



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](#)

의학석사 학위논문

유방 재건 수술의 의사결정 과정에 대한 질적 연구:
재건 의사의 관점

Factors Influencing the Decision-making in Breast
Reconstruction from the Perspective of Reconstructive
Surgeons: A Qualitative Study

울산대학교 대학원

의학과

전동녕

유방 재건 수술의 의사결정 과정에 대한 질적 연구:
재건 의사의 관점

지도교수 김은기

이 논문을 의학석사 학위 논문으로 제출함

2024년 2월

울산대학교 대학원

의학과

전동녕

국문 요약

배경: 의사와 환자의 의사소통과 공동 의사 결정에 중대한 영향을 미침에도 불구하고 재건 외과 의사의 관점에서 즉시 유방 재건술 방법에 대한 의사 결정 과정에 영향을 미치는 요인에 대한 연구는 거의 수행되지 않았다. 이 연구는 질적 방법론을 사용하여 다각적인 요인과 이러한 요인이 상호 작용하는 기전을 탐구하는 것을 목표로 한다. 또한 즉시 유방재건술 방법 선택에서 공유 의사 결정(SDM)을 가로막는 잠재적 장벽에 대해서도 다룬다.

방법: 국내에 유방 재건을 전문으로 하는 재건 외과 의사를 대상으로 의도적인 표본(purposeful sampling)을 모집했다. 표본을 대상으로 반구조화된 심층면담을 실시했다. 이에 따라 데이터를 주제별 분석을 통해 재건 외과의의 관점에서 즉시 유방재건술 방법 의사 결정에 미치는 주요 영향을 파악했다.

결과: 다섯 가지 주요 테마가 확인되었습니다: 1. 환자 임상 시나리오, 2. 비임상 진료 환경, 3. 재건 외과 의사의 선호도, 4. 정보의 제공 범위, 5. 최종 결정을 내리는 주체. 재건 분야는 환자 임상적 특징에 대한 다양한 접근법을 보여주었다. 규모가 큰 병원은 일정 및 수술실 배정 시스템과 같은 비임상적 요인에 크게 영향을 받았다. 재건 외과 의사들은 전문 지식, 경험, 임상 환경에 따라 특정 즉시 유방재건술 방법에 대한 개인적 선호도가 강한 경우가 많았다. 잠재적으로 수술 방법에 대한 결정을 한 뒤, 외과의들은 다양한 수준의 독립적인 정보를 제공했다. 환자들의 지식과 참여도가 다양했기 때문에 최종 의사 결정 권한은 외과의사마다 차이가 있었다.

결론: 이 연구는 즉시 유방재건술에서 공유의사결정(SDM)을 개선하기 위해 비임상 환경 제약을 해결해야 할 필요성을 강조한다. 의사는 의사-환자 관계의 권력 및 정보 불균형을 인식하고, 자신의 편견에 대해 반드시 인식해야 한다.

차례

국문요약

본문

참고문헌

영문요약

서론

유방재건은 보형물 혹은 자가조직 또는 이 두 가지 방법을 함께 사용하는 선택적 재건 수술로, 유방 재건 여부 혹은 그 방법을 선택하는 것은 다른 질병의 치료와 달리 표준적인 가이드라인이나 1등급 근거와 같은 정보 요인이 충분한 컨센서스를 이루고 있지 않다. 유방 재건술을 받을지 여부를 결정하는 것은 연령, 교육, 인종, 사회경제적 지위, 성형외과 의사에 대한 접근성, 다양한 수술 방법과 관련된 위험 및 이점, 비용, 병원까지의 거리, 개인적 선호도와 가치관 등 여러 요인의 영향을 받는 복잡한 과정이지만 본질적으로 상당히 개인적인 결정이다.¹ 재건 방법의 선택에 대해서는 보형물과 자가조직 모두 종양학적으로 안전하고 효과적인 것으로 알려져 있고, 미용적 결과 및 환자 만족도에 대한 분석 역시 두 기술 모두 우수한 것으로 나타났다.² 따라서 재건 방법에 대한 환자의 선택은 종종 임상적 적응증에 따른 외과의의 조언과 환자의 선호와 가치 그리고 특정 지역에서 제안되는 수술 방법 등에 따라서 결정된다.³ 재건 방법의 선택은 환자 자신의 회복 과정과 합병증, 이후의 부가적 수술 등 임상 코스와 장기적인 미용과 기능에 중대한 영향을 주기 때문에 환자와 재건 의사가 함께 수준 높은 결정을 내리는 것이 포괄적 유방암 치료의 필수 요소로서 중요하다.

공유 의사 결정은 환자 중심 치료의 원칙에 따라 의사 결정을 지원하기 위해 제안된 모델 중 하나로 의사와 환자가 협력하고 사용 가능한 최상의 증거와 환자의 선호도 및 가치에 대한 정보를 공유하여 건강 결정에 도달하는 환자 중심 접근 방식이다.⁴ 이 접근 방식에서 의사는 의학적 근거에 대한 전문가로, 환자는 자신에게 가장 중요한 것에 대한 전문가로 간주되며 자신의 건강 계획을 주도하고 적극적으로 참여한다. 의사 결정에서 환자의 자율성을 존중해야 하는 윤리적 의무 외에도, 공유의사결정은 의사 결정의 질과

결정에 대한 환자 만족도를 개선하는 것으로 나타났다.⁵ 공유의사결정은 수술 여부와 원하는 시술에 대한 결정이 선호도에 민감한 경우가 많은 외과 진료에 크게 적용될 수 있는 것으로 보고되었다.⁶⁻⁸ 하지만 유방재건 수술 방법의 선택에서 수술의 복잡성, 다양한 침습 정도, 회복 시간, 신체 기능에 미치는 영향 등 자신이 선택할 수술에 대해 깊이 있게 이해하는 환자는 많지 않을 것이다. 특히 즉시 재건이라는 결정 시간의 제한을 가진 유방암 환자에게 재건 방법의 선택은 종종 어렵고 혼란스럽다.

모든 방법이 모든 환자에게 적합한 것은 아니므로 의료 서비스 제공자가 제공하는 정보는 환자가 자신의 임상적 및 개인적 상황에 적합한 정보에 입각한 유방 재건 방법 결정을 내리는 데 매우 중요하다.⁹ 환자는 의사, 간호사 및 기타 의료 전문가로부터 유방 재건과 관련하여 받는 정보는 재건 방법 결정 경험에 영향을 미치는 것으로 알려졌고, 유방재건 환자가 받는 정보의 주요 출처는 대부분의 경우 재건외과 의사이다.¹⁰⁻¹² 유방재건 방법의 공유의사결정에서 환자의 의사결정측면에서 결정요인(여부, 시기, 종류), 인종, 원하는 정보의 내용과 형식 등 연구가 어느 정도 진행되고 있다. 반면 재건 의사의 측면에서 유방재건 방법의 선택과 관련된 의사결정에 영향을 미치는 요인이라는 복잡하고 주관적인 주제는 유방재건 의사결정의 공유의사결정에서 의사-환자의 소통과 최종적인 의사결정에 매우 중대한 영향을 미침에도 불구하고 지금까지 연구된 것이 거의 없었다. 우리는 질적 연구 방법론을 사용하여 즉시 유방 재건 수술에서 의사 결정에 영향을 미치는 다양한 요인들과 그것들이 상호작용하는 관계에 대해 재건 의사의 관점에서, 더 잘 이해하고자 하였다.

질적 연구방법은 간호학, 의료사회학, 임상사회복지 등에서 많이 진행되어 왔지만, 의학 분야에서 많이 쓰이는 연구방법이 아니다. 양적 연구방법의 대표적인 임상시험은, 실험대상과 실험결과를 수치적으로 살펴보는 것이고, 통계를 이용해 검증하고 있다. 이러한 연

구방법은 실증주의에 기반한 과학이 등장하면서 한 분야로 자리잡았다. 이에 반해 질적 연구방법은 새로운 문제를 발견하고, 대상자의 주관적 인식 및 상황에 대한 해석, 의료행위 결정방식 등을 밝혀내어 새로운 답을 구할 수 있는 연구이다.¹³⁻¹⁶

성형외과 분야에서도 질적 연구와 양적 연구를 비교할 수 있는 사례들이 있다. 예를 들어 욕창 환자의 경우, 욕창 치료에 대한 양적 연구를 수행한다면, 욕창을 치료하기 위해 고려할 수 있는 다양한 요소들을 관찰 연구, 환자 대조군 연구, 무작위 대조 연구 등을 통해 상관 관계를 분석할 수 있다. 그러나 질적 연구를 도입한다면, 면담 과정이 중요한 데이터로, 환자, 보호자, 그리고 담당 의사와의 면담을 통해 분석할 수 있다. 이는 "자세를 변경하여 욕창을 치료할 때 불편하지는 않나요?"와 같은 개방적인 질문을 통해 연구 대상들의 생각이나 환경에 따라 치료에 영향을 미치는 요소를 발견할 수 있다. 이러한 면담을 여러 차례 분석하면, 일정한 유형이 발견될 수 있다. 주변 보호자나 간병인들이 욕창 치료에 충분한 주의를 기울이지 못하는 경우, 경제적 문제, 영양 결핍, 또는 주말에 방치되는 등의 여러 이유로 치료에 영향을 미치는 상황들을 파악할 수 있다. 이러한 결과는 양적 연구에는 잘 나타나지 않는 부분이다.

이에 따라 우리는 재건외과의 관점에서 유방 재건 수술 방법에 대해 의사결정을 내리는 과정을 연구하고자 하였다. 본 연구를 통하여 알아보하고자 하는 연구문제는 아래와 같다.

1) 재건 외과의 측면에서 즉시 유방 재건 방법의 의사 결정에 영향을 미치는 요인들은 무엇이 있으며 어떻게 작용하는가?

2) 재건 외과의가 수술 상담에서 환자에게 제공하는 정보의 내용과 방향은 어떠한가?

3) 재건 외과는 환자를 의사 결정에 얼마나, 그리고 어떻게 참여시키는가?

우리는 또한 유방 재건방법의 의사 결정에서 공유의사결정을 방해하는 요인은 무엇이며 어떻게 공유의사결정을 증진할 수 있는지에 대해서도 논의할 것이다.

연구 방법

가. 연구 설계

본 연구는 질적 사례연구로 시행했다. 이는 재건 외과 의사의 관점에서 즉각적인 유방 재건 옵션을 선택할 때 복잡한 의사 결정 과정을 이해하는데 유용한 연구방법이다.

나. 연구 참여자

국내에 유방 재건을 전문으로 하는 성형외과 의사를 대상으로 의도적인 표본(purposeful sampling)을 모집했다. 수술 경험, 의사의 성별, 병원의 지역 및 규모 등 연구 모집단의 다양성을 목표로 했다. 연구자는 연구시작단계에서 파일럿 면담을 진행하면서, 인터뷰 가이드를 만들었다. 인터뷰 기록의 체계적인 초기 코딩을 통해 데이터 수집이 '포화 상태'에 도달한 것으로 확인되면(예: 새로운 인터뷰와 관찰을 통해 추가적인 주제나 정보가 드러나지 않는 경우) 연구 모집을 중단했다.

다. 심층 면담

재건 외과 의사들은 2023년 2월부터 2023년 7월 사이에 대한민국 성형외과 전문의인 연구자 1(D.N.J.) 또는 연구자2(J.Y.Y)와 전화 또는 대면으로 30~60분간 비공개 면담을 완료했다. 인터뷰는 재건 외과 의사의 관점에서 즉각적인 유방 재건 수술방법을 선택할 때 의사 결정 과정의 기본 요소와 체계를 도출하기 위해 고안된 반구조화된 인터뷰 가이드(부록 1)를 사용하여 진행되었다. 모든 저자가 인터뷰 가이드 개발에 참여했으며, 응답의 깊이와 관련성을 높이기 위해 처음 3번의 인터뷰를 검토한 후 반복적으로 개선했다. 연구 기간 동안 인터뷰 가이드는 새롭게 떠오르는 주제를 추가로 탐구할 수 있도록 지속적

으로 수정되었다. 모든 면담은 오디오 녹음으로 진행되었으며, 개인 식별자를 제거한 채 그대로 전사되었다. 전사된 원자료는 분석 전에 참가자의 편집을 위해 참가자에게 반환되지 않았다.

