

# 한국에서 말기암환자에게 나쁜 소식 전하기

김 창 곤

광주대학교 사회복지전문대학원

## Breaking Bad News for Terminal Cancer Patients in Korea

Chang Gon Kim, Ph.D.

School of Social Welfare, Gwangju University, Gwangju, Korea

### 서 론

Hippocrates 이래로 환자들은 죽음자체보다도 죽는 방식을 더 두려워한다고 알려져 왔다. 의사들이 가장 스트레스를 받는 임무중의 하나는 치명적인 질환에 걸린 환자에게 통고하는 것이다(1).

1998년 American Society of Clinical Oncology의 연차회의에서 한 비공식 조사는 응답 의사의 60% 이상이 한 달에 5~20회, 다른 14%는 한 달에 20회 이상 환자에게 나쁜 소식을 전한다고 했고, 10% 이하의 응답자가 breaking bad news에 대한 공식적인 수련을 받았다고 했고, 거의 반이 자신의 의사소통 기술이 미흡하다고 평가했다(2).

우리가 일상에서 전문적으로나 개인적으로 좋은 소식을 전달하는 것은 즐거운 경험인 반면, 나쁜 소식을 전달하는 것은 주고받는 이들 모두에게 거북한 일이다.

통계청(3)이 발표한 2009년도 우리나라 사망원인 1위인 암 사망률은 140.5명으로, 폐암(30.0명), 간암(22.6명), 위암(20.4명) 순으로 높다.

국내 일반인 대상의 한 연구에서는 환자의 입장에서 품위 있는 죽음을 맞이하기 위해서 필요한 것에 대해, ‘다른 사람에게 부담 주지 않음’(27.8%) 및 ‘가족이나 의미 있는 사람과 함께 있는 것’(26.0%), ‘주변정리가 마무

리된 것’(17.4%) 등으로 응답하였다(4).

의사 및 간호사들이 환자들에게 충격적인 정보를 전달하는 것이 환자에게 질병자체의 문제 외에 심리적인 우울이나 치료나 간호의 거부와 같은 문제를 더 가중시킨다는 염려 하에 정보를 보류하는 경우가 있는 반면, 가족들은 환자가 겪을 심리적 부담과 치료의 희망상실에 따른 치료의 포기 등을 이유로 환자에게 말기라는 사실을 알리기를 꺼려하는 경향이 있다.

황기석(5)은 임종환자 치험 중 극단적인 3예를 보고 하였는데, 첫 사례는 ‘나는 덕을 오래 닦아 온 사람으로 죽을 각오가 되어 있으니, 바른대로 병세를 알려 달라’는 바람에 그 말을 믿고 암의 말기임을 알렸더니 심한 정신적 쇼크에 빠져 며칠 못 가 급사한 어느 수도사의 경우요, 둘째 사례는 강직하고 원만한데다 두터운 신앙심을 지녔던 의대교수가 위암에 걸려 고통을 하고 하느님을 저주하면서 몸부림치다 간 경우요, 셋째 사례는 평소 처가 지닌 기독교 신앙을 심히 못 마땅해 하던 외과 의가 자신의 병이 암으로 확인되었다는 말을 듣자, 출신 기독교에 입문한 뒤 동료들에게는 그간에 진 정신적 부채에 대해 용서를 구하면서 평화롭게 죽어간 경우 등이다(6,7).

다행히도 국내에서는 2006년도에 대한의료커뮤니케이션학회 창립되었는데, 여기서는 환자들의 불만이 쌓여가는 것은 몇 가지 잘못된 의사소통 습관으로 인해 장애가 발생하기 때문이며, 의사들은 환자들에게 일방적으로 대화한다거나 자신의 논리를 강요하고 상대방의 감정을 무시하는 태도를 많이 보인다는 사실과 최근 의사에 대한 환자의 불만은 진료의 품질보다는 의사소통상의 어려움에 집중되는 경우가 많다는 사실이 지적

접수일: 2010년 11월 18일, 수정일: 2010년 11월 18일

승인일: 2010년 11월 19일

교신저자: 김창곤

Tel: 062-670-2609, Fax: 062-670-2180

E-mail: sokck@gwangju.ac.kr

되었다.

또한, 국내 의학교육 및 수련과정에서 나쁜 소식 전하기(Breaking Bad News)에 대한 연구들이 보고되고 있으나, 대부분이 2001년도에 미국임상종양학회가 채택한 SPIKES 프로토콜에 근거하고 있다.

