

생명연장술 사전선택(Advance Directives) 개념 정립을 위한 문헌 고찰

김 신 미* · 김 순 이** · 이 미 애***

I. 서 론

20세기 들어 의학 기술의 발전으로 자연적인 사망을 지연시키는 것이 가능해졌고 이로 인해 '위엄을 갖춘 죽음'(존엄사, dying with dignity), '삶의 질', 그리고 의료비의 문제가 대두되었다. 또한 전통적인 가족 구조의 붕괴로 인해 죽음은 나와 가족의 삶의 과정에서 벗어나 전문직에게 맡겨지게 되고 이는 의학 기술의 발달과 법적 제한과 맞물려 자신의 의지로 자願스럽게 죽음을 맞이하는 일이 점차 어려워지는 상황을 초래하였다 (Anderson, 1991). 생명연장술(life-sustaining treatment)에 의존하지 않고는 생명을 유지할 수 없는 경우 과연 그러한 시술의 수행 여부와 중단을 누가 결정할 것인가에 대한 이슈가 대두된다. Advance Directives(AD, 생명연장술 사전선택, 生命延長術 事前選擇)란 이런 경우에 대비하여 개인이 스스로 판단하여 결정할 능력이 있는 동안 자신의 임종과정에 대해 원하는 또는 원치 않는 의료 내용에 대해 미리 작성하거나 대리인을 미리 지정하여 이러한 결정권을 위임하는 제도를 의미한다. 미국의 경우 이미 많은 주에서 입법화되어 있고 캐나다의 경우도 인간답게 죽을 권리를 지키려는 운동이 확산되고 있으며 아시아 국가인 일본, 싱가포르 등에서도 관심이 나타나고 있다. AD는 아직 한국에서는

용어나 개념 정립이 안된 상태이므로 이하 서술에서는 AD로 칭한다.

우리나라의 경우 아직 공론화 되고 있지는 않으나 생명연장술을 중단하면 곧 사망할 가능성이 높은 환자에게 계속 생명연장술을 시행하는 것이 옳은지에 대한 논쟁은 이미 시작되었고, 치료의 계속과 중단을 누가 어떻게 결정할 것인가에 대한 논의의 필요성도 제기되었다(조선일보, 1998. 5. 16일자). 그러나 실제 상황에서는 이미 환자가 스스로 결정할 능력이 없는 중환자의 상태가 된 후 문제 제기가 되므로 환자 본인은 자신의 임종과정에 대한 논의에서 항상 제외되고 있는 것이 우리의 현실이다.

우리나라에서도 기계에 의한 생명연장으로 인한 의료비 부담과 개인의 '위엄을 갖춘 죽음'에 대한 권리와 스스로 결정할 권리 및 통제력에 대한 요구와의 충돌, 그리고 법적인 문제와 더불어 생명연장술에 대한 갈등이 초래될 것으로 보인다. 죽음은 어느 연령에나 발생하지만 60세 이상 사망률이 60%, 75세 이상은 65% 이상이 될 정도로 죽음은 노인 인구와 밀접한 연관이 있다 (National Statistical Office, 1997). 우리나라는 2000년 7월 1일을 기점으로 65세 인구가 7.1%에 도달하여 고령화 국가의 대열에 속하게 되었고 노인 인구는 우리나라에서 가장 빠르게 증가하고 있는 실정이다. 다른 선진국의 경우 노화와 관련하여 '건강한 노년' 못지

* 우석대학교 간호학과

** 해천대학 간호과

*** 예천대학 의료정보과

투고일 2000년 11월 15일 심사일 2001년 1월 8일 심사완료일 2001년 4월 3일

않게 '잘 사망하는' 것에 대한 관심이 큰 비중을 차지하는 것을 볼 때 우리도 이에 대한 관심을 환기시키고 준비할 필요성이 대두된다. 따라서 임종이 가장 흔한 인구 집단인 노인 인구가 급속히 증가하고 있는 우리나라의 현실에서 '위임을 갖춘 죽음', 개인의 결정권, 통제력을 옹호하고 의료비의 경감도 가능한 AD에 대한 논의는 더 이상 미룰 수 없는 당면 문제이다. 그러나 아직 우리나라의 경우 AD는 일반인은 물론이고 전문가들에게도 친숙하지 않은 개념일 뿐 아니라 AD 관련 문헌 또한 전무한 상태이다.

이에 본 연구는 우리나라의 인구구조와 의료수준, 그리고 개인의 삶의 질과 의료비문제를 고려해 볼 때 AD의 개념이 대두되기에 충분한 상황으로 인식하고, AD가 공론화 되기 앞서 정확한 개념 정립을 통해 앞으로의 논의에서 발생 가능한 혼돈과 모호성을 제거하고 보다 확실하고 명백한 개념적 근거를 제시하고자 한다.

II. 본 론

1. 연구방법

본 연구는 문헌고찰을 중심으로 한 서술적 연구이다. AD와 관련한 문헌은 국내에서는 전무한 상태이어서 국외 문헌을 중심으로 고찰이 이루어졌다. 국외 문헌은 MEDLINE을 통하여 노인, 사망, AD, 생명연장술 등의 개념을 여러 방향으로 조합하여 문헌을 찾았고, 찾은 문헌의 참고 문헌을 다시 확인하고 추가하여 문헌을 규합, 고찰하였다.

2. AD(생명연장술 사전선택제도)의 개념

AD의 사전적 정의는 자율적 판단이 불가능한 상황에 직면했을 경우를 대비하여 자신이 원하는 바대로 치료에 대한 유언을 미리 공표하는 것으로(Mosby's dictionary, 1998) 글자 그대로 해석한다면 어떤 것에 앞서 미리 지시를 해 둔다는 뜻이다. AD는 개인이 미래에 혹시 발생할 지도 모르는 판단불능(incompetent) 상태를 대비하여 의료적으로 요구되는 결정과 관련하여 본인의 바램을 알리고 그 바램대로 치료받을 것을 보장하기 위해 미리 그러한 것들을 지시하는 내용으로 작성하는 것이다(Libbus & Russel, 1995; Luptak & Boulton, 1994). AD작성은 판단불능상태가 되었을 때 본인이 받게 될 치료에 대한 통제력을 높여주고(Luptak &

Boulton, 1994) 개인의 자율성을 존중하는 수단으로서 역할을 하며(Emanuel & Emanuel, 1989). 이를 위해 생전유언(living wills)이나 위임장(durable powers of attorney)을 작성할 수 있다(LaPuma, Orentlicher & Moss, 1991).

생전유언(living wills, treatment preferences, treatment directives)은 판단능력이 있는 성인이 판단능력을 상실하거나 회생불가능하고 죽음이 임박한 상태에 직면하게 될 경우를 대비하여 자신에게 시행해 주기를 원하거나 원하지 않는 치료내용과 범위를 선택하여 의사, 변호사, 가족에게 알게 하는 제도로 이를 문서화하여 서명하고 증인과 날짜가 명시되어야 한다. 흔히 생전유언이라고 하면 침투적이고 공격적이면서도 무의미하게 단지 생명연장만을 위한 의료행위를 거부하는 것으로만 이해하는 경향이 있으나 실제로는 원하는 내용과 원하지 않는 내용을 모두 포함하는 개념이다(Fazel, Hope & Jacoby, 2000; Anderson, Gladue, Laurie, Skotnicki & Tramer, 1991; Luptak & Boulton, 1994; Arras, 1993; Doukas & McCullough, 1991; The Hastings Center, 1987; President's Commission, 1983).

대리인지정(durable powers of attorney, proxy appointments, surrogate directives)은 판단능력을 상실한 때를 대비하여 본인이 지정한 대리인에게 치료와 관련한 모든 결정을 위임하는 제도를 말한다(Luptak & Boulton, 1994; Doukas & McCullough, 1991; The Hastings Center, 1987; President's Commission, 1983). 대부분의 경우 가족이나 친지, 친구 또는 담당의사가 대리인으로 지정된다(Arras, 1993; Wolf et al., 1991).

