creative commons
COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

간호학석사 학위논문

암진단 고지에 대한
암환자와 의료인의 선호

2018년 2월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

김 영 민

암진단 고지에 대한

암환자와 의료인의 선호

지도교수 고 진 강

이 논문을 간호학 석사 학위논문으로 제출함

2017년 10월

서울대학교 대학원

간호학과 간호학 전공

김영민

김영민의 석사학위논문을 인준함

2017년 12월

위 원 장 최스미 (인)

부위원장 박연환 (인)

위 원 고진강 (인)

국문 초록

암진단 고지는 암 치료를 시작하기 위한 첫 번째 관문으로 암진단을 받는 환자와 가족, 암진단을 고지해야 하는 의료인 모두에게 힘든 경험이다. 이 과정에서 이루어지는 암환자와 의료인과의 커뮤니케이션은 암환자의 스트레스 정도와 남은 삶의 질뿐만 아니라 향후 암 치료에도 영향을 미치기 때문에 의료인은 암환자의 문화적 특성과 개인의 가치관을 이해하고 고려하여 암진단 고지 여부와 방법을 선택할 필요가 있다.

이에 본 연구자는 암환자와 의료인의 암진단 고지에 대한 선호를 파악하고 비교, 분석하되, 한국의 빠른 고령화 진행과 고령 인구에서의 높은 암발생률을 고려하여 암환자를 청장년 암환자, 노인 암환자로 나누어 조사, 분석하였다. 연구 대상자는 2017년 2월 2일부터 2017년 4월 14일까지 경기도 소재 암 전문 병원에 입원중인 암환자와 암 전문 병원에 근무하는 의료인이다. 연구 도구는 일반적 특성, 질병관련 특성과 암진단 고지 선호에 대한 내용을 포함하는 설문지를 사용하였고, 수집된 총 282부를 SPSS 22.0 version을 이용하여 분석하였다. 설문조사를 이용한 횡단적 서술적 조사 연구로 본 연구의 결과는 다음과 같다.

1) 청장년 암환자의 평균 나이는 57.1세, 노인 암환자의 평균 나이는 75.4세였다.
2) 청장년 암환자, 청장년 암환자 대상 의사, 간호사는 암진단 고지를 모두 찬성하여 암진단 고지 찬반에 대한 선호가 일치하였다.
3) 노인 암환자 98.3%가 암진단 고지를 찬성, 1.7%만 반대하였고, 노인 암환자 대상 의사, 간호사는 각각 98.1%, 83.3% 찬성하였다. 의사, 간호사의 반대는 각각 1.9%, 16.7%로 노인 암환자, 의사, 간호사간 암진단 고지 찬반 선호는 유의한 차이를 보였다(p=.008).

4) 청장년 암환자, 의사, 간호사의 암진단 고지 방법에 대한 선호중 고지 대상자, 정보 제공 방법 항목에서 유의한 차이를 보였다(각각 $p=.022$, $p<.001$).
5) 노인 암환자, 의사, 간호사의 암진단 고지 방법에 대한 선호중 더 많은 항목인고지자, 고지 대상자, 고지 시기, 정보 제공 방법에서 유의한 차이를 보였다(각각 $p=.001$, $p<.001$, $p<.001$, $p<.001$).

암진단 고지 선호를 비교, 분석한 본 연구의 결과, 청장년 암환자와 의료인 사이에 선호 차이를 보이는 항목이 있었으며, 노인 암환자와 의료인의 선호에서 유의한 차이를 나타내는 항목이 더 많았다. 의료인은 이러한 암환자와 의료인의 암진단 고지 선호의 차이를 인지하고, 청장년, 노인 암환자의 암진단 고지에 대한 선호를 적극적으로 사정하여, 암진단 고지 과정에서 암환자의 요구에 부응하고 더 효율적인 암진단 고지 과정이 이루어지도록 노력해야 할 것이다.

주 요 어: 암진단, 고지, 선호, 노인, 암환자, 의사, 간호사

학 번: 2010-20412

목 차

Ⅰ. 서론 ····· 1

1. 연구의 필요성 ····· 1

2. 연구의 목적 ····· 4

Ⅱ. 문헌 고찰 ····· 5

1. 암진단 고지 과정 ····· 5

2. 암진단 고지에 대한 선호 ····· 9

2. 노인 환자에 대한 차별 ····· 14

Ⅲ. 연구 방법 ····· 18

1. 연구 설계 ····· 18

2. 연구 대상 ····· 18

3. 연구 도구 ····· 20

4. 자료수집 방법 ····· 22

5. 자료분석 방법 ····· 23

6. 연구에 대한 윤리적 고려 ····· 24

Ⅳ. 연구 결과·····25

1. 연구 대상자의 일반적 특성·····25

2. 암진단 고지 선호·····29

1)암진단 고지 찬반 선호·····29

2)암진단 고지 방법 선호·····34

Ⅴ. 논의·····37

Ⅵ. 결론 및 제언·····47

참고문헌·····50

부록·····60

Abstract·····73

표 목차

Table 1. General characteristics of the cancer patients ····· 26

Table 2. General characteristics of the health care professionals ····· 28

Table 3. Preference of young- and middle- aged adults with cancer, physicians, and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - pros and cons ····· 29

Table 4. The main reason for disclosing of cancer diagnosis to young- and middle- aged adults with cancer ····· 30

Table 5. Preference of older adults with cancer, physicians, and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - pros and cons ····· 31

Table 6. The main reason for disclosing of cancer diagnosis to older adults with cancer ····· 32

Table 7. The main reason for not-disclosing of cancer diagnosis to older adults with cancer ····· 33

Table 8. Preference of young- and middle- aged adults with cancer, physicians, and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - method of disclosure ····· 35

Table 9. Preference of older adults, physicians, and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - method of disclosure ····· 36

Ⅰ. 서론

1. 연구의 필요성

고령화는 세계 각국에서 나타나는 현상으로 그 정도나 속도는 나라마다 차이가 있다. 한국의 노령화 지수는 212.1%로 다른 나라들에 비해서 고령화가 빠르게 진행되고 있으며 앞으로도 빠르게 진행될 것으로 예측된다(국가통계포털, 2017). 그리고, 국내 암 발생자수는 암 등록 사업을 시작한 1999년 인구 10만명당 214.2명에서 2013년 445.7명으로 연평균 3.3%씩 증가가 관찰된다(국가 암 정보센터, 2016). 이러한 한국의 빠른 고령화 진행과 고령 인구에서의 높은 암 발생률을 고려할 때 한국에서 암 발생률이 증가하는 것은 예견되는 결과이다. 통계청의 사망원인 통계에 의하면 2014년 전체 사망자의 28.6%가 암으로 사망하여 단일 질환 사망률 1위였다(통계청, 2015).

과거에 암은 치료될 수 없는 질병이라는 인식이 강하여 '암진단 고지'는 곧 '가까운 미래의 죽음의 선고'로 받아 들여졌기 때문에 환자 본인에게 암진단 사실을 알리지 않는 예가 많았다. 이는 암진단의 고지로 암환자가 정신적으로 큰 충격을 받거나 치료를 포기하고 삶의 의지를 잃을까 하는 걱정이 주요 이유였다(Atesci et al., 2004, Surbone, 2004).

의료기술의 진보는 암의 조기 발견, 조기 진단뿐만 아니라 근치적 치료를 가능하게 하였고, 5년 생존율이 1993-1995년 41.2%에서 2009-2013년 69.4%로 높아짐에 따라 암환자 3명중 2명 이상이 5년 이상 생존할 것으로 추정되는 되는 바(국가 암 정보센터, 2016), 이제 암은 죽는 질병보다는 가지고 살면서 cure를 목적으로 care를 함께 해야 하는 만성질환

으로 인식이 변하고 있다. 지속적인 치료를 위해서 암환자는 자신의 질병에 대해 정확하게 인지해야하고, 인지과정에서 암진단 고지의 중요성이 더욱 높아지고 있다(Hileman & Lackey, 1990).

환자의 인권 존중 측면에서 환자의 알 권리, 자기 결정권 등의 자율성에 대한 인식이 증가되면서 의료 서비스를 제공하는 의료인보다 서비스를 제공받는 환자 중심으로 의료시스템이 변모하고 있다. 의학의 발전으로 다양한 치료 방법이 개발되었고 의료인의 설명에 근거하여 환자가 본인의 가치관에 따라 치료 여부, 치료 방법 등을 결정함으로써 적극적으로 치료에 참여하는 경우가 많아졌다(Racnkin et al., 2008). 이는 일반적인 암환자뿐만 아니라, 예후가 나쁜 말기 암환자나 치료에 대한 선택의 폭이 좁은 노인 암환자에서도 '웰빙(well-being)'만큼 '웰다잉(well-dying)'이 삶의 질 측면에서 중요하게 인식되면서 암진단 고지 여부와 고지 방법에 대한 국내·외 연구가 이루어 졌다.

암진단 고지 선호에 대한 국내·외의 다양한 연구에서 암진단 고지는 단순한 문제가 아닌 개인의 수용능력과 환자 개인의 인생관, 종교, 환경 등 여러 요소와 연관되어 있으며, 문화는 개인의 가치관에 영향을 주기 때문에 각 문화에 적합한 암진단 고지에 대한 연구가 선행되어야 한다고 제언하였다(Ishikawa et al., 2002 ; Salem, 2013 ; Abazari, Taleghani and Ehsani, 2016). 이러한 암진단 고지 선호에 대한 연구의 결과물을 근거로 각국의 문화에 적합한 가이드라인의 필요성과 중요성을 강조하였고, 미국의 'SPIKES' protocol을 비롯한 영국, 호주, 일본, 인도등이 가이드라인을 제시하였다. 그리고 의료인 개인의 경험과 재량권에 의해서가 아니라 암진단 고지 과정을 이해한 후 선행 연구와 가이드라인을 토대로 암진단 고지를 수행해야 할 필요가 있음을 제언하고 있다(Baile WF et al., 2000).

결국, 국내에서도 암환자 진단 고지에 대한 연구가 선행되어야 한국 문화에 맞는 가이드라인을 만들 수 있음을 시사한다. 그러나, 국내에서는 아직 가족 공동체적 문화와 책임감을 중요시하는 문화적 특성 때문에 암환자와 암환자 가족에 대한 연구가 많은데 반해, 암진단 고지 과정에 제일 중요한 암환자와 의료인을 대상으로 암진단 고지에 대한 선호 차이를 분석한 연구가 많지 않다. 또한 고령화로 인한 노인 차별주의(ageism)가 의료현장에서도 빈번하게 발생함을 인지하고 있으나(Locatelli et al., 2013 ; Lim et al., 2016), 노인 암환자와 노인 암환자에 대한 의료인의 선호 차이를 비교한 연구가 없다.

이에 본 연구자는 경기도에 위치한 암전문 병원에서 암치료를 받고 있는 암환자와 암전문 병원에 근무하는 의료인의 암진단 고지 선호를 비교하되, 암환자를 청장년 암환자, 노인 암환자로 나누어 청장년 암환자와 의료인의 선호, 노인 암환자와 의료인의 선호를 각각 비교, 분석하는 연구를 시행하였다. 암환자와 의료인의 암진단 고지에 대한 선호를 비교, 분석함으로써 향후 암진단을 받을 암환자와 암진단을 고지해야 하는 의료인을 위한 기초 자료가 될 수 있기를 기대한다.

2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 암진단 고지에 대한 암환자(청장년, 노인)와 의료인(의사, 간호사)의 선호를 조사, 비교하는 것으로 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

1) 암환자와 의료인의 암진단 고지 찬반에 대한 선호를 조사, 비교한다.
 (1) 청장년 암환자 본인, 청장년 암환자 대상 의사와 간호사의 암진단 고지 찬반에 대한 선호를 조사, 비교한다.
 (2) 노인 암환자 본인, 노인 암환자 대상 의사와 간호사의 암진단 고지 찬반에 대한 선호를 조사, 비교한다.

2) 암환자와 의료인의 암진단 고지 방법에 대한 선호를 조사, 비교한다.
 (1) 청장년 암환자 본인, 청장년 암환자 대상 의사와 간호사의 암진단 고지 방법에 대한 선호를 조사, 비교한다.
 (2) 노인 암환자 본인, 노인 암환자 대상 의사와 간호사의 암진단 고지 방법에 대한 선호를 조사, 비교한다.

Ⅱ. 문헌 고찰

1. 암진단 고지 과정

암환자에게 나쁜 소식을 전달하는 것은 그 자체가 암환자의 인생을 바꾸는 사건으로, 이 과정에서 의료인이 적절하게 구조화되고 조율된 소통을 제공함으로써 환자에게 긍정적인 치료 효과를 만들 수 있다. 암환자에게 전달해야하는 나쁜 소식은 암진단, 암재발 진단, 완화의료 단계로의 진행 등에 대한 고지가 주를 이루며 그 중 암진단 고지는 암환자와 의료인 모두가 가장 빈번하게 접해야하는 나쁜 소식의 한 형태이다. 암환자들에게 이 소식을 부드럽고 치료적인 방법으로 전달하는 것은 암을 치료하는 의료인들에게 중요하고 어려운 과제이다(Narayana, Bista and Koshy, 2010).

이 치료적 고지 과정에서의 목표는 암환자가 어디까지 알고 있는 지와 암환자의 요구도, 선호를 파악하여, 고지과정에서 구조화된 정보와 적절한 정서적 지지를 제공하여 암환자와 합리적 치료계획을 세우는 것이다(Baile WF et al., 2000). 이를 위해서 암환자 개인의 요구와 선호를 파악하는 것이 중요하기 때문에, 암환자의 암진단 고지와 나쁜 소식 전달과정에서의 선호와 가이드라인에 대한 다양한 연구가 이루어졌다. 미국(Cassileth et al., 1980 ; Lind et al., 1989 ; Sardell and Trierweil, 1993 ; Parker et al., 2001 ; Azu et al., 2007), 영국(Fallowfield et al., 1955 ; Meredith et al., 1996 ; Randall and Wearn, 2005 ; Cox et al., 2006), 오스트레일리아(Butow et al.,1996 ; Schofield et al., 2001), 캐나

다(Davison et al., 2004), 벨기에(Deschepper et al., 2008), 일본(Fujimori et al. 2005 ; Fujimori et al., .2007), 타이완(Tang and Lee, 2004 ; Tang et al., 2006), 싱가포르(Cox et al., 2006), 인도(Narayanan, Bista and Koshy, 2010), 한국(노흥태, 1993 ; 전승아, 1996 ; 박진노, 2004 ; 한금령, 2006 ; 전인희, 2013)등에서 반복적 연구가 진행되었다.

이러한 다양한 연구를 기초로 만들어진 가이드라인은 일본의 '암진단 고지 권고 지침' (1996)을 기반으로 발전시킨 'SHARE' protocol, 미국의 'SPIKES' protocol (Baile WF et al., 2000), 인도의 'BREAKS' protocol (Narayanan, Bista and Koshy, 2010), 호주의 'ABCDE' model등이 대표적이다. 가장 보편적으로 사용되어지는 미국의 'SPIKES' protocol은 S(setting), P(perception), I(invitation or information), K(knowledge), E(empathy), S(summarize or strategize)의 6단계로 구조화되어 있다. S(setting)은 고지자인 의료인이 환자의 면담에 집중하고 있으며 암환자가 편안하고 프라이버시를 존중받고 있다고 느낌을 주도록 환경을 제어하는 기초단계이고, P(perception)는 암환자의 상황을 파악하고 의료 정보를 어디까지 알고 있는지, 그리고 환자의 의료적, 사회적 처한 상황을 파악함으로써 고지과정을 어떻게 풀어갈지를 결정하는 단계이다. I(invitation or information)단계에서 암환자와 면담을 하면서 환자의 정보요구도, 선호하는 정보 제공방법 등을 파악한 후 K(knowledge)단계에서 암환자와 가족에게 정보를 제공한다. E(empathy)단계에서는 나쁜 소식에 대한 고지를 받은 후 암환자와 보호자가 힘든 고지 내용을 받아들이고 적절한 결정과 치료 방향을 설정할 수 있도록 그들을 정서적으로 지지하는 단계이고, 나쁜 소식을 들은 암환자에게 간호사가 정서적 지지를 하는 방법으로는 naming, understanding, respecting, supporting, exploring이 있다(Back et al., 2005). 마지막 단계로 고지 내용과 치료

계획, 예상 부작용 등을 잘 이해하였는지 평가하는 S(summarize or strategize)단계이다(Kaplan, 2010).

