임종 돌봄 임상진료지침

신진영, 장윤정*, 박소정*, 최진영*, 김선현†, 최윤선‡, 박남희§, 박재민¶, 이정우**, 김선영***, 이은정††, 고수진‡‡, 남은미¶¶, 이청우***, 김선영†††, 임종 돌봄 임상진료지침

건국대학교 의학전문대학원 가정의학교실, *국립암센터 중앙호스피스센터, †가톨릭관동대학교 국제성모병원 가정의학교실, ‡고려대학교 의과대학 가정의학교실, §마음토닥정신건강의학과, ¶인제대학교 의과대학 서울백병원 내과학과, ‡‡이화여자대학교 의과대학 내과학과, **가톨릭대학교 서울성모병원 호스피스의학과, ‡‡‡중앙보훈병원 가정의학교실, ††서울대학교 의과대학 마취통증의학교실, †††충북대학교 의과대학 가정의학교실, §§경상대학교 의과대학 내과학과, §§§연세대학교 의과대학 강남세브란스병원 가정의학교실, †††가톨릭대학교 의과대학 가정의학교실, ††††전남대학교 의과대학 정신건강의학과, †††‡고려대학교 구로병원 호스피스•완화의료 센터, †††‡‡울산대학교 의과대학 울산대학교병원 정신건강의학과, †††‡‡‡충북대학교병원 가정의학교실, †††‡‡‡‡한양대학교병원 내과, †††‡‡‡‡‡연세대학교 의과대학 가정의학교실

Clinical Practice Guideline for Care in the Last Days of Life

Jinyoung Shin, M.D., Yoon Jung Chang, M.D.*, So-Jung Park, M.D.*, Jin Young Choi, Ph.D.*, Sun-Hyun Kim, M.D.,† Yoon Seon Choi, M.D.,‡ Nam Hee Kim, M.D.,§ Ho-Kee Yum, M.D.¶, Eun Mi Nam, M.D. ††, Myung Hee Park, R.N.**, Nayeon Moon, M.D. †††, Jee Youn Moon, M.D. †‡, Hee-Taik Kang, M.D. ‡‡, Jung Hun Kang, M.D. ‡‡‡, Jae-Min Park, M.D. §§, Chung-Woo Lee, M.D. §§§, Seon-Young Kim, M.D. ††††, Eun Jeong Lee, R.N. †††††, Su-Jin Koh, M.D. §§§§, Yonghwan Kim, M.D. ¶¶¶, Myongjin Agnes Cho, M.D. †††††, Youhyun Song, M.D. ¶¶¶¶, and Jae Yong Shim, M.D. ¶¶¶¶¶

Department of Family Medicine, Konkuk University School of Medicine, Seoul, *National Hospice Center, National Cancer Center, Goyang, †Department of Family Medicine, International St. Mary's Hospital College of Medicine, Catholic Kwandong University, Incheon, ‡Department of Family Medicine, Korea University Guro Hospital, Seoul, §Maumontad Psychiatric Clinic, Ansan, ¶Department of Internal Medicine, Seoul Paik Hospital, Inje University, §§Department of Internal Medicine, Ewha Womans University College of Medicine, **Hospital & Palliative Care Unit, The Catholic University of Korea, Seoul St. Mary's Hospital, ††Department of Family Medicine, VHS Medical Center, †††Department of Anesthesiology and Pain Medicine, Seoul National University School of Medicine, Seoul, ††††Department of Family Medicine, Chungbuk National University College of Medicine, Cheongju, †††††Department of Internal Medicine, Gyeongsang National University College of Medicine, Jinju, ††††Department of Family Medicine, Gangnam Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, ††††Department of Family Medicine, Korea University, College of Medicine, Seoul, †††††Hospice & Palliative Care Center, Korea University Guro Hospital, Seoul, †††††Department of Hematology and Oncology, Ulsan University College of Medicine, Ulsan University Hospital, Ulsan, †††††Department of Family Medicine, Chungbuk National University Hospital, Cheongju, ††††††Department of Internal Medicine, Anyang Sam Hospital, Anyang, ***Department of Family Medicine, Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2020 by Korean Society for Hospice and Palliative Care
서론

연명의료결정법 시행으로 모든 의료기관에서 임종 과정에 있는 환자를 위한 보편적 임종 돌봄이 요구됨에 따라, 한국호스피스ㆍ완화의료학회는 일반 병동 임종 과정에 있는 환자와 가족을 위한 근거 중심의 국내 임상진료지침을 처음 개발하였다.

