

# 한국 변호사들의 연명치료중단에 대한 태도

이경남 · 김분한\* · 이훈희<sup>†</sup>

거제대학 간호과, \*한양대학교 간호학과, <sup>†</sup>(사)한국자치행정연구원 보건의료센터

## Attitude of Korean Lawyers toward Withdrawal of Life Sustaining Treatment

Gyeong Nam Lee, D.S., Boon Han Kim, Ph.D.\* and Hun Hee Lee, Master<sup>†</sup>

Department of Nursing, Koje College, Geoje, \*Hanyang University, Seoul,

<sup>†</sup>Research Center for Health&Welfare, Institute for Self-Government, Seongnam, Korea

**Purpose:** This study was conducted to study the attitude of Korean lawyers toward withdrawal of life sustaining treatment, and compare and analyze different types of their attitudes. **Methods:** Research design of this project was Q methodology approach. The study population was 24 lawyers, aged from 32 to 69 years. Q sample to investigate the attitude of the lawyers toward withdrawal of life sustaining treatment included 34 statements obtained from literatures, TV debate, and depth interviews of 5 lawyers among the lawyers included. After listening to the purpose and method of the study, the 24 lawyers agreed to fill out a survey asking sociodemographic information, and the information was distributed in 9 scale Q-sample. **Results:** The collected data were processed through QUANL PC program and sorted into 5 types as follows: The first type was ‘Choosing to withdraw life sustaining treatment’, the second ‘Withholding life sustaining treatment’ regardless of the cost, the third is neutral type that claims that humans have the right to decide the death and life, and demands the proper legalization to protect such rights, the fourth type agrees to withdrawal of life sustaining treatment, nevertheless, admits that one has a right to withhold one’s own life treatment, categorized as self contradiction type. The fifth type believed that ‘Life and death are providential’ with the faith, therefore, such authority to decide life and death belongs to God, but not human beings. **Conclusion:** In conclusion, the lawyer’s attitudes toward withdrawal of life sustaining treatment were grouped into five different types as follows: ‘Choosing to withdraw life sustaining treatment’, ‘Withholding life sustaining treatment’, ‘Demanding legalization’, ‘Self contradiction type’, and ‘Life and death are providential’. (Korean J Hosp Palliat Care 2010;13:81-88)

**Key Words:** Withholding treatment, Lawyers, Q-sort, Nursing methodology research

### 서 론

연명치료란 ‘환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료’, 또는 ‘치료에 의해서 상태가 좋아지지 않는 환자의 상황이나, 치료에도 불구하고 영

구적 무의식 상태나 집중적 의학적 치료에 의존해야만 하는 경우’를 지칭한다(1). 중단이란 연명치료를 중단하는 것으로 더 이상의 치료적 행위가 환자의 회복에 영향을 미치지 못하는 경우에 생명유지 장치를 철회하거나 더 이상의 치료적 활동을 보류하는 것으로, 생명유지에 직접적으로 영향을 주지 않는 치료를 중단하는 것과 생명유지에 영향을 주는 치료를 중단하는 것으로 나눌 수 있다(2).

현재 의료현장에서 말기 환자의 치료포기와 중단은 법적 명시화는 되어 있지 않으나 이미 상당히 많이 시

접수일: 2009년 11월 30일, 수정일: 2010년 1월 11일

승인일: 2010년 1월 18일

교신저자: 김분한

Tel: 02-2220-0705, Fax: 02-2220-4565

E-mail: bhkim@hanyang.ac.kr

행되고 있으며 정당화 될 수 있는 것으로 간주되고 있다(3). 법적 명시가 되어 있지 않음에도 불구하고 실제 중환자실 전담의사들은 연명치료중단을 시행하고 있다(4). 중환자실 전담의사의 64.4%는 환자승낙과 보호자 요청 시 연명치료중단을 시행하고 있었으며, 환자승낙은 있으나 보호자의 승낙 없는 경우는 97.7%에서 연명치료중단을 시행하지 않았으며, 환자승낙 없고 보호자 요청한 경우 68.8%에서 연명치료중단을 시행하지 않았으며, 환자승낙과 보호자 요청이 모두 없는 경우는 98.8%에서 연명치료중단을 시행하지 않은 것으로 나타났다(4). 이는 의료현장에서 연명치료중단에 대한 인식과 시행에 기준이 모호하며, 아직까지 혼란이 있음을 보여주고 있다. 연명치료중단에 대한 법적 기준이 없기 때문에 의료계는 이러한 혼란을 최소화하기 위하여 각 계각층의 의견을 수렴하여 합의된 지침을 제시하고자 하는 노력이 진행되고 있으며, 국회의원과 시민단체는 연명치료중단에 대한 법안을 발의하는 노력을 하고 있다. 2009년 9월 28일 한국보건의료연구원은 법조계·종교계·의료계·언론계·사회단체 등 각계 전문가와 공동으로 사회적 합의도출을 위한 토론회를 개최하여 12개항의 기본원칙을 발표하였다. 또한 최근 사법부에서도 연명치료중단을 허용하는 대법원 판결을 하여 이러한 노력이 속도를 내고 있어, 그 어느 때보다 국민들의 관심이 높아져 있는 상태이며, 법적 제도화도 멀지 않았다고 보인다.

