

주요용어 : DNR, DNR 경험, DNR 인지도

DNR(Do-Not-Resuscitate)에 대한 의사와 간호사의 경험 및 인지도*

한성숙**

I. 서론

1. 연구의 필요성

CPR(Cardiopulmonary Resuscitation)은 1960년대에 심장 정지 혹은 호흡 불능으로 인한 심장돌연사에 이용할 목적으로 개발되어 이후 만성질환으로 인한 사망을 포함한 모든 사망의 표준이 되었다. 그러나 생명과학과 의료기술의 발전으로 인간 생명의 인위적인 연장이 가능하게 됨에 따라서 회복 가능성이 없는 말기 환자들이 고통을 받으며 단순히 생명을 연장하는 것보다 환자의 삶의 질을 고려할 때 치료를 중단하는 것이 낫다는 견해도 생겨나게 되었다(김상희, 1999). 미국의 경우 1974년 미국의학협회에서 CPR이 적용되지 않는 경우를 제시한 이후, "Orders not to resuscitate"(Rabkin, Gillerman & Rice, 1976), "Do not resuscitate order"(Miles, Cranford, & Schultz, 1982)라는 용어를 사용하면서 DNR 지시가 공론화되었고, 1988년 뉴욕 주를 필두로 적절한 소생술의 사용에 대한 지침을 입법화 하였다(Ebell & Eaton, 1992).

의사의 정확한 판단과 치료 지속 여부에 대한 환자의 자기 결정권이 충분히 보장된다면 회복할 가망이 없는 환자를 언제까지 치료할 것인가 하는 문제는 원칙적으로 그리 까다롭지 않은 것처럼 여겨진다. 그러나 '현실'은 '원칙'보다 훨씬 복잡하여 치료 중단을 둘러싸고 윤리적 차원에서 뿐만 아니라 법적인 차원에서도 많은 문제가 발생한다(황상익, 1998). 실제로 DNR의 실시는 환자에게 최선의 의료를 제공하여야 하는 건강관리 전문인의 의무인 생명 유지와 보존의 의무를 포기하고, 치료의 중단이나 보류를 가져오는 결정으로 환자의 삶을 포기

하게 하는 결과를 초래할 수 있기 때문에 그 결정은 매우 신중히 해야 한다(장상욱, 2000).

이러한 심폐소생술금지 는 안락사와는 구별하여 환자의 '존엄한 죽음(death with dignity)을 선택할 권리'로 인정하고 있는 것이 일반적인 추세이다. 그러나 DNR 결정이 항상 '존엄한 죽음을 선택할 권리'를 보장해 주는 것은 아니며 치료의 중단이나 보류로 인한 여러 가지 법적, 윤리적 쟁점의 소지를 유발하게 되며 종종 치료자와 가족들 간의 상충된 의견으로 인하여 갈등이 유발되기도 한다(손명세, 1998; 엄영란, 1994). 그러나 무의미한 생명 연장, 가족들의 부담감 등과 함께 '개인'을 최우선으로 보는 윤리관의 도입으로 '자신의 죽음에 대한 자기 결정권(self-determination)'이 중요한 문제로 대두되기 시작하였다.

외국의 경우 윤리위원회의 논의를 거쳐 결정하거나 의사, 간호사, 환자, 보호자가 참여한 가운데 많은 토론과정을 거쳐 결정하기도 하며 병원마다 DNR에 대한 정책과 원칙을 마련하여 준수한다(김상희, 1999). 또한 DNR 지시와 관련된 연구들이 다수 있으며, 지시서를 개발하여 활용하는 곳이 많은 편이다(Anderson-Shaw, 2003; Heffner, Babieri & Casey, 1996; Jayers, Zimmerman, Wagner, Draper, & Knaus, 1993; Layson, 1996; Simpson, 1993). 미국에서는 각 주마다 각기 다양한 종류의 프로그램들이 존재하지만 일반적인 공통점으로는 DNR 대상자를 신속히 파악할 수 있는 표준화된 서식, DNR 대상자임을 나타내는 표식(메달, 팔찌, 목걸이 등)을 사용하며, DNR 지시서에 서명을 통한 의사의 참여, 안위 간호 제공, 적절한 의사에게 의뢰 요구 등을 들 수 있다.

그러나 우리나라에서는 DNR에 대한 지시서나 요청서도 소수의 병원에서만 사용하고 있으며, DNR에 대한 기준이나 지침이 제시되지 못하고 담당 의사와 가족의 주관적인 판단에 따라 이루어지는 것이 대부분이며, 의사들이 환자에게 구체적으로 행하는 치료의 범위도 일관적이지 못하다(이순행, 김정

*이 연구는 2004년도 가톨릭대학교 간호대학 성의학술연구비를 지원받아 시행한 연구임

**가톨릭대학교 간호대학 교수

숙, 황문정, 황버들, 박운정, 1998). 또한 DNR과 관련된 연구들이 소수 진행되었으나 최근에는 DNR에 대한 의사들과 간호사들의 인식 및 태도(이순행 등, 1998; 한성숙, 한미현, 용진선, 2001, 2003)에 대한 연구가 있었고, 종합병원에서의 "DNR" 명령(김진윤과 조형상, 1990), DNR이 결정된 환자에 대한 고찰(정성필, 윤천재, 오진호, 윤수영, 장문준, 이한식, 1997), 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지 지시에 관한 경험과 태도 조사(이중근, 조경희, 원종욱, 이혜리, 1994), 말기환자의 DNR 결정에 대한 고찰(김상희, 1999), 중환자실 DNR(Do-Not-Resuscitate) 환자가족의 경험과 DNR 결정 후 간호 및 치료의 변화(장상욱, 2000)들이 있었다. 지금까지의 연구를 볼 때 의사들과 간호사들의 DNR에 대한 인식 및 태도를 각각 조사한 연구는 있지만 두 그룹을 비교한 연구는 없었다.

