

암환자 인식에 관한 연구*

-간호사·의사를 중심으로-

조 인 향**

1. 서 론

1. 연구의 필요성

현대의학의 눈부신 발달로 암의 조기진단과 치료법 개선은 암환자의 생존률을 급속도로 증가시키고 있지만, 최근 우리나라에서 암으로 인한 사망률은 1위로 전체 사망률의 23.5%를 차지하고 있다(통계청, 2001). 이 같은 암환자의 생존률 증가에 따른 치료의 장기화는 간호사, 의사로 하여금 암의 진단 및 치료, 암환자의 증상조절 그리고 호스피스에 이르기까지 다양한 단계에 있는 환자와 그 가족들을 자주 대면하게 된다(김분한, 2000).

한편, 암은 일반적으로 고통과 죽음을 연상케 함으로 일상생활에서 언급하기를 꺼리는 금기 중에 하나이다. 이러한 사회적 통념은 암환자에 대한 간호사, 의사의 치료적 접근을 어렵게 하고 있다. 즉 의료인의 암환자 인식 중 암 진단과 예후에 대한 정보제공의 정도와 임종통고여부, 통고자, 통고방법과 절차, 통증을 포함한 증상관리, 임종간호, 호스피스 및 대체요법 이용 등은 의료인이 그들에 대해서 어떻게 인식하는가에 따라 암환자 관리에 영향을 미치는 요인들이다(양규봉, 1985; Kuuppelomaki, 1998). 이러한 암환자 인식 정도에 따른 암환자 관리에 영향을 주는 요인들은 암환자 자신

의 신체적 안위를 포함한 정신적·사회적·영적인 측면과 희망, 지지체계 등 양질의 삶과도 관련이 있다.

암환자 관리에 있어 이러한 다양한 요인들은 암환자에 대한 의료인의 치료적 접근에 소극적인 태도를 야기시킨다. 이 같은 접근은 보다 나은 투병생활과 남은 여생을 의미있게 보내길 원하는 환자와 그들 가족에게 고통과 혼란을 가중시키는 결과를 낳고 있다. 그리고 제도적 뒷받침이 없는 말기 암환자의 관리 체계와 바쁜 임상 현장은 의료인의 심적 부담을 더욱 가중시키고 있다. 다행히 1980년대 들어서 비영리 단체를 중심으로 산발적으로 증가하고 있는 대표적인 말기 암 관리체계라고 할 수 있는 호스피스는 말기 암환자와 가족에게 위로와 희망을 주고 있다(김현숙, 1999; 윤매옥, 2001; 이해원, 2001).

암환자와 관련된 의료인의 태도나 인식에 관한 연구는 1970년대 죽음과 임종에 대한 간호사와 의사의 태도 연구로부터 시작되어(유계주, 1974; 김옥희, 1979; 윤희옥, 1986; 김정희, 1991; 한문숙, 김분한, 1999) 암환자에 대한 의료인의 병황진실 및 임종통고에 대한 연구 즉, 이 희(1979), 한규희(1981), 한상우, 정한용과 한선호(1990)는 의사, 간호사, 의대생을 대상으로, 박동건과 조두영(1981), 윤영호 등(1992)은 환자를 대상으로, 왕매련, 김조자, 이원희, 유지수와 허혜경(1988)은 병원 직원을 대상으로 말기 암환자에 대한 태도 연구가 이루어져왔다. 또한 말기 암환자 관리 프로그램인 호스피스에 대한 의료인의 태도 조사(김정희, 1991; 정기화,

* 한양대학교 대학원 석사학위 논문

** 국립의료원 간호사

1995; 강은실, 송희완과 서영애, 1998; 심규미, 2000)는 우리나라의 호스피스 발전에 기초를 다지고 있다. 이들 연구에 의하면 80년대 이전까지는 의료인이나 환자 입장에서 임종통고를 원하는 사람은 60% 수준이었으나, 80년대를 지나 90년대 이르러서는 90% 이상의 의료인이나 환자들이 암 진단을 포함한 임종통고를 받기 원했으며, 호스피스가 필요하다고 응답하는 의료인은 95% 이상으로 말기 암환자에 대한 관심이 증가하고 있었다.

한편 이와 같은 죽음, 임종, 암환자 관리, 호스피스 등 암환자와 관련된 다각적인 연구가 이루어져 왔음에도 불구하고 우리나라 암환자 관리 특히 의료인을 중심으로 한 말기 암환자 관리체계는 제도권 내에 정착되어 있지 못한 실정으로 미흡하다. 따라서 의료인이 암과 암환자에 대해 어떻게 인식하고 있는가는 의료인을 중심으로 한 말기 암환자 관리 체계 구축 즉 호스피스를 의료전달체계 내에 정착시키고 나아가 암환자의 삶의 질을 향상시키는데 많은 영향을 줄 것이다. 또한 암환자 증가에 따른 관련 의료인이 증가하고 있고, 그만큼 시대가 변하고 있음에도 불구하고 작금 2000년대에 암환자에 대한 의료인의 인식을 종합해본 연구가 없어 말기 암환자 관리체계 즉 호스피스의 발전과 날로 늘어나는 암환자의 질적인 관리를 위해 의료인의 인식 실태조사는 매우 필요하다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 암환자를 돌보고 있는 간호사·의사 즉 의료인이 암환자에 대한 관리, 치료, 호스피스 케어에 이르기까지 어떠한 인식과 견해를 갖고 있는지를 파악하여 암환자 관리 및 호스피스 케어에 중요한 기초자료를 제시함에 있다.

3. 용어정의

: 암환자 인식(recognitions of cancer patients)

인식은 일반적으로 아는 작용으로, 감각이나 지각으로부터 기억, 사고에 이르기까지의 의식작용, 외적·내적 경험에 반성을 주어 자기가 이미 가지고있는 지식 체계에 흡수하는 것(국어대백과사전, 1993)으로써, 본 연구에서는 의학적 검사에 의해 암이라고 진단을 받은 환자와 관련된 간호사·의사의 내·외적 경험과 이미

배워온 지식체계로부터 형성되어 있는 암과 암환자에 관한 이해와 사고체계를 의미한다.

II. 문헌고찰

암환자 인식은 간호사·의사 즉 의료인의 중대한 의사결정이 요구되는 암환자에 대한 암 진단 및 임종통고의 경우와 임상에서 관찰되어지고 간호사·의사가 인식하고 있는 암환자 발생원인과 주요증상, 그리고 말기 암환자 관리의 대표적인 프로그램이라 할 수 있는 호스피스를 중심으로 문헌고찰을 시도하였다.

1. 암진단 및 임종통고의 경우

최근 우리나라에서 암으로 인한 사망률은 전체 사망률에서 1위를 차지하고 있고 암 진단과 치료기술의 발달은 암의 조기 발견과 치료의 장기화를 초래해 암을 가지고 사는 인구는 증가하고 있다(통계청, 2001). 그만큼 암환자를 진료하고 관리하는 간호사·의사 또한 증가하고 있다. 그러나 암 진단이나 임종을 환자에게 알리는 것은 의료인에게 쉽지 않은 일이며 환자 입장에서는 절망적이고 충격적인 일이다.

우리나라에서 암 진단을 포함한 임종통고에 대한 연구는 1970-80년대에 본격적으로 이루어졌다. 이희(1979), 조두영(1981), 양규봉과 김영현(1985)은 주로 의사를 대상으로 임종통고에 대한 태도를 조사했으며, 한규희(1981)는 간호사와 간호학생을 대상으로, 박동건과 조두영(1981) 그리고 윤영호 등(1992)은 환자를 대상으로 암 진단 및 임종 통고에 대한 연구를 하였다.

조두영(1981)은 156명의 전문의를 대상으로 '말기·임종 환자에서의 병황진실통고를 둘러싼 시시비비'를 조사하였는데 50%는 통고 반대 입장을, 50%는 중립이나 찬성의 입장을 나타냈다. 임종 통고자는 주치의(52%), 가족(38%), 스승, 선배, 성직자(9%) 순이었고, 통고방법에 있어서는 여러 날 동안 단계적으로 알린다(42%), '중하다'는 것만 알려주고 나머지는 환자가 절로 눈치 채게 한다(38%), 기회를 보아 한번에 툭 터놓고 이야기 해준다(18%), 환자가 눈치를 채고 스스로 물어오기를 기다려 이야기 해준다(2%) 순이었다.

양규봉과 김영현(1985)은 의료인의 임종통고 여부에 있어서는 경우에 따라서(59%), 대개의 경우 통고한다

(18%), 대개의 경우 반대한다(17%), 꼭 통고한다(4%), 절대반대(2%) 순으로 반대하는 입장이 20% 미만이었다. 임종 통고자는 주치의(57%), 가족(26%), 성직자(11%) 순이었고 임종통고 방법으로는 여러 날 동안 단계적으로(63%), '중하다'는 것만 알려주고 환자가 눈치채게 한다(26%), 환자가 물어올 때까지 기다린다(6%) 순으로 나타났다. 임종장소로는 자택(69%), 경우에 따라서(23%), 병원(8%) 순이었고 자택을 임종 장소로 선택한 이유는 마음의 안정(96%), 객사는 금기(2%)로 대부분 마음의 안정을 이유로 들었으며, 병원을 임종 장소로 선택한 이유는 환자에게 심리적 만족감을 주기 위해서(33%), 현대의학으로 그 병을 꼭 불치라고 판단할 수 없으니까 죽는 순간까지 치료해야 한다(28%), 병원에 있어야 치료에 최선을 다 할 수 있으니까(28%) 순으로 병원에서도 임종하기를 원하는 환자 입장에서 심리적 만족감을 이유로 들었다.

