

마음챙김 진료를 국내 의학 교육에 도입하기 위한 제언

이 인 실*

경찰병원 소아청소년과

마음챙김은 하나이나 여러 분야에서 필요에 따라 그 적용이 다양하다. 의료인들은 스트레스가 심하고 자신의 몸과 마음의 건강을 돌보지 못하는 경향이 있고 소진의 위험이 높으며 이는 환자의 진료에도 영향을 미치게 된다. 의료인의 건강 상태와 개인적, 직업적 특성을 고려한다면 그들의 스트레스 해소는 시급한 과제이며 그 방안의 하나로 마음챙김 진료에 대한 교육과 이를 진료현장에 적용하려는 노력이 최근 증가하고 있다. 우리도 마음챙김 진료를 의학 교육과정에 실험적으로 도입할 것을 제안 하고자 의료인의 건강과 마음챙김 진료 전반에 관한 문헌 고찰을 하였고 기초 조사의 일환으로 의사의 스트레스 정도와 마음챙김 진료 교육의 필요성 여부에 관한 소규모의 설문을 실시하였다.

주요어 : 의학 교육, 마음챙김 진료, 스트레스 조절, 소진

* 교신저자 : 이인실, 경찰병원 소아청소년과, (138-708) 서울시 송파구 가락본동 58
02-3400-1281, 010-4276-4381, insleemd@gmail.com

환자와 의사의 만남은 아픔을 치유하기 위한 두 사람 간의 매우 특별하고 긴밀한 조우이다. 따라서 같은 질병이라도 환자와 의사에 따라 항상 같은 일을 수행하지는 않는다. 매 순간 온 마음을 기울여 환자의 이야기를 주의 깊게 들어야 하고 공감하면서 진료를 하여야 하나 과중한 업무 부담, 의료 보험 문제, 경제적 문제, 안전, 감정적 문제 등 각기 다른 이유로 인해 실상은 그렇지 못한 것이 현실이다. 의사가 매순간 하는 모든 결정이 이성적이고 객관적이어야 하고 당연히 그럴 것이라고 여기지만 실은 감정의 개입으로부터 자유롭지 못하며 이것이 여러 가지 오류를 초래할 수 있다(Krasner, Epstein, Beckman, Suchman, Chapman, Mooney & Quill, 2009; Dobkin & Hutchinson, 2013). 이와 같은 문제를 해결하려면 의사로서의 직무에 대한 의미와 만족이 있어야 하며, 이를 위하여 의사가 자신을 잘 돌보고, 환자에게 양질의 의료를 제공하겠다는 의도를 가지고 매 순간 하는 일을 알아차림 하는 마음챙김 능력을 키우는 것이 하나의 방안이 될 수 있다. 이에 저자는 마음챙김 진료를 의학교육에 도입할 것을 제안하고자 의료인의 건강문제와 마음챙김 진료 전반에 관한 문헌 고찰을 하였고, 기초 조사의 일환으로 의사의 스트레스 정도와 의과대학이나 전공의 교육과정에서 마음챙김 진료 프로그램을 제공하는 것이 필요한가에 대한 간단한 설문문을 실시하여 그 결과를 함께 살펴 보고하고자 한다.

의료인의 건강

현대 사회의 의료인은 시간 부족, 과도한

업무 부담, 끊임없는 멀티태스킹이 요구되고, 의사로서의 특수 상황에 따른 스트레스 등으로 심한 피로와 소진을 가져오게 된다. 의사 3명에 한명, 또는 반수에서 소진을 경험하였고(Boccher-Lattimore, 2008) 극도의 피곤함이나 소진, 불안이나 우울증이 일반인에 비하여 의사가 두 배 정도 높으며 특히 여의사, 신참 교수, 대학병원에 근무하는 의사가 더 취약하였다. 그 결과 오롯이 환자 진료에 집중하지 못하고 이는 잠재적으로 진료에 악영향을 미칠 수 있다(Boisaubin & Levine, 2001; Schernhammer & Colditz, 2004). 전체 의사의 15%정도에서는 정신질환이나 알코올 또는 약물과 관련된 문제로 인해서 의사로서 책임 있는 행위를 할 수 없게 되기도 한다(Hughes, Brandenburg, Baldwin, Storr, Williams, Anthony & Sheehan, 1992). 의사의 건강이 진료에 미치는 영향은 물론이고 의사 한명을 키우는데 드는 비용이나 의사가 여러 가지 이유로 직업을 포기 하였을 때 대체하기 위한 손실 비용까지 고려한다면 그들을 도울 수 있는 방안이 의과 대학이나 전공의 교육과정에서 반드시 제시되어야 할 것이다.

