의료 인문학의 개념과 의학 교육에서의 역할

연세대학교 원주의과대학 의학교육실 및 내과학교실

권 상 옥

Conception of Medical Humanities and it's Role in Medical Education

Sang Ok Kwon, MD

Medical Education Unit and Department of Internal Medicine,
Yonsei University Wonju College of Medicine, Wonju, Korea

서 론

근대 의학은 의학의 관심을 '환자'에서 '질병'으로 바꾸면서 질병 연구 및 치료에 획기적인 성과를 거두었으나, 질병을 앓는 환자의 고통(suffering)에 대해서는 전보다 관심이 소홀해졌다. 또한 의과학(medical science)(Lewinsohn, 1998)과 의료 테크놀로지의 발전으로 의사들은 환자를 돌보는 일(carer of patient)보다 질병을 치료하는 일(curer of disease)에 몰두하게 되었다. 그러나 20세기 중반 들어 수명이 늘고 만성 질환이 많아지면서, 의료비는 크게 증가함에도 불구하고 의료 성과는 기대한 만큼 나타나지 않았다. 이런 상황에 대하여 닉슨 대통령은 1969년 7월 기자 회견에서 처음으로 '보건 의료의 위기'(crisis)란 표현을 사용하였다. 뒤를 이어 의학의 효용성이 과대평가되었으며 생의학(biomedicine)이 한계를 드러냈다는 주장이 제기되면서, 대중은 낙관적으로 보던 의학의 발전에 대하여 처음으로 의구심을 갖기 시작하였다(Starr, 1982).

근대 의료가 효율성을 높이기 위하여 병원 체제와 과학적 의학에 의존하게 되면서, 환자들은 진료 현장에서 자신들의 가치관이나 의견이 무시되는 것

은 물론이고, '의료의 비인간화'나 '질병에서의 소외 현상' 등을 자주 경험하게 되었다. 이런 불만들은 공해와 핵 위험 등으로 시작된 과학 비판론과 함께 과학적 의학에 대한 믿음을 약화시켰다. 인권 운동 역시 그동안 의사가 지녔던 권위의 정당성에 의문을 제기하고, 환자의 권리 신장을 촉진하는 주장을 펼쳤다. 이 시기를 기점으로 대중은 의학의 발전뿐만 아니라 의료 윤리나 분배의 형평성에 관심을 갖게 되었다(Starr, 1982). 한걸음 더 나아가 대중은 전문가의 통제에서 벗어나 건강과 질병 문제에 대하여 자기 통제력을 회복하고, 주체성을 회복하려는 움직임 보였다. 그리고 그동안 무시되었던 한의학이나 보완대체 의학(complementary and alternative medicine) 그리고 자조 치료(self-help)에 관심을 기울이기 시작하였다(조병희, 2003).

이처럼 1960년대에 나타난 과학적 의학의 성과에 대한 회의와 불신은 과학적 의학(scientific medicine)을 신봉하던 많은 의사들에게 충격을 주었을 뿐만 아니라, 위기로 해석되기도 하였다. 문제 해결책으로 서로 상반되는 두 가지 방안이 제시되었다(Jackson, 2002). 한편에는 의학이 진정으로 과학적 의학이 되지 못하였기 때문에 현재의 상황이 벌어

졌다는 주장이 있다. 이들은 의학이 과학적 의학으로 더욱 발전하려면 지금처럼 생의학적 지식이나 비체계적인 경험보다 임상 연구를 통하여 검증된 연구 결과, 즉 체계적인 경험에 토대를 둔 진료가 이루어져야 한다고 주장한다. 이들은 의학이 철저하게 과학적 의학으로 개편될 때 임상적 효율성 (clinical effectiveness)이 극대화되면서 의료의 위기를 극복할 수 있다고 주장한다. 이들의 주장은 ‘근거중심 의학’에 그대로 구현되고 있다(권상옥, 2004). 다른 한 편에서는 의학의 위기가 과학적 의학을 추구하면서 나타난 ‘의료의 비인간화’와 ‘질병으로부터 환자의 소외’ 때문이라는 주장이 있다. 이들은 인문학 교육을 통하여 과학적 의학으로 편협해진 의학을 보완하여야 한다고 말한다. 이들은 과학적 의학으로 치우친 의학이 인간적인 면을 중시하는 인문학적 의학 (humanistic medicine) (Glick, 1981)으로 바뀌어야 한다고 주장한다.

