

## 안락사에 대한 일반인들의 인식도

관동대학교 의과대학 명지병원 가정의학과, 연세대학교 의과대학 영동세브란스병원 가정의학과<sup>1</sup>

김 선 현·이 혜 리<sup>1</sup>

### Abstract

### General Population's View on Euthanasia

Sun-Hyun Kim, M.D. and Hye-Ree Lee, M.D.<sup>1</sup>

*Department of Family Medicine, Myongji Hospital, Kwandong University College of Medicine,*

*<sup>1</sup>Department of Family Medicine, Yongdong Severance Hospital,*

*Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea*

**Purpose:** Among the various issues concerning bio-ethics, the concern on euthanasia has increased along with the development of medical technology. Thus, the general public tends to have more liberal opinion. They have detail research data and real practices in US, Europe and Australia, but we lack such studies in our country. This study was undertaken to address the need of studies on the recognition of euthanasia among the public because the existing studies have been focused on the medical staff.

**Methods:** Survey 413 people the age of 17 or more, from May to July 2000. Testify the data on the variation of demography and the recognition of euthanasia by using SAS 6.12, the statistic program.

**Results:** 304 people (73.6%) think that euthanasia should be legislated, 156 people (37.8%) permit euthanasia to the rage of voluntary one, and 234 people (56.6%) permit passive euthanasia. When the subject of voluntary euthanasia was himself, more people whose age is 35 or more ( $P=0.001$ ) responded that they will undertake euthanasia. And, on issues related to the passive euthanasia, one's educational background ( $P=0.046$ ) and economic power ( $P=0.040$ ) arrangement showed significant differences. When the subject of voluntary euthanasia is other people, more people whose age is 35 or more than 35 ( $P=0.001$ ), whose sex is male ( $P=0.001$ ), and married people ( $P=0.002$ ) were for allowing the matter. For the subject of passive euthanasia, survey participant's occupation ( $P=0.016$ ) created meaningful difference. More people whose age is 35 or more than 35 responded that they want voluntary euthanasia for themselves ( $P=0.001$ ), and in the case when euthanasia is legislated, marital status ( $P=0.002$ ) also shows meaningful difference. Passive euthanasia is permitted by the more people whose age is less than 35 for respondents other people ( $P=0.001$ ), marital status show meaningful difference in case for respondent himself. In the case of legal euthanasia is more people whose age is 35 or more than 35 ( $P=0.001$ ), sex is male ( $P=0.004$ ) and more married people ( $P=0.001$ ) responded that they want voluntary euthanasia for other people. And, age ( $P=0.002$ ), sex ( $P=0.017$ ), education ( $P=0.025$ ) and economic power ( $P=0.001$ ) show meaningful difference for case the subject of passive euthanasia.

**Conclusion:** Most of general public responded that the legislation on euthanasia is required; and, age, education and economic power seem to have an influence on their decisions on euthanasia. Not only such a study of demographic and sociological correlation; but, various basic data on the legislation of euthanasia are needed.

**Key Word:** Enthanasia

## 서 론

현대의학이 발달하면서 생명 유지 장치 등의 발달로 과거보다 어떤 형태로든지 생명 유지의 기간이 길어지게 되었고 치료 및 회복이 불가능한 환자가 무의미한 치료를 받는 경우가 생기고 따라서 환자나 보호자들이 존엄하게 죽을 수 있는 권리(Death with dignity) 또는 안락사를 요구하는 경우가 생기게 되었다[1, 2].

‘환자의 건강회복이 최대의 목적이며 결코 환자를 해롭게 하거나 생명을 경시하는 행동을 하지 않겠고... 환자는 물론 어느 누구에게도 죽음의 약을 주지 않을 것이며 그 어떤 자문에도 응하지 않을 것...’이라는 히포크라테스의 선서에는 이러한 상황에 대한 의사의 기본적인 지침을 제시해주지만 기술이 발전할수록 실제 의사들이 이러한 상황에 접하게 될 때 윤리적 갈등을 겪는다고 하였다[3-5, 6]. 이러한 문제들에 대해 전 세계적으로 관심이 집중되고 있으나 아직도 찬반논쟁이 분분한 상태이고 우리나라에서도 보라매 병원 사건으로 인해 일반인들이 관심을 기울이게 되는 계기가 되었고[7] 2000년부터 뇌사를 법적인 사망으로 인정하면서 이러한 관심이 다시 증가되었다.

안락사(euthanasia)란 헬라어 eu(좋은)와 thanatos(죽음)의 합성어 euthanatos에서 나온 말로 어원적으로는 좋은 죽음을 뜻한다. 웹스터 새 국제 사전에서는 안락사를 “치유될 수 없는 상황이나 질병으로 커다란 고통이나 어려움을 안고 있는 사람을 아

무런 고통을 주지 않고 죽여주는 행위나 관행”이라고 정의하고 있다. 그러나 이 정의만으로는 의료 현장에서 수없이 고려되어지는 안락사를 정의하거나 분류하기에 부족하여 많은 어려움이 있다.

