

연명치료에 대한 충청지역 소재 종합병원 중환자실 담당의사의 의식조사

이 미 애*

I. 서론

1. 연구의 목적

임종과정에서 행해지는 의료행위 가운데 특히 의학적으로 회생가능성이 없다고 판단된 환자의 연명치료는 시행이나 중단에 있어 환자 당사자나 가족간의 충분한 논의 없이 영겁결에 또는 병원에서 자동적으로 행해지는 경우가 많다. 연명치료를 하는 동안 환자는 환자대로의 삶의 질 저하에 대한 우려가 발생하고 보호자는 보호자대로의 여러 가지 어려운 점에 봉착하게 되지만 연명치료에 대해 어떤 사례가 법률적으로 허용되는지 또는 저촉되는지 명료하지 않다. 치료비가 없다는 이유로 치료중단을 요구한 보호자와 보호자의 요구대로 치료를 중단했던 의사에게 살인죄를 선고했던 1998년의 '보라매병원 사건'은 연명치료 중단에 대한 책임을 상당부분 의사에게 전가하는 판례를 남겼다.

2001년 11월 15일 대한의사협회는 의학적으로 회생가능성이 없는 환자의 가족 또는 대리인이 생명유지치료 등 진료의 중단이나 퇴원을 문서로 요청해 오는 경우 의사가 이를 받아들일 수 있도록 허용하는 내용이 포함된 의사윤리지침을 공포하였다.¹⁾ 이에 대해 보건복지부는 이는 명백한 실정법에 저촉되는 것이라고 강력한 반대를 표명하였고 연명치료를 중단하는 의사에 대해서는 법적으로 대응할 것을 천명하였다. 연명치료의 중단에 대해 정부도 대한의사협회도 신뢰성 있는 대처를 꺼리고 있어 연명치료에 대한 법적 근거나 사회적 합의 없이 이러한 의료행위가 계속된다면 '보라매병원 사건'이 재발하지 않으리라는 보장이 없다.

연명치료의 중단결정과정은 환자, 보호자, 그리고 담당의사와 의료기관이 참여하여 환자의 바람을 최우선적으로 고려하여 무엇이 환자를 위해 최선일지 충분한 논의를 거치는 것을 이상으로 한다. 치료중단요청을 받았을 때 의사는 의학적 판단에 근거해 현재 질병상태나 예후 그리고 치료방향에 대해 충분히 설명을 해 주는 것이 의사로서의 의무임에도 불구하고 실제 이러한 설명과정이 원활하게 잘 이루어지지 않고 있는 것이 의료계의 현실이다.²⁾ 의학적 판단에 근거한 의사의 조언 한마디는 연명치료의 시행 및 중단결정에서 결정적인 영향을 미칠 수 있다.

본 연구는 충남·충북·대전광역시에 소재하는 종합병원 28곳의 중환자실 담당 의사들을 표본으로 연명치료와 관련한 의식조사를 주목적으로 한다. 나아가 본 연구는 이러한 정보수집을 통하여 의사와 환자 그리고 보호자 간의 의사소통을 원활히 할 수 있는 대안과 방법을 모색하는데 필요한

* 한세대학교 사회복지학과

** 본 논문은 2003-2004년도 한국학술진흥재단의 연구비에 의해 지원되었음(KRF-003-B00395).

1) 동아일보, 2001. 11. 15.

2) 손명세. 치료중단의 윤리문제와 법적 장치. 대한의사협회지 1998 ; 41(7) : 707-11.

기초지식을 제공하게 될 것이다. 이를 바탕으로 인간이면 누구나 겪어야 하는 임종과정에 대한 깊이 있는 성찰과 함께 연명치료에 대한 담론을 활성화하고 나아가 법적 근거를 마련하는 계기가 될 것으로 기대한다.

2. 연구의 필요성

연명치료의 중단결정에 있어서 가장 주요하게 고려해야 할 사항은 회복가능성에 대한 주치의사의 의학적 판단을 바탕으로 환자에게 충분히 설명을 한 후 환자가 최종결정을 내려야 한다는 것이다.³⁾ 그러나 의사의 의학적 판단이나 환자의 자기결정권 같은 문제는 실제 경우에 있어서는 이론보다 훨씬 복잡하여 명료하게 정의내리기가 쉽지 않다. 의사의 의학적 판단이 항상 정확할 수는 없고 환자의 자기결정권이 최우선적으로 고려되어야 하지만 이러한 권리를 발휘할 수 없게 되는 경우가 더 많다. 미국의 경우, 1976년의 퀴란 케이스나 1991년의 크루잔 케이스를 경험하면서 회복이 불가능하다는 전제하에 연명치료의 지속여부의 결정권은 환자에게 있으나 환자가 판단불능인 경우 환자의 가족, 친지, 법원이 환자를 대신하여 치료중단에 관한 결정을 할 수 있다는 방향으로 법적·사회적 논의가 진행되어 왔다.

연명치료의 중단결정과 관련된 생명윤리의 이슈를 일찍 경험한 서구 선진국에서는 환자의 자기결정권의 중요성을 인식하고 사전의사결정서(advance directives; AD)라는 대안을 통해 환자의 자기결정권을 보호하고 있다. 사전의사결정서는 임종과정에서 행해지게 될 지도 모르는 연명치료에 대하여 본인이 건강할 때 미리 의사를 표시해 놓는 서류로서 연명치료 중단결정시 본인의 바람을 추정하게 하여 환자의 자기결정권을 보호하는 법적 장치의 역할을 한다. 지난 수십여 년 동안 서구 선진국은 사전의사결정서에 합법성을 부여하여 왔다.

