

중환자의 윤리적 쟁점들

문재영*

요약

중환자는 질병 및 신체 상태로 인하여 본인의 이익을 대변할 수 없는 취약한 환자이다. 이들은 생명을 위협하는 질병을 치료하기 위해 때로는 본인이 원하지 않는 고통을 수반하는 침습적인 검사나 치료를 받아야 할 때도 있다. 따라서 중환자실에서 윤리적 갈등은 흔하며, 특히 ‘생명권’ 또는 ‘죽음’과 관련한 이슈는 어렵고 복잡하다. 이들의 치료과정 중 이해당사자들 사이의 부적절한 언행과 적절하지 못한 말기 돌봄은 갈등의 주된 원인이며, 이러한 갈등은 의료진의 신체적, 정신적 소진을 유발하여 환자 안전을 위협하는 결과를 초래하기도 한다. 특히 의료진이 윤리 지식이 부족하면 임상에 내포된 윤리적 쟁점을 인지하지 못하여 윤리적 갈등이 발생한다. 따라서 기본윤리원칙을 교육하고 임상영역에서 윤리적으로 판단할 수 있는 훈련이 필요하다. 동시에 기관의 책임자들은 윤리적 갈등을 찾아내고 해결할 수 있는 시스템을 개발해야 한다.

색인어

윤리, 행위, 말기 돌봄, 중환자실

I. 머리말

‘취약한 환자(vulnerable patient)’를 자신의 이해를 스스로 충분히 대변할 수 없는 사람이라고 정의한다면, 중환자는 취약한 환자의 대표격이다. 중환자는 생명을 위협하는 질병상태에 놓여있다. 진단과 치료과정은 어렵고 복잡하며 의사결정과정은 단순하지 않다. 또한 중환자에게 충분한 설명에 근거한 동의를 구하는 것은 이들의 신체적, 환경적 조건 때문에 결코 쉽지 않다. 오늘날 의료환경은 과거와 매우 달라졌고 생명유지와 연장을 위한 최신의 의학지식과 기술이 적용되면서 다양한 문제가 발생하고 있다. 이러한 생명연장의 테크놀로지는 이전에 경험하지 못했던 다양한 윤리 문제를 야기한다. 이 글에서는 ‘취약한 중환자’와 중환자실에서 발생하는 윤리적 문제들에 관해 소개하고 이러한 문제를 해결하기 위한 방안을 정리하였다.

II. 중환자실의 윤리 문제

1. 중환자실의 특징

오늘날 중환자실은 생명징후(vital sign)가 불안정한 장기 부전(organ failure)에 이른 환자들을 치료하기 위해 복잡하고 현대화된 각종 혈액역학 지표 감시장치와 생명유지장치를 동원하여 집중적인 감시와 치료를 하는 곳이다. 하지만 의학적, 기술적 진보에도 불구하고 여전히 중환자실의 사망률은 높다. 미국의 경우 5명 중 한 명은 중환자실 치료 중 사망하며, 6%의 환자가 전체 의료자원의 25%를 사용한다[1]. 중환자의 치료과정은 종종 침습적이어서 환자에게 신체적, 정신적 고통을 유발할 수 있다. 따라서 환자의 가족과 의료진을 포함하여 여러 이해당사자의 입

장 사이에 다양한 갈등이 발생한다. 이처럼 중환자실에서 발생하는 윤리적 갈등의 빈도는 일반 병동에서보다 높다고 알려져 있다[2-4].

2. 윤리자문 빈도

미국의 모든 종합병원은 병원윤리위원회를 통해 이러한 문제를 다루는 윤리자문서비스를 시행하고 있으므로 중환자실에서 발생하는 윤리적 갈등의 발생 빈도를 유추해볼 수 있다. 미국의 한 대학수련병원에서 조사한 연구 결과[2], 2004년부터 2006년까지 3년 동안 181,558명의 입원 환자 중 285건(0.16%)의 윤리자문요청이 있었으며, 중환자실 입원 환자 21,841명 중에서는 155건(0.71%)의 윤리자문요청이 있어 중환자실에서 더 높은 비율로 윤리문제가 발생하였다. 가장 빈도가 높은 곳은 외상 중환자실(0.88%)과 내과계 중환자실(0.56%)이었다.

