

방사선치료와 호스피스

가톨릭대학교 의과대학

윤세철*

I. 서 론

현대의학의 눈부신 발전에도 불구하고 난치병인 암환자수는 날로 늘어만 가고 있다. 그 원인을 분석해 보면 전체 인구수의 증가, 평균수명의 연장, 그리고 대기오염을 비롯한 각종 발암 물질의 증가 등을 보고하고 있다.

이 모든 암환자들의 5년 생존율은 현대의학의 각종 치료 수단을 동원하여도 35~45%에 불과하며, 5년생존율에 방사선치료가 기여하는 정도는 15% 정도라고 한다.

Bardy 등의 보고에 의하면 전체 암환자의 50~60%에서는 암치료 과정의 일부분을 방사선 치료가 담당하고 있다고 한다. 또한 방사선 치료 환자의 약 40%는 단지 증상 완화만을 위한 고식적치료를 목적으로 하고 있으며 이들 환자의 약 반수에서는 이전에 방사선치료를 이미 받았던 경험이 있는 환자들이라고 한다.

이와 같이 죽음에 임박한 환자들을 돌보아 주는 의료진들, 특히 치료방사선과 팀들의 일거수 일투족이나 언행은 환자와 보호자에게 직접 또는 간접으로 미치는 영향이 매우 크다고 생각한다. 그리고 이러한 일들이 절대로 남의 일만이 아닐 수 있음을 인식하면서, 호스피스의 개념과 인간의 슬픔이나 죽음에 이르는 단계를 이해하는 것은 완치된다는 희망을 잃어버린 환자들을 맡아서 치료하고 있는 우리들 일상 근무자세에도 도움이 될 것으로 생각되어 문헌을 참고하여 소개하는 바입니다.

*가톨릭 의과대학교수, 강남성모병원 치료방사선과, 본 논문(특강)은 제28차 방사선사 종합 학술대회 초청 강연 내용임.

II. 호스피스의 역사적 배경

호스피스(hospice)란 말은 원래 중세기에 여행자나 병자들을 위한 휴식장소란 뜻이라고 한다.

현대 호스피스의 개념은 1960년대 말 영국의 성 크리스토퍼(St. Christopher's)에서 Dame Cicily Saunder에 의하여 제창되었다. 그녀는 죽어가는 환자가 가장 필요한 순간에 그의 가족이나 친구들로부터 격리되는 것을 안타깝게 여겨 환자의 가족 그리고 돌보아주는 사람들 상호간에 의견교환 및 대화(communication)의 중요성을 강조하는 한편 적절한 통증치료의 필요성과 환자와의 사별 후에도 그 가족에 대하여 상당기간 동안 적절한 관계유지와 도움이 필요함을 제시하였다.

미국 캐나다를 포함한 북미에서는 1970년대 초 National Hospice Organization(NHO)이 결성되고 호스피스를 “죽어가는 사람과 그 가족에 대한 육체적, 정신적, 사회적 그리고 영적인 치료를 증상 완화 및 고식적치료와 함께 실시하는데 있어서 중앙집중적인 통제하에 실시 제공되는 프로그램”이라 정의하였다.

호스피스는 죽음을 질병의 결과가 아니고 정상적인 과정으로서 인정하며, 호스피스는 죽음을 서두르거나 지연시키지 않음을 원칙으로 하고 있다.

III. 호스피스치료의 기본단위 및 원칙

1. 환자 및 가족(보호자)에 대한 치료

2. 치료 목표는 단지 증상완화에만 있음(완치 목적이 아님)
3. 말기 질환으로 진단된 환자의 육체적, 정서적(감정적), 영적도움을 주기 위함.
4. 여러 전문분야 공동협력하에 활동함 (multidisciplinary team work)···의사, 간호사, 사회사업가, 정신과적 자문의, 성직자, 자원봉사자 등
5. 가정(집) 또는 입원 및 외래환자 대상
6. 24시간, 1주 내내 운영되어야 함(연중무휴)
7. 장례절차 지원 및 사별 후 1년까지 상담

IV. 호스피스환자의 대상

1. 진행성인 말기 질환인 환자(약 90%가 암환자).
2. 환자 또는 보호자의 동의서(요청서)가 있는 자.
3. 호스피스 팀이 활동할 수 있는 지역내 거주자.
4. 생존에 필요한 기본치료만 요구되는 자 (primary care giver).

