

기독교 생명윤리적 관점에서 본 존엄사*

이 종 원 (승실대 교수)

I. 서론

II. 존엄사와 안락사 무엇이 다른가?

1. 안락사와 존엄사
2. 오리건 주의 존엄사법
3. 존엄사와 연명치료중단

III. 존엄사의 찬성논거

1. 환자의 자율성 존중
2. 삶의 질에 대한 판단
3. 고통의 문제

IV. 연명치료중단의 윤리적 판단기준

1. 무의미한 치료에 대한 판단기준
2. 과도한 의료행위의 유보

V. 기독교 생명윤리적 관점

1. 생명존중원칙의 우선성
2. 생명에 대한 책임적 태도

VI. 존엄사의 현실적 대안

1. 사전진료지시서
2. 호스피스를 통한 완화치료
3. 영성적 돌봄

VII 결론 : 바람직한 생명윤리의 정립을 위한 제안

www.kci.go.kr

* 본 연구는 승실대학교 교내연구비 지원으로 이루어졌음.

• **ABSTRACT** •

Developed medicine and treatment extend human life and retain death of patient. If we use this treatment we can recover the impossible patient in the past and we can prolong the unnatural death of the patient. Therefore we face various ethical problems about death with dignity.

In this paper, I criticise several problems of death with dignity and seek solutions from the perspective of the christian bioethics. And I propose the proper practical solution about death with dignity.

Death with dignity means to die with dignity, that is a humane death. This is not a new idea apart from euthanasia but very similar with it. We use death with dignity on purpose to separate from the negative image of euthanasia. And also we reveal the positive image of it to respect the autonomy of the patient.

According to the principle of autonomy, we should respect the opinion of the irrecoverable patient long term will to die with no pain. And when we judge patient's quality of life we could agree with his death. Instead of meaningless treatment that will merely extend the pain through to death, we can allow him to die. We can regard this as a act of mercy because we reduce his pain and guide to his death with dignity.

But autonomous human's right only could be justified to realize for the more valuable of dignity of life. The value of life has priority over quality of life. The solution for patient's pain is not legalization of death with dignity but care and concern for patient by using pain-killers. Therefore we should have a responsible attitude for life based on biocracy.

Nevertheless, if there is a serious patient who suffers terrible pain with a coma situation, and special medical treatment for him not only increases his pain but also sustains his dying and dehumanizes him, it may be right to withdraw all special medical treatment and allow to let him die naturally. At that time, we must provide food, water, air like a natural treatment, and give a clean environment and respect him by continual care and communication with him. This is an appropriate steward's attitude towards life.

Key Words : Death with dignity, Autonomy, Quality of life, Pain, Ordinary treatment, Extraordinary treatment, Biocracy.

I. 서론

한때 “9988234”라는 말이 유행한 적이 있다. 99세까지 팔팔하게 살다가 2, 3일 앓다가 죽는다는 말이다. 우리는 모두 건강하게 장수하기를 원한다. 그러나 삶은 늘 우리 뜻대로 되지는 않는다. 불의의 교통사고나 갑작스러운 질병으로 인해 의식불명의 환자가 되어 고통당하는 경우가 많다. 의료기술은 인간을 이러한 질병이나 고통으로부터 해방시키고 보다 건강한 삶으로 이끌기 위해 지속적으로 발전되어 왔다.

첨단 의료기술은 인간의 수명을 연장시켰을 뿐 아니라 죽음까지도 지연시킬 수 있게 되었다. 최첨단의 의료장비를 동원하면 과거에는 치료가 불가능하던 환자들을 치료할 수 있게 되었고, 거의 죽어가는 환자도 생명연명장치를 통해 생명을 인위적으로 연장시킬 수 있게 되었다.¹⁾ 이로 말미암아 존엄사와 연관된 다양한 윤리적 문제가 생겨나게 되었다.

대한의사협회는 2002년 “임종환자의 연명치료 중단에 대한 의료지침”을 확정 발표한 바 있다. 이 지침에 따르면, 현대 의학으로는 치료가 불가능하며, 적극적으로 치료를 해도 일시적으로 생명의 연장만 기대할 수 있는 사망이 임박한 환자를 “임종환자”로 규정하여, 환자 측이나 의사가 이러한 환자의 진료를 거부할 권리를 인정하는 내용을 골자로 하고 있다.

2006년 3월 국회 보건복지위원회는 불합리한 연명 치료 중단을 허용하는 내용의 의료법 개정안을 발의했다. 이 개정안은 환자 등의 치료 중단 요구가 있거나 의학적 기준에 따른 치료 중단이 필요하다고 판단되는 경우 중앙(지방)의료심사조정위원회 심의·결정에 따라 환자의 연명 치료를 중단할 수 있도록 하고 있다. 이는 그동안 주로 의료계 내부에서

1) 엄격한 의미에서 자연사란 야생의 동물에게서나 찾아볼 수 있다. 인간의 경우는 병이 들면 약을 먹게 되고, 의료기술에 의존하여 병을 고치려고 하는 것은 자연스러운 일이기 때문이다. 문성학, 『현대인의 삶과 윤리』(형설출판사, 2001), 234.

논의되던 연명 치료 중단 문제가 국회라는 공론의 장에서 논의되는 기제가 되었다.²⁾

지난 2008년 11월 법원은 “환자의 의사표시가 있었을 때 회복 불가능한 식물인간 상태에 빠진 환자의 인공호흡기를 떼어도 된다.”는 판결을 내렸다. 시민단체들은 성명서와 입법청원을 내기도 했고 국회에서는 “존엄사법”을 발의하는 등 존엄사에 대한 사회적 논의가 점점 가속화되고 있다.³⁾ 이러한 논의들은 존엄하게 죽을 환자의 권리에 초점을 두고 존엄사를 합법화하려는 시도들이라 할 수 있다.

의사나 보호자의 입장에서 볼 때 죽음을 앞둔 상태에서 견디기 힘든 고통을 겪는 환자의 고통을 단축시켜주는 것은 어쩌면 인간적이며 자비로운 행위일수도 있다. 그러나 어떤 방법으로 어떤 과정을 거쳐서 환자의 고통을 단축시켜 죽음으로 의도하는가에 따라 윤리적 판단은 달라질 수 있다. 존엄사의 두드러지는 경향성은 환자의 자율성을 강조함과 동시에 인간이 생명을 통제하려는 운동으로 진행되고 있다는 점이다.⁴⁾ 과거에는 육체적 고통제거에 중점을 두었던 반면 오늘날에는 존엄하게 죽을 환자의 권리에 초점을 두고 논의가 전개되고 있다.⁵⁾ 그러나 인간에게 죽을 권리가 있는가라는 질문은 생명의 본질에 대한 깊은 성찰을 하게 만든다.

본 소고에서는 존엄사와 연관된 다양한 윤리적 문제점들을 기독교 생명윤리적 관점에서 고찰하면서 현실적인 해결방안을 모색하고자 한다. 이를 위해서 먼저 존엄사를 안락사와 연관성 속에서 그 맥락을 이해하고,

2) 이종원, 「안락사의 윤리적 문제」, 중앙철학연구소, 『철학탐구』(회동사, 2007년), 273.

3) 문시영은 장기기증을 위한 뇌사 법제화의 경우처럼 존엄사에 관한 법률 또한 조만간 결론이 날 것으로 예측하였다, 문시영, 『존엄사, 교회에 생명의 길을 묻다』(북코리아, 2009), 8~9.

4) D. Beylveled & R. Briownsword, *Human Dignity in Bioethics and Biolaw* (Oxford, Oxford University Press, 2001), 233. 소극적인 방법이나 적극적인 방법이나 그 결과는 죽음이지만 소극적인 “죽도록 내버려 둬(letting die)”보다 적극적인 “죽임(killing)”이 더 도덕적으로 문제시된다.

5) 이종원, 「안락사의 윤리적 문제」, 159 참고.

존엄사를 찬성하는 주장들을 검토하면서 그 주장들이 지닌 문제점을 지적하고자 한다. 그리고 연명치료중단에 대한 현실적인 판단기준들을 고찰하면서 존엄사에 대한 기독교 생명윤리적 관점들을 소개하면서 바람직한 생명윤리의 정립을 위해 제안을 하고자 한다.

