

비판적 사고와 글쓰기에 기초한 의료윤리와 전문직업성 교육*

전 대 석** · 안 덕 선***

- I. 서 론
- II. 의학교육에서 의료윤리와 전문직업성 교육의 문제점
- III. 비판적 사고 및 정당화 글쓰기를 통한 의료윤리
교육 방법
- IV. 비판적 사고와 글쓰기에 기초한 임상 사례 분석 예시
- V. 결론 및 제언

• 국문초록

본 논문은 먼저 의학교육에서 의료윤리와 전문직업성을 가르치는 것이 어려운 이유를 밝히고, 다음으로 비판적 사고와 글쓰기에 의거한 의료윤리의 한 교육 모형을 제시하고 있다. 의료윤리와 전문직업성을 교육하는데 있어 가장 어려운 점은 그것의 목적, 절차 그리고 내용이 혼재되어 있기 때문이다. 따라서 의학교육에서 의료윤리와 전문직업성 교육은 의학적 문제에 대한 문제해결 역량을 기르는 것이 되어야 한다. 비판적 사고와

* 이 논문은 2014년 정부(교육부)의 재원으로 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구임 (NRF-2014S1A5A2A03065066).

** 고려의대 연구교수, 제1저자

*** 고려의대 교수, 공동저자

학술적 글쓰기에 기초한 도덕적 또는 의학적 추론은 그러한 문제해결 능력을 기르는 한 좋은 방안이 될 수 있다. 의학교육에서 적합하고 적실성 있는 의료윤리와 전문직업성 교육은 의학적 주제와 관련된 교육적 방법에 초점이 맞추어져야 할 뿐만 아니라 윤리, 비판적 사고, 글쓰기가 융합되어야 한다. 의료윤리와 전문직업성에 내재된 많은 현안 문제들은 생명 윤리, 분배적 정의, 동물 실험, 의무의 충돌 그리고 자율규제 등과 같이 전통적인 도덕적 문제들과 관련되어 있기 때문이다.

• 주제어

의료윤리, 전문직업성, 비판적 사고, 학술적 글쓰기, 통합적 교육

I. 서론

현대 의학이 과학과 정보기술의 발달에 크게 의존하고 있다는 것은 부인할 수 없을 것이다. 과학과 정보기술의 발달은 새로운 정보와 기술이 실시간으로 공유되어 전파되고, 다시 그것을 기반으로 새로운 지식과 기술을 생산하는 순기능을 가지고 있다. 반면에 역설적이게도 정보기술이 가진 그러한 속성은 학적 영역과 일상에서 지금까지 겪어보지 못했던 역기능을 초래하고 있다는 것 또한 부정할 수 없다. 예컨대, 오늘날 생성되는 대부분의 지식과 정보는 시간적 차이가 거의 없이 공개되고 공유된다. 그러한 까닭에 우리는 전례가 없을 정도로 많은 정보를 무차별적으로 수용해야 하는 처지에 놓여 있다. 정보화 사회 이전의 지식과 기술은 탐구의 과정을 통해 생성되고, 그러한 과정을 통해 생성된 정보는 탐구자 스스로가 중요성을 가늠해봄으로써 수용 여부를 결정할 수 있었다. 말하자면, 탐구자는 지식과 정보를 생산하고 수용 여부를 결정하는 주체였다. 하지만 현대의 정보와 지식은 더 이상 탐구자의 수용 여부를 기다리지 않으며, 탐구자 또한 주어지는 정보와 지식의 중요성 여부를 따져보고 판단하지 않는다.

하지만 생성된 지식과 정보를 이와 같은 방식으로 수용하는 것은 많은 부정적 효과를 초래할 수 있다. 첫째, 무차별적으로 제공되고 있는 모든 정보가 모두 유용한 것은 아니다. 이미 알고 있듯이, 인터넷을 떠다니고 있는 정보 중 많은 정보와 지식은 근거 없는 잠정적인 추정에 의한 것들일 수 있다. 예컨대 의학 및 의료의 경우만 하더라도, 전문적인 의학적 판단이 결여된 의심스러운 진단들이 참인 정보인 양 유통되고 있는 경우들을 어렵지 않게 발견할 수 있다. 더불어, 인간 행동의 적실성 여부를 따져볼 수 있는 근거인 도덕 이론이나 윤리 원칙에 관한 정보 또한 전통적 해석과 근거에 의거하지 않은 채 심정적인 이유에 기초한 잘못된 추론에 기대고 있는 경우도 허다하다.

둘째, 앞서 말했듯이 정보기술 사회의 정보 수용자는 더 이상 제공되

는 지식과 정보의 진리성과 적실성에 관해 반성하지 않는 듯이 보인다. 무차별적으로 제공되는 정보는 참인 지식일수도 있지만 거짓 정보일 수도 있다. 따라서 정보 수용자는 주어진 정보가 현안 문제에 적용할 수 있는 적절한 것인지에 대해 반성한 다음에서야 그 정보의 사용을 승인해야 한다. 그러한 과정을 거치지 않은 정보와 지식의 사용은 결국 우리가 원하지 않는 부정적인 결과를 초래하게 될 것이다. 이와 같은 반성적 과정과 비판적 추론을 거치지 않은 정보는 우리의 앎을 확장하지도 못할 뿐더러 행위의 정당성을 보장하지도 않는다.

이러한 경향은 의학교육에서 더 두드러진다고 볼 수 있다. 그것은 의학교육이 다른 학문 영역에 비해 기본적으로 습득해야 할 지식과 정보의 양이 많기 때문이다. 하지만 의학 및 의학교육은 직접적으로 사람을 향하고 있는 학문이라는 점에서 행위를 결정하고 사태를 판단하는 근거로 사용되는 지식과 정보를 반성적이고 비판적으로 수용하고 활용해야만 한다. 만일 정보사회에서 지식과 정보의 생성과 전파 및 수용에 관한 이와 같은 진단이 옳다면, 현재와 미래를 대비하는 의학 교육은 적어도 다음과 같은 속성들이 강조되어야 할 것이다. 간략히 말해서, 의료윤리와 비판적 사고가 기초가 되는 의학교육은 교수자의 일방적인 강의에 의존하는 형식에서 벗어나 학습자 중심의 능동적 탐구와 학습자 간의 상호작용을 통한 자기주도적인 교육이 이루어져야 한다. 또한 역량을 기반으로 하는 교육과정과 성과 중심학습을 토대로 교육의 학습 결과뿐만 아니라 그 과정에서 이루어지는 추론과 사고의 형성에 초점이 맞추어져야 한다. 더하여 의사와 같은 전문가의 전문성은 확고한 윤리의식 위에 놓여 있어야 한다는 점을 학습자 스스로 인식하고 체화할 수 있는 실제적인 교육 모형이 제시되어야 한다.

의학과 의료는 “의술(醫術)은 곧 인술(仁術)”이라는 웅변적인 진술에서 알 수 있듯이 본질적으로 인간을 위한 학문이어야 한다. 그것은 또한 도덕과 윤리가 의학 또는 의학교육의 가장 핵심적인 요소로 자리매김하고 있다는 것을 말하고 있다. 만일 그렇다면, 미래에 대비하는 의학교육은 뛰어난

의술을 연마하고 기르는 것뿐만 아니라 그것에 상응하는 도덕적 민감성과 윤리적 자세 또한 함께 기르는 것이 되어야 한다는 것이 자연스럽게 도출된다고 할 수 있다. 만일 그렇다면, 우리의 의학교육이 그와 같은 목적을 잘 이루어내고 있는지 파악하고 그 목적을 구현할 수 있는 실천적이고 적실성 있는 교육 모형을 제시하는 것이 요구된다고 할 수 있다. 이와 같은 문제에 가능한 한 답변을 제시하기 위해 먼저 의학교육에 있어 윤리적 내용의 핵심이라고 할 수 있는 (의학)전문직업성의 개념과 현행 교육의 문제점을 간략하게나마 살펴볼 것이다. 다음으로 비판적 사고 또는 도덕추론의 역량이 의학교육에서 도덕과 의료윤리를 교육하는 한 좋은 모형이 될 수 있는 근거와 이유를 고찰할 것이다. 마지막으로 이와 같은 논의에 의거하여 의학과 의료에 있어 실천적인 문제를 분석함으로써 의료윤리와 비판적 사고에 기초한 통합적 교육의 한 사례를 제시해 볼 것이다.

II. 의학교육에서 의료윤리와 전문직업성 교육의 문제점

우리나라의 경우 의료와 의학에 있어서 전문직업성(professionalism)이 중요한 덕목으로 자리잡은 것은 비교적 최근의 일이라고 할 수 있다. (의학)전문직업성이라는 개념은 일반적으로 1984년 미국의과대학협회가 펴낸 GPEP 보고서의 “21세기 의사상(Physicians for the 21st Century)”에 기원하고 있다고 알려져 있다.¹⁾ 이 보고서는 과학기술의 발달과 인권신장 그리고 각종 의료제도의 도입에 따라 급격히 변화하고 있는 21세기 사회에 걸맞은 새로운 의사 양성 교육의 필요성을 강조한 최초의 의학교육 보고서로 평가받고 있기 때문이다.²⁾

1) AAMC(American Association of Medical College), 1984.

2) 맹광호, 「한국에서 의학전문직업성 교육: 과제와 전망」, 『한국의학교육』 제20권 제1호, 2008, 4쪽. 그는 또한 “이후 (의학)전문직업성에 관한 논의가 활발히 이

전문직업성을 포함한 미래 의학과 의료 환경에 대한 최근의 논의는 세계의학교육연맹(World Federation for Medical Education, 이하 WFME(2010))의 연구 결과를 통해 확인할 수 있다.³⁾ WFME는 지난 2010년 덴마크 코펜하겐에서 “건강관리에서 의사의 포괄적 역할(The Global Role of the Doctor in Health Care)”이라는 주제로 깊이 있는 논의를 진행하였다. WFME(2010)에서 논의된 중요한 내용은 현재와 미래에 필요한 의학, 의술, 의학교육 그리고 의사의 덕목과 역량에 관한 것이다. 이것은 궁극적으로 의사 또는 의료 종사자들이 급변하는 현대 의료 환경에 대처하고 미래의 보건복지와 의료의 사회적 역할의 증대 및 향상을 꾀하기 위해 요구되는 역량과 덕목을 다양한 관점에서 논의하고 방향성을 제시하고자 한 것이었다.⁴⁾ WFME(2010)의 논의는 일반적으로 의료 선진국이라고 볼 수 있는 영국(GMC), 미국(ACGME & ABMS) 그리고 캐나다(CnaMEDS) 등에서 개별적으로 연구되어 진행되고 있던 논의를 종합적으로 분석함으

루어졌으며, 1988년에 발표된 ‘의과대학 목표 프로젝트(MSOP, Medical School Objectives Project)’는 그러한 노력의 중요한 결과물이라고 할 수 있다. 여기서 제시하고 있는 의사들이 갖추어야 할 대표적인 4가지 덕목은 ‘이타심(altruism), 지식(knowledge), 기술(skill), 책무(duty)’로서 오늘날 우리가 논의하고 있는 (의학)전문직업성의 핵심 내용에 해당한다”고 말한다. 여기서 제시된 4가지 덕목 중 ‘이타심’과 ‘책무’는 의사가 갖추어야 할 윤리적 자제 또는 도덕적 책임의 문제와 직접적으로 관련되어 있다는 것을 알 수 있다. 따라서 도덕 추론과 실천을 포함한 의료윤리 교육은 전문직업성(또는 의학전문직업성) 교육의 핵심 내용이 되어야 한다는 것을 알 수 있다.

