

대학생들의 임종진료에 대한 태도 -안락사를 중심으로-

고려대학교 의과대학 가정의학교실, 내과학교실*, 연세대학교 의과대학 가정의학교실[†]

최윤선 · 신종민 · 이영미 · 이태호 · 홍명호 · 김준석* · 염창환[†]

Abstract

The College Students' Attitude toward Terminal Care and Euthanasia

Youn Seon, Choi, M.D., Jong min shin, M.D., Young Mee Lee, M.D.,
Tai Ho Lee, M.D., Myung Ho Hong, M.D., Jun Suk Kim, M.D.,*
Chang Hwan Yeom, M.D.[†]

Department of Family Medicine, College of Medicine Korea University

*Department of Internal Medicine, College of Medicine Korea University**

Department of Family Medicine, Younsei University College of Medicine[†]

Purpose: Today, people usually die in hospitals and institution-sterile and strange, and equipped with a complex range of technology capable of supporting and prolonging life, frequently only biological one, when a return to health and vitality is no longer possible. Consequently, 'dying with dignity' has become a slogan of opposition to useless and degrading prolongation of life when a patient's organ, though still minimally functional, can no longer support or permit the exercise of self-fulfilling personal control over life's events. Dying with dignity, however, means entirely different things to different people. This study is to investigate the college students' attitude on terminal care and passive euthanasia.

Methods: During June 1997, 337 college students participated in this study by responding to the pre-made questionnaire. It dealt with the attitude to passive euthanasia, hospice, the most suffering fear facing the death, the preferred place and person to be with if dying.

Results: 63.2% of subjects agreed to passive euthanasia. Only 14.2% of college students can explain the concept of hospice, exactly. They got the information about hospice by TV(43%), book(33.5%), religious group(12%) in order. The preferred death place was home(76.6%) and hospital(11.9%) in order. The Most suffering fear facing the death were about unknown(41.5%), loosing colleague(13.6%), pain(11%), isolation(6.5%) in order.

Conclusion: About two-thirds of college students agreed to passive euthanasia. But euthanasia is dangerous and unnecessary. We should vigorously promote programmes of education in hospice and palliative medicine and care.

Key Words: Hospice, Euthanasia, Fear

서 론

최근 생명과학과 의료기술의 발전으로 인간생명의 인위적인 연장이 가능하게 됨에 따라 생명과 죽음의 문제에 따른 생의학적 윤리(biomedical ethics)에 대한 관심과 주의가 집중되고있다. 말기 환자에서 자주 발생하는 윤리적 문제들로는 치료의 중단과 안락사, 뇌사 및 장기이식, 자살 등의 문제를 비롯하여 심폐소생술 금지에 대한 결정 등이다[1]. 이러한 경우에 윤리적 딜레마에 빠지게 되며 자율성, 사전동의, 프라이버시, 인격존중, 죽음에 대한 정의, 품위있는 죽음을 맞을 권리에 대한 문제 등이 상황을 복잡하게 한다. 또한 죽음을 앞둔 환자를 돌보는데 있어서 진실을 알릴 것인가의 문제, 제한된 의료자원의 배분에 대한 것이 윤리적인 쟁점이 될 수 있다.

의료의 결정단계에 있어서도 환자들의 보다 적극적인 참여요구와 '자신의 삶에 관한 모든 것을 조절하고 결정한다'는 개인의 권리에 대한 주장이 강조되고 있는데 이는 앞으로 더욱 더 강조될 것으로 예상된다. 이러한 사회적 변화 요구와 의료의 변천 중에서도 특히 말기 환자에 있어서 부딪히게 되는 다양한 윤리문제들이 사회적 관심의 초점이 되고 있다.

