주요개념 : DNR(심폐소생술 금지), 인식, 경험

심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험*

강현임**, 염영희***

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 필요성

현대적 의미의 심폐소생술(Cardio-Pulmonary-Resuscitation, CPR)이 자리잡기 시작한 것은 구강 대 구강 호흡법과 폐쇄식 심압방법의 결합이 많은 경우에 효과적인 소생 방법으로 밝혀졌고 전기 충격이 심실 세동을 역전시킬 수 있음이 판명된 1950년대 후반이다(Lee et al., 1994).

그 후 현대적 의미의 CPR이 의학에 도입된 이후 CPR은 인류의 많은 생명을 구하는데 커다란 공헌을 하였다(Kim et al., 1990). 그러나 CPR은 죽음이 예상되는 말기 비가역적 질환자에게 적용되는 치료방법이 아니었음에도 불구하고(Sharon, 1992), CPR이 소개된 지 얼마 지나지 않아 죽음이 발생한 상황, 즉 의학적으로 소생할 가능성이 전혀 없는 경우에도 사용되기 시작하였다(Kim, 2001). 나아가 인위적으로 생존기간을 연장할 수 있는 의료기술의 발전은 근원적 치료가 불가능한 질병의 말기환자와 같은 상황에서 도덕적 사회적 딜레마를 야기시켰다.

CPR의 목적은 갑작스럽고 예기치 않은 죽음을 예방하는 것이지 말기환자의 예기된 죽음 상황에서는 적용대상이 아니므로 최근에는 CPR 전·후의 삶의 질을 고려하여 성공적일 수 있다고 믿을 때에만 시도하는 경향이다. 실제로 CPR이 성공한다 할지라도 단지 죽음을 지연시키기만 할 따름이고 잠재적으로는 환자나 가족의 고통을 증가시키기 때문에 종종 CPR 대신 NO CPR 혹은 DNR(Do-Not-Resuscitate, 심폐소생술 금지)을 선택하기도 한다(Wilson, 1996).

DNR은 급성 호흡정지 혹은 심정지가 발생했을 때 CPR을 실시하지 않는 것을 말한다. DNR이 대두된 배경은 회복가능성이 없는데도 무익한 생명 유지치료를 계속하면 환자가 지닌 인간으로서의 존엄성을 해치게 된다는데 의미를 둔다(Byrd, 1994).

미국에서는 DNR에 관한 연구 및 논의가 활발하여 지침서를 만들어 이것을 적용하여 DNR 처방을 시행하고 있으나, 국내에서는 DNR 에 관한 명확한 기준이 없어 주치의와 보호자의 주관적인 판단에 따르고 있으며 주치의마다 환자에게 구체적으로 행하는 치료의 범위가 다르기 때문에 간호사들이 상황대처 시에 갈등을 경험하는 경우가 많다(Lee, 1998). 또한 대부분의 치료과정에 대한 환자의 자율적 결정권은 중시되지 않는 것으로 보이며, 의사와 보호자의 견해에 따라서 결정된다고 할 수 있다(Kim, 1998).

DNR 결정은 치료의 중단이나 보류를 가져오는 결정으로서 환자의 치료 및 간호에 최선을 다할 의무를 지닌 의료인에게 의료, 치료 행위의 방향을 전환시키는 결과를 가져오게 되며 의료인 자신의 의무를 다하지 못하게 된다는 점에서 법적, 윤리적 쟁점을 불러일으키기도 한다(Kim, 1998; Son, 1998; Um, 1994). 따라서 DNR 환자의 치료 및 간호에 관여하는 모든 의료인들이 DNR 대상 환자의 간호와 치료에 공통의 윤리적 가치와 객관적인 자료를 바탕으로 DNR 지시를 심사숙고 하여야 할 것이다(Tittl et al., 1991).

이에 본 연구는 현재 우리나라 종합병원에서 행해지고 있는 DNR과 관련된 간호사와 의사의 인식 및 경험을 알아보고 임상에서 통용될 수 있는 명확한 DNR의 판단기준, 환자의 자기결정권이 충분히 보장되는 합리적인 DNR 결정과, 의료인들에게 DNR 및 의료윤리에 대한 교육을 강화하고, DNR의 지침서 제정 등, 우리나라 사회적, 문화적 특성을 고려한 교육적, 윤리적, 법적인 문제에서의 객관적인 기준을 마련하기 위한 기초자료로 활용하기 위해 본 연구를 시행하였다.

---

*한림대학교 대학원 석사학위논문, 2003년 8월
**한림대학교 춘천성심병원 책임간호사
***한림대학교 간호학과 부교수

2. 연구의 목적

본 연구는 DNR에 대한 임상에서의 간호사와 의사의 인식과 경험을 알아보고 교육, 윤리, 법적인 문제와 관련된 객관적인 기준을 마련하기 위한 기초자료를 제공하는 것을 목적으로 한다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) 대상자의 DNR과 관련된 인식을 조사한다.
2) 대상자의 DNR과 관련된 경험을 조사한다.
3) DNR과 관련된 간호사와 의사의 인식을 비교한다.
4) DNR과 관련된 간호사와 의사의 경험을 비교한다.

3. 용어의 정의

1) 심폐소생술 금지(Do-Not-Resuscitate, DNR)

심폐소생술 금지(Do-Not-Resuscitate, DNR)란 질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에게 심폐소생술(Cardio-Pulmonary-Resuscitation, CPR)을 실시했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수 는 있지만, 질병의 경과에서 영향을 미칠 수 없다는 판단 하에 앞으로 심정지가 일어나도 CPR(흉부압박, 인공호흡, 응급약물 공급, 전기적 세동)을 시행하지 않는 것을 말한다(Han et al,. 2001). 본 연구에서는 환자의 심폐소생술을 실시하지 않는 것에 대한 의사의 구두 혹은 서면 지시를 의미한다.

2) 인식

인식과정의 결과로서, 넓은 의미로는 인간 지식의 총체를 말하며, 좁은 의미로는 일정 범위의 대상에 대한 지식을 뜻한다(브리테니커 세계 대백과사전, 1993).

3) 경험

가장 넓은 의미로는 믿음이 무엇보다도 실제 경험에 의해 확증되기만 하면 받아들여 질 수 있고 행동기준이 될 수 있다는 태도를 가리키는 말을 뜻한다(브리테니커 세계 대백과사전, 1993).

Ⅱ. 문헌고찰

1. 심폐소생술 금지(DNR)의 개념

심폐소생술 금지(DNR)란 질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에게 인공심폐소생술(CPR)을 실시했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수는 있지만, 질병의 경과에서 영향을 미칠 수 없을 것이라는 판단 하에 앞으로 심정지가 일어나도 CPR(흉부압박, 인공호흡, 응급약물 공급, 전기적 세동)을 시행하지 않는 것을 말한다(Han et al,. 2001).