왕매련 등(1988)은 서울의 한 대학병원의 의사, 간호사를 포함한 직원들을 대상으로 말기 환자 관리에 대한 태도를 조사하였는데 90% 이상이 자신이 알고 있는 질환의 성질과 예후 그리고 죽음에 대해 얘기하도록 격려하는 것이 좋다고 응답하였으며, 사실의 정보 제공자는 전문의(68.7%), 가족(13.3%), 성직자(8.7%) 순으로 조사되었다. 최윤선 등(1998)의 말기 암환자 관리에 대한 의사의 태도에서는 임종환자의 임종장소로는 집(53.8%), 병원(15.4%), 상황에 따라서(15.4%) 순이었고 말기 암환자가 가장 많이 호소하는 증상은 통증(60%), 호흡기 증상(18.5%), 신경정신 증상(10.8%), 위장관 증상(4.6%) 순으로 역시 통증이 가장 많은 것으로 나타났다. 또한 말기 암환자의 소극적 안락사를 찬성하는 입장은 50.8%였고 반대하는 입장도 49.2%로 찬반이 비슷하게 조사되었다.

한편 Fielding, Wong과 Ko(1998)은 '아시아권에 있는 중국인 암환자에 대한 병황진실 통고 전략'이라는 연구에서 133명의 외과의사와 방사선과 의사 중 46%는 통고 방법에 있어 노골 적으로 갑작스런 접근을 시도했고 19%는 점차적인 방법을 시도한 것으로 나타났다. 암 진단 사실을 말해준 의사 중 50% 이상은 가족에게만 알림으로써 그들이 환자에게 말하도록 하는 방법을 사용했다. 의사가 지각한 암 통고에 대한 환자의 반응에는 25%가 우울로 응답하였으며, 나머지 75%는 침착하게 반응한 것으로 나타났다. 이 연구에서 환자는 갑작스런 암 진단의 통고를 더 선호하고 의사 또한

이런 전략이 환자에게 부정적인 영향을 준다고 지각하지 않은 것으로 나타났다.

2. 암 발생 원인과 주요 증상

암이란 인체의 자연적인 세포의 주기에 이상이 생겨 정상적으로 분화하지 않고, 어느 정도 분화한 후 성장이 멈추어야 하는데도 불구하고 성장을 조절할 수 없이 커지는 것을 종양 혹은 신생물이라고 하며 이런 종양은 양성과 악성으로 분류되는데 그 중 악성 종양을 흔히 '암'이라고 부른다(서울대학교의과대학 암 연구소, 2001).

암의 원인은 정확하게 알려져 있지 않다. 따라서 그 치료 또한 쉽지 않은 것이 사실이다. 그러나 암의 원인은 크게 내적인 요인과 외적인 요인으로 구분할 수 있다. 내적인 요인으로는 유전, 연령, 성, 면역과 관련이 있으며 외적인 요인으로는 발암물질, 식습관, 흡연, 술, 대기오염, 약물, 방사선, 자외선, 바이러스 등이 있다. 폐암, 위암, 간암 등이 우리나라 암의 수위를 차지하고 있는 것으로 보아 우리나라의 경우 주로 식습관을 포함한 흡연과 음주가 암 발생의 큰 요인으로 보고있다(김수지 외 30인, 2001; 국립암센터, 2001).

암환자들은 다양한 육체적 정신적인 문제에 직면하게 된다. 이경식, 홍영선과 한성숙(1996)은 1989년 10월부터 1995년 2월까지 한 대학병원의 호스피스 병동에 입원한 911명의 환자를 대상으로 그들이 호소하는 증상을 조사하였는데, 통증 74.2%, 오심/구토 38.0%, 수면장애 37.8%, 식욕부진 37.7%, 호흡곤란 32.1%, 변비 31.1%, 허약감 22.3%, 배뇨곤란 22.4%, 복수 20.3%, 발열 18.8%, 빈혈 16.6%, 부종 15.8% 순으로 통증이 가장 많았다. 이소우 등(1998)의 '말기 암환자와 가족의 의료 및 간호 서비스 요구' 연구에서 말기암환자 108명을 대상으로 호소하는 증상들을 가족을 통해 조사한 결과 80% 이상의 환자가 통증, 기운없음, 식욕부진, 피로감을 호소하였다. 이처럼 통증은 암환자에게 가장 흔한 증상이며 제 5의 활력지추라고 할 만큼 중요한 지표로써 심한 통증은 일상생활을 방해할 뿐 아니라 환자나 가족으로 하여금 치료를 포기하게 할 수도 있다(Cleeland et al, 1984; 이경식 외 11인, 2001). 암에 의한 통증은 진행도와 암의 종류에 따라 다르며 암의 진단초기에 있거나 혹은 적극적인 항암 치료를 받고 있는 환자의 30-50%, 진행성인 경우에는 약 60-70%, 말

기인 경우에는 80-90%정도가 통증으로 고통을 받고 있다(Foley, 1985; 이경식, 홍영선과 한성숙, 1996; 정정미, 2000). 이러한 암성통증은 적절한 원칙과 프로그램의 따르며 효과적으로 조절될 수 있음에도 불구하고 우리나라에서는 말기 암환자의 38% 불충분한 통증관리를 받고 있으며, 통증의 정도가 심할수록 불충분한 통증관리는 더 심한 것으로 나타났다(윤영호 외 6인, 1998).

불충분한 통증조절의 원인은 의료진뿐만 아니라 환자, 보호자 그리고 보건행정체제와 관련되어 있으며 이 중에서 의사와 간호사의 통증관리에 대한 지식부족과 부정적인 태도가 가장 큰 문제인 것으로 드러났다. (서순림, 서부덕과 이현주, 1995; 윤영호와 김철환, 1997; 이은옥 외 8인, 1999; Hamzah, 2000; 이경식 외 11인, 2001).

3. 말기 암환자 관리를 위한 호스피스

1994년도 '보건복지부 환자조사 보고서'에 의하면 1994년 한해동안에 암 사망자의 27.8%가 의료기관에서 말기 진료를 받았던 것으로 조사되었다. 현재는 더 많은 말기 암환자들이 진료를 받고 있고 의학기술의 발달과 암사망률 증가는 앞으로 많은 말기 암환자를 병원으로 불러들일 것이다. 허대석(1998)은 대학병원에서 진단된 말기 암환자 108명이 임종에 이르는 과정 중 이용하는 서비스를 조사한 결과 병원 입원(45%), 아무런 진료도 받지 않음(32%), 민간요법(29%), 외래방문(22%), 응급실 방문(17%), 한방의료(12%) 순으로 병원 입원이나 외래, 응급실 방문이 가장 많았으며 아무런 진료도 받지 않고 가정에서 민간요법을 하는 경우도 상당한 것으로 나타났으며, 말기 암환자가 병원에서 받는 치료는 대부분 통증조절, 고영양 수액요법, 항생제 치료 등으로 신체적인 완화요법 즉 증상조절이 대부분을 차지했다. 그러나 말기 암환자는 신체적인 고통뿐만이 아닌 신체적, 정신적, 사회적, 영적인 고통을 포함한 총체적인 고통을 안고 투병하기 때문에 신체적인 완화요법만으로는 말기 암환자를 잘 관리할 수 있다고 보기는 어려운 것이다(이원희, 2000). 의사들을 대상으로 설문한 결과에서도 말기 암환자들에게 가장 필요한 서비스는 통증관리를 첫 번째로 선택했으나 다음으로 필요한 서비스는 심리적지지 및 영적 서비스인 것으로 조사되었다(한국보건 의료관리연구원, 1998). 따라서 호스피스는 말기 암환자 관리에서 절대적으로 필

요하며, 현재 시행되고 있는 우리나라 호스피스와 완화의학의 대상 환자 80-90%가 말기 암환자(윤영호 외 5인, 1998)임을 볼 때 우리나라의 대표적인 말기 암환자 관리 프로그램으로 자리잡아가고 있다.

호스피스란 말기환자와 그 가족을 위한 프로그램으로 편안하게 죽음을 맞이할 수 있도록 의학적으로 관리함과 동시에 말기에 발생할 수 있는 여러 가지 부정적 증상을 경감시키기 위해 신체적, 정서적, 사회적, 영적으로 도우며 사별가족의 고통과 슬픔을 경감시키기 위해 지지와 격려를 제공하는 총체적인 돌봄(holistic care)이라고 할 수 있다(김수지, 오송자와 최화숙, 1997; 노유자 외 3인, 1997). 1963년 한국에 진출한 마리아의 작은 자매회 수녀들에 의해 가정 호스피스로 시작된 한국의 호스피스는 별 확산없이 지내 오다가 1980년대에 들어 종교단체에 연관된 기관이나 대학에 종사하는 극소수의 의사와 간호사들이 관심을 가지기 시작하여 산발적으로 증가해왔고 1990년대에 와서는 숫적, 양적으로 급속히 팽창하여 많은 사람들이 관심을 가지기 시작하여 이제는 약 70 여 개로 호스피스 기관이 설립되었고 2개의 호스피스 협회가 활동하고 있으며 1998년 한국 호스피스 완화의료학회도 발족되어 이제는 제법 중흥기에 도달한 것 같은 시점에 와 있다(김분한, 2000; 홍영선, 염창환과 이경식, 2000).

