

한국
의료윤리
학회지



KOREAN JOURNAL OF
MEDICAL ETHICS



한국 의료윤리학회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS



명예회장	맹광호(가톨릭대학교 의과대학, 예방의학)	교육이사	김형진(성균관대학교 의과대학, 의료인문학)
고문	이정구(단국대학교 의과대학, 이비인후과학)	재무이사	한정호(충남대학교병원, 소화기내과학)
	장기현(서울대학교 의과대학, 영상의학)		문재영(충남대학교 의과대학, 호흡기내과학)
	손명세(연세대학교 의과대학, 예방의학)	정보이사	양광모(삼성서울병원 건강의학센터, 비뇨기과학)
	고윤석(울산대학교 의과대학, 내과학)	홍보이사	박재영(청년외사, 의학/의료언론)
	최보문(가톨릭대학교 의과대학, 정신건강의학)	법제이사	배현아(이화여자대학교 법전문, 의료법학)
	박석건(단국대학교 의과대학, 핵의학)	대외협력이사	장윤정(국립암센터, 가정의학/의료윤리학)
	허대석(서울대학교 의과대학, 내과학)	국제협력이사	조희연(성균관대학교 의과대학, 소아청소년의학)
	정지태(고려대학교 의과대학, 소아청소년과학)	인재개발이사	조백현(평택굿모닝병원, 외과학)
	임채만(서울아산병원, 호흡기내과학)	무임소이사	김대영(고대안암병원, 가정의학/의료윤리학)
회장	정유석(단국대학교 의과대학, 가정의학)		김민선(서울대학교 의과대학, 소아청소년과학)
부회장	김장한(울산대학교 의과대학, 인문사회의학)		김준혁(연세대학교 치과대학, 의료윤리학)
	김옥주(서울대학교 의과대학, 인문의학)		박소연(경희대학교 의과대학, 내과학/의학교육학)
	박숙현(삼성의료원, 중환자간호)		박소영(경희의료원, 호흡기내과학)
	문지호(의료윤리연구회, 이비인후과학)		박혜윤(서울대병원, 정신건강의학/의료윤리학)
감사	최숙희(서울외과, 산부인과학)		백수진(국가생명윤리정책원, 연구부)
	이순행(서울아산병원, 간호학)		안은미(국립재활원, 가정의학/의료윤리학)
윤리위원장	조성준(강원대학교 의과대학, 흉부외과학)		양은주(분당서울대병원, 재활의학)
교육위원장	권복규(이화여자대학교 의과대학, 의학교육학)		장형운(아주대학교 의과대학, 정신건강의학)
총무이사	이일학(연세대학교 의과대학, 의료법윤리학)		최경석(이화여자대학교 법전문, 생명윤리정책학)
총무이사보	김한나(연세대학교 의과대학, 의료법윤리학)		홍상범(서울아산병원, 호흡기내과학)
기획이사	이명아(가톨릭대학교 의과대학, 내과학)	편집위원회	황임경(제주대학교 의과대학, 의료인문학)
학술이사	박형욱(단국대학교 의과대학, 의료법윤리학)	편집위원장	유상호(한양대학교 의과대학, 의료윤리학)
학술이사보	유신혜(서울대병원, 중앙내과학)	편집위원	강명신, 고봉진, 김나경, 김도경, 김상희, 김정아, 김준혁, 목광수, 박석건, 이일학, 최경석, 최은경, John McGuire
간행이사	김도경(동아대학교 의과대학, 의료인문학)	산하위원회	임상윤리상담연구회
	신성준(동국대 일산병원, 신장내과학)	행정사무	조규범
간행이사보	김정아(동아대학교 의과대학, 의료인문학)	편집간사	문수경
	남승민(이화여자대학교 의과대학)		
출판이사	강명신(강릉원주대학교 치과대학, 치의학)		
연구이사	최은경(경북대학교, 의료인문학)		

한국의료윤리학회지

제26권 제3호(통권 제76호) 2023년 9월

KOREAN JOURNAL OF MEDICAL ETHICS

pISSN 2005-8284 eISSN 2234-3598

Vol. 26 No.3 September 2023

인쇄 2023년 9월 30일
발행 2023년 9월 30일
발행인 정유석
편집인 유상호
발행처 한국의료윤리학회
03722 서울 서대문구 연세로 50-1
(연세의료원, 종합관) 410호
Tel: 02-2228-2530
ksmeeducation@gmail.com
편집/제작 Guhmok Publishing Co./ Guhmok Info
guhmok@guhmok.com

Publisher: CHEONG Yoo-Seock
Editor: YOO Sang-Ho
Published by:
The Korean Society for Medical Ethics
Website: <https://medicaethics.jams.or.kr/>
Office: Room 410 (Yonsei Medical Center, General Hall),
50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, KOREA
Tel: 82-2-2228-2530
E-mail: ksmeeducation@gmail.com

목차

- 연명의료결정제도 연구 동향 분석: 주제범위 문헌고찰
류재한, 박진령, 서민정 | 169
- 중환자실 간호사를 위한 임종간호교육: 주제범위 문헌고찰
한유진, 최수미, 윤기영, 김성하, 김상희, 윤혜영 | 185
- 수술실 실습을 통한 간호대학생의 학습 경험 및 전문직관
손유하, 전희정, 김상희 | 209
- 한의과대학에서 죽음학 교육 필요성에 대한 인식조사 및 교과목 설계
진명호, 이해웅, 김선경 | 225

CONTENTS

- A Scoping Review of Life-Sustaining Treatment System in Korea (2018-2022)
RYU Jaechan, PARK Jinryung, SEO Minjeong | 169
 - A Scoping Review of End-Of-Life Care Education Programs for Critical Care Nurses
HAN Eugene, CHOI Sumi, YUN Ki Young, KIM Sung Ha, KIM Sanghee, YUN Hye Young | 185
 - Perceived Professionalism among Student Nurses: What They Learning and Encountering in the Operating Room?
SHON Yuha, JEON Heejung, KIM Sanghee | 209
 - Perception Survey and Course Design on Death Education
JIN Myung Ho, LEE Hai-Woong, KIM Seon Kyoung | 225
-

연명의료결정제도 연구 동향 분석: 주제범위 문헌고찰*

류재한¹, 박진령², 서민정³

요약

우리나라 연명의료제도는 2023년 현재 ‘호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법(이하 연명의료결정법)’ 제정(2016년 2월) 후 7년, 연명의료결정법 시행(2018년 2월) 후 5년이 지났다. 본 연구는 연명의료결정법이 시행된 2018년 이후 연구동향 고찰을 통해 연명의료결정제도 관련 연구에 대한 성찰과 발전 방향을 모색해 보고자 수행된 연구이다. 이를 위해 2018년부터 2022년까지 국내외학술지에 발표된 연명의료결정제도 논문을 주제범위 문헌고찰(scoping review) 방법으로 분석하였으며, 6개 데이터베이스를 사용하여 검색하였다(RISS, KCI, DBPIA, PubMed, CINAHL, Embase). 검색을 통해 선정된 논문은 총 285편이었으며, 윤리·법제 관련 논문이 121편(42.5%), 건강과학 관련 논문이 164편(57.5%)을 차지하였다. 연명의료결정제도 관련하여 가장 많이 수행된 연구방법은 양적연구방법(50.2%), 고찰연구(41.4%), 질적연구(4.9%) 순으로 나타났다. 연구 대상은 환자(27%), 성인(20.4%), 대학생(17.9%), 간호사(15.6%), 의사(3.6%) 순으로 연구되었다. 논문의 토픽을 분석한 결과 윤리·법제 관련 논문은 제도의 법률적 문제점과 개선방향, 자기결정권, 존엄사, 대리결정, 죽음, 생명의료윤리, 법적근거 관련 논문 순으로 나타났으며, 건강과학 관련 논문은 사전연명의료의향서, 연명의료계획서, 죽음에 대한 숙고, 의사결정, 임종기 돌봄, 생명의료윤리, 심리·사회적 요인, 삶의 가치 등의 순으로 나타났다. 연명의료제도의 본질은 생애말기 환자가 존엄하게 삶을 마무리 할 수 있도록 하기 위해 ‘무의미한’ 치료를 받지 않을 수 있는 제도이며, 이를 위해서는 우리나라의 사회 문화적 맥락 안에서 개개인의 삶과 죽음에 대한 가치가 반영되어야 한다. 연명의료제도가 사회 속에서 현재의 과도기를 거쳐 제도적 본질을 실현하고 안정적으로 정착하기 위해서는 임상현장 안에서 제도가 어떻게 작동하고 있는지에 대한 지속적인 고민이 필요하다. 좋은 죽음에 대한 사회적 합의를 이루기 위한 노력과 다학제간 총체적 접근을 통한 추후 연구가 지속되어야 하겠다.

색인어

자기결정법; 사전돌봄계획; 임종기 돌봄; 자율성; 안락사; 문헌고찰

투고일: 2023년 8월 10일, 심사일: 2023년 8월 14일, 게재확정일: 2023년 9월 11일

서민정, 경상국립대학교 간호대학·의과학연구원 노인건강연구센터. e-mail: mjseo@gnu.ac.kr

* 이 연구는 2022년도 경상국립대학교 연구년제 연구교수 연구지원비에 의하여 수행되었습니다.

1 경상국립대학교 인문학 연구소, 연구교수, ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-4802-7707>

2 경상국립대학교 간호대학, 박사과정, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8336-0129>

3 경상국립대학교 간호대학, 부교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0665-3884>

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라에서 생애말기 환자가 존엄하게 삶을 마무리하고 무의미한 연명 치료를 받지 않을 수 있는 것에 대한 논의는 1997년 보라매병원 사건을 계기로 시작되어 2009년 ‘김 할머니 사건’ 등에 대한 대법원 판결 이후 본격화되었다. 이후 2016년 2월 국가생명윤리심의위원회 산하 특별위원회의 권고에 따라 우리나라의 연명 의료 결정법(정식 명칭: 호스피스·완화 의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명 의료 결정에 관한 법)이 제정되어, 환자가 자신이 원하는 삶의 마무리를 결정할 수 있는 기준과 절차가 법률적으로 정립되었다. 그리고 2년 후인 2018년 2월 법률이 본격적으로 시행되었고, 이후 두 차례의 개정(2019년 3월 및 2020년 4월)을 거쳐 연명 의료 결정법은 2023년 현재 7년째에 이르고 있다.

우리나라의 연명 의료 결정 제도는 “호스피스·완화 의료의 기획을 위한 의사 결정 체계, 연명 의료 결정 제도와 호스피스·완화 의료 각 영역을 관리, 지원하는 조직 등의 인프라와 의료 현장에서 활용할 수 있는 연명 의료 결정 등의 구체적인 적용 기준과 절차를 정립”[1]하고 있다. 이러한 일련의 과정은 연명 의료 결정 제도가 우리 사회에 안정적으로 안착하는 과정을 보여준다. 하지만 여전히 의료 현장에서는 연명 의료 결정 제도 시행 이후 예상하지 못한 문제들을 직면하고 있다[2]. 연명 의료 중단 결정을 위한 가족의 범위, 임종 의료의 유보와 중단, 서식 작성의 어려움[3] 등으로 인한 혼란이 그 예이다. 이러한 맥락에서 연명 의료 결정 제도가 지향하는 본질적인 측면인 생애말기 삶의 질을 향상시키고, 의미 있는 “생애 말기 지지 돌봄(supportive end of life care)”[4]이 현실에서 실현되고 있는지 성찰할 필요가 있다.

연명 의료 결정법이 제정된 이후 지금까지 연명 의료와 관련된 국내외 연구 동향에 대한 문헌은 다음과

같다. Yoon et al.[5]은 「연명 의료 중단 관련 국내 연구에 대한 체계적 고찰」을 통해 국내 연구 동향을 검토하고 있으나, 2000년 1월 1일부터 2015년 12월 31일까지 연구를 대상으로 하여 연명 의료 결정 제도 이후 변화에 대한 검토가 포함되어 있지 않다. Jeon et al.[6]은 2014년 1월부터 2019년 3월까지 호스피스·완화 의료 연구 동향을 분석하였으며, Byun & Kwon[7]은 2003년부터 1월부터 2022년 7월까지 임종 간호에 대한 국내 연구 동향을 분석하였다. Choi & Choi[8]는 2018년 2월부터 2020년 12월까지 연명 의료 결정 제도와 관련된 간호 연구에 국한하여 동향을 살펴보았다. 하지만 지금까지의 동향 연구들은 주제가 한정되어 있어 연명 의료 결정법이 현실에 적용되었을 때 의료계 관점과 윤리적 고찰에 대한 총체적인 논의는 부족하였다.

본 연구는 연명 의료 결정 제도가 법제화되기 시작하면서 본격적으로 법률의 임상 적용과 이에 기반이 된 윤리·법제 연구가 시작된 2018년 연명 의료 결정법이 시행된 이후부터 2022년까지 우리나라의 연명 의료 결정 제도에 관한 국내외 연구 동향을 주제 범위 문헌 고찰(scoping review) 방법으로 분석하고자 한다. 연명 의료 결정 제도에 대한 주제 범위 문헌 고찰 방법은 연명 의료 결정 제도 이후 수행되고 있는 연구 동향에 대한 종합적 개요와 주요 연구 토픽을 분석[9,10]하고 향후 연명 의료 결정 제도 관련 연구에 대한 방향성을 제시하기에 적합하다. 이를 통해 한국의 연명 의료 관련 연구에 대한 연구 범위와 특성, 연명 의료 연구의 키워드 및 특징을 파악하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 연명 의료 결정 제도와 관련된 국내외 연구 동향을 파악하기 위한 주제 범위 문헌 고찰 연

구이다.

연구설계는 Arksey와 O'Malley가 제시한 5단계에 따라 1) 연구 질문 설정, 2) 관련 연구 확인, 3) 문헌 선정, 4) 자료 기록, 5) 결과분석, 요약 및 보고의 과정으로 진행하였다[10]. 또한 주제범위 문헌고찰을 위해 확장된 PRISMA-ScR(preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses extension for scoping reviews) 지침에 따라 수행되었다[11].

2. 연구절차

1) 연구 질문 설정

주제범위 문헌고찰은 연구 질문을 통해 분석할 논문의 범주가 정해지므로 구체적이고 명확하게 질문을 기술하는 것이 필요하다[12]. 본 연구의 연구 질문은 “연명의료결정법이 시행된 이후 연명의료 결정제도와 관련된 국내외 연구의 동향은 어떠한가?”이다.

2) 관련 연구 확인

본 연구는 2018년 1월부터 2022년 12월까지 국내외 학술지에 등재된 연명의료 관련 논문을 분석 대상으로 하였다. 자료검색은 2023년 3월 14일부터 4월 11일까지 이루어졌으며, 총 6개(국내 3개, 국외 3개)의 검색 데이터베이스, 1) 학술 연구 정보 서비스(research information service system, RISS), 2) 한국 학술지 인용색인(Korea citation index, KCI), 3) 누리미디어(Data Base Periodical Information Academic, DBPIA), 4) Pubmed, 5) CINAHL, 6) Embase를 이용하여 문헌검색을 수행하였다. 국내 학술지의 주요 검색어는 ‘연명의료’, ‘연명의료중단’, ‘사전연명의료’를 조합하여 사용하였다. 국

외 학술지는 ‘life-sustaining treatment’, ‘life support care’, ‘advance directives’, ‘advance care planning’, ‘living wills’, ‘life-sustaining medical care’, ‘life-prolonging treatment’, ‘South Korea’, ‘Republic of Korea’로 설정하였다. 각 데이터베이스 특성에 따라 검색식은 medical subject headings(MeSH) 용어, CINAHL headings, text word, Emtree 용어를 사용하였고, 불리언 연산자(boolean operators) AND / OR와 절단 검색 기능을 적용하여 검색의 민감도와 특이도를 높이고자 하였다.

3) 문헌 선정

포함된 문헌의 구체적인 기준은 다음과 같다. 1) 2018년 1월부터 2022년 12월까지 우리나라 연구자의 연명의료결정제도와 관련된 연구로 국내외 학술지에 발표된 연구, 2) 동료평가를 받은 학술지 게재 연구, 3) 한글과 영어로 출판된 연구이다. 검색된 논문 중에서 한국의 연명의료와 관련 없는 연구, 조사기간이 2018년 이전인 연구, 학술대회 발표자료, 출판되지 않는 보고서는 제외하였다.

세 명의 연구자가 문헌의 제목과 초록을 독립적으로 검토하였으며, 결정이 어려운 경우에는 원문을 확인하여 회의를 통해 합의 과정을 거쳤다.

이와 같은 방법으로 검색된 문헌은 총 726편이었으며, 중복자료 283편을 제거하였다. 이후 443편의 문헌에 대하여 논문의 제목과 초록, 본문을 확인하여 제외기준에 해당하는 문헌 158편을 제외하여, 최종적으로 285편의 논문을 분석 대상으로 선정하였다. 학문분야는 크게 윤리·법제 관련 논문(법학, 윤리학, 사회과학, 행정, 융합학문)과 건강과학 관련 분야(간호학, 의학, 보건학, 약학)로 나누어서 분류하였다. 윤리·법제 분야 논문은 총 121편으로 국내 114편과 국외 7

편이었다. 건강과학 관련 논문은 총 164편으로 국내 100편과 국외 64편이었으며, 논문 검색 및 선정의 과정은 〈Figure 1〉과 같다.

4) 자료 기록 및 결과 분석

자료를 분석하기 위한 틀은 연구자들이 주제범위 문헌고찰의 권고 사항[13]과 선행연구[14]를 참고하여 개발하였다. 선택된 문헌들의 주제, 공통점 및 차이점을 바탕으로 개발한 분석틀에는 출판연도, 연구주제, 주요어, 연구설계 및 방법, 연구대상, 학문분야를 분석항목으로 포함하였다.

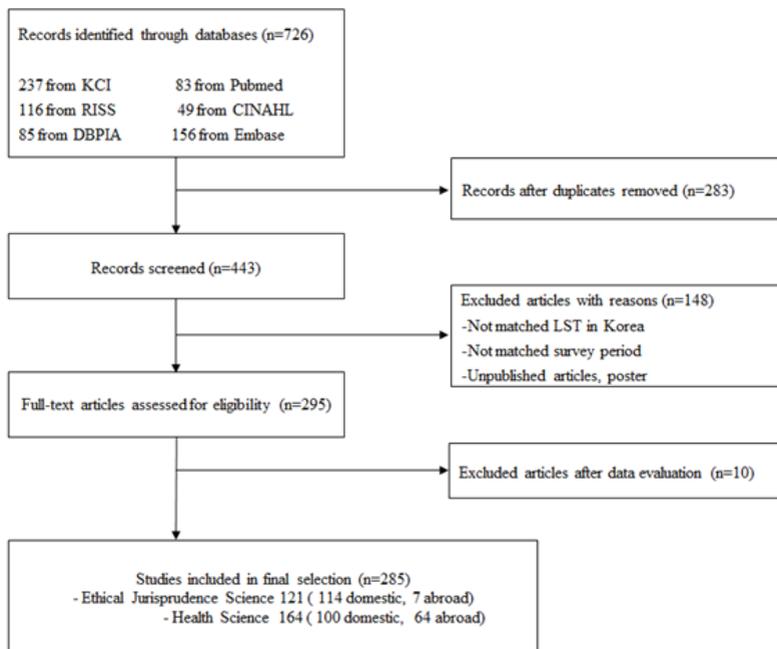
출판연도는 연명의료법이 시행된 2018년부터 2022년까지 년 단위로 분석하였다. 연구설계 및 방법은 양적연구와 질적연구, 고찰연구, 기타로 나누어서 분류하였다. 주제분석은 논문들의 주요 내용들을 분석하고 그룹화하여 윤리·법제 관련

학문 7개, 건강과학 관련 학문 9개의 대주제를 도출하였고, 그 과정에서 3명의 연구자가 회의를 통해 합의를 이루었다.

수집된 자료는 EndNote 20을 통해 자료를 모으고 중복을 확인하였으며, Microsoft Excel 프로그램을 이용하여 추출된 내용을 표로 정리하고 빈도와 백분율로 기술통계를 수행하였다.

5) 자료 요약 및 보고

주제범위 문헌고찰의 권고사항에 따르면 결과 분석 및 요약에 대한 기술은 일반적으로 주요 주제에 따라 표와 차트로 제공되며 수적요약, 주제별 구조화 과정이 필요하다[13]. 본 연구에서는 연구의 목적에 따라 문헌을 분석한 결과를 주제별로 표와 그래프로 제시하고, 그에 따른 구체적인 내용을 기술하였다. 주요어에 대해서는 기술



〈Figure 1〉 Flow chart of study selection process (2018-2022)

통계 결과와 더불어 단어 구름(word cloud)을 활용하여 시각화하였다.

III. 연구결과

1. 문헌의 일반적 특성

본 연구에서 최종적으로 선정된 문헌 285편의 일반적 특성으로 출판연도, 연구설계, 연구 대상, 학문 분야를 확인하였다<Table 1>. 먼저, 출판연도는 연명의료결정법이 시행된 2018년에 37편(12.9%)으로 가장 적었으나, 2019년 62편(21.8%), 2020년 60편(21.0%), 2021년 57편(20.0%), 2022년 69편(24.2%)의 연구가 발표되었다. 선정된 문헌 중 국내 학술지에 게재된 연구는 214편(75.1%), 국외 학술지에 게재된 연구는 71편(24.9%)이었다.

연명의료결정제도 관련한 연구방법은 양적 연구방법(50.2%), 고찰연구(41.4%), 질적연구(4.9%) 순으로 나타났다. 양적연구 중에서는 조사연구(36.1%), 후향적 연구(12.6%) 등의 연구방법이 많이 사용되었다.

선정된 문헌들의 출판된 학술지를 분석한 결과, 건강과학 관련 논문 164편(57.5%) 중 간호학이 97편(34.0%)으로 가장 많았으며, 의학 60편(21.0%), 보건학 6편(2.1%), 약학 1편(0.4%)의 순으로 나타났다.

윤리·법제 관련 논문 총 121편(42.5%)의 경우, 법학이 74편(26.0%), 윤리학 24편(8.4%), 사회과학 12편(4.2%), 행정 7편(2.5%), 융합학문 4편(1.4%)의 순으로 학술지에 투고되었다.

연구대상자는 총 167편의 문헌 중 환자가 45편(27.0%)으로 가장 많았다. 그 중에서 암 환자 17편(10.2%), 비암성질환 환자 12편(7.3%), 그 외 일반 환자 및 사망한 환자를 대상으로 했으며, 연명의료계획서를 작성한 환자 등을 다룬 논문은 16편(9.5%)이었다. 성인을 대상으로 한 논문이 모두 34편(20.4%)을 차지하였고 노인 22편(13.2%), 성인 및 중년을 함께 다룬 논문 12편(7.2%) 등의 순으로 나타났다. 그 다음은 대학생 30편(17.9%), 간호사 26편(15.6%), 여러 그룹을 혼재하여 조사한 연구 16편(9.5%), 기타(환자 및 가족, 사회복지사, 윤리위원회 담당자, 사전연명의료의향서 상담자 등) 10편(6.0%), 의사 6편(3.6%) 등의 대상자 순이었다. 기타 대상자(15.5%)에는 환자 가족, 사회복지사, 호스피스팀, 윤리위원회 담당자, 사전연명의료의향서 상담자 등이 포함되어 있었다.

2. 연구 토픽 특성

연구 토픽에 대한 동향을 연구 토픽과 구름 단어(word cloud)로 분석한 내용은 다음과 같다.

먼저 연명의료 관련 연구를 윤리·법제 관련 연구와 건강관련 연구로 나누어 토픽과 키워드를 살펴보면 <Table 2>와 같다. 윤리·법제 관련 연구에서는 373개의 키워드를 추출하였으며, 이를 7개의 토픽으로 분류하였다. 윤리·법제 관련 논문에서는 법률적 문제점과 개선방향에 대한 연구가 143편(38.3%)으로 가장 많았고, 자기결정권 64편(17.1%), 존엄사 63편(16.8%), 대리결정 40편(10.7%), 죽음에 대한 숙고 27편(7.2%), 생명의료윤리 23편(6.1%), 법적근거¹⁾ 15편(4.0%)

1) 연명의료결정제도 법제화 근거는 우리나라 헌법 10조에 근거하고 있으며, 연명의료결정제도의 문제를 분석하거나 개선방향에 대한 논의 또한 헌법적 검토가 필요한 부분이다. 이러한 맥락에서 법적 근거라는 주제는 헌법 10조와 관련된 내용이다.

〈Table 1〉 General characteristics of included studies (N=285)

Variables	Categories	n (%)	
Publication year	2018	37 (12.9)	
	2019	62 (21.8)	
	2020	60 (21.0)	
	2021	57 (20.0)	
	2022	69 (24.2)	
Publication journals	Domestic	214 (75.1)	
	Abroad	71 (24.9)	
Research designs	Quantitative	143 (50.2)	
	Descriptive study	103 (36.1)	
	Retrospective study	36 (12.6)	
	Intervention study	4 (1.4)	
	Qualitative	14 (4.9)	
	Qualitative study	13 (4.5)	
	Q-methodology study	1 (0.4)	
	Review	118 (41.4)	
	Others	10 (3.5)	
	Triangulation study	5 (1.8)	
Instrument development research	3 (1.0)		
Dephi study	2 (0.7)		
Types of publication journals	Health Science	164 (57.5)	
	Nursing	97 (34.0)	
	Medicine	60 (21.0)	
	Public health	6 (2.1)	
	Pharmacy	1 (0.4)	
	Ethical jurisprudence science	121 (42.5)	
	Law	74 (26.0)	
	Ethics	24 (8.4)	
	Social sciences	12 (4.2)	
	Administration	7 (2.5)	
	Convergence	4 (1.4)	
	Subjects*	Patients	45 (27.0)
		Cancer patients	17 (10.2)
Non-cancerous patients		12 (7.3)	
Mixed		16 (9.5)	
Adult		34 (20.4)	
Elderly		22 (13.2)	
Adult & pre-elderly		12 (7.2)	
College students		30 (17.9)	
Nursing student		21 (7.3)	
Others		9 (10.6)	
Nurses		26 (15.6)	
Doctors		6 (3.6)	
Others		26 (15.5)	

* 167 articles excluding reviews.

〈Table 2〉 Topics of ethical jurisprudence science and health science related to decisions on life-sustaining treatment

Ethical jurisprudence science			Health science		
Topic name	# (%)	Keyword (frequency)	Topic name	# (%)	Keyword (frequency)
Legal issues and improvement directions	143 (38.3)	Withholding or withdrawal of LST (58), LST decisions act (32), advance directives (14), POLST treatment (9), hospices (9), dying phase (6) medical institution ethics committee (3), terminal patients (3), terminal care (3), others (comparative law 4, advance care planning 1, end of life option 1)	Advance directives	174 (35.7)	Advance directives (87), knowledge (39), attitude (33), awareness (6) of advance directives (6), intention of completion (5), learning needs (2), self-efficacy (1) of advance directives, validity and reliability (1)
Right to self-determination	64 (17.1)	Self-determination (40), autonomy (12), consent (3), right to die (1) with dignity (8), capability approach (1)	POLST	124 (25.5)	POLST (63), attitude (34), completion (7), knowledge (6), withholding or withdrawal (5), intention of completion (3), awareness (3), role perception of POLST (2), validity and reliability (1)
Death with dignity	63 (16.8)	Euthanasia (18), dignified death (17), physician-assisted suicide (14), assisted dignity (9), well-dying law (1), death with dignity act (2), slippery slope argument (1), euthanasia and assisted death review board (1)	Contemplation on death	78 (16.0)	Death (38), good death recognition (23), death anxiety (6), death attitude (2), attitudes of dignified death (2), death education (2), death orientation (2), quality of death (2), death acceptance (1)
Surrogate decision-making	40 (10.7)	Surrogate decision-making (6), adult guardianship (5), presumptive intention (5), minors (4), best interest (5), agent (3), family decision (3), incompetent patients (3), unrepresented persons (2), others (paternalism 1, beneficence-in-trust 1, quality of life 1, persons with disabilities 1)	Decision-making	37 (7.6)	Decision-making (11), right to self-determination (7), surrogate decision-making (3), autonomy (3), consensus guideline (1), communication (4), health service utilization (2), end-of-life discussion (1), shared decision making (1), conflict (1), decision making pattern (1), preference (1), critical thinking (1)
Contemplation on death	27 (7.2)	Good death (10), death (8), death education (6), quality of death (1), normalization of death (1), issue of life and death (1)	End-of-life care	22 (4.5)	Nursing stress on LST (5), terminal care (5), terminal nursing care performance (3), attitudes of nurse toward terminal care (3), demand for caring at the end-of-life (2), competency of terminal care (1), perception of hospice (1), palliative care (1)
Biomedical ethics	23 (6.1)	Bioethics (5), bioethics education (4), bioethics of empathy (1), a view of life and death (1), biopolitics (4), protection of life (1), edith stein (2), ethical values (1), ethical reflection (2), post-human (1), foucault (1)	Biomedical ethics	18 (3.7)	Consciousness of biomedical ethics (12), moral sensitivity (3), bioethics education (1), clinical ethics support services (1), ethical values (1)
Legal basis	15 (4.0)	Right to life (9), human worth and dignity (6)	Psychosocial factor	9 (1.8)	Self-esteem (2), confidence (1), family function (1), ego integrity (1), anxiety (1), resilience (1), social support (1), emotional suffering (1)
			Value of life	5 (1.0)	Satisfaction of life (2), meaning of life (1), quality of life (1), good life (1)
			Others	20 (4.2)	Non-cancer patient of LST (5: alzheimer, congestive heart failure), nursing professionalism (1), patient rights awareness (1), cardiac arrest survival rate (1), illness understanding (1), cardiopulmonary resuscitation rate (1), cancer treatment attitude (1), hospital duration (1), knowledge and attitude of organ donation and transplantation (2), pediatric (1), intensive care unit hospitality (1), death rate (1), rapid response team (1), antibiotics (1), cognition of nursing role (1)
Total (%)	373 (100)		Total (%)	487 (100)	

LST: life sustaining treatment; POLST: physician orders for life sustaining treatment.

서 공통적으로 높은 비중으로 사용되고 있는 단어는 ‘사전연명의료계획서’와 ‘연명의료계획서’와 같은 서식 관련 단어였다. 죽음에 대한 숙고 연구로는 ‘좋은 죽음’, ‘삶과 죽음의 문제’, ‘죽음의 질’ 등이 중간 정도의 빈도로 양쪽 분야에서 공통적으로 나타났다. 건강과학 영역에서는 ‘죽음불안’에 대한 측정과 ‘임종간호’, ‘임종기돌봄’ 등 수행과 관련된 단어가 포함되어 있었다.

IV. 논의

본 연구는 2018년부터 2022년까지 연명의료 결정제도와 관련한 연구 동향 분석을 목적으로 주제범위 문헌고찰을 시행하였다. 본 연구에서는 최종적으로 선별된 285편의 연명의료결정제도 관련 국내외 문헌을 기반으로 윤리·법제 관련 논문과 건강과학 관련 논문의 연구 동향, 핵심 연구 토픽과 핵심 키워드를 도출하였다.

연명의료관련 연구 중 가장 많은 연구방법은 양적연구방법이었으며, 그 다음으로 고찰연구가 많았다. 연구 설계 방법에 대한 분석에서 윤리·법제 관련 논문은 대부분이 고찰연구에 해당하였다. 반면 건강과학 관련 논문은 양적연구가 50% 이상을 차지하였고, 질적연구는 5%가 되지 않았다. 이러한 결과는 2018년 이후 국내 간호연구 동향을 파악한 선행연구[8]에서도 비슷한 결과를 보였다. 질적연구는 연구자가 특정 주제나 현상을 보다 풍부하게 탐구하여 심층적인 통찰력을 얻을 수 있으며, 인간의 행동, 태도, 경험, 사고방식 등의 복잡한 주제를 다루기에 유용하다 [15]. 따라서 연명의료와 관련된 사회적 합의와 제도 적용 전후의 변화, 죽음과 관련된 개인적 사고방식과 사회적 행동양식 등에 대한 접근을 위해서는 질적연구가 적절할 수 있다. 연명의료제도에 대한 다양한 연구설계가 요구되는 부분이다.

연구 대상자를 분석한 결과에서 환자를 대상으로 하는 연구가 가장 많았다. 그중에서 암성 환자를 대상으로 한 연구가 17편이었으며, 비암성 환자를 대상으로 한 연구도 12편이 있었다. 일반적으로 말기의료에 대한 연구는 암 환자에게 집중되는 경향이 있다[16]. 다양한 환자들에게 연명의료결정제도를 적용하기 위해서는 비암성 환자의 질병궤적(illness trajectory)에 따른 연명의료 논의 시기, 연명의료의 범위 등에 관한 연구가 지속적으로 필요하다.

두 번째로 많은 연구대상자는 죽음을 준비해야 하는 대상자인 노인 등이었다. 생애말기 의사결정능력을 상실한 노인의 경우 가까운 가족을 통한 대리결정이 많이 이루어지고 있으며, 가족은 대리 결정이 환자의 뜻에 부합하는지 알 수 없기 때문에 갈등을 겪거나 무의미한 연명의료를 지속하는 쪽으로 결정을 내리기도 한다[17]. 이러한 문제점을 해결하기 위해서는 노화나 질병으로 인한 의사결정능력을 상실하기 전에 사전연명의료의향서 작성을 장려하고, 개인의 차원뿐만 아니라 사회 차원에서 자연스럽게 죽음, 즉 생애말기 마무리에 대한 성찰 및 논의를 늘일 수 있는 방안에 대한 정책적 연구가 필요하다.

출판된 학술지 중 간호학 분야의 학술지가 가장 많았다. 간호사는 환자 곁에서 24시간 간호를 제공하며 긴밀한 소통을 통해 환자에게 많은 영향을 끼친다[18]. 간호사와 간호대학생을 대상으로 죽음에 대해 올바른 태도, 연명의료를 올바르게 인식하고 전달하기 위한 교육, 생애말기 의사소통에 대한 연구를 장려할 필요가 있다. 의사를 대상으로 하는 연구는 3.6%로 연구대상자 중 가장 적었다. 의사는 연명의료결정제도 안에서 임종기 및 말기판단을 하고 환자와 직접적인 의사소통을 해야 하는 역할을 하고 있다. 의사들이 연명의료에 깊이 있는 이해를 갖추고 임상에서의 윤리적 이슈에 적절하게 대응하기 위해서는 이들

에게 필요한 교육이 요구되고, 제도 적용 시 개선 사항, 윤리적 딜레마가 있는 사례를 중심으로 한 연구가 이루어질 필요가 있다.

윤리·법제 관련 논문의 주제를 분석한 결과 법률적 문제점과 개선방향(38.3%)이 가장 많이 차지하였으며, 자기결정권에 대한 내용(17.1%)이 그 다음으로 많았다. 건강과학 관련 분야의 주제를 분석한 결과, 사전돌봄계획(사전연명의료의향서 35.7%; 연명의료계획서 25.9%)에 대한 연구가 가장 많았으며, 연명의료결정에 대한 태도, 지식, 인식, 죽음에 대한 연구가 그 뒤를 이었다. 이러한 경향은 연명의료에 대한 간호학 논문에 대한 문헌고찰 연구[8]에서 가장 많이 사용된 키워드로 제시한 연명의료중단 태도, 좋은 죽음 인식, 사전연명의료의향서에 대한 지식과 태도 등과 유사하다. 사전돌봄계획서와 자기결정권, 태도, 지식의 연구 비중이 높은 것은 환자에 대한 의료진의 태도와 인식 변화와 올바른 지식전달을 통해 임상현장에서 사전연명의료의향서와 연명의료계획서를 작성을 높이려는 현실을 반영하고 있음을 보여준다. 시민들이 연명의료결정제도를 통해 자신의 죽음에 관련된 신념과 가치를 생각할 수 있는 기회를 가질 수 있도록 장려하고, 사회 전체적으로 죽음과 관련된 논의를 자연스럽게 공론화하여 수렴된 의견이 법률에 반영할 수 있도록 하는 정책적 연구가 동반될 필요가 있다.

사전연명의료계획서와 연명의료계획서와 같은 사전돌봄계획서는 윤리·법제 관련 논문과 건강과학 관련 논문에서 공통적으로 높은 비중으로 사용된 핵심 키워드이다. 하지만 윤리·법제 관련 논문과 건강과학 관련 논문에서 사전연명의료의향서 키워드를 사용하는 맥락은 분명한 차이를 보인다. 윤리·법제 관련 논문에서는 사전돌봄계획서를 자기결정권 혹은 이를 존중하는 방식으로 써 서식이나 절차로 연구하고 있었다[19]. 반면, 건강과학 관련 논문에서는 사전돌봄계획서의 작

성 요인에 방점을 두고 이에 대한 지식, 인식, 태도 변화가 계획서 작성에 유의한 영향을 미칠 수 있다는 것을 보여주고 있었다[20].

또한 본 연구에서 윤리·법제 관련 논문에서 사용되는 핵심어인 자기결정권, 자율성, 대리결정, 안락사, 의사조력자살, 존엄사 등의 토픽은 건강과학 관련 논문에서는 상대적으로 적게 나타났다. 대리결정, 존엄사, 의사조력자살과 같은 토픽이 윤리나 법제의 이론적 기반에서뿐만 아니라, 임상에서 적용되는 실천성[21]을 높일 수 있도록 의료계에서도 관심을 갖고 연구를 늘려나갈 필요가 있다. 그뿐만 아니라 윤리·법제 관련 학문에서도 지식, 태도, 인식 변화라는 요인들이 형식적이고 추상적일 수 있는 연명의료결정제도에 현실 실천성을 강화시킬 수 있도록 할 수 있는 주제에도 관심을 갖고 연구할 필요가 있다. 예를 들자면, 형식적이고 추상적일 수 있는 자기결정권이 현실 적용에서 “강요된 선택”[22]으로 작동하는 경우, 이러한 문제를 해결하기 위해서는 지식, 태도, 인식 등을 고려해야 한다. 그러므로 이론과 실천, 제도와 비제도적 차원인 지식과 인식 태도 등을 유기적으로 연결하여 실질적인 효과를 거둘 수 있는 방안을 연구할 필요가 있다.