의학 교육에서 인문학 교육의 강화 추세는 국내에도 영향을 미쳐 여러 의과대학에서 인문학 과목을 보강하고 있다. 연세대학교 원주의과대학 역시 인문학 과목을 강화하여 2005년부터 개편된 교과 과정을 실시하게 되었다. 저자는 의학 교육실의 겸직 교수를 맡고 있기 때문에 전문 지식이 별로 없으면서도 의료 인문학 과목을 맡게 되었다. 과목 개설을 준비하면서 저자는 (1) 의료 인문학의 개념은 물론이고, (2) 의학 교육에서 인문학 교육의 필요성과 (3) 역할을 파악하면서, (4) 교육 목표를 설정하는 일이 시급하여, 관련 자료들을 집중적으로 읽을 기회가 있었다. 이 글은 바로 이러한 맥락에서 파악한 내용을 나름대로 정리한 것이다.

본 론

가. 의학 교육에서 인문학 교육의 필요성

1960년대 비판적 사회 운동 (critical social movement)은 탈권위주의 운동과 반체제 운동의 형태로 나타나 온 세계에 영향을 끼쳤다. 미국에서 벌어진 흑인 인권 운동과 시민권 투쟁의 결과로 대중은 비

로소 권리의 보편성을 깨닫게 되었다. 의료 문제에도 관심이 높아져 자연스럽게 의료에서의 권리 (rights in health care), 즉 건강권이 쟁점으로 부상하였으며, 건강권은 더 이상 특권의 문제가 아니라 권리의 문제로 변하게 되었다 (Starr, 1982). 그 밖에도 대중은 ‘환자에게 동의를 받을 권리’, ‘치료를 거부할 권리’, ‘치료 결정에 참여할 권리’, ‘자신의 의무 기록을 볼 권리’ 등을 환자의 권리로서 주장하였다. 의사의 권위가 과거보다 약해지면서, 환자와 의사 관계에도 중대한 변화가 일어났다. 환자와 의사 관계가 의사의 온정주의 (paternalism)에 근거한 수직 관계에서 환자의 자기 결정권에 근거한 수평 관계로 변화한 것이다.

다음으로 의료 전문화와 의료 기기의 발전이 진료 방식에 커다란 변화를 일으켰다. 질병에 따라 해당 전문의가 진료를 맡으면서, 전통적인 주치의 개념은 크게 약해지고 의료 전문화가 정착되었다. 또한 관료제로 이루어진 병원이라는 공간의 등장과 의료 기기의 발전은 의료의 효율성을 극대화하는데 기여하였다. 그렇지만 그 이면에는 ‘환자는 없고 질병만 있는’ 환자의 소외 현상과 의료의 비인간화 현상이 심각한 부작용으로 나타나게 되었다.

마지막으로 지적하여야 할 사항은 의료 정보의 확산이다. 환자의 교육 수준이 높아지고, 대중 매체와 인터넷을 통하여 의료 정보가 개방되면서, 환자는 자신의 질병에 대한 정보를 쉽게 구할 수 있게 되었다. 특히 만성 질환이나 원인이 밝혀지지 않는 질환을 앓고 있는 환자들 가운데 스스로 한의학과 보완대체 의학에 근거한 치료나 자조 치료 (self-help)를 시도하는 경우가 많아졌다.

