호스피스와 윤리
- 사전 의료 지시서를 중심으로 -

홍 영 선·이 동 익*

가톨릭대학교 의과대학 내과학교실, *인문사회의학교실

Moral Reflexion in Hospice
- Centring on Advance Medical Directive -

Young Seon Hong and **Dong Ik Lee***

Departments of Internal Medicine and *Medical Humanities,
The Catholic University of Korea College of Medicine, Seoul, Korea

서 론

호스피스는 말기질환으로 인하여 머지않아 임종이 예견되는 환자와 가족이 가지고 있는 육체적, 정신적, 사회적, 영적 문제들을 각 분야의 전문가가 하나의 팀을 이루어 돌봄으로써 말기 환자가 인간으로서의 존엄성을 끝까지 유지하는 가운데 임종하도록 도와주는 한편, 환자의 임종 후 남는 가족이 겪어야하는 사별의 슬픔까지 돌보아주는 전인적 의료행위이다.[1] 이러한 호스피스를 시행하는 과정에서 호스피스 종사자들은 여러 가지 윤리적 문제에 부딪히게 되는데, 특히 '환자에게 시행되는 의료행위가 정말 환자에게 그 시기에 필요하며 도움이 되는 것인가' 하는 문제와 '환자가 그 의료행위를 시행받기를 원하는가' 하는 것이 주로 문제가 된다.

임상에서 임종을 맞이하는 환자를 중환자실로 옮겨 여러 가지 검사와 치료를 시행하면서 임종 직전에 기관내 삽관에 이은 인공호흡기 부착이나 심폐소생술을 시행하는 것을 흔히 보게 되는데, 곧 임종을 맞이하게 될 말기 환자에게 이런 방법으로 심장박동과 호흡을 몇 분 더 연장하게 한들 이것이 과연 환자의 수명을 연장하는 행위가 될지는 의문이다. 이것은 죽음의 과정을 연장하는 의료집착의 행위일 뿐 환자의 삶을 연장하는 치료는 아니며 환자의 존엄성을 유지하도록 돕는 행위도 아니어서 소위 '무의미한 치료'이 지나지 않을 것이다.

최근 한국에서는 호스피스에 대한 보험수가의 시범사업과 호스피스법의 제정이 논의되고 있어 가까운 장래에 호스피스 제도화가 시작될 것이 예상된다. 호스피스가 제대로 시행되기 위해서는 호스피스 법에 '무의미한 치료의 중단'에 대한 정의가 포함되고 그것이 임상에서 타당하게 적용되어야 하겠다. 또 많은 경우 임종이 가까워질 때 환자의 생전 의사가 무엇이었는지를 알 수 없는 가운데에 생명 유지 장치의 철회에 대한 논란이 일어나는데 이런 경우 치료에 대한 환자의 의사를 미리 알 수가 있다면 많은 논란을 피해갈 수도 있기 때문에, 많은 의료 기관에서는 '사전의료지시서'(advance medical directive)의 필요성을 절감하고 있다. 그러나 한편으로는 사전 의료 지시서를 통하여 안락사가 행해질 가능성에 대한 우려도 많아 그 내용이나 시행 범위 등에 대한 많은 논의와 윤리적 성찰이 필요하다.

본 론

1. 사전 의료지시서

Brian Claus는 사전 유언지침을 생전에 쓰는 유언(Living will), 대리인에 의한 결정(Decision by proxy), 의료지침서

접수일: 2008년 6월 10일, 수정일: 2008년 6월 16일
승인일: 2008년 6월 20일
교신저자: 홍영선
Tel: 02-590-1630, Fax: 02-535-1682
E-mail: y331@catholic.ac.kr

(Advance medical directives), 가치관 연혁(Values history), 생명여권(Passport to life), 건강/임종계획(Help, Health and End of life plan) 등으로 나누었다.[2] 사전 의료지시서는 사전 유언지침(advance directives)중의 하나이며, 건강한 사람이 미래에 스스로 판단을 내릴 수 없을 정도로 심각한 질병상태에 있을 때 어떻게 치료받기를 원하는지 미리 기록해 놓도록 하여, 그러한 상태가 되었을 때에 그에 따라 판단함으로써 환자 자신의 의사결정권을 존중하도록 하는 제도이다.[3]