따라서 법적 제도화 장치를 마련하기에 앞서 각 계층의 연명치료중단에 대한 태도를 파악하는 것은 의미 있는 연구일 것이다. 본 연구는 변호사들의 연명치료중단에 대한 태도를 파악하고, 유형화하여 주관성을 다루고, 구조를 밝혀내고자 하였으며, 이를 통해 연명치료중단의 법적 제도화에 대한 근간을 마련하고자 수행되었다.

## 대상 및 방법

### 1. Q 표본과 분포

Q 모집단은 연명치료에 관련된 문헌과 변호사와의 심층인터뷰 자료, 그리고 2008년 12월 5일자 SBS 시사토론, 2008년 12월 20일자 KBS 심야토론을 중심으로 133개의 Q 모집단을 구성하였다. Q 표본은 133개의 모집단 가운데 중복되는 진술문은 제외하고, 각 기준에 관해 대표성과 포괄성이 크다고 판단되는 진술문을 임의로 선택하는 방법을 사용하고, 여러 번의 검토를 한 후, Q 방법론으로 박사학위 논문을 쓴 전문가의 내용타당

도 검증을 거쳐 최종적으로 34개의 Q 표본을 선택하였다.

### 2. P 표본

Q 방법론은 개인 간의 차이(inter-individual differences)가 아니라 개인내의 중요성의 차이(intra-individual difference in significance)를 다루는 것이므로 P 표본의 수에 아무런 제한을 받지 않으며, 오히려 P 표본이 커지면 한 요인에 여러 사람이 편중되어 그 특성을 명확하게 파악할 수 없는 통계상의 문제가 발생할 가능성이 있으므로 소표본 이론(small sample doctrine)에 따르면 된다(5). 본 연구에서는 연명치료중단에 대해 실질적인 관심을 표현한 변호사 24명을 편의 표집하여 P 표본으로 선정하였다. 인구사회학적 특성으로는 성별은 여성 2명, 남성 22명이었고, 연령은 30대 4명, 40대 14명, 50대 5명, 60대 1명이었고, 학력은 학사 16명, 석사 4명, 박사 4명이었고, 종교는 무교 9명, 개신교 6명, 천주교 5명, 불교 4명이었으며, 결혼 상태는 기혼 20명, 미혼 4명이었다.

### 3. Q 분류과정과 방법

Q 소팅이란 P 표본으로 선정된 각 대상자가 특정의 주제나 상황에 관한 자신의 마음속 태도를 스스로 모형화 시키기 위하여 진술문을 읽은 뒤 그 진술문들을 강제분포 시키는 과정을 말한다. 각각의 진술문을 다시 읽으면서 긍정하는 것, 중립, 부정하는 것 크게 3개의 그룹으로 분류한 다음, 긍정 진술문 중에서 가장 긍정하는 것을 차례로 골라 바깥에서부터(+4) 안쪽으로 분류를 진행하여 중립에서 마무리하게 하였다. 동일한 방법으로 부정 진술문들을 분류하게 하였으며, Q 해석에 유용한 정보로 이용하기 위하여 양극에 놓은 진술문(+4, -4) 각각 2개의 진술문에 대하여 채택한 이유를 물어 기록하였다.

### 4. 자료처리 및 분석방법

수집된 자료를 점수화하기 위해서 Q 표본 분포도에서 가장 부정하는 경우(-4)를 1점으로 시작하여, 중립인 경우 5점, 가장 긍정하는 경우(+4) 9점을 부여하여 점수화하였다. 이렇게 부여된 점수를 진술문 번호순으로 코딩하였고, QUANL PC program을 이용하여 처리하였으며, 각 항목을 표준점수(Z-score)화하여 주요인분석(Principal component factor analysis) 방법과 Varimax rotation으로 분석하였다. 가장 이상적인 요인의 수를 결정하기 위해서 Eigen value가 '1' 이상인 요인을 기준으로 유형

을 해석하였다.

