한국의료윤리교육학회지 제10권 1호(통권 제17호) : 23-32, 2007년 6월
Korean J Med Ethics Educ 10(1) : 23-32, June 2007
ISSN 1229-0904
ⓒ한국의료윤리교육학회

생명의료윤리에 대한 비교문화적 접근:
의학적 의사결정을 중심으로*

이 상 목**

Ⅰ. 머리말

우리는 생명 · 의료 문제들을 해결하려고 할 때 서양의 생명의료윤리에 의존하는 경우가 많다. 그런데 서양의 생명의료윤리는 서양 이외의 다른 문화에서 발생하는 의료문제에 적용할 때 부적합하거나 불충분하다. 그 이유는 서양문화는 개인의 가치를 우선적으로 보는 개인주의적이고, 자유주의적인 특성을 갖고 있기 때문이다. 이러한 지적 · 문화적 전통에서 발생한 서양의 생명의료윤리는 근본적으로 개인의 자율성을 토대로 하고 있다. 이에 따라 그들은 자율성과 자기결정 그리고 개인주의적 자유를 강조하고 있다. 이에 반해 관계적이며 가족중심적인 문화적 특성을 갖고 있는 동양 사회에서는 가족공동체의 가치에 더 우위를 두고 있다.[1)]

이러한 동 · 서양의 문화적 배경의 차이는 의료 현장에서 발생한 문제를 해결하기 위한 의학적 의사결정의 방법에도 상당한 영향을 미치고 있다. 서양에선 각 개인들이 그 자신의 운명을 결정해야 하는 점을 강조하고 있으나, 동양에선 각 개인들은 가족 구성원과 협의해야 한다는 점을 강조한다. 그래서 서양에선 의사가 말기 암 환자에게 병에 대한 사실을 밝힘으로서 환자 스스로 자신의 운명을 결정하도록 하나, 동양에선 환자에게 진실을 밝히기보다는 가족 공동체가 이에 대해 결정을 하도록 한다. 이러한 사실을 두고 볼 때, 생명의료윤리의 도덕 원칙들을 적용할 때, 그러한 원칙들이 각 나라와 지역의 문화적 특성에 적합한가를 고려해야 할 것이다. 그리고 한국에서의 생명의료윤리 연구도 한국사회의 문화적 특성과 관련하여 연구해야 할 필요가 있다고 본다.

이에 본 연구는 의학적 의사결정이라는 문제에 대해 동양과 서양은 어떻게 접근하고 있는가를 비교문화적 접근법[2)]을 통해 고찰하고, 또한 동양의 의학적 의사결정 방법이 한국의 의료현장에서 어떻게 적용되고 있는가에 대해 논의할 것이다. 의학적 의사결정은 의료 개입과 치료 그리고 인체실험연구에 있어서 환자나 피실험자로부터 설명 동의(informed consent)를 받는 과정에서 중요한 사항이며, 또한 인간의 존엄성과 존중을 담보해 주는 생명의료윤리의 아주 중요한 개념이다. 그

* 이 논문은 2006학년도 동아대학교 학술연구비(공모과제)에 의하여 연구되었음.
** 동아대학교 인문학부. 051-200-7145. leesm@dau.ac.kr

1) Callahan D. Bioethics. ed by Reich WT. Encyclopedia of Bioethics(2nd ed). Vol 1. New York : MacMillan, 1995 : 248.
2) 서양 중심의 생명의료윤리이론에 대한 반성으로 나타난 비교문화적(cross- cultural) 접근은 생명 · 의료문제의 해결을 위한 원리들을 그 사회의 전통적 문화와 관련하여 고찰하는 방법을 말한다.

www.kci.go.kr

러므로 의학적 의사결정에 대한 비교문화적 접근은 생명의료윤리의 연구에 있어서 상당히 의미 있는 일이라고 생각한다. 이를 위해 서양의 의학적 의사결정이 서양의 문화적 배경과 어떠한 관련성을 갖고 있는가를 살펴 볼 것이며, 그리고 동양의 의학적 의사결정이 동양사회의 문화적 배경과 어떠한 관련성을 갖고 있는가를 살펴 볼 것이다. 그리고 본 연구에서 지칭하고 있는 동양지역은 한국을 포함한 유교문화권(중국, 일본, 대만, 홍콩 등)에 한정할 것이다. 이들 지역에서 유교문화는 개인과 사회의 의식에 내면화되어 있고 아직도 삶의 규범으로서 작용하고 있기 때문이다.

II. 서양의 도덕관점: 자율성과 자기결정자로서의 개인

1960년대에 서양, 특히 미국을 중심으로 생명 · 의료문제를 다루는 학문으로 탄생한 것이 바로 생명의료윤리학이다.[3] 생명공학과 의료기술의 눈부신 발전은 예전에 미처 생각하지 못한 새로운 윤리적 물음을 야기하였다. 이러한 물음은 기존의 전통 도덕이론으로 다루기 힘든 과제이었다. 그것은 전통 도덕이론을 구체적인 생명의료 문제에 적용했을 때 적용하는 도덕이론에 따라 그 해결책이 다르기 때문이다. 따라서 적용하는 도덕이론에 대한 합의가 없는 경우에는 생명 · 의료문제의 해결에 도움이 되지 않는다.[4] 이러한 이유로 Beauchamp과 Childress는 전통 도덕이론에 의존하지 않고 생명 · 의료문제를 해결하기 위한 생명의료윤리의 네 원칙을 제안하였다.[5] 이것은 원칙주의(principlism)[6]라고도 불리고 있으며 전통 도덕이론 이외에 다른 방법으로 생명의료윤리의 의사결정 방법을 확립하려는 첫 번째의 시도이다.

