

# 말기암환자의 완화의료에 대한 의사들의 인식과 완화의료 의뢰 시 장애요인

이재리 · 이정권 · 황선진 · 김지은 · 정지인\* · 김시영<sup>†</sup>

성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 가정의학교실, \*건강의학센터,  
<sup>†</sup>경희대학교 의과대학 중앙내과학교실

## Doctor's Perception and Referral Barriers toward Palliative Care for Advanced Cancer Patients

Jae-Ri Lee, M.D., Jung Kwon Lee, M.D., Ph.D., Sunjin Hwang, M.D., Ji-Eun Kim, M.D.,  
Ji In Chung, M.D.\* and Si-Young Kim, M.D.<sup>†</sup>

Department of Family Medicine, \*Center for Health Promotion, Samsung Medical Center,  
Sungkyunkwan University School of Medicine, <sup>†</sup>Division of Medical Oncology,  
Kyung Hee University School of Medicine, Seoul, Korea

**Purpose:** This study was conducted to identify the perception regarding palliative care among Korean doctors and referral barriers toward palliative care for terminal cancer patients. **Methods:** Between May and June 2010, 477 specialists mainly caring cancer patients using a web-based, self-administered questionnaire. **Results:** A total of 128 doctors (26.8%) responded. All respondents (100%) deemed palliative care a necessary service for terminal cancer patients. More than 80% of the respondents agreed to each of the following statements: all cancer centers should provide palliative care service (80.5%); all terminal cancer patients should receive concurrent palliative care along with anti-cancer therapies (89.1%) and caring for terminal cancer patients requires interdisciplinary approach (96.9). While more than 58% of the respondents were satisfied with their performance of physical and psychological symptoms management and emotional support provided by patient's family members, 64% of the responded answered that their general management of the end-of-life care was less than satisfactory. Doctors without prior experience in referring their patients to palliative care specialists accounted for 26.6% of the respondents. The most common barrier to hospice referral, cited by 47.7% of the respondents, was "refusal of patient or family member", followed by "lack of available palliative care resources" (46.1%). **Conclusion:** Although most doctors do recognize the importance of palliative care for advanced cancer patients, comprehensive and sufficient palliative medicine, including interdisciplinary cooperation and end-of-life care, has not been put into practice. Thus, more active palliative consultation or referral is needed for effective care of terminal cancer patients. (*Korean J Hosp Palliat Care* 2012;15:10-17)

**Key Words:** Palliative care, Hospice care, Physicians, Perception, Referral and consultation

### 서 론

접수일: 2011년 11월 14일, 수정일: 2012년 1월 9일  
승인일: 2012년 1월 25일  
교신저자: 이정권  
Tel: 02-3410-2441, Fax: 02-3410-0388  
E-mail: jklee@skku.edu

전세계적으로 암 치료의 발전에도 불구하고 많은 환자들이 말기암으로 진행하고 암 관련 사망률은 높은 실정이다(1,2). 이에 따라 말기암환자의 완화의료에 대한 관심이 높아지고 있고 여러 연구들이 완화의료의 환자

및 가족의 삶의 질을 향상시키고(3-7) 의료비 절감에 기여한다고(8,9) 보고하여 많은 나라가 효과적인 완화의료 서비스를 제공하려고 노력하고 있다. 국내에서도 2003년부터 호스피스 시범사업을 실시하였고 2009년 12월 완화의료 건강보험수가 시범사업을 시행하면서 점차 완화의료에 대한 관심이 증가하는 추세이다.

효과적인 완화医료를 위해서는 의료인, 환자 및 가족, 사회 제도적 요인 등 여러 요인들의 역할이 중요하지만(10), 특히 완화의료 대상자에 대한 의학적 판단을 하고 완화医료를 직접 시행하거나 완화의료에 의뢰하는 의료인의 역할이 중요하다. 의사의 완화의료에 대한 태도와 지식, 개인적인 성향의 차이가 완화의료 시행에 영향을 주기 때문에 의사들의 완화의료에 대한 인식과 자문 의뢰 시 장애요인에 대해 알아보는 것은 향후 완화의료의 나아갈 방향을 제시하는데 도움이 될 것이다.

완화의료에 대한 의사들의 태도와 완화의료 의뢰 시 의사들이 미치는 영향에 대해서 여러 연구가 진행되었다(11-19). 그러나 아직 우리나라에서는 암을 진료하는 의사들을 대상으로 완화의료에 대한 태도와 완화의료 시행 및 완화의료로의 자문 의뢰 시 장애요인에 대해 알아 본 연구가 없었다. 본 연구는 우리나라에서 말기 암환자의 완화의료에 대한 암환자를 주로 진료하는 의사들의 인식과 완화의료 자문 혹은 의뢰 시 장애요인을 조사하기 위해 수행되었다.

## 대상 및 방법

본 연구는 삼성서울병원 연구윤리심의위원회의 승인 후 시행되었다.