그러나 환자가 임종에 가까운 말기질환의 상태에 있거나, 뇌종양, 치매와 같은 질환으로 정상적인 판단을 할 수 없을 때 또는 자기 의사표현이 어려운 소아일 때 자율적인 결정을 할 수 없고, 어쩔 수 없이 대리인이 대신 결정을 내려야 하는 상황이 발생하게 되는데 이때 치료에 관한 여러 복잡한 문제가 발생하기도 한다. 환자가 원하는 것이 정확히 무엇인지 알 수 없거나 대리인이 원하는 것을 환자가 원하는 것으로 혼동할 수도 있고, 대리인이 경제적인 이유로 환자의 의사에 반하는 결정을 내릴 가능성도 부인할 수 없다.[4] 최근에 환자의 자녀들이 품위 있는 죽음을 주장하며 장기적으로 의식이 없는 환자의 연명치료를 중단할 수 있도록 허락해달라는 취지의 헌법소원을 낸 것으로 언론에 보도된 사례도, 대리인이 환자의 평소 의견이 그와 같았다는 주장을 하고 있는 경우다.

위 사례의 경우, 사전 의료 지시서를 미리 작성해 놓았다면 그다지 큰 논란의 대상이 되지 않을 수도 있었을 것이다. 다만 그 내용이 사전 치료지시인 경우 그 시행에 큰 어려움이 없겠으나, 사전 치료거부의 경우에는 윤리적으로 논쟁의 대상이 될 가능성도 없지 않다. 다만 궁극적으로는 환자자신의 의견을 존중하는 것이 기본 정신이라는 점에 유의할 필요가 있다.

2. 사전 치료지시, 사전 치료거부

과거에는 병원의 문턱이 높고, 집 밖에서 임종을 하는 경우 '객사'라 하여 편안하지 않은 임종으로 치부하던 관습 때문에 병원에서 치료를 하다가도 집에서 임종이 가까워지면 집으로 옮겨 임종을 맞이했고, 임종과 관련된 윤리적 문제는 별로 대두되지 않았다. 그러나 최근 전체 임종자의 반수가 병원에서 임종을 하고, 의학의 발달로 생명연장 기술이 괄목할 만하게 성장하면서 인간의 수명이 연장되는 것은 물론, 과거에는 짧은 시간 내에 임종하던 많은 환자들이 많은 기계의 도움으로 수명을 연장하게 되었다. 그러나 이때에 수명을 연장하는 것이 어떤 가치를 가지는 것인지 명확히 결정하기 어렵게 되었다. 또 자기결정권의 개념이 확대되면서 환자 자신의 결정이 의학적 치료방법의 결정에까지 영향을 미치게 되었고, 전통적인 의사중심의 의학적 판단체계가 약화된 것이 사실이다. 이런 상황에서 사전치료지시나 사전 치료거부는 환자의 권리 확보에만 관련이 되는 것이 아니라 의사의 치료결정에 대한 정당성 확보에도 도움이 되고 있다.[4]

사전 치료거부의 경우 환자가 원하지 않는 치료와 상황을 미리 밝혀놓음으로써 의사가 환자의 의견에 반하는 생명연장치료를 하지 않도록 하는 장치인데, 이때 환자의 치료거부의 범위를 어디까지 받아들일 수 있는지에 대한 윤리적 판단이 내려져야 하며 또 여기에는 윤리적 논란의 소지가 있다. 최근 여러 단체와 의료기관에서 사전 의료 지시서를 만들어 발표하고 있는데, 사전 치료거부의 범위를 무의미한 연명 치료중단의 경우로 한정해야 한다는 의견이 많으며, 그 이상으로 치료거부의 범위를 확대할 때에는 안락사와의 구분이 불확실해져서 많은 논란과 혼선이 예상될 수 밖에 없다는 것이다. 또 환자의 사전 의료지시서가 작성되어 있는 경우 이를 실제로 적용해야할 시점에서 이를 이유로 의사가 의학적으로 최선의 노력을 하지 않거나 가족이 이의 시행에 반대하는 경우도 있을 수 있어, 이에 대한 대책 마련도 시급하다.