- 3) World Federation for Medical Education(WFME), (<http://wfme.org/>) 참조.
- 4) WFME(World Federation for Medical Education, 2010)의 논의는 크게 두 개의 맥락에서 진행된다. 말하자면, 첫 번째 맥락은 성과중심 의학교육의 의미와 목표에 관한 (의학)교육적 영역에 관한 것이고, 두 번째 맥락은 저소득 국가 의사가 고소득 국가로의 이민 등의 방식을 통해 이동함으로써 초래되는 문제를 논의하는 인구통계학적 범주에 관한 것이다. 우리나라의 경우도 최근 들어 외국인 의사의 유입과 국제영리병원 설립 등의 문제로 인해 인구통계학적 맥락에 관한 논의의 필요성이 대두되고 있는 것이 사실이다. 하지만 우리의 경우 전자에 관한 논의를 먼저 진행하는 것이 중요하다고 볼 수 있다. 의사의 포괄적 역할에 관한 핵심적인 논의는 주로 첫 번째 논제인 ‘(의학)교육적 영역’의 맥락에서 이루어지고 있기 때문이다.

로써 의학, 의료 및 의학교육이 미래 환경에서 대처해야 할 문제들을 제시하고, 그러한 환경 속에서 의사 및 의학도가 지녀야 할 핵심 역량을 포괄적으로 제시하였다는 데 그 의의가 있다고 평가할 수 있다.⁵⁾

우리나라도 앞서 거론한 의료 선진국과 마찬가지로 대한의사협회의 ‘의사윤리강령’(1997)⁶⁾을 시초로 현대 의사가 지녀야 할 역량과 덕목에 관한 연구를 진행하여 왔다. 하지만 우리의 경우 의사 전문직의 역할과 덕목에 관한 연구가 선진국과 같이 지속적이고 광범위하게 이루어졌다고 볼 수는 없다. 간략히 말해서, 영국, 미국 그리고 캐나다와 같은 의료 선진국의 경우 의료 전문직을 정의하고 포괄적 역할을 충족하기 위해 갖추어야 할 역량을 규정하는 연구가 이미 1960년대에 시작되어 국가 차원의 목표와 실천 방안을 제시하고 있는 반면에, 우리나라는 연구의 시작도 의료 선진국에 비해 30여 년 늦게 시작되었을 뿐만 아니라 국가 차원이 아닌 개인 또는 개별 단체의 차원에서 산발적으로 이루어졌다는 한계를 지니고 있다. 그러한 까닭에 우리나라의 경우 의사의 역할과 덕목에 대해 국제적 차원과 수준에서의 논의가 본격적으로 시작된 것은 2000년대 초반부터라고 보아도 무방할 것이다.⁷⁾

-
- 5) 안덕선 외, 『한국의 의사상 설정 및 보수교육 실태 평가 연구』, 보건복지부, 2013 참조.
- 6) 대한의사협회(<http://www.kma.org>), 대한의사협회 의료정책연구소(<http://www.nihp.re.kr>) 참조.
- 7) 우리나라에서 진행된 의사의 포괄적 역할에 관한 연구는 대표적으로 안덕선 외, 『전공의 교육을 위한 졸업 후 공통교육과정 개발(RESPPECT100)』, 한국의학 교육평가원 정책과제, 2008, 안덕선 외, 『전공의를 위한 의료윤리-사례와 해설』, 한국의료윤리학회, 2011, 그리고 WFME(2010)의 국내 후속 연구에 해당하는 안덕선, 한재진 외, 『The Global Role of the Doctor in Health Care의 Country Report(대한민국)』, 대한의사협회 정책과제, 2011 등을 거론할 수 있을 것이다. 이와 같은 연구의 결과로 2013년도에는 보건복지부의 연구 지원을 받아 안덕선, 전대석 외, 『한국의 의사상(Doctor's Role of Korean)』, 보건복지부, 2014를 발표하기에 이른다. 이와 관련된 논의는 안덕선, 「한국 의료에서 의학전문직업성의 발전 과정」, 『J Korean Med Assoc』 54(11), 2011 November; 최보문, 「현대 의학전문직업성: 역사적 배경, 개념 변화, 선언문 비판」, 『J Korean Med Assoc』 54(11), 2011 November 등을 참고하는 것이 도움이 될 것이다.

물론, 이미 짐작하듯이 (의학)전문직업성을 한마디로 정의하기는 쉽지 않다. 그것은 “(의학)전문직업성이 학문 체계상 별도로 분류되어 있는 분야가 아니라 의학을 제대로 이해하고 이를 올바르게 실천하는 의료 활동에 도움이 되는 ‘의료윤리’ 또는 ‘인문사회의학’과 같은 분야의 내용들을 다 (multi)학제적 또는 간(inter)학제적으로 포괄하는 한 개념”이기 때문이다.⁸⁾ 또한 전문직업성은 단지 의사 또는 의료 종사자에게만 한정적으로 적용되는 개념이 결코 아니다. 예컨대, 법조인, 전문 경영인 또는 교수 등은 우리 사회에서 가장 전문적인 역할을 하는 사람들로 간주되고 있다. 더불어 공무원, 기술자뿐만 아니라 일반적인 노동자에게도 직업윤리가 요구된다는 점에 비추어 본다면 전문직업성은 전문가에게 요구되는 일종의 직업윤리라고 볼 수도 있다. 물론, 법조인이나 의료 종사자와 같이 일반적으로 더 높은 전문성을 갖추고 있는 집단에게 더 높은 윤리적 자세가 요

8) 맹광호, 「한국에서 의학전문직업성 교육: 과제와 전망」, 『한국의학교육』 제20권 제1호, 2008, 5쪽; Association of American Medical Colleges, *Physicians for the 21st century: the GPEP Report. position paper from the AAMC*. Washington, DC, 1984. “미국 개원의 협회와 미국내과학회가 공동으로 개발한 ‘의학 전문 직업성에 대한 선언’의 경우, ‘의학전문직업성’의 내용을 3가지 원리와 10가지 덕목으로 정의하고 있는데, 3가지 원리로는 환자를 최우선으로 생각하는 것 (Principle of primacy of patient welfare)과 환자의 자율성을 존중하는 것(Principle of patient autonomy), 그리고 사회적 공정성을 준수하는 것 (Principle of social justice)을 들고 있으며, 의사가 전문 직업성으로 갖추어야 할 10가지 덕목으로는 첫째, 환자진료에 필요한 의학적 전문성(Commitment to professional competence), 둘째, 환자에 대한 정직성(Commitment to honesty with patients), 셋째, 환자와 관련한 정보에 대한 비밀 유지(Commitment to patient confidentiality), 넷째, 환자와의 적절한 관계유지(Commitment to maintaining appropriate relations with patients), 다섯째, 의료의 질을 높이기 위한 꾸준한 노력(Commitment to improving quality of care), 여섯째, 의료제공 기회를 높이기 위한 노력(Commitment to improving access of care), 일곱째, 한정된 의료자원의 공정한 분배를 위한 노력(Commitment to a just distribution of finite resources), 여덟째, 과학적 지식을 위한 노력(Commitment to scientific knowledge), 아홉 번째, 이해 갈등상황을 잘 관리함으로써 신뢰를 유지하려는 노력 (Commitment to maintaining trust by managing conflicts of interests), 그리고 끝으로 열 번째, 전문직으로서 사회적 책임을 완수하려는 노력 (Commitment to professional responsibility) 등을 제시하고 있다.”

구된다는 것에 어렵지 않게 동의할 수 있을 것이다.⁹⁾

하지만 앞서 보았듯이 전문직업성이 갖고 있는 포괄적 내용 때문에 모두가 승인하고 동의할 수 있는 확고한 정의를 도출하는 것은 어려운 일이다. 예컨대, 의학과 의료 분야에만 한정하여 보더라도 의사의 ‘실무적 역량’에 초점을 맞추는 경우와 ‘도덕적 자세’를 중시하는 경우에 따라 전문직업성에 관한 정의는 달라질 수 있다. 카이저와 클락(Kasar & Clark)의 정의는 전자의 경우를 잘 보여주고 있다. 그들은 전문직업성을 “임상사고 능력(clinical reasoning), 감정이입(empathy), 언어적 그리고 서면적 의사소통(verbal and written communication), 조직성(organization), 관리 과정(supervisory process), 협력(cooperation), 진취성(initiative) 그리고 전문적 표현(professional presentation)”과 같은 의사의 8가지 역량에 의거하여 정의한다.¹⁰⁾ 반면에 안덕선은 전문가로서 의사가 갖추어야 할 윤리적 자세 또는 도덕적 의미에 좀 더 비중을 두어 전문직업성을 정의한다. 그는 캐나다 퀘벡 면허기관(Medical Council Quebec)의 정의를 따라 전문직업성을 구성하는 세 가지 요소로 “임상적 자율(clinical autonomy), 직무 윤리(serve ethics) 그리고 자율규제(self-regulation)”를 제시하고 있다.¹¹⁾ 여기서는 전문직업성을 윤리적 또는 도덕적 차원에서 다루고 있는 후자의 정의로부터 논의를 시작하는 것이 좋을 듯하다. 퀘벡 면허기관과 안덕선의 정의에 따르는 전문직업성의 세 가지 요소를 간략히 정리하면 다음과 같다.

-
- 9) 전대석, 『의료윤리와 비판적 글쓰기』, 북코리아, 2016, 390~394쪽.
 10) J. Kasar J & NE. Clark, *Developing Professional Behaviors*, Slack Inc. 3-8, 34, 2000, pp. 119~125, p.161.
 11) 안덕선, 「한국의료에서 의학전문직업성의 발전 과정」, 1138쪽. 여기에서 그는 영국, 미국 그리고 캐나다와 같은 서양의 경우 의사의 권익과 신분을 보장하는 의사회(medical association)와 의료에서 전문직업성을 보장하기 위한 사회적 책무의 수행 기관인 면허기관(regulatory authority, licensing body)으로 이원화되어 있는 것을 우리나라와 다른 중요한 특징으로 파악하고 있다. 그리고 그 원인을 서양의 경우에서 발견되는 집단적(collective) 전문직업성의 발달에서 찾고 있다.