한국보건 의료관리연구원(1998)과 최화숙(1999a), 김분한(2000)에 따르면 현재 우리나라에서 시행되고 있는 호스피스 유형은 가정방문형(28.9%), 병상산재형+가정방문형(26.3%), 병상산재형(23.7%), 별도 병동형+가정방문형(15.8%), 별도 병동형(2.6%), 독립시설형(2.6%) 순으로 주로 가정방문형이 73.6%를 차지하고 있다. 65.8%가 병원을 중심으로 한 의료기관의 설립형태를 띠고 있으며, 교회와 같은 종교기관에서도 자원봉사자를 중심으로 호스피스를 운영하고 있다. 호스피스 조정자의 전문분야는 간호사(45.7%), 성직자(32.1%), 의사(17.9%), 사회복지사(1.8%), 기타(12.5%) 순으로 간호사가 가장 많았으며 의사는 성직자 다음이었다. 호스피스 교육은 주로 자원봉사자 교육(66.1%)을 통해 현장에 투입하고 있었으며 간호사와 성직자 전문인 교육은 각각 3.6%에 불과 했고 의사들을 대상으로 한 호스피스 교육은 없는 것으로 나타났다. 호스피스 서비스가 현행 보건 의료전달체제 속에 통합되기 위해서 해야 하는 가장 우선적인 일은 호스피스 철학을 가지고 일할 수 있는 전문인력을 교육시키는 것이다(Gilly Burn,

1996; 이은옥 외 7인, 1999). 영국, 독일, 미국 등의 선진국에서는 호스피스를 보건의료전달체계의 일부분으로 수용하여 일정교육과정을 거친 의사, 간호사에게 완화의학 전문의, 호스피스 전문간호사 등을 자격을 주고 있다(황나미, 1998). 최화숙(1999b)은 우리나라 호스피스 실무전문가 19명을 대상으로 호스피스 인력에 관한 델파이 조사를 시행하였는데 연구결과 호스피스 인력은 반드시 호스피스 교육을 받아야만 하며 장차, 기본교육은 학부과정에 3학점의 독립교과목으로 개설하고 전문교육은 석사수준의 전문과정으로 개설하는 것이 바람직한 것으로 나타났다.

최근 호스피스에 대한 의료인의 태도는 90% 이상이 호스피스가 필요하며 환자에게 권유하겠다고 응답하여 호스피스에 대한 인식은 긍정적인 것으로 조사되었다(김정희, 1991; 최상옥, 1993; 강은실 등, 1998; 심규미, 2000). 그러나 의사의 경우 호스피스 실제 활동 상황은 참여 안함(73.8%), 병원내 참여(15.4%), 외부 호스피스 참여(2.8%), 협회 및 학회활동(8.9%) 순으로 대부분이 참여를 안하고 있고 하더라도 간접적으로 관여할 뿐인 것으로 나타났다(한국보건의료관리연구원, 1998). 이 같은 상황에서 의료인을 포함한 일반인의 호스피스 참여 활성화를 위해서는 호스피스 프로그램 인정제도 개발, 수가체계 설정, 말기환자 의료체계 개발, 호스피스 활동자를 위한 체계적인 교육을 통해 제도화 정착이 우선이라고 보고 있다(한국보건의료관리연구원, 1988; 황나미, 1998; 최화숙, 1999a).

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 의료인에 대한 암환자 인식을 조사하고자 하여 구조화된 질문지를 이용한 서술연구이다.

2. 연구대상

연구대상은 서울시와 경기도에 위치하는 종합병원 5곳에서 2001년 8월부터 2001년 9월까지 암환자를 돌보거나 돌본 경험이 있는 내·외과, 산·소아과, 암병동, 응급실 등에 근무하고 있는 간호사 140명과 의사 70명을 임의 표출하였다.

3. 연구도구

본 연구의 도구를 개발하기 위한 방안으로 기존의 문헌고찰과 실무에 있는 간호사, 의사와의 직접 인터뷰 결과를 바탕으로 개발된 설문지는 예비조사를 통해 수정보완하였고, 교수 2인과 실무자 2인에게 타당도 검증을 받았다. 본 설문지 내용은 인구사회학적 특성 8문항과 의료인의 암환자 관리와 관련된 인식 14문항, 의료인의 호스피스 참여 실태 6문항 그리고 의료인의 암 및 암환자 인식을 알아보기 위하여 Likert scale(5점 척도)로 구성된 20문항을 설문에 사용하였다. 신뢰도는 Cronbach' α = .75였다.

4. 자료수집 방법 및 절차

본 조사연구는 2001년 8월부터 9월까지 서울시와 경기도에 위치하는 5곳의 종합병원에 근무하는 간호사와 의사를 대상으로 무작위 편의 추출해 질문지를 배포하였다. 회수율은 92.8%였고 부적절한 질문지 8부를 제외한 202부를 자료분석에 사용하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 부호화하여 SPSS Window PC 프로그램을 이용하여 실수와 백분율, 평균, 표준편차 그리고 각 항목의 순위선택으로 분석하였으며, 대상자의 인구사회학적 특성과 암환자 인식 특성과의 관계는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

IV. 연구결과 및 논의

1. 간호사·의사의 일반적 특성

응답자중 간호사가 137명, 의사 65명, 여자 158명, 남자 44명으로 대부분이 20-30대 이었으며, 임상경력은 암환자 인식 실태조사에 충분한 5년 이상의 경력자가 55%를 차지하고 있었다. 한편 응답자 2명 가운데 1명은 가족이나 친지 중에 암환자를 경험한 것으로 나타났다<표 1>.

<표 1> 간호사·의사의 일반적 특성 (N=202)

특성	분류	간호사 N(%)	의사 N(%)	전체 N(%)
성별	남	1(0.7)	43(66.2)	44(21.8)
	여	136(92.3)	22(33.8)	158(78.2)
연령	29세이하	68(49.6)	19(29.2)	87(43.1)
	30-39세	51(37.3)	44(67.8)	95(47.0)
	40-49세	17(12.4)	1(1.5)	18(8.9)
	50-59세	1(0.7)	1(1.5)	2(1.0)
임상 경력	1년미만	16(11.7)	6(9.2)	22(10.9)
	1-5년미만	40(29.2)	29(44.6)	69(34.1)
	5-10미만	38(27.7)	26(40.0)	64(31.7)
	10년이상	43(31.4)	4(6.2)	47(23.3)
근무 분야	일반내과	47(34.6)	29(44.7)	76(37.7)
	일반외과	13(9.6)	9(13.8)	22(11.0)
	소아과	7(5.2)	7(10.9)	14(7.1)
	응급실	18(13.2)	6(9.3)	24(12.0)
	암병동	20(14.6)	0(0)	20(10.0)
	산부인과	7(5.2)	3(4.7)	10(5.1)
	정형외과	6(4.4)	4(6.3)	10(5.1)
	중환자실	3(2.2)	0(0)	3(1.6)
기타	15(11.0)	6(9.3)	21(10.4)	
종교	기독교	52(38.0)	25(38.5)	77(38.1)
	카톨릭	19(13.9)	12(18.5)	31(15.3)
	불교	9(6.6)	1(1.5)	10(5.0)
	무교	55(40.1)	27(41.5)	82(40.6)
	기타	2(1.4)	0(0)	2(1.0)
결혼 상태	유	56(40.9)	34(52.3)	90(44.6)
	무	81(59.1)	31(47.7)	112(55.4)
가족·친지 중 암환자	유	67(48.9)	31(47.7)	98(48.5)
	무	70(51.1)	34(52.3)	104(51.5)

무응답 제외

2. 간호사·의사의 암 및 암환자 인식

본 연구에서 간호사·의사의 암 및 암환자 인식은 총 평균 3.86으로 나타났다. 의료인은 암환자에 대한 치료계획 설명, 암 진단 및 임종통고, 암환자의 알권리 인정과 불안이나 걱정이해 등에서 평균 4.0 이상의 높은 점수를 나타냈고, '암환자에게 임종을 통고하는 것은 그 환자의 희망을 빼앗을 수 있다'의 항목에서는 평균 3.34, '암환자에게 임종을 통고한 후 환자와의 관계가 악화되었다' 항목에서는 평균 2.96으로 평균 점수보다 낮게 나타나 암환자에 대한 간호사·의사의 임종통고와 알권리 인식에서 높은 점수를 나타냈다. 그러나 암은 곧 죽음을 연상케 하고 나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있으며, 그래서 죽음이나 임종에 관한 얘기는 꺼려

하나 암환자를 보게되면 내 자신의 죽음이나 임종을 생각하게되어 결국 암환자를 대할 때 정신적인 스트레스가 큰 것으로 나타났다(M=3.85).

따라서 간호사·의사는 암환자 케어에 대한 책임감은 높게 인식하고 있으나 의료인 자신과 결부시켰을 때 암 및 암환자에 대한 인식은 여전히 부정적이고 그들을 대할 때 혼란을 경험하고 있는 것으로 사료된다. 이는 20여 년 전 이희(1979), 조두영 등(1981)이 의사를 대상으로 한 조사에서 임종통고에 대한 태도와 비교했을 때 많은 차이를 보여주나 10여 년 전 왕매련 등(1988), 한상우 등(1990)의 연구에서 보여주었던 결과와는 유사한 결과를 보여주고 있다.

한편 '암은 언젠가는 정복될 수 질환이다' 항목은 평균 4.01이고 '내가 만약 말기 암이라면 끝까지 적극적인 치료를 하겠다'의 항목은 평균 3.38을 보여 암은 비록 고통과 죽음을 연상케 하지만 앞으로 암 치료에 대한 긍정적인 태도로 비록 내 자신이 암에 걸려도 포기하지 않고 적극적인 치료를 받겠다는 견해도 상당한 것으로 조사결과 나타났다<표 2>.

