

Original Article

# 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단 및 안락사에 대한 종합병원 간호사의 태도

김 속 남 · 김 현 주

부산가톨릭대학교 간호대학 간호학과

## Recognition of Good Death, Attitude towards the Withdrawal of Life-Sustaining Treatment, and Attitude towards Euthanasia in Nurses

Sook-Nam Kim, R.N., Ph.D. and Hyun-Ju Kim, R.N., Ph.D.

Department of Nursing, Catholic University of Pusan, Busan, Korea

**Purpose:** To provide practical data for bioethics education, we identified correlations between recognition of good death, attitude towards withdrawal of meaningless life-sustaining treatment, and attitude towards euthanasia in nurses. **Methods:** Using convenience sampling, we recruited 218 nurses who had at least six-month work experience in one of the six general hospitals with 500 or more beds in Seoul, Busan, and Gyeongsang province. All participants understood the purpose of the study and agreed to take part in the study. The research tools used included the Concept of Good Death Measure (CoGD), the measurement tool for attitudes towards withdrawal of meaningless life-sustaining treatment (WoMLST), and the measurement tool for attitudes towards euthanasia. Data were analyzed using an Independent t-test, one-way ANOVA, and Pearson's correlation coefficient using SPSS 21 for Windows. **Results:** Nurses had normal levels on CoGD, WoMLST, and attitudes towards euthanasia. Nurses' CoGD, WoMLST, and euthanasia scores significantly differed depending on their education level, working period, and the importance of religion to them. A negative correlation was found between the CoGD and WoMLST scores, and WoMLST and euthanasia scores were positively correlated. **Conclusion:** Nurses should be trained to deal with ethical issues that may arise while caring for terminal patients. It is necessary for nurses to understand the concepts related to CoGD, WoMLST, and euthanasia, and to promote bioethics education with focus on decision-making and problem-solving ability in ethically conflicting situations.

**Key Words:** Nurses, Death, Medical futility, Euthanasia

### 서 론

#### 1. 연구의 필요성

죽음은 모든 인간에게 주어진 보편적 현상으로서 삶

을 살아가면서 타의든, 자의든 죽음에 대해서 생각을 하게 되고 좋은 죽음을 맞을 수 있기를 바라게 된다. 죽음에 대한 태도는 사람, 시대, 사회문화적 특성에 따라 다르고, 개인의 가치관, 철학, 삶의 태도에 따라서도 매우 다양하므로 그 의미를 규정하기는 쉽지 않기(1) 때문

Received October 14, 2015, Revised May 1, 2016, Accepted May 3, 2016

Correspondence to: Hyun-Ju Kim

Department of Nursing, Catholic University of Pusan, 74 Oryundae-ro, Geumjeong-gu, Busan 46265, Korea

Tel: +82-51-510-0772, Fax: +82-51-510-0747, E-mail: hjkim@cup.ac.kr

This paper was supported by Research Fund offered from Catholic University of Pusan in 2014.

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

에 좋은 죽음이 무엇인가에 대한 생각도 개인마다 조금씩 다를 것이다. 일반적으로 좋은 죽음은 인간으로서의 존엄성이 유지되고, 통제력을 발휘할 수 있으며, 신체·심리·사회·영적으로 편안한 것과 더불어 나이가 들어서 준비된 죽음을 맞을 수 있는 것을 좋은 죽음이라고 보고 있다(2,3).

그러나 의료기술의 발달로 과거에는 치료가 불가능하던 환자들을 치료할 수 있게 되었고, 말기상황에 놓인 환자의 경우에도 생명유지 장치를 통하여 인위적으로 생명을 연장시킬 수 있게 됨으로써 회복이 불가능한 상태에서 고통스럽게 생명만 연장한다는 부정적 측면이 주장되고 있다. 이로 인해 중환자실이나 병실에서 여러 의료 장치에 둘러싸인 채 가족과 격리되어 죽음을 맞이하는 것이 우리에게서는 흔하게 되었고(4) 그 결과 지속적인 고통 속에서 살아가고 있는 말기환자와 같이 삶의 의미를 찾지 못한 채 생명을 연장하고 있는 특별한 상황에 놓인 사람들의 수가 증가하고 있다.

이러한 측면에서 회복이 불가능한 사람에게 고통스럽게 단순히 생명을 연장하기보다는 치료를 중단하는 것이 낫다는 견해(5)와 동시에 인간생명의 존엄성을 강조하는 요구도 팽팽하게 맞서 주장을 펼치고 있다. 연명치료는 의학적으로 무의미하고 단지 생명현상을 유지시킬 뿐인 치료라는 의미를 함축하고 있으며, 연명치료의 대표적인 시술로는 인공호흡기의 부착, 인공영양 및 수액의 공급 등을 들 수 있다(6). 이러한 연명치료를 중단하는 것은 일반적으로 죽음이 예상되는 말기환자에게 급성 호흡정지 혹은 심정지가 발생했을 때 심폐소생술을 시행하지 않는 것으로 정의되지만, 보다 넓은 의미로는 적극적 치료를 하지 않음으로써 자연스럽게 생명을 단축시키는 소극적 안락사의 형태로도 받아들여진다(4).

연명기술이 발달하기 시작한 1970년대부터 회복가능성이 없는 환자에 대하여 연명조치를 개시하지 않거나 중지하여 인간으로서의 존엄을 유지한 채 사망을 맞이하도록 하는 것을 존엄사라고 명명하여 사용되어 왔다. 안락사는 오늘날 때때로 도움을 받은 죽음의 모든 형태를 뜻하는 포괄적 용어로 쓰이지만 가장 자주 의미하는 것은 치명적인 주사를 놓는 것과 같이 다른 사람의 생명을 끊은 직접적인 행동으로 이해하고 있다. 반면 소극적 안락사는 존엄사와 같이 사용되는 경우가 많고 최근에는 연명치료 중단으로 지칭하기도 한다. 의학계에서는 안락사보다는 죽음을 둘러싼 의료상황을 설명하고자 연명치료 중단이라는 용어를 사용한다(7).

