

죽음의 이해 - 코오리엔테이션의 시각*

윤 은 자** · 김 흥 규***

I. 연구의 필요성 및 목적

인간의 수명은 한계가 있고 언젠가는 죽음을 맞이하게 되는 것이 사실이기 때문에 실제로 죽음에 임하게 되면, 사람에 따라 죽음의 의미나 태도가 매우 다양하고 복잡한 양상을 띠게 된다. 즉 우리 개개인이 제각기 독특하게 영위해 나가는 삶은 그 끝 역시 독특한 것이다. 다시 말해 죽음은 보는 사람에 따라, 시대에 따라, 사회문화권에 따라, 죽는 장소와 시기에 따라 다르며 개인의 가치관, 철학 그리고 삶에 대한 태도에 따라 각양각색이기 때문에 죽음의 의미나 태도를 규정한다는 것은 용이한 일이 아니라고 본다.

이러한 죽음에 대한 과학적인 접근은 최근의 연구들에서 나타나고 있으나, 죽음자체에 대한 논의는 고대로부터 계속되어온 명제의 하나이다. 즉 어떻게 인간이 죽음에 대한 불안과 두려움을 해소할 것인가가 그 명제인 것만은 확실하다고 본다. 결국 죽음이란 피할 수 없는 인생의 한 과정이라고 볼 때, 죽음을 어떻게 수용하며 다루어야 하는가는 매우 중요한 문제일 뿐 아니라 죽음과 항상 접해 있을 수밖에 없는 의료인에게는 더욱 중요한 주제가 되고 있다. 아울러 죽음에 대한 생의학적 차원의 논의는 죽은 사람을 의사가 진단하도록 하기 시작한 18세기말부터 일반적이고 객관적인 개념으로서 대두되었으며, 이러한 경향은 죽음의 임상적, 실용적 판정기

준을 낳게 하였고 아울러 죽음현상에 대한 의학적인 규명이 불가피하게 되었다(최창락, 1987; 이영균, 1992; Nuland, 1993).

한편, 죽음과 관련된 국내외의 죽음의식 및 태도에 대한 연구방법이나 대상은 매우 다양함을 보여주고 있는데, 우리나라의 경우 서양인에게 적용한 설문내용을 그대로 사용한 것(유계주, 1974; 조영숙, 1975; 김귀분, 1978; 김영옥 등, 1990; 한상우 등, 1990)이 대부분으로 우리의 정서가 고려된 죽음의 가치관에 대한 보다 깊이있는 설명과 이해가 부족하다고 본다. 죽음에 대한 의미나 태도가 극히 개인적이고 주관적인 영역이라는 관점을 기초로 한 죽음의 주관적인 의미에 대한 연구로는 단어연상검사법을 이용한 연구(권혜진, 이소우, 1983; 이길홍, 김현수 등, 1983; 박광식, 이길홍 등, 1984)와 Q-분류법을 이용한 연구(이효경, 김광일, 1983; 김순자, 1994) 등으로 몇편에 지나지 않는다.

인간의 행위가 의도성과 지향성의 특성을 가지므로 이를 탐구의 대상으로 하는 경우 원인과 결과에 주목하는 인과적 설명의 형식과는 다른 성질의 것이라야 하는데, 죽음은 극히 주관적인 고유한 경험이기 때문에 연구방법상의 어려움으로 인한 죽음에 대한 이해가 부족한 현실을 감안할 때, 죽음에 대한 주관성을 이해하려는 노력은 매우 중요한 일이라고 생각한다. 이러한 관점에서 죽음에 관한 응답자 자신의 주관적 영역을 스스로 객관

* The 13th Annual Conference of the International Society for the Scientific Study of Subjectivity, Syracuse University in New York의 발표논문임.

** 건국대학교 간호학과 조교수

*** 한국의국어대학교 신문방송학과 교수

화함으로써 자신의 주관성을 설명하고 표현해내는 Q-방법론은 본 연구주제의 적용에 있어서 매우 유용한 연구방법론이다.

따라서 본 연구는 임상실무현장에서 돌봄의 수혜자인 환자와 제공자인 의료인은 죽음에 대한 어떤 견해를 가지고 있으며, 서로가 인지하는 죽음에 대한 태도유형은 각기 어떤 특징과 상관관계가 있는지를 알아봄으로써, 의료종사자들이 죽음을 맞는 환자에게 어떠한 자세로 임해야 하는지에 대한 자료를 제공하고자 본 연구를 시행하였다.

이에 죽음에 대한 주관성을 이해하려는 본 연구는 다음과 같은 구체적인 연구문제를 설정하고 있다.

- 1) 의료인 및 환자가 죽음에 대해 갖고 있는 태도의 구조는 무엇이며, 이들 각각의 유형별 특징은 무엇인가?
- 2) 의료인 및 환자가 지닌 죽음에 대한 태도유형과 의료인이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 태도유형 및 환자가 지각한 의료인의 죽음인지에 대한 태도유형과는 어떠한 관계가 있는가?

II. 이론적 배경

죽음은 인간의 출생에서부터 이미 삶과 분리할 수 없는 불가분의 관계에 있다. 이렇듯 죽음은 모든 사람과 생물에게 오는 것이지만 인간이 다른 생물과 다른 점은 죽음을 인식함으로써 죽음을 전제로 하고 죽음을 동반하는 삶을 영위하는데 있다고 하겠다. 생명의 소멸인 죽음은 삶과 상반되는 개념이지만, 죽음에 어떤 의미를 부여하느냐에 따라 그 공동체가 삶을 어떻게 바라보는지가 가장 선명하게 드러나며, 죽음관에 따라 문화권을 구분할 수 있을 정도이다(김승혜 외, 1990).

