

연명치료중단에 대한 일반인의
태도에 대한 연구

- 한 기업 직원을 대상으로 -

연세대학교 보건대학원
의료법윤리학과

김 보 배

연명치료중단에 대한 일반인의

태도에 대한 연구

- 한 기업 직원을 대상으로 -

지도 손명세 교수

이 논문을 보건학 석사학위 논문으로 제출함

2009년 6월 12일

연세대학교 보건대학원

의료법윤리학과

김보배

김보배의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2009년 6월 12일

감사의 말씀

본 논문이 완성되기까지 많은 지도와 도움을 주신 손명세 교수님과 바쁘신 중에도 세심한 지도와 배려를 아끼지 않으신 김소운 교수님과 강명신 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 어려운 과정이었지만 교수님들 덕분에 많은 보람을 느꼈습니다.

설문지 작성에 참여해 주신 한국철도기술공사 임직원 여러분께 감사드립니다. 논의하기 어려운 주제라 마음이 불편하실 수 있었을 텐데도 꼼꼼하게 설문지를 작성해 주셔서 큰 도움이 되었습니다.

논문을 작성하는 동안 저에게 다양한 기회를 주신 대한간호협회 임직원 여러분들께 감사드립니다. 항상 정서적으로 지지해주시고 배려해주신 간호사신문 정규숙 국장님, 송유정 부장님, 이유정 기자님께 진심으로 감사드립니다. 한 학기 동안 제 논문에 관심을 갖고 함께 해 주셔서 마음이 든든했습니다.

언제나 따뜻하게 저를 격려해 주신 서울대병원 응급중환자실 김선례 수간호사님과 여러 선생님들께도 감사드립니다.

대학원 동기인 김용석 선생님과 박대진 선생님께 감사드립니다. 두 분 덕분에 논문을 즐겁게 쓸 수 있었습니다.

마지막으로 항상 제 곁에 있으면서 저를 물심양면으로 도와주시고 저와 희로애락을 함께 해 주신 가족들에게 깊은 감사와 사랑을 전합니다.

2009년 6월

김보배 올림

차 례

표 차례	iii
그림 차례	iv
부록 차례	iv
국문 요약	v
I. 서론	1
가. 연구 배경	1
나. 연구 목적	3
다. 연구 범위	3
II. 문헌고찰	5
가. 생명권과 자기결정권	5
나. 한국인의 죽음관	8
다. 안락사	9
라. 연명치료중단	13
마. 필요로 하는 자원	18
III. 사례분석	23
가. 보라매병원 사례	30
나. 세브란스병원 사례	33
다. 김수환 추기경 사례	38
IV. 연구설계	41
가. 연구의 개념적 틀	41
나. 연구설계	41

다. 연구대상 및 자료수집 방법	42
라. 연구도구	42
마. 자료 분석 방법	44
V. 연구결과	45
가. 연구 대상자의 일반적 특성	45
나. 대상자의 연명치료중단에 대한 태도	45
다. 사례별 연명치료중단에 대한 태도	49
라. 연명치료중단에 대한 태도와 행동의 상관관계	55
마. 필요로 하는 자원	55
VI. 고찰	61
가. 고찰	61
나. 연구의 제한점	67
다. 결론 및 제언	67
참고문헌	70
부록	80
영문초록	89

표 차 례

표 1. 대상자의 일반적 특성	46
표 2. 연명치료중단에 대한 태도분석	47
표 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료중단 태도	48
표 4. 보라매병원 사례에 대한 연명치료중단 태도	49
표 5. 치료를 중단해야 하는 이유	50
표 6. 치료를 지속해야 하는 이유	50
표 7. 세브란스병원 사례에 대한 연명치료중단 태도	51
표 8. 치료를 중단해야 하는 이유	51
표 9. 연명치료중단 범위	52
표 10. 치료를 지속해야 하는 이유	52
표 11. 김수환 추기경 사례에 대한 연명치료중단 태도	53
표 12. 치료를 중단해야 하는 이유	54
표 13. 연명치료중단 범위	54
표 14. 치료를 지속해야 하는 이유	54
표 15. 사전의사결정서의 필요성	56
표 16. 사전의사결정서에 필요한 항목	56
표 17. 사전의사결정서가 필요하지 않은 이유	57
표 18. 사전의사결정서가 없을 때 의사결정 주체	58
표 19. 가족이 결정해야 하는 이유	58
표 20. 병원윤리위원회의 필요성	59
표 21. 국가의료윤리심의위원회, 존엄사법의 필요성	60

표 22. 존엄사법이 필요한 이유	60
표 23. 세브란스병원의 연명치료중단 가이드라인	66

그림 차례

그림 1. 의료기술 발전과 인식의 변화	14
그림 2. 연명치료중단 사례를 분석하는 틀	26
그림 3. 연구의 개념적 틀	41

부록 차례

부록 1. 설문지	80
-----------------	----

국문요약

대부분의 중환자실에서는 회복 가능성이 없는 환자의 연명치료 중단과 관련된 의료윤리적 문제들이 지속적으로 제기되고 있다.

본 연구는 연명치료중단에 대한 일반인의 태도를 파악하는 서술적 조사 연구이다. 연구의 대상자는 K기업에 근무하는 일반인 112명이다.

연구에 참여한 대상자의 연명치료중단에 대한 태도 점수 평균은 3.64 점으로(5점척도) 소극적으로 연명치료중단을 지지하는 것으로 나타났다.

연구에 참여한 대상자들은 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례에 대해서는 83.9%가 연명치료를 중단해야 한다고 답했고 보라매병원 사례에 대해서는 65.2%가 연명치료를 지속해야 한다고 답했다. 환자의 회복가능성과 사전의사 제시 여부로 판단했다.

연구에 참여한 대상자의 72.3%는 사전의사결정서가 필요하다고 대답했다. 의사결정시 가족에 대한 의존도는 93.8%로 매우 높게 나타났다. 연구에 참여한 대상자의 73.2%는 병원윤리위원회가, 70.5%는 국가차원의 의료윤리심의위원회가, 81.3%는 존엄사법이 필요하다고 응답했다.

사회적 공감대와 합의를 도출하는 과정을 통해 사전의사결정서와 연명치료중단 지침, 존엄사법을 제도화해서 임상에서의 윤리적 갈등을 풀어 나가야 할 것이다. 특히 존엄사법은 현재 갈등 상황을 실질적으로 해결할 수 있는 방법이므로 시급히 마련되어야 한다.

핵심이 되는 말 : 연명치료중단, 태도, 존엄사법

I. 서론

가. 연구 배경

현대 의학기술의 발달은 인간의 질병을 치료하고 생명을 구하는데 많은 기여를 해 왔다. 그러나 치료의 한계로 회복 불가능한 중환자의 고통스런 삶을 무의미하게 연장하는 결과를 초래하게 되었다(변은경, 2003). 환자들이 중환자실이나 병실에서 여러 의료장치에 둘러싸인 채 가족과 격리되어 죽음을 맞이하게 되었고(고윤석, 2002-a), 회복 불가능 상태에서 고통스럽게 단순히 생명을 연장하는 것보다 치료를 중단하는 것이 낫다는 견해도 생겨나게 되었다(김애경, 2000).

대부분의 중환자실에서는 회생 가능성이 없는 환자의 연명치료중단과 관련된 의료 윤리적 문제들이 지속적으로 제기되고 있다(홍영선, 2001). 죽음에 이르는 순간에 인간으로서 존엄과 가치를 실현하기 위해 품위 있는 죽음을 선택할 권리가 주어져야 한다(신현호, 2009).

중환자실에서 환자를 돌보는 의료인에게 있어서 환자의 생명을 유지하기 위한 연명치료를 지속하는 것과 환자의 고통을 덜어 주고 존엄하게 죽을 권리를 지켜 주기 위해 연명치료를 중단하는 것 사이에 많은 갈등과 윤리적 문제를 초래하고 있다(김애경, 2000; 박계선, 2000).

연명치료는 단순한 생명의 연장에 머무르는 치료를 말하며, '환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료'로 정의할 수 있

다(김미숙, 2002). 심폐소생술을 시행하지 않거나 위관영양, 투석, 수혈, 항생제 투여, 영양 요법을 중단하는 등의 소극적인 방법에서부터 호흡기 분리나 혈압상승제 등의 약물을 중단하는 적극적인 방법에 이르기까지 다양한 연명치료중단 행동을 선택한다(Wood & Martin, 1995). 이러한 치료 중단이나 보류를 결정하게 될 때 그 기준은 무엇이고, 어떤 치료를 중단하며 누가 결정에 참여하는가에 대한 문제가 발생한다.

실제 의료 현장에서 말기환자의 치료 포기과 중단은 이미 상당히 많이 시행되었으며 또 정당화될 수 있는 것으로 간주되었다(홍석영, 2004). 그러나 1997년 보라매병원 판례로 인하여 연명치료중단에 대해 대부분의 치료진이 매우 소극적이고 방어적인 입장을 취하게 되었다(대검찰청, 2002).

최근 어머니가 저산소증에 의한 뇌손상으로 식물인간 상태에 빠지자 그 가족들이 더 이상의 무의미한 치료를 중지시켜 달라고 소송을 제기했다(유승룡, 2008). 일명 '세브란스병원 사례'로 이 건에 대해 대법원은 연명치료 중단을 원하는 환자의 의사를 추정하여 호흡기를 떼라고 판결하였다.

특히 김수환 추기경의 사례는 사람들에게 큰 귀감이 되었다. 존엄사에 대한 관심이 사회적으로 높아졌고 '존엄사법'까지 발의된 상태이다(신상진, 2009). 연명치료중단에 대한 국민적 관심이 높아지고 이에 대한 제도화의 필요성을 절감하고 있다.

본 연구에서는 일반인의 연명치료중단에 대한 태도를 알아보고, 연명치료중단 사례를 분석하며, 치료를 중단하는 데에 어떤 장애물이 있는 지 알아보고자 한다.

나. 연구 목적

본 연구는 일반인 100명을 대상으로 회복 불가능한 환자의 연명치료중단에 대해 어떤 태도를 가지고 있는가를 파악하고자 한다. 윤리학적 사례 분석을 통해 연명치료중단의 정당성을 검증하고, 이 결과가 실제로 일반인의 태도와 일치하는지 알아보하고자 한다. 나아가 치료중단을 결정하는데 어떤 장애물이 있으며 이를 해결하기 위해 어떤 윤리적, 법적 뒷받침이 필요한지 분석하고 제언하고자 한다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

- (1) 윤리학적 사례분석을 통해 연명치료중단의 정당성을 판단한다.
- (2) 일반인의 연명치료중단에 대한 태도를 알아본다.
- (3) 사례별 연명치료중단에 대한 태도의 차이를 알아본다.
- (4) 연명치료중단에 대한 태도와 행동의 상관관계를 알아본다.
- (5) 치료를 중단하는 데에 어떤 자원이 필요한지 알아본다.

다. 연구 범위

- (1) 실제 사례를 윤리학적으로 분석한다. 보라매병원 사례, 세브란스병원 사례, 김수환 추기경 사례를 도덕적 추론과정을 거쳐 판단한다.
- (2) 연명치료중단에 대해 어떤 태도를 취하고 있는지 알아본다.
- (3) 각 사례에서 연명치료중단에 대해 어떤 태도를 취하는지 알아본다. 사

례에 따라 연명치료중단을 할 때 어느 정도로 적극적으로 행동할 의사가 있는지 알아본다.

(4) 연명치료에 대한 태도와 행동의 상관관계를 알아본다. 상관관계를 통해 태도로 행동을 어느 정도 예측할 수 있는지 알아본다.

(5) 일반인이 연명치료중단을 결정할 때 어떤 장애물이 있는지, 이를 해결하기 위해 어떤 자원을 필요로 하는지 기술한다. 인폼드컨센트를 갖춘 사전의사결정서, 병원 윤리위원회의 활동 강화, 연명치료중단에 대한 지침이나 관련 제도의 법제화 등이 필요할 것으로 예상된다(박연옥, 2003).

II. 문헌고찰

가. 생명권과 자기결정권

(1) 생명권과 행복추구권

대한민국 헌법 10조에는 '모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다.'고 되어 있다. 생명권은 인간의 고유한 천부적 권리로서, 전형적인 자연권의 성격을 갖고 있다. 국가는 국민의 생명을 보호할 의무를 지닌다(유승룡, 2008).

우리나라는 심장정지, 호흡정지, 동공산대가 있을 때 사망한 것으로 간주한다. 심폐가 정지하지 않은 경우 환자의 보호자나 의료인은 모든 수단과 방법을 가리지 않고 생명을 유지시켜야 할 의무가 있다. 삶의 질이 낮은 말기 환자라도 생명의 무조건적·절대적 보호 명분 아래 의학적으로 무의미한 치료를 지속해 죽음의 과정만을 연장시키는 사례가 많다(신현호, 2007).

(2) 자기결정권

헌법상 자기결정권은 일반적으로 개인이 일정한 중요 사적 사안에 관하여 공권력으로부터 간섭받지 않고 스스로 결정할 수 있는 권리이다. 따라서 환자는 자기를 보전하기 위하여 주체적인 판단을 하는 자기결정권을 가

진다(김기도, 2003; 유승룡, 2008; 정규원 2005). 다만 이러한 자기결정권이 무조건 허용되는 것은 아니며, 사회나 국가에 어느 정도의 이해관계를 가지고 있느냐에 따라 제한된다(장승일, 2006; 문정희, 2006).

생명의 포기는 자기결정권의 대상이 아니지만 치료의 거부도 자기결정권의 대상이 된다(길연수, 2004). 자기결정권에 따라 환자는 더 이상의 치료를 거부하거나 중단을 요구할 수 있고 그 요구에 따라 의사가 치료를 중단한 결과 사망한 경우, 소극적 안락사는 허용된다고 할 수 있다(김기도, 2003).

(3) 환자의 의사 추정

환자의 의사를 추정할 수 있는 자료로서 가장 대표적인 것은 사전의사결정서다. 보통 사전의사결정서는 생전유언(living will), 계속적 대리 위임장, 신념 진술과 같이 세 가지로 분류된다(손명세, 2009).

때로는 의식이 전혀 없거나, 판단 능력이 결여되어 있는 환자, 또는 의식을 잃고 생명유지 장치에 의존해 생명을 연장시키고 있는 식물인간인 환자에 대하여 자기결정권을 어떻게 확보할 수 있는가의 문제가 발생한다(문정희, 2006; 김기도, 2003).

사전의사가 없다면 추정의사에 의해 판단할 수 있다. 추정의사는 미국과 같이 주관적이며 구체적인 의사를 적극적으로 고려한다. 만약 주관적이며 구체적인 추정의사가 확인되지 않는다면, 객관적이며 추상적인 추정의사에 의하여 판단한다(김천수, 2005; 유승룡, 2008).

우리나라에서 의사결정능력이 없는 환자에 대한 치료 결정은 주로 가족

과 의사에 의해 이루어진다. 의사나 가족이 환자의 최선의 이익보다는 자신들의 이익을 고려하여 의료조치를 할 가능성이 높다. 이런 상황에서는 의학적인 문제 해결의 돌파구를 Living will에서 찾아 치료중단의 최소한의 구비조건으로 할 수도 있을 것이다(김기도, 2003).

다만 사전에 의사표시를 하였다고 하더라도 명백하고 설득력 있는 증거에 의해 입증되지 않으면 이를 넓게 해석하여 악의적으로 환자의 생명을 박탈할 수 있으므로 주의해야 한다(장승일, 2006).

(4) 가족의 대리 결정

의식불명의 환자 본인에게 자기결정의 의사표시를 기대한다는 것은 실질적으로 불가능하기 때문에 누가 환자의 대리인이 되느냐가 문제가 된다. 대개는 법적 대리인이라고 할 수 있는 가족 후견인의 대행을 인정하고 있다. 가족의 동의는 환자의 의사를 가장 명확하고 정확하게 나타내 줄 가족에 의한 것이어야 한다. 환자에게 가족이 없을 경우에는 생전에 환자와 가장 밀접한 관계를 유지했던 사람, 즉 친구나 변호사 등의 대행도 인정할 수 있을 것이다(김기도, 2003).

가족결정권을 지지하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 가족은 환자의 의사를 가장 잘 아는 대리인이기 때문이다. 둘째, 가족은 환자 간호에 대한 신체적, 정신적 부담을 갖기 때문이다. 셋째, 가족은 환자의 치료비에 대한 경제적 부담을 갖기 때문이다. 넷째, 환자가 생과 사의 결정을 스스로 하는 것은 고통스러운 일이기 때문이다. 다섯째, 때로는 환자가 합리적인 의사결정을 하기 어려운 상황일 수 있기 때문이다(이금미, 2007).

다만 우리나라에서는 연명치료중단 여부에 대한 결정 과정에 가족들이 많은 영향을 끼치기 때문에 환자의 의사에 반해 가족의 뜻대로 치료를 계속 할 수밖에 없는 상황도 발생한다. 반대로 의식불명에 빠진 환자 본인의 의사가 불명확한 경우에도 가족이 치료중단 결정을 한 경우 의료진은 그 결정을 존중하게 된다(정규원, 2005). 또한 사회경제적 부담이 커질수록 가족이 더 주체적으로 의사결정에 참여한다고 나타났다(윤영호, 2004).

나. 한국인의 죽음관

(1) 죽음에 대한 인식

우리사회는 죽음이라는 단어조차 불길하다며 입에 올리기를 꺼려 죽음 문화가 척박하다. 2000년대에 들어서면서 아주 조금씩 죽음에 대한 이해를 하기 시작했다. 노년층은 자녀에게 결코 짐이 되지 않겠다고 생각하며, 사전의사결정서에 높은 관심을 보이고 있다(홍양희, 2009).

샤머니즘과 효 사상, 체면문화 등이 결합되면서 말기치료에 집착하게 되었다. 그러나 회복이 불가능한 환자에게 연명치료를 지속해 환자에게 고통을 주는 것은 의료집착적 태도일 뿐이다. 이는 죽음에 대한 인식의 부족에 기인한 것이다. '죽음'이라는 것을 현세를 잘 정리하고 마무리할 수 있는 과정으로 인식해야 한다(신현호, 2007).

(2) 과거 연구결과

자신의 죽음에 대해 생각하는 비율은 70%로 나타났다. 죽음에 대해 생

각하는 빈도가 높은 사람일수록 안락사에 대해 좀 더 긍정적인 입장을 보였다(이상목, 2005). 다른 연구에서는 남자가, 연령이 높을수록 죽음에 대한 인식태도가 긍정적인 것으로 나타났다(이현주, 2004).

호스피스 자원봉사자들을 대상으로 한 연구에서는 죽음에 대해 긍정적인 인식을 나타내었다. 현대 의학의 발달로 생명연장을 기대하며, 모든 방법을 동원하여 생명을 연장시키려 노력해야 한다는 것에 긍정적인 결과를 보였다(이원희 · 이영자, 1999).

일반인이 꼽은 죽음에 대하여 가장 두려운 점은 고통 23.4%, 남은 사람들의 슬픔 21.1%, 불명확한 사후세계 10% 순으로 나타났다(김소남, 2002). 일반대학생을 대상으로 한 연구에서는 죽음에 대하여 가장 두려운 점을 미지에 대한 두려움 41.5%, 가족과 친지를 잃는 것 13.6%, 통증 11% 순으로 나타났다(최윤선 외, 1999).