2008년 일어난 세브란스 병원의 ‘김 할머니 사건’ 이후부터(8) 우리나라는 말기환자의 연명치료와 관련된 사회적 논의가 활발히 진행되어 왔지만 이에 대한 합리적인 해결책을 제시하지는 못하고 있다. 우선 연명치료 중단에 관한 염려를 줄이는 데는 환자의 생명이 회복 불가능하여 사망이 불가피하다는 한계상황에서만 허용되어야 하고, 환자의 자기결정권이 확실히 보장되어야 하며(9), 동시에 환자가 가족의 경제적 부담이나 간호 부담에 의해서가 아니라 환자의 진정한 자유의사에 따라 결정될 수 있는 사회안전망시스템도 확립되어야 한다. 이러한 측면에서 2015년 7월부터 말기암환자에게 제공되는 호스피스 완화의료에 대한 건강보험수가 도입은 연명치료 중단이 가지고 있는 윤리적 딜레마에 빠지지 않고 자연스러운 죽음을 맞을 수 있는 합리적인 방안이라고 볼 수 있겠다.

우리나라에서는 연명기술 사용에 대한 허용과 그에 따른 법률문제가 따르는 안락사라는 용어보다 연명 기술을 사용하지 않는 것과 관련되는 이른바 ‘존엄사’를 연명치료 중단이라는 용어로 사용하고 있다. 따라서 안락사와 연명치료 중단은 각 전문분야에서도 용어를 구분하는데 있어서 혼란을 겪고 있기 때문에(6) 의료인들조차도 개념적 차이를 명확하게 구분해서 사용하기가 어렵다. 특히 간호사들은 말기상황에서 환자를 가장 가까이에서 돌보는 의료인으로서 인간의 생명보호의무와 환자의 죽을 권리에 대한 자기결정권, 그리고 좋은 죽음에 대한 개인적 인식 등의 다양한 상황들 속에서 윤리적 딜레마를 경험할 수 있다.

향후 고령화에 따른 질병의 만성화는 말기환자를 돌보는 과정에서 발생하는 윤리적 문제가 더욱 복잡하고 빈번하게 일어날 수밖에 없을 것이며, 이를 위한 판단 기준과 절차에 대한 사회적 합의를 도출하기 위한 노력이 필요할 것이다. 이러한 생애말기 윤리적 문제에 있어서 의료인들은 다른 전문가들보다 실제 현장에서 더욱 많은 부담을 겪게 됨과 동시에 한편으로는 관련 주제들에 대한 실제적 근거와 자료들을 제시할 의무도 지워지게 된다. 간호사들은 어떤 상태에서라도 환자의 건강유지와 회복이 간호의 목표이지만 말기환자의 생명 연장을 위해 현대의학기술이 적극적으로 개입될 때 발생하는 복잡하고 미묘한 문제를 다루는데 숙련되어 있지 않다. 따라서 간호사들을 대상으로 좋은 죽음에 대한 인식과 연명치료 중단 및 안락사에 대한 태도를 확인하는 것은 생명윤리교육의 근거를 마련하는데 실제적인 자료로서 활용가치가 있을 것으로 사료된다.

지금까지 이루어진 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 연구는 일반인(7,10)과 의료인(3,11-14) 및 가족(15)을 대상으로 다양하게 이루어졌지만 단일변수 수준을 확인하는 연구이었으며, 세 개념들 간의 관계를 동시에 확인하는 연구는 없는 실정이다. 따라서 본 연구는 간호사들을 대상으로 좋은 죽음에 대한 인식, 회복 불가능한 말기환자의 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도를 확인하여 말기환자를 돌보는 의료현장에 필요한 교육자료 및 의료윤리 관련 전문기 양성을 위한 기초자료로 활용하고자 이루어졌다.

## 2. 연구 목적

본 연구의 목적은 간호사를 대상으로 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도를 확인하는 것이며, 구체적 목적은 다음과 같다.

- 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도를 확인한다.
- 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 차이를 확인한다.
- 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 간의 상관관계를 확인한다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도를 파악하고 그 관련성을 확인하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

### 2. 연구 대상 및 자료 수집

본 연구는 C대학병원의 기관생명윤리위원회의 연구승인(SIRB-00184\_4-004)을 받은 후 수행되었다. 본 연구의 대상자는 서울, 부산, 경남 및 경북지역에 소재한 500병상 이상의 6개 종합병원에서 6개월 이상 근무한 간호사 중 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여를 허락한 자를 대상으로 편의표집 하였다.

자료 수집은 2011년 8월부터 11월까지 하였으며 자료 수집 전 연구자가 직접 방문하여 연구목적을 구두와 서면으로 설명하고 자료수집에 대한 동의를 받았다. 간호부의 동의를 구한 후 각 병동 수간호사의 도움을 받아서 설문지를 밀봉하여 배분하였고, 설문문항 개인의 태도와 인식에 대한 문항이면서 문항수가 많아서 설문지

회수는 우편으로 하였다. 설문지에는 연구 참여 동의를 첨부하여 설문응답이 연구목적으로만 사용될 것을 약속하였고, 언제든지 설문지 작성 중 응답을 철회할 수 있음을 알려주어 연구 참여자 보호에 대한 윤리적 문제를 고려하였다.

표본크기는 G\* Power version 3.12를 이용하여 유의수준 0.05, 효과크기 0.3, 검정력 0.90, 양측검정으로 하였을 때 상관관계분석을 위한 최소표본 109명이 산출되었다. 따라서 탈락률을 고려하여 250명을 표집하였으며, 불충분한 응답자 32명을 제외한 218명을 연구대상자로 선정하였다. 최종자료 218부가 분석 자료로 활용되었다.

