ORIGINAL ARTICLE

췌장암 환자의 암 인식이 치료 방침 결정에 미치는 영향

이은지, 서승영^{1,2}, 김인희^{1,2}, 김상욱^{1,2}, 이승욱^{1,2}, 이수택^{1,2}, 김성훈^{1,2}

전북대학교 간호대학 · 간호과학연구소, 전북대학교 의과대학 내과학교실¹, 전북대학교 임상의학연구소-전북대학교병원 의생명연구원²

Effect of Cancer Awareness on Treatment Decision for Pancreatic Cancer Patients

Eun Jee Lee, Seung Young Seo^{1,2}, In Hee Kim^{1,2}, Sang Wook Kim^{1,2}, Seung Ok Lee^{1,2}, Soo Teik Lee^{1,2} and Seong-Hun Kim^{1,2}

College of Nursing, Research Institute of Nursing Science, Jeonbuk National University; Department of Internal Medicine, Jeonbuk National University Medical School¹; Research Institute of Clinical Medicine of Jeonbuk National University-Biomedical Research Institute of Jeonbuk National University Hospital², Jeonju, Korea

Background/Aims: With recent changes in the treatment of pancreatic cancer, patients' active decision-making has become more important. Nevertheless, it is difficult to give patients proper insights into the disease. The purpose of this study was to determine associated factors between pancreatic cancer awareness and treatment decisions as well as how cancer awareness affects the timing of treatment decisions and the desired treatment method.

Methods: This is a retrospective study that reviewed and analyzed the electronic medical records of 110 patients who were diagnosed with pancreatic cancer from January 2013 to April 2016. A "patient with pancreatic cancer awareness" means that the patient was informed of their disease state before making the first treatment decision.

Results: Of all, only 63.6% of patients (n=70) were shown to have pancreatic cancer awareness before making their first treatment decision. Compared to patients without pancreatic cancer awareness, patients with pancreatic cancer awareness were younger (65.00 vs. 76.98, $t=6.70$, $p<0.001$), were more likely to have presented their spouse as legal guardians (42.9% vs. 10.0%, $\chi^2=31.70$, $p<0.001$), and spent a shorter time for treatment decision-making (1.6 vs. 10.5 days, $t=4.26$, $p<0.001$). The patients without pancreatic cancer awareness were more likely to opt for best supportive care compared to the patients with pancreatic cancer awareness (79.5% vs. 28.6%, $\chi^2=31.70$, $p<0.001$).

Conclusions: This study provides insights into cancer awareness. Since cancer awareness appears to influence treatment decision, it is necessary to develop guidelines to improve cancer awareness of patients. (Korean J Gastroenterol 2020;75:198-206)

Key Words: Pancreatic neoplasms; Truth disclosure; Awareness; Decision making; Therapeutics

서론

췌장암은 5년 생존율이 약 11%로 예후가 매우 좋지 않은 암이다. 지난 20년 동안 췌장 외 다른 암들의 5년 생존율이 약 20% 이상 증가된 것에 비하여 췌장암의 5년 생존율 증가는 약 3.8% 증가에 머물러있다.¹ 하지만 최근 췌장암에서 항

암 치료와 여러 가지 약제들의 임상 연구가 진행되면서 수술 후 항암 치료가 가능하였던 환자의 5년 생존율과 중앙 생존 값은 28.8%²와 54.4개월³로 상승되었고, 수술이 불가능한 병기의 환자에서도 항암 치료 후 중앙 생존 값은 11.1개월까지 상승되어⁴ 췌장암 환자의 치료 결정을 위하여 보다 적극적인 병식을 가지게 하는 것이 필요하게 되었다.

Received October 1, 2019. Revised December 16, 2019. Accepted December 26, 2019.

© This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Copyright © 2020. Korean Society of Gastroenterology.

교신저자: 김성훈, 54907, 전주 덕진구 건지로 20, 전북대학교 의과대학 내과학교실, 전북대학교 임상의학연구소-전북대학교병원 의생명연구원

Correspondence to: Seong-Hun Kim, Department of Internal Medicine, Jeonbuk National University Medical School, Research Institute of Clinical Medicine of Jeonbuk National University-Biomedical Research Institute of Jeonbuk National University Hospital, 20 Geonji-ro, Deokjin-gu, Jeonju 54907, Korea. Tel: +82-63-250-2295, Fax: +82-63-254-1609, E-mail: shkimgi@jbu.ac.kr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7592-8060>

Financial support: None. Conflict of interest: None.

병식이란 환자가 자신에게 문제점이나 질환이 있음을 인식하는 것으로, 증상의 원인과 의미를 현실적이고도 논리적으로 이해하는 것을 말한다.⁵ 또한 병식은 정신과적 의미로 환자가 자신의 정신 질환을 인식하는 것을 의미하지만 일반 환자, 특히 암 환자가 자신의 병에 대하여 알고 있는지를 표현하기 위해서도 사용되고 있다.⁶

병식은 환자의 치료 경험과 관련이 있다. 선행 연구에 의하면 자신의 질병에 대한 지식 정도는 치료 방법 선택에 영향을 주며,⁷ 자신의 질병에 대하여 명확하게 아는 것은 자신의 치료 만족도를 높이고 치료 의사 결정 시 갈등을 낮춘다고 하였다.⁸ 따라서 환자에게 병식을 명확히 주는 것은 중요하다. 그럼에도 불구하고 암 환자에게 병식을 주는 것은 여전히 쉽지 않은 일이다. 임상 현장에서는 췌장암의 낮은 생존율로 인하여 많은 보호자들이 췌장암 환자에게 병식을 주는 것에 대하여 망설이는 모습을 쉽게 볼 수 있다. 그 이유는 환자가 충격을 받을 수 있고, 질병과 싸울 희망을 잃고 좌절할 것을 우려하기 때문이라고 하였다.⁹ 그러나 환자에게 병식을 주지 않는 경우 환자가 치료 의사 결정에 참여할 수 없고 가족 구성원의 결정에 따르는 경우가 많다.⁶