본 지침에서 정의한 임종기 환자란 암, 만성 질환 혹은 사고로 인한 만성 장기 부전 환자의 급성 악화로 인해 회생의 가능성이 없고 치료에도 불구하고 회복되지 않으며, 급속도로 증상이 악화되거나 노쇠 및 치매환자의 서서히 진행되는 임종를 포함하여 수일 혹은 입원기간 내 사망이 예측되는 성인 환자로, 「호스피스ㆍ완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 '연명의료결정법')」(법률 제15542호)의 '임종 과정에 있는 환자'에만 국한하지 않고 임상적 판단에 따라 정의하였다.

본 지침에서 정의한 임종기 환자란 암, 만성 질환 혹은 사고로 인한 만성 장기 부전 환자의 급성 악화로 인해 회생의 가능성이 없고 치료에도 불구하고 회복되지 않으며, 급속도로 증상이 악화되거나 노쇠 및 치매환자의 서서히 진행되는 임종을 포함하여 수일 혹은 입원기간 내 사망이 예측되는 성인 환자로, 「호스피스ㆍ완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 '연명의료결정법')」(법률 제15542호)의 '임종 과정에 있는 환자'에만 국한하지 않고 임상적 판단에 따라 정의하였다.

본 지침의 목적은 임종 과정에 있는 환자와 가족에 대한 임종 전의 준비, 임종 과정의 신체적·정신적 증상 관리, 심리적 지지 및 적절한 의사결정을 통해 환자와 보호자의 삶의 질을 향상시키고 만족도를 높여 평안한 임종을 구현하는데 있다. 임종기 환자 대상 연구가 부족하고 대규모의 잘 고안된 연구가 없는 한계가 있으나, 국내외 기존의 14개 임상진료지침을 바탕으로 수용 개작 방법으로 개발되었다[1-14]. 권고 등급은 진료에 관련된 가치와 선호도, 이득과 위해 등을 고려하여 결정하였다.

