

노인의 연명치료에 대한 태도 -Q 방법론적 접근-

Attitude of Elderly People on Life Support Care -Q Methodological Approach-

강다영*, 심형화**

울산대학교병원*, 부산가톨릭대학교 간호학과**

Da-Young Kang(caki79@hanmail.net)*, Hyung-Wha Shim(hwshim@cup.ac.kr)**

요약

본 연구는 노인의 연명치료에 대한 태도를 유형화함으로써 생의 마지막 단계를 살아가는 노인에게 맞는 적절한 간호전략의 개발을 위한 자료를 마련하고자 시도되었다. 주관적이고 개별화된 노인의 연명치료에 대한 태도를 개관적으로 측정할 수 있는 Q 방법론을 적용하였다. 노인의 연명치료에 대한 태도는 모두 4가지 유형으로 분류되었으며 그 결과는 다음과 같다. 제Ⅰ유형: '상황적, 자기결정권 우선형'으로 현실적 상황에 따라 연명치료의 여부를 결정하고 결정의 주체는 자신이 가장 우선되어야 함을 강하게 긍정하였다. 제Ⅱ유형: '운명적, 연명치료 거부형'으로 죽음의 상황을 운명이라 생각하고 삶의 한 과정으로써 자연스럽게 받아들이며 무의미한 연명치료에 대해 강하게 거부하는 성향을 지니고 있었다. 제Ⅲ유형: '회피적, 가족결정 중시형'으로 자신의 죽음에 대해 생각하는 것을 꺼리고 연명치료에 대한 결정이 본인에게 맡겨지는 것을 회피하면서 가족의 결정에 의지하려는 태도를 가진 집단이다. 제Ⅳ유형: '생명중시적, 연명치료 찬성형'으로 연령이나 현재 상황보다는 생명을 가장 중시하여 연명치료에 대해 찬성하며 끝까지 최선을 다해야 한다는 태도를 보였다. 노인들이 생의 마지막 순간까지 품위 있는 삶을 유지하도록 돕기 위해서 노인에게 맞는 적절한 간호중재법 개발에 대한 노력이 필요하리라 판단된다.

■ 중심어 : | 노인 | 연명치료 | 죽음에 대한 태도 |

Abstract

Purpose: This study aimed to identify on the attitudes toward the life support care among elderly people using Q methodology. Methods: Thirty-nine elderly people classified 34 selected Q statements into a shape of normal distribution using a 9 point scale. The obtained data were analyzed by using a PQ Method PC program. Results: Principal component analysis identified 4 types of the attitudes toward the life support care among elderly people. Type I is "Situational & Self-determination linear type", type II is "Destiny & Life support care denied type", type III is "Avoidant & Family decision emphasis type" and type IV is "Respect for life & life support care approved type". Most of elderly people have been attitude that wish to receive honor their own decisions toward the prolongation treatment. Conclusion: The findings indicate a need to policy guidelines and public information that express self-determination of elderly people.

■ keyword : | Elderly | Life Support Care | Attitude to Death |

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대의학 기술의 발달은 인간의 건강수준 향상과 함께 평균 수명의 연장에 크게 기여하였고 그 결과 노인 인구수도 매년 증가하여 2014년 통계청 자료에 따른 우리나라의 65세 이상 노인 인구는 전체 인구의 12.7%(6,386천명)를 차지하고 있다[1]. 하지만 현대의학의 한계로 회복 불가능한 환자의 경우 일정기간 생명만 지속시키는 장기입원 상태를 증가시키고 있으며, 이제 환자의 죽음은 자연적으로 다가오는 것이 아니라 의료진이나 가족에 의하여 결정되고 선언되는 것으로 죽음의 개념이 변화하고 있다[2].

노인환자의 경우 노화와 함께 만성 퇴행성 질환을 가지고 있으며 대부분이 장기적이고 반복적인 치료가 요구되거나 지속적인 치료에도 불구하고 회복 불가능한 상태로 진행되는 경우가 많다. 통계청 자료에 따른 2013년 우리나라의 65세 이상 노인 진료비는 건강보험 전체 진료비의 34.5%정도를 차지하는 것으로 나타났다[1]. 이러한 회복 불가능한 상태에서의 지속적인 치료는 꾸준한 의료비 지출을 야기하며 이는 환자뿐만 아니라 보호자에게도 큰 심리적, 경제적인 부담감을 가져다준다[3].

노인이 인식하는 좋은 죽음에 대한 연구결과 ‘어느 누구에게도 폐 끼치지 않는 죽음’, ‘자식들 고생 안 시키고 죽는 것’, ‘적당한 수명을 누리는 죽음’, ‘준비된 죽음’ 등이 노인들이 생각하는 좋은 죽음인 것으로 나타났다[4]. 이처럼 최근 우리 사회에 ‘웰 다이잉(well-dying)’이라는 개념의 등장과 함께 ‘잘 죽는 것’에 대한 사람들의 인식이 변화되면서 회생 가능성이 없는 상황에서 단순히 생명만 일정기간 연장시키는 연명치료가 꼭 필요한 가라는 의문이 제기되고 있다. 이런 변화로 인해 환자의 주된 법적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료로써의 연명치료가 ‘의미 있는 생존기간’이 아니라 ‘불필요하게 고통 받는 기간’의 연장을 의미하는 것으로 해석되기도 한다[5].

우리나라에서 처음으로 ‘존엄사’에 대한 관심을 불러일으킨 것은 2008년 2월 연세대학교 세브란스 병원의

‘김 할머니 사건’으로써, 조직검사를 받던 중 과다출혈로 인한 뇌손상으로 식물인간 상태에 빠진 환자를 가족들은 무의미한 연명치료를 중단하고 품위 있게 죽을 수 있도록 해달라고 병원측에 요청했으나 병원 측에서는 이를 거부하였다. 이 사건에 대해 2009년 5월 21일 대법원이 이른바 ‘존엄사’에 대한 최종판결을 내려 존엄하게 죽을 권리가 있음을 인정한 첫 판결이 되었다[6].

이후 한국보건 의료연구원을 중심으로 각계의 토론을 거쳐 존엄사란 표현대신 ‘무의미한 연명치료 중단’이란 용어를 사용하기로 하였으며, 이어 2013년 7월 31일 대통령 소속 국가생명윤리심의위원회가 연명치료 중단에 대한 특별법 제정 등의 권고안을 심의하였다. 국가는 회생 가능성이 없는 말기 환자의 자기결정권을 보장하고 무의미한 연명치료와 관련된 의료현장에서 발생하는 혼란을 방지하기 위한 법적 제도를 마련할 필요가 있다는 입장이다. 그러나 한편에선 권고안 내용 중 환자의 의사표현이 어려울 때에는 가족에 의한 환자의 의사 추정이 가능하다는 점 때문에 연명치료의 중단이 생명을 경시하고 자칫 대리인에 의해 악용될 가능성이 있다는 우려의 목소리도 높다[7].

삶에 대한 태도가 다양하듯 죽음에 대한 태도도 매우 주관적이어서 이에 대한 객관적인 기준을 마련한다는 것이 쉬운 일은 아니다. 이러한 노력이 시작되는 시점에서 무엇보다 중요하게 고려되어야 할 것은 연명치료 중단의 결정이 환자의 자율성을 존중한 의사결정을 전제로 이루어져야 한다는 점이다[8]. 의학의 발전으로 고령인구가 증가된 현실은 연명치료의 상황에 놓인 노인들의 증가를 의미한다고도 할 수 있다. 하지만 우리나라의 현 의료현장에선 노인들이 본인에게 행해지는 연명치료에 대한 의사 표시를 명확히 할 수 있는 체계가 형성되어 있지 않으며, 일반적으로 노인들이 연명치료에 대해 어떤 태도를 가지고 있는지에 대한 구체적인 연구 결과도 없다.

외국의 사례를 살펴보면 미국은 이미 1990년에 환자의 자기결정권에 관한 법을 제정하여 환자가 의식이 있는 경우에는 환자가 일차적으로 의사결정을 하고 의식이 소실되는 경우를 대비하여 생전 유언이나 사전의료지시서 등을 받아두도록 하고 있다[9]. 일본의 경우에는

지방법원의 안락사를 인정하는 조건으로 환자 자신의 의사 확인 등을 제시하는 것이 전부였다가 1995년 요코하마 법원의 판례에 따라 소극적 안락사도 사회적으로 용인하고 있다[10]. 이러한 분위기에 힘입어 국외에서는 급성 질환에 대한 연명치료[11], 연령에 따른 연명치료중단의 결정[12], 의료인들의 연명치료중단에 대한 태도와 인식[13][14], 연명치료 결정에 영향을 주는 가족요인[15] 등 다양한 연구들이 이루어지고 있다.

