

■ 원 저

임종기 치료에 대한 암 환자, 보호자, 그리고 의사의 수용태도

심재용, 최윤선*, 강용준**, 조현상***, 조항석****

연세대학교 의과대학 가정의학교실, 고려대학교 의과대학 가정의학교실*,
동신병원 가정의학과**, 한림대학교 의과대학 소아과학교실***, 관동대학교 의과대학 가정의학과****

— 요 약 —

연구배경 : 검사나 치료를 선택할 때 환자의 의견이 반영되어야 한다. 암 환자의 임종기에 동반된 질환의 검사나 치료에 대한 환자, 환자의 보호자, 의사의 태도가 상황에 따라 차이가 있는지를 알아보고 관계 있는 요인을 분석하였다.

방법 : 1999년 3월 1일부터 2000년 2월 29일까지 4개 대학병원과 1개 종합병원에서 162명의 암 환자와 그의 치료에 책임이 있는 보호자에게 말기암 때 검사나 치료를 받을지를 묻는 구조화된 설문 조사를 하였다. 같은 기간에 동 병원에 근무하는 가정의학과, 단과 전문과, 인턴 등 104명의 의사에게 병상에 누워있는 말기암 환자를 가정하여 검사나 치료를 시행할지를 묻는 구조화된 설문 조사를 하였다. 여러 가지 질병상황을 가정하여 예상수명이 일주일 때와 한 달일 때의 수용도를 조사하여, 집단간 및 상황에 따른 차이를 분산분석, 티이 검정, 윌콕슨 순위합 검정으로 비교하였다. 수용도와 관계 있을 것으로 생각되는 요인들을 조사하여 단계별 다중회귀분석을 시행하였다.

결과 : 거의 모든 상황에서 보호자군과 의사군의 수용도는 유의한 차이가 없었으며 두 군은 환자군보다 유의하게 매우 높은 수용도를 나타내었다 ($P < 0.001$). 모든 군에서 치료의 경우가 검사의 경우보다 ($P < 0.001$), 예상 수명이 30일일 때가 7일일 때보다 ($P < 0.01$), 비관혈적 치료의 경우가 관혈적 치료의 경우보다 중재에 대한 수용도가 유의하게 높았다 ($P < 0.001$). 환자군에서는 불안할수록, 종교가 없는 사람에서 수용도가 낮았으며, 보호자군에서는 완치 가능성에 대한 기대가 없는 사람에서 낮았고, 환자의 배우자나 며느리가 다른 관계의 보호자보다 수용도가 낮았다 ($P < 0.05$). 또한 암 진단 시점이 오래되었을수록 보호자의 수용도가 높았다 ($P < 0.1$). 의사군에서는 단과 전문과목을 전공한 의사나 인턴이 가정의학과 의사보다 수용도가 높았다 ($P < 0.05$).

결론 : 임종기 상황에서 검사나 치료에 대한 암 환자의 수용도는 보호자나 의사의 수용도보다 낮으며 상황에 따라 차이를 보인다. (가정의학회지 2000 ; 21 : 489~497)

중심단어 : 죽음에 대한 태도, 고식적 치료, 의사결정

이 논문은 1997년도 연세대학교 학술연구비의 지원에 의하여 이루어진 것임

Table 1. Demographics of patients, primary care givers and doctors.

Demographic	Total patient n=162 (%) [*]	Patient who answered n=92 (%) [*]	Care giver who answered n=149 (%)	Doctor n=104 (%)
Age				
≤ 29	20 (12.2)	4 (4.3)	21 (14.1)	33 (31.7)
30 - 39	13 (7.9)	10 (10.9)	44 (29.5)	55 (52.9)
40 - 49	35 (21.3)	29 (31.5)	38 (25.5)	11 (10.6)
50 - 59	33 (20.1)	20 (21.7)	30 (20.1)	3 (2.9)
60 ≤	63 (38.4)	29 (31.5)	16 (10.7)	2 (1.9)
Sex				
male	95 (57.9)	54 (58.7)	51 (34.2)	84 (80.8)
female	69 (42.1)	38 (41.3)	98 (65.8)	20 (19.2)
Education				
high school and under	119 (76.8)	66 (72.5)	89 (60.1)	0 (0.0)
college and over	36 (23.2)	25 (27.5)	59 (39.9)	104 (100.0)
Religion				
religious	99 (63.1)	53 (58.2)	87 (60.4)	62 (62.2)
non-religious	58 (36.9)	38 (41.8)	57 (39.6)	41 (39.8)
Income (10,000 Won)				
≤ 99	77 (57.5)	58 (63.7)	63 (47.7)	0 (0.0)
100 ≤	57 (42.5)	33 (36.3)	69 (52.3)	104 (10.0)
Relation with the patient				
spouse	-	-	62 (41.9)	-
direct	-	-	63 (42.6)	-
collateral	-	-	23 (15.5)	-
Specialty				
family medicine	-	-	-	26 (49.0)
other specialty	-	-	-	57 (30.8)
intern	-	-	-	21 (20.2)
Position				
board certified	-	-	-	51 (49.0)
resident	-	-	-	32 (30.8)
intern	-	-	-	21 (20.2)