- ① 임상적 자율: 진료 현장에서 의사의 독립성 보장
- ② 직무윤리: 전문직으로서 준수해야 할 포괄적인 의미의 윤리와 도덕 기준
- ③ 자율규제: 전문직 스스로의 관리와 감독, 실천적 의미의 윤리와 기준

이와 같은 정의를 통해 우리는 (의학)전문직업성의 핵심을 이루는 요소가 ‘윤리’ 또는 ‘의료윤리’라는 것을 파악할 수 있다. 만일 그렇다면, 우리의 의학교육은 의술에 있어 또는 기술적으로 뛰어난 의사를 양성하는 교육을 뛰어넘어 의술의 본질인 도덕과 윤리적 소양을 갖출 수 있는 교육이 제공되어야 한다고 말할 수 있다. 하지만 오늘날 우리나라 의과대학의 교육은 그러한 요구를 충족하고 있는가?

허예라는 “우리나라 의과대학 교육과정의 측면에서 보면, 강운식(2005)과 이경아 외(2005)가 지적한 바와 같이 현 의과대학 교육과정은 생의학적 지식 전달에 편중되어 의술에 뛰어난 의사 양성에만 초점을 맞추고 있어 진정한 치료자를 길러 내는 데 있어 본바탕이 되어야 하는 인술의 중요성을 간과하고 있는 실정”이라고 진단하고 있다.¹²⁾ 비록 이와 같은 그녀의 진단은 10여 년 전의 진술이지만 아직도 유효한 것으로 보인다. 왜냐하면 (의학)전문직업성의 핵심 내용이라고 할 수 있는 의료윤리의 경우는 그나마 그 동안 ‘한국의료윤리교육학회’에서 학습목표를 개발하고 이를 바탕으로 교과서까지 발간한 상태여서 어느 정도 공통적인 내용의 교육이 각 대학에서 이루어지고 있는 것이 사실이지만, 그것의 세부적인 내용을 들여다보면 교육의 양(quantity)적인 측면은 증가한 반면에 질(quality)적인 측면과 내용적인 측면은 크게 변하지 않았다는 것을 파악할 수 있기 때문이다.¹³⁾ 또한

12) 허예라, 「우리나라 의과대학 입학생이 갖추어야 할 의학 전문직업성의 요소」, 『한국의학교육』 제18권 제3호, 2006, 298쪽.

13) 최경석은 다음과 같이 말한다. 즉, “미국의 경우, 1970년대에 의료윤리란 교과목이 의대에서 개설되었고, 1999년 자료에 따르면 124개 의과대학에서 필수 과목으로 채택하여 운영하고 있는 것으로 나타났다. 한국의 경우, 1980년 가톨릭대학교 의과대학에서 <의료윤리>를 최초로 개설한 이후, 점차 개설 대학이 증가하여 1996년에는 37개 의과대학 중 20개 대학이, 2003년에는 41개 의과대학 모두가

‘의학적 글쓰기(Medical Writing)’라는 제목으로 다양한 형태의 교육과 실습 과정이 개설되어 있지만, 그것은 의료윤리나 도덕추론이 아닌 의학 통계, 사례 보고서, 진료 기록 및 연구 보고서 작성과 같이 주로 의료 행위 자체를 지원하는 역량을 기르는 데 초점을 맞추고 있다.¹⁴⁾

의료윤리 교과목을 개설 운영하고 있다. 이 중 독립된 정규 과목을 운영하는 대학이 37개 대학(90.2%)이고, 특강이나 통합강의 형식을 운영하는 대학이 3개 대학(7.4%), 세미나 형식을 운영하는 대학이 1개 대학(2.4%)으로 조사됐다. 년 41개 의과대학에 대한 조사 자료도 큰 차이는 없지만 교육 주제 및 교육의 불만족 원인에 대한 조사는 주목할 만하다. 이 조사에 따르면, 조사한 37개 대학 중 2006년 2학기 과정에 포함될 예정에 있는 한 대학을 제외한 36개 대학이 의료윤리 교육 강좌를 개설하고 있었다. 강좌명은 <의료윤리>가 21개였고, <의학윤리>, <의료와 사회>, <생명윤리>, <환자, 의사, 사회>, <의사와 사회>, <의사윤리> 등도 있었다. 37개 의과대학 중 28개 대학이 독립된 정규 과목으로, 6개 대학이 특강 및 통합강의 형태로 개설하여 특강이나 통합 강의는 오히려 증가한 것으로 조사되었다. 그러나 중요한 것은 강의 시간인데, 16~20시간을 운영하는 대학이 12개 대학으로 가장 많았고, 31~35시간이 6개, 11~15시간이 5개 대학이었고, 학점으로 조사한 결과를 보면, 37개 대학 중 32개 대학이 학점을 부여하고 있고, 4개 대학은 학점을 부여하지 않았으며, 학점을 부여하는 대학 중 1학점 부여가 18개 대학, 2학점 부여가 9개 대학, 3학점 이상이 3개 대학, 학점 부여 없이 pass or fail의 부여가 3개 대학, 다른 교과목과 통합하여 학점을 부여하는 경우가 3개 대학이었다. 이는 의료윤리가 개설되고는 있다 하더라도 평균적으로는 대략 2학점도 채 안 된다는 것을 보여 준다.”, 최경석, 「의료윤리와 전문직 교육: 교육 현황과 철학의 역할」, 『인간연구』 12, 2007; 맹광호, 「한국 의과대학에서의 의료윤리교육의 현황과 발전 방향: 누가 무엇을 어떻게 가르치고 평가할 것인가?」, 『한국의료윤리교육학회지』 9(1), 2006, 44~59쪽; 맹광호, 「한국 의과대학에서의 의료윤리교육 현황 분석」, 『의료윤리교육』 6(1), 2003, 1~14쪽 재인용.

- 14) 우리나라와 달리 미국의 경우 비판적 사고와 글쓰기 교육을 강조하고 있는 의과대학으로 존스홉킨스(Johns Hopkins), 시카고 대학 그레햄스쿨(Chicago Univ. Graham School), 컬럼비아 대학(Columbia Univ.) 등을 거론할 수 있다. 존스 홉킨스는 “Advanced Academic Writing Program”에서 의과대학을 졸업한 전공의 등을 대상으로 하는 ‘과학적 글쓰기(science writing)’와 전문의 과정(Residency Course)을 대상으로 온라인을 통한 면대면 교육 프로그램을 운영하고 있다. 이와 같은 두 과정은 과학 또는 의학 실험 보고서, 논문 작성을 위한 기법이나 작성법을 교육하는 것만을 목표로 하고 있지 않다는 특징이 있다. 즉, 사회의 필수적인 공공의 목적에 부합하는 현대 의학, 기술 및 의료 환경의 복잡한 정보와 경향을 일반 대중이 이해할 수 있는 형식으로 글을 작성할 수 있는 역량을 키우는 것을 목표로 한다. 그러한 목표를 이루기 위해 의료 기관, 의학 및 과학 기관, 실험실, 박물관 등 다양한 영역의 현장 견학 및 실습을 통한 이해 증진 과정이

다음의 표는 우리나라 의과대학 중 몇몇 대학에서 개설하고 있는 의료 윤리, 비판적 사고, 그리고 (학술적, 과학적, 정당화)글쓰기와 관련된 강좌를 개략적으로 정리한 것이다.

대학	학년	학기	교과목	시수	비고	
서울대학교 의과대학	1		과학적 사고의 표현, 학술적 글쓰기 등	3	학부 공통	
	1	1	인간-의사-사회1	1		
		2	인간-의사-사회2	1		
	2	1	인간-의사-사회3	1		
		2	인간-의사-사회4	1		
연세대학교 의과대학	1	1	의료와 사회I	1		1학기 1분기
			의료와 사회II	1	1학기 2분기	
		2	의료와 사회: 선택과목	1	2학기 3분기	
			의료와 사회III	1	2학기 4분기	
	2	1	의료와 사회: 역학	1	1학기 1분기	
			의료와 사회IV	1	1학기 2분기	
		2	의료와 사회: 선택과목	1	2학기 3분기	
			의료와 사회: 환경과 산업보건	1	2학기 4분기	
	3	1	의료와 사회5	1	1학기 1분기	
			의료와 사회: 보건관리	1	1학기 2분기	
	4	2	의료와 사회7	1	2학기 3분기	
	가톨릭대학교 의과대학	1		OMNIBUS 2(Foundation)		
				OMNIBUS 3(인문-사회 I)		
			OMNIBUS 1-A(인간의 길)			

포함된다. 반면에 시카고 대학의 글쓰기 교육은 주로 “의학 통계 분석 및 논문 작성을 위한 프로그램”이 주를 이루고 있으며, 일반과정(4주)과 심화과정(6주)을 통해 ‘의학 통계, 출판 기법, 의학 논문, 의학 통계 활용 및 논문 작성, 윤리적/법적 자료 활용, 의학 통계 분석, 표현 기법, 학제적 의사소통 기법’ 등을 교육하고 있다. 또한 컬럼비아 대학의 “서사적 의학(Narrative Medicine)”은 의학의 서사적 글쓰기를 강조하고 있다. 이 프로그램은 의학의 과학화와 근거중심의학(EBM)에 따른 의료 행위의 인간 소외 현상에 대한 반성으로부터 발전하였다. 따라서 환자의 개인적 이력, 병력, 성향 등을 이해하고 기술할 수 있는 역량을 강화하고 건강관리 전문가 육성을 위한 교육 및 진료 기법 등을 교육하는 데 초점을 맞추고 있다.

가톨릭대학교 의과대학	2		OMNIBUS 4(사회체험 실습)		
			OMNIBUS 5(인문-사회 II)		
			OMNIBUS 6(의료와 사회 I : 직업환경의학)		
			OMNIBUS 7(인문-사회 III)		
			OMNIBUS 1-B(인간의 길)		
	3		OMNIBUS 9(Medical Professionalism 기초)		
			OMNIBUS 10(의료현장의 리더십)		
			OMNIBUS 11(의료윤리와 연구윤리)		
	4		OMNIBUS 8-A(의료인의 삶과 여가활동)		
			OMNIBUS 12(의료정책 및 법)		
			OMNIBUS 13(진료 및 관심분야 설계)		
인제대학교 의과대학	1	1	의료인문과정1-1	1	
		2	의료인문과정1-2	1	
	2	1	의료인문과정2	1	
		2	과학기술글쓰기 연구방법론 및 논문작성법	0.5 1	8시간 16시간
	3	1,2	의료인문과정3	1	1주
	4	2	의료인문과정4	1	
	고려대학교 의과대학	1	1	사고와 표현I	2
2			사고와 표현II	2	학부 공통교양
1/2		1/2	윤리와사상	3	학부 핵심교양
2		1	정량적사고	3	학부 핵심교양
1		1	의과학입문 I	2	의과대학 전공필수
1		2	의과학입문II	2	의과대학 전공필수
1		2	과학적사고의표현	2	의과대학 전공필수
3		1	의료윤리와프로페셔널리즘	1	의과대학 전공필수

〈표 1〉 우리나라 의과대학 의료윤리 관련 강좌 개설 현황

위의 표에서 확인할 수 있듯이, 국내 주요 의과대학에서는 사고력과 글쓰기 교육이 주로 공통 학부과정으로 부를 수 있는 의예과 과정에서 이루어지고 있다. 게다가 그 또한 학부 공통 강좌로 개설되어 있어 의학 및 의학교육의 특수성을 반영할 수 없다는 것을 파악할 수 있다.¹⁵⁾ 또한

우리나라 주요 의과대학의 경우에는 의학과에서 윤리 또는 의료윤리 유사 강좌를 개설하고 있지만—그마저도 사고력과 글쓰기 능력을 통합하고 수렴하는 교육과정으로 보기에선 어려움이 있는 것 또한 사실이다.