원칙주의는 우리가 다원적 사회에 살고 있기 때문에 일반적인 혹은 보편적인 도덕이론을 찾는 것은 유용성이 없다는 점과 우리가 도덕이론에 대해서는 불일치하지만 어떤 원칙들에 대해서는 모두 동의할 수 있다는 가정에서 출발하였다. 그런데 원칙주의는 원칙들을 사례에 적용시킬 때, 원칙들 간에 자주 충돌을 일으키고 그들 사이에 어떤 체계적인 관계가 결여되어 있다. 따라서 이 원칙들에 우선순위를 매길 방법이 없기 때문에 원칙주의는 현실적으로 생명 · 의료문제를 해결하기 위한 지침으로서의 역할을 하지 못하고 있다.[7]

이와같이 서양의 전통 도덕이론과 원칙주의도 생명 · 의료문제를 해결하기 위한 만족할 만한 접근방법이 아님을 알 수 있다. 이들이 일반적이고 체계적인 특성을 갖고 있으나 추상적인 진술로 구성되어 있어 애매

3) 이상목. 생명윤리학의 출현배경과 접근방법, 철학연구 2001 ; 23 : 191-213.
4) Beauchamp과 Childress는 기존의 전통 도덕이론인 공리주의, 의무론, 공동체주의, 돌봄의 윤리가 생명의료윤리의 접근법으로 적합하지 않음을 논증하고 있다. Beauchamp TL, Childress JF. Principle of Biomedical Ethics(5th ed.). New York : Oxford University Press, 2001 : 337-383.
5) 공리주의자인 Beauchamp와 의무론자인 Childress는 일상도덕(common morality)을 인정하고, 그것으로부터 일련의 중간 수준의 원칙(middle-level principle)을 끌어낸다. 이것은 단일한 높은 수준의 도덕이론에 의존하지 않고 중간 수준의 원칙을 우리가 처한 생명 · 의료문제에 적용시켜 그 해결책을 추론해 내는 하향적이고, 연역적 방법이다. 그것은 자율성 존중 원칙(Respect for Autonomy), 피해 회피 원칙(Nonmaleficence), 선행 원칙(Beneficence), 정의 원칙(Justice)이다.
6) Clouser와 Gert는 Beauchamp과 Childress가 제안한 원칙을 '원칙주의(principlism)'라고 규정하면서, 원칙은 상대적으로 추상적인 범주의 원칙들이며 피상적으로 단순히 원칙들을 집합시킨 것에 불과하다고 비판한다. Beauchamp과 Childress는 이에 동의하지 않고 있으나 그들의 이론을 원칙주의라고 널리 사용하고 있다. Clouser JD, Gert B. A Critique of Principlism. Journal of Medicine and Philosophy 1990 ; 15 : 219 ; 이상목. 원칙에 근거한 생명윤리학의 방법론. 철학논총 2003 ; 31 : 235.
7) Toulmin은 원칙주의가 원칙을 사례와 무관하게 경직되게 적용할 때 '원칙의 폭군'으로 변해 버린다고 주장한다. Toulmin SE. The Tyranny of Principles. Hastings Center Report, 1981 ; 11 : 31-39.

www.kci.go.kr

하고 여러 가지 뜻으로 해석될 수 있는 모호함을 갖고 있다.[8] 그리고 동일한 도덕이론이 어떤 생명 · 의료문제에 대해 상이한 해결책을 제시하는 경우도 있다.[9] 도덕이론과 원칙주의가 갖고 있는 이러한 해석의 다양성 문제는 도덕이론과 원칙에 부가해야 할 구체적 규칙이 요구되기도 한다.[10]

서양의 전통 도덕이론과 원칙주의가 갖고 있는 또 다른 문제점은 그 이론들이 개인적 자기결정과 자율성을 과대하게 강조하고 있다는 점이다. 공동체주의 생명의료윤리학자들에 의하면,[11] 자유주의 패러다임에 기초한 도덕이론과 원칙주의는 개인의 자율성을 지나치게 강조함으로써 개별적인 개인을 윤리적 판단의 최종 결정자의 위치에 두게 되었다고 주장한다. 이들은 공동체로부터 분리된 개별적 인간을 생각할 수 없다는 점에서 출발하였고, 인간의 자율성을 지지하지만 자율적 인간은 고립되어 살 수 없기 때문에 생명의료윤리의 출발점은 개인보다는 공동체로 본다. 공동체주의 생명의료윤리학자들은 의학적 의사결정과정에서 공동체의 실천과 그에 부합하는 공동선이 우선되어야 한다고 주장한다. 여기서 그들은 공동선을 개인의 욕구 보다 더 높은 도덕적 우선성을 갖고 있는 것으로 본다.