*P : Not significant by Chi-square test

서 론

말기암 환자에게는 암 이외에도 급성 및 만성 질환이 빈번히 동반되므로 암의 근치적 치료는 불가능하다고 해도 이런 문제를 해결함으로써 환자를 도와줄 수 있다. 그런데, 이 과정에서의 인위적인 조작이 또 다른 고통을 수반할 수 있으며, 가족들의 부담을 가중시키고 의료자원을 낭비하게 될 수 있는 반면 이런

치료를 유보함으로써 치료자나 가족들에게 소극적으로 안락사를 시키고 있다는 죄의식을 줄 수도 있어 환자나 환자 가족과 의사 사이에 사소한 마찰이 빚어 지기도 한다. 이런 경우 환자의 의견을 존중하여 치료를 결정하는 것이 최선이겠지만, 환자가 진단을 모르고 있는 경우, 임종이 가까워 오면서 환자의 의식이 명료하지 않은 경우가 종종 있기 때문에, 특히 우리 나라와 같은 동양권 문화에서는 가족이 의사 결정

에 중요한 역할을 하게 된다¹⁾. 그러나 만일 가족이 환자의 희망과 다른 결정을 내린다면 이는 올바른 결정이 아닐 것이다. 그러므로 말기암 환자가 동반된 질환이나 고통에 대처하는 자세를 알게 된다면 이런 환자를 다루는 의사에게 도움이 될 것이며 결국 말기암으로 임종을 맞이하는 환자들에게 도움이 될 것이다.

본 연구는 말기암 환자에게서 수반되는 여러 가지 급성 및 만성 질환의 검사 및 치료 방법들의 선택에 대한 환자, 환자의 보호자, 의사의 수용 자세를 비교하고 관계 있는 요인에 대하여 분석하였다.

연구 방법

1) 연구대상 (Table 1)

1999년 3월 1일부터 2000년 2월 29일까지 설문 조사에 동의한 162명의 암 환자와 그의 치료에 책임이 있는 보호자를 대상으로 말기암 때 의료적 중재(치료 또는 검사)를 수용할지를 묻는 구조화된 설문 조사를 하였다. 가능한 한 환자와 보호자 모두가 설문지를 작성하도록 하였으나 환자가 암 진단을 모르는 경우와 신체적 조건이 설문지를 쓰기 어려운 경우에는 보호자만, 치료를 위해 환자만 외래를 방문한 경우와 보호자가 설문을 거부한 경우는 환자만 작성하는 것을 허용하였다.

암 환자에는 의사로부터 근치적 치료가 불가능하다고 판정되어 호스피스를 위해 3개 대학병원과 1개 종합병원의 가정의학과에 의뢰된 환자 114 명과 방사선 치료를 위해 방문한 환자 33명 및 1개 대학병원에 암 치료를 위해 입원하였거나 외래를 방문한 소아 환자 15명이 포함되었다.

같은 기간에 동 병원에 근무하는 가정의학과, 내과계 및 외과계의 단과 전문과, 인턴 등 104명의 의사에게 병상에 누워있는 말기암 환자를 가정하여 의료적 중재를 시행할지를 묻는 구조화된 설문 조사를 하였다.

2) 조사 내용

여러 가지 질병상황(만성 질병 상황, 급성 증상 상황, 초급성 상황)을 가정하여 각각에 대하여 필요한 중재를 수용할 것인지를 예상수명이 일주일 때와 한

달일 때를 구별하여 조사하였다. 만성 질병 상황으로는 당뇨병과 고혈압, 빈혈을 가정하고 급성 증상 상황으로는 잘 먹지 못하는 증상, 호흡곤란, 발열, 복수, 통증, 배뇨장애, 장출혈을 가정하였으며 초급성 상황으로는 심장마비를 가정하였다. 질문은 모두 104개이었으며 모든 문항은 '그렇다'와 '아니다'의 둘 중 하나로 선택하도록 되어 있었다. 의사에게는 각각의 상황에 대해 필요한 중재를 시행할 것인지를 조사하였다.