반면에 미국내과학회에서는 의사의 전문직업성 교육이 무엇보다 중요하다 하는 인식 아래 의사들이 함양해야 하는 전문직업성의 개념과 범위를 설정하였다. 또한 (의학)전문직업성과 관련해서 그 발달 과정에서 교육 연한 및 경력에 초점을 맞추어 지식 및 술기의 유능함을 강조하고 있다. 이들은 (의학)전문직업성의 발달을 “비판적 사고력, 문제해결능력” 등의 인지적 기술 및 전문 분야의 실행 또는 술기의 발달로 보고 있다.¹⁶⁾ 또한 미국의 주요 대학의 경우 학부 과정에서 비판적 사고에 근거하는 글쓰기 교육을 진행하고 있으며, 그러한 교육 과정을 통해 의사소통 능력과 비판적 추론 능력을 개발하고 배양하기 위한 다양한 제도와 교육 과정을 마련하고 있다.¹⁷⁾

-
- 15) 의과대학 교육과정과 커리큘럼에 관한 자세한 내용은 다음의 홈페이지에서 확인하는 것이 도움이 될 것이다. 서울대학교 의과대학(<http://medicine.snu.ac.kr/>), 연세대학교 의과대학(http://medicine.yonsei.ac.kr/intro_school/university_life/curriculum/grade_curriculum/), 카톨릭대학교 의과대학(<https://medicine.catholic.ac.kr/html/info/curriculum02.jsp>), 인제대학교 의과대학(<http://ubt.inje.ac.kr/user/life/curriculum>), 고려대학교 의과대학(<http://medicine.korea.ac.kr/web/www/-88>) 참조.
- 16) W. Scott-Smith, “The development of reasoning skills and expertise in primary care”, *Educ Prim Care* 17, 2006, pp. 117~129; JE. Connelly, “The other side of professionalism: doctor-doctor”, *Camb Q Healthc Ethics* 12 2003, pp.178~183; OS. Miettinen, KM. Flegel, *Professionalism in medicine*, *J Eval Clin Prat*, 9, 2003, pp.353~356.
- 17) 미국의 주요 대학의 경우 학부 과정에서 비판적 사고에 근거하는 글쓰기 교육을 진행하고 있으며, 그러한 교육 과정을 통해 의사소통 능력과 비판적 추론 능력을 개발하고 배양하기 위한 다양한 제도와 교육 과정을 마련하고 있다. 예컨대, 시카고 대학의 ‘Core Tradition’은 시카고 대학의 교육철학으로 학생의 기술적 능력, 품성, 비판적 사고력 등을 기르는 것을 넘어 다양한 문화나 규칙을 가르치며 능동적으로 자신의 삶을 꾸려나갈 수 있는 역량을 기르는 것을 목표로 하고 있다. 그에 따라 미국 대학 교양교육의 모델이라고 할 수 있는 ‘Core Curriculum’을 구성하고 전공에 관계없이 모든 학생이 이것을 이수하도록 하고 있다. 버클리 대학은 의사소통 교육을 전담하는 단과대학(College of Letters and

만일 상황이 이와 같다면, 우리나라의 의학교육 또한 윤리, 의료윤리 그리고 비판적 사고와 문제해결능력을 기르는 데 좀 더 초점을 맞추어야 한다는 데 동의할 수 있을 것이다. 하지만 그러한 합의에 이룬다고 하더라도 곧바로 다른 문제가 제기될 수 있다는 것을 어렵지 않게 추론할 수 있다. 예컨대, 신성경은 이와 관련하여 대표적으로 두 가지 문제를 제기한다. 우선 그녀는 “의료윤리 또는 비판적 사고에 기초하는 의학교육이 의학을 공부하는 학생과 의사에게 요구되는 윤리적 자세나 태도를 갖추는 데 기여할 수 있다고 하더라도 그들의 실천적인 행동을 이끌어낼 수 있는가에 대해 의문을 제기할 수 있다”고 본다. 다음으로 “인문학적 의학 교육이 윤리 교육에 머무르지 않고 이론과 실체가 연계되고 여러 교과목과의 유기적인 관계를 형성하기 위해서 학문 간의 학제성과 경험 중심의 학습 내용이 보장되어야 하는데, 이러한 문제를 해결하기 위해 어떤 방법이 가능한가”라는 문제가 제기될 수 있다.¹⁸⁾ 아놀드(Arnold, L.)는 이러한 문제에 대한 한 해결 방안으로 의사소통 기술에 대한 교육을 강화할 것

Science)과 글쓰기 프로그램(College Writing program, CWP)을 운영하고 있으며, 이를 통해 각 과정에서 학생들이 자신의 필요와 목표에 맞추어 선택할 수 있는 다양한 종류의 수업을 개설하고 있다. 마지막으로 하버드 대학은 1872년 이래로 ‘Expository Writing (Expos)’를 통해 모든 재학생이 졸업을 위해 반드시 이수해야 하는 필수 교육과정을 운영하고 있다. 이 프로그램은 하버드 대학의 가장 오랜 전통 중 하나로 한 학기 단위의 학술적 체험(academic experience)으로서 가장 집중적인 교육이 이루어지는 의사소통 교육 프로그램이라고 할 수 있다. 이와 같은 프로그램들은 모두 ‘생각하는 것(사고)과 글을 쓰는 것(실천)’은 떨어져 있는 별개의 것이 아니며, ‘좋은 생각이 결국 좋은 글쓰기’로 이어진다는 믿음에서 출발한다고 평가할 수 있다.

- 18) 신성경, 「의과대학생을 위한 글쓰기 교육의 필요성과 방향」, 『작문연구』 제2집, 2006, 64~65쪽. 이와 관련하여 김옥주는 “우리나라의 경우 의학과 교육 과정 중 의료윤리 등 의학과 관련된 인성 교육 과목을 최소한 1개 이상 개설해야 함이 명시되어 있다고 지적하고, 의료윤리 교육은 통합교육의 일부로 시행되었으나 독립적인 과목으로 시행되는 경우에도 전체 교육과정과 유기적인 관계가 부족하기 때문에 학생들이 배우게 되는 의료윤리가 실제의 의료 현장과는 동떨어진 것으로 인식되기 쉽다”고 지적한다. 김옥주, 「미국 의과대학의 의료윤리교육 현황」, 『한국의학교육』 14-2호, 195~202쪽.

을 제안한다.¹⁹⁾ 그에 따르면, 의료윤리를 포함한 인문학적 교육 내용이 실천적인 행동으로 이끌어지기 위해서는 그 문제와 관련된 실제 상황에 대한 이해가 선행되어야 하고, 그것에 기초하여 문제를 해결할 수 있는 훈련이 병행되어야 한다. 그는 그와 같은 역량을 기르고 훈련하는 데 있어 비판적 사고에 기초하는 글쓰기가 좋은 방안이 될 것으로 보고 있다. 특히, 글쓰기는 추상적 사유를 구체화하고 자기화하는 효과적인 지식활동이므로 이것이 인문학적 교육에 적절히 활용된다면 인문학적 의학교육을 효과적으로 수행하는 중요한 도구로서 의미를 가질 수 있다.²⁰⁾

19) L. Arnold, "Assessing Professional Behavior: Yesterday, Today, and Tomorrow", *Academic Medicine* 77, 2002, pp. 502~515. 여기서 아놀드는 실제적인 의료 문제가 의료윤리와 비판적 사고 그리고 글쓰기를 통해 통합적으로 교육되어야 한다고 주장한다.

20) 이와 관련하여 전공연계글쓰기(Writing Across the Curriculum, WAC)에 관한 최근의 논의들을 참고하는 것이 도움이 될 수 있다. 일반적으로 WAC은 글쓰기와 전공 학습을 연계 또는 통합하여 학문적 의사소통 능력을 증진하고 비판적 사고력을 함양하는 것을 목표로 하고 있다. 이와 관련하여 배시한, 「전공연계글쓰기(WAC)의 국내 적용을 위한 전제 조건: 미국 WAC 프로그램의 역사적 고찰을 통해」, 『교양교육연구』 제6권 제3호, 2012, 591~626쪽 등을 참조하는 것이 도움이 될 것이다. 또한 윤리와 도덕추론 그리고 논증 분석을 통한 글쓰기에 관해서는 S. E. Toulmin, *Reason in Ethics*, Chicago Univ. Press, 1950; *The Use of Argument*, Cambridge [England] Univ. Press, 1958 등을 참조할 수 있다. 톨민은 자신의 박사학위 논문인 *Reason in Ethics*(1950)에서 당시 유행하던 윤리에 있어서의 주관주의와 정서주의를 강하게 비판하며 보편적 윤리 법칙을 각각의 개별적 행동에 적용하는 윤리적 전통을 부활시킬 것을 주장하고 있다. 그는 이러한 관점에서 추론 능력을 실제적인 윤리적 문제 상황에 적용시킬 수 있는 효과적인 방법론이 필요하다고 주장한다. 따라서 그는 논증의 형식적인 측면보다는 실제적인 측면에 관심을 가졌다. 이는 또한 후기 비트겐슈타인의 사용이론에 영향을 받은 것으로 보인다. 그는 자신의 주저 *The uses of argument*(1958)에서 논증의 형식적인 분석보다는 사용에 주목하였으며, 이를 통해 유명한 6개의 항목으로 구성된 논증 모델을 성립시키는 데 주력하였다.

Ⅲ. 비판적 사고 및 정당화 글쓰기를 통한 의료윤리 교육 방법

지금까지의 논의를 통해 의학교육에서 (의학)전문직업성과 그것의 핵심을 이루는 의료윤리를 교육하는 한 좋은 방법이 비판적 사고와 정당화 글쓰기에 기초해야 한다는 데 잠정적으로나마 합의를 이룰 수 있을 것이다. 하지만 더 중요한 문제가 남아있다. 만일 그렇다면, 어떻게 가르쳐야 하는가? 비판적 사고에 기초한 의료윤리와 (의학)전문직업성 교육은 어떤 모습이어야 하는가?