최근 들어, 동양의 생명의료윤리학자들 사이에서도 의학적 의사결정에서 개인주의적 자유를 강조하며, 자율성과 자기결정을 중요시하는 서양의 생명의료윤리가 동양사회에서 발생하고 있는 생명 · 의료문제를 해결하는데 불충분하다는 주장이 일어나고 있다. 일본에서는 서양의 생명의료윤리가 그들에게 소개된 후, 일본인들이 서양의 생명의료윤리와 그 원칙의 적용에 대해 커다란 어려움을 직면하게 되었다. 특히, 온정적 간섭주의(paternalism)에 익숙한 일본인들은 자유주의적 개인주의에 근거한 설명동의를 이해하는 것은 쉽지 않았다.[12] 그리고 유교적 가르침이 현재 그들의 삶속에 깊게 내면화되어 있는 유교문화권인 동북아시아(한국, 일본, 중국, 홍콩, 대만)와 같은 지역에서는 유교 생명의료윤리를 연구해야함을 지적하고 있다.[13] 그리고 필리핀에서도 서양의 생명의료윤리가 그들 지역에 도입된 후 빚어지는 혼란과 문제점을 지적하면서 그들 문화에 적합한 생명의료윤리의 원리를 제안하고 있다.[14] 생명의료윤리가 개인과 그들 공동체의 현실적인 삶과 밀접한 관련성을 갖고 있기 때문에, 서양의 생명의료윤리를 문화적 배경이 다른 아시아의 의료 현장에 그대로 적용할 때 부적합한 경우가 발생하는 것이다. 이러한 일이

8) Beauchamp과 Childress는 자율성 존중의 원칙을 칸트와 밀로부터 이끌어 냈다. 그렇기 때문에 자율성 존중의 원칙은 두 가지 상이한 방식으로 해석될 수 있다. 즉 칸트에 있어서 사람이 도덕적으로 행동하는 것은 오직 그가 이성이 요구하는 것을 의지(willing)한다는 의미에서 자율적으로 행위할 때만 그렇다. 반면 밀에 있어서 자율성은 한 사람의 자유(liberty)와 행위의 자유(freedom)에 의해서 형성된다. 만일 어떤 사람이 그의 욕구와 삶의 목적을 추구하기 위해 행동한다면, 그는 자율적인 행위자라고 밀은 말한다. 그러나 칸트에게 있어서 이런 행위는 자율적인 선택이 아니라 타율적인 선택이다.

9) 공리주의 생명윤리학자인 Peter Singer와 David Friedman은 정의에 관해 서로 다른 방안을 제시하고 있다. Peter Singer는 보건의료제도에 대한 정부의 통제를 주장하나 David Friedman은 보건의료제도의 자유시장 정책을 주장한다.

10) Beauchamp과 Childress는 원칙이 갖고 있는 이러한 해석의 문제를 구체화(specification)와 상이한 원칙들 간의 균형잡기(balancing)라는 전략을 통해서 해결하려고 한다. 그들은 원칙을 구체화하는 규칙, 예를 들어, 진실 말하기, 신뢰, 프라이버시, 충실, 덕 , 돌봄 등을 부가함으로써 원칙에 대한 해석의 어려움을 해결하려 한다. 이상목. 앞의 글 : 238-239.

11) 공동체주의 생명의료윤리학자로 Emanuel, Kuczewski, Callahan 등을 들 수 있다. 이에 대한 자세한 내용은 다음의 문헌을 참조하라 : Emanuel EJ. The Ends of Human Life : Medical Ethics In a Liberal Polity. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1991 ; Kuczewski M. Fragmentation and Consensus : communitarian and Casuist Bioethics. Washington, DC : Georgetown University Press, 1997 ; Callahan D. Principlism and Communitarianasm. Journal of Medical Ethics 2003 ; 29 : 287-291.

12) Hoshino K ed. Japanese and Western bioethics : Studies in Moral Diversity. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 1997.

13) Fan R ed. Confucian Bioethics. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 1999 ; Qiu RW ed. Bioethics : Asian Perspectives, Boston : Kluwer Academic Publishers, 2004.

14) Alora AT, Lumitas JM ed. Beyond a Western bioethics : Voice from the Developing World. Washington, DC : Georgetown University Press, 2001.

www.kci.go.kr

발생하는 것은 동·서양의 도덕관점(moral perspective)[15]이 서로 다르기 때문이다.

도덕관점이란 도덕이론과 원칙을 포함하여 도덕 공동체의 구성원에 의해서 생활화된 도덕적 삶의 방식들이고, 살아있는 풍부한 내용을 담지하고 있는 도덕적 전통들이다. 예를 들어, 서양에선 개인에 강조점을 두고 있는데 반해 동양에선 사회적 단위(가족 및 공동체)에 강조점을 두고 있다. 또한 서양에선 도덕 판단의 근거를 도덕원칙에 두는 경향이 있으나, 동양에선 도덕판단이 도덕원칙에 의해서 이루어지기보다는 생활화된 도덕적 덕목에 의해서 이루어진다. 그리고 그러한 도덕원칙의 적용에 있어서도 서양에선 자율성 존중의 원칙에 무게를 두나 동양에선 선행의 원칙에 중요성을 두고 있다. 이러한 동·서양의 도덕관점의 차이로 인해 자율성과 자기결정이라는 서양의 개인주의적 도덕관점에 근거한 서양의 생명의료윤리는 문화적 배경을 달리하는 동양 사회에서 발생하는 생명·의료문제에 대해 어떤 구체적 결론을 이끌어 내기에 불충분하다.[16] 그러므로 동양의 의료현장에서 발생하는 생명·의료문제에 대해 서양의 도덕이론과 원칙으로 접근하기보다는 동양의 도덕관점으로 접근하는 것이 더 유용하다.

