

연명의료결정법 시행 이후 일반인과 의대생 대상 죽음교육 개선을 위한 예비연구

김정아¹, 안경진²

¹동아대학교 의과대학 의료인문학교실, ²서울과학기술대학교 기초교육학부

A Preliminary Study to Improve Death Education for the Public and Medical Students after the Enforcement of the Life-Sustaining Treatment Decision Act

Claire Junga Kim¹, Kyongjin Ahn²

¹Department of Medical Humanities, Dong-A University College of Medicine, Busan; ²School of Liberal Arts, Seoul National University of Science and Technology, Seoul, Korea

Considering the recent medicalization of death, the importance of preparing both laypersons and medical students to have meaningful end-of-life conversations, which is among the objectives of death education, will grow. The Act of Hospice and Palliative Care and Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients at the End of Life provided a new source of momentum to death education for both laypersons and medical professionals, as the importance of education on death is widely recognized. However, problems remain regarding how to prepare people for productive conversations at the end-of-life and how to secure the continuity of care. Different focuses and deficiencies are observed in death education programs for each category of learner. In education for laypeople, tangible information on how to actualize one's existential and personal understanding of death through real-life options is lacking, except for presenting the "protocol" of the Act. Conversely, basic medical education lacks an understanding of or confrontation with death on the existential and personal levels. Death education should aim to build a shared understanding that can facilitate communication between the two groups. The scant overlap between layperson education and basic medical education even after the Act's enactment is worrisome. Further fundamental changes in death education are required regarding its content. Topics that patients and doctors can share and discuss regarding death and end-of-life care should be discovered and provided as educational content both to laypeople and future medical professionals.

Keywords: Death, Death education, End-of-life, Medical education, Public education

Corresponding author

Kyongjin Ahn
School of Liberal Arts, Seoul National University of Science and Technology, 232 Gongneung-ro, Nowon-gu, Seoul 01811, Korea
Tel: +82-2-970-6251
Fax: +82-2-971-6220
E-mail: kjin.ahn@gmail.com
https://orcid.org/0000-0001-7374-3153

Received: December 14, 2021

1st revised: February 9, 2022

2nd revised: March 18, 2022

Accepted: March 29, 2022

서론

2016년 2월 3일 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(연명의료결정법)이 제정되었다[1]. 이 법은 일련의 판례와 이로 인해 촉발된 사회적 논의를 거쳐 제정되었다[2-4]. 입법에 있어 중요한 동기 중 하나는 의료기관에서 늘상 벌어지는 연명의료 중단과 보류의 문제를 매번 법원의 재판을 통해서 해결하거나 법원의 재판에서 나타난 허용요건, 절차 등을 통해 해결하기보다 입법을 통하여 마련된 절차를 따르고자 하는 것이었다[4,5]. 그러나 연명의료결정법은 제정 및 발효 이후 여러 차원의

혼란과 부작용을 낳는다는 비판을 마주하기도 하였는데, 법적 서식과 절차로 규정된 연명의료결정 및 중단 등 이행의 방식이 환자-의사 간의 소통을 촉진하기보다는 오히려 연명의료결정법의 요건충족을

1) 연명치료 중단에 관한 법률이 제정되어 있지 않은 것이 입법부작위에 해당한다고 헌법소원심판을 청구한 바를 각하하며 헌법재판소는 연명치료 중단에 관한 자기결정권 보장을 해야 하는 헌법상 입법 의무가 국가에 없다고 판시하였다[4]. 법원의 재판을 통해 이에 관한 다툼이 해결될 수 있으며, 판결에 나타난 기준에 의해서도 관련한 권리가 보호될 수 있다는 결정이었다. 그러나 국회의 재량을 언급한 이 결정은 입법 논의를 본격화하였으며, 그 배경에는 연명의료 중단의 제도화를 통해 매번 사법 판단을 구해야 하는 상황을 피하고자 하는 요구가 존재하였다[5].

위한 서류작업에 골몰하게 만들며[6], 불필요한 연명치료를 조장한다는 비판[7], 여전히 법적 처벌 혹은 윤리적 정당성에 관한 의구심과 불안을 자아낸다는 지적[8] 등이 바로 그것이다. 또한 실제 법의 이행상황을 양적으로 평가할 때에도 법이 그 목적으로 내세웠던 환자의 최선의 이익과 자기결정권이 얼마나 실현되고 있는지에 관한 의구심이 남는데, 법의 절차에 따라 사망한 이 중 사전연명의료의향서나 연명의료계획서로 표명된 스스로의 결정에 의하여 사망한 비율이 40%를 넘지 못하고 있기 때문이다[9].

이러한 혼란과 부작용은 죽음에 있어서의 환자의 자기결정권이냐, 바람직한 의사소통 방식, 더 넓게는 의사, 환자, 가족이 환자의 생애 말기와 죽음에 관해 공유하고 있는 죽음에 관한 관념이 거의 없음에서 일부 기인한다. 이러한 공통기반 없이 “적법한 죽음”의 절차를 법이 제시할 때, 환자 자기결정권과 인간존엄의 보호를 위한 수단이었던 법이 그 목적을 전도하는 상황이 벌어질 수 있다.

이러한 위험을 극복하는 방식은 환자-의사 간의 소통에 기반한 더 좋은 말기 돌봄과 임종을 추구하는 것이 될 터인데, 이를 위해서는 환자, 의사, 가족에게 공유된 사고와 행동양식, 즉 죽음을 둘러싼 ‘문화’가 형성되고 확산되어야 한다. 이러한 공통된 문화 기반을 다지기 위한 하나의 수단으로 죽음교육이 있다. 죽음교육은 죽음에 관한 성찰, 사람이 죽어가는 과정과 이때 발생하는 의학적·비의료적 필요에 관한 일련의 지식과 실천으로, 대중과 (예비)의료인 모두가 학습대상자가 된다. 본 논문은 공유된 문화 형성, 그리고 궁극적으로 생애 말기에서의 좋은 돌봄을 촉진하기 위해서 두 대상자 간 일정 부분 공유된 죽음교육 내용과 방향성이 필요하다는 문제의식에서 출발한다. 죽음이 우리 삶 속에 통합되려면 그 죽음을 경험하는 이와 그 곁에 있는 이들, 이 과정에서 발생하는 의학적 필요에 응답하는 이들 모두가 죽음에 대해 성찰하고 인지하고 있어야 하며 그 인지를 바탕으로 소통을 하여야 하기 때문이다.

본 연구에서는 일반인 대상 죽음교육과 의대생²⁾ 대상 죽음교육을 놓고 각각의 교육내용을 연명의료결정법 발효 이전과 이후로 나누어 분석하여 이 두 교육의 접근방법 및 교육내용의 차이, 그리고 연명의료결정법 도입 전후의 내용 비교가 던지는 시사점을 도출해 내고자 한다. 각각을 학습자로 상정하는 죽음교육의 현재 주안점과 취약점을 분석하는 것이 본 연구의 목표이다. 죽음교육 현황을 단일한 학습자 그룹을 대상으로 하여 보고한 바는 현재까지 많이 있어 왔다. 이 연구가 독특하게 일반인과 의대생의 죽음교육을 동시에 분석하는 것은 궁극적으로 환자와 의사로 병원에서 만나게 될 이들이 죽음과 생애 말기에 대해 가지게 될 선이해를 짐작해 보고, 그 선이해 사이의 간극을 좁기 위함이다(Figure 1).

죽음의 의료화 현상³⁾, 그리고 연명의료결정법으로 인해 일부 법

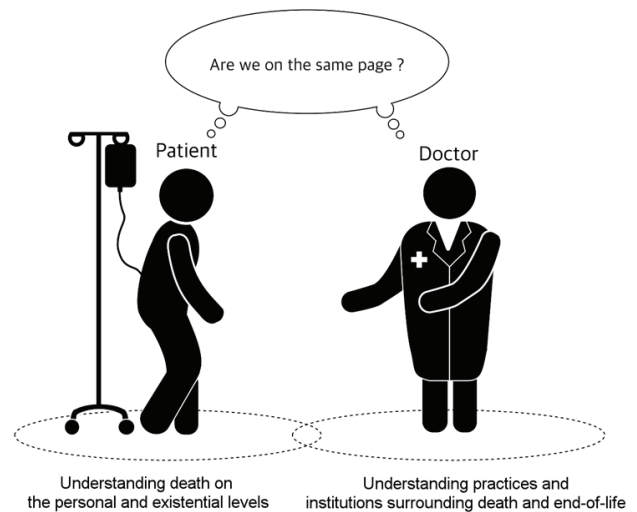


Figure 1. Risk of miscommunication on death and end-of-life care.

제화까지 이루어진 의료기관 내에서의 의사결정 현실을 고려하였을 때, 환자와 의사 사이의 선이해 간극을 좁여보고자 하는 본 연구의 연구질문은 중요성을 가진다[10,11]. Gawande [12]는 현대사회의 늘어 죽어감의 특성을 단계별로 잘 보여주면서, 현대 의학이 놓치고 있는 삶의 마지막 순간의 중요한 것들에 대해 말한다. 그는 삶의 마지막 시기에 경험하는 독립성의 상실, 의존의 상황에서 필요한 도움의 문제, 생애 말기 다양한 상실에 따른 돌봄장소의 의사결정과 의사소통의 문제, 삶의 유한성 인식을 위한 용기 등에 대해 지적한다. 대다수의 경우 죽음이 의료현장에서 일어난다는 것을 염두에 둘 때[13], Gawande [12]의 지적은 한국에서도 시사점이 있다. 즉 개인이 자율적인 선택을 할 수 있는 폭이 매우 좁아지는 의료현장에서, 어떻게 생애 말기 삶을 살아가며 돌봄을 받을 것인가를 환자로 하여금 미리 고민하게 하고, 의사결정을 위한 가능한 선택지들을 구체적으로 알려주는 것이 필요하다고 볼 수 있다. 이러한 맥락에서 환자와 환자 가족이 일반인으로서 받은 죽음교육은 생애 말기 돌봄을 포함하여 자신과 가족의 죽음에 관한 특정한 관념들을 구축하도록 돕기에 매우 긍정적인 현상이며, 잘 활용하여야 하는 교육기회이다. 그런데 그것이 현실에서의 의료 및 실질적 선택지를 놓고 진행되는 의사소통으로 연결되지 못할 때, 이들은 절망하고 무력하게 느낄 수 있다.

한편, 의사의 경우 일반인이 가지고 있는 죽음 이해와 생애 말기 돌봄에 대한 이해를 미리 알고, 의사소통과정에서 이를 참작하는

죽음으로부터 구해내기 위해 죽음이 집이나 지역사회가 아니라 병원이나 시설로 옮겨왔기 때문에 발생한다[10]. 이 현상 자체는 중립적이라고 평가할 수 있다. 그러나 실질적 개연성으로, 이러한 의료화 현상은 의료인으로 하여금 ‘구원환상(rescue fantasy)’를 가지고 적극적 치료에 몰두하게 만들 수 있으며[10], 죽음을 개입의 대상으로 만든다는 점에서 ‘죽음을 타자화하는 경향’을 갖게 할 수 있다[11].