이와 같은 문제에 대해 권복규는 ‘실제 의료 현장’에서 접할 수 있는 문제에 대한 ‘분석과 평가’를 할 수 있는 ‘문제해결 역량’을 강조한다. 그의 말을 직접 들어보자.

“교육 현장에서는 의료윤리 교육의 목적이 분명하지 않다. 의료윤리 교육은 생명윤리(bioethics) 교육, 혹은 윤리학 교육과 혼동되고 있으며, ‘인문사회의학’ 혹은 ‘인성 교육’과도 혼동된다. …… ‘윤리 교육’과 ‘인성 교육’은 서로 분리될 필요가 있다. ‘인성 교육’은 의사로서 기본적으로 갖추어야 할 인격과 품성, 그리고 프로페셔널리즘을 의미하는 것이며 이는 특정 교과목을 통해 양성될 수 있는 것이 아니라 의과대학의 전체 프로그램, 그리고 일종의 ‘학습생태계’(learning ecosystem)를 통해 습득되는 것이다. …… 의과대학의 의료윤리 교육, 즉 기본 의학 교육(BME) 과정에서 의료윤리 교육의 교육 목표는 일반적인 의학교육 목표와 마찬가지로 일차 진료의사(primary physician)로서 갖추어야 할 프로페셔널리즘을 바탕으로 하여 흔히 접할 수 있는 임상환경에서의 윤리적 갈등 사례를 해결할 수 있는 능력(medical ethics competence)을 양성하는 것이 되어야 한다.”²¹⁾

21) 권복규, 「우리나라 의료교육에 대한 비판적 고찰」, 62~65쪽; 최경석, 「의료윤리와 전문직 교육: 교육 현황과 철학의 역할」, 227쪽.

결국, 이와 같은 주장은 의과대학에서의 의료윤리 교육은 직접적인 문제를 분석하고 해결하는 역량을 기르는 데 초점이 맞추어져야 한다는 지금까지의 논의를 다시금 확인하고 있는 셈이다. 그러한 측면에서, “비판적 사고는 물리학, 생물학, 사회학, 경제학, 법학, 심리학, 의학, 간호학 등의 모든 학문과 사고의 분야에서 각각 나름의 전문 내용에 맞춰 필요하며, 그 필요성에 따라 개발되고 연습되어야 할” 필요성이 있는 것이다.²²⁾

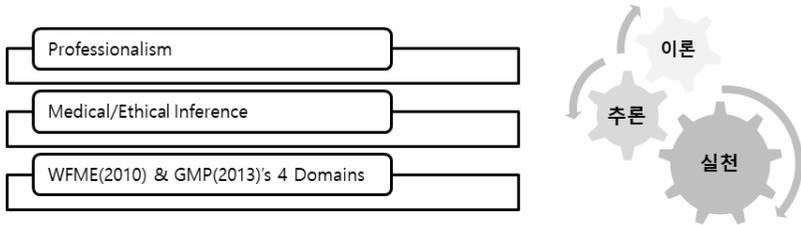
만일 의학교육에서 의료윤리와 전문직업성에 대한 이와 같은 진단과 비판적 사고가 각 전문 분야에서 개별적으로 연구되고 발전되어야 한다는 주장이 옳다면, 의학교육에 있어 비판적 사고에 기초한 의료윤리와 전문직업성 교육은 적어도 다음과 같은 성격과 내용을 담아야 한다고 볼 수 있다.

- ① 의학, 의학교육 및 임상 사례와 관련된 주제 개발
- ② 의학교육의 구조와 특성을 반영한 교육 방법 개발: 근거중심의학(EBM)에 대응하는 의미로서 근거중심 글쓰기(EBW)
- ③ 객관적 평가 방법 개발 및 구축
- ④ 의학전문직업성 교육 연계 강화 개발

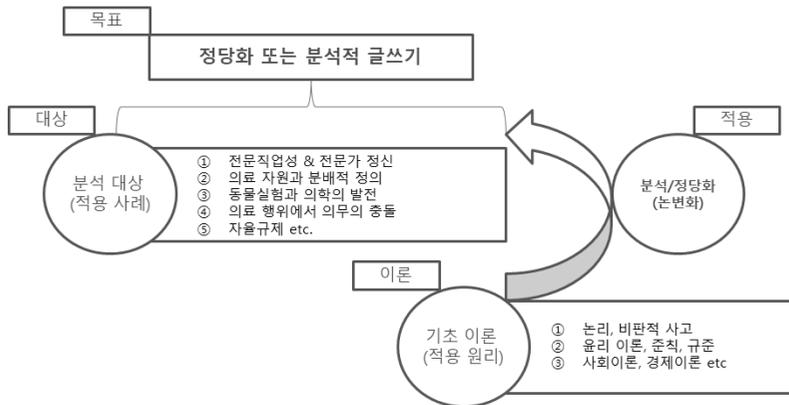
우선, 의학, 의학교육 및 임상 사례와 관련된 주제를 개발해야 할 필요성은 앞선 논의를 통해 충분히 확인할 수 있을 것이다. 게다가, 이것은 생명윤리 또는 의료윤리를 교육하는 전통적이고 일반적인 형식에도 잘 부합한다고 볼 수 있다. 둘째, 의학교육의 구조와 특성을 반영한 교육 방법의 개발은 방법론에 관한 문제에 해당한다고 볼 수 있다. 의과대학 교육 과정이 갖고 있는 한 특성은 어떤 측면에서 너무 지나치다고까지 여겨지는

22) 이좌용, 홍지호, 『비판적 사고: 성숙한 이성으로의 길』, 성균관대출판부, 2014, 7쪽. 또한 박정하는 대학에서 이루어지는 학술적 글쓰기 교육의 기본 전제로 다음과 같은 세 가지를 제시한다, 즉 학술적 글쓰기는 ‘논증적 글쓰기 교육’, ‘사고 교육’, ‘능력 교육과 통합 일반 교육’의 세 전제를 충족해야 한다. 박정하, 「학술적 글쓰기 어떻게 가르칠 것인가」, 『사고와표현』 5(2), 2012, 10~15쪽 참조.

과도한 학습량이라고 할 수 있다. 앞서 살펴본 많은 의학교육 관련자들 또한 그러한 특성 때문에 의학교육에서 의료윤리 또는 전문직업성에 관한 교육이 소홀히 다루어지거나 교수자에 의해 일방적으로 제시되고 있다고 분석하고 있다. 만일 그렇다면, 한정적이고 제한된 시간을 효과적으로 활용하여 의료윤리와 전문직업성 그리고 추론 능력과 사고력을 기르는 데 있어 의학교육에 잘 부합하는 ‘통합적인 교육 모형’을 개발할 필요가 있다. 예컨대, 아래와 같은 모형은 ‘윤리 이론’과 ‘사고 훈련’ 그리고 실천적 행동 방식 습득을 통합적으로 훈련할 수 있는 한 모형이 될 수 있다.²³⁾



〈그림 1〉 문제해결을 위한 비판적 사고 적용 모형



〈그림 2〉 근거중심글쓰기(EBW)의 교육 목표와 적용 단계

23) 전대석, 『의료윤리와 비판적 글쓰기』, ch. 1~4 참조.

의학을 포함하여 자연과학을 공부하는 학생들은 일반적으로 ‘수학과 같이 하나의 정답’을 찾는 데 익숙하다. 그러한 까닭에 윤리적 문제나 도덕적 갈등 상황에 대한 분석과 평가도 하나의 정답을 요구하는 경향이 있다. 하지만 윤리적 문제나 도덕적 갈등 상황을 해결하는 핵심적인 요소는 오히려 그러한 문제에 결부된 다양한 이론과 요인들을 종합적으로 점검함으로써 제시된 잠정적 결론에 비판적인 문제제기를 하는 것이라고 할 수 있다. 이와 같은 두 학문 영역의 차이는 의학교육에서 학생들이 수공할 수 있는 평가를 어렵게 만드는 한 요인이 될 수 있다. 따라서 객관적 평가 방법을 개발하고 구축하는 것은 교수자와 학습자의 교육적 신뢰를 형성하기 위해 필수불가결한 것이라고 할 수 있다. 마지막으로 앞선 논의에서 확인할 수 있듯이 현재 우리나라 의학교육에서 시행되고 있는 의료윤리와 비판적 사고의 교육은 ‘통합 교육의 일부로 시행되거나 독립적인 과목으로 시행되는 경우에도 전체 교육과정과 유기적인 관계가 부족’하다고 볼 수 있다. 따라서 분리되어 개별적으로 강의되고 있는 강좌들을 연계하여 하나의 종합적인 커리큘럼으로 구성하는 것이 요구된다고 할 수 있다.

IV. 비판적 사고와 글쓰기에 기초한 임상 사례 분석 예시

앞서 말했듯이 우리나라 의과대학의 교육과정은 주로 생의학적 지식 전달에 편중되어 의술에 뛰어난 의사를 양성하는 데 초점이 맞추어져 있다. 의학 또는 의료 술기(practice)와 관련된 지식이 방대하다는 측면에서 이와 같은 경향은 불가피한 측면이 있는 것도 사실이다. 하지만 적실성 있는 의료윤리 교육과 문제 해결을 위한 도덕추론과 비판적 사고의 훈련은 현대와 미래를 대비하는 의학교육에 있어 필수적인 것이다. 만일 그렇다면, 한정되고 제약적인 교육 환경과 시간 속에서 ‘의료윤리의 핵심적인

내용과 도덕추론 및 비판적 사고'를 효과적으로 교육할 수 있는 방법이 무엇인지에 대한 고민이 이루어져야 할 것이다. 따라서 이번 절에서는 한 실천적인 의료 사례에 대한 분석을 통해 비판적 사고에 기초하여 의료윤리 교육을 통합적으로 시행할 수 있는 가능성을 모색해볼 것이다. 다음과 같은 사례를 보자.²⁴⁾

생후 1년이 된 아들을 둔 여성 A는 우울증으로 정신과 치료를 받고 있던 중 번개탄을 피우 자살을 시도했다가 실패하고 아들 B와 함께 병원으로 옮겨졌다. 생후 1년인 환아 B와 A는 모두 일산화탄소 중독에 대하여 입원 치료 후 경과관찰 후 증상이 호전되어 생명에는 지장이 없다. 그 사건 당시 A는 환아 B에 대한 살인미수 혐의로 경찰의 조사를 받고 있는 중으로 혐의는 있지만 범죄로 확정된 것은 아니었다. 결국, 퇴원 시점까지 그 사건과 관련되어 결정된 것이 없었기 때문에 생후 1년인 환아 B와 그의 보호자인 A는 함께 퇴원하였다.