논의되어지는 안락사의 유형에는 환자의 동의여부에 따라 자의적 안락사/반자의적 안락사/자의와 무관한 안락사로 구별할 수 있고[20] 죽음을 야기한 수단의 직접성 혹은 간접성에 따라 적극적 안락사/소극적 안락사(active/passive euthanasia)로 구분할 수 있다[21]. 같은 의미로 능동적/수동적 안락사로 구분할 수 있는데 능동적 안락사는 생명을 중단시키기 위해 고의적으로 치명적인 약물을 투여하는 것 등이 포함되고 수동적 안락사는 필요한 처치를 하지 않음으로써 죽게 놔두는 것이다. 또 다른 유형의 분류로 행위자의 행위가 환자 사망의 직접적 원인인지 간접적 원인인지에 따라 직접적/간접적 안락사로 구분할 수 있다[22, 23].

미국에서는 1975년 Karen Ann Quinlan의 호흡기 제거 문제를 시발로 최근에는 수많은 안락사를 시행한 Dr. Kevorkian의 문제로 안락사에 대한 관심이 고조되었다. 1997년 10월에는 Oregon 주에서 의사 보조 자살(Physician assisted suicide)이 합법화되었고 이 곳에서의 사례를 바탕으로 지난 2년간의 안락사 시행에 따른 실제적인 문제점들이 발표된 바 있다[8, 9].

미국 내의 다른 주에서도 의료인과 일반인들의 안락사에 대한 인식도 변화를 추적한 연구도 발표되었고[10] 그 외에도 안락사에 대한 여러 연구가 발표되었다[6, 11-13].

네덜란드에서는 최근까지 합법적이진 않았지만 왕립네덜란드 의사협회에서 제안한 기준을 따르기만 하면 면책이 되어 왔었고[14] 마침내 2000년 11월에 안락사에 대한 법안이 통과됨으로써 안락사를 합법화한 최초의 국가가 되었다. 호주에서는 1995년 북부지역에서 자발적인 안락사가 합법화되었다[15].

싱가포르에서는 의료인과 일반인들의 안락사에 대한 인식도 차이를 조사한 연구[16]가 있었고 유고슬라비아에서도 의료인과 일반인, 변호사를 대상으로 안락사에 대한 견해를 조사한 연구도 있었다[17].

지금까지 국내에서 발표된 연구들로는 소극적인 안락사에 대한 의료인의 태도에 대한 연구[18]가 있었고 의대생들을 대상으로 안락사에 대한 의식구조를 조사한 연구[19]가 있었다.

그러나 이들은 대부분 전문 의료인이나 의대생들을 대상으로 시행된 연구들로 일반인을 대상으로 한 안락사에 대한 인식도 조사는 매우 부족한 실정이다.

따라서 본 연구에서는 안락사에 대한 일반인들의 인식도를 조사함으로써 이런 상황을 맞이할 때 의료인들이 대처할 수 있는 방안을 마련하는데 기초자료로 삼고자 한다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구대상

2000년 5월에서 7월까지 서울의 일개 구와 경기도내 일개 도시에 거주하는 고등학생 이상 남녀 600명을 대상으로 자기 기입식 설문 조사를 시행하였다. 모두 479개의 설문이 회수되었으며 이중 기록이 미비한 56개를 제외한 413개를 최종 분석하였다.

### 2. 연구 방법

설문의 내용으로 일반 인구사회학적 특성(성별, 연령, 결혼 여부, 종교, 경제력, 교육정도, 직업 등)을 조사하여 안락사에 대한 태도(안락사의 법제화 필요성을 느끼는지 여부, 대상이 본인일 경우와 가족이나 친지 등 타인일 경우의 허용 정도, 향후 안락사가 합법화 된 경우에 본인에 대한 허용 정도, 가족이나 친지 등 타인에 대한 허용 정도 등)와의 관계를 조사하였다.

그리고 안락사를 시행하게 되는 경우, 또는 시행하지 않는 경우 그 이유가 무엇인지 조사하였다.

과거에 보호자로서 안락사를 고려해 본 경우가 있었다면 그 환자의 질환의 종류와 기간을 조사하였다.

안락사의 허용 정도는 치명적 약물 등을 직접 투여하여 인위적으로 죽음을 일으키는 것을 능동적 안락사로, 심폐소생술, 기관내 삽관, 항암제 투여 등의 의학적 처치를 하지 않는 것을 수동적 안락사로 설명하였다.

### 3. 통계

통계 분석은 SAS 6.12 프로그램을 이용하여 각 항목에 대하여 분석을 하였고 인구사회학적 특성에 따른 안락사에 대한 태도는 Chi-square 검정을 통해 분석하였다.