본 연구에서 대리결정은 윤리학적으로 환자가 의사결정을 할 수 있는 능력이 부재한 상황에서 환자에게 최선이 이익이 무엇인지를 살펴서 이들을 대신해서 의사결정을 하는 온정주의 내지 온정적 간섭주의라고 볼 수 있다. 대리결정 문제는 ‘환자를 대신해서 의사결정을 할 사람은 누구인가(혹은 누구여야 하는가)’라는 근본적인 물음으로 접근해야 한다. 그 한 예로 “연명의료결정법의 사각지대에 놓인 소위 무연고환자의 문제는 연명의료결정에 관한 입법적 불리라는 비판하에 여러 가지 대안이 제시되고 있으나, 수 차례의 연명의료결정법의 개정에도 불구하고 해결책은 마련되지 않았다”[23]. 이러한 한계에 대한 대안

으로 전문 후견인 제도를 제안하는 경우가 있다 [24]. 그럼에도 불구하고 혈연과 가족 중심적인 문화가 강한 한국적인 맥락에서 가족 이외의 전문 후견인이 가족을 대신하여 생명권을 결정하는 것이 얼마나 이론적으로 정당화될 수 있는지에 대한 논의는 대부분 윤리·법제 관련 논문이었으며, 실제 법제의 적용 현장인 건강관련 학문에서의 연구는 부족한 상황이다. 2022년 ‘행정안전통계연보’에 따르면, 지난해 주민등록세대 중 1인 가구 비율이 처음으로 40%를 넘었으며[25], 특히 70대 이상 1인 가구가 18.6%, 60대도 17.8%로 적지 않은 비중을 차지하고 있었다. 변화하는 우리나라의 가족 상황을 반영할 때 대리결정에 대한 다학제 간 연구와 사회적 숙의가 함께 요구된다.

죽음에 대한 숙고 연구는 윤리·법제 관련 학문에서는 7개 토픽 중 5위, 건강관련 학문 연구에서는 9개 토픽 중 3위를 차지하였다. 건강관련 학문에서 해당 토픽 중 가장 많은 키워드인 ‘죽음(28회)’과 관련된 논문 내용을 살펴보면, 연명의료 자체가 ‘임종’을 앞둔 상태에서의 무의미한 치료에 대한 내용이 대부분이었다. 즉 죽음과 관련된 텍스트 전반에 대한 논의가 아닌 ‘시점으로서의 죽음’으로 선택된 키워드로 연명의료가 논의되는 시간적인 배경으로 선택되고 있었다. 이러한 연구결과를 반영해볼 때, 생애 말기 지지 돌봄(supportive end of life care)[26] 맥락에서 한국 사회에 적합한 ‘좋은 죽음이 무엇인가(혹은 무엇이어야 하는가)?’에 대해 우리 사회가 충분히 논의하고 있는가에 대한 고민을 다시 제기할 필요가 있다. 연구 중 죽음에 대한 숙고로 볼 수 있는 내용으로는 건강관련 논문 중 ‘좋은 죽음 인식’ 4.5%, 윤리·법제 관련 논문에서 ‘좋은 죽음’ 1.5%의 주제어로 제한되게 확인되고 있다. 좋은 죽음에 대한 연구가 부족하다는 근거는 최근 Lee & Kim[27]가 수행한 “쟁점 중심으로 본 연

명의료결정법 제정 논의” 연구에서도 확인된다. 즉 연명의료결정법 제정 논의 과정에서 선행되어야 할 ‘좋은 죽음’ 논의에 대한 언급이 없다. 이는 연명의료결정제도를 법제화하는 과정에서 생애 말기 지지 돌봄 맥락에서 한국 사회에서 죽음과 임종이 시민에게 어떻게 인식되고 있는지, 좋은 죽음이 무엇이어야 하는지 등에 대한 충분한 논의 없이 법제화 과정이 먼저 이루어졌음을 확인시켜주는 것이다. 법제화 과정에서는 드러나지 않던 좋은 죽음에 대한 논의는 연구를 통해 연명의료제도 이전부터 지속적으로 이루어지고 있었다. Gil[28]은 노인을 대상으로 한 질적 해석적 메타통합 분석을 통해 노인의 죽음과 관련된 연구를 4개 주제(죽음의 경험적 해석, 배려와 소망이 담긴 죽음, 죽음을 준비하며 삶의 의미 유지하기, 죽음을 받아들이기)로 분석하였다. Yoo[29]은 65세 이상 노인들이 인식하는 좋은 죽음의 범주 5개(편안한 죽음, 후회 없는 죽음, 의미 있는 죽음, 자연스러운 죽음, 배려하는 죽음)를 연구를 통해 도출하였다. 하지만 우리나라의 대부분의 연구들이 노인을 대상으로 하고 있기 때문에 사회 전반적으로 좋은 죽음을 어떻게 인식하고 있는지를 확인하는데 부족하다는 한계를 가진다. 반면에 다른 나라에서는 일찍부터 죽음과 임종에 대한 시민인식 및 태도 등이 어떻게 형성되고 변화하는지를 다학제로 연구하고 있다. 이러한 연구 결과를 체계적으로 검토한 Meier et al.[30]은 1996년부터 2015년까지 36편 논문을 체계적으로 문헌 분석하여 좋은 죽음에 관한 11개의 핵심 주제를 분류하고, 이를 기반으로 환자와 가족 사이의 좋은 죽음에 대한 인식 차이를 확인하고 있다. 의학, 윤리학, 간호학, 인류학 등 다학제로 구성된 영국 버밍엄 대학의 연구팀은 말기 환자들[31], 말기 치료와 관련된 전문가들[25]과의 심층 면담을 통해서 영국인들이 생각하는 좋은 죽음의 목록[32]을 제시하고 있다. 다른 나라들

의 연구를 통한 목록은 좋은 죽음이 무엇인가에 대한 다학제적 접근을 통한 총체적인 사회 인식을 파악하는데 좋은 시사점을 제시해 주고 있다.

연명의료제도라는 윤리적 법제를 실제 의료상황에서 적용하기 위해서는 개인이 생각하는 좋은 죽음을 사회적인 제도로 실천하여 보장하기 위한 지속적인 노력이 필요하다. 이러한 노력은 각 학계에 있는 관심 있는 연구자의 노력과 학계, 정부기관 차원의 범사회적인 논의와 이를 뒷받침할 연구가 함께 가야 할 것이다. 복합적인 인구학적 특성들과 다학제간 다양한 연구방법론을 사용한 통합적이고 체계적인 연구를 기반으로 평안하고 좋은 죽음에 대한 인식에 대해 지속적인 고민은 지속될 필요가 있으며, 이를 통해 연명의료결정제도는 법 제도뿐만 아니라 우리 사회의 공유된 가치관으로 정착할 수 있을 것으로 기대한다.

본 연구는 연명의료결정제도가 시행된 2018년부터 2022년까지의 논문을 분석하였으므로 제도의 법률 시행 전의 맥락에 대해서는 다루지 못하였다. 또한 토픽으로 분류된 내용에 대한 동향을 살펴보았으나 연구결과에 대한 깊이 있는 고찰을 하지 못하였다. 추후 연구를 통해 윤리·법제 관련 학문, 건강과학 관련 학문에서 주로 다루고 있는 토픽 내용에 대한 통합적 제시를 제안한다.

V. 결론

본 연구는 연명의료결정제도 연구 동향 파악하기 위하여 2018년부터 2022년까지 연명의료결정제도와 관련한 연구 동향을 주제범위 문헌고찰 방법을 통해 분석하였다. 연명의료결정제도 관련 총 285편의 국내외 문헌을 기반으로 윤리·법제 관련 논문과 건강과학 관련 논문을 나누어 살펴보았으며, 각 분야의 연구 동향과 핵심 토픽, 주제를 분류하여 연구 분야별 중요 주제와 관심

사를 식별하는데 도움을 주고자 하였다.

제도와 관련된 연구 중 연구방법과 대상자 분석을 시도하였으며, 이를 통하여 양적연구와 고찰연구가 가장 많이 수행되고 있음을 알게 되었다. 연명의료결정제도 관련하여 가장 많이 연구되는 대상자는 환자였으며, 연명의료와 관련이 많은 의료진인 간호사(15.6%)와 의사(3.6%)를 대상으로 하는 연구는 비교적 적었다.

윤리·법제 관련 학문에서는 법률의 문제점과 개선방안, 자기결정권 등에 대한 연구가 많았으며, 건강과학 관련 학문에서는 환자 및 성인들의 사전돌봄계획서 작성과 관련된 지식, 태도, 인식, 작성의도 등을 측정하는 연구가 많았다. 자기결정권과 대리결정에 대한 연구는 윤리·법제 관련 학문에서는 활발하게 이루어지고 있었으나, 건강과학 관련 논문에서는 다소 부족하였다.

생애말기환자들이 자신이 원하는 삶의 마무리가 무엇인지 의료진, 가족들과 함께 고민하는 과정을 통해 자신의 삶을 존엄하게 마무리할 수 있도록 돕는 과정에서 사회 문화적 변화를 반영한 연구가 중요하다. 더불어 올바른 철학을 기반으로 한 법제도 구현을 지속적으로 반추할 수 있는 방법에 대한 학제간 공동연구가 지속적으로 뒷받침되어야 한다. ☺

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Jeon HJ, Choi JY, Lee IH. Experiences with a Life-Sustaining Treatment Decision System: focus group interview. *Bio Ethics Policy* 2023;7(1):25-47. <https://doi.org/10.23183/konibp.2023.7.1.002>
- [2] Lee E, Lee S, Baik SJ. A study on the limitations and

- an institutional suggestion for the life-sustaining medical care decision system. *Korean J Med Law* 2022;30(2):103-126. <https://doi.org/10.17215/kaml.2022.12.30.2.103>
- [3] Heo DS, Yoo SH, Keam B, et al. Problems related to the act on decisions on life-sustaining treatment and directions for improvement. *Korean J Hosp Palliat Care* 2022;25(1):1-11. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.1.1>
- [4] Mok K, Ryu J. Critical review of the legislation of physician-assisted suicide. *Asia Pac J Health Law Ethics* 2022;16(1):79-106. <https://doi.org/10.38046/apjhle.2022.16.1.004>
- [5] Yoon YM, Sung KS, Kim EJ. Systematic review of studies on withdrawal of life-sustaining treatment in South Korea. *Korean J Converg Humanit* 2017;5(3):57-75. <https://doi.org/10.14729/converging.k.2017.5.3.57>
- [6] Jeon WS, Kwon SH, Kim HS, et al. Analysis of domestic and global hospice palliative care research trends-published: research published by Korean researchers from Jan. 2014 to Mar. 2019. *J Kyungpook Nurs Sci* 2020;24(1):1-11. <https://doi.org/10.38083/jkns.24.1.202002.01>
- [7] Byun JY, Kwon SY. A study on the research trend of the end-of-life care in Korea. *J Korean BIBLIA Soc Libr Inf Sci* 2013;24(10):374-382. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2022.22.10.374>
- [8] Choi JH, Choi ES. Trends in nursing research on life-sustaining treatment in South Korea after the enforcement of the act on decisions on life-sustaining treatment. *Korean J Hosp Palliat Care* 2022;25(1):25-41. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.1.25>
- [9] Aromataris E, Ritin F, Christina MG, et al. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *JB I Evid Implement* 2015;13(3):132-140. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000055>
- [10] Arksey H, O'malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- [11] Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Ann Intern Med* 2018;169(7):467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- [12] Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, et al. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc* 2015;13(3):141-146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>
- [13] Seo HJ, Kim SY. What is scoping review? *Korean Assoc Health Technol Assess* 2018;6(1):16-21. <https://doi.org/10.34161/johta.2018.6.1.003>
- [14] Noh YG, Lee OS. Ethical climate of nurses in Korea: a scoping review. *J Korean Acad Nurs Adm* 2022;28(5):487-498. <https://doi.org/10.11111/jkana.2022.28.5.487>
- [15] Caronna CA. Why use qualitative methods to study health care organizations? Insights from multi-level case studies. *SAGE Handbook Qual Methods Health Res* 2010;19:71-87. <https://doi.org/10.4135/9781446268247.n5>
- [16] Lee MA. Withdrawal of life-prolonging medical care and hospice-palliative care. *J Korean Med Assoc* 2019;62(7):369-375.
- [17] Batteux E, Ferguson E, Tunney RJ. A mixed methods investigation of end-of-life surrogate decisions among older adults. *BMC Palliat Care* 2020;19:44. <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00553-w>
- [18] Scherer Y, Jezewski MA, Graves B, et al. Advance directives and end-of-life decision making: survey of critical care nurses' knowledge, attitude, and experience. *Crit Care Nurse* 2006;26(4):30-40. <https://doi.org/10.4037/ccn2006.26.4.30>
- [19] Ahn BH. Rechtsdogmatische betrachtung des sog. gesetzes über die entscheidung über lebensverlängernde maßnahmen: unter dem gesichtspunkt des persönlichkeitsrechts des patienten. *Korean J Civil Law* 2018;84:143-176.
- [20] Son E, Seo M. Factors influencing advanced directives among hemodialysis patients. *Korean*

- J Med Ethics 2022;25(3):243-259. <https://doi.org/10.35301/ksme.2022.25.3.243>
- [21] Kim I. Eine kritische untersuchung über das recht auf selbstbestimmung in der entscheidungen des verfassungsgerichtes. *Stud Am Const* 2014;25(2):65-96.
- [22] Choi K. What is needed prior to respect for self-determination: reflections on physician-assisted suicide and the withholding or withdrawal of life-sustaining treatment. *Korean J Med Ethics* 2022;25(4):387-403. <https://doi.org/10.35301/ksme.2022.25.4.387>
- [23] Lee J. Life-sustaining treatment decision making of unbefriended patients. *Law J* 2022;26(3):323-347. <https://doi.org/10.32632/ELJ.2022.26.3.323>
- [24] Sager Z, Catlin C, Connors H, et al. Making end-of-life care decisions for older adults subject to guardianship. *Elder Law J* 2019;27(1):1. <https://doi.org/10.1037/e323782004-005>
- [25] Ministry of the Interior and Safety [MIS]. 2022 Statistical yearbook of administrative stability [Internet]. Seoul: MIS; 2022. [cited 2023 Sept 3]. Available from: https://www.mois.go.kr/frt/bbs/type001/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_00000000013&nttid=94282
- [26] Kinghorn P, Coast J. Assessing the capability to experience a 'good death': a qualitative study to directly elicit expert views on a new supportive care measure grounded in Sen's capability approach. *PLOS ONE* 2018;13(2):e0193181. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193181>
- [27] Lee H, Kim J. Review of the legislative discussion of the life-sustaining treatment decision act, focusing on the most debated issues. *Asia Pac J Health Law Ethics* 2023;16(2):1-49. <https://doi.org/10.38046/apjhle.2023.16.2.001>
- [28] Gil T. Recognized of good death by the elderly in Korea: qualitative interpretive meta synthesis. *Korean J Gerontol Soc Welf* 2019;74(2):193-218. <https://doi.org/10.21194/kjgsw.74.2.201906.193>
- [29] Yoo YS. A phenomenological study on the good death recognized by the bereaved elderly. *J Community Welf* 2017;62:1-31. <https://doi.org/10.15300/jcw.2017.62.3.1>
- [30] Meier EA, Gallegos JV, Montross Thomas LP, et al. Defining a good death (successful dying): literature review and a call for research and public dialogue. *Am J Geriatr Psychiatry* 2016;24(4):261-271. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.01.135>
- [31] Sutton EJ, Coast J. Development of a supportive care measure for economic evaluation of end-of-life care using qualitative methods. *Palliat Med* 2013;28(2):151-157. <https://doi.org/10.1177/0269216313489368>
- [32] ICECAP capability measures. ICECAP capability measures [Internet]. Birmingham: University of Birmingham; 2023 [cited 2023 Aug 9]. Available from: <https://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/haps/he/icecap/evaluation-of-end-of-life-care/icecap-scm.aspx>

A Scoping Review of Life-Sustaining Treatment System in Korea (2018–2022)*

RYU Jaehan¹, PARK Jinryung², SEO Minjeong³

Abstract

This scoping review examines the “System for Decisions to Forgo Life-Sustaining Treatment” in Korea from 2018 to 2022 and is based on an analysis of 285 research studies, published in either domestic or international journals. Of the articles examined, 164 (57.5%) focused on issues related to health science, while 121 (42.5%) addressed ethical and legal aspects of the system. Articles in the former category of health science focused on advance care plans, contemplation on death, decision-making, end-of-life care, biomedical ethics, and psychosocial factors. Articles in the latter category of the ethical and legal aspects of the system focused on legal challenges, the right to self-determination, death with dignity, surrogate decision-making, contemplation of death, biomedical ethics, and legal frameworks. To ensure the system’s stable integration into society during this transitional period, it is crucial to continuously assess its operation in clinical settings. Efforts to establish a societal consensus on dignified end-of-life experiences and to conduct future multidisciplinary research should persist.

Keywords

patient self-determination act; advance care planning; terminal care; personal autonomy; euthanasia; review

*This work was supported by the Gyeongsang National University Fund for Professors on Sabbatical Leave, 2022.

1 Research Professor, Institute of Humanities, Gyeongsang National University.

2 Ph.D. Student, College of Nursing, Gyeongsang National University.

3 Associate Professor, College of Nursing, Gerontological Health Research in Institute of Medical Science, Gyeongsang National University: *Corresponding Author*

중환자실 간호사를 위한 임종간호교육: 주제범위 문헌고찰

한유진¹, 최수미², 윤기영³, 김성하⁴, 김상희⁵, 윤혜영⁶

요약

중환자실은 집중치료가 이루어지는 공간이면서 동시에 사망률이 높은 환경으로, 중환자실 간호사를 위해 전략적으로 임종간호교육을 시행해야 할 필요성이 있다. 본 연구의 목적은 국내외 중환자실 간호사 대상의 임종간호교육에 대한 논문을 분석함으로써, 최근 연구 동향을 확인하고 교육내용 및 방법, 교육효과를 파악하는 것이다. Arksey와 O'Malley의 주제범위 문헌고찰 방법론에 따라 전자 데이터 베이스를 이용하여 최근 10년 이내(2013-2022년)에 중환자실 간호사의 임종간호교육에 대한 문헌을 검토하여 총 15편의 연구를 선정하여 분석하였다. 분석결과, 증상 관리 및 윤리적 의사소통, 법적 고려사항을 포함한 임종간호에 대한 기본 이해와 의사소통에 관한 내용을 강의, 시연, 시뮬레이션, 역할극, 토론 등 다양한 방법을 사용하여 교육하였고, 지식, 자기효능감, 태도, 임종간호 수행에 유의미한 결과가 있음을 확인하였다. 이를 통해 임종간호 교육시행으로 중환자실 간호사의 임종간호 역량을 향상됨을 확인할 수 있었으나, 향후 더욱 체계적인 중환자실 간호사의 임종간호 교육에 대한 연구가 필요하다.

색인어

말기 치료; 중환자실; 간호사; 임종간호; 교육

투고일: 2023년 8월 8일, 심사일: 2023년 8월 11일, 게재확정일: 2023년 9월 6일

교신저자: 윤혜영, 세브란스병원 연세암병원 중환자파트, e-mail: yybrothers@yuhs.ac

1 세브란스병원 내과계 중환자파트, 간호사. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-4308-3057>

2 세브란스병원 연세암병원 중환자파트, 간호사. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6818-5232>

3 세브란스병원 연세암병원 중환자파트, 간호사. ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-8978-3667>

4 세브란스병원 연세암병원 중환자파트, 간호사. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-7294-7889>

5 연세대학교 간호대학, 교수, 김모임 간호학 연구소. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-2757>

6 세브란스병원 연세암병원 중환자파트, 파트장. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4219-0119>

I. 서론

1. 연구의 필요성

2008년 김 할머니 사건으로 존엄한 죽음, 임종기의 의료 결정에 대한 관심이 증가하게 되었고, 이후 2016년 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 ‘연명의료결정법’）」이 제정되었다[1,2]. 한편 의료기술의 발달과 맞물려 많은 사람들이 의료기관에서 치료를 받다가 죽음을 맞이하는 임종의 의료화 현상이 나타나고 있다[1,2]. 특히 중환자실은 생명을 위협하는 전신 상태로 인하여 혈액학 상태를 유지할 수 없거나, 장기 기능이 저하 또는 상실되어 사망 위험에 처한 중환자에게 집중 감시와 치료, 간호가 이루어지는 곳으로[3], 높은 중증도에 사망률이 높아[4], 고도의 생명 유지 치료와 임종하는 환자의 적절한 임종 돌봄 모두를 제공해야 하는 어려움이 있다[3].

의학기술 발전과 인류의 수명 증가로 중환자실에서 만성질환으로 연명의료를 받고 있는 생애 말기 환자들도 많이 볼 수 있게 되었으며, 중환자실에서 사망하는 환자의 많은 수는 연명 장치에 의존한 상태에서 사망하고 있다[3]. 따라서 중환자실에서 완치(cure)를 위한 치료와 임종기 돌봄(care)은 희을 나누듯 분명하게 구분 지어 제공하는 것은 어려우며, 환자의 예후를 완벽하게 예측할 수 없다는 의학의 본질적인 한계로 임종기 환자에게 생명 유지 치료와 적절한 임종간호를 결정하여 제공하는데 어려움이 있다[3]. 생명 유지에서 돌봄으로 치료목적의 전환이 필요한 경우, 중환자실에서 연명의료 의사결정을 둘러싼 갈등과 윤리적 이슈가 빈번하게 발생하여, 중재자이자 옹호자로서 중환자실 간호사의 역할이 강조되고 있다[2]. 또한 환자를 24시간 곁에서 간호하는 중환자실 간호사의 연명의료결정 및 임종

기 돌봄에 대한 태도는 환자의 존엄한 죽음에 적지 않은 영향을 미칠 수 있다는 점[2]에서도 중환자실에서의 임종간호가 중요하다.

여러 선행 연구들에서 중환자실 간호사는 중환자실의 임종간호 가이드라인 부재와 물리적 환경의 제약으로 임종기 환자 및 다른 중환자실 입원 환자에게 최상의 돌봄을 제공하지 못하는 것에 대한 죄책감, 후회 및 미안함을 가지는 심리적인 어려움을 경험하고 있었다[2,5]. 또 반복되는 임종간호로 스스로를 인간미 없는 로봇 같다는 느낌을 받는 등[2,5], 임종간호 제공 시 다양한 어려움을 겪고 있어, 이에 대한 전문적인 임종간호 가이드라인과 영적 간호, 그리고 간호사 감정 돌봄 교육 프로그램이 필요하다고 지적하고 있다[5].

중환자실 간호사들이 임종기 돌봄에 대한 역량을 갖출 수 있도록 체계적인 교육 프로그램이 필요하며[2,5], 임종기 돌봄을 위한 가이드라인을 마련하여 중환자실 간호사들의 임종간호업무 수행을 구체적으로 지원할 필요가 있다[2]. 이렇게 중환자실에서 제공하는 임종간호의 필요성으로 인하여, 전문적인 임종간호 프로토콜이 개발되기도 하였다[6].

중환자실 간호사 대상 임종간호 관련 교육(프로그램 및 교육 수행)에 대한 연구 동향과 교육프로그램 특성을 고찰하는 것은 중환자실 간호사의 임종간호에 대한 지식과 역량, 태도 향상을 위한 교육적 접근 전략을 모색하고, 추후 간호 교육 프로그램의 성과를 효과적으로 제시할 수 있는 방안을 마련하는데 도움이 될 수 있을 것이다. 이에 본 연구에서는 성인을 돌보는 중환자실 간호사 대상 임종간호 교육과 관련하여 국내외 문헌을 주제범위 고찰 방법으로 분석함으로써 중환자실 간호사 교육의 방향을 설정하는데 기초자료를 작성하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 국내외 중환자실 간호사를 대상으로 시행된 임종간호 교육의 연구동향을 확인하고, 임종간호 교육프로그램의 특성과 성과를 분석하여 효과적인 교육방법 전략을 찾기 위함이다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 중환자실 간호사를 대상으로 시행된 임종간호 교육에 대한 논문을 분석함으로써, 최근 연구 동향과 교육내용, 방법 및 효과를 파악하기 위한 주제범위 문헌고찰(scoping review) 연구이다.

2. 연구대상

주제범위 문헌고찰은 연구영역을 이루는 주요 개념이나 정보, 사용 가능한 근거의 유형을 확인하는 방법으로 연구 분야에 대한 본질과 범위를 조사하여 결과를 요약하고 이를 확산시키거나, 기존 연구의 간극을 확인하는 것을 목표로 한다. 본 연구는 Arksey와 O'Malley의 5단계 방법론 [7]에 따라 주제범위 문헌고찰의 연구 단계에 따라 진행하였다. 연구방법에 1단계부터 4단계까지 기술하였으며, 5단계 결과 수집과 요약, 보고는 연구결과에서 기술하였다.

1) 1단계: 연구 질문 설정

본 연구는 중환자실 간호사의 교육 현황과 프로그램 및 교육방법, 전략, 교육 성과 지표를 분석하기 위하여 수행하였으며, PCC(population, concept, context) 형식에 따라 본 연구의 PCC

는 다음과 같다.

- P(population): 중환자실 간호사
- C(concept): 임종간호교육
- C(context): 성인 중환자실

본 연구의 구체적인 질문은 다음과 같다.

- 성인 중환자실 간호사에게 제공된 임종간호 교육 내용은 무엇인가?
- 성인 중환자실 간호사에게 제공된 임종간호 교육은 어떤 방법으로 제공되었나?
- 성인 중환자실 간호사에게 제공된 임종간호 교육은 어떻게 평가되었는가?
- 성인 중환자실 간호사에게 제공된 임종간호 교육의 효과는 무엇인가?

2) 2단계: 관련 연구 확인

본 연구는 PubMed(<https://www.pubmed.com>), CINAHL(Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature; <http://search.ebscohost.com>), Cochrane Library(<https://www.cochranelibrary.com>), Web of science(<https://www.webofscience.com>), Google scholar(<https://scholar.google.co.kr>), Embase(<https://www.embase.com>)와 학술연구 정보서비스(<https://www.riss.kr>)에서 문헌을 검색하였다. 초기 문헌 검색은 2022년 5월 27일부터 2022년 6월 2일까지 시행하였으며, 최근 10년간 2013년 6월부터 2022년 5월까지 시행된 문헌으로 논문의 언어는 한국어와 영어로 제한하였다. 임상질문에 따라 ‘간호사’, ‘임종간호’, ‘중환자’, ‘프로토콜’을 조합하여 검색어로 설정하고, 영문 검색어는 국외 데이터베이스 관련 의학주제표목(medical subject headings, MeSH) 및 주요 개념어를 도서관 사서의 검수를 받아 다음과 같이 확정하였다. 간

호사는 ("Nursing Staff, Hospital"[Mesh] OR "nurses"[Mesh]) OR (nursing staff OR nurses OR Nurse OR Nursing Personnel OR Registered Nurses), 임종간호는 ("Terminal Care"[Mesh] OR "Palliative Care" [Mesh]) OR (terminal care OR palliative care OR End of life care OR EOL OR End-Of-Life Care), 중환자는 ("Intensive Care Units"[Mesh] OR "Critical Care"[Mesh] OR "Critical Care Nursing"[Mesh]) OR (Critical Care OR Intensive Care OR Nursing, Critical Care OR Intensive Care Nursing OR ICU), 교육은 ("education"[MeSH] OR "guidelines as topic"[MeSH] OR "curriculum"[MeSH]) OR (protocol OR program OR education OR guideline OR training OR curriculum)로 도출하였다. 도출된 검색어는 각 데이터베이스에 따라 적합한 검색식을 이용하였다.

3) 3단계: 연구 선택

문헌 검토의 목적에 초점을 맞추어 포함/제외 기준을 개발하였다. 연구 선택은 사전에 연구자 회의를 통해 설정한 포함, 제외 기준을 토대로 수행하였다. 먼저 제목 및 초록을 검토하여 무관한 연구를 제외하였고, 그 후 원문을 검토하여 최종적으로 대상을 선정하였다. 자료 수집과 선별의 전 과정은 2인의 연구자가 독자적으로 문헌을 검토하여, 문헌을 평가하는 과정 및 결과에 이견이 있는 경우 함께 논의하거나 연구회의를 통해 제3의 연구자와 의견 교환 및 토론을 거쳐 의견을 조정하는 방식을 이용하였다.

a. 포함 기준

- i) 성인 중환자를 간호하는 중환자실 간호사

- 를 포함한 의료진의 임종간호교육 연구
- ii) 최종 보고가 확인 가능한 연구(초록, 포스터 발표, 연구 프로토콜 제외)

b. 제외 기준

- i) 중심 주제가 임종간호가 아닌 경우
- ii) 연구방법이 전향적 중재 연구(prospective interventional study)가 아닌 경우
- iii) 환자군이 성인이 아닌 경우
- iv) 대상자에 중환자실 간호사가 포함되지 않은 연구
- v) 원문이 확인되지 않는 연구

문헌 검색을 통하여 총 1,644편의 문헌이 검색되었고, 중복을 제외한 1,393편의 제목과 초록을 자료선정기준에 따라 연구자 2인이 검토하였다. 이를 통해 1,314편을 제외한 79편의 문헌을 1차 선별하였다. 검토 문헌 중 systematic review[8] 문헌에서 분석한 7편의 문헌이 본 연구의 주제와 부합하여 연구회의를 통해 추가문헌으로 포함하여 총 86편의 문헌을 2차 검토하였다. 연구자 2인은 2차 선별 논문의 원문을 확보하여 전문을 검토하고 선정기준과 배제 기준에 따른 부합여부를 개별적으로 검토하였고, 불일치가 있는 경우 제 3의 연구자의 의견을 구하는 합의과정을 통해 68편의 문헌을 제외한 나머지 18편을 분석문헌으로 결정하였다.

본 연구팀의 2차 선별과정을 통해 선정한 18편의 문헌을 질 평가 도구인 CASP(critical appraisal skills programme) checklist를 사용하여 연구자 2인이 독립적으로 문헌의 질평가를 시행하였다. 두 연구자의 의견에 차이가 있는 경우, 제 3 연구자의 의견을 구하고 연구회의를 통해 최종 결정하였다. 질평가에서 점수가 낮게 나온 문헌은 3개의 문헌으로 이를 제외하여 15편을

최종 분석 문헌으로 선정하였다.

본 연구의 자료수집과 선정, 추출에 대한 과정은 <Figure 1>과 같다.

특성, 교육 프로그램의 성과 평가 특성으로 구성하여 Microsoft Excel 프로그램을 사용하여 기록하였다.

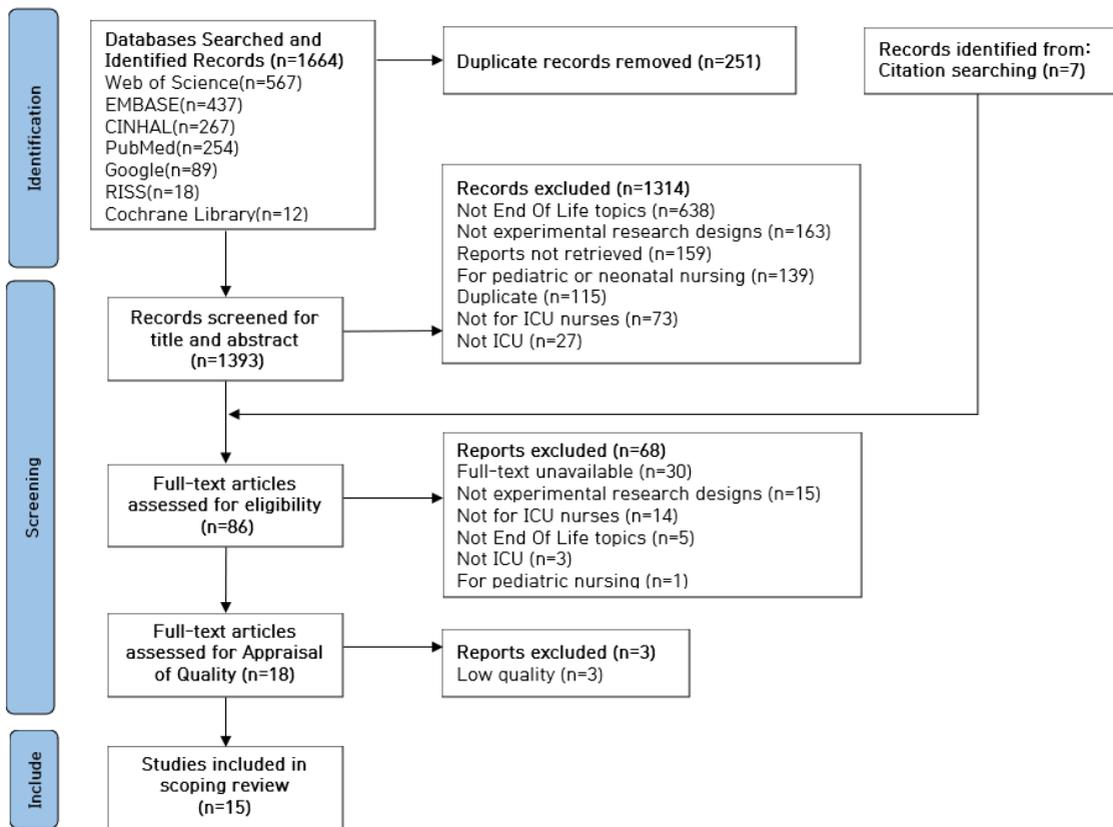
3. 자료분석

1) 4단계: 자료 기록 및 분석

분석 대상 문헌의 특성과 핵심 정보를 기록하기 위해 자료 추출 초안을 개발한 후 연구 회의를 통해 최종 자료 추출 양식을 확정하였다. 자료 기록 단계는 출판 및 연구 관련 특성, 교육프로그램

III. 연구 결과

최종 15편의 문헌을 최종 분석을 위해 검토하였으며, 중환자실 간호사에게 제공된 임종간호교육에 대한 출판 및 연구 관련 특성, 교육프로그램의 교육내용, 교육방법, 교육 프로그램의 효과 평가 특성 등에 대한 결과는 <Table 1>과 같다. 이



<Figure 1> Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) flow diagram of the literature search.

〈Table 1〉 Description of the studies included

No.	Main topic (title)	Authors (year), country	Design	Sample size	Main aim of the study	Intervention	Control group	Content of training	Measuring content	Result
1	An evidence-based practice approach to End-Of-Life nursing education in intensive care units	Shifrin et al. (2016), USA	One-group pretest/posttest/ quasi-experimental study	N=46	To increase knowledge regarding evidence-based practices in management related to EOLC.	The EBP change project 1) Method: lecture 2) Time: 3.5 hr		1) The definitions of terms used in EOL ICU management, barriers to EOL ICU management, the role of the palliative care team and hospice in inpatient settings, pain assessment of verbal and nonverbal patients in the ICU, and pain management strategies. 2) Symptom recognition and management in ICU EOL patients, legal considerations for management, and ethical decision making. 3) Communication and provider self-care	Knowledge	Statistically significant differences ($p < .05$) between mean scores on the pretest and posttest. Statistically significant improvements in pharmacological knowledge.
2	Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care	Milic et al. (2015), USA	One-group pretest double pretest/ quasi-experimental research design	N=43	To improve critical care nurses' skills and confidence to engage in discussions with patients' families and physicians about prognosis and goals of care by using a focused educational intervention	The communication workshop 1) Method: lecture, discussion, role-play 2) Time: 8 hr		1) Didactic session: on the roles and responsibilities of bedside nurses to patients and patients' families 2) Role-play session: nurse-family conversation, nurse-physician conversation, family meeting 3) Reflection session: coping with the daily stressors about discussion, learner can write an encouraging message to oneself	Communication skill Communication confidence	Compared with before the workshop, after the workshop, nurses reported greater skill and confidence ($p < .001$), including assessing families' understanding of prognosis and goals of care, addressing families' emotional needs, and contributing to family meetings. Increases were sustained 3 months after the workshop.
3	Effect of an teaching program on critical care nurses' performance about End Of Life care for hepatic patients	Nasr et al. (2018), Egypt	One-group pretest/posttest/ quasi-experimental study	N=40	To evaluate the effect of teaching program on critical care nurses Performance about EOLC for hepatic patients	EOLC for Hepatic Patients 1) Method: lecture, discussion 2) Time: 3 session (30 min per one session)		1) Anatomy and function of liver, definition of hepatic coma, causes of hepatic coma 2) Causes of hepatic coma, sign and symptoms of hepatic coma, stages of hepatic coma, complication in end stage of hepatic coma, and management of hepatic coma 3) Definition of EOLC, sign and symptoms of EOLC, and management of patient in EOLC	Knowledge Practice	Very highly statistical difference between nurses' knowledge in Pre & Post test program ($p < .05$). Very highly statistical difference between nurses' pre & post practice according to total degree ($p < .0001$).
4	Effect of End-Of-Life nursing education on the knowledge and performance of nurses in the intensive care unit: a quasi-experimental study	Ghaemizade et al. (2022), Iran	Nonequivalent control group pretest/posttest /quasi-experimental study	N=80 -Exp: 40 -Cont: 40	To determine the effect of nursing care education based on ELNEC on the knowledge and performance of nurses working in the intensive care unit	ELNEC 1) Method: lecture 2) Time: 5 session (60-90 min per one session) during 35 days	no intervention	1) Nursing care at the EOL. 2) Pain management 3) Symptom management 4) Ethical/legal issues 5) Cultural considerations 6) Communication 7) Grief, loss, bereavement 8) Achieving quality care at the EOL 9) Preparation and care for the time of death	Knowledge Practice	A significant difference was observed between the intervention and control groups in terms of the average knowledge score in all 9 modules of ELNEC ($p < .001$). The average performance score of nurses in the fields of preparation for providing palliative care, ability to communicate, knowledge and skills in palliative care increased significantly in the intervention group compared to the control group ($p < .001$). Attitudes towards palliative care, no significant improvement was observed in the nurses's performance ($p = .943$).

