

연명치료 중단과 인간적 품위를 지니는 죽음

안 성 희

가톨릭대학교 간호대학



‘죽음은 출생과도 같이 생명의 일부분이다. 삶이 소중하듯 죽음도 소중하다’고 타고르는 일찍이 말한 바 있다. 타고르가 말한 죽음은 인간적인 품위를 지니는 죽음 혹은 인간답

고 품위 있는 죽음을 의미하였으리라고 여겨진다.

인간적 품위를 지니는 죽음이 곧 존엄사일진대 현재 존엄사에 대한 개념이나 정의가 다양하고 일부 왜곡되어 논란의 여지가 있음은 주지의 사실이다.

존엄사를 회복가능성이 없는 환자에 대한 연명치료 중단이라고 보는 견해¹⁾도 있어서, 존엄사와 소극적 안락사의 구별 가능성이 상황에 따라 명확하지 않을 수 있다는 견해²⁾와 더불어 용어 사용의 혼란이 있다.

2009년 5월 대법원의 무의미한 연명치료장치 제거 등에 관한 판결을 전후로 우리 사회에서는 무의미한 연명치료 중단을 둘러싼 많은 논의들이 전개되어 왔다. 각계 각층의 다양한 찬반 논쟁이 활발하게 이루어 졌고, 관련된 기준(안)이나 지침(안)들도 속속 발표되었다.

2009년 7월 3일 서울대학교 병원은 단독으로 무의미한 연명치료의 중단에 대한 진료권고안을 자체 의료윤리위원회에서 통과하였다.³⁾ 한국보건의료연

구원도 9월 28일 전문가와 관련단체의 의견 수렴 및 국민인식조사 결과를 토대로 무의미한 연명치료 중단이 제도화를 위한 12개항의 기본원칙을 발표하였다.⁴⁾ 또한 2009년 9월에는 대한의학협회, 대한의학회, 대한병원협회 공동으로 연명치료중지에 관한 지침을 발표한 바 있다. 또한 존엄사법 내지는 말기환자의 생명연장조치 중단 등에 관한 법률안 발의 등 관련법 제정의 움직임도 뒤따르고 있다.

한편 한국보건의료연구원은 보건복지가족부와 건강보험심사평가원의 협조를 받아 연명치료 실태 조사를 한 결과(2009)에 따르면 의식이 없는 상태에서 인공호흡기 등으로 연명치료를 받고 있는 환자의 40%가 말기 암환자, 식물상태·뇌질환자 순이었다. 전국의 256개 병원 중환자실에서 연명치료 중인 환자는 말기 암 659명(42.4%), 지속적 식물상태 286명(18.4%), 뇌질환 192명(12.3%), 뇌사 77명(5%) 등 1,592명에 달했다. 이는 전체 입원환자의 1.67%에 해당하는 수치다. 심평원의 청구자료를 활용해 2007년 만성질환으로 사망한 18만명을 대상으로 임종 한달 전 중환자실 이용자의 연명치료 내역을 보면 이용자의 56.4%가 인공호흡기를 부착했고 30.3%가 심폐소생술을 받았다. 2가지 조치를 같이 받은 경우는 22.8%였다. 특히 심폐소생술의 경우 미국(23.1%)보다 적용률이 높은 것으로 나타났다. 사망 한달 전 중환자실 입원 평균 일수는 10.6일, 중환자실 이용률은 18.1%로 조사되었다. 순환기계·호흡기계 말기환자들의 중환자실 이용률과 심폐소생술·인공호흡기 사용률은 모두 높았던 반면 말기 암환자는 상대적으로 낮았다.

1. 김진열(2005). 존엄사, 최선의학사.

2. 최경석(2009). 자발적인 소극적 안락사와 소위 '존엄사'의 구분 가능성, 한국의료윤리학회지 12(1): 61-76.

3. 서울대학교 병원 7월 7일 보도자료

4. <http://www.neca.re.kr>, 9월 28일 보도자료

이와 같은 의료현장의 실태에서 많은 논의들이 진행되고 있지만, 무의미한 연명치료 중단에 의미와 범위가 동일하다고 볼 수 없다. 지금까지 발표된 여러 지침이나 원칙들에서 인정하고 있는 무의미한 연명치료 중단에 범위는 대체로 환자의 (직접적 또는 추정적) 의사에 따라 심폐 소생술이나 인공호흡기 제거 등 의학적 치료를 중단하는 것으로 볼 수 있다. 인공적인 영양공급의 중단까지는 포함하지 않고 있다.

우리나라와 달리 외국의 경우에는 법원의 판결을 통해 무의미한 연명치료 중단에 범위에 인공호흡기의 제거는 물론 영양공급 중단까지 인정하는 사례들이 있다.