## 결 과

### 1. 인구사회학적 특성

성별 분포는 남자가 247명(59.8%), 여자가 166명(40.2%)이었고 연령은 20대와 30대가 각각 147명(35.6%), 115명(27.8%)으로 가장 많은 분포를 보였으며 결혼상태는 기혼자가 252명(61.0%)으로 미혼보다 많았다. 종교를 가지고 있는 사람은 274명

(66.5%)이었고 교육 정도는 대졸 이상이 212명(51.3%), 대졸 미만이 201명(48.7%)이었다. 경제력은 가계의 월수입이 100~300만원인 사람이 258명(62.8%)으로 가장 많았다. 직업의 종류는 서비스업이 139명(34.1%)이 가장 많았고 가사 및 무직이 122명(29.9%), 일반 사무직 종사자가 135명(33.1%), 노동직은 12명(2.9%)이었다(Table 1).

Table 1. Demographic Characteristics

Characteristic (n=413)	Number (%)
Sex	
Male	247 (59.8)
Female	166 (40.2)
Age (yr)	
<21	11 (2.7)
21~30	147 (35.6)
31~40	115 (27.8)
41~50	72 (17.4)
51~60	47 (11.4)
>60	21 (5.1)
Marital status	
Unmarried	161 (39.0)
Married	252 (61.0)
Religion	
Christian	142 (34.5)
Buddism	75 (18.2)
Catholic	57 (13.8)
None	135 (32.8)
Others	4 (0.7)
Educational status	
≥College graduate	212 (51.3)
≤High school graduate	201 (48.7)
Economic status (×10 <sup>6</sup> won/mon)	
High (>300)	110 (26.8)
Middle (100~300)	259 (63.3)
Low (<100)	44 (10.9)
Occupation	
Desk job	135 (33.1)
Manual labo	12 (2.9)
Service field	139 (34.1)
Housewife and unemployed	122 (29.9)

## 2. 안락사의 법제화 필요성 여부와 허용 범위

안락사의 법제화 필요성 여부를 묻는 항목에서는 응답자 중 304명(73.6%)이 찬성하였고(Table 2), 허용의 정도는 능동적인 안락사를 허용한다는 사람이 156명(37.8%), 수동적인 안락사는 234명(56.6%)이었다(Table 3).

## 3. 본인에 대한 안락사의 허용 정도

안락사의 대상이 본인인 경우 능동적 안락사는 35세 이상( $P=0.001$ )에서 더 많이 시행하겠다고 하였으며 수동적 안락사는 경제력( $P=0.040$ )이 낮을수록 더 많이 허용하는 경향을 보였다(Table 4).

## 4. 타인에 대한 안락사의 허용 정도

안락사의 대상이 타인인 경우 능동적 안락사는 남자 중 44.7%, 여자 중 22.9%가 허용한다고 하여 성별( $P=0.001$ )에 따라 유의한 차이를 보였고 35세 이상( $P=0.001$ ), 기혼자( $P=0.002$ )에서 더 많이 허용하겠다고 하였다.

Table 2. Need for Legalization on Euthanasia

Legalization	Number (%)
Need	304 (73.6)
Don't need	109 (26.4)
Total	413 (100.0)

Table 3. Permissible Range of Euthanasia

Permissible range	Number (%)
Active euthanasia	156 (37.8)
Passive euthanasia	234 (56.6)
Non responder	23 (5.6)
Total	413 (100.0)

Table 4. Consideration of Euthanasia in the Case of Self

Characteristics	Active euthanasia number (%)	P	Passive euthanasia number (%)	P
<b>Sex</b>				
Male	139 (56.3)	0.640	108 (43.7)	0.062
Female	89 (53.9)		57 (34.6)	
<b>Age (yr)</b>				
<35	99 (63.2)	0.001	85 (40.9)	0.733
≥35	129 (47.6)		80 (39.2)	
<b>Marital status</b>				
Unmarried	83 (51.6)	0.216	65 (40.4)	0.914
Married	145 (57.8)		100 (39.8)	
<b>Religion</b>				
Religious	144 (52.8)	0.138	115 (42.1)	0.228
Non-religious	84 (60.4)		50 (36.0)	
<b>Educational status</b>				
≥College graduate	126 (59.4)	0.085	75 (35.4)	0.046
≤High school graduate	102 (51.0)		90 (45.0)	
<b>Economic status (×10<sup>6</sup> won/m)</b>				
High (>300)	66 (60.0)	0.411	34 (30.9)	0.040
Middle (100~300)	140 (54.5)		108 (42.0)	
Low (<100)	21 (48.8)		22 (51.2)	
<b>Occupation</b>				
Desk job	80 (59.3)	0.710	55 (40.7)	0.854
Manual labor	6 (50.0)		6 (50.0)	
Service field	75 (52.8)		54 (38.0)	
None, housewives	67 (54.5)		50 (40.7)	

수동적 안락사의 경우에는 직업( $P=0.016$ )에 따라 유의한 차이가 있었다(Table 5).

