

의료윤리교육의 목적 및 과정에 대한 고찰

이일학

연세대학교 의과대학 의료법윤리학과

Medical Ethics Education: Its Objectives and Curriculum

Ilhak Lee

Department of Medical Law and Ethics, Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

Medical ethics has been integrated into the curriculum for medical education in Korea for over 30 years now. There have been many attempts to establish standards for the educational objectives and curriculum, including establishing learning outcomes and publishing medical ethics textbooks in Korean. However, this task is not easy for several reasons: the interdisciplinary nature of the subject, educators' lack of experience, and the lack of a consensus on the criteria that would be effective educational goals. In this article, the author explores (1) the need for reflection on the education itself, (2) two perspectives of medical ethics education, (3) critical perspectives on the effectiveness of the current medical ethics education, and (4) the variety of modalities of medical ethics education. Further, the author proposes a way to teach medical ethics in Korea. The contents and means are closely related to the question of philosophy of medical education: "Should professional ethics education be 'realistic' or 'idealistic'?" Ethics requires educators to be open to new learning experiences and to ethical development. Medical Ethics education should be relevant to everyday clinical experiences and, at the same time provide students and educators to critically review their ethical perspective through reflections.

Keywords: Medical ethics, Medical education, Professional ethics

Corresponding author

Ilhak Lee
Department of Medical Law and Ethics, Yonsei University College of Medicine, 50 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 120-749, Korea
Tel: +82-2-2228-2538
Fax: +82-2-313-3292
E-mail: arete2@yuhs.ac

Received: August 4, 2014

Revised: September 25, 2014

Accepted: October 8, 2014

서론

의료윤리가 우리 의과대학에서 정식으로 교육된 지 20년이 지난 현재(Sohn, 2005), 전국 41개 의과대학 대다수에서 의료윤리를 정규 교과목으로 교육하고 있다(Meng, 2003). 교육내용은 공식화되어 2006년 제정된 '한국 의과대학 학습목표'에는 의료윤리와 환자의 권리라는 항목으로, 2012년 간행된 "기본의학교육 학습성과-진료 역량중심"에도 일반학습성과에 포함되어 의료윤리의 교육목표가 제시되었다(Korean Association of Medical Colleges, 2012). 그러나 의료윤리교육을 어떻게 할 것인가에 대한 구체적인 논의에 들어 서면 아직 명확한 것이 없다(Kwon, 2006). 한국의료윤리학회 차원에서 두 차례 자체적으로 설정한 의료윤리교육의 목표를 기본으로 교과서를 간행했고(1999년, 2003년), 의료윤리 관련 서적(예를 들어 한국의료윤리학회가 2011년 간행한 "전공의를 위한 의료윤리" 등)을 출판한 바 있으나 의료윤리교육방안에 관한 고민은 여전하다.

본고는 어떻게, 무엇을 교육할 것인가 하는 실천의 문제는 의료윤

리의 성격과 교육목표에 관한 성찰에서 해결의 단초를 얻을 수 있다는 문제의식에서 출발한다. 오늘날 교육과 관련된 고민은 의료윤리가 갖는 다학제간 접근(interdisciplinary approach)의 성격과 관련되어 있고 의료윤리교육에 대한 심도 깊은 성찰을 통해서 더욱 의료윤리교육이 자리잡을 수 있을 것임을 드러낼 것이다. 본고에서 외국의 교육사례를 제시하는 것은 의료윤리교육의 다양성은 의료윤리에 관한 이해의 다양성을 살펴보고 이들 다양한 관점의 공존가능성을 탐색해 보기 위한 것이다. 이 목적을 달성하기 위해 본고는 (1) 의료윤리교육에 관한 성찰의 필요성과 의료윤리교육의 어려움, (2) 의료윤리교육에 관한 두 가지 접근, (3) 의료윤리교육의 성과에 대한 비판, (4) 의료윤리교육의 다양한 방법론 그리고 (5) 한국에서 의료윤리를 어떻게 교육할 것인가 등의 내용을 살펴보았다.

1. 의료윤리교육에 관한 성찰의 필요성과 교육의 어려움

의료윤리교육의 성찰은 크게 두 가지 측면—의료윤리가 학제 간 접근을 취한다는 점과 의료윤리교육이 실천을 위한 규범과 성찰을

위한 능력의 두 가지 가능한 접근을 갖는다는 점에 집중된다. 여타 의생명과학 분야의 교육이 단일한 관점과 문제의식을 가지기 쉬운 분과학문(discipline)의 성격을 유지하는 데 비하면 의료윤리는 철학이나 법학 등 다양한 분야의 전공자가 참여하는 학제간 학문 분야로 연구, 교육되고 있다. 의료윤리 교육자들은 철학이나 법학 등을 학문적 배경으로 하며 의과대학 교육의 특징이나 관점, 문제의식 등에 관하여 어떤 명시적인 지침이 없이 자신이 익힌 학문의 교육방법론을 활용하기 십상이다. 또한 성찰과 토론을 중심으로 하는 의료윤리의 특성은 의료윤리교육에 일반적인 의학교육과정 개발을 그대로 적용하기 어렵다는 점도 장애가 된다고 할 수 있다. 문제확인, 일반적 수요평가, 대상자 수요평가, 목적과 목표설정, 교육방침, 수행 및 평가라는 단계들로(Kern et al., 2010) 의료윤리교육을 기획하려 할 때 해결하기 어려운 난점이 존재한다. 예컨대 의료윤리교육에 대한 수요가 불확실하고(무엇을 의료윤리교육의 수요로 삼을 것인가), 목표에 대한 논의도 없거나 철학적 의료윤리가 의료윤리교육 자료의 대부분을 차지하고 있는 상황에서 실천적인 교육내용을 교과 과정에 담기에 현실적으로 어려운 측면이 있었다(Kwon, 2006). 한편 의료윤리는 평생에 걸쳐 서서히 배우는 태도를 중요한 내용으로 삼고 있는 바 이것이 교육과정 설정에 난점으로 작용한다. 실제 교육현장에서는 의료윤리교육을 통해 피교육자들이 구체적인 행위 지침(에티켓으로 규정할 수 있는)을 익히고 실천하도록 할 것인지 아니면 자신의 행위를 성찰할 수 있는 능력과 개선하려는 의지를 함양하도록 이끌 것인가 하는 관점이 교육의 방식이나 내용을 규정할 것인데, 이런 차이에 대한 이해는 암묵적 수준에서 이루어지고 기관마다 다른 형태로 이루어지고 있다.