1) 암환자 관리와 관련된 인식

(1) 암 진단 및 임종 통고의 경우

본 연구에서 간호사·의사의 암환자에 대한 암 진단 및 임종통고 방법으로 다수(91.5%)가 '여러 날 동안 단계적으로 알려준다'와 '진단 후 즉시 한꺼번에 알려준다'고 하였으며, 환자가 물어올 때까지 기다리거나 스스로 눈치채게 하는 소극적인 방법은 8.5%로 나타났다. 이는 조두영(1981)의 조사결과 60%와 38%, 양규봉과 김영현(1985)의 조사결과 63%와 32%, 한상우 등(1990)의 연구결과 75.5%, 14.9%와 비교해 볼 때 과거보다 많은 적극성을 보이는 결과라 할 수 있다.

암 진단 및 임종 통고자는 '주치의'(62.8%) '가족이나 친척'(32.1%)순으로 가족이나 친지에게 임종통고를 미루는 경향도 30% 이상으로 나타나 의료인 자신의 부담감을 줄이려는 측면도 볼 수 있었다. 이는 한규희(1981)의 조사결과 주치 의와 가족이 각각 46%, 30.2%와 양규봉과 김영현(1985)의 조사결과 각각 57%, 26%, 그리고 왕매련 등(1988)의 조사결과 각각 68.7%, 13.3%의 결과와 비교해 볼 때 가족에게 암 진단이나 임종통고를 미루는 경향은 비슷한 수준으로 나타났다. 또한 통고자를 '주치의'로 보는 경우 의사보다는 간호사가

〈표 2〉 간호사·의사의 암 및 암환자 인식

(N=202)

항	목	평균	표준편차
1.	의료인은 암환자와 그 가족에게 암 치료에 대한 계획을 설명해줄 의무가 있다.	4.62	.53
2.	말기암 진단을 받은 환자에게 그 사실을 통고해야 한다.	4.26	.70
3.	암환자는 자신의 임종에 대해 알 권리가 있다.	4.50	.60
4.	암환자에게 임종을 통고하는 것은 그 환자의 희망을 빼앗을 수 있다.	3.34	1.19
5.	암환자에게 임종을 통고한 후 환자와의 관계가 악화되었다.	2.96	1.01
6.	내가 만약 말기 암이라면 사실을 통고 받기 원한다.	4.51	.71
7.	내 자신이 암 진단을 통고 받는다면 정신적인 충격이 클 것이다.	4.49	.67
8.	암은 언젠가는 정복될 수 있는 질환이다.	4.01	1.01
9.	암은 현대의학이 아닌 다른 대체(보완)요법으로도 치료 가능하다.	3.35	1.11
10.	암은 곧 죽음을 연상시키는 단어이다.	3.65	1.03
11.	나는 평소애 암 예방을 위한 생활습관을 잘 지킨다.	3.48	1.15
12.	나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다.	3.88	.83
13.	내가 만약 말기 암이라면 끝까지 적극적인 치료를 하겠다.	3.38	1.22
14.	내가 만약 말기 암이라면 나 자신만이 아닌 가족과 친지에게 죽음을 알리고 대비하고 싶다.	4.29	.85
15.	나는 죽음이나 임종에 관한 얘기를 꺼린다.	3.38	1.02
16.	나는 다른 질환자 보다 암환자를 케어할 때 정신적인 스트레스가 크다.	3.85	.94
17.	나는 암환자를 보면서 내자신의 죽음이나 임종을 생각한다.	3.88	.98
18.	나는 말기 암환자의 소극적 안락사를 찬성한다.	3.69	1.04
19.	의료인은 암환자의 불안이나 걱정을 이해시키는 것이 중요하다.	4.32	.68
20.	말기 암환자의 증상조절을 위해서는 병원에 입원하는 수밖에 없다.	3.30	1.10
		총 평균 : 3.86	

* 무응답 제외

높았으며, '가족이나 친지'로 보는 경우 간호사보다 의사가 높게 나타나 통고자 주체로서 의사의 부담감이 높음을 추측할 수 있었다.

암 진단 및 임종 통고 후 암환자의 반응은 부정, 분노, 불안이나 우울, 치료포기, 수용 순으로 부정이 185명으로 가장 많았다. 이는 의사를 대상으로 한 조두영(1981)의 결과에서는 불안, 우울, 치료포기가 75%로 다수를 차지했고, 병원 직원을 대상으로 한 왕매련 등(1988)의 결과에서 75%가 비교적 편안하게 반응했던 것으로 나타나 본 연구 결과와는 약간의 차이가 있었다. 이는 설문 대상자인 의료인이 실제 임종을 통고한 후 환자의 반응을 관찰해서 설문에 응한 대상자도 있었겠지만 응답자 다수가 임종통고자의 주체가 아닌 간호사나 타 직원이고 의사인 경우도 실제 임종통고 경험이 드물어 응답자 자신의 생각이나 교과서적인 답 혹은 간접적인 관찰에서 설문했던 것으로 보여진다. 그러나 아시아권에 서 행해진 연구결과를 보았을 때 의사가 지각한 암 통고에 대한 환자의 반응은 주로 우울이나 불안으로 비교적 침착하게 반응한 것으로 나타났다(Fielding R et al., 1998), 이는 슬픔이나 충격을 직접 노출시키기보다는 내면화시키는 동양적인 사회·

문화적 배경도 한 역할을 한다고 보여진다.

한편 간호사·의사가 추천하고 싶은 임종장소는 병원보다는 자택을 선호했으며 자택을 선택한 이유는 마음의 안정을 가장 큰 이유로 들었고 병원을 선택한 이유는 병원에서 임종하기를 원하는 환자의 심리적 만족감을 주는 것이 가장 큰 이유로 나타났다. 이는 간호사를 대상으로 조사했던 한규희(1981)와 김영순(1989), 그리고 의사를 대상으로 조사했던 양규봉과 김영현(1985), 한상우 등(1990), 최윤선 등(1998)의 연구결과와 비슷한 비율로 나타났다. 또한 병원도 자택도 아닌 시설을 선택하는 경우도 있어 이는 병원 직원을 대상으로 조사한 강은실 등(1998)의 연구에서도 나타났듯이 핵가족화로 가족이 말기 환자를 돌보아 줄 가족 구성원과 시간적 여유가 없어 나타난 결과로 보여진다. 본 연구 결과에서 병원을 임종장소로 선택한 의사그룹은 '죽는 순간까지 최선을 다해야 하므로'를 가장 큰 원인으로 들었고, 간호사는 '환자에게 심리적 만족감을 주기 위해서'를 가장 큰 이유로 제시하여 간호사보다는 의사가 적극적인 병원치료의 이유를 내세운 것으로 나타났다<표 3>.

〈표 3〉 암 진단 및 임종통고

(N=202)

항 목	분 류	간호사 N(%) (순위)	의사 N(%) (순위)	전체 N(%) (순위)
암진단 및 임종통고방법	여러날 동안 단계적으로 알려준다.	104(77.1)	35(54.7)	139(69.8) (1)
	진단후 즉시 알려준다.	18(13.3)	11(17.2)	29(14.6) (2)
	한꺼번에 알려준다.	6(4.4)	8(12.5)	14(7.1) (3)
	“중하다”하고 스스로 눈치채게 한다.	5(3.7)	4(6.3)	9(4.5) (4)
	환자가 물어볼 때까지 기다린다.	2(1.5)	6(9.3)	8(4.0) (5)
암진단 및 임종 통고자	주치의	90(66.2)	36(55.4)	126(62.8) (1)
	가족이나 친척	38(27.9)	27(41.5)	65(32.1) (2)
	성직자	5(3.7)	2(3.1)	7(3.8) (3)
	간호사	2(1.5)	0(0)	2(0.9) (4)
	친구	1(0.7)	0(0)	1(0.4) (5)
암진단 및 임종 통고 후 반응 (다중 선택)	부정	127 (1)	58 (1)	185 (1)
	분노	104 (2)	49 (2)	153 (2)
	불안·우울	100 (3)	48 (3)	148 (3)
	치료포기	94 (4)	45 (4)	139 (4)
	수용	84 (5)	39 (5)	123 (5)
	기타	1 (6)	0 (6)	1 (6)
임종장소	경우에 따라서	65(47.8)	23(35.4)	88(43.8) (1)
	자택	44(32.4)	30(46.2)	74(36.9) (2)
	병원	18(13.2)	9(13.8)	27(13.4) (3)
	시설	6(4.4)	2(3.1)	8(3.9) (4)
	기타	3(2.2)	1(1.5)	4(2.0) (5)
자택을 추천하는 이유	마음의 안정	43 (1)	25 (1)	68 (1)
	최후의 순간엔 병원이 필요없다.	1 (2)	3 (2)	4 (2)
	병원비 문제	0 (3)	1 (3)	1 (3)
	기타	0 (4)	1 (4)	1 (4)
	병원을 추천하는 이유	환자에게 심리적 만족감을 주기 위해	9 (1)	3 (2)
죽는 순간까지 최선을 다해야 하므로		4 (2)	5 (1)	9 (2)
보호자가 없거나 집에서 임종을 지켜보기 두려워		1 (3)	2 (3)	3 (3)
영안실을 쉽게 사용하기 위해		1 (4)	0 (5)	1 (4)
기타		1 (5)	1 (4)	2 (5)

* 무응답 제외

(2) 암발생 원인과 주요 증상

본 연구에서 간호사·의사가 인식하고 있는 암 발생의 주요인은 흡연 및 음주, 식습관, 스트레스, 유전, 외부환경오염 순이었으나 간호사와 의사의 순위는 다르게 나타났다. 즉 의사의 경우 흡연 및 음주(41명), 식습관(23명), 유전(18명), 스트레스 (8명)순으로 유전을 스트레스보다 우선으로 보았다. 암환자가 호소하는 주요 증상은 통증, 호흡기 증상, 신경·정신 증상, 위장관 증상 순으로 이는 최윤선 등(1998)의 최근 조사연구에서 말기 암환자가 가장 많이 호소하는 증상 순위와 같은 결과를 보였다.