### 1. 연구 대상 및 시기

2010년 5월부터 6월 사이에 항암요법연구회에 등록된 전문의 388명과 삼성서울병원 중앙 전문의(혈액종양내과, 일반외과, 산부인과, 방사선종양외과, 신경외과 등) 76명, 4월 9일 시행된 완화의료 춘계학회 참여자 중 설문에 응하겠다고 사전에 동의한 암환자를 진료하는 전문의 13명을 대상으로 전자메일을 통한 인터넷 기반의 무기명 자기 기입식 웹 설문 조사를 하였다. 조사 기간은 2010년 5월 12일 1차 전자메일 발송 후 5월 26일, 6월 3일 다시 동일한 내용의 2, 3차 전자메일을 발송하여 설문에 응하도록 하였고 5월 12일부터 6월 17일까지 응답한 설문이 분석에 포함되었다.

## 2. 조사 방법

본 연구는 이 연구를 위해 자체 개발한 인터넷 기반의 웹 설문지를 이용하여 진행되었다. 설문 대상자들은 자신의 전자메일을 개봉하여 연구 내용에 대한 설명문을 읽고 연결된 설문참여 탭을 클릭할 경우 설문에 응할 수 있도록 하였다. 중복 설문을 막기 위해 하나의 인터넷 프로토콜 주소의 컴퓨터에서 두 번 이상 설문 참여하지 못하도록 하였다. 전체 477명에게 전자메일이 발송되었고 이중 1차 메일 발송 후 103명이 응답하였고 2차 메일 발송 후 12명이 응답하였으며 3차 메일 발송 후 13명이 응답하여 총 128명이 설문 참여하여 26.8%가 조사에 응답하였다.

## 3. 설문 조사

설문 문항은 총 51문항으로 조사 대상자의 인구통계학적 특성(11문항), 호스피스·완화의료 인식도(11문항), 호스피스·완화의료 설명 시기(4문항), 호스피스·완화의료 수행능력 평가(5문항), 완화의료 의뢰 이유(6문항), 호스피스·완화医료를 위해 환자를 의뢰한 경험 유무(1문항), 의뢰 시 장애 요인(11문항)과 완화의료 의뢰 시 바라는 치료 서비스(1문항) 및 진료형태(1문항)로 구성되었다.

설문 응답자들의 혼란을 피하기 위해 설문내용에 말기암환자란 ‘더 이상 완치 목적의 항암 치료에 반응하지 않으면서 기대 생존 여명이 6개월 미만인 환자’라고 정의하였다(20). 완화의료란 ‘완치가 불가능한 환자에 대한 적극적이고 총체적인 돌봄으로, 통증과 기타 증상, 그리고 심리적, 사회적 그리고 영적 문제의 조절이 주가 되며, 완화의료의 목표는 환자와 가족들이 최상의 삶의 질을 성취하는 것’이라고 정의하였다(20). 완화의료팀(기관)이란 ‘완화医료를 전문적으로 하는 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자 등으로 구성된 팀 혹은 의료시설’이라고 명시하였다.

각각의 문항들은 4개의 리커트 척도(Likert scales)로 구성되었고 4개의 리커트 척도는 두 가지 범주인 동의함(항상 동의함/대체로 동의함)과 동의하지 않음(항상 동의하지 않음/대체로 동의하지 않음)으로 나뉘어 분석하였다.

## 4. 통계 분석

각 문항의 응답은 실수와 백분율을 조사하고 95% 신뢰구간을 구하였다. 문항에 따라 동의하는 군과 동의하지 않는 군 사이의 특성을 단변수 비교하기 위해 카이

Table 1. Characteristics of Participants.

Characteristics		N	%
Gender	Male	75	58.6
	Female	53	41.4
Age (years)	≤30	4	3.1
	31~40	64	50.0
	41~50	37	28.9
	51~60	19	14.8
	≥61	4	3.1
Professional experience (years)	≤4	30	23.4
	5~9	28	23.4
	10~14	32	25.0
	15~19	14	10.9
	20~24	10	7.8
	≥25	14	10.9
Specialty	Medical oncology	103	80.5
	Surgical oncology	7	5.5
	Gynecological oncology	3	2.3
	Etc.	15	11.7
Working place	Tertiary hospital	99	77.3
	Secondary hospital	28	21.9
	Primary hospital	1	0.8
Proportion of patients with cancer (%)	≤9	4	3.1
	10~49	10	7.8
	50~89	26	20.3
	≥90	88	68.8
Proportion of patients with terminal cancer (%)	≤9	22	17.2
	10~49	67	52.3
	50~89	31	24.2
	≥90	8	6.3
Experience of one's family member using hospice care service	Yes	33	25.8
	No	95	74.2
Training experience in palliative care	Yes	53	41.4
	No	75	58.6
Self learning in palliative care	Yes	94	73.4
	No	34	26.6
Palliative care team in working place	Yes	75	58.6
	No	53	41.4

제공 검정을 시행하였고 기대도수가 5 미만인 경우 Fisher의 정확 검정을 시행하였다. 자료 분석은 PASW (구 SPSS) for windows version 18을 이용하였고 유의수준은 0.05로 하였다.

