

전립선비대증 환자에서 교육 후 전립선비대증에 대한 치료 관점의 변화

Change in Patients' Perspectives after Education on the Management of Benign Prostatic Hyperplasia

Jung Yoon Kang, Sun Il Kim¹, Hae Won Lee², Do Hwan Seong³, Jin Seon Cho⁴

From the Department of Urology, College of Medicine, Eulji University, Seoul, ¹College of Medicine, Ajou University, Suwon, ²College of Medicine, Dongkook University, Ilsan, ³College of Medicine, Inha University, Incheon, ⁴College of Medicine, Hallym University, Chuncheon, Korea

Purpose: We assessed patients' understanding of benign prostatic hyperplasia (BPH) and their perspectives on the management of BPH through a questionnaire and evaluated changes in perspective after patient education.

Materials and Methods: From December 2007 to February 2008, 5 university hospitals participated in the study. A self-administered questionnaire was developed and was completed by patients before and after the patients read the patient's guide. The questionnaire was composed of 22 questions, which were grouped into 4 different categories. The patient's guide was written in everyday words and was based on the American Urological Association patient's guide.

Results: A total of 141 patients who visited the urology department for treatment of symptoms suggestive of BPH participated in the survey. Understanding about the statement, "BPH does not progress to become prostate cancer" was increased after reading the patient's guide (35.57%→73.87%, $p<0.001$). The most preferred treatment option was drug therapy (45.4%→56.7%). Among the desirable effects of drug therapy, the patients' preferences were amelioration of symptoms within a few weeks (51.1%→48.9%), reduction in prostate size (18.4%→24.1%), prevention of acute urinary retention (14.2%→13.5%), and prevention of prostate surgery (7.8%→8.5%). The potential side effect of drug therapy that patients were most concerned about was generalized weakness. Patients' reluctance to undergo surgery was increased after reading the patient guide (9.9%→23.4%, $p=0.002$).

Conclusions: Patients have considerable misunderstanding about BPH. More efforts should be exercised in patient education and in the development of public education programs. Because patients expect not only rapid symptom improvement but also a reduction in prostate size, physicians should consider these points when treating patients with BPH. (*Korean J Urol* 2009;50:340-348)

Key Words: Prostatic hyperplasia, Patients, Attitude, Education

Korean Journal of Urology
Vol. 50 No. 4: 340-348, April 2009

DOI: 10.4111/kju.2009.50.4.340

을지대학교, ¹아주대학교,
²동국대학교, ³인하대학교,
⁴한림대학교 의과대학
비뇨기과학교실

강정윤 · 김선일¹ · 이해원²
성도환³ · 조진선⁴

Received : November 26, 2008
Accepted : March 24, 2009

Correspondence to: Jin Seon Cho
Department of Urology, Hallym
University Sacred Hospital, 896,
Pyungchon-dong, Dongan-gu,
Anyang 431-070, Korea
TEL: 031-380-3851
FAX: 031-380-3852
E-mail: js315@hallym.or.kr

This study was supported by the
2008 MSD KOREA LTD. Research
Fund.

© The Korean Urological Association, 2009

서 론

임상적 전립선비대증은 전립선세포의 증식으로 전립선

이 커지면서 방광출구폐색을 유발하여 지연뇨나 빈뇨와 같은 하부요로증상이 생기는 것을 의미한다. 국내에서 40-89세 남성에서 전립선용적 20 g 이상, 국제전립선증상점수 8 점 이상을 기준으로 조사하였을 때 유병률이 27.8%였고,¹

외국에서도 50세 이상의 19-30%로 보고할 정도로 매우 흔한 질환이다.^{2,3} 하부요로증상 (lower urinary tract symptoms; LUTS)은 남성에서 주로 전립선비대증과 연관되어 발생하지만, 이런 증상들이 전립선비대증에 특이적이지 않고 여성에서도 나타나기에 ‘특정한 원인에 관계없이 환자가 호소하는 요로증상 (urinary complaints)’을 지칭하는데 사용하고 있다.⁴

전립선비대증의 치료는 증거에 근거한 의학적 (evidence-based medicine) 관점에서 선택되어야 하지만, 대중매체와 인터넷의 발달로 일반인도 의학정보와 지식을 쉽게 얻고, 그에 따라 합병증이 적으면서도 효과적인 새로운 치료법에 대한 기대도 점차 증가하고 있다. 일반적으로 전립선비대증의 치료는 두고보기 (watchful waiting), 내과적인 약물치료, 덜 침습적인 치료, 수술 치료 등이 있다.⁵ 이 중 약물치료가 1차적으로 널리 사용되고 있는데, 그 중에서도 알파차단제와 5알파환원효소억제제가 중심축을 형성하고 있다.

