

## 임종 환자 관리의 윤리적 해결방안

국립암센터 삶의질향상연구과

윤 영 호

### 임종환자 관리의 현실

인간이 자신의 생애를 마칠 때 인간적 품위를 갖췄다는 것은 매우 중요한 일이면서도 참으로 어려운 일이다. 특히, 가족을 중시하는 우리의 경우 가족에게 갖는 의미는 더 크다. 더군다나, 핵가족화가 되고 맞벌이가 늘면서, 과거와는 달리 가족들의 간호를 기대하기는 어렵게 되었고 아파트 증가 등의 주거환경의 변화로 집에서 죽음을 맞이하기 어려운 현실에서는 더욱 그렇다.

자율적 존재로서 삶의 마지막 순간을 어떻게 맞이할 것인가에 대해 환자 스스로 결정하도록 하며 삶과 사랑을 나누는 귀중한 기회를 주는 것이 인간 존중의 핵심이자 품위 있는 죽음을 위한 배려이다. 우리 사회 구성원 누구나 바람직하면서도 품위 있는 죽음에 대한 사회적 합의가 이루어지고 공감대가 형성된다면, 죽음의 상황에서 불필요한 치료의 선택에 대한 소모적인 갈등을 줄일 수 있고 가족의 심리적 부담을 막을 수 있다. 또한, 보다 인간적인 환경에서 가족간의 사랑을 확인하면서 자연적이면서도 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 할 것이다.

환자와 가족의 입장에서 죽음의 현실을 이해하고 인생의 마지막에서 인간적이면서도 적절하고 온정적인 돌봄을 방해하는 요인들을 찾아 해결하도록 노력해야 한다. 이제는 이러한 죽음을 개인의 문제로만 치부하기보다는 품위 있는 죽음을 위한 문제

를 사회적인 차원에서 적극적으로 진지하게 논의하고 지혜를 모아 사회적 합의를 도출할 때가 되었다. 먼저, 임종환자의 관리의 현실을 살펴보고 앞으로 풀어 나가야 할 문제들과 해결 방향을 모색해 본다.

### 1. 의료환경의 변화

과거 항생제가 개발되기 전에는 감염성 질환이나 사고로 사망하는 경우가 많았으나, 의료기술이 발전하면서 암, 고혈압, 당뇨병 등의 만성질환의 증가로 의료의 역할이 완치에서 케어로 파라다임이 변화하게 되었다. 환자의 질병 치유와 생명 연장은 의료인의 의무이기 때문에 전통적으로 의료기관에 근무하는 의료인은 환자의 질병을 치유하거나 생명을 연장하며 고통으로부터 환자를 구함으로써 선을 행하도록 교육받아 왔다. 최근에는 새로운 의료기술의 발전과 함께 인공영양, 인공호흡기 사용, 심폐소생술, 신투석 등 생명유지기술은 과거에는 죽음에 이르렀을 환자들의 생명을 구하거나 연장할 수 있게 되었다. 그러나, 이와 함께 죽음에 이르는 과정 역시 지연시킬 수 있게 되었다. 이러한 기술을 적용시키다 보면 어느 시점부터는 생명의 연장이라기보다는 죽음의 연장이라고 하는 표현하는 것이 더 적합한 시점이 오거나 처음부터 죽음의 연장이라고 할 수 있는 임종환자의 무의미한 생명 연장이 있다. 의학은 말기상태에 있는 환자들의 질병을 완치하거나 제거하지 못하면서도 환자와 그 가족에게 비인간적인 경험을 겪게 하는 치료일지라도 임종환

자의 생명을 연장하기 때문에 그 역시 선으로 인식 되어 왔다. 의사에게는 죽음과 싸우기 위해 자기 의술의 모든 수단을 다 이용할 의무가 있다는 점이 강조되었다. 반면, 최근 죽음에 대한 지식과 관심이 늘어나고 의료에서의 소비자의 권리가 강조되고 되면서 죽음의 과정에 있는 말기 환자에게 이러한 생명유지장치, 오히려 환자의 고통과 죽음을 연장할 뿐이며 가족들에게도 고통과 부담만을 가중시킬 뿐이기 때문에 무의미하며 비인간적이라는 점이 윤리적인 측면에서 지적되어 왔다.

## 2. 말기 환자 관리 현황

우리나라는 매년 사망자가 약 25만 명에 이르는 데 그 중 약 6만여 명은 암으로 인한 사망이다. 또한 환자뿐만 아니라 가족까지를 포함하면 매년 약 100만명이 죽음의 고통을 직접으로 혹은 간접적으로 겪음으로 인해 삶의 질에 심각한 위기를 겪고 있다고 할 수 있다.

대부분의 암 환자들이 3차의료기관을 포함한 종합병원에서 치료를 받고 있으며 적극적인 항암치료에도 불구하고 더 이상의 생명연장에 도움이 되지 않은 시점에 이르렀을 때에도 많은 말기암환자들이 3차의료기관의 급성 병실을 이용하고 있다. 이러한 3차의료기관은 보건의료서비스의 전달체계안에서 전문적이고 고도의 치료를 요하는 의학적 문제를 해결하는 기능을 담당하고 있기 때문에 말기암환자에게 필요한 통증 및 증상조절과 정서적·영적 지지를 제공하기에는 적합하지 않다. 그러나, 말기암환자에 대한 의료인의 무관심과 지속적이고 체계적인 의료의 제공을 뒷받침해 줄 수 있는 의료제도의 부족으로, 퇴원후의 계획이나 조치가 없이 병원에서 조기퇴원을 권유받게 되는 등 환자나 그 가족에게 책임이 넘겨지고 방관되어져 있다. 이로 인해 환자와 그 가족들은 필요에 따라 병원외래를 방문하거나, 위급한 경우는 응급실을 찾거나 자의적

으로 병원에 입원하기도 하며 혹은 가정에서 상항 버섯 등 임상적으로 치료효과가 입증되지 않은 민간요법을 시도하는 등 비정상적인 의료이용행태를 밟고 있다. 뿐만 아니라 말기환자들이 남은 여생을 가정에서 가족들과 함께 보내고자 할지라도, 말기환자들에 적절한 보건의료제도의 부족, 핵가족화와 여성의 사회진출로 인한 가정내 간병인력의 부족 등으로 어려움을 겪고 있다.

