

# 성인의 생명연장술 태도에 관한 주관성 연구

최지은<sup>1)</sup> · 정 연<sup>2)</sup> · 김분한<sup>3)</sup> · 전해원<sup>4)</sup> · 김윤숙<sup>5)</sup>

1) 한양대학교 박사, 2) 한양대학교 임상간호정보대학원 임상호스피스전문간호학과 튜터  
3) 한양대학교 간호학과 교수, 4) 한양대학교 간호학과 강사, 5) 한양대학교 의과대학 예방의학교실 연구원

## The Subjectivity of Attitudes Toward Life Support Care

Choi, Jieun<sup>1)</sup> · Jung, Yun<sup>2)</sup> · Kim, Boon-Han<sup>3)</sup> · Jeon, Hye-Won<sup>4)</sup> · Kim, Yoon-Sook<sup>5)</sup>

1) PhD., Department of Nursing, Hanyang University

2) Clinical Instructor, Graduate School of Information in Clinical Nursing, Hanyang University

3) Professor, Department of Nursing, Hanyang University, 4) Lecturer, Department of Nursing, Hanyang University

5) Researcher, Department of Preventive Medicine, Hanyang University

### Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to categorize adult's subjectivity of their attitudes towards life sustaining treatment, and thereby understand the differences among these life sustaining treatment types using Q methodology. **Methods:** Q-methodology, which provides a method of analyzing the subjectivity of each item, was used. Thirty selected Q-statements received from 52 adults were classified into a shape of normal distribution using a 7 point scale. The collected data was analyzed using a QUANL pc program. **Result:** Four types of attitudes toward life sustaining treatment were identified. Type I is called one's autonomy type. Type II is called potentiality of resuscitation type. Type III is called DNR (Do not resuscitation) type. Type IV is called one's effort type. **Conclusion:** The results of the study indicate that different approaches of life support care programs are recommended based on the four types of life

sustaining treatment attitudes among Korean adults.

**Key words :** Life support care, Attitude

### 서 론

#### 연구의 필요성

과학과 의료기술의 발전은 기계에 의한 생명연장을 가능하게 하였다. 그러나 한편으로는 사망의 지연 또는 생존이 의료의 목적이 되어 지나치게 공격적인 의료행위를 자동으로 시술하게 하는 시스템을 강요하게 되었다(Kim, Lee, & Kim, 2003). 생명연장술과 같은 의료 기술의 증가는 죽음을 자연스러운 삶의 과정으로 받아들이고 위엄을 갖춘 죽음을 맞이하도록 하는 일을 어렵게 하고 있다(Anderson, Gladue, Laurie, Skotniski, & Tramer, 1991).

말기 환자에 있어서의 자율성 및 인격존중, 죽음에 대한 정

**주요어 :** 생명연장술, 태도

투고일: 2007년 4월 19일 심사완료일: 2007년 11월 13일

• Address reprint requests to : Jung, Yun

Clinical instructor, Graduate School of Information in Clinical Nursing, Hanyang University  
17 Hangdang-dong Sungdong-gu Seoul 133-791, Korea  
Tel: 82-2-2220-1161 Fax: 82-2-2220-1163 E-mail: jungyun67@paran.com

의, 사전 동의와 품위 있는 죽음을 선택할 권리 등은 치료 중단, 안락사, 뇌사 및 장기이식, 심폐소생술 금지에 대한 결정과 같은 윤리적 딜레마에 봉착하였으며, 죽어가는 과정에서 경험하게 되는 의료수해과정의 생명연장술 시행이 증가할수록 환자의 자기결정권과 삶의 질은 위협을 받게 되며 의료자원 분배의 효율성을 저하시켜 국민 의료비에 과중한 부담을 야기한다(Hur, 2001). 그러므로 필요한 대상자에게 효율적인 생명연장술이 선택적으로 시행될 수 있도록 하는 근거가 요구되는데 이러한 근거에는 의학적 판단뿐만 아니라 개인과 사회 문화적 가치와 같은 비의학적 요소도 포함되어야 할 것이다. 그러나 아직까지 회생이 불가능하며 생명연장술을 중단하면 곧 사망할 가능성이 높다고 판단된 환자에게 생명을 유지하기 위한 의료기술을 계속적으로 적용하는 것이 옳은 것인지에 대한 사회적 합의가 이루어지지 않은 상태이다. 또한, 치료의 계속과 중단을 결정하여야 한다면 결정권은 누구에게 있는지에 관한 논의의 필요성도 제기되고 있다. 외국에서는 임종과정에 있어서 가장 우선적으로 고려되어야 할 것은 당사자의 요구이며, 생명연장술이 삶의 질을 높여주거나 피할 수 없는 죽음의 과정을 도와주는 것이 아닌 단순한 임종의 지연이라는 지적이 대두되면서 잘 죽을 권리를 요구하게 되었다. 따라서 생명연장술의 시작과 중단을 결정하는데 있어서 수혜자인 환자 본인의 요구와 선호도가 최우선적으로 반영될 수 있는 생명연장술 사전선택제(advance directives)를 제도적으로 수용하기 위한 노력을 기울이고 있다(Sidhu, Dunkley, & Egan, 2007; Miyata, Shiraishi, & Kai, 2006; Volker, 2005).

그러나 우리나라는 외국과 비교해 볼 때 생사에 대한 자기 결정권 및 가족 문화에 상당부분 차이가 있어 외국에서 시행되고 있는 생명연장술 사전선택제나 안락사 등에 관한 정책적, 제도적 준비가 필요하다. 따라서 딜레마에 빠져있는 생명연장술에 대한 태도를 확인하고 사회적 합일점을 도출해야 할 필요가 있다.

Sohn 등(1999)에 의하면 말기 암 환자의 처치에 있어서 의사들이 가장 중요하게 여긴 것은 환자의 의견이었으며 그 다음으로는 환자 가족들의 의견이었으며, Choi 등(1998)은 말기 환자의 죽음이 임박해서도 가족이 포기하지 않을 경우 의사의 52.3%가 가족의 의견을 따른다고 하였다. Lee, Kim과 Kim (2002)은 회복가능성이 없으며 스스로 판단하고 결정할 능력이 없는 상황에서 생명연장술을 시행하는 것에 대하여 반대(80.2%)가 훨씬 많았으며, 자신의 임종과정 동안에 회복불능, 판단불능 상태에서 자신에게 생명연장술을 시행하기를 원하는지에 대한 연구(Kim, Kim, & Lee, 2001) 결과에서도 74%가 원하지 않는 것으로 나타났다. 반면에 불치병 환자의 생명연장에 대한 연구(Kim & Park, 1999)에서는 대상자의 가족의 생명연장술 중단에 대하여 33.1%가 반대하는 것으로 나타나

서 생명연장술을 시행해야 하는 대상이 자신일 경우와 타인일 때의 태도가 차이가 있음을 시사하였다.

