

## 말기암 환자들의 의료이용행태

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 통증관리센터

한 태 형 · 조 병 진 · 신 백 효

= Abstract =

### Behavior Patterns of Health Care Utilization in Terminal Cancer Patients

Tae Hyung Han, M.D., Byung Jin Cho, M.D. and Baek Hyo Shin, M.D.

SungKyunKwan University, College of Medicine  
Samsung Medical Center, Pain Management Center

**Background:** In order to improve the quality of life of dying patients, they need to receive not only the physical, psychological, social, and spiritual care, but also systematic and continuous care to die with dignity. However, no adequate medical services are available for these terminal cancer patients. We studied their behavior patterns of health care utilization to understand more of their medical and social needs.

**Methods:** We investigated 108 bereaved families through the telephone interview with structured questionnaires. They were randomly selected through the retrospective chart review of the terminal patients who passed away due to cancer.

**Results:** Most of the terminal cancer patients received their care from proper medical services including admission to hospital (45.4%), outpatient clinic (22.2%), emergency room (16.7%), and oriental medicine (12.0%). But during the terminal phase of their illness, 32.4% of patients never received medical care including oriental medicine, and 28.7% received alternative natural care. 26 bereaved families (24.1%) pointed out the indifference of medical staff as a problem receiving proper hospital care, and 22 (20.4%) emphasized emotional strain of their helplessness with the patients' suffering as a problem of caring at home. Over 90% suggested availability of continuous care, hospice care, home care, and 24 hour telephone service to be improved.

**Conclusions:** Due to various reasons, adequate medical care is not delivered to the terminal cancer patients in our present medical system. These problems can be approached with the establishment of proper education and medical delivery system. The role of comprehensive medical specialty cannot be overly emphasized to accomplish this most effectively.

**Key Words:** Cancer; behavior; health care utilization; terminal patients.

### 서 론

우리 사회가 경제적으로 발전하게 되면서 일반대

책임저자 : 한태형, 서울 강남구 일원동 50번지  
삼성서울병원 통증관리센터, 우편번호: 135-730  
Tel: 02-3410-2468, Fax: 02-3410-0361  
E-mail: athan@samsung.co.kr

중들은 점차 삶의 질의 향상을 도모하는 복지사회를 지향하고자 하는 새로운 경향을 추구하게 되었다. 이러한 삶의 질의 향상을 평가하는 여러 가지 중요한 척도들에는 국민 총생산, 일인당 GNP, 영아 사망율 등의 다양한 지표가 있겠지만 이중의 하나는 누구나 겪게 되는 죽음을 얼마나 품위 있게 관리하느냐 하는 것이라고 할 수 있다. 특히 사망원인의 수위를 차지하는 암으로 인해 임종하는 환자들에 있어

서 안락한 죽음을 맞이하도록 하는 것이 삶의 질 향상에 가장 절실한 문제일 것이다.

말기암으로 판정 받게 되는 경우 일반적으로 3~6개월 정도 생존하는 것으로 알려져 있다.<sup>[1~3]</sup> 이 시기에 임종을 맞이하는 암환자들에게는 품위 있는 인간적 죽음을 위해서 무엇보다도 신체적 정신적 사회적 영적의 포괄적인 치료가 필요하며 다양한 의료적 욕구를 충족시키기 위한 입원과 가정진료 등이 체계적이고 지속적으로 제공되어야 한다. 환자들과 그 가족들은 필요에 따라 병원의 외래를 방문하거나 위급한 경우에는 응급실을 찾거나 병원에 입원하기도 하고 혹은 가정에서 여러 가지 형태의 민간요법 혹은 종교적인 도움을 얻으려고 하기도 한다.