## 3. 임종의 의료화

노인들은 결국 기능적으로 쇠퇴의 과정을 겪으며, 점차 무표정하게 되고 음식 섭취의 의지를 상실함으로써 결과적으로 죽음에 이르게 된다. 죽음은 인간 삶의 전체에서 자연적, 마지막 사건이라는 사실은 문화적으로나, 예술적으로나, 그리고 과학적으로나 설득력이 있다. 그러나, 죽음의 문제와 관련하여 가장 해결하기 어려운 점은 과거 자연적으로 받아지던 죽음이 의료화 되고 있는 점이다. 현대 의학은 생명유지기술을 계속하거나 중지하는 것이 가능하기 때문에 죽음의 속도와 형태를 조절할 수 있으며 죽음의 시각과 장소를 정확하게 결정할 수 있다. 이렇게 죽음이 사회적이고 문화적인 중요성을 갖는 자연적인 사건으로부터 치료 불가능하거나 부적절하게 치료된 질병의 종말로 변형되고 있으며, 죽음은 우리의 의학적 진단과 관리의 한계를 상기시키는 의학의 적이 되고 있다.

그러나, 말기 환자의 의미 있는 통증 관리 및 완화의료 제공에도 불구하고 돌이킬 수 없는 죽음이 임박한 상황에 이를 경우 품위 있는 인간적 죽음을 자연적인 현상으로 인식해야 한다. 임종의 자연성(naturalness)의 수용은 죽어 가는 노인환자에 대한 현대사회의 치료를 특징짓는, 죽음의 의료화와 직접적으로 갈등을 겪는다. 죽음의 문제와 관련하여 보다 기본적인 어려움은 과거 자연적이며 기대되었던 것으로 보였던 임종이 진료의 환영받지 못하는

부분으로 의료화되고 있다는 점이다. 이러한 의료화를 통해 노인의 죽음의 불가피성을 인지하기를 회피하는 것은 의료진이 임종환자를 돌보면서 겪는 정서적인 어려움을 극복하기 위한 대처기전(coping mechanism)일지도 모른다. 사실이든 아니든 죽음에 대한 자신의 감정을 감수할 수 없는 의사가 자신이 돌보던 환자의 죽음의 정서적, 영적, 사회적 의미에 역점을 두기보다는, 의학적으로 질병과정과 검사결과에 초점을 맞추면서 죽어 가는 환자를 치료하기에 치중하는 것은 이해할 수 있다.

죽음을 단순히 진단과 치료의 실패로 보는 견해는 삶의 완성으로의 죽음으로보다는 사소한 것으로 보는 것이며, 죽음의 자연성으로부터 오는, 환자, 가족 그리고 사회에 중요한 비의료적인 의미를 빼앗는 것이다. 이러한 죽음의 의료화는 사망장소의 변화에서도 볼 수 있다. 과거나 현재나, 동서양을 떠나서 가장 이상적인 임종장소는 가정이다. 그러나 임종장소의 변화를 보면 미국의 경우 100년전에는 병원에는 사망하는 경우가 거의 없었으며 50년 전에는 약 50%가, 최근에는 80%가 의료기관에서 사망하고 있어 이상과 현실의 괴리의 폭이 점점 커지고 있는 것을 알 수 있다. 우리나라 병원 사망률 역시 1989년 12.8%에서 2002년 43.5%로 급격히 증가하였다.

이러한 죽음의 의료화로 인해 말기환자에게 지출되는 의료비용이 의료재정에 상당한 부담이 되고 있는 것으로 나타나 죽음의 과정에 있는 환자에게 치료를 제공하는 것이 유익한가 하는 문제가 제기되기 시작하였다. 임종장소가 병원으로 옮겨짐에 따라 삶의 마지막 순간에 들어선 환자에게 특수한 조치를 취하지 않으면 환자들이 방치되고 있다고 느끼게 할 수 있기 때문에, 만약 집에서 죽음을 맞이했다면 사용하지 않았을, 인공호흡기와 같은 최신의 의학기술들이 병원에서 삶의 마지막 순간에 많이 사용되고 있다. 실제로 미국의 자료를 보면

임종 전 1년 동안에 지출되는 의료비의 약 50%가 임종 전 2개월 동안에 지출되고 임종 전 1개월 동안에는 약 40%가 지출되고 있다. 말기 암환자의 의료비 중 총 진료비의 64.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 특히 총 입원 진료비의 79.4%가 3차 의료기관에서 발생하고 있다. 이러한 의료비의 많은 부분들이 불필요한 입원과 소모적인 의료-중환자실 입원, 인공호흡기 사용, 심폐소생술 등의 이용에 따른 것으로 분석되었다. 그러한 의료의 이용에도 불구하고 죽음에 이르렀다는 사실은 임종의 상황에서 이러한 치료는 무의미하며 무익한 치료임을 역설적으로 설명하고 있다. 죽음의 과정에 대한 경제성에 관한 연구가 제한적이며 삶의 마지막 순간에서의 기술의 제한이 비용·효과적인지 명확하지 않을지라도, 말기 환자에게 기술의 공격적인 사용은 의료 자원의 낭비라는 사실은 알 수 있는 일이다.

#### 4. 말기 환자 가족의 부담

생존을 위협하는 암과 같은 질병을 경험한다는 것이 환자에게 큰 스트레스가 된다는 것은 익히 여러 연구에서 보고한 바 있다. 이러한 질병을 경험하는 것의 부담과 영향은 단지 환자에게만 국한되는 경험이 아니라 가족에게도 크게 영향을 미치게 된다. 기존 연구에서도 암이나 치매, 뇌졸중 등의 질병이 가족에게 우울, 긴장, 정신적인 문제의 증가와 사회활동의 제한, 결혼생활의 문제 등의 사회생활에서의 문제, 건강상의 문제와 정신적인 스트레스를 가져온다는 연구결과를 발표한 바 있다. 특히 최근의 여러 사회적 현상들은 가족구성원의 역할과 부담을 가중시키고 있다. 이를테면 의학기술의 발달로 인해 새로운 치료법이 개발되고 평균수명이 연장됨에 따른 말기 만성질환자의 증가는 가족이 환자를 보호하고 간호해야할 기간과 간호 요구도를 증가시키고 있으며 재원일수를 짧게 하고 가정과 지역사회에서의 보호를 격려하는 건강정책 역시 가

Table 1. 말기 환자의 간병으로 인한 가족부담(미국자료)