그러나 우리나라의 경우 연명치료에 대해 환자의 의사를 표시할 수 있는 방안이 제도화되지 않은 관계로 연명치료를 중단할 때 발생할 수 있는 생명윤리적·법적 문제에 적절히 대처하지 못하고 있다. 다행히 심폐소생거부권(DNR orders)을 활용하고 있는데 주로 구두로 이루어지고 있어 법적 상황이 발생했을 때 어느 정도의 실질적 효력을 가질 것인가는 미지수다. 심폐소생거부권은 심폐소생술에 의해 환자의 생명을 연장시킨다 하여도 그 삶이 의미가 없을 것으로 예상되는 경우에 환자나 보호자, 또는 담당의사가 심폐소생술 포기문제를 제기하고 논의를 거쳐 결정하는 절차를 이룬다.⁴⁾ 결정과정을 거치면 환자의 의무기록에 논의결과를 기록하여 문서로 남기게 된다. 심폐소생거부권은 불필요한 의료행위로 인한 환자의 고통을 최소화하고 인간답게 임종을 맞이할 권리(dying with dignity; 존엄사)를 보호해 주며 나아가 객관적인 지표 없이 행해질 가능성이 있는 연명치료라는 의료행위가 법의 테두리 안에서 보호받을 수 있도록 양성화하는데 기여하고 있다.

상기한 심폐소생거부권은 환자의 권리를 보호하기 위한 제도적 장치로서 활용에 있어서도 서구에서만 환자의 자기결정권이 최우선적으로 고려되고 있는지 알기 위하여 현행법상 연명치료의 시행 및 중단결정의 일차적 책임을 지는 중환자실 담당의사를 대상으로 관련정보를 수집하였다. 본 연구는 의사의 의학적 판단을 바탕으로 임종환자의 자기결정권이 최우선시 되어야 한다는 서구의 의료문화가 우리나라에도 동일하게 적용될 수 있는지를 알아보기 위한 출발점이 될 것이다.

3) 황상익. 가망없는 환자의 치료중단과 의료윤리. 대한의사협회지 1998 ; 41(7) : 697-701.

4) 고윤석. 임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침. 대한의사협회 제 30차 종합학술대회 발표논문집 2002 : 10-7.

II. 이론적 배경

연명치료는 “환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수 없지만, 생명을 연장하는 치료”⁵⁾로 정의할 수 있다. 즉 치료나 회복의 가능성이 없는 가운데 단지 생명을 연장시키기 위해 시술하는 의료행위를 말한다. 서구에서는 연명치료와 관련하여 법의학적, 의료윤리적 측면에 대한 논의가 아주 활발하게 진행되어 왔고 논의과정은 소극적 안락사(연명치료 중단)로부터 나아가 적극적 안락사에 이르기까지의 범위를 모두 포괄하고 있다. 본 장에서는 연명치료 결정과정에서 환자의 자기결정권을 보호하기 위해 입법화된 연명치료 사전의사결정서에 대한 선행연구를 중심으로 고찰한다.

1. 문헌고찰

1) 연명치료 사전의사결정서(advance directives; AD)의 핵심개념

치료행위를 중지하는 시점에 환자의 의식이 명료하여 사태를 정확하게 인식하고 치료에 대한 의사표시를 할 수 있는 경우는 실제 의료현장에서 많지 않다. 대부분의 경우는 판단능력을 상실한 사례가 많고 설사 의사표시를 할 수 있다고 해도 감정에 치우치기가 쉽다. 사전의사결정서는 이런 경우에 대비하여 원하는 또는 원치 않는 의료내용 특히 연명치료와 관련하여 본인의 의사를 밝혀 놓는 제도이다. 치료중지 시점에서 환자가 연명치료에 대해 본인의 의사를 표시할 수 없을 경우 사전의사결정서는 본인의 의사로 추정하게 해주는 증거자료가 된다. 사전의사결정서는 크게 생전 유언과 대리인 지정으로 나눌 수 있다.

생전유언(living wills, treatment preferences, treatment directives)은 판단능력이 있는 성인이 판단능력을 상실할 때를 대비하여 연명치료에 대해 본인이 원하는지 또는 원하지 않는지를 미리 결정, 작성한 후 문서화하여 의사, 변호사, 가족에게 본인의 의사를 밝히는 장치이다. 생전유언은 회생불가능하고 죽음이 임박한 상태에 직면했을 때 생명을 연장시키는 의료기술에 대해 어떻게 해 주었으면 좋겠다는 본인의 의사를 미리 알게 한다.⁶⁾ 생전유언에는 심폐소생술 실시 여부, 인공호흡기, 인공영양, 항생제 또는 혈액제제 투여 및 수술시행의 적절성에 대한 내용을 포함한다.⁷⁾ 심폐소생술 실시 여부는 생전유언에 명시할 수도 있지만 심폐소생술을 실시하지 말라는 내용의 심폐소생거부권(DNR orders)을 작성함으로써 의사표시를 할 수 있다.

