

호스피스 자원봉사자의 존엄사에 대한 태도요인

황병덕†

부산가톨릭대학교 병원경영학과

Attitudes of Hospice Volunteers towards Death with Dignity

Byung-Deog Hwang†

Dept. of Health Care Management, Catholic University of Busan

<Abstract>

The purpose of this study was analyzed the factors of influencing toward attitude to death with dignity to hospice volunteers. The data was collected for 21 days from 14 March to 3 April 2010. Among a total of 220 cases of the questionnaires, only 195 cases were used. To data were analyzed by factor analysis, independent t-test, one-way anova and logistic regression using PASW statistics 18.0.

The results were as follows; The attitudes towards death with dignity according to general characteristics was high in those with will to agreed to the passive euthanasia than those opposite to the attitude factors, namely, acceptive, the right to decide, negative, and dereliction of duty attitude factors. Significant variables for effects of death with dignity were gender, acceptive attitude factor and dereliction of duty attitude factors.

Given that main provider of human organs is the brain-dead and we don't have enough organ donation, death with dignity should be linked with activating policy of organ donation, while solving donation shortage problem. This way, constructing social implementation and sharing consciousness on organ donation, would be diluting the bio-ethic controversies.

Key Words : Hospice Volunteers, Death with Dignity, Acceptive Attitude Factor, Right to Decide Negative Attitude Factor, Dereliction of Duty Factor

* 본 논문은 2010년도 부산가톨릭대학교 교내학술연구비 지원에 의하여 수행된 것임

I. 서론

현대의학 기술의 발달은 인간의 질병을 치료하고 건강을 증진시키며 수명을 연장하는데 많은 기여를 해왔다. 그러나 질병치료, 건강증진 및 수명 연장이라는 순기능의 이면에는 치료 및 회복이 불가능한 환자가 무의미한 치료를 받는 경우가 생기고, 이로 인해 고통스러운 죽음이 무의미하게 연장됨에 따라 환자나 보호자들이 존엄하게 죽을 수 있는 권리를 요구하는 역기능이 생기게 되었고 급기야 임종과 관련된 다양한 생명윤리적 문제가 대두되고 있다. 과거 의학 기술이 발전하지 못한 상태에서는 대부분의 임종은 가정에서 질병악화에 따른 자연스러운 사망과정을 따랐지만 오늘날에는 의료기관에서 임종하는 순간까지 의료수단에 의지하여 무의미하게 임종을 최대한 지연하는 경우가 많아졌다. 이에 따라 고통 없이 죽을 권리에 대한 환자 스스로의 요구, 회복가능성이 없는 환자의 가족이 겪게 되는 정신적인 고통과 경제적인 부담, 인간의 노령화와 더불어 병원에서 임종을 맞는 환자의 증가 등은 죽음의 방법과 시기를 둘러싼 사회 윤리적 문제를 야기하게 되었다[1].

무의미한 연명치료 중단, 즉 안락사(Euthanasia)는 소생의 가망이 없는 불치의 환자가 죽음에 이르게끔 생명유지 장치를 제거하거나 치료를 중지하는 것을 의미하며, 불치병에 걸린 환자의 고통을 덜어주기 위한 목적으로 의사가 자살을 원조하는 행위를 존엄사(Death with Dignity)라고 한다[2]. 즉 존엄사는 최선의 치료를 했음에도 더 이상 회복 가능성이 없어 고통받는 기간을 연장하는 무의미한 노력인 연명치료를 중단해 환자가 자연스러운 죽음을 맞이하도록 도움을 주는 것이고, 안락사는 자연적 죽음보다 훨씬 이전에 육체적 고통을 제거하여 편안하게 생명을 마감하도록 도움을 주는 것이다. 두 가지 개념은 엄밀한 의미에서 차이가 있음에도 같은 의미로 흔히 통용되고 있으며

존엄사라는 용어가 안락사라는 용어 대신에 많이 사용되고 있다.

우리나라에서 안락사와 존엄사에 대한 논의가 사회적 이슈로 부각된 것은 2008년 11월 28일 서울서부지법 민사12부가 서울 세브란스 병원에 입원 중인 식물인간 상태의 어머니로부터 인공호흡기를 제거해달라며 그 자녀들이 낸 소송에서 청구를 인용하는 판결을 내린 이 후였다. 서울고등법원 제9민사부는 2009년 2월 10일 항소를 기각하면서 1심의 결론은 유지하는 판결을 한데 이어 대법원도 2009년 2월 10일 항소를 기각하면서 1심의 결론을 유지하는 판결을 하였고, 대법원도 2009년 5월 21일 병원측의 상고를 기각함으로써 무의미한 연명치료장치 제거를 허용하는 국내 최초의 판결을 내렸다. 이를 계기로 법원이 환자에게 있어서 품위 있게 죽을 권리 및 존엄사를 인정한 것이라면서 이 판결이 존엄사 입법의 계기가 되어야 한다는 견해를 보였다[3]. 이러한 일련의 사건들로 인하여 각종 언론매체에서 '존엄사 첫 인정'이라는 제하의 기사로 다루면서 존엄사에 대한 논의가 본격화되기 시작하였다. 안락사가 어느 정도 허용되고 있는 네덜란드, 벨기에, 미국 등과 달리 몇 년 전까지만 해도 우리나라에서는 안락사 문제가 공개적으로 거론되지 않았는데 이것은 죽음에 대한 토의자체를 터부시한 사회관습 때문으로 생각된다[1].

