

암 질환의 치료동향과 간호전문가

김 명 자
(가톨릭의대 간호학과 교수)

— 차 례 —

- I. 머릿말
- II. 암증질환의 치료동향
 - 1. 암의 발생분포
 - 2. 치료동향
- III. 간호전문가
 - 1. 간호전문가의 대두
 - 2. Hospice 간호
- IV. 맺는말
- 참고문헌

I. 머릿말

급변하는 사회와 함께 과학의 발달은 질병유형의 분포 및 이에 따른 사망율에도 커다란 변동을 나타내고 있음을 구미각국의 자료를 통해 알 수 있다¹⁾(표 1 참조).

이들 자료는 암증질환이 꾸준히 성장되고 있음을 지적하고 있으며 한편으로는 암 경부에 있어서 아직도 많은 과제가 있음을 시사하고 있다.

우리나라의 경우에 있어서도 질병구조가 6.25동란 이후 큰 변동을 보이고 있으며 사인통계에 대한 공식적인 발표는 1966년에 불과하다. 그나마 중단되다가 1980년부터 다시 공식적으로 집계되고 있다.

주요사인의 년천양상은 표 2와 같이 1960년도에는 열증성 질환이 수위를 차지하고 암증질환은 5순위에 머물고 있었는데 1980년도에는 사고(accident), 그리고 암증질환으로 커다란 변동이 있음을 알 수 있다²⁾.

이상으로부터 생활양상의 변화 및 진단법의 발달로 기인된 사고와 암증질환의 세계적인 증가추세는 우리

〈표 1〉 세계 질병분포도 및 사망을 비교

순위	세계의 질병 분포도(1970)	선진국형 사망율 : (1968/1978 : 증가율)
1	장염(enteritis)	심장병(cardiac D.) (-22.7)
2	영양불량(mal-nutrition)	암(neoplasm) (-3.6)
3	심혈관계(cardio-vascular)	뇌혈관계(cerebro-vascular) (-36.7)
4	결핵(tuberculosis)	사고(accident) (-19.5)
5	암(neoplasm)	호흡계(respiratory) (-42.8)

〈표 2〉 우리나라 주요사인의 변천

순 위	1966년	1982년
1	폐 열	불의의 사고
2	결 핵	종 양
3	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환
4	감염 및 기생충질환	고혈압성 질환
5	종 양	만성 간질환

* 경제기획원 조사통계국

나라의 현상과도 비슷한 주목할 만한 변화로서 이에 따르는 대책이 마련되어야 한다. 그러므로 저자는 이 중 암증질환의 분포와 치료의 동향을 살펴본 후 자연스럽게 제기되고 있는 간호전문가(Nurse Specialist) 특히 암 전문간호원의 대두와 암간호에 있어서 중요한 비중을 차지하는 정신적 요소의 중요성 및 Hospice Care에 대해서 살펴보고자 한다.

II. 암증질환의 치료동향

1. 암의 발생분포

암 발생은 1900년 이래 계속 증가하고 있는데 이는

- 1) J.C. Shank, "Disease Incidence Prevalence," *Family Medicine*, Editor R.B. Taylor, pp.111~113, New York; Springer-Verlag, 1983.
- 2) 김정근, "질병상과 사망구조", 대한의학협회지, 제28권, 제 2호, 119면.

진단법의 정밀화가 주 이유로 설명되며 또한 평균수명의 연장으로 인해 암 발생율이 높은 노인인구가 증가하고 있는 점을 간파해서는 안된다.

실제 암 발생에 관한 증가는 이미 살펴본 바와같이 세계적인 추세들 보이고 있다. 우리나라의 암 통계를 살펴보면 보건사회부가 1983년 7월부터 1984년 6월까지 1년간 전국 58개의 등록된 종합병원 및 대학병원으로부터 국립의료원 암 등록센터에 송부되어온 33,320예에 대한 자료를 분석한 것으로부터 다음과 같은 것을 알 수 있다³⁾.