3. AD의 법적 근거와 미국에서 AD의 입법과정

회생이 불가능한 임종과정에서 어떤 종류의 치료를 받을 것인가 하는 문제는 환자의 선택이 무엇보다 우선 고려되어야 한다(Anderson et al., 1991). 1967년 루이스 커트너에 의해 처음으로 제기된 이래 생전유언은 미국에서는 Concerned for Dying단체가 생전유언에 대한 개념을 구체화 시켜왔고 캐나다에서는 Dying with Dignity단체가 1981년부터 회원들에게 생전유언을 홍보하고 작성을 도와 왔으나 캐나다에서는 아직 입법화되지는 않은 상태이다(Anderson et al., 1991).

미국의 경우 루이스 커트너에 의해 생전유언이 처음

제기되었을 때 환자가 원하지 않음에도 불구하고 의료기술의 발달 그 자체로 인해 의사가 자동적으로 생명연장술을 시술하게 될 수 있다는 두려움과 관련하여 생명연장술에 대해 'No' 할 수 있는 간단한 장치로서 환자에게 소개되었다(Emanuel, 2000). 그후 여러 주에서 생전유언과 대리인지정에 관한 법안을 입법화하여 왔다. 킨단 케이스를 계기로 1976년 California Natural Death Act가 통과된 후 43개 주가 생전유언을 (Malloy, Wiston, Meeske & Tape, 1992), 24개 주가 대리인지정(Daly & Sobal, 1992; LaPuma et al., 1991; Society for the Right to Die, 1991)을 입법화하였다.

AD의 법적 효력은 연방대법원의 1990년 크러잔 예에서 명백하게 부여된다. 크러잔 판결의 중요성은 환자가 인위적 생명연장을 원치 않는다는 "명백하고 설득력 있는 증거"가 없기 때문에 생명연장술이 언제까지고 유지되어야 한다는 연방대법원이 판결문은 곧 "명백하고 설득력 있는 증거"가 있으면 생명연장술을 멈출 수 있다는 것을 의미하며 이는 생전유언에서 작성한 AD에 대해 법적 정당성을 부여한 것으로 해석할 수 있다 (Lippman, 1991).

각 주는 AD의 법적 효력을 부여하기 위해 AD 관련 법을 입안하여 왔다. AD에 관한 법률을 살펴보면 주마다 뇌사상태, 말기질환, 식물인간상태(PVS, persistent vegetative state)에 대한 해석이 다르고 각각의 상태에 대한 생명연장술의 연장 또는 중단에 대한 기준을 달리 정해놓고 있어 일관적인 법 해석이 결여되어 있다 (Lippman, 1991). 18개 주에서는 AD를 작성하지 않은 환자가 스스로 결정할 수 없는 경우 환자에게 생명연장술 시술유무에 대한 결정권을 가족에게 자동적으로 위임하도록 허용하고 있다(Lippman, 1991). 반면 미주리주를 포함한 다른 주에서는 이러한 경우 가족이 자동적으로 대리인이 되는 것을 허용하지 않고 있다 (Lippman, 1991; Hudson, 1992).

AD의 입법화를 통하여 AD의 필요성을 뒷받침하였지만 실제 AD를 작성한 경우는 연구마다 조금씩 다르게 보고되고 있으나 성인의 약 4% - 17.5%가 AD를 작성한 것으로 보고된 것을 (LaPuma et al., 1991) 보더라도 생전유언이 활성화되지 못하고 있는 실정이다 (Emanuel, 2000; Rodriguez, 1990). AD작성을 활성화하기 위해 최초로 연방정부 차원의 Patient Self-Determination Act (PSDA)가 1991년 실시되었는데 이것은 의료보험/의료보호 적용사업자의 경우 치료를 수

용하거나 거부할 수 있는 환자의 권리에 대해 의료진이 환자에게 얘기해줄 것을 요구하고 있다. 또한 환자의 AD 작성 여부를 기록으로 남길 것과 AD관련 정책들을 실행할 것, 그리고 병원관계자들과 지역사회에 AD관련 교육을 시킬 것을 요구하고 있다(Wolf et al., 1991; LaPuma et al., 1991).

4. 선행연구

1) AD의 대상

AD를 논의하고 작성할 수 있는 대상은 개념적으로는 나이, 건강 여부에 따른 제한이 없으나 미국의 경우 기술했듯이 의료보험/의료보호 적용사업자인 의료기관은 환자가 입원 또는 입소할 때 환자의 AD작성여부를 묻도록 요구하고 있으므로 의료기관을 찾는 환자들이 대상이 된다. 그러나 실제에 있어서는 노인인구가 주된 대상이 되게 되며 이러한 현상은 선행 연구에서도 주로 노인을 대상으로 한 점에서 분명하다.

AD를 논의할 수 있는 대상에 대한 이슈를 다룰 때 늘 대두되는 문제는 정신·심리적 장애를 갖고 있는 대상자들로, 이러한 상태는 생명연장술에 대한 본인의 선호도 결정과정에 영향을 주게 된다. 예를 들어 중증의 우울인 경우 생명연장술 선호도에 영향을 미치기 때문에 이러한 환자들의 AD 작성은 우울의 치료 후에 행해져야 한다(Ganzini, Lee, Heintz, Bloom & Fenn, 1994). 또한 치료가 회의적인 치매의 경우 개인의 판단과 결정을 얼마나 존중해야 할 것인가 하는 문제가 제기되고 이는 윤리적 문제를 야기할 수 있다. 실제로 Fazel 등(2000)은 인지능력이 선호도 결정과정에 영향을 미쳐 인지 수준이 낮을수록 생명연장술을 더 선호하는 것으로 보고하였다.

지역사회에 거주하고 있는 노인을 대상으로 한 연구는 AD를 작성한 사람과 작성하지 않은 사람간의 통계적으로 유의한 차이점을 보고하고 있다. 작성자는 작성하지 않은 사람에 비해 연령이 더 높고, AD에 관해 의사가 주도하는 AD토의와 AD관련 홍보교육 참여가 더 많고, 친지나 친구의 말기질환이나 임종에 대한 개인적인 경험이 더 많고, AD문서에 대해 훨씬 더 익숙하며, 종교인이 많았다(DeLuca Havens, 2000). 또한 백인이 흑인보다, 고등학교/대학교육을 받은 이가 중학교 교육 이하로 받은 이들보다 AD작성률이 더 높음을 보여주었다(Hopp, 2000).

2) AD에 대한 지식과 태도

AD에 대한 논의 자체에 대해 대상자들은 미래에 닥칠 수 있는 의식불명 상태나 죽음에 대해 논의하기를 꺼릴 것이라는 편견과는 상반되게 실제 AD에 대한 연구에서는 대다수의 노인이 생명연장술에 대한 선호도에 대해 논의하기 원하며(Emanuel, Barry, Stoeckle, Ettelson & Emanuel, 1991; Gamble, McDonald & Lichste., 1991; Lo, McLeod & Saika, 1986), AD에 대해 논의하는 것은 환자, 가족, 의료인 모두에게 생의 마지막 과정 동안의 경험을 향상시킬 수 있는 것으로 보고되고 있다(Fischer, Arnold, & Tulsky, 2000). 또 다른 편견은 AD논의나 상담이 환자로 하여금 불안감을 유발시킬 수 있고 생명연장술을 거부하는 쪽으로 치우쳐 생명을 단축시킬 수 있다고 생각할 수 있지만 실제 AD에 대한 연구에서는 이러한 편견과는 상반되게 죽음에 대한 불안을 감소시켜주고(Henderlon, 1990) 내적 통제력을 고양시키는(Slavenas, Karuza & Katz., 1990) 등 긍정적인 영향을 주는 것으로 나타났다(Finucane, Shumway, Powers, & D'Alessandri, 1988; LaPuma et al., 1991; Shmerling, Bedell, Lilienfeld & Delbanco, 1988).

