

심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌보는 간호사의 갈등

김현아¹ · 김귀분²

¹경희대학교 간호과학대학 박사과정생, ²경희대학교 간호과학대학 교수

The Conflicts in Nurses Caring DNR (do-not-resuscitate) Patients

Kim, Hyeon-Ah¹ · Kim, Kwuy-Bun²

¹Doctoral Candidate, ²Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of the study was to explore the meaning of conflicts in nurses caring DNR (do-not-resuscitate) patients. **Methods:** The participants were 7 nurses caring DNR patients. Data were gathered using in-depth interviews. The interviews were recorded and transcribed verbatim. Colaizzi method was used to analyze the data. **Results:** The significant results can be categorized into 7 concept descriptions and 5 theme clusters by analyzing the interviews. The major theme clusters for the experiences of nurses were 'Pity about exceptional nursing actions,' 'Pity about the unilateral decision making,' 'Pity about halfhearted family love,' 'Pity about unprepared circumstance for deathbed,' and 'Pity about the absent guideline for DNR'. **Conclusion:** The finding of this study will help nurses resolve conflicts in caring DNR patients and provide a scientific basis for developing nursing intervention strategies for DNR patients.

Key Words: DNR (do-not-resuscitate), Conflict

서 론

1. 연구의 필요성

현대 과학문명의 발달과 더불어 의학의 발달은 인간 삶 자체의 의미를 다시 생각하게 하고 있으며, 특히 이로 인한 인간 수명의 연장은 인간 삶의 질에 대한 의미를 반추하게 하고 있다. 특히 의료기술의 발달, 즉 심폐소생술과 같은 고도의 기능적 생명연장술은 단순히 인간 수명 연장에는 기여했다고 할 수 있지만, 인간의 존엄성 및 생명의 고귀성에는 제고의 여지가 있는 것이다.

간호는 단순히 인간의 생명을 연장시키는 것이 아니라, 인간의 신체, 심리, 정서, 및 영적 상태까지 돌보는 종합예술이자 곧 과학이다. 따라서 간호에 주어진 모든 대상자, 즉 유아에서 임종 환자까지 모두의 안녕을 우선으로 생각하며 이들의 생과 사의 귀로를 평안하도록 도와야 하며, 이와 같은 과정에서 특히 가장 어려운 문제 중의 하나

는 임종 환자와 그의 가족을 보살피는 일이라 볼 수 있다. 게다가 더 어렵고 곤란한 업무 수행 중 하나가 바로 DNR이 결정된 환자 곁에서 간호를 해야 하는 사실로, 간호인으로 업무 한계를 짓는 데 인간적 고뇌와 갈등을 갖지 않을 수 없다.

심폐소생술(cardiopulmonary resuscitation, CPR)은 인공호흡 및 순환 보조를 통해 환자의 심장 박동을 회복시켜 심정지 환자를 소생시키기 위한 것으로, 1960년대 이후 미국을 중심으로 도입되어 많은 사람들의 생명을 소생시켰으나, 이에 따르는 여러 가지 문제점들이 있는 실정이다. 즉, 심폐소생술이 단순히 심폐기능만을 유지시켜 회복 가능성이 없음에도 불구하고 치료를 계속해 환자로 하여금 고통스럽게 무의미한 생명 연장과 함께 환자가 지닌 인간으로서의 죽음에 대한 존엄성을 박탈당하게 된다는 점이다(Tsang, 2010; Yi et al., 2008).

이와 같은 문제점을 해결하고자 1974년 미국의학협회를 필두로

주요어: 심폐소생술 금지, 갈등

Address reprint requests to: Kim, Kwuy-Bun

College of Nursing Science, Kyung Hee University, 1 Hoegi-dong, Dongdaemun-gu, Seoul 130-701, Korea
Tel: +82-2-961-0314 FAX: +82-2-961-9398 E-mail: kuikim@khu.ac.kr