## 3. 연구 도구

**1) 좋은 죽음에 대한 인식:** 본 연구에서 좋은 죽음에 대한 인식은 The Concept of Good Death Measure(16)를 Jeong(17)이 번안하여 사용한 17문항의 4점 척도를 사용하였다. 본 도구는 친밀감 9문항, 통제감 3문항, 임상증상 5문항의 하위요인으로 구성되어 있다. 각 문항에 대해 응답자는 ‘전혀 중요하지 않다’ 1점, ‘중요하지 않다’ 2점, ‘중요하다’ 3점, ‘매우 중요하다’ 4점으로 점수화하였다. 도구의 점수범위는 최저 17점에서 최고 68점으로 점수가 높을수록 좋은 죽음에 대한 인식이 높음을 의미한다. 개발당시 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = 0.87$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = 0.92$ 이었다.

**2) 연명치료 중단에 대한 태도:** 연명치료 중단에 대한 간호사의 태도는 Park(18)에 의해 개발된 연명치료 중단에 대한 측정도구를 수정·보완한(15) 19문항의 5점 척도를 사용하였다. 연명치료 중단에 대해 긍정적인 입장을 기술하는 15개 문항에 대해 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점으로 점수화 하였다. 연명치료 중단에 대해 부정적인 입장을 기술하는 4개 문항에 대해 ‘매우 그렇다’ 1점, ‘그렇다’ 2점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇지 않다’ 4점, ‘전혀 그렇지 않다’ 5점으로 점수화 하였다. 도구의 점수범위는 최저 19점에서 최고 95점으로서 점수가 높을수록 연명치료 중단에 대해 찬성하는 입장이고, 총 점수가 낮을수록 연명치료 중단에 반대하는 입장을 취하고 있음을 의미한다. 개발당시 본 도구의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = 0.88$ 이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha = 0.80$ 이었다.

**3) 안락사에 대한 태도:** 안락사에 대한 태도는 Attitudes toward Euthanasia(19) 도구를 Kim(20)이 번안하여 사용한

10문항의 5점 척도를 사용하였다.

본 도구는 적극적 안락사와 소극적 안락사 2개 영역으로 구성되어 있으며, ‘매우 반대 한다’ 1점, ‘반대 한다’ 2점, ‘결정할 수 없다’ 3점, ‘동의 한다’ 4점, ‘매우 동의 한다’ 5점으로 점수가 높을수록 적극적 안락사와 소극적 안락사를 지지하는 태도를 보이는 것을 의미한다. 문항 1, 4, 7, 10번은 소극적 안락사에 대한 문항이고, 문항 2, 3, 5, 8번은 적극적 안락사에 대한 문항이다. 문항 6번과 9번은 개발 당시 응답편중을 판단하기 위한 문항으로 소극적 안락사와 적극적 안락사의 속성이 포함되지 않은 문항으로 소극적 안락사와 적극적 안락사 평균점수에는 포함시키지 않았다. 적극적 안락사에 해당하는 문항보다 문항 6번과 9번의 점수가 높은 경우 응답자는 문항을 읽지 않고 특정점수에 편중해서 반응했다고 해석할 수 있다. 개발 당시 본 도구의 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha = 0.87$ 이었으며, 본 연구에서의 도구 신뢰도는 Cronbach’s  $\alpha = 0.89$ 이었다.

**4. 자료 분석**

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

1) 간호사의 일반적 특성과 근무관련 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.

2) 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도는 평균과 표준편차로 분석하였다.

3) 간호사의 일반적 특성에 따른 각 변수의 차이는 Independent t-test와 one-way ANOVA로 분석하였고, 사후 검정은 Scheffe’s test로 분석하였다.

4) 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 간의 상관관계는 Pearson’s correlation coefficient로 분석하였다.

**결 과**

**1. 대상자의 일반적 특성**

연구대상자의 218명 모두 여자였으며, 평균연령은 31세, 20대(41.7%), 30대(31.5%), 40대(26.8%) 순이었다. 학력은 3년제 대학졸업이 55%로 가장 많았다. 결혼 상태는 기혼(62.8%)이 가장 많았고, 종교는 무교(36.7%), 가톨릭(33.3%), 기독교(16.1%), 불교(13.3%) 순이었다. 근무 부서는 내과영역(40.8%)가 가장 많았고, 근무기간은 3년에서 6년 사이(28.0%)가 가장 많았다. 가족의 죽음경험은 있다(57.3%)가, 임종간호 경험에서도 있다(75.6%), 죽

음교육경험은 있다(55.6%), 그리고 신앙의 중요성은 중요하다(43.3%)가 가장 많았다(Table 1).

**2. 대상자의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 수준**

연구대상자의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 수준은 다음과 같다(Table 2). 좋은 죽음에 대한 인식의 평균은 4점 만점에 최소 1.0점, 최대 3.8점이었으며, 평균은 2.4점이었다. 좋은 죽음의 하위영역별 수준은 통제감이 2.5점, 임상증상과 친밀감은 2.4점이었다.