전체 사망 원인 중에 자살이 차지하는 비율이 일반인보다 의사에서 높다. 남자 의사의 사망 원인 가운데 자살이 차지하는 비율이 일반 인구 대비 70% 더 높았고, 여자 의사에서는 일반 인구의 2.3~4배로 여의사의 자살 위험이 매우 높았다(Frank, Biola, Burnett, 2000; Schernhammer & Colditz, 2004).

극도의 피로, 소진으로 무기력증이나 자기 혐오, 직무거부 등에 빠지는 탈진(Burnout) 증후군은 지속적인 스트레스로 인해 생기며 신체, 감정적으로 소진되어 일에 대한 흥미나 열정이 없어지고 같이 일하는 동료나 환자를

마치 비인격적인 일개 대상으로 간주 하게 되며 더 이상 일에서 의미를 찾거나 중요하다는 생각을 하지 못하게 되는 양상을 보인다. ‘될 대로 되라’, ‘아무 상관없다’는 생각을 하게 되고 개인적인 성취감이 매우 감소하게 된다. 과로, 수면 부족, 통제 가능성은 낮으면서 책임질 일은 많은 상황, 지지와 자각 부족 등이 원인으로 작용할 수 있으며(Boisubain & Levine, 2001; Shanafelt, Sloan & Habermann, 2003) 자신에 대한 높은 기대치, 완벽주의, 인간의 한계에 대한 부정, 자신을 돌보거나 자신을 사랑하는 일에 대해 일종의 죄책감을 가질 때 특히 위험하다. 과도한 업무량 등의 외적 요인에 의한 부담 이외에도 의사의 특성상 ‘못해’ 혹은 ‘안 돼’라는 이야기를 하기가 어려운 환경에서 스트레스가 발생하게 된다.

의사가 처한 특수한 상황에서는 다양한 심리적 장점이 오히려 취약점이 될 수 있다. 철저한 성격이 강박으로, 헌신과 책임감이 과도한 책무로, 완벽주의가 실수를 절대로 용납 못하는 상황으로, 건전한 회의나 의심이 항상 확실한 증거를 요구하는 쪽으로, 이타주의, 열심히 일하는 성격이 자기 자신이나 가족을 돌보지 않고 유기하게 되는 것과 같은 경우이다. 또한 친절과 배려가 과도한 연민/동정심으로 소진을 가져오게 되어 오히려 타인의 감정에 무감각해질 수 있다. 합리성이 과도하게 강조되면 감정이 메마른 사람으로 보이게 된다. 자기비판 역시 지나치면 모든 잘못을 무조건 자신의 탓으로 돌리거나 자책하게 될 수 있다(Krasner et al., 2009).

극도의 피로감이나 소진은 의료상 과실을 가져오게 되고 환자에 대한 공감이나 연민의 마음이 생기기 힘들게 하며 환자의 요구에 제대로 응대하는 진료를 하기 어렵게 만든다.

이런 상황에서 스트레스를 줄이고 좋은 의사로서 최선을 다해 환자를 잘 돌보기 위한 여러 가지 방안 가운데 하나가 마음챙김 진료이다. 마음챙김 진료를 통해 매 순간 자신이 행하고 있는 일에 집중하고 정신적인 안정감과 회복 탄력성을 높인다면, 매일 반복되는 업무에도 명쾌함과 연민의 마음으로 임할 수 있을 것이다(Irving, Dobkin & Park, 2009; Krasner et al., 2009).