2) 본 논문에서는 의학전문대학원생과 의과대학생을 의대생으로 통칭하였다.
3) 여기에서 저자들은 죽음의 의료화라는 표현을 통해 죽음의 과정이 의학적 개입의 대상이 된 것을 지칭하고자 한다. 이러한 현상은 죽어가는 환자를

것이 필요하다. 양자에게 공유된 죽음교육 내용과 방향성이 필요한 이유가 여기에 있다. 만일 이러한 통합적이고 상호연계를 고려한 죽음교육이 기획되지 않을 경우, 죽음교육은 환자와 의사 간의 원활한 의사소통을 도모하지 못하고 ‘좋은 죽음’을 달성하는 데에 실패할 수 있다(Figure 1). 또한 의대생을 대상으로 한 교육이 의료적 돌봄 제공자로서의 역량에만 치우쳐 전문적 개입의 대상(object)으로만 죽음을 환원시켜 버릴 경우, 본인 또한 주체(subject)로서 경험하게 될 죽음에 대한 온전한 이해에 도달할 기회를 잃어버릴 위험이 있다. 이러한 협소한 이해는 죽음을 앞둔 환자를 이해하기에 부족한 수준이므로 의사소통장애의 위험요인이다(Figure 1). 보다 궁극적으로 죽음과 죽음을 앞둔 환자로부터 심리적 거리를 두기 위하여 마치 자신은 불멸의 존재인 것처럼 죽음을 타자화하는 전략은 미성숙한 기제라고 볼 수 있다. 의대생 학습자들은 앞으로 임상에서 환자의 죽음을 마주할 의사인 동시에 인생에서 가까운 이들과 자신의 죽음을 예비하여야 하는 또 한 명의 인간이다. 이들이 받을 죽음교육이 이리저리러한 처치가 가능한 증상의 목록들로 죽음을 환원하는 것을 넘어서, 어찌할 수 없이 우리가 짊어 삼켜야 하는 실존적 조건으로서의 죽음을 바라볼 기회가 된다면 의료의 질을 높이고 그 종사자가 자신의 삶을 통합적으로 만드는 기회 모두에 옳게 방향 지우게 될 것이다.

본 연구는 일반인 대상 죽음교육을 시행하는 두 가지 맥락인 죽음 준비 교육과 호스피스 자원봉사자 교육을 연명의료결정법 제정 전과 후로 나누어 검색, 조사한다. 그리고 의대생 대상 죽음교육을 각 의과대학·의학전문대학원의 강의계획안을 검색하여 2016년도에 수행된 선행연구가 채택한 완화의료 교육평가도구(Palliative Care Education Assessment Tool, PEAT)로 평가한다[14,15]. 이에 더해, 검색된 의과대학·의학전문대학원의 강의계획안에서 어떤 주안점이 발견되는지를 키워드를 중심으로 살펴본다.

일반인 대상 및 의대생 대상 교육내용 분석을 위하여 죽음교육의 다양한 주제를 주안점과 시각에 따라 두 갈래로 구분한다. 한 축은 죽음에 관한 개인적 이해와 실존적⁴⁾ 측면의 부각이다[11]. 이때

4) 의료화가 진행된 현대 의료의 맥락에서 실존주의적 죽음 이해에 주목하는 것은 더욱 중요한데, 예를 들어 Park [11]은 어니스트 베커의 실존주의 심리학에 기반하여, 오늘날 의료의 태도를 죽음 불안이 발동했을 때 이를 더 권위있는 대상-법, 치료지침, 원칙-으로의 전이를 통해, 이 대상에 의존하여 자존감을 회복하려고 하고, 결과적으로 환자의 서사적 주도권을 강탈하는 태도를 갖게 된다고 지적한다. 저자들은 Park [11]의 해석이 현재 우리가 겪고 있는 생애 말기 돌봄의 문제의 근본원인을 잘 포착하고 있다고 생각하며, 의료인들에게 죽음에 관한 실존적 이해를 촉구해야 한다는 그의 제안에 적극 동의한다. 물론 실존적 이해는 그 정의상 일괄적이거나 도그마틱하게 주어질 수 없다. 그럼에도 불구하고 우리가 의료인들이 환자의 죽음 앞에서 흔히 겪는 존재론적 불안과 패배감에서 도피하고자 도그마에 예측되는 경향을 직면시키는 것은 실존적 이해 추구를 위한 한 가지 교육적 방법이 될 수 있을 것이다. 그러나 또 한편으로 저자들은 이러한 실존적이고 개인적인 죽음 이해가 제도적 이해에 기반한 실천적 측면과 균형을 이루어야 한다고 생각한다. 이것은 저자들이 의료화, 관료주의, 또한 얼마간은 불신에

실존적이라는 표현이 의미하는 바는 죽음을 직면하고, 특히 “자기 자신”의 죽음의 필연성을 받아들임으로써 비로소 자기 삶의 의미를 만들어 나갈 자유를 획득한다는 실존주의적 죽음 이해이다. 죽음교육의 내용과 방법론으로 요약해 보자면 이는 한 개인이 인간으로서 피할 수 없는 조건인 죽음을 직시하는 것을 목표로 하는 것으로, 평소 죽음을 부정하거나 이와 관련된 사고를 피하던 것을 강의 및 여러 활동을 통해 극복하도록 구성된다. 또 다른 한 축은 제도에 관한 이해와 실천적 측면의 부각이다. 여기에 주안점을 둔 교육은 자신의 죽음이나 죽어감, 타인의 죽음이나 죽어감에서 마주하는 여러 법적·사회적 제도들의 배치가 어떠한지 가능한 도움에는 무엇이 있는지를 지식적으로 아는 것을 목표로 한다. 의료적, 비의료적 도움을 주기 위하여 죽어감의 과정에서 발생하는 여러 필요들을 아는 것도 여기에 속한다. 저자들은 실존적이고 개인적인 죽음 이해가 제도적 이해에 기반한 실천적 측면과 이루는 균형에 궁극적으로 관심이 있다. 물론 이 둘은 상호 배타적인 구분이 아니며 교육내용은 이 둘을 동시에 목표할 수 있다. 그러나 일반인과 의대생 각각에서 죽음교육의 두 주안점은 적절한 비중을 두고 균형 있게 제공되어야 한다는 문제의식에 기반하여, 미충족되고 있는 교육수요를 보다 잘 들여다 보기 위하여 이러한 구분을 도입하였다.

죽음교육의 개념과 역사

죽음교육은 사람이 죽는다는 사실 자체에 관한 성찰을 촉구하고, 한 사람이 죽음을 맞이하는 과정을 탐색하며 죽음과 죽음과정을 둘러싼 의료적, 비의료적 돌봄과 애도, 의례의 실천에 관한 학문과 교육활동이라고 말할 수 있다. 이때 죽음교육의 목적은 죽음에 대한 인식과 인간에 대한 실존론적 이해를 바탕으로 삶의 한 과정으로 죽음을 받아들이게 하는 데 있다. Warren [16]은 죽음교육을 죽음과 관련된 주제(죽음의 과정, 사별 등)에 대한 지식, 태도, 기술을 알리고 교육하는 과정으로 개념화하고, 이를 통해 죽음불안과 공포를 감소 시킴으로써 죽음을 삶의 일부로 받아들일 수 있게 하는 것으로 보았다. Deeken [17]은 죽음교육의 목표를 15가지로 정리했다. 그가 제시한 죽음교육목표는 죽어가는 과정에 대한 이해 촉진 및 문제와

이해 추동되는 오늘날의 사회라는 현실을 무시할 수 없는 기정 사실로 받아들이며, 어떤 기획이든 그 현실조건 속에서 실현시키기 위해서는 깊이 고려해야 하는 요소라고 생각하기 때문이다. 이러한 현실조건에서는 Park [11]이 제안한 서사적 주도권의 회복이나 실존주의에서 말하는 개인의 선택, 결정만으로는 개인에게 실질적 선택지가 온전히 확보되지 않으며 궁극적으로 개인이 존엄을 지킬 수 없을 것이라고 저자들은 감히 판단한다. 실존적이고 개인적인 죽음 이해는 분명 필요하다. 그러나 그것만으로는 충분치 않다. 현대 사회에서 개인은(의사이건, 일반인이건) 죽음의 개인적이고 실존적인 차원을 직시하는 동시에 그 죽음이 사회 안에서 벌어질 때의 법적, 제도적 장치들을 인지할 기회를 가져야 한다는 것이 저자들의 기본적 믿음이며, 따라서 죽음교육이 그 균형에 주의를 기울여야 한다는 것이 이 연구의 주요한 명제이다.

욕구 해결, 죽음에 대한 성찰 돕기, 비탄과정 이해 및 도움 주기, 죽음의 심리적 부담감 해방, 죽음에 대해 자유롭게 이야기하는 것 촉진, 자살자 심리 이해 및 자살예방 교육, 병명 고지 및 말기암 환자의 알 권리인식 고양, 죽음과 관련된 윤리적/법률적 문제 교육, 장례의 역할에 대한 이해 및 준비 돕기, 생명존중인식 교육, 자기 죽음에 대한 철학 확립 및 죽음에 관한 자기결정권 구현하도록 격려, 노년기 죽음교육, 죽음에 대한 종교적 해석 탐구, 사후세계에 대한 이해 격려하기이다[17]. Corr 등[18]은 죽음교육개념을 인지적, 정서적, 행동적, 평가적 측면의 네 가지 차원으로 분류하였는데, 이와 같은 분류는 우리나라 죽음교육프로그램 구성, 특히 노인 대상 교육 프로그램 구성 및 운영에 많은 영향을 주었다[19]. 의학교육에서 의료인의 말기 환자의 돌봄과 죽음교육의 필요성 연구에 큰 영향을 끼친 연구로 Kübler-Ross [20]의 죽음의 단계 모델을 꼽을 수 있는데, 이 연구는 국내 일반인 대상 교육에서도 죽음에 대한 인식과 상실 및 애도 분야에서 주로 소개 및 활용되었다[21,22].