예전에는 대부분 집에서 죽음을 맞이했고 인생을 돌이켜 보게 하는 기억과 물건들 그리고 가족에 둘러싸여 마지막 시간을 보냈다. 그러나 오늘날에는 보통 낯설고 메마르게 느껴지는 병원이나 공공시설에서 죽음을 맞이하게 되었다. 그런 곳은 생명을 지속, 연장시킬 수 있는 첨단 기술을 갖추고 있으며 건강하고 활기 있게 회복되는 것이 불가능 할 때는 종종 생물학적인 생명만을 연장시킨다. 결과적으로 무의미한 생명연장에 대한 반대의 슬로건으로 '존엄성을 갖고 죽는 것'이란 용어가 등장하였다. 하지만 그 용어는 일반인이거나 전문가들 모두에게 많은 혼란을 주고 있는 것도 사실이다.

이에 저자는 임종진료에 관한 일반인들 특히 대학생들의 견해를 조사했다. 특히 안락사에 대한 태도와 임종시 의사 결정에 미치는 요인들을 분석하고 호스피스에 대한 인식도를 조사하여 앞으로 실제 말기 환자 관리에 도움이 되고자 본 연구를 시행하였다.

대상 및 방법

1997년 6월 서울의 모 대학교 학생 450명을 대상으로 자기기입식 설문지를 이용하였다. 설문지 회수율은 74.9%였다.

설문지는 무기명으로 1) 대상자 인구통계학적 특성 2) 안락사에 대한 찬반 여부 3) 호스피스에 대한 인식도 4) 불치병의 진단 통보 및 임종시의 같이 있어 주기를 원하는 사람, 임종을 맞이하고 싶은 장소, 죽음을 생각할 때 가장 두려운 점 등으로 나누어 조사하였다.

결 과

설문지 응답자 337명중 남자는 239명(70.9%), 여자는 98명(29.1%)이었다.

종교가 있었던 대학생은 181명(53.7%), 무교가 156명(46.3%)이었다.

임종 환자를 경험해 본 대학생은 40명(11.9%), 경험하지 못했던 대학생은 297명(88.1%)이었다.

1. 수동적 안락사에 대한 견해

"환자에게 필요한 어떤 의학적 조치를 취하지 않거나 인위적인 생명연장 장치를 제거함으로써 자연의 경과에 따라 죽도록 하는 것을 수동적인 안락사(Passive Euthanasia) 또는 소극적 안락사라고 합니다[2]. 이러한 수동적인 안락사를 찬성하십니까?"라는 질문에 대하여 213명(63.2%)이 찬성, 124명(36.8%)이 반대하였다. 종교를 가진 대학생은 찬성 103명(56.9%), 반대 78명(43.1%), 무교인 대학생은 찬성 110명(70.5%), 반대

46명(29.5%)이었다($P < 0.05$). 가족 중 사망한 사람이 있는 경우는 찬성 74명(66.07%), 반대 38명(33.93%), 가족 중 사망한 분이 없는 경우는 찬성 139명(61.78%), 반대 86명(38.22%)으로 유의한 차이는 없었다.

2. 호스피스에 대한 인식도

1) 호스피스를 들어보았습니까?

호스피스를 들어보았습니까? 라는 질문에 들어보았다고 대답한 학생은 158명(46.9%), 못 들어보았다고 대답한 학생은 179명(53.1%) 였다.

2) 호스피스를 알게된 경로

“호스피스를 어느 경로를 통해 알게되었습니까?” 라는 질문에는 TV가 68명(43%)으로 제일 많았고, 책을 통해서가 53명(33.5%), 종교단체 19명 (12%), 친구 9명(5.7%), 강의 7명(4.4%), 영화 2명(1.3%) 라디오 1명(0.6%) 등의 순이었다.

3) 호스피스의 개념

“호스피스에 대해서 아는 데로 설명해보십시오” 라는 물음에 옳게 대답한 학생은 48명(14.2%)에 불과했다.

“호스피스의 정의는 죽음을 앞둔 말기 환자와 그 가족을 사랑으로 돌보는 행위로서, 환자가 남은 여생 동안 인간으로서의 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의

마지막 순간을 편안하게 맞이하도록 신체적, 정서적 사회적, 영적으로 도우며 사별 가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위한 총체적인 돌봄(holistic care)으로 하였다”[3].