투고일: 2011년 11월 21일 심사완료일: 2011년 12월 20일 게재확정일: 2011년 12월 24일

심폐소생술 금지가 논의, 적용되었으며, 즉 심폐소생술 금지(do-not-resuscitation, DNR)란, 갑작스러운 사고나 회복이 불가능할 정도로 심각한 말기 질환으로 인해 급성 호흡정지, 또는 심정지 시, 환자의 존엄한 죽음을 위하여 환자나 보호자의 동의하에 심폐소생술을 실시하지 않는 것을 말한다(Koh et al., 2011; Sinuff, Giacomini, Shaw, Swinton, & Cook, 2009; Yuen, Reid, & Fetters, 2011). 즉, DNR의 주요 목적은 전혀 소생가능성이 없는 환자로 하여금 고통스러운 소생술을 받지 않고 평화롭고 평안한 임종을 맞게 함으로써, 한 인간으로서 마지막 존엄성을 유지하게 도와주자는 것이다. 여기서 중요한 것은 자신의 마지막 순간에 대한 결정을 본인이 할 수 있도록 함이 가장 바람직하나, 이 의사결정에 있어서도 서구와 한국의 문화적 차이가 있어, 한국의 경우 대부분이 의사의 권고에 의해 가족이 결정한다는 점이다.

한편 미국의 경우, 1988년 뉴욕을 시작으로 적절한 심폐소생술의 사용에 대한 지침을 입법화하고(Ebell & Eaton, 1992), 자기결정법(PSDA)이 1990년에 통과되면서 병원에 처음 입원하게 되는 환자에게 죽음에 관해 사전에 의사결정서를 받도록 하고 있으며, 1991년 11월부터는 모든 병원과 건강 관련 기관들은 모든 성인 입원 환자에게 자신의 권리를 보장받을 수 있도록 사전에 필요한 모든 정보를 제공해야 할 의무를 부여하였으며, 생명연장을 위한 의료 행위의 시행 여부를 환자 스스로가 자율적으로 선택하도록 하였다(Kim, 2005). 우리나라의 경우 지난 1997년 가족들의 요청에 따라 담당의사가 연명치료를 중단하였으나, 2004년 대법원의 판결에 따라 살인 방조죄의 실형을 선도받았던 보라매 병원 사건을 계기로 사회적인 관심이 증가하였으며, 저산소증으로 장기간 인공호흡기를 적용하였던 모 병원 입원 환자에게 지난 2009년 5월 대법원에서 무의미한 연명치료를 중단하도록 하여 인공호흡기를 제거하였으나 약 7개월 가까이 생존하다가 사망한 사건을 계기로 관심이 더욱 증폭되었다. 이후 세브란스 병원과 서울대 병원에서는 각각 2009년 6월과 7월에 연명치료 중단에 관한 가이드라인을 발표하였으며, 2009년 9월에 제정된 대한의사협회, 대한의학회 및 대한병원협회의 윤리적 연명치료 중지에 관한 지침만이 제정되어 있을 뿐 DNR에 관한 법적 근거는 마련되어 있지 않고 있는 실정이다(Lee, 2010). 따라서 DNR과 관련된 여러 가지 문제와 갈등이 나타나고 있으며, 이에 대한 해법은 가족 특성 및 사회 문화적 차이에 따라 다양하게 접근해야 함을 알 수 있다.

DNR 관련 연구 보고서에 의하면 우리나라의 경우 대부분 환자의 의견이 배제된 상태로 의사와 보호자가 DNR 의사결정에 직접 참여하고 있었으며 간호사 역시 간접 참여하는 것(Kim, 2004)으로 나타나, 이 역시 추후 가족 간 갈등 및 죄책감 내지 가족 불화의 기폭제가 될 수 있고, 특히 간호사의 경우 환자의 생명을 중시해야 하

며 소중히 돌봐야 하는 의료인으로서의 인간적 한계와 함께 그 갈등은 감히 상상을 초월할 수 있으리라 생각된다.

Q방법론을 적용한 성인의 생명연장술 태도에 관한 주관성 연구 결과를 살펴보면, 자율성 중시형, 희생가능성 중시형, 거부형, 최신행의 4가지 유형(Choi, Jung, Kim, Jeon, & Kim, 2007)으로, 생명연장술을 시행하지 않고 자연스러운 죽음을 더 선호하는 것으로 나타났다. 한편 간호사 대상 심폐소생술 금지 관련 연구결과, 대부분 상당한 죄책감과 우울 그리고 무력감을 경험하는 것으로 나타나(Yi et al., 2008), 심폐소생술 금지가 환자상태에 따라 존엄한 죽음과 환자 자율성의 유지 등을 위해 필요시되고 있지만, 여러 가지 문제나 부작용이 초래되고 있어, 이에 대비한 여러 가지 정책 및 보완책이 요구되고 있음을 알 수 있다.