호주의 'ABCDE' model은 A(advance preparation), B(build a therapeutic environment/relationship), C(Communicate well), D(deal with patient and family reactions), E(encourage and validate emotions)로 구성되어 있으며, 명칭만 다를 뿐 방법에 대한 기본적인 틀은 비슷하다. 인도는 본인들의 문화를 기반으로 한 연구를 통하여 인도의 암환자에게 나쁜 소식을 고지하는 과정에서는 암환자를 위한 정서적 지지가 더 중요시 되어야 한다고 판단하였다. 미국의 'SPIKES'와 호주의 'ABCDE'이 나쁜 소식 전달에만 너무 몰입하는 protocol이라 판단하여 그들만의 가이드라인인 'BREAKS' protocol을 만들었고, 'BREAKS' protocol은 B(background), R(rapport), E(explore), A(announce), K(kindling), S(summarize)로 6단계의 과정으로 인도 문화에서 중요하게 여긴 정서적 지지 측면을 강조하여 만들었다고 한다(Narayanan, Bista and Koshy, 2010).

2009년 Fujimori와 Uchitomi가 나쁜 소식을 전달하는 과정에 대한 연구를 다시 메타 분석한 연구에서 주로 이러한 연구들은 서양문화를 기반으로 이루어졌으며, 고지 과정에서 나이가 어릴수록, 여자 암환자, 교육을 많이 받은 암환자에서 더 많고, 자세한 정보를 원하였다고 한다. 그리고 동양문화에서는 가족 공동체적 문화 때문에 서양과 달리 가족과 함께 고지를 받기를 원하며 기대여명에 대한 언급을 회피하는 등의 고지 방법에서도 선호의 차이를 보였다. 선행 연구들은 암진단 고지 선호에 관한 각국의 연구 결과의 차이에 따라 가이드라인을 제시하였고, 각 문화별 특성에 적합한 가이드라인의 교육과 사용의 중요성을 강조하였다. 실제로 의사 또는 학생들에게 이러한 고지 과정에 대한 가이드라인에 대한 교육 시행하였을 때 암진단 고지 내용에 대해 더 효과적 전달을 하였다

는 긍정적이라는 결과를 나타내었다(Ladouceru et al., 2003). 한국에서도 가정의학과 임상실습 학생을 대상으로 'SPIKE' protocol을 바탕으로 교육한 실험군과 교육을 받지 않은 대조군을 대상으로 '혈액암 진단을 암 환자의 보호자에게 전달하기'를 수행한 연구가 있었다. 실험군과 대조군은 연구전 교육 경험, 성적, 나이, 성별 등에 대한 유의한 차이가 없다는 것을 사전 평가에서 검정하였고, 실험군만을 교육한 후에 가정의학과 전문의가 학생의 면담과정을 지켜보고 수행능력을 평가한 결과 교육을 받은 실험군의 의사소통 항목과 환자-의사와의 관계 항목에서 유의하게 높아, 가이드라인 사용의 효용성을 검증하고 나쁜 소식 고지과정에 대한 교육의 중요성을 강조 하였다(임선주 등, 2008).

결론적으로, 암환자의 수용 능력과 개별적 반응을 예측하고 가이드라인에 근거하여 암진단을 고지 할 것을 선행연구는 제언하고 있으나, 환자의 수용능력은 간단한 예측할 수 있는 것이 아니라, 환자의 문화, 인생관, 연령, 성격, 종교 및 주위 환경, 가정환경등 여러 요소와 관련이 있다. 그러므로 가이드라인을 만들고 교육하는 것이 암진단 고지 과정에서 중요하지만, 무엇보다도 다양한 문화에서의 암환자의 개별적인 반응을 예측하기 위한 암진단 고지 선호에 대한 문화별 연구가 선행되어야 한다(Baile WF et al., 2000).

2. 암진단 고지에 대한 선호

암진단 고지 선호를 파악하기 위한 국내·외 연구는 주로 암진단 고지에 대한 환자의 찬반과 진단 고지 방법, 진단 고지 시 정보 제공 정도와 방법, 정서적 지지를 제공하는 지를 주 내용으로 설문이나 면대면 상담으로 이루어졌다. 암진단 고지 찬반에 대한 암환자의 선호를 보면 1950년 Kelly와 Friesen의 연구에서 각 100명의 암환자와 암이 아닌 외래 환자에게 '검사결과가 암으로 판명되었을 경우 알고 싶은지'에 대한 질문에 암환자의 89명, 타 질환 환자의 82명이 진실을 알고 싶어한다는 통계자료를 처음으로 제시하였다. 그 후 1996년 Meredith 등의 연구에서도 250명의 암환자에게 '암인지 알기 원하는가'하는 질문에 4%만이 알기를 원치 않았고 72%는 꼭 알아야 하며, 24%는 아는 편이 나을 것 같다고 답변하였고 1980년 Cassileth 등, 1995년 Fallowfield 등, 2007 Fufimori and Uchitomi의 연구에서 암환자의 40%~ 98%가 암을 알기를 원하였다. 국내의 암진단을 받은 환자를 대상으로 이루어진 노홍태(1993), 전승아(1996), 박진노(2004), 한금령(2006), 전인희(2013) 등의 연구에서도 암진단 고지 찬성이 82.3% ~ 90.0%로 국내 암환자중 대다수가 암진단 고지를 원함을 알 수 있었다.

이와 비교한 암진단 고지에 대한 의료인의 찬반 선호는 1961년 Oken은 90%의 의사가 환자에게 암진단 고지를 하지 않는다고 하였고, Novack의 동일한 설문지를 이용한 연구에서 1961년에는 의사의 90%가 '암 환자에게 진단명을 말하지 않는다'하였으나 1979년에는 97%가 '진단명을 말한다'고 답변하였다. 일본 암 치료 학회 조사에서 또한 1969년 조사에 참가한 의사 16%만이 암진단을 고지하였으나 1981년 전국 임상의 중 72%가 고지에 찬성하였다고 하여(Upsion, 1981), 의사들의 암진단 고

지에 대한 태도가 시간이 지남에 따라 변화하고 있음을 확인할 수 있었다. 국내 임상 교수 156명 대상으로 한 조두영(1981)의 연구에서 18%만이 찬성을 하였으나, 노홍태(1993)의 연구에서는 간호학과 학생 96%, 개업의사 88%, 박진노(2001)의 연구에 의하면 의료진중 92%가 찬성하고 의과대학생 73.2%, 간호대학생 94%가 찬성함을 확인하였다. 이처럼 암환자와 의료인 모두 암진단 고지에 대한 일반적인 선호는 찬성하는 방향으로 모두 변하고 있음을 확인할 수 있다.

암진단 고지에 대한 찬반 이유를 살펴볼 때, 찬성하는 이유로 이희(1978)의 연구에서는 환자의 존엄성을 존중하여 환자가 자기 죽음에 대해 알고 일생을 정리할 수 있어야 하므로, 치료에 협조 하도록 할 수 있어서(윤영호 등, 1992 ; 조영숙, 2002 ; 한금령, 2006 ; 전인희, 2013), 환자는 알 권리가 있으므로(노홍태, 1993), 암의 복합적인 치료에 환자의 협조가 필요하고 숨긴 후 알려졌을 때 불신을 당하기 때문에 알리는 것이 바람직하다고 하였다(김로경, 1981). 암진단 고지에 대한 반대는 그저 알고 싶지 않아서, 환자의 정신적 충격 유발을 걱정해서(Atesci et al., 2004), 의료인도 암진단 고지라는 힘든 과정을 기피하므로(Surbone, 2004), 가족이 고지를 원치 않아서(Miyata et al., 2005), 가족 자신이 죽음에 대한 태도와 의사소통 방법을 모르기 때문에(박연옥, 2008), 가이드라인과 연구의 부족(Vande-Kieft, 2001) 등을 이유로 여전히 암환자와 의료인이 암진단 고지에 대해 반대 하는 견해가 있다.

Forester, Kornfeld and Fless(1978)는 방사선조사 치료를 받는 200명의 암환자를 대상으로 3회에 걸친 심리검사 설문을 시행한 결과 병명을 아는 환자군보다 '내 진단명을 모른다'거나 '나는 암이 아니다'라고 부정한 환자군에서 우울, 불안 정도가 심하다는 통계 결과가 있었다. 반대로, Kim 등(2013)의 연구에서 암환자 중 자신의 예후를 모르는 환자의 삶의

질과 생존 일수가 예후를 아는 환자에 비해 월등이 높다는 상반되는 결과를 보여 암진단 고지 여부를 결정할때 신중할 필요가 있음을 제언하였다. 실제로 Ozdogan 등(2004)의 150명의 암환자 가족을 대상으로 한 연구에서는 66%가 암진단 고지를 원하지 않았고 2004년 Surbone의 연구에서는 암환자의 50% 정도가 자신의 질병에 대한 병식이 없었고 14.5%만이 의사로부터 모든 정보를 받았다고 진술하였다. 허대석(2009)의 연구에서 임종이 임박한 경우 자신의 상태를 정확히 아는 환자는 26%에 불과하며 이는 말기에는 주로 가족만이 알고 얘기해 주지 않기 때문이라고 하였다. 암환자와 암환자 가족의 암진단 고지 선호 차이를 확인한 연구를 보면, 암환자의 찬성률과 보호자의 찬성률은 각각 85.4%, 52.1%로 암환자 가족의 고지 찬성률이 현저히 낮음을 알 수 있다(조영숙, 2001).

암환자와 암환자 가족의 암진단 고지 선호는 찬반에 대한 선호의 차이뿐만 아니라 암환자에게 암진단을 고지 할 때, 누가, 누구에게, 언제, 어떻게 고지를 하는가 하는 암진단 고지 방법에도 선호 차이가 있음을 알 수 있다. 국내 암진단 고지 방법에 대한 암환자의 선호 연구를 살펴보면 노홍태(1993)의 연구에서는 환자의 28%가 의사를 진단 고지자로 선호하는데 반해 간호학과 학생은 가족이 51.7%로 높았다. 윤영호 등(1992)의 연구에서 암진단 고지를 찬성한 암환자의 87%가 암진단 고지 대상자로 62%가 가족에게 먼저, 15%가 가족과 환자에게 동시에 알려주고 단 22%만이 환자 본인에게 먼저 암진단 고지를 해주기를 원하였고 실제로도 대상자의 80%가 의사에게 진단 고지를 받기를 원했으나 30%가 의료인이 아닌 보호자를 통해 암진단을 고지 받았다고 하여 암 진단 고지자에 대한 선호의 차이를 확인하였다.

암진단 고시 시기와 고지시 정보 제공방법에 대한 암환자의 선호 또한 암진단 직후에 60%, 치료 시작전 25%, 정보 제공 방법은 42.5%가 진

단 즉시 모두, 35%가 몇 단계로 나누어 천천히 알기를 원하여 암환자의 선호가 다양함을 알 수 있었다. 박진노 등(2001)의 연구에서 보면 암환자는 94%가 진단 즉시, 80%가 한꺼번 알려주기를 원하는데 반해, 의료진은 68%만 진단 즉시 알리고 31.4%는 치료 시작전, 50%가 단계별로 정보를 제공함을 선호한다하여 암진단 고지시기에 대한 차이를 보였다. 일부 환자들은 암 찬성고지는 원하였으나 그 치료에 필요한 정보 중 일부만 알기를 원하기도 하고(Gongal et al., 2006), 80%이상의 많은 암환자가 암진단 고지를 찬성한 Meredith 등(1996)의 연구에서도 암진단 고지 여부 이외의 정보는 정확한 진단명 30%, 치료확률 60%, 가능한 치료방법 54%, 가능한 치료의 부작용 73%만을 원하였다. 일부 서양문화에서는 기대 여명을 알려주기 원하였으나 동양권 문화에서는 기대 여명에 대한 정보 요구도가 낮았다고 하였다(Fujimori and Uchitomi, 2009). 암진단 고지과정에서 암환자의 정보 요구 정도의 관련 요인들을 살펴볼 때, 국외 연구에서는 Cassileth 등(1980)의 연구에서는 나이가 어릴수록, 학력이 높을수록, Meredith 등(1996)은 수입이 높을수록, Parket(2001) 등은 여성에서, 학력이 높을수록 자세한 정보를 요구하였으며, Furjimori 등(2007)은 나이가 어릴수록, 학력이 높을수록, 불안정도가 높은 여성일수록, 극복하고자 하는 의지가 높을수록 더 많은 정보를 원했음을 알 수 있고, 국내 연구에서는 교육수준만이 영향 요인으로 타났다(노홍태, 1993; 조영숙, 2001). 노홍태(1993)의 연구에서 교육수준이 높을수록 암진단 고지에 찬성하는 경향이 있고, 조영숙(2001)의 연구에서도 무학과 무응답자를 제외하고 학력이 양적 상관성이 있어서 교육수준 만이 유일한 관련 요인으로 나타났다.

암진단 고지 찬반과의 관련 요인을 살펴본 연구들은 Miyata 등(2005)의 연구에서는 회복가능성 유무, 결혼 유무가 관련 요인이었으며, 회복

가능성 없으면 암진단 고지를 하지 않고 미혼이면 암진단 고지를 해줘야 한다고 하였다. 한금령(2006)의 연구에서는 40세 미만의 암환자보다 40세 이상의 암환자에서 암진단 고지 찬성률이 유의하게 높았으나, 전인희(2013)의 연구에서 연령이 관련 요인으로 나이가 어릴수록 암진단 고지를 원해 반대되는 결과를 나타내었다. 암환자의 암 고지 여부 찬성률은 대체로 높지만 노인이거나 학력이 낮으면 암 고지를 원치 않을 수도 있으며 병기가 초기이고 예후가 좋은 경우에만 듣고 싶어 하는 경우가 많다고 한다(Kaplowitz et al., 2002; Pardon et at., 2011). 이는 암진단이 말기이거나 암환자가 고령인 경우 일반적인 암진단 고지와 다른 시각을 가질 수 있음을 시사한다.

다양한 암환자의 암진단 고지에 대한 선호를 파악하고 또한 암환자와 의료인 사이에 암진단 고지에 대한 선호 차이를 줄이기 위한 연구가 필요하며, 이러한 연구를 기초로 만든 가이드라인을 반복 교육을 함으로써, 암진단 고지를 의료인 개인의 경험과 재량권으로 용인 할 것이 아니라 가이드라인에 근거를 두고 암진단 고지를 진행 할 필요가 있음을 제언하고 있다. 이에 본 연구자는 암진단 고지에 대한 암환자와 의료인의 선호를 파악하고, 암환자와 의료인간의 선호를 비교함으로써 암진단 고지 과정에서 발생하는 암환자와 의료인간의 선호의 괴리를 줄이고자 본 연구를 진행하고자 한다.

3. 노인 환자에 대한 차별

노인은 젊은 사람들과 달리 노인이라는 이유만으로도 사회가 부정적인 낙인을 만들고, 노인으로 하여금 이를 수용하게 만들어 자신을 무능하고 쓸모없는 인간으로 인식하게 만드는 경향이 있다. 그리고 이는 노인의 자아정체감이나 자기 효능감을 떨어뜨려, 결국에는 노인의 건강상태와 수명에도 부정적인 영향을 미친다(Williams PW, 2009). 이는 의료환경에서도 빈번하게 발생한다. 환자의 치료방침은 환자의 기능 상태나 자율적 의지에 의해 결정되어야하나, 연령에 근거하여 노인환자를 소극적으로 치료하는 의학적 차별이 그 대표적인 예이다(Lim et al., 2016). 이러한 노인에 대한 부정적인 태도나 노인이라는 이유로 부당하게 행해지는 차별행위는 노인 차별주의(ageism)의 한 형태이다(Palmore, 1999).

Pang 등(2013)의 연구에서 57명의 의사들에게 노인 암환자를 대상으로 치료를 결정할 때 가장 중요하게 고려하는 한 가지 요인을 질문하였을 때, 53%가 '신체적 상태(performance status)', 23% '암종류(type of cancer)', 11% '환자의 의견', 5%만이 '연령'이라고 대답하여 암환자의 치료를 결정하는 데 있어 연령의 중요한 요소가 아님을 알 수 있었다. 그러나, '연령에 따라 치료를 적게 하는 경향이 있습니까?'라는 질문에 72%가 그러하다고 답하였다 하여 실제로 노인 암환자에서 의학적 차별이 일어나고 있다는 것을 확인할 수 있었다(Pang et al., 2013). 또한 한국의 Kim(2013)의 연구에서도 노인인구 중 43.1% 는 자신의 병을 의사나 간호사가 나이로 이한 것으로 간주해버리는 경험을 당하였고, 10.5%는 노인의 나이로 인해 치료를 거절당한 경험이 있다고 한다.

