

Original Article

# 일개 도시주민의 품위 있는 죽음 태도에 대한 예측 요인

조계화 · 안경주\* · 김군무† · 김연자‡

대구가톨릭대학교 간호대학, \*청주대학교 간호학과, †대구가톨릭대학교 의과대학 응급의학교실, ‡대구과학대학교 간호학과

## Predictive Factors for City Dwellers' Attitudes toward Death with Dignity

Kae Hwa Jo, Ph.D., Gyeong Ju An, Ph.D.\*, Gyun Moo Kim, M.D.† and Yeon Ja Kim, Ph.D.‡

College of Nursing, Catholic University of Daegu, Daegu, \*Department of Nursing, Cheongju University, Cheongju, †Department of Emergency Medicine, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daegu, ‡Department of Nursing, Taegu Science University, Daegu, Korea

**Purpose:** This correlation study was performed to examine Korean adults' perceptions and attitudes towards death with dignity and the withdrawal of life sustaining treatment and to identify factors that predict their attitude towards death with dignity. **Methods:** The study was conducted using convenience sampling of 291 adults from three towns of a metropolitan city in Korea. Data were collected using structured questionnaires which surveyed people's perception about and attitudes towards withdrawal of life sustaining treatment and scaled their attitude towards death with dignity. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson correlation coefficients and multiple regression. **Results:** The attitude towards the withdrawal of life sustaining treatment and death with dignity showed a significant positive correlation ( $r=0.49$ ,  $P<0.001$ ). For attitudes towards death with dignity, significant predictors were attitudes towards the withdrawal of life sustaining treatment, age, religion, a proper withdrawal process and advanced medical directives, which explained 49.3% of total variance. **Conclusion:** The results of this study may contribute to development of a new medical decision-making system including nurses' appropriate roles in the process of withdrawing life sustaining treatment and advanced medical directives.

**Key Words:** Life support care, Right to die, Humanism

### 서 론

최근 의학의 발달은 질병치료와 생명을 살리는데 많

은 기여를 했지만, 죽음에 이르는 과정은 더 고독해지고 품위 있는 죽음과 연명치료중단이 사회적 논쟁이 되고 있다. 죽음과 관련하여 품위의 개념적인 모호성은 주로 인간의 존엄성과 말기의 연명치료에 대한 자율적

Received May 31, 2012, Revised August 5, 2012, Accepted October 17, 2012

Correspondence to: Yeon Ja Kim  
Department of Nursing, Taegu Science University, 47, Youngsong-ro, Buk-gu, Daegu 702-723, Korea  
Tel: +82-53-320-1760, Fax: +82-53-320-1760, E-mail: yakop1052@hanmail.net

This research was supported by Basic Science Research Program through the National Research Foundation of Korea (NRF) funded by the Ministry of Education, Science and Technology (No. 2012-0002473).

© This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

의사결정 사이의 복잡한 관계에서부터 초래된다(1). 인간존엄을 정의하기는 쉽지 않으나 한국의 확성은 존엄성을 대체로 인격(2), 정체성 보장(3), 주체성(4), 윤리적 가치(5)로 이해하는 경향을 보이고 있어 품위 있게 죽을 권리와 연명치료 중단 사이에 윤리적 논쟁이 제기되고 있다. 이와 같이 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과다한 치료를 중단하는 것과, 한 인간이 죽음이라는 피할 수 없는 실존 앞에서 인간적 품위를 지니고 생을 마감하는 것은 상호보완적 의미를 지닌다고 볼 수 있다.

연명치료중단은 일반적으로 뇌사자나 식물인간처럼 회복의 가망이 없는 말기 상태의 환자에 대하여 생명유지 장치를 중지하여 인간으로서 존엄을 유지하면서 죽음을 선택하는 것을 말한다(6). 이는 연명치료의 지속으로 자신의 죽음과정을 고통스럽게 연장해 나가는 것보다는 자신의 가치관과 인생관에 따라 스스로의 삶과 죽음에 관한 중요한 결정을 내림으로써 얼마 남지 않은 자신의 삶의 질과 존엄성을 유지하는데 더 관심을 갖는다는 의미이다. 이와 같이 연명치료중단과 품위 있는 죽음에 대한 태도는 개인의 주관적 경험과 사회 문화적 가치관에 따라 다양하기 때문에 개인에게 내재된 경험을 표출하고 통합하여 한국의 사회, 문화적 관점에서 서로의 관련성을 파악할 필요성이 요구된다. 더구나 무의미한 연명치료 중단에 대한 사회적 관심의 증가와 더불어 죽음을 앞둔 환자와 가족, 그리고 의료인에게 올바른 의료적 의사결정제도 확립의 필요성이 증대되고 있어(7) 연명치료중단과 품위 있는 죽음이 폭넓게 다루어져야 한다.

최근 연명치료와 관련된 국내연구로 의사의 역할과 의무(6), 자기결정권과 사전의료지시서(8), 연명치료중단 결정(9) 등이 있으며 품위 있는 죽음과 관련하여서는 간호학생의 죽음인식(10), 한국성인의 죽음이해(7), 측정도구 개발연구(11)가 있으나 기존의 연구들은 분리된 한 가지 개념만을 다루었을 뿐, 연명치료와 품위 있는 죽음과의 관련성에 관한 연구는 찾아보기 힘들다. 더구나 연명치료중단을 결정하는 일반적 특성으로는 나이, 의식수준, 경제적 상황 등이 고려되었으나(9), 품위 있는 죽음태도를 설명하는 일반적인 특성 변인에 대한 탐색적 연구는 찾아보기 어렵다. 이에 연명치료중단과 품위 있는 죽음에 관한 두 가지 개념의 관련성을 파악하고 품위 있는 죽음태도에 영향을 미치는 요인을 파악하는 것은 한국의 사회, 문화적 가치에 바탕을 둔 한국인의 삶과 죽음의 태도를 이해하는데 중요한 자료를 제공할

수 있을 것으로 사료된다.

현재 우리사회는 연명치료중단과 관련된 사회적 합의를 도출하기 위한 노력과 말기의 의료적 의사결정에 관한 사회적 관심과 인지도는 매우 높은 것으로 보이나, 아직 입법화된 제도적 장치가 없어 인간 존엄성과 관련된 복합적인 법적, 윤리적 문제가 대두되고 있다. 이러한 현상은 인위적 생명연장술의 발달에 비해 인간 존중의 가치관이 미처 정립되지 못한 결과(8)로 파악된다. 인간존중에 바탕을 둔 연명치료에 대한 국민적인 이해가 필요한 시점이다. 이때 생명연장이나 심폐소생술에만 초점을 맞춘 대화는 중요한 신체적, 심리, 사회, 영적 관점을 총체적으로 파악할 수 없으므로 인간존중을 바탕으로 한 연명치료와 이에 대한 의사결정 문제의 인식과 대안 선택의 과정에서 포괄적인 접근이 요구된다.