마음챙김과 마음챙김 진료

마음챙김

마음챙김(Mindfulness)은 매 순간 판단하지 않고 알아차림 하는 것이다. 마음챙김이란 몸과 마음에서 일어나는 일과 주변에서 일어나는 일에 의도적으로 주의를 기울여서 온전하게 알아차리는 것으로 이때 판단하거나 비판하지 않는다(Kabat-zinn, 1999).

Bishop 등은 마음챙김 상태에는 두 가지 요소가 있는데 그 하나는 주의에 관한 의도적인 자기 조절 기능이고 다른 하나는 열린 마음으로 호기심을 가지고 수용하는 자세를 가지는 마음가짐 이라고 하였다(Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, & Carmody et al., 2004). 마음챙김 프로그램의 시작은 마음챙김에 근거한 스트레스 감소 프로그램(Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR)으로 Kabat-Zinn이 명상을 일반인들이 할 수 있는 8주 프로그램으로 만들어서 스트레스 감소, 건선, 만성 통증 환자의 치료에 적용하여 의미 있는 결과를 보였다. 그 후 마음챙김은 여러 분야에 적용되어 Mindfulness-based cognitive therapy(MBCT), Dialectical behavioral therapy(DBT), Acceptance and commitment therapy(ACT) 등과 같은 프

로그래의 발달을 가져왔고, 그 밖에 Mindfulness-Based Relapse Prevention(MBRP), Mindfulness-Based Relationship Enhancement(MBRE), Mindfulness-Based Eating Awareness Training(MB-EAT), Mindfulness-Based Childbirth and Parenting(MBCP)등이 개발되어 임상에 적용되고 있다(Baer, 2003).

마음챙김의 기본은 하나이나 의료, 교육, 법조계 등 여러 분야에서 필요에 따라 다양한 적용이 가능하다. 마음챙김의 이론, 수련, 과학적 증거 등에 따라, 또는 어떤 작용 기전을 강조하는가에 따라 일견 복잡해 보이는 여러 자료와 연구 결과 들이 나오고 있으며 이런 복합적인 상황은 마음챙김을 처음 접하거나 심도 있게 접근하려는 모두를 어렵게 하는 장애 요인이 되기도 한다.

마음챙김은 애써서 얻어지는 지식이 아니라 경험에 의해 자연스레 깨닫게 되는 것이다. 마음챙김은

- 1) 즉각적인 반응을 감소시키고 경험 자체에 주의를 기울이며
- 2) 감각, 느낌, 생각을 호·불호와 상관없이 관찰, 인지하고
- 3) 자동 반사적 행동이 아닌 자각과 의도를 가지고 행동하며
- 4) 명명이나 판단보다는 경험 자체에 집중하는 것이다.

마음챙김 진료

최근 마음챙김이 임상 수행 능력 향상에 미치는 효과에 대한 관심이 증가하고 있다. 마음챙김을 진료에 적용하는 마음챙김 진료의 목표는 자신의 마음속에서 일어나는 심리 작용을 알아차리고 남의 말을 주의 깊게 듣고 유연한 사고와, 판단 과정에서 편견을 인지하

고, 원칙적이면서도 연민의 마음으로 환자를 대하는 것이다(Epstein, 1999). 훈련을 통해 주의 깊은 관찰, 비판적 호기심, 초보자의 마음으로 생각하기, 지식에 기반한 유연한 판단, 현재, 이곳에 존재하기 등을 체화하여 습관이 되도록 하는 것이다(Epstein, 2003a; Dobkin & Hutchinson, 2013). 마음챙김 진료는 의료인에게 공감과 연민의 마음으로 환자를 제대로 돌보고 더 나은 임상 결정을 하도록 하는 것은 물론이고 자기 자신의 행복과 안녕감에도 영향을 미친다(Epstein, 2003a, 2003b). 훈련을 통해 자신을 돌보는 방법을 알게 되면 환자를 더 잘 돌보고 의학적 오류가 감소하는 효과가 있다(Epstein, 1999; Epstein, Siegel & Silberman, 2008; Krasner et al., 2009).