노인 암환자에 대한 암진단 고지율을 살펴보면, 1994년 사이다마현 암센터의 조사에 의하면 암진단 고지율이 76%로 높았으나 연령별 고지

율을 비교할 때 10대 암환자 대상 암진단 고지율 100%인데 반해 80대 암환자 대상 고지율이 44%로 현저히 감소하였다. Kawakami 등(2006)의 연구에서 65세~93세 노인 암환자를 대상의 연구에서 노인 암환자 24%가 본인이 암환자임을 인지하지 못하고 있었다. 이렇게 노인 암환자에게 암진단 고지율이 현저히 감소하는 것과는 반대로 40세 미만의 암환자보다 40세 이상의 암환자에서 암진단 고지 찬성률이 유의하게 높았다는 국내 연구도 있어(한금령, 2006), 노인에 대한 암진단 고지 찬반에 대해서 암환자가 원하는 고지 선호와 의료인이 인식하는 고지 선호가 차이가 있을 수 있음을 알 수 있다.

암진단 고지 방법에서도 연령에 따른 차별은 이루어지고 있는데, Pang 등(2013)의 연구에서 젊은 암환자에게는 61%의 의사가 암환자에게 직접 알려주는데 반해, 암환자가 노인인 경우에는 의사 중 단 9%만이 환자에게 직접 암진단을 알려주었고 나머지 의사는 가족의 의견에 따라 알려주겠다고 답하였다. 그리고, Locatelli 등(2013)의 연구에서도 의사의 84%가 노인 암환자를 대상으로 암진단 고지시 환자와 의사소통을 위해 가족의 동행을 선호하고, 44%는 환자에게 암진단 고지를 반대하는 가족의 요구를 받으며 60%는 환자의 감정적 고통을 걱정하여 가족의 요구를 들어준다고 답하였다. 국내 Lim 등(2016)의 연구에 참여한 274명의 의사 중 암환자가 노인일 때, 8.4%만이 암진단 고지를 직접 이야기 하고, 71.2%는 배우자나 자녀에게 먼저 이야기한 후 노인에게 이야기하며, 18.6%는 가족들에게 고지를 한후 가족이 환자에게 알리도록 하여, 환자가 가족보다 암진단 사실을 늦게 아는 경우는 89.8%나 되었다. 그리고 의사는 가족이 암 진단 고지를 환자에게 하지 말아달라는 요청을 따르기도 하였다.

암진단 고지 후 향후 암치료에 대한 설명과정에서도 의사의 암 치료

방법과 치료 과정, 부작용, 예후, 치료비 4가지 항목을 설명하는 정도를 점수화하여 비교한 결과, 중년의 암환자보다 노인 암환자에게 4가지 항목 모두를 적게 설명하는 것으로 드러났다(Lim et al., 2016). 이렇게 의사가 노인 암환자에게 암진단 고지를 반대하거나 암진단 고지 과정에서 차별을 두는 이유는 한 이유로, '노인 암환자는 이해력이 부족하기 때문에' 또는 '가족이 암진단 고지를 원하지 않으므로' 등(Kawakami et al., 2001), 노인은 인지기능과 신체기능이 저하되었다는 고정관념 때문에(Lim et al., 2016), 환자가 겪을 감정적 고통을 걱정하여(Locatelli et al., 2013) 등이 이었다.

이에 대해 Silay 등(2015)은 70명의 노인 암환자를 대상으로 암진단 인지와 우울증과의 연관성을 비교하였을 때, 암진단을 알고 있는 군과 모르고 있는 군의 노인 암환자 우울증은 차이가 없다는 결과를 도출하였다. 그렇기 때문에, 사회적 통념상 노인 암환자의 정신적 스트레스를 고려하여 노인 암환자에게 암진단을 숨기기보다는 환자와 소통하고 환자의 자율성을 존중하여 자기 결정을 할 수 있도록 도와주도록 해야 하며, 이에 대한 다른 문화에서의 연구를 제언하였다(Silay et al., 2015). 그리고, Kawakami 등(2001)은 노인 암환자도 젊은 암환자와 동일하게 질병에 관한 자신의 의사결정 과정에 참여할 수 있는 권리를 가지고 있으므로, 노인 암환자에게도 암진단 고지를 해야한다고 제언하였으며(Kawakami et al., 2001), Locatelli 등(2013)은 oncologist들은 노인 암환자와 소통하기 위해 사회문화적 요구를 이해하고 노인 암환자와 의사소통 기술을 배워야함을 제언하였다.

세계적으로 급격한 고령화가 진행되고 평균 수명이 길어짐에 따라 노인 차별 주의에 대한 긍정적, 부정적 단면에 대한 추상적인 논의부터 연령기준으로 65세라는 기준이 적절한 것인지에 대한 구체적인 논의도 함께 진행되고 있다(정경희, 2011). 노인 연령기준에 대하여 갖고 있는 태

도를 살펴보면 노인은 본인의 연령이 높을수록 '노인'이라고 인식하는 연령 또한 높아, 고령자일수록 70세 이상이 노인이라고 인식하는 비율이 높았다. 이에 대한 노인회는 한국에서도 노인연령을 상향해야 한다는 논의 후 2015년 만장일치로 통과시켰다. 노인이 아닌 일반인의 노인 연령에 대한 인식을 볼 때 1994년에는 '64세 이상'이 노인이라는 응답이 45.6%로 가장 많은 응답률을 보였으나, 2008년에는 '64세 이상'이라는 응답률은 7.6%에 불과하였고, '70세 이상'이라는 응답률이 68.3%로 1994년과는 뚜렷하게 대조되는 경향을 나타내었다(정경희, 2011). 그리고 가정의학과 의사인 Lee와 Joe는 '노인 정신 의학적 관점에서 본 노인 연령 기준'을 70세로 보았고, 그 이유는 뇌기능은 40대, 50대에 최고에 달한 후 조금씩 떨어지기는 하지만 70세까지는 성인의 뇌 용량과 인지 기능이 유지가 되므로, 뇌기능을 고려할 때 노인 연령을 65세에서 70세로 조정해야한다고 하였다.

대표적인 초고령 국가인 일본은 노인 연령을 65세에서 75세로 상향 조정을 고려하고 있고, 한국 또한 65세에서 70세로의 상향 조정을 고려하고 있다. 그러나 이러한 문제는 단순히 연령 조정 문제로 끝나는 것이 아니라, 노인에 대한 보건복지 문제로 이어져 노인의 빈곤 문제를 더 악화 시킬 수 있다는 우려로 정책적으로 받아들여지고 있지 않다. 그러나 노인에 대한 인지적, 의학적 측면의 연구는 70세를 기준으로 하는 경우가 많다(Kennedy, et al., 2016 ; Jaber et al., 2016 ; Park, 2015). 이러한 노인 연령 상향에 대한 근거를 기반으로 하여 본 연구자는 청장년 암환자와 노인 암환자를 70세를 기준으로 구분하여 암진단 고지에 대한 선호를 각각 조사, 분석하였다. 본 연구를 통하여 청장년 암환자가 대상일 때, 노인 암환자가 대상일 때 암환자와 의료인의 선호의 차이를 분석할 뿐만 아니라, 실제 암진단 고지 과정에서 노인에 대한 차별 여부를 함께 평가하고자 하였다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 암진단 고지에 대한 암환자(청장년, 노인)와 의료인(의사, 간호사)의 선호를 조사, 비교하는 횡단적 서술적 조사 연구이다.

2. 연구 대상

1) 암환자

본 연구의 대상자는 경기도 소재 암전문 병원에 입원중인 청장년 암환자, 노인 암환자 대상으로 연구에 대한 설명 후 참여 의사를 밝힌 병동을 대상으로 진행하였다. 암전문 병원은 암 종류별로 병동이 분류되어 있고, 그 중 3개의 센터(폐암센터, 간암.췌담도암 센터, 대장암센터)를 대상으로 하였다. 각 센터는 한 개의 외과, 내과 병동으로 나누어져 있서, 총 6개 병동의 암환자가 참여하였다. 각 병동의 평균 암환자수는 35-40명으로 6개 병동에 약 210-240명의 암환자가 입원하고 있으며, 각 병동 입원중인 암환자에게 본 연구에 대한 안내 후 자료 수집기간 동안 참여 의사를 밝힌 대상자에 한해 연구를 진행하였다.

연구기간 동안 참여 의사를 밝힌 암환자는 총 140명으로 회수된 설문지중 불완전한 응답지인 19부를 제외하고 총 121부를 분석하였고, G power 3.1 프로그램을 이용하여 Chi square test, 유의수준 α=.05, 중간 효과크기 ω=.30으로 post hoc test했을 때 검정력(1-β)=.70 이 도출되었다.

구체적인 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

(1) 18세 이상의 성인 암환자

(2) 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 참여에 동의한 자

(3) 의식이 명료하고 의사소통에 장애가 없으며 국문 해독이 가능한 자

2) 의료인

본 연구의 대상자중 의료인은 경기도 소재 암전문 병원에 근무중인 의사, 간호사를 대상으로 하였다. 본 연구는 암진단 고지에 대한 선호를 비교, 분석하는 연구로, 암종류에 따른 외생변수의 영향을 줄이고자, 연구 대상 의료인도 암환자와 동일하게 6개 병동과 내.외과 중환자실을 포함한 8개 병동에서 근무하는 의사와 간호사를 대상으로 하였다.

본 연구의 목적을 고려하였을 때 암전문 병원에서의 임상경험이 중요하다 판단되어, 암 전문병원에서 1년 이상의 경력자만을 대상으로 하였다. 총 임상 경력이 1년 미만인 수련의와 신규 간호사, 암전문 병원 경력이 1년 미만인 의사와 간호사를 제외하고 연구를 진행하였다. 연구시점에서 연구 대상 8개 병동의 의사 중 수련의를 제외하고 약 90명, 간호사 중 신규 간호사를 제외하고 약 140명으로, 연구에 대한 설명후 참여 의사를 밝힌 의사 60명, 간호사 120명에게 설문조사를 하였다.

회수된 설문지중 암전문 병원에서의 경력이 1년 미만이거나 불완전한 응답을 한 의사 7명, 간호사 12명의 탈락자를 제외하고 총 161부를 분석하였고, 구체적인 대상자 선정 기준은 다음과 같다.

(1) 총 임상경력이 1년 이상인 의료인

(2) 암전문 병원에서 1년 이상의 근무경력이 있는 의료인

(3) 본 연구의 목적을 이해하고 자발적으로 참여에 동의한 자

(4) 의식이 명료하고 의사소통에 장애가 없으며 국문 해독이 가능한 자

3. 연구 도구

본 연구에 사용된 설문지는 두 종류이다.

암환자 대상 설문지는 일반적 특성, 질병관련 특성, 암진단 고지에 대한 선호에 대한 질문이 포함되었다.

의료인 대상 설문지는 일반적 특성, 암진단 고지관련 교육 경험, 암진단 고지에 대한 선호(청장년 암환자 대상, 노인 암환자 대상)에 대한 질문이 포함되었다.

1) 일반적 특성

(1) 암환자의 일반적 특성과 질병관련 특성

선행 연구에서 암진단 고지 선호와 관련 있는 요인을 참고하여, 연구 대상자의 나이, 성별, 결혼 상태, 가족과 동거 유무, 종교, 교육수준, 직업 유무, 수입 유무, 인지한 경제 수준 등의 일반적 특성과 진단명, 진단후 경과시기, 진료과, 병기 등의 질병관련 특성을 포함하여 구성하였다.

(2) 의료인의 일반적 특성

연구 대상자의 나이, 성별, 결혼 상태, 종교, 교육수준 포함하여, 직군(의사, 간호사), 총 임상 경력, 총 암 전문 병원 경력, 근무 부서, 암진단 고지 빈도, 암진단 고지관련 교육 경험으로 구성하였다.

2) 암진단 고지에 대한 선호

박진노 등(2004)이 완성한 설문지를 수정, 보완 후 최종 문항은 연구자와 의학 박사 1인, 간호학 박사 1인이 각각 문항에 대한 타당성을 확인한 후 사용하였다. 암진단 선호에 대한 선택 문항은 최근 암환자의 선

호 변화에 따라 수정, 보완하였으며, 청장년, 노인 암환자의 연령 구분은 고령화로 인해 제기된 노인 연령 상한에 대한 사회적 인식, 노인 인지기능에 대한 의학적 연구를 근거로 70세로 상향, 수정하였다.

암진단 고지 찬반에 대한 선호와 찬반 이유, 암진단 고지 방법에 대한 선호관련 항목으로 암진단 고지자, 암진단 고지 대상자, 암진단 고지 시기, 암진단 고지시 정보 제공 방법을 포함한 총 5가지로 구성되어있다. 청장년 암환자, 노인 암환자에게 암진단 고지 선호에 대해 한번 질문하였고, 의료인에게는 동일한 항목을 암환자가 청장년일 때, 노인일 때로 나누어 두 번 질문하였다.

4. 자료 수집 방법

자료 수집은 경기도 소재 암 전문 병원에서 이루어 졌으며, 자료 수집 기관의 의생명 연구윤리 심의위원회의 심의를 받고 승인 후 자료 수집을 시행하였다. 자료 수집 기간인 2017년 2월 2일부터 2017년 4월 14일 사이, 경기도 소재 암전문 병원에서 암으로 진단받고 입원, 치료중인 암환자와 암전문 병원에서 근무중인 의료인중 연구에 대한 설명을 듣고 자료 수집 기간 동안 자발적 참여 의사를 밝힌 대상자를 개별적으로 방문, 연구의 목적과 의미를 포함한 연구동의서 내용을 충분히 설명한 후 서면 연구동의서를 받았다.

암환자 대상 설문조사는 대면 설명후 직접 작성하도록 하였고, 의료인은 설문지에 대한 설명후 배포하여 직접 작성하여 연구자가 수거하는 방식으로 진행하였다.자료 수집을 담당한 연구원은 연구자 본인 외에 간호학을 전공한 연구 보조자 1인을 포함하여 총 2인이며, 연구자는 연구와 설문지에 대한 정확한 이해와 자료 수집을 위하여 연구보조자에게 충분한 사전 교육을 실시하였다. 본 설문지 작성 소요시간은 10분 이내였으며, 자기기입식 설문 조사로 연구 대상자 본인이 직접 작성하는 것을 원칙으로 하였으나, 암환자 중 노안 등의 시력장애가 있는 경우 연구원이 설문지 내용을 읽어주고 노인 대상자가 문항에 답변하면 이를 연구원이 기입하는 방식으로 진행하였다.

5. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 22.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 구체적인 분석 방법은 다음과 같다.

1) 연구 대상자의 일반적 특성은 각각의 평균과 표준 편차, 또는 빈도와 백분율로 기술하였다.
2) 암환자, 의사, 간호사의 암진단 고지 찬반 선호는 빈도와 백분율로 기술한 후 암환자, 의사와 간호사의 선호 차이는 Chi square test로 분석하였다.
3) 암환자, 의사, 간호사의 암진단 고지 방법 선호는 빈도와 백분율로 기술한 후 암환자, 의사와 간호사의 선호 차이는 Chi square test로 분석하였다.

6. 연구에 대한 윤리적 고려

자료 수집 기관의 의생명 연구윤리 심의위원회의 심의(IRB NO. NCC2017-0036)를 받고 승인 후 자료 수집을 시행하였다. 경기도 소재 암 전문 병원에서 암으로 진단받고 입원, 치료중인 암환자와 의료인에게 연구의 목적과 의미를 포함한 연구동의서 내용을 충분히 설명하고 자발적 참여 의사를 밝힌 대상자에게 서면 연구동의서를 받은 후 설문 조사를 진행하였다. 연구 동의서에 대한 설명은 연구 동의서에 근거하여 연구에 참여하지 않을 자유가 있고, 연구에 참여하는 경우 연구에 대한 어떠한 금전적 보상이나 대가가 없으며, 연구에 참여하지 않은 경우에도 아무런 불이익이 없다는 것을 사전에 설명하였다.

개인 정보 보호 차원에서 성명이외에 어떠한 개인 식별 정보도 포함하고 있지 않으며, 연구대상자의 정보를 보호하기 위해 대상자의 성명이 기재된 동의서는 질문지와 즉시 분리하여 따로 보관하였다. 설문지의 정보는 연구 목적 외에는 사용하지 않을 것이며, 연구결과가 도출되고 연구가 끝나는 시점에서 밀봉하여 보관하고 생명윤리법 15조 4.2항에 의거하여 3년 보관한 후 폐기할 것이다.

Ⅳ. 연구 결과

1. 연구 대상자의 일반적 특성

1) 암환자

본 연구 대상자중 암환자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같다.