현재 DNR에 대한 연구 동향을 살펴보면, 국외의 경우, DNR의 의사결정 관련 포함범위, 정책의 잠재적 영향, 윤리적 딜레마, DNR의 실패와 개선방향, 인종 및 입원 형태에 따른 DNR 결정의 차이(Cardenas-Turanzas, Gaeta, Ashoori, Price, & Nates, 2011; Grudzen, 2009; Lorraine, 2007; Yuen, Reid, & Fetters, 2011) 등 DNR에 대한 다양한 연구가 이뤄지고 있고, 한편 한국 역시 임상현장에서 직접 접하고 있는 간호사, 의사 및 보호자, 일반인을 중심으로 이들의 태도, 윤리적 문제 인식 및 각 개념의 관계를 확인하는 연구(Choe & Kwon, 2009; Hong, 2010; Kang & Yom, 2003; Lee, 2007; Lee & Kang, 2007; Song & Jo, 2010; Sung, Park, Jung, & Han, 2007)가 다양하게 이루어지고 있으나, 간호사 대상 심리적 내면세계를 확인, 기술하는 질적 연구는 없는 실정이다.

이상의 문헌들을 종합해 볼 때, 대부분의 간호사, 의사 및 가족들이 DNR의 필요성을 인식하고 있으나 이에 대한 정확한 지침 및 사회 문화적 차이로 인해 DNR 결정이 어렵고, 특히 이들 곁에서 24시간 돌보는 간호사의 경우, 생명을 최대한 연장시키고 평안하고 존엄한 죽음을 지켜 줘야 하는 의료인으로서 겪게 되는 갈등은 매우 다양하고 큰 것으로 보고되고 있다.

따라서 간호사가 임상현장에서 경험하게 되는 매우 개별적이고 상황적인 “DNR 관련 간호사의 갈등” 해소를 위해서는 갈등의 일반적인 영향과 관계성을 밝혀내기에 앞서, 실제 갈등을 겪어본 사람들의 경험을 있는 그대로 확인 분석하는 과정을 통해 문제의 실체를 파악하고 그에 적합한 방안을 마련하는 것이 선결 과제라 사료된다.

이에 본 연구자는 임상에서 “DNR 관련 갈등”을 경험한 간호사들의 살아 있는 내면세계의 의미를 총체적 시각에서 확인, 개념화하고, 주제를 통합 기술함으로써, 이들의 갈등 경험세계에 입각한 과학적이고 효율적인 간호중재 방안을 모색하기 위하여 본 연구를 시도하였다.

연구 방법

1. 연구 설계 및 방법론

본 연구는 DNR 환자를 돌보는 간호사들이 겪는 갈등의 의미를 이해하기 위해, Colaizzi (1978)가 제시한 현상학적 연구 방법을 이용하였으며, 현상학적 연구 방법은 인간 체험의 의미를 밝히고자 하는 심층적인 귀납적 방법으로, 즉 DNR 관련 갈등 경험이 있는 임상 근무 간호사들의 체험세계를 이해하고, 그들의 체험 세계 기술을 바탕으로 경험한 현상의 의미를 밝히고자 하는 데 있다. 현상학적 연구 방법은 인간의 경험을 있는 그대로 보는 것, 즉 '스스로 드러내는 대로 그 자체로 볼 수 있도록 해주는 것으로 어떠한 선입견이나 이론적 개념들의 방해 받지 않고 경험 세계의 근거에 있는 본질을 밝혀(Lee, 2004) 기술함으로써, 각 개인 간호사의 갈등체험을 생생하게 파악, 이해 및 기술하여 이것을 중심으로 간호중재 방안을 모색하기에 아주 적절한 방법이라 생각하여 현상학적 연구 방법을 적용하였다.

2. 연구 참여자 선정 및 연구자 준비

본 연구 참여자는 K-의료원 중환자실에서 최저 3년, 최고 8년, 평균 5년 이상의 근무 경력자로서, 평균 연령은 29세인 DNR 환자를 간호했던 경험이 있는 총 7명의 간호사로 하였다. 연구자에 대한 접근은 의료원 간호부의 연구진입 동의 및 담당 수간호사의 허락 및 도움으로 간호사를 소개받았으며, 연구 참여자의 선정은 평소 DNR 환자를 돌보면서 심리적 갈등으로 힘들어 하며 "정말 내가 지금 하는 간호가 옳은 것인가?", "왜 우리는 이와 같이 살 수 있을지 없을지도 모르는 사람들을 붙들고 아파해야 하는 걸까?" 등의 표현을 자주 하는 사람으로, 본 연구의 목적을 이해하고 자발적인 연구 참여와 참여 동의서를 작성한 사람으로 하였다.