그러나 국내에서는 현실적으로 입원을 포함한 의료적인 도움뿐만 아니라 사회적인 자원이 부족하며 말기 암환자들을 위한 체계적인 의료의 제공과 보건 의료제도의 방향이 제시되어 있지 않은 상태이다. 이로 인해 환자들의 정신적인 부담감을 가중시키며 의료수혜의 어려움과 비정상적인 의료행태 및 이에 따른 부작용 등이 발생하게 되는 경우가 많게 되었다. 따라서 말기 암환자들에 있어 말기 암으로 판명될 경우 환자에 대한 퇴원 후 계획의 수립과 남은 기간 동안 삶의 질의 향상을 위해 필요한 의료서비스를 제공할 수 있는 제도적 장치의 마련이 시급하다.

어떠한 의료서비스를 어떻게 제공할 것인가에 대한 의료정책의 결정에 있어서는 무엇보다도 말기 암 환자들이 사망에 이를 때까지 의료서비스를 어떻게 이용하고 있으며 어떠한 의료적, 사회적 문제점들이 발생하고 있는지에 대한 연구가 이루어져야만 말기 암환자들과 그 가족들의 삶의 질의 개선방향을 도모하고 정책방향을 제시할 수 있을 것이다. 따라서 말기 암환자들을 위해서 적절한 의료제공계획을 수립하고 보건의료제도 측면에서 의료의 효율적인 운용을 위해 말기 암환자들의 병원이용의 행태 및 목적, 발생되는 제반 문제점에 대한 연구는 필수적이라고 하겠다.

본 연구는 말기암 환자들의 의료이용에 대한 행태를 파악하여 환자 간병의 문제점, 유가족의 경험에 대한 조사를 통한 의료서비스의 개선 방향, 암환자들을 위한 퇴원계획의 수립과 양질의 의료서비스 제공 및 통증전문의에 의한 포괄적인 통증관리의 중요성 등을 대두시키고자 하였다.

## 대상 및 방법

혈액종양 내과에서 암의 치료를 위해 본 의료원에서 치료를 받은 후 임종을 맞이하였던 환자들 중에서 통증관리가 필요하였으나 이를 위해 통증클리닉에 의뢰되지 않았던 환자들을 대상으로 하였으며 후향적으로 의무기록을 검토하여 대상을 선택하였다.

말기 암의 판정여부는 의무기록을 통하여 확인하였다. 대상자 271명중에 159명은 전화번호가 결번이거나 연락이 되지 않았으며, 4명은 전화면담을 거부하여 108명(39.9%의 면담 성공률)에 대한 조사를 실시하였다.

면담은 전화 연락이 가능한 유가족과의 면담을 통해 이루어졌으며 환자들의 의료이용 행태, 의료기관 이용시의 문제점, 가정에서 환자들을 돌보는 데의 문제점, 말기암 환자들을 위해 꼭 필요한 의료서비스의 내용 등을 조사하였다. 전화면담은 구조화된 설문지를 이용하여 실사하였다.

## 결 과

271명에 대한 Kaplan-Meier 방법에 의한 생존기간의 분석결과 중앙값은 11주(95% CI 10.0~14.0주)였으며 최단 생존기간과 최장 생존기간은 각각 1주, 88주이었다.

총 108명의 연구 대상자들의 인구통계학적인 특성은 Table 1에 요약되어 있다.

면담에 응한 가족들의 환자와의 관계는 Table 2에 정리하였으며 대부분의 응답자들이 일촌 혹은 이촌 이내의 아주 가까운 친족이었다.

대상자의 사망장소는 Table 3에 나타나 있으며 가정에서가 상대적으로 많았다.