II. 존엄사와 안락사 무엇이 다른가?

1. 안락사와 존엄사

존엄사는 안락사와 연장선상에 있다. 안락사(euthanasia)는 eu(좋은 good, well 또는 쉽게 easy)라는 말과 thanatos(죽음)의 결합어로서 수월한 죽음(an easy death), 또는 편안한 죽음을 뜻한다. 치유될 수 없는 질병으로 고통을 겪고 있는 환자에게서 그의 고통을 덜어주기 위해 행위(行爲) 또는 무위(無爲)에 의해 그의 죽음을 의도적으로 야기하는 행위이다.⁶⁾ 구영모는 하나의 행위가 안락사가 되기 위해서는 그 행위가 반드시 죽음을 당하는 사람의 최선의 이익(the best interests)을 위하는 것이어야 한다고 강조하였다.⁷⁾ 그러나 안락사의 동기와 과정을 보면 환자의 이익이 최우선시 되지 못하는 사례들도 많이 있었음을 부인하기 어렵다.

안락사에 대한 법제화의 추이를 보면, 점점 확장되어 가는 것을 볼 수 있다. 네덜란드는 1970년부터 안락사에 대한 논의가 진행되었고, 1971년부터 안락사를 처벌하지 않았다. 1984년 8월 네덜란드국립의료협회는 안락사에 대한 지침서를 발간하였고, 1999년 8월 적극적 안락사를 허용

6) 이진우는 안락사의 도덕적 문제는 한편으로 인간의 생명을 인위적으로 연장시키고자 하는 노력과 다른 한편으로 인간에게서 모든 고통을 배제하고자 하는 문명의지가 충돌하는 데서 발생한다고 보았다. 이진우, 『도덕의 담론』(문예출판사, 1997), 274.

7) 구영모, 「안락사의 도덕적 허용여부」, 서강대 신학연구소, 『신학과철학』, 2000, 145.

하는 법을 제정하여 이 법안이 2000년 11월 하원을 통과하고 2001년 4월 상원을 통과하여 세계 최초로 국가적 차원에서 안락사를 허용하는 나라가 되었다. 2002년 9월에는 벨기에가 네덜란드에 이어 두 번째로 안락사를 합법화하였다.⁸⁾

안락사는 시술방법에 따라 적극적 안락사와 소극적 안락사로 분류되며, 환자의 의지에 따라 자의적인 안락사, 비자의적인 안락사, 반자의적인 안락사로 분류된다.

존엄사(Death with dignity)는 ‘존엄한 죽음’, 또는 ‘품위 있는 죽음’을 의미하는데, 인간으로서 최소한의 품위를 지키면서 죽을 수 있게 허락하는 행위 혹은 그 결과로서의 죽음을 뜻한다. 존엄사는 안락사와 완전히 구별되는 새로운 개념이라기보다는 대부분의 사회에서 금기시되는 능동적 안락사에 대한 부정적 이미지와 구별하기 위해서 수동적 안락사에 대한 대체 용어로 이해되기도 한다.⁹⁾ 통상적으로 존엄사는 소극적 안락사에 해당되는 연명치료중단을 의미하지만, 보다 진보적인 학자들은 의사조력자살과 같은 좀 더 적극적인 안락사도 존엄사에 포함시키기도 한다.

8) 같은책, 150~151참고, 나달숙, 「자기결정권」, 안양대 사회과학연구소, 『사회과학연구』, 2003년, 288~289 참고. 호주는 1996년 9월 세계 최초로 안락사를 합법화하였으나 이듬해에 폐지하였다.

9) 정유석, 「의사가 말하는 존엄사」, 문시영, 『존엄사, 교회에 생명의 길을 묻다』(북코리아, 2009), 40. 정유석은 존엄사를 수동-자의적 안락사와 수동-비자의적 안락사로 한정시켰다. Ibid., 44. 나달숙은 존엄사의 대상을 혼수상태나 뇌사상태에 빠진 식물인간으로 한정시키면서, 안락사와 공통점을 가진다는 점에서 안락사의 확장개념으로 보았다. 나달숙은 안락사가 편안하게 죽을 권리라면, 존엄사는 인간답게 죽을 권리로서 환자의 죽을 권리의 일환으로 이해하였다. 나달숙, 「자기결정권」, 284~285. 우리나라의 경우 대한의사회 산하단체인 대한의학회가 대중에게 소극적 안락사 이슈를 확산시키기 위한 하나의 전략으로서 기존의 소극적 안락사라는 용어 대신 ‘인간이 존엄하게 죽을 권리’라는 의미를 뜻하는 존엄사라는 용어를 사용하였다. 노종호, 현승현, 「도덕적 이슈의 정책의제형성과정에 관한 연구-소극적 안락사를 중심으로」, 고려대 정부학연구소, 『정부학연구』, 2008. 172.

2. 오리건 주의 존엄사법

오리건(Oregon) 주는 1994년 12월 존엄사법(Oregon Death with Dignity Act)을 확립하였는데, 이는 엄밀한 의미에서 의사에 의한 자살조력(Physician-Assisted Suicide, PAS)이라 할 수 있다.¹⁰⁾ 의사조력자살은 의사가 환자에게 스스로 자살하는데 필요한 수단이나 정보를 제공하여 환자 스스로 죽음을 유도하는 행위나 약물을 주입하도록 돕는 행위이다.¹¹⁾ 이는 환자의 생명을 인위적으로 단축시키는 결과를 적극적으로 야기한다는 점에서 윤리적으로 논란이 된다. 오리건 주의 존엄사법에 따르면 의사는 죽음을 초래할 수 있는 극약을 처방하고 사용할 수 있는 방법을 설명하는 것 이상으로 다른 수단으로 환자의 죽음을 돕는 것은 허용되지 않는다.¹²⁾ 따라서 치사량의 약물투여는 금지된다.

오리건 주는 의도적으로 ‘의사조력자살’이라 하지 않고 ‘존엄사법’이라 칭하고 있는데, 이는 환자의 자율성을 존중하여 환자로 하여금 품위 있게 죽음을 맞이하도록 배려하는 방법이라는 점을 강조하면서 안락사가 지닌 윤리적 문제점을 극복하려는 전략이라 생각된다.¹³⁾

최근 들어 안락사라는 표현을 쓰는 대신 의도적으로 존엄사를 쓰는 이유는 기존의 안락사가 지닌 부정적인 인식을 탈피하고 환자의 자율성을 존중하는 긍정적 이미지를 부각시키기 위한 의도로 해석된다.

10) 이종원, 「안락사의 윤리적 문제」, 166.

11) 오리건 주의 존엄사법은 환자는 의사능력이 있는(capable), 18세 이상의 오리건 주민이어야 하며, 시한부질병(terminal disease)에 걸려 있어야 하며, 자살조력의 요청은 자의적(voluntary) 것이어야 함을 규정하였다. Louis P. Pojman, *Life and Death* (Belmont: Wadsworth Publishing Company, 2000), 93~94 참고.

12) Ronald Munson, *Intervention and Reflection* (Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004). 698.

13) 문시영은 오리건 주의 존엄사법을 “명백한 생명유린”이요, “하나님의 생명주권에 대한 도전”이며, 논리상 자살과 다름이 없다고 보았다. 이는 존엄의 이름을 남발하는 것이요 과잉표현일 뿐이라고 단정 지었다. 문시영, 『존엄사, 교회에 생명의 길을 묻다』, 15.

3. 존엄사와 연명치료중단

존엄사는 현실적으로 말기환자에 대한 연명치료중단여부에 대한 판단과 직접적으로 연관된다. 존엄사는 의학적으로 회복가능성이 없는 말기환자나 지속적인 식물인간상태(Persistent Vegetative State, PVS)의 환자에게 연명치료조치에 불과한 의료행위를 중지함으로써 환자로 하여금 인간으로서의 품위를 유지하면서 자연스럽게 죽음을 맞도록 하는 것이다.¹⁴⁾ 그러나 지속적 식물상태의 환자에게서 생명유지장치를 제거하는 것이 윤리적으로 정당한가에 대해서는 논란이 많다. 비록 식물인간상태의 환자라 하더라도 극소수이기는 하지만 식물상태에서 깨어나는 경우가 있기 때문에 영양공급을 금지하는 것은 도덕적으로 문제시되기 때문이다.¹⁵⁾ 연명치료에는 인위적인 영양공급과 약물주입과 특수의료장치를 통한 생명연장방법 모두를 포함한다.