죽음을 대하는 철학적 견해를 보면 전통적 철학 특히 형이상학에서 생명과 소멸의 문제를 제기하여 죽음의 문제를 해결해 보려 했으나 본격적으로 다루지는 못했다. 그러나 19세기와 20세기에 들어서면서 인간의 구체적 삶에 대한 관심이 높아지고, 실존철학이 대두되면서 죽음의 문제는 이제 피해버릴 수 있는 문제가 아니라 진지하게 대결하지 않으면 안될 문제가 되었다. 실존 철학자 Heidegger는 인간을 '죽음에의 존재'로 규정하고 있다(정달용, 1970). 정신분석학에서는 대체적으로 죽음에 커다란 의미를 부여하고 있지는 않지만 Freud에 따르면 인간은 무의식속에 존재하는 생의 본능과 죽음의 본능을 동시에 가지고 있으며, 죽음에 대한 두려움은 육체적으로 죽는다는 것에 대한 두려움으로 이해된다고

하였다. 이러한 죽음에 대한 태도를 고찰해 보면 죽음에 대한 태도는 한 개인에서도 심한 회피에서부터 불안울 먼 소망, 불편한 체념에서부터 수용에 이르기까지 다양한 변화를 보인다고 하였다. 또한 죽음에 대한 태도는 그 사람의 종교, 철학, 문화, 가족의 개념, 개인의 경험에 따라 다를 수 있고, 교육수준이 증가할수록 죽음에 대한 두려움이 감소된다고 하였으며, 위기상태의 질병과 사망은 고도로 개별화된 경험으로써 이는 문화, 종교, 개인의 가치관 등에 의해 영향을 받게 된다고 하였다(Lester 등, 1974 ; Devich 등, 1990).

국내의 연구에서는 노인들에 있어서 자연현상인 삶의 마지막 과정으로 죽음의 의미를 파악하며 죽음 그 자체 보다는 사랑하는 모든 것과 헤어진다는 상실감에 더 큰 아픔을 느끼게 된다고 하였고(김귀분, 1978), 현대 한국인의 죽음에 대한 태도는 불교사상으로 대표되는 전통적인 것과 기독교 사상으로 대표되는 서구적인 것이 양극을 이루고 있으며 한국인의 생사관은 그 양극 사이에 위치한다고 하였다. 특히 한국인은 죽음을 삶으로부터의 해방으로 간주하고 이승의 번뇌에서 해탈하는 속죄론적 관점에서보고 죽음을 백색으로 덮어 영원한 평화를 기원한다고 하였다(이길홍, 1970 ; 이인복, 1979). 또한 죽음은 영원한 삶의 시작인 동시에 현실적으로는 최대의 상실이며 인간은 죽어가는 과정을 통해 점점 신체적, 심리적, 사회적 박탈을 체험하게 되고 많은 두려움을 느끼고 희망을 잃게 되며 여러 가지 심리적 요구를 나타낸다고 하였다(노유자, 1986).

그러면 죽음을 다루는데 있어 인간이 가진 근원적 문제는 무엇인가. 죽음은 인간에게 가장 두렵고 당황스런 사건이며, 죽음의 두려움 또한 모든 인간에게 보편적인 현상이라고 한다. 이러한 맥락에서 볼 때, 죽음에 대한 의료인들의 태도는 임종환자 치료 및 간호에 영향을 미칠 수 있으며 죽음을 맞는 사람은 공포반응, 허탈감, 비애, 회피 등의 심리적 반응을 나타낼 수 있으므로 의료인들은 죽음에 대한 지식을 체계적으로 습득하고, 자신의 삶과 죽음에 대한 태도를 확립하는 것이 중요하다고 하겠다. 또한 인간은 죽음을 앞에 두고 여러가지 심리반응을 나타낼 수 있으므로 의료인은 이에 적절히 대처하여야 하며 고통을 덜어주고 편안하고 품위있는 죽음을 맞이하도록 도와주는 것이 의료인의 역할이라고 본다(Nuland, 1993). 사람의 죽음은 고립된 단편적인 상태나 사실로서 보다는 상호연관되는 여러 사실과 현상으로 이루어지는 체제로서 이해되어야 하며, 이러한 죽음 체제는 죽음의 주체인 사람, 사람이 처해있는 공간, 시

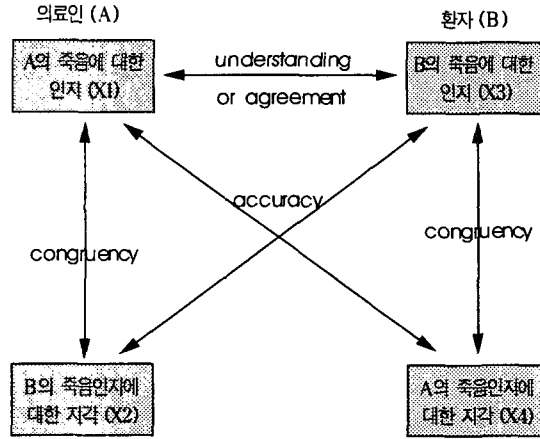
간 그리고 그 안에 함께 존재하는 사물과 현상들로 구성되어 있다. 따라서 인간의 죽음에 대한 논의는 좁게는 입증될 만한 사람에 대한 연구자들의 태도로부터 제의, 종교의식 등의 사회적 관습, 노인들에 대한 태도 등이 사회학적 시각에서 논의의 대상이며 죽음을 맞는 환자를 돌보는 의료인들의 행위규범 등이 그 탐구의 대상이다.

이상에서 제기한 연구문제, 즉 의료인과 환자의 죽음에 대한 주관성의 이해는 Q-방법론과 코오리엔테이션 모형의 적용을 통해 보다 잘 연구되어 질 수 있다.

코오리엔테이션 모형

죽음에 대한 견해나 태도는 주관적 복합체(schemata)로서 그 사람의 사회·문화적 배경(상황적 변수), 과거경험, 가치관 등으로 이루어지므로 코오리엔테이션 모형의 구체적 연구대상이라 할 수 있다. 코오리엔테이션 모형은 대인간 행동(interpersonal act)에 대한 의사소통을 의미한다. 이 모형은 다양한 그룹이나 조직에서 그 사회의 어떤 이슈에 대한 각 개인의 관점을 분석하는데 이용되어 온 것으로, 관심의 초점은 어떤 대상에 대한 개인내(intrapersonal) 태도나 견해가 아니라 대인간 관계(interpersonal relationship)로 대상에 대한 개인간의 이해, 정확성, 일치성 등이다(김홍규, 1985; Tan, 1981).

본 연구의 주제인 죽음은 의료인과 환자에게 자신의 죽음에 대한 인지를 충분히 자각할 것으로 가정할 수 있으며, 이러한 인지는 의료인과 환자의 독특성과 타당성이 내포된 죽음에 대한 평가를 뜻한다. 따라서 코오리엔테이션 모형에 기초한 본 연구의 이론적 기틀을 제시하면 <그림1>과 같다.



