무의미한 연명치료를 거부할 권리

End-of-life Decision in Korea

허 대 석 | 서울의대 내과 | Dae Seog Heo, MD
Department of Internal Medicine, Seoul National University College of Medicine
E-mail : heo1013@snu.ac.kr

J Korean Med Assoc 2008; 51(6): 524 - 529

Abstract

There are more than 65,000 cancer deaths per year in Korea. To what extent should we continue aggressive treatment in terminal patients? In the course of clinical care of a critically ill patient it may become clear that the patient is inevitably dying, the goal of medical treatment should not be to prolong the dying process without benefit to the patient or to others. Further intervention which will do no more than prolong the active dying process is often described as "futile." Even though hospice is widely accepted in Korea, there is still controversy about withholding or withdrawing life-sustaining treatment. Conflicts between the parties may interrupt satisfactory decision-making and adversely affect patient care, family satisfaction, and physician-clinical team functioning. When further intervention to prolong the life of a patient becomes futile, physicians have an obligation to shift the intent of care toward comfort and closure. However, there are necessary value judgments involved in coming to the assessment of futility. In this context, Korean society needs consensus agreement on futility issue, based on our own social values.

Keywords : Futility; Life-sustaining treatment; Terminal patient
핵 심 용 어 : 치료 무용; 생명연장 치료; 말기 환자

서 론

우리나라에도 호스피스 제도화가 가시화되고 있다. 그런데 호스피스 제도에는 모두 찬성하면서도 무의미한 치료(특히 연명치료)의 중단 문제에 대해서는 아직도 잘 동의하지 못하고 있다. 무의미한 연명치료를 하지 않는 것이 호스피스임에도, 이 두가지 문제를 별개의 문제로 분리해서 생각하고 있다. 한 예로, 호스피스에서는 불필요한 심폐소생술(CPR)을 하지 않는다(do-not-resuscitate, DNR). DNR은 가장 대표적인 무의미한 치료는 하지 않는 것이다. 끝까지 최선을 다하겠다는 환자나 보호자들이 '치료'라는 단어가 가지는 희망적 의미까지 포기하라는 것은 쉬운 결정이 아니다. 따라서 이번에는 제한적인 의미의 치료중단, 즉 회생 가능성이 없는 말기 환자에서의 '연명치료'를 중심으로 논의하고자 한다. 한편, 의료가 발전하면서 가정에서 임종을 맞이하는 환자보다 병원에서 생의 마지막을 맞는 환자가 점점 증가하고 있다. 병원에서는 끝까지 치료를 해달라는 보호자들의 요구에 회생 가능성이 없는 환자

까지 연명장치를 할 수 밖에 없는 상황이 빈발하고 있어 의료적 문제 뿐만 아니라 법적, 윤리적 문제까지 함께 생각하여야 하지 않고는 이 문제를 해결하기가 어려운 상황이다.

치료중단은 모두 '안락사'인가?

'무의미한 연명치료의 중단'은 1976년 미국에서 '자연사법(Natural Death Act)'으로 통과되었고 1980년 로마 교황청은 '존엄사'로 인정하였으며 2000년 대만에서도 자연사법으로 합법화하였다. 그런데 유독 우리나라만 문제가 해결되지 않고 있다. 문제가 해결되지 않고 있는 원인 중의 하나는 '무의미한 연명치료의 중단'을 '안락사(소극적)'와 혼동하고 있다는 점이다.

우리나라에는 말기암 환자의 절반(3만 여명)이 집에서 임종하고 있다. 병원에 모시고 와서 인공호흡기를 적용한다면 수 주 내지 수 개월 연명이 가능할 지도 모른다. 이 경우, 병원으로 오지 않았기 때문에 말기암 환자들의 안락사를 보호자들이 시도하고 있다고 말할 수 있는 것인지? 이같은 상황을 안락사라고 함에 쉽게 동의할 수 없는 논리와 마찬가지로 병원에 일단 입원한 환자에 대하여도 무의미한 연명치료를 하지 않은 것을 안락사로 혼동하고 있는 것은 잘못이다.