이처럼 과학적 의학이 차지하던 절대적인 위치가 흔들리게 되자, 의학계는 과학적 의학에 대한 반성과 함께 의학 교육에 획기적인 변화를 모색하게 되었다. 이 가운데 가장 중요한 것은 바로 인문학을 의학 교육에 적극 도입하여, 의학에 인간적인 면을 보강하자는 주장이다. 과학적 의학의 결점을 보완하기 위하여 시작된 의료 인문학 교육은 크게 두 차례의 변화를 겪었다 (Greaves & Evans, 2000). 첫 번째

변화는 1960년대와 70년대로 의과학, 의료 인류학에 이어 의료 사회학이나 의료 윤리학 등이 다른 인문학 과목과 함께 의학 교육에 도입되었다. 당시에는 의료 인문학이란 용어가 등장하기 전으로 의료와 관련된 인문학 과목이 개별 학문으로 교육에 도입된 것이다. 두 번째 변화는 의료와 관련된 별개의 인문학 과목들이 다시 하나의 학문으로 통합되어 의료 인문학이란 이름으로 교육에 소개된 것이다. 의료와 관련된 개별 인문학들이 간학문적 접근 방식을 통하여 서로 유기적으로 통합되면서 의료 인문학이란 새로운 학문이 영국에서 시작되었다.

나. 의료 인문학의 개념

인문학(humanities)이란 본래 후마니투스(humanitas, humanity)를 연구하고 가르치는 학문이다. 후마니투스는 인간성과 인간다움이라는 뜻을 갖고 있다. 옛사람들은 인간성과 인간다움을 소유한 사람이란 바로 교양 있고 학식 있는 사람을 의미한다고 믿었다. 따라서 인문학은 인간 정신을 고귀하고 완전하게 해주는 학문으로 평가받아 왔다. 동서양을 막론하고 인문학 교육에서 가장 중요시한 과목은 고전과 강독이다. 고전 교육을 강조한 것은 고전을 통해서 인간성이 개발된다고 여겼기 때문이다. 인간성은 교육을 통해 개발되기 때문에, 고전을 읽고 쓰고 외우고 토론하는 가운데 진정한 인간이 만들어진다고 믿었다(강영안, 2002).

후마니투스에 대한 고대의 개념이 부활되고 인문학이 활기를 띤 것은 르네상스 시대였다. 14세기와 15세기에 나타난 르네상스는 중세의 종교적이고 억압적인 분위기에 대한 반동으로 나타나, 중세의 신 중심 사상에서 인간 존중과 인간 해방의 인문주의(humanism) 사상을 주장하였다. 학자들은 그리스와 로마의 문학, 수사, 철학 그리고 예술을 연구하여 인문학의 전통을 회복하고자 하였다. 르네상스를 통하여 재발견된 인간에 대한 자각은 개인의 발견으로 이어지고, 마침내 인간의 자유와 존엄성에 대한 개념이 생겨났다(정대현 등, 2000). 이런 전통을 이어 받은 인문학(humanities) 또는 인문 과학(human

science)은 인간의 경험을 연구 대상으로 하면서, 자연 과학에 대립되는 학문을 의미한다.

이러한 인문학의 이념을 1970년대 의학 교육에 처음으로 도입한 사람은 미국의 의사이자 의철학자인 에드몬드 펠레그리노(Edmund Pellegrino)이지만(Murray), ‘의료 인문학’이란 용어를 처음 사용한 사람은 1976년 호주의 외과 의사 무어(A. R. Moore)이다(Moore, 1976). 그는 교육 과정에 없는 의사직(doctorship)이란 문제를 철학이나 문화 혹은 개인의 관점에서 검토하기 위하여, 문학 작품에서 발췌한 내용을 수업에 활용하였다. 수업은 자유스러운 토론 분위기의 구성에 중점을 두었기 때문에, 문제 제기만 할 뿐 해결 방안은 요구하지 않아 학생들 스스로 자유롭게 토의할 수 있도록 하였다. 수업의 목표는 의사직과 관련된 문제들을 논의하고, 문학 작품에 나타난 의학적 표현을 발굴하며, 인문학적 사고와 글쓰기를 배우고, 환자 돌보기에 대한 감수성을 높이는데 두었다. 궁극적으로 이 강의는 좋은 의사(better doctor)이면서 교양 있는 시민(cultured citizen)이 되는데 도움을 주는 것을 목적으로 하였다.