한국인이 소지한 이승과 저승의 이분법적인 공간설정의 생사관은 품위 있는 죽음과 연명치료에서뿐 아니라 뇌사와 장기기증, 그리고 안락사에 대한 인식에도 반영되고 있어(12), 연명치료중단과 품위 있는 죽음에 관한 의사결정과정이나 생명윤리 담론은 한국인의 정서를 바탕으로 적용되어야 할 것이다. 따라서 본 연구는 대상자의 연명치료중단에 대한 태도 및 인식, 그리고 일반적 특성을 중심으로 품위 있는 죽음에 대한 예측요인을 탐색하고, 향후 인간존중에 기반 한 의료적 의사결정 체계 확립의 기반을 다지는 기초 자료를 제공하고자 한다.

## 대상 및 방법

### 1. 연구 설계

본 연구는 한국 성인의 연명치료중단에 대한 인식 및 태도와 품위 있는 죽음 태도와의 관계를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

### 2. 연구 대상

본 연구는 D시에 소재하는 3개 동사무소를 방문하여 각동에 속하는 통장에게 연구목적과 방법을 설명하고 가정 방문을 한 후 20세 이상 성인을 대상으로 설문을 진행하였다. 대상자 수는 G\*power 3.1.2 프로그램에 따라 유의수준  $\alpha=0.05$ , 중간정도의 효과크기( $R^2=0.15$ ), 검정력  $1-\beta=0.95$ 를 기준으로 다중회귀분석에서 필요한 표본 수에 대해 독립변수 22개를 포함하여 계산한 결과 표본크기가 최소한 230명이었다. 이에 탈락률을

고려하여 300명을 목표인원으로 하였으며 선정기준은 다음과 같다.

- 1) 한국에 거주한지 3년 이상된 20세 이상의 성인
- 2) 한글 해독 능력이 있고 설문 내용을 이해할 수 있는 사람
- 3) 본 연구에 참여를 허락하고 동의서를 작성한 사람으로 선정하였다.

**3. 연구도구**

1) 연명치료중단에 대한 인식: 연명치료중단에 대한 인식은 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과도한 치료를 중단하는 것에 대한 주관적 관점을 내포하고 있으며 Han 등(13)이 개발한 DNR에 대한 내용 8문항과 Korea Institute for Health and Social Affairs(14)의 무의미한 연명치료 중단, 쟁점들에 대한 여론조사 8문항을 Lee와 Kang(15)이 수정 보완한 총 16문항으로 측정하였다. 점수가 높을수록 연명치료중단에 대한 인식 정도가 높다는 것을 의미한다. 이 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 값은 Lee와 Kang(15)의 연구에서 0.8이었으며, 본 연구에서는 0.74이었다.

2) 연명치료중단에 대한 태도: 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요하고 과도한 치료를 중단하는 것에 대한 태도이며, 본 연구에서는 Park(16)이 개발한 연명치료중단에 대한 35문항을 Byun 등(9)이 19문항으로 수정 보완한 Likert 5점 척도를 사용하였다. 부정적 문항은 역산하여 점수화하였고 점수가 높을수록 연명치료중단에 찬성하는 입장을, 점수가 낮을수록 연명치료중단에 반대하는 입장을 취하는 것을 의미한다. 이 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 값은 Byun 등(9)의 연구에서 0.88이었으며, 본 연구에서는 0.81이었다.

3) 품위 있는 죽음에 대한 태도: 품위 있는 죽음은 한 개인이 인간의 존엄성을 유지하며 평화로운 죽음을 맞이하는 것으로, 본 연구에서는 Jo(11)가 개발한 5개 영역 30문항 4점 척도로 측정하였다. 하위영역은 1요인(정서적 안위유지) 10문항, 2요인(사회적 관계정리) 9문항, 3요인(고통 없음) 3문항, 4요인(자율적 의사결정) 4문항, 5요인(역할보존) 4문항으로 구성되었으며 점수가 높을수록 품위 있는 죽음을 희망함을 의미한다. 이 도구의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha$ 는 개발당시 0.92였으며, 본 연구에서는 0.91이었다.

**4. 자료수집**

본 연구는 D시의 3개 동에 거주하는 지역 주민을 대상으로 편의 표집하였으며, 본 조사를 실시하기 전에 일 대학병원 연구윤리위원회(IRB)의 허락을 받고 연구를 수행하였다. 자료 수집은 먼저 연구자가 직접 지역 사회 동 사무소를 방문하여 본 연구의 목적과 취지를 설명한 후 각 동에 속하는 3곳의 통장을 소개받아 연구 대상자 선정기준에 적합한 가정을 직접 방문하였다. 연구자는 연구목적과 취지, 방법, 소요시간, 익명성 보장 등을 설명하고 동의를 구한 후 훈련된 연구보조원과 함께 자가 보고식 질문지를 배부하여 설문조사를 실시하였다. 설문지에 응답하는데 20분 정도의 시간이 소요되었고, 참여한 대상자에게 감사의 표시로 소정의 선물을 제공하였다. 자료수집기간은 2011년 8월 23일부터 2011년 11월 30일까지였으며 탈락률을 감안한 300명을 목표로 하여 응답이 완전한 291명(97.0%)을 최종 대상으로 자료 분석하였다.

**5. 자료 분석 방법**

자료 분석은 IBM SPSS Statistic 19를 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차로 제시하였다.
- 2) 대상자의 연명치료중단에 대한 인식 및 태도와 품위 있는 죽음 태도는 빈도와 백분율, 평균과 표준편차로 제시하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성과 연명치료중단에 대한 인식에 따른 품위 있는 죽음 태도의 차이는 t-test, one-way ANOVA,  $\chi^2$ 로 분석하였다.
- 4) 대상자의 연명치료중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음 태도의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient로 파악하였다.
- 5) 대상자의 품위 있는 죽음 태도에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다중공선성 진단 후 Multiple Regression의 Enter 방법으로 분석하였다.

**결 과**

**1. 대상자의 일반적 특성**

대상자의 일반적 특성 분포를 살펴보면, 연령은 평균 44.19±11.19세로, 40대가 가장 많았으며, 30대, 50대, 20대, 60대 순이었다. 성별은 여자가 남자보다 많았으며

**Table 1.** General Characteristics in Subjects and Differences in the Degree of Death with Dignity according to General Characteristics (N=291).