우리나라에서는 생명연장술에 대한 논의나 연구는 의학계에서 시행된 실태조사나 성공률에 대한 연구가 대부분으로 회생불가, 판단불가능 환자에 대한 치료중단이나 거부의 결정권자가 누구인지, 가족과 의료진의 대처방법은 무엇인지 등의 법적 사회적 장치를 마련하기 위한 논의를 위한 생명연장술에 대한 태도 및 논의에 관한 연구는 없다. 그러나, 임종과정 동안의 의료행위에 대한 자신의 태도를 인식하고 생명연장술에 대해 논의하는 것은 매우 중요하며 환자, 가족, 의료인 모두에게 생의 마지막 과정 동안의 삶의 질을 향상시킬 수 있으므로 매우 필요하다(Fisher, Arnold, & Tulsky, 2000). 생명연장술에 대한 태도는 주관적이고 개별화된 경험으로 개인의 경험적 특성과 사회 문화적 가치관에 따라 다양하며 개인에게 내재되어 있는 관점으로부터 인간 주관성을 스스로 표현하게 하고 이에 대한 독특한 통찰력을 제공하여야하므로 이에 적합한 Q방법론을 적용하여 생명연장술에 대한 태도의 구조의 본질을 파악할 필요가 있다.

그러므로 본 연구는 이러한 연구방법론적 접근을 통해 성인의 생명연장술 태도에 관한 주관적 구조를 파악하여 사회적 논의를 위한 근거 자료를 제공하며, 생의 마지막 과정 동안 환자와 가족의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 간호전략개발의 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

## 연구 목적

본 연구는 생명연장술에 대한 폭넓은 이해를 위해 Q방법론을 적용하여 생명연장술 태도에 대한 주관성을 유형화하고 생명연장술 태도에 대한 유형별 특성과 차이점을 확인함으로써 생명연장술에 대한 사회적 합일점을 찾는 데 기초자료를 제공하고자 하며 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 한국인의 생명연장술에 대한 주관적인 태도 유형을 파악한다.
- 한국인의 생명연장술에 대한 주관적인 태도유형의 특성을 분석·기술한다.

## 용어 정의

생명연장술 : 치료나 회복의 가능성이 없는 가운데 단지 생명을 연장하기위해 시술하는 행위로서 심폐소생술, 인공 영양 및 수액, 인공호흡기를 적용하여 치료하는 것을 말한다(Kim, Lee, & Kim, 2002).

## 연구 방법

## 연구 설계

본 연구는 개인이 가지고 있는 고유한 경험이 바탕이 된 생명연장술에 대한 태도 유형을 파악하기 위하여 Q방법론적 접근을 시도하였다.

## 연구 대상 및 연구 도구

### ● Q 모집단 및 Q 표본의 구성

Q 모집단을 위하여 2005년 11월부터 2005년 12월까지의료인으로는 간호사 3명, 의사 2명, 비의료인으로는 청년 2명, 성인 3명, 노인 2명을 대상으로 면담을 시행하였다. 면담시에는 생명연장술에 대한 느낌은 어떠합니까? 자신의 죽음에 앞서 준비되어야 한다고 생각하는 것은 무엇입니까? 나 자신과 생명연장술은 어떤 관련이 있습니까? 가족이나 지인과 생명연장술은 어떤 관련이 있습니까? 생명연장술을 시행하는 데는 어떤 조건이 있을까요? 삶과 죽음은 어떤 것일까요? 등의 개방형 질문을 활용하였으며 이 외에 생명연장술 및 죽음과 관련된 문헌과 선행연구 고찰을 시행하였다. 이와 같은 과정을 통해 추출된 자료는 모두 문항별로 진술문이 중복되지 않도록 정리하였으며, 여러 번의 검토를 통해 생명연장술에 대한 윤리적 요인, 가족 환경적 요인, 의료 환경적 요인, 사회 환경적 요인, 경제적 요인 등으로 구분하며 총 103개의 진술문을 추출하였다. Q 진술문을 선정하기 위해서는 준비된 Q 모집단을 생명연장술에 대한 태도가 범주화될 때까지 여러 번 반복하여 읽으면서 분류하였으며 각 주제별 범주를 가장 잘 대표한다고 생각되거나 변별력이 높은 의미를 나타내는 진술문을 선택한 후 각 진술에 대해 긍정, 부정문을 작성하고 Q방법론 전공 교수 1인의 자문을 얻어 최종적으로 30개의 Q 진술문을 선정하였다. 또한 타당도를 높이기 위해 비의료인으로는 성인 1인, 노인 1인, 의료인으로는 의사 1인, 간호사, 1명, 간호학 박사 1명, 대학원 간호학 전공 박사과정중인 학생 1명에게 각 진술문에 대한 이해도와 명확성 여부를 검토하고 수정하여 30개의 Q 표본을 최종적으로 선정하였다.

### ● P 표본의 표집방법

Q 방법론은 개인 내의 중요성의 차이를 다루는 것이므로 P 표본의 수와 선정에는 제한을 받지 않으며 P 표본이 커지면 한 인자에 여러 사람이 편중되어 특성이 명확히 드러나지 않는다는 소 표본이론에 따라(Kim, 1992) 20세 이상 60세 이하의 성인 중 의료인, 비의료인, 연령, 종교, 자원봉사 활동 여부 등을 적절히 고려하여 총 52명을 임의 선출하였다. P 표본 대상자에게 Q-진술문을 읽게 한 후 의문이 있거나 이해가 되지 않는 문항의 여부를 확인하고, 연구의 목적과 방법을 설명

하고 동의를 구한 후, 나이, 종교 유무, 배우자 및 자녀의 유무, 직업, 질병 유무 등 인구사회학적 특성을 파악하기 위한 질문지와 함께 작성하도록 하였다.

## Q 표본 분류 및 자료 분석 방법

자료의 처리는 Q표본 분포도에 기록된 진술문항 번호를 확인하여 가장 동의하지 않은 문항(-3)을 1점으로 하여 2점(-2), 3점(-1), 중립 4점(0), 5점(+1), 6점(+2), 가장 동의하는 문항(+3)에 7점으로 점수화하여 코딩하였다. 가장 바깥쪽에 놓인 양극단의 2개의 진술문에 대해서는 선택이유를 기입하도록 하였고 추후 면담을 실시하여 기록하였다. 자료의 분석은 PC Quanl Program을 이용하여 처리하였으며 Q요인분석은 p 표본을 축으로 하는 주요인분석(principle component factor analysis) 방법을 이용하였다. 가장 이상적인 결정을 위해 Eigenvalue 1.0이상을 기준으로 요인 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 최선이라고 판단된 유형을 선택하였다.

선택된 각 유형은 유형별 각 진술문의 표준점수(Z-score)가  $\pm 1.00$ 이상인 항목을 중심으로 유형별 특성을 기술하였고, 개별 진술 항목에서 다른 유형과 점수 차이가 많이 나는 항목을 발췌하여 분석하였다. 각 유형의 전형적인 사람(인자 가중치 1.00이상)을 중심으로 Q-sorting 당시 개별 심층면담을 통하여 수집한 자료를 통합하여 결과를 해석하고 유형을 명명하였다. 연구자들이 명명한 유형은 Q 방법론으로 간호학 박사학위논문을 저술하고 그 외에도 Q방법론을 이용하여 10편 이상의 간호과학분야 학술지에 논문을 게재하거나 지도한 간호학박사에게 각 유형의 명명과 기술이 타당한지의 여부를 검토 받았다.