전체 대상자는 121명으로 청장년 암환자는 최소 22세에서 최고 68세 총 61명, 노인 암환자는 최소 70세에서 86세까지로 총 60명이었고, 평균 나이는 각각 57.1세, 75.4세였다. 결혼 상태 중 기혼과, 가족동거 중 가족과 함께 살고 있는 경우가 청장년, 노인 암환자에서 모두 75%이상을 차지하였고, 청장년보다 노인 암환자에서 사별과 가족과 같이 살지 않는 비율이 더 높았다. 종교별로는 두 군 모두에서 무교의 비율이 가장 높았고 기독교, 불교, 천주교 순서로 나타났다. 교육정도는 청장년에서는 고등학교 졸업과 대학교 졸업이상이 가장 많았고 중학교 졸업, 초등학교 졸업, 무학 순이었고, 노인에서는 고등학교 졸업과 무학이 동일한 수로 가장 많았고, 초등학교 졸업, 중학교 졸업, 대학교 졸업이상 순이었다. 직업의 경우는 청장년 55.7%, 노인 73.3%가 무직이었고, 수입은 청장년 49.2%, 노인 63.3%가 수입이 없었다. 인지적 경제 상태는 총 4.1%만이 상으로 답변을 하고 나머지는 중 (63.6%) 또는 하(32.2%)로 답변하였다.

환자의 진단명은 폐암 29.7%, 간암.췌담관암 29.7%, 직장.대장암 21.6%, 기타 암 19.0%이었으며, 기타암에는 식도암. 종격동암, 신장암 등이 있었다. 이중 외과 49.5%, 내과 50.4%이었고, 암진단 후 평균 경과 시기는 청장년 2.26년(0～12년), 노인 1.62년(0～11년)이었다. 환자가 인식하고 있는 암 병기는 청장년 암환자 초기～2기 50.8%, 3기～말기 49.2%, 노인 암환자 초기～2기 55.0%, 3기～말기 45.0%이었다.

Table 1> General characteristics of the cancer patients (N=121)

Characteristics	Classification	Young- and middle-aged adults (n=61)		Older adults (n=60)	
		N (%) or M±SD (MIN, MAX)			
Median age (range)		57.16 ±9.50 (22~68)		75.43±4.41(70~86)	
Gender	Male	46	75.4%	39	65.0%
	Female	15	24.6%	21	35.0%
Marital status	Not married	3	4.9%	0	0.0%
	Married	53	86.9%	43	71.7%
	Divorced	5	8.2%	2	3.3%
	Bereaved	0	0.0%	15	25.0%
Living with family	Yes	54	88.5%	47	78.3%
	No	7	11.5%	13	21.7%
Religion	Christian	11	18.0%	18	30.0%
	Catholic	8	13.1%	3	5.0%
	Buddist	8	13.1%	13	21.7%
	No religion	32	52.5%	24	40.0%
	Others	2	3.3%	2	3.3%
Education level	No education	5	8.2%	16	26.7%
	Elementary school	5	8.2%	12	20.0%
	Middle school	11	18.0%	11	18.3%
	High school	22	36.1%	16	26.7%
	College or upper	18	29.5%	5	8.3%
Employment	Have	27	44.3%	16	26.7%
	Do not have	34	55.7%	44	73.3%
Income	Have	31	50.8%	22	36.7%
	Do not have	30	49.2%	38	63.3%
Perceived economic state	Good	4	6.6%	1	1.7%
	Fair	34	55.7%	43	71.6%
	Poor	23	33.7%	16	26.7%
Diagnosis	Lung	17	27.9%	19	31.7%
	Liver, pancreas	18	29.5%	18	30.0%
	Rectum, colon	14	22.9%	12	20.0%
	Others	12	19.7%	11	18.3%
Specialty	Surgical	29	47.5%	31	51.7%
	Medical	32	52.5%	29	48.3%
Perceived cancer stage*	early ~ stage 2	30	50.8%	33	55.0%
	stage 3 ~late	30	49.2%	27	45.0%
Time since cancer diagnosis (median years)		2.26±3.21(0~12)		1.65±2.34(0~11)	

* Missing data

2) 의료인

본 연구 대상자중 의료인의 일반적 특성은 <Table 2>와 같다.

의료인 대상자는 총 161명(의사 53명, 간호사 108명)으로, 평균 나이는 의사 37.7세(26~51세), 간호사 30.2세(23~53세)였고, 의사는 남자 29명(54.7%), 여자 24명(45.3%), 간호사는 남자 2명(1.9%), 여자 106명(98.1%)이었다. 결혼 유무를 보면 의사 중 38명(71.7%)이 기혼이고 14명(26.4%)이 미혼인데 반해, 간호사는 74명(30.6%)이 미혼이고 33명(68.5%)이 기혼이었고, 이혼은 각각 한 명, 사별은 없었다. 종교는 무교가 가장 많았으며 (각각 22명(41.5%), 57명(52.8%)), 기독교(각각 14명(26.4%), 34명(31.5%)), 천주교(각각 14명(26.4%), 10명(9.3%))), 불교(각각 3명(5.7%), 7명(6.5%))) 순이었다. 교육 정도는 의사는 석사 22명(41.5%), 박사 16명(30.2%), 학사 15명(28.3%), 간호사는 학사 80명(74.1%), 석사 18명(16.7%), 전문학사 10명(9.3%) 순이었다. 임상경력은 의사, 간호사 모두 암 전문 병원 경력 1년 이상을 대상자로 선정하였기 때문에, 의사 평균 10.4년(1~27년), 간호사 평균 7.5년(1~27년)이었고 그 중 암전문 병원 경력은 각각 5.6년(1~16.2년), 6.9년(1~22년)이었다. 근무 부서는 외과의, 내과의 각 23명(43.4%)로 동일 비율, 기타 7명(13.2%)였고, 간호사는 외과 41명(38.0%), 내과 43명(39.8%), 기타 24명(22.2%)었고, 기타는 내.외과 통합병동이었다.

암진단 고지 관련 교육 수료는 의사 62.3%, 간호사 28.7%에서 이수한 경험이 있다고 하였고, 교육에 대한 경험이 없는 경우가 각각 37.7%, 71.3%였다. 암진단 고지 관련 교육 경험이 없는 의사 20명, 간호사 77명 중 암진단 고지 관련 교육 참여를 원하는 비율은 의사 90.9%, 간호사 89.6%였고, 의사 10.0%, 간호사 7.8%는 원치 않는다고 응답하였다.

Table 2> General characteristics of the health care professionals
(N=161)

Characteristics	Classification	Health care professionals			
		Physicians (n=53)		Nurses (n=108)	
		N (%) or M±SD (MIN, MAX)			
Median age (range)		37.72±6.18 (26～51)		3022 ±6.285 (23～53)	
Gender	Male	29	54.7%	2	1.9%
	Female	24	45.3%	10	98.1%
Marital status	Not married	14	26.4%	74	68.5%
	Married	38	71.7%	33	30.6%
	Divorced	1	1.9%	1	1.0%
	Bereaved	0	0.0%	0	0.0%
Religion	Christian	14	26.4%	34	31.5%
	Catholic	14	26.4%	10	9.3%
	Buddist	3	5.7%	7	6.5%
	No religion	22	41.5%	57	52.8%
	Others	0	0.0%	0	0.0%
Clinical experience (years)		10.4 ±7.03 (1～27)		7.5 ±6.40 (1～27)	
Clinical experience in oncology (years)		5.6±5.30(1～16.2)		6.9 ±5.3 (1～22)	
Specialty	Surgical	23	23.0%	41	38.0%
	Medical	23	23.0%	43	39.8%
	Others	7	7.0%	24	22.2%
Education level	College	0	0.0%	10	9.3%
	Bachelor	15	15.0%	80	74.1%
	Master	22	22.0%	18	16.7%
	Doctor	16	16.0%	0	0.0%
Educational experience related to cancer diagnosis disclosure	Not have	20	37.7%	77	71.3%
	Have	33	62.3%	31	28.7%
Need for cancer diagnosis disclosure education*	Not want	2	10.0%	6	7.8%
	Want	18	90.0%	69	89.6%

* Missing data

2. 암진단 고지 선호

1) 암진단 고지 찬반 선호

청장년 암환자(18세이상 70세 미만) 61명 전원은 '암진단 사실을 환자 본인에게 알려주는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?' 라는 질문에 '찬성한다'라고 응답하였고, '반대한다'라는 응답은 없었다. 의사 53명, 간호사 108명 또한 청장년 암환자의 경우 '암진단 사실을 환자 본인에게 알려주는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?'라는 질문에 모두 '찬성한다'라고 응답하였다(Table 3).

Table 3> Preference of young- and middle- aged adults, physicians and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - pros and cons (N=222)

Classification	Young- and middle- aged adults (n=61)		Health care professionals				
			Physicians (n=53)		Nurses (n=108)		
	n	%	n	%	n	%	
agree	61	100%	53	100%	108	100%	N/A
disagree	0	0%	0	0%	0	0%	

암진단 고지 찬성 이유는 중복응답을 허용하였으며, 청장년 암환자, 의사, 간호사에서 모두 '환자는 알권리가 있으므로'가 75%이상으로 제일 많았고 그 외에 '치료에 참여하기 위해서', '남은 인생을 더 의미있게 살기 위해서'가 있었다(Table 4).

Table 4> The main reason for disclosing of cancer diagnosis to young- and middle- aged adults with cancer (N=222)

Classification	Young- and middle-aged adults (n=61)		Health care professionals			
			Physicians (n=53)		Nurses (n=108)	
	n	%	n	%	n	%
For the patient's right to know	44	72.1%	50	94.3%	88	83.3%
To participate in the treatment	28	45.9%	27	50.9%	75	69.4%
For meaningful rest of life	27	44.3%	35	66.0%	76	70.4%
Not to conceal a cancer diagnosis from their family	4	6.6%	4	7.5%	4	3.7%
To arrange the patient's property and work	17	27.9%	8	15.1%	26	24.1%
The patient will know in the end	15	24.6%	6	1.3%	22	20.4%

* Multiple response

70세 이상의 노인 암환자를 대상으로 동일하게 '암진단 사실을 환자 본인에게 알려주는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?'라고 질문하였을 때, 노인 암환자는 총 60명중 1명(1.7%)만 암진단 고지를 반대하였다. 노인 암환자 대상으로 의사도 1명(1.9%)만이 반대하였으나, 간호사는 18명(16.7%)이 반대하여 암진단 고지 찬반 선호에서 유의한 차이를 보였다(p=.008)(Table 5).

Table 5> Preference of older adults, physicians and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - pros and cons

(N=221)

Classification	Older adults (n=60)		Health care professionals				χ^2 (p)
			Physicians (n=53)		Nurses (n=108)		
	n	%	n	%	n	%	
agree	59	98.3%	52	98.1%	90	83.3%	9.706 (.008)
disagree	1	1.7%	1	1.9%	18	16.7%	

노인 암환자 98.3%, 의사 98.1%, 간호사 83.3%가 노인 암진단 고지를 찬성한 이유도 청년 암환자에서와 동일한 이유인 '환자는 알권리가 있으므로', '치료에 참여하기 위해서', '남은 인생을 더 의미있게 살기 위해서'가 많았고, 의사, 간호사는 '남은 인생을 의미있게 살기 위해서'라는 답변이 76.9%, 83.3%로 노인 암환자 45.8%보다 많았다(Table 6).

Table 6> The main reason for disclosing of cancer diagnosis to older adults with cancer (N=201)

Classification	Older adults (n=59)		Health care professionals			
			Physicians (n=52)		Nurses (n=90)	
	n	%	n	%	n	%
For the patient's right to know	43	72.9%	43	82.7%	71	78.9%
To participate in the treatment	28	47.5%	21	40.4%	48	53.3%
For meaningful rest of life	27	45.8%	40	76.9%	75	83.3%
Not to conceal a cancer diagnosis from their family	4	6.8%	3	5.8%	4	4.4%
To arrange the patient's property and work	16	27.1%	16	30.8%	31	35.6%
The patient will know in the end	13	22.0%	7	13.5%	8	8.9%

* Multiple response

노인 암환자 1.7%와 의료인 1.9%가 노인 암환자에게 암진단 고지를 반대하는 이유는 '환자의 정신적, 심리적 충격을 줄이기 위해서'였고, 암진단 고지를 반대한 16.7%의 간호사의 88.9%도 같은 이유였고 '그 외에 치료를 포기할 수도 있으므로'가 38.9%였다(Table 7).

Table 7> The main reason for not-disclosing of cancer diagnosis to older adults with cancer (N=20)

Classification	Older adult (n=1)		Health care professionals			
			Physicians (n=1)		Nurses (n=18)	
	n	%	n	%	n	%
To minimize the patient's psychological emotional distress	1	100%	1	100%	16	88.9%
To prevent the patient from giving up on cancer treatment					1	5.6%
To prevent the patient from thinking about death					1	5.6%

* Multiple response

2) 암진단 고지 방법 선호

청장년 암환자는 '의료인'에게 암진단 고지를 듣기 원하며(96.7%), 청장년 암환자 대상으로 의사, 간호사도 '의료인'이 암진단 고지를 하는 것을 선호하였다. 가족'에게 암진단을 듣고 싶어 하는 암환자는 청장년 암환자의 3.4%, 의사의 1.9%, 간호사의 12.0%였고 청장년 암환자와 의료인간의 고지자 선호에는 유의한 차이를 보이지 않았다(p=.066). 그러나 노인 암환자 10.0%가 '가족'에게 암진단을 듣기를 원한데 비해, 노인 암환자를 대상으로 의사 34.0%, 간호사 34.3%가 '의료인'보다는 '가족'에게 고지하기를 선호하여 노인 암환자와 의료인간에 유의한 차이를 보였다(p=.001)

암진단을 처음 고지받는 대상자로 청장년 암환자는 '환자'가 직접 듣거나 '환자와 보호자 동시에' 듣기 원한다는 응답이 91.8%였고, '보호자'가 듣기를 선호하는 경우가 8.2%였으나, 의사와 간호사는 각각 15.1%, 24.1%로 환자가 참여하지 않고 '보호자'가 대신 암진단 고지받는 것을 더 선호하는 것으로 나타났다. 노인 암환자일 경우 노인 암환자도 단지 11.1%만이 '보호자'가 대신 들어주기를 원하는데 비해, 의사와 간호사 각각 26.4%, 53.7%가 '환자' 또는 '환자와 보호자 동시에' 고지하기 보다 '보호자'에게 암진단을 처음 고지하는 것을 더 선호하는 것으로 고지 대상자 선호에서 유의한 차이를 보였다(p<.001)

암환자에게 암진단을 고지하는 시기로, 청장년 암환자, 노인 암환자와 의사는 암진단 고지를 '진단 즉시' 바로 하는 것을 선호하였고 간호사도 과반수 이상에서는 그러하였으나, 청장년 암환자 대상 21.3%, 노인 암환자대상 49.1%는 '진단 즉시'가 아닌 '치료시작 전' 이나 '치료시작 이후' 진단을 알려주기를 선호하였다. 암진단 고지 과정에서 진단명, 병기, 예후, 치료계획과 방법, 부작용 등에 관련 의료 정보를 어떻게 제공받기 원하는지에 대한 답변으로 청장년 암환자, 의사, 간호사로 갈수록 '한꺼번

에 모든 것을 다 알려준다'는 답변은 적어지고, '보호자 또는 환자의 반응에 따라 조금씩 알려준다'는 답변은 많았고, 노인 암환자를 대상으로 할 때 그 차이는 더 뚜렷하게 나타났다(P<.001) (Table 8, Table 9).

Table 8> Preference of young- and middle- aged adults, physicians and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - method of disclosure (N=222)

Classification	Young- and middle-aged adults (n=61)		Health care professionals				χ^2 (p)
			Physicians (n=53)		Nurses (n=108)		
	n	%	n	%	n	%	
Disclosure**							
Physicians or nurses	59	96.6%	52	98.1%	95	88.0%	(.066)
Family	2	3.4%	1	1.9%	13	12.0%	
Participants in the first disclosure							
Patient	21	34.4%	17	32.1%	19	17.6%	11.445
Family	5	8.2%	8	15.1%	26	24.1%	(.022)
Both	35	57.4%	28	52.8%	63	58.3%	
The time of the first disclosure *							
Immediately after diagnosis	52	85.2%	50	94.3%	85	78.7%	(.052)
Before or after treatment	8	13.1%	3	5.7%	23	21.3%	
Method of cancer-related information delivery							
Notice all information at once	43	70.5%	22	41.5%	34	31.5%	
Notice all information gradually	10	16.4%	12	22.6%	31	28.7%	25.195
Notice the amount of information according to response of families or patients	8	13.1%	19	35.8%	43	39.8%	(<.001)

* Missing data ** Fisher's exact test

Table 9> Preference of older adults, physicians and nurses regarding cancer diagnosis disclosure - method of disclosure (N=221)

Classification	Older adults (n=60)		Health care professionals				χ^2 (p)
			physicians (n=53)		nurses (n=108)		
	n	%	n	%	n	%	
Disclosure							
Physicians or nurses	54	90.0%	35	66.0%	71	65.7%	12.771 (.001)
Family	6	10.0%	18	34.0%	37	34.3%	
Participants in the first disclosure							
Patient	21	35.0%	6	11.3%	4	3.7%	50.960 (<.001)
Family	7	11.7%	14	26.4%	58	53.7%	
Both	32	53.3%	33	62.3%	46	42.6%	
The time of the first disclosure *							
Immediately after diagnosis	54	90.0%	43	81.1%	55	50.9%	34.191 (<.001)
Before or after treatment	5	8.3%	10	18.9%	53	49.1%	
Method of cancer-related information delivery							
Notice all information at once	33	55.0%	11	20.8%	17	15.7%	40.390 (<.001)
Notice all information gradually	18	30.0%	16	30.2%	27	25.0%	
Notice the amount of information according to response of families or patients	9	15.0%	26	49.1%	64	59.3%	

* Missing data

Ⅴ. 논의

본 연구는 암진단 고지에 대한 암환자(청장년, 노인)와 의료인(의사, 간호사)의 선호를 조사, 비교하는 횡단적 서술적 조사 연구이다.