‘말기암으로 판정된 후 입종하기 전까지 어떠한 진료를 받았는가’에 대한 질문에는 입원하여 의사의 진료를 받은 적이 있다는 환자가 49명(45.4%)으로 가장 많았으며, 외래 이용이 24명(22.2%), 응급실 이용이 18명(16.7%) 등이었으며 13명(12.0%)은 한의사를 방문하여 진료를 받은 적이 있다고 응답하였다. 35명(32.4%)의 환자는 의료기관의 진료(한방진료를 포함)를 전혀 받지 않았다고 대답하였다. 이 숫자에는 기도원을 방문하거나 암수기도 등의 종교적인 치

**Table 1.** Characteristics of Study Population (n=108)

Characteristics		Number (%)
Sex	Male	73 (68.5%)
	Female	35 (31.5%)
Age	<40	11 (10.2)
	40~49	10 (9.3)
	50~59	44 (40.7)
	60~69	33 (30.6)
	70≤	10 (9.3)
Residence	Private	94 (84.1)
	Rent	14 (15.9)
House	Separate	69 (63.6)
	Tenement	16 (14.8)
	Apartment	22 (20.5)
	Other	1 (1.1)
Cancer	Lung	33 (30.6)
	Stomach	26 (24.1)
	Colon	10 (9.3)
	Others (with Liver)	39 (36.0)

**Table 2.** Relationship of Interviewee to Patients (n=108)

Relationship	Number (%)
Partner	47 (43.5)
Sons and daughters	47 (43.5)
Parents	5 (4.6)
Brothers and sisters	4 (3.7)
Others	5 (4.7)

**Table 3.** Place of Existence at the Time of Death (n=95\*)

Place	Number (%)
Hospital	33 (34.7)
Home	62 (65.3)

\*Among 108 interviewees, only 95 disclosed this information.

료를 받은 환자들을 포함하고 있다. 상황버섯, 천지산, 느릅나무 등의 민간요법을 받은 환자들은 따로 분류하였는데 모두 31명(28.7%)이었다. 상기한 통계

**Table 4.** What Kinds of Care did the Patient Receive during the Terminal Care Period? (n=108)

Lists of care	Number (%)
Admission to hospital	49 (45.4)
Outpatient clinic	24 (22.2)
Emergency room	18 (16.7)
Pharmacy	5 (4.6)
Home care	3 (2.8)
Hospice care	2 (1.9)
Oriental medicine	13 (12.0)
Alternative medicine	31 (28.7)
Never	35 (32.4)

Same patient sought after many different medical attention and numbers might have been overlapped.

Total summed number may not equal to 108.

**Table 5.** Purpose of Hospital Admission (n=49)

Reasons	Number (%)
Symptom control	27 (55.1)
Need for intensive care	7 (14.3)
Use of mortuary services	3 (6.1)
Fear of patients' dying at home	2 (4.1)
Others	4 (8.2)
No response	6 (12.2)

에는 한 환자가 여러 곳에서 진료를 받은 경우를 같이 포함하고 있다(Table 4).

입원의 이유에 대해서는 환자가 입원한 적이 있다고 답한 49명 중 43명이 질문에 응답하였다. 통증을 비롯한 증상조절이 27명(55.1%)으로 가장 많았던 반면 의료진의 집중적인 치료를 필요로 한 경우는 7명(14.3%)으로 상대적으로 적었다. 그 외 영안실 이용이 목적이었던 경우는 3명(6.1%), 집에서 어려운 일을 당할까 봐 2명(4.1%)이 있었다(Table 5).

말기 암환자를 돌보는데 간병의 문제점들로서는 먼저 의료기관을 이용하는 데의 문제점은 대상자 108명 중 65명이 응답하였는데 26명(24.1%)이 '말기 암 환자이기 때문에 의료진이 무관심하다'라고 응답하였으며 21명(19.4%)은 입원실을 구하기가 어려웠다는 점을 지적하였으며 부적절한 통증조절이 10명(9.3%), 의료진의 설명부족이 4명(3.7%), 의료진의 불친절이