DNR은 NO Code, NO CPR 등의 용어로 통용되고 있으며, 보다 넓은 의미로는 생명을 단축시키는 소극적인 안락사(euthanasia)의 한 형태를 지칭하기까지 다양하게 이해되어 CPR을 제외한 모든 처치를 제공하는 것, 혹은 CPR을 제외한 보존적 치료, 삶을 연장시키는 모든 치료의 중단 등, 여러 가지 차원의 의미로 해석되어 시행되기도 한다(Cambell & Thill, 1996). 오늘날은 일반적으로 NO CPR에 대한 의사의 지시를 받지 않은 모든 환자들에게 CPR을 적용하고 있다.

Sharon(1992)과 James(1992)는 DNR의 상태를 안위적 지지(support withdrawn), 부가적 치료금지(no further escalation), 심폐소생술의 금지(escalation short of CPR)의 세 가지 범주로 나누어 설명하였다. 첫째, 안위적 지지 범주에서는 약물적인 치료가 감소되며 단지 안위를 위한 치료만이 제공된다. 필요하다면 인공적인 호흡이 계속될 수 있으나 부가적인 산소나 peep은 제공될 수 없다. 둘째, 부가적 치료 금지는 환자의 상태가 더 악화되었을 때 부가적인 처치를 하지 않는 것이며 이러한 수준의 간호는 DNR 지시가 쓰여진 수준과 같은 수준으로 계속된다. 셋째, 심폐소생술의 금지에서는 이용할 수 있는 모든 지지적 처치와 방법을 사용할 수 있으나 심장마비 상황에서 흉부압박은 하지 않는 것이다.

Tomlinson과 Czlonka 등(1995)은 다음과 같은 3가지 경우에 정당하게 소생술을 시행하지 않을 수 있다고 하였다. (1) 환자 혹은 보호자의 동의 없이(No Medical Benefit), 의학적 판단으로 소생술이 거의 확실히 성공하지 않을 것 같고 따라서 환자에게 이익을 못 줄 경우, (2) 환자 혹은 보호자의 동의하에(Poor Quality of Life after CPR), CPR 이후의 삶의 질이 받아들이기 어렵다고 생각될 경우, (3) 정신적, 육체적으로 황폐한 상태에서 환자 혹은 보호자의 동의하에(Poor Quality of Life before CPR), 심폐정지의 상황을 고려하기 전에 이미 말기 혹은 만성질환으로 참을 수 없이 고통받고 있을 때 DNR 지시를 내릴 수 있다고 하였다.

CPR은 지난 40년간 큰 발전을 이루었는데 1956년에 심실세동을 전극을 통한 제세동으로 회복시켰으며, 1958년에는 구강대 구강 호흡법으로 호흡유지를 시도하였고, 1960년에는 비개흉 심압박술이 도입되었다(Joan, 1993). 이후 미국심장협회의 회의를 거쳐 1992년 2월에 가장 발전된 CPR과 응급심장처치를 위한 지침서(Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation

and Emergency Cardiac Care)가 나오게 되었다. 이로 인하여 병원 내에서의 심정지 환자에 대한 CPR의 성적이 향상되어 많은 사람들의 생명을 소생시키게 되었다(Jang et al,. 1995).

1974년 미국의학협회는 'CPR의 목적은 예기치 못한, 갑작스런 사망의 방지로서 사망이 예기되는, 회복이 불가능한 말기 환자나 소생술이 헛될 것 같은 장시간 심폐 정지 환자에게서는 CPR이 오히려 존엄하게 죽을 수 있는 환자의 권리를 빼앗을 수 있으므로 해당되지 않는다'고 천명하였다(JAMA, 1974). 1988년에는 미국의 뉴욕 주를 필두로 적절한 소생술에 대한 지침을 입법화하였다(Ebell, 1992).

우리나라의 경우 대한의학회는 2002년 5월 3일에 '임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침(제1보)'를 발표하였는데 그 내용을 보면 '의료인들은 심장 또는 호흡이 정지된 환자들을 소생시키도록 노력해야만 하지만, CPR을 시행하는 것이 부적절한 상황이거나 환자의 의지나 최선의 이익에 반하는 상황일 때에는 예외로 한다. 의사들은 CPR에 대한 환자들의 희망을 존중해야 할 윤리적 의무를 지고 있다. 의사는 삶의 질에 관한 자신의 개인적 가치판단에 의거하여 CPR에 관한 환자의 판단을 무시해서는 안 된다. CPR에 의해 환자의 생명을 연장시킨다 하여도 그 삶이 의미가 없을 것으로 예상되는 경우에는 환자 자신, 환자의 대리인, 혹은 담당의사에 의해 CPR 포기 문제가 제기되고 환자나 그 대리인과 의사 사이에 미리 CPR 포기 여부를 토의하고 결정할 수 있다. 그 사실은 환자의 의무기록에 문서화되어야만 한다. 이는 환자로 하여금 질병으로 인한 사망을 자연스럽게 받아들이도록 하여 사망에 이르는 불필요한 고통과 시간을 줄이고 존엄성을 유지하고 임종하는데 도움이 될 수 있다'라고 하였다(Go, 2002).

요약하면, DNR은 다양한 용어로 표현되며 DNR이 적용되는 경우도 아직은 표준화되어 있지 않은 실정이나 일반적으로 DNR은 심정지가 왔을 때 CPR을 실시하지 않는 것을 의미한다. DNR의 기본 배경은 환자가 지닌 인간으로서의 존엄성을 유지하고 마지막 생을 마감하는 것에 있다.

2. DNR에 대한 간호사와 의사의 인식 및 경험

미국에서는 현재 병원에 입원하는 환자에게 입원시 죽음에 관한 사전 의사결정서를 받도록 하고 있다. 환자에게 의사결정 능력이 있는 경우 보호자보다는 환자의 의견을 더 중요하게 생각하고 환자가 사전에 의사를 밝히지 않은 경우에 한해서 보호자와 주치의가 함께 환자의 의견을 추정해야 한다(Son, 1998). 우리나라의 경우 DNR결정에 참여하는 사람으로는 대부분의 경우 의사와 환자의 보호자이며, 환자는 DNR결정에서 거의 배제되고 있었고, 간호사의 경우는 보호자들이 상담을 요청하는 경우 DNR 결정에 간접적으로 참여하고 있다(Han et al,. 2001; Kim, 1998). DNR 의사결정과정에서 간호사가 배제될 경우, 치료중단의 결정에서 환자의 옹호자로서 역할을 다할 수가 없으며, 보호자들에게도 적절한 상담과 지지를 제공해 주지 못할 수 있을 것으로 보고하였다. 그러므로 DNR 의사결정과정에 환자와 가족을 가장 자주 대하는 간호사의 적극적인 참여가 요구된다고 하겠다(Kim, 1998).