## 연구 결과

### 생명 연장술에 대한 Q-유형의 형성

생명 연장술은 Q-표본을 분류하여 요인 분석한 결과 네 가지 유형으로 분류되었다. 이들 요인은 전체 변량의 52.23%를 설명하고 있으며, 각 유형별 변량은 제 1유형은 35.61%, 제 2유형은 7.31%, 제 3유형은 5.12%, 제 4유형은 4.18%로 나타났다<Table 1>.

<Table 1> Eigen values and variances for each type

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Eigen value	18.52	3.80	2.66	2.17
Variance	.36	.07	.05	.04
Cumulative variance	.36	.43	.48	.52

전체 연구대상자 52명 가운데 제 1유형 24명, 제2유형은 14명, 제 3유형은 8명, 제 4유형은 6명으로 분류되었다. 각 유형

내에서 인자가중치가 높은 사람일수록 그 속한 유형의 대표적인 사람인데, 인자가중치가 1.0이상인 사람이 제 1유형에

<Table 2> Demographic characteristics and factor weights of P-samples

(N=52)

Type	Id	Factor weight	Age	Religion	Spouse	Child	Occupation	Illness
1 (N=24)	5	.2555	53	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	8	.6578	48	Yes	No	No	Researcher	No
	9	.2195	27	Yes	No	No	Student	No
	10	2.1037	27	Yes	No	No	Student	No
	14	.6370	52	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	15	.8402	29	Yes	No	No	Doctor	No
	16	.7595	26	Yes	No	No	Student	No
	17	1.3408	38	No	Yes	Yes	Nursing dept. lecture	No
	19	.9596	33	Yes	Yes	Yes	Doctor	No
	21	.4514	36	No	Yes	Yes	Doctor	No
	22	1.4519	31	Yes	Yes	Yes	Doctor	No
	23	1.2892	29	No	Yes	No	Doctor	No
	24	1.3836	36	Yes	No	No	Visiting nurse	No
	26	1.6725	57	Yes	Yes	Yes	Visiting nurse	Yes
	27	3.1994	48	Yes	Yes	Yes	Visiting nurse	No
	28	1.3142	32	Yes	Yes	Yes	Nurses	No
	35	.7001	34	No	Yes	Yes	Office worker	No
	41	1.5058	37	Yes	Yes	Yes	Nursing dept. lecture	Yes
	43	.6581	33	Yes	Yes	Yes	Office worker	No
	45	.7926	36	Yes	Yes	Yes	Office worker	No
	49	2.5013	38	Yes	Yes	Yes	Shopkeeper	No
	50	.6551	39	Yes	Yes	Yes	Shopkeeper	No
	51	.9572	40	Yes	Yes	Yes	Shopkeeper	No
	52	.7044	38	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
2 (N=14)	1	1.0743	30	Yes	Yes	No	Doctor	No
	2	.5470	26	No	No	No	Doctor	No
	4	1.1230	65	No	Yes	No	Housewife	Yes
	6	1.4312	58	Yes	No	Yes	Teacher	No
	11	1.0428	53	Yes	No	Yes	Hair dresser	No
	13	.4094	44	Yes	Yes	Yes	Hair dresser	No
	25	.6654	51	Yes	Yes	Yes	Health center officer	Yes
	29	.7754	43	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	30	.8849	40	Yes	Yes	Yes	Housewife	Yes
	37	.7347	40	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	39	1.6800	47	No	Yes	Yes	Salary man	Yes
	46	.4650	29	No	No	No	Office worker	No
	47	.7728	32	No	No	No	Office worker	No
	48	.7893	40	Yes	Yes	Yes	Office worker	No
3 (N=8)	3	.4544	31	Yes	Yes	Yes	Nursing dept. lecture	No
	18	1.0190	42	No	Yes	Yes	Office worker	No
	31	.8148	38	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	33	1.2830	34	No	Yes	Yes	Office worker	Yes
	36	.8764	41	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	38	1.6504	37	No	Yes	Yes	Housewife	No
	40	1.0778	37	Yes	Yes	Yes	Housewife	No
	42	.9079	64	Yes	Yes	Yes	Doorkeeper	Yes
4 (N=6)	7	.6487	28	Yes	No	No	Researcher	No
	12	1.2270	26	Yes	No	No	Hair dresser	No
	20	.3860	33	Yes	Yes	Yes	Doctor	No
	32	.3425	44	Yes	Yes	Yes	Shopkeeper	Yes
	24	.2148	34	Yes	Yes	No	Housewife	No
	44	.3368	43	Yes	Yes	Yes	Salary man	No

10명, 제 2유형에 5명, 제 3유형에 4명, 제 4유형에 1명이 속해 있었다. 인구학적 특성 중 3유형에 속한 대상자는 전원이 배우자가 있는 것으로 나타났으며 4유형에 속한 대상자는 모두 종교를 가지고 있는 것으로 나타났다<Table 2>.

### 생명 연장술의 유형별 특성

각 유형이 자신에게 가장 해당되거나 가장 해당되지 않는다고 선택한 진술문 중 유형별 표준점수(Z-score)가  $\pm 1.00$  이상인 항목을 중심으로 유형별 특성을 기술하였고, 개별 진술 항목에서 다른 유형과 점수 차이가 많이 나는 항목을 발췌하여 분석하였다. 또한 유형별 대상자의 특성을 보다 구체적으로 파악하기 위해 각 유형의 전형적인 사람(인자 가중치 1.00 이상)을 중심으로 Q-sorting 당시 개별 심층면담을 통하여 수집한 자료를 통합하여 결과를 해석하였으며, 그 결과는 다음과 같다.

#### ● 제 1유형(자율성 중시형)

제 1유형은 자신의 삶과 죽음에 대하여 스스로의 자율성을 중요시하며 죽음에 직면하기 전에 생명연장술 여부, 장기공여 및 이식에 대한 결정을 내리는 것이 좋다고 생각하는 형으로 자율성중시형이라고 명명하였다.

제 1유형의 대상자가 가장 높은 동의를 보인 진술문은 사전 결정의 중요성에 대한 것으로 “살아있을 때 어떻게 죽을 것인지를 미리 결정하는 것이 필요하다”, “내가 죽기 전에 나의 생명연장술 여부를 유서에 남기고 싶다”, “죽음이 가까워지면 내 생명에 대한 결정을 잘 내리지 못할 수 있으므로 지금의 결정을 따라 주었으면 좋겠다” 등으로 나타났다. 가장 낮은 동의를 보인 진술문은 “집에서 죽음을 맞이하였더라도 생명연장술을 위해 병원으로 가야한다”, “생명연장술을 해서라도 살아 있을 수만 있다면 가치 있는 것이다” 등으로 무조

건적이고 인위적인 생명연장에 대한 요구가 낮은 것으로 나타났다<Table 3>.

제 1유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 긍정적인 진술문 역시 “내가 죽기 전에 나의 생명연장술 여부를 유서에 남기고 싶다”, “살아있을 때 어떻게 죽을 것인지를 미리 결정하는 것이 필요하다”, “죽음이 가까워지면 내 생명에 대한 결정을 잘 내리지 못할 수 있으므로 지금의 결정을 따라 주었으면 좋겠다” 등으로 자신의 죽음에 대해 미리 타인에게 알리고자 하는 내용이 높았으며, 부정적 진술문도 역시 “내가 판단 능력을 상실했을 때는 의사가 대리인이 되었으면 좋겠다”, “생명연장술이나 죽음에 대해서는 미리 걱정하고 싶지 않다” 등으로 타인에 의해 자신의 삶의 마지막 과정인 죽음에 변화가 발생하는 것을 원치 않았다.