이번 종설은 28개의 권고안 중심으로 소개하며 전체 문헌은 임상진료지침에 활용하기 위한 근거로 제공된다.
상진료지침 정보센터(https://www.guideline.or.kr/guide/view.php?number=1108&cate=A)에서 확인 가능하다.
환자와 가족에게 보조 수액 공급의 장단점과, 수액 공급을 하지 않을 경우 임종을 단축시킬지에 대해서는 아직 확실한 결과가 없음을 설명한 후, 동반 질환, 문화, 정신, 종교, 의식 상태, 신체 상태, 갈증의 정도, 폐 부종 위험성 등을 고려하여 결정한다. 임종 과정에 있는 환자의 식욕부진과 악영증(cachexia)을 효과적으로 호전시킬 수 있다고 증명된 약물은 없다.
호흡곤란의 가역적인 원인을 찾아 약물적 또는 비약물적 치료로 환자의 고통을 완화시켜주는 노력과 함께 향후 치료 계획에 대해 환자와 가족에게 설명하여 불안감 때문에 호흡곤란이 악화되지 않도록 안심시키는 것이 중요하다. 임종기에는 호흡곤란과 관련한 다양한 증상이 나타나고, 산소, 이뇨제 등의 비침습적 치료에 대한 반응이 없는 경우가 있다. 원인을 파악하기 위한 추가적 혈액 및 영상 검사 자체에 대한 이득과 위해가 우선 고려되어야 하며, 치료 방법이 침습적일 경우 검사를 시행하기 전에 신중해야 한다.
임종 환자의 호흡곤란 증상을 완화하기 위해 창문을 열어 공기를 순환시키고 적절한 온도와 습도를 유지한다. 머리를 높여주며, 선풍기 등을 이용해 얼굴 부위로 약한 바람을 불도록 도움이 된다. 의식 있는 환자의 경우 고로 긴 숨을 들이마시고, 입을 오므리고 최대한 숨을 길게 내쉰다.
아편유사제를 한번도 투여한 적이 없는 경우, morphine 5~10 mg을 경구 섭취하거나, 경구 섭취가 힘들 경우에 2.5~5 mg을 정맥 주사할 수 있으며, 증상에 따라 2~4시간 간격으로 추가한다. 이 미 통증 조절 목적으로 아편유사제를 투여하고 있는 경우에는 하루 총 투여량의 25% 정도 증량하고, 호흡곤란이 돌발적으로 감아가 나타날 경우에는 총량의 10%를 추가로 투여할 수 있다. 아편유사제 사용으로 충분한 효과가 나타나지 않거나 불안에 의해 증상이 악화된 경우에는 benzodiazepine을 추가적으로 투여해볼 수 있다.
호흡곤란을 호소하는 임종기 혹은 말기 환자에게 산소 투여의 효과는 입증되지 않았다. 임종기 환자에서는 불안에 의해 호흡곤란이 나타나는 경우로 있으므로, 호흡곤란을 호소하는 모든 환자에게 관행적으로 산소 투여를 시작하지는 않아야 한다. 단, 환자와의 호흡곤란이 저산소증에 의한 것이거나, 저산소증의 심각성, 산소가 증상의 호전을 보이면 산소 투여를 유지한다. 그러나 저산소증 여부를 확인하기 위하여 산소 포화도를 측정할 필요는 없으며, 산소 포화도가 떨어져 있지만 증상이 없다는 경우에만 산소 투여를 고려한다.
의료진은 호흡 분비물이 생성되는 원인을 우선 파악하고, 호흡 분비물이 환자나 가족에게 어떠한 영향을 얼마나 주는지를 확인해야 한다. 구인두 흡인은 분비물이 카테터가 닿을 수 있는 범위보다 더 긴 것이 있어 효과가 별로 없을 뿐 아니라 환자를 자극하여 더
힘들게 할 수 있음을 고려해야 한다.

임종기 환자에게 기도 분비물 관리를 위한 약물들을 일시적으로 투여하는 것은 많지만, 불편감을 가하기 하는 정도라면 약물 치료(ato-ropine, glycopyrronium bromide, hyoscine butylbromide/hyoscine hydrobromide, scopolamine)를 시작한다. 약 4~12시간마다 증상 완화 정도를 평가하고, 섭취야자 초조, 과도한 졸림 등의 부작용을 확인한다(특히 atropine이나 hyoscine hydrobromide 사용시 발생할 수 있다). 12시간 후에도 여전히 호흡 분비물로 인한 불편감이 계속된다면 투약한 약을 중단하거나 다른 약제로 변경한다. 또한 난 정제, 섭취야자 초조, 과도한 점안, 심한 임마름으로 인한 불편감이 발생한다면 투약한 약을 중단하거나 다른 약제로 변경한다.

구역 및 구토가 악재(opioids, digoxin, steroids, antibiotics, anticonvulsants, cytoxotics), 방사선 치료, 심리적 원인, 전해질 불균형, 두개강 뇌압 상승, 심한 변비, 복수, 위마비, 장마비 및 폐쇄로 인한 것인지, 이 같은 요인이 가역적인지를 확인한다. 아울러, 발생 시기, 지속기간 및 빈도, 정도, 유발/악화 및 완화 요인, 동반 증상을 평가한다. 생체 징후 및 구강 진찰 등을 통해 탈수 정도를 파악하고, 복부 및 구강내 진찰을 시행한다. 직장수지검사를 통해 복부검사와 전산공학적 검사를 통해 뇌성 변부의 여부와 관련성을 고려한다. 이상의 평가 결과를 종합하여 구역 및 구토의 중재 여부를 결정한다.