Characteristics	Categories	N (%)	Death with dignity						
			M (SD)*	t or F <sup>†</sup>	P <sup>‡</sup>	Tukey HSD <sup>¶</sup>			
Age (year)	20~29	55 (18.9)	91.02 (9.00)	5.03	0.007	a, b< c, d<e			
	30~39	60 (20.6)	92.07 (9.07)						
	40~49	71 (24.4)	94.97 (10.00)						
	50~59	59 (20.3)	95.02 (10.09)						
Sex	≥60	46 (15.8)	97.80 (9.01)	-1.89	0.060				
	Male	117 (40.2)	92.95 (10.47)						
	Female	174 (59.8)	95.35 (10.92)						
Marital status	Single	78 (26.8)	93.60 (10.49)	-0.76	0.448				
	Married	213 (73.2)	94.67 (10.90)						
	Protestant	74 (25.4)	96.00 (9.01)				3.19	0.014	a, c>e
	Buddhism	74 (25.4)	92.91 (10.91)						
Religion	Catholic	80 (27.5)	98.55 (9.79)						
	Others	6 (2.1)	93.11 (9.71)						
	None	61 (21.0)	92.00 (10.10)						
Education	≤Middle school	20 (6.8)	94.92 (8.99)	0.44	0.783				
	High school	66 (22.7)	95.11 (10.11)						
	Junior college	52 (17.9)	94.02 (10.23)						
	University	122 (41.9)	95.01 (10.48)						
Economic status	Graduateschool	31 (10.7)	94.01 (10.84)	1.04	0.354				
	Low	34 (11.7)	95.00 (10.81)						
	Moderate	246 (84.5)	94.53 (10.90)						
	High	11 (3.8)	94.10 (10.12)						
Occupation	Medical personnel	30 (10.3)	95.02 (10.33)	1.45	0.206				
	Educator	37 (12.7)	94.00 (9.30)						
	Self business	32 (11.0)	93.90 (10.97)						
	Office worker	77 (26.5)	94.30 (10.09)						
	Housewife	58 (19.9)	95.19 (10.43)						
	Others	57 (19.6)	93.99 (9.94)						

\*Values given are mean (SD), <sup>†</sup>t or F value in for Independent t-test or One-way ANOVA test, <sup>‡</sup>P value in for Independent t-test or One-way ANOVA test, <sup>¶</sup>Values given are post hoc test for Tukey HSD.

결혼 상태는 기혼자가 많았다. 종교는 천주교, 개신교, 불교, 무교, 기타의 순으로 나타났고, 학력은 대졸이 가장 많았으며, 고졸, 전문대졸, 대학원졸, 중졸 이하의 순으로 나타났다. 주관적 경제 상태는 '보통'이 가장 많았으며, 직업은 공무원 및 회사원이 가장 많았다(Table 1).

**2. 대상자의 연명치료중단에 대한 인식과 태도 및 품위 있는 죽음 태도**

연명치료중단의 필요성은 '필요하다'가 263명(90.4%)이었으며, 연명치료중단이 필요한 이유로는 '인간은 품위 있게 죽을 권리가 있음'이 114명(39.2%)으로 가장 많았고, '많은 노력에도 회복 불가능하기 때문', '환자의 극심한 고통 경감'의 순이었다. 연명치료중단이 필요하지 않은 이유는 '어떤 경우라도 생명은 존엄하기 때문'

이 133명(45.7%)으로 가장 많았으며, '경제가 어려운 자나 장애인에게 악용됨', '윤리적인 이유'로 나타났다.

연명치료중단 허용범위와 기준의 법제화가 '필요하다'고 한 경우는 271명(93.1%)이었다. 본인의 의사를 알 수 없을 때, 다른 사람이 본인의 의사를 추정하여 연명 치료를 결정하는 것에는 '찬성한다'가 110명(37.8%)으로 가장 많았으며, '모르겠다', '반대한다'의 순이었다. 추정하여 결정할 때 바람직한 절차로 '환자의 입장에서 의사와 가족이 결정'이 138명(47.4%)으로 가장 많았으며, 그 다음이 '환자의 평소 신념에 의한 결정', '가장 가까운 가족의 대리결정', '기타'의 순이었다.

연명치료 중단에 대한 설명이 '필요하다'가 277명(95.2%)이었고, 환자에게 연명치료 중단에 대한 설명을 하기에 적절한 시기는 '자발적 호흡이 곤란하여 인공삽

**Table 2.** The Subjects' Perception towards The Withdrawal of Life Sustaining Treatment and The Differences in the Degree of Death with Dignity according to Subjects' Perception of Withdrawing Life Sustaining Treatment (N=291).