새로운 것을 배우려면 반드시 필요한 ‘마음의 습성’이 있다. 학습자가 정보를 새롭다고 느끼거나, 사실을 상황에 따라 달리 가정할 수 있으며, 여러 각도에서 상황을 바라볼 수 있는 경우에 쉽게 배운다고 알려져 있다(Langer, 2000). 인간의 판단은 기존의 경험에 근거하며, 문자화 된 내용이나 권위 있다고 여기는 내용이 직접적인 관찰에 우선하기 때문에 새로운 정보나 감각적 입력을 새롭게 보는 것이 생각보다 쉽지 않다. 따라서 판단을 유보할 수 있어야 하고, 잘 모르는 상황을 감내하고 평정심을 유지하여야 하며 모든 일이 본인이 생각하는 대로 되어야 한다고 간주하지 않고, 있는 그대로 바라볼 수 있어야 한다. 이것이 바로 마음챙김이다. 이러한 마음챙김에 근거하여 주의 깊은 관찰, 호기심, 유연한 사고를 가지고 늘 현장에 존재하는 마음챙김 진료를 하게 되면 합당한 임상적 추론, 환자의 안전, 자비와 연민의 마음, 기술 함양, 치유의 관계, 상호 협력과 의사의 건강 증진

등의 목표를 달성할 수 있다(Epstein, 1999; Epstein 2003a, 2003b; Krasner et al., 2009).

최선의 진료를 하려고 해도 일상의 갈등, 실수, 감정 문제, 소진, 힘든 결정의 순간이나 심한 고통, 죽음에 직면하는 일과 같은 상황은 우리를 힘들게 한다. 이렇게 어려운 상황에 적절하게 대응하려면 항상 마음챙김 상태를 유지하여야 한다. ‘대상을 관찰하는 관찰자를 관찰하는’ 태도로 자신의 사고, 감정, 편견을 관찰하고 감시하는 것이다. 어떤 임상 상황에서든 환자와 자신에게 주의를 기울여 마음챙김 진료를 할 수 있어야 자신의 일에 만족하게 되고 환자도 만족스러운 결과를 얻을 수 있을 것이다(Epstein, Siegel & Silberman, 2008). 마음챙김 습득 단계에 따라 환자를 대하는 태도의 변화 과정은 아래 표와 같다(Epstein, 2003a).

마음챙김 진료에 관한 의학 교육 현황

마음챙김이 각종 질병이나 증상 호전에 효과를 보인다는 다양한 근거가 있으나 환자에게 이를 적용시키기 위해서는 의사 본인이 마음챙김을 경험적으로 알아야 한다. 이는 마음챙김이 지식 습득과 같은 과정에 의해 얻어지기 보다는 경험이 중요하다는 특성 때문이기

도 하다.

마음챙김과 관련된 교육과정 운영은 크게 두 가지이다. MBSR과 같은 프로그램으로 운영되는 경우와, 의료와 관련된 부분을 강화하거나 일부를 변경 보완한 마음챙김 진료 프로그램으로 운영하는 경우이다. 기준이 되는 MBSR은 주 1회, 2-3시간 씩 8주로 구성되어 있으며 6회기와 7회기 사이에 하루 종일 실시하는 수련회로 구성되며, 매 회기마다 주제가 있고 바디스캔을 비롯한 명상과 요가 수련을 배우고 참가자의 경험에 대한 질의응답과 소그룹 토의를 한다. 마음챙김에 기반한 스트레스 감소(MBSR) 프로그램을 의과대학 학생에게 가장 먼저 실시한 곳은 MBSR을 창시한 Kabat-Zinn이 소속된 Massachusetts 의대였고 호주의 Monash 대학은 1985년부터 1, 2학년 학생의 교육과정에 포함하였다(Dobkin & Hutchinson, 2013). 캐나다 McGill 대학 4학년의 선택 과정에서는 자기 관리, 치유와 마음챙김 소통을 주요 내용으로 의대 실정에 맞도록 변화시켜서, 1주에 2회 씩 4주로 구성하였다. 수강 후 자기연민, 마음챙김 능력은 증가하였고 스트레스와 감정 소진은 감소하는 효과를 보였다(Dobkin & Hutchinson, 2013). 가장 대표적인 마음챙김 진료 프로그램은 Epstein과 Krasner에 의해 개발되어 미국 Rochester 의대에서 실시되

