

1 중증 COPD 환자의 완화 치료(Palliative Care)

이세원

서울아산병원 호흡기내과

Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is one of major cause of death, and it is treatable but incurable disease. Various kinds of pharmacologic therapy are being applied, and they can improve pulmonary function and respiratory symptom. However, it is still far from complete cure of the disease and COPD tend to progress despite of all available treatment. Palliative care should be considered in all incurable progressing diseases. Therefore, COPD is one of main disease for palliative care, which is not active in the management of chronic respiratory disease despite of patient's request. As a result, quality of life is lower in patients with severe COPD than unresectable lung cancer and medical resources are more utilized in terminal stage of COPD. Although limited evidences are available in this field, opioid and consultation about end of life seem helpful. Considering the characteristics of the disease, palliative care is one of important field in COPD.

Corresponding author: Sei Won Lee, M.D., Ph.D.

Department of Pulmonary and Critical Care Medicine and Clinical Research Center for Chronic Obstructive Airway Diseases, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, 88, Olympic-ro 43-gil, Songpa-gu, Seoul 138-736, Korea

Tel: +82-2-3010-3990, Fax: +82-2-3010-6968, E-mail: iseiwon@gmail.com

1. COPD의 특징

1) 높은 사망률과 유병률

COPD (Chronic obstructive pulmonary disease, 만성폐쇄성폐질환)는 대표적 사망 원인 질환이며 전세계 사망원인 5위에 이른다. 10대 사망 원인 중 유일하게 증가하고 있으며, 2020년에는 사망원인 3위에 이를 것으로 예측되고 있다. COPD의 사망률은 1999년 통계와 비교하여 2009년 오히려 높은 수준을 유지하고 있으며, 남녀 성별의 차이 없이 일관되게 높은 사망률을 보이고 있다^{1,2}. Medical Research Council (MRC) 연구를 보면, 산소를 필요로 하는 COPD 환자의 3년 생존율은 남성 42%, 여성 28%에 지나지 않았다³.

국내에서도 전체 사망 원인 중 COPD는 인구 10만 명 당 6,914명(사망률 13.9%)으로 7위에 이른다. 이로 인해 국내에서 COPD로 인해 지출된 한해 보험재정은 500억에 이르며, 흡연으로 인한 질환 중 폐암, 뇌졸중에 이어 3위를 차지하여 질환으로 인한 사회경제적 부담도 매우 크다(Figure 1).

2) 지속적으로 진행되는 병

COPD의 또 하나의 특징은 지속적으로 진행되는 데에 있다. 즉, 폐기능, 건강 상태, 증상 등의 지속적인 악화가

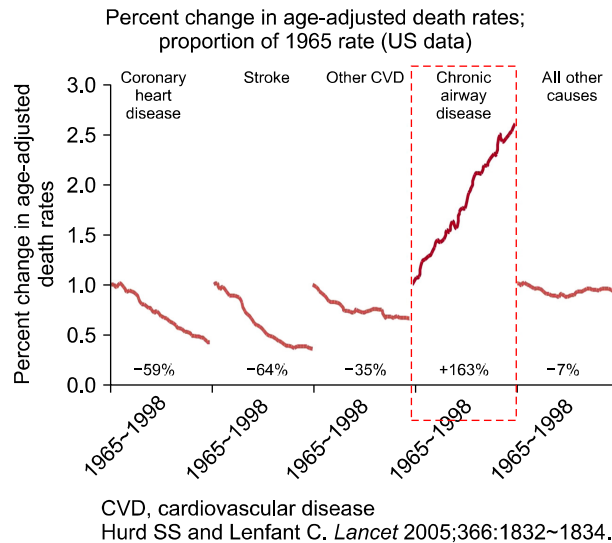


Figure 1. The relative importance of COPD increased among major mortality diseases.

특징이며, 약물에 의해 이런 폐기능의 악화를 둔화시킬 수는 있어도, 멈추게 하기는 어렵다. 폐기능이 나빠지면 급성 악화의 빈도도 증가하게 되며, 급성 악화가 발생하면 사망률은 더욱 증가하게 된다. 급성 악화 이후 사망률은 과거에 비해 많이 개선되었으나 여전히 높게 보고되고 있다. 호흡부전의 악화, 심혈관 질환, 동반 암 등이 COPD 환자의 주요 사망 원인이 된다.

3) 치료 방법의 한계

현재까지도 COPD의 완치 방법은 없다. 기관지 확장제가 주요 치료이나 폐기능 FEV₁의 개선 효과는 100~150 ml 정도이다. 따라서 2~3개의 기관지확장제를 다 써도 200~300 ml 이상의 폐기능 개선 효과 정도를 기대할 수 있는데, 중증 COPD 환자의 경우 정상인에 비해 1.5~2 L 정도의 폐기능 감소가 있어 증상의 호전은 기대할 수 있어도, 정상적인 폐기능 으로 만들기에는 매우 부족하다. 또, 기관지 확장제는 기도를 넓혀주지만 실제 폐실질이 망가져서 생긴 폐기종에 대해서는 호전시킬 치료 방법조차 없어, 실제 폐기종이 주된 환자의 치료 반응은 매우 떨어지게 된다.

