

사전지시와 Physician Orders for Life-Sustaining Treatment의 윤리적 · 법적 쟁점*

최경석**

요약

본 논문에서는 advance directives (AD)와 physician orders for life-sustaining treatment (POLST)의 운영에 대해 개괄하면서, 한국이 시행하고자 하는 사전의료의향서 및 연명의료계획서와의 차이점을 분석하고, 연명의료계획서와 사전의료의향서를 포함하여 AD와 POLST의 윤리적 · 법적 쟁점들을 분석함으로써 향후 한국에서의 제도적 운영에 대비하고 개선 방향을 모색하고 있다. 아울러 이 논문은 미국의 AD가 생전유언과 durable power of attorney (DPA) 두 부분으로 구성되어 있음을 밝히면서, 생전유언과 DPA가 지닌 장점과 단점뿐만 아니라 관련된 윤리적 쟁점에 대해서도 논의하고 있으며, 생전유언이든 DPA든 AD가 지닌 한계를 극복하기 위해 도입되고 있는 미국의 POLST 제도를 고찰하였다. 아울러 AD와 POLST를 비교함으로써 필자는 POLST가 AD를 대체하는 것은 아니며, 상호 보완 관계에 있음을 주장하였다. 필자는 이러한 논의를 통해 현재 국내에서 논의되는 사전의료지시나 사전의료의향서는 정확하게 미국의 AD와 같은 것으로 이해되어서는 안 되며, AD 중 생전유언에 해당하는 것임을 강조하였다. 필자는 대리인을 지정하는 DPA는 한국의 문화적 특수성을 감안할 때 쉽게 도입되기는 어려울 것이라고 판단한다. 하지만 장차 대리결정의 문제에 대비하기 위해서라도 지인이나 가족 중 1명이든 아니면 가족 전체든 대리인 지정의 문제를 법적으로 어떻게 수용할 것인지 충분한 시간을 두고 진지한 사회적 논의와 학술적 담론이 전개될 필요가 있다고 주장한다. 아울러 한국의 사전의료의향서가 환자의 의사를 추정하는 단지 하나의 객관적인 자료만으로 취급되지 않으려면, 사전의료의향서를 작성하는 데 도움을 주고 관리하는 기관이 도입되는 등 사전의료의향서와 관련된 제도 구축이 필요함을 주장하고 있다.

색인어

사전지시, 생전유언, 대리인, 연명의료계획서, 연명의료

교신저자: 최경석, 이화여자대학교 법학전문대학원, Tel: 02-3277-6659, Fax: 02-3277-4221, e-mail: choiks@ewha.ac.kr

* 이 논문은 2013년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임(NRF-2013S1A3A2043309).

** 이화여자대학교 법학전문대학원

I. 머리말

과거와 달리 의료 서비스의 제공이 개별 의사에서 기관 소속의 의사로 변화하면서 환자에 대한 의학적 결정이 자신의 의학적 상태를 지속적으로 관찰한 의사에 의해 수행되거나 환자의 인생관이나 삶의 가치에 대해 깊이 이해하고 있는 의사에 의해 수행되기 어려워졌다. 따라서 삶의 말기에 이루어져야 하는 의학적 결정에 대한 모델도 과거와 같이 의사의 온정적 간섭주의에 입각한 판단에서 환자의 자율적 결정에 따른 판단으로 이동하게 되었다. 한국의 경우 아직은 자율성 존중이 사회 깊숙이, 특히 의료적 현실에 깊숙이 뿌리 내리고 있는 것은 아니지만, 지속적으로 자율성을 강조하는 목소리가 커져 가고 있다.

게다가 현대 의학기술의 발달로 죽음의 시기가 인위적으로 연장될 수 있는 상황을 직면하게 되자, 사람들은 무의미한 연명처리를 중단하거나 유보하고자 하는 의사를 지니게 되었다. 그러나 많은 경우 임종기 환자는 의사결정능력을 상실한 환자들인 경우가 많아 자신의 자율성을 직접적으로 행사하기 어려운 상황에 처하는 경우가 많다.

위와 같은 상황에서 많은 사람들은 유언과 같이 자신의 의사를 미리 명시적으로 밝혀 놓음으로써 자신이 직접 의사결정을 수행할 수 없을 때를 대비하여 놓고자 한다. 이러한 발상이 제도화된 것이 생전유언(living will)이었고, 생전유언의 단점을 보완하고자 의료 결정에 대한 대리인을 지정하는 방식이 도입되었다. 이러한 두 방식을 미국은 “advance directives (AD)”라고 부르며 거의 모든 주가 그 시행에 관한 법률을 지니고 있다(필자는 “advance directives”를 “사전지시”로 번역하지만, 이 글에서는 국내의 “사전의료지시”나 “사전의료의향서”와 비교하는

목적은 지니고 있어 약간의 혼란이라도 막고자 “AD”로 축약하여 사용하고자 한다).

한국은 AD와 관련된 법률적 제도를 도입하고 있지 않다. 2009년에 있었던 김할머니 사건에 대한 대법원 판결과 2013년 국가생명윤리심의위원회의 연명의료결정에 대한 입법 권고를 통해 미국의 AD 제도 중 일부, 즉 생전유언에 대한 제도적 시행만이 권고되고 있다. 미국은 AD의 문제점을 보완하고자 의사와 환자가 작성하는 physician orders for life-sustaining treatment (POLST)를 도입하였다. 한국도 대법원 판결에서 자기결정권의 직접적인 행사에 해당하는 제도로서 의사와 함께 작성한 사전의료지시를 언급한 바 있다. 대법원 판결에서는 “진정한 자기결정권 행사로 볼 수 있을 정도의 요건”을 갖춘 사전의료지시는 다음과 같은 요건을 갖추어야 한다고 판시하고 있다.

이러한 사전의료지시는 진정한 자기결정권 행사로 볼 수 있을 정도의 요건을 갖추어야 한다. 따라서, 의사결정능력이 있는 환자가 의료인으로부터 직접 충분한 의학적 정보를 제공받은 후 그 의학적 정보를 바탕으로 자신의 고유한 가치관에 따라 진지하게 구체적인 진료행위에 관한 의사를 결정하여야 하며, 이와 같은 의사결정 과정이 환자 자신이 직접 의료인을 상대방으로 하여 작성한 서면이나 의료인이 환자를 진료하는 과정에서 위와 같은 의사결정 내용을 기재한 진료기록 등에 의하여 진료 중단 시점에서 명확하게 입증될 수 있어야 비로소 사전의료지시로서의 효력을 인정할 수 있다[1].