연명치료 중단에 대한 태도의 평균은 5점 만점에 최소 2.0점, 최대 4.5점이었으며, 평균은 3.2점이었다. 안락사에 대한 태도의 평균은 5점 만점에 최소 1.4점, 최대

**Table 1.** General Characteristics of Subjects (N=218).

Characteristics	Categories	N (%)
Age (yr)	20~29	53 (41.7)
	30~39	40 (31.5)
	≥40	34 (26.8)
		Mean±SD 31.01±8.55
Education	College graduated	120 (55.0)
	University graduated	74 (33.9)
	Above master	24 (11.1)
Marital status	Single	137 (62.8)
	Married	81 (37.2)
Religion	Protestant	35 (16.1)
	Catholic	74 (33.9)
	Buddhist	29 (13.3)
	None	80 (36.7)
Working part	Internal medicine	89 (40.8)
	Surgical part	79 (36.3)
	Others	50 (22.9)
Length of career (yr)	<3	58 (26.6)
	3~5	61 (28.0)
	6~9	41 (18.8)
	≥10	58 (26.6)
Experience of family death	Yes	125 (57.3)
	No	93 (42.7)
Experience of terminal care	Yes	164 (75.6)
	No	53 (24.4)
Experience of death education	Yes	120 (55.6)
	No	96 (44.4)
Importance of faith	Very important	59 (27.2)
	Important	94 (43.3)
	Moderate important	39 (18.0)
	Somewhat not important	25 (11.5)

**Table 2.** Degree of Good Death, Withdrawal of Life-Sustaining Treatment and Euthanasia of the Subjects (N=218).

Variables	Min	Max	Mean±SD
Good Death	1.0	3.8	2.4±0.56
Clinical	1.2	4.0	2.4±0.58
Closure	1.0	4.2	2.4±0.86
Personal control	1.0	4.0	2.5±0.66
Withdrawal of life-sustaining treatment	2.0	4.5	3.2±0.42
Euthanasia	1.4	5.0	2.9±0.55
Active euthanasia	1.0	5.0	2.5±0.87
Passive euthanasia	1.0	5.0	3.1±0.78

5점이었으며, 평균은 2.9점이었다. 안락사의 하위영역별 수준은 적극적 안락사 2.5점, 소극적 안락사 3.1점이었다.

### 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 및 좋은 죽음에 대한 인식 수준 차이

연구대상자의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도의 차이는 다음과 같다(Table 3). 좋은 죽음에 대한 인식은 결혼상태( $t = -2.53$ ,  $P = 0.012$ ), 근무부서( $F = 12.74$ ,  $P \leq 0.001$ ), 근무경력( $F = 3.18$ ,  $P = 0.025$ ), 죽음교육 경험( $t = -2.31$ ,  $P =$

**Table 3.** Difference of Good Death, Withdrawal of Life-Sustaining Treatment and Euthanasia according to General Characteristics (N=218).

Characteristics	Categories	Good death		Withdrawal of life-sustaining treatment		Active euthanasia		Passive euthanasia	
		Mean±SD	t or F (P)	Mean±SD	t or F (P)	Mean±SD	t or F (P)	Mean±SD	t or F (P)
Age (yrs)	20~29	2.0±0.33	0.49	3.3±0.39	1.43	2.6±0.78	0.81	3.1±0.68	0.62
	30~39	2.0±0.30	(0.611)	3.4±0.41	(0.243)	2.4±0.92	(0.446)	3.1±0.82	(0.536)
	≥40	2.0±0.32		3.2±0.34		2.4±0.92		2.9±0.78	
Education	College <sup>a</sup>	2.4±0.53	0.07	3.2±0.41	0.79	2.6±0.86	7.45	3.1±0.78	5.32
	University <sup>b</sup>	2.4±0.62	(0.929)	3.3±0.44	(0.453)	2.6±0.83	(0.001)	3.2±0.67	(<0.001)
	Above master <sup>c</sup>	2.4±0.57		3.2±0.42		1.9±0.81	a>c	2.4±0.83	a>c
Marital status	Single	2.5±0.57	-2.53	3.2±0.45	0.84	2.5±0.91	0.84	3.1±0.81	-0.38
	Married	2.3±0.53	(0.012)	3.3±0.36	(0.401)	2.4±0.79	(0.401)	3.0±0.73	(0.700)
Religion	Protestant	2.5±0.54	1.52	3.1±0.41	1.56	2.3±0.87	2.56	2.8±0.82	2.00
	Catholic	2.5±0.60	(0.209)	3.2±0.43	(0.199)	2.4±0.83	(0.056)	3.0±0.76	(0.114)
	Buddhist	2.2±0.48		3.3±0.48		2.6±0.86		3.1±0.76	
	None	2.4±0.56		3.3±0.39		2.7±0.89		3.2±0.76	
Working part	Internal medicine	2.5±0.61	12.74	3.3±0.44	2.30	2.5±0.91	1.77	3.0±0.83	0.15
	Surgical part	2.5±0.53	(<0.001)	3.2±0.43	(0.102)	2.6±0.87	(0.173)	3.1±0.76	(0.858)
	Others	2.1±0.35		3.3±0.35		2.3±0.79		3.2±0.73	
Length of career (yrs)	<3 <sup>a</sup>	2.5±0.59	3.18	3.1±0.40	3.23	2.8±0.83	4.65	3.2±0.72	3.16
	3~5 <sup>b</sup>	2.5±0.51	(0.025)	3.2±0.46	(0.023)	2.6±0.89	(0.004)	3.1±0.75	(0.025)
	6~9 <sup>c</sup>	2.4±0.58		3.4±0.41	c>a	2.4±0.75	a>d	3.1±0.67	a>d
	≥10 <sup>d</sup>	2.2±0.54		3.2±0.42		2.2±0.90		2.8±0.89	
Experience of family death	Yes	2.4±0.55	-1.84	3.2±0.44	-2.16	2.3±0.88	-2.85	2.9±0.80	-2.32
	No	2.5±0.58	(0.066)	3.3±0.39	(0.032)	2.7±0.83	(0.005)	3.2±0.72	(0.021)
Experience of terminal care	Yes	2.4±0.56	-1.01	3.2±0.42	-0.17	2.4±0.88	-1.59	3.0±0.80	-1.11
	No	2.5±0.56	(0.311)	3.2±0.39	(0.863)	2.6±0.83	(0.113)	3.2±0.70	(0.268)
Experience of death education	Yes	2.3±0.58	-2.31	3.3±0.44	-1.81	2.4±0.90	-1.51	3.0±0.83	-1.12
	No	2.5±0.54	(0.022)	3.2±0.39	(0.071)	2.6±0.82	(0.132)	3.2±0.71	(0.263)
Importance of faith	Very important <sup>a</sup>	2.3±0.58	1.19	3.3±0.43	0.45	2.2±0.92	4.53	2.8±0.91	3.57
	Important <sup>b</sup>	2.4±0.58	(0.312)	3.2±0.42	(0.717)	2.5±0.83	(0.004)	3.1±0.68	(0.015)
	Moderate important <sup>c</sup>	2.5±0.56		3.3±0.39		2.8±0.86	c>a	3.2±0.85	
	Somewhat not important <sup>d</sup>	2.5±0.58		3.3±0.44		2.7±0.69		3.3±0.45	