미국 뉴욕 콜럼비아대학 부속병원 병원윤리위원회는 2006년부터 2007년 사이 12개월 동안 중환자실에 입원한 4,968명의 성인 환자 중에서 3%인 168명에서 윤리자문을 시행하였다[3]. 63건(38%)은 내과계 중환자실, 24%는 신경계 중환자실, 15%가 심장흉부수술계, 13%가 심혈관계, 10%가 외과계 중환자실에서 의뢰한 것이다. 미국 미네소타 로체스터의 메이요 클리닉에서 1995년부터 2005년까지 10년간 시행한 255건의 윤리자문 서비스(clinical ethics consultation service)를 분석한 자료에 따르면 의뢰된 환자 중 101명(40%)이 중환자실에 입원한 환자였다[4].

국내 실정에 관한 정확한 보고는 부족하다. 두 개의 서로 연구 기간 동안 전체 중환자실 입원 환자 중에서 간호사가 인지한 갈등 발생의 빈도는 각각 2.1%와 0.5%를 나타내었다[5,6].

3. 자문의뢰 이유

메이요 클리닉 병원윤리위원회에 의뢰된 환자들의 가장 흔한 질병은 악성종양(18%)과 신경계 질환(18%), 심혈관계 질환(17%), 다발성 장기부전(11%) 순서였다. 흔한 의뢰 내용은 환자 또는 환자 대리인의 의사결정능력(82%), 의료진과 환자 또는 환자의 가족 사이의 이해갈등(76%), 말기 치료 및 삶의 질과 관련한 문제(60%), 치료의 적절성과 수준, 치료목표나 무의미한 치료(futility) (54%), 연명의료 유보 또는 중단(52%)이었다[4]. 뉴욕 컬럼비아대학 부속 병원 병원윤리위원회에 보고된 환자들의 기저 질환으로는 심혈관 질환이 45%, 신경계 질환이 43%, 호흡기계 질환이 39%, 신장 질환이 28%, 소화기계 23%, 악성 종양 20%, 다발성 장기부전 9% 등의 순이었다. 중환자실에서 요청한 윤리자문의 주된 이유는 연명 치료의 중단 또는 유보(64%), 치료의 무의미성(futility) (14%), 의사결정능력 판단(8%)에 대한 것이었다. 80%인 140명의 환자가 원내(in-hospital) 사망하였고, 125명(74%)의 환자는 심폐소생금지(do-not-resuscitate)를 요청한 상태였다[3].

III. 윤리적 갈등의 의미와 영향

1. 환자의 자율성과 생명권

이들 자료들은 각각 다른 조건에서 서로 다른 방법과 목적을 가진 연구들이며 병원윤리위원회에 자문을 요청한 경우만을 분석한 것이다. 이를 일반화할 수는 없지만, 일반 병동보다 중환자실에 입원한 환자들은 더 높은 빈도의 윤리문제 또는 갈등 상황을 겪고 있는 것으로 보인다. 또한 점점 많은 환자들이 병원에서 임종을 맞고 있고

평균 수명이 길어지고 있으므로 중환자들이 겪게 될 윤리문제 또는 윤리적 갈등 상황도 증가할 것이다[1,7]. 더욱이 장기 부전 상태의 환자 또는 임종기 환자는 자신의 의사를 표현할 수 없게 되므로 치료 방침에 대한 결정이 필요할 때 환자의 자율적 의지를 확인할 수 없다. 치료 목표 결정, 연명의료결정과 같은 문제는 의료진이나 환자, 환자의 가족 모두에게 결정하기 어렵고 복잡하다. 2009년 7월 한 시점을 기준으로 조사한 국내의 연구에 따르면 조사에 참여한 256개 의료기관에 1,555명의 연명 치료 대상 환자가 입원하고 있었으며 기관별로 평균 6.07명의 환자가 연명 치료를 받고 있었다[8].