3. 무의미한 연명치료의 중단

말기 환자의 품위 있는 죽음을 위해 필연적으로 제기되는 문제 중 하나가 무의미한 연명치료 행위의 중단이다. 이는 동원할 수 있는 모든 치료 수단을 다 사용한 다음에 의사 자신도 어쩔 수 없는 막다른 골목에 와 있다고 판단될 때, 생명을 연장시키는 의료행위라기보다는 죽음의 시간만을 연장시키는 의료행위를 말한다. 여기서 연명치료는 "환자의 주된 병적 상태를 바꿀 수는 없지만 생명을 연장하는 치료" 혹은 "치료에 의해서 상태가 좋아지지 않을 상황이거나 영구적 무의식 상태이지만 집중적 의학적 치료에 의존해야만 하는 경우의 치료" 등을 말한다. 의학적 치료는 주로 심폐소생술, 인공호흡기, 인공영양, 암수술, 감염치료, 정맥 수액공급, 수혈, 항생제 사용 등을 말하는데[5] 이들의 사용으로 많은 응급환자들을 구하게 되었으나, 과연 이것이 보편타당한 것이며 모든 사람에게 시행해야하는 것인지에 관하여는 의문의 여지가 있다.

무의미한 연명치료의 중단이 정당한지 또는 어떤 기

준으로 시행해야 하는지에 관해서는 여러 가지 논의해야 할 부분이 있을 수 있으나, 이를 중단하는 것이 정당하다는 사실에 대하여는 대부분 동의하고 있다. 사전 유언의 시행에 있어서도 무의미한 연명치료에 대한 환자의 사전 거부는 중요한 부분이며, 가톨릭교회의 여러 문헌들에서는 어떤 경우에 이것이 정당한지도 명시하고 있다.[6] 「안락사에 관한 선언」에서는 생명권을, 말기환자가 "인간적인 그리고 그리스도교적인 존엄성을 지니고 평화롭게 죽을 권리"라고 규정하고 있으며, 이를 자살할 수 있는 권리나 자기 생명을 다른 이에게 처분하도록 위임할 수 있는 권리로 해석해서는 안 된다고 언급하고 있다. 현대 의학이 사용할 수 있는 인공적인 생명 연장의 방법은 단지 사람을 살아있게 하는 것 또는 혹독한 고통이라는 더 큰 대가를 치르면서까지 일시적으로 생명을 연장하는 이른 바 "의료집착"으로 "인공적으로 환자의 고통을 연장시켜 환자들을 더 고갈시키고 고통스럽게 하는 방법을 사용하는 것이다"[7]라고 하고 있으며, 의료 집착의 회피는 무의미한 치료의 중단을 윤리적으로 정당화할 수 있는 다른 측면이라고 할 수 있다.[8] 이것은 (의료집착은) 임종자의 존엄성과 죽음을 받아들여 궁극에는 자연스러운 과정을 맞이하는 도덕적 의무에도 반하는 것이며 (행위가 될 수 있으며,) 죽음은 인간 생명의 엄연한 일부로 이로부터 달아나고자 무가치하게 생명을 연장한다는 것이 인간적 품위를 결코 유지시켜 줄 수 없기 때문이다. 무의미한 연명치료의 중단은 당연히 안락사와 구분되어야 하며, 이에 대한 개념의 확립 또한 필요하다.