위 판결 내용에서 확인할 수 있듯이, 자기결정권의 행사로 인정되는 사전의료지시는 의료인으

로부터 충분한 정보를 제공받아 결정한 것으로 의료인을 상대방으로 하여 작성할 것을 요구하고 있어 POLST와 동일한 작성 방식을 요구하고 있다. 반면 평소애 작성한 사전의료지시는 다음과 같이 환자의 의사를 추정하는 단지 객관적인 자료 중 하나로 취급된다고 대법원은 판시하였다.

환자 본인의 의사에 따라 작성된 문서라는 점이 인정된다고 하더라도, 의료인을 직접 상대방으로 하여 작성하거나 의료인이 참여한 가운데 작성된 것이 아니라면, 환자의 의사결정능력, 충분한 의학적 정보의 제공, 진지한 의사에 따른 의사표시 등의 요건을 갖추어 작성된 서면이라는 점이 문서 자체에 의하여 객관적으로 확인되지 않으므로 위 사전의료지시와 같은 구속력을 인정할 수 없고, 아래에서 보는 바와 같이 환자의 의사를 추정할 수 있는 객관적인 자료의 하나로 취급할 수 있을 뿐이다[1].

따라서 생전유언이 평소애 의료인과는 무관하게 작성된다는 점을 감안할 때, 한국에서도 POLST의 도입은 필수적이라 판단된다.

허대석[2]은 국가생명윤리심의위원회의 입법 권고안에 대한 공청회에서 “POLST”를 “연명의료계획서”로 번역할 것을 제안한 바 있으며, 국가생명윤리심의위원회는 이미 입법 권고안에 “연명의료계획서”라는 용어를 사용하며 POLST와 거의 동일한 제도를 입법 권고에 포함시켰다[3].

그러나 대법원 판결이나 입법 권고에서 언급되는 “사전의료의향서”나 “연명의료계획서”는 미국의 AD나 POLST와는 다른 측면을 지니고 있다. 본 논문에서는 AD와 POLST의 운영에 대

해 개괄하면서, 한국이 시행하고자 하는 사전의료의향서와 연명의료계획서와의 차이점을 분석하고, 사전의료의향서와 연명의료계획서를 포함하여 AD와 POLST의 윤리적·법적 쟁점들을 분석함으로써 향후 한국에서의 해당 제도에 대한 운영에 대비하고 개선방향을 모색해 보는 계기를 마련해 보고자 한다.

II. AD의 윤리적·법적 쟁점들

1. AD의 방식과 번역

흔히 국내에서는 AD를 “사전의료지시” 또는 “사전의료의향서” 등으로 번역하고 있다. 그러나 미국의 AD는 생전유언(living will)과 대리인을 지정하는 위임장(durable power of attorney, DPA)을 작성하는 방식으로 구성되어 있어 “사전의료의향서”는 정확한 번역이라고 보기 어렵다. 또한 미국의 AD는 이와 같이 생전유언과 DPA로 구성되어 있을 뿐만 아니라, DPA가 중심적인 역할을 하고 있다는 설명 또한 제공되고 있지도 않다. 다행히도 국립암센터는 『완화의료팀원을 위한 호스피스완화의료 개론』에서 AD에 대해 다음과 같이 정확하게 설명하고 있다.

‘사전 지시(advance directives)’는 환자가 사전에 자신의 건강 돌봄 계획에 대해 스스로 원하는 것을 지시하는 것이다. 사전 지시를 두 가지로 나눌 수 있다. 건강 돌봄에 관해 지시하는 것과, 환자를 위한 대리인(proxy)을 결정하는 것이다[4].

그러나 이어지는 설명에서는 “사전의사결정서(advance directives)”라는 표현이나 “생명에 관한 사전유언(advanced directives)”이란

표현도 사용하여 독자들에게 혼란을 주고 있다 [5].

미국 AD의 역사는, Breu [6]에 따르면, do not resuscitate (DNR)를 제1세대라고 이해할 경우 1960년대까지 거슬러 올라가며, 제2세대로 이해되는 생전유언의 경우에는 1960년대 후반으로까지 거슬러 올라갈 수 있다. Annas [7]에 따르면, “living wil”이란 용어는 루이스 쿠트너 (Luis Kutner)가 1969년 만들어 낸 말이며, 우리 말에서는 “생전”으로 번역하는 “living”이란 용어가 붙은 것은 유언(will)과는 달리 죽음 이전에 효력을 지니고 있기 때문이라고 설명한다. Breu는 보건의료 대리인(health care proxy)의 지정 방식을 제3세대 AD로 설명하고 있다. 1991년 시행된 환자 자기결정법(Patient Self-Determination Act)는 보건의료인에게 환자에게 치료거부권이 있음과 함께 AD 작성에 관해 알려 주어야 할 것을 요구하고 있으며, AD 시행에 관한 다양한 정책과 교육을 요구하고 있다 [8]. 이 법의 시행으로 인해 미국의 거의 모든 주는 AD 관련 제도를 시행하게 되었다[7].

AD의 작성은 장기기증이나 인체조직 기증과 연계된 양식을 통해 제공되기도 한다. 예를 들어, 미시건 주의 경우 장기기증 및 인체조직의 기증을 포함한 통합 서식이 포함된 설명서와 서식을 함께 제공하고 있다[9]. 물론 통합 서식의 제공에 대해서는 서로 다른 목적을 지닌 서식을 함께 제공함으로써 AD가 마치 장기기증이나 인체조직의 기증과 관련된 것으로 오해되는 위험도 있어 반대하는 의견도 있다. 대리인 지정과 관련해서는 1순위부터 3순위까지 지정하도록 되어 있고, 증인의 서명을 통해 법적인 효력이 발휘될 수 있도록 하고 있다.

생전유언이 지닌 의미의 불명료성과 해석에 의존해야 하는 어려움 등을 고려할 때 AD가 대

리인을 지정하는 제3세대 방식으로 발전하게 된 것은 나름 이해할 만한 부분이다. 그러나 과연 대리인에게 생명에 관한 결정을 위임하는 것이 환자 본인의 자율성 의사를 얼마나 정확하게 반영할 수 있는 제도이냐에 대해서는 논란의 여지가 많다. 특히, 한국의 상황을 고려할 때, 대리인 지정 방식은 현재로서는 수용하기에 현실적 복잡한 문제점을 갖고 있는 제도로 평가될 수 있다. 그 이유는 다음과 같다.