구역 및 구토가 심한 경우 경구 약물 섭취가 어렵기 때문에 이를 대체하여 필요한 약물을 투여할 경로를 확보한다. 두개강 뇌압 상승 시 glucocorticoid, 전정 기관 이상 시 acetylcholinergic antagonist (scopolamine), 위 마비 시 metoclopramide를 고려한다. 임종기 환자의 폐쇄성 질환으로 인한 구역 및 구토의 경우, hyoscine butylbromide를 우선 고려하고, hyoscine butylbromide 치료 후 24시간이 지나도 증상 호전이 없을 때는 octreotide를 고려한다. 아편유사제로 인한 구역 및 구토의 경우에는 다른 종류의 아편유사제로 변경해 본다.

의식이 없는 경우를 포함하여 모든 경우에 걸쳐 지속적으로 평가하여야 한다. 만약 임종기 환자가 자신의 통증에 대해 설명하기 힘든 상황인 경우, 예를 들어, 치매 혹은 자폐증적인 경우라도 특화된 통증 평가 도구(behavioral pain assessment)를, 중환자실에서 임종하는 환자의 경우는 Critical Care Pain Observation Tool을 사용하여 평가할 수 있다.

임종기 환자에게 조절되지 않는 통증이 있는 경우 아편유사제를 투여하며, 통증의 강도에 따라 적극적으로 용량을 조절한다. 임종기 환자는 임상의 약화로 인해 아편유사제의 증량이 요구될 수 있는데, 이를 내성(tolerance)과 혼동하여 진통제 투여가 미루어 지지 않도록 해야 한다. 경구 투여를 우선적으로 고려하며, 필요한 경우 동종 통통용량을 계산하여 다른 경구, 정맥, 직장, 피하, 점막 사이, 경막외, 척수강 내로 변경할 수 있다. 현재 사용 중인 약물 중 증상 조절에 도움이 되지 않거나 오히려 해가 될 수 있는 약물은 중단을 고려해야 하며, 이때 환자 및 가족과의 논의가 선행되어야 한다. 상태 변화에 따른 투여 경로 동정의 재조정이 필요할 경우, 안전하게 삼킴이 가능한지 여부와
환자의 선호에 따라 가장 효율적인 방법으로 결정한다.

임종이 잦박한 상태에서 진정 약물의 투약은 의사를 감소시키거나 무의식 상태로 유도하여 신체적 고통을 낮추는 목적이다. 환자의 생존 기간에 영향을 주지 않았다[15]. 완화적 진정은 시행하기 전에 다른 모든 가능한 치료가 이루어졌는지, 예후와 관련 있어 의의가 있기 때문인다. 가능하다면 환자에게 직접, 그리고 가족에게 완화적 진정의 이유와 목적이 대해 상의해야 한다. 환자의 종교, 사회문화적 선호도, 그리고 현재 바람과 놓음의 목표 등이 고려되어야 한다.

진정을 위한 약물을 로얄로 midazolam을 가장 많이 사용하는데, 반감기가 짧고 작용 시간이 빠르며 용량에 비례하여 진정 효과가 나타나기 때문이다. 이외에 lorazepam이나 diazepam 등 보다 긴 반감기를 갖는 약물을 선택할 수도 있다.

恙망은 정신질환의 진단 및 통계 편람 제5판(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5, DSM-5)의 기준을 사용하여 평가한다. 그러나, 잠재된 임종 전후 및 진단 도구를 임종기에 사용하는 것은 제한적이며, 특히 저활동형(hypoactive) 임종기, 의식 수준 저하, 의사소통 불가능한 환자에서는 적용하기 어렵다. 의료진은 임종의 가역적인 원인(통증, 방광이나 직장의 팽만, 저나트륨혈증, 약물)을 검토하여 교정하도록 한다.