국내에서 연명치료에 대한 선행연구들은 의료인들의 인식과 태도[16-18], 노인환자 가족을 대상으로 한 연구[19][20], 일반인이나 성인의 연명치료에 대한 태도를 알아보는 연구[21] 등이 이루어졌으나, 정작 생의 말기 단계에 살고 있는 노인들을 대상으로 한 국내 연구는 많이 부족한 상황이다. 한편, 연명치료에 대한 태도는 매우 주관적이기 때문에 인간의 주관성을 과학적으로 측정하는데 효용이 큰 Q 방법론을 적용하여[22] 노인의 연명치료에 대한 태도의 본질을 파악하고자 한다.

따라서 본 연구는 노인들의 연명치료에 대한 태도를 파악함으로써 연명치료 중단 결정시 환자, 보호자, 의료진들이 올바른 결정을 할 수 있도록 돕기 위한 기초 자료로 쓰이고자 시도되었다. 이는 생의 마지막 단계에 살고 있으며 연명치료에 대한 의견을 결정하는 당사자인 노인들에게 좋은 죽음에 대해 생각할 기회를 제공할 뿐만 아니라 노인들의 삶의 질을 높이기 위한 간호중재 개발의 발판을 마련하는데 큰 의미가 있다고 본다.

2. 연구 목적

본 연구는 Q 방법론을 사용하여 노인의 연명치료에 대한 주관성의 유형을 분류하고 그 특성을 파악함으로써 노인의 연명치료에 대한 태도를 이해하여 노인환자에게 적절한 간호중재 방안을 모색하고자 하였으며, 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 노인의 연명치료에 대한 태도의 유형을 파악한다.
- 노인의 연명치료에 대한 유형별 특성을 분석하고 기술한다.
- 노인의 연명치료에 대한 유형별 특성에 기초하여 간호학적인 시사점과 간호중재 방안을 모색한다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 개인의 경험에 따라 다르게 인식할 수 있는 추상성 높은 개념에 대한 주관적인 견해를 객관화하기에 유용하며 인간의 주관성을 심층적으로 측정할 수 있는 Q 방법론[22]을 이용하여 노인의 연명치료에 대한 주관성을 파악하였다.

2. 표본의 추출 방법

2.1 Q 표본

Q 표본의 표집 방법은 두 단계로 진행되며 첫 단계는 Q 모집단을 구성하는 것이고 두 번째 단계는 Q 모집단에서 대표성을 갖는 Q 표본을 선정하는 단계이다. Q 방법론에서 가장 중요한 부분이 Q 진술문을 표집하는 것이며 구조화된 표집과 비구조화된 표집의 두 가지 방법이 있다[22].

본 연구는 사람들의 유형을 찾고 기술하며 설명하기 위한 목적인 비 구조화된 표집 방법을 사용하였다.

(1) Q 모집단(Concourse) 구성

Q 모집단은 심층면접과 문헌연구를 통해 추출하였다.

첫째, U시에 거주하는 일 대학교병원의 의사 1명, 간호사 1명, 65세 이상 노인 2명을 대상으로 2013년 8월 15일부터 8월 31일까지 개방형 질문과 심층면담을 통하여 연명치료에 대한 중립적인 면접을 시행하였으며, 구체적인 질문은 다음과 같다.

- 삶과 죽음은 어떤 의미입니까?
- 연명치료에 대한 평소 느낌은 어떤 것입니까?
- 연명치료를 시행하는 데는 어떤 조건이 있을까요?
- 연명치료의 중단은 언제 결정하는 것이 좋을까요?
- 연명치료의 결정을 미리 하는 것에 대해 어떻게 생각합니까?
- 연명치료중단에 대한 법제화 마련에 대해 어떻게 생각합니까?
- 가족의 연명치료에 대해 어떻게 생각합니까?

둘째, 연명치료, 안락사, 생명연장술, 사전의사결정, 자기결정권 등에 관한 관련 서적 및 선행연구들과 최근의 연명치료에 관한 신문과 인터넷 보도자료 등에 대한 자료를 통합하여 관련 진술문을 추출하였다.

심층면접을 통해 나온 진술문 72개, 문헌연구를 통해 나온 진술문 128개를 선정하여 총 200개의 Q 모집단을 추출하였다.

(2) Q 표본의 선정 (Q-sampling)

200개의 Q 모집단에서 Q 표본을 선정하기 위해 의미가 중복되는 문항은 삭제하고, 차원이 다른 두 가지 이상의 내용이 같은 진술문 속에 포함된 것은 두 개 이상의 항목으로 분리하여, 유사한 의미를 가진 것끼리 배열한 후 범주화를 시도하였다. 이러한 과정을 통해 주제, 연명치료에 대한 찬·반, 연명치료의 수준, 결정권, 사전의사결정서, 가족개입 정도, 사회·문화·종교적 요인 등 7개의 대 범주로 구분하였다. 진술문 속의 주요어(key word)를 검토하여 같은 의미를 가진 진술문은 통합하고 어려운 말은 보다 쉬운 단어로 바꾸고 어두나 어미를 정리하였으며 긍정적, 부정적 진술문이 고루 섞이도록 정리한 뒤, 그 주제와 내용의 타당성 확인을 위해 Q 방법론 연구 경험자(간호학 교수 3인, Q 방법론 전공 교수 1인)에게 제시하여 의견을 교환하고 재조정하였다. 총 5차례의 재조정을 통해 연명치료의 의미를 구성하는 요인을 가장 잘 설명할 수 있는 최종 34개의 Q 표본 진술문을 채택하였다.

2.2 P 표본

P 표본의 선정은 연구될 주제에 대해 서로 다른 견해를 가진다고 기대되는 쪽으로 하는 것이 좋으며 그 주제에 관해 특별한 흥미를 갖는 사람, 공평한 의견을 제시할 수 있는 사람, 그 주제에 있어 권위가 있는 전문가, 일반적인 관심이 있는 사람, 그 주제에 관해 정보가 어둡거나 흥미가 없는 사람 등을 구성원으로 하는 것이 의견을 가장 잘 수렴할 수 있다[23]. 또한 Q 방법론은 개인 간의 차이가 아니라 개인내의 의미성이나 중요성의 차이를 다루는 것이므로 P 표본의 수에 있어서 아무런 제한을 받지 않는다. P 표본의 수는 Q 표본의 수와

비슷해서 40 ± 20 명 정도가 일반적이며 그 수가 100명이 넘어가면 이론적, 통계적으로 문제가 야기된다[22].

본 연구는 노인들의 연명치료에 대한 태도를 알아보는 연구이므로 다양한 배경과 경험을 가진(성별, 종교, 거주환경, 직업, 경제수준과 건강상태 등) 문자해독이 가능한 65세 이상의 남녀 노인을 대상으로 편의 표집하여 연구에 참여하기를 수락한 39명을 P 표본으로 선정하였다.

2.3 윤리적 고려

본 연구는 연구대상자를 윤리적으로 보호하기 위해 부산가톨릭대학교 생명윤리위원회의 승인(CUPIRB-2013-046)을 받아 진행하였다. 연구대상자에게 연구의 목적과 내용에 대해 충분히 설명한 후 수집된 자료는 연구목적 이외의 용도로 사용하지 않을 것과 연구대상자의 자의로 연구에 참여할 뿐 아니라 언제든지 참여를 철회할 수 있음을 알려주고 이에 대한 서면 동의를 받은 후 자료를 수집하였다.

3. 자료수집 방법과 절차

3.1 Q 표본 분류와 방법

(1) 분류 준비

P 표본 대상자의 가정이나 요양병원 내 휴게실 또는 병실에서 대상자가 허락한 편안한 시간에 시행하였으며 연구자 소개와 함께 연구의 목적과 방법을 설명하고 대상자 보호와 연구의 윤리성 확보를 위하여 본 연구에서 사용한 설문지의 표지에 첨부된 연구에 자발적으로 참여하고 동의하는지를 묻는 질문에 동의할 경우 자신의 이름을 쓰고 서명하도록 하여 연구 참여에 대한 동의를 확보한 후 자료 수집을 진행하였다.

(2) Q 표본 분류 절차

Q 표본으로 선정된 진술문은 노인대상자들이 읽기 쉽고 취급이 용이하도록 두꺼운 색지에 큰 글자로 인쇄한 후 6×5 cm의 34개의 카드로 제작하여 코팅하여 사용하였으며 각 카드에는 1번부터 34번까지 번호를 주었다. Q 표본의 분포도는 중요도에 따라 강한 긍정(+4)부터 강한 부정(-4)까지 9점 척도 상에 강제 정규분포 시

키는 원리로 분류된다. 연구 대상자가 Q 표본으로 선정된 34개의 진술문을 충분히 검토한 후 Q 카드를 자신의 견해에 따라 긍정(+), 중립(0), 부정(-)의 세 부분으로 나누는 다음 가장 긍정(혹은 부정)하는 진술카드부터 바깥쪽에서 안쪽으로 분류를 진행하게 하는 것이다.