2. 의료윤리교육에 관한 두 가지 관점

의료윤리교육에 대한 두 가지 관점이 존재하는 것 같다. 하나는 '의료인으로 활동하는 과정에서 경험하게 될 윤리적 딜레마를 이해하고 분석하는 실질적인 기술을 교육해야 한다는 관점(프래그머틱한 관점)'이고 다른 하나는 '덕스러운 의료인(virtuous medical professional)의 기준을 제시하고 의식을 함양하려는 관점(프로페셔널리즘적 관점)'이라고 할 수 있다(Ten Have & Gordjin, 2012).

1) 문제해결능력의 습득으로서 의료윤리교육: 프래그머틱한 관점

최근 우리나라에서 소개되는 의료윤리 교육방법에 관한 문헌은 임상현장을 반영하여 실질적인 문제를 제시하고, 이런 문제를 해결하는데 강령과 법규를 통한 접근을 사용하는 것으로 보인다. 우리 의과대학에서 사용되는 임상윤리증례토의(Kwon & Koo, 2002; Park et al., 2002)나 의료윤리 집담회와 같은 교육방식 그리고 전공의를 위한 의료윤리(Korean Society for Medical Ethics, 2011) 등 교육자료 등에서 이를 살펴볼 수 있다. 이들 교육내용을 살펴보면 의료윤리문제에 대한 고찰을 프로페셔널리즘을 강조함으로써 정당

화하고, 여기에 철학적, 법적 문제해결방식을 훈련시킨다. 이런 접근은 임상술기에 필수적인 부분으로서 의료윤리를 이해하는 것으로 철학적/법적 판단능력을 수단적으로 배워 활용할 수 있으며, 도덕적/법적 주체로서 의료진의 전문성을 인식하는 것이다. 흔히 이와 같은 관점의 의료윤리교육은 임상에 적용될 술기로서 정보전달과 의견청취능력 등을 종합하는 교육으로 진화할 가능성이 있다. 그러나 의료윤리교육에서 임상현장의 윤리적 문제를 이해하고, 그것을 판단하고 평가하는 주체들(의료인과 환자)의 존재, 그들의 행위에 대한 철학적 이해는 필수불가결하다. 철학적인 이해와 능력이 없이 수단만 익힌 전문가를 의료윤리가 양성하는 것은 아닐 것이다. 그리고 이런 판단은 다음과 같이 의료윤리의 성격에 관한 질문을 제기한다. "의료윤리란 무엇인가? 외재적인 규율로 의료행위를 재단하려는 것인가? 아니면 의료계 내부에서 진료의 일부로 교육해야 하는 의료의 기술인가?" 의료윤리 교육목표는 단순한 환자를 돌보는 과정에서 필요한 술기에 불과할 수도 있고, 다른 한편으로 의료실천의 미묘한 차이점을 무시한 외재적 관점의 강요 사이에 자리할 것이다. 2000년대 이후 강조되는 프로페셔널리즘에 대한 논의는 의료윤리를 이해하는 적절한 접근이라 할 수 있다.

2) 프로페셔널리즘으로서 의료윤리교육

프로페셔널리즘 교육을 통해 얻게 될 효과 중에는 피교육자들이 자신의 정체성을 인식하고, 그 정체성에 비추어 전문가적 행위를 성찰할 수 있게 되는 점이 있다. 전문가로서 정체성을 형성하는 것은 자신에게 주어진 권한과 책무를 인식하고, 그 한계를 존중하는 태도를 가져오는 효과가 있다(Holden et al., 2012). 프로페셔널리즘의 교육은 프로페셔널의 핵심가치를 확립하고 그 기반 위에 도덕원칙과 자기인식을 확립하고, 팀의 리더로서 기능하도록 하는 것이며, 이 근간은 성찰능력이다(Cox, 2012). 의료윤리와 의료인문학 교육은 의료인의 프로페셔널리즘 개발의 근간으로 인정받으나(Doukas et al., 2012), 프로페셔널리즘이 의료윤리교육의 전부가라고 말하는 것은 문제가 있다. 예컨대 프로페셔널리즘의 대상, 지향점, 방법론이 아직 발전하지 않은 차원에서 프로페셔널리즘을 강조하는 것은 도리어 의료윤리교육에 한계요, 장애물이 될 수도 있을 것이다.

프로페셔널리즘의 내용의 예로 캐나다의사협회가 제시한 프로페셔널리즘의 다섯 가지 영역을 살펴보자. 그것은 (1) 윤리적 실천 원칙(정직, 성실성, 비밀유지 등)의 준수, (2) 환자 및 환자에게 중요한 사람과의 효과적인 상호작용(신중함, 배려, 감정이입, 존중), (3) 보건의료체계 내의 다른 이들과의 효과적인 상호작용(팀워크, 인내심, 전문가 영역의 유지 등), (4) 신뢰성(서명의무, 정확성, 체계성 등), (5) 자율적인 유지와 역량의 지속적인 향상(평생교육, 검토, 성찰능력 등) 등인데, 특히 주목할 점은 이러한 프로페셔널리즘은 개선의 의지를 중요하게 여긴다는 점이다. 이는 의학교육에서 프로페셔널리즘이 일찍부터 제시되고 반복하여 학습되어야 한다는 점을

드러난다. 이런 반복적인 교육을 위해 학생들은 자신을 성찰하는 능력을 갖추 것을 요구받는다(Collier, 2012; Verkerk et al., 2007). 그 외 의료인으로 성장하는 과정에서 경험하게 되는 도덕적 고뇌와 같은 한계들을 극복하고 지속적으로 성장하는 데 있어 회복탄력성을 갖추도록 유도하는 것이 유용할 것이다(Grob et al., 2012). 회복탄력성은 다른 무엇보다 자기통제, 적절한 대응능력, 희망과 자기희생을 통해 획득될 수 있는 것이고 도덕적 사고와 도덕적 행위를 유지할 수 있게 만든다.

3. 의료윤리교육의 성과에 대한 비판: 의료윤리에서 교육은 과연 목표를 달성하는가?