의사와 환자 사이에 AD논의는 의사와 환자간 불확실성을 줄여주고 서로 힘이 되어주고 미래에 내려야 할 결정을 간편하게 해주며(Davidson, Hackler, Caradine & McCord, 1989; Finucane et al., 1988; Emanuel, 1989) 의사가 법적 제재를 받을 수 있는 가능성으로부터 해방시켜 준다(Orentlicher, 1990; Weir & Gostin, 1990). 대다수의 의료진들은 AD를 긍정적으로 평가하고 있다(Orentlicher, 1990). 그럼에도 불구하고 치료를 철회하는 논의에 대해서는 여전히 불편한 것으로 나타난다. 환자는 의사 쪽에서 생명연장술에 대한 논의를 해야한다고 생각하고 의사는 이러한 논의는 환자가 책임져야 한다고 생각하는 경향이 강하다(Lo et al., 1986; Kohn & Menon, 1988; Finucane et al., 1988). 의사들이 AD에 대한 논의를 긍정적으로 평가하기는 해도 먼저 얘기를 꺼내기를 꺼리며 이유는 다양하다: 이러한 논의가 환자의 사기를 저하시켜 회복을 지연시킬지도 모른다는 잘못된 인식(Ende, Kazis, Ash & Moskowitz, 1989); 의사들의 진료시간에 가장적인 의료상황에 대해 얘기하는 것은 너무 많은 시간이 요구된다는 것(Wolf et al., 1991); 비용 효율성; 의사들 자체가 AD에 대한 병원정책이나 AD에 대해 친숙하지 않다는 것(Langerman, Angelos

& Johnston, 2000) 등을 들 수 있다.

3) 생전유언에 대한 연구

생전유언은 판단불능 상태에 대비하여 임종선의 치료 범위를 미리 지정해 놓는 제도이므로 생명연장술에 대한 결정이 주된 내용이며 선행연구도 거의 생명연장술에 국한되어 있다. AD에 대한 논의는 무엇보다 의사와 환자 간에 환자의 상태나 예후, 미래에 가능한 치료술에 관한 대화의 중요한 부분을 점한다(Wolf et al., 1991). 환자가 경험하게 될 미래의 가상적인 의료 상황과 생명연장술은 사실 일반인들이 이해하기에는 너무 의료적이기 때문에 제대로 이해하기 어렵다. 따라서 대상자의 치료 선호도는 의사가 환자에게 가능한 의료적 시나리오를 얼마나 잘 설명하고 치료대안에 대해 잘 설명하는가에 전적으로 달려 있다 해도 과언이 아닐 정도로 AD선호도에 대한 결정은 상담의 질적 수준에 달려 있다(Wolf et al., 1991).

Emanuel 과 Emanuel(1989)은 4경우의 임상적 시나리오를 바탕으로 12 종류의 치료에 대해 묻고 있다. 이 서식지는 너무 자세하고 또 너무 의료적이어서 일반인이 작성하는데 많은 어려움이 있다. 작성을 도와주는 의사들도 너무 많은 시간을 할애해야 할 정도다. 이렇게 공을 들여 작성하면서도 의사들은 "직접 상황이 닥치면 생각이 바뀔 수 있다"는 것에 우려를 표명한다. 때로는 지나치게 의료적인 데다 초점을 맞춘 항목이 환자의 가치 등을 이해하는데 걸림돌이 되기도 한다(Rodriguez, 1990). 그러므로 대상자의 가치관이 의료적 상황 못지 않게 주요하게 다루어져야 한다(Doukas & McCullough, 1991)는 의견이 대두된다. 이러한 원인들의 상호작용으로 의사는 의사대로 환자는 환자대로 생명연장술에 대한 선호도를 문서로 남기는 생전유언 작성을 활성화하는데 어려움을 겪고 있다.

생명연장술 선호도에 대한 연구결과는 일치하지 않는다. 생명연장술 가운데 심폐소생술을 구체적 연구내용으로 하는 연구에서 참가자의 40% 정도가 본인에게 시술하기를 선호하는 것으로 나타났다(Godkin & Toth, 1994). 동 연구의 심폐소생술 선호도가 지나치게 높게 나왔는데 이는 선행연구와 일치하지 않는다(Murphy, 1988). 이렇게 심폐소생술 선호도가 지나치게 높은 이유로는 시술 후 생존확률을 지나치게 낙관적으로 평가한 데서 기인한다(Godkin & Toth, 1994). 반면 또 다른 선행연구(Fader, Gambert, Nash, Gupta & Escher, 1989)는 요양시설입소자의 약 63.5%가 심폐

소생술을 선호하는 것을 보여주기도 한다. 연구결과들 사이에 존재하는 선호도의 불일치는 AD논의를 어디에서 언제 누구와 하느냐, 환자의 신체적, 정신적, 심리적 안녕 상태가 어떤 상태인가, 그리고 환자가 AD관련 생명연장술에 대해 객관적으로 얼마나 알고 있는가 등에 따라 선호도가 달라지는 데서 기인한다고 볼 수 있다.

생명연장술, 특히 심폐소생술의 경우 생존확률을 지나치게 낙관적으로 평가하는 경향이 있다. 본인에게 심폐소생술 후 생존확률을 어떻게 보느냐가 심폐소생술 선호도에 중대한 영향을 미침에도 불구하고 대다수의 노인들은 이에 대해 거의 아는 바가 없을 뿐 아니라 시술 후 결과에 대해 잘못된 인식을 가지고 있었다. TV를 통해 본 심폐소생술은 종종 높은 생존률을 지나치게 낙관적으로 보여줌으로써 심폐소생술에 대한 비현실적인 기대를 심어주는 경향이 있다(Godkin & Toth, 1994). 예후에 대한 정보가 선호도에 영향을 미치는 요인으로 보고된다. 한 연구에서 만약 심장마비 후 심폐소생술을 원하는가 물어봤을 때 생존확률을 자세히 알려주기 전과 후의 선호도가 달라짐을 발견하였다(Murphy, Burrows, Santilli, Kemp, Tenner, Kreling & Teno, 1994).

교육수준이 높을수록, 건강상태가 양호할수록, 삶의 질이 높을수록, 앞날에 대한 기대감이 있는 경우 심폐소생술을 선호하는 것으로 나타났다(Godkin & Toth, 1994). 건강상태양호와 삶의 질이 심폐소생술 결정에 영향을 미치는 요인이지만 선행연구는 의사나 가족이 당사자의 삶의 질에 대해 정확히 파악하고 있지 못하다는 것을 보고하고 있고 따라서 생명연장술에 대한 선호도도 정확하게 본인의 의사를 반영하여 결정하지 못하고 있다고 보고한다(Bedell & Delbanco, 1984; Miles, Cranford & Schultz, 1982; Starr, Pearlman, & Uhlmann, 1986). 또한 연령에 대해서는 의료진들과 마찬가지로 노인들도 심폐소생술을 할 것인가를 결정짓는 기준으로 연령을 적용하는 것에 찬반양론이 있다(Godkin & Toth, 1994).

4) 대리인지정(proxy appointment)

대다수의 경우 가족이나 담당의사가 대리인으로 지정되는 경우가 많은데 환자가 원하는 치료와 대리인이 환자를 위해 선택하게 되는 치료가 항상 일치하는 것은 아니다(Libbus & Russell, 1995). 의료진들 또한 대리인이 결정을 내릴 때 환자의 선호도를 정확하게 반영한다는 것에 대해 확신을 가지지 않고 있다(Neuman & Wade, 2000). 충분한 논의가 있기 전에 다른 사람의

치료 선호도에 대해 온전히 이해한다는 것은 사실 쉽지 않다(Doukas & McCullough, 1991).

