

삶의 마지막 치료에 대한 의학적 결정에서 나타나는 의료 윤리와 의료인의 역할*

이상구 (단국대학교 교수)

I. 들어가는 말

II. 삶의 마지막 치료에 대한 의학적 결정

1. 삶의 마지막 치료의 대상과 의사결정의 구조
2. 존엄사와 무의미한 연명치료의 중단

III. 의료 윤리와 기독교적인 측면에서의 접근

1. 삶의 마지막과 관련된 치료에 있어서의 성경적 의료 윤리
2. 기독교적인 시각에서의 죽음과 생명의 연장

IV. 삶의 마지막 치료를 결정하는 데에 있어서 기독교의료인의 역할

1. 환자의 죽음을 대하는 의료진의 소통 기법
2. 돕는 전문인으로서 기독교의료인의 역할

V. 나오는 말

* 이 연구는 2009학년도 단국대학교 대학연구비의 지원으로 연구되었음.

• **ABSTRACT** •

The place where people meet the end of their lives is changing in medical institution and the incidence of medical decisions in relation to the terminal treatment is increasingly made by health care providers. According to bioethics that is required in health care providers, medical treatment in purpose of extending valuable life is considered undoubtedly necessary. However, the maintenance of unnecessary treatment in un-revivable patients is considered medically futile treatment that can arouse social and ethical problems. Also, termination of life-sustaining treatment in un-revivable patients leads to death of the patient, which can bring up problems related to death with dignity or euthanasias. In the actual medical field, it is not easy to make a terminal treatment decision as in to which extent is a patient un-revivable, and to which extent should the treatment be done. The consequence of the decision, ethical conflicts, and legal problems are even more complicated. Therefore, in this paper, we will look at objectives in terminal treatment and the structures in decision-making process for treatment plans, and inspect social status by looking into current trends and issues in termination of life-sustaining treatment. Also, we will analyze the Medical ethics and ethics in the Bible for the making of decisions in selecting patients in need for terminal treatment, and the role and limitation of Christian health care providers in making that decision. Conclusively, Christian health care providers should not rely on objective probability of revival or scientific knowledge, but treat the patient, that God has entrusted us, according to the Bible ethics. The patient should be treated not only physically but also spiritually, and effective communication method is needed with the patient's family in order to be a professional who can provide all information needed for making the best decision in future treatment.

Key words : Life-sustaining treatment, Death with dignity, Medical ethics, Treatment decision, Ethics in the bible, Christian health care providers

I. 들어가는 말

인간의 죽음은 누구에게나 다가오는 것으로, 우리의 생활 가운데 일어나는 여러 사건 중에서 심리적으로 가장 높은 비중을 차지하는 사건이다. 죽음과 관련하여 한국사회에서의 큰 변화를 보면 첫째, 가족구조가 대가족에서 소가족 위주로 바뀌었고 둘째, 주거형태는 독립 주택이 아닌 아파트 형태가 보편화되었으며, 셋째, 죽음을 맞이하는 장소가 가정집에서 병원으로 바뀌었으며, 넷째, 고령화와 함께 만성병에 의한 질병의 이환으로 사망까지 이르는 기간이 길어졌다는 점에서 삶의 마지막을 결정하는 데에 주치의사의 의존도가 높아지고 있다. 따라서 의료인은 환자의 죽음과 연관된 치료의 결정에서 윤리적이고 법적인 부담을 가진 상태에서 의료적 판단을 내려야 할 빈도가 상대적으로 높아지고 있다.

최근에는 의학기술의 발달로 특정 질병에 이환된 사람들의 경과 및 예후를 어느 정도 예측할 수 있게 되었으며, 죽음에 임박한 환자에 있어서도 다양한 약물과 의료 기구를 이용하여 어느 정도의 생명 연장은 가능하게 되었다. 의료인에게 요구되는 의료윤리의 기본원칙은 “인간의 생명은 가장 소중한 것이므로 모든 수단과 방법을 동원하여 생명을 연장하거나 구해야 한다.”고 하고 있으며, 이는 하나님의 관점에서도 타당하다. 그렇지만 회복이 불가능한 말기 환자에 있어서의 생명 연장에 대한 치료는 환자의 삶의 질을 고려하지 못한 채, 무의미한 연명치료 또는 의료과잉의 문제를 유발하기도 한다. 또한 연명치료의 중단¹⁾에 대한 결정은 직접 혹은 간접적으로 환자의 죽음으로 이어질 수 있기 때문에, 이에 대한 과정은

1) 연명치료중단은 적극적인 치료에도 불구하고 상태가 좋아질 것을 기대하기 어렵거나, 영구적 무의식 상태에서 연명치료에만 의존해야 생명을 유지하는 경우 이를 중단하는 것으로서, 인간의 생명과 관련된 윤리적인 문제를 유발한다. 최 지윤, 권 복규. 안락사와 연명치료 중단에 대한 우리나라의 최근 동향. 한국의료윤리학회지 제12권 2호, 2009, 130.

의료의 문제뿐만 아니라 윤리적 규범 및 법적, 사회적인 문제를 유발할 수 있다. 실제 임상현장에서는 회복 불가능한 환자의 무의미한 치료 중단에 대한 요구가 끊임없이 있었으며, 사회단체 및 종교계에서는 인명경시의 풍토를 우려하여 반대 의사를 분명히 하고 있다. 연명치료의 중단은 미국의 경우 카렌 킨란²⁾, 낸시 크루잔³⁾ 등의 사례가 있었고, 우리나라의 경우에도 2008년 연명치료의 중단과 관련하여 세브란스 병원의 김 할머니 사례⁴⁾를 통하여 우리나라에서도 연명치료 중단에 대한 구체적인 논의가 활발하게 이루어지고 있다.

임종을 앞둔 환자에게 있어서 죽음의 진행과정을 지연시키는 무의미한 연명치료도 윤리적인 문제를 유발시키고, 회생 불가능한 환자에서의 의료 집착적인 행위도 문제를 유발할 수 있다. 의사들은 연명치료를 유지할지 또는 연명치료를 중단해야할지를 결정하는 상황에 직면하였을 때, 전문직의 윤리를 넘어 법적, 사회적 규범의 틀 안에서 행동해야 하며, 특히 기독교 의료인의 입장에서는 더욱 신중하게 검토해야 한다. 환자가 치료에 대한 판단이 무능력한 상태에 빠지게 되는 경우를 대비하고 자기결정권을 지키

2) 1975년 약물에 의해 의식불명이 된 카렌 킨란은 소생가능성이 없다는 의사의 판단과 평소 품위 있는 삶을 주장했던 킨란의 뜻을 받들어 부모가 인공호흡기를 제거해달라고 요청하였다. 주치의가 이를 거부하자 인공호흡기 치료중단에 대한 소송을 냈고, 주 대법원은 1976년에 인공호흡기의 제거를 판결하였다.

3) 1990년 교통사고로 식물인간이 된 낸시 크루잔과 그 부모는 미주리 주립병원을 상대로 급식 튜브를 제거해 달라는 소송을 냈다. 크루잔은 평소 식물과 같은 상태로 살지 않겠다는 추정 의사와 가족의 증언을 토대로 요청하였으나 환자의 치료거부의사가 명백하지 않음을 근거로 패소하였다.

4) 김 할머니는 2008년 2월 폐암 발병 여부를 확인하기 위해 세브란스병원에서 폐암조직검사를 받다가 과다출혈로 인한 저산소성 뇌손상을 받아 식물인간이 되었다. 환자는 지속적 식물인간상태로 중환자실에서 인공호흡기, 인공영양공급, 항생제 투여 등을 받아 왔으며, 인공호흡기를 제거하면 곧 사망에 이르는 상태에 이르렀다. 이에 김 할머니 가족들은 ‘무의미한 연명치료의 중단’을 요구하며 소송을 제기했고, 대법원은 원고일부승소 판결을 내려 인공호흡기의 제거를 명하였다. 김 할머니는 판결에 의거하여 2009년 6월 23일 인공호흡기를 제거하였으며, 이후에도 일정기간 자발호흡을 유지하며 생존하다가 2010년 01월 10일 별세하였다.

기 위해 건강한 시기에 사전의료지시서(advance directives)⁵⁾를 작성하거나 대리인을 지정하려는 움직임이 있지만, 실제 의료현장에서는 환자의 자율성에 근거한 자기결정권을 중시해야 할 지 아니면 인간의 생명에 대한 관할은 오직 하나님의 주권으로서 절대 불가한 것인지에 대한 판단을 쉽게 내리기 어려운 경우가 종종 발생한다.