암 환자에게 병식을 주는 것은 의료인에게 간단한 일은 아니다. 환자에게 병식을 주는 것은 문화적 영향을 많이 받는다. 환자, 가족, 의료인이 의사소통하는 방식과 의사 결정을 하는 방식은 한 문화권 내의 삶의 경험이나 질병, 고통, 죽음의 의미와 매우 깊은 관련이 있기 때문이다.^{10,11} 서양의 경우 환자가 자신의 질병에 대하여 명확히 알아야 한다고 생각하는 경향이 강하다.¹¹ 반면 우리나라를 포함한 중국과 일본 등 동북아시아 국가에서는 환자에게 질병을 알리는 것은 희망을 빼앗고 죽음을 재촉하는 결과를 낳을 수 있다고 믿는다.^{9,12,13} 환자에게 병식을 주는 것은 환자의 가치관, 종교 등의 영향을 받기도 한다.^{11,14,15} 또한 환자에게 병식을 주려면 환자가 자신의 질병과 관련된 정보를 인지할 수 있어야 하는데, 치매와 같이 인지 능력이 저하된 환자에게는 병식을 주기가 어렵다. 또한 고령 및 기저 질환으로 인하여 적극적인 치료가 어려운 경우와 예후가 매우 불량할 것으로 예상되는 췌장암 환자에게 일률적으로 병식을 주는 것이 항상 도움이 되는 일이 아닐 수 있다.

많은 국가에서 암 환자에게 병식을 주는 것에 대한 가이드라인을 마련하고 활용하고 있다. 미국의 SPIKES protocol이나 호주의 ABCDE model은 나쁜 소식을 전달하는 방법에 중점을 두고 있으며,¹⁶ 인도는 암 환자의 정서적 지지를 더 중요시하는 BREAKS protocol을 마련하여 적용하고 있어¹⁷ 문화에 따라 가이드라인도 달라지는 것을 알 수 있다. 우리나라에서도 우리나라 문화에 적합한 암 환자에게 병식을 줄 때 이용할 수 있는 가이드라인이 필요하며, 이는 우리나라 환자,

가족, 의료인을 대상으로 많은 연구가 이루어져야 하고 이를 바탕으로 가이드라인이 마련되어야 한다.

하지만 우리나라에서 기존에 병식이 있는 암 환자에서 사전 의사 결정에 대한 태도와 관련 요인을 조사한 연구는 있으나 췌장암에 국한하여 진단 시기에 병식 여부에 관련된 연구는 찾기 어렵다. 따라서 본 연구의 목적은 진단 초기 병식이 있는 췌장암 환자의 비율과 일반적 특성, 췌장암 환자의 병식 유무에 따라 치료 의사 결정 기간과 내용의 차이가 있는지를 알아보고, 췌장암 병식 유무가 췌장암 환자의 어떤 특성과 관련이 있는지 알아보는 것으로 향후 췌장암 환자에게 병식을 주는 것에 대한 가이드라인을 위한 기초로 활용하고자 한다.

대상 및 방법

1. 연구 대상 및 자료 수집 방법

본 연구는 진단 초기 췌장암 환자의 병식 유무에 따른 치료 의사 결정의 시기와 내용의 차이를 알아보고 병식 유무에 관련된 인자를 알아보기 위하여 의무기록을 이용한 후향적 조사 연구이다. 연구 대상자는 췌장암 진단을 받은 환자이며, 구체적인 선정기준과 제외기준은 다음과 같다.

1) 선정기준

(1) J 상급 종합병원에 췌장암 의증으로 검사를 위하여 입원한 자. (2) 세포 검사 또는 조직 검사에서 췌장암을 확진받은 자. (3) 세포 검사 또는 조직 검사로 확진이 어려운 경우 2개 이상의 영상 검사(초음파, 복부 전산화단층촬영[CT], 복부 자기공명영상[MRI], 양전자방출단층촬영[PET] CT, 초음파 내시경[EUS], 내시경적 역행성 담췌관 조영술[ERCP])에서 췌장암의 특징적인 소견이 관찰된 자. (4) 만 18세 이상 성인. (5) 말과 글을 이해하는데 문제가 없는 자. (6) 지남력(시간, 장소, 사람)이 있는 자.

2) 제외기준

(1) 타 병원에서 췌장암 진단을 받은 후 병식을 가지고 J 상급 종합병원에 내원한 환자. (2) 전자 의무기록에서 환자의 병식 여부와 주 보호자, 치료 방법 결정을 판단하기 어려운 환자. (3) 췌장암 진단 전에 5년 내 다른 암을 새롭게 진단받은 자. (4) J 상급 종합병원에서 확진받기 전 또는 치료 의사 결정을 하지 않고 타 병원으로 전원한 환자. (5) 췌장암 진단을 받고 치료 결정을 내리기 전 사망한 환자. (6) 지남력 장애(치매, 뇌졸중, 정신 질환 등)가 있는 환자. (7) 췌장암 병식을 가지고 혈액종양내과 또는 수술을 위하여 외과로 입원한 환자. (8) 그 외 연구자가 연구 참여에 적절하지 않다고 판단한 환자.