의료 인문학은 넓은 의미에서 볼 때 의학과 관련이 있는 개별 인문학, 즉 역사학, 철학과 윤리학, 문학, 예술, 사회학, 신학, 심리학 그리고 법학 등을 모두 포함하는 다학문적인(multidisciplinary) 의미로 쓰이지만, 최근에는 좁은 의미에서 개별 인문학의 영역을 유기적으로 연결하여 간학문적(interdisciplinary) 입장에서 연구하는 학문이라는 뜻으로 쓰이고 있다. 간학문적인 의료 인문학은 학문의 역사가 짧고, 학자들 역시 자신의 학문적 배경에 따라 의료 인문학을 다르게 설명하기 때문에 때로는 정의하는 일조차 쉽지 않다(Kirklín, 2003). 영국 의료 인문학 협회는 의료 인문학이란 의학의 인간적인 면을 간학문적(interdisciplinary)으로 탐구하는 학문이라고 정의하고 있다(Arnott, et al., 2001).

다. 의학 교육에서 의료 인문학의 역할

의학 교육의 목표는 좋은 의사(good doctor)를 만드는 데 있다. 그러나 좋은 의사가 갖추어야 할 속

성은 시대와 장소에 따라 계속 변하고 있다. 과학적 의학을 제안하였던 플렉스너는 과학의 방법론에 정통하고, 의학 지식이 풍부한 의사가 좋은 의사라고 주장하였다 (Lester, 1982). 그러나 전통적인 임상 의사의 사로서, 플렉스너의 과학적 의학에 반대하여 의학에서 기예 (art)의 중요성을 강조하였던 피바디 (Francis W. Peabody)는 1927년 자신의 논문 (Peabody, 1984)에서 다음과 같이 썼다. “요사이 젊은 의사들은 질병 기전은 잘 알지 몰라도 의료에 대해서는 아는 것이 거의 없다거나, 혹은 지나칠 정도로 과학적이면서도 환자 돌보는 법에 대해서는 정통하지 못하다고 경험 많은 의사로부터 비난을 받고 있다 (중략). 의사에게 있어서 가장 중요한 덕목은 인간의 본성에 대한 관심이다. 왜냐하면 환자 돌보기의 비결은 환자를 돌보는 행위 속에 있기 때문이다.” 과학적 의학이 진행되던 20세기 초에도 과학적 의학의 부작용에 대해 우려하는 목소리가 상당하였던 것을 알 수 있다.

그러나 인문학이 의학 교육에서 강조되면서, 좋은 의사란 기본적으로 과학적 의학에 정통할 뿐 아니라 의사나 교양인으로서 성숙한 의사 (maturation of physician)를 의미하게 되었다 (Pellegrino, 1979). 최근 관심을 끌고 있는 의료 인문학은 좀 더 구체적으로 인도적인 의사 (humane doctor)를 만드는 것을 교육 목표로 삼고 있다 (Macnaughton, 2000). 인도적인 의사란 환자 개개인의 개성이나 가치관의 차이를 인정하고, 의사소통 능력이 뛰어나 환자를 잘 이해할 뿐만 아니라, 윤리적인 문제를 해결할 수 있는 능력이 있으며, 의료 경험이나 지식을 비판할 수 있는 사고 능력을 갖춘 의사를 말한다 (Grant, 2002).

교육 수단으로서 인문학이 의학 교육에 미치는 영향에 대해서는 두 가지로 나누어 생각할 수 있다 (Macnaughton, 2000). 인문학의 비도구적 역할을 주장하는 사람들은 인문학 교육의 내재적 가치를 강조한다. 그 동안 의예과 인문학 교육이 지향하였던 교양 교육, 전인 교육 혹은 인성 교육은 바로 전통적인 인문학의 역할에 근거한 것이다. 이 경우 인문학 교육의 목표는 구체적인 지식 (knowledge)의 축적

보다는 인문학적 지혜 (wisdom)의 배양에 두고 있다. 이에 비하여 인문학의 도구적 역할을 강조하는 사람들은 인문학이 임상 능력을 진작시키는데 도구 역할을 한다고 주장한다. 예를 들어, 문학 작품이나 영화에 나타난 질병이 증례 연구로 이용되어, 질병 경험이 환자와 의사에게 어떤 의미를 갖는지를 알려줌으로서 임상에서 의사와 환자 관계를 형성하는데 도움을 준다고 말한다 (이영미와 이영희, 2003). 그리고 드라마는 대화와 몸짓을 통하여, 의사소통의 방법을 더 잘 이해하고 활용할 수 있도록 도와준다고 주장한다. 결국 의료 인문학은 인문학의 실용적 가치를 의학에 적극 적용한 것이라고 할 수 있다.