## 결 과

### 1. 연구참여자의 일반적 특성

총 477명에게 설문조사를 위한 전자메일을 보냈고 128명이 설문조사에 응답하였다. 응답자 중 남자는 75명(58.6%), 여자는 53명(41.4%)이었고 전문과목은 내과

가 103명(80.5%)으로 가장 많았으며 3차 병원에서 일하는 의사는 99명(77.3%)이었다. 88명(68.8%)의 의사가 자신의 진료 환자 중 암환자 비율이 90% 이상이라고 응답하였고, 말기암환자 비율이 10% 이상인 의사는 106명(82.8%)으로서 설문조사에 참여한 상당수의 의사가 말기암환자의 진료를 하는 것으로 나타났다. 완화의료에 대한 수련 경험은 53명(41.4%)이 있다고 보고하였고, 응답자 중 94명(73.4%)이 어떤 방식으로든 완화医료를 학습하는 것으로 나타났다(Table 1). 완화의료에 대한 수련 경험은 전문의의 경력이 10년 미만인 의사들이 10년 이상인 의사들보다 경험이 많은 것으로 나타났다(53.4% vs. 31.4%, P=0.012).

### 2. 완화의료에 대한 인식과 수행능력

설문에 응답한 모든 의사들(128명, 100%)은 말기암환자에게 완화의료의 필요하다고 생각하는 것으로 조사되었고 이 중 103명(80.5%)이 3차 의료기관 및 암 센터는 완화의료 서비스를 제공해야 한다고 응답하였다. 77명(60.2%)의 응답자가 암 치료를 하는 의사가 말기암환자에게 완화의료 서비스를 제공하는 것이 적절하다고 생각한 반면, 말기암 및 임종이 임박한 환자를 진료하고 관리하는 것이 어렵다고 보고한 사람이 90명(70.3%)이었고, 자신이 진료하던 말기암환자를 임종까지 진료해 줄 또 다른 의사가 있었으면 좋겠다고 응답한 사람이 86명(67.2%)이었다(Table 2). 내과 전문의에 비해 외과, 산부인과 등 그 밖의 과 전문의들이 자신의 말기암환자를 임종 시까지 진료해 줄 의사에 대한 요구가 높은 것으로 나타났다(62.1% vs. 88.0%, P=0.013). 또한 내과 전문의의 경우 그 밖의 과 전문의에 비해서 말기암환자에게 완화의료의 필요성에 항상 그렇다라고 응답한 비율(82.5% vs. 56.0%, P=0.004)과 수련 중 완화의료에 대해 교육을 받은 비율(45.6% vs. 24.0%, P=0.049), 현재 완화의료 학습을 계속 한다고 응답한 비율(78.6% vs. 52.0%, P=0.007), 신체증상을 잘 조절한다고 응답한 비율(97.1% vs. 64.0%, P<0.001) 및 임종관리를 시행하고 있는 비율(64.1% vs. 3.1%, P<0.001)이 유의하게 높았다.

대부분의 응답자가 말기암환자의 신체증상, 정신증상 조절과 환자 가족의 정서적 지지를 잘 하고 있다고 보고하였으나 자신이 제공하는 전반적인 말기암환자 관리 및 임종 환자 관리 서비스가 만족스럽지 않다고 응답하였다(Table 3). 완화의료에 대한 학습을 한다고 응답한 경우 학습을 하지 않는다고 응답한 경우보다 신체증상(77.6% vs. 22.4%, P=0.003) 및 정신증상(16.0% vs.

**Table 2.** Doctors' Perception about Palliative Care.

Category	The number of doctors who agree with each statement		95% CI*
	N	%	
Terminal cancer patients should receive palliative care	128	100	
All cancer centers and tertiary referrals should provide palliative care service	103	80.5	73.6~87.4
All terminal cancer patients should receive concurrent palliative care even if they are receiving anti-cancer therapies	114	89.1	83.7~94.5
Palliative care begins where medical oncology ends	25	19.5	12.6~26.4
When a patient is referred to palliative care center, he or she loses the chance for chemotherapy	51	39.8	31.3~48.3
Caring for terminal cancer patients requires interdisciplinary approach	124	96.9	93.9~99.9
One should receive special training for palliative care in order to provide better service for terminal cancer patients	108	84.4	78.1~90.7
The best physician for palliative care is patient's own oncologist	77	60.2	51.7~68.7
I would rather have someone else look after my terminal cancer patient	86	67.2	59.1~75.3
I feel emotionally burned out by having to deal with too many deaths	99	77.3	70.0~84.6
I feel difficult to provide end of life care service	90	70.3	62.4~78.2

\*95% confidence interval.

**Table 3.** Self Awareness of One's Ability for Palliative Care Management.

Category	The number of doctors who perform each statement well		95% CI*
	N	%	
Physical symptoms control	116	90.6	85.5~95.7
Psychological symptoms control	75	58.6	50.1~67.1
Emotional support of cancer patient family	93	72.7	65.0~80.4
Overall satisfaction in terminal cancer patient care and end-of-life care	46	35.9	27.6~44.2

\*95% confidence interval.