본 연구의 자료는 J 상급 종합병원의 전자 의무기록을 검토하

여 수집하였다. 연구 대상자 선택의 편견을 최소화하기 위하여 2013년 1월부터 2016년 4월까지 J 상급 종합병원 소화기내과에 입원하여 췌장암 진단을 받은 환자 139명 전수를 대상으로 본 연구 대상자 선정기준과 제외기준을 검증하였으며, 제외기준에 해당하는 환자 29명은 본 연구 대상에서 제외하고 총 110명의 자료를 분석하였다. 연구 시작에 앞서 연구윤리심의위원회의 승인을 받은 후 실시하였다(CUH 2018-09-032-001).

2. 연구 변수

1) 췌장암 환자

본 연구에서 췌장암이란 췌장에서 발생한 세포의 증식으로 이루어진 덩어리를 말하는 것으로 선암과 내분비세포 기원 종양을 의미한다. 세포 검사 또는 조직 검사에서 췌장암을 확진 받았거나 세포 검사 또는 조직 검사로 확진이 어려운 경우 2개 이상의 영상 검사(초음파, 복부 CT, 복부 MRI, PET-CT, 초음파 내시경, ERCP)에서 췌장암의 특징적인 소견이 관찰된 자를 의미한다.

2) 병식

병식이 있다는 것은 환자가 자신의 병명이 췌장암인 것을 알고 있는 것을 말한다. 본 연구에서 췌장암 병식이 있는 환자란 췌장암 확진 후 의사가 환자에게 병명을 알린 것이 전자 의무기록에 명시된 환자를 말한다. 췌장암 병식이 없는 환자란 환자가 췌장암에 대한 정확한 사실을 모르고 보호자가 환자에게 췌장암인 것을 알리지 말 것을 의료진에게 요청하여 그 내용이 전자 의무기록에 명시된 환자를 말한다. 또한 내원 당시 췌장암인 것을 알고 있었던 환자는 본 연구에서 제외하였다.

3) 췌장암 확진일 및 췌장암 확진 소요 기간

췌장암 확진일은 다음과 같이 정의하였다. (1) 세포 검사 또는 조직 검사에서 췌장선암 또는 내분비세포암으로 결과가 보고된 날을 말한다. (2) 세포 검사 또는 조직 검사에서 췌장암 확진이 되지 않은 환자의 경우 다른 영상 검사가 모두 완료되어 병기가 결정된 날로 정의한다. (3) 다른 부위에 전이가 있어서 타 장기의 추가 조직 검사가 이루어진 경우 췌장 외 타 장기의 조직 검사 결과가 나온 날을 췌장암 확진일로 정하였다. 췌장암 확진 소요 기간은 병원에 최초 방문한 날부터 췌장암 확진일까지 며칠이 경과하였는지를 말하며, 췌장암 확진일에서 병원 최초 방문일을 뺀 것을 일(day)로 산출하였다.

4) 치료 의사 결정 소요 기간

췌장암 확진일로부터 구체적 치료 방법을 결정한 날까지

며칠이 경과하였는지를 말하며, 치료 방법 결정일에서 췌장암 확진일을 뺀 것을 일(day)로 산출하였다.

5) 치료 방법

치료 방법은 췌장암을 확진받은 환자가 어떤 치료 방법을 선택하였는가를 말하는 것이며, 4가지(수술, 항암화학요법 [chemotherapy], 보존적 치료[best supportive care, BSC], 타 병원 전원 원함)로 조사하였다.

6) 인구사회학적 특성

본 연구 대상자의 인구사회학적 특성은 성별, 연령, 주 보호자가 누구인지를 전자 의무기록을 통하여 추출하였다.

7) 췌장암 관련 특성

췌장암 관련 특성은 병기(stage: American Joint Committee

Table 1. General Characteristics and Clinical Characteristics of Participants

Variable	Total (n=110)
Age (years)	69.35±11.31
Sex	
Male	78 (70.9)
Female	32 (29.1)
Main guardian	
Spouse	34 (30.9)
Son	48 (43.6)
Daughter	14 (12.7)
Daughter-in-law	9 (8.2)
Others	4 (4.5)
Stage (AJCC 7th)	
1	4 (3.6)
2	32 (29.1)
3	12 (10.9)
4	62 (56.4)
ECOG performance status	
0	17 (15.5)
1	85 (77.3)
2	3 (2.7)
3	2 (1.8)
4	3 (2.7)
Hemoglobin (g/dL)	12.55±1.71
Albumin (g/dL)	4.01±0.46
CA 19-9 (U/mL)	408.90 (53.58-2,421.80)

Values are presented as mean±standard deviation, n (%), or median (interquartile range).

AJCC, American Joint Committee on Cancer; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; CA 19-9, carbohydrate antigen 19-9.

on Cancer [AJCC] 7th), Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), hemoglobin (g/dL), albumin (g/dL), CA 19-9 자료를 전자 의무기록을 검토하여 추출하였다.

3. 자료 분석

일반적 특성과 췌장암 관련 특성은 빈도와 백분율을 산출하였고, 일반적 특성과 췌장암 관련 특성 및 췌장암 확진 소요 기간에 따른 췌장암 병식의 차이는 chi-square test, t-test 및 one way ANOVA를 실시하였다. 병식 유무에 따른 치료 의사 결정 소요 기간과 치료 방법의 차이는 chi-square test, t-test 및 one way ANOVA를 실시하였다.