	마음챙김 단계	환자를 대하는 태도 습득의 단계적 변화
1단계	모방	환자와 대화하는 교수의 몸짓, 목소리, 얼굴 표정을 흉내 내면서 배움
2단계	호기심과 인지적 숙고	흉내는 내지만 내가 왜 그렇게 행동하는가를 실제로 잘 모른다는 자각, 환자를 제대로 이해하는가에 대한 자각, 비언어적 표현과 판단에 대하여 호기심을 가지고 진정으로 검토
3단계	호기심과 감정적 숙고	
4단계	통찰	실험적 시도와 숙고 과정
5단계	일반화, 체화 현재에 존재	자연스러운 자기만의 표현

고 있으며(Epstein, Quill, Krasner & McDonald, 2007) Rochester 의과대학의 마음챙김 진료 프로그램은 각 회기별로 주제가 있어 1회기 알아차림, 2회기 고통과 함께하기, 3회기 전문가로서의 프로정신, 4회기 의사의 사고 과정, 5회기 시간, 6회기 자기 돌봄과 소진, 7회기 실수에 대한 조치, 8회기 마음챙김 소통, 9회기 균형, 10회기 죽음, 11회기 갈등, 12회기 협력 등으로 구성되어 있다(Epstein, Quill, Krasner & McDonald, 2007). 이외에도 Brown 의대에서 1,2학년 학생에게 10주에 걸쳐 실시하는 프로그램, Dalhousie 대학의 8주 프로그램, Drexel 의대, Duke 의대 프로그램, Georgetown 의대의 11주 프로그램이 있으며 Jefferson 의대의 6주 프로그램, Montreal 의대, Oakland 대학의 7주 프로그램, Toronto 의대에서 운영하는 프로그램 등이 알려져 있다(Dobkin & Hutchinson, 2013).

학생들에게 실시하는 전반적 의학 교육은 두 가지 방식으로 제공되는데 그 하나는 강의, 실습, 회진, 집담회 등을 통하여 지식을 전달하는 과정이고, 다른 하나는 임상 실습과정에서 동료나 교수와의 상호 관계를 통해 태도, 기술, 행동 등을 배우는 비공식적인 배움이다. 후자를 통해서 태도를 습득하고 모방과 시연을 통해 체화하여 향후 전문가의 특성을 갖추게 된다(Epstein, 2003a, 2003b). 임상가로서의 태도는 처음 임상과정을 돌게 되는 3학년 과정에서 대부분 결정된다. 이때 전문가로서의 태도와 자각을 가르치도록 교육과정이 구성되어야 한다. 또한 교육이란 모름지기 잘 하는 사람을 더 잘하게 하는 역할도 중요하나, 과정에 있는 구성원 가운데 힘들어 하는 사람을 잘 이끌어 자기 역할을 다하게 하는 것이 더욱 중요한 것이라는 점에서 스트레스로 힘들

어하는 학생과 전공의에게 해결 방안을 제시하고 도울 수 있는 마음챙김 진료 프로그램의 중요성은 반드시 강조되어야 할 것이다.

의료인들을 대상으로 실시한 MBSR 과정들에서도 그룹에서의 경험과 지지, 수용하는 과정, 어느 정도의 고통과 당혹감은 마음챙김을 배우는 과정의 일부분으로 그 양상이 비슷하였으나 의료인 그룹의 특성으로 완벽주의적 성향, 자동 반사적으로 타인을 우선에 두며, 그들을 돕거나 고쳐야 한다는 생각에 사로잡혀 있으며 이 사실을 자각하면서 겪는 미묘한 변화, 그 변화가 개인에게 미치는 영향과 전문적 영역에 미치는 영향 등을 관찰할 수 있었다. 훈련 과정을 통해 자기 비판적인 면을 타인과 공유한다는 좋은 점도 있으나 공유에 의한 노출이 그룹 특성상 일종의 오명으로 남게 되지 않을까 걱정하기도 하였다. 이들 결과를 종합하여 마음챙김에 기반한 프로그램을 접하는 의료인의 집단적 특성과 훈련 과정을 통해 어떻게 배우고 어떤 결과를 가져오는지 작동 모델을 제시하였다(표 1)(Irving, Park-Saltzman, Fitzpatrick, Dobkin, Chen & Hutchinson, 2014).

