

안락사

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실¹, 연세대학교 의과대학 가정의학과교실²

홍영선¹ · 염창환² · 이경식¹

Abstract

Euthanasia

Young Seon Hong, M.D.¹, Chang Hwan Yeom, M.D.² and Kyung Shik Lee, M.D.¹

*Department of Internal Medicine¹, Catholic University Medical College,
Department of Family Medicine², Yonsei University, College of Medicine, Seoul, Korea*

Background : Euthanasia is defined as "a deliberate intervention undertaken with express intention of ending a life so as to relieve intractable suffering". There have been keen debates in the medical literatures on the questions relating to the legalisation and the provision of euthanasia and physician-assisted suicide.

Methods : Literatures on the debate of euthanasia published during the last several years were reviewed, and the indications used in performing euthanasia were listed. And the results of a more liberal policy on euthanasia in Netherland were introduced.

Results : Other clinical practices are sometimes described as euthanasia but can be distinguished by examination of ethical principles involved. The guidelines for the practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands were inadequate and were abused, while the Rummelink Committee Report said that euthanasia in the Netherland had been adequate.

Conclusions : There are no clinical situations necessitating the legalisation of euthanasia or physician assisted suicide. Comprehensive and mutidisciplinary palliative care can effectively relieve much of the suffering of the terminally ill that is presently cited as justification for euthanasia or physician-assisted suicide.

Key Words : Euthanasia, Netherland, Palliative Care

서론

미국 시카고에 거주하는 의사인 Jack Keworkian이 미국의 CNN 방송을 통하여 루게릭병을 앓고 있던 환자에게 안락사를 시술하는 광경을 녹화한 테이프를 공개한 이후 우리나라에서도 안락사에 대한 논의가 사회 일각에서 일기 시작하였다. 그러나 안락사를 거론하는 사람들 사이에 안락사에 대한 개념, 정의가 일치되어

있지 않고 안락사에 관하여 '시민의 알 권리'에 대한 부분만 강조되어 논의 될 뿐, 안락사의 실행에 중요한 부분을 담당해야 하는 의사의 역할과 그것의 의미에 대해서는 별로 논의되지 않고 있어 자칫 안락사에 대한 사회적 논의가 감정적으로 흐를 우려를 배제할 수 없는 실정이다.

따라서 안락사의 정의가 무엇이며 안락사의 방법에 어떤 것들이 있고, 안락사가 무엇을 의미하는지, 안락사에 대한 다른 나라들의 경험이 어떠한 지 등을 고찰

함으로써 의료인으로써 우리가 안락사를 어떻게 받아들이고 대처해야 하는지 조명해 보고자 한다.

안락사

1. 정의

안락사(Euthanasia)는 조절되지 않는 고통을 경감시킬 목적으로 한 사람의 생명을 끝낼 의도를 가지고 가해지는 중재를 말하며[1, 2] 죽는 사람의 요청이나 동의에 의하여 행해지는 경우에는 수의적(voluntary) 그렇지 않은 경우에는 불수의적(involuntary)로 나뉜다. 적극적(active) 안락사나 소극적(inactive) 안락사는 잘못 사용된 용어이며[3, 4], 여기에서 소극적 안락사는 현재 전혀 안락사의 범주에 포함되지 않으며 의료에서 법적으로 윤리적으로 별 문제없이 시행되고 있는 내용들이어서 안락사에 대한 찬반의 논의 시 이들을 안락사라는 이름으로 부를 때는 논의 대상 자체를 모호하게 만들어 정확한 논의를 어렵게 하는 요인이 되고 있다.

또 안락사를 행하는 주체가 누구냐에 따라서 직접적 안락사(direct euthanasia)와 간접적 안락사(indirect euthanasia)로 나누기도 하는데, 간접적 안락사는 의사 보조 자살(physician assisted suicide)로 부르기도 하며 의사가 자살에 필요한 지식과 도구(장비나 약품)를 제공하나 이를 사용하는 것은 환자 자신이 행하는 경우이다.

또 간혹 안락사를 미화하는 목적으로 불리는 명칭인 위엄사(dying with dignity, dignified death)는 원래는, 환자의 장기가 아직 미소하게 기능을 하고 있더라도 만족스러운 활동을 더 이상 지속할 수 없을 때 쓸모 없는 생명연장을 반대하는 목적으로 사용된 구호였으나, 현재에는 윤리적으로 다양한 경우에 사용되며 임종을 앞둔 환자에게 임상적으로 의미 없는 생명연장 치료를 중단하고 통증조절을 하는 경우와 안락사를 시행하는 경우 모두 사용되고 있다[3].