환자와 의사의 시각의 차이를 조사한 보고에 의하면, 환자의 75% 이상이 증상의 빠른 호전보다는 수술의 위험성을 감소시킬 수 있는 약을 더 선호함에도 불구하고, 실제 임상에서는 비뇨기과 의사들의 58%가 70% 이상의 환자에서 알파차단제를 처방하고, 47%의 의사들이 5알파환원효소억제제를 10% 미만의 환자에게 처방하고 50% 이상의 환자에게 처방하는 의사는 5% 미만이었다.⁶ 그러므로 환자의 관점이나 치료에 대한 선호도 등을 살펴보는 것은 환자의 치료만족도를 높이는데 유용한 정보를 제공할 수 있다.

저자들은 전립선비대증을 시사하는 하부요로증상으로 내원한 환자에서 설문지를 통한 전립선비대증과 전립선비대증의 치료에 대한 인식을 먼저 조사하고, 전립선비대증 교육용 안내서를 숙독하게 한 후 인식과 치료의 선호도 등에 변화가 있는지 알아보려고 하였다.

대상 및 방법

2007년 12월부터 2008년 3월까지, 서울 경기지역 5개 병원에서 하부요로증상으로 내원한 전립선비대증이 의심되는 40-79세까지 남자 환자를 대상으로 전향적 연구를 하였다. 첫 방문 시 전립선비대증에 대한 기본적인 지식과 치료에 대한 인식 등을 설문지로 조사하고 (1차, 교육 전), 전립선비대증 안내서를 숙독한 후, 1차 설문지와 동일한 내용으로 된 설문지로 2차 (교육 후) 조사를 하였다. 본 전향적 연구는 한림대학교 성심병원의 임상시험연구위원회 (IRB)의 심의를 통과하였다 (IRB 승인번호 2008-I038).

하부요로증상으로 내원한 신환을 대상으로 하였고, 이전에 전립선비대증으로 수술을 받은 적이 있던 사람은 제외

하였다. 방광염이나 요도염, 전립선염 등의 염증이 있는 환자와, 신경인성방광, 요로결석 등 다른 원인에 의한 하부요로증상이 발생한 환자는 제외하였다.

설문지 내용은 주로 약물치료에 대한 것을 중점으로 하였는데, 1) 전립선비대증에 대한 병력, 2) 전립선비대증에 대한 일반적 지식, 3) 수술을 포함한 전립선비대증의 치료 선호도, 4) 약물 치료의 목표에 대한 선호도, 5) 약물치료의 부작용에 대한 인식, 6) 3가지 약물 치료법 중 선호도 등으로 나누었다. 교육 후 2차 설문지는 전립선비대증에 대한 병력은 제외하고, 안내서가 도움이 되었는지 묻는 설문을 추가하고 내용은 동일하였다 (Appendix). 전립선비대증 안내서는 미국비뇨기과학회의 환자안내서 (AUA patient's guide)에 준하는 내용으로 제작하였다. 내용은 전립선에 대한 설명, 전립선비대증에 대한 개략적 설명, 전립선비대증의 진단, 자연사, 치료에 대한 것으로 5부분으로 나누었고, 치료는 두고보기, 약물치료, 덜침습적인 치료, 수술치료로 분류하여 각각의 특성과 부작용 등을 기술하였다. 국내 실정에 맞는 자료는 전립선학회에서 발간한 일반인을 위한 ‘전립선 바로알기’ 책을 참고하였다. 통계처리는 SPSS version 14.0을 사용하여 환자의 교육 전후 인식의 변화를 카이제곱 검정과 Wilcoxon 부호순위 검정으로 비교분석하였고, p값이 0.05 미만인 경우에 통계적으로 유의하다고 판정하였다.

결 과

1차 설문지를 작성 후, 전립선비대증 안내서를 읽고, 2차 설문지까지 완성한 환자는 총 141명이었다. 환자들의 평균 나이는 67.1세였고, 40대가 3명 (2.1%), 50대가 53명 (30%), 60대가 59명 (42%), 70대가 26명 (18%)이었다. 국제전립선 증상점수의 평균은 16.5점이었는데, 경증 (7점 이하)이 11%, 중등도 (8-19점)가 57%, 중증 (20점 이상)이 32%였다.