<그림 1> 본 연구의 이론적 기틀

III. 연구 방법

1. 표집 방법

1) Q-표본과 분포도

본 연구를 위한 Q-표본은 죽음에 대한 가치체계로 구성된 진술문이다. 진술문 표본을 위해 문헌 및 선행연구를 고찰한 후, 일반인, 의료계 종사자, 학생들을 대상으로 심층면담이 이루어졌으며 총 6개 영역으로 범주화한 다음, 두차례의 pilot test를 거쳐 최종 40개의 진술문 표본이 확정되었다(<표 1> 참조). 이들 표본들은 <표 2>의 분포 모양으로 강제분류토록 하였다.

<표 1> 진술문 표본 및 각 유형별 표준점수

번호	진술문	Type I (17)	Type II (11)
1	사람이 언제 어떻게 죽는 것은 타고난 운명이라고 생각한다.	1.1	1.0
2	살아갈 경제력이 없어지면 죽는 편이 낫다.	-1.3	-1.3
3	죽음은 모든 것의 끝이며 내세같은 것은 없다고 생각한다.	-1.1	0.7
4	갑작스런 교통사고나 불치병으로 사망하는 것은 이미 정해진 일이라는 생각이 든다.	-0.3	-0.6
5	나는 인생의 황금기에 갑자기 죽는 것이 좋다고 생각된다.	-1.3	-1.3
6	자신의 죽음은 생각하고 싶지 않은 일 중의 하나이다.	-0.2	0.7
7	언제 죽든지 심장마비처럼 순식간에 고통없이 죽고 싶다.	1.2	0.5
8	장례 의식이나 추모제 등은 죽은 사람에 대한 예우로 엄숙히 진행 되어야 한다.	0.8	1.6
9	내가 만일 식물인간이 된다면 그 상태로 중환자실에서 치료는 하지 않도록 평소와 이 를 당부해놓고 싶다.	1.5	1.8
10	인간에게는 자살할 권리가 있다고 생각한다.	-1.5	0.3
11	환자에게 죽음을 알릴 때는 의사보다는 가까운 가족이나 친구가 하는 것이 좋다.	0.9	0.4
12	하나밖에 없는 생명을 어떤 신념이나 정의를 위해 바친다는 것은 무모한 일로 생각된다.	-1.1	-0.9
13	사후세계가 있다는 말은 영원히 살고 싶은 인간의 희망에서 나온 환상에 불과하다.	-1.6	0.5

〈표 1〉 계속

번호	진술문	Type I (17)	Type II (11)
14	자살을 하는 사람은 용기있는 사람이라고 생각한다.	-1.2	-1.0
15	암이나 불치병에 걸린 경우, 가족이나 의사는 그 사실을 본인에게 알리지 않는 것이 좋다.	-1.0	-1.4
16	임종을 앞둔 환자와 대화를 나누는 일은 의사보다 성직자에게 맡기는 것이 좋다.	1.2	0.3
17	죽음이니 내세니 하는 것은 여유가 있는 사람들의 잠대한 생각에 불과하다.	1.2	-0.2
18	현대의학은 인간의 질병을 예방, 치료하고 수명을 연장시키려 노력해 왔으나 별로 이루어지지 못하고 있다.	-1.3	0.2
19	죽는다는 것은 삶의 고통으로부터 해방된다는 것을 의미한다.	0.2	-0.1
20	죽음을 두려워 하는 것은 노이로제 환자나 소심한 사람의 심리상태이다.	-0.2	-1.5
21	자살은 그렇게 하도록 방치한 가족이나 사회의 책임이라고 생각한다.	0.6	-0.4
22	만일 내가 죽을 병에 걸렸다고 진단받은 경우, 나는 의사가 그 사실을 통고해주지 않기를 바란다.	-1.6	-0.9
23	이 세상에서 선한 일을 많이 한 사람은 저 세상에서 축복을 받고, 악한 일을 한 사람은 벌을 받는다는 말을 믿고 있다.	0.8	-0.5
24	사람의 몸은 죽어서 썩어 버리지만 영혼은 죽지 않는다.	1.8	-0.5
25	살아날 가망이 없고 고통이 심한 환자의 경우 환자나 그 가족이 원망한다해도 안락사를 시키는 것은 좋지 않다.	0.6	-1.2
26	세상은 살 가치가 있고 보람있다고들 하지만 인생이 허무한 것은 사실이다.	0.3	0.9
27	사람이 살아 있는 한 죽음을 생각할 필요는 없고 열심히 살면 되는 것이다.	0.2	1.0
28	인간의 생명은 본질적으로 존귀한 것이므로 사형제도는 폐지하는 것이 좋다.	0.2	-1.2
29	다른 사람들에게 부담이 될 정도의 노인은 차라리 죽는 것이 낫다.	-1.0	-0.8
30	죽음을 앞둔 사람은 자신의 죽음을 준비할 수 있도록 가족이나, 성직자 또는 의사들과 자신의 죽음에 대해 더 놓고 이야기 하도록 기회를 주어야 한다.	2.1	1.8
31	종교만이 인간을 죽음의 공포에서 벗어나게 해준다고 생각한다.	0.4	-1.1
32	죽음이란 누구에게나 한 번은 다가오는 것인데 죽음을 두려워 할 필요는 없다.	0.2	1.2
33	사람이 죽는 현장을 아이들이 목격하는 것은 아이들의 장래를 위해서 좋은 일이 아니다.	0.2	0.6
34	임종장소는 가족에게 번거롭지 않고 사후처리가 용이한 병원이 좋다고 생각한다.	0.2	1.0
35	죽을 때 겪게 되는 심리적 괴로움(불안감, 두려움, 이별에 대한 슬픔 등)들을 생각하면 겁이 난다.	0.7	0.5
36	죽은 다음 나의 장기(안구, 각막, 심장, 콩팥 등)를 다른 사람을 위해 기증하겠다.	0.1	0.7
37	죽을 병에 걸린다면 가능한 한 모든 치료를 다 받아 볼 것이다.	-0.3	-0.5
38	나는 죽은 후 처리해야 할 일에 대해 자세하게 지시를 남겨 놓겠다.	0.7	0.2
39	나는 나 자신의 죽음에 대해 종종 생각한다.	0.9	0.6
40	내가 만일 죽어가고 있다면 그것은 죄에 대한 일종의 처벌일 것이다.	-1.0	-1.9

2) P-표본

연구대상자의 선정은 다음과 같이 이루어졌다. 의료인군은 죽음현상을 자주 접할 수 있는 중환자실과 내과, 신경외과계 간호단위의 간호사 그리고 내과, 신경외과, 산부인과의 의사들을 대상으로 하였으며, 환자군으로는 암진단후 지속적인 치료를 위해 입원한 사람들을 대상으로 하였으며 본 연구의 참여에 대한 동의를 중시하여 선정된 58명(의료인 28명/환자 30명)의 P-표본이 피험자로 참여하였다.