다. 안락사

(1) 안락사의 의미

Euthanasia란 eu(아름답게, 행복하게)와 thanatos(죽음)란 말에서 유래되었다. '아름답고 존엄한 죽음', '편안한 죽음' 등을 내포한다. 넓은 범위의 안락사란 죽음을 인위적으로 조정하는 것이라고 할 수 있다(김애경, 2001). 이 정의만으로는 의료현장에서 수없이 고려하고 있는 안락사를 정의하기에는 부족하다(김선현 · 이혜리, 2003).

안락사가 일반적인 죽음, 또는 살인과 다른 점이 있다면 안락사는 합리

주의에 의해 생명이 평가되고 처리되는 데 있다. 안락사는 사망에 의미가 있다는 긍정적인 방향에서, 다른 하나는 생존이 무의미하기에 제거되는 방향에서 합리주의에 의한 것이다(김애경 · 박계선, 2000).

소극적 안락사는 회복 가능성이 없는 환자에게 치료행위를 보류하는 것이고, 적극적 안락사는 회복 가능성이 없는 환자의 죽음을 앞당기기 위해 약물을 투여하는 행위를 말한다(손행미, 2004). 다른 유형의 분류로 치료자의 행위가 환자의 사망의 직접적인 원인인지 간접적인 원인인지에 따라 나누기도 한다(김선현 · 이혜리, 2003). 환자의 동의여부에 따라서도 분류할 수 있는데, 환자가 자신의 상황에 대해 충분히 이해한 후 환자의 요구와 동의 하에 삶을 종결하는 것을 자발적 안락사라고 한다. 환자의 의지를 거스르는 안락사를 비자발적 안락사라고 한다(최윤선 외, 1999).

(2) 안락사에 대한 반대 의견

안락사의 반대 의견으로 생명존중의 절대성을 주장한다. 인간 존재의 근원적 가치이기 때문에 매우 신성하며 다른 어떤 목적을 위해서도 포기할 수 없다(정혜련, 2006).

생명이 상대적인 가치로 받아들여진다면 위험한 사회현상이 초래될 것이다. 사회와 가족은 영구적으로 무능력해진 노인에게 대한 부담감을 없애기 위해, 경제적 부담을 없애기 위해 안락사를 선택하게 될 수도 있다. 안락사를 허용하면 환자의 희망과 관계없이 안락사를 당할 수도 있으며 가족의 압력으로 강요된 자발적 안락사도 이루어질 수 있다(김애경, 2001).

또한 의사가 안락사를 선택하는 것은 치료자로서의 역할이 아니며 환자

와 의사의 신뢰감은 형성될 수 없다(김애경, 2001).

(3) 안락사에 대한 찬성 의견

회복 불가능한 환자의 극심한 통증과 고통은 삶의 질 측면에서 안락사를 정당화하는 것으로 거론된다(김애경, 2001). 대부분의 말기 환자들은 남아있는 시간의 양보다는 남은 시간 동안의 질에 더욱 의미를 둔다(김소남, 2002). 안락사는 고통받는 사람들을 고통에서 해방되도록 도와주는 측면에서 윤리적이다(김애경 · 박계선, 2000). 다만 의사가 책임으로부터 도피하기 위해 안락사가 시행되어서는 안 된다(최윤선 외, 1999).

자율성은 안락사를 정당화하는 또 다른 요소이다. 누구도 환자에게 통증과 고통의 부담을 견딜 것을 강요할 수 없다(김애경, 2001). 환자는 죽음을 위한 도움을 받을 권리가 있고, 죽을 권리는 생사에 대한 결정뿐만 아니라 죽음에 대한 방식, 시간, 상황을 선택할 권리가 있다(김애경 · 박계선, 2000).

(4) 과거의 연구결과

과거 연구에서 회복 불가능한 경우 인공호흡기 제거에 대한 환자 요구를 수용할 것인가를 묻는 연구에서 1970년대에는 수용이 59%였고 1993년에는 98%였다(김애경, 2001). 일반인을 대상으로 한 연구에서 능동적인 안락사를 허용한다는 대상자는 37.8%, 수동적인 안락사를 허용한다는 대상자는 56.6%로 94.4%의 대상자가 안락사를 찬성하였다(김선현 · 이혜리,

2003).

간호대학생을 대상으로 한 연구에서는 소극적 안락사에 찬성하는 대상자가 77.1%, 반대하는 대상자가 21.2%로 나타났다(김소남, 2002). 일반대학생을 대상으로 한 연구에서는 각각 63.2%, 36.8%로 나타났다(최윤선 외, 1999).

반면 간호사를 대상으로 한 다른 연구에서는 소극적 안락사에 긍정적인 반응을 나타낸 대상자가 57.6%, 부정적인 반응을 나타낸 대상자가 42.4%였다(손행미, 2004). 일반인을 대상으로 한 다른 연구에서도 안락사를 받아들이는 비율은 34.2%로, 일반적인 예상과 달리 상당히 낮게 나타나고 있다(이상목, 2005).

간호사를 대상으로 한 태도 적극성 연구에서는 4점척도로 2.8점이 나왔다. 중정도로 안락사를 지지하는 것으로 나타났다. 안락사에 대해 생각할 때 대상자의 권리를 가장 고려하며 대상자의 삶의 질, 생명존중, 의료윤리 순으로 고려하는 것으로 나타났다(김애경, 2002). 5점척도의 연구에서는 3.4점으로 안락사를 지지하는 것으로 나타났다(홍명선, 2000).

종합병원 간호사를 대상으로 한 연구에서 안락사에 대한 태도의 적극성은 안락사의 대상자가 환자일 경우 3.66, 간호사 자신일 경우 4.04, 자신의 가족일 경우 3.27로 나타났다. 자신의 안락사에 대해 가장 긍정적인 태도를 보이고 있다(김삼덕, 2003).

안락사는 기혼인 경우, 나이가 많을수록, 교육 정도가 높을수록, 경제력이 낮을수록 더 찬성하는 것으로 나타났다(김선현 · 이혜리, 2003). 반면 연령이 낮을수록 안락사에 더 찬성한다는 연구도 있었다(손행미, 2004). 다른 연구에서도 20대에서 60대로 올라가면서 찬성하는 비율이 감소하는

것으로 나타났다(이상목, 2005).

안락사는 경제적 풍요를 중요시하는 사람들이 가족을 중요시하는 사람보다 안락사에 찬성하는 비율이 높았다. 자신의 생활에 만족하는 사람들이 안락사에 찬성하는 비율이 높았다(이상목, 2005).

안락사와 종교와의 관련성에 대한 연구도 있었다. 안락사에 호의적인 비율은 유교인 46.2%, 천주교인 38.2%, 불교인 35.7%, 비종교인 35.7%로 유교인이 다른 종교인에 비해 안락사에 찬성하는 비율이 높게 나타났다. 유교의 현실 중심적 태도가 안락사에 긍정적인 인식을 갖도록 했기 때문으로 생각된다(이상목, 2005). 다른 연구에서는 무교인, 불교인, 기독교인, 천주교인 순으로 안락사에 대해 찬성하고 있었다(손행미, 2004).

라. 연명치료중단

(1) 연명치료중단이 대두된 배경

최근 의학의 비약적인 발달에 따라 예전에는 당연히 사망했을 환자가 생명유지장치 등에 의해서 오랜 기간 생존할 수 있게 되었다(대검찰청, 2002). 그러나 현대 의학은 말기 상태에 있는 환자들의 질병을 완치하거나 제거하지 못하면서 환자의 생명만을 연장시키고 있다(홍석영, 2004).

이는 인위적 생명연장기술의 발달에 비하여 생명관이 미처 정립되지 못해 양자간의 괴리가 심각하다는 것을 보여 주는 것이다(신현호, 2006).

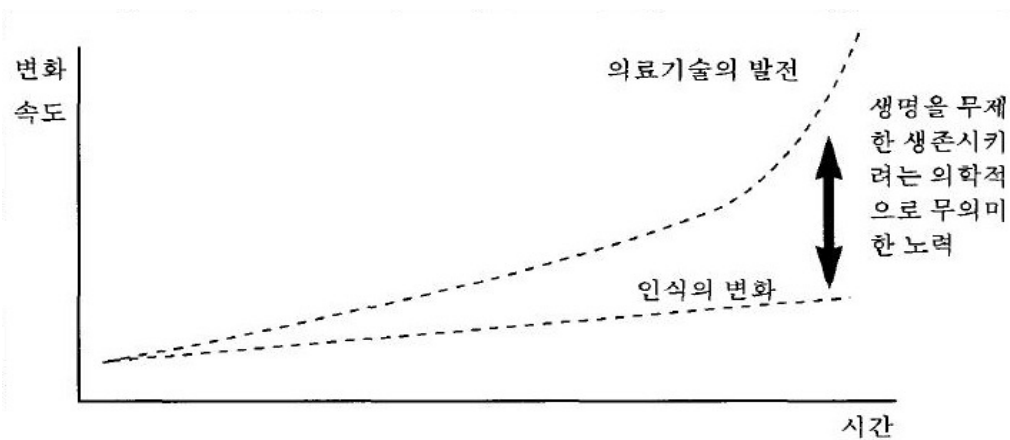


그림 1. 의료기술 발전과 인식의 변화(신현호, 2006)

과거에는 '소극적 안락사'의 시각에서 의학기술을 근거로 들어 논의했다. 의사는 단지 법적 제제를 피하기에 급급했다. 하지만 현재는 의미 없는 치료의 중단을 통해 의미 있는 임종을 맞이하자는 시각에서 접근하고 있다. 환자의 가치관을 반영하는 결정을 내리고 있다(허대석, 2002).

(2) 연명치료중단의 의미

연명치료중단은 안락사 중 소극적 안락사로 분류할 수 있으며 존엄사와 큰 차이가 없다. 존엄사란 일반적으로 뇌사자나 식물인간처럼 회복의 가망이 없는 말기 상태의 환자에 대하여 생명 유지 장치를 중지하여 인간으로서 존엄을 유지하면서 죽음을 선택하는 것을 말한다(김기도, 2003).

말기는 질병이 계속 진행하여 기대 여명이 6개월 미만으로 남은 상태를 뜻한다. 넓은 의미로는 치료가 환자의 경과에 더 이상 도움을 줄 수 없고, 환자의 전신상태가 악화되어 수개월 내에 사망할 것으로 예상되는 상

태를 뜻한다. 좁은 의미로는 상해나 질병으로 인하여 의학적 판단으로 회복 가능성이 없고 치료가 불가능하여, 연명치료를 중단하면 단기간 내에 사망에 이르는 상태를 뜻한다(윤영호, 2009).

연명치료는 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 협의의 개념으로 심폐소생술과 인공호흡기 사용과 같은 직접적인 삶을 유지할 수 있도록 하는 의학적 치료를 말한다. 광의의 개념으로 심폐소생술, 인공호흡기 사용, 중환자실 이용, 경구 혹은 경관 영양공급, 정맥주사를 통한 수분공급 및 영양제 투여, 수혈 및 혈액제제의 사용, 정맥 항생제 투여, 혈액투석, 코를 통한 산소공급 등 광범위한 치료를 말한다(윤영호, 2009).

(3) 연명치료중단의 이슈

말기상태의 환자의 연명치료는 보건경제학적인 측면에서도 가족과 사회에 많은 비용을 부담하게 한다(신현호, 2007). 말기암환자의 의료비 중 총 입원진료비의 79.4%가 3차 의료기관에서 발생한다. 임종 전 1년 동안 의료비의 30~40%가 임종 전 1개월 동안에 지출되는 것으로 나타났다. 사망 전 의료비용은 생명을 살리지는 못하면서도 품위 있는 죽음을 방해하고 환자와 가족의 고통을 초래할 뿐이다(윤영호 외, 2004).

가족들에게는 신체적·정신적으로도 많은 부담을 갖게 한다. 환자 간병을 위해 가족 구성원 누군가가 일을 그만두거나 희생을 해 간호하게 된다. 저축의 대부분을 치료비로 소모하며 치료비용으로 인해 저렴한 집으로 옮기기도 한다(신현호, 2007).

만약 공리주의적 추론과 환자의 자율성 가운데 하나를 택해야 한다면

자율성을 항상 우선해야 한다(구영모, 2005).

(4) 의사윤리지침

보라매 병원 사례를 통해 대한의사협회는 말기 환자를 치료하고 있는 의사들의 어려움을 인식하고 그에 대한 적절한 지침을 제시하고자 노력하였다. 그리고 2001년에 '의사윤리지침'을 제정 공포하고 2006년에 전문 개정했다.

제16조는 의료진들이 말기환자의 고통을 줄여 주기 위해 노력해야 하며, 환자가 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 도와야 한다는 내용이다. 제18조는 의료진들이 의학적으로 의미 없는 의료행위라고 판단했다면 의사표시가 있는 경우 연명치료중단을 시행할 수 있다는 내용이다.

제18조의 내용처럼 2006년 간경화 말기환자의 호흡기를 제거한 의사 2명도 무혐의 판결을 받았다. 임상에서는 말기환자를 위하여 DNR(Do Not Resuscitation)이라고 하여 '무의미한 생명 연장'을 거부할 수 있는 의사를 표현할 수 있는 장치를 마련했다. 죽음이 임박한 상황에서 어디까지 치료를 할 것인지에 대한 의사를 표현하는 것이다. DNR로 치료를 유보할 수는 있으나 호흡기 제거와 같은 치료중단은 할 수 없다.

(5) 과거의 연구결과

일반인을 대상으로 한 연구에서 대상자의 84%가 '무의미한 치료라면 중단하는 것이 좋다.'고 응답하였다(윤영호 외, 2004).

국립암센터의 대국민 인식조사에서는 죽음이 임박한 환자에게 의학적으로 무의미하다고 판단되는 생명연장치료를 중단함으로써 자연스러운 죽음을 받아들이겠다고 한 대상자가 87.5%였다(윤영호, 2009).

의사를 대상으로 실시한 DNR에 대한 인식과 태도 연구에서는 94%의 의사들이 필요하다고 생각하였다. 필요한 이유는 많은 노력에도 회복이 불가능하며 편안하고 품위 있는 죽음을 위해서라고 답했다. 필요하지 않은 이유로는 법적문제가 제기될 수 있기 때문에, 어느 시점에서 결정을 내릴지 확실하지 않기 때문에, 생명연장을 하는 것이 의료인의 본분이기 때문에, 결정을 내리면 환자의 치료·간호가 소홀해질 수 있기 때문이라고 답했다(한성숙·한미현·용진선, 2003).

의과대학생들의 연명치료중단에 대한 연구에서는 대상자의 60.3%가 시행하겠다고 응답하였다. 과거 소극적 안락사에 대해 대상자의 84.7%가 찬성했던 것에 비하면 다소 낮아진 수치이다(오승민 등, 2008).

중환자실 간호사와 가족을 대상으로 한 연구에서 중환자실 가족의 73.9%가 연명치료중단이 필요하다고 답했다. 삶의 의미 상실, 통증, 가족에게 짐이 됨, 경제적 부담 등을 이유로 제시했다. 필요하지 않은 이유로는 생명의 존엄성과 희망을 이유로 들었다. 태도의 적극성 정도는 5점척도로 가족이 3.26, 간호사가 3.28로 나타났다(변은경, 2003).

우리나라에서는 악성 종양, 뇌혈관질환, 간경화 등에서 DNR을 결정하는 것으로 나타났다. 미국에서는 환자가 2개월 이하의 생존이 예상될 때, 의식수준의 저하, 불가역적인 쇼크, 저산소증, 다기관 기능부전, 불가역적 뇌손상, 심부전, 호흡부전 등의 회복 불가능한 의학적 상황에서 DNR을 결정한다고 했다(심병용 등, 2004).

마. 필요로 하는 자원

(1) 사전의사결정서

사전의사결정서란 판단 능력이 없어질 때를 대비해, 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것을 말한다. 자신에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술의 거절, 원하지 않는 치료행위를 구체적으로 지시할 수 있다(허대석, 2006). 현재 일부 의료기관에서 이런 사전의사결정서를 작성하고 있지만 법적으로는 어떤 구속력도 갖지 못한다(이인영, 2009).

과거 연구에서 질병상태에 대한 정확한 정보를 바탕으로 자율적인 선택을 보장할 수 있는 '사전의사결정'에 대해 대상자의 80.9%가 필요하다고 하였다(윤영호 외, 2004). 최근의 연구에서는 대상자의 92.8%가 사전의사결정제도가 필요하다고 답했다(윤영호, 2009).

사전의사결정서의 작성 시기에 대한 연구도 있었다. 일반인 대상자의 33.3%가 질병이 생겼을 때, 대상자의 31.1%가 말기 진단시, 대상자의 26.4%가 건강할 때라고 답했다(윤영호, 2009). 반면 암환자들을 대상으로 한 연구에서는 64.9%가 임종이 임박했을 때, 34.3%가 말기 진단 당시에 사전의사결정서를 작성하겠다고 답했다(손덕승, 2008).

사전의사결정서에 필요한 목록은 사전의사결정서에 따를 조건, 자신이 받을 치료의 범위, 자신이 거부할 치료의 범위, 자신의 의사를 대변할 대리인, 자신의 평소 신념과 가치, 사전의사결정서를 철회할 수 있는 조건이다(홍영선 · 이동익, 2008).

사전의사결정서에 반드시 포함되어야 할 항목으로 호스피스 의료, 심폐 소생술, 영양공급, 항생제 사용, 인공호흡기, 혈액투석 순으로 답했다(윤영호, 2009).

다만 사전의사결정서가 필요하지 않다고 하는 경우도 있었다. '죽음에 대해 미리 생각해야 한다는 것이 괴롭다.', '죽음에 대해서 가족과 터놓고 이야기 할 수 있는 분위기가 아니다.' 등의 우리나라 죽음관에 기반한 이유가 제시되었다. 또한 가족이나 의료진이 알아서 적절한 결정을 내려 줄 것이라는 의견도 있었다(이금미, 2007).

(2) 병원윤리위원회

병원윤리위원회란 병원에서의 윤리적 갈등을 해결하기 위한 기구를 말한다. 의사, 간호사, 종교인, 법률 자문, 사회사업가, 윤리학자 등의 전문인으로 구성된다(안유정, 2002; 김선현 · 이혜리, 2003).

환자의 존엄성 존중을 위해 어떤 판단을 내려야 하는 경우 가장 올바른 판단을 내릴 수 있는 병원 자체의 판단을 존중해 주어야 한다. 이를 위한 윤리위원회가 작동해야 한다(이동익, 2009).

(3) 존엄사법

사회적으로 존엄사가 받아들여지기 위해서는 객관적이며 윤리적인 지침이나 사회적, 국가적 책임과 음성적인 안락사를 방지하기 위한 법적·제도적 자원이 마련되어야 한다(허양희, 2005).

과거 연구에서 안락사에 대한 법 제정이 필요하다고 응답한 대상자는 84.7%로 나타났다(손행미, 2004). 다른 연구에서는 안락사의 법제화의 필요성을 묻는 질문에서 73.6%가 찬성하였다(김선현 · 이해리, 2003). 간호대학생을 대상으로 한 연구에서는 70.6%가 안락사를 실행하기 위해 법적 동의절차가 필요하다고 대답했다(김소남, 2002). 법적으로 안락사의 악용을 방지할 수 있다는 의견도 제시되었다(김애경 · 박계선, 2000).