전립선비대증에 대한 일반적 지식에 대한 질문 중 ‘전립선비대증은 모든 연령에서 나타날 수 있나?’라는 것에 ‘아니다, 주로 50대 이후에 나타난다.’ (83.7%), ‘전립선비대증은 어떤 질환인가?’라는 질문에 ‘천천히 발병하며 오랜 기간 내지는 평생 치료해야 하는 질환이다.’ (80.9%), 그리고 ‘전립선비대증은 치료될 수 있나?’라는 질문에는 ‘그렇다’ (80%) 등으로 비교적 환자들이 정확하게 알고 있었다. 그에 반해 ‘전립선비대증이 암으로 진행될 수 있나?’라는 것에서는 ‘아니다’라는 대답이 1차 35.5%에서 2차 73.8%로 안내서 숙독 후 뚜렷한 차이가 있었다 (p<0.001).

가장 선호하는 치료법에 대한 질문에는 약물요법, 두고보기, 덜 침습적인 치료, 수술의 순서였고, 환자 교육 전후

Table 1. Proportion of patients who chose a particular treatment option as the most preferred treatment option (p=0.025)^a

	No. of patients (%)	
	Pre-education	Post-education
n	141	141
Watchful waiting	38 (27.0)	43 (30.5)
Medical treatment	64 (45.4)	80 (56.7)
Less invasive treatment	18 (12.8)	6 (4.3)
Surgery	4 (2.8)	1 (0.7)
No comment	7 (12.1)	11 (7.8)

^a: statistical significance was done by Pearson's chi-square test

Table 2. Grading of treatment option according to preference

	Ranking ^a		p-value ^b
	Pre-education	Post-education	
n	141	141	
Watchful waiting	2.31	2.33	0.920
Medical treatment	2.96	3.28	0.096
Less invasive treatment	2.11	2.12	0.973
Surgery	1.20	1.21	1.000

^a: most preferred: 4, 2nd preferred: 3, 3rd preferred: 2, least preferred: 1, ^b: statistical significance was done by Wilcoxon signed rank test

Table 3. Proportion of patients who considered a particular desired effect to be the most important desired effects in drug therapy (p=0.642)^a

	No. of patients (%)	
	Pre-education	Post-education
n	141	141
Rapid symptom improvement	72 (51.1)	69 (48.9)
Prostate size decrease	26 (18.4)	34 (24.1)
Prevention of AUR	20 (14.2)	19 (13.5)
Prevention of prostate surgery	11 (7.8)	12 (8.5)
No comment	12 (8.5)	7 (5.0)

AUR: acute urinary retention, ^a: statistical significance was done by Pearson's chi-square test

에 선호도에 대한 차이가 있었다 (p<0.05)(Table 1). 각 치료법에 대해 선호하는 순서대로 점수를 매겼을 때 약물치료가 2.96점으로 가장 높았고, 안내서 숙독 후 3.28점으로 유의하게 증가하였다 (Table 2). 약물요법의 치료목표 중 가장 중요하다고 생각하는 것은 수주 내의 빠른 증상개선, 전립선 크기의 감소, 급성요폐의 예방, 수술의 필요성 감소 순서였다 (Table 3). 환자들이 생각하는 중요도를 순위척도로 환

Table 4. Grading of desired effects in drug therapy according to preference

	Ranking ^a		p-value ^b
	Pre-education	Post-education	
n	141	141	
Rapid symptom improvement	2.89	2.91	0.900
Prostate size decrease	2.43	2.73	0.015
Prevention of AUR	1.86	2.06	0.069
Prevention of prostate surgery	1.63	1.50	0.216

AUR: acute urinary retention, ^a: most preferred: 4, 2nd preferred: 3, 3rd preferred: 2, least preferred: 1, ^b: statistical significance was done by Wilcoxon signed rank test

Table 5. Proportion of patients who chose each of the 3 treatment methods as the most preferred option (p=0.454)^a

	No. of patients (%)	
	Pre-education	Post-education
n	141	141
Alpha-blocker monotherapy	40 (28.4)	35 (24.8)
5-alpha reductase (5-ARI) monotherapy	48 (34.0)	59 (41.8)
Combination therapy (alpha blocker+5ARI)	28 (19.9)	29 (20.6)
No comment	25 (17.7)	18 (12.8)