진단방법—현미경적 진단 : 77.5%

발생연령—45~64세에 편중

빈도별 부위의 우선순위—①위 ②폐 ③유방 ④조혈장기 ⑤결장 및 항문 ⑥방광 ⑦췌장 ⑧임파절 ⑨담낭 ⑩식도

2. 치료동향

암 요법의 효과에 대한 임상적 평가는 전체적인 입장에서 볼때 임상 의사 및 간호원과 연구자 그리고 통계학자간에 상호 긴밀한 협조가 있어야 한다. 즉 어떻게 안정성있는 용량의 범위와 투약기간을 선정하여 약물효과를 극대화 시킬 것인가? 치료조과의 목표물 어디에 들 것인가? 치료의 기준(Standard therapy)은 무엇인지가 선정되어야 하는데 이때 반드시 유념해야 할 것은 지나친 기대로 인한 과잉의 약물투여와 통제에 치우쳐 윤리적인 선을 벗어나지 않도록 하는 것이다.

이를 뒷받침하기 위해서 미국은 자국의 보건기구(National Institute of Health)의 재정적 지원하에 실제 임상연구에 자발적으로 참여하는 자원자를 확보하여 의사—환자간에 있어서 권위를 넘어선 신뢰의 바탕에서 지속적인 연구가 진행되고 있는 것⁴⁾은 암정복의 날이 머지않아 다가오고 있음을 말해주는 것 같다.

암치료의 근본목적은 치유시키거나 암으로 인한 구조적 기능적 손상을 회복시키는데 있다. 암을 치료하기 위한 방법으로서 수술, 항암제투여, 방사선 이용, 면역요법의 4가지들을 들 수 있으며 대량적인 측면으로서 동종의 분제가 있다.

1) 수술요법 :

- 3) 한국인 암등록 조사자료 분석보고서(1983. 7. 1~1984. 6. 30), 보건사회부, *Journal of Korean Cancer*, vol. 17, No. 1, May, pp.157~192, 1985.
- 4) Bernhard Fisher, "Clinical Trials for the Evaluation of Cancer Therapy," *Cancer*, 54(11) : 2609~2617, 1984.
- 5) S. Farrell, N. Eubela S.B. Hall, "High Volume Chemodialysis: A New Outpatient Program," *The Canadian Nurse*, February, pp.44~47, 1985.

기본이 되는 일차적 접근법으로서 근치수술, 예방적 수술, 완화적 수술과 손상된 장기의 기능을 가능한 범위에서 복구시키거나 성형의 목적을 시행하는 재형성술(reconstructive-surgery)이 있다.

2) 항암요법제(chemotherapy)

항암제의 임상적응은 1940년대에 항암의 목적으로 androgen이나 estrogen등의 호르몬제제를 투여한 것으로부터 비롯한다.

항암제의 개발은 현재 획기적인 발달을 거듭하고 있는바 구강투여의 정액투여법이 있으나 전신투여로 인한 부작용의 문제가 심각하게 대두되고 있기 때문에 부작용을 줄이고 극소적효과를 발휘할 수 있는 새로운 방법이 모색되고 있다.

항암제의 복강내 투여(high volume intraperitoneal chemotherapy; belly-bath)방법⁵⁾은 전신투여의 단점을 보완한 방법으로서 보다 높은 용량의 항암제를 투여할 수 있으며 암 세포의 복막천이를 막을 수 있다. 또한 구역, 구토 및 골 기능감소증을 줄일 수 있으며 문맥순환 확보가 용이하기 때문에 주기적 투여와 가정에서의 계속적 진행이 가능하다.

항암제를 투여받는 환자의 간호목표는 환자의 자기 간호(self care)정도를 높임으로서 입원기간을 최대한 단축시키는 것이다. 항암제의 극소적 투여법은 식이섭취 요구를 충족시킬 수 있으며 정신적인 편안과 자유롭게 대화할 진행할 수 있게 하므로 간호원은 항암제의 새로운 투여방법에 대한 이해를 높일 필요가 있다.