첫째, 법적인 측면에서 대리인 지정 방식을 수용할 만한 법적 체제가 구비되어 있지 않다. 혹자는 2011년 민법 개정을 통해 신설된 성년후견인 제도가 대리인 지정 제도의 역할을 수행할 것이라고 생각하기도 하는 것 같다. 국가생명윤리심의위원회가 발표한 입법 권고에서도 성년후견인을 언급한 것은 아마도 이런 견해를 시사하는 것으로 이해될 수 있다. 그러나 정착 성년후견인의 권한에 대해 규정하고 있는 민법 947조의2는 다음과 같다.

③ 피성년후견인의 신체를 침해하는 의료행위에 대하여 피성년후견인이 동의할 수 없는 경우에는 성년후견인이 그를 대신하여 동의할 수 있다.

④ 제3항의 경우 피성년후견인이 의료행위의 직접적인 결과로 사망하거나 상당한 장애를 입을 위험이 있을 때에는 가정법원의 허가를 받아야 한다. 다만 허가절차로 의료행위가 지체되어 피성년후견인의 생명에 위험을 초래하거나 심신상의 중대한 장애를 초래할 때에는 사후에 허가를 청구할 수 있다.

위 규정에서 확인할 수 있듯이, 성년후견인은 미국의 DPA가 수행하는 역할을 수행할 수 없도록 규정되어 있다. 왜냐하면 우리 민법은 “피성

년후견인이 의료행위의 직접적인 결과로 사망하거나 상당한 장애를 입을 위험이 있을 때에는 가정법원의 허가를 받아야 한다.”라고 규정하고 있어, 만약 치료 목적이 아닌 연명의료의 보류나 중단까지도 여기서의 의료행위에 해당하는 것으로 해석된다면, 이러한 결정은 가정법원이 내리도록 규정하고 있다고 해석해야 한다.

이 점은 해당 규정을 마련함에 있어 미국보다는 독일의 법제를 참조한 결과라고 판단된다. 그러나 국내 의료현실을 감안할 때, 임종기 환자의 연명의료결정과 관련된 경우는 말할 것도 없고, 의료행위에 대해 가정법원이 판단하도록 하는 위 규정이 과연 실현 가능성이 있는 것인지 의문이다. 한국에서 이러한 의학적 결정을 판단할 만한 전문성을 갖춘 판사들이 충분히 있는지도 의문이며, 행정절차의 신속성이 요구되는 위와 같은 제도는 위급한 환자의 생명을 구하는 데 도움이 되는 규정인지에 대해서도 상당한 의심이 들 수밖에 없기 때문이다.

둘째, 문화적 측면에서 DPA가 한국 사회에 정착되기 위해서는 상당한 정도의 공적인 토론이 전개되고 다양한 입장에 근거한 의견들이 수렴된 후에만 도입 가능할 것으로 판단된다. 왜냐하면 가족 중심의 의사결정 체제를 따르고 있는 한국 문화는 가족 이외의 사람을 대리인으로 지정할 가능성이 높지 않을 것이기 때문이다. 설사 가족의 일원으로 한정하여 대리인을 지정하도록 제도를 마련한다 하더라도 가족 내에서 누구를 지정할 것인지부터가 정하는 사람의 입장에서는 고민스러운 일이고, 지정된 사람 역시 자신이 단독으로 생사가 달려 있는 중대한 문제를 결정하는 데에는 상당한 심리적 부담을 느낄 것으로 판단된다[10]. 특히 국내 설문자료를 보면 가족이 결정하는 것에 대한 선호가 높다[11].

DPA 도입의 위와 같은 걸림돌로 인해 DPA

부분을 삭제하거나 약화시킨 채, 한국에서는 AD를 “사전의료지시”나 “사전의료의향서”라고 번역하는 것은 일면 이해할 수 있는 일이다. 그러나 “사전의료지시”라는 번역이 “의료에 대한 지시”라고 이해된다면, 이 용어는 대리인을 지정하는 위임장 작성을 포함하는 것으로 이해되기 어렵게 한다. 따라서 이 번역어 역시 적절한 번역어라고 판단하기 어렵다. 한편, “사전의료의향서”라는 번역은 의료에 대한 의향을 기록한 문서라는 의미를 전달하고 있어 거의 생전유언을 언급하는 것으로 이해될 가능성이 높다. 따라서 이 번역어 역시 오해를 불러일으키는 번역어이다. 따라서 필자의 견해로는 AD에 대한 적절한 번역은 “사전지시”가 바람직하다고 본다.

2. AD의 문제점

생전유언과 대리인 지정 두 방식 모두를 지칭하는 AD는 시행의 역사가 비교적 오래되었으나, 다음과 같은 문제점을 지니고 있다. 우선 생전유언의 경우, 앞서 언급했듯이, 진술 내용의 모호함이나 추상성으로 인해 현실적으로 의료인이 의사결정능력을 상실한 환자의 의사를 실행함에 있어 어려움을 겪게 된다. 게다가 설사 정확한 해석이 있다하더라도 환자의 의사가 무엇이었던냐는 것을 알 수 있는 것이지 의료인이 그 내용을 곧바로 받아들여야 하는 의학적 결정이라고 생각하기 어렵다[12]. 따라서 법리적으로 생전유언은 그 내용대로 의료인이 시행해야 하느냐는 측면에서 강력한 구속력을 발휘하는 데 한계가 있다. 결국 자율성 존중이라는 윤리적 원칙에 입각해서만 해당 환자의 의사가 의학적으로 실현되는 구조를 갖고 있다. 그리고 이러한 실현도 생전유언의 내용이 환자의 진정한 의사였음을 의심할 수 있는 상황이 아니라는 조건하

에서이다.

생전유언의 위와 같은 문제점을 고려할 때, 대리인 지정은 운용면에서는 상대적으로 효율적인 측면이 있다. 왜냐하면 환자의 의사를 대변해 줄 한 명의 대리결정자를 우선순위를 두고 결정해 놓았기 때문에 의료인은 그 대리결정자와 의사 결정을 하는 방식이기 때문이다. 따라서 의료인의 입장에서는 생전유언의 해석에 의존해야 하는 의사결정의 어려움을 피하게 하는 장점이 있다. 그러나 윤리적 측면에서 DPA는 다음과 같은 문제점을 지니고 있다.