이렇게 지속적으로 진행하면서 사망에 이르게 하는 병의 특징 및 치료 방법의 한계로 인해 COPD에서 완화 치료 말기 관리 및 호스피스 치료는 중요한 과제임이 분명하다.

2. COPD 말기관리의 현주소

이런 COPD의 특징을 고려할 때, 현재의 COPD 환자의 말기 관리 완화 치료는 폐암 등의 악성 질환에 비해 잘 이루어지지 않고 있다. 실제 폐암 환자와 비교하였을 때, FEV₁ 0.75 L 미만의 중증 COPD 환자에 비해 수술이 불가능한 폐암 환자는 우울, 걱정 및 삶의 질 등이 오히려 더 좋은 것으로 나타났다. 그러나 완화 치료(palliative care)는 폐암 환자에 집중되어 있었다⁴. 이로 인해 생의 마지막 6개월 동안 COPD 환자는 폐암 환자에 비해 중환자실 입원 및 그로 인한 의료 비용 지출은 오히려 더 많은 것으로 나타났다⁵. 반면, 환자의 완화 치료에 대한 요구는 강해서, COPD 환자는 암이나 AIDS 환자에 못지 않게 의사소통, 감정적 지지, 죽는 과정에 대한 교육을 요구하는 것으로 나타났다⁶.

이렇듯 환자의 요구에도 불구하고 COPD의 완화 치료가 활발하지 못한 이유는 COPD라는 병의 인식 및 예후 예측이 어려운 데에 이유가 있을 것이다. COPD라는 병은 ‘양상’으로 인식하여 ‘악성’질환처럼 완화 치료가 필요하다는 인식이 낮다. 또, 실제 COPD 환자의 경우 폐기능, 운동 능력, 체질량 지수 등의 예후 인자는 알려져 있으나 실제

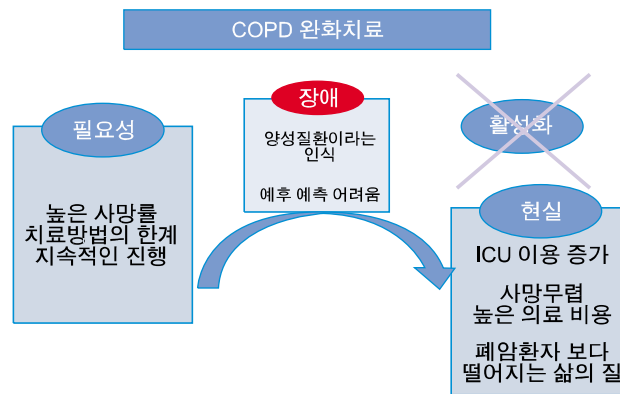


Figure 2. The current status of COPD palliative care.



Figure 3. Palliative care can should be considered at every step of incurable disease treatment.

정확한 생존 기간의 예측이 쉽지 않아서^{7,8}, 그래서 사전에 중환자실 치료, 기관 삽관 등에 가족 및 환자들이 고민하지 않아 생의 마지막 시기에 과도한 의료 자원 지출이 이루어질 가능성이 높아지게 된다(Figure 2).

3. COPD 환자의 완화 치료

1) 완화 치료(palliative care)

완화 치료란 질환이 치료될 수 없고, 완치할 수 있는 방법으로 치료할 수 없을 때, 다학제팀에 의해 환자 및 그 가족에 대해 종합적인 치료를 하는 것을 말한다. 가능한 방법으로 삶의 질을 최대한 높이는 것을 목표로 하며, 병기와 관련 없이 진행될 수 있다.

다음의 요소를 포함한다.

- 통증, 증상 조절, 정신적 영적 요소에 대한 연속적인 지지.
- 환자 및 가족에 대한 질병의 진행에 대한 교육 및 정보 제공.
- 의료진과 환자 및 가족에 대한 정기적이고 심도 있는 의사 소통.
- 환자 및 가족이 죽음 및 그 과정에 대한 대비. 호스피스 선택이 필요 시 제공될 수 있도록 함.

완화 치료의 시작은, 생명을 위협하고 지속적으로 악화될 수 있는 질환이 진단된 그 때부터 고려되어야 한다. 삶을 연장하는 치료가 초기에는 우선되어야 하겠지만 질환이 진행할수록 완화 치료의 비율을 높여야 한다(Figure 3).

2) COPD에서의 완화 치료

암에 비하여 COPD의 완화 치료는 근거가 많지 않고 잘 정립되어 있지 않다. 악성 종양이 통증 및 원발 부위 진행에 의한 증상을 갖는 데 비해 중증 COPD는 호흡곤란 및 근력 약화가 주된 증상이 되는데, 이 문제들의 해결은 쉽지 않다.