<Table 1> Continued

No.	Main topic (title)	Authors (year), contry	Design	Sample size	Main aim of the study	Intervention	Control group	Content of training	Measuring content	Result
5	Effect of implementing geriatric palliative care guideline on nurses knowledge and practices	Abd Elhameed et al. (2016), Egypt	One-group pretest double posttest/ quasi-experimental study	N=68 (one year of experience ICU nurse=31)	To determine the effect of implementing geriatric palliative care guideline on nurses' knowledge and practices	The developed palliative care guideline 1) Method: lecture, discussion 2) Time: three sessions within one week (30-40 min per one session). 3) Teaching materials included: PPT, illustrated picture, video.	Not described	Not described	Knowledge Practice	Total knowledge and practices scores increased significantly immediately and 2 months after guideline implementation ($p=0.000$). Total knowledge score was correlated significantly with their total practices score 2 months after the guideline implementation ($p=0.000$).
6	Effect of palliative care guideline on nurses' knowledge, attitude, and practice at intensive care unit	Mohamed et al. (2021), Egypt	One-group pretest posttest/ quasi-experimental study	N=100	To evaluate the effect of palliative care guideline on nurses' knowledge, attitude, and practice at ICU	The palliative guideline 1) Method: lecture, group discussion, demonstration, and re-demonstration 2) Time: two sessions for knowledge (between 45-60 min) four sessions for the practice (between 60-90 min)		1) Palliative care as definition, benefits, principles, aspect and philosophy 2) Knowledge about pain symptom and management 3) Knowledge related to nursing care of dying patients 4) Knowledge relate to psychosocial and spiritual care	Attitude Knowledge Practice	Increase in mean score of total knowledge with statistical significant post palliative care guideline implementation ($p=0.000$) Improvement in nurses' practices post palliative care guideline implementation ($p<.001$). A highly statistical significant Improvement in nurses' attitude post palliative care guideline implementation ($p<.001$).
7	Effectiveness of an End-of-Life Nursing Education Consortium training on registered nurses' educational needs in providing palliative and EoL patient care	Manning et al. (2021), USA	One-group pretest posttest/ quasi-experimental study	N=44 (ICU nurse=14)	To investigate the impact of a professional development intervention among registered nurses on their educational needs in providing palliative care	ELNEC Core Curriculum 1) Method: lecture 2) Time: 8 hr		1) Nursing care at the EOL 2) Pain assessment and management 3) Symptom management 4) Ethical/legal issues 5) Cultural considerations in EOLC 6) Communication 7) Loss, grief, and bereavement 8) Achieving quality care at the EOL 9) Preparation and care for the time of death	Knowledge	A significant increase in participant knowledge in providing quality palliative care to patients ($p<.001$).

〈Table 1〉 Continued

No.	Main topic (title)	Authors (year), contry	Design	Sample size	Main aim of the study	Intervention	Control group	Content of training	Measuring content	Result
8	Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline 'End-Of-Life care in the intensive care unit, nursing care': a cluster randomized controlled trial	Noome et al. (2017), Netherlands	Cluster randomized controlled trial with pretest/posttest/experimental design	N=238 (12 ICU) - Exp: 147 (8 ICU) - Contr: 84 (4 ICU)	To examine the effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guidelines	1. The interactive supportive programme 1) Participated nurse in the interactive supportive programme in the intervention group lead the implementation in the organization by planning and managing as implementation leader 2) Method: workshop, meeting 3) Time: 9 month 2. The guideline 'EOLC in the intensive care unit, nursing care' 1) To receive a programme supporting implementation leader of the guidelines	The option was to either implement the guidelines independently or to use a standard implementation plan supplementary to the guidelines.	1. The interactive supportive programme 1) Besides education on implementation, strategies and project management, coaching and support 2) The steps of Groi's model 3) Time to share experiences on the performance of different steps of implementation 4) Workshops with themes introduced by implementation leaders 2. The guideline 'EOLC in the intensive care unit, nursing care' 1) Interdisciplinary communication 2) Communication with patients and family 3) Nursing care for ICU patients 4) Nursing care for family of ICU patients 5) Preconditions	Practice	An increase in adherence to the guidelines was found in both groups. Overall, the intervention group showed a higher use of the guidelines. However, in some aspects, the control group scored higher in planning family meetings.
9	End-Of-Life Care Mobile App for intensive care unit nurses: a quasi-experimental study	Yang and Shin (2021), Korea	Nonequivalent control group pretest/posttest/quasi-experimental study	N=44(less than three years of experience) - Exp: 23 - Contr: 21	To develop a mobile EOLC program for intensive care unit nurses and evaluate the effects	EOLC 1) Method: the End-Of-Life Care Mobile App 2) Time: around 30 min per day (total 7 days)	1) Method: The EOL booklet	1) An overview of the EOL care app 2) Pain management 3) Managing the main symptoms of EOL patients 4) Therapeutic communication skills 5) Decision making in ethical conflict situations 6) The experience of real EOL patients	Compassion Knowledge Self-efficacy	Significant improvement in self-efficacy in EOLC and compassion in EOLC ($p < .005$). No statistically significant difference Knowledge between the two groups ($p = .086$).
10	Evidence-based End-Of-Life care education for intensive care nurses	Hare et al. (2020)*, USA	One-group pretest/posttest/quasi-experimental study	N=36	To address the lack of EOLC education among the ICU nurses by implementing and testing the efficacy of an evidence-based staff education project	An evidence-based staff education program 1) Method: lecture 2) Time: 90 min		ELNEC # 8 module "Achieving quality care at the End-Of-Life" Koleba's comfort theory/case, relief and transcendence the symptoms of a dying patient	Attitude Knowledge	56% of the staff nurses had never received prior education on EOLC. In addition, 92% stated they had been providing care to dying patients. After receiving the educational program on EOLC, 35 participants strongly agreed, and 1 participant agreed that the program content extended their knowledge of EOLC.

〈Table 1〉 Continued

No.	Main topic (title)	Authors (year), contry	Design	Sample size	Main aim of the study	Intervention	Control group	Content of training	Measuring content	Result
11	Online End-of-Life Nursing Education Consortium core curriculum for staff nurses: an education strategy to improve clinical practice	Bishop et al. (2019), USA	Randomized control group pretest double posttest/ experimental design	N=54 (ICU nurse=13) -Exp: 28 -Cont: 26	To offer online education to nurses to evaluate whether it might improve competence and to see difference in competence if an additional face-to-face class was added to the online education	ELNEC Core Curriculum 1) Method: ELNEC online, discussion 2) Time: 8.5 hr during 8 weeks (online), 3 hr (In-person session)	1) Method: ELNEC online 2) Time: 8.5 hr during 8 weeks (online)	1. ELNEC Core Curriculum 1) Introduction to Palliative Care Nursing 2) Pain management 3) Symptom management 4) Communication 5) Culture 6) Ethics 7) Loss, grief, and bereavement 8) Care at the final hours of Life 2. In-person session 1) Communication 2) Pain management 3) Symptom management	Competence Practice	Significant difference ($p < .05$), with participants rating the importance of the competencies higher after completing the assigned education, but the effect size was small ($f = 0.2$). Significant difference between the pre and post education assessments for individual competence ($p < .001$). Significant increase in the report of practice change, after 3 months between the 2 educational groups, with more participants in group 2 reporting practice change ($p = 0.1$). Both groups reported statistically significant improvements in symptom management and communication skills after education no significant difference between the pedagogical approaches.
12	Impact of implementing a designed intervention palliative care program on critical care nurses' knowledge and practice	Abd-Elaziz Egey (2014), Egypt	One-group pretest double posttest/ quasi-experimental design	N=30 (two years of experience)	To evaluate the impact of implementing a designed intervention palliative care program on critical care nurses' knowledge and practice	Palliative care program 1) Method: lecture, booklet 2) Time: 3 sessions per one week (30-40 min per one session) during 8 weeks		1. Theoretical content 1) Pain and symptoms control 2) Psychological, social, spiritual, religious and cultural aspects of care patient 3) Care of the imminently dying 4) Ethical aspects of care 2. Practical session 1) Pain assessments, comfort measures for pain and symptoms relief 2) Psychological support 3) Communication skills in ICU 4) Care after death and strategies to deal with loss and grief	Knowledge Practice	A highly statistical significant difference $p = .000$ were found between total score of knowledge and total score of practice of critical care nurses in relation to pre/ post program and pre/ two months post program implementation. While there was a statistical significant difference $p = .04$ regarding total score of knowledge as compared to a highly statistical significant difference $p = .000$ regarding total score of practice in relation to post and two months post program implementation.
13	Improving critical care nurses perceived self-efficacy in providing palliative care: a quasi-experimental study	DeFusco et al. (2022), USA	One-group pretest posttest/ quasi-experimental study	N=40	To determine if an online palliative care educational program improves critical care nurses' self-efficacy in providing palliative care	The Vital Talk education 1) Method: video, handout 2) Time: about 25 min 3) Web Address: (https://www.vitaltalk.org/topics/nurses-role/)		1) Palliative care: a bedside nurse's perspective 2) Palliative care and ICU nurses' scope of practice 3) Communication about prognosis and goals of care: the nurse's role 4) Nurses are the bridge: a family perspective 5) Supporting each other: a physician's perspective	Self-efficacy	The overall palliative care self-efficacy Scale showed a median score of the Palliative care self-efficacy scale increased from preeducation (Md=3.8) to post-education (Md=4.5), $z = 4.868$, $p < .001$, with a large effect size ($f = .76$).

〈Table 1〉 Continued

No.	Main topic (title)	Authors (year), contry	Design	Sample size	Main aim of the study	Intervention	Control group	Content of training	Measuring content	Result
14	Increasing knowledge and comfort levels of ICU nurses in goals of care discussions through palliative care education	Harrison et al. (2022)*, USA	One-group pretest/posttest/ quasi-experimental study	N=25	To implement an education program using the IMPACT-ICU toolkit to ultimately increase intensive care nurses' knowledge, comfortability, and involvement in goals of care discussions	The IMPACT-ICU toolkit 1) Method: webinar, the optional in-person educational sessions 2) Time: 75 min (online), four 1-hour (in-person session)		A project focused on integrating multidisciplinary palliative care into the intensive care unit using a communication skills training program.	Communication skill	The educational intervention was effective in educating the bedside intensive care nurse role on identifying their role in prognosis, goals of care, and palliative care discussions($p=.02$). Although not statistically significant, there was an increase in reported involvement of bedside nurses in prognosis and goals of care conversations with patients and families.
15	Palliative care professional development for critical care nurses: a multicenter program	Anderson et al. (2017), USA	One-group pretest/double pretest/ quasi-experimental research design	N=428	To implement and evaluate a palliative care professional development program for ICU bedside nurses	IMPACT-ICU 1. Train-the-trainer program for nurse leaders 1) Method: lecture, workshop, role-play, mentoring 2) Time: 3-day 2. Communication skills training workshop for bedside nurses 1) Method: role-play 2) Time: 8-hour 3. Palliative nursing coaching rounds 1) Method: coaching		1. Train-the-trainer program for nurse leaders 1) Skills training theories and processes 2) Observed a communication workshop 3) Practiced role-play facilitation workshop for bedside nurses 2. Communication skills training 1) Didactics about palliative care 2) Nurse's role in prognosis and goals of care communication 3) A reflection session: skills for coping with the stress of working 3. Palliative Nursing coaching rounds 1) Guided the bedside nurse through the process of identifying the patient' and the family's support needs 2) Coached the bedside nurse to develop a plan to address the identified needs	Communication skill	The percentage of nurse leaders who reported excellent level of skill to conduct communication skills training sessions for bedside nurses was higher after program than at the beginning of the program for all skills assessed. The percentage of nurses reporting excellent level of skill was significantly higher in surveys completed after the workshop for communication tasks assessed ($p<.01$ compared with surveys completed before the workshop). Bedside nurses' identification of family distress($R^2=0.67, p=.03$) and concerns about family-physician communication($R^2=0.79, p=.007$) about prognosis and goals of care during coaching rounds increased.

* Not published.
EOLC: End-Of-Life care, EBP: evidence-based practice, ICU: intensive care unit, ELINCC: End-Of-Life Nursing Education Consortium, IMPACT-ICU: integrating multidisciplinary palliative care into the ICU.

를 교육내용, 중재방법, 교육효과 및 교육효과에 영향을 미치는 요인들에 대해 중점적으로 검토하였고, 분석한 결과는 <Figure 2>와 같다.

분석한 총 15편의 논문의 출판연도는 2014

년[9], 2015년[10], 2018년[11], 2019년[12], 2020년[13]에 각각 1편씩(6.67%), 2016년[14,15], 2017년[16,17]에 각각 2편(13.33%), 2021년[18-20], 2022년[21-23]에 각각 3편

<p style="text-align: center;">Contents of training</p> <ul style="list-style-type: none"> • A reflection session • Achieving Quality Care at the End Of Life • Care after death and strategies to deal with loss and grief • Communication about Prognosis and Goals of Care <ul style="list-style-type: none"> -Therapeutic communication -Nurse-family conversation -Nurse-physician conversation • Cultural Considerations • Legal considerations for management, and ethical decision making • Nursing care for family of ICU patients • Palliative Nursing Coaching and Guiding • Preparation and Care for the Time of Death • Symptom Management 		<p style="text-align: center;">Training approaches</p> <ul style="list-style-type: none"> • Booklet • Discussion • Lecture(Online/Offline) • Meeting • Mobile App • Role-play • Workshop • Demonstration 			
<p style="text-align: center;">Measuring Contents</p> <ul style="list-style-type: none"> • Attitude • Communication skill • Compassion • Competence • Confidence • Identification of palliative care need • Knowledge • Self-Efficacy • Practice 					
<p style="text-align: center;">Effects of Education</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Increase Attitude Communication skill Compassion Competence Confidence </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> Identification of palliative care need Knowledge Self-Efficacy Practice </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Decrease None </td> </tr> </tbody> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • Increase Attitude Communication skill Compassion Competence Confidence 	<ul style="list-style-type: none"> Identification of palliative care need Knowledge Self-Efficacy Practice 	<ul style="list-style-type: none"> • Decrease None
<ul style="list-style-type: none"> • Increase Attitude Communication skill Compassion Competence Confidence 	<ul style="list-style-type: none"> Identification of palliative care need Knowledge Self-Efficacy Practice 	<ul style="list-style-type: none"> • Decrease None 			
<p style="text-align: center;">Factors influencing the effectiveness of education</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tbody> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitators Enthusiastic colleagues Open-mindedness towards innovations Support of the management team </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Barriers The contents are very dense Lack of time Organizational and system Unit cultures They were not open-minded, enthusiastic, or had an affinity with the EOLC </td> </tr> </tbody> </table>			<ul style="list-style-type: none"> • Facilitators Enthusiastic colleagues Open-mindedness towards innovations Support of the management team 	<ul style="list-style-type: none"> • Barriers The contents are very dense Lack of time Organizational and system Unit cultures They were not open-minded, enthusiastic, or had an affinity with the EOLC 	
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitators Enthusiastic colleagues Open-mindedness towards innovations Support of the management team 	<ul style="list-style-type: none"> • Barriers The contents are very dense Lack of time Organizational and system Unit cultures They were not open-minded, enthusiastic, or had an affinity with the EOLC 				

ICU: intensive care unit, EOLC: End-Of-Life care.

<Figure 2> Summary of result of studies

(20%)이었다. 국가별 출판논문을 분석한 결과 미국의 비중이 8편(53.33%[10,12,15-17,19,22,23])으로 가장 높았으며, 이집트가 4편(26.67%[9,11,14,18])으로 그 뒤를 이었다. 한편 한국의 출판논문은 1편(6.67%[20])이었다.

연구설계는 실험연구설계 2편(RCT(randomized controlled trial) 1편[12], CRT(cluster randomized 6 controlled trial) 1편[17]) (13.33%)을 제외하면, 거의 모든 연구설계는 유사 실험연구설계[9-11,13-16,18-23]로 그 중 단일 군 사전 사후 실험설계를 적용한 연구는 11편[9-11,13-16,18,19,22,23](73.33%)이었다.

연구에 참여한 대상자 수는 25명에서 428명으로 연구설계에 따라 다양했으며, 연구대상자는 중환자실 간호사로 선정하였으나, 중환자실 간호사를 포함한 의료진을 대상으로 하는 연구인 5편[9,10,12,16,19]의 연구도 포함하였다.

1. 교육 내용 및 방법

본 연구에서 분석한 교육 내용 및 방법을 정리하면 <Figure 2>와 같다. 본 연구에서 총 15편의 임종간호교육 문헌을 분석한 결과 임종간호교육의 기본적인 내용은 임종간호에 대한 기본 이해(상실 및 슬픔을 다루는 전략, 증상 관리, 윤리적 의사결정 부분 포함), 의사소통 훈련 등으로 구성되어 있다. 이 외에 중환자실 간호사의 임종간호교육을 내용에 따라 분류한 결과, 임종간호 가이드라인 4편(26.67%[14,15,17,18]), 자체 개발한 교육 프로그램 적용 4편(26.67%[9,11,13,20]), 기존 교육 프로그램 활용 4편(26.67%[12,19,21,23])으로 나타났다.

임종간호교육 과정은 EOL 교육자 프로그램인 ELNEC(the End-Of-Life nursing education consortium) 프로그램을 중점으로 활용하여 개념, 증상 관리, 법적/윤리적/문화적/영적 지원,

관련 의사소통 기술, 임종 시 환자와 보호자 지지, 임종준비 등으로 구성되었다. 특히, 본 주제범위 문헌고찰을 통해 분석한 중환자실 간호사에게 제공된 윤리와 법의 교육 내용은 대부분 ELNEC 프로그램의 Module 4 중심이었다. 임종간호에서의 윤리는 임종간호에 대한 환자 개인의 신념과 가치로서, 의료인이 효과적인 의사소통을 통해 환자의 바람에 맞춘 적절한 임종간호를 제공하는 것을 의미한다. 환자에게 임종이 임박했다는 소식 전하기, 임종기 환자와 그 가족을 대하는 방법, 갈등 상황에서의 중재, 연명의료결정과 관련한 치료방향 결정시 환자의 자율성 고려, 환자와 그 가족의 신념을 존중하기, 질병과 사망과 같은 어려운 소식을 전하는데 있어서 윤리적 고려, 영적간호, 환자와 그 가족에게 소망과 위로를 전하는 방법과 같은 내용을 포함하여, 대부분 윤리적 갈등상황에서의 의사소통과 관련이 있었다. 그 외에 윤리 위원회의 역할 등의 내용도 포함되었고, 중환자실 간호사가 경험할 수 있는 윤리적 갈등상황에서의 의사결정에 대한 강의도 진행되었다.

대부분의 교육은 전통적인 교육방법인 강의를 통해 제공되었으며, 온라인(vitaltalk site) 교육, 다양한 임종간호 상황과 접목하여 구성되어 온라인 혹은 온오프라인 혼합 강의, 개발된 임종간호 교육용 어플리케이션 사용 등 다양한 방법을 통해 진행되었다. 또한 강의 진행 후 토론이나, 시연, 그룹토의, 프로그램 진행기간 동안 멘토링 제공 등을 병행하는 경우가 있었다.

총 15편의 임종간호교육 연구 중 의사소통에 초점을 맞춘 연구는 4편(26.67%[9,10,16,22])이었다. 역할극을 통해 간호사는 환자, 환자가족 또는 의사의 역할을 수행하면서 치료 목표를 논의하였으며, IMPACT-ICU(integrating multidisciplinary palliative care into the ICU) 등을 통하여 효과적인 의사소통을 위한 교육이 시행되었다. 간호사는 환자의 가족과 면담

을 통해 가족의 특성을 이해하고, 가족의 요구사항을 담당료진과 논의하며, 가족회의 프로그램을 통해 지지적인 정보제공을 시행하였다. 이와 더불어 간호사가 임종간호 상황에서 의사소통시 경험하는 스트레스, 도덕적 고통, 탈진 등에 대해 스스로를 격려하기, 자기성찰 등 직원의 자기관리에 대한 중요성을 강조하였다. 이러한 의사소통 부문에서의 교육은 임종간호교육 프로그램 리더 양성 혹은 간호사 그룹, 다학제 완화의료팀 등을 대상으로 온오프라인이 혼합된 형태로 진행되었다.

임상 실무에서 임종간호 가이드라인을 실무로 적용하기 위한 연구는 4편(26.67% [14,15,17,18])으로, 가이드라인 개발 후 강의만 시행하거나, 강의와 함께 토론, 워크숍, 토의, 시연 등을 병행하였다. 연구자가 실무에서의 임종간호 적용 실태와 간호사의 임종간호 관련 교육 요구를 파악하고 예비 조사(pilot test)를 통해 평가 도구의 명확성과 적용가능성을 평가하고, 문헌고찰을 통해 중재지침을 개발하였다. 이렇게 개발한 내용을 바탕으로 강의와 실습을 통한 임종간호교육이 수 주에 걸쳐 제공되었다. 마지막에 평가도구를 사용하여 중재 전, 후의 변화를 측정하여 비교 분석하였다. 교육 내용은 임종간호에 대한 이해 및 간호사의 역할, 임종기 환자의 증상관리(통증, 위장관 증상, 호흡기 증상, 섬망, 불안 등), 심리, 사회적, 영적, 종교적, 문화적, 법적, 윤리적 이슈(연명의료중단), 의사소통 등이 포함되었다.

임종간호교육에 소요된 시간은 프로그램 전반에 걸쳐 회당 30분에서 90분 사이였고, 소요 기간은 1일-8주로 운영되었으며, 다양한 교육 프로그램, 교육 시 소책자, 팸플릿, 포스터 등이 제공되었다.

2. 교육의 평가

본 연구에서 분석한 교육의 평가부분을 정

리하면 <Figure 2>와 같다. 본 연구에서 분석된 총 15편의 문헌을 Kirkpatrick의 평가모델[24]에 따라 교육의 효과 평가 측면에서 분석한 결과는 다음과 같다. 수준 1. 반응평가(reaction evaluation)는 학습자의 반응을 확인하는 것으로 프로그램, 교수방법, 시설, 강사, 내용 등에 대한 만족도는 물론 개인의견, 건의사항, 동기유발 정도 등도 수집할 수 있는 항목이다. 총 1편(6.67% [16])의 논문에서 반응평가가 이루어졌는데 프로그램 만족도, 교육요구도를 측정 변수로 평가하였다. 수준 2. 학습평가(learning evaluation)는 학습자의 학업성취도를 파악하는 것으로 지식과 기능, 태도가 향상되었는지를 파악하는데 사전-사후의 차이점이 보이면 효과적이라 할 수 있다. 이러한 학습평가는 분석된 총 15편(100% [9-23])의 모든 문헌에서 다루었는데, 각각 임종간호 지식 총 9편(60% [9,11,13-15,18-21]), 임종간호 수행 7편(46.67% [9,11,12,14,17,18,21]), 의사소통 능력 3편(20% [10,16,22]), 임종간호 태도 2편(13.33% [13,18]), 자기효능감 2편(13.33% [20,23])이었다. 그 외에도 임종간호 수행자신감[12], 의사소통에서의 자신감[10]도 각각 1편씩(6.67%)이었다. 수준 3. 행동평가(behavior evaluation)는 프로그램 적용 전후 행동의 개선 정도로 학습의 전이(transfer)를 확인하는데 목적이 있으며, 프로그램 종료 이후 시간 차를 두고 이루어진 평가를 대상으로 한다. 교육 종료 직후에 평가 후 2개월 후에 추가 평가한 문헌 2편(13.33% [9,14]), 교육 종료 직후에 평가 후 3개월 후에 추가 평가한 문헌 2편(13.33% [10,12]), 교육 후 1개월 후에 평가한 문헌 1편(6.67% [21]), 교육 중재 후 2개월 후에 평가한 문헌 1편(6.67% [17])이 해당된다. 수준 4. 결과평가(result evaluation)는 배운 것을 현업에 적용하여 성과에 얼마나 기여했는지에 초점을 두

는 것으로 교육프로그램이 조직의 성과에 미치는 영향을 평가한다.

15편의 최종 분석 문헌에서 평가항목으로 선정된 것은 임종간호 지식, 임종간호 수행, 임종간호 태도, 자기효능감, 의사소통 능력, 의사소통에서의 자신감, 임종간호 수행 자신감, 프로그램 만족도, 교육요구도로, 이를 측정하기 위한 도구는 <Table 2>, <Appendix 1>과 같다.

3. 교육효과

본 연구에서 총 15편의 임종간호교육 문헌을 분석한 결과는 <Table 1>, <Figure 2>에서 확인할 수 있으며, 종합하면 임종간호교육효과

로 관련 지식($p < .05$ [11,15], $p < .001$ [19,21], $p = .000$ [14,18])과, 자기효능감($p < .001$ [23], $p < .005$ [20]), 태도($p < .001$ [18]), 수행($p < .001$ [18,21], $p = .000$ [14])이 각각 유의미하게 향상되어, 궁극적으로 임종간호실무에 긍정적인 영향이 있다고 보고하였다.

의사소통 향상을 위한 중재에서는 의사소통 기술 및 자신감이 향상된 간호사는 환자의 가족 및 의사와 적극적으로 대화하고, 필요시 가족회의를 제안하며 더 많이 참여하였다[10]. 간호사를 위한 적극적 경청, 자기성찰, 이완요법 등의 다면적인 임종간호 접근법은 간호사의 지식수준에 대해 불평한 부분을 경감시켰다[10]. 가이드라인 적용 연구에서는 중재 후, 중재 2개월 후 모두 간호사

<Table 2> Summary of instrument of studies

Category	Instrument
Attitude	Attitude assessment[18], Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying (FATCOD)[13]
Compassion	Compassion in End-of-Life care (EOLC)[20]
Communication confidence	Confidence to perform in communication[10]
Communication skill	Palliative care communication[16], palliative communication survey instrument[22], skill in communicating[10]
Competence	Palliative care practice[12]
Knowledge	End of life care knowledge (education questionnaire)[13], ELNEC Knowledge Assessment Test (ELNEC-KAT)[21], End-of-Life Professional Caregiver Survey (EPCS)[19], geriatric palliative care knowledge[14], knowledge assessment questionnaire (about EOLC for hepatic patients)[11], management at the End-of-Life[15], palliative care knowledge[9], palliative care knowledge[18], palliative care quiz for nursing[20]
Practice	EOLC practice[17], geriatric palliative care practices[14], nurses performance checklist[11], palliative care practice[18], palliative care practice[9], the Program in Palliative Care Education and Practice Questionnaire-German Revised Version (PCEP-GR)[21]
Self-Efficacy	Palliative care self-efficacy scale[23], self-efficacy in EOLC [20]

의 지식 총점과 수행 총점이 유의하게 증가하였고[9,14], 임종간호에 대한 태도 또한 향상됨을 확인하였다[18]. 전문가 지원을 통한 가이드라인 지침 준수를 평가한 실험연구설계에서는 대조군과 실험군 모두에서 가이드라인 수행 준수 증가가 보였는데[17], 이러한 지침 준수와 관련된 시행 과정에서 지원 프로그램뿐 아니라 단순한 실행 계획도 임종간호교육 지원으로서 긍정적 효과를 나타내었다.

Bishop et al.[12]의 연구에서는 중환자실 간호사를 포함한 95명이 등록하였으나, 사전조사는 92명(96.84%)이 참여하여, 교육 직후 조사에는 54명(56.84%), 3개월 후 최종조사에는 29명(30.53%)만이 응답하였다. Milic et al.[10]의 연구에서는 중환자실 간호사를 포함한 82명이 등록하여 사전조사완료 후 교육에 참여하였으나, 교육 직후 조사에는 80명(98%), 3개월 후의 43명(52%)만이 참여하였다. 이렇게 교육 프로그램 참여를 지속하지 못하고 중도에 포기한 경우 그 이유를 ‘완화의료에 대해 관심이 없거나’, ‘완화의료에 관심이 없는 동료와 함께 있을 경우’, ‘많은 다른 업무로 중요도에 밀리고 시간이 부족해서’, ‘많은 교육 내용’, 그리고 ‘조직문화’ 때문이라고 응답했다[12,16,17,22]. 그 반면 완화의료 교육 교육에 대한 높은 요구도, 변화에 대한 열린 마음, 열성적인 마음으로 함께 할 동료들과 기관에서의 부분적인 재정적 지원 및 교육 학점 인정의 경영진의 지원이 교육 참여를 높여 효과를 향상시킨다고 보고하였다[16,17].

IV. 논의

중환자실 간호사의 임종간호교육의 동향을 고찰하기 위해 최근 10년간 발행된 논문을 대상으로 주제범위 문헌고찰을 시행하였다. 국내외 임

종간호 교육과 관련하여 총 15편의 문헌을 선정하였고, 임종간호 교육프로그램의 내용, 교육전략 및 효과를 분석하였다. 주제와 관련이 있는 문헌을 포괄적으로 포함할 수 있도록 국내외 다양한 데이터베이스를 활용하여 반복적으로 문헌을 검색하였다. 검색된 문헌은 분석과정 전반에서 일관성과 신뢰성 확보를 위하여 2인의 연구자가 문헌을 읽고 각자 문헌평가를 한 후 정리하여 일치하지 않는 사항에 대해 논의하고 최종해석에 동의한 후 다음 단계를 진행하였다.

선정된 총 15편의 문헌에서 실험연구설계는 2편(RCT 1편[12], CRT 1편[17])이었다. 실험연구설계의 수가 적은 이유는 근거기반간호를 위해 실험설계의 연구가 많이 진행되어야 함에도 불구하고, 현실적인 이유에서 시행하기에 여러 가지 어려운 점이 있기 때문으로 생각된다. 13편의 유사실험 설계에서는 대부분은 단일군을 대상으로 사전사후 조사하는 것에 그쳤고, 대조군과 실험군으로 나누어 중재를 진행한 연구는 단 2편[20,21]이었다. 편향 및 교란변수 조정과 통제에 대한 정확한 기술이 있는 연구는 3편이었다[12,17,21]. 단순한 성숙의 효과인지 중재로 인한 결과인지, 교란변수의 효과인지를 확인하기 위해서 편향과 교란변수 조정 등 통제를 시행한 실험연구설계가 보다 더 시행되어야 할 필요성이 있다. 또한 15편의 연구 중 13편[9-15,18-23]은 개인차원, 아니면 단일기관 차원으로 연구가 진행되어, 병원 규모, 지역, 연구 자원 등에 편차가 있으므로 일반화 및 효과검증에 어려움이 있을 수 있다. 따라서 다기관과 간호 연구단체 수준에서 대상자 특성에 따른 표준화된 임종간호교육 프로그램을 개발하고 그 프로그램을 적용하는 연구를 진행하여, 효과 평가 및 수정, 보완을 시도해야 할 것으로 사료된다.

효과적인 교육방법을 확인하기 위해 Bishop et al.[12]의 실험연구설계에서는 참여한 모든 간호

사에게 온라인 강의를 시행하였고, 실험군에게만 대면 강의를 추가로 제공하였다. 중재 이후 참여한 모든 간호사의 임종간호 수행이 향상된 반면에, 실험군과 대조군 간에는 유의미한 차이가 없어 온라인 교육도 다수의 간호사에게 기초 임종간호교육 제공을 위한 효율적인 전략으로 사용될 수 있음을 시사하였다. 이는 COVID-19로 인한 사회환경의 변화로 국내외에서 확산되어 시행중인 모바일 또는 웹 기반의 비대면 강의가 공간이나 시간의 제약을 받지 않는 교육 방식으로써 활용가능성이 높다고 말한 Kim et al.[24]의 연구와 비슷한 맥락이다.

본 연구에서 분석된 문헌에서 Kirkpatrick의 평가모델[25]의 결과평가가 이루어졌다고 명확하게 판단할 수 있는 문헌은 없었다. 해당 평가 항목은 모두 설문지를 사용한 자가보고 방법으로 결과를 취득하고 있어 자기효능감이 높을 경우, 자신을 긍정적으로 판단하여 응답하기 때문에 실제로 수행을 잘하는지에 대해 객관적으로 판단하기 어려울 수 있다. 따라서 임종간호수행 등의 항목을 자가보고가 아닌 다른 방법으로 측정할 수 있을 것인지에 대한 고민이 필요하다. 또한 행동평가 항목으로 분석할 수 있는 조직몰입도나 이직의도, 직무만족도, 직무 스트레스, 임상판단 등의 평가항목을 교육효과로 평가하는 것을 고려할 수 있다.

Noome et al.[17]의 연구에서는 간호사의 자가평가와 더불어 사망한 중환자실 환자의 가족에게 환자와 가족의 경험을 사후 설문 형태로 받아 확인하였으나, 이 외에는 중재 받은 대상인 간호사 측면에서만 기술하였다. 앞으로 진행할 연구에서는 돌봄을 받는 주체인 환자와 가족의 측면에서도 확인할 수 있도록 효과 평가방법의 고안이 필요하다고 사료된다.

간호사는 다학제 간, 환자와 가족간, 가족회의에서 의사소통의 연결고리와 같은 역할을 담당하

고 있어 의사소통 촉진자로서 역할이 요구된다 [16,23]. Anderson et al.[16]의 연구에서 교육 결과 간호사의 의사소통 능력이 향상되었고, 간호사를 포함한 의사, 사회복지사 등 다학제 간 의사소통의 질도 향상된 것으로 보고되었다. 이러한 의사소통의 향상은 서로를 적극적으로 지지하고 간호사의 불안 및 스트레스 감소 효과를 가져왔다[26]. 임종간호교육의 결과로 간호사의 효과적인 의사소통을 통해 더 이상의 연명의료를 원치 않는 환자와 그 가족에게 정확한 지식과 심리적 지지를 제공하여 존엄한 죽음을 준비할 수 있도록 도움을 줄 수 것으로 사료된다. 이는 나아가 환자의 권익을 옹호하고 대변할 책무가 있는 옹호자로서의 간호사의 역할을 수행할 수 있게 안내할 것이다.

중도에 교육을 포기하는 경우[10,12,17]도 있었는데, 그 사유는 교육기간이 길어서, 교육 내용이 너무 많아서, 다른 업무도 많고 우선순위에서 밀려서, 시간이 부족해서 등이었다. 따라서 지속가능한 체계적인 교육을 진행하기 위해서는 현실에 부합하는 교육의 내용, 적용기간 및 시기를 확인하고 보다 다양한 현장의 중환자실 간호사를 대상으로 한 연구가 수행되어야 할 것으로 사료된다.

연구는 중환자실 임종간호교육과 관련된 국내외 문헌을 주제범위 고찰방법을 통해 분석한 결과를 근거로 중환자실 간호사의 임종간호 능력 향상을 돕기 위해 적용할 수 있는 프로그램의 교육 방법, 전략 등의 임종간호교육의 방향을 제시하였다. 그러나 문헌을 근거로 중환자실 임종간호교육을 분석하였기 때문에 실제 임상에서 운영되고 있는 교육 프로그램의 실태를 반영하는 데는 한계가 있다. 여전히 임종간호에 대한 지식부족, 환자와 가족을 지원하고 위로할 수 있는 의사소통 기술의 부족 등 많은 과제를 안고 있지만 중환자실 간호사를 대상으로 한 임종간호 교육은

의사소통, 윤리적 의사결정 부문을 포함한 여러 지식과 훈련, 가이드라인 등으로 시도되고 있다. 이러한 임종간호교육은 중환자실 간호사의 임종간호 지식과 태도, 역량을 향상시켜 효과적으로 임종간호를 제공하고, 의사소통의 질을 향상하는 등 긍정적인 결과를 보였다. 임종기 증상 이해 및 적극적 중재, 임종간호에 대한 간호사의 역할, 임종간호에 대한 적극적이면서 원활한 의사소통, 체계적인 가이드라인 등 교육내용을 발전시켜 나가는 것과 함께 효과적으로 전달할 수 있는 전략적인 교육방법에 대한 고민 역시 필요하다.

V. 결론 및 제언

최근 간호교육과 중환자실 임종간호에 대한 관심의 증가로 중환자실 간호사 대상 임종간호교육에 대한 연구가 증가하는 추세이다. 그러나 다양하게 연구가 이루어지고 있는 국외의 경우와 대조적으로 국내에서 진행된 중환자실 임종간호 연구는 아직 부족하여 국내 상황에 맞는 임종간호교육이 요구된다.

임종간호교육 프로그램은 개념, 증상 관리, 법적/윤리적/문화적/영적 지원, 의사소통, 임종 시 환자와 보호자 지지, 임종준비 등 EOL 전반적인 내용을 포함하여 교육하는 내용이 주였으며, 실질적인 지침을 제시하는 연구는 적었다. 주로 강의의 방법으로 전달되었으며, 각 연구마다 시연, 멘토링, 토의, 시뮬레이션 등을 추가하여 진행하였으나, 어떤 방법이 더 효과적인지 확인은 어려웠다. 그리고 임종간호교육의 효과는 주로 간호사의 임종간호에 대한 태도나 의사소통 기술, 임종간호에 대한 자신감, 지식, 등을 자가보고에 해당하는 설문지 방법으로 측정되었다.