III. 존엄사의 찬성논거

1. 환자의 자율성 존중

존엄사와 연관된 윤리적 정당성 문제는 자율성 존중의 원칙과 깊은 연관성이 있다. 자율성 존중의 원칙은 자기 신체에 발생하는 모든 일에 대하여 자신이 결정할 권리를 지니고 있으며 그러한 권리는 존중되어야 한다는 원칙이다. 즉 인간은 자기운명의 주인으로서 죽음까지도 스스로

14) Ibid., 16 참고.

15) 의식은 각성(awakening)과 인식(cognition)을 포함하는데, 각성과 인식이 없는 경우를 혼수상태(coma)라고 한다. 식물상태는 각성은 있지만 인식이 없는 상태로서, 인식기능이 없는 경우에는 통증도 느끼지 못한다는 것이 의학계의 견해이다. 우재명, 「안락사와 연명치료중단의 윤리」, 서강대 신학연구소, 『신학과 철학』, 2005, 122~123 참고.

결정할 권리를 가지고 있기에, 의사는 죽음을 결정하는 환자의 자율성을 존중해야 한다는 것이다.¹⁶⁾ 즉 회복이 불가능한 환자가 정신적 육체적 고통이 심각할 경우, 자율적 판단능력을 갖춘 환자가 생을 마감하고 싶다는 의사를 강요가 아닌 이성적인 판단 하에 요청할 경우, 환자의 요구를 들어주는 것이 타인에게 해가 되지 않는 경우 자율성 존중의 원리에 따라 환자의 요구를 들어주는 것이 바람직하다는 것이다. 자율성 존중의 원리에 따르면 모든 인간은 존엄하게 죽을 권리가 있다는 것을 인정하게 된다.¹⁷⁾

그런데 환자의 자율성은 환자에게 이익이 되는 경우에 한하여 존중되어야 한다. 의사는 환자의 자율성을 존중해야 하는 의무 뿐 아니라 환자의 이익을 최우선적으로 고려해야 하는 의무가 있기 때문이다.¹⁸⁾ 그런데 이 두 의무가 서로 충돌할 경우 의사는 환자의 자율성 존중보다 환자의 이익을 더 우선적으로 고려해야 한다.

또한 자율성에 대한 판단기준이 모호한 경우가 있다. 자유롭고 합리적으로 죽기를 원하는 결심이나 요청이 자유롭고 합리적인 산물인지를 쉽

16) 살 권리(right to life)는 죽을 권리(right to die)도 포함한다. 즉 살 권리를 갖고 있다면 타인에게 해를 끼치지 않는 한, 살 권리를 포기하고 스스로 죽을 수 있다는 것이다. 만약 치명적인 질병으로 고통 받는 환자가 의사의 도움 없이 스스로 죽을 수 없다면, 의사는 그 환자의 죽음을 도울 의무가 있다는 것이다. 그러나 이러한 주장은 부분적으로만 옳다. 나의 죽을 권리는 의사가 나의 죽음에 적극적으로 도울 의무를 갖고 있다는 것을 의미하지는 않는다. Louis P. Pojman, *Life and Death*, 92. 내가 죽을 권리가 있다고 해서 의사가 나의 죽음을 의도하기 위해 선행을 베풀 의무가 있다는 뜻은 아니다. 만약 의사가 선행을 베풀어 내가 죽게 된다면 죽음 그 자체로만 판단해볼 때 악행이 되기 때문이다.

17) 천천히, 고통스럽고 무자비한 죽음은 존엄한 죽음이 아니라 오히려 비인간화시키는 죽음이라 할 수 있다. Norman L. Geisler, *Christian Ethics* (Michigan: Baker Book House Company, 1989), 158.

18) 김익현은 도덕적 행위자에 의한 자의적 안락사는 생명권의 포기가 자신의 최선의 이익이 되는 특정한 조건 하에서는 도덕적 행위자가 갖는 기본적 권리로서의 생명권과 충돌 없이 행해질 수 있다고 보았다. 김익현, 「도덕적 지위와 안락사」, 한국철학사상연구회, 『시대와 철학』, 2006, 68.

게 확신할 수 없는 경우가 이에 해당된다. 가령 환자가 지속적인 고통으로 인한 정신적인 도피수단으로서 죽음을 생각하거나 부양가족들이 저야 할 경제적 심리적 부담을 미리 예견하여 더 살기를 원함에도 스스로 희생하는 쪽으로 선택할 수 있기 때문이다. 또한 비록 아무런 압력이 없다고 하더라도 통증치료제로 인하여 정신이 혼미한 상태에서 판단을 내린 경우라면 환자의 자율적 판단으로 보기는 어렵다.

따라서 자율권 존중의 원칙은 인간은 스스로 책임지는 인격이라는 기초 위에서 생명존엄이라는 보다 큰 가치의 실현을 위하여 행사될 때에만 정당화될 수 있다. 죽기 위한 권리가 아니라 살기위한 권리가 우선시되어야 한다.¹⁹⁾ 따라서 죽음에 대한 자기결정권은 자신의 생명을 함부로 훼손시켜도 된다는 의미는 아니며, 오히려 역설적으로 생명의 존엄성과 고귀함 위에서 온전히 행사되어야 한다.

2. 삶의 질에 대한 판단

의료기술의 발달은 질병의 치료 뿐 아니라 인간의 수명까지 연장시키면서 삶의 질을 크게 향상시켰다. 그런데 의료기술의 개입은 고통스러운 죽음의 연장이라는 새로운 윤리적 딜레마를 안겨주었다. 삶의 질로 판단해 볼 때, 어떤 의미도 부여할 수 없는 힘들고 고통스러운 삶을 단순히 연장시키는 치료를 계속하는 것은 환자의 삶의 질을 떨어뜨릴 뿐 아니라 비인간화시킬 가능성이 있다. 이때 제기되는 질문은 “이렇게 고통스럽게 살만한 가치가 있는가?”라는 물음이다. 환자가 지속적으로 당할 극심한 고통과 비인격화의 과정을 고려할 때 환자 자신과 그의 가족이 원할 경우

19) 모든 인간 존재는 삶을 지속하려는 자연적 경향을 가지고 있는데, 삶을 종결시키는 행위는 이러한 자연적 생존목적에 파괴하는 것이다. J. Gay-Williams, “The Wrongfulness of Euthanasia”, Daniel Bonevác ed., *Today's Moral Issues* (Boston: Mc-Graw-Hill Companies, 2002), 367.

생명을 인위적으로 지속시키는 특수 장치들을 제거하고 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 하는 것이 오히려 바람직할 수 있다.

레이첼스는 불치의 질환을 겪고 있는 환자의 경우 죽는 과정을 연장시켜 천천히 고통스럽게 죽게 함으로써 환자에게 불필요한 고통을 주는 행위는 비인간적이라고 보았다. 이는 고통스럽게 죽어가는 과정을 무의미하게 연장시키는 것에 불과하기 때문이라는 것이다.²⁰⁾ 레이첼스의 주장에 따르면 고통의 경감이 곧 선이며 삶의 질을 높이는 방편이 되기 때문에 환자로 하여금 고통스러운 삶을 지속시키기보다는 조속히 삶을 종결시키는 것이 바람직하다는 것이다.²¹⁾

또한 삶의 질로만 판단할 경우 무의식 환자의 생명은 더 이상 가치가 없으며 그러한 환자를 죽이거나 죽도록 방치하는 것은 해악이기 보다는 혜택일 수 있다는 것이다.²²⁾ 그러나 이는 생명 존엄성을 무시하게 될 위험성이 있다. 생명이 지닌 가치는 삶의 질 보다 더 우선순위에서 판단되어야 하기 때문이다.