제 1유형은 전체 대상자 52명중 24명으로 가장 많은 수를 나타내었고, 16명의 의료진중 11명이 이 유형에 포함되었다. 제 1유형을 대표하는 대상자는 48세의 호스피스 방문 간호사로서 “호스피스 대상자를 간호하면서 나 자신은 미리 어떻게 죽을 것인지 어떻게 장례의식을 할 것인지를 결정해 놓아 가족들이 의무감에 의해서 의사 결정하는 것이 싫다”라고 진술하였다. 또 다른 대상자는 38세의 자영업자로서 “어떻게 죽을 것인지 미리 생각하지 않는 것은 무책임한 일이다”라고 표현하였다.

#### ● 제 2유형(회생가능성 중시형)

제 2유형은 죽음은 자연스러운 과정으로 인정해야하지만 생명 연장술을 통해서 살 가능성이 있거나 젊은 사람인 경우 등 상황에 따라서 생명연장술을 해야 된다고 생각하는 형으로 회생가능성 중시형이라고 명명하였다.

제 2유형의 대상자가 가장 높은 동의를 보인 진술문은 “생명연장술이나 죽음에 대해서는 미리 걱정하고 싶지 않다”, “뇌사상태, 말기질환, 식물인간상태에 있는 경우는 생명연장술

<Table 3> Descending array of Z-score and item descriptions for type 1

Item No.	Q-statement	Z-score
12	Death should be accepted as a natural life cycle.	1.77
4	The choice of patient is the most respectable factor in the treatment which is under critical status.	1.58
28	It is necessary to decide in advance how to die when I am alive.	1.38
21	The systematic principles or rules (regulations) applicable for pre decision on a life sustaining treatment should be in place.	1.21
1	I want to leave in my testament whether I may take a life sustaining treatment before my death.	1.16
29	I want to make decision on donation or transplantation before my death	1.11
17	A life sustaining treatment may be taken if I can afford to it.	-1.03
3	I hope that my doctor would be my proxy when I lose my judgment.	-1.22
5	It is a terrific action not to take life sustaining treatment.	-1.42
16	I want to take a life sustaining treatment when I die.	-1.50
7	It would be valuable if I could survive although a life sustaining treatment was taken.	-1.61
30	I should go to hospital for a life sustaining treatment even if I confront my death at home.	-1.93

&lt;Table 4&gt; Descending array of Z-score and item descriptions for type 2

Item No.	Q-statement	Z-score
12	Death should be accepted as a natural life cycle.	2.02
6	It would be better not to take a life sustaining treatment when a patient is in neomort, terminal stage and vegetable status.	1.57
15	I do not want to concern about a life sustaining treatment or death in advance.	1.46
23	It may be a pain for family to extend life of an impossible patient through a life sustaining treatment.	1.40
4	The choice of patient is the most respectable factor in the treatment which is under critical status.	1.33
18	It should be taken once if a patient is young.	1.26
30	I should go to hospital for a life sustaining treatment even if I confront my death at home.	-1.18
17	A life sustaining treatment may be taken if I can afford to it.	-1.24
7	It would be valuable if I could survive although a life sustaining treatment was taken.	-1.25
5	It is a terrific action not to take life sustaining treatment.	-1.59
16	I want to take a life sustaining treatment when I die.	-1.89

을 하지 않는 것이 낫다”, “젊은 사람일 경우는 한번은 해봐야 한다” 등 상황에 따른 생명 연장술의 가능성을 나타냈다. 가장 낮은 동의를 보인 진술문은 “내가 죽을 때 생명연장술을 받고 싶다”, “경제적으로 여유가 있는 경우는 생명연장술을 해도 된다” 등으로 자신의 죽음이나 경제적인 여건에 따른 생명 연장술에 대해서는 낮은 요구도를 나타냈다<Table 4>.

제 2유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 긍정적인 진술문 역시 “젊은 사람일 경우는 한번은 해봐야 한다”, “생명연장술이나 죽음에 대해서는 미리 걱정하고 싶지 않다”, “생명연장술을 해도 죽을 사람은 죽는다” 등으로 생명 연장술로 인한 회복의 가능성을 고려한 내용들이 높았다. 부정적 진술문은 “경제적으로 여유가 있는 경우는 생명연장술을 해도 된다”, “환자가 생명연장술을 사전 선택하는 것은 의사의 결정을 도와주는 것이다”, “생명연장술은 요구하는 사람한테만 해주는 것이다” 등으로 경제적 여유나 환자의 자기결정에 의한 생명 연장술은 원치 않았다.

제 2유형은 전체 대상자 52명중 14명으로 종교, 직업들이 다양하게 분포되어 있었다. 제 2유형을 대표하는 대상자는 58세로 현재 남편은 사별하고 자녀가 둘인 둔 교사로 “나 자신은 생명 연장술을 하면서까지 산다는 것은 의미가 없지만 사랑하는 가족이라면 사별보다는 연장술을 통한 삶이라도 원하

고 싶다”라고 표현하였다. 다른 대상자는 현재 갑상선 질환을 가진 47세의 쉐리리맨으로 “치료가 불가능한 사람에게 생명 연장술은 환자의 입장에서 가족에게 정신적·경제적인 큰 고통일 것 같다”라고 하였다.

#### ● 제 3유형(거부형)

제 3유형은 생명연장술은 가족과 본인에게 고통만 주는 것으로 인간은 편하고 깨끗한 죽음을 맞이할 권리가 있다고 생각하는 형으로 거부형이라고 명명하였다.

제 3유형의 대상자가 가장 높은 동의를 보인 진술문은 인위적인 생명연장술은 본인과 가족에게 고통일 뿐이라고 생각하는 것으로 “치료 불가능한 환자를 생명연장술을 통해서 살려두는 것은 가족에게 고통일 수 있다”, “생명연장술을 하면 신체적인 고통이 따를 것이다” 등으로 나타났다. 가장 낮은 동의를 보인 진술문은 “생명연장술을 해서라도 살아 있을 수만 있다면 가치 있는 것이다”, “내가 죽을 때 생명연장술을 받고 싶다”, “생명은 고귀한 것이므로 생명연장술을 하는 것은 당연하다” 등으로 생명 연장술에 대해 강하게 거부하는 것으로 나타났다<Table 5>.

제 3유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 긍정적인 진술문 역시 “뇌사상태, 말기질환, 식물인간상태에 있는 경우는 생명

&lt;Table 5&gt; Descending array of Z-score and item descriptions for type 3

Item No.	Q-statement	Z-score
6	It would be better not to take a life sustaining treatment when a patient is in neomort, terminal stage and vegetable status.	2.09
12	Death should be accepted as a natural life cycle.	1.89
23	It may be a pain for family to extend life of an impossible patient through a life sustaining treatment.	1.85
26	Physical pain will be followed after a life sustaining treatment.	1.07
1	I want to leave in my testament whether I may take a life sustaining treatment before my death.	-1.06
24	It is right to take a life sustaining treatment because life is so valuable	-1.16
5	It is a terrific action not to take life sustaining treatment.	-1.18
30	I should go to hospital for a life sustaining treatment even if I confront my death at home.	-1.36
16	I want to take a life sustaining treatment when I die.	-1.75
7	It would be valuable if I could survive although a life sustaining treatment was taken.	-2.03

연장술을 하지 않는 것이 더 낫다”, “생명연장술을 하면 신체적인 고통이 따를 것이다” 등으로 생명연장술에 대해 강하게 부정한 내용들이 높았으며, 부정적 진술문도 역시 “생명연장술을 해서라도 살아 있을 수만 있다면 가치 있는 것이다”, “내가 죽기 전에 나의 생명연장술을 받을지 유서에 남기고 싶다” 등으로 생명 연장술에 대한 부정적 가치를 내포하고 있었다.