'무의미한 연명치료의 중단'은 의사가 말기 환자에게 아무런 의료행위도 하지 않겠다는 것이 아니고 회생 가능성이 없는 환자가 무의미한 연명치료(심폐소생술, 인공호흡기 등)를 거부하는 의사를 밝힐 때, 이에 상응해서 의사가 연명치료를 하지 않을지라도 죄를 묻지 않는다는 것이다(1). 따라서 안락사가 아니다. 선진국에서는 '소극적 안락사'라는 용어를 더 이상 사용하지 않는다. 안락사라는 용어는 의료인이 환자의 임종을 유도하거나 환자의 자살을 도와주는 행위에만 국한하여 사용하여야 한다.

제도 혼란의 원인

첫째, 의료의 paradigm이 바뀌고 있음을 잘 이해하지 못하고 있다. 폐렴 환자에게 항생제는 필수적이다. 항생제를 사용하지 않을 경우 치명적이지만 항생제를 적절히 사용할 경우 환자를 회생시킬 수 있다. 물론, 항생제의 부작용으로 손해를 보는 경우도 있으나 이는 지극히 드문 현상이다. 달리 표현하면 항생제의 사용으로 환자에게 끼치는 영향은 99.999% 이상의 이득과 0.001%에도 미치지 못하는 손해 볼 가능성을 비교하여 결정하게 되는 절대적인 의료행위이다. 따라서 이같은 상황에서 의사의 결정과 행동은 '절대적'이고 무한 책임을 지닌다. 이같은 의학적 결정은 흑백논리로 판단이 가능하며 '회생 가능', '회생 불가능'으로 이원화시킬 수 있다. 그러나 지금 진료 현장에서 이루어지고 있는 의학적 결정 중 많은 부분이 그렇지 못하다. 인위적으로 인체의 기능을 조절할 수 있는 연명도구가 급속히 발달하면서 회생 가능성의 예측이 대단히 어려워졌다. 법은 회생 가능성이 있었는가, 없었는가? 둘 중 하나의 답을 요구하고 있지만 실제 진료현장에서는 회생 가능성의 판단이 100%와 0%로 명확히 구분되는 경우는 거의 없으며 대부분 일정 확률로 가능성을 예측해 볼 수 있을 뿐이다. 회생 가능성의 판단은 대단히 어렵다. 또 1%의 가능성이 있을 때 이를 30%의 가능성과 똑같은 가능성이 있다고 볼 것인지, 회생 불가능한 것으로 볼 것인지를 담당의사가 아닌 법정이 결정한다면 엄청난 혼란이 올 것이다. 왜냐하면 많은 임상연구에서 중환자 관리의 전문가조차도 환자의 회생 가능성 예측의 정확도가 80%를 넘지 못하고 있기 때문이다.

둘째, 무의미한 치료중단을 제도화하면 의사들이 회생 가능성이 떨어지는 중증 환자들에 대하여 적극적인 치료를 일방적으로 중단할 위험이 있다고 오해하고 있다. 어느 나라도 이같이 제도를 운영하는 나라는 없다. 제도화에서 다루는 문제는 환자 본인이 무의미한 치료(특히, 연명치료)를 원하지 않을 경우, 이를 시행하지 않을지라도 담당의사를 살인죄나 치료 거부로 책임을 묻지 않겠다는 것이 제도의 기본취지이다.

임종과정에서 발생하는 흔한 문제들

환자가 임종하는 과정에 의료인이 할 수 있는 선택에는 두 가지 극단이 있다. 한 가지는 환자의 고통을 들어주기 위하여 '안락사'를 시행하는 것이고 또 다른 선택은 환자나

보호자가 원하는 대로 '끝까지' 연명장치를 적용하는 것을 말한다(의료집착적 행위). 우리나라의 의료현장에서 '안락사'는 문제가 되고 있지 않으며 '의료집착적 행위'에 심각하게 노출되어 있다. 이같은 극단적인 선택은 어느 쪽이든 바람직하지 않다. 환자가 의식을 상실하거나 전신 상태가 악화되어 임종이 임박한 것이 아닌가 생각될 때 회생 가능성과 연명이 가능한 기간을 고려하여 연명장치의 적용 여부를 결정하여야 하며, 흔한 상황은 다음과 같다.