3. 불치의 병일 경우 진단통보 및 임종에 대한 견해

1) 가족이 불치병인 경우

“가족 중에 한사람이 불치병에 걸린 경우, 그 사실을 알려겠습니까?”라는 질문에는 295명(87.5%)이 알려겠다고 응대하였다.

2) 자신이 불치병인 경우

“자신이 불치병으로 임종하게 되었을 때, 그 사실을 알기를 원합니까?”라는 질문에 291명(86.4%)이 알고 싶다고 응대하였다.

3) 자신의 임종시 같이 있고 싶은 사람

“만일 당신이 임종시 가장 같이 있고 싶은 사람은 누구입니까?”라는 질문에 배우자라고 응답한 학생이 174명(51.6%)으로 제일 많았고, 자녀 32명(9.5%), 부모 24명(7.1%) 순이었다.

4) 임종시 가장 두려운 것(Table 2)

“자신의 죽음에 대하여 생각할 때 가장 두려운 점은 무엇입니까?”라는 질문에 미지에 대한 두려움이 140명(41.5%)으로 가장 많았고, 다음으로 가족과 친지를 잃는 것 46명(13.6%), 통증 37명(11.0%), 고독

Table 1. The Demographic Characteristics(N=337)

| Charateristics | No. of Subjects(%) |
|----------------------------|--------------------|
| Sex | |
| Male | 239(70.9) |
| Female | 98(29.1) |
| Religion | |
| yes | 181(53.7) |
| No | 156(46.3) |
| Hospice | |
| heard before | 158(46.9) |
| never heard | 179(53.1) |
| Experience of dying people | |
| yes | 40(11.9) |
| No | 297(88.1) |

Table 2. What Makes You Ffear Mostly You Are Free of Death?(N=337)

| | Frequency(%) |
|---------------------------------|--------------|
| Fear about not known | 140(41.5) |
| Fear about loosing colleague | 46(13.6) |
| Fear about pain | 37(11.0) |
| Fear about isolation | 22(6.5) |
| Fear about loosing self control | 19(5.6) |
| Fear about loosing identity | 17(5.0) |
| Fear about regression | 4(1.2) |
| Fear about loosing body | 3(0.9) |
| Ect. | 29(14.5) |

(isolation) 22명(6.5%), 자기조절능력(self control) 상실 19명(5.6%), 주체성(identity) 상실 17명(5.0%), 퇴행(regression) 4명(1.2%), 신체를 잃는다(losing body)는 두려움 3명(0.9%) 등의 순이었다.

5) 입증 장소

“자신의 입증 장소로는 어느 곳이 좋겠습니까?” 라는 질문에 대하여 집이라고 대답한 학생이 258명(76.6%)으로 가장 많았으며, 다음으로 병원 40명(11.9%), 기타 39명(11.6%)였으며 양로원이라고 대답한 학생은 없었다.

고 찰

1998년 11월 미국 CBS방송이 방영한 잭 케보키안 박사의 안락사 장면으로 인해 안락사 에 대한 논쟁이 더욱 거세어 졌다. 케보키안 박사를 ‘의사 가운데 걸친 살인자’라고 외치는 사람들과는 다르게, 죽어가고 있는 환자들의 입장에서 그는 가장 절실한 구원자가 될 수도 있는 것 같다. 미국의 한 여론조사에 의하면 미국인 중 73%가 안락사를 지지하는 것으로 나타났고 미국 펜실베니아 대학의 데이빗 에쉬 박사가 중환자실에 근무하는 간호사 852명을 대상으로 한 설문조사에 의하면 20%에 달하는 간호사들이 환자를 안락사 시킨 경험이 있다고 하여 충격을 주고 있다. 우리나라도 최 등[4]의 연구에 의하면 의사들의 50.8%가 소극적 안락사를 찬성하는 것으로 보고되었고 대학생들을 대상으로 한 본 연구에서도 63.2%나 수동적 안락사를 찬성하고 있다.