라. 자료 분석

데이터는 브라운과 클라크(Braun and Clarke)가 설명한 반사적 접근법에 따라 주제별 분석 방법을 사용하여 분석되었다. 연구의 접근 방식은 귀납적이며 특정 합의에 도달하기 보다는 데이터에 대한 참여와 다양한 해석에 대한 토론을 강조했다. 이에 따라 다음과 같이 분석을 시행하였다.

1. 데이터에 익숙해지기 위해 기록 내용을 한 줄 한 줄 읽는 것으로 구성되었다.
2. 각각 진술된 기록에 대해 초기 코드가 생성되었다. 이 코드는 텍스트 조각의 내용을 설명하거나 요약했다. 연구자1과 연구자2는 각각 7개와 6개의 전사된 기록을 코딩했다. 그런 다음 연구자1과 연구자2는 각 텍스트 조각에 대해 독립적으로 생성한 코드를 체계적으로 비교하고 텍스트에 대한 해석을 논의했다. 필요한 경우 코드를 바꾸거나 조정하고, 이러한 논의를 바탕으로 전체 데이터 세트에서 생성된 코드 목록을 작성했다. 면담을 시행한 연구자의 편견을 완전히 제거할 수는 없지만, 다른 연구자(E.K.K.)가 일부 면담 내용을 독립적으로 코딩하도록 하여 분석에서 확증 편향을 줄이기 위한 노력을 기울였다.
3. 연구자 3인은 잠재적인 주제와 하위 주제에 따라 코드를 여러 범주로 나눴다. 주제는 사전에 식별된 것이 아니라 데이터 자체에서 나타났다.
4. 각 주제와 관련된 코딩된 텍스트 조각을 다시 읽고 주제 내 텍스트 조각 간의

일관성, 즉 각 주제가 기본 텍스트 조각의 내용을 정확하게 반영하는지 여부를 확인하여 이러한 주제를 검증했다. 개념 내 명확성이 확인된 후에는 이러한 주제를 사용하여 전체 데이터 집합을 재평가하여 데이터 전체를 정확하게 표현하는지 확인했다.

5. 모든 연구자가 이해할 수 있고 일관성이 있는지 확인하기 위해 주제를 다듬고 논의했다.

6. 완전히 정리된 주제와 하위 주제가 대표 인용문과 함께 결과에 제시되었다. 분석 처리는 ATLAS.ti 버전 23 소프트웨어로 시행했다.

연구 결과

가. 연구 참여자

이번 연구에는 국내 대학병원에서 유방 재건술을 전문으로 하는 성형외과 전문의 총 13명이 참여했다. (표 1) 연구 참여는 자발적으로 이루어졌으며 모든 연구 참여자는 간단한 프로젝트 개요를 제공받고 서면 동의를 제공했다. 모든 오디오 테이프와 익명화된 녹취록은 암호화되어 안전하게 보관되었다. 이 연구는 서울아산병원 기관생명윤리심의위원회(2023-0241)의 승인을 받았다.

표 1. 피면담자 정보 (N=13)

특성	Variable	수	(%)
성별	남자	9	69.2
	여자	4	30.8
나이(세)	평균	43	
	<=39	3	23.1

	40-49	7	53.8
	>=50	3	23.1
전문의 이후 근무 기간 (년)	평균	11.6	
	<5	1	7.7
	5-9	4	30.8
	10-14	4	30.8
	>=15	4	30.8
근무지역	서울, 수도권	5	38.5
	지방	8	61.5
병상규모	<1000	7	53.8
	1000-1999	4	30.8
	>=2000	2	15.4
연간 재건 건수 (평균)	<50	6	46.2
	50-99	1	7.7
	100-199	3	23.1
	>=200	3	23.1

나. 주제

분석 결과, 상호 연관된 다섯가지 주요 주제가 확인되었다

1. 환자 임상 사례, 2. 비임상 진료 환경, 3. 재건외과 의사의 선호도, 4. 정보의 제공 범위, 5. 최종 결정을 내리는 주체.

이러한 주제를 더 자세히 살펴보기 위해 의사 결정 과정에서 재건 외과의가 보이는 근본적인 신념, 이성, 행동을 조명하는 특정 하위 주제로 세분화했다. 이러한 주제와 각 하위 주제는 요약된 예시 인용문과 함께 제시되어 콘텐츠의 본질이 그대로 유지되도록 했다.

1. 환자의 임상 사례

1.1 병기와 보조 치료는 중요한 고려요소이지만 절대적이지 않다

1.1.1 유방절제술 후 방사선치료가 예상될 때 선호하는 재건 방법은 재건 의사마다 서로

다르다.

“방사선치료도 받아야 되고 항암치료도 받아야되고 그러면 보형물보다는 자가 조직이 좀 더 잘 견디고 괜찮으니까, 주로 자가조직 재건을 권한다” (A2)

“방사선치료가 확실하다 그러면 일단은 복부 피판수술로 권하게 되는데 중요하지만 절대적인 건 아니고 환자가 조금 꺼려한다거나 하면 보형물로 가기도 한다.” (A3)

“수술후 방사선 치료 가능성이 높으면 확장기를 하면 방사선치료로 뭔가 변화가 생겼을 때 그거에 대한 intervention 기회를 가진다는 생각에서...” (A4)

“지금 DTI가 prepectoral plane으로 바꾸고 나서는 방사선을 해도 끌려 올라가는 것도 좀 덜하고 capsular contracture도 조금 덜 생기고 그러니까 지금은 병기에 따라서 막 그렇게 구분을 짓지는 않고” (A7)

1.1.2 높은 병기에서는 재건 방법의 장단점보다 수술 시기가 유의미할 수 있다

유방암의 병기와 보조 치료는 재건 방법의 선택에 중요한 고려 요소이지만 그 영향은 절대적이지 않다. 특히 수술 후 방사선치료가 예상되는 경우 고전적으로는 자가조직이 내구성이 강하다고 생각되었고 일부 의사는 그렇게 권유하지만, 면담 대상들은 2차 개입 가능성과 관련하여 확장기를 선호하거나 전흉근 유방재건술(prepectoral implant)의 적용 등 재건 방법의 개선에 따라 즉시보형물 재건(Direct to implant)도 자유롭게 선택하는 등 서로 다른 의견을 가지고 있었다. 한편 특히 재건 수술이 많은 일부 병원에서, 병이 진행

되었고 빠른 수술이 이로운 환자들의 경우, 수술 일정이 지연되지 않게 하기 위해서 시간이 적게 걸리는 재건 방법을 향하여 선택하게 된다는 경우들이 있었다.

“우리 병원은 병기가 높은 환자가 많은데, 병이 진행되어 수술을 빨리 해야 되는 사람들은 보형물을 더 권유하게 된다.” (A7)

1.2 반대편 유방 성형술(Balancing)의 적응증과 권유에 대해 서로 다른 태도를 가진다

1.2.1 일부 재건의사는 반대편 유방 성형술(Balancing)을 환자가 먼저 원하지 않으면 굳이 적극적으로 권하지 않는다

“환자들한테 balancing 방법을 주면 환자들이 암수술하는 것만 해도 정신없는데 확대/축소까지 해야 되냐 해서 굉장히 혼돈스러워 하거든. 그래서 평소에 내가 평소에 가슴이 커서 불편했다, 그래서 내가 좀 줄었으면 좋겠다 하는 생각이 있었다면 이번 기회에 해보라고 이야기하지. 반대편 balancing 수술해도 결과가 항상 좋은 건 아니지만, 근데 환자가 평소에 유방 축소를 원했던 경우라면 가슴이 커서 불편했던 환자들은 줄어드니까 그것만 가지고도 만족스럽지. 결국은 밸런싱을 선택하는데 의사의 어떤 설명이나 의견이 많이 들어가면 만족도가 떨어지는 것 같아서...” (A12)

“가슴이 너무 크거나 오히려 너무 작거나 한데 반대편을 어떻게 안 하고 싶을 때는 결국 자가조직으로 맞추게 된다” (A5)

1.2.2 일부 재건의사는 반대편 밸런싱으로 좋은 결과를 예상할 때 환자에게 적극 권한다

재건 의사들은 반대편 유방의 밸런싱을 환자에게 권유하는 것에 대하여 서로 다른 태도를 가지고 있다. 일부는 환자가 평소에 밸런싱을 원해왔던 경우가 아니라면 굳이 먼저 권하지 않고 그 상태에 최대한 맞춰서 재건하는 것이 환자의 혼란과 당황을 줄이며, 최종 결과에 대한 환자의 만족도에도 좋은 영향을 준다고 말하였다. 유방이 너무 크거나 작은데 환자가 밸런싱을 원하지 않는 경우에는 자가조직 재건만이 대칭을 맞출 수 있는 경우도 있다고 하였다. 한편 다른 일부는 반대편 밸런싱을 하여 좋은 결과가 예상될 때에는 환자에게 적극적으로 권한다고 하였다 (특히 보형물 재건과 함께 반대편의 확대). 어떤 재건의사는 유방의 크기나 모양이 전형적으로 자가조직 재건의 적응이라고 생각되는 환자의 경우 오히려 그 자체가 이상적인 모양이 아니므로 밸런싱을 적극 권함으로써 재건 방법을 더 자유롭게 선택할 수 있다고 지적하였다.

“환자가 반대편 확대를 원하는 경우는 보형물 환자의 10% 정도? 그런데 결과는 사실 되게 좋더라고요. 그래서 젊은 분들 중에 가슴 좀 작은 분들은 제가 먼저 권유드리는 경우가 많고.” (A7)

“요즘 젊은 분들이 많아서 반대쪽 유방확대를 본인이 원하는 분들도 많고 그렇게 하면 결과도 더 좋긴 하니까 제가 추천드리는 편이긴 하고,” (A13)

“만약에 자가조직의 candidate가 되는 유방의 크기나 모양인 경우에 어떻게 보면 이상적인 모양이 아니니까 그 부분에 대한 밸런싱을 한다고 하면 자가조직을 해야만 하는 경우가 줄어든다고 생각을 해서.” (A4)

1.3 종양외과의 피부보존 유방절제술 테크닉이 중요한 영향을 주는 경우가 있다

1.3.1 종양외과의 피부보존 유방절제술 후 피판의 혈류 상태가 좋지 않은 경우 의사 결정에 중대한 영향을 주는 경우가 생긴다

“저는 유방외과 skin flap이 대개 안 좋기 때문에 무조건 expander 합니다. expander 먼저 하고 그 다음 2차 재건을 자가조직을 하느냐 임플란트를 하느냐죠. 얼마전 환자는 mastectomy 무게가 600g 이었고 피부가 이미 혈액순환이 안 좋아서 회색이고 환자는 자가조직 안하겠다고 했고 그럴 때는 확장기에 물은 150-200cc 넣을까 말까 그렇게 해가지고 나오고 피부가 tension을 힘들어하면 확장기에서 물을 빼던지” (A5)

“대개 DTI를 하는데 수술장에서 ICG로 skin flap perfusion 검사를 했는데 areolar를 넘어갈 때 좀 안 좋다 그럴 때 expander로 가요.” (A7)

“제가 한 4, 5년 전에는요 익스팬더가 거의 99%였는데, 근데 지금은 DTI가 한 80% 되는 것 같아요. 바뀐 이유는, 외과 surgeon이 바뀌었어요. 그게 제일 큰 이유예요. 지금 하는 20%의 expander는 예를 들어서 환자가 더 크게 만들기를 원하거나, 그 다음에 skin 을 좀 많이 잘라야 된다.” (A8)

1.3.2 종양외과의 피부보존 유방 절제술 범위가 재건의사의 의사결정에 영향을 줄 수 있다.