환자를 대상으로 실시하는 마음챙김에 기반한 다른 프로그램 참가자에 비하여 의사들은 문제의 심각성이나 동기 부여 정도가 낮을 수도 있다. 필요성을 인지하고 이에 참여하고자 하는 동기를 어느 정도 가지고 있는가에 따라 효과가 달라질 것이다(Dobkin & Hutchinson, 2013).

설문 결과

의과대학 학생, 종합병원에 근무하는 인턴을 포함하여 전공의, 전문의와 공보의를 대상

표 1. Working Model of Mindful Practice (Irving et al., 2014)

집단 특성	내적, 외적 상황 공유, 동료의 도움	<ul style="list-style-type: none"> - 같은 전문가 집단의 누군가가 ‘너 자신에게 사랑과 연민의 마음을 가지라’는 이야기는 매우 이례적인 일로 그 영향력이 매우 컸다. 직업의 특성상 항상 타인을 돌보고 배려하는 것이 어떤 것인가에 대해 서로 이해하는 집단이기 때문이다. - 나만이 아니라 우리는 서로 유사한 고민을 가지고 있다는 것을 공유하게 되어 서로의 장벽을 깨면서 서로 통하는 느낌을 갖게 되었다.
마음챙김 진료 교육 (공식, 비공식 훈련)		
	Working Model	참가자의 반응, 의견
핵심 현상	<p>알아차림, 자각, 주의:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 사고, 감정 - 신체감각 - 인간 상호관계 - 행동 	<ul style="list-style-type: none"> - 한발 뒤로 물러나면, 감정을 초기에 알아차려 그 감정이 나를 삼켜 버리기 전에 알아차리고 바라보고 몇 분 안 되어 그것이 사라지는 것도 바라보았다.
전략적 행동	<ul style="list-style-type: none"> - 집중 - 관찰자적 관찰 - 수용 - 변화 	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 것을 그저 수용하는 것이 아니라 변화를 위한 행동도 취할 수 있었다.
결과	<ul style="list-style-type: none"> - 마음챙김 소통 - 자기연민/사랑/돌봄 - 선택의 기쁨 - 행복 	<ul style="list-style-type: none"> - 의사로서의 역할이 무엇인가에 대해 늘 고민이 있었다. 만나는 환자들을 반드시 고쳐야 하고 그들이 좋아지지 않으면 내가 아무것도 하지 않는 것이라고 여길 것이라는 생각과 나 자신에 대한 기대 역시 그랬다. 그러나 그저 환자 곁에 있으면서 그들의 경험과 함께 하는 것도 내 역할의 일부라는 것을 확인할 수 있었다. - 이 경험이 항상 내게 큰 영향을 미칠 것이다. 왜냐하면 나 자신을 돌보지 못한다면 다른 사람을 어떻게 돌볼 수 있겠는가? 피곤하고 남의 이야기에 귀를 기울이지 못한다면 그들에게 도움이 되지 못할 것이다. - 길을 걸으면서, 나무를 바라보면서, 구름을 쳐다보면서 아름다움을 재발견하였다. 지금 이 순간은 마치 방금 부르는 노래 소리 같았다. - 자각을 하게 되면서 잘 안 되는 일들을 더 인식하게 되면서 초기에는 더 괴로울 수도 있다. 발전의 한 단계라고 여긴다. - 지지하고 포용하는 주변 상황이 주는 아주 특별한 경험이었다. - 이 집단 안에서 이 순간에는 어떤 일이 생기든지 괜찮다는 분위기를 느꼈다. - 내 이야기를 하면서 다른 사람들 시간을 뺏으면 어쩌나 했지만 오히려 그것이 그들에게도 득이 된다는 좋은 경험이었다.