그 동안 국내 의과대학 역시 좋은 의사를 만들기 위한 방법으로 인성 교육을 실시하였고, 특히 인문학을 기본 과목으로 가르쳐 왔다. 인성 교육의 방법으로 의예과에서 주로 교양 인문학을 가르쳤다면, 본과에서는 구체적으로 의료와 연관된 인문학을 가르쳤다. 그러나 인성 교육의 목표가 뚜렷하게 설정되어 있지 않고, 그나마 인성 교육 과목으로 선정된 교양 인문학의 수준이 대단히 피상적이며, 학생이나 교수 대부분이 의학을 자연 과학으로 생각하는 분위기에서 인성 교육은 제대로 된 성과를 낼 수가 없었다. 그간의 인성 교육의 성과를 평가하고 반성하는 모임이 “의과대학 인성 교육: 어떻게 할 것인가?”란 주제로 (한국의과대학장협의회, 1996) 1996년 제4차 의학교육 합동 학술대회에서 열렸다. 효과적인 인성 교육을 위하여 홍창희는 인문학 교육을, 황상익은 인문사회과학 교육을, 그리고 정명현은 도덕 교육의 강화를 각각 주장하였으며, 맹광호 (2002)는 의료 윤리학 교육을 강화할 것을 제안하였다.

의료 인문학 교육이 인도적인 의사에게 필요한 소양이나 태도를 갖추는데 유용하기는 하지만, 과연 행동의 변화까지 유도할 수 있는지에 대해서는 회의적인 시각이 많다. 그래서 학자들 가운데에는 행동의 변화를 확실하게 유도하기 위하여 의사소통 기술 (communication skill)에 대한 교육을 추가하여야 한다고 주장하는 사람도 있다 (Arnold, et al., 1987). 더욱이 학생들이 의료 인문학을 그저 이수하여야

할 과목으로만 생각하는 사고방식도 근본적으로 문제가 되고 있다 (Stempsey, 1999).

의료 인문학은 개별 과목으로 교육되어 왔지만, 최근에는 의료 인문학이 간학문적 입장에서 주제 중심으로 통합 강의되기도 한다. 이럴 경우 학기마다 과목을 바꿀 필요 없이, 의료 인문학 과목은 그대로 둔 채 주제만 바꾸어 연속적으로 교육이 이루어질 수 있다. 그러나 국내 대부분의 대학과 마찬가지로 원주 의대 역시 전공 학자가 없는 상태에서 의료 인문학을 한 학기동안 일주일에 두 시간 강의하여야 한다는 것은 큰 부담이 되고 있다. 또한 행동과학, 의사학, 의철학, 의학 면담 (임상 의학입문), 의료 사회학 그리고 의료 윤리학 과목이 이미 개설되어 있기 때문에 의료 인문학 강의는 부득이 이들 인문학 과목이 제대로 다루지 못한 분야를 가르쳐야 한다는 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 간학문적인 의료 인문학의 강의 주제가 될 수 있는 것으로는 통증과 고통 (pain and suffering), 몸과 육체 (body), 건강과 질환 그리고 질병 (health, sickness, illness and disease), 죽음과 죽어감 (death and dying), 의사됨 (doctoring) 등을 들 수 있다 (전우택과 양은배, 2003). 이러한 주제들은 생물학적인 사실일 뿐만 아니라 심리적, 문화적, 사회적 혹은 철학적인 의미를 함께 지니고 있기 때문이다. 앞으로 의료 인문학이 효율적으로 강의되기 위해서는 관련 과목 담당 교수들이 만나 의료 인문학 전체의 교육 목적과 목표를 설정하고, 이어서 개별 과목의 역할을 나누는 작업이 필요하다고 생각한다.