일반인 대상 죽음교육의 간략한 역사와 주체를 살펴보면 다음과 같다. 1960-1970년대 미국, 유럽, 일본 등을 중심으로 시작된 죽음교육은 다학제 간 연구를 통하여 발전하였다. 국내에서는 1970년대 덕성여자대학교와 서강대학교에서 죽음학 관련 교과목을 개설하면서 죽음교육이 시작되었고, 이후 1991년 각당복지재단이 ‘삶과 죽음을 생각하는 회’를 결성함으로써 죽음에 관한 대중강의를 시작하였다[23]. 이후 민간단체에서의 죽음교육의 형태는 일회성의 대중강의보다 일반인의 죽음교육을 활성화하기 위한 인력양성 교육형태로 변형되어 ‘죽음교육지도자 양성과정’으로 자리매김했다. 이들 단체에서 죽음교육지도자 과정을 수료한 사람들은 지역사회 노인복지관, 도서관, 종교단체 등에서 죽음교육 강사로 활동하고 있다. 호스피스 자원봉사자 교육은 일반인의 호스피스 이해와 기관의 호스피스 자원봉사자 발굴 및 활동을 위한 교육목적으로 실시되고 있는데, 죽음교육과 외연이 완전히 겹치지는 않는다⁵⁾. 그러나 일반인을 대상으로 생애 말기와 죽음에 관하여 교육하는 중요한 맥락이라는 점에서 죽음교육의 한 축으로 분류될 수 있다. 한편, 예비의사 대상 죽음교육은 Dickinson [24,25]에 따르면 미국에서도 1970년대까지 미미한 수준이었다. 의사들은 치료(cure)에만 골몰하였고, 치료가 불가능한 상황에서 환자의 곁에 있는 것에 준비되어 있지 못했다[24-26]. 이러한 것이 발전을 거듭하여 미국의 모든 의과대학에서 죽음과 죽어감에 대해 어떤 방식으로든 교육하는 상황에 이르게 되었다. 그 배경과 역사로 Dickinson [24]은 1970년대 미국에서 생애 말기

결정이 법적, 윤리적 문제로 대두되고, 이에 관한 환자 권리에 대한 인식이 증대되었다는 점, 임상실무 및 학계에서의 지식과 이 교육내용이 의학교과서로 통합되었다는 점, 그리고 미국 의학연구소(Institute of Medicine)가 죽어가는 환자들을 잘 돌보기 위한 태도, 지식, 술기에 대한 미충족 교육수요를 지적한 기념비적인 리포트를 발간한 것을 꼽는다[27]. 이외에도 Kübler-Ross [20]의 선구적인 저작과 죽음 각성 운동(death awareness movement) [28,29], 그리고 세계보건기구의 완화의료 정의와 이에 따른 완화의료적 접근의 촉구[30] 등이 죽음교육 및 생애 말기 돌봄교육에 영향을 준 요소라고 꼽을 수 있다. 한국의 의학교육에서는 연명의료결정법 제정 이전부터 각 학교의 의학교육 내용 구성에 실질적인 영향을 끼치는 한국 의과대학·의학전문대학원협회의 “기본의학교육 학습성과: 진료역량 중심”에서 임종과 애도를 임상표현별 학습성과로 두고 있으며 [31], 이는 죽음교육 관련 내용을 의학교육 내용으로 받아들여야 한다는 당위적인 수용까지는 무리 없이 된 상황을 보여준다.

한국사회에서 죽음교육에 관한 연구는 의학, 간호학, 철학, 종교학, 교육학, 사회복지학 등 다양한 학문의 관점에서 이루어지고 있다. 죽음교육의 현황조사는 문헌연구 및 양적 그리고 질적 연구의 형태로 시도되고 있는데, 이와 같은 선행연구는 국내 죽음교육에서 다루고 있는 다양한 목적, 방법 등을 보여준다[32-36]. 이러한 교육을 놓고 상이한 분석들이 있는데, 죽음준비 교육을 통해 참여자들의 죽음불안 감소, 죽음에 대한 태도, 삶의 의미 증진에 긍정적 변화가 있음을 밝힌 연구가 있는가 하면[37-39], 단기 죽음교육이 사람들의 죽음 관련 지식과 태도에 유의미한 변화를 주지 못하고, 이들의 죽음불안 감소 및 삶의 의미 형성에 있어서도 크게 영향을 미치지 못한 한계가 있다고 본 연구도 있다[40]. 교육내용에 대한 비판으로 기존의 죽음준비 교육프로그램들은 대상자들의 다양한 특성, 즉 세대별, 남녀별 특성을 고려하지 못하고 한정된 집단이나 특정인만을 대상으로 하는 경향이 많고, 프로그램 구성자의 역량에 따라 임의적으로 구성되었기 때문에 한계가 있다는 지적이 있다[34]. 그리고 노인의 죽음을 둘러싼 시대적·사회적 환경을 임종의 의료화, 돌봄의 외주화, 죽음의 상업화, 고독사로 요약하며 죽음교육 내용이 사건으로서의 죽음뿐 아니라 죽어감, 더 나아가 늙어감에서 발생하는 다양한 이슈가 누락되어 있음을 지적하였다[41]. 일반인과 의료인 및 예비의료인 대상 죽음교육에 대한 분석은 각각 수행된 바 있으나, 현재까지 일반인 대상 죽음교육 내용과 그 변화를 예비의료인 대상 죽음교육과 함께 분석한 선행연구는 없다.

연명의료결정법과 죽음교육의 현황

연명의료결정법은 연명의료의 중단이 법적으로 보호받을 수 있는 선택지라는 점을 확인하고 생애 말기 돌봄에서 가능한 의사소통의 범주를 제시하기 때문에 죽음교육에도 중요한 국면으로 작용하였

5) 따라서 본 연구는 일반인 대상 죽음교육을 상위 범주로 놓고, 그 하위 범주로 죽음준비 교육과 호스피스 자원봉사자 교육을 설정하였다. 죽음준비 교육은 고전적으로 죽음교육으로 칭해지던 교육을 일반인을 대상으로 제공하는 것을 의미하며, 호스피스 자원봉사자 교육은 죽음교육을 일부 포함하는, 호스피스에서의 자원봉사활동을 할 수 있는 역량을 기르기 위한 교육을 의미한다.

을 것이다. 실제로 사전연명의료의향서 상담자들이 연명의료결정법과 사전의향서 상담을 통해 죽음에 대한 터부가 완화되었음을 말하기도 하는데[42], 이러한 현장의 변화는 교육에도 새로운 필요를 발생시켰을 것이다. 연명의료결정법 이전에는 죽음교육을 하더라도 실제로 의료현장에서 실천 가능한 돌봄의 선택지들이 모호하거나 오랜 논쟁의 대상으로 남아있었다. 따라서 일반인 교육에서는 죽음에 대한 준비와 태도를 논하더라도 과연 실제 의료상황에서 어떤 선택지를 골라야 자신의 의사를 실현시킬 수 있는지 구체적으로 제시할 수 없고, 따라서 교육의 내용이 본질적으로 피상적인 수밖에 없는 한계를 가지고 있었다. 이는 의대생 및 예비의료인들을 대상으로 하는 교육에서도 마찬가지였을 것으로 예상되는데, 현실의 집착적인 의료소비 현황을 지적하고 호스피스·완화의료의 중요성을 강조하는 방향으로 교육이 제공된다고 하더라도, 고통의 완화나 환자 곁에 있음이라는 확장된 치료목표를 달성하기 위해서 전제조건으로 필요한 환자의 치료선택권이 여전히 모호한 상태로 남아있었기 때문이다. 특히 여타의 치료 가이드라인과는 달리, 생애 말기 돌봄에 있어서의 국제적 가이드라인이 돌봄의 윤리적, 법적 측면을 매우 중심으로 다루고 있다는 점을 상기할 때[43,44], 관련 입법이 아직 되지 않은 상황은 의학교육자들로 하여금 '의학적' 돌봄에 관한 교육에만 치중한 반쪽짜리 교육에 그치게 만들었을 것을 짐작할 수 있다.

이러한 상황에서 시민이 갖는 결정 권한과 그 한계를 분명하게 제시한 연명의료결정법의 제정은 죽음교육에 어떤 방식으로든 영향을 주었을 것으로 보인다. 예를 들어 연명의료결정법 이후 간호학 문헌에서는 연명의료 관련 실무, 특히 사전돌봄계획(advance care planning)에서의 간호사의 역할을 주장하기도 하는데, 이것은 실무 현장에서 새로운 교육필요를 마주했음을 보여주는 간접적 근거로 볼 수 있다[45,46]. 그리고 기존에 죽음교육지도자 양성을 주된 목표로 운영하던 민간기관이 사전연명의료의향서 작성등록기관으로 지정 받으면서, 죽음교육을 수료한 사람들이 사전연명의료의향서 상담인력으로 활동하게끔 교육을 구성 및 연계하기도 하였는데, 이러한 교육체계 및 목표의 변화는 연명의료결정법이 교육실무에 미친 영향으로 해석할 수 있다[40]. 또한 2015년에는 국민건강보험공단에서 사전연명의료의향서 작성 및 호스피스·완화의료를 활성화하기 위하여 일반인들을 대상으로 죽음교육을 제공함으로써 공공기관에서도 죽음교육이 시작되었다[47]. 이 교육은 연명의료결정법시행에 따라 국민 전체를 대상으로, 생애 말기 의사결정에 관한 정보를

60분 혹은 90분짜리 프로그램으로 집중 구성하여, 공단에서 선발한 전문강사에 의해 실시하는 것이 특징이다. 사전연명의료의향서를 비롯한 연명의료결정법의 실행이 민간과 공공기관의 죽음교육의 중요한 국면이 되었음을 확인할 수 있다.

비슷한 맥락으로 호스피스 교육도 연명의료결정법을 계기로 표준화, 체계화되는 영향을 받았다. 이전까지 호스피스교육은 일반종합병원, 호스피스 전문병원, 민간단체 호스피스 기관, 지역 암센터, 지역 보건소, 시/군 관청을 중심으로 기관의 특성과 필요에 따라 교육기간 및 교육내용을 자체적으로 구성하여 실시해왔다. 이후 연명의료결정법 제24조에 근거하여 중앙호스피스가 지정, 운영되게 되었다. 또한 이 중앙호스피스는 권역별 호스피스가 호스피스 자원봉사자 교육을 진행하는 데 있어 필수적으로 포함해야 할 필수교육주제와 기관별 선택주제 및 교육 이수시간에 관한 가이드라인을 제공한다. 이러한 연명의료결정법의 영향은 의대생 대상의 교육에서도 일어나고 있거나 곧 일어날 것으로 생각되는데, 일례로 연명의료결정법의 인식 확대를 위한 교육과정 개편 연구를 보건복지부가 추진하였다[48].

다만, 일반인 교육과 예비의료인 교육 모두에서 과연 연명의료결정법의 제정이라는 새 국면이 갖는 함의가 충분히 탐색되고 바람직한 교육의 방향과 교육내용으로 구체화되었는지에 관해서는 실질적 분석이 필요하다. 죽음교육은 생애 말기 의사결정 및 돌봄환경 속에서 어떻게 죽을 것인가에 관한 숙고와 논의를 촉진해야만 하기 때문에 연명의료결정법이라는 새 국면 속에서 환자와 의사가 어떤 선이해를 가지고 만나며, 또 죽음교육 자체는 어떤 선이해를 구성하게 하는지에 관한 비판적 성찰이 필요하다.

연명의료결정법 제정 전·후 일반인 죽음교육 분석

일반인을 위한 죽음교육프로그램 현황을 조사하기 위하여 Google 검색엔진을 통하여 다음의 키워드—일반인 죽음교육기관; 죽음교육프로그램; 웰다잉; 죽음준비; 호스피스 자원 봉사자 교육; 권역별 호스피스 자원봉사자 교육—을 활용하여 검색하였다. 이와 같은 검색어 조합으로 검색한 결과 일반인을 위한 죽음준비 교육기관은 39개, 그리고 호스피스 자원봉사자 교육기관은 47개로 검색되었다.