1) 의료윤리의 효과에 관한 비판적 관점들

자신을 성찰하는 능력이나 지속적인 성장을 통해 바람직한 의료인의 성품, 즉 도덕성의 개발을 목표로 둘 때, 중요한 고려해야 할 사항은 어떻게 해야 평생 지속되는 덕성함양이 필요하다고 인식하게 할 수 있는가 하는 문제이다. 그런데 보여지는 태도와 행동을 전문가의 충분한 자격조건으로 인식하는 현재 교육체계 내에서는 위협받을 수밖에 없다. 교육과정에서 우리는 다양한 목록을 만들어 제시하고, 그것이 의학교육의 목표라고, 너희들이 보여야 할 태도라고 말하지만, 이런 말은 학생들이 묻는 말, “시험에 나와요?”에 무력할 수밖에 없다. 게다가 이런 태도는 보여지지 않는 도덕적 고뇌를 현실적인 문제로 다루는 것을 어렵게 만든다(McCammon & Brody, 2012).

의료윤리교육이 효과가 있다는 보고는 많다(Cheong & Park, 2000; Kim et al., 2008). 이들 보고에 따르면 의료윤리교육은 도덕적 감수성을 제공한다. 도덕적 감수성은 도덕적 문제의 존재를 인식하고, 윤리적 갈등이 존재하고 있음을 깨닫는 능력인데 의료윤리교육은 윤리적 갈등이 존재하는 상황을 구체적으로 제시함으로써 이런 능력을 향상시킨다(Park et al., 2012). 학생들이 도덕적으로 둔감한 것은 맹목적이거나, 무관심하거나, 도덕의 존재를 인정하지 않거나, 비도덕적이거나 지나치게 몰입하거나, 해결방안훈련이 되지 않았거나 하는 경우와 같이 다양한 원인에서 비롯된다. 윤리교육은 이런 상황에서 학생들이 스스로 문제를 해결할 수 있도록 인격적 자산을 획득하게 지지하는 역할을 할 수 있다. 그리고 실제로 학생들의 태도에 변화가 따른다는 보고도 있다(Saito et al., 2011). 그러나 국내에서 수행된 소수의 연구에서는 효과에 관해서는 큰 차이가 없는 결과가 제시되기도 했다(Kim et al., 2008; Kwon et al., 2008). 학생들은 자신의 판단이나 다른 학생들의 판단에 대한 모호한 정리 수준의 교육에 불만을 가질 수도 있고(Itai et al., 2006), 자신의 상황을 변화시킬 수 없는 교육으로 인하여 윤리적 성찰에 대하여 회의적인 태도가 증가할 수도 있다(Patenaude et al., 2003). 그 밖에도 교육의 효과에 대한 우려할만한 조사들이 있다. 소위 대표사례(paradigmatic cases)들은 법적 논쟁이 주를 이룬 것들로 소송에

대한 두려움을 강화시켜 피교육자에게 방어적 태도를 이끌어내고, 최악의 경우 공감하고 함께 문제를 해결하는 의사가 되는데 장애가 될 수도 있다(Barilan & Brusa, 2013), 다양한 관점을 한 사람의 교수가 제시하고 결론에 도달하는 윤리교육은 많은 의료윤리교육이 학생의 ‘잘못된’ 판단을 교정하기보다는 학생의 이견을 확인하는 수준에서 끝나게 된다. 또한 학생들이 자신의 견해를 비판적으로 검토하고 무엇이 문제인지 확인하지 못할 때, 학생들이 윤리적으로 정당한 입장에 저항하고 자신의 편견을 강화할 수도 있다(Gross, 1999; Turban, 2012). 게다가 프로페셔널리즘 관점에서 제공되는 의료윤리교육은 프로페셔널의 입장에서 사안을 살펴본다는 점에서 그 관점 때문에 오류(bias)를 가질 수 있다. 프로페셔널리즘은 비록 사회와 소통을 강조하는 가장 바람직한 경우조차 자기중심적이다. 그리고 많은 윤리교육이 윤리강령(code of ethics)을 일방적으로 나열하는 데서 멈출 수 있는데, 이는 윤리적, 그리고 임상적인, 복잡성이나 다양성에 대처하는 기본적 역량을 제공하지 못하게 되는 위험이 있다.

어떤 윤리교육은 체크리스트를 제시하고 활용할 수 있는 기전을 제시하는 데서 멈추게 되는데 이는 학생들이 윤리적 사고를 절차로 오인하고 견해의 적절성을 평가하는 데 무관심하거나 임상적으로 중요한 환자와의 관계에 적극적인 자세를 취하지 않게 만들 수도 있다. 의료인은 비록 환자와 같이 문제의 일차적인 행위자(primary agent)가 아니라도 윤리적 문제에 대한 경험과 훈련을 바탕으로 다양한 측면을 통찰하고 지혜로운 방안을 찾아내도록 훈련받아야 한다(Cowley, 2012).

의료윤리교육의 효과와는 무관하게 의료윤리교육이 적절성하게 이루어지고 있지 않다는 비판도 존재한다. 우리나라에서 의료윤리 현황에 대한 몇 편의 분석이 있으나 이 논문들에서는 아직 교육 여부, 교육자에 대한 본격적인 연구가 이루어지고 있다고 보기는 어렵다. 유럽의 경우 의료윤리교육은 윤리에 대한 전문성을 갖추지 못한 교육자에 의해 전체 교육과정 중 극히 짧은 기간 제공되는 것으로 조사된 바 있다(Ten Have & Grodijn, 2012). 이런 평가는 의료윤리 분야 전문성이 무엇을 의미하는지 정의가 불명확하고 태도의 일부로서 교수되는 의료윤리의 특성을 완전히 반영하는 것이 아니라는 점에서 조심스럽게 받아들여야 하겠지만 그 수업의 양과 질에 관해서는 외국에서도 비판적인 평가와 지속적인 논의가 이루어지고 있음을 보여준다.

