



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

2019년 8년  
석사학위 논문

# 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 태도

- Q방법론 -

조선대학교 대학원

사 회 복 지 학 과

김 한 나

# 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 태도

- Q방법론 -

Attitudes of the Family member who experience  
bereavement on the Last Intercession of Life

- Q Methodology -

2019년 8월 23일

조선대학교 대학원

사회복지학과

김한나

# 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 태도

- Q방법론 -

지도 교수

이 영 선

이 논문을 사회복지학 석사학위신청 논문으로 제출함

2019년 4월

조선대학교 대학원

사 회 복 지 학 과

김 한 나

## 김한나의 석사학위논문을 인준함

위원장      조선대학교 교수      이민창 (인)

위 원      조선대학교 교수      정성배 (인)

위 원      조선대학교 교수      이영선 (인)

2019년 5월

조선대학교 대학원

## 그림목차

<그림-1> 연구의 절차 및 과정

<그림-2> 표본의 분포

## 표목차

<표-1> THOMSON의 SCHEMATA에 따른 심층면접 대상자 특성의 면접 질문

<표-2> 삶의 마지막 중재에 대한 Q모집단 범주화 29가지

<표-3> 최종 Q진술문 41문항

<표-4> 최종 선정된 28명의 P표본 목록

<표-5> 분포별 점수 및 진술문 수

<표-6> 유형별 Eigen value와 변량

<표-7> 유형간의 상관관계

<표-8> P-표본의 유형별 인자 가중치 (factor weight)

<표-9> 제 1유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

<표-10> 계획적, 연명치료 거부형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

<표-11> 계획적, 연명치료 거부형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

<표-12> 제 2유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

<표-13> 필연적, 임종준비형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

<표-14> 필연적, 임종준비형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

<표-15> 제 3유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

<표-16> 주도적, 삶의정리형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

<표-17> 주도적, 삶의정리형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

<표-18> 제 4유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

<표-19> 회피적, 자기결정형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

<표-20> 회피적, 자기결정형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

<표-21> 제 4유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

<표-22> 윤리적, 생명중시형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

<표-23> 윤리적, 생명중시형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

## 제 2절 연구 절차와 방법

1. Q-표본의 선정(Q-sampling) .....	24
2. P-표본의 선정(P-sampling method) .....	31
3. Q-표본 분류(Q-sorting)과정과 방법 .....	33
4. 자료처리 및 분석방법 .....	35

## 제4장 연구결과

1. Q-유형의 형성 .....	36
2. 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 태도 유형 및 결과분석 .....	38
가. 제 1유형 : 계획적, 연명치료거부형 .....	38
나. 제 2유형 : 필연적, 임종준비형 .....	44
다. 제 3유형 : 주도적, 삶의정리형 .....	49
라. 제 4유형 : 회피적, 자기결정형 .....	54
마. 제 5유형 : 윤리적, 생명중시형 .....	59

## 제5장 결론 및 논의

1. 제 1유형 : 계획적, 연명치료거부형 .....	64
2. 제 2유형 : 필연적, 임종준비형 .....	67
3. 제 3유형 : 주도적, 삶의정리형 .....	69
4. 제 4유형 : 회피적, 자기결정형 .....	71
5. 제 5유형 : 윤리적, 생명중시형 .....	72

## 제6장 제언 .....

참고문헌 .....	75
부록 .....	84

## 목 차

영문요약 .....	i
목차 .....	iii
그림목차 .....	v
표 목차 .....	v

### 제1장 서론

제 1절 연구의 필요성 .....	1
제 2절 연구의 목적 및 의의 .....	5

### 제2장 이론적배경

제 1절 죽음의 의료화 .....	6
제 2절 삶의 마지막 중재 .....	8
제 3절 선행연구	
1. 삶의 마지막 중재 .....	11
2. 호스피스·완화의료 .....	13
3. 연명의료 .....	15
4. 안락사 .....	16
제 4절 사별가족 .....	19

### 제3장 연구 방법

제 1절 삶의 마지막 중재에 대한 연구방법으로서 Q-방법론	
5. Q-방법론의 이론적 배경 .....	20
6. 연구의 목적과 Q-방법론 적용 .....	21



fifth type 'ethical and life-oriented type'.

Therefore, the significance of this study is to structure the attitude type of the subjects who experienced family bereavement about the final intervention of life, to consider what factors should be considered when subjects belonging to each type experience worries about final intervention of life, And that they act as priorities.

## ABSTRACT

### Attitudes of the Family member who experience bereavement on the Last Intercession of Life

- Q Methodology -

HanNa Kim

Advisor : Prof. Young sun Rhee, Ph.D.

Department of Social Welfare,  
Graduate School of Chosun University

The purpose of this study was to investigate the attitudes toward the last intervention in the lives of bereaved families and to describe their types.

In Korea, euthanasia, doctor assisted suicide, and medical care have been mainly discussed in Korea. However, the final arbitration of life has the importance to be considered deeply in our society by deciding on its own death. However, it is pointed out that this subject is limited to being public and social in terms of time, and subjective perception and attitude of individual seems to be very important because all concepts can be understood differently according to individual sociocultural experience.

Particularly, the subjects who had experience of family bereavement were found to reflect on their life and to redefine the concept of death, affecting perception change and attitude toward death.

Therefore, we tried to explore the internal attitude and the subjective attitude of the last intervention in life after experiencing family bereavement and after a certain period of time.

As a research method, we used the Q-methodology which is useful for objectifying concept with high abstraction that can be perceived differently according to each individual's experience or perception, starting from the subject's point of view.

The results of this study are as follows: first type 'deliberate, denial of treatment', second type 'inevitable, prepared for death', third type ' ', The

## 제 1장 서론

### 제 1절 연구의 필요성

우리나라는 과거 여러 세대가 함께 살았던 전통적 가족 형태 속에서 죽음을 일상적인 사건으로 접할 수 있었으며, 질병 등으로 인한 죽음을 자연스러운 과정으로 수용하였다(김숙남, 2005). 현대에 들어서는 의료 기술의 첨단화로 인해 치명적인 질병이나 사고로부터 생명을 구할 수 있게 되었고, 암과 같이 과거에는 죽을병이었던 질병들이 만성 질환화 되면서 전체 사망자 중 80.8%의 사람들이 만성질환으로 긴 투병 끝에 사망하고 있다(박경숙, 2015; 질병관리본부, 2018). 또한 질병의 관리에서부터 임종, 장례에 이르기까지 각각의 단계에서 전문가의 개입이 이루어지면서 죽음의 장소를 비롯하여 삶을 마무리하는 방법에도 많은 변화가 일어났으며, 생사의 문제를 의학이 주도하게 되고 죽음을 의학의 실패로 인식하게 되면서 한국인의 좋은 죽음을 방해하는 주 요인으로 죽음의 의료화라는 새로운 문제가 떠올랐다 (윤영호, 2013; 하정화, 2017). 즉, 의료를 통한 생명연장 기회로 인해 인간적인 품위를 유지하면서 평화롭게 죽음을 맞을 수 있는 기회를 방해받는 새로운 문제점이 생긴 것이다.

이처럼 죽음의 사회적 문제가 지속 되면서 삶의 마지막 중재에 대한 논의는 불가피한 것으로 보인다. 삶의 마지막(End-of-Life)은 오래 전부터 종교 및 철학적 담론의 소재가 되어왔으며, 의학이 발달하고 죽음에 대한 인식이 변화하면서 의료계뿐만 아니라 전 국민적으로 다루어야 할 당면 과제가 되고 있다(서영석, 2010). 따라서 삶의 마지막에 대한 접근 방향을 서로 다른 맥락에서의 다양성을 반영하고, 사회 전반에서 일어나는 현상에 대한 논쟁들을 효과적으로 이해할 수 있어야 하며, 우리사회에서 깊게 고려되어야 할 중요한 사안으로 다루어야 한다(Clark D, 2017; Brighton LJ, 2016). 즉, 삶의 마지막 중재는 복합적인 문제이지만 그럼에도 불구하고 우리나라에서는 삶의 마지막 중재에 대한 개념이 극히 일부의 내용으로 이해되고 있어 사회·문화적으로 한정적이다. 또한 단순히 찬성, 반대, 인구사회학적 특성으로 일관되게 보기에 한계가 있을 것으로 보인다.

삶의 마지막 중재 방식<sup>1)</sup>에는 적극적 통증조절, 무의미한 연명의료중단, 소극적 안락사, 적극적 안락사, 의사조력자살 등 여러 형태로 존재하나 우리나라에서는 호스피스·완화의료, 연명의료중단 등이 선제되어왔다. 회복이 불가능한 말기상태로 적극적인 치료에도 불구하고 수개월내 사망이 예측되는 암 환자에게 신체적, 사회적, 심리적, 영적 평가를 통해 전인적인 돌봄을 제공하는 호스피스·완화医료를 선택할 수 있는 제도적 장치가 2015년부터 마련되었다. 그러나 환자와 가족, 의료진은 호스피스 완화의료가 삶을 포기하는 의료라고 인식하여 기피하였으며, 기관의 수요 부족, 접근성 저하 등의 이유로 이용률이 전체 암 환자 중 22%로 현저히 낮은 것으로 나타났다(공인식, 2015; 보건복지부, 2019). 또한 2018년 시행된 연명의료 결정법(호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률)으로 말기환자와 임종기 환자를 대상으로 연명의료계획서 또는 사전연명의료의향서를 통해 연명치료중단에 대한 자신의 의사를 스스로 밝히도록 하였다(보건복지부, 2017). 이에 연명의료결정법이 시행 된 이후 1년 동안 3만 6000여명의 환자들이 결정을 이행하였으며, 자기 결정에 따라 사전연명의료의향서를 작성하는 등 자신의 치료에 대하여 적극적인 자기결정을 가능하게 했다.

더불어 최근 안락사에 대한 논의 또한 활발하게 이루어지고 있다. 데이비드 구달 박사의 사례<sup>2)</sup>와 더불어 2016년, 2018년 두 차례에 걸쳐 2명의 한국인이 국제적으로 조력자살을 돕는 단체인 '디그니타스(DIGNITAS)'<sup>3)</sup>에서 의사조력자살로 생을 마감한 것이 알려지며 연이어 화제가 되고 있다. 이에 우리나라에서도 안락사 및 의사조력

- 
- 1) 서울대병원 가정의학과 윤영호 교수팀은 2016년 7~10월 국내 12개 병원에서 일반 국민(1천241명), 암 환자(1천1명)와 가족(1천6명), 의사(928명)를 대상으로 삶의 마지막 중재 방식으로 5가지를 설정하였다. 적극적인 통증조절, 무의미한 연명치료 중단, 소극적 안락사, 적극적 안락사, 의사조력자살 등 5가지 삶의 마지막 중재 방식의 태도를 조사하였다. 소극적 안락사는 의식이 없는 환자에게 영양공급 등 생명 유지에 필요한 치료를 중단함으로써 자연적 죽음에 앞서 생명을 마치게 하는 행위를 말한다. 흔히 '존엄사'로 불리는 무의미한 연명의료 중단이 의도적 생명단축이 아니라 기계적 호흡 등을 시도하지 않음으로써 자연스러운 죽음을 맞게 하는 것과 구별된다. 반면 의사가 직접 치명적인 약을 주입하면 적극적 안락사, 의사가 처방한 치명적인 약물을 환자가 복용하면 의사조력자살에 해당한다.
  - 2) 104세 과학자 데이비드 구달 박사는 호주의 엑시트 인터내셔널에서 조력자살로 생을 마감했다. 당시 구달 박사는 특별히 아픈 데가 없음에도 존엄한 죽음을 맞겠다며 공개적으로 안락사를 선택했고, 스위스로 향하는 도중 언론과 실시간 인터뷰를 해 많은 화제를 남겼다.
  - 3) 2016년, 2018년 두 차례에 걸쳐 2명의 한국인이 국제적으로 조력자살을 돕는 단체인 '디그니타스(DIGNITAS)'에서 의사조력자살 조력자살은 회복 가능성이 없는 말기 환자의 고통을 덜어 주고자 시행하는 일종의 안락사다. 스위스는 1942년부터 자국민은 물론 외국인에게도 이를 허용해 왔다. 디그니타스를 비롯해 '엑시트 인터내셔널'(Exit International)과 '이터널스피릿'(Eternal Spirit) 등 3개의 단체가 외국인 조력자살을 돕는다.

자살에 대한 관심과 요구도가 높아지고 있다. 그러나 아직까지는 조만간 발생하게 될 안락사의 문제에 효율적으로 대처할 수 있는 수준에는 이르지 못하고 있으며, 연명의료중단에 대해서도 의료계, 법조계, 종교계의 의견이 분분한 상황이다. 특히 의료계에서는 찬성과 반대의 의견을 넘은 문제점들을 지적하며 논란이 되고 있다(박경숙, 2015; 하정화, 2017). 한편 유럽이나 북미에서는 안락사와 의사조력자살에 대한 사회적 논의가 활발하게 진행 중이며, 이에 우리나라에서도 삶의 마지막 중재에 대한 여러 가지 형태에 대하여 선제적으로 대응할 수 있는 국가 차원의 대책 마련이 필요성이 제기되는 시점이다(윤영호, 2018).

삶의 마지막 중재에는 다양한 개념들이 혼재되어 있고 개인의 사회문화적 경험에 따라 다르게 이해될 수 있으므로 개인의 주관적인 인식 및 태도가 매우 중요할 것이다(윤영호, 2018,; 구, 2014). 특히, 삶의 마지막 중재는 사별을 경험한 사람들이 죽음에 대한 개념을 재정립하게 되면서 고려되는 요인이라고 볼 수 있으며, 죽음에 대한 개념을 재정립하는 기회가 된다(공수연, 2011). 즉, 자신의 죽음에 대해 생각하면서 인식의 변화와 임종 태도에도 영향을 미치게 된다(양성은, 2008; 정형수, 2014). 또한 가족구성원의 죽음은 남은 가족원들에게 큰 영향을 주고 유가족은 사별로 인해 사회경제적 지위의 변화, 역할의 상실, 수입의 감소, 가족지지의 결핍, 사회적 고립 등의 복합적인 어려움에 직면할 수 있다(Murry, 1994). 또한 국외와 달리 가족원의 죽음에 대해 언급하는 것을 금기시 하는 한국의 사회문화적 가치는 사별 후 가족이 겪는 다양한 경험에 대하여 논의를 어렵게 하는 요인으로 작용한다(양성은, 2008). 이처럼 사별경험 가족들은 사별이라는 경험을 통해 자신만의 죽음관을 갖게 되므로 주관적 경험에서 비롯된 삶의 마지막 중재에 대한 이해가 매우 중요하다고 말할 수 있다.

삶의 마지막 중재와 관련된 연구를 살펴보면, 호스피스, DNR(Do-Not-Resuscitate), LST(Life-Sustaining-Treatment), 안락사, 죽음에 대한 태도 연구가 주를 이루고 있으며, 대부분 환자, 가족, 의료인, 관련종사자 등을 대상으로 하고 있다(유은영, 2015; 변은경, 2003; 손행미, 2004; 이미연, 2010; 윤은자, 2012; 박창승, 1996; 이은주, 2006). 또한 삶의 마지막에 관한 결정을 위한 윤리적 의사결정모델 개발, 삶의 마감방식의 결정에 대한 한국의 과제, 종교중심에서 바라본 삶의 마지막 단계, 삶의 마지막 단계에서의 의학적 의사결정 등의 연구가 있다(박충구, 2015; 손명세, 2009; 서영석, 2010). 최근 윤영호(2018)가 진행한 삶의 마지막 중재에 대한 태도연구가 존재하지만 환자, 가족, 의료인을 대상으로 진행하였으며 다수의 찬성과 반대

의 비율로만 나타내고 있어 실질적인 삶의 마지막 중재에 대한 개개인의 태도를 심층적으로 탐색한 연구는 미흡한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 Q-방법론을 활용하여 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 태도의 유형을 알아보고자 한다. Q-방법론은 한 시대의 사회문화적 현상을 배경으로 명확하게 합의되지 않은 경험을 구체화 시키고, 통합체를 중심으로 한 개인 또는 연구대상 간의 주관적 중요도를 구성요인으로 나타냄으로써 어떤 개념에 대한 개인의 생각과 행동, 총괄적인 양태를 찾을 수 있게 한다(김흥규, 2008). 삶의 마지막 중재는 개개인의 주관적 경험과 이해수준이 다르고 죽음에 대해서도 예측하고 기대하는 바가 다양할 것이므로, 대상자의 사별 경험을 주관적으로 깊이 있게 이해하는 차원의 연구가 중요할 것이다. 또한 전문적 서비스 제공과 의사소통 모델을 마련하게 위해서는 삶의 마지막 중재에 대한 태도 유형이 구체적으로 어떤 유형으로 나타나며 그 특성은 무엇인지, 각 유형에 속하는 구성인자들은 어떠한 중재 방식을 원하고 추구하는지를 객관적이며 과학적인 방법으로 검증하고자 한다.

## 제 2절 연구의 목적 및 의의

본 연구에서는 사별 경험 가족의 삶의 마지막 중재에 대한 태도를 조사하기 위해 Q방법론을 적용하였다. 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도 유형을 분류하고 그 특성을 파악하는 것을 목적으로 한다. 사별 경험 가족들이 삶의 마지막 중재에 대한 태도에서 어떠한 변화를 경험했으며 이들이 제시하고 있는 자세한 진술 속에 드러난 의미가 무엇인지를 질적인 접근을 통해 심층적으로 파악하고자 한다. 본 연구결과를 통해 우리나라에서 논의의 시작점에 있는 삶의 마지막 중재에 대해 학문적으로 깊게 탐구할 수 있을 것이며, 개별적인 삶의 마지막 중재에 대한 한국인의 의사결정모델을 개발하는 것에 임상의 기초적 자료가 될 수 있을 것이다.

구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도에 대한 유형을 파악한다.
2. 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 유형별 특성을 기술한다.

## 제 2장 이론적 배경

### 제 1절 죽음의 의료화

현대사회의 죽음의 문화는 개별화(Privatization), 범속화(Banalization), 의료화(Medicalization)라는 3가지 특성으로 정리된다. 전통사회에서 구성원의 죽음은 공동체가 나서서 서로 도우며 애도와 장례 그리고 매장까지의 절차를 함께하였으나, 현대 사회에서는 타인의 삶에 관여하지 않는 것이 미덕으로 간주된다(유용식, 2017). 죽음의 개별화와 범속화는 공동체적 죽음체험을 가져보지 못한 현대인이 죽음을 대하는 보편적인 태도이다. 죽음에 대한 공동체적 체험과 존재론적 성찰의 자리를 병원과 의학이 채우면서 죽음은 급속히 의료화 되고 있다(박중철, 2017). 죽음의 의료화란, 죽음을 타자화 하는 경향 속에서 의학이 질병을 치료함과 동시에 죽음을 판정하는 도구적 수단이 되는 것을 말한다.

죽음과 맞서는 대표적인 전형은 바로 의학의 기술적 가능성을 통해 죽음을 정복해 나가는 것이고, 그 일선에는 수명 연장을 통하게 된다. 그러나 우리나라에서의 좋은 죽음, 품위 있는 죽음 등등(2003)에 따르면 좋은 죽음이란 편하게 아프지 않고 죽는 것, 적절한 나이에 죽는 것이라고 하였으며, 무의미한 생명 연장술을 받지 않는 것이라고 명시하고 있다(Kim. M. H., 2003). 특히, 한국에서는 좋은 죽음이 전통적인 측면으로 보았을 때 평생 동안 8가지 축복 중 하나로 간주되었다(Hsiung, Ferrans & Estwing, 2007).

임종기에 들어선 환자가 겪는 고통은 매우 복합적으로, 악화된 병의 증세와 관련되거나 공격적인 치료와 연관된 신체적 고통을 포함한다(박경숙, 2015). 자기 자신의 의지가 허락되지 않는 통제할 수 없는 상황으로부터 일어나는 무력감, 사회관계로부터의 고립과 상실감, 역할 변화에 따른 심리·정서적 고통, 가족과 사회에 부담이 된다는 인식, 지연된 의료치료와 돌봄에 수반된 막대한 비용에 대한 우려 등 실로 복합적이다(능행, 2010). 그러나 이는 연명의료의 영향 때문만은 아니다. 만성질환 환자들의 급증으로 인한 경우를 제외하더라도, 많은 중증 노인들이 요양시설에서 살아가고 있다. 전문적인 장기요양서비스의 수요가 늘어나는 한편 계속적으로 길어지는 임종과정에 대한 사회적 우려도 확대되고 있다(박경숙, 2015).



결과적으로 죽음이 의료화 된 현대사회의 가장 큰 문제점은 환자의 의지와 상관없이 무의미하게 죽음이 늦춰지고, 삶의 존엄성마저 훼손되는 연명의료의 증가라고 할 수 있다(고윤석, 2012). 본래 의료인은 환자의 질병을 치료하거나 생명을 연장하며 고통으로부터 환자를 구하는 것이 도리이다. 임종 장소가 병원으로 옮겨지게 되면서 임종을 앞두고 있는 환자에게 최선의 치료를 하지 않으면 환자를 방치하는 것과 다를 바 없다고 느끼기 때문에, 심폐소생술, 인공호흡기사용, 신장 투석 등의 기술을 써야한다는 것으로 인식한다(윤영호, 2018). 이러한 일련의 과정은 죽음은 의학의 실패이며 극복되어야 하는 것으로 죽음을 의료화 시켰다(고윤석, 2012). 그러나 최근 죽음에 대한 관심이 늘어나면서 죽음의 과정에 있는 말기 환자에게 이러한 생명 유지장치에 대한 생각이 바뀌었다. 무의미한 치료로 행해지는 연명은 환자의 고통과 죽음을 연장할 뿐이며, 비인간적이라는 윤리적인 지적이 여러 나라를 비롯하여 우리나라에서도 제기되는 시점이다(윤영호, 2008).

## 제 2절 삶의 마지막 중재

삶의 마지막 중재란 개인이 스스로 죽음을 결정하는 것을 의미한다. 삶의 마지막이란 죽음을 앞둔, 임종 전으로 이해될 수 있다. 삶의 마지막에 관한 중재는 오래전부터 종교 및 철학적 담론의 소재가 되어왔고, 최근 들어 의학이 발달하고 죽음에 대한 인식이 변화하면서 의료계뿐만 아니라 전 국민적으로 다루어야 할 당면 과제가 되고 있다(서영석, 2010).