우리나라의 경우, 가족이 환자의 충격적 반응을 우려하여 의사가 암 진단을 알리는 것을 사전에 차단하기도 하고, 의사조차 자신의 가족이 암에 걸렸을 경우, 한국의 가족중심문화로 인한 가족의 결정에 따르거나, 암 진단의 통고를 유보하는 경우조차 발생하고 있는 현실에서 한국의 나쁜 소식 전하기에서는 가족이 반드시 고려되어야 할 것이다.

최근 점차 많은 환자들이 자신의 병의 예후가 나쁜 경우라 할지라도 진실을 알기 원하고 가족들의 동의도 늘고 있지만, 실제적으로 환자에게 암의 진단의 통보여부, 통보 시 누가, 언제, 어떻게 하는 것이 좋은지에 대한 경험적 지침이나 권고 등에 대한 연구가 절실히 요구된다.

본 연구의 목적은 말기암환자에 대한 진실통고와 관련하여, 나쁜 소식과 의사소통, 말기암환자에 대한 진실통고, 나쁜 소식 전하는 방법, 문화적 차이, 말기암환자의 여명예측 등을 문헌고찰을 통해 알아보고, 우리문화와 현실에 적합한 말기암환자들을 위한 진실통고의 지침과 호스피스완화의료교육 및 수련에 대한 기초자료를 제공하고자 한다.

## 본 론

### 1. 말기암환자에게 나쁜 소식 전하기

#### 1) 나쁜 소식과 의사소통

(1) **나쁜 소식(Bad News)**; 임상자들은 오랫동안 진료해 온 환자나 너무 어린 환자, 또는 성공적인 결과를 매우 낙관적으로 기대해오는 환자에게 나쁜 소식을 전하는 것이 더욱 어렵다(8). 반대로 나쁜 소식이 공감을 가지고 전달되었을 때, 그것은 환자의 만족과 불안 및 우울의 감소와 같은 결과에 중대한 영향을 미친다. 의사의 진료태도는 환자에게 정보를 제공하거나 안심시키는 일보다 더 중요하다(8).

나쁜 소식(bad news)이란 ‘환자 개인의 미래 가망성에 심각하고도 불행하게 영향을 미치는 어떤 정보’(9)를 의미한다.

나쁜 소식 전달의 초기 목적은 ① 정서적 환기의 허용, ② 문제에 대한 공동인식 수립, ③ 기본적 정보욕구

에 대한 대처, ④ 자살을 포함한 즉각적인 의료적 위협에 대처, ⑤ 고통에 대한 즉각적인 반응, ⑥ 추적을 위한 기본계획의 확보, ⑦ 언급하지 않은 것에 대한 예측, ⑧ 고통과 고립을 최소화(포기하지 않도록 안심시킴)시키는 데 있다(10).

(2) **나쁜 소식에 대한 환자 및 가족의 반응**; 암 진단을 통고받는 환자의 반응과 관련하여, 조두영(6,7)은 암이란 말이 인간에게 야기시키는 두려움을 Holland는 ‘five D’s’라 하여, ① 죽음(death), ② 추형(disfigurement), ③ 불구(disability), ④ 의존(dependence), ⑤ 관계붕괴(disruption of relationship)에의 두려움을 제시하였는데, 여기에 ⑥ 빚(debt)을 추가하여 ‘six D’s’가 타당하다고 주장했다.

또한 암 통고를 받는 환자는 충격·불안·부정기를 거쳐, 반응성 우울기, 낙관기, 종교철학에의 귀의기의 심리변화단계를 겪는다. 반응성 우울기에는 불면증, 식용상실, 울음과 동시에 일상생활양식의 붕괴 및 분노를 보이다가, 낙관기는 의사와 치료를 위한 동맹을 맺었다는 느낌이 들면서 시작되며, 귀의기는 마음자세가 종교적 철학적으로 되는 시기이다(7). 암 발병 후 5년 이내에 자살하는 비율은 일반인의 2배, 특히 암 통고 후 3~5개월 사이에는 자살률이 4.3배에 이른다고 한다(11).

호스피스·완화의료영역에서 사별과 관련하여 발현될 수 있는 정신장애는 주요우울장애, 불안장애, 알코올 및 물질남용/의존, 외상 후 스트레스 장애, 정신병적 장애 등이며, 각 개인의 슬픔반응에 효과적으로 개입하기 위해서는 특별한 슬픔반응을 개별화하여 접근해야 하는데, 이러한 개개인의 슬픔은 심리적, 사회적, 생리적으로 구성된 복잡한 결합에 의해 결정된다(12).