외국의 경우 연구대상 40개 병원 중 90%인 36개의 병원에서 서면화된 DNR 지시를 받고 있었으며, 72%인 29개의 병원에서 윤리위원회가 있어 윤리적인 결정을 보조해 주는 것으로 나타났다(Jayes, 1993). 그러나 우리나라 대부분의 병원에서는 윤리위원회가 설치되어 있지 않아 문제점으로 지적되므로 병원 내 윤리위원회를 조직하여 의료 윤리에 대한 기관의 표준을 만들어 적용하는 것이 필요하겠다(Jang, 2002).

Sharman(1995)은 DNR이 결정된 환자에게 행해지는 적절한 간호에 대한 간호사의 인지를 연구한 결과, 간호사들은 DNR이 결정된 후 환자에게 행해지는 신체적 간호가 감소한다고 인지하였으나 실제로 치료행위 보다 측정이나 감시 행위가 감소하였으며 환자나 가족에게 행해지는 사회심리적인 간호에는 변화가 없다고 하였다. Kim(1998)의 암 환자의 DNR 의사결정에 관한 연구에서 DNR을 결정한 후 나타나는 의료행위나 태도의 변화로는 환자에 대한 소홀함, 제한적 치료, 기본적 치료의 유지와 적극적인 통증 조절 등을 보고하였다.

Lee(1994) 등은 3차 병원 전문의들의 DNR 결정에 있어 환자와 상의를 꺼려 보호자와의 상의에 의존하고 있고, DNR의 원래 취지인 환자의 자율성과 존엄하게 죽을 권리의 측면보다 CPR의 엄격하고 적극적인 적용의 측면에서 더 DNR지침서의 필요성을 느끼고 있으며 다소 DNR에 대한 개념이 불명확하다고 하였다.

국내의 경우 임상간호사의 DNR과 관련된 연구는 임상간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도 조사(Lee, 1998), 암환자의 DNR 의사결정에 관한 연구(Kim, 1998), 중환자실에서의 치료중단 특성 분석(Kim, 1999), DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사(Han et al,. 2001), DNR이 결정된 무의식 환자 가족의 경험에 관한 연구(Kim, 2001), 중환자실 DNR 환자 가족의 경험과 DNR 결정 후 간호 및 치료의 변화(Jang, 2002) 등이 있고, 의사의 DNR과 관련된 연구는 종합병원에서의 "Do Not Resuscitate"명령(Kim et al,. 1990), 응급센터 내에서의 DNR Order(Kim, 1993), 3차 병원 전문의들의 심폐소

생술 금지 지시에 관한 경험과 태도 조사(Lee et al,, 1994), 치료중단의 윤리문제와 법적 장치(Son, 1998), DNR이 결정된 환자에 대한 고찰(Jung, 1998) 등이 있다.

이상으로 DNR에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험에 관한 연구는 많지 않으며 간호사와 의사를 함께 대상으로 하는 연구는 거의 없는 실정이다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 DNR에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험을 조사하기 위해 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

연구대상은 H대학 5개 병원의 중환자실, 응급실 및 CPR 이 자주 발생하고, DNR 상황이 자주 발생하는 내과 병동, 내과 중환자실, 일반외과 병동, 신경외과 병동, 외과 중환자실에 근무하고 있는 간호사 200명, 인턴, 전공의, 전문의로 구성된 의사 100명으로 총 300명을 대상으로 자료를 수집하였다.

3. 연구도구

DNR에 대한 간호사와 의사의 인식 및 경험을 조사하기 위해 사용된 도구는 자가보고형 질문지로서, 한성숙 등(2001)에 의해 개발된 25문항을 개발자의 동의하에 연구자가 본 연구의 목적에 맞도록 수정, 보완한 29문항으로 연구자의 일반적 특성 5문항, 인식 11문항 이중 2문항은 개방성 질문, 경험 13문항 이중 3문항은 개방성 질문으로 구성하였다.

4. 자료수집

DNR에 대한 간호사와 의사의 인식, 경험을 조사하기 위한 자료수집 기간은 2002년 7월 22일부터 8월 6일까지 15일간, H대학 5개 병원 간호부와 진료부에 연구의 취지와 목적을 설명하고 협조를 구하여 설문지를 배부 후, 각 병동의 수간호사를 통해 질문지를 회수하였다. 간호사 200부와 의사 100부 총 300부를 배포하여, 간호사 200부 중 부적합한 1부를 제외한 199부와 의사 100부 중 부적합한 2부를 제외한 98부의 자료를 분석하였다.

5. 자료분석

대상자의 일반적인 특성은 실수와 백분율, DNR에 대한 대상자의 인식과 경험에 대한 자료분석은 SPSS 프로그램을 사용하여 대상자의 일반적인 특성을 실수와 백분율로 산출하였고, 대상자의 DNR과 관련된 인식 및 경험은 실수와 백분율로 산출하였다. 대상자의 특성에 따른 DNR에 대한 인식 및 경험의 차이는 Chi-Square로 분석하였다.

Ⅳ. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 20세부터 29세가 186명(62.6%)으로 30세 이상이 111명(37.4%) 보다 많았다. 성별은 남자가 77명(25.9%), 여자가 220명(74.1%)으로 나타났고, 대상자의 155명(52.2%)이 종교가 있었다. 근무경력은 3년 미만이 137명(46.1%)으로 가장 많았으며, 5년 이상이 109명(36.7%), 3년에서 5년 미만이 51명(17.2%)순 이었다. 직종은 간호사가 199명(67.0%), 의사는 98명(33.0%)으로 나타났고 이 중 수련의는 20명(6.7%), 전공의는 56명(18.9%), 전문의는 22명(7.4%)으로 총 297명으로 나타났다<Table 1>.

〈Table 1〉 General Characteristics of subjects

n=297

General Characteristics	Group	Number(Percent)
Age(year)	20~29	186(62.6)
	>30	111(37.4)
Sex	male	77(25.9)
	female	220(74.1)
Religion	Yes	155(52.2)
	No	142(47.8)
Job career(year)	<3	137(46.1)
	3~5	51(17.2)
	>5	109(36.7)
Profession	nurse	199(67.0)
	intern	20(6.7)
	resident	56(18.9)
	specialist	22(7.4)

2. 대상자의 DNR과 관련된 인식

연구대상자의 289명(97.3%)이 DNR이 필요하다고 하였는데, 주된 요인은 '결국 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에' 175명(60.6%), '편안하고 품위 있는 죽음을 위해' 93명(32.2%)순으로 나타났다. 대상자의 8명(2.7%)이 DNR이 필요 없다고 하였는데, 그 이유는 '가능한 한 생명연장을 도모하는 것이 의료인의 본분이기 때문에' 5명(62.5%), 'DNR 결정을 누가, 어느 시점에서 내릴지 확실하지 않기 때문' 2명(25.0%), 'DNR이 결정되면 환자의 치료 및 간호가 소홀해 질 수 있기 때문' 1명(12.5%)으로 나타났다.

DNR 결정은 누가, 어떤 형태로 해야 하는가? 라는 질문에 110명(37.0%)이 '가족과 주치의 의지', 109명(36.7%)은 '환자와 가족의 의지'라고 응답하였다.