20) James Rachels, "Active and Passive Euthanasia", R. Chadwick & D. Schroeder, (ed) *Applied Ethics II* (New York: Routledge, 2002), 254 참고. 피터 싱어도 죽이는 직접적인 안락사와 죽도록 방치하는 소극적인 안락사 사이에는 행위의 동기와 결과의 측면에서 볼 때 도덕적으로 본질적 차이가 없다고 보면서, 죽도록 방치하는 것이 어떤 경우에는 이미 자비롭고 적합한 행위로 받아들여진다면, 적극적 안락사 또한 어떤 경우에는 자비롭고 적합한 것으로 받아들여져야 할 것이라고 주장하였다. Peter Singer, 황경식 & 김성동, 『실천윤리학』(철학과현실사, 1991), 207.

21) 회복불가능 한 상태로 극심한 고통을 당하는 환자가 예상보다 빨리 죽게 되거나 잠자던 중 심장 발작으로 죽게 되면, 이를 종종 행운으로 간주하기도 한다. Dan W. Brock, "Voluntary Active Euthanasia", Ronald Munson, *Intervention and Reflection* (Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004), 726 참고.

22) William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life* (Huntington: Our Sunday Visitor, Inc, 2000), 243.

3. 고통의 문제

의사는 환자의 육체적 통증뿐만 아니라 정신적 고통까지도 고려해야 한다. 말기 암 환자들은 육체적 고통 외에 극심한 정신적인 고통을 느낀다. 환자들이 겪는 고통은 복합적이며 지속적이다. 슬픔과 같은 감정적 고통, 심리적 소외감과 외로움으로 인한 사회적 고통, 막대한 치료비로 인한 경제적 고통 및 가족들에 대한 정신적 부담감이나 죄책감 등의 여러 복합적인 고통에 환자들은 지속적으로 노출된다. 이러한 상황에서 말기 환자들은 존엄사를 심각하게 고려하게 된다.²³⁾

이러한 상황에서 극심한 고통이 지속되는 불가피한 죽음의 과정을 조금 더 앞당겨 환자의 고통을 단축시키고 품위 있게 죽도록 허용하는 일은 사랑이 동기가 된 자비로운 행위일 수 있다. 환자의 입장에서 보더라도 견딜 수 없는 극심한 고통을 당하면서 인위적으로 생명을 연장하여 다른 이들에게 부담이 되고 환영받지 않은 존재가 되기를 원치 않는다.

그러나 견딜 수 없는 고통이라는 말은 쉽게 정의내릴 수 없으며, 매우 주관적인 개념이다. 환자마다 느끼는 고통의 비중이나 정도는 다르다. 신경생리학자 및 심리학자들에 의하면 통증의 정도는 상대적이며 누구에게나 적용될 수 있는 객관적인 통증지수는 없다.²⁴⁾ 또한 현대의학의 발달로 극심한 통증을 유발하는 수많은 질병들이 치유가능하게 되었고, 말기 환자의 통증도 조절할 수 있는 시점에 이르렀다.²⁵⁾ 말기암환자를 대상으로 한 조사에서 장기간 진통제를 투여 받은 환자 중 50% 이상이 플라시보(placebo)효과로도 통증이 적절히 조절될 수 있었다.²⁶⁾

23) Robert Orr, D. L. Schiedermayer, D. B. Biebel, 원준희, 『생명윤리의 고민: 삶과 죽음의 문제』, 생명의말씀사, 1997. 209 참고.

24) 임종식, 「안락사 정당화될 수 있는가」, 『과학사상』 28호, 범양사, 1999년 봄(2월). 113.

25) 고통완화를 위한 효과적인 방법으로는 약물치료법 외에 방사선, 렌트겐선, X선 치료법, 호르몬 투여법 등의 다양한 방법이 있다. 문성학, 『현대인의 삶과 윤리』, 242~243 참고.

26) 중추 신경계에 영향을 주는 진통제의 사용은 여러 가지 부수적인 역효과를 낳을 위험을

따라서 고통을 제거하는 행위가 생명 보다 더 상위 개념의 선이라고 할 수는 없다. 비록 의사가 환자의 고통을 덜어주려는 순수한 마음으로 존엄사를 선택했다고 하더라도, 생명을 단축시켜가면서까지 고통을 덜어 주는 것은 윤리적으로 허용될 수가 없다. 생명은 그 자체로 무한한 가치를 지니는 것으로서 어떤 다른 목적을 위해서도 포기되어서는 안 된다. 따라서 임종말기 환자의 고통에 대한 해결책은 존엄사가 될 수 없으며, 존엄사가 되어도 안 된다. 고통에 대한 진정한 해결책은 존엄사의 합법화가 아니라 더 나은 고통완화방법을 통한 환자에 대한 배려와 관심이 되어야 한다.

IV. 연명치료중단의 윤리적 판단기준

1. 무의미한 치료에 대한 판단기준

무의미하게 생명을 인위적 방법으로 연장시키기 위해 특수한 의료장비에만 의존하는 것은 생명존중이라기 보다는 의료집착에 가깝고, 삶의 연장이 아니라 오히려 죽음의 과정만을 연장시켜 결과적으로 환자의 고통과 지나친 의료비용만을 초래하게 될 수도 있다.²⁷⁾

무의미한 치료인지 아닌지의 여부에 대한 첫째 판단기준은 일반적 치

내포하고 있다. 호흡기능의 영향, 의식상태의 변화, 습관성 유발, 약효의 감소로 인한 용량의 증대 등을 가져올 수 있다. 그러므로 진통제는 될 수 있는 대로 사용하지 말고 다른 효과적인 방법과 병행해서 사용하는 것이 좋다. 진통제를 부득이하게 사용할 경우 분별력 있게 적절한 용량으로, 정확한 시간 간격으로 사용하면 부작용을 크게 감소시킬 수 있으며, 이때 의료진은 환자나 보호자와 함께 상의하여 결정하는 것이 바람직하다. 구영모, 「안락사의 도덕적 허용여부」, 153~154 참고.

27) 한 사람이 평생 쓰는 의료비 중에서 30% 내지 50%를 생애의 마지막 순간에 써 버리는 것으로 보고되고 있다. 이종원, 「기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사」, 한국대학선교회학회, 『대학과 선교』 12집, 2007년 6월, 277.

료수단(ordinary means)과 특수한 치료수단(extraordinary means)의 구분이다. 일반적 치료수단이란 ‘그것을 행함으로써 환자의 예후에 어느 정도의 도움이 되며 경제적 부담 및 불편을 주지 않는 모든 약제 치료 혹은 수술’이며, 특수한 치료수단이란 ‘상당한 통증이나 비용 혹은 불편이 반드시 수반되며 환자에게 상당한 이익이 된다고 기대하기 어려운 모든 약제 치료 및 수술’을 의미한다.²⁸⁾ 따라서 일반적 치료수단에 의지해서 살 수 있는 환자에게서 그러한 수단을 의도적으로 제거함으로 인해 환자가 사망에 이르렀다면 이는 의료사고에 해당되며 의료진에게 그 책임을 물을 수 있다. 반면 부자연스럽고 특수한 치료수단에 의해 생명을 인위적으로 연장시키는 환자에게서 그러한 수단을 제거함으로써 환자가 사망하게 된다면 자연사로 간주된다.²⁹⁾

그러나 최근 의료기술의 발전에 따라 이러한 구별은 연명치료중단을 위한 하나의 객관적인 기준이 되지 못한다. 산소조절(administration of oxygen)이나 링거주사에 의한 영양공급(intravenous fluids), 산소호흡기와 심폐기구(heart-lung machine) 등은 과거에는 특수한 치료방법이지만 지금은 일반적인 치료방법이 되었다.³⁰⁾ 또한 현실점에서는 특수한 치료방법이지만 의료기술의 발달에 따른 일반화로 말미암아 평범하고 일상

28) 정유석, 「의사가 말하는 존엄사」, 41. 전통적인 입장에 따르면 일반적인 치료 수단을 사용할 도덕적 의무가 있으며 특수 치료 수단의 사용을 거부할 수 있다. 특수치료 수단이란 지나친 비용이나 고통 혹은 불편함을 야기시키며 비록 사용하더라도 효과가 확실하지 않은 약, 치료, 수술 등을 의미한다. 치료 거부의 경우 죽음의 원인은 질병과 그에 따른 수많은 부수현상들이다.