^a: statistical significance was done by Pearson's chi-square test

Table 6. Proportion of patients who considered a particular side effect to be the most important potential side effects in drug therapy (p=0.345)^a

	No. of patients (%)	
	Pre-education	Post-education
n	141	141
Generalized weakness	37 (26.2)	34 (24.1)
Erectile dysfunction	29 (20.6)	23 (16.3)
Loss of libido	28 (19.9)	21 (14.9)
Dizziness	15 (10.6)	29 (20.6)
Headache	11 (7.8)	14 (9.9)
Ejaculatory dysfunction	5 (3.5)	4 (2.8)
No comment	16 (11.3)	16 (11.3)

^a: statistical significance was done by Pearson's chi-square test

산했을 때 수주 내의 빠른 증상개선이 2.89점으로 가장 높았지만, 교육 전후로 차이는 없었고, 전립선 크기의 감소는 2.43점에서 2.73점으로 유의하게 증가하였다 (Table 4). 약물

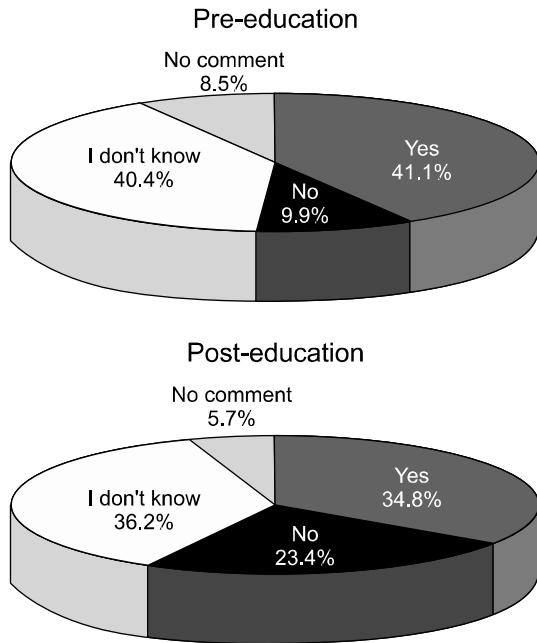


Fig. 1. Patients' preference for surgery. The question asked was, "Would you undergo an operation for benign prostatic hyperplasia (BPH) if the operation was more effective than other treatment modalities?"

요법 중 알파차단제 단독, 5알파환원효소억제제 단독, 둘의 병합요법 중 선호도를 조사하였을 때, 5알파환원효소억제제 단독요법을 가장 선호하였지만, 교육 전후 차이는 없었다 (Table 5). 각각의 문항은 환자가 이해하기 쉽게 '치료 시작 후 수주 내에 증상은 개선되지만 전립선의 크기는 줄지 않는다', '장기간 치료 시 전립선의 크기는 줄지만 증상은 3-6개월 후부터 좋아지기 시작한다', '치료시작 후 수주 내에 증상은 개선되고 전립선의 크기도 줄지만 두 가지 약을 복용하므로 부작용의 위험이 다소 증가하고 치료비가 다소 더 든다'로 설문하였다. '약물 치료 부작용 중 가장 심각하다고 생각하는 것'은 교육 전에는 전신무기력 (26.2%), 발기력 감퇴 (20.6%), 성욕감퇴 (19.9%), 어지러움증 (10.6%), 두통 (7.8%), 사정장애 (3.5%) 등이었다 (Table 6). 수술이 다른 치료법보다 효과가 좋다면 수술을 받겠는가는 질문에 '아니오'란 응답이 9.9%에서 환자 교육 후 23.4%로 증가하였다 ($p=0.002$) (Fig. 1).