중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR 설명 필요성에 대해 166명(55.9%)이 필요하다고 응답했고, 그 시기는 '입원즉시' 95명(32.0%), '혼수상태' 70명(23.6%), '자발적 호흡정지' 64명(21.5%) 순으로 응답하였으며, DNR 설명시 DNR 요구도 증가에 대한 질문에 177명(59.6%)이 '그렇다'고 응답했고, DNR 시행을 위한 문서화된 지침서 제정에 대해 253명(85.2%)이 '필요하다'고 하였다.

DNR 시행 여부에 대해서 가족에게 224명(75.4%)이, 자신에게 258명(86.9%)이 '시행하겠다'라고 응답하였다<Table 2>.

〈Table 2〉 DNR-related awareness of subjects

Variable	Group	Number (%)
Necessity of DNR	Yes	289(97.3)
	No	8(2.7)
Why DNR is required	Death with dignity	93(32.2)
	Futility of treatment	175(60.6)
	Others	21(7.0)
Decision making of DNR should be done by	Patients	40(13.5)
	Patients & family mumber	109(36.7)
	Family mumber & medical staffs	110(37.0)
	Others	38(12.8)
Necessity of Explanation for DNR	Yes	166(55.9)
	No	131(44.1)
Time of explanation for DNR	Admitted to hospital	95(32.0)
	Admitted to ICU	23(7.7)
	Loss of consciousness	70(23.6)
	Loss of voluntary respiration	64(21.5)
	Others	45(15.2)
Number of request for DNR would increase if DNR is explained to patients	Yes	177(59.6)
	No	39(13.1)
	No idea	81(27.3)
Necessity of DNR manual	Yes	253(85.2)
	No	25(8.4)
	No idea	19(6.4)
Family of a Patient's Willingness for DNR.	Yes	224(75.4)
	No	18(6.1)
	No idea	55(18.5)
Patient's Willingness for DNR	Yes	258(86.9)
	No	7(2.4)
	No idea	32(10.8)

3. 대상자의 DNR과 관련된 경험

DNR에 관한 교육 경험은 65명(21.9%)이 있었으며, 교육 수혜 시기는 학부 때가 35명(53.8%), 보수교육 때가 8명(12.3%), 특강, 세미나에서 8명(12.3%)으로 나타났다. 기타는 13명(20.0%)으로 트레이닝 과정에서, 책을 통해 독학으로, 종교모임 등이라고 했다. 교육시간은 1~2시간 미만이 26명(40.0%)으로 가장 많았다.

대상자의 234명(78.8%)이 DNR 시행 경험이 '있다'고 했고, 요청자는 '환자가족'이 161명(68.8%), '의료인'이 47명(20.15) 순으로 나타났고, 결정자는 169명(72.2%)이 '가족과 의료인'이라고 응답했다.

DNR 시행시 의무기록을 기록한 경우가 213명(91.8%)이었고, 기록하지 않은 이유는 '법적인 분쟁 문제', '기록을 안 하더라도 상황을 알 수 있어서', '잊어버리고', '기록할 필요성을 못 느껴서'라고 응답했다.

DNR 결정 후 문제점으로 81명(38.2%)이 '치료와 간호의 소홀함', 61명(28.8%)이 '최선을 다하지 않음으로 인한 죄책감'이라고 했다.

DNR 결정 후 CPR이 이루어진 경험에 대해 117명(50.0%)은 '예'라고, 117명(50.0%)은 '아니오'라고 응답하였다<Table 3>.

〈Table 3〉 DNR-related experience of subjects

Variable	Group	Number (%)
DNR education	Yes	65(21.9)
	No	232(78.1)
DNR education program	Undergraduate	35(53.8)
	Graduate	2(3.1)
	Continuing education	8(12.3)
	Special seminar	7(10.8)
	Others	13(20.0)
Total education time	<1	17(26.2)
	1~2	26(40.0)
	2~3	6(9.2)
	>3	16(24.6)
DNR experience	1~9	150(50.5)
	>10	84(28.3)
	None	63(21.2)
DNR requested by	Family number	161(68.8)
	medical staffs	47(20.1)
	Others	26(11.1)
DNR decided by	Patients & family number	34(14.5)
	Family number & medical staffs	169(72.2)
	medical staffs	26(11.1)
	Others	5(2.1)
DNR recorded on medical record	Yes	213(91.8)
	No	19(8.2)
Problems after DNR order	Negligence in treatment and nursing care	81(38.2)
	Guilty feeling	61(28.8)
	Others	70(33.0)
CPR done after DNR order	Experience	117(50.0)
	Not experience	117(50.0)
Involvement on DNR discussion	Yes	275(92.6)
	No	22(7.4)

개방형 질문인 DNR 결정 후 CPR이 이루어진 이유에 대해 '임종시 가족이 없어서' 32명(27.0%), '가족이 원해서' 22명(18.5%), 'DNR 인지 몰라서' 22명(18.5%), '최선을 다하는 모습을 보여 주기 위해서' 15명(12.8%) 순으로 나타났고, '법적 책임', '의료인의 본분', '담당 의사가 없어서', '상태를 조금이라도 호전시키려고' 등의 의견도 있었다. DNR 결정시 상담 요청을 받은 경험에 대해 275명(92.6%)이 '예'라고 응답했다.

4. DNR과 관련된 간호사와 의사의 인식 비교

DNR과 관련된 간호사와 의사의 인식의 비교에서 DNR의 필요성, DNR이 필요한 주된 요인, DNR의 설명 필요성, DNR의 설명시 적절한 시기, DNR 설명 후 요구도 증가, 자신의 DNR 시행 희망 여부 등은 유의한 차이가 없었으며, DNR의 바람직한 결정자, DNR 지침서 제정의 필요성, 가족의 DNR 시행 희망 여부에서 유의한 차이를 보였다($p<.01$).

즉, DNR의 바람직한 결정자는 간호사의 경우에 '환자와 가족의 의지'가 90명(46.6%)으로 가장 높았으나, 의사의 경우는 '가족과 주치의 의지' 50명(52.1%)으로 가장 높았으며, DNR 지침서 제정의 필요성에 대해 간호사는179명(90.0%), 의사는 74명(75.5%)이 '필요하다'라고 했다.

가족의 DNR 시행 희망 여부에 대해서 간호사 136명(68.3%), 의사 88명(89.8%)이 '예'라고 응답했다<Table 4>.

5. DNR과 관련된 간호사와 의사의 경험 비교

DNR과 관련된 간호사와 의사의 경험의 비교에서 DNR의 교육 수혜 시기, DNR의 교육 시간, DNR의 시행 여부, DNR 주 결정자, DNR 결정 후 CPR 경험, DNR의 상담 요청 등은 유의한 차이가 없었으며, DNR의 교육 경험, DNR 주 요청자, DNR 시행시 의무기록 여부에서 유의한 차이를 보였으며($p<.05$), DNR 결정 후 문제점에서도 유의한 차이를 보였다($p<.01$).