종양의 침범으로 인하여 광역 피부 절제가 필요한 경우를 제외하고, 피부보존 유방절제의 테크닉이 재건 방법에 중요한 영향을 주는 경우들이 있다. 절제술 후 피판 혈류 상태

가 좋지 않은 경우 보형물 재건(Direct to Implant)는 제한되었다. 수술전 보형물 재건으로 결정한 경우라도 수술중 피판의 혈류 상태에 따라서 계획이 변경되는 경우도 있었다. 한편 종양외과 의사에 따라 피부보존 유방절제의 범위가 차이가 나는 경우가 있다. 광범위하게 절제되는 경우 특히 보형물재건의 미용적인 결과에 제한점이 생기고 또 박리를 넓게 하기 때문에 피판의 혈류에도 어느 정도 영향을 미친다고 생각하여 이것을 회피하는 방향으로 (확장기나 자가조직 재건술) 의사 결정을 하게 되는 경우가 있었다.

“강 교수님은 옛날에 재건을 자기가 직접 하셨기 때문에 skin flap을 불필요하게 얇게 만들지 않아요. 그런데 박 교수님은 옛날부터 재건을 성형외과에서 하던 병원 출신이니까 재건에 대한 것보다는 암에 대한 어떤 제거가 훨씬 더 중요하다고 생각해서 그런지 완전히 제거하는 편이에요. 그래서 보형물로 재건할 때 강 교수님 유방절제한 재건이 훨씬 수월하고 rippling도 훨씬 덜 생기고 결과가 좋다” (A12)

“똑같은 가슴이라도 누가 mastectomy 했느냐에 따라서 절제 volume이 분명히 다 다르게 나올 거거든요. 이 유방외과 surgeon은 유방절제할 때 바깥쪽까지 많이 나가고 그러면 모양도 조금 잘 안 나오고 이제 이런 분들은 제가 환자에게 자가조직을 조금 더 권유할 수도 있는 거고. 그리고 유방을 좀 적게 떼는 유방외과 서전들의 환자들은 진짜 임플란트를 넣어도 모양이 되게 잘 나와. 그리고 다른 측면으로 외과에서 유방을 많이 떼는 경우는 아무래도 박리 범위가 넓으니까 skin flap이 안 좋은 경우가 있으니까, 자가 조직이 조금 더 들어가든가 아니면 확장기가 좀 더 들어가기도 하고.” (A7)

2. 비임상적 진료환경

2.1 진료 병원의 유방재건 건수가 어느 정도 이상인 경우 유의한 영향을 주게 된다

재건 건수는 병원에 따라 크게 달랐다. 건수가 적은 경우에는 이로 인하여 제약이 되는 경우는 적었다. 그러나 재건 건수가 어느 정도 이상이 되면, 즉시 재건 일정이 너무 지연되지 않도록 긴 수술시간이 필요하지 않은 재건 방법을 선택하게 되는 경우가 생겼다. 이것은 1.1.2와 밀접한 상관이 있었는데 재건 건수가 많은 큰 병원의 경우 암이 더 진행된 환자가 의뢰되어 오는 경우가 많았기 때문이다. 이러한 경우에 자가조직 재건을 결정하는 경우에는 긴 수술 시간으로 인하여 수술 일정 지연에 대한 양해를 구하고 환자의 동의를 필요한 경우가 있었다.

“아무래도 수술 시간은, 다른 인력이 많은 병원에 비해서는 좀 더 걸리는 편인데요. 그래도 수술 스케줄 자체는 좀 금방금방 잡히는 편이라서, 부담은 덜합니다. 외과 쪽도 조금 스케줄이 여유가 있고요, 자가 조직하면 시간이 기니까 아예 저희 수술방을 비워버려서 그 날짜에 외과가 수술하고 가버리고 저희가 이어서 재건하게 됩니다.” (A2)

“저희처럼 큰 센터 같은 경우에는 암이 더 진행된 경우가 많고 이제 좀 일정도 지연도 많이 되고. 케이스가 많다보니까 임플란트가 대부분이고 자가조직은 굉장히 적은 편이긴 하죠. 암 환자분들이 계속 기다릴 수가 없으니까요. 현실적으로 수술 방을 돌리고 케이스를 다 소화해 내려면 즉시재건 케이스에서 나에게 자가조직 수술받기는 현실적으로 어렵다.” (A4)

“자가조직 재건을 권하거나 또 환자가 자가조직 재건을 원해도 자가조직 재건은 오래 걸리니까 수술 schedule 문제도 있을 거고. 근데 이제 그런 거에서 나는 기다려도 하겠다.

하면 abdominal flap으로 하고. 그렇지 않으면 보형물로 하고” (A3)

2.2 성형외과와 종양외과의 일정과 수술방 정하는 시스템이 중요한 영향을 준다

2.2.1 외과에서 수술 일정을 정하고 의뢰하는 경우 수술 시간과 급한 일정이 제약이 될 수 있다.

어떤 병원에서는 외과에서 수술 일정과 수술방을 결정하고 성형외과로 환자를 의뢰하였다. 이 경우 수술방은 대체로 외과의 마지막 일정인 경우가 흔하였다. 이러한 경우에는 늦은 시간 시작하는 수술의 긴 수술시간을 고려할 필요가 생겼다. 또한 일정이 급하게 결정된 경우 필요한 크기의 조직확장기를 급히 준비해야 하거나, 집도의의 일정을 조정할 필요를 맞닥뜨렸고, 이것은 때로 재건 방법 결정에 어느 정도의 제약을 부여하게 되었다. 이러한 급한 일정은 수도권보다는 지역 병원에서 발생하였는데, 생활권이 좁은 한국의 특성상 수술 일정이 늦게 결정되면 지역의 환자들이 더 유명한 수도권 병원으로 이탈하는 것에 대한 우려와 관련이 있었다.

“외과에서 보통 수술 전날 의뢰를 하는데, 당일날 보낼 때도 있고...일단 다 떼보니 다 떼졌네 이렇게 해서 응급으로 한 적도 있고 그럴 때는 다른 방법 설명 아예 안 하고 확장기만 설명하고 하게 되기도 한다.” (A5)

“전날이 많고 당일날도 있고... 보통 1주일 전 외래로 보내요. 외과에서도 이게 서울이 아니니까 환자가 빨리 수술을 해주지 않으면 바로 도망간다고. 그래서 당일날 오면 expander 해야 하는 경우에 종류가 몇 개 없고 그러니까 수술 스케줄은 마지막 수술로 하고 조직확장기 회사에 빨리 갖다 주세요 하고..사실 저는 이런 경우에는 자가 조직 재

건을 최대한 설득을 하려고 하는데 그게 이렇게 막 당일이나 전날에 오시면 조금 한계가 있긴 하더라고요. 외과에서 스케줄 옮기기 부담스러워하고 인력도 고려해야 하고, 만약에 DIEP나 이런 거 하려면은 환자를 아예 우리 방으로 쓸 수 있는 날로 변경해야 하기도 하고, 일정이 아무래도 딜레이가 되니까. 그래서 자가조직을 하는 건수가 줄어드는 요인이 되는 것 같아요.” (A10)

“저희는 이게 지방 병원이다 보니까 이제 유방암 환자들 너무 수술이 뒤로 밀리면 환자분이 다른 병원으로 가시거든요. 그래서 보통 재건 상담을 수술 전날에 오시는 분들도 많고 보통 1, 2주 내로. 스케줄은 외과 스케줄에 맞추고, 외과 수술방에서 하고. 외과는 스케줄이 많으니까 맨날 늦게 끝나고, 아무리 늦거나 해도 자가조직이든 뭐든 할 건 다 하고. 이게 좀 너무 스케줄이 촉박해서 자가조직은 좀 힘들겠다 이런 마음에서 보형물 쪽으로 유도를 하는 경우도 없지는 않은데 사실 그렇게 자가조직을 원하는 분은 이렇게 유도한다고 잘 따라오지는 않아요.” (A11)

2.2.2 외과에서 정해진 일정 없이 의뢰하는 경우 성형외과 수술방과 일정을 할당하는 것이 제약이 될 수 있다.

또 다른 병원에서는 외과에서 수술 일정을 결정하지 않고 성형외과로 의뢰하여 수술방과 일정을 성형외과에서 결정하도록 하였다. 재건 방법에 있어서는 성형외과 의사는 자신이 가용한 수술방을 사용하여 재건 방법을 비교적 자유롭게 선택할 수 있었다. 그러나 재건을 위한 일정과 수술방이 별도로 할당되지 않은 경우에는 이를 위하여 성형외과 수술방의 기존의 예약된 수술 일정을 조정하고 수술방을 비워야 할 필요성이 발생하였다. 다른 어떤 재건 의사는 재건 일정이 정해지면 외과/마취과에서 해당 일정에 가장 여유있는 수

술방을 배정해 주기 때문에 오히려 재건 방법을 비교적 자유롭게 선택할 수 있다고 하였다.

“자가조직이 오래 걸린다고 회피하지는 않는게 유방재건 하는 날은 거의 완전히 비우기 때문에 그렇게 큰 무리는 아니에요. 만약에 스케줄이 여러 개 있어서 유방 재건 수술이 맨 뒤로 밀리거나 하면 제 수술 스케줄을 옮겨서 성형외과 방에서 유방 재건을 하면 된다.” (A8)

“수술 날짜는 임플란트는 좀 빨리 잡을수도 있고, 근데 이제 DIEP 같은 경우는 한 2주 내에는 잡아드리려고 하는데요. 그때는 죄송하지만 제가 원래 수술이 잡혀 있는 다른 수술 환자에게 전화해서 급한 환자가 생겼다고 하고 스케줄을 다 미뤄요. 외과랑 저랑 스케줄이 안 맞을 때가 많아서 그냥 제가 외래 끝나고 하기도 하고 되는대로 스케줄은 하고 있어요. 유방재건 수술이 매일매일 있지는 않아서 그렇게 해서 스케줄이 수술 방법 결정에 크게 영향을 주진 않았던 거 같아요.” (A9)

“우리는 대개는 한 2주에서 한 달 전에 와요. 갑자기 오는 경우는 대개는 원래는 부분절제 하기로 했던 환자인데 갑자기 수술하기 한 이틀전에 갑자기 유방 전절제로 바뀌어서 우리한테 수술 스케줄 빨리 잡아달라고 하는 거지. 그래서 일주일 전에 이제 내가 스케줄을 좀 바꾸거나 해가지고 웬만하면 해드리죠. 그런데 수술방을 성형외과 수술방에서 하면 우리도 손실이 많으니까 우리 방으로 배정을 안 하고 외과에서 해당 날짜에 비는 대로 아무 수술방이나 막 넣어줘. 그러니까 오히려 재건 방법은 시간이 오래 걸려도 하고 싶은대로 할 수 있지만 어시스트도 계속 바뀌고 손발이 안 맞는 문제가.” (A12)

2.3 종양외과의사의 재건에 대한 태도가 다르지만 일반적으로 좋아지고 있다

종양외과 의사들은 최근 대체로 재건에 호의적인 태도와 재건 방법 선택에 중립적인 태도로 환자를 의뢰하게 되었다. 기존에는 재건에 호의적이지 않거나, 재건 여부 혹은 방법을 본인이 일방적으로 결정하는 경우들이 있었다고 하였는데 이러한 태도와 관계는 최근 사라지고 있다고 답하였다. 재건 의사들은 로봇의 사용이나 절개선의 위치 결정, 향후 치료 계획의 공유 등과 관련하여서도 종양외과와의 관계가 좋아지고 있다고 말하였다.