환자의 죽음이 임박해지고 더 이상의 의학적 처치가 궁극적인 회복을 기대할 수 없을 때 검사 또는 치료 행위는 환자에게 이익이 되기보다 해로울 수도 있다. 이때는 의학적 치료의 무의미함을 판단하거나 치료의 수준을 재결정하여 환자의 불필요한 고통을 줄이고 환자의 존엄성을 보호하여야 한다. 또한 중환자 치료를 위한 제한된 의료 자원의 분배, 경제적 부담으로 인한 치료의 제약, 장기이식순서의 결정 등은 환자의 이익과 결부되는 것으로 모두 의료윤리의 핵심 원칙들이다. 이러한 의료윤리의 원칙들은 경험과 상식, 선한 사마리아인의 마음만으로 저절로 깨우치고 실행할 수 있는 것이 아니다. 반복되는 교육과 훈련을 통해서 의료진들이 윤리적 딜레마를 인지하고 해결할 수 있는 능력을 갖추 수 있도록 해야 한다.

2. 의료진의 도덕적 중압감(moral distress)

의료현장에서는 쉽게 드러나지 않는 복잡하고 심각한 갈등 상황을 종종 접하게 된다. 환자의 자율적 의지를 확인할 수 없는 상황에서 가족

이 경제적 부담으로 의학적 적응증, 의료진의 권고와 반하여 검사 및 치료 행위를 동의하여 주지 않거나 거부하는 일은 흔하다. 심지어 말기 상태 또는 임종기 환자에서 사전의료의향을 추정할 수 있는 근거가 충분하지 않음에도 불구하고 가족이 치료중단을 요청하는 경우가 적지 않다. 때로는 그 과정에서 의료진은 가족들로부터 폭언이나 물리적 위협에 노출되기도 한다.

이처럼 의료 현장의 일선에서 환자를 치료하고 돌보는 간호사와 전공의들이 다양한 상황에서 다양한 딜레마를 겪으며 도덕적 중압감을 받는다[9-14]. Hamric과 Blackhall [15]의 연구 결과 조사에 참여한 간호사들의 45%는 실제로 도덕적 중압감 때문에 이직을 했거나 이직을 고려한 경험이 있었다. 특히 전공의들은 치료의학 중심의 수련을 받기 때문에 연명의료결정을 해야만 하는 상황에서 충분한 의사결정능력을 갖추지 못했다. 이러한 때 지도전문의들이 적절한 교육과 지지를 해주지 못할 경우 전공의들이 겪는 도덕적 중압감은 증가한다. 임종기 환자를 돌본 경험이 있는 캐나다의 내과 전공의들을 대상으로 하였던 한 연구에서는 환자를 잃게 되었을 때, 전공의들의 74%가 우울감을, 48.1%가 죄책감을, 40.6%가 실패감을 느낀다고 답했다[10].

3. 소진(burn-out)과 환자 안전(patient safety)

Azoulay 등[16]은 중환자실 의료진의 72%는 갈등상황을 경험한 적이 있으며, 이러한 갈등은 종종 매우 심각하고, 직업 중압감과 밀접히 관련되어 있다고 하였다. 이 연구에는 유럽 24개국에서 5,268명의 응답자가 참여하였고, 중환자실에서 발생하는 윤리적 갈등의 주요 두 원인은 ‘의료진의 언행(behavior)’과 ‘말기 돌봄(end-of-life care)을 둘러싼 갈등’이라고 하였다. 특히 의

료진들의 언어 폭력(verbal abuse)은 중요한 갈등의 원인으로, 간호사와 의사 사이의 이러한 갈등은 환자 안전에 부정적인 영향을 준다. 한 연구에서는 응답자의 51%가 언어 폭력으로 인하여 환자에게 에러가 있었음을 보고하였고[17], 여러 문헌들에서 약 40%-70%의 빈도로 언어 폭력 경험을 보고하고 있다[18-21].