Q 표본 분류과정의 절차는 먼저 대상자에게 나이, 성별, 종교, 학력 등의 인구 사회학적 특징을 파악하기 위한 설문지를 작성하도록 한 후에 Q 카드를 나눠주어 Q 진술문을 직접 읽게 하거나 노안으로 시력이 나쁜 경우는 읽어주고 의문이 있거나 이해가 되지 않는 진술문항은 의미를 확인하였다. 그다음 Q 분류판에 대상자가 Q 진술문들을 자신의 의견에 따라 가장 긍정하는 진술문에서부터 가장 부정하는 진술문을 선택하여 9점 척도 상에 분류하도록 하였다.

Q 분류가 끝난 직후 P 표본과의 면담을 통해 강한 긍정과 강한 부정을 보인 항목에 대한 이유와 그와 관련된 개별적인 정보를 수집하였다.

3.2 자료처리 및 분석방법

P 표본으로 표집된 39명의 자료수집이 완료된 후 자료 처리는 Q 표본 분포도에 기록된 진술문항 번호를 확인하여 가장 동의하지 않은 문항(-4)을 1점으로 하여 2점(-3), 3점(-2), 4점(-1), 5점(0), 6점(+1), 7점(+2), 8점(+3), 가장 동의하는 문항(+4)에 9점으로 점수화하여 코딩 후 통계 프로그램에 입력하였다. 자료 분석은 PQ Method PC Program을 이용하고, 요인분석은 P 표본을 축으로 하는 주요인분석(principal component factor analysis) 방법을 이용하였다. 가장 이상적인 요인수를 결정하기 위해 Eigen(아이젠) 값 1.0 이상을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 변량과 누적변량, 상관관계를 고려하여 가장 합리적인 Q 요인이라 판단되는 것을 선택하였다.

III. 연구결과

1. 연명치료의 태도에 대한 대상자 유형

P 표본을 축으로 한 요인분석의 결과 4개 요인으로

분석되어 본 연구 대상자의 연명치료에 대한 태도의 유형은 4가지로 분류되었다. 요인별 설명력은 요인 I 18%, 요인 II 17%, 요인 III 9%, 요인 IV가 10%로 전체 요인의 설명력은 54%였다[표 1]. 각 유형간의 상관관계는 비교적 낮게 나타나 모든 유형이 자기 고유한 유형임이 밝혀졌다[표 2].

표 1. 유형별 Eigen 값과 변량

유형	Eigen 값	변량(%)	부하인원
유형 I	9.8522	18	11
유형 II	5.6987	17	10
유형 III	2.9449	9	4
유형 IV	2.4460	10	5
합계	20.6718	54	30

표 2. 유형간 상관관계

	유형 I	유형 II	유형 III	유형 IV
유형 I	1.0000			
유형 II	0.3368	1.0000		
유형 III	0.1155	0.1984	1.0000	
유형 IV	0.4007	0.1731	0.0146	1.0000

연구 대상 P 표본 39명 중 유형 I에 11명, 유형 II에 10명, 유형 III에 4명, 유형 IV에 5명이 분포하였으며, 나머지 9명은 어떤 유형에도 분류되지 않았다[표 3].

표 3. 응답자의 요인구조표

유형	P 표본	상관 계수	성별	연령	종교	학력	경제수준	건강상태	거주지
I	1	83	남	70	천주교	대졸	충분	좋음	도시
	13	83	여	68	불교	중졸	충분	나쁨	도시
	33	78	남	69	천주교	초졸	부족	좋음	시골
	29	73	여	71	무	초졸	부족	좋음	시골
	21	67	여	69	무	대졸	충분	좋음	도시
	16	65	남	66	기독교	대졸	보통	좋음	도시
	10	63	여	70	무	초졸	부족	보통	도시
	31	63	여	72	기독교	무학	충분	좋음	시골
	5	61	남	71	무	대졸	충분	좋음	시골
	2	51	남	72	기독교	중졸	보통	나쁨	도시
II	32	47	여	69	천주교	고졸	충분	좋음	시골
	7	80	남	76	기독교	고졸	충분	나쁨	도시
	19	76	여	65	무	고졸	보통	좋음	도시
	37	73	여	87	불교	초졸	보통	나쁨	시골
	27	71	여	89	불교	초졸	보통	좋음	도시
	9	69	여	67	불교	중졸	부족	나쁨	도시
	14	67	남	83	무	대졸	보통	나쁨	도시
	17	61	여	66	천주교	초졸	부족	좋음	도시
	12	59	여	76	불교	고졸	충분	나쁨	도시
	20	59	여	67	무	고졸	충분	나쁨	시골
36	54	남	69	기독교	대졸	충분	나쁨	시골	

III	24	76	남	77	불교	초졸	부족	나쁨	시골
	11	68	여	70	불교	대졸	충분	좋음	도시
	8	58	남	68	불교	고졸	부족	나쁨	시골
	25	52	여	77	불교	무학	부족	나쁨	시골
IV	15	77	남	69	불교	초졸	보통	좋음	도시
	23	71	여	80	불교	고졸	보통	보통	도시
	28	69	남	72	기독교	고졸	부족	좋음	시골
	18	51	남	70	천주교	초졸	부족	보통	도시
	3	49	여	78	천주교	고졸	보통	나쁨	도시

*상관계수는 소수점 이하만 표시

2. 노인의 연명치료에 대한 태도의 유형별 분석

노인의 연명치료에 대한 태도를 분석하기 위해서 각 유형에 속한 대상자들이 가장 긍정적 또는 부정적으로 분류한 진술문들을 기술하고 대상자들과의 개인면담을 통해 알게 된 그들의 일반적인 특성과 현재 상황을 설명함으로써 각 유형의 전형적인 특성을 드러내고자 하였다.

연구의 결과 각 진술문에 대한 유형별 요인가는 [표 4]와 같다.

표 4. Q 진술문의 요인가

진술문	유형			
	I	II	III	IV
1. 사람은 스스로 죽음을 선택할 수 있어야 하고 이는 개인의 자유이며 권리이다	2	-1	0	-2
2. 소생 불가능 상태라 하더라도 나는 그 사실을 모른 채 죽고 싶다	-3	0	3	-2
3. 의료진은 보호자가 올 때까지 최선을 다해 살리려는 노력을 해야한다	3	0	-1	4
4. 연명치료중단 결정 후에는 의료진이 환자의 치료 및 간호에 소홀해질 수 있다	-1	-1	0	0
5. 연명치료의 중단이 허용된다면 사회에 생명경시풍조를 만연시킬 위험이 있다	-2	-1	-1	2
6. 경제적으로 여유만 된다면 연명치료를 하는 것은 당연하다	-1	-4	-2	0
7. 기적이 있을 수 있으므로 어떠한 이유에서든 환자를 포기할 수 없다	0	-3	-4	1
8. 의미없는 장기간의 치료와 입원생활은 환자와 가족 모두에게 고통스런 생활만 줄 뿐이다	2	3	0	1
9. 개인적으로 안락사를 찬성하는 입장이다	0	2	1	-3
10. 나는 연명치료를 하면서까지 오래 살고 싶지 않다	1	4	2	3
11. 내가 회복 불가능한 상태라면 연명치료의 중단을 통해 고통에서 해방시켜 주 사람에게 고마움을 느낄 것이다	1	2	-2	-1
12. 환자가 고통 때문에 빨리 죽고 싶다고 얘기하는 것은 더 나은 치료를 원하는 것이지 죽음을 원하는 것이 아니다	1	-3	1	-4
13. 연명치료는 인간이 고귀하게 죽을 권리를 빼앗는 것이다	-2	0	-1	-1
14. 심폐소생술은 환자를 두 번 죽이는 것이다	-4	-1	-2	-3

15. 사람이 산다는 것은 자기 의지로 살아야지 기계의 도움으로 사는 것은 의미가 없다	-1	3	4	-1
16. 회복이 불가능 하더라도 가족으로서 할 수 있는 치료는 다 하고 싶다	0	-4	1	2
17. 무의미한 연명치료를 중단함으로써 다른 사람을 위한 장기이식을 할 수 있다면 보람 있는 일이 될 것이다	2	2	-4	0
18. 연명치료에 대한 중단을 결정했다라도 이미 하고 있는 치료까지 중단해서는 안 된다.	1	0	-1	2
19. 가족이 원할 경우 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중단하는 것이 옳다	-1	0	2	-3
20. 연명치료를 중단할 경우에도 인공영양, 수액, 항생제, 진통제, 안정제 같은 일반적인 치료는 지속해야 한다	1	-2	2	1
21. 심각한 환자에게 연명치료의 결정 여부를 묻는 것은 살고자하는 의지를 꺾을 수 있다	0	-2	0	1
22. 연명치료 결정은 본인의 의지가 가장 중요하다	4	3	3	-1
23. 연명치료 중단은 가족과 주치의의 합의에 의해 결정되는 것이 바람직하다	0	0	2	3
24. 의료진은 환자나 보호자에게 환자의 상태를 사실대로 설명하여 본인들이 치료에 대해 결정할 수 있도록 하여야 한다	4	1	0	1
25. 연명치료에 대해 가족과 내 의견이 다를 때는 내 결정이 존중되기를 바란다	3	1	0	0
26. 연명치료에 대한 사전의사결정은 환자에게 생을 정리하고 죽음을 준비할 시간을 주므로 필요하다고 생각한다	3	1	-3	0
27. 나는 아프기 전에 사전의사결정서를 작성해 놓을 것이다	-2	1	-3	-1
28. 의미없는 연명치료를 계속하지 않도록 윤리적 지침이 마련되어야 한다고 생각한다	0	2	-2	0
29. 나에게 위급상황이 닥쳤을 경우에 치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다	-2	-3	4	-4
30. '간병에 효자 없다' 는 말이 맞다고 생각한다.	2	4	3	4
31. 인간이 받는 고통은 절대자의 계획안에서 이루어지는 것이므로 받아들이고 견뎌야 한다	-3	-1	-1	-2
32. 악업 때문에 고통을 받는 것이기 때문에 치료 중단으로 피하려 한다면 다시 태어나 악업을 갚을 것이다	-4	-2	-3	-2
33. 노인이라고 치료를 포기하는 것은 고려장이나 마찬가지다	-1	-2	1	3
34. 사람의 수명은 정해져 있다고 믿는다 (인명은 재천이다)	-3	1	1	2