V. 호스피스의 종류

1. 전문 호스피스 기관(free standing)
2. 지역사회를 근거로한 호스피스(community based)
3. 자원 봉사자
4. 종합병원내 호스피스과

VI. 치료방사선과 영역에서의 호스피스 치료

치료방사선업무의 약 40%는 완치목적이 아닌 대중적인 고식치료가 차지한다. 고식적치료의 목적은 통증완화, 폐쇄증상의 개선, 지혈, 기능의 호전, 그리고 드물게는 미용 목적 등을 들 수 있다. 대표적인 경우는 다음과 같다.

1. 척수 압박 : 전이암에 의한 척수신경 압박
2. 상대정맥 증후군

3. 골 전이암
4. 뇌 전이암
5. 간 전이암
6. 수막 전이암
7. 암성 출혈 및 폐쇄증상
8. 기도 압박
9. 통증 이외의 기타 제반문제
- 1) 위장관 증세 : 식욕감소, 탈수, 체중감소, 구강건조, 구내염, 연하곤란, 딸국질, 오심, 구토, 변비, 장폐쇄, 설사, 복수, stoma 치료
- 2) 호흡기 증세 : 호흡곤란, 임종의 후성, 기침
- 3) 비뇨증세 : 배뇨곤란, 빈뇨 및 뇨실금
- 4) 피부증세 : 소양증, 욕창, 궤양성종괴
- 5) 중추신경계 증상 : 쇠약, 우울증, 불안, 착란, 경기
- 6) 고 칼슘증

VII. 암환자의 공통된 손실

1. 건강과 육체적 활동의 손실 : 병자체 또는 신체외형의 변화 및 불안한 심리
2. 친구와 사랑하는 사람 : 치료로 인한 이별, 또는 이혼, 절교 등
3. 정상 활동의 불능 : 자신을 돌보는 일, 직장, 취미 등
4. 재정의 손실 : 치료비, 실직
5. 자존심 상실
6. 종교적 신앙심의 상실 : Why me?

VIII. 암환자의 치료원칙

의료인은 다음과 같은 자세를 갖출 것을 권하고 있다.

1. 동정심을 갖고 대할 것(Be sympathetic)
2. 호소하는 바를 잘 들어 줄 것(Be a good listener)
3. 개방적인 마음으로 이해하려는 자세로 임할 것(Be open & understanding)
4. 항상 부름에 응할 자세가 되어 있을 것(Be available)
5. 환자 사생활에 대한 자문에 신중한 조언

을 할 것(예 : 여행, 가족행사 참여)

6. 우울증이나 불안증에는 직접적으로 대응할 것(예 : 우울해 보이네요, 화나셨어요?)
7. 의학적 문제는 상세하고 명료하게 계속해서 설명해 줄 것.
8. 환자와 가족이 직면하는 변화나 반응을 빨리 인식할 것.
9. 치료방침 결정은 항상 신축성 있게 최선의 방법을 신중히 선택할 것(타과 의견을 존중하고 환자 자신의 선택도 고려할 것)
10. 지나친 동정이나 과잉친절 보다는 일반 환자들처럼 치료선택을 할 것.
11. 경우에 따라 경제적 도움이나 자선단체로부터 지원을 받을 수도 있음을 암시해 줄 것(우리나라는 적절한 보험제도의 이용 등)
12. 적절한 투약(항 정신적)을 할 것(Use psychotropic drugs judiciously).
13. 정신과의사와의 면담(Psychiatric consultation should be requested when the patient is extraordinarily difficult to manage)

IX. 죽음의 단계

미국에 호스피스 개념을 정착시키는 데는 시카고대학 정신과 교수인 E. Kubler Ross의 역할이 중요하다. 그녀는 인간의 죽음(on death and dying)이란 저서에서 죽음에 이르는 5단계를 다음과 같이 설명하고 있다.

1. 부정과 격리(denial & isolation)

죽음을 선언 받은 환자에게서 거의 대부분 나타나는 반응으로서 “얼마 없으면 죽는다”는 사실을 믿으려 들지 않고 의사의 실수(오진)이기를 바라면서 여러 병원을 다니면서 시간과 경제적 낭비를 하고 치료를 거부하게 된다(medical shopping). 또한 알고 있는 현실을 인정(믿음)치 않고 모르는 것처럼 행동하기도 한다.