첫째, DPA는 대리결정자가 아니면 자율성의 대리 행사인가? 만약 자율성의 대리 행사라면 과연 어떤 이론적 측면에서 DPA는 자율성의 행사로 이해될 수 있을 것인가? DPA는 대리인이 해당 환자의 진정한 의사를 가장 잘 이해하고 있고 충실하게 그 의사에 따라 결정할 것이라는 전제에 근거한 제도이다. 그러나 대리인이 실제로 대리해야 하는 환자의 원래 의사에 따라 충실하게 의료 결정을 수행할 것이라는 것은 신뢰에 기초한 것일 뿐이다.

물론 대리인을 지정한 사람이 이미 위와 같은 문제점까지를 포함하여 어떤 특정인을 지정한 것이니 그 대리인에게 전권을 위임한 그 자체가 자율성의 행사라고 이해할 수도 있다. 그러나 과연 이런 해석이 어느 정도까지 충분히 타당한 것으로 받아들여질 수 있을지 쉽게 가늠하기 어렵다. 문제의 핵심은 포괄적인 위임에 있다. 만약 대리인의 지정뿐만 아니라 생전유언까지 덧붙여 놓았다면 대리인의 결정을 수용하는데 있어 어느 정도 생전유언이 대리인의 결정에 대한 타당성을 평가하는 데 도움을 줄 것이다. 하지만 앞서 언급했듯이 생전유언은 해석의 문제로 인해 항상 결정적인 역할을 한다고 보기 어렵다. 결국 대리인이 이해상충의 문제 등 피대리인의 의사

에 반하는 결정을 하고 있다는 객관적인 사실을 확인하지 않는 한, 대리인의 결정이 피대리인의 의사와 다른 것일 수도 있다는 위험은 이론적으로 항상 존재할 수밖에 없다.

아울러, AD 그 자체가 지닌 문제점이 있다. AD는 평소애 작성하는 것이므로 생전유언이든 대리인 지정이든 작성자의 진의에 변동이 없음을 어떻게 확인하느냐는 문제를 발생시킨다. 흔히 이러한 문제는 AD의 유효기간이나 갱신과 관련된 문제, 갱신이 요구되는 경우 게으름이나 귀찮음 등과 같은 인간적인 문제들이 상당히 심각한 문제로 제기되기도 한다[10]. 아울러 자율성 행사의 시간적 간격이 지닌 의미와 미리 지시하는 것의 윤리적 정당성에 대한 문제가 자아 정체성 등의 문제와 관련하여 문제점으로 제기되기도 한다[10]. 간단히 말해, 지금 이 순간 또는 적어도 짧은 시간내에 자기결정권을 직접 행사하는 것이 아니라 일정 시간을 두고 미리 결정했던 것에 근거하여 그 결정을 지금 이 순간의 자기결정권의 행사와 동일한 것으로 여기는 것에는 이론적으로 몇 가지 점들을 전제해야 한다는 것이다. 예를 들어, 판단을 내리는 데 고려했던 사항들에 대한 변화가 없다는 것, 자기결정권을 행사하는 사람이 여전히 동일한 가치관이나 인생관을 지니고 있다는 점, 추상적으로 표현하자면 자기정체성에 큰 변화가 없다는 점 등이다. 그러나 이런 것들의 변화가능성에 대해 매우 민감하게 고려하고자 한다면 이론적으로는 AD를 자기결정권의 행사로 존중해 주는 데 어려움이 발생할 수밖에 없다. 하지만 자기결정권을 직접 행사할 수 없는 상황을 미리 대비하여 자신의 자기결정권 행사의 내용을 미리 서술한 것이 생전유언이란 제도의 취지이고 생전유언에 기재된 내용의 모호함 때문에 의사결정의 대리인을 미리 정해 놓는 것이 바로 DPA 제도의 취지라는

점을 이해할 필요가 있다. 이러한 이해에 기초한다면, 자기결정권의 행사 시기 때문에 야기되는 문제점들은 그 자체가 이들 제도의 도입 취지를 이해하지 못하고 제기하는 순전히 이론적인 문제점들에 불과하다고 반박할 수 있을 것이다.

AD가 지닌 위와 같은 여러 문제점에도 불구하고 AD는 현실적으로는 최선의 방법 중 하나라고 필자는 판단한다. 생전유언의 내용이 비록 해석의 여지가 있어 환자의 진정한 의사 그 자체와 항상 일치한다는 보장은 없지만 다른 객관적인 자료에 의해 해석을 달리할 상황이 아니라면 생전유언의 내용에 기초하여 주어진 의학적 상황에서 어떤 것이 가장 환자의 의사에 가까운 것이지 고려하고 결정을 내리는 것이 현실적으로 최선의 방법이기 때문이다. 또한 자신의 의사를 대변할 사람을 의사결정의 대리인으로 지정하였으니 의료인이 대리인의 결정에 대해 달리 의심할 만한 상황이 아니라면 해당 대리인과 충분한 정보에 의한 의사결정의 절차를 밟아 나가는 것 역시 현실적으로 최선의 방법 중 하나이다. 인간의 나약함, 진의변경 가능성, 갱신제도 도입 여부 등의 많은 문제제기에도 불구하고, 어차피 자기결정권을 직접 행사할 수 없는 경우에는 별다른 객관적인 사정에 의해 달리 해석할 여지가 없는 한 이미 작성된 생전유언이나 지정된 대리인을 통해 의사결정을 내리는 것이 현실적으로는 최선의 방법 중 하나일 수밖에 없다는 것이다.

하지만 AD만이 유일한 최선의 방법은 아니다. AD가 구체적인 의료 상황에서 내려진 결정이 아니라면 점 때문에 발생하는 취약성을 보완하려는 시도가 필요하며, 이런 점에서 최근에 미국에서 도입되어 일부 주에서 시행되고 있는 POLST는 주목할 만한 가치가 있다.

III. POLST의 도입과 관련 쟁점들

1. POLST의 주요 특징

POLST는 미국에서 진행되고 있는 프로그램으로서 이 프로그램을 관장하는 홈페이지에서는 다음과 같은 설명을 제공하고 있다.