생명말기 단계에서의 환자들은 대체적으로 연명 치료를 계속 받음으로서 자신의 죽음 과정을 고통스럽게 연장해 나가는 것 보다는 비록 생존의 시간은 줄어들지만 자신의 가치관과 인생관에 따라서 스스로의 삶과 죽음에 관한 중요한 결정을 내림으로써 얼마 남지 않은 자신의 삶의 질과 존엄성을 유지하는데 더 큰 관심을 갖는다. 즉 그들은 통증이나 육체적 고통보다는 오히려 존엄성과 자아상실과 같은 인격성을 위협하는 증상들을 더 두려워하여 마지막 까지 자신의 인격성을 지키기 위

한 대안으로서 존엄하게 죽을 권리, 연명치료 중단 등과 같은 구체적인 권리를 요구하기도 한다[4].

대다수의 일반국민이 존엄사 및 안락사 허용이 필요하다고 생각하고 있지만[2] 각각의 분야에 종사하고 있는 사람의 입장마다 찬성과 반대의 입장이 다를 수 있다. 호스피스 자원봉사자는 일정기간 동안의 교육과정을 이수한 후 생과 사의 경계에 있는 소생 불가능한 말기환자를 의료인 보다 더 근접하여 이들을 돌보고 있으며, 환자의 고통과 희망, 환자 가족과 보호자의 아픔과 소망까지도 공유하고 있다. 따라서 임종환자와 가장 가까이에서 그들이 인간적인 품위를 유지한 채 평화로운 죽음을 맞이하도록 도와주고 누구보다도 많은 임종을 경험한 호스피스 자원봉사자들이 인지하는 존엄사에 대한 태도요인이야말로 제3자로서 판단하는 존엄사에 대한 객관적인 태도요인이라 판단하여 연구대상자로 선정하였다. 연구의 결과는 호스피스 자원봉사자들이 말기환자가 존엄사의 상황을 맞게 되었을 때 환자와 그 가족들이 적절하게 대처할 수 있도록 도와줄 수 있는 태도를 견지하는 생명윤리교육의 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 기간

본 연구는 호스피스의 존엄사에 대한 태도요인을 분석하기 위하여 부산시소재 4개 의료기관에서 1주일에 1회 이상 호스피스 자원봉사를 하고 있는 자 220명을 대상으로 설문조사를 시행하였다. 설문지의 배부는 연구보조원 4명이 의료기관의 호스피스 담당 책임자에게 설문지의 배부와 수거를 부탁한 후 설문작성이 완료되었다는 회신을 받은 후 방문하여 설문지를 회수하였다. 최종분석에 사용된 설문지는 195부(88.6%)였고, 조사기간은 2010년 3월 14일부터 4월 3일까지 21일간 이었다.

2. 연구내용 및 조사변수

연구에 사용된 설문지의 작성은 김선현[5], 류영신[6], 배필원[7], 유종호[1], 이상은[8]등의 선행연구에 사용된 내용을 바탕으로 본 연구의 목적에 적합하게 재구성하였다. 본 조사를 실시하기 전에 30명에게 pilot-test를 실시한 결과를 바탕으로 설문문항을 재수정하여 최종 설문지를 완성하였다.

설문 문항은 일반적 특성(7문항), 소극적 존엄사에 대한 태도(16문항), 존엄사의 인식, 존엄사 구분, 존엄사의 허용여부(17문항) 등 40문항으로 구성되었다. 존엄사에 대한 태도는 Likert 5점 척도로 구성하였으며, ‘매우 그렇다’는 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘보통’ 3점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘매우 그렇지 않다’는 1점으로 배점하였다. 존엄사의 태도 문항에서의 문항내적일관성신뢰도(Cronbach-a)는 0.875이었다.

3. 용어의 정의

1) 안락사(Euthanasia)

생존의 가능성이 없는 병자의 고통을 덜어주기 위하여 인위적으로 죽음에 이르게 하는 것으로 최경석[9]은 다음과 같이 4가지로 구분하였다.

(1) 자발적인 적극적 안락사 : 환자의 요청에 의해 의사가 극약을 주사하는 형태

(2) 자발적인 소극적 안락사 : 환자가 치료의 중단 또는 보류를 요청함으로써 죽음을 앞당기는 것

(3) 비자발적인 적극적 안락사 : 신생아나 무의식에 빠진 환자와 같이 환자의 명백한 의사를 알 수 없는 경우에 극약을 투여하여 죽음을 앞당기는 것

(4) 비자발적 소극적 안락사 : 신생아나 무의식에 빠진 환자에게 치료를 중단 또는 보류함으로써 죽음을 앞당기는 것

일반적으로 자발적 또는 비자발적인 ‘소극적 안락사’를 존엄사와 동일시하는 견해가 지배적[10]이

므로 본 논문에서는 존엄사(Death with Dignity)로 정의하였다.

2) 존엄사

회복의 가망이 없는 불치의 질병으로 사경을 헤매는 환자에 대하여 그가 의식이 있는 경우에는 그 의사에 따라, 의식이 없는 경우에는 그의 추정적 의사나 환자 보호자의 의사에 따라 그가 인간다운 죽음을 맞이할 수 있도록 인위적으로 그의 생명을 단축케 하는 행위라고 할 수 있다. 그러므로 식물인간 상태나 무의식의 혼수상태에 있는 경우만이 아니라 의식이 있는 경우에도 인공적인 생명 연장장치를 계속하지 않고 인간으로서의 존엄성을 유지하면서 죽음을 맞도록 하는 행위를 의미한다[11]. 따라서 본 연구에서는 존엄사를 다음과 같이 분류하였다.

(1) 자발적 존엄사 : 환자의 의지에 의하여 시행되는 존엄사

(2) 비자발적 존엄사 : 환자가 의지를 표시할 수 없는 경우 가족이나 의사가 대리 결정하는 존엄사

4. 자료처리 및 분석방법

자료는 SPSS 17.0을 사용하여 다음과 같이 분석하였다. 연구대상자의 인구사회학적 특성과 존엄사의 인식과 찬반여부, 존엄사의 결정 등에 대한 항목은 빈도분석을 하였다. 소극적 존엄사에 대한 태도는 Varimax 요인축회전법을 이용한 요인분석을 시행하여 4개의 요인으로 재 분류한 후 인구사회학적 특성에 따른 각 요인별 존엄사의 시행에 대한 태도를 비교하기 위하여 t-test와 일원배치분산분석(ANOVA)을 하였고, 인구사회학적 특성 및 태도요인이 존엄사에 미치는 영향을 파악하기 위하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다.