84.0%, P=0.001)을 잘 조절한다고 보고하였다. 전문의 경력이 10년 이상 경과한 응답자의 경우 10년 미만인 응답자에 비해 환자의 정신증상을 잘 조절하며(67.1% vs. 48.3%, P=0.031) 가족의 정서적 지지를 잘하고(81.4% vs. 62.1%, P=0.014) 임종관리에 만족한다고 응답한 비율(44.3% vs. 25.9%, P=0.031)이 통계적으로 유의하게 높았으나, 실제로 임종관리를 하고 있다고 응답한 비율(44.3% vs. 67.2%, P=0.009)은 낮았다.

### 3. 완화의료 의뢰경험 및 장애요인

응답자 중 34명(26.6%)은 자신의 말기암환자를 완화의료팀으로 자문하거나 의뢰한 경험이 없는 것으로 나타

났다. 의뢰경험 여부는 성별이나 전문의 경력, 전문과목, 근무하는 병원형태, 완화의료에 대한 수련 여부, 학습 여부, 암환자 보호자로서 경험 여부와 통계적으로 유의한 차이가 없었고(자료는 제시하지 않음), 근무하는 병원에 완화의료팀이 있는 경우(73.4% vs. 26.6%, P<0.001)와 자신의 환자 중 암환자 비율이 90% 이상인 경우가(77.7% vs. 22.3%, P<0.001) 더 많이 의뢰하는 것으로 나타났다.

완화의료 의뢰 시 원하는 진료의 형태에 대해서는 외래진료의 경우 92명(71.9%), 입원의 경우 52명(40.6%)이 응답자 자신의 진료와 완화의료팀 진료를 함께 겸하여 시행하는 형태를 선호하는 것으로 나타났다.

완화의료 의뢰의 장애 요인으로 응답자 중 61명(47.7%)이 환자나 보호자가 완화医료를 거부하기 때문인 것으로 응답하였고 59명(46.1%)은 믿고 의뢰할 수 있는 완화의료팀이 없어서라고 응답하였다(Table 4). 응답자가 여자인 경우가 남자인 경우에 비해서 환자나 보호자가 완화医료를 거부하는 것이 완화의료 의뢰의 장애 요인이라고 응답한 비율이 유의하게 높았고(62.3% vs. 37.3%, P=0.005), 40세 미만의 의사들이 40세 이상인 경우보다 완화의료에 대한 정보와 의뢰 방법을 잘 모르거나(42.6% vs. 25.0%, P=0.036), 환자나 보호자가 완화医료를 거부해서(60.3% vs. 33.3%, P=0.002) 완화의료에 의뢰하는 것을 주저하는 비율이 높았다. 전문의 경력이 10년 미만인 의사들이 전문의 경력이 10년 이상인 의사들보다 환자나 보호자가 완화医료를 거부해서(62.1% vs. 35.7%, P=0.003)를 장애요인으로 동의한 비율이 높았으

**Table 4.** Doctor's Perceived Barriers to Palliative Care Referral.

Reason	The number of doctors who agree with each statement		95% CI*
	N	%	
Refusal of patient or family member	61	47.7	39.0~56.4
Lack of available palliative care resources and facilities	59	46.1	37.5~54.7
Difficulty in deciding the adequate referral timing	51	39.8	31.3~48.3
I will take care of my patient until the very last moment	50	39.1	30.6~47.6
Lack of information for the referral procedure for palliative care	44	34.4	26.2~42.6
I might give an impression to the patient and family member that I give them up	41	32.0	23.9~40.1
I can provide palliative service by myself	41	32.0	23.9~40.1
Did not want to destroy patient/family hope	34	26.6	18.9~34.3
I don't know about palliative care	17	13.3	7.4~19.2
Telling patients and family members that the patient is dying is too difficult for me	14	10.9	5.5~16.3
Palliative care would not benefit my patients	5	3.9	0.5~7.3

\*95% confidence interval.

