

안락사에 대한 간호사의 의식

홍 명 선(가천길대학 보건행정과)

목 차

I. 서론	V. 논의
II. 문헌고찰	VI. 결론
III. 연구방법	참고문헌
IV. 연구결과	영문초록

I. 서 론

1. 연구의 필요성

21세기에 들어선 우리 사회는 보건의료기술의 발달, 소득수준의 향상 및 건강에 대한 관심증대 등으로 평균수명이 연장되면서 삶의 질을 중시하는 경향이 뚜렷해지고 있다. 이에 새로운 과제로 대두되고 있는 것이 안락사 문제이다.

과거 수세기 동안 우리의 도덕체계 밑바닥에는 인간의 생명은 신성하며 결코 침해될 수 없다는 원칙과 믿음이 존재하고 있었다. 그런데 이러한 믿음이 지난 세기 후반부터 심각한 도전에 직면하고 있는데 이는 인간 생명이 신성하고 침해될 수 없다는 원칙 대신, 인간의 삶의 질이 무엇보다 중요하다는 원칙을 내세우고 있는 것으로 어떤 경우 생명유지장치에 의존해 치료를 선택할 권리마저 빼앗긴 채 고통스럽게 생명을 연장하고 있는 말기 중환자들의 삶의 질은 죽음보다도 못할 수 있고, 그들에게 인간으로서의 품위를 손상받지 않고 죽을 수 있는 권리(Death with Dignity)를 허용해야

한다는 것이다(Jackson & Younger, 1979; Merkin, 1979; 구영모, 1999).

최근 국내에서도 안락사는 생명보호의 차원에서 어떠한 경우에도 허용될 수 없는 가에 대해 많은 논란이 야기되고 있다. 즉 종전 같으면 이미 임종을 맞이하였을 환자도 그 생명의 시한을 연장하는 것이 가능해지면서 무조건적인 생명의 연장은 오히려 인간의 존엄을 해할 수 있다는 지적이 제기되었고, 이미 뇌사상태에 빠졌거나 의학적으로 소생이 불가능하다고 판단되는 경우에는 생명의 시한을 종료시켜 주는 것이 인간의 생명을 존중하는 길이라는 견해가 공감을 얻고 있다.

또한 인간 생존의 가장 기초가 되는 생명권에 대하여 우리 헌법은 명문규정을 두고 있지 않으나, 헌법 제 10조나 제12조 이하에서 인간의 존엄을 비롯한 신체적 자유 등 인간의 기본적 인권을 명시적으로 보장하고 있다. 즉 생명권은 헌법상의 권리이며 인간 존엄의 중추적 핵심이므로 어떠한 경우에도 보호해야 한다는 뜻이다. 이와 같이 현행법상으로는 사기(死期)를 앞당기는 조치를 원칙적으로 허용할 수 없는 것이나 그렇다고 생명의 무조건적 보호 때문에 의료의 실제에 있

어서 무익한 치료의 계속을 무한정 강행해야 한다거나, 참을 수 없는 고통 때문에 죽음을 학수고대하는 불치의 환자 생명을 모든 수단을 동원해서 인위적으로 연장해야 할 것인지에 대해 의문이 제기되고 있다(허일태, 1994).

이와 같은 경향은 근년에 생명공학(Biotechnology)의 의학적 또는 의료적 이용에서 더욱 현저하게 나타나고 있으며 어느 것이 선이고 악인지 분별하기 어려운 실정을 낳고 있다. 예컨대 생명공학의 성과는 불임증의 극복, 유전병의 예방 등을 가능케 한 반면 태아의 성감별, 체외수정, 장기이식의 기능을 위한 사망의 기준변경 등 그 시비에 관한 과학적, 의학적 논란과 함께 정치적, 정책적 결단 등이 논의되고 있다. 또한 생명과학의 발전은 종래의 생명관이나 윤리관을 크게 변화시켰으며 현대의학과 첨단의료의 인간생명의 존엄성에 대한 도전으로 등장하여 이것이 결국 안락사란 어구가 특별한 저항없이 사회적으로 인지되고 또 논의됨으로 생명윤리(Bioethics)와 법이라는 문제까지 파급하기에 이르렀다(前田和彦, 1996).

간호사가 직업상 경험하게 되는 사람의 죽음이나 위험에 대한 인간적 고뇌의 문제는 과학, 윤리, 철학 등의 학문을 넘어서는 생명윤리(Bioethics)에 직면하는 문제라 하겠다(변창자, 1983). 또한 간호전문직은 전인적 인간을 대상으로 할뿐만 아니라 개별화된 간호를 다양한 간호상황 및 조직체계 안에서 적용해야 하므로 윤리적 기준이 확고하지 않을 경우 간호사는 딜레마 상황에서 갈등하게 된다고 하였다. 임상간호사의 윤리적 딜레마에 관한 태도조사에서도 간호사들이 인간생명영역(안락사포함)에서 가장 큰 윤리적 딜레마를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 간호사는 그 시대의 사회와 문화에서 수용할 수 있는 생명윤리와 직업윤리에 근거한 윤리적 가치관에 따라서 독립적 판단을 내릴 수 있는 능력이 갖추어져야 할 것으로 사료된다(이원희 등, 1988; 김주희, 1995).

간호가 전문직으로 발전된 이래 간호사들은 전문직으로서 보다 더 책임이 강조되고 있는 상태이며 환자와 함께 발생하는 윤리적 딜레마의 상황에서 의사와 간호사는 건강전문직 내에서 공동으로 의사결정을 해야함을 강조하였고, 종래의 의료가 의사-기타의료관계자-환

자라는 종적의 권위적이며 거부장적 관계에서 근년에는 파트너나 동등한 위치의 의사-기타의료관계자-환자 사이의 일체화된 의료 Circle을 형성하고 있다는 현실을 감안할 때(今井道夫, 香川知晶, 1995), 간호사는 인간생명의 존엄성에 대한 생명윤리를 근간으로 하여 전문직으로서의 직업윤리를 보다 확고히 형성해야 할 필요성이 대두되는 것이다(김주희 등, 1995). 이에 새로운 문제로 등장하고 있는 안락사에 대한 지식과 각자의 생명에 대한 윤리관과 가치관의 확립이 필연적이라 할 수 있겠다.

죽음은 생명과정(Life Process)의 연속선상에 존재하므로 인간이 필연적으로 겪어야 할 과정이나 인간이 죽음을 어떻게 맞이하느냐는 그의 생애에 중요한 과제라 할 수 있다. 그러므로 죽음에 직면한 환자를 한 인간으로서의 존엄성을 유지하고 신체적으로 평안하고 죽음을 긍정적으로 받아들이도록 돕는 것은 간호의 핵심이며 본질이다(김주희 등, 1992). 또한 인간은 죽음을 앞에 두고 여러 가지 심리반응을 나타낼 수 있으므로 의료인은 이를 적절히 대처하여야 하며 고통을 덜어주고 편안한 죽음을 맞이하도록 도와주는 것이 의료인의 역할이라고 보고하였다(김정희, 1990). 한국 간호사윤리강령에서도 간호의 근본이념을 '인간 생명의 존엄성'과 '인간의 기본권리를 존중하는 것'에 두고 있으며 간호사는 인간의 생명을 다루기 때문에 확고한 도덕관과 윤리관을 가진 직업적 행위를 해야한다고 하였다(이원희 등, 1988). 특히 간호학이 간호행위로 옮겨지는 데는 단순한 과학적 이론이나 기술만으로 안되고 인간 생명의 존엄성과 관계되는 철학과 윤리로 구성된 간호가 동시에 고려 실천되어야 한다(문국진, 1985).

따라서 본 연구는 간호사들이 직업의 특성상 임종을 맞이하는 환자를 많이 접하고 있으며 환자가 임종할 때까지 가장 긴밀한 관계를 형성하며 임종을 맞이하는 환자의 정신적, 신체적 관리를 담당하는 것이 간호사의 역할임을 감안 할 때 간호사를 대상으로 안락사에 대한 간호사의 태도와 이에 영향을 미치는 요인을 규명하여 간호사의 윤리관과 가치관형성에 도움을 주며 간호사들의 직무교육, 간호학생들의 간호교육에 있어 안락사에 대한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

2. 연구 목적

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 일반적 특성을 파악한다.
- 2) 안락사에 대한 태도에 개인의 어떤 요인이 영향을 미치는가를 파악한다.
- 3) 유형별 안락사 태도에 개인의 어떤 요인이 영향을 미치는가를 파악한다.