생명유지 의무와 자연사할 권리의 충돌을 합리적으로 해결할 기준이 필요하다. 특히 의료인에게 의학적으로 무의미한 연명치료를 포기하게 하고, 치료중단에 의한 법적 부담(살인, 살인미수, 상해 등의 불법문제)을 면제해 의료집착적 치료행위를 방지할 수 있을 것이다(신현호, 2007).

존엄사법이 필요한 이유는 다음과 같다. 첫째, 고도의 생명유지기술로 갈등사례가 앞으로 더 많이 발생할 것이다. 둘째, 연명치료에 대한 법적인 근거가 마련되지 않으면, 도리어 선부른 판단으로 치료를 중단하는 일을 초래할 수 있다. 셋째, 연명치료중단을 아무런 기준 제시 없이 의사나 환자, 가족들의 판단에만 맡기는 것은 바람직하지 않다. 넷째, 연명치료중단 남용에 대한 처벌과 대책을 규정해야 한다. 다섯째, 개개의 사례를 소송으로 일일이 법원의 판단을 받게 하는 것은 비현실적이다(신상진, 2009).

(4) 법령 관련 외국의 현황

네덜란드에서는 왕립 네덜란드 의사협회에서 제안한 기준을 따르면 면책이 됐다. 2000년 11월에 안락사에 대한 법안이 통과됨으로써 안락사를 합법화한 최초의 국가가 되었다(김선현 · 이해리, 2003). 대상자가 불치의

환자여야 하고, 고통이 견딜 수 없을 만큼 심하며, 환자가 이성적인 판단으로 안락사에 동의하는 경우 안락사를 허용하고 있다(김강립, 2009).

독일의 경우 1986년 안락사 대체 법안을 제정하였다(이강민, 2002). 연방최고재판소에서 환자의 자기결정권에 한계가 있다는 것을 인정하면서도 환자의 인격을 존중하는 재판결과가 나오게 되었다(홍명선, 2000).

영국에서는 19세기 말부터 안락사에 대한 논쟁을 벌였다. 지금도 제한적으로 존엄사를 인정하는 판결이 나왔다(김강립, 2009).

호주에서는 1995년 북부지역에서 자발적인 안락사가 합법화되었다(김선현 · 이혜리, 2003). 하지만 호주 연방의회가 의도적으로 타인을 죽이는 행위를 의사에게 허용하는 법률을 북부지역이 제정할 권리는 없다며 1997년 안락사 법을 폐기했다(최윤선 외, 1999; 이강민, 2002).

일본의 경우는 1991년 가나가와현 지방법원이 안락사를 인정하는 조건으로 환자 자신의 의사 확인 등을 제시하고 있는 것이 전부였다(최윤선 외, 1999). 이후 1995년 요코하마 법원의 판례에 따라 소극적 안락사에 대해 사회적으로 용인하고 있다(김강립, 2009).

미국에서는 1975년 카렌 퀸란의 호흡기 제거문제를 시발로 안락사에 대한 관심이 고조되었다(김선현 · 이혜리, 2003; 이덕환, 2002). 1976년 캘리포니아에서 최초로 자연사법이 입법 시도되었고, 워싱턴주에서 연명치료중단을 골자로 하는 자연사법을 제정하였다(신현호, 2007).

1997년 오레곤주에서 3년간의 논란 끝에 의사 보조 자살(Physician assisted suicide)이 합법화되었다(김선현 · 이혜리, 2003; 신현호, 2007; 김장한, 2008). 의사 보조 자살은 의사가 자살하는 것을 도와주거나 방법을 제공해 주는 것을 말한다(최윤선 외, 1999; 김장한, 2008). 40개 주가

환자 가족의 동의 아래 생명 보조 장치를 제거하는 수준의 안락사 행위를 인정하고 있다(최윤선 외, 1999).

대만, 미국 등에는 이미 환자 자의결정법(Patient Self Determining Act), 자연사법(Natural Death Act), 호스피스법(Hospice Act)과 같이 환자의 선택권을 보장하는 법적인 장치가 마련되어 있다(윤영호 외, 2004). 자연사법은 미국의 대부분의 주에서 안락사나 혹은 존엄사에 관한 법률을 청하는 말이다(신현호, 2007).

Ⅲ. 사례분석

비침과 칠드레스는 '행위의 안내지침(action guideline)'을 마련하기 위해 네 개의 기본원칙을 정립하였다. 생명이 문제되는 구체적인 의료영역에 보편적인 윤리원칙을 적용하여 해당 행위를 판단한다(이을상, 2005). 이 원칙은 임종환자를 진료하는 의료현장에서 연명치료에 대한 판단을 할 때 적용할 수 있다(윤영호, 2009).

의료윤리의 네 원칙은 다음과 같다. 첫째, '자율성 존중의 원칙'은 개인이 자신의 운명에 영향을 미치는 선택을 스스로 할 수 있도록 허용해야 한다는 원칙이다. 둘째, '악행금지의 원칙'은 환자에게 악한 일을 해서는 안 된다는 원칙이다. 셋째, '선행의 원칙'은 의료진이 환자에게 이로운 의료행위를 해야 한다는 원칙이다. 넷째, '정의의 원칙'은 의료를 비롯한 모든 재화의 분배는 정의롭게 되어야 한다는 원칙이다. 다만 의료행위가 좋은 효과와 나쁜 효과 두 가지를 다 가지고 있다면 문제를 해결하기 위해 이득과 손해를 평가해 판단해야 한다(윤영호, 2009).

그러나 앵겔하트(H. Tristran Engelhardt)는 이런 윤리학적 접근방법에 의문을 제기한다. 구체적 의료영역에서 일어나는 임상적 행위는 의료진의 특정 판단과 개별행위에 의존한다. 이러한 특정판단과 개별행위에 어떻게 하나의 보편타당한 원칙을 적용하여 도덕적으로 정당화시킬 수 있는가 하는 의문이 남는다(이을상, 2005).

원칙들은 구체적인 개별적 판단으로 이어질 수 있으며, 하나의 원칙이 다양한 방향으로 나아갈 수 있다. 원칙과 상황 판단을 연관짓기 위한 세

가지 방법이 있다. 일반적인 원칙과 규칙으로부터 행위의 옳은 과정을 연역해 내거나 도출해 내는 것, 그 상황에서 무엇이 우선되는지를 결정하기 위해 서로 상충하는 원칙들의 비중을 재는 균형, 상황을 상세히 밝혀 규범을 상황에 맞게 재단해 가는 상세화가 그 방법이다(피터 싱어, 2005).

비침과 칠드레스는 의료의 네 원칙이 단지 조건부로 구속력을 갖는 것이라고 주장한다. 규칙들은 구속력을 가지며, 다른 규칙들에 압도되거나 무시될 수 없는 경우에는 행위의 옳고 그름을 결정하기에 충분하다. 어떤 행위가 관련 원리 및 규칙들에 의해 밝혀지는 특징 및 측면들을 구체적으로 드러내는 것인 한, 그 행위가 도덕적 올바름이나 의무라고 판단할 수 있다(피터 싱어, 2005).

다만 원칙에 기초한 접근을 할 때 주의해야 할 사항이 있다. 첫째, 특수 판단의 우선성을 고려해 '원칙의 독재'에 대해 고려해야 한다. 둘째, 윤리적 문제를 해결하는 과정을 단순히 딜레마의 분석과 분해로 전락시켜서는 안 된다. 셋째, 도덕 원칙을 위계적 정당화의 논리로 사용해서는 안 된다(피터 싱어, 2005).

원칙에 기초한 접근 외에 최근에 많이 활용되고 있는 방법이 사례에 기초한 분석이다. 원래 사례에 기초하는 분석은 원칙중심의 분석에 대한 반론으로 나왔지만 최근 논의에 의하면 원칙이 완전히 무시되는 것이 아니라 원칙중심접근에서와 달리 중증도의 중요성을 부여하는 것이라고 보는 편이 우세하다.

사례분석은 의료윤리와 관련된 이슈를 편안하게 논의할 수 있는 방법이다. 일종의 풍선과 같다고 할 수 있으며, 모든 부분에 대해 넓은 시각으로 이슈를 고찰할 수 있는 방법이다(Mark G, 1999).

구체적으로 살펴보지 않으면 그 이슈는 명확성을 잃어버린다. 구체적인 사례 분석은 선행, 악행금지 등의 개념을 바탕으로 도덕적 문제를 정의하는 데 사용한다(Mark G, 1999).

사례분석은 주제에 대한 철저한 분석이나 완벽한 대답을 얻을 수 있는 과정은 아니지만 중요한 부분을 중심으로 요약할 수 있는 방법이 된다. 또한 마음이 아프고 당황스러운 사례들에 대해 논의를 시작할 수 있는 방법을 제공해 준다. 논의를 하는 사람들이 다양한 결과를 예상하고 좋은 결과를 내기 위한 제안을 제시할 수 있도록 격려한다면 심도 있는 사례분석이 가능할 것이다(Mark G, 1999).

본 논문에서 분석할 사례로 보라매병원 사례, 세브란스병원 사례, 김수환 추기경 사례를 선택했다. 보라매병원 사례는 회복 가능한 환자의 치료 중단 행위에 대해 대법원이 살인방조죄 판결을 내린 사례이다. 세브란스병원 사례는 대법원으로부터 회복 불가능한 환자의 연명치료중단에 대해 인정하는 첫 판결을 받은 사례이다. 김수환 추기경 사례는 세브란스병원 사례에 앞서 '존엄한 죽음'에 대한 개념을 제시한 사례이다. 모두 윤리적으로 큰 이슈가 된 사례이며 그 사회의 구성원들에게 많은 영향을 끼쳤다.

각 사례에 대해 회복 가능성, 사전의사 표시 여부, 가족 또는 의사결정 대리인의 존재 여부, 의료진의 의견 등 네 가지 구체적인 사안을 중심으로 판단한다. 구체적인 사안에 대해 판단할 때는 의료윤리의 네 원칙을 이용해 판단한다.

구체적 사안을 중심으로 한 연명치료중단 사례분석 방법은 다음과 같다.

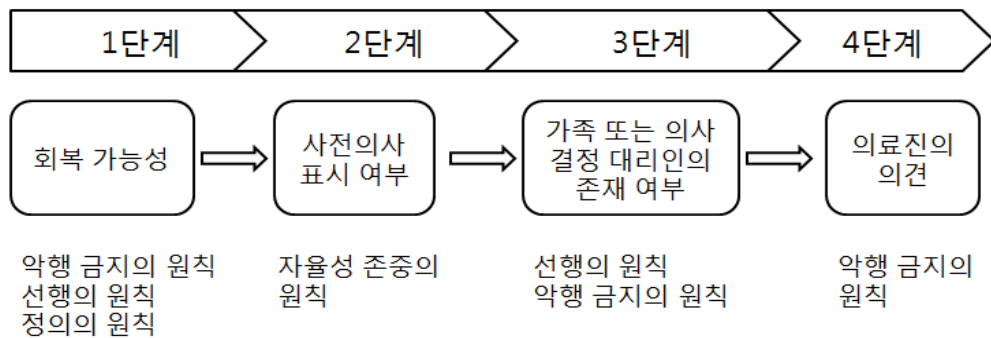


그림 2. 연명치료중단 사례를 분석하는 틀

회복 가능성은 연명치료중단의 정당성에 대해 논의할 때 가장 중요한 지표이다. 회복 가능성이 없는 상태에서 환자에게 연명치료를 하는 것은 의미 없는 행위이기 때문이다. 중요 생체기능에 비가역적 손실을 일으키는 질환을 치료할 수 없음에도 연명치료를 하는 것은 환자의 삶의 질을 존중하지 않는 행위라고 할 수 있다.

이 사례분석에서 말하는 회복 가능성은 의료진의 전문성에 근거해 의학적 기준에 따라 판단한 것으로, 매우 객관적인 개념이다. 단지 주치의 한 명의 의견만으로 판단할 수는 없으며 다른 전문가에 의해서 검증된 것이어야 한다.

환자가 판단하는 회복 가능성은 다를 수 있다고 주장하는 경우도 있다. 하지만 회복 가능성은 환자나 보호자가 판단하기에는 어려운 부분이다. 의료의 전문성, 특수성 등으로 인해 환자의 기저질환이나 현재 상태와 관련된 예후를 예측할 수 없기 때문이다.

회복 가능성에 대해 논의할 때 주로 사용하는 의료윤리의 원칙은 '악행 금지의 원칙'이다. 암과 같은 본래의 질환을 치료할 수 없는 상태에서 호흡

기 등의 연명치료를 하는 것은 '악행'으로, 이런 행위는 '악행금지의 원칙'에 근거해 윤리적으로 옳지 않다고 판단한다.

'선행의 원칙'도 사용할 수 있다. 회복 가능성이 없는 환자에게 연명치료를 하지 않는 것은 환자의 삶의 질을 존중하는 행위로, '선행의 원칙'에 근거해 윤리적으로 옳은 행위라고 판단한다.

정의의 원칙은 회복 가능성을 통해 연명치료중단을 하는 과정의 정당성을 논의할 수 있는 또 다른 원칙이 된다. 자원이 한정된 상태에서는 회복 가능성이 높은 환자에게 자원을 우선적으로 분배해야 한다. 중환자실 침상이 부족한 상황에서 누구에게 그 침상을 사용하도록 할 것인가를 논의할 때 회복 가능성은 그 기준이 된다. 예를 들어 한 사람만 중환자실에 입실할 수 있어 회복 가능성이 전혀 없는 환자와 중환자 치료로 중요 생체기능을 회복할 수 있는 환자 중 회복 가능성이 높은 환자를 중환자실에 입실시키는 행위는 '정의의 원칙'에 근거해 윤리적으로 옳은 행위라고 판단한다. 이 경우 회복 가능성이 전혀 없는 환자는 병동에서 조용히 연명치료중단을 하게 될 것이다.

사전의사 표시 여부는 연명치료중단의 정당성에 대해 논의할 때 두 번째로 중요한 지표이다. 사전의사 표시는 환자의 자기결정권을 존중한다는 측면에서 매우 중요하다. 다만 회복 가능성이 매우 높은 상태의 환자가 사전에 연명치료를 하지 않겠다는 의사를 표현한 것을 근거로 환자의 생명권을 침해하거나 박탈하는 일만은 일어나서는 안 되기 때문에 회복 가능성에 이어 두 번째로 중요한 지표라고 판단했다.

사전의사 표시 여부에 대해 논의할 때 사용하는 의료윤리의 원칙은 '자율성 존중의 원칙'이다. 환자가 회복 불가능한 상태에서 연명치료를 중단한

다고 표현했음에도 그 상황에서 연명치료를 시작하고 지속하는 행위는 환자의 자기결정권을 침해하는 행위로 '자율성 존중의 원칙'에 근거해 윤리적으로 옳지 않다고 판단한다.

가족 또는 의사결정 대리인의 존재 여부는 연명치료중단의 정당성에 대해 논의할 때 세 번째로 중요한 지표이다. 가족은 우리나라에서 환자의 의료와 관련된 의사결정에 가장 영향력을 미치는 존재이기 때문이다. 환자의 의사를 가장 잘 알아 환자의 이익을 대변할 수 있는 사람이고, 환자의 사전의사가 없을 때 환자의 의사를 추정할 수 있는 근거를 제시할 수 있는 사람이다. 또한 치료과정에 참여해 환자에게 정서적인 지지를 제공하는 사람이며, 환자에 대한 신체적인 부담과 경제적인 부담을 갖는 사람이다. 만약 가족이 없는 경우에는 환자와 밀접한 관계를 유지했던 사람이 의사결정 대리인으로서 그 역할을 할 수 있다.

가족 또는 의사결정 대리인의 존재 여부에 대해 논의할 때 주로 사용하는 의료윤리의 원칙은 '선행의 원칙'이다. 환자의 의사를 대변하고 그의 이익을 옹호하는 행위는 환자에게 이로운 행위로 '선행의 원칙'에 근거해 윤리적으로 옳은 행위라고 판단한다.

또 '악행금지의 원칙'도 사용할 수 있다. 가족이 환자의 의사에 반하는 요구를 하거나, 경제적인 부담을 줄이기 위한 요구를 하는 경우에는 '악행금지의 원칙'에 근거해 윤리적으로 옳지 않은 행위라고 판단한다. 당사자인 환자의 의사를 더 중요시해야하기 때문에 사전의사표시여부가 가족 또는 의사결정 대리인의 존재여부보다 더 우선된다.

의료진의 의견은 연명치료중단의 정당성에 대해 논의할 때 네 번째로 중요한 지표이다. 이 사례분석에서 말하는 의료진의 의견은 앞의 회복 가

능성에 대한 부분과는 전혀 다르다. 이는 의료진의 주관적 신념, 윤리의식, 가치관 등을 판단하는 개념이다. 의료진은 환자의 생명권이 침해당하지 않도록 최선을 다하는 사람들이다. 항상 환자의 좋은 예후를 위해 노력하는 사람이다.

다만 환자의 치료에 대한 결정권의 우선순위에 있어서는 환자 자신이 가장 우선하고 가족, 대리인, 의료진 순으로 중요도를 둔다. 이는 일반적인 의료윤리의 사례분석에서 이용되는 방식이다. 환자 자신의 치료에 대한 결정은 환자 자신보다 우선할 수 있는 사람이 없기 때문이다. 그래서 의료진의 의견에 네 가지 구체적인 사안 중 가장 낮은 중요도를 부과했다. 의료진은 회복 불가능한 환자의 연명치료에 대해 제안할 수는 있지만 강요할 수는 없다.

의료진의 의견에 대해 논의할 때 주로 사용되는 의료윤리의 원칙은 '악행금지'의 원칙이다. 만약 의료진이 회복 가능성이 없다고 판단한 상태에서 자신의 주관적 신념을 바탕으로 생명권을 주장하며 연명치료를 하는 행위는 '악행금지'의 원칙에 근거해 윤리적으로 옳지 않은 행위라고 판단한다.

때로는 회복 가능성에 대한 의료진의 의견을 부정하면서 환자나 그 가족이 자기결정권을 주장하는 경우, 회복 가능성이 없음에도 의료진이 자신의 개인적 신념에 따라 환자나 가족의 자기결정권을 무시하고 행동하는 경우 등의 갈등사태가 발생할 수 있다.

연명치료중단 여부를 결정하는 데 갈등상황이 발생했을 때는 윤리위원회, 윤리컨설턴트 등 전문가의 도움을 받아 문제를 해결할 수 있다. 양쪽의 의견을 객관적으로 듣고 윤리적인 판단을 내릴 수 있는 전문가의 자문을 구하는 것이 최선의 방법이다.

가. 보라매병원 사례

(1) 사례의 개요

58세의 알코올 중독인 B씨는 술에 취해 화장실에서 넘어져 쓰러졌다. 119 구급차에 실려 반혼수상태로 응급실에 들어왔다. CT촬영 후 '경막의 혈종'이라는 진단을 받고 뇌수술(혈종제거술)을 받았다. 수술 후 중환자실로 입원했다.

수술 후 B씨는 자가 호흡을 조금씩 회복하고 있었으며 인공호흡기로 호흡이 가능한 상태였다. B씨의 회복 가능성은 73%로, 혈종제거수술도 성공적이었고, 상태도 호전되고 있었다. 환자와의 의사소통은 불가능한 상태였고, 사고 전 환자의 연명치료에 대한 의사표현은 없었다. 그의 이익을 대변할 대리인도 없었다.