도덕관점은 그 사회의 고유한 문화적 배경과 불가분의 관계를 맺고 있다. 따라서 어떤 지역의 도덕 관점을 이해하기 위해서는 먼저 그러한 도덕관점이 발생하게 된 지역의 문화적 배경을 파악해야 할 것이다. 이러한 문화적 배경에 대한 이해는 결국 동·서양 생명의료윤리의 담론에서 다름과 특수성을 존중하게 될 뿐만 아니라, 문화에 따라 상이한 도덕적 언명을 이해하게 된다.

서양의 도덕관점은 개인주의적 자유에 근거한 자율성과 자기결정을 중요한 원리로 삼고 있다. 이러한 개인주의적 접근은 서양의 전통 종교와 철학 그리고 사회문화적 특성과 불가분의 관련성을 갖고 있다. 개인주의 사상의 이념인 '자율적인 자기결정자로서의 개인'은 그 뿌리를 그리스 문화[17]와 그리스도교[18]의 전통에 두고 있다. 그러나 서양에서 개인주의가 완전하게 출현하게 된 때는 18세기 이후로서, 이때부터 종교는 세속화의 길로 접어들었고, 철학사상에서도 교회의 권위로부터 벗어나 합리적이며 자유로운 사고를 하는 개인이 나타나기 시작하였다.[19] 개인주의 자율성의 관점은 점차 개인의 자발적인 동의와 선택이라는 이념으로 발전되어 나갔다.[20] 그리고 동의와 선택 그리고 독립성은 개인의 자율성이라는 관념의 핵심적인 본질이 되었다. 이로부터 자율성과 개인의 권위를 강조하는 개인주의 자율성의 이념은 서양의 사회·문화적 전통이 되었다.

15) 도덕관점에 대한 논의는 주로 Ruiping Fan의 입장을 따랐다. 그는 도덕관점을 세 가지 구성요소로 구분하여, 첫 번째 구성요소는 구체적인 도덕적 전형(exemplar)으로서 도덕적 담론, 도덕적 모범, 도덕적 이야기, 규칙과 같은 것들이다. 두 번째 구성요소는 도덕적 언명(commitment)으로서 효의 덕 혹은 개인적 자유를 예로 들 수 있다. 세 번째 구성요소는 공식적인 진술(statements) 로서 인(仁)의 원리 혹은 개인의 권리를 예로 들 수 있다. Fan R ed. Moral Theories vs. Moral Perspectives : The Need for a New Strategy for Bioethical Exploration. ed by Po-Wah JT. Cross-cultural perspectives on the (Im)Possibility of Grobal Bioethics. Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2002 : 369-390.

16) Po-Wah JTK ed. Cross-cultural perspectives on the (Im)Possibility of Grobal Bioethics : 16.

17) 자율성(autonomy) 이라는 술어의 어원은 그리스어 *autos*(self) 와 *nomos*(rule 혹은 law)에서 나왔다. 그리스 시대 이후 자율성의 개념은 독립적이며 반성적인 합리적 선택자로서의 개인에 대한 개념으로 되었다.

18) '자율적인 자기결정자로서의 개인'이라는 개인주의의 뿌리를 그리스도교에 두고 있는 것은 다음과 같은 사실로부터 이다: "누구든지 나에게 오려면 자기 아버지와 어머니, 아내와 자녀, 형제와 자매를……미워하지 않으면 내 제자가 될 수 없다." 루카 14, 26. 성경에서 그리스도교 신앙을 받아들일 목적으로 그 가족들로부터 그 자신을 분리시키는 사람을 찬양한 사실이 있고, 종교개혁 후 개신교에서 자신의 삶(신앙)에 관한 결정에 대한 책임을 그 개인이 가지고 있으며 또한 성경 텍스트의 이해와 해석에 대한 개인의 능력을 인정하고 있다는 사실에 근거하고 있다. Veatch RM. Autonomy and Communitarianism : The Ethics of Terminal Care in Cross-Cultural Perspective. ed by Hoshino K. Japanese and Western bioethics : 121.

19) 자율적이며 합리적 개인이란 이념은 흄, 루소, 칸트, 록크, 홉스 등의 사상에서 잘 나타나고 있다.

20) Po-Wah JTL. Confuncian and Western Notions of Human Need and Agency : Health Care and Biomedical Ethics in the twenty-First Century. ed by Qiu RJ. Bioethics : Asian Perspectives : 18.

www.kci.go.kr

그리고 이러한 전통은 보건의료 영역에도 영향을 줌으로써, 자율성과 개인의 자기결정 그리고 자유로운 동의의 세 가지 가치들은 서양의 환자 중심의 의학의 발전과 더불어 자율성에 정향된 생명의료윤리의 발전의 토대가 되었다.

이제 환자 중심의 의학과 자율성에 정향된 생명의료윤리는 환자의 선택의 자유와 의학적 의사결정에서 환자의 참여 그리고 환자의 자기이익을 극대화시키는 방향으로 나아갔다. 또한 개인주의 자율성의 관념은 안락사, 임신중절, 장기이식, 생명복제기술 등과 같은 현대 생명의료문제에 있어서 개인의 권리와 선택의 자유를 옹호하는 추진력이 되었다. 예를 들어, 서양에서 환자가 의학적 의사결정을 할 수 있는 능력을 갖고 있고 그 환자의 치료에 대한 어떤 결정이 환자 자신의 선을 위한 것이라면, 의학적 치료를 거부하기로 결정한 환자의 자율적인 선택은 존중된다.