**5. 안락사가 합법화되었을 경우 본인에 대한 안락사의 허용 정도**

안락사가 합법화되었을 경우 본인에게 안락사를 허용하는 정도는 능동적인 안락사의 경우 나이( $P=0.001$ )와 상관성이 있었고 미혼자보다는 기혼자가( $P=0.022$ )더 많이 시행하겠다고 하였다. 수동적인 안락사의 경우에는 35세 미만( $P=0.001$ )에서 더 많이 시행하겠다고 하였고 기혼( $P=0.001$ )일 경우에도 더 많이 시행하겠다고 하였다(Table 6).

**6. 안락사가 합법화되었을 경우 타인에 대한 안락사의 허용 정도**

안락사가 합법화되었을 경우 타인에게 능동적 안락사를 허용하겠다는 경우는 남자 중 49.0%가 허용한다고 하였고 여자 중에서 34.6%가 허용한다고 하여 성별( $P=0.004$ )에서 유의한 차이를 보였고 35세 이상( $P=0.001$ )에서, 기혼자에서도( $P=0.001$ ) 더 많이 허용하겠다고 하는 유의한 차이를 보였다. 수동적 안락사는 타인이 35세 미만( $P=0.002$ )에서 더 많이 허용하겠다고 하였고 미혼자중 48.5%, 기혼자중 36.6%에서 허용의사를 나타내 유의한 차이를 보였다. 또 경제력이 낮은 사람( $P=0.037$ ), 교육정도가 높

Table 5. Consideration of Euthanasia in the Case of Others

Characteristics	Active euthanasia number (%)	P	Passive euthanasia number (%)	P
<b>Sex</b>				
Male	110 (44.7)	0.001	56 (22.9)	0.016
Female	38 (22.9)		48 (28.9)	
<b>Age (yr)</b>				
<35	52 (25.0)	0.001	45 (21.7)	0.094
≥35	96 (47.1)		59 (28.9)	
<b>Marital status</b>				
Unmarried	43 (26.7)	0.002	36 (22.5)	0.296
Married	105 (41.8)		68 (27.0)	
<b>Religion</b>				
Religious	91 (33.2)	0.106	71 (26.1)	0.602
Non-religious	57 (41.3)		33 (23.7)	
<b>Educational status</b>				
≥College graduate	71 (33.7)	0.324	47 (22.2)	0.131
≤High school graduate	77 (38.3)		57 (28.6)	
<b>Economic status (<math>\times 10^6</math> won/m)</b>				
High (>300)	32 (29.1)	0.068	20 (18.4)	0.131
Middle (100~300)	103 (40.1)		71 (27.6)	
Low (<100)	12 (27.9)		13 (30.2)	
<b>Occupation</b>				
Desk job	47 (34.8)	0.821	25 (18.5)	0.016
Manual labor	4 (33.3)		0 (0.0)	
Service field	55 (39.0)		42 (29.6)	
None, housewives	42 (33.9)		37 (30.3)	

은 사람( $P=0.001$ )들이 더 많이 허용하였다(Table 7).

### 7. 안락사를 찬성하는 이유, 반대하는 이유

안락사에 대해 찬성하는 이유로는 '통증 때문이다'(22.3%), '삶의 의미에 대한 상실 때문이다'(21.4%), '가족들에게 미안하다'(19.3%) 순이었고, 반대하는 이유로는 '생명은 존엄하고 귀한 것이기 때문이다'(35.1%), '비도덕적이기 때문이다'(28.6%), '기적(희망)을 믿으므로 포기하지 않는다'(18.0%), '종교적으로 옳지 않기 때문이다'(10.9%), '불법이기 때문이다'(5.1%) 순으로 나타났다.

### 8. 가족 중 안락사를 고려했던 질환의 빈도와 기간

가족, 친지 중 소생 불가능한 환자가 있어 안락사를 고려 해 본 경우는 전체응답자 413명 중 151명(36.8%)이었고 그 질환의 종류로는 말기 암이 43명(28.5%), 뇌졸중이 46명(25.4%)으로 가장 많았고 그 외 사고 후 뇌사상태와 노인성 치매 순이었다.

그 질환들의 기간은 6개월 미만이 151명 중 42명(26.7%)으로 가장 많았고 2년 이상에서 5년 미만이 43명(22.0%), 6개월 이상에서 1년 미만이 32명(21.3%) 순이었다.