전국적인 POLST 프로그램은 환자, 환자가 사랑하는 사람들, 그리고 보건의료전문인들 사이의 대화에 기초한 임종 계획(end-of-life planning)에 대한 접근 방법이며, 이 프로그램의 목표는 중환자나 노쇠한 환자들이 자신들이 원하는 치료나 원하지 않는 치료를 선택할 수 있도록 하고, 그들의 의사가 문서화되고 존중될 수 있도록 하는 데 있다[13].

POLST의 특징은 첫째, 보건의료전문인과 함께 작성한다는 점에 있다. 이것은 AD가 의료인과 작성되어야 할 것을 필수요소로 하고 있지 않는다는 점과 비교할 때 대단히 중요한 특징이다. 둘째, 기본적으로는 환자와 함께 의사가 작성한다는 특징을 지니고 있다. AD와 같이 평소애 작성하는 것이 아니라 보다 구체적인 의료 상황에 직면하여 의료인과 함께 작성한다는 점에서 POLST는 AD와는 매우 다른 중요한 특징을 지니고 있다. POLST가 의사와 함께 작성한다는 것은 대화에 중심을 둔 접근법의 채택으로 평가되기도 한다[14]. 이러한 접근법은 기존의 AD가 법률적 문서로서의 역할에만 집중한 나머지 정착 필요한 대화 즉 미래에 일어날 일에 대한 의사와 환자 또는 환자 가족과의 대화가 강조되지 못한 문제점을 극복하고 있다.

의사는 환자와 함께 다음의 사항들에 대해 대화하고 POLST를 작성해야 한다.

(a) 환자의 구체적인 질환, (이익과 대안 치료를 포함하여) 치료 옵션, 그리고 환자의 질환이 진행됨에 따라 어떤 것들이 발생할 것인지; 그리고 (b) 환자의 진료 목표와 가치들 [15].

위에서 열거된 사항들에 대한 대화를 거친 후 보건의료전문인은 환자가 임종기에 원하는 치료나 원하지 않는 치료를 표시하면서 POLST 양식을 완성하게 된다. 중요한 것은 POLST는 임종기에 시행할 의학적 지시(medical order)라는 것이다. 그렇기 때문에, 보건의료전문인이 이 양식에 한 번 서명을 하면, 치료에 대한 환자의 의사가 알려지게 될 것이고 어디에 있든 의료상 응급 상황에서도 그 의사에 따라야 한다는 것을 의미한다[15]. 이것은 생전유언이 응급 상황에는 적용되지 않는 점을 고려할 때, POLST가 지닌 매우 중요한 특징이다[16]. 간혹 생전유언의 문제점에 대한 지적으로 응급상황에서 생전유언 수용의 어려움이 지적되곤 하지만 이것은 생전유언의 운영에 대해 잘못 이해하고 있는 것이다.

그런데 한 가지 주목해야 할 것은 POLST는 AD와 달리 성인이면 누구나 작성할 수 있는 것이 아니다. POLST는 중증질환을 지니거나 노쇠한 환자가 일년 안에 사망하는 것이 의학적으로 놀라운 일이 아니라고 판단될 때 작성하는 것으로 설명되어 있다[15,17].

POLST는, 허대석[2]에 따르면, “1995년 미국 오레곤주에서 처음 도입되었고, 2004년에 전국적으로 National POLST Paradigm 사업이 시작되었다.” 미국에서 POLST를 추진하고 있는 National POLST Paradigm Task Force (NPPTF)의 POLST 프로그램에 대한 홈페이지에서는 현재 Oregon과 West Virginia를 성숙(mature) 단계로 소개하고 있고, Colorado,

California, Georgia, Hawaii, Idaho, Louisiana, Montana, New York, North Carolina, Pennsylvania, Tennessee, Utah 등 12개 주는 승인(endorsed) 단계로, Connecticut, Delaware, Florida, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Missouri, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New Mexico, North Dakota, Ohio, Rhode Island, South Carolina, Texas, Vermont, Virginia, Wisconsin, Wyoming, Arizona 등 28개 주는 승인 추진(developing) 단계로 소개되고 있으며, Alabama, Alaska, Arkansas, Mississippi, Nebraska, Oklahoma, South Dakota, Washington, D.C. 등 8개 주와 1개 특별자치구는 프로그램을 갖고 있지 않은 것으로 소개하고 있다[18]. 여기서 “승인”이란 각 주에서 운영하는 프로그램을 National POLST Paradigm Task Force가 승인한 것을 의미한다.

National POLST Paradigm Task Force가 프로그램의 표준을 수립하고 이 프로그램을 운영하고자 하는 주를 돕고자 2004년 처음으로 공식적인 회의를 개최한 사실을 감안할 때[19], POLST는 최근에 급속도로 미국의 상당수의 주에서 수용되고 있는 추세라고 평가할 수 있다.

2. AD와 POLST의 비교

POLST는 결코 AD에 대한 경쟁 프로그램이라거나 대체 프로그램이라고 인식되어서는 안 된다. 왜냐하면 우선 POLST는 AD와 작성 시기가 다르고, 작성 방법 및 적용에 있어서도 다르기 때문이다. 예를 들어, 앞서 언급했듯이, AD는 응급 상황에 대해서는 적용되지 않지만, POLST는 적용된다는 점에서 큰 차이가 있다.

POLST 홈페이지는 “POLST and Advance Directives”라는 제목 아래에서 “Does a POLST form replace the Advance Directive?”라는 질문과 함께 다음과 같이 양자의 차이에 대한 구체적인 설명을 제공하고 있다.

POLST 양식은 AD를 보완하며, AD를 대체하고자 의도된 것이 아니다. AD에는 법적인 보건의료 대표자를 지정하는 것이 필수적이며 미래의 연명의료(life-sustaining treatments)에 대한 지침을 제공하는 것이 필수적이다. AD는 건강 상태와 관계없이 모든 성인들에게 추천된다[16].

우리는 위 인용문에서 AD는 법적인 보건의료 대표자 즉 대리인 지정을 필수로 하고 있다는 것에 주목할 필요가 있으며, 작성자의 건강 상태와 관련 없이 모든 성인이 작성할 수 있다는 점에도 주목할 필요가 있다.

POLST 프로그램의 공식 홈페이지는 AD와 POLST를 다음과 같이 비교하고 있다.