III. 결과

연구대상자의 인구사회학적 특성은 여자가 87.7%이었으며, 연령은 50대 이상이 79.0%이었다. 학력은 고등학교 졸업이 50.8%, 월 소득은 200-300만원이 28.7%로 가장 많았다. 종교는 있음이 92.8%이었고 결혼은 기혼이 92.8%, 호스피스 경력은 6년 이하가 56.9%이었고 호스피스 종사기간은 평균 4.67년이었다<표 1>.

<표 1> 연구대상자의 인구사회학적 특성

	구분	빈도(명)	%
성별	남자	24	12.3
	여자	171	87.7
나이	30대 이하	20	10.3
	40대	21	10.8
	50대	67	34.4
	60대 이상	87	44.6
	평균(세)	55.62	
학력	중졸이하	20	10.3
	고졸	99	50.8
	전문대졸(대졸)이상	76	38.9
월 가계소득	100만원 이하	34	17.4
	100-200만원	50	25.6
	200-300만원	56	28.7
	300-400만원	27	13.8
	400만 원 이상	28	14.4
종교	없음	14	7.2
	있음	181	92.8
결혼 여부	미혼	14	7.2
	기혼	181	92.8
호스피스 종사기간	3년 이하	70	35.9
	3-6년	41	21.0
	6-9년	36	18.5
	10년 이상	48	24.6
	평균(년)	4.67	
계		195	100.0

<표 2> 요인분석, 요인적재값, 요인기여도 및 누적도

항목	F1	F2	F3	F4	Communality
1	.810				.752
2	.772				.708
3	.665				.717
4		.788			.739
5		.836			.767
11			.660		.622
12			.787		.760
13			.761		.699
14				.665	.521
15				.857	.787
16				.850	.790
요인가여도(%)	16.4	16.1	16.0	12.6	
누적기여도(%)	16.4	32.5	48.5	61.1	

소극적 존엄사에 대한 태도로 측정된 16개 항목에 대하여 Varimax 요인축회전법을 사용하여 요인분석을 실시하여 요인적재값 0.6이상이며 Community 0.5이상인 11개 항목이 선택되었으며 이를 수용적태도요인(F1), 자기결정권 존중 태도요인(F2), 부정적 태도요인(F3), 그리고 의료인의 직무유기적 태도요인(F4) 등 4개의 요인으로 분류하

였다<표 2>.

존엄사에 대한 확정형 태도로 선택된 항목의 Cronbach- α 는 수용적 태도요인 0.791, 자기결정권 존중 태도요인 0.665, 부정적 태도요인 0.810 그리고 의료인의 직무유기적 태도요인 0.785 이었다 <표 3>.

<표 3> 소극적 존엄사에 대한 확정형 태도

수용적 태도	Cronbach Alpha=.791	3.400±.886
1. 육체적인 고통이 극심할 때는 존엄사는 선택 될 수 있다		
2. 소생 불가능한 경우 환자는 죽음으로만 안식을 얻을 수 있다		
3. 내 가족이 통증으로 시달린다면 존엄사를 요청할 수 있을 것 같다		
자기결정권존중 태도	Cronbach Alpha=.665	3.731±1.057
4. 가족과 환자가 존엄사를 원한다면 타인이 그것을 비난 할 수 없다		
5. 인간은 존엄성을 유지한 채 죽을 권리가 있다		
부정적 태도	Cronbach Alpha=.810	3.034±.890
11. 동기가 어쨌든 존엄사는 살인이다		
12. 의료인이라도 존엄사로 다른 생명을 빼앗을 권리는 인간에게 없다		
13. 생명은 고유하고 소중하기 때문에 무조건 인위적으로 끊을 수 없다		
의료인의 직무유기적 태도	Cronbach Alpha=.785	2.660±.864
14. 사람들은 생명에 대한 경외감 부족으로 존엄사를 생각한다		
15. 의료인이 최선을 다했다고 환자를 포기하는 것은 핑계이다		
16. 환자를 포기하는 것은 죄와 같은 것이다		

<표 4> 존엄사 구분에 대한 인지와 존엄사 시행에 대한 의견

구분	빈도(명)	%
적극적 존엄사와 소극적 존엄사의 구분 인지		
예	105	53.8
아니오	90	46.2
존엄사의 시행에 대한 의견		
찬성	146	74.9
반대	49	25.1
계	195	100.0
찬성 이유		
고통 속에 사는 것보다 편안한 죽음이 인간의 존엄을 지키는 일	127	87.0
무의미한 연명치료에 소요되는 경제적 부담감을 덜어 줄 수 있음	11	7.5
환자가족의 심리적 고통을 덜어 줄 수 있음	4	2.7
존엄사자의 장기이식 등을 통해 다른 여러 생명을 살릴 수 있음	4	2.7
소계	146	100.0
반대 이유		
사람의 생명을 인간이 결정할 수 없음	38	77.6
존엄사를 법적으로 인정하면 생명경시 풍조를 야기할 것임	7	14.3
의술의 발전으로 치료가 가능하거나 기적이 일어날 수도 있기 때문	4	8.2
소계	49	100.0

적극적 존엄사와 소극적 존엄사에 대해서는 53.8%가 인지하고 있었고, 존엄사 시행에 대해서는 74.9%가 찬성하였다. 찬성이유는 '고통 속에 사는 것 보다 편안한 죽음이 인간의 존엄을 지키는 일'

이 87.0%를 차지하였고, 반대이유는 '사람의 생명을 인간이 결정할 수 없음'이 77.6%로 가장 높았다<표 4>.