2. 자료처리 및 분석방법

P-표본으로 표집된 58명에 대한 자료수집이 완료된

후, 수집된 자료를 코딩하여 컴퓨터에 입력시켰다. 코딩은 Q-표본 분포도에 기록된 진술문항 번호를 확인해 가면서 가장 반대하는 경우(-4)를 1점으로 시작하여 2점(-3), 3점(-4), 4점(-1), 중립 5점(0), 6점(+1), 7점(+2), 8점(+3) 그리고 가장 찬성하는 경우(+4)에 9점을 부여하여 점수화 하였다(〈표 2〉 참조).

〈표 2〉 Q-분류의 점수배열 (n=58)

점수	1	2	3	4	5	6	7	8	9
	(-4)	(-3)	(-2)	(-1)	(0)	(+1)	(+2)	(+3)	(+4)
카드수	3	4	4	6	6	6	4	4	3

자료의 분석은 QUANL pc program을 이용하여 처

리하였으며 Q-요인 분석은 주요인 분석(principal component factor analysis) 방법을 이용하였다. 가장 이상적인 요인수의 결정을 위해 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 요인수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과중 최선이라고 판단된 유형을 선택하였다.

IV. 연구결과의 해석

1. 의료인의 죽음에 대한 태도유형 분석

1-1. 의료인 자신의 태도유형 분석

죽음에 대한 의료인 자신의 유형분석은 2개의 유형으로 나타났다. 전체변량의 약 47%를 설명하고 있는 이들 2개의 유형에는 총 28명의 대상자중 1유형에 17명, 2유형에 11명으로 나타났으며, 인자가중치가 1.0 이상인 사람이 각각 6명, 2명이 속해 있어 유형 1이 주인자(factor)임을 알 수 있다.

1) Type I : 운명수용자

유형 1의 특성은 자신의 죽음을 준비하도록 더 놓고 이야기할 수 있어야 하며 영혼은 죽지 않는다는 생각과 식물인간의 상태로 중환자실에서 치료를 원치 않으며 사람의 죽음은 타고난 운명이라는 내용의 진술문에 강한 동의를 한다. 그리고 이들은 인간의 자살행위에 대해 매우 비판적이며 죽음을 준비할 수 있도록 하기 위한 임종통고를 적극 찬성하고 있으며 사후세계를 부정하는 진술내용에도 -4점을 주어 일관된 인지기조를 드러내고 있다. 특히 이들은 사형제도의 폐지나 사후의 장기증여에 관하여 중립의 태도를 지니고 있으며 이 세상에서 선한 일을 많이 해야 저 세상에서 복을 받는다는 문항에도 비교적 강한 찬성($z=0.809$)을 보여 인생관에 있어서 선행을 강조하고 있다.

이들에게 있어 자살이란 가장 비열한 행동으로 보며, 사후세계에 관해서 자신의 종교관(기독교)에 의한 견해를 지니고 있다. 이들 17명의 종교분포는 기독교인이 7명, 무신론자가 8명, 불교인이 2명을 차지하고 있다.

2) Type II : 현실지향자

제 2유형은 내세나 영혼의 존재는 인간이 종교적 이유로 만들어 낸 것이라고 생각하며 생활속에 종교의 영향력을 강하게 부정하고 있다($z=-1.141$). 또한 죽음이 두려운 것은 하지만 누구에게나 한번은 다가오는 것이므로 살아가는 동안 죽음보다는 삶 자체에 더 큰 비중을

두고 살아야 한다고 보는 사람들이다. 이들은 장례의식이나 추모제 등의 사회적 관계의식을 중히 여기며, 악을 징벌하기 위한 사형제도를 인정하며 살아날 가망이 없는 사람의 안락사에도 강한지지($z=-1.247$)를 나타낸다. 그리고 죽음을 앞둔 경우에 자신의 죽음을 준비할 수 있도록 더놓고 이야기하는 기회를 주는 것이 바람직하며 같은 맥락으로 임종을 미리 알리지 않는 것이 좋다는 진술문에 강한 반대의사($z=-1.38$)를 표명하며 임종장소로는 사후처리가 용이한 병원을 선호하고 있다. 이들 11명은 무신론자가 9명, 기독교인이 2명으로 분포되고 있다.

1-2. 의료인이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 태도 유형 분석

환자의 죽음인지에 대한 의료인의 지각은 3개의 유형으로 분석되었다. 추출된 3개의 유형은 1유형에 10명, 2유형에 11명, 3유형에 7명으로 나타났으며, 인자가중치가 1.0 이상인 사람이 각각 5명, 4명, 2명이 속해 있어 유형 1이 주인자(factor)임을 알 수 있다.

1) Type A : 삶의 애착자

Type A는 죽음이란 일생에 한 번은 닥치는 일이기 때문에 두려워 할 필요가 없다는 진술에 대해 강한 부정($z=-1.71$)을 하며, 심장마비처럼 순식간에 죽고 싶고($z=1.97$) 자신의 죽음을 생각하고 싶지도 않으며, 죽을 때 겪는 심리적 괴로움들로 인해 겁이 난다고 한다($z=1.84$). 이들은 현대 의학발전에 큰 기대를 걸고 죽을 병에 걸린다면 지푸라기라도 잡고 싶은 심정으로 가능한 모든 치료를 다 받아볼 것이며($z=1.72$), 식물인간의 상태에서도 지속적 치료를 원한다($z=-1.05$). Type A는 죽음을 모든 것의 끝으로 생각치 않으며 사후세계를 강하게 인정한다.