**결 과**

**1. Q Factor의 형성**

Q 요인 분석을 실시한 결과 5가지 유형으로 분류되었

**Table 1.** P Sample with Factor Weight by Type.

Category	Factor				
	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4	Type 5
Eigen value	8.1211	2.8642	1.8059	1.2592	1.1269
Variance	0.3384	0.1193	0.0752	0.0525	0.0470
Cumulative var.	0.3384	0.4577	0.5330	0.5854	0.6324

다. 이 5개의 유형은 총 변량의 약 63%의 비교적 높은 설명력을 보였다(Table 1). P 표본의 유형별 분포는 제1 유형 10명, 제2유형 4명, 제3유형 5명, 제4유형 2명, 제5 유형 3명이었고, 각각의 유형 내에서 인자 가중치가 1.0 이상으로 높은 사람은 제1유형 5명, 제2유형 2명, 제3유형 3명, 제4유형 1명, 제5유형 1명이었는데(Table 2), 인자 가중치가 높은 사람일수록 그가 속한 유형에 있어서 그 유형을 대표할 수 있는 전형적인 사람임을 나타낸다고 볼 수 있다.

**2. 유형별 특성**

유형별 표준점수가 ±1.0 이상인 항목의 대상자 중에서 자신에게 가장 긍정(동의함) 또는 가장 부정(동의하

**Table 2.** Item Descriptions Typal Array Z-score.

Type 1		Type 2		Type 3		Type 4		Type 5	
Subject No.	Factor weight	Subject No.	Factor weight	Subject No.	Factor weight	Subject No.	Factor weight	Subject No.	Factor weight
1	1.3120	3	0.5936	5	1.6320	10	0.7644	11	0.8192
2	0.7224	7	0.8776	6	1.5502	22	3.3594	12	0.7841
4	0.7113	9	1.9125	13	0.9841			15	1.6492
8	0.8018	24	2.5105	18	4.0355				
14	1.0886			19	0.7485				
16	1.0370								
17	1.5547								
20	0.4770								
21	0.7722								
23	1.3031								

**Table 3.** Descending Array of Z-scores and Item Descriptions for Type 1 (above and below ±1).

No.	The most agreed items in type 1	Z-scores
27	We have the right to live with dignity and also to die with dignity	2.15
14	It is better to stay at home with one's family, rather than staying at the hospital if the patient is at a serious condition, not knowing when he/she will die	1.54
11	I think the quality of life is more important than the length of life	1.54
12	If I get to live on artificial respirator, I would choose to stop life sustainable treatment.	1.46
2	Naturally facing death is respecting human rights rather than using artificial treatment to prolong life	1.40
22	The decision should be made carefully since withdrawing life sustainable treatment can be done on behalf of the doctor or family's financial reasons, regardless of the patient's personal choice	1.00
No.	The most disagreed items in type 1	Z-scores
25	Having the patient to receive life sustainable treatment is a filial duty	-1.02
9	The value of the society differs by location, and time so social consensus on death can not be made	-1.14
24	If withdrawing life sustainable treatment is allowed, ill practices such as transactions of human body parts can happen	-1.35
21	Withdrawing life sustainable treatment can be abused like 'an ancient practice of abandoning an old person to die at the grave site'	-1.50
10	Nothing prioritizes over life. Therefore, right to make decision on death does not lie on the patient	-1.89
19	If withdrawing life sustainable treatment is allowed, a trend to make light of human life would be widely spread	-1.99

지 않음)이라고 선택한 진술문에 대해 심층면담을 하여 각 유형별 특성을 기술하였다.

**1) 유형 1: 연명치료중단 선택형(Table 3):** 1유형은 연명치료중단에 대한 확고한 신념이 있으며, 치료연장술과 연명치료중단의 선택의 시점에서 과감하게 연명치료중단을 선택하는 특성을 보였다. 인간에게는 존엄하게 살 권리와 죽을 권리가 있으며, 삶의 길이보다 삶의 질이 중요하며, 삶과 죽음의 경계에서 인위적인 조치 없이 자연스런 죽음을 맞이하는 것이 바로 인간으로서 존엄과 가치를 확보하는 것이라는 연명치료중단에 대한 확고한 가치관을 가지고 있었으며, 이 가치관에 일관되게 선택의 시점에서 연명치료중단을 선택하고 있다. 1유형을 대표하는 17번 대상자는 44세로 대학원 이상의 학력을 가지고 있으며, 종교는 천주교이며, 미혼이었다. 심층면담을 통한 진술문에 의하면 “삶과 죽음은 자연스러워야 한다. 인위적인 의료장치로 연명하는 것은 삶이 아니다.”라고 하였다. 이상과 같이 1유형은 연명치료중단에 대한 신념이 명확하고, 신념에 따라 본인의 경우 연명치료중단을 선택하겠다고 하며, 가족의 경우도 불필요한 생명연장술을 하지 않으려는 태도를 보이고 있어 ‘연명치료중단 선택형’으로 명명하였다.