제 3유형을 대표하는 대상자는 종교가 없는 37세의 가정주부로 “나 자신뿐만 아니라 회생 가능성이 없는 아픈 사람들도 생명연장술을 받으면서까지 살고 싶지 않을 것이며, 건강하지 않고 아픈 상태로 생명을 유지하고 싶지 않다”라고 하였다. 또 다른 대상자는 “생명 연장술로 인해 살아만 있다는 것은 아무런 의미나 가치가 없는 일이다”라고 표현하였다. 또한 3유형에 속한 의료진은 간호학과 강사가 유일하였는데 추후 면담을 통해서 그녀는 임상에서 근무한 곳이 중환자실이었으며 그곳에서 심폐소생술을 받는 환자들은 매우 고통스러워 하였으며 예후도 좋지 못한 것을 경험하였다고 하였다. 제 3유형에 속한 대상자 전원은 배우자 및 자녀가 있는 것으로 나타났다. 추후 면담을 분석한 결과 이 유형에 속한 사람들은 자신에게 생명연장술을 시행했을 경우 이로 인한 가족의 심리적, 경제적 부담감을 매우 불편해 하는 것으로 나타났다.

#### ● 제 4유형(최선행)

제 4유형은 죽음을 삶의 자연스런 한 과정임과 동시에 삶은 가치있는 것으로 마지막까지 생명을 연장하기 위한 노력을 기울이는 것을 긍정적으로 생각하는 형으로 최선행이라 명명하였다.

제 4유형의 대상자가 가장 높은 동의를 보인 진술문은 “생명연장술은 요구하는 사람한테만 해주는 것이다”, “환자가 생명연장술 사전 선택하는 것은 의사의 결정을 도와주는 것이

다”, “경제적으로 여유가 있는 경우는 생명연장술을 해도 된다” 등이며 가장 낮은 동의를 보인 진술문은 “생명연장술을 해도 죽을 사람은 죽는다”, “뇌사상태, 말기질환, 식물인간상태에 있는 경우는 생명연장술을 하지 않는 것이 더 낫다”, “생명연장술은 인간이 고귀하게 죽을 권리를 빼앗는 것이다”, “생명연장술 여부를 미리 결정하는 환자의 사기를 저하시켜 회복을 지연시킬 수 있다” 등으로 환자의 신체적 상태에 무관하게 고귀한 생명을 위해 끝까지 최선을 다해야한다고 생각하는 것으로 나타났다<Table 6>.

제 4유형이 다른 유형에 비해 차이가 큰 긍정적인 진술문은 “경제적으로 여유가 있는 경우에는 생명연장술을 해도 된다”, “생명연장술을 해서라도 살아 있을 수만 있다면 가치 있는 것이다”, “내가 죽을 때 생명연장술을 받고 싶다”, “생명연장술은 요구하는 사람한테만 해주는 것이다”, “환자가 생명연장술 사전 선택하는 것은 의사의 결정을 도와주는 것이다” 등이며, 부정적 진술문도 “생명연장술을 하면 신체적인 고통이 따를 것이다”, “죽기 전에 시신기증이나 장기이식을 미리 결정하고 싶다”, “생명연장술을 해도 죽을 사람은 죽는다”, “뇌사상태, 말기질환, 식물인간상태에 있는 경우는 생명연장술을 하지 않는 것이 더 낫다” 등이다.

제 4유형을 대표하는 대상자는 26세의 미혼 미용사로 “죽음이 확정된 것이 아니기 때문에 살아있는 동안은 최선을 다해서 살려야 한다”라고 표현하였다. 또한 연구에 참여한 대부분의 의사들은 제1유형에 분포되어있는데 반해 4유형에 속한 의사가 있어 추후 면담을 실시했는데 그는 정신과 전문의로 레지던트 이후로 생명연장술에 대한 경험이 없는 것으로 나타났다. 또한 제 4 유형에 속한 모든 대상자는 종교가 있는 것으로 나타났는데 추후면담을 분석한 결과 신이 주신 생명은 고귀한 것이므로 인간은 할 수 있는 한 최선을 다해야 한다는 생각 사에 관한 가치관 형성에 종교의 영향이 큰 것으

<Table 6> Descending array of Z-score and item descriptions for type 4

Item No.	Q-statement	Z-score
12	Death should be accepted as a natural life cycle.	1.75
2	A life sustaining treatment is only taken the person who requires it.	1.58
13	Deciding a life sustaining treatment by a patient in advance helps doctors' decision.	1.50
17	A life sustaining treatment may be taken if I can afford to it.	1.41
15	I do not want to concern about a life sustaining treatment or death in advance.	1.23
14	Deciding on whether a life sustaining treatment take in advance would delay recovery of patient by becoming demoralized.	-1.00
26	Physical pain will be followed after a life sustaining treatment.	-1.03
22	A life sustaining treatment deprives humans of his rights to die valuably.	-1.07
5	It is a terrific action not to take life sustaining treatment.	-1.17
9	If I would give up taking a life sustaining treatment, my family would give me up more easily.	-1.23
6	It would be better not to take a life sustaining treatment when a patient is in neomort, terminal stage and vegetable status.	-1.82
27	Human coping with death will die even if a life sustaining treatment is taken.	-1.91

로 나타났다.

#### ● 모든 유형에서 일치된 의견

본 연구에서 분석된 네 유형은 각각의 특성을 나타내고 있으나 총 4개의 문항에 대하여 일치된 의견을 보이고 있다 <Table 7>.

모든 대상자들이 공통적으로 긍정하거나 부정한 항목을 통하여, 죽음을 자연스러운 삶의 과정으로 받아들여야 하는 것에 대해서는 긍정을 나타냈으며, 내가 아닌 타인이 자신의 생명의 지속 여부를 결정하는 것에 대해 부담스러워했다. 반면에, 막상 죽음이 닥쳐오면 생명연장술에 대한 현재의 생각이 바뀔 수 있다는 것과 생명연장술을 시행하지 않는 것은 살인 행위라는 생각에 대해서는 부정적인 반응을 보였다.

## 논 의

인간의 죽음과 관련된 문제들 중 생명연장술은 자의 퇴원, 직접 및 간접적 안락사, 장기 이식과 뇌사 판정, 호스피스 등과 관련되어 사회적으로 서로 다른 많은 의견들이 제시되어 오면서 많은 혼란을 빚고 있다. 특히, 무의미한 생명연장술은 부가적 고통을 수반하며 인간의 존엄스러운 죽음을 침해하는 경우가 있어, 사망이 예기되는 회복 불가능한 말기 환자나 회생가능성이 희박한 장시간 심폐정지환자에서는 소생술이 환자의 존엄하게 죽을 권리를 빼앗을 수 있다는 취지하에 이미 미국에서는 적절한 소생술의 사용에 대한 지침을 입법화하기 시작하였다. 그러나, 우리나라의 경우에는 호스피스관련 의료인을 중심으로 한 필요성에 대한 논의가 있을 뿐 법적·제도적 장치 마련에 대한 공식적인 논의가 미비한 실정이다.