의사, 가족, 친지가 환자를 위해 선택하는 치료와 환자 당사자의 치료선호도 일치하지 않음을 자주 발견하게 된다(Seckler, Meier, Mulvihill & Paris, 1991; Tomlinson, Howe, Notman & Rossmilleret, 1990; Zweibel & Cassel, 1989; Ouslander, Tymchuk & Rahbar, 1989; Uhlmann, Pearlman & Caine, 1988). 한 연구는 질병 시나리오에 따라 다르지만 59~88% 일치를 보여 주었고(Seckler et al., 1991) 또 다른 연구는 52~90%의 일치를 보여 주었다(Uhlmann et al., 1988). 대리인의 역할은 단순히 어떤 치료를 추천하는 차원이 아니라 환자의 바람과 관심을 반영하는 치료를 선택하는데 있다. 환자의 가족이나 친지도 환자의 선호도에 대해 자세히 알지 못하는 경우가 많을 뿐 아니라 심지어 상반된 가치체계를 가질 수도 있다. 또한 대리인과 다른 가족구성원 간에 발생하는 불협화음이 파생되는 경우가 있다(Wolf et al., 1991).

대리인으로서 역할을 수행하기에 부적절한 사람이 대리인으로 지정되는 경우도 있다. AD관련 결정을 내리기 위해서는 환자의 건강과 임종 계획에 대해 충분히 알고 또 관여하고 있어야 하는데 환자의 사정에 대해 너무 모르는 경우, 또는 너무 깊이 관여되어 환자의 바람과 대리인 자신의 바람을 혼동하는 경우, 대리인으로 참여하면서 감정적인 또는 재정적인 문제를 함께 풀어가야 하는 경우 대리인 역할을 제대로 수행할 수 없다(Wolf et al., 1991).

5) AD와 윤리적 쟁점

AD를 입법화한 목적은 첫째, AD를 장려하기 위함이며 강제하기 위함은 아니다. AD는 많은 장점이 있는데 우선 의료요원-환자간의 의사소통이 원활해 질 수 있고, 환자의 바람을 명확히 할 수 있으며 궁극적으로 환자의 바람과 선호도에 의거해 치료될 수 있다. 둘째, 의료요원과 의료기관이 AD를 존중하도록 하려는 것이다.

AD와 관련한 윤리적 논의를 할 때는 경제성 역시 고려되어야 한다(Anderson et al., 1991). 현대적 의료기술의 높은 비용에만 관심을 두어 AD를 적용하는 것도 문제이며(LaPuma et al., 1991), 이득이 전혀 없는 생명 연장만을 위한 접근이 그대로 보장되어서도 곤란하다(Anderson et al., 1991).

(1) 생전유언과 윤리

생전유언의 문제점인 모호성(Doukas & McCullough, 1991)을 극복하기 위하여 세부적 시나리오를 이용하는데 과연 직접 경험하지 않은 상황에 대해 얼마나 타당한 판단을 할 수 있는가 하는 염려가 대두된다(Wolf et al., 1991). 또한 말기질환과 같은 상황에 처했을 때 환자가 마음을 바꿀 수도 있다(Arras, 1993; Davidson et al., 1989). 생각이 변하는 것에 대해, 긍정적인 입장에서는 다음과 같은 제안을 한다. 한번 완료된 생전유언은 환자-의사의 접촉기회 마다 확인하고, 마음의 변화에 따라 내용을 변화시킨다는 것이다. 그리고 환자가 판단불능 상태가 되면 그것이 최종 생전유언이 되는 것이다(Wolf et al., 1991). Wolf 등(1991)은 또한 여러 연구결과가 생전유언 작성 후 시간이 경과해도 선호도는 일관성을 보여줌을 제시하며 그것은 크게 염려할 문제가 아니라고 주장한다. 그리고 의사는 환자가 판단불능 상태가 된 경우, 마음이 바뀔 수도 있다는 가정 때문에 생전유언을 무시해서는 안 된다고 경고한다(Wolf et al., 1991).

또 다른 염려는 만일 환자가 최저 수준이나마 회복할 가능성이 있다면 어떻게 할 것이며, 만일 그 사이에 새로운 치료법이 나타난다면 어떻게 하느냐는 것이다. 어느 정도까지의 회복 가능성과 치료개발의 가능성이 생전유언의 효력에 영향을 미치는가 하는 딜레마이다(Arras, 1993). 또한 의사에 따른 정보제공 내용과 태도, 판단의 차이는 어떻게 할 것인가 하는 문제도 제기될 수 있다. 왜냐하면 생전유언의 목적은 환자의 삶의 질과 결정권을 위협하지 의료팀의 행위를 법적으로 보장받게 하기 위함이 아니기 때문이다. 이런 문제에 대해 보다 세부적이고 객관적인 도구를 개발하려는 노력이 이루어지고 있으나(Emanuel & Emanuel, 1989; High, 1993; Westman, 1993) 이에 대해서도 많은 논쟁이 일고 있다.

환자의 정신력이 전전할 때 가장 사려 깊게 선택된 내용일지라도 환자의 정신력이 쇠퇴했을 경우에 보이는 바램보다 우선할 수 있는가 하는 문제도 있다. 이런 문제는 보통은 발생하지 않는데 왜냐하면 환자가 판단불능 상태가 되는 경우에는 과거의 선택에 대해 갈등을 일으킬 수 없기 때문이다. 그러나 이 문제가 발생할 수 있는 특별한 예가 바로 치매이다. 그들은 더 이상 과거의 가치관을 보유하고 있지 못하므로 과거라던 수용하지 않았을 삶의 형태도 수용할 수 있다는 것이다. 그렇다면 더 이상 본래의 '그'가 아닌 환자의 변화된 태도는 어떻게 대해야 하는가? 여기에 대한 동의는 없다. 변화된 태도를 따라 생전유언

을 폐기해야 한다는 주장도 있을 수 있으며, 생전유언이란 비로 이런 경우를 대비한 것이므로 유지되어야 한다는 주장도 가능하다. 양측 주장이 모두 타당할 수 있는데 다만 생전유언이 간단히 무시되어서는 인되며, 치매의 경우 의사, 가족, 법정, 대리인 등이 숙고하여 결정해야 한다고 제안한다(Wolf et al., 1991). 또한 치매가 될 경우에는 생전유언을 어떻게 처리하길 원하는지에 대해서도 환자와 미리 논의할 것을 권유한다.

(2) 대리인 지정과 윤리

여기에서 나타날 수 있는 논쟁은 지정된 대리인이 책임자가 아닐 수도 있다는 것이다. 즉, 본인이 대리인으로 지정된지도 모르며 환자와 친숙하지도 않다면? 환자에 대한 치료결정에 올바른 판단을 할 능력이나 자세가 되어 있지 않다면? 환자의 바램보다는 자신의 바램이나 이득에 더 무게를 둔다면? 또 다른 염려는 적임자라 하더라도 환자의 바램과 어느 정도 일치하는 결정을 내릴 수 있는가 하는 것이다. 이 두 가지 염려에 대해 Arras(1993), Doukas와 McCullough(1991), Wolf 등(1991)은 모두 의사소통의 중요성을 이야기한다. 즉, 환자로 하여금 가족이나 친지와 지속적으로 자신이 원하는 바와 대리인 지정여부에 대해 의견을 나누는 것이 중요하며 따라서 그렇게 하도록 의료인은 환자를 권유하는 것이다. 그리하여 지정된 대리인이 환자의 건강관리에 지속적으로 관련을 맺게되면 AD는 제힘을 발휘하게 되리라고 전문가들은 믿는다.