인간의 수명이 상대적으로 길어진 이 시대를 살아가며 현 사회가 새롭게 직면하게 되는 질문으로 ‘좋은 죽음은 과연 어떤 것이어야 하는가?’ 기대수명과 건강수명의 편차가 불러오는 삶의 마지막 단계에서 '자신의 죽음을 선택할 수 있는 자유와 권리가 있는가?' 라는 질문은 죽어가는 과정에 처한 많은 이들의 절실한 실존적 문제로 대두되고 있다(박충구, 2015). 우리나라에서는 2009년 일명 '김할머니 사건'<sup>4)</sup>으로 삶의 마지막 중재는 시대적으로 큰 관심과 영향을 미쳤으며, 대법원은 의사들에게 지시에 따라 영구 식물 상태의 노인 여성에게 인공호흡기를 제거하라는 판결<sup>5)</sup>을 내

- 
- 4) 일명 김할머니 사건의 개요는 다음과 같다. 2008년 2월 18일 김씨 할머니는 폐암 발병여부를 확인하기 위하여 폐종양 조직검사를 받던 중 과다출혈, 저산소증에 의한 뇌손상으로 식물인간 상태에 빠지게 되었다. 이 상태가 한동안 지속되자 김씨 할머니 가족은 연명치료중단을 요구하였으나 병원 측은 환자의 생명을 보호할 의무가 있어 가족들의 요구에 응할 수 없다고 하였고 이에 가족들은 구하는 가처분을 신청하게 되었고, 그와 동 시에 연명치료중단에 대한 입법부작위를 이유로 하는 헌법소송을 제기하였다. 이에 가처분신청을 판단하였던 법원은 헌법상 생명권의 자기 결정권에서 연명 치료 중단 도출 않으며, 김씨 할머니의 연명치료 중단에 대한 추정적 의사 부인하였지만, 2009년 5월 21일 대법원 전원합의체는 김씨 할머니의 존엄사 인정 하여 인공호흡기 제거하는 판결을 내리게 되었다. 이에 따라 병원 측은 연명치료를 중단하였지만 김씨 할머니는 2011년 1월 10일 사망하게 되었다.
- 5) 2009년 5월 21일, 연세대학교 병원에 입원한 김 할머니의 인공호흡기를 제거하라는 대법원의 판결이다. 서울서부지법 2008.7.10. 선고 2008가 함822 결정 ". 생명권은 인간존엄성의 기초를 의미하는 절대적 기본권이고, 인간존엄성을 존중하고 생명권을 보장하는 헌법 정신에 비추어 볼 때 결코 포기할 수 없는 법익이므로, 의료행위에 있어서 환자의 자기결정권, 즉 환자 스스로 의료행위의 시작과 종료를 결정하고 치료방법을 선택할 수 있는 권리가 인정된다고 하더라도, 그것이 이미 진행되고 있는 치료를 중단하는 것으로서, 치료를 계속하지 아니하는 경우 단지 환자의 건강이 회복되는 속도가 늦어진다거나 생명에 위험이 없는 정도로 상태가 악화될 것이 예측되는 것에 그치는 것이 아니라, 환자가 사망하거나 환자의 생명이 단축될 가능성이 상당히 높아지는 결과에 이르게 되는 것이라면, 그와 같은 자기결정권을 인정하는 것은 결국 생명에 대한 포기권 또는 처분권을 인정하는 것과 같아질 수 있는 것인 바, 헌법이 보장하고 있는 절대적 생명 보호의 원칙을 고려하여 볼 때 그와 같은 경우까지도 의료행위에 대한 환자의 자기결정권이 무제한적으로 인정된다고 볼 수는 없다. 그러므로 법령 등을 통하여 환자에 대한 치료 중단의 허용 요건이나 시행 방법 등이 엄격하게 규정되고, 사전적·사후적 통제 시스템 등 제도적 안전장치가 갖추어지는 경우에 그와 같은 치료의 중단이 허용될 수 있는지 여부는 별론으로 하고, 치료를 중단하게 되면 환자가 사망하거나 환자의 생명이 단축될 가능성이 상당히 높아지는 경우까지도 헌법상 생명권에

렸고, 이로 인해 삶의 마지막에 있는 말기 환자의 권리에 대한 인식이 높아지기 시작했다. 즉, 무의미한 생명 유지 치료(LST)를 철회할 수 있게 한 것이다. 이에 2016년 2월 연명의료중지에 대한 새로운 법률이 제정되어, 화학요법, 인공호흡기, 심폐소생술, 혈액 투석 등과 같은 연명의료(LST) 중지 및 보류 결정을 할 수 있게 되었다.

이에 과거 자신의 삶에서 선조들의 죽음 방식과 다름없이 죽음을 맞이하였으나, 오늘 날에는 임종이 가까워진 환자가 삶을 연명하거나, 임종을 지체시킴으로 인하여 죽음에 대한 새로운 문화가 형성되고 있다. 이는 한국사회에서 삶의 마지막 의사결정에 중대한 영향을 미쳤으며, 안락사 및 의사조력자살<sup>6)</sup> (physician-assisted suicide)에 대한 삶의 마지막 중재 과정 연구의 필요성에 대해서 핵심적인 역할을 하였다(윤영호, 2018). 즉, 닥치는 죽음이 아닌 맞이할 수 있는 죽음은 무엇이며, 죽음에 대한 자기결정권의 구체적 내용에는 어떤 것들을 포함시키며, 또한 누가 개입되어야 할 것인지에 대한 진지한 고민의 필요성이 제기된 것이다(손명세, 2009).

특히, 생명을 위협하는 질병을 가진 사람들과 삶의 마지막 단계에 대한 의사소통의 책임은 환자나, 의료인뿐만 아니라 전 국민적으로 논의되어야 할 사항이며 (Brighton LJ, 2016), 죽어가는 이의 최후의 선택권을 주장하거나 인정하는 사회가 늘어나고 있다. 현대 사회에서는 질병으로 인한 생활 능력을 상실하게 자연스럽게 병원으로 옮겨져 치료를 받게 된다. 즉, 많은 사람들이 무의미한 연명의료일지라도 치료를 받다가 사망하게 된다는 것이다. 삶의 마지막 단계인 임종 직전에 처해 더 이상의 치료가 무의미한 환자로 판명되고, 정신적·육체적 고통이 한계에 달했을 때, 죽어가는 이가 죽음을 선택할 수 있는 권리에 대한 물음과 이에 대한 사회적 대

---

기초한 자기 결정권으로부터 치료의 중단을 선택할 수 있는 권리가 직접 도출된다고 할 수는 없다."라고 판시하면서, "소위 '식물인간상태'에서 인공호흡기를 부착하고 항생제 투여 등의 치료를 받고 있던 환자에 대하여 그 가족들이 무의미한 연명치료행위의 중지를 구하는 가처분을 신청한 사안에서, 자발적으로 눈을 뜨는 정도의 개안 반응이나 비정상적인 굴곡 반응만을 할 수 있고 동공 및 각막의 반사 반응과 언어 반응 등이 전혀 없는 상태라는 사정만으로는, 환자 의 의식 등이 회복될 가능성이 없다가거나 혹은 환자에 대한 치료가 의학적으로 의미 없는 것 이라고 단정할 수 없고, 치료 중단에 대한 환자 본인의 명시적 또는 추정적 의사를 인정할 수도 없다." 하여 가족들의 가처분 신청을 기각하였다(허대석, 2008).

6) 의사조력자살(physician-assisted suicide, PAS) 또는 의사조력사(physician-assisted death, PAD)란 의사소통 능력이 있는 말기 환자가 최대한의 의학적 조치로도 참을 수 없는 고통을 받고 있는 상태에서, 환자 본인의 요청으로 의사가 치명적인 약물을 처방해주고, 환자 본인이 스스로 그 약물을 복용하거나 자신에게 주입하여 죽음에 이르는 것을 말한다. 환자가 자신의 죽음 시간과 장소, 방법을 스스로 결정하여 원하는 사람들이 지켜보는 가운데 평화롭고 존엄하게 죽는 방식이라 하며 존엄사(death with dignity)라고도 부른다.

응이 법적, 도덕적, 종교적 차원에서 요구되고 있다(Aungst, 2008; Baeke, Wils, and Br ckart, 2011; Louanne, 2012; Hosseini, 2012). 일각에서는 연명의료기술이 자연스러운 임종을 맞아야 할 만성질환자에게까지 널리 적용되면서, 의미 있는 삶을 연장시키기보다 고통 받는 시간을 늘리고 있다고 지적하기도 했다(변은경, 2003; 김미숙, 2002).

현대 의료는 환자 자율성을 특징으로 하며, 환자를 중심으로 하는 의학적 의사결정 과정의 기준이 제시되고 있다(이상목, 2009). 그러나 현재 의학적 의사결정의 주력 모델인 환자 중심 결정은 환자의 자율성을 과도하게 강조한다는 비판을 받고 있기도 하지만, 환자 자신의 결정권을 존중 해준다는 장점을 지니기도 한다. 다시 말해 비록 환자 자신의 치료에 대한 결정이라고 하더라도, 개인적 선택에 대한 과도한 의존은 위험하며, 사회적 문제들을 단순히 개인 문제로 생각하도록 하고, 단지 개인적 수준에서 문제를 해결하도록 부추기고 있다는 것이다(이상목, 2007)

이러한 문제점으로 연명의료중단을 포함한, 안락사, 조력자살 등의 법규와 윤리규정의 필요성과 삶의 마지막에 관한 법적 논의를 위해 다학제적 연구가 필요하며, 현재 우리나라에서의 연구는 안락사를 중심으로 연구되어 있다고 비판했다(이상목, 2007; 이미숙, 2002).

## 제 3절 선행연구

### 1. 삶의 마지막 중재

선행연구에서는 위에서 언급한 문제로, 문화와 지역에 따라 의학적 의사결정 방식이 다르게 나타나야 함을 지적하였으며, 그 이유로 의사결정에 영향을 주는 환자의 가치관, 의사의 의무와 역할, 환자의 자율성 인정 여부, 의학적 결정과정에 참여하는 사람의 범위와 참여 정도는 문화에 따라 다르기 때문이라고 설명했다. 실제로 서로 다른 문화권에서 생활하고 있는 사람들은 안락사 등의 문제에 대해 매우 다른 태도를 지닌 것으로 나타났다(이상목, 2007; 윤영호, 2018). 이에 개인의 가치와 더불어 가족 공동체의 가치를 중요하게 생각하는 한국과 같은 문화권에서의 의학적 의사결정에서 가족은 중요한 역할을 수행하고 있으며, 이러한 점에서 우리는 우리의 문화와 개인에게 맞는 삶의 마지막 중재 방식을 찾을 필요가 있다는 것이다. 결정적으로 세계화 및 다문화 되어 가는 우리나라 현실을 고려했을 때, 이미 우리 사회는 삶의 마지막 중재와 관련된 다양한 가치들이 공존하고 있을 가능성이 크다(서영석, 2010).

우리나라에서의 삶의 마지막 중재에 대한 선행 연구는 극히 소수라고 할 수 있는데, 최근 말기 암 환자와 가족, 의료진을 대상으로 한 연구가 진행된 바 있다. 주요인으로 적극적인 통증조절, 무의미한 연명치료 중단, 소극적 안락사, 적극적 안락사, 의사조력 자살 등 5가지 삶의 마지막 중재 방식에 대한 태도를 조사했다. 결과에 따르면 적극적인 통증 조절과 무의미한 연명의료 중단에 대해서는 적극적인 지지태도를 보였으며, 적극적 안락사와 의사조력자살에 대해서는 일반인(41.4%), 암 환자(38.2%), 의사(35.5%), 환자가족(31.7%) 순으로 나타났다고 보고했다. 가족에게 부담되지 않는 삶을 가장 중요시 하는 경우 무의미한 연명의료중단을 지지하는 응답자가 2.56배 많은 반면 적극적 안락사나 의사조력자살에 대해서는 상대적으로 소극적이었다. 또한 죽음은 고통스럽고 두렵다고 생각하는 경우에 안락사를 찬성하는 비율이 높았다(윤영호, 2018).

이러한 결과로 우리나라는 아직 국민의 품위 있는 죽음을 보장하기 위한 제도가 미흡할 뿐만 아니라 의사결정에서 개인의 의사가 잘 반영되지 않아 덜 수용적인 것

으로 이해된다고 설명하였다. 특히, 미국, 네덜란드, 캐나다 등은 적극적 안락사에 찬성하는 비율이 우리나라에 비해 60~90%에 달하고, 이는 자율성과 개인주의가 강함으로 나타나는 결과라고 설명했다. 그 외 선행연구에서도 환자뿐만이 아닌 일반인도 적합한 의사소통이 이루어지는 경우, 삶의 질과 죽음에 대한 인식이 달라지며, 삶의 끝에서 개인이 선택하는 치료 방식이 달라질 수 있다고 언급하기도 했다.(Mack JW, 2012; Brighton LJ, 2015).

삶의 마지막 중재는 관련된 윤리적 이론뿐만 아니라 윤리적 원칙, 법과 윤리 규정, 사회문화적 맥락 및 개인적 특성을 고려해야하며, 이성적 자살을 포함한 삶의 마지막에 관한 결정을 다룰 때 고려해야 할 영역은 윤리적 이론, 윤리적 원칙, 법과 윤리규정, 개인적 특성, 사회문화적 맥락이다(Beauchamp, T. L., & Childress, J. F., 2001). 삶의 마지막 중재에 대한 결정은 육체적 질병으로 인해 고통을 호소하는 환자가 스스로 죽음을 선택하려는 상황에서 논의되어 왔다(Rich & Butt, 2004). 따라서 삶의 마지막에 관한 결정에 대한 시사점을 얻기 위해서는, 안락사 및 의사조력 자살에 관한 논의를 간과해서는 안 된다.

우리나라는 우리의 문화에 적합한 의사결정 방식을 찾을 필요가 있다. 실제로 개인의 가치와 더불어 가족 공동체의 가치를 중요하게 생각하는 한국과 같은 문화권에서의 의학적 의사결정에서 가족은 중요한 역할을 수행하고 있다(이상목, 2009). 질병의 진단 및 예후, 치료 등 질병과 관련된 문제를 환자와 논의하기 보다는 가족들과 함께 논의하려는 경향을 보인다. 또한 의사가 제시한 구체적인 치료법에 대한 수용 혹은 거부도 환자가 독자적으로 결정하는 것이 아니라 가족회의를 통해 결정되는 경우가 많다. 특히 연명치료 중단과 같은 죽음 및 임종과정에 대한 태도와 삶의 종료시점에 대한 결정에 있어서 가족의 결정이 중요시 되는 경향이 강하다(이상구, 2011).

국외에서는 삶의 마지막 중재에 대한 연구에서는, 삶의 마지막 중재에 대한 한 조직의 대응은 다양성을 반영해야하며, 사회과적의 분류학과 유형학을 구별하는 경향을 해소해야 한다고 하였다. 삶의 마지막 중재라는 것은 우리가 받아들일 때 어느 한가지로만 구별이 가능 하지 않으며, 삶의 마지막 중재에 대하여 논의 할 때 개인의 삶과 경험적인 것들을 함께 논의해야 효과적으로 진행 될 수 있음을 제안하였다(David Clark, 2017; Jill D., 2008).

## 2. 호스피스 · 완화의료

호스피스의 어원은 본래 라틴어인 호스피탈리스(hospitalis)와 호스피티움(hospitium)에서 기원하였다. 호스피탈리스는 호스페스, 즉 주인이란 뜻에서 병원의 의미로 변하였고 호스피티움은 주인과 손님 사이의 따뜻한 마음에서 이러한 마음을 표현하는 장소로 변천하여 오늘날의 호스피스란 말이 탄생하였다(Forman WB, 1998). 초기의 호스피스는 여행자, 병든 환자 혹은 임종환자를 돌보는 활동이었으나 영국의 사인 Dame Cisly Saunders 박사가 현대의학을 호스피스에 접목시킴으로써 현대적 의미의 호스피스, 즉 호스피스·완화의료 개념을 확립하게 되었다(이시영, 2008). 현대 호스피스는 병원을 중심으로 다양한 전문분야로 구성된 팀 접근으로 증상조절을 효과적으로 하고 환자와 가족을 함께 치료하며 편 안한 임종을 위한 돌봄을 제공하는 개념이다(공인식, 2015).

우리나라에서 호스피스는 말기 암환자 가족을 위한 필수 공공의료 정책영역으로써, 회복이 불가능한 말기상태로 적극적인 치료에도 불구하고 수개월내 사망이 예측되는 암환자에게 신체적, 사회적, 심리적, 영적 평가를 통해 전인적인 돌봄을 제공하는 의료이다(이윤태, 2015; 공인식, 2015).

세계보건기구에서는 1990년에 완화의학을 ‘완치가 불가능한 환자에 대한 적극적이고 총체적인 돌봄으로 통증과 다른 증상들, 심리적, 사회적 그리고 영적인 문제들의 조절이 주가 되며 완화의료의 목표는 환자와 가족들이 최상의 삶의 질을 성취하는 것(the active care of patients whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of psychological, social and spiritual problems, is paramount. The goal of palliative care is achievement of the best quality of life for patients and their families)’ 이라고 정의하였다. 호스피스, 완화치료(palliative care), 완화의학, 말기치료 (terminal care) 등은 모두 같은 의미로 사용되나 그 내용과 강조점이 조금씩 다르다(김시영, 2008).

우리나라에서 호스피스 완화의료에 대한 논의가 시작 되고, 2003년에 암 관리법을 제정하여 말기 암환자 관리에 대한 국가의 책임을 명시하였다. 보건복지부는 2008년 9 월에 「말기 암 환자 전문 의료기관 지정기준고시」를 제정하고, 암환자완화의료기관을 지정하여 운영을 지원하였다. 암 관리법을 개정(2011년 6월 1일부터 시행)하여

호스피스완화의료 이용 절차 마련 및 평가제 도입 등 호스피스완화의료 제도 도입의 방향성을 제시하였다. 호스피스완화의료 제도 도입 및 활성화를 위해 1차 시범사업(2009년 12월~2011년 10월), 2차 시범사업(2011년 11월~2015년 7월)을 실시하였다. 그 동안 호스피스 완화의료 수가 개발을 동시에 진행하여 2015년 7월 15일부터 말기 암환자의 호스피스 완화의료에 대한 건강 보험을 적용하였다(공인식, 2015; 이영숙 2013).

영국 및 호주에서는 호스피스 완화의료 제도가 확립되어, 말기 암 환자의 품위 있는 죽음을 위하고, 삶의 질을 높이기 위한 의료제도로 인식되고 있다. 반면에 우리나라에서는 호스피스 완화의료에 대한 인식 부족으로 더 이상 치료를 할 수 없는 상태로 죽음을 맞이하여야 한다는 두려움과, 의료진의 손길을 벗어나게 된다는 인식으로 회피하는 경향이 있다. 환자들에게 호스피스를 권하는 것은 모든 의학적 치료가 실패한 것이고 환자를 손 놓은 것이라 인식하게 됨으로써 호스피스로 유도하는 것에 어려움을 겪는 실정이다(김시영, 2008). 국내 암환자는 매년 10만여 명이 발생하고 이 중 30~40%는 말기 암으로 진행되고 있어 이들 환자에 대한 의사의 관심과 손길이 절실한 실정이다(보건복지부, 2013; 박수경, 2015).

과거의 의료기기가 발달하지 못하고 약이 부족한 시대에 청진기 하나로 진찰하고 아픈 환자의 고통을 덜어주기 위해서 가능한 모든 방법을 동원하고 또한 환자의 정신적 안정, 심적 고통까지 돌보아 주던 시대의 의사상을 생각해 보면 호스피스 완화의료는 현대의 질병 중심의 치료 행위에서 환자라는 인간을 치료하는 인술로 돌아갈 수 있는 기회로도 작용할 수 있다(김시영, 2008).



### 3. 연명의료

외국의 경우 임종 과정에 있어서 당사자의 요구가 가장 우선적으로 고려되어야 하며, 연명의료가 피할 수 없는 죽음의 과정과 삶의 질을 높여주는 것이 아닌 단순한 죽음 과정의 지연이라는 지적이 대두되면서 좋은 죽음의 권리를 요구하게 되었다. 이에 연명의료의 시작과 중단 결정에 있어서 환자 본인의 요구와 선호도가 최우선적으로 반영될 수 있고, 자기 결정권을 존중할 수 있는 방법을 제도적으로 정립하기 위한 노력을 기울이고 있다(Sidhu, Dunkley, & Egan, 2007; Miyata, Shiraishi, & Kai, 2006; Volker, 2005).

말기 환자에 있어서의 자율성 및 인격존중, 죽음에 대한 정의, 사전 동의와 품위 있는 죽음을 선택 할 권리 등은 치료 중단, 안락사, 뇌사 및 장기이식, 심폐소생술 금지에 대한 결정과 같은 윤리적 딜레마에 봉착하였으며, 죽어가는 과정에서 경험하게 되는 의료수혜과정의 생명연장술 시행이 증가할수록 환자의 자기결정권과 삶의 질은 위협을 받게 되며 의료자원 분배의 효율성을 저하시켜 국민 의료비에 과중한 부담을 야기한다(Hur, 2001).

생명연장술 즉, 연명의료에 대한 성인의 주관적 태도를 분석한 연구에서는 총 4유형이 도출되었는데 자신의 삶과 죽음에 대하여 스스로의 자율성을 중요시하며 죽음에 직면하기 전에 생명연장술의 여부, 장기공여 및 이식에 관한 결정을 내리는 것이 좋다고 생각하는 형 '자율성 중시형', 죽음은 자연스러운 과정으로 인정해야 하지만 생명 연장술을 통해서 살 가능성이 있거나 젊은 사람인 경우 등 상황에 따라서 생명 연장술을 해야 한다고 생각하는 '회생가능성 중시형', 생명연장술은 가족과 본인에게 고통만 주는 것으로 인간은 편하고 깨끗한 죽음을 맞이할 권리가 있다고 생각하는 형 '거부형', 죽음을 삶의 자연스런 한 과정임과 동시에 삶은 가치 있는 것으로 마지막까지 생명을 연장하기 위한 노력을 기울이는 것을 긍정적으로 생각하는 형 '최선행형'으로 도출하였다. 생명연장술 태도에 관한 유형은 자율성 중시형, 회생가능성 중시형, 거부형, 최선행형의 4가지로 유형화되었다(최지은, 2007).

그러나 외국과 비교할 때 자기 결정권 및 가족 문화에 상당한 부분 차이가 있어 우리나라 사람들의 고유 특성을 이해하는 것이 필요하며, 외국에서 시행되고 있는 안락사, 사전선택제 등에 관한 사회적 합의가 필요하다. 그 후 정책적, 제도적 접근

이 필요할 것이다. 말기 환자의 죽음이 임박해서도 가족이 포기하지 않을 경우 의사의 52.3%가 가족의 의견을 따른다고 하였다(Choi, 1998). 또한 회복가능성이 없으며 스스로 판단하고 결정할 능력이 없는 상황에서 생명연장술을 시행하는 것에 대하여 반대 (80.2%)가 훨씬 많았으며, 자신의 임종과정 동안에 회복불능, 판단불능 상태에서 자신에게 생명연장술을 시행하기를 원하는 지에 대한 연구(Kim, Kim, & Lee, 2001) 결과에서도 74%가 원하지 않는 것으로 나타났다(Lee, Y., 2002).