<표 5> 존엄사의 윤리적 정당성과 그 이유

구분	빈도(명)	%
윤리적 정당성		
정당하다	144	73.8
정당하지 않다	51	26.2
계	195	100.0
정당한 이유		
환자의 고통 경감을 위해	60	41.7
생명에 대한 환자본인의 결정권 존중	41	28.5
존엄하게 삶을 마감하기 위해	27	18.6
무의미한 의료행위에 대한 의료비 과다지출	15	10.4
가족에 대한 미안함	1	0.7
소계	144	100.0
정당하지 않은 이유		
생명경시풍조 조장	32	62.8
회복 불가능에 대한 판단 불명확	12	23.5
종교적인 이유	5	9.8
장기매매 등 상업적 악용 가능성	2	3.9
소계	51	100.0

존엄사시행의 윤리적 정당성에 대해서는 정당하다고 73.8%로 높았고, 정당한 이유로는 '환자의 고통 경감을 위해'가 41.7%, '생명에 대한 환자본인의 결정권 존중'이 28.5%, '존엄하게 삶을 마감하기 위해' 18.6%를 차지하였다. 정당하지 않은 이유로는 '생명경시풍조 조장'이 62.8%로 가장 높았으며, 다음으로는 '회복불가능에 대한 판단 불명확'이 23.5%이었다<표 5>.

가족이나 친지가 자발적 존엄사를 원하는 경우에 찬성하겠다는 77.9%이었고 찬성이유는 '생명에 대한 환자본인의 결정권이 있기 때문에 존중해야 한다'가 58.6%, '당사자가 고통에서 빨리 벗어날 수 있기 때문에'가 33.6%이었다. 반대하는 이유는 '사람은 자신의 죽음을 선택할 권리가 없다'가

44.2%, '본인은 진정으로 원하는 것이 아니고 다만 가족에 대한 미안한 마음일 것이다'가 27.9%이었다<표 6>.

가족이나 의사가 환자를 대리하여 존엄사를 결정하는 비자발적 존엄사에 대하여 찬성하는 경우는 64.6%이었고 찬성의 이유는 '자신의 힘으로 생명을 유지하기 힘든 사람은 온전한 인간으로 보기 어렵다'가 67.5%, '주변 사람들의 경제적·심리적 압박이나 고통을 줄일 수 있다'가 25.4%이었다. 반대하는 이유는 '생명을 인위적으로 중단시키는 것은 있을 수 없는 일이다'가 53.6%, '대리인이나 의사가 그 사람을 완전히 대리할 수 있다고 볼 수 없다'가 42.0%이었다<표 7>.

<표 6> 가족이나 친지가 자발적 존엄사를 원하는 경우 대상자의 태도

	구분	빈도(명)	%
자발적 존엄사 시행에 대한 태도			
찬성		152	77.9
반대		43	22.1
계		195	100.0
찬성 이유			
	생명에 대한 환자본인의 결정권이 있기 때문에 존중해야 한다	89	58.6
	당사자가 고통에서 빨리 벗어날 수 있기 때문에	51	33.6
	가족이나 주위 사람의 경제적, 심리적 부담감을 덜 수 있다	11	7.2
	기타	1	0.7
소계		152	100.0
반대 이유			
	사람은 자신의 죽음을 선택할 권리가 없다	19	44.2
	본인은 진정으로 원하는 것이 아니고 다만 가족에 대한 미안한 마음일 것이다	12	27.9
	살인행위이기 때문에	10	23.3
	기타	2	4.7
소계		43	100.0

<표 7> 비자발적 존엄사에 대한 견해

구분	빈도(명)	%
비자발적 존엄사 시행에 대한 태도		
찬성	126	64.6
반대	69	35.4
계	195	100.0
찬성 이유		
자신의 힘으로 생명을 유지하기 힘든 사람은 온전한 인간으로 보기 어렵다	85	67.5
주변 사람들의 경제적·심리적 압박이나 고통을 줄일 수 있다	32	25.4
임종을 집에서 맞기를 원하는 우리나라 정서를 고려해 찬성한다	7	5.6
기타	2	1.6
소계	126	100.0
반대 이유		
생명을 인위적으로 중단시키는 것은 있을 수 없는 일이다	37	53.6
대리인이나 의사가 그 사람을 완전히 대리할 수 있다고 볼 수 없다	29	42.0
경제적인 문제가 생명을 중단시키는 이유일 수 없다	3	4.3
소계	69	100.0

존엄사를 허용하기 위한 동의수준으로는 '본인, 가족, 담당의사의 모두의 동의'가 51.8%로 가장 높았고 그 다음으로는 '본인, 가족, 담당의사, 법적심의회기관의 동의'가 13.3%이었다. '본인의 요청'에 의해서가 11.8%인 반면 '본인, 가족, 담당의사, 법적

심의회기관, 법원의 판결'은 10.3%로 가장 낮았다. 무의미한 연명치료 중단을 의미하는 용어로 가장 선호하는 것은 '존엄사'가 44.1%로 가장 높았다<표 8>.