암환자 통증관리 방해 요인으로는 ‘의료인을 포함한

환자·가족의 마약 중독·내성 부작용에 대한 지나친 두려움’이 응답자 중 과반수 이상으로 암성 통증관리에서 마약 진통제에 대한 잘못된 인식이 큰 문제로 나타났다으며, ‘마약진통제 사용에 대한 우리나라의 법적·행정적 제한’도 적지 않은 문제점으로 지적되었다. 이는 서순림 등(1995), 윤영호 등(1997), 이은옥 등(1999), 홍영선(2001)의 간호사와 의사를 대상으로 통증관리에 대한 태도조사에서 보여준 결과와 유사했다<표 4>.

(3) 말기 암환자 치료계획

본 연구에서 간호사·의사의 말기 암환자 치료계획은 ‘환자나 가족이 원하는 대로 해준다’와 ‘호스피스에

〈표 4〉 암발생 원인과 주요증상

(N=202)

항 목	분 류	간호사 N(순위)	의사 N(순위)	전 체 N(순위)
암발생 주요원인 (다중선택)	흡연 및 음주	75 (1)	41 (1)	116 (1)
	식습관	49 (3)	23 (2)	73 (2)
	스트레스	61 (2)	8 (4)	69 (3)
	유전	26 (4)	18 (3)	44 (4)
	외부환경 오염	18 (5)	5 (6)	23 (5)
	기타	6 (6)	7 (5)	13 (6)
암환자 증상 (다중선택)	통증	125 (1)	63 (1)	188 (1)
	호흡기 증상	79 (2)	37 (2)	116 (2)
	신경정신 증상	76 (3)	32 (3)	108 (3)
	위장관 증상	69 (4)	30 (4)	99 (4)
	기타	4 (5)	0 (5)	4 (5)
통증관리 방해요인 (다중선택)	의료인의 마약중독, 내성 부작용에 대한 지나친 두려움	57 (1)	33 (1)	90 (1)
	환자나 가족의 마약 중독 내성, 부작용에 대한 지나친 두려움	41 (2)	25 (2)	66 (2)
	마약 사용의 법적 행정적 제한	37 (3)	18 (3)	55 (3)
	의료인의 지식부족	24 (4)	5 (4)	29 (4)
	환자의 통증 보고부족	9 (5)	2 (5)	11 (5)

* 무응답 제외

〈표 5〉 말기 암환자 치료계획

(N=202)

항 목	분 류	간호사 N(순위)	의사 N(순위)	전 체 N(순위)
치료계획 (다중 선택)	환자나 가족이 원하는 대로 해준다.	84 (1)	35 (1)	119 (1)
	호스피스에 의뢰한다.	53 (2)	25 (2)	78 (2)
	적극적인 치료를 계속한다.	14 (3)	11 (3)	25 (3)
	치료를 중단하고 퇴원시킨다.	4 (4)	7 (4)	11 (4)
	대체요법을 권한다.	6 (5)	1 (5)	7 (5)
암환자가 병원을 찾는 주요인 (다중 선택)	통증조절	51 (1)	112 (1)	163 (1)
	통증을 제외한 증상조절(영양공급)	36 (2)	21 (2)	57 (2)
	가족이 감당할 수 없어서	24 (3)	18 (3)	42 (3)
	마땅히 수용할 곳이 없어서	5 (4)	1 (4)	6 (4)
	집중적 치료	3 (5)	1 (5)	4 (5)
암환자의 주요관심사 (다중 선택)	영적(종교적)인 문제	52 (1)	16 (4)	68 (1)
	정서적인 문제	43 (2)	21 (1)	64 (2)
	가족의 문제	38 (3)	12 (5)	50 (3)
	실존의 문제	27 (4)	17 (3)	44 (4)
	육체적인 문제	15 (5)	19 (2)	34 (5)
대체요법	권한다.	87(67.4%)	6(40.6%)	113(58.5%)
	권하지 않는다.	42(32.4%)	3(59.4%)	80(41.5%)

* 무응답 제외

의뢰한다'가 수위를 차지했으며, 말기 암환자가 병원을 찾는 주 요인은 '통증을 포함한 증상조절'이 다수였다. '가족이 감당할 수 없어서 병원에 입원한다'(42명)는 견해도 세 번째 순으로 핵가족과 맞벌이 생활이 확대되고 있는 현대사회 특성상 이런 이유는 갈수록 증가할 것으로 예측된다. 간호사·의사가 인식하고 있는 말기 암환자의 주요 관심사는 간호사의 경우 영적(종교적)인 문제, 정서적인 문제, 가족의 문제, 실존의 문제, 육체적인 문제 순으로 영적(종교적)·정서적인 문제가 수위를 차지했으며 의사의 경우 정서적인 문제, 육체적인 문제, 실존의 문제, 영적(종교적)인 문제, 가족의 문제 순으로 육체적인 문제를 우선 순으로 보았고 가족의 문제는 가장 나중이었다. 이는 간호사와 의사간의 특이한 차이점으로 간호사보다 의사가 육체치료 중심의 말기암자 관리를 하고 있는 것으로 분석되어진다.

한편 간호사·의사 중에 58.5%가 암환자에게 대체요법을 권하겠다고 했으나 의사 응답자 중에는 과반수 이상이 대체요법 권유를 반대하는 입장으로 대체요법에 대한 의사 그룹의 인식이 부정적인 것으로 나타났다. 대체요법을 권하는 가장 큰 이유는 '암환자의 심리적 안정'이었으며 반대이유는 대체요법에 대한 '효과 미 검증과 고비용'을 이유로 들어 대체요법에 대한 적극적인 효과검증이 필요한 것으로 사료된다(서울대학교의과대학암연구소, 2001; 고은정, 2001)<표 5>.

2) 간호사·의사의 호스피스 참여

호스피스 권유 여부에 대한 간호사·의사의 견해는 94.1%가 '마음의 준비와 여생을 편안하게 보내기 위해' 말기 암환자에게 호스피스를 권하겠다고 하였다. 이는 본 연구에서 나타난 의료인의 호스피스 교육률(17.3%)이 저조함에도 불구하고 호스피스에 대한 긍정적인 인식으로 평가된다. 그러나 호스피스를 총체적인 돌봄(total care)으로 보기보다는 단지 정서적·영적인 돌봄으로만 본다는 관점으로, 이는 간호사·의사의 호스피스 개념에 대한 인식이 부족한 것으로 사료된다. 한편으로 호스피스를 권하지 않는 이유 중에 대부분은 통증조절을 포함한 증상조절의 어려움을 들어 앞으로 호스피스에서 적극적인 통증관리와 증상 조절이 요구된다(한국보건의료관리연구원, 1998; 허대석, 2001).

간호사·의사 중에서 호스피스 교육을 받은 적이 있다고 응답한 경우는 전체 17.3%에 불과했다. 특히 의사

의 호스피스 교육율(4.6%)은 간호사(23.4%)에 비해 낮아 의사의 호스피스 교육이 적극 요구되고 있다. 호스피스 교육을 받은 기관은 간호사의 경우 주로 병원 직무교육, 대학이나 복지시설의 자원봉사자 교육을 통해서 교육을 받고 있었으며 대학의 정규 과정 즉 호스피스 전문 간호사교육 과정을 통해서도 교육이 소수 이루어지고 있었다. 의사의 경우 각각 1명이 병원 직무교육과 학회를 통해 교육을 받았다고 응답하여 의사 전문교육은 완화의료학회 등에서 겨우 이루어지는 것으로 나타났다. 이는 호스피스를 현행 보건의료전달체계 속에 끌어들이기 위해서 가장 최우선되어야 할 과제인 의료인 전문인력교육이 아직 초보 수준에 머물러 있어 의료인을 대상으로 한 호스피스 기본교육과 전문교육 과정이 대학에서 정규교과과정으로 이루어져야 할 필요가 있다(최화숙, 1999b). 다행히 소수의 대학에서 이루어지고 있는 호스피스 전문 간호사교육이나 사이버 호스피스 전문 간호사 교육은 우리나라 도서지역의 보건진료소에서까지 말기 임종간호에 실제적인 도움이 되고 있어 다행스러운 일이다(김분한, 2000). 한편 호스피스 케어를 수행한 적이 있다고 응답한 의료인은 전체 14.7%로 많지 않았으며 수행해본 적이 없다고 응답한 의료인은 전체 83.3%로 대다수였다. 수행경험이 있는 소수의 의료인들도 임상에 있으면서 말기 환자를 호스피스에 의뢰했거나 의료인 자신이 생각하는 나름대로의 임종간호를 일컬어 호스피스 케어를 수행한 적이 있다고 인터뷰 결과 나타났으며 호스피스를 총체적인 돌봄이나 팀 접근으로 인식한 결과는 아니었다<표 6, 6-1, 6-2>.

