

무의미한 연명치료 중단에 대한 중환자 전담의사의 인식: 포커스그룹 인터뷰를 중심으로*

김상현**, 손명세***, 고신옥****, 이일학*****

I. 서론

산업혁명 이후 의료정보기술과 생명공학기술과 같은 첨단의료기술의 발전은 인간생활에 양날의 칼과 같이, 한편으로는 질병치료, 평균수명 연장, 삶의 질 향상과 같은 긍정적인 영향을 미치기도 했지만 다른 한편으로 예기치 않은 잠재적 결과로서 기존의 사회적 규범과 불일치하는 의료 및 생명윤리의 문제를 초래하였다. 급속하게 발전하는 첨단의료기술에 비해 쉽게 잘 변하지 않는 사회적 규범과 윤리는 의료현장의 의료진뿐만 아니라 그 직접적인 영향을 받는 환자 및 보호자들에게 심각한 혼란을 안겨주고 있다. 대표적인 윤리문제로 낙태, 인간복제와 같은 출생의 윤리와 안락사, 뇌사 및 장기이식과 같은 죽음의 윤리 등이 있다.

첨단의료기술과 그에 따른 의료윤리 문제 간 발전 속도의 불일치인 이 문화지체(cultural lag) 현상은 무의미한 연명치료(futile treatment)의 경우에서 가장 첨예하게 드러난다. 우리나라에서 연명치료와 관련된 가장 최근의 대표적인 사례로 세브란스 병원의 김 할머니 사건(2008)을 들 수 있는데, 이 사건의 경위는 다음과 같다.

지난 2008년 2월 18일, 김 씨가 폐종양 조직검사를 받던 중 과다출혈 등으로 인하여 심정지가 발생하였고, 의료진은 심박동기능을 회복시키고 인공호흡기를 부착하였으나 환자는 저산소성 뇌 손상을 입어 지속적 식물인간 상태에 빠지게 되었다. 이후 인공호흡기를 부착한 상태로 항생제 투여, 인공영양공급, 수액공급 등의 치료를 받아 왔고, 이 과정에서 김

* 이 논문은 보건복지부 지정 생명정책연구센터 연명치료중단 조사연구보고서(2010년)의 일부 연구결과를 수정 보완한 것임.

포커스그룹 인터뷰에 참여하여 의견을 제시하고 활발한 토론을 해주신 교수님들께 감사의 말씀드립니다.

고신저자: 이일학. 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과. 02-2228-2638. ilhak.lee@gmail.com

** 연세대학교 의료법윤리학과연구원 *** 연세대학교 보건대학원

**** 연세대학교 의과대학 마취통증의학교실 ***** 연세대학교 의과대학 의료법윤리학과

씨 가족들은 병원을 상대로 인공호흡기 제거 등 무의미한 연명치료 중단을 요구하는 소송을 제기하여 세간의 주목을 받게 되었다. 재판부는 해당 사건(서울지방법원 2008. 11. 28. “선고 2008가합6977”)에 대해 환자의 사망을 직접적으로 초래하는 치료중단에 대해서는 응급의료법 등 관련법에 따라 의사는 인공호흡기 제거 요구에 응할 의무가 없다고 밝혔다. 그러나 재판부는 “생명의 연장이 무의미해 환자가 삶과 죽음의 경계에서 자연스럽게 죽음을 맞이할 이익이 생명을 유지할 이익보다 더 큰 경우에는 인공호흡기 제거를 요구하는 환자의 자기결정권 행사를 의사가 거부할 수 없다”고 판시했다.

이 사건은 국내 최초로 우리나라 법에서 무의미한 연명치료중단을 선언했다는 점과 의료계 내부에서만 고민하던 문제를 사회적으로 공론화시킨 촉발제가 되었다는 점에서 그 의미가 크다고 할 수 있다.

이 사건의 판결 이후 우리나라에서 연명치료와 관련된 사회적 논의와 연구가 활발하게 이루어졌다. 대표적인 연구로 ‘연명치료중단에 대한 국민의식 실태조사 및 법제화 방안 연구(2009. 6)’¹⁾와 ‘무의미한 연명치료중단을 위한 사회적 합의안 제시(2009. 10)’²⁾ 등이 있다. 이 연구들은 연명치료중단에 대한 사회적 합의를 이끌어내기 위한 기초자료로서 현재 연명치료의 현황과 이에 대한 국민들의 인식이 어느 정도인지를 파악하는 데 도움을 주었다. 그러나 이 연구들은

연구대상이 일반국민이나 임상현장에서 실제 연명치료를 담당하지 않는 의료인에게 국한됨으로써 의학적 전문성에 근거를 둔 의견으로 받아들이기에는 어느 정도 한계를 가질 수밖에 없었다.

이후 연명치료 담당의사를 대상으로 한 김소윤 등³⁾의 연구와 권복규 등⁴⁾의 연구가 있다. 먼저 김소윤 등의 연구(2009)는 연명치료에 의사결정과정에서 중환자 전담의사들의 인식과 시행 여부를 조사함으로써 의료현장에서 의료진들이 의사결정과정에서 겪는 갈등과 어려움을 실증적으로 보여주고 있다. 권복규 등의 연구(2010)에서는 환자, 보호자, 의료진을 대상으로 의사결정과정에서 치료과정의 어려움, 결과 통보대상, 자신의 연명치료중지에 대한 인식, 환자의 의사인지, 제도화의 필요성 등에 대해 설문조사방법을 통해 질문하였다. 이 연구는 같은 주제에 대해 환자, 보호자, 의료진의 입장을 동시에 파악하여 각각의 입장 차이를 보여줌으로써 의학적 의사결정과정에서 고려해야 할 정책적 시사점을 포괄적으로 제공해주고 있다.

본 연구는 연명치료와 관련된 주요이슈에 대한 중환자 전담의사(intensivists)의 인식 중 기존 연구에서 잘 다루어지지 않은 새로운 사실을 발견하기 위해 시행되었다. 이를 위해 포커스 그룹 인터뷰를 실시하였고, 연명치료와 관련된 주요이슈로서 대상 환자의 범위, 연명치료의 구분, 사전의료의향서의 적용가능성, 의학적 의사결정과정, 입법 및 제도화 가능성 등이 집중적으로 다루어졌다.

1) 서울대 산학협력단 건강증진 사업지원단. 연명치료중단에 대한 국민의식 실태조사 및 법제화 방안 연구. 서울 : 보건복지부, 2009.
 2) 한국보건의료연구원. 무의미한 연명치료중단을 위한 사회적 합의안 제시. 서울 : 한국보건의료연구원, 2009.
 3) 김소윤, 강현희, 고윤석 등. 연명치료중단과 유보결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행. 한국의료윤리학회지 2009 ; 12(1) : 15-28.
 4) 권복규, 고윤석, 윤영호 등. 우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 대한 태도 연구. 한국의료윤리학회지 2010 ; 13(1) : 1-16.