임종기 임종 환자의 임종형태는 가능의 감소, 인지 저하, 상해, 목졸림, 사망 등 합병증의 위험을 증가시키므로 적용하지 않아야 한다[11]. 그러나, 자신이나 타인에게 신체적 상해의 위험이 있거나, 약물 치료 등 다른 방법이 먼저 시도되었으나 효과가 없는 경우, 신체 압박의 임박에 이르기(안전)이 임계적 위험(불안/동요의 증가)을 초래하는 예외적인 경우에는 신체 압박을 고려할 수 있으며, 이때에도 가장 제한이 적은 방법으로 최소한의 시간 동안 적용한다.

항정신병 약물은 알코올 또는 benzodiazepine 급한 섭취를 제외한 임종기 환자의 임종 증상 조절을 위해 임종적으로 권고되는 약물이다. 일반적으로 스트레스보다는 고정의 약들이 선호되며, 이에 haloperidol이 우선적으로 권고된다. Haloperidol의 빠른 교정 용량은 0.5~2 mg (SC, IM)로, 증상이 호전될 때까지 1~2시간마다 증량한다. 이 때, QT간격 연장(QT prolongation)의 위험이 증가하므로 유의해야 한다. Haloperidol의 추체외계 부작용의 위험을 줄이기 위해 비전형 항정신병 약물(risperidone, olanzapine, quetiapine) 등이 고려될 수 있다.

불안 및 초조의 가역적인 원인(통증, 방광이나 직장의 팽만, 발열, 전해질 불균형, 약물사용 혹은 급성중상, 불필요한 모니터링 장비의 연결), 불안 장애나 영적인 문제의 동반 등 총체적으로 평가한다. 모니터링 장비의 알람을 끄거나 불필요한 모니터링 장비를 제거하고, 모니터 화면 밝기를 조정하여 편안한 임종을 방해하는 요소를 제거한다. 사용하고 있는 약물에 대해 추가적으로 평가하고 불필요한 약물을 중단한다. 불안 및 초조 증상에 대해 benzo-

### 권고안 12. 약물사용 계획

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| D        | IIa      |

### 권고안 13. 완화적 진정

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| D        | IIb      |

### 권고안 14. 성명의 평가

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| D        | IIa      |

### 권고안 15. 성명의 비약물적 중재

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| B        | I        |
다이제핀 투여를 고려하고, 통증은 적극적으로 조절한다. 임종 기 동안 앞으로 일어날 일들에 대해 충분히 설명하고 지지 치료를 제공한다.

치료 과정에 대한 재반의 설명 및 정보 제공을 진행하며 환자와 가족들의 상담감, 예측, 걱정과 두려움 등의 내적 고통들을 점차적으로 파악해 나가는 동시에 그들이 중요하게 여기는 가치, 의미, 종교적 세계관 및 의식 등에 대해서도 확인해야 한다. 가족들의 영적-종교적 필요와 바탕, 그리고 임종 후 적절한 종교 의식이나 영적 지지를 제공받기 원하는지 파악한다.

의료진에게는 환자 및 가족과 적절한 관계를 맺고 신뢰를 떼는 과정이 무엇보보다 중요하다. 환자의 감정을 구체적으로 언급해 주고(“오늘은 조금 슬퍼 보이시네요.”, “근래 수개월간 매우 힘든 시간이었을 줄 알고.”), 지속적 지지를 제공하며(“이런 기간 동안 당신이 어떻게 다가오시는지 물어봅니다.”), 이를 통해 환자와 가족의 감정을 가장 정확하게 이해하고 있는지를 물어보도록 권유하고 있다(“저희곳 이는 가장 걱정하고 있는지를 당신에게 환자가 가장 많이 걱정하고 있는지를 물어봅니다.”, “당신이 가장 걱정하고 있는 것이 무엇인지 당신에게 물어봅니다.”).

의료진들은 공감과 연민을 통해 환자와 가족의 감정을 이해하고 노력하는 등의 심리적·사회적 지지를 제공해야 한다.

공유 의사 결정(Shared decision making)은 환자, 보호자 및 의료진과 함께 최선의 치료를 결정하는 과정이다. 이를 위해서 의료진은 환자와 가족의 의견을 반영하도록 하며, 환자와 가족의 의지와 선택을 토대로 치료를 결정해야 한다.