**Table 6.** Problems in Receiving Care of Hospital (n=66)

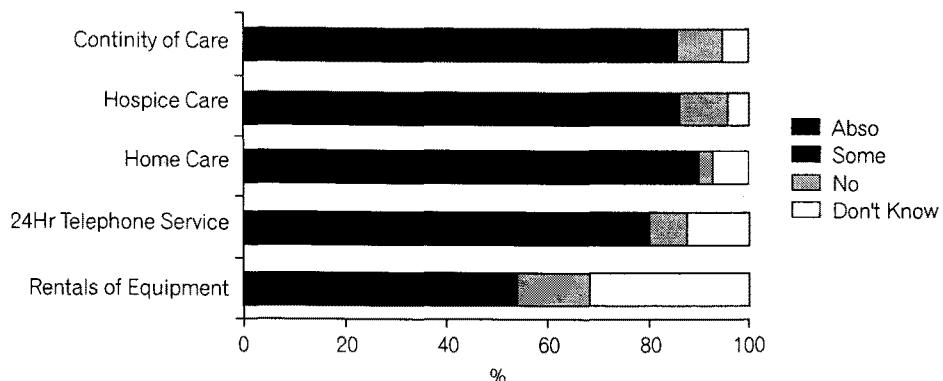
Problems	Number (% of total 108)
Indifference of the medical staff	26 (24.1)
Hospitals' refusal of admission call	21 (19.4)
Inadequate pain control	10 (9.3)
Improper explanation	4 (3.7)
Unfriendliness of medical staff	4 (3.7)
Other	1 (0.9)

Each number is indicating those who answered the questions among 108 interviewees and this was expressed as percentage of total of 108.

**Table 7.** Family's Problems of in-home Care (n=66)

Problems	Numbers (% of total)
Emotional strain	22 (20.4)
Fear of patient dying at home	17 (15.7)
Incapability of caring patient	9 (8.3)
Difficulty of getting medical help	8 (7.4)
Difficulty of nutritional support	7 (6.5)
Others	3 (2.8)

Each number is indicating those who answered the questions among 108 interviewees and this was expressed as percentage of total of 108.



**Fig. 1.** Medical services that bereaved families suggested for terminal cancer patients and their family (n=108).

4명(3.7%) 등으로 나타났다(Table 6).

가정에서 환자를 돌보는데 있어서 어려웠던 점에 대해 22명(20.4%)이 '환자가 괴로워하는 것을 겪어서 지켜보아야 하는 심적 부담'이었다고 응답하였으며 17명(15.7%)은 '집에서 어려운 일을 당할까 봐 두려웠다'라고 답하였다. 그 외 '집에서 돌보아 줄 가족이 없거나 감당하기 어려웠다'가 9명(8.3%), '몸에 부착한 의료기구를 의료진 없이 관리하기가 힘들었다'가 8명(7.4%), '식사보조가 어려웠다'가 7명(6.5%) 등이었다(Table 7).

환자를 직접 돌보았던 경험을 통해 우리 나라에서 말기 암환자를 위해 필요하다고 생각되는 의료서비스에 대한 질문에 유가족 90%이상이 치료받던 병원의 외래진료 및 입원의 지속적인 이용, 치료받던 병

원과의 연계가 가능한 말기 암환자 전문의료기관의 이용, 의료진의 가정방문, 24시간 상담전화 등이 필요하다고 응답하였다. 의료 기기 대여의 필요성에 대해서는 상대적으로 요구가 적었다(Fig. 1).

## 고찰

현재까지 알려진 치료방법으로 더 이상 생존기간을 연장시킬 수 없는 상황이 되었을 때 임종까지 어려한 과정을 겪게되며 어려운 문제에 부딪힐 것인가는 매우 중요한 문제이며 이러한 배경을 잘 알고 있어야만 양질의 의료를 전달할 수 있게 될 것이다. 본 연구는 말기 암환자들의 유가족을 대상으로 말기 판정 이후의 의료이용행태를 조사하여 이러한 의문

점을 어느 정도 해소하고자 하였다.