Variables	Category	N (%)	Death with dignity			
			M (SD)*	t or F <sup>†</sup>	P <sup>‡</sup>	Tukey HSD <sup>§</sup>
The necessity of life sustaining treatment	Is required.	263 (90.4)	94.67 (10.71)	1.34	0.190	
	Is not require.	28 (9.6)	91.68 (11.29)			
The main reason for withdrawal of life sustaining treatment	Due to unrecoverability.	95 (32.6)	93.50 (9.99)	5.12	0.007	b > d
	The right to death with dignity.	114 (39.2)	96.01 (10.19)			
	The relief of extreme suffering.	63 (21.6)	94.91 (10.00)			
	Others.	19 (6.5)	91.30 (9.04)			
The main reason for not withdrawing life sustaining treatment	Due to the dignity of life.	133 (45.7)	94.50 (10.90)	0.12	0.947	
	Due to exploitation of economically disadvantaged or disabled.	72 (24.7)	92.33 (9.99)			
	Due to ethical reasons.	43 (14.8)	93.90 (10.94)			
	Others.	43 (14.8)	93.00 (10.29)			
The necessity of legislation for acceptable range and standards	Is required	271 (93.1)	94.52 (10.86)	0.84	0.410	
	Is not required	20 (6.9)	92.60 (9.78)			
If you can't know patient's will, life sustaining treatment was determined by estimating patient's intention.	Approval	110 (37.8)	94.51 (10.86)	2.05	0.130	
	Opposition	81 (27.8)	92.79 (10.46)			
	I don't know	100 (34.4)	94.01 (9.04)			
The recommended procedure for decision by estimating the intention	Decision by the usual faith	110 (37.8)	97.17 (10.34)	5.43	0.005	a > d
	Decision on behalf of a closest family member.	27 (9.3)	93.07 (10.85)			
	Decision by health professionals and family	138 (47.4)	95.19 (9.04)			
	Others.	16 (5.5)	90.88 (9.94)			
Explanation of withdrawal of life sustaining treatment	Is required.	277 (95.2)	94.49 (10.87)	1.17	0.262	
	Is not required.	14 (4.8)	91.46 (9.05)			
Time for the patients to explanation of withdrawing life sustaining treatment	After admission.	68 (23.4)	92.07 (10.47)	1.84	0.121	
	To become unstable vital sign.	83 (28.5)	93.77 (10.58)			
	After ICU admission.	18 (6.2)	92.37 (10.54)			
	Before endotracheal intubation.	96 (33.0)	94.22 (10.07)			
	Others.	26 (8.9)	93.99 (10.78)			
Time for the guardians to explanation of withdrawing life sustaining treatment	After admission.	69 (23.7)	93.02 (10.47)	2.09	0.066	
	To become unstable vital sign.	68 (23.4)	93.02 (11.07)			
	After ICU admission.	17 (5.8)	93.07 (10.84)			
	Before endotracheal intubation.	77 (26.5)	94.90 (10.26)			
	When coma state.	41 (14.1)	93.99 (10.34)			
	Others.	19 (6.5)	92.14 (10.37)			
The need of patients and guardians after explanation of withdrawing life sustaining treatment	Will increase	167 (57.4)	95.99 (10.97)	2.26	0.082	
	Will not increase	56 (19.2)	93.78 (10.13)			
	I don't know	68 (23.3)	92.74 (10.78)			
The necessity of advance directives.	Is required.	284 (97.6)	94.51 (10.39)	1.27	0.206	
	Is not required.	7 (2.4)	89.29 (22.29)			
Your own advance directives	I will write	204 (70.1)	97.93 (9.09)	14.21	<0.001	a > b, c
	I will not write	17 (5.8)	91.57 (10.83)			
	I don't know	70 (24.1)	90.41 (9.17)			
If you will be a terminally ill patient, have you will receive life sustaining treatment?	I will receive	28 (9.6)	92.03 (12.91)	6.77	0.001	b > c
	I will not receive	224 (77.0)	95.93 (9.02)			
	I don't know	39 (13.4)	90.17 (9.89)			

Table 2. Continued.

Variables	Category	N (%)	death with dignity			
			M (SD)*	t or F <sup>†</sup>	P <sup>‡</sup>	Tukey HSD <sup>§</sup>
If your family will be a terminally ill patient, are you sure you want to continue the family's life sustaining treatment?	Treatment will continue.	58 (19.9)	91.59 (9.05)	3.81	0.023	a < b
	Treatment will be discontinued.	149 (51.2)	95.08 (9.11)			
	I don't know.	84 (28.9)	93.29 (10.47)			
If your family was pre-stated about withdrawing life sustaining treatment, are you sure you want to continue the family's life sustaining treatment?	Treatment will continue.	17 (5.8)	93.20 (10.50)	5.67	0.004	b > c
	Treatment will be discontinued.	215 (73.9)	95.01 (9.00)			
	I don't know.	59 (20.3)	90.30 (10.13)			
Decision making position	Patient	#1	-	-	-	
	Family	#2				
	Doctor	#3				
	Nurse	#4				
	Hospital ethics committee	#5				

\*Values given are mean (SD), †t or F value in for Independent t-test or One-way ANOVA test, ‡P value in for Independent t-test or One-way ANOVA test, §Values given are post hoc test for Tukey HSD.

관 전', '활력징후가 불안정해지기 시작할 때', '입원 즉시', '기타', '중환자실로 옮긴 후'의 순이었다. 보호자에게 연명치료 중단에 대한 설명의 적절한 시기는 '자발적 호흡이 곤란하여 인공삽관 전'이 가장 많았으며 그 다음으로 '입원 즉시', '활력징후가 불안정해지기 시작할 때', '의식이 저하되어 혼수상태에 빠졌을 때', '기타', '중환자실로 옮긴 후'의 순이었다. 연명치료 중단에 대한 설명 후 환자나 보호자의 요구도가 '증가할 것이다'라고 응답한 경우가 가장 많았으며, '모르겠다', '증가하지 않을 것이다'의 순이었다.

사전의료지시서의 필요성은 '필요하다'가 284명(97.6%)이었고, 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료지시서를 '작성해 놓을 것이다'가 가장 많았으며, '모르겠다', '작성해 놓지 않을 것이다'의 순이었다. 내가 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때, 연명치료를 '받지 않을 것이다'가 224명(77.0%)으로 가장 많았으며, '모르겠다', '받을 것이다'의 순으로 나타났다. 가족이 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때, 의사를 알 수 없을 경우에는 '연명치료를 중단한다', '모르겠다', '연명치료를 지속한다'의 순이었다. 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우는 '연명치료를 중단한다'가 215명(73.9%)으로 가장 많았으며, '모르겠다', '연명치료를 지속한다'의 순이었다. 의사결정의 주체는 환자가 1위였으며, 가족, 주치의, 간호사, 병원윤리위원회 순으로 나타났다(Table 2).

대상자의 연명치료중단에 대한 태도는 5점 만점에 평균 3.49점, 표준편차 0.57이었다. 대상자의 품위 있는 죽

음에 대한 태도는 5점 만점에 평균 3.15점, 하부요인의 평균평점은 정서적 안위유지가 3.22 (±0.40)점, 사회적 관계정리 3.22 (±0.41)점, 고통 없음 2.56 (±0.66)점, 자율적 의사결정 3.28 (±0.48)점, 역할보존 3.11 (±0.46)점이었다(Table 3).

### 3. 대상자의 일반적 특성과 연명치료중단에 대한 인식에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 품위 있는 죽음에 대한 태도는 나이(P=0.007), 종교(P=0.014)에 유의한 차이가 있었다. 40대와 50대가 20대와 30대에 비해, 60대 이상이 40대와 50대에 비해, 개신교와 천주교가 무교에 비해 품위 있는 죽음을 희망하는 것으로 나타났다(Table 1).

대상자의 연명치료중단에 대한 인식에 따른 품위 있는 죽음 태도의 차이를 분석한 결과, 연명치료중단이 필요한 주된 이유(P=0.007), 추정 결정 시 바람직한 절차(P=0.005), 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료지시서 작성여부(P<0.001), 내가 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 연명치료 적용여부(P=0.001), 가족이 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때, 의사를 알 수 없을 경우 연명치료 적용여부(P=0.023), 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우의 연명치료 적용여부(P=0.004)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다.

