적 안락사 시행에 대하여 8.3%의 의사가 동의하였으며, 이에 대해서 잘 모르겠다는 응답은 15.4%였다. 의사조력자살 시행에 대해서는 동의한다는 응답이 4.7%였으며, 연명의료유보에 대하여 73.8%의 의사가 동의한다고 하였고, 연명의료중단에 대하여서는 20.2%

<Table 3> Doctor's perception towards the definition of death (N=84)

Definition of death	Number(%)
Irreversible loss of function of all organs	11 (13.1%)
Irreversible loss of function of whole brain, heart and lung	27 (32.1%)
Irreversible loss of function of whole brain	17 (20.2%)
Irreversible loss function of heart and lung	13 (15.5%)
Irreversible loss of function of higher brain	16 (19.1%)

<Table 4> Doctors' perception towards End-of-life care Decision-makings (N=84)

Statement on End-of-life care decision-makings	Agree	Disagree	Have no idea
VAE	7 (8.3%)	64 (76.2%)	13 (15.4%)
PAS	4 (4.7%)	71 (84.5%)	9 (10.7%)
WHLSM	62 (73.8%)	14 (16.7%)	8 (9.5%)
WDLSM	17 (20.2%)	50 (59.5%)	17 (20.2%)
PS	40 (47.6%)	21 (25.0%)	23 (27.3%)

VAE : Voluntary Active Euthanasia, PAS : Physician Assisted Suicide, WHLSM : Withholding Life-Sustaining Management, WDLSM : Withdrawing Life-Sustaining Management, PS : Palliative Sedation until death.

의 의사가 동의한다고 하였다. 완화적 진정은 47.6%에서 동의한다고 하였다. 이에 대해서 잘 모르겠다는 응답은 27.3%로 다른 임종기 환자 의료 결정 항목에 비해서 높은 수치를 나타냈다.

전체적으로 연명의료유보(73.8%), 완화적 진정(47.6%), 연명의료중단(20.2%), 능동적 적극적 안락사(8.3%), 의사조력자살(4.7%)의 순으로 찬성하는 것으로 나타났다.

각각의 응답에 대한 회귀 분석 결과 응답자의 종교와 완화적 진정 동의 여부 외에는 ($p=0.027$) 성별, 연령, 전공과목, 결혼 상태와 유의미한 관련성은 나타나지 않았다.

IV. 고찰

완화적 진정은 조절되지 않는 증상으로 육체적, 정신적 고통이 심한, 임종이 임박한 환자에게 연속적으로 진정제를 투여, 무의식을 유도하여 고통을 경감시킨 상황에서 임종에 이르게 하는 완화의료의 한 방법이다. 현재 임상에서 완화적 진정은 조사에 따라 많게는 51%에서까지 사용되고 있다고 보고되었다[30]. 배경에서도 이미 살펴보았듯이 완화적 진정을 포함한 임종기 의료 결정에 대한 의사들의 인식에는 차이가 나타나며, 이에 대한 진료지침 또한 명확하게 제시되어 있지 않은 상황이다. 본 연구에서는 완화적 진정에 대해서 응답한 의사의 47.6%가 찬성하는 것으로 나타났으며, 이외 연명의료유보(73.8%), 연명의료중단(20.2%), 능동적 적극적 안락사(8.3%), 의사조력자살(4.7%)의 순으로 찬성하는 것으로 조사되어 완화적 진정과 의사조력자살이나 능동적 적극적 안락사와의 구분은 어느 정도 이루어지고 있음을 확인할 수 있다. 그러나 완화적 진정이 무엇을 의미하는지 알지 못한다는 응답이 27.3%로 능동적 적극적 안