<표 6> 간호사·의사의 호스피스 참여 (N=202)

항 목	분류	간호사 N(%)	의사 N(%)	전체 N(%)
호스피스 권유	한다.	130(97.0)	60(93.8)	190(96.0)
	안 한다.	4(3.0)	4(6.2)	8(4.0)
호스피스 교육 수료	유	32(23.4)	3(4.6)	35(17.3)
	무	105(76.6)	62(95.4)	167(82.7)
호스피스 케어 수행	유	22(16.2)	7(11.5)	29(14.7)
	무	114(83.8)	54(88.5)	168(85.3)
호스피스 교육수료 기관	대학	12(38.6)	0(0)	12(35.3)
	병원 직무교육	9(29.0)	1(5.0)	10(29.4)
	보건원 교육	3(9.7)	0(0)	3(8.8)
	교회	3(9.7)	0(0)	4(11.8)
	사회복지시설	2(6.5)	0(0)	2(5.9)
	가정간호사과정 학회	2(6.5)	0(0)	2(5.9)
		0(0)	1(5.0)	1(2.9)

* 무응답 제외

〈표 6-1〉 호스피스를 권하는 이유 (N=129)

호스피스를 권하는 이유	N(%)
1. 마음의 준비와 여생을 편안하게 준비할 수 있기 때문에	86(66.6)
2. 통증을 포함한 증상조절을 위해	11(8.3)
3. 가족의 부담을 줄이기 위해	7(5.4)
4. 죽음을 받아들일 수 있도록	6(4.6)
5. 환자가 인간답게 죽을 수 있는 권리가 있기 때문에	6(4.6)
6. 영적(종교적)으로 도움이 되니까	4(3.1)
7. 외롭지 않기 위해	3(2.3)
8. 삶의 질을 높여야 함으로	3(2.3)
9. 환자를 위한 최상의 선택이므로	2(1.4)
10. 전문적인 임종간호를 받기 위해	1(0.8)

〈표 6-2〉 호스피스 교육 수료 기관 (N=35)

기	관	간호사(n=29) N(%)	의사(n=2) N(%)	전체(n=31) N(%)
병원	직무교육	12(41.4)	1(50)	13(41.9)
대학이나	복지시설에서의	10(34.5)	0	10(32.3)
자원봉사자	교육			
대학에서	정규 과정	3(10.3)	0	3(9.6)
교회		2(6.9)	0	2(6.5)
가정간호사	과정	2(6.9)	해당사항 없음	2(6.5)
학회		0(0)	1(50)	1(3.2)

* 무응답 제외

3. 간호사·의사의 일반적 특성과 암 및 암환자에 대한 인식 차이

본 연구에서 일반적 특성에 따른 의료인의 암 및 암환자 인식 차이는 T-test와 ANOVA로 분석하였다. 먼저 의료인 자신도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다고 생각하며($t = -1.99, P = .048$), 말기 암이라면 통고 받기 원하고($t = -2.55, P = .011$) 가족과 친구에게 죽음을 알려 대비하고 싶다($t = 3.11, P = .002$)는 항목에서 간호사와 의사간에 통계적으로 유의한 차이를 보여줬으며 의사($M = 3.71, 4.32, 4.00$)보다는 간호사($M = 3.96, 4.59, 4.40$)에서 높은 평균값을 보여주었다. 또한 암환자 케어와 관련해 임종을 통고 한 후 환자와의 관계가 악화되었고($t = -1.96, P = .051$) 그들의 증상조절을 위해서는 병원에 입원할 수밖에 없다($t = -3.31, P = .001$)는 항목에서도 간호사와 의사간에 통계적으로 유의한 차이를 보였고 역시 간호사($M = 3.05, 3.47$)가 의사($M = 2.75, 2.94$)보다 높은 인식정도를 나타냈다. 이는 병원에서 24시간 환자를 가장 가까이서 돌보는 의료인은 의사보다는 간호

사로 암환자들의 호소와 불평을 더 많이 들어줄 수밖에 없는 위치에 있기 때문으로 보여진다. 종교간의 암환자 인식 차이는 '환자에게 임종을 통고한 후 환자와의 관계가 악화되었다'(F=2.75, P=.029) '나는 죽음이나 임종에 관한 얘기를 꺼린다'(F=3.56, P=.008) 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 결혼 유무에 따른 암환자 인식 차이는 '말기 암 진단을 받은 환자에게 그 사실을 통고해야 한다'(t=2.80, P=.008) '암환자에 임종을 통고하는 것은 그 환자의 희망을 빼앗는다'(t=2.37, P=.006) '의료인은 암 환자의 불안이나 걱정을 이해시키는 것이 중요하다'(t=3.07, P=.019) '나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다'(t= -2.40, P=.002) 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 나타냈으며, 주로 기혼이 미혼보다 평균 점수가 높았으나 '나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다'에서는 미혼이 더 높았다.

한편 가족이나 가까운 친지 중에 암환자 유무에 따른 암환자 인식 차이는 '내가 만약 말기 암이라면 나 자신만이 아닌 가족과 친구에게 죽음을 알리고 대처하고 싶다'(t= -2.56, P=.011) '나는 죽음이나 임종에 관한 얘기를 꺼린다'(t= -2.35, P=.020) '나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다'(t=2.24, P=.026)에서 통계적으로 유의한 차이가 나타났다. 주로 암환자 경험이 없는 의료인이 인식정도가 높았으나 '나도 언젠가 암에 걸릴 수 있다' 항목에서는 암환자 경험이 있는 의료인이 인식정도가 높았다<표7, 7-1, 7-2>

나머지 5개 항목 즉, '내가 만약 말기 암이라면 끝까지 적극적인 치료를 하겠다' '암은 언젠가는 정복될 수 있는 질환이다' '암은 현대의학이 아닌 다른 대체(보완)요법으로 치료 가능하다' '암은 곧 죽음을 연상케 하는 단어이다' '나는 말기 암환자의 소극적인 안락사를 찬성한다' 항목에서는 어떠한 일반적 특성과도 통계적인 차이가 나타나지 않았다.

〈표 7〉 간호사·의사간의 암환자 인식 차이

(N=202)

항 목	직업	평균	표준편차	t	P
1. 의료인은 암환자와 그 가족에게 암 치료에 대한 계획을 설명해줄 의무가 있다.	의사	4.52	.53	-1.89	.600
	간호사	4.67	.52		
2. 말기암 진단을 받은 환자에게 그 사실을 통고해야한다.	의사	4.31	.75	.63	.529
	간호사	4.24	.68		
3. 암환자는 자신의 임종에 대해 알 권리가 있다.	의사	4.52	.64	.30	.768
	간호사	4.50	.58		
4. 암환자에게 임종을 통고하는 것은 그 환자의 희망을 빼앗을 수 있다.	의사	3.45	1.03	.86	.390
	간호사	3.29	1.26		
5. 암환자에게 임종을 통고한 후 환자와의 관계가 악화되었다.	의사	2.75	.88	-1.96	.051
	간호사	3.05	1.06		
6. 내가 만약 말기 암이라면 사실을 통고 받기 원한다.	의사	4.32	.92	-2.55	.011
	간호사	4.59	.56		
7. 내 자신이 암 진단을 통고 받는다면 정신적인 충격이 클 것이다.	의사	4.30	.84	-2.47	.014
	간호사	4.55	.63		
8. 암은 언젠가는 정복될 수 있는 질환이다.	의사	3.88	1.18	-1.29	.197
	간호사	4.07	.91		
9. 암은 현대의학이 아닌 다른 대체(보완)요법으로도 치료 가능하다.	의사	3.29	1.23	-.52	.602
	간호사	3.38	1.04		
10. 암은 곧 죽음을 연상시키는 단어이다.	의사	3.72	1.14	.71	.481
	간호사	3.61	.98		
11. 나는 평소에 암 예방을 위한 생활습관을 잘 지킨다.	의사	3.55	1.26	.63	.531
	간호사	3.45	1.09		
12. 나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다.	의사	3.71	.70	-1.99	.048
	간호사	3.96	.88		
13. 내가 만약 말기 암이라면 끝까지 적극적인 치료를 하겠다.	의사	3.37	1.24	-.06	.955
	간호사	3.38	1.21		
14. 내가 만약 말기 암이라면 나 자신만이 아닌 가족과 친지에게 죽음을 알리고 대비하고 싶다.	의사	4.00	.92	-3.11	.002
	간호사	4.40	.83		
15. 나는 죽음이나 임종에 관한 얘기를 꺼린다.	의사	3.25	1.00	-1.25	.213
	간호사	3.44	1.03		
16. 나는 다른 질환자 보다 암환자를 케어할때 정신적인 스트레스가 크다.	의사	3.65	.93	-2.16	.032
	간호사	3.95	.93		
17. 나는 암환자를 보면서 내자신의 죽음이나 임종을 생각한다.	의사	3.40	.95	-4.98	.000
	간호사	4.09	.91		
18. 나는 말기 암환자의 소극적 안락사를 찬성한다.	의사	3.72	1.08	.33	.743
	간호사	3.67	1.02		
19. 의료인은 암환자의 불안이나 걱정을 이해시키는 것이 중요하다.	의사	4.22	.70	-1.54	.124
	간호사	4.37	.66		
20. 말기 암환자의 증상조절을 위해서는 병원에 입원하는 수밖에 없다.	의사	2.94	.98	-3.31	.001
	간호사	3.47	1.12		

* 무응답 제외, P< .05

〈표 7-1〉 결혼 유무간의 암환자 인식 차이 (N=202)

항 목	결혼	평균	표준 편차	t	P
2. 말기암 진단을 받을 환자에게 그 사실을 통고해야 한다.	유	4.42	.64	2.80	.008
	무	4.14	.73		
4. 암 환자에게 임종을 통고하는 것은 그 환자의 희망을 빼앗는다.	유	3.56	1.24	2.36	.006
	무	3.17	1.12		
12. 나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다.	유	3.72	.89	-2.40	.002
	무	4.00	.77		
19. 의료인은 암 환자의 불안이나 걱정을 이해시키는 것이 중요하다	유	4.48	.59	3.06	.019
	무	4.19	.72		

* 무응답 제외, P< .05

〈표 7-2〉 가족중 암환자 유무간의 암환자 인식차이

(N=202)

항 목	암환자	평균	표준 편차	t	P
.12. 나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다.	유	4.01	.75	2.24	.026
	무	3.75	.89		
14. 내가 만약 말기 암이라면 나 자신만이 아닌 가족과 친구에게 죽음을 알리고 대처하고 싶다	유	4.11	.98	-2.56	.011
	무	4.42	.73		
15. 나는 죽음이나 임종에 관한 얘기를 꺼린다.	유	3.20	1.05	2.24	.026
	무	3.53	.97		