4. 통상적 치료수단(ordinary means)과 예외적 치료수단 (extraordinary means)

위에서 언급된 '무의미한 연명치료'를 올바로 규정하기 위해서는 말기환자에게 행해지는 치료가 통상적 치료수단인지 아니면 예외적 치료수단인지를 구분하는 것이 매우 중요하다. 이의 구분으로 어떤 치료가 무의미한 치료의 범주에 속하는지 알게 되고, 또 신학에서 윤리적으로 매우 중요한 점들을 정의하고 규명하는데 필요 불가결하기 때문이다. 사실 가톨릭 윤리신학이 말기환자의 연명 치료중단에 대하여 가르치는 내용은 비오 12세가 1957년에 의사들과의 담화에서 언급한 내용에 기초한다. 이 담화에서 '말기환자에게 정상적인 간호행위라든가 영양공급 등 통상적인 치료 수단을 사용하는 것은 의무이지만, 특수한 수단의 사용은 비록 정당하기는 하지만 항상 의무는 아니다'라고 가르치고 있다.[10]

통상적인 치료수단과 예외적인 치료수단을 구분할 수 있는 기준은 매우 여러 가지가 있는데 이 기준들은 각기 구체적인 조건에 따라 적용되어야 한다. 그 중의 하나가 객관적 기준으로 이는 치료방법의 본성에 관한 것들로, 주어진 치료방법을 어떤 상태에 적용할 수 있는지, 그런 요법을 이용하는 것이 적당한지, 그런 치료방법 대신 이용할 수 있는 방법이 있는지 등이 여기에 속한다. 또 다른 기준은 주관적인 기준인데 예컨대 어떤 환자에게는 심리적 충격이나 불안을 주어서는 안 된다는 것 등이 그것이다. 어떤 치료방법을 결정할 때 어느 정도까지 그 수단을 사용하고 그 목적을 추구하는 것이 적당한가를 결정하는 것은 언제나 중요한 문제로 인식되고 있다. 다만 현실적으로는 이의 구분이 쉽지 않아 이러한 경우에 봉착하는 매 환자마다 이를 규정하기 위한 진지한 노력이 필요하겠다.

그러나 상당 기간 동안 보건 의료 전문가들은 통상적(ordinary) 예외적(extraordinary)이라는 용어들을 도덕적 측면보다는 보다 더 의학적인 측면에서 이해하고자 하는 경향이 있었다. '통상적'은 통계적으로 효과를 예측할 수 있는 '예외적'에 비해서 접근이 쉬운 것을 의미한다. 결과적으로 비오 12세가 언급하셨던 '통상적'과 '예외적'의 의미를 전달하기 위해서는 다른 용어들을 사용하게 되었다. 비례적(proportionate)와 편향적(disproportionate)이라는 용어들이 자연 출현하게 되었으며 도덕적인 의미로는 '통상적', '예외적' 등의 용어들과 동의어로 이해하고 있다.[11]

이에 대한 로마 교황청의 신앙교리성의 문헌은 매우 의미가 있다. 곧 음식과 물의 공급은 "생명을 보존하도록 하는 통상적이고 균형을 이루는 수단"이므로 "환자의 수분과 영양공급이라는 목적을 이행하는 한에서 의무사항이라는 점을 단언하였다. 그러나 이런 규칙에 예외가 있음을 인정했는데, "의학이 진전되지 않고 인공적인 수단을 통해 음식과 물의 공급을 할 수 없는 곳에서는 어떠한 도덕적 의무도 없다. 질병으로 인해 신체가 음식과 물을 소화하지 못하는 경우에도 사정은 마찬가지다. 드문 경우지만 튜브에 의해 영양과 수분을 투여하는 것이 합병증을 일으킬 가능성 때문에 환자가 음식과 수분을 소화시킬 수 없으므로 투여가 전적으로 무용하게 될 수 있는 가능성을 배제하지 않는다. 인공적인 영양과 수분 공급이 환자에게 과도한 부담이 될 수 있거나 채택된 수단을 사용하면서 합병증을 유발하는 경우처럼 신체상의 불편을 일으킬 수도 있다는 가능성을 완전히 배제하지는 않는다"[12]라고 하였다.