2) Type B : 전통주의자

Type B는 죽을 병에 걸린다면 가능한 한 모든 치료를 다 받아보겠다는 의지가 강하며($z=1.84$), 죽음에 대한 두려움이나 죽을 때 겪게 되는 심리적 괴로움, 고통 등이 매우 부담스러운 나머지 언제 죽든지 순식간에 고통 없이 죽기를 원하며($z=1.69$), 안락사에도 적극 찬성($z=-1.59$)한다. 내세나 사후세계에 대한 강한 믿음($z=-1.75$)을 지니고, 죽은 사람에 대한 예우로 장례의식과 추모제 등에 의미를 부여할 뿐만 아니라 자신의 사후에 처리해야 할 일 등에 대해서도 자세한 지시를 남기

기를 원한다($z=1.15$). 또한 우리사회는 유교적 의식이 강하다고 생각하면서, 사후일지라도 자신의 신체 일부를 잘라내는 장기기증에 적극 반대($z=-1.15$)한다.

3) Type C : 죽음거부자

Type C는 사람이 살아 있는 한 죽음을 생각할 필요없이 열심히 살면 된다는 진술에 강한 찬성($z=1.74$)을 하면서 자신의 죽음에 대해 생각하기를 거부하며($z=-1.30$), 영혼은 죽지 않는다고 사후세계에 관해서 부정한다. 이들은 죽음을 앞둔 사람과 치료팀간의 진정한 대화의 필요성을 강하게 지지하며, 이런 대화의 상대자로 성직자보다는 의사를 선호한다. 그리고 순식간에 고통 없이 죽고 싶다는 진술에 적극 반대($z=1.74$)를 표명하여 죽음에 대한 강한 거부감이 이들에게 내재되어 있음을 알 수 있다.

2. 환자의 죽음에 대한 태도유형 분석

2-1. 환자 자신의 태도유형 분석

죽음에 대한 환자의 태도는 3개의 유형으로 분석되었다. 전체 변량의 약 49%를 설명하고 있는 이들 3개의 유형은 총 30명의 대상자 중 1유형에 12명, 2유형에 11명, 3유형에 7명으로 나타났으며, 인자가중치가 1.0 이상인 사람이 각각 5명, 5명, 1명이 속해 있다.

1) Factor I : 종교의존자

Factor I은 사람의 육신은 썩어 버리지만 영혼은 죽지 않는다는 믿음을 갖고 있으며($z=2.206$), 가장 의지하고 싶은 사람을 하느님과 성직자라고 답변하는 정도로 살아감에 있어서 종교의존도가 높은 사람들이다. 따라서 이들은 죽음이란 끝이 아니며 새로운 시작이란 생각과 더불어 죽음을 두려워 할 필요가 없다고 느낀다. 또한 죽은 사람에 대한 예우로 장례나 추모제 등은 엄숙히 진행되어야 하며 인생을 살아가는데 선행의 축적을 강조한다(타 유형과의 차이 $z=2.020$). 특히 자살이란 생명경시행위로 표현하면서 생명존중의 차원에서 사형제도를 폐지해야 한다는 견해를 갖고 있다(타 유형과의 차이 $z=1.444$). 이들은 기독교 6명, 불교 2명, 가톨릭 2명, 무신론자가 2명이며 학력정도는 대학졸업 이상이 11명, 고등학교 졸업이 1명으로 구성되어 있다.

2) Factor II : 과학신봉자

Factor II는 현대의학의 성과에 대하여 인정함으

로써 자신이 죽을 병에 걸린다면 경제력과 관계없이 가능한 모든 치료를 다 받아보겠다는 강한 의지를 갖고 있다(타 유형과의 차이 $z=-1.446$; $z=2.107$). 따라서 살아날 가망이 없거나 고통이 심한 환자일지라도 안락사시키는 것에 반대하는 한편, 사후세계나 죽는 것이 타고난 운명이라든가 불치병으로 인한 사망이 이미 예견된 것이라는 견해에 강한 부정($z=-1.655$)을 한다. 이러한 Factor II의 태도는 사후 장기기증에 대한 적극적인 동의($z=1.453$)에서도 나타나고 있어, 죽음은 끝이라고 여기고 내세를 인정치 않는 태도를 엿볼 수 있다. 임종장소로 병원을 선호하고 임종환자와의 대화도 의사보다 성직자에게 맡기는 것에 반대(타 유형과의 차이 $z=-1.070$)한다. 또한 종교가 아닌 자기자신만이 고통에서 벗어날 수 있게 한다고 믿고 있으며, 죽음에 대한 생각을 할 시간에 살려고 노력하는 것이 의미 있다는 견해를 지닌다. 이상으로 미루어 볼 때, Factor II는 삶에 대한 애착이 크고 현대의학의 발전을 매우 신뢰하는 사람들임을 알 수 있다. 이들 구성원 11명 중 무신론자가 6명이며, 학력정도는 대학졸업이 3명, 고등학교 및 중학교 졸업이 8명이었고, 연령분포는 20대 중반부터 50대 후반으로 여기에 속한 사람들 모두가 남성으로 구성되어 있다.

3) Factor III : 냉소주의자

Factor III는 죽음이란 자연의 섭리이므로 죽음을 두려워 할 필요가 없으며, 주어진 인생을 열심히 살면 된다는 생각을 지니고 자신의 죽음에 대해서도 별로 생각해 보지 않는다. 이들은 죽음이란 타고난 운명이라고 보며 모든 것의 끝으로 내세나 사후세계는 믿지 않는 편이다(타 유형과의 차이 $z=1.453$). 인간에게는 자살할 권리가 있다고도 느끼며, 사형제도($z=-1.412$)와 안락사($z=-1.385$)에 관해서도 강한 지지를 보낸다. 죽을 병에 걸렸을 때에도 가족의 부담감을 고려하여 적극적인 치료를 거부해야 한다고 생각한다. 뿐만 아니라 타인에게 부담이 될 정도의 노인이나 살아갈 경제력이 없다면 죽는 편이 낫다는 견해도 강하다(타 유형과의 차이 $z=1.037$; 1.063). 그래서 세상이 살 가치가 있고 보람이 있다고들 하지만 인생이 허무하다는 사실에 적극적인 지지($z=1.606$)를 표명한다.