따라서, 본 연구는 우리나라 성인의 생명연장술에 대한 주관적 의미와 유형을 파악해 봄으로써, 환자의 인간으로서의 존엄성 회복을 위한 생명연장술과 관련된 사회적 합의와 제도적·법적 장치 마련에 기틀을 제공하는 데 기여할 수 있을 것으로 사료된다.

본 연구에서 나타난 생명연장술 태도에 관한 유형은 자율성 중시형, 회생가능성 중시형, 거부형, 최선형의 4가지로 유형화되었다. 제 1유형(자율성 중시형)에 속한 대상자들은 환자의 자기결정권에 대하여 가장 긍정적인 반응을 보였다. 연구

에 참여한 의사 중 대부분이 이 유형에 속해있었는데 Sohn 등(1999)에 따르면 조사 대상이었던 의사 중 33%는 치료중단을 환자 본인이 직접 결정해야 하므로 미리 서면으로 작성되어야 한다고 보고한 결과와 맥을 같이한다. Choi 등(1998)도 DNR(Do Not Resuscitation) 동의서의 작성에 따라 말기 환자의 심폐 정지시의 치료에 차이가 있어 말기 환자의 진료를 담당하는 의사는 사전에 환자 및 가족과 심폐정지 시의 상황에 대한 충분한 의견교환이 요구되며 필요시 DNR동의서를 작성함으로써 무의미한 심폐소생술로 인한 환자의 고통연장을 줄일 수 있다고 하였다. 의사들은 54%가 현 제도에서 생명연장술 중단을 결정할 수 있지만 85%가 치료중단을 결정할 때 도덕적으로 어려움을 겪는다고 하였다. Lee, Jo, Won과 Lee (1994)에 의하면 의사를 대상으로 한 연구에서 조사 대상자의 37.8%는 심폐소생술 금지 지시를 내리고도 심폐정지시 소생술을 시행하였는데 이유는 보호자가 없어서, 환자에게 합당한 심폐소생술 금지인지 확신이 안서서, 아무것도 안할 수 없어서, 보여주기 위하여, 도리인 것 같아서, 혹시나 하는 심정으로, 상태가 좋아지다 발생한 심정지여서, 예상보다 빠른 심폐정지여서 등 우유부단한 태도를 보이거나 심폐소생술에 대하여 많은 갈등을 겪고 있는 것으로 나타났다. 또한 27.6%의 대상자는 자신이 결정한 심폐소생술 금지가 법적 문제 발생의 소지가 있다고 생각하고 있었으며 77.9%가 적절한 심폐소생술 금지 지시를 위한 일정한 표준지침이 필요하다고 하였다. 또한 앞으로 일어날 수 있는 의식불명상태나 죽음에 대해 논의하기를 꺼려할 것이라는 사회적 통념과 다르게 생명연장술에 관해 논의하기 원하였고(Emanuel, Barry, Stoeckle, Ettelson, & Emanuel, 1991) 이러한 논의가 의사와 환자 간 일어날 수 있는 불확실성을 줄여주고 미래에 내려야 할 결정을 용이하게 해주며 의사가 법적 제재를 받을 수 있는 가능성으로부터 해방시켜 준다고 하였다. 따라서, 사회적으로는 임종에 있어서 인간의 자율성을 존중받을 수 있도록 법적 제도적 장치의 구축 및 적용이 요구되며 임상에 있어서는 무의미한 심폐소생술의 시행을 줄일 수 있도록 환자 및 가족과의 심도 있는 의사소통을 통한 간호접근이 요구된다.

제 2유형(회생가능성 중시형)은 대상자의 나이, 질병의 예후 등 생명연장술의 반응 및 성과 등을 고려하여야 한다는 의견에 가장 긍정적으로 나타났다. 외국의 경우 심폐소생술 후 생

<Table 7> Common items in all life sustaining treatment type

Item No.	Q-Statement	Z-Score
12	Death should be accepted as a natural life cycle.	1.86
10	It would be a big burden for me to decide whether a life sustaining treatment may be taken or not to my family.	.44
19	It may change my current thought on a life sustaining treatment when the last moment comes.	-.05
5	It is a terrific action not to take life sustaining treatment.	-1.34



존하여 퇴원하는 경우가 14-24%로 보고되고 있으며 퇴원 후 1년 생존율은 6%로 알려져 있으며 4년까지 생존하는 경우도 있다. 우리나라의 경우 심폐소생술 후 살아서 퇴원한 환자는 없었고 가장 오래 생존한 일수는 78일로 보고되고 있는데 이렇듯 외국의 경우와 차이가 나는 이유는 말기환자의 분포가 많고 심실 빈맥 환자에 대한 처치가 늦게 이루어지기 때문이라고 보고하고 있다(Kim, Shin, & Ahn, 2002). 심폐소생술을 시행한 대상자 중 가장 많은 분포를 차지하고 있는 질환은 말기 암환자로 심폐소생술의 대상의 선택에 신중하여야 할 필요성과 이들을 대상으로 존엄하고 편안한 죽음을 맞이할 수 있게 도와주는 호스피스와 홍보 및 실천이 많이 필요한 것으로 보인다. Chellel(1993)은 심폐소생술을 실시할 때는 그 대상자의 선택이 매우 중요하며 간호사는 언제 삶이 자연스럽게 끝나는지에 민감해야 하며 도움이 된다면 CPR(Cardiopulmonary Resuscitation)을 제한하는 것이 허락되어야 한다고 하였다. 따라서 간호사는 회생가능성이 있는 환자의 응급상황에 대한 처치가 원활히 이루어질 수 있는 대처능력을 배양하는 한편 말기암환자 등과 같은 환자 및 가족에게는 호스피스에 대한 적극적인 홍보와 함께 환자와 가족이 죽음을 삶의 한 과정으로 받아들이고 의미있는 삶을 마감할 수 있는 심리적 간호가 요구된다.

제 3 유형(거부형)은 심폐소생술 등 과학기술 등으로 삶을 연장하는데 따른 병폐에 대하여 깊이 인식하고 있는 것으로 나타나 인위적인 삶의 연장을 배제하고 자연스러운 죽음의 과정을 받아들이기 원하는 것으로 나타났다. Kim, Kown과 Lim(2003)도 성인과 노인을 대상으로 한 연구에서 좋은 죽음의 하나로 무의미한 생명연장술을 받지 않는 것과 호스피스를 받는 것으로 보고한 결과와 맥을 같이한다. 또한 Choi 등(1998)이 의사를 대상으로 한 연구에서도 말기 환자에서의 생명유지 장치 사용에 대하여 필요하지 않거나 경우에 따라 필요하지 않다는 응답이 각각 56.9%, 29.2%로 전체의 86.1%를 보였다. 제 3 유형에 속한 대상자들은 심폐소생술에 대한 좋지 않은 과거의 경험을 가지고 있는 경우가 있다. 이러한 경험의 한 가지로 대중매체를 들 수 있다. Godkin과 Toth(1994)는 TV를 통해 본 심폐소생술은 심폐소생술의 결과에 영향을 미친다고 하였다. 국내 TV프로그램의 경우 병원에서의 환자의 사망 장면에는 심폐소생술을 시행한 후 실패를 하는 장면이 자주 그려진다. 이러한 대중매체를 통한 간접적인 심폐소생술의 경험이 심폐소생술을 결정하는데 대한 직접적인 영향을 미칠 수 있으므로 대중매체를 통한 심폐소생술에 대한 객관적 조명과 함께 깊고 다각적인 논의가 필요하다.