2. 분노(rage or anger)

“왜 하필이면 내가 이병에 걸려야 하는가?” 또는 “나는 살면서 나쁜일이라고는 한적이 없는데 어째서 나만 이병으로 죽어야 하는가?”하는 분노로 적대 의식을 갖게되며 가족에게도 분노를 나타내며 특히 진단이 지연된 경우에 의료진에 대한 분노 또한 대단하여 엉뚱하게 치료방사선과팀에 대하여 공격적인 행동을 하는 수도 있다. 이때 공연히 변명을 할 필요는 없으며 잘 들어주고 따뜻한 태도로 대해줄 필요가 있다.

3. 타협(bargaining)

분노의 시기가 지나면 죽는다는 것을 인정하게 되고 “조금만 더 살게해준다면……” 식으로 희망사항을 조건으로 제시하게 된다. 예를 들면 “막내 자녀 혼사까지만이라도……”라든지 “……불쌍한 사람에게 재산을 헌납하겠다”라든지 등의 타협을 시도하나 방사선치료로 이 소원을 모두 해결해 주지 못하는 실정이 아쉽기만 하다.

4. 우울증(depression)

이상의 언급한 태도에서 급변하여 갑자기 의기소침해지고 상실감에 빠지게 된다. 이때에는 자살과 같은 예측할 수 없는 행동을 시도할 수도 있으며, 각종 시술이나 처치 투약등을 거부하는 수도 있다. 이때 희망과 용기를 주면서 적극적으로 잘 관찰하고 도와줄 필요가 있다.

5. 수용(acceptance)

마지막 단계로서 피할 수 없다는 사실로서 인정하고 체념의 단계로 된다.

이상의 단계가 순서를 밟는 것이 아니고 때로는 중복되고 몇개 과정이 왔다 갔다하기도 하며 다른 반응이 있을 수도 있다(표 1). 이러한 여러 반응과정을 방사선치료 팀이 이해함으

로서 고통속에 죽어가는 호스피스 환자에 대하여 좀더 정성 어린 치료와 이상적인 환자·보호자·의료진의 상호 신뢰관계를 이룩할 수 있다고 생각한다.

X. 슬픔의 단계 (Grief process)
: by Robert Kavanaugh

피할 수 없는 죽음을 맞이한 후 남아 있는 사람들은 모두 정도의 차이는 있지만 마음의 손상을 받게 되며 다음과 같은 과정으로 분류된다.

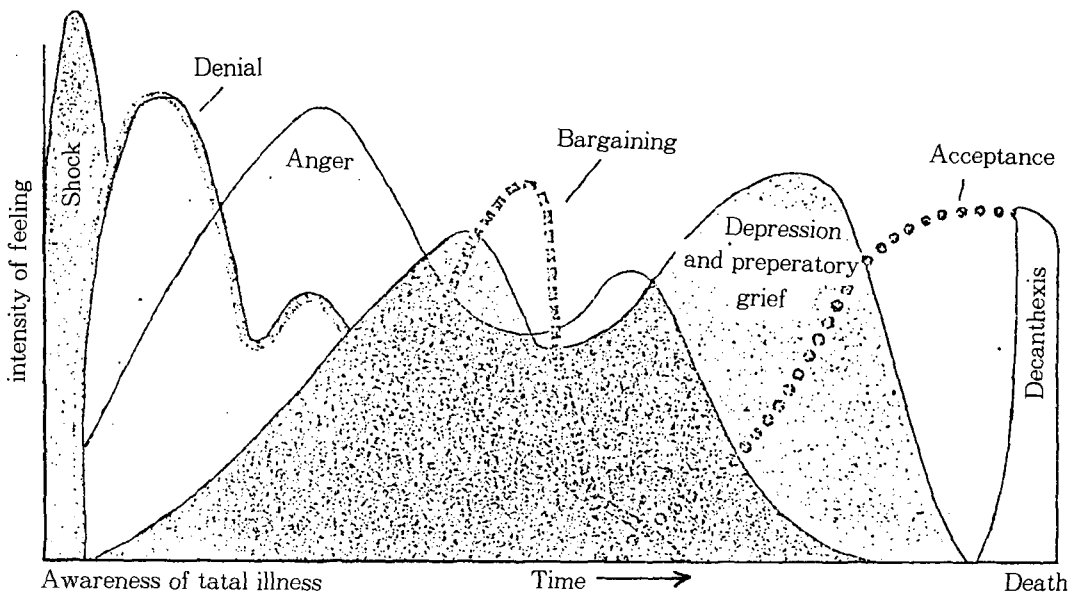
- 가. 속(shock)
 - 나. 분열(disorganization)
 - 다. 변하기 쉬운 감정(volatile emotion)
- 이상 세 단계는 말기질환에 의한 오랜 기간의 투병 후의 죽음인 경우는 반드시 거치는 않는다.
- 라. 죄책감(guilt)
- 환자의 죽음에 대하여 자기 자신의 잘못으로 말미암아 잘못된 결과가 되었다고 스스로에 대하여 자책을 하게됨(blaming).
- 마. 상실과 고독(loss and loneliness)
- 사별후 빈집에 들어가거나 주위 환경이 예전