2) 한계의 원인

의료윤리교육의 한계에는 구조적인 원인이 존재한다. 강의 중심으로 이루어지는 오늘날 의학교육은 일반적인 한계를 갖고 있는데, 학생들이 문제를 인식하고, 대화하고, 논쟁하도록 만드는 것이 윤리교육의 핵심이지만 강의로 제공되는 윤리교육의 경우 학생들은 의료윤리를 부차적인 프로그램으로 여기는 경향이 있다. 전통적인 강의

실 교육에서 학생들은 수동적으로 앉아 있지 적극적으로 토론에 참여하지 않는다. 학생들은 자신의 수업이 실제 어떻게 기능하는지 알고 싶어 하며(일종의 실험실 시스템), 다양한 배경이 실제로 어떻게 기능하는지 통합적으로 알고 싶어 한다. 그러나 강의는 이런 필요를 충족시키지 못한다(Miller & Loike, 2012). 숨겨진 교과(hidden curriculum)의 문제도 무시할 수 없는데, 강의실에서 전달 되는 도덕적 해답이 현장에서 임상적인 의사결정과 일치하지 않을 때 학생들은 후자를 더 구속력 있게 받아들일게 될 것이다(Bissonette et al., 1995). 극단적인 경우 학생들은 윤리적이란 점을 인정한 후에도 '이것이 합법인가?'라는 질문을 제기한다(Olick, 2001). 이런 학생들의 태도는 학생들이 의학교육에 접근할 때 실질적으로 어떤 차이를 가져오는가에 관심을 갖고 있음을 드러내고, 교육자들이 이론과 현실 사이의 균형점에 천착해야 할 필요성을 드러낸다. 의료윤리를 프로페셔널리즘의 일부로, 덕스러운 의사를 양성하는 관점에서 접근하는 것은 이념적으로 바람직할지 모르지만 실제 의학 교육에서는 다른 방식으로 이루어져야 할 수 있다. 프로페셔널리즘은 강의를 통해 얻어진다기보다 시행착오를 통해 얻어진다는 점을 고려하여 롤모델과 성찰의 교육적 효과에 관심을 가질 필요성이 있다.

4. 의료윤리 교육의 다양한 방법론: 무엇을, 어떻게 교육할 것인가?

앞에서 살펴본 것과 같이 의료윤리교육의 가능한 범위는 의사의 품위 있는 태도나 몸가짐부터 도덕적인 숙고와 의사결정 및 법규정의 이해와 적용까지 너무 넓다. 일반적으로 말해 학생들이 자신의 가치관을 행위에 맞추고, 윤리적으로 숙고해야 임상에서 어려움을 피할 수 있다. 따라서 이를 위해서 윤리적 결정을 실행에 옮길 수 있는 기술을 습득할 수 있도록 교육을 제공해야 할 것이다(McDougall, 2009). 그렇지만 만약 프래그머틱한 관점으로 의료윤리교육을 제한하더라도 졸업전의학교육의 윤리적 역량을 어떻게 규정할 것인지의 문제는 여전히 해결되지 않았다. 예를 들어 학부과정의 목표를 일반적인 수준에서 멈출 것인지, 아니면 실제 의사결정 능력까지 포함할 것인지와 같은 문제가 있다(Akabayashi et al., 2004; DuBois & Burkemper, 2002). 철학적 숙고능력은 어느 정도 요구할 것인지, 법적 내용을 어느 정도 강조할 것인지와 같은 방법의 문제도 해결되지 않았고, 그 담당 주체도 임상의학이나 실습에 어느 정도 포함할 것인지, 아니면 예방의학/사회의학의 일부로 간주하여 교육할 것인지 잠재적인 논란이 있다.

1) 누가 교육할 것인가?

의료윤리를 교육자로 우선 고려할 수 있는 사람들에는 의과대학 소속 의료윤리 전담 교원이 있다. 이들을 교육배경으로 구분하자면 철학 전공자와 임상가, 그리고 법률가로 나누어질 것이다. 의료윤리 영역에서 법학과 철학의 기여가 절대 작지는 않으나 의과대학의

현실을 고려할 필요가 있다. 도덕철학(윤리학) 전공자들을 의과대학에서 찾는 것은 한국이나 영국이나 미국이나 모두 쉽지 않은 일이다. 의료윤리를 전담하는 교원을 둔 대학은 영국에서도 16개소에 불과했고, 미국에서도 일관성이 없다는 보고가 있다(Mattick & Bligh, 2006; Ten Have & Gordijn, 2012). 대부분의 의과대학에서는 임상 의사들이 윤리를 교육한다. 이때 임상배경을 가진 교육자가 과정을 이끄는 것이 바람직할 것이다. 즉 임상가가 주된 역할을 담당하되 해당 전문가의 도움을 필요로 하며, 이를 조율하는 역할도 담당해야 한다는 주장이 오래전부터 제기되었다(Welbourn, 1985).

그렇다면 교육자의 역할은 무엇일까? 우선 학생들이 도덕문제를 바르게 이해하고 해결하는 능력을 갖추는 것이 가장 기본적이라는 점에서 철학적 접근 역량을 제공하는 것이다. 철학적 접근은 동시에 그 결론이 법적으로 구속력을 가지고 있다는 점을 확인시켜주는 데까지 나가야 한다. 이런 점에서 의료윤리교육은 다양한 교육자들이 팀으로 접근할 때 가장 효과적일 수 있는 분야일 수 있다. 하지만 학생들의 발전이 지속적으로 이루어져야 한다는 점에서, 그리고 이 변화가 즉각적으로 감지되지 않는다는 점에서 학생들은 지속적으로 접촉할 일관된 창구를 필요로 한다. 학생들이 윤리교육을 어떻게 받아들이고 어떻게 변화하고 있는지 함께 탐구하고 상담할 수 있는 교육자가 필요한 것이다. 일부에서는 교육자들을 대상으로 하는 프로그램의 효과 및 필요성을 강조하기도 한다. 교육자그룹은 지속적으로 의학교육분야에서 경력을 추구하도록 동기를 부여하고, 학문적 성취를 제공하는 효과가 있다(Chowning et al., 2012; Lord, 2012).

2) 어떻게 교육할 것인가?

의료윤리교육의 목표를 달성하기 위해서는 학생들이 참여하고 지속적으로 문제의식을 갖도록 유도해야 한다. 장기적으로는 졸업 후에도 윤리문제에 정기적으로 시간과 관심을 할애하도록 해야 한다. 다음의 사안들을 고려해야 할 것이다(Zaikowski & Garrett, 2004). 첫째, 윤리적 접근의 핵심사항에 대한 강의가 제공되어야 한다. 둘째, 의료윤리교육이 핵심과정의 일부로 포함되어야 한다. 셋째, 의료윤리분야에서 구체적이며 실질적인 지식을 제공해야 한다.

이 원칙하에서 강의, 현장방문, 임상실습 중의 토론, 임상술기, 문제중심학습 등 다양한 수업방식을 고려할 수 있다. 각각의 수업방식은 장단점이 분명하며, 기관과 교육자의 여건에 따라 운영 가능성과 성과가 다를 수 있다. 여기서는 다양한 수업방식을 제시하고 이에 대한 평가를 제시하도록 한다. 국내에서는 토론식수업, 임상사례토의 등으로 보완하지만 강의가 주된 교육방식을 이루고 있다. 한편 강의에 있어서도 교수 1인의 강의와 다수의 교수가 블록형태로 교육하는 경우가 있는데, 그 장단점이 존재한다.