조 사 항 목	미국
1. 환자가 가족 구성원으로부터 상당한 도움을 필요로 함	34%
2. 가족 구성원 누군가가 환자를 간병하기 위하여 일을 그만두거나 생활에 커다란 변화가 있었음	20%
3. 환자의 질병 영향으로 가족 구성원 중 누군가가 아프거나 혹은 정상적 으로 기능을 할 수 없게 됨	12%
4. 환자의 질병영향으로 가족의 저축의 대부분을 손실	31%
5. 환자의 질병영향으로 가족의 주요 수입원이 상실	29%
6. 환자의 치료비용 영향으로 더 싼 집으로 이사	6%
7. 환자의 치료비용 영향으로 다른 가족 구성원의 중요한 치료를 미룸	6%
8. 환자의 치료비용 영향으로 다른 가족 구성원의 교육 계획 등을 변경	4%

족의 보호부담을 크게 한다. 반면에 가족은 점차 핵가족화 되어가고 있으며 여성의 사회적 활동 증가로 환자를 간호할 가족의 수가 줄어들고 있어서 주 간호제공자의 부담을 더욱 크게 하고 있다. 또한 연구 결과에 의하면 대다수의 말기암 환자들은 말기기간을 병원보다는 가정에서 간호 받기를 희망하고 있고, 특히 한국의 경우 문화적인 특성상 의료기관에서조차 가족들이 곁에 지키면서 간병을 하고 있는 경우가 많기 때문에 실직, 인간관계의 범위 수정 등 많은 영향을 받게 된다. 이러한 이유들로 많은 연구에서 점차 간호를 제공하는 가족구성원에 대한 관심을 높여가고 있으며 가족이 경험하는 스트레스나 부담, 건강상태에의 영향 등 가족의 삶의 질에 대한 연구가 늘어가고 있는 추세이다. Ezekiel J. Emanuel 등 연구에서 말기환자는 대부분 의학적으로 상관이 없는 이동, 가사도움, 환자간호, 개인간호 등의 도움이 필요하며, 간호하는 사람의 대부분이 여성이었다.

5. 죽음의 질 문제 제기

최근 임종의 과정에 대한 지식과 관심이 늘어나면서 중환자실과 같이 고립된 공간에서 기계에 매달려 죽음을 맞이하는 것은 비인간화하는 것이라는

윤리적인 지적이 미국을 비롯한 선진국에서 제기되어 품위 있는 죽음에 대한 권리가 강조되고 있다. 그러나, 대부분의 의사들이 임종환자를 돌보는 완화의료적인 기술이 부족하며 대부분의 의사들이 임종환자를 보기 꺼려하고 있는 현실이다. 특히 의료가 세분화되고 전문화됨으로써, 환자가 건강하고 독립적으로 기능할 수 있을 때의 환자를 전혀 모르는 낯선 의사의 손에 임종환자의 치료가 맡겨지는 문제가 생길 수 있다. 뿐만 아니라 젊은 의사들은 통증, 심리적 및 존재론적 고통에 대한 관리와 같이 임종환자 관리에 필요한 교육과 훈련을 전혀 받지 못하고 있으며 개개인의 경험과 동료의 경험, 선배의 충고에 의지하여 환자의 죽음과 부딪치고 있다. 그러므로 과연 환자의 임종의 현장에 있는 의사들에 의해 환자의 죽음의 질, 즉 품위 있는 인간적 죽음이 보장될 수 있는지 의문이 제기되고 있다.

이러한 의료환경에서 설사 행위가 아무런 이득을 가져오지 못하거나 오히려 해가 될 수 있다고 할지라도, 아무 것도 하지 않는 것보다는 무엇인가를 하는 것이 더 가치 있다는 생각이 임종 전 상황에서도 검사와 치료를 계속한다. 그러나, 이러한 검사나 치료가 환자에게 오히려 고통을 유발한다면, 선

행이라기보다는 삶의 마지막 순간을 인공적으로 유지함으로써 품위 있게 죽을 권리를 박탈하는 해로운 행위일 수 있기 때문에 오히려 중단하는 것이 옳을 수 있다는 점도 고려해야 한다. 인간적 삶을 살 수 있도록 최선의 의학적인 치료를 다 하였음에도 불구하고 회피할 수 없는 죽음이 임박할 때 확실하고 고통스러운 죽음을 연장할 뿐인 치료법을 거부할 수 있는 결정은 인간조건의 수용이라 할 수 있다. 그러나, 무의미한 치료를 중단한다는 것은 사실상 죽도록 내버려두려는 의미는 아니다. 말기 환자에게 필요한 유익한 치료는 오히려 중단되지 않으며 환자의 남은 삶의 질 향상을 위해 최선을 다할 뿐만 아니라 인간 존엄성의 유지와 사랑의 나눔은 계속되어야 한다. 카톨릭의 빌로 추기경이 이에 대해 남긴 말은 음미할 만하다. “의사가 사람을 죽이는 것은 금지되어 있으며 동시에 의사에게는 죽음과 싸우기 위해 자기 의술의 모든 수단을 다 이용할 의무가 있다는 것은 생명의 신성성에 연유한다는 것이 강조되어야 하겠습니까. 그러나 그렇다고 해서 의사에게 과학의 끊임없는 창의적 활동에 의하여 주어지고 있는 생명유지 기술을 하나하나 모두 사용할 의무가 지워져 있다는 말은 아닙니다. 불치의 병의 마지막 단계동안에 식물적 생명을 거듭 되살릴 의무가 부과된다면 그것은 많은 경우에 있어서 무용한 하나의 고문이 아니겠습니까?”

대한의사협회가 2001년 4월 “회복 불능환자의 진료 중단”에 관한 나름의 윤리적 지침을 제시하고자 하였으나, ‘안락사 논쟁’을 불러일으킴으로써 의료계와 사회의 시각차를 보여 주었다. 이러한 문제를 해결하기 위해 대한의학회는 ‘안락사·존엄사에 대한 의학적 접근’이라는 제목의 2001년 임상의학 심포지엄을 개최하였으며 심포지엄 후속작업으로 ‘안락사·존엄사에 관한 심포지엄 종합보고서 작성 소위원회’를 구성하여 “임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침”을 작성하기로 하였

다. 이후 2002년 3월 29일 대한의학회가 주관하고 한국의료법학회와 한국의료윤리교육학회 주최로 세종문화회관에서 ‘연명치료 중단에 관한 법·정책적 토론회’에서 초안을 발표하였으며 2002년 5월 3일 대한의사협회가 주최하는 종합학술대회에서 “임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침(제1보)”을 발표하게 되었다. 그러나, 임종환자의 연명치료 중단에 대한 사회의 이해와 합의를 이끌어 내지 못함으로써 일방적인 선언으로 끝나고 말았다.