이에 본 저자는 우리나라에서 본격적인 고령화 사회가 진행되면서 직면하게 되는 여러 가지 문제들 가운데에서 삶의 마지막과 관련된 의학적 결정에 있어서의 의료 현실을 점검하면서, 기독의료인으로서의 윤리적인 관점과 역할, 그리고 사회적 대비에 대한 방안을 모색하고자 한다.

II. 삶의 마지막 치료에 대한 의학적 결정

1. 삶의 마지막 치료의 대상과 의사결정의 구조

1) 마지막 치료 대상 결정의 요건

갑작스러운 사고 또는 질병의 악화로 인하여 생명의 뒀안길에서 고통 받고 있는 환자들은 적극적인 치료를 시행 받지 않으면 생명을 쉽게 잃을 수도 있다. 따라서 의료진은 인위적으로 심장의 박동을 강화하는 강심제, 탈수와 혈압유지를 위한 수액요법, 구강 또는 비강을 통한 인공영양법, 혈액투석, 기도삽관이나 기관지절개술후 인공호흡기 부착, 심폐소생술 등의 다양한 약물 또는 연명장치 기구 등을 적극적으로 이용하여 환자의 회복을 기대한다. 회복이 가능한 환자에 있어 적극적인 치료를 통하여 생명을 되찾게 되었을 때의 기쁨과 보람은 가족뿐만 아니라 의료진에게도

5) 사전의료지시서란 사후에 일어날 일에 대한 지시를 하는 일반 유언과는 달리, 죽기 전에 이루어져야 하는 일, 즉 환자 자신이 의사표현이 불가능해지는 경우를 대비하여 임종이 임박한 시기의 의료조치에 관한 일을 미리 결정하여 문서로 작성해 놓는 경우를 의미한다.

충만하게 된다. 그렇지만 회복 불가능한 환자에게서 일종의 쇼맨십과 같이 환자의 회복을 위해 치료하는 것처럼 보이는 것도 윤리적으로는 문제가 될 수 있다.

의료진은 현재 환자의 상태뿐만 아니라 회생 가능성이 있는지에 대한 판단도 내려야 한다. 또한 치료를 받게 되었을 경우, 발생하게 되는 합병증, 후유증, 약물 또는 연명기구 사용에 따르는 환자의 상태변화까지 어느 정도는 예측할 수 있어야 한다. 그래야만 환자 및 보호자를 만나서 질병에 대해 이해시키고 치료에 대한 결정을 잘 할 수 있도록 설명할 수 있다. 그렇지만 실제 의료현장에서는 회생가능성의 판단이 0%와 100%로 명확히 구분되기 어려우며, 대부분은 일정한 확률로서 가능성을 예측하는 수준이다. 회복 가능성이 있는지 또는 회복 불가능한 삶의 마지막 치료의 대상인지를 결정하는 것은 매우 어려우며, 다음의 사항을 고려하여 치료 계획을 세워야한다.

(1) 회복 가능성이 있는 환자

회복 가능성이 있다고 판단이 되면, 의료진에 의한 의료행위는 최대한 적극적으로 이루어져야 한다. 사고 또는 약물로 인하여 일시적인 의식소실이 있거나, 건강하던 육체의 일시적인 약화로 인하여 질병이 발생하게 되는 경우이다. 회생 가능성이 있는 환자는 경제적 이유로 치료 중단이 발생하지 않도록 사회보장제도가 적극적으로 지원되어야 한다. 그렇지만 이러한 경우에도 100% 회생이 된다는 보장이 없기 때문에, 시각을 달리하면 오히려 무의미한 치료로 해석될 수도 있다. 즉, 과도한 약물의 사용이나 치료 적응 대상을 넘어서는 과잉진료 행위에는 주의를 기울여야 한다.

(2) 회복 가능성은 희박하나 장기간의 치료로 연명이 가능한 환자

의료현장에서는 지속적 식물인간 상태에 있는 환자⁶⁾를 많이 경험하게 된다. 뇌출혈, 뇌경색, 사고에 의한 중등도 이상의 뇌손상, 심장마비 후의 저산소성 뇌손상 등이 해당된다. 2000년 야구장에서 경기 도중 갑작스런 심장마비로 쓰러져 식물인간 상태가 되었던 임 수혁 선수가 저산소성 뇌손상의 대표적 예이다. 이러한 환자에게는 음식물공급, 수액공급, 체위 변경 등의 연명치료를 중단할 경우 저 영양상태 또는 감염에 의해 사망에 이르게 할 수 있기 때문에, 연명치료 중단은 곧바로 소극적인 안락사 논쟁의 범주에 들어갈 수 있다. 이러한 상황에서의 치료에 대한 논의는 존귀한 생명에 대해 할 수 있는 최소한의 처치를 어디까지 해야 하는지에 대한 것이며, 이를 중단할 수 있는지에 대한 것으로 요약할 수 있다.

(3) 회복 가능성도 없고, 연명 가능성도 길지 못한 환자

뇌사 환자⁷⁾나 말기 암 환자는 잔여 생명이 일반적으로 수개월 미만이다. 특히 말기 암환자의 경우에는 수술 또는 방사선치료 및 항암요법 등을 이미 받았거나 혹은 아예 치료를 포기하여 보존적인 요법만 시행 받았을 수도 있다. 대부분의 가족들은 환자의 회복을 위해 매달리는 동안 이미 정신적, 경제적 고통을 받고 있다. 환자는 이제 의식과 기력도 떨어져 생을 마감하는 과정에서 치료를 더 받아야 좋을지 그렇지 못할지에 대한

6) 지속적 식물인간상태(persistent vegetative state; PVS)란 심장박동, 호흡, 소화기능 등은 남아있지만 주변 환경의 변화에 대한 지적, 정신적 기능이 없는 경우를 말함. 눈을 뜨는 등의 각성은 가능하며, 정상적인 수면, 하품 등의 자발적인 행동은 있지만, 의사소통이 어려우며, 사지마비로 인해 수의적인 행동은 불가능하다. 욕창, 폐렴 또는 비뇨기계 감염으로 사망할 확률이 높다.

7) 우리나라에서의 죽음은 심장사를 인정하고 있으며, 뇌사란 '뇌의 기능이 비가역적으로 손상되어 회복이 불가능한 상태'를 말한다. 뇌사는 원인, 병력, 신경학적 소견, 영상검사, 뇌파검사 등을 통해 판단하며, 뇌사 판정 후 대개는 2주 이내에 사망(심장사)한다.

기로에 서 있을 수 있다. 이 과정에서 연명장치를 적용하면, 환자에게는 수 주 내지 수개월의 연명이 가능할 수도 있고, 의료진은 치료에 최선을 다했다는 안도감과 함께 법적인 보장을 받을 수 있다. 관점에 따라서는 ‘의미 있는 생존 기간’의 연장이 될 수도 있지만, ‘불필요한 고통기간’의 연장이 될 수도 있다. 말기 암환자들이 무의미한 연명치료 또는 의료 집착적 치료에 노출되지 않도록 하기 위해서는 정확한 환자 상태 파악과 예측, 현 상태에서 필요한 최소한의 치료범위를 놓고 의료진은 환자 및 가족과 의학적 치료에 대한 결정을 내려야만 한다.

2) 의사결정의 구조

의학적 의사결정의 과정은 인간의 생명과 죽음 그리고 치료와 관련되는 모든 문제에 대해 의료진과 환자 또는 그 가족이 모여 최선의 해결방안을 논의하는 것으로 진행된다. 과거 의료 현실에서는 의학적 의사결정은 전문적 지식과 기술을 가진 의사들의 몫이었지만, 현대 의료에서는 환자의 자율성을 중시하는 환자 중심의 의사결정 구조로 변경되고 있다. 특히 연명치료 중단과 같은 중요한 의학적 의사결정에서 환자 가족의 영향력은 많은 부분을 차지하고 있다. 이 상목 등의 연구⁸⁾에서는 의학적 의사결정 방식이 문화와 지역에 따라 다르다고 하였다. 즉, 환자의 평소 신념과 가치관, 환자의 자율성에 대한 인정, 의사결정에 참여하는 사람의 범위와 참여의 정도는 처해 있는 문화에 따라 다르며, 우리나라에서는 다른 나라에 비해 문화적 관념이 의학적 의사결정을 내릴 때에 크게 영향을 받고 있다고 하였다. 우리나라와 같이 가족 공동체의 유대관계가 돈독한 민족성에서는 환자 개인의 가치뿐만 아니라 가족 공동체의 가치 또한 소중하게

8) 이 상목, 「의료윤리의 비교문화적 접근방법: 의학적 의사결정을 중심으로」, 『한국의료윤리 교육학회지』, 2007, 참조

생각하는 경향이 강하다고 하였다.⁹⁾ 질병과 관련된 상황을 논의하거나 의사가 제시하는 구체적 치료법에 대한 수용 또는 거부에 있어서도 환자 단독으로 결정하기 보다는 가족 공동체의 가치를 도출하기 위하여 가족회의를 통해 결정되는 경우가 많다는 것이다.