가족은 담당 전공의를 찾아와 경제적인 이유로 퇴원을 강력하게 요구했으나, 전공의는 지금 퇴원하면 바로 사망한다며 퇴원을 만류했다. B씨의 부인이 계속 퇴원을 요구해, 담당 전문의는 수술 후 이틀 만에 가족에게 현재 상황을 설명하고 귀가서약서 서명을 받은 후 환자를 퇴원시켰다.

담당 인턴이 B씨를 집까지 간이형 인공호흡기를 사용하면서 이송했다. 집에 도착하자 가족은 기관 내 삽관을 제거해 달라고 요청했고, 환자는 제거 후 5분 만에 사망했다.

(2) 관련 문헌 고찰

대법원은 1997년 12월경 발생한 '보라매병원 사례'에 대해 살인방조죄로 유죄판결을 내렸다. 뇌수술을 받고 회복 중이던 환자에 대하여 그의 처가 전신불수가 될 남편의 간병에 부담을 느껴 퇴원을 요구하였다. '치료를 중단시켜 죽게 할 의도'로 행해진 퇴원 요구에 응한 전문의와 전공의에게 유죄판결을 내렸다(2009, 신현호).

보라매병원 사례는 '마지막 숨을 쉴 수 있을 때까지 치료하지 않으면 형사책임을 진다.'는 잘못된 인식을 주었다. 하지만 생명윤리논쟁을 일으켜 선진의료윤리를 자리 잡게 한 긍정적인 면도 있다(신현호, 2009).

(3) 회복 가능성

B씨는 58세 환자다. 그의 회복 가능성은 70%가 넘는 상태이다. 자가호흡을 조금씩 회복하면서 기계의 도움으로 숨을 쉬고 있는 상태로 앞으로 호흡이 회복될 것이라는 예상이 가능하다. 수술도 성공적이었다. 자가호흡이 회복된다는 것은 의식도 서서히 돌아온다는 것을 의미한다. 환자가 회복 후 일상생활에 지장이 있을지는 모르겠지만 회복이 불가능한 상태로 사망에 이를 것이라고 예상하기는 어렵다.

B씨의 회복 가능성이 이렇게 명확하게 인정되는 상태에서는 가족의 퇴원 요구와 그것을 받아들인 의료진의 행동을 옳은 행위라고 볼 수 없다. 의료윤리의 네 원칙인 '악행금지의 원칙'에 미루어보면 B씨를 퇴원시킨 행동은 환자에게 해악을 가하는 행동, 즉 사망에 이르게 하는 행동으로 윤리적으로 옳지 않은 행위라고 판단할 수 있다.

(4) 사전의사 표시 여부

B씨는 이전에 회복 불가능한 상황에서 어떤 치료를 원하는지를 기록하는 사전의사결정서를 작성하지 않은 상태였다. 평소 그의 행실은 알코올 중독으로 가족들을 괴롭히고 있을 정도로 좋지 않았다. 하지만 알코올 중독이라고 해서 삶에 대한 의지가 없다는 할 수 없다. 사전의사가 없을 경우 평소의 가치관과 신념을 통해 의사를 추정할 수 있지만 B씨의 경우에는 무리가 있다. 반혼수상태로 의사소통이 불가능한 B씨의 상태로 인해 B씨의 자율성(자기결정권)은 심각한 제약을 받는다.

(5) 가족 또는 의사결정 대리인

B씨는 사전의사결정서를 작성하지 않은 상태로 그의 이익을 대리할 대변인도 없는 상태였다. 가족의 경우 경제적 부담을 이유로 퇴원을 요구한 상황이므로 B씨의 이익을 대변하고 있다고 볼 수 없다. 경제적 부담을 이유로 퇴원을 요구하는 행동은 윤리적으로 옳은 행동이라고 볼 수 없다. 다만 경제적인 부담을 완화해 줄 수 있는 적절한 사회적 안전망이 없는 상태에서 가족이 끝까지 치료하기를 강요하는 것은 어려운 일이다.

(6) 의료진의 의견

의료진은 환자에 대해 회복 가능성이 있으며 조금씩 나아지고 있다고 판단했다. 또한 가족이 원하는 대로 퇴원을 할 경우 바로 사망에 이른다는 사실을 알고 있었다. 이런 상황에서 퇴원을 시킨 행위는 ‘악행금지의 원칙’

에 의해 윤리적으로 옳지 않다고 판단할 수 있다.

가족이 지속적으로 퇴원을 요구하는 행위는 가족의존도가 매우 높은 우리나라에서는 의료진이 무시할 수 없는 압력이다. 가족은 병원이 비용을 부담할 것도 아니면서 왜 치료를 계속 하느냐고 하면서 의료진을 계속 괴롭혔을 것이다. 중환자실이 어떤 혼란을 겪었을지를 생각하면 의료진의 그런 결정에 대해 무조건 비난할 수만은 없을 것이다.

보라매병원 사례는 윤리적으로 옳지 않은 행동이었지만 이 사례를 계기로 의료윤리에 있어서 많은 논의가 있었으며 병원윤리위원회와 같은 갈등을 해결하기 위한 조직이 구성되었다.

나. 세브란스병원 사례

(1) 사례의 개요

76세 S씨는 평소 건강했던 환자로 작년 2월 폐렴으로 입원했다. 이틀 후 폐암여부를 확인하기 위해 조직검사를 받던 중 폐혈관이 터져, 과다 출혈로 저산소성 뇌손상을 입었다. 이후 식물인간 상태로 호흡기 치료를 받으며 중환자실에서 지내고 있다. 11개월이 경과한 후에도 자발호흡이 없으며 상태 호전 징후를 보이지 않고 있다.

S씨의 회복 가능성은 거의 없으며, 남은 수명도 3~4개월 정도밖에 되지 않는 것으로 추정되었다.

S씨는 3년 전 남편이 심장질환으로 임종을 맞게 될 무렵에 생명을 연

장할 수 있는 기관절개술을 거부했다. 이때 가족과 친구들에게 “내가 병원에서 안 좋은 일이 생겨 회복하기 힘들 때 호흡기는 끼우지 말라. 기계의 도움으로 연명하는 것은 바라지 않는다.”고 말했다.

S씨의 가족은 병원을 상대로 호흡기계 치료를 중단해 달라고 요구했다. 담당 전공의는 호흡기계를 떼면 바로 사망에 이른다며 중환자실에서 호흡기 치료를 계속 했다. 1997년 보라매병원 사례를 예로 들며 치료중단을 거절했다.

(2) 관련 문헌고찰

대법원은 소생 가능성이 없는 식물인간 상태 환자의 연명치료를 중단해 달라는 가족들의 요구를 받아들이고 항소심을 확정하였다.

상고심 재판부는 판결 근거로 헌법이 보장하고 있는 ‘자기결정권’과 ‘인간의 존엄성’을 들었다. 신체를 침해하는 진료행위에 대해 결정할 권리가 환자에게 있으며, 환자의 존엄과 가치를 존중하기 위해 연명치료중단을 허용할 수 있다.

연명치료중단을 허용할 수 있는 요건으로 2가지를 제시했다. 첫째, 환자가 회복 가능성이 없는 비가역적 사망과정에 진입해 있어야 한다. 둘째, 환자의 진지하고 합리적인 치료중단의사가 추정·판단되어야 한다.

회복 가능성이 없는 사망의 단계에 대해서는 의식을 회복할 수 없고, 짧은 시일 내 사망 가능성이 명백하며, 중요 생체기능을 회복할 수 없는 상태라고 명시하였다. 회복 가능성이 없는 사망의 단계에 이르렀는지 여부에 대해 전문가로 구성된 위원회를 통해 판단하는 것이 바람직하다.

대법원은 환자의 사전의료지시에 의해 치료를 중단할 수 있다고 제시하였다. 사전의료지시는 이 논문에서 논한 사전의사결정서와 같은 개념이다. 의료진으로부터 충분한 설명을 들은 후 동의해야 인정할 수 있다. 또한 ‘추정적 의사’에 대해서도 법적으로 인정하였다. 평소 가치관이나 신념 등에 비추어 연명치료를 중단하는 것이 환자의 최선의 이익에 부합하고, 단지 선택할 기회가 없었던 것이라면 사전의료지시가 없어도 환자의 의사결정을 존중한 연명치료중단이 가능하다고 명시하였다.

연명치료중단의 허용기준에 해당하면 반드시 소송을 거칠 필요 없이 치료중단이 가능하게 되었다.

(3) 회복 가능성

S씨는 76세로 식물인간 상태이다. 호흡기계를 유지하면서 연명한 지 11개월이 지났으며 스스로 호흡할 가능성을 가늠하는 척도인 자발호흡도 전혀 나타나지 않고 있다. 회복 가능성은 거의 없다고 판단할 수 있으며, 남은 수명도 3~4개월 밖에 남지 않았다고 보고 있다. 호흡기계만 떼면 바로 사망하는, 인위적으로 연명치료를 지속하고 있는 상황이다.

S씨는 조직검사 도중 출혈로 저산소성 뇌손상을 입었다. 뇌는 한번 손상을 받으면 거의 회복되지 않는다. 이렇게 본래의 저산소성 뇌손상을 치료할 수 없는 상태에서 S씨에게 연명치료를 지속하는 것은 의미가 없다. 이는 ‘선행의 원칙’에 어긋난다. 본래의 질환은 고칠 수도 없는 상태에서 생명을 유지시키는, 환자에게 고통만을 지속시키는 치료일 수도 있다.

또한 ‘정의의 원칙’을 고려해도 연명치료를 지속하는 행위는 옳은 행위

라고 할 수 없다. S씨와 같은 환자가 중환자실의 침상을 차지하고 있으면 침상이 부족해 병동에서 환자가 중환자실로 내려오거나 응급실에서 올라오는 것이 불가능할 수도 있다. 현대의료는 ‘골든타임’이 중요하다고 말한다. 적절한 조치를 얼마나 신속하게 취하느냐가 환자의 예후를 결정하는 경우가 많다. 중환자실 침상이 제한된 상태라는 것은 또 다른 누군가가 중환자 의료를 필요로 할 때 그 기회를 박탈당하게 된다는 것을 의미한다.

만약 의료행위가 좋은 효과와 나쁜 효과 두 가지를 다 가지고 있다면 문제를 해결하기 위해 이득과 손해를 평가해 판단한다. S씨에게 치료를 지속해 S씨의 생명을 유지하는 것과, S씨로 인해 응급환자를 중환자실에서 치료하지 못하고 안 좋은 상태로 가게 하는 것을 평가해 보면, S씨는 치료를 지속한다고 해도 몇 개월 안에 사망할 상황이지만 응급환자는 중환자실 치료로 인해 목숨을 구하거나 위기를 넘길 수 있다. 이런 상황에서는 S씨의 연명치료를 지속하기보다는 다른 환자가 이 병상을 사용할 수 있도록 준비하는 것이 더 정의로운 행위라고 할 수 있다.

(4) 사전의사 표시 여부

S씨는 3년 전 남편이 심장질환으로 임종을 맞게 되었을 때 다만 얼마간의 시간이라도 연명할 수 있는 기관절개술을 거부했다. 이때 S씨는 앞으로 이런 상황이 생겼을 때 연명치료를 하지 말라고 의사를 표시했다. 다만 문서로 남겨져 있지 않아 법정에서 문제가 되었다.

하지만 문서로 남겨져 있지 않다고 해서 사전의사가 없다고 할 수는 없다. S씨는 남편이 임종을 맞이할 때 의사를 밝혔고, 그때 S씨는 의사결정

을 내리기 어려울 정도의 혼란 상태도 아니었으며, 다른 가족들의 압력도 없는 상태였다. S씨의 의사표현은 자기결정권을 행사하는 중요한 행위다. ‘자율성의 원칙’으로 판단할 때 S씨의 연명치료는 중단되어야 한다.

(5) 가족 또는 의사결정 대리인

가족들은 S씨의 의사를 대변하면서 연명치료중단을 요구했다. 가족은 S씨의 의사가 문서로 남겨져 있지 않은 상황에서 S씨의 자기결정권을 옹호하는 중요한 대리인이다. 가족들이 환자와 뜻을 같이하면서 환자의 이익을 대변하고 있다.

물론 법원에서는 가족의 의사에 의한 연명치료중단은 인정하지 않았다. 그러나 S씨가 자신의 의사를 표현할 수 없는 혼수상태에 있어서 가족들이 그 뜻을 대신 표현하고 있는 것이므로 환자에게 이로운 일을 하라는 ‘선행의 원칙’에 어긋나지 않는다.

(6) 의료진의 의견

의료진들은 회복 가능성이 낮다고 판단하면서도 인간의 생명권을 주장하면서 연명치료를 지속하고 있다. 저산소성 뇌손상을 치료할 수 없고 호흡기계만 제거하면 바로 사망에 이르는 상황에서 과연 연명치료가 의미를 가질 수 있는지 의문이 든다.

물론 호흡기 치료를 시작하게 된 계기는 조직검사 중 갑작스러운 응급상황이 발생했기 때문이다. 의료진은 예기치 못한 상황이 발생했을 때 그

위험을 최소화하기 위해 최선을 다해야 한다. 호흡기계를 시작하게 된 것에 대한 절차적 정당성은 어느 정도 인정할 수 있다.

하지만 호흡기 치료가 의미를 잃은 상태에서 지속하는 것은 선행의 원칙에 어긋난다. 이런 상황에서 의료진이 해야 할 일은 K씨를 고통 없이 존엄하게 보내 주면서 가족들에게 정서적인 지지를 해 주는 것이다.

다. 김수환 추기경 사례

(1) 사례의 개요

87세 K씨는 폐렴으로 자주 입·퇴원을 반복하던 환자로, 작년 9월 폐렴으로 입원하여 병동에서 지속적인 치료를 받고 있었다. 작년 말부터 병세가 급격히 악화되었음에도 영양제와 수액 공급 등 최소한의 치료를 하고 있었다.

기관삽관을 하면 생명연장은 가능하다는 병원 측의 말을 듣고, K씨는 "인위적으로 생명을 늘리고 싶지는 않다."고 말했다. 소생 가능성이 없는 과도한 치료는 받지 않겠다고 입원시 의료진에게 연명 치료 거부 의사를 분명하게 밝혔다. 또한 사후 장기를 기증하겠다고 했다. 의사결정에 참여할 가족은 없었다. 그의 이익을 대변할 대리인도 없었다.

호흡곤란으로 힘들어하는 등 생명이 위태로운 순간까지 갔으나 담당 전문의는 환자의 의견을 존중해 호흡기 치료를 하지 않았다. K씨는 인공호흡기에 의존하지 않은 채 스스로 호흡했다. 결국 병원 치료 6개월 만에 사망했다.

(2) 관련 문헌고찰

김수환 추기경은 노환으로 면역력이 저하된 상태에서 폐렴에 걸렸다. 병원에서 항생제와 진통제, 영양공급, 가래제거 등 할 수 있는 모든 방법을 동원하여 치료했다. 다만 환자의 뜻에 따라 마지막에 시행하는 기관삽관을 시행하지 않았다. 기관삽관을 했다면 몇 주 정도는 더 생존했을 것이다(신현호, 2009).

(3) 회복 가능성

K씨는 87세의 고령으로 폐렴으로 인해 계속 입·퇴원을 반복하고 있는 상태였다. 기관삽관을 하면 몇 주 정도는 더 생존할 수 있지만 이미 악화된 폐 상태를 회복할 수 있는 방법은 없기 때문에 회복 가능성은 거의 없다고 판단할 수 있다. 만약 기관삽관 후 인공호흡기 치료를 시행했다면 또 다른 갈등상황을 야기했을 수도 있다. K씨에게 인공호흡기 치료를 하는 것은 '선행의 원칙'에 어긋난다고 판단할 수 있다.

(4) 사전의사 표시 여부

K씨는 입원할 때부터 연명치료는 하지 않겠다고 본인의 의사를 표현했다. 인위적으로 생명을 늘리고 싶지 않으며 회복 가능성이 없는 치료는 받지 않겠다고 의료진에게 말했다.

K씨는 의사를 표현했을 입원 당시 의사결정을 내리기 어려울 정도의 혼란 상태도 아니었고 의사결정에 압력을 줄 사람도 없었다. K씨의 의사표현은 자기결정권을 행사하는 중요한 행위다. ‘자율성의 원칙’으로 판단할 때 K씨의 연명치료는 중단되어야 한다.

(5) 가족 또는 의사결정 대리인

K씨는 종교인으로 의사결정에 참여할 형제들은 모두 사망한 상태였으며, 다른 가족도 없었다. K씨의 종교 전체에서는 의견이 분분했다. 연명치료중단을 인정하는 공동체적 합의를 이루지는 못했다.

(6) 의료진의 의견

의료진은 기관삽관과 인공호흡기치료로 생명을 연장할 수 있다는 의견을 제시했다. 의료진은 K씨의 연명치료중단에 대한 의견을 듣고 K씨가 원했던 수액공급과 영양공급은 유지하면서 기관삽관을 보류했다. 이는 K씨의 자기결정권을 존중하는 행위로 윤리적으로 옳은 행위다.

인공호흡기치료로 생명을 연장하는 행동은 K씨가 원했던 것이 아니며 그 치료로 일상생활을 수행하는 등의 회복을 기대하기도 어려운 상황이다. ‘선행의 원칙’에 의해 판단해도 윤리적으로 옳은 행위라고 할 수 있다.

IV. 연구설계

가. 연구의 개념적 틀

연구는 태도, 행동, 필요로 하는 자원의 3단계로 구성되어 있다.

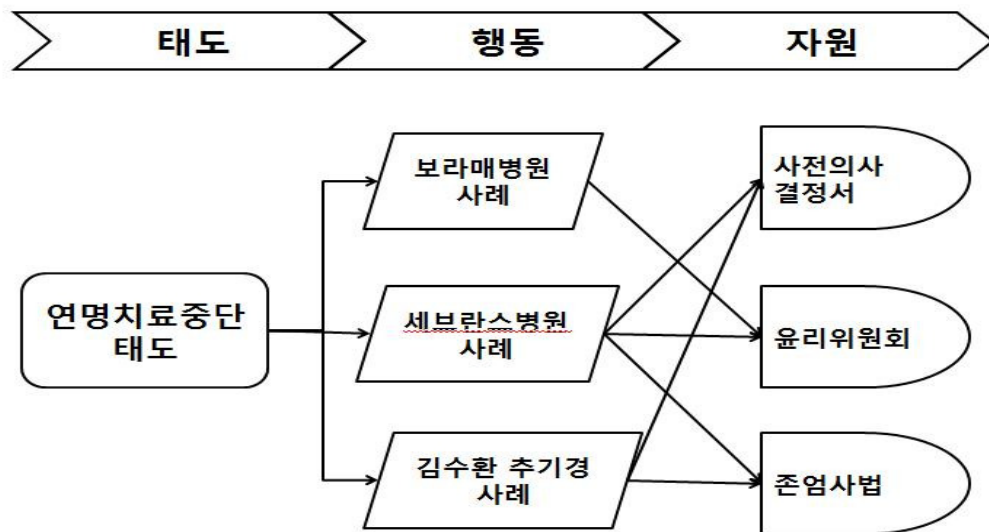


그림 3 연구의 개념적 틀

나. 연구설계

본 연구는 일반인의 연명치료중단에 대한 태도와 행동을 파악하기 위한 서술적 조사 연구이다.