완화 치료에 대한 몇 가지 증거들을 모아보면 다음과 같다.

- 흡입형 Opioid의 사용은 호흡곤란의 개선에 도움이 되지 않는다.
- 흡입형이 아닌 경구 혹은 주사 Opioid는 COPD를 포함한 메타 분석 연구에서 호흡곤란 개선에 도움을 주는

것으로 나왔으나, 이는 폐암 등 다양한 집단을 모은 연구여서 한계가 있고, 9개의 COPD 환자를 대상으로 한 연구를 다시 분석하였을 때는 유의한 결과를 보이지 못했다⁹.

- 기관삽관에 대해 조사한 결과 환자 별로 다양한 대답을 보였으며, 증상이 심할수록 기관 삽관에 대해 부정적인 입장을 보였으며 기관삽관을 받겠다는 환자의 비율은 27~64%로 나왔다¹⁰.
- 99%의 COPD 환자는 마지막 순간 기관 삽관 및 기계 환기에 대해 의료진과 상담하기를 원했다. 그러나 이들 중에서 실제 상담을 받은 사람은 19%에 불과하였고, 15% 정도의 환자만이 삶의 지지 요법에 대해 상의하였다.
- 영국의 한 연구에서 82%의 응답자가 예후를 논할 때 일반의(GP)의 역할이 중요하다고 답했는데, 67%의 일반의는 예후에 대해 예측하기 어렵고, 이야기하기 어렵다고 대답했고, 37%의 일반의는 예후에 이야기를 꺼내는 것이 어렵고, 30%는 그냥 환자나 그 가족이 이야기를 꺼내주기를 기다린다고 대답했다¹¹.

이상의 내용을 종합할 때, 일반적인 치료 방법으로 증상 개선을 기대할 수 없는 환자에게 Opioid 등의 진정 치료가 고려될 수 있으나 증거가 분명하지 않으며, 많은 COPD 환자가 본인의 예후 및 향후 악화되었을 때의 치료 정도에 대해 이야기를 하고 있어, 이에 대한 진지한 대화가 완화 치료의 한 부분으로 고려되어야 한다.

4. 결론

COPD에서의 완화 치료는 아직 근거가 많지 않고, 질환의 인식 및 특성상 시행이 쉽지 않다. 그러나 주요 사망 질환이고, 제한된 치료 방법 및 진행되는 특성으로 인해 말기 COPD 환자들은 완화치료가 고려되어야 할 중요한 대상이다. 비록 증상 완화를 할 수 있는 선택이 많지 않지만, 열린 의사 소통 및 정서적 지지라는 일반적인 완화 치료의 방법을 적용하는 것만으로도 말기 COPD 환자의 고통의 일부를 덜 수 있을 것으로 보인다.

참 고 문 헌

1. Hurd SS, Lenfant C. COPD: good lung health is the key. *Lancet* 2005;366:1832-4.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 2006;3:e442.
3. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical Research Council Working Party. *Lancet* 1981;1:681-6.
4. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease (COPD)? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000;55:1000-6.
5. Au DH, Udris EM, Fihn SD, McDonnell MB, Curtis JR. Differences in health care utilization at the end of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease and patients with lung cancer. *Arch Intern Med* 2006;166:326-31.
6. Curtis JR, Wenrich MD, Carline JD, Shannon SE, Ambrozy DM, Ramsey PG. Patients' perspectives on physician skill in end-of-life care: differences between patients with COPD, cancer, and AIDS. *Chest* 2002;122:356-62.
7. Fox E, Landrum-McNiff K, Zhong Z, Dawson NV, Wu AW, Lynn J. Evaluation of prognostic criteria for determining hospice eligibility in patients with advanced lung, heart, or liver disease. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *JAMA* 1999;282:1638-45.
8. Herbst LH. Prognosis in advanced pulmonary disease. *J Palliat Care* 1996;12:54-6.
9. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Broadley K. Opioids for the palliation of breathlessness in terminal illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD002066.
10. Heffner JE, Fahy B, Hilling L, Barbieri C. Attitudes regarding advance directives among patients in pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 1996;154:1735-40.
11. Ramsdell JW, Henderson S, Renvall MJ, Salmon DP, Ferguson P. Effects of theophylline and ipratropium on cognition in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996;76:335-40.

2 말기 만성폐쇄성폐질환자의 간호(Nursing care for COPD Patient)

김윤옥

서울아산병원 호흡기내과

Corresponding author: Yun Ok Kim, R.N., Ph.D.