<표 8> 존엄사를 허용하기 위한 동의수준

구분	빈도(명)	%
존엄사의 허용시 어느 수준의 동의를 있어야 하나?		
본인의 요청	23	11.8
본인+가족의 요청	25	12.8
본인+가족+담당의사의 동의	101	51.8
본인+가족+담당의사+법적심의회기관의 동의	26	13.3
본인+가족+담당의사+법적심의회기관+법원의 판결	20	10.3
무의미한 연명치료 중단을 뜻하는 선호 용어		
존엄사	86	44.1
무의미한 연명치료의 중단	58	29.7
안락사	41	21.0
선택사	10	5.1
계	195	100.0

인구사회학적 특성에 따른 각 요인별 존엄사 시행에 대한 태도에서 통계적으로 유의한 경우는 다음과 같았다. 성별에서 의료인의 직무유기태도요인(p<.003)에서 존엄사 시행에 대한 반대가 높았고, 학력에서는 수용적 태도요인(p<.041)이 높을수록 존엄사 시행에 대한 찬성이 높았다. 종교가 있는 경우 부정적 태도요인(p<.001)에서 존엄사 시행에

대한 반대가 높았으며, 결혼상태에 있어서는 기혼자가 수용적 태도요인(p<.002)에서 존엄사 시행에 대한 찬성이 높았고, 부정적 태도요인(p<.023)에서 존엄사 시행에 대한 반대가 높았다. 연령에서는 부정적 태도요인(p<.013)과 의료인 직무유기 태도요인(p<.011)에서 존엄사 시행에 대한 반대가 높았다 <표 9>.

<표 9> 인구사회학적 특성에 따른 각 요인별 존엄사의 시행에 대한 태도

(단위 : M±SD)

구분	수용적		자기결정권존중		부정적		의료인직무유기	
	찬성	반대	찬성	반대	찬성	반대	찬성	반대
성별								
남자	4.00±.62	2.92±1.34	3.92±.93	2.95±1.31	3.08±.68	3.47±1.06	2.64±.89	3.67±.83
여자	3.57±.71	2.76±.99	3.82±.84	3.58±.80	2.84±.85	3.55±.89	2.44±.78	3.13±.76
t(p)	.125(.724)		3.003(.085)		1.971(.162)		9.301(.003)	
학력								
중졸이하	3.42±.88	3.07±.60	3.47±1.2	3.80±.84	2.98±.77	3.67±1.01	2.87±.75	2.67±.94
고졸	3.77±.65	2.91±1.12	3.85±.83	3.42±.89	2.87±.92	3.43±.95	2.49±.82	3.41±.64
전문대졸이상	3.43±.70	2.58±1.11	3.90±.73	3.34±1.12	2.80±.74	3.72±.91	2.31±.72	3.21±.92
F(p)	3.249(.041)		.469(.626)		.195(.823)		1.401(.249)	
종교								
무교	3.36±.51	4.56±.19	3.64±.32	4.33±.29	2.18±.86	2.67±.88	2.03±.62	3.00±.58
유교	3.62±.73	2.68±1.00	3.85±.87	3.37±.97	2.91±.81	3.62±.91	2.49±.79	3.28±.82
t(p)	.936(.335)		.057(.811)		10.714(.001)		3.647(.058)	
결혼상태								
미혼	3.21±.62	1.50±.64	3.94±.62	3.25±.96	3.08±.87	4.67±.47	2.63±.63	3.92±.79
기혼	3.62±.71	2.91±1.02	3.83±.85	3.44±.98	2.84±.83	3.47±.89	2.45±.80	3.20±.79
t(p)	9.821(.002)		.008(.928)		5.252(.023)		2.709(.101)	
연령								
30대 이하	3.21±.72	2.33±.27	3.84±.79	2.75±.96	2.90±.53	3.50±.58	2.21±.52	3.17±.43
40대	3.79±.59	2.17±1.65	4.21±.59	4.00±.00	2.35±.87	4.00±1.43	2.16±.77	4.00±.00
50대	3.61±.69	2.81±1.2	3.76±.67	3.38±.96	2.82±.90	3.48±1.13	2.39±.72	3.13±.94
60대 이상	3.63±.74	2.90±1.2	3.78±1.03	3.52±1.02	3.04±.78	3.59±.90	2.68±.86	3.30±.78
F(p)	1.667(.176)		2.172(.093)		3.675(.013)		3.827(.011)	
경력								
3년 이하	3.59±.67	2.83±1.22	3.92±.81	3.56±.82	2.90±.81	3.56±.83	2.35±.69	3.37±.67
3-6년	3.69±.79	2.86±.76	3.92±.91	3.44±.98	2.75±.74	3.79±.78	2.43±.77	2.92±.64
6-9년	3.73±.62	2.79±1.22	3.68±.85	3.56±.94	2.92±.96	3.33±.80	2.60±.85	3.42±.46
10년 이상	3.42±.75	2.71±1.05	3.73±.82	3.20±1.18	2.85±.84	3.58±1.20	2.54±.85	3.22±1.13
F(p)	1.313(.272)		1.116(.344)		.184(.907)		.777(.508)	

인구사회학적 특성이 존엄사 인식에 미치는 영향으로 통계적으로 유의한 변수는 성별(p<.009)이 유일하였고 태도요인에서는 수용적 태도요인(p<.000)과 의료인직무유기 태도요인(p<.001)이 있었다. 남자의 경우 여자보다 존엄사 시행에 대하여 0.29배 높았고, 태도요인에서는 수용적 태도요인이 높은 경우 0.32배 높았으며 의료인의 직무유기태도

요인이 낮은 경우에는 2.68배 높았다<표 10>.

장기기증에 대해서는 87.2%가 찬성하고 있었고 반대는 2.1%이었다. 존엄사의 시행이 향후 장기기증에 미치는 영향에 대해서는 65.1%가 '장기기증이 활성화 될 것'이라 하였고 15.9%는 '장기기증과 관련이 없을 것'이라 하였다<표 11>.