다. 연구대상 및 자료수집 방법

연구대상자는 서울시내 소재 K기업에 근무하는 130명을 대상으로 하였다. 근무부서가 다양하게 고려되도록 표집하였다. 자료수집은 2009년 4월 2일부터 14일까지 13일에 걸쳐 실시되었다. 연구대상자에게 연구 참여에 대한 허락을 구한 후 대상자가 직접 질문에 답하도록 하였다.

설문지 130부를 배부하여 114부(87.7%)의 설문지를 회수하였다. 114부 중 2부는 자료 불충분으로 탈락했다.

라. 연구도구

(1) 일반인의 연명치료중단에 대한 태도

김애경(2001)에 의해 고안된 연명치료중단에 대한 태도를 진술하는 19개 문항을 선행연구의 내용을 참고로 수정·보완하여 사용한다. 태도, 가치, 신념 등은 사회문화적 영향 하에서 이루어지므로 한국의 간호사를 대상으로 하여 신뢰도와 타당도가 검증된 측정도구를 사용한다. 대상자의 삶의 질, 대상자의 권리, 의료윤리, 생명존중과 관련된 문항을 Cronbach's $\alpha = .80$ 이상의 문항으로 각각 2문항씩 뽑아 설문지를 구성한다.

연명치료중단에 대한 태도 문항은 연명치료중단에 대해 긍정적인 입장을 기술하는 4개의 문항에 대해 Likert 척도를 사용하여 각각 '매우 그렇다' 5점, '그렇다' 4점, '보통이다' 3점, '그렇지 않다' 2점, '전혀 그렇지 않다'

다' 1점을 주어 점수화하였다. 이와 반대로 연명치료중단에 대해 부정적인 입장을 기술하는 4개의 문항에 대해 '매우 그렇다' 1점, '그렇다' 2점, 보통이다 '3점', '그렇지 않다' 4점, '전혀 그렇지 않다' 5점을 주어 점수화하였다. 총점수가 높을수록 연명치료중단에 대한 긍정적 입장을, 총 점수가 낮을수록 연명치료중단에 부정적 입장을 취하고 있는 것을 의미한다.

개발 당시 도구의 신뢰도는 Cronbach's α =.88이었고, 본 연구에서 연명치료중단에 대한 태도 8문항의 신뢰도는 Cronbach's α =.58이다.

(2) 사례별 태도와 행동

이금미(2007)에 의해 고안된 사례별 연명치료중단에 대한 설문을 선행 연구의 내용을 참고로 5항목으로 수정·보완하여 사용한다. 사례별로 연명치료중단 가능 여부, 이유, 범위에 대해 객관식 형태로 묻는다.

연명치료중단 가능 여부는 객관적인 제3자의 입장에서와 환자로서의 입장을 묻는다. 본 연구의 연명치료중단 가능 여부 신뢰도는 Cronbach's α =.75이다.

(3) 앞으로 필요한 자원

이금미(2007)에 의해 고안된 5개의 항목에 최근 발의한 존엄사법과 관련된 항목을 추가하여 사용한다. 사전의사결정서, 병원윤리위원회, 존엄사법의 필요성과 절차, 법적 효력에 대해 묻는 것으로 문항을 구성한다.

마. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 12.0을 이용하여 전산통계 처리한다.

- (1) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석한다.
- (2) 대상자의 연명치료중단에 대한 태도 정도는 기술통계(평균, 표준편차)로 서술하고, 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료중단에 대한 태도의 차이는 T-test, ANOVA로 검증한다.
- (3) 대상자의 사례에 대한 연명치료중단 태도와 행동에 대해 기술통계(빈도, 백분율)로 서술한다. 제3자로서의 행동과 환자 자신으로서의 행동을 chi-square로 검증한다. 각 사례별 연명치료중단에 대한 태도의 차이는 Spearman 상관분석으로 검증한다.
- (4) 대상자의 연명치료중단 태도와 행동을 Pearson 상관분석으로 검증한다.
- (5) 대상자의 연명치료중단에 대한 장애물과 필요 자원에 대해 기술통계로 서술한다.

V. 연구결과

가. 연구 대상자의 일반적 특성

연구에 참여한 대상자의 성별은 남자 76.8%, 여자 23.2%였다. 연령은 30대 36.6%, 40대 28.6%, 20대 23.3%, 50대 10.7% 순이었다. 결혼여부는 기혼 61.6%, 미혼 37.5%였다. 종교는 무교 50.9%, 기독교 22.3%, 불교 19.6%, 천주교 5.4% 순이었다. 학력은 대부분이 대졸로 85.7%였다. 월소득은 301만원 이상 46.4%, 201~300만원 21.4%, 100~200만원 22.3% 순이었다. 직업은 사무직 53.6%, 기타(현장직) 24.1%, 서비스업 11.6% 순이었다.<표 1 참조>

나. 대상자의 연명치료중단에 대한 태도

연구에 참여한 대상자의 안락사에 대한 태도 점수는 총점 29점, 평균은 3.64점으로(5점척도) 연명치료중단을 소극적으로 지지하는 것으로 나타났다. 하위 영역별 점수는 삶의 질(4.34), 대상자의 권리(3.81), 생명존중(3.38), 의료윤리(3.04) 순으로 나타났다.<표 2 참조>

일반적 특성에 따른 안락사의 태도는 종교에 따라 달라지는 것으로 나타났다. 무교 3.78, 기타 종교 3.75, 불교 3.61, 천주교 3.52, 기독교 3.36 순으로 나타났다.(P값 .006) 다른 일반적 특성과는 통계적으로 유의한 차이가 없었다.<표 3 참조>

표 1. 대상자의 일반적 특성

변수		빈도
성별	남	86(76.8%)
	여	26(23.2%)
연령	20대 이하	26(23.2%)
	30대	41(36.6%)
	40대	32(28.6%)
	50대	12(10.7%)
	60대 이상	1(0.9%)
결혼	기혼	69(61.6%)
	미혼	42(37.5%)
	무응답	1(0.9%)
종교	기독교	25(22.3%)
	천주교	6(5.4%)
	불교	22(19.6%)
	기타	2(1.8%)
	없음	57(50.9%)
학력	중졸이하	1(0.9%)
	고졸	7(6.3%)
	대졸	96(85.7%)
	대학원졸	8(7.1%)
월소득	100만원 이하	2(1.8%)
	101~200만원	25(22.3%)
	201~300만원	24(21.4%)
	301만원 이상	52(46.4%)
	무응답	9(8.0%)
직업	학생	3(2.7%)
	서비스업	13(11.6%)
	의료	6(5.4%)
	사무직	60(53.6%)
	가사	3(2.7%)
	기타(현장근무)	27(24.1%)

표 2. 연명치료중단에 대한 태도분석(2, 4, 6, 7 reverse 문항)

문항	평균±표준편차
1. 내가 어차피 죽을 것이라면 가족들에게 좋은 기억으로 남고 싶다.(삶의 질)	4.51±0.66
2. 의료인이 최선을 다했다고 환자를 포기하는 것은 핑계이다.(의료윤리)	2.97±1.01
3. 가족이 통증으로 시달린다면 내가 치료중단을 요청할 수 있다.(대상자의 권리)	3.62±1.00
4. 나는 신이 생명을 주신 것처럼 생명을 거두는 것도 신의 손에 맡겨야 한다고 생각한다.(생명 존중)	3.05±1.20
5. 내가 소생 불가능한 상태라면 노예와 같은 모욕적인 삶을 끝내고 싶을 것 같다.(삶의 질)	4.16±0.93
6. 누구든 연명치료중단을 논하는 것 자체가 죄다. (생명 존중)	3.71±1.02
7. 의료인이 환자를 포기하는 것은 죄를 짓는 것이다. (의료 윤리)	3.10±1.07
8. 가족과 환자가 치료중단을 원한다면 타인이 그것을 비난할 수 없다.(대상자의 권리)	3.99±0.74
..... 평균	3.64±0.49

표 3. 대상자의 일반적 특성에 따른 연명치료중단 태도(총 112명)

	변수	평균±표준편차	t값/F값	p값
성별	남	3.65±0.44	.392	.698
	여	3.60±0.60		
연령	20대 이하	3.62±0.56	.035	.998
	30대	3.65±0.49		
	40대	3.63±0.46		
	50대	3.63±0.46		
	60대 이상	3.75±0.00		
결혼	기혼	3.61±0.43	1.324	.270
	미혼	3.66±0.56		
	무응답	4.37±0.00		
종교	기독교	3.36±0.52	3.784	.006**
	천주교	3.52±0.30		
	불교	3.61±0.45		
	기타	3.75±0.35		
	없음	3.78±0.46		
학력	중졸이하	4.12±0.00	1.045	.376
	고졸	3.46±0.48		
	대졸	3.63±0.49		
	대학원졸	3.82±0.37		
월소득	100만원 이하	3.37±0.35	1.201	.315
	101~200만원	3.51±0.53		
	201~300만원	3.69±0.50		
	301만원 이상	3.64±0.45		
	무응답	3.87±0.50		
직업	학생	3.70±0.63	.133	.984
	서비스업	3.57±0.33		
	의료	3.60±0.77		
	사무직	3.64±0.52		
	가사	3.79±0.29		
	기타	3.65±0.42		

다. 사례별 연명치료중단에 대한 태도

(1) 보라매병원 사례

보라매병원 사례에 대해 연구에 참여한 대상자의 65.2%가 치료를 지속해야 한다고 답했다. 자신이 보라매병원 사례와 같은 상황에서 치료를 지속하겠다는 대상자는 66.1%였다.<표 4 참조>

제3자로서의 행동과 환자로서의 행동 사이에는 양적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Spearman 상관계수 .615(유의확률 .000)로 나타났다.

보라매병원 사례에서 치료를 중단해야 하는 이유는 가족의 신체·정신적 부담감이 78.9%로 가장 많았다. 가족의 경제적 부담감 47.4%, 살려고 하는 의지 부족 18.4%로 나타났다. 기타 이유는 없었다.<표 6 참조>

보라매병원 사례에서 치료를 지속해야 하는 이유는 높은 회복 가능성이 72.6%로 가장 많았다. 환자의 의사표현능력 부재 30.4%, 인간의 존엄성과 생명권의 침해 18.4%, 법적 문제 12.3% 순으로 나타났다. 기타 이유는 없었다.<표 7 참조>

표 4. 보라매병원 사례에 대한 연명치료중단 태도

문항	빈도(제3자)	빈도(자신)
치료를 중단해야 한다.	38(33.9%)	37(33.0%)
치료를 지속해야 한다.	73(65.2%)	74(66.1%)
무응답	1(0.9%)	1(0.9%)

표 5. 치료를 중단해야 하는 이유(총 38명, 복수응답가능)

문항	빈도
살려고 하는 의지가 부족하다.	7(18.4%)
가족의 신체·정신적 부담감이 크다.	30(78.9%)
가족의 경제적 부담감이 크다.	18(47.4%)

표 6. 치료를 지속해야 하는 이유(총 73명, 복수응답가능)

문항	빈도
회복 가능성이 높다.	53(72.6%)
법적 문제가 제기된다.	9(12.3%)
경제적인 이유로 퇴원해서는 안 된다.	7(9.6%)
환자가 의사표현을 하지 못한다.	22(30.1%)
인간의 존엄성과 생명권의 침해다.	19(26.0%)
기타(수술 후 가족에게 잘할 수 있다)	1(1.37%)

(2) 세브란스병원 사례

세브란스병원 사례에 대해 연구에 참여한 대상자의 83.9%가 치료를 중단해야 한다고 답했다. 자신이 세브란스병원 사례와 같은 상황에서 치료를 중단하겠다는 대상자는 84.8%였다.<표 8 참조>

제3자로서의 행동과 환자로서의 행동 사이에는 양적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Spearman 상관계수 .636(유의확률 .000)로 나타났다.

세브란스병원 사례에서 치료를 중단해야 하는 이유는 연명치료를 거부한다는 의사표현의 존재가 58.5%로 가장 많았다. 낮은 회복 가능성

54.3%, 고통 경감으로 존엄한 죽음을 맞도록 40.4%, 가족의 신체·정신적 부담감 30.9%, 가족의 경제적 부담감 21.3% 순으로 나타났다. 기타 이유는 없었다.<표 10 참조>

연명치료중단시 치료 범위에 대해서는 호흡기를 제거하고 소극적 치료 유지가 31.9%, 모든 치료를 중단하는 것이 27.7%로 나타났다. 반면 환자의 의사에 반하는 호흡기는 유지하고 적극적 치료는 하지 않음이 22.3%로 나타났다.<표 11 참조>

세브란스병원 사례에서 치료를 지속해야 하는 이유는 의사표현 문서 부재 35.3%, 인간의 존엄성과 생명권의 침해 35.3%, 생명 연장 29.4%, 법적 문제 제기 23.5% 순으로 나타났다. 기타 이유는 없었다.<표 12 참조>

표 7. 세브란스병원 사례에 대한 연명치료중단 태도

문항	빈도(제3자)	빈도(자신)
치료를 중단해야 한다.	94(83.9%)	95(84.8%)
치료를 지속해야 한다.	17(15.2%)	12(10.7%)
무응답	1(0.9%)	5(4.5%)

표 8. 치료를 중단해야 하는 이유(총 94명, 복수응답가능)

문항	빈도
회복 가능성이 거의 없다.	51(54.3%)
연명치료를 거부한다는 의사표현을 했다.	55(58.5%)
고통을 덜어 주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.	38(40.4%)
가족의 신체·정신적 부담감이 크다.	29(30.9%)
가족의 경제적 부담감이 크다.	20(21.3%)

표 9. 연명치료중단 범위(총 94명)

문항	빈도
호흡기계는 유지, 심장마사지는 하지 않는다.	7(7.4%)
호흡기계는 유지, 적극적인 치료는 하지 않는다.	21(22.3%)
호흡기계만 유지, 소극적인 치료는 중지한다.	10(10.6%)
호흡기계를 제거, 소극적 치료만 한다.	30(31.9%)
하고 있는 모든 치료를 중단한다.	26(27.7%)

표 10. 치료를 지속해야 하는 이유(총 17명, 복수응답가능)

문항	빈도
생명을 하루라도 더 연장할 수 있다.	5(29.4%)
법적 문제가 제기된다.	4(23.5%)
환자의 의사표현이 문서로 남겨져 있지 않다.	6(35.3%)
가족의 요구에 의한 중단을 인정할 수 없다.	2(11.8%)
인간의 존엄성과 생명권의 침해다.	6(35.3%)
치료중단시 환자의 치료가 소홀해진다.	1(5.88%)

(3) 김수환 추기경 사례

김수환 추기경 사례에 대해 연구에 참여한 대상자의 83.9%가 치료를 중단해야 한다고 답했다. 자신이 김수환 추기경 사례와 같은 상황에서 치료를 중단하겠다는 대상자는 82.1%였다.<표 13 참조>

제3자로서의 행동과 환자로서의 행동 사이에는 양적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Spearman 상관계수 .677(유의확률 .000)로 나타났다.<표 14 참조>

김수환 추기경 사례에서 치료를 중단해야 하는 이유로는 연명치료를 거부한다는 의사표현의 존재가 62.8%로 가장 많았다. 고통 경감으로 존엄한 죽음을 맞도록 43.6%, 낮은 회복 가능성 36.2%, 가족의 신체·정신적 부담감 14.9%, 가족의 경제적 부담감 14.9%, 기관삽관 후 다시 발생하는 치료중단 문제 발생이 14.9%로 나타났다. 기타 이유는 없었다.<표 15 참조>

연명치료중단시 치료 범위에 대해서는 적극적인 치료를 하지 않음이 55.3%로 가장 많았다. 하고 있는 모든 치료중단이 14.9%, 소극적인 치료까지 중단이 10.6%로 나타났다. 환자의 의사에 반하는 기관삽관은 시행하고 심장마사지만 시행하지 말자는 의견도 18.1%나 되는 것으로 나타났다.<표 16 참조>

김수환 추기경 사례에서 치료를 지속해야 하는 이유는 생명 연장 35.3%, 인간의 존엄성과 생명권의 침해 35.3%, 회복 가능성 불신 29.4%, 법적 문제 제기 23.5% 순으로 나타났다.<표 17 참조>

표 11. 김수환 추기경 사례에 대한 연명치료중단 태도

문항	빈도(제3자)	빈도(자신)
치료를 중단해야 한다.	94(83.9%)	92(82.1%)
치료를 지속해야 한다.	17(15.2%)	16(14.3%)
무응답	1(0.9%)	4(3.6%)

표 12. 치료를 중단해야 하는 이유(총 94명, 복수응답가능)

문항	빈도
회복 가능성이 거의 없다.	34(36.2%)
연명치료를 거부한다고 말했다.	59(62.8%)
고통을 덜어 주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.	41(43.6%)
가족의 신체·정신적 부담감이 크다.	14(14.9%)
가족의 경제적 부담감이 크다.	14(14.9%)
기관삽관을 하면 다시 치료중단 문제가 발생한다.	14(14.9%)

표 13. 연명치료중단 범위(총 94명)

문항	빈도
기관삽관은 시행, 심장마사지는 하지 않는다.	17(18.1%)
기관삽관 등의 적극적인 치료는 하지 않는다.	52(55.3%)
소극적인 치료까지 중지한다.	10(10.6%)
하고 있는 모든 치료를 중단한다.	14(14.9%)
무응답	1(1.1)

표 14. 치료를 지속해야 하는 이유(총 17명, 복수응답가능)

문항	빈도
생명을 하루라도 더 연장할 수 있다.	6(35.3%)
법적 문제가 제기된다.	4(23.5%)
회복가능 여부는 치료해 봐야 알 수 있다.	5(29.4%)
인간의 존엄성과 생명권의 침해다.	6(35.3%)
치료중단시 환자의 치료가 소홀해진다.	1(5.88%)

(4) 세 가지 사례간의 상관도

연구에 참여한 대상자의 행동은 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례에 대한 행동이 비슷하고 보라매병원 사례와는 다른 것으로 나타났다.

보라매병원 사례와 다른 사례의 행동에는 상관관계가 낮은 것으로 나타났다. Spearman 상관계수 .191(유의확률 .043)로 나타났다. 반면 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례의 행동에는 높은 양적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. Spearman 상관계수 .546(유의확률 .000)로 나타났다.

라. 연명치료중단에 대한 태도와 행동의 상관관계

연구에 참여한 대상자의 태도와 행동간에는 양의 상관관계가 있으나 그 정도는 높지 않은 것으로 나타났다. 앞에 제시된 태도 점수와 치료중단 범위를 제시하는 부분을 점수화해 상관관계를 분석했다. Pearson상관계수 0.376(유의확률 .000)으로 나타났다.