이에 본 연구자는 의사와 간호사들의 DNR에 대한 경험과 인지도를 비교하여 DNR의 제도화와 정책 마련을 위한 기초 지식을 제공하고 의료인들의 윤리교육에 도움이 되고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 의사와 간호사를 대상으로 DNR에 대한 경험과 인식을 비교하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 첫째, 기관의 일반적 사항을 알아본다.
- 둘째, 대상자의 DNR과 관련된 인식 및 태도를 조사한다.
- 셋째, 의사와 간호사의 DNR에 대한 인지도를 비교 한다.
- 넷째, 기관의 종교와 병상 수에 따른 DNR 인지도의 차이를 분석한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 DNR과 관련된 의사와 간호사의 경험과 인지도를 조사하기 위해 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 DNR이나 CPR의 발생이 높으리라 예상되는 전국에 있는 대학부속 병원 및 100병상 이상의 종합병원을 간호수첩을 참고하여 70곳을 선정하였으며, DNR에 대한 경험이 많을 것으로 예상되는 중환자실 계열의 의사와 간호사

를 임의 표집하여 128매의 설문지를 배부하여 110명으로부터 자료가 회수되었다.

3. 연구도구

본 연구의 도구는 연구자가 기존의 문헌을 종합적으로 고찰하고 검토하여 작성하였으며, 간호윤리를 가르치는 3명의 학자의 검토를 통해 내용의 타당성을 검증 받았다. 설문지 구성은 기관의 일반적 사항 2문항, DNR의 경험 5문항, DNR 인식 및 태도와 관련된 8문항, 기관 및 대상자의 DNR 서식 관련 4문항으로 총 19문항으로 구성되었다. 본 설문지의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이다.

4. 자료수집 및 분석

자료수집 기간은 2004년 7월 15일부터 10월 30일까지였으며, 128매의 설문지를 배부하여 의사 55명, 간호사 55명 총 110명의 자료가 회수(86%)되었다. 수집된 자료는 SAS program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 기관의 일반적 사항은 실수와 백분율로 분석한다.
- 2) 대상자의 DNR과 관련된 인식 및 태도는 실수와 백분율로 분석하였다.
- 3) 의사와 간호사의 DNR에 대한 인지도 비교는 X^2 -test로 분석하였다.
- 4) 기관의 종교와 병상 수에 따른 DNR에 대한 인지도는 실수와 백분율로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 기관의 일반적 사항

대상자가 근무하는 병원의 병상 수는 500병상 이상이 100명(90.91%), 250~500병상 미만이 8명(7.27%), 100~250병상 미만이 2명(1.82%)이고 100병상 미만의 기관에서 근무하는 대상자는 없었다. 기관의 종교계열은 가톨릭 77명(70.64%), 기독교 12명(11.01%), 무교 11명(10.09%), 불교 3명(2.75%) 순이었다 <표 1>.

2. 대상자의 DNR과 관련된 인식 및 태도

상황에 따라서 DNR이 필요하다고 응답한 대상자가 107명

<표 1> 기관의 일반적 사항

문항	응답	N	(%)
귀하의 병원의 병상수	100미만	0	(0.00)
	100 이상~250 미만	2	(1.82)
	250 이상~500 미만	8	(7.27)
	500 이상	100	(90.91)
귀하의 병원의 종교계열	가톨릭	77	(70.64)
	기독교	12	(11.01)
	불교	3	(2.75)
	무교	11	(10.09)
	기타	6	(5.51)

(97.27%), 필요하지 않다는 응답이 3명(2.73%)으로 상황에 따라서 DNR이 필요하다는 의견이 많았으며, 그 주된 이유로는 '많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에' 74명(59.20%), '편안하고 품위 있는 죽음을 위해' 44명(35.20%), '경제적 부담이 커지기 때문에' 4명(3.20%), '고령이기 때문에' 3명(2.40%) 순으로 나타났다. 또한 환자 및 그 가족에게 DNR에 대한 설명이 필요하다는 대상자가 105명(97.22%), 필요하지 않다는 대상자가 3명(2.78%)으로 중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR에 대해 설명을 해야 한다는 의견이 더 많았다. DNR 결정 후 발생된 문제점으로는 '치료와 간호의 소홀함'이 40명(44.44%), '최선을 다하지 않음으로 인한 죄책감' 19명(21.11%), '문제없음' 18명(20.00%), '가족 의견 불일치' 6명(6.67%) 순이었다.

한편 DNR이 이미 결정된 환자에게서 CPR이 이루어진 경험이 있는 대상자가 73명(71.57%), 경험이 없는 대상자가 29명(28.43%)로 DNR이 이미 결정된 환자에게서 CPR이 이루어진 경험이 있는 대상자가 더 많았는데 그 이유로는 '가족, 친지들이 임종을 보기 위해서' 54명(50.94%), '보호자가 DNR 결정을 번복한 경우' 22명(20.76%), 'DNR 결정 후 의료인의 의사소통이 안 되어서' 18명(16.98%), '법적 문제의 소지가 있어서' 6명(5.66%) 순으로 나타났다<표 2>.