## 6. 무의미한 생명연명치료의 중단

의학 기술의 발달로 죽음을 맞이하는 방식이 달라졌으며 말기 환자에 대한 치료중단에 대한 논란이 일고 있다. 원하지 않는, 공격적인 치료의 중단에 대한 환자의 자율성을 요구하지만, 우리의 환경은 이러한 문제를 환자와 이야기하기를 꺼려하며 환자들이 문제 제기를 할 때까지 기다리는 현실이다. 특히, 가족들은 환자가 원하는 것보다 더 공격적인 치료를 요구하는 경향이 있다. 그러므로, 임종환자의 자율적 의사를 확인하고 환자의 자율적인 결정을 존중할 것인가는 논란이 있다.

의료 행위는, 특히 생명과 관련된 치료는 대부분 양면성을 즉 그 치료로 인해 야기되는 이득(Benefit)과 손해(Harm)를 갖고 있다. 그러므로 의사는 치료를 시작할 때 이러한 양면성을 환자 입장에서 판단함으로써 환자에게 보다 유익한, 손해보다는 이득이 많은 유익한 치료를 선택하게 되고 이득보다는 손해가 많은 무익한 치료를 포기하게 된다. Webster 사전의 정의에 따르면 “무의미한”이란 단어는 “유용한 목적에 쓸모가 없는 혹은 완전히 효과가 없는” 의미로 나와 있다. 비록 무의미성(futility)은 필수적으로 주관적이지만 현실적으로 긴요한 판단이기는 하나 무의미성에 대한 완전히 객관적이면서도 구체적인 정의는 어렵다. 특히 어떻게 이러한

무의미성을 판단할 것인가 하는 것이 매우 중요한 문제이며 의학적, 사회적, 경제적, 문화적 배경에 따라 다를 수 있기 때문에 이에 대해서는 의학적 판단뿐만 아니라 사회적 합의가 이루어져야 한다.

최근 미국 호스피스 의사 212명을 대상으로 수행한 연구는 호스피스 의사들이 환자들의 무의미한 생명연명치료를 거부할 권리가 있다는 점을 인정하였다는 점을 밝혔다. 그러나 이 의사들은 안락사나 의사보조 자살은 강하게 반대하였으며 이러한 중재 사이에 분명한 구분을 짓고 있었다. 또한 의사결정을 할 수 있는 말기환자가 요구할 때 어떠한 생명유지치료가 철회될 수 있는지를 물었을 때, 의사들은 인공호흡기, 투석, 항생제, 수액 및 영양공급 등의 차이를 거의 두지 않았다. 조사에 응한 의사들 85%가 임종상태에 있는 환자들은 인위적인 수액공급이 없는 상태가 더 편안해 한다고 생각했다. 수액요법 철회에 반대하는 의사들은 소수이기는 하나 이것이 고통스러운 죽음, 즉 갈증과 기아를 유발한다고 믿고 있다. 그러므로 말기환자 진료에서 이루어지는 모든 의학적 중재들에 대해 재평가할 필요성이 있다. 이 모든 것들 각각 외적 표준이 아닌 환자의 편안, 삶의 질 혹은 죽음의 질에 도움이 되는지를 기준으로 하여 판단되어야 한다. 환자 개개인에 대한 치료의 시도는 단순히 환자의 생명을 연장하는 것이 아니라 환자의 평안을 향상시키는지에 따라 고려되어야 한다. 실제로 말기환자들은 일반의료시설의 집중적 치료를 받기보다는 통증관리와 같이 완화적 치료를 필요로 하며, 지나친 검사와 치료가 죽어 가는 환자의 죽음을 역전시킬 수 있는 것이 아니라 단지 그 순간을 잠시 연기시켜 오히려 환자에게 해를 가할 수도 있다는 사실을 의사는 환자와 그 가족에게 충분히 설명함으로써 그들의 의사결정에 따른 짐을 덜어줄 필요가 있으며 이에 대한 사회적 수용 여부에 대해 논의가 이루어져야 한다.

## 윤리적 해결방안

### 1. 독립적인 진단명으로서의 임종(Dying)

임종이 집이 아닌 의료기관으로 점차 옮겨짐으로써 임종의 의료화는 불가역적인 과정일지도 모른다. 그러나, 임종을 말기과정에 들어선 환자에 대한 하나의 독립된 진단으로 보는 견해는 이러한 임종의 의료화에서 간과되는 경향이 있는 영적 돌봄과 완화의료에 대한 대화를 촉진할 수 있다. 예를 들면, 암의 진단 기준이 마련되고 그 치료에 대한 적절한 의료지침이 만들어지고 표준화되었듯이 임종이라는 진단 기준이 마련된다면 이에 대한 적절한 의료행위 내용과 지침이 마련될 수 있다.

의료윤리학자 Graham이 주장하듯이 임종을 하나의 진단으로 정하는 것은 임종을 하나의 만성적이면서 치료 불가능한 상태로 지병과 피할 수 없는 것으로 인정하는 것이다. 이렇게 함으로써 불확실성을 줄이고 치료문제에 대한 대화를 촉진시키며 진단과 완치를 위한 노력보다는 환자에 대한 배려와 편의에 치중하는 노력을 보다 중요시 할 수 있다. 뿐만 아니라 이러한 진단을 통한 교육과 훈련을 통해 우리는 의료인이나 환자, 보호자들에게 지나친 검사와 치료가 죽어 가는 환자의 죽음을 역전시킬 수 있는 것이 아니라 단지 그 순간을 잠시 연기시킬 뿐이며 오히려 환자에게 해를 가할 수도 있다는 사실을 일깨워 줌으로써 그들의 의사결정에 따른 짐을 덜어줄 수가 있다. 또한, 죽어 가는 환자들을 돌보는 일의 정서적인 부담은 치료의 제한에 대한 기관의 정책 및 의사와 다른 의료인간의 의견 조정을 통해 개방적으로 해결되어야 한다. 이와 같이 인간적 삶을 살 수 있도록 의학적 치료를 다 하다가, 회피할 수 없는 죽음이 임박할 때 임종이라는 독립된 진단을 명확히 하고 이를 사회적으로 이해될 수 있고 수용할 수 있는 방법으로 제시함으

로써 사회와 대화해야 한다.