말기 암환자들의 의료이용행태에 대한 문제점들을 살펴보면 Table 4에서 보이는 바와 같이 많은 환자들이 입원이나 외래, 약국 혹은 응급실을 통해 어떤 형태로든지 의료 서비스를 받는 것으로 나타나 입종 시까지는 대부분의 환자들이 정상적인 의료서비스를 이용한다고 할 수 있다. 그러나 약 3분의 1에 이르는 상당수의 환자들이 한의사를 포함한 의료적인 진료를 전혀 받지 않는 것으로 나타나 암환자들이 투병기간 중에는 의료기관을 이용하지만 일단 말기 암 환자로 판정된 후에는 예후에 대한 절망감 등으로 의료적인 관심에서 멀어진다고 할 수 있겠다.

또한 상황버섯 등 의학적으로 치료효과가 입증되지 않은 민간요법을 받은 적이 있다는 환자가 4분의 1 이상인 것으로 나타나 아직도 많은 수의 환자들과 가족들이 암이라는 질병에 대해 그릇된 인식을 가지고 있음을 알 수 있다. 특히 민간요법에 의존하는 것은 환자나 가족들이 처해진 상황으로 볼 때 충분히 이해가 되지만 대개의 경우 경제적으로 막대한 손실을 초래할 뿐만 아니라 인생을 정리하고 보람있는 삶을 살아야 할 중요한 시기를 어렵게 보낼 수 있기 때문에 의료진이 암이라는 질병에 대해 환자 및 가족들에게 적절한 치료 및 교육과 설명을 실시하는 것이 얼마나 중요한 일임을 잘 일깨워 주고 있다.

의료진 쪽에서의 문제점들도 또한 간과할 수 없다. 즉 다양한 여러 증상으로 병원에 도움을 얻고자 찾아온 환자들에게 Table 6에서 보이는 바와 같이 무관심한 태도를 보인다거나 잘 설명을 하지 않거나 부적절하게 통증을 관리하거나 불친절하게 대한다는 것 등은 환자 및 보호자들로 하여금 의료에서 멀어지고 민간요법이나 다른 치료법에 의존하도록 하는 데 어느 정도 기여한다고 할 수 있겠다. 의료진이 자신이 가지고 있는 지식이나 기술로 더 이상의 생명연장에 도움이 될 수 없다고 판단될 때 의사는 자신의 무능력을 의식하게 되며<sup>4,5)</sup> 매달리는 환자나 보호자를 피하게 되고 이러한 태도는 자칫 무관심하거나 쌀쌀맞은 태도로 보여지기 쉽다. 그러나 이러한 시기일수록 의료진은 충분한 시간을 가지고 세심한 관심과 인내심, 열정 등을 보이는 태도가 요구된다고 하겠다.<sup>6)</sup> 종종 가족과 보호자는 이야기를 들어주고 의논해 줄 상대가 있다는 것만으로도 감사하게 여기는 경우가 많기 때문이다. 말기 암환자들이 호

소하는 주된 증상들로서는 약 80~90%에서 통증, 식욕부진, 호흡곤란 등이 있다.<sup>7)</sup> 특히 병원에 입원하게 되는 말기 암환자의 상당수는 Table 5에서처럼 통증 등과 같은 증상조절이나<sup>8)</sup> 중환자관리와 같은 의학적인 이유가 주된 목적이다. 이러한 사실은 역으로 의료진의 적절한 진료가 외래나 가정에서 이루어질 수 있다면 굳이 병원에 입원하지 않고서도 이들 문제의 해결이 가능하다는 의미이며 따라서 상대적으로 체계적인 호스피스와 가정간호 시스템의 중요성이 강조된다고 할 수 있겠다.