대리인 지정(durable powers of attorney, proxy appointments, surrogate directives)은 판단능력을 상실한 때를 대비하여 대리인을 지정하여 치료와 관련한 모든 결정을 대리인에게 위임하는 제도를 말한다.⁸⁾대부분의 경우 가족이나 친지, 친구 또는 담당의사가 대리인으로 지정된다.⁹⁾

2) 연명치료 선호도에 영향을 미치는 요인

연명치료 선호도에 대한 연구결과는 일관적이지가 않다. 연명치료 가운데 하나인 심폐소생술에

5) 고윤석. 2002. 전제서.

6) Fazel, Hope, & Jacoby, 2000; Anderson, Gladue, Laurie, Skotniski, & Tramer, 1991; Luptak & Boulton, 1994; Arras, 1993; Doukas & McCullough, 1991; The Hastings Center, 1987; President's Commission. 1983.

7) 고신옥. 2003.

8) Luptak & Boulton, 1994; Doukas & McCullough, 1991; The Hastings Center, 1987; President's Commission. 1983.

9) Arras, 1993; Wolf et al. 1991.

대한 선호도 연구에서 조사대상자의 약 40% 정도가 본인에게 심폐소생술을 시행하기를 원하는 것으로 나타났다.¹⁰⁾상기한 연구결과는 여타의 선행연구결과¹¹⁾와는 상반되게 심폐소생술에 대한 선호도가 지나치게 높게 나왔다. 연구자는 그 이유를 심폐소생술 후에 생존할 확률을 지나치게 낙관적으로 평가한데서 기인하는 것¹²⁾으로 설명하고 있다. 심폐소생술 후 생존률에 대해 얼마나 알고 있는가가 심폐소생술 선호도에 중대한 영향을 미침에도 불구하고 대다수의 노인들은 이에 대해 거의 아는 바가 없을 뿐 아니라 예후에 대해 잘못된 인식을 가지고 있었다. TV로 통해 본 심폐소생술은 종종 높은 생존률을 지나치게 낙관적으로 보여줌으로써 심폐소생술에 대한 비현실적인 기대를 심어주는 경향이 있다.¹³⁾

예후에 대한 구체적이고 객관적인 정보가 선호도에 영향을 미치는 요인으로 보고된다. 한 연구에서 만약 심장마비 후 심폐소생술을 원하는가 물어봤을 때 시행했을 경우의 생존확률을 자세히 알려주기 전과 후의 선호도가 달라짐을 발견하였다.¹⁴⁾ 반면 또 다른 선행연구¹⁵⁾는 요양시설입소자의 약 63.5%가 심폐소생술을 선호하는 것으로 보고하고 있다. 이렇게 연구결과들 사이에 존재하는 선호도의 불일치는 사전의사결정서에 대한 논의를 언제 어디서 누구와 시작하는가, 조사대상자의 신체적, 정신적, 심리적 안녕 상태가 어떤 상태인가, 그리고 조사대상자가 생명연장술에 대해 객관적으로 얼마나 알고 있는가 등에 따라 선호도가 달라지는데서 기인한다.

조사대상자의 교육수준이 높을수록, 건강상태가 양호할수록, 삶의 질이 높다고 인식할수록, 앞날에 대한 기대감이 클수록 연명치료의 시행을, 이 경우에 있어서는 심폐소생술의 시행을 선호하는 것으로 나타났다.¹⁶⁾ 당사자의 건강상태나 삶의 질이 심폐소생술 시행을 선호하는 의사표시와 긍정적 상관관계를 가지기는 하나 선행연구는 의사나 가족이 당사자가 느끼는 건강상태나 삶의 질에 대해 정확히 파악한다는 것은 어렵기 때문에 연명치료 시행여부를 결정할 때 이에 대한 당사자의 의사를 정확하게 대변하기가 쉽지 않다고 보고한다.¹⁷⁾

III. 연구방법

1. 연구대상자와 자료수집

연구대상자는 중환자실 담당의사를 대상으로 하였으며 설문지를 이용하여 방문설문조사를 수행하였다. 사회복지학과 1학년생으로 구성된 방문조사원들에게 연명치료와 연명치료 사전의사결정서, 심폐소생거부권, 그리고 본 연구의 목적에 대해 교육하고 방문조사시 필요한 사항들을 훈련한 뒤 방문조사를 실시하였다. 방문하는 병원 한 곳당 2명의 중환자실 담당의사를 만나 미리 준비한 설문지를 주고 조사응답자가 설문지에 답하는 동안 기다렸다가 받아오는 방법으로 대전광역시, 충청남도, 충청북도에 소재하는 종합병원 28곳을 방문하여 56명의 중환자실 담당의사로부터 설문지의 응답을 받았다. 자료수집기간은 2003년 7월에서 8월까지 2개월간이었다.

10) Godkin & Toth. 1994.

11) Murphy. 1988.

12) Godkin & Toth. 1994.

13) Ibid.

14) Murphy, Burrows, Santilli, Kemp, Tenner, Kreling, & Teno. 1994.

15) Fader, Gambert, Nash, Gupta, & Escher. 1989.

16) Godkin & Toth. 1994.

17) Bedell & Delbanco, 1984; Miles, Cranford & Schultz, 1982; Starr, Pearlman, & Uhlmann. 1986.