(1) 강의

강의는 가장 기본적인 지식전달방식인데, 의료윤리교육에서는 학생들의 반응을 찾아내고, 문제를 제기하고, 해답을 찾아내도록 요구하는 강의법(소위 Socratic, didactic)을 익힐 필요성이 있다. 의과대학의 강의에서는 흔히 발견되지 않는 태도라는 것이 문제다. 의학교육자들은 제한된 시간에 필수적인 정보를 제공하는 것을 중요한 덕목으로 인식하고 있기 때문에 이런 쌍방향 교육에는 어려움이 있을 수밖에 없다. 강의를 통해 학생들은 사과의 틀을 학습하고 이를 훈련할 수 있게 된다(Manson, 2012).

강의의 한계를 극복하기 위해 온라인 강좌를 적극적으로 활용하거나 ARS (audience response system)를 활용한 상호작용 강좌를 활용하는 방안도 제시되고 있다. 지식전달 목적의 강의를 줄이고 토론과 문제해결방식에 집중하는 강의는 그 필요성이 매우 높다. 한편 상호작용을 표면에 드러냄으로써 윤리적 관점을 파악하고 문제를 해결하는 동시에 학생 개인에게도 도덕적 낙인의 위험에도 불구하고 자기 견해를 옹호하도록 요청함으로써 교육적 효과를 얻을 수 있을 것이다(Turban, 2012).

(2) 현장방문

임상, 또는 연구소 등 윤리적 문제가 발생하는 현장을 직접 방문하여 윤리적 관점에서 관찰하고 논의하도록 기회를 제공하는 프로그램이 가능하다. 이것은 담당 부서의 협조가 필요할 것이다. 예를 들어 컬럼비아 의과대학의 BioCEP 프로그램이 있다. 40분 강의와 실제 사례분석이 60-70%, 현장방문과 문제탐구가 30-40% 정도의 시간을 할애한다(Miller & Loike, 2012).

(3) 임상실습 중의 토론

임상실습과정에서 학생들과 실습경험을 성찰하는 기회를 정기적으로 갖는 것이 효과가 있다. 임상실습과정에서 학생들과 교수가 윤리적 문제에 관해 공식적/비공식적으로 논의할 수 있도록 하는 것이 학생들에게 전문직 내/간의 갈등, 비윤리적으로 인식되는 교수의 행동, 자신들의 경험부족을 인식하게 함으로써 발전의 동기를 제공한다. 임상실습기간은 강의에서 다루어지지 않는 문제를 인식하고 토론할 수 있는 기회가 될 수 있다(Howard et al., 2012). 임상실습기간에 특정한 사례에 대하여 임상가와 윤리학자 사이에 증례토의하는 기회, 소위 윤리집담회(ethics grand round)를 모든 학생들을 대상으로 개최하는 것도 가능하다(Feudtner & Christakis, 1994). 이 접근방식은 참석자의 적극적인 참여, 가치관과 실제 태도 사이의 관계를 모색하도록 요구하는 점에서 효과적이다. 윤리적 사례를 검토하고, 성찰능력-학제간 협력-의사결정능력을 향상시키며, 정책을 개발하기 위해 임상에서 활용하는 것이다. 교육적, 임상적 효과를 기대하고 개발한 이 프로그램은 결국 운영자의 관점과 능력에 성과가 달려 있다고 할 수 있는데, 대부분의 경우 프래그머틱한

문제해결에 집중하는 행태를 보이지 윤리적, 규범적 근거에는 무관심한 태도로 발전할 위험성이 있다. 무엇보다 주어진 사례에 매몰되어 넓은 관점을 갖지 못하는 문제, 법적 관점에 국한된 논의 등의 한계가 있다(Donaldson et al., 2010; Weidema et al., 2012).

임상실습과정에서 성찰을 기록하도록 하는 것은 일정한 형태를 취할 수 있다. 학생들의 성찰과정에 직접 참여하는 방식(성찰노트작성)과 에세이 작성을 요구하는 방식(윤리에세이)이 있다. 전자는 참여학생들에게 자신의 경험을 짧게 적고 최초의 느낌을 적도록 유도한다. 지도교수는 무엇을 성찰할 것인지 학생들에게 제안하고, 그 성찰은 윤리적 책무를 기록하도록 함으로써 마칠 수 있다(Verkerk et al., 2004). 한편 이러한 성찰은 에세이뿐 아니라 연극이나 그림 등 다양한 방식의 표현을 통해서도 유도할 수 있다(Roff & Preece, 2004).

(4) 임상술기(objective structured clinical examination) 활용

임상에서 환자를 접하는 문제의 중요성을 반영하여 임상술기 강의에 표준환자(standardized patient)나 표준환자가족(S-family member) 등을 포함하는 임상술기방안을 고려할 수 있다. 이런 교육은 평가라는 측면에서 탐구할 가치가 있겠다(Downar et al., 2012; Singer, 2003).

(5) 문제중심학습(problem-based-learning)

문제해결능력에 집중하는 방식을 활용하려는 시도가 있고 일부에서는 강의에 비해 학습효과가 높다는 보도가 있다(Lin et al., 2010). 그러나 지식과 술식에 집중하는 문제중심학습방식의 한계점을 분명히 인식할 필요성이 있을 것이다.

(6) 그 외 보조적 방법

그 외에도 상황극이나 무용/노래 등 무대예술(performing art)을 활용하는 방식이 있는데, 이 방식은 환자의 상황을 인식하고, 함께 토론하고, 해결책이나 결과를 예측하여 학생들의 의사소통능력, 협력역량, 학습에 대한 열린 태도를 이끌어 내는 것을 목표로 학생들이 예술전공자들과 팀을 짜서(2주 정도) 수행한다(McCullough, 2012). 조금 일반화된 방식으로는 영화와 드라마 등 서사적 도구를 사용하기도 한다. 서사를 활용함으로써 내용을 파악하고 분석하는 훈련을 제공할 수 있다. 예컨대 문학평론의 기술은 윤리문헌이나 관행을 비평하는 능력을 부여하고, 다양한 관점의 존재를 인식하고 이해하는 데 도움을 제공한다. 보통 서사장르를 문제 제기하고 학생들의 관심을 환기시키려는 목적으로 사용하나 원칙적으로 서사는 환자-환자-의 관점을 중요하게 고려하도록 요청한다는 데 주의해야 할 것이다. 한편 멘토링이나 코칭은 지속적인 접촉을 통해 지적능력과 윤리적 판단능력을 향상시킬 수 있다는 점에서 주목할 교육방 침인데, 이를 위해서는 전공에 국한되지 않고 일정 주제를 다루도록

배정된 멘토와 접촉하도록 한다.