며, 3차 의료 기관에 근무하는 의사가 1차나 2차 의료기관에 근무하는 의사보다 정확한 의뢰 시점을 결정하기 힘들어서(45.5% vs. 20.7%, P=0.017)에 동의한 비율이 높았고 1, 2차 의료기관에 근무하는 의사일수록 내가 충분히 완화의료를 수행 할 수 있기 때문에(51.7% vs. 26.3%, P=0.010) 완화의료 의뢰를 하지 않는 것으로 나타났다. 완화의료에 대해 수련을 받은 의사가 수련을 받지 않은 의사보다 환자나 보호자가 완화의료를 거부해서(50.8% vs. 49.2%, P=0.039)에 동의한 비율이 높았고, 완화의료에 대해 학습을 하는 의사가 학습을 하지 않는 의사보다 내가 충분히 완화의료를 수행 할 수 있어서(37.2% vs. 17.6%, P=0.036)에 동의한 비율이 높았다. 또 응답된 장애 요인에 대해 내과 전문의와 그 밖의 과 전문의로 나누어 분석하였을 때 그 밖의 과 전문의가 정확한 의뢰 시점을 결정하기 힘들어서(35.0% vs. 60.0%, P=0.022), 완화의료에 대한 정보와 의뢰 방법을 잘 몰라서(30.1% vs. 52.0%, P=0.039), 환자나 보호자에게 내가 환자를 포기하는 것으로 받아들여질까 봐(26.2% vs. 56.0%, P=0.004), 환자와 보호자가 희망을 잃게 될까 봐(22.3% vs. 44.0%, P=0.028), 완화의료에 대해 잘 몰라서(9.7% vs. 28.0%, P=0.024), 내가 환자나 가족에게 말기암이라고 알리기 어려워서(7.8% vs. 24.0%, P=0.031)에 동의한 비율이 높아 이러한 장애 요인을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났다.

## 고 찰

연구결과 설문에 응답한 대다수의 의사들이 완화의료에 대해 긍정적인 인식을 갖고 있었다. 많은 의사들이 항암 화학요법 중이라도 완화의료가 시행되어야 한다고 답변하였고 완화의료에 대한 수련의 필요성에도 공감하고 있으며 실제 완화의료를 학습하고 있는 응답자의 비율도 높은 것으로 나타났다. 또 말기암환자에게 완화의료가 필요하다는 점에는 모든 의사들이 동의하였다. Ogle 등(17)이 미국의 일개 도시 의사들을 대상으로 조사한 연구에서 99%의 의사들이 호스피스에 대해 긍정적인 태도를 보였다고 보고하였고 Iwashyna와 Christakis(21)의 연구에서도 89%의 의사들이 호스피스가 말기암환자에게 적절한 치료 방법으로 여기고 있다고 하였으나 본 연구에서는 놀랍게도 100%의 의사들이 말기암환자에게 완화의료가 필요하다고 응답하여 참여자들이 완화의료에 대해 매우 긍정적인 인식을 나타내고 있었다. 특히 내과 전문의의 경우 그 밖의 과 전문의에 비해서 말기암환자에게 완화의료의 필요성을 더 강하게 느끼는 것으로 나타났다. 완화의료에 대한 교육과 지식습득 면에서 지속적인 노력을 기울이고 있으며 신체증상 조절 및 임종관리를 보다 많이 시행하는 것으로 나타났다.

그러나 저자들은 응답 결과를 분석하면서 응답자의 인식과 행동에서 몇 가지 일치하지 않는 점을 발견할 수 있었다. 모든 응답자들이 말기암환자에게 완화의료가 필요하다고 응답하였고 대다수의 의사들이 완화의

료가 진행암환자의 항암 화학요법 중에 시작되어야 한다는 점과 여러 과의 협력이 필요하다는 점에 동의하였지만 응답자의 26.6%는 완화의료를 위해 의뢰한 경험이 없었고 73.4%는 환자가 임종이 임박했다고 판단될 때 완화의료에 의뢰한다고 응답하였다. 응답자의 60.2%가 원래 환자의 암을 치료하던 의사가 완화의료를 가장 잘 할 수 있다고 생각한 반면 67.2%의 응답자는 자신의 말기암환자를 임종 시까지 돌봐줄 다른 의사가 있으면 좋겠다고 답하였으며 반수에 가까운 응답자(45.3%)들이 실제 임종관리를 시행하지 않는 것으로 나타났다. 응답자의 32.0%는 스스로 충분히 완화치료를 수행할 수 있기 때문에 의뢰하지 않는다고 답하였고 응답자의 90.6%와 72.7%가 환자의 신체증상과 환자 가족의 정서적 지지를 만족스럽게 하고 있다고 생각한 반면 63.3%의 의사는 완화의료 의뢰 시 환자의 신체증상 조절에 도움을 받았으면 좋겠다는 항목을 1순위로 지목하였다. 이러한 불일치는 Cherny와 Catane(14)이 유럽중앙내과협회 회원들을 대상으로 한 조사에서도 유사하게 나타나는데, 대다수의 응답자들이 완화의료와 시행시점에 있어 긍정적으로 답하였으나 실제로 다학제 간 협력을 도모하는 경우는 많지 않았다. 또한 말기암환자의 신체적 정신사회적 증상 조절에 있어서도 스스로 인지하는 증상조절의 숙련도는 높았던 반면 타인이 보고한 숙련도는 낮았다. 이러한 점으로 미루어 볼 때, 말기암환자의 완화의료 필요성에 대한 기본 인식은 충분히 공감되고 있지만, 실제 완화의료 시행에 있어서 학제간 의뢰와 조정 및 사회복지 서비스 등 가용 자원의 활용은 충분하지 못하고, 말기암환자의 신체적 증상을 비롯한 정신사회적 증상조절과 임종관리도 충분히 이뤄지지 않고 있다는 것이다. 따라서 완화의료를 위해 학제간 의뢰와 조정의 활성화와 의료진 개개인의 신체적, 정신사회적 증상조절 능력 향상을 위한 보다 구체적인 논의와 노력이 필요하며, 특히 임종관리에 대한 의사들의 관심이 커지고 인식이 개선되어야 한다.