락사(15.4%)나 의사조력자살(10.7%)보다 높은 것에서 나타나듯이 이에 대한 교육이 이루어져야 함을 알 수 있다. 국내에서 시행된 연구 중, 본 연구와 같이 전문의를 대상으로 하여 시행된 조사는 아니지만, 일개 의과대학생 267명을 대상으로 시행된 설문 조사에서 능동적 안락사, 의사조력자살, 연명의료의 유보 및 중단, 완화적 진정 시행에 찬성하는 비율은 각각 37.1%, 21.7%, 58.4%, 60.3%, 41.6%라고 보고하였다. 이 때 완화적 진정의 경우, 삶의 마지막 부분의 윤리적 문제에 대한 교육이 없었던 1, 2학년 학생이 각각 25.8%, 34.8%가 찬성한다고 하였으나 교육이 시행된 3학년 학생에서는 65.1%가 찬성한다고 하여 교육 전후의 인식 변화가 두드러지게 나타났다음을 알 수 있었다[23]. 또한, 일개 의학전문대학원 4학년 학생들 143명을 대상으로 한 설문 조사에서는 능동적 적극적 안락사에 반대하는 태도는 이에 대한 명확한 개념이 성립되어 있지 않은 교육 전에는 46.6%였으나 교육 후에는 82.1%로 증가했다고 보고하며, 의료윤리 교육과 임종기 환자 의료 결정에 대한 교육이 매우 중요하다[28]고 강조하였으며, 이는 본 논문에서도 동일하게 강조된다. 특히 완화적 진정이 이루어질 때의 의도는 자발적 능동적 안락사나 의사조력자살과는 다르다는 점에 대한 교육이 중요하게 다루어져야 할 것이다.

현재 완화적 진정에 대한 진료지침(guideline)으로는 미국 의사회 및 내과학회(American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, 2000), 미국 호스피스 완화의료 간호사회(Hospice and Palliative Nurses Association, 2003), 미국 호스피스 완화의료학회(American Academy of Hospice and Palliative Medicine, 2006), 미국 의사협회(American Medical Association, 2008),

네덜란드 왕립의학회(Royal Dutch Medical Association, 2009), 유럽 완화의학협회(European Association for Palliative Care, 2009), 미국 국립 호스피스 완화의료 기구(National Hospice and Palliative Care Organization, 2010), 그리고 미국 국립 암질환 통합의학 네트워크(National Comprehensive Cancer Network, 2012) 등에서 발표된 것이 사용되고 있으며, 이들 진료지침은 정해진 사회문화적 그리고 의료법적인 환경에 따라서 적응증, 시행 시점, 결정 과정 등에서 다양한 차이를 보이고 있다[31]. 실제적으로도 의사조력자살이 허용된 네덜란드의 왕립의학회에서는 완화적 진정의 시행은 일반 의사 개인의 판단에 의해서도 가능하다고 하는데 반하여, 유럽 완화의학협회(the European Association of Palliative Care)의 권고안은 완화적 진정의 시행을 위해서는 완화의학 전문의의 협진과 완화의료팀 내에서의 충분한 논의를 필수적으로 하고 있다[32]. 또한 캐나다와 스위스의 프랑스어권 의사를 대상으로 하여 임종기 완화적 진정에 관한 태도를 조사한 연구에 따르면, 임종기 완화적 진정을 시행하는데 있어서 유의한 영향을 준 요인으로는 환자의 정신적 고통의 기간, 육체적 고통의 정도도 있지만, 캐나다의 의사들이 임종기 완화적 진정의 시행에 있어 더 열린 자세를 보인 것에서도 나타나듯이 사회문화적, 의료법적인 환경도 중요함을 강조하였다[33]. 임종기 완화적 진정 자체가 의사 조력 자살에 속하거나 자연스러운 죽음을 앞당기게 하는 것은 아니라는 지식은 분명하게 전달되어야 하지만 임종기 완화적 진정은 임종 과정에서 이루어지는 마지막이자 예외적인 의료행위로 간주되어야 하며 진료지침에 따라서 시행되어야 함[34]은 교육과정에서 강조되어야 할 필요가 있을 것이다.