중환자실에서 발생하는 각종 갈등은 중환자 의료진들을 신체적, 정신적으로 소진하게 한다. 스위스의 74개 중환자실에서 실시한 연구에 따르면 약 절반 가량의 중환자실 의료진이 소진증후군(burn-out syndrome)을 경험하였다[22]. 중환자실 간호사를 대상으로 하였던 여러 연구 결과를 보면 우리나라 대학병원 중환자실 간호사의 말라크 소진목록 중 감정소진척도는 매우 높은 것을 알 수 있다[23,24]. 감정적 육체적 소진 상태는 부적절한 의사결정이나 실수(medical error)를 초래하고 그에 따른 불이익이 환자 및 보호자에게 돌아가게 된다[15,25,26].

IV. 말기 돌봄과 관련한 쟁점들

1. 환자의 존엄성과 자율성

생애 말기 또는 임종기에 환자들의 말기 치료에 대한 생각과 실제 현실 사이에는 간극이 있다[27]. 많은 말기 환자들이 생전에 인공기계환기와 같은 특수연명장치를 이용하기를 원하지 않지만 여전히 많은 말기 환자들이 중환자실에서 죽음을 맞고 있다. 2009년 한국보건 의료연구원의 분석에 따르면 연간 1만 명 이상의 암환자가 사망 1개월 이내 중환자실을 이용한 것으로 추정하고 있으며 이들 중 약 9,000명의 환자가 중환자실에서 심폐소생술을 받았거나 받고 사망한 것으로 추정된다[7]. 임종기 암환자에 관한 국내

의 한 연구에서는 대부분의 환자에서 임종기 일주일 이내 심폐소생술금지 결정이 이루어졌으며, 결정은 대부분 사망 전 7일 이내 이루어졌고 동의의 주체는 환자가 아닌 보호자에 의해서 이루어졌다[28]. 생애 말기 상태 또는 중증 질환으로 인한 장기 부전 상태에 이르게 되면 환자는 자신의 의지를 표현하거나 자신의 이해를 대변할 수 없다. 따라서 환자의 자율성과 존엄성 보호를 위해 의료진은 미리 환자의 바람과 사전의 의료향을 파악할 수 있어야 하며, 이를 가족들과 사전에 충분히 논의할 수 있는 능력을 갖춰야 한다.

2. 자원배분의 정의

미국의 두 개 병원에서 시행한 연구에 의하면 [29], 총 3개월의 조사 기간 동안 11%의 환자들이 의학적으로 회복 불가능한 상태에 이르게 되었고, 이들로 인해 33명의 환자가 응급실에서 4시간 이상 대기해야 했으며, 15명은 입원하지 못하고 다른 병원으로 이송하는 등 중환자실에서 연명의료를 받는 환자의 존재는 다른 환자의 치료에 영향을 준다는 사실을 강조하였다.

제한된 의료자원을 배분하는 문제는 중요한 생명윤리 원칙의 하나이다. 다른 환자가 가진 치료받을 권리, 중환자실에 입실하지 못한 환자들의 안전 문제, 이를 둘러싼 병동 또는 응급실에서 이해당사자 사이의 갈등, 갈등으로 인한 의료진의 소진과 중압감의 문제, 치료가 늦어진 환자가 부담하게 될 경제적 손해 등, 연명의료를 받고 있는 환자를 둘러싼 윤리적 갈등은 복잡적이며 윤리적 쟁점 역시 한두 가지에 국한되지 않는다. 중환자실에서 발생하는 윤리적 갈등을 주목하고 해결해야 하는 이유도 여기에 있다.