2.1 제 I 유형 : 상황적, 자기결정권 우선형

유형 I 은 현실적 상황에 따라 연명치료의 여부를 결정하고 그 결정의 주체는 자신이 우선되어야 함을 가장 중시하는 대상자의 집단이다. 11명의 대상자가 유형 I 에 속하며 남자 5명, 여자 6명이었고, 연령은 60대 5명, 70대 6명이었으며, 종교는 무교가 4명, 천주교 3명, 기독교 3명, 불교 1명이었다. 한달 용돈수준에 대해선 충분하거나 보통이라고 답한 대상자가 8명, 부족하다는 대상자는 3명이었다. 건강상태는 대부분 좋은 편이었고, 거주지는 도시 6명, 시골 5명이었다[표 3].

유형 I은 ‘연명치료의 결정은 본인의 의지가 가장 중요(표준점수=1.69)’하다고 생각하며 ‘의료진은 환자나 보호자에게 환자의 상태를 사실대로 설명하여 본인들이 치료에 대해 결정할 수 있도록 하여야 함(표준점수=1.76)’을 중시하였고, ‘연명치료에 대해 가족과 내 의견이 다를 때는 내 결정이 존중되기를 바란다(표준점수=1.21)’고 하는데 강한 긍정을 보였다. ‘연명치료에 대한 사전의사결정은 환자에게 생을 정리하고 죽음을 준비할 시간을 주므로 필요(표준점수=1.14)’하고 ‘의료진은 보호자가 올때까지 최선을 다해 살리려는 노력을 해야 한다(표준점수=1.42)’는 입장을 보여 현실적 상황에 따라 연명치료 여부를 결정해야 한다는 태도를 보이고 있다. 반면 ‘악업 때문에 고통을 받는 것이기 때문에 피해선 안된다(표준점수=-1.82)’, ‘고통이 절대자의 계획안에서 이루어지는 것이기 때문에 견뎌야 한다(표준점수=-1.72)’, ‘인명은 재천이다(표준점수=-1.54)’ 등에는 부정적 견해를 가지고 있으며, ‘심폐소생술은 환자를 두 번 죽이는 것이다(표준점수=-1.86)’, ‘소생불가능 상태라 하더라도 나는 그 사실을 모른채 죽고싶다(표준점수=-1.73)’ 등에도 강한 부정적 태도를 가지고 있었다[표 5].

유형 I의 전형(1번=83)은 도시에 사는 70세 남자 노인으로 경찰공무원으로 퇴직하여 배우자와 함께 살고 있으며 결혼한 아들 한명을 자녀로 두고 있다. 경제적으로도 넉넉하고 건강상태도 좋은 편이고, 천주교를 믿고 있다. 사람은 스스로 죽음을 선택할 수 있어야 하고 그것은 개인의 자유이며 권리라는 신념을 갖고 있고 연명치료의 결정은 상황과 여건을 감안하여 본인의 의지대로 결정하겠다고 하였다. 생의 마지막은 내가 알고 정리할 수 있어야 하므로 의료진은 본인에게 사실대로 설명하여 준비할 시간을 주어야 하며 사전의사결정도 필요하다고 생각하였다. 그러나 가능성이 있는 경우에는 무조건적인 심폐소생술 포기는 반대하였으며 마지막 인사정도는 할 수 있도록 의료진은 보호자가 올 때까지 최선을 다해 살리려는 노력을 해야 한다는 태도를 보였다.

표 5. 유형 I가 강한 긍정 또는 강한 부정을 보인 진술문

강한 긍정을 보인 진술문	Z - score
의료진은 환자나 보호자에게 환자의 상태를 사실대로 설명하여 본인들이 치료에 대해 결정할 수 있도록 하여야 한다.	1.76
22. 연명치료 결정은 본인의 의지가 가장 중요하다.	1.69
3. 의료진은 보호자가 올 때까지 최선을 다해 살리려는 노력을 해야한다.	1.42
25. 연명치료에 대해 가족과 내의견이 다를 때는 내 결정이 존중되기를 바란다.	1.21
유형 I 26. 연명치료에 대한 사전의사결정은 환자에게 생을 정리하고 죽음을 준비할 시간을 주므로 필요하다고 생각한다.	1.14
강한 부정을 보인 진술문	
34. 사람의 수명은 정해져 있다고 믿는다.(인명은 재천이다)	-1.54
31. 인간이 받는 고통은 절대자의 계획안에서 이루어지는 것이므로 받아들이고 견뎌야 한다.	-1.72
2. 소생 불가능 상태라 하더라도 나는 그 사실을 모른채 죽고싶다.	-1.73
32. 악업 때문에 고통을 받는 것이기 때문에 치료중단으로 피하려 한다면 다시 태어나 악업을 갚을 것이다.	-1.82
14. 심폐소생술은 환자를 두 번 죽이는 것이다.	-1.86

2.2 제 II 유형 : 운명적, 연명치료 거부형

유형 II는 죽음의 상황을 운명이라 생각하고 자연스럽게 받아들이며 무의미한 연명치료에 대해 본인의 의지로 결정하되 강하게 거부하는 성향을 지닌 대상자 집단이다. 10명의 대상자가 속하며 남자 3명, 여자 7명이었고, 60대 5명, 70대 2명, 80대가 3명이었으며 종교는 무교 3명, 불교 4명, 기독교 2명, 천주교 1명이었다. 학력은 다양하였고, 경제적인 면에서는 보통이거나 충분하다는 대상자가 8명, 부족하다는 대상자가 2명이었다. 건강상태가 나쁘다고 답한 사람이 7명으로 대부분을 차지하였고, 거주지는 도시 7명, 시골 3명이었다[표 3].

유형 II는 ‘긴병에 효자 없다(표준점수=1.75)’, ‘의미 없는 장기간의 치료와 입원생활은 환자와 가족 모두에게 고통스런 생활만 줄 뿐이다(표준점수=1.26)’, ‘나는 연명치료를 하면서까지 오래 살고 싶지 않다(표준점수=2.02)’고 생각하였다. ‘사람이 사는 것은 자기 의지로 살아야지 기계의 도움으로 사는 것은 의미가 없고(표준점수=1.33)’ 이러한 ‘연명치료의 결정은 본인의 의지가 가장 중요하다(표준점수=1.25)’는데 강하게 긍정하는 유형으로 운명에 순응하며 자연스러운 죽음을 원하기 때문에 무의미한 연명치료는 거부한다는 태도를 가지고 있다. ‘경제적으로 여유만 된다면 연명치료를 하는

것은 당연한 것(표준점수=-1.51), ‘회복이 불가능 하더라도 가족으로서 할 수 있는 치료는 다 하고 싶다(표준점수=-1.61)’와 ‘기적이 있을 수 있으므로 어떠한 이유에서는 환자를 포기할 수 없다(표준점수=-1.31)’ 등에는 강하게 부정적이었고 ‘나에게 위급상황이 닥쳤을 경우에 치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다(표준점수=-1.32)’에도 부정적 태도를 보여 가족들보다 자신의 결정을 더 중요하게 생각함을 알 수 있었다[표 6].

유형Ⅱ의 전형(7번=80)은 도시에 사는 남자 노인으로서 경제적으로는 여유가 있으며 퇴직 이후 그 회사의 하청업체에서 계약직으로 근무하다 퇴행성관절염이 악화되어 더 이상의 노동이 불가능한 상태로 현재는 집에서 쉬고 있다. 지팡이를 사용하여 가까운 거리만 겨우 거동이 가능한 정도의 건강상태로 일상생활은 스스로 가능하다. ‘인명은 재천’이므로 최선을 다해 치료를 해도 죽을 사람은 죽고 살 사람은 살아가며 ‘기적은 없다’고 생각하였다. ‘죽는 것에 대한 두려움’이 없고 ‘삶을 억지로 붙잡고 있기 싫다’고 말하며 ‘죽음을 겸허하게 받아들일 것’이라는 확고한 의지를 가지고 있었다. 또한 연명치료의 결정에 있어서도 ‘보호자의 의견으로 내 삶이 결정되는 것’은 싫기 때문에 ‘내 삶은 내가 결정하고 싶다’는 태도를 보였다.