의학적 의사결정은 설명 동의(informed consent), 연명치료의 결정, 치료방법의 결정 등에서 필요하다. 특히 생명연장여부에 대한 치료 결정에서 가족의 역할과 논의는 매우 중요하다. 가족은 단지 이해갈등의 관계가 아니며, 또한 무조건적인 희생만을 강요당하는 존재도 아니다. 그들도 환자의 치료에 참여하면서 정신적, 경제적 고통을 함께 겪으며, 환자에게 최선의 치료방법을 선택하는 주체인 것이다. 의학적 의사결정을 하는 데에 있어 누가 그것을 결정하는가에 따라 크게 환자 중심의 의사결정과 가족 공동체에 의한 의사결정으로 나눌 수 있다¹⁰⁾.

환자 중심의 의사결정은 의사가 환자를 대신하여 대부분의 결정을 하는 부권주의(paternalism)적 의사결정 방식에 대립하여 나타난 윤리이다. 부권주의적 의사결정 방식에서 의사는 환자의 선호와 무관하게 의사가 환자에게 최선이라고 생각하는 치료를 선택한다.¹¹⁾ 하지만, 환자 중심의 의사결정의 윤리는 환자의 자율성이 근간을 이루며, 이 자율성은 심지어 무능력한 상태에 빠진 경우라도 존중이 된다. 이것은 세브란스 김 할머니의 경우처럼 무능력에 빠지기 이전에 평소 환자의 의사를 추정하여 자기 결정권까지 인정하려는 노력이다. 그래서 환자 중심의 윤리는 “환자에게

9) 미국의 한 연구에 의하면 한국계 미국인은 환자보다 가족이 생명 연장 중단 결정을 내려야 한다고 믿는 경향이 강한 것으로 나타났다. Tom, L. Beauchamp & James, F. Childress, “Principle of Biomedical Ethics”(5th ed.), (New York: Oxford University Press, 2001), 62.

10) 이상목, 「의학적 의사결정에서 환자의 결정과 가족의 결정」, 『한국의료윤리교육학회지』 제12권 4호, 323-334 인용.

11) Tom Beauchamp & James Childress, “Principle of Biomedical Ethics”(5th ed.), (New York: Oxford University Press, 2001), 171-185.

치료를 받을 수 있는 권리를 인정함과 동시에 의학적 치료를 거부할 수 있는 의사능력이 있는 사람의 권리도 절대적이다.”¹²⁾라는 원칙을 따른다. 환자가 이러한 치료의 선택 혹은 거부 의사를 분명히 하기 위해서는 관련된 모든 정보를 충분히 이해할 수 있는 설명 동의(informed consent)가 전제되고 있다. 오늘날 의료의 지배적인 원칙인 환자 자율성의 존중에 대해서는 비판적 시각들도 있다. 환자의 자율성은 그 자신을 위해서 최선이라고 믿는 치료를 선택할 수 있는 자유 혹은 권리를 의미한다는 것이다. 주의해야 할 점은 환자가 자율성에 입각하여 최선의 치료방법을 선택한다는 것은 개인이 권리와 자유를 가진다는 의미를 넘어, 인간으로서 해야 할 의무로서 타인에 대한 도덕적 책임도 함께 고려해야 한다.

의학적 의사결정과정에서 가족의 역할은 매우 중요하다. 실제로 가족은 환자와 가까이 살았던 피붙이로서, 친밀하여 환자에 대해 가장 잘 이해할 수 있고, 가족이 환자의 치료에 대한 결정을 할 때 그들 자신의 이익이나 이해관계를 생각하기 보다는 환자의 입장에서 최선의 치료선택이 무엇인가를 생각하여 결정하는 것을 실제 의료현장에서는 많이 볼 수 있다. 환자가 질병을 경험함으로써 겪게 되는 스트레스는 환자에게만 국한되는 것이 아니라 가족에게도 커다란 영향을 미친다. 질병은 가족에게 우울, 긴장 등의 정신적인 문제와 사회활동의 제한, 정신적인 스트레스를 가져온다는 연구결과도 있다.¹³⁾ 그래서 의료진이 의학적 결정을 상의할 때, 가족은 환자를 위해 희생할 의무도 있지만 환자로 인해 겪게 되는 가족의 희생도 있다는 점을 함께 고려해야 한다.

의학적 의사결정 과정과 관련된 한 설문조사¹⁴⁾에 따르면, “치료법 결정

12) Alan Meisel, “The Legal Consensus about Forgoing Life-Sustaining Treatment: Its Status and Prospects”, *Kennedy Institute of Ethics Journal*2(4), 1992, 319.

13) 윤영호, <품위있는 죽음의 현실과 해결방안>, 국립암센터심포지움 발표문, 2004, 10-11.

14) 방사선 치료를 받기 위해 내원한 악성종양 환자와 보호자를 대상으로 이루어진 설문조사로서 2008년 3월부터 7월까지 부산지역 3개 대학병원(동아대병원, 부산대병원, 인제대병

의 주체는 누가 되어야 한다고 생각하는가?”라는 질문에 환자의 응답에서는 환자 자신이라는 응답이 81%였고, 가족이라고 응답한 비율도 52.4%로 나타났다. 또한 가족의 응답에서는 환자 자신이라는 응답이 78.2% 가족이라는 응답이 67.3%로 나타났다. 이와 같은 결과를 볼 때, 치료결정의 주체로서 환자 자신은 물론이고 가족에게도 중요한 역할을 부여하는 것을 볼 수 있다. 의학적 의사결정의 최종 단계에서 가족은 환자가 자기 결정을 잘 내리도록 도와주는 역할을 수행할 수 있다. 환자는 절망적 질병 상태가 확인되면 당황하거나 걱정과 두려움 때문에 그릇된 판단을 내릴 수 있다. 이러한 점에서 가족은 질병으로부터 약해진 환자가 효율적인 의사결정을 내릴 수 있도록 도와줄 수 있다.

환자가 자율적인 판단을 잘 내릴 수 있도록 하기 위해서는 의료진의 지속적인 상담과 더불어 가족 간의 유대관계에 의한 충분한 대화를 통해 강화될 수 있다. 의료진은 이러한 가족회의에서 최선의 결정을 할 수 있도록 모든 의학적 지식을 동원하여 환자의 현 상태에서 다양한 치료의 방법과 장단점, 치료에 따르는 합병증의 가능성, 치료를 시행하지 않을 경우 발생할 수 있는 예측 가능한 모든 상황에 대해 충실히 알려주어야 한다. 가족회의는 관련된 모든 가족의 자율성과 그들의 이익들을 조화시켜 합의에 도달할 수 있는 최선의 의학적 의사결정 방식이다. 만약 가족회의를 통해 얻어진 가족의 결정이 환자 본인의 결정과 상충할 경우에는 환자 자신의 자율성에 근거하여 최종적으로 결정 되어야 한다.

원)의 총 294명에서 이루어졌다. 이상목·김성연·이형식, 「암환자의 의학적 의사결정과 정」, 『한국의료윤리학회지』 제12권 1호, 2009, 1-13.

2. 존엄사와 무의미한 연명치료의 중단

1) 존엄사 논란

죽음은 누구에게나 일어나는 현상이지만 잘 죽는다는 것은 개개인의 가치관, 생활환경, 문화 등에 의해 영향을 받는다. 최근에는 잘 죽는다는 것과 관련하여 관념화된 용어로서 ‘존엄사(dying with dignity)’나 ‘자연사(natural death)’를 사용하고 있지만, 역시 소극적 안락사¹⁵⁾ 또는 자살과의 개념 혼재로 인해 정확하게 정의되고 있지는 못하다.