연명치료중단이 필요한 주된 이유가 '인간은 품위 있게 죽을 권리가 있음'이 '기타'에 비해, 추정 결정 시 바람직한 절차가 '환자의 평소 신념에 의한 결정'이 '기타'에 비해, 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료지시서를 '작성해 놓을 것이다'가 '작성해 놓지

**Table 3.** The Correlation between Subject's Attitudes towards the Withdrawal of Life Sustaining Treatment and Death with Dignity (N=291).

Variables	Mean score (SD)	Attitude towards the withdrawal of life sustaining treatment	Attitude towards death with dignity	Maintaining emotional comfort	Maintaining social relationships	Avoiding suffering	Maintaining autonomous decision making	Role preservation
		r* (P <sup>†</sup> )	r* (P <sup>†</sup> )	r* (P <sup>†</sup> )	r* (P <sup>†</sup> )	r* (P <sup>†</sup> )	r* (P <sup>†</sup> )	r* (P <sup>†</sup> )
Attitude towards the withdrawal of life sustaining treatment	3.49 (0.57)	1						
Death with dignity	3.15 (0.36)	0.49 (<0.001)	1					
Maintaining emotional comfort	3.22 (0.40)	0.29 (0.001)	0.92 (<0.001)	1				
Arranging social relationship	3.22 (0.41)	0.32 (<0.001)	0.92 (<0.001)	0.82 (<0.001)	1			
Avoiding suffering	2.56 (0.66)	0.42 (<0.001)	0.46 (<0.001)	0.26 (<0.001)	0.28 (<0.001)	1		
Maintaining autonomous decision making	3.28 (0.48)	0.34 (<0.001)	0.67 (<0.001)	0.52 (<0.001)	0.52 (<0.001)	0.22 (<0.001)	1	
Role preservation	3.11 (0.46)	0.36 (<0.001)	0.83 (<0.001)	0.74 (<0.001)	0.75 (<0.001)	0.25 (<0.001)	0.46 (<0.001)	1

\*Values given are Pearson's correlation coefficient, †P value in for Pearson's correlation coefficient.

않을 것이다'와 '모르겠다'에 비해, 품위 있는 죽음 태도가 높았다. 또한 내가 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 연명치료를 '받지 않을 것이다'가 '모르겠다'에 비해, 가족이 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 의사를 알 수 없을 경우 연명치료 적용 여부는 '연명치료를 중단한다'가 '연명치료를 지속한다'에 비해, 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우 '연명치료를 중단한다'가 '모르겠다'에 비해 품위 있는 죽음 태도가 높았다(Table 2).

**4. 대상자의 연명치료중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음에 대한 태도의 상관관계**

대상자의 연명치료중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음 태도는 순 상관관계가 있었다(r=0.49, P<0.001). 연명치료중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음 태도의 하부 요인과의 관계는 정서적 안위유지(r=0.29, P=0.001), 사회적 관계정리(r=0.32, P<0.001), 고통 없음(r=0.42, P<0.001), 자율적 의사결정(r=0.34, P<0.001), 역할보존(r=0.36, P<0.001) 모두에서 순 상관이었다(Table 3).

**5. 대상자의 품위 있는 죽음에 대한 태도에 영향을 미치는 요인**

대상자의 품위 있는 죽음 태도에 영향을 미치는 요인을 확인하기 위해 단변량 분석결과, 품위 있는 죽음 태도와 통계적 유의성을 보인 나이, 종교, 연명치료중단이 필요한 주된 이유, 추정 결정 시 바람직한 절차, 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료 지시서 작성 여부, 내가 회복가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 연명치료 적용여부, 가족이 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 의사를 알 수 없을 경우 연명치료 적용여부, 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우의 연명치료 적용여부, 연명치료중단에 대한 태도를 독립변수로 하고, 불연속변수를 Dummy 변수로 전환한 후 다중회귀분석 중 Enter 방법으로 분석을 실시한 결과는 Table 4와 같다.

독립변수에 대한 회귀분석의 가정을 검정하기 위하여 다중공선성, 잔차, 특이값을 진단하였다. 먼저 독립변수들 간의 상관계수는 0.05~0.73으로 0.80 이상인 설명변수가 없어 예측변수들이 독립적임이 확인되었으며, Dubin-Watson 통계량이 1.854로 자기 상관의 문제는 없었다. 또한 다중공선성의 문제를 확인한 결과 공차한계

**Table 4.** Variables Affecting the death with dignity of Subjects (N=291).

Predictor	B <sup>†</sup>	SE <sup>†</sup>	β <sup>†</sup>	t (P) <sup>†</sup>	F (P) <sup>†</sup>	Adj R <sup>2†</sup>
Constant	61.54	4.68		13.33 ( $<0.001$ )	15.29 ( $<0.001$ )	0.493
Age	0.99	0.19	0.13	0.99 (0.055)		
Religion (Protestant, Catholic)*	1.09	0.21	0.19	3.15 (0.015)		
The main reason for withdrawing life sustaining treatment (Human has the right to death with dignity)*	3.19	0.48	0.21	2.14 ( $<0.001$ )		
The recommended procedure for decision by estimating the intention (Decision by the usual faith)*	1.11	0.17	0.17	2.01 (0.025)		
Your own advance directives (will write)*	7.38	3.09	0.31	4.11 ( $<0.001$ )		
If you will be a terminally ill patient, have you will receive life sustaining treatment? (I will not receive)*	3.81	1.09	0.24	3.51 ( $<0.001$ )		
If your family will be a terminally ill patient without pre-stated about advance directives, are you sure you want to continue the family's life sustaining treatment? (Treatment will be discontinue)*	0.59	1.93	0.02	0.32 (0.749)		
If your family was pre-stated about withdrawing life sustaining treatment, are you sure you want to continue the family's life sustaining treatment? (Treatment will be discontinue)*	1.79	0.49	0.19	2.91 (0.034)		
Attitudes towards withdrawal of life sustaining treatment	5.88	2.79	0.35	5.20 ( $<0.001$ )		

\*Dummy variables, <sup>†</sup>B, SE, β, t, F, Adj R<sup>2</sup>, P value in for multiple regression for enter method.

(Tolerance)가 0.69~0.91로 0.1 이상으로 나타났으며, 분산팽창인자(variance inflation factor)도 1.01~1.43으로 기준인 10 이상을 넘지 않아 다중공선성의 문제는 없었다. 다음으로 잔차의 가정을 충족하기 위한 검정결과 선형성(linearity), 오차항의 정규성(normality), 등분산성(homoscedasticity)의 가정도 만족하였으며 특이 값을 검토하기 위한 Cook's Distance의 최대값은 0.094로 1.0을 초과하는 값은 없었다. 따라서 회귀식의 가정이 모두 충족되어 회귀분석결과는 신뢰할 수 있는 것으로 판단되었다.