또한, 본 연구에서는 능동적 적극적 안락사나 의사조력자살에 찬성하는 의사도 각각 8.3%, 4.7%가 있었는데, 이는 기존 연구 결과에 비해서 낮은 수치이나, 완화적 진정을 포함하여 임종기 의료 결정에 관련한 의료 윤리 및 법적인 내용에 대한 교육뿐만 아니라, 면담을 통한 질적 연구 등 인식에 영향을 미치는 세부적 요인들에 대한 심층 연구가 필요할 것으로 여겨진다. 이는 임종기 환자를 돌보는데 있어서 의료진의 윤리적 지식이 부족할 경우 임상 활동에 내포되어 있는 윤리적 쟁점을 인지하지 못하여 갈등이 발생할 소지가 크며[29], 따라서 임상 현장에서 활동하고 있는 의사를 대상으로 한 임상의료윤리에 대한 교육과 윤리적인 판단에 대한 훈련 과정은 중요하게 다루어져야 하기 때문이다. 실제로 의과대학에서는 89.3%에서 임종기 환자 의료 결정을 포함한 의료윤리 교육이 이루어지지만, 졸업 후 의학교육 과정에서는 22.6%에서만 이루어진다고 응답하여[3] 실제 임상 현장에서 임종기 환자를 돌보고 있는 의사들을 대상으로 한 교육의 필요성은 높다고 할 수 있다. 국내에서 중환자실 의사들을 대상으로 하여 무의미한 연명의료 중단에 관한 인식을 조사한 연구에서는 임종기 환자 의료 결정의 여러 내용 중에서 연명의료의 유보는 사회적으로 어느 정도 분위기가 조성된 상태에서 처음부터 여러 논의를 통하여 결정되는 적극적인 방법으로 의료진들이 심리적으로는 안정적인 상태에서 시행할 수 있으나, 연명의료의 중단은 환자의 임상 상황에 따라서 급하게 결정되어야 하는 경우가 많고, 진행 중인 의료 행위를 없애는 것이기 때문에 심리적 죄책감을 갖게 되는 경우가 많다고 보고하였다. 또한 환자 가족들이 연명의료중단을 요구하는 경우의 상당수가 의료비용이라는 경제적 문제일 경우가 있어서 중단을 결정하고 시행하는 것에 있어서

의 의사의 어려움은 매우 크다고 하였다[25].

완화적 진정을 포함하여 임종기 의료 결정 과정에 대한 질적 연구도 많이 시행되었는데, 특히 단순한 인식 상태에 대한 조사가 아니라, 결정이 이루어지는 바람직한 과정에 대한 내용이 강조되어 다루어졌음을 알 수 있다. 우선, 호주에서 13명의 완화의학 전문의를 대상으로 시행한 질적 연구에서는 임종기 의료 결정에 있어서 사회문화적 영향, 종교적 영향, 의료법, 그리고 좋은 죽음이란 무엇인지에 대해 어떻게 생각하고 있는지와 관련된 개인적 가치관이 중요한 영향을 주고 있다고 하였으며, 의도하지 않게 죽음을 앞당기는 의료 행위가 시행되었을 경우 이중 효과의 원리(The Principle of Double Effect)의 적용은 큰 도움이 되었음을 밝혔다. 하지만 이에는 의사 자신의 정직성과 의료 행위의 투명성이 잘 드러나지 않는 경우도 있기 때문에 죽음을 앞당길 수 있는 의료 행위를 시행하게 된 의사 자신의 의도가 무엇인지에 대한 이해가 필요함을 강조하였다[35]. 또한 네덜란드에서 다기관을 완화의료 병동에서 일하는 54명의 의사와 36명의 간호사를 대상으로 시행한 질적 연구에서는 임종기 완화적 진정의 시행은 임종기 환자가 겪고 있는 육체적인 고통을 경감하고자 하는 이유만으로 시행되어서는 안되며, 임종이 예상되는 시기와 조절되지 않는 증상의 강도 뿐만 아니라 고통에 대한 환자 본인과 환자 보호자의 가치관도 고려되어야 함이 강조되었다[36]. 영국, 네덜란드, 벨기에의 임종기 완화적 진정 시행 경험이 있는 일반의와 가정간호사를 대상으로 한 질적 연구에서는 완화적 진정의 시행 결정과 지속, 그리고 임종을 맞이하는 과정이 감정적으로 많은 부담으로 다가오며, 진정제 처방 및 투여에 관련되어서도 의사와 간호사간 의사 소통의 중요성, 각 국가간 사회문화적 환경 차이로 인한 의료진