2. 안락사가 아닌 임종결정의 종류

때때로 안락사의 이름으로 불리나 사실은 그 안에 내포된 윤리적 원칙들을 조사해보면 안락사에 포함되지 않는 범주의 의료행위들이 있다[3]. 이러한 의료행위의 목적은 환자를 이롭게 하고 항상 환자가 원하는 것을 하며(beneficence), 환자에게 가해지는 위해를 최소화 하거나 없애는 것이며(non-maleficence), 환자에게 충분히 설명한 후 동의를 받아서 시행한다(autonomy).

1) 치료중단

치료중단에는 세 가지 상황이 있을 수 있는데, 첫째는 환자가 치료를 거절하는 경우에 발생한다. 둘째는 자신의 문제에 대하여 적합한 결정을 내릴 수 없는 사람의 경우 가족이 대신 결정을 내릴 때 발생한다. 셋째는 의료진이 치료를 더 이상 진행하지 않겠다고 결정 할 때 발생한다. 이러한 종류의 결정들은 전 세계적으로 병원에서 매일 이루어지고 있으며 일반적으로 안락사로 취급받지 않는다.

2) 치료철회

이것은 생명보조장치를 떼는 경우를 말하며 뇌사환자의 호흡기를 떼는 것과 같은 경우이다. 비가역적인 뇌의 손상으로 뇌의 기능 없이 심장과 폐의 기능을 유지 시키기 보다는 생명보조장치를 철회하게되고 환자는 곧 사망하게 된다.

3. 안락사를 요구하게 되는 이유

1) 조절되지 않는 통증과 증상들

전 세계적으로 약 5% 정도의 통증이 조절에 어려움을 겪으나 이러한 통증도 열심히 노력하면 조절이 가능하다. 또 최근 의학의 발달로 전에 비하여 상당히 많은 통증이 조절되고 있다. 하지만 안락사를 요구하는 사람들의 경우 미래에 통증이 올 것이라는 사실이나 미래에 발생할 통증이 조절되지 않을 것이라는 두려움이 주요 원인이라는 지적이 있다[5]. 따라서 호스

피스 완화의료의 역할이 중요함을 알 수 있다.

다른 고통스러운 증상들도 전보다 더 잘 조절되고 있으며 그것 때문에 안락사를 요구하는 것은 전혀 타당성이 없다[6]. 임종하는 환자에게 간혹 나타나는 조절되지 않는 고통스러운 증상들은 안락사의 이유가 아니라 보다 적극적인 의학적 노력의 이유인 것이다[7].

2) 심한 불안과 우울

Chokinov 와 Wilson은[8] 안락사를 요구하는 환자들 중 상당수가 정신과적 질환을 가지고 있다고 보고한 바 있다. 임종을 앞 둔 환자 200명에서 조사하여 본 바 심각하게 안락사를 원하는 환자들 중 58.8%가 우울증을 앓고 있었던 반면 그렇지 않은 환자에서는 7.7%만 우울증을 앓고 있었다고 하였고 강력히 안락사를 요구하였던 환자 6명중 4명이 2주 후에 다시 면담하였을 때에는 안락사를 원하지 않고 있었다고 하였다. 그러나 이러한 환자들의 경우 우울증의 진단은 매우 어려우며[9] 전문가들의 경우에도 진단 율이 매우 낮았다는 보고가 있다[10].

3) 존재 불안(existential distress)

환자들이 다양한 이유로 안락사를 요구하는데 존엄의 상실이나 살 가치가 없음, 또는 의존성, 사는데 지쳤음 등이 그 이유며 이들을 통칭하여 존재 불안이라고 부른다[11]. 이런 경우 환자의 정신 사회적, 영적 문제에 관심을 쏟음으로써 문제의 해결이 가능하며 이들이 해결되면 안락사의 요구가 없어지는 것이 보통이다[12].