5. 외국의 사전 의료지시서 실태

이미 여러 외국에서는 사전 유언을 공식화하고 있는데, 미국의 예를 보면 43개 주에서 사전 유언을 통과 시켰고 24개 주가 대리인 지정을 입법화 하였다. 동양권에서는 싱가폴[13]과 타이완[14]이 각각 독립법을 만들거나 자연사 법에 포함시켜 이를 각각 1996년과 2000년에 합법화 하였고 현재는 그에 따라 시행되고 있다.

싱가폴의 사전 유언법은 한 개인이 말기 질환상태에 이르렀을 때 예외적인 생명연장 치료를 받지 않도록 사전에 결정해 놓을 권리가 있음을 규정하고 있다. 이러한 사전 유언은 환자가 의사표시를 할 수 없을 때 환자의 희망을 이루어지게 하는 효과를 가지고 있다. 또한 생명연장치료를 할 것인지를 결정해야할 필요가 발생할 때 매번 법원의 판결을 받는 번거로움을 없애주고 있다. 그러나 당시 싱가폴의 가톨릭교회에서는 국가 의료 윤리위원회가 안락사에 반대한다는 것을 확인해주면 사전 의료지시서에 반대하지 않는다는 의사를 밝혀 사전의료지침의 법제화가 안락사의 합법화로 이어지는 것을 경계했고, 또 전국교회연합에서는 사전 의료지시서의 제도화로 의사들이 전문적 판단을 내리는 것을 방해할 수 있으며, 살 권리가 죽을 권리와 같이 취급되어서는 안 되고 이런 법을 만드는 것이 반드시 윤리적이라고 할 수 없으며, 사전의료지시서가 가족의 결속을 약하게 하고 의사-환자 관계를 약화시킬 것이라는 우려를 표명하였다. 이어서 사전 의료지시서에 서명한 사람들에 대하여 의사들이 최선을 다하지 않을 지도 모른다는 것과, 사전 의료지시서가 보건 문제보다 경제적인 이유로 시작되지 않았을까 하는 것, 그리고 단지 소수의 싱가폴 사람들만 사용하게 되는 법을 만드는 것이 타당한가 하는 지적도 있었다. 싱가폴 교회 연합은 사전 의료지시서 집행에 필수적인 "죽음이 임박함"의 개념에 시간이 지정되어있지 않은 것에 우려를 표했고, 가정의학회에서는 주요 개념들의 해석이 원래 의도보다 광범위하게 적용될 가능성에 대하여 우려를 표하여 사전 의료지시서의 사용이 원래의 의도와 다른 방향으로 이어질 가능성이 있음을 경계하였다.

싱가폴에서는 사전 의료지시서가 남용되거나 오용되는 것을 막기 위해서 여러 가지 안전장치가 제정되었다. 첫째는 사전 의료지시서의 집행조건인데, 환자가 말기 상태에 있어야 하고, 의사표시 능력이 없으며, 예외적 생명유지 치료를 필요로 하는 상황에서 사전 의료지시서의 집행이 시작되어야 한다. 둘째 누구든 타인에게 사전 의료지시서를 작성하도록 강요하는 경우 처벌의 대상이 된다. 셋째, 안락사에 대한 우려를 종식하기 위해서, 안락사는 잘못된 것이고 사전 유언법이 안락사로 가는 시작이 되지 않도록 한다. 따라서 안락사나 자살은 불법으로 규정되었다. 넷째는 사전 의료지시서를 의학적 치료나 보험의 조건으로 하지 않는다 등의 내용이다.[13]