“유방외과에서 본인들이 그냥 판단을 했을 때 “아, 오십세 이상이면 뭐 재건 뭐하러 해?” 이렇게 생각을 해서 권유조차 안하고 안 보내는 사람도 있었던 거죠. 그렇게 되면 재건을 안 하는 거고. 요즘은 유방외과 B교수님은 자가지조직 위주로 설명해서 보내는 편이죠. 본인이 보형물 수술 후 그런 변화라든지 환자의 complaint을 훨씬 더 힘들어 하시는 거 같고 반면에 유방외과 A 교수님은 일단 본인이 임플란트로 우선 설명하고 본인이 자가지조직 수술 안 좋아하고...” (A5)

“몇 년 전에 외과 교수님이 되게 유방 재건에 비호의적이신 분이 계셨고 재건을 환자가 원해도 나중에 하라고 하고, 만약에 진짜 원하면 implant 해라 이렇게 해서 저한테 보내서, 환자한테 제가 자가지조직이나 다른 거를 설명하면 아니 왜 외과에서 간단하게 할 수 있다는데 왜 도대체 내 살을 떼라 그러냐, 이런 식으로, 그게 힘들었습니다. 하지만 외과랑 rapport를 쌓아서 빨리 케이스를 받아야 했기 때문에 처음에는 그러면 더 설명 안 하고 implant 했고요. 그 분이 지금은 안 계세요.” (A9)

“외과에서 교수님이 예전에는 이거는 확장기를 해달라 아니면 이걸 자가조직 해달라 한 적이 있었는데 요즘에는 그냥 완전히 성형외과에서 상담받아 보세요 하고 보내주시는 편이고 관계가 좋다” (A12)

“여기는 협진 시스템이 잘 자리잡혀서 수술전에 상의도 많이 하고 방사선 하는지 안 하는지 미리 알려주시고. 원하는 거 말씀드리면 IMF 절개도 힘들다고 해도 처음부터 많이 해주셨고 로봇도 하자고 하면 흔쾌히 해 주시고 여러모로 협조가 잘 돼서 지금 만족하고” (A13)

3. 재건 의사의 선호

3.1 재건 의사가 생각하는 즉시 재건의 궁극적 목표(가치)는 서로 다르다

3.1.1 일부는 미용을 최우선적으로 생각한다

“무조건 예뻐야 된다. 암이니까 그냥 이 정도에 만족해 이렇게는 아닌 것 같아. 이제는 환자분들의 기준도 높아졌고 복부조직 재건하면 배도 정말 복부성형술 한 것처럼 만들어 줘야 된다.” (A7)

“완전히 미용적으로 최선을 다해보려 한다. 진짜 맞추기 어려운 케이스에서 환자가 안 맞아도 돼요 그런 얘기를 해도 웬만하면 끝까지 맞춰주려고 한다. 그렇게 해야만 성형외과가 경쟁력이 있다고 생각해서.” (A12)

“어차피 그 환자의 cancer risk는 이제 유방외과 의사가 감당을 하는 거고 저희는 어떻게

든 최대한 예쁘게 만드는 게 목표다. 일단은 내가 볼 때 예쁘고 대칭적이어야 한다.” (A2)

3.1.2 일부는 암 제거 자체와 암 치료에 악영향을 주는 합병증을 회피하는 안전을 최우선으로 생각한다

“일단은 암 환자니까 첫 번째는 안전성이지 않을까요? 사실 local recur 이런 거는 우리가 어떻게 할 수 있는 건 아니고. 그리고 나서 미용인데 일단 합병증 없이 잘 낫는 게 제일 중요하겠죠.” (A11)

“일단은 재건 수술이기는 한데 cancer를 잘 치료하는 게 제일 중요하니까. 괜히 미용에 신경쓴다고 무리하게 유두나 피부를 보존하다가 피부에 재발하지 않도록 유방외과에 당부한다. 그리고 free flap의 안전성을 사실 최고로 신경을 써서 perforator가 튼튼하게 최소한 둘 이상 포함되도록 하고” (A6)

3.1.3 일부는 궁극적으로 환자의 만족이 가장 중요하다고 생각한다

각각의 재건 의사는 서로 다른 유방 재건의 가장 중요한 목표(가치)를 가진다. 상당수의 재건 의사들은 미용적인 결과, 대칭적인 결과를 가장 중요한 목표로 내세웠다. 반면 일부는 유방 재건에서 가장 중요한 가치는 안전함 즉 대표적으로 암의 철저한 치료, 그리고 암 치료에 방해가 되는 합병증을 회피하는 것이라고 말하였다. 일부 의사들은 재건 결과와 더불어 전체적인 진료 과정에 대한 환자의 만족을 성공적인 유방 재건의 가장 중요한 가치라고 말하였다.

“환자가 만족해야겠죠. 그렇게 해서 expander를 좀 키워서 2차 수술을 하게 되면 그 때에는 기대하고, 반대편 수술을 안 하려고 했던 사람도 2차 수술때 반대편까지 손을 보겠다고 할 정도로,” (A5)

“아무래도 유방암 환자가 예민하고 그냥 재건이랑 좀 다르지요. 아무리 예뻐도 환자 불편하거나 원하는 게 아니면 안 되니까 미용과 환자 만족을 조화롭게 녹여내는 게 중요할 것 같긴 해요.” (A13)

“환자분이 기대했던 것에 만족 이상으로 하는 만족이 있는 것이 저는 첫 번째라고 생각을 하고요. 몸도 마음도 많이 다치게 되잖아요. 그러니까 환자가 병원에 와서 저를 볼 때 부정적인 감정을 덜 수 있는 존재이길 바라죠.” (A4)

3.2 재건 의사는 대체로 (특정 임상 상황을 떠나) 개인적으로 선호하는 재건 방법을 가지고 있다

3.2.1 일부의 선호는 재건 방법의 최종 결과에 의하여 형성된다

“자가 조직으로 하면 아무래도 흉터는 남지만 좀 더 다양하게 할 수 있고 자연스러워서 freeTRAM 방식으로 한다.” (A2)

“나는 요즘에 내가 자가조직을 했을 때보다 보형물을 했을 때 결과가 더 좋다는 확신이 있어서 내 지인이나 우리 와이프가 와도 보형물을 권하겠다. 그리고 환자들에게 사진을 보여주는데 환자들도 자가조직은 흉터가 확실히 있고 모양도 보형물이 오히려 더 좋고

이러니까" (A12)

"사람들은 확장기를 쓰면 한 번 더 수술해야 된다 라는 걸 단점이라고 생각하지만, 저는 첫 수술하고 환자의 몸과 반응에 대한 정보를 가지고 첫 수술의 insult에 대해서 두 번째 수술로 손볼 기회가 있으니까 확장기의 최종적인 결과가 DTI보다 더 낫지 않나" (A4)

"저는 확장기로 2단계 재건을 주로 해요. DTI는 저는 최종 결과에 대해서 회의를 가지고 있습니다." (A10)

3.2.2 어떤 경우에는 특정 방법의 합병증에 대한 우려와 개인적인 합병증의 경험에 기인한다

"자가조직을 좋아하는 이유는 개인적으로도 몸에 implant, 즉 큰 foreign body가 들어가는 것을 싫어하고, 어쨌든 Foreign body가 몸에 있으면 장기적으로 어느 순간엔가는 문제가 된다고 생각하기 때문에" (A6)

"저는 사실 implant를 진짜 좋아하지 않거든요. 나중에 계속 follow up을 하는데 예고 없이 갑자기 뭔가 문제가 되거나 infection이 되거나 특히 또 skin flap 이 얇으면 그런 리스크가 너무 싫어가지고." (A9)

"자가조직을 선호한다. 전공의때 보형물로 수술하고 나서 괜찮았다가 1년 뒤에 갑자기 seroma 차고 안 좋아져서 몇 달 고생하다 보형물을 뺐습니다. 그리고 다시 확장기 넣고

또 보형물 바꾼 다음에 또 감염되고, 몇년 동안 환자도 힘들어하고 오히려 의사들도 더 힘들어하고 저도 받아들이기 힘들고” (A2)

“자가조직 재건은 그 결과에 대한 변수가 훨씬 임플란트보다 많은 것 같아요. 처음에는 잘 됐다. 좋다 이렇게 하는데 나중에 지방괴사가 생기거나 모양이 변화가 오고 이렇게 됐을 때 그거를 납득시키기가 어려워서.” (A5)

“TRAM 하고 방사선 치료 후 fat necrosis 된 부위가 구멍이 나면서 계속 줄줄 나오면서 해결이 되지 않아서 재수술을 해서 제거하고, 보형물을 넣었다가 결국 또 seroma 생겨다 제거하고 실패한 케이스가 있어요. 자가재건 후 합병증이 발생한 경우가 더 심적으로나 시간적으로 힘든 것 같습니다. 보형물의 경우는, 안되면 자가재건이라는 2nd option 이 있는데 반해, 자가조직은 마지막 수단을 쓴 느낌이 들어서요.” (A1)

“확장기로 2스테이지로 해서 만약에 방사선 때문에 안 좋았다 그러면 나중에 자가조직으로 하자는 그런 희망이 조금 남아있어서 그런지 환자도 좀 낫고, 그리고 2 스테이지는 미리 방사선 때문에 이거 좀 안 좋을 수 있어 라고 충분히 warning을 했던 경우가 대부분이어서” (A10)

3.2.3 일부의 선호의 기저는 공여부의 희생(가성비)에 대한 우려와 관련이 있다

대부분의 재건 의사는 일반적으로 선호하는 재건 방법이 있다. 특정한 방법에 대한 선호 또는 불호는 이 방법의 최종적인 좋거나 나쁜 결과로 설명되는 경우도 있었고, 특정한 방법의 합병증에 대한 우려, 그리고 수련 과정이나 진료 과정의 경험과 관련되는 경우도

있었다. 여러 번의 재수술 끝에 실패한 재건의 직/간접적인 경험은 자가조직 혹은 보형물에 대한 부정적인 견해를 형성하는 중요한 요인이었다. 일부 재건 의사들은 수술 범위와 시간, 공여부의 흉터 등 자가조직 재건의 큰 침습성과 희생에 대한 우려를 보형물(prosthesis)을 선호하는 것의 중요한 기반이라고 말하였다.

“저는 크게 자가조직에 대해서 권하지는 않는데 아무래도 공여부의 희생이 없는 그러니까 좀 쉬운 수술 방법으로 가려고 하는 것 같아요. 환자들이 흉터에 대해서 조금 걱정을 많이 하고, 그리고 보형물이 그 노력이나 수술시간 투자한 거에 비해서 모양이 훨씬 잘 나오기 때문이죠.” (A5)

“아무래도 이제 cost 그러니까 비용 대 효율 면 이런 걸 따져봐서 자가조직보다 implant가 더 낫지 않은가. 물론 이제 미용적으로나 자가 조직은 더 좋을 수도 있기는 한데 아무리 가슴이 예뻐도 배의 scar를 보면 좀 실망스러울 수도 있고. 사실 완전히 대칭적인 가슴 이런 거 보다, 좀 모양이나 크기가 덜 만족스러워도 다른 데 scar 없이 생활에 불편함이 없고 옷 입어서 별로 표가 안 나는 정도들로도 꽤 많이 만족들을 하시거든요.” (A11)

“결국 가슴 때문에 시작을 한 건데 자가조직 재건은 가슴 수술한 것보다 더 큰 몸의 부위가 수술 field에 포함되는 셈이 되는 거잖아요. 그래서 scar가 남겨지는 것도 그렇고 수술하는 과정에서 일어나는 것들, 그 침습성을 다 포함했을 때 과연 그게 가성비(cost effectiveness)가 맞나, 그러니까 뭔가를 채워준다고 더 큰 걸 희생하고 그게 맞나 회의가 든다.” (A4)

4. 정보 제공

4.1 재건 의사는 대체로 모든 방법의 장단점을 설명하지만 증립성은 서로 다르다

4.1.1. 환자의 적응증이나 의사의 선호와 무관하게 대체로 모든 방법을 설명한다

“저는 방법을 다 설명해요. 다 설명하고 똑같이 완전히 자가 조직, 보형물 해서 여기서 자가 조직에서 대표적인 두 종류 복부랑 LD 이렇게 설명하고 이쪽은 DTI랑 2 stage expander 설명하고 장단점 다 설명하고 그래서 일단 환자분들한테 option을 드립니다.”
(A10)

“모든 방법의 장단점들을 설명을 당연히 다 하고 우리는 설명하는 비디오가 있어서 일단 비디오를 먼저 보게 하고 그 다음에 이제 거기에 보완해서 하는 식으로 하지” (A3)

“저는 모든 설명을 다 하고 마음을 정하고 오셨더라도 일단은 다른 방법이 있다는 것을 알려주고. 그래서 자가 조직 쓰는 방법 임플란트 쓰는 방법 다 설명해주고, 장단점 설명해 주고” (A6)

“모든 방법들을 다 설명합니다. 진료실에 들어왔을 때 환자가 어느 정도 결정을 했다해도 영점으로 돌아가서 하는 편이라는 거죠. 웬만하면 다 설명해서 나중에 내가 못 들었거나 안 선택한 방법에 대해서 아쉬움이 남지 않게 최대한. 그래서 나중에 이게 최선이였다고 말 할 수 있게...” (A5)