3. 의사와 간호사의 DNR에 대한 인지도 비교

DNR의 결정에 관하여 '환자의 의지'라고 응답한 의사가 9명(13.85%), 간호사가 18명(30.00%)으로 간호사들은 환자의 의

지로 DNR 결정을 내려야 한다($P=.046$)고 생각하는 반면, '가족, 주치의 합의에 의해'라고 응답한 의사가 29명(44.62%), 간호사가 14명(23.33%)으로 의사들은 가족과 주치의 합의하에 DNR 결정을 내려야 한다($P=.0034$)고 생각하는 것으로 나타나, 의사, 간호사 그룹 간에 유의한 차이를 보였다. DNR과 관련된 교육 경험에서는 교육을 받은 적이 있다고 답한 간호사가 27명(49.09%), 의사가 10명(18.18%)으로 간호사군이 의사군보다 DNR 관련 교육을 더 많이 받은 것으로 나타났다($P=.0006$). DNR과 관련된 설명이 DNR을 원하는 사람을 증가시킬 것이라는 생각에 의사는 '예' 42명(79.25%), '아니오' 5명(9.43%), '모르겠다' 6명(11.32%)으로 응답한 반면, 간호사는 '예' 31명(56.36%), '아니오' 5명(9.09%), '모르겠다' 19명(34.55%)으로 응답하여 의사, 간호사 그룹 간에 유의한 차이($P=.0151$)를 보였다<표 3>.

4. 기관의 종교에 따른 DNR에 대한 인지도

기관의 종교에 따른 대상자의 DNR에 대한 인지도를 비교하여 보면 가톨릭계 기관에서 근무하는 대상자들이 다른 종교계 기관에서 근무하는 대상자들 보다 상황에 따라서 DNR이 필요하다고 생각하며($P=.0002$), DNR을 실행한 경우도 많은($P=.0001$) 반면, DNR과 관련된 양식을 사용하지 않고 있는 것으로 나타났다($P=.0005$)<표 4>.

<표 2> 대상자의 DNR과 관련된 인식 및 태도

문항	응답	N	(%)
상황에 따라서 DNR이 필요한지	그렇다	107	(97.27)
	그렇지 않다	3	(2.73)
DNR이 필요하다면 가장 주된 이유	편안하고 품위 있는 죽음을 위해	44	(35.20)
	경제적 부담이 커지기 때문에	4	(3.20)
	많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에	74	(59.20)
	고령이기 때문에	3	(2.40)
	기타	0	(0.00)
중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR에 관해 설명을 해야 하는지	예	105	(97.22)
	아니오	3	(2.78)
DNR을 결정한 후 있었던 문제	치료와 간호의 소홀함	40	(44.44)
	최선을 다하지 않음으로 인한 죄책감	19	(21.11)
	가족 의견 불일치	6	(6.67)
	문제없음	18	(20.00)
	기타	7	(7.78)
DNR이 이미 결정된 환자에게 CPR이 이루어진 사례 경험 여부	예	73	(71.57)
	아니오	29	(28.43)
DNR이 이미 결정된 환자에게 CPR을 했다면 그 이유는?	DNR 결정 후 의료인의 의사소통이 안 되어서	18	(16.98)
	보호자가 DNR 결정을 번복한 경우	22	(20.76)
	가족, 친지들이 임종을 보기 위해서	54	(50.94)
	법적 문제의 소지가 있어서	6	(5.66)
	기타	6	(5.66)