암 진단의 통고방법을 논하는데 있어서 전문가들은 “끝까지 환자에게 희망을 잃지 않게 한다.”는 데에는 의견을 같이하고 있다.

(3) **의사소통**; 흔히 의사와 환자간의 의사소통은 치료계획의 제공, 자료수집, 치료적 관계를 발전시키는 데 결정적인 영향을 미친다.

의사소통기술은 진단의 명확성과 질 관리를 증진, 정보를 이끌어냄과 알림을 증진시키며, 환자의 이해, 정보 보유, 순응을 증진시킨다. 또한 불안, 불확실성, 소송을 줄이고, 의사와 환자의 만족도를 증진시키며, 학습될 수 있다(13).

호스피스·완화의료에서 기본적 구성요소의 하나인 효과적인 의사소통은 돌봄을 제공하는 과정과 호스피스완화 돌봄 조직의 기능에 기반이 된다. 호스피스완화 caregiver들이 효과적인 의사소통을 하기 위해서는 ① 돌

봄을 제공하는 과정에서 사용하는 용어의 정의를 이해하고 공통된 언어구사, ② 반응을 듣고, 응답하고 의사소통하기 위한 표준화된 프로토콜의 사용(예를 들면, Buckman에 의해 발전된 효과적인 의사소통을 위한 6단계 프로토콜과 같은), ③ 환자 및 가족의 상태에 대한 기록의 수집과 각 치료기록의 제공 ④ 성인교육의 원리를 바탕으로 세운 전략을 사용한 환자, 가족, caregiver를 교육시켜야만 한다(14).

환자는 정보 및 정서적인 요소 모두가 관심사이며, 자신들의 관심사를 해결하기 위해 정보 및 정서적 지지 모두를 필요로 한다. 이러한 관심사가 해결되지 않았을 때, 그들은 심리적인 디스트레스와 정서적 장애에 노출되기도 한다. 핵심 의사소통기술은 임상가에게 관심사를 끌어내게 하고, 결과적으로 더욱 더 효과적이고 온정적인 돌봄을 제공하게 한다. 핵심의사소통기술은 1단계는 관심사의 확인과 단서를 인식하기, 2단계는 정보의 관심에 반응하기, 3단계는 정서적 관심사에 대한 반응 등으로 구성된다(15).

**(4) 의사소통시 유의사항;** 암환자와의 의사소통에서 임상가들의 유의사항을 살펴보면 다음과 같다.

의사소통에서 흔히 저지르는 실수는 ① 너무 둔감함, ② 심각한 대화에 비해 적절하지 않은 장소 및 시간에 나쁜 소식 전달, ③ 희망이 전혀 없다는 느낌을 전달, ④ 예후에 대한 언급 없이 단지 진단만을 거론, ⑤ 준비 없이 중대 사안에 돌입, ⑥ 잘못된 정보, 특히 정신지체, 기대여명, 또 다른 심각한 문제 통보, ⑦ 부모에게만 거론함, ⑧ 서두르고 있음을 드러냄, ⑨ 유머가 넘침, 무례함, 또는 존경할 가치가 없음, ⑩ 전문용어 사용 등이 있다(16).

호스피스 전문인들의 의사소통의 결림들은 ① 전문가 오류, ② 거짓 안심시키기, ③ 판단과 비난, ④ 조언이나 해결책을 제시하거나 가르치려 들기, ⑤ 상대방의 말을 가로채기(끼어들기), ⑥ 해석하기, ⑦ 짐작하여 넘겨짚기, ⑧ 자신이 할 말 준비하기, ⑨ 걸러내기, ⑩ 상투적인 반응, ⑪ 부인, ⑫ 한술 더 뜨기, ⑬ 다른 이야기 꺼내기, ⑭ 취조조로 질문하기 등이다(17).

Wahl(18)은 죽어가는 환자를 놓고 의사가 취하는 다섯 가지 바람직하지 못한 자세를 ① 나쁜 것은 보지도 듣지도 않는 형, ② 접어두고 잊어버리는 형, ③ 당신이 내게 이럴 수 있느냐는 형, ④ 내 할 일은 다 하였다는 형, ⑤ 에라, 먹고 떨어져라라는 형으로 구분하였고, Lasagna(19)은 죽어가는 환자에 대한 의사의 태도가 ① 연령, ② 지위, ③ 지불능력, ④ 역겨운 환자, ⑤ 병자

체에 따라, ⑥ 가족·친지의 태도, ⑦ 의사 자신이 가진 그 병에 대한 선입견 등의 조건에 의해 좌우될 수 있다고 하였다(6).