라. 의학과 인문학의 관계

의학 교육에서 인문학 교육의 특징은 인문학과 의학이 서로의 영역을 침범하지 않고 공존하면서 교육된다는 점이다 (Evans & Greaves, 2002). 이런 전략은 인체나 질병을 생의학적으로 이해하려는 기존의 과학적 의학의 틀은 그대로 둔 채 인문학을 수용하여 과학적 의학의 단점을 보완해 보려는 시도를 의미한다. 인문학적 교육은 생의학적 원리에 따라 질병 (disease)을 이해하고자 하였던 교육 방식에서

벗어나 질병뿐만 아니라 환자를 함께 이해하는 능력을 키우는 것을 목표로 한다. 질병을 질병 그 자체로서가 아니라 환자와 함께 이해한다는 사실은 질병의 원인으로 생물학적인 요소뿐만 아니라 심리·사회적인 요소의 중요성을 인정한다는 것을 의미한다. 이런 면에서 인문학 교육 정신은 생물심리사회 질병 모델 (biopsychosocial disease model) (Engel, 1977)의 개념과 공통점을 많이 갖고 있어 자연스럽게 생의학적 질병 모델 (biomedical disease model)을 극복하는 계기를 마련해 준다. 그러나 생물심리사회 질병 모델이 생의학적 질병 모델의 대안이 될 수 있는지에 대해서는 논란이 많다.

1960년대 생의학적 교육에 반대하여 시작된 인문학 교육은 환자를 깊이 이해하도록 함으로서 생의학적 질병 지식에 편중된 의학 교육을 보완하는 역할로 시작하였으나, 궁극적으로는 인간이나 질병에 대한 생의학적 패러다임을 극복하고 새로운 패러다임을 형성하는 데에도 기여할 것으로 전망된다. 이처럼 의료 인문학은 기본적으로 과학적 의학을 보완해 주는 역할을 하지만, 과학적 지식과 인문학적 지식을 통합한 온전한 인간 (fully human) 이해를 바탕으로 생의학적 패러다임을 극복하고 새로운 패러다임의 형성에 기여하는 것을 목표로 하고 있다 (Greaves, 2002).

결 론

의학이 과학적으로 발전하고 있음에도 불구하고, 한의학과 보완대체 의학이나 자조 치료 등에 환자들의 관심이 높아진다는 사실은 어떻게 보면 하나의 아이러니일 수 있다. 이런 현상은 근대 의학이 과학적 의학을 지향하면서, 질병에만 열중한 나머지 환자의 고통을 소홀히 하여 나타난 결과라고 생각한다. 의료가 객관성과 효율성을 추구하는 과정에서 나타난 부작용 가운데 ‘의료의 비인간화’와 ‘질병으로부터 환자의 소외’ 현상은 가장 심각한 문제로 지적받고 있다. 과학적 의학 (scientific medicine)의 이러한 한계를 극복하기 위하여 의학에 인간적인 면

을 보완해 주는 교육, 즉 의료 인문학 교육이 관심을 끌고 있다.

질병뿐만 아니라 환자에게 관심을 기울이는 의학이 되려면 질병에 대한 의학적 지식 (knowledge)과 함께 인간이나 환자에 대한 인문학적 지혜 (wisdom)를 배양하는 의학 교육이 필요하다. 이를 위해 의학 교육에 인간을 깊이 이해하기 위한 고전적인 인문학이나 환자를 깊이 이해하기 위한 의료 인문학이 대폭 강화되었다. ‘질병’을 앓고 있는 환자로서 첨단적인 진료를 받으면서, 질병을 앓고 있는 ‘환자’로서 인격 주체에 합당한 배려를 받도록 하는 일이 바로 의료 인문학의 교육 목표라고 할 수 있다.

의료 인문학은 의학과 관련이 있는 인문학을 모두 포함하는 다학문적 입장을 의미하기도 하지만, 최근에는 개별 의료 인문학의 영역을 유기적으로 포괄하여 의학의 인간적인 면을 간학문적으로 접근하는 새로운 인문학 분야를 뜻하기도 한다. 인문학 교육이 성숙된 인간을 키우는 것이라면, 의료 인문학 교육은 인도적인 의사를 만드는 것이다. 의료 인문학은 인간이나 환자를 깊이 이해하여 생의학적 질병 지식에 편중된 의학을 보완하는 역할로 시작하였지만, 궁극적으로는 인간이나 질병에 대한 생의학적 패러다임을 극복하고 새로운 패러다임을 형성하는 데 기여하는 것을 목표로 하고 있다.