Department of Inpatient Nursing, Asan Medical Center, 388-1, Pungnap-2dong, Songpa-gu, Seoul 138-736, Korea

Tel: +82-2-3010-6259, Fax: +82-2-3010-8073, E-mail: amckyo@hanmail.net

1. 서론

만성폐쇄성폐질환은 전 세계적으로 사망의 네 번째 흔한 원인으로 치료되지 않는, 진행되는 질환이다¹. 수명이 늘어나면서 진행된 만성폐쇄성폐질환자는 더욱 증가하고 있고, 질병의 진행에 따라 호흡곤란, 통증, 영양장애, 운동 장애와 같은 동반 증상이 악화되고 이를 조절하기 위해 입원과 퇴원을 반복하면서 결과적으로 죽음을 맞이하게 된다². 만성폐쇄성폐질환자의 죽음은 통제되지 않은 증상, 정신적 고통 및 사회적 고립을 동반한 지속적인 기능 저하 이후에 발생하는 경향이 있다². 이러한 대부분의 말기 만성폐쇄성폐질환자와 그 가족들은 죽음을 준비하는 과정에서 죽음을 맞이하게 되며, 관련 의료진들도 이에 대한 적절한 의료적 요구를 제공하지 못하는 실정이다³. 또한, 만성폐쇄성폐질환의 예후를 결정하는 고유의 장애와 많은 장벽들이 삶의 마지막을 훌륭하게 마무리하기 위한 적절한 말기 케어를 방해하며, 다양한 증상을 조절하기위한 의료적 요구를 충족시키기 위한 체계적인 준비가 미흡하다⁴. 이러한 장벽을 극복하고 말기 만성폐쇄성폐질환자의 삶의 질을 향상시키기 위한 간호 요구, 증상 관리, 사전 계획 및 좋은 죽음을 위한 준비에 대해 알아보하고자 한다.

2. 말기 만성폐쇄성폐질환자 간호

말기 만성폐쇄성폐질환자는 심한 기류제한과 생명을 협박하는 급성악화가 매우 심한 중증 만성폐쇄성폐질환으로 정의할 수 있다. 말기 만성폐쇄성폐질환으로 살아가는 환자들은 반복될 뿐만 아니라 예측조차 할 수 없는 고통스런 숨쉬기, 스스로 숨조차 쉴 수 없는 지쳐가는 무능력한 삶, 호흡곤란의 탓에 점차 빼앗겨가는 자유, 숨차지만 하루라도 더 살고 싶은 이생에 대한 질긴 애착과 숨 쉴 수 있는 역량과 숨쉬기 위한 노력사이의 끝없는 줄다리기를 하기도 한다⁵.

또한, 말기 만성폐쇄성폐질환자는 진행한 암, 심장질환, 신장질환자보다 호흡곤란, 피로, 불안, 통증, 우울, 불면, 식욕부진, 변비 등의 증상이 더 심각하다⁶. 이러한 증상에 대한 관리가 우선적으로 고려되어야 하고, 심리적, 사회적, 영적, 실무적 지지를 포함한 지지적, 완화적 치료를 모두 필요로 한다. 더불어, 환자와 가족의 존엄성을 존중하기 위한 접근, 환자, 가족, 보건 및 사회적 치료 전문가 사이에서의 케어 파트너십, 환자/보호자의 요구를 통합하는 정기적이고 체계적인 사정, 환자의 웰빙과 건강 상태의 악화에 대한 치료, 환자의 선호도를 고려한 치료 계획, 치료와 죽음을 맞이할 장소에 대한 환자의 선택, 개인적, 문화적, 영적 신념과 실무에 대한 관심, 치료에 관여하는 모든 팀원을 통틀어 통합하는 치료의 효과적인 조정과 같은 광범위한 내용을 포함하여 고려되어야 한다^{7,8}.

1) 증상 조절을 위한 관리

말기 만성폐쇄성폐질환자들에게 있어 호흡곤란은 죽음을 떠올리게 하는 사건으로 인식되고 위협적인 상황으로 예측할 수 없기 때문에 더욱 큰 불안감을 일으키고 있다⁵. 이것은 만성폐쇄성폐질환자들에서의 불안의 유병률이 50~75%로 진행된 질환들 즉, 암이나 AIDS, 심장질환, 신장질환을 동반한 환자에서의 불안 유병률보다 높다고 보고한 Maurer 등⁹의 연구에서도 설명되는 특성이다. 또한, Bailey¹⁰가 만성폐쇄성폐질환자를 대상으로 그들의 삶을 연구했을 때, 그들의 삶을 호흡곤란-불안-호흡곤란의 순환이라고 기술한 바가 있는데, 이는 그러한 삶 속에서 대상자가 지각하는 삶의 의미에서는 단순한 불안이라기보다, 긴장 속에서 감지되고 기느되는 공포와 같은 불안으로 제시되고 있다.

따라서 의료인들은 만성폐쇄성폐질환자들에게 고통을 초래하는 호흡곤란과 이로 인한 불안이 건강한 사람이 경험하는 불안과는 다른 목숨이 걸린 공포와 같은 것임을 인지하고 공감하는 세심한 주의를 기울여야 할 것이며 그들의 삶에 부여하는 의미를 같이 공감하여, 도움을 적시에 줄 수 있는 간호중재가 모색되어야 할 것이다.