죽음준비 교육내용 분석을 위한 선정 및 제외기준은 다음과 같다. 먼저, 선정기준은 검색된 39개 기관 중, (1) 주차별 교육내용이 홈페이지나 전화 요청을 통해 수집 가능한 곳 중에서 연명의료결정법 시행 이전과 이후 프로그램 비교가 가능한 자료가 있는 기관, (2) 죽음교육프로그램을 운영한 역사가 5년 이상인 기관이다. 한편, 제외기준 및 이유는 다음과 같다. (1) 도서관, 복지관(노인복지관 등), 보건소, 주민센터, 노인대학, 종교기관 등 지역사회 기관에서 운영하는 일반인을 위한 죽음교육프로그램은 대부분 죽음교육지도자 양성

6) 사전연명의료의향서의 작성과 이를 위한 상담인력 양성교육은 죽음에 대한 인식과 생애 말기에 대한 선택을 도모한다는 점에서 죽음교육의 중요한 목표 중 일부를 다루고 있다. 또한 죽음교육의 기존 학습자들이 사전연명의료의향서 상담업무로 진출한 것도 사실이다. 그러나 사전연명의료의향서 상담인력 교육만 독립적으로 생각하였을 때, 이 교육은 법정서식인 사전연명의료의향서 작성이라는 특정 실무교육에 치우쳐 있으므로, 포괄적인 죽음교육이라고 분류하기는 어렵다. 이에 본 논문에서는 사전연명의료의향서 상담인력 교육은 분석대상에서 제외하였다.

Table 1. Death education programs for laypeople and medical students

Learner	Educational program provider	Before EOL Act	After EOL Act
Laypeople	Private: non-governmental organization	Kakdang (2011)	Kakdang (2021)
		Buddhist Women's Development Institution (2011)	Buddhist Women's Development Institution (2017)
	National	National Health Insurance Service (2015)	National Health Insurance Service (2018)
	Hospice	Chungnam National University Hospital (2012)	Chungnam National University Hospital (2021)
		Ulsan University Hospital (2013)	Ulsan University Hospital (2020)
		Jeonbuk National University Hospital (2014)	Jeonbuk National University Hospital (2017)
Medical students	Each medical school	Programs of 27 schools that responded out of 41 (2016) ^{a)}	Programs of 17 schools that responded out of 40 (2021) ^{b)}

EOL Act, Act of Hospice and Palliative Care and Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients at the End of Life.

^{a)}There were 41 medical schools in Korea when the survey was conducted by Kim et al. [14] in 2016. The authors of the study said the questionnaires were sent between March and May 2016. ^{b)}There were 40 medical schools in 2021. We collected the syllabi in August 2021, when data from 2020 and the first semester of 2021 were available.

과정을 통하여 배출된 강사에 의해 진행되기 때문에 하위 범주로 보고 제외하였으며, (2) 개인 혹은 소규모의 사람들에 의해 운영되는 교육과 대학교(연구소, 학위과정 및 평생교육원 강좌)는 특수성, 접근 가능성 측면에서 분석대상에서 제외하였다⁷⁾. 이렇게 선정과 제외기준을 적용하였을 때 최종적으로 3개의 기관으로 추려졌고, 이 3개 기관의 대표성은 10년 이상 죽음교육 경력(죽음준비 교육기관에서 교육과정 기획 및 운영)을 가진 전문가 1인의 자문에 의해 타당성을 검증 받았다.

다음으로, 호스피스 자원봉사자 교육의 내용분석을 위한 선정 및 제외기준은 다음과 같다. 먼저, 선정기준은 검색된 47개 기관 중, (1) 권역별 호스피스로 지정 받은 기관, (2) 주차별 교육내용이 홈페이지나 전화 요청을 통해 수집 가능한 곳 중에서 연명의료결정법 시행 이전과 이후 프로그램 비교가 가능한 자료가 있는 기관이다. 호스피스 자원봉사자 교육을 진행하고 있는 일반종합병원, 호스피스 전문병원, 민간 호스피스 단체, 지역 보건소는 분석대상에서 제외시켰는데, 그 이유는 연명의료결정법 시행 이후 권역별 호스피스로 지정 받은 기관이 호스피스 사업에 관한 교육, 훈련 및 지원업무를 맡고 있기 때문이다. 이렇게 선정과 제외기준을 적용하였을 때 최종적으로 3개의 기관으로 추려졌다.

죽음교육의 기관별 교육프로그램 구성내용을 분석하기 위하여 최종 선정된 죽음준비 교육기관(교육과정의 시작연도)은 민간기관으로 각당(2001), 대한불교조계종 불교여성개발원(2009), 공공기관으로 국민건강보험공단(2015)이다. 그리고 호스피스 자원봉사자 교육 분석을 위해 최종 선정된 기관은 충남대학교병원, 울산대학교병원, 전북대학교병원이다(Table 1).

7) 대한웰다잉협회는 설립 이후 현재까지 일반인을 위한 죽음교육을 꾸준히 운영하고 있는 대표적인 죽음교육 기관이나, 최종 선정된 다른 기관과 달리, 지역 및 지부별로 교육과 활동이 이루어진다. 이에 연명의료결정법 시행 이전과 이후 기관의 통일된 죽음교육프로그램을 확보하는 데 어려움이 있어 최종 분석대상에서 제외하였다.

위의 프로그램들을 대상으로, 연명의료결정법 시행 이전과 이후를 비교 분석하기 위하여 각 기관의 연명의료결정법 제정(2016) 이전 시기의 프로그램과 가장 최근 운영한 프로그램을 분석하였다⁸⁾. 강의계획안 및 실제 교재에 나타난 교육내용을 바탕으로 이를 연구자들이 나눈 죽음교육의 두 축, 즉 죽음에 관한 ‘개인적 이해와 실존적 측면의 부각’과 ‘제도에 관한 이해와 실천적 측면의 부각’으로 나누었다.

죽음준비 교육내용을 ‘죽음에 관한 개인적 이해와 실존적 측면’과 ‘제도에 관한 이해와 실천적 측면’으로 구분해볼 때, 연명의료결정법이 시행되기 이전에는 개인적 이해와 실존적 측면에 관해서 각당은 10개, 불교여성개발원은 4개, 국민건강보험공단은 5개의 주제를 다루고 있었다(Table 2). 반면, 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 관해서는 각당은 3개, 불교여성개발원은 3개, 국민건강보험공단은 1개의 주제를 다루고 있었다. 이러한 내용들이 연명의료결정법이 시행된 이후에는 개인적 이해와 실존적 측면에 관해서 각당은 9개, 불교여성개발원은 7개, 국민건강보험공단은 1개의 주제를 다루는 것으로 바뀌었고, 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 관해서는 각당은 8개, 불교여성개발원은 1개, 국민건강보험공단은 5개의 주제를 다루는 것으로 바뀌었다.

2개의 민간기관은 국민건강보험공단에 비하여 연명의료결정법 제정 이후로도 개인적 이해와 실존적 측면에 더 많은 교육내용 수를 배정하여, 연명의료결정법 이전에 이 부분에 두었던 주안점을 유지하였다. 그러나 각당의 경우에는 연명의료결정법을 계기로 제도에

8) 국민건강보험공단은 연명의료결정법 시행 이후 연명의료결정제도 및 호스피스에 대한 대국민교육프로그램을 운영하는 방식으로 죽음교육을 실시했기 때문에, 법 시행 이전인 2015년부터 준비작업으로 시작하였다. 최근 운영한 프로그램 분석은 각당은 2021년까지도 관련 교육을 시행하여 이를 분석하였다. 한편, 불교여성개발원은 2018년부터는 일반인을 위한 죽음교육이 사전연명의료의향서 작성교육으로 바뀌었으므로 변경 전 마지막 해인 2017년 자료를 분석하였고, 국민건강보험공단은 홈페이지에 게시된 마지막 자료인 2018년 자료를 분석하였다.

Table 2. Death preparation education programs before and after the EOL Act

	Kakdang		Buddhist Women's Development Institution		National Health Insurance Service	
	2011	2021	2011	2017	2015	2018
Understanding death in personal level and existential level	<ul style="list-style-type: none"> - Reflections on death - Views on life & death - Life in old age - Suicide and depression for elderly people - Reconciliation and forgiveness - Understanding of death in hospice - Autobiography - Life graph - Group activity: end-of-life experience - Meaningful and dignified life 	<ul style="list-style-type: none"> - Who am I? - Philosophy of death - Suicide - Death and spirituality - Children & death - Death preparation education for adolescents - Death in Confucianism - Aging design - Logotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> - Meaning of life and death - Preparation of end-of-life - Meditation for death - Rebirth 	<ul style="list-style-type: none"> - Life reflection - Forgiveness and reconciliation - Brain science for well-dying - Meditation on death - How to practice well-dying - with flower art - Meaning of well-dying education 	<ul style="list-style-type: none"> - My story - Beautiful life - Understanding death - Precious people - Well-dying 	<ul style="list-style-type: none"> - End-of-life with dignity
Understanding institution and practice on death	<ul style="list-style-type: none"> - Legal aspects of death - Characteristics of the bereaved elderly and overcoming sadness - Funeral rites 	<ul style="list-style-type: none"> - Understanding the well-dying laws - Life-sustaining treatment decision - Sociological understanding of death - Empathic communication techniques - Will and inheritance - Life & environment - Elderly care and counseling - Principles of mourning counseling 	<ul style="list-style-type: none"> - Reflection of funeral rites - Workshop for end-of-life care - End-of-life care practice 	<ul style="list-style-type: none"> - Suicide prevention 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparations to maintain dignity 	<ul style="list-style-type: none"> - Definition of life-sustaining treatment - Advance directives - Physician orders for life-sustaining treatment - Implementation of determination to terminate, etc., life-sustaining treatment - Hospice and palliative care

EOL Act, Act of Hospice and Palliative Care and Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients at the End of Life.

관한 이해와 실천적 측면을 강화한 것도 확인할 수 있었다. 연명의료 결정법에 따른 사전연명의료의향서 작성에 관한 사항이 추가로 반영되어 생애 말기 의료적, 법적 의사결정의 중요성이 강조된 것이다. 하지만 실천적 측면과 제도의 영역 중에서 여전히 생애 말기 돌봄에 관한 다양한 이슈들, 즉 환자화 가족 그리고 의료진과의 의사소통문제, 생애 말기 사전돌봄계획의 중요성과 공유의사결정의 중요성 문제, 그리고 가족 내 돌봄자원 활용의 문제와 돌봄장소 선정의 문제 등의 주제에 대해서는 교육내용 중에 명시적으로 다루고 있지 않았다. 반면, 불교여성개발원의 경우에는 연명의료결정법이 제도에 관한 교육내용의 보강으로 이어지지 않았음을 확인할 수 있었다. 한편, 연명의료결정법 제정 바로 직전 해인 2015년에 교육기관으로 참여를 시작한 국민건강보험공단은 애초에 법제에서 다루는 사전연명의료의향서 작성 확대 필요를 염두에 두고 이를 위한 일반인 인식개선의 일환으로 교육에 참여하였다. 따라서 법 제정이 된 이후에는 교육내용 중 많은 부분을 법의 세부사항, 즉 연명의료의 정의 및 중단 등 절차, 사전연명의료의향서, 연명의료계획서, 호스피스·완

화의료 등을 전달하는 데에 할애한 것을 확인할 수 있었다. 한편, 호스피스 자원봉사자 교육내용을 ‘죽음에 관한 개인적 이해와 실존적 측면’과 ‘제도에 관한 이해와 실천적 측면’으로 구분해볼 때, 연명의료결정법이 시행되기 이전에는 개인적 이해와 실존적 측면에 관해서 충남대학교병원은 1개, 울산대학교병원은 2개, 전북대학교병원은 0개의 주제를 다루고 있었다(Table 3). 반면, 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 관해서는 충남대학교병원은 8개, 울산대학교병원은 10개, 전북대학교병원은 6개의 주제를 다루고 있었다. 이러한 내용들이 연명의료결정법이 시행된 이후 개인적 이해와 실존적 측면에 관해서는 충남대학교병원은 1개, 울산대학교병원은 2개, 전북대학교병원은 0개의 주제로 동일하였고, 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 관해서는 충남대학교병원은 7개, 울산대학교병원은 8개, 전북대학교병원은 6개의 주제를 다루는 것으로 바뀌었다⁹⁾.