서양의 생명의료윤리에서 개인의 자율성의 강조는 환자의 권리와 선택의 자유라는 긍정적인 결과를 얻기도 하였지만, 개인의 자율성은 의학적 의사결정에서 최고의 우선성을 갖게 되었다.[21] 그 결과 의학적 의사결정에서 관련된 사람들이 나눔과 참여보다는 분리와 고립을 강화함으로써 가족공동체의 의사결정을 무시하고, 또한 환자와 의사의 관계를 훼손하기도 하였다.

지금까지 서양에서 개인의 자율성과 자기결정이라는 도덕관점이 발생하게 된 배경을 찾아보았다. 다음에는 서양의 도덕관점과 다른 특성을 보이고 있는 동양, 특히 유교의 도덕관점을 유교의 사상적 배경과 관련하여 살펴보겠다.

Ⅲ. 유교의 도덕관점: 인간애(仁)와 관계적 개인

생명의료윤리는 그 사회의 고유한 지적, 문화적 배경과 불가분의 관계를 맺고 있다고 할 때, 한국의 의료현장에서 발생하는 생명 · 의료문제에 대한 해법은 한국의 문화적 배경에서 출발해야 할 것이다. 그런데 한국인의 문화적 배경을 몇 가지로 단순화 시켜 추출한다는 것은 쉬운 일이 아니다. 그러나 유 · 불 · 도에 의해서 형성된 한국의 문화는 한국인의 의식 속에 복합적으로 용해되어 왔으나, 유교가 한국인의 정신문화에 많은 영향을 미치고 있음을 부인할 수 없는 사실이다.[22] 유교는 한민족에 있어서 불교와 더불어 1,600년 이상 함께 숨 쉬어 왔고 그리고 한민족에 전래된 최초의 보편적인 사상이요 종교이다. 특히 유교가 국가의 지배 이념으로 관철되었던 조선조 500년 동안 유교는 한민족의 정치와 사회윤리규범이 되어 한 민족의 마음속에 내면화되어 갔다. 그러므로 유교는 개인과 가정의 윤리의식, 가치 질서 의식에 내면화되어 있어서 겉으로 나타난 의식 차원에서는 탈유교화한 듯 하지만 내면적 차원에서 아직도 강렬한 삶의 규범으로서 작용하고 있다.[23]

그러면 유교의 도덕관점을 류핑판이 제시한 도덕관점의 세 가지 구성요소에 따라 살펴보겠다. 첫째로, 유교의 도덕적 전형으로서 사람이 항상 행해야 할 실천덕목인 오륜(五倫)을 들 수 있다.[24] 오륜은 모든 인간관계의 가장 중요한 본래적 전형이고, 인간사회의 기본적인 양식을 형성하고 있다. 이것들은 인간관계를 중요시하는 유교로부터 나왔고, 유교의 도덕관의 가장 기본이

21) Engelhardt HT. Morality, Universality, and Particularity : rethinking the role of community in the foundations of Bioethics. ed by Po-Wah. Cross-cultural perspectives on the (Im)Possibility of Grobal Bioethics : 19.
22) Fan R. Introduction : Toward A Confucian Bioethics. ed by Fan R. Confucian Bioethics : 1.
23) 금장태. 한국유교사상사. 제2권 유교편. 서울 : 연세대출판부, 1992 : 5-6.
24) 五倫(오륜) : 군신유의(君臣有義) 임금과 신하 사이에 의리(義)가 있어야 하고, 부자유친(父子有親) 아버지와 아들은 친(親)함이 있어야 하며, 부부유별(夫婦有別) 남편과 아내는 분별(別)이 있어야 하며, 장유유서(長幼有序) 어른과 어린이는 차례(序)가 있어야 하고, 붕우유신(朋友有信) 벗과 벗은 믿음(信)이 있어야 한다.

www.kci.go.kr

되는 도덕원리이다. 그리고 오륜에서 제시된 다섯 가지 원칙인 친(親) · 의(義) · 별(別) · 서(序) · 신(信)은 기본적인 인간관계를 규제하는 도덕원리이다. 이러한 다섯 가지 덕과 더불어 유교에서는 부자 사이에 효의 덕과 같은 구체적인 형태의 인간관계에 관한 덕을 제시하고 있다. 다섯 가지 기본적인 인간관계들은 그 관계를 증진시키기 위해 각각의 관계에서 비대칭적인 덕을 요구한다. 예를 들어, 부모는 자녀에게 친(親, 자애)해야 하며, 반면에 자식은 부모에게 효도해야 한다. 임금은 신하에게 의(義, 자비)하고, 신하는 임금에게 충(忠, 공경)해야 한다.