2. 연구도구

본 연구에 사용한 설문지는 연구자가 선행연구 고찰을 통해 추출한 개념들을 기초로 하여 본 연구의 구체적 목적에 맞게 작성한 후 임상간호사와 노인간호학 전문가의 자문을 받았다. 처음 제작된 설문지는 파일럿 조사를 통해 여러 번의 수정을 거친 후 다음과 같은 내용으로 구성하였다.

- 1) 중환자실 담당의사의 일반적인 정보(연령, 성별, 전문의로서의 근무연수, 근무병원의 중환자실 병상수, 진료과목, 등)
- 2) 병원 내 연명치료 실시여부에 대해 환자의 의사를 미리 표시할 수 있는 사전의사결정서나 심폐소생거부권 관련 서류유무
- 3) 심폐소생거부권에 대한 인지도, 연명을 위한 심폐소생술을 의학적 필요보다 많이 또는 적게 한다는 항목에 대한 의견
- 4) 의사본인의 연명치료에 대한 태도(연명치료 찬반여부, 심폐소생거부권 작성여부, 등)

3. 설문자료의 신뢰도 검증

설문지 내용의 충실성을 검증하기 위하여 전문가와 회의를 거친 후 실제 1차 시험설문조사 및 2차 시험설문조사를 통하여 설문내용을 검토하여 수정 보완작업을 하였다.

4. 자료분석 및 결과해석

수집된 자료는 변수에 따라 코딩한 후 SPSS 프로그램을 이용하여 분석하였다. 중환자실 담당의사의 일반적 특성, 심폐소생거부권에 대한 기초조사, 연명치료에 대한 태도와 관련된 정보를 실수와 백분율로 분석한다.

IV. 연구결과

1. 응답자의 일반적 특성

응답자의 일반적 특성은 표 1과 같다. 응답자는 모두 전문의로서 진료과목은 외과가 31건으로 가장 많아 응답자의 55.4%를 차지하였고 그 다음으로 내과가 14건으로 25.0%를 차지하였다. 근무병원의 중환자실 병상수는 10에서 29병상이라고 응답한 경우가 57.1%에 달하였다. 전문의로서의 근무연수는 10년 미만이라고 응답한 경우가 가장 많았고 그 다음이 10년에서 19년 사이, 그리고 20년 이상이라고 응답한 경우가 16.1%에 해당하였다. 응답자의 연령은 32세에서 67세까지 분포되어 있으며 40대가 46.4%로 가장 많았다. 성별은 남성이 92.9%로 압도적으로 많았고 대다수의 응답자(92.9%)가 기혼상태였다. 응답자의 57.1%는 종교가 있다고 응답하였고 26.8%는 무교라고 응답하였다. 응답자의 41.1%는 암보험이 있다고 응답했고 51.8%는 없다고 응답하였다.

유언작성에 대해서는 2건(3.6%)만이 유언을 작성하였다고 응답하여 대부분(92.8%)의 응답자는 유언작성에 대한 경험이 없었다. 안락사에 대해서는 응답자의 대다수(69.7%)가 찬성하는 것으로

나타났다.

표 1. 응답자의 일반적 특성(N = 56)

특성		빈도(건)	비율(%)
직업	전문의	56	100
	외과	31	55.4
	내과	14	25.0
	신경과	3	5.4
진료과목	산부인과	3	3.5
	소아과	4	7.1
	재활의학과	1	1.8
	마취과	1	1.8
	1~9	8	14.3
근무병원의 중환자실 병상수	10~29	32	57.1
	30 이상	15	26.8
	1~9	25	44.6
전문의로서의 근무연수	10~19	22	39.3
	20 이상	9	16.1
	30~39	20	35.7
	40~49	26	46.4
연령	50~59	7	12.5
	60 이상	3	5.4
	남	52	92.9
성별	여	4	7.1
	기혼	52	92.9
결혼상태	미혼	1	1.8
	있다	32	57.1
종교	없다	15	26.8
	있다	23	41.1
암보험	없다	29	51.8
	작성하였다	2	3.6
유언작성	작성하지 않았다	52	92.8
	찬성한다	39	69.7
안락사	반대한다	13	23.2

* 무응답 제외

2. 병원내 심폐소생거부권(DNR orders) 관련 서류 유무

심폐소생거부권은 치료나 회복이 기대되지 않은 상태에서 연명을 위한 심폐소생술의 시행여부에 대해 미리 거부의사를 밝히는 제도이다. 표 2-1은 심폐소생거부권을 밝힐 수 있는 서류가 있는지 조사한 결과이다. 충남·충북·대전광역시 소재 종합병원 28개소 모두 심폐소생거부권 관련 서류는 구비되어 있지 않다고 응답하였으나 연명을 위한 심폐소생술의 시행 및 중단에 대해 담당 의사로서 구두로 의사를 주고받은 경험에 대하여는 있다고 응답한 경우가 전체 응답자의 73.2%에 해당하였다.