“보형물을 선택할 수밖에 없는 경우에도 똑같이 설명을 합니다. 어쨌든 자가조직이 안

되는 거긴 하지만. 제 입장에서 그럴 수밖에 없었던 이유를 나중에 설명을 하는 거지 다르게 설명하는 부분이 적습니다.” (A4)

4.1.2 일부는 대체로 중립적으로 설명하지만, 환자의 상황(체형, 성향)에 따라 권유하는 편이다

“재건 방법과 관련해서 제가 따로 설득을 하진 않아요. 당신 몸 상태는 할 수 있다. 아니면 당신이 지금 배가 얇으니 그런 걸로 가자 그런 경우는 있죠. 그런데 그런 경우가 아니라면은 둘 다 가능하다 이러이러한 장단점이 있다. 원하는 대로 해주겠다.” (A8)

“저는 일단 환자한테 가능한 방법을 다 설명을 드리고요. 장단점 말씀드리고 선택을 하게 하는데 이 환자의 체형이나 조건에 따라서 좀 이게 많이 좋겠다고 생각하는 걸 추천을 드리기는 하는데” (A13)

“환자의 성향을 많이 보죠. 그래서 환자가 흉터에 대한 두려움이 좀 있고 좀 마른 사람들은 보형물로 좀 더 권하고 그리고 나이도 많지 않고 출산도 안 했고 미혼이거나, 이런 분들은 허벅지 아니면 보형물로 권유하고” (A7)

“그러니까 약간 저도 guided consultation을 하는 것이 좋겠다는 생각을 가끔은 하는데 예를 들어 환자 캐릭터도 이분은 어떻게 해도 불만족할 것 같다. 그러면 최대한 간단하고 커뮤니케이션이 적은 걸로. 덜 침습적이고 뭔가 reversible한. 되돌릴 수 있는 걸로.”

(A10)

4.1.3 일부 재건 의사는 의사가 좋다고 생각하고 선호하는 방법에 대하여 더 권유하고 추천한다

재건 의사들은 대부분 대체로 모든 방법들의 장단점을 다 설명한다. 정보전달에 있어서는 환자가 마음을 정하고 온 경우에도, 재건 방법이 환자의 임상적인 조건이나 다른 여건에 의하여 한정적으로 거의 정해질 수밖에 없는 상황에서도 모든 방법, 장단점을 다 설명하였다. 그 이유로 재건 의사들은 환자가 선택할 수 있게 하기 위해서 이외에도 환자에게 아쉬움이 남지 않게 하기 위해서, 혹은 이게 최선이었음을 설명하기 위해서 등의 이유를 들었다.

설명의 중립성에 있어서는 차이가 드러났다. 일부 의사들은 대체로 중립적이지만 환자의 상황(체형이나 성향 등)에 따라서 더 적절하다고 판단되는 것을 추천하는 편이라고 대답하였고, 일부는 자신이 더 이롭거나 좋다고 생각하고 선호하는 방법에 대하여 더 우선적으로 권유한다고 대답하였다. 기관의 시스템을 비롯한 비임상적 환경적인 요인으로 인하여 특정한 방법을 환자에게 추천한다고 드러나게 대답하는 경우는 없었다.

“먼저 장점과 단점을 다 설명을 드리고, 일단 제가 자가 조직을 좋아하니까 그리고 우리 병원은 나이가 있으신 분들이 많이 오시니까 보형물을 나중에 교체를 해야 된다, 뭐 빼는 경우도 있다, 이런 얘기를 드리면 아무래도 다 그냥 자가 조직으로 가시는 것 같더라고요” (A2)

“일단 autologous을 먼저 권하는데, 그러니까 얼마나 autologous가 자연스럽고 좋은데 환자가 수술시간이 긴 것과 흉터를 얼마나 부담스럽게 생각하는지, 괜찮다 그러면

autologous로 가고. 나 흉터 싫다, 부담스러우면 보형물이라는 방법이 있습니다. 보형물은 자연스러운 건 좀 떨어지지만 그런 수술 시간도 짧고 흉터도 적습니다. 이렇게.” (A3)

“좀 마른 환자라든지 그런 경우는 대략 implant밖에는 마땅한 option이 없겠다. 이런 생각을 하는 경우 간혹 있긴 하지만 Autologous tissue로 하려면 할 수도 있기 때문에. 간혹 환자가 어떤 방법이 좋냐고 물어보면 두 가지 다 좋은 방법이라고, 개인적으로는 implant foreign body 쓰는 것보다는 그냥 자가 조직을 하는 걸 좀 선호하는 편이다, 이 정도까지는 설명을 해줍니다.” (A6)

“두 가지 다 설명드려서 이제 두 가지 다 가능하면 보형물 쪽을 주로 권유를 하고 자가 조직이 꼭 필요한 경우나 이런 게 있으면 설명을 드리는데 이제 최종 결정은 본인이 하시죠.” (A11)

4.2 재건 의사의 설명 수준은 환자의 사전 지식 수준에 따라서 조정된다

“이제 그 환자분이 어떤 정보를 받았는지 확인을 하죠. 그거에 적합한 정보를 제가 제공할 해야 될 거니까 그렇게 한 다음에 이제 기본적으로 재건이 이루어지는 과정에 대해서 설명을 드리고” (A4)

“기본적인 거 어디까지 알고 있고 어디까지 설명을 듣고 왔는지 환자 입으로 먼저 이야기하도록 합니다. 그래서 자기 병이나 이런 거에 대해 설명하는 걸 들어보면 좀 이해를 잘 하겠다 내지는 insight가 있는지 없는지 체크해서 거기에 맞게 설명한다. 다 설명해서

도움이 될 만한 사람은 다 설명해서 본인이 정할 수 있게..." (A5)

4.2.1 환자의 사전 지식이나 사전 의사 결정 수준은 여러 인자의 영향을 받는다

"좀 젊은 환자들은 성형외과 외래 오기전에 좀 인터넷이나 카페 보고는 오는 것 같고 한 50대 이상들은 그냥 제가 말하는 것 와서 듣는 것 같고." (A8)

"보통은 조금 젊은 환자는 검색하고 와서 본인이 생각하는 게 있는 경우가 한 60%인 것 같고" (A10)

"우리 병원 환자들을 보면 정보의 접근성이 높아져서 대부분 뭔가를 보고 들어오고 특히나 제 환자들은 제 유튜브 채널을 보고 들어오기 때문에 대충 어떤 거를 내가 하고 싶다는 것도 좀 정하고 들어오죠" (A7)

"우리 병원 환자들은 재건을 해야 된다는 얘기 듣고, 성형외과 진료 전에 그 사이에 막 찾아보고 알아보고 그러는 거 같지는 않아요. 제 생각에는 한 20% 정도만 찾아보고 오는 것 같아요. 지역적 특성인 것 같아요." (A9)

"찾아보고 오는 사람이 한 20% 정도. 특히 저희는 지역 특성상 재건 결정하자마자 바로 스케줄이 잡히니까 그렇게 여유 있게 찾아 보지를 못하셔가지고. 우리 병원 환자들은 대부분 외과에서 이제 임플란트로 수술을 한다. 이렇게 미리 보통 설명을 듣고 오는데, 세세한 거 부작용이나 이런 것까지는 아니고 보형물 하라고 해서 왔다. 뭐 이런 식으로"

(A11)

“대개는 내가 자가조직보다 임플란트 위주로 하고 약간 환자들한테도 소문이 난 것 같아서 대부분 임플란트를 한다고 생각하고 오는 편이고.” (A12)

4.2.2 환자의 사전 지식 수준은 종종 개인적이고 부정확하다

재건 의사들의 설명 수준은 환자의 사전 지식 수준에 따라 조정된다. 의사는 면담 과정에서 대체로 가장 먼저 환자의 지식 수준과 방향을 물어보아서 확인하여 선택적으로 수준에 맞는 설명을 하였다. 환자의 사전 지식이나 의사 결정 정도의 수준은 다양하며, 나이, 지역, 종양외과의사, 환자가 정보를 조사할 수 있는 시간적 여유 등의 영향을 받는다고 대답하였다.

적은 수의 환자들의 정보 접근성이 높고 지식수준이 높다고 느꼈지만, 일반적으로 사전에 정보 조사를 하고 재건 방법에 대해 마음(본인의 선호)을 어느 정도 정하고 오는 비율이 기대보다 낮다고 생각하였다. 미리 정보를 습득한 경우에도 정보의 질이 떨어지는 경우가 있었으며, 이는 인터넷의 경험담이나 환자 모임에서 취득한 정보는 일부의 시각에 한정되며 부정적인 경험에 치중하는 경향이 있다고 말하였다.

“찾아보고 오는 사람도 좀 잘못 알고 오는 경우도 많고 그렇죠. 일단은 이제 그게 서로 지식이 좀 비대칭이잖아요. 저희가 이제 전문적인 지식을 갖고 있고 환자들이 자기가 들었거나 주변에서 경험이 있다 하더라도 그거는 이제 일부 경험인 거고. 아무래도 환자들 간에 잘 됐다든 것보다는 또 문제 있어서 이제 자기의 그런 불만을 이렇게 얘기하는 글들이 더 많을 수도 있으니까.” (A11)

“환자들이 되게 어디에서 어떤 게 좋더라 해서 듣고 오는 경우가 있어서 주변에서 보형물 해서 고생했던 환자 주변에 있는 사람들은 와서 또 그런 얘기를 하고, 그러면 내가 자가조직 하고 고생하는 환자들도 이야기를 해주고. 주변에서 뱃살을 하는게 좋다 하던데 자가조직을 해주세요 하는 경우도 간혹 있는데 그러면 장단점을 다시 설명해주고”

(A12)

5. 최종 결정

5.1 재건 의사는 최종 의사결정의 주체에 대하여 서로 다른 믿음을 가지고 있다

5.1.1 환자가 의사결정에 참여하기를 원하는 정도는 서로 다르다

“저는 사실 implant를 좋아하지 않지만 환자가 정말 implant를 원하면 굳이 설득을 하지 않아요. 하지만 정말 환자가 교수님이라면 어떻게 하실 거예요? 결정해 주세요라고 하는 환자도 있거든요. 그럴 때는 결정을 해드려요.” (A9)

“절반보다 좀 적은 정도 한 40% 정도는 결정해 주세요. recommend 해주세요. 이러면 모양 봐가지고 결정하는 편이에요. 진짜 공평하게, 예를 들면 진짜 완전 이렇게 임플란트로도 재현이 가능할 것 같은 브레스트면은 이렇게 해도 된다. 도저히 안 될 것 같으면 autologous 이렇게 결정해 준다” (A10)

“환자의 의사 반영 정도는, 환자가 권해주길 바라는 사람도 있고 그렇지 않기도 하고, 본인이 확고하게 있는 사람도 있으니까. 굳이 하면 3분의 2 정도는 환자의 선호를 존중하

고 나머지는 의사가 보고 원하는 것대로 결정된다.” (A3)

5.1.2 일부는 최종 의사결정의 주체가 주로 환자라고 말한다

“보통 다 설명을 해 주고 환자한테 선택을 하게 하니깐 거의 한 90% 정도는 환자 의지로 결정하는 게 아닌가 저는 그렇게 생각해요. 90% 정도.” (A6)

“나는 설명하고 환자가 듣고 결정하도록 저는 계속 그렇게 해요. 제가 마음의 부담을 덜 느끼려고” (A8)

5.1.3 일부는 최종 의사결정이 주로 결국 재건의사에 의하여 이루어진다고 말한다

최종적으로 재건 방법을 결정하는 주체에 대하여 재건 의사들은 서로 다른 믿음을 가지고 있었다. 재건 의사들은 대체로, 모든 환자가 적극적으로 스스로 의사 결정을하기를 원하지는 않고 추천이나 대리 결정을 원하는 경우가 있다고 하였다. 결과적으로 어떤 의사들은 90% 이상, 대부분의 경우에 최종적인 결정을 환자가 직접 하도록 한다고 하였다. 반면 몇몇 의사들은 결국 즉시 재건 방법의 최종 결정의 주체는 재건 의사 자신이라고 (생각한다고) 답하였다. 이 경우에 현실적으로 가용한 방법이나 가장 적절한 방법에 대해서 의사는 최선을 다해서 설득을 하고 납득시키거나 환자의 의사가 반영되었다는 느낌을 주려고 한다고 말하기도 하였다.