본 연구에서 중환자실 임종간호교육에 대한 교육 프로그램의 특성을 살펴본 결과 다음과 같은

제언을 하고자 한다. 임종간호와 관련된 중환자실 간호사의 소진 방지와 임종간호교육에 대한 요구에 따라 중환자실 간호사가 충분한 업무 수행능력을 갖출 수 있도록 윤리적, 법적인 문제, 실제 발생하는 환자안전사건 등 여러 항목을 포함한 실무위주의 임종간호교육 프로그램을 다양한 교수법을 적용하여 그 효과를 확인하는 연구를 제언한다. 그리고 임종간호교육에 효과적인 교육 방법, 교육기간과 시기 등을 확립하고, 임종간호교육의 효과를 정확하게 확인할 수 있는 통계를 시행한 중재연구의 반복시행 및 확대적용 연구를 제언한다. 또한 실제 성과에 기여할 수 있는 효과 평가 항목과 교육의 효과를 보다 객관적으로 측정하기 위한 방법에 대한 고민이 필요하며, 돌봄을 받는 주체인 환자와 가족의 측면에서도 확인할 수 있도록 효과 평가방법의 개발을 제언한다. 

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Park KS, Suh YJ, Ahn KJ. Dilemma in decision making about life-sustaining treatment and its social context. *Soc Theory* 2015;26:255-302.
- [2] Ahn K, Kong BH, Song Y. 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 Korea Bioeth Assoc* 2020;21(2):31-53. <https://doi.org/10.37305/JKBA.2020.12.21.231>
- [3] Moon JY, Shin YS. The end-of-life care in the intensive care unit. *Korean Soc Crit Care Med* 2013;28(3):163-172. <https://doi.org/10.4266/>

- kjccm.2013.28.3.163
- [4] Yu HU, Chan S. Nurses' response to death and dying in an intensive care unit: a qualitative study. *J Clin Nurs* 2010;19(7-8):1167-1169. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03121.x>
- [5] Kim HS, Choi EK, Kim TH, et al. Difficulties in end-of-life care and educational needs of intensive care unit nurses: a mixed methods study. *Korean J Hosp Palliat Care* 2019;22(2):87-99. <https://doi.org/10.14475/kjhpc.2019.22.2.87>
- [6] Kim J, Yun HY, Kim EJ, et al. Development of an end-of-life nursing care protocol for intensive care units: delphi survey method. *J Hosp Palliat Nurs* 2022;24(4):E159-E165. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000872>
- [7] Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol* 2005; 8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- [8] Nusser H. Does EOL and palliative care training increase clinicians' self-perceived knowledge and/or confidence with EOL care and communication? Findings from a systematic review [Internet]. Chapel Hill, NC: Carolina Digital Repository; 2020 [cited 2022 Oct 7]. Available from: 2020. <https://doi.org/10.17615/ptek-z478>
- [9] Abd-Elaziz WW, El-Soussi AH, Mohammed MO. Impact of implementing a designed intervention palliative care program on critical care nurses' knowledge and practice. *Mansoura Nurs J* 2014;1(1):45-58. <https://doi.org/10.21608/mnj.2014.149001>
- [10] Milic MM, Puntillo K, Turner K, et al. Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care. *Am J Crit Care* 2015;24(4):e56-e64. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015855>
- [11] Nasr NH, Ameen NF, Mohammed MA, Abd El hafiz AI. Effect of an teaching program on critical care nurses's performance about end of life care for hepatic patients. *Assiut Sci Nurs J* 2018;6(14):133-143. <https://doi.org/10.21608/asnj.2018.59039>
- [12] Bishop CT, Mazanec P, Bullington J, et al. Online end-of-life nursing education consortium core curriculum for staff nurses: an education strategy to improve clinical practice. *J Hosp Palliat Nurs* 2019;21(6):531-539. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000593>
- [13] Hare KA. Evidence-based end-of-life care education for intensive care nurses [Doctoral dissertation]. [Minneapolis, MN]: Walden University; 2020.
- [14] Abd Elhameed SH, Abd Elmawla DAE. Effect of implementing geriatric palliative care guideline on nurses knowledge and practices *QJM Int J Med* 111(suppl_1):hcy200-063.
- [15] Shifrin MM. An evidence-based practice approach to end-of-life nursing education in intensive care units. *J Hosp Palliat Nurs* 2016;18(4):342-348. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000254>
- [16] Anderson WG, Puntillo K, Cimino J, et al. Palliative care professional development for critical care nurses: a multicenter program. *Am J Crit Care* 2017;26(5):361-371. <https://doi.org/10.4037/ajcc2017336>
- [17] Noome M, Dijkstra BM, van Leeuwen E, et al. Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline 'end-of-life care in the intensive care unit, nursing care': a cluster randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 2016;73(6):1339-1354. <https://doi.org/10.1111/jan.13219>
- [18] Mohamed RF, Ibrahim RA. Effect of palliative care guideline on nurses' knowledge, attitude, and practice at intensive care unit. *Egypt J Nurs Health Sci* 2021;2(2):81-109. <https://doi.org/10.21608/ejnhs.2021.196022>
- [19] Manning J, Creel A, Jones N. Effectiveness of an end-of-life nursing education consortium training on registered nurses' educational needs in providing palliative and end-of-life patient care. *J Hosp Palliat Nurs* 2021;23(1):84-88. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000710>
- [20] Yang JH, Shin G. End-of-life care mobile app for intensive-care unit nurses: a quasi-experimental

- study. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18(3):1253. <https://doi.org/10.3390/ijerph18031253>
- [21] Ghaemizade Shushtari SS, Molavynejad S, Adineh M, et al. Effect of end-of-life nursing education on the knowledge and performance of nurses in the intensive care unit: a quasi-experimental study. *BMC Nurs* 2022;21:102. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00880-8>
- [22] Harrison S. Increasing knowledge and comfort levels of ICU nurses in goals of care discussions through palliative care education [Internet]. Boiling Springs, NC: Gardner-Webb University; 2022 [cited 2022 Oct 7]. Available from: <https://digitalcommons.gardner-webb.edu/nursing-dnp/41/>
- [23] DeFusco C, Lewis A, Cohn T. Improving critical care nurses perceived self-efficacy in providing palliative care: a quasi-experimental study. *Am J Hosp Palliat Med* 2023;40(2):117-121. <https://doi.org/10.1177/10499091221094313>
- [24] Kim KW, Han SH, Lee JS, et al. Analysis of domestic education trends after COVID-19: focusing on non-face-to-face education. *J Next-gener Converg Inf Serv Technol* 2020;9(4):377-390. <https://doi.org/10.29056/jncist.2020.12.05>
- [25] Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. Evaluating training programs: the four levels. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers; 2006.
- [26] Myers JC, Hyrkas K. End-of-life care: improving communication and reducing stress. *Crit Care Nurs Q* 2021;44(2):235-247. <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000357>

〈Appendix 1〉 Summary of instrument of studies

Category	Tool	Developer of instrument	Items	Range	Subscales	Study no. title (author)
Attitude	Attitude assessment	Ayed et al.	12	5-point likert scale		6. Effect of palliative care guideline on nurses' knowledge, attitude, and practice at intensive care unit (Mohamed et al.[18])
	Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying (FATCOD)	Frommelt	30	5-point likert scale	Nurses' attitudes toward the dying. Nurses' attitudes toward the patient's family	10. Evidence-based End-of-Life care education for intensive care nurses (Hare[13])
Compassion	Compassion in EOIC	Lee	13	5-point likert scale		9. End-of-Life Care Mobile App for Intensive-Care Unit Nurses: A Quasi-Experimental Study (Yang and Shin[20])
Communication confidence	Confidence to perform in communication	Milic et al.	5	4-point likert scale		2. Communicating with Patients' Families and Physicians About Prognosis and Goals of Care (Milic et al.[10])
Communication skills	Palliative care communication	Anderson et al.	15	5-point likert scale		15. Palliative Care Professional Development for Critical Care Nurses: A Multicenter Program (Anderson et al.[16])
	Palliative communication survey instrument	Not described	40	4-5-point likert scale	How frequently do bedside nurses participate in discussions with families and clinicians regarding patient prognosis, goals of care, and palliative care? Additionally, what are the common obstacles they encounter in expressing their views and agreement on these topics? The confidence levels of each nurse in performing tasks related to goals of care vary.	14. Increasing knowledge and comfort levels of ICU nurses in goals of care discussions through palliative care education (Harrison et al.[22])
Competence	Skill in communicating	Milic et al.	9	5-point likert scale		2. Communicating with patients' families and physicians about prognosis and goals of care (Milic et al.[10])
	Palliative care practice	White et al.	43	Percent responses	Perception of the importance to the patient(understanding how important something is to the patients). Personal competence of the nurse (The nurse's individual skill and ability). Information on Palliative care preparation (Details about getting ready for palliative care).	11. Online End-of-Life Nursing Education Consortium Core Curriculum for staff nurses: an education strategy to improve clinical practice (Bishop et al.[12])
Knowledge	EOIC Knowledge (education questionnaire)	Not described	17	5-point scale	Content Setting Presenter effectiveness Instructional material	10. Evidence-based End-of-Life care education for intensive care nurses (Hare et al.[13])
	ELNEC-KAT (knowledge assessment test)	Lange et al.	50	Four-choice questions	Nursing care at the EOIC pain/ symptom Management Ethical/legal issues Culture Communication Grief and loss, death Quality of life at the EOIC	4. Effect of End-of-Life nursing education on the knowledge and performance of nurses in the intensive care unit: a quasi-experimental study (Chamizade et al.[21])

〈Appendix 1〉 Continued

Category	Tool	Developer of instrument	Items	Range	Subscales	Study no. title (author)
Knowledge	EPCS (End-Of-Life professional caregiver survey)	Not described	28	5-point likert scale	Patient- and family-centered communication Cultural and ethical values Effective care delivery	7. Effectiveness of an End-of-Life Nursing Education Consortium training on registered nurses' educational needs in providing palliative and End-of-Life patient care (Manning et al.[19]) 5. Effect of implementing geriatric palliative care guideline on nurses knowledge and practices (Abd Elhameed et al.[14])
	Geriatric palliative care knowledge	Abd Elhameed et al.	104	0-1 grade	Physical aspects of care Psychological aspect of care Social aspect of care Spiritual and cultural aspect of care Care of imminently dying patient Ethical and legal aspect of care	3. Effect of an teaching program on critical care nurses's performance about end of life care for hepatic patients (Nasr et al.[11])
	Knowledge assessment questionnaire (about EOLC for hepatic patients)	Nasr et al.	12 (included 3 open questions)	0-1 grade (0-2 grade using open questions)		1. An evidence-based practice approach to end-of-life nursing education in intensive care units (Shifrin et al.)(15) 12. Impact of implementing a designed intervention palliative care program on critical care nurses' knowledge and practice (Abd-Elaziz et al.[9])
Practice	Management at the End-Of-Life	Shifrin et al.	20	100-point scale		
	Palliative care knowledge	Abd-Elaziz et al.	146	0-1 grade	Pain and symptoms control psychological, social, cultural, spiritual and religious aspects of care Care of the imminently dying patient ethical and legal aspects of care	
	Palliative care knowledge	Christine et al. Kassa et al.	31	0-1 grade	General knowledge about palliative care Pain symptom and management Knowledge related to nursing care of dying patients Psychosocial and spiritual care	6. Effect of palliative care guideline on nurses' knowledge, attitude, and practice at intensive care unit (Mohamed et al.[18])
	Palliative care quiz for nursing (Korean version)	Kim et al. Ross et al. (original version)	20	0-1 grade		9. End-of-Life Care Mobile App for intensive-care unit nurses: a quasi-experimental study (Yang and Shim[20])
	EOLC practice	Noome et al.	29	5-point likert scale		8. Effectiveness of supporting intensive care units on implementing the guideline 'End-of-Life care in the intensive care unit, nursing care': a cluster randomized controlled trial (Noome et al.[17]) 5. Effect of implementing geriatric palliative care guideline on nurses knowledge and practices (Abd Elhameed et al.[14])
Practice	Geriatric palliative care practices	Abd Elhameed et al.	142	0-1 grade	Physical aspects of care Psychological aspect of care Social aspect of care Spiritual and cultural aspect of care Care of imminently dying patient Ethical and legal aspect of care	
	Nurses performance checklist	Nasr et al.	36	0-1 grade	Quality care for hepatic Communication of nurses for patient and family Family support Ethical-moral and legal responsibility	3. Effect of an teaching program on critical care nurses's performance about End of Life care for hepatic patients (Nasr et al.[11])

〈Appendix 1〉 Continued

Category	Tool	Developer of instrument	Items	Range	Subscales	Study no. title (author)
Practice	Palliative care practice	Harris et al. Basal and Younis	29	0-1 grade	Relieving dyspnea	6. Effect of palliative care guideline on nurses' knowledge, attitude, and practice at intensive care unit (Mohamed et al.[18])
					Ventilation and oxygen therapy	
					Non-pharmacological interventions to improve sleep in ICU	
Practice	Palliative care practice	Abd-Elaziz et al.	Not described	0±1 grade	Pain assessment and management	12. Impact of implementing a designed intervention palliative care program on critical care nurses' knowledge and practice (Abd-Elaziz et al.[9])
					Use nonpharmacological intervention	
					Physical care at the end of life	
Self-Efficacy	PCEP-GR (the Program in Palliative Care Education and Practice Questionnaire-German Revised Version)	Ferzer et al.	36	5-point likert scale	Psychosocial support	4. Effect of End-of-Life nursing education on the knowledge and performance of nurses in the intensive care unit: a quasi-experimental study (Ghaemizaade et al.[21])
					Spiritual support	
					Pain and symptoms control	
Self-Efficacy	Palliative care self-efficacy scale	Pesut et al.	12	4-point likert scale	Psychological, social, cultural and spiritual aspects of care	13. Improving critical care nurses perceived self-efficacy in providing palliative care: A quasi-experimental study (DeFusco et al.[23])
					Care of the imminently dying Patient	
					Ethical and legal aspects of care.	
Self-Efficacy	Self-efficacy in EOLC	Yang and Shin	14	4-point likert scale	Preparation to provide palliative care	9. End-of-life care Mobile App for intensive-care unit nurses: a quasi-experimental study (Yang and Shin[20])
					Attitudes towards palliative care	
					Self-estimation of competence in communication with dying patients and their relatives	

EOLC: end-of-life care, ICU: intensive care unit, ELNEC: End-Of-Life Nursing Education Consortium.

A Scoping Review of End-Of-Life Care Education Programs for Critical Care Nurses

HAN Eugene¹, CHOI Sumi², YUN Ki Young³, KIM Sung Ha⁴,
KIM Sanghee⁵, YUN Hye Young⁶

Abstract

This article reports on a scoping review that was designed to identify research trends and contents related to End-Of-Life care guidelines in education programs for nurses working in intensive care units. Following the methodology of Arksey and O'Malley, we conducted a scoping review of articles published (in either English or Korean) within the last 10 years that focus on educational interventions for critical care nurses concerning End-Of-Life care. The following domains were abstracted from the collected data: study design, program details, program evaluation, and results. A total 15 studies were extracted and reviewed. The predominant educational approach in these studies was competency enhancement education. The teaching methods employed included lectures, demonstrations, simulations, role-play, workshops, discussions, mentoring, and online training. Most of the educational program evaluations measured changes in knowledge, attitude, or confidence levels related to various aspects of End-Of-Life care, including communication with patients, legal considerations, ethical decision-making, and symptoms management. This study suggests that educational interventions can improve the End-Of-Life care provided by critical care nurses, and future research should target programs aimed at enhancing the relevant skills and competencies of these nurses.

Keywords

terminal care; intensive care units; nurses; critical care nursing; education

1 RN, Intensive Care Unit (ICU), Severance Hospital.

2 RN, Intensive Care Unit (ICU), Yonsei Cancer Center, Severance Hospital.

3 RN, Intensive Care Unit (ICU), Yonsei Cancer Center, Severance Hospital.

4 RN, Intensive Care Unit (ICU), Yonsei Cancer Center, Severance Hospital.

5 Professor, College of Nursing, Yonsei University, Kim Mo-Im Nursing Research Institute.

6 RN, Part Leader, Intensive Care Unit (ICU), Yonsei Cancer Center, Severance Hospital: *Corresponding Author*

수술실 실습을 통한 간호대학생의 학습 경험 및 전문직관

손유하¹, 전희정², 김상희³

요약

보건의료인의 전문직관은 보건의료전문가로서 가져야 할 직업적 역량, 윤리적 가치, 사회적 기대를 반영하는 핵심 개념이다. 대학의 실습교육은 예비의료인으로서 임상 환경을 직접 경험하며 개인의 전문직관을 발전시키는 학습과정을 지원한다. 간호대학생의 경우 임상 실습은 간호사의 업무와 책임을 경험하면서 직업적 신원감을 형성하고 이는 개인의 진로 선택 및 윤리적 가치관과 연결되는 주요 교육과정에 해당한다. 특히 수술실 실습은 고도의 전문성과 책임을 요하는 환경에서 환자 안전, 윤리, 협업 등을 배울 수 있는 특별한 기회를 제공한다. 이에 본 연구는 간호대학생의 수술실 실습을 통한 학습 경험과 전문직관을 탐색하는 것을 목적으로 한다. 연구는 Bengtsson(2016)의 내용분석방법을 활용한 질적기술 연구로 설계하였으며, 자료는 S시 소재 일개 간호대학의 간호대학생이 수술실 실습 후 작성한 자기 성찰 일지 202건을 대상으로 하였다. 자료수집은 2021년부터 2022년까지 2개년도의 3학년 학생들이 작성한 자기성찰일지를 익명화하여 수집하였다. 연구결과, 총 50개의 의미 있는 진술과 10개의 하위 범주를 도출하였고, 최종적으로 3개의 범주 “협업을 기반으로 하는 수술실 돌봄 환경에 대한 인식”, “수술 환자의 옹호자로 역할 하는 간호사에 대한 관찰”, “예비 수술간호사로서의 전문성과 성장에의 도전”을 확인하였다. 본 연구는 수술실 실습이 간호대학생에게 단순히 임상 경험과 지식 습득의 기회를 넘어 개인의 전문성과 가치관을 형성하는 직업적 성장의 기회가 되는 과정임을 보여준다. 따라서 학생들의 전문직관 형성에 기여하고 있는 수술실 실습교육이 간호사로서 필요한 역량 및 직업의식을 강화하고 올바른 전문직관을 형성할 수 있도록 윤리적 고려를 포함한 심화된 교육과정으로 발전되어야 함을 시사한다.

색인어

전문직관; 간호교육; 간호학생; 수술실간호; 윤리

투고일: 2023년 8월 10일, 심사일: 2023년 8월 11일, 게재확정일: 2023년 8월 30일

교신저자: 전희정, 연세대학교 간호대학, e-mail: hj5764@yonsei.ac.kr

1 연세대학교 일반대학원 간호학과, 석사과정, ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-0333-4137>

2 연세대학교 일반대학원 간호학과, 박사과정, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9408-5284>

3 연세대학교 간호대학, 김모임 간호학연구소, 교수, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9806-2757>

I. 서론

1. 연구의 필요성

보건의료인의 전문직관은 보건의료전문가로서 가져야 할 직업적 역량과 윤리적인 가치, 그리고 사회적으로 기대되는 신념을 의미하며, 이는 임상적 역량, 의사소통 능력, 윤리인식을 바탕으로 인간성, 능력, 책임감 그리고 이타주의적인 정신이 성립됨으로써 완성된다[1,2]. 실습교육은 전문직관이 실현되기 위한 요소들을 포함하고 있으며, 실습 현장에서 의료진의 모습을 경험하고 관찰함으로써 이들이 가져야 할 역량과 태도를 습득하게 된다[3]. 명확하게 확립된 전문직관은 임상 현장에서 마주하게 되는 임상적, 윤리적 의사결정이 필요한 상황에서 비판적인 사고를 통해 적절한 결정을 내릴 수 있도록 하고, 우선순위를 설정하거나 동료들과의 팀워크를 끌어갈 수 있는 리더십을 발휘하도록 하므로, 긍정적인 전문직관의 확립이 필요하다[4].

간호대학생의 경우 전문직 간호사로 나아가기 위해서는 이론 교육을 비롯하여 임상현장에서 22학점의 실습교육을 필수적으로 이수해야 하며, 임상실습 현장 지도자와의 일대일 지도를 통해 이론과 관찰을 통해 배워온 간호 술기를 직접 수행하게 되고, 이를 통해 간호 업무에 대한 책임감과 정체성을 경험하게 된다[5]. 간호대학생의 간호전문직관에 관한 선행연구에 따르면, 지지적이고 배움의 기회가 충분한 실습교육환경과 긍정적으로 인식된 간호사의 이미지가 긍정적인 간호전문직관의 확립에 영향을 미치는 것으로 나타났다[6]. 이를 통해 확립된 간호전문직관은 예비 간호사로서 나아가야 할 간호대학생의 진로에 대한 확신과 명확한 직업적 정체성을 가질 수 있도록 하고[7], 윤리적 가치관의 형성에 영향을 미치게 되어 추후 간호사로서 임상현장에 나아가게 되었

을 때 마주하게 될 수 있는 윤리적 문제의 상황에서 올바른 의사결정을 내릴 수 있도록 한다[8].

수술실은 병원 내 실습 부서 중 하나로, 외과의, 마취의, 간호사 등 다학제적인 업무가 같은 공간 내에서 이루어지고 있어 팀워크의 형성과 의사소통이 강조되고, 시간과 인력 또는 의료기기 등 한정된 자원의 공정한 배분과 동시다발적인 업무의 해결을 위한 우선순위 선정에 대한 요구가 발생하고 있다[9,10]. 동시에 침습적인 시술과정과 마취로 인해 환자가 무의식 상태가 됨에 따라 스스로를 옹호할 수 없는 상태가 되므로 환자의 권리와 존엄성이 보호되어야 하고, 의료진에게 환자의 옹호자로서의 역할이 더욱 강조된다. 이러한 수술실의 환경적 특성과 의료진의 행동은 실습 학생에게 새로운 시각을 제공하게 되고, 직업의식과 윤리에 대한 성찰이 이루어지도록 하며, 학생들은 이를 통해 실습 현장에서 마주하게 되는 문제 해결 과정의 역할 모델을 형성하게 된다[11]. 따라서 수술실 실습교육을 통해 간호대학생의 관점에서 수술실의 특성과 간호사의 역할에 대해 대한 교육이 적절히 이루어졌는지를 확인하며, 나아가 간호대학생의 올바른 간호전문직관과 직업의식이 형성될 수 있도록 성찰해야 할 필요가 있다.

지금까지 간호대학생의 임상실습에 관한 다수의 연구가 이루어졌으나, 그 중 수술실 실습 경험에 관해 이루어진 연구는 부족한 실정이다. 국내에서는 간호대학생의 수술실 실습 경험을 기술한 연구[12]가 있었고, 국외에서는 간호대학생 대상 인터뷰를 통해 수술실 실습 경험을 탐색한 연구[13]와 의과대학 학생이 수술실 실습에서 경험한 윤리적 이슈에 관한 연구[14]가 이루어졌다. 그러나 수술실 실습 경험을 바탕으로 간호대학생이 인식한 전문직관에 관한 연구는 찾아볼 수 없었다. 이에 본 연구는 간호대학생의 수술실 실습 경험을 기술하고 이를 통해 인식한 전문직관을 파악하고자 한다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 간호대학생의 수술실 실습 후 작성된 자기성찰일지의 내용을 분석함으로써 수술실 실습 경험을 기술하고, 경험한 전문직관을 파악하며 이를 바탕으로 추후 수술실 실습교육의 개선방향을 모색하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 수술실 실습 교육에서 간호대학생의 자기성찰일지를 통해 학습한 내용을 확인하고, 이를 통해 경험한 전문직관에 대해 탐색하기 위하여 Bengtsson(2016)의 내용분석방법[15]을 적용한 질적 기술연구이다. 내용분석방법은 연구의 관심 현상에 대한 인터뷰, 문서 등 질적 자료에서 표현되는 텍스트들을 분석하여 의미를 도출하고 범주를 식별함으로써 현상에 대한 이해를 돕는 질적 접근 방법이다[15].

2. 연구 대상 및 자료수집 방법

본 연구는 S시의 일개 대학 간호학과에 재학 중인 2개년도 3학년 학생들이 수술실 실습 후 작성한 자기성찰일지를 대상으로 하였다. 해당 학생들은 2021년 3월부터 2022년 12월까지 주 2회 일 8시간씩 2주간, 총 32시간의 실습을 진행하였다. 실습지는 2,000명 이상 규모의 상급 종합병원 내 3개의 센터에 마련되어 있는 수술실로, 총 64개의 수술방이 운영되고 있다. 총 32시간의 실습을 마친 후 학생이 작성하여 제출한 자기성찰일지 202건을 2개년도 학생의 실습과 성적 평가가 모두 완료된 후 2023년 1월에 이름과 학번

을 삭제한 후 익명화하여 수집하였다.

3. 자료 분석 방법

본 연구는 Bengtsson(2016)의 내용분석방법에 따라 자료를 분석하였으며, 구체적인 분석 과정은 다음과 같다. 첫 번째 단계로, 의미 있는 문장 또는 문단을 찾아낸 후 단위화하여 이를 코드화하는 것(decontextualisation)으로, 두 명의 연구자가 수집된 각각의 자료에 'S+번호'를 부여하여 구분하였고, 각 자료를 읽으면서 수술실과 윤리적인 내용을 포함하는 경우 표시하고 해당 내용에 자기성찰일지의 번호와 줄 번호를 표기하여 명시하였다. 이에 따라 도출된 의미 있는 내용은 수집된 자료의 번호인 'S+번호'와 각 자료 내 해당 내용의 줄 번호의 조합으로 분류하였다. 두 번째 단계는 코드화된 의미 단위를 다시 한번 검토하고, 이외에 누락된 내용이 없는지를 확인하는 것(recontextualisation)으로, 연구자 간에 표시된 의미 단위를 재검토하고, 제외된 내용을 중복 확인하여 내용의 적합성을 검토하였다. 세 번째 단계는 의미 단위의 내용은 유지한 채 이를 압축한 후 범주화(categorisation)하는 것으로, 윤리적인 내용이 포함된 의미 단위를 압축하여 연구자의 표현으로 재진술한 후, 연구자 간 논의 과정을 거친 후 유사한 내용의 의미 단위를 묶어 하위 범주를 도출하고 다시 이를 상위 범주로 범주화하였다. 범주에 대해서는 질적 연구 전문가 1인의 검토를 통해 결과의 타당성을 확보하였다. 마지막 단계는 설정된 범주를 분석하고 해당 경험에 대해 어떻게 이해하였는지를 작성하는 과정(compilation)으로, 윤리적 주제로 범주화된 연구결과를 분석하고 이를 통해 간호대학생이 수술실 실습에서 경험한 수술실의 전문직 윤리에 대해 이해한 바를 작성하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 기관의 윤리심의위원회의 심의를 거쳐 승인 받은 후 연구를 진행하였다. 수집된 자료는 2021년 3월부터 2022년 12월까지 간호대학 3학년 학생이 수술실 실습 후 제출한 자기성찰일지에서 이름과 학번이 삭제된 익명화된 자료로 제공받았으므로 대상자 동의 면제 심의를 받았다(IRB No. 4-2023-0164).

III. 결과

간호대학생이 수술실 실습 후 작성한 자기성찰 일지를 바탕으로 분석한 결과, 10개의 하위범주로부터 3개의 범주로 도출되었다(Table 1). 3개의 범주는 “협업을 기반으로 하는 수술실 돌봄 환경에 대한 인식”, “수술 환자의 옹호자로 역할하는 간호사에 대한 관찰”, “예비 수술간호사로서의 전문성과 성장에의 도전”으로 나타났다.

1. 협업을 기반으로 하는 수술실 돌봄 환경에 대한 인식

참여자들은 수술실 실습을 통해 수술실의 돌봄 환경을 다양한 직종 간 협업을 기반으로 하는 환경으로 인식하고 있었다. 해당 범주의 하위 범주로는 “협력을 통해 안전한 환경을 형성함”, “협력을 위해 서로 신뢰하고 배려함”, “돌봄 제공에 있어 의사소통이 중요함”, “정확한 의사소통을 위해 끊임없이 노력함”이 확인되었다.

1) 협력을 통해 안전한 환경을 형성함

참여자들은 ‘안전한 환경’을 주요하게 기술하고 있었으며, 수술실 내의 인력이 안전한 수술 환경

을 조성하기 위해 각자의 위치에서 주어진 업무를 수행하는 동시에 다른 직종과 유기적으로 연결되어, 효율적인 협력 과정을 거치고 있는 것을 경험하였다.

‘Scrub간호사(소독 간호사)는 환자의 수술부위를 주의 깊게 살펴보고 의사와 협력하여 Aceptic [무균술]을 지키며 수술에 임하였다.’(S1-18)

‘수술팀의 경우 간호사, 산부인과 의사, 마취의사 등으로 구성된다. 산부인과 의사는 수술 전에 수술의 필요성 결정, 수술 절차에 대한 결정, 수술 전 검사 관리, 수술 중 환자의 안전과 수술실의 관리, 수술 후 환자 관리를 한다. 마취의사와 마취전문 간호사는 환자의 통증을 없애고 근육을 이완시켜 주며, 기도를 유지시키며 수술 중에 환자의 심장, 호흡기능, 활력징후를 모니터링하여 문제가 발생하면 즉시 산부인과 의사에게 알린다. 소독 간호사는 집도의 옆에서 수술에 직접 참여를 하게 되고 수술에 필요한 도구들을 정돈하고 수술 중 기구를 의사에게 전달하고 미리 필요한 요구를 파악하여 돕는다. 순환 간호사는 환자를 위해 안전한 환경을 만들고 멸균영역 외의 활동들을 관리한다.’(S02-18)

2) 협력을 위해 서로 신뢰하고 배려함

수술실 내에서 직종 간 원활한 협력이 이루어지기 위해서는 상호 직종의 업무에 대한 이해와 협업에 필요한 의료진 간의 배려, 신뢰 그리고 수평적인 의사소통이 이루어져야 함을 학습하고 있었다.

‘팀으로서의 협력이 잘 이루어지기 위해서는 서로의 전문 분야를 존중하고, 수평적인 의사소통을 진행하도록 노력해야 한다. 지나치게 수직적이거나 경직된 분위기는 오히려 조직의 의사소통을 저

〈Table 1〉 Categories for nursing students' operating room experience

Key meanings	Sub-categories	Categories
Provide a safe surgical environment for patients through cooperation.	Collaborate to create a safe environment	Care environment in operating room based on cooperation
Create a safe environment by efficiently cooperating according to each given role and task.		
Collaboration should be based on trust among medical staff.	Trust and care for each other for cooperation	
Emotional attitude makes team cooperation difficult.		
Horizontal communication facilitates team cooperation.		
Understanding and considering the other's work is necessary for team cooperation.	Communication is important in providing care	
Share their task through communication and work efficiently.		
Providing the best care for patients through communication.		
Communication is important to cope with various situations.		
Manage resources in the operating room through communication, and distribute and utilize it by quickly determining.	Constantly striving for accurate communication	
It is important to understand and understand patients well for accurate communication.		
Constantly striving to acquire the clinical knowledge necessary for communication.	Operating room provides psychological care without missing out	Nurse as a advocator of surgery patients
Providing nursing from the patient's point of view for the well-being of the subject.		
Feel the timing and importance of psychological intervention in the operating room.		
Trying to form a rapport in the O.R.		
Provides supportive nursing for patient anxiety.	Confirm and observe essential procedures repeatedly	
Provide a safe environment for patients through infection control and supervision.		
Continuing safety activities by checking the basic repetitive procedures.		

〈Table 1〉 Continued

Key meanings	Sub-categories	Categories
It is important to maintain a sterile environment. Recognize and practice repetitive confirmation. Team members participating in the surgery repeatedly check the same content. The surgical team repeatedly checks the patient's condition. Various procedures for patient safety are in place and followed. Attitude of practicing patient safety activities is needed. Activities are being carried out to prevent falls of patients.	Confirm and observe essential procedures repeatedly	Nurse as a advocator of surgery patients
Beware word and action in front of anesthetized patients. Minimize patient physical exposure in the operating room. Sensitive recognition and management of the exposure of the patient's body parts. Provide repeated and tailored training to the patient. Providing nursing care with respect for patients as human beings.	Respect surgery patients as a human being	
Considering about the attitude as a professional in a surgical environment where the patient's body is exposed. Practicing to protect patient' personal information. Learn that respect for patients should be applied to all nursing practices. High ethical awareness is required in nursing vulnerable patients. An honest and ethical attitude is required for a safe environment. The patient's position should be considered more sensitive than any other department. Feel the respect and attitude of vulnerable patients from medical staff.	Consider about the attitude as a healthcare professional to protect vulnerable	Professionalism and growth as a prospective surgical nurse

〈Table 1〉 Continued

Key meanings	Sub-categories	Categories
More attention is needed to respect patients and protect their privacy because they are unconscious.	Consider about the attitude as a healthcare professional to protect vulnerable	Professionalism and growth as a prospective surgical nurse
Growing up from a student to a prospective nurse. Hope to grow into the ideal nurse think they are. Expanding perspective on the role and work of nurses. Feel responsible for nursing practice.	Develop oneself as a nurse	
Practice mediating anxiety directly on patients. Time to actually observe or apply a theory. Have an opportunity to practice surgical nursing on their own. Experience that even a small mistake can endanger the patient's life. Experience the tasks and responsibilities of actual medical staff through practice. Realize work ethic for a job is important as a job connected to life. Listen and learn about nursing professionalism through an operating room nurse.	Practice surgical nursing, and feel responsible and professional consciousness	

해하게 될 것이고, 이는 대상자의 건강을 위협하는 환자안전사고의 가능성을 높일 수 있다.’(S74-49)

‘의료진 간의 신뢰를 기반에 둔 의사소통 태도를 함양하는 것은 치료의 질을 향상시키는 데 기여하게 된다. 각자의 자리에서 서로 다른 역할을 수행하면서도 결국 하나의 팀으로 운영되어야만 하는 것이 의료현장의 특성이다. 그 과정에서 효과적인 의사소통 기술을 습득하여 활용하는 것만큼이나 중요한 것이 사람과 사람 간의 신뢰와 존중, 배려이다.’(S145-47)

3) 돌봄 제공에 있어 의사소통이 중요함

수술에 필요한 정보를 수술실 내 의료진끼리 공유하고, 예상치 못한 상황이나 한정된 자원을 배분하여야 하는 상황에서 의료진 간의 의사소통을 통해 이를 해결해 나가며, 이러한 과정이 최종적으로 환자에게 최상의 돌봄으로 이어지는 것을 경험하였다.

‘마취과 의사와 마취전문간호사는 수술중 환자의 심장, 호흡기능, 활력징후를 모니터링하여 문제가 발생하면 즉시 산부인과 의사에게 알려야 하고 집

도의도 이에 신속하게 반응해야 한다.’(S02-36)

‘의료진들 사이의 의사소통으로 이전에는 서로의 영역으로 제한된 사고에서 통합적으로 연계된 사고로 확장시켜, 각 영역에서 최선의 방법들만 끌어내는 것이 필수적이다.’(S03-72)

4) 정확한 의사소통을 위해 끊임없이 노력함

의료진 간에 정확하게 정보를 공유하고 이를 받아들이는 데에 필요한 임상 지식을 습득하기 위해 끊임없이 노력하고, 환자를 정확하게 파악하고 이해하고자 함을 느꼈다.

‘수술진행이 원활하기 위해서 Scrub 간호사는 수술에 필요한 기구가 무엇인지, 이 과정에는 어떤 기구가 필요한지에 대한 수술 전반의 이해가 필요하다’(S01-24)

2. 수술 환자의 옹호자로 역할 하는 간호사

참여자들은 수술실 간호사가 수술 환자를 대하는 모습을 통해 마취된 상태로 스스로를 방어하지 못하는 수술 환자를 존중하고 옹호하는 역할을 경험하였고, 분석된 하위범주는 ‘수술실에서도 심리적 간호를 놓치지 않고 제공함’, ‘주어진 절차를 반복적으로 확인하고 준수함’, ‘수술환자를 인간적으로 존중함’으로 도출되었다.

1) 수술실에서도 심리적 간호를 놓치지 않고 제공함

수술 전 또는 수술 후에 수술에 대한 불안을 호소하는 환자에게 지지 간호를 제공하고 라포를 형성함으로써 불안을 완화시키고자 하는 모습을 관찰하였다.

‘수술실 실습을 하면서 본 갑상선 수술 환자들은 대부분 청년기와 중년기의 여성이 많았는데, 수술 전 처치실에서부터 수술에 대한 두려움으로 인해 손을 떨거나 불안해하는 표정을 많이 보였다. 이 때문인지 처치실은 수술 환자들의 긴장 이완을 돕는 환경을 조성하고자 잔잔하고 조용한 음악이 틀어져 있었고, 대상자가 침대에 누워 바라보는 천장에는 하늘 그림이 붙어 있었다.’(S124-76)

‘수술 전 불안을 호소하는 대상자를 위해 수술 과정 전반에서의 불안 완화 간호와 더불어 정신과적인 협력관계와, 보호자와의 협력관계, 병동 간호사와의 협력관계를 통해 총체적인 불안 완화 간호가 제공될 수 있다.’(S136-152)

2) 필수적인 절차를 반복적으로 확인하고 준수함

수술실 내 의료진들은 환자가 안전하게 치료를 받을 수 있도록 노력하며, 특히 환자 건강과 안전을 보호하기 위해 감염관리, 낙상예방 등의 다양한 조치와 절차들을 준수하는 것을 경험하였다. 또한, 기본적인 절차들을 수행하는 과정이나 수술 환자의 정보에 대해 반복적으로 재확인하여 환자의 안전을 도모하는 모습을 관찰할 수 있었다.