## 2. 말기 상황과 예후에 대한 설명

임종의 통고여부가 어떻게 임종환자가 존엄성 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 도와 줄 수 있는지는 큰 관심사였다. 1950, 1960년대 의사들을 대상으로 이루어진 연구에서는, 환자에게 일어나는 심리적 부작용과 불안, 우울, 자살위험 등 치료희망의 좌절로 인한 치료 거부 등을 이유로 들어 대부분의 의사들이 환자에게 암의 진단을 알리지 않는다고 하였다. 그러나 1970년대 이후로 이루어진 연구에 따르면, 진단을 통보하는 방향으로 의견이 바뀌었다. 환자에게 인생을 정리할 기회를 주어서 죽음에 대한 마음의 준비와 남은 일을 처리할 수 있게 할 기회를 주어야 한다, 혹은 병에서 가장 중요한 당사자는 앓는 환자 자신이며 환자는 진실을 알 권리가 있다, 의사 - 환자관계는 상호간의 신뢰, 정직, 성실로 맺어진 관계이기 때문에 그리고 환자들은 알고 싶어하고 알고 있는 경우가 대부분이라는 이유로 알려야 한다는 것이다. 이러한 의사들의 태도 변화의 원인은, 첫째 죽음과 임종에 관한 관심이 급증하면서 퀘블러 로스 등에 의해서 임종의 과정에 대해 더 잘 이해하게 되었으며, 둘째 소비자 중심주의 운동의 부상이 환자와 의사간의 관계를 변화시켰으며, 셋째 병을 치료하는 것이 아니라 환자를 치료한다는, 소위 전인적 치료가 강조되면서, 치료받고 있는 환자의 감정적 요구에 대해 더욱 민감하게 되었기 때문이라고 볼 수 있다. 실제 환자를 대상으로 한 연구결과를 보면, 환자들은 주변상황으로 이미 알고 있는 경우가 많았고, 알고 나면 모르고 있는 상태보다 오히려 기분이 더 나아지며 실제로 자살을 생각하는 경우는 드물다는 사실을 보여 주며, 환자들 대부분은 마음의 준비를 하고 인생의 남은 문제를 정리할 수 있도록 본인에게 알려 주어야 할 것이다. 그리고 진실에 외면되고 있

기 때문에 의심하게 되고 필요이상으로 심각하게 받아들이는 역효과가 있음을 알 수 있다. 암 환자와 가족들은 과거보다 더 말기치료의 결정에 참여하기를 원하고 있다. 그러나, 심각한 상황에서도 대부분의 사람들은 말기암의 치료에 대해 전혀 의논하지 못하고 있다. 특히, 우리나라의 경우, 환자가 겪을 심리적 부담과 치료의 희망 상실에 따른 치료의 포기 등의 이유로 가족들이 환자에게 말기라는 사실을 알리기 꺼려하는 경향이 있다. 그러나, 최근 암환자와 가족들을 대상으로 한 연구에 따르면, 환자의 90%이상이 말기라는 사실을 알기를 희망하며 가족의 80%정도가 환자에게 알리기를 바라고 있다. 환자들은 그들의 질병과 그것이 삶에 어떤 영향을 미치는지에 관한 정보를 듣고 정보를 다른 사람들과 공유하고 치료에 대하여 결정할 권리가 있다. 그러므로, 말기 암환자들은 계획된 과정이나 치료, 이득과 위험, 그리고 가능한 다른 대안에 대해서도 알아야 한다.

주치의는 의사로서의 정직과 자율성 존중의 원칙에 근거하여 환자가 스스로 자신의 생명과 관련된 치료에 대한 선택의 기회를 주어야 한다. 결론적으로 환자의 자율성을 존중하고 인생을 정리할 기회를 주기 위해서는 환자의 심리적 반응에 따라 단계적 접근과 함께 적절한 시기와 방법을 통해 알려야 한다.

환자의 현재 상태와 예후 등 말기 상황을 환자에게 알리는 경우, 향후 예상되는 상황에 대해 환자가 의사결정을 할 수 있도록 하여야 한다. 이때 주치의는 환자가 심사숙고하고 자율성에 따라 결정할 수 있는 충분한 정보를 제공하여야 하며 의료행위에 대한 선(이득)과 악(손해와 위험)의 균형을 평가한 의학적 판단에 의해 무의미하다고 판단될 경우, 중환자실 입원, 심폐소생술을 받지 않을 수 있다는 점, 환자의 의식을 소실하기 위한 목적이 아니나 결과적으로 따를 수도 있는, 통증 조절을 위한 진

통계 사용이 환자를 지속적인 수면상태에 이르게 할지라도 약물투여를 중단하지 않기를 요구할 수 있다는 점을 설명하고 이에 대한 자신의 의사를 명시하기 위한 사전의사 결정서를 작성하고 가족과 주치의가 동의를 받도록 해야 한다.

### 3. 임종 진료에 대한 표준 지침 마련

독립적인 진단으로서의 임종과 품위 있는 죽음의 정의에 근거해서 임종 진료에 대한 지침이 시급히 만들어져야 한다. 먼저, 현재 질병 상태와 선택 가능한 치료법 등에 대한 환자와 가족, 의료진간의 정확한 정보가 공유되어야 한다. 의료정보의 전달 과정이나 의사 결정과정에서 가족을 중시하는 우리의 현실을 감안하여 합당한 임종 진료가 될 수 있도록 구체적인 방법과 절차에 관한 지침이 만들어져야 한다. 이러한 지침은 통일된 사전 유언(Advance directives) 및 심폐소생술 금지 요청서의 마련, 의사결정 대리인 결정 절차, 병원의료윤리위원회의 활용 등의 연명치료의 중단과 관련된 구체적인 의사결정 과정에 대한 제시가 포함되어야 한다. 뿐만 아니라, 무의미한 연명치료의 중단은 죽음에 이르도록 환자를 방치하는 것이 아니라 품위 있는 인간적 죽음을 위한 포괄적·신체적·정서적·사회적·영적·배려와 인간적 나눔은 오히려 지속되며 강화된다는 점을, 의료인을 포함한 사회가 수용할 수 있어야 한다. 그러므로, 의료진은, 보호자가 없는 중환자실과 같이 여러 기계들과 선으로 꽂 채워진 환경보다는 가족들과 삶의 마지막 순간을 공유할 수 있는 인간적 분위기에서 죽음을 맞이할 수 있도록 하는 인도주의적인 배려를 아끼지 말아야 한다. 환자가 느끼고 있는 죽음이나 번민에 가족이나 의료진이 함께 참여하고 있다는 확실한 느낌을 환자에게 줄 수 있다면, 마음의 평정과 존엄성의 유지, 죽어 가는 환자와 인간관계를 조성하는 것은 그의 삶의 마지막을 도와주는 큰 힘이 될 뿐만 아

니라, 가족이나 의료진, 낯선 사람들을 모두 하나로 묶을 수 있는 힘을 발휘하며, 그 힘으로 그들의 삶에 커다란 변화를 가져올 수 있기 때문에 이러한 지침은 환자나 가족, 그리고 의료인 모두에게 중요하다. 임상 현장에서는 임종 환자의 관리 결정을 의사 개개인의 가치관과 판단에만 맡길 것이 아니라 의과대학이나 전공의 수련과정에서 의사소통 및 임종환자 관리에 관한 교육이 체계적으로 이루어져야 한다.