표 2-1. 심폐소생거부권 관련서류 유무

구분	빈도(%)
있다	0(0)
없다	56(100)
계	56(100)

표 2-2. 심폐소생술의 시행 또는 중단에 대해 구두로 의사를 주고받은 경험

구분	빈도(%)
있다	41(73.2)
없다	13(23.2)
무응답	2(3.6)
계	56(100)

3. 심폐소생거부권에 대한 인지도 및 심폐소생술 시행정도에 대한 의견

표 3-1은 심폐소생거부권에 대한 응답자들의 인지도를 보여준다. 심폐소생거부권에 대하여 조금 알고 있다고 응답한 경우가 22건(39.3%)으로 가장 많았고 그 다음이 많이 알고 있다가 19건(33.9%)이었으며 아주 많이 알고 있다는 8건(14.3%)이었다. 반면 잘 모른다고 응답한 경우도 4건(7.1%)으로 나타났다. 실제 우리나라의 경우 생명연장을 위한 심폐소생술 시행을 의학적 필요보다 필요이상으로 많이 한다라고 응답한 경우가 전체 응답자의 87.5%에 해당하였고 중단을 필요이상으로 적게 한다라고 응답한 경우가 전체 응답자의 67.9%였다(표 3-2).

표 3-1. 심폐소생거부권에 대한 인지도

내용	구분	빈도(%)
심폐소생거부권 (DNR orders)인지도	아주 많이 알고 있다	8(14.3)
	많이 알고 있다	19(33.9)
	조금 알고 있다	22(39.3)
	잘 모른다	4(7.1)
	무응답	3(5.4)
계		56(100)

표 3-2. 생명연장을 위한 심폐소생술 시행 및 중단에 대한 의견

내 용		내 용	
빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)	빈도(%)
생명연장을 위한 심폐소생술의 시행	빈도(%)	생명연장을 위한 심폐소생술의 중단	빈도(%)
의학적 필요보다 더 많이 한다	49(87.5)	의학적 필요보다 더 많이 한다	0(0)
의학적 필요보다 적게 한다	1(1.8)	의학적 필요보다 적게 한다	38(67.9)
무응답	6(10.7)	무응답	18(32.1)
계	56(100)	계	56(100)

4. 의사 본인의 연명치료에 대한 태도

연명치료에 대하여 찬반여부를 묻는 질문에 대해 응답자 대다수(87.5%)가 찬성을 나타냈다. 연명치료 중단결정을 누가 내려야 하는가에 대한 질문에 대해 ‘의사의 의학적 판단이 제일 중요하므로 의사에게 맡기는 편이 낫다고 생각한다’, ‘자녀들이 알아서 할 것이므로 자녀들에게 맡기는 편이 낫다고 생각한다’, ‘환자본인의 의사가 제일 중요하다고 생각한다’의 순으로 나타났다. 심폐소생거부권에 대해 의사표시하는 것에 대해 찬성한다고 응답한 경우가 전체 응답자의 89.3%였고 이 가운데 92%가 의사표시하는 것을 서류로 작성하는 것을 더 선호한다고 응답하였다.

평소 임종이나 임종과정에 닥칠지도 모르는 상황이나 생명연장을 위한 치료에 대해 본인의 생각이나 바람을 얘기한 적이 있느냐는 질문에 대해 응답자의 대부분(60.7%)는 없는 것으로 보고하였다. 본인의 생각이나 바람을 얘기한 적이 있다고 응답한 경우 배우자에게 가장 많이 얘기하는 것으로 나타났다. 본인을 대신하여 연명치료 시행이나 중단결정을 해주길 원하는 자로 가장 선호되는 사람은 배우자였고 그 다음이 아들, 딸, 의사의 순이었다.

표 4-1. 연명치료 찬반여부

내용	구분	빈도(%)
연명치료	찬성한다	3(5.4)
	반대한다	49(87.5)
	무응답	4(7.1)
계		56(100)

표 4-2. 연명치료 중단결정시 결정주체자(중복응답)

내용	빈도
의사의 의학적 판단이 제일 중요하므로 의사에게 맡기는 편이 낫다고 생각한다	27
자녀들이 알아서 할 것이므로 자녀들에게 맡기는 편이 낫다고 생각한다	21
환자본인의 의사가 제일 중요하다고 생각한다	11
경제성을 고려해야 한다고 생각한다	7
법적 책임을 고려해야 한다고 생각한다	5

* 무응답 제외

표 4-3. 심폐소생거부권 관련 의사표시

내용	구분	빈도(%)
심폐소생거부권 관련 의사표시	찬성한다	50(89.3)
	반대한다	3(5.35)
	무응답	3(5.35)
계		56(100)

표 4-4. 심폐소생거부권 관련 의사표시 찬성할 경우

내용	구분	빈도(%)
심폐소생거부권 관련 의사표시 수단	서류로 작성하는 것을 더 선호한다	46(92)
	구두로 의사표시하는 것을 더 선호한다	3(6)
	무응답	1(2)

계	50(100)
---	---------

표 4-5. 연명치료에 대한 논의

내용	구분	빈도(%)	논의대상 (중복응답)
연명치료에 대해 본인의 바람을 얘기한 경험	있다	19(33.9)	배우자 (16) 아들(2) 딸(1) 의사(2)
	없다	34(60.7)	
	무응답	3(5.4)	
계		56(100)	

표 4-7. 대리결정자 희망대상(중복응답)

내용	구분	빈도
대리결정자 희망대상	배우자	43
	아들	18
	딸	8
	의사	6

IV. 논의

본 연구는 충남·충북·대전광역시 소재 종합병원 28개소에 근무하는 중환자실 담당의사를 대상으로 연명치료와 관련된 이슈에 대하여 인지도, 의견, 그리고 태도를 파악하기 위하여 시행하였다. 본 연구 응답자는 모두 전문의로 진료과목은 외과와 내과가 주를 이루었고 응답자의 약 80%가 이에 해당하였다.