타이완의 자연사법은 2000년에 제정되었으며 호스피스 완화의료 시행세칙(Bylaws)은 2001년 4월 25일부터 발효되었고 조례(Regulation)는 2000년 5월 23일 통과되어 6월 7일부터 발효되었다가 2002년 개정되었다. 자연사법 중에서 사전 의료지시서와 관련된 부분은 조례의 5항부터 7항 사이에 나와 있는데, 5항에서는 사전 유언을 하고자 하는 사람은 정신적으로 온전하고 20세가 넘어야한다. 그러한 경우 그 사람은 변호사를 정하고 사전 의료지시서의 내용을 진술하여야 하며, 본인이 자신의 의사를 표현 할 능력이 없을 때는 대리인이 서명한다고 되어 있다. 6항에서는 사전 의료지시서를 철회하고자 할 때에는 사전 의료지시서를 작성한 자나 그의 변호사가 할 수 있는데 반드시 서면으로 청구해야한다고 되어 있다. 7항에서는 심폐소생술 금지(Do not resustated, DNR)의 조건을 나타내고 있는데, DNR의 적용을 위해서는 환자가 두 명의 의사에 의해 말기 상태로 진단받아야 하고, DNR의 사전 의료지시서에 서명해 놓았어야 하며, 20세 미만의 경우에는 사전 의료지시서가 대리인에 의해 동의되어야 한다. 두 명의 의사 중 한 사람은 반드시 전문의여야 한다.

환자가 의식을 잃거나 자신의 의지를 분명하게 표시할 수 없을 때에는 가장 가까운 친척이 사전 의료지시서에 서명해야 하는데 그 내용이 환자가 의식을 잃기 전에 표현하던 내용과 같아야 한다. 가장 가까운 친척의 순서는, 배우자, 혈연자녀관계, 부모, 형제, 조부모, 증조부모나 3촌 관계, 배우자의 인척 순이다.

사전 의료지시서의 동의는 친척 중의 한 사람이 하게 되는데, 합의가 이루어지지 않으면 위의 순서에서 맨 앞에 있는 사람의 의견에 따르게 된다. 가장 가까운 친척이 동의하지 않을 때에는 DNR을 시행하기 전에 서면으로 의견을 제출하여야 한다고 기술되어 있다.[14]

결 론

의료기술과 과학의 발달로 인간의 수명을 어느 정도까지 연장하는 것이 가능해졌다. 그러나 사실 모든 환

자에게 생명 연장술을 적용하는 것은 무의미 한 연명치료가 될 가능성이 있어 이를 획일적으로 적용되는 것을 삼갈 필요가 있고, 임종하는 말기환자의 존엄성을 유지하는데 초점을 맞추어야 한다. 말기환자의 존엄성을 유지하기 위해서는 환자가 원하는 바를 존중하는 것이 매우 중요하다.

싱가폴의 사례에서 보듯이 사전 유언을 안락사 특히 소극적 안락사와 유사한 것으로 보거나, 또는 장차 안락사로 발전될 수 있는 가능성을 가지고 있는 제도로 오해하는 시각이 있었다. 그러나 사전 유언의 집행과 안락사는 엄연히 구분되며 인위적으로 수명을 단축하려는 의도를 가지고 있는 소극적 안락사와 인위적인 수명연장을 꾀하지 않고 자연적인 죽음을 맞도록 하는 사전 유언의 존중은 분명한 차이를 가지고 있다. 따라서 소극적 안락사는 부당하지만 사전 유언을 통한 무의미한 생명연장술의 중단은 정당하다.

통상적 치료수단과 예외적 치료수단의 정의에 대하여는 아직도 논란의 여지가 많이 있다. 싱가폴에서는 사전 유언법 1조 2항에서, “extraordinary life-sustaining treatment”를 말기환자에게 투여 되었을 때 죽음이 임박한 상황에서 죽음만을 연장시키는 모든 치료나 수단을 말한다”라고 하였고, 1981년 교황청 사회복지평의회에서 발표한 중환자와 「임종자에 관한 윤리문제」에서는 “결코 적용할 의무가 존재하지 않는 그런 방법”이라고 표현하고 있다. 다만, 어떤 상황에서도 이른바 “최소한”이라고 부르는 그런 치료 수단을 적용할 의무는 언제나 엄격히 남아 있는데, 곧 생명의 유지를 위하여 정상적이며 관습적으로 사용되는 그런 수단(영양 공급, 수혈, 주사)을 말하며 언제나 사용하여야 한다고 하였다. 또한 이런 최소한의 처치마저 중단해 버린다는 것은 실제로 환자의 생명이 끝나기 바라는 것과 마찬가지인 것이라고 강조하고 있다.