1. 회생 가능성이 있는 환자

회생 가능성이 있다면 끝까지 의료행위가 이루어져야 한다. 보라매병원 사건에 대하여 법원에서 의사들에게 유죄 판결을 내린 이유는 환자가 회생 가능성이 있다고 판단했기 때문이다. 그런데 이 사건에서 환자의 보호자가 의료비에 대하여 걱정을 하지 않아도 되고 환자의 사망 후 생계를 걱정하지 않아도 된다면 환자의 부인이 치료중단을 요구하지 않았을 것이다. 회생 가능성이 있는 환자에 대하여 경제적인 이유로 의료행위가 이루어지지 못한 경우, 그 책임은 사회복지제도의 미비에 기인한다. 따라서 그 책임도 사회복지제도를 마련하지 못한 정부가 져야 하는데, 경제력이 없는 보호자와 담당의사에게만 '살인'이라는 죄를 지우는 모순된 판결을 내리고 있다. 따라서 회생 가능성이 있는 환자는 경제적 이유로 치료중단이 발생하지 않도록 사회보장제도가 보완되어야 한다.

2. 회생 가능성도 없고, 연명 가능성도 길지 못한 환자

말기암 환자는 잔여 생명이 일반적으로 수 개월 미만이다. 특히 임종 과정은 수 일에 불과하다. 이 과정에 연명장치를 적용하면 수 주일 내지 수 개월 법적인 의미에서 생명을 연장할 수 있을지 모른다. 그런데 의식을 잃은 채 인공호흡기에 의존해서 얻게 되는 연장된 기간의 의미가 무엇인지 함께 생각해볼 필요가 있다. 이같은 기간은 '의미있는 생존기간'의 연장이 아니라, '불필요하게 고통받는 기간'의 연장이기 때문이다. 따라서 환자나 보호자가 이같은 무의미한 연명장치는 거부할 권리를 가진다. 병원으로 오면 이같은 연명장치에 노출될 수 밖에 없음을 고려하여, 가정에서 임종하는 환자는 자연사를 선택하고 있다. 말기암 환자를 병원에 모시고 가지 않은 보호자에게 안락사의 죄를 묻지 않는 것과 같은 논리로 병원에 입원하여 임종하는 말기암 환자에 대하여 환자의 뜻에 따라 연명장치를 적용하지 않은 경우, 보호자와 의사에 대하여도 살인죄를 적용해서는 안 된다.

(사례 1) 중환자실에서 임종한 84세 식도암 환자

1년 전 식도암과 식도암의 간전이로 진단받고 식도암 병변에 대한 방사선치료 후 집에서 머물러 왔다. 2개월 전부터 '호흡곤란'이 시작되어 서서히 진행되다가 수 일 전부터 악화되었다. 가족들은 임종이 가까운 것으로 생각하고 집에서 임종 과정을 감당하기에는 어렵다고 의견을 모으고 대학병원 응급실로 환자를 데리고 왔다. 응급실에서 환자를 진료한 전공의는 호흡곤란의 원인으로 심낭에 물이 고인 것(pericardial effusion)이 의심된다고 판단하였다. 중환자실로 옮겨져 pericardiocentesis가 시행되었으나 성공하지 못하고 pericardiostomy를 시행하여 pericardial effusion은 제거하였으나 이 과정 중 cardiac arrest가 와서 open cardiac massage후 ventilator를 적용하고 35일간 연명치료를 받다 결국 사망하였다. 환자는 임종에 이르는 과정에서 혈액 투석, 기관지절개 등의 시술과 무수한 검사 및 투약을 받았다.

이 환자에서 중환자실 치료로 연장된 35일의 의미는 무엇인가? 의미있는 삶의 연장인지, 아니면 환자가 고통받는 기간이 연장된 것인지?

3. 회생 가능성은 없으나, 장기간의 연명 가능성이 있는 환자

2000년도에 야구장에서 갑자기 쓰러져 의식을 잃고 연명중인 야구선수(임수혁)를 비롯하여 우리 주변에 이같은 상황에 처한 환자들이 많다. 2005년 언론에 보도되었던 미국의 Schiavo라는 환자의 feeding tube 제거를 결정한 법원에 대한 찬반 논란도 이 범주에 속한다. 이같은 상황에서의 연명치료중단은 '안락사'의 범주에 속한다. 따라서 나라마