즉, DNR의 교육 경험에서 간호사 163명(81.9%), 의사 69명(70.4%)이 '없다'라고 했고, 간호사 36명(18.1%), 의사 29명(29.6%)이 '있다'라고 했다. DNR 주 요청자에 대해 간호사 119명(73.5%), 의사 42명(58.3%)이 '환자 가족'이라고 했다.

DNR 시행시 의무기록 여부에서 간호사 144명(89.4%), 의사 69명(97.2%)이 '했다'라고 응답했으며, DNR 결정 후 문제점에 대해 간호사 71명(47.3%)은 '치료와 간호소홀'이 가장 높았으며, 의사는 36명(58.1%)이 '기타'가 높았다. 그리고 기타 의견으로 '문제가 없었다', '죽어 가는 환자 옆에 의사가 없었다', '현실에서 인정받을 수 없는 일을 했다는 부담감', '생명포기라는 신의 영역에 대한 도전이라는 종교적인 죄책감', '환자에 대한 관심이 떨어짐', 'DNR 결정 후에도 보호자가 많은 치료를 요구했다' 등이 있었다<Table 5>.

〈Table 4〉 A Comparison of the Doctor's and the Nurse's View about DNR (n=297)

Variable	Group	N(%)		
		Nurse	Physician	x(p)
Necessity of DNR	Yes	193(97.0)	96(98.0)	.238
	No	6(3.0)	2(2.0)	(.626)
Why DNR is required	Death with dignity	66(34.2)	27(28.1)	2.071
	Futility of treatment	115(59.6)	60(62.5)	(.355)
	Others	12(6.2)	9(9.4)	
Decision making of DNR should be done by	Patients	24(12.4)	16(16.7)	20.661**
	Patients & family number	90(46.6)	19(19.8)	(.000)
	Family number & medical staffs	60(31.1)	50(52.1)	
	Others	19(9.8)	11(11.5)	
Necessity of Explanation for DNR	Yes	104(52.3)	62(63.3)	.122
	No	95(47.7)	36(36.7)	(.727)
Time of explanation for DNR	Admitted to hospital	64(32.2)	31(31.6)	3.084
	Admitted to ICU	13(6.5)	10(10.2)	(.544)
	Loss of consciousness	50(25.1)	20(20.4)	
	Loss of voluntary respiration	45(22.6)	19(19.4)	
	Others	27(13.6)	18(18.4)	
Number of request for DNR would increase if DNR is explained to patients	Yes	115(57.8)	62(63.2)	5.644
	No	22(11.1)	17(17.4)	(.059)
	No idea	62(31.2)	19(19.4)	
Necessity of DNR manual	Yes	179(90.0)	74(75.5)	27.815**
	No	5(2.5)	20(20.4)	(.000)
	No idea	15(7.5)	4(4.1)	
Family of a Patient's Willingness for DNR.	Yes	136(68.3)	88(89.8)	16.376**
	No	16(8.0)	2(2.0)	(.000)
	No idea	47(23.6)	8(8.2)	
Patient's Willingness for DNR	Yes	167(83.9)	91(92.9)	4.650
	No	6(3.0)	1(1.0)	(0.98)
	No idea	26(13.1)	6(6.1)	

**p<.01

V. 논 의

본 연구에서 DNR의 필요성에 대해 간호사 97.0%와 의사 98.0% 모두 DNR이 필요하다고 응답하였으며, 이는 Han et al,(2001)의 연구 결과와 일치하였다. DNR의 필요 요인에 대해 대상자의 50% 이상이 '결국 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에'로 보고하였다. DNR의 결정 요인에 대해 간호사 46.6%는 '환자와 가족의 의지'라고 한 반면에, 의사 52.1%는 '가족과 주치의 의지'라고 대답하였는데, 이는 간호사와 의사의 의견이 서로 다름을 알 수 있었다.

Younger 등의 미국 클리블랜드 대학병원 중환자실 통계에 의하면, 말기질환 또는 뇌사와 같은 상태가 극히 불량한 경우에 DNR 결정을 가장 많이 내리고 뒤이어 의의 있는 삶을 살 기회가 적은 경우, 환자가 원하는 경우, 보호자가 원하는 경우 순으

〈Table 5〉 A Comparison of the Doctor's and the Nurse's Experience about DNR

Variable	Group	N(%)		
		Nurse	Physician	x(p)
DNR education	Yes	36(18.1)	29(29.6)	5.081*
	No	163(81.9)	69(70.4)	(.024)
DNR education program	Undergraduate	21(58.3)	14(48.3)	6.702 (.153)
	Graduate	2(5.6)		
	Continuing education	6(16.7)	2(6.9)	
	Special seminar	2(5.6)	5(17.2)	
	Others	5(13.9)	8(27.6)	
Total education time	<1	10(15.4)	7(10.7)	9.600 (.294)
	1~2	16(24.6)	10(15.4)	
	2~3	4(6.2)	2 (3.1)	
	>3	6(9.2)	10(15.4)	
DNR experience	1~9	109(54.8)	41(41.8)	2.475 (.116)
	>10	53(26.6)	31(31.7)	
	None	37(18.6)	26(26.5)	
DNR requested by	Family number	119(73.5)	42(58.3)	8.393* (.015)
	medical staffs	31(19.1)	16(22.2)	
	Others	12(7.4)	14(19.5)	
DNR decided by	Patients & family number	30(18.5)	4(5.6)	6.840 (.077)
	Family number & medical staffs	112(69.1)	57(79.2)	
	medical staffs	17(10.5)	9(12.5)	
	Others	3(1.9)	2(2.8)	
DNR recorded on medical record	Yes	144(89.4)	69(97.2)	3.928* (.047)
	No	17(10.6)	2(2.8)	
Problems after DNR orde	Negligence in treatment and nursing care	71(47.3)	10(16.1)	28.095** (.000)
	Guilty feeling	45(30.0)	16(25.8)	
	Others	34(22.7)	36(58.1)	
CPR done after DNR order	Experience	84(51.9)	33(45.8)	1.067 (.302)
	Not experience	78(48.1)	39(54.2)	
Involvement on DNR discussion	Yes	185(93.0)	90(91.8)	3.225 (.073)
	No	14(7.0)	8(8.2)	

*p<.05, **p<.01

로 DNR 결정을 내린 다고 했다(Kim,1990). 이는 Jung(1995), Lee(1994), Kim(1998)의 연구에서와 마찬가지로 환자는 DNR 결정과정에서 거의 배제된 채 주로 의사와 보호자에 의해 결정되고 있다는 것을 보여준다.

미국의 경우 현재 병원에 입원하는 환자에게 입원시 죽음에 관한 사전 의사 결정서를 받도록 하고 있다. 환자에게 의사결정 능력이 있는 경우 보호자보다는 환자의 의견을 더 중요하게 생각하고 환자가 사전에 의사를 밝히지 않은 경우에 한해서 보호자와 주치의가 함께 환자의 의견을 추정해야 한다는 것을 의미한다(Son,1998).