또 다른 이슈는 대리인의 의견이 환자가 미리 작성한 치료선택 내용과 일치하지 않는다면 누구의 의견을 따라야 하는가 하는 것이다. 일반적으로 생전유언이 있는 경우에는 대리인이라 윤리적으로나 법적으로 환자의 치료선택 내용이 효력을 발생하도록 하는 사람이다. 만일 미리 작성된 내용이 없다면 그의 역할은 환자의 가치관과 바램에 근거하여 결정을 내리는 것이다. 그러나 이러한 원칙은 대리인이 환자와 다른 주장을 할 때 딜레마에 빠지게 된다. 특히 환자의 선택이 환자에게 해가 될 수 있는 경우라면? 이것은 확실한 답을 내리기 어려운 딜레마임이 분명하다.

또 다른 염려는 대리인이 치료팀과 상반된 결정을 내린다면 누구의 의견을 따라야 하는가 하는 것이다. 이것은 환자와의 관계에서도 나타날 수 있는 문제로, 이 경우 의료팀은 의사결정자와 적절하게 논의를 해야하고, 해결이 어려우면 다른 사람의 도움을 받고, 그래도 안되면 법정에 의뢰할 수 있다. 만일 대리인의 요구나 환자

의 요구가 의료인의 양심에 비추어 옳지 않을 때는 응하지 않아도 된다고 개개 의사들은 믿고 있으며 양심에 따라 행동하는 것을 허용하는 주(뉴욕 주)도 있다.

또 다른 윤리적 문제는 생전유언에서 결정해 놓은 내용이나 대리인이 요구하는 치료 내용이 전문가가 생각하기에는 의료적으로 부적절할 뿐만 아니라 쓸데없는 낭비일 뿐인 경우도 이에 따라야 하는지에 대한 도덕적 문제가 생기고 있다(Callahan, 1991; Youngner, 1990; Lantos, Singer & Walker, 1989). 이와 관련하여 더욱 통합적인 AD는 생전유언과 대리인지정을 함께 작성하는 것이다(Emanuel, 1991).

5. AD의 현재 실태

1) 외국의 실태

미국에서는 AD와 관련한 법적 보장을 추구해 온 결과 현재 43개 주에서 생전유언(Malloy, Wigton, Meeske & Tape, 1992; Rodriguez, 1990)을 24개 주에서 대리인지정을 입법화하였다(Daly & Sobal, 1992; LaPuma et al., 1991; Society for the Right to Die, 1991). AD의 필요성과 긍정적 효과에 대해서는 전반적인 인구가 동의는 하면서도 실제 AD작성률을 살펴보면 연구에 따라 결과는 다르지만 대략 20%이하(Lapuma et al., 1991)로 보고되고 있다. 그 이유로는 의료인과 환자간의 의사소통의 문제, 정보 부족, 의료진과 가족의 지지 부족(Westman, 1993) 등이 지적되고 있다.

미국의 경우 높은 AD선호도에도 불구하고 낮은 작성률을 개선하려는 취지에서 여러 전략들이 개발되어왔다. 한 예로 Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization에서는 AD작성의 활성화를 위한 전략을 개발할 것을 요구하고 있다(Walker, Schonwetter Kramer & Robison, 1995). 가장 많이 채택되는 전략으로는 AD에 대한 홍보와 정보제공이다. 즉, 유인물을 이용하는 방법, 면담을 이용하는 방법, 의사가 혼자 중재하는 방법, 간호사를 비롯한 다양한 전문인이 접근하는 방법들을 통하여 정보를 제공한다. 이렇게 AD에 대해 정보를 제공한 후에도 AD작성률이 낮은 이유로는 종교적 이유, 현재 준비가 되지 않아서, 생각 자체가 괴로워서, 가족이 적절히 대처해 주리라 믿어서 등이 있다(High, 1993; Luptak & Boulton, 1994). 이 외에도 처음 AD에 대한 논의를 시작하는 시기와 수제, 보다 효과적이고 믿을만하게 AD를

작성하도록 도와주는 전략들에 관한 연구가 진행되어 왔다. 연방정부 차원에서 AD작성을 활성화하기 위해 PSDA가 실행되어 대부분의 주가 AD의 법적 효력을 인정하고 있음에도 불구하고(High, 1993) 여전히 AD작성률은 그다지 높다고 할 수 없다.

영국에서는 1995년에 BMA에 의해 AD에 대해 처음으로 발표된 이래 1999년 일반 병원 협회는 AD에 대한 법적 위치에 대한 지침을 생점화하였다(Doggory & Judd, 2000). 영국의 경우 AD관련 논의는 막 시작되었다고 볼 수 있는데 노인들이 이에 대해 어떻게 생각하고 있는지에 대한 연구는 결여되어 있다(Gamble et al., 1991; Elder, Schneider, Zweig, Peter & Ely, 1992; Schiff, Rajkumar & Bulpitt, 2000). 노인 입원환자를 연구대상으로 생전유언과 대리인지정에 대해 얼마나 알고 있는지를 연구한 한 논문은 대다수의 노인들이 생전유언에 대해 사전지식이 거의 없음에도 이러한 논의에서 제기되는 이슈에 대해 명확한 의견을 가지고 있었고 연구대상자의 약 92%가 생명연장술에 의해 생명을 연장하기를 원하지 않는 것으로 응답하였다고 보고하고 있다(Schiff et al., 2000).

스웨덴의 경우 중환자실에서 생명연장술의 시술을 중단하는 결정에 영향을 미치는 요인으로 의료진의 태도가 크게 작용할 것으로 전제하고 12개 대학병원과 3차 병원의 중환자실 의사와 간호사를 대상으로 조사를 실시하였다(Sjokvist, Berggren & Cook, 1999). 생명연장술 중단 결정에 영향을 주는 16개 요인들에 우선 순위를 매기게 한 결과 환자의 회생가능성, AD, 연령, 생존가능성이 가장 주요한 요인임을 발견하였다. 중환자실에서 근무하는 의료진들은 환자의 AD를 생명연장술의 시술중단결정에 아주 중요한 영향을 미치는 요소로 지적하였다(Sjokvist et al., 1999).

네덜란드의 경우 한 연구는 143개 병원에 DNR(Do-Not-Resuscitate) orders 이용지침을 조사하였다. 143개 병원 중 95%가 조사에 응했고 이 가운데 약 60%의 병원이 지침서와 복사본을 제출하였다. 지침서의 66%가 "...한 경우만 아니면 항상 resuscitate한다"라는 문구를 포함하고 있었고 93%는 심폐소생술의 이득이 기대되지 않는 경우에는 환자가 결정과정에 동참해야 한다고 명시되어 있었다. 제공된 지침서의 38%는 판단불능 상태인 경우 생전유언대로 따를 것을 명시하고 있으며 대리인의 역할은 결정을 내리는 것이 아니라 의논상대자라고 58%의 지침서는 명시하고 있었다(Haverkate, van Delden, van Nijen & van der

Wal, 2000).

일본의 경우 PVS(Persistent Vegetative State) 상태에 있는 환자를 돌보는 의사들의 태도와 신념을 분석하였다. 가족이 없고 이전에 한 번도 생명연장술에 대해 선호도를 표명한 적이 없었던 PVS환자의 경우 환자가 다른 종류의 생명연장술을 요청하지 않으면 응답한 의사의 약 3%만이 ANR(artificial nutrition and hydration, 인공영양 및 수액공급)을 중단하게 될 것으로 보고하였다. 반면 가족이 동의하고 환자 또한 생명연장술을 선호하지 않는다고 표명한 적이 있었던 PVS환자의 경우에는 응답자의 약 17%가 ANR을 중단하게 될 것으로 응답하였다. 응답자 대다수는 분석화된 AD가 이러한 ANR중단결정에 중요한 영향을 줄 것으로 생각한다고 응답하였다(Asai, Meakawa, Akiguchi, Fukui, Miura, Tanabe & Fukuhara, 1999).