검사나 치료 선택에 영향을 주는 요인으로 심장마비를 제외한 상기 질병이나 증상의 실제 여부, 진단명, 암 진단 시점, 암의 가족력, 암환자의 수행능력 척도(Eastern Cooperative Oncology Group; 이하 ECOG 척도)²⁾ 등은 환자나 보호자 중 한 사람에게서 조사하였으며 최근의 불안 및 우울 등의 기분 상태, 사후 영원 불멸에 대한 태도, 한방이나 민간 요법 등의 대체요법에 대한 수용태도, 질병의 완치 가능성에 대한 기대, 기대하는 여명 등과 나이, 성별, 종교, 교육수준, 수입 등 인구 사회학적 자료는 환자와 보호자 각각에게서 조사하였고, 보호자의 경우는 환자가 암이라는 것을 알고 있는지 여부 및 보호자와 환자와의 관계를 더 조사하였다. 의사의 경우는 상기 요인 중에서 암의 가족력, 최근의 기분 상태, 사후 영원 불멸에 대한 수용태도, 대체요법에 대한 수용태도, 말기암 환자의 진료 여부와 나이, 성별, 종교, 지위, 전공 과목 등의 인구 사회학적 자료를 조사하였다.

3) 통계 분석

총 환자 162의 환자에 대하여 응답한 환자 92명의 설문지, 응답한 보호자 149명의 설문지, 104명의 의사의 설문지가 분석되었다.

총 104개 문항은 '그렇다'라고 응답한 경우 1점, '아니다'라고 응답한 경우 0점, 무응답의 경우 0.5점을 주어 각 질병 상황에 대한 문항으로 구별하였으며, 이를 다시 질병의 급만성도에 따라 만성 질병 상황, 급성 증상 상황, 초급성 상황에 대한 문항으로, 중재의 목적에 따라 진단적 검사와 치료에 대한 문항으로, 만성 및 급성 상황에서 예상 수명이 7일일 때와 30일일 때의 문항으로, 급성 또는 초급성기 질병 상황에서 치료의 관혈성 여부에 따라 관혈적 치료와 비관혈적 치료에 대한 문항으로 구별하여 재구성한 후 여기

에 대한 응답 점수의 평균을 각 상황에 따른 중재의 수용도 (Situational Acceptance of Intervention; 이하 SAI)로 삼았다. 한편 초급성 상황을 제외한 모든 상황에서의 SAI의 평균을 평균적 중재의 수용도 (Mean Acceptance of Intervention; 이하 MAI)로 삼았다. 따라서 SAI 및 MAI는 0점에서 1점까지 분포하였다. 불안 및 우울의 기분 상태는 각각 정도 (전혀 그렇지 않다 0점, 매우 그렇다 3점)와 빈도 (전혀 느끼지 않음 0점, 항상 느낌 6점)의 점수를 곱하여 점수로 나타내었으며 각각 0점부터 18점까지 분포하였다. 통계 패키지 프로그램으로 SAS system for Windows 6.12을 이용하였다.

(1) 총 환자와 응답한 환자의 인구사회학적 자료

총 환자 162명과 응답한 92명의 환자군, 보호자군, 의사군의 인구사회학적 자료는 카이제곱 검정으로 비교하였다.

(2) 말기암 환자 소집단과 치료 소집단 사이의 MAI의 비교

호스피스를 위해 의뢰된 말기암 환자 소집단과 치료를 위해 입원 또는 외래에서 치료중인 치료 소집단 간의 환자 및 보호자의 MAI를 티이검정으로 비교하였다.

(3) 질병 상황의 사실 여부에 따른 SAI의 비교

환자가 가정된 질병을 실제로 가지고 있을 때와 없을 때 그 상황에 대한 수용도에 차이가 있는지를 티이검정과 윌콕슨 순위합 검정으로 비교하였다.

(4) 환자, 보호자, 의사간의 SAI의 비교

각 상황에서 중재의 수용도가 환자군, 보호자군, 의사군 사이에 차이가 있는지 각각의 경우에 대하여 일원분산분석으로 분석하였으며 Scheffe의 방법으로 다중 비교하였다.

(5) 가정된 상황에 따른 SAI의 비교

수용도가 질병의 급만성도에 따라 다른지 각 군마다 일원분산분석을 시행하여 Tukey의 방법으로 다중 비교하였으며, 예상수명 및 중재, 그리고 치료의 관혈성 여부에 따라 수용도가 달라지는지 알기 위해 각

군마다 티이검정을 시행하였다.