사전지시

- 18세 이상 누구나
- 미래 치료에 대한 지침을 제공함.
- 보건의료 대표자를 지정함.
- 응급의료인을 가이드하는 것은 아님.
- 이용가능하도록 한 경우 입원 치료 결정을 가이드함.

POLST

- 모든 연령의 중증질환을 지닌 사람
- 현상태의 치료를 위한 의학적 지시 (medical orders)를 제공함.
- 이용가능하도록 한 경우 응급의료인의 행위를 가이드함.

- 이용가능하도록 한 경우 입원 치료 결정을 가이드함[16].

우리는 위 인용문에서 AD는 환자로부터의 지시(direction)이지만 POLST는 의사의 의학적 지시(medical order)라는 점에서 큰 차이가 있을 주목해야 한다. 이런 점에서 POLST가 AD를 대체하는 것은 아니지만, 몇 가지 측면에서 POLST는 일정 부분 AD가 지닌 단점을 보완하고 있다.

첫째, AD는 미래의 의학적 상황에 대한 충분한 정보를 제공받고 작성되지 못한다는 점 때문에 환자의 의사가 무엇인지 알게 해 주는 것을 넘어서지 못해, 직접적이고 구체적인 의학적 지시가 되지 못한다는 단점을 지니고 있다. 반면 POLST는 환자의 현 상태에 대한 충분한 정보를 바탕으로 어떤 치료가 가능한지 고려하여 의사와 상의한 후 결정한 의학적 지시가 된다. 이런 점에서 POLST 양식에는 의사의 서명이 요구된다.

둘째, AD에 제기되었던 문제로서 작성 시기와 시행 시기가 상당한 시간적 격차가 있어 작성된 내용이 충분히 현재의 환자 의사와 동일한 내용이라고 볼 수 있는지 등의 의문이 POLST에서는 제시되지 않을 가능성이 높다. 이것은 AD의 문제점을 보완한 것이라는 측면에서 주목할 만하다. POLST는 일 년 이내에 환자가 사망하는 것이 의학적으로 놀라운 일이 아닌 환자와 함께 작성하는 것이라는 점은 AD가 지닌 문제점을 상당 부분 해소하고 있다고 평가할 수 있다.

그러나 POLST의 위와 같은 장점에도 불구하고 POLST가 AD를 대체하는 것이라고 볼 수 없는 이유는 POLST는 대리작성도 가능한데 누가 대리인이 되느냐는 각 주마다 다르겠지만, DPA를 통해 지정된 대리인이 환자를 대신하여

POLST를 작성하여야 할 경우 적법한 대리인이 될 수 있다. 아울러 환자가 어떤 특정 질환으로 미리 충분한 시간을 두고 POLST를 작성하지 못한 경우, 생전유언은 대리결정에서 최대한 환자의 진정한 의사를 반영할 수 있게 하는 역할을 수행한다.

분명 POLST는 충분한 정보에 의한 자기결정권의 행사라는 점 때문에 이론적 관점에서는 상당히 바람직한 자기결정권의 행사이다. 그러나 POLST의 이러한 장점은 사실상 작성 대상 환자와 작성 시기를 제한하고 있기 때문에 가능한 것이다. 이런 점에서 AD와 POLST는 다른 목적을 지닌 상보적인 제도로 이해하는 것이 바람직하다.

아울러 POLST는 운용상 다음과 같은 몇 가지 복잡한 문제를 현재 가지고 있다.

첫째, POLST의 대리작성과 관련된 문제이다. AD와 달리 POLST는 대리작성이 가능하다. 여기서 대리작성은 대리결정의 권한을 지닌 대리인에 의한 작성을 의미한다. 그런데 이 부분이 미국 주마다 다양하기 때문에 POLST를 운영하는 데 있어 해당 주에서 의료결정에 대한 대리인지정이 어떻게 규정되어 있는지 파악하여 그것에 따라 시행되어야 한다[17]. 현재 각주를 포괄하여 시행되는 단일한 방식이 존재하고 있지 않아, 주마다 상당히 복잡한 양상을 보이고 있다.

둘째, 미국이 지닌 특수성으로서 각 주마다 POLST를 포함하여 연명의료 관련 시행 규정이 다르다 보니 하나의 주에서 작성된 POLST가 다른 주로도 이동 가능한 것인지의 문제 즉 이동가능성(portability)의 문제가 제기되고 있다[17].

위 두 가지 문제점 중 두 번째 것은 미국 특유의 문제이므로 한국의 상황에서는 크게 고려할 만한 문제점이라고 볼 수 없을 것이다. 중요한 것은 첫 번째 부분이다. POLST 작성에 있어 대

리작성을 허용하는 것이 타당하냐는 것이다. 그러나 자신의 의사를 기록한 문서인 AD와 달리 POLST는 본질적으로 의사가 작성하는 의학적 지시를 의미하고 있다는 측면을 고려해 본다면 [17], 대리작성을 허용하는 것이 그다지 놀라운 일이 아닐 수 있다. 왜냐하면 본인이 직접 결정할 수 없는 경우 어차피 대리인과의 결정이 불가피할 것이기 때문이다. 하지만 누가 대리결정의 주체가 될 것인가는 쉽지 않은 문제이다. 어쩌면 이 문제는 POLST 자체의 문제라기보다 의료 문제에 대한 대리결정의 어려움과 복잡함이 그대로 반영된 문제라고 이해될 수 있다. 미국은 앞서 언급했듯이, 주 별로 이 문제에 대한 해법이 통일적이지 않다. 누구를 의료 결정의 대리결정자로 정할 것인지 그리고 어떻게 정할 것인지 매우 복잡한 문제이다. 이런 점에서 미국의 경우, DPA는 적어도 누가 대리결정자가 될 것인지의 문제에 있어 환자 본인의 의사를 충분히 반영하고 있다는 장점이 있다.

IV. 맺음말: AD와 POLST의 한국 수용과 관련된 문제들

필자는 지금까지 논의한 내용을 바탕으로 미국의 AD나 POLST를 한국이 수용하는 데 있어 어떤 문제들을 고려할 필요가 있는지 그리고 어떤 제도적 보완이 필요한지, 나아가 어떤 사안들이 향후 사회적 의견 수렴이나 학술적 담론이 대상이 될 필요가 있는지 언급하며 논의를 마무리하고자 한다.