29) 문성학, 『현대인의 삶과 윤리』, 233 참고. 칼라한(D. Callahan)은 우리가 환자의 자연적 삶의 기간을 존중해야 하지만 인위적으로 환자의 생명을 연장시키기 위해 인공호흡장치(respirator)와 영양 튜브(feeding tubes)와 같은 강제적인 수단을 사용하는 것은 바람직하지 못하다고 보았다. L. M. Hinman ed., *Contemporary Moral Issues* (New Jersey: Prentice Hall, 2000), 147.

30) F. A. Schaeffer, & C. E. Koop, 김재영, 『그리스도인의 생명윤리』(한국로고스연구원, 1995). 125 참고.

적인 치료방법으로 될 가능성이 높다. 따라서 특수한 치료법과 일반적인 치료법은 치료의 무의미성을 판단하는 하나의 기준에 불과하다.³¹⁾

둘째 판단기준은 환자에게 어떤 치료방법이 보다 더 적합한지를 고려하는 방법이다. 환자 개인의 형편이나 상황에 따른 치료의 편리성, 치료로 인해 산출되는 극심한 고통, 비용 등은 다르다. 따라서 사용될 치료법의 유형, 그 복합성과 위험성의 정도, 그 사용 가능성과 비용을 검토하고, 이러한 요소들을 통해 기대될 수 있는 결과와 비교하여 치료수단을 결정하는 것이 바람직하다. 따라서 환자에게 실질적으로 아무런 도움을 주지 못하는 특수한 치료는 인위적으로 환자의 생명만을 연장시켜 고통만을 지속시킬 뿐이기 때문에 가능한 사용되지 않는 것이 바람직하다.

세 번째 판단기준은 무엇이 환자에게 최선의 이익이 되는가하는 것이다. 이에 대한 기준으로는 첫째, 생명유지를 지속하거나 새로운 특수 의료장치나 처방을 새롭게 시작하게 될 때 손실 보다 얻게 될 환자의 유익이 우월하다고 예상될 경우이며 둘째, 생명유지에 뒤따르는 부작용이 없어야 하며, 고통이 약화될 희망이 예견되는 경우에 해당된다. 그러나 생명유지치료 자체가 비인도적이라고 판단되는 경우 연명치료의 중단여부를 심각하게 고민해야 한다.

2. 과도한 의료행위의 유보

지나친 의학의 개입은 자연스럽게 죽어가는 과정을 인위적으로 연장 시킴으로 의료행위의 본래의 목적과는 상반되는 결과를 빚을 수도 있다.³²⁾ 의료기술이 개입되지 않았다면 이미 자연 상태로 죽음에 이르렀을

31) 이종원, 「기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사」, 283. 치료가 무의미하다는 말은 회복불가능하다는 말이며, 의학적으로는 돌이킬 수 없는 죽음의 단계에 가까이 들어섰다는 의미이다. 그러나 이러한 판단은 현재의 의료수준을 기준으로 할 수밖에 없으며, 의사의 주관적 판단이 개입될 수밖에 없다.

상황인데, 오히려 의미 없는 고통만을 지속시키는 결과를 발생시켰다면 애초에 개입하지 않는 것이 더 나을 것이다. 편안한 죽음이 아니라 의미 없는 고통만을 연장시킬 뿐이기 때문이다.

과도한 의료행위란 시행되는 치료행위로부터 얻어지는 예상되는 결과가 부적절할 뿐만 아니라 그러한 치료행위가 환자나 가족에게 지나친 부담을 주기 때문에 더 이상 환자가 처한 실제적인 의료상황에 도움을 주지 못하는 경우를 말한다.³³⁾ 이동익은 임종환자에게 과도한 의료장치로 생명을 인위적으로 연장시키는 것은 치료의 한계를 넘어서는 의료집착으로 보았다.³⁴⁾ 필요 이상의 과도한 의료행위를 포기하는 의미에서의 연명치료의 중단은 환자로 하여금 자연스러운 죽음을 맞도록 이끈다는 점에서 치료의 포기라기보다는 의료집착 행위의 유보 내지 포기로 보아야 할 것이다.

따라서 회복이 불가능한 질환을 가진 환자가 중환자실에서 인공호흡기와 각종 생명유지 장치에 몸을 맡긴 채 무의미한 생명 연장을 지속하는 것 보다는 복잡하고 특별한 장치들을 모두 제거하고 모든 가족들이 지켜보는 가운데 하늘나라로 가게 하는 것이 보다 더 성서적이다.³⁵⁾ 그러나 이 경우에도 환자의 생명유지를 위한 필수요소인 수분과 영양공급, 그리

32) 1995년의 한 조사결과는 임종 환자들이 심각한 정신적 고통과 육체적 고통을 경험하였으며, 의사들과 환자의 소통이 얼마나 빈곤한지를 잘 보여주었다. 환자의 41%만이 심폐소생술(CPR)에 대해 그들의 의사와 의논하였고, 의사 중 80%는 심폐소생술에 대한 환자의 선호도를 오해하였다. 게다가 의사들은 환자들의 의료개입에 대한 거부를 이행하지 않았다. 환자들이 심폐소생술의 보류를 원할 때, DNR 요청(Do Not Resuscitate Order) 중 50%는 결코 기록되지 않았다. G. Dworkin, R. G. Frey, Sissela BoK, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide* (Cambridge: Cambridge University Press, 1998), 118.

33) 우재명, 「안락사와 연명치료중단의 윤리」, 132.

34) 이동익, 『생명의 관리자』(가톨릭출판사, 2003), 266~267, 이동익은 더 나아가 치료 불가능한 환자에 대한 지나친 의료장비를 통한 집착은 의료폭력이라고도 보았다. Ibid., 271.

35) 정유석, 「의사가 말하는 존엄사」, 44~45.

고 환자로 하여금 청결한 위생 상태를 유지하도록 배려하고, 통증을 경감시키기 위한 완화치료와 인격적인 돌봄은 계속 유지되어야 한다.

V. 기독교 생명윤리적 관점

1. 생명존중원칙의 우선성

존엄사와 연관된 윤리적 판단은 환자 입장에서 존중받아야 할 자율성 존중의 원칙과 의사 입장에서의 자비로운 죽음을 도와주어야 할 선행의 원칙과 생명존중의 원칙 사이의 대립과 긴장 관계 속에서 발생하게 된다. 자율성 존중의 원칙과 선행의 원칙은 존엄사찬성의 논거로 제시되며, 생명존중의 원칙은 존엄사반대의 주요논거이다. 이러한 원칙들이 서로 충돌할 때 어떤 원칙이 우선성을 지니는지 판단하기는 쉽지 않다. 그러나 이 가운데서 가장 우선시되어야 할 원칙은 생명존중의 원칙이다. 아무리 고통 속에 있는 환자가 죽음을 원하고(자율성 존중의 원칙) 그의 간절한 소망을 들어주어야 하는 의무(선행의 원칙)가 있다고 할지라도 그 도움이 결과적으로 환자의 생명을 종결시키는 상황으로 이끌어진다면 이는 생명존중의 원칙에 위배된다. 따라서 생명존중의 원칙은 생명종결에 대한 자율권 보다 더 근본적이며 본질적인 가치로 판단되어야 한다.

기독교 생명윤리는 생명이 신성하며 어떠한 경우에도 침해될 수 없다는 성서적 가르침에 기초하고 있다. 인간생명의 존엄성은 하나님의 형상으로 인간이 창조되었다는 사실에 근거한다(창 1:27). 하나님의 형상으로 창조된 인간은 본성 자체에 본질적으로 부여된 내재된 존엄성(intrinsic dignity)을 갖는다. 이 존엄성은 인간 자신의 노력과 성취에 의해 주어진 결과가 아니라 본래부터 하나님께로부터 부여된 것이다. 따라

서 인간 생명은 그 어떤 가치와도 비교될 수 없는 존엄한 가치를 지닌다.³⁶⁾

그러므로 생명의 존엄성이 생명종결에 대한 자기결정권 보다 더 상위 개념으로 판단되어야 한다. 인간 생명은 본질적이며 고유한 가치를 지니고 있다.³⁷⁾ 인간의 생명은 하나님의 선물로서 주어진 것이며, 이는 그 어떤 가치보다 기본적이며 상위의 가치이다.³⁸⁾ 따라서 인간 스스로 자신의 생명을 스스로 포기하거나 종식시킬 권리는 없다.