## 4. 안락사

스위스에서는 오래전부터 자살을 비범죄화 하여 자살을 원하는 이의 비인간적인 정황을 이성적으로 극복할 수 있는 방안을 선택했다. 1937년 제정된 스위스 형법 115조는 조력 자살에 대하여 "이기적인 동기에 의하여 타인의 자살을 유도하거나 도운 사람은 5년 이하의 징역이나 벌금에 처한다."고 규정하고 있다. 여기에는 "엑시트"의 설립도 깊이 관계된 것으로 보인다. "엑시트"가 설립된 1982년 이후 스위스는 자살하는 이들의 외로움과 죄책감, 그리고 고통을 외면하던 사회에서 탈피하여 환자들이 자의적으로 존엄한 죽음을 선택할 경우 그 권리를 인정하고 돕는 독특한 사회의 성격을 가지게 되었기 때문이다(김장한, 2009).

취리히 대학의 연구(Fisher, Huber, Imhof, Furter, Ziegler, and Bosshard, 2009)에 의하면 지난 2001년부터 2004년까지 "엑시트"의 도움을 받아 죽음을 선택한 이들은 147명, "디그니타스"는 274명이었는데 이들 중에서 여성이 차지하는 비율은 약 65%였다. "엑시트"는 주로 내국인(97%)을 대상으로 조직을 운영했고, "디그니타스"는 외국인(91%)을 대상으로 조력 죽음을 시행한 것으로 나타났다. 스위스 형법의 느슨한 표현과 그 해석의 범위가 넓어 조력 안락사의 길을 너무 넓게 열어 놓았다는 비판도 일었지만, 법을 수정하거나 폐기하는 일은 국민들의 반대로 거의 불가능한 현실이다(Cook, 2015).

독일과 스위스는 매우 유사한 법 구조를 가지고 있는데, 독일은 스위스와 마찬가지로 독일형법 216조에서 "의도된 살인"을 명시적으로 금지하고 있다. 독일은 스위스와 마찬가지로 자살에 대하여 형법적 징벌을 하지 않는다. 다만 스위스와 다른 점은 자살하려는 이를 돕거나 방임하는 행위에 대해서 매우 명료한 금기로 간주하는 조항을 두고 있다. 즉 긴급 구호의 의무를 저버린 행위로서 형사적 처벌의 대상이 될 수 있다. 사안이 특별할 경우 드물지만 의사에 의한 조력 자살을 허용하는 사례도 있지만(Bosshard, 2008), 원칙적으로 의사조력 안락사는 불가능하다고 보아야 한다.

현재 독일 사회와 의회에서 논의되고 있는 안락사 관련 내용은 첫째, 안락사를 스위스처럼 상업화하여 조력 자살이나 죽음을 가능하게 하는 것을 금지하자는 법, 둘째, 의료인들의 전문가적 역할을 넓혀 조력 자살이 가능하게 하자는 법안, 셋째, 조력 자살을 지켜보는 사람이 긴급구호를 하지 않아도 기소되지 않는 법, 넷째, 명료

한 조건들을 밝혀 적극적 안락사에 면책을 줄 수 있는 법 등이다(Bejik, 2015). 여기서 반대의견도 존재하지만 전체적으로 볼 때 안락사와 의사조력 죽음에 대하여 긍정적 태도를 취하고 있으며, 가능한 법제화 하려는 움직임을 보이고 있다.

현대의 의사조력 죽음 논쟁은 인종, 효용, 우생학적 동기나 배타 민족주의에서 비롯된 것이 아니며, 의사조력 죽음의 허용 그 자체가 하나님의 생명 주권을 부정하거나 인간의 존엄성을 파괴하는 행위라고 규정하기 어려운 측면도 있다. 나치 시대의 안락사 프로그램이 범죄적 안락사(criminal euthanasia)라면 오늘날 우리가 논의해야 하는 안락사는 인간다움을 지키려는 안락사(humane euthanasia)라는 사실을 간과해서는 안 된다(박충구, 2015 ).

## 제 4절 사별가족

가족이란, 부부와 그 자녀로 구성되는 기본적인 사회집단이며 이익관계를 초월한 애정적 혈연 집단이다. 예외도 있으나 같은 장소에서 기거하고 취사하는 동거동재 집단이며, 정서적·정신적 유대와 공동체적 생활방식을 갖는 문화 집단이며, 양육과 사회화를 통하여 인격형성이 이루어지는 인간발달의 근원적 집단이다(유영주, 1993).

사별이란 '망치다, 흠치다, 잔인하게 박탈하다'라는 의미를 지니고 있으며, 죽음으로 인하여 사랑하는 사람과 이별하는 과정을 의미한다(Corr et al., 1997). cooley는 사별이란 죽음을 통해 누군가 의미 있는 사람을 상실한 상태라고 하였으며(cooley, 1992, strobe, 2001), 가족 구성원 어느 한사람이 사망한 상태를 의미하기도 한다(lindemann, 1994). 우리나라의 연구에서 사별이란 죽음을 경험하는 것처럼 단순한 사건이 아니라 가족이나 친구의 죽음을 경험하고 죽음 이후의 삶에 적응하는 과정을 포함하는 포괄적 개념으로 이해되기도 한다(이윤주, 2007). 그 일련의 과정을 애도를 겪는데, 가까운 사람의 죽음으로 인하여 슬픔을 경험하는 과정이다. 개인이 사별에 대하여 적응해 나가기 위해 경험하는 필수적인 작업이며 이는 고인과의 유대를 끊고 고인이 없는 환경에 다시 적응하면서 새로운 관계를 형성해 나가는 과정이다(lindemann, 1944).

사별에 대한 자연적이고 정상적인 반응인 슬픔은 사별로 인한 정서적 고통에서 오는 반응이지만, 슬픔은 사별에 대한 현실감을 인정하고 수용하며 이를 새로운 생활양식으로 통합하는 과정을 포함하고 있으며, 사별에 대한 효과적인 적응을 위한 필수적인 과정이다(Holloway, 1989). 사별경험자의 복합적 슬픔에 영향을 미치는 요인은 다양하다. 사회적 지지가 낮을수록 사별준비가 부족하고, 복합적 슬픔의 유형들과 관련이 있으며, 사별 후 대처 수준이 낮은 것으로 보고되었다(김소명, 2018). 또한 사별 후 대처가 부정적일수록 복합적 슬픔은 악화되고, 암환자의 말기치료의 질은 임종의 질과 사별준비 뿐 아니라 사별 후 적응에도 영향을 미치는 것으로 보고되고 있다(Gallagher R, 2013).

## 제 3장 연구방법

### 제 1절 Q-방법론

#### 1. Q-방법론의 이론적 배경

Q방법론은 인간의 주관적 행위를 객관적으로 연구하기 위한 방법으로 자아 이론과 concourse이론(Stephenson, 1986)을 배경으로 하고 있다. concourse란 한 문화 안에서 공유되는 의견이나 느낌의 총체로 메시지에 관한 사람들이 주관적으로 느낄 수 있는 모든 진술문이라고 할 수 있고 이런 진술문은 의견, 소망, 욕구 등의 자아 참조적(self-referent)인 주관적 진술로 표현된다(김흥규, 1996).

Q방법론은 개인의 주관적인 중요도 차이를 분석하여 다양한 내용들을 통합적으로 찾아낼 수 있다. 또한 실천적 유용성 측면에서 검토할 때 이론적 가설을 찾는 연구에서는 대개 그 결과들이 구체적으로 어떻게 적용되는지는 알 수 없어 실제 활용과는 거리를 두기 쉽다. 그러나 Q방법론을 통하여 통합체를 중심으로 각 개인의 주관적인 중요도를 요인분석 방법으로 분석하게 되면, 하나의 연구주제에 대한 생각뿐만 아니라 행동까지도 발견하게 된다(김흥규, 2008). 이는 연구주제에 대한 직접적인 개입을 가능하게 하며, 본 연구의 실천적 활용방안을 찾는 데에 기여할 수 있을 것이다.

전통적 방법론은 연구자가 정의한 바에 따라 결정되며, 연구 대상자는 연구자가 결정한 정의에 따라 행태와 태도를 결정한다. 즉, 연구자 외적 관점에서 이루어진다는 것이다. 반면 Q방법론은 연구 대상자의 자아참조(self-reference)에 따라 행태와 태도를 결정하며, 변수의 선형적 의미가 주어지지 않는다. 연구 대상자의 내적 관점에 따라 행태와 태도가 결정되는 특징을 갖고 있다. 전통적 방법론과 구분되는 Q방법론의 특징은 다음과 같다.

첫째, Q 방법론은 연구 대상자의 특정 주제 및 자극에 대한 주관적 의견이나 인식의 구조를 확인하는데 사용된다.

둘째, Q 방법론의 연구 대상은 거짓과 진실에 관한 것이 아니고, 주관적 견해 즉 좋고 나쁨, 선하고 악함 등의 주관적 성격을 띠고 있다.

셋째, Q 방법론은 소수의 대상, 때로는 1인의 대상에 대한 심층적인 연구에 사용된다.

이러한 특색을 감안하여 Q방법론을 이용한 연구에 있어서는 연구 대상의 선택에 각별히 신중해야 한다. 연구 주제와 관련하여 대표적인 사람들이 참여되도록 설계하는 것이 바람직하다.

## 2. 연구의 목적과 Q-방법론의 적용

본 연구의 일차적인 목적은 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 주관적 태도 유형을 살펴보는 것이다. 삶의 마지막 중재라는 현상에 대한 총체적인 반응은 주관적이고 단순한 부분의 합이 아니라 그 이상의 것을 포함한다. 따라서 기존의 양적 방법 -삶의 마지막 중재에 대한 조작적 정의를 하고 이에 대해 연구 대상자 간의 차이 분석- 과는 달리 삶의 마지막 중재 경험 안에 내제된 여러 가지 의미에 대한 개인 또는 연구대상 간의 주관적 중요도 차이를 분석하여 삶의 마지막 중재 경험에 대한 다양한 내용들을 통합적으로 찾아낼 수 있는 Q-방법론이 본 연구의 목적에 합당할 것으로 판단된다.

현상에 대한 인식과 태도는 나이, 성별 뿐 아니라, 개인이 속한 사회와 개인의 경험 등에 의해 다양하게 나타나는 현상으로, 긍정이나 부정으로 설명할 수 있는 단편적인 시각이라고 말하기 어렵다(정명실, 1997). 인식은 우리가 어떠한 사물이나 사람에 대한 태도를 결정할 때 영향을 미치는 요소로서, 좁은 의미로는 태도의 구성요소로 정의할 수 있으며, 넓은 의미로는 태도 그 자체로 보는 견해도 있다(이종남, 1995). 정보나 지식을 어떻게 인식하느냐에 따라 태도를 변화시킬 수 있으며 새로운 동기를 유발시킬 수 있다는 점에서, 인식 및 태도의 연구는 교육, 캠페인, 정책, 모델 개발의 전략을 세우는데 중요하다. 특히, 사별 경험 가족들이 삶의 마지막 중재에 대한 태도에서 어떠한 변화를 경험했는지 알아보며, 심층적인 파악을 위해서는 대상자 개개인이 가진 주관적인 태도를 알아볼 필요가 있다.

따라서 본 연구에서는 Q-방법론을 활용하여 대상자들의 진술 속에 드러난 의미가 무엇인지를 질적인 접근을 통해 심층적으로 파악 하고자 한다. 또한 Q-방법론은 개인의 주관성을 다루면서도 연구자의 주관이 개입되지 않아 객관화된 결과를 얻을 수 있다(김흥규, 2008).

## 제 2절 연구절차와 방법

본 연구의 연구 절차와 방법은 <그림-1>과 같다.

### <그림-1>연구의 절차 및 과정

#### I. Q표본의 구성

1. Q모집단(concourse)의 표집
  - 관련 문헌, 선행연구를 통한 진술문 추출
  - THOMSON의 SCHEMATA에 따른 심층면접 시행
  - 위의 두 가지 방법을 통해 총 진술문 수집
2. Q표본의 선정
  - Q 모집단을 범주로 분류
  - 각 범주에서 대표적이거나 상이한 의미의 Q진술문 선정
3. Q카드와 Q표본의 분포도 준비



#### II. 조사대상자(P표본)의 선정

1. 사별경험이 있는 가족 대상
2. 포함기준(inclusion)과 제외기준(exclusion)

##### 포함기준(inclusion)

- ▷ 의사표현이 가능하고 질문내용을
- ▷ 이해할 수 있으며 응답이 가능한자.
- ▷ 연구 참여에 동의한 자 20세 이상 70세 미만의 성인남녀
- ▷ 사별 경험으로부터 2년 이상 10년 이내
- ▷ 사별한 고인이 부모, 배우자, 자녀, 형제자매, 조부와 조모일 경우

##### 제외기준(exclusion)

- ▷ 미성년자
- ▷ 심장마비, 사고사, 자살 등의 급사인 경우
- ▷ 사별 경험으로부터 2년 이내 10년 이상일 경우





### III. Q표본 분류

1. 강제 정상분포방식에 따라 P표본에게 Q진술문을 본인이 생각하는 중요도에 따라 척도 상에 분류하도록 함.
2. 양 극단에 분류한 진술문과 관련하여 대상자와의 면접 시행



### IV. Q자료 처리 및 분석

1. QUANL PC프로그램에 맞는 data file작성
2. Q 요인분석
3. Q 모집단, Q요인분석 등을 통해 정신장애인 회복개념 구성요인 추출



### V. 사별경험 가족의 삶의 마지막 중재 태도에 대한 지향적 방향 제시

1. Q 요인을 통한 구체적인 개입방안 - 조사 대상자 중 대표적인 특성을 보이는 P 표본에 대한 심층면접 실시
  2. 위의 연구결과를 중심으로 사별경험 가족의 삶의 마지막 중재 태도에 대한 지향적 실천방향 제시
-

## 1. Q-표본의 선정(Q-sampling)

### 가. Q-모집단(Q-population) 표집

Q 모집단이란 Q 연구를 위해 수집된 항목의 집합체로서 한 문화 안에서 공유되는 의견의 총체(concourse)를 말한다(김흥규, 1992). Q-모집단을 구성하기 위하여 문헌 검토, 심층면접, 개방형 질문지를 이용한 방법 등이 있다. 본 연구에서는 연구자와의 1대 1 심층면접과 문헌검토를 통하여 자료 수집을 시행하였다.

#### (1) 문헌 검토를 통한 concourse 추출

Q 모집단을 추출하기 위해 문헌검토를 실시하여 1차적으로 보조 자료를 확보하였고, 심층면접을 통해 핵심적인 자료를 수집하였다. 진술문은 포화상태에 이를 때까지 진행되어야 하기 때문에 자료원을 다양화하거나 면담의 횟수를 거듭할수록 유리하다.

문헌 검토는 첫 번째로 학술논문과 학위논문에서 이루어졌다. 주로 안락사와 관련된 개념을 다룬 연구, 죽음의 의미와 태도, 생명윤리와 법, 삶의 마지막 종재에 대한 통계적 접근의 연구들이었으며, 대체적으로 의료인이나 말기암 환자, 호스피스 종사자 등을 대상으로 한 연구였다. 두 번째로 관련 서적, 신문기사, 인터넷 자료에서 다양한 관점이 포함되었다고 생각되는 문장을 포괄적으로 발췌하여 연구자 3인 이상이 모여 수정, 재수정 과정을 통하여 최종 포함 시켰다.

#### (2) 심층면접을 통한 concourse 추출

심층면접은 일정한 방향을 정하지 않은 채 중립적이며 심층적으로 면담을 진행하여 다양한 의견을 모을 수 있도록 했다. 따라서 무작위가 아닌 서로 다른 의견이 나올 수 있는 대상을 선정하여 심층 면접을 시행한다(김흥규, 2007). 이에 심층 면접을 진행하기 전 Thomson(1996)의 스키마타(Tompson, G, C, 1966)방식<sup>7)</sup>을 적용하여

7) 톰슨의 스키마타(Schemata)에서는 ‘의견’을 다음의 5개 집단에 의해 가장 잘 평가 될 수 있다고 주장했다. 1. 그 주제에 관해 특별히 흥미를 갖고 있는 사람 (Special interest), 2. 공정한 의견을 제시

면접 대상자를 선별하였다. 관련 주제에 대하여 상이한 수준의 흥미를 갖고 있는 사람으로부터 표집 할 경우 가장 포괄적으로 수집할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 통슨의 스키마타 기준에 따라 대상자 선정 및 특성별로 면접 질문을 설계하였다. 심층면접 소요시간은 최소 30분에서 최대 70분이었으며, 연구에 대한 구체적인 설명을 충분히 드린 후 심층면접을 진행하였다. 심층 면접을 시행하는 과정에서 연구자의 개인적 의견에 유도되는 것을 최대한 방지하기 위해 준비된 질문 내용 외에도 면접을 진행하면서 현장에서 나온 반응을 통해 추가적인 질문을 하여 보다 창의적이고 주관적인 의견이 나올 수 있도록 하였다. 또한 일방적인 인터뷰 형식 보다는 상호 논의하는 형식을 통해 좀 더 탐색적으로 인터뷰가 진행될 수 있도록 하였다. 면접 내용은 녹음하였고 녹음된 내용은 모두 필사하였다.

<표-1>THOMSON의 SCHEMATA에 따른 심층면접 대상자 특성의 면접 질문

분류	특별한 이해관계를 갖고 있는 사람
대상자	말기암, 뇌질환으로 사별 경험이 있는 대상자 2인
질문	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 사별은 귀하에게 어떤 의미를 남겼습니까?</li> <li>▷ 생명 종결 시 중요시 되는 결정 인자에는 무엇이 있습니까?</li> <li>▷ 내가 임종기에 있는 환자라면 어떤 죽음을 맞이하고 싶습니까?</li> <li>▷ 삶의 마지막 중재 방법으로 선택할 수 있는 기준이 있습니까?</li> <li>▷ 안락사에 대한 찬성, 반대 의견이 있으십니까?</li> <li>▷ 안락사에 대한 찬성, 반대의 기준은 무엇입니까?</li> </ul>
분류	공정한 의견을 줄 수 있는 사람
대상자	알츠하이머, 치매 등의 정신건강의학과 전문의 1인
질문	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 생명 종결 시 중요시 되는 결정 인자에는 무엇이 있습니까?</li> <li>▷ 임종기 환자 경험이 있으십니까?</li> <li>▷ 임종기 환자를 지켜볼 때 가장 안타까운 점은 무엇이었습니까?</li> </ul>

할 수 있는 사람 (judge, dispassionate interest), 3. 그 주제에 대해 권위가 있거나 전문가 (authorities, expert), 4. 일반적인 관심이 있는 사람 (class interest), 5. 그 주제에 관해 정보가 어렵거나 흥미가 없는 사람(uninformed, uninterested)등이다.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 임종기 환자와의 의료중재에서 가장 어려움 점은 무엇입니까?</li> <li>▷ 우리나라에서 삶의 마지막 중재방식에 대해 논의할 가치가 있다고 보십니까?</li> </ul>
분류	권위자나 전문가
대상자	관련 연구를 다수 수행한 경험이 있는 사회복지학과 교수 1인
질문	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 사별 경험이 삶의 마지막 중재에 미치는 영향요인은 무엇이라고 생각하십니까?</li> <li>▷ 생명 종결 시 중요시 되는 결정 인자에는 무엇입니까?</li> <li>▷ 안락사의 순기능적인 요인은 무엇이라고 생각하십니까?</li> <li>▷ 우리나라 문화에서 삶의 마지막 중재 방식에 대하여 논의할 때 어떠한 것을 고려해야 한다고 보십니까?</li> </ul>
분류	일반적인 관심이 있는 사람
대상자	관련 이슈에 대해 사람들과 논의한 경험이 있는 연구생 1인
질문	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 내가 만약 말기암 환자라면 어떻게 삶을 마무리하고 싶습니까?</li> <li>▷ 삶의 마지막 중재 방식에 대해서 이야기 나눌 때 주로 내용은 무엇이었습니까?</li> <li>▷ 삶의 마지막 중재 방식에 대한 논의가 과연 필요하다고 생각하십니까?</li> </ul>
분류	주제에 관해 어둡거나 흥미가 없는 사람
대상자	관련 이슈에 대해서 알지 못하고 관심이 없는 학생 2인
질문	<ul style="list-style-type: none"> <li>▷ 죽음에 대하여 생각해 본적 있습니까?</li> <li>▷ 내가 만약 곧 죽게 된다면, 삶의 마지막 중재에서 어떤 방법을 취하고 싶습니까?</li> <li>▷ 치명적인 부상으로 평생 일상생활에 어려움을 겪는 장애를 얻게 된다면 어떻게 하시겠습니까?</li> </ul>

## 나. Q-표본의 선정

Q-표본의 크기는 통계적인 것과 신뢰도, 편의성을 고려해 결정한다. 편의성을 고려해 결정하며, Q는 특정 항목에 대한 사람간의 차이보다는 한 개인 내에서 항목들의 중요성을 비교하는 방법이다. 여기에서 표본수를 너무 줄이면 차별적 요인들을 추출하기가 어려우며, 그들 간의 차이에 관해 유의미한 해석이 어려워 정보의 양이 줄어들게 된다. 반면, 너무 많은 표본의 수는 Q-표본의 신뢰도를 급격히 낮추므로, Q-표본의 크기는 항목 자체의 복잡성과 Q-sorter들의 능력이나 요구 등을 고려해서 결정할 수 있다. Q-표본의 수는 연구에 따라 달라지나 대개 40개에서 60개 정도가 보편적이다. 그러나 자극이 복잡한 경우라면 30개 이하로 줄여 적용가능하다.

문헌연구와 심층 면접을 통해 수집된 Q-모집단은 총 123개였다. 먼저 123개의 진술문들을 여러 차례 반복해서 읽으면서 삶의 마지막 중재에 관한 *concourse*를 중심으로 삶의 마지막 중재에 대한 경험, 가치, 신념, 태도에 관한 Q모집단을 이루는 진술문의 범주화를 시행하였다. 삶의 마지막 중재에 대한 *concourse*를 반복하여 읽고 주제별로 공통적인 의미나 가치를 지닌다고 생각되는 진술문끼리 합치는 범주화를 시행하였다.

첫 범주화 시행 후 총 29개의 소주제로 분류하였는데 여러 개의 진술문이 하나의 소주제로 묶이기도 하고 혹은 진술문이 단독으로 하나의 소주제를 이루기도 하였다. 이러한 작업을 다수 반복하면서 다른 문장이지만 의미에 차이가 없는 문항들은 중심이 되는 단어들을 취합하여 통합 혹은 삭제시켰다. 이 과정에서 Q-방법론을 여러 차례 연구한 경험이 있는 교수 및 연구자들에게 자문을 구하고 의견을 교환하면서 범주화의 주제와 내용이 타당한지 여부를 확인하였으며, 긍정적 문항, 부정적 문항, 중립적 문항의 수를 조정하였다.

그 결과 삶의 마지막 중재에 대한 진술문은 29가지의 범주로 구조화 되었다.