0.022)에서 유의한 차이가 있었다. 사후검정에서 근무부서의 경우는 내·외과가 다른 부서보다 좋은 죽음에 대한 태도가 유의하게 높게 나타났고, 근무경력은 유의한 차이가 없었다.

연명치료 중단은 근무경력( $F=3.23, P=0.023$ )과 가족죽음경험( $t=-2.16, P=0.032$ )에 따라 차이가 있었다. 사후검정에서는 근무경력 3년 미만인 군보다 6년에서 10년 군에서 연명치료 중단에 대한 태도가 유의하게 높았다.

적극적 안락사는 교육수준( $F=7.45, P=0.001$ ), 근무경력( $F=4.65, P=0.004$ ), 가족죽음경험( $t=-2.85, P=0.005$ )과 신앙의 중요성( $F=4.53, P=0.004$ )에 따라 차이가 있었다. 사후검정에서 적극적 안락사는 교육수준에서 3년제 간호대학 졸업 간호사 군이 석사학위이상 간호사 군보다 적극적 안락사에 대한 태도가 유의하게 높았고, 근무 경력은 3년 미만인 군이 10년 이상 군보다 적극적 안락사에 대한 태도가 유의하게 높았다. 신앙의 중요성에서는 '보통이다'라고 응답한 군이 '매우 중요하다'고 응답한 군보다 유의미하게 높았다.

소극적 안락사에서도 교육수준( $F=5.32, P\leq 0.001$ ), 근무경력( $F=3.16, P=0.025$ ), 가족죽음경험( $t=-2.32, P=0.021$ )과 신앙의 중요성( $F=3.57, P=0.015$ )에 따라 차이가 있었다. 사후검정에서 소극적 안락사는 교육수준에서 3년제 간호대학 졸업 간호사 군이 석사학위이상 군보다 유의하게 높았고, 근무 경력은 3년 미만인 군이 10년 이상 군보다 유의하게 높았다. 신앙의 중요성에서는 각 군 간에 유의한 차이가 없었다.

**4. 대상자의 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 및 좋은 죽음에 대한 인식 간의 상관관계**

연구대상자의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 간의 상관관계는 다음과 같다 (Table 4). 좋은 죽음과 연명치료 중단에 대한 태도는 역상관관계가 있었고( $r=-0.22, P=0.001$ ), 연명치료 중단

과 안락사에 대한 태도는 순 상관관계가 있었다( $r=0.69, P\leq 0.001$ ). 좋은 죽음에 대한 인식과 안락사에 대한 태도는 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

**고 찰**

인구의 고령화와 의료기술의 발달로 생애말기에 대한 돌봄은 국가적, 사회적으로 그리고 의료전문가들에게 관심주제의 우선순위에서 고려되어야 한다. 생애말기 돌봄에서 자주 언급되는 문제는 연명치료 중단과정에서 환자의 죽을 권리보장과 인간생명의 절대적 보호라는 가치의 충돌이다. 이러한 말기상황에서 발생하는 윤리적 문제는 성급한 법제화 보다는 합리적인 해결책을 구하기 위한 지속적인 토론과 논의를 통하여 국민적 공감대를 형성하는 과정을 충분히 거쳐야 할 것이다. 본 연구는 생애 말기 돌봄을 제공하는 간호사들의 생명윤리문제에 대한 인식과 태도를 높이기 위하여 간호사들을 대상으로 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도를 확인하였다.

먼저 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식은 평균 2.4점(4점 만점)으로 중간수준이었다. 본 연구와 같은 도구를 활용한 선행연구에서 요양병원간호사를 대상으로 이루어진 연구에서는 평균 3.1점이었고(12), 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서는 3.0점(17)으로 본 연구의 결과는 선행 연구결과보다 낮은 점수를 보였다. 이러한 결과는 연구마다 간호사 대상의 연령과 근무경력 그리고 학력 등 좋은 죽음에 대한 인식에 영향을 미칠 수 있는 변인들의 차이에 기인한 것으로 생각된다. 좋은 죽음에 대한 개념은 초보자일 때와 연륜이 쌓였을 때의 인식에 차이가 있었고, 기존의 죽음 경험 과정에서의 역할과 경험에 따라서도 차이가 있음을 보고하고 있어 (21) 개인의 일반적 특성과 업무 특성이 관련됨을 알 수 있겠다. 본 연구에서 좋은 죽음은 임상증상, 친밀감, 통제감이라는 하위요인으로 구성된 개념이었으며, 질적

**Table 4.** Correlations among Good Death, Withdrawal of Life-Sustaining Treatment and Euthanasia (N=218).

	Good death	Withdrawal of life-sustaining treatment	Active euthanasia	Passive euthanasia
	r (P)	r (P)	r (P)	r (P)
Good death	1			
Withdrawal of life-sustaining treatment	-0.22 (0.001)	1		
Active euthanasia	0.08 (0.199)	0.25 (<0.001)	1	
Passive euthanasia	0.00 (0.932)	0.46 (<0.001)	0.69 (<0.001)	1

연구를 통한 좋은 죽음 개념 연구에서는(22) 신체적 고통의 조절, 의사결정참여, 준비된 죽음, 삶의 마무리를 할 수 있는 것, 남에게 도움이 되는 것, 주위사람들과의 관계를 유지하는 것 등을 제시하고 있다. 말기간호를 제공하는 간호사가 좋은 죽음에 대한 긍정적 인식을 가지게 될 경우 대상자 돌봄에 직접적인 영향을 미치게 될 것이므로 간호사를 위한 죽음태도교육프로그램의 개발과 교육이 필요하다고 사료된다.