<표 10> 인구사회학적 특성 및 태도요인이 존엄사 인식에 미치는 영향

독립변수	B	S.E	Wald	유의확률	Exp(B)	Exp(B)에 대한 95% 신뢰구간	
						하한	상한
성별	-1.255	.481	6.803	.009	.285	.111	.732
학력	-.050	.283	.031	.860	.951	.546	1.657
종교	.164	.735	.050	.824	1.178	.279	4.979
결혼상태	-1.187	.755	2.470	.116	.305	.070	1.341
연령	.035	.023	2.234	.135	1.035	.989	1.084
경력	.020	.066	.092	.761	1.020	.896	1.161
수용적태도	-1.153	.277	17.324	.000	.316	.183	.543
자기결정권존중태도	.185	.248	.561	.454	1.204	.741	1.956
부정적태도	.296	.296	1.005	.316	1.345	.754	2.400
의료인직무유기태도	.987	.306	10.430	.001	2.684	1.474	4.887
상수	.132	3.120	.002	.966	1.142		

주 : 성별: 남(1), 여(2); 학력: 중졸이하(1), 고졸(2), 전문대졸이상(3); 종교: 무(1), 유(2); 결혼상태: 미혼(1), 기혼(2); 연령: 30대이하(1), 40대(2), 50대(3), 60대 이상(4); 경력: 3년이하(1), 3-6년(2), 6-9년(3), 10년이상(4); 태도요인: 고(1), 저(2)

<표 11> 존엄사가 장기기증에 미치는 영향

구분	빈도(명)	%
'장기기증'에 대한 견해		
찬성	170	87.2
반대	4	2.1
모르겠다	21	10.8
존엄사의 시행이 향후 '장기기증'에 미치는 영향		
장기기증이 활성화 될 것	127	65.1
장기기증과는 관련이 없을 것	37	19.0
모르겠다	31	15.9
계	195	100.0

V. 결론 및 제언

1. 존엄사 용어 사용에 대한 고찰

존엄사(Death with Dignity)의 의미는 이미 임종단계에 접어든 환자에게서 무의미한 연명치료를 중단하여 자연스러운 사망에 이르게 한다는 점에서 불치병에 걸린 환자의 고통경감을 위해 죽음의 시점을 앞당기는 것이 주목적인 안락사(Euthanasia)와 구별될 수 있다. 하지만 일부학자들의 경우 존엄사를 소극적 안락사(Passive Euthanasia) 또는 부작용에 의한 안락사(Non-voluntary Euthanasia)에 포함시켜 논의하기도 한다[2]. 노동일[3]은 헌법상 자신에 대한 치료를 거부할 수 있는 환자의 권리(Right to Refuse Treatment)는 일반적으로 인정될 수 있다. 하지만 치료거부의 결과 죽음이 예상된다 하더라도 이는 죽을 권리(Right to Die)와 동의어가 아니며 또한 존엄사 역시 치료거부권과 관련된 용어가 아니라고 주장하고 있으며, 따라서 생명연장치료를 거부할 수 있는 권리인 '치료거부권'에 대하여 이를 '죽을 권리'라는 제하에서 논의하거나 양자를 동일시하고 한편으로는 이를 '소극적 안락사'라고 부르기도 함으로서 불필요한 혼선을 부르고 있다고 주장하고 있다.

존엄사를 허용하는 견해는 헌법의 인간존엄(제10조)이 인간답게 죽을 수 있는 권리를 포함한다고 본다. 또한 환자의 동의 또는 추정적 승낙이 없는 때에는 의사가 치료행위를 할 수 없는 것이 원칙이며, 의사에게는 환자의 의사에 반하여 고통 속에서 생명의 연장을 강제할 수 있는 권리가 없다고 본다. 따라서 환자의 의사를 존중한 치료중단은 환자의 진료거부권행사에 따른 적법행위이다. 또한 환자가 의식불명에 빠져 명시적인 의사를 확인할

수 없어도 의학적으로 전혀 소생가능성이 없다고 판단될 경우에는 의사의 치료의무가 소멸되므로 자연스러운 죽음을 맞도록 하는 행위가 허용된다[2]. 따라서 본 연구에서는 안락사를 존엄사의 개념으로 해석 하였다.

존엄사는 처음부터 죽음을 앞 둔 환자가 연명치료를 거부함으로써 자연스런 죽음을 맞도록 한다는 개념이 아니라 환자가 의사의 조력을 받아 생명을 단축하는 이른바 의사조력자살(Physician-Assisted Suicide)을 의미하는 개념으로 시작된 것이기 때문에 존엄사라는 용어를 사용할 경우 그것이 단순히 죽음이라는 의미가 아니라 법률적 및 정치적 측면에서 의사조력자살에 대한 부정적 이미지를 감소시키기 위한 복합적인 의미를 내포하고 있다는 것을 알고 있어야 한다[3]는 주장에도 귀를 기울여야 할 것이다.

최경석[9]은 존엄사가 자발적인 소극적 안락사와 구별될 수 있는가에 대해서 자연사 중심주의의 입장에 따라 존엄사를 이해할 경우 논리적으로는 존엄사가 안락사와 부별될 수 있을 지라도 현실적으로는 '인공적인 연명장치', '무의미한 연명치료' 또는 '적극적인 치료'의 의미가 상황에 따라 명확하지 않아 안락사와 실질적으로 구별하기 어려울 수 있음을 지적하고 있다. 하지만 최근 외국의 안락사에 대한 논의경향은 안락사의 허용범위가 확장되고 시술방법도 소극적 안락사에서 적극적 안락사로 진행되면서 죽을 권리에 대한 종래의 소극적 안락사의 수준을 넘어 의사조력자살 또는 적극적인 안락사까지 합법화 하려는 방향으로 전개되고 있다[12]는 사실도 인지되어야 할 것이다. 어찌되었든 아직까지 존엄사에 대하여 다양한 의견이 존재하고 있고 의견의 합치가 이루어지지 않은 상황에서 문시영[13]이 지적한바와 같이 즉, 존엄적 안락사를 찬성하는 쪽에서는 현실적 이유에 대한 윤리적 정당화 과정이 매우 신중하고도 무거운 부

담감을 가지고 접근하여야 한다는 것을 간과하지 말아야 한다.