고 찰

사회가 점차 고령화로 접어들면서, 노화와 연관이 있는 전립선비대증 환자는 점차 증가하고 있다. 유럽에서의 연구결과 전립선비대증으로 인한 하부요로증상의 발생률과 유병률이 80세까지 나이에 비례하여 선형적으로 증가하였

다.⁷

전립선비대증의 가장 효과적인 치료법은 아직까지 경요도전립선절제술이지만, 덜 침습적이고 부작용이 적은 치료법을 선호하기에 수술치료에 앞서 약물치료를 먼저 시도하게 된다.^{8,9} 내과적 약물치료제로는 빠른 증상개선 효과가 있는 알파차단제와 장기간 투여 시 전립선의 크기를 감소시키는 5알파환원효소억제제가 널리 사용되고 있다. 알파차단제는 전립선과 방광경부의 평활근을 이완시켜 효과를 나타내는데, 대개 1주 이내에 증상을 호전시킨다.¹⁰ 이에 비해 5알파환원효소억제제는 디하이드로테스토스테론의 생성을 억제하여 전립선의 크기를 줄여주는 작용을 하는데 대개 3-6개월 후에 증상완화의 효과를 나타낸다. 또한 급성요폐나 수술의 위험성을 낮춘다.^{11,12}

증거중심의학 (evidence-based medicine)에 입각한 미국비뇨기과학회의 전립선비대증의 치료 지침에 따르면 두고보기 (watchful waiting), 약물치료, 덜 침습적인 치료, 수술 치료 등의 치료방법이 있다.⁵ 그러나 의사에 의해 선택된 치료의 중립적인 결과와 실제로 환자의 기대 또는 요구와 차이가 있을 수 있다.¹³ 그러므로 환자의 관점이나 치료에 대한 선호도 등을 살펴보는 것은 매우 중요하다.

전립선비대증에 대한 환자의 인식이나 태도를 조사한 연구에서 57%가 앞으로 급성요폐가 생길까 걱정을 하고, 67%는 앞으로 수술을 하게 될까 걱정을 하였고,¹⁴ 증상의 호전보다는 급성요폐나 수술 같은 전립선비대증 합병증의 발생을 줄이는데 더 관심이 많았다.¹⁵ 독립-선택 실험 (discrete-choice experiment) 기법을 이용한 일반인 대상 연구에서, 수술을 받을 가능성을 1% 줄일 수 있다면 증상완화가 8개월 늦게 나타나도 기다릴 용의가 있고, 급성요폐의 경우는 2개월을 기다릴 수 있다고 하여,¹⁶ 증상을 빨리 호전시키는 알파차단제보다는 5알파환원효소억제제를 더 선호하였다.

유럽 5개국에서 45-80세의 전립선비대증이 있는 환자를 대상으로 시행된 Prostate Research on Behavior and Education (PROBE) 연구에서 병의원을 방문하게 되는 가장 큰 이유가 전립선암에 대한 걱정이었다. 그리고 앞으로 급성요폐가 발생하거나 수술을 받지 않을까에 대하여 상당히 걱정하였다.⁶ 저자들의 연구에서도 전립선비대증이 암으로 발전한다는 것에 60%의 사람들이 잘못알고 있어 전립선비대증에 대한 교육이나 홍보가 더 필요하다. PROBE 연구에서 치료 약물에 대한 환자들의 선호도를 조사했는데, 77%의 환자들이 수술의 위험도를 줄이지는 않지만 증상호전이 2주 내로 빠른 치료보다는, 수술의 위험성을 50% 감소시켜 주고 증상호전은 6개월 내로 나타나는 치료를 더 선호하였다.

저자들의 연구에서는 알파차단제 단독, 5알파환원효소억제제 단독, 병용요법을 일반인이 이해할 수 있도록 쉽게 풀어서 조사했을 때, 5알파환원효소억제제 단독이 34%로 가장 선호했고, 교육 후에는 42%로 더 증가하였다. 연구대상 환자들의 전립선증상점수가 중등도 이상이 90% 정도임에도, 환자들은 빠른 증상개선보다는 전립선이 줄어드는 근본적인 치료를 선호하였다. 약물치료의 목표를 묻는 질문에서는 가장 중요한 것을 선택하였을 때 '수주 내의 빠른 증상 개선'을 51%에서 선택하고, 전립선의 크기 감소를 18.4%에서만 선택하여 약간 상반된 결과를 보여 주었다. 이는 아마도 연구 대상 환자들이 현재 증상이 중등도 이상이기 때문에 증상개선을 우선적으로 중요하게 느낀 것이 하나의 이유일 것이다. 그리고 약물요법의 목표를 묻는 질문에서는 단순히 '전립선의 크기 감소'만을 표기하고, 세 가지 치료방법 중 하나를 선택하는 질문에서는 5알파환원효소억제제 단독요법을 설명할 때 '증상은 3내지 6개월 후부터 좋아지기 시작한다'라는 표현이 있기에, 전립선의 크기 감소와 동시에 증상호전 효과를 볼 수 있어서 이 치료법을 더 선호하였을 것으로 본다. 이는 앞에서 언급한 외국연구에서 수술을 받을 가능성을 1% 줄일 수 있다면 증상완화가 8개월 늦게 나타나도 기다릴 용의가 있다는 것과 비슷한 결과이다.