(6) MAI에 영향을 미치는 요인

각 군에서의 MAI는 조사한 모든 변수에 대해 단변량 분석을 시행하였으며, 유의수준 0.15 이하에서 의미 있는 변수를 선택한 후 MAI를 종속변수로 하고 유의한 변수를 독립변수로 하여 단계별 다중회귀분석을 시행하였다. 이때 연속형이 아닌 변수는 가변수로 치환하여 유의수준 0.05 및 0.1을 기준으로 분석하였다.

결 과

(1) 총 환자와 응답한 환자의 인구사회학적 자료의 비교 (Table 1)

총환자 162명과 응답한 환자 92명의 인구사회학적 자료는 유의한 차이가 없었으므로 응답한 환자만의 설문지를 분석하여 전체 환자의 수용태도를 추정하였다.

(2) 말기암 환자 소집단과 치료 소집단 사이의 MAI 및 질병 상황의 사실 여부에 따른 SAI의 비교

말기암 환자 및 치료 소집단 사이의 MAI와 가정된 질병을 실제로 가지고 있는 소집단과 없는 소집단간의 SAI의 차이는 환자군과 보호자군에서 모두 없었으므로 소집단 별로 구별하지 않고 전체 환자를 분석하였다.

(3) 환자군, 보호자군, 의사군 간의 SAI, MAI의 비교 및 가정된 상황에 따른 SAI의 비교 (Figure 1)

만성 질병 상황에서 SAI가 유의하게 차이가 있었던 ($P < 0.001$) 이유는 다중비교에서 보호자군의 SAI가 0.59 ± 0.34 로 환자군 0.40 ± 0.31 보다 높았기 때문이었다. 이 경우를 제외한 나머지 모든 상황에서의 SAI는 보호자군과 의사군 간에 유의한 차이가 없었으나, 환자군보다는 유의하게 높았다 ($P < 0.001$). MAI 역시 보호자군 0.60 ± 0.29 , 의사군 0.57 ± 0.23 로 유의한 차이가 없었으나 두 군은 모두 환자군 0.41 ± 0.28 보다 유의하게 높았다 ($P < 0.001$).

질병 상황에 따른 비교에서 SAI가 유의하게 차이가 있었던 이유는 환자군 ($P < 0.05$)에서는 초급성 상황에서의 SAI가 0.29 ± 0.37 로 만성 질병 상황에서의 0.40

급성 상황에서의 0.47 ± 0.39 보다 높기 ($P < 0.001$) 때문이었다. 보호자군에서 SAI는 치료의 경우가 0.65 ± 0.28 로 검사의 경우 0.53 ± 0.37 보다 유의수준 0.01이하로 높았던 것을 비롯하여 그외 모든 군에서 치료의 경우가 검사의 경우보다, 예상 수명이 30일일 때가 7일일 때보다, 비관혈적 치료의 경우가 관혈적 치료의 경우보다 SAI가 매우 유의하게 높았다 ($P < 0.001$)

$P < 0.001$ by ANOVA and t-test except in patient and primary care giver group compared among different disease situation ($P < 0.05$) and in primary care giver group compared between different life expectancy situation (** $P < 0.01$)

Figure 1. Comparison of acceptance according to situation and group

± 0.31 와 급성 증상 상황에서의 0.41 ± 0.27 보다 낮기 때문이었으며, 보호자군 ($P < 0.05$)에서는 초급성 상황에서의 SAI가 0.51 ± 0.38 로 급성 상황의 0.62 ± 0.27 보다 낮기 때문이었고, 의사군에서는 급성 상황에서의 SAI가 0.64 ± 0.21 로 만성 상황에서의 0.49 ± 0.29 와 초

(4) MAI에 영향을 미치는 요인 (Table 2)

단변량 분석에서 환자의 MAI와 유의한 관계가 있는 변수는 암 진단 시점, 완치 가능성에 대한 기대, 종교, 수입, 최근의 불안 상태였으며 보호자의 MAI와 유의한 관계가 있는 변수는 암 진단 시점, 완치 가능성에 대한 기대, 나이, 환자와 보호자의 관계였고 의사의 MAI와 유의한 관계가 있는 변수는 전공이었다. 이 변수들을 독립변수로 놓고 각 군에서 회귀 분석을 한 결과 환자군에서는 불안할수록, 종교가 없는 사람이 있는 사람보다 수용도가 유의하게 낮았으며, 보호자군에서는 완치 가능성에 대한 기대가 없는 사람이 있는 사람보다 수용도가 유의하게 낮았으며, 환자의 배우자나 며느리가 다른 관계의 보호자보다 유의하게 낮았다. 유의수준을 0.1로 하였을 때는 암 진단 시점이 오래되었을수록 수용도가 높았다. 의사군에서는 단과 전문과목을 전공한 의사와 인턴이 가정의학과 의사보다 수용도가 높았다.