결 과

1. 대상자의 특성

본 연구 대상 췌장암 환자 110명의 평균 연령은 69.35세

(± 11.31)였고, 성별은 남자가 70.9% (n=78)였다. 주 보호자는 아들 43.6% (n=48), 배우자 30.9% (n=34), 딸 12.7% (n=14), 며느리 8.2% (n=9)였다. 그 외 보호자는 형, 오빠, 동생, 시동생이었으며 4.5% (n=4)였다. 췌장암 병기는 4기가 56.4% (n=62)로 가장 많았고, 2기 29.1% (n=32), 3기 10.9% (n=12), 1기가 3.6% (n=4)였다. 내원 당시 ECOG 활동도는 활동도 1인 환자가 77.3% (n=85)로 가장 많았고, 활동도 0인 환자가 15.5% (n=17), 활동도 2와 4인 환자가 각각 2.7% (n=3), 활동도 3인 환자가 1.8% (n=2)였다. 본 연구 대상자의 평균 hemoglobin은 12.6 g/dL였고, albumin은 4.0, CA 19-9는 6,338.4였다(Table 1).

2. 연구 변수의 서술적 통계

본 연구 대상 췌장암 환자 중 본인이 췌장암인 것을 아는 비율은 63.6% (n=70)였다. 병원 첫 방문부터 췌장암 확진 시까지 평균 5.62일(± 4.90)이 소요되었고, 확진을 받은 날부터 치료 의사 결정을 내린 날까지 평균 4.57일이 소요되었다. 치료 의사 결정은 BSC를 선택한 췌장암 환자가 46.4% (n=51)로 가장 많았고, 항암화학요법 32.7% (n=36), 다른 의사의 조언을 구하기 위하여 전원한 경우(2nd opinion)가 11.8% (n=13), 수술이 8.2% (n=9)였다(Table 2).

3. 췌장암 병식 유무에 따른 연구 변수의 비교

첫 병원 방문 시부터 췌장암 확진까지 소요된 기간은 췌장암 병식 유무에 따른 차이가 없었다($t=1.21$, $p=0.231$). 그러나 췌장암 확진부터 치료 의사 결정까지 소요된 기간은 췌장암 병식이 있는 환자는 1.6일, 병식이 없는 환자는 10.5일로 병식이 있는 환자가 유의하게 짧았다($t=4.26$, $p<0.001$). 치료 의사 결정은 췌장암 병식이 있는 환자는 항암화학요법을 선택한 비율이 50.0%로 가장 높았으며, 병식이 없는 환자는 BSC를 선택한 비율이 79.5%로 통계적으로 차이가 있었다($\chi^2=31.70$,

Table 2. Descriptive Statistics of Research Variables

Variable	Total (n=110)
Awareness of cancer	
Yes	70 (63.6)
No	40 (36.4)
Duration 1: from the first visit to diagnosis (day)	5.62 $\pm$ 4.90
Duration 2: from diagnosis notification to treatment decision (day)	4.57 $\pm$ 9.40
Treatment decision	
Operation	9 (8.2)
Chemotherapy	36 (32.7)
Best supportive care	51 (46.4)
2nd opinion	13 (11.8)
Missing	1 (0.9)

Values are presented as mean $\pm$ standard deviation or n (%).

Table 3. Comparison of General Characteristics and Clinical Characteristics according to the Awareness of Cancer (n=110)

Variable	Awareness of cancer		χ^2 or t-test	p-value
	Yes (n=70, 63.6%)	No (n=40, 36.4%)		
Duration 1: from the first visit to diagnosis (day)	6.04 $\pm$ 5.55	4.87 $\pm$ 3.42	1.21	0.231
Duration 2: from diagnosis notification to treatment decision (day)	1.60 $\pm$ 4.11	10.50 $\pm$ 12.81	4.26	<0.001
Treatment decision				
Operation	7 (10.0)	2 (5.1)	31.70 ^a	<0.001
Chemotherapy	35 (50.0)	1 (2.6)		
Best supportive care	20 (28.6)	31 (79.5)		
2nd opinion	8 (11.4)	5 (12.8)		

Values are presented as mean $\pm$ standard deviation or n (%).

^aFisher's exact test.

p<0.001) (Table 3).

4. 췌장암 병기에 따른 병식 유무와 치료 의사 결정

췌장암 병기에 따른 병식 유무와 치료 의사 결정은 1기에 서는 병식이 있는 환자 3명 중 2명은 수술, 1명은 전원하였으

Table 4. Difference in Treatment Decision according to the Stage and Awareness of Cancer in Pancreatic Cancer Patients (n=110)

Stage	Awareness of cancer	Treatment decision				Total	χ^2	p-value
		Operation	Chemotherapy	BSC	2nd opinion			
I	Yes	2 (66.7)	-	-	1 (33.3)	3	0.44	0.505
	No	1 (100.0)	-	-	0 (0.0)	1		
	Subtotal	3 (75.0)	-	-	1 (25.0)	4		
II	Yes	5 (26.3)	7 (36.8)	4 (21.1)	3 (15.8)	19	8.97	0.030
	No	1 (8.3)	1 (8.3)	9 (75.0)	1 (8.3)	12		
	Subtotal	6 (19.4)	8 (25.8)	13 (41.9)	4 (12.9)	31		
III	Yes	-	5 (55.6)	2 (22.2)	2 (22.2)	9	3.11	0.211
	No	-	0 (0.0)	2 (66.7)	1 (33.3)	3		
	Subtotal	-	5 (41.7)	4 (33.3)	3 (25.0)	12		
IV	Yes	-	23 (59.0)	14 (35.9)	2 (5.1)	39	21.57	<0.001
	No	-	0 (0.0)	20 (87.0)	3 (13.0)	23		
	Subtotal	-	23 (37.1)	34 (54.8)	5 (8.1)	62		
Total		9 (8.3)	36 (33.0)	51 (46.8)	13 (11.9)	109		

Values are presented as n (%).