단순히 연명치료의 중단과 관련된 의사결정과정 뿐만 아니라, 통증 관리 및 완화의료 제공을 통해 임종 환자의 고통 감소를 통한 삶의 질 향상과 함께, 인생을 정리함으로써 유종의 미를 거둘 수 있는 인간적 배려와 노력에 대한 내용이 지침에 포함되어야 한다. 이러한 절차와 과정은 의료계의 일방적인 선언이 아니라, 일반 국민들이 임종 과정을 이해하고 무의미한 연명치료의 중단의 의미를 수용할 수 있도록 정보를 공유하고 여건을 성숙시켜 나감으로써 임종 환자의 무의미한 연명치료 중단에 대한 사회적 공감대가 형성되도록 하여야 한다. 이를 위해서는 우선적으로 이러한 케어가 제공될 수 있는 의료적·사회적 여건이 성숙되도록 의료계가 나서서 힘을 모아야 한다.

### 4. 품위 있는 죽음에 대한 사회적 합의

의료 기술의 발달은 우리에서 생명 연장의 혜택을 가져오면서 장수에 대한 희망을 가져왔으나 놀라운 기술의 발전에도 불구하고 말기 환자들의 고통을 근본적으로 해결하지 못하고 품위 있는 죽음에 대해 초점을 맞추기보다는 문제를 회피해 왔다.

그렇다면, 품위 있는 죽음이란 무엇인가? 생의 마지막 순간들을 가치롭고 의미 있게 맞이하는 것을 뜻한다. Webster 사전에 따르면, '품위(dignity)'란 가치가 있거나 명예로운 혹은 존경받는 상태로 정의된다. 죽음의 경험은 신체적, 심리적 증상을 포



함하여 경제적 수요와 간병의 요구, 사회적 관계, 기대와 희망, 영적 및 존재론적 신념 등의 다면적인 특성을 가진다. 또한, 죽음은 단지 의료적인 경험뿐만 아니라 환자의 전반적인 사회적 지지망이 중요하게 영향을 미친다. 죽음은 품위 있는 죽음과 고통이라는 극단적인 두개의 개념이라는 측면으로 이해될 수 있다. 전문가들은 증상 조절, 심리적·인지적 증상의 조절, 사회적 관계 및 지지, 경제적 수요 및 간병 요구의 충족, 희망과 기대, 영적 및 존재론적 신념 등을 인생의 마지막에서 중요한 요소로 강조하고 있으며, 환자들은 통증 및 증상의 적절한 조절, 부적절한 임종 연장의 회피, 자기 조절감의 성취, 부담의 경감, 관계 강화 등을 중요시하고 있다. Steinhauser 등은 품위 있는 죽음을 구성하는 요소로 증상의 조절, 죽음의 준비, 삶의 마감이나 완성의 기회, 그리고 의료진과의 좋은 관계를 꼽았다.

죽음이 임박하지 않았으며 어느 정도의 여명이 기대되며 환자가 의식을 유지하는 상태에서, 환자가 탈수 현상을 보이는 경우 주사에 의한 기본적인 수액 공급이 환자의 삶의 질과 생명연장에 의미 있는 일상적인 치료로 판단될 경우 이를 처방하여야 한다. 그러나 이러한 판단은 절대적일 수 없으며 우리나라 환경에 적합한 대안을 찾아야 한다. 죽음이 임박한 임종의 상황에서의 수액 주사 등 기본적인 의료에 대해 환자 입장에서 사회적, 윤리적 합의가 이루어지도록 해야 한다.

환자의 품위 있는 임종기간을 위해서 유익한 일상적인 치료임에도 불구하고 경제적 부담 때문에 환자나 가족이 치료중단을 요구할 수도 있다. 그러나, 품위 있는 인간적 죽음은 사회적 지위와 빈부를 떠나서 인간 누구나 희망하는 바이며 보장되어야 할 권리이며 사회는 이를 해결해야 할 의무가 있음에도 불구하고, 이러한 치료의 중단을 고려하는 상황에 대한 책임을 우리 사회는 지나치게 개인에

게 돌리고 있다. 이러한 상황에 대한 책임을 환자나 가족만이 아닌 사회가 함께 짊어져야 할 부담으로 인식하고 복지사회가 그 해결책을 마련하고 호스피스·완화의료와 같은 제도를 통해 해결하기 위해서 의사들은 최선을 다해야 한다. 또한, 이러한 제도가 뒷받침되지 않았을지라도 환자에게 경제적 지원을 받을 수 있는 후원단체를 찾도록 노력해야 한다. 삶의 연장의 무의미함으로 유익한 치료의 중단을 요구할 경우 의료진은 의료적 지지뿐만 아니라, 사회문화적, 종교적 지지를 통해 삶의 의미와 희망을 공유할 수 있도록 방법을 마련해야 한다. 또한, 환자의 신체적, 심리적 상태에 따른 올바른 판단 능력의 부족에 의해 의미 있는 치료를 중단하기를 요구할 경우 선의의 간섭을 통해 환자의 선이 될 수 있는 대리판단의 장치도 마련하여야 한다. 그러나, 품위 있는 죽음에 대한 이해와 인생의 마지막에서 중요한 점 등에 대해서는 개인에 따라서, 문화 혹은 인종에 따라서 다를 수 있다. 그러므로, 우리 문화와 정서에 적합한 죽음과 임종의 이해에 근거한 '바람직한 품위 있는 죽음'이 정립되어 사회적 공감대와 합의가 이루어져야 한다.