대상자의 품위 있는 죽음 태도에 영향을 미치는 요인으로는 종교, 연명치료중단이 필요한 주된 이유, 본인의 의사를 추정하여 결정시 바람직한 절차, 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료 지시서 작성 여부, 내가 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 연명치료 적용여부, 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우의 연명치료 적용여부, 연명치료중단에 대한 태도의 7개의 변수가 예측변수로 나타났다. 가장 큰 영향을 미치는 요인은 연명치료중단에 대한 태

도( $P<0.001$ )였으며 다음은 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료 지시서 작성 여부( $P<0.001$ ), 내가 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 연명치료 적용여부( $P<0.001$ ), 연명치료중단이 필요한 주된 이유( $P<0.001$ ), 종교( $P=0.015$ ), 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우의 연명치료 적용여부( $P=0.034$ ), 추정 결정 시 바람직한 절차( $P=0.025$ )의 순이었다.

즉, 연명치료중단에 대한 태도가 긍정적일수록, 내가 말기환자가 되었을 때를 대비하여 사전의료지시서를 작성해 놓을 때, 내가 회복 가능성이 없는 말기환자가 되었을 때 연명치료를 받지 않을수록, 연명치료중단이 필요한 주된 이유가 인간이 품위 있게 죽을 권리가 있기 때문일수록, 종교가 개신교나 천주교일수록, 가족이 연명치료를 원하지 않는다고 사전에 의사를 밝힌 경우에 연명치료를 중단할수록, 추정 결정시 환자의 평소 신념에 의한 결정이 바람직하다고 할수록 품위 있는 죽음 태도가 높았으며, 이들 변인은 품위 있는 죽음을 49.3% 설명하였다( $P<0.001$ ).



## 고찰

본 연구대상자들은 연명치료중단의 필요성을 강하게 인식하고 있으며, 무조건적인 생명의 연장은 오히려 인간의 존엄을 해칠 수 있다는 입장을 보였다. 그 이유로는 품위 있게 죽을 권리와 회복 불가능을 꼽았다. 이는 선행연구들(9,17)과 일치하여 의학적으로 연명치료가 명백하게 무의미하다는 가치판단이 되면 한국인들은 연명치료중단을 선호한다고 볼 수 있다. 연명치료중단과 관련하여 그동안 우리사회는 사전의사결정서 도입의 필요성에 대한 사회적 합의를 모색하고자 노력해 왔으며, 본 연구에서도 연명치료중단의 허용범위와 기준의 법제화 필요성이 93.1%로 나타났으나 이를 제도화하기 위한 구체적인 내용과 방법에 대한 합의는 아직까지 부족한 실정이다. 또한 연명치료중단이 필요하지 않은 주된 이유는 ‘어떤 경우라도 생명은 존엄하기 때문’이라고 응답하여 고통에서 벗어나는 방법으로 인간이 스스로 죽음을 선택할 권리가 없음을 밝힌 연구(18)와 같은 맥락으로 인간존엄과 생명존중의 가치가 한국인의 생사관에 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

한편 연명치료중단에 대한 의사결정은 의사와 가족의 결정이 가장 많았으며, 의사결정 주체는 환자, 가족, 주치의, 간호사, 병원윤리위원회 순이었다. 이러한 결과는 의사결정의 주체를 의사-환자, 혹은 가족-의사의 협력을 위주로 설명하는 국내 선행연구(19)와 일치하고 있다. 이는 우리나라의 경우, 유교적 전통과 관련된 집합주의 가족문화가 우세하므로, 임종시기의 의사결정에서 가족의 의견은 중요한 의미를 가진다고 볼 수 있다. 따라서 한국사회에서 의료적 의사결정은 가족단위로 이 문제를 다루어야 할 것으로 본다. 그러나 대부분의 환자들이 그들이 받은 진단에 대해 알고 싶어 하고 직접 의사결정을 할 때 힘을 얻는다고 지적한 문헌(20)도 있어 가족이나 의료인의 관점이 환자들로 하여금 정보 차단이나 의사결정 참여를 방해하지 않도록 주의해야 할 것이다.

사전의료지시서와 연명치료중단에 대한 설명의 필요성은 각각 97.6%, 95.2%의 순으로 나타나 의료인의 역할이 강조되고 있다. 이는 질병에 대한 의료인의 설명이 충분할 때 환자의 의사결정 만족도가 높은 경우(19)와 일치한다. 선행연구(21)에서도 간호사의 정보제공과 옹호자 역할이 의사결정과정에서 환자의 자율적인 참여를 격려하는데 중요한 영향을 미침을 입증하였다. 따

라서 의사결정 진행과정에서 간호사가 어떻게 개입하여 환자의 참여를 격려하고 공동의사결정을 촉진할 것 인지에 관한 노력이 요구된다.

대상자의 일반적 특성에서 연령이 높을수록 품위 있는 죽음 태도 점수가 높았다. 이는 청소년기에는 아직 죽음이 멀게 느껴지나 나이의 증가에 따라 죽음의 의미를 강하게 인식하며, 노년기에 죽음에 대해 생각하는 시간과 죽음불안이 증가한다는 연구(22)와 일맥상통한다. 이와 관련하여 Gauthier와 Swigart(23)는 노인들의 경우, 죽음과 관련된 경험이 증가하기 때문에 젊은이들과는 반대로 의사결정 및 수용에 더 잘 대처한다는 점을 제안한 바 있다.

또한 종교가 있는 대상자의 품위 있는 죽음 태도 점수가 높았다. 품위 있는 죽음은 한 인간이 죽음이라는 피할 수 없는 실존 앞에서 양심과 자유, 책임감을 지닌 인격적 존재로서 인간적 품위를 지니고 생을 마감하는 것(24)으로 생애통합과 연결되는 개념이다. Lee(25)의 연구에서도 종교가 있는 노인의 죽음불안이 낮게 나타나 개인의 신념체계와 죽음태도가 관련성이 있음을 알 수 있다. 한편 연명치료중단의 인식에 따른 품위 있는 죽음 태도의 차이에서 연명치료중단이 필요한 주된 이유가 품위 있게 죽을 권리와 대상자의 평소 신념에 의한 결정, 사전의료지시서 작성 등에서 품위 있는 죽음 태도 점수가 높았다. 이러한 결과는 대상자가 자신의 신념과 경험에 비추어 죽음 인식을 재구성해 감에 따라 품위 있는 죽음 태도는 역동적으로 변화될 수 있다고 한 연구(18)와 상통한다. 또한 대상자의 신념과 안녕감이 적극적으로 자신의 의견을 표현하게 하는 요인이 되므로(23) 말기 의사결정 시에 대상자의 종교적 욕구나 안녕감에 대한 반응에 따라 돌봄 중재와 관리가 이루어져야 할 것이다.