호흡곤란 조절을 위한 적절한 산소요법 적용은 말기 만성폐쇄성폐질환자의 삶의 질 향상에 매우 중요하다¹¹. 무엇보다도 환자와 가족이 산소요법의 중요성을 인식하고 일상생활에서 효과적으로 적용하도록 하는 것이 가장 우선시되어야 한다. 이를 위해 가정산소요법 제공 장비가 움직임과 활동을 제한하지 않도록 적절하게 구비되어 적용하고 있는 지, 가정환경의 안전성에 대한 의료진의 세심한 관심과 배려가 필요하다.

또한 대부분의 환자들은 이동용 산소가 건강보험 적용 대상이 아니고 본인 부담으로 구비를 해야 하는 문제로 구입을 주저하는 경우가 많으며, 실제로 퇴원 후 외래 진료 시에 산소를 적용하지 않고 내원하는 경우가 빈번하다. 이는 환자들이 고정식 산소자동발생기로만 생활하기 때문에 외출이나 여행, 운동, 일상생활이 거의 불가능하다는 점을 시사하기도 한다.

따라서 의료진은 초기 비용이 발생하더라도 이동식 산소장비 구입의 필요성에 대해 더욱 적극적인 교육을 제공해야 하며, 국가적 차원에서도 고정식 산소자동발생기 뿐만 아니라 이동식 산소장비에 대한 건강보험 적용을 우선적인 검토가 필요하다.

호흡곤란 조절을 위한 기관지확장제, 거담제와 같은 적절한 약물 요법이 효과적으로 제공되는 것이 중요한데¹², 대부분 말기 환자들은 자신의 증상들이 조절되지 않을 거라는 불안감 때문에 처방된 약물마저도 제대로 복용하지 않는 경향이 있어 이러한 점을 고려하여 투약이행에 대한 교육과 관심이 필요하다.

그리고 환자의 질환 상태나 증상을 개선하기 위한 방안에 대해 환자와 가족, 의료진이 자유롭게 정보를 교류하는 것이 필요하며 이를 통해 환자 스스로 자신의 질병관리에 대한 관심이 높아져 치료에 대한 자기주도성이 형성되어 증상 조절에 대한 자신감을 갖도록 하는 과정이라고 할 수 있다. 더불어, 호흡조절법, 심호흡, 흉곽스트레칭 및 횡경막 호흡법, 효과적인 기침을 통한 객담배출 등과 같은 호흡재활치료법을 병행하는 것이 자기관리 향상을 위해 매우 바람직하다¹³.

또한 피로를 조절하기 위해 에너지 보존을 위한 일상생활 관리 방안에 대한 교육이 필요하다¹⁴, 불안과 우울 등을 조절하기 위한 적절한 약물 요법과 심리사회적 관리, 인지행동요법과 같은 비 약물요법도 권장할 수 있다¹⁵. 특히, 밤에는 기침, 객담, 호흡곤란 등의 주관적인 증상 악화를 경험하기 때문에 수면장애를 조절하는 것이 중요하며 호흡에 안전한 적절한 약물요법과 이완요법, 명상요법과 같은 대상자의 요구에 따른 다양한 개별적 접근이 요구된다¹⁴. 밤 동안 배뇨를 줄이기 위한 저녁식사 후 수분섭취 조절이 필요하며 기침과 객담으로 인한 수면 방해를 예방하기 위한 취침 전 체위배액과 객담배출 등도 중요한 자기조절 방법으로 추천될 수 있다.

통증 조절을 위한 사정과 중재가 적극적으로 이루어지도록 의료진의 특별한 관심과 배려가 요구되며¹⁶, 식욕부진, 변비 등의 증상에 대해 환자가 적극적으로 표현할 수 있도록 교육해야 하며¹⁷, 가족과 의료진은 환자의 증상 관리를 위해 약물요법 그리고 비약물 요법 등을 병행하여 적극적으로 관리해야 한다.

2) 급성악화와 동반질환에 대한 관리¹⁸

만성폐쇄성폐질환의 급성악화는 만성폐쇄성폐질환자의 호흡곤란, 기침, 객담 등의 기본적인 호흡기 증상이 매일 매일의 변동 범위를 넘어서 치료약제의 변경이 필요할 정도로 급격히 악화된 상태를 말한다. 이러한 반복된 급성악화는 만성폐쇄성폐질환자의 삶의 질의 악화, 증상의 악화, 폐기능 감소의 가속화, 사망률의 유의한 증가, 사회-경제적 비용의 증가를 초래하며, 결국 말기 만성폐쇄성폐질환에 이르게 한다. 특히, 급성악화 환자 중 고탄산혈증이 동반된 경우 입원사망률이 약 10%에 이르고 기계환기치료가 필요했던 경우 1년 사망률이 40% 정도이며 입원한 환자의 3년 사망률이 약 40%에 이르는 등 만성폐쇄성폐질환자의 예후에 매우 심각한 영향을 미치고 있다.