표 6. 유형Ⅱ가 강한 긍정 또는 강한 부정을 보인 진술문

강한 긍정을 보인 진술문	Z - score
10. 나는 연명치료를 하면서까지 오래 살고 싶지 않다.	2.02
30. ‘긴병에 효자 없다’ 는 말이 맞다고 생각한다.	1.75
15. 사람이 산다는 것은 자기 의지로 살아야지 기계의 도움으로 사는 것은 의미가 없다.	1.33
8. 의미없는 장기간의 치료와 입원생활은 화자와 가족 모두에게 고통스런 생활만 줄 뿐이다.	1.26
22. 연명치료 결정은 본인의 의지가 가장 중요하다.	1.25
강한 부정을 보인 진술문	
유형Ⅱ 환자가 고통 때문에 빨리 죽고 싶다고 얘기하는 것은 더 나은 치료를 원하는 것이지 죽음을 원하는 것이 아니다.	-1.25
7. 기적이 있을 수 있으므로 어떠한 이유에서든 환자를 포기할 수 없다.	-1.31
29. 나에게 위급상황이 닥쳤을 경우에 치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다.	-1.32
6. 경제적으로 여유만 된다면 연명치료를 하는 것은 당연하다.	-1.51
16. 회복이 불가능 하더라도 가족으로서 할 수 있는 치료는 다 하고 싶다.	-1.61

2.3 제Ⅲ 유형 : 회피적, 가족결정 중시형

유형Ⅲ은 자신의 죽음에 대해 생각하는 것을 꺼리며 연명치료에 대한 결정을 본인이 하는 것을 회피하려고 하고 가족의 결정에 의지하려는 태도를 가진 대상자들의 집단이다. 4명의 대상자가 유형Ⅲ에 속하며 남자 2명, 여자 2명이고 연령은 70대 3명, 60대 1명이었으며, 종교는 모두 불교였다. 학력은 다양했고 경제수준은 한달 용돈이 부족한 사람이 3명으로 대부분을 차지했다. 건강상태는 나쁘다고 답한 사람이 3명 좋다고 답한 사람은 1명이었으며, 시골에 사는 노인이 3명이었다[표 3].

유형Ⅲ은 ‘기계의 도움으로 사는 것은 의미가 없다(표준점수=1.81), ‘긴병에 효자 없다(표준점수=1.21)’에 긍정적인 태도를 보였으며 ‘나에게 위급상황이 닥쳤을 경우에 치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다(표준점수=1.64), ‘소생불가능 상태라 하더라도 나는 그 사실을 모른채 죽고 싶다(표준점수=1.39)’에 적극적인 동조를 나타내는 등 본인의 결정을 회피하고 가족들에게 의지하려는 성향을 가지고 있었다. 한편, ‘기적이 있을 수 있으므로 어떠한 이유에서는 환자를 포기할 수 없다(표준점수=-1.67)’와 ‘무의미한 연명치료를 중단함으로써 장기이식을 할 수 있다(표준점수=-1.71)’에는 강한 부정적인 태도를 보였으며, ‘사전의사결정은 환자에게 생을 정리하고 죽음을 준비할 시간을 주므로 필요하다(표준점수=-1.26), ‘나는 아프기 전에 사전의사결정서를 작성해 놓을 것이다(표준점수=-1.25)’ 등에도 부정적인 견해를 나타내 죽음에 대해 사전에 생각하고 결정하는 것을 회피하는 태도를 보였다[표 7].

유형Ⅲ의 전형(24번=76)은 시골에 사는 77세 남자 노인으로서 2년 전 암으로 수술을 받고 현재는 통원치료 중이며 부부가 함께 살고 있다. 정기적인 수입이 없고 병원비는 지속적으로 지출되고 있어 늘 생활비가 부족한 상태이며 자식들이 매달 보내주는 용돈이 큰 도움이 된다고 하였다. 소생 불가능한 상태에 대해 안다고 해도 변하는 것이 없으므로 ‘그 사실을 모른채 죽고 싶다’고 하였고 아픈 사람은 의식이 혼미하고 정신이 없어 본인이 치료 여부에 대해 결정하기 힘들기 때문에 ‘치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다’는 태도

를 보였다. ‘연명치료에 대한 사전의사결정서’에 대해선 상황에 따라 생각이 변할 수 있기 때문에 미리 알고 준비한다는 것은 힘든 일이라고 생각하였다.

표 7. 유형 III가 강한 긍정 또는 강한 부정을 보인 진술문

강한 긍정을 보인 진술문		Z - score
15.	사람이 산다는 것은 자기 의지로 살아야지 기계의 도움으로 사는 것은 의미가 없다.	1.81
29.	나에게 위급상황이 닥쳤을 경우에 치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다.	1.64
22.	연명치료 결정은 본인의 의지가 가장 중요하다.	1.61
2.	소생 불가능 상태라 하더라도 나는 그 사실을 모른 채 죽고 싶다.	1.39
30.	‘긴병에 효자 없다’ 는 말이 맞다고 생각한다.	1.21
강한 부정을 보인 진술문		Z - score
유형 III 27.	나는 아프기 전에 사전의사결정서를 작성해 놓을 것이다.	-1.25
26.	연명치료에 대한 사전의사결정은 환자에게 생을 정리하고 죽음을 준비할 시간을 주므로 필요하다고 생각한다.	-1.26
32.	악업 때문에 고통을 받는 것이기 때문에 치료중단으로 피하려 한다면 다시 태어나 악업을 갚을 것이다.	-1.61
7.	기적이 있을 수 있으므로 어떠한 이유에서든 환자를 포기할 수 없다.	-1.67
17.	무의미한 연명치료를 중단함으로써 다른 사람을 위한 장기이식을 할 수 있다면 보람 있는 일이 될 것이다.	-1.71

2.4 제 IV 유형 : 생명중시적, 연명치료 찬성형

유형IV는 연령이나 현재 상황보다는 생명을 중시하여 연명치료에 대해 찬성하는 대상자의 집단이다. 5명의 대상자가 여기에 속하며 남자 3명, 여자 2명이고 연령은 60대가 1명, 70대 3명, 80대가 1명이었다. 종교는 불교 2명, 천주교 2명, 기독교 1명이었고 학력은 고졸 3명, 초졸 2명이었으며, 경제수준은 보통이다 3명, 부족하다가 2명이었다. 건강상태는 좋거나 보통이 4명, 나쁘다고 답한 사람은 1명이었고 대부분 도시에 살고 있었다[표 3].

유형IV는 ‘노인이라고 치료를 포기하는 것은 고려장이나 마찬가지로(표준점수=1.35)’라고 생각하며 ‘의료진은 보호자가 올 때까지 최선을 다해 살리려는 노력을 해야한다(표준점수=1.68)’는데 강한 긍정을 나타내었고, ‘연명치료 중단은 가족과 주치의의 합의에 의해 결정되는 것이 바람직하다(표준점수=1.52)’는 태도를 가지고 있었다. 반면 ‘안락사’에 대해선 부정적 견해(표준점수=-1.41)를 가지고 있었으며 ‘심폐소생술은 환자를 두 번

죽이는 것이다(표준점수=-1.46)’와 ‘가족이 원할 경우 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중단하는 것이 옳다(표준점수=-1.35)’ 등에도 부정적 생각을 보이며 연명치료에 대해 찬성하는 태도를 가지고 있었다[표 8].

유형IV의 전형(15번=.77)은 도시에 사는 69세 남자 노인으로서 경제수준은 보통정도라고 여기며 건강상태는 좋은 편이고 현재 대학병원에서 안내, 경비 일을 하고 있다. 아내가 대장암으로 5년간 투병하다 작년 가을에 별세하였으며 지금은 결혼한 아들가족과 함께 살고 있다. ‘연명치료의 결정은 주치의의 합의에 의해 결정’하는 것이 바람직하며 의료진은 환자를 살릴 의무가 있으므로 ‘끝까지 최선을 다해야한다’고 생각하였다. ‘연명치료의 중단이 허용된다면 사회에 생명경시 풍조를 만연시킬 위험’이 있고 생명은 어떤 경우에도 중시되어야 한다고 생각하고 있다. 또한, 심폐소생술로 인해 생명이 돌아올 수 있으므로 포기해선 안되고, 모든 치료의 권한은 자식에게만 맡기지 않고 전문 지식을 가진 의료인과 함께 서로 상의해서 결정해야 한다고 생각하였다.