<표 3> 의사와 간호사의 DNR에 대한 인지도 비교

문항	응답	의사(55명)		간호사(55명)		X ²	P
		N	(%)	N	(%)		
DNR의 결정은 누가, 어떤 형태로 해야 하는가?	환자의 의지	9	(13.85)	18	(30.00)	3.9759	.0462*
	가족의 의지	1	(1.54)	1	(1.67)	0.0000	1.0000
	환자와 가족의 의지	17	(26.15)	23	(38.33)	1.4143	0.2343
	가족, 주치의 합의에 의해	29	(44.62)	14	(23.33)	8.5908	0.0034***
	주치의 및 전문의의 회의로 결정	5	(7.69)	3	(5.00)	0.5392	0.4628
	병원의 위원회의 결정	4	(6.15)	1	(1.67)	1.8857	0.1697
DNR에 관해 설명을 한다면 적절한 시기는 언제인지	말기질병으로 입원한 경우 입원 즉시	50	(62.50)	46	(58.23)	0.1478	0.7006
	중환자실로 옮긴 후	7	(8.75)	6	(7.59)	0.0872	0.7677
	혼수상태에 빠졌을 때	13	(16.25)	11	(13.92)	0.2132	0.6443
	자발적인 호흡이 정지했을 때	6	(7.50)	11	(13.92)	1.7394	0.1872
	환자가 회복 불가능하다고 판단 될 때	4	(5.00)	5	(6.33)	0.1210	0.7279
	DNR에 관한 교육을 받은 적이 있는지?	있다	10	(18.18)	27	(49.09)	11.7697
없다		45	(81.82)	28	(50.91)		
상황에 따라서 DNR이 필요 한지	그렇다	54	(98.18)	53	(96.36)	0.3427	0.5583
	그렇지 않다	1	(1.82)	2	(3.64)		
DNR을 실행한 적이 있는지	있다	50	(94.34)	51	(94.44)	0.0006	0.9812
	없다	3	(5.66)	3	(5.56)		
DNR 결정에 관하여 환자나 가족으로부터 상담요청을 받은 적이 있는지	예	41	(75.93)	34	(64.15)	1.7691	0.1835
	아니오	13	(24.07)	19	(35.85)		
중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR에 관해 설명을 해야 하는지	예	52	(96.30)	53	(98.15)	0.3429	0.5582
	아니오	2	(3.70)	1	(1.85)		
만일 설명을 하게 되면 DNR을 원하는 사람이 증가 할 것이라고 생각 하는지	예	42	(79.25)	31	(56.36)	8.3834	0.0151*
	아니오	5	(9.43)	5	(9.09)		
	모르겠다	6	(11.32)	19	(34.55)		
DNR의 시행을 위해서 문서화된 지침서가 병원에서 제정되어야 한다고 생각하는지	예	48	(88.89)	51	(92.73)	0.7485	0.6878
	아니오	2	(3.70)	2	(3.64)		
	모르겠다	4	(7.41)	2	(3.64)		
귀하의 병원에는 DNR에 관련된 양식을 사용하고 있는지	있다	5	(9.62)	4	(7.27)	0.1904	0.6626
	없다	47	(90.38)	51	(92.73)		
DNR 관련 지침서가 귀하의 병원에서 사용되고 있는지	있다	1	(2.04)	1	(1.92)	0.0018	0.9661
	없다	48	(97.96)	51	(98.08)		

<표 4> 기관의 종교에 따른 DNR에 대한 인지도 비교

문항	응답	가톨릭		기독교		불교		기타		무교		X ²	P
		N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)		
상황에 따라서 DNR이 필요하다고 생각하십니까?	그렇다	67	(71.70)	12	(11.32)	3	(2.83)	4	(3.77)	11	(10.38)	22.3081	0.0002***
	그렇지 않다	1	(33.33)	0	(0.00)	0	(0.00)	2	(66.67)	0	(0.00)		
DNR을 실행한 적이 있습니까?	있다	73	(73.00)	11	(11.00)	1	(1.00)	4	(4.00)	11	(11.00)	32.0921	<.0001***
	없다	2	(33.33)	0	(0.00)	2	(33.33)	2	(33.33)	0	(0.00)		
귀하의 병원에는 DNR에 관련된 양식을 사용하고 있습니까?	있다	3	(33.33)	5	(55.56)	0	(0.00)	0	(0.00)	1	(11.11)	19.8101	0.0005***
	없다	72	(74.23)	7	(7.22)	3	(3.09)	6	(6.19)	9	(9.28)		

5. 기관의 병상 수에 따른 DNR에 대한 인지도

기관의 병상 수에 따른 대상자들의 DNR에 대한 인지도를 비교하여 보면 500병상 이상의 기관에서 근무하는 대상자들이 500병상 미만의 기관의 대상자들 보다 DNR 시행을 위한 문서화된 지침서가 제정되어야 한다고 생각하는 것으로 나타났다 (P=.0207)<표 5>.

IV. 논의

우리나라의 연구에 의하면 응급센터 내에서의 DNR 결정은 72%의 의료진이 주도하고 있으며, 72%의 경우 문서화하지 않은 채 시행되었다(정성필 등, 1997). 우리나라는 외국에 비해 환자의 의견을 묻기보다 보호자의 의견에 의존하여 결정하며, 환자의 존엄한 죽음을 위해 심폐소생술금지를 고려하기 보다는 CPR의 대상을 놓치지 않으려는 의학적 엄격성이 우세하

고, 심폐소생술금지 개념에 대한 인식이 의료인들 사이에 다소 떨어진다(이중근 등, 1994)는 보고가 있다.

본 연구에서 대상자의 DNR과 관련된 인식 및 태도에서 상황에 따라서 DNR이 필요하다고 응답한 대상자가 97.27%, 환자 및 그 가족에게 DNR에 대한 설명이 필요하다고 응답한 대상자가 97.22%였다. 그 주된 이유로는 ‘많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문에’ 59.2%, ‘편안하고 품위 있는 죽음을 위해서’ 35.20%이었으며, ‘경제적 부담’과 ‘고령’은 중요한 요인이 되지 않았다. 한성숙 등(2001, 2003)의 연구에서도 간호사들은 93.1%가, 의사들은 94.4%가 상황에 따라서 DNR이 필요하다고 응답하였으며, DNR이 필요한 이유로는 본 연구와 같은 결과였다. 그러나 김상희(1999)의 연구에서는 말기 암환자에게서 DNR 결정과정에 영향을 미치는 요인으로 고령, 질병의 위중도, CPR의 무용성, 긴 유병기간, 경제적인 부담감이라 하여 본 연구와는 차이가 있었다. 외국의 경우에도 회복이 불가능하리라는 의학적 판단이 DNR 결정의 근거가 되고 있

<표 5> 기관의 병상 수에 따른 DNR에 대한 인지도 비교

문항	응답	100병상 이상~250병상 미만		250병상 이상~500병상 미만		500병상 이상		X ²	P
		N	(%)	N	(%)	N	(%)		
DNR의 시행을 위해서는 문서화된 지침서가 병원에서 제정되어야 한다고 생각하십니까?	예	2	(2.02)	6	(6.06)	91	(91.92)	11.5842	0.0207*
	아니오	0	(0.00)	2	(50.00)	2	(50.00)		
	모르겠다	0	(0.00)	0	(0.00)	6	(100.00)		

며, 문헌에 나타난 심폐소생술금지 지시의 적절한 적용 대상을 보면 첫째, 의학적인 이익이 없는 환자, 둘째, 심폐소생술 이후의 삶의 질이 수용하기 어려울 때, 셋째, 심폐소생술을 하기 전의 삶의 질이 나쁠 때라고 하였다(Tomlinson & Czlonka, 1995).