의료진은 환자와 가족의 심리적·심리적 필요와 바탕, 그리고 환자와 가족의 감정을 이해하고 노력하는 등의 심리적·사회적 지지를 제공해야 한다.

### 권고안 16. 생명의 약물 치료

| 근거수준 | 권고등급 |
|-----------|---------|
| B         | IIb     |

### 권고안 17. 불안 및 초조의 중재

| 근거수준 | 권고등급 |
|-----------|---------|
| D         | I       |

### 권고안 18. 심리적 지지(환자와 의사소통)

| 근거수준 | 권고등급 |
|-----------|---------|
| D         | IIa     |

### 권고안 19. 효과적인 의사소통

| 근거수준 | 권고등급 |
|-----------|---------|
| D         | IIa     |
제활용 및 변화, 돌봄의 요구, 이용 가능성, 수용 농력에 대한 환자와 가족의 인식, 적합한 장비 활용 가능성, 진단 구조 변경 가능성, 이송 수단에 대한 요구 등을 확인한다. 이 밖에도 지역사회 자원, 재정적 지지, 휴식에 대한 요구를 파악한다. 의료진은 포괄적이고 전인적인 평가를 통해 가족 구조와 기능을 파악하여 의사 결정 방법을 계획하여야 한다.

사별 지도에 대한 정보가 포함되어 있는에도 편지의 주기적으로 보내는 방법이 있으나, 실행 방법을 고려했을 때에는 사별가족 서비스 전문 단체나 부서로 연결을 고려할 수 있다.

여러 체계 증상과 징후를 비롯한 임종 과정에 나타날 수 있는 변화에 대한 정보를 제공하여 가족의 대처능력을 향상시킬 수 있도록 한다. 이 중, 화자와 가족에게 설명, 의식의 변화 및 호흡 관련 변화에 대해서는 미리 교육해야 한다.

다직종이 참여할 때 화자와 가족들의 만족도를 높이고, 사별 승용 차원에 도움이 된다. 이를 위해서는 의료진 사이의 의사 소통이 협조적이고 정확해야 하며, 팀내 역할과 책임이 명확해야 한다. 팀 리더는 의료진 사이의 수평적 의사 소통을 강조하고 임종 돌봄 수행이 마친 후 수용 내용을 공유하여 문제점을 확인하고 개선해야 한다.

의료기관은 각 직종의 의료진의 역할을 명시한 교육 프로그램을 마련하여 이를 교육할 책임이 있다. 임종이 예측되는 시기에는 화자 및 가족과 팀의 의사 결정이 이뤄지므로 의료진은 적절한 초기 평가 계획을 수립할 수 있어야 하며, 예기치 못한 상황을 효과적으로 대처하기 위해 충분한 임상 지식을 갖추어야 한다.

의료기관은 의료진이 임종을 최종적으로 확인한 후 임종 선언을 적절히 시행하도록 교육해야 한다.

환자와의 상호 및 비례감을 갖는 의료진의 감정적 디스트레스는 소진, 공감 피로, 도덕적 중압감을 유발하며, 의료진 개인의 감정을 해칠 뿐 아니라 화자의 돌봄 환경에도 영향을 줄 수 있다. 의료진의 리더는 개인의 신념이나 가치관으로 연명의료중단 및 이행 과정에 참여하지 못하는 팀원이 있는지를 확인하고, 그의 의견을 존중하여 연명의료 중단 및 이행의 부담을 지우지 않아야 한다. 의료기관은 소진의 위험이 높은 팀원을 적절하게 관리하고, 관련 문제를 개선할 수 있는 근무 환경과 문화를 구축해야 한다.