연명치료 중단에 대한 태도는 평균 3.2점(5점 만점)이었으며, 중환자실 간호사를 대상으로 실시 한 선행연구에서는 3.2점(14), 3.3점(16)으로 비슷한 수준이었다. 연명치료 중단에 대한 태도연구에서 ‘객관적이면서도 윤리적인 지침이 필요하다’라는 문항에서 제일 높은 점수를 보이고 있는데, 이는 연명치료 중단이 치료 중단의 합법화를 은연중에 표현하고 있고, 치료 중단의 법적인 정당화 문제가 제기된다는 선행연구(6)와 비슷한 맥락이다. 그러나 연명치료 중단은 의사가 환자에게 이미 시작한 치료행위를 중단하거나 새로운 치료행위를 시작하지 않는 것을 말하는데, 치료의 무의미함에 따른 중단이 된다. 그런데 여기서 치료의 무의미함은 환자가 더 이상 치료를 원하지 않는 경우의 무의미한 치료도 있을 수 있고, 환자가 치료를 원하지만 의학적으로 의미가 없는 경우도 포함될 있기 때문에 일률적인 기준을 가지고 논할 수 없는 불확실성이 내재하고 있다(6,7). 또한 환자의 자기결정권을 보장하기 위해서 회복불가능성에 대한 판단기준, 판단주체 및 판단절차에 대한 상세한 규정이 마련되어야 한다(7). 외국의 경우는 고통과 쇠약으로 인한 연명치료결정에 환자의 자기 결정이 어려운 경우가 많아지면서 의료인과 가족 간의 의사소통을 통한 결정이 증가하고 있음을 보고하고 있다(23). 그럼에도 불구하고 연명치료 중단은 의료와 윤리적 논리만으로 판단하기 어려운 경제적 문제와도 관련되기 때문에 사회적 공감대를 형성할 수 있는 다각적 차원의 접근이 요구된다.

안락사에 대한 태도는 적극적 안락사는 평균 2.5점(5점 만점), 소극적 안락사는 평균 3.1점(5점 만점)이었다. 본 연구에서 사용한 안락사 도구는 적극적 안락사와 소극적 안락사의 하위요인이 포함된 도구로서 의료인들의 안락사에 대한 태도를 민감하게 확인할 수 있고, 이에 따른 안락사에 대한 교육을 실시할 수 있는 실증적 자료를 제공하는 장점을 갖는다. 의사와 간호사의 안락사에 대한 태도를 비교한 연구(20)에서 간호사는 적극적 안락사와 소극적 안락사에서 각각 2.7점, 3.0점으로 본

연구와 유사한 결과였고, 적극적 안락사보다는 소극적 안락사를 통계적으로 유의하게 지지하는 것으로 나타났다. 본 연구에서도 간호사들의 소극적 안락사에 대한 태도 점수가 적극적 안락사에 대한 태도 점수보다 높아 소극적 안락사를 더 지지하는 태도를 보여 선행연구와 같은 결과를 보였다. 중환자실과 기타 다른 부서에서 근무하는 의료인들을 대상으로 실시한 안락사에 대한 선행연구(24)에서 일반병동에서 근무하는 의료인들보다 중환자실에서 근무하는 의사와 간호사들의 소극적 안락사와 적극적 안락사에 대한 태도가 더 높았다. 적극적 안락사는 말기상황에서 고통을 줄이기 위해 어떤 일을 함으로써 생명을 고의로 종결시키는 것을 말하고, 소극적 안락사는 환자의 인위적인 생명연장 장치를 제거하거나 치료를 중단하여 병의 진행을 방치해 두는 것을 의미한다(20). 소극적 안락사는 연명치료 중단과 비슷하게 사용되기도 하지만 유사개념이지 같은 개념이라고 보기에는 법률적 해석의 차이가 있다고 본다. 연명치료 중단을 소극적 안락사와 같다고 볼 수 없는 견해는 의식불명상태의 환자는 극심한 육체적 고통을 겪고 있다고 할 수 없고, 지속적 식물상태의 경우 환자의 죽음이 임박해 있다고 할 수 없기 때문에 연명치료 중단을 소극적 안락사로 파악한다면 안락사 개념의 혼란과 극히 예외적인 사례들 또는 지나치게 비현실적으로 남용할 가능성이 있기 때문에 생명경시현상을 초래할 우려가 있다(25). 안락사에 관한 국내연구의 대부분은 Kim(5)이 개발한 도구를 활용한 연구이어서 본 연구결과와 직접 비교가 불가능하였다. Kim(5)의 연구는 소극적 안락사에 대한 개념을 측정할 도구로 볼 수 있으며, 본 연구에서 소극적 안락사에 대한 태도의 평균점수를 선행연구 결과와 비교해 볼 때 4점 만점에 2.6점(9), 2.9점(12)과 비슷한 수준이었다. 현재 우리나라에서 이루어지고 있는 안락사 연구는 대부분이 소극적 안락사에 관한 연구라 할 수 있다. 소극적 안락사는 연명치료 중단과 유사개념으로 혼용되고 있지만 같은 개념은 아니며, 적극적 안락사와는 행위의도가 완전히 다른 속성을 가지고 있다. 따라서 간호사들이 의료현장에서 경험할 수 있는 적극적 안락사와 소극적 안락사에 대해서 개념과 상황을 구별할 수 있고, 적극적 안락사와 관련된 윤리적, 법률적 문제를 확고하게 인식할 수 있는 교육이 필요하다고 생각된다.