표 8. 유형 IV가 강한 긍정 또는 강한 부정을 보인 진술문

강한 긍정을 보인 진술문		Z - score
30.	‘긴병에 효자 없다’ 는 말이 맞다고 생각한다.	1.89
3.	의료진은 보호자가 올 때까지 최선을 다해 살리려는 노력을 해야한다	1.68
23.	연명치료 중단은 가족과 주치의의 합의에 의해 결정되는 것이 바람직하다.	1.52
33.	노인이라고 치료를 포기하는 것은 고려장이나 마찬가지다.	1.35
10.	나는 연명치료를 하면서까지 오래 살고 싶지 않다.	1.29
유형 IV 강한 부정을 보인 진술문		Z - score
19.	가족이 원할 경우 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중단하는 것이 옳다.	-1.35
9.	개인적으로 안락사를 찬성하는 입장이다.	-1.41
12.	환자가 고통 때문에 빨리 죽고 싶다고 얘기하는 것은 더 나은 치료를 원하는 것이지 죽음을 원하는 것이 아니다.	-1.46
14.	심폐소생술은 환자를 두 번 죽이는 것이다.	-1.46
29.	나에게 위급상황이 닥쳤을 경우에 치료에 대한 모든 권한은 자식에게 맡길 것이다.	-2.01

IV. 논 의

본 연구는 노인의 연명치료에 대한 태도를 분석하여

유형화함으로써 현재의 시대적 상황에 맞추어 노인들의 삶의 질을 향상하기 위한 개별화된 간호중재 및 간호전략의 개발에 자료를 마련하고자 시도되었다.

노인의 연명치료에 대한 태도는 유형 I : '상황적, 자기결정권 우선형', 유형 II : '운명적, 연명치료 거부형', 유형 III : '회피적, 가족결정 중시형', 유형 IV : '생명중시적, 연명치료 찬성형'의 4유형으로 분류되었다.

유형 I 은 현실적이면서 자기중심적인 성향을 가진 사람들로서 본인이 처한 상황에 대해 정확히 알고 싶어하고 자신의 삶과 죽음에 대한 결정은 본인만이 할 수 있다는 확고한 의지를 가지고 있었다. 즉, 자신의 회복 가능성과 병의 진행 상황에 따라 연명치료의 여부를 스스로 결정하겠다는 태도를 가진 유형이다. 또한 노인들은 죽음에 대해 얘기하는 것을 꺼려 할 것이라는 연구자의 예상과는 달리 평소에도 자신의 죽음에 대해 깊이 생각하며 사전의사결정서를 작성하여 본인의 의사를 확실히 남겨놓고 싶다는 태도를 보였다.

이는 이전에 생명연장술 태도에 관한 주관성 연구 [24]의 자신의 삶과 죽음에 대하여 사전에 결정을 내리는 것이 좋다고 생각하는 '자율성 중시형'과 성인을 대상으로 한 연구[21]의 본인의 상태를 정확히 알고 삶과 죽음의 결정을 본인이 사전에 결정하는 것이 바람직하다는 '합리적 가치 존중형'과 맥을 같이 한다고 볼 수 있다. 노인환자 가족을 대상으로 한 연구[25]에서는 윤리적 지침, 환자의 의학적 상태, 가족의 심리와 경제적 부담감을 고려하여 합리적으로 판단해야 한다는 '합리적 결정형'과 유사한 듯 보이나 환자의 의사를 전적으로 따르겠다는 태도는 아니었기에 본 연구의 유형 I 과 차이가 있다. 이는 보호자로서 갖는 가족들의 의견과 자신의 삶에 대해 노인들이 갖는 신념에 차이가 있음을 보여주는 결과라고 여겨진다. 성인들과 마찬가지로 노인들도 본인의 삶은 스스로 결정하기를 원했으며 사전에 연명치료에 대한 의사를 밝혀두는 것에 강한 긍정적인 생각을 가지고 있었다. 연명치료중단 설명의 적절한 시기에 대한 연구에 따르면 노인환자의 경우 설명을 듣는 시기에 대해 '입원즉시'라고 답한 경우가 가장 많았으며 노인환자 가족은 '환자의 자발적인 호흡이 정지한 경우'가 가장 많았다[19]. 이러한 결과 또한 노인 환자

들이 본인의 의식이 있을 때 정확한 설명을 듣고 스스로 연명치료의 여부에 대해 결정하고 싶어 한다는 것을 나타내 주는 것이라 여겨진다.

유형 I 에 속한 대상자들에게는 환자의 상태에 대한 정확한 정보를 제공하고 상황을 정확히 이해하여 환자 스스로 연명치료에 대한 결정을 내리고 보호자와 의료진들이 그 결정을 지지할 수 있도록 도와야 할 것이다. 또한 환자의 의견을 서면화하는 사전의사결정서를 받도록 권장하며 추후 환자가 의식이 없을 때를 대비하여 대리인을 지정하는 등의 연명치료 결정을 지지해 줄 수 있는 간호중재가 제공되어야 할 것이다[21]. 허대석[3]의 연구에 따르면 무의미한 연명치료에 대해 사전의사결정서를 남기는 것을 국민의 71~81%가 찬성하였지만 실제로 사전의사결정서에 서명하는 환자는 거의 없는 것으로 나타났다. 그러므로 의료현장에서는 입원 시 사전의사결정서를 설명하고 이를 작성할 수 있도록 격려하는 간호전략을 세워야 할 것이다. 또한 최근에는 환자의 품의 있는 죽음과 자기결정권의 중요성을 지지하기 위한 사모임과 웰다잉 관련 프로그램들도 확산되고 있다. 연세대학교 의과대학 일부 교수와 시민단체들이 모여 지난해부터 자발적으로 운영되고 있는 '사전의료의향서 실천모임'은 "웰다잉의 가장 기본적인 실천이 사전의료의향서의 작성"이라고 강조하며 종교단체와 노인대학을 돌면서 강연을 통해 취지를 알리고 참여를 확산시키고 있다[26]. 가상 임종체험이나 유언서 작성, 영정사진 촬영 등의 죽음 준비교육이나 웰다잉 관련 프로그램들 또한 대상자들에게 죽음에 대해 스스로 계획하고 준비할 수 있는 기회를 줌으로써 노인들이 죽음에 대한 자기 결정을 미리 밝혀둘 수 있도록 지지해 줄 수 있는 방법이 될 것이다.

유형 II 는 죽음의 상황을 운명으로 받아들이며 자연스럽게 편안한 죽음을 원하는 인생의 순리에 따르는 사람들로서 현재 대부분 질병을 가지고 있는 경우가 많았다. 자신의 의지대로 사는 것이 아니라 병원에 누운 채로 기계에 의해 연명하는 삶은 의미가 없다고 생각하며 이러한 치료는 가족과 환자 모두에게 고통만 줄 뿐이고 사람의 수명은 이미 정해져 있다고 믿기 때문에 무의미한 연명치료는 필요 없다는 태도를 나타냈다. 연명치료

중단을 통한 장기이식이나 연명치료중단에 대한 윤리적 지침 마련, 사전의사결정서 작성에 긍정적이었으며 가족들이 가족의 도리로써 지속적인 치료를 원하더라도 환자가 거부한다면 연명치료를 중단해야 한다는 입장이었다. 이 유형은 의료인의 생명연장술에 대한 주관성 연구[18]에서 생명연장술은 회복이 불가능한 환자에게 고통 받는 기간의 연장인 무의미한 노력이라 생각하는 'DNR (Do-Not-Resuscitation)형'과 연명치료에 대해 성인을 대상으로 한 연구[21]에서 자연스럽게 죽음을 맞이하는 것이 좋은 죽음이라는 '순리 중시형', 그리고 노인환자 가족을 대상으로 한 연구[25]의 무의미한 치료는 품위 있는 죽음을 방해한다고 생각하는 '거부형'과 죽음은 자연스런 과정으로 최소한의 의료만 받아야 한다는 '순리 적용형'에서 보이는 태도들과 유사하다고 볼 수 있다. 자연스럽게 죽음을 맞이하기를 바란다는 점에서 이전 연구들의 순리적, 운명적 성향과 유사하였으며 연명치료에 대한 거부에서 노인대상자들이 좀 더 확고한 의지를 보였기에 유형 II를 '운명적, 연명치료 거부형'으로 명명하였다. 이는 죽음을 자연에 법칙에 따르는 자연스러운 현상으로 받아들이는 개인적인 신념과 가족들에게 경제적, 심리적 부담을 주기 싫어하는 한국 부모의 전통적인 의식구조 등이 영향을 준 것으로 여겨진다. 또한 삶의 질이 낮은 무의미한 병원생활보다는 오래 살지 않더라도 자신의 의지대로 살다가 의미 있는 죽음을 맞고 싶어 하는 현대 노인들의 의식변화도 관련이 있을 것이다. 2012년 6월 서울대 의대 윤영호 교수팀이 전국 성인 남녀 1000명을 대상으로 설문조사를 한 결과 10명 중 4명은 가족에게 부담을 주지 않는 것을 삶의 아름다운 마무리의 첫째 조건으로 꼽았다. 이는 현대인들에게는 환자나 가족이 고통 받을 수밖에 없는 무의미한 치료보다는 '모두의 행복'이 우선이라는 것을 보여주는 결과이다[27].