미국의 한 예에서 지속적 식물인간상태에 빠진 테리 시아보에게 영양공급을 중단하도록 남편이 요청하였는데, 플로리다주 법원과 연방대법원이 이를 인정하였고 2005년 급식튜브가 제거되었다.

앞서 제시된 생명연장 중단 결정을 내리게 한 경우, 도덕적 정당성을 확보하기 위해서는 다음 세 가지의 조건이 분명하게 충족되어야 한다.

첫째, 건강회복의 희망이 전혀 없어야 한다. 건강이 회복되어서 잠깐이라도 정상생활을 할 가능성이 없다는 것이 의학적으로 입증되어야 한다.

둘째, 그 치료가 환자와 가족에게 큰 고통을 주고 있어야 한다. 건강을 회복할 작은 희망이 있을 때라도 의학적으로 가능한 방법을 모두 사용기 보다는 환자와 가족의 인간적인 면을 전부 고려하면서 가능한 방법을 사용해야 한다.

셋째, 환자의 자율성을 존중하여야 한다. ‘모든 사람들은 자유를 행사할 권리를 가지고 있으며 동시에 그들이 자유로운 도덕적 존재’임을 인정하는 자율의 개념은 인간 존엄성과 관련이 있다. 여기에는 자신의 신상에 대한 결정을 내릴 권한과 자기 자신의 동의 없이는 그 어떠한 행위도 자신에게 가해지지 않게 할 권리가 포함된다.

따라서 스스로 결정할 능력을 완전히 갖추고 있는 환자가 어느 특정한 치료를 했을 경우와 그것을 거부했을 경우에 나타날 수 있는 결과에 대하여 의사로부터 의학적 설명을 들은 후에 자신이 스스로 내린 결정은 존중되어야 한다.⁵⁾ 왜냐하면 환자는 그에게 숙명적으로 다가오는 고통 외에 참된 회복과 의미 있는 생명의 연장에 대한 전망 없이 인간의 손에 의해 추가되는 고통, 즉 더 큰 고통이나 고통의 시간의 단순한 연장으로부터 보호받을 권리가 있기 때문이다. 하지만 이것이 부당하게 확장되어 개별적인 인간 생명의 가치를 사회적인 유용성에 의해 판단하려 한다면 이것은 분명하게 거부되어야 한다.

또한, 이때에 결코 간과해서 안 되는 중요한 논점이 있다. 교황청 신앙 교리성이 2007년 8월 1일에 밝힌 바와 같이, 환자가 소화시키지 못하거나 투여하면 신체의 심각한 곤란이 초래되지 않는 한 영양과 수분의 공급, 수혈과 주사 등과 같이 생명을 유지시키기 위한 기본적인 치료와 정상적인 간호는 지속되어야 한다는 사실이다. 또한, “지속적인 식물인간 상태”의 환자라 할지라도 그는 “기본적인 인간존엄성을 지닌 인간이므로 원칙적으로 인공적인 수단에 의해서라도 물과 음식의 투여를 포함하는 통상적이고 균형을 이루는 돌봄을 받아야 한다”는 사실 역시 망각해서는 안 된다는 점이다.

그러므로, 다음과 같은 사항들이 진지하게 토론되어야 한다.

첫째, 환자의 자율성을 근거로 죽음의 단계에서 인간이 스스로 생명을 포기하는 것이 정당화 될 수 있는가? 자율성은 여러 가지 치료의 방법이 있을 때 어떤 과정을 거쳐서 어떤 진료를 선택할 것인지에 대한 결정일 뿐이다.

둘째, 돌이킬 수 없는 죽음의 단계에 들어선 인간을 어떻게 파악해야 하는가?

5. 2008년 5월 7일 가톨릭생명윤리연구소에서 개최한 ‘사건의료지시서의 현실적 논의와 윤리적 고찰’에서 발췌한 내용임.

생명을 상대화하고 차별화하는 의도의 가능성을 우려하지 않을 수 없다. 생명권은 법의 기본권의 목록에 넣을 필요조차 없는 ‘근본규범’이므로, 포기 와 양도, 제한의 대상이 될 수 없다는 의미이다.

현대의 급속히 발전된 의료기술은 이제 고도의 생명유지기술을 통해 죽음의 시간을 연장시킬 수 있게 되었으며, 의료인들은 환자의 질병을 치료하는 직무에서 심폐소생술이나 인공호흡기 등의 생명 연장을 위한 기계 장치를 통해 죽음의 과정을 지연시키는 것이 죽음과 싸우기 위해 동원되는 의술의 한 방법으로 생각하기도 한다.