**2) 말기암환자에 대한 진실 통고**

**(1) 진실 통고의 문제;** 말기암환자에게 진실을 통고는 문제에는 경험만이 아니라 의사가 가진 철학·윤리·심리·종교적인 측면 등이 복합적으로 작용할 소지가 있지만, 여기에는 반대론과 찬성론, 그리고 절충론이 있다(6).

통고 반대론은 가족에게는 알려되 본인에게는 가급적 또는 절대적으로 알리지 말자는 의견으로 1960년대까지 동·서양에서 지켜오던 전통적 입장이고, 통고 찬성론은 1960년대 후반부터 대두된 주장으로 남녀 평등론, 인권론, 편견제거론, 소수민족 옹호론 등이 비등하는 데 힘입어 미국과 유럽 쪽에서 먼저 나왔으며, 1980년대 중반부터는 둘 다 옳다는 절충론이 나왔다.

환자들이 말로는 병의 진실을 알아야 되겠다고 하지만, 사실상 본인이 소화해 낼 수 있을 정도까지의 정보만을 요구하는 것으로 환자들은 모든 정보를 다 알려고 들지 않고, 다만 모르는 것과 아는 것의 중간정도를 알고자 하는 데, 이를 ‘중간지식’이라고 부른다.

환자의 내부 심리강도에 따라 환자가 감당해 내는 진실의 통고 수준에는 차이가 있다.

심리강도 추정을 말로 표현하는 것으로 하면 위험하며 반드시 그의 출생 이후의 인간사로서 하여야 실수가 적다. 요컨대, 온갖 난관을 뚫고 살아 온 사람이 더 강하며, 그에게는 충격을 감당할 힘이 더 있다고 보는 것이 옳다(6).

**(2) 진실통고와 문화적 차이;** 1953년 의사들 대상의 Fitts 등의 조사에서는 31%가 항상 혹은 자주 환자에게 암의 진단을 통보한다, 69%가 환자에게 자주 혹은 결코 알리지 않는다고 대답하였다.

1961년 환자의 태도와 실제에 관한 Oken의 연구에서는 희망을 가지도록 하고 정신적인 충격으로부터 환자를 보호하기 위해 거의 90%의 의사가 환자에게 진단을 알리지 않는다고 하였으나, 1970년에 이루어진 조사에서는 의사 중 66%가 때때로, 25%가 항상 환자에게 암의 진단을 통보하며, 단지 9%만이 결코 알리지 않는다고 응답하였다. 이러한 변화는 대상의사 264명 중 97%가 환자에게 진단을 알리는 것을 선호한다고 보고한 1979년 Novack 등의 연구에서 더 두드러지게 나타났다.

Novack은 이러한 의사들의 태도변화의 원인을 ① 최근 암에 대한 치료가 현저하게 향상되면서 의사들이 환

자들의 예후에 낙관적으로 대할 수 있게 되었고, ② 죽음과 임종에 관한 관심이 급증하면서 임종의 과정에 대해 더 잘 이해하게 되었으며, ③ 소비자 중심주의 운동의 부상과 의료직에 대한 공공조사의 증가가 환자와 의사간의 관계를 변화시켰으며, ④ 치료받고 있는 환자의 감정적 요구에 더욱 민감하게 되었기 때문이라고 보았다(4,6).

국내 암환자의 경우, 암 진단 통고에 대해 87.5~96.1%가 찬성했으며, 누가 진단을 통고하느냐에 대해서는 80~86.4%가 의사가 가장 적합하다고 했다.

진단의 통고 시기는 72.4%와 94.0%가 진단 즉시 해주는 것을 선호하였고, 통고방법은 81.6%에서 모든 내용을 한꺼번에 정확히 설명해 주기를, 다른 연구에서는 27.5%가 점차적으로 알려주기를 선호했다.

국내 암환자 가족의 경우, 암 진단 통고에 대해 76.9%가 찬성했으며, 누가 진단을 통고하느냐에 대해서는 의사 51.5%, 가족 44.5%로 가족의 진단 통고가 높게 나타났다, 진단의 통고 시기는 45.3%가 진단 즉시 해 주기를 원했다(4,20-22).

진단을 알리는 순서에 대해서는 62.5%가 보호자에게 먼저, 22.5%가 환자에게 먼저, 15.0%가 동시에라고 응답하였다(4).