II. 대상 및 방법

본 연구에서는 연명치료에 대한 ‘새로운 사실의 발견’을 목적으로 하기 때문에 질적 연구방법인 포커스 그룹 인터뷰(focus group interview)가 이 연구의 성격에 더 부합된다고 판단되었다.

연구진들은 포커스그룹 구성을 위해 대한중환자학회 회원 중 접촉이 가능한 회원에게 지역과 전공을 고려하여 집단 구성을 요청하였다. 그 결과 서울지역 2개 의료기관(A병원, S병원), 광역시 2개 의료기관(C병원, K병원)인 총 4개 의료기관이 선정되었다. 최종적으로 인터뷰에 참여한 인원은 총 18명이었으며, 인터뷰 과정은 참여자들의 동의를 받아 녹취되었다. 이 연구시도는 연구자의 입장에서 연명치료에 대한 실질적인 자료를 얻을 수 있다는 점에서 도움이 되었지만, 해당 의료기관의 의료진들에게 연명치료에 대한 다각적인 이해를 증진시킬 수 있는 교육의 장(場)을 마련하였다는 데에서도 그 의미를 찾을 수 있다.

본 연구에서 포커스 인터뷰에 참여한 의료기관 및 의료진 현황은 다음의 <표 1>과 같다.

<표 1> 참여 의료기관 및 의료진 현황

의료기관	의료진 현황
A병원(총 6명)	내과(4명), 외과(1명), 소아과(1명)
S병원(총 4명)	외과(1명), 마취통증의학과(2명), 신경외과(1명)
C병원(총 4명)	마취통증의학과(2명), 신경과(1명), 신경외과(1명)
K병원(총 4명)	내과(1명), 흉부외과(1명), 마취통증의학과(1명), 신경외과(1명)

III. 결과

1. 대상환자의 범위

어떤 조건(condition)의 환자를 말기환자로 인식하는가에 대한 질문에 대해 의료진들 간 다양한 의견이 있음에도 불구하고 잔여 생존기간, 말기환자의 범주, 특징, 지속적 식물상태 환자포함여부, 연명치료환자를 치료하는 것의 의미 등에 대해 다음과 같은 의견이 수렴되었다.

1) 잔여생존기간

말기환자의 잔여 생존기간을 얼마로 보는가에 대해 의료진들의 전공과목에 따라 ① 수일부터 ② 수주, ③ 1개월, ④ 3개월, ⑤ 6개월까지 다양한 의견을 제시하였다. 이는 말기환자의 잔여생존기간을 임의적으로 규정할 뿐 아직까지 일관된 의견이 없음을 보여준다.

2) 말기환자의 구분

말기환자는 환자의 삶의 질, 생명연장 여부, 환자의식 등을 고려하여 크게 말기질환(terminal disease), 말기상황(terminal condition)으로 구분된다. 구체적인 말기질환으로 말기암, 뇌졸중 등이 제시되었고, 말기상황으로 뇌사(brain death), 다발성 손상, 루게릭병과 같은 신경계 질환이 제시되었다. 이 외에도 ‘말기환자로 정의할 수 있는 질환은 없다’는 소수의견이 있었는데, 그 이유로는 급성환자의 경우 치료하면 좋아질 가능성이 있으므로 판단하기 어렵고, 설령 의사가 말기환자라고 해도 이에 대해 합의할 수 있는 환자(보호자)가 없기 때문이라고 보았다.

3) 말기환자의 공통된 특징

말기환자의 잔여생존기간과 유형에 대해서는 약간 다른 의견을 보였지만, 말기상황에 대해서는 ‘적극적 치료에도 불구하고 비가역적인(irreversible) 결과가 확신되는 경우’와 ‘치료 중에 있는 사람은 제외’라는 점에서 이견이 없었다.

4) 지속적 식물상태 환자 포함여부

지속적 식물상태 환자(persistent vegetative state, PVS)를 말기환자에 포함해야 하는가에 대해 ‘포함해야 한다’고 응답한 사람은 의사를 표명한 12명 중 4명(33.4%)이었고, ‘포함해서는 안 된다’고 한 사람은 7명(58.4%)으로 나타나 지속적 식물상태 환자를 말기환자에 포함해서는 안 된다는 의견이 약간 더 우세하였다. 이외 기타의견으로 특정약물을 투여해야만 심장박동이 유지되는 경우, 지속적 식물상태에 포함해야 한다는 의견이 있었다.

5) 연명치료 환자를 치료하는 것의 의미

말기환자는 환자군별로 치료목표에서 차이를 보이는 경향이 있었다. 일반적인 치료의 목적은 환자의 건강을 회복하는 데 있지만, 모든 말기환자의 치료목적이 이와 동일하지 않다. 예를 들어 식물환자의 경우, 만에 하나 깨어날 수도 있으므로 반사적인 치료를 해주는 것이고, 호흡기에 의존하는 말기환자는 치료 그 자체의 목표보다는 환자에게 가족(보호자)과 대화할 시간을 줌으로써 삶을 정리하는 시간을 주는 의미가 있으며, 호흡기에 의존하는 심각한 뇌손상 환자는 환자를 위한 치료라기보다는 가족(보호자)에게 며칠이라도 병원에 계셨다가 돌아가시도록 함으로써

심리적으로 환자의 죽음을 준비할 수 있게 한다는 또 다른 의미가 있다는 것이다.

이와 같이 연명치료는 ‘치료’라는 원래의 역할 외에 다른 잠재적 기능을 가진다는 점이 발견되었다. 즉, 환자에게 의학적으로 무의미한 연명치료일지라도 환자가족들에게는 환자가 숨을 쉬고 있다는 것은 특별한 의미가 있으며, 연명치료 기간은 환자와 이별할 준비의 시간이 된다는 점, 어느 정도 단계가 지나면 환자를 치료하는 것이 아니라 보호자를 치유하는 단계로서 환자의 죽음으로 인해 큰 충격 없이 이별할 수 있도록 인도해주는 역할을 한다는 것이다.

2. 연명치료의 구분

1) 기본연명치료와 특수연명치료 구분

먼저 연명치료방법을 기본(ordinary) 연명치료와 특수(extraordinary) 연명치료로 구분하는 것에 대해 ‘구분할 필요가 없다’는 입장과 ‘구분하는 것이 필요하다’는 입장으로 나뉘어졌다.