3. 의료진 사이의 갈등

말기 암환자들의 중환자실을 이용을 두고 많은 논쟁과 갈등이 존재한다[30]. 중환자실에 입원하게 되는 혈액암 환자의 59%는 생존퇴원을 하지 못한다. 진행성 폐암 환자의 중환자실 사망률은 43%나 된다[31,32]. 이들의 중환자실 사망률은 일반적인 중환자실 입원 환자 사망률의 두 배이다. 특정 임상 상황에서는 중환자실의 적절한 이용이 말기 환자에게 이득이 되는 경우가 있다. 하지만 말기 암환자의 중환자실 이용은 다양하고 복잡한 윤리적 갈등을 유발한다는 점을 기억할 필요가 있다. 중환자실 치료를 원하지 않았던 환자는 중환자실에서 신체적, 정신적 스트레스를 경험하기도 한다. 장기 부전 상태에 이른 말기 암환자의 경우는 원하지 않는 연명의료 상태에 빠지기도 한다. 이스라엘과 유럽의 9개국에서 82개 중환자실 의사, 간호사가 참여한 연구에서 보고자들은 445개의 임상상황 중 65%에서는 치료의 불균형이 있었고, 그 중 89%는 너무 과한 치료였다고 평가하였다[25]. 중환자실에서 최선을 다한 치료가 항상 환자에게 최고의 이득을 주는 것은 아니다.

V. 해결방안

1. 교육

윤리문제의 원인을 7가지 양상으로 분류하여 볼 수 있다[33]. 관련 지식이 부족하거나, 권위 의식, 집단의 도덕기준이 다른 경우, 도덕적 민감성이 낮은 경우, 비도덕적 행위, 견해차이나 가치관의 차이에 기인한다. 특히 윤리 지식의 부족은 주된 원인으로, 의료진이 특정 임상 상황이나 내포한 윤리적 의미를 인지하지 못할 경우에 발

생한다. 윤리적 의미를 깨닫기 위해서는 이와 같은 여러 문제들과 가치관에 대한 교육과 훈련이 필요하다. 또한 이러한 가치관을 판단할 수 있는 기본윤리원칙을 익히고 임상영역에서의 반복 훈련이 필요하다.

최근 전공의 윤리교육에 관한 논의가 활발해지고 있으며 일부에서는 의사면허시험에 반영하는 목소리도 있으나 아직까지 의료현장에서는 이를 위한 준비는 부족한 것으로 보인다. 전공의 윤리교육은 한두 사람의 힘으로 이루어질 수 없는 것이므로 먼저 각 수련병원과 의과대학에 체계적인 교육프로그램을 마련할 필요가 있다. 중환자 전문의들은 ‘전공의와 간호사의 인식과 태도’에 보다 많은 관심을 갖고 지속적인 교육을 제공하여야 한다. 전공의와 중환자실 간호사들이 심리적 스트레스를 올바르게 관리하고 해결할 수 있는 교육 풍토와 수련 및 근무환경을 마련해야 한다. 임상현장에서는 말기 환자, 중환자의 진료 및 상담 과정에 전공의와 간호사가 적절하게 참여할 수 있도록 하고, 지도 전문의는 적절한 피드백을 통해 교육의 효과를 높여야 한다.

2. 의사결정공유(shared-decision making) 모델

중환자실은 말기 환자의 돌봄을 위한 적절한 공간이 아니며 그러한 기능을 수행하기 위해 만들어진 곳이 아니다. 만일 환자의 질병상태가 더 이상 치료 불가능할 때 환자를 위한 가장 좋은 치료 목표를 어떻게 결정할 수 있을까? 과거에는 의료전문가인 의사가 환자에게 가장 좋은 결정을 내려줄 수 있다고 믿었다. 하지만 의학적 적응증과 의사의 가치관이 환자들의 가치관, 다양한 문화와 충돌하고 있는 오늘날에는 의사결정과정을 공유해야만이 문제를 해결할 수 있다.