연구 참여자는 모두 여성으로 기혼 2명, 미혼 5명이었으며, 근무 경력은 모두 2년 이상으로 평균 경력 약 5년이었다. 종교는 불교 1명, 무교 1명, 기독교 5명이었다.

질적 연구의 연구 도구는 바로 연구자 자신에게, 도구로서의 신뢰성 확보를 위해 연구 방법에 대한 숙련이 요구된다. 본 연구자는 이미 질적 연구 방법론에 대한 학점 이수하는 물론 질적 학회, 연구회 등에 참여하며 학문적 깊이를 쌓으려고 노력하였으며, 8년간 중환자실에 근무하면서 DNR 환자의 간호 경험을 통해 간호사들이 겪게 되는 여러 가지 갈등에 대해 관심을 갖게 되었고, 다양한 대화와 관계를 통해 그들의 관점을 이해하기 위한 실제적 경험을 축적해 왔다. 또한 공동 연구자 역시 질적 연구 방법으로 대학원 강의 및 수십 편의 저작물과 연구 경력이 있다.

3. 자료 수집 및 분석 방법

자료 수집은 2010년 1월부터 12월까지 참여관찰과 심층면담을 통해 자료가 완전 포화상태에 이르는 시점을 참여자 수 선정 시점으로 하여 연구를 시행하였다. 면담은 일상적인 대화로부터 시작하여 "이들 환자들을 대할 때 어떤 태도로 간호를 했습니까?", "환자를 돌보면서 가장 맘에 담겨지는 것이 무엇인가요?", "이들을 돌보는 과정에서 어느 때 가장 마음이 무겁습니까?" 등의 자연스럽게 갈등을 표현할 수 있는 질문으로 진행하였다. 면담의 간격과 횟수는 한 정보 제공자마다 2주일에 1회, 1회 40분-2시간으로 총 5-6회 실시하였다. 면담 특성상 조용하고 안락함이 우선시되는 조용한 카페, 병원 휴게실 및 상담실 등에서 시행되었다. 면담 내용은 면담 자료의 누락 방지 및 사실성 확보를 위해 참여자의 동의를 얻어 모두 녹음하였고, 녹음된 내용은 참여자가 표현한 언어 그대로 즉시 필사하여 자료를 분석하였으며, 분석된 내용에 근거하여 다음 면담 시의 질문을 구성하도록 하였으며, 면담과 분석은 순환체계를 이루었다.

본 연구 결과를 도출하기 위한 분석은 Colaizzi (1978) 방법으로, 1단계에서는 원본을 심사숙고하여 읽은 후, 2단계는 참여자들의 진술에서 반복적으로 진술되는 내용, 강조되는 내용, 연구자가 판단하기에 의미 있는 문장이나 구에서 의미 있는 진술을 도출, 3단계로 추출된 문장과 구절들의 의미를 숙고하면서 맥락 안에 숨겨진 의미를 발견하여 연구자의 언어로 재진술, 4단계에서는 연구자가 의미 있는 진술과 재진술로부터 도출된 의미가 원 자료에서 벗어나지 않았는지 타당성을 검토하는 과정을 거쳐 의미를 구성, 5단계에서 구성된 의미들을 묶어 개념기술로 조직하였고 개념기술들을 다시 묶어 주제모음으로 조직하였으며, 주제모음으로부터 주제군을 도출, 6단계로 지금까지의 참여자의 체험을 주제에 따라 총체적으로 기술하였고 조사된 현상의 공통적인 요소를 통합하여 본질적인 구조를 진술, 7단계로 본질적 주제에 대한 타당성 확인 과정으로 연구자가 기술한 내용과 현상학적 분석 결과를 연구 참여자에게 보여 주어 참여자의 경험내용과 일치하는지를 확인하였고, 본 연구의 신뢰도와 타당도를 확인하기 위해 Guba와 Lincoln (1989)이 제시한 사실적 가치, 적용성, 일관성, 중립성에 근거하였다. 면담 전 과정은 물론 내용 분석과정이 순환적으로 이루어지면서 모든 사항은 공동 연구자와 공유하여 토론과 확인하는 작업, 그리고 끝으로 연구 참여자에게 되돌려 본인이 생각하는 의미와 일치시키는 과정을 거쳤다.