- 과 같지 않음에서 느끼는 과정
- 바. 경감 또는 구제(relief)
- 질병에 의한 고통으로부터 해방되어 다행이라고 생각하게 되며 한편 죄책감을 갖기도 함.
- 사. 회복(reestablishment)
- 시간이 경과함에 따라 현실 세계로 돌아와 새로운 주위 환경과 관계를 유지한다.

XI. 비정상적 슬픔의 5가지 증후군

- 가. 자살의 관념화(suicide ideation) : 지소적 인 자멸감, 중요성의 상실
- 나. 생존에 필요한 5가지 필수 기본요소의 결여
 - 1) 매일 균형있는 영양 섭취
 - 2) 적당한 음료 섭취
 - 3) 적당한 기본 운동량
 - 4) 적당한 휴식
 - 5) 사회적 및 영적관계 유지
- 다. 지속적인 애도(mourning) 또는 오래 지속되는 우울
- 라. 억제 및 조절하기 위해 술이나 약의 남용
- 마. 정신병의 재발

표 1. 말기환자의 감정 조절 상태



ⅩⅢ. 결 론

호스피스란 임종환자들을 정성을 다해 돌봄으로써 그들의 육체적 고통을 최소화시켜 주며 그들의 정신적 갈등과 절망감을 극복하여 죽음을 평화로이 맞을 수 있도록 뒷바라지하고 종교적으로는 영적인 치유를 통하여 죽음을 이기고 영원한 구원에 이르도록 인도하는 것이라고 할 수 있다.

임종환자는 우리가 상상할 수 없는 많은 고통을 겪으면서 죽어가고 그들을 돌보는 가족이나 봉사자 의료진들 역시 마음의 고통을 피할 수 없다.

치료방사선과에 종사하는 모든 종사자들은 당연히 호스피스팀의 일원이 되며 인간의 죽음의 단계 및 사후 남아있는 사람들의 슬픔을 극복하는 과정을 이해하는 것은 좀 더 사랑으로 진료에 임할 수 있는 계기가 될 것이라고 생각된다.

참 고 문 헌

1. Wang C. C. : Basic principles in radiation therapy 1980.
2. Routman M. Torpie R. J. : Supportive care in radiation oncology in principles and practice of radiation oncology. ed) Perex C. A, & Brady l. W., p. 1508~1514 Lippincott Co. Philadelphia 1992.
3. Levy N. H. : Palliative~curative interface. Seminars in Oncol 12 : 355~356, 1985.
4. Torrens P. R. : Hospice programs in cancer treatment 3rd ed. Haskell CM, p. 904~912. Saunders Co. London 1990.
5. Richter M. P., Coia L. R. : Palliative radiation therapy seminars in Oncol 12 : 375~383 1985.
6. Calmann K. C. : The care of advanced disease and psychological factors in Treatment of cancer ed by Halnan K. E. p. 789~796. Chapman and Hall London 1982.
7. Levy M. H., Catalamo R. B. : Control of common physical symptoms other than pain in patients with terminal disease seminars in Oncol 12 : 411~430 1985.
8. Casiato D. A., Lowitz B. B. : Psychosocial aspects of cancer care in manual of bedside oncology, p. 97~111. Little, Brown and Company Boston 1983.
9. 김중호 : 임종환자를 위한 임상사목, 가톨릭 대학 의학부 문리논총 13 : 1~24 1988.
10. 김중호 : 죽음과 사별, 대한치료방사선과학회 춘계학술대회, p. 18~24 1993.
11. 엘리사벳 퀴블러스 : 인간의 죽음-죽음과 임종에 관하여-성영 옮김, 분도출판사 1982.
12. DeBerry J. : Hospice volunteer training, Northwestern Memorial Program 1989.
13. 신상현 : 호스피스, 대한치료방사선과학회 춘계학술대회, p. 17 1993.