4) AIDS

한국에서는 AIDS가 아직 큰 사회문제로 대두되어 있지 않으나 AIDS의 빈도가 높은 외국의 경우 50% 정도의 환자들이 안락사를 고려하고 있다는 보고가 있다[13]. 그들이 안락사를 요구하는 이유는 죽음에 대한 불안, 의존에 대한 두려움, 짐이 될 것에 대한 두려움 등이며[14], 우울, 절망감, 가족이나 친구 중 말기 환자가 있었던 경험, 종교를 가지지 않았거나 가졌어도 잘 다니지 않은 경우, 그리고 사회적 지지가 없는 경우

등이 안락사를 요구할 가능성이 높은 상황으로 지적되고 있다[13]. 네덜란드에서는 AIDS로 사망하는 환자의 약 3분의 1이 안락사를 시행하네[15], 런던의 호스피스에서는 3년에 1800명이 입원하였으나 그중 1명만이 안락사를 요구하였다고 하였던[16].

5) 간호자 피로(carer fatigue)

안락사의 요구는 가족의 피로나 소진에서 비롯될 수도 있다. 환자의 고통이 지속적으로 부적절하게 조절되거나 가정간호를 수행할 자원이나 지지가 적절하게 제공되지 않을 때 또는 간호자들 자신이 비현실적인 기대를 할 때 안락사를 요구 할 수 있다[11]. 이러한 요인들은 미리 평가되고 발견되어 여러 분야의 전문가들의 협동에 의해 환자와 가족이 동시에 도움을 받으면 자연스럽게 없어질 수 있다.

6) “더 이상 해 줄 수 있는 것이 없다” 증후군

환자를 돌보는 의사나 다른 간호자들의 태도가 환자나 가족에게 희망이나 절망을 심어 주는 데 깊은 영향을 미치고 있다. 특히 완화의료에 대한 지식이 없거나 그 가치에 대한 신뢰가 없는 의사들의 경우 또는 환자의 죽음을 의학의 실패로 받아들이는 의사들의 경우 환자에게 “더 이상 해 줄 수 있는 것이 없다”고 말하기 쉽다[17].

4. 네덜란드의 경우

1) 지침(Guidelines)

네덜란드에서 시행되는 안락사의 지침은 1991년에 제정된 Rimmelink Committee Report에 발표되었다. 그 내용을 보면;

- ① 환자가 안락사를 요구하여야 하며 그 요구는 완전히 자유스러운 가운데 자발적으로 하여야 한다.
- ② 환자의 요구는 심사숙고 한 것이어야 하며 오랫동안 지속적으로 요구하여야 한다.
- ③ 환자는 치유의 가능성이 없이 견딜 수 없는 고통을 가지고 있어야 한다.

- ④ 환자의 고통을 경감시킬 수 있는 다른 방법이 반드시 고려되어야 한다.
- ⑤ 안락사는 반드시 의사가 시행해야 한다.
- ⑥ 의사는 안락사를 시행하기 전에 다른 독립적인 의사에게 의견을 구해야 한다.
- ⑦ 환자는 적절한 상사에게 서면 보고서를 제출하여야 한다.

2) 안락사의 실태

네덜란드에서 시행한 안락사의 실태를 담은 보고서가 두 가지 있고[17, 18] 그에 대한 비평을 한 논문들도 있다[19]. 안락사를 시행하는 의사의 62%는 일반의, 44%는 임상 전문의라고 하였으며 12%만 nursing home에서 일하는 의사였다. 안락사를 받은 환자의 수는 1990년에 2,189명에서 1995년에는 3,253명으로 증가하였고 이 숫자는 각각 당해 년도의 전체 사망자의 1.7%와 2.4%였다. 전체적으로 1990년부터 1995년 사이에 네덜란드에서 시행된 안락사의 수는 60% 증가되었다. 그런데 그 환자들 중 상당한 수가 환자의 적극적인 의사 표시 없이 시행되었다고 발표되었다. Pijnenborg들은 안락사를 시행한 157명의 환자들 중 41%가 환자의 동의 없이 시행되었고 단지 환자의 보호자들이 생명을 단축시켜 주기를 요구하였던 경우였다고 하였다[20]. 또 치료중단이나 치료철회와 관련되어 사망한 환자의 66%가 환자의 요구 없이 생명단축을 목적으로 하였던 경우였고 보고되지 않았던 안락사 84예 중 16예에서 환자의 분명한 요구 없이 안락사가 시행되기도 하였다.