3) 방사선 치료(Radiation Therapy)

주위조직에 영향을 미치지 않고 악성종양만을 파괴시키도록 시도함이 근본목적이다. 방사선 치료는 전이된 유방암이나 절막 또는 피부에 위치한 암을 효과적으로 치료할 수 있으며 예방적으로 이용하기도 한다.

4) 면역요법(Immunotherapy)

암 정복을 위한 제 4의 요법이라고 지칭되고 있는 면역요법은 Gorer등에 의해서 항원, 항체에 대한 이해가 넓어진 이래 1975년 Milton과 Köhler들이 단일 항체생산법을 연구하여 현재는 수술요법이나 항암제 요법, 방사선 요법에 대한 부가적인 요법으로 새로운 진기를 갖고 있다. 즉 종양 특이항원에 대한 면역반응이

활형전에 따라 암증장기의 관해(remission)유도와 골수 이식(bone marrow transplantation)이 활발히 진행되고 있다⁶⁾.

5) 통증관리(Pain Control)

암 환자에 있어서 통증을 제거하여 편안을 유지하는 문제는 오늘날 의뢰전체의 공통 관심사가 되고 있다. 모든 질병 증에서 암증질환인 경우 통증문제는 피할 수 없는 중요한 부분이다.

암에 대한 치료적 조치로서 효과를 보지 못하는 경우, 통증을 제어할 수 있는 적절한 요법이 뒤따라야 한다. 암 환자의 통증을 제어할 수 있는 4가지의 기본방법은 첫째, 진통요법을 포함하는 정서적 지지, 둘째, 약리적 상승제 투여, 셋째, 동통완화제 투여 넷째, 암 조직의 제거나 완화적 조치로서 대증적 수술이나 방사선 요법, 항암제 및 호르몬제 투여를 들 수 있다⁷⁾.

통증관리 및 항암제요법은 간호원의 역할이 크게 기대되므로 위에서 다시 언급하기로 한다.

III. 간호적 접근

1. 간호전문가(Nurse Specialist)의 대두

암증질환은 전암기(preclinical period)가 길어서 상당히 진단된 후에야 발견됨이 보통이므로 암년령(cancer age)을 의식한 예방사업이 중요하다.

또한 암요법의 급진적인 발달로 부수되는 유지요법이 중요한 부분을 차지한다.

그러나 암의 완전 정복은 아직도 요원한 느낌이 없지 않으며 암으로 인한 사망율은 이미 살피본 바와같이 계속 증가추세에 있기 때문에 이에 대처할 고도의 지식 및 기술과 열의를 결비한 간호원이 요청된다.

오늘날 간호전문가의 대두는 모든 전문직에서 발생되는 하나의 현상으로서 간호직이 예외가 될 수 없다. 즉 간호에 있어서의 사회적이면서도 기술적인 변화는 간호의 이튼구축은 다져게 하였으며 이제 간호전문가가 요구되는 것은 당연한 결과로 이야기되고 있다. 다시 말해서 간호는 현재 교육이나 행정 뿐만 아니라 임상실무에서도 명실상부한 전문가로서 위치하고 있다.

임상 간호전문가는 질적인 간호를 위한 색다른 역할로서 간호원의 질적향상과 학생의 임상학습에 크게 영향을 미치는 새로운 존재로 부상되고 있다⁸⁾.

미국인 경우 각 대학은 각자의 석사과정 프로그램에 1980년 현재 81개의 등록된 과정이 있으며 미국 간호협회(ANA)에서 대부분의 전문자격증을 규율하고 있는 바 이리 20여종의 전문회(specialty association)를 가지고 있는데 어떤회는 정부의 지원까지 받고있는 점이다. 그러나 그 명칭에 있어서 임상 실무자(clinical practitioner; nurse practitioner)와 임상 전문가(clinical specialist)로 용어의 혼돈을 빚고 있는 것이 문제로 제기되고 있다⁹⁾.