다 제도가 다르며 때로는 심각한 논란이 발생한다. 우리나라는 말기암 환자에 대한 치료중단 관련 제도도 마련하지 못한 상태에서 장기간의 연명 가능성이 있는 환자에 대한 제도까지 한꺼번에 논의를 하려고 한다면 안락사 논쟁과 뒤섞여서 답을 얻을 수 없을 것이다. 이런 상황에 대한 논의에는 환자 자신의 생명에 대한 가치관도 고려되어야 하며 환자를 제외한 채 보호자와 의사가 상의해서 일방적으로 결정한다면 문제를 야기할 수 있다. 따라서 환자 본인에 대한 불치병의 통보와 환자 본인이 의학적 결정에 참여하는 문화가 정착되어야 한다. 이같은 결정은 법으로서만 해결될 수는 없으며 문화적으로도 성숙되어야 하고 사회적 합의가 이루어져야 한다.

(사례 2) '장한 어버이상' 받은 아버지가 아들 인공호흡기 뗀 사연

광주 북부경찰서는 중증 장애인 아들이 뇌사 상태에 빠지자 인공호흡기를 떼내 숨지게 한 혐의(살인)로 2007년 8월 9일 윤모(51)씨를 불구속 입건했다. 20대 아들의 인공호흡기를 떼어 내 숨지게 한 아버지가 경찰에 불구속 입건됐다. 1980년대 중반이었다. 큰 아들이 점차 근육이 줄어들어 루게릭병처럼 온몸이 굳는 '근이영양증'에 걸린 것이다. 치료약도 없는 병이었다. 이후 아버지는 광주의 장애인학교(은혜학교)까지 매일 아들을 태워 등·하교시켰다. 둘째 아들(23)도 발병하여 같은 학교로 보냈다. 10년 넘게 그렇게 살았다. 동네 장애인 학생 2명도 같이 통학시켰다. 둘째 졸업식 때 '장한 어버이상'을 받았다. 두 아들의 병은 점점 나빠졌다. 2004년 부인과 갈등을 빚으면서 헤어졌고 애들 수발을 도맡게 됐다. 80kg이 넘는 애들을 업어서 화장실 변기에 앉히고 뒷처리를 했다. 아버지 자신도 올 2월 위암 진단을 받아 수술을 했다. 애들 때문에 20일만에 퇴원해야 했다. 2007년 7월 11일 여느 때처럼 큰 아들을 변기에 앉혔다. 방에서 TV를 보고 있는데 30분이 지났을까. "쿵" 소리가 났다. 큰아들은 개구리처럼 바닥에 쓰러져 있었다. 병원 응급실에 도착했을 때 뇌가 손상되어 식물인간 상태에 빠졌다는 진단을 받았다. 중환자실로 옮겼고 의사는 의식 회복이 거의 불가능하다는 진단을 내렸다.

시간이 지나면서 엉덩이에 욕창이 생겼다. 윤씨는 아들이 소생 불가능하다는 판정을 받은 뒤 의료진에게 몇 차례 '인공호흡기를 떼겠다'고 말했으나 의료진은 뇌사 판정을 위한 절차를 밟으라며 반대했다. 의료진의 만류를 뿌리치고 8월 8일 아들의 인공호흡기를 떼어 낸 윤씨는 아들에게 수동식 호흡기를 부착한 뒤 집으로 데려왔고 아들은 곧바로 숨을 거뒀다.

사망한 환자의 아버지는 아들을 살인한 것인가?

한국의 특수성

우리나라의 의료 현장에서도 오래 전부터 치료중단과 관련된 문제가 있어 왔으나 제대로 된 사회적 논의가 없었다. 대표적인 사례로 1997년의 보라매병원 사건, 사례 3과 같은 사건들이 있었다. 한국에서 일어난 사건들의 특징을 요약하면 두 가지로 집약된다.

1) 의사결정에 '경제적 동인'이 깊게 개입되어 있다
2) 환자 본인의 '자의적 의사 표현'에 대한 고려가 없다.