II. 문헌 고찰

1. 안락사의 정의

안락사(Euthanasia)의 어원은 아름다운 죽음이라는 뜻을 가진 Euthanatos라는 그리스어에서 유래되었고, 이는 불치의 질병으로 사경을 헤매는 고통받는 환자를 편안하게 임종을 맞이하도록 돕는 것을 말한다(허일태, 1994).

1976년판 웹스터 '새국어사전'은 "안락사는 치료할 수 없는 상황이나 질병으로 인하여 고통받고 있는 사람을 아무런 고통도 주지 않고 죽여주는 행위"라고 정의하였다. 또한 문(1975)도 "불치의 병을 가진 환자가 고통을 느낄 때 그 고통을 종식시킬 목적으로 행하는 생명을 단축시키는 행위에 의해 야기된 죽음"이라고 하였고, Jaretzki(1976)는 "안락사란 환자의 상태가 어쩔 수 없는 죽음에 직면했을 때 가능한 자연스럽고 편안하게 죽을 수 있도록 허용함으로써 인간다운 위엄을 손상하지 않은 채 죽는 것"이라고 표현하였으며, Cawley(1977)는 "안락사란 더 이상 생존할 수 없다고 판정되는 환자에게 편의를 도모하기 위하여 치료를 중단함으로써 생명의 종식을 허용하는 것"이라고 하였다. 前田和彦(1996)은 "안락사란 사기가 절박하고 의학적 회복의 가능성이 없는 환자에 대하여 참기 어려운 육체적 고통을 완화 또는 제거함으로써 죽음을 맞이하게 하는 것"을 말한다고 정의하였다.

2. 안락사와 관련된 제문제

1) 생명의 종기

종래 생명의 종말을 폐, 심장 및 뇌의 기능의 불가

역적 정지를 죽음으로 정의하고, 의학적인 정설은 호흡의 정지, 심박동의 정지, 동공산대 및 광반사 소실의 삼징후설이 채택되어 왔다. 이 중 호흡 및 심박동의 정지를 기준으로 하여 죽음을 결정하는 것이 심장사의 개념이다. 그러나 이 죽음의 결정은 종래의 관습일 뿐이며 어떤 실정법에 명시되어 있는 것은 아니다.

실제로 삼징후를 확인한 후 심장사를 죽음의 정의로 채택하고 있더라도 심장사 후 신체 일부의 세포들은 계속 얼마동안 생존하고 있음을 감안할 때 결국 죽음이란 한순간의 사건이 아니고 수시간 또는 수일간에 이루어지는 하나의 시간적인 과정이라고 할 수 있다(대한의학협회, 1990).

의학적으로 볼 때 인간의 몸은 무수히 많은 세포로 구성되어 있고 생명현상이 유지되기 위하여는 그 세포 하나 하나가 끊임없이 산소와 영양소의 공급을 받아 신진대사가 이루어져야 한다. 이 때 가장 중심적 역할을 담당하는 장기는 폐, 심장, 뇌의 3대장기로서 폐는 산소를 흡입하는 호흡기능을, 심장은 산소와 영양소를 신체 각계에 운반하는 순환기능을, 뇌는 이들의 기능을 통합, 조절, 유지하는 기능을 수행하고 있으며 어떤 원인으로 이 중 한 장기에 장애가 생겨서 기능이 상실되면 다른 장기의 기능도 따라서 장애를 받아 개체 전체의 기능이 상실되므로 죽음에 이르게 된다. 즉 호흡이 멎어도 심장박동과 뇌기능이 정지하게 되고, 심장박동이 멎어도 호흡과 뇌기능이 정지되며, 뇌가 기능하지 못하게 되어도 호흡과 심장박동이 정지될 수밖에 없다(대한의사협회, 1998).

그러나 생명과학의 진보로 종말기의 의료기술이 발달됨에 따라 이러한 기준에 차질이 발생하였는 바 예컨대 인공호흡기 등의 생명유지장치를 이용함으로써 동공이 산대하더라도 심장의 박동정지가 일어나지 않는 뇌사의 경우도 발생할 수 있고 또는 대뇌의 광범위한 손상으로 뇌간사이의 연락이 단절됨으로써 대뇌 기능은 정지되었으나 뇌간의 생명중추의 기능은 유지되는 소위 식물상태를 나타내는 경우도 있다(植木 哲(1998).

2) 뇌사의 정의 및 뇌사판정기준

뇌는 크게 나누어 대뇌, 소뇌, 뇌간의 세부분으로 구성되는데 대뇌에는 운동과 감각을 지배하는 중추가

있고 기억, 사고, 의지, 정서, 언어 등 정신활동의 중심이 된다. 소뇌는 운동조절중추가 있어 몸의 평형을 유지하고 운동을 원활하게 하는 기능이 있으며, 뇌간은 모든 장기의 기능을 통합, 조절, 유지하는 신경중추와 반사의 중추가 있고 의식 유지의 중심이 되며 특히 생명유지에 필수적인 호흡과 순환기능의 중추가 있다. 뇌 전체 즉 대뇌, 소뇌 및 뇌간의 모든 기능이 상실되고 또 그 상태가 어떤 치료를 다 하더라도 결코 회복될 수 없는 돌이킬 수 없는 상태로 되었을 때를 뇌사라고 한다. 즉 뇌사(Brain Death)란 “뇌 전체의 기능이 비가역적으로 상실된 상태”라고 정의할 수 있다.

뇌사판정기준은 1968년 8월 미국의 하버드 의과대학에서 뇌사의 정의를 검토하는 특별위원회가 구성되었고 이 하버드위원회는 Harvard기준을 마련 발표하였다. 이는 (1) 혼수 및 뇌의 무반응성 (2) 무호흡 (3) 동공의 산대 (4) 뇌간반사의 소실 (5) 뇌파의 소실 (6) 혼수와 무호흡이 6시간 지속된 후에 이 기준이 30분간 지속되어야하고 (7) 모든 진단법과 치료법이 완벽히 시행되어야 한다. 일본에서의 뇌사판정기준은 후생성연구반기준(1991년)으로 (1) 심혼수 (2) 자발호흡의 소실 (3) 양안동공 고정 (4) 뇌간반사의 소실 (5) 평탄 뇌파 (6) 상기 조건과 30분이상 뇌파 평탄 등을 들고 있다(日本厚生省研究班, 1996).

우리 나라에 있어서는 대한의사협회가 1993년 3월 4일 ‘뇌사에 관한 선언’을 선포하여 심폐사와 뇌사를 정의함과 함께 무의미한 연명치료행위의 중단과 뇌사판정의 기준, 장기이식 의료기관의 요건 등을 명백히 하였던 바 이때 뇌사 판정의 기준은 엄격한 선행조건 하에 (1) 외부 자극에 전혀 반응이 없는 깊은 혼수상태 (2) 자발호흡의 비가역적 소실 (3) 양안 동공의 확대 고정 (4) 뇌간반사의 완전소실 즉 광반사, 각막반사, 안구두부반사, 전정안구반사, 모양체척수반사, 구역반사, 기침반사 의 소실을 말하며 (5) 자발운동, 제뇌강직, 제뇌피질강직, 경련 등이 나타나지 않고 (6) 무호흡검사 위의 6개의 검사를 6시간 경과 후에 재확인 (7) 뇌파검사 위의 6개의 기준을 재확인한 후 뇌파를 1회 이상 검사하여 평탄뇌파 30분 이상을 확인한다고 하였다(대한의사협회, 1998).

위에 말한 뇌사판정기준이 의사협회에 의하여 설정되었다 하더라도 우리 나라의 사회적 통념과 국민 정

서가 이를 받아들이는 데는 시간이 소요될 것으로 생각되며 실제로 뇌사자에게 대증적으로 치료를 한다 하더라도 결국 심장 폐장 간장 등 모든 장기가 점차로 기능을 상실하게 되는데 이러한 치료는 무의미할 뿐 아니라 이 기간에 소요되는 막대한 치료비의 부담 등 큰 문제가 야기되어 치료의 중단 등 어려운 문제를 파생시키고 있다.