Table 6. Consideration of Euthanasia in the Case of Onself with the Assumption of Euthanasia Legalization

Characteristics	Active euthanasia number (%)	P	Passive euthanasia number (%)	P
Sex				
Male	150 (60.7)	0.260	126 (51.0)	0.825
Female	91 (55.2)		86 (52.1)	
Age (yr)				
<35	103 (49.5)	0.001	81 (38.9)	0.001
≥35	138 (67.6)		131 (64.2)	
Marital Status				
Unmarried	83 (51.6)	0.022	63 (39.3)	0.001
Married	158 (63.0)		149 (59.4)	
Religion				
Religious	152 (55.7)	0.104	142 (52.0)	0.751
Non religious	89 (64.0)		70 (50.4)	
Educational status				
≥College graduate	129 (60.9)	0.318	109 (51.4)	0.986
≤High school graduate	112 (56.0)		103 (51.5)	
Economic status ( $\times 10^6$ won/m)				
High (>300)	69 (62.7)	0.291	54 (49.1)	0.097
Middle (100~300)	150 (58.4)		140 (54.5)	
Low (<100)	21 (48.8)		16 (37.2)	
Occupation				
Desk job	83 (61.5)	0.850	65 (48.2)	0.583
Manual labor	7 (58.3)		8 (66.7)	
Service field	80 (56.3)		76 (53.5)	
None, housewives	71 (57.7)		63 (51.2)	

## 고 찰

현재 우리나라에서는 안락사가 합법화되어 있지 않지만 본 연구에서 안락사에 대한 법이 필요하다는 사람은 73.6%이었고 국내의 전문의들을 대상으로 한 연구에서는 76%가 안락사를 허용하는 법의 제정이 필요하다고 하였다[19]. 1994년 Oregon 주에 있는 의사들을 대상으로 한 연구에서는 60%가 합법화해야 한다고 하였고, 네덜란드에서는 자발적인 안락사가 10여 년 전부터 의사에 의해 시행되어 왔고 1984년 왕립네덜란드 의사협회에서 제안한 기준을 따르면 면책이 되어 왔으나[14] 2000년 11월

안락사에 대한 법안이 통과됨으로써 세계 최초로 안락사를 합법화한 국가가 되었다.

호주에서는 1995년 5월 25일에 북부 지역에서 자발적인 안락사가 합법화되었다[15]. 이렇게 세계적으로 안락사에 대한 법의 필요성을 긍정적으로 생각하는 추세로 생각되지만 암전문의, 가정의학 전문의, 의대생, 변호사를 대상으로 한 유고슬라비아의 한 연구에서는 전체 응답자의 61%가 안락사에 반대하였고[17] 미국의 의사, 암환자, 일반인들을 대상으로 한 연구에서는 의사들의 60% 이상이 안락사에 반대하였다[6]. 이렇게 현재까지 안락사에 대한 찬반논쟁이 뜨거운 상태로 조만간 국내에서도 이에 대한 문제 제기가 있을 것으로 보여 이에 대

Table 7. Consideration of Euthanasia in the Case of Others with the Assumption of Euthanasia Legalization

Characteristics	Active euthanasia number (%)	P	Passive euthanasia number (%)	P
Sex				
Male	119 (49.0)	0.004	90 (36.7)	0.025
Female	57 (34.6)		79 (47.9)	
Age (yr)				
<35	61 (29.3)	0.001	101 (48.6)	0.002
≥35	115 (57.5)		68 (33.7)	
Marital status				
Unmarried	50 (31.2)	0.001	78 (48.5)	0.017
Married	126 (51.0)		91 (36.6)	
Religion				
Religious	108 (40.0)	0.074	108 (39.6)	0.335
Non religious	68 (49.3)		61 (44.5)	
Educational status				
≥College graduate	88 (42.1)	0.666	75 (35.9)	0.025
≤High school graduate	88 (42.2)		94 (46.8)	
Economic status (×10 <sup>6</sup> won/m)				
High (>300)	42 (38.5)	0.115	40 (36.4)	0.001
Middle (100~300)	193 (46.9)		100 (39.2)	
Low (<100)	14 (32.6)		29 (67.4)	
Occupation				
Desk job	59 (43.7)	0.711	49 (36.3)	0.192
Manual labor	7 (58.3)		3 (25.0)	
Service field	60 (43.2)		58 (41.7)	
None, housewives	50 (41.0)		59 (47.6)	

한 법제화 등, 사회적 및 국가적 기준을 나름대로 확립하여야 할 것으로 보인다.

본 연구에서는 각각의 모든 항목에서 동일하진 않았지만 인구 사회학적 변수 중 주로 연령이 영향을 주었고 성별, 결혼 유무, 교육정도, 경제력도 경우에 따라 안락사 결정에 영향을 주었다. 국내의 한 연구에서는 일관성 있게 안락사에 대한 태도에 영향을 주는 인구학적 변수(연령, 직업, 교육 등)는 없었고[24] Brim 등의 연구에서는 죽음에 대한 반응에 영향을 주는 요인으로 교육과 연령을 들고 있다[25]. Lester의 죽음에 대한 태도를 연구한 논문에서 교육 정도가 높을수록 자신이나 타인의 죽음에 대한 공포가 저하된다고 하였다[26]. 이와는 달리

본 연구에서 교육 정도가 일관성 있게 영향을 주지 못한 이유로는 분석 대상의 연령이 대체로 20~30대에 속하는 젊은 층으로 교육 정도가 크게 차이나지 않는 점을 들 수 있을 것으로 보인다. 본 연구에서 능동적 안락사를 시행하겠다는 사람은 35 이상에서 많았는데 이는 죽음에 대해 젊은 연령보다 조금 더 진지하게 생각을 많이 해 봤을 기회가 많았기 때문일 것으로 생각이 된다. 본 연구에서 타인에게 안락사를 시행할 경우 직업에 따라 유의한 차이가 있었는데 이는 노동직에 종사하는 사람들의 수가 너무 적어서 생긴 오류일 가능성이 높은 것으로 보인다.