* 무응답 제외, P< .05

4. 간호사·의사의 호스피스 참여와 암 및 암환자에 대한 인식 차이

본 연구에서 간호사·의사의 호스피스 권유 여부에 따른 암 및 암환자 인식 차이는 '내가 만약 말기 암이라면 끝까지 적극적인 치료를 하겠다'(t=1.15, P=.022) '의료인은 암환자의 불안이나 걱정을 이해시키는 것이 중요하다'(t=1.90, P=.005) '나는 다른 질환자보다 암환자를 케어할 때 정신적인 스트레스가 크다'(t=.72, P=.049)의 항목에서 말기 암환자에게 호스피스를 권유하겠다는 의료인과 그렇지 않겠다는 의료인 사이에 통계적으로 유의한 차이를 나타냈으며, 호스피스를 권유하겠다는 의료인(M=3.38, 4.34, 3.87)이 그렇지 않은 의료인(M=2.88, 3.88, 3.63)보다 인식 정도가 높았다. 호스피스 교육 수료 유무간의 암환자 인식 차이는 '내가 만약 말기 암이라면 그 사실을 통고 받기 원한다'(t=2.23, P=.027)

'나는 암환자를 보면서 내 자신의 죽음이나 임종을 생각한다'(t=2.25, P=.026) '의료인은 암환자와 그 가족에게 암 치료에 대한 계획을 설명해줄 의무가 있다'(t=1.98, P=.049) '나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다'(t=2.09, P=.038) 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 호스피스 교육을 받은 의료인(M=4.74, 4.20, 4.79, 4.15)이 그렇지 않은 의료인(M=4.45, 3.79, 4.59, 3.82)보다 암 및 암환자에 대한 인식정도가 높은 것으로 나타났다. 호스피스 케어 수행 유무간의 암환자 인식 차이는 '의료인은 암환자 그 가족에게 암치료를 대한 계획을 설명해줄 의무가 있다'(t=1.98, P=.049) '나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다'(t=2.09, P=.038) 항목에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며 역시 호스피스 케어 경험이 있는 그룹(M=4.79, 4.15)이 없는 그룹(M=4.59, 3.82)보다 인식정도가 높았다<표 8, 8-1, 8-2>.

〈표 8〉 호스피스 권유 여부간의 암환자 인식 차이

(N=202)

항 목	호스피스 권유	평균	표준 편차	t	P
13. 내가 만약 말기 암이라면 끝까지 적극적인 치료를 하겠다.	한다	3.38	1.22	1.15	.022
	안한다	2.88	.99		
19. 의료인은 암환자의 불안이나 걱정을 이해시키는 것이 중요하다.	한다	4.34	.65	1.90	.005
	안한다	3.88	1.13		
16. 나는 다른 질환자보다 암환자를 케어할 때 정신적인 스트레스가 크다.	한다	3.87	.92	.72	.049
	안한다	3.63	1.30		

* 무응답 제외, P< .05

〈표 8-1〉 호스피스 교육 수료 유무간의 암환자 인식 차이

(N=202)

항 목	교육 수료	평균	표준 편차	t	P
1. 의료인은 암환자와 그 가족에게 암치료를 대한 계획을 설명해줄 의무가 있다.	유	4.79	.42	1.98	.049
	무	4.59	.54		
6. 내가 만약 말기암이라면 그 사실을 통고 받기 원한다.	유	4.74	.44	2.23	.027
	무	4.45	.74		
12. 나도 언젠가는 암에 걸릴 수 있다.	유	4.15	.67	2.09	.038
	무	3.82	.85		
17. 나는 암환자를 보면서 내 자신의 죽음이나 임종을 생각한다.	유	4.20	.90	2.25	.026
	무	3.79	.98		

* 무응답 제외, P< .05

〈표 8-2〉 호스피스 케어 수행 유무간의 암환자 인식 차이 (N=202)

항 목	호스피스 케어수행	평균	표준 편차	t	P
1. 의료인은 암환자와 그 가족에게 암치료에 대한 계획을 설명해줄 의무가 있다.	유	4.79	.42	1.98	.049
	무	4.59	.54		
12. 나도 인젠가는 암에 걸릴 수 있다	유	4.15	.67	2.09	.038
	무	3.82	.85		

* 무응답 제외, P < .05

Ⅵ. 결론 및 제언

이상의 결과를 바탕으로 다음과 같은 결론에 도달했다.

첫째, 간호사·의사의 암 및 암환자 인식에서 암환자 케어에 대한 책임감 인식은 높으나 암환자를 대할 때 여전히 혼란을 경험하고 있는 것으로 나타났다. 또한 암 진단, 임종통고 방법, 통고자 그리고 통증관리에 있어 소극적인 접근을 취함으로써 과거 의료인의 인식과는 큰 차이를 보이지 않았다.

둘째, 간호사·의사의 호스피스 참여에 있어 다수가 말기 암환자의 주요 관심사는 영적(종교적) 문제이고 ‘마음의 준비’를 이유로 호스피스를 권하겠다는 입장은 호스피스의 필요성은 인식하고 있으나 실제 호스피스 교육이나 수행에 참여하는 간호사·의사는 극소수에 불과했다. 이는 호스피스를 ‘전인적인 돌봄(total care)’으로 보기보다는 ‘마음의 준비를 위한 임종간호’로 보는 협의의 관점으로 호스피스에 대한 전반적인 인식이 부족한 것으로 나타났다. 따라서 의료인의 호스피스 참여를 높이기 위해서는 호스피스에 대한 인식의 변화가 요구되며, 이를 위해서는 간호사·의사를 위한 전문 호스피스 교육이 필요한 것으로 사료된다.

셋째, 말기 암환자 임종 장소는 ‘마음의 안정’을 이유로 병원보다는 자택을 선호했고 증상조절을 위해서는 병원에 꼭 입원할 필요가 없다는 의료인의 전반적인 인식은 결국, 말기 암환자에 대한 가정간호가 가능한 것으로 나타났으며 나아가 간호사·의사의 호스피스 권유율이 높은 것으로 보아 말기 암환자 관리를 위한 가정호스피스가 필요함을 본 연구를 통해 알 수 있었다.

따라서 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 암환자의 암 진단 및 임종통고 그리고 암환자 통증관리에 대한 의료인 특히 의사의 적극적인 태도가 요구된다.

둘째, 말기 암환자 관리를 위한 호스피스 프로그램에 대한 의료인의 전반적인 인식의 변화가 요구되며, 인식변화와 호스피스 참여를 위해 의료인을 위한 호스피스 전문 교육이 절실히 필요함을 제언한다. 구체적인 방안으로 먼저 실무에서의 현장교육과 나아가 학부에서의 정규 교과과정 그리고 대학원에서 전문가 과정을 개설할 것을 제언한다.

셋째, 말기 암환자 관리가 가정에서 가능하다는 간호사·의사의 인식에 따라 암환자의 가정간호와 가정방문치료 특히 가정호스피스의 활성화가 요구되며 이를 뒷받침 할 수 있는 호스피스의 제도화가 시급함을 제언한다.

참 고 문 헌

- 강은실, 송희완, 서영애(1998). 병원 직원들의 임종 및 호스피스에 대한 태도 조사연구. 정신간호학회지, 7(1), 60-80.
- 고은정(2001). 대체요법에 관한 간호사의 인식조사. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 김분한(2000). 호스피스 전문 간호사 교육 교재-호스피스 현황 및 정책. 한양대학교 사이버학습센터.
- 김수지 외 30인(2001). 호스피스 총론. 한국호스피스 협회 출판부.
- 김수지, 오송자, 최화숙(1997). 호스피스 사랑의 돌봄. 수문사.
- 김옥희(1979). 임종환자를 위한 간호사의 정신적 배려. 한국가톨릭병원 협회지, 10(2), 14-16.
- 김정희(1991). 죽음 및 호스피스에 관한 의료인의 태도 조사연구-간호사와 의사를 중심으로. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김준석, 최화숙, 이영숙(2001). 호스피스 종사자의 자격제도 및 업무. 한국호스피스완화의료학회지, 4(1), 83-95.
- 김현숙(1999). 말기암환자 가족에 대한 호스피스케어의 정보적 지지제공 효과. 서울대학교 대학원