'수술이 다른 치료법보다 더 효과적이라면 수술을 받으시겠습니까?'란 질문에 받지 않겠다는 환자가 9.9%에서 교육 후에 23.4%로 두 배 이상 증가하였다. 물론 전체적으로는 수술을 받겠다는 환자가 35%로 받지 않겠다는 경우보다는 많지만, 수술로 인해 생길 수 있는 합병증 등을 알고 나면, 수술을 기피하게 됨을 시사한다. 그러므로 수술을 계획한 환자에게는 합병증의 빈도나 처치 등에 대한 올바른 설명을 통하여 환자의 이해 정도를 높이는 것이 필요할 것으로 생각한다.

미국에서 이루어진 연구로 50세 이상의 남성에서 전립선비대(enlarged prostate)에 대한 인식과 태도를 의사들의 인식과 비교한 전국 규모의 표본조사가 있다.¹⁷ 전립선비대증을 진단받은 400명과 진단받지 않은 700명을 합쳐 1,100명의 일반인과 비뇨기과 의사 100명과 일반의 100명의 총 200명의 의사를 대상으로 전화 인터뷰를 하였다. 이 연구에 의하면 처음 진단 받았을 때, 가장 흔한 두려움은 전립선암의 증상이 아닐까 하는 것이고, 전립선비대의 가장 주요한 위험요소로 인식하는 것도 전립선암이었다. 의사들이 환자들에게 앞으로 수술이 필요할 수 있고, 약물치료로 전립선을 줄일 수 있고, 수술 받을 위험성도 줄일 수 있다고 거의 항상 설명함에도 불구하고, 이런 사실을 들었다고 기억하는 환자들은 20-30% 정도 뿐이었다. 또한 실제로 70% 이상의

환자들은 전립선비대의 장기 합병증을 현재의 하부요로증상보다 더 걱정하는데 비해, 의사들은 이렇게 인식하고 있는 경우가 30% 정도 밖에 되지 않을 정도로 일반인과 의사들의 인식의 차이가 컸다.

설문지를 통한 전립선비대증에 대한 인식과 자체 제작한 환자교육용 안내서를 숙독한 후 인식의 차이가 있는지 살펴본 결과, 전립선비대증의 일반적인 지식은 암과의 연관성을 제외하고는 비교적 잘 알고 있었다. 치료법 중에서는 약물요법을 가장 선호하였고, 약물요법의 치료 목표 중에서 빠른 증상개선을 가장 중요하게 생각했다. 교육 후에는 전립선의 크기 감소에 대한 중요도가 증가하였다.

본 연구는 몇 가지 한계점이 있는데, 첫째로 자체 제작한 설문지와 교육용 안내서를 이용하였다는 점이다. 현재 전립선비대증에 대한 환자의 인식을 측정하는 설문지는 아직 개발된 것이 없고, 본 연구에 사용된 설문지와 안내서는 제작 과정에서 연구자들이 수차례 토론을 거쳐 오류를 줄이도록 노력하였다. 둘째로 전립선비대증 안내서의 내용에 대한 것을 들 수 있다. 본 연구에서는 미국비뇨기과학회에서 나온 환자안내서에 준하는 내용으로 제작하였지만, 분량이 너무 많고 자세하면 환자들이 숙독하지 않고 중도에 그만 두기에 간단 명료하게 서술하려고 노력하였다. 그러나 효과와 부작용 등 치료에 대한 내용이 전체의 2/3를 차지하게 제작하여 치료관점의 변화에 중점을 두고자 하였다. 덜 침습적 치료에 대하여는 미국비뇨기과학회에서 간단히 언급되어 있고, 특히 국내에서 많이 사용하는 KTP 레이저 등에 대하여는 저자들의 안내서에 자세한 설명을 하지 않았기에 환자들이 덜 침습적인 치료에 대한 선호가 떨어졌을 것으로 생각한다. 셋째로 안내서를 통한 교육이기에, 교육 정도의 차이를 생각할 수 있다. 이러한 편견을 최대한 줄이기 위하여, 처음 연구에 포함시킬 때, 스스로 읽고 쓰기가 어려운 노인이나 이해력이 떨어지는 경우는 대상군에서 제외하였다.