Table 2, Factors related with MAI* of patients, primary care givers and doctors.

Group	Factor	Regression coefficient	Standard error	P-value [†]
Patient	anxiousness	-0.0167	0.0062	0.0086
	no religion [‡]	-0.1495	0.0558	0.0088
Care giver	no expectation for cure [§]	-0.0974	0.0478	0.0436
	wife or daughter-in-law	-0.1037	0.0469	0.0288
	months from diagnosis	0.0019	0.0010	0.0622
Doctor	specialty other than family medicine [¶]	0.1533	0.0668	0.0239
	intern [¶]	0.1160	0.0519	0.0276

* Mean Acceptance of Intervention,

† P value were calculated by stepwise multiple regression analysis.

Baseline variable : ‡ religion - yes, § expectation for cure - yes,

|| other relation with the patient, ¶ family medicine

고 찰

호스피스 병원은 물론 만성환자를 위한 요양병원조차 턱없이 부족한 우리나라에서는 더 이상 근처 목적의 치료가 불가능한 암 환자들이 마땅히 갈곳이 없으므로 자기가 진단 받고 치료를 받았던 암 치료 병원을 찾아가지만, 대부분의 치료 중심 병원에서는 암이 치료가 되지 않는다는 이유로 치료될 수 있는 암 이외의 증상 치료조차 방치하거나, 무엇인가라도 환자를 위해 해야된다는 생각에서 환자에 도움이 되지 않는 무의미한 치료³⁾를 시술할 가능성이 있다.

본 연구 결과 모든 상황에서 환자군의 수용도가 보호자군의 수용도보다 낮았는데, 평균 수용도를 보면 보호자가 중재를 60% 정도 수용하는 데 비해 환자가 41% 정도 수용하고 있어, 이는 의료인이 말기암 환자의 진료에 가족들의 의견만을 듣고 결정할 때 3분의 1정도는 환자의 희망에 반한 치료를 시행할 가능성이 있다는 것을 시사한다. 이는 모든 치료의 중단을 요청한 말기 환자의 자녀 중 78.6%가 이에 반대하고 있다는 Sonnenblick 등⁴⁾의 연구와, 환자의 배우자는 심폐소생술에 대한 환자의 선호도를 높은 것으로 예상하고 있다는 Uhlmann 등⁵⁾의 연구와 상통하는 결과이다. 보호자는 환자의 최선의 이익보다는 자신의 죄의식이나 적개심, 일차적 혹은 이차적 이득 등 임종을 지연하려는 다른 이유가 있을 가능성이 있으며⁶⁾, 환자를 배려한다고 해도 환자의 의견과 일치하지 않을 수 있기 때문에⁷⁾, 보호자의 요구가 환자의 희망을 반영하고 있는지, 환자에게 도움이 되는 선택인지를 주의해야 할 것이다.

한편 의사군은 보호자의 의견을 직접 청취한 적이 없음에도 불구하고 만성 질환의 경우를 제외하고 보호자군의 수용도와 유의한 차이가 없었는데, 환자의 의견이 제대로 청취되지 않는 상태에서 현재 통상적으로 진행되고 있는 검사나 치료에 대한 검토가 수시로 이루어지지 않는다면 죽음을 실패로 받아들이는 의사⁸⁾와 죄의식을 보상하려는 보호자의 암묵적인 동의하에 환자가 원치 않는 시술이 되풀이될 가능성이 있다. 본 연구에서 제시된 중재 방법이 심폐소생술을 제외하고는 대부분이 환자의 고통을 덜어줄 목적인 것임에도 불구하고 의사보다 환자의 수용도가 낮았다. 그 이유는 Payne 등⁹⁾의 연구에서처럼 의사들은

'좋은 죽음'으로 적절한 증상 조절, 가족 참여 등을 생각하고 있는 반면 환자는 존엄성을 가지고 조용히 죽는 것을 생각하기 때문인 것으로 보인다.

만성 질환과 심장마비 치료에 대한 의사들의 수용도는 유의한 차이가 없었는데, 의사들이 얼마 살지 못할 환자에게 합병증을 예방하기 위한 만성질환의 치료를 별 도움이 안 된다고 생각하고 있는 반면 보호자나 환자들은 만성 질환의 치료의 의미를 의사만큼 모르고 있기 때문에 비교적 수용적인 것으로 생각된다. 따라서 환자가 익숙해 있는 치료라 할지라도 유용성을 알려주고 무의미한 치료를 계속하지 않도록 하는 것이 필요하다고 생각한다⁹⁾.