“확고하게 본인 고집이나 좀 찾아보고 이랬는 한 소수, 한 20% 그런 경우들을 제외하면 거의 그냥 의사들이 이제 어느 정도 결정한 거에 대해서, 특히 오신 분들이 이제 암에

대해서 좀 벌써 충격을 받고 조금 정신이 없는 상태로 와서 저희가 설명하면 그냥 그대로 받아들이시는 분들이 많죠.” (A11)

“솔직히 환자의 의사는 반영되기 어렵다고 생각해요. 반영은 했다라는 느낌을 드리고 싶은 한데요. 환자는 저한테 제가 최선을 다해서 뭐를 해줄 수 있을지를 들으려고 온 사람이니 물건을 사는 거랑 다르니까요. 게다가 우리 병원 환자 같은 경우에는 원래 진단 당시로부터 굉장히 시기를 꼭 채워가지고 오게 되고 그러다보면 선택권이 없는 셈이다...유방암 환자가 사실 재건 방법 선택권을 주고 안주고 하는 것때문에 병원을 옮기고 그럴 수가 없는거잖아” (A4)

“그러니까 실제 따지면 환자의 의사가 반영되는 정도는 진짜 10프로 밖에 안 되는 것 같아요. 10% 밖에 안 되는데 환자에게 약간 본인이 결정했다를 90% 정도의 확신하게끔 설득을 좀 하는 편인 것 같아요.” (A2)

“환자의 의견이 반영되는 퍼센트는 10~20%정도. 그렇지만 마스텍토미 피판의 안전성에 대해서 환자에게 설명을 하다보면 환자가 납득되어서 본인이 확장기로 하겠다고 한다. 맞아요 결국 제 영향으로 100% 결정되는 셈이네요...” (A5)

고 찰

우리는 해당 연구에서, 즉시 유방재건과 관련된 재건 의사의 의사결정 과정을 질적으로

분석하였다. 결과적으로, 면담 자료로부터 다섯 가지 상호 연관된 핵심 주제와 이에 수반하는 부주제들이 드러났다. 재건 의사들은 동일한 환자의 임상 사례에 대해, 같은 조건에서도 다른 반응을 보였다. 재건의사들이 가진 다양한 비임상적인 진료 환경이 의사 결정에 유의미한 영향을 미쳤다. 각 재건 의사의 개인적인 선호도는 정보 전달에 영향을 주었으며, 최종 의사 결정의 주체에 대한 견해에서 상당한 차이가 확인되었다.

기존 연구에 따르면 의사들은 일반적으로 공유의사결정을 지지했으며, 특히 치료 방법에 대한 불확실성이 있는 경우에 더 강조되어왔다. 그러나 공유 의사결정을 찬성하는 임상 의사들조차 공유의사결정의 주요 행동에 대해 일관성 없는 신념을 가지고 있었다. 그들은 공유의사결정이 특정한 성향의 환자나 혹은 의사가 분명히 선호하는 방법을 가지지 않은 임상 상황에서만 더욱 적절하다고 믿는 경향이 있었다. 또한 임상 의사들은 환자가 병과 관련 없는 측면에 과도하게 주목하여 잘못된 결정을 내릴 우려나 부담과 혼란을 겪을 수 있다고 우려했다.¹⁷ 모든 환자가 정보 획득을 선호하지만, 항상 의사 결정에 적극적으로 참여하길 원하지는 않는다는 사실이 알려져 왔다.¹⁸⁻²⁰ 이러한 행동은 우리 연구의 소주제 5.1.1에서도 확인되었는데, 일부 환자들은 의사에게 결정을 맡기거나 권고를 받는 경향을 보였다.

유방재건 방법은 표준화된 치료 알고리즘 결정과정이 없어, 불확실성을 초래하기 때문에, 환자의 선택이 중요한 의사 결정 중 하나이다. 따라서 공유의사결정 모델에 잘 부합한다. 그럼에도 불구하고 유방 즉시 재건수술을 고려하는 환자들은 다양한 의사 결정 관련 장애물에 직면한다. 환자들은 복잡한 수술 방법의 장단점을 완전히 이해하기 어렵고, 결정을 빨리 내려야 한다는 시간적인 압박감을 느낀다. 일부는 선행암요법으로 인해 몸이 아프고 자기 자신처럼 느껴지지 않는다. 많은 환자들은 암이라는 진단에 압박되어, 암을 완치하는 것이 최우선 과제이며 미용은 그다지 중요하게 여기지 않는다고 생각했다.⁴

한 실험 연구에서는 정보 구성 방식이 환자의 유방 재건 방법 선택에 영향을 미친다는 사실이 확인되었다. 공유의사결정을 환자가 초기 결정에서 정보에 입각한 결정으로 전환하는 과정으로 간주한다면, 재건 방법에 대한 의사 결정 과정에서 정보 제공과 재건 외과 의사와 환자 간의 의사소통이 가장 중요하다고 할 수 있다. 의사가 상담에서 제공하는 정보가 항상 중립적인 것은 아니다. 이전 연구에서 의사들은 환자에게 적합하지 않은 방법을 걸러낼 수 있다고 자신했지만, 일부는 중립적인 태도를 유지한 반면, 일부는 최적이라고 생각하는 방향으로 환자를 유도했고, 일부는 환자에게 적합하지 않다고 판단되는 방법은 제시하지 않았다. 예를 들어, 유방 절제술 후 방사선 치료(PMRT)를 받을 가능성이 높은 여성은 제한된 정보를 받았다고 답했다.²¹

수술 결정에 영향을 미치는 요인을 정보, 의학적 상태, 기관, 환자, 집도의 요인으로 분류한 연구들이 있으며, 가이드라인 및 1등급 근거와 같은 정보는 강력한 요인이지만 유방 재건술을 포함한 많은 경우에서 충분하지 않은 것으로 나타났다.²² 병기 및 신체 상태와 같은 환자의 임상 정보가 유방 재건술의 중요한 교과서적 알고리즘을 형성한다고 여겨져 왔지만²³, 본 연구 결과에 따르면 재건 외과의들은 하위 주제 1.1 및 1.2에서와 같이 다양한 접근 방식과 상대적으로 자유로운 생각을 가지고 있었다. 전통적으로 유방 절제술 후 방사선 치료(PMRT) 가능성이 높은 상황에서 자가 조직을 선호하는 의사도 있었지만, 보형물을 싫어하지 않는 의사도 있었으며, 특히 확장기를 선호하는 의사도 있었다. 반대쪽 균형이 필요한 것으로 간주되는 신체적 조건에서도 재건 외과 의사들은 균형의 필요성에 대한 인식과 환자에 대한 권고에 있어 서로 다른 접근 방식을 보였다. 임상적으로 유의미한 요인 중 하나는 유방 절제술 후 피판의 관류 상태였으며, 이는 특정 환자의 임상적 사례의 일부이기는 하지만 특정 종양 외과의가 이 사례를 반복하는 경우 재

건 외과의의 일반적인 선택 방법에도 상당한 영향을 미쳤다.

재건 방법 선택과 관련된 비임상적 환경 요인의 경우, 유방 즉시 재건수술건수의 영향은 대체로 예상과 일치했다. 유방 즉시 재건수술은 종양외과 전문의와 성형외과 전문의가 함께 하는 수술로 비교적 긴 수술 시간이 필요하다. 면담에 응한 성형외과 전문의 중 일부는 종양외과에서 수술 일정과 수술실을 결정한다고 답했고(하위주제 2.2.1), 다른 일부는 성형외과에 일정을 맡긴다고 답했다(하위주제 2.2.2). 성형외과 전문의에게 일정을 맡길 경우, 선택의 유연성이 더 높은 것으로 나타났다. 수술실 배정은 종양외과 의사가 사용하는 수술실, 재건을 위해 따로 마련된 수술실, 수술 당일 비교적 여유가 있는 수술실, 원래 성형외과 의사에게 배정된 수술실 등 다양했다. 하지만, 각 경우마다 수술이 늦게 시작하는 것, 재건 방법에 따라 사용할 수 있는 수술실을 미리 배정하는 것, 수술실 인력과 수술 용품에 익숙하지 않는 부분도 있다는 것, 성형외과 의사가 자신의 다른 수술 일정을 조정해야 한다는 것 등의 한계가 언급되었다. 이러한 시간적, 공간적 제약은 유방 즉시 재건수술의 건수에 따라 그 정도가 다양했다. 이러한 제약은 자가 조직보다는 보형물 기반 재건술로 기울어지는 경우가 많았다. 기존 문헌에 따르면 성형외과 의사가 유방 재건술에서 공유의사결정 사용을 꺼리는 이유 중 하나는 제한된 수술실 접근성으로 인해 시간이 덜 걸리거나 더 빨리 일정을 잡을 수 있는 재건 방법을 선호할 수 있기 때문이라고 지적했다.²⁴

이번 연구에서 특이하게 관찰된 점은 지역마다 수술 일정의 긴급성 정도가 다르다는 점이다. 한국의 좁은 국토와 잘 발달된 교통 시설로 인해 지방 병원에서는, 환자가 수도권 의 다른 병원으로 떠나는 것을 막기 위해 수술 일정을 긴급히 잡는 경우가 있었고, 일부 종양외과 의사들은 하위주제 2.2.1에서 밝힌 것처럼 유방 즉시 재건수술 1~2일 전에 환자를 의뢰하기도 했다.

한편, 유방암 환자는 암 치료의 우선순위에 따라 병원과 종양외과 의사를 선택하는 경우가 많기 때문에 재건술에 대한 종양외과 의사의 태도가 환자의 지식과 태도에 중요한 영향을 미칠 수 있다. 한 연구에 따르면 유방 재건에 대한 종양외과 의사의 부정적 편향된 의견이 환자의 결정에 영향을 미치는 경우가 상당수 있는 것으로 나타났다.²⁴ 본 연구 결과에 따르면 최근에는 종양외과 의사가 유방 즉시 재건수술 시행 여부나 방법에 영향을 미칠 가능성이 적고 종양외과 의사와 성형외과 의사의 관계가 과거보다 더 협력적이다(하위 주제 2.3). 이는 긍정적인 변화이다. 그러나 두 과의 관계는 여전히 의뢰의 긴급성, 일정 및 수술실 배정에 암묵적으로 영향을 미치고 있다고 가정할 수 있다.²⁵

수술 의사 결정에 영향을 미치는 외과의사 요인에는 개인적인 경험, 훈련, 시술에 대한 편안함, 기타 유사한 고려 사항이 포함된다. 일상과 일하는 유형, 주변 문화도 외과의사의 의사 결정에 영향을 미치는 것으로 알려져 있다.^{22, 26} 환자와 마찬가지로 외과의사도 다른 곳에서 발생한 선행 사건으로 인해 상담 전에 특정 결정을 내리는 경향이 있다는 보고도 있다.²⁷

면담참여자들은 하위주제 3.2에서와 같이 특정 임상 사례가 제시되지 않은 경우, 대부분 유방 즉시 재건수술 방법에 대한 개인적인 선호도를 가지고 있었다. 선호도는 최종 결과의 긍정 또는 부정, 합병증에 대한 우려 또는 경험, 교육 및 개인적 경험, 전문 지식에 기반했다. 이러한 선호도는 재건 외과 의사가 가진 다양한 주요 목표와 관련이 있는 것으로 보인다(하위주제 3.1). 일부는 수술 부위의 범위와 기증 부위의 희생(하위주제 3.2.3)을 언급하며 보형물 기반 재건을 지지했는데, 이는 보형물 재건을 선택하는 가장 중요한 이유로 수술 후 신체기능 수준과 덜 침습적인 시술을 선택한 여성 성형외과 의사들을 대상으로 한 이전 연구와 일치하는 것으로 보인다.⁶

특정 상황에 대한 의사의 일반화된 선호도는 편견의 한 형태이다. 의사가 다른 인구 표

본과 비슷한 인지적 및 행동적 편향을 가지고 있다는 것은 잘 알려져 있다.¹ 대부분의 임상가는 의학적 의사 결정 과정에서 의사의 개인적 경험에 기반하는 것이 중요하다고 답하였다. 한 문헌에서는 개인적 경험을 임상가가 과거 사건에서 얻은 정보와 지식을 종합하는 건설적인 과정을 통해 개발한 지식 기반 추론으로 정의한다. 이러한 개인적 경험의 형성은 개별 의료 기관의 일하는 형태와 같은 독특하고 복잡한 비임상 환경의 영향을 받기도 한다. 설문조사 결과를 종합하면, 개인적 경험, 전문성, 비임상 환경이 모두 상호작용하여 재건 외과의의 재건 방법에 대한 선호도 또는 편견을 형성하는 것으로 추정할 수 있다.²⁶ 면담 참여자들은 비교적 일정한 비율로 재건 방법을 선택한다고 답했으며, 환자 자신의 가치와 선호도, 임상 사례가 개별 환자의 의사 결정에 중요한 역할을 하지만, 환자 외적인 변수와 편견의 상호작용으로 인해 각 재건 외과의의 전반적인 진료가 특정 패턴의 선택으로 수렴하는 것으로 추측한다.