통고를 희망하는 이유는 암환자는 “남은 인생을 정리하도록 돕기 위해서”가 33.5%, 가족은 “치료를 협조하고 주의를 기울일 수 있도록 하기 위해서”가 32.1%가 가장 높았다.

말기암 통고를 반대하는 주된 이유로는 암환자는 “알게 된 후의 심리적 부담”이 46.6%, 가족들은 “희망을 잃어 투병의지가 꺾인다”가 53.8%로 각각 높은 분포를 보였다(4,20).

네팔 호스피스에 입원한 환자 96명을 대상으로 한 연구에서는 20명(19%)가 자신의 질환과 병기에 대해 알고 있었고, 16명(17%)는 자신들이 암에 걸린 사실은 알고 있었지만, 병의 경과와 예후에 대해서는 몰랐으며, 61명(63%)은 자신이 걸린 병의 특성, 심각성, 예후에 대해 몰랐다. 아시아권이라는 맥락에서 서양의 진실통고가 부적절하다는 진단이 전혀 이례적인 것은 아니다(23).

많은 중국인 가족들은 말기암환자에게 사실을 통고하는 데 반대하며, 흔히 의사들은 가족의 뜻에 따른다. 그러나 홍콩에서 수행된 한 연구에서는 대다수가 정보를 원한다고 했으며, 이러한 태도의 차이는 윤리원칙, 중국철학, 사회학적 연구, 전통 중의학의 관점에서 검토해 보아야 한다. 진실을 통고하는 것은 환자가 그것을

알기를 원하는가, 그리고 알 준비가 되어 있는가에 달려 있지, 가족이 진실통고를 원하는지에 달려 있는 것은 아니다.

나쁜 소식 전하기에 대한 표준화된 완화관리접근이 채택되어야 하겠지만, ‘가족결정’이나 ‘금기’에 초점을 두고 수정되어야 할 것이다(24).

환자에게 진단, 예후, 그리고 다른 양상들에 대해 정보를 알리는 것은 여전히 논란의 문제이다. 포르투갈의 완화관리병동 외래환자 47명 중 32명(72%)이 자신의 진단에 대해 알고자 했으며, 이들 대부분은 의사가 알려주기를 원했다. 대부분의 환자들은 진단을 통고할 때 가족들과 함께 있고 싶어 했다(25).

암환자에게 나쁜 소식을 전할 때의 의사소통에 대한 생각에 대한 문화차이가 지적되었다(25). 미국의 MD Anderson 암 센터에서 외래 암환자를 대상으로 의사소통에 대한 환자들의 선호도 조사결과에서는 ‘전달내용과 전달방법’, ‘정서적 지지’, ‘환경조성’의 세 요인이 도출되었으나, 일본 국립암센터 동병원 외래 암환자에 대한 동일한 설문조사결과에서는 ‘전달방법’, ‘전달내용’, ‘질문의 촉진과 질문에 대한 응답’, ‘정서적 지지’, ‘환경조성’의 다섯 요인이 도출되었다.

미국과 일본의 조사결과를 비교해보면, 일본의 암환자들이 원하는 의사소통은 요인구조가 더 복잡하며, 의사가 질문을 하라고 권하기를 바란다는 새로운 요인이 추출되었고, ‘정서적 지지’ 요인의 기여도가 높았다. 즉 암환자들이 어떤 커뮤니케이션을 원하는 지에 대해서도 문화에 따른 차이가 있음이 밝혀졌다(25).

암환자에게 진단을 통보해야 하고 통보자로는 의사가 가장 적합하며 진단의 통보과정에서 서양과는 달리 가족이라는 요소도 고려해야 하는 것으로 나타났다. 따라서 암의 치료에 환자 스스로 적극적으로 협조하도록 가족의 도움을 구하여 따뜻한 배려와 함께 희망적으로 진실을 알려야 할 것이다.

상실과 그에 따른 애도의 양상은 망자와 그 가족이 속한 문화권의 특성에 따라 다르므로 한 가족의 상실에 따른 슬픔을 이해하고, 그를 극복하는 데 도움이 되기 위해서는 McGoldrick 등이 제시한 ① 죽음과 죽은 사람을 어떻게 다루어야 한다고 믿는가, ② 죽은 뒤에 어떻게 된다고 믿는가, ③ 애도시의 적절한 감정표현과 상실경험의 통합, ④ 상실시의 남자와 여자의 역할과 기대되는 행동, ⑤ 어떤 종류의 죽음이 상처를 남기는가, ⑥ 사별 후 가족이 적응하는 데에 이러한 상처의 부정적 영향을 어떻게 최소화 하는가 등에 대한 이해가 필

요하다(26).