실제로 간호직의 전문가를 배출시킨다는 것은 상당히 복합적인 성격을 띠기는 하나 간호 전문가의 당위성에 대한 의식의 변화와 전적인 간호에 대한 사회적인 요구는 우리의 발전과 대상자의 요구충족을 위해 반드시 이루어져야 한다고 본다.

신체로 암 환자가 임원했을 때 암 환자간호에 대한 지식과 기술이 충분히 준비되어 있는 간호원에 의해서 지속적인 간호를 받은 경우와 준비가 되어 있지 않은 일반간호원이 담당했을 경우 환자가 받은 간호의 질은 매우 다를 것이다.

우리나라인 경우 최소한 대학부속병원에 암병동이 파트 마련되어 전문의와 암 전문간호원(임상 전문가)에 의해서 그 진료와 간호가 수행되어 진다면 바람직하다. 그러나 이러한 예가 모든 종합병원에서 이루어졌을것을 기대하기에는 요원한 느낌이 없지않다. 왜냐하면 간호원의 직업수명이 짧은것과 간호적에 대한 행정적 뒷받침 및 간호원 자신의 성장을 위한 자각이 뒤따라야 하기 때문이다.

미국의 경우 병원에서의 집중적인 진료가 더 이상 요구되지 않으면 그 병동의 간호책임자(clinical coordinator)가 그 환자와 관련된 가정배경을 사정하여 적절한 퇴원교육과 가족의 지지정도에 대한 필요사항을 지시하여 가정간호를 수행케 하는 한편 그 지역의 일차 보건진료원(nurse practitioner)에게 연락하여 해당 환자를 방문케 한다.

6) 정태준, "백혈병의 면역학과 면역치료의 전망", 대한혈액학회잡지, 제18권, 제1호, 67~72면, 1983.

7) M. Swerdlow & J. Stjersward, "Cancer Pain Relief-An Urgent Problem," *World Health Forum*, 3(3) : 325~330, 1982.

8) J. Mac Phail, "Resonable Expectations for the Nurse Clinician," *JONA*, Sep-Oct., 1971, *Clinical Specialist & Nurse Clinician*, pp.5~7.

9) B.A. Hamric & J. Spross Ed., "The Chinal Nurse Specialist," Grune & Stratton, Inc., New York, 1983.

일차 보건진료원은 병원자료와 자신이 사정한 결과를 종합하여 약물투여라든지 식이관계, 환경조성등 적절한 간호를 계속 진행시켜 환자의 회복에 차질이 없도록 한다. 이때 일차 보건진료원은 가정간호기구(Home Health Care Agency)에 소속되어 병원행정 및 진료와 계속적인 연계성이 주어지므로 여기에 등록된 환자들은 가정의 편안한 분위기에서 능숙한 서비스를 받음은 물론 의료비의 절감이 귀파르게 되기 때문에 서로가 만족스럽게 된다¹⁰⁾.

2. 호스피스 간호(Hospice Care)

암 전문간호원(oncology nurse specialist)은 특히 암과 투병하고 있는 환자를 전인적으로 다룰 수 있는 현실적인 태도가 요구된다.

사람들은 흔히 암으로 확정되면 이는 바로 자동적으로 죽음으로 연결된다는 생각에 빠지게 되므로 죽음을 예후한 소외감에 빠지게 된다. 그러므로 이와같은 소외감으로 부터 벗어나 삶을 위한 투쟁이 재형성되도록 해야 한다. 즉 효과적인 삶을 위한 재황이 마땅치하게 이루어 지도록 하기 위해서 정신적인, 사회문화적인 신념이 형성될수 있는 의지(will)를 키워주므로서 인간적인 성숙이 이루어지도록 하는것이 중요하다.