인간의 생명이 가치 있는 궁극적인 이유는 생명이 선하며 하나님의 가장 큰 선물이기 때문이며, 하나님은 우리가 생명을 지키고 보호하도록 하기 위하여 생명을 주셨다.³⁹⁾ 그런 점에서 생명은 존중받으며, 사랑받으며, 돌봄을 받을 대상이지 파괴하거나 종결시킬 대상은 아니다.⁴⁰⁾ 따라서 우리는 생명종결에 대한 요구와 범위가 점점 확장되어가는 위험성을 경계하고 생명존엄의 본질적 가치를 발견함으로써 생명존중의 기초를 확립할 필요가 있다.

2. 생명에 대한 책임적 태도

성서적 관점에 따르면 인간의 생사여탈권은 오직 하나님에게만 있다. 오직 하나님만이 생명을 부여하고 취할 권리를 갖고 있다. 생명주권사상

36) 우재명은 생명에 대한 담론은 생명담론이 자칫 편의주의나 공리주의적 오류를 범할 수 있기 때문에 인간의 존엄성에 근간을 두고 논해야 할 것을 강조하였다. 우재명, 「안락사와 연명치료중단의 윤리」, 114.

37) 생명의 신성함에 대한 존중은 도덕원리의 초석으로 제시된다. D. Beyleveld & R. Brownsword, *Human Dignity in Bioethics and Biolaw*, 244.

38) 그 어떤 물질적 가치도 하나님의 형상으로 창조된 생명과 같은 영적인 가치와 비견될 수 있는 것은 없다. Norman L. Geisler, *Christian Ethics*, 162.

39) William E. May, *Catholic Bioethics and the Gift of Human Life*, 252.

40) L. M. Hinman ed., *Contemporary Moral Issues*, 145 참고.

은 인간 생명의 신성성과 불가침성을 강조한다. 인간은 단지 생명을 관리하는 청지기에 지나지 않는다. 따라서 인간 스스로 생명의 주인이 되어 죽음을 인위적으로 채촉하거나 죽도록 방치하는 행위는 용납될 수 없다.

우리는 생명주권사상을 통해서 생명에 대한 진정한 책임을 인식하게 된다. 생명종결에 관한 결정은 오직 하나님께 속한 영역이며, 우리 인간에게는 하나님의 뜻을 존중하고 수용할 책임과 의무만 있을 뿐이다.

그런데 치유 불가능한 상태로 급격히 악화되어가는 환자의 경우, 특수한 연명장치가 죽어가는 상황을 역전시킬 수 없고 오히려 고통만을 증가시키거나 지속시킨다면, 인위적인 특수 연명장치의 중단을 신중하게 고려할 필요가 있다. 생존에 대한 욕심에서 벗어나지 못해 첨단 의료기술을 동원하여 수단과 방법을 가리지 않고 생명을 연장시키려고 발버둥치는 것은 자칫 생명의 청지기가 아니라 생명의 주인이 되고자 하는 잘못을 범할 수 있기 때문이다.⁴¹⁾

연명치료중단과 연관된 특수한 상황에서는 하나님의 뜻인 자연적인 죽음을 어느 시점부터 정해야 할 것인지 모호한 경우가 있다. 비록 생명주권사상을 인정하더라도, 회복 불가능한 환자에게서 생명연명장치를 통해 생명을 인위적으로 계속 연장시킬 것인가 아니면 특수장치들을 제거하여 자연스러운 죽음을 맞이하도록 할 것인가에 대한 최종적인 결정은 의사가 할 수 밖에 없다. 이때 의사들의 판단은 임상경험에 의한 것이며, 의사도 한계를 지닌 인간이기에 얼마든지 오류를 범할 수도 있다. 따라서 최종적인 판단은 ‘존엄사윤리위원회’ 또는 ‘연명치료중단판정위원회’에서

41) 생기론(vitalism)은 환자의 생명을 단축시키는 것은 인간 생명이 지닌 절대적 도덕 가치를 훼손하는 것이기 때문에 잘못이라는 주장이다. 그들은 생명을 연장시키는 치료에 뒤따르는 환자의 고통과 초과비용에도 불구하고 생명은 계속 유지되어야 한다고 주장한다. John Keown, *Euthanasia, Ethics and Public Policy*(Cambridge: Cambridge University Press, 2002), 39. 생명주권사상은 생기론이 주장하는 생명지상주의와는 분명하게 구분되어야 한다.

내려져야 한다.⁴²⁾ 이 위원회는 종교인, 윤리학자, 의사, 변호사, 간호사 등으로 구성되어 존엄사 여부에 대해 환자의 입장에서 대리 판단을 내려 줄 수 있다. 이는 무엇이 환자에게 최선의 이익이 될 것인지, 무엇이 하나님의 뜻과 섭리인지에 대한 합리적이고 합의된 의견을 반영할 수 있다는 장점이 있다. 또한 존엄사에 대한 판단에 앞서 세부사항에 대하여 상세한 가이드라인이 먼저 제시되어야 한다.

VI. 존엄사의 현실적 대안

1. 사전진료지시서

사전진료지시서(advance directive)는 특정 의료행위에 대한 사전거부를 문서화하는 행위이다. 이는 사전진료동의 또는 사전의료동의 등으로 부르기도 하는데, 무의미한 의료행위에 대한 진료포기서이다. 사전진료지시서는 연명치료술과 심폐소생술 등의 불필요한 의료조치를 회복의 가능성이 없는 환자에게는 하지 않도록 미리 조치한다. 가령 말기암환자의 경우 의식이 없어지고 자발적인 호흡이 곤란한 상태에 이르렀을 때 기도 삽관이나 기관지절개술 및 인공호흡기 치료를 거부하고, 중환자실 입실 포기, 인위적인 혈압상승술 거부, 심폐소생술 거부를 중심으로 수혈, 혈액제제투입, 진통제에 의한 통증조절, 정맥주사를 통한 영양공급 등을 선택적으로 거부하는 것이다.⁴³⁾ 의료계에서는 환자의 자율적인 선택에 의해 불필요한 의료행위를 줄이고, 더 나아가서는 임종 시 발생할 수 있

42) 문시영은 장기이식을 위한 뇌사판정에 ‘뇌사판정위원회’가 법제화되어 있듯이 존엄사 혹은 연명치료에 관해서도 합리적인 판단을 대행할 위원회의 필요성을 강조하였다. 문시영, 『존엄사, 교회에 생명의 길을 묻다』 87.

43) 신동일, 「사전진료지시서: 법이론과 현실」, 안암법학회, 『안암법학』, 2009년, , 241.

는 법적 갈등을 피할 수 있다.⁴⁴⁾

사전진료지시서를 작성하기에 앞서 먼저 죽음교육을 활성화하고 죽음 준비를 일상화하는 일이 선행되어야 한다. 이러한 과정을 거친 후에 품위 있게 죽음을 맞이하기 위해 자신이 죽음을 맞이하는 방식을 미리 유서형태로 작성해 두는 것이 좋다. 죽음이 임박한 환자를 눈앞에 두고서 연명 치료를 계속할 것인지, 중지할 것인지 의료관계자와 가족이 고민에 빠지게 하기보다, 당사자가 평소에 자신이 원하는 죽음과 삶에 대해 명확한 입장을 세우고 주위 사람들에게 분명하게 의사표시를 해 두고 이를 문서로 작성해 둔다면 혼란에 훨씬 줄어들게 될 것이다.⁴⁵⁾

이와 아울러 존엄사와 연관된 연명치료중단의 무분별한 오남용을 방지하기 위한 현실적 조치들이 필요하다. 이를 위해서는 미국의 자연사법 등 외국의 사례들을 참고하여 우리 현실에 맞는 가이드라인과 지침들을 마련하는 것이 바람직하다.