(사례 3) 식물인간 딸 산소호흡기 떼내

서울 용산경찰서는 18일 산소호흡기를 떼어내 딸을 숨지게 한 혐의(살인)로 전모(49)씨에 대해 구속영장을 신청했다. 경찰에 따르면 전씨는 지난 12일 오후 9시 40분쯤 후암동 자신의 집에서 가정용 산소호흡기의 전원을 꺼 자신의 딸(20)을 숨지게 한 혐의다. 경찰조사결과 전씨는 딸이 6년전 불의의 사고로 산소호흡기에 의존해 살아가자 경제적으로 어렵고 가족을 힘들게 한다는 이유로 범행을 저지른 것으로 나타났다. 전씨는 범행 직후 부인에게 "내가 딸을 죽였다"고 말했고 부인의 신고로 전씨는 딸의 장례식장에서 붙잡혔다. 전씨는 경찰에서 "딸이 3년 동안 병원에 있으면서 1억원이 넘는 돈이 들어갔고 형편이 되질 않아 집으로 옮겼으나 병원비 등을 감당하기 어려웠다"고 말했다.

1997년 발생한 보라매병원 사건은 당사자들에게 큰 고통을 안겨 주었고 의료계에도 큰 혼란을 야기한 바 있다. 사회적으로 파문을 일으킨 만큼, 그 사건을 계기로 제도가 개선되어야 하는데 지금 유사한 사건이 발생해도 달라진 것이 하나도 없다.

이같은 제도의 미비로 인하여 임종 환자에서도 '의료집착적' 행위가 널리 시행되고 있다. 또 임종 1개월 전 암 환자 중 3차 의료기관의 응급실을 방문한 환자는 33.6%, 중환자실에 입원한 환자의 비율이 2.7%인 반면, 호스피스 상담을 한 환자는 9.1%였고 사망한 암 환자 중 11.7%에서만 DNR에 동의하였다(2).

또 국내 17개 병원에서 암으로 사망한 3,750명의 환자 중 30.9%의 환자가 사망 전 1개월 내에도 항암화학요법을 받은 것으로 조사되었다. 조사 대상을 사망 전 6개월 내, 사망 전 3개월 내, 사망 전 1개월 이내로 시기를 구분했을 때 항암화학요법을 받은 암 환자는 각각 48.7% 43.9%, 30.9%로 나타났고 이같은 결과는 미국의 경우(각각 33%, 23%, 9%)보다 현저히 높은 수준이다(3).

무의미한 연명치료의 거부권

현재의 제도에서는 말기 암 환자가 임종을 가정에서 맞이하면 '자연사'로 법적인 문제를 야기하지 않으나 임종에 임박하여 응급실을 방문하였을 때, 담당의사가 더 이상 적극적인 치료가 불가능하다고 귀가토록 한다면 '진료 거부'로 법적 문제가 발생할 수 있다. 또, 일단 입원한 환자에게 중환자실에서 인공호흡기를 적용하고 있다가 회생할 가능성이 없다고 인공호흡기를 제거하면 '살인죄'로 고발당할 수 있다.

의료 현장에서 보편적으로 적용되는 무의미한 연명치료의 정의는 환자가 치료를 통해 더 이상 이익을 얻을 가능성이 없는 치료라고 할 수 있다. 말기 암환자의 경우, 적극적인 항암치료에 더 이상 반응하지 않고 악화되는 상태에서 추가적인 항암치료의 부작용으로 환자에게 불필요한 고통을 부가한다면 이는 무의미한 치료를 하고 있는 것이다.

이같은 결정들은 환자 자신의 생명에 대한 가치관에 근거한 판단이어야 하며 환자를 제외한 채 보호자와 의사만이 상의해서 결정한다면 많은 문제를 야기할 것이다(4). 따라서 불치병의 본인에 대한 통보문화의 정착이 전제되어야 한다. 따라서 법으로서만 모든 문제가 해결할 수 있다는 생각은 잘못된 것이며 문화적으로도 성숙되어야 한다.

'무의미한 연명치료의 거부권'은 '자연사법' 혹은 '존엄사법'의 형태로 대부분의 나라에서 합법화하였다. 그런데 우리나라에서는 '무의미한 연명치료의 중단'을 '소극적 안락사'로 잘못 받아들이고 있다. 또 회생 가능성이 희박한 환자를 의사들이 포기할 수 있게 하기 위한 시도로 오해하고 있다. 그러나 '무의미한 연명치료의 거부권'의 근본 취지는 회생이 희박한 환자가 무의미한 치료를 거부하는 의사를 밝힐 때, 이에 상응해서 의사가 연명치료를 하지 않을지라도 죄를 묻지 않는다는 것이다.