국가생명윤리심의위원회의 입법 권고에서는 연명의료계획서가 작성된 경우는 명시적 의사로 분류하고 있다. 그러나 입법 권고에서는 연명의료계획서를 환자 본인이 직접 작성하여야 한다고 밝히고 있어[3] 한국에서는 미국과 달리 대

리인이 의사와 함께 작성하는 것을 인정하지 않는 것으로 판단된다. 입법 권고에서 언급하고 있는 의사 미추정으로 분류되는 경우 적법한 대리인의 결정이나 가족 전원의 합의를 의사 2인이 확인하도록 되어 있고 대리인이 없다면 병원윤리위원회가 결정하도록 하고 있다. 이 경우 물론 그 결정 내용은 연명의료계획서를 활용하여 작성될 수 있을 것이다. 그러나 필자가 문제 삼는 것은 대리인이 이미 작성한 연명의료계획서가 있는 경우, 환자의 명시적 의사가 있었던 경우처럼 연명의료계획서만으로 연명의료의 중단이나 유보가 수용될 근거가 현재의 입법권고에는 마련되어 있지 않다는 점이다. 아울러 대법원의 판결에서도 대리인에 대한 언급이 전혀 없다. 따라서 미국과 같이 연명의료계획서의 작성에 있어 대리인 작성을 허용할 것인지 여부는 향후 폭넓은 의견 수렴과 학술적 논의를 거쳐야 할 것으로 판단된다.

비록 입법 권고가 연명의료계획서의 대리인 작성에 대해서는 언급하고 있지 않지만, 대리 결정의 문제에 대해 다른 점은 주목할 만한 부분이다. 이는 대법원 판결에서는 언급된 바 없었던 것으로서 상당히 복잡하고 어려운 문제에 대한 해법을 제시해 보려는 시도로 이해된다. 대리결정의 내용이 입법 권고에 포함된 것은 사실 많은 경우 의료 결정의 어려움을 야기하는 경우가 대리결정이 필요한 경우라는 점을 반영한 것으로 판단되며, 아울러 이 문제가 현실적으로 해결되어야 하는 상당히 어려운 문제들 중 하나라는 현실 인식을 반영한 것으로 이해된다.

그러나 입법 권고에서는 대리 결정의 주체에 대해서 혼돈된 용어, “법정대리인”, “성년후견인”, “적법한 대리인” 등을 사용하고 있어 결정의 주체에 대해 명시적으로 확정된 입장을 지니고 있지 않다. 앞서 언급했듯이 성년후견인을 언

급한 것은 민법 947조의2에 대한 법리적인 오해에 기초한 것이라고 할 때 현재 한국에서의 대리결정은 법정대리인에 의한 것이 전부이다. 결국 입법 권고는 적법한 대리인이 환자를 대신하여 의사결정을 할 수 있다는 점만을 밝혔다고 볼 수 있을 뿐이다.

현재 한국에서는 자율성 존중의 남용으로 미국의 DPA 같은 방식의 대리인 지정에 대해 회의적일 수 있고, 앞서 언급한 바와 같이 미국과는 문화적 차이가 있어 대리인 지정 방식을 도입하는 것에 어려움이 있을 것이다. 하지만 어차피 본인의 의사를 확인할 수 없는 상황에서 의사가 단독으로 결정하는 것이 바람직하다고 보기 어려운 경우에는 대리인을 지정할 수 있도록 하여 의사결정의 어려움과 복잡함을 해소할 필요가 있다. 누구를 대리인으로 지정하는 것이 바람직한 것인가가 논란의 중심에 있을 것이다. 현재는 당분간 가족의 합의 등과 같은 방식이 계속 지속될 것이다. 하지만 집단적 의사결정의 단점 또한 예견할 수 있어, 가족과 같은 집단 대리인의 지정이든 지인이나 가족 중 1인을 지정하는 단일 대리인의 지정이든, 제도적으로는 환자의 선택에 따라 지정할 수 있는 법률적 틀을 마련할 필요가 있다.

보다 진지한 사회적 논의를 필요로 하는 부분은 POLST보다는 AD와 관련된 부분이다. AD에 대해서 한국의 수용 방식은 여전히 많은 문제점을 드러내고 있다. 생전유언과 유사한 것으로 이해될 수 있는 사전의료의향서의 경우에도, 대법원 판결은 단지 사전의료지시(즉 사전의료의향서)를 환자의 의사를 추정하는 객관적인 자료들 중 하나로 인정하는 데 그치고 있다. 국가생명윤리심의위원회의 입법 권고에서도 의사와 함께 작성되지 않은 사전의료의향서는 명시적 의사가 아닌 의사추정의 범주에 포함시키면서 의

사 2인의 확인을 거쳐 환자의 의사를 추정하는 하나의 자료로 취급하고 있다.

그러나 이것은 사전의료의향서의 운영 취지와 직접적으로 충돌하는 부분이다. 왜냐하면 사전의료의향서는 바로 본인이 직접 자기결정권을 행사할 수 없을 때를 대비하여, 비록 정확하게 자신의 미래 건강상태를 구체적으로 예견할 수는 없지만, 작성해 놓은 것이기 때문이다. 사전의료의향서가 POLST와 같이 자기결정권의 직접적인 행사와 동일한 것으로 취급되어 의학적 지시와 동등하게 취급될 필요는 없다. 분명 사전의료의향서는 작성 시기나 방식에 있어 POLST 만큼 구체적인 현실적 상황에 직면하여 충분한 정보를 제공받고 의사와 함께 작성한 것은 아닐 것이기 때문이다. 하지만 그렇다고 하여 사전의료의향서가 단지 주관적으로 기술해 놓은 일기나 지인과의 메일과 동등한 정도의 의사 추정의 객관적 자료로 사용되는 것은 사전의료의향서 도입 취지를 충분히 반영하는 것이 아니라고 판단된다.

따라서 사전의료의향서가 환자의 의사를 추정하는 객관적인 자료이기는 하지만 특별히 의심할 만한 정황이 아니라면 환자의 자기결정권을 존중한다는 취지에 부합할 수 있도록 하는 제도적 장치가 필요해 보인다. 예를 들어, 임종기의 상황에 대한 충분한 설명을 제공할 수 있는 전문기관에서 사전의료의향서를 작성하도록 하는 방법을 강구해 볼 필요가 있다. 그래서 임종기의 의학적 상황이 어떻게 전개되는지, 어떤 의학적 처치들이 삶의 말기나 임종기에 적용될 수 있는지, 그리고 해당 처치의 치료적 효과나 부작용 등등은 무엇인지에 대해 전문적인 의학적 설명을 제공받고 사전의료의향서를 작성할 수 있도록 하는 것이 바람직해 보인다. 따라서 이와 같은 설명을 제공하고 사전의료의향서의 작성을

돕고, 작성된 사전의료의향서를 관리하는 기관이 설치될 필요가 있다.