안락사 euthanasia의 어원은 ‘eu’의 ‘좋다’와 ‘thanatos’의 ‘죽음’이다. 즉 ‘좋은 죽음’ 혹은 ‘안락한 죽음’, ‘고통과 통증이 없는 편안한 죽음’, 또는 원래 ‘선하고 공경할 만한 죽음’을 의미한다.

안락사의 분류는 안락사 앞에 생명주체 자신의 의도에 따라 자의적(voluntary), 비임의적(nonvoluntary), 타의적(involuntary)으로 시행자의 행위에 따라

소극적(passive), 간접적(indirect), 적극적(active), 생존의 윤리성에 따라 자비적(beneficient), 존엄적(dignity), 도태적(selective)라는 수식어가 붙음으로써 의미가 달라지는데 이 용어들을 정확히 구분하지 않고 사용함으로써 혼동을 주고 있다.

적극적 안락사(Active E)는 고통을 줄이기 위해 어떤 일을 함으로써 생명을 고의로 종결시키는 것을 말하며 수동적인 안락사(Passive E.)는 생명유지장치를 등한시하거나 제거함으로 죽음을 야기시키거나 치료를 중단하여 병의 진행을 방치해 두는 것을 의미한다. 또한 환자의 동의여부에 따라서 분류할 수 있는데 환자가 상황에 대해 충분한 이해를 한 후 환자의 요구와 동의하에서 삶을 종결하는 것을 자발적인 안락사(Voluntary E.)라고 하며 환자의 의지에 거슬리는 안락사를 비자발적인 안락사(Involuntary E.)라고 한다. 적극적 안락사(Direct E.)는 어떤 특별한 행위의 결과로서 적극적이고 고의적으로 삶을 종결시키는 것을 말하며 간접적인 안락사(Indirect E.)는 행동, 의지 그리고 결과 사이에 직접적인 관계없이 죽음이 일어나도록 하는 것을 의미한다. 어떤 사람이 자살하는 것을 도와주거나 방법을 제공해 주는 것을 보조된 자살(Assisted suicide)이라고 한다[5]. 위에서 열거한 여러 가지 용어의 개념을 정확히 이해하고 올바르게 사용함으로써 잘못된 이해에서 올 수 있는 문제들을 줄일 수 있을 것이다.

안락사에 대한 각국의 실태를 보면[6] 현재 미국은 안락사 법을 공식 입법화해 시행하고 있는 곳은 오리건 주뿐이다. 3년간의 논란 끝에 오리건 주는 1997년 11월 주민투표를 통해 인간에게 존엄하게 죽을 권리를 규정한 ‘존엄사법’을 제정했다. 법 제정 4개월 뒤 1998년 3월 26일 80대 중반의 말기 유방암 여성환자가 안락사를 선택해 마지막 숨을 거두었는데 이 여성이 오리건 주의 합법적인 첫 안락사로 기록되었다. 주(州)마다 차이는 있지만 40개 주가 환자 가족의 동의 아래 생명 보조장치를 제거하는 수준의 안락사 행위를 인정

하고 있다.

1996년 7월 1일 최초로 안락사 법이 발효되었던 호주 노던 테리토리 주법을 반년도 못되어 호주 상원이 1997년 3월 25일 폐기함으로써 백지화되자 필립 미츠키 박사 등 안락사 찬성론자들은 고통에서 해방되고자 하는 개인의 선택 자유를 국가가 제한하는데 대항하여 투쟁해 나갈 것을 다짐하고 있다.