싱가폴에서 제기되었던 우려의 내용과 같이, 사전 의료지시서의 범위를 무의미한 치료를 중단하는 것으로 확실히 제한하지 않으면 이를 통하여 안락사를 시행하는 결과를 가져올 가능성이 있으며, 또한 자살의 방편으로 사전 의료지시서가 악용될 가능성도 배제할 수 없다. 따라서 말기 환자에 대한 정의와 사전 의료지시서의 대상, 그리고 등록 및 집행과정에 대한 선명한 규정이 필요하겠다. 또한 예외적 치료 수단의 범위를 어떻게 결정하느냐에 따라 사전 의료지시서의 적용범위가 달라질 가능성이 있어 이에 대한 정확한 규정이 필요하다. 임종이 임박한 환자를 대상으로 하는 연명을 목적으로 하는 인공호흡기 사용이라든지 심폐소생술을 실시하는 등의 의료행위가 주 대상이 될 수밖에 없으나 완화의료는 여기에 포함되지 않는다.

호스피스를 시행함에 있어 마주치게 되는 윤리문제는 대부분 그 당위성의 판단과 시행에 있어 어려움이 많은 문제들이다. 사전 의료지시서의 경우도 예외는 아니며 이의 시행 이전에 윤리적 측면에 관한 충분한 토의와 점검이 필요하다. 호스피스의 제도화를 앞둔 한국의 현실에서 사전 의료지시서의 제정과 시행은 아주 중요한 의미를 가지며, 아울러 이를 통하여 안락사의 합법화를 주장하는 움직임이 소멸될 수 있게 되기를 바란다.

참 고 문 헌

1. Lee KS. The history of hospice and palliative care. In: Lee KS, Lee HR, Hong YS, Yeom CH, eds. Hospice and palliative medicine. 2nd ed. Seoul:Gunja Press;2006, p. 10-21.
2. Brian Claus. What are the ultimate goals of the pro-euthanasia movement?. In: Brian Clowes, ed. The fact of life. An authoritative guide to life and family issues. Virginia;1997, p. 114-7.
3. van Asselt D. Advance directives: prerequisites and usefulness. Z Gerontol Geriat 2006;39;371-5.
4. 홍영선. 사전유언지침의 제도의 실천에 관한 연구; 싱가폴과 대만의 사례를 중심으로[석사학위 논문]. 서울:가톨릭대학교 대학원;2008.
5. Skovmand K. Danish register of life-wills. Lancet 1994;343:167.
6. 요한바오로2세. 교황청 과학원 산하 두 연구단체에 한 훈화. 1985.10.21: Insegnamenti VIII/2, 1082aus, 5항.
7. 안락사에 관한 선언, II: 사도좌 관보 72. 1980. p. 546.
8. 생명과 가정; 중환자와 임종자에 관한 윤리문제＜1＞. 주교회의 신앙교리위원회 생명윤리 연구회. 2004. p. 396.
9. 교황청 신앙교리성. Response to certain questions concerning artificial nutrition and hydration. 2007년 8월 1일.
10. 이동익. 안락사와 무의미한 치료행위의 중지. 이정익, 김정우, 편저. 생명공학과 가톨릭 윤리, 가톨릭대학교 출판부; 2004. p. 462.(이동익, 안락사와 무의미한 치료행위의 중지, 이동익, 김정우 외, 생명공학과 가톨릭윤리, 가톨릭대학교 출판부, 2004, 462쪽).
11. 교황청 보건사목평의회, 의료인 헌장, 가톨릭대학교 출판부 1998, 64항.
12. 요한 바오로2세. 임종자 간호에 대한 국제대회 참가자들에게 한 훈화: oss. Rom. 1992.3.18., 4:생명의 복음 65항.
13. Leng TK, Sy SLH. Advance medical directives in Singapore. Medical Law Rev 1997;5:63-101.
14. Hospice and palliative medical care regulation. Taiwan;2000.