결론

의료기관별 인력 가용성, 환원 가능한 자원의 차이를 모두 반영한 만한 근거를 찾는 데에는 비록 한계가 있지만, 국내 현실을 고려하여 현장에서 활용할 만한 지침을 제시했다는 측면에서 의미가 있다고 하겠다. 본 지침은 일반 병동의 근무하는 의사 및 간호사를 일자리자로 하여 개발되었으나, 일차의료기관, 재활(물리치료사) 및 정신 건강 전문가(상담사) 및 요양병원 및 가정간호팀에서도 활용할 수 있으며, 임종 과정의 화자를 처음 돌보는 의료진이나 화자 보호자 및 의료진 간의 의사 결정 충돌이나 불일치가 발생할 경우에도 활용할 수 있다. 특히, 의사결정(환자-가족-의료진의 의사소통)과 팀 역할(특히 의료진 교육)은 임종 과정에 있는 화자를 위한 보편적 임종 돌봄의 중요한 요소 중의 하나가 된다.
이자 암성 현장에서 보완이 시급한 부분이라고 생각한다. 본 지침이 임종기 환자의 총체적 고통을 완화하고 전인적 안녕을 얻게 하며, 임종 과정이 현재의 삶의 완성이 되는 궁극의 목표를 이루기 위한 보탬이 되기를 기대한다.

요약

일반 병동 임종 과정에 있는 환자와 가족을 위한 근거 중심의 국내 임상진료지침이 처음 개발되었다. 본 지침의 목적은 임종 돌봄에 참여하는 의료진이 환자의 신체적·정신적 증상 관리, 심리적 지지, 환자 및 가족, 그리고 의료진의 의사소통을 통한 적절한 의사결정, 가족 돌봄, 바람직한 팀 역할에 대한 이해를 갖추어 평판한 임종을 구현하는데 있다. 비록, 모든 환경을 반영한 만한 근거를 갖는 데 한계가 있지만, 진료에 관련된 가치가 신호로, 이득과 손해, 국내 현실에서의 적용 가능성을 고려하였으며, 전문가 자문 및 의견 수렴을 통해 최종 권고안을 결정하였다. 본 지침을 적용하는 데에는 인력 기준, 활용 가능한 자원의 차이 등 의료기관 환경을 고려해야 하지만, 국내 모든 의료기관에서 활용한 만한 가이드라인은 본 학회가 제시하였다는 측면에서 큰 의미가 있다.

결국 24. 개별화된 가족 돌봄 제공

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| D        | IIa      |

결국 25. 환자와 가족 교육

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| D        | IIa      |

결국 26. 팀 역할(의료진 간 의사소통)

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| C        | I        |

결국 27. 의료진 교육

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| D        | I        |

결국 28. 팀 관리

| 근거수준 | 권고등급 |
|----------|----------|
| C        | IIa      |

CONFLICT OF INTEREST

No potential conflict of interest relevant to this article was reported.

ORCID

Jinyoung Shin, https://orcid.org/0000-0001-9558-1853
Yoon Jung Chang, https://orcid.org/0000-0001-7750-4213
So-Jung Park, https://orcid.org/0000-0002-5444-0250
Jin Young Choi, https://orcid.org/0000-0002-2138-3480
Sun-Hyun Kim, https://orcid.org/0000-0002-3221-3460
Youn Seon Choi, https://orcid.org/0000-0003-2406-5848
Nam Hee Kim, https://orcid.org/0000-0002-9381-0613
Ho-Kee Yum, https://orcid.org/0000-0002-7929-0906
Eun Mi Nam, https://orcid.org/0000-0003-0108-5352
Nayeon Moon, https://orcid.org/0000-0003-1578-4947
Jee Youn Moon, https://orcid.org/0000-0001-5551-7750
Hee-Taik Kang, https://orcid.org/0000-0001-8048-6247
Jung Hun Kang, https://orcid.org/0000-0001-5013-2683
Jae-Min Park, https://orcid.org/0000-0001-8873-8832

www.kjhpc.org
AUTHOR’S CONTRIBUTIONS

Conceptualization: JYS, YJC, SJP, JYC, YSC, JYS. Data curation: JYS, NYM, HTK, JHK, JMP, CHL, YHK, YHS. Methodology: HTK. Supervision: YJC, SJP, JYC, YSC. Writing – original draft: JYS, SHK, NHK, EMN, MHP, NYM, JYM, HTK, JHK, JMP, CHL, SYK, EJL, SJK, YHK, MJ, YHS. Writing – review & editing: HKY, JYS.