- 석사학위논문.
- 노유자, 한성숙, 안성희, 김춘길(1997). 호스피스와 죽음. 현문사.
- 서순림, 서부덕, 이현주(1995). 통증환자의 사정과 증재에 대한 간호사의 지식과태도. 대한성인간호학회지, 7(1), 61-40.
- 심규미(2000). 환자 보호자와 의료인들의 호스피스에 관한 인지도 연구. 경희대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 왕매련, 김조자, 이원희, 유지수, 허혜경(1988). 말기환자 관리에 대한 태도 조사연구. 간호학 논집 제 11집.
- 양규봉, 김영현(1985). 임종통고여부에 대한 의료진과 학생군의 태도. 신경정신의학, 24(4), 553-567.
- 유계주(1974). 죽음의 태도에 관한 조사연구. 임종환자의 간호를 위하여. 대한간호학회지, 7(2), 5-11.
- 윤매옥(2001). 영적 간호중재가 호스피스 환자의 통증과 불안에 미치는 효과. 원광대학교보건대학원 석사학위논문.
- 윤영호, 윤의열, 박현아, 박태진, 유태우, 허봉렬, 허대석(1992). 환자의 입장에서 본 암진단의 통보. 가정의학회지, 13(10), 790-799.
- 윤영호, 허대석, 전효이, 유태우, 김유영, 허봉렬(1998). 말기 암환자들의 의료이용형태. 가정의학회지, 19(6), 445-451.
- 윤영호, 김철환(1997). 암성통증관리에 관한 전공의들의 지식 및 태도. 대한가정의학회지, 18(6), 591-600.
- 윤영호, 허대석, 김홍수, 오상우, 유태우, 김유영, 허봉렬(1998). 말기 암환자의 통증 및 통증관리에 영향을 미치는 요인. 한국호스피스완화의학회지, 1(1), 23-29.
- 윤희옥(1986). 간호사의 죽음에 대한 태도. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 이경식, 홍영선, 한성숙(1996). 알기쉬운 호스피스와 완화의학. 성서와 함께.
- 이경식 외 11인(2001). 암성통증관리 지침. 한국호스피스·완화의학회, 대한항암요법연구회.
- 이소우 외 5인(1998). 말기암 환자와 가족의 의료 및 간호 서비스 요구. 대한간호학회지, 28(4).
- 이승령, 남광우, 이웅백, 최학근, 지춘수(1993). 국어대 백과사전.
- 이은옥, 허대석, 김순자, 김열홍, 윤성수, 권인각, 조석구, 박명희, 박정윤(1999). 통증관리에 대한 의사와 간호사의 지식과 태도 비교. 한국호스피스완화의학회지, 2(1), 7-15.
- 이원희(2000). 말기 암환자의 총체적 고통. 한국호스피스완화의학회지, 3(1), 60-73.
- 이혜원(2001). 말기암 환자 가족에 대한 호스피스 팀의 정보적지지 제공 효과. 계명대학교대학원 석사학위논문.
- 이 회(1979). 의대생 및 전공의가 보여준 임종환자에 대한 태도. 신경정신의학, 18, 49-54.
- 정기화(1995). 호스피스 및 호스피스 프로그램에 대한 간호사 및 의사의 태도. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 정정미(2000). 암환자 통증양상에 관한 연구. 전북대학교 석사학위논문.
- 조두영(1981). 말기 임종환자에의 병황진실통고를 둘러싼 시시비비. 신경정신의학, 20(1), 1-16.
- 최운선, 김장욱, 신승욱, 이영미, 이태호, 홍명호(1998). 말기환자 관리에 대한 의사들의 태도. 호스피스논집, 3권, 25-32.
- 최화숙(1999a). 한국 호스피스 전달체계 모형 개발. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 최화숙(1999b). 보건의료전달체계 내에서 호스피스 인력에 관한 연구. 간호학탐구, 8(2), 91-115.
- 한국보건의료관리연구원(1998). 호스피스 현황과 공급방안 연구.
- 한규희(1981). 간호사 및 간호학생의 임종환자에 대한 태도. 신경정신의학, 20(4), 400-409.
- 한문숙, 김분한(1999). 암병동 간호사의 죽음인식 유형분석. 한양의대 학술지, 19(2), 179-185.
- 한상우, 정한용, 한선호(1990). 임종환자에 대한 태도 조사: 전문의, 수련의 의대생, 호스피스를 중심으로. 신경정신의학, 29(6), 1408-1425.
- 허대석(1998). 한국의 말기암 환자의 현황. 가정의학회지, 19(11), 987-991.
- 허대석(2001). 암성통증관리 개발 배경. '암성통증관리' 지침 발표회 및 학술대회(2001년 12월 3일)
- 최상옥(1993). 한국의 호스피스 운영 실태와 그 인지도에 관한 연구. 한양대학 교행정대학원, 석사학위논문.
- 황나미(1998). 호스피스 제도화 방안. 한국호스피스

협회에 의한 호스피스 제도화를 위한 간담회
자료집(20-26), 서울.

홍영선, 엄창환, 이경식(2000). 한국 호스피스의 과거
와 현재. 한국 호스피스·완화의료학회지, 3(2),
113-117.

홍영선(2001), 한국에서의 암성 통증 현황. '암성통증
관리' 지침 발표회 및 학술대회(2001년 12월 3일).

Cleeland CS, Gonin R, Hatfield AK, et al(1994),
Pain and its treatment in outpatients with
metastatic cancer. *N Engl J Med* 330:592-596.

Fielding R, Wong L, Ko L(1998). Strategies of
information disclosure to Chinese cancer patients
in an Asian community. *psychooncology*, 7(3),
240-251.

Foley KM(1985). The treatment of cancer pain. *N
Engl J Med* 313(2), 84-95.

Gilly. B(1996). *Palliative Care*. Asia pacific hospice
network international conference(41). Singapore.

Hamzah E(2000). Attitude to Pain Management. *The
Korean Journal of Hospice and Palliative Care*.
3(2), 160-161.

Kuuppelomaki M(1998). Ethical dilemmas in the
care of patients with incurable cancer. *Nurs
Ethics*, 5(4), 283-293.

Seo M, Ramura K, Shijo H, Morioka E, Ikegame C,
Hirasako K(2000). Telling the diagnosis to
cancer patients in Japan; Attitude and
perception of patients, physicians and nurses.
Palliative Med, 14(2), 105-110.

<http://cri.snu.ac.kr>, 서울대학교의과대학암연구소

<http://ncc.re.kr>, 국립암센터

<http://www.nso.go.kr>, 통계청

ABSTRACT

Key words : cancer patients, recognition, hospice

A Study on Recognition of Cancer Patients

- Focused on nurses and doctors -

Cho, In Hyang*

This paper constitutes a descriptive investigation and used a structured questionnaire to investigate nurses' and doctors' recognition of cancer patients. The subjects were extracted from the medical personnel working at the internal medicine, the surgery ward, the obstetrics and gynecology department, the pediatrics department, the cancer ward, and the emergency room of five general hospitals located in Seoul and Gyeonggi Province. The research lasted from August, 2001 to September 2001. Total 137 nurses and 65 doctors were included and made out the questionnaires directly distributed by the investigator. The study tool was also developed by the investigator and consisted of such items as the demographic and social characteristics, the medical personnel's recognition degree of cancer and cancer patients, their recognition of the management of cancer patients, and their participation in a hospice. The results were analyzed using the SPSS Window program in terms of technological statistics, ranks, t-test, and ANOVA. The reliability was represented in Cronbach' α = .75.

The nurses' and doctors' recognition degree of cancer and cancer patients had an overall average of 3.86 at the 5 point-scale. The items that received an average of 4.0 or more included 'Medical personnel should explain about the cancer cure plans to the cancer patient and his or her family,' 'A patient whose case has been diagnosed as a terminal cancer should be notified of it,' 'If I were a cancer patient,

* Nursing staff, National Medical Center

I would want to get informed of it,' and 'Cancer shall be conquered whenever it is'. In the meantime, the items that received an average of 3.0 or less was 'My relationship with the cancer patient's family has gotten worse since I announced his or her impending death.' And according to the general characteristics and the difference test, the recognition degree of cancer and a cancer patient was high among the subgroups of nurses, females, married persons, who were in their 30s, who had a family member that was a cancer patient, and who received a hospice education.

The biggest number of the nurses and doctors saw 'a gradual approach over several days'(68.8%) as a method to tell a cancer patient about his or her cancer diagnosis or impending death. Those who usually tell the tragic news were the physician in charge(62.8%), the family members or relatives(32.1%) and the clergymen(3.8%) in the order. The greatest number of them recommended a cancer patient's home as the place where he or she should face death because they thought 'it would stabilize his or her mentality'(91.9%) while a number of them recommended the hospital because they 'should give the psychological satisfaction to the patient'(40%) or 'should try their best until the last moment of the patient's death'(30%). A majority of the medical personnel regarded 'smoking or drinking' and 'diet' as the causes of cancer. The biggest symptom of a cancer patient was 'pain' and the pain management of a cancer patient was mostly impeded by the 'excessive fear of drug addiction, tolerance to drugs and side effects of drugs' by medical personnel, the patient, and his or her family. The most frequently adopted treatment plan of a terminal cancer patient was 'to do whatever the patient or his or her family wants' 'to resort to a hospice' and 'to continue active treatment efforts' in the order. The biggest reasons why a terminal cancer patient went to see a doctor were 'pain alleviation' 'control of symptoms other than pain(intravenous supply)' and 'incapability of the patient's family' in the order. Terminal cancer

patients placed their major concern in 'spiritual (religious) matter' 'emotional matters' 'their family' 'existence' and 'physical matters' in the order. 113 (58.5%) of the whole medical personnel answered they 'would recommend' an alternative treatment to a terminal cancer patient mostly because they assumed it would 'stabilize the patient's mentality.' Meanwhile, 80(41.5%) of them chose 'not to recommend' it mostly due to the unverified effects and high cost of it(78.7%). A majority of them, i. e. 190(94.1%) subjects said they 'would recommend' a hospice to a terminal cancer patient mostly because they thought it would help the patient to 'mentally prepare'(66.6%) Only 17.3% of them, however, had received a hospice education, most of which was done through the hospital duty education(41.4%) and volunteer training(34.5%).

The follows are results of this study :

1. The nurses and the doctors turned out to be still passive and experience confusion in dealing with a cancer patient despite their great sense of responsibility for him or her.
2. Nurses and Doctors realize the need of a hospice, but an extremely small number of them participate in a hospice education or performance. Thus, a whole recognition of a hospice should be changed, for which purpose a hospice education for nurses and doctors should be provided.
3. Terminal cancer patients preferred their home to a hospital as the place to face their impending death because they felt it would bring 'mental stability.' And most of nurses and doctors think it would be unnecessary for them to be hospitalized just for control of their symptoms. Accordingly a terminal cancer patient can be cared at home, and a home hospice care needs to be activated.