충분한 정보에 의한 작성 환경이 제공되지 않을 경우, 의료인은 얼마든지 자기결정권의 존중이란 원칙보다는 최선의 이익이란 원칙에 의존하여 판단할 여지가 많아질 것이다. 반면 상당히 정확한 정보를 미리 제공받고 작성자의 의사 변경 여부를 손쉽게 반영할 수 있는 제도적 장치가 마련된 경우라면 특별한 사정이 아니라면 즉 사전의료의향서의 내용을 거부할 만한 객관적인 자료가 존재하지 않는 한 의사들은 사전의료의향서의 내용을 존중하는 의학적 결정을 내릴 가능성이 높다.

사전의료의향서 작성과 관련된 관리 기관의 도입이 필요한 이유는 사전의료의향서의 확인 과정과도 맞물려 있다. 현재 국가생명윤리심의 위원회의 입법 권고에서는 의사 2인이 평소 작성한 사전의료의향서를 확인하도록 하고 있다. 하지만 현실적으로 의사 2인이 위에서 열거한 중요한 관리 체계의 요소들이 부재했을 경우에는 그 문서의 진위 여부나 작성 절차나 과정 등을 확인하여 작성자의 진정한 의사인지 여부를 확인한다는 것 자체가 현실적으로 불가능한 일이다. 따라서 위와 같은 관리 기관이 없는 경우 사전의료의향서는 정말 단지 하나의 객관적인 자료에 불과하게 될 것이다.

위와 같은 점들 때문에 우리가 향후 사전의료의향서 운영 제도를 어떻게 수립하느냐에 따라 의사 추정의 객관적 자료로서의 사전의료의향서가 얼마만큼 존중될 것인지 결정될 것이라 판단된다. 따라서 사전의료의향서를 어떻게 제도적으로 운영할 것인지에 대한 의견수렴이 시급하다. ㉞

REFERENCES

- 1) 대법원 2009. 5. 21. 2009다17417 무의미한 연명치료장치제거 등.
- 2) 허대석. "연명의료계획서(POLST)". 무의미한 연명치료 중단 제도화 논의를 위한 특별위원회 주최. 2013. 5. 29. "무의미한 연명의료 결정 제도화 관련 공청회" 자료집 참조.
- 3) 국가생명윤리심의위원회. 연명의료 결정에 관한 권고. 2013. 7. 31.
- 4) 보건복지부·국립암센터. 완화의료 팀원을 위한 호스피스완화의료 개론(개정 1판). 서울 : 보건복지부·국립암센터, 2012 : 41.
- 5) 보건복지부·국립암센터. 완화의료 팀원을 위한 호스피스완화의료 개론(개정 1판). 서울 : 보건복지부·국립암센터, 2012 : 44, 95.
- 6) Breu A. Advance directives. Hosp Med Clin 2012 ; 1(2) : e254-e264.
- 7) Annas GJ. The health care proxy and the living will. N Engl J Med 1991 ; 324(17) : 1210-1213.
- 8) H.R.4449 -- Patient Self Determination Act of 1990 (Introduced in House - IH). Available at: <http://thomas.loc.gov/cgi-bin/query/z?c101:H.R.4449,IH>
- 9) State Bar of Michigan. Planning for your... peace of mind: a guide to medical and legal decisions. Available at: <http://www.legislature.mi.gov/Publications/PeaceofMind.pdf>
- 10) 최경석. 사전지시(advance directives) 제도의 윤리적·사회적 함의. 홍익법학 2009 ; 10(1) : 93-112.
- 11) 권복규, 고윤석, 윤영호 등. 우리나라 일부 병원에서 환자, 보호자, 의료진의 연명치료 중지 관련 의사결정에 관한 태도. 한국의료윤리학회지 2010 ; 13(1) : 1-16.
- 12) Munson R. Intervention and Reflection: Basic Issues in Medical Ethics (8th ed). Belmont, CA : Wadsworth, 2007 : 686.
- 13) Available at: <http://www.polst.org>
- 14) Sabatino CP. The evolution of health care advance planning law and policy. Milbank Quarterly 2010 ; 88(2) : 224-225.
- 15) Available at: <http://www.polst.org/advance-care-planning>
- 16) Available at: <http://www.polst.org/advance-care-planning/polst-and-advance-directives>
- 17) National POLST Paradigm Task Force. POLST Legislative Guide. Approved Feb 28, 2014. Available at: <http://www.polst.org/wp-content/uploads/2014/02/2014-02-20-POLST-Legislative-Guide-FINAL.pdf>
- 18) Available at: <http://www.polst.org/programs-in-your-state>
- 19) Available at: <http://www.polst.org/develop-a-program>

Ethical and Legal Issues Concerning Advance Directives and Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*

CHOI Kyungsuk**

Abstract

This article examines advance directives (ADs) and physician orders for life-sustaining treatment (POLST), analyzes the differences between them as well as the differences between their English and Korean versions, considers some of the legal and ethical issues surrounding ADs and POLST, and proposes directions for their improvement in South Korea. In the United States, ADs consist of living wills and durable powers of attorney (DPA), both of which have merits and defects and give rise to unique ethical issues. However while POLST overcome some of the limitations of ADs, they cannot fully replace them. This article argues that ADs and POLST have a complimentary relationship. While Korean ADs are similar to those in the United States, the introduction of DPA into Korea may be difficult due to some special features of Korean culture. It is argued that public debate and academic analysis concerning the identity of proxy decision-makers is needed in order to prepare the legal and ethical ground for surrogate decision-makers in Korea. Additionally, this article emphasizes the need for establishing an institution that can assist patients in crafting ADs.

Keywords

advance directives, living wills, proxy, physician orders for life-sustaining treatment, life-sustaining treatment

* This work was supported by the National Research Foundation of Korea Grant funded by the Korean Government (NRF-2013S1A3A2043309).

** School of Law, Ewha Womans University: Corresponding Author