위와 같은 한계점이 있지만, 본 연구로 하부요로증상을 주소로 내원한 환자에서 전립선비대증의 치료에 대한 환자들의 인식에 뿐 아니라, 전립선비대증에 대한 교육 후 인식의 변화를 파악할 수 있어 환자의 약물치료에 대한 순응도를 높일 수 있을 것으로 생각한다.

결 론

전립선비대증 안내서를 통한 교육 후에는 환자들은 수술적 치료보다는 약물치료를 더 선호하는 경향이 있다. 그리고 약물요법에서 빠른 증상개선뿐 아니라, 전립선의 크기 감소에 대한 관심과 선호도가 높으므로, 전립선비대증 치

료약물 선택에서 환자의 치료요구를 고려하는 것이 치료에 대한 순응도를 높일 수 있을 것이라고 생각한다.

REFERENCES

1. Lee HL, Seo JW, Kim WJ. The prevalence of benign prostatic hyperplasia: community-based study in Chungbuk province. *Korean J Urol* 1999;40:1500-5
2. Bosch JL, Hop WC, Kirkels WJ, Schroder FH. Natural history of benign prostatic hyperplasia: appropriate case definition and estimation of its prevalence in the community. *Urology* 1995; 46(3 Suppl A):34-40
3. Boyle P, Robertson C, Mazzetta C, Keech M, Hobbs FD, Fourcade R, et al. The prevalence of lower urinary tract symptoms in men and women in four centres. The UrEpik study. *BJU Int* 2003;92:409-14
4. Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, et al. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Neurourol Urodyn* 2002;21:167-78
5. AUA Practice Guidelines Committee. AUA guideline on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: diagnosis and treatment recommendations. *J Urol* 2003;170: 530-47
6. Emberton M, Marberger M, de la Rosette J. Understanding patient and physician perceptions of benign prostatic hyperplasia in Europe: The Prostate Research on Behaviour and Education (probe) Survey. *Int J Clin Pract* 2008;62:18-26
7. Verhamme KM, Dieleman JP, Bleumink GS, van der Lei J, Sturkenboom MC, Artibani W, et al. Incidence and prevalence of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in primary care-the Triumph project. *Eur Urol* 2002;42:323-8
8. Chung BH. Medical management for benign prostatic hyperplasia. *Korean J Urol* 2007;48:233-43
9. Oesterling JE. Benign prostatic hyperplasia. Medical and minimally invasive treatment options. *N Engl J Med* 1995;332: 99-109
10. Marberger M, Harkaway R, de la Rosette J. Optimising the medical management of benign prostatic hyperplasia. *Eur Urol* 2004;45:411-9
11. McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM, Andriole GL Jr, Dixon CM, Kusek JW, et al. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003; 349:2387-98
12. Roehrborn CG, Marks LS, Fenter T, Freedman S, Tuttle J, Gittleman M, et al. Efficacy and safety of dutasteride in the four-year treatment of men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 2004;63:709-15
13. Harkaway RC. What are the views of patients and urologists on benign prostatic hyperplasia and its management? *Eur Urol* 2007;6(Suppl 6):454-9
14. Kawakami J, Nickel JC. Acute urinary retention and surgery for benign prostatic hyperplasia: the patient's perspective. *Can J Urol* 1999;6:819-22
15. Teillac P. Benign prostatic hyperplasia: patients' perception of medical treatment and their expectations. Results of a french survey involving patients treated with finasteride. *Therapie* 2002;57:473-83
16. Watson V, Ryan M, Brown CT, Barnett G, Ellis BW, Emberton M. Eliciting preferences for drug treatment of lower urinary tract symptoms associated with benign prostatic hyperplasia. *J Urol* 2004;172:2321-5
17. Kaplan S, Naslund M. Public, patient, and professional attitudes towards the diagnosis and treatment of enlarged prostate: a landmark national US survey. *Int J Clin Pract* 2006;60: 1157-65

Appendix

이름: _____ 차트번호: _____ IPSS/QoL _____ / _____

본 설문지는 전립선비대증에 대한 귀하의 지식 정도와 어떠한 치료법을 선호하는지를 알아보고자 개발되었습니다.