9) 호스피스 자원봉사자 교육을 운영하고 있는 권역별 지정 호스피스 기관은 연명의료결정법 제정 이전과 동일하게 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 대부분의 교육내용 수를 배정하여, 자원봉사자로서의 역할 및 자질 강조에

Table 3. Hospice volunteer training programs before and after EOL Act

	Chungnam National University Hospital		Ulsan University Hospital		Jeonbuk National University Hospital	
	2012	2021	2013	2020	2014	2017
Understanding death in personal level and existential level	- Understanding of life and death	- Understanding of life and death	- Lying in a coffin - Understanding of life and death	- Reading the will - Understanding of life and death	-	-
Understanding institution and practice on death	- Nutritional management of cancer patients - The role of the hospice worker - Spiritual care for hospice recipients - Hospice alternative therapy - Introduction to the basic palliative care team - Palliative care ward - Hospice palliative care overview - Bioethics in hospice palliative care	- Understanding cancer - Physical symptom management for terminally ill patients - Family care for terminally ill patients - Spiritual care for terminally ill patients - Caring for a bereaved family - Hospice and music therapy - Hospice palliative care overview	- Caring for dying and bereaved families - Volunteer roles and attitudes - Communication with terminally ill patients - Physical care - Family care - Spiritual care - Dignity of life and Ethics - Total pain and understanding of terminally ill patients - Understanding cancer - Hospice palliative care overview	- Hospice palliative care overview - Hospice volunteers' roles and attitudes - Self-care and burnout prevention of hospice volunteers - Psychosocial care for terminally ill patients - Communication with terminally ill patients - Family care for terminal cancer patients - Spiritual care for terminally ill patients - Physical care for terminally ill patients - End-of-life care and bereavement care for terminally ill patients	- Hospice philosophy and education - Understanding cancer - Pain and symptom management in terminal cancer patients - Family care for terminal cancer patients - Nutritional management of terminal cancer patients - Exercise with terminal cancer patients	- Overview of hospice philosophy - Pain and symptom management in terminal cancer patients - Music therapy in hospice - Family care for terminal cancer patients - Nutrition management and exercise - Hospice volunteer roles

EOL Act, Act of Hospice and Palliative Care and Decisions on Life-Sustaining Treatment for Patients at the End of Life.

죽음에 관한 철학적, 종교적 이해 등은 교육내용 중에 관찰되지 않았다. 그리고 제도에 관한 이해와 실천적 측면에서도 말기 환자 돌봄을 위한 지식에 치중하여, 한국에서 생애 말기인 사람들이 어떤 제도적 선택지들에 놓이게 되는지, 돌봄의 연속성을 위하여 어떤 도움이 가능한지 등의 논의는 관찰되지 않았다.

일반인 대상 죽음교육을 종합 분석하였을 때, 죽음준비 교육들은 전반적으로 죽음에 관한 개인적 이해를 다루는 교육내용이 많고, 실천적 측면과 제도에 대해서는 부족하게 다루고 있는 실정이었다. 이는 2016년 연명의료결정법의 제정 이후 사전연명의료의향서 작성 등의 교육내용이 추가되어 다소 개선되었으나, 여전히 한 사람이 질병 및 노화를 겪다가 죽음에 이르고 그 주위에 있는 이들이 그를 돌보고 사후 의례를 밟기 위해 필요한 실천적이고 구체적인 지식들이 충분히 제공되지 못하고 다소 피상적인 정보제공에 머물고 있음을 확인할 수 있었다. 이런 경우 죽음교육은 원활하고 만족스러운 의료이용으로 이어지지 못할 가능성이 있다. 국민건강보험공단의

개입에서도 부족한 교육내용은 마찬가지로 발견되었는데, 비록 공단의 경우 법제에 대한 세부적인 사항들을 다루고 있었으나 돌봄의 연속성을 위하여 임종과정 이전에 환자와 가족들이 알아야 할 내용들이 충분히 다루어지지 않고 있었다. 게다가 국민건강보험공단의 경우, 죽음의 개인적이고 실존적 내용을 연명의료결정법 제정 이후에는 거의 다루고 있지 않았다. 한편, 호스피스 자원봉사자 교육들은 전반적으로 죽음에 관한 개인적 이해를 다루는 교육내용이 적고, 말기 환자의 돌봄이라는 실천적 측면 중 일부에 집중하고 있었다. 다만, 돌봄의 연속성 문제, 의료진과의 의사소통과 같이 돌봄제도 전반에 대한 이해와 실천에 대한 교육내용은 일반인 죽음준비 교육에서와 마찬가지로 부족하게 제공되고 있었다. 이러한 교육구성은 연명의료법 시행 이전과 이후를 비교했을 때에도 큰 차이를 보이지 않았다.

연명의료결정법 제정 전·후 의대생 죽음교육

의대생 대상 죽음교육프로그램은 연명의료결정법 발효 이전의 가장 광범위한 조사인 Kim 등[14]의 연구를 2021년 현재의 상황과 비교하였는데, 현재의 상황은 40개 의과대학의 강의계획안 공지 웹사이트에 방문하여, 죽음교육을 포함할 수 있는 교과목명 키워드

더 큰 주안점을 두었다. 이들 기관이 운영하고 있는 대부분의 교육내용 주제는 중앙호스피스 기관이 지정한 필수주제와 선택주제로 구성되는데, 필수주제에서 개인적 이해와 실천적 측면에 해당되는 주제는 1개였으며, 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 해당되는 것들은 9개였다. 선택주제에서 개인적 이해와 실천적 측면에 해당되는 주제는 1개였으며, 제도에 관한 이해와 실천적 측면에 해당되는 것들은 7개였다.

Table 4. Number of medical schools that offer PEAT objectives

Contents in PEAT	No. of schools that provide the corresponding content	
	2016 (n=20)	2021 (n=17)
I. Palliative medicine		
I-A. Definition of palliative care (reference to the WHO’s definitions, origins, and history of PC, distinctions between palliative medicine and other medical disciplines, etc.)	12	5
I-B. List of clinical components of PC (i.e., pain and symptom management, psychosocial support, etc.)	2	1
I-C. Developing goals of care at the end of life	4	2
I-D. Indications and benefits of PC	8	0
I-E. Integrating palliative care as a continuum of care (e.g., making transition from acute care to palliative care)	5	1
I-F. Role of hospice and hospice philosophy (history of movement, political and economic aspects, etc.)	9	2
II. Pain (e.g., as distinct from suffering and psychosocial distress)		
II-A. Epidemiology of pain and significance (i.e., public health view on pain at the EOL for patients and populations)	6	2
II-B. Barriers to adequate pain management (professional, political, or economic, i.e., attitudes toward opioids, addiction, restrictive regulations, inadequate knowledge on the part of physicians, etc.)	11	1
II-C. Neurobiology of pain (i.e., pathophysiology of pain)	11	1
II-D. Pain characteristics (i.e., frequency, intensity, site, quality, triggers, acute/chronic, etc.)	11	0
II-E. Disease-specific pain syndromes (i.e., cancer- and AIDS-related pain syndromes, etc.)	5	0
II-F. Pain-related history and physical exam (i.e., focused H&P to evaluate pain)	11	0
II-G. Complementary therapy history (e.g., elucidate patient’s use of complementary therapies for pain, such as acupuncture)	0	0
II-H. Diagnostic assessment of pain (i.e., ability to formulate differential diagnosis re: etiology/sources of pain, etc.)	11	1
II-I. Non-opioid pharmacologic management of pain (i.e., use of non-opioids, etc.)	13	2
II-J. Use of opioids (i.e., WHO’s analgesic ladder, tolerance, dependence, addiction, therapies, drug conversions, route of administration, dosing, etc.)	14	1
II-K. Non-pharmacologic management of pain (i.e., surgery, physical therapy, etc.)	12	1
II-L. Efficacy of pain management (and ability to assess and revise treatment plan, i.e., ability to adjust opioids due to side effects)	12	1
III. Neuropsychologic symptoms (i.e., agitation, depression, delirium, dementia, and other mental status changes, as well as psychological distress)		
III-A. Epidemiology and significance (i.e., prevalence of depression at EOL)	0	1
III-B. Neurobiology of symptoms (i.e., agitation, depression, delirium, dementia, etc.)	2	0
III-C. Symptoms as complications of therapy (i.e., changes in mental status, i.e., sedation from opioids, etc.)	0	0
III-D. Disease-specific neuropsychologic symptoms (i.e., influence of underlying disease on mental status, personality changes from frontal-lobe tumor or AIDS-related dementia, etc.)	0	0
III-E. Neuropsychologic symptom history and physical exam (i.e., mental status and directed physical exam, etc.)	0	0
III-F. Complementary therapy history (e.g., patients’ use of agents for depression, i.e., St. John’s Wort, etc.)	0	0
III-G. Diagnostic assessment of neuropsychologic syndromes (ability to formulate a differential diagnosis using Diagnostic and Statistical Manual-IV)	0	0
III-H. Counseling/psychotherapeutics	1	0
III-I. Pharmacologic management (i.e., treatment of depression with tricyclics and selective serotonin reuptake inhibitors, use of psychostimulants with opioids, etc.)	3	1
III-J. Other management strategies (i.e., acupuncture, complementary therapies, etc.)	0	0
III-K. Efficacy of neuropsychologic management (and ability to assess and revise treatment plan—i.e., adjust from one antidepressant class to another due to inefficacy)	0	0
IV. Other symptoms (i.e., dyspnea, nausea/vomiting, constipation, diarrhea, pruritus, etc.)		
IV-A. Epidemiology and its significance	2	1
IV-B. Pathophysiology of non-pain symptoms (i.e., pruritus in hepatobiliary disease, etc.)	4	0
IV-C. Disease-specific syndromes (i.e., AIDS-related diarrhea, wasting, and weight loss in cancer, dyspnea in advanced lung disease, etc.)	2	0
IV-D. Symptoms as complications of therapy (i.e., constipation from opioids, paresthesias from chemotherapy, etc.)	2	0
IV-E. Symptom history and physical exam (i.e., focused H&P to evaluate other symptoms)	0	0
IV-F. Complementary therapy history (e.g., elucidate patient’s use of complementary therapies for other symptoms)	0	0