기독교적 전통이 강한 유럽에서는 안락사는 거의 허용되지 않고 있다. 프랑스와 독일은 어떠한 경우라도 안락사를 인정하지 않는 엄격한 나라이다. 하지만 유럽국가 중 제일 먼저 네덜란드는 1993년 안락사 허용 법안을 통과시켰다. 이런 법안에서도 28개 조항이 충족된 경우에만 허용하도록 엄격히 제한하고 있으나 실제로 네덜란드 사망자 50명 중 1명 정도로 안락사가 이루어지고 있다[7]. 1994년 Olde Schepers의 연구서는 1990년 네덜란드에서 사망한 사람의 17.5%는 방치결정(non-treatment decision)에 의한 것이었고 1.8%는 안락사에 의한 사망이었으며 환자의 명백한 요구 없이 시행된 안락사도 전체 사망의 0.8%에 달하였다고 보고한 바 있다[8]. Vander 등[9]은 전체 가정의 의 52%가 직접적인 안락사 및 간접적인 안락사를 경험한 적이 있다고 보고하였다. 1993년 Vega 등[10]의 말기 환자에 대한 안락사 찬반여부 조사에, 조사 대상자의 70%가 말기 환자에 대한 간접적인 안락사에 대해서는 찬성했으며, 직접적인 안락사에 대해서도 34%는 특수한 상황에서는 찬성, 10%는 무조건 찬성을 보였고, 55%는 반대한다고 응답하였다.

일본의 경우는 1991년 가나가와현 지방법원이 안락사를 인정하는 조건으로 환자 자신의 의사 확인 등을 제시하고 있는 것이 전부이다. 우리나라는 정부차원의 정책적 접근도 거의 없고, 의료법 등의 관련법에도 안락사에 대한 규정이 들어있지 않은 것이 사실이다. 즉 법적으로 금지되어 있다.

최근 들어 환자들의 극심한 고통을 고려한다는 이유와 함께 죽음을 선택할 수 있는 개인의 자유를 법으

로 제한 할 수 없다는 주장을 펴서 안락사 허용을 주장하는 목소리가 점차 비중을 차지하고 있다. 그러나 반대론자들은 의학의 발달로 환자의 고통을 상당히 줄일 수 있게 된 사실을 앞세우면서 국가의 생명보호권은 개인의 죽음선택의 자유보다 우선한다고 맞서고 있다.

정작 생명 박탈 여부를 결정해야 할 환자의意思是 무시된채 가족의 의견만 존중되는 안락사 남용의 위험성과 생명경시 풍조가 초래되고 노인, 불구자 등 취약한 영역에 있는 사람들에게 부당한 영향을 줄 수 있다. 안락사 선택은 심리적 위축이 큰 요인으로 작용하기 때문에 보다 끝까지 환자의 삶의 의지를 부여하는 것이 필요하며 신앙적인 차원 뿐만이 아닌 병상에서 가질 수 있는 마지막 희망 조차 쉽게 꺾어 버릴 수도 있음을 의미하기도 한다. 죽을 권리가 곧 안락사를 의미 하는 것은 아님을 생각해 볼 문제다.

또한 죽음을 선고받은 사람들이 최후의 순간까지 인간다운 삶을 다할 수 있도록 하자는 의미에서 시작된 호스피스 운동도 안락사에 대한 대안으로서 의미를 지닌다고 할 수 있다. 특히 종교적인 견지에 있는 사람들은 죽어가는 자들에게 호스피스적인 접근 방식이 가장 윤리적으로 적절하며 신학적으로 안락사와 의사조력 자살에 대한 전전한 대안이라고 생각한다.

하지만 본 연구에서는 고학력인 대학생에서조차 '호스피스'라는 단어를 들어본 경우가 46.9%였고 그 중 개념을 대답할 수 있었던 대학생은 14.2%에 불과했다. 이는 보다 적극적인 홍보와 교육의 필요성이 절실함을 시사한다. 특히 텔레비전이나 책, 라디오 등 대중 매체를 통한 홍보가 효과적이라고 하겠다. 이외에도 호스피스 병상 확보, 호스피스 전문병원 설립, 호스피스 팀의 구성과 활성화를 통한 가정으로의 service를 통해 효율적이고 효과 있는 임종 환자 관리에 힘써야 하겠다[11].

불치의 병에 대한 통보에 대해서는 가족이 불치병인 경우 87.5%가 알려 주겠다고 했으며, 자신이 불치

병인 경우 86.4%가 알기를 원한다고 대답하였다. 이는 전 등[12]의 암진단통보에 관한 조사결과인 가족이 암에 걸렸을 때 70%가 알려주길 원했고, 본인이 암에 걸렸을 때 92.5%가 알기를 원했던 연구와는 차이는 있으나 대부분이 솔직히 알기를 원했다.