다음으로 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도차이는 통계적으로 유의한 차이를 많이 보였던 교육수준, 근무

경력 및 신앙의 중요성을 중심으로 논의하고자 한다. 교육수준은 안락사에 대한 태도에서 유의한 차이가 있었다. 적극적 안락사와 소극적 안락사 모두 3년제 간호대학 졸업 간호사 군이 석사학위이상 간호사 군 보다 안락사에 대한 태도점수가 높았다. 간호사의 교육수준과 안락사에 대한 태도는 대부분의 연구에서 차이가 없었다. 그럼에도 불구하고 본 연구결과에서 교육수준과 안락사에 대한 태도에 차이가 있었던 것은 석사학위 이상 간호사 군이 3년제 간호대학 졸업 간호사 군보다 학위과정을 통하여 생명윤리교육에 접할 수 있는 기회가 더 많았을 것이라는 해석을 신중하게 제시한다.

근무경력은 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도 모두에서 차이를 보였다. 좋은 죽음에 대한 인식은 사후검정에서 유의한 차이는 없었지만 10년 이상 경력을 가진 간호사 군에서 가장 낮았다. 연명치료 중단은 6년에서 10년 사이의 경력을 가진 간호사 군이 3년 미만인 군보다 높았고, 안락사에 대한 태도는 10년 이상 군이 3년 미만 군보다 유의하게 낮았다. 선행연구(13,10)에서는 근무경력이 15년 이상 간호사 군에서 안락사에 대한 태도가 가장 높은 점수를 보이거나, 차이가 없게 나타나서 연구마다 일관된 결과를 보이지 않고 있다. 이는 연명치료 중단과 안락사에 대한 개념 간 상관이 어느 정도 있기 때문에 근무경력이 3년 미만인 간호사 군의 안락사에 대한 태도가 높게 나온 것은 단일특성으로 해석하기에는 제한적이며 추후 다변량 변인연구를 통한 반복확인이 필요하겠다.

신앙의 중요성은 종교에 상관없이 안락사에 대한 태도에서만 유의한 차이를 보였는데, 특히 적극적 안락사에서는 사후검정에서 신앙이 '보통이다'라고 응답한 군이 '매우 중요하다'고 응답한 군보다 유의미하게 높았다. 이는 특정 종교를 가지는 것과 개인의 신앙심은 구분되는 개념으로 해석되지만 의료인의 종교적 신념은 임종환자 돌봄 과정에 영향을 미치게 되고, 이는 삶의 종결에 관한 결정시 의료기술과 치료의 관점뿐 아니라 삶과 죽음에 대한 개인의 신념과 관계 될 것으로 사료된다(26). 그러나 종교에 따른 연구결과는 일관된 결과를 보이지 않아 추후 반복연구를 통한 해석이 필요하다고 생각된다. 말기상황에서 발생하는 윤리적 태도와 좋은 죽음에 대한 인식에 교육수준과 근무경력 및 신앙의 중요성은 신중하게 고려되어야 할 특성으로 볼 수 있겠다.

마지막으로 좋은 죽음과 연명치료 중단은 역 상관관계가 있었지만, 안락사와는 유의한 상관이 없었다. 좋은

죽음과 연명치료 중단의 낮은 역 상관관계는 좋은 죽음에 대한 인식이 높은 간호사들은 연명치료 중단에 대한 태도에 긍정적이지 않다는 해석이 가능하게 된다. 그리고 연명치료 중단과 소극적 안락사( $r=0,46$   $P\leq 0.001$ )는 순 상관관계가 있는 것으로 나타났는데, 이는 소극적 안락사와 연명치료 중단이 회복 불가능한 상황에서 치료의 보류와 중단이라는 개념적 유사성을 공유하고 있음을 보여주는 결과로 사료된다. 따라서 회복될 가능성이 없는 환자에게 생명연장을 취하지 않거나 치료행위를 중단하는 연명치료 중단보다는 통증이 없고 편안한 상태에서 한 인간으로 존중받고 수용 받는 분위기에서 준비된 죽음을 맞이할 수 있는 좋은 죽음이 가능한 호스피스완화의료의 활성화가 존엄사라는 이름아래 숨어 있는 윤리적 불편감을 해결하는 방안으로 가장 적절한 대안이라고 생각된다.

말기상황에서 간호사들은 연명치료의 시행과 중단 사이에서 윤리적 갈등을 경험 하게 되며 이러한 상황은 인구고령화로 인하여 점점 더 증가할 것으로 예측된다. 말기환자를 돌보는 의료현장에서 환자의 생명을 돌보는 간호사는 좋은 죽음을 맞을 인간의 보편적 권리에 대한 윤리적 민감성을 갖추어야 하고, 윤리적 판단과 문제를 해결할 수 있는 역량을 준비하여야 할 것이다. 본 연구는 대상자 표집과정에서 일개지역을 중심으로 편의 표집하였기 때문에 연구결과를 일반화하는데 신중을 기해야 하는 제한점을 갖는다. 또한 간호사들의 좋은 죽음, 연명치료 중단, 그리고 안락사에 영향을 미치는 제 변수를 확인할 수 있는 추후연구를 제언한다.

## 요 약

**목적:** 본 연구는 간호사들을 대상으로 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도수준과 변인 간의 관련성을 확인하여 생명윤리교육의 근거를 마련하는데 실제적인 자료로 활용하고자 이루어졌다.