<표-2>삶의 마지막 중재에 대한 Q모집단 범주화 29가지

번호	범주	포함 진술문 수
1	통증 해방에 대한 희망	1
2	삶의 마지막 중재에 대한 자기결정권	4
3	삶의 종결에 대한 자율성	1
4	삶의 마지막 중재 활동에서의 경제적 부담	2
5	삶의 마지막 중재에서 사별 경험이 결정요인이 될 수 있음	3
6	단순한 생명 연장의 의미	1
7	가족 영향 요인	1
8	가족 부담	1
9	생명 종결에 대한 불편한 감정	2
10	죽음에 대한 생각	2
11	안락사 적극지지	1
12	임종 대비 활동	3
13	기적의 가능성	1
14	의료인의 임종 케어	1
15	의료인의 윤리적 의무	1
16	중증질환에 대한 우려	2
17	삶의 질을 고려한 삶의 마지막 중재	1
18	의료기술의 부정적 측면	1
19	생명에 대한 종교적 관점 요인	1
20	사후처리의 용이함	1
21	자연사에 대한 희망	1
22	죽음관	2
23	우리나라의 삶의 마지막 중재에 대한 문화	1
24	삶의 마지막 중재에 대한 불확실성	1
25	삶의 마지막 순간의 결정	1
26	삶의 마지막 중재에 대한 윤리적 측면	1
27	삶의 마지막 중재에서의 삶의 정리 중요성	1
28	자연스러운 죽음	1
29	죽음에 대한 교육의 중요성	1

Q표본의 표집 방법으로 각 주제별 범주를 가장 잘 대표한다고 생각되는 진술문을 연구자가 선택한 후 지도 교수의 도움을 얻어 선택된 진술문 중에서 자아 참조적인 최종 Q표본을 선택하는 방식으로 표집 하였다. 자아 참조적인 진술문은 사실에 관한 것이 아니라 응답자가 자신의 감정을 투사하는 그런 의견을 담고 있기 때문에 자아 참조적인 진술문을 선택했다. 각 범주에서 1-2개의 진술문을 추출하여 총 41개의 진술문이 선택됐다.

선택된 41개의 진술문을 카드에 기록한 후 부정 문항, 긍정 문항, 중립 문항의 균형을 파악하고, 문장의 가독성 및 이해도를 파악하기 위해 노인, 학생, 일반인, 의료인을 대상으로 Q분류하게 하여 예비 연구(pilot test)를 실시하였다. 예비 연구의 과정에서 3가지의 문항이 중의적이거나 잘 이해되지 않는다는 의견을 받고, 수정 작업을 거쳐 최종 Q표본 진술문으로 포함 시켰다.

본 연구에서 사용된 Q표본 진술문은 다음과 같다.

<표-3>최종 Q진술문 41문항

번호	진술문
1	생명 단축의 위험이 있더라도 통증조절이 가능 하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.
2	내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거 할 것이다.
3	지금 건강하더라도 언제 죽을지 모르기 때문에 연명치료를 할 것인지 중단할 것인지 미리 밝혀두어야 한다.
4	내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.
5	무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은 짓이다.
6	가까운 곳에서 임종을 지켜보고(사별의 경험으로) 나의 죽음에 관한 태도가 바뀌었다.
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.
8	살 수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 큰 상처다.
9	호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.
10	내가 죽을 때쯤에 우리나라에서 안락사가 허용되었으면 좋겠다.
11	기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.
12	고통 없이 편안한 죽음을 선택하게 돕는 것도 의료라고 본다.
13	환자가 장애를 갖거나 비참한 삶을 살게 되더라도 살려내는 것이 의료인의 의무다.
14	오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못 견딜 것 같다.

15	무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고 싶을 만큼 괴로운 신체장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야 한다.
16	내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.
17	나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다.
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.
19	사후처리가 용이한 병원에서 숨을 거두고 싶다.
20	나는 집에서 편안한 죽음을 맞이하고 싶다.
21	죽음은 새로운 시작이다.
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.
23	사별을 경험하고 인생의 힘든 일에 관대해졌다.
24	죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.
25	사별경험 이후 삶의 마지막 중재에 대해서 생각해볼 필요성을 느꼈다.
26	가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.
27	임종 전 삶의 마지막을 정리할 시간은 필수다.
28	스트레스를 감안해서 중한 질병에 걸렸다면 모르고 죽는 게 낫다.
29	의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.
30	죽음을 준비하는 것과 죽음을 받아들이는 것은 별개다.
31	생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.
32	우리나라는 죽음에 대해서 말하는 것을 다들 불편해한다.
33	살고 싶은지 그만하고 싶은지 내 속마음을 나도 모를 것 같다.
34	죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.
35	윤리적으로 볼 때 인간의 생명은 어떻게든 지켜야 한다.
36	나는 건강할 때 임종 이후 장례계획에 대해 자세히 정하고 싶다.
37	병 들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람직하다.
38	임종 전 삶의 정리하지 못하고 눈을 감는 다는 것은 불행한 일이다.
39	병에 걸리면 죽어가는 것이 순리이므로, 이를 거스르려 한다면 고통만 더 해진다.
40	어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.
41	치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.



## 2. P-표본의 선정(P-sampling)

P표본은 실제 Q분류에 참여하는 대상자를 의미한다. Q방법론은 개인 간의 차이(inter-individual differences)가 아니라 개인 내의 의미상의 차이(intra-individual difference in significance)에 주목하기 때문에 P표본의 수에 제한을 받지 않는다.

Q방법론을 이용한 포괄적 연구는 P표본의 수가 50명 미만의 수준을 의미한다. 이론적으로 50명 미만의 표본도 무작위로 추출할 필요가 없으나, P표본들이 연구 주제와 관련하여 포괄적이면 연구의 질을 제고하는데 도움이 된다. 또한 Q연구의 목적은 표본의 특성으로부터 모집단의 특성을 추론하는 것이 아니기 때문에 P표본의 선정도 확률적 표집방법을 따르지 않는다(강진숙, 2010).

따라서 본 연구에서는 소표본의 원칙을 전제로 하여 사별 경험 가족 28명을 선정하였다. P표본으로 선정된 28명의 대상자는 성별, 나이, 결혼여부, 종교, 직업, 소득, 사별인과의 관계, 병명, 연명의료여부, 사별한 날로부터의 기간 등을 고려하여 편의표본 추출하였다. 이와 같은 기준을 적용하여 총 28명으로 구성된 P표본을 선정하였다.

P표본의 성별은 여성 19명, 남성 9명이었다. 종교를 갖고 있는 사람은 28명 중 10명이었으며 이들 중 6명만이 의사결정에 종교의 영향을 받는다고 응답했다. 또한 직업형태는 직장인, 학생, 무직 순으로 직장인이 20명으로 가장 많았다. 전체 28명 중 15명이 암으로 사별하였으며, 사별 기간은 최장 9년, 최단 2년으로 전체 대상자의 평균은 5.2년으로 나타났다.

선정된 P표본은 다음과 같다.

<표-4> 최종 선정된 28명의 P표본 목록

	sex	age	married	종교	영향	직업	관계	병명	LST	기간
1	F	58	여	-	-	공무원	부친	암	O	8년
2	F	25	미혼	-	-	학생	조부	암	X	5년
3	M	25	미혼	-	-	학생	조모	치매	X	3년
4	M	27	미혼	기독교	N	학생	조모	심장 질환	X	5년

5	F	59	기혼	-	-	요양 보호사	모친	폐질환	X	8년
6	F	59	여	기독교	Y	사회 복지사	배우자	암	O	2년
7	F	66	기혼	기독교	N	간호사	부친, 모친	암	O	6년
8	F	53	기혼	기독교	Y	간호사	부친	신부전증	X	8년
9	F	50	기혼	-	-	간호조무 사	형제	심장 질환	X	3년
10	F	51	기혼	-	-	행정직	부친	암	O	2년
11	F	50	기혼	-	-	자영업	부친	암	X	5년
12	M	41	기혼	-	-	사무직	부친	암	X	4년
13	M	45	기혼	-	-	공무원	부친, 모친	폐질환	X	9년
14	F	45	기혼	-	-	간호 조무사	부친	암	X	5년
15	F	57	기혼	불교	Y	어린이집	모친	암	O	3년
16	F	50	기혼	불교	Y	-	부친	암	O	6년
17	F	52	여	불교	Y	사회 복지사	부친	뇌질환	X	6년
18	M	54	여	-	-	공무원	부친	암	X	8년
19	M	25	미혼	-	-	학생	조모	심장질환	O	5년
20	M	25	미혼	-	-	학생	조모	뇌질환	O	2년
21	M	62	기혼	-	-	교직	모친	노환	X	2년
22	F	46	기혼	기독교	Y	간호사	조모,조 부	노환	X	9년
23	F	23	미혼	-	-	학생	조부	뇌질환	X	5년
24	F	23	미혼	-	-	학생	조부,조 부	암	X	7년
25	F	23	미혼	불교	N	학생	조모	폐질환	O	4년
26	M	55	기혼	-	-	시설 관리	부친	폐암	O	2년
27	F	42	기혼	기독교	N	행정직	모친	유방암	X	8년
28	F	26	미혼	-	-	사회 복지사	조부	통풍	O	2년

### 3. Q-표본 분류(Q-sorting)과정과 방법

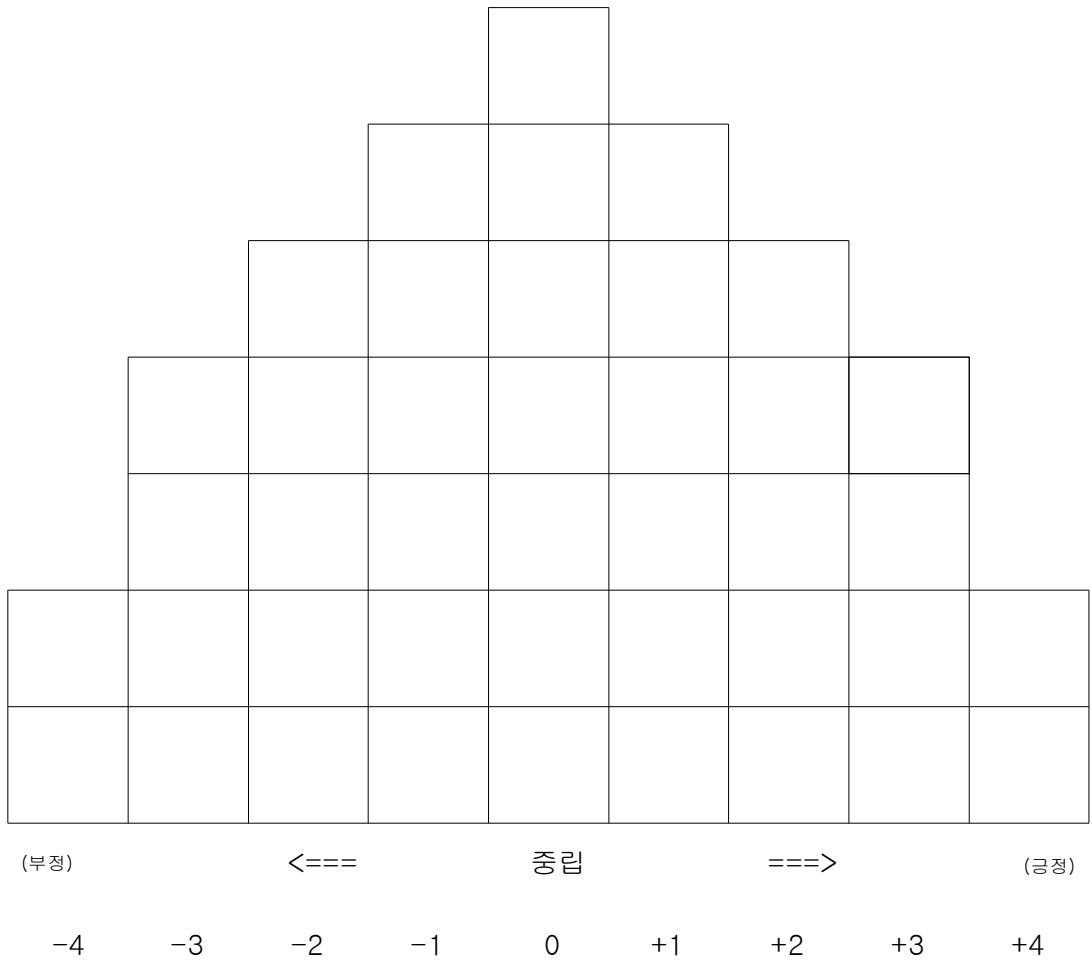
Q방법은 응답자 스스로가 진술문을 비교하여 순서를 정함으로써 이를 모형화 시키고 결국 그의 주관성을 스스로 표현해 가는 것으로 응답자 스스로 그들의 의견과 의미를 만들어 가는 조작적 정의의 개념을 채택하는 방법이다(Stephenson, 1986). Q분류 과정은 P표본으로 선정된 사람들이 Q표본으로 선정된 Q진술문을 강제 분포 방법으로 분류하게 함으로써 사별 경험 가족의 각각 개인의 가치에 맞게 분류할 수 있도록 돕는 것이다.

Q분류 과정은 Q방법론의 일반적 분류 원칙에 따라 41개의 진술문을 먼저 읽고 우선 긍정적으로 느끼는 진술문은 오른쪽에, 반대하는 진술문은 왼쪽에, 긍정도 부정도 아닌 중립적인 진술문은 가운데에 분류하도록 했다.

같은 방법으로 부정하는 진술문 중에서 가장 부정하는 것은 맨 왼쪽 끝(-4)에 2장을 두고, 차츰 안쪽으로 분류해 나가도록 하고 긍정하는 것은 맨 오른쪽 끝(+4)에 놓게 함으로써 중립 부분을 마무리 하도록 했다.

양극에 높은 진술문 즉, 가장 찬성하는 진술문 2개와(+4, +4), 가장 반대하는 진술문 2개(-4, -4)에 대해서 그 진술문을 선택한 이유를 확인하기 위하여 설문지에 의견을 자유롭게 서술하도록 하였고, 필요시 추가 면접을 진행하여 그 내용은 기록지에 따로 기입하였다. 대상자 한 사람이 Q분류를 완료하는 데 소요된 시간은 최소 30분에서 최대 50분이었다.

<그림-2>0-표본의 분포



#### 4. 자료 처리 및 분석방법

분류된 자료를 컴퓨터 프로그램 자료 파일(data file)로 입력하였고 자료코딩 방법은 QUANL Program 을 사용하였다. 분류된 41개의 항목에 1에서 9까지의 점수를 주어 입력한 후 41개의 항목별 평균, 표준편차, 표준점수를 구하였다. 다시 41개의 항목을 P표본을 축으로 하는 주요인분석방법(Principle component analysis)을 이용하여 요인분석을 하였다. 최적의 요인수를 결정하기 위하여 요인수를 3과 4로 나누어 각각 입력시켰으며 요인수를 3으로 입력시켜 산출한 결과를 최종적으로 선택하였다. 산출한 결과 중에서 아이겐 값(Eigen Value)이 1.00 이상이면서, 상관관계를 고려하여 각 유형의 고유성이 인정될 수 있는 것으로 볼 수 있으며 이에 따라 최종적으로 4개의 요인수를 선정하였고 각 유형을 분석한 후 명명하였다. 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도를 분석하기 위해 P표본으로 표집된 28명에 대한 조사가 완료된 후 수집된 자료를 점수화하여 가장 부정하는 경우(-4)를 1점으로 시작하여 2점 (-3), 3점 (-2), 4점 (-1), 중립 5점 (0), 6점 (+1), 7점 (+2), 8점 (+3), 그리고 가장 긍정하는 경우 (+4)에 9점을 부여하여 점수화 했다.

<표-5>분포별 점수 및 진술문 수

구분	내용								
분포	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4
점수	1	2	3	4	5	6	7	8	9
진술문 수	2	4	5	6	7	6	5	4	2

여기서 ‘인자가중치(factor weight)’는 각 유형에 속한 응답자들의 설명력을 의미한다. 즉 각 유형별로 제시된 개인별 가중치가 높게 나타날수록 그 유형의 설명력은 높은 것으로 해석할 수 있다.

## 제 4장 연구결과

### 1. Q-유형의 형성

QUANL program을 이용해 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도를 분석하였다. Q유형은 삶의 마지막 중재에 대하여 비슷한 진술문을 선택한 대상자끼리 유형을 이루게 되며 각각의 유형은 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도를 반영하여 유형을 파악하고 그 특성을 설명하고 이해하게 한다.

<표-6>유형별 Eigen value와 변량

	Type1	Type2	Type3	Type4
Eigenvalue	8.0802	2.6770	2.2225	2.0719
Variance	.2886	.0956	.0794	.0740
Cumulative	.2886	.3842	.4636	.5376

분석을 실시할 때 최적의 요인수를 결정하기 위하여 요인수를 3, 4, 5로 나누어 산출하였고, 그 결과 각 유형의 고유성이 인정될 수 있는 아이겐 값(Eigenvalue)과 상관관계를 고려하여 4개의 요인수를 선택하였다.

4개의 유형은 전체 변량의 53.8%를 설명하고 있으며 제 1유형의 설명력은 28.8%, 제 2유형은 9.5%, 제 3유형은 7.9%, 제 4유형은 7.4%였다. 이때 제 4유형에 적재된 Q 소트 중 약 28.8%가 반대 극에 적재되어 있어 이것을 하나의 요인으로 독립시켜 최종적으로 5개의 유형으로 나누어 분석하였다.

제 1유형은 28.8%의 설명력을 가지므로 사별경험가족의 삶의 마지막 중재에 대한 유형을 가장 많이 설명하는 유형으로 볼 수 있다<표-6 참고>.

<표-7>은 다섯가지 유형간의 상관관계를 나타내며, 유형 간 상관관계가 낮은 것으로 나타났다. 조사 대상자의 구성을 보면 제 1유형이 10명, 제 2유형이 7명, 제 3유형이 5명, 제 4유형이 3명, 제 5유형이 3명으로 구성되며 각 유형 내에서 인자 가중치가 높은 사람일수록 그가 속한 유형에 있어서 전형적 혹은 이상적임을 나타낸다 <표-8 참고>.

<표-7>유형간의 상관관계

	Type1	Type2	Type3	Type4	Type5
Type1	1.000	.360	.523	.336	-.347
		1.000	.288	.225	-.085
			1.000	.495	-.248
				1.000	-.642
					1.000

<표-8>P-표본의 유형별 인자 가중치 (factor weight)

유형	연구대상자 번호	인자가중치
1	16	1.6183
	17	1.5730
	18	1.2118
	15	1.1624
	11	.8122
	14	.7872
	4	.7516
	27	.7030
	24	.5353
	3	.4640
2	12	2.6973
	8	1.2689
	22	1.1358
	6	.8050
	1	.5961
	13	.5658
	7	.3986
3	19	1.3374
	2	1.2275
	23	1.1675
	25	1.0823
	21	.9545
4	5	.9918
	9	.9513
	20	.9420
5	28	1.5222
	26	1.5094
	10	.5588

## 2. 삶의 마지막 중재에 대한 사별경험 가족의 태도유형 및 결과분석

사별 경험가족의 삶의 마지막 중재에 대한 태도를 분석, 기술하기 위해 우선 각 유형이 강한 찬성과 반대를 많이 한 진술 항목을 중심으로 특히 표준 점수(Z-score)가  $+1.00$  이상인 항목을 중심으로 비교함으로써 각 진술문의 조합과 전체적인 패턴을 찾아내고자 노력하였다. 그리고 다른 유형과의 차이점과 유사성을 비교하고 대상자들이 Q 분류 시 양 극단의 진술문에 대해 찬성 또는 반대하는 이유에 대해 면접한 내용과 각 유형의 인구 사회학적 특성을 참조로 분석하고 기술하였다.

### 가. 제 1유형: 계획적, 연명치료 거부형

제 1유형으로 분류된 대상자는 총 10명으로 여성 8명, 남성 2명이었으며, 이중 7명은 암으로 사별하였으며, 평균 사별 기간은 5년 6개월이었다. 또한 임종 과정에서 7명의 대상자가 연명치료 중단을 선택하였다고 응답했다<표-9 참고>.

<표-9>제 1유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

번호	인자가중치	성별	연령	결혼	종교	직업	관계	병명	LST 여부	기간
16	1.6183	여	50	기혼	불교	무	부	암	유	6년
17	1.5730	여	52	여	불교	유	부	뇌질환	무	6년
18	1.2118	남	54	여	-	유	부친	암	무	8년
15	1.1624	여	57	기혼	불교	유	모친	암	유	3년
11	.8122	여	50	기혼	-	유	부친	암	무	5년
14	.7872	여	45	기혼	-	유	부친	암	무	5년
4	.7516	남	27	미혼	기독교	무	조모	심장질환	무	5년
27	.7030	여	42	기혼	기독교	유	모친	암	무	8년
24	.5353	여	23	미혼	-	무	조모 조부	암	무	7년
3	.4640	남	25	미혼	-	무	조모	치매	무	3년

제 1유형에 속한 대상자들이 긍정적 동의를 보인 진술문은 Q37=병들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람직하다.(Z score 1.71)이었고, 그 다음은 Q18=완치가 불



분명 하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.(Z score 1.50), Q12=고통 없이 편안한 죽음을 선택하게 돕는 것도 의료라고 본다.(Z score 1.45), Q27=임종 전 삶의 마지막을 정리할 시간을 필수다.(Z score 1.45), Q25=사별경험 이후 삶의 마지막 중재에 대해서 생각해볼 필요성을 느꼈다.(Z score 1.26) 등의 순으로 나타났다.

반면 제 1유형의 대상자들이 부정적 동의를 보인 진술문은 Q7=기계에 의해 생명 연장 될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.(Z score -2.10), Q17=나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다.(Z score -1.69), Q29=의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.(Z score -1.59), Q31=생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.(Z score -1.54), Q8=살 수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 상처다.(Z score -1.35) 등의 순으로 나타났다. <표-10 참고>.

이런 점에서 볼 때 삶의 마지막 중재에 있어서 사별경험이 제 1유형에 속한 대상자들에게 영향을 미쳤으며 그로인하여 죽음관, 단순 생명 연장의 의미, 의료인의 임종케어, 임종대비활동 등에 영향을 미친 것으로 나타났다. 무의미한 생명연장에 대한 긍정적 측면을 보고 이를 적극 지지하고, 의술이 생명종결에 사용되는 것에도 긍정적으로 지각하고 있다.

<표-10>계획적, 연명치료 거부형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	높거나 낮게 동의한 진술문	표준점수 (Z-score)
37	병들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람직하다.	1.50
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.	1.45
12	고통 없이 편안한 죽음을 선택하게 돕는 것도 의료라고 본다.	1.45
25	사별경험 이후 삶의 마지막 중재에 대해서 생각해볼 필요성을 느꼈다.	1.26
2	내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할 것이다.	1.26
3	지금 건강하더라도 언제 죽을지 모르기 때문에 연명치료를 할것인지 중단할 것인지 미리 밝혀두어야 한다.	1.23
24	죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.	1.12

8	살수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 큰 상처다.	-1.35
31	생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.	-1.54
29	의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.	-1.59
17	나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다	-1.69
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.	-2.10

제 1유형의 특성을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 것이 이 유형의 표준점수와 나머지 유형의 표준 점수와의 차이가 크게 나타난 진술 항목을 보여 주는 것이고 이런 진술문은 다른 어떤 유형에서 보다 이 유형에 속한 대상자들이 강한 찬성과 강한 반대를 나타낸 항목들로 제 1유형에 속한 대상자의 삶의 마지막 중재에 대한 주관성의 특성을 명확하게 보여준다.