각각의 역할의 다양성 등이 문제가 될 수 있다고 하였다[37,38]. 포르투갈에서 9개 완화의학 센터 의료팀을 대상으로 하여 시행된 설문 조사에 따르면 임종기 의료 결정에 있어서 가장 빈번하게 발생했던 윤리적 문제는 의사 소통, 의료 수준 및 진정제 투여에 대한 내용이었다. 또한 팀 내에서의 다각적인 임종기 의료 결정 과정은 의료진 개인의 업무 중 소진으로 인한 좋지 않은 영향을 최소화하였다고 밝혔다[39]. 멕시코에서 30명의 완화의학 전문의를 대상으로 하여 시행된 양적-질적 연구에서는 임종기 의료에 있어서 발생하는 윤리적 상황을 113개의 딜레마 사례로 제시하였으며, 가장 빈번하였던 내용은 진정제 투여에 관한 것, 마약성 진통제의 가정에서의 투여, 의료법적인 문제라고 밝혔다. 또한 환자과 의료진 사이의 현재의 정확한 진단 및 예상 상황에 대한 쌍방향 의사소통 문제도 중요한 내용이었다[40]. 브라질에서 완화의료 병동에서 근무하는 의사와 간호사를 대상으로 한 설문 조사에서는 조절 불가능한 호흡곤란, 섬망, 통증과 같은 증상이 있을 경우 완화적 진정을 시행하였으며, 응답자의 65.6%에서 임종기 완화적 진정과 임종 때까지의 기간은 상관이 없는 것으로 알고 있었으며, 완화적 진정의 시행을 위해서는 의료진, 환자, 보호자 모두 의사 결정 과정에 참여해야 한다고 하였다[41]. 일본에서 99명의 완화의학 병동 의사들을 대상으로 한 연구에서는 임종기 의료 결정과 관련되어서 환자 본인 및 보호자들과의 사전 논의와 계획의 중요성에 대해서 인식하고 있었으나 실제적으로는 이러한 문서화된 사전 지시서의 사용보다는 가족 중심의 의사 결정을 익숙하게 여기고 있다고 밝혔다[42]. 또한 의사들이 임종기 의료 결정에 있어 가장 중요하게 생각하고 있는 것으로는 환자의 생각(96.6%), 환자의 임상 증상(93.9%), 환자의 신

양(91.1%)라는 조사 결과[43]도 보고되었다. 이와 같은 상황에서 임종기 의료 결정 과정에서 의료진들이 겪고 있는 여러 문제에 대한 윤리적 판단에 교육 및 훈련 과정은 비중 있게 고려되어야 하며 정규적인 졸업 후 의학교육의 한 과정으로 시행되어야 할 것이다.

본 연구의 제한점으로는 설문조사에 응답한 전문의의 숫자가 84명으로 전문의 전체의 의견을 반영하기 어려우며, 임종기 의료 결정이 필요한 분야에서 직접적으로 활동하는 전문의의 수는 제한되어 있어서 이번에 조사된 인식 정도가 임상 현장에서 실제적으로 반영되기에는 어려움이 많다는 점이 있다. 이에 임종기 환자들을 직접적으로 마주하는 임상各科의 의사들을 대상으로 한 대 규모의 인식 조사 연구와 더 나아가서는 이에 영향을 미치는 요인을 무엇인지에 대한 연구가 필요할 것이다.