유형II에 속한 대상자들에게는 질병으로 인한 고통을 덜어주고 존엄한 존재로 삶을 정리할 수 있도록 하는 옹호자 역할의 간호중재가 필요하다. 환자가 삶에 대한 가치와 자아 존중감, 안정감을 잃지 않도록 도와주며 보호자에게도 정확한 치료적 정보를 제공하고 환자의 의사를 충분히 이해할 수 있도록 전달하여 환자와

가족 간에 일치된 의견을 가질 수 있도록 지지해 주어야 한다. 하고 싶은 일들을 목록으로 만들어 남은 시간 동안 의미 있는 삶을 보낼 수 있도록 하고 마음의 빛이나 미련이 남는 일은 털어버릴 수 있도록 격려해주며 마지막 순간까지 환자의 존엄성과 품위를 지켜줄 수 있도록 지지해 주는 간호중재가 제공되어야 한다.

유형III은 자신의 죽음에 대해 논의하는 것을 꺼리며 본인 스스로 연명치료에 대한 결정을 내리는 것에 대해 회피하는 성향을 보이는 사람들로서 종교는 모두 불교였고 대부분 시골에 거주하고 있었으며 경제적으로 충분히 여유가 있거나 보통이라고 답한 사람이 대부분인 I, II 유형과 달리 4명중 3명이 경제적으로 부족하며 현재 건강상태가 나쁘다고 답하였다. 환자에게 연명치료에 대한 결정 여부를 묻는 것은 살고자하는 의지를 꺾을 수 있으며 아픈 환자는 치료에 대해 결정할 능력이 없기 때문에 연명치료 결정에 대한 모든 권한은 자식들에게 맡기고 그 결정에 따르겠다는 태도를 보여 가족들의 의견에 크게 의존하는 성향을 지니고 있었다. 또 이들은 기계에 의존한 삶은 무의미하며 연명치료를 하면서까지 오래 살고 싶지 않다고 하였다. 연명치료에 대한 윤리적 지침 마련이나 사전의사결정서는 필요 없으며, 가족들이 끝까지 최선의 치료를 원하면 치료를 해야 하고 가족들이 소생 불가능한 환자의 인공호흡기 중단을 원하면 인공호흡기를 제거할 수 있다는 것에 모두 긍정적 의사를 표현하여 자신의 의지보다는 가족들의 결정에 따르겠다는 태도를 가지고 있다. 이 유형은 연명치료에 대한 의료인을 대상으로 한 연구[18]나 성인을 대상으로 한 연구[21]에서는 나타나지 않은 유형으로 본 연구의 대상자인 노인들이 가지고 있는 가족중심적 성향과 자녀와 밀접한 애착을 가진 전통적인 한국적 부모의 태도와 관련이 있는 결과라고 보여진다[28]. 또한 경제적으로 독립적이고 여유가 있다고 여긴 I, II 유형의 대상자들과 달리 경제적으로 독립적 여유가 없다고 여긴 대상자들이 대부분을 차지한 것으로 볼 때 경제적 수준도 연명치료 여부에 영향을 주는 것으로 생각된다. 일반적으로 우리나라는 노인환자의 연명치료 비용을 많은 경우 가족들이 부담하고 있으며 치료비에 대한 부담감으로 연명치료를 중단하고자 결정하는 경

우도 있다[29]. 때문에 본인이 경제적 능력이 없는 환자들의 경우 가족의 결정권을 우선시하는 태도를 가질 수밖에 없을 것이다.

따라서 유형Ⅲ 대상자들에게 제공할 수 있는 간호 중재는 환자 가족들에게 현명한 결정을 할 수 있도록 지지해주고, 경제적 부담이 큰 환자와 가족에게 지역사회 자원을 연결해주며 그들의 대변자로서 환자와 의료진 사이에 소통이 원활하도록 돕는 중재자 역할을 하는 것이다. 또한 환자의 사전의사결정 없이 가족이 연명치료를 결정할 경우 가족의 죄책감을 야기하거나 가족 간의 갈등을 일으킬 수 있으므로[31], 노인환자와 가족들을 대상으로 하여 대상자들이 의식이 명료할 때나 질병초기에 연명치료에 대해 논의하고 합의점을 찾아 결정할 수 있도록 적절한 교육과 정보를 통해 기회를 제공하고, 관련 제도와 정책 마련 등의 홍보활동이 필요할 것이다.

유형Ⅳ는 생명을 중시하며 기적이 있을 수 있으므로 어떠한 이유에서든 치료를 포기할 수 없다는 신념을 가지고 연명치료를 찬성하는 대상자들로서 대부분 도시에 사는 건강한 노인들이었다. 이들은 실사 연명치료 중단을 결정하였더라도 일반 연명치료나 기존에 제공하고 있던 치료는 유지해야 한다는데 긍정적 태도를 보였으며, 연명이 많아 살만큼 살았다고 연명치료를 포기하는 것은 고려장과 같다는 생각에 동의하였다. 연명치료의 중단은 가족과 주치의의 합의에 의해 결정되는 것이 바람직하지만 어떤 경우에도 안락사는 찬성할 수 없고, 연명치료에 중단이 법적으로 허용된다면 사회에 생명경시 풍조가 만연될 것이라는 염려를 가지고 있었다. 이는 노인환자 가족을 대상으로 연명치료에 대한 인식을 조사한 연구[25]의 연명치료를 하는 것은 가족의 도리이며 생명은 고귀한 것이므로 어떤 이유에서든 인위적인 삶의 종결은 있을 수 없다는 '생명존중형'과 의료인들을 대상으로 한 연구[24]의 생명 자체가 소중한 것이므로 끝까지 최선을 다해야 한다는 '최선행'과 상통하였다. 이것은 부모로부터 물려받은 몸을 소중히 여겨야 하는 것이 효의 근본이라는 유교 사상에 뿌리를 두고 있는 한국인의 정서가 반영된 것으로 보인다. 효를 중시하는 유교는 살아계실 때 부모에게 효를 다해야 한다

는 근본을 강조하며 생명은 그 자체로 의미가 있고 존중되어야 하므로 무조건 자식으로서 도리를 다해야 한다고 하였다[21]. 이런 사상을 바탕으로 살아온 노인 대상자들은 현실적 상황이나 경제적 문제보다 생명의 존엄성을 최우선으로 여기며 최선을 다해 보살핌을 제공하여야만 사후에도 후회가 없을 것이라고 생각하였다. 소생 불가능한 환자의 생명 연장은 또 다른 환자에게 살고자 하는 희망을 주며 죽기 전까지는 어떠한 기적이 일어날지 알 수 없으므로 절대 환자를 포기해선 안 된다고 하였다. 이는 가족이나 본인의 죽음 앞에서 이성적인 판단보다 감정적이고 인간의 도리를 중요시하는 노인들의 정서가 많은 영향을 끼친 것으로 여겨진다.

따라서 유형Ⅳ에 속한 대상자들에게는 질병에 관한 정확하고 충분한 정보를 제공해 주고 현 의료상황에서 제공할 수 있는 적절한 치료 방안을 찾을 수 있도록 도와주며 후회 없이 끝까지 치료를 진행할 수 있도록 경제적으로도 부담을 줄일 수 있는 지지체계를 연결하는 등의 중재를 제공하여야 할 것이다. 특히 우리나라에서는 연명치료중단과 관련된 이유로 대부분이 치료비 지불의 어려움이나 장기간의 환자 간병에 대한 어려움이 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났으며[3] 이런 가족의 부담을 줄이고 환자와 갈등 없이 적극적으로 치료에 임할 수 있도록 국가적 차원에서 의료보험의 확대나 간병비 혹은 치료 과정 중 발생하는 기타 부대비용을 보조해주는 등의 방안을 마련하여 지지해 주어야 할 것이다.

본 연구를 통해 나타난 특징은 유형Ⅲ을 제외한 유형 I, 유형Ⅱ, 유형Ⅳ의 세가지 유형에서 연명치료를 결정함에 있어 자신의 의지가 가장 중요시하는 태도를 보이는 것으로, 자녀들이나 의료진에게 전적으로 의지하던 예전과는 달리 현시대를 사는 노인들은 자신의 삶과 죽음에 대해 적극적으로 생각하고 있으며 스스로 결정하고자 하는 의지가 강하다는 것을 알 수 있다. 한국사회의 급속한 고령화와 최근의 '웰다잉'에 대한 높아진 관심은 죽음에 대한 의식에도 변화를 가져와 인생의 마지막 순간까지 '인간다운 죽음', '품위 있는 죽음'을 준비하고자 하는 노인들의 변화된 태도가 반영된 결과라고 보여진다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 노인들이 가진 연명치료에 대한 주관적인 인식을 분석하여 유형화함으로써 현재의 시대적 상황과 생의 마지막 단계를 살아가는 노인들의 욕구에 맞는 개별화된 간호중재를 적용하고 적절한 간호전략을 개발하기 위한 기초 자료를 마련하고자 시도되었다. 인간의 주관성을 심층적으로 측정할 수 있는 Q 방법론을 적용하여 분석한 노인의 연명치료에 대한 태도는 모두 4가지 유형으로 분류되었다.