**2) 유형 2: 생명연장술 추구형(Table 4):** 2유형은 생명연장술은 비용이 얼마나 소요되든지 상관없이 시행되어야 하며, 경제적인 이유 때문에 연명치료중단을 선택하는 경우가 많기 때문에 신중하게 생각하고, 병원비 부담으로 인한 연명치료중단 결정은 자기결정이라고

볼 수 없으며, 생명연장술이 의료자원을 낭비시킨다는 것에는 강하게 반대를 하였다. 2유형을 대표하는 24번 대상자는 42세로 대졸 이상의 학력을 가지고 있으며, 종교는 기독교이며, 3명의 자녀를 둔 가장이었다. 심층면담을 통한 진술문에 의하면 “생명의 가치와 인간의 존엄은 모든 경제 가치를 우선한다.”, “생명은 모든 가치보다 우선하여서 의료자원을 충분히 쓸 가치가 있으므로, 생명연장술을 의료자원 낭비로 보는 안 된다.”고 하였다. 이상과 같이, 2유형은 연명치료중단이 비용 문제로 인해 거론되거나 선택되는 것을 강하게 저항하며, 생명연장술이 비용 때문에 포기되어서는 안 된다고 하였으며, 연명치료중단은 자연사가 아니므로, 가족까지 생명연장술을 선택하겠다는 태도를 보이고 있어 ‘생명연장술 추구형’으로 명명하였다.

**3) 유형 3: 제도요구형(Table 5):** 3유형은 연명치료중단이나 생명연장술이나 모두 인간의 권리에 해당하며, 이런 권리를 충분히 행사하기 위해 제도적 장치를 필요로 하는 특성을 보였다. 인간에게는 존엄하게 살 권리와 죽을 권리가 있으며, 이러한 권리를 헌법 제10조의 인격권과 행복추구권에서 찾고 있어 이것을 근거로 자신의 생명도 스스로 결정할 수 있으며, 죽음을 선택할 수 있는 권리가 환자 자신에게 없다는 것에는 강하게 반대를 하였다. 인간에게 존엄하게 죽을 권리가 있지만, 생명을 지킬 권리도 있으므로 이를 위해서는 제도적 장치를 통한 의료진의 책무강화가 필요하며, 별도의 독립기관을 만들어 희생가능성을 판단하여야 한다고 생각하

**Table 4.** Descending Array of Z-scores and Item Descriptions for type 2 (above and below ±1).

No.	The most agreed items in type 2	Z-scores
22	The decision should be made carefully since withdrawing life sustainable treatment can be done on behalf of the doctor or family's financial reasons, regardless of the patient's personal choice	1.92
4	Stopping treatment due to financial reasons can not be considered as the patient's decision	1.61
32	If withdrawing life sustainable treatment is allowed, there can be errors in judging the recovery of the patient	1.60
18	Life sustainable treatment should be given if the guardian still insists it even after the full explanation of its limitations	1.45
33	If withdrawing life sustainable treatment is decided based on assumption, it can be misused	1.13
25	Having the patient to receive life sustainable treatment is a filial duty	1.03
No.	The most disagreed items in type 2	Z-scores
23	Withdrawing life sustainable treatment should be considered as the process of natural death	-1.10
1	If it is not only extending one or two days but a new lease on life such as couple of months, it is meaningful	-1.14
28	I agree to the saying, "There is no devoted son with a long time ill parent"	-1.16
7	I do not want to worry over having my family's life sustainable treatment in advance	-1.55
6	If the patient is young, life sustainable treatment should be conducted	-1.61
29	Life sustainable treatment is a waste of medical resources	-1.62
15	As stated in the 10th article of the constitution, choosing one's fate is a pre-condition to personal rights and the right to pursue one's happiness. Therefore, a person can decide one's death and life	-1.71

Table 5. Descending Array of Z-scores and Item Descriptions for Type 3 (above and below  $\pm 1$ ).