**3) 암 환자에게 나쁜 소식 전하는 방법**

(1) **SPIKES**; 나쁜 소식이 성공적으로 전달되기 위해서는 의학적인 절차에 따라 일관성 있는 전략이 요구된다. 이 경우에 전략은 여섯 가지 별개의 의사소통 단계를 포함하며, 그것은 기억을 돕는 ‘SPIKES’로 요약될 수 있다. 이 프로토콜은 임상가와 환자들에 의해 지지된 권고를 포함한다(8).

SPIKES는 암 환자에게 나쁜 소식을 전달하기 위해 고안된 6단계로 구성된 프로토콜로서, 각 단계는 ① 면담 준비(Setting up the interview), ② 환자평가(assessing the patient’s Perception), ③ 참여유도(obtaining the patient’s Invitation), ④ 소식전달(giving Knowledge and information to the patient), ⑤ 감정이입(addressing the patient’s Emotions with empathic responses), ⑥ 계획수립과 요약(Strategy and Summary)으로 구성되며, 각 단계별 영문 첫 글자를 따서 SPIKES라고 한다(27,28).

(2) **ABCDE**; 나쁜 소식을 잘 전달하기 위한 기술로서 ABCDE는 ① 준비하기(Advance preparation), ② 치료적 환경 및 치료적 관계 조성(Build a therapeutic environment/relationship), ③ 의사소통 잘하기(Communicate well), ④ 환자와 가족의 반응을 다루기(Deal with patient and family reactions), ⑤ 격려 및 감정 확인 등으로, 이들의 영문 첫 글자를 따서 ABCDE로 표기한다(10).

(3) **SHARE**; SHARE는 일본 국립암센터 동병원에서 나쁜 소식을 전달받을 때 암환자가 원하는 네 가지 구성요인의 영문 첫 글자로 암환자에게 나쁜 소식을 전할 때, 의사에게 필요한 효과적인 의사소통을 위한 태도와 행동을 의미한다.

SHARE는 ① 지지적 환경조성(Supportive environment), ② 나쁜 소식 전달방법(How to deliver the bad news), ③ 부가정보(Additional information), ④ 안정시킴과 정서적 지지(Reassurance and Emotional support) 등의 영문 첫 글자를 따서 SHARE라고 한다(26,29).

(4) **이상적인 진실 통고방법**; 진실(불치병)을 알려주는 것은 환자가 문제를 감당할 수 있을 만큼 점진적으로 하는 것이 원칙이다. 환자가 그 문제를 받아들일 준비가 되었을 때 문제를 요약하고 예후에 대해 이야기한다. 면담 도중에 설명을 멈추고 환자의 생각과 걱정을 물어보고, 환자에게 도움을 줄 수 있는 가족이나 친구들에게 알릴 수 있도록 도와준다. 단계별로 추적관찰 계획을 세우고 지속적인 지지를 보여준다. 환자와 대화가 가능하다면 삶의 의지나 앞으로 내려질 처방에 대해

대화를 하고, 면담을 마치고 전에 “다른 문제는 없는지?”를 물어본다.

만약 환자가족이 환자에게 질병에 대해 알려주지 말 것을 의사에게 요구한다면 제3자와의 면담이 필요하다. 환자 가족이 왜 그런 요구를 하는지에 대해 물어보아야 하며 환자가족에게 환자는 자신의 의학적인 문제에 대해 알 권리가 있음을 알려주어야 한다. 환자가 자신의 건강상태에 대해 직접적으로 묻는다면, 의사는 윤리적으로 진실을 알려주어야 함을 환자가족들에게 설명한다. 만약 환자가 묻지 않는다면 환자 가족들이 환자가 감당할 수 없다고 생각하는 어떤 내용을 의사가 알려줄 필요가 없다. 환자에게 말하지 않겠다고 하는 약속을 가족에게 하면 안 된다(30).

말기·임종환자에게 병황의 통고원칙은 ‘조금씩’ 하는 것으로 이상적인 통고방법은 다음과 같다.

① 자신해서 설명해 주지 말고 우선 환자에게 물어오게 한다.

② 모든 정보를 한꺼번에 다 말하지 말라. 환자가 감당해 내는 정도를 보아가면서 며칠 간격으로 조금씩 알려주는 것이 좋다.