존엄사란 무의미한 연명치료나 연명장치에 의존하지 않고 환자의 자율성에 따라 품위 있게 인간의 존엄을 지키며 죽는 죽음을 말한다. 이 말은 원래 없던 말이었지만, 안락사에 대항하여 만들어진 말이다. 자연사는 영어로는 ‘natural death’로 표현할 수 있는데, 문자 그대로 자연스럽게 죽는 죽음을 말한다. 인간이 자연스럽게 죽는다는 것은 당연한 일이지만 왜 존엄사라는 말까지 나오게 된 것인지에 대한 해답은 최근 첨단화되는 의학의 발달과 무관하지 않다. 인간의 과학 혹은 의학이 고도로 발전되기 전에는 인간의 죽음과 관련해서 존엄사와 같은 문제가 거의 없었다. 존엄사에 대한 문제가 생긴 것은 결정적으로 의학이 이전과는 비교도 할 수 없을 정도로 발달한 데에서 기인한다. 이전에는 생명이 경각에 달하면 응급조치를 할 수 없어 대부분 그냥 죽음을 맞이할 수밖에 없었다. 그러나 지금은 의학의 비약적인 발전에 힘입어 심폐소생술이나 인공호흡기, 그리고 투석기나 영양공급기 등과 같은 기계가 발명됨에 따라 제 때에만 조치하면 일단 연명하는 것이 크게 어려운 일이 아니게 되었다. 그래서 심지어 의학계에서는 의료전문가와 제대로 된 기계만 있으면 “죽음도 최대한 연

15) 최경석, 「자발적인 소극적 안락사와 소위 ‘존엄사’ 구분가능성」, 『한국의료윤리학회지』 제12권 1호, 2009, 61-76. 존엄사가 자발적인 안락사와 구분될 수 있는가에 대해 대뇌사를 죽음으로 인정할 수 있는지가 전제조건이라고 하였지만, 의학적으로 대뇌사를 명백히 구분하지 못하는 한계가 있다.

기할 수 있다”라는 오만한 주장도 서슴지 않고 있다.

존엄사와 관련하여 평소 건강할 때 가족에게 남겨두었던 사전 유언 또는 사전의료지시서에 대한 논의가 활발하다. 비가역적인 회복불가능한 상태가 되었을 때 연명치료를 환자 본인의 자율성에 의거하여 시행하지 않겠다는 것이다. 환자의 자율성을 근거로 하여 생명을 본인의 결정에 맡겨 고귀한 죽음을 유도하자고 하는 주장인 것이다. 그렇지만 이 역시 소극적 안락사 또는 자의적 안락사의 논쟁에서 벗어나기 어려우며, 삶과 죽음을 관장하는 하나님 고유의 신적 권한까지 위협하게 되는 것이다. 유교 문화권에서 죽음에 대한 표현을 직접적으로 하는 것을 꺼리는 것과 관련하여 존엄사를 ‘무의미한 연명 치료의 중단’으로 변경할 것을 권고하여 발표되기도 하였다.¹⁶⁾

2) 무의미한 연명치료의 중단

일반적으로 무의미하다는 것은 ‘삶의 질(quality of life)’과 관계가 있다. 의미 있는 치료란 환자에게 있어 ‘단순한 연명’이 아니라 ‘회복’해서 다시 사회적으로 복귀할 수 있는 상태를 말한다. 의료 현장에서의 ‘무의미한 치료(futile treatment)’에 대한 정의는 환자가 치료를 통해 더 이상의 이익을 얻을 가능성이 없다고 판단되는 치료이다. 그렇지만 연명치료 중단에 대한 여러 사례에서 볼 수 있듯이 무의미함에 대한 절대적인 기준은 존재할 수 없다. 만약 인간의 삶과 죽음을 예측할 수 있는 명확한 기준이 존재하고, 이에 따라 환자 치료가 무의미한 결과를 초래할 수 있는지가 결정될 수 있다면 연명치료 중단에 대한 논쟁은 더 이상 발생하지 않을 것이다. 그렇지만 우리들이 신이 아닌 이상 그 결과에 대해서는 알 수가 없다.

16) 정중호, 존엄사 용어를 없애고 ‘무의미한 연명치료 중단’ 사용하자고 주장하기도 하였다. 한국경제, <http://hankyung.com/news> 2009년 7월 30일자.

의학적으로 무의미하다고 판단하려면 객관적으로 무의미함을 입증할 수 있어야 한다. 무의미함을 표현하는 방법에는 양적 무의미함과 질적 무의미함을 들 수 있다.¹⁷⁾

양적 무의미함이란 여러 가지 통계 자료를 이용하여 치료 결과의 개연성을 입증하여 의학적 무의미함을 결정하는 것이다. 로렌스 슈나이더만과 낸시 잭커¹⁸⁾는 성공의 가능성이 1%보다 적다면 적극적 치료는 무의미하다고 수치화하고 있다. 즉 이러한 경우라면 일반적으로 ‘회복 불가능한’ 혹은 사실상 ‘불가능한’ 것으로 표현할 수 있다는 것이다. 그렇지만 양적 무의미함의 개념에 대해서는 다음과 같은 반론이 있다. 의료영역에서 결과의 명백한 확실성은 존재하지도 않고, 존재할 수도 없다는 것이다. 즉 생존 가능성이 1%보다 낮은 진단을 가진 환자라도 그 환자의 개인적 상황에 따라 결과가 달라질 수 있기 때문에, 생존 확률이 낮더라도 치료가 무의미한 것으로 미리 결정될 수 있는가에 대한 강한 의문이 생길 수 있다는 것이다.

양적 무의미함에서처럼 치료의 결과에 대한 수치화된 근거를 통해 얻어지는 낮은 개연성을 보는 것이 아니라, 질적 무의미함은 목적인 결과들에 대한 평가를 중심으로 한다. 즉, 질적으로 무의미한 치료는 지속적인 치료에도 불구하고 환자가 영구적인 무의식의 상태로 존재한다거나 집중 치료실에서 여러 약물과 기계에 의존하여 생명만을 유지하는 경우를 말한다. 환자의 치료에도 불구하고 의미 있는 목적이 달성되어질 수 없다면, 그것은 의학적으로 무의미한 치료로 여겨야 한다는 것이다. 그러나 어떤 목적을 추구할만한 가치가 없다는 결정은 가치의 충돌을 포함하는 것으로

17) 김진경, 「연명치료중단 결정에서 의학적 무의미함」, 『한국의료윤리학회지』 제13권 2호 2010, 123-136.

18) Tom, T & Diane, C. Futility & Hospital Policy, “Haslings Center Report”, (May-June 1995), 31.

보인다.¹⁹⁾ 즉, 의학적 무의미함의 개념이 환자의 ‘삶의 질’에 대한 평가에 초점을 맞출 때, 생명을 지속하는 것이 아픔이나 새롭게 유발되는 해로움을 능가할 수 있는지를 결정하는 가치의 충돌이 그것이다. 이러한 점에서 질적 무의미함의 주장은 가치중립적일 수 없으며, 주관적으로 판단해야 한다는 한계점을 내포하고 있다.

의료의 목적은 “단지 신체의 일부분에 영향을 미치는 것이 아니라 전체로서 환자에게 이로움을 주는 것”이 되어야 한다.²⁰⁾ 의사는 환자에게 반드시 도움을 주는 치료를 행해야 한다. 일반적으로 의료의 현장에서는 전문적인 기준에 따라 치료가 부적절하거나 무의미하다고 판단되면, 의사의 자율성에 근거하여 치료를 거부할 수 있다. 1957년 교황 비오 12세에 의한 로마가톨릭의 지침에서는 “의사는 일상적 치료(ordinary treatment)²¹⁾를 지속할 의무는 가지지만, 특수한 치료(extraordinary treatment)²²⁾를 실행할 의무는 가지지 않는다.”고 하였다. 즉 기본적인 의학의 목적들과 가치에 부합하지 않으면 의사의 자율성에 근거하여 치료를 거부할 수 있다는 것이다. 그러나 이러한 기준이 일반적으로 수용된다고 하더라도, 법적 규칙들이 확고하게 결정되기 전에는 의사들은 무의미함의 결정에 있어 자율적 판단을 내리기를 대부분 꺼리게 된다.

우리나라에서의 연명치료중단과 유보의 결정 행태에 대한 조사에 따라

19) Robert, D. T., Allan, S. B., & Joel, F., *The Problem with Futility* 326, 1992, 1561.

20) Lawrence, J. S., Nancy, S. J., & Albert, R. J., “Medical Futility, Response to critiques”, *Annals of Internal Medicine* 125(8), 1996, 669.

21) 일반적 치료란 ‘그것을 행함으로써 환자의 예후에 도움이 되며, 경제적 부담, 고통 및 불편을 주지 않는 모든 약물 또는 수술이 해당 된다. 환자에게 있어 수액 또는 음식물의 공급은 가장 일반적인 치료에 해당한다.

22) 특수한 치료란 ‘과도한 지출을 유발하면서 환자 또는 다른 사람들에게 아픔이나 불편함 없이 획득되거나 사용될 수 없는 것 혹은 사용한다고 하더라도 환자에게 합리적인 이로움의 가능성을 제공할 수 없는 것. 인공호흡기, 심폐소생술, 입증되지 않은 줄기세포의 사용 등을 예로 들 수 있으며, 시대나 상황에 따라 바뀔 수도 있다.