No.	The most agreed items in type 3	Z-scores
27	We have the right to live with dignity and also to die with dignity	2.10
15	As stated in the 10th article of the constitution, choosing one's fate is a pre-condition to personal rights and the right to pursue one's happiness. Therefore, a person can decide one's death and life.	1.47
26	If the law of withdrawing life sustainable treatment is set up, the obligations of medics would be emphasized more. The medical treatment process would be opened to the public and medics would be monitored	1.45
8	Diagnosis of the patient's recovery should be checked at a different organization	1.39
22	The decision should be made carefully since withdrawing life sustainable treatment can be done on behalf of the doctor or family's financial reasons, regardless of the patient's personal choice	1.35
No.	The most disagreed items in type 3	Z-scores
9	The value of the society differs by location, and time so social consensus on death can not be made	-1.04
20	If the family is unprepared for the death of the patient, life sustainable treatment should be done	-1.13
6	If the patient is young, life sustainable treatment should be conducted	-1.30
4	Stopping treatment due to financial reasons can not be considered as the patient's decision	-1.32
29	Life sustainable treatment is a waste of medical resources	-1.44
13	Ceasing life sustainable treatment should be the patient's decision, having nothing to do with the family's decision	-1.82
10	Nothing prioritizes over life. Therefore, right to make decision on death does not lie on the patient	-1.94

Table 6. Descending Array of Z-scores and Item Descriptions for Type 4 (above and below  $\pm 1$ ).

No.	The most agreed items in type 4	Z-scores
15	As stated in the 10th article of the constitution, choosing one's fate is a pre-condition to personal rights and the right to pursue one's happiness. Therefore, a person can decide one's death and life	2.04
14	It is better to stay at home with one's family, rather than staying at the hospital if the patient is at a serious condition, not knowing when he/she will die	1.75
11	I think the quality of life is more important than the length of life	1.53
27	We have the right to live with dignity and also to die with dignity	1.53
22	The decision should be made carefully since withdrawing life sustainable treatment can be done on behalf of the doctor or family's financial reasons, regardless of the patient's personal choice	1.02
No.	The most disagreed items in type 4	Z-scores
16	Withdrawing life sustainable treatment can make the old aged far from treatment benefits	-1.02
12	If I get to live on artificial respirator, I would choose to stop life sustainable treatment	-1.25
23	Withdrawing life sustainable treatment should be considered as the process of natural death	-1.34
6	If the patient is young, life sustainable treatment should be conducted	-1.62
1	If it is not only extending one or two days but a new lease on life such as couple of months, it is meaningful	-1.94
8	Diagnosis of the patient's recovery should be checked at a different organization	-1.94

였다. 3유형을 대표하는 18번 대상자는 53세로 대학원 이상의 학력을 가지고 있으며, 종교는 불교이고, 자녀 한명을 둔 가장이었다. 심층면담을 통한 진술문에 의하면 “인간은 존엄하게 죽을 권리가 있기 때문에 연명치료중단이 필요하다. 그러나 평상시 연명치료중단에 대한 결정을 해 놓은 경우가 드물기 때문에, 연명치료중단의 문제는 환자의 추정적 의사와 관련된 문제이다. 따라서 환자가 의식불명일 때 가족의 의사가 충분히 존중되는 제도적 장치가 필요하다.”고 하였다. 이상과 같이, 3유형은 인간의 권리는 연명치료중단이나 생명연장

술 모두를 선택할 수 있어야 하는데, 다만 권리를 정확하게 행사할 수 있기 위해서 제도적 장치를 요구하고 있어 ‘제도요구형’으로 명명하였다.

**4) 유형 4: 자기모순형(Table 6):** 4유형은 연명치료중단이라는 기본 전제에 객관적으로 동의를 하지만, 본인은 연명치료중단을 선택하지 않을 것이라는 모순된 태도를 보였다. 4유형을 대표하는 22번 대상자는 45세로 대졸 이상의 학력을 가지고 있으며, 종교는 무교이며, 3명의 자녀를 둔 가장이었다. 심층면담을 통한 진술문에 의하면 “소생가능성 여부는 환자를 진료한 현 의사 이

Table 7. Descending Array of Z-scores and Item Descriptions for Type 5 (above and below ±1).