입원의 또 다른 원인들로서는 환자를 돌보는 가족들에 의한 경우를 들 수 있다. Table 7에서와 같이 입원실을 구하기 어렵고 환자가 고통을 받는 것을 그냥 지켜보아야 하는 심적 부담과 집에서 어려움을 당할까 하는 두려움 등 때문에 환자를 입원시키게 된다고 가정할 수 있다.<sup>9~12)</sup> 환자들의 가족이나 보호자들이 겪는 심리적 부담감과 두려움은 간과할 수 없는 문제로 좌절감, 무력감, 정서적 불안감으로 나타나게 되기 때문에 환자뿐만 아니라 그 가족에 대한 정신적 상담과 지지가 필요하다는 점을 인식해야 할 것이다. 서구에서는 이미 말기 암환자와 그 가족들에 대한 호스피스 진료를 통해 환자들의 사회적인 관계의 유지와 삶의 질 개선을 도모하고 있으며 환자 가족들의 간병 및 사별에 따른 스트레스도 경감시킬 수 있게 도와주고 있다.<sup>13)</sup>

말기 암환자들에 필요한 의료서비스는 어떤 것들인가에 대한 문제에 대해 살펴보면, 본 연구에서 Fig. 1에서 보는 바와 같이 보호자들은 현재 치료를 받고 있는 병원으로부터의 지속적인 진료를 원하면서도 연계가 가능한 말기 암환자를 진료하는 전문의료기관의 이용과 가정의료 서비스도 필요로 하기 때문에 상호간 환자 의뢰체계가 갖추어진 호스피스 기관과 가정간호가 있다면 효율적이면서도 만족스러운 의료 제공이 이루어질 수 있으리라고 생각할 수 있다. 이러한 각 기관과의 연계를 가장 효과적으로 담당하기 위해서는 한 진료과에서의 총괄적이고도 집중적인 관리의 필요성이 필연적으로 대두되게 된다.

그러나 현실적으로는 말기 암환자들이 이러한 호스피스 기관을 이용하는데 예상보다 많은 경비가 소요되며 유가족들에게 경제적인 부담으로 되돌려 질 수 있다. 또한 이들을 위한 의료서비스는 환자가 회복되어 다시 경제활동에 참여하여 사회적으로 이를

보상할 수 있는 것이 아니기 때문에 투자에 따른 경제적인 손익이 논란이 될 수 있다.<sup>14)</sup> 그럼에도 불구하고 삶의 질 향상을 위해서는 반드시 필요한 부분이기 때문에 공적 자원으로부터의 체계적인 지원이 이루어져야 한다. 미국의 예를 살펴보면 1982년에 Medicare의 수혜 대상으로 호스피스가 포함된 TEFRA (Tax Equity Fiscal Responsibility Act)가 의회를 통과하여 국가적인 차원에서 호스피스를 지원한 바 있다.<sup>15)</sup> 우리 나라에서도 향후 포괄수가제의 지불형태가 이루어지게 되면 재원일수를 줄이기 위해 호스피스, 만성의료시설과 가정간호 등의 필요성이 부각될 것으로 예상된다.<sup>16)</sup> 특히 이러한 말기 암환자에 대한 의료서비스의 제공은 신체적인 고통과 정신적인 지지를 포함한 포괄적인 진료의 형태로 이루어져야 하며 가족에 대한 심리적인 지지와 상담도 포함해야 한다. 따라서 항암 치료가 중심인 혈액종양내과의 진료보다는 통증클리닉과 같이 통증 및 다른 증상들의 관리를 외래 중심으로 시행하는 진료과가 그 역할을 더 잘 담당할 수 있으리라고 사료된다.

본 연구에서의 문제점들로서는 대형 사립병원에서 말기 암이라는 판정을 받은 환자의 유가족에 대해서만 조사가 이루어졌기 때문에 일반화 할 수 없다는 점이라고 하겠다. 그러나 정도에 따라 다소간의 차이는 있겠지만 다른 여러 병원에서도 겪고 있는 문제들일 것으로 추측된다.

또한 후향적으로 유가족들을 대상으로 과거의 사실에 대해 전화로 질문하는 형태로 이루어졌기 때문에 기억의 정확도에 따른 차이가 있을 수 있다. 그러나 Table 3에서와 같이 면담대상자의 대부분이 환자와 가장 의미 있는 관계에 있었던 유가족들이었기 때문에 이러한 가능성은 상대적으로 적었을 것이며 전화를 통한 면담이어서 오히려 객관성을 더 잘 유지할 수 있었으리라고 생각된다.