암진단 고지 찬반에 대한 선호를 살펴보면 다음과 같다.

암환자의 암진단 고지 찬성률은 국내 연구에서 82.3~90%(전승아, 1996 ; 한금령, 2006 ; 전인희, 2013), 국외 연구에서 40~90%(Meredith et al., 1996 ; Ozdogan et al., 2004 ; Fujimori et al., 2007)를 나타내었다. 그러나 본 연구에서 청장년 암환자의 암진단 고지 찬성률은 100%였으며, 청장년 암환자 대상으로 의사, 간호사의 고지 찬성률 또한 100%였다. 이는 암환자 본인, 암환자의 가족과 의료인들이 암진단 사실을 숨겼던 과거의 문화에서 암환자들이 자신의 암진단을 고지 받기 원하고, 의료인들 또한 암진단 고지의 필요성을 느끼며 고지를 찬성하는 방향과 시간적 흐름을 같이 한다.

선행연구에서 암진단 고지를 찬성하는 이유는 환자의 존엄성을 존중하여 환자가 자기 죽음에 대해 알고 일생을 정리할 수 있어야 하므로(이희, 1978), 치료에 협조 하도록 할 수 있어서(한금령, 2006 ; 전인희, 2013), 환자의 알 권리가 중요하므로(노홍태, 1993), 암의 복합적인 치료에 환자의 협조가 필요하고 숨긴 후 알려졌을 때 불신을 당하기 때문에 알리는 것이 바람직하다(김로경, 1981)등이었다. 본 연구에서는 '환자는 알권리가 있으므로'가 가장 높게 나타났다. 선행연구에서도 동일하게 찬성이유에 대해 중복응답을 허용하였고, 환자의 알권리가 찬성의 이유에 포함되었으나 노홍태(1993) 45.3%, 전인희(2013)의 39.0%에 비하면 상당히 높은 응답률이다. 그리고 청장년 암환자, 노인 암환자에서 뿐만 아니

라 의사와 간호사 모두에서 동일하게 가장 높은 암진단 고지 찬성 이유였다(69.4 ~ 94.3%). 이는 인권 존중에 대한 인식이 증가하면서 의료 서비스 현장에서도 환자의 알 권리와 자기 결정권이 중요시되고 의료 서비스를 제공하는 의료인보다 서비스를 제공받는 환자 중심으로 변모하는 흐름과 같이 하고 있는 것으로 보여 진다. 의학의 발전으로 다양한 암치료 방법이 개발되어 환자는 의료인의 설명을 들은 후 환자 본인의 가치관에 근거하여 치료 여부, 치료 방법 등을 결정함으로써 적극적으로 치료 계획에 참여하는 경우가 많아졌고, 본 연구에서 암고지 찬성 이유 중 '치료에 참여하기 위해서'가 청장년, 노인 암환자, 의사와 간호사에서 40% ~ 83%로 높게 나온 결과와 연관지어 생각해 볼 수 있겠다.

다른 찬성 이유 중 '남은 인생을 더 의미있게 살기 위해서' 암진단 고지를 알려줘야 한다는 청장년 암환자의 응답률 46.6%에서 노인 암환자의 응답률은 43.5%로 낮았으나, 의사, 간호사의 응답은 청장년 대상일 때 각각 66.0%, 70.4%에서 노인 암환자 대상일 때 76.9%, 83.3%로 오히려 높았다. Parmore(1999)의 연구에서 노인차별주의(ageism)는 노인에 대한 부정적인 차별의 의미뿐만 아니라 노인을 대상으로 행해지는 배려나 존중을 포함하는 것으로, 노인 암환자에게 특히, '남은 인생을 더 의미있게 살기 위해서' 라는 응답률이 높다는 것은 노인의 기대 여명을 생각한 의료인의 배려로, 긍정적인 노인 차별주의의 한 측면으로 사료된다.

그러나, 노인이라고 해서 배려의 차원으로 암진단을 고지 자체를 하지 않는 것은 다른 차원의 이야기로, 이에 대해서 우리는 노인 암환자가 진정 원하는 것이 무엇인지, 그리고 이제까지 노인 암환자에게 어떻게 고지를 해왔는지를 먼저 파악할 필요가 있다. 노인 암환자에 대한 암진단 고지율을 살펴보면, 사이다마현 암센터의 조사(1994)에 의하면 암진단 고지율이 76%로 높았으나 연령별 고지율을 비교할 때 10대 암환자 대상

암진단 고지율 100%인데 반해 80대 암환자 대상 고지율이 44%로 현저히 감소하였다. 65세-93세 노인 암환자를 대상의 연구에서 노인 암환자 24%가 본인이 암환자임을 인지하지 못하고 있어(Kawakami et al., 2001), 노인 암환자에서 암진단 고지율이 감소함을 알 수 있었다. 이렇게, 노인 암환자대상으로 의료인의 암진단 고지율이 현저히 감소하는 것과는 달리, 노인 암환자의 암진단 고지 선호에 대한 연구 결과는 반대로 40세 미만의 암환자보다 40세 이상의 암환자에서 암진단 고지 찬성률이 유의하게 높다는 연구 결과도 있어(한금령, 2006), 암환자와 의료인의 고지 찬반 선호가 다를 수 있음을 시사하는데, 본 연구에서 노인 암환자에 대해 노인 암환자 98.4%, 의사 98.1%, 간호사 83.3%가 암진단 고지를 찬성하였다. 노인 암환자 1명(1.7%), 의사 1명(1.9%), 간호사 18명(16.7%)이 노인 암환자 대상으로 암진단 고지를 알려주는 것을 반대하여 본 연구에 참여한 노인 암환자와 의료인의 선호는 유의한 차이를 보였으나(p=.008), 83.3% ~ 98.3%의 찬성률은 과거 의료인을 대상으로 한 선행연구에 비하면 아주 높은 찬성률로 노인 암환자에 대한 노인 암환자와 의료인의 인식이 찬성하는 방향으로 변화하고 있음을 알 수 있었다.

본 연구에서 노인 암환자를 대상으로 노인 암환자, 의사, 간호사가 암진단 고지를 반대하는 이유는 '환자의 정신적, 심리적 충격을 줄이기 위해서'였으며, '치료를 포기할 수도 있으므로' 38.9%, '죽음에 대한 생각을 하게하고 싶지 않아서' 16.7%였다. 선행연구에서 암진단 고지를 반대하는 이유는 노인 암환자에게는 '노인 암환자는 이해력이 부족하기 때문에' 또는 '가족이 암진단 고지를 원하지 않으므로' 등(Kawakami et al., 2001 ; Atesci et al., 2004), 노인은 인지기능과 신체기능이 저하되었다는 고정관념 때문에(Lim et al., 2016), '의료인도 암진단 고지라는 힘든 과정을 기피하므로'(Surbone, 2004), 환자가 겪을 감정적 고통을 걱정하여(Atesci

et al., 2004 ; Locatelli et al., 2013) 등이었다. 실제로 국외 Pang 등(2013), Locatelli 등(2013)과 국내 Lim 등(2016)의 연구에서 의사는 환자의 정서적 고통을 고려하여 암 진단 고지를 환자에게 하지 말아달라는 가족의 요청을 따르기도 하였다고 하였다.

이에, Silay 등(2015)은 70명의 노인 암환자를 대상으로 암진단 인지와 우울증과의 연관성을 비교하여, 암진단을 알고 있는 군과 모르고 있는 군의 노인 암환자 우울증은 차이가 없다는 결과를 도출하였다. 그러므로 사회적 통념상 노인 암환자의 정신적 스트레스를 고려하여 노인 암환자에게 암진단을 숨기기보다는 환자와 소통하고 환자의 자율성을 존중하여 자기 결정을 할수 있도록 도와주도록 해야 하며, 이에 대한 다른 문화에서의 연구를 제언하였다.

본 연구에서도 청장년 암환자와 간호사간의 암진단 고지에 대한 찬반 선호는 일치하였으나, 노인 암환자와 간호사간의 찬반 선호가 차이나는 주요 이유는 간호사가 노인 암환자의 정신적, 심리적 스트레스를 고려서 노인 암환자에게 암진단 고지를 반대하기 때문이었다. 이는 간호사가 환자의 입원부터 퇴원까지 많은 시간을 함께 보내고 환자가 정신적 스트레스 겪는 상황을 직접, 빈번하게 목격하게 되면서 생긴 노인 암환자에 대한 배려라고 생각되어진다. 그러나 간호사는 환자의 지지자, 옹호자로써의 역할을 위해 노인 암환자의 실질적인 선호를 정확히 파악하고 이해하려는 노력이 더 필요할 것으로 여겨진다.

암환자에게 암진단을 처음 알려줄 때, 고지자, 고지 대상자, 고지 시기, 고지 방법에 대한 선호를 살펴본 결과, 암환자의 65~95%가 '의사'에게 암진단 고지를 듣기를 원하였고, 본 연구에서도 청장년 암환자의 96.6%, 청장년 암환자가 대상일 때 의사, 간호사 각각 98.1%, 88.0%가 암진단 고지자로 '의료인'을 원하여, 청장년 암환자, 의사와 간호사는 암

진단 고지 과정에서 고지자에 대한 선호 차이를 보이지 않았다. 노인 암환자들도 대부분인 90.5%에서 '의료인'으로 응답하여, 단 9.5%만이 '가족'이 암진단 고지를 해주기를 원하였으나, 노인 암환자가 대상일 경우 의사 34.0%, 간호사 34.3%는 '의료인'이 아닌 '가족'이 환자에게 암진단 고지를 하는 것을 선호한다고 하여 노인 암환자, 의사와 간호사간에 유의한 차이를 보였다(p=.001)

암진단 고지대상자로 윤영호 등(1992)의 연구에서 암환자는 62% '가족에게 먼저'- 22% '환자와 보호자 동시에'-16% '환자에게 먼저' 순이었다. 본 연구에서 청장년, 노인 암환자 모두 '환자와 보호자 동시에'(각각 55.2%, 55.6%) - '환자'(각각 36.2%, 33.3%) - '보호자'(각각 8.6%, 11.1%) 순서로 암환자가 과거보다 자신의 암진단 고지를 먼저 알기를 원하였고, 이는 청장년, 노인 암환자간에 큰 차이를 보이지 않았다. 노인 암환자를 대상으로 한 의사, 간호사의 응답은 '환자와 보호자 동시에'(각각 62.3%, 42.6%) - '보호자'(각각 26.4%, 53.7%) - '환자' (각각 11.3%, 3.7%)순이었다. 그러나 노인 암환자는 단지 11.1%만 '보호자'가 대신 들어주기를 원하는데 비해, 의사와 간호사는 각각 26.4%, 53.7%로 더 많은 의료인이 '환자'보다는 '보호자'에게 암진단을 처음 고지하여 환자가 모르는 상태에서 가족에게 먼저 고지를 하는 방식을 선호하여, 노인 암환자, 의사와 간호사간에 선호의 유의한 차이를 보였다(p<.001)

윤영호 등(1992)의 연구에서는 과거 보호자에게 먼저 알려서, 환자가 충격을 덜 받고 마음의 안정을 얻을 수 있게 하거나, 보호자로 하여금 환자의 치료를 도울 수 있도록 하기 위해, 의료인들은 '보호자에게 먼저' 알려준 후 환자에게 알려준다고 답하였다. Pang 등(2013)의 연구에서 젊은 암환자에게는 61%의 의사가 암환자에게 직접 알려주는데 반해, 암환자가 노인인 경우에는 의사중 단 9%만이 환자에게 직접 암진단을 알려

주었고 Locatelli 등(2013) 연구에서도 의사의 84%가 노인 암환자를 대상으로 암진단 고지시 환자와 의사소통을 위해 가족의 동행을 선호하였다. 국내 Lim 등(2016)의 연구에 참여한 274명의 의사중 암환자가 노인일 때, 8.4%만이 암진단 고지를 직접 이야기 하고, 71.2%는 배우자나 자녀에게 먼저 이야기한 후 노인에게 이야기하며, 18.6%는 가족들에게 고지를 한 후 가족이 환자에게 알리도록 하여, 환자가 가족보다 암진단 사실을 늦게 아는 경우는 89.8%나 되었다. 본 연구에서 청장년, 노인 암환자 두군 모두가 직접 '의료인'에게, '환자와 보호자 동시에' 암진단 고지를 듣고 싶다고 답한 비율이 높게 나타는 것은 과거보다 환자 스스로의 알 권리와 자율성에 대한 인식이 증가되었다는 것을 알 수 있다. 그러나 청장년 암환자와 노인 암환자에서 고지자와 고지 대상자에 대한 선호는 크게 차이가 나지 않는 것에 비해, 아직 의료인은 노인의 암환자에게 차이를 두는 것을 알 수 있었다.

암진단 고지 시기에 대한 선호는 윤영호 등(1992), 박진노(2001)연구에서 '진단 즉시'듣기 원한다는 암환자가 각각 60%, 94%로 응답하였다. 유사한 결과로 본 연구에서도 '진단 즉시' 듣기를 선호한다는 답변이 청장년 암환자 86.2%, 의사 94.3%, 간호사 78.7%로 모두 높게 나타나 유의한 차이를 보이지 않았다($p=.053$). 노인 암환자에서 '진단 즉시' 듣기 원한다는 응답이 90.5%로 오히려 청장년 암환자보다 더 높게 나왔으나, 노인 암환자 대상으로 의사, 간호사는 각각 81.1%, 50.9%만이 '진단 즉시' 알려주기를 선호하여 노인 암환자, 의사와 간호사간에 차이를 보였다($p<.001$). 청장년 암환자보다 노인 암환자가 암에 걸렸을 때, 암진단을 더 빨리 듣고 싶어 하는 것과는 반대로, 의료인은 청장년 암환자보다 노인 암환자일 때 진단 고지를 더 늦게 하길 선호한다는 것을 알 수 있었다. 본 연구에서 의료인들은 암환자가 노인일 때, 남은 여명을 고려하여

암진단 고지를 찬성한다는 응답률이 높아, 청장년보다 노인 암환자에게 암진단 고지를 빨리 할 것으로 예상하였으나, 오히려 늦은 암진단 고지를 선호하는 이중성을 발견할 수 있었다. 이에 대해 '의료인도 암진단 고지라는 힘든 과정을 기피하므로' 암진단 고지를 반대한다고 조사되었던 Surbone(2004)의 연구 결과를 재고할 수 있었다.

암진단 고지시 정보를 제공하는 방법에 대한 선호 조사에서 윤영호 등(1992), 한금령(2006), 전인희(2013)의 연구에서 '모든 것을 다 알려준다'가 각각 42.5%, 75.9%, 73.8%였고, '여러 단계로 나누어 이야기한다'가 각각 35.0%, 15.3%, 8.2%였다. 본 연구에서 '한 번에 모든 것을 알려준다'가 청장년, 노인 암환자에서 각각 70.7%, 55.6%로 가장 높았으며, 그 다음은 '조금씩 모든 것을 다 알려 준다'-'보호자와 상의하여 또는 환자의 반응에 따라 조금씩 알려 준다'순서였다. 청장년 암환자와 달리 의사와 간호사는 '한 번에 모든 것을 알려 준다'는 답변외에 '조금씩 모든 것을 다 알려준다'와 '보호자와 상의 또는 환자의 반응에 따라 조금씩 알려 준다'가 더 많아서 청장년 암환자, 의사, 간호사간에는 유의한 차이를 보였다($p<.001$). 노인 암환자의 55.6%도 '한 번에 모든 것을 알려 준다'를 선호하는 반면 노인 암환자일 경우 의사와 간호사는 '보호자와 상의 또는 환자의 반응에 따라 조금씩 알려 준다'가 각각 49.1%, 59.3%로 가장 높았고 '한꺼번에 모든 것을 알려 준다'는 의사, 간호사로 갈수록 각각 20.8%, 15.7%로 현저하게 낮아 정보제공 선호의 뚜렷한 차이를 보였다($p<.001$).