면,²³⁾ 응답한 중환자 전담의사들 중 10.2%는 환자 승낙과 보호자의 요청이 있는 경우에도 연명치료중단과 유보는 불가능하다고 응답하였는데, 그 이유로는 법적 문제 제기의 가능성, 연명치료 중단 의사를 결정하는 결정자가 불분명하고, 중단 결정시점이 불분명하다는 점을 들고 있다. 의사가 무의하다고 여겨지는 치료를 지속하는 것은 환자의 생명을 유지하는 유일한 기회이기 때문에 치료를 거부하거나 그만두는 것은 환자를 바로 죽음으로 몰아내는 것이다. 의학적 무의미함의 기준 이면에 있는 도덕적 원천은 ‘의료인이 각자의 전문적 특성 안에서 행하는 의료행위가 환자에게 해롭게 되지 않을 수 있다’는 확신 때문이다.²⁴⁾ 의료인들은 전문적 지식과 기술의 범위를 뛰어넘어 한 인간, 한 생명으로서의 환자를 위해 해롭다고 여겨지지 않는 범위 내에서 도덕적 가치와 윤리의식을 갖고 의료행위를 하여야 한다. 물론 의사들은 치료 결정을 내릴 때에, 적절한 예측과 위험평가를 내리는 데 있어서 특별한 전문적 기술을 가지고 있지 않다.²⁵⁾ 의료의 현장에서 의사의 전문적 견해와 자율성은 의학적 의사결정과정에서 매우 중요한 부분을 차지한다. 그렇지만, 의학적 무의미함에 대한 결정이 전문적 견해, 자율성 및 도덕적 가치에 근거하여 이루어졌다고 하더라도 환자의 생명과 직결될 수 있다는 점에서 의사는 법적 책임감의 문제에서 자유로울 수는 없다. 따라서 전문직에 근거한 자율성과 충실성에 따라 치료에 대한 옳은 판단을 내릴 수 있도록 법적, 사회적인 보장 장치가 선행되어야 한다.

23) 김소윤 외, 「연명치료중단과 유보결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행」, 『한국 의료윤리학회지』 제12권 1호, 2009, 18 참조.

24) Robert, A. B., "The Medical Futility Debate: Patient Choice, Physician Obligation and End-of-Life Care 5(2)", 2002, 253.

25) Eric, G., "Does Professional Autonomy Protect Futility Judgement? 20(2)" 2006, 98-99.

3. 연명치료 중단에 대한 우리나라의 최근 동향

우리나라에서는 1997년 보라매병원 사건 이후 치료 결정과 관련된 사회적 이슈가 본격적으로 제기되기 시작하였다. 대한의사협회는 2001년 의사윤리지침에 소극적 안락사를 포함시키려 하였으나 사회적 반발에 부딪혔고, 병원 및 진료의사들은 임종환자의 치료 중단에 소극적으로 대응하고 있었다. 2001년 회복 불가능한 상태에서의 사전의사결정과 연명치료 선호도에 대한 조사²⁶⁾가 보고된 이래 일부 병원을 중심으로 말기 신부전 환자에서의 사전의료지시서 작성사례²⁷⁾가 보고되었다. 이후 보건복지부에서는 사전의사결정을 포함하여 존엄사와 관련된 법률제정 계획을 발표²⁸⁾하였고, 국회에서는 2건의 존엄사 관련 법안이 발의되었다.²⁹⁾³⁰⁾ 발의된 법률은 2010년 2월, 6월 및 12월까지 3차에 걸쳐 법안심사소위원회에 상정되었으나 통과되지는 못하고 있다.

세브란스 김 할머니 사건은 2009년 연명치료 중단에 대한 대법원의 판결로 귀결되어 우리 사회에 커다란 이슈를 제공하였다. 존엄사 논란과 인명경시 풍조의 확산이 그것이다. 서울대병원은 2009년 5월 18일 의료윤리위원회에서 말기 암 환자의 연명치료를 대해 사전의료지시서를 공식적으로 통과시켰고, 환자가 연명치료를 받지 않겠다는 문서를 작성하면 이를 허용하겠다는 입장을 발표했다.³¹⁾ 이에 대해 한국기독교교회협의회(이하 NCCK), 명윤리위원회(위원장 강 용규 목사)는 논평에서 “삶과 죽음을 포

26) 김순이 · 이미애 · 김신미, 「성인의 advance directives에 대한 태도 연구」, 『의료 윤리 교육』 제4권 2호, 2001, 231-244.

27) 남양훈 · 서인석 · 임지환 등, 「말기 신부전 환자에서 사전의사결정서의 적용」, 『대한신장학회지』 제27권 1호, 2008, 85-93.

28) 보건복지부 보도해명자료, 2008년 2월 18일

29) 신상진 등, 존엄사 법안, 2009

30) 김세연 등, 삶의 마지막 단계에서 자연스러운 죽음을 맞이할 권리에 관한 법률안, 2009.

31) ‘무의미한 연명치료의 중단, 서울대병원 확정’, 연합뉴스, 2009년 7월 7일자.

함한 모든 생명이 하나님의 주권에 있음을 고백하면서, 서울대병원의 조치가 자칫하면 인간의 죽음을 인간 스스로 선택할 수 있다는 그릇된 판단으로 인하여, 생명경시 풍조를 당연히 여기는 결과를 가져 올 수 있다”고 우려의 목소리를 높였다. 이는 “회복 불가능한 사망 단계가 의학적으로 확인되면 환자의 자기결정권이 종교적 가치나 다른 가치보다 우선한다.”는 내용의 결정에 대한 기독교적인 외침이었다. 연명치료 환자의 ‘사전의료지시서’가 지나치게 개인의 판단에만 초점을 맞추고 있으므로, 연명치료 중단에 대한 자기 결정에 있어 ‘환자가 경제적 조건과 부담에 강요됨 없이 선택할 수 있는 건강보험제도의 개선, 의사의 판단에 대한 전적인 신뢰, 보호자가 아니라 환자 본인의 의사 존중’이라는 전제를 충족시키는 제도적 장치를 먼저 만들어야 한다고 주장하였다.

안락사와 무의미한 연명치료 중단에 대한 최근 여론의 동향을 보면 다음과 같다. 2002년의 한 여론조사결과³²⁾ “회복 불가능한 환자에서 연명치료중단에 대해 법적으로 허용이 가능한가?”에 대해 찬성 76.5%, 반대 23.3%였고, “회복 불가능한 환자에서 안락사를 법으로 허용해야 하는가?”에 대해 찬성 68.9%, 반대 30.8%로 나타났다. 또한 2006년 국정홍보처의 조사보고서³³⁾에서도 안락사를 허용해야 한다는 의견에 대해 찬성이 70.0%, 반대가 29.5%였다. 2008년 11월 28일 무의미한 연명치료중단을 허용하는 첫 판결이 있고난 직후의 여론조사³⁴⁾에서는 연명치료의 중단을 통한 존엄사를 인지하고 있는지에 대해서도 71.2%로 높은 편이었으며, 법원의 치료중단 허용 판결에 대한 찬성도 80.1%로 높았다. 또한 정부의 존엄사 법제화에 대해서도 71.8%가 “유사 사례의 범위와 적용을 체계화할

32) 2002년 5월 10일 전국 성인 1,040명을 대상으로 수행한 연명치료중단과 안락사에 대한 한국갤럽여론조사.

33) 국정홍보처, 「한국인의 의식과 가치관 조사보고서」, 2006, 133-134.

34) 2008년 12월 4일 전국 19세 이상 성인남녀 1,000명을 대상으로 SBS 시사토론이 시행한 여론조사, <http://www.realmeter.net/issue/view.asp>

수 있는 법 제정이 필요하다.”고 하였으며, 우려할 점으로 소생가능성에 대한 판단오류(39.7%), 경제적 부담으로 인한 생명 중단(25.5%), 장기매매 등 상업적 악용(14.5%), 생명경시풍조의 확산(11.1%)을 들었다. 이상의 여론조사 결과를 볼 때, 대다수의 국민들이 안락사 및 ‘존엄사’에 대해 비교적 관대하였으며, 법 제정의 필요성을 인정하고 있지만 환자의 소생가능성에 대한 판단오류, 경제적 부담으로 인한 치료 중단의 가능성에 대한 우려가 생명경시의 풍조확산에 대한 우려보다 더 높음을 알 수 있다. 현재 까지도 안락사와 연명치료중단에 관한 논의는 진행 중에 있고, 사회단체, 의료계, 윤리 및 종교계의 지도자들도 머리를 맞대고 좋은 방안을 마련하기 위해 고심하고 있다. 정부 및 입법자들도 존엄사법, 호스피스-완화치료 법안 등을 내어 안정적인 제도를 만들기 위해 노력하고 있다. 자칫 윤리적 사안의 제도화는 늘 예기치 못한 부작용을 낳을 수 있다. 안락사 및 연명 치료 중단에 대한 생각과 가치판단은 개인의 신념, 사상, 종교, 가치관 등에 따라 다를 수 있다. 일반적인 국민들의 여론이 개인의 인권과 신적 권위를 넘어서지는 못한다. 원만하게 풀어갈 수 있는 지혜와 무엇보다도 생명의 소중함을 가장 중요시할 수 있는 사회 풍토 정착이 무엇보다 필요한 때라고 생각한다.