참 고 문 헌

- 강영안(2002). *인간의 얼굴을 가진 지식, 인문학의 철학을 위하여*. 서울: 소나무, 15-24.
- 권상옥(2004). 근거 중심 의학의 사상-의학 철학의 입장에서-. *의사학*, 13, 335-346.
- 맹광호(2002). *기획 특집 한국 의학교육 100년 대 계, 의사의 인성 교육*. 메디칼 업저버. 2002년 8월 22일, 제112호.
- 이영미, 이영희(2003). 문학과 의학교육에서 어떤 역할을 할 수 있는가? *한국의학교육*, 15, 83-90.
- 전우택, 양은배(2003). *인문사회의학과 의학 교육의 미래*. 서울: 연세대학교 출판부, 173-197.
- 정대현, 박이문, 유종호, 김치수, 김주현, 정덕애, 이규성, 최성안(2000). *표현 인문학*. 서울: 생각의 나무, 103-115.
- 조병희(2003). *의료 개혁과 의료 권력*. 서울: 나남출판, 202-217.
- 한국 의과대학장 협의회(1996). *의과대학에서의 인성교육, 한국의학교육학회편*. 제4차 의학교육 합동학술 대회자료집, 12-41.
- Arnold RM, Povar GJ, Howell JD(1987). The humanities, humanistic behavior, and the humane physician: a cautionary note. *Annals of Internal Medicine*, 106, 313-318.
- Arnott R, Bolton G, Evans M, Finlay I, Macnaughton J, Meakin J(2001). Proposal for an academic association for medical humanities. *J Med Ethics*, 27, 104-105.
- Engel GJ(1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Evans HM, Greaves D(2002). Medical humanities among the healing arts? *Journal of Medical Ethics*, 28, 57-60.
- Glick SM(1981). Humanistic medicine in a modern age. *N Eng J Med*, 304, 1036-1038.
- Grant VJ(2002). Making room for medical humanities. *J Med Ethics*, 28, 45-48.
- Greaves D, Evans M(2000). Medical humanities. *Journal of Medical ethics: Medical Humanities* 26, 1-2.
- Greaves D(2002). Reflections on a New Medical Cosmology. *J Med Ethics*, 28, 81-85.
- Jackson M(2002). Back to the future: history and humanism in medical education. *Medical Education*, 36, 506-507.
- Kirklin D(2003). The Centre for Medical Humanities, Royal Free and University College Medical School, London, England. *Academic Medicine*, 78, 1048-1053.
- Lester SK(1982). *Medical thinking: a historical preface*. New Jersey: Princeton. 이흥규 옮김. 의

- 사들의 생각 그 역사적 흐름. 서울: 고려의학: 1994, 301-316.
- Lewinsohn R(1998). Medical theories, science, and the practice of medicine. *Soc Sci Med*, 46, 1261-1270.
- Macnaughton J(2000). The humanities in medical education: context, outcomes and structure. *J Med Ethics*, 26, 23-30.
- Moore AR(1976). Medical humanism-a new medical adventure. *NEJM*, 295, 1479-1480.
- Murray AJ. Why the medical humanities. <http://humanities.medicine.dal.ca/why.html>
- Peabody FW(1984). The care of the patient. *JAMA*, 252, 813-820.
- Pellegrino ED(1979). *Humanism and the physician*. Knoxville: the university of Tennessee Press, 3-6.
- Starr P(1982). *The Social Transformation of American Medicine*. Basic books publishers, New York.
- 이종찬, 윤성원 공역. 의사, 국가 그리고 기업-미국 의료의 사회사. 서울: 명경, 1994, 208- 227
- Stempsey WE(1999). The quarantine of philosophy in medical education: why teaching the humanities may not produce humane physicians. *medicine. Health Care and Philosophy*, 2, 3-9.