본 연구에서 대상자의 연명치료중단에 대한 태도와 품위 있는 죽음 태도의 하부요인인 정서적 안위유지, 사회적 관계정리, 고통 없음, 자율적 의사결정, 그리고 역할보존 간에 유의한 상관을 보였다. 이는 연명치료중단이 인간의 존엄성을 유지하면서 죽음을 수용하는 자세와 비슷한 맥락으로 임종 시기에 정서적 안위 추구는 대상자의 품위 있는 죽음에서 중요한 위치를 차지하는 것으로 사료된다. Byun 등(9)의 연구에서도 연명치료중단 결정 시에 가장 중요한 간호사의 역할이 정서적 지지와 마지막까지 최선을 다하는 간호로 밝혀져 본 연구 결과를 간접적으로 지지하고 있다. 특히 가족의 현존으로 인한 말기의 정서적 안녕감은 한국인의 정서와 문화

의 독특성이라 할 수 있다.

연명치료중단과 사회적 관계정리의 관련성은 세속적인 부를 뒤에 두고 떠나는 것에 대한 비통합과는 상반되는 견해로서 진심을 담아 다른 사람에게 베풀고 삶을 마감하는 것과 생애 마지막에 반성적 성찰을 통한 인간 관계의 회복을 바라는 이들의 죽음태도를 품위 있는 죽음이라고 한 Jo(10)의 연구와 비슷하다. 연명치료중단과 고통 없음의 관련성은 Chochinov(26)가 분류한 존엄목록에서 질병과 관련된 염려 중 신체적, 심리적 고통 요인과 일치하며 통증 요인은 한국인의 임종치료선호도에서 중요한 위치를 차지하여(27) 품위 있는 죽음에서 신체적 통증감소가 필수적임을 알 수 있다.

연명치료중단과 자율적 의사결정의 관련성은 Chochinov(26)의 대상자의 존엄성을 보존하는 관점에서 자율성과 통제력을 같은 항목으로 분류한 점과 유사하며, 말기 치료와 돌봄을 받는 환자들이 계속적으로 통제력, 선택권, 자율권을 행사하고 싶어 한다는 Johnston과 Smith(28)의 연구와 일치한다. 이와 관련하여 Jo(10)는 말기 돌봄에서 환자의 자율성 유지를 위한 간호사의 옹호자 역할은 품위 있는 죽음을 위한 의사결정에서 매우 중요하며, 의사결정 과정에서 간호사의 전문지식이 요구됨을 제안한 바 있다. 마지막으로 연명치료중단과 역할보존의 관련성은 생애 말기에 자신의 역할을 확인하고 유지하여 치료결정에서 자신의 명확한 의사를 밝히는 것(11)과 죽음은 고귀하고 영예롭게 죽을 기회이며 후세로부터의 업적평가를 받을 기회라고 표현한 Cicirelli(29)의 연구는 본 연구와 같은 맥락을 이룬다. 한편 Jo(10)는 임종시기의 삶의 질을 높여주기 위한 방안으로 어떻게 환자의 역할과 의사결정 참여를 격려할 수 있는지에 대해 논의함으로써 임종 대상자의 역할보존이 품위 있는 죽음의 중요한 요인임을 지지하고 있다.

대상자의 품위 있는 죽음 태도에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 연명치료중단에 대한 태도로 나타났다. 즉, 연명치료중단에 대한 태도가 긍정적일수록 품위 있는 죽음을 희망하는 것으로 이해된다. 국내 선행연구들(9,15)에서도 중환자실 간호사와 의사, 중환자 가족 모두 연명치료 중단에 대한 태도가 긍정적으로 나타나 연명치료중단과 품위 있는 죽음의 관련성을 입증하고 있다. 본 연구 대상자들의 공통적인 견해가 품위 있는 죽음을 맞이 위해 사전의사결정을 하는 것이 바람직하다는 자세를 견지하고 있다. 이는 회복 가능성이 없을 때 연명치료를 받지 않을 것이며 본인의 의사를 알 수 없을 경

우와 사전에 의사를 밝힌 경우, 연명치료를 중단하겠다는 진술이 이를 뒷받침하고 있다. 특히 본 연구에서는 종교 및 나이 등의 기타 변인을 포함하고 나서도 연명치료중단에 대한 각각의 태도가 강력한 영향력을 미치는 인자로 밝혀졌다.

본 연구의 대상자들은 연명치료중단 결정은 죽음에 대한 가치관, 사전의사결정, 회복가능성 여부, 가족의 연명치료중단 결정 등 여러 가지 요인을 합리적으로 판단하여 이루어져야한다는 견해를 밝히고 있다. 최근의 의료 환경과 서비스 동향을 고려하면, 말기 의사결정을 위한 사전의료지시서 작성의 의무화, 의사결정 과정의 체계적인 문서화, 말기치료의 객관적이며 윤리적인 지침은 효율적인 말기 의사결정의 중요한 사안으로 대두되고 있다(18).

본 연구에서 환자와 보호자에게 연명치료 중단에 대한 설명의 적절한 시기는 ‘자발적 호흡이 곤란하여 인공삽관 전에’가 가장 많았는데, 이는 연명치료중단의 논의 시점이 환자의 상태가 생존가능성이 매우 낮거나 환자가 수용할 수 있는 삶의 질을 유지할 수 없을 것으로 판단될 경우에 의료진, 환자, 혹은 대리인 사이에 연명치료에 대한 대화를 시작하여야 한다는 주장(6)과는 거리가 있다. 우리나라 현황을 보면 연명치료중단은 대부분 사망 직전에 가족들과의 협의로 이루어지고 있어(30), 본 연구의 결과와 유사하나 이런 경우 환자의 자기 결정권은 추정적 의사로만 반영되어 품위 있는 죽음과는 거리가 있을 것으로 판단된다.

이상의 결과에서, 연명치료중단은 현재 품위 있는 죽음을 지향하는 사회적 관심과 맞물려 인간존엄에 대한 인식은 높은 것으로 보이나, 사전의료지시서와 같은 제도적 지침 마련이 확립되기까지는 질병의 상태를 환자에게 미리 알리는 진실통보의 문화가 선행되어야 할 것으로 여겨진다. 무의미한 연명치료가 말기환자에게 시행되지 않기 위해서는 환자의 가치관이 반영된 사전의사결정이 말기환자의 불필요한 고통을 감소시키고 품위 있는 죽음을 위한 지름길이라 여겨진다. 본 연구의 장점은 오늘날 우리 사회에서 중요시 되고 있는 연명치료중단과 관련한 관점들을 품위 있는 죽음 태도의 하부요인들과의 관련성을 파악함으로써 인간의 품위를 바탕으로 향후 효율적인 연명치료중단의 체계적 기반을 다지는 기초 자료를 제공했다는 점이다. 반면 제한점은 연구대상의 편의표집 방법으로 향후 이러한 점을 보완할 연구 탐색이 필요할 것으로 사료된다.