2. 연구결과에 대한 고찰

일반적으로 존엄사에 대한 태도를 측정하기 위하여 많이 사용한 내용은 소극적 존엄사 시행에 대한 긍정적 태도 8문항(① 육체적인 고통이 극심할 때는 존엄사는 선택 될 수 있다. ② 소생 불가능한 경우 환자는 죽음으로만 안식을 얻을 수 있다. ③ 내 가족이 통증으로 시달린다면 존엄사를 요청할 수 있을 것 같다. ④ 가족과 환자가 존엄사를 원한다면 타인이 그것을 비난 할 수 없다. ⑤ 인간은 존엄성을 유지한 채 죽을 권리가 있다. ⑥ 임종을 집에서 맞기를 원하는 한국의 정서를 고려해 찬성한다. ⑦ 고통 없이 편안하게 죽음을 선택하게 돕는 것도 의료라고 본다. ⑧ 본인의 의지와 희망이 없다면 사는 것보다 죽는 것이 낫다.)과 부정적 태도 8문항(① 생명을 인위적으로 중단시키는 것은 있을 수 없는 일이다. ② 기적이나 희망으로 소생할 가능성을 믿는다. ③ 동기가 어쨌든 존엄사는 살인이다. ④ 의료인이라도 존엄사로 다른 생명을 빼앗을 권리는 인간에게 없다. ⑤ 생명은 고유하고 소중하기 때문에 무조건 인위적으로 끊을 수 없다. ⑥ 사람들은 생명에 대한 경외감 부족으로 안락사를 생각한다. ⑦ 의료인이 최선을 다했다고 환자를 포기하는 것은 핑계이다. ⑧ 환자를 포기하는 것은 죄와 같은 것이다.)이었다. 본 연구에서는 존엄사에 대한 태도문항을 확정하기 위하여 측정된 16개 항목에 대하여 Varimax 요인축회전법을 사용하여 요인분석을 실시하여 요인적재값 0.6이상이며 Community 0.5이상인 11개 항목을 선택하여 이를 수용적 태도요인, 자기결정권존중 태도요인, 부정적 태도요인, 그리고 의료인의 직무유기적 태도요인 등 4개의 요인으로 재분류하여 향후 존엄사에 대한 연구에서의 표준화를 시도하였다.

본 연구에서는 존엄사 시행에 대하여 '찬성'은 74.9%이었고, 가족이나 친지가 자발적 존엄사를 원하는 경우 '찬성'은 77.9%, 비자발적 존엄사에 대한 '찬성'은 64.6%로 나타났다. 2004년에 임상간호사를 대상으로 한 손행미[14]의 연구에서는 57.6%가 소극적 존엄사에 대하여 찬성하였고 59.5%는 가족의 자발적 존엄사를 찬성하겠다고 하였다. 2005년의 유종호 등[1]의 연구에서는 안락사 법제화의 필요성에 대하여 찬성하는 경우는 사법연수생 86.3%, 전공의 91.4%로 매우 높았으며 안락사 법제화의 필요성에 동의한 사람 중 소극적 안락사(적극적 안락사)에 대하여 찬성하는 경우 사법연수생은 76.6%(23.4%), 전공의는 66.3%(33.8%)로 나타났다. 국정홍보처[15]가 2006년 전국의 2,580명을 대상으로 한 조사에 의하면 '안락사를 허용해야 한다'는 의견이 70.0%로 반대(29.5%)보다 2배 이상 차이가 있었고 2001년의 조사에 비하여 약간의 증가가 있었다(찬성 67.2%, 반대 32.7%). 안락사를 허용해야 한다는 응답은 학력이 높을수록, 연령은 30대(72.9%)가 지역은 대전·충청 거주자(75.2%)에서 높게 나타났다. 안락사 허용 반대는 학력이 낮을수록, 20대(34.8%) 그리고 부산·울산·경남 거주자(35.5%)에서 가장 높게 나타났다. 2007년 간호사를 대상으로 한 성미혜[16]에서는 62.6%가 찬성하였다. 이상의 연구에서 동일한 대상은 아니지만 전반적으로 시간의 경과에 따라 존엄사에 대해서 허용하는 방향으로 나타나고 있음을 알 수 있었다. 특히 국정원의 조사에서 부산·울산 등 경남권 거주자의 찬성이 64.5%로 가장 낮았는데 비록 간접적인 비교이지만 4년의 시간이 경과한 동안 존엄사에 대한 찬성이 약 10% point 정도 상승한 것은 과거에 비하여 존엄사에 대하여 다양한 공론이 이루어진 결과라 사료된다.

존엄사를 찬성하는 이유로는 본 연구에서 '고통 속에 사는 것 보다 편안한 죽음이 인간의 존엄성을 지키는 일이다'가 87.0%로 가장 높았는데 '통증

완화 29.0%[14] '안락사를 돕는 것이 자비로운 일이다 47.6%[16], '임종과정에 있는 환자가 안락사를 요구할 경우 의사는 환자의 생명유지 장치를 제거하고 환자가 사망할 수 있도록 할 수 있다'가 2.79점(5점만점)[17], '임종과정에 있는 환자가 안락사를 요구할 경우 의사는 환자의 생명유지 장치를 제거하고 환자가 사망할 수 있도록 할 수 있다'가 의사 3.38점(5점만점), 간호사 3.40점(5점 만점)[18] 등 그 값의 차이는 각각 다르게 나타났지만 이유는 한 가지 즉, '환자의 고통경감에 도움'으로 나타났다.

존엄사에 대한 윤리적 정당성에 대해서는 73.8%가 정당하다 하였는데 유종호 등[1]에서는 사법연수생 81.1%, 전공의 84.7%가 정당하다고 하여 존엄사에 대한 윤리적 정당성을 매우 높게 인식하고 있음을 알 수 있었다. 반면 1998년에 김주태 등[19]이 의과대학생과 전공의를 대상으로 한 연구에서는 존엄사의 시행이 윤리적으로 정당하다고 응답한 경우는 31.0%로 본 연구와 매우 상이한 결과를 보여 주고 있어 과거에 비하여 오늘날과 존엄사에 대한 사회적 인식의 변화를 가늠해 볼 수 있다.