이는 바로 종말로 연결되는 과정에서 있는 환자와 그 가족에 대한 포괄적인 간호를 수행할 수 있어야 함을 의미하는바 암 환자간호에 있어서는 반드시 Hospice 프로그램이 마련되어야 한다.

현재 Hospice에 대한 일관된 정의들 내릴수는 없으나 미국인 경우 "National Hospice Organization" (1979)에서 정의한 내용을 소개하면 다음과 같다, "Hospice란 죽어가는 사람과 그 가족에게 육체적, 정신적, 사회적 그리고 영적인 면의 대증적이면서도 지지적인 도움을 제공하는 프로그램이다. 제공되는 서비스는 의료전문인과 자원봉사자에 의해서 행해지므로 가정이나 병원 모두에게 유익하다. 가정간호는 간헐적인 시간을 규칙적으로 계획하며, 환자나 가족의 요구에 의해서도 제공된다. 환자가 사망해도 남은 가족을 위해서 서비스는 계속된다."¹¹⁾

Hospice 프로그램의 목표는 급성경과를 앓는 환자와는 달리, 그 가족까지를 하나의 unit로 동시에 보는것

이 근본 차이점이라 할 수 있겠다. 따라서 Hospice에서는 환자와 가족이 한 구성원이 되어 생활양식, 치료방침, 증말시기 동안에 행해진 간호론 서로 의존하여 결정한다는 것이 중요한 점이다. 그러므로 선택된 방법에 대해서는 아무도 관여할 일이 아니다. 즉 Hospice의 근본 취지는 어떻게 인간이 인간으로서의 위엄을 잃지않고 그를 사랑하는, 또 그가 사랑하는 사람(:신)과 함께 가까이 있음을 확인하면서 죽을 것이나라는 것이다.

Hospice의 조직, 지원, 구성원등이 각 기관의 특수성이나 사회양상에 따라 다양한 반면에 그 성격은 이상 소개한 바와같은 유사한 범위에서 출발되고 있다.

최초의 Hospice는 1815년 Irsland의 수도인 Dublin에서 자선추진회에 의해 시작된 것이 기원을 이루며 1937년 London에 세워진 St. Christopher's Hospital은 현재까지 잘 알려진 시설로서 죽어가는 환자뿐만 아니라 허약한 노인환자분 포함하며, 교육 및 연구시설도 갖추고 있다.

Hospice운동은 그후 미국에서 활발하게 꽃피워져 현재 800여개 이상의 Hospice프로그램이 여러 형태로 시행되고 있다. 이들의 형태는 1) 독립된 Hospice 2) 병원기구안에 Hospice Unit이 독립기구로 있는 경우 3) 병원안에 Hospice Unit이 개설된 경우 4) 병원내에 Hospice Team이 있는 경우 5) 가정간호 등으로 구분할 수 있다.

초기 Hospice의 중요한 월동력은 종교적 신앙이었으나 미국으로 건너와 종말환자의 포괄적인 돌봄의 체제로 발전되어 지속적인 구성원의 배출을 위해 각각의 훈련 프로그램을 가지고 있다. 그 예로서 Illinois주의 St. Therese Medical Hospital의 4주간에 걸친 "Hospice Training Program"을 들 수 있다.

Hospice의 성격은 처음에 사회사업과 혼동된 듯한 느낌도 없지 않았으나 1982년 미국 의회에서 독자적인 분야임을 인정하기에 이르렀고 현재 대상자의 범위는 6개월 이내 정도의 예후를 갖는 예로 한정하게 되었으며 의료그림의 해독은 210일로 되어 있다.

우리나라에서는 1981년 가톨릭 의대 부속 성모병원에서 Hospice운동이 소개된 이래 활발하게 프로그램이 진행되고 있어 1986년에는 단독 unit을 계획하여 운영

10) Lane Barbara, "Specialization in Nursing," *The Canadian Nurse*, June, pp.24~25, 1985.