Lim 등(2016)의 연구에서 의사는 암 치료방법과 치료 과정, 부작용, 예후, 치료비 4가지 항목을 설명하는 정도를 점수화하여 비교한 결과, 중년의 암환자보다 노인 암환자에게 4가지 항목 모두를 적게 설명하는 것으로 드러났다. 그리고 Pang 등(2013)의 연구에서 노인 암환자를 대상으

로 72%가 연령에 따라 치료를 적게 하는 경향이 있다고 답하여 노인 암환자에 대한 차별은 단지 고지 과정뿐만 아니라 실제 노인 암환자에서 암환자를 치료할 때도 일어나고 있으며, 노인 암환자에 대한 부정적인 차별을 확인할 수 있었다.

본 연구를 통해 암진단 고지과정에서 전반적으로 암환자 스스로의 알 권리와 자율성이 향상되었고, 이것은 연구 대상자인 청장년 암환자, 노인 암환자, 의료인 모두에서 확인 할 수 있었다. 동시에, 암진단 고지자와 고지 대상자에 대한 전반적인 응답을 고려할 때, 과거 동양권 문화에서 가족을 '가족 공동체'라고 부르며 중요시 여겨 온 것처럼, 지금도 여전히 가족은 중요한 부분으로 남아있으나, 과거 연구에서 환자를 배제하고 암진단 고지가 이루어지기보다는 암환자와 가족이 함께 암진단 고지 과정에 참여하는 하는 방식으로 고지 과정에서 환자의 주체성이 많이 커졌다는 것 또한 확인할 수 있었다.

청장년 암환자와 의료인의 선호 차이가 많이 좁혀진 것과 달리, 노인 암환자와 의료인의 선호 차이는 아직 크다는 것을 여러 항목에서 알 수 있다. 이러한 암환자와 의료인간의 선호차이는 실제 암진단 고지 과정으로 이어질 것이고, 이렇게 이루어진 암진단 고지는 암환자들의 요구를 채울 수 없을 것이다. 그러므로 반복 연구를 통해 의료인은 암환자들의 암진단 고지 선호를 파악해야 하고 특히, 노인 암환자에서 의료인의 선호 차이가 더 크다는 것을 인지하고 그들의 요구에 맞추려는 노력이 필요할 것이다.

암진단 고지 과정은 암환자 뿐만 아니라, 암을 치료하는 의료인들에게 중요하고 어려운 과제이지만 이 소통 과정을 통하여 환자의 자율성을 존중, 자기 결정을 할 수 있도록 하여, 암환자와 합리적 치료계획을 세우고 암진단 후 남은 인생을 잘 살 수 있도록 그들을 도와야 한다. 이것은

환자뿐 아니라 의료인들의 암진단 고지 과정에서의 스트레스를 줄일 수 있는 길이기도 하다. Burhenn and Johnson(2016)은 암병원에서 근무하는 간호사를 대상으로 노인에 대한 교육후 노인암환자에 대한 이해도와 burden이 감소하여 노인 암환자 간호에 대한 직원의 교육 제공의 필요성을 강조하기도 하였다. 본 연구에서 암진단 고지 과정에 대한 교육 경험에 대한 질문에서 암 전문 병원에 근무하는 의사 62.3%, 간호사 28.7%가 이수 경험이 있다고 하였다. 주로 의사들이 암진단 고지 과정에 참여하기 때문에, 암진단 고지 과정에 대한 교육 경험도 의사가 더 많을 것이다. 그러나, 환자의 지지자, 조력자로써 간호사의 역할과 전문 간호사의 저변 확대를 고려할 때 암환자를 간호하는 간호사의 선호 또한 암환자들과 암환자 가족들에게 중대한 영향을 줄 것으로 사료되기에 간호사들도 암진단 고지 과정에 대한 교육을 받고 암환자들의 선호를 정확히 파악할 필요가 있다.

본 연구는 경기도 소재 일개 암병원의 암환자와 의료진을 대상으로 제한된 일부 암병동에서 진행되었다. 암진단 고지 선호에 대한 선행 연구 고찰시 암환자가 말기이거나 노인일 때, 암환자와 의료인의 암진단 고지 선호와 차이가 날수 있음을 확인하였다. 그러나 자기기입식 설문조사의 제한점으로 호스피스 완화의료 상황의 암환자나 건강상태가 나쁜 암환자들의 조사 참여가 낮아, 높은 암진단 고지율에 영향을 주었을 가능성을 배제할 수 없어 연구 결과를 일반화 하는 것에 제한점이 있다. 본 연구에서 이러한 제한점을 고려하여 암환자 본인이 인식하고 있는 암병기 조사 결과, 초기~2기, 3기~말기 환자간에 암진단 고지 선호에는 차이가 없이 찬성률이 높았다. 또한 암환자를 연령에 따라 청장년, 노인 암환자로 구분하였고, 의료인에게도 청장년 암환자와 노인 암환자 대상

일 경우를 따로 구분하여 연령에 따른 암환자와 의료인의 선호 차이를 조사, 분석한 결과 청장년 암환자와 의료인의 선호차이보다 노인 암환자와 의료인의 선호에서 차이가 나는 항목이 더 많다는 결과를 얻었다.

이러한 연구결과에 따라 청장년, 노인 암환자의 암진단 고지 선호 차이를 인식하여, 암환자의 요구에 부응하고 더 효율적인 암진단 고지 과정이 이루어져야 할 것이다. 나아가, 본 연구자는 향후 암진단을 받을 암환자와 암진단 고지를 해야 하는 의사, 간호사가 암진단 고지 과정으로 인한 윤리적 딜레마를 경험할 때, 암진단 고지에 대한 기초 자료로 활용되기를 기대한다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 2017년 2월 2일부터 2017년 4월 14일 까지 경기도 소재한 암 전문병원에 입원중인 암환자 121명과 암 전문병원에서 1년 이상 근무한 의료인 161명, 총 282명을 대상으로 구조화된 설문 조사를 통하여, 암환자의 암진단 고지 선호를 파악하고 암환자와 의료인의 암진단 고지 선호를 비교, 분석하였다.

향후 암진단 고지에 참여하는 의료인과 암진단 고지를 받게 될 암환자에게 암진단 고지 과정에 대한 기초 자료를 제공하고자 시행한 횡단적 서술적 조사 연구로 연구 결과는 다음과 같다.

1) 암진단 고지 찬반 선호와 찬반 이유

(1) 청장년 암환자, 청장년 암환자 대상 의사와 간호사는 암진단 고지를 모두 찬성하였다. 찬성 이유는 중복응답을 허용하였으며, 청장년 암환자, 의사, 간호사에서 모두 '환자는 알권리가 있으므로'가 75%이상으로 제일 많았고 그 외에 '치료에 참여하기 위해서', '남은 인생을 더 의미있게 살기 위해서'가 과반수 정도였다.

(2) 노인 암환자는 암진단 고지를 1.7%만 반대하고 나머지 98.3%는 찬성하고, 노인 암환자 대상 의사는 98.1% 찬성, 1.9% 반대, 간호사는 83.3% 찬성, 16.7% 반대하여 노인암환자, 의사, 간호사간에 유의한 차이를 보였다(p=.008). 노인 암환자가 암진단 고지를 찬성하는 이유도 청년 암환자와 동일하게 '환자는 알권리가 있으므로' - '치료에 참여하기 위해서' - '남은 인생을 더 의미있게 살기 위해서'순이었고, 의사, 간호사는 '남은 인생을 의미있게 살기 위해서'라는 답변이 노인 암환자의 답변보다 보다 월등히 많았다. 반대 이유는 '환자의 정신적, 심리적 충격을 줄이기 위해서'- '치료를 포기할 수도 있으므로'순으로 많았다.

2) 암진단 고지 방법 선호

(1) 청장년 암환자는 선호하는 암진단 고지자로 대부분 '의료인'(96.6%)을 원하였으며, 청장년 암환자를 대상으로 의사, 간호사도 '의료인'이 암진단 고지를 하는 것을 선호하였고, 가족'에게 암진단을 듣고 싶어 하는 암환자는 청장년 암환자의 3.4%, 의사의 1.9%, 간호사의 12.0%였고 고지자 선호간에는 유의한 차이를 보이지 않았다(p=.066). 노인 암환자는 고지자로 10.0%만이 '가족'을 원하였으나, 암환자가 노인일 때 의사 34.0%, 간호사의 34.3%가 '의료인'보다는 '가족'에게 고지하기를 선호하여 유의한 차이를 보였다(p=.001).

(2) 암진단을 처음 고지받는 대상자에 대해, 청장년 암환자는 '환자'가 직접 듣거나 '환자와 보호자 동시에' 듣기 원한다는 응답이 91.8%, '보호자'가 듣기를 선호하는 경우가 8.2%였으나, 의사와 간호사는 각각 15.1%, 24.1%로 환자대신 '보호자'가 암진단 고지받는 것을 더 선호하였다. 이는 노인 암환자일 경우 고지 대상자로 '보호자'라는 응답이 노인 암환자 11.7%였으나, 의사와 간호사는 각각 26.4%, 53.7%로 더 많은 의료인이 '보호자'를 선호하여 유의한 차이를 보였다(p<.001).

(3) 암진단 고지 시기에 대해 청장년 암환자, 노인 암환자와 의사는 암진단 고지를 '진단 즉시' 바로 하는 것을 선호하였고, 간호사도 과반수 이상에서는 그러하였으나, 청장년 암환자 대상 21.3%, 노인 암환자대상 49.1%가 '진단 즉시'가 아닌 '치료시작전 이나 그 이후' 진단하기를 선호하였다. 청장년 암환자는 의료인과 유의한 차이를 보이지 않았으나(p=.052), 노인 암환자와 의료인과는 유의한 차이를 보였다(p=<.001).

(4) 암진단 고지 정보 제공 방법은 청장년 암환자, 의사, 간호사로 갈수록 '한 번에 모든 것을 다 알려 준다'는 답변은 적어지고, '보호자 또는 환자의 반응에 따라 조금씩 알려 준다'는 답변은 많았고, 이는 노인 암환자 대상으로 할 때 그 차이는 더 뚜렷하게 나타났다(P<.001).

3) 암진단 고지 찬반 선호와 방법 선호

(1) 암진단 고지 찬반 선호는 청장년 암환자, 의사와 간호사간에는 모두 찬성으로 일치하였으나, 노인 암환자, 의사와 간호사간에는 유의한 차이를 보였다(p=.008).

(2) 암진단 고지 방법 선호 중 청장년 암환자, 의사와 간호사간에는 고지 대상자, 정보 제공방법에만 유의한 차이를 보였으나(각각 p=.022, p<.001), 노인 암환자, 의사와 간호사간에는 고지자, 고지 대상자, 고지시기, 정보 제공방법 항목 모두에서 유의한 차이를 보였다((각각 p=.001, p<.001, p<.001, p<.001).

이상의 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 문헌고찰에서 암진단 고지 선호는 노인일 경우와 말기암일 경우 달라질 수 있는 것으로 파악되었으나 본 연구자는 제한적 연구가능성으로 말기 완화의료 암환자를 배제하고 노인일 경우만 비교 연구를 하였다. 그러므로 본 연구자는 말기 암환자의 선호와 의료인의 암진단 고지 선호를 비교하는 연구를 제언한다.

둘째, 간호사의 상담자, 지지자로써의 역할과 전문 간호사의 임상에서의 역할을 감안할 때, 암진단 고지를 포함한 나쁜 소식을 전달하는 의사소통에 대한 체계적인 교육을 받은 사람과 받지 않은 사람의 선호 차이를 분석하는 연구를 제언한다.

셋째, 암진단 고지와 관련된 가이드라인이나 지침이 미국, 유럽, 인도와 일본에서 본인들의 문화에 맞추어 마련되어 있듯이, 한국도 우리의 문화에 맞는 가이드라인을 마련할 것을 제언한다.

참고 문헌

국가암정보센터. http://www.cancer.go.kr/com/index.html

국가통계포털.http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_03List.jsp?vwcd=MT_RTITLE&parmTabId=M_03_01_01

김로경. (1981). 암환자 심리. 서울대학교병원 자문정신의학 집담회 구연.

김수현, 최윤선, 이영미, 김대균, & 김정아. (2006). 원저 : SPIKES 프로토콜을 바탕으로 한 “나쁜 소식 전달” 교육? 일개 가정의학과 임상 실습 학생을 대상으로. [Teaching "Breaking Bad News" Based on SPIKES Protocol during Family Medicine Clerkship]. *Korean Journal of Medical Education, 18*(1), 54-62.

노홍태. (1993). 암의 고지에 대한 의식조사. [Truth Telling to Cancer Patients]. *Obstetrics & Gynecology Science, 36*(1), 63-74.

박진노, 최소은, 최경미, 홍영선, 이경식, & 양수. (2004). 암 환자 병명통고 = The Disclosure of Cancer Diagnosis and its Prognosis. *한국호스피스·완화의료학회지 = Korean journal of hospice and palliative care, 7*(2), 169-178.

윤영호, 윤의열, 박현아, 박태우, 허봉렬, 허대석. (1992). 환자의 입장에서 본 암 진단의 통보. *가정의학회지, 13*(10), 790-799.

이영미, 오연재, 안덕선, & 윤석민. (2007). 단신 : 의학과 학생을 위한 커뮤니케이션 교육과정 시행 경험. [Implementing a Communication Skills Course for Undergraduate Medical Students]. *Korean Journal of Medical Education, 19*(2), 171-175.

이희. (1979). 의대생 및 전공의가 보여준 임종환자에 대한 태도. *신경정*

신의학, 18(1), 49-54

임선주, 윤소정, 이상엽, 정해진, 강신영, 감비성, . . . 김해규. (2008). 나쁜 소식 전하기와 관련된 개인적 특성이 학생들의 의사소통기술에 영향을 미치는가? [Original Article : Do Personal Characteristics Related to Breaking Bad News Influence Students' Communication Skills?]. *Korean Journal of Medical Education, 20*(3), 231-240.

정경희. (2011). 노년기 가족의 변화전망과 정책과제. 보건복지포럼, 35-44.

전승아, 이수은, 노용균. (1996). 암 진단의 통보에 관한 조사. *가정의학회지, 17*(6), 445-452

전인희, 박경숙. (2013). 암 진단 고지에 대한 암 환자의 인식. *종양간호연구, 13*(2), 59-66

조계화. (2010). 말기의 의료적 의사결정에 관한 임상간호사의 갈등경험. [Nurse's Conflict Experience toward End-of-life Medical Decision-making]. *성인간호학회지, 22*(5), 488-498.

조두영. (1981). 말기 임종환자에의 병환진실통고를 둘러싼 시시비비. *신경정신의학지. 20*(1). 1-16

조영숙. (2001). 일개 암전문병원을 사례로 한 암의 고지에 관한 연구. 경희대학교 석사논문

한금령. (2006). 암 진단 고지에 관한 연구 : 암 전문병원의 환자, 보호자 의견을 중심으로. 경희대 행정대학원.

Abazari, P., Taleghani, F., Hematti, S., & Ehsani, M. (2016). Exploring perceptions and preferences of patients, families, physicians, and nurses regarding cancer disclosure: a

descriptive qualitative study. *Supportive Care in Cancer, 24*(11), 4651-4659. doi:10.1007/s00520-016-3308-x

Azu, M. C., Jean, S., Piotrowski, J. M., & O'Hea, B. (2007). Effective methods for disclosing breast cancer diagnosis. *Am J Surg, 194*(4), 488-490. doi:10.1016/j.amjsurg.2007.06.007

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin, 55*(3), 164-177.

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist, 5*(4), 302-311.

Burhenn, P. S., Ferrell, B., Johnson, S., & Hurria, A. (2016). Improving Nurses' Knowledge About Older Adults With Cancer. *Oncol Nurs Forum, 43*(4), 497-504. doi:10.1188/16.onf.497-504

Butow, P. N., Kazemi, J. N., Beeney, L. J., Griffin, A. M., Dunn, S. M., & Tattersall, M. H. (1996). When the diagnosis is cancer: patient communication experiences and preferences. *Cancer, 77*(12), 2630-2637. doi:10.1002/(sici)1097-0142(19960615)77:12<2630::aid-cncr29>3.0.co;2-s

Cassileth, B. R., Zupkis, R. V., Sutton-Smith, K., & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med, 92*(6), 832-836.

Cavanna, L., Di Nunzio, C., Seghini, P., Anselmi, E., Biasini, C., Artioli, F., & Mordenti, P. (2009). Elderly cancer patients' preferences regarding the disclosure of cancer diagnosis. Experience of a single institution in Italy. *Tumori, 95*(1), 63-67.

Chun, In, H., Park, & Kyungsook. (2013). Patient's Cognition toward the Disclosure of Cancer Diagnosis. [Patient's Cognition toward the Disclosure of Cancer Diagnosis]. *Asian Oncology Nursing, 13*(2), 59-66.