포커스 집단 인터뷰에 참여한 전체 의사 18명 중 4명이 기본연명치료와 특수연명치료를 굳이 구분할 필요가 없다는 소신을 밝혔다. 그 이유로는 임상상황에서는 특수연명치료를 시행하더라도 결국 합병증으로 인해 급성상황에 도달하므로 임상적으로 크게 도움이 안 된다는 것을 들고 있다. 반면, 기본연명치료와 특수연명치료를 구분하는 것이 필요하다는 입장에서는 살아있는 사람에게 필수적인 산소, 수분, 영양을 기본연명치료방법으로 보는 경향이 있었다. 그러나 경우에 따라 호흡기를 특수연명치료로 보거나, 심장을 뛰게 하는 약을 기본연명치료방법으로 보며, 외과의사의 경우 수술도 연명치료방법에 포함해야한다는 의견 등이 있었다. 특히 살아있는

사람에게도 영양공급을 중지하면 죽는다는 논리에 의해 특히 '영양공급'의 중요성이 언급되었다. 즉 한국사회의 문화로서 '한 끼의 식사'를 중요하게 여기는 국민정서를 고려하여 기본과 특수연명치료로 나누는 것이 필요하다고 하였다.

이 외 기타의견으로 지속적 식물상태에 대한 합의가 어려우므로 지속적 식물상태라는 말을 배제하자는 의견, 지속적 식물상태에 기간을 넣자는 의견 등이 제시되었다.

2) 유보(withholding)와 중단(withdrawing)

중환자 전담 의사들은 연명치료의 유보와 중단에 대해서는 대체로 별 차이가 없다고 보았지만, 현실적으로 사전의료의향서(advanced directives)에서 특별히 치료를 거부한 경우가 아니면 환자의 생명을 살리기 위해 일단 연명치료를 시작하는 경향이 있었다. 즉 일반 의사들이 유보를 결정해야 하는 경우가 더 많다면, 연명치료를 담당하는 의사들은 유보보다는 중단을 결정해야 될 상황이 많다는 것이다. 이들은 유보(withholding)는 처음부터 사회적 측면을 고려한 적극적 결정이어서 결정하는 데 부담이 많이 되기도 하지만 심리적으로 더 편한 면이 있는 반면, 중단(withdrawing)은 환자가 도저히 회복할 수 없는 상황에서의 소극적 결정이기 때문에 중단하는 것에 대한 죄책감이 있다고 보았다. 한편 중단을 결정하기 어려운 경우, 해당병원에서 바로 실행하기보다는 2차 병원으로 전원(transfer)하는 과정에서 '소극적 안락사'의 형태로 이루어지는 경우가 있었다. 이때 연명치료중단 의사를 표현하는 방식은 우회적이고 간접적인 방법으로 이루어진다고 한다. 또한 인터뷰에 참여한 의료진들은 유보 결정 시 무엇보다 말기환자나 말기상황에 대한 판단기준이 중요하므로 반

드시 개별 증례(case) 위주로 접근해야 한다는 의견이 피력되었다.

이 외에도 실제 임상상황에서 의학교과서에서 배운 대로 실천할 수 없는 상황에 대해 언급되었다. 특히 루게릭, 척수근위축증과 같은 신경계 질환 환자의 경우 교과서에서는 산소호흡기(ventilator)를 달지 말 것을 기술하고 있지만 실제 환자의 의식이 뚜렷하기 때문에 우리나라의 법제도나 국민정서를 고려할 때 이를 시행할 수 없다는 의견이 있었다. 정맥영양주사(total parental nutrition, TPN)의 경우 한 내과 의사는 개인적으로 정맥영양주사에 대해 학문적으로 문제가 있다고 생각되어 강력하게 반대하지만 우리나라 의사들이 선호하는 경향이 높다고 하였다. 그 이유로 의사들은 정맥영양주사를 통해 환자에게 무언가를 해줄 수 있고, 영양공급 시 정확하게 계산된 칼로리를 제공해줄 수 있고 느끼기 때문이다.

3. 사전의료의향서의 적용가능성

1) 사전의료의향서 작성의 어려움

인터뷰에 참여한 대부분의 의료진들은 공통적으로 가족주의가 지배적인 우리나라 문화에서 사전의료의향서 작성의 어려움이 있다고 이야기 하였다. 외과계열의 경우에는 DNR 형식을 받는 관행이 있어 어느 정도 익숙하지만, 내과계열에서는 사전의료의향서 작성이 환자의 치료를 포기하는 것으로 오인 받는 문제점이 지적되었다. 즉 우리나라에서 사전의료의향서를 작성하는 것은 상황의 가변성, 충동적 의사표현, 사전의료의향서 작성에 대한 거부반응, 일찍 죽겠다는 역설적인 표현방식, 사전의료의향서 작성으로 인한 악영향 등의 문제점을 가지고 있어서 현

실적인 적용의 어려움이 있다고 보았다.

2) 작성시기

사전의료의향서의 작성시기에 대해서는 여러 가지 의견이 제시되었다. 첫째, 건강할 때 작성하는 방법은 건강검진 시 미리 의사를 밝힘으로써 급성/응급상황에서 유효할 것으로 보았고, 둘째, 진료받기 위해 병원 방문 시 작성하는 방법은 주치의가 없고 바쁜 외래 일정에서 작성하기 어렵다는 현실적인 문제가 있다. 셋째, 입원 시 받는 방법은 실현가능하지만 치료를 포기하는 것으로 오인 받을 수 있고, 마지막으로 잔여생존기간이 6개월 남았을 때 쓰는 방법은 만성질환(예: 루게릭병 등)의 경우에 효과적이라고 볼 수 있다.

우리나라에서 사전의료의향서의 제도화는 환자의 자율성을 보장해 줄 뿐 아니라 의사에게 돌아올 수 있는 사회적 책임을 면제해줌으로써 사실상 의료진을 보호하는 의미도 포함되어 있음이 강조되었다.

3) 사전의료의향서 활성화를 위한 제안

사전의료의향서 활성화를 위한 실질적인 제안으로 두 가지가 제시되었다. 먼저, 가족의 지나친 개입은 치료시기, 치료 및 수술 방법, 치료중단여부 등의 결정에서 환자의 자기결정권을 침해하는 경향이 있으므로, 사전의료의향서를 제도화하기보다는 권장사항이나 개인의 선택으로 두는 단계적 도입이 필요하다는 것이다. 또한 연명치료에 대한 의사결정에서 우리나라 가족주의 문화를 바로 인식하여 사전의료의향서 작성의 의미를 이해하고 실천하게 하는 것이 중요한데, 이는 교육을 통해서 가능하다는 것이다.