그러므로 급성악화의 예방과 악화초기의 적절한 치료가 만성폐쇄성폐질환에 의한 부담을 줄이는 데 중요하다. 급성악화의 예방을 위해 호흡재활치료, 금연, 예방접종과 같은 비약물치료와 지속성기관지확장제, 흡입스테로이드, PDE4억제제 등의 약물치료를 잘 이행하는 것이 필요하며, 기관지확장제, 스테로이드, 항생제와 같은 약물치료, 산소요법, 환자보조, 비침습적 기계환기, 침습적 기계환기와 같은 호흡보조요법 등을 통한 급성악화 초기의 적절한 치료 제공이 요구된다.

만성폐쇄성폐질환자에게 동반되는 흔한 질환은 허혈성심장질환, 심부전, 심방세동, 고혈압 등과 같은 심혈관질환은 가장 흔하고 가장 중요하다. 당뇨병은 만성폐쇄성폐질환자의 예후에 나쁜 영향을 미칠 가능성이 있으며 위식도역류질환은 급성악화의 위험을 높이는 요인 중 하나로 추정하고 있고 골다공증은 종종 간과되어 진단이 지연되거나 진단되지 못해서 전신상태와 예후를 악화시킨다. 불안과 우울증, 중증 감염질환 등은 만성폐쇄성폐질환자에게서 매우 흔하며 나쁜 예후와 연관이 있어 예방적 차원에서 관리하는 것이 필요하다.

3) 좋은 죽음을 위한 준비

좋은 죽음이란 무엇이며 환자들에게 있어서 좋은 죽음이라는 것이 과연 존재하는 것일까? 하는 질문을 스스로 던져 본다. 대부분의 만성폐쇄성폐질환자들은 자신의 질병이 자신을 사망에 이르게 할 거라고 생각하지 못하기 때문에 죽음을 준비하지 못하고 죽음을 맞이하게 된다. 이와 관련된 의료진들도 마찬가지로 죽음에 대해 이야기하기를 꺼려하기 때문에 이에 대한 준비가 부족하다⁵.

말기 만성폐쇄성폐질환자 케어에 있어서 의료진의 장벽은 불확실한 예후 때문에 이야기할 타이밍을 잡기가 어렵고, 상담할 시간적 여유가 부족하며, 환자의 희망에 대해 누가 될 것을 염려하며, 환자가 아직 죽음에 대해 준비하지 못했을 거라는 믿음 등이다. 환자의 장벽은 의료진이 먼저 말기 케어에 대해 검토 해 줄 것을 기대하며, 죽음에 관해 거론하는 것이 사회적 금기이고 임종시기에 함께 할 의료진이 누구일지 불확실하다는 것, 좋지 않은 상황일 때 원하는 치료를 받을 지에 대한 확실성의 부족 등이 있으며, 이들 중 환자와 가족, 그리고 의료진과의 부적절한 의사소통이 말기 환자 케어의 가장 큰 장벽이다¹⁹.

환자측면과 의료진 측면의 장벽들에 대해 알고 하나 하나씩 대처함으로써 좋은 죽음을 준비할 수 있으며, 무엇보다 좋은 죽음을 준비하기 위한 가장 중요한 것은 환자와 의료진간의 질 높은 의사소통이며²⁰, 이를 통해 환자가 주도적으로 치료 방법에 대해 명확하게 의사를 결정할 수 있다. 환자와 가족, 그리고 의료진간의 완전한 신뢰 속에서 질 높은 의사소통은 가능하며, 환자와 가족들은 죽음에 대한 공포에 대해 완전히 터놓고 표현하고, 스스로 죽음의 공포를 이겨 낼 수 있음을 주도적으로 시사하며, 이러한 과정을 통해 죽음을 사전에 계획하여 맞이할 수 있게 되는 것이다²¹.

결과적으로, 환자는 자신의 질병 치료 과정 속에서 죽음을 예견하며 준비하고, 살아온 삶에 대해 회상하며 가족과 친구들과 함께 시간을 보내면서 갈등을 해결하고 작별을 고하는 과정으로 죽음은 완성된다. 아울러, 가족들과의 여행을 계획한다거나 멀리 있는 친척이나 친구, 지인들과의 교류를 계획할 수 있도록 배려하는 것도 필요하겠다²¹.

진행된 만성폐쇄성폐질환자는 누구나 당연하게 여기는 호흡을 가장 소중히 여기며, 호흡으로 인하여 자신이 살아 있다는 것을 매 순간 인식하고 있고 호흡곤란으로 인하여 항상 죽음을 염두에 두며 살아간다는 점에서 다른 만성질환자의 삶과 다르다. 그렇다면 의료진은 어느 시점에서 환자와 가족에게 죽음을 준비해야하는 말기 상태라고 이야기해 주고 죽음에 대해 준비하게 하는 것이 적절한 지 고민하게 된다. 질 높은 의사소통을 위해 과연 어느 시점부터

죽음에 대해 터놓고 편안하게 서로의 생각을 나눌 수 있는 것일까? 암진단 후 병식을 줄 것인지, 말 것인지에 대해서도 의견이 분분한 우리나라의 의료 현실에서 죽음에 대해 자연스럽게 서로의 생각을 이야기한다는 것은 어려운 숙제일 것이다.