죽음에 직면했을 때 느끼는 가장 큰 두려움은 미지의 세계라는 두려움이 41.1%로 가장 많았고 가족과의 이별 13.6%, 통증 11%, 고독 6.5% 순으로 신체적 고통에 대한 두려움 뿐만 아닌 버림 받을지도 모른다는 것에 대한 두려움이 큰 것을 알 수 있었다. 즉 말기 환자에 있어서 정서적, 영적인 지원의 중요성을 시사하며 호스피스가 적합한 대안임을 알 수 있다.

임종을 앞둔 환자들은 그들의 삶에 의미를 주었던 환경 속에서 그들의 삶에 보상을 제공했던 사람들에게 둘러 싸여 품위 있게 임종을 맞이하고 싶어한다. 그러나 단지 20%의 암환자가 집에서 임종을 맞으며 80%가 병원이나 요양원에서 임종을 맞는다[13]. 본 연구에서도 병원보다는 집에서 임종을 맞고 싶다고 대답한 대학생이 76.6%였고 병원은 11.9%였다. 이는 최 등[4]의 연구에서 보여준 의사들의 집을 가장 적합한 곳으로 권한 58.8%보다 높았다.

산업화, 핵가족화에 따른 병원내 임종이 늘고있다고는 하나 아직도 가정 내에서의 사망률이 높은 우리나라의 경우, 가정 내에서의 의료처치에 가족자원을 적절히 이용하여 환자들이 편안한 임종을 맞이할 수 있도록 많은 방법들이 강구되어야 한다. 마지막 순간에 가장 같이 있고 싶어하는 사람으로는 배우자 51.6%, 자녀 9.5%, 부모 7.1% 순이었다.

의사가 진료시 있어서 환자 및 환자 가족과 긴밀히 의견교환을 하는 것은 반드시 필요하며, 치료방침의 결정에 환자 및 환자 가족의 참여는 당연한 것임에는 틀림이 없다. 그러나 말기 환자가 임종을 앞둔 경우, 환자와 환자 가족간의 의견이 반드시 일치한다고는 볼 수 없다. 대부분의 말기 환자들은 남아 있는 시간의 양(quantity)만큼이나 남은 시간 동안의 질(quality)에

관심을 보인다[14]. 그러므로 환자 가족들의 환자의 이런 진정한 요구와 거리가 먼 적극적인 치료요구로 인해 말기 환자에게 행하여지는 과도한 치료는 오히려 환자의 고통만을 증대시키거나 연장시킬 수도 있음을 주지해야 한다. 그러므로 환자와 환자 가족간의 중재적 역할을 가지고 있는 의사는 사전에 환자와 환자 가족과의 충분한 면담을 통해서 환자가 진정 원하는 것이 무엇인가를 환자 가족이 이해할 수 있도록 해야 한다.

신체적 고통을 이유로 몇 개월 혹은 몇 년의 삶을 포기하기에는 삶은 너무나도 귀중하다. 신체적 고통으로부터 의사의 책임으로부터 도피하기 위한 수단으로 안락사가 시행되어져서는 안된다. 안락사란 길로 보기에는 안락한 죽음으로 보일지 모르나 주위의 많은 사람들에게 안락하지 못한 삶을 선사하는 것이다. 인간의 존엄성을 기본하여 전인적이고 총체적인 돌봄의 접근을 통한 삶의 질을 향상시키려는 호스피스야말로 이 모든 갈등을 해결할 수 있는 열쇠이다[15].

본 연구는 일개 대학병원을 중심으로 이루어져 대표성이 결여되어 있다는 제한점은 있으나 임종시 의사 결정에 관한 일반인들의 태도에 관한 조사가 거의 없는 현실에서 이에 대한 문제점을 찾고 해결책을 모색하기 위한 기초자료가 될 수 있을 것으로 생각한다.