(Continued on next page)

Table 4. Continued

Contents in PEAT	No. of schools that provide the corresponding content	
	2016 (n=20)	2021 (n=17)
IV-G. Diagnostic assessment of non-pain syndromes (ability to formulate differential diagnosis regarding etiology/sources of other symptoms)	2	0
IV-H. Pharmacologic management (i.e., laxatives for constipation, bronchodilators for respiratory compromise, etc.)	5	0
IV-I. Non-pharmacologic management (i.e., enemas for constipation, use of oxygen, physical therapy, etc.)	0	1
IV-J. Efficacy of pain management (and ability to assess and revise treatment plan, i.e., adjust therapies for desired effect)	0	1
V. Ethics and the law		
V-A. Professional obligation to dying patients and families (i.e., principle of non-abandonment, commitment to clinical competence, etc.)	3	2
V-B. Professional self-reflection regarding attitudes, beliefs, and experiences with death, dying, and bereavement.	1	2
V-C. Analyzing ethical issues at the EOL (i.e., instruction in moral problem solving at EOL)	3	2
V-D. Awareness of ethics committee and other institutional resources (e.g., awareness of committee role and function and guidance options for ethical dilemmas)	2	0
V-E. Clinical capacity determinations and the legal concept of competence	0	1
V-F. Truth-telling (e.g., ethical norms with respect to providing information regarding diagnosis, prognosis, and the therapeutic exceptions)	1	1
V-G. Legal and ethical basis of informed consent/informed refusal process	2	0
V-H. Legal and ethical basis of do not resuscitate/resuscitation issues	6	0
V-I. Surrogate decision making and advance directives (i.e., decisions made by others on patient's behalf, role of living wills, health care proxies as advance directives, etc.)	1	1
V-J. Withholding/withdrawing life-sustaining treatments, including artificial nutrition and hydration (i.e., ethical and legal basis, legal precedent, etc.)	4	6
V-K. Definition of physician-assisted suicide and voluntary active euthanasia within moral continuum of EOL decisions (e.g., distinction between withholding/withdrawing life-sustaining treatments versus physician-assisted suicide and voluntary assisted euthanasia)	8	4
V-L. Principle of double effect (e.g., ethical justification for opioid use when goal is relief of suffering, not hastening death)	0	0
V-M. Futility (e.g., prevailing definitions regarding medical futility and strategies regarding resolution of futility disputes)	0	0
V-N. Definition of brain death (e.g., physiologic basis, reasonable accommodations for religious objections under New York State law)	2	2
V-O. Organ transplantation (i.e., laws and applications)	1	2
V-P. Pronouncing death	3	0
V-Q. Autopsy requests	0	0
V-R. Procedures on newly deceased individuals (i.e., intubation, pericardiocentesis, and issues of surrogate consent, etc.)	0	2
V-S. Death certification	1	1
V-T. Public policy dimensions of end-of-life care (i.e., changes in law regarding physician-assisted suicide, Medicare hospice benefits, etc.)	7	2
VI. Patient/family/nonclinical caregiver perspectives on end-of-life care		
VI-A. Values history: spiritual-religious-cultural-other	3	2
VI-B. Psychosocial support needs at the EOL	5	6
VI-C. Loss of bodily functions	0	0
VI-D. Suffering (e.g., distinction between pain and suffering)	1	3
VI-E. Perceived powerlessness/loss of control/sense of dignity	0	0
VI-F. Burden of illness on patient/family/intimates	0	0
VI-G. Fear of abandonment	0	0
VI-H. Suicidality	0	2
VI-I. Caregiver and family dynamics and their influence on care	2	0
VI-J. Social-work interventions	1	1
VI-K. Community resources and social support (e.g., societal context of illness)	1	2
VI-L. Bereavement process and therapeutic interventions for survivors	2	3

(Continued on next page)

Table 4. Continued

Contents in PEAT	No. of schools that provide the corresponding content	
	2016 (n=20)	2021 (n=17)
VII. Clinical communication skills		
VII-A. Understanding the experience of dying	8	9
VII-B. Respect for and knowledge of differing values, cultures, and beliefs	1	0
VII-C. Instruction in empathic interviewing skills	8	1
VII-D. Eliciting relevant narrative and clinical information in the clinician-patient encounter	8	0
VII-E. Ability to empathize with patients and their intimates	4	1
VII-F. Ability to work and communicate with an interdisciplinary care team	1	1
VII-G. The following specific communication skills with patient and families/intimates: 1. Breaking bad news	20	3
VII-G-2. Informed consent/refusal	0	0
VII-G-3. Withdrawing/withholding life-sustaining treatments (i.e., having a do-not-resuscitate conversation with the patient, etc.)	4	1
VII-G-4. Advance directives (i.e., designation of health care agent by competent patient, etc.)	7	1
VII-H. The following specific communication skills with surrogates: 1. Breaking bad news	0	1
VII-H-2. Informed consent/refusal	0	0
VII-H-3. Withdrawing/withholding life-sustaining treatments (i.e., do-not-resuscitate conversation with surrogate, etc.)	0	0
VII-H-4. Advance directives (i.e., working with health care proxy or interpreting living will once patient has lost capacity, etc.)	0	0
VII-I. Communicating and negotiating goals of care to patients and intimates	2	2
VII-J. Conflict resolution/negotiation skills (i.e., address and resolve conflicts regarding EOL care, etc.)	0	1
VII-K. Communicating with patients and intimates as death approaches (e.g., for the imminently dying)	1	0
VII-L. Notification of patient's death	1	0

PEAT, Palliative Education Assessment Tool; WHO, World Health Organization; PC, palliative care; EOL, end of life; AIDS, acquired immunodeficiency syndrome; H&P, history and physical examination.

로 검색하여 확보되는 강의계획안을 Kim 등[14]이 활용한 동일한 도구로 분석하였다[15]. 죽음교육 및 임종돌봄이 단독 교과목에서 다루어지지 않고 관련된 여러 교과목에서 부분적으로 다뤄질 수 있는 상황을 고려하여, 구체적으로 다음의 다양한 키워드들을 활용하여 검색하였다: 죽음; 죽음학; 싸나톨로지; 타나톨로지; 죽음교육; 죽음 교육; 임종; 임종기; 임종돌봄; 임종 돌봄; 호스피스; 호스피스 상담; 완화의료; 완화의학; 호스피스 완화의료; 호스피스 완화의학; 호스피스·완화의료; 호스피스·완화의학; 말기; 말기 환자; 말기환자; 말기돌봄; 말기 돌봄; 사별; 연명의료 전체 40개 의과대학·의학전문대학원의 강의계획안을 검색하였을 때, 외부인에게 강의계획서가 접근 가능하지 않은 학교는 21개교였으며, 키워드로는 조회되지만 해당 강의계획안이 열리지 않는 경우가 1개교, 해당 키워드로 조회되는 교과목이 없는 경우가 1개교, 강의계획안이 수집된 학교는 총 17개 학교로 이 학교들에서 수집된 강의계획안은 총 30개 교과목이었다.

Kim 등[14]에 따르면 전국의 의과대학을 대상으로 한 설문조사에서 응답(응답률=66%)을 한 모든 학교(n=27)가 ‘임종 돌봄’, ‘완화의료’, ‘호스피스’와 관련한 단독 교과목을 제공하거나 혹은 타 교육 과정에 포함시켜 교육을 제공하고 있었다. 설문조사와 답신으로 송부된 강의계획안을 분석하여 PEAT로 20개 학교의 교육내용을 분석(n=20)한 저자들은 외국의 교육사례 및 현황분석과 비교했을 때

국내 대학들의 교육내용이 협소하여 PEAT 항목 중 11개가 만족되는 것을 확인하였다[15]. 83개 교육목표¹⁰⁾ 중, 응답한 학교들에서 제공 중인 것으로 가장 많이 집계된 목표는 ‘나쁜 소식 전하기(n=20)’였으며, 그 아래로는 마약성 진통제 사용, 비마약성 약제를 이용한 통증 조절, 통증 조절 등이 뒤를 이었다. 반면, 1개 학교라도 다룬다고 답한 60개 목표 이외에 23개의 목표는 어떤 학교에서도 다루지 않은 것을 알 수 있었는데, 이런 학습목표들로는 의사결정능력 판정, 무익함 등 의료윤리, 법적 영역의 교육내용과 무력함, 통제력의 상실, 존엄성과 같은 임종기 돌봄에 관한 환자, 가족, 비의료적 돌봄 제공자들의 관점 등이 있었다(Table 4).

Kim 등[14]의 위 연구와 그 연구에 집중하여 현황을 분석한 후속 리뷰 연구인 Kim과 Lee [49]의 연구를 읽을 때, 이들이 사용한 PEAT의 목적과 특성에 대해 이해하고 그 함의를 죽음교육의 측면에서 고찰할 필요가 있다. 이 도구는 완화의료(개괄), 통증, 신경정신계 증상, 기타 증상, 윤리와 법, 임종과정 돌봄에 관한 환자·가족·돌봄 제공자의 비임상적인 관점, 임상적 의사소통기술 등 7개의 영역, 총 83개의 교육목표로 이루어져 있다[15]. 도구는 미국의 각 의과대

10) 완화의료 교육평가도구는 83개 항목 중, VII-G와 VII-H에는 각각 세부항목을 4개씩 두고 있어 세부항목은 총 89항목이다. 선행연구인 Kim 등[14]의 그림에서 항목을 표기할 때, 이 세부항목을 표기하였기에 Table 4에서는 89개 항목으로 표기하였다.

학 내에 다양한 교육과정 형태로 존재하는 완화의료의 교육과정의 유무를 평가하기 위하여 개발된 것이다. 즉 이는 그 자체로 죽음교육을 목표로 하고 있지는 않으며 완화의료에 관한 의대생의 역량을 개발하기 위하여 필요하다고 합의된 교육목표의 나열인 것이다. 예를 들어 죽음교육의 중요한 목표 중 하나인 사후세계에 대한 이해는 PEAT에서는 직접적으로 다루지 않고 있다[17]. 다만, 생애 말기 돌봄에 관한 환자, 가족, 비의료적 돌봄 제공자의 관점이라는 도메인 VI 아래 영적, 종교적, 문화적, 기타 가치관 역사(value history)의 항목과, 도메인 VII 임상 의사소통기술 아래 다른 가치와 문화, 신념에 관한 지식과 존중을 언급할 뿐이다. 또한 죽음교육에서 핵심적인 사항인 우리 모두 죽는다는 사실의 직면과 삶으로의 통합은 단지 “죽음, 죽어감, 사별에 관한 전문직적 자기성찰”로만 나타나 있을 뿐이다. 다시 말해 83개(세부항목 89개) 항목 중 하나의 항목만을 차지할 뿐이며, 이때에도 “전문직적”이라는 표현을 통해 결국 죽음을 맞이할 한 인간의 성찰보다는 전문직 역할과 지식이라는 렌즈를 통해, 어느 정도 죽음이라는 엄청난 사실에 거리를 두면서 이를 바라보도록 할 가능성이 있다. 또한 죽음의 터부 없애기, 죽음의 공포와 불안에 대한 대응 또한 학습자 그 자신을 향하여 추구되지는 않는다. 이러한 결과는 도구의 결합으로 해석할 것이 아니라 완화의료 교육과 죽음교육이 반드시 동일하지는 않다는 방증으로 보아야 한다.