요 약

목적: 본 상관관계 연구는 품위 있는 죽음과 연명치료중단에 대한 일개도시 성인 남녀의 인식과 태도를 조사하는 한편, 품위 있는 죽음에 대한 그들의 태도를 예측할 수 있는 요인을 확인하기 위해 시도되었다.

방법: 일개 대도시 중 3개 마을의 성인남녀 총 291명을 편의 표출하였다. 구조화된 설문지 문항에는 연명치료중단에 대한 인식, 연명치료중단에 대한 태도, 품위 있는 죽음 척도에 대한 태도 등을 포함하였다. 자료는 기술통계, 피어슨 상관계수 및 다중회귀분석을 이용하여 분석하였다.

결과: 연명치료중단 및 품위 있는 죽음에 대한 태도는 통계학적으로 유의미한 양의 상관관계( $r=0.49, P<0.001$ )를 보였다. 연명치료중단에 대한 태도, 연령, 종교, 연명치료중단의 적절한 프로세스 및 사전의료의향서(Advanced Medical Directives) 등은 품위 있는 죽음에 대한 태도의 중요한 예측 변수들로, 총 분산의 49.3%를 설명할 수 있었다.

결론: 본 연구 결과는 연명치료중단 및 사전의료의향서 프로세스 상에서 간호사의 적절한 역할 등 새로운 의학적 의사결정 시스템을 개발하는 데에 활용될 수 있다.

중심 단어: 연명치료, 죽음에 대한 권한, 인간의 존엄

참 고 문 헌

1. Pullman D. Death, dignity, and moral nonsense. *J Palliat Care* 2004;20:171-8.
2. Kim CS. Constitutional law. 18th ed. Seoul:Pakyoungsa;2008.
3. Kei HY. Constitutional law. 2nd ed. Seoul:Pakyoungsa;2005.
4. Kwon YS. Constitutional law. Paju:Bobmunsa;2008.
5. Kwon BG, Kim HC. Bioethics & law. 2nd ed. Seoul:Ewha Womans University Press;2009.
6. Koh Y. Physician's role and obligation in the withdrawal of life-sustaining management. *J Korean Med Assoc* 2009;52:871-9.
7. Jo KH, Kim GM. Understanding the attitude of Korean adults toward dignified dying: Q-methodological approach. *Korean J Med Ethics* 2011;14:29-43.
8. Heo DS. Patient autonomy and advance directives in Korea. *J Korean Med Assoc* 2009;52:865-70.
9. Byun EK, Choi HR, Choi AL, Kim NM, Hong KH, Kim HS. An investigative research on the attitude of intensive care unit nurses and families on terminating life support. *Clinical Nursing*

- Research 2003;9:112-24.
10. Jo KH. Nurse's conflict experience toward end-of-life medical decision-making. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22:488-98.
11. Jo KH. Development and evaluation of a dignified dying scale for Korean adults. *J Korean Acad Nurs* 2011;41:313-24.
12. Lee MY. Attitudes toward life sustaining treatment in Korean adults: an application of Q-methodology [dissertation]. Seoul: Konkuk Univ.; 2010. Korean.
13. Han SS, Chung SA, Ko GH, Han MH, Moon MS. Nurses' understanding and attitude on DNR. *J Korean Acad Nurs Adm* 2001;7:403-14.
14. Korea Institute for Health and Social Affairs. Present social agreement for discontinuance of meaningless prolongation treatment. Seoul;Korea Institute for Health and Social Affairs:2009.
15. Lee HK, Kang HS. Attitudes and awareness towards the withdrawal of life-sustaining treatment among nurses, physicians, and families of intensive care unit patients. *J Korean Clin Nurs Res* 2010;16:85-98.
16. Park KS. The study of consciousness of euthanasia among health professionals: Q-methodological approach [dissertation]. Seoul: Dankook Univ.; 2000. Korean.
17. Bae JM, Gong JY, Lee JR, Heo DS, Koh Y. A survey of patients who were admitted for life-sustaining therapy in nationwide medical institutions. *Korean J Crit Care Med* 2010;25:16-20.
18. Jo KH, An GJ, Kim GM. Future changes and directions for the construction of medical decision-making system in Korea: focused on delphi surveys. *Korean J Med Ethics* 2011;14:131-44.
19. Suh WS, Lee CK. Impact of shared-decision making on patient satisfaction. *J Prev Med Public Health* 2010;43:26-34.
20. Heyland DK, Tranmer J, O'Callaghan CJ, Gafni A. The seriously ill hospitalized patient: Preferred role in end of life decision making? *J Crit Care* 2003;18:3-10.
21. Briggs L, Colvin E. The nurse's role in end-of-life decision-making for patients and families. *Geriatr Nurs* 2002;23:302-10.
22. Lee HJ, Jo KH. A pathmodel for death anxiety to suicidal ideation of the elderly. *J Korean Gerontol Soc* 2006;26:717-31.
23. Gauthier DM, Swigart VA. The contextual natural of decision making near the end of life: hospice patients' perspectives. *Am J Hosp Palliat Care* 2003;20:121-8.
24. Doorenbos AZ, Wilson SA, Coenen A, Borse NN. Dignified dying: phenomenon and actions among nurses in India. *Int Nurs Rev* 2006;53:28-33.
25. Lee YJ. A study on the relationship between elderly consciousness regarding preparation for death and anxiety of death [dissertation]. Seoul: The Catholic Univ.; 2005. Korean.
26. Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006;56:84-103.
27. Lee YJ, Kim SM. Validating the Korean version of the preferences for care near the end-of-life (PCEOL-K) scale. *Korean J Med Ethics* 2009;12:29-42.
28. Johnston B, Smith LN. Nurses' and patients' perceptions of expert

- palliative nursing care. *J Adv Nurs* 2006;54:700-9.
29. Cicirelli VG. Personal meanings of death in relation to fear of death. *Death Stud* 1998;22:713-33.
30. Song T, Kim K, Koh Y. Factors determining the establishment of DNR orders in oncologic patients at a university hospital in Korea. *Korean J Med* 2008;74:403-10.