이 연구는 특히 말기 환자 진료시 부당하게 되는 윤리적 문제의 해결에 호스피스의 도입과 발전이 필수 불가결함을 보여주고 있다. 즉 보다 나은 삶의 질을 위한 말기환자의 진료에 호스피스의 개념을 도입하고 의료진들뿐만이 아닌 일반들에 대한 교육이 필요하다.

요 약

목 적 : 현대는 의료의 결정단계에 있어서 환자들의 보다 적극적인 참여요구와 자신의 삶에 관한 모든 것을 조절하고 결정한다는 개인의 권리에 대한 주장이 강조되고 있다. 특히 말기 질환에 대해서는 다양한 윤

리 문제들이 사회적 관심의 초점이 되고 있다. 이에 저자는 임종진료에 대한 대학생들의 태도와 의사 결정에 영향을 미치는 요인 등을 분석함으로써 말기환자 관리에 도움이 되고자 본 연구를 시행하였다.

방 법 : 1997년 6월 소극적 안락사에 대한 찬반여부, 호스피스에 대한 인식도, 임종에 대한 견해 등을 대학생 450명을 대상으로 설문조사를 실시하였고 337명(74.9%)이 설문에 응했다.

결 과 : 수동적 안락사를 찬성한 대학생은 213명(63.2%)이 찬성하였다. 종교가 없는 대학생에서 안락사 찬성률이 높았다(70.5% 대 56.9%, $P < 0.05$). 호스피스를 정확히 이해하고 있었던 대학생은 48명(14.2%)에 불과했다. 호스피스를 알게된 경로로는 텔레비전 43%, 책 33.5%, 종교단체 12% 등의 순이었다. 임종장소는 76.6%가 집을 선호했고, 임종시 배우자가 같이 있어주기를 원했으며(51.6%), 미지의 세계에 대한 두려움이 가장 컸다(41.5%).

결 론 : 안락사에 관해서는 약 2/3가 찬성하였으며 호스피스에 대한 인식도는 낮았다. 죽음을 앞둔 말기환자가 남은 여생동안 인간으로서의 존엄성과 높은 삶의 질을 유지하면서 삶의 마지막 순간을 편안하게 맞이하도록 도와주는 호스피스에 대한 지속적이고 적극적인 홍보와 호스피스병원과 병상확보 등 조직적이고 체계적인 노력이 필요하다.

참 고 문 헌

1. 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길. 호스피스와 죽음 서울:현문사, 1994:413-418.
2. CMF 학원사 생명의료 윤리 서울:한국누가회 문서관부, 1997:269.
3. 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길. 호스피스와 죽음 서울:현문사, 1994:121-124.
4. 최운선, 김장욱, 신승욱, 이영미, 이태호, 홍명호. 호스피스 논집. 1998;3:25-32.
5. Peter B. Terry. Euthanasia and Assisted Suicide Mayo Clin Proc 1995;70:189-192.
6. <http://www.euthana.com>.
7. Pollard BJ. Medical aspects of euthanasia. Med J Aust 1991;154(9):613-616.
8. Olde Scheper TM, Duursma SA. The Dutch experience. Age-Ageing 1994;23(1):3-8.
9. Vander WG, VanEijk JT, Leesen HJ, Spreunenberg C. Euthanasia and assisted suicide II. Do Dutch family doctors act prudently? Fam prac 1992;9(2):135-140.
10. Vega VC, Moya PV. The current panorama of euthanasia in Spain. Rev Clin Esp. 1993;192(5):233-237.
11. Krant MJ. The hospice movement. New Engl J Med 1978;299:546-549.
12. 전승아, 이수은, 노용균. 암 진단의 통보에 관한 조사. 가정의학회지 1996;17(6):444-454.
13. 신동학. 가정의학:임종환자의 관리. 2nd Ed. 1994; 200-213.
14. Rakel. Textbook of Family Practice. 4th ed. 11:181-197.
15. David JR, Charles HR. Regarding Euthanasia. Euro J Palliative Care 1994;1(1):57-59.