4. 의학적 의사결정 과정

의사결정방식에 대한 이슈는 주체별 의사결정 유형, 의사결정의 어려움, 가족 간 이견이 있는 경우, 추정 및 대리결정 등으로 구분할 수 있으며 그 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 주체별 의사결정 유형

과거에는 의사주도 결정이 대부분이었으나, 최근에 와서 의사권고 후 환자측이 결정하는 경향이 있었다. 주체별 의사결정 유형은 크게 환자주도형, 의사주도형, 가족주도형, 제3자 의뢰형으로 나눌 수 있다. 먼저 환자주도형은 사실상 사전의료의향서와 같이 환자의 분명한 의사표시가 있을 때만 가능한데 우리나라에서는 아직 드물게 나타나는 유형으로 암, 신경계 질환 등과 같은 만성질환의 경우에서 가능한 유형이다. 둘째, 의사주도형은 환자의 예후가 분명히 나쁠 때나 불필요한 치료를 하지 않으려는 경우로서 의사가 주도해서 적극적으로 결정하는 경우이다. 셋째, 가족주도형은 주로 가족 간 유대관계가 아주 좋거나 경제적 문제로 어려움을 겪는 경우에 해당되는 것으로 만성질환보다는 급성질환이나 말기상황에서 이루어지는 경향이 있다.

2) 의사결정의 어려움

인터뷰에 참여했던 대부분의 의사들은 의사결정이 어려웠던 사례로서 경제적 문제(치료비용) 때문에 연명치료중단을 요구한 경우를 가장 많이 들었다. 경제적 문제는 그 자체로도 어려움을 주지만 환자 간병으로 인해 장기간 휴가를 내야 하거나 그로 인해 실직할 경우, 가정적으로 경제적 재난을 가져와서 결국 빈곤층으로 전락할 가

능성을 높여준다. 실제 경제적으로 매우 극심한 어려움을 겪는 사람들은 응급실에 와서도 무단으로 가버리거나 연명치료를 위해 입원 및 치료 단계까지 오지 않는 경우가 많다는 것이다. 이런 사례까지 감안한다면 경제적 문제로 인한 연명 치료중단 문제의 실체는 더욱 심각한 양상을 띠게 된다. 결국 한 가족구성원이 질병에 걸린다는 것은 당사자뿐만 아니라 그 가족구성원들의 삶에도 큰 영향을 미친다는 것을 알 수 있다.

이러한 치료비용 문제 외에도 의사결정이 곤란했던 사례로서 임상적으로 뇌사임에도 계속 치료를 요구하는 경우, 생존가능성이 있는데도 여타 이유(예: 나이가 많다는 이유 등)로 치료중단을 주장하는 경우, 가족들이 의료사고라고 주장하여 의료분쟁의 소지가 있는 경우, 재혼가족의 확대로 법적 가족과 사실적 가족이 다를 경우 누구의 의견을 들어야 하는지 판단이 어려운 경우, 의학적 판단기준이 모호한 경우 등이 언급되었다.

3) 추정 및 대리 의사결정

의사표시가 불가능한 환자의 추정의사에 대해 반대하는 입장이 4명, 가족이 합의할 경우 받아들인다는 입장이 4명으로 어느 한쪽으로 지배적이고 일관된 의견이 없었다. 기타의견으로 가족들 간 갈등이 있거나 연고자가 없을 경우 병원윤리위원회에 상정한다는 의견이 있었다.

한편, 환자의 추정의사에 대해 가족들 간 이견이나 갈등이 있는 경우에는 추정 의사가 없는 걸로 간주하고, 개입하지 않거나 의견이 수렴될 때까지 기다리며, 계속 이견이 존재할 경우 병원윤리위원회에 상정한다고 하였다.

5. 입법화 및 제도화 가능성

1) 입법화

연명치료 관련 입법에 대해서는 1명을 제외하고 대부분 찬성하였으나 단, 입법 시 사례가 다양하므로 극단적인 사례를 막을 수 있는 법에 국한되어야 하고, 입법화되면 감시받거나 보고의 어려움이 있으므로 반드시 이에 대한 고려가 있어야 됨이 강조되었다. 또한 연명치료는 입법을 통해 제도적으로 규정된다는 의미뿐만 아니라 사회적으로 이슈화되는 부가적 기능이 있음도 지적되었다. 그 중에서 뇌사의 법제화에 대해서 대부분의 의사들이 임상적으로 필요하므로 찬성하는 입장이었는데, 특히 외과 의사들이 뇌사의 법제화를 더욱 절실하다고 보았다.

또한 연명치료 관련 입법 시에는 규제법보다는 지원법이 마련되어야 되고, 말기환자에 대한 명확한 규정이 있어야 하며, 연명치료와 관련된 질병을 범주화하여 질병별 기준이 마련되어야 함이 제기되었다. 결국 입법화는 법이 의사의 치료할 권리를 보장해주고, 의료진이 소신껏 진료할 수 있도록 보호해주는 방향으로 나아가야 한다고 보았다.

2) 국가의료윤리위원회와 병원윤리위원회의 역할

국가의료윤리위원회 설치에 대해서는 대체로 찬성하였다. 국가의료윤리위원회는 심의기구가 아니라 계속적으로 지원하는 역할(재정적 지원 포함)을 하고, 그 위치도 병원윤리위원회의 상위 기관으로서 실질적인 권한이 부여되어야 한다고 하였다.

병원윤리위원회의 역할에 대해 회의적인 입장도 있으나, 대체로 설치 의무화에 대해 찬성하였

다. 단 중소병원의 사정을 감안하여 병원마다 병원윤리위원회를 다 두기보다는 지역단위로 윤리위원회를 두는 방법이 제안되었다. 또한 병원윤리위원회에 경제적 지원뿐만 아니라 보호자로부터 하여금 참석할 수 있도록 힘을 실어주는 것이 중요하다는 의견이 제시되었다.

IV. 고찰

연명치료 대상환자에 대해서는 전공과목과 개인적 가치에 따라 각기 다른 의견이 제시되었는데, 특히 말기 환자에 지속적 식물상태 환자를 포함하는 데 대해 반대하는 의견이 더 많았다. 이는 연명치료 중지에 대한 지침(2009)에서 제시하는 기준과 다른 결과이다. 이 지침에서는 연명치료중지 대상환자의 범위에 ‘심한 뇌손상으로 지각능력이 완전히 소실되어 외부자극에 대하여 의미있는 반응이 없는 상태가 지속되는 경우’인 지속적 식물상태(PVS) 환자가 6개월 이상 지났고, 회복가능성이 없는 경우를 포함하고 있다.⁵⁾ 그러나 연명치료중단 조사연구보고서(2010)의 환자군별 연명치료에 대한 태도에서 식물상태로 호흡기 없이 지내는 환자에게 가장 적극적으로 연명치료를 해야 하는 것으로 나타나⁶⁾ 지속적 식물상태 환자가 연명치료중단의 대상이 아님을 보여주고 있다. 치료중단의 조건 중 하나가 고통이 극심하여 삶의 질이 낮은 것이라면, 지속적 식물상태의 환자는 고통을 느끼지 못하고 현재 의식은 없지만 돌아올 가능성