3) 뇌사자 장기이식

뇌사자 장기이식의 문제는 1967년 남아공화국에서 최초의 심장이식수술이 실시된 이후 세계의 주목을 받게되었고 그 후 1980년 일본에서 심장이식수술이 시도되었으나 환자의 사망 뇌사판정의 의문 등이 있어 사건의 수사가 있어 문제가 야기되었었다.

그간 뇌사를 인정한 세계 각국은 뇌사자 장기이식에 대한 합법적인 장치를 마련하였으며 다른 여러 나라들도 장기의 제공과 이식수술을 법률적으로 인정하였고 일본에 있어서도 1996년 장기이식법안이 국회에서 통과되었으며 드디어 우리 나라에서도 1999년 2월 장기 등 이식에 관한 법률이 제정되기에 이르렀다. 다만 장기 등의 적출요건으로서 (1) 살아있는 자의 장기 등은 본인인 동의한 경우에 한하여 적출할 수 있고 (2) 뇌사자와 사망한자의 장기 등은 사망 전에 그 적출을 동의한 경우와 동의가 없었거나 반대한 사실이 확인되지 않을 때는 그 가족이 동의한 경우에 한하여 이를 실시할 수 있게 하였다(대한의사협회, 1998).

미국에서는 뇌사상태가 되었을 때 의사는 가족에 대하여 세가지 방법을 제시한다. 즉 (1) 이대로 뇌사상태를 계속하여 연명하는 가 (이 때 의료비는 자기부담) (2) 장기의 제공을 승낙할 수 있는 가 (본인의 의사 존중과 가족의 동의) (3) 뇌사상태이므로 일절의 치료를 중단하는 가 (이 결정은 가족의 의사)로 되어 있다(保阪正康, 1998).

4) 식물상태

중증의 뇌외상 및 뇌질환에서 회복 소생되었으나 대뇌에 광범위한 손상이 있거나 대뇌와 뇌간사이의 연락이 단절됨으로써 대뇌 기능은 정지되었으나 하위 뇌간의 생명중추의 기능은 유지되어 인공호흡기를 부착하지 않고도 생체 징후가 지속되는 경우를 말한다. 식물

상태(persistent vegetative state)에서 자발적 움직임은 완전히 소실되지 않으나 외계와의 소통은 거의 상실되며, 스스로 인공호흡이 없이 호흡이 유지된다. 기타 특징으로는 자력으로 이동할 수 없고, 자력으로 식이 섭취가 불가능하며, 대소변의 실금, 눈으로 물체를 응시하나 제대로 인식하지 못하며, 손을 움직이거나 입을 벌리는 정도 이상의 의사소통이 불가능하고, 소리를 내지만 뜻이 있는 말은 되지 않는 것 등으로 표현되는 상태로 이는 생물학적으로는 생존하고 있다고 할 수 있으나 사회적으로는 기능을 할 수 없는 상태로서 뇌사와는 전혀 다른 상태이다(대한의사협회, 1998).

5) 치료행위의 중지와 자기결정권

의사의 측에서 볼 때 회복의 가능성이 없고 치료를 계속하더라도 죽음을 피할 수 없는 질병에 있어서 "연명을 위한 치료를 계속하여야 하는가, 의미없는 연명 치료를 중지할 수 있는가"의 판단(치료행위의 중지)은 환자 측으로 볼 때 "필요없는 연명 치료를 중지하고 자연스러운 죽음을 맞이하는 것"을 희망하는 존엄사의 문제와 깊이 관련이 있다. 따라서 치료행위의 중지는 "의미없는 치료를 중지하여 인간으로서의 존엄성을 간직한 채 자연스러운 죽음을 맞이하겠다"라는 환자의 자기결정권의 이론과 "그러한 의미없는 치료행위까지를 하는 것은 이미 의무가 아니다"라는 의사의 치료의무의 한계와 서로 상극이 되는 것이다.

치료행위의 중지가 인정되는 요건은 다음과 같은 공통점이 있다는 것을 알 수 있다. (1) 현대의 의학지식이나 의기술로서는 치료가 불가능하고 극히 가까운 장래에 확실하게 죽음이 온다는 것 (2) 환자는 심한 고통을 호소하고 이것이 진행되고 있어 옆에서 보더라도 그 상태를 알 수 있을 것 (3) 환자자신의 의사로서 이미 치료행위에 대한 거부감이 있는 것 (4) 환자의사의 확인과 그 동의로 고통제거를 목적으로 하는 치료가 행하고 있는 것 (5) 그 치료란 환자의 사기를 앞당기는 의학적 처치인 것으로 이러한 5단계의 결과로서 초래되는 사망은 결국 안락사라고 말할 수 있다(今井道夫, 香川知晶(1995)).

6) Living Will (의식있는 동안의 유언)

1969년 미국 안락사교육협회에 의해 처음으로 발

의 기안되어 현재 미국 캘리포니아주 외에 40개주 이상에서 자연사법 또는 존엄사법으로 입법화되고 있다.

이는 환자가 신체적 정신적으로 건강한 생존 중 스스로가 의사표시 능력이 있을 때 써놓은 유언(Living Will)의 법률인데, 이후 죽음이 임박한 상황에서 시행될 의료의 내용에 있어서 사전에 인공적인 생명연장 장치의 중지 또는 제거 등 연명의료 거절의 의사를 의사에게 문서로 지시하는 권리를 인정한다는 것으로 생전 유효유언의 의미를 가지는 것이다. 이것은 치료행위의 중단, 중지는 "의미없는 치료를 끊고 인간으로서의 존엄을 지켜 자연사를 맞이하겠다"고 말하는 환자의 존엄사에 대한 자기결정을 의미하는 것으로 여기에는 치유 불가능한 질병에 걸려 회복의 가능성이 없고 죽음을 피할 수 없는 말기상태에 있다는 것(객관적요건)과 치료행위의 중지, 중단을 원하는 환자의 의사표시가 이 시점에 존재한다는 것(주관적요건)이 함께 필요하다.

3. 안락사의 유형

안락사라는 용어는 매우 광범위한 범위에서 그리고 매우 다양한 내용을 갖고 사용되어 왔기 때문에 여러 가지 유형으로 분류되고 있다.

안락사는 사회적으로 네 가지 유형으로 나눌 수 있는데

첫째 최광의의 안락사로서, 무가치한 인간의 생명은 불필요하기 때문에 사회로부터 제거해야 된다는 입장에서 사회적으로 쓸모 없고 해악만 끼치는 신체장애자나 정신질환자의 생명을 인위적으로 끊는 방법이다. 이 경우를 생존 가치없는 생명의 해멸 또는 도태적안락사라고 부른다. 이 유형의 안락사는 현재의 사회 체계하에서는 논의의 가치도 없다 할 수 있겠다.

둘째 광의의 안락사로서, 이는 현대 의료의 수준과 능력으로 판단할 때 불치의 질병으로 사망을 앞둔 환자에 대하여 환자 또는 보호자의 뜻에 따라 그가 인간다운 죽음을 맞이할 수 있도록 안락사 시키는 경우이다. 이 의미의 안락사를 다시 둘로 나누어 인간다운 삶을 영위할 수 없다는 본인의 판단하에 환자자신이 안락사를 요구하는 경우와 뇌사환자의 보호자의 요구에 의한 안락사의 경우이다. 이 경우를 존엄사(death with dignity)라고 볼 수 있으며 윤리적으로는 여러

형태의 논의가 가능하다.

셋째 협의의 안락사로서, 현대 의료수준으로는 치료 불가능한 질병을 가진 환자가 견디기 힘든 육체적, 정신적 고통을 없애기 위하여 환자 자신의 요구에 따라 그의 생명을 인위적으로 단축시키는 안락사의 경우이다. 이 경우의 안락사는 긴급피난이나 정당행위 또는 승낙의 범리 등으로 허용이 가능한가의 문제가 중심문제가 될 수 있다.

넷째 최협의의 안락사로서 임종이 직면한 환자에게 고통없이 자연사 할 수 있도록 죽음을 도와주는 행위이다. 이 경우는 환자 본인의 승낙없이 의사와 보호자의 독단적 고통완화와 제거조치가 윤리적으로 타당하며 법적인 정당행위로서 인정될 수 있는지 여부가 문제되고 환자의 뜻에 따라 임종을 도와 자연사 할 수 있게 하는 것은 오히려 권장할 만한 일이므로 윤리적으로 형법상 특별한 문제를 야기하지 않는다(허일태, 1994).