중재의 종류가 검사일 때보다 치료일 때, 그중에서도 비관혈적인 치료일 때, 그리고 예상수명이 비교적 길 때 모든 군에서 수용도가 높았던 것은 중재의 유용성을 어느 정도 의사가 판단할 수 있는 근거를 제시해주고 있다. 의사는 중재의 유용성을 질적, 양적으로 평가하여 도움되지 않는 것은 처음부터 환자의 선택 사항에 넣지 않도록 해야 할 것이다³⁾.

중재에 대한 수용도와 관련 있는 요인은 환자의 경우 불안 상태와 종교이었다. 죽음에 대한 불안과 우울은 서로 관계 있는 부정적 감정으로서¹⁰⁾ 본 연구에서도 매우 높은 상관 관계에 있었던 변수이었다. 이는 Gerety 등⁷⁾의 연구에서 치료에 대한 수용도가 우울증 점수와 역상관 관계에 있다고 하는 것과 유사한 결과이다. 불안하거나 우울한 환자가 치료를 거부하는 것은 우울증 환자의 자살 경향과 관련되었거나, 피해 망상적 사고 또는 불신감에서 나온 비이성적 결정일 가능성이 있다¹¹⁾. 호스피스 환자는 위축되고, 불안하고 우울하면서도 자기의 두려움을 표현하지 못하기 때문에¹²⁾ 환자가 자기에게 꼭 필요한 검사나 치료조차 거부할 때는 이런 부정적인 감정이 원인인지 살펴보고 해결해줘야 할 것이다. 한편 종교가 있는 환자의 수용도가 높았는데, 종교가 있는 사람이 삶과 죽음을 초월하였을 것이기 때문에 중재를 잘 받아들이지 않을 것이라는 예상과는 반대였다. 아마도 종교가 심리적 안정감을 주기 때문에 불안의 경우와는 반대의 영향을 주었을 것이라고 생각된다.

완치 가능성에 대한 기대가 있는 보호자의 수용도가 높았는데, 본 연구에서는 실제로 완치 가능성이 없는 말기암 환자군과 완치 가능성이 조금이라도 있

는 치료군에서 수용도의 차이가 없었기 때문에 실제의 완치 가능성과는 다른 것이다. 만일 말기암 환자의 보호자가 모든 치료를 수용하려 한다면 완치 가능성에 대한 비현실적 기대를 가지고 있는지를 살펴보는 것이 좋을 것이다.

암 진단 시점이 오래된 환자의 보호자는 수용도가 높은 이유는 이미 시작된 치료를 수용할 가능성이 높을 것으로 생각할 수 있다. 따라서 만성질환의 경우와 같이 유용성을 판단하여 계속 치료할지 여부를 결정해야 할 것이다³⁾.

환자의 보호자 중 배우자나 며느리 관계에 있는 보호자의 수용도가 다른 관계의 보호자 수용도보다 낮았는데 이는 가족 구성원간에 선택의 차이가 있다는 Sonnenblick 등⁴⁾의 연구와 상통한다. 특정 관계의 보호자의 수용도가 낮은 이유에 대해서는 향후의 연구를 통해 밝혀야 할 것이며, 환자의 치료를 결정할 때 가족 보호자 한 두 사람의 의견보다는 가능한 한 전체 가족을 참여시키는 것이 좋을 것이라 생각된다.

가정의학을 전공한 의사가 단과 전공의사나 인턴에 비해 수용도가 낮았던 것은 본 연구가 가정의학과에서 호스피스를 운영하고 있는 병원에서 수행되었기 때문에 호스피스를 경험한 가정의학과 의사의 수용도가 환자의 수용도와 가까워졌을 가능성이 있으나 본 연구는 환자를 직접 대한 의사를 대상으로 한 연구는 아니었기 때문에 그 이유가 분명하지 않다.

환자의 암 진단 인식 여부가 보호자의 수용도에 관계 있는 요인은 아니었지만, 본 연구에서는 암 진단을 모르는 환자의 수용도 조사가 불가능하였기 때문에 환자의 수용도와는 어떤 관련이 있는지 알 수 없었다. 그러나 우리 나라에서도 암 환자의 대다수가 암 진단을 통보 받기 원하고 있을 뿐 아니라^{13,14)} 자기가 오래 살 수 있을 것이라고 생각하는 환자가 임종시의 중재에 대한 상담을 원하지 않는 경우가 많기 때문에¹⁵⁾ 치료의 논의를 위해서는 먼저 환자에게 암 진단을 알려주는 것이 필요하다고 생각된다.