DNR 결정 후의 문제점으로는 '치료와 간호의 소홀함(44.44%)', '최선을 다 하지 않음으로 인한 죄책감(21.11%)' 등으로 나타났다. DNR은 신체적, 정신적, 영적으로 환자를 포기하는 것을 의미하는 것이 아니며 최대한의 배려로 편안함과 진정한 가치를 주는 것이어야 한다(Stuart, 1995). 그러므로 DNR 지시가 있어도 이 지시가 환자를 단념하는 것이 아님을 환자와 보호자에게 충분히 설명하여야 하며 심폐소생술을 적용하지 않는 환자라도 기본간호는 끝까지 제공하여야 한다. 또한 치료의 선택과 수준은 계속적으로 환자에게서 얻어지는 임상정보와 환자의 현재 상태를 보면서 결정하여야 한다(김진윤과 조형상, 1990). 김상희(1999). 환자를 배제한 DNR 결정이 추후 가족과 의료인의 죄책감을 야기하거나, 가족간 갈등을 일으킬 소지가 있으며, 환자의 자율성을 존중하는 DNR 결정의 배경에도 위배되어 문제를 일으킬 소지가 있으므로 환자가 삶의 의지가 있을 때 특수한 치료 즉 소생술, 항생제, 수액, 영양 등에 대한 선호도를 미리 파악해 두는 것이 필요하다(김성열, 2001). 임종을 앞둔 환자의 경우 의료진이 그 환자를 접촉하는 일을 꺼리는 경향이 있으며, DNR이 결정된 환자에게서도 진료의 적극성이 떨어지고 상대적으로 '해줄 것이 많은' 다른 환자의 치료에 적극성을 띄게 될 것이다. 그러므로 DNR과 관련된 정책을 만들 때는 DNR이 결정되더라도 진료를 소홀히해서는 안 된다고 선언만 할 것이 아니라 DNR 결정 이후의 치료에 대해서도 구체적이고 시행 가능한 지침을 마련하여야 할 것이다(한성숙 등, 2003).

또한 DNR이 이미 결정된 환자에게서 CPR이 진행된 경험이 있는 대상자가 71.57%나 되었다. 그 이유로는 '가족, 친지들이 임종을 보기 위해서(50.94%)', '보호자가 DNR결정을 번복한 경우(20.97%)', 'DNR결정 후 의료인의 의사소통이 안 되어서'(16.98%), '법적 문제의 소지가 있어서'(5.66%) 순으로 나타났다. 의사들만을 대상으로 한 한성숙 등(2003)의 연구에서는 'DNR 결정이 된 것에 대해 의료인들 간에 의사소통이 잘 안되어서'가 가장 많았고(33.2%), '보호자들이 DNR결정을 번복한 경우'(18.2%), '가족 및 친지들이 환자의 임종을 보기 위해서'(15.2%), '법적인 문제의 소지가 있어서'(15.2%) 순으로 보고하여 본 연구와는 차이가 있었다. 이종근 등(1994)의 연구에서도 DNR 환자에게 CPR을 진행한 이유는 '보호자가 없어서',

'보호자가 다시 소생술을 원해서', '아무것도 안 할 수 없어서' 등이었다. 특히 병원 내 의사소통이 안 된 구체적인 사례는 '기록이 되어 있지 않아서', '환자에 대한 의료인의 정보교환이 부족해서', '의료인이 DNR 환자임을 잊어서', '병동에서 DNR 결정을 알지 못하고 방송을 하여서' 등의 이유로 DNR 결정이 된 환자가 심폐소생술을 하게 된 사례가 많은 것으로 보고되었다. 이러한 결과들은 대부분 DNR 지침서나 지시서(order)가 없기 때문에 더 자주 발생한다고 사료된다. 한편 가족이 임종을 지켜보아야 한다는 이유로 DNR 결정이 된 환자에게서 심폐소생술이 이루어지는 사례는 매우 독특한데 그것은 임종을 지켜야 한다는 우리나라의 문화에서만 가능한 일로 생각된다(한성숙 등, 2003). 서양식 윤리적 사고에서 비윤리적인 행위라고 판단할 수 있는 '무익한 치료(futile treatment)'를 환자에게 강요하는 것으로 볼 수 있지만, 우리나라의 독특한 문화 내지 인간에 대한 효와 사랑으로 볼 수도 있어 앞으로 추가 연구가 필요한 부분이라고 제안하였다(한성숙 등, 2003).