임종기 환자의 치료에 대한 수용도를 조사한 다



른 연구에서는 환자들이 불안할수록, 종교가 없을 수록 치료에 대한 수용도가 낮다고 하였는데 이는 심리적 안정감의 결여와 관련이 있다고 하였고[27] 최 등이 대학생들을 대상으로 시행한 연구에서는 종교가 없는 학생이 안락사를 더 많이 찬성하는 것으로 나타났다[28]. 본 연구에서는 종교가 영향을 주지 않는 것으로 나타났는데 이러한 차이를 설명할 만한 근거가 부족하다.

대상이 의료인일 경우 Oregon 주에서는 안락사를 선택하는 것이 교육수준이나 의료보험 적용 범위와 연관이 없었고 안락사 시행 여부 결정에 중요한 영향력을 주는 요소로써 전문의의 경우에는 객관적인 임상정보에 비중을 두었고 의대생들과 전공의들은 삶의 질의 요소들이 중요하다고 하였다[9, 29] 네덜란드의 한 연구에서는 의사들의 나이가 많을수록, 종교가 있는 사람일수록, 안락사에 대한 경험이 적을수록 안락사에 반대했다[30].

본인에게 안락사를 시행하겠다는 사람은 타인에게 하겠다는 사람보다 많았고 이는 법제화 된 경우에도 마찬가지였으며 시행한다는 빈도는 더 증가되었다. Alberta Euthanasia Survey[11]에서도 연구대상이 의료인이라는 차이는 있지만 가족보다는 본인에게 안락사를 더 시행하겠다는 의견은 공통적이었다.

본 논문에서 사람들이 안락사를 허용하는 주된 이유로는 '통증 때문이다', '삶의 의미를 상실하기 때문이다', '가족들에게 미안하기 때문이다', '경제적 부담감 때문이다', '존엄성이 상실되기 때문이다', '그 외 질병으로 인한 증상 때문이다' 순이었고 반대하는 주된 이유는 '생명의 존엄성 때문이다', '비도덕적이다', '기적(희망)을 믿는다', '비종교적이다', '불법이다'의 순이었다. 외국의 경우 환자가 안락사를 요구하는 주된 이유로는 삶의 불편함, 짐이 되는 것에 대한 걱정, 존엄성 상실, 증상에 대한 공포, 등이 있고[12, 13, 29, 31] 의료인에게 있어서 안

락사를 결정하는 중요한 요소들로는 환자의 희망, 가족의 의견, 환자의 예후, 말기질환 및 임종을 앞둔 환자의 경험 등이 있었다[30].

국내의 한 연구에 의하면 안락사의 이유 중 대부분이 통증 때문일 경우 완화의학이 고통의 대부분을 해결해 줄 수 있다고 하였는데[13] 일차 진료의가 이런 부분을 담당하여 조절해 줄 수 있다면 본 연구에서 가장 많은 빈도를 차지한 통증의 부분을 많이 경감시킬 수 있을 것으로 보여 안락사에 대한 많은 논란중의 일부분에 대하여 일부 해결점을 제시할 수 있을 것으로 보인다. 싱가포르의 한 연구에서는 고통을 경감시키고 편안한 죽음을 맞이한다는 점에서 완화의학과 안락사간에는 상응하는 공통점이 있으며 말기 환자의 치료 중 같은 연속선상에 있다고도 볼 수 있어 완화의학이 충분히 환자의 고통을 조절할 수 없는 경우에는 안락사가 그 차선택이 될 수 있을 것이라고 하였고[16], 유고슬라비아의 연구에서는 고통을 줄이고 호스피스 운동을 더 활발히 전개시키는 것이 안락사에 대한 문제를 해결하는데 가장 적합한 방법일 것이라고 하였다[17].

환자가 보호자에게 안락사를 요구하는 경우 능동적 안락사는 62.5%, 수동적 안락사는 70.0%에서 요청을 들어주겠다고 하여 보호자 대부분이 환자의 결정을 중요시하는 것으로 생각되고 실제로 안락사가 합법화된다면 환자나 보호자나 안락사에 대한 요청이 증가할 것으로 생각된다. 미국의 경우 노인 의학 전문의와 종양내과 전문의가 이러한 가장 많은 요청을 받고 있다고 조사되었고[12] 다른 연구에서는 일차 진료의에게 가장 많은 요청을 한다고 하였다[13]. 국내의 경우 대부분 종합병원 이상에서 말기 환자들의 진료가 이루어지고 있고 주치의 제도도 확립되어 있지 않아 아직 일차 진료 의사들에게 이러한 요청이 많지 않지만 안락사가 합법화되고 주치의 제도가 확립이 되는 등 제도적인 여건이 주어진다면 일차 진료를 담당하는 의사에게도 많은

요청이 있을 수 있다고 생각된다. 따라서 일차 진료를 담당하는 의사들은 일반인들의 생각에 대하여 잘 이해하고 있어야 하며 이에 대한 구체적인 연구가 더욱 많이 진행되어야 할 것으로 보인다.