Factor III는 무신론자가 4명이며 학력분포는 7명 중 중졸 5명, 고졸 2명이며 연령은 40대 초반부터 50대 후반으로 구성되어 있다.

2-2. 환자가 지각한 의료인의 죽음인지에 대한 태도 유형 분석

의료인의 죽음인지에 대한 환자의 지각은 2개의 유형으로 분석되었다. 추출된 2개의 유형은 1유형에 18명, 2유형에 12명으로 나타났으며 인자가중치가 1.0이상인 사람이 각각 3명이었다.

1) Factor A : 합리주의자

Factor A는 종교를 갖고 있기도 하지만 과학적인 사고가 바탕이 되어 대부분 사후세계나 내세를 부정하며, 합리적인 지식이 있으므로 불치병이나 교통사고 등이 이미 정해진 일이라고 보지 않는다. 이들은 모든 장치의 필요성을 느끼기 때문에 사후의 장기기증에 대해 매우 긍정적($z=2.28$)이다. 그리고 불치병이라 할지라도 현대 의학의 발전과 개가를 알기 때문에 가능한 모든 치료를 받으려 하고, 임종장소로 병원을 선호한다($z=1.66$; 1.14). 또한 이들은 성직자보다는 의료인 자신의 판단이 더 옳다고 생각하며 직업적으로 죽음을 접하기 때문에 도의적인 입장에서 터놓고 논의가 가능할 뿐만 아니라 더 믿음직스럽다고 생각한다. 따라서 Factor A는 안락사라든가 임종통고를 지지한다. 이들은 무신론자가 9명, 불교, 기독교인이 각각 4명, 가톨릭 등의 종교로 구성되어 있다.

2) Factor B : 인본주의자

Factor B는 생명의 존귀함을 익히 잘 알고 있기 때문에 자살행위나 사형제도 등에 강하게 반대한다. 이들은 모든 사람들이 내세가 있다고 믿고 있으며 자신들도 예외가 될 수 없다고 생각하면서 사후세계를 인정한다. 그래서 이들은 죽음을 두려워 할 필요가 없다고 느끼며($z=1.49$), 죽음이 끝이라고 생각하지 않는다. 또한 생명연장이 의사의 책임이라는 인지하에 안락사에 대하여 반대의 입장을 취한다. Factor B는 의료인이란 경제력과 관계없이 치료에 임해야 한다고 생각하며, 살아 갈 경제력이 없다면 죽는 편이 낫다는 진술문에 강한 부정($z=-1.75$)을 한다. 이들 12명의 종교분포는 기독교와 가톨릭이 7명을 차지하고 있다.

V. 논 의

죽음에 대한 견해나 태도는 주관적 복합체(schemata)로서, 본 논문에서는 제기된 연구목적은 이루기 위

해 돌봄의 제공자인 의료인과 수혜자인 환자, 그리고 상호간에 지각한 죽음에 대한 인지유형을 각각 분석하였다. 이러한 접근방법은 대인간 행위의 의사소통증진을 위한 코오리엔테이션 모형의 적용을 통해 해결하려는 시도로 볼 수 있다. 따라서 기존의 Q방법론에 비해 관심의 초점은 대인간 관계, 즉 대상에 대한 개인간의 이해(understanding or agreement), 일치성(congruency), 정확성(accuracy) 등이므로(Tan, 1981), 본 논문에서는 죽음에 대한 주관성을 그룹별로 각각 Q로 분석하고 두 그룹간의 관계를 파악하려는 의도로 출발하였다.

연구결과 죽음에 대한 의료인과 환자의 주관성은 각각 두 개, 세 개의 유형이 발견되었으며, 각 그룹이 지각한 상대그룹의 죽음인지구조는 각각 세 개, 두 개의 유형이 존재함을 발견하였으며 이들의 특징은 다음과 같다.

먼저, 의료인의 죽음에 대한 주관성은 사후세계와 사람의 죽음을 타고난 운명으로 받아들이며 인생관에 있어 선행을 강조하는 '운명수용자'와 죽음보다는 삶 자체에 더 큰 비중을 두며 생활속에 종교의 영향력을 강하게 부정하고 안락사, 사형제도 등을 인정하는 '현실지향자'가 있음을 알았다. 그리고 의료인이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 주관성은 죽음을 몹시 두려워하며 죽을 병에 걸리면 지푸라기라도 잡고 싶은 심정으로 가능한 모든 치료를 다 받을 뿐 아니라 식물인간의 상태에서도 지속적 치료를 원하는 '삶의 애착자'와 영혼의 존재나 사후세계에 대한 강한 믿음을 지니고 장례의식이나 추모제 등의 사회적 관계 의식에 의미를 부여하며 사후장기기증에 반대하는 '전통주의자', 그리고 살아 있는 한 자신의 죽음에 대해 생각해 볼 필요가 없으며, 죽음을 앞둔 경우에도 허심탄회한 대화의 상대자로 성직자 보다는 의료진을 선호하는 '죽음거부자' 등이 있음을 발견하였다.

한편, 환자의 죽음에 대한 태도분석을 보면 죽음이란 새로운 시작으로 두려워 할 필요가 없으며 가장 의지하고 싶은 대상을 하느님과 성직자라고 답변하는 '종교의 존자'와 죽음은 끝이라 여기고 현대 의학의 팔목할 만한 발전을 신뢰하면서 죽을 병에 걸린다면 경제력과 관계 없이 가능한 모든 치료를 받으려는 '과학신봉자', 그리고 죽음이란 자연의 섭리이므로 두려워 할 필요가 없으며 인생이 허무하고 인간에게는 자살할 권리가 있다고 생각하는 '냉소주의자' 등이 있음을 알았다. 그리고 환자가 지각한 의료인의 죽음인지에 대한 주관성은 과학적이고 합리적인 사고 및 지식을 바탕으로 영혼의 존재나 사후세계를 부정하고 현대 의학의 발전과 의료인의 판단을 매우 신뢰하는 '합리주의자'와 생명의 존귀함을

표방하면서 자살행위나 사형제도 등을 반대하고 죽음을 두려워하거나 끝으로 생각하지 않는 '인본주의자' 등이 있음을 알았다.