이 있기 때문에 치료중단이 최선의 이익이 아닐 수 있기 때문이다.⁷⁾ 이에 지속적 식물상태와 별도로 영구적 식물상태를 구분할 필요가 있다. 지속적 식물상태란 한 사람이 실제 그런 상태에 있고 일정시간 그 상태가 지속되었다는 최초의 진단이지만, 영구적 식물상태는 전혀 회복될 것 같지 않은 예후를 포함한다.⁸⁾ 영구적 식물상태는 지속적 식물상태를 전제로 하며, 예후는 일정기간 동안의 세심한 관찰과 양전자 방사 단층 촬영(position emission tomography, PET), MRI와 CT와 같은 검사를 통해 판단할 수 있다.⁹⁾

말기환자는 환자의 삶의 질, 생명연장 여부, 환자의 의식수준을 고려할 때, 크게 말기질환, 말기상황으로 나눌 수 있다. 먼저 말기질환(terminal disease)에 대해 미국 오리건 주 존엄사법에서는 의학적으로 치료나 회복이 불가능한 것으로 확정되고 합리적인 의학적 판단에서 6개월 이내에 사망을 초래하는 질환이고,¹⁰⁾ 영국의 의사조력자살법(안)에서는 주치의와 의료의사의 의견으로 진행이 불가피하고, 치료에 의해 회복될 수 없으며, 6개월 내에 사망을 야기하는 질환으로 정의하고 있다.¹¹⁾ 한편, 말기상황(terminal condition)에 대해 미국 오하이오 주의 말기환자의 권리에 관한 법에서는 질환, 질병 또는 손상에 의해 야기된 완치불가능, 치료 불가능한 상황을 의미하며, 합리적인 의학적 기준에 따라 의료인이 합리적인 의학적 확실성을 가지고 두 가지(회복할 수 없는 경우, 연명치료가 제공되지 않을 경우 비교적 짧은 기간 내에 죽음에 이를

5) 연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회, 연명치료중지에 관한 지침, 대한의사협회, 대한의학회, 대한병원협회, 2009, 9.
 6) 보건복지부 지정 생명윤리정책연구센터, 연명치료중단에 대한 조사연구 보고서, 서울 : 보건복지부, 2010.
 7) 김상득, 손명세, 안락사: 정의, 분류 그리고 윤리적 정당화, 생명윤리 2000 ; 1(1) : 97-111.
 8) Mappes TA, Persistent vegetative state, prospective thinking, and advance directives, Kennedy Institute of Ethics J 2003 ; 13(2) : 119-139.
 9) 데이비드 F. 켈리, 생의 마지막에서의 의료적 보살핌, 서울 : 아카넷, 2011 : 129.
 10) Oregon.gov, Death with Dignity Act, http://www.oregon.gov/DHS/ph/pas/ors_shtma_0000년_00월_00일_방문.
 11) Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL], <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200506/ldbills/036/2006036.pdf> 2011년 8월 31일 방문.

것으로 보이는 경우)가 모두 적용된다고 결정한 경우를 말한다.¹²⁾

우리나라 연명치료중지 지침에서 말기질환은 제1수준에 해당하는 것으로 암, 후천성면역결핍 증후군, 만성 심부전, 만성폐쇄성 폐질환, 간성 혼수, 만성 신장질환, 진행성 신경근육계통 질환 등 말기상태이면서 의사결정능력이 있는 환자로써 비교적 그 기준이 뚜렷한 편이다. 하지만 말기상황은 의사결정능력이 없으나 특수 연명치료 없이 생존하거나(제2수준), 의사결정능력이 없고 특수연명치료를 적용해야 할 환자(제3수준)와 임종환자 또는 뇌사상태 환자(제4수준)를 말한다. 말기상황에 대한 공통적인 의견으로 ‘적극적 치료에도 불구하고 비가역적인 결과가 확신되는 경우’와 ‘치료 중에 있는 사람은 제외’라고 할 때 제4수준에 해당하는 임종환자 또는 뇌사상태 환자만이 연명치료 중단 대상이 될 수 있다. 여기서 제3수준인 의사결정능력이 없고 특수연명치료를 적용해야 할 환자를 대상환자에 포함시킬 것인가의 여부가 논란의 핵심이 될 것이다.

또한 의학적으로 무의미한 연명치료가 ‘치료’ 그 자체의 기능보다는 무의미한 치료를 통해 환자가 살아있는 시간을 벌어주고, 보호자를 통제하고, 보호자가 큰 충격 없이 환자와 이별하게 준비해주는 역할을 한다는 사실이 발견되었다. 완화 및 호스피스 의료가 의식이 있는 환자를 대상으로 하는 치료라면 의학적으로 무의미한 연명치료는 환자보호자와 가족을 대상으로 하는 치유(healing)의 역할을 한다는 것이다.

한편 연명치료 전담의사 18명 중 4명은 굳이 기본연명치료와 특수연명치료를 구분할 필요가

없다고 주장하였다. 이를 두 가지로 구분하는 전통은 인간생명을 유지하는 데 필수적인 수분, 영양, 호흡이 도덕적 의무라고 보는 가톨릭 전통에서 찾을 수 있다.¹³⁾ 즉 가톨릭 전통에서는 영양 및 수분공급 장치는 질병치료를 목적으로 하는 의료조치와 달리 생명유지 및 환자의 존엄성과 직접 관련되어 있기 때문에 이를 제거해서는 안 된다고 본다. 이 가톨릭 전통과 함께 우리나라 문화에도 먹거리와 영양공급을 중요하게 여기는 경향이 있는데, 이는 우리나라 의사의 정맥영양주사(TPN)¹⁴⁾에 대한 높은 선호도를 통해 확인할 수 있었다. 연명치료중지에 관한 지침(2009)에서는 기본연명치료를 생명유지에 필수적이지만 전문적인 의학지식이나 의료기술로 보고, 관을 이용한 영양공급, 수분 및 산소공급, 체온유지, 배변과 배뇨도움, 진통제 투여, 욕창 예방, 일차 항생제 투여 등을 포함시키고 있다. 연명치료 중단에 대한 국민의식 실태조사 및 법제화 방안 연구(2009)에서도 기본연명치료방법으로 경장영양, 자연적 기도관리, 기관절제술을 통한 기도관리를 드는 반면, 정맥영양주사에 대해서는 일부만 기본연명치료방법으로 찬성하고 있었다. 즉 기존의 지침에 의하면 정맥영양주사(TPN)는 특수연명치료방법에 속하지만 본 연구에서는 정맥영양주사에 대한 선호도가 높게 나왔다. 즉 우리나라 의사들도 연명치료에서 영양공급을 특히 중요하게 여기고 있음을 알 수 있다.