또한 독일의 형법학자 K. Engisch(1948)의 분류에 의하면

1) 순수 안락사

생명의 단축을 가져오지 않고 죽음에 이를 때까지 고통의 제거 내지는 완화의 처치를 하는 것

2) 간접적 안락사

고통의 제거 내지는 완화를 위하여 진통제, 마취약 등을 사용함으로써 그 부작용에 의하여 생명이 단축되어 결과적으로 죽음을 초래한다는 것을 알면서 이를 행하는 것

3) 소극적 안락사

연명치료를 행하지 않는다는 의미에서 예컨대 환자가 불가역적인 의식상실에 빠졌거나 치료가 절망적인 경우에 연명조치를 단념하여 죽음에 이르게 하는 것이다. 이것은 연명치료를 행하지 않는다는 의미에서 부작위의 안락사라고도 할 수 있다.

4) 적극적 안락사

생명의 직접적인 단축을 환자의 고통제거의 방법으로 하는 것으로 견디기 어려운 고통에 직면한 환자에 대하여 조용히 그리고 즉시 숨지게 할 수 있는 약물을 주사하는 적극적 행위방식이다(문국진, 1982; 前田和彦, 1996).

4. 안락사 찬반에 대한 의견

의료기술의 계속적 발달은 식물상태로 죽음을 기다리는 환자의 수를 매년 증가시키고 있으며, 또한 많은 수의 불구아들이 태어나고, 회복할 수 없는 질병으로 고통받고 있는 많은 암환자들과 노인환자들이 있다. 이들은 자신의 고통 뿐 아니라 가족과 사회에도 정신적 경제적 부담을 준다. 이러한 사실을 놓고 안락사에 대하여 비록 고통스러운 상황에 처해 있더라도 인간생명의 존엄성을 지켜야 한다는 의견과 인간은 자신이 생명의 주인이며 자신의 문제를 자발적으로 결정할 수 있어야 한다는 권리를 주장하는 견해 사이에서 윤리적인쟁이 지속되고 있다.

1) 먼저 안락사를 찬성하는 의견을 살펴보면

첫째, 만약 어떤 환자가 불치의 병으로 고통받고 있다면, 둘째, 만약 그의 죽음이 불가피한 것이라면, 셋째, 만약 고통을 진정시키는 방안이 진통제사용 이외에 다른 치료방법이 없다면, 넷째, 만약 죽음의 단순한 연장에 불과한 상태라면 그 고통과 비참함을 빨리 종식 시키도록 죽음을 선택할 수 있게 한다는 것이다(박영식, 1996). 사실상 의식이 없는 상태에서 계속 누워 있는 환자는 인간으로서 어떤 목적도 성취할 수 없는 실제로 죽은 인간이라고 볼 수 있다. 또한 불치의 병을 치료하는 데 가족들에게 정신적 경제적 부담을 주고 막대한 의료비용은 환자의 가정과 재산을 파탄시킬 수도 있다(김중호, 1996).

그러므로 환자의 생명을 빨리 단축시키는 것은 자비로운 행위라고 보며(황경식, 김상득, 1987), 의사도 '환자의 고통을 덜어주는 것'이 중요한 임무이므로 이것은 비윤리적인 행위가 아니고, 환자의 입장에서는 회복 가능성이 없는 질병으로 계속 고통에 시달릴 때 자신의 생명을 끊는 것은 개인의 기본적 자유이고 자율적인 결단이라고 주장한다.

2) 다음 안락사를 반대하는 의견은

첫째, 인간의 생명은 창조주이신 신만이 생명과 죽음에 대한 지배권을 가지며, 어떤 이유로도 인간의 지배가 생명을 죽이는 데까지 확대되어서는 안된다. 둘째, 안락사를 용인하게 되면 쓸모없는 사람을 죽이는

것을 허용하는 수많은 비윤리적 사회적 남용이 야기될 수 있다. 셋째, 생명의 존엄성을 지키고 무고한 자에 대한 살인을 막아야 한다. 넷째, 직접적 안락사는 살인 이므로 법적으로나 윤리적으로 있을 수 없다. 다섯째, 치료하는 것만을 의사의 소명으로 여겨온 의료전통에 어긋나게 되며 환자와 의사사이의 신뢰관계에 변화가 생기게 되어 환자는 의사가 안락사 시킬 수 있다는 생각 때문에 의사로부터 치료받기를 거부하게 될 수 있다(박영식, 1996). 여섯째, 의사의 가장 기본적인 고귀한 임무는 환자의 생명을 보호하고 치료하는 일인데 환자의 죽음을 도와서 죽게 한다면 그 결과로 의사 자신이 생명의 존엄성에 대하여 무감각하게 될 뿐만 아니라 그 사회 전체가 인간의 생명을 경시하는 풍토로 변화될 것이라고 주장하고 있다(김중호, 1996).

5. 안락사에 대한 각국의 동향

말기환자의 생명을 다루는 안락사에 대한 문제는 세계 여러 나라에서 어려운 문제로 논의되고 있으나 안락사를 합법화한 나라는 거의 없고 최근 들어 안락사를 허용해야 한다는 분위기가 확산되고 있다. 국내에서도 선진국과의 사회 문화적 차이로 아직은 공개적으로 거론되지 못하고 있는 실정이며, 정부 차원의 정책적 접근도 거의 없고, 의료법 등의 관련법에도 안락사에 대한 규정이 들어 있지 않은 것이 사실이다.

1) 미 국

미국은 1906년에 오하이오주 의회에서 처음으로 안락사에 관한 법안이 제출되었으나 72대 22로 부결되었다. 이 법안은 개인이 살아있는 동안 그의 유언으로 안락사의 여부를 결정토록 하는 소위 '산자의 의지(Living will)'에 서명하는 권리를 갖는 것이었다. 그 후 1938년 C. F. Potter에 의해서 '미국안락사협회'가 설립되었고, 1947년, 1969년 의회에서 '임의 안락사법안'이 제안되었지만 실현되지 못하였다. 1975년 11월 10일 Karen사건을 계기로 캘리포니아주 의회에서는 "자연사법안"이 제출되었고 하.상원에서 가결되어 성립하였다. 그리고 이러한 입법은 8개주에서 채택되었다. 특히 1984년에는 플로리다주의 "생명소생법"이 제정되는 등 1976년부터 1985년까지 31개주에서 다

양한 형태로 입법화되어 왔다. 1983년에 발행된 "의학 및 생물의학 행동과학연구에 대한 윤리문제의 검토를 위한 대통령위원회보고"에서 그것을 알 수 있으며 이것을 배경으로 재판에 있어서 환자의 헌법상, 사법상 권리가 인정되었다. 이것은 의료에 있어서의 자기결정권의 보장으로서 Karen의 판결도 그 일례로 되어 있다. 이와 함께 미국에서의 안락사 논의도 크게 변화되어 종래의 안락사에 대신하여 말기의료에 있어서의 환자의 자기결정권의 존중 그 구체화로서 Living will의 확립 등 이것들을 포괄적으로 규정한 "자연사법"이나 "존엄사법"이 현재 미국 40개주이상에서 입법화되고 있다.

2) 독 일

나치스 문제를 일으키고 있던 독일에 있어서는 첨단 의료문제는 오랫동안 터부시되어 왔다. 그러나 전후 경제부흥이 일단락 된 후 첨단기술의 의학적 적용은 미국의 영향을 받게되어 큰 사회문제를 일으키게 되었다.

첨단기술이 의료에 포함되기 위해서는 의학계자체가 나치스문제와 결별할 필요가 있어서 독일의 보건학회 총회는 "의학과 나치즘"문제를 정식으로 취급하여 나치스 의학의 청산을 기도하였다. 이에 따라 법조계에 있어서도 첨단기술의 의료에의 포함이 토의되어 1990년대에 이르러 유전자공학법이나 배보호법이 제정되었으며 말기개조라는 표현도 일반화되었다. 또한 연방최고재판소도 환자의 자살의사(자기결정권)에 한계가 있다는 것을 인정하면서도 의사의 구조의무와 환자의 자기결정권의 사이에서 환자의 인격을 존중하고 말기개조에 있어서 의사의 부작위가 재판상 긍정되기에 이르렀다.

실제로 근년에 와서 Wittig사건(1981년), Hackethal 사건(1984년)이 계기가 되어 안락사의 정당성과 환자의 자기결정권, 의사의 치료의무 등의 입법이 논의된 것이다.