연명치료 사전의사결정서같이 연명치료에 대하여 환자의 자기결정권을 보호해 주는 제도적 장치가 구비되어 있지 않은 관계로 우리나라에서는 연명치료의 중단은 살인죄라는 법적 구속으로부터 자유롭지 못하다. 사전의사결정서와 같은 합법적 도구는 아니지만 연명치료에 대해 본인의 의사를 표시할 수 있는 것으로 심폐소생거부권이 있다. 심폐소생거부권은 연명치료 가운데 특히 심폐소생술에 대하여 거부한다는 의사를 표시하는 것인데 서류로 또는 구두로 활용되고 있는데 본 연구결과는 충청지역의 종합병원 28개소 가운데 이를 위한 서류를 구비하고 있는 병원은 한 군데도 없음을 보여준다. 그러나 치료나 회복이 기대되지 않은 상태에서 생명연장을 위한 심폐소생술의 시행 또는 중단에 대해 사전에 구두로 의사를 표시하는 절차가 있는가라는 질문에 대해 있다고 응답한 경우가 전체 응답자의 73.2%에 달해 연명치료의 시행이나 중단 시 구두로 논의가 있다는 것을 알 수 있다. 논의도 환자본인과 하기보다는 보호자와 주로 하게 되는데 환자의 의식이 있는 경우에도 마찬가지였다. 개인주의의 전통이 근간을 이루어 연명치료의 경우 환자의 자기결정권이 무엇보다 우선적으로 작용하는 서구의 여러 나라들과는 달리 우리나라의 경우는 환자의 자기결정권이 크게 영향을 미치지 못하고 있다. 환자의 자기결정권을 충분히 고려하도록 하는 제도적 장치가 부족하여 의사표시를 하기에는 이미 너무 늦은 경우가 다반사인 점도 있지만 효사상에

의존하여 보호자가 결정을 내리는 것을 당연하게 생각하고 또 최선의 결정을 내려 줄 것이라는 믿음이 강하게 자리잡고 있기 때문이기도 하다. 선행연구도 연명치료 중단결정에서 의사의 의학적 판단과 보호자의 바람이 우선순위를 가짐에 반해 환자의 바람은 상대적으로 우선순위가 낮다는 것을 보여 줌으로써 이러한 문화적 요소를 뒷받침해 주고 있다. 따라서 심폐소생거부권의 활용이 환자의 자기결정권을 보호해 주는 제도적 장치의 역할을 하기에는 역부족이라고 볼 수 있다.

이렇게 의사나 보호자가 중단결정에 중추적 역할을 하게 되는 경우 몇 가지 문제점이 발생한다. 무엇보다 의사나 보호자가 환자 자신이 느끼는 건강상태나 삶의 질에 대해 정확하게 파악한다는 것은 어렵기 때문에 환자의 의사를 정확하게 대변하기가 쉽지 않다.¹⁸⁾ 또한 의사나 보호자가 환자를 대신 해 결정을 할 경우 “치료비 지불능력이 없다는 것이 치료중단의 매우 중요한 이유 중의 하나”인 우리의 의료문화의 문제점을 가중시킬 우려가 있다.¹⁹⁾

응답자의 33.9%가 심폐소생거부권에 대해 많이 알고 있다고 응답하였고 39.3%가 조금알고 있다고 응답한 것으로 미루어 일반성인의 인지도에 비해 비교적 높음을 보여준다. 그러나 연명치료 시행 및 중단결정을 수시로 경험하고 그 결정과정에서 중요한 역할을 하는 중환자실 담당의사임을 감안하면 인지도는 낮다고 볼 수 있겠다. 의학적 판단에 근거한 의사의 조언 한 마디는 결정적인 영향을 미칠 수 있고 또 심폐소생거부권에 대하여 최소한 논의를 할 수 있을 정도가 되려면 인지도 면에서 많이 또는 아주 많이 알고 있어야 하는데 응답자의 약 48.1%만이 이에 해당하였다.

조사응답자의 87.5%가 생명연장을 위한 심폐소생술 시행을 의학적 필요보다 더 많이 한다고 응답하였고 무응답을 뺀 조사응답자는 모두 중단을 의학적 필요보다 적게 한다고 응답한 것으로 미루어 시행은 필요이상으로 많이 하는 반면 중단은 필요이상으로 적게 함을 추정할 수 있다. 물론 이것은 충청지역 의사들의 의견이므로 자료의 대표성을 결여하고 있다는 점을 감안하고라도 절대적 다수가 같은 의견을 보여줌으로써 이러한 의료관행에 대한 원인을 크게 두 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 연명치료에 대한 논의 자체가 활발하지 못하고 이에 대하여 법적 효력을 갖춘 제도가 미비하기 때문이다. 연명치료의 시행과 중단은 행해지고 있는데 중단결정에 대한 법적책임에 대하여는 아무도 지려하지 않고 있어서 적절한 합의과정이 부족할 뿐 아니라 시행 및 중단이 어떤 경우에는 어떻게 한나라는 객관적인 과정으로 표준화되어 있지 않다. 따라서 연명치료 시행 및 중단과정에서 발생할 수 있는 여러 경우들에 대한 객관적이고 구체적인 법적 근거를 마련하는 일이 무엇보다 시급하다. 동시에 연명치료에 대한 논의를 활성화함으로써 심폐소생거부권과 같은 연명치료 관련 이슈에 인지도를 높이고 이를 활용할 수 있는 제도적 장치를 마련한다면 의학적 필요를 넘어 연명치료에 지나치게 의존하는 의료환경을 개선하는데 주요한 역할을 하게 될 것이다.²⁰⁾