‘멸균 과정, 투약 과정, 수술 전 처치 과정, time-out 등에서 여러 분야의 사람들이 같은 내용을 반복적으로 확인하는 과정에서 사고의 확률을 줄일 수 있다. 서로의 실수를 바로 잡아주고, 엄격한 통제 속에 점검을 하여 대상자의 안전을 최대한 보장할 수 있다.’(S04-65)

‘수술실 의료사고에 대한 안전 주의를 반복하여 들을 수 있었는데, 환자에게 동의서를 받고 거의 4차례를 연속하여 수술명과 수술 부위 및 목적을 확

인하는 것이 인상 깊었다. 더불어 기본적인 투약 오류 방지를 위한 노력과 환자 한 명, 한 명에 대한 온전한 집중 그리고 대상자 상황에 이입하여 생각하고 고려하는 간호 중재들을 보며 전문직관에 대한 성찰을 할 수 있었다.’(S181-83)

3) 수술환자를 인간적으로 존중함

수술로 인한 환자의 신체 노출을 최소화 하고, 환자가 마취된 상태이더라도 언행에 주의를 기울이거나 인간적으로 존중하는 모습을 볼 수 있었다.

‘첫 번째는 수술 부위를 제외한 중요 부위인 성기 부분 보호를 위해 천을 덧대고 또 계속 드러나지 않게 덮어 주는 모습을 관찰할 수 있었다. 비록 환자는 의식이 없지만 환자의 사생활 보호를 위해서 노력하는 모습을 볼 수 있었다.’(S57-57)

‘수술 이후 수술 부위에서 피 자국이 남아있었는데 수술실에서 나가기 전 간호사 선생님께서 그 자국 또한 깨끗이 닦아 주는 모습을 보면서 피를 보고 당황할 대상자를 존중하고 있음을 느낄 수 있었다.’(S57-59)

3. 예비 수술간호사로서의 전문성과 성장에 의 도전

수술실 실습을 통해 수술실의 윤리적인 환경과 의료진의 윤리적인 태도를 관찰하고 수행하며, 이에 대해 비판적으로 사고함으로써 미래에 수술실 간호사로 근무하게 될 자신의 모습에 대해 고민하고 발전함을 느꼈고, 분석된 하위 범주는 ‘취약한 환자를 보호하기 위해 의료인으로서 가져야 할 태도를 생각하게 됨’, ‘간호사로서의 자신의 모습이 발전함’, ‘실습을 통해 배운 지식을 실천하고 새로운 지식을 얻음’으로 도출되었다.

1) 취약한 환자를 보호하기 위해 의료인으로서 가져야 할 태도를 생각하게 됨

마취로 인해 스스로를 전혀 방어할 수 없는 취약한 환자를 안전하게 보호하고 인간적으로 존중하기 위해서는 높은 수준의 윤리의식이 필요하고, 환자의 입장을 민감하게 고려해야 할 필요가 있음을 느꼈다.

‘특히 수술실에서의 환자는 마취가 되어 의식이 없는 채로 말 그대로 의료진을 포함한 수많은 분야에 자신을 ‘맡기는’ 것과 다름 없는 환경에 놓이게 된다. 이는 행위의 바탕에 윤리적인 태도와 양심이 놓이게 되는 상황이기도 한데, 특정 행위와 문제에 대해 한 분야가 아닌 여러 분야에서 접근한다면 보다 높은 정도의 윤리적인 처치를 의식이 없는 대상자에게 행할 수 있게 된다. 더 높은 수준의 윤리의식이 행위에 바탕이 될 때, 대상자는 분명 더 높은 수준의 건강상의 이익을 얻을 수 있을 것이다.’(S49-106)

‘이번 실습 도중 간호대학에서 환자 정보 보호와 관련한 이슈가 있었다. 당연하게 여기고 서명했던 정보보호 서약서를 다시 작성하며 환자 정보 보호 및 비밀유지에 대해 깊게 생각할 수 있었다. 앞으로도 정중한 말투로 의사소통하기 위해 노력하고, 개인정보보호를 위해 실습지 외의 공간에서 절대 대상자에 대해 이야기하지 않을 것이다.’(S50-103)

2) 예비간호사로서 발전하는 자신의 모습에 대해 기대함

수술실에서의 실습 경험을 통해 예비간호사로서의 시야를 넓힐 수 있었고 간호 행위를 직접 해봄으로써 이에 대한 책임감을 느끼게 되었고, 이

상적인 간호사의 모습에 대해 생각하는 계기가 되었다.

‘실습 이전에는 예비 의료인이라기보다는 일반 대학생에 가까웠지만, 병원에서 의료진들의 과업과 책임감을 배우고 나면서 간호사 되기 전, 전문직의 태도에 대해 다시금 생각해볼 수 있던 계기였다.’(S02-101)

‘무엇보다 실습에서는 이상적인 간호사의 이미지를 새기고 환자의 안전과 안위를 위해 위의 전문직관 및 간호 윤리를 시행할 수 있는 직업인으로 발전하고 싶다는 생각을 하게 되는 시간이 많았다.’(S96-99)

3) 수술간호를 실천하고 책임감과 직업의식을 느끼게 됨

이론적으로 배운 내용을 실제로 관찰하거나 직접 수행할 수 있는 기회였고, 현장에서의 관찰을 통해 의료진의 직업의식과 사명감을 느낄 수 있었다.

‘아주 작은 실수로 인해 환자에게는 생명이 위독해지는 감염상황을 초래한다는 것을 알게 되었고, 짧은 시간이었지만 점점 무균에 대해 의식하고 조심성이 높아지는 내 모습을 스스로 느끼며 간호사의 전문성에 한 발짝 다가간 느낌이었다.’(S03-117)

‘수술 시작 전 Time out을 진행하고 수술 기구 등에 대한 counting을 진행하는 모습을 이론으로만 배우다가 실제로 볼 수 있어 흥미롭고 인상 깊었다. 이와 더불어 Time out 및 counting이 잘 지켜지는 환경을 유지하는 것이 대상자의 수술 관련 안전 사고 예방 및 수술 후 합병증 예방

에 많은 영향을 미칠 것임을 더욱 체감할 수 있었다.’(S196-68)

IV. 논의

본 연구는 간호대학생이 수술실 실습을 하는 동안 경험하고 인식한 수술실의 윤리적 측면 및 의료진의 윤리적 태도를 파악하여 수술실 실습 교육을 증진하고자 실시되었다. 간호대학생이 제출한 자기성찰일지의 내용을 분석한 결과, 3개의 범주가 확인되었다. 3개의 범주는 협업을 기반으로 하는 수술실 돌봄 환경에 대한 인식, 수술 환자의 옹호자로 역할 하는 간호사에 대한 관찰, 예비 수술간호사로서의 전문성과 성장에의 도전으로 분석되었다.

첫 번째 범주인 “협업을 기반으로 하는 수술실 돌봄 환경에 대한 인식”에서, 간호대학생은 실습을 통해 수술실의 환경적 특성을 안전한 환경이라고 인식하고 있었고, 안전한 환경을 조성하기 위해 수술실 내 의료진의 역할은 서로 유기적으로 연결되어 협력하고 있음을 경험하였다. 이 과정에서 환자 안전을 위해 수술에 필요한 정보를 직종간 공유하고 예기치 못한 상황에 효율적으로 대처하기 위해서는 동료 간 존중과 신뢰, 수평적인 의사소통 방식이 필요함을 인지했다. 이는 수술실 간호사가 돌봄을 제공하는 데 필요한 역량이 의사소통과 협업능력이고[12,14], 수술실 내 의료진 간의 개방적인 의사소통이 필요한 정보를 공유함으로써 환자의 안전을 도모하고, 동료에 대한 배려와 존중의 태도가 건강한 팀 협력 분위기 형성을 돕는 선행 연구의 결과와도 일치한다[16,17]. 특히, 실습 교육에서 관찰한 협업 태도는 간호대학생의 향후 임상수행능력뿐만 아니라 간호전문직관의 형성에도 밀접한 영향이 있다[18]. 따라서, 수술실은 임상과, 마취과, 간호사

를 비롯하여 다양한 분야의 인력이 하나의 공간에서 수술이라는 공동의 목표를 달성하기 위해 효율적인 상호작용이 이루어지는 곳으로[19], 협업과 의사소통을 관찰하고 성찰해볼 수 있는 실습 환경이 조성되어야 할 것이다. 나아가 실습 교육 과정에서 다학제 간 의사소통과정을 통한 문제 해결 능력과 의사소통 기술의 향상을 위한 직접 수행해보는 시뮬레이션 방법 등의 다양한 교육 방식을 채택할 필요가 있다[20].

두 번째 범주인 “수술 환자의 옹호자로 역할하는 간호사”에서, 수술실에서 돌봄을 제공할 때 환자의 취약성을 중요하게 고려해야 할 점으로 경험하고 있었다. 이들은 수술실 간호사가 의식이 온전치 않은 환자를 대상으로 정서적 지지 간호를 제공함으로써 환자의 심리적 안정을 돕고 환자의 인권을 침해할 수 있는 언행에 주의하거나 신체 노출을 최소화함으로써 환자의 옹호자로서 역할하고 있음을 경험하였다. 이러한 결과는 수술실 의료진이 환자의 신체 노출 최소화, 개인정보 보호, 수술에 필요한 정보 제공을 통해 심리적 지지와 환자 안전을 도모하는 역할을 확인한 이전 연구와도 일치한다[19,21]. 그러나 이러한 학습경험과 일치한 결과[22]도 있었으나, 반대로 간호대학생이 임상실습을 통해 취약한 환자의 존엄성이 보호받지 못하거나 기본적인 절차를 준수하지 않는 모습으로 인해 예비간호사로서 도덕적 고뇌를 경험하기도 했다[23]. 이는 곧 실습 경험이 간호대학생의 윤리 의식을 환기시키는 역할을 하며, 실습 교육이 간호대학생의 윤리적 가치관의 성장 발판으로서 기능할 수 있음을 의미한다. 수술실은 침습적 의료 행위인 수술을 중심으로 돌봄이 제공되는 환경으로 환자는 낮은 상태에서 정서적 불안을 느끼고, 특히 전신 마취 상태의 환자는 스스로를 방어할 수 없는 의식 상태에 이른다. 따라서 수술실 실습을 하는 간호대학생은 이와 같은 환자를 돌봐야 하는 상황에서 발생할 수

있는 또는 발생하는 윤리적 문제를 민감하게 인지하고 수술실 간호사의 적절한 역할과 윤리적 행동에 대해 학습할 수 있는 기회가 되어야 한다.

마지막 범주인 “예비 수술간호사로서의 전문성과 성장에의 도전”에서는, 수술실 의료진의 모습을 통해 학생 스스로 자신의 전문직관을 형성하고 있었는데 의료진의 윤리적인 행동을 관찰함으로써 이상적인 간호사의 모습을 구체적으로 생각하고 직접 수술 환자를 대상으로 수술간호를 수행해봄으로써 수술간호사에게 필요한 전문성과 책임감을 성찰하고 있었다. 이는 간호대학생이 임상실습을 통해 인식한 간호사의 이미지와 경험한 임상실습 현장의 교육환경으로부터 영향을 받아 간호전문직관을 형성하게 된다는 선행연구와 같은 맥락을 이루고 있다[24,25]. 긍정적으로 형성된 간호전문직관은 윤리적 민감성을 높이게 되고, 이는 임상현장에서 발생하게 되는 윤리적 딜레마의 상황에서 윤리적 의사결정이 원활하게 이루어질 수 있도록 한다[26,27]. 또한, 간호대학생의 윤리적 가치관은 임상실습에서 마주하게 되는 환자와 의료진과의 상호작용으로부터 크게 영향을 받게 되므로[28], 교과 과정을 통해 의료진과 자신의 행동에 대한 윤리적 성찰과 비판적 사고의 기회를 제공될 수 있도록 해야 한다.

수술실에서의 윤리적 문제는 종합적 관점에서 전문직 윤리, 조직 윤리, 환자안전, 환자권리, 자원의 분배로 분류된다[29]. 본 연구 결과에서 식별된 세 가지 범주 또한 이 분류의 일부에 해당한다. 이는 간호대학생 때의 실습 경험이 임상 현장에서 더 넓고 깊은 범위로 확산됨을 의미한다. 간호대학생의 환자 권리에 대한 인식은 임상현장에서의 윤리적 판단과도 연결되기에[30], 실습 경험을 통한 학습은 식별된 윤리 전반에 걸쳐 충분히 다루어져야 한다. 따라서 수술실 실습 교육에서는 환자의 신체적 노출과 개인정보 누출에 대한 경각심을 강조하고, 실습 현장 지도자는 환자

의 권리와 존엄성을 지키기 위해 전문직 윤리의 준수를 위해 적절한 행동을 실천하고, 수술실 내에서 발생할 수 있는 윤리적 문제를 다룸으로써 윤리적 고려가 반영된 심화된 교육이 요구된다. 미국 수술실간호사 협회(AORN, The Associate of Perioperative Registered Nurse)에서는 환자의 권리와 존엄성을 보호, 동료들과의 관계 윤리를 준수, 환자의 사생활과 개인정보 보호, 간호 표준을 엄수, 전문직으로서의 책임감을 강조하고 있는데[31], 이는 현재 수술실 실습 교육 내용과 일맥상통하며, 수술실 간호사로서 필요한 역량을 충분히 포함하고 있다. 또한, 수술실은 감염관리 등의 이유로 인해 실습이 제한적이고, 대부분의 교육이 관찰로 이루어지게 되거나 한정적인 역할을 수행하는데 그치고 있어 보다 적극적인 경험이 어렵다는 선행연구에도 불구하고, 본 연구에서는 직접적인 간호 수행을 통해 수술간호에 대한 책임감과 직업에 대한 소명의식을 느끼는 것으로 나타났다[12]. 따라서 수술실 실습교육을 통해 수술실 간호사의 역할에 대해 인지하고, 올바른 간호전문직관과 가치관을 형성하도록 하기 위해서는 현장 지도자의 교육 내용에 대한 실천을 비롯하여 학생이 몸소 이를 실천할 수 있는 기회가 충분히 제공될 수 있도록 협조적인 교육 환경을 조성하고 지지적인 태도를 갖추어야 할 필요가 있을 것이다.

본 연구는 간호대학생의 수술실 실습 경험의 기술을 통하여 간호대학생이 인식한 전문직관을 파악하였으며, 나아가 이를 통해 수술실 실습교육의 성과와 개선 방향을 파악하였다는 것에 의의가 있다. 또한, 본 연구는 간호대학생에 국한하지 않고, 보건의료계열의 실습교육에 이를 적용할 수 있을 것으로 생각된다. 그러나 본 연구는 일개 간호대학의 학생들을 대상으로 하였고, 실습 후 작성한 자기성찰일지를 후향적으로 분석하여 학생들의 경험을 깊이 이해하기에는 다소 제

한적이다. 따라서 반복적인 연구와 간호대학생을 대상으로 면담 또는 설문 등의 전향적 연구를 통해 재확인이 필요할 수 있겠다.

V. 결론

본 연구는 간호대학생의 수술실 실습경험을 기술하고 이를 통해 인식한 전문직관을 파악하고자 자기성찰일지를 분석한 질적 기술연구이다. 본 연구에서 간호대학생은 수술실 실습에서 수술실의 환경과 업무적 특성을 파악하였고, 취약한 환자에 대한 수술실 간호사의 역할에 대해 인식하게 되었으며, 이를 통해 예비 간호사로서 성장하게 되는 것으로 나타났다. 수술실 실습 교육은 간호대학생의 임상현장 관찰과 지식 습득에 그치지 않고, 개인의 전문직관 및 가치관의 확립과 직업적 성장에 영향을 미치고 있었다. 이에 본 연구 결과를 바탕으로 수술실 실습교육에 있어 수술실 간호사로서 필요한 역량과 직업의식을 관찰하고 몸소 실천할 수 있는 교육 환경과 방안이 마련되어야 할 것으로 생각된다. ☺

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Sattar K, Akram A, Ahmad T, et al. Professionalism development of undergraduate medical students: effect of time and transition. *Medicine* 2021;100(9):e23580. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023580>
- [2] Ho MJ, Yu KH, Hirsh D, et al. Does one size fit all? building a framework for medical professionalism. *Acad Med* 2011;86(11):1407-1414. <https://doi.org/10.1093/acmed/bqab001>

- org/10.1097/ACM.0b013e31823059d1
- [3] Igarashi R. Enhancing professionalism of first-year medical students through early nursing practice training and attitude education. *Korean J Med Educ* 2023;35(2):175-185. <https://doi.org/10.3946/kjme.2023.258>
- [4] Lee J, Jang MH. The influences of critical thinking ability, communication skills, leadership, and professionalism on clinical practice ability in nursing students. *J East-West Nurs Res* 2017;23(2):124-133. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2017.23.2.124>
- [5] Park JS, Park YS. Preceptees' experiences of nursing students in the clinical practice with preceptorship: "being refined while taking a firm stand with lack". *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2018;24(2):168-180. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2018.24.2.168>
- [6] Kim CH, Kim JY. Influence of nursing students' clinical practice learning environment, self-leadership, and clinical practice belonging on nursing professionalism. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2019;25(1):5-16. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2019.25.1.5>
- [7] Ram Lee A, Jang HJ. The effects of nursing professionalism and clinical practice stress on career identity in nursing students. *J Korean Data Anal Soc* 2020;22(6):2427-2442. <https://doi.org/10.37727/jkdas.2020.22.6.2427>
- [8] Oh MJ, Lee JM. The effect of professionalism, critical thinking and ethical decision making on the nursing ethical values of nursing students. *AJMAHS* 2017;7(11):181-195. <https://doi.org/10.14257/AJMAHS.2017.11.14>
- [9] Göras C, Nilsson U, Ekstedt M, et al. Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC Health Serv Res* 2020;20(1):440. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05192-8>
- [10] Kelly PD, Fanning JB, Drolet B. Operating room time as a limited resource: ethical considerations for allocation. *J Med Ethics* 2022;48(1):14-18. <https://doi.org/10.1136/medethics-2020-106519>
- [11] Howard F, McKneally MF, Upshur REG, et al. The formal and informal surgical ethics curriculum: views of resident and staff surgeons in Toronto. *Am J Surg* 2012;203(2):258-265. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2011.02.008>
- [12] Song MS, Park KM. Practice experience of nursing student in operating room. *J Converg Cult Technol* 2020;6(2):357-367.
- [13] Totur Dikmen B, Bayraktar N. Nursing students' experiences related to operating room practice: a qualitative study. *J Perianesth Nurs* 2021;36(1):59-64. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.06.025>
- [14] Marsden KA, Kaldjian LC, Carlisle EM. Ethical issues encountered during the medical student surgical clerkship. *J Surg Res* 2019;244:272-277. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.06.047>
- [15] Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open* 2016;2:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- [16] Ahn S, Lee NJ. Experience of communication for patient safety by perioperative nurses. *J Korean Acad Nurs Adm* 2019;25(4):329-339. <https://doi.org/10.1111/jkana.2019.25.4.329>
- [17] Lammert A, Alb M, Huber L, et al. Professional teamwork and communication in the operating room: a narrative review. *Anaesthesist* 2022;71(2):141-147. <https://doi.org/10.1007/s00101-021-01027-1>
- [18] Lee EK, Ji EJ. Factors influencing nursing professionalism in nursing students: clinical learning environment and attitude toward nurse-physician collaboration. *J Korean Acad Fundam Nurs* 2016;23(2):126-135. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2016.23.2.126>
- [19] Bakhtiari S, Rakhshan M, Shahriari M, et al. Perspective and experience of operating room personnel on ethical behaviors. *Electron J Gen Med* 2020;17(3):em198. <https://doi.org/10.29333/ejgm/7821>
- [20] Park SJ. Effect of simulation-based communication

- education on the problem-solving process, communication self-efficacy and communication ability of nursing college students. *J Korean Soc Simul Nurs* 2022;10(1):31-42. <https://doi.org/10.17333/JKSSN.2022.10.1.31>
- [21] Jong PS, Hee HS, Sun BG, et al. A study on anesthesia and operating room (OR) nurses' perception and performance of privacy protection behavior for patients undergoing general anesthesia surgery and patients' satisfaction with operating room hospitalization experience. *J East-West Nurs Res* 2023;29(1):24-32. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2023.29.1.24>
- [22] Kim J. Nursing students' experience of nursing ethics in fundamentals of nursing practicum. *J Korea Acad Ind Coop Soc* 2022;23(10):256-267. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2022.23.10.256>
- [23] Noh YG, Jung MS. A study of moral judgment and ethical decision making and ethical dilemmas experienced in practice by nursing students. *J Korea Acad Ind Coop Soc* 2013;14(6):2915-2925. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2013.14.6.2915>
- [24] Lim KM, Jo EJ. Influence of satisfaction with clinical practice and image of nurses on nursing professionalism of nursing students. *J Korea Acad Ind Coop Soc* 2016;17(4):556-566. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2016.17.4.556>
- [25] Kim YS. The effects of nursing students' major satisfaction, nurse image, clinical practice education environment, and clinical practice belonging on nursing professional intuition. *J Korea Soc Comput Inform* 2023;28(5):113-120. <http://doi.org/10.9708/jksci.2023.28.05.113>
- [26] Kim YK, Joung MY. Influence of nursing professionalism and campus environment on the perception of ethical sensitivity among nursing students. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2019;25(1):115-124. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2019.25.1.115>
- [27] Kang BH, Cho HY. Mediating effect of moral sensitivity on the relationship between nursing professionalism and ethical decision-making confidence in nursing students. *J Korean Acad Soc Nurs Educ* 2023;29(2):180-189. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2023.29.2.180>
- [28] Dehghani A. Factors affecting professional ethics development in students: a qualitative study. *Nurs Ethics* 2020;27(2):461-469. <https://doi.org/10.1177/0969733019845135>
- [29] Jeon HJ, Kim SH, Shon YH, et al. Ethical issues in the operating room: a scoping review. *Nurs Ethics*. Forthcoming 2023.
- [30] Kim MS, Jeon MK. Influence of perception of patient rights and ethical values on biomedical ethics awareness in nursing students. *J East-West Nurs Res* 2018;24(1):1-9. <https://doi.org/10.14370/jewnr.2014.20.1.1>
- [31] AORN Ethics Committee. AORN's perioperative explications for the ANA code of ethics for nurses with interpretive statements. Denver: AORN; 2017.

Perceived Professionalism among Student Nurses: What They Learning and Encountering in the Operating Room?

SHON Yuha¹, JEON Heejung², KIM Sanghee³

Abstract

Professionalism, which encompasses competencies, ethics, and societal expectations, is an essential feature of modern medical practice. For nurses, practical education in clinical settings, including the operating room, can foster professionalism by demonstrating the importance of patient safety, ethics, and collaboration. This article reports on a study that investigated nursing students' learning journey and perceptions of professionalism during an operating room practicum. This qualitative descriptive study, which used Bengtsson (content analysis, analyzed 202 self-reflective reports written by junior students at a nursing college in one city in South Korea between 2021 and 2022. The analysis yielded 50 key meanings and 10 sub-categories and identified the following three categories: "Perceptions of a collaborative operating room care environment," "Observations on nurses as advocates for surgical patients," and "Challenges to professionalism and growth as future perioperative nurses." The results of the study indicate that the operating room practicum offered more than clinical exposure; it also fostered professional growth and shaped ethical values. On the basis of these findings we suggest that practical education in the operating should be integrated with ethics education to enhance skills, cultivate professional awareness, and promote professionalism in nursing.

Keywords

professionalism; education, nursing, baccalaureate; students, nursing; operating room nursing; ethics

1 Graduate Student, Department of Nursing, Graduate School, Yonsei University.

2 Ph.D. Student, Department of Nursing, Graduate School, Yonsei University: *Corresponding Author*

3 Professor, Department of Nursing, Graduate School, Yonsei University.

한 의과대학에서 죽음학 교육 필요성에 대한 인식조사 및 교과목 설계

진명호¹, 이해웅², 김선경³

요약

죽음학 수업이 최근 한국에서도 연구가 활발하게 진행되고 있고, 의과대학에서도 죽음학과 관련된 강의가 개설되어 진행 중이다. 한 의과대학에서는 의료윤리 과목 내에서 죽음과 관련된 윤리 문제 등의 학습성과를 설정하고 있지만, 죽음학을 주제로 하는 과목은 개설되어 있지 않은 실정이다. 이에 본 연구에서는 한 의과대학 교수, 졸업생, 학생들을 대상으로 죽음의 인식이나 죽음교육 인식 및 요구에 대한 내용을 바탕으로 설문 조사를 진행하였다. 설문 조사 결과 죽음을 가깝게 인식하고 있었고, 죽음교육이 필요하다고 응답하는 비율이 높았다. 또한 죽음교육이 필요한 이유에 대해서는 환자의 죽음에 대한 대처, 자신과의 대면 등의 답변이 있었고, 죽음교육에서 다루어야 할 중요한 주제는 의료인으로서 임상에서 죽음 맞이, 죽음을 통한 삶의 태도·방식에 대한 교육 등이었다고 보았다. 이러한 설문 결과를 토대로 의과대학 죽음교육 현황, 한 의과대학 자문 및 관련 저서, 논문을 검토 및 참조하여 한 의과대학에서 진행할 수 있는 한 학기 분량의 죽음교육 수업계획서를 제안하였다. 본 죽음학 수업 제안이 한 의과대학 교육과정에 도움이 되기를 바라며, 후속 연구들이 진행되기를 기대한다.

색인어

의학교육; 죽음교육; 죽음준비; 한 의과대학; 교육과정

투고일: 2023년 8월 10일, 심사일: 2023년 8월 11일, 게재확정일: 2023년 9월 7일

교신저자: 김선경, 동의대학교 한 의과대학 의학교육학교실, e-mail: pietas@deu.ac.kr

1 동의대학교 한 의과대학 내과학교실, 조교수. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-4701-8994>

2 동의대학교 한 의과대학 예방의학학교실, 교수. ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-8457-3751>

3 동의대학교 한 의과대학 의학교육학교실, 조교수. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7022-0234>

I. 서론

태어나고 죽는 것은 자연의 이치이며 죽음은 누구도 피할 수 없는 삶의 한 과정이다. 평균수명이 늘어나고 고령화 사회에 이르는 현대 사회에서는 단순히 수명을 늘리는 것이 아닌 건강하게 오래 사는 것을 꿈꾼다. 삶의 질을 현저히 떨어뜨리며 더 나아가 인간으로서 가지는 존엄을 훼손하는 질병은 과연 살아있는 것이 죽는 것보다 낫겠느냐는 물음을 던진다. 그러므로 중풍, 치매, 파킨슨병 같은 질병처럼 육체적인 파행뿐 아니라, 인지와 기억 등 정신적 사고 활동과 관련된 장애를 초래하는 경우 삶의 존엄이 어디까지인가 하는 문제가 사회적으로 중요한 주제가 되었다.

병원에서 생을 마감하는 것이 일반화된 시대에 말기 환자들의 경우 언제까지 병원에서 관리해야 하는가 하는 문제는 의료윤리의 여러 원칙과 관련되어 있어 풀기 어려운 측면이 있다. 존엄사와 안락사 같은 용어도 아직 명확하게 구분되지 않으며, 앞으로 많은 논의와 법적 개선의 과정이 있을 것으로 생각된다[1]. 존엄사와 관련된 사회적 논의는 오랫동안 이루어졌고 그 결과물로 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(약칭: 연명의료결정법)」이 탄생하였으며 여전히 개선 논의가 이어지고 있다[2]. 세계 여러 나라에서 자발적 안락사를 인정하고 있으며, 또 앞으로 인정하려는 움직임이 있다. 우리나라에서도 과거에 비해 매우 달라진 시각을 보이고 있으며, 조력존엄사 같은 민감한 주제마저 입법화 논의가 있을 정도이다.¹⁾

삶과 죽음은 전통적인 철학, 윤리학, 법학 등의 탐구 대상이었고, 현대에 와서는 삶과 죽음 그 자

체의 과학적 실체에 관한 연구도 계속되고 있지만 이를 토대로 한 기술개발이 더 중요한 과제이다. 뇌사, 장기이식, 안락사 같은 사회적 논의와 함께 의학적 치료 기술 연구개발이 현실적으로 각국의 중요한 미래산업으로 설정되고 있으며, 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률(약칭: 첨단재생바이오법)」, 「개인정보보호법」 등 최근 새롭게 도입되거나 개정된 법률들이 이를 반영한다.

여러 가지 논의 중에서도 우선 죽음을 어떻게 받아들일 것인가 하는 것은 개인적, 사회적뿐 아니라 임상 영역에서도 중요한 과제이다. 선진국에서는 이미 평생교육의 관점에서 죽음교육을 실시해 왔으며 이를 통해 죽음에 대한 적극적 준비와 함께 삶을 대하는 태도와 가치관에 관한 성찰을 할 수 있도록 하고 있다[3]. 웰다잉에 관해서는 다양한 작업치료프로그램 개발을 위한 국내 연구 동향을 분석한 연구가 있다[4]. 의학교육에서 죽음학 수업에 관한 연구로 박중철의 ‘의과대학생을 위한 죽음학 수업’[5]에서는 의대생을 위한 죽음교육의 목표와 방향을 설정하고 죽음의 의미, 죽음의 철학, 죽음의 윤리, 죽음과 자존감, 죽음과 공동체, 죽음의 주체성 6개 주제에 관한 수업과 예비의료인으로서 감상과 고민을 정리하여 제출하고 피드백을 제공하여 학생들의 호응을 얻은 경험을 기술하였다. Kim & Kim의 ‘현대의학이 놓치고 있는 삶의 마지막 순간으로서의 죽음과 의학교육’[6]은 의과대학 죽음학 교과 과정 현황과 내용을 정리하고 서사적 존재로서의 인간에 대한 이해를 돕는 수업 방법을 제안하고 있다. Kim의 ‘의과대학생 죽음교육을 위한 국내 저역서 현황 및 유형과 활용방안’[7]에서는 호스피

1) ‘국회 ‘조력자살 합법화’ 힘 신나?...의료계 ‘생명경시’ 우려’. 2023.07.12. 의협신문(<https://www.doctorsnews.co.kr/news/articleView.html?idxno=150679> accessed 2023.08.02.)

스·완화의료, 죽음학, 죽음교육, 임종준비, 근사체험·임사체험 주제별로 교과서, 심화 연구, 개론서, 에세이 등 국내 출판 서적을 소개하고 활용성을 언급하였다.²⁾

한의과대학에서는 지난 2008년 대학교육협의회 평가와 함께 의료윤리 과목을 보편적으로 개설해야 한다는 인식이 생겼다. '교육과정의 운영' 항목의 권장 표준 교과목에서 인문사회 의학의 예로 의료윤리학, 의료 커뮤니케이션, 의료와 사회 등을 제시한 것이다[8]. 전통 한의학교육에서 이상적인 의사상으로 여겨진 윤리의식[9]을 포괄하여 현대의료의 규범화된 의료윤리에 대한 교육이 시작되었고, 현재 한의과대학에서 죽음과 관련된 윤리 문제와 토의 주제를 제공한다.

죽음과 관련된 주제는 의료윤리, 의료사회와 임상 각과 등 여러 과목에서 학습할 수 있지만, 죽음학 수업을 과목으로 개설해 공부하는 것은 아니다. 의과대학과는 달리 임상 현실에서 죽음을 직접적으로 만날 기회가 많은 것은 아니지만, 임상 각과를 포괄하는 의료인으로서 졸업 후 환자의 생명을 다루는 일에 종사하게 되고, 죽음과

관련된 환자의 불안이나 노인 환자의 상담 및 치료를 담당하고, 사망 선고, 사망 진단서를 작성하거나 응급의료, 호스피스·완화의료, 뇌사판정에 참여하는 등 실질적인 업무³⁾를 수행하므로 죽음교육의 필요성이 대두된다. 이에 다양한 죽음학의 주제를 공부할 수 있는 기회가 제공되면 앞으로 연명의료, 응급의학, 호스피스 등 한의사의 역할이 필요한 부분에 도움이 될 것이다.

본 연구에서는 부산의 한 한의과대학에서 죽음학 수업을 개설하기 위한 기초조사를 시행하여 그 결과를 분석하고, 기존 죽음학 연구와 강의를 참고하여 교과목 수업계획서를 제안하려고 한다.

II. 본론

1. 설문 대상 및 방법

현재 대학생이나 노인의 죽음교육 필요성에 관한 연구는 많이 진행되고 있고⁴⁾, 간호대학이나 의과대학에서도 죽음교육에 관한 연구가 있다⁵⁾.

2) 선행연구에 따르면 의과대학 교육과정에서는 크게 두 가지로 죽음교육 필요성을 논하고 있었다. 첫 번째는 임상 실무적 차원에서 병원이 보편적인 임종 장소가 되면서 죽어가는 환자의 돌봄과 죽음의 질 문제가 한국 사회에서 주요 과제로 떠오르는 것이고, 두 번째는 의료인으로서 가져야 할 자기성찰 차원으로 죽음을 통해 삶의 의미를 이해하고 의학의 존재를 반추하는 것이다. 전자에 대해서는 안락사, 연명의료 결정 등 윤리적 사항을 의료법이나 의료윤리 수업, 수련의 교육과정에서 다양하게 다루고 있기에, 죽음학 교과목을 운영 중인 의과대학에서는 후자의 역할에도 큰 비중을 두고 있었다. 이러한 관점은 의과대학·한의과대학 구분을 넘어서서 현대사회가 의료인들에게 요구하는 지점이 무엇인지 뚜렷하게 보여준다고 여겨진다.

3) 국가법령정보센터(<https://law.go.kr/main.html>).

4) 노인의 죽음교육 필요성에 대한 연구로 김재경, 싸나톨로지(죽음학) 관점에서 본 노년비탄과 임종에 대비한 죽음교육 연구. 교양 교육 연구 2023;17(1):127-138; 조은아, 노인양양시설 입소 노인의 좋은 죽음에 대한 인식, 죽음 불안 및 죽음준비도가 연명의료 중단에 대한 태도에 미치는 영향. 고령자·치매작업치료학회지 2022;16(1):51-61; 오혜진, 죽음준비교육 프로그램의 효과: 양로시설 거주 노인을 대상으로. 노인복지연구 2020;75(3):121-145 등이 있고, 대학생의 죽음교육 필요성에 대한 연구로 김재경, 임병식, 삶과 죽음을 성찰하는 싸나톨로지(죽음학)의 대학 공교육을 위한 인식조사. 교양 교육 연구 2020;14(5):189-200; 김은숙, 조항, 대학생의 죽음교육에 대한 인식 및 교육요구 분석. 연구방법논총 2020;5(2):29-49; 송현동 등, 대학생들의 죽음 교육 전과 후의 웰다잉 인식과 결정에 관한 연구. 한국산학기술학회논문지 2018;19(1):300-310 등이 있다.

5) 호스피스 완화의료에 국한되어 있기는 하지만 간호대학생을 위한 교육프로그램 연구로 김경아, 간호대학생을 위한 지역연계 호스피스 완화의료 교육프로그램의 개발 및 효과. 학습자중심교과교육연구 2021;21(8):151-164가 있고, 죽음학 강의에 대한 의과대학의 리뷰 논문으로 박중철, 의과대학생을 위한 죽음학 수업. 의학교육논단 2020;22(3):153-162가 있다.

일반인뿐만 아니라 의료인들의 죽음교육 필요성이 점점 커지지만, 아직 한의과대학에서는 죽음교육과 관련한 연구가 제대로 이루어지고 있다고 보기 어렵다. 따라서 본 논문에서는 죽음학 교육의 목표와 방향을 설정하기에 앞서 교육의 주체라고 할 수 있는 학생과 교육의 제공자가 되는 교수, 그리고 졸업 후 임상 현장에서 일하고 있는 졸업생을 대상으로 죽음에 대한 인식과 교육 요구를 조사하였다.

죽음에 대한 인식조사의 목적은 각 대상자가 죽음에 대해 가지는 기본적인 인식을 파악하여 어떤 교육적인 도움이 필요할지 파악하는 것이고, 교육 요구에 대한 조사는 대상자들이 죽음교육의 필요성에 대해 어느 정도 인지하고 있는지를 알아보기 위한 것이다. 좋은 죽음학 수업이 되기 위해서는 학습의 수요자인 학생들의 인식을 탐색하는 작업이 중요하게 고려될 필요가 있기 때문에 설문 조사에 학생들을 포함시켰으며, 학생들에게 다양한 학습 경험을 제공하고, 좋은 수업계획서를 개발하고, 긍정적인 동기부여를 유발하는 주체가 교수들이므로 교수들의 의견도 설문 조사에 포함하였다. 또한 이러한 주제는 대학 내에서만의 문제가 아니라 실제로 임상에서 활동하고 있는 졸업생들의 의견도 중요하므로 졸업생을 포함하여 설문 조사를 시행하였다.

설문은 구글 설문에서 제공하는 데이터를 이용하였고, 필요한 부분은 엑셀을 이용하여 분석하였다. 설문 문항은 선행 연구들[10-13]을 참고⁶⁾하여 한의과대학의 기초·임상·의료인문학 교수 3명이 논의한 후 의과대학 임상·의학교육학 교수 2명의 조언을 구하여 개발하였다. 내용은 죽음의 인식(죽음과의 거리감, 죽음에 대해 느

끼는 감정이나 이미지, 죽음이 두려운 이유, 죽은 후의 상태), 죽음교육에 대한 인식 및 요구(죽음교육의 필요성 및 그 이유, 중요하다고 생각하는 주제, 교육 방식, 교육에 적합한 학년, 교육 시간)에 대한 구성으로 총 17문항이다(Table 1).