5. 한국의 의료윤리, 무엇을 어떻게 교육할 것인가?

2006년 제정된 “한국 의과대학 학습목표”나 2012년 간행된 “기본의학교육 학습성과-진료역량중심”에도 제시된 의료윤리와 법은 일반적인 내용을 제시할 뿐 구체적인 행위기준 등을 제시하고 있지 않다(Appendices 1, 2). 그리고 2012년 학습성과에서 언급된 의료오류, 생명유지장치 중지 등의 상황이 현재 의학교육에서 반드시 교육되는 내용인지에 관하여 고려가 필요하다. 즉 현재 임상중심의 교육에 쉽게 녹아들어 갈 수 있으며, 임상진료에 영향을 미칠 수 있는 방향으로 의료윤리적 고려를 반영하는 방식이다. 의료윤리 교육내용을 현실화하고, 적절한 수준에서 제공할 수 있는 방안으로 생각할 수 있는 것은 주요한 임상표현에 관한 접근에 윤리적 고려사항을 제시하는 것이다. 이를 위한 도구로는 윤리 사례에 대한 ‘네 주제표(the four topic chart)’를 활용하는 방안이 있다(Jonsen et al., 2010). 각각의 임상표현에 관한 접근과정에서 윤리적으로 고려해야 할 4가지 요건, 즉 의학적 적응증(medical indications), 환자의 선호(patient preference), 삶의 질(quality of life), 그리고 고려할 요소들(contextual features)을 임상교육이나 의료윤리 교육과정에서 반영하도록 하는 것이다. 의료윤리 교과과정은 이런 요소들의 내용과 윤리적, 임상적 의미를 설명하고 성찰할 수 있도록 하며 임상교육(특히 임상실습과정)에서 이를 되짚는 절차가 도움이 될 것이다.

한편 의료법과 의료윤리를 어느 정도 교육할 것인가의 질문이 우리나라의 특성상 중요하다. 미국 등의 경우 윤리적 판단과 법적 판단을 구별하지 않는 경우가 종종 있으나, 우리 법은 실정법을 의료윤리 교육과정에서 무시할 수 없는 상황이다. 따라서 의료법을 의료윤리교육에 포함시킬 방안을 모색해야 할 것이다. 현재 의과대학에서 제공되는 의료법규와 달리 의료행위를 둘러싸고 있는 다양한 법적 고려를 학생들이 익히고, 이런 규범적 내용을 의료윤리와 통합할 수 있는 기회를 제공해야 한다.

종합하면 의료윤리교육의 제공방식을 결정하는 과정에서 강의, 임상실습, 의료법과의 조율이 필요하다. 학생들은 의료윤리 강의를 통해 의료윤리의 주요한 접근, 철학적 논증과 판단 근거, 주요한 사례, 임상윤리 사례에 대한 접근방식 등을 습득할 수 있을 것이다. 이어 임상실습과정에서 학생들에게 경험한 임상과에 해당하는 가치 있는 윤리적 문제를 성찰하고 토의하는 시간을 가지고, 이 과정에서 의료법적 고려를 통합할 수 있을 것으로 보인다.

결론

이상에서 의료윤리교육에 관해 고려할 사항들을 살펴보았다. 그러나 본고에서는 아직 몇 가지 중요한 문제를 다루지 못하였다. 첫 번째는 의료윤리교육자의 문제이다. 서론에서 언급했듯 의료윤

리학은 법학, 철학 등의 학문이 의료의 가치문제에 관심을 갖고 접근함으로써 시작되고, 이들 학문이 의료행위에 갖는 함의를 교육하기 위해 의과대학 교육과정에 포함되었다. 그리고 의료윤리학 교육은 법학, 철학 등 의료윤리 전공자와 윤리적 문제에 관심이 있는 임상가들의 공동작업으로 이루어지고 있다. 두 무리의 의료윤리 교육자 모두 자신의 적합성에 대하여 만족스러운 정도가 아니다. 임상가들은 윤리적, 법적 지식과 사례 분석경험의 부족을, 윤리학자들은 임상가의 구체적인 사안에 관한 지식과 경험의 부족을 생생하게 경험하게 된다. 그러나 임상가와 윤리학자들이 한 자리에서 강의하는 형태의 강의(패널 또는 토론)는 종종 서로의 물 이해와 아집만을 확인하는 쓸쓸한 종말을 짓는다. 결과는 학생들의 의료윤리에 관한 무관심 또는 회의이다. 이런 상황을 극복하기 위해 교육자들이 훈련받아야 한다. 필자는 교육자들이 모두 참여하여 솔직하게 논의하는 일이 필요함을 강조하려 한다. 구체적인 임상사례를 분석하고, 이를 바탕으로 교육 모듈을 개발하는 것은 교육자에게 확신을 부여하고 내용이 구체적이며 깊이 있게 만들 것이다. 두 번째로 학생들의 학습성과와 역량기준 선정의 문제가 있다. 지식의 차원에서는 임상증례에 포함함으로써 어느 정도 해결할 수 있을 것이나 태도와 실천 차원(역량)의 경우 이를 평가하는 일은 의과대학생이 수련의, 전공의 과정을 거쳐 성숙하는 과정에서 경험하는 윤리적 자신감/의지의 변화는 지식의 차원에서 평가할 수 있지 않으며 그들이 경험하는 주변의 환경과 깊이 관련있다는 점에서 그 성과를 쉽게 판단하기 어렵다(Huddle & Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME), 2005). 다만 구체적으로 요구되는 행위(의학적 에티켓)를 임상술기 등에 반영하고 평가할 수 있을 것이다. 그러나 이 절에서 다룬 두 질문, 교육자 개발과 평가기준의 개발은 더 깊은 논의가 필요할 것이다.

