

■ 세 미 나

완화의학의 소개(CARE BEYOND CURE)

최 윤 선

초 록

완화의학은 보다 더 최신의 학구적인, 의료의 주류로 진단과 치료의 초기부터 호스피스적 접근을 중앙학과 다른 임상의학에 시도하는 학문입니다.

완화의료는 질병의 어떤 단계일지라도 모든 적절한 형태의 접근을 의미합니다. 이러한 관점에서, 완화의료의 목표는, 능숙한 통증과 증상조절, 환자와 가족을 위한 정신 사회적 및 영적 지지, informed shared decision making, 간호의 영속선상에서 조정된 의료서비스의 제공입니다. 본 강좌에서는 완화의학의 필요성과 미국에서 주로 정의하고 있는 학문적 영역 및 윤리적 딜레마에 대해서 소개할 예정입니다.

* 이 원고는 미국 캘리포니아주 David Grant Medical Center(Travis AFB)의 Dr. Trevor D. Lim의 원고를 양해를 얻어 일부 번역한 것입니다.

문제점

- 말기 환자 간호는 국가 차원의 관심사.
- “좋은 죽음(good death)”을 정의하기란 여전히 어렵다.
- 많은 사람들은 임종시 증상조절이 안되거나(unrelieved symptoms), 원치 않는 생명연장(unwanted life-prolonging interventions)이나, 또는 의료진에게 버림받을 수도 있다는 것을 두려워한다.

통계

- 미국인들의 75%가 의료기관(medical institution)에서 임종한다.(1)
- 임종환자의 33%는 최소 10 일간을 ICU에서 보

낸다. (1)

- 거의 50%의 환자가 고통 속에 임종한다. (1)
- 임종환자를 돌보는 의사(예, 호스피스 의사)의 5명 중 3명이 환자를 임종 1주일 이내에 의뢰 받는다. (2)
- 의사들은 환자가 심폐소생술을 원하는지를 판단 하는데 있어서 우연 이상은 알지 못한다.(3)
- 가족들은 종종 사랑하는 사람의 질병으로 인해, 사회적 그리고 재정적 황폐화를 경험한다.
- 호스피스는 오직 질병의 마지막 단계에서만 고려된다. (4)
 - 평균적으로 임종 1 달 전에 의뢰된다.
 - 16%는 임종 1 주전에 의뢰된다.

배경

세기적 변화 (2000년 9월 18일 Time지에서 인용)

Century	1900	2000
사망시 나이	48세	78세
주요사인	감염 사고 출산	암 심장질환 뇌졸중/치매
임종 전 장애기간	흔치않고 짧다	평균 4년 이상
비용	낮고 가능한 범위	매우 비싸고, 오랜 기간
재정	대부분이 개인, 가족부담	대부분이 의료보험과 의료보호

- 의료기술의 발달
- 의과대학, 수련과정 중 그리고 의학교과서들은 임종간호를 중요하게 다루고 있지 않다.
- 보상체계의 문제점
- 의사와 환자는 고통이나 죽음에 대해서 알기를 주저한다.
- 사회경제적 여건들이 어떻게 임종해야하는 지에 대한 의학적 선택을 제한한다.
- advanced directives와 health care proxies에 대한 대중의 관심이 낮다.
- 예후 예측이 어렵다. -특히 누가 임종이 급박한지, 특히 암이외의 질병 시는 더욱 어렵다.

왜 완화의료가 필요한가?

의료체계 내 “curative bias”

- 효과적인 완치 (cure)란 효과적인 진단과 치료에 달려있다.
- 과학적으로 완전히 설명되어지지 않는 현상들이 과소평가 된다.
- 환자를 부분으로 인지하려는 경향이 있다.
- 질병과정에 대한 분석이지 환자가 아니다.
- 고통을 경감시키고 완치가 안 되는 환자를 돌본다는 목표가 종종 무시된다.

호스피스 운동

- 1967년 영국 런던의 Dr. Cicely Saunders에 의해 설립됨
- 미국에서는 처음 1974년 connecticut에 생김

- 1995년, 2700개의 호스피스 프로그램에서 390,000명 환자를 돌보고 있다. (75%가 암환자)
- 환자에 초점을 둔 (patient focused), 의사 지도 (doctor-guided) 하의 간호사 중심 (nurse-centered) 의 interdisciplinary team
 - 사회사업가, 심리학자, 물리치료사, 원목, 자원 봉사자
 - 팀의 목적은 환자의 목표를 달성하는데 도움을 주는 것이다.
- 1983년 호스피스 보험 (Hospice Medicare Benefit) - Medicare part A 산하

3 가지 주요 인정범위

- 환자가 완치를 위한 치료보다 호스피스 간호를 수용
- 말기 진단/질병
- 6개월 이내의 예후
- 건물, 모델이 아닌 지지이다.
- 환자가 결정한 삶의 질을 극대화시키고 환자의 증상을 조절하기 위한 조화된 사려 깊은 지속적인 노력이다.
- 환자가 죽음의 공포와 외로움, 그리고 진행되는 질병에 수반되는 많은 상실 등을 극복할 수 있도록 하는 지속적인 관심이다.
- 환자와 가족에 대한 최대한의 고려
- 안전하고 조용한 장소의 제공을 위임
- 정기적인 완화의료팀의 절대적 이용가능성
- 의료인의 지속성

완화의료의 대두

- 호스피스 운동에서 직접적 영향 받음
- 말기 질환 환자와 가족을 포괄적이고 다분야 전문가에 의한 간호로 정의한다.
- 주로 편안하고 지지에 중점을 둔다.
- 호스피스와 매우 유사, 가정, 병원, 의료시설등, 낮병동과 특수병동까지 간호제공
- 호스피스와 비교하여 완화의료는 처음부터 완치를 위한 치료와 병행가능하고 병행되어야한다.