유교가 제시한 다섯 가지 도덕원리 중에 세 가지(親 · 別 · 序)가 가족관계(부모와 자식, 남편과 아내, 늙은이와 젊은이)를 규정하고 있음을 볼 때 유교의 가장 중심적인 관계는 가족관계이다. 이러한 점에서 오륜은 가족 중심적인 유교문화를 잘 드러내고 있음을 알 수 있다. 그리고 이러한 가족관계는 인의 개념의 토대이며, 인의 개념을 본질로 하는 인간관계의 형태이다. 유교에서 사람들을 사랑(仁)하는 것은 그들이 친척이기 때문이다. 사랑으로서의 인은 근본적으로 사람들이 그들의 부모와 형제들에 대해 자연적으로 가지게 된 감정에 기초해 있다. 이 점에서 "효와 형제애는 인의 뿌리이다."[25]라고 말한다. 효와 형제애의 근원은 가족관계의 형태로부터 나온 것이다. 그래서 가족 구성원 중에 한 사람이 상처받거나, 질병에 걸리거나, 장애를 가질 때 그것은 전체 가족의 문제로 간주된다. 그리고 가족과 관련된 의학적인 의사결정도 전체 가족에 의해 결정된다.

둘째로, 유교의 주요한 도덕적 언명으로 효 사상을 들 수 있다. 유교 문화에서 개인들은 효의 덕을 지키지 않고서는 그 사회의 일원으로 살 수 없다.

셋째로, 유교의 공식적인 진술은 인(仁)이다. 개인주의적이고 실용적인 문화적 배경에 근거한 서양의 도덕관점은 '개인의 자율성' 이나 동양의 도덕 관점은 '인'이다. 인은 최고의 도덕적 이념인 인간애로 대표되며, 자비, 상호성, 예(禮), 효, 충성, 타인에 대한 이타적 관심 등과 같은 모든 특수한 덕을 포함하고 있다.

유교사회에 있어서 이상적 인간관계는 인간애의 원리에 의해서 특징지어 진다. 인간애는 개별적 인간의 기본적인 덕이며, 인간사회의 근본적인 원리이기도 하다. 유교에서 인간애는 사람들로 하여금 위에서 언급한 다섯 가지 기본적인 관계(부자, 군신, 부부, 장유, 친구)에 비추어 사랑을 실천하기를 요구한다. 인간애에서 사랑은 각 인간관계에 대해 구체적인 덕(의(義) · 친(親) · 별(別) · 서(序) · 신(信))으로서 표현된다. 그리고 인간애는 사랑, 동정, 보살핌과 우애, 타인에 대해 느끼는 도덕 역량이며, 부모와 형제에 대한 사랑을 그 근본으로 하고 있다.

유교의 도덕관점은 인간을 관계적 존재로 이해하고 있고, 인간애(仁)를 그러한 인간관계의 중심적인 도덕원리로 규정하고 있음을 보았다. 여기서 유교의 최고의 도덕적 이상인 인간애(인)는 모든 인간관계(환자와 의사의 관계를 포함하여)를 지배하는 최고의 도덕적 이념이다. 즉, 유교에서 인간관계는 인에 의해서 인도되며, 개인들은 타인과의 관계와 의무에 의해 깊은 영향을 받는다. 그리고 개인들은 이러한 관계와 의무에 의해서 형성되어 진다.

인간애로서의 인은 유교사회에서 인간관계를 지배하는 중요한 도덕개념이다. 그리고 인으로부터 출발한 덕으로서의 인격도 관계적 개념이다. 인격은 고립된 인격으로 목격되지 않고 항상 관계라는 그물망의 일부로 고려된다. 따라서 관계는 인격을 구성하고 완성시킨다. 인은 개인 간의 관계와 사회적 관계 속에서 무엇보다도 가족 내부에서 연마되고 발전되었다.

유교는 '의학은 인술(仁術)이다.' 라고 말하고 있다. 유교에서 의학을 인술로 언급한 것은 의학의 중심 원리

25) 논어 1:2.

www.kci.go.kr

가 바로 인간애의 원리라는 것이다. 인술로서의 의학은 사람들에게 질병을 예방하도록 하며, 환자의 고통을 완화시켜 주며, 건강을 증진시키도록 도와주는 것을 목표로 한다.[26] 또한 인술은 의사가 이러한 의학에 대한 전문적인 능력과 더불어 의사와 환자, 환자의 가족 사이에 적합한 관계를 유지시킬 수 있는 인격을 의미하기도 한다. 이러한 인격의 개념도 유교의 최고 개념인 인으로부터 나온 것이다. 유교에서 의학을 인술로 규정하면서 의사가 인간애의 덕을 갖춘 인격자이기를 바라듯이, 최근에 서양의 생명의료윤리학자들 사이에서도 의사의 덕의 중요성을 강조하고 있다. 이들에 의하면 의사가 의학기술에 대한 탁월한 능력과 더불어 훌륭한 성품을 가진 사람이기를 바란다.[27]

Ⅳ. 동 · 서양의 의학적 의사결정 유형

의료 현장에서 의사결정의 방법은 아주 중요하다. 한 사회에서 의학적 의사결정의 주체가 누구인가에 대한 문제는 그 사회가 받아들이고 있는 인간생명과 인간관계에 대한 지배적인 도덕관점에 의해서 이루어진다. 서양의 인간생명과 인간관계에 대한 지배적인 도덕 관점은 자율적 자기결정자로서의 개인에 근거해 있다. 이에 따라 서양의 의학적 의사결정의 유형은 개인적(individualistic) 형태를 갖고 있으며 환자는 스스로 자신의 문제를 결정해야 함을 강조한다. 그러나 서양의 개인주의 자율성은 모든 문화에 보편적으로 적용되지 않는다. 개인주의적 자유를 강조하며, 자율성과 자기결정을 중요시하는 서양의 생명의료윤리가 개인을 관계적 존재로 인식하는 동양사회에서 발생하고 있는 생명 · 의료문제를 해결하는데 불충분하다. 유교에서 개인은 원자화된 고립된 실체가 아니라 사회적 환경과의 상호의존적인 관계에 있다. 그러므로 유교에서 도덕의 출발점은 타인과의 관계 속에 있는 개인이지 개인적 자유와 권리는 아니다. 유교사회에선 개인의 자율적인 자기결정보다는 가족 혹은 공동체에 의해 공유된 의사결정과 선택에 더 높은 가치를 두고 있다.