싱가포르의 경우 중국계 노인을 대상으로 한 연구(Low, Ng, Yap & Chan, 2000)에서 대부분(83.7%)의 노인들이 AD에 대해 전혀 들은 바가 없다고 보고하였는데 이는 달리 표현하면 16.4%의 노인은 알고 있다는 이야기가 되므로 싱가포르에서는 AD의 개념이 어느 정도는 알려진 개념으로 추측된다.

캐나다의 경우 1981년이래 'Dying with Dignity' 그룹이 생전유언의 필요성을 홍보하여 왔다(Anderson et al., 1991). 아직 생전유언이 입법화되지는 않고 Nova Scotia주만 대리인지정제노를 입법화하였다. Manitoba주를 포함한 몇몇 주에서 입법화를 진행 중에 있으며 법적 효력의 결여에도 불구하고 변호사들은 고객에게, 생전유언을 작성할 것을 요청하고 또 캐나다인들 가운데는 생전유언을 작성한 경우도 많다(Anderson et al., 1991). Dying with Dignity에서 시행한 조사에 의하면 Ontario에 거주하는 의사들의 약 64%가 생전유언에 표명된 환자의 선호도를 따르는 것이 도덕적으로 옳다고 응답하였다(Anderson et al., 1991). 입법화되지 않은 관계로 파생되는 여러 문제점으로 인해 AD에 법적 근거를 부여하는 입법화를 재촉하고 있는 실정이다(Anderson et al., 1991).

2) 한국의 실태

한국은 AD에 대한 논의나 연구가 거의 이루어지고 있지 않은 실정이다. 생명연장과 더불어 노인인구 급증은 죽음에 대한 논의의 필요성을 증가시키고 있으며 죽음과 관련된 여러 가지 당면한 문제를 해결하기 위해서라도 AD 논의의 필요성이 대두되고 있다. 또한 치료 불

가능한 중환자를 생명만이라도 살려두기 위하여 기계를 계속 사용한다는 것은 갈등을 야기하는 상황인 동시에 환자와 가족모두에게는 고통의 기간이 되기도 한다.

그러나 아직도 국내 의료계 현장에서 회생이 불가능하며 판단불능 상태의 환자 치료를 어떻게 해야할 것인가에 대한 지침이 없고 그러한 상황에 직면했을 때 의료인과 환자 보호자의 논의 하에 치료를 결정하는 경우가 대부분이다. 여기서 치료 중단과 거부 그리고 생명존중 차원에서의 논쟁이 있을 수 있다 즉 회생불가·판단불능 환자에 대한 치료중단이나 거부에 살인죄가 적용되어야 하는지 또한 희망이 없는 환자라도 뇌사 등 사망이 확실해 질 때까지 생명을 연장하며 병원에 계속 두는 것이 환자와 생명을 존중하는 것인지 그러한 상황에서 의사와 가족은 어떻게 해야하는지에 대한 이슈가 제기될 수 있다. 이에 대해 최근 임상에서는 DNR을 결정하는 사례가 늘어나고 있으며 이에 대한 연구도 있다. Kim(1999)는 암환자의 DNR 의사결정에 관한 연구에서 DNR을 결정하는 주 연령층은 60-69세였고 결정 당시 환자의 의식수준은 정상인 경우가 48.1%인 것으로 보고하였다. 대상자는 대부분 긴 유병기간을 나타냈고, 환자는 결정과정에서 제외된 채 DNR 결정에 참여한 사람은 의사와 보호자였으며 간호사는 간접적인 참여 역할을 하고 있었다. DNR 결정사항은 말기암과 죽음이 임박한 경우였으며 DNR 결정요인은 심폐소생술의 무용성, 긴 유병기간, 경제적 부담감, 환자의 고통경험, 존엄한 죽음으로 나타났다. 동 연구 결과 DNR 적용대상은 주로 노인층이며 의식수준이 정상인 경우가 많음에도 불구하고 환자의 자율성은 보호되지 못하고 있음이 드러났다. Jang(2000)은 중환자실 DNR 환자가족 경험과 DNR 결정 후 간호 및 치료의 변화에 대해 조사한 결과 DNR 결정에서 가장 높은 비율을 나타낸 연령층은 60세 이상 노인층이었고 DNR 결정시기는 임종이 임박한 시점으로 DNR 유지기간이 1일인 경우가 가장 많았다. DNR 제안자는 주로 의사였고 주 결정자는 배우자, 아들의 순으로 나타나 역시 본 논문에서도 DNR의 주 대상은 노인이고 환자 본인의 의사와 자율성은 간과되고 있었다. 이러한 연구결과를 통해 볼 때 임종 과정에 있어서 환자 자신의 자율권을 옹호하는 AD의 필요성이 대두되므로 이에 대한 논의가 요구된다. 또한 최근에는 뇌사판정과 장기이식 등에 관한 법적 장치가 마련되어 장기이식이 활발하게 이루어지고 있는 시점에서 자신의 임종과정에 대한 선호도에 따라 임종방법을 미리 선택하는 제도를 마련하여 살아 생전에 자신의 죽음을 준비하

도록 하는 것이 삶의 질적인 측면에서 뜻깊은 일이라 할 수 있다.

III. 결론 및 제언

노인과 노년기에 대한 논의에서 이제까지 우리는 노인의 건강에 대해 관심을 집중시켜 왔고 의학도 생명을 유지하는 쪽으로 초점이 두어져 왔다. 이제 서구 여러 나라에서는 평균 수명이 연장되어 오래 사는 것이 가능해진 지금 이제는 '생을 잘 마감하는' 쪽으로 관심이 선회하고 있는 추세이며 그러한 관심의 한 표현으로 AD가 있다.

우리나라도 이제 고령화 사회로 진입하여 노인 인구가 급증하는 가운데 아직도 해결해야 할 건강 문제가 많은 가운데 일부에서는 '건강한 노년' 못지 않게 '생을 잘 마감하는' 것에 대한 관심이 대두될 것으로 예측된다. 현재 한국 문화에 비추어 AD의 적용은 시기 성조일 수 있지만 일부에서의 '유언장 미리쓰기 운동' 등으로 자신의 삶과 죽음의 의미에 대해 새롭게 접근하고 있음을 볼 때 AD시행의 가능성이 엿보인다. 따라서 생을 잘 마감하고자 하는 욕구를 충족시킬 수 있는 한 방법으로 AD에 대한 관심이 요구되는 시점에 이른 것으로 사료되며 이와 관련하여 개념을 정립하는 것이 필요하다.

AD란 개인이 미래에 혹시 발생하게 될 지도 모르는 판단불능(incompetent) 상태를 대비하여 의료적으로 요구되는 결정과 관련하여 본인의 바램을 알리고 그 바램대로 치료받을 것을 보장하기 위해 미리 선택하는 것으로, 생전유언과 대리인지정을 작성할 수 있다. 생전유언은 판단능력이 있는 성인이 판단능력을 상실할 때를 대비하여 생명연장술 같은 치료법에 대해 본인이 원하는 또는 원하지 않는 치료법의 선택을 미리 작성하여 의사, 변호사, 가족에게 본인의 의사를 밝히는 장치이며 대리인지정은 판단능력을 상실한 때를 대비하여 본인이 지정한 대리인에게 치료와 관련한 모든 결정을 위임하는 제도를 말한다. AD는 판단불능상태가 되었을 때 본인이 받게 될 치료에 대한 통제력을 높여주고 자율성을 존중하는 역할을 한다.

AD를 논의한 선행 연구의 고찰을 통해 AD를 논하기 전에 반드시 분명한 개념 정립이 선행되어야 하는 내용으로 생명연장술이 있다. AD 중에서 생전유언은 최생불가·판단불능 상태에 대비하여 치료 내용을 선택하는 제도이나 실제로는 생명연장술의 시행 여부에 대한 결정이 이루어지게 된다. 또한 모든 치료 내용을 선택 대상

에 놓게 되면 상담가나 환자 모두 혼란스럽고 많은 시간이 요구될 뿐 아니라 실제 적용에서도 해석에 있어 혼돈 가능성이 높다. 실제로 선행 연구들도 생전유언의 내용으로 생명연장술을 대상으로 한 경우가 대부분이다. 따라서 본 연구에서는 앞으로 우리나라에서 AD에 대해 논의하는 경우 생전유언시의 치료 선택 범위는 생명연장술에 국한할 것을 제안하며, 그러한 의도에서 본 AD를 생명연장술 사전선택제도로 칭할 것을 제안한다.