4. 연구 수행에 따른 윤리적 고려

본 연구는 연구 참여자의 심층면담과 관찰을 통해 개인 사생활이 노출될 가능성이 있으므로, 연구 참여자를 보호하기 위하여 면담 전에 연구 목적과 연구 방법, 면담 중 녹음 등에 대해 설명한 후 자발적인 참여 동의서를 서면으로 받은 후 실시하였다. 면담 내용

은 연구 목적 이외에 절대 사용하지 않을 것이며, 연구 종료 즉시 폐기할 것과 연구 진행 과정에 노출된 개인적인 비밀 및 익명성은 철저히 보장하고 참여자가 원한다면 언제든지 연구 참여를 철회할 수 있음을 설명하였다.

연구 결과

원 자료에서 추출된 주요 진술은 총 515개였다. 그 중에서 유사한 의미를 가지는 것으로 판단되는 진술들을 통합하여 135개의 구성 의미를 도출하였다. 이를 바탕으로 보다 일반적이고 포괄적인 30개의 의미기술을 도출하였고, 의미기술들을 더욱 추상적이고 통합적인 언어로 묶어 7개의 개념기술로 조직하였으며, 여기서 다시 5개의 주제군을 도출하였다. 이들 5개의 주제군은 '이례적인 돌봄 행태에 대한 안타까움', '일방적 의사결정에 대한 안타까움', '소극적인 가족 사랑에 대한 안타까움', '임종 준비를 위한 환경 부재에 대한 안타까움', 'DNR 기준 부재에 대한 안타까움'으로 확인되었다.

주제군 1. 이례적인 돌봄 행태에 대한 안타까움

주제군 1은 참여자가 심폐소생술 금지 환자를 돌보면서 간호인으로서의 의무나, 책임, 인간적 도리 등등, 자신 본연의 모습과는 다른 포기에 대한 미안함, 무성의에 대한 아쉬움, 업무적으로만 대처하는 행태에 대하여 안타까움을 느끼고, 그러면서도 마지막만 기다리는 심리적 무게감과 최선을 다하지 않으면서 오게 되는 죄의식과 함께 자신이 할 수 있는 역할이 전혀 없다는 무능력함을 경험하게 되는 상황을 안타까워하고 있다. 즉, 이에 해당하는 개념기술은 '돌봄 행태에 대한 안타까움', '돌봄 행태에 대한 무능감' 등으로 나타났다.

개념기술 1. 돌봄 행태에 대한 안타까움

참여자들은 심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌봄에 있어서 심폐소생술을 끝까지 시행하는 환자에 비해 긴장감이 덜 하고 응급 상황이 닥치는 경우 처치가 감소하여 심리적으로 신경이 덜 쓰이는 것에 대해 대부분 미안한 마음을 가지고 있었다.

“DNR 환자 같은 경우는 조금 음..덜 이렇게 긴장이 좀 덜 되는 건 있죠.” (참여자 4)

또한 참여자들은 인간의 생명은 누군가에 의해 정해지는 것이 아니고 죽음에 임박했던 환자들도 기적이 일어나서 회복될 수 있지 모른다는 생각이 내가 무성의하게 간호를 하고 있는 것은 아닌지 아쉬움을 호소하였다.

“괜히 내가 더 좋아질 수 있는 환자인데 의사 처방이 없어서 약을 못 주니까 상태가 조금이라도 나아질 수 있는데 그렇지 못하는 건 아닌지...” (참여자 2)

“사람 생명은...돌아가실 수도 있고, 기적이 일어날 수도 있고 그런데 나도 모르게 언젠가부터 그냥 돌아가실 분, 그렇게 단정하는 그런 마음도 들죠.” (참여자 4)

시간이 지나가면서 참여자들은 처음 병원에 입사했을 때와는 달리 심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌보는 태도가 점차 업무적으로 바뀌어가고 있음을 느낀다고 하였다. 너무나도 바쁜 병원 업무에 쫓기다 보면 환자와 보호자들에게 정서적 지지를 해드리지 못하고, 마지막 여생을 보내는 환자에게 마음에서 우러나는 적절한 임종 간호를 제공하지 못하는 것에 대한 안타까움을 호소하였다.