2. 호스피스를 통한 완화치료

환자의 고통에 대한 대안은 존엄사가 아니라 최대한의 통증조절과 환자의 심적, 정신적 슬픔과 고통을 덜어주려고 애쓰는 호스피스를 통한 통증완화치료라고 할 수 있다. 적절한 호스피스를 통한 접근은 전문적인 상담을 통해 말기 환자의 육체적 정신적 고통을 완화시킴으로써 환자로서 하여금 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 도울 수 있다.

44) Ibid., 229. 의사결정능력이 있는 말기환자가 생명연장 의료처지를 거부할 수 있는 권리를 보호하기 위하여 미국의 많은 주에서는 생전유언(living will)의 규정을 포함하는 자연사법(natural death act)을 제정하였다. 이인영, 「비교법논문: 미국의 자연사법 규범과 의료인의 면책규정이 주는 시사점」, 한국비교형사법학회, 『비교형사법연구』, 2008년, 488.

45) 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 중국철학회, 『중국철학』, 2002, 250.

완화치료는 죽음이 임박한 중환자들의 고통을 덜어주기 위한 소극적 고통완화 치료방식이다. 이는 라틴어의 ‘alliare(덮는다)’라는 말에서 유래되었다.⁴⁶⁾ 말기환자에게 적극적 치료방식을 중단하고 통증완화조치만을 취하면서 환자가 자연사할 때까지 돕는 방식이다. 완화치료는 삶을 긍정하며, 죽음을 자연스러운 과정으로 이해하며, 죽음의 과정을 서두르지도 그렇다고 인위적으로 연장하지도 않는다.⁴⁷⁾

무의미한 치료를 위한 인위적인 생명연명장치가 오히려 죽어가는 임종환자에게 고통, 불안, 그리고 혼란의 원인이 될 수 있다. 죽어가는 임종환자는 비록 혼수상태에 빠질지라도 자신에게 무슨 일이 일어나는지 온전하게 의식할 수 있다. 따라서 죽기 전에, 죽어 갈 때, 그리고 몸과 의식이 최종적으로 분리될 때까지 임종환자로 하여금 평온한 분위기 속에 머물게 하는 것이 중요하다.⁴⁸⁾ 완화치료를 병행한 호스피스 같은 전문통증치료 프로그램은 존엄사에 대한 효과적인 대안이 된다.

3. 영성적 돌봄

죽어간다는 것은 생물학적 사건 이상으로서 공동체이며 영성적인 사건이다.⁴⁹⁾ 오진탁은 한 생명이 죽음을 맞는 일은 자신의 삶을 마무리하는 순간이므로 찬반여부를 떠나 죽음에 대해, 죽어가는 환자를 돌보는 방식에 대해 보다 폭넓은 논의가 요구된다고 강조하였다.⁵⁰⁾

46) Ibid., 230, 참고

47) 완화치료는 의료팀에 의해 수행되며, 주로 통증과 다른 극심한 증상들의 완화와 삶의 질에 주안점을 둔다. Jenny Teichman, 조현아 외, 『사회윤리』(백의, 2001), 112~113.

48) 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 238 참고

49) 환자 치료의 영성적 측면을 인정하고, 개별 환자들이 제공받기를 원하는 자료들을 사용가능하게 하며, 그것들을 환자들이 원하는 형식으로 사용할 수 있게 해 주어야 한다. K. J. Doka & J. D. Morgan, *Death and Spirituality*, 김재영, 『죽음학의 이해』(인간사랑, 2006), 43.

죽음은 모든 인간들이 겪어야 하는 보편적, 자연적인 것이며, 피할 수 없는 것이다. 죽음 자체는 하나님이 정하신 이치이다(히9:27). 우리 인간은 불멸의 존재가 아니라 유한적 존재이며 언젠가는 죽음을 맞이할 수밖에 없는 존재이다. 삶이 하나님으로부터 주어진 것처럼 죽음도 하나님으로부터 주어지는 것이다. 따라서 죽음은 두려움의 대상이 아니다. 이러한 점을 인식할 때 살리는 것만이 하나님의 뜻이고 죽도록 내버려두는 것은 하나님의 뜻이 아니라는 이분법적 사고의 오류에서 벗어날 수 있다.⁵¹⁾ 의료적 처치가 생명을 연장시키기 보다는 오히려 죽어가는 경험만을 연장시키는 것일 뿐이라는 믿음이 들게 될 때, 가능한 한 환자를 편안하게 해 주면서 비상조치로 동원한 치료수단들을 철거시키고 하나님의 뜻과 섭리에 그 경과를 맡길 수 있다.⁵²⁾ 이것이 성서적 의미에서의 바람직한 “존엄한 죽음”이다.

먼레이(Munley)는 영성적 돌봄의 본질은 타자의 세계에 들어가서 감정으로 반응하는 능력이라고 보았다. 이러한 능력은 보다 깊은 차원에서 다른 사람을 감동시키는 것을 포함한다.⁵³⁾ 영성적 돌봄은 함께 있음, 연민, 희망, 그리고 비록 삶이 더 이상 생산적이지 않을지라도, 그럼에도 불구하고 열매를 맺은 채 남아 있다는 인식을 통해 증진된다. 영성적 돌봄의 이러한 요소들은 환자가 홀로 죽어가는 것을 막아주고, 가족이 홀로 있다는 느낌을 막아주는데 도움을 주는 협력관계를 형성한다.⁵⁴⁾

그러므로 생명에 대한 배려와 존중은 삶의 마지막 단계에서도 반드시 지켜져야 한다. 쿠신(Norman Cousins)은 삶의 궁극적 비극은 죽음이 아

50) 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 238.

51) 김상득, 「안락사는 성경에 어긋나는가」, 기독교학문연구회, 『신앙과 학문』, 1996, 128 참고

52) F. 쉘퍼, 「안락사에 대한 그리스도인의 태도」, 상담과선교, 1999년 겨울, 87~88.

53) K. J. Doka & J. D. Morgan, 『죽음학의 이해』, 248.

54) Ibid.

니라 탈인격화라고 보았다. 즉 사랑하는 손길로부터 올 수 있는 영성적 자양분에서 격리된 채, 삶을 가치 있는 삶으로 만들어주는 것들을 경험하고자 하는 욕망으로부터 격리된 채, 희망으로부터 격리된 채 소외되고 불모의 장소에서 죽어가는 것이라는 것이다.⁵⁵⁾ 따라서 돌봄 제공자의 중요한 역할은 환자들을 탈인격화의 궁극적 비극으로부터 막아주고, 인격화된 환경 안에서 환자가 개인적인 필요를 인식하고 개인적인 두려움을 줄이고자 시도하는 것을 유지하는 것이다.⁵⁶⁾

죽음 그 자체는 하나님 앞에서 절대적인 악이 아니다.⁵⁷⁾ 죽음은 우리가 영원한 세계로 들어가는 하나의 과정이다. 따라서 죽음을 초월하는 신앙이 우리에게 필요하다.

VII. 결론: 바람직한 생명윤리의 정립을 위한 제안

위에서 존엄사와 연관된 다양한 윤리적 문제점들을 기독교 생명윤리적 관점에서 검토하고 고찰하였다. 자율권 존중의 원칙과 삶의 질에 대한 제고, 말기환자들이 당할 고통을 생각하면 존엄사에 대한 진지하게 고민하지 않을 수 없다. 그러나 인간의 자율성은 생명존엄이라는 보다 큰 가치의 실현을 위하여 행사될 때에만 정당화될 수 있다. 또한 생명의 가치는 삶의 질 보다 우선시되어야 하며, 고통에 대한 진정한 해결책은 존엄

55) Ibid., 251.

56) Ibid.