제 1유형은 다른 유형들과 비교할 때 다른 유형에 비해 긍정적 동의를 높게 보인 항목은 Q=40 어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야한다.(견해차이 1.768), Q=12 고통없이 편안한 죽음을 선택하게 돕는 것도 의료라고 본다.(견해차이 1.419), Q=1 생명 단축의 위험이 있더라도 통증조절이 가능하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.(견해차이 1.352), Q=37 병들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람직하다.(견해차이 1.167), Q=10 내가 죽을 때쯤엔 우리나라에서 안락사가 허용되었으면 좋겠다.(견해차이 1.162), Q24= 죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.(견해차이 1.056)이었다.

즉, 이 유형은 다른 유형보다 삶의 마지막 중재에 있어서 죽음에 대한 교육과 더불어 개개인의 독립된 죽음관을 갖는 것이 중요성을 강조하였다. 타 유형에 비해 적극적인 통증조절이나, 생명종결에 쓰이는 의술, 안락사에도 긍정적인 태도를 보이는 것으로 나타났으며, 이는 개개인의 독특한 사별경험으로 영향을 미친 것으로 보인다.

제 1유형이 다른 유형과 비교해서 반대 의견을 높게 보인 항목은 Q=8 살 수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 못할 짓이다.(견해차이 =1.063), Q30=죽음을 준비하는 것과 죽음을 받아들이는 것은 별개다.(견해차이 -1.402), Q17=나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다.(견해차이 -1.333), Q7=기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.(견해차이 -1.194)이었다.

즉 이 유형은, 삶의 마지막 중재 결정에 있어서 가족들에게 의미가 있다고 해서

생명연장에도 의미가 있는 것은 아니며, 자기 자신의 결정권이 가장 중요하고, 평소  
 에 죽음 관에 대한 확신을 가지고 죽음을 준비한다면 죽음을 받아들이는 것도 어려  
 운 일이 아닐 것이라고 생각하고 있는 것으로 나타났다. 또한 고통이 뒤따르는 중한  
 질병에 걸렸다면 삶을 조기 마감하는 것도 하나의 방법이며, 특히 무의미한 연명치  
 료에 대해서는 부정적인 반응을 보였다.

<표-11>계획적, 연명치료 거부형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

항목 번호	높거나 낮게 동의한 진술문	1유형의 표준점 수	다른 유형의 평균 표준 점수	차이
40	어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.	.840	-.928	1.768
12	고통 없이 편안한 죽음을 선택하게 돕는 것도 의료라고 본다.	1.454	.036	1.419
1	생명 단축의 위험이 있더라도 통증조절이 가능 하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.	.425	-.927	1.352
37	병들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람 직하다.	1.706	.540	1.167
10	내가 죽을 때쯤엔 우리나라에서 안락사가 허 용되었으면 좋겠다.	.862	-.300	1.162
24	죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취 하고 싶다.	1.117	.061	1.056
23	사별을 경험하고 인생의 힘든 일에 관대해졌 다.	-.882	.173	-1.054
36	나는 건강할 때 임종 이후 장례계획에 대해 자 세히 정하고 싶다.	-.610	.513	-1.123
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶 은 의미있다.	-2.101	-.907	-1.194
17	나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다.	-1.691	-.359	-1.333
30	죽음을 준비하는 것과 죽음을 받아들이는 것은 별개다.	-.978	.424	-1.402
8	살수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중 단하는 것은 가족들에게 큰 상처다.	-1.353	.710	-2.063

이러한 제 1유형의 특성을 좀 더 부각시켜 보여주기 위하여 이 유형의 대표성을 지닌 대상자들을 중심으로 Q-분류 후 가장 찬성한 진술문들과 가장 반대한 진술문들을 선택한 이유를 면담한 결과를 제시하면 다음과 같다<표-11 참고>.

가장 높은 인자가중치(factor weight) 1.5325을 보인 대상자는 50세 여성으로 부친을 암으로 6년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재와 관련되어 진술한 내용은 “기계에 의한 연명치료는 아무 의미가 없다고 생각한다. 만약 내가 연명치료를 받고 의식 없이 누워있다면 내 존재 자체가 가족에게 아픔과 고통뿐이지 않을까 싶다. 많은 사람들이 연명치료를 지속하는 것이 가족들에게는 그나마 다행이라고 하지만, 자신의 선택이 결여된 무의미한 연명치료는 당연히 의미가 없을 것이다.” 라고 하였으며, “생명이라는 것은 내가 주체이고 나 자신의 문제이지 그 사이에 절대자는 없다고 본다. 살아가며 많은 힘든 일이 있어도 절대자가 살려주고 있다고 느낀 적 없다. 나이 먹고 종교를 가져보려고 절에 다니지만, 특히 생명 결정에 있어서는 나 자신만이 존재한다고 생각한다. 생명 종결에 대한 선택이 있어서 본인이 계획적으로 의사를 밝혀두어야 한다고 생각한다. 의향서를 작성하던지 아니면 주변 사람들에게 자주 말해주는 것이 필요하다. 그래야 내가 의식이 없는 상태가 되면 가족들이 결정하는 과정에서 마음 부담감이 없지 않을까 싶다. 아버지가 돌아가실 때도 연명치료에 관해서 고민을 많이 한 경험이 있다.” 고 하였다.

인자가중치 (factor weight) 1.5730을 보인 대상자는 52세 여성으로 부친을 뇌질환으로 6년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재와 관련되어 진술한 내용은 “기계로 생명을 연장하는 것 자체가 참 모순되었다고 생각한다. 병원에서 회복가능성이 거의 없는 생명 연장의 수단으로 치료를 지속하는 것은 부질없는 짓이다. 만약 환자 본인의 의사가 반영된 연명치료라면 그 나름대로의 의미가 있겠지만, 그게 아니라면 의미가 없다고 본다.” 라고 하였으며, “삶은 생과 사 모두 하나로 이루어져 있기 때문에 죽음에 대한 교육은 조기교육일수록 좋을 것 같다. 죽음에 대한 생각이 깊어질수록 삶에 대한 의미를 찾게 되고 스스로 도움을 받는 부분이 분명히 있다고 생각한다. 또 주위를 보면 갑자기 사고로 죽거나 질병에 걸려 죽는 경우가 많다. 우리 아버지도 그랬다. 삶을 열심히 살아야 한다는 마음이 들고, 어떻게든 계획적으로 이행해야하는 부분이라고 생각한다.” 라고 응답하였다.

추가 면담을 분석한 결과 절대자라든가 무의미한 연명치료로 지속되는 생명을 부정했고 생명과 관련된 모든 것들은 자기 자신의 결정이 가장 중요하다는 것을 알 수

있었다. 또한 장애를 갖거나 비참한 삶을 살게 되어 안락사를 시행하고자 할 때 본인의 의지가 확고하다면 가능케 해야 하며, 의료인 또한 환자의 의사를 고려하여야 한다고 말했다.

이상과 같은 자료를 볼 때 제 1유형은 연명의료중단에 대해서는 적극적으로 지지하고 안락사 제도는 사회적으로 받아들일 수 있는 지침이 필요하다고 지적한다. 이 때 본인의 의사가 존중된 ‘자기결정권’을 중시하였으며, 생명 종결에 있어서 죽음 관, 죽음 준비교육 등을 철저히 하여 환자의 삶의 질을 위해 철저히 준비된 죽음 계획이 확립되어야 한다는 특성을 가졌다.

이런 점에서 제 1유형은 **계획적, 연명치료거부형**으로 명명하였다.

## 나. 제 2유형: 필연적, 임종준비형

제 2유형으로 분류된 대상자는 총 7명으로 여성 5명, 남성 2명이었으며, 이중 4명은 암으로 사별하였으며, 평균 사별 기간은 6년 5개월이었다. 또한 임종 과정에서 4명의 대상자가 연명치료중단을 선택하였다고 응답했다<표-12 참고>.

<표-12>제 2유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

번호	인자가중치	성별	연령	결혼	종교	직업	관계	병명	LST 여부	기간
12	2.6973	남	41	기혼	-	유	부친	암	X	4년
8	1.2689	여	53	기혼	기독교	유	부친	만성신부전증	X	8년
22	1.1358	여	46	기혼	기독교	유	조모 조부	노환	X	9년
6	.8050	여	59	여	기독교	유	배우 자	암	O	2년
1	.5961	여	58	여	-	유	부친	암	O	8년
13	.5658	남	45	기혼	-	유	부친 모친	폐질환	X	9년
7	.3986	여	66	기혼	기독교	유	부친 모친	암	O	6년

제 2유형에 속한 대상자들이 긍정적인 동의를 보인 진술문은 Q3=지금 건강하더라도 언제 죽을지 모르기 때문에 연명치료를 할 것인지 중단할 것인지 미리 의사를 밝혀야한다.(Z score 1.95), Q2= 내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할 것이다.(Z score 1.79), Q36=나는 건강할 때 임종 이후 장례계획에 대해 자세히 정하고 싶다.(Z score 1.61), Q38=임종 전 삶을 정리하지 못하고 눈을 감는 것은 불행한 일이다.(Z score 1.28), Q18=완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.(Z score 1.27) 등의 순으로 나타났다.

반면 제 2유형의 대상자들이 부정적 동의를 보인 진술문은 Q22=인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.(Z score -2.06), Q9=호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.(Z score -1.87), Q7=기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.(Z score -1.66), Q15=무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고 싶을 만큼 괴로운

신체장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야 한다.(Z score -1.47). Q1=생명 단축의 위험이 있더라도 통증 조절이 가능하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.(Z score -1.42) 등의 순으로 나타났다.

이런 점에서 볼 때 삶의 마지막 중재 방법에 있어서 장례계획, 사전연명의료의향서 작성, 무의미한 연명치료 중단, 임종 전 삶의 마지막 정리 등을 중요시 생각한 것으로 나타났다. 또한 내일 당장 죽을 수도 있다는 생각으로 삶을 살아야 하며, 죽음은 자연스럽게 흐르는 것이라고 지각하고 있다.

<표-13> 필연적, 임종준비형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	높거나 낮게 동의한 진술문	표준점수 (Z-score)
3	지금 건강하더라도 언제 죽을지 모르기 때문에 연명치료를 할 것인지 중단할 것인지 미리 밝혀두어야 한다.	1.95
2	내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할것이다.	1.79
36	나는 건강할 때 임종 이후 장례계획에 대해 자세히 정하고 싶다.	1.61
38	임종 전 삶의 정리하지 못하고 눈을 감는 다는 것은 불행한 일이다.	1.28
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.	1.27
27	임종 전 삶의 마지막을 정리할 시간은 필수다.	1.20
5	무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은것이다.	1.15
25	사별경험 이후 삶의 마지막 중재에 대해서 생각해볼 필요성을 느꼈다.	1.08
16	내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.	1.04
33	살고 싶은지 그만하고 싶은지 내 속마음을 나도 모를 것 같다.	-1.02
34	죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.	-1.09
40	어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.	-1.16
17	나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다	-1.33
1	생명 단축의 위험이 있더라도 통증조절이 가능 하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.	-1.42
15	무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고싶을 만큼 괴로운 신체장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야 한다.	-1.47
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.	-1.66

9	호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.	-1.87
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.	-2.06

제 2유형은 다른 유형과 비교할 때 다른 유형에 비해 긍정적인 동의를 높게 보인 항목은 Q36=나는 건강할 때 임종 이후 장례계획에 대해 자세히 정하고 싶다.(견해차이 1.649), Q3=지금 건강하더라도 언제 죽을지 모르기 때문에 연명치료를 할 것인지 중단할 것인지 미리 밝혀두어야 한다.(견해차이 1.488), Q5=무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은 짓이다.(견해차이 1.487), Q2=내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거 할 것이다.(견해차이 1.361), Q16=내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.(견해차이 1.115), Q21=죽음은 새로운 시작이다(견해차이 1.258)였다.

즉, 이 유형은 삶의 마지막 중재에 있어서 임종을 앞두고 있다면 사전연명의료의향서를 작성하고, 장례계획에 대하여 소상히 정해두는 것이 무엇보다 중요하여, 무의미한 연명치료에 대해서는 부정적으로 생각하고 특히 무의미한 치료에 돈은 경제적으로도 사회적으로도 낭비라고 생각하는 것으로 나타났다.

제 2유형이 다른 유형과 비교해서 반대 의견을 높게 보인 항목은 Q22=인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.(견해차이 -2.691), Q4=내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.(견해차이 =1.648), Q9=호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.(견해차이 -1.610), Q15=무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고 싶을 만큼 괴로운 신체장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야 한다.(견해차이 -1.136)였다.

즉, 이 유형은 죽음은 자연스럽게 흐르는 것이기 때문에 명을 다했다면 죽는 것이 맞고, 무의미한 연명치료는 경제적으로 낭비라고 생각한다. 또한 적극적 안락사에 대해서는 극 부정하는 것으로 나타났는데 이는 인간에게는 생명을 선택할 권리가 없고, 통제 가능한 죽음이라는 것에 대해 의문을 제기하는 것으로 나타났다.

제 2유형은 현재 시행되고 있는 연명의료중단에 대해서는 사전연명의료의향서를 통해 의사를 밝히고, 더 나아가 장례계획에 대해서도 소상히 정해두는 것이 필요하다고 생각하고 있다. 반면 안락사에 대해서는 부정적인 태도를 보였는데, 생명 결정권에 대해서는 자기 결정에 따른 것이 아니라고 보며, 특히 신체장애를 갖게 된 경우의 안락사에도 부정적인 반응을 보였다.



<표-14> 필연적, 임종준비형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

항목 번호	높거나 낮게 동의한 진술문	2유형의 표준점 수	다른 유형의 평균 표준 점수	차이
36	나는 건강할 때 임종 이후 장례계획에 대해 자세히 정하고 싶다.	1.608	-.042	1.649
3	지금 건강하더라도 언제 죽을지 모르기 때문에 연명치료를 할것인지 중단할 것이지 미리 밝혀두어야 한다.	1.953	.466	1.488
5	무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은짓이다.	1.153	-.335	1.487
2	내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할것이다.	1.795	.434	1.361
21	죽음은 새로운 시작이다.	.333	-.925	1.258
16	내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.	1.044	-.071	1.115
31	생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.	.262	-.838	1.100
15	무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고싶을 만큼 괴로운 신체장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야한다.	-1.467	-.331	-1.136
9	호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.	-1.874	-.263	-1.610
4	내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.	-.685	.964	-1.648
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.	-2.060	-2.691	.631

가장 높은 인자가중치 2.6973을 보인 대상자는 41세 남성으로 부친과 모친을 암으로 6년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 종재에 관련되어 진술한 내용은 “죽음이나 생명은 누구에게나 소중함으로 안락사를 선택한다면 자살이나 타살이 늘어날 것이다. 또한 언젠가 누구나 맞이하는 죽음에 대해 연명치료에 대한 결정을 필수라고 보고, 혼자 생각할 것이 아니라 주변인에게 알려 미리 준비하는 것이 필요하다고 생각한다. 특히 내가 죽었다고 간주했을 때 장례에 대해서는 자세히 계획을 세워두는 것이 필요하다. 우리나라 장례문화는 너무나 정형화 되어 있다. 간소화가 필요하다고 생각하고, 남은 가족들을 위해서도 그렇게 해야 하는 것이 맞다.” 라고 했으며 “주변의

지인과 철저히 준비된 마지막을 맞이하고 싶다. 준비없는 죽음은 주변인에게 고통을 줄 뿐이다.” 고 했다.

인자가중치 1.2689를 보인 대상자는 53세 여성으로 부친을 만성신부전증으로 8년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재에 관련되어 진술한 내용은 “죽음은 어떻게 삶을 살아가야할지 안내하는 단어이다, 삶과 죽음은 늘 함께 공존한다. 죽음은 어느날 갑자기 찾아올 수도 있어 사전에 계획을 세워두는 것이 필요하고, 가까운 가족에게 미리 의사를 밝히는 것이 중요하다고 생각한다. 아버지의 죽음을 가까이서 지켜보고 슬픔을 많이 겪었다. 보고 느낀 점은 자연의 섭리를 거스르고 싶지 않다는 것이었다.” 고 했다.

인자가중치 1.1358을 보인 대상자는 46세 여성으로 조부모를 노환으로 9년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재에 관련되어 진술한 내용은 “태어나는 것도 인간의 의지가 아니었듯 죽음도 인간에게 결정권이 있다고 생각하지 않는다. 죽음은 항상 우리의 눈앞에 다가와 있는 일이므로 죽기 싫어 생각하기 싫은 것이 아니라 죽음 자체의 결정권이 나에게 없으므로 생각하지 않으려 할 뿐이다. 다만, 하루를 살아도 행복하게 살고, 남아있는 가족을 위해서 죽음과 관련된 계획을 자세히 정해두고 가고 싶다.” 고 했다.

추가면접을 분석한 결과 2유형의 대상자들은 삶의 마지막 중재에 있어서 삶을 정리하는 것이 중요한 것으로 나타났다. 죽음은 멀리 있는 것이 아니며 생명에 대하여 인간이 관여하는 것을 반대하는 것으로 나타났으며, 선한 의도를 가졌어도 생명을 종결 짓는 안락사와 같은 행위는 악한 것으로 보았다.

위에서 보는 바와 같이 제 2유형은 의료는 사람을 살리는 것이고, 생명에 대한 권한은 자신에게 없으며, 죽음에 대한 계획 즉, 장례계획이나, 치료계획 등에 대하여 자세히 밝혀두어야 한다고 생각하였다.

이런 점에서 제 2유형을 필연적, 임종준비형으로 명명하였다.

## 다. 제 3유형: 주도적, 삶의 정리형

제 3유형으로 분류된 대상자는 총 5명으로 여성3명, 남성 2명이었으며, 이 중 1명은 암으로 사별하였으며 그 외 4인은 심장질환, 뇌질환, 폐질환, 노환으로 사망하였다고 응답하였다. 평균 사별 기간은 4년 2개월이었다. 또한 임종 과정에서 3명의 대상자가 연명치료 중단을 선택하였다고 응답했다.

<표-15>제 3유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

번호	인자가중치	성별	연령	결혼	종교	직업	관계	병명	LST 여부	기간
19	1.3374	남	25	미혼	-	무	조모	심장 질환	유	5년
2	1.2275	여	25	미혼	-	무	조부	암	무	5년
23	1.1675	여	23	미혼	-	무	조부	뇌질환	무	5년
25	1.0823	여	23	미혼	불교	무	조모	폐질환	유	4년
21	.9545	남	62	기혼	-	유	모친	노환	무	2년

제 3유형에 속한 대상자들이 긍정적인 동의를 보인 진술문은 Q14=오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못 견딜 것 같다.(Z score 1.68), Q=22 인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.(Z score 1.50), Q=18 완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.(Z score 1.48), Q=38 임종 전 삶을 정리하지 못하고 눈을 감는다는 것은 불행한 일이다.(Z score 1.35), Q=27 임종 전 삶을 정리할 시간은 필수다.(Z score 1.32) 등의 순으로 나타났다.

반면 제 3유형의 대상자들이 부정적 동의를 보인 진술문은 Q=29 의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.(Z score -1.91), Q=31 생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.(Z score -1.84), Q=21 죽음은 새로운 시작이다.(Z score -1.69), Q7=기계에 의해 생명이 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.(Z score -1.56), Q39=병에 걸리면 죽어가는 것이 순리이므로, 이를 거스르려 한다면 고통만 더 해질 뿐이다.(Z score -1.39) 등의 순으로 나타났다.

제 3유형의 특성은 삶의 마지막 중재 결정에서 병상생활의 두려움, 완치불능의 가능성을 두고 개인의 삶의 질이나 인생 가치에 대한 의미가 결여될 경우 안락사를

고려할 수 있다고 하였다. 그러나 의료가 발달하는 시대는 삶의 의욕이 있는 사람들에게는 이로운 것으로 지각하였다. 또한 삶의 마지막은 제 3자의 개입 없이 환자 자신이 결정할 수 있는 선택사항이기 때문에 치료를 지속하기보다 평생 하고 싶었던 일들을 하며 생을 마감하고자 하였다.

<표-16>주도적, 삶의 정리형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	높거나 낮게 동의한 진술문	표준점수 (Z-score)
14	오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못견딜 것 같다.	1.68
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.	1.50
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.	1.48
38	임종 전 삶의 정리하지 못하고 눈을 감는 다는 것은 불행한 일이다.	1.35
27	임종 전 삶의 마지막을 정리할 시간은 필수다.	1.32
4	내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.	1.29
8	살수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 큰 상처다.	1.23
34	죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.	-1.09
26	가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.	-1.17
40	어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.	-1.19
39	병에 걸리면 죽어가는 것이 순리이므로, 이를 거스르려 한다면 고통만 더해진다.	-1.39
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.	-1.56
21	죽음은 새로운 시작이다.	-1.69
31	생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.	-1.84
29	의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.	-1.91

제 3유형을 다른 유형과 비교할 때 다른 유형에 비해 긍정적인 동의를 높게 보인 진술문은 Q22= 인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.(견해차이 1.752), Q33= 살고 싶은지 그만하고 싶은지 내 속마음을 나도 모를 것 같다.(견해차이 1.411)였다.

즉, 이 유형은 안락사에 대하여 극 찬성하며, 죽음은 개인의 권리라고 생각하는 유형이다. 다만 삶의 가치가 낮기 때문에 죽음을 선택하는 것이라면 이것에 대한 판단은 오직 본인만이 할 수 있고, 정말 죽음의 순간이 앞에 있다면 망설여질 수도 있을 것 같다고 생각하는 특성을 보였다.

반면 제 3유형이 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문은 Q31=생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.(견해차이 -1.528), Q29=의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.(견해차이-1.486), Q39=병에 걸리면 죽어가는 것이 순리이므로, 이를 거스르려 한다면 고통만 더 해진다.(견해차이 -1.373), Q21=죽음은 새로운 시작이다.(견해차이-1.268), Q28=스트레스를 감안해서 중한 질병에 걸렸다면 모르고 죽는 게 낫다.(견해차이-1.047)였다.

즉, 이 유형은 생명에 대한 선택은 개인의 고유의 가치에 따라 하는 것이 맞으며, 병에 걸리면 죽어가는 것이 순리가 아니라 선택 가능하게 하는 것이 맞다고 본다. 이에 중한 질병에 걸렸다면 알권리에 따라 본인이 알 수 있도록 해야 하며, 죽음은 시작이 아니라 끝으로 보며, 내세는 없다고 보는 유형이다. 그리고 환자의 의견을 존중하려는 선한 의도를 가지고 안락사가 시행된다면 윤리적으로 문제된다고 볼 수 없고, 안락사를 긍정적으로 평가하는 것으로 보여 진다.