위의 내용을 정리하여 보면 Rimmelink Committee에서는 수의적 안락사에 대한 정의를 설정하였기 때문에 그 정의에 부합되는 경우만 안락사 건수에 포함시켰으나 환자의 요구 없이 시행된 안락사의 건수가 수천 예에 달한다는 보고가 있었고 결국 위원회에서 보고한 안락사 건수는 현실보다 상당히 적은 수였다. 또 수의적 안락사를 시행한 의사의 25%가 다른 의사의 자문을 구하지 않았고[21], 그 과정을 적당하게

기록하지 않은 경우도 많았다고 조사된 바 있다.

최근에는 부모의 동의 없이도 어린이가 안락사를 요구하는 경우 안락사를 허용하자고 하든가, 심한 우울증에 걸린 50세의 여성을 본인의 동의를 묻지 않고 안락사 시킨 예도 보고되고 있어 네덜란드에서의 안락사가 잘못 시행되어 왔음을 알 수 있다.

3) 완화의학

네덜란드에서는 의사나 의과대학생들 사이에 완화의학에 대한 교육이 전혀 이루어지지 않고 있으며[22] 의과대학생들이 안락사를 시행하는 방법은 교육받고 있으나 말기 환자의 증상들을 진단하고 치료하는 방법은 전혀 교육받고 있지 않은 현실이다[12]. 또 한 보고에 의하면 네덜란드 암 쉼터에서 암 환자의 29%만이 적절한 통증 조절을 받고 있으며 54%는 부적합하였다[23].

안락사를 시행 받는 네덜란드 환자들은 '심한 고통', '견딜 수 없는 고통', '완화의 가능성이 없어짐' 등의 용어로 묘사되고 있으나, 이 환자들이 견딜 수 없는 고통을 당하는 이유는 그 환자들 자신이 표준 완화의학의 혜택을 받지 못하기 때문이다.

결 론

안락사를 합리화하고 합법화해야 하는 임상상황은 전혀 없다. 또 현재 안락사의 타당한 이유로 거론되는 말기환자의 견딜 수 없는 고통은 총체적이고 여러 분야의 전문가들이 참여하는 완화의학의 도움으로 효과적으로 조절하는 것이 가능하다.

따라서 진행성 질환의 조절을 위하여 필요한 직업적 교육이 시급히 필요하며, 그것에는 완화의학의 다기능적 측면의 중요성을 포함하여야 한다. 또 완화의학은 진행성 질환 환자의 조절에 필수적 부분이 되어야 하며 기존의료와 지역적으로 또는 이념적으로 분리되어서는 안 된다. 아울러 일반대중은 완화의학이 제공할 수 있는 것을 교육받을 필요가 있으며 전문 완화

의학은 누구나 쉽게 접촉할 수 있어야 한다.

향후 우리 나라에서도 안락사에 대한 요구가 거세게 밀려올 가능성이 있음은 누구도 부인 할 수 없는 사실이며, 특히 권리의 측면에서 자신의 운명을 스스로 결정할 수 있어야 한다는 논리는 자못 설득력이 있어 보이기도 한다. 그러나 그러한 요구의 대부분을 분석하여 보면 몇 가지 논리의 모순 점을 발견할 수 있다. 첫째는 향후 조절이 불가능하고 견딜 수 없는 고통이 올 것이라는 주장을 하는데 이는 완화의료의 노력으로 대부분 해결이 가능하다. 그러기 위해서는 많은 의료인들을 포함한 대중이 호스피스 완화의료의 실상을 이해하고 실제로 손쉽게 접촉할 수 있는 환경을 조성하는 것이 급선무다. 둘째 안락사에 대한 정의가 정립되지 않아 그들이 안락사를 필요로 한다고 주장하는 증례의 대부분은, 안락사로 분류되지 않는 경우이며 현행 의료에서 법적, 윤리적으로 아무 문제없이 시행되는 것들이다. 셋째로 의과대학 교육과정에 인간의 죽음에 관련된 고도의 윤리적 철학적 문제를 판단하고 해결하는 데에 도움이 될 내용들이 들어 있지 않아 의사들이 안락사를 결정할 능력이 대부분 있으므로 향후 의과대학 교육과정에 이러한 내용이 반드시 반영되어야 하겠다.

요 약

배 경 : 안락사는 조절되지 않는 고통을 경감시킬 목적으로 한 사람의 생명을 끝낼 의도를 가지고 가해지는 중재를 말한다. 안락사를 합법화하고 규정을 만드는 데 대한 논쟁이 의학 논문들을 통하여 계속되어 왔다.