면담 참여자들의 의사-환자 간 의사소통과 최종 의사 결정에 대한 설명은 어떤 면에서는 공유의사결정과 일치했고, 어떤 면에서는 공유의사결정에서 벗어난 경우도 있었다. 대부분의 면담 참여자들은 환자에게 모든 방법의 장단점을 설명한다고 답했다(하위주제 4.1.1). 그러나 정보의 중립성은 다양했다. 완전히 중립적인 설명을 고집하는 의사는 거의 없었고, 대체로 중립적이지만 환자에게 더 적합한 것이 무엇일지 추측한다고 답한 의사도 있었으며, 자신이 선호하고 유익하다고 생각하는 방법에 우선순위를 둔다고 답한 의사도 있었다(하위주제 4.1.2 및 4.1.3). 이는 임상가가 종종 권장하는 것과 강요하는 것의 차이를 모른다는 기존 문헌과 일치하는 것으로 보인다.²⁸

모든 환자가 의사 결정에 적극적으로 참여하기를 원하지는 않는다는 면담 참여자들의 응답은 기존 연구¹⁷⁻²⁰ 와 일치했지만, 하위 주제 5.1.2 및 5.1.3에서 볼 수 있듯이 유방 즉시 재건수술 방법 선택에 대한 믿음과 최종 결정권자에 대한 의견에는 상당한 차이가

있었다. 면담 참여자들이 거의 전적으로 환자에게 결정을 맡긴다고 답한 공통적인 이유는 환자 자신의 책임감과 관련이 있었다. 공유의사결정의 알려진 효과 중 하나는 상처를 입은 환자가 현실적인 기대치를 갖고 자신의 결정에 더 만족하며 후회하는 경향이 적다는 것이다.¹⁷ 이는 유방의 대칭성으로 인해, 반대측 유방을 위한 수술이 유익하다고 생각하더라도 환자가 먼저 원하지 않는 한 적극적으로 추천하지 않겠다는 일부 면담 참여자들의 응답과도 일치하는 것으로 보인다. 반대로, 다른 외과의들은 거의 전적으로 재건 방법을 결정한다고 답했는데, 이는 주로 진료 환경의 제약 때문이며, 선호하는 방법의 우월성에 대한 믿음이나 유방 절제 피판의 상태 등을 다른 이유로 들었다.

의사는 환자에게 맞춤형 권고를 하려고 노력하지만, 환자는 의사가 환자의 개인적인 가치와 목표보다는 임상 진료 지침에 기반한 획일적인 접근 방식을 취한다고 인식한다. 또한 환자는 현재의 건강한 삶에 더 집중하는 반면, 의사는 미래의 부작용에 더 집중하는 경향이 있다.²⁸ 면담에 응한 재건 외과의사들은 유방 즉시 재건수술에 대한 다양한 목표를 가지고 있었으며, 그 중 다수는 무엇보다도 우수한 미용 결과를, 일부는 합병증과 암 치료에 방해가 되지 않는 안전한 재건을, 다른 일부는 전반적인 환자 만족도를 꼽았다. 이전 연구에서는 많은 유방암 환자들이 미용 목적보다 암 치료와 생존을 우선시하는 것으로 나타났다.²¹ 또 다른 문헌에서는 환자들이 보형물 기반 재건을 선택한 이유로 짧은 수술 시간과 빠른 회복을 꼽았으며, 자가 조직을 선택한 중요한 이유로는 자연스러움과 이물감 방지를 꼽았다. 이러한 값의 가중치 차이로 인해 환자가 필요로 하는 정보와 의사가 제공하는 정보 사이에 차이가 발생할 수 있다.²⁹

문헌에 따르면 사전 동의는 환자의 우려 사항과 관련이 적고 의사 결정에 거의 영향을 미치지 않는다고 한다.³⁰ 임상 의는 때때로 환자의 가치관이 의사 결정에 영향을 미칠 수 있는 정도를 과소평가한다. 특정 선택이 환자의 가치관과 어느 정도 일치하는지 잘못 판

단하거나, 선입견에 따라 환자의 선호도에 대해 오해하거나, 환자가 참여하기를 원하는 정도를 잘못 해석할 수 있다. 그러나 환자는 잠재적 위험을 평가하는 정도가 다양하고 위험과 이득을 의사와 다르게 평가할 수 있으므로, 의사가 최적이 아니거나 부적합하다고 생각하는 방법이 실제로는 환자에게 수용 가능하거나 바람직할 수 있다.^{2, 17, 31-34}

문헌에 따르면 공유의사결정 환자들은 제한된 정보를 받고 있으며, 특히 유방 재건술에 관한 지식과 의사 결정 준비가 부족하다고 보고했다. 상당수의 여성이 자신의 선호도와 일치하지 않는 치료를 받았다.^{4,21,35} 상당수의 여성이 유방 재건술 후 어느 정도 결정적인 후회를 경험했다.³⁶⁻³⁸ 그럼에도 불구하고 환자들은 비대칭적인 지식과 권력 역학 관계로 인해 제안과 권고를 받아들여야 한다고 말한다.²⁸

면담에서 드러난 재건 성형외과 의사의 선호도는 인지적 편향과 행동적 편향으로 설명할 수 있으며, 이는 종종 의사의 정보 전달과 의사 결정 자체에 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다. 사실 임상 의학의 편견은 오류가 아니라 습득한 전문 지식과 경험에 기반한 과학이자 예술이며, 근거 기반 의학의 가치와 마찬가지로 특정 재건 외과 의사의 경험의 가치를 부정해서는 안 된다.^{1, 25} 그러나 개별 재건외과 의사의 결과 예측에는 오류가 있을 수 있으며, 인지편향이 특정한 사례에서는 왜곡될 수 있다.^{26, 39} 따라서, 환자의 의사 결정을 지원하고 유방 재건 방법 선택의 공유의사결정에 대한 참여의 질을 향상시키기 위해, 개별 환자의 상황에 맞춘 명확하고 균형 잡힌 고품질 정보를 제공하는 환자 의사 결정 보조 도구의 중요성을 강조하는 것이다. 이러한 도구는 인지적 편견의 부정적인 영향을 줄이고 복잡한 의료 의사 결정에서 환자 경험을 최적화할 수 있는 큰 잠재력을 가지고 있다. 양질의 환자의사결정보조도구 개발의 중요성은 문헌에서 밝혀진 환자의 충족되지 않은 정보 요구^{4, 40-44}와 본 연구 결과에도 반영된 정보의 질에 대한 우려(하위주제 4.2.2)에 의해 더욱 뒷받침된다.¹⁷

이 연구에는 몇 가지 한계가 있다. 첫째, 즉각적인 유방 재건 방법 선택에 대한 의사 결정에 대한 다양한 외과 의사의 관점을 수집하기 위해 의도적인 표본 채집을 활용했지만, 연구 결과를 일반화하기에는 한계가 있을 수 있다. 재건 외과의는 교육 병원에서 모집되었으며, 이들의 경험이 다른 진료 환경의 경험을 대표하지 않을 수 있다. 참여하지 않기로 선택했거나 유방 재건술에 대한 의사 결정과 관련하여 특별히 기억에 남는 경험을 기꺼이 공유하고자 하는 편향된 표본을 반영하지 않을 수 있다(긍정적이든 부정적이든). 둘째, 외과의의 의견과 경험을 정확하게 설명하기 위해 집중적인 노력을 기울였음에도 불구하고 이 연구는 연구자의 해석에 따라 편향될 수 있다. 다른 관찰 연구와 마찬가지로 호손 효과(the Hawthorne effect)는 잠재적인 자료 교란 요인이 될 수 있다. 따라서 저자들은 자료의 신뢰성을 높이기 위해 자주 만나서 논의하고 수집된 자료를 공동으로 코딩했다. 마지막으로, 면담 대상자가 한국에서 활동하는 재건외과 의사로 한정되어 있어 다른 국가의 환자 특성 및 진료 환경과 상당한 차이가 있을 수 있다. 그러므로 다양한 국가와 문화권에서 더 많은 표본을 통해 결과를 검증할 필요가 있다.

결론

결론적으로, 재건 외과의들은 일반적으로 유방 즉시 재건수술 방법에 대한 명확한 선호도를 나타냈다. 환자의 임상적 요인은 예상보다 영향력이 적었다. 재건 수술 건수가 많은 병원에서는 수술 일정 및 수술실 할당량과 같은 시스템의 영향이 컸으며 선택의 자유를 제한하는 경우가 많았다. 재건 외과 의사들은 환자들이 다양한 수준의 지식과 의사 결정에 참여하고자 하는 욕구를 가지고 있다고 보고했다. 면담 참여자들은 최종 결정을 내릴

주체가 외과의와 환자 중 누구인지에 대해 상당히 다른 견해를 가지고 있었다. 이러한 연구 결과는 유방 재건 방법 선택 시 공유의사결정을 방해하는 요인과 이를 촉진하기 위한 전략에 대한 새로운 통찰력을 제공할 수 있다. 예를 들어, 면담에서 밝혀진 것과 같은 비임상적 환경 요인의 제약을 파악하고, 통제하거나 수정할 수 있는 요인을 개선하여 자유롭고 독립적인 공유의사결정의 장벽을 낮추고 공유의사결정의 질을 높일 필요가 있다. 재건 외과 의사는 의사와 환자 관계에서 환자의 가치와 선호도를 전달하는 데 있어 환자의 자신감을 약화시킬 수 있는 권력 불균형을 인식해야 한다. 또한 자신의 편견이 있음을 인식하고 이를 성찰해야 한다.

부록 1. 면담 지침 Interview guide

이제 유방 즉시 재건 수술 방법 선택과 관련하여 여러분의 경험과 관점을 살펴보고자 합니다. 환자의 임상 사례 및 진료 상황과 같은 요소를 고려하여 의사 결정 과정을 살펴볼 것입니다. 또한 귀하와 환자 간의 의사소통의 역학 관계에 대해 논의하여 유방재건수술 방법 결정에 함께 도달하는 방법에 대해 조명합니다. 다음 질문에 대한 여러분의 통찰력은 유방 재건술의 의사 결정 과정과 협업 역학에 대한 귀중한 관점을 제공할 것입니다.

1. 유방 재건 시 선호하는 수술 방식과 그 근본적인 이유를 얘기해주시겠어요?
2. 성공적인 유방 재건을 위해 가장 우선시하는 가치나 목표는 무엇입니까?
3. 재건 방법을 결정할 때 환자 상태의 어떤 임상적 요인이 중요하다고 생각하시나요?
4. 병원의 진료 환경이 의사 결정 과정에 어떤 영향을 미치나요?
5. 일반적으로 환자에게 어느 정도 정보를 제공하나요, 아니면 상담을 시작할 때 환자들이 미리 정해진 선호 사항을 가지고 오나요?
6. 본인이 생각할 때, 어떤 수술방법이 더 적절하거나 바람직하다고 생각하더라도, 환자에게 가능한 모든 재건 방법을 설명하려고 노력하나요?
7. 모든 재건 수술 방법에 대해 중립적인 정보를 제공하기 위해 노력한다고 생각하시나요?