<표-17>주도적, 삶의 정리형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

항목 번호	높거나 낮게 동의한 진술문	3유형의 표준점 수	다른 유형의 평균 표준 점수	차이
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.	1.495	-.257	1.752
33	살고 싶은지 그만하고 싶은지 내 속마음을 나도 모를 것 같다.	.903	-.508	1.411
28	스트레스를 감안해서 중한 질병에 걸렸다면 모르고 죽는게 낫다.	-.946	.101	-1.047
21	죽음은 새로운 시작이다.	-1.688	-.420	-1.268
39	병에 걸리면 죽어가는 것이 순리이므로, 이를 거스르려 한다면 고통만 더해진다.	-1.392	-.019	-1.373

29	의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.	-1.914	-.428	-1.486
31	생명이라는 것은 절대자 외에는 그 누구도 거둘 수 없다.	-1.840	-.312	-1.528

가장 높은 인자가중치 1.3374를 보인 대상자는 25세 남성으로 조모를 심장질환으로 5년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재에 관해 “마지막 순간에 병원에서 치료를 받기보다는 남은 시간동안 내가 하고 싶었던 일을 하고 후회 없이 시간을 보내는 것만이 현생 생에서의 미련이 덜 남을 것 같다. 또한 나의 삶을 내가 선택할 수 없다면 너무 불행하다고 생각한다. 죽음이라는 마지막 순간에는 내가 선택할 권리가 있으며, 그것만이 가장 적절한 방법이다. 죽음은 새로운 시작은 아니라고 본다. 내세는 없으며 죽음보다는 현재와 앞으로의 미래를 위해 더 노력하는 것이 좋은 것 같다.” 라고 하였다.

인자가중치 1.2275를 보인 대상자는 25세 여성으로 조부를 암으로 5년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재에 관해 “내가 더 이상 살 수 없다고 생각이 들면 내 몸을 혹사시키지 않고, 바람직한 임종을 위해 그저 편안한 마음으로 맞이하고 싶다. 그냥 빨리 죽고 싶다는 생각이 들 정도로 아픈 몸이라면, 가족들을 위한 최소한의 것만 해놓고 떠나고 싶다. 내가 원하는 죽음은 한마디로 통제 가능한 죽음이다.” 라고 하였다.

인자가중치 1.1675를 보인 대상자는 23세 여성으로 조부를 뇌질환으로 2년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재에 관해 “죽음을 선택하는 것은 환자 당사자의 선택이고 힘들기 때문에 포기하고 싶어 하는 것 일수도 있다. 행복하지 않은 삶을 사는 것 보다 현재 죽음을 선택하는 것이 더 행복하다면 당연하게 그렇게 해야 한다고 생각한다. 마지막을 사랑하는 사람과 준비하지 못하고 맞닥뜨리게 된다면 당사자도 슬프겠지만, 남아있는 사람이 그 뒷정리를 한다면 그것 보다 슬픈 일은 없을 것이다. 따라서 삶의 마지막 정리는 꼭 필요하다고 생각하고, 마지막 모습이 가장 사랑하는 사람에게 오래 기억되고 어떤 사람은 상처로 평생 남기 때문에 마지막 중재에 대해서는 무조건 필요하다고 생각한다.” 라고 하였다.

이상과 같은 자료를 분석할 때 제 3유형은 자율적으로 자신의 생명의 종결에 대한 선택권을 가지고 있고 자율적으로 죽음을 선택하는 것은 문제가 없다고 본다. 환자의 삶의 질을 고려했을 때 더 나은 방법이 될 수 있다면 고려되어야 한다고 본다.

또한 삶의 가치가 낮아지는 요인이 질병이라면 삶의 의미가 없으므로 정신적인 죽음과 육체적인 죽음의 형태를 인간이 자유롭게 선택할 수 있어야 한다고 보는 것으로 나타났다.

이런 의미에서 제 3유형은 주도적, 삶의 정리형이라 명명하였다.

## 라. 제 4유형: 회피적, 자기결정형

제 4유형으로 분류된 대상자는 총 3인으로 여성 2명, 남성 1명이었으며, 폐질환, 심장질환, 뇌질환으로 사망하였다고 응답했다. 평균 사별 기간은 4년 3개월이었다. 또한 임종 과정에서 2명의 대상자가 연명치료 중단을 선택하였다고 응답했다.

<표-18>제 4유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

번호	인자가중치	성별	연령	결혼	종교	직업	관계	병명	LST 여부	기간
5	.9918	여	59	기혼	-	유	모친	폐질환	무	8년
9	.9513	여	50	기혼	-	유	형제	심장질환	무	3년
20	.9420	남	25	미혼	-	무	조모	뇌질환	유	2년

제 4유형에 속한 대상자들이 긍정적인 동의를 보인 진술문은 Q4=내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.(Z score 2.27), Q14=오랫동안 병상생활 하는 것은 나라면 못 견딜 것 같다.(Z score 1.87), Q22=인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.(Z score 1.45), Q41=치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 것도 이해가 간다.(Z score 1.26). Q26=가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.(Z score 1.24) 등의 순으로 나타났다.

반면 제 4유형의 대상자들이 부정적 동의를 보인 진술문은 Q16= 내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.(Z score -1.85) Q40= 어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.(Z score -1.68), Q7=기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.(Z score -1.66), Q11=기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.(Z score -1.47), Q9=호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.(Z score -1.43), Q1=생명 단축의 위험이 있더라도 통증 조절이 가능 하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.(Z score -1.25), Q13=환자가 장애를 갖거나 비참한 삶을 살게 되더라도 살려내는 것이 의료인의 의무다.(Z score -1.25), Q21=죽음은 새로운 시작이다.(Z score -1.25) Q34=죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.(Z score -1.00) 등의 순으로 나타났다.

이런 점에서 볼 때 삶의 마지막 중재 방법에 있어서 내가 통제 가능한 죽음을 희망하고, 병상생활에 대한 두려움, 중한 질병에 걸렸을 때 지출될 경제적 비용, 가족



에게 폐가 될 나의 생존을 우려하는 것으로 보인다. 또한 당장의 삶의 의미를 보고 사는 것이지 내일 당장 죽을 수도 있다는 생각으로 사는 것은 아니며, 어릴 때부터 시행하는 죽음교육에 대해서는 부정적인 반응을 보였다.

<표-19> 회피적, 자기결정형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	높게 동의한 진술문	표준점수 (Z-score)
4	내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.	2.27
14	오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못견딜 것 같다.	1.87
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.	1.45
41	치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.	1.26
26	가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.	1.24
2	내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할것이다.	1.22
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.	1.04
24	죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.	1.02
34	죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.	-1.00
21	죽음은 새로운 시작이다.	-1.25
13	환자가 장애를 갖거나 비참한 삶을 살게 되더라도 살려내는 것이 의무다.	-1.25
1	생명 단축의 위험이 있더라도 통증조절이 가능하다면 어떤 수단이든 쓸 것이다.	-1.25
9	호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.	-1.43
11	기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.	-1.47
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.	-1.66
40	어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.	-1.68
16	내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.	-1.85

제 4유형이 다른 유형과 비교할 때 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문은 Q4=내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.(견해차이2.050), Q26=가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.(견해차이2.025), Q41=치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.(견해차이1.687), Q14=오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못 견딜 것 같다.(견해차이1.533)였다.

즉, 이 유형은 나의 생존으로 인해 가족이나, 다른 사람들에게 폐가되거나, 경제적인 부분에서 치료비 지출 부담, 오랜 병상생활의 두려움 등으로 통제 가능한 죽음을 희망하는 것으로 보여 진다.

반면 다른 유형과 비교할 때 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문은 Q16=내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.(견해차이-2.508), Q11=기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.(견해차이-1.759), Q40=어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.(견해차이-1.376), Q37=병들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람직하다.(견해차이-1.244), Q38=임종 전 삶의 정리하지 못하고 눈을 감는 것은 불행한 일이다.(견해차이-1.206)였다.

즉, 이 유형은 당장 내일 죽을 수도 있다는 생각으로 사는 것은 아니라고 보며, 중한 질병에 걸렸을 때 기적은 없다고 본다. 또한 어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 하는 것은 시기상조이며, 나만의 죽음관을 갖는 것에 대하여 부정적으로 생각한다. 또한 임종 전 삶의 정리 필요성에 대하여 크게 반응하지 않았다.

<표-20>회피적, 자기결정형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

항목 번호	높거나 낮게 동의한 진술문	3유형의 표준점수	다른 유형의 평균 표준점수	차이
4	내가 통제 가능한 죽음이었으면 좋겠다.	2.274	.224	2.050
26	가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.	1.244	-.781	2.025

41	치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.	1.261	-.426	1.687
14	오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못 견딜 것 같다.	1.866	.333	1.533
15	무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고싶을 만큼 괴로운 신체장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야 한다.	.417	-.802	1.219
13	환자가 장애를 갖거나 비참한 삶을 살게 되더라도 살려내는 것이 의료인의 의무다.	-1.255	-.215	-1.039
38	임종 전 삶의 정리하지 못하고 눈을 감는다는 것은 불행한 일이다.	-.389	.817	-1.206
37	병들기 전에 나만의 죽음관을 갖는 것이 바람직하다.	-.223	1.022	-1.244
40	어릴 때부터 죽음에 대한 교육을 해야 한다.	-1.675	-.299	-1.376
11	기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안된다.	-1.470	.289	-1.759
16	내일 죽을 수도 있다는 생각으로 살아야 한다.	-1.855	.653	-2.508

가장 높은 가중치 .9918을 보인 대상자는 59세 여성으로 모친을 폐질환으로 8년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재와 관련되어 진술한 내용은 “어릴 때는 앞으로 살아가는 것에 대해서 가르쳐야 한다고 본다. 인생에 힘든 일이 얼마나 많은데 그런 것들을 가르치기에도 짧은 시간 아닌가. 어릴 때부터 죽음 교육을 하는 것은 어린나 이부터 큰 공포감을 심어주는 것과 다를 바 없다. 또한 중한 질병에 걸렸다면 그건 이미 기적을 바랄 상황은 아니라고 본다. 따라서 아프면 빨리 죽는 것을 기다리지 치료할 의미가 없다고 본다.” 라고 하였다. 또한 “병원에 가면 죽고 싶어도 못 죽는 것이 현실이다. 우리 엄마도 곧 돌아가실 참 이었는데 중환자실에 데려가 2-3일 과잉진료를 견디다 못해 돌아가셨다. 그 바람에 가족들이 부담해야하는 정신적인 부담이 컸다. 힘들게 계시다 돌아가신 것을 보며 나는 저렇게 안 죽어야지 생각했다. 하지만 그렇게 맘은 먹었지만 실상 생각하기 싫은 것 중에 하나이다.” 였다.

인자 가중치 .9513을 보인 대상자는 50세 여성으로 친오빠를 심장질환으로 3년 전에 보냈으며, 삶의 마지막 중재와 관련되어 진술한 내용은 “어릴 때부터 죽음을 이야기 한다는 것은 아이 정서에 좋지 않을 것 같다. 충격 그 자체 일 것 같다. 내 아

들도 어릴 때 전쟁 나서 부모가 죽거나, 100살 되면 죽느냐며 누가 알려주지 않아도 죽음이라는 것에 대해 자각하기 시작했다. 확실히 죽음은 아이들이 받아들이기에 무서운 일 일 것이다.” 였다. 또한 “나는 어느 순간이 되면 연명치료 하지 않고 싶다. 그렇지만 그걸 선택하는 것 자체가 내가 인생을 포기하고, 가족들이 지켜보는 가운데 그런 결단을 내리기가 쉽지는 않을 것 같다. 그 때가 되 봐야 알겠지만 고통을 참아가며 연명을 한다는 것이 그리 쉬운 일은 아닐 것 같다. 특히 안락사도 우리나라에서 시행되었으면 하지만, 꼭 다른 방법이 아니라 의사가 옆에서 좋은 죽음을 맞이할 수 있도록 약물을 주입해줬으면 좋겠다. 내가 주체가 되어 약물을 주입해야 한다면 어느 순간에 망설여 질수도 있을 것 같다.” 였다.

이상과 같은 자료를 볼 때 제 4유형은 죽음에 대한 교육을 물론 죽음관을 갖는 것에 대해서도 의문을 가졌으며, 연명의료중단, 안락사에 대하여 일부 찬성하는 태도를 보였다. 지금 당장은 죽음이라는 것이 크게 중요한 사안으로 와 닿지 않고, 상황에 따라 어떻게 할지 결정할 수 있으리라 보는 유형이다. 이러한 이유로 장례계획에 대한 생각과, 삶의 정리에 대한 필요성을 느끼지 못하고, 지금 당장은 중요한 문제로 생각하지 않는 것으로 보인다.

이런 점에서 **제 4유형은 회피적, 자기결정형**이라 명명하였다.

## 마. 제 5유형:윤리적, 생명중시형

제 5유형으로 분류된 대상자는 총 3인으로 여성 2인, 남성 1명이었으며, 이중 2명은 암으로 사별하였다고 응답하였다. 평균 사별 기간은 2년이였다. 또한 임종 과정에서 연명치료중단을 선택한 대상자는 없었다.

<표-21>제 5유형의 인구사회학적 특성과 인자 가중치

번호	인자가중치	성별	연령	결혼	종교	직업	관계	병명	LST 여부	기간
28	1.5222	여	26	미혼	-	유	조부	통풍	유	2년
26	1.5094	남	55	기혼	-	유	부친	폐암	유	2년
10	.5588	여	51	기혼	-	유	부친	암	유	2년

제 5유형에 속한 대상자들이 긍정적인 동의를 보인 진술문은 Q11=기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.(Z score 1.85), Q8=살 수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 큰 상처다.(Z score 1.79), Q7=기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.(Z score 1.26), Q9=호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.(Z score 1.26) 등의 순으로 나타났다.

반면 제 5유형의 대상자들이 부정적 동의를 보인 진술문은 Q26=가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.(Z score -2.10), Q41=치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 것도 이해가 간다.(Z score -1.76), Q18=완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.(Z score -1.63), Q5=무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은 짓이다.(Z score -1.63), Q15=무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고 싶을 만큼 괴로운 신체 장애를 갖게 된 경우에도 안락사는 고려되어야 한다.(Z score -1.42) 등의 순으로 나타났다.

이런 점에서 볼 때 기적의 가능성으로 치료를 포기해서는 안 되며, 질병의 고통으로 치료를 중단하는 것은 가족들에게 큰 상처가 된다고 본다. 따라서 가족에게 의미가 있다면 단순한 연명치료에 의한 생명연장도 지속되어야 하며, 이는 가족들에게 폐가 되는 일이 아니라 오히려 소중한 순간임을 나타냈다. 또한 생명은 존귀한 것이므로 생명을 지키는데 쓰이는 경제적 비용은 낭비가 아니며, 신체장애를 가진 사람들의 안락사는 절대 반대하는 것으로 나타났다.

<표-22>윤리적, 생명중시형의 긍정적 동의와 부정적 동의를 보인 진술문

항목번호	높게 동의한 진술문	표준점수 (Z-score)
11	기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.	1.85
8	살수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단 하는 것은 가족들에게 큰 상처다.	1.79
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.	1.26
9	호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.	1.26
29	의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.	1.23
23	사별을 경험하고 인생의 힘든 일에 관대해졌다.	1.12
25	사별경험 이후 삶의 마지막 중재에 대해서 생각 해볼 필요성을 느꼈다.	1.03
14	오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못견딜 것 같다.	-1.01
22	인간에게는 자신의 죽음을 선택할 권리가 있다.	-1.03
24	죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.	-1.19
2	내가 소생활 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할것이다.	-1.35
15	무릇 죽을 병 뿐만 아니라 죽고싶을 만큼 괴로운 신체장애를 갖게된 경우에도 안락사는 고려 되어야 한다.	-1.42
5	무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은짓이다.	-1.63
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.	-1.63
41	치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.	-1.76
26	가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.	-2.10

제 5유형이 다른 유형과 비교할 때 다른 유형에 비해 높게 동의한 진술문은 Q7=기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미 있다.(견해차이 3.009), Q29=의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.(견해차이 2.442), Q11=기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안 된다.(견해차이 2.397), Q9=호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.(견해차이2.305), Q34=죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.(견해차이1.910), Q8=살 수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에게 큰 상처다.(견해차이1.860), Q17=나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다.(견해차이1.521)였다.

즉 이 유형은, 단순히 기계로만 연명하는 생명도 의미가 있으며, 기적의 가능성으로 끝까지 치료에 임해야 한다고 생각한다. 또한 질병에 따르는 고통으로 치료중단을 선택한다면 가족에게 큰 상처이며, 좋은 죽음은 없으므로 호상이라는 말에 대해서도 부정적으로 나타났다. 이는 죽음에 대한 두려움과 공포심으로 나타는 특징으로 보인다.

반면 다른 유형과 비교할 때 다른 유형에 비해 낮게 동의한 진술문은 Q18=완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.(견해차이-2.952), Q2=내가 소생할 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거 할 것이다.(견해차이=2.572), Q26=가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.(견해차이 -2.161), Q41=치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.(견해차이-2.092), Q14=오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못 견딜 것 같다.(견해차이-2.060), Q5=무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은 짓이다. (견해차이-1.988), Q24=죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.(견해차이-1.830)였다.

즉 이 유형은, 소생가능성이 불분명 하더라도 치료를 지속해야하며, 최소한의 가능성에 기대를 걸고 유지 장치 제거는 안 된다고 본다. 또한 삶을 지속하는 것은 가족이나 다른 사람들에게 폐가 되는 일이 아니라 당연한 것이라고 보며, 치료가 가능하다면 돈을 들여서라도 끝까지 치료를 해야 한다고 본다.

<표-23>윤리적, 생명중시형이 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

항목 번호	높거나 낮게 동의한 진술문	3유형의 표준점 수	다른 유형의 평균 표준 점수	차이
7	기계에 의해 생명 연장될지라도 그 자체로 삶은 의미있다.	1.261	-1.748	3.009
29	의료가 발달한 시대에 사는 것은 인간이 죽음을 선택하게 하므로 오히려 비극이다.	1.229	-1.213	2.442
11	기적이 있을 수 있으므로 치료를 포기해서는 안된다.	1.855	-.542	2.397
9	호상이라는 것은 애초에 잘못된 말이다.	1.259	-1.046	2.305
34	죽음의 순간을 내가 결정하고 싶지 않다.	.913	-.996	1.910
8	살수 있음에도 자신의 고통 때문에 치료를 중단하는 것은 가족들에 큰 상처다.	1.785	-.074	1.860
17	나 자신의 죽음에 대해서는 생각하기도 싫다	.592	-.929	1.521
23	사별을 경험하고 인생의 힘든 일에 관대해졌다.	1.122	-.328	1.451
13	환자가 장애를 갖거나 비참한 삶을 살게 되더라도 살려내는 것이 의	.693	-.702	1.395
20	나는 집에서 편안한 죽음을 맞이하고 싶다.	-.821	.495	-1.316
24	죽음 말기의 순간에 추해지기 전에 조치를 취하고 싶다.	-1.192	.638	-1.830
5	무의미한 치료에 돈을 쓰는 것은 바보 같은짓이다.	-1.627	.361	-1.988
14	오랫동안 병상생활을 하는 것은 나라면 못견딜 것 같다.	-1.008	1.052	-2.060
41	치료를 위해 모든 재산을 탕진해야 한다면, 경제적 이유로 치료를 포기하는 사람도 이해가 간다.	-1.762	.330	-2.092
26	가족이나, 다른 사람들에게 내 생존이 폐가 된다면 죽는 것이 낫다.	-2.105	.056	-2.161
2	내가 소생활 가능성이 낮다면 생명 유지 장치를 제거할것이다.	-1.351	1.220	-2.572
18	완치가 불분명하다면 치료를 하기 보다는 하고 싶었던 일을 하겠다.	-1.627	1.325	-2.952



가장 높은 가중치 1.522를 보인 대상자는 26세 여성으로 조부를 통풍으로 2년 전 보냈으며, 삶의 마지막 중재와 관련되어 진술한 내용은 “똥 밭에 굴러도 이승이 낫다는 말이 있지 않은가. 죽는 것이 낫다는 말은 없는 것 같다. 내가 죽을 병에 걸려 가족들에게 한없이 죄스러울지라도 그게 폐가 될 것이라고는 생각 안한다. 가족들은 당연히 내 생존을 바랄 것이다. 조부를 보낼 때도 내 마음이 그랬다. 어릴 때 손으로 키워주신 분이래 보내드릴 때 참 힘들었다. 제일 고민 했던 것이 경제적인 부분인데, 손녀된 도리로써 최대한의 치료를 해서라도 연명을 원했다. 물론 부담이 안되는 것은 아니지만 그 때 당시의 마음이 그랬다. 우리나라에서 더 해주어야 할 부분이 바로 이것이라고 본다.” 였다. 또한 “기적은 인간이 가장 절박할 때 쓰는 말이다. 다른 것도 아니고 인간 생명이니 당연히 기적이 있다고 생각한다. 또 극한 상황에서도 살아나는 사람들이 많다. 본인 의지라면 기계를 달고 있어도 그 안에서 끊임없이 일어나고자 할 것이다. 자신만의 싸움을 하고 있을 텐데 가족들의 동의하에 기계를 떼버리는 것은 못할 짓이다.” 였다.

인자가중치 1.5094를 보인 대상자는 55세 남성으로 부친을 암으로 2년 전 보냈으며, 삶의 마지막 중재와 관련되어 진술한 내용은 “안락사가 말이 쉽지, 정말 허용된다면 발로 개미 놀러 죽이듯이 사람의 생명도 꼭 그렇게 될 것이다. 우리 아버지는 자기가 살아 있는 것이 폐가 된다고 생각했다. 본인은 미안해서였겠지만, 자식 된 도리로 지켜보는 것이 한없이 죄스럽고 힘들었다. 생사에서 폐라는 것은 없는 말이다.” 였다. 또한 “물론 본인 의사가 가장 중요하다는 것은 당연하다. 그러나 조금이라도 더 살 수 있는데 치료를 중단하는 것은 마치 가족들에게 큰 돌덩어리를 하나씩 쥐어주는 것과 같다. 또 의료가 발달해서 예기치 못한 사고로 크게 다친 사람들이 소생하는 것은 우리 의료발전에 있어서 매우 순기능이라고 본다. 그러나 요금과 같이 연명의료 중단과 같은 것들은 어쩔 수 없으면 죽는 것이지만 ‘중단’ 이라는 말이 참.. 죽음을 내가 선택하고 가족들의 몫으로 넘기는 것 같다.” 였다.

이상과 같은 자료를 볼 때 제 5유형은 의료기술이 급속히 발전하고 어떤 기적이 있을 수도 있으므로 현재 소생불가능하다는 진단을 받았더라도 기적은 존재하기 때문에 지속적인 치료의 필요성을 강구했다. 또한 장기적인 치료로 발생하는 경제적 부담은 단순한 생명 연장만으로도 가족들에게는 의미가 있으므로 가치가 있다고 생각하는 특징이 있었다. 그리고 자연사 할 때 까지 편안하게 생명 유지적 치료를 해야 하며 좋은 의도로서의 안락사는 존재하지 않는다고 생각한다.