둘째, 의학적인 치료를 시작하거나 중단하기 전에 의사는 의학적 판단에 의거해 충분한 설명을 한 후 환자의 동의(또는 거부)를 얻는 것이 의사의 의무라고 하는 가장 기본적인 의료윤리임에도 불구하고 “현재 대부분의 의사들은 환자와 보호자가 치료를 중단하고자 하는 경우 충분한 설득과정을 거치지 않고 승낙하는 경우가 많다”.²¹⁾ 따라서 치료중단요청을 받았을 때 의사는 의학적 판단에 근거해 현재 질병상태나 예후 그리고 치료방향에 대해 충분히 설명을 해 주는 것이 의사로서의 의무임에도 불구하고 실제 이러한 설명과정이 원활하게 잘 이루어지지 않고 있다.²²⁾ 미국

18) Bedell & Delbanco, 1984; Miles, Cranford & Schultz, 1982; Starr, Pearlman, & Uhlmann, 1986.

19) 손명세. 1998. 전게서.

20) Murphy, Burrows, Santilli, Kemp, Tenner, Kreling, & Teno. 1994.

21) 손명세. 1998. 전게서.

의 경우 심폐소생술에 대한 설명 예를 들어 시행 후 생존률 같은 구체적이고 객관적인 정보를 제공하는 경우 정보를 알기 전과 후의 심폐소생술에 대한 환자의 선호도가 달라짐을 발견하였는데 우리나라의 경우도 의사들이 심폐소생술에 대한 자세한 설명이나 예후에 대한 정보를 제공한다면 병원에서 자동적으로 시행되거나 의사의 설명이 없기 때문에 막연히 지연되는 의료관행이 줄어들 것이다.²³⁾

의사본인의 의견을 알아보기 위하여 연명치료에 대하여 찬반여부를 묻는 질문에 대해 응답자 대다수(87.5%)가 반대한다고 응답하였다. 연명치료 중단결정을 누가 내려야 하는가에 대한 질문에 대해 ‘의사의 의학적 판단이 제일 중요하므로 의사에게 맡기는 편이 낫다고 생각한다’, ‘자녀들이 알아서 할 것이므로 자녀들에게 맡기는 편이 낫다고 생각한다’, ‘환자본인의 의사가 제일 중요하다고 생각한다’의 순으로 나타났다. 심폐소생거부권에 대해 의사표시하는 것에 대해 찬성한다고 응답한 경우가 전체 응답자의 89.3%였으나 실제로 평소 임종과정이나 연명치료에 대해 가족과 얘기한 적이 있는 응답자는 33.9%에 해당하였다. 연명치료에 대해 찬반의사가 있어도 본인의 바람이나 의견에 대해 얘기는 잘 하지 않는 것으로 추정할 수 있다.

V. 결론

본 연구는 연명치료와 관련한 이슈에 대해 중환자실 담당의사들의 인지도, 의견, 태도 등을 파악하기 위하여 수행하였다. 충남·충북·대전광역시 소재 종합병원 28개소에 근무하는 중환자실 담당 의사 56명을 대상으로 시행한 방문설문조사의 연구결과는 다음과 같다.

1. 조사대상자는 모두 전문의로서 진료과목은 외과(55.4%)가 가장 많았고 그 다음이 내과(25.0%) 순이었고 근무연수는 10년 미만이 44.6%로, 연령은 40대가 46.4%로 가장 많았다. 성별은 남성이 약 93%로 대다수를 차지하였고 유언작성률은 낮아 단지 2건(3.6%)만이 유언을 작성하였다고 응답하였다. 또한 안락사에 대해서는 대부분(69.75%)이 찬성한다고 응답하였다.
2. 심폐소생거부권을 밝힐 수 있는 서류가 구비되어 있는지 조사한 결과 종합병원 28개소 모두 없는 것으로 조사되었다. 반면 연명을 위한 심폐소생술의 시행 또는 중단에 대해 구두로 의사를 주고받은 경험이 있다고 응답한 경우가 73.2%를 차지하였다.
3. 심폐소생거부권에 대하여는 많이 또는 아주 많이 알고 있다고 응답한 경우가 48.1%를 차지하였다. 연명치료 시행의 경우 의학적 필요보다 필요이상으로 많이 한다고 응답한 경우가 49건으로 전체 응답자의 87.5%를 차지하였다. 반면 연명치료 중단의 경우, 응답자 모두 의학적 필요보다 필요이상으로 적게 한다고 응답하였다.
4. 연명치료에 대하여 대다수(87.5%)가 반대한다고 응답하였고 연명치료 중단결정시 의사의 의학적 판단이 가장 중요하다고 응답하였다. 심폐소생거부권에 대해 찬성한다고 응답한 경우가 전체 응답자의 89.3%였으나 정작 평소 임종과정이나 생명연장술 시행과 같은 이야기를 한 적은 전체 응답자의 33.9%로 나타났다. 주로 배우자에게 가장 많이 얘기하는 것으로 나타났고 본인을 대신하여 연명치료 시행이나 중단결정을 해주길 원하는 자로 가장 선호되는 사람은 배우자,

22) 손명세. 1998. 전게서.