BSC, best supportive care.

Table 5. Comparison of General Characteristics and Clinical Characteristics according to Awareness of Cancer (n=110)

Variable	Awareness of cancer		χ^2 or t-test	p-value
	Yes (n=70, 63.6%)	No (n=40, 36.4%)		
Age (years)	65.00±10.65	76.98±7.96	6.70	<0.001
Sex			3.63	0.057
Male	54 (69.2)	24 (30.8)		
Female	16 (50.0)	16 (50.0)		
Main Guardian			19.79 ^a	<0.001
Spouse	30 (42.9)	4 (10.0)		
Son	26 (37.1)	22 (55.0)		
Daughter	6 (8.6)	8 (20.0)		
Daughter-in-law	3 (4.3)	6 (15.0)		
Others	5 (7.1)	0 (0.0)		
Stage (AJCC 7th)			0.78 ^a	0.741
1-2	22 (31.4)	14 (35.0)		
3	9 (12.7)	3 (7.5)		
4	39 (55.7)	23 (57.5)		
ECOG			11.36 ^a	0.002
0	14 (20.0)	3 (7.5)		
1	55 (78.6)	30 (75.0)		
≥2	1 (1.4)	7 (17.5)		
Hemoglobin	12.93±1.69	11.88±1.53	3.23	0.002
Albumin	4.11±0.46	3.82±0.42	3.27	0.001
CA 19-9 (U/mL)	280.45 (43.88-2393.85)	995.60 (132.68-2421.80)	0.15	0.885

Values are presented as mean±standard deviation, n (%), or median (interquartile range).

AJCC, American Joint Committee on Cancer; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; CA 19-9, carbohydrate antigen 19-9.

^aFisher's exact test.

며, 병식이 없는 1명은 수술을 시행받았다. 2기에서는 병식이 있는 19명 중 수술을 받은 환자 5명(26.3%), 항암 치료 7명(37.8%), BSC 4명(21.1%), 전원 3명(15.8%)이었으며, 병식이 없는 환자 12명 중 수술을 받은 환자 1명(8.3%), 항암 치료 1명(8.3%), BSC 9명(75.0%), 전원 1명(8.3%)이었다. 3기에서는 병식이 있는 9명 중 항암 치료 5명(55.6%), BSC 2명(22.2%), 전원 2명(22.2%)이었으며, 병식이 없는 환자 3명 중 항암 치료 0명(0%), BSC 2명(66.7%), 전원 1명(33.3%)이었다. 4기에서는 병식이 있는 39명 중 항암 치료 23명(59.0%), BSC 14명(35.9%), 전원 2명(5.1%)이었으며, 병식이 없는 환자 23명 중 항암 치료 0명(0%), BSC 20명(87.0%), 전원 3명(13.0%)이었다(Table 4).

5. 췌장암 병식 유무에 따른 일반적 특성 및 임상적 특성 비교

췌장암 병식이 있는 환자의 평균 연령은 65세로 병식이 없는 환자의 평균 연령 76.98세보다 낮았다($t=6.70$, $p<0.001$). 병식이 있는 환자는 주 보호자가 배우자가 가장 많았고 다음으로 아들이었으나 병식이 없는 환자는 주 보호자가 아들, 딸, 며느리 순으로 많았던 것으로 나타나 차이가 있었다($\chi^2=19.79$, $p<0.001$). 활동도 역시 병식이 있는 환자와 병식이 없는 환자 간에 차이가 있었다($\chi^2=11.66$, $p=0.002$). 평균 hemoglobin ($t=3.23$, $p=0.002$)과 albumin ($t=3.27$, $p=0.001$)은 병식이 있는 환자가 더 높게 나타났다($t=3.23$, $p=0.002$). 그 외 성별, 병기, CA 19-9는 두 집단 간 유의한 차이를 보이지 않았다(Table 5).

고 찰

본 연구는 진단 초기 췌장암 환자의 병식 유무에 따른 치료 의사 결정 기간과 치료 의사 결정 내용의 차이가 있는지를 알아보고, 췌장암 환자의 어떤 특성이 췌장암 병식 유무와 관련이 있는지를 알아보기 위하여 의무기록을 검토, 분석한 후향적 조사 연구이다.

본 연구에서 췌장암 병식이 있는 환자의 비율은 63.6%였다. 췌장암 병식에 대한 선행 연구는 찾을 수 없었으나 폐암 환자 대상 연구에서 병식이 있는 환자의 비율이 68%로⁶ 본 연구보다 약간 높았고, 항암화학요법 환자 대상 연구에서는 병식이 있는 환자 비율은 74%였으나¹⁸ 이는 치료 중인 환자를 조사한 것으로 본 연구와 직접적인 비교는 어렵다. 본 연구에서 췌장암 확진부터 치료 의사 결정까지 소요된 기간은 병식이 있는 환자가 1.6일, 병식이 없는 환자는 10.5일로 병식이 없는 환자의 소요 기간이 유의하게 길었다. 이러한 결과는 환자가 병식이 없는 경우 중요한 결정들을 환자가 바로 참여하지 못하고 대부분 가족들이 치료 의사 결정을 내리는데, 가족이 모이고 상의하는 시간이 길어지고, 가족 내 의견이 불일치