III. 의료 윤리와 기독교적인 측면에서의 접근

1. 삶의 마지막과 관련된 치료에 있어서의 성경적 의료 윤리

우리는 사회의 구성원으로서 또한 하나님 나라의 천국시민으로서 생명 윤리에 대한 문제에 있어서 성경적 의료윤리로 중무장해야만 한다.³⁵⁾ 또

35) 김민철, 『성경적 의료윤리』, (한국 누가회 문서관출판부, 1998), 98.

한 삶의 마지막의 치료결정과 관련하여 논의되어지는 존엄사 허용과 관련하여서는 명확하고 분명한 판단기준과 목소리를 내야 한다. “주신 자도 여호와시오 취하신 이도 여호와이시니.”³⁶⁾라는 욥의 고백처럼 인간의 생명은 오직 하나님만이 취하실 수 있는 것이다. 죽고 싶을 정도로 몸이 황폐되어 가는 욥에게서 인간적인 고통이 느껴지지만, 함부로 자기 생명을 스스로 마감하지는 않았다. “여호와 하나님이 흠으로 사람을 지으시고 생기를 그 코에 불어넣으시니 사람이 생령이 된지라.”³⁷⁾ 하나님께서 생기를 불어넣어 영혼을 생명체에 넣어 놓으시자 비로소 생물학적으로 살아있는 생명체가 된 것이다. 지속적 식물인간 상태의 환자는 생물학적 기능이 일부 훼손되었다고 할지라도 영혼이 남아있기 때문에 생명체에 해당하며, 이러한 상태에서의 연명치료 중단은 살아있는 사람을 죽이는 것과 다르지 않다.

십계명에서는 분명히 살인을 금하고 있고, 욥도 심한 고통에 신음하면서도 하나님의 뜻으로 받아들여 죽음을 재촉하지는 않았다. 죽여 달라는 사울의 요청을 받아들여 그의 죽음을 도운 아말렉 청년³⁸⁾을 다윗은 칭찬하지 않고 오히려 그를 죽였다. 이와 같이 죽어가는 사람을 직접 죽이는 것에 대해 성경에서는 엄격히 반대하고 있다. 예수님께서서는 ‘상한 갈대를 꺾지 아니하시며 꺼져가는 심지를 끄지 아니하시기를 심판하여 이길 때까지 하리니.’³⁹⁾라고 하셨다. 질병의 진행으로 인하여 아무리 나약하고 연약한 상태가 된 인간일지라도 그 존엄함은 하나님께 속해져 있다. 기독교의료인으로서 상한 갈대와 꺼져가는 등불의 상태인 죽음에 임박한 환자에게 성경적 가르침에 따라 마지막으로 이 세상을 끝낼 때까지 ‘최선의 돌봄의 의학’을 적용하여야 한다. 그렇게 하기 위해서는 의료윤리의 원칙을 되짚

36) 욥 1:21.

37) 창 2:7.

38) 삼하 1:1-15.

39) 마 12:20.

어 불 필요가 있다.

생명과 관련된 의료현장에서 의료인이 항상 염두에 두어야 할 가장 기본적인 의료윤리의 원칙들이 있다. 자율성 존중의 원칙(the principle of autonomy), 악행금지의 원칙(the principle of nonmaleficence), 선행의 원칙(the principle of beneficence), 정의의 원칙(the principle of justice), 유용성의 원칙(the principle of utility)이 그것이다.⁴⁰⁾

‘무엇보다도 해를 끼치지 말라’는 악행금지의 원칙은 의료영역에서 가장 많이 인용되는 말이다. 의사는 환자를 진료할 때 부주의, 악의, 소홀함, 피할 수 있는 무관심 등에 의해 환자에게 해를 끼치는 일이 없어야 한다. 우리 사회에서 의료인들은 적법한 절차에 따라 의료인이 되었다고 하더라도, 그 역할에 따르는 책임을 지키기 위해서는 기본적인 의료윤리로 무장한 상태에서 지식, 기술, 경험을 환자에게 적용해야 하는 것이다. 윤리적 기준과 잣대를 가지고 환자에게 오히려 해가 될 수 있는 과잉진료나 무의미한 치료까지 해서는 안 된다.

“질병을 다룰 때 두 가지 습관을 가져라. 도와주던가 아니면 최소한 해를 끼치지 말라.” 히포크라테스가 기록해 놓은 이러한 지시는 선행과 악행금지의 원칙을 모두 표현하고 있다. 우리는 다른 사람의 행복과 안녕을 위하여 적절하게 도움이 되는 의료행위를 해야 하는 것이다. 의료인은 돕는 전문직(the helping profession)으로서 역할을 다 해야만 한다.

2. 기독교적인 시각에서의 죽음과 생명의 연장

기독교에서는 인간의 삶과 죽음, 그리고 부활을 연속적인 과정으로 본다. 인간은 죽음이라는 가장 비참한 상태에서 허무한 모습으로 분해되어

40) R.Munson, 『의료문제의 윤리적 성찰』, 박석건·정유석 외 옮김, 단국대학교 출판부, 9-75.

없어지지만, 사실은 부활하여 새로운 차원의 삶으로 옮겨진다. 이 사실을 역사 속에서 보여주신 분이 바로 예수 그리스도이시다. 인간의 죽음은 종말이 아니라 불완전한 상태에서 완전하신 하나님께로 나아가는 것이라고 할 수 있다. 이렇게 볼 때 죽음은 인간에게 가장 고통스럽고 두려운 것이 사실이지만, 죽음을 넘어 부활하신 주님께로 간다는 사실을 생각할 때 가장 큰 희망이 되는 것이다. 따라서 기독교적인 죽음의 이해는 낙관적인 것으로 받아들여질 수 있다. 죽음의 현실적 이해와 함께 죽음에 대한 기독교적인 이해에 근거한 부활의 생명을 나의 것으로 삼고, 매일 매일 성실하게 살아가는 정직한 삶이야말로 죽음을 극복하는 기독교인의 바람직한 삶이라고 생각해야 하는 것이다. “나는 부활이요 생명이니 나를 믿는 사람은 죽어도 살고 살아서 믿는 사람은 영원히 죽지 않을 것이다. 네가 이것을 믿느냐?”⁴¹⁾ 예수 그리스도께서는 하나님의 크신 뜻을 위해 자신을 십자가 위에서 희생하심으로 죽음을 이기시고 부활의 영원한 생명으로 인도할 길을 열어 놓으신 것이다.

생명 연장술과 죽음연기술 사이의 구분은 간단하지만은 않다. 궁극적 기준은 결국 의료진이 ‘환자를 향해 어떤 마음과 태도로 다가가느냐’의 문제이고, 지극히 내면적인 문제인 것이다. 어떤 기준으로 생명을 살리는 의료기술과 죽음과 고통을 지연시키는 기술을 구분할 것인가에 대한 인위적인 구분보다는 어떤 관점으로 그것을 이해할 것인가 하는 것이 중요하다. 기독교적으로 볼 때, 구분할 수 있는 관점을 인간으로서 명확히 알 수는 없지만 ‘환자의 고통을 살피시는 하나님의 마음’으로 이해해야 한다. 새 생명의 활력으로 삶을 회복할 가능성이 보이지 않은 상황에서, 단지 호흡기와 영양 주사로 몸의 생물학적 상태를 유지하고 있는 사람과 그 앞에서 이러지도 못하고 저러지도 못하며 안타까워하고, 때로는 재정적

41) 요 11:25-26.

문제를 고민해야 하는 자신들을 비하하고 자책하는 가족들을 하나님은 어떻게 바라보실까? 고통 받고 억압받는 자의 부르짖음을 듣고 응답하시는 주님의 마음을 이해해야 하는 것이다. 이것이 바로 우리가 죽음 지연술에 대해 갖고 있는 추상적이고 관념주의적인 논의에서 벗어나 ‘오직 하나님의 은혜로만’(sola gratia)이라는 개신교의 근원적인 원리에 초점을 둘 수 있는 근거이다. 따라서 삶의 마지막에 대한 치료를 결정할 때에는 하나님의 뜻이 의료인의 선의에 의한 뜻보다 앞서야만 한다.