③ 환자가 불면증, 식욕상실, 악몽, 심장박동 증가, 식은 땀, 호흡곤란 같은 증상을 호소하면, 이는 불안과 우울이 있다는 간접증거가 되니, 이때는 더 이상 진척된 정보의 제공을 중단해야 한다. 환자가 지난 번 알려준 정보에 놀라서 감당해 내지 못하는 상황을 말해주기 때문이다.

④ 시일이 경과하면서 환자가 불안과 우울에서 벗어난 것이 확인되면 그때 다시 좀더 상세한 정보를 제공할 수 있으나, 이런 때라도 먼저 환자가 물어올 때에만 답해 주는 것이 좋다.

⑤ 아무리 강심장인 사람이라도 끝까지 물어오는 경우는 극히 적다. 대개 어느 선에서 환자는 묻는 것을 중지한다. 바로 그 선이 환자가 알고자 하는 최고의 정보 수준선이다.

⑥ 의료진은 “그래도 또 다른 치료방법이 있다”는 것을 환자에게 강조하는 데에 게을리 하지 말아야 한다(6).

**4) 말기암환자의 여명예측**

환자의 남아있는 시간을 보다 정확하고, 객관적으로 예측하기 위해서 유럽 완화의료학회에서는 2005년 지금까지 연구를 바탕으로 Palliative Prognostic (PaP) Score, Palliative Prognostic index (PPI), Terminal Cancer Prognostic (TCP) score, Chuang Prognostic score (CPS) 등 4종류의 예

측지표를 제시하였다(30).

임상인들의 여명 예측은 일반인들의 생각과는 달리 종종 빗나간다. 주치의의 10%만이 한 달 안의 환자 임종을 맞게 예측하거나(Muers MF), 실제 생존기간이 한 달 이내일 때, 61%의 경우에서만 의사들이 정확하게 예측했다. 의사들의 예측은 대부분 낙관적인 방향으로 예측하여서, 생존기간을 길게 환자들에게 얘기하곤 한다. 다른 연구에서도 환자 가족들에게 말해주는 여명이 의사 자신이 생각하는 기간보다 길다고 보고하였다. 하지만 의사가 자신만이 기록하는 경과일지에 적는 예상수명조차도 실제 환자수명보다 더 길게 예측하는 경향을 보였다. 이는 의사들이 자신이 돌보아온 환자가 오래 생존하기를 무의식적으로 바랄 가능성이 있음을 시사한다. 다른 한 연구에서는 환자와 유대관계를 쌓지 않는 의사가 말기암환자의 여명을 주치의보다 더 정확히 예측한다는 보고가 있었다(30).

## 결 론

우리나라에서 말기암환자에게 나쁜 소식을 전달하는 원칙은 조금씩 점진적으로 하는 것이며, 통고방법의 프로토콜에는 SPIKES, ABCDE, SHARE 등이 있으며, 일본의 경우, SPIKES와 관련하여 SHARTE를 개발하여 활용하고 있다.

암 진단의 통고 시 전문가들은 “끝까지 환자에게 희망을 잃지 않게 한다.”는 데에는 의견을 같이하고 있다.

국내 암 환자의 경우, 대부분이 암 진단 통고에 대해 찬성하였고, 의사가 진단 즉시, 한꺼번에 모든 내용을 정확히 설명해 주기를 원했으며, 이유는 남은 인생을 정리하기 위해서라는 환자가 많았다. 중국인 가족들은 진실통고에 반대하여 흔히 의사들은 가족의 뜻에 따르고 있으며, 일본 암환자들은. 미국에 비해 원하는 의사 소통 요인구조가 더 복잡한 것으로 밝혀지고 있다.

말기암환자에 대한 진단의 통고과정에서 서양과는 달리 가족이라는 요소도 고려하여, 희망적으로 진실을 알려야 할 것이다.

미국의 SPIKES를 우리나라에서 교육과 수련, 임상 환자들에게 적용할 경우에는 우리 문화와 아시아권의 혈연중심의 가족주의 문화 등이 충분히 반영되어야 할 것이다.