우리나라의 경우 의사결정 능력이 있는 성인 환자일지라도 환자대신에 보호자가 환자의 입장이 되어 모든 것을 결정하는 것이 일반적이고 DNR 여부에 관한 결정은 대체로 의사들이 내리고 있다(Um,1996). DNR을 결정함에 있어서 이러한 의사의 가치는 선의의 간섭주의가 영향을 미치는 것으로 보인다. 선의의 간섭주의란 개인에게 이익을 주기 위해 또는 개인에게 해가 되는 것을 방지하기 위해 개인의 선택이나 의도된 행동을 무시하는 것을 말한다(Kim, 1997). 이러한 현상은 우리나라 의료계에서 환자의 자기 결정권이 보호되지 않고 있으며 삶의 종료와 관련된 의사결정에 환자의 자율성 존중의 원칙이 최고의 원리로 존중되고 있지 않음을 의미한다(Jung, 1995).

그러므로 환자가 배제된 상태에서 의사나 보호자만의 의사결정으로 이루어지는 DNR 결정은 추후 가족의 죄책감을 야기하거나 가족간의 갈등을 일으킬 수 있고 많은 윤리적, 법적 문제를 야기할 소지가 있다(Kim, 1998).

지난 몇 년 동안 의사결정은 간호전문직 분야에서 중요한 관심사로 대두되었다. 그러나 전통적으로 간호사들은 병원내에서 의사결정에 거의 참여하지 못하였으며 병원은 권위와 더불어 보수적인 직업적 구조를 유지하며 직위 및 자격이 인정된 소수의 사람에게만 권리를 부여하였었다. 그 결과 간호사는 환자의 안녕 과 안위를 위해 무거운 책임을 지고 있으나 도덕적 의사결정을 위한 책임이나 기회는 주어지지 않았으며 도덕적으로 성장할 기회가 없었고 도덕적으로 행동하는데 자유롭지 못하였다(Yarling & McElmurry, 1986; Bishop & Scudder, 1987).

DNR 의사결정과정에서 간호사가 배제될 경우, 치료중단의 결정에서 환자의 옹호자로서 역할을 다 할 수가 없으며, 보호자들에게도 적절한 상담과 지지를 제공해 주지 못 할 수 있을 것으로 생각된다. 그러므로 DNR 의사결정과정에 환자와 가족을 가장 자주 대하는 간호사의 적극적인 참여가 요구된다고 하였다(Kim,1998).

그러므로 환자에게 DNR 지시를 내리는 것은 한 나라의 의료수준, 사회적 관습, 문화적 배경, 종교, 윤리적, 법적 영향을 받아 나라마다 다를 수 있기 때문에 우리나라의 특성에 기인한 환자의 자율적 의사결정을 최대한 반영 할 수 있는 사전 의사 결정권, 의료유언, DNR의 법제화 등의 제도화와 DNR 의사결정에서 환자의 지지적 역할을 하는 간호사의 적극적인 참여가 요구된다고 하겠다.

본 연구에서 간호사 81.4%와 의사 73.5% 가 DNR 경험이 있었으나, 간호사 18.1%, 의사 29.6%만이 DNR에 대한 교육경험이 있었다. 즉, DNR에 대한 교육경험이 적은 상황에서 대부분의 간호사와 의사가 DNR을 시행한다고 볼 수 있다. 이것은 Lee(1998)과 Han et al,(2001)의 연구 결과와 일치한다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서는 DNR의 상담요청은 간호사 93.0%, 의사 91.8%로 나타났고, Kim(1998)의 연구에 의하면 DNR을 결정하게 된 상황에서 어떻게 결정해야 하는지, 어떻게 의사소통을 해야 하는지에 대한 체계적인 교육이나 지침이 없었으며 수련 과정 중 선배들의 모습을 통하여 나름대로의 방식으로 modeling하는 것으로 나타났고, 이는 임상 현장에서 DNR 결정 과정의 갈등을 유발하게 되는 원인으로 지적된다.

따라서 문제점을 해결하기 위해서는 의료인의 윤리적 판단의 기준에 대한 의료 윤리 교육과 체계화되고 전문적인 DNR 교육이 학교뿐만 아니라 임상에서도 계속 이루어져야 하겠다.

본 연구에서 DNR 지침서 제정에 대해 간호사 90.0%, 의사 75.5%가 필요하다고 응답하였는데, 이는 간호사를 대상으로 한 Han et al,(2001), Lee(1998)의 연구와 거의 비슷하였다. 또한 의사를 대상으로 한 Lee(1994)의 결과와도 일치하였다. Younger(1985)는 DNR 정책의 발전과 수행이 단지 의사가 받아들여야 하는 윤리적 딜레마로 인식해야 하는 것이 아니며 더 이상 감추어야 할 문제도 아니고 지금도 존재하며 앞으로도 존재할 계속되는 문제라고 지적하였다. 또한 DNR 지침을 문서화할 뿐 아니라 정확한 치료의 성격과 본질을 구체화하고 환자와 가족의 욕구를 그 내용에 포함시켜야 한다고 하였다.

본 연구에서 DNR 시행시 의무기록을 한 경우가 간호사 89.4%, 의사 97.2%로 나타났고 이는 간호사를 대상으로 한 Han et al,(2001)의 연구와 의사를 대상으로 한 Lee(1994), Kim(1993), Jung(1998) 등 보다 높게 나타났다. Byrd(1994)는 치료 중단시 의사나 간호사의 윤리적 방법과 이에 근거한 정확한 기록이 반드시 필요하다고 하였으며, 이는 법률적으로 보호받아야 한다고 하였다.

외국의 경우 DNR을 법제화하고 있는데 뉴욕 주법은 병원에 내원한 모든 사람은 문서화된 DNR이 없다면 심정지의 경우 심폐소생술의 시행에 동의한 것으로 추정하며 의사결정력이 없는 환자의 경우 법적으로 위임된 사람, 배우자, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제자매의 순으로 문서화된 동의서를 받아야 한다.

본 연구에서 DNR 결정 후 CPR을 시행한 경우 간호사 51.9%, 의사 45.8%로 나타났고, Han et al,(2001)은 간호사 49.8%, Kim(1993)등은 의사 17%로 나타났다. Choe(2000)등은 DNR 동의서를 미리 작성하지 않은 경우 15.4%가 CPR을 시행하지 않는다고 응답했으나 동의서가 있는 경우에는 69.2%로 증가했다. Puma(1988)등의 연구에서 DNR 결정 후 CPR을 시

행한 경우는 미국이 0%로 나타났다.

CPR을 시행한 이유에 대해 본 연구는 임종시 가족이 없어서, 가족이 원해서, DNR 인지 몰라서, 최선을 다하는 모습을 보여 주기 위해서 의 순으로 나타났고, 반면 Lee(1994) 등의 연구에서는 보호자가 없어서, 보호자가 다시 CPR을 원해서, 아무 것도 안 할 수 없어서, 혹시나 하는 심정으로, 상태가 좋아지다가 발생한 심정지, DNR 인지 몰라서의 순으로 나타났는데, 이는 외국에 비해 보호자뿐만 아니라 의료진들조차 DNR에 대한 인식이 부족함을 알 수 있었다.