이상에서 의료윤리교육이 해결해야 할 어려운 문제점과 지금까지 제시된 교육방법론 등을 살펴보았다. 의료윤리교육은 학제간 연구로서 다양한 관점이 병존하고 있다. 다양한 교육방법이 있으나 어떤 월등한 효과를 가진 방법론이 없다는 점에서 교육자 자신의 훈련과 교육이 필요하다는 점을 드러낸다. 가능한 최선의 의료윤리 교육을 위해서는 임상과 연계해야 할 것이지만, 동시에 철학적/법적 기반을 갖추도록 함으로써 사례에 대한 분석능력을 향상시킬 필요가 있다. 의료윤리는 자신을 성찰하는 능력을 요청하는 바, 의학적 관점을 벗어나 사고할 수 있는 상상력을 갖추도록 유도할 필요성도 있다. 다른 무엇보다 교육자들이 학생들과 지속적으로 교류하고, 가르치며 배울 마음가짐의 중요성을 인식해야 할 것이다.

REFERENCES

- Akabayashi, A., Slingsby, B. T., Kai, I., Nishimura, T., & Yamagishi, A. (2004). The development of a brief and objective method for evaluating

- moral sensitivity and reasoning in medical students. *BMC Med Ethics*, 5, E1.
- Barilan, Y. M., & Brusa, M. (2013). Deliberation at the hub of medical education: Beyond virtue ethics and codes of practice. *Med Health Care Philos*, 16(1), 3-12.
- Bissonette, R., O'Shea, R. M., Horwitz, M., & Route, C. F. (1995). A data-generated basis for medical ethics education: Categorizing issues experienced by students during clinical training. *Acad Med*, 70(11), 1035-1037.
- Cheong, Y. S., & Park, S. G. (2000). An examination of the effects of a newly implemented course in medical ethics on senior medical students. *Korean J Med Educ*, 12(1), 97-105.
- Chowning, J. T., Griswold, J. C., Kovarik, D. N., & Collins, L. J. (2012). Fostering critical thinking, reasoning, and argumentation skills through bioethics education. *PLoS One*, 7(5), e36791.
- Collier, R. (2012). Professionalism: What is it? *CMAJ*, 184(10), 1129-1130.
- Cox, D. J. (2012). From interdisciplinary to integrated care of the child with autism: The essential role for a code of ethics. *J Autism Dev Disord*, 42(12), 2729-2738.
- Cowley, C. (2012). Expertise, wisdom and moral philosophers: A response to Gesang. *Bioethics*, 26(6), 337-342.
- Donaldson, T. M., Fistein, E., & Dunn, M. (2010). Case-based seminars in medical ethics education: How medical students define and discuss moral problems. *J Med Ethics*, 36(12), 816-820.
- Doukas, D. J., McCullough, L. B., Wear, S., & Project to Rebalance and Integrate Medical Education (PRIME) Investigators. (2012). Perspective: Medical education in medical ethics and humanities as the foundation for developing medical professionalism. *Acad Med*, 87(3), 334-341.
- Downar, J., Knickle, K., Granton, J. T., & Hawryluck, L. (2012). Using standardized family members to teach communication skills and ethical principles to critical care trainees. *Crit Care Med*, 40(6), 1814-1819.
- DuBois, J. M., & Burkemper, J. (2002). Ethics education in U.S. medical schools: A study of syllabi. *Acad Med*, 77(5), 432-437.
- Feudtner, C., & Christakis, D. A. (1994). Making the rounds: The ethical development of medical students in the context of clinical rotations. *Hastings Cent Rep*, 24(1), 6-12.
- Grob, C., Leng, J., & Gallagher, A. (2012). Educational responses to unethical healthcare practice. *Nurs Stand*, 26(41), 35-41.
- Gross, M. L. (1999). Ethics education and physician morality. *Soc Sci Med*, 49(3), 329-342.
- Holden, M., Buck, E., Clark, M., Szauter, K., & Trumble, J. (2012). Professional identity formation in medical education: The convergence of multiple domains. *HEC Forum*, 24(4), 245-255.
- Howard, F., McKneally, M. F., Upshur, R. E., & Levin, A. V. (2012). The formal and informal surgical ethics curriculum: Views of resident and staff surgeons in Toronto. *Am J Surg*, 203(2), 258-265.
- Huddle, T. S., & Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). (2005). Viewpoint: Teaching professionalism: Is medical morality a competency? *Acad Med*, 80(10), 885-891.
- Itai, K., Asai, A., Tsuchiya, Y., Onishi, M., & Kosugi, S. (2006). How do bioethics teachers in Japan cope with ethical disagreement among healthcare university students in the classroom?: A survey on educators in charge. *J Med Ethics*, 32(5), 303-308.
- Jonsen, A. R., Siegler, M., & Winslade, W. J. (2010). *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine* (7th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Kern, D. E., Thomas, P. A., & Hughes, M. T. (2010). *Curriculum development for medical education*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kim, S. S., Park, B. K., Chang, C. L., Kim, H. K., Kang, S. Y., & Baik, S. W. (2008). Assessing the effectiveness of medical ethics education. *Korea J Med Educ*, 20(1), 73-82.
- Korean Association of Medical Colleges. (2012). *Learning outcomes of basic medical education: Clinical competency-centered*. Seoul: Academia.
- Korean Society for Medical Ethics. (2011). *Medical ethics*. Seoul: Koonja.
- Kwon, H., Kim, B., Kim, S., Kim, Y., Mun, J., Park, M., & Bang, J. (2008). The gradual development of moral judgment in medical students with defining issues test (DIT): In Inje medical students. *J Korean Bioethics Assoc*, 9(2), 57-77.
- Kwon, I. (2006). A critical review of the current medical ethics education in Korea. *Korean J Med Ethics Educ*, 9(1), 60-72.
- Kwon, I. (2011). The meaning of medical professionalism for the faculty members of medical school and university hospitals in Korea. *J Korean Med Assoc*, 54(11), 1146-1153.
- Kwon, I., & Koo, Y. (2002). An experience of on-line medical ethics education for hospital interns Korean. *J Med Ethics Educ*, 5(2), 129-141.
- Lin, C. F., Lu, M. S., Chung, C. C., & Yang, C. M. (2010). A comparison of problem-based learning and conventional teaching in nursing ethics education. *Nurs Ethics*, 17(3), 373-382.
- Lord, J. A., Mourtzanos, E., McLaren, K., Murray, S. B., Kimmel, R. J., & Cowley, D. S. (2012). A peer mentoring group for junior clinician educators: Four years' experience. *Acad Med*, 87(3), 378-383.
- Manson, H. M. (2012). The development of the CoRE-Values framework as an aid to ethical decision-making. *Med Teach*, 34(4), e258-e268.
- Mattick, K., & Bligh, J. (2006). Undergraduate ethics teaching: Revisiting the Consensus Statement. *Med Educ*, 40(4), 329-332.
- McCammon, S. D., & Brody, H. (2012). How virtue ethics informs medical professionalism. *HEC Forum*, 24(4), 257-272.
- McCullough, M. (2012). Bringing drama into medical education. *Lancet*, 379(9815), 512-513.
- McDougall, R. (2009). Combating junior doctors' "4am logic": A challenge for medical ethics education. *J Med Ethics*, 35(3), 203-206.
- Meng, K. H. (2003). Ethics education in Korean medical schools. *Korean J Med Ethics Educ*, 6(1), 1-14.
- Miller, J., & Loike, J. D. (2012). BioCEP: A model educational program for cross-cultural bioethics. *Camb Q Healthc Ethics*, 21(3), 409-416.
- Olick, R. S. (2001). It's ethical, but is it legal?: Teaching ethics and law in the medical school curriculum. *Anat Rec*, 265(1), 5-9.
- Park, E. K., Shin, J. S., Ahn, C. R., Sung, M. W., & Kwon, I. (2002). Medical ethics education using "student symposium". *J Korean Med Ethics Educ*, 5(2), 143-150.
- Park, M., Kjervik, D., Crandell, J., & Oermann, M. H. (2012). The relationship of ethics education to moral sensitivity and moral reasoning skills of nursing students. *Nurs Ethics*, 19(4), 568-580.
- Patenaude, J., Niyonsenga, T., & Fafard, D. (2003). Changes in students' moral development during medical school: A cohort study. *CMAJ*, 168(7), 840-844.
- Rhodes, R. (2002). Two concepts of medical ethics and their implications for medical ethics education. *J Med Philos*, 27(4), 493-508.
- Roff, S., & Preece, P. (2004). Helping medical students to find their moral compasses: Ethics teaching for second and third year undergraduates. *J Med Ethics*, 30(5), 487-489.
- Saito, Y., Kudo, Y., Shibuya, A., Satoh, T., Higashihara, M., & Aizawa, Y. (2011). Building medical ethics education to improve Japanese medical students' attitudes toward respecting patients' rights. *Toboku J Exp Med*, 224(4), 307-315.
- Singer, P. A. (2003). Strengthening the role of ethics in medical education.