방 법 : 지난 수년간 발표된 안락사에 대한 논문들을 정리하였고 안락사를 시행하는 이유들을 알아보았다. 또한 네덜란드에서 안락사를 정책적으로 허용한 이후에 빚어진 결과를 문헌 고찰을 통하여 소개하였다.

결 과 : 안락사가 아닌 행위가 종종 안락사로 불리어 왔으나 그 안에 내포된 윤리적 원칙들을 조사함으로써 구분이 가능하다. 네덜란드에서 안락사를 시행하는데 사용하였던 지침들은 부적절하였고 남용된 바가 컸는데도 렘멜링크 위원회의 보고서는 네덜란드에서는 안락사가 적절히 잘 이루어 졌다고 소개하였다.

결 론 : 안락사를 합법화 해야할 임상상황은 어디에도 존재하지 않는다. 총괄적이고 여러 분야의 전문가가 협동하는 완화의학은 안락사를 시행해야 할 이유라고 불리는 말기환자들의 고통의 대부분을 효과적으로 조절해 줄 수 있다.

참 고 문 헌

1. Walton R. Dilemmas of life and death. Parts 1. J R Soc Med 1995;88:311-5.
2. Walton R. Dilemmas of life and death. Parts 2. J R Soc Med 1995;88:372-6.
3. Roy DJ and Rapin C-H. Regarding euthanasia. Eur J Palliat Care 1994;1:57-59.
4. Sommerville. Euthanasia. Lancet 1995;345:1241-2
5. Sullivan M, Rapp S, Fitzgibbon D, Chapman CR. Pain and the choice to hasten death in patients with painful metastatic cancer. J Palliat Care 1997;13:18-26.
6. Woodruff R. Palliative medicine. Symptomatic and supportive care for patients with advanced cancer and AIDS. 3rd ed. Oxford University Press, 1999.
7. Wanzer SH, Federman DD, Adelstein SJ et al. The physician's responsibility towards hopelessly ill patients - a second look. N Engl J Med 1989;120:844-9.
8. Chokinov HM, Wilson KG. The euthanasia debate: attitude, practices and psychiatric considerations. Can J Psych 1995;40:593-602.
9. Ryan CJ. Depression, decisions and the desire to die. Med J Aust 1996;165:411.
10. Ganzini L, Fenn DS, Lee MA et al. Attitudes of Oregon psychiatrists toward physician-assisted suicide. Am J Psychiatry 1996;153:1469-75.
11. Cherny NI, Coyle N, Foley KM. The treatment of suffering when patients request elective death.

- J Palliat Care 1994;10:71-9.
12. Zylicz Z. Death on Request and Dutch euthanasian policy. *Progr Palliat Care* 1995;3:43-4.
 13. Breibert W, Rosenfeld BD, Passik SD. Interest in physician assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153:238-42.
 14. Cole RM. Communicating with people who request euthanasia. *Palliat Med* 1993;7:139-43.
 15. Onwuteaka-Philipsen BD, van der Wal G. Cases of euthanasia and physician assisted suicide among AIDS patients reported to the Public Prosecutor in North Holland. *Public Health* 1998;112:53-6.
 16. Slome LR, Mitchell TF, Charlebois E et al. Physician assisted suicide in patients with human immunodeficiency virus disease. *N Engl J Med* 1997;336:417-21.
 17. van der Maas PJ, van Delden JJM, Pijnenborg L et al. Euthanasia and other decisions concerning the end of life. *Lancet* 1991;338:669-74
 18. Van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I et al. Euthanasia, physician assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherland. *N Engl J Med* 1996;335: 1699-705.
 19. Gunning KF. Euthanasia. *Lancet* 1991;338:1010-4.
 20. Pijnenborg L, van der Maas PJ, van Delden JJM, Looman CWN. Life terminating acts without explicit request of patient. *Lancet* 1993;341: 1196-9.
 21. Baile WF, Di Maggio JR, Schapira DV, Janofsky JS. The request for assistance in dying. The need for psychiatric consultation. *Cancer* 1993;72: 2786-91.
 22. Zylicz Z. Euthanasia. *Lancet* 1991;338:1150-3.
 23. Dorrepaal KL, Aaronson NK, van Dam PSAM. Pain experience and pain management among hospitalised cancer patients. *Cancer* 1989;63:593-8.