즉, 우리 의료의 현실은 DNR을 결정할 때 어떤 여건이 고려되어야 한다는 합의나 제도적 장치가 없기 때문에 이런 문제에 대한 명쾌한 지침을 줄 수 없는 상태이다. 따라서 DNR 결정을 위한 DNR의 지침서의 재정과 병원 내 의료윤리위원회가 조직되어 의료 윤리에 대한 표준을 만들어 적용하는 것이 필요하다고 본다.

Ⅵ. 결론 및 제언

본 연구는 간호사와 의사의 DNR에 대한 인식 및 경험을 조사하고, 이에 영향을 미치는 관련 요인들을 파악하여, 임상에서 통용될 수 있는 객관적인 기준을 마련하기 위한 기초자료를 제공하기 위하여 시도된 서술적인 조사 연구이다.

연구대상은 H대학 5개 병원에 근무하는 간호사 199명과 의사 98을 대상으로 한 서술적 연구로서, 연구에 사용한 도구는 Han et al,(2001)이 개발한 25문항을 수정, 보완한 29문항으로 일반적 특성에 대해 5문항, 인식에 대해 개방성 1문항을 포함한 11문항, 경험에 대해 개방성 질문 3문항을 포함한 13문항으로 구성되었다.

자료 수집 기간은 설문지를 이용한 서술적 연구는 2002년 7월 22일부터 8월 6일까지 15일간, 심층 면접은 2002년 8월 30일 부터 10월 29일까지였고, 자료의 분석은 SPSS Win 9.0 프로그램을 이용하였으며, 수집된 자료는 빈도, 백분율, pearson Chi-Square 등으로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. 대상자의 연령은 20세부터 29세가 186명(62.6%)으로 30세 이상이 111명(37.4%) 보다 많았다. 성별은 남자가 77명(25.9%), 여자가 220명(74.1%)으로 나타났고, 대상자의 155명 (52.2%)이 종교가 있었다. 근무경력은 3년 미만이 137명(46.1%)으로 가장 많았으며, 5년 이상이 109명(36.7%), 3년에서 5년 미만이 51명(17.2%)순 이었다. 직종은 간호사가 199명 (67.0%), 의사는 98명(33.0%)으로 나타났고 이 중 수련의는 20명(6.7%), 전공의는 56명 (18.9%), 전문의는 22명(7.4%)으로 총 297명으로 나타났다.
2. 대상자의 DNR과 관련된 인식에 대해, 대상자의 289명(97.3%)이 DNR이 필요하다고 했고, 그 이유는 '결국 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에'175명(60.6%)으로, DNR 결정은 110명(38.1%)이 '가족과 주치의 의지'라고 응답했다.

   대상자의 166명(55.9%)이 중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR에 대해 설명해야 한다고 했고, 그 시기는 '입원 즉시'가 95명(32.0%)으로 가장 많았다. 대상자의 177명(59.6%)이 DNR 설명시 DNR 요구도가 증가한다고 했으며, DNR 시행 여부에 대해 가족에게 224명(75.4%), 자신에게 258명(86.9%)이 시행하겠다고 했다. 대상자의 253명(85.2%)이 문서화된 지침서 제정이 필요하다고 했다.
3. 대상자의 DNR과 관련된 경험에 대해 대상자의 234명(78.8%)이 DNR 시행 경험이 있고, 요청자는 '환자 가족'이 161명(68.8%), 결정자는 169명(72.2%)이 '가족과 의료인'이 가장 많았다. DNR 시행시 213명(91.8%)이 의무기록을 했고, DNR 결정후 문제점으로 81명(38.2%)이 '치료와 간호의 소홀함'이 가장 많았다. 대상자의 117명(50.0%)이 DNR 결정 후 CPR 경험이 있었고, 그 이유는 '임종시 가족이 없어서'가 32명(27.0%)으로 가장 많았다. DNR 결정시 상담 요청을 받은 경험에 대해 275명(92.6%)있다고 응답했다.
4. 대상자의 DNR과 관련된 인식의 차이에서 DNR의 필요성, DNR이 필요한 주된 요인, DNR의 설명 필요성, DNR의 설명시 적절한 시기, DNR 설명 후 요구도 증가, 자신의 DNR 시행 희망 여부 등은 유의한 차이가 없었으며, DNR의 바람직한 결정자, DNR 지침서 제정의 필요성, 가족의 DNR 시행 희망 여부에서 유의한 차이를 보였다($p<.01$).
5. 대상자의 DNR과 관련된 경험의 차이에서 DNR의 교육 수혜 시기, DNR의 교육 시간, DNR의 시행 여부, DNR 주 결정자, DNR 결정 후 CPR 경험, DNR의 상담 요청 등은 유의한 차이가 없었으며, DNR의 교육 경험, DNR 주 요청자, DNR 시행시 의무기록 여부에서 유의한 차이를 보였으며($p<.05$), DNR 결정 후 문제점에서도 유의한 차이를 보였다($p<.01$).

이상의 연구 결과를 종합해 볼 때 임상에서 많은 간호사와 의사들이 미비한 교육 여건과 법적, 제도적인 보호 없이, 윤리

적 갈등을 느끼면서 DNR 상황에 접하게 된다. 이러한 문제를 해결하기 위해 사회적 합의를 통해 DNR 결정 시에 객관적 자료에 근거한 결정을 내릴 수 있도록 DNR에 대한 명확한 기준이나 지침서의 제정과 임상에서 윤리적 의사결정에 대한 의무화된 교육이 필요하다고 본다.

이상의 연구를 바탕으로 DNR에 대한 간호사와 의사의 인식 및 경험을 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 본 연구에서 DNR 경험에 대해 간호사와 의사만을 대상으로 하였는데 후속 연구에서는 같은 상황에서 환자와 보호자의 경험을 포함할 것을 제언한다.

둘째, 환자의 자기결정권을 최대한 반영할 수 있도록 충분한 설명과 사전동의의 문화가 확립되어야 하겠다.

셋째, DNR을 결정함에 있어 경제적 이유 때문에 치료를 포기하고 DNR을 선택하는 경우가 없도록 실질적인 사회적 제도를 만들어야 할 것이다.

넷째, 우리나라 현실에 부합한 DNR에 대한 교육적, 법적, 제도적, 윤리적인 대책을 마련하기 위해 더 많은 연구가 필요하겠다.

참 고 문 헌

Alexandrov V. Norris W. (1996). Agreement on disease-specific criteria for Do-Not-Resuscitate Orders in acute stroke. *Stroke, 27(2),* 232-237.

Bishop. A. H. & Scudder, J. R. (1987). Nursing ethics in an age of controversy. *J Adv Nurs. 9(3),* 34-43.