마. 필요로 하는 자원

(1) 사전의사결정서

연구에 참여한 대상자의 72.3%는 사전의사결정서가 필요하다고, 16.1%는 모르겠다고, 11.6%는 필요하지 않다고 대답했다.<표 18 참조>

사전의사결정서에 들어가야 하는 항목으로는 결정서에 따르는 조건 50.6%, 또한 평소 신념과 가치 46.9%, 의사를 대변할 대리인 지정 27.2%로 나타났다. 치료의 범위를 넓게 지정하는 것을 선호하는 것으로 나타났다. 자신이 거부할 치료의 범위는 49.4%, 자신이 받을 치료의 범위는 38.3%였다.<표 19 참조>

사전의사결정서가 필요하지 않은 이유로 가족들과 의료진이 알아서 적절한 결정을 내려 줄 것이라는 응답이 38.5%, 죽음에 대해 미리 생각해야 한다는 것이 괴롭다는 응답이 30.8%, 죽음에 대해서 터놓고 이야기하는 것이 어렵다는 응답이 30.8%로 나타났다. 인명은 제천이라는 답도 있었으며 1명은 응답하지 않았다.<표 20 참조>

표 15. 사전의사결정서의 필요성

문항	빈도
필요하다.	81(72.3%)
필요하지 않다.	13(11.6%)
모르겠다.	18(16.1%)

표 16. 사전의사결정서에 필요한 항목(총 81명, 복수응답가능)

문항	빈도
사전의사결정서에 따를 수 있는 조건을 제시한다.	41(50.6%)
자신이 받을 치료의 범위를 제시한다.	31(38.3%)
자신이 거부할 치료의 범위를 제시한다.	40(49.4%)
자신의 의사를 대변할 대리인을 지정한다.	22(27.2%)
자신의 평소 신념과 가치를 분명히 밝힌다.	38(46.9%)
사전의사결정서를 철회할 수 있는 조건을 제시한다.	14(17.3%)

표 17. 사전의사결정서가 필요하지 않은 이유(총 13명, 복수응답가능)

문항	빈도
죽음에 대해 미리 생각해야 한다는 것이 괴롭다.	3(23.1%)
죽음에 대해서 터놓고 이야기하기가 어렵다.	4(30.8%)
가족들이 알아서 적절한 결정을 내려 줄 것이다.	4(30.8%)
의료진이 알아서 적절한 결정을 내려 줄 것이다.	1(7.7%)

(2) 사전의사결정서가 없을 때의 의사결정

사전의사결정서가 없을 때의 의사결정은 가족과 의료진이 함께 하는 것이 55.4%로 가장 높게 나타났다. 가족이 결정해야 한다가 38.4%로 나타난 것을 감안하면 우리나라의 가족에 대한 의존도는 93.8%로 매우 높게 나타났다.<표 21 참조>

가족이 결정해야 하는 이유로는 가족이 환자의 의사를 가장 잘 아는 대리인이기 때문이 63.8%로 가장 높게 나타났다. 환자에 대한 신체·정신적 부담 26.7%, 경제적 부담 28.6%, 환자가 합리적인 의사결정을 하기 어려움이 20.0%로 나타났다.<표 22 참조>

표 18. 사전의사결정서가 없을 때 의사결정 주체

문항	빈도
가족	43(38.4%)
의료진	2(1.8%)
가족과 의료진	62(55.4%)
병원윤리위원회	2(1.8%)
법원	2(1.8%)
기타	1(0.9%)

표 19. 가족이 결정해야 하는 이유(총 105명, 복수응답가능)

문항	빈도
가족은 환자의 의사를 가장 잘 아는 대리인이므로	67(63.8%)
환자 간호에 대한 신체적, 정신적 부담이 있으므로	28(26.7%)
환자의 치료비에 대한 경제적 부담이 있으므로	30(28.6%)
환자가 스스로 하는 것은 고통스러운 일이므로	13(12.4%)
환자가 합리적인 의사결정을 하기 어려운 상황이므로	21(20.0%)
기타	3(2.86%)

(3) 병원윤리위원회의 필요성

연구에 참여한 대상자의 73.2%가 필요하다고 대답했다. 가족이 입회해야 한다는 문항에 92.7%가 동의했으며 실제로 가족으로서 입회하겠느냐는 질문에 89.0%가 입회하겠다고 말했다. 여기에서도 가족에 대한 의존도가

높은 것으로 나타났다. 법적 효력의 필요성에 대해 64.6%가 동의했으며 30.5%가 동의하지 않았다.<표 23 참조>

표 20. 병원윤리위원회의 필요성

문항	빈도	문항	빈도
필요하다.	82(73.2%)	가족이 입회해야 한다.	그렇다 76(92.7%) 아니다 6(7.3%)
		법적 효력이 있어야 한다.	그렇다 53(64.6%) 아니다 25(30.5%) 무응답 4(4.9%)
		가족으로서 입회하겠다.	그렇다 73(89.0%) 아니다 5(6.1%) 무응답 4(4.9%)
필요 없다.	27(24.1%)		
무응답	3(2.7)		

(4) 존엄사법의 필요성

연구에 참여한 70.5%가 국가차원의 의료윤리심의위원회가 필요하다고, 대상자의 81.3%가 존엄사법이 필요하다고 응답했다.<표 24 참조>

존엄사법이 필요한 이유로는 선부른 판단으로 치료를 중단해서는 안 되기 때문 50.5%, 법적인 기준 없이 의사나 가족들에게 맡길 수 없음이 40.7%, 연명치료 기술이 고도로 발달해 갈등사례가 더 많이 발생하기 때문이 39.6%로 나타났다. 중단 남용에 대한 처벌과 대책 필요 20.9%, 사례마다 일일이 재판을 받는 것의 비현실성 9.9%로 나타났다.<표 25 참조>

표 21. 국가의료윤리심의위원회, 존엄사법의 필요성

문항		빈도
국가의료윤리심의위원회	필요하다.	79(70.5%)
	필요 없다.	24(21.4%)
	무응답	9(8.0%)
존엄사법	필요하다.	91(81.3%)
	필요 없다.	16(14.3%)
	무응답	5(4.5%)

표 22. 존엄사법이 필요한 이유(총 91명, 복수응답가능)

문항	빈도
갈등사례가 앞으로 더 많이 발생한다.	36(39.6%)
선부른 판단으로 치료를 중단한다.	46(50.5%)
기준 없이 의사나 가족들에게 맡길 수 없다.	37(40.7%)
중단 남용에 대한 처벌과 대책이 필요하다.	19(20.9%)
사례마다 일일이 재판을 받는 것은 비현실적이다.	9(9.9%)

VI. 고찰

가. 고찰

본 연구는 대상자의 연명치료중단에 대한 태도에 대해 파악하기 위해 시행되었다.

본 연구에서 대상자의 연명치료중단에 대한 태도 점수 평균은 5점척도에서 3.64점으로 소극적으로 연명치료중단을 지지하는 것으로 나타났다. 이는 이전의 간호사를 대상으로 한 태도 적극성 연구와 일치한다. 과거 연구를 살펴보면, 홍명선(2000)의 연구에서는 5점척도로 3.4점, 김애경(2002)의 연구에서는 4점척도로 2.8점, 변은경(2003)의 연구에서는 5점척도로 가족이 3.26, 간호사가 3.28로 나타났다. 전반적으로 연명치료중단에 대해 소극적으로 수용하고 있다고 볼 수 있다.

김애경(2002)과 손행미(2004)의 연구에서는 연명치료중단의 하위 항목 중 대상자의 권리를 가장 높게 평가했으나 본 연구에서는 삶의 질을 가장 높게 평가했다. 생명에 대한 양적인 가치보다는 질적인 가치를 추구하고 있다. 웰빙에 대한 관심이 높아진 상황을 반영하는 결과로 보인다.

본 연구에서는 종교가 없는 사람들이 더 적극적으로, 천주교와 기독교를 믿는 사람들이 상대적으로 소극적으로 연명치료중단을 지지하는 것으로 나타났다. 손행미(2004)의 연구에서는 무교인, 불교인, 기독교인, 천주교인 순으로 찬성하고 있고, 이상목(2005)의 연구에서는 유교인이 다른 종교인에 비해 안락사에 찬성하는 비율이 높게 나타났다. 무교인과 같이 현실 중

심 의 인생관을 가진 사람들이 더 찬성하는 것으로 나타났다.

연구에 참여한 대상자들은 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례에 대해서는 연명치료를 중단해야 한다고 답했고 보라매병원 사례에 대해서는 연명치료를 지속해야 한다고 답했다.

이는 앞의 사례분석 결과와도 일맥상통한다. 사례분석에서 보라매병원 사례는 회복 가능성이 높고 환자의 의사를 확인할 수 없다는 것을 근거로 연명치료를 지속하는 것이 윤리적으로 옳다고 판단했다. 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례의 경우 환자가 연명치료중단을 원한다는 의사표현을 했고, 회복 가능성이 낮다는 것을 근거로 연명치료를 중단하는 것이 윤리적으로 옳다고 판단했다.

보라매병원 사례 이후 의료진들은 그 사례를 근거로 제시하면서 방어적으로 진료해 왔다. 이번 세브란스병원 사례에서도 마찬가지였다. 하지만 보라매병원 사례와 세브란스병원 사례는 시간의 경과를 떠나서 사례의 본질적인 부분이 다르다. 보라매병원 사례와 세브란스병원 사례에서 일반인들의 태도가 달라지는 것은 의료진들이 보라매병원 사례를 제시하며 일방적으로 방어적인 치료를 하는 행위는 정당성이 없음을 의미한다. 이번 세브란스병원 사례 대법원 판결로 의료진들의 태도와 행동이 달라질 것이다.

연구에 참여한 대상자의 72.3%가 사전의사결정서가 필요하다고 대답했다. 윤영호(2009)의 연구에서는 대상자의 92.8%가 사전의사결정 제도가 필요하다고 답했다. 죽음을 대비하는 문서를 작성할 필요가 있다는 인식이 상당히 저변에 깔려 있는 것으로 보인다.

본 연구에서 사전의사결정서가 없을 때의 의사결정시 가족에 대한 의존도는 93.8%로 매우 높게 나타났다. 정규원(2005)의 연구에서도 우리나라

에서는 치료지속 여부에 대한 결정에 가족들이 많은 영향을 끼치고 있는 것으로 나타났다. 환자의 의사에 반해 가족의 뜻대로 치료를 계속 하거나, 반대로 의식불명에 빠진 환자 본인의 의사가 불명확한 경우에도 가족이 치료중단 결정을 하면 그에 따르는 것으로 나타났다. 고신옥(2008)의 연구에서도 환자의 의견보다는 가족의 의견에 따라 연명치료중단에 대해 결정하는 것으로 나타났다. 연명치료중단 여부 등의 의사결정이 가족에 의해서 이루어지는 경우가 많다는 현실을 반영하고 있음을 알 수 있다. 이러한 현실을 놓고 볼 때 우리 사회에서 의료관련 의사결정에서의 가족문제는 차후 심도 있는 논의가 필요하다.

또한 연구에 참여한 대상자의 81.3%가 존엄사법이 필요하다고 응답했다. 김소남(2002)의 연구에서는 70.6%가, 김선현(2003)의 연구에서는 73.6%가, 손행미(2004)의 연구에서는 84.7%가 법제정이 필요하다고 응답하였다. 이인영(2009)의 연구에서도 말기환자가 인공호흡기를 제거해 달라고 요청할 경우 의료진이 이를 제거하는 데 찬성한다는 대상자가 93%, 관련 법률을 제정하는 것에 찬성한다는 대상자가 89.4%로 나타났다. 일반인들은 연명치료중단 요청과 이를 허용하는 법률을 제정하는 것에 대해 허용적인 태도를 가지고 있는 것으로 보인다.

일부에서는 아직은 연명치료중단을 법률적으로 제정할 때는 아니라며 시기상조라는 주장을 하고 있다. 하지만 연명치료중단을 법제화할 수 있는 이상적인 상황은 아무리 기다려도 오지 않는다. 이미 일반인들은 세브란스 병원 사례와 김수환 추기경 사례에 대해 연명치료를 해서는 안 된다고 생각하고 있다. 의료진들도 연명치료중단과 관련된 가족과의 갈등을 겪으면서 연명치료를 중단할 수 있는 적법한 제도를 마련해 주길 바란다. 의료현

장에서의 환자나 가족들의 어려움을 생각하면 더 이상 법제화를 늦출 수 없다. 임종에 가까운 말기환자들의 연명치료중단에 대해 사회 구성원들에게 합의를 이끌어 내야 한다.

또한 일부에서는 사전의사결정서에는 동의하지만 연명치료중단을 법제화해서는 안 된다고 주장하고 있다. 하지만 사회적 수용수준을 고려하지 않은 채 이상적인 제도를 마련하는 것은 실질적인 효과가 떨어진다. 사전의사결정서 제도를 도입한 미국에서도 그 참여도는 6~30%로 낮게 나타나고 있다. 허대석(2009)의 연구에 따르면 우리나라의 경우 무의미한 연명치료에 대해 사전의사결정서를 남기는 것에 대해 국민의 71~81%가 찬성하고 있지만 실제로 사전의사결정서에 서명하는 환자는 거의 없는 것으로 나타났다. 의료현장에서는 입원시 사전의사결정서를 설명하고 이를 작성할 수 있도록 격려하는 활동을 해야 한다. 자원의 활용도가 떨어져도 의사가 환자 및 가족과 의사소통하는 가시적인 자료로 활용될 수 있다는 경험적인 보고가 많이 있다.

사전의사결정서에 대한 교육과 홍보로 일반인들의 태도를 바꿀 수 있을지는 모르지만 긍정적인 태도를 갖게 했다고 해서 모두 행동으로 옮길 것이라는 보장은 없다. 환자 본인이 연명치료중단의 의사결정에 참여하지 못하는 경우를 대비해 연명치료중단의 법제화는 반드시 필요하다.

연명치료를 지속하면서 인간의 존엄성을 훼손하고 의료자원 배분을 왜곡하는 부분은 시급하게 해결해야 한다. 연명치료중단의 법제화는 현재 상황을 실질적으로 해결할 수 있는 좋은 방법이다.

윤영호(2009)의 연구에 따르면 우리나라의 의료보험제도 내에서는 연명기간이 길어질 경우 경제적 이유로 치료중단을 요구하는 사례가 발생할

수 있다고 강조한다. 그러므로 말기환자를 위한 재정지원제도나 호스피스와 완화의료의 보험수가 인정 등의 사회적 안전장치를 마련해야 한다.

'존엄사법'이 발의된 후 사람들은 '소극적 안락사', '존엄사', '연명치료중단' 등의 용어를 두고 너무나도 많은 논쟁을 했다. 앞으로는 용어에 대한 논쟁보다는 실질적으로 연명치료중단이라는 것을 어떻게 법제화할 것인가에 초점을 맞춰 논의해야 한다.

의료인들은 임종환자의 연명치료중단에 대해 적극적으로 관여하는 것을 꺼린다. 의료인들의 연명치료중단 행동을 변화시키려면 임종환자 진료의 가이드라인과 연명치료중단 법제화와 같은 자원을 마련해 줘야 한다.

대법원의 판결에 따라 세브란스병원은 S씨의 인공호흡기를 제거했고, 7월 7일 현재 S씨의 자발호흡이 유지되고 있다. 연명치료중단을 인정한 대법원의 뜻을 존중해 세브란스병원은 연명치료중단 가이드라인을 의학적 상태를 기준으로 마련했다(세브란스병원, 2009).<표 23 참조> 서울대병원도 무의미한 연명치료를 중단하도록 권고하는 가이드라인을 마련했다. 앞으로는 병원차원에서의 지침이 아니라 국가윤리위원회 등을 통해 국민 누구든 따를 수 있는 연명치료중단 지침을 마련해야 한다.

고윤석(2009)의 연구에서는 의료인들이 임종환자들의 예후에 대해 보다 조기에 환자와 가족들에게 밝히고 환자에게 최선의 이익이 무엇인지, 임종에 이르는 과정을 어떻게 보다 의미 있게 진행할 것인지 등을 환자나 그 가족들과 의논해야 한다고 했다. 연명치료중단이 결정된 후에도 환자의 통증이나 불안을 적극적으로 치료하고 환자 가족들의 정신적 고통에 대해서도 도움을 줄 수 있어야 한다. 이런 노력을 통해 연명치료중단에 대한 사회적 공감대와 합의를 도출할 수 있을 것이다.

표 23. 세브란스병원의 연명치료중단 가이드라인

단계	상태	가이드라인
1단계	뇌사 또는 회복 가능성이 없는 사망임박 단계	자기결정권이 없더라도 가족들의 동의와 병원윤리위원회의 심의를 거쳐 승인이 되면 연명치료를 중단할 수 있다.
2단계	인공호흡이 필요한 지속적 식물인간 상태	자기결정권의 행사가 필요하며 가족의 동의를 받고 병원윤리위원회의 심의를 거쳐 연명치료를 중단할 수 있다.
3단계	자발호흡으로 생명이 유지되고 있는 상태	사회적·법률적 합의가 이루어진 후에야 연명치료중단을 고려할 수 있다.

임종치료의 윤리적인 문제를 해결하기 위해 의료진들은 노력해야 한다. 의료진은 환자들을 살려내기 위해 노력해야겠지만 그들의 자기결정권 역시 존중해야 한다. 아래 10개의 미국의 지침을 우리나라 현실에 맞게 변형해 받아들여야 한다(American College of Emergency Physicians, 2008).

첫째, 임종을 앞둔 환자의 돌봄과 인정, 연민과 관련된 요구를 존중하라. 둘째, 의료진들이 임종치료를 선택하는 것에 대해 환자 및 가족과 즉시, 그리고 적절하게 대화하라. 셋째, 완화치료를 포함한 넓은 범위의 임종치료에 대해 환자에게 알리고, 치료를 시작하기 전에 환자의 임종치료의 목표를 이끌어 내라. 넷째, 사전의사결정서 등의 환자의 의사를 존중하라. 환자의 선호·가치·목표 등을 기초로 해 의사결정능력이 부족한 환자가 임종치료를 선택할 수 있도록 도와주어야 한다. 다섯째, 임종에 가까운 상태에서 환자가 원한다면 가족·친구와 함께 있을 수 있도록 격려하라. 여섯째, 임종이 가까운 상태에 다다르면 환자와 가족의 프라이버시를 보호하

라. 일곱째, 환자와 가족의 명예로운 임종과정을 도와 그들과의 관계를 증진하라. 여덟째, 나쁜 예후와 사랑하는 사람의 죽음과 같은 민감한 정보에 대해 어렵지 않게 대화하는 기술을 발전시켜라. 아홉째, 장기이식과 관련된 정책에 순응하라. 열째, 사망 후 처치에 대해서도 가족들에게 설명하고 처치에 대한 동의를 받아라.

나. 연구의 제한점

본 연구는 일부 기업 근무자를 대상으로 편의 추출하였으므로 표본의 대표성을 충분히 확보하지 못하였다. 연구결과를 전체 일반인의 태도라고 일반화하는 데 제한이 있다.

이번 연구에 사용한 태도 측정도구는 간호사를 대상으로 만들어진 도구이다. 간호사를 대상으로 한 연구에서는 도구의 신뢰도가 Cronbach's α = .88~.89이었다(김예경, 2001; 손행미, 2004). 본 연구에서는 일반인을 대상으로 해 도구의 신뢰도가 Cronbach's α = .58로 나타났다. 신뢰도의 차이가 커 연구도구를 수정·보완할 필요가 있다.

다. 결론 및 제언

본 연구는 연명치료에 대한 윤리적 갈등이 증가되고 있는 시점에서 치료중단에 대한 일반인의 태도를 파악하는 서술적 조사연구이다. 연구의 대상자는 K기업에 근무하는 일반인 112명이었으며 자료수집은 자가보고형

설문지를 이용하였다. 자료분석은 SPSS 12.0 프로그램을 이용하였다.