완화의료 의뢰 시 장애요인으로 반수에 가까운 응답자들이 환자 혹은 보호자의 완화의료에 대한 거부를 꼽았고, 믿고 의뢰할 완화의료팀의 부재와 적절한 의뢰 시점 결정의 어려움이 각각 그 뒤를 이었다. Moon 등(22)이 서울 경기지역 2, 3차 병원에 근무하는 의사들을 대상으로 한 연구에서 약 53%가 환자 혹은 보호자의 거부가 완화의료 의뢰 시 주저하게 되는 이유라고 지적하여 본 연구와 유사한 결과를 보였으며 Ogle 등(17)도 환자나 가족의 거부가 가장 큰 장애요인이라고 보고하였다. 이

는 환자와 보호자의 완화의료에 대한 이해 부족이 완화의료 서비스의 장애요인으로 작용할 수 있으므로 향후 일반인을 대상으로 한 교육과 홍보의 필요성을 시사한다고 할 수 있다. 하지만 흥미롭게도 비교적 경험이 많고 의사소통 기술이 보다 원활할 것으로 추정되는 전문의 취득 10년 이상의 의사들이 10년 미만의 의사들보다 환자 혹은 보호자의 거부가 완화의료의 장애요인이 된다고 응답한 비율이 통계적으로 유의하게 낮은 점은 환자나 보호자의 완화의료 거부가 단순히 환자와 보호자 측 요인이라고 해석하기 보다는 완화의료를 설명하는 의사들의 이해와 대화기법의 문제 즉 의사 혹은 의료진 측 요인의 영향일 수도 있다는 점을 암시한다. Lamont와 Christakis(18)도 의사 측 요인이 환자의 완화의료 재원일수에 유의하게 영향을 미친다고 보고하여 완화의료 서비스 제공에 있어서 의뢰하는 의사의 인식과 역할의 중요성을 강조한 바 있다. 같은 맥락에서 Brickner 등(19)은 본 연구 결과와 유사하게 의사가 환자의 여명을 정확히 예측하기 어려워 의뢰 시점을 잡지 못해 호스피스 의뢰를 주저하게 되는 경우가 37%에 이르는 것으로 보고하여 말기암환자에게 완화의료 서비스가 제공되지 못하는 데는 의료진 측 요인의 비중이 낮지 않음을 알 수 있다. 또한 믿고 의뢰할만한 완화의료 기관 혹은 인력의 부재가 두 번째로 많은 장애요인을 차지하고 있음은 주목할 만하다. Lee 등(23)은 전체 완화의료 기관의 40% 이상이 서울 경기지역에 분포하고 있고 특히 종합병원 이상 규모에서 운영되는 완화병상의 경우 반수 이상이 서울 경기지역에 편중되어 있다고 보고하였고, 전체 완화의료 기관 중 완화의료 인력에 대한 직종별 교육을 모두 시행하는 경우는 40% 정도에 그치는 것으로 보고하였다. 이는 시범사업과 수가사업 등 국가적 차원의 제도적 노력이 지속되고 있지만 국내에서 높은 수준의 완화의료 서비스를 원활하게 제공하기 위해서는 완화의료 기관에 대한 지원과 인력 개발 등 완화의료 전달체계의 균형 잡힌 발전과 인력 양성을 위해 많은 시간과 노력이 필요함을 시사한다.

응답자 중 다수가 임종이 임박한 환자를 진료하는 것에 어려움을 표시하였고 진료하던 환자의 사망이 많아 질수록 지친다고 답하였으며 절반 이상이 자신이 제공하는 임종환자 관리 서비스에 만족하지 않는다고 답하였다. 말기환자를 가료할 때 일어나는 중앙내과의사의 소진 현상은 이미 잘 알려져 있으며 이 연구에서 새롭게 밝혀진 사실은 아니다(24-26). 하지만 오랜 세월을 걸쳐 이러한 문제가 지속적으로 제시되는 점은 그만큼 소

진의 문제가 쉽게 해결될 수 있는 성질의 것이 아니며 적극적이고 구체적인 해결방안의 모색과 연구의 진행이 필요함을 보여준다.