으로 이메일과 카톡방을 통해 ‘스트레스 정도, 마음챙김 진료 프로그램의 필요성’에 관한 설문 참여를 공지하였고 구글에서 온라인으로 2주에 걸쳐 설문을 실시하였다. 전체 참가자는 279명이었고 남자 163명, 여자 116명이었으며 학생 66명, 인턴을 포함하여 전공의 122명, 공보의 26명, 전문의 59명, 일반의 6명이었다.

마음챙김이나 마음챙김에 기반한 프로그램에 대하여서 16명(6%)만이 과거에 접하였거나 알고 있었고, 의대를 다니면서 심한 스트레스를 느낀 적이 있는 경우가 198명(71%)으로 상당수가 스트레스를 경험하였으며(남자 72.4%, 여자 69.0%), 신체 증상을 보인 경우도 109명(39%)이었고, 남자 39.3%, 여자 38.8%로 차이는 없었다. 의학 교육과정에 스트레스 감소를 위한 프로그램이 있다면 수강하겠다는 대답이 194명으로, 설문 참여자의 70%(남자 70.6%, 여자 68.1%)가 프로그램이 필요하다고 생각하였다.

교육과정에서는 본과 교육과정에 있었으면 하는 의견이 147명(53%)으로 가장 많았다. 또한 필수와 선택 과정 가운데 선택이 160명(57%)으로 필수보다 높은 선호도를 보였고 이는 성적에 대한 스트레스 때문으로 생각된다. 또한 프로그램 진행 기간과 구성은 주1회 8주

과정이 170명(61%)으로 가장 많았고 종일 코스로 2-3일 과정을 원하는 경우도 58명(21%)이었다(그림 1). 단 이 프로그램이 현재의 과도한 수업량에 추가 부담으로 작용하지 않기를 바란다는 의견이 눈에 띄었다.

대부분의 설문 대상자가 마음챙김 프로그램에 대하여 잘 알지는 못하였고 스트레스를 감소시키는 프로그램이 필요하다는 점에서는 대부분 공감하고 있었다.

결론

마음챙김 진료는 호기심을 가지고 열린 마음으로 환자의 모든 것에 주의를 기울여 관찰하고 그가 누구이며 왜 어떻게 아픈지를 제대로 듣고 합리적으로 편견 없이 진료하는 것이다. 의료인의 스트레스와 소진이 자신의 건강이나 환자의 치료에 미치는 영향을 고려한다면 스트레스 해소는 최우선적으로 해결하여야 할 과제이다. 스트레스에 건강하게 반응하여 잘 견디고 한 단계 더 성장할 수 있도록 회복탄력성을 키우려면 이를 개인에게만 맡길 것이 아니라 기관이나 학교가 정책적으로 해결 방안을 제시하여야 할 것이다. 설문에서도 드

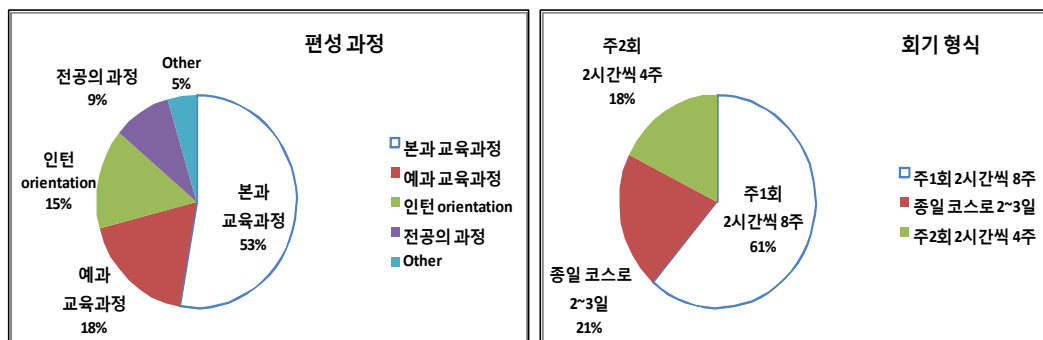


그림 1. 마음챙김 진료 프로그램에 관한 설문 결과

러난 것처럼 당사자들이 스트레스 감소 프로그램의 필요성에 공감하고 있고, 마음챙김 진료가 환자와 의료인 모두에게 미치는 긍정적인 효과를 감안한다면 마음챙김 진료를 교육 과정에 포함시켜 직접 경험을 통해 배우게 하는 것이 바람직할 것이다. 따라서 한국의 교육 여건에 맞는 다양하고 적절한 방법으로 마음챙김 진료를 국내 의학 교육과정에 도입할 것을 제안하는 바이다.