연구에 참여한 대상자의 연명치료중단에 대한 태도 점수 평균은 3.64 점으로(5점척도) 소극적으로 연명치료중단을 지지하는 것으로 나타났다. 종교에 따라 연명치료중단에 대한 태도가 다르게 나타났다.

연구에 참여한 대상자의 행동은 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례에 대한 행동이 비슷하고 보라매병원 사례와는 다른 것으로 나타났다. 사례분석결과와 같게 나왔다. 보라매병원 사례에서는 33.4%가, 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례에서는 83.9%가 연명치료를 중단해야 한다고 답했다. 제3자로서의 행동과 환자로서의 행동은 .615~.677의 양의 상관관계가 있었다.

보라매병원 사례에서 치료를 지속해야 하는 이유로는 높은 회복 가능성이 72.6%로 가장 많았다. 세브란스병원 사례와 김수환 추기경 사례에서 치료를 중단해야 하는 이유로는 연명치료를 거부한다는 의사표현의 존재가 58.5%, 62.8%로 가장 많았다.

치료를 중단하겠다고 응답한 대상자 중 세브란스병원 사례는 59.6%, 김수환 추기경 사례는 80.8%가 환자가 원하는 수준 및 그 이상의 연명치료중단을 하겠다고 답했다.

연구에 참여한 대상자의 72.3%은 사전의사결정서가 필요하다고 대답했다. 사전의사결정서가 없을 때의 의사결정시 가족에 대한 의존도는 93.8%로 매우 높게 나타났다.

연구에 참여한 대상자의 73.2%가 병원윤리위원회가 필요하다고 대답했다. 가족이 입회해야 한다는 문항에 92.7%가 동의했으며 실제로 가족으로서 입회하겠느냐는 질문에 89.0%가 입회하겠다고 말했다. 여기에서도 가

족에 대한 의존도가 높은 것으로 나타났다.

연구에 참여한 70.5%가 국가차원의 의료윤리심의위원회가 필요하다고, 대상자의 81.3%가 존엄사법이 필요하다고 응답했다. 존엄사법이 필요한 이유로는 선부른 판단으로 치료를 중단해서는 안 되기 때문 50.5%, 법적 기준 없이 의사나 가족들에게 맡길 수 없음이 40.7%, 연명치료 기술이 고도로 발달해 갈등사태가 더 많이 발생하기 때문이 39.6%로 나타났다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 한다.

- (1) 112명이라는 대상자는 표본의 대표성을 갖지 못하므로 일반인을 대상으로 한 더 큰 규모의 연구가 진행되어야 한다.
- (2) 간호사를 대상으로 개발된 도구를 일반인에게 적용하기에는 한계가 있으므로 앞으로 일반인을 대상으로 한 연명치료중단 태도 측정도구가 개발되어야 한다.
- (3) 이번 연구에서 우리나라의 가족 의존도가 매우 높게 나타났으므로 이를 보완하기 위한 추후 연구가 필요하다.
- (4) 사전의사결정서, 존엄사법이 필요한 것으로 나타났으므로 이를 제도화하고 적용하기 위한 구체적인 연구가 필요하다.
- (5) 의료진과 국민들의 혼란을 막기 위해 연명치료중단에 대한 국가차원의 지침을 마련해야 한다.

참고문헌

- 고신욱. 의료진의 연명치료중단에 대한 연구. 대한중환자의학회지. 2008
- 고윤석. 의료현장에서 연명치료중단 문제점과 대안 : 뇌사와 식물상태를 중심으로. 임중 환자의 무의미한 연명치료중단에 관한 토론회자료, 2009, 32-34쪽
- 고윤석. 임중환자에서 연명치료의 중단. 대한의사협회지. 2002-a;46(6):650-52
- 구영모. 안락사의 개념과 분류. 대한의료법학회지. 2005;6(1):63-86
- 길연수. 안락사에 관한 현실적 고찰 : 한국적 상황에 맞는 대안 모색. 중앙대학교 석사논문, 2004, 35-55쪽
- 김강립. 존엄사의 입법화 논의에 대하여. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료, 2009, 61-10쪽
- 김경화. 자의퇴원으로 인한 치료중단과 안락사, 2002
- 김기도. 안락사에 대한 윤리적 고찰. 동국대학교 석사논문, 2003
- 김삼덕. 경기 지역 일개 종합병원 간호사의 안락사에 대한 태도 및 관련 요인 분석. 가톨릭대학교 학위논문, 2003
- 김상희, 최성은, 강성년 등. 국내 호스피스 논문 분석(1991~2004). 한국호스피스·완화의료학회지 2007;10(3):145-53
- 김선현, 이혜리. 안락사에 대한 일반인들의 인식도. 한국호스피스·완화의료학회지 2003;6(2):133-43
- 김소남. 간호대학생의 안락사에 대한 태도. 기본간호학회지 2002;9(3):473-83

- 김애경. 간호사의 소극적 안락사에 대한 태도 조사. 기본간호학회지
2000;9(1):76-85
- 김애경. 간호사의 안락사에 대한 태도측정도구개발 연구. 기본간호학회지
2001;8(1):96-104
- 김애경, 박계선. 간호사의 안락사와 임종 간호에 대한 의미분석. 기본간호
학회지 2000;7(3):380-90
- 김유진, 이춘섭, 이주리 등. 일개 호스피스 병동에서 임종한 말기 폐암 환
자의 임상적 고찰. 한국호스피스 · 완화의료학회지
2007;10(2):78-84
- 김장한. 존엄사에 대한 미국의 법제. 대한의료법학회지 2008;9(2)53-75
- 김지연. 소극적 안락사에 대한 전문간호사와 간호사의 태도. 중앙대학교
대학원 석사논문, 2008
- 김천수. 안락사 내지 치료중단과 불법행위책임. 대한의료법학회지
2005;6(1):13-44
- 대검찰청. 자의퇴원으로 인한 치료중단과 안락사, 2002
- 대한의사협회. 의사윤리지침, 2006
- 문도호, 이명아, 고수진 등. 말기 암 환자의 호스피스 완화의료에 대한 의
사들의 태도. 한국호스피스 · 완화의료학회지 2006;9(2):93-100
- 문정희. 안락사에 관한 형법적 고찰. 창원대학교 석사논문, 2006
- 박계선. 소생 불가능한 환자의 안락사에 대한 의료진의 의식 조사 : Q 방
법론적 접근. 단국대학교 석사논문, 2000
- 박연옥. 연명치료중단을 결정한 말기환자 가족의 경험, 연세대학교 박사학
위논문, 2003

- 박영선. 호스피스 자원봉사자의 안락사에 대한 태도, 부산가톨릭대학교 석사학위논문, 2009
- 변은경, 최혜린, 최애리 등. 중환자실 간호사와 중환자 가족의 연명치료중단에 대한 태도 조사. 이화여자대학교 목동병원. 임상간호연구 2003;9(1)
- 세브란스병원. 연명치료중단 가이드라인. 세브란스병원 보도자료, 2009
- 손덕승. 호스피스병동 암환자 및 내과 의사의 사전의사결정에 대한 인식. 가톨릭대학교 석사논문, 2008
- 손명세. 존엄사법안에 관한 논평. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료 2009, 11-15쪽
- 손행미. 임상 간호사의 안락사에 대한 인식과 태도. 기본간호학회지 2004;11(3):309-16
- 신상진 외 21인 발의. 존엄사 법안. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료, 2009, 71-87쪽
- 신상진. 존엄사법 제정의 필요성과 이해. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료, 2009, 1-11쪽
- 신현호. 보라매병원 사례에 관한 대법원판결의 평가와 의미. 대한의료법학회지 2004;5(4):151-70
- 신현호. 삶과 죽음, 권리인가 의무인가? - 호스피스,완화의료에 관한 입법론 -. 한국호스피스·완화의료학회지 2007;10(1):1-20
- 신현호. 호스피스,완화의료에 관한 법적 평가 - 삶과 죽음, 권리인가 의무인가? -. 대한의료법학회지 2006;7(1):144-77
- 신현호. 존엄사법의 제정에 관하여. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자

- 료, 2009, 15-28쪽
- 심병용, 홍석인, 박진민 등. 호스피스 병동에서 시행되는 말기 암 환자의 DNR (Do-Not-Resuscitate) 동의. 한국호스피스·완화의료학회지 2004;7(2):232-7
- 안경진. 현대기술문명과 안락사 : 죽을 권리에 대한 신학 그리고 철학적 고찰. 이화여자대학교 석사논문, 2002
- 안유정. 병원윤리위원회의 기대 역할에 기반 한 윤리 딜레마 해결 모형. 연세대학교 석사논문, 2002
- 오승민, 조완제, 김종구 등. 일개 의과대학생의 말기 환자 치료 결정에 대한 태도. 한국호스피스·완화의료학회지 2008;11(3):140-6
- 우재명. 안락사와 연명치료중단의 윤리. 신학과 철학. 서강대학교 신학연구소, 2005;7
- 유승룡. 생명권과 자기결정권, 그리고 의사의 진료의무. 대한의료법학회지 2008;9(2):11-52
- 윤영호. 말기환자의 존엄성과 행복추구권 존중. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료, 2009, 39-48쪽
- 윤영호. 의료현장에서 연명치료중단 문제점과 대안 : 말기암환자를 중심으로. 임종 환자의 무의미한 연명치료중단에 관한 토론회자료, 2009, 35-46쪽
- 윤영호, 이영선, 남소영 등. 품위 있는 죽음과 호스피스·완화의료에 대한 일반 국민들의 태도. 한국호스피스·완화의료학회지 2004;7(1):17-28

- 이강민. 안락사의 형법적 허용한계 : 치료중단과 적극적 살해에 의한 안락사를 중심으로. 이화여자대학교 석사논문, 2003
- 이금미. 연명치료중단과 사전의사결정에 관한 고찰. 연세대학교 보건대학원, 2007
- 이덕환. 연명치료중지(延命治療中止)에 대한 의사결정(意思決定)의 대행(代行) - 미국판례를 중심으로 -. 대한의료법학회
2002;3(2):193-215
- 이동익. 생명연장치료 거부에 대한 법률 입법에 대하여. 임종 환자의 무의미한 연명치료중단에 관한 토론회자료, 2009, 54-59쪽
- 이동익. 존엄사법 제정을 위한 입법공청회 토론회. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료, 2009, 49-54쪽
- 이상우. 윤리적 측면에서 본 안락사 연구. 동아대학교 교육대학원 석사논문, 2008
- 이상목. 한국인의 신체관, 영혼관, 죽음관에 대한 인식, 한국인의 죽음에 대한 인식과 생명윤리. 세종출판사, 2005, 264-279
- 이상목. 한국인의 죽음에 대한 인식과 생명윤리, 한국인의 죽음에 대한 인식과 생명윤리. 세종출판사, 2005, 14-15
- 이원희, 이영자. 호스피스 자원 봉사자들의 죽음 인식에 관한 연구. 한국호스피스·완화의료학회지 1999;2(2):101-8
- 이을상. 앵겔하트의 생명윤리학 접근방법론, 한국인의 죽음에 대한 인식과 생명윤리. 세종출판사, 2005, 226-227쪽
- 이인영. 연명치료중단에 대한 국민의 의식 조사연구. 임종 환자의 무의미한 연명치료중단에 관한 토론회자료, 2009, 1-22쪽

- 이인영. 존엄사법 제정에 대한 논의. 존엄사법 발의를 위한 입법공청회 자료, 2009, 55-60쪽
- 이재근. 안락사의 도덕적 정당성에 관한 연구. 동아대학교 교육대학원 석사논문, 2008
- 이현주. 간호대학생의 영적안녕과 죽음에 대한 인식태도에 관한 연구. 한국호스피스·완화의료학회지 2004;7(1):29-36
- 장승일. 환자의 승낙과 치료중단에 따른 의사의 형사책임. 전남대학교 석사논문, 2006
- 정규원. 연명치료중단. 대한의료법학회지 2005;6(1):45-62
- 정용석. 세칭 보라매병원 사례의 제1심, 제2심 판결에 관한 형사법적 고찰. 대한의료법학회지 2003;4(1):153-193
- 정혜련. 윤리학적 관점에서 본 안락사. 울산대학교 교육대학원 논문, 2006
- 조병필. 안락사에 대한 윤리학적 고찰. 한국의국어대학교 석사논문, 2005
- 최미숙. 소생 불가능한 환자의 안락사에 대한 진료지원직의 의식조사 : Q 방법론적 접근. 가톨릭대학교 석사학위논문, 2004
- 최윤선, 신종민, 이영미 등. 대학생들의 임종진료에 대한 태도 -안락사를 중심으로-. 한국호스피스·완화의료학회지 1999;2(1):16-22
- 최윤선, 홍명호. The Rule of Double Effect와 End-of-Life Decisions. 한국호스피스·완화의료학회지 2002;5(1):1-9
- 피터 싱어, 헬가 커스. 생명윤리학 1. 인간사랑, 2005, 135-58
- 한성숙, 한미현, 용진선. DNR에 대한 의사들의 인식 및 태도조사, 한국의료윤리교육학회 2003;6(1)
- 허대석. 사전의사결정의 필요성. 한국호스피스·완화의료학회지 동계학술

대회 2006:33-5

허대석. 시급히 해결해야 할 최소한의 사회적 합의. 임종 환자의 무의미한
연명치료중단에 관한 토론회자료, 2009, 47-53쪽

허대석. 치료중단 윤리지침, 한국호스피스·완화의료학회지
2002;11a:197-202

허양희. 일반인과 간호사의 안락사에 대한 태도. 가톨릭대학교 석사논문
2006

홍명선. 안락사에 대한 간호사의 의식. 한국보건간호학회지
2000;14(2):446-63

홍석영. 말기환자의 연명치료 유보에 대한 의료윤리적 고찰, 가톨릭대학교
가톨릭생명윤리연구소, 2004

홍양희. 한사람의 생명도 존귀히 여기는 정신 담아야. 존엄사법 발의를 위
한 입법공청회 자료, 2009, 29-34쪽

홍영선, 염창환, 이경식. 안락사. 한국호스피스·완화의료학회지
1999;2(1):1-6

홍영선, 이경식. '의사 윤리지침' 중 불필요한 치료중단에 대한 견해, 한국
호스피스·완화의료학회지 2001;4(1):1-3

홍영선, 이동익. 호스피스와 윤리 - 사전 의료 지시서를 중심으로 -. 한국
호스피스·완화의료학회지 2008;11(2):73-7

American College of Emergency Physicians. Ethical issues at the
End-of-life. Ann Emerg Med 2008;52:592

Andrew RJ. Ethics review : 'Living wills' and intensive care - an
overview of the American experience. Crit Care Med

2007;11(4):219-23

Douglas B, J. Randall Curtis, Bernard Lo, John M. Luce. Decision to limit life-sustaining treatment for critically ill patients who lack both decision-making capacity and surrogate decision-makers. *Crit Care Med* 2006;34(8):2053-9

Douglas B, J. Randall, Leslie E, Thomas J, Darren B, Gary Kuniyoshi, Frank Acerra, Bernard Lo, John M. Life support for patients without a surrogate decision maker : Who decides? *Annals of Internal Medicine* 2007;147(1):34-40

Edwin C. The living will - pitfalls, benefits and a way forward. *Hong Kong Med* 2007;13(6):493-5

Ezekiel J, Diane L, Julia Slutsman, Hillel Alpert, DeWitt Baldwin, Linda L. Assistance from Family Members, Friends, Paid Care Givers, and Volunteers in the Care of Terminally Ill Patients 1999;341:956-63

Ezekiel J, Diane L, Linda L. Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers. *JAMA*. 2000;284:2460-8.

Ezekiel J, Diane L, Pam Wolfe, Linda L. Talking With Terminally Ill Patients and Their Caregivers About Death, Dying, and Bereavement. *Arch Intern Med*. 2004;164:1999-2004

Ezekiel J, Diane L, Julia Slutsman, Linda L. Understanding Economic and Other Burdens of Terminal Illness : The Experience of

Patients and Their Caregivers. ANN INTERN MED
2000;132:451-9

J. Randall, Ruth A, Marjorie D, Sarah E, Patsy D, Gordon D. Missed opportunities during family conferences about end-of-life care in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med
2005;171(8):803-4

Jennifer L, Nancy A, Geraldine Padilla, Kathleen Puntillo. Attitudes of Critically Ill Filipino Patients and Their Families Toward Advance Directives. American Journal of Critical Care
2005;14:17-25

Leslie M. Advanced directives and treatment decisions in the intensive care unit. Crit Care 2007;11(4):150-1

Linda L. How living wills can help doctors and patients talk about dying : They can open the door to a positive, caring approach to death. BMJ. 2000; 320(7250):1618-9

Linda L. Living wills can help doctors and patients talk about dying. West J Med. 2000;173(6):368-9

Linda L, Charles F, Frank D. Advance Care Planning. Arch Fam Med
2000;9:1181-7

Linda L, Charles F, Frank D. Gaps in End-of-Life Care. Arch Fam Med
2000;9:1176-80

LT Niebrój. Advance directives and the concept of competence: are they a moral barrier to resuscitation? J Physiol Pharmacol

2007;58(5):477-84

Mark G, Rosa Lynn B. An Ethics Casebook Hospitals. Georgetown, 1999, x-xi

Michael A, Carlton Haywood. Critical care research on patients with advanced directives or do-not-resuscitate status : Ethical challenges for clinician-investigators. Crit Care Med 2003;31(3):S161-71

Michael N, Dorothy F, Venkatesh Aiyagari, Holly Hollingsworth. Factors associated with withdrawal of mechanical ventilation in a NR/NS ICU. Crit Care Med 2001;29(9):1792-7

Navdeep S, Margaret E, Melinda J. "Not-for-resuscitation" orders in Australian public hospitals: policies, standardised order forms and patient information leaflets. MJA 2007;168(2):72-75

Richard I, Graeme M. End of life care in ICU : treatments provided when life support was or was not withdrawn. Chest 2000;118:1424-30

S Sahn, R Will, G Hommel. Attitudes towards and barriers to writing advance directives amongst cancer patients, healthy controls, and medical staff. J Med Ethics 2005;31(8):437-440.

Wood G, Martin E. Withholding and withdrawing life-support therapy in a Canadian ICU. Can J Anaesth 1998;15(2):242-50

<부록1> 설문지

안녕하세요, 연세대학교 보건대학원 의료법윤리학과 석사과정 5학기 김보배입니다.

저는 연명치료중단에 대한 일반인들의 인식과 태도에 대해 연구하고 있습니다. 이번 연구를 통해 연명치료중단에 대해 어떻게 생각하시는지, 연명치료중단을 결정하는 데 어떤 사회적 도움이 필요한지에 대해 살펴보고 싶습니다. 앞으로 이 분야의 공급정책이나 법적인 장치를 모색하는 데 도움이 될 것입니다. 아울러 사전의사결정서에 관한 의도도 여쭙고 싶습니다.