여기서 쟁점이 되는 것은 영양공급 및 호흡기 사용이 의학적 치료(medical treatment) 행위인가 아니면 돌봄(care) 행위인가이다. 일반적으로 영양공급은 엄마가 아이에게 주는 것과 같은 돌봄 행위로 인식되는 경향이 있는데, 영양공

12) LAWriter Ohoi Laws and Rules, <http://codes.ohio.gov/orc/2133.01> 2011년 8월 31일 방문.

13) Panicola M, Catholic teaching on prolonging life: setting the record straight, Hasting Center Report 2001 ; 31(6) : 14-25.

14) 정맥영양주사(total parenteral nutrition, TPN)란 인체에 필요한 영양소의 일부 혹은 전체를 위장관을 거치지 않고 대정맥이나 말초혈관을 통해 공급하는 방법을 말한다.

급 시 비강영양튜브(nasogastric tube)나 위절개관(gastrostomy tube)과 같은 다른 기구의 사용여부가 기본연명치료와 특수연명치료를 구분짓는 기준이 되기도 한다.¹⁵⁾ 이 기준에 따르면 경장영양이나 정맥영양주사(TPN) 모두 특수연명치료에 해당하지만 우리나라에서는 영양공급을 생명을 유지하기 위해 필수적인 것으로 인식하고 있기 때문에 기본연명치료에 포함된다고 볼 수 있다.

의료인 71%가 유보와 중단을 다르게 보는 것과 달리¹⁶⁾ 중환자 전담 의사들은 서구의 의사들과 같이 유보(withholding)와 중단(withdrawing)을 개념적으로 같다고 보는 경향이 있었다. 우리나라 임상상황에서 무의미한 연명치료 유보가 쉽지 않은 이유는 대략 세 가지로 나누어 볼 수 있다. 첫째, 임상현장에 응급환자가 오면 의료진은 본능적으로 환자의 생명을 살리기 위해 최선을 다하는 경향이 있으며 이를 위해 생명을 유지할 수 있는 모든 의료장치를 가능한 다 동원하는 의료관행이 있기 때문이다. 둘째, 무의미한 연명치료유보를 하기 위해서는 기존 환자의 사전의사가 전제되어야 하는데, 아직까지 우리나라에 사전의료의향서가 제도화되어 있지 않고, 가족에 의해 추정되거나 대리 결정되는 우리나라 사정상 환자의 명확한 사전의사를 알 수 없기 때문으로 볼 수 있다. 셋째, 가족주의 문화가 지배적인 우리나라에서 가족 구성원이 처음부터 치료를 받지 않는 것에 대해 죄책감을 갖기 때문에 경제적 여건이 허락하는 한 쉽게 유보를 시행하지 않는다는 것이다.

가족주의 문화가 지배적인 우리나라에서 사

전의료의향서를 작성하는 것은 어려움이 있다. 미국에서 3,746명을 대상으로 조사한 2010년의 연구결과에 의하면, 44.9%가 사전의료지향서를 작성한 반면, 우리나라에서 사전의료의향서 작성비율은 극히 낮아 1%에도 미치지 못할 것이라고 한다.¹⁷⁾ 그러나 실제 우리나라에서 사전의료의향서 작성 비율이 매우 낮음에도 불구하고 사전의료의향서 작성에 대한 사회적 공감대가 어느 정도 형성되어 있다고 볼 수 있다. 2009년 일반성인 1,012명, 의사 97명을 대상으로 설문조사한 결과에 의하면, 일반성인의 경우, 본인이 말기환자로 병원에 입원하였다고 가정할 때, 연명치료여부 문서작성의 필요성에 대해 68%가 필요하다고 응답하였고, 의사의 97.9%가 사전의료의향서 작성에 대해 찬성하였다.¹⁸⁾ 이 결과는 우리나라에 사전의료의향서 작성 문화를 활성화할 필요성을 제기하는 바, 무엇보다 사회문화운동 차원에서 적극적으로 고려해볼 필요가 있다. 최근 보건복지부 지정 생명윤리정책연구센터에서 주관하는 세미나는 전국적으로 사전의료의향서의 의미를 알리고 이를 권장하는 대표적인 사회문화운동 사례라고 볼 수 있다.

가족과 이견 시 의사결정방식으로 의사가 가족의 의견을 수용하는 방식인 가족주도형이 가장 많았고, 의사-환자 간 상호작용을 중심으로 한 상호작용형과 가족설득형은 비교적 적게 이루어지고 있었다. 일반적으로 서구적 문화전통에서 연명치료에 대한 의사결정은 개인의 자율성존중 원칙에 근거하고 있지만, 유교적 문화전통이 강한 우리나라에서는 가족주의 의사결정 방식에 의거하고 있다. 가족주의 문화에서는 가

15) Gallagher WP. Ethical aspects of withdrawing and withholding treatment, Art & science ethical decision-making, Nursing Standard 2007 ; 21(33) : 46-50.

16) 한국보건 의료연구원, 위의 글(주2), 2009.

17) 국회 보건복지위원회, 존엄사 관련법 제정을 위한 공청회 자료집, 2010.

18) 서울대 산학협력단 건강증진 사업지원단, 위의 글(주1), 2009.

족의 가치가 개인의 가치에 우선하며, 그 의사 결정 방식도 개인 당사자 보다 가족 전체에 의해 결정되기 때문에 어떤 경우 개인의 가치는 가족적 가치에 의해 희생도 불사한다. 이 가족주의 전통은 무의미한 연명치료에도 적용되어 의사가 제시하는 치료결정에 대해서도 당사자가 결정(그의 의견이 반영)되는 것이 아니라 가족 구성원들이 의논해서 결정하고 있다. 이러한 가족주의 의사결정모델은 가족이 가장 환자를 잘 이해하고 그의 최선의 이익을 잘 대변해줄 수 있다는 점에서 선호되고 있다. 하지만 이 모델은 기본적으로 가족 구성원들 간 합의를 전제로 함으로써 가족과 환자 간, 가족 구성원들 간 갈등이 있는 경우 한계를 가진다. 즉 가족과 환자 간, 가족 구성원들 간 가치와 이익이 상충할 경우 한계를 가질 수밖에 없다. 특히 현실적으로 간병에 따른 의료비용, 시간적·신체적 수고 등 가족의 희생이 수반되는 상황에서 환자보다 가족구성원들의 가치와 이익이 우선해서 이루어지는 결정은 자칫 환자를 가족주의 이데올로기의 희생자로 내몰 수도 있다. 따라서 가족주의 의사결정모델이 한국사회에서 선호되고 만연되는 것은 사실이지만 이 모델이 반드시 윤리적이고 바람직하다고 할 수는 없다.