No.	The most agreed items in type 5	Z-scores
10	Nothing prioritizes over life. Therefore, right to make decision on death does not lie on the patient	2.15
2	Naturally facing death is respecting human rights rather than using artificial treatment to prolong life	1.68
32	If withdrawing life sustainable treatment is allowed, there can be errors in judging the recovery of the patient	1.39
33	If withdrawing life sustainable treatment is decided based on assumption, it can be misused	1.23
No.	The most disagreed items in type 5	Z-scores
4	Stopping treatment due to financial reasons can not be considered as the patient's decision	-1.22
23	Withdrawing life sustainable treatment should be considered as the process of natural death	-1.25
1	If it is not only extending one or two days but a new lease on life such as couple of months, it is meaningful	-1.68
15	As stated in the 10th article of the constitution, choosing one's fate is a pre-condition to personal rights and the right to pursue one's happiness. Therefore, a person can decide one's death and life	-2.14
27	We have the right to live with dignity and also to die with dignity	-2.31

의 제3자가 판단할 문제가 아니다. 의학적인 견지에 서만 판단해야 한다. 연명치료중단에 대한 절대를 추구 할 수 없고, 논리적 완벽성은 불가능할지라도 현 의료 진을 믿어야 한다. 의사의 판단을 다른 가치, 예를 들면 종교 등과 동등하게 취급해서는 안 된다.”고 하였다. 4 유형의 가장 특이할만한 것은 “만약에 내가 인공호흡기에 의존해야 하는 경우가 생긴다면, 나는 연명치료중단을 선택할 것이다.”를 강하게 부정한 사실이다. 이는 주관적으로 연명치료중단보다는 치료연장술을 선택하겠다는 태도로, 대부분의 강한 긍정에 연명치료중단에 객관적으로 동의를 보인 것과 대조를 이루는 것이다. 따라서 4유형을 “자기 모순형”이라고 명명하였다.

**5) 유형 5: 인명재천형(Table 7):** 5유형은 “그 어떤 것도 생명에 우선할 수 없다. 따라서 죽음을 선택할 수 있는 권리는 환자 자신에게도 없다.”를 가장 강하게 동의하였으며, “우리에게는 존엄하게 살 권리와 함께 존엄하게 죽을 권리도 있다.”와 “헌법 제10조의 인격권과 행복추구권에는 자기 운명결정권이 전제되므로 자신의 생명도 스스로 결정할 수 있다.”를 가장 강하게 반대하여, 죽음에 대한 권리가 인간에게 없다는 확고한 태도를 보였다. 5유형을 대표하는 15번 대상자는 34세로 대졸 학력을 가지고 있으며, 종교는 기독교이며, 미혼이었다. 15번 대상자와 심층면담을 통한 진술문에 의하면 “생명은 하나님만이 판단하실 수 있다.”, “의술의 한계까지 해보는 것이 자연사이다. 연명치료중단은 의술의 한계까지 진행하지 않는 것이므로 자연사라고 할 수 없다.”, “모든 삶은 어떤 형태로든지 의미가 있다. 삶에 의미가 없는 상태라는 것을 누가 알겠느냐.”고 하였다. 이상과 같이, 제5유형은 인간이 죽음에 대한 권리나 생명을 스스로 결정할 권리가 없다는 명확한 태도를 보이고 있으

며, 생명은 하나님만이 판단할 수 있다고 하여 ‘인명재천형’으로 명명하였다.

**6) 각 유형의 공통점:** Q 연구의 분석은 산출된 요인들의 공통점과 차이점을 분석하는 것이다(6). 다시 말하면 요인들에 나타난 공통적인 견해와 차별적인 견해를 진술문을 통해 분석할 수 있다는 것을 의미한다. 5가지 유형의 공통된 진술문은 3개로, 각각은 “추정적 의사표시로 연명치료 중단을 결정한다면 남용될 우려가 있다.”, “이미 사전 의사결정이 되어있는 경우에도 생각이 바뀌는 수가 있다.”, “가족 간에도 환자치료에 대한 결정이 합의가 안 되고 있다.”였는데, 어느 유형에서나 연명치료중단의 결정이 쉽지가 않은 것으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

**고찰**

무의미한 치료를 중단하여 사망에 이르는 상태를 ‘소극적 안락사’, ‘존엄사’, ‘연명치료중단’이라는 용어를 혼용하여 사용하고 있는 실정인데, Jeon(7)은 안락사에 대한 일반인들의 태도에 관한 주관성의 연구에서 3가지 유형을 확인하였다. 전소연의 연구와 본 연구의 유형을 비교하면 1유형 ‘법과 제도 중시형’은 ‘제도요구형’에, 2유형 ‘신의 권한 존중형’은 ‘인명재천형’에, 3유형 ‘자기 결정 권리 존중형’은 ‘연명치료중단 선택형’과 ‘생명연장술 추구형’에 연결될 것으로 보이며, 본 연구의 제 4유형인 ‘자기모순형’은 전소연의 연구의 유형에서 찾을 수 없는 새로운 유형으로 볼 수 있다.