설문조사의 대상 인원은 교수 32명, 졸업생 51명, 학생 296명(예과 1학년 46명, 예과 2학년 54명, 본과 1학년 63명, 본과 2학년 36명, 본과 3학년 47명, 본과 4학년 50명)으로 총 379명이었다. 데이터 분석에 이용된 응답 인원은 교수 26명, 졸업생 38명, 학생 225명(예과 1학년 41명, 예과 2학년 51명, 본과 1학년 44명, 본과 2학년 31명, 본과 3학년 23명, 본과 4학년 35명)으로 총 289명이었고, 응답률은 교수 81.3%, 졸업생 74.5%, 학생 76.0%이었다.

본 연구는 2023년 4월 27일 동의대학교 생명윤리위원회의 승인(승인번호: DIRB-202304-HR-E-14)을 취득하였으며, 설문은 5월 30일부터 6월 12일까지 2주간 진행되었다.

2. 설문 내용 및 결과

1) 죽음에 대한 인식

죽음에 대한 인식 문항은 죽음과의 거리감, 죽음에 대해 느끼는 감정이나 이미지, 죽음이 두려운 이유, 죽은 후의 상태로 구성하였다.

죽음에 대한 거리감은 일반적인 죽음에 대한 문항과 자신·타인의 죽음에 대한 문항으로 나누어 질문하였고, 죽음의 느낌이나 이미지에 대해서도 일반적인 죽음에 대한 이미지, 자신·타인의 갑작스럽거나 예기치 않은 죽음과 명을 다하

6) 선행연구는 죽음 교육의 필요성 및 죽음과 관련하여 중요하다고 생각하는 주제[10], 죽음이라는 단어를 들었을 때 떠오르는 이미지[11], 죽음과의 거리나 죽음교육이 필요한 이유[12], 원하는 죽음교육의 내용 및 죽음교육 방법[13]에 대한 문항 구성에 참조하였다.

〈Table 1〉 Survey questions

A survey of the perceptions of students at Medical schools of Korean Medicine for the development of death studies subjects
1. Where do you think death is?
2. What images come to mind when you hear the word death? (Select 2)
3. How much do you think about the death of others in your daily life?
3-1. How do you feel about the unexpected death of someone you had a close relationship with? (Select 2)
3-2. How do you feel about the death of someone you had a close relationship with due to a long illness? (Select 2)
4. How much do you think about your own death in your daily life?
4-1. What do you think of when you think of your own sudden death? (Select 2)
4-2. What do you think of when you think of death after fulfilling your command? (Select 2)
5. If you are afraid of death, what factors are you afraid of? (Select 2)
6. What do you think happens when you die?
7. Do you think that death studies (death education) classes are necessary in the curriculum of Korean medicine schools?
7-1. (Reasons why death education is necessary in number 7, select 2)
7-2. (Reasons why death education is not necessary in number 7, select 2)
8. What topics do you think are important in death education? (Select 3)
9. Which method of death education do you think is appropriate? (Select 2)
10. At what grade level do you think death education is appropriate?
11. How much time do you think is appropriate for death education?

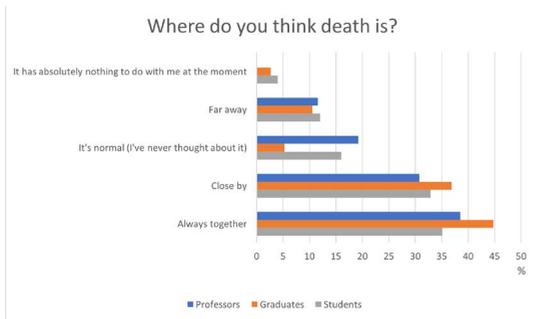
였거나 오랜 병환으로 인한 죽음으로 나누어 문항을 구성하였다.

죽음을 어느 정도 가까이 느끼고 있는지에 대한 질문(1번 문항)에 대해서 ‘항상 함께 있다’는 응답이 106명(36.7%), ‘가까이 있다’ 96명(33.2%)으로 69.9%의 응답자가 죽음을 가까이 느끼고 있었고, ‘보통이다(생각해 본 적이 없다)’ 43명(14.9%), ‘멀리 떨어져 있다’ 34명(11.8%), ‘현재 나와는 전혀 상관 없는 일이다’ 10명(3.5%)이 응답하였다. 교수, 졸업생, 학생의 그룹으로 나누었을 때에도 대체적으로 가까이 느끼는 경우가 많았다(〈Table 2〉, 〈Figure 1〉). 죽음을 자

신/타인으로 나누었을 때 자신의 죽음(4번 문항)에 대해서는 117명(40.5%)이 ‘가끔 생각한다’로 응답하였고, ‘한두 번 생각해 본 것 같다’ 105명(36.3%), ‘자주 생각한다’ 52명(18%), ‘생각해 본 적이 한 번도 없다’ 15명(5.2%), ‘매일 생각한다’ 9명(3.1%)으로 일반적인 죽음보다 자신의 죽음에 대해서 느끼는 거리감이 좀 더 먼 것을 알 수 있었다. 타인의 죽음(3번 문항)에 대해서도 143명(49.5%)의 응답자가 ‘가끔 생각한다’로 답하였고, ‘한두 번 생각해 본 것 같다’ 83명(28.7%), ‘자주 생각한다’ 40명(13.8%), ‘생각해 본 적이 한 번도 없다’ 17명(5.9%), ‘매일 생각한다’ 6명

〈Table 2〉 Distance from death

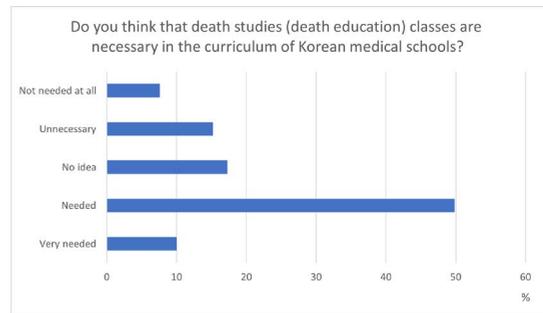
Where do you think death is?	
1. It has absolutely nothing to do with me at the moment.	10 (3.5%)
2. Far away	34 (11.8%)
3. It's normal (I've never thought about it)	43 (14.9%)
4. Close by	96 (33.2%)
5. Always together	106 (36.7%)
1-5 Scale score	3.88



〈Figure 1〉 Distance from death (comparison of professor/graduate/student)

(2.1%)으로 일반적인 죽음에 대해서는 가깝게 생각하고 있지만, 그것이 자신이나 타인으로 초점이 맞춰지는 것에 대해서는 생각을 적게 한다고 볼 수 있다.

죽음이라는 단어를 들을 때 떠오르는 이미지(2번 문항, 2개 선택)에 대해서는 슬픔(107명), 돌이킬 수 없고 불가항력적인 순간(73명), 무(72명), 관계의 단절(55명), 소멸과 분해(52명), 생각과 감정의 소멸(49명) 순으로 응답하였고, 해방(27명), 편안함(17명), 완성(14명)과 같은 긍정적인 이미지에도 많지는 않지만 응답을 한 것을 볼 수 있었다. 자신의 갑작스러운 죽음과 명을 다한 죽음을 비교해 보면, 자신의 갑작스러운 죽음(4-1번 문항, 2개 선택)에 대해서는 허무함(140



〈Figure 2〉 Necessity of death education (all subjects)

명, 두려움(107명), 억울함(71명), 슬픔(68명) 순이었고, 자신의 명을 다한 죽음(4-2번 문항, 2개 선택)에 대해서는 편안함(120명), 담담함(111명), 해방감(83명), 삶의 완성에 의한 충만감(71명) 순으로 자신의 죽음에 대해서는 죽음의 형태에 따라 느끼는 것이 확연히 다른 것을 알 수 있었다. 타인의 예기치 않은 죽음(3-1번 문항, 2개 선택)에 대해서는 슬픔(217명), 허무함(180명), 두려움(68명), 절망(48명) 순이었고, 타인의 오랜 병환으로 인한 죽음(3-2번 문항, 2개 선택)은 슬픔(232명), 허무함(114명), 해방감(54명), 두려움(53명) 순으로 자신의 죽음보다는 큰 차이를 보이지 않았다.

죽음이 두려운 이유(5번 문항, 2개 선택)에 대

해서는 겪어보지 못함(141명), 죽는 과정(131명), 존재의 상실(131명), 관계의 단절(118명) 항목이 고른 분포를 보였고, 사후세계(24명), 소유물을 잃음(13명), 그리고 기타 의견으로 '남은 사람들이 느낄 감정'에 해당하는 응답이 6명으로 조사되었다.

죽은 후의 상태에 대한 응답(6번 문항)은 '뇌와 장기의 정지(육체와 정신의 동시 소멸)' 104명(36%), '알 수 없음' 67명(23.2%), '윤회(언젠가 어떤 존재로 다시 태어남)' 42명(14.5%), '사후세계로 감' 34명(11.8%), '육체는 소멸, 영혼은 존재' 27명(9.3%), '생각해 본 적 없음' 11명(3.8%)으로 나타났다.

2) 죽음교육에 대한 인식 및 요구

죽음교육에 대한 인식 및 요구에 대한 문항은 한의과대학 교과 과정 중 죽음교육의 필요성 및 그 이유, 중요하다고 생각하는 주제, 교육 방식, 교육에 적합한 학년, 교육 시간으로 구성하였다.

죽음교육의 필요성에 대한 질문(7번 문항)에서는 '필요함'이 144명(49.8%)로 가장 많았고, '아무런 생각이 없음' 50명(17.3%), '필요하지 않음' 44명(15.2%), '매우 필요함' 29명(10%), '전혀 필요하지 않음' 22명(7.6%)로 나타났다. 교수, 졸업생, 학생의 그룹으로 나누었을 때에도 대체적으로 필요하다는 응답이 많았다<Table 3>, <Figure 2>, <Figure 3>.

죽음교육이 필요한 이유(7-1번 문항, 2개 선택)에 대해서는 '환자의 죽음(환자의 진료)에 대한 대처' 144명, '자신과의 대면(자기성찰)' 102명, '죽음에 대한 지식 확장' 98명 순으로 많았고, '상실에 대한 슬픔 극복' 35명, '죽음에 대한 두려움 감소' 33명이 뒤를 이었다<Figure 4>. 죽음교육이 필요하지 않은 이유(7-2번 문항, 2개 선택)에 대해서는 '허무주의나 왜곡된 종교에 빠질 우

려가 있음' 70명, '학생들의 학업 부담이 커짐'이 69명, '한의학 교육과 맞지 않음'이 62명, '일상 생활 속 두려움을 키움' 22명, '죽음에 대한 거부감을 키움' 19명 순이었다.

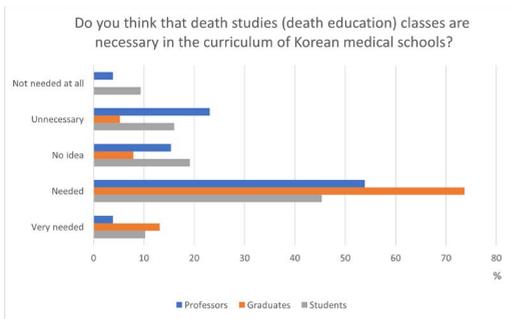
죽음과 관련하여 중요하다고 생각하는 주제(8번 문항, 3개 선택)에 대해서는 '의료인으로서 임상에서의 죽음 맞이' 144명, '죽음을 통한 삶의 태도/방식에 대한 교육' 143명, '임상에서 죽음 맞이' 114명, '의과학적 담론(뇌과학, 생리심리학, 인지과학 등)' 87명, '죽음에 대한 개념, 정의' 67명, '호스피스, 완화의료, 연명치료' 62명, '애도 과정, 상실감 회복' 54명, '철학적 담론(육체와 영혼, 이기론 등)' 52명, '개인, 가족의 임종 준비' 47명, '자살, 조력자살, 안락사' 34명 등의 순이었다. 죽음교육의 방식(9번 문항, 2개 선택)으로는 '교수자의 견해 전달(다양한 전공)' 126명, '죽음에 관한 전문가와의 대담' 117명, '토론' 79명, '실습 및 체험' 73명, '영상시청' 72명, '팀 프로젝트' 51명 등의 순으로 나타났다.

교육에 적합한 학년을 고르는 문항(10번 문항)에서는 124명(42.9%)이 예과 1학년으로 응답하였고, 그 뒤를 이어 예과 2학년 48명(16.6%), 본과 1학년 46명(15.9%), 본과 4학년 31명(10.7%), 본과 2학년 21명(7.3%), 본과 3학년 19명(6.6%)으로 저학년을 우선시 생각하거나 마지막 학년인 본과 4학년을 꼽았다<Table 4>, <Figure 5>.

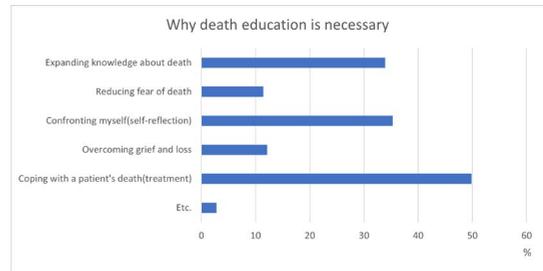
교육에 적합한 시간(11번 문항)에 대해서는 113명(39.1%)이 '타 과목 차시 중 2시간'을 골랐으며, '한 학기(ex. 본과 2학년)' 95명(32.9%), '한 학기(ex. 예과 2학년 및 임상실습 과목 차시 중 한 시간씩(본과 3, 4학년)' 47명(16.3%), '두 학기(ex. 예과 1학년, 본과 3학년)' 22명(7.6%) 순이었고, '2시간 기준 4주', '예과 내내', '임상과 닿아 있는 학기 전체', '의과대학의 커리큘럼 참고' 등의 기타 의견이 있었다<Table 5>, <Figure 6>.

〈Table 3〉 The need for death education

Do you think that death studies (death education) classes are necessary in the curriculum of Korean medical schools?	
1. Not needed at all	22 (7.6%)
2. Unnecessary	44 (15.2%)
3. No idea	50 (17.3%)
4. Needed	144 (49.8%)
5. Very needed	29 (10%)
1-5 Scale score	3.39



〈Figure 3〉 Necessity of death education (comparison of professors/graduates/students)



〈Figure 4〉 Why death education is necessary

3) 그룹에 따른 차이

대부분 설문 항목에서 교수/졸업생/학생의 차이는 전체 비율과 비슷한 분포를 보였지만 약간의 차이가 나는 문항도 있었다. 예를 들어 죽음에 대한 인식 문항 중 ‘자신의 갑작스러운 죽음에 대한 생각’(4-1번 문항)에서 교수와 졸업생은 ‘억울함’이 적은 반면, 학생들은 ‘억울함’의 비율이 높은 편이었다〈Figure 7〉.

교육과 관련된 문항 중에서도 대부분 비슷했으나 ‘적합한 교육 학년’(10번 문항)의 질문에서 교수는 ‘본과 4학년>본과 3학년=본과 2학년=본과 1학년=예과 2학년>예과 1학년’ 순으로 나타났으나, 졸업생은 ‘예과 2학년>본과 4학년>본과 3학

년>본과 2학년>예과 1학년’ 순으로 나타났고, 학생들은 학년마다 대체적으로 예과 1학년이 많은 편이었다〈Figure 8〉.

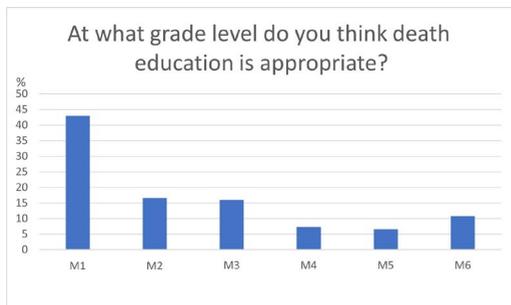
3. 죽음교육에 대한 제언

1) 의과대학 죽음교육의 현황

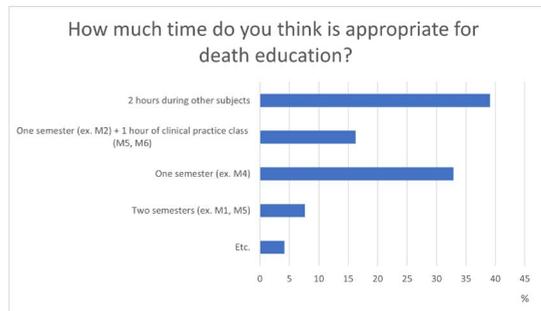
최근 전체 의과대학에서 죽음이라는 단어를 직접 사용하는 교과목은 10과목 정도이다[14]. 40개 의과대학 중 죽음학 교과목을 가진 두 학교의 일부 교육사례를 살펴보겠다. 단순히 개인의 고통과 질병 치료 목적인 보건의료 서비스를 뛰어넘어서, 질병 발생, 진단, 치료에 대한 역사적·

〈Table 4〉 Appropriate grade for education(1st year of pre-medical school to 4th year of medical school are indicated as M1 to M6)

At what grade level do you think death education is appropriate?	
1. M1	124 (42.9%)
2. M2	48 (16.6%)
3. M3	46 (15.9%)
4. M4	21 (7.3%)
5. M5	19 (6.6%)
6. M6	31 (10.7%)
1-6 Scale score	2.5



〈Figure 5〉 Grade appropriate for education (for all)



〈Figure 6〉 Appropriate amount of education

경제적·사회문화적 측면과 깊이 관련된 죽음에 대한 문제를 담론하기 위해 A대학교 의과대학은 2017년부터 본과 1, 2학년(10-25명)을 대상으로 선택과목 〈의과대학생을 위한 죽음학 수업〉 15차시를 진행하고 있다[15]. 담당 교수는 가정 의학과, 피부과학, 병리학, 방사선종양학, 의학 교육학, 성형외과학, 보건대학원 교수 등 팀티칭으로 이루어진다.

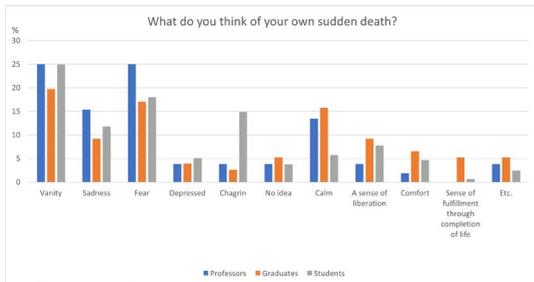
수업의 목적은 인간적 죽음을 지켜내는 수단으로써의 의학은 기술과 역량을 넘어서 정체성의 문제로 접근하는 것이다. 인간적인 죽음을 마지막까지 자기 정체성대로 사는 것으로 정의하고, 의학은 이른 죽음, 피할 수 있는 상황에서 발생하는 죽음, 고통스럽고 끔찍한 죽음, 너무 질질

끌면서 다가오는 죽음으로부터 환자들을 지켜주는 것이라고 죽음에 대한 의료인의 역할을 가르친다. 의사의 불안, 상처, 자존감은 뒤로한 채 환자와 보호자에 대한 공감, 연민, 헌신을 강조하는 현실 앞에서, 지속 가능한 의료인의 자존감을 길러 건강하고 행복한 삶의 완성은 아름답고 평화로운 죽음으로 완성될 수 있음을 깨닫게 하고, 죽음에 대한 의료인과 의학의 태도를 정립하는 학습성과를 목표로 한다.

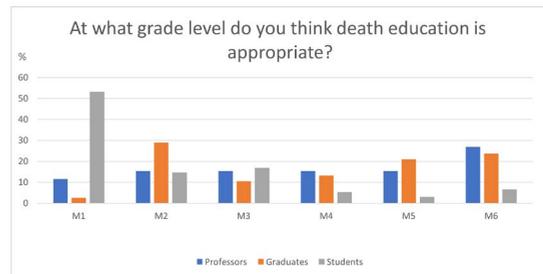
이를 위해, 수업 주제는 죽음의 가치(죽음은 좋은 것인가, 나쁜 것인가?), 죽음의 철학(죽음의 고통 속에서도 행복할 수 있을까?), 죽음의 윤리(삶은 권리인가, 의무인가?), 죽음의 현상학(죽음 앞에서 인간은 무엇을 위해 싸우는가?), 죽음과

〈Table 5〉 Appropriate amount of education

How much time do you think is appropriate for death education?	
1. 2 hours during other subjects	113 (39.1%)
2. One semester (ex. M2) + 1 hour of clinical practice class (M5, M6)	47 (16.3%)
3. One semester (ex. M4)	95 (32.9%)
4. Two semesters (ex. M1, M5)	22 (7.6%)
5. Etc.	12 (4.2%)



〈Figure 7〉 Thoughts about one's own sudden death (professor/graduate/student)



〈Figure 8〉 Appropriate grade for education (professor/graduate/student)

공동체(죽음은 공동체 내에서 어떻게 공유되어야 하는가?), 죽음의 주체성(나는 어떻게 죽고 싶은가?)을 중심으로, 수업 전 감상문 제출 및 나눔, 오리엔테이션, 영화 감상, 수업 후 감상 나눔, 교수 피드백으로 이뤄진다. 평가는 성실도, 감상 및 사고의 깊이를 보고서 평가(40%)로, 출석 및 출결 시간 엄수, 수업 태도를 출결 평가(60%)로 하고 있다[5].

B대학교 의과대학의 의학과 2학년(50명)을 대상으로 진행되는 선택과목 <죽음학 개요> 15차시의 수업 구성은 다음과 같다.⁷⁾ 담당 교수는 정신건강의학과, 의료인문학, 응급의학과, 내과학,

소아청소년의학, 해부학, 가정의학 교수로, 교과목 목적은 죽음의 의미 및 죽음과 관련한 철학, 문화, 종교, 사회, 법률적 문제를 이해하여, 임종을 맞이하는 환자 및 보호자에게 의사가 해야 할 역할과 그 실제(상담, 연명의료결정, 장기기증, 지지적 면담)를 원활히 수행할 수 있는 능력을 기르는 것이다. 수업 성과는 죽음의 정의, 사회문화적 의미, 철학적 의미, 영적 의미 그리고 법적 이슈 / 발달 단계별 죽음의 인식과 그 대처 방법 / 급성 죽음과 아동기 죽음과 같은 다양한 임상 현장에서 발생하는 죽음과 그 대처 / 애도 과정과 임종을

7) <https://knuin.knu.ac.kr/websquare/popup.html?w2xPath=/views/cmmnn/popup/windowpopup.xml&popupID=publicLectPnInputDtlPop&w2xHome=/stdm/lsspr/public/&w2xDocumentRoot=>

돕는 사례별 방법 / 안락사, 조력자살과 관련된 윤리와 법적 이슈 / 완화의료, 호스피스 / 자살의 사회적 영향과 의료적 개입 및 예방 활동/ 시신 기증 또는 조직 활용의학 분야의 현황과 전망 / 삶의 연장에서 항노화와 생명 연장 / 좋은 죽음에 대한 자신과 동료의 생각을 청취하고 정리하여 비교·설명할 수 있는 것이다.

이를 위해 수업 주제는 죽음이 두려운 이유, 자살, 죽음의 사회문화적·철학적·영성적 측면, 애도와 애도 돕기, 임종과 임종 평가, 호스피스 임상 실제, 소아청소년과에서 죽음, 응급실에서 바라본 죽음, 뇌사·장기이식, 안락사, 죽음 윤리, 기증, 항노화와 생명연장, 좋은 죽음 맞이, 우리 안의 죽음·나의 죽음을 중심으로, 강의, 조별 토론·발표 및 교수 피드백으로 이루어진다. 평가는 시험(50%), 과제·발표(30%), 출석(20%; 수업의 3/4 이상을 반드시 참여하여야 하고, 지각도 출석점수의 1/2로 반영하여 차감)으로 구성되어 있다.

두 학교의 수업계획서를 살펴보면, 의료인으로서 죽음을 어떻게 대처해야 하는가를 넘어서서, 철학적인 접근을 토대로 개인 및 의사로서 정체성을 확립하는 것을 큰 가치로 두고 있었다. 의학을 배우는 학생들에게 죽음학을 가르칠 때는 임종맞이, 애도 등 병원에서 죽음의 순간이 머무는 시·공간만을 다루어서는 안 된다. 학생들은 직업전문성으로 생명지상주의를 엄격히 체화해야 하고, 평생 법적·윤리적·양심적 책임을 지면서 살아야 하기 때문이다. 그래서 죽음이라

는 주제를 삶의 대척점에 두고 정복의 대상으로 인식하는 것을 삼가야 하고, 학생들이 현대인들이 죽음을 인식하는 방식인 좋은 죽음의 차원보다 더 높은 곳에서 정체성 갈등의 문제까지 다룰 수 있게 해야 한다. 즉, 의과대학생들의 죽음 교육은 죽음의 부정성과 경계심을 조심스럽게 가라앉히고, 죽음이 주는 삶에 대한 가치의 지평 확장을 지지하는, 현실적이고 논리적인 기획이 되어야 한다[5].

2) 한의과대학 죽음교육 수업계획서 제안

현재 12개 한의과대학·대학원의 교육과정(학교별 홈페이지 게시 기준)에 죽음을 주요 주제로 하여 개설된 과목이 없는 것은 죽음과정을 직접 목도하고 사망판정을 내리는 점에 있어서 의과대학과 한의과대학의 역할에서 오는 차이라고 볼 수도 있을 것이다. 그렇지만 앞서 살펴본 두 의과대학의 사례처럼, 인간에 대한 이해를 바탕으로 철학·사회문화·역사적 접근으로 유도되는 의료인의 정체성 확립이 환자와 보호자 그리고 의사 자신의 삶에 얼마나 큰 영향을 끼치는지를 고려할 때⁸⁾, 의료인으로서 한의사의 역량을 구성하는 데에도 죽음교육이 중요한 역할을 담당할 것은 분명하다. 이러한 관점에 기초를 두어 한의과대학 교육과정에서 죽음학에 대한 교육요구도의 필요성을 확인하고 한의학적으로 어떤 접근이 필요할지에 대해 고찰하여 강의주제를 정하였으며, 각 주제에 합당하다고 생각하는 수업방식을 적용

8) 동양의학에서의 가장 큰 정체성은 '의술'을 넘어서 '인간'이 있다는 것에서 출발한다. 모든 의과대학도 히포크라테스 선서를 하는 핵심에는 '의술'이 아니라 '인간'이 있기에, 현재 의료인들이 '인간'의 자리에 무엇을 놓고 있는지 의학교육은 성찰해야 할 과제를 안고 있다. 동양의학은 수천 년간 전 세계 인구의 약 2/3 이상 건강을 돌보아 왔으며, 서양에서도 동양의학이 진지하게 연구된 역사는 짧지 않다. 이 같은 맥락으로 한의학을 공부하는 학생들이 의과학적 연구를 수행하고 진료역량을 기르는 교육과정에서, 자신의 정체성을 확립하기 위해 '삶의 지혜(lay knowledge)'에 주목하는 것도 죽음학 공부의 주요한 필요성이라 여겨진다. 인제대학교 인문의학연구소(2008), 『인문의학: 인문의 창으로 본 건강』, 서울: 휴머니스트, 194-197쪽 참조.

〈Table 6〉 Proposal for death education class plan for Medical schools of Korean Medicine

Week	Topic	Class method
1	Philosophical, socio-cultural, and spiritual meaning of death Death in traditional culture and the history of Korean medicine	Flipped learning (documentary) Lecture : Departments of basic medical science
2	Relationship between death and fear, attitudes toward death, trends and status of death awareness according to life cycle	Lecture : Departments of basic medical science
3	Approach by Korean medicine department according to the type and actual situation of death	Lecture : Departments of clinical science
4	Ethical and legal approach to medical decisions for terminally ill patients Role of medical personnel in Korean medicine approach	Flipped learning (movie watching), Discussion / Presentation
5	Understanding brain death/persistent vegetative state situations Medical approach to end-of-life judgment and prognosis	Lecture : Departments of clinical science, Discussion / Presentation
6	The meaning of a good death, its components, and the relationship between death and life. Understanding and modern interpretation of death in Eastern philosophy.	Lecture : Departments of clinical science, Discussion / Presentation
7	Obligation to live, right to die, subjectivity of death Characteristics of how life and death are recognized in Korean medicine	Watching a movie and Psychiatrist's discourse
8	Midterm exam	
9	Why preparation for death is necessary and its background The relationship between Korean medicine and theology	Lecture : Departments of clinical science
10	What to prepare for when you are healthy The importance and necessity of preventive medicine in Korean medicine	Lecture : Departments of basic medical science
11	Things to prepare when you are an Korean medicine doctor, guardian, or patient	Lecture : Departments of clinical science, Discussion with the bereaved family
12	The medicalization of death and the significance of funerals History of funeral culture in Korean society and differences in funeral culture by religion	Forensic Scientist Lecture
13	The death of neuroscience discourse	Brain scientist lecture
14	Relationship between life and death - survival and existence	Watching a movie, Discussion / Presentation
15	Final exam	

한 수업계획서를 제안해 보았다<Table 6>.

죽음학 교육 필요성과 죽음과 관련된 주제, 죽음에 대한 태도에 관한 설문 결과는 기존 죽음교육의 내용 중에서 한의과대학 교육과정에 필요한 주제를 선정하는 기본이 되었다. 죽음이란 무엇인가로 시작하여 다양한 역사와 문화에서 죽음이 어떻게 인식되었는가를 이해하고 이는 철학·사회·문화·의학·한의학·종교 등 다양한 시각으로 바라볼 수 있게 하였다. 다음은 죽음에 대한 개인과 집단의 태도와 의료인으로서 받아들이는 자세에 관한 내용이 이어지고, 임상에서 맞이하는 죽음과 함께 말기 환자와 관련된 윤리·법적인 접근에 대해 살펴보고 의료인으로서 역할을 돌아볼 수 있는 내용을 넣었다. 죽음을 삶의 한 과정으로 인식하고 죽음을 맞이하기 전에 준비해야 할 내용과, 죽음을 처리하는 과정, 죽음과 관련된 담론 등에 관해 이해하고 토론할 수 있는 시간도 확보하였다. 무엇보다 의료인의 하나인 한의사로서 정체성과 역량을 죽음학 교육을 통해 어떻게 길러낼 것인지에 관한 고민이 중요하다고 생각하였다.

한의과대학 죽음교육 수업계획서 주제의 큰 틀은 『삶의 마무리에 대한 의료이야기: 죽음학 교실』[16] 외 다수의 죽음 교육에 활용되는 저서, 의과대학 수업교재 및 참고문헌을 토대로 하였다. 한의과대학의 원전학교실, 의학교실, 예방의학교실, 의학교육학교실에 죽음에 관한 한의학 교육 및 윤리·철학·역사적 자문을 구하여, 죽음학 교육과정이 한의학 교육역량에 반영될 수 있도록 설계하였다.

평가는 의료인문학적 관점에서 학생들이 자신의 삶을 성찰하고 한의사로서의 정체성을 형성하는데 집중하기 위하여 정성평가를 중심으로 하고, 경쟁을 최대한 지양하여 Pass/Non-pass로 성적을 부여할 계획이다. 평가 항목은 수업 자세와 성실성 및 사유의 깊이를 중요하게 여겨 시험

50%, 과제(교수평가)·토론/발표(동료평가, 자기평가) 30%, 출석·태도 20%로 한다. 아울러 정직성과 정성을 다하는 자세를 길러주기 위해 과제의 기한, 미완성도, 표절률에 대하여 엄격하게 관리할 것이다.

III. 고찰

죽음의 순간은 태어남과 같이 삶에서 단 한 번 직면하는 것이고, 죽음 후에 겪게 되는 일 또는 사후세계에 대해서 산 자로서는 그 누구도 경험을 논할 수 없기에, 우리는 인간의 힘으로 인지할 수 없는 영역에 대한 두려움을 본능적으로 갖는다[17]. 사회가 의사에게 독립적인 권위를 인정하고 명예를 부여하는 가장 큰 이유도 삶과 죽음 사이에서 인간의 생명이라는 가장 존엄한 가치에 생의 의미를 부여해 줄 수 있는 특권 때문이다.

이 과정에서 의학은 인간을 질병과 고통으로부터 해방시키는 것을 목적으로 하기에, 죽음을 하나의 정복 대상으로 여기게 된다. 그렇기에 생의학적 차원의 질병 치료에 대한 의미를 넘어서 사회문화적, 철학적, 역사적, 인류학적 측면으로 접근할 수 있어야만, 의과학적 기술주의 집착으로 이어지지 않게 된다.

즉, 죽음을 삶의 대척점에만 놓는 치료행위는 의사의 정체성에 혼란을 주며, 노화를 비롯한 죽음의 부정 자체는 점점 의사의 무능력과 실패로 인식된다. 이 악순환은 불치병 또는 고령 환자에게 종종 불행을 주는 의학발전과 맞물리고, 수많은 환자의 죽음을 비극으로 만들어가기도 하기에 현대사회는 죽음을 새롭게 관리된 ‘의학적 죽음’이라는 이미지로 변화시키고 있다[18]. 의료가 환자와 보호자들이 죽음을 잘 받아들이고 잘 이별할 수 있게 도움을 주는 역할에 충실하지 못함으로써, 사회는 기형적 죽음을 생산해 내고 있다.

아내의 요구로 뇌출혈 환자가 퇴원 후 집에서 5분 만에 사망한 사건(1997년), 아버지가 사지마비의 희귀병을 앓고 있는 딸의 산소호흡기를 끈 사건(2003년), 근이영양증으로 오랜 시간 투병 및 뇌 손상에 의해 식물인간 상태였던 식물인간 아들의 아버지가 인공호흡기를 제거한 사건(2007년), 70대 남편이 치매에 걸린 아내의 목을 졸라 숨지게 한 사건(2012년), 아들이 뇌종양 말기 아버지의 목을 졸라 숨지게 한 사건(2013년), 교통사고 뇌 손상으로 25년 동안 식물인간 상태였던 아들로 인해 아버지가 집에 불을 질러 모두 사망하게 된 사건(2013년), 중국인 동포 부부의 경우, 원인 불명의 뇌 손상으로 인공호흡기에 의지한 연명의료 상태에 있던 아내가 더 이상의 치료를 원하지 않자 남편이 인공호흡기를 제거한 사건(2020년), 뇌출혈에 의한 장애로 비위관 인공영양 상태인 아버지를 아들이 굶겨 사망에 이르게 한 사건(2021년) 등 의료비 부담, 간병 부담으로 가족이 직접 환자를 사망하게 한 사례들은 의사의 살인 방조죄, 부모-자식-부부간의 존속 살인죄, 징역 등의 법적 판결을 받았다[19,20].

죽음은 삶의 필연적 부분이지만 죽음을 나쁘게만 바라보거나 피해야 할 대상으로만 인식하는 등 왜곡된 관점을 갖는 것도 제대로 된 교육의 부재로 인한 것으로 볼 수 있다. 한국은 아직 죽음교육이 보편화되어 있지 않으며, 죽음교육에 대한 논의가 시작된 것도 주로 2000년대 이후이다. 미국은 1950년대부터 죽음학(thanatology)에 대한 연구가 본격적으로 시작되면서 1970년대 이미 938개 대학에서 죽음교육 강좌를 제공

하였고[21], 일본도 1980년대 죽음학 연구와 죽음준비교육이 시작되면서 1990년대 도쿄대학교와 와세다대학교를 비롯한 많은 대학에서 생사학 연구소가 설립되었다[22]. 대만은 1997년에 최초로 남화(南華)대학에서 '생사학 연구소'(대학원 과정)을 개설하였고, 2001학년도부터는 학부 과정에 생사학과를 개설하였다[23]. 하지만 한국에서는 아직 초·중·고등학교 교육과정⁹⁾에서도 죽음을 직접적으로 다루는 과목이 선택 과목 이외에는 부족한 것이 현실이고, 초·중·고등학교에서 죽음에 대한 교육이 제대로 이루어지지 않는다면 대학교에서라도 배울 수 있어야 하는데, 대학교에서 개설된 죽음 관련 교양 교과도 배우드문 것이 현실이다[24]. 따라서 현재 대학생 이상 성인들의 경우 교육을 통해 죽음을 배운 경험이 드물고, 각자가 살아가면서 또는 가정에서 보고 들은 것으로 죽음에 대한 관점을 형성하고 있을 것이라 생각된다.

환자의 생명을 다루는 의료인을 양성하는 대학의 경우는 죽음학 수업의 필요성이 일반인들보다 더 높아진다. 치료적인 측면의 죽음만이 아니라 다양한 관점(자연과학적, 사회문화적, 심리철학적, 종교적 등)에서 볼 필요가 있고, 실제 의료 현장에서의 죽음, 임종 과정, 안락사나 자살과 같은 사회적 이슈, 완화의료, 호스피스, 애도의 방법, 상실감 회복 등에 대해 배우고 의견을 나눌 교육 과정이 필요하다. 실제 한방병원에 내원한 암 환자 899명의 임상적 특성을 분석한 연구를 보면 환자들의 병기가 IV기인 경우가 61.7%로 말기 암 환자의 진료가 많음을 알 수 있고, 내원 목적으로 호스피스군이 11.2%로 호스피스에

9) 교육부(2022). 「초·중등학교 교육과정」 개정(안). 교육부 공고 제 2022-414호.

관한 요구도 적지 않음을 알 수 있다¹⁰⁾. 암종별로 연구한 다른 논문들도 이와 비슷하였다¹¹⁾. 말기 암 환자 외에도 의료 현장에서 환자들이 사망에 이르는 경우가 있으며¹²⁾, 한의원에서 의료진은 환자들이 겪는 다양한 문제 중 죽음문제와 관련한 것들도 마주할 수밖에 없는 것이 현실이다¹³⁾.