“기타”

- 완화의료는 자주 말기 간호로 간주된다.
- 결과적으로, 증상을 경감시킬 수 있는 기회와 생을 의미 있게 마무리 할 기회를 잃는다.
- 완화医료를 고려할 시점은 모든 것이 실패했을 때, 더 이상 해줄 것이 없을 때라는 부정적인 인식이 존재
- 환자들은 증상의 경감은 말기 때나 중요하다는 잘못된 추론을 할 수 있다.

증상과 신체적 불편사항들

- 통증
- 호흡곤란
- 오심과 구토
- 초조와 섬망
- 변비
- 식욕부진
- 정신 사회적 그리고 영적 문제
- 우울

증상조절 시 고려사항

- 신체증상은 여러 측면이 관련되어 있고 종종 사회적 정신적 문제와 연관되어있다.
- 여러 증상들의 상호작용이다.
- 이런 증상들의 어느 것이라도 환자의 온전성을 해친다면, 고통을 초래하게된다(suffering).
- 고통(suffering)은 신체가 아닌 인간(person)의 고통이다. 그것은 미래에 대한 퍼지는 모든 희망의 부재를 의미한다.; 그것은 증상과의 관련성이며 증상 그 자체보다 훨씬 심하다.

모든 것이 실패했을 때-Hastening Death-

- physician assisted suicide (PAS)
- 오리건 주, 1997년 PAS 법제화
- 1달에 2명 이하에서 치사량의 처방요구, 그중 반이 사용
- 일반적으로 능숙한 임종자 간호와 우울증의 치료가 PAS를 줄인다(5)
- 1% 미만에서 지속적으로 PAS를 요구

PAS에 대한 대안들

- “Rule of Double Effect” -안락사와는 구별
- Voluntarily stopping eating and drinking
- “terminal sedation”

END-OF-LIFE 대화 시의 어려움

- 완치, 생명연장, 그리고 건강개선의 역할에 대한 갈등
- end-of-life 대화에 대한 교육이나 수련부족
- 환자에게 감정이입을 해서는 안 된다고 배움
- 나쁜 소식 전할 때의 스트레스
- 치료노력에 대한 실패감
- 환자와의 관계와 그의 치료에 대한 투자의 상실
- 나쁜 소식 전할 때 관련된 두려움

The END-OF-LIFE에서의 대화

- “bedside manner”를 가르쳐야한다.
- 적극적 청취와 공감은 그들 사이의 치료적 가치를 갖는다.
- 자신의 감정을 신뢰하라.
- 환자의 고통을 혼자 책임지려고 하지 말 것
- 일반 목표는
 - 환자의 긴급한 요구에 맞추어 정보를 준다.
 - 문제에 대한 공통의 이해를 구한다.
 - 환자와 의사 모두 고통함을 최소화한다.
 - 간호의 기본계획과 환자와 가족의 추적 계획에 대한 논의 등을 장려한다.

나쁜 소식을 전하는 법

- 환자가 이미 알고 있는 것을 고려한다.
- 환자의 기존 반응법과 대응법을 평가한다.
- 존경과 공감을 보인다.
- 지지를 보내기 위해 비신체적 언어를 사용한다.
- 일치된 언어 및 비언어적 메시지를 전달한다.
- 환자와 가족들이 자신들의 페이스를 정하도록 허락한다.
- 문화적 차이를 인정한다.

실제 메시지 전달하기

- 강한 경고성 발언으로 시작한다.
- 모호하고 산만한 언급은 피한다.
- 환자가 기대하는 것을 가늠해본다.
- 솔직하고 간단하게 얘기한다.
- 기술적 용어의 사용은 피한다.
- 환자와 보호자가 반응할 시간적 여유를 준다.
- 계속 환자의 치료에 참여할 것이라고 안심시킨다.
- 그 후에, 환자에게 제공했던 정보와 환자의 반응을 기록으로 남긴다.

삶의 질 문제

- “good death”에 관련된 여러 문제점들
- 의료인들은 환자 자신들의 임종과정에 완화의료 적용시기의 노련함이 요구된다.
- 전문가적 근본 신조를 만족시키기 위해서는 개인적, 감정적 재정적인 희생을 할 각오가 있어야한다.

to cure sometimes,
to relieve often,
to comfort Always!

참고 문헌

1. “Dying On Our Own Terms.” Time, September 18. Vol. 156, No. 12.
2. PBS. “On Our Own Terms: Moyers on Dying.” A 4-part program originally airing on september 10, 2000.
3. Billings J. Palliative care in undergraduate medical education. JAMA 1997;278:733-8.
4. Lo B, Quill T, Tulsky J. Discussing palliative Care with patients, Ann Int Med 1999;130:744-9.
5. Foley K. Competent care for the dying instead of physician-assisted suicide. N Engl J Med 1997;336:54-8.

호스피스(완화의학의 기본 개념)