이상의 논의에서 나타나듯이 완화적 진정을 포함하여 임종기 의료 결정 과정에 있어서 이에 대해서 의료진들이 갖고 있는 지식이나 인식, 태도는 매우 중요함을 알 수 있다. 따라서 완화적 진정을 포함한 임종기 의료 결정 과정에 대한 구체적인 진료지침과 이에 대한 지식을 습득하게 하는 졸업 후 의학교육은 필요하며, 이와 함께 환자, 환자 보호자, 의료진들 간의 충분한 의사소통 과정 또한 실제적인 결정 과정에서 반영시킬 수 있는 제도적 보완도 함께 뒤따라야 할 것이다. 또한, 임종기 의료 결정은 의사가 속해 있는 사회문화의 영향이 반영된다는 점에서 의료진 내에서만이 아니라 환자, 보호자까지 함께 하는 공유된 의사 결정 모형이 필요할 수 있음을 염두에 두어야 한다. 가족 중 완화적 진정으로 임종을 맞이한 경험이 있는 보호자를 대상으로 한 질적 연구에서도 완화적 진정에 관하여 흔하게 문제시 되는 의식 소실로 인한 불가능한 대화

나 임종 시점을 앞당기는 것은 아닌지에 대한 두려움은 제기되지 않았으며, 환자의 고통이 나타나지 않은 상태에서 평화로운 임종을 맞이할 수 있다는 점에서 긍정적으로 평가되었지만, 이러한 결정 과정에 있어서 의료진들과의 충분한 의사소통이 부족하여 불만이 있었음을 지적하며 임종기 완화적 진정의 시행 자체에 대한 법적 윤리적 고려뿐만 아니라 구체적 시행 과정에서는 의료진과 보호자들간의 의사소통이 중요함이 강조되었다[44]. 이는 임종기 의료 결정 과정에서 의료진은 환자나 환자 보호자의 생각과 환자를 둘러싼 다양한 관계가 끊임없이 변화하고 있음을 간과해서는 안되기 때문이다. 결론적으로 임종기 의료 결정은 단순하게 그 순간의 의료 행위의 방법이 '무엇?'이 되어야 하는지를 결정하는 것(event)이 아니라 '왜?'와 '어떻게?'에 대한 생각을 나누는 연속적이고 지속적인 설명과 동의의 과정(process) [27]이 되어야 하며, 이러한 과정이 실제적으로 이루어지기 위해서는 임종기 의료 결정을 해야 하는 의사의 적절한 인식을 함양할 수 있도록 관련된 진료지침의 개발과 이에 대한 지속적인 졸업 후 의학교육의 시행이 시급하게 고려되어야 할 것이다. ㉞

REFERENCES

- 1) Calvo Espinos C, Picco Brunetto G, Santesteban Zazpe Y, Marquinez Martin M. [Palliative sedation for existential suffering in primary care: A thin red line]. *Atencion primaria / Sociedad Espanola de Medicina de Familia y Comunitaria* 2015.
- 2) van Delden JJ. Terminal sedation: source of a restless ethical debate. *Journal of Medical ethics* 2007 ; 33(4) : 187-188.
- 3) Juth N, Lindblad A, Lynoe N, Sjostrand M, Helgesson G. Moral differences in deep continuous palliative sedation and euthana-