Burns와 Truog¹⁹⁾는 의학적으로 무의미한 연명치료 중단에 대한 의사결정과정에서 세 가지 세대(generations)를 거쳐 발전하여 왔다고 본다. 첫 번째 세대는 특정한 임상적 기준에 의해 정의되는데, 사회부문들 간 합의가 없다는 한계를 가진다. 두 번째 세대는 병원윤리위원회를 통해 병원에 힘을 부여하는 절차적 접근방식(procedural approach)이다. 이 세대에서는 의사가 불합리하다고 간주하는 요구를 병원이 결정하고,

이익이 되는 치료(beneficial treatment)가 무엇인지에 대한 국가적 합의가 이루어지지 않고 있다는 한계가 있다. 세 번째 세대는 의사소통과 협상(communication and negotiation)에 초점을 둔 것으로 비교적 효과적인 방법으로 볼 수 있다. 즉 서구의 경우 임상적 기준단계·절차적 접근단계·의사소통과 협상단계 순으로 발전하여 왔다는 것이다. 이 기준에 따르면 우리나라는 서구와는 다른 양상을 보인다. 가족주의 의사결정 모델은 의사소통과 협상단계에 포함되는 것으로 표면적으로 보면 서구보다 더욱 진전된 것으로 보이지만 진정한 의미에서 의사소통과 협상이라고 볼 수 없다. 왜냐하면 산업사회의 핵가족 구조 하에서 가족 구성원들 간 의사소통은 부재하거나 미미하고 협상에 대해서도 익숙하지 않기 때문이다. 서구사회의 예에서 보듯이, 병원윤리위원회와 같은 절차적 접근이 가장 효과적이고 최선의 방법이 아니라면, 의료인-환자(보호자) 간 효과적인 상담 및 협상절차를 통해 환자에게는 자기결정권을 보장하고, 가족에게는 최선의 복지를 보장하며, 사회에 최선의 이익이 되는 방향으로 결정될 수 있는 환자-의사-가족 간 공동 의사결정 모델이 그 대안이 될 수 있을 것이다.

한편 연명치료에 대한 의사결정에서 가장 큰 어려움은 경제적 문제로 인한 치료중단 요구, 임상적으로 뇌사임에도 계속 치료를 요구하는 경우, 그리고 재혼가족과 같이 법적 가족과 동거가족 간 의사결정에서의 갈등상황 등이 언급되었다. 우리나라에서 경제적 문제로 가족구성원들이 연명치료 중단을 요구하는 경우가 많다는 사실은 공공연하게 알려져 있지만 치료여부에 금전적 문제를 개입시키는 것에 대한 부정적 시

19) Burns JP, Truog RD. Futility—A concept in evolution. Chest 2007 ; 132(6) : 1987-1993.

각 때문에 이에 대한 실증적 연구가 거의 없는 실정이다. 실제 무의미한 연명치료중단에 대한 설문조사결과²⁰⁾에서는 의사결정에 미치는 요인으로 경제적 문제가 드러나지 않았지만, 본 연구의 포커스 그룹 인터뷰 결과에서는 경제적 문제가 가장 핵심적인 것으로 드러났다. 특히 경제적 사정이 상대적으로 좋지 않은 수도권 외 지역의 병원에서 연명치료 의사결정에 경제적 문제가 매우 중요한 요인으로 작용하는 것으로 밝혀졌다. 또한 연명치료를 포함한 의학적 의사결정에서 환자개인의 자율성보다 가족중심의 결정이 이루어지는 우리나라에서 가족에 대한 개념이 재정립되어야 할 것이다. 최근 높은 이혼율과 재혼가족의 증가로 인해 법적 가족과 동거 가족이 다른 경우 가족에 대한 개념적 혼란이 있기 때문이다. 이와는 반대로 임상적으로 뇌사임에도 무의미한 치료를 계속 요구하는 경우도 있는데, 이는 뇌사의 법제화가 선행되지 않고서는 해결하기 매우 힘든 문제이다.

의사표시가 불가능한 환자의 추정 및 대리 의사결정의 찬반에 대해서는 지배적 의견이 없어 여전히 논란의 여지가 많음을 보여주었다. 우리나라의 경우, 의사표시가 불가능한 환자의 연명치료 의사결정과정에는 환자 개인의 가치보다 가족 구성원의 가치가 더 영향력을 발휘하는 경향이 있다. 여기서는 가족 구성원들의 합의가 필수적임에도 이해관계의 차이로 합의가 쉽지 않아 추정 및 대리 의사결정이 더욱 어려운 것이다. 즉 가족주의 문화가 추정 및 대리 의사결정 과정에도 영향을 미쳐 의사표시가 불가능한 환자의 추정 및 대리 의사결정을 더욱 어렵게 한다. 추후에는 법률적 분석과 함께 서구사회와는 좀 다른 접근이 필요할 것이다.

연명치료 관련 입법에 대해서는 대체로 찬성하는 입장이었는데, 단 입법방향이 의료진의 의학적 의사결정을 감시하기보다 지원하는 방향으로 이어야 한다고 제시되었다. 본 연구에서는 병원 윤리위원회의 설치 의무화에 대해서 대체로 찬성하는 입장이었으나 그 역할에 대해서는 회의적인 입장이었다. 이러한 우려는 환자, 보호자에 비해 의료진에게서 회복이 어려운 환자의 치료 의사결정과 관련된 법규 및 제도 마련이 불필요하다고 응답한 비율이 가장 높게 나타난 권복규 등²¹⁾의 연구와 일맥상통하는 것인데, 그 이유로 보호자의 그 결정에 대한 순응여부가 불확실하고, 병원윤리위원회의 부실한 운영, 판단의 적절성에 대한 불신, 법적 구속력의 부재 등을 들고 있다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 중환자 전담의사를 무의미한 연명치료에 대한 인식조사로서, 기존의 연구결과에서 잘 드러나지 않은 연명치료에 대한 주요이슈에 대해 ‘새로운 사실의 발견’에 주안점을 두어 포커스 그룹 인터뷰로 접근하였다.

이 연구의 주요결과로는 첫째, 의료진 중 과반수가 지속적 식물상태 환자를 연명치료중단 대상 환자에 포함하는 것에 반대하므로 연명치료 지침의 기준을 그대로 적용하기에는 다소 무리가 있다는 것이다. 또한 말기환자에 대한 기준이 전공과목, 개인의 가치에 따라 다르므로 전공과목별 세부기준이 마련되어야 할 것이다. 둘째, 연명치료의 목적이 반드시 ‘치료’를 목적으로 하기보다 그 외 환자가족에게 환자가 숨을 쉬고 있다는 특별한 의미와 가족의 죽음을 준비할 수 있

20) 보건복지부 지정 생명윤리정책연구센터. 위의 글(주6). 2010.

21) 권복규, 고윤석, 윤영호 등. 위의 글(주4). 1-16.