생명연장술 안에는 여러 종류의 치료법이 있는데 어디부터 생명연장술에 포함할 것인가 하는 기준을 명확히 결정하는 것은 쉽지 않다. 이러한 어려움은 연구마다 생명연장술로서 적용한 접근들이 일관적이지 못한 것에서 잘 드러난다. 선행연구에서는 생명연장술의 내용을 포괄적으로 담고 있는 연구는 드물다. 따라서 연구에 따라 심폐소생술(Godkin & Toth, 1994; Murphy et al., 1994; Walker et al., 1995; Ganzini et al., 1994), 인공호흡기(Kellog, Crain, Corwin & Bricker, 1992), 위관영양, 암수술, 감염치료(Fazel, Hope & Jacoby, 2000), 정맥수액공급, 수혈(Asai et al., 2000) 등 다양한 상황을 근거로 연구하였다. 따라서 본 연구에서는 이들 연구를 통합하여 생명연장술이란 의학적 판단에 비추어 회복 가능성이 없는 상태에서 이루어지는 심폐소생술, 인공영양 및 수액, 인공호흡기 적용으로 정의할 것을 제안한다. 생명연장술에 대해서 명확하고 분명한 조작적 정의가 요구되는 이유는 추후 연구와 실제 적용에서 혼돈 가능성이 크며 AD의 오·남용 가능성을 최소화하기 위해서이다.

우리나라에서의 연구는 AD에 대한 보고가 전무한 실정으로 기초 조사부터 시행되어야 한다. 가장 먼저, 우리나라의 성인들은 '생을 잘 마감하는' 것에 대해 1)얼마나 관심이 있으며, 2)어떠한 과정을 원하는지, 3)그들의 욕구와 관련하여 AD가 대안이 될 수 있는지에 대한 연구가 필요하다. 앞으로의 노인 인구가 가지는 욕구에 대비하기 위해서는 현재의 노인 뿐 아니라 미래의 노인인 성인을 대상으로 한 연구가 요구된다. 이러한 기초 자료가 얻어진 후 그에 근거한 추후 연구가 계획될 수 있을 것이며 연구자들은 정책적인 차원과 삶의 질적인 측면을 고려하여 AD를 연구하는 한편 우리문화에 맞는 대안에 대해 제시해야 할 것이다.

Reference

National Statistical Office (1997). <http://www>.

nso.co.kr.

- Anderson, M., Gladue, S., Laurie, M., Skotniski, E., & Tramer, D. (1991). The living will issue: who has right to choose? The Canadian Nurse, Nov., 37-39.
- Arras, J. (1993). Ethical issues in Emergency care. Clinics in Geriatric Medicine, 9(3), 655-64.
- Asai, A., Moakawa, M., Akiguchi, I., Fukui, T., Miura, Y., Tanabe, N., & Fukuhara, S. (1999). Survey of Japanese physicians' attitudes towards the care of adult patients in persistent vegetative state. Journal of Medical Ethics, 25(4), 302-8.
- Bedell, S.E., & Delbanco, T.L. (1984). Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital: when do physicians talk with patients? The New England Journal of Medicine, 310, 1089-92.
- Callahan, D. (1991). Medical futility, medical necessity: the problem-without-a-name. Hastings Cent Rep, 21(4), 30-5.
- Chosun Ilbo (1998). 6th of the May.
- Daly, M., & Sobal, J. (1992). Advance directives among patients in a house call program. Journal of the American Board of Family Practice, 5, 11-15.
- Davidson, K.W., Hackler, C., Caradine, D.R., & McCord, R.S. (1989). Physicians' attitudes on advance directives. JAMA, 262, 2415-9.
- DeLuca Havens, G.A. (2000). Differences in the execution/non-execution of advance directives by community dwelling adults. Res Nurs Health, 23(4), 319-33.
- Diggory, P., & Judd, M. (2000). Advance directives: questionnaire survey of NHS trusts. BMJ, 320, 24-5.
- Doukas, D.J., & McCullough, L.B. (1991). The values history: the evaluation of the patient's values and advance directives. The Journal of family practice, 32(2), 145-9.
- Elder, N.C., Schneider, F.D., Zweig, S.C., Peter, Jr. P.G., & Elv, J.W. (1992). Community attitudes and knowledge about advance care directives. Journal of American Board Family Practice, 5, 565-72.
- Emanuel, L.L. (1989). Does the DNR order need life-sustaining intervention? Time for comprehensive advance directives. American Journal of Medicine, 86, 87-90.
- Emanuel, L.L. (1991). The health care directive: learning how to draft advance care documents. Journal of the American Geriatrics Society, 39, 1174-8.
- Emanuel, L.L. (2000). How living wills can help doctors and patients talk about dying. BMJ(Editorials), 320, 1618-9.
- Emanuel, L.L., & Emanuel, E.J. (1989). The medical directives: new comprehensive advance care document. JAMA, 261, 3288-93.
- Emanuel, L.L., Barry, M.J., Stoeckle, J.D., Ettelson, L.M., & Emanuel, E.J. (1991). Advance directives for medical care -- a case for greater use. New England Journal of Medicine, 324, 889-95.
- Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M.D. (1989). Measuring patients' desire for autonomy: decision-making and information-seeking preferences among medical patients. Journal of General Internal Medicine, 4, 23-30.
- Fader, A.M., Gambert, S.R., Nash, M., Gupta, K.L., & Escher, J. (1989). Implementing a "do-not-resuscitate" (DNR) policy in a nursing home. Journal of the American Geriatrics Society, 89, 544-8.
- Fazel, S., Hope, T., & Jacoby, R. (2000). Effect of cognitive impairment and premorbid intelligence on treatment preferences for life-sustaining medical therapy. American Journal of Psychiatry, 157(6), 1009-11.
- Finucane, R.E., Shumway, J.M., Powers, R.L., & D'Alessandri, R.M. (1988). Planning with elderly outpatients for contingencies of