의사와 간호사의 DNR에 대한 인지도 비교에서는 DNR 결정에서 '환자의 의지'에 따라 결정 한다고 응답한 의사는 13.9%인 반면 간호사는 30.0%로 나타났고, '가족, 주치의에 의해'라고 응답한 의사가 44.62%, 간호사가 29.33%로 나타나 두 그룹 간에 유의한 차이가 있었다. 이는 의사들 보다 간호사들이 환자의 자율적인 결정을 중요시하고 환자의 입장을 더 생각하는 것으로 사료된다. DNR의 근본 취지는 환자의 자율성과 존엄하게 죽을 권리의 측면을 존중하는 것에서 시작된다(이종근 등, 1994). '우리나라의 경우 가족의 결정을 환자 자신의 결정과 같다고 짐작하거나, 최소한 환자의 이익을 위해 보호자가 대신하여 결정을 한다고 믿어' 온 경향이 있다(손명세, 1998). 이것은 환자의 자기 결정권을 존중하여 환자가 심폐소생술을 원하지 않으면 하지 않는다는 DNR의 정신과 정면으로 대치되는 것이다. DNR과 관련된 교육 경험에서는 교육을 받은 적이 있다고 응답한 간호사가 40.9%, 의사가 18.18%로 의사그룹 보다는 간호사그룹이 DNR교육을 더 많이 받은 것으로 나타났다. 그러나 두 그룹 모두 DNR에 대한 교육을 충분하게 받아야만 DNR 지시가 내린 환자에 대한 관리가 제대로 이루어질 것이다. 'DNR에 관해 설명을 한다면 적절한 시기는 언제라고 생각하십니까?'라는 질문에 '말기질병으로 입원한 경우 즉시'라고 응답한 의사가 62.5%, 간호사가 58.23%로 두 그룹간의 차이가 없어 말기환자가 입원한 경우에는 즉시 DNR에 대한 설명을 해주는 것이 환자 자신과 보호자에게도 앞날을 미리 준비 시키는 것이 된다는 점에 서로 의견이 일치함을 알 수 있다. 또한 DNR 시행을 위해서는 문서화된 지침서가 병원

에 제정되어야 한다고 답하였으며, 병원에서 DNR에 관련된 양식과 지침서를 사용하는지에 대한 질문에서도 두 그룹 모두에서 소수의 병원 외는 사용하지 않는다고 응답하여 의사, 간호사 그룹의 의견이 일치함을 알 수 있었다.

기관의 종교에 따른 대상자의 DNR에 대한 인지도 비교에서 가톨릭계 기관의 대상자들이 다른 종교 기관 대상자들 보다 상황에 따라서 DNR이 필요하다고 생각하고 있으며 DNR을 실행한 경우도 많았다. 어떤 치료가 환자에게 전혀 도움이 되지 않을 때 그 치료는 의무적이라고 할 수 없고 '무의미한 혹은 불필요한 치료(futile 혹은 pointless)'가 된다. 가톨릭교회에서는 회복이 불가능한 질병을 앓고 있는 환자의 경우 비정상적 치료법(extraordinary treatment)을 사용하는 것이 의무가 아니라고 하였다. 즉 "환자의 조건으로 보아 이미 필요하지 않은 것으로 보이는 특정한 의료 행위를 그만두기로 하는 결정, 즉, 전통적인 표현으로 말하자면 '예외적인 요법을 포기하는 결정'이라고 하였다. 그러므로 이것은 환자로 하여금 죽도록 내버려 두기로 결정하는 것을 의미함이 아니라, 사려와 분별에 근거한 합리적인 과정에 따라 적절히 기술적인 수단을 사용하는 것"을 의미 한다(교황청 인간개발위원회, 1981)고 하였다. 또한 "사용되는 수단에도 불구하고 회피할 수 없는 죽음이 임박할 때, 불확실하고 고통스러운 생명의 연장만을 가져다 주는 치료법을 거부할 수 있는 결정은 양심 안에서 허용 된다"(사목, 1980) 고 하였다. 이와 같이 가톨릭에서는 무의미한 치료 행위의 중단 문제도 말기 환자의 인간적 품위를 지닌 죽음과 매우 밀접한 관련이 있다. 단순히 죽음의 시간만을 연장시키기 위한 치료 행위라면 그것은 치료 행위라기보다는 오히려 환자에게 가해지는 고문일 수도 있기 때문에, 그 행위 자체는 인간적이라기보다는 비인간적일 수 있다는 것이다(이동익 등, 2004).

기관의 병상 수에 따른 DNR에 대한 인지도 비교에서 500병상 이상(91.92%)의 기관에서 근무하는 대상자들이 500병상 미만의 기관에서 근무하는 대상자들 보다 DNR 시행을 위한 문서화된 지침서가 제정되어야 한다고 하였다. DNR 대상자는 대부분 말기 환자일 경우가 많으므로 500병상 이상의 종합병원에서 대부분의 환자들이 입원치료를 받을 것이며, 환자의 중증도가 높아 DNR을 비교적 자주 시행할 것이라 판단되므로 자주 발생하는 DNR 환자를 관리함에 있어 문서화된 지침서가 마련되면 의사결정의 갈등이나 법적인 문제에 대한 우려 등은 해소될 수 있을 것이다. 그러나 DNR 대상자가 있을 때 입원하자마자 '갑자기 심폐정지가 발생하였을 경우 심폐소생술을 바라지 않는다'고 기재된 서류를 들고 가서 서명을 받는 것은 또

다른 윤리적인 딜레마를 발생시킬 것이다. 더구나 환자의 생각은 자주 바뀌므로 DNR 지침서가 개발되면 주기적으로 환자의 의사를 재확인 하는 방법이 포함되는 것도 바람직할 것이다(한성숙 등, 2003).