11) Amy Schaffner, "Safety Precautions in Home(hemotherapy)" *A.J.N.* 84(3) : 346~347, 1984.

12) Anne L. Cioppa, "Hospice Care," *Cancer Nursing*, Ed. by Sue N. McIntire & Anne L. Cioppa, pp.595~601, 1984.

할 수 있도록 그 선계가 진행중에 있다.

또한 기독교 병원의 "영적 간호"도 같은 정신아테 여러 사업이 전개되고 있는바 다른 어느 구성원보다도 간호원의 역할이 중요시되고 있는 점을 볼 때 체계적인 준비가 마련되어야 함을 실감한다.

IV. 맺 음 말

암종결환의 발병과 이로 인한 사망은 세계적으로 증가되고 있으며 우리나라인 경우도 암 사망율이 2위를 점하고 있어 간호의 비중이 커지고 있다.

전문가로의 전환은 모든 전문직에서 볼 수 있는 하나의 현상으로서 암 전문간호원(Oncology Nurse Specialist)의 대두를 생각하지 않을 수 없다.

그러나 간호교육과정의 다양성과 짧은 직업수명은 이러한 움직임에 하나의 쐐기가 되고 있다. 이러한 문제점을 극복하여 간호의 질적향상을 기하기 위해서는 실무와 교육을 다스릴 수 있는 행정적 뒷받침과 성장을 향해 발돋움 하려는 간호원의 의지가 중요한 관건이라고 생각한다.

미국인 경우 이미 1950년대 부터 간호전문가에 대한 움직임이 구체화되어 1981년 현재 석사과정 91개교, 중 81개교가 독립된 임상 간호전문가(Clinical Nurse Specialist)의 프로그램이 있다.

우리나라인 경우 현재 마취간호원 이외에는 아직 공식화된 프로그램이 없는 것으로 알고 있다. 이에 대한 다각적인 검토가 시급히 마련되어야 겠다.

참 고 문 헌

김정근, "질병상과 사망구조", 대한의학협회지, 제28권 제2호, 119면.

박태준, "백혈병의 면역학과 면역치료의 전망", 대한 혈액학회잡지, 제18권, 제1호, 67~72면, 1983.

한국인 암등록 조사자료 분석보고서(1983.7.1~1984.6.30), 보건사회부, Journal of Korean Cancer, vol. 17, No. 1, May, pp.157~192, 1985.

Barbara, Lane., "Specialization in Nursing," *The Canadian Nurse*, June, pp.24~25, 1985.

Cioppa, Anne. L., "Hospice Care," *Cancer Nursing* Ed. by Sue N. McIntire & Anne L. Cioppa, pp.595~601, 1984.

Farrell, S., Bubela, N. & Hall, S.B., "High Volume Hemodialysis: A New Outpatient Program," *The Canadian Nurse*, February, pp.44~47, 1985.

Fisher, Bernard, "Clinical Trials for the Evaluation of Cancer Therapy," *Cancer*, 54(11)2609~2617, 1984.

Hamric, B.A. & Spross, J. Ed., "The Clinical nurse Specialist," Grune & Stratton, Inc., New York, 1983.

Macphail, J., "Reasonable Expectations for the nurse Clinician," *JONA*, Sep.- Oct., 1971, Clinical Specialist & Nurse Clinician, pp.5~7.

Schaffner, Amy, "Safety Precautions in Home (Hemotherapy)." *A.J.N.* 84(3) : 346~347, 1984.

Shank, J.C., "Disease Incidence Prevalence," *Family Medicine*, Editor R B. Taylor, pp.111~113, New York; Springer-Verlag, 1983.

Swerdlow, M. & Stjersward, J., "Cancer Pain Relief-An Urgent Problem," *World Health Forum*, 3(3) : 325~330, 1982.