결론적으로 아직까지 우리나라에서 말기 암환자들을 위한 적절한 진료가 이루어지지 않는 이유들로서는 말기암이라는 상황에 대한 절망감, 암이라는 질병에 대한 그릇된 인식, 의료진에 대한 불만족 등을 들 수 있다. 따라서 상당수의 환자들이 진료를 받지 않거나 민간요법 등의 불합리한 의료이용행태가 발생하고 있다. 환자들이 병원에 입원하게 되는데에는 의학적인 이유들뿐만 아니라 가족들이나 보호자들에 의한 심리적 부담감과 두려움 등이 크게

작용할 수 있다. 상기한 문제점들은 향후 환자 및 보호자에 대한 적절한 교육과 체계적인 호스피스와 가정간호 시스템 등의 포괄적이고 지속적인 의료서비스를 잘 연계하면 해결할 수 있다고 사료된다. 이러한 역할을 가장 효율적으로 수행하는 데에는 총체적으로 진료를 담당할 수 있는 진료부문의 중요성이 더욱 강조되어야 할 것이다.

## 참 고 문 헌

- 1) Bruera E, Miller MJ, Kuehn M, MacEachern T, Hanson J: Estimate of survival of patients admitted to a palliative care unit: a prospective study. *J Pain Symptom Manage* 1992; 7: 82-6.
- 2) Miller R: Supporting a cancer patient's decision to limit therapy. *Seminar in Oncology* 1994; 21(6): 787-91.
- 3) Brody H, Lynn J: The physician's responsibility under the new medicare reimbursement for hospice care. *N Engl J Med* 1984; 310: 920-2.
- 4) Rakel RE, Storey P: Care of the dying patient. In: Rakel. *Textbook of Family Practice*. 5th ed. Philadelphia, W. B. Saunders Company. 1995, pp134-52.
- 5) Lasagna L: The doctor and the dying patient. *J Chron Dis* 1969; 22: 65-8.
- 6) Sammarino D: Dealing with the dying patient. In: DeVita VT, Jr., Hellman S, Rosenberg SA eds. *Cancer-principles and practice of oncology*. 4th ed, Philadelphia, J.B. Lippincott Company. 1993, pp2508-13.
- 7) Jacox A, Carr DB, Payne R: New clinical guidelines for the management of pain in patients with cancer. *N Engl J Med* 1994; 330(9): 651-5.
- 8) Zenz M, Zenz T, Tryba M, Strumpf M: Severe undertreatment of cancer pain: a 3-year survey of the German situation. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10(3): 187-9.
- 9) Lewis FM: The impact of cancer on the family: a critical analysis of the research literature. *Patient Education and Counselling*. 1986, pp269-89.
- 10) Thorpe G: Enabling more dying people to remain at home. *BMJ* 1993; 307(9): 815-8.
- 11) Walsh S, Kingston RD: The use of hospital beds for terminally ill cancer patients. *European J of Surg Oncol* 1988; 14: 367-70.
- 12) Hockley JM, Dunlop R, Davis RJ: Survey of distressing symptom in dying patients and their families in hospital and the response to a symptom control team.

- BMJ 1988; 269: 1715.
- 13) Greer DS, Mor V, Morris JN, Sherwood S, Kidder D, Birnbaum H: An alternative in terminal care: results of the national hospice study. J Chron Dis 1986; 39(1): 9-26.
- 14) Bayer R, Callahan D, Fletcher J, Hodgson T, Jennings R, Monsees D, et al: The care of the terminally ill: mortality and economics. N Engl J Med 1983; 309 (24): 1490-4.
- 15) Federal Register 1982; 47: 42904-9.
- 16) Bulkin W, Lukashok H: Rx for dying: the case for hospice. N Engl J Med 1988; 328(6): 376-8.