의미 없는 치료의 중단은 환자, 가족, 의사의 개 개인의 윤리적 문제뿐만 아니라 사회 구성원 누구나 부딪힐 수 있으며 사회적·경제적·문화적 원인이 관련이 있기 때문에 의사들과 사회는 이를 함께 풀어가며 해결책을 제시해야 할 윤리적 책임을 공유해야 한다. 특히 의사는 환자와 가족에게 신뢰관계를 유지하며, 어떠한 결정에서도 환자의 선을 추구하는 전문인으로서의 책임과 사회 구성원으로서의 가치관에 충실해야 한다.

##### 5. 품위 있는 죽음을 위한 제도적 뒷받침

품위 있는 죽음을 위해서는 특히, 호스피스·완화의료의 제도화를 위해서는 '의학적으로 무의미한 치료 중단'의 개념과 '안락사'의 개념과는 명확히

구분되어야 하며, 인간의 존엄성과 자기결정권을 존중한다는 이념이 전제되어야 한다. 이미 미국 등 호스피스·완화의료가 제도화된 나라의 경우, 의사에 의해 현재의 치료방법으로는 치료가 불가능하고 점점 악화되는 환자에게 의학적으로 불필요하다고 판단되는 심폐소생술, 중환자실 입원 등을 시행하지 않고 있다. 한 연구에 따르면 '의학적으로 무의미한 치료 중단'의 개념이 '안락사'의 개념과 다른 점을 설명하고 실질적으로 적용되는 상황을 설명하면서 이 개념의 수용 도를 파악한 결과, '무의미한 치료라면 중단하는 것이 좋다' (82.3%)는 응답이 압도적으로 높게 나타났다. 또한, 질병상태에 대한 정확한 정보를 바탕으로 자율적인 선택을 보장할 수 있는 '사전의사결정(Advanced Directives)'에 대해서도 대부분(80.9%) 필요하다는 태도를 보였다. 자율성은 자신의 고유한 삶을 선택하고 자신의 치료를 선택할 수 있고 거부할 수 있다는 것이다. 품위 있는 죽음에서 가장 중요한 요소를 제시하고 있는 점은 환자의 자율성 존중, 편안함 그리고 인생의 완성일 것이다. 환자가 자신의 치료를 스스로 할 수 있는 권리가 있다는 점을 환자에게 알리고 본인의 선택을 보장해 주는 사전의사 결정(Advanced Directives)을 뒷받침하기 위해서 1990년부터 미국에서는 '환자 자기결정법(Patient Self-Determination Act)'과 같은 연방법이 제정되어 있다. 이 법의 핵심은 환자가 사전의사결정서를 작성함으로써 공격적인 치료를 계속할 것인가 아니면 중단할 것인가에 대한 의사결정에 참여하도록 유도하는 것이다. 이러한 법은 의사와 환자간의 대화를 촉진시킬 뿐만 아니라 자신의 가치관과 선호에 따라 치료될 것이라는 환자들의 확신을 더 강화시켜 준다. 대만에서도 이와 유사한 법이 만들어져 시행되고 있다. 또한, 품위 있는 죽음과 관련하여 무의미한 치료를 거부할 수 있는 법적 장치로는 호스피스법(Hospice Act), 자연사법(Natural Death Act) 등이 있다. 이

러한 장치들은 말기 환자의 삶의 질 향상을 도모하기 위한 제도적 장치로, 비윤리적인 안락사 의사보조자살을 합법화하는 것이 아니면서도 생전유언과 같이 환자의 자율성을 존중하고 품위 있는 죽음을 보장하고 있다.

서울·경기 지역 8개 2차·3차 의료기관의 암환자와 가족 687명을 대상으로 시행한 연구에 따르면, 암환자 350명(88.6%), 가족 266명(91.1%)이 '호스피스·완화의료 서비스내용에 대한 사회적 합의가 필요하다'고 답하였으며 의료사전선택신청서 필요성에 대해서는 환자와 가족 576명(83.8%)이 '필요하다'고 응답하였다. 말기상황에 있는 환자에게 의학적으로 불필요하다고 판단되는 치료(심폐소생술, 혈액 투석, 고영양수액주사, 중환자실 입원)를 시행하지 않는 것에 대해서는 환자 285명(72.2%), 가족 200명(68.5%)이 '동의한다'고 응답하였다. 또한, 호스피스·완화의료 보험인정의 필요성에 대하여 환자와 가족 각각 360명(91.2%), 274명(93.9%)이 '필요하다'고 응답하였다. 이러한 결과를 볼 때 환자와 가족들은 품위 있는 죽음의 사회적 합의와 제도화의 필요성을 인식하고 있다는 점을 알 수 있다.

그러나 우리나라 국민들은 '무의미한 치료 중단'에 대해 응답자의 51.7%가 '들어본 적이 없다'고 응답해 일반국민의 절반 정도는 이 용어를 인지하고 있지 못하고 있어, 무의미한 치료중단에 대한 인지정도에 편차가 있을 것으로 예상되며, 이에 대한 홍보가 필요할 것으로 본다. 뿐만 아니라 '호스피스 서비스'의 인지도는 60% 정도로, 일반인을 대상으로 한 조사결과, 그리고 암 환자와 가족을 대상으로 한 국내 결과, 미국의 일반인들을 대상으로 한 연구결과들과 비슷한 수준의 인지도를 보였다. 호스피스 인지경로가 텔레비전이나 신문으로 집중되어 있으며, 호스피스에 대한 인지도가 높은 계층에서 서비스에 대한 수용도가 높기 때문에, 사회적 합의를 바탕으로 한 제도화를 위해서는 '무의미

한 치료 중단'과 호스피스·완화의료에 대해 언론 매체 등을 통해 정확한 정보를 전달하고 홍보할 필요가 있다. 특히, 최근 웰빙(Well-Being)문화가 확산되는 상황에서 웰빙과 같이 특정한 계층에 한정된 문화가 아니라, '말기 환자의 품위 있는 임종(Well-Dying)을 위한 보편적인 서비스'로 호스피스를 정의할 경우 일반인들의 수용도를 높일 수 있을 것으로 판단된다.