할 확률이 높아 합의 도출에 시간이 많이 필요하기 때문으로 판단된다.¹⁹

환자 병식 유무에 따라 치료 의사 결정 내용도 차이가 있었다. 병식이 있는 환자의 경우 BSC보다 항암화학요법과 같은 적극적인 치료 선택 비율이 높았으나 병식이 없는 경우 대부분 BSC를 선택하였고, 이는 선행 연구 결과와 같다.⁶ 또한 췌장암은 병기에 따라 가능한 치료 방법이 다르다. 본 연구에서 표본수가 적고 병식 유무에 따라 치료 의사 결정 내용에 차이가 없었던 췌장암 1기와 3기를 제외하고, 병식 유무에 따라 치료 의사 결정 내용이 달랐던 2기와 4기를 보면 췌장암 2기에서는 항암화학요법, 수술, BSC 중에서 선택할 수 있는데, 본 연구에서 병식이 있는 췌장암 2기 환자는 모든 치료 방법을 고루 선택하는 경향을 보였으나 병식이 없는 환자는 75%가 BSC를 선택하였다. 췌장암 4기 환자는 항암화학요법과 BSC를 선택할 수 있는데, 본 연구에서는 병식이 있는 췌장암 4기 환자는 항암화학요법을 선택하는 비율이 59%였으나 병식이 없는 환자는 87%가 BSC를 선택하였다. 이와 같은 결과로 볼 때 치료 의사 결정은 병식 유무에 따라 달라졌으며, 환자가 병식이 있는 경우 가능한 치료 방법을 고루 선택하는 반면 환자가 병식이 없는 경우 병기와 상관없이 BSC를 선택하는 경향을 보였다. 이는 췌장암 환자가 병식이 없는 경우 주로 가족이 치료 의사 결정을 내리게 되고 환자의 참여가 배제되어 환자 자신의 생명에 대한 가치관을 반영하지 못하기 때문이라고 생각된다.¹⁹ 이렇게 병식이 없는 환자들의 치료 의사 결정이 늦어지고, BSC를 선택하는 비율이 높은 것은 대부분의 의료인들이 경험적으로 느끼고 있는 사실이다. 그러나 지금까지 이를 검증한 연구는 없었으며, 본 연구에서 처음으로 차이가 있음을 검증하였다는 데 의미가 있다.

보건의료기본법 제12조에 의하면 의료인은 환자에게 행하는 의료 행위의 전 과정을 설명해야 할 의무가 있고, 환자는 본인이 받을 의료 행위에 대하여 자기결정권을 행사하여 어떠한 의료 행위를 받을 것인지를 선택할 수 있다.¹⁹ 그러나 의료인들이 암 환자에게 병식을 주는 일은 단순하지 않다. 먼저 환자가 자신의 질병에 대한 정보를 받아들일 수 있고, 판단할 수 있는 능력이 있어야 한다. 환자의 인지 능력이 저하되어 의료인들이 병식을 주기 어려운 경우가 많다. 다음으로는 환자의 가치관이나 종교가 영향을 미치기도 한다.¹⁵ 또한 문화도 환자에게 병식을 주는 데 영향을 미친다.^{11,14} 오스트레일리아, 미국, 캐나다, 영국 등의 국가에서는 암 환자의 가족 중 20% 정도가 환자가 병을 알기를 원하지 않는 경향이 있었다. 그러나 대다수의 사람들이 본인의 질병과 예후에 대하여 명확하게 알기를 원하므로 의사는 환자에게 병에 대한 정보를 정확하게 제공해야 한다고 생각하였다. 그러나 자신의 병에 대하여 알고 싶어 하지 않는 10% 내외의 일부 노인 환자들의 선호를 존중할 필요도 있다고

하였다. 또 다른 선행 연구에서는 문화권별 병식에 대한 인식을 조사하였는데, 한국계 미국인이나 멕시코계 미국인은 유럽계 미국인과 아프리카계 미국인보다 자신의 질병에 대한 솔직한 정보를 요구하는 비율이 낮아 문화적 차이가 나타났다고 하였다.²⁰ 일본의 연구에서는 환자들이 질병에 대한 정확한 정보를 얻기가 어렵고 암은 치료가 어려운 질병이라고 생각하여 치료 의사 결정에서 수동적인 역할을 선호한다고 하였다.¹² 일본과 같은 동양 문화권인 우리나라에서도 암은 나을 수 없는 질환이라는 인식이 강하다면 치료 의사 결정 시 수동적인 역할을 원할 수 있으나 암을 치료할 수 있는 질병이라고 생각한다면 환자가 치료 의사 결정에 적극적으로 참여하기를 원할 가능성도 있다. 따라서, 환자에게 병식을 주는 것을 고려할 때 환자가 자신의 질병에 대하여 어떻게 인식하고 있는지를 아는 것도 중요한 점이라고 생각된다.

한국은 가족 공동체를 중요시하기 때문에 가족들이 환자에게 정확한 상태를 알리지 말 것을 요구하여 의료인들이 환자에게 병식을 주지 못하는 경우가 빈번하다.²¹ 이러한 경우 법적으로도 의료인은 환자에게 설명하는 대신 의료 행위에 동의할 수 있는 자인 가족에게 환자가 받을 의료 행위에 대하여 설명하는 것을 허용하고 있다(대법원 1994년 11월 25일 선고, 94다 35671 판결). 그렇기 때문에 환자에게 암 확진이 내려지면 의료진이 가족에게 먼저 환자의 상태를 설명하고, 환자에게 병식을 줄 것인지 여부는 가족이 결정하는 경우가 많다.

암 환자에게 병식을 주고 치료 의사 결정에 참여시키기 위하여 많은 나라에서 가이드라인을 마련하고 활용하고 있다. 본 연구에서는 환자에게 병식을 주기 위한 가이드라인을 마련하기 위하여 환자 병식 유무와 관련이 있는 환자 특성을 살펴 보았다.