23) Murphy, 1988; Godkin & Toth. 1994.

아들, 딸, 의사의 순이었다.

참고문헌

- 동아일보. 2001년 11월 15일자 보도자료.
- 고윤석. 임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침. 대한의사협회 제 30차 종합 학술대회 발표논문집 2002 : 10-7.
- 손명세. 치료중단의 윤리문제와 법적 장치. 대한의사협회지 1998 ; 41(7) : 707-11.
- 황상익. 가망 없는 환자의 치료중단과 의료윤리. 대한의사협회지 1998 ; 41(7), 697-701.
- Anderson, M., Gladue, S., Laurie, M., Skotniski, E., & Tramer, D. The living will issue: who has right to choose? The Canadian Nurse 1991 ; Nov. : 37-39.
- Arras, J. Ethical issues in Emergency care. Clinics in Geriatric Medicine 1993 ; 9(3) : 655-64.
- Asai, A., Meakawa, M., Akiguchi, I., Fukui, T., Miura, Y., Tanabe, N., & Fukuhara, S. Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state. Journal of Medical Ethics 1999 ; 25(4) : 302-8.
- Callahan, D. Medical futility, medical necessity: the-problem-without-a-name. Hastings Center Report 1991 ; 21(4) : 30-5.
- Doukas, D.J. & McCullough, L.B. The values history: the evaluation of the patient's values and advance directives. The Journal of family practice 1991 ; 32(2) : 145-9.
- Fazel, S., Hope, T., & Jacoby, R. Effect of cognitive impairment and premorbid intelligence on treatment preferences for life-sustaining medical therapy. American Journal of Psychiatry 2000 ; 157(6) : 1009-11.
- Godkin, M.D. & Toth E.L. Cardiopulmonary resuscitation and older adults' expectations. The Gerontologist 1994 ; 34(6) : 797-802.
- Haverkate, I., van Delden, J.J., van Nijen, A.B., & van der Wal, G. Guidelines for the use of do-not-resuscitate orders in Dutch hospitals. Critical Care of Medicine 2000 ; 28(8) : 3039-43.
- Luptak, M.K. & Boulton, C. A method for increasing elders' use of advance directives. The Gerontologist 1994 ; 34(3) : 409-12.
- President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. Deciding to forego life-sustaining treatment. Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1983.
- The Hastings Center. Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Bloomington, IN: Indiana University Press, 1987.
- Wolf, S.M., Boyle, P., Callahan, D., Fins, J.J., Jennings, B., Nelson, J.M., Barondess, J.A., Rock, D.W., Dresser, R., Emanuel, L., Johnson, S., Lantos, J., Mason, D.R., Mezey, M., Orentlicher, D., & Rouse, F. Special report: sources of concern about the patient self-determination act. The New England Journal of Medicine (Editorial) 1991 ; 325(23) : 1666-71.

색인어 : 연명치료, 사전의사결정서, 심폐소생거부권

= ABSTRACT =

Survey on Physicians' Opinions on Life-Sustaining Treatments in the ICU

LEE Mee-Ae*

The purpose of this study attempts to identify knowledge, opinions, and attitudes on life-sustaining treatments of physicians in the ICU. The survey was done on 28 hospitals, at which 2 surveys were conducted. Analysis sample included 56 cases. All of respondents were physicians who were in charge of ICU. None of 28 hospitals had a document related to DNR orders. About 41% of respondents had an experience of oral communications on the subject of DNR orders with caregivers and/or patients.

Results were as follows:

- 1) About 73% of respondents have some degree of knowledge about DNR orders.
- 2) None of 28 hospitals in the area of Chungchungnam-do, Chungchungbuk-do, and Daejeon-city had a document related to DNR orders. But, before the withdrawal of life-sustaining treatments, there has been communications among physicians, caregivers, and patients.
- 3) 53.6% of respondents had the experiences on the withdrawal of life-sustaining treatments, for this study, CPR. Primary caregivers played a prioritized role in the decision-making process of end-of-life care along with physicians in the ICU. In contrast, patients' role was reported to be minimal. In contrast with the Western countries, patients' right to decision didn't seem to be weighed much. Majority of respondents thought beginning of life-sustaining treatments too many but the withdrawal too few as they should be done on the basis of medical judgement.
- 4) Presumed that there is no chance of recovery, as for factors affecting physicians' decision on the withdrawal of life-sustaining treatments in the ICU, physician's medical judgement was the most frequent factor, caregivers' need the second. Patients' need was one of those factors which considered the least frequent.

Key words : Advance Directives, Patients' Right to Self-Determination, DNR orders

* *Department of Social Welfare, Hyecheon College*

к с і

к с і