- sia. *BMJ Supportive & Palliative care* 2013 ; 3(2) : 203–206.
- 4) Ridley S, Fisher M. Uncertainty in end-of-life care. *Current Opinion in Critical Care* 2013 ; 19(6) : 642–647.
 - 5) Lossignol D. End-of-life sedation: is there an alternative? *Current Opinion in Oncology* 2015 ; 27(4) : 358–364.
 - 6) DS Kim: Terminal Sedation. *Korean J Hosp Palliat Care* 2010 ; 13 : 139–142.
 - 7) Anquinet L, Rietjens J, van der Heide A, Bruinsma S, Janssens R, Deliens L, Addington-Hall J, Smithson WH, Seymour J. Physicians' experiences and perspectives regarding the use of continuous sedation until death for cancer patients in the context of psychological and existential suffering at the end of life. *Psycho-oncology* 2014 ; 23(5) : 539–546.
 - 8) Maltoni M, Scarpi E, Nanni O. Palliative sedation for intolerable suffering. *Current Opinion in Oncology* 2014 ; 26(4) : 389–394.
 - 9) Van den Block L, Deschepper R, Bilsen J, Bossuyt N, Van Casteren V, Deliens L. Euthanasia and other end-of-life decisions: a mortality follow-back study in Belgium. *BMC Public Health* 2009 ; 9 : 79.
 - 10) Calvo-Espinos C, Ruiz de Gaona E, Gonzalez C, Ruiz de Galarreta L, Lopez C. Palliative sedation for cancer patients included in a home care program: a retrospective study. *Palliative & Supportive Care* 2015 ; 13(3) : 619–624.
 - 11) Gu X, Cheng W, Chen M, Liu M, Zhang Z. Palliative sedation for terminally ill cancer patients in a tertiary cancer center in Shanghai, China. *BMC Palliative Care* 2015 ; 14 : 5.
 - 12) Azoulay D, Shahal-Gassner R, Yehezkel M, Eliyahu E, Weingert N, Ein-Mor E, Jacobs JM. Palliative Sedation at the End of Life: Patterns of Use in an Israeli Hospice. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2015.
 - 13) Strand JJ, Feely MA, Kramer NM, Moeschler SM, Swetz KM. Palliative Sedation and What Constitutes Active Dying: A Case of Severe Progressive Dystonia and Intractable Pain. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2014.
 - 14) Dumont S, Blondeau D, Turcotte V, Borasio GD, Currat T, Foley RA, Beauverd M. The use of palliative sedation: A comparison of attitudes of French-speaking physicians from Quebec and Switzerland. *Palliative & Supportive Care* 2015 ; 13(4) : 839–847.
 - 15) Schildmann E, Schildmann J. Palliative sedation therapy: a systematic literature review and critical appraisal of available guidance on indication and decision making. *Journal of Palliative Medicine* 2014 ; 17(5) : 601–611.
 - 16) Papavasiliou EE, Payne S, Brearley S. Current debates on end-of-life sedation: an international expert elicitation study. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2014 ; 22(8) : 2141–2149.
 - 17) Rietjens JA, van Delden JJ, van der Heide A, Vrakking AM, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Maas PJ, van der Wal G. Terminal sedation and euthanasia: a comparison of clinical practices. *Archives of Internal Medicine* 2006 ; 166(7) : 749–753.
 - 18) Anquinet L, Raus K, Sterckx S, Smets T, Deliens L, Rietjens JA. Similarities and differences between continuous sedation until death and euthanasia – professional caregivers' attitudes and experiences: a focus group study. *Palliative Medicine* 2013 ; 27(6) : 553–561.
 - 19) Sercu M, Pype P, Christiaens T, Derese A, Deveugele M: Belgian general practitioners' perspectives on the use of palliative sedation in end-of-life home care: a qualitative study. *Journal of pain and symptom management* 2014, 47(6):1054–1063.
 - 20) Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RS, Zuurmond WW, van der Maas PJ, van Delden JJ, Rietjens JA. Considerations of physicians about the depth of palliative sedation at the end of life. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne* 2012 ; 184(7) : E360–366.
 - 21) Foley RA, Johnston WS, Bernard M, Canevascini M, Currat T, Borasio GD, Beauverd M: Attitudes Regarding Palliative Sedation and Death Hastening Among Swiss Physicians:

- A Contextually Sensitive Approach, *Death studies* 2015.
- 22) Gurschick L, Mayer DK, Hanson LC. Palliative Sedation: An Analysis of International Guidelines and Position Statements. *The American Journal of Hospice & Palliative care* 2014.
 - 23) SM Oh, WJ Cho, JK Kim, HR Lee, DC Lee, JY Shim. Attitudes of Medical Students towards End-of-Life Care Decision-Making. *Korean J Hosp Palliat Care* 2008 ; 11 : 140-146.
 - 24) Claire J Kim, SM Oh, PM Kim. Biomedical Ethics Education as a Faculty Development Program. *Bioethics Policy Studies*, 2014 ; 8(2) : 1-22.
 - 25) SH Kim, MS Son, SO Koh, IH Lee. Intensive Care Providers' Perceptions of Medically Futile Treatment. *Korean J Med Ethics* 2012 ; 15(3) : 370-384.
 - 26) SJ Kim, HS Kim, Y Chae, WJ Kim, JS Kang. The Effect of Nurses' Experiences with DNR Orders in Their Knowledge and Attitudes Concerning the Withdrawal of Life-sustaining Treatment. *Korean J Med Ethics* 2012 ; 15(3) : 355-369.
 - 27) EY Lee. Ethical Issues in End-of-Life Decision Making: a New Model for Medical Decisions. *Korean J Med Ethics* 2012 ; 15(2) : 160-183.
 - 28) HK Kim, EM Nam, KE Lee, SN Lee. Awareness and Attitude Change after End-of-Life Care Education for Medical Students. *Korean J Hosp Palliat Care* 2012 ; 15(1) : 30-35.
 - 29) JY Moon. Ethical Issues on Critically Ill Patients. *Korean J Med Ethics* 2015 ; 18(1) : 1-9.
 - 30) Kwon I, Koh YS, Yun YH, Heo DS, Seo SY, Kim HC, Choi KS, Bae HA, Ahn KJ, Moon JY. A Study of the Attitudes of Patients, Family Members, and Physicians toward the Withdrawal of Medical Treatment for Terminal Patients in Korea. *Korean J Med Ethics* 2010 ; 13(1) : 1-16.
 - 31) Putman MS, Yoon JD, Rasinski KA, Curlin FA. Intentional sedation to unconsciousness at the end of life: findings from a national physician survey. *Journal of Pain and Symptom Management* 2013 ; 46(3) : 326-334.
 - 32) Koper I, van der Heide A, Janssens R, Swart S, Perez R, Rietjens J. Consultation with specialist palliative care services in palliative sedation: considerations of Dutch physicians. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2014 ; 22(1) : 225-231.
 - 33) Curlin FA, Nwodim C, Vance JL, Chin MH, Lantos JD. To die, to sleep: US physicians' religious and other objections to physician-assisted suicide, terminal sedation, and withdrawal of life support. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2008 ; 25(2) : 112-120.
 - 34) LiPuma SH, DeMarco JP. Expanding the Use of Continuous Sedation Until Death: Moving Beyond the Last Resort for the Terminally Ill. *The Journal of Clinical Ethics* 2015 ; 26(2) : 121-131.
 - 35) Trankle SA. Decisions that hasten death: double effect and the experiences of physicians in Australia. *BMC Medical Ethics* 2014 ; 15 : 26.
 - 36) Swart SJ, van der Heide A, van Zuylen L, Perez RS, Zuurmond WW, van der Maas PJ, van Delden JJ, Rietjens JA. Continuous palliative sedation: not only a response to physical suffering. *Journal of Palliative Medicine* 2014 ; 17(1) : 27-36.
 - 37) Anquetin L, Rietjens JA, Mathers N, Seymour J, van der Heide A, Deliens L. Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: in-depth qualitative interviews in three European countries. *Journal of Pain and Symptom Management* 2015 ; 49(1) : 98-109.
 - 38) Raus K, Brown J, Seale C, Rietjens JA, Janssens R, Bruinsma S, Mortier F, Payne S, Sterckx S. Continuous sedation until death: the everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, The Netherlands and Belgium. *BMC Medical Ethics* 2014 ; 15 : 14.
 - 39) Hernandez-Marrero P, Pereira SM, Carvalho AS. Ethical Decisions in Palliative Care: Interprofessional Relations as a Burnout