3) 일 본

1950년 小野라는 학자는 안락사를 현대 의학과 기술로서 어떻게 할 수 없는 경우에는 그 고통을 완화하게 하여 안락하게 죽게 한다는 불교적 측은의 마음과 유토피아에서 주장하는 인간적 합리주의에서 이것이 필요하다고 주장한 바 있다. 그 후 일본에서는 1962년

나고야 고등재판소가 안락사의 6개조의 요건으로 안락사를 허용할 수 있다고 판시하였고, 오다는 그의 논문 '안락사의 새로운 해석과 그 입법화'에서 안락사 긍정의 6개요건을 제시하였고 입법회의 목적으로 안락사협회의 창설을 제시한 바 그 후 1976년 안락사협회가 창립되었다. 그러나 이러한 운동과 반대로 안락사 법제화를 저지하는 모임도 결성되었는데 이것의 취지는 안락사가 의료현장에서 치료나 간호의 의욕을 저해하고 환자나 그 가족의 투병하는 기력을 빼앗을 뿐 아니라 생명을 절대적으로 존중하고자 하는 많은 사람들의 희망을 감퇴시킨다는 것이다. 이러한 논의도 있고 해서 안락사협회는 그 후 1983년에 일본 존엄사협회로 개칭하여 '회복의 가망이 없는 상태에 돌입하였을 때에는 무익한 치료의 계속을 거부하고 인간으로서의 존엄을 유지하면서 죽음을 맞이하자'는 관념으로 변하고 있다. 그러나 이와 같이 안락사와 존엄사의 구별이 충분치 않은 상태에서 논의가 계속되고 있고 또 양자의 관계도 불분명한 상태에서 1991년 동해대부속병원에서 다발성골수종환자에게 의사가 그 가족으로부터의 의뢰에 따라 점적, 유치도뇨관, Airway 등을 제거(의료행위의 중단, 중지)하고 호흡억제제인 Harizon Serenes를 주사하고(고통제거 완화장치) 더 나아가 심장정지제인 KCI를 정맥주사하여(생명단축행위) 사망케하여 살인죄로 기소되었다. 일본에 있어서 안락사의 최대의 문제는 현대의 말기의료에 있어서 생명유지를 위한 장치가 과잉 치료가 되고 이것이 인간의 존엄을 해하는 행위인가가 문제가 된다는 것이다. 반면 인간은 어느 때이고 사망하게되는 존재인데 만일 그렇다면 죽는 방법만은 개개인의 의사와 주체성이 인정되어야 하지 않겠느냐의 의미도 있게 된다는 뜻이다.

4) 화란 및 기타 국가

적극적안락사를 법적으로 보장하는 국가나 지역은 없었으나 여러 나라에서 이와 같은 움직임이 있던 중 안락사를 공공연히 인정하는 법안이 1993년 화란에서 가결되었다. 그 사이 1971년에는 의사가 자기 모친을 안락사 시킨 예도 있고 그 후 최종적으로는 법제화가 되지는 않았으나 화란왕립학회가 정한 엄한 조건내에서 안락사가 인정하는 등의 절차를 거쳐 화란정부는 1991년 적극적 안락사를 인정하는 법안을 제출하여 1

년여의 심의를 거쳐 1994년 실시를 보게되었다.

캐나다의 의과대학에서도 이러한 논의를 하게되었고 스웨덴의 장기이식법에서도 안락사를 논의하고 있다 (허일태, 1994; 保阪正康, 1984).

III. 연구 방법

1. 연구대상

본 연구는 2000년 7월21일부터 7월27일까지 서울시 소재 일 대학부속병원 산하 2개 병원에 근무하는 530명의 간호사를 대상으로 작성된 질문지를 배부하여 자료를 수집하였으며, 회수된 설문지 중 불충분한 자료를 제외한 521명의 자료를 분석하였다.

2. 연구도구

본 연구의 도구는 Tordella와 Neutens(1979)가 대학생의 안락사에 대한 태도를 평가하기 위해 만든 도구를 연구자가 번역하여 전문가의 자문을 받아 수정 보완하였으며, 수집된 자료의 Cronbach's alpha는 0.8063 이었다. 질문지는 총 32개문항으로 일반적 특성 11개문항과 안락사와 관련된 21개문항으로 구성되었다.

각 문항은 안락사에 대한 긍정적 의식을 5점, 부정적 의식을 1점으로 하여 5단계로 구분하여 점수를 부과하였다.

3. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료는 SPSS를 이용하여 전산처리 하였으며 자료분석을 위해 사용한 통계분석 방법은 Factor analysis로서 안락사 태도에 관련된 21개 문항내의 내부적 상호의존 관계를 소수의 공통인자를 통해 해석하고자 우선 21개 문항들 가운데 상관관계 및 이를 통한 연관된 문항을 제거하여 12개 문항을 인자분석의 대상으로 하였고 분석결과 안락사와 관련된 4가지 특성을 대변하는 각 변수를 새로이 구성하여 유형별 분류를 하였다. 일반적 특성에 따른 안락사에 대한 태도는 ANOVA, t-Test를 사용하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 조사대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성으로는 연령, 교육정도, 부모 생존여부, 결혼여부, 종교, 근무기간, 현재 근무부서, 가장 오래 근무한 부서, 가족의 죽음경험여부, 말기환자 간호경험여부, 안락사 정보여부의 11문항을 조사하였다.

연령은 25세-29세가 41.7%로 가장 많았고, 24세 이하가 38.6%, 30세-34세 10.6%, 35세 이상이 9.2%의 순으로 나타났으며, 평균연령은 26.9세로 나타났다. 교육정도는 전문대졸 83.7%, 4년제대학졸 15.5%, 대학원졸이상 0.8%이었다. 부모생존여부는 양친생존 85.2%, 부친만 생존 2.9%, 모친만 생존 10.2%, 양친타계 1.7%로 나타났고, 결혼여부는 미혼 77.5%, 기혼 22.5%로 나타났으며, 종교는 기독교가 34.8%로 가장 많았고, 천주교 11.7%, 불교 13.7%, 기타 1.5%, 종교가 없는 경우도 38.3%로 나타났다. 근무기간은 1년이하 28.0%, 1년-2년이하 12.9%, 2년-5년이하가 28.2%, 5년-10년이하 20.7%, 10년초과 10.2%로 평균 근무기간은 4년5개월로 나타났다. 현재 근무부서는 일반병동(내/외과/산/소아과) 39.9%, 중환자실 및 응급실 20.5%, 수술실 및 마취과, 분만실 및 신생아실, 정신과병동 25.1%, 기타(외래/간호과/공급실 등) 14.4%로 나타났다. 가장 오래 근무한 부서는 일반병동(내/외과/산/소아과) 45.9%, 중환자실 및 응급실 22.6%, 수술실 및 마취과, 분만실 및 신생아실, 정신과병동 24.8%, 기타(외래/간호과/공급실 등) 6.7%로 나타났다. 가족의 죽음경험여부는 있다 46.3%, 없다 53.7%로 나타났고, 말기환자의 간호경험여부는 있다 56.8%, 없다 43.2%로 나타났으며, 안락사에 대한 정보여부는 있다 82.5%, 없다 17.5%로 나타났다(표 1).