개별적인 결과는 밝히지 않을 것이며 전체 평균으로 연구결과만을 발표할 것입니다. 응답 내용은 연구목적 이외의 용도로는 절대 사용하지 않을 것입니다. 응답자 개인의 비밀은 철저히 보장됩니다. 그리고 모든 질문에는 정해진 답이 없습니다. 솔직한 의견을 제시해주시면 됩니다. 설문 응답에는 약 20분 정도 소요됩니다. 성의껏 응답해주시면 대단히 고맙겠습니다.

연구와 관련하여 궁금한 사항이 있는 경우 rlaqhqo0118@hanmail.net으로 메일을 보내주시면 성심껏 대답해드리겠습니다. 급하게 물어보실 것이 있는 경우 011-9885-4721로 연락 주십시오.

연구의 목적, 방법, 개인의 비밀보장에 대한 위의 내용을 이해하시고, 설문 참여에 동의하신다면 아래 빈 칸에 서명해주시십시오.

연명치료중단 : 회복 불가능한 환자의 치료를 중단하는 것. 일반적으로 생명유지장치를 중단하거나 추가적인 치료를 보류하는 패턴.

존엄사 : 회복 불가능한 환자가 자신의 의사에 따라 생명 연장 의료행위를 하지 않고 자연스런 죽음을 맞도록 하는 것.

사전의사결정서 : 판단 능력이 없어질 때를 대비해, 자신이 받고자 하는 치료를 기록으로 남기는 것. 자신에 대한 의료행위의 의사결정, 대리인의 지명, 심폐소생술의 거절, 원하지 않는 치료행위를 구체적으로 지시할 수 있다.

병원윤리위원회 : 병원에서의 윤리적 갈등을 해결하기 위한 기구. 의사, 간호사, 종교인, 법률 자문, 사회사업가, 윤리학자 등의 전문인으로 구성된다.

존엄사법 : 연명치료중단에 대한 개념, 절차, 요건 등을 명시하는 법. 국가기관 의료윤리심의위원회, 의사 표시, 연명치료 보류·중단의 효과, 기록과 보고의 의무, 감독, 벌칙으로 구성되어있다.

I. 다음은 연명치료중단에 대한 태도를 묻는 질문입니다.

‘매우 그렇다’~‘전혀 그렇지 않다’ 중 해당하는 부분에 V표시를 해 주십시오.

문항	매우 그렇다	그렇 다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1. 내가 어차피 죽을 것이라면 가족들에게 좋은 기억으로 남고 싶다.					
2. 의료인이 최선을 다했다고 환자를 포기하는 것은 핑계이다.					
3. 가족이 통증으로 시달린다면 내가 치료중단을 요청할 수 있다.					
4. 나는 신이 생명을 주신 것처럼 생명을 거두는 것도 신의 손에 맡겨야 한다고 생각한다.					
5. 내가 소생 불가능한 상태라면 노예와 같은 모욕적인 삶을 끝내고 싶을 것 같다.					
6. 누구든 연명치료중단을 논하는 것 자체가 죄다.					
7. 의료인이 환자를 포기하는 것은 죄를 짓는 것이다.					
8. 가족과 환자가 치료중단을 원한다면 타인이 그것을 비난할 수 없다.					

II. 다음은 사례별 연명치료중단에 대한 태도를 묻는 질문입니다.

각 문항별로 숫자를 기입하거나 문항 번호 위에 동그라미를 그려주십시오.

58세의 알코올 중독인 B씨는 술에 취해 화장실에서 넘어져 쓰러졌다. 119 구급차에 실려 반혼수상태로 응급실에 들어왔다. CT촬영 후 ‘경막외혈종’이라는 진단을 받고 뇌수술(혈종제거술)을 받았다. 수술 후 중환자실로 입원했다. 수술 후 B씨는 자가 호흡을 조금씩 회복하고 있었으며 인공호흡기로 호흡이 가능한 상태였다. B씨의 회복 가능성은 73%로, 혈종제거수술도 성공적이었고, 상태도 호전되고 있었다. 환자와의 의사소통은 불가능한 상태였고, 사고 전 환

자의 연명치료에 대한 의사표현은 없었다. 그의 이익을 대변할 대리인도 없었다.

가족은 담당 전공의를 찾아와 경제적인 이유로 퇴원을 강력하게 요구했으나, 전공의는 지금 퇴원하면 바로 사망한다며 퇴원을 만류했다. B씨의 부인이 계속 퇴원을 요구해, 담당 전문의는 수술 후 이틀 만에 가족에게 현재 상황을 설명하고 귀가서약서 서명을 받은 후 환자를 퇴원시켰다.

담당 인턴이 B씨를 집까지 간이형 인공호흡을 하면서 이송했다. 집에 도착하자 가족은 기관 내 삽관을 제거해달라고 요청했고, 환자는 제거 후 5분 만에 사망했다.

1. 위의 상황에서 치료를 중단(퇴원)해야 한다고 생각하십니까?

① 치료를 중단해야 한다. ② 치료를 지속해야 한다.

2. 위의 상황에서 치료를 중단해야 한다고 한 경우에만 답해주시요.

이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

- ① 알코올 중독이었던 B씨의 행실을 보면 살려고 하는 의지가 부족하다.
- ② 알코올 중독이었던 B씨를 돌보는 가족의 신체·정신적 부담감이 크다.
- ③ B씨를 돌보는 가족의 경제적 부담감이 크다.
- ④ 기타 ()

3. 위의 상황에서 치료를 지속해야 한다고 한 경우에만 대답해 주십시오.

이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

- ① 전문가가 회복 가능성이 높다고 판단했다.
- ② 법적 문제가 제기될 수 있다.
- ③ 입원비 등 경제적인 이유로 퇴원을 요구하는 가족의 말을 들어서는 안 된다.
- ④ 환자가 의사표현을 하지 못하고, 그의 이익을 대변할 대리인도 없다.
- ⑤ 인간의 존엄성과 생명권의 침해다.
- ⑥ 기타 ()

4. 만약 내가 B씨라면 치료를 중단하고 싶다고 생각하십니까?

- ① 치료를 중단하고 싶다고 생각한다.
- ② 치료를 지속하고 싶다고 생각한다.

76세 S씨는 평소 건강했던 환자로 작년 2월 폐렴으로 입원했다. 이틀 후 폐암여부를 확인하기 위해 조직 검사를 받던 중 폐혈관이 터져, 과다 출혈로 저산소성 뇌 손상을 입었다. 이후 식물인간 상태로 호흡기 치료를 받으며 중환자실에서 지내고 있다. 11개월이 경과한 후에도 자발호흡이 없으며 상태 호전 징후를 보이지 않고 있다.

S씨의 회복 가능성은 거의 없으며, 남은 수명도 3~4개월 정도 밖에 되지 않는 것으로 추정되었다.

S씨는 3년 전 남편이 심장질환으로 임종을 맞게 될 무렵에 생명을 연장할 수 있는 기관절개술을 거부했다. 이때 가족과 친구들에게 “내가 병원에서 안 좋은 일이 생겨 회복하기 힘들 때 호흡기는 끼우지 말라. 기계의 도움으로 연명하는 것은 바라지 않는다”고 말했다.

S씨의 가족은 병원을 상대로 호흡기계 치료를 중단해달라고 요구했다. 담당 전공의는 호흡기계를 떼면 바로 사망에 이른다며 중환자실에서 호흡기 치료를 계속했다.

1. 위의 상황에서 연명치료를 중단해야 한다고 생각하십니까?

① 연명치료를 중단해야 한다. ② 연명치료를 지속해야 한다.

2. 위의 상황에서 연명치료를 중단해야 한다고 한 경우에만 답해주십시오.

2-1. 이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

- ① 회복 가능성이 거의 없다.
- ② S씨가 평소 연명치료를 거부한다는 의사 표현을 했다.
- ③ S씨의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.
- ④ S씨를 돌보는 가족의 신체·정신적 부담감이 크다.
- ⑤ S씨를 돌보는 가족의 경제적 부담감이 크다.
- ⑥ 기타 ()

2-2. 연명치료중단을 어디까지 해야 한다고 생각하십니까?

- ① 호흡기계는 유지하고, 심장박동이 멎었을 때 심장마사지만 시행하지 않는다.
- ② 호흡기계는 유지하고, 적극적인 치료(심장마사지, 혈액투석, 혈압 상승

제 사용 등)는 시행하지 않는다.

- ③ 호흡기계만 유지하고 소극적인 치료(항생제, 영양주입 등)는 중지한다.
- ④ 현재 사용하고 있는 호흡기계를 제거하고 소극적 치료만 한다.
- ⑤ 하고 있는 모든 치료를 중단한다.(혈액검사, 방사선촬영, 지속적 상태 관찰 등)

3. 위의 상황에서 연명치료를 지속해야 한다고 한 경우에만 대답해 주십시오. 이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

- ① 연명치료를 지속해야만 생명을 하루라도 더 연장할 수 있다.
- ② 법적 문제가 제기될 수 있다.
- ③ 환자의 의사표현이 있었다고 가족이 말하지만, 공식 문서로는 남겨져있지 않다.
- ④ 가족의 요구에 의한 중단을 법적으로 인정할 수 없다.
- ⑤ 인간의 존엄성과 생명권의 침해다.
- ⑥ 치료중단 결정 시 환자의 치료나 간호가 소홀해진다.
- ⑦ 기타 ()

4. 만약 내가 S씨라면 치료를 중단하고 싶다고 생각하십니까?

- ① 치료를 중단하고 싶다고 생각한다.
- ② 치료를 지속하고 싶다고 생각한다.

87세 K씨는 폐렴으로 자주 입·퇴원을 반복하던 환자로, 작년 9월 폐렴으로 입원하여 병동에서 지속적인 치료를 받고 있다. 작년 말부터 병세가 급격히 악화되었음에도 영양제와 수액 공급 등 최소한의 치료를 하고 있다.

기관삽관을 하면 생명연장은 가능하다는 병원 측의 말을 듣고, K씨는 "인위적으로 생명을 늘리고 싶지는 않다"고 말했다. 소생 가능성이 없는 과도한 치료는 받지 않겠다며 입원시 의료진에게 연명 치료 거부 의사를 분명하게 밝혔다. 또한 사후 장기를 기증하겠다고 했다. 의사결정에 참여할 가족은 없었다. 그의 이익을 대변할 대리인도 없었다.

호흡곤란으로 힘들어하는 등 생명이 위태로운 순간까지 갔으나 담당 전문의는 환자의 의견을 존중해 호흡기 치료를 하지 않았다. K씨는 인공호흡기에 의존하지 않은 채 스스로 호흡했다. 결국 병원 치료 6개월 만에 사망했다.

1. 위의 상황에서 연명치료를 해야 한다고 생각하십니까?

① 연명치료를 해서는 안 된다. ② 연명치료를 해야 한다.

2. 위의 상황에서 연명치료를 해서는 안 된다고 한 경우에만 답해주시요.

2-1. 이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

① 노환으로 회복 가능성이 없다.

② K씨가 연명치료를 거부한다고 말했다.

③ K씨의 고통을 덜어주어 존엄한 죽음을 맞도록 한다.

④ K씨에게 기관삽관을 하면 호흡기에 대한 치료중단 문제가 또 발생할 것이다.

⑤ K씨를 돌보는 사람의 신체·정신적 부담감이 크다.

⑥ K씨를 돌보는 사람의 경제적 부담감이 크다.

⑦ 기타 ()

2-2. 연명치료중단을 어디까지 해야 한다고 생각하십니까?

① 호흡이 정지되면 기관삽관은 하지만, 심장박동이 멎었을 때 심장마사지는 시행하지 않는다.

② 호흡이 정지되어도 기관삽관 등의 적극적인 치료는 시행하지 않는다.

③ 적극적 치료뿐만 아니라 항생제, 영양주입 등의 소극적 치료까지 중단한다.

④ 혈액검사, 방사선촬영, 지속적 상태 관찰 등 하고 있는 모든 치료를 중단한다.

3. 위의 상황에서 연명치료를 해야 한다고 한 경우에만 대답해 주십시오.

이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

① 연명치료를 지속해야만 생명을 하루라도 더 연장할 수 있다.

② 법적 문제가 제기될 수 있다.

③ 담당 전문의는 회복이 불가능하다고 판단했지만 치료해보지 않고는 알 수 없다.

- ④ 인간의 존엄성과 생명권의 침해다.
- ⑤ 치료중단 결정 시 환자의 치료나 간호가 소홀해진다.
- ⑥ 기타 ()

4. 만약 내가 K씨라면 치료를 중단하고 싶다고 생각하십니까?

- ① 치료를 중단하고 싶다고 생각한다.
- ② 치료를 지속하고 싶다고 생각한다.

Ⅲ. 다음은 앞으로 필요한 정책과 법률에 대한 질문입니다.

각 문항별로 숫자를 기입하거나 문항 번호 위에 동그라미를 그려주십시오.

1. 사전의사결정서는 앞의 세 가지 사례와 같은 갈등 상황에서 치료중단 여부를 판단하는 근거를 제시해 줍니다. 하지만 질병의 치료 시작단계에서 불길한 예감이 들거나 괜한 걱정을 하게 되는 경우가 많습니다.

1-1. 사전의사결정서가 필요하다고 생각하십니까?

- ① 필요하다. ② 필요하지 않다. ③ 잘 모르겠다.

2. 위의 문항에서 사전의사결정서가 필요하다고 한 경우에만 대답해 주십시오. 사전의사결정서에 포함해야 할 내용은 무엇입니까? (복수응답 가능)

- ① 사전의사결정서에 따를 수 있는 조건을 제시한다.
- ② 자신이 받을 치료의 범위를 제시한다.
- ③ 자신이 거부할 치료의 범위를 제시한다.
- ④ 자신의 의사를 대변할 대리인을 지정한다.
- ⑤ 자신의 평소 신념과 가치를 분명히 밝힌다.
- ⑥ 사전의사결정서를 철회할 수 있는 조건을 제시한다.
- ⑦ 기타 ()

3. 1번 문항에서 사전의사결정서가 필요하지 않다고 한 경우에만 대답해 주십시오. 이유는 무엇입니까?

- ① 죽음에 대해 미리 생각해야 한다는 것이 괴롭다.

- ② 죽음에 대해서 가족과 터놓고 이야기 할 수 있는 분위기가 아니다.
- ③ 가족들이 알아서 적절한 결정을 내려줄 것이다.
- ④ 의료진이 알아서 적절한 결정을 내려줄 것이다.
- ⑤ 기타 ()

4. 사전의사결정서가 없고, 환자가 의사표현이 불가능할 때 연명치료중단에 대한 결정은 누가 해야 한다고 생각하십니까?

- ① 가족 ② 의료진 ③ 가족과 의료진 ④ 병원윤리위원회 ⑤ 법원 ⑥ 기타

5. 가족이 결정해야 한다면 이유는 무엇입니까? (복수 응답가능)

- ① 가족은 환자의 의사를 가장 잘 아는 대리인이므로
- ② 환자 간호에 대한 신체적, 정신적 부담이 있으므로
- ③ 환자의 치료비에 대한 경제적 부담이 있으므로
- ④ 환자가 생과 사의 결정을 스스로 하는 것은 고통스러운 일이므로
- ⑤ 환자가 합리적인 의사결정을 하기 어려운 상황이므로
- ⑥ 기타 ()

6. 병원 윤리위원회가 필요하다고 생각하십니까?

- ① 필요하다. ② 필요하지 않다.

7. 위의 문항에서 병원윤리위원회가 필요하다고 한 경우에만 대답해 주십시오.

7-1. 병원윤리위원회에 ‘가족이 입회해야한다’는 규정이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 그렇다. ② 그렇지 않다.

7-2. 병원윤리위원회의 법적 효력이 있어야 한다고 생각하십니까?

- ① 그렇다. ② 그렇지 않다.

7-3. 병원윤리위원회에 법적 효력이 있다면 가족으로 입회하시겠습니까?

- ① 그렇다. ② 그렇지 않다.

8. 국가차원의 '국가의료윤리심의위원회'가 필요하다고 생각하십니까?

① 필요하다. ② 필요하지 않다.

9. '존엄사법'이 필요하다고 생각하십니까?

① 그렇다. ② 그렇지 않다.

10. 위의 문항에서 존엄사법이 필요하다고 한 경우에만 대답해 주십시오.

이유는 무엇입니까? (복수응답 가능)

① 고도의 생명유지기술로 인한 갈등사례가 앞으로 더 많이 발생할 것이다.

② 연명치료에 대한 법적인 근거가 마련되지 않으면, 도리어 선부른 판단으로 치료를 중단하는 일을 초래할 수 있다.

③ 연명치료중단을 아무런 기준 제시 없이 의사나 환자, 가족들의 판단에만 맡기는 것은 바람직하지 않다.

④ 연명치료중단 남용에 대한 처벌과 대책을 규정해야 한다.

⑤ 개개의 사례를 소송으로 일일이 법원의 판단을 받게 하는 것은 비현실적이다.

⑥ 기타 ()

IV. 여러분의 일반적 특성에 대한 질문입니다.

1. 성별 ① 남 ② 여

2. 연령 ① 20대 이하 ② 30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상

3. 결혼상태 ① 기혼 ② 미혼 ③ 무응답

4. 종교 ① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 기타 ⑤ 없음

5. 학력 ① 중졸이하 ② 고졸 ③ 대졸 ④ 대학원졸

6. 월소득 ① 100만원이하 ② 101~200만원 ③ 201~300만원

④ 301만원 이상 ⑤ 무응답

7. 직업 ① 학생 ② 서비스업 ③ 의료 ④ 사무직 ⑤ 가사 ⑥ 기타 ⑦ 무직

연구에 참여해주셔서 대단히 감사합니다.

= ABSTRACT =

**A Study on Attitude to Withdrawal Life-sustaining Treatment by
Workers of a Company**

Bobae Kim

Department of Public Health Medical Law and Ethics

Graduate School of Public Health Yonsei University

(Directed by Professor Myongsei Shon M.D, PhD)

The purpose of this study was to explore the attitude of People to withdrawal life-sustaining treatment.

The convenient sample for this study consisted of 112 people at a Korean Railroad Technical Corporation. The data were collected from Apr. 2. 2009 to Apr. 13. 2002. Testify the data on the variation of demography and the attitude of withdrawal life-sustaining treatment by using SPSS 12.0 package.

The results of this study are as follow :

The mean score for withdrawal life-sustaining treatment was 3.64 of five-point likert scales. The attitude of people toward withdrawal life-sustaining treatment approached a positive direction. Cronbach's coefficient alpha for the 8 items was .580.

There was statistically significant difference in attitude for Boramae Hospital case according to Severance Hospital case and Stephen Kim Sou-hwan(death of dignity) case.(P=.000) 94 people(83.9%) wanted to withdraw life-sustaining treatment of Severance Hospital case and Stephen Kim Sou-hwan case. 73 people(65.2%) wanted to continue life-sustaining treatment of Boramae Hospital case. With regard to self determination and ability to cure of the patient, decision was considered.

81 people(72.3%) think that advanced directive is needed. Family autonomy was very strong(93.8%). 82 people think that hospital ethics committee. 91 people(81.3%) think that withdrawal life-sustaining treatment should be legislated.

In conclusion, people respect the right of self-decision making of patients, recognizing the requirement for writing a advanced directive, organizing hospital ethics committee, and legal device for the suspension of life expending therapy.

We urgently must prepare the guideline of national level and the legal device about withdrawal life-sustaining treatment to solve a discord situation substantially.

Key word : Withdrawal life-sustaining treatment, Attitude, Natural death act