는 시간을 부여한다는 잠재적 기능이 있음이 밝혀졌다. 셋째, 기본연명치료와 특수연명치료로 나누는 것은 임상적으로 큰 의미가 없었고, 우리나라에서 정맥영양주사(TPN)는 개념적으로는 특수연명치료지만 실제로는 기본연명치료의 수단으로 쓰이고 있었다. 또한 유보 보다는 중단을 결정해야 할 경우가 많은 중환자실 상황에서 유보 결정시 말기환자나 말기상황에 대한 판단기준이 중요하므로 전공과목별로 이에 대한 세부 기준 마련이 필요할 것으로 보인다. 넷째, 가족주의 문화가 지배적인 우리나라에서 사전의료의향서 작성의 어려움이 있으므로 이를 제도화하기보다 권장사항으로 하는 단계적 접근이 필요할 것으로 보인다. 다섯째, 기존의 설문조사 결과에서는 표면적으로 드러나지는 않았던 경제적 요인이 연명치료 결정에 중요한 영향을 미친다는 사실이 밝혀졌다. 이 외에도 다양한 가족유형이 나타나는 현대사회에서 법적 가족과 실제 동거가족이 다를 경우 의사결정의 어려움, 뇌사임에도 계속 치료를 요구하는 경우 등이 논의되었다. 여섯째, 연명치료의 입법방향은 의사가 소신껏 치료할 수 있도록 보호하는 방향으로 나아가야 하는데 이를 위해서는 국가에 의해 어느 정도 빈곤층의 치료비에 대한 지원을 함으로써 적어도 경제적 이유로 치료를 중단하는 경우는 없어야 할 것이다. 서구의 사례에서 보듯이 병원윤리위원회가 최선의 제도는 아니지만 의료진과 환자 간 의사결정이 불일치할 경우를 대비한 제도적 장치를 병원규모를 고려해서 병원별 또는 지역단위로 마련할 필요가 있다.

위의 포커스 그룹 인터뷰를 통해 밝혀진 연구결과 중 일부는 지금까지 ‘윤리적으로 정당하다’고 주장되는 것과 부합하지 않았다. 대표적인 예로 특수 및 일반 연명치료의 구분과 유보 및 중단의 구분과 같이 윤리적으로 그 구분의 정당성

이 의심되고 있음에도 불구하고 실제 상황에서 여전히 중요한 기준으로 남아 있는 것을 들 수 있다. 왜 무의미한 연명치료에 대한 윤리적 주장이 실제 임상적 상황과 부합하지 않는가? 가장 큰 이유는 임상 의사들은 지금까지 이루어지던 임상적 관행을 윤리적 기준에 비추어 검토할 수 있는 기회를 별로 가질 수 없었기 때문이다.

임상 의사들은 매일매일 일상적으로 이루어지는 임상상황에서 의학적 결정뿐 아니라 윤리적 가치나 그 의미를 중요하게 고려해야 한다. 따라서 지금까지 이루어지던 임상적 관행을 윤리적 기준을 통해 검토, 수정하는 것이 필요하다. 무엇보다 임상 의사들이 윤리적 지식과 정보에 접근하여 이를 이해하고 검토할 수 있는 교육기회의 장이 마련되어야 한다.

본 연구결과는 18명의 중환자를 전담하는 의사의 입장을 반영한 것으로 전체 의료진의 시각으로 일반화하는 데에는 한계가 있다. 연구결과에서 일반의사와 달리 중환자의사의 경우, 임상적으로 기본 및 특수연명치료의 구분을 임상적으로 의미 없게 보는 점과 유보보다는 중단을 결정해야 할 상황이 더 많고, 그 중단을 결정하기도 어렵다는 점 등은 일반화 가능성의 한계를 보여준다. 다만, 지역과 전공과목을 고려하여 그 분야에서 전문성이 높은 의료진을 선정하였기에 내용 타당성이 높다고 볼 수 있다. 무엇보다 이 연구는 연명치료를 전담하는 중환자 전담의사의 인식을 통해 아직까지 알려지지 않았던 한국적 상황에서의 무의미한 연명치료의 의미를 이해하게 하고, 향후 의료윤리학계가 어떤 연구와 교류를 지향해야 하는지를 보여주었다는 점에서 그 의미를 찾을 수 있다.

앞으로 생명연장을 포함한 첨단 의학기술의 발전은 무의미한 연명치료와 관련된 의학적 의사결정을 더욱 어렵게 만들 것이다. 그렇다고 가

족주의 문화가 지배적인 한국사회에 서구사회의 윤리적·법적 기준을 그대로 적용하는 것은 사회적·심리적 저항이 따를 수 있다.

향후 무의미한 연명치료와 관련된 법제도적 장치와 정책을 개발하기 위해서는 의학적으로 무의미한 연명치료에 대한 구체적인 기준을 만들고, 한국의 사회문화에 적합한 윤리적, 법적

기준을 개발하며, 임상 의사들에게 윤리적 논의를 할 수 있는 교육기회의 장을 마련해야 할 것이다. ◎

색인어

무의미한 연명치료, 기본 및 특수치료, 유보와 중단, 사전의료의향서, 가족주의

Intensive Care Providers' Perceptions of Medically Futile Treatment: Focus Group Interviews*

KIM Sang Hyun**, SON Myungsei***, KOH Shin Ok****, LEE Ilhak*****

Abstract

This study was designed to examine intensive care providers' perceptions of medically futile treatment. Focus group interviews were conducted with 18 intensive care physicians in charge of critical care units at tertiary hospitals in Daegu, Gwangju, and Seoul, South Korea. Results are as follow. 1. More than half of the participants opposed the inclusion of persistent vegetative state (PVS) patients in the category of medically futile treatment. 2. And though the distinctions between ordinary and extraordinary treatment, and between the withholding and withdrawal of treatment, were not clinically meaningful in the intensive care units under study, they are nevertheless relevant because of individual religious beliefs and Korean cultural traditions. 3. Since the beliefs and traditions of family members often makes it difficult for a patient to fill out advance directives, we argue that a gradual approach would be useful in choosing advance directives, making those directives optional rather than mandatory. 4. Economic factors also play a crucial role in the decision-making process regarding futile treatment in Korea. These factors were neglected in earlier surveys. Finally, the participants insisted that the physician's right to make clinical decisions about medically futile treatment should be legislatively guaranteed based on their convictions. Based on the results of this study, we suggest the follow: a) that detailed criteria for medically futile treatments be established; b) that a decision-making process be developed that is culturally, ethically, medically, and legally acceptable; and c) that ethical education be provided to intensive care physicians.

Keywords

futile treatment, ordinary and extraordinary treatment, the withholding and withdrawal of treatment, advance directives, family ideology

* This article was revised version of report from Bioethics Policy Research Center (2010).

Authors appreciate the participants of focus group interview for their time and active discussion.

** Asian Institute for Bioethics and Health Law, Yonsei University

*** Graduate School of Public Health, Yonsei University

**** Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Yonsei University College of Medicine

***** Department of Medical Law and Ethics, Yonsei University College of Medicine: Corresponding Author