연명장치의 적용에 대하여 의학적 결정을 요구하는 상황이 점점 증가하고 있다. 문제가 있으면 의료윤리위원회에 서류를 제출하거나 최악의 경우 법원의 판결을 받으면 된다고 주장하는 사람들이 많다. 이론상으로 타당한 지적일 수 있다. 그러나 진료 현장에서는 이같은 결정들은 짧은 시간에 이루어져야 하는데 한 달에 한번도 개최되기 어려운 의료윤리위원회에 서류를 올려 판단을 받는다는 것은 현실적이지 못하며 더구나 수 개월 내지 수 년이 소요되는 법원의 판결은 문제를 해결하지 못한다. 결국 의료인들이 명문화된 규정에 근거하여 상황을 판단하여 의사결정을 신속히 할 수 있도록 '무의미한 연명치료의 중단'에 대한 제도화가 이루어져야 한다.

결 론

임종과정에서 의료인이 선택할 수 있는 결정으로 '안락사'나 '의료집착적 행위'는 모두 옳지 않은 것이다. 환자들에게 무의미한 연명치료를 거부할 권리를 부여하며, 불필요한 고통에 노출되지 않고 편하게 임종을 맞을 수 있는 '자연사' 혹은 '존엄사'에 대한 사회적 합의가 필요하며 이를 의료현장에서 실천하는 제도적 장치가 절실히 요망된다.

아울러 의료인들은 말기(특히, 임종과정에 있는) 환자에

서 고통받는 기간만 연장시킬 위험이 있는 연명장치의 사용에는 신중하여야 한다. 오히려 제한된 잔여생명 기간 동안 환자와 그 가족들이 의미있는 시간을 가질 수 있도록 도와주는 것이 필요한 시점이다.

참고문헌

1. http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8390.html
2. Yun YH, Kwak M, Park SM, Kim S, Choi JS, Lim HY, Lee CG, Choi YS, Hong YS, Kim SY, Heo DS. Chemotherapy use and associated factors among cancer patients near the end of life. Oncology 2007; 72: 164-171.
3. Keam BS, Oh DY, Lee SH, Kim DW, Kim MR, Im SA, Kim TY, Bang YJ, Heo DS. Aggressiveness of cancer-care near the end-of-life in Korea. Japanese Journal of Clinical On-cology 2008; 38: 381-386.
4. Oh DY, Kim JE, Lee CH, Lim JS, Jung KH, Heo DS, Bang YJ, Kim NK. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal malignancies. Cancer 2004; 100: 1961-1966.

Peer Reviewers Commentary

본 논문은 호스피스제도는 찬성하면서도 무의미한 치료의 중단이라는 문제에 대해서는 선뜻 동의를 하지 못하는 우리 국민들의 정서로 인해 회생 가능성이 없으면서 연명 가능성도 길지 못한 말기 암환자들의 진료 현장에서 현재 발생되는 문제점과 해법을 제시하고 있다. 우리나라에서 '무의미한 연명치료의 중단'을 '소극적 안락사'와 혼동하거나 오해하고 있다는 데 문제의 한 원인이 있다는 필자의 진단은 정확하다. 또한 환자를 세 그룹 ① 회생 가능성이 있는 환자, ② 회생 가능성도 없고 연명 가능성도 길지 못한 환자, ③ 회생 가능성은 없으나 장기간의 연명 가능성이 있는 환자로 나누어 분석한 접근법도 참신하다. 연명치료의 적용을 결정함에 있어 환자의 뜻을 고려해야 한다는 필자의 주장에 평자는 동의한다. 그런데 회생 가능성도 없고, 연명 가능성도 길지 못한 환자나 가족이 굳이 연명치료를 고집한다면 의사가 이 요청을 받아들여야 한다는 데 필자는 아마도 동의하지 않을 것이다. 이 문제가 본 논문에서 논의되지 못한 아쉬움이 있다. 결국 필자는 치료중단의 제도화를 통해 문제들을 해결할 것을 제안하고 있다. '무의미한 연명치료의 중단'에 대한 사회적 합의의 필요성을 한편으로 제기하면서도, 의료인들 또한 연명장치의 사용에 신중해야 한다는 지적은 필자가 이 문제를 균형잡힌 시각에서 바라보고 있음을 보여준다.

[정리 : 편집위원회]