그러나 아직까지는 안락사에 대해서 의료인들조차도 아직 개념과 판단 기준이 모호한 상태이므로 병원 내에 여러 분야의 전문가로 구성된 “안락사 윤리위원회” 같은 기구가 도움이 될 것으로 생각이 되며[23, 33] 지속적인 학술적 연구와 더불어 윤리적, 사회적, 법적인 내용들의 합의와 지침이 의료인이나 일반인 모두에게 필요할 것으로 생각된다.

본 연구의 제한점으로는 조사 지역이 제한적이며 대상의 연령이 비교적 젊은 층이므로 전체 국민의 의견을 대표하였다고 보기는 어렵다. 따라서 다음 연구에서는 연구 대상의 확대가 필요할 것으로 생각이 되고 더욱 구체적인 연구로는 안락사를 직접 고려했던 사람들을 대상으로 안락사 시행유무에 실제적인 영향을 주었던 인자가 무엇이었는지 조사할 수 있겠고, 실제 말기 환자를 대상으로 완화의학이 얼마나 도움이 되는지, 그리고 완화의학이 안락사에 얼마나 영향을 줄 수 있는지에 대한 연구도 필요할 것으로 생각된다.

## 요 약

**목적:** 최근 의료 기술이 발달하면서 대두된 여러 생명 윤리의 문제점들 중 특히 안락사에 대한 관심이 높아지고 있고 이에 대해 점차 개방적으로 생각하는 것이 전체적인 흐름이다. 미국, 유럽, 호주 등에서는 이에 대한 연구 자료가 구체적으로 나와 있고 실제로 시행되고 있으나 국내에서는 아직 연구가 부족한 실정이며 현재까지 발표된 연구들도 주로 의료인을 대상으로 한 것들이 많아 일반인들의 인식도가 어느 정도인지에 대한 연구가 필요하다.

**방법:** 2000년 5월에서 7월까지 서울의 일개 구와

경기도내 한 지역의 고등학생 이상 남녀 600명을 대상으로 설문 조사를 시행하였다. 회수된 설문지 중 기재가 미비된 것을 제외한 435명이 최종분석에 사용되었다. 인구사회학적 변수와 안락사에 대한 인식도와의 관계를 통계 프로그램 SAS 6.12를 사용하여 Chi-square test로 분석하였다.

**결과:** 안락사를 법제화해야 한다는 사람은 304명(73.6%)이었고 안락사의 범위를 능동적 안락사까지 허용한다는 사람이 156명(37.8%), 수동적 안락사를 허용한다는 사람이 234명(56.6%)이었다. 안락사의 대상이 본인인 경우 능동적 안락사는 35세 이상( $P=0.001$ )에서 더 많이 시행한다고 하였고 수동적 안락사의 경우에는 학력이 낮을수록( $P=0.046$ ), 경제력이 낮을수록( $P=0.040$ ) 더 많이 시행하겠다고 하였고, 안락사의 대상이 타인일 때 능동적 안락사의 경우에는 남자( $P=0.001$ ), 35세 이상( $P=0.001$ ), 기혼( $P=0.002$ )에서 더 많이 허용하였고 수동적 안락사의 경우에는 직업( $P=0.016$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 안락사가 합법화되었을 경우 본인에게 능동적 안락사를 시행하겠다고 하는 경우는 35세 이상( $P=0.001$ ), 기혼( $P=0.022$ )에서 많았고 수동적 안락사를 시행하겠다고 하는 경우도 나이( $P=0.001$ ), 결혼여부( $P=0.001$ )와 관련이 있었다. 타인에게 능동적 안락사를 시행하겠다고 한 경우는 성별( $P=0.004$ ), 결혼여부( $P=0.001$ )에서, 수동적 안락사를 시행하겠다고 한 경우는 나이( $P=0.002$ ), 결혼여부( $P=0.017$ ), 교육 정도( $P=0.025$ ), 경제력( $P=0.001$ )에 따라 유의한 차이를 보였다.