〈그림 2〉에 나타나 있듯이, 앞서 설명한 모든 유형간의 관계를 코오리엔테이션 시각으로 살펴보고자 한다.

우선, 돌봄의 제공자인 의료인과 수혜자인 환자의 죽음에 대한 주관성분석을 통해 볼 때, 의료인은 두 개의 유형, 즉 운명수용자와 현실지향자로 분류되었고 환자들은 종교의존자, 과학신봉자, 그리고 냉소주의자로 분류되었다. 이들 그룹간 유형별 특성에 비추어 의료인의 운명수용자는 환자의 종교의존자와, 현실지향자는 과학신봉자와 상당부분이 일치됨을 알 수 있었고, 단지 돌봄의 수혜자인 환자의 입장에서 의료인에서 나타나지 않은 '냉소주의자'라는 유형이 존재함을 발견하였다. 따라서 의료인과 돌봄의 수혜자인 환자의 죽음에 대한 주관성은 '다소 높은 정도'의 이해관계를 이루고 있음을 알 수 있다.

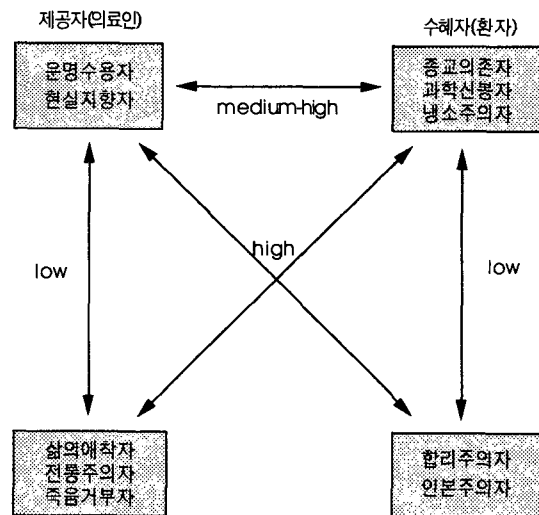
다음으로 의료인이 지닌 죽음에 대한 주관성과 이들이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 태도유형간의 일치성, 그리고 환자가 지닌 죽음에 대한 주관성과 이들이 지각한 의료인의 죽음인지에 대한 태도유형간의 일치정도는 '매우 낮음'을 시사하고 있다.

다시말해 의료인에서 나타난 두 개의 유형인 운명수용자, 현실지향자 등은 이들이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 태도유형인 삶의 애착자, 전통주의자, 그리고 죽음거부자의 어느 유형에서도 일치되는 속성을 발견할 수 없었다. 동시에 환자의 죽음에 대한 주관성인 종교의존자, 과학신봉자, 냉소주의자의 세 개 유형과 이들이 지각한 의료인의 죽음인지에 대한 태도유형인 합리주의자, 인본주의자의 속성과도 일치되지 않는 것으로 나타나 이들 유형간의 관계는 매우 낮은 것으로 판단할 수 있다.

한편, 의료인의 죽음에 대한 주관성과 환자가 지각한 의료인의 죽음인지에 대한 구조간의 정확성을 보면, 전자의 운명수용자는 후자의 인본주의자와, 현실지향자는 합리주의자의 주관성과 상당히 유사한 속성을 지닌 것으로 나타났다. 또한 환자의 죽음에 대한 주관성과 의료인이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 주관성도 매우 비슷한 속성을 지니고 있어, 환자에게서 나타난 종교의존자는 의료인이 지각한 전통주의자와, 과학신봉자는 삶의 애착자와, 그리고 냉소주의자는 죽음거부자와 그 구조적 특성이 상당히 일치되고 있다. 이로써 의료인의 죽음에 대한 주관성과 환자가 지각한 의료인의 죽음인

지에 대한 구조간, 그리고 환자의 죽음에 대한 주관성과 의료인이 지각한 환자의 죽음인지에 대한 구조간의 정확성은 '매우 높은 정도'로 판단할 수 있다.

지금까지의 논의를 토대로 볼 때, 돌봄의 제공자인 의료인과 수혜자인 환자의 죽음에 대한 주관성구조는 '죽음'이라는 대명제하에 두 그룹간의 이해관계가 비교적 높음을 시사하고 있다. 다시말해 사람의 죽음에 대한 주관성구조에는 종교관과 의학발전의 인지성이라는 두 요인이 있음을 발견할 수 있었다. 따라서 죽음을 앞둔 사람과의 관계설정에 있어서 돌봄의 제공자인 의료인은 수혜자인 환자의 죽음에 관한 주관성을 확인하고 접근함으로써 이들과의 치료적 관계설정에서의 갈등을 최소화하고 고통을 덜어주어, 보다 편안한 죽음을 맞을 수 있도록 도울 수 있다고 본다.



〈그림 2〉 의료인과 환자의 죽음에 대한 태도유형간의 관계 : 코오리엔테이션 시각

VI. 결론 및 제언

본 연구는 임상실무현장에서 돌봄의 수혜자인 환자와 제공자인 의료인은 죽음에 대한 어떤 견해를 가지고 있으며, 서로가 인지하는 죽음에 대한 태도유형은 각각 어떤 특징과 상관관계가 있는지를 알아봄으로써, 의료종사자들이 죽음을 맞는 환자에게 어떠한 자세로 임해야 하는지에 대한 자료를 제공하고자 본 연구를 시행하였다. 이에 따른 연구목적을 이루기 위해 1996년 8월부터 1997년 9월까지 40개의 Q표본을 토대로 돌봄의 제공자