품위 있는 죽음에서 중요한 부분이 임종과정에서의 삶의 질이다. 임종 과정에 있는 환자들은 이 때부터 통증과 호흡 곤란과 같은 신체적 고통과, 우울, 불안 등 심리적 고통, 그리고 인생의 무의미함과 같은 존재론적 고통을 겪게 되며 의료진과 주위의 도움을 더 필요로 한다. 즉, 암은 어떻게 할 수 없더라도, 환자의 신체적, 정신적, 사회적, 존재적인 고통을 해결하고 환자의 남은 삶의 질과 죽음의 질을 높이기 위한 노력이 필요한 때이다. 환자를 인간적으로 존중하면서 통증조절 등 증상을 적절히 관리해 줄 수 있는 의료진과, 마지막 날까지 함께 지켜 줄 수 있는 사랑하는 가족, 그리고 그 환자들과 가족을 위한 사회의 관심과 정부의 제도적인 마련이 충족된다면, 누구나 한번씩은 해야 하는, '인생이라는 작품을 잘 마무리 지을 수 있을 것이다. 세계보건기구에서도 말기 암 환자의 삶의 질 향상을 위한 대안으로 제시하고 있는 호스피스·완화의료를 하루속히 제도적으로 활성화하고 질적으로 향상시켜야 한다.

우리 국민 누구나 맞이해야 할 죽음을 품위 있게 인간으로서의 삶을 잘 마무리하기 위해서는, 먼저, 의료계는 사회가 이해할 수 있는 임종에 대한 명확한 진단 및 임종 환자 관리 기준을 제시하고, 둘째, 사회의 여러 지도자들과 여론 형성층이 함께 참여하여 우리 사회에 '바람직한 품위 있는 죽음'에 대한 합의를 도출하고, 셋째, "품위 있는 죽음을 위한 캠페인"을 통해 죽음에 대한 잘못된 사회적 인식의

전환과 품위 있는 죽음에 대한 사회적 공감대를 형성해야 한다. 품위 있는 죽음을 위해 정부가 해야 할 일로 '바람직한 임종문화와 호스피스 제도 정착을 위한 교육과 홍보 강화'도 강조되고 있다. 품위 있는 죽음에 대한 이해와 인생의 마지막에서 중요한 점 등에 대해서는 개인에 따라서, 문화 혹은 인종에 따라서 다를 수 있으므로, 우리 문화와 정서에 적합한 죽음과 임종의 이해에 근거한 '바람직한 품위 있는 죽음'이 정립되어 죽음에 대한 잘못된 사회적 인식을 바꾸고 품위 있는 죽음에 대한 사회적 공감대를 만들어 가야 한다. 이를 위해서는, 정부가 혹은 비정부조직(NGO) 등이 중심이 되어, 학계, 종교계 등 사회의 여러 지도자들과 여론 형성층이 함께 참여하는 범국민적인 '품위 있는 죽음을 위한 캠페인'을 통해 우리사회에 '바람직한 임종문화'를 위한 사회적 분위기를 조성할 필요가 있다. 마지막으로, 품위 있는 죽음의 저해 요인들을 해결하기 위한 법적·행정적 뒷받침이 이루어져야 한다. 인간적이면서도 적절한 임종환자에 대한 돌봄의 의학적, 사회적, 경제적 저해요인들을 극복하지 않는다면, 임종환자와 가족들, 그리고 사회는 부적절한 선택을 하지 않을 수 없을 것이다. 이러한 노력은 돌이킬 수 없는 질병의 자연적인 과정에 의한 죽음에 이르더라도 이를 인간이 가진 불가항력적인 조건의 수용으로서 이해되며 가족들과 사랑을 나누고 삶을 정리하면서 삶에 의미를 부여할 수 있는 기회를 제공할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 1) 이동익. 생명의 관리자: 인간의 죽음과 의료집착. 1판. 서울: 가톨릭대학교출판부, 1994:361-9
- 2) 대한의학회. 2001년 임상의학 심포지엄- 안락사·존엄사에 대한 의학적 접근.
- 3) 윤영호. 무익한 치료중단 관련 논란 (상). 2001년 6월 7일 21면
- 4) 윤영호. 무익한 치료중단 관련 논란 (하). 2001년 6월 11

일 23면

- 5) 허대석. 무의미한 치료의 중단. 대한의사협회지 2001;44: 956-62
- 6) 대한의사협회. 의사윤리지침. 2001년 4월 19일.
- 7) 윤영호. 임종환자의 연명치료중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침 작성의 배경. 지체근. 임종환자의 연명치료중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침 제 1보. 대한의학회 2002
- 8) 윤영호, 이영선, 남소영, 채유미, 허대석, 이소우, 홍영선, 김시영, 이경식. 품위 있는 죽음과 호스피스완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. 한국호스피스완화의료학회지 2004;7:17-28
- 9) Berger A, Portenoy eds. Principle and practice of supportive oncology. Lippincott-Raven Publishers. New York. 1998
- 10) McCue JD. Naturalness of dying. JAMA 1995;273: 1039-43
- 11) Council on Ethical and Judicial Affairs, JAMA. Medical futility in end of life care: Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999;281:937-41
- 12) Rakel RE, Storey P. Care of the dying patient. In: Rakel RE editor. Textbook of family practice. 4th ed. Philadelphia: W.B.Saunders Company, 1990:181-97
- 13) Davison GW. The Hospice-development and administration. 2nd Ed. 1985
- 14) Barnard D. Withholding and withdrawing treatment-the doctor-patient relationship and the changing goals of care. In: Berger A, Portenoy RK, Weissman DE, Editor. Principles and practice of supportive oncology. New York: Lipincott-Raven press, 1998:809-17
- 15) Herth K. Fostering hope in terminally ill people. J Adv Nurs 1990;15:1250
- 16) Oratz R. Commentary. In: Cohen CB, ed. Casebook on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Bloomington: Indiana University Press, 1988:77
- 17) Brescia FJ. Specialized care of the terminally ill. In: Devita VT, Hellman S, Rosenberg SA editor. Cancer-principles & practice of oncology 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company, 1993:2501-13
- 18) Doyle D, Hanks G, McDonald. Oxford textbook of palliative medicine. Oxford: Oxford university press 1993: 1-8
- 19) Beauchamp TL, Walters L eds. Contemporary issues in bioethics. Belmont: Wadsworth publishing company 1978
- 20) Levine C ed. Taking sides: clashing views on controversial Bioethical issues. Dushkin: McGraw-Hill 1997
- 21) Ezekiel J. Emanuel et. al. Assistance from family members, friends, paid care givers, and volunteers in the care of terminally ill patients.
- 22) Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, Lee KS, Hong YS Lee SK, You CH. The Attitudes of Cancer Patients and Their Families Toward the Disclosure of Terminal Illness. JCO 2004;22:307-14