Byrd. C. (1994). Do-Not-Resuscitate Orders. *Prog Cardiovasc Nurs, 9(1),* 45-46.

Cambell, M. L., Thill, M. C. (1996). Impact of Patient Conciousness on the Do-Not-Resuscitate therapeutic plan. *Am J Crit Care, 5(5),* 339-345,

Chang, M. J., Lee, H. S., Gyi, H. S. (1995). The Effect of a Responsible Doctor's stay in Emergency Room on the Recovery of a Cardiac-Halt Patient. *J Korean Emerg Med, 6(2),* 285-297.

Chung, S. P., Yoon, C. J., J. H., Yoon, S.Y., Chang, M. J., & Lee, H. S. (1998). A retrospective review of the Do-Not-Resuscitate patients. *J Korean Emerg Med, 9(2),* 271-277.

Chung, Y. C. (1996). *Medical Ethics in Medical Decision-Making related to End-of- Life.* Thesis of Master's Degree of Yonsei University, Seoul.

Ebell M. H., Eaton T. A. (1992). Flow chart for the interpation of Do-Not-Resuscitate Order statutes. *J Fam Prac, 35(2),* 141-143.

Han, S. S., Chung, S. A., Ko, G. H., & Han, M. H., Moon, M, S. (2001). Nurses' Understanding and Attitude on DNR. *J Korean Acad Nurs, 7(3),* 403-414.

Jang, S. O. (2000). *Experience of Family with DNR and Change of Care after DNR Decision-Making in intensive Care Units.* A Thesis of Master's Degree of Gyeongsang National University, Jinju.

Jayes, R. L., Zimmerman, J. E., Wagner, D.P., Knaus, W.A., (1991). DNR orders in the ICUs: current practice and Recent changes, *J Am Med Assoc, 270(18),* 2213-2217.

Joan, A. P. (1993). History of CPR and the Role of the National Conference. *Ann Emerg Med,* 22. 275-280.

Kim, J. Y., & Cho, H. S. (1990). Do-Not-Resuscitate Order in general Hospital. *Korean J Critical care Med. 5,* 5-11.

Kim, M. I., & Lee, W. H. (1997). *A Guide for Nurses' Ethics & Practical Decision,* Hyunmun-sa.

Kim, S. H. (1999). *Do-Not-Resuscitate Decision-Making in Terminal patients.* Thesis of Master's Degree of Yonsei University, Seoul.

Kim, S. O. (1999). *Decision-Making Process in DNR Orders for patients with Cancer.* A Thesis of Master's Degree of Graduate School of Health Science Management Yonsei University, Seoul.

Kim, S. Y. (2001). *The Study of the Experience of DNR determined unconscious patient's family'.* Thesis of Master's Degree of Korea University, Seoul.

Kim, Y. S., Hwang, S. O., Lee, B. S., Ahn, M. E., Lim, K. S., & Kang, S. J. (1993). Do-Not-Resuscitate Decisions in the Emergency Department. *J Korean Society Emerg Med, 4(2),* 108-115.

Ko, Y. S. (2002). A Guide for Healthcare Ethics in the Life-Prolonging Therapy for Death Impending Patients. *J Korean Am Med.* The 30th General Medical Academy.

Lee, J. K., Jo, K. H., Won, J. O., & Lee, H. R. (1994). Survey on the experience and the attitude of training residents about DNR Orders in tertiary Hospital. *J Korean Acad Fam Med,. 15(6),* 322-329.

Lee, S. H., Kim, J. S., Hwang, M. J., Hwang, B. D., & Park, Y. J. (1998). The survey of attitude on the ethical problem associated with DNR of the clinical nurses. *Clinical Nurses Research, 4(1),* 147-161.

Lee, Y. S. (2002). A Guide for Healthcare Ethics in the Life-Prolonging Therapy for Death Impending Patient. *Starting & Public Hearing of Korea Medical Ethics Evaluation Organization's Association.* 7-19.

Puma J. L., Silverstein M. D., Stocking C. B., Roland D, Siegler M. (1988). Life-Sustaining Treatment. *intern Med, 148,* 2193-2198.

Sharman D. A. (1995). Critical Care Nurses' perception of appropriate care of the patient with orders not to resuscitate. *Heart & Lung, 24(4),* 321-329.

Sharon G., James P. (1992). DNR or CPR-the choices is ours. *Crit Care Med, 20(9),* 1263-1272.

Son, Myeong-Sae(1998). Ethics & legality of Ceasing a Medical Treatment. *Newsletter of Korea Doctor's Association. 4(7),* 707-711.

Tittle, M. B., Moody, L., & Becker, M. P. (1991). Preliminary Developmet of Two Predictive Models for DNR Patients in Intensive Care. IMAGE: *J Nurs Scholarsh, 23(3),* 140-144.

Tomlinson, T., & Czlonka, D. Futility and hospital policy. *Hastings Center Report, 25(3),* 28-35, 1995.

Um, Y. R.,(1994). *Ethical problems experienced by nurses in the care of Terminaliy ill patients.* A Thesis of Doctor's Degree of Seoul University, Seoul.

Wilson, M. (1996). Highlighting the Role of Policy in Nursing Practice Through a Comparison of "DNR" Policy Influences and 'NO CPR' Decision Influences. *Nurs Outlook, 44(6),* 272-279.

Yarling. R. R. & McElmurry, B. J. (1986). The moral foundation of nursing, *J Adv Nurs Scien, 2,* 63-73.

Younger S. J., Lewandowski W, McClish D. K., et al (1985). "Do not resuscitate" orders: Incidence and implications in a meadical intensive care unit. *J Am Med Assoc, 253,* 54-57.

Younger, S. J. (1995). Beyond DNR : Fine-tuning end-of-life decision making. *Neurology, 45,* 615-616.

Yun, Y. H. (2002). Essay on Current Issue. Wish for a Death with Dignity. *Jung-ang daily newspaper, Dec.* 12.

-Abstract-

Key words : DNR(Do-Not-Resuscitate), Awareness, Experience

Awareness and Experience of Nurses and Physicians on DNR*

*Kang, Hyun Im** · Yom, Young Hee****

Purpose: To examine the awareness and experiences of nurses and physicians on DNR.

Method: The sample contained of 199 nurses and 98 physicians. The Instrument used in this study was The Nurses' Understanding and Attitude on DNR(AEDNR) developed by the Han et al and revised by the research the AEDNR included 29 items.

Result: About 97.3% of them feel the necessity of DNR, Majority of subject(78.8%) have practiced DNR by the demand of 'the patient's family' and 91.8% of them made a medical record at the time they carried out DNR. There were no significant differences in their perceived necessity of DNR between nurses and physicians.

Conclusion: This study can be a basis for making objective standards educational, ethical, and legal issues concerning DNR.

*Master's Thesis, Graduate School, Hallym University

**Charge Nurse, Chunchon Sacred Heart Hospital

***Associate Professor, Department of Nursing, Hallym University