2. 간호사의 안락사에 대한 태도

간호사의 안락사에 대한 태도는 평균 3.40으로 나타났다. 일반적 특성에 따른 안락사 태도는 연령, 교육정도, 부모생존여부, 결혼여부, 근무기간, 현재 근무

〈표 1〉 조사대상자의 일반적 특성

(N=521)

일반적 특성	구 분	실 수	백분율(%)
연 령(만)	24세 이하	201	38.6
	25세-29세	217	41.7
	30세-34세	55	10.6
	35세 이상	48	9.2
교육정도	전문대졸	436	83.7
	4년제대학졸	81	15.5
	대학원졸이상	4	0.8
부모생존여부	양친 생존	444	85.2
	부친만 생존	15	2.9
	모친만 생존	53	10.2
	양친 타계	9	1.7
결혼여부	미혼	404	77.5
	기혼	117	22.5
종 교	기독교	181	34.8
	천주교	61	11.7
	불교	72	13.7
	기타	8	1.5
	무	199	38.3
근무기간	1년 이하	146	28.0
	1년-2년이하	67	12.9
	2년-5년이하	147	28.2
	5년-10년이하	108	20.7
	10년 초과	53	10.2
현재근무부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	208	39.9
	중환자실, 응급실	107	20.5
	수술실, 마취과	131	25.1
	분만, 신생아실, 정신과 외래, 간호과, 공급실등	75	14.4
오래 근무한부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	239	45.9
	중환자실, 응급실	118	22.6
	수술실, 마취과, 분만, 신생아실, 정신과 외래, 간호과, 공급실등	129	24.8
가족죽음 경험여부	있다	241	46.3
	없다	280	53.7
말기환자 간호경험여부	있다	296	56.8
	없다	225	43.2
안락사 정보 여부	있다	430	82.5
	없다	91	17.5

부서, 가장 오래 근무한 부서, 가족의 죽음경험여부, 말기환자 간호경험여부, 안락사 정보여부에서는 유의한 차이가 없었고, 종교($p=.000$)에서만 유의한 차이가 있었는데(표 2), 기독교나 천주교 신자에 비해 타종교나 종교가 없는 사람이 안락사에 대한 태도가 더 긍정적인 것으로 나타났다. 이는 안락사의 태도에 영향을 미치는 요인으로 종교, 신앙심의 정도를 보고한 연구결과와 일치한다(Popoff, D., Frankenhouser, G. R.,

1975; 서문자 등, 1982; 김인자, 1984; 남영화, 1985; 이원희 등, 1990).

3. 일반적 특성에 따른 유형별 안락사에 대한 태도

1) 일반적 특성과 소극적 안락사와의 차이검정

소극적 안락사에 대한 태도의 평균은 2.48이었고 일반적 특성과의 차이검정에서 종교($p=.000$), 현재

〈표 2〉 일반적 특성에 따른 안락사에 대한 태도

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
연령(만)	24세 이하	3.39	0.587	1.66	0.176
	25세-29세	3.44	0.613		
	30세-34세	3.43	0.616		
	35세 이상	3.22	0.797		
교육정도	전문대졸	3.41	0.605	0.65	0.525
	4년제대학졸	3.37	0.706		
	대학원졸	3.07	0.983		
부모생존여부	양친생존	3.38	0.644	0.74	0.531
	부친만 생존	3.47	0.491		
	모친만 생존	3.51	0.474		
	양친 타계	3.38	0.553		
결혼여부	미혼	3.40	0.617	0.06	0.953
	기혼	3.39	0.649		
종 교	기독교	3.18	0.728	11.24	0.000
	천주교	3.33	0.598		
	불교	3.53	0.479		
	기타	3.69	0.455		
	무	3.56	0.510		
근무기간	1년 이하	3.34	0.609	2.05	0.087
	1년-2년이하	3.32	0.640		
	2년-5년이하	3.45	0.618		
	5년-10년이하	3.51	0.538		
	10년 초과	3.30	0.780		
현재근무부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	3.48	0.566	1.98	0.116
	중환자실, 응급실	3.35	0.621		
	수술실, 마취과	3.39	0.673		
	분만, 신생아실, 정신과	3.35	0.676		
	외래, 간호과, 공급실	3.35	0.676		
오래 근무한부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	3.45	0.573	1.40	0.241
	중환자실, 응급실	3.31	0.700		
	수술실, 마취과	3.38	0.638		
	분만, 신생아실, 정신과	3.38	0.638		
	외래, 간호과, 공급실	3.42	0.624		
계		3.40	0.624		

〈표 2〉 일반적 특성에 따른 안락사에 대한 태도(계속)

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
가족죽음 경험여부	있다	3.36	0.594	-1.24	0.215
	없다	3.43	0.647		
말기환자 간호경험여부	있다	3.39	0.634	-0.17	0.863
	없다	3.40	0.611		
안락사정보여부	있다	3.40	0.620	0.57	0.573
	없다	3.36	0.642		
계		3.40	0.624		

근무부서(p=.046)에서만 유의한 차이를 보였다(표 3). 기독교나 천주교 신자가 타종교나 종교가 없는 사람보다 소극적 안락사를 더 지지하는 것으로 나타났는데 이는 인간의 생과 사에 대한 결정은 신만의 영역이며 그 분만이 생명을 종식시킬 수 있다는 견해와 일치한다고 하겠다. 또한 Martison 등(1978)은 간호사의 93%가 임종환자의 가정간호에 찬성하여 소극적 안락사를 지지한다고 보고하였고, 이원희 등(1990)의 연구에서도 “살 가망이 없는 환자의 간호에서는 죽어가는 환자의 생명을 위한 모든 처치를 환자가 원하지 않는 경우 시행하지 않는 것”에 대하여 67.5%가 찬성한다고 하였다. 근무부서는 중환자실, 응급실에 근무하는 간호사들이 일반병동이나 수술실 및 마취과 등에 근무하는 간호사에 비해 소극적 안락사를 더 지지하는 것

으로 나타났는데 이는 남영화(1985)의 연구에서 응급실, 중환자실의 간호요원이 내.외과 병실이나 수술실, 회복실 등에 근무하는 간호요원에 비해 안락사에 대하여 긍정적인 태도를 보인 것과 일치하며, 이러한 결과는 중환자실의 경우 완전하지 못한 의식상태로 심한 고통을 느끼고 있다고 판단되는 환자나 이미 뇌기능을 상실한채로 기계적 작동에 의해 심폐기능만 유지되고 있는 환자에게 현대 의학의 힘으로 식물인간으로서의 삶을 계속 유지케 하는 것 보다는 그들에게 인간으로서의 품위를 손상받지 않고 죽을 수 있는 권리를 허용해야 한다는 견해와 일치한다고 하겠다(Jackson & Youngner, 1979; Merkin, 1979; 서문자 등, 1982; 안황란, 1996).

〈표 3〉 일반적 특성에 따른 소극적 안락사에 대한 태도

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
연령(만)	24세 이하	2.40	0.901	2.54	0.056
	25세-29세	2.49	0.966		
	30세-34세	2.42	0.954		
	35세 이상	2.82	1.175		
교육정도	전문대졸	2.47	0.950	1.19	0.304
	4년제대학졸	2.52	1.025		
	대학원졸	3.19	1.463		
부모생존여부	양친 생존	2.48	0.980	0.20	0.899
	부친 생존	2.37	0.876		
	모친 생존	2.45	0.879		
	양친 타계	2.67	1.000		
결혼여부	미혼	2.46	0.938	-1.01	0.312
	기혼	2.56	1.056		
종 교	기독교	2.96	0.988	24.26	0.000
	천주교	2.63	0.942		
	불교	2.07	0.759		
	기타	1.88	0.627		
	무	2.17	0.829		
계		2.48	0.966		

〈표 3〉 일반적 특성에 따른 소극적 안락사에 대한 태도(계속)

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
근무기간	1년 이하	2.43	0.935	2.31	0.057
	1년-2년이하	2.68	0.917		
	2년-5년이하	2.44	0.945		
	5년-10년이하	2.35	0.952		
	10년 초과	2.74	1.134		
현재근무부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	2.36	0.848	2.69	0.046
	중환자실, 응급실	2.67	1.045		
	수술실, 마취과, 분만, 신생아실, 정신과	2.49	0.973		
	외래, 간호과, 공급실	2.54	1.103		
오래 근무한부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	2.39	0.856	2.52	0.057
	중환자실, 응급실	2.68	1.121		
	수술실, 마취과	2.46	0.953		
	분만, 신생아실, 정신과 외래, 간호과, 공급실	2.52	1.094		
가족죽음 경험여부	있다	2.55	0.974	1.43	0.152
	없다	2.42	0.957		
말기환자 간호경험여부	있다	2.52	0.999	1.04	0.300
	없다	2.43	0.920		
안락사정보여부	있다	2.47	0.955	0.42	0.673
	없다	2.52	1.021		
계		2.48	0.966		

2) 일반적 특성에 따른 순수 안락사에 대한 태도

순수 안락사에 대한 태도의 평균은 4.09로 높은 긍정적 태도를 나타냈는데 일반적 특성과의 관계에서는 연령, 교육정도, 부모생존여부, 결혼상태, 종교, 근무기간, 현재 근무부서, 가장 오래 근무한부서, 가족의 죽음경험여부, 말기환자 간호경험여부에서는 유의한 차이가 없었고, 안락사 정보여부(p=.044)에서만 유의한 차이가 있었다(표 4). 이는 Brim(1970), Lester & Getty(1974), Martison(1978), 남영화(1985), 안황란(1996)의 연구결과와 일치한다.