Cox, A., Jenkins, V., Catt, S., Langridge, C., & Fallowfield, L. (2006). Information needs and experiences: an audit of UK cancer patients. *Eur J Oncol Nurs, 10*(4), 263-272. doi:10.1016/j.ejon.2005.10.007

Deschepper, R., Bernheim, J. L., Vander Stichele, R., Van den Block, L., Michiels, E., Van Der Kelen, G., . . . Deliens, L. (2008). Truth-telling at the end of life: a pilot study on the perspective of patients and professional caregivers. *Patient Educ Couns, 71*(1), 52-56. doi:10.1016/j.pec.2007.11.015

Ende, J., Kazis, L., Ash, A., & Moskowitz, M. A. (1989). Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med, 4*(1), 23-30.

Fallowfield, L., Ford, S., & Lewis, S. (1995). No news is not good news: information preferences of patients with cancer. *Psychooncology, 4*(3), 197-202.

Forester, B. M., Kornfeld, D. S., & Fleiss, J. L. (1978). Psychiatric aspects of radiotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 135(8), 960-963. http://dx.doi.org/10.1176/ajp.135.8.960

Fujimori, M., & Uchitomi, Y. (2009). Preferences of cancer patients regarding communication of bad news: a systematic literature review. *Jpn J Clin Oncol, 39*(4), 201-216. doi:10.1093/jjco/hyn159

Hileman, J. W., & Lackey, N. R. (1990). Self-identified needs of patients with cancer at home and their home caregivers: a descriptive study. *Oncol Nurs Forum, 17*(6), 907-913.

Ishikawa, H., Takayama, T., Yamazaki, Y., Seki, Y., Katsumata, N., & Aoki, Y. (2002). The interaction between physician and patient communication behaviors in Japanese cancer consultations and the influence of personal and consultation characteristics. *Patient Educ Couns, 46*(4), 277-285. doi:https://doi.org/10.1016/S0738-3991(01)00164-1

Jaber, S., Hensley Alford, S., Munkarah, A. R., & Rasool, N. (2016). Ovarian cancer in elderly women ≥ 70 years of age: Our clinical experience. *Gynecologic Oncology, 141*(Supplement 1), 60-61. doi:https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2016.04.178

Kaplan, M. (2010). SPIKES: a framework for breaking bad news to patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs, 14*(4), 514-516. doi:10.1188/10.cjon.514-516

Kaplowitz, S. A., Campo, S., & Chiu, W. T. (2002). Cancer patients'

desires for communication of prognosis information. *Health Commun, 14*(2), 221-241. doi:10.1207/s15327027hc1402_4

Kawakami, S., Arai, G., Ueda, K., Murai, Y., Yokomichi, H., Aoshima, M., & Takagi, K. (2001). Physician's attitudes towards disclosure of cancer diagnosis to elderly patients: a report from Tokyo, Japan. *Arch Gerontol Geriatr, 33*(1), 29-36.

Kennedy, A. S., Ball, D. S., Cohen, S. J., Cohn, M., Coldwell, D., Drooz, A., . . . Wang, E. A. (2016). Safety and Efficacy of Radioembolization in Elderly (≥ 70 Years) and Younger Patients With Unresectable Liver-Dominant Colorectal Cancer. *Clinical Colorectal Cancer, 15*(2), 141-151.e146. doi:https://doi.org/10.1016/j.clcc.2015.09.001

Ladouceur, R., Goulet, F., Gagnon, R., Boule, R., & al, e. (2003). Breaking bad news: Impact of a continuing medical education workshop. Journal of Palliative Care, 19(4), 238-45. Retrieved from http://search.proquest.com.ssl.openlink.khu.ac.kr:8080/docview/214199512?accountid=11931

Laidlaw, T. S., MacLeod, H., Kaufman, D. M., Langille, D. B., & Sargeant, J. (2002). Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change. *Medical Education, 36*(2), 115-124. doi:10.1046/j.1365-2923.2002.01069.x

Lennes, I. T., Temel, J. S., Hoedt, C., Meilleur, A., & Lamont, E. B. (2013). Predictors of newly diagnosed cancer patients'

understanding of the goals of their care at initiation of chemotherapy. *Cancer, 119*(3), 691-699. doi:10.1002/cncr.27787

Lim, Y., Zang, D. Y., Choi, D. R., Kang, S. Y., Park, Y. S., Yoon, H., . . . Choi, K. (2016). Doctors' Ageism towards the Elderly Cancer Patients: Focusing on Disclosure of Cancer Diagnosis and Explanation on Treatment. *Korean J Health Promot, 16*(2), 101-110.

Lind, S. E., DelVecchio Good, M. J., Seidel, S., Csordas, T., & Good, B. J. (1989). Telling the diagnosis of cancer. *J Clin Oncol, 7*(5), 583-589. doi:10.1200/jco.1989.7.5.583

Locatelli, C., Piselli, P., Cicerchia, M., & Repetto, L. (2013). Physicians' age and sex influence breaking bad news to elderly cancer patients. Beliefs and practices of 50 Italian oncologists: the G.I.O.Ger study. *Psychooncology, 22*(5), 1112-1119. doi:10.1002/pon.3110

Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C. R., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *Bmj, 313*(7059), 724-726.

Miyata, H., Tachimori, H., Takahashi, M., Saito, T., & Kai, I. (2004). Disclosure of cancer diagnosis and prognosis: a survey of the general public's attitudes toward doctors and family holding discretionary powers. *BMC Med Ethics, 5*, E7. doi:10.1186/1472-6939-5-7

Motlagh, A., Yaraei, N., Mafi, A. R., Hosseini Kamal, F., Yaseri, M.,

Hemati, S., . . . Akbari, M. E. (2014). Attitude of cancer patients toward diagnosis disclosure and their preference for clinical decision-making: a national survey. *Arch Iran Med, 17*(4), 232-240. doi:014174/aim.004

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Katsouda, E., & Vlahos, L. (2004). Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Supportive Care in Cancer, 12*(3), 147-154. doi:10.1007/s00520-003-0552-7

Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian J Palliat Care, 16*(2), 61-65. doi:10.4103/0973-1075.68401

Novack, D. H., Plumer, R., Smith, R. L., Ochitill, H., Morrow, G. R., & Bennett, J. M. (1979). Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. *Jama, 241*(9), 897-900.

Oken, D. (1961). What to tell cancer patients: A study of medical attitudes. *Jama, 175*(13), 1120-1128. doi:10.1001/jama.1961.03040130004002

Ozdogan, M., Samur, M., Bozcuk, H. S., Coban, E., Artac, M., Savas, B., . . . Sualp, Y. (2004). "Do not tell": what factors affect relatives' attitudes to honest disclosure of diagnosis to cancer patients? *Support Care Cancer, 12*(7), 497-502. doi:10.1007/s00520-004-0633-2

Palmore, E. P., & Maddox, G. L. (1999). *Ageism : Negative and Positive*. New York, UNITED STATES: Springer Publishing Company.

Pang, A., Ho, S., & Lee, S. C. (2013). Cancer physicians' attitude towards treatment of the elderly cancer patient in a developed Asian country. *BMC Geriatr, 13*, 35. doi:10.1186/1471-2318-13-35

Pardon, K., Deschepper, R., Vander Stichele, R., Bernheim, J., Mortier, F., Schallier, D., . . . Deliens, L. (2011). Are patients' preferences for information and participation in medical decision-making being met? Interview study with lung cancer patients. *Palliat Med, 25*(1), 62-70. doi:10.1177/0269216310373169

Paul, C. L., Clinton-McHarg, T., Sanson-Fisher, R. W., Douglas, H., & Webb, G. (2009). Are we there yet? The state of the evidence base for guidelines on breaking bad news to cancer patients. *Eur J Cancer, 45*(17), 2960-2966. doi:10.1016/j.ejca.2009.08.013

Randall, T. C., & Wearn, A. M. (2005). Receiving bad news: patients with haematological cancer reflect upon their experience. *Palliat Med, 19*(8), 594-601. doi:10.1191/0269216305pm1080oa

Salem, A., & Salem, A.-F. (2013). Breaking Bad News: Current Prospective and Practical Guideline for Muslim Countries. *Journal of Cancer Education, 28*(4), 790-794. doi:10.1007/s13187-013-0523-8

Sardell, A. N., & Trierweiler, S. J. (1993). Disclosing the cancer diagnosis. Procedures that influence patient hopefulness. *Cancer, 72*(11), 3355-3365.

Schofield, P. E., Beeney, L. J., Thompson, J. F., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Dunn, S. M. (2001). Hearing the bad news of a cancer diagnosis: the Australian melanoma patient's perspective. *Ann Oncol, 12*(3), 365-371.

Silay, K., Akinci, S., Ulas, A., Silay, Y. S., Akinci, M. B., Ozturk, E., . . . Yalcin, B. (2015). The myth of not disclosing the diagnosis of cancer: does it really protect elderly patients from depression? *Asian Pac J Cancer Prev, 16*(2), 837-840.

Surbone, A. (2004). Persisting differences in truth telling throughout the world. *Support Care Cancer, 12*(3), 143-146. doi:10.1007/s00520-003-0579-9

Tang, S. T., & Lee, S. Y. (2004). Cancer diagnosis and prognosis in Taiwan: patient preferences versus experiences. *Psychooncology, 13*(1), 1-13. doi:10.1002/pon.721

부 록

1. 연구 참여 설명문 및 동의서

연구대상자 설명문(설문조사 및 행태연구)

연구 과제명: 암진단 고지에 대한 암환자(청장년, 노인)와

의료인(의사, 간호사)의 선호

동의서 버전 : 2.0

책임연구자 소속 및 성명, 연락처

소속: 서울대학교 간호대학 / 국립암센터 외과 중환자실

성명: 김 영 민

암진단을 고지하는 것은 암 치료의 첫번째 관문으로 암환자의 자신의 암에 대한 인식 뿐만 아니라 향후 환자의 치료에 영향을 미치는 중대한 과정으로 이 연구는 암진단 고지 선호에 대한 암환자와 의료인(의사, 간호사)의 인식과 그 관련 요인을 파악함으로써 암진단 고지 과정에 대한 기초자료를 제공하기 위한 연구입니다.

귀하는 암을 진단받은 환자로써 이 연구에 참여하도록 권유 받았습니다. 이 연구는 자발적으로 참여 의사를 밝히신 분에 한하여 수행 될 것이며, 귀하께서는 참여 의사를 결정하기 전에 본 연구가 왜 수행되는지 그리고 연구의 내용이 무엇과 관련 있는지 이해하는 것이 중요합니다. 다음 내용을 신중히 읽어보신 후 참여 의사를 밝혀 주시길 바라며, 필요하다면 가족이나 친구들과 의논해 보십시오. 만일 어떠한 질문이 있다면 담당 연구원이 자세하게 설명해 줄 것입니다.

1. 이 연구는 왜 실시합니까?

이 연구의 목적은 암진단 고지 선호에 대한 암환자와 의료인(의사, 간호사)의 선호와 그 관련 요인을 파악하고 암진단 고지 과정에 관한 기초자료를 제공함으로써 의료인으로 하여금 암환자가 원하는 암진단 고지를 할 수 있도록 하기 위함입니다.

2. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

18세 이상의 성인 암환자 약 140명과 임상 경험 1년 이상의 의료인 150명이 참여할 것입니다.

3. 만일 연구에 참여하면 어떤 과정이 진행됩니까?

만일 귀하가 참여의사를 밝혀 주시면 10분 정도 소요되는 자기 기입식 설문지를 작성하시게 됩니다.

외래에서 진료를 기다리시거나 병동에서 시간적 여유가 되실 때 설문조사를 하게 될 것이며, 설문지 내용은 “일반적 특성, 암진단 고지 선호내용, 실제 고지 현황”으로 이루어져 있으며, 설문지는 설문완료 즉시 바로 수거될 예정입니다.

4. 연구 참여 기간은 얼마나 됩니까?

귀하의 연구 참여 기간은 1회, 10분 정도 소요될 것입니다.

5. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 도중에 그만 둘 수 있습니다. 만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원에게 즉시 말씀해 주십시오.

6. 부작용이나 위험요소는 없습니까?

부작용이나 위험요소는 없습니다.

만일 연구 참여 도중 발생할 수 있는 부작용이나 위험요소에 대한 질문이 있으면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주십시오.

7. 이 연구에 참여시 참여자에게 이득이 있습니까?

귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 암환자의 의료인의 암진단 고지 선호에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것 입니다.

8. 만일 이 연구에 참여하지 않는다면 불이익이 있습니까?

귀하는 본 연구에 참여하지 않을 자유가 있습니다. 또한, 귀하가 본 연구에 참여 하지 않아도 귀하에게는 어떠한 불이익도 없습니다.

9. 연구에서 얻은 모든 개인 정보의 비밀은 보장됩니까?

저희는 이 연구를 통해 얻은 모든 개인 정보의 비밀 보장을 위해 최선을 다할 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수도 있습니다. 또한 모니터 요원, 점검 요원, 의생명연구심의위원회는 피험자의 비밀보장을 침해하지 않고 관련규정이 정하는 범위 안에서 본 연구의 실시 절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위해 연구 결과를 직접 열람할 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은, 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

10. 개인정보 수집 및 활용에 대한 동의

본 연구에서는 동의서에 성명외에 어떠한 개인 식별 정보(주민번호, 주소 등)도 포함하고 있지 않으며, 연구대상자의 정보를 보호하기 위해 대상자의 성명 기재된 동의서는 질문지와 즉시 분리하여 따로 보관하고 설문지의 정보는 익명으로 처리하고 연구 목적 외에는 사용하지 않을 것을 동의서에 명시할 것이며, 연구결과가 도출되고 연구가 끝나는 시점에서 밀봉하여 보관하고 생명윤리법 15조 4.2항에 의거하여 3년 보관한 후 폐기할 것입니다.

11. 이 연구에 참가하면 대가가 지급됩니까?

죄송합니다만 본 연구에 참가하는데 있어서 피험자에게 어떠한 금전적 보상도 없습니다.

12. 연구에 대한 문의는 어떻게 해야 됩니까?

본 연구에 대해 질문이 있거나 연구 중간에 문제가 생길 시 아래 연구 담당자에게 연락하십시오.

이름 김영민

만일 어느 때라도 피험자로서 귀하의 권리에 대한 질문이 있다면 국립암센터 의생명연구심의위원회로 연락하십시오. (전화번호: 031-920-0425 / 0428)

연구대상자 동의서

설명문의 내용을 읽고 완전히 이해하셨다면 아래 네모 칸에 표시하여 주십시오.

□ 나는 이 설명서를 읽었으며 담당 연구원과 이에 대하여 의논하였습니다.

□ 나는 위험과 이득에 관하여 들었으며 나의 질문에 만족할 만한 답변을 얻었습니다.

□ 나는 이 연구에 참여하는 것에 대하여 자발적으로 동의합니다.

□ 나는 이 연구를 위하여 현행 법률과 의생명연구심의위원회 규정이 허용하는 범위 내에서 연구 담당의사, 연구 담당직원이 나에 대한 정보(의료기록, 검사결과, 건강정보)를 수집하고 처리하는데 동의합니다.

□ 나는 담당 연구자나 위임 받은 대리인이 연구 진행 및 결과 관리를 위하여, 모니터 요원, 점검을 실시하는 자, 보건 당국, 국립암센터 의생명연구심의위원회가 연구의 실시절차와 자료의 신뢰성을 검증하기 위하여 각 비밀로 유지되는 나의 개인 신상 정보(의료기록, 검사결과, 건강정보)를 직접적으로 열람하는 것에 동의합니다.

□ 나는 이 연구의 의뢰자나 대리인이 이 연구를 위하여 나의 개인정보(의료기록, 검사결과, 건강정보)를 활용되는 것에 동의합니다.

□ 나에 대한 위 개인정보의 보유 및 이용기간은 이 연구 분석이 종료될 때까지입니다.

□ 나는 언제라도 이 연구의 참여를 철회할 수 있고 이러한 결정이 나에게 어떠한 해도 되지 않을 것이라는 것을 압니다.

□ 나의 서명은 이 동의서의 사본을 받았다는 것을 뜻하며 연구 참여가 끝날 때까지 사본을 보관하겠습니다.