인 의료인 28명과 수혜자인 환자 30명을 P표본하여 자료를 수집하였으며, 이들의 죽음에 대한 주관성과 그리고 상호간에 지각한 죽음에 대한 인지유형을 각각 Q로 분석한 후 코오리엔테이션 모형을 적용하였다. 연구결과 의료인과 환자의 주관성은 각각 두 개(운명수용자, 현실지향자), 세 개(종교의존자, 과학신봉자, 냉소주의자)의 유형이 발견되었으며, 각 그룹이 지각한 상대그룹의 죽음인지구조는 각각 세 개(삶의애착자, 전통주의자, 죽음거부자), 두 개(합리주의자, 인본주의자)의 유형이 존재함을 발견하였다. 대인간 행동에 있어서 의사소통의 증진을 위해서, 초점이 되는 대상에 대한 개인간의 이해, 정확성, 일치성 등이 높을수록 효과적이라는 본 연구의 이론적 기틀에 비추어 살펴본 결과, 의료인과 환자의 죽음에 대한 이해정도는 다소 높게, 정확성은 매우 높은정도로 나타났으나, 각 그룹이 자신의 죽음에 대한 인지와 상대그룹의 죽음인지에 대한 지각과의 일치정도는 매우 낮음을 나타내었다. 지금까지의 연구결과에 기초하여 죽음에 대한 의료인과 환자간의 치료적 의사소통의 증진을 도모하기 위한 방안으로 다음과 같은 제언을 한다. 첫째, 서로간의 죽음에 대한 주관성의 일치정도를 높일 수 있는 중재전략의 개발이 필요하다. 둘째, 이러한 중재전략의 개발은 연구결과 발견된 종교성향과 의학발견의 인지정도라는 두 축을 중심으로 모색이 가능하다고 사료되므로, 현재 운용중인 임상실무교육 또는 호스피스 교육프로그램에 이들 요인을 보다 구체화하여 적용한 후 반복연구 할 것을 제언한다.

참 고 문 헌

- 권혜진, 이소우 (1983). 연상단어순위로 본 정신질환자의 죽음의식에 관한 연구. 중앙의대지, 8(1), 121-127.
- 김귀분 (1978). 노인들의 죽음에 대한 태도 조사연구. 간호학회지, 8(1), 85-96.
- 김순자 (1994). 한민족 노인의 죽음 정위. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김승혜 외 10인 (1990). 죽음이란 무엇인가. 서울: 도서출판 창.
- 김영옥 외 6인 (1990). 임종태도와 호스피스에 관한 연구. 영남의대학술지, 7(2), 55-66.
- 노유자 (1986). 죽음의 개념에 대한 이해. 한국가톨릭간호협회 보수교육교재.
- 박광식, 이길홍, 민병근 (1984). 학생 청소년이 지각한 죽음에 대한 연상단어에 관한 연구. 신경정신의학, 23(4), 397-404.
- 유계주 (1974). 죽음의 태도에 관한 조사연구. 간호학회지, 4(1), 162-178.
- 이길홍 (1970). 죽음학에 관한 종합적 고찰. 한국의과학, 12(2), 85-98.
- 이길홍, 김현수, 나철, 권혜진, 김성희, 민병근 (1983). 의·간호계 종사자 및 학생들의 죽음 인지도에 관한 연구. 한국의과학, 15(3), 174-186.
- 이영균 역 (1992). 죽음의 정의. 서울: 고려의학.
- 이인복 (1979). 한국문학에 나타난 죽음의식의 사적연구. 서울: 열화당.
- 이효경, 김광일 (1985). 죽음에 대한 태도 조사. 신경정신의학, 24(3), 390-406.
- 정달용 (1980). 철학적으로 본 죽음. 사목, 70, 14-15.
- 조영숙 (1975). 죽음을 앞둔 환자에 대한 간호학생과 간호원의 태도연구. 이화여자대학교 대학원, 석사학위논문.
- 최창락 (1987). 한국에서의 죽음의 정의와 신경학적인 견지에서 본 간이식의 문제점. 대한신경외과학회지, 16(3), 791-803.
- 한상우, 정한용, 한선호 (1990). 임종환자에 대한 태도 조사. 신경정신의학, 29(6), 1408-1428.
- Devich, L., Field, B. E. & Carlson, R. E. (1990). Supportive Care for the Hopelessly ill. Nursing Outlook, 38(3), 140-142, 124.
- Kim, Hung Kyu (1985). Crime News in Korea : An Attitudinal Study. Doctoral Dissertation, The Graduate School University of Missouri-Columbia.
- Lester, D., Getty, C. & Kneisl, C. R. (1974). Attitude of Nursing Students and Nursing Faculty Toward Death. Nursing Research, 23(1), 50-53.
- Nuland, S. B. (1993). How We Die. New York: Alfred A. Knopf, Inc.
- Tan, A. S. (1981). Mass Communication Theories and Research. Grid. Pub. Inc., Columbus, Ohio.

– Abstract –

Key concept : Death, Coorientation model

How People Understand Death : a Coorientational Look

Yeun, Eun Ja* · Kim, Hung Kyu**

Since death is an extremely subjective and unique experience, if we take into account the lack of understanding about death due to the difficulty in methodology, it is very important to try to understand the subjectivity of death.

In this respect, Q-methodology that explains and shows the respondent's subjectivity by objectifying his subjectivity is employed as a solution to the questions in this study.

Therefore, the purpose of this study was to provide data on how medical personnel should treat their patients, when it comes to death ; by finding out the opinions of those who are being treated, namely the patients, and those who are providing the treatment, namely the medical personnel. It also by examined the characteristics and relationships between these two groups on attitudes to death.

The results of this study show that medical personnel have two(fate-receipient, reality-oriented) types of response and patients have three (religion-dependent, science-adherent, sardonist) types. Medical personnel saw patients as having three(life-attached, traditionalist, death-rejector) types of response and to patients saw medical personnel as having two(rationalist, humanist)types. The relationship between the above-mentioned types will be examined in a coorientation model, the subjectivity of the medical personnel and the patient toward death indicates a relatively high understanding between the two groups under the great proposition of 'death'. Therefore, in their relationship with people who are facing death, the provider of care, namely the medical personnel, should identify the subjectivity of the patient before approaching them. By doing this, they can minimize the conflicts they might experience in establishing a therapeutic relationship, reduce suffering, and help the patient in greeting a more comfortable death.

Throughout the study, Q-methodology expands our understanding of coorientation model that has only been approached with R-methodology. This study confirmed Q's potentiality and its validity in human subjective matters.

* Assistant professor, department of nursing, college of medicine, Konkuk University,
Tel : 0441)840-3951(office), 0441)852-9810(home),
Fax : 0441)851-6472

** Professor, department of mass communication, Hankuk University of Foreign Studies,
Tel : 02)961-4858, Fax : 02)959-9888