미리 말하자면, 이 사례를 평가하고 문제를 해결하기 위해서는 적어도 '4단계의 분석과정'과 '4개의 윤리이론 또는 준칙'에 대한 평가가 함께 이루어져야 할 것으로 보인다. 말하자면, 분석은 '①(문제의) 쟁점 분석 - ②(가능한) 선택지(또는 결정) 분석 - ③선택지(또는 결정)에 따라 적용할 윤리이론 분석 - ④윤리이론 적용에 따른 의사결정 분석'과 같은 네 단계의 과정을 거쳐야 할 것이다. 그리고 분석의 3단계와 4단계에서 '악행금지 원리, 선행의 원리, 자율성 존중의 원리 그리고 공리주의(또는 공리적 계산 원리)'와 같은 윤리이론과 준칙을 적용하여 주어진 문제를 평가해야 한다. 각 분석 단계와 그 단계에 윤리이론과 준칙을 적용하는 절차

24) 이 사례는 서울 소재의 ○○병원에서 있었던 사례를 교육 목적에 따라 약간 수정 및 보완하였다. 의료 과정에서 실제로 일어난 사례를 분석 대상으로 삼는 것은 의미가 있다. “비판적 사고에 기초한 도덕추론과 의료윤리 교육은 학문과 사고의 분야에 따라 전문적인 내용에 부합하는 것이 필요하며, 그 필요성에 따라 개발되고 연습되어야 하기 때문이다.” 이좌용, 홍지호, 『비판적사고: 성숙한 이성으로의 길』, 7쪽.

와 내용을 간략히 정리하면 다음과 같다.

1. (문제의) 쟁점 분석

- ① A와 B는 모자 관계다.
- ② A는 우울증 환자로서 (번개탄을 이용한) 자살을 시도하였고 일산화탄소 중독으로 치료를 받았다.
- ③ B는 생후 1년인 신생아로서 엄마 A의 자살 시도로 인해 일산화탄소 중독으로 치료를 받았다.
- ④ A와 B는 모두 증상이 호전되어 생명에는 문제가 없다.
- ⑤ A의 B에 대한 살인미수 사건은 수사가 진행 중이지만 A는 B와 함께 퇴원할 수 있다.

2. (가능한) 선택지(또는 결정) 분석

(1) 의사로서 고려해야 할 선택지

- ㉗ A가 B와 함께 퇴원할 수 있도록 허용한다.
- ㉘ A가 B와 함께 퇴원할 수 없도록 금지한다.

(2) A 또는 A와 B의 보호자가 고려할 수 있는 선택지

- ㉙ 일산화탄소 중독 증상이 호전되었으므로 퇴원을 요구한다.
- ㉚ 일산화탄소 중독 증상은 호전되었지만, A의 우울증 증상이 염려되기 때문에 퇴원을 요구하지 않는다. (또는 입원의 지속을 요구한다.)

의사\환자	원함 (㉙)	~원함 (㉚)
허용 (㉗)	결정1: ㉗-㉙	결정2: ㉗-㉚
~허용 (㉘)	결정3: ㉘-㉙	결정4: ㉘-㉚

3. 선택지(또는 결정)에 따라 적용할 윤리이론 분석

- **선행의 원칙(the principle of beneficence):** 타인을 적극적으로 돕는 것이 도덕적으로 선한 행위다. 또는 타인의 이익이 최선이나 최대가 되도록 행위하는 것이 도덕적으로 선하다.
- **악행금지의 원칙(the principle of nonmaleficence):** 타인에게 해악을 끼치지 않는 것이 도덕적으로 선한 행위다. 또는 나의 행위가 타인의 이익이나 권리를 침해하지 않는 것이 도덕적으로 선하다.
- **자율성 존중의 원칙(the principle of Autonomy):** 개인(환자)은 자신의 신체에 대한 결정권을 가지며, 타인(의사)은 주체적인 개인의 자발적인 결정을 존중해야 한다.
- **공리주의(Utilitarianism) 또는 효용의 원리(the principle of utility):** 공리주의의 제1원리는 ‘최대 다수의 최대 행복’으로 표현되는 효용 극대화의 원리다. 그 원리는 ‘주어진 상황에서 선택할 수 있는 행위 중 A를 선택할 경우 그 행위에 영향을 받을 모든 사람들에게 최대의 효용을 안겨준다면 또는 적어도 다른 행위만큼의 큰 효용을 안겨줄 경우 오직 그 경우에만 A는 (도덕적으로) 옳은 행위다’라고 정의할 수 있다.

4. 윤리이론 적용에 따른 의사결정 분석

[결정1] ㉠-㉡: 퇴원을 할 경우

선택지 ㉠-㉡는 의사와 환자(또는 보호자)의 의견이 일치하는 경우다. 이 결정을 따를 경우, A는 B와 함께 퇴원하게 될 것이다. 우리는 이와 같은 결정에 동의할 수 있을까? 겉으로 보기에 이와 같은 결정에는 문제가 없는 듯이 보일 수 있다. 그 이유는 다음과 같다. 즉,

- ㉠ 환자 A와 B의 일차적이고 직접적인 증상인 일산화탄소 중독은 치

료가 되었기 때문에 의사는 일차적인 의무를 성실히 수행한 것으로 보인다.

- ㉠ 환자는 자신의 몸에 대해 스스로 결정할 수 있다는 측면에서 자율성을 갖고 있으며 의사는 환자의 자율성을 존중해야 하기 때문이다. (자율성 존중의 원칙, the principle of autonomy)

만일 그렇다면, 우리는 다음과 같은 물음에 답해야 한다.

- ① ㉠ 에 대하여: 의사에게 주어지는 의무는 일차적이고 직접적인 증상의 치료에 한정되는가? 이 사례에서 의사는 A의 우울증으로 인해 B에게 이차적인 또는 부가적인 위해가 발생할 수 있다는 것을 어느 정도 예견할 수 있다고 볼 수 있다. 만일 그렇다면, 의사는 B에게 일어날 수도 있을 미래의 불행한 사건이나 위해를 (어느 정도 확률로) 예견할 수 있었음에도 불구하고 그 사건에 대한 책임으로부터 자유로울 수 있는가?
- ② ㉠ 에 대하여: 우리가 이미 잘 알고 있듯이, 환자의 자율성을 존중한다는 것은 의료윤리의 4원칙 중 하나다. 따라서 그 원칙을 따를 경우, 의사는 환자의 자발적인 자기결정을 존중할 필요가 있다. 하지만 다음과 같은 문제를 제기할 수 있다. “환자가 자발적으로 내린 자율적인 결정은 그 어떠한 경우에도 존중받을 뿐만 아니라 항상 우선시되어야 하는가?” 의사가 환자의 자율성을 존중하기 위해 또는 환자의 자율성이 보장받기 위해 충족되어야 할 필요조건은 없는가? 우리는 통상 환자의 자율적인 자기결정이 존중받기 위해서 “충분한 설명에 의거한 자발적 동의, informed consent”가 요구된다는 것을 알고 있다. 따라서 이 사례에서 반드시 살펴보아야 할 것은 환자 A의 결정이 “올바른 의미”에서 자발적인 것이었는가를 말할 수 있다. 달리 말하면, 일반적인 의미에서 환자의 자발적인 자기

결정은 ‘환자가 자신의 상태와 입장을 (적어도 일상적인 의미에서 허용할 수 있는 범위 안에서) 잘 이해한 상태’에서 내려져야 한다. 만일 그렇다면, 환자 A의 자기결정은 우리가 승인하고 허용할 수 있는 상태에서 내려진 결정이라고 할 수 있는가?

[결정4] ㉠-㉢: 퇴원을 하지 않는 경우

선택지 ㉠-㉢ 또한 의사와 환자의 의견이 일치하는 경우다. 하지만 [결정4]는 의사가 퇴원을 승인하지 않고 환자 또한 퇴원을 원하지 않는다는 점에서 [결정1]과 차이가 있다. 만일 그렇다면, 의사가 환자 A와 B의 퇴원을 승인하지 않는 이유는 무엇인가? 그리고 환자가 퇴원을 원하지 않는 이유는 무엇인가? 의사와 환자의 각 입장에 따라 사례를 좀 더 세분화해보는 것이 도움이 될 것이다.

③ 의사의 입장: 의사가 퇴원을 승인하지 않은 이유는 아마도 환자 ‘A, B 또는 A&B’에게 일어날 수도 있는 이차적인 또는 예견가능한 불행한 사건을 예방하고자 하는 의도에서 초래될 수 있다. 이 사례에서 환자 A와 B 모두 일산화탄소 중독이라는 일차적이고 직접적인 증상은 치료가 되었기 때문이다. 만일 그렇다면, 이 사례에서 의사는 퇴원을 승인하지 않는 이유에 대해 다음과 같은 두 원리에 의거하여 검토할 필요가 있다.

- 선행의 원칙: 의사는 선행의 원리에 의거하여 환자의 퇴원을 승인하지 않았는가? 달리 말하면, 의사는 A의 우울증 증상으로 인해 (또 다시) 발생할 수 있는 B의 불행한 사태를 방지하기 위해, 즉 B의 이익과 행복을 증진시키고자 하는 의도에서 환자(A, B 또는 A&B)의 퇴원을 승인하지 않았는가?
- 악행금지의 원칙: 의사는 악행금지의 원리에 의거하여 환자의 퇴원을

승인하지 않았는가? 달리 말하면, 의사는 A의 우울증으로 인해 (또 다시) 발생할 수 있는 B의 불행한 사태를 예견했음에도 불구하고 A와 B의 퇴원을 승인하는 것은 예견가능한 악행을 (의도적으로) 허용하는 것이기 때문에 그 악행을 금지하려는 의도에서 환자(A, B, A&B)의 퇴원을 승인하지 않았는가? 또는 우울증 환자인 A가 (의도적이든 그렇지 않든 간에) 자신의 어린 자녀인 B에게 위해를 가할 수 있는 악행을 금지시키려는 의도에서 환자의 퇴원을 승인하지 않았는가?

만일 이와 같은 분석이 그럴듯하다면, 의사가 환자(A, B, A&B)의 퇴원을 승인하지 않았을 경우 의사의 결정과 입장을 근거지울 수 있는 가장 강력한 원리는 무엇인가? 또한 의사의 결정과 입장을 이와 같은 원리에 의거하여 근거지을 때 제기할 수 있는 다른 문제는 무엇인가?

- ④ 환자의 입장: 환자가 일산화탄소 중독과 같은 일차적 증상이 완치되었음에도 불구하고 퇴원을 원하지 않는다면, 그 까닭은 무엇인가? 우리는 적어도 두 가지 경우를 상상해볼 수 있다. 우선, 환자는 의사의 진단 및 판단과는 달리 자신의 일차적 증상이 완전히 치료되지 않았다고 판단할 수 있다. 둘째, 환자 A는 우울증 증상으로 인해 자신의 어린 자녀인 B가 다시 위험한 상태에 놓일 것을 피하기 위해 (스스로) 퇴원을 원하지 않을 수 있다.