Park(8)은 실제적으로 연명치료중단을 결정한 가족의 경험을 연구한 결과, 연명치료중단의 경험은 중단을 결정할 시기와 결정한 이후의 경험으로 나누어지며, 이때

6가지의 주제와 39가지의 경험이 도출되었다. 이 경험 내용에는 상호모순적인 내용과 다양한 갈등들도 섞여 있어, 연명치료중단을 결정하는 과정 및 결정한 이후의 과정에서도 끊임없이 자기갈등이 있었다. 이러한 경험에서 본 연구의 제4유형인 ‘자기모순형’을 연결할 수 있겠다.

Kim 등(4)은 연명치료중단을 시행하거나 유보하는 중환자 전담의사 인식과 실행에 대한 연구에서 중환자 전담의사들은 연명치료를 중단·유보의 결정을 함에 있어, 대부분 환자의 승낙여부와 보호자의 요청여부를 기준으로 삼는 것으로 확인되었다. 두 가지 조건 중에 환자가 승낙을 하여도 보호자의 요청이 없으면 97.7%에서, 환자의 승낙이 없고 보호자의 요청만 있는 경우 68.6%에서 연명치료중단을 시행하지 않아, 환자보다는 보호자의 요청이 연명치료중단의 더 큰 결정요인으로 작용하는 것으로 나타났다. 이렇게 환자 자신보다 가족에 의해 연명치료중단이 결정되어 시행되는 경우가 많기 때문에, 본 연구의 모든 유형에서 “의사나 환자 가족이 경제적인 이유로 환자의 뜻과 상반되는 결정을 할 수도 있기 때문에 신중하게 판단해야 한다.”, “추정적 의사표시로 연명치료중단을 결정한다면 남용될 우려가 있다.”를 동의하고 있는 것으로 볼 수 있다.

Kim과 Lee(9)는 안락사에 대한 일반인들의 인식도에서 73.6%가 안락사를 법제화하여야 한다고 인식하고 있는 것을 확인하였는데, 안락사에 대한 법제화가 필요하다고 한 일반인의 군이 본 연구에서 제3유형 ‘제도요구형’에 속할 것으로 여겨진다.

Lee 등(10)이 시행한 홍콩 중국인 교사들의 생명연장술에 대한 태도에서 생명연장술과 연명치료중단 환자의 자율성에 의해 결정되는 것이 가장 중요하며, 그 다음으로는 의사, 가족, 환자가 함께하는 연합결정이 중요하다고 인식하였고, 생명연장술에 대한 사전지시서의 사용을 강하게 지지하였다. 이러한 사전지시서의 활용은 제도적인 필요성을 언급한 본 연구의 3유형 ‘제도요구형’과 연관된다고 할 것이다.

유고슬로비아에서 암 전문의사, 일반의사, 의대생, 변호사를 대상으로 안락사의 태도를 조사한 연구에서 변호사 그룹이 다른 나머지 세 그룹에 비해 약 2배 정도 법제화의 필요성을 인식하였으며, 오직 변호사 그룹만이 안락사의 남용은 통제될 수 있다는 의견을 보였다(11). 변호사들이 다른 그룹군보다 안락사의 법적 제도화를 필요로 하면, 법적 제도화를 통해 남용을 조절할 수 있다는 의견은 본 연구의 제3유형인 ‘제도요구형’과 연결

된다고 할 것이다.

본 연구의 진술문 중 가장 중요한 “연명치료중단을 자연사의 과정으로 봐야 한다.”를 동의한 유형은 제1유형과 제3유형이었으며, 반대를 한 유형은 제2유형, 제4유형, 제5유형으로 이 유형들은 연명치료중단을 자연사가 아닌 인위적인 생명 중단행위로 인식하였다. 또 다른 진술문인 “만약에 내가 인공호흡기에 의존해야 하는 경우가 생긴다면, 나는 연명치료중단을 선택할 것이다.”에 동의를 한 유형은 제1유형, 제2유형, 제3유형이었으며, 반대를 한 유형은 제4유형, 제5유형이었다. 특이한 것은 제2유형에서, “생명연장술을 하는 것은 자식으로서 가족으로서의 도리이다.”에 동의하고 있음에도 불구하고, 자신의 경우는 연명치료중단을 선택하고 있는 것이다.