그러나 이러한 생명연장을 위한 기계 장치가 진정으로 환자들의 선익을 위한 것인가? 오히려 환자 에게 고통만 가중시키고, 기계에 의존하다가 결국 죽어가는 것이 어떠한 의미가 있는가? 하는 반성이 뒤따르기 시작하였다.

그렇다면, 인간적 품위를 지닌 혹은 인간적인 죽음은 무엇인가?⁶⁾

인간은 이 세상에서 ‘인격적 존재’로 불림을 받았으며, 양심을 가지고, 자유롭게, 책임감을 가지고 인간됨을 실현해 가면서 자기에게 주어진 삶을 살아가는 존재이기도 하다. 죽음 또한 이러한 삶을 살아가는 인간에게 예외 없이 피할 수 없는 인간 실존의 한 영역이며, 적극적으로 받아들여져야만 하는, 삶의 또 다른 형태인 것이다.

오늘날 인간적인 품위를 지닌 죽음을 방해하는 한 요소로 지적되는 것은 죽음의 의료화 내지는 상업화이다. 현대 의학의 생명유지 기술들이 이제는 죽음의 속도까지도 조절하면서 환자의 선익은 고

려하지 않은 채 오히려 고통만 가중시키는 등, 죽음을 의료화 시키고, 죽음의 본질을 왜곡한다는 것이다.

여타의 충분한 치료법이 없다면 그러한 수단이 아직 실험 단계에 있고 어떤 위험이 없지 않다 하더라도, 가장 진보된 의학기술에 의하여 제공된 수단들을, 환자의 동의 아래 사용하는 것은 허용된다.

그 결과가 기대에 너무 미치지 못할 때, 환자의 동의 아래 그러한 수단들을 중단하는 것은 허용된다. 그러나 그러한 결정을 내리기 위해서는 그 방면에 특히 유능한 의사들의 조언은 물론, 환자와 환자 가족들의 온당한 소망을 참작해야 할 것이다.

의학이 제공할 수 있는 정상적인 수단에도 불구하고 회피할 수 없는 죽음이 임박할 때, 불확실하고 고통스러운 생명의 연장만을 가져다주는 치료법을 거부할 수 있는 결정은 양심 안에서 허용된다. 단, 유사한 병증의 환자에게 요구되는 정상적인 간호는 중단되지 않아야 한다. 어떠한 상황에서라 하더라도 이른바 ‘최소한’이라고 부르는 치료 수단을 적용할 의무는 언제나 엄격히 남아 있다. 곧 생명의 유지를 위하여 정상적이며 관습적으로 사용되는 수단(영양 공급, 수혈, 주사 등)은 언제나 사용되어야 하는 것이다. 이런 최소한의 처치마저 중단해 버린다는 것은 사실 환자의 생명이 끝나기를 바라는 것과 마찬가지로인 것이다.⁷⁾

따라서 죽음이 인간적이고 또 품위를 갖는다는 것은 자연스럽게 다가오는 죽음에 대해 순응하는 것이다. 그렇다고 해서 자연적인 죽음이 다가오는 상태에서 모든 치료를 거부해야 한다는 의미는 결코 아니다. 어떤 때에는 죽어가는 사람들을 정성스럽게 보살핌으로써 평화롭게 임종할 수 있도록 돕는 주위 사람들의 노력이 더 요구되기도 한다.

6. 이동익(2008). 사전의료지시서 논의와 내용에 관한 윤리적 고찰, 가톨릭생명윤리연구소 개원기념 학술대회에서 발표한 내용을 발췌한 것임.

7. 이창영 편역(2003). 생명윤리: 가톨릭교회의 가르침, 한국천주교중앙협의회, p264.

죽어가는 사람을 돌본다는 것은 그 사람이 인간적인 품위를 지니고 임종할 수 있도록 도와줌을 의미한다.

삶의 마지막 단계에 실존적으로 다가오는 고통과 죽음을 인간 실존의 일부로 받아들이면서, 지금까지의 삶 전체를 되돌아보고 요약하는 가장 중요한 시기가 바로 죽음이라는 사건이 진행되는 시기이며, 여기서 삶의 인위적 거부는 있을 수 없다.

중요한 것은 각자가 자신의 삶을 얼마나 잘 정리

하고, 용기와 평화를 지니고 죽음을 맞이할 수 있는가의 문제이다. 이것이 곧 인간적 죽음이고 인간적 품위를 갖춘 죽음이라고 생각된다. 이를 위해 가장 긴요하게 요청되는 것은 죽음을 당당하게 맞이하기 위한 책임감 있는 의식과 자유이다.

아울러, 인간적 품위를 지니는 죽음을 위한 연명 치료 중단에 대한 지침을 제정하고 법제화 하는 단계에 이르기까지는 윤리적, 법적, 의료적 검토와 사회적 합의가 필요하다고 본다.