57) 그리스도인들에게 있어서 죽음은 양면성을 갖는다. 삶의 시간의 끝남과 모든 사랑하는 이들과의 이별인 동시에, “그리스도의 교통” 안으로 들어감을 뜻한다. 죽음은 끝이 아니라 영원한 삶을 위한 시작인 것이다. 이종원, 「기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사」, 288. 사도 바울은 우리 그리스도인이 본받아야 할 삶과 죽음에 대한 바람직한 가치관을 갖고 있었다. 그러므로 사나 죽으나 우리가 주의 것이로다(롬 14:8). 이는 내게 사는 것이 그리스도니 죽은 것도 유익함이라(빌 1:21).

사의 합법화가 아니라 더 나은 고통완화방법을 통한 환자에 대한 배려와 관심이 되어야 한다. 우리는 생명주권주의에 입각하여 생명에 대한 보다 책임적 태도를 지녀야 한다.

그런데 치유될 수 없는 질병으로 극심한 고통과 혼수상태를 오가는 말기 환자가 치유가 아니라 단순히 연명만을 가능케 하는 의료적 처치를 거부할 때, 무의미하고 인위적인 연명치료로 인하여 환자의 품위가 손상되고 고통만을 증가시킬 경우 부자연스러운 생명유지수단을 제거함으로써 자연스럽게 발생하는 죽음을 허용하는 것이 바람직하다. 그럼에도 음식물, 물, 공기 등과 같은 자연스러운 생명유지 수단을 지속적으로 공급하여야 하며, 환자에게 청결한 환경을 제공하고 환자에 대한 인격적인 소통과 공동체의 관심이 유지되어야 한다. 이것이 생명에 대한 바람직한 청지기적 태도라 생각된다.

존엄사와 연관하여 바람직한 생명윤리의 정립을 위해서 다음과 같이 제안하면서 이 글을 마무리하고자 한다.

첫째, 존엄사 논의에서 생명존엄의 가치가 인간의 자율성이나 삶의 질의 판단보다 더 상위의 가치로 정립되어야 한다. 그렇게 될 때 생명가치를 도구적 가치로 판단하고 이용하게 될 위험성을 경계하고, 존엄의 이름으로 생명의 본질적 가치를 전락시키는 시도를 예방할 수 있을 것이다.

둘째, 생명은 우리 인간이 요구할 권리가 아니라 의무요 책임이라는 사실을 자각해야 한다. 생명을 권리로 볼 경우 우리는 존엄사에 대해 조금씩 관대해지며 죽음의 시점과 방식을 결정할 권리를 자연스럽게 요구하게 된다. 그러나 생명은 우리가 선택하고 결정해야 할 권리가 아니라 생명부여자인 하나님께로부터 주어진 의무요 책임이라는 사실을 잊지 말아야 한다. 따라서 우리는 각자에게 주어진 삶을 성실하게 살아야 할 책임이 있으며, 살아있는 동안 생명을 보존할 의무가 있다.

셋째, 존엄사를 합법적으로 허용하게 되면 생명존엄성이 약화되며, 심지어는 무고한 인간도 존엄사란 미명 하에 희생당할 수 있다. 따라서 존엄사가 합법화될 경우를 대비해서 생명존엄의 본질적 가치를 구현할 실천적인 여러 지침을 사전에 마련하여야 한다. 생전유언, 사전지시서(advanced directives)를 포함한 자연사법 등의 여러 주제들에 관해 기독교의 관점들이 종합적으로 정리되고 교회 안에서 소통되어야 한다. 이와 아울러 완화치료를 겸한 호스피스 등의 존엄사에 대한 적극적 대안들이 보다 다양하게 구현되어야 한다.

넷째, 존엄사는 한 개인의 사건으로 제한시켜 판단하기보다 공동체적 사건으로 인식하고 판단해야 한다. 존엄사를 공동체적 사건으로 인식하게 될 때 돌봄의 공동체로서 교회공동체가 감당해야 할 역할이 크다. 교회는 돌봄의 공동체로서 사회복지기관과 의료기관과 연대하여 이 시대의 빛과 소금의 역할을 다해야 한다.

참고문헌

- 구영모, 「안락사의 도덕적 허용여부」, 서강대 신학연구소, 『신학과철학』, 2000.
- 김익현, 「도덕적 지위와 안락사」, 한국철학사상연구회, 『시대와철학』, 2006.
- 김상득, 「안락사는 성경에 어긋나는가」, 기독교학문연구회, 『신앙과학문』, 1996.
- 나달숙, 「자기결정권」, 안양대 사회과학연구소, 『사회과학연구』, 2003.
- 노종호, 현승현, 「도덕적 이슈의 정책의제형성과정에 관한 연구-소극적 안락사를 중심으로」, 고려대 정부학연구소, 『정부학연구』, 2008.
- 문성학, 『현대인의 삶과 윤리』(형설출판사, 2001).
- 문시영, 『존엄사, 교회에 생명의 길을 묻다』(북코리아, 2009).
- 신동일, 「사전진료지시서: 법이론과 현실」, 안암법학회, 『안암법학』, 2009.
- 오진탁, 「죽음을 맞이하는 방식」, 중국철학회, 『중국철학』, 2002.
- 우재명, 「안락사와 연명치료중단의 윤리」, 서강대 신학연구소, 『신학과철학』, 2005.
- 이동익, 『생명의 관리자』(가톨릭출판사, 2003).
- 이인영, 「비교법논문: 미국의 자연사법 규범과 의료인의 면책규정이 주는 시사점」, 『비교형사법연구』, 한국비교형사법학회, 2008년.
- 이종원, 「안락사의 윤리적 문제」, 중앙철학연구소, 『철학탐구』 21집, 2007년 5월.
- _____, 「기독교 생명윤리적 관점에서 본 소극적 안락사」, 한국대학선교학회, 『대학과 선교』 12집, 2007년 6월.
- 이진우, 『도덕의 답론』(문예출판사, 1997).
- 이한규, 「안락사에 대한 역사적 해석과 법적 고찰」, 『법학논총』, (한양대 법학연구소, 2007).
- 임종식, 「안락사 정당화될 수 있는가」, 『과학사상』 28호, 범양사, 1999년 봄(2월).
- Doka K, J. & Morgan, J. D. 『죽음학의 이해』(인간사랑, 2006).
- Orr, Robert & Schiedermayer, D. L. & Biebel, D. B. 원준희, 『생명윤리의 고민: 삶과 죽음의 문제』(생명의 말씀사, 1997).
- Schaeffer, F. A. 「안락사에 대한 그리스도인의 태도」, 『상답과선교』, 1999년 겨울.
- Schaeffer, F. A. & Koop, C. E. 김재영, 『그리스도인의 생명윤리』(한국로고스연구원, 1995).

Singer, Peter, 황경식 & 김성동, 『실천윤리학』(철학과 현실사, 1991).

Teichman, Jenny. 조현아 외, 『사회윤리』(백의, 2001).

Beyleveld D. & Brownsword, R. Human Dignity in Bioethics and Biolaw, Oxford: Oxford University Press, 2001.

Brock, Dan W. “Voluntary Active Euthanasia”, Ronald Munson, *Intervention and Reflection*, Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.

Dworkin, G. & Frey, R. G. & BoK, Sissela. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide, Cambridge: Cambridge University Press, 1998.

Gay-Williams, J. “The Wrongfulness of Euthanasia”, Bonevac, Daniel. ed, *Today's Moral Issues*, Boston: Mc-Graw-Hill Companies, 2002.

Geisler, Norman L. *Christian Ethics*, Michigan: Baker Book House Company, 1989.

Hinman, L. M. ed, *Contemporary Moral Issues*, New Jersey: Prentice Hall, 2000.

Keown, John. Euthanasia, *Ethics and Public Policy*, Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

May, William E. Catholic Bioethics and the Gift of Human Life, Huntington: Our Sunday Visitor, Inc, 2000.

Munson, Ronald. *Intervention and Reflection*, Belmont: Wadsworth/Thomson Learning, 2004.

Pojman, Louis P. *Life and Death*, Belmont: Wadworth Publishing Company, 2000.

Rachels, James “Active and Passive Euthanasia”, Chadwick R. & Schroeder, D. (ed) *Applied Ethics II*, New York: Routledge, 2002.

논문접수일: 2009. 4. 29.

심사개시일: 2009. 5. 12.

게재확정일: 2009. 5. 20.