**방법:** 연구 대상은 서울, 부산경남, 및 경북지역에 소재한 500병상 이상의 6개 종합병원에서 6개월 이상 근무한 간호사 중 본 연구의 목적을 이해하고 연구 참여를 허락한 자 218명을 대상으로 편의표집 하였다. 연구 도구는 좋은 죽음 인식 측정도구(The Concept of Good Death Measure), 연명치료 중단 측정도구와 안락사 측정도구(Attitudes toward Euthanasia)를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 21 WIN 프로그램을 이용 서술통계, Independent t-test와 one-way ANOVA 및 Pearson's correlation

coefficient로 분석하였다.

**결과:** 간호사의 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도는 보통 수준이었다. 간호사의 일반적 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 인식, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도차이는 교육수준, 근무경력 및 신앙의 중요성에서 유의하게 나타났다. 좋은 죽음과 연명치료 중단에 대한 태도는 역 상관관계가 있었고, 연명치료 중단과 안락사에 대한 태도는 순 상관관계가 있었다.

**결론:** 말기환자를 돌보는 과정에서 발생하는 윤리적 문제를 다루는데 간호사들은 숙련되어야 한다. 좋은 죽음에 대한 간호사의 인식확립과 연명치료 중단과 안락사와 같은 존엄사와 관련된 개념에 대한 이해와 윤리적 갈등 상황에서의 판단과 해결능력에 관한 생명윤리교육의 활성화가 필요하다고 본다.

**중심단어:** 간호사, 좋은 죽음, 연명치료 중단, 안락사

## REFERENCES

1. Cho SH. A subjective study of 'good death' [master's thesis]. Busan: Catholic Univ. Pusan; 2006. Korean.
2. Lee GJ, Hwang KH, Ra JR, Hong, JA, Park CS. Concept analysis of good death. J Hosp Educ Res 2006;10:23-39.
3. Goh YS. Withdrawal of meaningless life-sustaining treatment on dying patients. J Korean Med Assoc 2002;45:650-2.
4. Kim SY, Hur SS, Kim BH. Study of subjective view on the meaning of well-dying held by medical practitioners and nursing students: based on Q-methodology. Korean J Hosp Palliat Care 2014;17:10-7.
5. Kim AK. Development of a scale to measure attitude euthanasia by Korean nurses. J Korean Acad Fundam Nurs 2001;8:95-104.
6. Jeom SH. Withdrawal of meaningless life-sustaining care. J Biomed Sci & Law 2013;9:165-98.
7. Jo KH, An GJ, Kim GM, Kim YJ. Predictive factors for city dwellers' attitudes toward death with dignity. Korean J Hosp Palliat Care 2012;15:193-204.
8. Lee YK. Ongoing debate of withdrawal of life-sustaining treatment. The Kyunghyang Shinmun. 2012 Feb 21; Sect. 12.
9. Joo HN. Recent trends in legalization of death with dignity. Korean J Med and Law 2013;21:171-200.
10. Ko GH, Cho IS. Attitudes towards death and euthanasia among nurses and general population. J Korea Contents Assoc 2015;15: 229-40.
11. Lee HK, Kang HS. Attitudes and awareness towards the withdrawal of life-sustaining treatment among nurses, physicians, and families of intensive care unit patients. J Korean Clin Nurs Res 2010;16:85-98.
12. An MS, Lee KJ. Awareness of good death and attitudes toward terminal care among geriatric hospital nurses. Korean J Hosp Palliat Care 2014;17:122-33.
13. Lee YM, Jung KA, Son MA. Attitudes towards death and euthanasia among nurses and nursing students : in convergence era. J Digit Convergence 2015;13:213-24.
14. Giese C. German nurses, euthanasia and terminal care: a personal perspective. Nurs Ethics 2009;16:231-7.
15. Byun EK, Choi HR, Choi AL, Kim NM, Hong KH, Kim HS. An investigative research on the attitudes of intensive care unit nurses and families on terminating life support. Clin Nurs Res 2003;9:112-24.
16. Schwartz CE, Major K, Rogers J, Yunshen MA, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. J Pallat Med 2003;6:575-84.
17. Jeong HS. Recognition towards good death among physicians and nurses in an area [master's thesis]. Busan: Catholic Univ. Pusan; 2010. Korean.
18. Park GS. The Study of consciousness of euthanasia among health professionals : Q-methodological Approach: Q-methodological approach [master's thesis]. Seoul: Dankook Univ.; 2000. Korean.
19. Wasserman J, Clair JM, Ritchey FJ. A scale to assess attitudes toward euthanasia. Omega 2005;51:229-37.
20. Kim SN. Attitudes towards euthanasia among physicians and nurses. J Korean Acad Psychiatr Ment Health Nurs 2009;18: 137-46.
21. Schwartz CE, Mazor K, Rogers J, Ma Y, Reed G. Validation of a new measure of concept of a good death. J Pallat Med 2003; 6:575-84.
22. Steinhauser KE, Clipp, EC, McNeilly M, Christkis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In search of a good death: observations of patients, families, and providers. Ann Int Med 2000; 132:825-32.
23. Hauke D, Reiter-Theil S, Hoster E, Hiddemann W, Winkler EC. The role of relatives in decisions concerning life-prolonging treatment in patients with end-stage malignant disorders: informants, advocates or surrogate decision-makers? Ann Oncol 2011; 22:2667-74.
24. Tepehan S, Özkara E, Yavuz MF. Attitudes to euthanasia in ICUs and other hospital departments. Nurs Ethics 2009;16: 319-27.
25. Lee SY. Withdrawal of life-sustaining treatment and euthanasia. Seoul:Korean Institute of Criminology;2001.
26. Lynn J, Teno JM, Phillips RS, Wu AW, Desbiens N, Harrold J, et al. Perceptions by family members of the dying experience and seriously ill patients. Ann Intern Med 1997;126:97-106.