**결론:** 대다수의 일반인들은 안락사에 대한 법이 필요하다고 하였고 연령과 교육, 경제력이 안락사 시행 여부에 영향을 주는 것으로 보여진다.

## 참 고 문 헌

- 1) Jackson DY. Patient autonomy and death with dignity. N Engl J Med 1979;301:404-8
- 2) Merkin L. Problems of "Dying with dignity". N

- Y State J Med 1979;79:101-6
- 3) Graber MA, Levy B, Weir R, Opliger R. Patient's views about physician participation assisted suicide and euthanasia. J Gen Intern Med 1996;11:71-6
  - 4) Anderson JG, Caddel DP. Attitudes of medical professionals toward euthanasia. Soc Sci Med 1993;37:105-14
  - 5) Lee JS. Medical ethics and medical laws. Korean J Med 1998;55:452-73
  - 6) Suarez-Almazor ME, Bilzile M, Bruera E. Euthanasia and physician-assisted suicide: A comparative survey of physicians, terminally ill cancer patients, and the general population. J Clin Oncol 1997;15:418-27
  - 7) Song WK, Lee JH, Bae KW, Lee SY, Kim YJ. The differences of opinion on Boramae incident between physicians and commom people. J Korean Acad Fam Med 1999;20:1224-31
  - 8) Sullivan AD, Hederberg K, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon-the second year. N Engl J Med 2000;342:598-604
  - 9) Chin AE, Hedberg K, Higginson G, Fleming DW. Legalized Physician-assisted suicide in Oregon-The first year's experience. N Engl J Med 1999; 340:577-83
  - 10) Wolfe J, Fairclough DL, Clarridge BR, Daniels ER, Emanuel EJ. Stability of attitudes regarding physician-assisted suicide and euthanasia among oncology patients, physician, and the general public. J Clin Oncol 1999;17:1274-80
  - 11) Kinsella TD, Verhoef MJ. Physicians opinions about the mortality and legalization of active euthanasia. Can Med Assoc J 1993;148:1921-6
  - 12) Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A National survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. N Engl J Med 1998;338:1193-201
  - 13) Back AL, Wallace JI, Straks HE, Pearlman RA. Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington state. JAMA 1996;275:919-25
  - 14) Heiden H, Rutenfrans C, Zylicz Z. Physician-assisted suicide and euthanasia in Netherlands. JAMA 1997;277:1720-2
  - 15) Ryan CJ, Kaye M. Euthanasia in Australia-The Northern territory rights of the terminally ill Act. NEJM 1996;334:326-8
  - 16) Low PA, Pang WS. Is euthanasia compatible with palliative care? Singapore Med J 1999;40: 365-70
  - 17) Radulovic S, Mojsilovic S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. Support Care Cancer 1998; 6:410-5
  - 18) Nam MY, Lee SC, Seh YS, Kim DH, Shin DH. Attitudes of physicians toward passive euthanasia. J Korean Acad Fam Med 1995;16:874-9
  - 19) 강봉규. 의대생의 의식구조에 관한 조사. 월간 중앙;1975:8
  - 20) 피터 싱어. 실천 윤리학(서울): 철학과 현실사;1991
  - 21) Rachels. J. Active and Passive Euthanasia. May L, editor. Applied Ethics. New Jersey: Prentice Hall, 1994:491-5
  - 22) Sohn MS, Kim SD, Kim SY. Comparative analysis on the ethical guidelines on euthanasia. Korean J Med Ethics Educ 2000;3:113-34
  - 23) Kim SD, Sohn MS. Euthanasia: Its definition, classification, and ethical justification. J Korean Bioethics Assoc 2000;1:57-75
  - 24) Suh MJ, Lee ES, Kim DS. An exploratory study of factors affecting attitudes toward euthanasia. New Med J 1982;25:97-108
  - 25) Brim. F. Cebin, Scotch. The Dying Patient. Russel Sage Foundation(NY);1970
  - 26) Lester. D. Attitudes of nursing Students and Nursing Faculty toward Death. Nurs Res 1974; 74:50-2
  - 27) Shim JY, Choi YS, Kang YJ, Cho HS, Cho HS. Attitude of cancer patients, theirprimary care givers and doctors toward end-of-life care. J Korean Acad Fam Med 2000;21:489-97
  - 28) Choi YS, Shin JM, Lee YM, Lee TH, Hong MH, Kim JS et al. the college students' attitude toward terminal care and euthanasia. Korean J Hosp Palliat Care 1999;2:16-22
  - 29) Caralis PV, Hammond JS. Attitudes of medical students, housestaff, and faculty physicians toward euthanasia and termination of life-sustaining treatment. Crit Care Med 1992;20:683-90
  - 30) Verhoef MJ, van der Wal G. Euthanasia in family practice in the Netherlands. Toward a better understanding. Can Family Physician 1997; 43:231-7
  - 31) Lavery JV, Dickins BM, Boyle JM, Singer PA. Bioethics for clinicians: Euthanasia and assisted suicide. Can Med Assoc J 1997;156:1405-8
  - 32) Hong YS, Yeom CH, Lee KS. Euthanasia. Korean J Hosp Palliat Care 1999;2:1-6
  - 33) Sass, Hans-Martin. Advance Directives. Encyclopedia of applied Ethics. vol 3. (NY): Academic Press; 1998(41)