		2017- -
피험자 성명	서명	날짜(년/월/일)
김 영 민		2017- -
연구책임자 성명	서명	날짜(년/월/일)

2. 설문지

1) 암환자용

I. 귀하의 일반적 상황에 관하여 여쭈어 보겠습니다.

1. 귀하의 현재 나이는 몇 세 입니까?　　만 (　　)세

2. 귀하의 성별은 무엇입니까?
①남자　②여자

3. 귀하의 결혼 상태는 어떠하십니까?
①미혼　②기혼　③이혼　④사별　⑤기타
4. 귀하는 현재 가족과 함께 살고 있습니까?
①유　②무

5. 귀하는 어느 종교를 갖고 계십니까?
①기독교 ②천주고　③불교　④무교　⑤기타

6. 귀하의 교육 정도는 어떠하십니까?
①무학　②초등하교 졸업　③중학교 졸업
④고등학교 졸업　⑤대학교 졸업 이상

7. 귀하는 현재 직업이 있습니까?　①유　②무
8. 귀하는 현재 수입이 있습니까?　①유　②무
9. 귀하의 현재 경제 상태는 어떠합니까?　①상　②중　③하

II. 귀하의 실제 암 진단 고지 현황에 관해 대해 여쭈어 보겠습니다.

1. 귀하의 진단명은 무엇입니까? ( )

2. 암 진단 받은 나이는 몇 세였습니까? 만 ( )세

3. 암 진단을 누구에게 들었습니까?
①의사 ②간호사 ③가족(부모, 배우자, 자녀 등)
④형제, 자매 ⑤성직자 ⑥기타( )

4. 암 진단을 언제 알게 되었습니까?
①진단 즉시 ②치료 시작 전 ③치료 중 ④모든 치료 후
⑤더 이상 치료 불가능시 ⑥기타( )

5. 환자 본인과 보호자 중 누가 먼저 암 진단을 언제 알게 되었습니까?
①환자 ②보호자 ③환자와 보호자 동시에

6. 귀하의 암 병기는 지금 무엇입니까?
①초기 ②1기 ②2기
③3기 ④4기 ⑤말기
⑥어떠한 설명도 듣지 못했음. ⑦기타( )

7. 본인이 <u>암진단을 처음 받을 때</u> 함께 들은 내용은?(해당 모두에 √표시해 주십시오.)
□병에 걸린 이유 □진단명 □병기
□가능한 치료 방법 □가능한 다른 대체 치료 □치료 계획 □치료 비용
□치료중 발생 가능한 합병증 □합병증 예방과 대처 방법 □예상 치료 결과
□기대 여명 □기타( )

8. 본인이 <u>암진단을 처음 받을 때</u> 더 듣고 싶었던 내용은?(해당 모두에 √표시해 주십시오.)
□병에 걸린 이유 □진단명 □병기
□가능한 치료 방법 □가능한 다른 대체 치료 □치료 계획 □치료 비용
□치료중 발생 가능한 합병증 □합병증 예방과 대처 방법 □예상 치료 결과
□기대 여명 □기타( )

III. 암진단 고지 선호에 대해 여쭈어 보겠습니다.

바람직한 암진단 고지 방법에 대한 환자분의 생각에 대한 질문입니다.

1. 암진단 사실을 환자 본인에게 알려 주는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?

①찬성한다. ->1-1) 문항으로

②반대한다. ->1-2) 문항으로

1-1)찬성한다"하면 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (중복선택 가능)

①환자는 알 권리가 있으므로

②치료에 참여하기 위해서

③남은 인생을 더 의미 있게 살기 위해서

④보호자에게 환자의 상태를 감춰야하는 고통을 없애기 위해

⑤재산과 일을 정리해야하므로

⑥결국은 알게 될 것이므로

⑦기타 ( )

1-2)"반대한다"하면 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (중복선택 가능)

①환자의 정신적,심리적인 충격을 줄이기 위해서

②치료를 포기할 수도 있으므로

③죽음에 대한 생각을 하고 싶지 않아서

④환자가 알면 가족들이 더 심리적 부담되므로

⑤치료 결정권은 환자보다는 가족에게 있으므로

⑥경제적인 부담을 줄여주기 위해서

⑦기타 ( )

2. 환자 본인에게 암진단을 누가 알려주는 것이 좋다고 생각하십니까?

①의사 ②간호사 ③가족(부모,배우자,자녀 등)

④형제, 자매 ⑤성직자 ⑥기타( )

3. 환자 본인에게 암진단을 언제 알려 주는 것이 좋겠습니까?

①진단 즉시 ②치료 시작 전 ③치료 중

④모든 치료 후 ⑤가능한 늦게 ⑥더 이상 치료 불가능시

⑦기타( )

4. 환자 본인과 보호자중 누구에게 먼저 암진단을 알려 주는 것이 좋겠습니까?

①환자 ②보호자 ③환자와 보호자 동시에

5. 암진단을 환자 본인에게 알려줄 때, 어떻게 알려주는 것이 좋겠습니까?

(진단명, 병기, 예후, 치료계획과 방법, 대안치료등)

①한번에 모든 것을 다 알려준다.

②모든 것을 다 알려주되, 서서히 조금씩 알려 준다.

③환자의 반응에 따라 어디까지 알려줄지 결정한다.

④보호자와 상의하여 어디까지 알려줄지 결정한다.

⑤기타( )

♡성실히 답변해 주셔서 진심으로 감사드립니다. ♪

2) 의료인용

I. 일반적 상황에 관한 문항입니다.

1. 귀하의 현재 나이는 몇세 입니까? 만 ( )세

2. 귀하의 성별은 무엇입니까? ①남자 ②여자

3. 귀하의 결혼 상태는 어떠하십니까? ①미혼 ②기혼 ③이혼 ④사별 ⑤기타

4. 귀하는 어느 종교를 갖고 계십니까? ①기독교 ②천주교 ③불교 ④무교 ⑤기타

5. 귀하의 직종은 무엇입니까? ①의사 ②간호사

6. 귀하의 총 임상 경력은 얼마입니까? ( )년 ( )개월

7. 귀하의 총 임상 경력 중 암전문병원의 경력은 얼마입니까? ( )년 ( )개월

8. 귀하는 어떤 과에서 근무 중이십니까? ①외과 ②내과 ③검진 ④기타 ( )

9. 귀하의 최종 학력은 무엇입니까? ①전문학사 ②학사 ③석사 ④박사

10. 귀하의 가까운 가족 중 암으로 투병한 분이 있습니까? ①예 ②아니오

II. 암진단 고지 선호도에 대한 문항입니다.

고지 대상은 일반적인 청장년 환자입니다. (18세 이상~70세 미만 성인)

1. 암진단 사실을 환자 본인에게 알려 주는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?
①찬성한다. ->1-1) 문항으로
②반대한다. ->1-2) 문항으로

1-1)찬성한다"하면 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (중복선택 가능)
①환자는 알 권리가 있으므로
②치료에 참여하기 위해서
③남은 인생을 더 의미 있게 살기 위해서
④보호자에게 환자의 상태를 감춰야하는 고통을 없애기 위해
⑤재산과 일을 정리해야하므로
⑥결국은 알게 될 것이므로 ⑦기타 ( )

1-2)"반대한다"하면 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (중복선택 가능)
①환자의 정신적,심리적인 충격을 줄이기 위해서
②치료를 포기할 수도 있으므로
③죽음에 대한 생각을 하고 싶지 않아서
④환자가 알면 가족들이 더 심리적 부담되므로
⑤치료 결정권은 환자보다는 가족에게 있으므로
⑥경제적인 부담을 줄여주기 위해서 ⑦기타 ( )

2. 환자 본인에게 암진단을 누가 알려주는 것이 좋다고 생각하십니까?
①의사 ②간호사 ③가족(부모,배우자,자녀 등)
④형제, 자매 ⑤성직자 ⑥기타( )

3. 환자 본인에게 암진단을 언제 알려 주는 것이 좋겠습니까?
①진단 즉시 ②치료 시작 전 ③치료 중
④모든 치료 후 ⑤가능한 늦게 ⑥더 이상 치료 불가능시 ⑦기타( )

4. 환자 본인과 보호자중 누구에게 먼저 암진단을 알려 주는 것이 좋겠습니까?
①환자 ②보호자 ③환자와 보호자 동시에

5. 암진단을 환자 본인에게 알려줄 때, 어떻게 알려주는 것이 좋겠습니까?
(진단명, 병기, 예후, 치료계획과 방법, 대안치료등)
①한번에 모든 것을 다 알려준다.
②모든 것을 다 알려주되, 서서히 조금씩 알려 준다.
③환자의 반응에 따라 어디까지 알려줄지 결정한다.
④보호자와 상의하여 어디까지 알려줄지 결정한다. ⑤기타( )

III. 암진단 고지 선호도에 대한 문항입니다.

특수한 경우로 고지 대상이 (70세 이상) 고령 환자인 경우입니다.

1. 고령인 경우 암진단 사실을 환자 본인에게 알려 주는 것에 대해서 어떻게 생각하십니까?
①찬성한다. ->1-1) 문항으로
②반대한다. ->1-2) 문항으로

1-1)찬성한다"하면 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (중복선택 가능)
①환자는 알 권리가 있으므로
②치료에 참여하기 위해서
③남은 인생을 더 의미 있게 살기 위해서
④보호자에게 환자의 상태를 감춰야하는 고통을 없애기 위해
⑤재산과 일을 정리해야하므로
⑥결국은 알게 될 것이므로 ⑦기타 ( )

1-2)"반대한다"하면 가장 중요한 이유는 무엇입니까? (중복선택 가능)
①환자의 정신적,심리적인 충격을 줄이기 위해서
②치료를 포기할 수도 있으므로
③죽음에 대한 생각을 하고 싶지 않아서
④환자가 알면 가족들이 더 심리적 부담되므로
⑤치료 결정권은 환자보다는 가족에게 있으므로
⑥경제적인 부담을 줄여주기 위해서 ⑦기타 ( )

2. 고령인 경우 환자 본인에게 암진단을 누가 알려주는 것이 좋다고 생각하십니까?
①의사 ②간호사 ③가족(부모,배우자,자녀 등)
④형제, 자매 ⑤성직자 ⑥기타( )
3. 고령인 경우 환자 본인에게 암진단을 언제 알려 주는 것이 좋겠습니까?
①진단 즉시 ②치료 시작 전 ③치료 중
④모든 치료 후 ⑤가능한 늦게 ⑥더 이상 치료 불가능시 ⑦기타( )

4. 고령인 경우 환자 본인과 보호자중 누구에게 먼저 암진단을 알려 주는 것이 좋겠습니까?
①환자 ②보호자 ③환자와 보호자 동시에

5. 고령인 경우 암진단을 환자 본인에게 알려줄 때, 어떻게 알려주는 것이 좋겠습니까?
(진단명, 병기, 예후, 치료계획과 방법, 대안치료등)
①한번에 모든 것을 다 알려준다.
②모든 것을 다 알려주되, 서서히 조금씩 알려 준다.
③환자의 반응에 따라 어디까지 알려줄지 결정한다.
④보호자와 상의하여 어디까지 알려줄지 결정한다.
⑤기타( )

Ⅳ. 암진단 고지 관련 경험과 교육에 관하여 여쭈어 보겠습니다.

1. 귀하는 업무 중에 암진단 고지를 얼마나 자주 하십니까? (빈도따라 선택 체크)
□(　　회/1일)　□(　　회/1주)　□(　　회/1달)　□(　　회/1년)
□(　　회/총 근무기간)　　□한 번도 없었음

2. 암진단을 고지하는 교육, 프로토콜 또는 나쁜 소식 전달하는 과정에 대해 들어본 적 있습니까?　①예　②아니오

3. 암진단 고지 과정에 관한 교육을 받거나 관련 정보를 읽어 본 적 있습니까? (암진단 고지 가이드라인, 고지시 치료적 반응과 정서적 지지방법 등)
①예　　->3-1) 문항으로
②아니오　　->3-2) 문항으로

3-1. "예"라고 답한 경우 어떠한 경로로 받게 되었습니까? (중복 선택가능)
①스스로 해당 자료를 찾아서 읽음
②스스로 해당 교육을 찾아서 교육을 받음
③근무하는 병원 교육 과정에 포함되어 있어 비자발적으로 교육 받음
④학교 교과 과정에 포함되어 있어 비자발적으로 교육 받음
⑤우연히 학회에서 교육받음
⑥우연히 자료를 접하게 되어 읽음

3-2. “아니오”라고 답한 경우, 고지 관련 정보나 교육이 제공된다면 참여할 의사가 있습니까?　①예　②아니오

4. 암진단 고지 관련 하여, 본인이 교육받고 싶은 내용이 있다면?(중복 선택가능)
①암진단 고지를 효율적으로 하는 방법 또는 가이드라인
②암진단 고지를 환자와 보호자를 위한 정서적인 지지 방법
③암진단 받은 환자와 보호자의 반응에 따른 치료적 반응법 이해하기
④암진단 고지 과정에서 다른 의료인의 경험
⑤암진단 고지 과정으로 인한 의료인의 업무 스트레스를 줄이는 방안
⑥기타(　　)
⑦없음.

♡성실히 답변해 주셔서 진심으로 감사드립니다. ♪

Abstract

Disclosure preference for cancer diagnosis among cancer patients, physicians, and nurses

Kim, Young Min
Department of Nursing
The Graduate School
Seoul National University
Directed by Professor, Koh, Chin Kang, Ph.D., RN

The communication of diagnosis disclosure in cancer patients is the first step to initiate into cancer treatment. It may be a difficult issue in clinical oncology for most of physicians and nurses as well as cancer patients. The optical manner of the communication process on cancer diagnosis disclosure so that physicians and nurses can create maximal understanding in patients and facilitate the further clinical course.

This study was to investigate diagnosis disclosure preferences of inpatient young- and middle- aged adults(between 18 and 69, mean=57.1), older adults(over 70, mean=75.4) with cancer, physicians, and nurses, to compare preference differences among them, and to described their reasons for each choice.

This was a cross-sectional descriptive study utilizing a questionnaire survey. The cancer patients were provided the structured questionnaire prior to the study by either researcher or trained research assistant and decided whether or not to enroll. The participants agreed with this study were 140 inpatients at the cancer specialized hospital and 180 physicians and nurses caring them in the same departments during the period from February 2017 to April 2017. 38 unreliable surveys were exempted from 320 surveys and 282 surveys were analyzed by Frequency analysis and χ^2 test using the SPSS 22.0 version program.

The results of this study are as follows:

1. Disclosure preference for cancer diagnosis in young- and middle-aged adults with cancer was 100% agreement because of “the patient’s right to know”(72.1%), “to participate in the treatments.”(45.9%). The physicians and the nurses also agreed 100% and their reason was similar to young- and middle- aged adults with cancer. There was not any difference in preference for cancer diagnosis disclosure among young- and middle- adults with cancer, physicians, and nurses.

2. Disclosure preference for cancer diagnosis in older adults with cancer was 98.1% agreement because of “patients‘ right to know”(72.9%) and “to participate in the treatments”(47.5%). The

physicians' agreement rate was also high at 98.1% for the same reason, and 83.3% of the nurses agreed to the disclosure of cancer diagnosis to older cancer patients. There was a statistically significant difference in preference for cancer diagnosis disclosure among older adults with cancer, physicians, and nurses(p=.008).

Of the nurses, 16.7% disagreed with cancer diagnosis disclosure to older patients, and the main reason was that they wanted to minimize patients' psychological and emotional distress(88.9%).

3. As for the preference for disclosure of cancer diagnosis in young- and middle- aged adults with cancer, 96.6% wanted to be told of their cancer diagnosis by "physicians or nurses", 55.2% "with their family at the first-time disclosure", 86.2% "immediately after diagnosis", 70.7% "telling all information at once". There was a meaningful difference over "the first persons to be told of the cancer diagnosis", and "method of cancer-related information delivery" among young- and middle- aged adults with cancer, physicians and nurses(respectively p=.021; p=<.001).

4. As for the preference for disclosure of cancer diagnosis in older adults with cancer, 90.0% wanted to be told of their cancer diagnosis by "physicians or nurses", 53.3% "with their family at the first-time disclosure", 90.0% "immediately after diagnosis", 55.0% "telling all information at once.". In comparison with older cancer patients' preferences, more physicians and nurses preferred "family" instead of

"patient" as the first persons to be told of the cancer diagnosis. Even more older patients than young- and middle- aged patients with cancer wanted cancer diagnosis disclosure "immediately after diagnosis", but physicians and nurses preferred late notification, and notifying only family without the patients, and almost half of them intended to adjust the amount of cancer-related information disclosed according to the response of the patient or family.

There was a considerable gap in cancer diagnosis disclosure among young- and middle- aged adults with cancer, physicians, and nurses(respectively "disclosure" , p=.001 ; "the first persons to be told of the cancer diagnosis", p<.001 ; "The time to the first disclosure", p<.001 ; "method of cancer-related information delivery", p<.001)

This study found that there was more preference differences among older cancer patients, physicians, and nurses than among young- and middle- aged cancer patients, physicians, and nurses. Health providers should recognize preference difference among young- and middle-aged adults, older adults with cancer, physicians, and nurses and meet cancer patients' need.

Key words : cancer, diagnosis, disclosure, preference, elderly, physician, nurse

Student Number : 2010 - 20412