3) 일반적 특성에 따른 간접적 안락사에 대한 태도

간접적 안락사에 대한 태도의 평균은 2.98로 나타났다. 연령(p=.004), 부모생존여부(p=.005), 결혼여부(p=.000), 근무기간(p=.022), 현재 근무부서(p=.005), 가족의 죽음경험여부(p=.028)에 따라서 유의한 차이를 보였는데(표 5), 연령이 많을수록, 부모

가 생존해 있는 경우에, 기혼자가 미혼자에 비해, 가족의 죽음을 경험한 경우에 경험하지 못한 사람에 비하여, 근무기간이 오래된 사람일수록, 근무부서는 외래, 간호과 등에 근무하는 사람이 안락사에 대하여 더욱더 긍정적인 태도를 나타냈는데 이는 외래, 간호과의 경우 근무기간이 오래된 사람이 배치되어 있는 것과 관련이 있다고 사료된다.

4) 일반적 특성에 따른 안락사의 가족동의에 대한 태도

안락사의 가족동의에 대한 태도의 평균은 3.51이었고 부모생존여부(p=.023), 근무기간(p=.020)에서 유의한 차이를 보였는데(표 6), 부모가 생존한 경우 돌아가신 경우에 비해 안락사에 대한 문제는 가족 전체의 문제이지 개인의 문제가 아니고, 안락사는 가족들이 동의할 때만 허용될 수 있다는 문항에 더 긍정적인 태도를 보였다.

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 순수 안락사에 대한 태도

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
연령(만)	24세 이하	4.14	0.735	0.62	0.603
	25세-29세	4.05	0.981		
	30세-34세	4.15	0.806		
	35세 이상	4.01	0.981		
교육정도	전문대졸	4.12	0.861	1.06	0.346
	4년제대학졸	3.96	0.937		
	대학원졸	4.17	1.000		
부모생존여부	양친 생존	4.12	0.838	1.45	0.227
	부친 생존	3.67	1.189		
	모친 생존	4.01	1.036		
	양친 타계	4.15	0.959		
결혼여부	미혼	4.12	0.851	1.18	0.237
	기혼	4.01	0.949		
종교	기독교	4.12	0.875	0.76	0.554
	천주교	4.10	0.835		
	불교	4.21	0.913		
	기타	4.13	0.959		
	무	4.02	0.871		
근무기간	1년 이하	4.20	0.734	1.53	0.192
	1년-2년이하	4.13	0.810		
	2년-5년이하	4.11	0.853		
	5년-10년이하	3.95	1.031		
	10년 초과	3.98	0.997		
현재근무부서	일반병동	4.05	0.841	0.95	0.414
	특수병동	4.06	0.863		
	수술/마취/정신	4.20	0.874		
	기타	4.07	0.978		
오래 근무한부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	4.06	0.865	0.37	0.777
	중환자실, 응급실	4.10	0.868		
	수술실, 마취과	4.16	0.879		
	분만, 신생아실, 정신과 외래, 간호과, 공급실	4.05	0.964		
가족죽음 경험여부	있다	4.16	0.863	1.61	0.109
	없다	4.04	0.881		
말기환자 간호경험여부	있다	4.05	0.907	1.16	0.247
	없다	4.14	0.830		
안락사정보여부	있다	4.06	0.869	2.02	0.044
	없다	4.26	0.887		
계		4.09	0.875		

〈표 5〉 일반적 특성에 따른 간접적 안락사에 대한 태도

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
연령(만)	24세 이하	2.82	0.896	4.58	0.004
	25세-29세	3.01	1.024		
	30세-34세	3.12	1.003		
	35세 이상	3.35	1.073		
교육정도	전문대졸	2.99	0.992	0.25	0.781
	4년제대학졸	2.92	0.965		
	대학원졸	3.17	1.401		
부모생존여부	양친 생존	2.92	0.981	4.35	0.005
	부친 생존	3.51	0.967		
	모친 생존	3.33	0.964		
	양친 타계	2.74	1.011		
결혼여부	미혼	2.89	0.961	-3.74	0.000
	기혼	3.28	1.030		
종교	기독교	3.00	1.003	2.01	0.092
	천주교	3.26	0.874		
	불교	2.94	0.960		
	기타	2.54	1.154		
	무	2.90	1.003		
근무기간	1년 이하	2.86	0.944	2.88	0.022
	1년-2년이하	2.84	0.890		
	2년-5년이하	2.94	0.950		
	5년-10년이하	3.15	1.052		
	10년 초과	3.26	1.128		
현재근무부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	2.98	0.990	4.26	0.005
	중환자실, 응급실	2.79	0.880		
	수술실, 마취과	2.94	1.035		
	분만, 신생아실, 정신과	3.31	0.988		
	외래, 간호과, 공급실	3.31	0.988		
오래 근무한부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	3.00	1.008	1.29	0.279
	중환자실, 응급실	2.87	0.879		
	수술실, 마취과	2.97	1.047		
	분만, 신생아실, 정신과	3.24	0.972		
	외래, 간호과, 공급실	3.24	0.972		
가족죽음 경험여부	있다	3.08	0.982	2.21	0.028
	없다	2.89	0.988		
말기환자 간호경험여부	있다	3.03	0.950	1.28	0.283
	없다	2.92	1.037		
안락사정보여부	있다	2.99	0.969	0.36	0.720
	없다	2.95	1.082		
계		2.98	0.989		

〈표 6〉 일반적 특성에 따른 안락사의 가족동의를 위한 태도

일반적 특성		mean	SD	F or t	p-value
연령(만)	24세 이하	3.42	1.230	1.85	0.137
	25세-29세	3.65	1.206		
	30세-34세	3.37	1.244		
	35세 이상	3.35	1.276		
교육정도	전문대졸	3.52	1.255	0.37	0.692
	4년제대학졸	3.48	1.088		
	대학원졸	3.00	1.225		
부모생존여부	양친 생존	3.49	1.247	3.21	0.023
	부친 생존	3.70	0.751		
	모친 생존	3.76	1.090		
	양친 타계	2.44	1.261		
결혼여부	미혼	3.49	1.242	-0.74	0.457
	기혼	3.58	1.184		
종교	기독교	3.38	1.326	0.82	0.511
	천주교	3.62	1.186		
	불교	3.55	1.259		
	기타	3.63	1.330		
	무	3.57	1.134		
근무기간	1년 이하	3.28	1.283	2.94	0.020
	1년-2년이하	3.57	1.062		
	2년-5년이하	3.76	1.180		
	5년-10년이하	3.47	1.242		
	10년 초과	3.42	1.291		
현재근무부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	3.52	1.195	0.45	0.716
	중환자실, 응급실	3.48	1.184		
	수술실, 마취과	3.44	1.342		
	분만, 신생아실, 정신과	3.44	1.342		
	외래, 간호과, 공급실	3.64	1.190		
오래 근무한부서	일반병동 (내/외과/산/소아과)	3.53	1.195	0.12	0.950
	중환자실, 응급실	3.48	1.206		
	수술실, 마취과	3.47	1.328		
	분만, 신생아실, 정신과	3.47	1.328		
	외래, 간호과, 공급실	3.56	1.199		
가족죽음 경험여부	있다	3.49	1.207	0.22	0.824
	없다	3.52	1.249		
말기환자 간호경험여부	있다	3.47	1.197	0.86	0.389
	없다	3.56	1.270		
안락사정보여부	있다	3.48	1.236	0.88	0.379
	없다	3.61	1.194		
계		3.51	1.229		

V. 결론 및 제언

본 연구는 최근 사회적 문제로 대두되고 있는 안락사에 대한 간호사의 태도와 이에 영향을 미치는 요인을 규명하여 간호사의 윤리관과 가치관형성에 도움을 주며 간호사들의 직무교육, 간호학생들의 간호교육에 있어 안락사에 대한 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

연구대상은 서울시 소재 일 대학부속병원 산하 2개 병원에 근무하는 521명의 간호사를 대상으로 하였고, 2000년 7월21일부터 7월27일까지 Tordella와 Neutens가 만든 도구를 기초로 작성된 질문지를 배부하여 자료를 수집하였으며, 수집된 자료는 SPSS프로그램을 이용하여 통계처리 하였고 Frequency, Mean, Factor Analysis, ANOVA, t-test로 분석하였다.

연구결과를 살펴보면 다음과 같다.