본 설문은 총 2회 실시될 것입니다. 첫 번째는 귀하께서 전립선비대증에 대한 구체적인 설명을 의사로부터 들으시기 전에 실시될 것이며, 두 번째는 귀하께 배부될 전립선비대증에 대한 안내서를 귀하께서 숙독하신 후에 실시될 것입니다.

본 설문을 통해 귀하께서는 치료방법의 선택에 적극적으로 참여하시게 됩니다.

또한 귀하의 설문지는 다른 환자들의 설문지와 더불어 전립선비대증의 치료에 대한 만족도를 높이기 위한 귀중한 자료로 활용될 것입니다.

제1차 설문지

귀하께서는 한 가지 이상의 배뇨 시 불편한 증상으로 내원하셨습니다. 귀하의 증상은 전립선비대증에 의한 것일 수 있습니다. 귀하께서 전립선비대증이 있다고 가정하시고 아래 질문에 답해주시시오.

전립선비대증에 대해 수술을 받으신 적이 있습니까? 만약 그렇다면 귀하는 본 설문 대상이 아닙니다.
 그렇다. 아니다.

전립선비대증 병력을 묻는 질문입니다. 해당되는 답의 네모 칸 (□) 안에 √표 해주십시오.

전립선비대증에 대하여 어느 정도 알고 계십니까?
 잘 알고 있다. 약간 알고 있다. 잘 모른다.

전립선비대증 진단을 받으신 적이 있습니까?
 그렇다. 아니다.

전립선비대증에 대해 병원에서 처방을 받으신 적이 있습니까?
 그렇다. 아니다.

급성요폐 (방광이 꽉 차도 소변이 전혀 나오지 않아 소변줄을 넣어야 하는 상태)를 경험하신 적이 있습니까?
 그렇다. 아니다.

귀하의 전립선비대증에 대한 일반적인 지식을 묻는 질문입니다. 해당되는 답의 네모 칸 (□) 안에 √표 해주십시오.

전립선비대증은 모든 연령에 나타날 수 있나?
 그렇다. 아니다. 주로 50대 이후에 나타난다.

전립선비대증은 어떤 질환인가?

- 갑자기 생기며 신속히 치료되는 급성 질환이다.
- 천천히 발병하며 오랜 기간 내지는 평생 치료해야 하는 만성 질환이다.

전립선비대증은 전립선암으로 진행이 될 수 있나?

- 그렇다.
- 아니다.

전립선비대증은 치료될 수 있나?

- 그렇다.
- 아니다.

전립선비대증의 치료법이라고 생각하시는 것을 모두 골라 주십시오.

- 약물요법 수술 민간요법
- 한방 요법 주의 깊게 관찰하면서 두고 보기 기타 _____

전립선비대증을 치료하지 않을 경우 생길 수 있다고 생각하시는 위험성을 모두 골라 주십시오.

- 증상의 악화 급성 요폐 (소변이 전혀 나오지 않아 소변줄을 넣어야 하는 상태)의 위험성 증가
- 수술의 위험성 증가 성기능 장애 신장기능 악화 전립선암의 위험성 증가

귀하의 증상에 대해서 치료를 받으셔야 한다고 생각하십니까?

- 그렇다.
- 아니다.
- 잘 모르겠다.

아래에는 전립선비대증에 대한 약물치료를 받음으로써 실제 달성할 수 있는 치료 목표가 나열되어 있습니다. 각 치료 목표에 대해 귀하께서 생각하시는 중요도에 따라 해당되는 답의 네모 칸 (□) 안에 √표 해주십시오.

수주 내의 빠른 증상의 개선

- 매우 중요하다.
- 중요한 편이다.
- 별로 중요치 않다.

전립선 크기의 감소

- 매우 중요하다.
- 중요한 편이다.
- 별로 중요치 않다.

급성요폐 (소변이 전혀 나오지 않아 소변줄을 넣어야 하는 상태)의 예방

- 매우 중요하다.
- 중요한 편이다.
- 별로 중요치 않다.

수술의 필요성 감소

- 매우 중요하다.
- 중요한 편이다.
- 별로 중요치 않다.

아래 나열된 4가지의 치료 목표 중 가장 중요하다고 생각하시는 것부터 1에서 4번까지 순위를 매겨 주십시오.

- _____ 수주 내의 빠른 증상 개선
- _____ 전립선 크기 감소
- _____ 급성요폐 예방
- _____ 수술의 필요성 감소