REFERENCES

1. National Institute for Health and Care Excellence. Care of dying adults in the last days of life [Internet]. Care of dying adults in the last days of life (NICE); 2015 [cited 2018 Apr 17]. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/ng31.
2. Registered Nurses’ Association of Ontario. End-of-life care during the last days and hours. Toronto, Ont.: Registered Nurses’ Association of Ontario; 2011.
3. National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 3rd ed. Pittsburgh: National Consensus Project for Quality Palliative Care; 2013.
4. American Society of Clinical Oncology. Patient-physician communication. Alexandria, VA: American Society of Clinical Oncology (ASCO); 2017.
5. Korean Society of Critical Care Medicine. Korean professional consensus for comfort care and withdrawing/withholding in the intensive care unit. Seoul: Korean Society of Critical Care Medicine (KSCCM); 2018.
6. Agency for Healthcare Research and Quality. Palliative care for adults. Agency for Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013.
7. Sociéte québécoise des médecins de soins palliatifs (SQMSP) and the College des médecins du Quebec (CMQ); 2013.
8. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Essential elements for safe and high-quality end-of-life care. Sydney: ACSQHC; 2015.
9. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr 2016;35:545–56.
10. McClave SA, DiBaise JK, Mullin GE, Martindale RG. ACG Clinical Guideline: Nutrition Therapy in the Adult Hospitalized Patient. Am J Gastroenterol 2016;111:315–34.
11. Canadian Coalition for Seniors’ Mental Health. The assessment and treatment of delirium. Toronto, ON: Canadian Coalition for Seniors’ Mental Health; 2014.
12. Cherny NI, ESMO Guidelines Working Group. ESMO clinical practice guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation. Ann Oncol 2014;25 Suppl 3:i143–52.
13. National Comprehensive Cancer Network. NCCN clinical practice guidelines in oncology. Palliative care. Version 1. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2018.
14. O’Driscoll BR, Howard LS, Earls J, Mak V. British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. BMJ Open Respir Res 2017;4:e000170.
15. Maltoni M, Scarpi E, Rosati M, Derni S, Fabbri L, Martini F, et al. Palliative sedation in end-of-life care and survival: a systematic review. J Clin Oncol 2012;30:1378–83.
### Supplementary Table 1. 근거수준 및 권고등급

| 근거수준 | 정의                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A        | 권고 도출의 근거가 명백한 경우 1개 이상의 무작위임상연구 혹은 메타분석 혹은 체계적 문헌고찰                                                                                           |
| B        | 권고 도출의 근거가 신뢰할 만한 경우 1개 이상의 잘 수행된 환자 대조군 연구 혹은 코호트 연구와 같은 비 무작위임상연구                                                                                   |
| C        | 권고 도출의 근거가 있으나 신뢰할 수는 없는 경우 관찰연구, 증례 보고와 같은 낮은 수준의 관련 근거                                                                                                             |
| D        | 권고 도출의 근거가 임상경험과 전문성을 가번으로 한 전문가 의견인 경우                                                                                                                                               |

| 권고 등급 | 정의                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Class I  | 근거수준과 편익이 명백하고, 진료현장에서 활용도가 높은 권고                                                                                                                                                                                                       |
| Class IIa| 근거수준과 편익이 신뢰할 만하고, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 권고의 경우                                                                                                               |
| Class IIb| 근거수준과 편익을 신뢰할 수 없으나, 진료현장에서 활용도가 높거나 보통인 권고의 경우                                                                                                                                 |
| Class III| 근거 수준을 신뢰할 수 없고, 위해적인 결과를 초래할 수 있으면서, 진료현장에서 활용도가 낮은 권고의 경우                                                                                                     |

| 권고의 표기 |                                                                                                           |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 권고함      | (Is recommended)                                                                                         |
| 고려함      | (Should be considered)                                                                                   |
| 고려할 수 있음 | (May be considered)                                                                                            |
| 권고되지 않음 | (Is not recommended)                                                                                     |