우리나라에서는 DNR 지시서가 소수의 병원에서 사용되고 있었고 그 형식에서도 차이가 있다. 지침서(guideline)가 있는 기관은 없는 것으로 파악되어 DNR 지침서 개발이 시급함을 알 수 있다(한성숙 등, 2005). 미국에서는 심장표준협회(1974)에서 처음으로 DNR 결정의 지침을 규정하였고, 이 일반적인 지침이 소개된 후 DNR 결정에 대한 지침이 정기적으로 개정되고 있다(Roger & Zimmerman, 1993). 우리나라에서도 빠른 시일 내에 DNR 지침서를 만들어 적용시키는 것이 무엇보다 시급한 과제라고 사료된다. 그러나 실제 DNR이 시행되고 있는 임상에서도 환자의 자기 결정권이라는 개념은 희박하고 주로 의사와 보호자의 의사에 따른 결정을 하게 된다. 따라서 우리나라의 경우 환자의 자기 결정권을 내세운 DNR 정책은 쉽게 수용되기 어려울 것이므로 DNR 지침서를 개발할 때에는 이러한 문화적인 특성을 고려해야 할 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 DNR과 관련된 의사와 간호사의 인지도를 조사하고 DNR 지시서 서식 및 지침서의 유무를 알아보기 위해 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

본 연구의 목적은 의사와 간호사를 대상으로 DNR에 대한 태도 및 인지도를 알아보기 위함이다.

본 연구의 대상은 70개의 대학 병원과 종합병원 중환자계열에서 근무하는 의사 및 간호사들로서 총 110명이었다. 자료수집 기간은 2004년 7월 15일부터 10월 30일까지였으며, 수집된 자료는 SAS program을 이용하여 실수와 백분율을 구하였고, X2-test로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. DNR이 상황에 따라 필요하다고 응답한 대상자가 97.27%, DNR이 필요한 이유로는 '많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문'이 59.20%, '편안하고 품위 있는 죽음을 위해서'가 35.20%이었고, 대상자의 97.2%가 중환자와 말기 환자 및 그 가족에게 DNR에 관한 설명을 해야 한다고 했다.
2. DNR 결정 후의 문제점으로는 '치료와 간호의 소홀함'이 44.44%, '최선을 다 하지 않음으로 인한 죄책감'이 21.11%

이었고, DNR 결정 후 CPR을 시행한 사례는 71.57%이었다.

3. DNR이 결정된 환자에게 CPR을 시행한 이유로는 ‘가족, 친지들이 임종을 보기 위해서’가 50.94%, ‘보호자가 DNR을 반복한 경우’가 20.76%, ‘DNR 결정 후 의사소통이 안 되어서’가 16.98%이었다.
4. DNR의 결정은 누가 해야 하는가에 대하여 의사 그룹은 ‘가족, 주치의 합의에 의해서’(P=.0034), 간호사 그룹은 ‘환자의 의지’를(P=0.046) 더 많이 선택하여 의사와 간호사그룹 간에 차이가 있었으며, ‘DNR에 관한 교육을 받았는가?’(P=0.0006)와, ‘만일 설명을 하면 DNR을 원하는 사람이 증가합니까?’(P=0.015)에서 두 그룹 간에 차이가 보였다.
5. 가톨릭계 기관에서는 상황에 따라서 DNR이 필요하다는 응답이 71.7%, DNR을 시행한 적이 있다는 응답이 73%이었다.
6. 500병상 이상의 기관에서 91.92%가 DNR 시행을 위한 문서화된 지침서가 제정되어야 한다고 하였다.

본 연구결과 현재 임상에서 요구되는 것은 DNR에 대한 지속적인 교육, DNR에 대한 공식적인 수행 절차 마련, 즉 DNR에 대한 지시서 및 지침서 개발이라고 생각된다. 본 연구의 한계는 표본 수가 너무 적어 일반화하기 어려운 점에 있다.

참 고 문 헌

김상희(1999). 말기환자의 DNR(Do-Not Resuscitate) 결정에 대한 고찰. *간호학탐구*, 8(2), 80-90.

김성열(2001). *DNR이 결정된 무의식 환자 가족의 경험에 관한 연구*. 고려대학교 대학원 석사 학위 논문.

김진운, 조형상(1990). 종합병원에서의 “Do Not Resuscitate” 명령 - DNR order-. *대한구급학회지*, 제5권 제1호, 5-11.

손명세(1998). 치료중단의 윤리문제와 법적 장치. *대한의사협회지*, 41(7), 707-711.

엄영란(1994). *말기 환자 간호에서 간호사가 경험하는 윤리 문제에 관한 연구 -사례 분석적 접근*. 서울대학교 박사학위논문.

이동익, 김정우 외 지음(2004). *생명공학과 가톨릭 윤리*. 가톨릭대학교 출판부.

이순행, 김정숙, 황문정, 황버들, 박윤정(1998). 임상간호사의

DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도 조사. *임상간호연구*, 4(1), 147-161.