IV. 삶의 마지막 치료를 결정하는 데에 있어서 기독교의료인의 역할

1. 환자의 죽음을 대하는 의료진의 소통 기법

사회의 구성원들이 활발하게 의사교환을 할 수 있도록 유도하는 소통의 중요성은 의료계에서도 강조되고 있다. 의료 행위를 시행함에 있어 환자 중심의 소통과 진료행위는 반드시 필요하며, 환자의 질병에 대한 감정이나 의견을 의료진에게 잘 표현할 수 있도록 유도하는 것이 환자의 만족도뿐만 아니라 치료과정의 순응도도 높일 수 있다. 이와 같은 소통의 중요성은 일반 진료에서뿐만 아니라, 죽음을 앞두고 있거나 죽음을 생각해야만 하는 환자와 환자 가족을 대하는 경우에 더욱 부각될 수 있다. 의료진이 어떠한 말로 죽음에 임박해 있음을 알리게 되거나, 어떠한 소통과정을 통해 다양한 치료의 방법을 알려주고 선택하는 데에 도움을 주게 될 때, 또는 연명 치료와 관련된 이야기를 어떻게 접근하는 것이 효율적인 지에 대한 논의에서 소통은 중요하다. 특히 말기 암환자처럼 중대한 질병으로 죽음에 이르게 되는 환자에게 ‘나쁜 소식 전하기’와 환자·의사·가족 간의 성공적인 공동의사 결정을 유도하기 위한 ‘의료진의 소통방법과 기술’⁴²⁾

이 환자의 남은 삶을 고통스럽지 않게 보낼 수 있도록 하는 데에 있어서 매우 중요하다.

효과적인 소통을 하는 데에 있어 가장 중요한 기본은 의료진과 환자 및 환자 가족 상호간의 이해와 신뢰라 할 수 있다. 환자가 죽음에 임박해 있다는 것은, 직접 그 현실을 경험하는 환자와 옆에서 임종 과정을 지켜보는 가족, 그리고 죽음과 관련된 전문적 의견과 의학적 판단을 내려야만 하는 의료진에게 있어 매우 중요한 사건이다. 질병과 죽음에 대한 두려움과 걱정, 생존해 있는 동안 발생할 수 있는 여러 가지 의학적 판단과 경제적 부담, 그리고 이해관계가 얽힐 수 있는 환자 가족들의 상황을 파악하는 것이 결코 쉬운 문제만은 아니다. 결국 의료진은 환자나 환자가족을 대할 때에 환자에게 남겨진 선택의 여지를 구체적으로 어떻게 설명하고, 연명 치료를 논할 때 어떠한 결정을 내릴 수 있도록 도와주어야 할지에 대한 현실적인 벽에 쉽게 부딪힐 수도 있다.

말기 환자의 진료에 있어 의사가 먼저 환자에게 죽음이 임박해있다는 사실을 직접 알리는 것은 권장되지 않는 방법이다. 대부분의 경우 환자나 환자가족이 의사의 견해를 재차 물어보면서 반박하거나, 또는 아무런 반응도 하지 않으면서 그 사실을 쉽게 인정하지 않는다. 자신의 임박한 죽음을 알게 된 환자는 보통 처음에는 그 사실을 부정하고 다가오는 죽음에 대해 분노하게 된다. 그 다음에는 의사에게 매달려 살려달라고 타협을 시도하다가, 불가능함을 인지하게 되면 우울의 단계를 거치게 된다. 임박한 죽음을 받아들이기까지 여러 심리적 반응의 단계⁴³⁾를 거쳐야 하는 환자를 생각한다면, 의사가 단도직입적으로 소통하는 것은 바람직하지 않다.

42) John P. S., "Medical Futility in the Post-modern context", *HEC Forum* 19(1), 2007, 80 참조.

43) 스위스 태생의 정신과 의사인 퀴블러로스는 그녀의 책 『죽음의 이해』(on death and dying, 1969, 초판)에서 죽음의 5단계로서 부정과 고립, 분노, 타협, 우울, 순응의 단계가 있다고 하였다.

의료진은 나쁜 소식을 알리기에 앞서 환자와 환자 가족의 입장에 대해 묻고, 그에 관련된 이야기를 환자 측으로부터 먼저 이끌어내어 그 맥락에서 죽음이나 연명치료에 대한 대화가 형성되도록 하면, 소통상의 갈등과 거부감을 줄일 수 있다. 환자나 환자가족 측으로부터 먼저 죽음에 관련된 이야기를 이끌어내기 위해서는 단계적 질문기법을 사용하는 것이 효과적이다. 즉, 처음에는 일반적인 질문으로부터 시작하여 한 단계씩 점차적으로 죽음과 관련된 질문으로 좁혀가면서 환자나 환자가족의 생각과 감정 및 의견 등에 대해 물어보는 것이다. 예를 들면 “아픈 것은 어떠한지?, 기분은 어떤지?”와 같은 일상적인 질문에서 시작하여 마음이 열려지면, 구체적이고 특정한 질문을 유도한다. 환자나 가족들에게 “병이 어떤 상태인지 아는가? 진행의 상태와 향후 어떠한 경과를 겪게 될지 아는가?” 등을 물어보게 된다. 이러한 상황에서는 환자 측에서 연명치료, 완화치료 및 무의미한 치료의 중단에 대한 여러 가지 가정을 하면서 질문과 대답이 오가게 된다. 염두에 둘 것은 서너 단계를 거치는 동안 환자에게 심리적 안정을 찾을 수 있도록 유도하고, 교육정도와 개인 성향의 의지 여부 등을 고려하여 단계를 건너 뛰어야 할 지도 고려해야 한다. 각 단계별로는 하나의 질문뿐만 아니라 여러 가지의 다양한 질문을 준비하는 것이 더욱 효과적이다. 단계적인 질문을 사용하면 점차적으로 환자 측의 구체적인 생각과 감정을 이끌어내게 하며, 의학적 소견을 전달하거나 환자의 상태변화를 설명하고 이에 대한 치료 여부를 결정할 때에 원활한 소통이 가능하도록 도와준다. 의료진의 입장에서 볼 때, 단계적 질문을 사용할 경우 죽음이나 연명치료에 대한 사실을 알리기에 앞서 환자 측의 생각, 감정, 갈등 관계 등을 알 수 있기 때문에 환자와 환자 가족과의 협력적인 관계를 유지할 수 있다.

2. 돕는 전문인으로서 기독의료인의 역할

기독교인의 죽음에 대한 관점은 고통 없는 죽음, 생명연장을 위한 의료 집착적 치료, 외부적 요인에 따르는 생명의 포기 등의 관점을 넘어서 '맞이하는 죽음' '영생을 준비하는 죽음'으로 승화되어야 한다는 것에 초점이 맞추어져 있다. 이 세상에서의 죽음은 인생이 끝나는 것이 아니라 부활과 영생으로 향하는 출발이며, 하나님 나라에서의 새 삶에 대한 준비인 것이다. 따라서 무의미한 생명연장을 무조건적으로 지속해야 할 기독의료인들의 성경적 의무는 찾아보기 어렵다. 생명에 대한 관점은 개인 존재로서의 나 자신이 아니라 창조주 하나님으로부터 맡겨진 삶을 조금씩 살아가는 것이기 때문에 개인이 함부로 할 수 없는 것이며, 의료인은 이것을 조금이라도 도와줄 필요성조차 없다. 의료인은 돕는 전문직으로서의 최선의 치료를 다하면 되는 것이고, 영적으로 하나님을 만나지 못해 안타까운 영혼의 전도를 위해 삶의 마지막 단계에서 영적인 구원을 하는 것에 힘써야 한다. 환자가 받고 있는 현실에서의 고통은 당장은 환란으로 다가오지만, 인내와 연단을 통하여 하나님께서 바라는 부활의 소망으로 나아가도록 해야 하는 것이다. 죽음에 임박한 환자를 돌보게 되어 있는 기독의료인에게는 승화된 하나님의 뜻이 내재되어 있는 것이다.

무의미한 치료의 중단이 생명을 일찍 마감하도록 도와주는 것이 될 수도 있으므로, 의료인은 호스피스치료 또는 완화치료를 통하여 환자로 하여금 고통을 적게 하면서 긍지를 가지고 자연스럽게 죽음을 맞이하도록 도와 줄 수 있다. 환자로서는 죽음에 대한 두려움보다는 죽음에 이르기까지의 고통과 가족 및 가까운 사람과의 이별에 대한 슬픔, 사후에 대한 불안감이 가장 커다란 문제일 수 있기 때문에 정신적인 지지치료와 함께 영생에 대한 전도가 치료적 관점보다 더욱 중요한 역할을 할 수도 있다. 임종에 임박한 말기 환자에서는 의료 기술적인 측면도 중요하지만, total

care의 시각에서 전인격적인 대응과 영적인 보살핌도 함께 고려하여야 한다. 전문직으로서의 윤리의식을 가지고 있는 의료인, 성직자, 상담자, 사회사업가가 협력하여 고통 중에 있는 임종환자에게 영적인 위로와 평안을 제공해야 하는 것이 하나님께서 바라는 우리의 역할인 것이다.