참고문헌

- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 125-143.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. C., Carmody, J. et al. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 230-241.
- Boccher-Lattimore, D. (2008). Epidemiology. In Thomas R. Cole, Thelma J. Goodrich, and Ellen R. Gritz (Eds.), *Faculty Health in Academic Medicine: Physicians, Scientists, and the Pressures of Success*. (pp.13-28). Totowa, NJ: Humana Press.
- Boisaubin, E. V., Levine, R. E. (2001). Identifying and assisting the impaired physician. *American Journal of Medical Science*, 322(1), 31-36.
- Dobkin, P. L. & Hutchinson, T. A. (2013). Teaching mindfulness in medical school: where are we now and where are we going?. *Medical Education*, 47, 768-779
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *Journal of the American Medical Association*, 282(9), 833-839.
- Epstein, R. M. (2003a). Mindful practice in action (I): Technical competence, evidence-based medicine and relationship-centered care. *Families, Systems, & Health*, 21, 1-10.
- Epstein, R. M. (2003b). Mindful practice in action (II): Cultivating habits of mind. *Families, Systems, & Health*, 21(1), 11-17.
- Epstein, R., Quill, T., Krasner, M., McDonald, S. (2007). *A Curriculum in Mindful Practice for Students and Residents, Faculty Manual*. University of Rochester School of Medicine and Dentistry
- Epstein, R. M., Siegel, D. J., Silberman, J. (2008). Self-monitoring in clinical practice: a challenge for medical educators. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 28(1), 5-13. DOI: 10.1002/chp.149
- Frank E., Biola H., Burnett C. A. (2000) Mortality rates and causes among US physicians. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 155-159.
- Hughes, P. H., Brandenburg, N., Baldwin, D. C., Storr, C. L., Williams, K. M., Anthony, J. C., Sheehan, D. V. (1992). Prevalence of substance use among US physicians. *Journal of the American Medical Association*, 267(17), 2333-2339.
- Irving, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 15,

- 61-66.
- Irving, J., Park, J., Fitzpatrick, M., Dobkin, P. L., Chen, A., Hutchinson, T. (2014). Experiences of health care professionals enrolled in mindfulness-based medical practice: a grounded theory model. *Mindfulness*, 5, 60-71.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J. Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*, 302(12), 1284-1293.
- Langer, E. (2000). Mindful learning. *Current directions in psychological science*, 9(6), 220-223.
- Schernhammer, E. S., Colditz, G. A. (2004). Suicide rates among physicians: A quantitative and gender assessment (Meta-analysis). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2295-2302.
- Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., Habermann, T. M. (2003). The well-being of physicians. *American Journal of Medicine*, 114, 513-519.
- 투고일자 : 2014. 12. 20.
최종 게재확정일자 : 2015. 06. 17.

Integration of mindful practice into the medical educational curriculum

In Sil Lee

Department of Pediatrics, National Police Hospital

Mindfulness is one thing, but has many different ways to apply in various fields. Medical students and doctors experience high levels of stress and tend not to take care of their own physical and mental health. They are at high risk of burnout and it could negatively affect the patient care. There is a growing interest nowadays in the mindful practice as an antidote for the physician's well-being and satisfaction as well as for the improvement of patient's care. For proposing integration of mindful practice into the medical educational curriculum experimentally, I surveyed small number of medical students and doctors on the level of stress and the necessities of mindful medical practice program, as part of providing preliminary data. And literatures about physician's health including suicide, and present state of mindful practice in other countries were reviewed.

Key words : Medical education, Mindful practice, Stress management, Burnout