본 연구에서 병식이 있는 환자는 연령이 낮았으며, 혈중 hemoglobin과 albumin 수치가 높았고, ECOG 점수도 낮아 병식이 없는 환자보다 전반적으로 젊고 건강 상태가 좋았으며, 이는 선행 연구와 유사한 결과이다.⁶ 본 연구에서 병기에 따른 병식 유무의 차이는 없었는데, 선행 연구에서 전이가 되어 예후가 나쁠 것으로 예측되는 경우 병식이 없는 비율이 통계적으로 유의하게 높게 나타나²² 본 연구와 차이를 보였다. 이렇게 결과가 다른 것은 선행 연구가 많지 않아 그 원인을 찾기가 어려웠으나 본 연구의 표본수가 적고, 병기별 환자의 비율이 선행 연구와 달랐기 때문일 수 있다. 국가암등록통계의 췌장암 진단 당시 병기는 국한(localized) 10.8%, 국소진행형(regional) 30.9%, 원격(distant) 44.6%, 모름(unknown) 13.7%였으나,¹ 본 연구에서는 국한에 해당하는 췌장암 1, 2기 환자의 비율이 32.7%, 국소진행형에 해당하는 3기 환자의 비율이 10.9%, 원격에 해당하는 4기 환자의 비율이 56.5%로 국가암등록통계의 비율과 차이가 있었다. 이는 본 연구에서 연

구 대상자 선정 시, 병원 내원 시 췌장암 확진을 받고 병식이 있는 환자를 제외하였기 때문으로 판단된다. 따라서 향후 연구에서는 연구 대상자의 병기별 비율은 국가암등록통계와 유사하게 하여 그 이유를 밝힐 필요가 있다.

성별 측면에서 살펴보면, 본 연구에서 병식이 없는 환자의 비율은 남자는 30.8%, 여자는 50.0%로 그 차이가 통계적으로 유의하지는 않았으나 여자 환자의 비율이 높은 경향을 보였다. 폐암 환자를 대상으로 한 선행 연구에서는 병식이 없는 환자의 비율이 여자가 남자보다 높아⁶ 본 연구와 맥을 같이한다. 추가로, 국립암센터 국가암등록통계에 의하면 2015년 전체 췌장암 환자 6,655명 중 남자 췌장암 환자는 51.0%였으나¹ 본 연구 대상자인 진단 초기 췌장암 환자는 70%가 남자로 차이가 있었다. 보다 명확한 결과 도출을 위해서는 향후 추가 연구에서 성비를 고려한 연구 대상자 선정이 필요할 것으로 생각된다.

주 보호자 측면에서 살펴보면, 본 연구에서 병식이 있는 환자의 주 보호자는 배우자가 42.9%를 차지하였던 반면, 병식이 없는 환자의 주 보호자는 자녀가 75%였고, 배우자가 4%였다. 즉, 주 보호자가 배우자일 경우 환자가 병식을 가지게 되는 비율이 높아진다고 생각해볼 수 있다. 본 연구와 같이 주 보호자가 누구인지에 따라 진단 초기 치료 의사 결정을 위하여 환자에게 병식을 주어야 하는지를 알아본 연구는 없었으므로 직접적인 비교는 어려우나 선행 연구에서 암이 치료 불가능한 상황으로 악화되었을 때⁹나 말기 상태²³와 같은 상황에서 환자에게 병식을 주어야 한다는 것은 주 보호자가 누구인지에 따라 차이가 나타나지 않았다고 하여 본 연구와 차이가 있었고, 이에 대한 추후 연구가 필요할 것으로 생각된다.

본 연구에 대한 제한점은 다음과 같다. 본 연구는 전자의 무기록을 이용한 후향적 자료 분석 연구이기 때문에 병식에 영향을 미치는 여러 변수들을 선정하여 조사할 수 없었다. 그러나 암 진단 초기 병식에 관한 선행 연구는 찾아보기 힘들기 때문에 병식에 따라 암 환자의 치료 의사 결정 시기나 내용에 차이를 보인다는 본 연구 결과를 바탕으로 향후 암 병식 관련한 전향적 연구를 수행하는 데 도움이 될 수 있을 것으로 기대한다.

이와 같은 연구 결과를 바탕으로 다음을 제언한다. 첫째, 한국 국민들이 자신이 췌장암에 걸렸을 때 병식을 가지기 원하는지, 그렇지 않은 지, 치료 의사 결정에 참여하기를 원하는지, 자신의 병에 대한 인식이 치료 의사 결정에 참여를 원하는지에 대한 여부에 영향을 미치는지, 또 환자들이 언제 어떤 방법으로 자신의 병에 대하여 정확히 알기를 원하는지에 대해서는 알려진 바가 없다. 그러므로 향후 전향적 조사 연구를 통하여 이러한 내용들을 밝히는 것이 필요하다. 둘째, 췌장암 환자들이 병식이 있더라도 자신의 질병과 치료 및 예후에 대

하여 얼마나 정확히 알고 있는지에 대해서도 조사해볼 필요가 있다. 이는 환자가 자신의 생존 가능성을 과대평가하는 경우 적극적인 치료를 선택할 가능성이 높아지는 것과 같이 치료 의사 결정에 영향을 미치기 때문이다.⁹ 셋째, 본 연구를 바탕으로 더 많은 추가 연구를 통하여 한국에서 췌장암 환자에게 병식을 줄 때 어떠한 특성들(환자 인자, 보호자 특성, 문화적 특성)을 고려하여 병식을 주는 것이 환자의 치료와 삶의 질에 도움을 주는지에 대한 연구를 수행하여 우리나라 문화에 적합한 암 병식 가이드라인을 마련하는 것도 필요할 것이다.