본 연구는 현재의 의학교육 내에서의 교육현황을 평가하되, 먼저 동일한 도구, PEAT를 활용하여 2016년과 차이가 발생했는지 살폈다. 또한 완화의료와 죽음교육의 외연이 달라지는 지점을 염두에 두면서, 특히 죽음을 둘러싼 실존적 이해, 즉 죽음에 관한 자기 자신의 태도와 가치관을 성찰하고 자각하는 것과 이와 관련한 다양한 이해에 관한 교육내용 여부와 그 내용은 별도로 검토하였다. 또한 한편으로 Park [11]이 제안한 현대 의료의 죽음 회피적 태도의 또다른 단면으로 법, 원칙, 치료지침이라는 도그마에의 예측을 보기 위하여 키워드를 선정, 검색한 강의계획안을 별도로 검토하였다.

검색된 총 30개 강의계획안을 PEAT로 분석하였을 때, 강의계획안이 검색된 학교들이 PEAT 83개(세부항목 89개) 항목 중 가르치고 있는 개수의 중위값은 3.5개로, 2016년의 11개에 비하여 매우 적은 수가 관찰되었는데, 이는 설문조사 및 질의를 병행한 선행연구와는 달리, 단순 강의계획안 검색에 의존한 본 연구의 방법론적 한계로 인하여 분석대상으로 확보된 강의계획안의 수와 종류가 한정되었기 때문으로 보인다. 가장 많이 확인된 교육내용은 임상에서의 의사소통기술-죽어감의 경험에 대한 이해로 9개 프로그램이었으며, 이 교육내용은 2016년에도 8개 프로그램이 확인되었던 것이다. 이것은 진료수행시험(clinical performance examination) “나쁜 소식 전하기” 등의 교육의 영향으로 짐작할 수 있다. 그 다음 많은 수를 차지한 것은 인공식이 및 수분 공급을 포함하는 연명치료¹¹⁾의 중단과 생애 말기에서의 심리사회적 지지의 필요로 각각 6개의 교육프로그램이

확인되었다.

선행연구에서 단 1개교에서도 다루지 않던 교육내용 중 일부는 적은 수에서 교육내용으로 추가된 것을 확인할 수 있었으며(Table 4), 죽어감의 경험에 대한 이해, 연명치료의 중단, 생애 말기에서의 심리사회적 지지의 필요는 선행연구보다 적은 대상군 수에도 불구하고 관찰된 교육프로그램 수가 더 증가하였다. 이 중 연명치료의 중단을 다룬 교육프로그램 수가 늘어난 것을 연명의료결정법의 영향으로 해석할 수 있다. 또한 2016년 당시 1건만 답변된 죽음, 죽어감, 사별에 관한 전문직적인 자기성찰은 2건이 발견되었다. 2016년 당시 0건으로 집계된 의사결정능력은 1개교에서 확인되었지만, 무의성(futility) 개념은 여전히 어떤 교육과정에서도 확인되지 않았으며, 치료목표에 대한 논의와 협상은 2016년과 동일하게 2개 사례만 관찰되었다.

PEAT로 잘 포착되지 않을 죽음교육의 목표로 자신의 죽음에 대한 직면과 성찰이 있다[15]. 이는 이 연구가 구분하고 있는 죽음교육의 두 축, ‘죽음에 관한 개인적 이해와 실존적 측면’과 ‘제도에 관한 이해와 실천적 측면’ 중 전자에 속한다. PEAT에서 직접적으로 이를 다루지 않으므로 선행연구인 2016년 당시에 얼마나 많은 학교들이 이 교육내용을 다루었는지, 그 비중은 어땠는지 알 수 없는 상황이다[14]. 다만, 현재 이를 실제 교육과정에서 다루었는지를 보기 위하여 강의계획안의 각 차시 교육내용을 확인하였다. 총 6개교에서 해당 교육내용으로 짐작되는 교육주제들이 발견되었다. 각 차시의 교육주제를 살펴보면 다음과 같다: 우리 안의 죽음, 나의 죽음; 죽은 자의 증언; (책, “죽음이란 무엇인가” 사전 읽기 후) 죽음에 대한 철학적 접근; 죽음의 의미; 의사가 바라보는 삶과 죽음, 그 철학과 실제; 삶과 죽음의 화해. 6개교 모두 1차시를 할애하고 있었으며, 그 차시를 제외한 나머지 차시들은 주로 말기 증상에 대한 이해와 조절이라는 전문직적인 업무로 방향 잡혀 있는 것이 특징이다. 한편, Park [11]이 제안한 법, 원칙, 치료지침이라는 권위의 예측이라는 오늘날 의료의 태도를 보기 위하여 법, 제도, 절차, 과정, 지침, 원칙이라는 키워드로 강의계획안을 검토하였을 때, 11개 강의계획안에서 해당하는 문구들을 확인할 수 있었다. “지침과 원칙에 따라 임종환자를 돌볼 수 있고”; “죽음과 관련된 법적 이슈”; “연명치료 중단에서의 법적, 윤리적 쟁점”; “완화의료 원칙에 따라”; “연명의료결정법과 임종기 환자의 요구가 충돌하는 상황”; “법적/윤리적으로 허용되는 연명치료 중단 사례인지를 판별”; “의료제도와 법규를 이해하고 적용”; “말기환자에 대한 사회제도”; “호스피스

11) 우리 법, 연명의료결정법은 연명치료라는 표현 대신 ‘연명의료’라는 용어를 채택하고 있으며, 이에 대한 정의를 제공한다. 이 정의에 따르면 인공식이 및 수분 공급은 연명의료에 속하지 않는다. 이와 같이 우리 법의 연명의료 정의는 PEAT가 채택하고 있는 ‘의학적 맥락에서 규정한 연명치료’와는 차이가 있다. 따라서 여기에서는 용어의 혼란의 위험을 무릅쓰고 연명치료라는 의학용어로 옮긴다.

완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에관한법률(약칭 연명의료결정법)’의 핵심 내용을 설명”; “사전돌봄계획을 수립함에 있어 그 절차와 과정을 설명”; “연명의료결정법을 이해하고” 등이다.

의대생 대상의 죽음교육을 분석하였을 때, 죽음에 관한 개인적 이해와 실존적 측면을 다루는 교육내용은 매우 적었다. 돌봄 제공자로서의 역할에 맞춘 실천적 측면에 관한 교육내용은 2016년도에 수행된 연구결과로 현재 상황을 짐작했을 때, 신체적 증상의 이해와 조절에 강조점을 두고 제공되고 있을 것으로 보인다. 이에 더하여 연명의료결정법의 영향으로 연명의료 중단에 관한 내용을 제공하는 사례는 적은 폭이지만 증가를 보였다. 그러나 예비 의사로서의 전문직적인 관점과 통합되어야 할, 한 인간으로서의 죽음에 관한 실존적 이해는 2021년 현재 교육과정의 맥락에서도 충분히 관찰되지 않았다.

결 론

죽음의 의료화 현상을 생각하였을 때, 일반인과 의대생이 만나 생애 말기의 대화를 할 수 있도록 준비시키는 죽음교육의 중요성은 점점 커질 것이다. 연명의료결정법은 이러한 현상에 새로운 국면을 부여하였다. 법이 일반인과 의료인 모두에게 죽음교육의 필요성을 인지시키고, 일부 축진한 측면을 부인할 수 없다. 일반인 대상 교육에서는 새로운 주체가 교육제공자로 등장하였고, 법제에 관한 교육이 그동안 일반인 죽음교육에서 부족한 측면이었던 제도적, 실천적 측면의 교육내용을 보강하는 계기가 되기도 하였다. 의대생 교육에서도 적은 대상자 수에도 불구하고 2016년에 비해 연명치료 중단에 관한 교육프로그램 수가 증가된 것은 확인할 수 있었다.

그러나 일반인 대상 죽음교육에서 의료진과의 의사소통 문제와 돌봄의 연속성을 확보하기 위한 선택지에 관한 교육은 여전히 충분히 관찰되지 않았다. 죽음에 대한 실존적이고 개인적 이해를 어떻게 실제 삶의 선택지로 실현시킬 것인가에 관한 교육은 연명의료결정법이 제공하는 ‘프로토콜’ 제시 이외에는 뚜렷이 나타나지 않고 있다. 이는 죽음준비 교육과 호스피스 교육 모두에서 공통되게 나타나고 있는 문제였다. 반면, 의대생 교육에서 실존적이고 개인적인 죽음에 관한 이해, 혹은 직면이 관찰된 사례는 수적으로 제한되어 있었다. 죽음을 의학적이고 법학적 처치의 대상으로서, 나의 실존과는 무관한 어떤 현상으로서 바라보게 하는 것으로 의심되는 상황이다. 예를 들어 강의계획안에서 법, 제도, 절차, 과정, 지침, 원칙이라는 키워드들은 생애 말기에서의 돌봄이라는 어려운 상황에서 해결책이 될 수 있는 주요한 자원들로 제시되고 있었다. 이것은 그 자체로는 타당한 교육내용이라고 볼 수 있으나 개인적, 실존적 죽음 이해와 균형 잡히지 않을 경우, 죽음에 대한 통합적 이해를 도모하지 못할 수 있다. 위와 같은 사안들은 후속연구에서 의대생 및 의사들을 대상으로 한 실증적 방법론을 통해 의학교육의 맹점, 현대 의료가

죽음에 관해 갖는 태도 등을 포괄하는 진단을 해야 할 필요성을 말해준다.

본 예비연구의 한계는 선정 및 제외기준에 따라 수집된 죽음준비 교육의 3개 기관, 권역별 호스피스 중 3개 기관, 그리고 강의계획안이 검색되는 17개 의과대학·의학전문대학원의 30개 강의계획안만을 대상으로 하였기에 일반화하기에 어려움이 있다는 데에 있다. 특히 의과대학·의학전문대학원의 경우, 연구에서 키워드로 검색한 해당 교과목명으로는 검색되지 않았을 여러 교육기회들, 실습과정, 숨은 교육과정 등을 포괄하여 총체적 환경에서 학생 교육이 이루어진다는 점을 고려하여야 한다. 따라서 죽음에 관한 (예비)의료인의 언어와 태도를 실증적 방법론으로 관찰하는 후속연구로 본 연구에서 개진된 가설을 검증할 필요성이 있다. 기대하건대, 이러한 후속연구들에 기반하여 기본의학교육에서 생애 말기 돌봄 및 죽음학에 관한 보다 개방적인 접근을 채택할 수 있을 것이다. 예비연구에서 던지고자 했던 시사점인, 일반인과 의료인 두 주체를 대상으로 한 죽음교육 간의 간극을 인식하며 통합하려는 합동 세미나 등의 교육적 시도도 가능할 것이다. 이러한 시도는 의료인이 독차지해버린 죽음의 맥락으로 환자, 가족, 사회를 복귀시킴으로써 현대 의료의 중요한 과제인 “죽음을 다시 우리 삶으로 데리고 오는” 것에 도움이 될 것으로 보인다[50].