이제 이와 같은 의사와 환자의 입장이 어떤 도덕 원리와 관련이 있고 지지받을 수 있는지 생각해보자. [결정4]의 경우는 다른 결정 사례와 달리 비교적 도덕적인 문제로부터 자유로울 수 있는 여지가 넓게 열려있는 듯하다. 우선, 의사와 환자의 의견이 일치하고 있다. 둘째, 의사의 입장에서든 환자의 입장에서든 퇴원을 하지 않음으로써 (어느 정도 확률로) 예견할 수 있는 불행한 사태 또는 악행을 금지하거나 제한할 수 있다는 점

에서 도덕적으로 안전한 결정이라고 할 수 있다. 하지만 이와 같은 결정은 의료자원 분배에 관한 정의의 원칙에 관해서는 새로운 문제가 제기될 수도 있다. 예컨대, 비록 의사가 예견가능한 미래의 불행을 막기 위한 선한 의도에서 환자의 퇴원을 금지했다고 하더라도, 그로 인해 의료 서비스를 받아야 할 다른 사람의 이익과 권리를 침해하는지 여부를 따져보아야 하기 때문이다.

그럼에도 불구하고, 지금까지 살펴본 [결정1]과 [결정4]는 의사와 환자의 의견과 입장이 일치하기 때문에 그들의 입장과 의견이 일치하지 않은 경우에 비해 비교적 도덕적인 문제의 심각성이 덜 하다고 볼 수 있다. 이제, 의사와 환자의 의견이 일치하지 않는 두 결정 사례에 대해 생각해보자.

[결정2] ㉗-㉘: 의사는 퇴원을 허용하지만 환자(또는 보호자)는 퇴원을 원하지 않는 경우

앞서 살펴보았듯이 의사의 기본적인 의무는 환자의 일차적인 증상의 치료에 있다고 볼 수도 있다. 만일 그렇다면, 의사는 자신의 일차적인 의무를 다했기 때문에 환자를 퇴원시키고자 할 것이다. 반면에, 만일 환자가 의사의 진단과 달리 자신의 일차적 증상이 완전히 치료되지 않았다고 여기거나 우울증 증상으로 초래될 수 있다고 예견할 수 있는 나쁜 결과를 차단하고자 한다면 퇴원을 원하지 않을 것이다. 만일 상황이 이와 같다면, 의사는 퇴원을 강제해야 하는가, 그렇지 않은가? 만일 의사가 퇴원을 강제할 경우 예상할 수 있는 도덕적 책임의 부담은 무엇인가? 반대로 만일 의사가 환자의 요구를 받아들여 퇴원을 강제하지 않을 경우 의사가 선택할 수 있는 대안적인 행위는 무엇인가?

- ⑤ 의사가 퇴원을 강제할 경우: 만일 의사가 환자의 일차적 증상의 완치를 이유로 들어 환자의 퇴원을 강제할 경우, [결정1]과 마찬가지로 의사의 도덕적 의무가 일차적 증상을 치료하는 것에 한정되는가에 관한

물음에 답해야 한다. 물론, 의사는 환자가 원한다고 하여 무한정 환자의 퇴원을 연기할 수는 없다. 이것은 의료윤리의 4원칙 중 정의의 원리(the principle of (distributive) justice)와 관련이 있다고 볼 수 있다. 의사는 한정된 의료자원을 공정하게 분배할 의무 또한 갖고 있기 때문이다. 하지만 이 사례는 의료자원 분배의 일반적인 상황과 다르다. 즉, 환자 A는 우울증 증상이 있으며 그로 인해 A 자신뿐만 아니라 그녀의 어린 자녀인 B의 생명까지 위협에 처할 수 있기 때문이다.

- ⑥ 환자가 입원의 지속을 요구할 경우: 만일 환자가 퇴원을 거부하고 입원의 연장을 요구할 경우, 의사는 적어도 다음과 같은 두 가지 측면에서 문제 상황을 분석하고 판단할 수 있을 것 같다. 우선, 의사는 정의의 원리에 의거하여 환자의 퇴원과 입원의 지속 여부를 판단할 수 있다. 만일 의사가 환자 A와 B를 퇴원시키지 않고 입원을 지속하는 것이 (불특정한) 다른 환자의 이익, 즉 공정하게 치료 받을 수 있는 권리를 현격하게 침해한다고 판단한다면, 의사는 환자의 퇴원을 강제할 것이다. 반면에 만일 의사가 환자 A와 B를 퇴원시키지 않고 입원을 지속하더라도 (불특정한) 다른 환자의 이익을 현격하게 침해하지 않거나 다른 환자에게 투입할 수 있는 의료자원이 충분하다고 판단한다면, 환자의 요구를 수용할 수도 있다.

[결정3] ㉠-㉡: 의사는 퇴원을 허용하지 않지만 환자(또는 보호자)는 퇴원을 원할 경우

우리는 아마도 [결정3]이 도덕적으로 가장 비판적인 문제를 제기하고 있다고 생각할 수 있다. 미리 말하자면, 겉으로 보기에 [결정3]은 ‘선행 및 악행금지의 원리’와 ‘자율성 존중의 원리’가 직접적으로 충돌하고 있는 듯이 보이기 때문이다. 말하자면, 의사는 전자의 원리에 호소하여 환자의 퇴원을 허용하지 않을 수 있다. 반면에 환자는 후자의 원리에 의거하여 퇴원을 요구할 수 있다.

- ⑦ 의사가 선행의 원칙과 악행금지의 원칙에 의거하여 환자의 퇴원을 승인하지 않을 경우: 앞서 [결정4]에서 살펴보았듯이, 의사는 선행의 원칙과 악행금지의 원칙에 의거하여 환자의 퇴원을 승인하지 않을 수 있다. 만일 의사가 선행의 원칙에 의거할 경우, 그 의사는 환자의 퇴원을 승인하지 않는 것이 환자 B 또는 A&B의 이익이 최대가 되거나 최선이 되는 행위라고 판단하였다고 볼 수 있다. 그리고 만일 의사가 악행금지의 원칙에 의거할 경우, 그 의사는 환자의 퇴원을 승인하지 않는 것이 (예견가능한) 환자 B의 해악을 금지하거나 B의 행복과 생명에 관한 이익과 권리를 침해하지 않는 행위라고 판단하였다고 볼 수 있다. (또는 A가 우울증으로 인해 초래할 수 있는 악행을 금지하는 것이라고 판단할 수 있다.) 물론, 선행의 원칙과 악행금지의 원칙 중 어떤 원칙이 더 근본적인가에 관한 논의가 선행될 필요가 있다. 하지만 우리는 일반적으로 악행금지의 원칙이 선행의 원칙보다 더 기초적이고 우선해야 할 원칙이라는 데 동의할 수 있을 것이다. 타인의 이익이 최대가 되도록 행위하라고 말하는 것은 일종의 적극적인 ‘이타주의’를 함축하고 있는 반면에 타인의 이익이나 권리를 침해하지 않으려는 행위는 도덕 행위에 있어 ‘최소주의 원리’를 따르고 있다고 볼 수 있기 때문이다.

여기서 한 가지 생각해 볼 것이 있다. 말하자면, (적어도 이 사례에서) 의사에게 선행의 원리를 준수할 것을 요구하는 것은 ‘완전 의무(또는 무조건적 의무)’인가, ‘불완전 의무(또는 조건적 의무)’인가? 만일 선행의 원칙 또는 악행금지의 원칙이 의사가 반드시 준수해야 할 완전 의무라면, 의사는 이와 유사한 어떠한 경우에서도 환자의 퇴원을 승인하거나 허용해서는 안 된다. 반면에 만일 그 원칙들이 불완전 의무라면, 의사는 그 원칙들을 준수하거나 적용해야 할 필요조건들을 규정할 필요가 있다. 예컨대, 우리는 일반적으로 만일 의사의 결정과 행위가 환자의 생명과 직접

적으로 관련되어 있을 경우 그 두 원리 모두 (또는 적어도 두 원리 중 하나) 그것을 적용할 필요조건을 충족한다고 판단할 수 있을 것이다. 반면에 의사의 결정과 행위가 의사가 예견할 수 없거나 예견할 수 있더라도 그 결과가 너무 먼 미래에 발생할 수 있는 환자의 건강의 문제와 결부되어 있을 경우 두 원칙에 대한 필요조건을 충족하지 못한다고 판단할 수 있다. 아마도 그것은 의사에게 일반적으로 요구되는 정도 이상의 의무를 강요하고 있다고 볼 수 있기 때문이다.

- ⑧ 환자가 자율성 존중의 원칙에 의거하여 퇴원을 요구할 경우: 이 경우는 앞서 살펴본 [결정1]의 ㉠에 해당한다고 볼 수 있다. 만일 환자 A가 비록 우울증 증상이 있더라도 (어느 정도 합리성을 가지고) 퇴원을 결정할 수 있는 정도의 지적 능력을 갖고 있다면, 그녀의 결정을 존중하여 퇴원을 승인하는 것이 자율성 존중의 원칙에 부합하는 듯이 보인다. 게다가 만일 환자의 퇴원 요구가 A의 보호자(남편이나 부모 등)에 의해 이루어진다면, 적어도 그들의 결정이 비합리적이거나 불합리한 판단에 근거하고 있다는 결정적인 이유가 없는 한 의사는 그들의 결정을 존중할 의무가 있는 듯하다. 하지만 A의 현재 상태가 합리적인 결정을 내렸다고 볼 수 있는 근거가 충분하지 않거나, 심지어 그녀의 현재 심리적 또는 인지적 상태가 불안정하거나 비합리적이라고 의심할만한 결정적인 이유가 있다면, 비록 의사에게 환자의 자율성을 존중할 의무가 있다고 하더라도 그녀의 결정과 행위를 승인하고 수용해야 하는지에 대해 의문을 제기할 수 있다.
- ⑨ 선행 또는 악행금지의 원리 vs. 자율성 존중의 원리: 선행 또는 악행금지의 원리와 자율성 존중의 원리가 충돌할 경우 어떤 원리에 근거하는 것이 더 합리적인 결정을 이끌어낼 수 있는지 따져보는 것은 [결정3]에서 가장 중요한 문제라고 할 수 있다. 이 문제를 해결하기 위해 우리가 가장 일반적으로 그리고 손쉽게 적용할 수 있