요 약

목적: 췌장암은 다른 암들에 비하여 예후가 매우 불량하여 모든 환자에게 일률적으로 병식을 주는 것은 복잡한 문제이다. 하지만 최근 췌장암 치료 방법의 변화로 환자들의 적극적인 의사 결정이 더 중요해졌다. 본 연구의 목적은 진단 초기 병식이 있는 췌장암 환자의 비율과 췌장암 환자 병식 유무에 따른 치료 의사 결정 시기와 치료 방법 차이를 알아보고, 췌장암 병식 유무와 연관 인자를 찾아보는 것이다.

대상 및 방법: 본 연구는 2013년 1월부터 2016년 4월까지 J 상급 종합병원에 입원하여 췌장암을 진단받은 110명의 환자의 전자 의무기록을 검토, 분석한 후향적 연구이다.

결과: 췌장암 병식이 있는 환자의 비율은 63.6% (n=70)였다. 췌장암 병식이 없는 환자와 비교하여 췌장암 병식이 있는 환자들은 연령이 낮았고(65.00세 vs. 79.98세, $t=6.70$, $p<0.001$), 주 보호자가 배우자인 비율이 높았으며(42.9% vs. 10.0%, $\chi^2=19.79$, $p<0.001$), 치료 의사 결정 시기는 더 짧았다(1.6일 vs. 10.5일, $t=4.26$, $p<0.001$). 또한 췌장암 병식이 없었던 환자에서 BSC를 선택한 비율이 더 높았다(79.5% vs. 28.6%, $\chi^2=31.70$, $p<0.001$).

결론: 췌장암 환자 중 병식이 있는 환자의 비율은 연령이 낮을수록 주 보호자가 배우자인 경우가 높았으며 치료 의사 결정까지의 시간과 치료 방법에 영향을 주었다. 향후 전향적 연구를 통하여 한국에서 췌장암 환자의 병식 유무와 영향 인자를 조사하고, 더 나아가 어떤 환자에게 병식을 주는 것이 환자에게 도움이 되는지에 대한 가이드라인이 필요하다.

색인단어: 췌장암; 암 진단 고지; 병식; 의사 결정; 치료

REFERENCES

- Ministry of Health and Welfare, Korea Central Cancer Registry, National Cancer Center. Annual report of cancer statistics in Korea in 2016. Sejong: Ministry of Health and Welfare, 2018.
- Neoptolemos JP, Palmer DH, Ghaneh P, et al. Comparison of adjuvant gemcitabine and capecitabine with gemcitabine monotherapy in patients with resected pancreatic cancer (ESPAC-4): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet* 2017;389:1011-1024.
- Conroy T, Hammel P, Hebbar M, et al. FOLFIRINOX or gemcitabine as adjuvant therapy for pancreatic cancer. *N Engl J Med* 2018; 379:2395-2406.
- Conroy T, Desseigne F, Ychou M, et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. *N Engl J Med* 2011; 364:1817-1825.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.
- Jung SY, Park DI, Park MR, et al. Clinical characteristics of patients older than 76 with lung cancer. *Korean J Med* 2012;82:562-568.
- Weeks JC, Cook EF, O'Day SJ, et al. Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *JAMA* 1998;279:1709-1714.
- Baek SK, Kim SY, Heo DS, Yun YH, Lee MK. Effect of advanced cancer patients' awareness of disease status on treatment decisional conflicts and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean prospective cohort study. *Support Care Cancer* 2012; 20:1309-1316.
- Yun YH, Lee CG, Kim SY, et al. The attitudes of cancer patients and their families toward the disclosure of terminal illness. *J Clin Oncol* 2004;22:307-314.
- Blank RH. End-of-life decision making across cultures. *J Law Med Ethics* 2011;39:201-214.
- Tuckett AG. Truth-telling in clinical practice and the arguments for and against: a review of the literature. *Nurs Ethics* 2004; 11:500-513.
- Sekimoto M, Asai A, Ohnishi M, et al. Patients' preferences for involvement in treatment decision making in Japan. *BMC Fam Pract* 2004;5:1.
- Hu WY, Chiu TY, Chuang RB, Chen CY. Solving family-related barriers to truthfulness in cases of terminal cancer in Taiwan. A professional perspective. *Cancer Nurs* 2002;25:486-492.
- Lee MH, Park YH. Factors influencing attitude toward advance directives of older cancer patients. *Korean J Adult Nurs* 2015;27: 449-458.
- Salem A, Salem AF. Breaking bad news: current prospective and practical guideline for Muslim countries. *J Canc Educ* 2013; 28:790-794.
- Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 2000;5:302-311.
- Narayanan V, Bista B, Koshy C. 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care* 2010;16:61-65.
- Heo DS. Patient autonomy and advance directives in Korea. *J Korean Med Assoc* 2009;52:865-870.
- Blackhall LJ, Murphy ST, Frank G, Michel V, Azen S. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995;274:820-825.
- Hancock K, Clayton JM, Parker SM, et al. Truth-telling in discussing prognosis in advanced life-limiting illnesses: a systematic review. *Palliat Med* 2007;21:507-517.
- Oh DY, Kim JE, Lee CH, et al. Discrepancies among patients, family members, and physicians in Korea in terms of values regarding the withholding of treatment from patients with terminal

- malignancies. *Cancer* 2004;100:1961-1966.
22. Kim MY. Recognition of terminal status of cancer patients in hospice palliative units and their family's [dissertation]. Seoul: Ewha Women University, Ewha Graduate School of Clinical Biohealth; 2014.