환자와 의료인은 한 사람이 죽음을 가까이 둔 시점이라는 어려운 의사소통 환경에서, 죽음이라는 어려운 주제를 논해야 하는 두 주체이다. 그러므로 죽음교육의 목표 중 일부는 이 둘의 의사소통을 원활하게 할 수 있는, 공유된 선이해를 쌓는 것이어야 한다. 이러한 문제의식을 가지고 보았을 때, 한국의 죽음교육은 연명의료결정법이라는 중요한 국면을 맞이하긴 하였지만, 보다 근본적인 변화가 요구되는 상황이다. 죽음과 생애 말기 돌봄과 관련하여 환자와 의사가 공유하고 논의할 수 있는 주제들이 발굴되어야 한다. 이는 법 이상의 사회적 합의를 필요로 하는데, 좋은 죽음, 좋은 생애 말기 돌봄, 이를 위한 제도적 선택지에 관한 논의가 선행되어야만 교육내용으로 개발될 수 있다. 이러한 사회적 합의는 일반인 대상 죽음교육의 취약점인 제도적 이해와 실천적 측면을 보강할 수 있게 하며, 의료인과의 만남에서 보다 생산적인 대화와 궁극적으로 질 높은 돌봄을 받을 수 있는 기회를 높일 것이다. 의대생 교육에서는 죽음에 관한 개인적이고 실존적인 이해가 보강되어야 한다. 저자들이 제안하는 이러한 죽음교육의 새 방향은 한편으로 일반인들의 기대를 인지하고 좋은 돌봄을 제공할 수 있도록 하는 전문직적 역량에 도움이 된다. 그러나 보다 궁극적으로, 의대생이 한 인간으로서 자신의 실존을 마주하게 한다는 측면에서 죽음교육의 가장 근본적 목표를 향해 있는 것이다.

연구비수혜

이 논문은 동아대학교 교내 연구비 지원에 의하여 연구되었다.

저자 기여

김정아: 논문 설계와 자료분석, 원고작성; 안경진: 논문 설계와 자료분석, 원고작성.

REFERENCES

- Act on Hospice and Palliative Care and Decisions on Life-Sustaining Treatment for patients at the End of Life, Act No. 14013 (Feb 3, 2016) [Internet]. Sejong: Korean Law Information Center; [date unknown] [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://www.law.go.kr/engLsSc.do?menuId=1&subMenuId=21&tabMenuId=117#>.
- Murder (Approved Crime Name: Aiding Murder) and Murder, Supreme Court Sentence No. 2002Do995 (Jun 24, 2004) [Internet]. Sejong: Korean Law Information Center; 2004 [cited 2021 Nov 21]. Available from: [https://www.law.go.kr/%ED%8C%90%EB%A1%80/\(2002%EB%8F%84995\)](https://www.law.go.kr/%ED%8C%90%EB%A1%80/(2002%EB%8F%84995)).
- Removal of Meaningless Life-Sustaining Treatment Devices, Etc., Supreme Court Sentence No. 2009Da17417 (May 21, 2009) [Internet]. Sejong: Korean Law Information Center; 2009 [cited 2021 Nov 21]. Available from: [https://www.law.go.kr/%ED%8C%90%EB%A1%80/\(2009%EB%8B%A417417\)](https://www.law.go.kr/%ED%8C%90%EB%A1%80/(2009%EB%8B%A417417)).
- Confirmation of Legislative Nonfeasance Unconstitutionality, Constitutional Court of Korea 2008Hunma385 (Nov 26, 2009) [Internet]. Seoul: Constitutional Court of Korea; 2009 [cited 2021 Nov 21]. Available from: http://search.court.go.kr/ths/pr/ths_pr0101_P1.do.
- National Evidence-based Healthcare Collaboration Agency. Providing a social consensus to withdraw futile life-sustaining treatment. Seoul: National Evidence-based Healthcare Collaboration Agency; 2009.
- Ahn KJ, Kong BH, Song YJ. A study on the life-sustaining treatment decision-making and end-of-life care experiences of intensive care nurses after the enforcement of the Life-Sustaining Treatment Decision-Making Act. *J Korean Bioeth Assoc.* 2020;21(2):31-53.
- Oh MH. Lower status of Life-Sustaining Treatment Decision Act, incites unnecessary life-sustaining treatment. *KHA News* [Internet]. 2017 Apr 26 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://www.khanews.com/news/articleView.html?idxno=128897>.
- Hwang H, Kim CJ. Nurse roles in the advance directive system in Korea. *Int Nurs Rev.* 2021 Jun 11 [Epub]. <https://doi.org/10.1111/inr.12683>.
- Ministry of Health and Welfare; National Agency for Management of Life-Sustaining Treatment. 2020 Annual report on decision making system on life-sustaining treatment. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2020.
- Hetzler PT 3rd, Dugdale LS. How do medicalization and rescue fantasy prevent healthy dying? *AMA J Ethics.* 2018;20(8):E766-73.
- Park JC. A critical examination of the attitude of modern medicine toward death: in the perspective of existentialist psychology. *Philos Med.* 2017;24:39-76.
- Gawande A. *Being mortal: medicine and what matters in the end.* New York (NY): Metropolitan Books, Holt and Company; 2014.
- Kim EY. Over the past 10 years, decrease in the number of deaths at home of the elderly and increase in the death in medical institutions. *Cheongnyeounisa* [Internet]. 2021 Aug 13 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://www.docdocdoc.co.kr/news/articleView.html?idxno=2013520>.
- Kim KJ, Kim DY, Shin SJ, Heo DS, Nam EM. Do Korean medical schools provide adequate end-of-life care education?: a nationwide survey of the Republic of Korea's end-of-life care curricula. *J Hosp Palliat Care.* 2019;22(4):207-18.
- Meekin SA, Klein JE, Fleischman AR, Fins JJ. Development of a palliative education assessment tool for medical student education. *Acad Med.* 2000;75(10):986-92.
- Warren WG. *Death education and research: critical perspectives.* Binghamton (NY): The Haworth Press; 1989.
- Deeken A. *Death education as the liberal arts.* Jun SK, translator. Goyang: Humanlove; 2008.
- Corr CA, Nabe CM, Corr DM. *Death and dying, life and living.* 3rd ed. Belmont (CA): Wadsworth Publishing; 2000.
- Park JE. The effects of death education on the emotion, cognition and behavior of the elderly. *J Soc Work Pract.* 2009;8:79-109.
- Kubler-Ross E. *On death and dying: what the dying have to teach doctors, nurses, clergy and their own families.* New York (NY): Scribner; 1969.
- Lee LJ. A study on the current state of death education and urgent problem. *Korean J Educ Gerontol.* 2016;2(1):69-88.
- Chang KE. Effects of death education on college students' death orientation and suicidal ideation: with a focus on college students majoring in social welfare in Daegu, Korea. *Korean J Hum Ecol.* 2012;21(3):423-37.
- Lee YJ, Jo KH, Lee HJ. An exploration of death education model for high-touch major students. *Asian J Educ.* 2006;7(3):121-40.
- Dickinson GE. Thirty-five years of end-of-life issues in US medical schools. *Am J Hosp Palliat Care.* 2011;28(6):412-7.
- Dickinson GE. A 40-year history of end-of-life offerings in US medical schools: 1975-2015. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017;34(6):559-65.
- Dyer KA. The physician's role in end-of-life care. *ADEC Forum.* 2010;36(2):6.
- Institute of Medicine, Division of Health Care Services, Committee on Care at the End of Life, Field MJ, Cassel CK. *Approaching death: improving care at the end of life.* Washington (DC): National Academy Press; 1997.
- Wass H. Death education. In: Kastenbaum R, editor. *Macmillan encyclopedia of death and dying.* New York (NY): Macmillan Reference; 2002. p. 211-8.
- Feifel H. Introduction. In: Feifel H, editor. *The meaning of death.* New York (NY): McGraw-Hill; 1959. p. 11-6.
- World Health Organization. *Palliative care* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [cited 2021 Nov 21]. Available from: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>.
- Korea Association of Medical Colleges. *Learning outcomes of basic medical education: clinical competency-centered.* 2nd ed. Seoul: Korea

- Association of Medical Colleges; 2016.
32. Kim SH, Byun SW. Analysis of the trends of research education on death. *J Digit Converg.* 2014;12(12):469-75.
 33. Kim YA, Kwon YS. An analysis of research trend on death education in Korea. *Keimyung J Nurs Sci.* 2009;13(1):51-62.
 34. Yang KS. A study on the program development of death education: centering on institute of continuing education [dissertation]. Seoul: Yonsei University; 2008.
 35. Lee YS, Jang HY. Trend analysis of death preparation education from the perspective of lifelong education. *J Educ Cult.* 2020;26(2):435-55.
 36. Lim HN, Kim KH. A study on how elderly people are preparing for dying well. *J Korea Acad Ind Coop Soc.* 2019;20(9):432-9.
 37. Kim SN, Choi SO, Lee JJ, Shin KI. Effects of death education program on attitude to death and meaning in life among university students. *J Korean Soc Health Educ Promot.* 2005;22(2):141-53.
 38. Kang KA. Development and effects of death preparation education for middle-aged adults. *J Hosp Palliat Care.* 2011;14(4):204-11.
 39. Jung EJ. Analysis of well-dying program effectiveness. *Asia-Pacific J Bus Ventur Entrep.* 2012;7(2):189-94.
 40. Kang WN, Lyu JY. Effect of death education for the elderly in the senior welfare center in Seoul. *Hallym J Aging Stud.* 2019;7(1):25-43.
 41. Ahn K, Park KS. Perceptions and experiences of the death of the elderly: suffering of death and meaning of life. *Hum Beings Environ Their Future.* 2021;(26):63-97.
 42. Suh YJ, Kim CW. A qualitative study on counseling experiences of counselors for advance directives. *Korean J Care Manag.* 2021;(41):119-46.
 43. National Coalition for Hospice and Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. 4th ed. Richmond (VA): National Coalition for Hospice and Palliative Care; 2018.
 44. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 2008;36(3):953-63.
 45. Koh CK, Ko CM, Park H. Critical care nurses' perception of life-sustaining treatment at end of life: a content analysis. *J Korean Crit Care Nurs.* 2017;10(1):41-50.
 46. Lee E, Ji HJ, Cho JS. Roles of nurses in decision-making to withhold or withdraw life-sustaining treatment for patients according to the Life-Sustaining Treatment Decision-Making Act. *Bio Ethics Policy.* 2021;5(1):97-114.
 47. National Health Insurance Service. National Health Insurance Service runs a death-education program. *NewsWire [Internet].* 2015 Aug 4 [cited 2021 Nov 30]. Available from: <https://www.newswire.co.kr/newsRead.php?no=799587>.
 48. Ministry of Health and Welfare. A study on the reorganization of the medical school curriculum to expand the awareness of the life-sustaining treatment decision system. Sejong: Ministry of Health and Welfare; 2021.
 49. Kim DY, Lee SN. Hospice and palliative care education for medical students in Korea. *Korean Med Educ Rev.* 2020;22(3):146-52.
 50. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. *Lancet.* 2022;399(10327):837-84.