본 연구에서 존엄사 시행에 대해서 통계적으로 유의한 태도요인은 다음과 같았다. 존엄사 시행에 대한 찬성요인으로는 학력이 높을수록(수용적 태도요인), 기혼자(수용적 태도요인)일수록 높았다. 존엄사 시행에 대한 반대요인으로는 남자(의료인의 직무유기 태도요인), 종교가 있는 경우(부정적 태도요인), 기혼자(부정적 태도요인) 그리고 연령에서는 40대로(부정적 태도요인, 의료인 직무유기 태도요인)나타났다. 유종호 등[1]에서는 존엄사의 허용에 대하여 여자와 종교가 있는 경우 통계적으로 유의하게 높았다. 홍명선[20]과 손행미[14]에서는 종교가 있는 경우만 유의한 차이가 있었다. 박영선[17]과 김숙남[18]은 적극적 안락사와 소극적 안락사에 대한 태도의 차이를 검정하였는데 박영선에서는 종교가 있는 경우 소극적 안락사가, 김숙남에

서는 의사의 경우 종교가 있는 경우, 간호사의 경우에는 기혼자에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 대부분의 연구에서 존엄사에 관련된 공통점은 종교를 가진 사람이 존엄사에 대하여 수용적인 태도를 가지고 있었고, 그 다음으로는 기혼자가 미혼자에 비하여 수용적인 태도를 가지고 있음을 알 수 있었다.

존엄사의 시행이 향후 장기기증에 미치는 영향으로는 '장기기증이 활성화 될 것'이라는 응답이 65.1%로 긍정이었다. 우리나라와 같이 뇌사자의 장기기증이 매우 부족한 상태에서 장기기증의 주 공여자는 뇌사자가 되어야 함을 고려할 때[21] 존엄사의 시행을 장기기증 부족 문제를 해결하고 장기기증을 활성화 할 수 있는 사회적 함의를 형성하고 공유하는 방향으로 연계하여 존엄사 시행에 대한 생명윤리적인 논쟁을 일부분이나마 희석시킬 수 있는 방안이 될 수 있도록 하여야 할 것이다.

참고문헌

1. 유종호, 권오병, 김경곤, 강희철, 손명세, 이경환 (2005), 안락사에 대한 태도 분석-전공의와 사법연수생 비교-, 가정의학회지, Vol.26;327-336.
2. 최지윤, 권복규(2009), 안락사와 연명치료중단에 관한 우리나라의 최근 동향, 한국의료윤리학회지, Vol.22(2);127-142.
3. 노동일(2009), 치료거부권 죽을 권리 및 존엄사에 대한 재검토 : 헌법적 관점에서, 공법학연구, Vol.10(2);3-29.
4. 김문정(2009), 죽임(Töten)과 죽게 내버려둠(Sterbenlassen)- 죽음을 감수하는 의도적인 행위에 관해-, 한국의료윤리학회지, Vol.12(2);143-152.
5. 김선현(2001), 안락사에 대한 일반인들의 인식도, 연세대학교 대학원 석사학위논문.

6. 류영신(2002), 안락사에 관한 고등학생과 대학생들의 인식조사, 경성대학교 생물교육대학원 석사학위논문.
7. 배필원(2004), 안락사에 대한 노인의 인식도, 경북대학교 보건대학원 석사논문.
8. 이상은(2008), 안락사에 대한 포항 지역민의 인식도, 동국대학교 장례문화학과 석사학위논문.
9. 최경석(2009), 자발적인 소극적 안락사와 소위 '존엄사'의 구분 가능성, 한국의료윤리학회지, Vol.12(1);61-76.
10. 이재상(2007), 형법각론, 박영사, p.22.
11. 이인영(2008), 말기환자의 자기결정권 존중을 위한 입법제안, 말기환자의 자기결정권 존중을 위한 입법제안 심포지엄.
12. Wasserman J., Clair J. M. and Ritchey F.J.(2005), A scale to assess attitudes toward euthanasia, Omega, Vol.51(3);229-237(재인용: 김숙남(2009), 의사와 간호사의 안락사에 대한 태도, 정신간호학회지, Vol.18(2);137-146).
13. 문시영(2006), 존엄적 안락사 논쟁의 사회윤리학적 성찰, 기독교사회윤리, Vol.11(2);1-11.
14. 손행미(2004), 임상간호사들의 안락사에 대한 인식과 태도, 기본간호학회지, Vol.11(3);309-316.
15. 국정홍보처(2006), 한국인의 의식·가치관 조사결과 보고서, pp.133-134.
16. 성미혜, 전종철, 모형중(2007), 안락사에 대한 간호사의 인식 및 태도에 관한 연구, 중앙간호학회지, Vol.7(2);140-149.
17. 박영선(2009), 호스피스 자원봉사자의 안락사에 대한 태도, 부산가톨릭대학교 간호대학원 석사학위논문.
18. 김숙남(2009), 의사와 간호사의 안락사에 대한 태도, 정신간호학회지, Vol.18(2);137-146.
19. 김주태, 김경철, 신동혁, 조항석, 심재용, 이해리(2001), 의과대학생들과 전공의들의 안락사에 대한 태도, 가정의학학회지, Vol.22(10);1494-1502.
20. 홍명선(2000), 안락사에 대한 간호사의 의식, 한국보건간호학회지, Vol.14(2);446-463.
21. 황병덕, 정웅재, 최령(2011), 뇌사에 대한 인지와 태도에 관련된 요인, 보건의료산업학회지, Vol.5(1);159-170.

접수일자 2011년 4월 26일

심사일자 2011년 6월 8일

게재확정일자 2011년 6월 13일