- CMAJ*, 168(7), 854-855.
- Sohn, M. (2005). The case study of medical ethics education: Yonsei Medical College. In National Teacher Training Center for Health Personnel (Eds.), *Clinical ethics* (2nd ed., pp. 364-367). Seoul: Seoul National University Press.
- Ten Have, H., & Gordijn, B. (2012). Broadening education in bioethics. *Med Health Care Philos*, 15(2), 99-101.
- Turban, J. (2012). Teaching ethics: Are students getting the answers? *Med Educ*, 46(5), 526.
- Verkerk, M. A., de Bree, M. J., & Mourits, M. J. (2007). Reflective professionalism: Interpreting CanMEDS' "professionalism". *J Med Ethics*, 33(11), 663-666.
- Verkerk, M., Lindemann, H., Macckelberghe, E., Feenstra, E., Hartoung, R., & de Bree, M. (2004). Enhancing reflection: An interpersonal exercise in ethics education. *Hastings Cent Rep*, 34(6), 31-38.
- Weidema, F. C., Molewijk, A. C., Widdershoven, G. A., & Abma, T. A. (2012). Enacting ethics: Bottom-up involvement in implementing moral case deliberation. *Health Care Anal*, 20(1), 1-19.
- Welbourn, R. B. (1985). A model for teaching medical ethics. *J Med Ethics*, 11(1), 29-31.
- Zaikowski, L. A. & Garrett, J. M. (2004). A three-tiered approach to enhance undergraduate education in bioethics. *BioSci*, 54(10), 942-949.

Appendix 1. 한국 의과대학 학습목표(2006년)

의료윤리의 영역에 포함되는 주제를 나열한다.
 의료윤리가 강조되고 있는 배경을 설명한다.
 의료윤리의 원칙을 열거하고 설명한다.
 악행금지 원칙을 정의한다.
 선행 원칙을 정의한다.
 정의 원칙을 정의한다.
 환자의 자율성을 존중해야 하는 이유를 설명한다.
 윤리와 관행과의 차이점을 설명한다.
 의료윤리에서 비밀 보장과 진실성의 중요성을 설명한다.
 환자의 자기결정권의 의미를 설명한다.
 동의 없이 할수 있는 의료와 동의를 받아야 할의료의 상황을 구별한다.
 설명 받은 동의(informed consent)를 정의한다.
 설명에 근거한 동의를 위해서 설명하여야 하는 내용을 열거한다.
 환자의 의사결정능력 여부에 따른 동의 절차의 차이를 비교하여 설명한다.
 환자가 자기결정을 할수 없는 경우에 대처하는 방법을 설명한다.
 경제적 형편이 어려운 환자에 대하여 어디까지 치료하여야 하는지에 대하여 설명한다.
 적극적으로 의료행위를 해야 할 응급환자에 대한 상황을 설명한다.
 삶과 죽음에 관련된 윤리문제에 대하여 설명한다.
 존엄사를 정의한다.
 심폐소생술 하지 않기(do not resuscitate)를 정의한다.
 자살 환자에 대한 의사의 간섭(physician-assisted suicide)을 설명한다.
 인공유산과 관련된 윤리적 문제를 설명한다.
 장기이식에 관련된 윤리적인 문제를 열거한다.
 첨단의학에 따른 윤리적인 문제들을 열거한다.
 의학연구에서 검증되지 않은 연구결과(사회적) 공개와 시술을 설명한다.

Appendix 2. 기본의학교육 학습성과-진료역량중심(2012년)

진료상황에서 윤리적 문제를 인식할 수있고, 자신의 위치를 돌아볼 수 있다.
 진료상황에 맞는 의사협회의 의료인 윤리규정을 알고 일상 진료에서 규제와 법적 제한을 지킬 수있다.
 윤리적 문제에 다양한 관점을 고려하여 적절한 해결책을 찾을 수있다
 의료오류를 적절히 대처할 수 있다.
 윤리원칙을 고려하여 말기진료에 필요한 이론을 알고 생명유지장치를 중지하는 판단을 내릴 때윤리적 원칙을 알수 있다.
 윤리 4원칙(자율성 존중, 악행금지, 선행, 정의)을 적절히 적용할 수 있다.