Curtis²²는 산소요법을 하면서 1년 동안 1회 또는 2회의 입원을 한 경우, 예측된 FEV₁이 30% 미만이면서 체중감소, 심한 영양장애 또는 심한 기능적 감소, 수명이 얼마 남지 않은 합병증을 동반한 70세 이상과 같은 세가지 경우 중에 하나만 해당하더라도 임상적으로 6개월에서 12개월 안에 죽음을 예견할 수 있으며 이에 대한 준비가 필요하다고 하였다.

임상 현장에서 말기 간호를 필요로 하는 대상은 호흡곤란으로 일상생활 유지를 위해 지속적인 산소요법 적용이 필요한 환자, 스스로 호흡이 어려워 인공호흡기에 의존하게 되는 환자, 다양한 기관지확장제 사용으로도 호흡조절이 안되는 환자, 급성 악화로 일년에 응급입원을 2회 이상 하게 되는 환자, 재원 30일이 넘어도 증상이 조절되지 않아 퇴원을 계획할 수 없는 환자, 조절되지 않은 증상 때문에 집으로의 퇴원이 어려워 보존적 치료를 위해 지속적인 입원이 필요하여 1, 2차 병원으로의 전원을 계획해야하는 환자 등을 포함할 수 있다.

대부분의 환자들은 질병을 치료하면서 악화되는 과정 속에서 가족에게 부담이지만 의미 있고 싶은 사람으로 자신을 지각하며, 자신들이 살아야 할 이유를 자식들이 섭섭해 할 것이기 때문에, 혹은 아직은 자신이 가족에게 필요한 존재이기 때문이라고 생각하기도 한다. 이러한 점을 고려할 때 말기 간호는 급성 악화 시 대처방법에 대한 적절한 교육 제공과 가정간호서비스와 같은 응급 상황에 대한 연계 체계를 갖춘다면 의료기관보다는 가정에서 가족과 함께 생활하며 지낼 수 있는 방안이 적극 검토되어야 한다. 아직은 효를 중시하고 가족을 중시하는 한국의 가족문화는 주요 간호제공자가 적절하게 준비된다는 조건 하에서 말기 환자를 가정에서 관리할 수 있음을 기대할 수 있다고 생각한다⁵.

말기 만성폐쇄성폐질환자는 삶과 죽음의 경계를 서성이며 조마조마한 마음으로 살얼음판 위를 걸어가야만 하는 삶이며, 환자들은 실제로 이러한 자신의 심적인 갈등을 표현하기 어려워하기 때문에 죽음을 두려워하고 공포로 인식한다. 언제나 자신의 죽음을 인식하고 있지만, 때로는 거부하고 때로는 부정하고, 때로는 자포자기하는 마음으로 죽음을 맞이할 준비를 하기도 한다. 그러나 이것은 좋은 죽음을 위한 준비가 아니다. 환자와 가족, 의료진 모두가 치료의 과정 속에서 죽음은 사전에 준비하고 맞이하는 것으로 인식하고, 환자는 증상에 대해 적극적으로 표현하고 가족과 의료진은 조절되지 않는 증상이 없는 지에 대한 세심한 관심과 배려가 필요하다.

특히, 신체적인 증상 뿐 아니라 불안이나 우울과 같은 정서적인 문제를 자유롭게 표현할 수 있도록 지지하고 사회적 고립과 외로움에 대해서도 중재가 필요한 지 관심을 갖고 확인한다. 그리고 의료진이 놓치지 않아야 하는 것은 환자와 함께 환자의 가족, 특히 주요간호제공자도 환자와 동일하게 죽음을 준비하는 과정에서 정서적, 신체적, 사회적 지지간호를 제공 받도록 배려하는 것이 필요하다. 환자가 떠난 이후에 준비하는 것은 이미 너무 늦기 때문에 환자와 함께 죽음을 준비하고 맞이해야 한다.

3. 결론

말기 만성폐쇄성폐질환자는 반복되는 신체적인 증상 문제뿐 아니라 사회적, 심리적 또한 영적인 문제를 모두 포함하고 있고, 점점 진행되는 질병의 악화를 경험하게 된다. 이러한 환자를 간호함에 있어 환자가 경험하는 삶에 대한 의료진의 총체적인 이해가 뒷받침 되어야 하며 환자들이 겪는 고통을 완화시키기 위해서는 이러한 모든 측면을 고려한 다학제적인 접근이 필요하리라 생각된다.