한의과대학의 교수, 졸업생, 학생을 대상으로 한 설문 조사 결과 죽음에 대해서 가까이 느끼고 있었고, 죽음에 대해 슬픔, 불가항력적인 순간, 무, 관계의 단절과 같은 이미지를 떠올렸다. 죽음이 두려운 이유에 대해서는 겪어보지 못함, 죽는 과정 등이 있었고, 죽은 후의 상태에 대해서는 뇌와 장기의 장기, 알 수 없음, 윤회 등의 답변이 있었다. 따라서 죽음에 대한 다양한 관점에 대한 이해가 필요하며, 죽음과 두려움과의 관계나 죽음에 대해 어떻게 생각할 것인지 태도에 관한 내용, 죽은 후의 상태에 관한 여러 가지 관점들도 강의에서 다루면 좋을 것으로 보인다. 죽음교육에 대해서는 죽음교육이 필요하다는 응답이 많았고, 그 이유에 대해서 환자의 죽음(환자의 진료)에 대한 대처, 자신과의 대면(자기 성찰), 죽음에 대한 지식 확장 등의 답변이 많았다. 죽음과 관련하여 중요하다고 생각하는 주제에 대해서는 '의료인으로서 임상에서의 죽음 맞이', '죽음을 통한 삶의 태도/방식에 대한 교육', '임상에서 죽음 맞이', '의과학적 담론(뇌과학, 생리심리학, 인지과학 등)', '죽음에 대한 개념, 정의' 등에 대한 답변

이 많았다. 이는 학생들만의 관점이 아니라 학생을 가르치는 위치에 있는 교수와 임상에서 활동을 하고있는 졸업생들도 비슷한 비율을 보인 것을 볼 때 공통적인 견해를 알 수가 있다. 따라서 수업 계획을 세울 때 임상에서 맞이할 수 있는 다양한 의료 상황에 대한 내용을 위주로 구성하고, 자기성찰, 삶의 의미 고찰 등 인류 보편적 문제인 죽음에 대해서 개인이 어떻게 의미를 두고 해석할 것인지에 대한 내용도 필요하다는 것을 알 수 있다.

이러한 설문 결과와 각 분야 교수들의 논의를 거쳐 수업계획서를 도출하였고, 수업계획서는 죽음의 의미, 죽음에 대한 태도, 죽음의 종류와 실태, 의료인의 역할 등 다양한 주제로 구성하였다 <Table 6>. 또한 한의과대학 교과 과정상 전공과목을 공부하는 데 많은 부담이 있어서 강의를 늘어나는 것에 대한 학업 부담이 있을 수 있다. 따라서 학생들이 편하게 접근할 수 있도록 흥미를 유도할 수 있는 강의를 구성하고, 다양한 교수자나 매체를 활용할 필요가 있다. 수업계획서는 한 학기를 기준으로 작성하였지만, 설문 결과 '타 과목 차시 중 2시간'의 비율도 높았기 때문에 강의 도입 초기에는 다른 과목 강의 중 몇 시간을 할애하여 죽음학 수업을 진행하고 학생들의 피드백을 받는 것도 의미가 있을 것이라 생각한다.

10) 정태영 등. 한방병원에서 치료받은 암환자 899명에 대한 임상적 특성 분석. 대한한방내과학회지 2010;31(1):102-112.

11) 조나경 등. 단일 한방병원에 내원한 소화기계 암환자 226명에 대한 임상적 특징 분석; 후향적 차트 리뷰. 대한한방내과학회지 2018;39(4):708-716에서는 소화기계 암 환자의 54.9%가 IV기였고, 윤미정 등. 단일 한방병원에 내원한 간암환자 60명에 대한 임상적 특징 분석; 후향적 차트 리뷰. 대한한방내과학회지 2020;41(3):447-456에서는 IV기 환자가 55.0%였다.

12) 서동민 등. 한방 병원에서 발생한 中風으로 인한 예상치 못한 사망에 관한 고찰. 대한한의학회지 2003;24(3):165-171에서 한방병원 입원환자 중 예기치 못한 사망의 경우 0.1%였다.

13) 최순자. 인구학적 변인에 따른 노인의 생활만족도와 상담욕구. 2014. 전주대학교 석사학위논문에서 전라북도 시에 있는 노인복지종합회관과 노인들이 자주 방문하는 S한의원에서 만 60세 이상 노인 300명을 설문조사하였고, 노인에게 죽음문제, 소외문제, 신체적 건강문제 등 어려움이 있을 수 있고 상담 및 지지가 필요함을 지적하였다.

IV. 결론

죽음은 누구도 피할 수 없는 삶의 한 과정이다. 그리고 죽음을 어떻게 받아들일 것인가 하는 것은 개인적, 사회적뿐만 아니라 임상 영역에서도 중요한 과제이다. 선진국에서는 이미 죽음교육을 실시해 왔으며 이를 통해 죽음에 대한 적극적 준비와 함께 삶을 대하는 태도와 가치관에 관한 성찰을 할 수 있도록 하고 있지만, 한국에서는 죽음교육에 관한 논의가 있게 되지 얼마 되지 않았고, 특히 한의과대학에서는 의료윤리 과목에서 죽음과 관련된 윤리 문제를 제공하고 있지만 본격적인 죽음학 수업이 이루어지지 못하고 있다. 의과대학과 달리 임상 현실에서 죽음을 직접적으로 만날 기회가 많은 것은 아니지만 임상 각과를 포괄하는 의료인으로서 다양한 죽음학의 주제를 배울 수 있는 기회가 제공되면 앞으로 연명의료, 응급의학, 호스피스 등 한의사의 역할이 필요한 부분에 도움이 될 것이다.

한의과대학 교수, 졸업생, 학생들을 대상으로 한 기초 설문 조사 결과, 대부분 응답자가 죽음을 가깝게 생각하고 있었고, 죽음이라는 단어를 들었을 때 슬픔, 돌이킬 수 없고 불가항력적인 순간, 무, 관계의 단절과 같은 이미지를 떠올렸다. 죽음교육의 필요성에 대해서는 필요하다는 응답이 가장 많았고, 교수나 졸업생, 학생의 구분 없이 답변이 비슷하였다. 죽음교육이 필요한 이유에 대해서는 환자의 죽음(환자의 진료)에 대한 대처, 자신과의 대면(자기성찰) 등의 답변이 있었고, 의료인으로서 임상에서 죽음 맞이, 죽음을 통한 삶의 태도/방식에 대한 교육 등의 주제가 중요하다고 답변하였다.

설문 조사 결과와 의과대학 죽음교육 현황, 한의교육 자문 및 저서, 논문들을 토대로 한의과대학의 한 학기 죽음교육 수업계획서를 제안하였고, 수업계획서는 죽음의 다양한 의미, 죽음에 대

한 태도, 죽음의 종류와 실태 등 다양한 주제와 플립러닝, 기초·임상·의료인문학 교수의 강의, 토론 및 발표, 영화 감상, 대담 등의 수업 방법으로 구성되어 있다.

점점 더 많은 사람이 병원에서 죽음을 맞이하게 되면서 과거보다 죽음을 직접 경험하는 일이 줄어들고 있고, 가정에서 죽음을 배우지 못하고 학교와 같은 교육 환경에서도 죽음을 다루지 않는다면 죽음에 대해 제대로 알지 못한 채 죽음을 맞이하는 상황도 생기게 된다. 특히 생명을 다루고 질병을 치료하는 의료인은 죽음을 하나의 관점이 아니라 역사적·사회적·문화적·자연과학적·의학적 등 종합적으로 배울 필요가 있다. 이 글에서 제시한 한의과대학 죽음학 수업은 실제 교육 현장에서 아직 구현되지 못한 한계를 가진다. 향후 이러한 연구 결과를 바탕으로 수업을 운영한 후, 학생·교수 피드백이 더해진다면 죽음학 교육 토대 구축에 더 기여할 수 있을 것으로 여겨진다. ☺

Conflict of Interest

There are no potential conflicts of interest relevant to this article.

REFERENCES

- [1] Department of the History of Medicine and Medical Humanities, Seoul National University College of Medicine. Clinical ethics. 3rd ed. Seoul: Snu Press; 2016. p.145.
- [2] Ahn WH. Limit and direction of revision of the act on life-sustaining treatment. Law Rev 2022;63(1):130-131.
- [3] Lee YS, Jang HY. Trend analysis of death preparation education from the perspective of lifelong education. J Educ Cul 2020;26(2):435-455.

- <https://doi.org/10.52758/kjle.2020.26.4.29>
- [4] Kim GY, Kim SJ, Yang YA. A study on the trends of well-dying in Korea: based on research for the last five years. *J Korea Aging Friend Ind Assoc* 2020;12(1):29-36. <https://doi.org/10.34264/jkafa.2020.12.1.29>
- [5] Park JC. Course on death and dying for medical students. *Korean Med Educ Rev*. 2020;22(3):153-162. <https://doi.org/10.17496/kmer.2020.22.3.153>
- [6] Kim SK, Kim NK. Death and medical education as the last moment of life that modern medicine is missing. *J Saramdaum Educ* 2022;16(2):23-39.
- [7] Kim JM. Developing the curriculum to educate medical students using books related to death education in Korea. *Korean Med Educ Rev* 2020;22(3):210-216. <https://doi.org/10.17496/kmer.2020.22.3.210>
- [8] Korean Council for University Education. 2008 Korean medicine evaluation guidebook and criteria for implementation of academic evaluation and accreditation. Seoul: Korean Council for University Education; 2008. p.33-35.
- [9] The Korean Society for Medical Ethics. Medical ethics. 2nd ed. Seoul: Gyecheuk Culture Publisher; 2008. p.62.
- [10] Song HD, Ahn SY, Kim YH, et al. A study on the well-dying recognition and decision of death before and after education among university students. *J Korea Acad Ind Coop Soc* 2018;19(1):300-310.
- [11] Yoo HH, Shin S, Lee JK. Medical students' metaphorical representations of life and death. *J Learn Cent Curric Instr* 2019;19(1):175-200. <https://doi.org/10.22251/jlcci.2019.19.1.175>
- [12] Kim JK, Lim B. A study on the perceptions of thanatology (death studies) for university public education to help students reflect on life and death. *Korean J Gen Educ* 2020;14(5):189-200. <https://doi.org/10.46392/kjge.2020.14.5.189>
- [13] Kim E, Jo H. Analysis of college students' perception and needs for death education. *J Res Methodol* 2020;5(2):29-49. <https://doi.org/10.21487/jrm.2020.7.5.2.29>
- [14] Kim S. Reconsideration on the death education by analysis on the current state of the death studies within the medical education and oriental ideological perspective. *Korean J History Educ* 2021;43(2):39-61. <https://doi.org/10.15704/kjhe.43.2.202106.39>
- [15] Park JC. Organizing interesting medical humanities (humanities and social medicine) classes. In: *KMEC 2023 the 39th Medical Education Conference*; Seoul: 2023. pp.64-74.
- [16] Ko YS. A medical story about the end of life: death studies class. Seoul: Heowon Books; 2022.
- [17] Kim SK, Kim N. Death and medical education as the last moment of life that modern medicine is missing. *J Korean Soc Study Moral Character Educ* 2022;16(2):23-39. <https://doi.org/10.18015/edumca.16.2.202205.23>
- [18] Michael de Ridder. How do we want to die?: a medical plea for a new culture of dying in times of high-performance medicine. Lee SY, translator. Seoul: Hakgojae; 2011.
- [19] Park JC. Organizing interesting medical humanities (humanities and social medicine) classes. In: *KMEC 2023 the 39th Medical Education Conference*; Seoul: 2023. p.63.
- [20] Overview of social trends related to discontinuation of palliative care. In: *Bioethics Forum*. Seoul: Korea National Institute for Bioethics Policy; 2012. p.1(3).
- [21] Shim SH. A study on the historical development and theoretical perspective on American death education. *Educ Idea* 2021;35(2):21-52.
- [22] Shin HJ. A study on the death education in Japan: focusing on death education by Alfons Deeken. *Comp Jpn Stud* 2022;55:109-126. <https://doi.org/10.31634/cjs.2022.55.109>
- [23] Park MY. Proposal for public education of death education. In: *Summer Conference of Korean Association for Public Administration*; Yeosu: 2019. pp.1653-1672.

- [24] Hwang SJ. The necessity and method of death education as a liberal arts subject. *Korean J Gen Educ* 2021;15(5):71-84. <https://doi.org/10.46392/kjge.2021.15.5.71>

Perception Survey and Course Design on Death Education

JIN Myung Ho¹, LEE Hai-Woong², KIM Seon Kyoung³

Abstract

This article reports on a survey that was conducted on students and professors at a college of Korean medicine on attitudes toward death and the need for death education. Survey results show a high demand among participants for death education, including education about facing death in clinical practice as a medical professional. In light of the results of this survey, we propose a semester-long death education course and hope that this recommendation will be helpful for implementing and developing death education at medical schools of Korean medicine.

Keywords

medical education; death education; death preparation; College of Korean Medicine; curriculum

1 Assistant Professor, Department of Internal Medicine, College of Korean Medicine, Dong-Eui University.

2 Professor, Department of Preventive Medicine, College of Korean Medicine, Dong-Eui University.

3 Assistant Professor, Department of Medical Education, College of Korean Medicine, Dong-Eui University: *Corresponding Author*

Korean Journal of Medical Ethics

● 한국의료윤리학회 회칙	246
● 『한국의료윤리학회지』 투고규정	250
● Instructions to Authors on Preparing Manuscripts	256
● 『한국의료윤리학회지』 심사규정	262
● Regulations on Reviewing Manuscripts	265
● 한국의료윤리학회 연구윤리 규정	268
● 한국의료윤리학회 편집위원회 규정	272
● The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations	274
● 한국의료윤리학회 2023년 7월~9월 회무보고	276



한국 의료 윤리 학 회
THE KOREAN SOCIETY FOR MEDICAL ETHICS

<https://medicalethics.jams.or.kr>
03722 서울 서대문구 연세로 50-1 (연세의료원, 종합관) 410호
Tel: 02-2228-2530 e-mail: ksmeeducation@gmail.com

한국의료윤리학회 회칙

2016년 11월 26일 개정

제1조 (명칭) 본회는 한국의료윤리학회(영문 표기는 The Korean Society for Medical Ethics)라 칭한다.

제2조 (목적) 본회는 의료윤리학과 의료윤리교육 발전에 기여하고 회원들 사이의 학술, 교육, 연구 및 정책 등의 공동관심사 논의와 친목도모를 목적으로 한다.

제3조 (사업) 본회는 제2조의 목적을 이루기 위하여 다음 각 호의 사업을 수행한다.

1. 의료윤리학과 의료윤리교육에 관한 연구활동과 발표 및 정책개발
2. 의료윤리교육 활동
3. 학술지와 학술도서 간행
4. 국내외 관련 학술단체와 교류
5. 상기 목적사업을 위한 수익활동
6. 기타 학회발전에 관한 사항

제4조 (회원의 종류) 본회 회원의 종류는 일반회원, 준회원, 명예회원 및 기관회원으로 한다.

제5조 (입회) ① 일반회원은 의료윤리학과 의료윤리교육에 관심을 가진 인사로 한다.

- ② 준회원은 의료윤리학과 의료윤리교육에 관심을 가진 학생으로 한다.
- ③ 명예회원은 본회 또는 의료윤리학과 의료윤리교육계에 공헌이 많은 인사로서 이사회의 결의를 거쳐 추대한다.
- ④ 기관회원은 본회 목적에 찬동하는 의료교육기관 및 관련 단체로 한다.

제6조 (회원의 권리) ① 모든 회원은 본회의 학술대회 등에 참석할 수 있다.

- ② 모든 회원은 학회지와 간행물을 배포 받을 권리가 있다.

제7조 (회원의 의무) 회원은 회비를 납부할 의무를 진다. 단, 기관회원은 별도의 기관 찬조금을 납부하며, 명예회원은 회비를 면제한다.

제8조 (회원의 자격 상실) 다음 각 호의 1에 해당하는 회원은 그 자격을 상실한다.

1. 본인의 탈퇴 신고
2. 회원의 사망
3. 회원의 제명
4. 회원의 회비 납부 의무를 연속하여 3회 이행하지 않은 경우

제9조 (회원의 제명)

- ① 회원이 본 학회의 명예를 심각하게 훼손한 때 또는 본 학회의 목적에 위배되는 중대한 행위를 한 때에는 총회의 의결로 제명할 수 있다.
- ② 제명에 관한 총회의 의결은 출석 회원의 과반수의 찬성으로 한다.
- ③ 회원이 그 자격을 상실하거나 제명을 당하였을 때에는 기존에 납입한 일체의 회비에 대하여 반환을 청구할 수 없다.

제10조 (임원) ① 본 회에는 다음과 같은 임원을 둔다.

1. 회장 1명
 2. 부회장 5명 내외
 3. 이사 40명 내외
 4. 상임이사 10명 내외
 5. 감사 2명
- ② 회장은 학회를 대표하고 학회의 운영을 관장하며 총회와 이사회 의장이 된다.
 - ③ 부회장은 회장 유고시 회장의 직무를 대행한다.
 - ④ 이사 중에 총무이사, 기획이사, 교육이사, 학술이사, 간행이사, 교재출판이사, 대외협력이사, 무임소이사 등 상임이사를 둘 수 있다.
 - ⑤ 감사는 정기총회에서 선출한다.
 - ⑥ 부회장, 이사 및 상임이사는 회장이 임명한다.
 - ⑦ 임원은 정기총회일로부터 정기총회 날까지 2년의 임기로 하되 연임할 수 있다. 단, 개정 회칙에 의한 임원의 임기는 잔여임기로 한다.

제11조 (회장 선출)

- ① 차기 회장은 현 회장 임기 마지막 정기이사회에서 선출한다.
- ② 정기이사회에 참석한 이사들만 투표권을 갖는다.
- ③ 선출된 회장은 정기총회의 인준을 받는다.
- ④ 회장후보자는 직전 2년 이상의 자격을 유지한 학회 회원으로서 본회 임원의 경력이 있는 자이어야 한다.
- ⑤ 회장 후보자가 되기를 희망하는 자는 자필 소명을 한 자신의 소개서를 학회에 제출하여야 하며, 학회는 자격을 심사하여 이를 이사회에 보고한다.

제12조 (상임이사의 업무)

- ① 총무이사 - 학회 업무를 총괄, 학술이사와 함께 정기학술대회 준비
- ② 기획이사 - 학회 발전 방향 계획, 학회에서 주관하는 연구사업 기안
- ③ 학술이사 - 정기학술대회 및 학회 학술활동 프로그램 및 연자 섭외
- ④ 간행이사 - 학회지 발간 업무

- ⑤ 게재출판이사 - 학회에서 수행하는 연구사업 결과물과 학회관련 간행물 발간 업무
- ⑥ 교육이사 - 의료윤리교육 업무
- ⑦ 재무이사 - 예산, 결산 및 학회 재정확보와 경비지출 관련 업무
- ⑧ 국제협력이사 - 해외 유관학회 및 기관과의 협력 업무
- ⑨ 대외협력이사 - 국내 유관단체와의 협력 업무
- ⑩ 법제이사 - 학회 활동의 법률지원과 법조계와의 유관업무
- ⑪ 정보이사 - 학회 홈페이지 운영 업무
- ⑫ 홍보이사 - 학회 홍보 업무
- ⑬ 무임소이사 - 학회 업무의 자문 및 이사회 활동 보조업무

제13조 (명예회장) 전임 회장 중에서 학회와 의료윤리학계의 발전에 크게 공헌한 인사를 이사회의 결의와 총회의 인준을 거쳐 명예회장으로 추대한다.

제14조 (고문) 의료윤리학회에 공이 많은 원로 회원 중에 약간 명을 이사회의 결의와 총회의 인준을 거쳐 고문으로 추대한다.

제15조 (회의) 본 회에는 다음 각 호와 같은 회의와 위원회를 둔다.

1. 총회
2. 이사회
3. 상임이사회
4. 편집위원회: 『한국의료윤리학회지』의 간행과 관련한 사안을 논의하기 위하여 편집위원장이 운영하는 편집위원회를 둔다.
5. 의료윤리교실 운영위원회: 의료윤리교실의 운영에 관한 사안 논의하기 위하여 운영위원회 위원장이 운영하는 의료윤리교실 운영위원회를 둔다.

제16조 (총회) ① 정기총회는 매해 학술대회 때 회장이 소집하며 임원선출, 회칙개정, 사업계획, 예산결산 등의 제반 사항을 심의·의결한다.

- ② 임시총회는 회장이 필요하다고 인정하거나 일반회원의 1/3 이상이 요청할 때 회장이 소집한다.
- ③ 회장은 회의 안건을 명기하여 7일 전에 각 회원에 통지하여야 한다. 이 통지는 본 학회에 등록된 회원의 전자우편주소로 발송할 수 있다.

제17조 (이사회) ① 정기이사회는 정기학술대회 때 회장이 소집하며 본 회의 사업과 예산결산 등을 심의한다.

- ② 임시이사회는 회장이 필요하다고 인정하거나 이사의 1/3 이상이 요청할 때 회장이 소집한다.
- ③ 상임이사회는 연 2회 이상 개최함을 원칙으로 한다. 명예회장과 고문은 회장의 요청에 의해 상임이사회에 참석할 수 있다.

제18조 (위원회)

- ① 본 회의 제반 회무의 원활한 수행을 위해 회장은 위원회를 상설할 수 있다.
- ② 필요에 따라 특정 임무를 한시적으로 수행하기 위해 회장은 전문위원회를 설치할 수 있다.
- ③ 각 위원회의 위원 수는 위원장 포함 7명 내외로 하며 위원장은 임원 및 해당 상임이사로 한다. 총무이사는 위원회 대신 1인의 총무간사를 둘 수 있다.
- ④ 위원은 해당 위원장의 추천에 의하여 회장의 인준을 받아 선임된다.
- ⑤ 편집위원회는 회장이 임명하는 임기 2년의 편집위원장을 두며, 간행이사가 겸임할 수 있다.

제19조 (산하위원회) 본 회의는 그 산하에 의료윤리와 관련된 연구회 또는 분과를 둘 수 있다.

제20조 (의결정족수) ① 총회의 의결은 출석회원 과반수의 찬성으로 한다.

- ② 이사회 기타 의결은 출석인원 과반수의 찬성으로 한다.
- ③ 회원 등은 피위임자와 위임범위 등을 명시한 소정 양식의 위임장에 의하여 의결에 참여할 수 있다.

제21조 (재정) 본 회의 재정은 이사회비, 회비, 찬조금, 기타수입으로 충당한다. 본회의 회계연도는 당해 연도 12월 1일부터 차기 연도 11월 30일까지로 한다.

제22조 (회칙 개정의 발의) 본 정관의 개정안은 회원 7인 이상의 명의 또는 이사회의 결의로서 발의할 수 있다.

제23조 (회칙 개정의 확정) 본 정관의 개정은 총회에서 출석회원의 3분의 2 이상의 찬성으로 확정된다.

부칙 제1조 (관장) 본 회칙에 명시되어 있지 않은 사항에 관해서는 관례에 따라 회장이 처리한다.

제2조 (시행일) 본 회칙은 1997년 11월 24일부터 시행한다.

제3조 (회칙개정) 본 회칙은 1999년 11월 25일부터 시행한다.

제4조 (회칙개정) 본 회칙은 2008년 12월 1일부터 시행한다.

제5조 (대한의학회 의결) 부칙 제4조에도 불구하고 본 회칙은 대한의학회의 인준을 받은 날로부터 시행한다.

제6조 (회칙개정) 본 회칙은 2009년 12월 5일부터 시행한다.

제7조 (회칙개정) 본 회칙은 2010년 2월 22일부터 시행한다.

제8조 (회칙개정) 본 회칙은 2011년 4월 3일부터 시행한다.

제9조 (회칙개정) 본 회칙은 2014년 12월 1일부터 시행한다.

제10조 (회칙개정) 본 회칙은 2016년 11월 26일부터 시행한다.

『한국의료윤리학회지』 투고규정

2022년 5월 11일 8차 개정

▣ 원고에 관한 일반적 지침 ▣

본지는 한국의료윤리학회의 공식 학술지로서, 본지의 투고규정은 국제 의학학술지편집인위원회(International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE)에서 마련한 「의학학술지에 게재되는 학술 저작물의 생산, 보고, 편집 및 출판에 대한 권고안(Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals)」 및 대한 의학학술지편집인 협의회(The Korea Association of Medical Journal Editors, KAMJE)에서 마련한 「의학논문출판윤리 가이드라인」을 근간으로 이루어졌으며, 다음 사항에 명시되지 않은 사항은 상기 양식의 일반적인 원칙에 따른다.

1. 원고의 종류

『한국의료윤리학회지』는 ‘의료윤리’, ‘의료윤리를 포함한 의료인문학 교육’, ‘생의학의 윤리적, 법적, 사회적 측면을 다루는 학제적 연구’ 내용을 게재한다. 투고자는 원칙적으로 본 학회의 회원으로 제한하고, 편집위원회에서 인정하는 경우 예외를 인정할 수 있다. 게재원고는 원저, 논평, 답변, 편집인 사설 등과 편집위원회에서 청탁한 원고에 국한한다. 청탁 원고 형식으로는 기존 게재원고의 형식 외에도 단신, 보고 등이 가능하다.(원저는 독창적인 이론이나 새로운 지견을 제시하는 논문으로 다양한 형식의 논문도 수용하며, 사례기반논문을 포함한다.)

2. 중복게재

이미 다른 학술지 및 기타 정기간행물에 게재된 같은 언어, 같은 내용의 원고는 투고할 수 없으며, 본지에 게재된 원고를 도서, 보고서 등 타지에 게재하고자 할 때에는 편집위원회의 허락을 구한 후, 논문의 제목, 한국의료윤리학회지 권 호 등 서지사항을 정확히 기록하여 게재한다. 중복 출간은 다른 언어로 독자층이 상이하며, 「의학학술지에 게재되는 학술 저작물의 생산, 보고, 편집 및 출판에 대한 권고안」에서 규정한 요건을 갖춘 경우에만 가능하다.

3. IRB 심의

인간대상연구 논문은 IRB 승인서 또는 심의면제확인서를 제출해야 한다.

4. 이해상충(Conflict of interest)

저자는 자료를 연구하고 해석하는 데 이해상충 가능성이 있는 경우 이를 편집위원회에 알려야 한다. 이해상충의 공개는 ICMJE에서 제공하는 양식(http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf)을 이용한다.

5. 원고제출

원고제출 시에는 형식에 맞추어 작성한 논문의 파일을 온라인 논문투고시스템(<https://medicaethics.jams.or.kr>)에 표지와 원문 파일로 나누어 업로드한다. 제출된 원고의 내용은 저자가 임의로 변경할 수 없다.

6. 학회지 발간 및 원고접수

본지는 연 4회(3월 31일, 6월 30일, 9월 30일, 12월 31일) 발간하며, 원고는 학회 홈페이지 온라인 논문투고시스템에서 수시로 접수한다. 교신저자는 본학회의 정회원이어야 한다. 원고의 투고 시에는 먼저 투고규정 준수 여부를 다시 한번 확인하고, 교신저자가 저자점검표 및 저작권 이양 동의서를 온라인논문투고시스템에서 작성한다. 형식상의 오류 또는 오자가 많거나 투고규정을 준수하지 않은 원고는 감점한다. 논문 투고에 필요한 서류가 확인되면 접수 확인 메일이 발송된다.

7. 원고심사

투고된 원고는 각각 편집위원회에서 선정한 3인의 심사위원들의 심사를 거친 후 게재 여부가 결정된다. 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원여부가 삭제된 채로 심사된다.

8. 게재료

논문 게재료는 일금 이십만 원(₩ 200,000)이며, 저자가 부담함을 원칙으로 한다. 단, 연구비의 지원을 받은 논문은 사십만 원(₩ 400,000)으로 한다. 편집위원회에서 청탁 의뢰한 논문의 경우, 연구비 지원을 받지 않는 한에서 게재료를 부과하지 않는다.

〈논문게재료입금〉

계좌번호: 신한은행 100-021-780130 예금주: 한국의료윤리학회

9. 편집위원회의 역할

원고 송부 및 편집에 관한 제반 사항은 편집위원회에 문의하며, 원고 중 필요한 때에는 편집위원회의 결의로 원문에 영향을 미치지 않는 범위 내에서 자구와 체제 등을 수정할 수 있다. 제출된 원고는 반환하지 않는다.

〈『한국의료윤리학회지』 편집위원회〉

49201 부산광역시 서구 대신공원로 32 동아대학교 의과대학 의료인문학교실

E-mail: kjmedicaethics@gmail.com

10. 저작권

저작권과 관련해 논문의 내용, 도표 및 그림에 관한 모든 출판 소유권은 한국의료윤리학회가 가진다.

▣ 원고작성에 관한 세부 지침 ▣

1. 원고의 형태

원고는 A4 용지에 상, 하, 좌, 우 모두 25mm 여분을 두고 2열 간격으로 아래아 한글, MS Word를 이용하여 한글이나 영어로 작성한다. 원문 파일에는 페이지 번호와 줄번호를 표기한다.

2. 용어의 표기

의학용어는 가장 최근에 대한의학협회에서 발간된 의학용어집을 준용한다.

3. 표지

논문의 제목, 모든 저자의 이름(Full Name: 홍길동, HONG Kil-Dong), 소속, 지위를 국문과 영문으로 기록하고 ORCID iDs를 적는다. 저자가 2인 이상인 경우에는 연구와 논문 작성에 참여한 기여도에 따라 순서대로 나열하고, 교신저자는 마지막에 적는다. 하단에는 교신저자의 성명, 주소, 전화번호, E-mail 주소를 기술한다. 연구비 수혜, 학회 발표, 감사문구 등 공지사항을 기술하고, 없는 경우 없음을 분명히 명시한다. 표지는 원문파일과 별도로 첨부파일에 업로드한다.

4. 투고 원고의 구성과 순서

연구논문의 원고 순서는 1) 제목, 2) 한글 요약, 3) 국문 색인어(6개 이내), 4) 본문, 5) 참고문헌, 6) 영문 초록, 7) 영문 색인어(6개 이내)로 구성한다. 논평과 답신은 1) 제목, 2) 본문, 3) 참고문헌으로 구성한다. 이때 색인어는 인덱스 메디커스(Index Medicus)에 나열된 의학주제용어(MeSH: Medical Subject Heading)를 사용해야 하며 <https://meshb.nlm.nih.gov/search>에서 확인한다. 영문색인어의 첫 자는 소문자로 쓴다.

5. 논문 제목 및 초록

논문 제목은 가운데 배열로 표기한다. 논문의 제목은 간결하면서도 논문의 내용을 충분히 나타낼 수 있도록 하고 약자의 사용이나 “...에 대한 연구나 고찰” 등과 같은 표현은 피하도록 한다. 초록은 줄을 바꾸지 말고 한 단락의 서술형으로 기술한다. 한글 요약과 영문 초록의 분량은 100~200단어 이내로 한다.

6. 본문

(1) 본문은 서론, 본론, 결론으로 작성하며, 본론은 다음의 목차 번호를 따른다.

I., II., III., IV., ……

1., 2., 3., 4., ……

1), 2), 3), 4), ……

a., b., c., d., ……

i), ii), iii), iv), ……

(2) 연구 대상에 대한 기술이 필요한 논문의 경우, 성(sex)과 젠더(gender)가 올바른 용어로 사용되었는지 확인한다. 가능하다면 연구 참가자나 동물, 세포 등의 성별을 그 감별 방법과 함께 기술한다. 연구가 명백한 이유(전립선 암 등) 없이 한쪽 성만을 포함하는 등 특정 집단을 배제하였다면 그 이유를 기술한다. 또한 인종, 민족을 어떤 기준으로 정의했는지 규명하고 그 관련성을 정당화할 수 있어야 한다.

(3) 본문에 참고문헌은 밴쿠버 스타일(Vancouver style)에 따르되 저자가 2인인 경우에는 두 사람의 성을 모두 쓰고, 3인 이상인 경우 첫번째 저자의 성과 “et al.”을 쓴다. 참고문헌 번호는 대괄호 [] 안에 기재한다.

[저자 1인] Kamm[19]은 “동일한 것에 의한 대체”라는 개념을 사용해서 다수 구조의 원칙이 공정함을 설명한다.

[저자 2인] Beauchamp & Childress[16]는 “비록 환자가 누군가에게 그 권리를 위임하더라도, 선택은 그 자체로 자율적인 것이다”고 하여 <가족에게 결정 권한을 위임한 것>으로 해석하고 있다.

[3인 이상] 또한, Emanuel et al.은 연구대상자 개인뿐 아니라 연구대상자 집단 일반에게 주어질 이익도 함께 고려해야 한다고 지적하고 있다[14].

(4) 참고문헌 외의 인명, 지명, 기관, 단체, 기타의 고유명사는 가능한 한 한글로 사용해야 하며, 원자(原字)는 처음 1회에 한해 괄호 안에 밝힌다. 고유명사를 원자(原字)로 표기할 수 있으며, 만약 약어로 표기하고자 한다면 처음 1회에 한해 전체 고유명사와 약어를 괄호 안에 밝힌다.

(5) 생물연대를 밝힐 때는 괄호 안에 기록한다. 숫자는 Arabia 숫자를, 모든 단위는 국제표준단위(SI 단위)를 사용한다.

7. 참고문헌

(1) 참고문헌은 밴쿠버 스타일에 따라 영문으로 본문에 인용된 순으로 나열한다. 학술지명은 학술지에서 정한 고유 약어, 미국국립의학도서관의 학술지 약어(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals>), KoreaMed 학술지 약어(<http://www.koreamed.org/JournalBrowser.php>)를 사용한다. 학술지 약어가 없는 경우 전체 학술지명을 적는다.

(2) 저자가 3인 이하이면 전원을, 4인 이상이면 3인만을 기록하고 “et al.”을 붙인다.

(3) 참고문헌의 기술은 정기학술지의 경우 저자명, 논문 제목, 학술지명, 발행년도, 권(호), 페이지의 순으로 기술한다. 단행본을 인용할 경우 저자명, 저서명, 판수, 발행지, 출판사명, 발행년도의 순으로

로 기재한다.
참고문헌 기술의 구체적 예는 다음과 같다.

[정기학술지]

Teno J, Lynn J, Phillips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? J Clin Ethics 1994;5(1):23-61.

[정기학술지 doi가 있는 경우]

Choi EK, Shin SJ, Yoo SH. Covid-19 and research ethics. Korean J Med Ethics 2021;24(1):1-16. <http://dx.doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.1>

[단행본]

Pellegrino ED, Thomasma DC. The virtues in medical practice. New York: Oxford University Press; 1993.

[단행본 속의 문헌]

Stufflebeam DL. Foundational models for 21st century programme evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, eds. Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation, 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. pp.33-84.

[학위논문]

Won JS. An ethnographic study of caring for dying patient with cancer [Doctorate]. [Seoul(Korea)]: Ewha Womans University; 1993. p.33.

[인터넷 자료]

World Health Organization [WHO]. Mortality country fact sheet 2006 [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Feb 22]. Available from: http://www.who.int/whosis/mort_emro_pak_pakistan.pdf

[신문기사]

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jun 24;Sect. A:12(col.1.).

8. 그림 및 표

(1) 표와 그림은 영문으로 작성하고, 한글로 작성할 필요가 있는 경우에는 부록으로 처리한다. 이때,

부록은 반드시 본문 중에 인용되어야 한다.

- (2) 그림(사진 포함)과 표는 선명하고 간결하게 만들고 반드시 본문 중에 인용되어야 한다. 사용한 모든 약자는 그림이나 표 밑에 풀어 써주며 이외 필요한 설명을 추가하여 본문을 보지 않고도 이해할 수 있도록 작성한다. 같은 단어 또는 숫자가 다음 줄에 나오더라도 반복하여 써야 하며 ‘위와 같음’으로 쓸 수 없다.
- (3) 그림과 표의 제목은 절 혹은 구의 형태로 기술한다. 표에는 수직선을 사용하지 않는다. 기호 사용 시 *, †, ‡, §, ||, ¶, **의 순으로 하며 이를 하단 각주에 설명한다.

9. 첨부파일

온라인투고시스템에 논문을 투고할 때에는 본문에 제시한 그림과 표를 별도의 파일로 만들어 첨부파일의 ‘이미지파일’, ‘표파일’란에 올리며, 표지와 ICMJE의 이해상충에 대한 서식(http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf)을 별도의 첨부파일란에 올린다. 저작권이양동의서, 논문유사도검사를 각각의 제출란에 올린다.

10. 기타

본 규정에 명시되지 않은 사항은 편집위원회의 결정에 따른다.

부칙 제1조 (시행일) 본 투고규정은 1998년 9월 1일부터 시행한다.

제2조 (개정) 본 투고규정은 2014년 3월 30일부터 시행한다.

제3조 (개정) 본 투고규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제4조 (개정) 본 투고규정은 2017년 3월 8일부터 시행한다.

제5조 (개정) 본 투고규정은 2018년 9월 12일부터 시행한다.

제6조 (개정) 본 투고규정은 2019년 3월 1일부터 시행한다.

제7조 (개정) 본 투고규정은 2019년 9월 1일부터 시행한다.

제8조 (개정) 본 투고규정은 2021년 9월 1일부터 시행한다.

제9조 (개정) 본 투고규정은 2022년 5월 11일부터 시행한다.

Instructions to Authors on Preparing Manuscripts

Revised on September 1, 2021

▣ General Guidelines ▣

The *Korean Journal of Medical Ethics* is the official journal of The Korean Society for Medical Ethics. The journal follows the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals* issued by the International Committee of Medical Journal Editors, except as otherwise indicated in the instructions below.

1. Types of articles

The *Korean Journal of Medical Ethics* publishes articles in the areas of medical ethics and medical ethics education, as well as articles that involve interdisciplinary research on the ethical, legal, or social aspects of biomedicine. In general, the journal accepts articles only from members of The Korean Society for Medical Ethics; however, exceptions can be made in certain cases with the approval of the editorial board. The types of manuscripts acceptable for publication are limited to original articles, commentaries, replies, editorials, and solicited manuscripts. In addition to the existing manuscript format, brief communications and reports are also possible in the case of solicited manuscripts.