본 연구는 연명치료중단에 대한 변호사들의 주관성의 유형을 파악하고 그 특성을 이해하여, 향후 연명치료중단에 대한 법적 제도화 시 변호사의 견해를 통한 의견수렴과 아울러 법제정에 도움이 되고자 기초자료로 실시되었다. 연구결과 연명치료중단에 대한 한국 변호사들의 태도는 제1유형 ‘연명치료중단 선택형’, 제2유형 ‘생명연장술 추구형’, 제3유형 ‘제도요구형’, 제4유형 ‘자기모순형, 제5유형 ‘인명재천형’으로 분류되었다. 본 연구는 변호사만을 대상으로 시행하였으므로, 다른 직업군에 일반화하기에는 제한점이 있으며, 추후 연구를 통해 타 직업군과 각 사회계층을 대상으로 한 연구가 고려되어야 할 것이다.

## 요 약

**목적:** 본 연구는 연명치료중단에 대한 한국변호사들의 태도유형을 구분하고, 각 유형별 특성과 유형별 차이점을 파악하는 주관성 연구를 위해 실시되었다.

**방법:** 본 연구 설계는 Q 방법론을 이용하였다. 본 연구의 대상자는 32~69세의 변호사 24명을 대상으로 하였다. 연명치료중단에 대한 태도 유형을 확인하기 위한 Q 표본은 이들 중 5인을 대상으로 한 심층면담, 문헌고찰, TV토론을 통해 확보하여 34문항의 진술문을 구성하였다. 대상자에게 연구의 목적과 방법을 설명하여 동의를 구한 후 인구사회학적 특성을 파악하기 위한 질문지를 작성하였고, 9점 Q 표본 분포도상에 강제 분포하도록 하였다.

**결과:** 수집된 자료는 QUANL PC 프로그램으로 처리하여 최종적으로 유형을 구분하였다. 그 결과 5가지 유

형이 구분되었으며, 제1유형은 연명치료중단에 대한 확고한 신념이 있는 ‘연명치료중단 선택형’, 제2유형은 비용이 얼마나 소요되든지 생명연장술을 시행하여야 한다는 ‘생명연장술 추구형’, 제3유형은 연명치료중단이나 생명연장술이나 모두 인간의 권리에 해당하며, 이런 권리를 충분히 행사하기 위해 제도적 장치를 요구하는 ‘제도요구형’, 제4유형은 연명치료중단에 동의를 하지 않, 본인은 연명치료중단을 선택하지 않을 것이라는 모순된 태도를 보이는 ‘자기모순형’, 제5유형은 생명은 하나님만이 판단할 수 있다고 하고, 인간에게는 죽음을 선택할 권리가 없다는 ‘인명재천형’으로 분석되었다.

**결론:** 연명치료중단에 대한 한국 변호사들의 태도는, 제1유형 ‘연명치료중단 선택형’, 제2유형 ‘생명연장술 추구형’, 제3유형 ‘제도요구형’, 제4유형 ‘자기모순형’, 제5유형 ‘인명재천형’으로 나타났다.

**중심단어:** 연명치료중단, 한국변호사, Q 방법론, 주관성

### 참 고 문 헌

1. Yu HJ. The basis and conditions of justified withdrawing or withholding of persistence-treatment. *Korean J Med Ethics Educ* 2002;5(2):151-68.
2. Sohn MS. Ethical and legal aspect of termination of hospital care.

J Korean Med Assoc 1998;41(7):707-11.

3. Esteban A, Gordo F, Solsona JF, Alía I, Caballero J, Bouza C, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Intensive Care Med* 2001;27(11):1744-9.
4. Kim SY, Kang HH, Koh YS, Koh SO. Attitudes and practices of critical care physicians in end-of-life. *Korean J Med Ethics* 2009;12(1):15-28.
5. Kim HK. Understanding of Q methodology for subjectivity research. *The Seoul J of Nursing* 1992;6(1):1-11.
6. Brown SR, Durning DW, Selden SC. Q methodology. In: Gerald JM, Marcia LW, eds. *Handbook of research methods in public administration*. 1st ed. New York:Marcel Dekker, cop;1999. p. 599-637.
7. Jeon SY. A study on the attitude of the people toward euthanasia. *Journal of KSSSS* 2009;18:125-38.
8. Park YO. The experience of family members on deciding to withdraw life-sustaining treatment for patients who are terminally ill [dissertation]. Seoul: Yonsei Univ.; 2003. Korean.
9. Kim SH, Lee HR. General population's view on euthanasia. *Korean J Hosp Palliat Care* 2003;6(2):133-43.
10. Lee JC, Chen PP, Yeo JK, So HY. Hong Kong Chinese teachers' attitudes towards life-sustaining treatment in the dying patients. *Hong Kong Med J* 2003;9(3):186-91.
11. Radulovic S, Mojsilovic S. Attitudes of oncologists, family doctors, medical students and lawyers to euthanasia. *Support Care Cancer* 1998;6(4):410-5.