본 연구의 제한점으로는 말기 상황을 가정한 연구이고, 죽음에 임박하여 신체적 조건이 설문문에 답하기 어려웠던 환자나 설문을 거부한 환자를 제외하였으므로 57% 정도의 응답 환자만을 분석하였기 때문에 말기암 환자의 실제 의견과는 차이가 있을 수 있다는 점이다. 하지만 환자의 ECOG 척도나, 예상 수명 등

은 수용도와 관계없었으므로 신체적 조건이 나쁜 환자를 모두 포함시켰다 하여도 유사한 결과를 얻었을 것이다. 또한 Hofmann 등¹⁵⁾의 연구에서 임종기의 기계적 호흡에 대해 의사와의 상담을 원하는 사람과 원하지 않는 사람 중 기계적 호흡을 원하지 않았던 사람의 비율이 각각 87%, 85% 정도로 비슷하였는데, 본 연구에서 설문을 거부한 환자는 이런 종류의 논의를 원하지 않는 사람으로 생각되므로 이들을 포함시켰다 하여도 수용도의 변화는 별로 없을 것으로 추정할 수 있다. 임종기의 심폐소생술과 기계적 호흡에 대한 상담을 원하는 환자의 비율이 각각 42%, 20% 정도로 매우 낮은 것¹⁵⁾을 감안할 때 환자가 논의를 거부하는 것은 본 연구에 국한된 문제라기보다는 예상 수명이나 심폐소생술의 선택에 대한 질문 등이 거부감을 일으킬 수 있는^{15,16)} 주제이기 때문이라고 할 수 있다. 의사와 상담을 원하지 않는 많은 환자에서 적극적인 치료를 원하지 않는 환자의 비율이 많기 때문에, 환자의 희망을 보다 적극적으로 파악하지 않는다면, 원하지 않는 치료를 하게 될 가능성이 클 것으로 생각된다.

의사의 경우는 연구 대상 환자를 직접 담당한 의사가 아니었기 때문에 환자의 실제 상태를 모르면서 응답한 것이 편견으로 작용하였을 가능성이 있다. 하지만 설문에 응한 환자들의 신체적 상태보다 나쁜 상태를 가정하였음에도 불구하고 수용도가 낮지 않고 오히려 환자군보다 높았기 때문에 환자의 실제 상태를 알았다고 해도 역시 환자보다 높은 수용도를 보였을 것으로 추정된다.

본 연구의 결과는 환자의 선택이 보호자와 다르기 때문에 의사는 말기암 환자의 희망을 치료에 반영할 수 있는 방안을 강구해야 함을 뜻한다. 말기암 환자의 생각을 잘 알기 위해서는 부족한 면담 기술^{17,18)}에 대한 수련이 필요하며 환자가 자기의 의사를 표시하지 못할 임종의 순간에 자기의 치료에 대한 방침을 질병이 중하기 전에 남겨두는 치료지침 사전지시(advance directives)^{18,19)} 등을 이용하는 것이 도움이 될 수 있다. 환자가 합리적인 과정을 통해 자기 가치관에 맞는 결정을 내렸다면 어리석은 결론이라고 생각되어도 존중되어야 할 것이다²⁰⁾. 한편 무의미한 치료를 포기함으로써 환자가 고귀한 죽음을 준비하게 하고 환자의 남은 삶의 질과 환자-가족이 공유하는

시간을 값지게 만들어 줄 수 있는 호스피스를 보편화시키는 것이 바람직하다고 생각된다. 향후 말기암 환자의 의사를 효과적으로 파악할 수 있는 방법에 대한 연구가 더 필요하다고 사료된다.