2. Overlapping publications

Manuscripts submitted for publication must not duplicate previously published work, including published work of the submitting author(s), and may not be submitted to at any other journal while under review at the *Korean Journal of Medical Ethics*. Duplicate publications may be approved in the case of articles translated from one language to another, but such articles must conform to the *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals*.

3. IRB deliberation

Authors must submit IRB certification or confirmation of exemption from deliberation when submitting manuscripts that present experimental research.

4. Conflicts of interest

Authors must inform the editor of any potential conflicts of interest associated with the research presented in their submissions.

5. Submission procedure

Authors should upload their manuscripts at the homepage of the Korean Society for Medical Ethics (<https://medicalethics.jams.or.kr>). Manuscripts cannot be further modified once they have been uploaded.

6. Publication

While the journal is published quarterly (at the end of March, June, September, and December), manuscripts may be submitted at any time of the year through the journal's online manuscript submission system. Manuscripts should conform to the journal's requirements, and corresponding authors should complete the author's checklist and copyright transfer forms. Points will be deducted from manuscripts that fail to conform to the journal's requirements or publication standards. Once all required documents have been received, an email message will be sent to the corresponding author confirming that their submission is complete.

7. Manuscript review process

Submitted manuscripts will undergo a peer review process involving three reviewers chosen by the editorial board. Reviewers will not be informed of the authors' identities, their affiliations, or whether their research was supported by research funding.

8. Article-processing charges

The journal charges an article-processing fee of 200,000 KRW for each manuscript that is accepted for publication or 400,000 KRW for work that was supported by research funding. Solicited manuscripts will not be subject to a publication fee unless they are supported by research funding.

Account number: 100-021-780130; Shinhan Bank

9. The role of the editors

Authors may contact the editorial board for further information concerning the submission and editing of manuscripts. The editorial board may request that manuscripts be revised in light of reviewers' comments, and submitted manuscripts will not be returned to the author.

Editorial board of the *Korean Journal of Medical Ethics*

Dong-A University Medical School, 32, Daesingongwon-ro, Seo-gu, Busan 49201, KOREA

E-mail: kjmedicalethics@gmail.com

10. Copyright

The Korean Society for Medical Ethics maintains all copyrights on the articles (including all text, tables, and figures) that are published in its journal.

■ Detailed Instructions ■

1. Manuscript Formatting

Manuscripts should be double-spaced using either Hangul or MS-Word, with 25 mm margins on all sides of A4 paper. Manuscripts should be written either in Korean or English and should contain both page numbers and line numbers.

2. Nomenclature

With respect to medical terminology, the journal follows the latest edition of the medical terminology guidelines published by the Korean Medical Association.

3. Title Page

Title pages should include the title of the article, the full names of all authors, their institutional affiliations (written in both Korean and English), and the authors' ORCID IDs. If there are more than two authors, the names of the authors, except for the corresponding author, should be arranged according to their contributions to the relevant research and writing of the article. The corresponding author's name should be listed last. The lower part of the page should contain the name, mailing address, telephone number, and e-mail address of the corresponding author. Authors should also clearly indicate on the title page whether the work was supported by research funding and include any acknowledgements and/or information concerning presentations related to the manuscript. The title page should be uploaded as an attached file, separate from the manuscript.

4. Manuscript Organization

Research articles written in Korean should be arranged in the following order; 1) title, 2) summary (in Korean), 3) keywords (in Korean: no more than six words), 4) text, 5) references, 6) abstract in English, and 7) keywords (in English; no more than six words). Commentaries and replies should be arranged as follows; 1) title, 2) text, and 3) references. Keywords should be selected from among the terms in the Medical Subject Headings (MeSH) list of Index Medicus (available at, <https://meshb.nlm.nih.gov/search>), and their first letters should be capitalized.

5. Title and Abstract

The title of the article should be centered on the first page and should be as informative and brief as possible, avoiding the use of abbreviations or redundant phrases such as 'study' or 'observation.' Each

abstract (Korean and English) should be structured in a single paragraph of 100-200 words.

6. Text

- (1) The text should contain an introduction, body, and conclusion and adhere to the following system for numbering sections.

I., II., III., IV.,
 1., 2., 3., 4.,
 1), 2), 3), 4),
 a., b., c., d.,
 i), ii), iii), iv),

- (2) Authors should ensure that the terms ‘sex’ and ‘gender’ are used correctly when they are used to classify research subjects. The methods used to determine the sex or gender of subjects should also be explained. Studies that exclude members of one sex within a population should contain a justification for the exclusion. Authors should also explain how they determined the ‘race’ or ‘ethnicity’ of research subjects and justify their use of those categories.
- (3) The text shall be prepared in accordance with the Vancouver style. For works written by two authors, both last names should be cited; for works by three or more authors, the citation should include only the first author’s last name, followed by ‘et al.’ Reference numbers are given in square brackets[].
 e.g.)

One author:

Kamm [19] uses the concept of ‘replacement by the same thing’ to explain the fairness of the principle of rescuing more people.

Two authors:

Beauchamp & Childress [16] interpreted it as ‘delegating the decision to the family’ by saying, ‘Even if a patient delegates that right to someone, the choice to delegate it is autonomous in itself.’

More than three authors:

In addition, Emanuel et al. points out that the benefits to be given not only to the individual under study but also to the general population of the subject [14].

- (4) For articles written in Korean, any person, name, institution, organization, or other proper noun shall be used in Korean as much as possible, with the original name in the Latin alphabet stated in parentheses only once. In the case of an abbreviation, the entire proper noun and abbreviation shall be indicated in parentheses only for the first occurrence of the proper noun.
- (5) When indicating the date of birth and death of an individual, do so in parentheses. All number should be Arabic, and for units use International Standard Units (SI units).

7. References

- (1) References shall be listed in English in the order cited in the text according to the Vancouver style, which uses a unique acronym set by the journal, and a journal abbreviation of the National Library of Medicine ([http:// www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?db=journals)), KoreaMed. For journals with no standard abbreviations, write the full journal name.
- (2) For works by three or fewer authors, include the names of all authors. For works by four or more authors include the names of only three authors, followed by 'et al.'
- (3) References to journal articles should be arranged as follows: author's name, title of the article, title of the journal, date of publication, volume number, and page numbers. References to books should be arranged as follows: author's name, title of the book, edition used, place of publication, name of the publisher, and date of publication.

Examples:

[Journal article without doi]

Teno J, Lynn J, Phillips RS, et al. Do formal advance directives affect resuscitation decisions and the use of resources for seriously ill patients? *J Clin Ethics* 1994;5(1):23-61.

[Journal article with doi]

Choi EK, Shin SJ, Yoo SH. Covid-19 and research ethics. *Korean J Med Ethics* 2021;24(1):1-16. <http://dx.doi.org/10.35301/ksme.2021.24.1.1>

[Book]

Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1993.

[Article in a book]

Stufflebeam DL. Foundational models for 21st century programme evaluation. In: Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, editors. *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*. 2nd ed. Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000. pp.33-84.

[Dissertation]

Won JS. *An ethnographic study of caring for dying patient with cancer* [Doctorate]. [Seoul (Korea)] : Ewha Womans University; 1993. p.33.

[Material on the Internet]

World Health Organization [WHO]. *Mortality country fact sheet 2006* [Internet]. Geneva: WHO; 2006 [cited 2007 Feb 22]. Available from: http://www.who.int/whosis/mort_emro_pak_pakistan.pdf

[Newspaper article]

Gaul G. When geography influences treatment options. *Washington Post* (Maeryland Ed.). 2005 Jun 24:Sect. A:12(col.1.).

8. Figures and Tables

- (1) Figures and tables must be written in English. When Korean text is necessary, it should be placed in the Appendix.
- (2) Figures must be clear and concise and inserted in the text of the article. All abbreviations should be explained at the bottom of the figures or tables, and explanatory statements should be included to enable readers to understand them without referring to the text. Phrases such as ‘the same as above’ should be avoided.
- (3) A brief title in a phrase or clause should be provided for each figure and table. Vertical lines should not be used in tables. Symbols such as *, †, ‡, §, ||, ¶, ** may be used in sequence and explained in foot notes.

9. Attached Files

When submitting a manuscript using the online submission system, any images or tables presented in the text should be included in separate files and uploaded using the ‘image file’ and ‘table file’ options. The title page and ICMJE’s conflict of interest form (http://www.icmje.org/coi_disclosure.pdf) should also be uploaded as separate ‘attachment file.’ A copyright transfer agreement and manuscript similarity test, which are available on online the submission system, should also be completed.

10. Others

Details not stated in these instructions will be decided by the editorial board.

『한국의료윤리학회지』 심사규정

2021년 9월 1일 4차 개정

1. 심사대상 논문

학회지 원고마감일은 1호의 경우 2월 10일, 2호의 경우 5월 10일, 3호의 경우 8월 10일, 4호의 경우 11월 10일까지로 하여, 해당 기간에 투고된 논문을 대상으로 심사를 진행한다. 그 이후에 투고된 논문은 다음 호로 순연한다. 필요시 편집위원장은 투고 기한을 조정할 수 있다.

2. 심사원칙

제출된 논문은 한국의료윤리학회 편집위원회에서 위촉한 3인으로 구성된 심사위원들의 심사를 거친 후 게재여부가 결정되며, 각 투고 논문은 투고자에 관한 인적사항과 연구비 지원여부가 삭제된 채로 심사된다. 한국의료윤리학회에서 주관한 학술발표회에서 발표된 논문이나 편집위원회가 청탁한 논문도 3인의 심사를 거쳐 게재된다.

3. 심사위원의 구성

원고마감일이 경과하면 편집위원장은 편집위원회의 심의를 거쳐 각 투고 논문에 대한 3인의 심사위원을 선정한다.

- 심사위원은 각 논문 분야에 대한 전공지식을 지닌 대학 전임교원 또는 박사학위 소지자로 하며, 필요한 경우 학회원이 아닌 이에게도 심사를 의뢰할 수 있다.
- 심사자는 투고자와 동일 기관에 속해있지 않아야 한다.
- 투고자는 해당 호의 심사자가 될 수 없다.

4. 심사기준

- ① 편집위원회는 투고된 논문의 주제가 본 학회지에 적절한지 평가하고 그렇지 못한 경우 심사 없이 논문 철회를 요청할 수 있다.
- ② 심사위원은 '논문 체재와 형식', '기존 연구 성과에 대한 이해와 반영 정도', '논문 내용의 일관성 및 충실성 여부', '논문의 독창성', '논문의 학문적 기여도', '초록의 정확성' 등의 심사항목에 따라 투고 논문을 평가한다.
- ③ 심사위원은 평가 내용을 심사표의 양식에 따라 판정 결과 및 점수를 기입하여 작성하고, 구체적인 지적사항이나 수정이 필요한 부분을 명시하며, 재심사, 게재 불가인 경우 그 사유를 적어 제출한다.

5. 심사결과 및 최종결정

- ① 투고된 논문은 심사 결과에 따라 '게재 가능', '재심사', '게재 불가' 3등급으로 나뉜다. 심사자는 '계

재 가능'과 '재심사'의 경우, 수정되어야 할 부분을 명확히 지적해야 하고, '게재 불가'의 경우 불가 사유를 구체적으로 기재해 주어야 한다. 각 판정의 의미는 다음과 같다.

게재 가능: 논문 내용에 별도로 수정할 부분이 없거나 수정하더라도 그 내용이 미미하여 추가적 심사가 필요하지 않다는 의미이다. 투고자는 심사의견 중 타당하다고 생각되는 부분을 반영하여 수정해야 하며, 반영하지 않은 부분에 대해 의견서를 함께 제출한다.

재심사: 심사위원의 지적사항에 따라 투고자가 원고를 수정한 후 다시 해당 심사위원의 심사를 거치는 것을 의미한다. 투고자는 심사위원의 의견을 반영하여 논문을 수정하며, 반영된 부분의 수정 내용과 반영하지 않은 부분의 의견을 적어 함께 제출한다.

게재 불가: 작성된 내용으로 재심사 및 게재 절차를 진행할 수 없음을 의미한다.

- ② 3인의 논문 심사결과 중, <2인 이상 '게재 불가'>, <2인 '재심사'와 1인 '게재 불가'>의 경우 재심없이 최종 '게재 불가'로 판정한다.
- ③ 총평에서 '재심사'를 받은 투고자는 2주일 이내에 수정본을 제출한다. 재심을 시행하는 심사자는 '게재 가능', '게재 불가' 중 최종심사결과를 선택하여 5일 이내에 편집위원회에 통보한다.
- ④ 재심 결과 '게재 불가'가 나온 경우, 1차 심사결과가 2인 '게재 가능'인 경우를 제외하고 최종 '게재 불가'로 판정한다.
- ⑤ 게재 여부의 최종 판단은 3인의 심사위원이 내린 판정 결과 및 점수를 고려하여 결정하며, '게재 가능' 논문이 많은 경우 편집위원장은 게재 논문의 수를 조정하고 게재 순서를 결정한다.

6. 심사결과의 통보

- ① 편집위원장은 모든 투고자에게 각 심사위원이 작성한 "투고논문 심사서"를 익명으로 처리하여, 게재 여부에 대한 최종 판정과 함께 통보한다.
- ② 수정지시를 받은 논문의 투고자는 이를 수정·보완하고 별도의 심사의견서에 답변 내용을 함께 첨부하여, 결과 통보일로부터 2주 이내에 다시 제출하여야 한다.
- ③ 투고자가 수정지시에 이의가 있을 경우에는 결과 통보일로부터 7일 이내에 이의제기하여야 하며, 편집위원회에서 타당성 여부를 판정하여 게재 여부를 결정한다.
- ④ 수정지시에 투고자가 불응하여 수정원고의 제출 또는 7일 이내에 이의제기하지 아니하는 때에는 편집위원회의 결정으로 논문의 게재를 거부할 수 있다.
- ⑤ 편집위원회의 총평은 '게재 가능', '재심사', '게재 불가'로 구성된다. 모든 경우에 편집위원회는 심사위원이 제시한 조건의 타당성과 충족 여부를 확인하여 저자에게 재수정을 요청할 수 있다.
- ⑥ 심사 평가에 대한 이의제기가 있을 경우, 편집위원장은 그 구체적인 내용을 검토하여 그 타당성이

인정될 경우 재심을 의뢰할 수 있다.

7. 게재예정증명서 발급

최종 심사결과에서 '게재 가능' 판정을 받은 논문에 대해, 투고자의 요청이 있는 경우, “논문 게재예정 증명서”를 발급할 수 있다.

부칙 제1조 (개정) 본 심사규정은 2009년 5월 1일부터 시행한다.

제2조 (개정) 본 심사규정은 2015년 1월 1일부터 시행한다.

제3조 (개정) 본 심사규정은 2018년 9월 30일부터 시행한다.

제4조 (개정) 본 심사규정은 2020년 1월 1일부터 시행한다.

제5조 (개정) 본 심사규정은 2021년 9월 1일부터 시행한다.

Regulations on Reviewing Manuscripts

Revised on September 1, 2021

1. Submission Deadlines

Deadlines for the submission of manuscripts are as follows: Issue 1 (February 10); Issue 2 (May 10); Issue 3 (August 10); Issue 4 (November 10). Manuscripts submitted after a deadline will be considered for publication in the following issue. The editor-in-chief reserves the right to adjust deadlines when necessary.

2. Principles of Review

Submitted manuscripts will be reviewed anonymously by three reviewers commissioned by the editorial board. Solicited manuscripts as well as those based on presentations given at conferences organized by the Korean Society for Medical Ethics will also undergo peer review.

3. Composition of Reviewers

The editor-in-chief, in consultation with the editorial board, will select three reviewers for each submitted manuscript.

- The examiner shall be a full-time teacher or Ph.D. holder with relevant expertise.
- The reviewer should not belong to the same institution as the contributor.
- No one should be a contributing author as well as a reviewer for the same issue of the journal.

4. Criteria for Review

- (1) The editorial board may evaluate whether the subject matter of a submitted manuscript falls within the scope of this journal; those that do not will be withdrawn without peer review.
- (2) The reviewer shall evaluate the submitted manuscript in terms of the following criteria: structure and format, understanding and reflection of existing research, consistency and fidelity of the thesis, originality of the thesis, academic contribution of the thesis, and accuracy of the abstract.
- (3) The reviewer shall then complete the assigned evaluation form to specify scores, indicate parts that need to be modified, and provide reasons for the reviewer's decision either to reject the manuscript or invite the author to revise and resubmit.

5. Results and Final Decision

- (1) Each manuscript, after it is reviewed, will receive one of the following three decisions.

Suitable for publication: This means that there is nothing to be modified in the content of the manuscript, or that the required modification is insignificant and no further review is required. The contributor shall revise the manuscript in light of the review comments or submit a written explanation of why that cannot be done.

Revise and resubmit: This means that the contributor shall revise the manuscript according to the reviewer's comments and then submit the revised manuscript for another review.

Not suitable for publication: This means that manuscript will not be published.

- (2) Manuscripts will not be published when two or more reviewers judge that the manuscript is not suitable for publication or when two reviewers recommend that it be revised for resubmission and the third judges that it is not suitable for publication.
- (3) Authors who receive an offer to revise and resubmit shall submit their revised manuscripts within two weeks. Those who review a revised manuscript shall decide whether it suitable for publication and notify the editorial board within five days.
- (4) Revised manuscripts that are judged to be not suitable for publication shall be rejected, unless two reviewers judged that the manuscript was suitable for publication in the first review.
- (5) The final judgment on whether to publish the manuscript shall be determined after considering the results and scores of the three reviewers. If there are many manuscripts available for publication, the editor-in-chief may adjust the number of articles to be published in an issue and determine the order of publication.

6. Notification of the Results of the Review

- (1) The editor-in-chief shall anonymously process a written review of the submitted paper prepared by each reviewer and notify all contributors of the review along with the final decision on whether to publish it.
- (2) Contributing authors who have been instructed to revise their manuscripts should prepare a separate document, explaining the modifications that were made to the manuscript in light of the reviewers' comments, and submit that document, along with the revised manuscript, within two weeks from the date of notification of the results.
- (3) Contributing authors who object to requests for revision shall file an objection within seven days from the date of notification of the results, and the editorial board shall determine whether to

proceed with publication of the manuscript after assessing the objection.

- (4) Contributing authors who fail to submit a revised manuscript within two weeks (or an objection within seven days) may have their manuscripts withdrawn.
- (5) In all cases, the editorial board may examine whether the conditions suggested by the reviewer(s) are valid and whether the manuscript meets those conditions. The editorial board may approve the manuscript for publication, invite the author to revise and resubmit, or reject the manuscript.
- (6) If there is an objection to the review, the editor-in-chief may examine the specified details and request another review if the validity of the objection is recognized.

7. Issuance of e-Certificate for Manuscripts Scheduled to be Published

A document certifying that a submitted manuscript is scheduled to be published may be issued at the request of those authors whose manuscripts have been accepted for publication.

한국의료윤리학회 연구윤리 규정

2009년 12월 31일 제정

제1장 총칙

제1조 목적

본 규정은 한국의료윤리학회(이하 “학회”)의 회원이 연구와 교육활동을 수행하는 과정에서 지켜야 할 연구윤리의 원칙과 기준을 규정하고, 연구부정행위의 처리 절차 및 기준을 규정함을 목적으로 한다.

제2조 정의

1. “위조”라 함은 존재하지 않는 데이터 또는 연구결과 등을 허위로 만들어 내는 행위를 말한다.
2. “변조”라 함은 연구 재료, 장비, 과정 등을 인위적으로 조작하거나 데이터를 임의로 변형 삭제함으로써 연구 내용 또는 결과를 왜곡하는 행위를 말한다.
3. “표절”이라 함은 타인의 논문, 특허 및 아이디어 등 지적 결과물 또는 연구내용, 결과 등을 정당한 승인 또는 인용 없이 도용하는 행위를 말한다.
4. “연구부정행위”라 함은 위조, 변조, 표절이 개입된 연구행위를 말한다.
5. “부당한 논문저자 표시”라 함은 연구내용 또는 결과에 대하여 학문적 공헌 또는 기여를 한 사람에게 정당한 이유 없이 논문저자 자격을 부여하지 않거나, 상기한 기여를 하지 않은 자에게 감사의 표시 또는 예우 등을 이유로 논문저자 자격을 부여하는 행위를 말한다.

제3조 적용범위

이 규정은 학회가 수행하는 연구에 참여하는 자와 학회 출판물에 논문을 투고한 자에게 적용된다.

제2장 연구윤리

제4조 저자가 지켜야 할 사항

- ① 저자는 연구수행에 있어 위조, 변조, 표절의 연구부정행위가 없어야 하며, 부당한 논문저자 표시행위가 없어야 한다.
- ② 저자는 동일한 내용이 이미 발표되지 않았는가를 최선을 다하여 확인하여야 한다.
- ③ 저자는 학술적으로 충분한 가치가 있는 결론과 그것을 뒷받침할 수 있는 종합적인 논거가 포괄적으로 포함되어 있는 논문을 투고하여야 한다. 이미 발표한 논문과 동일한 결론을 주장하는 연구 논문을 투고하는 경우는 새로운 논거에 중대한 학술적인 가치가 있어야 한다.
- ④ 저자는 공개된 학술 자료를 인용하는 경우, 출처를 정확하게 기술하여야 하고, 상식에 속하는 자료

가 아닌 한 반드시 그 출처를 명확히 밝혀야 한다. 개인적인 접촉을 통해 얻은 자료의 경우에는 그 정보를 제공한 연구자의 명백한 동의를 받은 후에만 인용할 수 있다.

- ⑤ 저자는 다른 학술지에 발표되었거나 투고하여 심사 중인 논문을 이중으로 투고하지 않아야 한다. 단, 본 학술지에 게재된 논문을 다른 언어로 투고하는 경우에는 본 학술지에 게재되었던 것임을 그 논문에 명백히 밝히는 경우에만 허용된다.
- ⑥ 저자는 논문의 심사 의견으로 제시된 편집위원과 심사자의 의견을 논문에 반영되도록 최선의 노력을 하여야 하고, 이들의 의견에 동의하지 않을 경우에는 그 근거와 이유를 편집위원회에 알려야 한다.
- ⑦ 저자자격과 관련된 지침은 다음과 같다.
 1. 연구에 학술적으로 중요한 기여를 하였고, 연구결과에 대한 책임과 공적을 함께 공유할 모든 연구자는 공저자가 되어야 한다.
 2. 학위 논문의 전부 또는 일부를 근거로 작성한 논문의 경우에는 종설(review)의 경우가 아니면 학위 논문을 제출하는 학생과 지도교수가 함께 저자가 되는 것이 바람직하다.
 3. 연구 결과에 대해 학술적 기여를 하지 않은 사람은 공저자로 포함되지 않아야 하며, 연구에 대하여 행정적인 지원과 같이 학술외적인 지원을 해주었던 사람은 각주나 감사의 글에 그 내용을 표시한다.
 4. 논문의 책임저자는 공저자로 참여하는 사실에 대하여 모든 공저자에게 명백한 동의를 받아야 한다.
 5. 공저자의 나열 순서는 원칙적으로 공저자들의 협의에 의하여 결정하는 것이 좋으며, 연구에 기여를 많이 한 연구자를 앞세우는 것이 바람직하다.
 6. 저자의 소속은 연구를 수행할 당시의 소속이어야 하고, 투고 당시의 소속이 변경되었을 경우에는 각주에 그 사실을 적절하게 표시하여야 한다.

제5조 편집위원이 지켜야 할 사항

- ① 편집위원은 학술지에 게재할 목적으로 투고된 논문을 저자의 성별, 나이, 소속 기관 또는 저자와의 개인적인 친분에 관계없이 논문의 질적 수준에 근거하여 심사규정에 따라 공정하게 취급하여야 한다.
- ② 편집위원은 투고된 논문의 게재가 결정될 때까지 심사자 이외의 사람에게 투고된 논문의 내용을 공개하지 않아야 한다.
- ③ 편집위원은 저자의 인격과 학자적 독립성을 존중해야 한다.
- ④ 편집위원회는 투고된 논문의 저자와 심사자를 익명으로 처리하여 심사의 공정성을 확보하도록 한다.

제6조 심사자가 지켜야 할 사항

- ① 학회의 회원은 학술지의 편집위원회가 심사를 의뢰하는 논문을 심사규정에 따라 성실하게 평가하여 학술 발전에 기여할 의무가 있다.
- ② 심사자는 전문 지식인으로서의 저자의 인격과 독립성을 존중하여야 한다.
- ③ 심사자는 높은 수준의 학술적 기준을 적절하게 유지하면서 논문에 포함된 내용을 객관적으로 공정하게 평가하여야 한다. 완벽하게 검증되지 않은 개인의 학술적 신념이나 가정에 근거한 평가는 옳지 않다.

- ④ 심사자는 심사결과서 작성시 심사 의견을 그 이유와 함께 상세하게 설명하여야 한다. 심사자의 개인적인 목적을 위하여 저자에게 추가 자료나 해명을 요구하는 것은 바람직하지 않다.
- ⑤ 심사자는 심사한 논문이 출판되기 전까지는 저자의 동의 없이 논문의 내용을 인용해서는 안 된다.
- ⑥ 심사자는 심사하는 논문의 내용이 이미 학술지에 공개된 다른 논문과 매우 유사할 경우 편집위원회에 그 사실을 상세하게 알려주어야 한다.
- ⑦ 심사자는 가능하면 빠른 시일 안에 평가를 마치고 심사결과서를 편집위원회에 보내야 한다. 만약 자신이 논문을 평가하기에 책임자가 아니라고 판단되는 경우에는 편집위원회에 지체 없이 그 사실을 통보하여야 한다.

제3장 연구부정행위 처리 절차 및 기준

제7조 진실성 검증 책임주체

- ① 부정행위에 대한 검증 책임은 해당 연구가 수행될 당시 연구자의 소속 연구기관에 있으며, 학회가 부정행위의 발생을 인지하거나 부정행위에 대한 제보를 접수한 경우에는 해당 연구기관의 조사가 신속히 진행되도록 관련 내용을 이관하여야 한다.
- ② 연구자의 소속 연구기관이 자체조사를 수행하기 어려워 학회에 조사를 요청하는 경우에 한하여 학회는 조사위원회를 구성하고 진실성 검증의 책임을 진다.

제8조 조사위원회 구성 원칙

- ① 조사위원회는 비상설위원회로 운영하며, 학회 회장은 부정행위 제보가 신고 접수되는 일로부터 15일 내에 조사위원회를 구성하여야 한다.
- ② 조사위원회는 위원장 1인을 포함하여 5인 이상의 위원으로 구성하며, 상임이사회의 추천을 받아 회장이 임명한다.
- ③ 조사위원회는 해당 분야의 전문적인 지식 및 경험이 풍부한 자를 50% 이상 포함하며, 공정성과 객관성 확보를 위해 본 학회 소속이 아닌 외부인사를 20% 이상 포함한다.
- ④ 학회는 본 조사 착수 이전에 제보자에게 조사위원 명단을 알려야 하며, 제보자가 조사위원 기피에 관한 정당한 이의를 제기할 경우 이를 수용하여야 한다.

제9조 조사위원회의 권한

- ① 조사위원회는 조사과정에서 제보자·피조사자·증인 및 참고인에 대하여 진술을 위한 출석을 요구할 수 있으며, 이 경우 피조사자는 이에 응하여야 한다.
- ② 조사위원회는 피조사자에게 자료의 제출을 요구할 수 있으며, 증거자료의 보전을 위하여 해당 연구기관장의 승인을 얻어 부정행위 관련자에 대한 실험실 출입제한, 해당 연구 자료의 압수·보관 등의 조치를 취할 수 있다.
- ③ 조사위원회는 사실로 판정된 부정행위 관련자에 대하여 회장과 해당 연구기관장에게 적절한 제재

조치를 건의할 수 있다.

제10조 진실성 검증 원칙

- ① 부정행위의 사실 여부를 입증할 책임은 조사위원회에 있다. 단, 피조사자가 조사위원회에서 요구하는 자료를 고의로 훼손하였거나 제출을 거부하는 경우에 요구 자료에 포함되어 있다고 인정되는 내용의 진실성을 입증할 책임은 피조사자에게 있다.
- ② 조사위원회는 제보자와 피조사자에게 의견진술, 이의제기 및 변론의 권리와 기회를 동등하게 보장하여야 하며 관련 절차를 사전에 알려주어야 한다.
- ③ 연구부정행위의 판정이 내려질 때까지 조사위원은 피조사자의 신원을 외부에 공개해서는 안 된다.

제11조 진실성 검증 절차

- ① 부정행위에 대한 검증 절차는 예비조사, 본조사, 판정의 단계로 진행하여야 한다.
- ② 예비조사, 본조사, 판정 등의 진실성 검증 절차는 교육과학기술부훈령 제236호 “연구윤리 확보를 위한 지침”을 준용한다.

제12조 조사결과와 보고

- ① 조사위원회는 조사결과와 판정을 상임이사회에 보고하여야 한다.
- ② 조사결과보고서에는 다음 각호의 사항이 반드시 포함되어야 한다.
 1. 제보의 내용
 2. 조사의 대상이 된 부정행위
 3. 조사위원회의 조사위원 명단
 4. 본조사 실시 여부 및 판단의 근거(예비조사의 경우에 한한다)
 5. 해당 연구에서의 피조사자의 역할과 혐의의 사실 여부(본조사의 경우에 한한다)
 6. 관련 증거 및 증인(본조사의 경우에 한한다)
 7. 제보자와 피조사자의 이의제기 또는 변론 내용과 그에 대한 처리결과(본조사의 경우에 한한다)

제13조 징계의 절차 및 내용

- ① 조사위원회의 징계 건의가 있는 경우, 회장은 상임이사회를 소집하여 징계 여부 및 징계 내용을 최종적으로 결정한다.
- ② 회장은 연구윤리규정을 위반한 회원에 대해 경고, 투고 제한, 논문 게재 철회, 논문 게재 불가, 회원 자격 정지 또는 박탈 등의 징계를 할 수 있으며, 이를 피조사자와 해당 연구기관에 통보하여야 한다.

부칙

이 연구윤리 규정은 2009년 12월 31일부터 시행한다.

한국의료윤리학회 편집위원회 규정

2021년 5월 1일 개정

제1조 목적

이 규정은 한국의료윤리학회의 학회지인 『한국의료윤리학회지』의 편집 및 발행에 관한 제반 업무를 원활히 수행하기 위한 목적으로 한다.

제2조 편집위원회 구성과 임기

1. 편집위원회는 1인의 위원장과 15인 내외의 위원, 간사 1인으로 구성한다.
2. 편집위원장은 회장이 임명하며 임기는 2년으로 하되 연임할 수 있다.
3. 편집위원은 편집위원장의 추천으로 회장이 임명한다.

제3조 편집위원회 업무

한국의료윤리학회 심사규정에 따라 논문 심사에서 발행까지의 업무 일체를 수행한다.

1. 학회지 투고논문 심사
 - (1) 심사위원 선정
 - (2) 투고된 논문의 투고규정에 따른 심사
2. 게재논문 선정
 - (1) 심사결과에 따라 논문의 최종 게재여부 결정
 - (2) 각 호의 게재논문 수 조정
3. 학회지 편집 및 발간
 - (1) 게재 순서 결정
 - (2) 인쇄의뢰 및 최종 교정작업
 - (3) 투고된 논문의 심사 및 편집상의 수정, 발간에 관한 사항
4. 이의제기에 대한 처리
위원회는 이의 내용과 심사결과를 비교·평가하여, 이의의 적합성을 판정한다. 편집위원회에서 판정이 어렵거나 위원회와의 이해상충 우려가 있는 경우 제3의 심사자에게 심사를 의뢰한다.
5. 연구부정행위에 대한 조치
위조, 변조, 표절, 부당한 저자 표기, 이해상충 문제 등을 포함한 연구 및 출판 윤리의 위반사항이

제기되면 편집위원장은 편집위원회를 소집하며 연구윤리규정에 따라 사안을 평가한다. 사안이 위중하거나 조사위원회가 필요한 경우 이를 학회 회장과 윤리위원장에게 통보하며 연구윤리규정에 따라 사안을 처리한다.

제4조 운영

- (1) 위원회는 위원장이 필요하다고 판단하거나 편집위원 과반수의 요구가 있는 경우에 위원장이 소집한다.
- (2) 위원회는 편집위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 결정한다.
- (3) 투고 논문 심사나 게재 여부 결정에 관한 세부 사항은 한국의료윤리학회 심사규정에 따른다.

부칙

제1조 (규칙 제정) 본 편집위원회 규정은 2016년 12월 1일부터 시행한다.

제2조 (개정) 본 편집위원회 규정은 2018년 9월 30일부터 시행한다.

제3조 (개정) 본 편집위원회 규정은 2021년 5월 1일부터 시행한다.

The Korean Journal of Medical Ethics Editorial Board Regulations

Revised on May 1, 2021

Article 1: Purpose

The purpose of these regulations is to clarify and specify all duties concerning the editing and publication of the Korean journal of Medical Ethics, the academic journal of the Korean Society for Medical Ethics.

Article 2: Formation and Term of Office of Editorial Board

1. The editorial board shall consist of one chairperson, approximately 15 members, and one executive secretary.
2. The editor-in-chief of the editorial board shall be appointed by the president, and the term of office shall be two years, although he/she may be reappointed.
3. The editorial board members shall be appointed by the president on the recommendation of the editor-in-chief.

Article 3: Affairs of the Editorial Board

In accordance with the journal's review regulations, all tasks related to the review and publication of manuscripts shall be carried out by the editorial board.

1. Review of submitted manuscripts
 - (1) Selection of reviewers
 - (2) Review in accordance with the Instructions to Authors on Preparing Manuscripts
2. Selection of manuscripts for publication
 - (1) Determining whether to publish a manuscript according to the results of the review
 - (2) Adjusting the number of published articles in each issue
3. Editing and publishing the journal
 - (1) Determining the order of publication
 - (2) Printing requests and final editing
 - (3) Matters concerning the review, editorial modification, and publication of a submitted manuscript

4. Handling of Objections

The board shall compare and evaluate the contents of any objection to the review of a manuscript with the results of the review and determine the validity of the objection. If the editorial board is unable to make a judgment, or if there is a concern about conflicts of interest with the board, another reviewer shall be asked to assess the validity of the objection.

5. Measures for Research Misconduct

When issues arise concerning violations of research and publishing ethics, including data fabrication and falsification, plagiarism, improper author contributions, and conflicts of interest, the editor-in-chief will convene the editorial board to evaluate the issue in accordance with research ethics regulations. If an issue is critical, or if an investigation committee is needed, the president of the society and the ethics committee chairperson will be notified. Decisions on how to proceed will be made in accordance with research ethics regulations.

Article 4: Operation

- (1) The board shall be convened by the chairperson when it is deemed necessary or at the request of a majority of members of the editorial board.
- (2) The board shall make decisions with the attendance of a majority of the members and the approval of a majority of the members present.
- (3) Detailed matters concerning the review or publication of submitted manuscripts shall follow the Korea Medical Ethics Society's Review Regulations.

한국의료윤리학회 2023년 7월~9월 회무보고

〈보고내용〉

1. 『한국의료윤리학회지』 제26권 3호 발간 - 25부(2023년 9월 30일)
2. 『한국의료윤리학회지』의 새로운 투고 홈페이지(<https://www.e-kjme.org/>)를 개설하였습니다. 새로운 홈페이지는 논문의 투고와 접수, 심사를 위해 만들어졌습니다. 기존 한국의료윤리학회 홈페이지(<https://medicaethics.jams>)와 함께 운영됩니다.
3. 투고 및 심사는 새로운 홈페이지(<https://www.e-kjme.org/>)의 E-Submission 페이지를 통해 하실 수 있습니다.
- 회원의 개인정보보호를 위해 기존 회원의 경우에도 새롭게 가입해주셔야 합니다.

〈공지사항〉

1. 학술진흥재단 등재 학술지 『한국의료윤리학회지』 제26권 4호 논문투고 요청
- 투고마감일: 2023년 11월 10일
- 구체적인 사항은 투고규정 참조, 편집간사 이메일(kjmedicaethics@gmail.com)로 문의
2. 회원정보 수정사항 통보 요청[우편주소, 우편번호(5자리), 휴대폰 번호, 이메일]
- 회원 여러분께서 ksmeeducation@gmail.com으로 회원정보 변경(우편주소, 휴대폰, 연락처) 등을 알려주셔야 학회 소식을 계속 받아 보실 수 있습니다. 유효하지 않은 정보는 반드시 수정을 부탁드립니다.
3. 2023년 회비 납부 안내
- 일반회원 및 이사, 상임이사의 회비 납입을 부탁드립니다.
- 일반회원: 연간 3만원/ 일반이사: 연간 10만원/ 상임이사: 연간 20만원
- 납입계좌: 신한은행 100-021-780130 (예금주: 한국의료윤리학회)
- 회원의 회비 납입은 납입시점과 관계없이 해당 년도 1월~12월로 계산됨을 알려드립니다.

〈학회사무국 및 편집위원회 안내〉

- 학회사무국: 서울특별시 서대문구 연세로 50-1 (연세의료원, 종합관) 410호
Tel: 02-2228-2530
ksmeeducation@gmail.com

- 편집위원회: 부산광역시 서구 대신공원로 32 동아대학교 의과대학(G03) 1층 102호 의료인문학교실
kjmedicalethics@gmail.com(이메일로만 문의 가능)
- 행정 관련 문의는 학회사무국 메일로, 논문 투고 관련 문의는 편집위원회 메일로 문의 주시기 바랍니다.