VI. 결론

중환자는 질병 및 신체 상태로 인하여 본인의 이익을 대변할 수 없는 취약한 환자이다. 이들은 생명을 위협하는 질병을 치료하기 위해 때로는 본인이 원하지 않는 고통을 수반하는 침습적인 검사나 치료를 받아야 할 때도 있다. 따라서 이들은 많은 윤리적 갈등 상황에 직면하며 특히 ‘생명권’ 또는 ‘죽음’과 관련한 쟁점은 흔하고 복잡하다. 또한 이해당사자들 사이의 부적절한 언행과 적절하지 못한 말기 돌봄은 갈등의 흔한 원인이다.

이러한 갈등을 해결하기 위한 다양한 시도들과 연구가 있었다. 해외에서는 교육, 가족면담과 각종 프로토콜의 도입, 병원윤리위원회의 강화 등 학교와 중환자실 및 병원에서 동시다발적인 관심과 노력이 오래 전부터 이루어지고 있다. 우리도 여러 방면에서 모두의 노력이 시급하다. ◎

REFERENCES

- 1) 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.
- 2) Tapper EB, Vercler CJ, Cruze D, et al. Ethics consultation at a large urban public teaching hospital. *Mayo Clinic* 2010 ; 85(5) : 433-438.
- 3) Romano ME, Wahlander SB, Lang BH, et al. Mandatory ethics consultation policy. *Mayo Clinic* 2009 ; 84(7) : 581-585.
- 4) Swetz KM, Crowley ME, Hook C, et al. Report of 255 clinical ethics consultations and review of the literature. *Mayo Clinic* 2007 ; 82(6) : 686-691.
- 5) Park DW, Moon JY, Koh Y, et al. Ethical issues recognized by critical care nurses in the intensive care units of a tertiary hospital during two separate periods. *J Korea Med Sci* 2015.

- 6) Moon JY. The experience of ethics consultation model for a tertiary referral hospital intensive care units. A doctor's thesis. Ulsan University Graduate School, 2013.
- 7) 배종면. 무의미한 연명치료 중단을 위한 사회적 합의안 제시. 서울 : 한국보건 의료연구원, 2009.
- 8) 배종면, 공주영, 이재란 등. 전국 의료기관의 연명치료 대상자 입원 현황. 대한중환자의학회지 2010 ; 25(1) : 16-20.
- 9) Koh Y. Residents' preparation for and ability to manage ethical conflicts in Korean residency programs. Acad Med 2001 ; 76(3) : 297-300.
- 10) Schroder C, Heyland D, Jiang X, et al. Educating medical residents in end-of-life care: insights from a multicenter survey. J Palliat Med 2009 ; 12(5) : 459-470.
- 11) Moon JY, Lim CM, Lee HY, et al. Medical residents' perception and emotional stress on withdrawing life-sustaining therapy. Korean J Crit Care Med 2012 ; 27(1) : 16-23.
- 12) Cooper Z, Meyers M, Keating NL, et al. Resident education and management of end-of-life care: the resident's perspective. J Surg Educ 2010 ; 67(2) : 79-84.
- 13) 한성숙. 간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구. 박사 학위논문. 서울대학교 대학원, 1992.
- 14) DuVal G, Clarridge B, Gensler G, et al. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. J Gen Intern Med 2004 ; 19(3) : 251-258.
- 15) Hamric AB, Blackhall LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. Crit Care Med 2007 ; 35(2) : 422-429.
- 16) Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflictus study. Am J Respir Crit Care Med 2009 ; 180(9) : 853-860.
- 17) Sofield L, Salmond SW. Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. Orthop Nurs 2003 ; 22(4) : 274-283.
- 18) Weber DO. Poll results: doctors' disruptive behavior disturbs physician leaders. Physician Exec 2004 ; 30(5) : 6-14.
- 19) Smetzer JL, Cohen MR. Intimidation: practitioners speak up about this unresolved problem. Jt Comm J Qual Patient Saf 2005 ; 31(10) : 594-599.
- 20) Veltman LL. Disruptive behavior in obstetrics: a hidden threat to patient safety. Am J Obstet Gynecol 2007 ; 196(6) : 587.
- 21) Rosenstein AH, O'Daniel M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. J Am Coll Surg 2006 ; 203(1) : 96-105.
- 22) Merlani P, Verdon M, Businger A, et al. Burnout in ICU caregivers: a multicenter study of factors associated to centers. Am J Respir Crit Care Med 2011 ; 184(10) : 1140-1146.
- 23) 강정희, 김철웅. 말라크 소진 측정도구(Maslach burnout inventory)의 적용가능성 평가. 성인간호학회지 2012 ; 24(1) : 31-37.
- 24) Poghosyan L, Aiken LH, Sloane DM. Factor structure of the Maslach burnout inventory: an analysis of data from large scale cross-sectional surveys of nurses from eight countries. Int J Nurs Stud 2009 ; 46(7) : 894-902.
- 25) Piers RD, Azoulay E, Ricou B, et al. Perceptions of appropriateness of care among European and Israeli intensive care unit nurses and physicians. JAMA 2011 ; 306(24) : 2694-2703.
- 26) DeKeyser GF, Berkovitz K. Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. J Adv Nurs 2012 ; 68(7) : 1516-1525.
- 27) 권복규, 고윤석, 윤영호 등. 우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료중지 의사결정에 관한 태도. 한국의료윤리학회지 2010 ; 13(1) : 1-16.
- 28) Lee JK, Keam B, An AR, et al. Surrogate decision-making in Korean patients with advanced cancer: a longitudinal study. Support Care Cancer 2013 ; 21(1) : 183-190.
- 29) Huynh TN, Kleerup EC, Raj PP, et al. The opportunity cost of futile treatment in the ICU. Crit Care Med 2014 ; 42(9) : 1977-1982.
- 30) Azoulay E, Soares M, Darmon M, et al. Intensive care of the cancer patient: recent achievements and remaining challenges.