8. 환자에게 더 적합한 재건방법이 무엇일지에 대한 평가를 바탕으로 환자에게 특정 방법을 적극적으로 추천하는 경우가 있나요?
9. 환자의 선호도가 유방 재건술에 관한 최종 결정에 어느 정도 영향을 미친다고 생각하십니까?
10. 유방 재건 수술 결정에 대한 접근 방식에 대해 공유하거나 강조하고 싶은 다른 사항이 있나요?

제공된 면담 지침은 효과적인 면담 진행 방법을 보여주는 예시다. 주요 내용에 대한 개방형 질문으로 시작한 다음 참가자의 답변에 따라 대화를 조정했다.

참고문헌

1. Whyte S, Bray L, Chan HF, et al. Cognitive Bias and Therapy Choice in Breast Reconstruction Surgery Decision-Making. *Plast Reconstr Surg.* 2022;149(4):629e-637e. doi:10.1097/PRS.0000000000008903
2. Benbassat J, Pilpel D, Tidhar M. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. *Behav Med.* 1998;24(2):81-88. doi:10.1080/08964289809596384
3. Gopie JP, Hilhorst MT, Kleijne A, et al. Women's motives to opt for either implant or DIEP-flap breast reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2011;64(8):1062-1067. doi:10.1016/j.bjps.2011.03.030
4. Ter Stege JA, Raphael DB, Oldenburg HSA, et al. Development of a patient decision aid for patients with breast cancer who consider immediate breast reconstruction after mastectomy. *Health Expect.* 2022;25(1):232-244. doi:10.1111/hex.13368
5. Kannan S, Seo J, Riggs KR, Geller G, Boss EF, Berger ZD. Surgeons' Views on Shared Decision-Making. *J Patient Cent Res Rev.* 2020;7(1):8-18. Published 2020 Jan 27.
6. Sbitany H, Amalfi AN, Langstein HN. Preferences in choosing between breast reconstruction options: a survey of female plastic surgeons. *Plast Reconstr Surg.* 2009;124(6):1781-1789. doi:10.1097/PRS.0b013e3181bf8056
7. Langstein HN, Cheng MH, Singletary SE, et al. Breast cancer recurrence after immediate reconstruction: patterns and significance. *Plast Reconstr Surg.* 2003;111(2):712-722. doi:10.1097/01.PRS.0000041441.42563.95
8. Vandeweyer E, Hertens D, Nogaret JM, Deraemaeker R. Immediate breast reconstruction with saline-filled implants: no interference with the oncologic outcome?. *Plast Reconstr Surg.* 2001;107(6):1409-1412. doi:10.1097/00006534-200105000-00013

9. Brennan ME, Spillane AJ. Uptake and predictors of post-mastectomy reconstruction in women with breast malignancy--systematic review. *Eur J Surg Oncol*. 2013;39(6):527-541. doi:10.1016/j.ejso.2013.02.021
10. Wolf L. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part I: decision-making and sources of information. *Eur J Oncol Nurs*. 2004;8(3):211-223. doi:10.1016/j.ejon.2003.12.012
11. Wolf L. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part II: Information giving and content of information. *Eur J Oncol Nurs*. 2004;8(4):315-324. doi:10.1016/j.ejon.2003.12.013
12. Hasak JM, Myckatyn TM, Grabinski VF, Philpott SE, Parikh RP, Politi MC. Stakeholders' Perspectives on Postmastectomy Breast Reconstruction: Recognizing Ways to Improve Shared Decision Making. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017;5(11):e1569. Published 2017 Nov 13. doi:10.1097/GOX.0000000000001569
13. 정진주, and 조정진. "보건의료분야에서의 질적연구의 적용." *가정의학회지* 29.8 (2008): 553-562.
14. 김상현, and 전우택. "의대생의 유급경험에 관한 질적 연구." (2008): 351-362.
15. 김순, and 정은경. "임상 의사의 진료목적 정보원 이용과 장애요인에 관한 질적 연구." *한국문헌정보학회지* 50.4 (2016): 55-75.
16. 강예지, and 김도환. "의과대학 학생의 온라인 수업에 대한 인식 및 학습행동에 관한 질적 연구." (2021): 46-55.
17. Kannan S, Seo J, Riggs KR, Geller G, Boss EF, Berger ZD. Surgeons' Views on Shared Decision-Making. *J Patient Cent Res Rev*. 2020;7(1):8-18. Published 2020 Jan 27.
18. Ladin K, Frazier RS. The Elusive Promise of Shared Decision Making: A Step Forward. *Am J Kidney Dis*. 2022;79(5):623-625. doi:10.1053/j.ajkd.2021.10.005
19. Jayanti A, Neuvonen M, Wearden A, et al. Healthcare decision-making in end stage renal disease-patient preferences and clinical correlates. *BMC Nephrol*. 2015;16:189. Published 2015 Nov 14. doi:10.1186/s12882-015-0180-8
20. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med*. 2012;27(10):1361-1367. doi:10.1007/s11606-012-2077-6
21. Giunta S, Laidsaar-Powell R, Huang L, et al. Considering the type and timing of breast reconstruction after mastectomy: Qualitative insights into women's decision-making. *Eur J Oncol Nurs*. 2021;54:102024. doi:10.1016/j.ejon.2021.102024
22. Gunaratnam C, Bernstein M. Factors Affecting Surgical Decision-making-A Qualitative Study. *Rambam Maimonides Med J*. 2018;9(1):e0003. Published 2018 Jan 29. doi:10.5041/RMMJ.10324
23. Kronowitz SJ, Kuerer HM. Advances and surgical decision-making for breast reconstruction. *Cancer*. 2006;107(5):893-907. doi:10.1002/cncr.22079
24. Spyrou GE, Titley OG, Cerqueiro J, Fatah MF. A survey of general surgeons' attitudes towards breast

- reconstruction after mastectomy. *Ann R Coll Surg Engl.* 1998;80(3):178-183.
25. Myckatyn TM, Parikh RP, Lee C, Politi MC. Challenges and Solutions for the Implementation of Shared Decision-making in Breast Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2020;8(2):e2645. Published 2020 Feb 6. doi:10.1097/GOX.0000000000002645
 26. Kierkegaard P, Vale MD, Garrison S, Hollenbeck BK, Hollingsworth JM, Owen-Smith J. Mechanisms of decision-making in preoperative assessment for older adult prostate cancer patients-A qualitative study. *J Surg Oncol.* 2020;121(3):561-569. doi:10.1002/jso.25819
 27. Clapp JT, Arriaga AF, Murthy S, et al. Surgical Consultation as Social Process: Implications for Shared Decision Making. *Ann Surg.* 2019;269(3):446-452. doi:10.1097/SLA.0000000000002610
 28. House TR, Wightman A, Rosenberg AR, Sayre G, Abdel-Kader K, Wong SPY. Challenges to Shared Decision Making About Treatment of Advanced CKD: A Qualitative Study of Patients and Clinicians. *Am J Kidney Dis.* 2022;79(5):657-666.e1. doi:10.1053/j.ajkd.2021.08.021
 29. Jacox N, Webb C, Sharma V, Temple-Oberle C. Delivering Breast Reconstruction Information to Patients-Part 2: Women Report on Preferred Information Content. *Plast Surg (Oakv).* 2020;28(4):196-203. doi:10.1177/2292550320925902
 30. Hall DE, Morrison P, Nikolajski C, Fine M, Arnold R, Zickmund SL. Informed consent for inguinal herniorrhaphy and cholecystectomy: describing how patients make decisions to have surgery. *Am J Surg.* 2012;204(5):619-625. doi:10.1016/j.amjsurg.2012.07.020
 31. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G. Patient preferences for shared decisions: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2012;86(1):9-18. doi:10.1016/j.pec.2011.02.004
 32. Boss EF, Links AR, Saxton R, Cheng TL, Beach MC. Physician Perspectives on Decision Making for Treatment of Pediatric Sleep-Disordered Breathing. *Clin Pediatr (Phila).* 2017;56(11):993-1000. doi:10.1177/0009922817702939
 33. Matsuyama R, Reddy S, Smith TJ. Why do patients choose chemotherapy near the end of life? A review of the perspective of those facing death from cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24(21):3490-3496. doi:10.1200/JCO.2005.03.6236
 34. Zafar SY, Alexander SC, Weinfurt KP, Schulman KA, Abernethy AP. Decision making and quality of life in the treatment of cancer: a review. *Support Care Cancer.* 2009;17(2):117-127. doi:10.1007/s00520-008-0505-2
 35. Giunta S, Laidsaar-Powell R, Huang L, et al. Considering the type and timing of breast reconstruction after mastectomy: Qualitative insights into women's decision-making. *Eur J Oncol Nurs.* 2021;54:102024. doi:10.1016/j.ejon.2021.102024
 36. Sheehan J, Sherman KA, Lam T, Boyages J. Association of information satisfaction, psychological distress and

monitoring coping style with post-decision regret following breast reconstruction. *Psychooncology*. 2007;16(4):342-351. doi:10.1002/pon.1067

37. Zhong T, Hu J, Bagher S, et al. Decision regret following breast reconstruction: the role of self-efficacy and satisfaction with information in the preoperative period. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132(5):724e-734e. doi:10.1097/PRS.0b013e3182a3bf5d
38. Zhong T, Bagher S, Jindal K, et al. The influence of dispositional optimism on decision regret to undergo major breast reconstructive surgery. *J Surg Oncol*. 2013;108(8):526-530. doi:10.1002/jso.23437
39. Sun CS, Reece GP, Crosby MA, et al. Plastic Surgeon Expertise in Predicting Breast Reconstruction Outcomes for Patient Decision Analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2013;1(6):e78. doi:10.1097/GOX.0000000000000010
40. Manne SL, Topham N, Kirstein L, et al. Attitudes and Decisional Conflict Regarding Breast Reconstruction Among Breast Cancer Patients. *Cancer Nurs*. 2016;39(6):427-436. doi:10.1097/NCC.0000000000000320
41. Fallbjörk U, Frejeus E, Rasmussen BH. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. *Eur J Oncol Nurs*. 2012;16(3):220-226. doi:10.1016/j.ejon.2011.05.005
42. Murray CD, Turner A, Rehan C, Kovacs T. Satisfaction following immediate breast reconstruction: Experiences in the early post-operative stage. *Br J Health Psychol*. 2015;20(3):579-593. doi:10.1111/bjhp.12112
43. Héquet D, Zarca K, Dolbeault S, et al. Reasons of not having breast reconstruction: a historical cohort of 1937 breast cancer patients undergoing mastectomy. *Springerplus*. 2013;2:325. Published 2013 Jul 18. doi:10.1186/2193-1801-2-325
44. Webb C, Sharma V, Temple-Oberle C. Delivering Breast Reconstruction Information to Patients: Women Report on Preferred Information Delivery Styles and Options. *Plast Surg (Oakv)*. 2018;26(1):26-32. doi:10.1177/2292550317750139

영문 요약

Background: Little research has been conducted on factors influencing the decision-making process for immediate breast reconstruction (IBR) options from the perspective of reconstructive surgeons, despite its significant impact on doctor-patient communication and shared decision-making. This study aims to explore the multifaceted factors and the mechanisms by which they interact using a qualitative methodology. We also address potential barriers to shared decision-making (SDM) in IBR.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with a purposive sample of reconstructive surgeons. Thematic analysis was used to identify key influences on IBR decision-making from the perspectives of reconstructive surgeons.

Results: Three major themes were identified: 1. Patient clinical scenarios; 2. Non-clinical practice environments; and 3. Reconstructive surgeon preferences. Reconstructive demonstrated diverse approaches to patient clinical scenarios. High-volume centers were significantly influenced by nonclinical factors such as scheduling and operating room assignment systems. Reconstructive surgeons often had strong personal preferences for specific IBR options, shaped by their expertise, experiences and clinical environment. Based on the preliminary decision, surgeons provided information of varying degrees of neutrality. Patients varied in their knowledge and participation, leading to variation

among surgeons in final decision-making authority.

Conclusions: This study highlights the need to address non-clinical environmental constraints to improve SDM in IBR. Surgeons should recognize power imbalances in the doctor-patient relationship and be aware of their biases.