- severe illness: a survey and clinical trial. Journal of General Internal Medicine, 3, 322-5.
- Fischer, G.S., Arnold, R.M., & Tulsky, J.A. (2000). Talking to the older adult about advance directives. Clinical Geriatrics Medicine, 16(2), 239-254.
- Gamble, E.R., McDonald, P.J., & Lichstein, P.R. (1991). Knowledge, attitudes, and behavior of elderly persons regarding living wills. Archives of Internal Medicine, 151, 277-80.
- Ganzini, L., Lee, M.A., Heintz, R.T., Bloom, J.D. & Fenn, D.S. (1994). The effect of depression treatment on elderly patients' preferences for life-sustaining medical therapy. American Journal of Psychiatry, 151(11), 1631-6.
- Godkin, M.D., & Toth E.L. (1994). Cardio-pulmonary resuscitation and older adults' expectations. The Gerontologist, 34(6), 797-802.
- Haverkate, I., van Delden, J.J., van Nijen, A.B., & van der Wal, G. (2000). Guidelines for the use of do-not-resuscitate orders in Dutch hospitals. Critical Care of Medicine, 28(8), 3039-43.
- Henderlon M. (1990). Beyond the living will. The Gerontologist, 30, 480-85.
- High, D.M. (1993). Advance directives and the elderly: a study of intervention strategies to increase use. The gerontologist, 33(3), 342-49.
- Hopp, F.P. (2000). Preferences for surrogate decision makers, informal communication, and advance directives among community-dwelling elders: results from a national study. The Gerontologist, 40(4), 449-57.
- Hudson, T. (1992). Surrogate health care laws help hospitals.(surrogate decision-makers for incompetent patients). Hospitals, 66(8), 52-3.
- Jang, S.O. (2000). Experience of family with DNR and change of care after DNR decision-making in intensive care units. Kyung-Sang National University Master degree dissertation.
- Kim, S. H. (1999). A study on discion-making of DNR in Cancer patient. Yonsei university Master degree dissertation.
- Kellogg, F.R., Crain, M., Corwin, J., & Brickener, P.W. (1992). Life-sustaining interventions in frail elderly persons. Arch. Intern. Medicine, 152, 2317-2320.
- Kim, S. H. (1999).
- Kohn, M., & Menon, G. (1988). Life prolongation: views of elderly outpatients and health care professionals. Journal of American Geriatrics Society, 36, 840-4.
- Lantos, J.D., Singer, P.A., & Walker R.M. (1989). The illusion of futility in clinical practice. American Journal of Medicine, 87, 81-4.
- LaPuma, J., Orentlicher, D., & Moss, R.J. (1991). Advance directives on admission: clinical implications and analysis of the Patient Self-Determination Act of 1990. The Journal of the American Medical Association, 266(3), 402-5.
- Libbus, M.K., & Russell, C. (1995). Congruence of decisions between patients and their potential surrogates about life-sustaining therapies. Image, 27(2), 135-140.
- Lippman, H. (1991). Legally speaking: After Cruzan-The right to die. RN, Jan., 65-73.
- Lo, B., McLeod, G.A., & Saika, G. (1986). Patient attitudes to discussing life-sustaining treatment. Archives of Internal Medicine, 146, 1613-5.
- Low, J.A., Ng, W.C., Yap, K.B., & Chan, K.M. (2000). End-of-life issues--preferences and choices of a group of elderly Chinese subjects attending a day care center in Singapore. Ann Acad Med Singapore, 1, 50-6.
- Luptak, M.K., & Boulton, C. (1994). A method

- for increasing elders' use of advance directives. The Gerontologist, 34(3), 409-12.
- Malloy, T., Wigton, R., Meeske, J., & Tape, T. (1992). The influence of treatment descriptions on advance medical directive decisions. Journal of the American Geriatrics Society, 40, 1255-60.
- Miles, S.H., Cranford, R., & Schultz, A.L. (1982). The do-not-resuscitate order in a teaching hospital: considerations and a suggested policy. Annals of Internal Medicine, 96, 660-4.
- Murphy, D.J. (1988). Do-not-resuscitate orders: time for reappraisal in long-term care institutions. Journal of the American Medical Association, 260, 2098-101.
- Murphy, D.J., Burrows, D., Santilli, S., Kemp, A.W., Tenner, S., Kreling, B., & Teno, J. (1994). The influence of the probability of survival on patients' preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. The New England Journal of Medicine, 330(8), 545-9.
- Neuman, K., & Wade, L. (1999). Advance directives: the experience of health care professionals across the continuum of care. Soc Work Health Care, 28(3), 39-54.
- Orentlicher, D. (1990). The right to die after Cruzan. JAMA, 264, 2444-6.
- Ouslander, J.G., Tymchuk, A.J., & Rahbar, B. (1989). Health care decisions among elderly long-term care residents and their potential proxies. Archives of Internal Medicine, 149, 1367-72.
- President's commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioral research. (1983). Deciding to forego life-sustaining treatment. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rodriguez, G.S. (1990). An opposing view. The Journal of Family Practice, 31(6), 656-659.
- Schiff, R., Rajkumar, C., & Bulpitt, C. (2000). Views of elderly people on living Wills: interview study. BMJ, 320, 1640-1.
- Seckler, A.B., Meier, D.E., Mulvihill, M., & Paris, B.E.C. (1991). Substituted judgement: how accurate are proxy predictions? Annals of Internal Medicine, 115, 92-8.
- Shmerling, R.H., Bedell, S.E., Lilienfeld, A., & Delbanco, T.L. (1988). Discussing cardiopulmonary resuscitation: a study of elderly outpatients. Journal of General Internal Medicine, 3, 317-21.
- Sjokvist, P., Berggren, L., & Cook, D.J. (1999). Attitudes of Swedish physicians and nurses towards the use of life-sustaining treatment. Acta Anaesthesiol Scand, 43(2), 167-72.
- Slavenas J.P., Karuza J., & Katz P.R. (1990). Ethical perspectives and attitudes toward advanced directives by nursing home residents and their families. Journal of American Geriatrics Society, 38(8), 12.
- Society for the Right to Die. (1991). Refusal of Treatment Legislation. New York, NY.
- Starr, T.J., Pearlman, R.A., & Uhlmann, R.F. (1986). Quality of life and resuscitation decisions in elderly patients. Journal of General Internal Medicine, 1, 373-9.
- The Hastings Center. (1987). Guidelines on the termination of life-sustaining treatment and the care of the dying. Bloomington, IN: Indiana University Press.
- Tomlinson, T., Howe, K., Notman, M., & Rossmiller, D. (1990). An empirical study of proxy consent for elderly persons. The Gerontologist, 30, 54-64.
- Uhlmann, R.F., Pearlman, R.A., & Cain, K.C. (1988). Physicians' and spouses' predictions of elderly patients' resuscitation preferences. Journal of Gerontology, 43, M115-M121.
- Walker, R.M., Schonwetter, R.S., Kramer, D.R., & Robison, B.E. (1995). Living wills and resuscitation preferences in an elderly population. Archives of Internal Medicine, 155, 171-5.

- Weir, R.F., & Gostin, L. (1990). Decisions to abate life-sustaining treatment for non-autonomous patients: ethical standards and legal liability for physicians after Cruzan. JAMA, 264, 1846-53.
- Westman, A.S., Newandowski, L.M., & Procter, S.J. (1993). A preliminary list to identify attitude toward different conditions for discussing possible termination or refusal of medical treatment except for pain relief. Psychological Reports, 72, 279-284.
- 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. (1991). Special report: sources of concern about the patient self-determination act. The New England Journal of Medicine (Editorial), 325(23), 1666-71.
- Youngner, S.J. (1990). Futility in context. JAMA, 264, 1295-6
- Zweibel, N.R. & Cassel, C.K. (1989). Treatment choices at the end of life: a comparison of decisions by older patients and their physician-selected proxies. The Gerontologist, 29, 615-21.

- Abstract -

Review on Advance Directives

Kim, Shin-Mi* · Kim, Soon-Yi** · Lee, Mee-Ae***

Rapid progress in modern medical technology

has made it possible to sustain life and/or delay death using 'heroic' treatments. The availability of life-sustaining treatment brings several issues in end-of-life care such as 'dying with dignity' and an radical increase in health care costs. The use of Advance Directives(AD) have been widely heralded by health care providers, gerontologists, and advocacy groups as means of protecting patients' right to accept or refuse life-sustaining treatment in end-of-life care. The use of AD can not only improve patients' autonomy and quality of life but also bring efficiency in distributing health care resources.

The proportion of older persons in Korean population has been increasing. Those 65 years of age or over were about 7 percent of the population. Death and dying is not limited to older persons, but it is more prevalent among them. In conjunction with an aging population and the increasing prevalence of death, the issues of death and dying will become crucial in near future in terms of 'dying with dignity', 'autonomy', and 'self-control'. This paper attempts to explode and establish the concept of advance directives (AD) based on literature review. Data sources are computer searches with the MEDLINE database. Due to the lack of prior study on AD for a Korean cases, studies abroad are reviewed. This paper suggests the need for future study on the possibility of the use of AD in Korea.

Key words : Advance Directives(AD)

* Dept. of Nursing, Woosuk University

** Dept. of Nursing, Hyecheon College

*** Dept. of Medical Informatics, Hyecheon College