“일적인 걸 막 처리하다 보니까 위로를 못 해드리고 그렇게 그냥 보내드린다는 게...” (참여자 5)

“처음에 제가 PRN이었을 때, 처음으로 expire 해가지고 나는 분을 봤을 때 제가, 되게... 막~ 눈물이... 있었는데... 지금은 많이 그게 업무적으로 되가지고, 그냥, 이제는 빨리 진행을 해야 하겠구나.” (참여자 5)

개념기술 2. 돌봄 행태에 대한 무능감

심폐소생술 금지 환자의 경우 의사 처방이 감소하여 처치 및 여러 의료행위가 줄어들어 업무적인 면에서는 해드릴 게 많이 없지만, 참여자들이 직접 인생의 마지막 길을 보내드려야 한다는 것에 심리적으로 많이 부담감을 느끼고 있었다.

“아무런 역할 없이 마지막을 제 손길에, 제 손길을 타서 이렇게 제가 간호를 해 드리는 건데, 그게 무섭기도 하고, 그런 심리적인 게 약간 더 힘들었던 것 같아요.” (참여자 7)

참여자들은 끝까지 최선을 다해 의료 행위를 제공하지 않았다는 마음에 죄책감을 호소하기도 하였으며, DNR 동의를 받았으며 보호자들이 원한다 하여도 소극적 태도로 간호를 제공할 수밖에 없는 것과 의료인으로서 책임을 다하지 못했다는 마음이 들어 매우 힘들어 하고 있었다.

“서서히 가는 게 보이잖아요. 그런 경우에는 조금 죄책감 많이 들죠. 아무 것도 안 하는 것에 대해서, 보호자가 아무리 원한

다고 하지만 그래도 의료진의 입장이니까 어쨌든 할 일을 안 하는 거잖아요.”(참여자 4)

“DNR 받는 상황일 경우는 왠지 최선을 다하지 않는 상황인 것 같아 그런 게 아쉬움...”(참여자 6)

주제군 2. 일방적인 의사결정에 대한 안타까움

주제군 2는 심폐소생술 시행 여부의 결정에 대해서 본인이 결정을 내리는 것이 아니라 가족들에 의해서 결정이 되는 것에 대해 많은 안타까움을 표현하였다. 자신의 생명에 관한 인생에 있어서 가장 중요한 결정에 본인 의사가 전혀 반영되지 못한다는 현실, 정해진 기준이 없이 내리게 되는 일방적 의사결정에 대해 환자 자신의 생명이 타인에 의해 좌지우지된다는 생각으로 많이 힘들어 하였다. 이에 해당하는 개념 기술은 “본인이 배제된 의사 결정”, “신중하지 못한 의료 행태”로 나타났다.

개념기술 3. 본인이 배제된 의사 결정

참여자들은 심폐소생술 시행 여부의 결정 시 본인 의사가 전혀 반영되지 못하는 현실에 많은 안타까움을 호소하였다. 자기의 삶은 자기가 선택하는 게 제일 중요하므로 환자의 의견을 전적으로 따라 주는 것이 매우 필요하다고 생각하고 있었으며 그러지 못하는 현실에 많은 내면적 갈등을 겪고 있었다.

“내 의사랑 상관없이 치료받고 싶은데 못 받는 경우나, 치료받기 싫는데 받는 경우나.. 내 의사가 제일 중요할 거 같아요.”(참여자 3)

또한 참여자들은 대부분의 경우 심폐소생술 금지의 결정은 환자의 선택과는 상관없이 가족들에 의해서 이루어지고 있으며, 의사결정에 있어서도 담당의사의 설명을 듣고 결정을 내리기는 하지만, 일정한 기준 없이 이루어지는 일련의 행태에 아쉬움으로 갈등을 겪고 있음을 알 수 있다.

“특별하게 어떤 절차도 없이 진짜 그런 게 문제라고 생각은 해도, 상황이 어쩔 수 없고 죽는데 뭐 시간이 정해져 있는 것도 아니고 하니깐 어쩔 수 없다고 생각은 해요”(참여자 2)

“생명에는 좀 가족이 이렇게 좌지우지하는 것은 아닌 것 같아서...”(참여자 7)

“의식이 완전히 없고 아무튼 자기에 생존권에 대해서 의사결

정을 할 수 없는 컨디션에 있는 상태에 놓였을 때 전적으로 그 주변에 있는 사람들, 그니까 가족에 의해서 그 사람에 생명이 결정되는 거. 그런 문제가 있는 것 같아요.”(참여자 1)

개념기술 4. 신중하지 못한 의료 행태

심폐소생술 금지(DNR) 환자의 경우 일방적인 의료처치 중단으로 인해 참여자들이 많은 아쉬움을 겪게 된다고 하였다. 비록 병이 완쾌되어서 정상적인 삶을 누리는 것은 아니라 할지라도 상태가 좀 더 나아질 수 있는 것은 아닌지, 좀 더 생명을 연장할 수 있는데 의료처치 중단으로 인해 그렇지 못한 것은 아닌지 많은 갈등과 안타까움을 겪게 된다고 말한다.