1. 대상자의 일반적 특성으로는 연령이 25세-29세가 41.7%로 가장 많았고, 평균연령은 26.9세로 나타났으며, 교육정도는 전문대졸 83.7%, 4년제대학졸 15.5%의 순이었고, 부모생존여부는 양친생존이 85.2%로 가장 많았고, 결혼상태는 미혼 77.5%, 기혼 22.5%로 나타났으며, 종교는 기독교가 34.8%로 가장 많았고, 종교가 없는 경우도 38.3%로 나타났다. 근무기간은 2년이하가 40.9%를 차지하였고, 평균 근무기간은 52.7개월로 나타났다. 현재 근무부서는 일반병동 39.9%, 중환자실 및 응급실 20.5%, 수술실 등 25.1%, 기타 14.4%로 나타났고, 가장 오래 근무한 부서는 일반병동 45.9%, 중환자실 및 응급실 22.6%, 수술실 등 24.8%, 기타 6.7%로 나타났으며, 가족의 죽음경험여부는 있다 46.3%, 없다 53.7%, 말기환자의 간호경험여부는 있다 56.8%, 없다 43.2%, 안락사에 대한 정보여부는 있다 82.5%, 없다 17.5%로 나타났다.

2. 간호사의 안락사에 대한 태도는 평균이 3.40으로 나타났으며, 일반적 특성과 안락사 태도는 종교에 따라서 유의한 차이가 있었다.

3. 일반적 특성에 따른 유형별 안락사 태도는 첫째, 소극적 안락사에서는 평균이 2.48이었으며, 종교, 현재근무부서에 따라서 유의한 차이가 나타났다. 둘째, 순수 안락사에서는 평균이 4.09로 긍정적 태도를 보였

으며 안락사정보여부에 따라 유의한 차이가 있었다. 셋째, 간접적 안락사에서는 평균이 2.98이었고, 연령, 부모생존여부, 결혼여부, 근무기간, 현재근무부서, 가족죽음경험여부에 따라서 유의한 차이를 보였다. 넷째, 가족 관련성에서는 평균이 3.51로 나타났고, 부모생존여부, 근무기간에 따라서 유의한 차이를 보였다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같은 제언을 한다.

1. 안락사에 대한 찬반의 이유를 알아보는 서술적연구가 필요하다.

2. 앞으로 말기환자간호 교과과정의 개발 및 시행을 위한 안락사에 대한 개념규정과 효과분석에 필요한 계속적인 연구가 이루어져야 하겠다.

3. 죽음에 직면한 사람들의 안락사에 대한 현상학적 연구가 필요하다.

참 고 문 헌

구영모 (1999). 생명의료윤리. 동녘.
 김인자 (1984). 죽음의식에 관한 비교문화권적 연구. 서강대학교 출판부, 131-168.
 김정희 (1990). 죽음 및 호스피스에 관한 의료인의 태도조사연구-간호사와 의사를 중심으로. 한양대행정대학원.
 김주희 등 (1992). 간호사와 간호학생의 임종환자 이해와 죽음에 대한 태도조사연구. 성인간호학회지, 4(1):5-16.
 김주희 등 (1995). 임상 간호사의 윤리적 딜레마에 관한 태도조사. 간호학회지, 25(3):496-509
 김중호 (1995). 의료기술의 발달과 윤리적 쟁점. 제6회 사회윤리 심포지엄, 아산사회복지사업재단, 68-78.
 나고야 고등재판소 (1962). 나고야 고등재판소 판례. 5(9).
 남영화 (1985). 간호요원의 안락사에 대한 태도. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
 대한의학협회 (1990). 뇌사 왜 인정해야하나.
 대한의사협회 (1998). 뇌사판정 및 뇌사자장기이식 인준기준에 관한 규정집.

- 대한의학협회지(1984). 안락사에 대한 의학적 법적 측면. 27권 3호.
- 문국진 (1975). 안락사의 정의와 방법론. 함춘원, 서울의대, 11, 127-132.
- 문국진 (1982). 생명윤리와 안락사. 여문각, 112-153.
- 박영식 (1995). 인간존엄과 의료윤리. 제6회 사회윤리 심포지엄. 아산사회복지사업재단, 17-30.
- 변창자 (1983). 간호업무와 윤리. 대한간호, 22(4) : 16-19.
- 保阪正康 (1984). 안락사와 존엄사. 강담사
- 서문자, 이은옥, 김달숙 (1982). 안락사에 대한 의식 조사. 최신의학, 25(7) : 97-108.
- 植木 哲 (1998). 의료의 법률학. 유배각.
- 안황란, 박옥희 (1996). 안락사에 대한 지역사회주민 의식에 관한 연구. 정신간호학회지, 5(2) : 83-106.
- 이원희 등 (1988). 간호사의 윤리적 가치관에 관한 조사 연구. 대한간호, 27(5) : 79-86.
- 前田和彦 (1996). 의사법강의. 신산사.
- 今井道夫, 香川知晶 (1995). 생명윤리의 입문. 신산사.
- 허일태 (1994). 안락사에 관한 연구. 한국형사정책연구원.
- 植木幸明 (1984). 녀사의 판정기준. 일본 임상, 40권 11호.
- Brim, F., & Cebin, S. (1970). The dying patient. New York, Russel Sage Foundation.
- Cawley, M. A. (1977). Euthanasia: Should it be a Choice?. American Journal of Nursing, 77 : 859-862, May.
- Dame Nita Barrow (1990). 간호로 밝은 미래를. 대한간호, 29(1).
- Jackson, D. Younger (1979). Patient Autonomy and Death with Dignity. The New England Journal of Medicine, 301(8), 404-408.
- Jaretzki, A. (1976). Death with Dignity-Passive Euthanasia. New York State Journal of Medicine, 76 : 539-542.
- Lester, D., Getty, C. (1974). Attitudes of Nursing Students and Nursing Faculty toward Death. Nursing Research., 77 : 50-52.
- Martison, I. M. (1978), Death and Dying-Selected Attitude of Minnesota Registered Nurses. Nursing Research, 27(4), 226-229.
- Merkin L. (1979). Problems of " Dying with Dignity". New York State Journal of Medicine, 79 : 101-106.
- Popoff, D., Frankerhouser, G. R. (1975). What are you feelings about death and dying. part 3, Nursing, 5, 39-55.
- Tordella, M. A., & Neutens, J. J. (1979). An Instrument to Appraise Attitudes of College Students Toward Euthanasia. The Journal of School Health, 79, 351-352.
- Webster (1976). New International Dictionary.
- 日本厚生省研究班 (1996). 녀사의 판정기준. 신산사.

ABSTRACT

A Study on Attitude of Nurses toward Euthanasia

Myung Sun, Hong (Dept. of Health Administration, Gachongil College)

The purpose of this study is to identify the recent attitude of nurses toward euthanasia, and to provide necessary basic information for on-the-job-training and student education.

The subject of this study are 521 nurses working in the hospital attached to university in Seoul, to whom I distributed questionnaires which were made on the basis of the instrument of Tordella & Neutens, from 21, July, 2000 to 27, July, 2000. The collected data were statistically examined through SPSS program and were analysed through Frequency, Means, Factor Analysis, T-test, and ANOVA.

The study results are as follows:

1. General characteristics of nurses are in age of average 26.9, in education of junior college graduate 83.7%, in both parent alive 85.2%, in marital status of single 77.5%, in religion of christianity 34.8% against non-religion 38.3%. The term of employment is average 52.7 months and are in various post. The experience of family dying 46.3% and of terminal care 56.8%, and 82.5% are information oriented to euthanasia.

2. The attitude toward euthanasia reveals 3.40 score in average, and is significant in relation to religion among general characteristics ($p < .000$).

3. Passive euthanasia reveals 2.48 score in average with significance in religion ($p < .000$), and duty post ($p < .046$). Natural euthanasia is 4.09 score which is in most characteristics positive direction with significance in information oriented group. Indirect euthanasia reveals 2.98 score and are significant in various group of age ($p < .004$), both parents alive ($p < .005$), marital status ($p < .000$), term of employment ($p < .022$), duty post ($p < .005$), and family dying ($p < .028$). Family commitment is 3.51 score with significance in both parents alive ($p < .023$) and term of employment ($p < .020$).

Clear definition of euthanasia and analysis of its effects need to be studied in order to improve proper courses of nursing patients with terminal illness.