본 연구의 한계로는 첫째, 연구 대상자들의 대다수가 항암요법연구회 회원이기 때문에 중앙내과 의사가 다수를 차지하여 기본적으로 완화의료에 대한 인지도나 필요성을 많이 알고 있는 대상자이므로 설문내용을 암을 치료하는 전체 의사 인구로 일반화하기에 제한이 있다. 또 비교적 낮은 응답률로 인해 비 응답자에 비해 응답자들은 완화의료에 더 관심이 많은 인구일 수 있어 선택편견의 가능성이 존재한다. 둘째, 본 연구 방법이 자기 기입식 설문 조사라는 점에서 응답자들의 응답이 실제 임상에서 수행되고 있는 사실을 정확히 반영하기에는 한계가 있다. 실제 완화의료 기관이나 팀에 자문하거나 의뢰하는 빈도, 의뢰 방법 등을 조사하여 비교해 본다면 좀 더 객관적인 결과가 나올 것이다. 셋째, 현재 완화의료는 의료기관 내 독립병동형 및 산재형, 독립시설형, 가정형 등으로 운영되고 있는데 본 연구에서는 이러한 분류 없이 조사되어 향후 각각의 시설에 대한 자문이나 의뢰 빈도 및 장애요인에 대해 알아보는 것이 효과적인 완화의료 시행하기 위한 좀더 세부적인 내용을 아는데 도움이 될 것이다.

이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 이전의 국내에서 시행된 연구(22)와는 달리 실제로 완화의료에 자문하거나 의뢰하게 되는 암을 주로 진료하는 의사들을 대상으로 수행되어 실제적인 임상을 더 많이 반영하였고 말기암환자에서 완화의료 시행에 대한 인식과 완화의료로 의뢰 시 장애요인에 대해 연구한 첫 번째 연구라는 점에서 의의가 있다.

결론적으로 본 연구에서 말기암환자에게 완화의료 필요하다는 점에는 이견이 없음은 재차 확인하였다. 그러나 완화의료에 대한 다수의 긍정적 인식에도 불구하고 실제 말기암환자 진료에 있어 다학제 간 협력이나 신체적 증상을 비롯한 정신사회적 증상조절과 임종관리까지 충분한 완화의료의 제공이 이뤄지지 않고 있었다. 효율적이고 수준 높은 말기암환자의 관리를 위해서 적극적인 완화의료 자문이나 의뢰가 시행되어야 할 것으로 생각된다. 또한 의뢰의 장애가 되는 환자 및 보호자 측 요인뿐 아니라 의사 혹은 의료인 측 요인 개선을 위해서 의사, 간호사 등 전문직은 물론 일반인을 대상으로 하는 다양한 교육 프로그램이 운영되어야 하며, 완화의학의 전문적인 교육과정이 의학의 한 분야로 자리 잡아야 한다.

## 요 약

**목적:** 완화의료 시행을 위해서는 완화의료 대상자에 대한 판단을 하고 완화의료 직접 시행하거나 완화의료에 자문/의뢰하는 의료인의 역할이 중요하다. 이에 본 연구는 한국의 암환자를 주로 진료하는 의사들의 완화의료에 대한 인식과 완화의료 의뢰 시 장애요인에 대해 알아보았다.

**방법:** 2010년 5월부터 6월까지 암환자를 주로 진료하는 전문의 477명을 대상으로 무기명 자기 기입식 웹 설문 조사를 수행하였다.

**결과:** 총 128명(26.8%)이 응답하였고, 설문 응답한 모든 의사들은 말기암환자에게 완화의료 필요하다고 생각하는 것으로 조사되었다. 80% 이상의 응답자들이 '3차 의료기관 및 암센터는 완화의료 서비스를 제공해야 한다.', '진행 암환자는 항암 화학요법을 받는 중이더라도 완화医료를 받아야 한다.', '말기암환자의 치료에는 여러 과의 협력이 필요하다.'에 동의하였다. 완화의료 수행능력에 대해서는 58% 이상이 자신이 하고 있는 신체 증상 조절 및 정신증상 조절, 말기암환자 가족의 정서적 지지에 만족한다고 응답하였으나 전반적인 말기암환자 및 임종 환자 관리 서비스는 64%에서 '만족스럽지 않다'고 응답하였다. 응답자 중 34명(26.6%)은 '자신의 말기암환자를 완화의료팀으로 자문'하거나 '의뢰한 경험이 없는 것'으로 나타났고 완화의료 의뢰의 장애 요인으로 '환자나 보호자의 거부'가 61명(47.7%)으로 가장 많았으며 다음으로 '믿고 의뢰할 수 있는 완화의료팀이 없어서'라고 응답한 의사가 59명(46.1%)으로 많았다.

**결론:** 본 연구에서 대부분의 암환자를 주로 진료하는 의사들은 말기암환자의 완화의료 시행에 대해 긍정적 인식을 가지고 있지만 실제 말기암환자 진료에 있어 다학제 간 협력이나 임종관리까지 충분한 완화의료의 제공은 이뤄지지 않는 것으로 나타났다. 효율적이고 수준 높은 말기암환자의 관리를 위해서 보다 적극적인 완화의료 자문이나 의뢰가 시행되어야 할 것으로 생각된다.