이를 위해 다양한 건강관리요구를 충족시킬 수 있는 체계적인 말기 케어를 포함한 사전 계획이 필요하다. 환자와 가족을 포함한 치료 팀은 구성원 모두가 신뢰를 바탕으로 장벽이 없어야 하며, 유기적인 관계를 유지하면서 활발한 의사소통이 이루어져야 한다. 특히, 의료진과의 상호협력 체계를 통한 증상에 대한 총체적인 관리, 치료 요구에 대한 신속하고 적극적인 대응, 환자와 가족이 치료 결정에 참여하여 자신의 질병의 진행 과정에 대한 올바른 인식을 할 수 있어야 한다. 또한, 환자가 원하는 곳에서 가장 편안하게 충분히 치료받고 좋은 죽음을 맞이할 수 있도록 사전에

충분히 사정하고 계획하는 것이 필요하다.

참 고 문 헌

1. Nici L, Donner C, Wouters E, Zuwallack R, Ambrosino N, Bourbeau J, et al; ATS/ERS Pulmonary Rehabilitation Writing Committee. American Thoracic Society/European Respiratory Society statement on pulmonary rehabilitation. *Am J Respir Crit Care Med* 2006;173:1390-413.
2. Spathis A, Booth S. End of life care in chronic obstructive pulmonary disease: in search of a good death. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2008;3:11-29.
3. Kendall M, Harris F, Boyd K, Sheikh A, Murray SA, Brown D, et al. Key challenges and ways forward in researching the "good death": qualitative in-depth interview and focus group study. *BMJ* 2007;334:521.
4. Au DH, Udris EM, Fihn SD, McDonnell MB, Curtis JR. Differences in health care utilization at the end of life among patients with chronic obstructive pulmonary disease and patients with lung cancer. *Arch Intern Med* 2006;166:326-31.
5. Kim SR, Kim YO, Kwon KM. Living as severe COPD patient: life of stepping on the thin ice. *J Korean Acad Adult Nurs* 2010;22:663-75.
6. Solano JP, Gomes B, Higginson IJ. A comparison of symptom prevalence in far advanced cancer, AIDS, heart disease, chronic obstructive pulmonary disease and renal disease. *J Pain Symptom Manage* 2006;31:58-69.
7. Byock I, Twohig J, Merriman MK. Promoting excellence in end-of-life care: a report on innovative models of palliative care. *Journal of Palliative Medicine* 2006;9:137-51.
8. Gore JM, Brophy CJ, Greenstone MA. How well do we care for patients with end stage chronic obstructive pulmonary disease? A comparison of palliative care and quality of life in COPD and lung cancer. *Thorax* 2000;55:1000-6.
9. Maurer J, Rebbapragada V, Borson S, Goldstein R, Kunik ME, Yohannes AM, et al; ACCP Workshop Panel on Anxiety and Depression in COPD. Anxiety and depression in COPD: current understanding, unanswered questions, and research needs. *Chest* 2008;134:43S-56S.
10. Bailey PH. The dyspnea-anxiety-dyspnea cycle--COPD patients' stories of breathlessness: "It's scary /when you can't breathe". *Qual Health Res* 2004;14:760-78.
11. Booth S, Wade R, Johnson M, Anderson H, Swannick M, Kite S. The use of oxygen in the palliation of breathlessness A report of the expert working group of the Scientific Committee of the Association of Palliative Medicine. *Respiratory Medicine* 2004;98:66-77.
12. Uronis HE, Currow DC, Abernethy AP. Palliative management of refractory dyspnea in COPD. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2006;1:289-304.
13. Carrieri-Kohlman V. Non-pharmacological approaches. In: Booth S, Dudgeon D, editors. *Dyspnoea in advanced disease: a guide to clinical management*. Oxford: Oxford University Press; 2006. p. 171-203.
14. Carrieri-Kohlman V, Stulbarg MS. Dyspnea: assessment and management. In: Hodgkin JE, Celli B, Connors G, editors. *Pulmonary Rehabilitation*. New York: Lippincot Williams and Wilkins; 2000. p. 57-90.
15. Kunik ME, Braun U, Stanley MA, Wristers K, Molinari V, Stoeber D, et al. One session cognitive behavioural therapy for elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychol Med* 2001;31:717-23.
16. George R, Regnard C. Lethal opioids or dangerous prescribers? *Palliat Med* 2007;21:77-80.
17. Jennings AL, Davies AN, Higgins JP, Gibbs JS, Bradley KE. A systematic review of the use of opioids in the management of dyspnoea. *Thorax* 2002;57:939-44.
18. COPD Guideline Revised 2014. COPD Guideline Revision Committee. Seoul: The Korean Academy of Tuberculosis and Respiratory Diseases; 2014. p. 63-82.
19. Curtis JR, Engelberg RA, Wenrich MD, Au DH. Communication about palliative care for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Palliat Care* 2005;21:157-64.
20. Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA, McIntyre LM, Tulsky JA. In search of a good death:

- observations of patients, families, and providers. *Ann Intern Med* 2000;132:825-32.
21. Davison SN, Simpson C. Hope and advance care planning in patients with end stage renal disease: qualitative interview study. *BMJ* 2006;333:886.
 22. Curtis JR. Palliative and end-of-life care for patients with severe COPD. *Eur Respir J* 2008;32:796-803.