V. 나오는 말

최근 우리 사회는 2009년 세브란스 김 할머니 사건에 대한 소위 최초의 '존엄사 허용' 판결이 있고난 후, 삶의 마지막 치료와 관련된 연명치료의 중단에 대한 국민적 관심과 논의가 뜨겁다. 일부 국민 여론조사에서는 존엄사에 대해 관대하게 허용할 수 있다거나, 사전의료지시서의 작성이 필요하다거나 심지어는 안락사의 허용까지 가능하다는 의견까지 있었고, 국회에서는 존엄사 법안을 구체화하여 공청회를 거쳐 입법 논의까지 되고 있다.

의학적으로는 다양한 치료방법의 개선과 연명치료기구의 발달로 삶의 마지막을 맞게 되는 환자에서도 어느 정도 기간의 연명이 가능해졌으며, 이러한 치료의 중단은 소극적 안락사가 될 수 있어 법적, 사회적으로 항상 논란의 소지를 안고 있다. 특히 기독의료인의 입장에서는 의료 현장에서 내리게 되는 치료의 중단 결정이 곧바로 생명과 직결되어 고귀한 하나님의 뜻을 저버릴 수 있으므로, 의학적 판단과 결정에 있어 더욱 신중을 기해야 한다. 기독의료인은 회생 가능성에 대한 객관적 확률이나 과학적 지식에만 의존하지 말고, 하나님이 우리에게 맡겨준 환자에게 적용되는 성경윤리적인 잣대를 통하여 진료하여야 한다. 기독의료인은 의료집착적인 행위를 멀리하고, 임종환자의 병적 상태를 잘 파악하며, 신체뿐만 아니라 영적인 보살핌까지 도와주어야 한다. 또한 환자 및 보호자와 함께 지속적

인 대화와 상담을 통해 다양한 환자의 상태와 치료 결정에 필요한 정보를 제공하여 효율적인 의학적 의사결정을 환자와 가족들이 결정할 수 있도록 도와주어야 한다. 인위적이고 작위적인 결정이 아니라 하나님의 뜻에 가장 합당한 최선의 결정을 내리도록 해야 하는 돕는 전문인으로서의 역할을 감당하여야 한다.

참고문헌

- 국정홍보처. 『한국인의 의식과 가치관 조사보고서』. 2006.
- 김민철. 「성경적 의료윤리」. 한국누가회. 『생명의료윤리』. 서울: 한국누가회 문서출판부, 1998.
- 김소윤 · 강현희 · 고윤석 · 고신옥. 「연명치료중단과 유보결정에 대한 한국 중환자 전담의사 인식과 실행」. 한국의료윤리학회. 『한국의료윤리학회지』 제12권. 2009.
- 김순이 · 이미애 · 김신미. 「성인의 advance directives에 대한 태도 연구」. 한국의료윤리교육학회. 『의료, 윤리, 교육』 제 4권. 2001.
- 김진경. 「연명치료중단 결정에서 의학적 무의미함」. 한국의료윤리학회. 『한국의료윤리학회지』 제13권. 2010.
- 남양훈 · 서인석 · 임지환 등. 「말기 신부전 환자에서 사전의사결정서의 적용」. 대한신장학회. 『대한신장학회지』 제27권. 2008.
- 보건복지부 보도해명자료. 2008년 2월 18일.
- 연합뉴스. 2009년 5월 18일자 보도 내용.
- 윤영호. 「품위 있는 죽음의 현실과 해결방안」. 국립암센터 심포지움 발표문. 2004.
- 이상목 · 김성연 · 이형식. 「암환자의 의학적 의사결정과정」. 한국의료윤리학회. 『한국의료윤리학회지』 제12권. 2009.
- 이상목. 「의료윤리의 비교 문화적 접근방법. 의학적 의사결정을 중심으로」. 한국의료윤리학회. 『한국의료윤리학회지』. 2007.
- 최경석. 「자발적인 소극적 안락사와 소위 ‘존엄사’ 구분가능성」. 한국의료윤리학회. 『한국의료윤리학회지』 제12권. 2009.
- 한국궤립여론조사. 2002년 5월 10일.
- Alan Meisel. “The Legal Consensus about Forgoing Life-Sustaining Treatment: Its Status and Prospects”. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2. 1992.
- Eric, G. Does. “Professional Autonomy Protect Futility Judgement?”. *Bioethics* 20. 2006.
- Henrick Wolffe, 이호영 · 이종찬 옮김. *Philosophy of medicine*. 『의학철학』. 서울: 도서출판 아르케, 1999.

- John P. S. "Medical Futility in the Post-modern context", *HEC Forum* 19. 2007.
- Lawrence, J. S., Nancy, S. J. & Albert, R. J. "Medical Futility. Response to critiques". *Annals of Internal Medicine* 125, 1996.
- Muson, R., 박석건·정유석 옮김. *Intervention and reflection: Basic issues in medical ethics*. 『의료문제의 윤리적 성찰』. 서울: 단국대학교 출판부, 2001.
- Palon, H. J., 김성호 역. *The Categorical Imperative: A Study in Kant's Moral Philosophy*. (Hulchinson of London, 1970). 『칸트의 도덕철학』. 서울: 서광사, 1977.
- Robert, A. B., "The Medical Futility Debate: Patient Choice, Physician Obligation and End-of-Life Care." 2002, 5.
- Robert, D. T., Allan, S. B. & Joel, F. "The Problem with Futility". *Journal of Ethics* 326(23). 1992. 1561.
- Tom, L. Beauchamp & James, F. Childress. *Principle of Biomedical Ethics*(5th ed.). New York: Oxford University Press. 2001, 62.
- <http://www.hankyung.com/news> 2009년 7월 30일자 보도
- <http://www.realmeter.net/issue> 2008년 12월 4일자
- <http://www.yonhapnews.co.kr> 2009년 7월 7일자 보도

논문투고일 : 2011. 04. 29

심사개시일 : 2011. 05. 18

게재확정일 : 2011. 06. 09

• 국 문 초 록 •

사회적으로 삶의 마지막을 맞이하는 장소가 의료기관으로 바뀌고 있어, 의료인이 삶의 마지막 치료와 관련된 의학적 판단을 하는 빈도가 높아지고 있다. 의료인들에게 요구되는 생명윤리에서는 소중한 생명을 연장하기 위한 치료는 당연시되고 있으나, 불필요한 치료의 지속은 의료집착적인 행위에 해당하여 오히려 사회적이고 윤리적인 문제를 일으킬 수 있다. 또, 회복 불가능한 환자에서 연명치료의 중단은 환자의 죽음으로 이어져 존엄사 또는 안락사 허용과 같은 중대한 문제를 일으킬 수도 있다. 실제 의료현장에서는 삶의 마지막과 관련된 치료를 결정하는 데에 있어 회복 불가능한 환자인지에 대한 판단, 어느 정도 범위까지 치료를 하는 것이 좋은 것인지에 대한 판단이 쉽지 않으며, 그 결정에 따르는 결과와 윤리적 갈등, 법적인 책임문제 등은 더욱 복잡하다. 따라서 본 논문에서는 삶의 마지막 치료의 대상과 치료를 위한 의사 결정의 구조를 살펴보고, 무의미한 연명치료 중단에 대한 최근의 동향과 이슈를 살펴봄으로써 사회적 현황을 점검하고자 하였다. 또한 본 논문을 통하여 삶의 마지막 치료가 필요한 환자를 결정하는 데에 있어 필요한 의료윤리와 성경적 윤리를 분석해보고, 그 결정에 있어 기여할 수 있는 기독교의료인으로서 역할과 방법론에 대해 논하고자 하였다. 결론적으로 기독교의료인은 회생 가능성에 대한 객관적 확률이나 과학적 지식에만 의존하지 말고, 하나님이 우리에게 맡겨준 환자를 허용되는 성경 윤리적 관점에서 진료하여야 한다. 환자에게는 신체뿐만 아니라 영적 보살핌도 도와주고, 환자 가족에게는 효율적인 의사소통의 기법을 통하여 최선의 향후 치료에 대한 결정을 내릴 수 있도록 돕는 전문인이 되어야 한다.

주제어 : 연명치료, 존엄사, 의료윤리, 치료결정, 성경적 윤리, 기독교의료인