이런 점에서 제 5유형은 윤리적, 생명중시형이라고 명명하였다.

## 제 5장 결론 및 논의

본 연구에서는 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도를 조사하여 그 유형을 분류하고 특성을 기술하기 위하여 시행되었다. 본 연구의 목적은 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험가족의 태도 유형을 파악하고 유형별 특성을 탐색하고자 하는 것이므로 각각의 유형에 함축된 의미를 선행연구와 관련하여 논의하고자 한다. 따라서 본 연구에서 발견한 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험가족의 태도 유형을 각 양상 별로 논의하였다.

본 연구에서는 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도를 조사하여 그 유형을 분류하고 특성을 기술하기 위하여 시행되었다.

삶의 마지막 중재는 삶의 마지막을 선택한다는 의미로서, 본 연구에서는 27가지의 범주로 나누어 개념 탐색을 실시하였다. 우리나라에서 논의 시작점에 있는 삶의 마지막 중재에 대하여 학문적으로 깊게 탐구할 기회가 필요하며, 개인의 수준에 맞는 삶의 마지막 중재 방법을 알아봄으로서 한국인의 삶의 마지막 중재에 대한 의사 결정 모델을 개발하는 것이 필요하다. 그러기 위해서는 우리나라에서 선행되어온 안락사, 연명의료 연구 등과 같이 삶의 마지막 중재에 대한 논쟁에 선제적으로 대응할 수 있는 국가 차원의 대책 마련이 필요하며, 특히 삶의 끝에서 시행되는 중대한 개입에 대해 포괄적으로 다루는 연구가 필요하다.

연구 방법으로는 대상자의 관점에서 출발하여 각 개인의 경험이나 지각에 따라 다르게 인식 될 수 있는 추상성이 높은 개념을 객관화하기에 유용한 Q방법론을 이용하였다.

본 연구의 구체적인 연구 방법은 다음과 같다. Q모집단을 추출하기 위하여 톰슨의 스키마타를 적용하여 심층 면담을 진행하였고, 삶의 마지막 중재와 관련된 개념들을 문헌 조사를 이용하였다. 표집 된 총 123개의 진술문을 의미와 주제별로 27개의 범주로 분류한 다음 각 범주에서 대표적인 진술문 41개를 Q표본으로 완성하였다. P표본은 인구 사회학적 특성이 다양하도록 표집 하되, 2년 이상 10년 미만 사이에 가까운 친족에서 사별을 경험한 28명의 대상자로 하였다. 27개의 진술문은 6\*10cm의 카드에 인쇄하였다. 연구 대상으로 하여금 강제 정상 분포가 되도록 각자의 의견의 중요도를 9점 척도 상에 Q 분류하도록 하였고 결과는 QUANL 프로그램으로 Q요인 분석

을 실시하였다.

연구 결과 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험가족의 태도는 총 5개의 유형으로 분류되었다.

## 1. 계획적, 연명치료거부형

제 1유형은 계획적, 연명치료거부형으로 명명하였다. 이 유형의 대상자들은 연명의료 중단을 적극 지지하는 것으로 나타났다. 본인의 임종 순간에도 여지없이 선택할 수 있으며, 특히 그 과정에서의 자기 결정권을 중시하였고, 생명 종결에 있어서 죽음관 확립, 죽음 준비교육 등을 철저히 하여야 한다는 유형이다.

우리나라 무의미한 연명치료중단의 여부는 일반인의 찬성과 반대 의견에서 10명 중 8명은 찬성함으로 나타났으며, 이는 일부로 볼 때 1유형이 대다수 국민들의 의견을 지지하는 것으로 볼 수 있다.

선행연구에 따르면 우리나라 고유의 문화로 가족의 결정이 중시될지라도 무의미한 연명치료에 있어서 개인의 선택권이 선행되어야 하는 것으로 나타났으며 이는 이러한 결과는 1유형의 결과와 부합하는 것으로 보인다.

또한 1유형에서 두드러지게 나타나는 특징은 죽음의 교육과, 죽음관 확립의 필요성을 느끼고 있다는 것이다. 선행연구를 살펴보면, 죽음관에 대한 일반적인 태도는 긍정적 수용 혹은 부정 등 다양한 반응이 있지만, 대부분의 경우 죽음 현상에 초래하기 직 전 겪게 되는 퇴행, 고통, 이별, 상실감, 고독, 죽음 이후 세계에 대한 불확실성 등으로 인해 죽음을 피하고 싶은 부정적인 개념으로 인식하게 된다고 하였다(J. H. Kim, 2009; H. J. Han, 1999). 이에 인간의 존재는 원초적으로 근본적인 불안을 가지고 있으며 이는 죽음에 대한 불안이라고 하였다. 현대인들은 죽음을 비현실적인 것으로 간주하고 있기 때문에, 최소한의 충격을 위해서는 죽음과 삶을 인생의 동일선상으로 받아들이고 죽음을 준비하는 것이 필요하다고 했다(Y. J. Lee, 2006).

또한 1970년대 이후 우리나라에서 죽음교육에 대한 관심이 증가된 후, 1990년대에 활발히 연구되기 시작한 죽음교육 프로그램은 죽음에 대한 불안을 줄였고, 남은 삶에 충실히 할 수 있는 기회가 된다고 하였으며, 죽음에 대해 수용하는 태도에 긍정적인 변화를 가지고 있는 것으로 나타났다(E. M, Hyun, 2014; K, A. Kang, 2011; J.

T. oh., 2009). 그러나 이러한 효과성에도 불구하고 아직 우리나라에서는 죽음에 대한 준비교육이 매우 소극적인 양상을 보이고 있으며. 미국, 일본, 영국, 독일, 일본 등에서는 초·중·고 및 대학교의 교육과정에 죽음교육이 포함되어 있으나, 한국은 복지관, 종교단체, 사회시설에서 주로 일반인과 노인들을 대상으로 죽음교육이 진행되고 있는 것으로 나타났다.(H. H. Sim., 2012)

최근 죽음 교육 전과후의 웰다잉 인식과 결정에 관한 연구를 살펴보면, 죽음 준비교육은 인간으로서의 존재의 의미와 가치를 깨닫고, 삶을 바르고 성실하게 살도록 이끌어 주는 삶을 위한 교육으로서 작용한다(J. Y. Lee., 2004). 죽음 교육 전과후를 비교해보았을 때 임종과정에서의 항암제 투여, 인공호흡기 사용, 혈액 투석, 심폐소생술 등 무의미한 연명치료행위에 대한 거부 의사가 교육 전보다 교육 후에 보다 높게 나타났다고 보고하였으며, 이러한 변화는 죽음에 대한 긍정적인 태도로 이어지고 있음을 확인할 수 있었다. 또한 죽음 교육 이후 죽음에 대한 관심도가 높아진 것으로 나타났다(송현동, 2018). 이는 제 1유형이 죽음관 확립의 중요성, 죽음 교육의 필요성에 가장 높은 동의를 보인 특성을 지지하는 것으로 보인다.

따라서 이 유형이 속한 대상자에게는 임종의 순간까지 인간의 존엄성과 품위를 잃지 않도록 자기결정권을 존중해 주어야 하며, 연명치료중지에 대한 지침 등의 의료적 지식의 정보제공을 통해 자기 자신과 가족 간에 일치된 의견을 가질 수 있도록 도와야 한다. 또한 의견을 문서화하는 사전연명의료의향서를 작성하도록 권장하여 추후 임종 직전의 과정에서 적용할 수 있도록 해야 하며, 더불어 국가적 차원에서 죽음에 대한 교육을 의무적으로 할 수 있도록 적극적인 지지가 필요하다.

## 2. 필연적, 임종준비형

제 2유형은 필연적, 임종준비형으로 명명하였다. 이 유형의 대상자들은 의료기술은 사람을 살리는데 쓰이며, 죽음은 인간 모두에게 오는 것으로 생명 종결에 대한 권한은 자신이나 그 누구도 아닌 자연스럽게 맞이해야 한다고 생각하는 것으로 나타났다. 특히, 임종 후 장례계획이나, 치료계획 등에 대하여 자세히 밝혀두어야 한다고 생각하는 유형이다.

한국인의 인간관에 관한 연구(Park, 1996)에서도 '인간은 자연을 정복하려 하지 말고 자연과 조화를 이루며 살아야한다'의 항목이 가장 높은 평점을 받은 것도 이러한 한국인들의 전통적인 합자연성을 잘 반영하고 있다고 보아진다.

선행연구에 따르면 사람들이 생각하는 좋은 죽음(good death), 자연스러운 죽음, 존엄한 죽음은 몇 가지 공통적인 요소가 존재한다고 보았다. 신체적 고통이 없고, 편안하며, 가족들과 친밀한 관계를 유지하고 죽음을 자연스럽게 수용하며, 환자 및 가족들의 심리적 고통이 최소화된 죽음을 일컫는다(Emanuel & Emanuel, 1998; 김영숙, 2010). 서구 사회에서는 이와 함께 임종 과정에서의 의료 결정에 대한 결정권을 자신이 가지고 있는 것이 좋은 죽음의 기준으로 고려되고 있다(Carr.D., 2003). 또한 '준비된 죽음'은 자신의 마지막 삶을 정리하고 맞이하는 죽음을 좋은 죽음이라 여기는 것이다(이영숙, 2013).

그러나 현재 우리사회에서는 임종 과정에서 고통 완화보다는 생명 연장에 무게를 둔 치료를 받는 사람의 비율이 훨씬 높으며, 임종환자가 중환자실에서 고립되어 치료를 받게 될 경우 가족들이 임종을 지켜보는 것도 불가능하다. 조사에 따르면 매년 74.7%의 사람들이 의료시설에 죽음을 맞이하는 것으로 나타났다(통계청, 2017b).

또 하나 중요한 문제는 임종을 평화롭게 맞이할 수 있도록 도움을 줄 수 있는 호스피스, 완화의료 환경이 왜곡된 인식과 함께 수요가 매우 부족하다는 점이다. 호스피스 완화의료 제도가 잘 정착되어 활용되고 있는 외국의 경우와 비교해, 우리나라의 호스피스 이용률은 암 환자의 15%밖에 되지 않는다고 밝힌바 있다(국립암센터, 2017). 이러한 점으로 우리나라의 죽음의 질을 낮은 수준에 머물게 하는 요인 중에 하나로 작용한다. 완화의료를 전문적으로 제공하는 병원 수는 물론이고 이에 대한 인식도 아직 부족하다(이영숙, 2013; 국립암센터, 2017).

또한 우리나라 죽음 준비에 대한 특성은 한 연구에 따르면 과업을 완성하고, 끝마

치지 못한 일을 완수하고, 주변을 정리하고, 개인의 문제를 해결하고, 장례절차나 재정적 정리를 하고, 부모 노릇 다하고 죽는 것을 통틀어 ‘죽음준비’라 하였다. 죽음에 대한 준비는 잘 죽는 것과 연관 되어 있으며 잘 죽는다는 것은 얼마나 잘 살았는가, 또는 얼마나 준비를 하였는가로 말할 수 있다.(김순미, 2011) 본 유형의 특성과 같은 맥락으로 볼 수 있다.

관련 선행연구에서도 암환자가 죽음을 준비하는 데 있어 사후준비 영역에서는 ‘장례유형 결정’이 2.61(±1.37)점으로 가장 높았고, ‘재산에 관한 일을 가족과 의논함 1.97(±1.13)점’, ‘자신의 죽음준비에 대해 생각해봄 2.64(±1.06)점’으로 높게 나타났다(권향숙, 2013).

따라서 이 유형에 속한 대상자에게 생의 마지막까지 대상자의 안정감, 존엄성, 자아 가치를 유지할 수 있도록 지지해 주는 것이 필요하다. ‘좋은 죽음’을 위하여 인생의 과업을 완성하고 개인의 문제를 해결하고 장례절차나 재정적 정리 등을 수행할 수 있도록 하는 것이 필요하다. 또한 이 유형의 특성을 고려하였을 때 호스피스 완화의료에 대한 적극적인 설명을 도와 삶의 마지막 중재에서 호스피스 완화의료로 유도함으로써 편안하고 자연스러운 죽음을 맞이할 수 있도록 해야 한다.

### 3. 주도적, 삶의정리형

제 3유형은 생명종결에 있어서 자기결정권은 불가침 영역이며, 삶의 질을 고려했을 때 더 나은 방법이 될 수 있다면 안락사를 고려할 수 있는 것으로 나타났다. 또한 어떤 결정을 하더라도 삶의 마지막 정리를 필요로 하는 유형으로 나타났다.

삶의 마지막 정리는 죽음을 준비하는 것이라 할 수 있으며, 이는 현재 삶에 대한 준비가 될 수 있어, 죽음의 질뿐만 아니라 현재 삶의 질에도 중요한 영향을 미친다(S. H. Kim, 2013). 자신의 죽음에 대한 준비를 한다면 죽음에 대한 두려움과 공포가 줄어들 뿐 아니라, 특히 노인들에게는 삶의 방식의 변화를 주기도 한다(M. S. Kim., 2011). 또한 성공적 노화, 생활만족도 향상, 자아 통합감 성취, 죽음에 대한 긍정성 등에 영향을 준다(N. S. Moon, 2008; H. H. Sim, 2012). 이는 제 3유형의 특성을 지지하는 것으로 보인다.

또한 제 3유형에서 독특하게 나타난 특징은, 자기결정권과 안락사에 대한 찬성의 견이었다. 주로 삶의 질을 위한 안락사 선택을 긍정적으로 보는 의견이었다.

현재 우리나라에서는 안락사가 합법화되어 있지 않으며, 논의를 나누기에도 시기상조라는 의견들이 많지만, 다수의 연구에서 안락사에 대한 법 제정이 필요하다는 사람이 높은 비율로 차지 한 것으로 나타났다(유종호, 2005). 따라서 사회의 다른 구성원들 간에 합의가 이루어진다면 안락사에 관한 법이 제정이 될 수 있는 가능성도 엿보인다.

외국의 경우, 일반 언론도 안락사를 찬성하는 반응을 보였는데 미국 57%, 캐나다 76%, 영국 80%, 호주 81%로 나타났다. 이렇게 세계적으로 안락사에 대한 법의 필요성을 긍정적으로 생각하는 것이 추세로 생각되지만, 미국의 한 연구에서는 의사, 암환자, 일반인들을 대상으로 한 연구에서는 의사 60% 이상이 안락사에 반대하였다. 이렇게 현재까지 안락사에 대한 찬반 논쟁이 뜨거운 상태로 조만간 국내에서도 이에 대한 문제 계기가 있을 것으로 보여, 사회적 및 국가적 기준을 나름대로 확립하여야 할 것으로 보인다(Suarez-Almazor ME., 1997).

또한 안락사에 대한 태도에 있어 사회적 흐름을 반영하여 보았을 때, 대상자의 권리, 삶의 질은 안락사에 대해 부정적 영역인 대상자의 권리가 가장 높게 나타난 것으로 보고되어(권복규, 2010), 본 유형의 특성을 지지하는 것으로 보인다. 그러나 일각에서는 환자가 안락사를 요구하게 되는 주된 이유는 인간의 존엄성 상실이나 삶

의 의미 상실이라고 생각한 경우가 가장 높다고 밝혀지기도 했다(이종원, 2007). 따라서 안락사와 관련된 입법을 위해서는 다양한 사항들에 대한 충분한 논의가 있어야 하고, 그것을 바탕으로 한 학문적, 더 나아가 사회적 합의가 필요하다고 주장했다(이종원, 2007).

종교계에서는 인간생명은 그 시작부터 ‘하느님의 창조 행위’와 관련되어 있으므로 안락사는 인간의 어떠한 범으로도 정당성을 주장할 수 없는 범죄이며 단죄라고 하였다(송열섭, 2009). 그러나, 일반인들에게 뿐 아니라 종교인들에게서도 내세의 믿음의 근거로 작용하는 비율이 감소해가고 있는 것으로 나타났다(Yoo, 2008; 노영상, 2003).

따라서 이 유형에게 속한 대상자에게는 주도적인 치료의 결정권을 존중하여야 하지만 그 사이에서 발생할 수 있는 가족 내 분쟁을 최소화 할 방안을 마련해야 한다. 아직 우리나라는 가족의 의사결정이 환자의 의사결정보다 더 중요한 역할을 하는 것으로 나타난바, 이는 주도적인 자기결정권을 바라는 개인이라면 의사소통에 중재가 중요한 역할을 할 것으로 보인다.

또한 개인은 개인의 죽음의 시각에서 안락사를 바라보지만 의료인과 법조인은 법의 테두리 안에서 제 3자의 관점을 갖기 때문에 생각의 차이가 있을 수밖에 없다. 현재 시행중인 무의미한 연명치료 중단이 인간의 품위 있는 죽음에 역할을 했다는 공통적인 평가가 내려진 뒤에야 다음 단계인 안락사 논의로 나아갈 수 있을 것이다.



#### 4. 회피적, 자기결정형

제 4유형은 죽음에 대한 교육은 물론 죽음관을 갖는 것에도 의문을 가지고, 죽음은 당장 맞닥뜨리는 일은 아닌 것으로 인식하며, 상황에 따라 어떻게 할지 결정할 수 있으리라 보는 유형이다. 이러한 이유로 장례계획에 대한 생각과, 삶의 정리에 대한 필요성을 느끼지 못하는 유형으로 나타났다.

현대에는 자녀의 상실, 부모나 형제자매, 친구 등 가까운 사람을 떠나보내고, 감당하기 어려움 죽음을 경험한 사람들이 여럿 존재한다. 그러나 우리나라 문화의 특성으로 그들의 경험을 성급히 무마시키거나 이에 대한 언급을 회피하는 경우가 존재한다. 이는 죽음에 대한 두려움에서 기인한 것은 아닌지, 죽음의 문제들을 회피하는 것은 아닌지 고민할 필요성이 있다(하정화, 2017).

아주 긴밀한 관계가 아닌 타인의 고통과 죽음은 개인에게 특별한 의미가 되지 못하며, 생존의 치열함을 방해받지 않기 위해 무관심으로 대응하는 죽음의 범속화가 확산되고 있다. 죽음의 개별화와 범속화는 공동체적 죽음체험을 가져보지 못한 현대인이 죽음을 대하는 보편적인 태도라고 볼 수 있다(김정현, 2014).

전통사회에서는 종교와 철학이 죽음의 공포를 극복하는데 중요한 역할을 수행하였지만, 이제는 죽음의 의미에 대한 성찰은 생존을 위한 일상성에 떠밀려 외면되고, 현재는 기술과 제도로서의 죽음을 관리 하는 현대의학이 그 자리를 대신하고 있다(홍경자, 2013).

죽음에 대한 부정적인 측면의 인식이 높을수록 죽음에 대한 불안감이 높은 것을 예측할 수 있다고 한 바 있으며, 죽음을 회피하기 보다는 중요하고 가치 있는 인생의 한 부분으로 겸허하게 받아들이면, 자신의 죽음이나 타인의 죽음을 맞게 되더라도 불안해하지 않을 것이라고 강조하였다(Kim JH, 2008).

따라서 이 유형에게 속한 대상자에게는 정서적 지지가 동반된 죽음의 부정적인 측면, 공포스러움을 해소 할 수 있도록 해야 한다. 죽어가는 육체적인 측면에만 초점을 맞추어 치료할 것이 아니라, 영적으로 보살피는 의식이 필요하다. 죽음은 삶의 일부분으로 죽음을 이치에 맞게 이해하지 못하면, 삶 역시 힘들 것이다. 따라서 죽음에 대한 오해를 불식시켜 삶을 제대로 이해하는 것이 중요하며, 인간다운 삶을 영위하기 위해서 죽음을 바르게 이해하는 것이 필요하다.

## 5. 윤리적, 생명중시형

제 5유형은 윤리적, 생명중시형으로 명명하였다. 이 유형의 대상자들은 의료기술의 맹신으로 소생불가 판정을 받았더라도 기적은 존재하기 때문에 치료의 필요성을 강구하였다. 또한 장기적인 치료로 발생하는 경제적 부담은 환자의 생존 자체가 가족들에게는 의미가 있으므로 부담의 가치가 있다고 나타났다. 그리고 자연사 할 때까지 편안하게 생명 유지적 치료를 해야 하며 좋은 의료로서의 안락사는 존재하지 않는다고 생각하는 유형이다.

제 5유형은 의료기술의 맹신으로 소생불가 판정을 받았더라도 기적은 존재하기 때문에 치료의 필요성을 강구하였다. 또한 장기적인 치료로 발생하는 경제적 부담은 환자의 생존 자체가 가족들에게는 의미가 있으므로 부담의 가치가 있다고 나타났다. 그리고 자연사 할 때까지 편안하게 생명유지적 치료를 해야 하며 좋은 의료로서의 안락사는 존재하지 않는다고 생각하는 유형이다.

본 유형은 대상자 인터뷰에서 유일하게 사별경험으로 삶의 마지막 중재에 대한 태도가 바뀌었고, 영향을 많이 받았다고 응답하였다. 많은 선행연구에서도 지적하고 있듯이 사별 경험은 매우 독특하고 특별한 경험이므로 가까운 가족일수록 삶의 마지막 중재 방식이나, 죽음에 대한 태도에 영향을 미친다고 하였다.

특히 우리나라의 고유 문화인 효(孝)를 중시하는 유교는 살아생전 부모에게 효도하고 돌아가신 후에도 마치 산 자처럼 고양한다는 심리적 개념이 첨가되어 있으며, 공자가 말하는 죽음보다 삶을 더 중시하고, 살아있는 사람끼리의 윤리도덕 등을 중요하게 생각함으로, 본 유형을 지지하는 것으로 보인다.

또한 죽음을 삶의 자연스런 한 과정임과 동시에 삶은 가치 있는 것으로 마지막까지 생명을 연장하기 위한 노력을 기울이는 것을 긍정적으로 생각하는 유형으로 나타난 바 있으며(최지은(2007), 서수미(2009)), 또한 인간의 생명은 그 자체로 존엄한 가치를 지니므로 연령이 많고 적응을 떠나 영양공급 등의 기본적 치료는 유지하는 것이 마땅하다고 진솔한 내용과 맥락을 같이 한다.

퀴블러로스(Kbler-Ross)는 그의 저서<죽음과 죽어감>(1969)에서 죽음의 과정 중 어떤 순간에도 희망은 존재한다고 설파한 바 있다.

따라서 이 유형의 대상자들에게는 적극적인 치료 방안을 모색할 수 있도록 최대한으로 지지해주어야 하며, 필요에 따른다면 종교적인 지지까지 고려할 수 있다. 또한

죽음과 관련한 상황에서 같은 상황에 처한 사람들과의 자조모임을 구성하여 이를 통해 물질적, 심리적 도움을 제공하고, 유교적 가치에 따른 접근으로 다루어야 한다.