- Ann Intensive Care 2011 ; 1(1) : 5.
- 31) Sharma G, Freeman J, Zhang D, et al. Trends in end-of-life ICU use among older adults with advanced lung cancer. Chest 2008 ; 133(1) : 72-78.
- 32) Hwang KE, Seol CH, Hwang YR, et al. The prognosis of patients with lung cancer admitted to the medical intensive care unit, Asia Pac J Clin Oncol 2013. doi: 10.1111/ajco.12157. [Epub ahead of print]
- 33) Newham RA. Ethical Issues and Problems in Health Care. ed by Hawley G. Ethics in Clinical Practice: An Interprofessional Approach (1st ed). Edinburgh, UK : Pearson Education, 2007 : 35-53.

Ethical Issues on Critically Ill Patients

MOON Jae Young*

Abstract

Critically ill patients are vulnerable patient that could not speak for their interests due to their life-threatening condition. Sometimes they should get an invasive treatment in the intensive care unit (ICU) to overcome their fatal and serious illness, which involve pain they do not want. Thus the ethical conflict is common in the ICU and in particular, ethical issues related to the “right to life” or “death” are difficult and complex. Major sources of conflicts are behavioral issues among stakeholders, such as verbal abuse or poor communication between physicians and nurses, and end-of-life care issues including a lack of respect for the patient’s autonomy. These conflicts may cause ICU workers’ physical and mental exhaustion, which often result in threats to patient safety. When healthcare professionals lack knowledge to recognize the ethical implications, ethical conflicts occur frequently. The physicians themselves need to be more sensitive to behavioral conflicts and enable shared decision making in end-of-life care. At the same time, the institutions and administrators should develop their processes to find and resolve common ethical problems in their ICUs.

Keywords

ethics, behavior, end-of-life care, intensive care unit

* Division of Pulmonary and Critical Care Medicine, Chungnam National University Hospital: Corresponding Author