이중근, 조경희, 원종옥, 이혜리(1994). 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지지시서에 관한 경험과 태도 조사. *가정의학회지*, 제5권, 제16호, 322-332.

장상옥(2000). *중환자실 DNR(Do-Not-Resuscitate)환자 가족의 경험과 DNR결정 후 간호 및 치료의 변화*. 경상대학교 대학원간호학과 석사학위논문.

정성필, 윤천재, 오진호, 윤수영, 장문준, 이한식(1997). DNR이 결정된 환자에 대한 고찰. *대한 응급의학회지*, 제7권, 제2호, 271-276.

한성숙, 정순아, 문미선, 한미현, 고규희(2001). DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도조사. *간호행정학회지*. 제7권 3호, 403-414.

한성숙, 한미현, 용진선(2003). DNR에 대한 의사들의 인식 및 태도조사. *의료 윤리. 교육학회지*, 제6권 제1호, 15-33.

한성숙, 김중호, 문인성, 용진선(2005). “심폐소생술포기(DNR)”에 대한 요청서 및 지시서 개발. *한국생명윤리학회지*, 제 6권. 제1호.49-67.

황상익 (1998). 가망없는 환자의 치료중단과 의료윤리. *대한의사협회지*, 41(7), 697-701.

Anderson-Shaw, L.(2003). The Unilateral DNR Order-One Hospital’s Experience. *JONA’s Healthcare Law, Ethics, and Legislation*. Vol.5, No.2, 42-46.

Byrd, C.(1994). Do Not Resuscitate(DNR) Orders. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 9(1), 45-46.

Ebell MH, Eaton TA(1992). Flow chart for the interpretation of Do-Not-Resuscitate order statutes. *J Fam Pract*, 35(2), 141-143.

Jayers, R. L. & Zimmerman, J.E. & Wagner, D.P. & Draper, E.A. & Knaus, W.A.(1993). Do-Not-Resuscitation Orders in Intensive Care Units. *JAMA*, November 10, Vol 270, No.1, 2213-2217.

Heffner, J. & Babieri C. & Casey K.(1996). Procedure-Specific Do-Not-Resuscitate Orders. Effect on Communication of Treatment Limitations. *Arch Intern Med*. Vol.156. April 8, 793-797.

Layson, R. T., McConnell. T(1996). Must Consent Always Be Obtained for a Do-Not-Resuscitate Order?. *Arch Intern Med*. Vol. 156, Dec 9/23, 2617-2620.

Miles SH, Cranford R, Schultz AL(1982). The do-not-re-

suscitate order in a teaching hospital. Considerations and a suggested policy. *Annals of Internal Medicine*, 96, 660-664.

Rabkin MT, Gillerman GG, Rice NR(1976). Orders not resuscitate. *N Engl J Med*, 295, 364-366.

Roger, C. & Zimmerman.(1993). Do-Not-Resuscitate Orders in ICUs. current practices and recent changes. *JAMA*, 270(18), 2213-2217.

Simpson, S. H.(1994). A Study into the uses and effects of do-not-resuscitate orders in the Intensive Care Units of two teaching hospitals. *Intensive and Critical Care Nursing*, 10, 12-22.

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

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

-Abstract-

Key words : DNR, Perception of DNR, Experience of DNR

Doctor's and Nurses' Perception and Experiences of DNR

*Han, Sung Suk**

This study is a descriptive research in investigating the perception of doctors and nurses with regard to DNR, and data were collected through survey questionnaires. The period of collecting data was between July 15 and October 30, 2004, distributing 128 questionnaires to 128 participants, and a total of 110 questionnaires from 55 doctors and 55 nurses were collected (86%) among 70 different hospitals. The collected data were analyzed using SAS program to get real number and percentage, and were also analyzed with χ^2 -test.

The Study Results are as follows:

1. Respondents who agreed with the necessity of DNR

was 97.27%, the reasons of DNR necessity were 59.20% of 'impossibility of recovery in spite of lots of efforts,' and 35.20% of 'for the purpose of choosing a comfortable and dignified death,' and 97.2% of respondents answered that it was necessary to give explanation of DNR to serious case patients, terminal patients and their family.

2. Problems derived from DNR decisions were 44.44% of 'lack of treatment and nursing,' 21.11% of 'guilty conscience about failing to do best efforts,' and 71.57% of CPR implementation right after DNR decision.

3. Reasons of implementing CRP for patients with DNR decision were 50.94% of 'for the presence of family and relatives at the point of patient's death,' 20.76% of 'guardian's change of DNR decision,' and 16.98% of 'no communication for the consent after DNR decision.'

4. With regard to who was to make DNR decision? there was a difference in the opinion between doctors' and nurses' group while the group of doctors chose 'by the consent of the family and the doctor in charge,' and the group of nurses chose 'patient's intension,' and with regard to Have you received DNR related education? and Will people who want DNR increase if there is explanation given? there was a difference between the two groups.

5. In the catholic institutions, respondents of 71.7% said that it was necessary to take DNR depending upon the situation, and 73% said that they had performed DNR before.

6. In the institutions with over 500 beds, 91.92% of respondents said that there should be an establishment of guideline book as a written format to implement DNR.

From the results of this study, it was found that DNR was implemented and executed broadly in clinical fields in the absence of necessary instructions and/or guideline, and that DNR order was placed to the group of doctors who got less opportunity for proper education than did that of nurses.

*Catholic University of Korea, Nursing College