는 도덕이론은 아마도 공리주의적 접근법일 것이다. 예컨대, 선행 또는 악행금지의 원리를 따를 경우에 발생하는 이익 또는 효용의 총량과 환자의 자율성을 존중할 경우 산출되는 효용 또는 이익의 총량을 계산한 다음 이익이나 효용이 더 큰 행위를 선택할 수 있다. 다음과 같은 표를 통해 이 문제를 살펴보자. 즉,

	자율성 존중	~ 자율성 존중
선행/악행금지	㉠ 100	㉡ ()
~ 선행/악행금지	㉢ ()	㉣ 0

〈표 2〉 효용 계산에 따른 의사결정

만일 선행 또는 악행금지의 원리와 자율성 존중의 원리의 적용에 따른 효용이 위의 표와 같다면, ㉠은 도덕적으로 최선의 행위이고 ㉣은 최악의 행위라고 할 수 있다. 하지만 우리가 지금 다루고 있는 문제의 핵심은 ㉡과 ㉢의 효용의 가치를 따져보는 것이다. 그리고 이것은 아마도 의사에게 주어지는 책임과 의무의 한계, 환자의 의무와 권리, 법적 해석과 책임의 한계 등과 같은 다양한 측면의 논의가 충분히 이루어진 다음에야 만족할만한 효용 계산을 이끌어 낼 수 있을 것이다. 예컨대, 만일 어떤 의사 S₁이 가진 신념이 어떠한 경우에도 생명을 보존하거나 생명에 위협이 될 수 있는 것들을 차단하는 데 있다면, 그는 ㉢이 ㉡보다 더 큰 효용을 갖는다고 볼 것이다. 반면에 어떤 의사 S₂는 선행 또는 악행금지의 원리를 따르는 것이 온정적 간섭주의(paternalism)의 문제를 초래하기에 환자의 자율성을 심각하게 침해한다는 신념을 가지고 있기 때문에 ㉡이 ㉢보다 더 큰 효용을 산출한다고 볼 것이다.

이와 같은 비판적 사고에 기초한 교육 사례가 말하고자 하는 것은 분

명한 듯이 보인다. 즉, 의료 행위에서 일어날 수 있는 도덕적 문제를 해결하기 위해서는 그 문제에 대한 철저한 ‘분석’과 분석에 의해 세분화되는 각각의 결정 사항에 대응하는 윤리적 문제가 무엇인지를 올바르게 이해할 수 있어야 한다는 것이다. 만일 이와 같은 분석이 옳다면, 의학과 의료에서 발생할 수 있는 도덕적 문제를 평가하고 문제의 핵심을 파악하는 한 좋은 방법이 비판적 사고에 기초하여 자신의 결정과 주장을 정당화하는 글쓰기가 될 수 있음을 알 수 있다.

V. 결론 및 제언

지금까지의 논의를 통해 의학교육에서 전문직업성과 그것의 핵심이 되는 의료윤리 교육의 필요성이 강조되고 있다는 것을 파악하였다. 또한 그러한 시대적인 요구에도 불구하고 적어도 우리나라의 경우 효과적인 교육이 이루어지고 있지 못한 현실도 확인할 수 있었다. 그 이유는 매우 다양할 수 있다.

하지만 만일 의학교육에서 비판적 사고에 기초한 의료윤리 교육이 필요하다는데 동의한다면 그리고 앞서 논의했듯이 그러한 교육은 문제해결능력을 기르는 데 초점이 맞춰져야 한다는 데 합의할 수 있다면, 앞으로의 의학교육은 적어도 다음과 같은 성격을 가져야 한다는 주장에도 동의할 수 있을 것이다. 즉, 첫째, 교수자 중심의 전달식 교수 모델에서 학습자 중심의 능동적 탐구와 학습자 간의 상호작용을 통한 자기주도형 교수 모델을 개발해야 할 것이다. 현재의 의학 교육은 학습자 스스로 문제를 발견하고 탐구할 수 있는 역량을 키우는 데 초점이 맞춰져 있기보다는 여전히 수동적이고 교수자 중심의 전달식 교수 모델에 집중되어 있다. 이러한 교수 모형은 방대한 양의 지식과 정보를 전달하는 것에는 유용할 수 있지만, 다변화하는 미래 환경에 대처하기 위해 요구되는 근본적인 탐

구 능력과 창의성을 개발하는 것에는 큰 도움이 될 수 없다. 따라서 학습자 스스로가 현재 및 미래의 문제를 파악하고 나름의 적절한 해법과 개념을 제시할 수 있는 능력을 배양할 수 있는 교수법을 개발하는 것이 필요하다.

둘째, 역량기반 교육과정과 성과중심학습을 토대로 하여 교육의 학습 결과뿐만 아니라 ‘학습 과정’을 중시하는 교육 과정을 개발해야 한다. 이것은 교육 과정의 목적, 개념, 지식, 자기인식, 이해, 개선을 통한 적응과 협력을 학습에 적용하여 더 나은 미래 학습 환경을 만들어야 하기 때문이다. 또한 이와 같이 학습 과정을 중시하는 교육은 학습에 강한 영감과 동기를 부여하고 지식의 전달 뿐만 아니라 변화된 세계에 대한 다음 단계를 예측하는 상상력을 개발하는 데 기여할 수 있다. 이와 같은 시도를 통해 의사와 환자가 효과적으로 소통을 할 수 있는 능력을 배양시킬 수 있도록 의학교육을 새로운 차원으로 끌어올릴 수 있을 것이다.

나아가 의사의 전문성은 확고한 윤리의식 위에 놓여 있어야 한다. 직업윤리는 직업에 종사하는 모든 사람들에게 요구되는 기본적인 덕목이다. 그러나 의사들이 갖추어야 할 직업윤리는 성실, 정직, 근면 등의 항목을 피상적으로 나열하는 여타 직업군의 직업윤리와 본질적으로 다르다. 의사가 다루는 생명체는 그 자체가 윤리의 주체인 동시에 대상이다. 다시 말해, 의사는 개인적인 성실함이나 직무에 대한 책임감 수준의 차원이 아닌 생명체를 다룸에 있어 무엇이 올바른 것인가를 근원적으로 고민해야 한다. 나아가 이와 같은 고민을 자신이 다루는 생명체와 공유할 수 있어야 한다. 또한 윤리적 고려의 대상을 인간을 넘어 다른 종, 심지어 자연환경까지 확장해 나가는 현대 윤리학의 추세를 본다면 의사가 다루는 모든 대상이 윤리적 숙고의 대상이라 할 수 있다. 결국 의사는 깊이 있는 윤리적 성찰을 수행한 철학자로서의 전문성 또한 갖추어야 하는 것이다.

• 참고문헌

- 김옥주, 「미국 의과대학의 의료 윤리교육 현황」, 『한국의학교육』 14-2호, 2002, 195~202쪽.
- 맹광호, 「한국 의과대학에서의 의료윤리교육의 현황과 발전 방향: 누가 무엇을 어떻게 가르치고 평가할 것인가?」, 『한국의료윤리교육학회지』 9(1), 2006, 44~59쪽.
- 맹광호, 「한국에서 의학전문직업성 교육: 과제와 전망」, 『한국의학교육』 제20권 제1호, 2008, 5쪽.
- 박정하, 「학술적 글쓰기 어떻게 가르칠 것인가」, 『사고와표현』 5(2), 2012, 10~15쪽.
- 배식한, 「전공연계글쓰기(WAC)의 국내 적용을 위한 전제 조건: 미국 WAC 프로그램의 역사적 고찰을 통해」, 『교양교육연구』 제6권 제3호, 2012, 591~626쪽.
- 신선경, 「의과대학생을 위한 글쓰기 교육의 필요성과 방향」, 『작문연구』 제2집, 2006, 195~202쪽.
- 안덕선, 「한국 의료에서 의학전문직업성의 발전 과정」, 『J Korean Med Assoc』 54(11), 2011 November, 1138쪽.
- 안덕선 외, 『한국의 의사상 설정 및 보수교육 실태 평가 연구』, 보건복지부, 2013.
- 이좌용, 홍지호, 『비판적 사고: 성숙한 이성으로의 길』, 성균관대출판부, 2014.
- 전대석, 『의료윤리와 비판적 글쓰기』, 북코리아, 2016.
- 최경석, 「의료윤리와 전문직 교육: 교육 현황과 철학의 역할」, 『인간연구』 12, 2007, 221~228쪽.
- 최보문, 「현대 의학전문직업성: 역사적 배경, 개념 변화, 선언문 비판」, 『J Korean Med Assoc』 54(11), 2011 November, 1124~1130쪽.

허예라, 「우리나라 의과대학 입학생이 갖추어야 할 의학 전문직업성의 요소」, 『한국의학교육』 제18권 제3호, 2006, 296~298쪽.

Arnold, L. “Assessing Professional Behavior: Yesterday, Today, and Tomorrow”, *Academic Medicine* 77, 2002, pp.505~514.

Connelly, JE, “The other side of professionalism: doctor-doctor”, *Camb Q Healthc Ethics*, 12, 2003, pp.178~183.

Kasar, J & Clark, NE., *Developing Professional Behaviors*, Slack Inc. 3-8, 34, 2000.

Scott-Smith, W., ‘The development of reasoning skills and expertise in primacy care’, *Educ Prim Care*, 2006; 17.

Miettinen, OS, Flegel, KM, “Professionalism in medicine”, *J Eval Clin Prat*, 9, 2003, pp.353~356.

Toulmin, S. E., *Reason in Ethics*, Chicago Univ. Press, 1950.

_____, *The Use of Argument*, Cambridge [England] Univ. Press, 1958.

World Federation for Medical Education(WFME), (<http://wfme.org>).

Teaching Medical Ethics and Professionalism Based on Critical Thinking and Writing

Jeon, Daeseok* · Ahn, Ducksun**

The main purpose of this paper is to explain the reason for the difficulty in teaching medical ethics and professionalism and to make a proposal for an educational model of improving moral inference in teaching medical ethics in virtue of critical thinking and writing. Above all else, the difficulty in teaching medical ethics and professionalism lies in that its educational purpose, educational procedure and contents are confused. I argue that the improvement of ethical problem-solving competency is the core component. So, I propose that the moral and ethical inference in medical ethics must be based on critical thinking and academic writing. Since many current issues in medical ethics and professionalism are related to traditional moral issues — such as bioethics, distributive justice, animal experiment, conflict of obligations and self-regulation and so forth — a proper and suitable teaching of medical ethics and professionalism in medical education should focus on medical subject-related educational methods and should be integrated with ethics, critical thinking and writing.

* Research Fellow, Department of Medical Humanities, College of Medicine, Korea Univ.

** Professor, Department of Medical Humanities, College of Medicine, Korea Univ.

Key words: Medical ethics, professionalism, critical thinking,
academic writing, integrated teaching

필자 E-Mail: moresphil@korea.ac.kr, dsahn@korea.ac.kr

투고일 2017년 10월 16일 / 심사완료일 2017년 10월 30일 / 게재확정일 2017년 11월 01일