유교사회에서 인간생명과 인간관계에 대한 지배적인 도덕관점은 인간애(仁)에 근거한 관계적(공동체적) 개인이다. 그리고 인간애는 유교의 가족주의의 중심적인 원리이다.[28] 유교는 인간애의 도덕원리에 따라 인간관계에 대한 가족주의적 관점을 재구성하였다. 이에 근거하여 의학적 의사결정에 대한 가족주의적 모델을 형성하였는데, 그것은 가족적(familistic) 형태를 갖고 있으며 전체 가족이 결정해야 함을 강조한다. 이러한 가족주의적 의사결정 모델은 유교의 이상인 인간애의 이상과 아주 잘 들어맞고 있음을 알 수 있다. 개인의 가치보다 공동체의 가치를 중요하게 생각하는 한국과 같은 유교문화권에서 생명의료 문제의 해결 방식은 환자의 의사 보다 가족공동체의 의사에 의해서 많이 결정되고 있다. 환자들도 자신의 문제가 전체 가족에 의해서 결정되는 것을 당연한 것으로 받아들인다.

반면에 서양에서의 의학적 의사결정에 있어서 가족의 역할은 일반적으로 강조된 적이 없으며 개인은 비교적 독립적인 위치에 있다.[29] 그리고 서양에서 진단과 치료에 대한 심각한 대화도 주로 의사와 환자 사이에서 이루어져 왔고, 구체적인 치료를 수용하거나 거부하는

26) Fan R. Reconsidering Surrogate Decision Making : Aristotelianism and confucianism on Ideal Human Relations. Philosophy East and West 2002 ; 52 : 351.
27) 김진경. 환자와 의사의 도덕적 대화를 위한 덕으로서 존중. 한국의료윤리교육학회지 2006 ; 9(2) : 99-111.
28) 설문조사에서 "자신의 삶에서 가장 중요한 것이 무엇이냐?"는 질문에 '가족'이라고 대답한 응답자가 87.5%에 이른다. 가족의 가치를 중요시하는 가족관은 의료현장에서도 자주 보이는 현상이기도 하다. 예를 들어, 우리나라에서 뇌사자 장기이식률 보다 가족간의 생체장기이식이나 교환이식률이 높은 것도 이러한 강한 가족관의 결과이다. 설문조사는 2003년 2월과 3월 사이에 실시된 것임. 이상목 외. 한국인의 죽음관과 생명윤리. 서울 : 세종출판사, 2005 : 285-332 참조.
29) Fan R. Reconsidering Surrogate Decision Making : 350.

www.kci.go.kr

데 있어서 최종적인 결정도 주로 개별 환자가 한다. 이와 달리 유교문화권에서 의사는 진단, 질병의 예후, 치료 등 질병과 관련된 문제를 환자 혼자보다는 환자의 가족들과 논의한다. 따라서 의사가 제시한 구체적인 치료에 대한 수용 혹은 거부도 개인이 결정하는 것이 아니라 가족회의에서 결정된다. 그리고 죽음 및 임종과정에 대한 태도와 삶의 종료시점에 대한 결정에 있어서도 한국인은 가족이 결정을 내리는 경향이 강하다. 이러한 현상은 서양에서 개인의 자율성 중심의 생명의료윤리에서는 고려되지 않고 있다.

자율성에 대해 서양의 생명의료윤리와 유교의 생명의료윤리 사이에 기본적인 차이가 있다. 유교에서 자율(autonomy)이란 용어는 개인에게 적용될 뿐만 아니라 가족 혹은 공동체와 같은 특별한 단위의 사람들에게도 적용된다.[30] 비취(Veatch) 역시 동양사회에서 가족은 서양의 자율적인 개인에 비교될 수 있는 자율적인 사회적 단위로 간주되고 있음을 지적하고 있다.[31]

이러한 점에서 가족은 고통 받고 있는 환자를 가장 잘 이해할 수 있는 위치에 있으며, 그 환자를 가족 이외의 다른 사람들로부터 구별해 주는 자율적인 단위이다. 가족은 의료현장에서 의사결정을 할 수 있는 최종적인 권위를 갖고 있다. 따라서 유교사회에서 가족이 환자를 어떻게 돌보고, 환자를 위한 최선의 것이 무엇인가를 결정하는 것은 자연적인 현상이다. 결국 가족적 의사결정 모델은 가족에 대한 존중을 강조함으로써 의사결정에서 의사와 환자 가족 간의 관계 그리고 환자와 그의 가족들 간의 관계에 대해 깊은 관심을 갖게 한다.