또한 말기암환자를 위한 나쁜 소식 전하기를 위한 표준화된 지침이 개발되어야 하겠고, 여기에는 윤리적 측면과 의사의 설명의무위반에 의한 손해배상책임 부담

에 대해서도 고려되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

1. Doyle D, O'Connell S. Breaking bad news: starting palliative care. *J R Soc Med* 1996;89:590-1.
2. Kumar M, Goyal S, Singh K, Pandit S, Sharma D, Verma AK, et al. Breaking bad news issues: a survey among radiation oncologists. *Indian J Palliat Care* 2009;15:61-6.
3. 2009 statistical result of death and cause of death [internet]. Daejeon:Statistics Korea;2010. [cited 2010 Sep 10]. Available from <http://kostat.go.kr>
4. Yun YH, Rhee YS, Nam SY, Chae YM, Heo DS, Lee SW, et al. Public attitudes toward dying with dignity and hospice • palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2004;7(1):17-28.
5. Whang KS. Chosunilbousa. 1979 Aug 28.
6. Cho DY. Behavioral science. 1st ed. Seoul:IL CHO KAK;2001. p. 419-24.
7. Cho DY. Behavioral science and general hospital psychiatry. 1st ed. Seoul:IL CHO KAK;1985. p. 271-8.
8. Back AL, Arnold RM, Baile WF, Tulsky JA, Fryer-Edwards K. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005;55:164-77.
9. Buckman R. How to break bad news: a guide for health care professionals. 1st ed. Baltimore:The Johns Hopkins University Press; 1992.
10. Rabow MW, McPhee SJ. Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *West J Med* 1999;171:260-3.
11. Tanaka H, Tsukuma H, Masaoka T, Ajiki W, Koyama Y, Kinoshita N, et al. Suicide risk among cancer patients: experience at one medical center in Japan, 1978-1994. *Jpn J Cancer Res* 1999; 90:812-7.
12. Kim CG. Bereavement care in hospice and palliative care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2007;10(3):120-7.
13. Dias L, Chabner BA, Lynch TJ Jr, Penson RT. Breaking bad news: patient's perspective. *The Oncologist* 2003;8:587-96.
14. Ferris FD, Canadian Hospice Palliative Care Association. A model to guide hospice palliative care: based on national principles and norms of practice. Ottawa: Canadian Hospice Palliative Care Association;2002.
15. Back AL, Anderson WG, Bunch L, Marr LA, Wallace JA, Yang HB, et al. Communication about cancer near the end of life. *Cancer* 2008;113(7):1897-910.
16. Mehta PN. Communication skills - breaking bad news. *Indian Pediatrics* 2008;45:839-41.
17. Hwang AR. Communication to hospice clients. *Korean J Hosp Palliat Care* 2008;11(1):1-11.
18. Wahl CW. Games people play when they are dying. *Medical Economics* 1969;20:106-20.
19. Lasagna L. The prognosis of death. In: Brim OG, ed. *The dying*

- patients. New York: Russel Sage Foundation; 1970. p. 67-82.
20. Park J, Yang S, Choi SE, Choi KM, Hong YS, Lee KS. The disclosure of cancer diagnosis and its prognosis. *Korean J Hosp Palliat Care* 2004;7(2):169-78.
  21. Yun YH, Lee CG, Kim SY, Lee SW, Heo DS, Kim JS, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol* 2004;22:307-14.
  22. Rajesh G, Pradeep V, Rajshree J, Om R, Max W. Informing patients about cancer in Nepal: what do people prefer? *Palliative Medicine* 2006;20:471-6.
  23. Tse CY, Chong A, Fok SY. Breaking bad news: a Chinese perspective. *Palliative Medicine* 2003;17:339-43.
  24. Gonçalves F, Marques A, Rocha S, Leitão P, Mesquita T, Moutinho S. Breaking bad news: experiences and preferences of advanced cancer patients at a Portuguese oncology centre. *Palliat Med* 2005;19:526-31.
  25. Fujimori M, Parker PA, Akeichi T, Sakano Y, Baile WF, Uchitomi Y. Japanese cancer patient's communication style Preferences when receiving bad news. *Psychooncology* 2007;16:617-25.
  26. Hong YS, Yeom CH, Lee KS. Loss and grief in Asian culture. *Korean J Hosp Palliat Care* 1998;1(1):1-5.
  27. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Gloger G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologists* 2000;5:302-11.
  28. Choi YS. Breaking bad news. *J Korean Acad Fam Med* 2005;26(4):376-7.
  29. Maiko Fujimori, Yosuke Uchitomi. Communication with cancer patients. *Cancer therapy.jp* [Internet]. 2008;7(1):44-7 [cited 2008 Feb 29]. Available from: [http://www.cancertherapy.jp/psycho/2008\\_winter/pdf/2008winter\\_06.pdf](http://www.cancertherapy.jp/psycho/2008_winter/pdf/2008winter_06.pdf).
  30. Suh SY. Survival prediction of terminal ill cancer patients. *Korean J Hosp Palliat Care* 2007;10(4):171-7.