제 4 유형(최선형)은 꼭 건강한 상태가 아니더라도 살아있는 생명자체가 소중한 것이므로 끝까지 최선을 다해야 한다는데 가장 긍정적인 태도를 나타냈다. Kim, Lee와 Kim(2002)에 따

르면 생명연장술 시행 이유를 ‘어쨌든 생명을 유지하기 위해’라고 응답한 경우가 가장 많아 끝까지 최선을 다할 것을 선택하였는데 생명연장술 결정 논의 참여자중 아들이 가장 많았고 그다음으로 의사, 딸, 배우자의 순으로 나타나 가족의 죽음 앞에서 이성적이기 보다 감정과 도리를 중시하는 우리의 정서를 드러낸 것으로 생각된다. 특히, 자식의 도리로 할 수 있는데 까지 해야 하는 의무로서의 견해를 피력한 것이었다. 또한 Sohn 등(1999)에 따르면 조사대상자의 40.5%가 심폐소생술 금지가 상황에 따라 필요하다고 하였는데, 그 이유에 대해 존엄한 모습으로 임종할 수 있도록 하기 위해서, 많은 노력이 소용이 없다는 것을 알기 때문에, 인공호흡기, 수분 및 영양공급 등 다른 치료를 하지 않을 수 있으므로, 경제적 부담이 커지기 때문 순으로 대답하여 본 연구의 경제적 여건과 기대되는 환자의 예후에 따라서 심폐소생술 여부를 결정하는 것으로 나타난 결과와 맥을 같이한다. 또한 제 4 유형에 속한 모든 대상자는 종교가 있는 것으로 나타났는데 추후면담 결과에 의하면 신이 주신 생명은 고귀한 것이라는 생각과 사에 관한 가치관형성에 종교의 영향이 큰 것으로 나타났다. 이는 종교에 따라 삶을 권리로 볼 것인지 의무로 볼 것인지에 대한 견해가 영향을 미치고 기독교의 경우 종교가 없는 경우에 비하여 삶과 죽음을 의무로 인식하고 인간의 인위적인 힘으로 이를 연기하건 변경할 수 있는 것이 아니라고 인식하여 생명연장술을 중단해야 한다는 Park(2004)의 결과와 상충한다. 그러나, 두 결과가 모두 종교가 삶과 죽음에 대한 태도에 어떤 영향을 미치고 있음을 시사하므로 생사와 관련된 윤리문제나 호스피스 간호시에 영적 영역은 매우 중요한 부분으로 다루어져야 함을 알 수 있다.

의료진의 유형에 따른 분포를 살펴보면 대부분의 의사 및 간호사가 제 1유형과 제 2유형에 속한데 반해 제 3유형에는 의사가 없었고 간호사가 한명 속해 있었으며 제 4 유형에는 한 명의 의사가 속해 있었다. 4유형에 속한 의사와 추후 면담을 실시한 결과 다른 유형의 의사들은 대부분 내과 및 외과 계로 생명연장술의 많이 경험하였으나 이 대상자는 정신과 전문의로 생명연장술에 대한 경험이 매우 적은 것으로 나타났다. 또한 3유형에 속한 간호사는 과거 중환자실에서 근무하면서 심폐소생술에 대한 부정적 경험이 있는 것으로 나타났다. 이는 의료진의 나이, 종교, 전문분야에 따라 안락사에 대한 태도가 매우 다른 것으로 보고한 Verpoort, Gastmans, De Bal과 Dierckx de Casteria(2004)의 결과와 일치한다. 죽음을 맞이하는 환자의 곁에 있는 의사와 간호사의 죽음 및 생명연장술에 대한 태도는 환자 및 가족의 결정에 큰 영향을 미칠 수 있으므로 의료진이 다양한 의료 현장에서 활용할 수 있는 생명연장술에 대한 지침이 필요하다고 하겠다.

모든 유형에서 일치된 의견을 살펴보면 강한 긍정을 보인

문장은 “죽음을 자연스러운 삶의 과정으로 받아들이야 한다”는 것이고 강한 부정을 보인 문장은 “생명연장술을 시행하지 않는 것은 살인행위이다”로 나타나 생명연장술을 시행하지 않고 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 하는 것에 대하여 인정하는 것임을 알 수 있다. Kim 등(2003)에 따르면 좋은 죽음이란 편하게 아프지 않고 죽는 것, 적절한 나이에 죽는 것이라고 하였으며, 무의미한 생명연장술을 받지 않는 것이라고 하여 본 연구의 결과와 일치한다. 최근 국립암센터에서는 일반 국민을 대상으로 품위 있는 죽음과 호스피스 제도에 대해 조사하였는데 ‘의학적으로 무의미한 생명연장치료 중단’과 ‘사전 의사결정’에 대해 국민의 84%, 81%가 각각 ‘필요하다’고 응답했다(Yun et al., 2004). 이는 무조건 생명연장술을 시행하는 것이 올바른 것은 아니라는 관점을 보여준다.

따라서, 생명연장술이 요구되는 경우에는 반드시 실시되어야 하지만, 그렇지 않은 상황의 경우에는 예민하게 파악하고 환자가 존엄한 권위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 도와줄 수 있는 지침이 요구된다. 치료라는 목표가 달성되지 않았더라도 케어라고 하는 목표가 강화될 필요가 있음을 인식하고(Johnson, Siegler, & Winslade, 2006) 환자의 고통과 불편감을 완화하고 마지막 까지 존엄성을 유지하도록 돕는 호스피스의 정착이 요구된다.

또한, 본 연구결과는 편의 표집된 대상자의 자료를 분석한 것이므로 이를 확대하여 일반화하는 데에는 신중을 기해야 하며, 정책입안이나 제도화 마련을 위해서는 반복적인 연구나 대단위 조사를 실시하여 의견을 수렴하는 과정이 더 필요할 것이다.

## 결 론

본 연구는 Q방법론을 이용하여 생명연장술 태도에 대한 주관적 구조를 파악함으로써 생명연장술에 대한 정책 및 제도 수립의 기초 자료로 활용함과 궁극적으로 임종의 과정에 있는 환자, 가족, 의료인의 삶의 질 개선에 도움이 되기 위하여 시도되었다.

본 연구에서의 대상자 선정은 서울과 경기 지역에 거주하고 있는 의료인 및 일반인 52명이었다. 생명연장술에 대한 태도에 관한 Q 표본은 의료인으로는 간호사 3명, 의사 2명, 비의료인으로는 청년 2명, 성인 3명, 노인 2명을 대상으로 면담과 문헌고찰을 통해 구성된 문항 총 30개로 실시하였다. 대상자에게 Q진술문을 읽게 한 후 나이와 종교 유무, 배우자 유무, 자녀의 유무, 직업 등 사회인구학적 특성을 파악하기 위한 질문지를 작성하도록 한 후 대상자가 Q-진술문들을 자신의 의견에 따라 강제분포 한 후 PC용 Quanl Program으로 처리하였다.