- Protective Factor? Results From a Mixed-Methods Multicenter Study in Portugal. *The American Journal of Hospice & Palliative care* 2015.
- 40) Guevara-Lopez U, Altamirano-Bustamante MM, Viesca-Trevino C. New frontiers in the future of palliative care: real-world bioethical dilemmas and axiology of clinical practice. *BMC Medical Ethics* 2015 ; 16 : 11.
- 41) Spineli VM, Kurashima AY, De Gutierrez MG. The process of palliative sedation as viewed by physicians and nurses working in palliative care in Brazil. *Palliative & Supportive Care* 2014 : 1-7.
- 42) Nakazawa K, Kizawa Y, Maeno T, Takaya-shiki A, Abe Y, Hamano J, Maeno T. Palliative Care Physicians' Practices and Attitudes Regarding Advance Care Planning in Palliative Care Units in Japan: A Nationwide Survey. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2013.
- 43) Foo WT, Zheng Y, Kwee AK, Yang GM, Krishna L. Factors considered in end-of-life care decision making by health care professionals. *The American Journal of Hospice & Palliative Care* 2013 ; 30(4) : 354-358.
- 44) Bruinsma S, Rietjens J, van der Heide A. Palliative sedation: a focus group study on the experiences of relatives. *Journal of Palliative Medicine* 2013 ; 16(4) : 349-355.

The Attitude of Doctors towards End-of-Life Care Decision-Makings in Korea: Focused on Palliative Sedation^{*,**}

OH Seung-Min^{***}, PARK Mi-Huyn^{****}, KIM Yeong-Hoon^{*****}, KIM Pyung-Man^{*****}

Abstract

Palliative sedation (PS) is used to deal with refractory symptoms in terminally ill patients when all other palliative approaches have failed. While it is not performed with the intention of hastening death, it remains one of the most contentious medical practices in the context of palliative medicine. This study aims to investigate the perception of doctors towards PS and other types of end-of-life care, and to provide insight for developing medical guidelines for PS. A survey involving a written questionnaire was conducted on doctors in five hospitals in South Korea. The questionnaire contained five statements concerning medical decisions about types of end-of-life care, including PS. Doctors were asked whether they agreed or disagreed with each statement. A total of 84 questionnaires were analyzed, with a response rate of 93.2%. The percentages of agreement with the given statements on PS, voluntary active euthanasia (VAE), physician assisted suicide (PAS), withholding life-sustaining treatment, and withdrawing life-sustaining treatment are 47.6%, 8.3%, 4.7%, 73.8% and 20.2%. The majority of the doctors surveyed in this study do not support PS for terminally ill patients in severe pain. The results of this study suggest that appropriate medical guidelines and post graduate medical ethics education on the end-of-life decisions should be provided for doctors in Korea.

Keywords

end-of-life care, palliative sedation, medical guidelines, doctors' perceptions, post graduate medical education

* This work was supported by the Catholic University of Korea Research Grant on Basic Medical Science of 2015.

** We express our sincere gratitude to SJ Kim, HO Na, SH Ahn, KS Lee, KJ Lee, SH Im, JW Jung, BI Choi, and YS Hong. The survey could not be done without their efforts.

*** Graduate School of Public Health, The Catholic University of Korea

**** College of Nursing, The Catholic University of Korea

***** School of Medicine, The Catholic University of Korea

***** School of Medicine, The Catholic University of Korea: **Corresponding Author**