참 고 문 헌

1. Tong KL, Spicer BJ. The Chinese palliative patient and family in North America: a cultural perspective. *J Palliat Care* 1994;10(1):26-8
2. Conill C, Verger E, Salamero M. Performance status assessment in cancer patient. *Cancer* 1990;65:1864-6
3. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: Its meaning and ethical implications. *Ann Int Med* 1990;112:949-54
4. Sonnenblick M, Friedlander Y, Steinberg A. Dissociation between the wishes of terminally ill parents and decisions by their offspring. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:599-604
5. Uhlmann RF, Pearlman RA, Cain KC. Physicians' and spouses' predictions of elderly patients' resuscitation preferences. *J Gerontol* 1988;43(5):M115-21
6. Webb M, Amchin Jess. Do-not-resuscitate decisions on a psychiatric unit. *Hosp Community Psychiatry* 1990;41(3):319-21
7. Gerety MB, Chiodo LK, Kanten DN, Tuley MR, Cornell JE. Medical treatment preferences of nursing home residents: relationship to function and concordance with surrogate decision-makers. *J Am Geriatr Soc* 1993;41:953-60
8. Bryant DD III. The doctor and death. *J Natl Med Assoc* 1986;78(3):227-35
9. Payne SA, Langley-Evans A, Hillier R. Perceptions of a 'good' death: a comparative study of the views of hospice staff and patients. *Palliat Med* 1996;10(4):307-12
10. Templer DI, Lavoie M, Chalgujian H, Thomas-Dobson S. The measurement of death depression. *J Clin Psychol* 1990;46(6):834-9
11. Ganzini L, Lee MA, Heintz RT, Bloom JD. Do-not-resuscitate orders for depressed psychiatric inpatients. *Hosp Community Psychiatry* 1992;43(9):915-9
12. Georgoff PB. The Rorschach with hospice cancer patients and surviving cancer patients. *J Pers Assess* 1991;56(2):218-26
13. 윤영호, 윤의열, 박현아, 박태진, 유태우, 허봉렬. 환자의 입장에서 본 암 진단의 통보. *가정의학회지* 1992;13(10):790-9
14. 박동진, 조두영. 말기 임종환자에의 병황 진실 통고 여부를 둘러싼 입원 환자측 태도조사. *신경정신의학* 1981;20:339-48
15. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Desbiens N et al. Patient preferences for communication with physicians about End-of-Life decisions. *Ann Int Med* 1997;127(1):1-11
16. Stolman CJ, Gregory JJ, Dunn D, Levine JL. Evaluation of patient, physician, nurse, and family attitudes toward Do Not Resuscitate order. *Arch Intern Med* 1990;150:653-8
17. Lowry F. Does doctors' own fear of dying hinder palliative care? *Can Med Assoc J* 1997;157:301-2
18. Coulehan JL, Block MR. The medical interview. 3rd ed. Philadelphia : F.A. Davis ; 1997
19. Task Force on Ethics of the Society of Critical Care Medicine. Consensus report on the ethics of foregoing life-sustaining treatments in the critically ill. *Critical Care Med* 1990;18(12):1435-9
20. Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Decisions near the end of life. *JAMA* 1992;267(16):2229-33

— Abstract —

Attitude of cancer patients, their primary care givers
and doctors toward end-of-life care

Shim Jae-Yong, Choi Youn-Seon*, Kang Yong-Joon**, Cho Hyun-Sang***, Cho Hang-Suk****

Department of Family Medicine, Yonsei University College of Medicine

Department of Family Medicine, Korea University College of Medicine*

Department of Family Medicine, Dongshin Hospital**

Department of Pediatrics, Hallym University College of Medicine***

Department of Family Medicine, Kwandong University College of Medicine****

Background : Decision about life sustaining treatments ought to be based on the patient's informed preferences. This study was to see if there were any differences in acceptance by patients, their primary care givers and doctors for end-of-life care according to situations, and if any, to analyse the factors related with different attitudes.

Methods : A structured questionnaire survey of end-of-life care preferences was performed on 162 cancer patients and their primary care givers in four university hospitals and one general hospital from March 1, 1999 to February 29, 2000. A similar survey was done for doctors practicing at the above hospitals during the same period to investigate their attitudes toward providing end-of-life care to an assumed nearly bed-ridden patients. ANOVA, t-test and Wilcoxon rank sum test were used to compare acceptance of intervention among the groups or according to the various situations. Factors presumed to be related to the acceptance were sought and analysed by stepwise multiple regression.

Results : The difference in acceptance of intervention between the primary care giver group and the doctor group was not significant in almost every situation, showing significantly higher than the patient group ($P < 0.001$). All three groups showed higher acceptance when a therapeutic intervention rather than a diagnostic test was proposed ($P < 0.001$), when expected survival was 30 days rather than 7 ($P < 0.01$), and when the therapeutic intervention was thought as non-invasive rather than invasive ($P < 0.001$). The less anxious the patient was, the higher the acceptance from the patient. Patients with a religion had higher acceptance rate than non-religious patients. Primary care givers who expected cure of the disease accepted more of the postulated care than those who did not ($P < 0.05$). Wives or mother-in-laws of patients showed lower acceptance than those in other relationship ($P < 0.05$). The longer the patient had been diagnosed with cancer, the higher the acceptance of the primary care giver ($P < 0.1$). Direct relatives showed higher acceptance than that of collaterals ($P < 0.1$). Family doctors specializing in family medicine had lower acceptance than doctors of other specialties and interns ($P < 0.05$).

Conclusion : The acceptance of intervention by patients was lower than that of primary care givers and doctors and depended on the expected survival and the type of intervention. (J Korean Acad Fam Med 2000;21 : 489~497)

Key Words : attitude to death, palliative care, decision-making