**중심 단어:** 완화의료, 호스피스, 의사, 인식도, 의뢰와 자문

## 참 고 문 헌

1. Jemal A, Siegel R, Ward E, Hao Y, Xu J, Thun MJ. Cancer

- statistics, 2009. *CA Cancer J Clin* 2009;59:225-49.
2. Cancer statistics [Internet]. Seoul: Ministry for Health, Welfare and Family Affairs; c2010. [cited 2010 Jun 20]. Available from: <http://stat.mw.go.kr/>.
  3. Brumley RD, Enguidanos S, Cherin DA. Effectiveness of a home-based palliative care program for end-of-life. *J Palliat Med* 2003;6:715-24.
  4. Christakis NA, Iwashyna TJ. The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses. *Soc Sci Med* 2003;57:465-75.
  5. Higginson IJ, Finlay IG, Goodwin DM, Hood K, Edwards AG, Cook A, et al. Is there evidence that palliative care teams alter end-of-life experiences of patients and their caregivers? *J Pain Symptom Manage* 2003;25:150-68.
  6. O'Mahony S, Blank AE, Zallman L, Selwyn PA. The benefits of a hospital-based inpatient palliative care consultation service: preliminary outcome data. *J Palliat Med* 2005;8:1033-9.
  7. Yun YH, Kim SH, Lee KM, Park SM, Lee CG, Choi YS, et al. Patient-reported assessment of quality care at end of life: development and validation of Quality Care Questionnaire-End of Life (QCQ-EOL). *Eur J Cancer* 2006;42:2310-7.
  8. Kim NC, Young JS, You SY. Comparisons of medical costs between hospice and non-hospice care. *Korean J Hosp Palliat Care* 2007;10:29-34.
  9. Smith TJ, Coyne P, Cassel B, Penberthy L, Hopson A, Hager MA. A high-volume specialist palliative care unit and team may reduce in-hospital end-of-life care costs. *J Palliat Med* 2003;6:699-705.
  10. Graham F, Kumar S, Clark D. Barriers to the delivery of palliative care. In: Hanks G, Cherny NI, Christakis NA, Fallon M, Kaasa S, Portenoy RK, eds. *Oxford textbook of palliative medicine*. 4th ed. Oxford;New York:Oxford University Press;2010. p. 125-34.
  11. Ahluwalia SC, Fried TR. Physician factors associated with outpatient palliative care referral. *Palliat Med* 2009;23:608-15.
  12. Barni S, Maltoni M, Tuveri G, Pronzato P, Cortesi E, Massidda B, et al. Attitude of Italian medical oncologists toward palliative care for patients with advanced cancer: results of the SIO project. *Support Care Cancer* 2011;19:381-9.
  13. Bradley EH, Cramer LD, Bogardus ST Jr, Kasl SV, Johnson-Hurzeler R, Horwitz SM. Physicians' ratings of their knowledge, attitudes, and end-of-life-care practices. *Acad Med* 2002;77:305-11.
  14. Cherny NI, Catane R. European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. Attitudes of medical oncologists toward palliative care for patients with advanced and incurable cancer: report on a survey by the European Society of Medical Oncology Taskforce on Palliative and Supportive Care. *Cancer* 2003;98:2502-10.
  15. Johnson CE, Girgis A, Paul CL, Currow DC. Cancer specialists' palliative care referral practices and perceptions: results of a national survey. *Palliat Med* 2008;22:51-7.
  16. Ward AM, Agar M, Koczwara B. Collaborating or co-existing: a survey of attitudes of medical oncologists toward specialist palliative care. *Palliat Med* 2009;23:698-707.
  17. Ogle KS, Mavis B, Wyatt GK. Physicians and hospice care: attitudes, knowledge, and referrals. *J Palliat Med* 2002;5:85-92.
  18. Lamont EB, Christakis NA. Physician factors in the timing of cancer patient referral to hospice palliative care. *Cancer* 2002;94:2733-7.
  19. Brickner L, Scannell K, Marquet S, Ackerson L. Barriers to hospice care and referrals: survey of physicians' knowledge, attitudes, and perceptions in a health maintenance organization. *J Palliat Med* 2004;7:411-8.
  20. Hospice and palliative care [Internet]. Goyang: National Cancer Information Center, c2010. [cited 2010 Feb 20] Available from: <http://www.cancer.go.kr>.
  21. Iwashyna TJ, Christakis NA. Attitude and self-reported practice regarding hospice referral in a national sample of internists. *J Palliat Med* 1998;1:241-8.
  22. Moon DH, Lee MA, Koh SJ, Choi YS, Kim SH, Yeom CH. Doctor's attitudes toward hospice and palliative care for terminal cancer patients. *Korean J Hosp Palliat Care* 2006;9:93-100.
  23. Lee KS, Joo JS, Kim JH, Kim KY. Current status and challenge of hospice • palliative care in Korea. *Korean J Hosp Palliat Care* 2008;11:196-205.
  24. Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, Cull A, Gregory WM, Leaning MS, et al. Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 1995;71:1263-9.
  25. Barni S, Mondin R, Nazzani R, Archili C. Oncostress: evaluation of burnout in Lombardy. *Tumori* 1996;82:85-92.
  26. Kash KM, Holland JC, Breitbart W, Berenson S, Dougherty J, Ouellette-Kobasa S, et al. Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)* 2000;14:1621-33; discussion 1633-4, 1636-7.