그리고 유교의 도덕관점인 인간애의 원리와 효의 덕의 중요성은 뇌사와 장기이식에 대한 인식과 의사결정에서 서양과 다른 독특한 관점을 제공한다. 한국에서 뇌사자의 장기이식율은 아주 낮으나 가족에게 장기를 기증하겠다는 비율이 높고, 또한 가족이 관련된 생체장기기증이 많다. 이러한 사실은 설문조사에서, "가족이라면 신장 또는 간의 일부를 기증하겠는가?"라는 질문에 응답자의 76.3%가 긍정적인 입장을 보인 반면, 가족이 아닌 경우에 장기기증을 하겠다는 사람이 25.5%뿐인 점에서도 잘 나타나고 있다. 그리고 뇌사자의 장기처분에 있어서도 가족의 결정을 중요시하고 있는 것은 한국인이 가족을 중요시하는 가족관의 결과이다. 이에 반해 서양에서 가족에 대한 생체장기기증의 예는 아주 낮은 수준이나 뇌사자 장기이식율은 아주 높다. 장기이식에 대한 이러한 상반된 반응은 유교 문화를 고려하지 않고서는 이해하기 어렵다.[32]

그리고 한국에서 효의 덕이 의학적 의사결정에 있어서 서양과 다른 독특한 관점을 제공하고 있음을 간과해서는 안 된다. "신체와 털, 피부는 부모에게서 받았으니 감히 훼상하지 않는 것이 효행의 시작이다."[33]라는 효사상은 뇌사와 장기이식의 의사결정에 많은 영향을 미치고 있다. 여기서 한국인은 자신의 신체보전을 효의 실천에 일치시킨 결과 장기이식에 대해 부정적인 태도를 보인 것이다. 우리나라 사람들은 효나 가족사랑(仁)을 매우 중요한 가치로 간주하고 있어서 환자에게 도움이 된다면 무엇이든지 기꺼이 하려고 한다. 아픈 가족을 위해서 할 수 있는 모든 것을 하지 않는 것은 그 가족에게 면목없는 짓이 된다.

30) Fan R. Self-determination vs. family-determination: two incommensurable principles of autonomy. Bioethics 1997 ; 11 : 322.
31) Veatch RM. Autonomy and Communitarianism : The Ethics of Terminal Care in Cross-Cultural Perspective : 124.
32) 이상목. 한국인의 문화적 관점과 장기이식의 윤리. 윤리교육연구 2005 ; 8 : 241-259. 여기서 뇌사와 장기이식에서 발생하는 윤리적 문제와 장기이식의 활성화를 가로 막는 현실적 문제에 대한 해결책을 한국인의 문화적 관점(특히, 한국인의 영혼관과 신체관 그리고 가족관) 에 근거하여 고찰하였다.
33) 『孝經』 '經1章' : "子曰 … 身體髮膚 受之父母 不敢毁傷 孝之始也."

www.kci.go.kr

V. 맺음말

서양에서 탄생하고 발전하여 온 생명의료윤리의 접근법을 사회 및 문화적 배경이 다른 우리의 현실에 그대로 적용하는 것은 많은 문제점이 있음을 알았다. 그리고 우리의 생명 · 의료문제에 대한 해법을 찾을 때 우리의 문화적 배경에 적합한 유교의 도덕관점에 주목해야 할 필요가 있음을 지적하였다. 우리의 의료현장에서 개인의 자율성의 강조와 환자의 권리와 선택의 자유가 신장되어야할 경우도 있음을 부인하지 않는다. 그러나 개인의 자율성에 최고의 우선성을 부여하는 서양의 의사결정 방법은 우리의 의료현장에 그대로 적용하기엔 부적합하다. 유교사회에선 가족 공동체 중심적이며 관계를 중요시하는 도덕관점에 따라 전체 가족과 환자 그리고 의사의 공동의 숙고에 의해서 의사결정이 이루어져야 할 것이다.

본 연구는 생명의료윤리의 접근법으로서 유교의 도덕관점에 한정하여 연구를 진행하였다. 유교가 한국인의 정신문화에 많은 영향을 미쳐 왔음이 사실이기는 하나, 불교와 도교 그리고 민간신앙도 한국인의 의식 속에 복합적으로 용해되어 왔음을 부인할 수 없다. 그러므로 우리의 생명의료윤리학의 접근법에 있어서 유교, 불교, 도교, 민간신앙 모두를 관통하는 종합적인 연구가 더욱 필요하다고 생각한다. 마지막으로 서양의 생명의료윤리에 경도되어 있는 우리의 학계에서 한국의 문화에 근거한 생명의료윤리에 대한 연구가 필요하다는 점을 지적하고 싶다. ME

색인어 : 의학적 의사결정, 도덕관점, 생명의료윤리의 접근법, 비교문화적 접근법, 개인적 의사결정, 가족적 의사결정

www.kci.go.kr

Korean J Med Ethics Educ 10(1) : 23-32, June 2007

A Cross-Cultural Approach to Biomedical Ethics: Medical Decision Making

LEE Sang-Mok*

The supremacy of individual consent and autonomy in resolving bioethical problems and medical decision making is increasingly being called into question in Eastern cultures, where long-standing customs and traditions often clash with the Western principles of autonomy, self-determination, and individual rights. In order to strengthen and promote medical ethics and bioethics in the East, a detailed understanding of the ethical traditions of both civilizations is needed. This study goes some way toward fulfilling that need by providing a cross-cultural comparison of Eastern and Western bioethics and examining Confucian and Western moral perspectives on medical decision making.

Keywords: Medical decision making, Moral perspective, Biomedical ethics, Cross-cultural approach, Self-determination, Family-determination

* *College of Humanities, Dong-A University*

www.kci.go.kr