## 제 6장 제언

이상의 결론을 중심으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서는 사별 경험가족을 대상으로 하였으나, 삶의 마지막 중재는 개인의 가치관이나 문화 인식에 따라 다르게 나타나기 때문에 사별경험 가족과 같이 특별한 경험을 가진 특정 집단에 대한 반복적인 연구가 필요하다.

둘째, 본 연구는 Q방법론을 이용하여 개인의 주관성을 탐색하는 것을 목적으로 하기 때문에, 보다 실증적인 자료를 가질 수 있는 연구를 통해서 삶의 마지막 중재에 대한 의사소통 모델을 개발할 필요가 있다.

셋째, 본 연구는 Q방법론의 한계로 연구 결과의 일반화는 어렵다. 따라서 전 국민을 대상으로 한 삶의 마지막 중재에 대한 인식조사의 필요성이 있으며, 한국인의 특성을 고려한 삶의 마지막 중재에 대한 논의가 필요하다.

## 참고문헌

### 국내문헌

- 김선택, (2018). 의사조력자살의 합법화. 한국의료법학회지, 26(1), 27-73.
- 강진숙.이제영 (2010). 미디어교육 참여경험에 대한 Q방법론적 연구. 『한국방송학보』, 24권 3호, 7-47.
- 공수연, 양성은. (2011). 성인 자녀의 부모 사별 경험에 대한 연구. 한국생활과학회지, 20(5), 885-896.
- 공인식. (2015). 호스피스 완화의료 제도 현황 및 발전방안. HIRA 정책동향, 9(6), 7-19.
- 국립암센터. (2017). 호스피스서비스이용률. Retrieved from <http://hospice.cancer.go.kr>
- 권복규, 고윤석, 윤영호, 허대석, 서상연, 김현철, 최경석, 배현아, 안경진. (2010). 우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 관한 태도 연구. 한국의료윤리학회지 13(1). 제 25호 1-16.
- 권향숙, 서인선, 김현경. (2013). 입원 암환자의 죽음준비와 죽음불안. 한국콘텐츠학회논문지, 13(9), 334-343.
- 김명숙. (2010). 연구논문 : 한국인의 죽음에 대한 인식과 태도에 관한 철학적 고찰. [Philosophical Studies on Cognition and Attitude of Koreans towards Death]. 유학연구, 22(0), 73-108.
- 김미숙. (2002). 회복불가능 환자의 연명치료중단에 관한 공청회 : 안락사에 대한 사회적 인식. 한국보건사회연구원.
- 김선택. (2018). 의사조력자살의 합법화. 한국의료법학회지, 26(1), 27-73.
- 김소명, 권소희. (2018). 암환자 사별 배우자의 복합적 슬픔 영향요인 J Korean Acad Nurs Vol.48 No.1, 59 <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.1.59>.
- 김숙남, 최순옥, 이정지, 신경일. (2005). 죽음교육이 대학생의 죽음에 대한 태도와 생의 의미에 미치는 효과. 보건교육건강증진학회지, 22(2), 141-153.
- 김순미, 하춘광, 김효순. (2011). “내세관과 죽음준비도 및 생활만족도에 관한 연구”, 한국가족복지학회지, 제 16권, 제1호, pp.111-136.
- 김시영. (2008). 호스피스 완화의료. J Korean Med Assoc 2008; 51(6): 505-508.
- 김셋별, 채정현, (2019). 중등 가정교과에서의 실천적 문제 중심 죽음준비교육 방안. 한국가정교과교육학회지, 31(1), 89-114.
- 김장한. (2009). 연명치료중지에 관한 외국의 입법례. J Korean Med Assoc 2009; 52(9): 856-864.
- 김재중. (2014). 노인의 배우자 사별 여부에 따른 삶의 질 영향요인 비교 연구. 한국지역사회복지학,

49, 137-159.

- 김정범. (2009). 존엄사 논란에 대한 몇가지 검토 - 논찬/2009.3.27인도주의실천의사협의회 공동대표
- 김흥규. (1996). Q방법론의 유용성 연구. 주관성연구, 1, 15-33.
- 김흥규. (2007). Q방법론 및 이론: P 표본의 선정과 Q 소팅, 주관성연구. 15(15), 5-19.
- 김흥규. (2008). Q방법론, 과학철학, 이론, 분석, 그리고 적용. 서울: 커뮤니케이션북스.
- 노영상. (2003). 안락사의 개념정의에 의거한 안락사 논쟁에 대한 반성. 장신논단, 20, 207-232.
- 맹주만. (2016). 안락사와 존엄사, 그리고 웰다잉법. 철학탐구, 44, 185-211.
- 박경숙, 서이중, 안경진. (2015). 연명 의료 결정의 딜레마와 그 사회적 맥락. 사회와이론, 255-302.
- 박수경. (2015). 말기암환자 완화의료 전문기관 적정공급 방안마련을 위한 공청회. 국립암센터 국제학술회의장. 2015.10.2.
- 박창승, 김순자. (1996). 암환자 가족의 죽음 태도 유형에 관한 연구. 기본간호학회지, 3(2), 153-169.
- 박충구. (2010). 현대 기독교 생명윤리의 관점에서 본 안락사. 한국기독교신학논총, 67(1), 263-285.
- 박충구. (2015). 삶의 마지막 단계. 현상과 인식, 39(3), 197-231.
- 변은경, 최혜린, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선. (2003). 중환자실 간호사와 중환자 가족의 연명치료에 대한 태도조사. 임상간호연구, 9(1), 112-124.
- 서영석, 이소연, 최영희. (2010). 삶의 마지막에 관한 결정을 위한 윤리적 의사결정모델 개발. 한국심리학회지: 상담 및 심리치료, 22(4), 1075-1102.
- 손명세. (2009). 삶의 마감방식의 결정에 대한 한국의 과제. 대한의사협회지 Korean Med Assoc. 52(8): 734-737.
- 손행미. (2004). 임상 간호사의 안락사에 대한 인식과 태도. 기본간호학회지, 11(3), 309-316.
- 송열섭. (2009). 안락사에 대한 가톨릭의 입장. 사목정보, 2(3), 77-80.
- 송현동, 안상윤, 김용하, 황혜정, 이서희, 김광환. (2018). 대학생들의 죽음 교육 전과 후의 웰다잉 인식과 결정에 관한 연구. 한국산학기술학회 논문지, 19(1), 300-310.
- 안용향, 이혜정. (2010). 무의미한 연명치료 중단 결정에서 의료의 한계, 한국의료윤리학회지 제13권 제1호(통권 제25호) : 17-28.
- 양성은. (2008). 부모 사별에 따른 대학생의 상실경험 연구. 한국가정관리학회지, 26(5), 39-49.
- 유용식. (2017). 사별한 노인이 인식하는 좋은 죽음에 관한 현상학적 연구. 한국지역사회복지학, 62, 1-31.
- 유은영, 양유정. (2015). 중환자실 간호사들의 DNR에 대한 윤리적 태도. Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society Vol. 16, No. 4 pp. 2691-2703.
- 유종호, 권오병, 김경곤, 강희철, 손명세, 이경환. (2005). 안락사에대한 태도 분석 -전공의와 사법

- 연수생의 비교-. 26:327-336.
- 윤은자, 김현정, 전미순, 윤정아. (2012). 연명치료에 대한 일반인과 의료인의 인식 비교 주관성 연구, 통권 제25호, 21-34, 2012년 12월 Journal of KSSSS, Vol. 25, 21-34.
- 이명숙, 김윤정. (2013). 노인이 인식하는 좋은 죽음. 한국콘텐츠학회논문지, 13(6), 283-299.
- 이미라. (2007). 애도 개념개발 -배우자 사별 과정을 중심으로- Journal of Korean academy of nursing v.37 no.7, 2007년, pp.1119 - 1130.
- 이미연. (2010). 성인의 연명치료에 대한 태도. 건국대학교 간호대학원, 박사학위논문.
- 이상구. (2011). 삶의 마지막 치료에 대한 의학적 결정에서 나타나는 의료 윤리와 의료인의 역할. 『기독교사회윤리』 제21집, 71~101.
- 이상목. (2007). 의료윤리의 비교문화적 접근방법: 의학적 의사결정을 중심으로, 한국의료윤리교육학회. 제 10권 제 1호(통권 제17호) : 23-32.
- 이상목. (2009). 의학적 결정에서 환자의 결정과 가족의 결정. 한국의료윤리학회지. 제12권 제4호(통권 제24호) : 323-334.
- 이영숙. (2013). 한국 호스피스.완화의료 사회복지의 과거, 현재 그리고 미래 전략. [The Past, Present and Future Strategies of Korean Social Work in Hospice and Palliative Care]. 한국호스피스 완화의료학회, 16(2), 65-73.
- 이윤주, 조계화, 이현지. (2007). "사별에 관한 최근 연구동향 분석". 상담학 연구, 8(3): 839-857.
- 이은주, 김분한. (2006). 죽음에 대한 말기 암환자와 가족의 주관성. 성인간호학회지, 18(5), 746-759.
- 이정섭, 김수지. (1994). 암으로 자녀를 잃은 가족의 경험에 대한 질적연구. Journal of Korean Academy of Nursing, 24(3), 413-431.
- 이종원. (2007). 안락사의 윤리적 문제. 철학탐구, 21, 155-187.
- 정형수, 이지영, 김소연, 양은주. (2014). 한국 성인의 사별에 의한 복합비애경험 개념도연구. 한국심리학회지: 일반, 33(1), 81-107.
- 최지윤, 권복규. (2009). "안락사와 연명치료중단에 관한 우리나라의 최근 동향". 『한국의료윤리학회지』.12(2).서울.
- 최지은, 정 연, 김분한, 전해원, 김윤숙. (2007). 성인의 생명연장술 태도에 관한 주관성 연구. 대한간호학회지 제 37권 제 7호, 1166-1176.
- 하정화. (2017). 죽음을 향한 불편한 시선, 존엄한 죽음을 말하다. 한국노인복지학회 학술대회, 7(2), 198-207.
- 한인영, 이영선. (2004). 호스피스 사회복지사의 역할 인식과 수행에 관한 연구. 사회과학연구논총, 12(0), 375-388.

- 윤영호. (2008). 품위 있는 죽음(존엄사)을 위한 법적, 제도적 장치 마련. 의료정책포럼, 6(3), 101-106.
- 박경숙. (2015). 임종기 노인의 고통에 대한 사회학적 고찰. 한국사회학, 49(2), 125-160.
- 박중철. (2017). 죽음을 대하는 현대의학의 태도 비판. 의철학연구, 24(1), 39-76.
- H. H. Sim, (2012). "A study on the cognition and attitude on well-dying in undergraduate students-Q methodological approach", Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, vol. 19, no. 2, pp. 233-243.
- Kim JH. (2008). Predictors of death fear, death acceptance and death competency across the adult life span [master's thesis]. Seoul: Seoul Univ.
- Lee, Y. J., Kim, S. M., & Kim, S. Y. (2002). Nursing student's attitudes toward end-of-life and life-sustaining-treatment. J Korean Acad Soc Nur Edu, 8(2), 251-260.
- M. J. Han, J. Y. Choi. (1999). "Study about the Relation of the Purpose in Life and the Death Anxiety", Korean Journal of Social and Personality Psychology, vol. 11, no. 2, pp. 167-181.
- N. S. Moon, K. M. Nam, "The Relationship between the Death Preparation of the Aged and Successful Aging: Focusing on Depression and Death Anxiety as Mediators", Journal of the Korean Gerontological Society, Vol. 28, No. 4, pp. 1227-1248, 2008.
- Park, J. S. (1996). A survey for the construction of nursing theory according to Korean culture - traditional view of human and expectation of sick role. Journal of Korean Academy of Nursing, 26(4), 782-798.
- S. Chung, S. H. Kim, M. J. Koo, "The Relationship between Death Related Factors and Death Preparation: A Comparison of Pre-elderly and Baby-boomers", Korea Journal of Population Studies, Vol. 37, No. 1, pp. 131-153, 2014.
- S. H. Kim, Y. M. Song, "The effects of death education for the elderly on life satisfaction and psychological well-being and the mediating effect of death anxiety", Health and Social Welfare Review, Vol. 33, No. 1, pp. 190-219, 2013.



## 외국문헌

- David Clark, Hamilton Inbadas, Ben Colburn, Naomi Richards, Catriona Forrest, Sandy Whitelaw, Shahaduz Zaman. (2017). Interventions at the end of life – a taxonomy for 'overlapping consensus. Wellcome Open Research 2017, 2:7.
- Kim, M. H., Kwon, K. J., & Lim, Y. O. (2003). Study on 'Good Death' that Korean aged people recognize. Korean J Soc Welf, 56(2), 195–213.
- E. M. Hyun. (2014). "Effect of Death Education Program for University Students", Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society, vol. 15, no. 7. pp. 4220–4228. DOI: <http://dx.doi.org/10.5762/kais.2014.15.7.4220>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). Principles of biomedical ethics (6th ed). Oxford, England: Oxford University Press.
- Bejik, Urte and Matthias Kreplin. (2015). "Begleitung im Sterben - Eine Orientierungshilfe der Evangelischen Landeskirche und des Diakonischen Werks Baden" .
- Bosshard, G., Broeckert, B., Clark, D., Matersvedt, L. J., Gordijn, B., Müller-Busch, H.C., (2008). "A Role for Doctors in Assisted Dying? An Analysis of Legal Regulations and Medical Professional Positions in Six European Countries," Journal of Medical Ethics, Vol. 34: 28–32.
- Brighton LJ, Bristowe K. Postgrad Med J. (2015). Communication in palliative care: talking about the end of life, before the end of life 2016;92:466–470. doi:10.1136/postgradmedj-2015-133368
- Carr, D. (2003). A "good death" for whom? Quality of spouse's death and psychological distress among older widowed persons. Journal of Health and Social Behavior, 44(2), 215–232. doi:10.2307/1519809
- Choi, Y. S., Kim, J. W., Shin, S. W., Lee, Y. M., Lee, T, Ho, & Hong, M. H. (1998). Doctor's attitude to ethical issues in the dying patients. J Hospice, 3, 25–32.
- Clark D, Inbadas H, Colburn B et al. (2017). Interventions at the end of life – a taxonomy for 'overlapping consensus' [version 1; referees: 2 approved, 1 approved with reservations] Wellcome Open Research 2017, 2:7 (doi:10.12688/wellcomeopenres.10722.1)
- Cook, Michael. (2015). "Switzerland's Peculiar Institution," BioEdge.
- Cooley, M. E. (1992). Bereavement care: A role for nursing. Cancer Nursing, 15(2), 125–129.

- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1998). The promise of a good death. *Lancet*, 351, 21-29.
- Fischer S, Huber CA, Furter M, Imhof L, Mahrer Imhof R, Schwarzenegger C, Ziegler SJ, Bosshard G. (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *Swiss Med Wkly*. 139: 333-338.
- Forman WB. (1998). The Evolution of Hospice and Palliative Me-dicine. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, eds.Principles and Practice of Supportive Oncology. Lippincott-Raven. Maple Press, 1998: 735.
- Guo, Jacelon. (2014). An integrative review of dignity in end-of-life care. *Palliat Med*. 28(7):931-940.
- H. H. Sim. (2012). "A study on the cognition and attitude on well-dying in undergraduate students-Q methodological approach", *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*, vol. 19, no. 2, pp. 233-243. DOI: <https://doi.org/10.7739/jkafn.2012.19.2.233>
- Hur, D. S. (2001). Withholding futile interventions from terminally ill cancer patients. *J Korean Med Association*, 44(9), 956-962.
- J. H. Kim, Y. U. Kang, K. Ryu, J. I. Rie. (2009). "Predictors of Ego-Integrity in the Concept of Successful Aging among the Elders" , *Korean Journal of Social and Personality Psychology*, vol. 23, no. 4, pp. 115-130.
- J. T. Oh, C. G. Kim (2009). "Effects of Death Education on Attitude toward Death and Depression in Older Adults" , *Journal of the Korean Gerontological Society*, vol. 29, no. 1, pp. 51-69.
- J. Y. Lee, "The Youth' s Perception of Death and the Religious Education" , *Korean Journal of Religious Education*, Vol. 19, pp. 39-56.
- Jill D. Duba. (2008). End-of-Life Decision Making: A Preliminary Outline for Preparing Counselors to Work With Terminally Ill Individuals THE FAMILY JOURNAL: COUNSELING AND THERAPY FOR COUPLES AND FAMILIES, Vol. 16 No. 4, October, 384-390. DOI: 10.1177/1066480708323083 Sage Publications
- K. A. Kang. (2011). "Development and effects of death preparation education for middle-aged adults", *Korean Journal of Hospice Palliative Care*, vol. 14, no. 4, pp. 204 -211.
- Kubler-Ross. (1971). How the Patient faces death. *Public welfare* 29: 56-60.
- Lindemann. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148. Cited in Cooley,
- Mack JW, Cronin A, Keating NL, et al. (2012). Associations between end-of-life discussion characteristics and care received near death: a prospective cohort study. *J Clin Oncol*

- 2012;30:4387-95.
- Michin Hong, Seunghye Hong, Margaret E, Adamek, Mee Hye Ki. (2018). Death Attitudes Among Middle-Aged Koreans: Role of End-of- Life Care Planning and Death Experiences. 86(1): 51-68. doi:10.1177/0091415016689473.
- Miyata, H., Shiraiishi, H., & Kai, I. (2006). Survey of the general public's attitudes toward advance directives in Japan: How to respect patient's preferences. *BMC Med Ethics*, 7(1), E11.
- Murry, C. I. (1994). Death dying, and bereavement. In McKenry, P. C., & Price, S. J. (Eds.), *Families and change coping with stressful events* 173-194. CA: Sage.
- Nanni MG, Biancosino B, Grassi L. (2013). Pre-loss symptoms related to risk of complicated grief in caregivers of terminally ill cancer patients. *Journal of Affective Disorders*. 2014;160:87-91. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.12.023>.
- Sidhu, N., Dunkley, M. E., & Egan, M. J. (2007). "Not-for- resuscitation" orders in australian public hospital: Policies, standardized order forms and patient information leaflets. *MJA*, 186(2), 72-75.
- Statistics Korea. Cancer death statistics outcome [Internet]. Seoul: Statistics Korea; c2016 [cited 2018 Jan 12]. Available from: [http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtIPageDetail.do?idx\\_cd=2770](http://www.index.go.kr/potal/main/EachDtIPageDetail.do?idx_cd=2770).
- Stephenson, W. (1986). Protoconcurus: The concourse theory of communication. *Operant Subjectivity*, 9, 37-58, 73-96.
- Strobe (1992), Coping with bereavement, *Omega*, 26(1) 19-42.
- Suarez-Almazor ME, Bilzile M, Bruera E. Euthanasia and phy- assisted suicide: a comparative survey of physicians, ter- minally ill cancer patients, and the general population. *J Clin Oncol* 1997;15(2):118-27.
- Volker, D. L. (2005). Control and end-of-life care: Does ethnicity matter?. *Am J Hosp Palliat Care*, 22(6), 442-446.
- Yoo, K. J. (2008). Conditions and direction of well-dying from the viewpoint standing on the contemporary cultural context of Koreans. *The Society of Eastern Philosophy*, 55, 7-43.
- Young Ho Yun, (2018). Comparison of attitudes towards five end-of-life care interventions (active pain control, withdrawal of futile life- sustaining treatment, passive euthanasia, active euthanasia and physician-assisted suicide): a multicentred cross-sectional survey of Korean patients with cancer, their family caregivers, physicians and the general Korean

population. BMJ OPEN

Yun, Y.H., Kim, KN., Sim, JA. et al. (2018). Support Care Cancer. 26: 3479.  
<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4209>

.Gallagher R, Krawczyk M. Family members' perceptions of endof-life care across diverse locations of care. BMC Palliative Care. 2013;12(1):25.  
<https://doi.org/10.1186/1472-684X-12-25>

## 단행본

- Elisabeth Kuvler- Ross. (1969). On death and dying. New York : The Macmillan Company.
- Y. J. Lee, G. H. Jo, H. J. Lee. (2006). Understanding Thanatology, Seoul, Hakjisa.
- 보건복지부, 국립연명의료관리기관. (2017). 연명의료결정 제도안내. 사전연명의료의향서 등록기관용.
- 보건복지부. (2013). 호스피스완화의료 활성화 대책.
- 허대석. (2008). "연명치료와 관련된 논란들", 10-11.

## 비문헌자료

- 암관리법 제2조 2항 (개정 2013.3.23., 법률 11690호).
- 질병관리본부, (2018). 만성질환 현황과 이슈. 질병관리본부 홈페이지([www.cdc.go.kr](http://www.cdc.go.kr))
- 질병관리본부, (2017). 호스피스완화의료. 질병관리본부 홈페이지([www.cdc.go.kr](http://www.cdc.go.kr))
- 통계청. (2017a). 2016년 사망원인통계. Retrieved from <http://kostat.go.kr/>.
- 통계청. (2017b). 2016년 출생·사망통계(잠정). Retrieved from <http://kostat.go.kr/>.

부 록

NO. \_\_\_\_\_

## 사별 가족의 삶의 마지막 중재에 대한 태도 연구: Q방법론

안녕하십니까?

조선대학교 일반대학원 사회복지학과 석사 김한나입니다. 본 연구는 삶의 마지막 중재에 대한 사별 경험 가족의 태도를 알아보기 위한 탐색적 연구입니다.

본 조사는 학문적 목적의 조사로서, 귀하의 응답은 통계적으로 계산되며, 응답자 개인에 관한 어떤 정보도 공개되지 않습니다. 연구의 모든 과정에서 **개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것을 약속드립니다.**

조사 참여 여부에 따른 부작용이나 어떠한 불이익도 없으며, 정답이 있는 질문이 아니므로 좋은 방향으로만 응답하실 필요가 없습니다.

귀하가 제공하는 정보는 향후 삶의 마지막 중재에 대한 사정도구 및 중재 개발의 기초자료로 활용되어 큰 도움이 될 것입니다.

끝까지 읽으셨다면 연구담당자에게 충분히 질문하고 참여 여부를 결정해 주시기 바랍니다.



2019년      월      일      이름 :      서명 :

- ◆ 지도교수: 조선대학교 사회과학대학 행정복지학부 이영선 교수
- 학 생 : 조선대학교 일반대학원 김한나 (전화:010-7469-2131/이메일:khn2134@gmail.com)

**일반적 사항에 대한 질문입니다.**

이름		사별인과의 관계	
성별		병명	
나이		연명의료중단 여부	
결혼 여부		나는 나의 마지막을 어떻게 맞이하고 싶습니까?	
종교			
직업			
월 평균 소득			
연락처			
*종교가 있으신 분만 응답 바랍니다.	평소 행동결정에 종교의 영향을 받습니까? ① 예    ② 아니오		

**설문 문항에 대한 질문입니다. ※최대한 자세히 작성 부탁드립니다.※**

가장 반대하는 문항에 대한 이유	가장 찬성하는 문항에 대한 이유
삶의 마지막 중재에 대한 추가의견	