제Ⅰ유형은 ‘상황적, 자기결정권 우선형’으로 현실적 상황에 따라 연명치료의 여부를 결정할 것이며 그 결정의 주체는 자신이 가장 우선되어야 함을 중시하였고 사전의사결정서 작성에 대해서도 매우 긍정적인 태도를 보여주고 있다. 제Ⅱ유형은 ‘운명적, 연명치료 거부형’으로 죽음의 상황을 운명이라 생각하여 삶의 과정 중 한 단계로서 자연스럽게 받아들이며 무의미한 연명치료에 대해서 강하게 거부하고 그런 본인의 의사를 존중해 주길 바라는 성향을 지니고 있다. 제Ⅲ유형은 ‘회피적, 가족결정 중시형’으로 자신의 죽음에 대해 생각하는 것 자체를 꺼리며 연명치료에 대한 결정이 본인에게 맡겨지는 것을 회피하고 가족의 결정에 의지하려는 태도를 가진 집단으로 나타났다. 제Ⅳ유형은 ‘생명중시적, 연명치료 찬성형’으로 연명이나 현재 상황보다는 생명을 가장 중시하여 연명치료에 대해 찬성하며 끝까지 최선을 다해야 한다는 태도를 보여주었다.

본 연구의 간호학적인 의의는 다차원적이고 주관성이 큰 노인의 연명치료에 대한 태도를 Q 방법론을 적용함으로써 뚜렷이 구분되는 각각 고유한 네 유형으로 추출하였다는 점이다. 이 결과를 기초자료로 추후에 노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호연구들이 이러한 노인들의 주관적인 특성을 고려하여 지속적으로 이루어질 수 있다는 점에서 의의가 있다. 또 현시대를 살아가는 노인의 연명치료에 대한 태도를 이해하여 그들이 생의 마지막 순간까지 편안하고 품위 있는 삶을 살아갈 수 있도록 돕기 위한 제도적인 방안의 마련과 간호현장에서 노인들의 의사와 그들이 의지하는 가족이나 보호자들의 생각이 충분히 반영되어질 수 있는 적절한 간호

중재법 개발을 위한 노력이 필요함을 확인할 수 있었다.

본 연구결과 파악된 노인의 연명치료에 대한 태도의 유형을 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다. 첫째, 노인의 의미 있는 삶과 좋은 죽음을 위한 간호전략 개발을 위해 지속적인 노인을 대상으로 한 다양한 후속 연구들이 필요하며 둘째, 연명치료와 자신의 죽음에 대한 노인의 의사와 결정을 충분히 표출할 수 있도록 지지해주는 연명치료에 대한 방침, 사전의사결정에 대한 홍보·교육 프로그램 개발에 대한 연구가 시도되어야 할 것이고 마지막으로, 노인 대상자뿐만 아니라 모든 연령 군별 환자와 환자 가족의 연명치료에 대한 태도를 비교·분석하는 후속연구들이 필요할 것으로 판단된다.

참고 문헌

- [1] 통계청, 2014 고령자 통계, 2014. 9. 29.
- [2] 정규원, “연명치료중단,” 대한의료법학회, 제6권, 제1호, pp.45-62, 2005.
- [3] 허대석, “환자의 자기결정권과 사전의료지시서,” 대한의사협회지, 제52권, 제9호, pp.865-870, 2009.
- [4] 이명숙, 김윤정, “노인이 인식하는 좋은 죽음,” 한국콘텐츠학회논문지, 제13권, 제6호, pp.283-299, 2013.
- [5] 구영모, “연명치료중단:윤리적 접근,” 대한내과학회지, 제75권, 제2호, pp.685-688, 2008.
- [6] 의협신문, “연명치료 중지에 관한 지침,” p.29, 2009. 10. 26.
- [7] 김이택, “[유레카] 연명치료중단,” 한겨레신문, p.10, 2013. 8. 7.
- [8] 이명선, 오상은, 최은옥, 권인각, 권성복, 조경미, “심폐소생술금지와 관련된 병원간호사들의 경험,” 대한간호학회지, 제38권, 제2호, pp.298-309, 2008.
- [9] K. Rodriguez and A. Young, “Parent’s and healthcare providers’ understanding of life-sustaining treatment: are perceptions of

- goals shared or divergent?," *Social Science & Medicine*, Vol.62, No.1, pp.125-133, 2006.
- [10] 김강립, "존엄사의 입법화 논의에 대하여," 존엄 사법 발의를 위한 입법공청회 자료, pp.61-100, 2009.
- [11] D. Wiegand, "Withdrawal of life-sustaining therapy after sudden, unexpected life-threatening illness or injury," *American J. of Critical Care*, Vol.15, No.2, pp.178-187, 2006.
- [12] M. Hamel, J. Teno, and L. Goldman, "Age may influence decisions to withhold life-sustaining treatment," *Evidence-Based Healthcare*, Vol.4, No.2, pp.45-52, 2000.
- [13] P. Sjokvist, L. Berggren, and D. Cook, "Attitudes of Swedish physicians and nurses towards the use of life-sustaining treatment," *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, Vol.43, No.2, pp.167-172, 1998.
- [14] T. Pawlik, "Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Treatment : A Surgeon's Perspective," *J. of the American College of Surgeons*, Vol.202, No.6, pp.990-994, 2006.
- [15] M. Karel and M. Gatz, "Factors Influencing Life-Sustaining Treatment Decisions in a Community Sample of Families," *Psychology and aging*, Vol.11, No.2, pp.226-234, 1996.
- [16] 강현입, 염영희, "심폐소생술금지에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험," *간호행정학회지*, 제9권, 제3호, pp.447-457, 2003.
- [17] 변은경, 최혜린, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선, "중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사," *임상간호연구*, 제9권, 제1호, pp.112-124, 2003.
- [18] 서수미, *의료인의 생명연장술에 대한 주관성 연구*, 한양대학교, 석사학위 논문, 서울, 2009.
- [19] 김은실, *노인환자의 연명치료중단에 대한 인식과 윤리적 태도: 노인환자와 가족을 중심으로*, 전북대학교, 석사학위논문, 전주, 2012.
- [20] 송경옥, 조현숙, "심폐소생술금지에 대한 환자 보호자의 윤리적 인식 및 태도," *임상간호연구*, 제16권, 제3호, pp.73-84, 2010.
- [21] 윤은자, 이미연, 송미승, "성인의 연명치료에 대한 태도," *주관성 연구학회지*, 제22권, pp.129-145, 2011.
- [22] 김순은, *Q방법론과 사회과학*, 금정출판사, 2007
- [23] 김홍규, "Q 방법론의 유용성 연구," *한국주관성 연구학회*, 제13권, pp.5-24, 2006.
- [24] 최지은, 정연, 전해원, 김윤숙, 김분한, "생명연장술 태도에 관한 주관성 연구," *대한간호학회지*, 제37권, 제7호, pp.1166-1176, 2007.
- [25] 배보경, *노인환자 가족의 생명연장술에 대한 인식: Q-방법론적 접근*, 한양대학교, 석사학위논문, 서울, 2007.
- [26] 김범진, "웰다잉, 삶을 완성하는 마지막 선물," *매일경제신문*, 2012. 12. 12.
- [27] *서울신문*, "노인을 위한 나라는 있다," p. 34, 2013. 7. 8.
- [28] 심병용, 홍석인, 박진민, 조홍주, 옥종민, 김선영, 한선애, 이옥경, 김훈교, "호스피스 병원에서 시행되는 말기 암 환자의 DNR 등의," *호스피스·완화 의료학회지*, 제7권, 제2호, pp.232-237, 2004.
- [29] 이금미, "연명치료중단과 사전의사결정에 관한 고찰," 연세대학교, 석사학위논문, 서울, 2007.
- [30] 김신미, 김순이, 이미애, "임종과정에서 생명연장술 실태조사," *한국노년학회지*, 제21권, 제3호, pp.15-27, 2002.
- [31] 김상희, "암환자의 DNR 의사결정에 관한 연구," *간호와 탐구*, 제13권, 제1호, pp.127-143, 2004.

저 자 소 개

강 다 영(Da-Young Kang)

정회원



- 2003년 2월 : 부산가톨릭대학교 간호학과(간호학사)
- 2014년 2월 : 가톨릭대학교 간호대학(간호학석사)
- 2015년 3월 : 부산대학교 간호대학 간호학박사 입학

▪ 2003년 6월 ~ 현재 : 울산대학교병원 근무

<관심분야> : 노인간호, 간호교육

심 형 화(Hyung-Wha Shim)

정회원



- 1977년 2월 :부산 가톨릭대학교 (메리놀 간호전문대학)졸업
- 1989년 8월 : 경북대학교 간호대학(간호학석사)
- 2000년 2월 : 경북대학교 간호대학(간호학박사)

▪ 1991년 ~ 현재 : 부산 가톨릭대학교 간호대학 교수

<관심분야> : 기본간호, 간호교육