연구결과 생명연장술에 대한 태도는 네 가지 유형으로 확

인되었다. 제 1유형은 ‘자율성 중시형’으로 환자의 자율성을 가장 중요하게 생각하여 죽음에 직면하기 전에 미리 생명연장술 실시 여부를 결정하는 것을 가장 긍정적으로 생각하였다. 제 2유형은 ‘회생가능성 중시형’으로 생명연장술의 예후, 환자의 나이, 경제력 등을 고려하여 생명연장술의 대상자를 결정하여야 한다고 하였다. 제 3유형은 ‘거부형’으로 생명연장술은 환자와 가족에게 고통만을 안겨주는 무의미한 노력이므로 죽음이 도래했을 때 인위적인 처치를 가하지 않고 자연스러운 과정으로 받아들이는 것이 필요하다고 생각하였다. 제 4유형은 ‘최선형’으로 비록 건강한 몸은 아니어도 살아있는 것 자체가 소중하기 때문에 끝까지 최선을 다해서 생명을 연장하는 것이 중요하다고 생각하였다. 모든 대상자들이 공통적으로 긍정을 나타낸 문항은 죽음은 자연스러운 삶의 과정으로 받아들이야 한다는 것이며 공통적으로 부정한 항목은 생명연장술을 시행하지 않는 것은 살인행위라는 생각이었다. 이를 통하여 생명연장술을 시행하지 않고 자연스러운 죽음을 맞이하게 하는 것에 대하여 합의된 의견을 나타냈음을 알 수 있다. 그러나 내가 아닌 타인이 자신의 생명의 지속 여부를 결정하는 것에 대한 부담감과 죽음이 닥쳐오면 생명연장술에 대한 현재의 생각이 바뀔 수 있다는 것을 나타내 생명연장술에 대한 사회적 합의점을 마련하고 이를 정책에 반영하기 위해서 지속적인 논의가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구결과를 토대로 생명연장술에 대한 추후 연구 및 실무적용의 방향을 다음과 같이 제언한다.

- 자신과 가족의 생명연장술에 대한 태도를 비교·파악하는 추후 연구가 필요하다.
- 의료인과 비의료인의 생명연장술에 대한 태도를 비교·파악하는 추후연구 필요하다.
- 생명연장술에 대한 객관적이고 실질적인 교육 및 홍보 프로그램이 필요하다.
- 생명연장술에 대한 기준과 국가적 정책 차원의 규정 등이 고려되어야 한다.

## References

- Anderson, M., Gladue, S., Laurie, M., Skotniski, E., & Tramer, D. (1991). The living will issue: Who has right to choose? *The Can Nurs*, Nov, 37-39.
- Carveth, S. (1974). Standards for CPR and ECC. Medical considerations and recommendations. *JAMA*, 227, 796-797.
- Chellel, A. (1993). Resuscitation: Outcomes, ethics and accountability. *Nurs Stand*, 7(22), 37-39.
- Choi, Y. S., Kim, J. W., Shin, S. W., Lee, Y. M., Lee, T. H., & Hong, M. H. (1998). Doctor's attitude to ethical issues in the dying patients. *J Hospice*, 3, 25-32.
- 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 Eng J Med*, 324, 889-895.
- Fischer, G. S., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2000). Talking to the older adult about advance directives. *Clin Geriatr*, 16(2), 239-254.
- Godkin, M. D., & Toth, E. L. (1994). Cardiopulmonary resuscitation and older adults' expectations. *Gerontologist*, 34(6), 797-802.
- Hur, D. S. (2001). Withholding futile interventions from terminally ill cancer patients. *J Korean Med Association*, 44(9), 956-962.
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2006). *Clinical ethics* (5th ed.) Japanese translation. Tokyo: Shinko Igaku Shuppansha.
- Kim, H. K. (1992). Understanding of Q-methodology for the study of subjectivity. *Seoul Univ Nur Inq*, 6(1), 1-10.
- Kim, J. N., & Park, K. M. (1999). The influences of spiritual care nursing education towards death and dying. *J Korean Health Nurs*, 13(1), 114-127.
- Kim, J. Y., Shin, T. J., & Ahn, W. S. (2002). In hospital cardiopulmonary resuscitation incidence and survival rate according to the utstein template. *J Korean Soc Anesthesiol*, 43, 443-450.
- Kim, M. H., Kown, K. J., & Lim, Y. O. (2003). Study on 'Good Death' that Korean aged people recognize. *Korean J Soc Welf*, 56(2), 195-213.
- Kim, S. M., Kim, S. Y., & Lee, M. A. (2001). Review on advance directives. *J Korean Acad Nurs*, 31(2), 279-291.
- Kim, S. Y., Lee, Y. J., & Kim, S. Y. (2003). Attributes considered important for a good death among elderly and adults. *J Korean Gerontol Soc*, 23(3), 95-110.
- Kim, S., Lee, M., & Kim, S. Y. (2002). A survey on life sustaining treatment experienced by adults with deceased family member. *J Korean Gerontol Soc*, 21(3), 15-27.
- Lee, J. G., Jo, K. H., Won, J. O., & Lee, H. R. (1994). Survey on the experience and the attitude of training residents about DNR orders in tertiary teaching hospitals. *J Korean Acad Fam Med*, 15(6), 322-332.
- Lee, Y. J., Kim, S. M., & Kim, S. Y. (2002). Nursing student's attitudes toward end-of-life and life-sustaining-treatment. *J Korean Acad Soc Nur Edu*, 8(2), 251-260.
- Miyata, H., Shiraishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patient's preferences. *BMC Med Ethics*, 7(1), E11.
- Park, C. S. (2004). *An attitude of the withholding treatment*. Unpublished master's thesis, The Catholic University of Korea, Seoul.
- Sidhu, N., Dunkley, M. E., & Egan, M. J. (2007). "Not-for-resuscitation" orders in Australian public hospital: Policies, standardized order forms and patient information leaflets. *MJA*, 186(2), 72-75.
- Sohn, H. H., Yu, K. D., Se, Y. S., Kim, T. G., Kim, Y. S., Jung, J. Y., Park, Y. H., Chung, C. H., Hong, S. M., Jun, J. Y., & Lee, S. W. (1999). A clinical approach to hospice care of doctors. *Med J Chosun Univ*, 24(2), 129-138.
- Verpoort, C., Gastmans, C., De Bal, N., & Dierckx de Casterle, B. (2004). Nurses' attitudes to euthanasia: A review of the literature. *Nurs Ethics*, 11(4), 349-365.
- Volker, D. L. (2005). Control and end-of-life care: Does ethnicity matter?. *Am J Hosp Palliat Care*, 22(6), 442-446.
- Yun, Y. H., Rhee, Y. S., Nam, S. Y., Chae, Y. M., Heo, D. S., Lee, S. W., Hong, Y. S., Kim, S. Y., & Lee, K. S. (2004). Public attitudes toward dying with dignity and hospice palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care*, 7(1), 17-28.