“조금만 더 하면 비록 상태는 똑같을지라도 더 사실 수 있는데, 그런 의료적인 처치를 안 할 때 그걸 옆에서 지켜볼 때 안타까웠던 점이 많았던 것 같아요.”(참여자 1)

“DNR을 받은 사람이라는 것은 자기 명을 다할 때까지... 의료인으로서 책임을 다하지 못한다는 그런 생각이 있어요. DNR 환자를 볼 때는...”(참여자 7)

참여자들은 무리한 의료처치에 대한 안타까움을 호소하였다. 심폐소생술 금지(DNR) 환자의 치료에 대한 정확한 지침이 정해져 있지 않아서 의료처치로 인한 고통이 오히려 환자의 안위를 저해하는 것에 대한 안스러움을 털어놓았다.

“복수천자 그런 걸 여러 번 하는 걸 보구. 그냥 계속, 계속해서 아무튼 주사도 찌르는 거고...”(참여자 1)

“단순히, 어쩔 땐 안타까운 경우도 있고, 과연 저렇게 생명을, 저렇게 생명을 유지하는 게 바람직한 건가 하는 그런 생각도 들기도 하고...”(참여자 1)

주제군 3. 소극적인 가족 사랑에 대한 안타까움

주제군 3은 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 동의서를 작성하고 나면 가족들은 환자 방문이나, 환자 상태에 대한 질문 등, 매우 소극적이고 이례적인 행태와 동시에 마치 하루라도 일찍 이 순간으로부터 벗어나고 싶어 하는 모습에서, 간호사들은 또 다른 연민과 안타까움이 있음을 알 수 있다. 이에 대한 개념기술은 “무성의한 가족에 대한 안타까움”으로 나타났다.

개념기술 5. 무성의한 가족에 대한 안타까움

일단 심폐소생술 금지(DNR)가 결정 난 환자들의 경우 장기 환자들이고, 더 이상의 희망을 두지 않아서 가족들도 발길이 뜸해지고 죽음을 그냥 담담히 받아들이는 경우, 오히려 하루라도 빨리 이상황이 종결되기를 바라는 가족들의 무성의하고 무분별한 모습이 느껴져서 참여자들은 가슴이 아프고, 그냥 안쓰러워 할 수밖에 없다고 말한다.

“DNR 동의서 받고 그런 분들은 거의 보호자 분들이 장기 환자니까 잘 오지 않는 경우도 있고, 좀 안쓰러웠어요.”(참여자 1)

“그냥 빨리, 이렇게... 아무튼 이렇게, 그냥 빨리 끝내버리고 싶은 마음에 티 나는 그럴 경우는, 그럴 경우는 좀... 안 좋은 생각이 들죠.”(참여자 1)

주제군 4. 임종 준비를 위한 환경 부재에 대한 안타까움

심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌보는 간호사들은 보다 편안하고 안락한 임종환경이 필요하다고 인식하고 있었으며, 임종을 위한 보다 다양하고 전문화된 지식이 요구된다고 느끼고 있었다. 이에 대한 개념기술은 “열악한 임종 환경에 대한 아쉬움”이다.

개념기술 6. 열악한 임종 환경에 대한 아쉬움

참여자들은 임종만을 기다리며 무의미한 생명연장으로 고통스럽게 하루하루를 연명하는 심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌보면서, 차라리 마지막으로 자신의 집에 돌아가 가족들의 품에서 편안하게 임종을 맞이하는 것이 오히려 더 나은 것 같은 가슴 아픈 심정을 안타까움으로 호소하면서, 임종 환경이 보다 편안함과 안락함으로 변화되어야 한다고 하였다.

“차라리 이렇게 집에... 퇴원하셔서 집에서 편안히 돌아가신다면 좋겠다는 그런 생각은 해요.”(참여자 3)

“조금이라도 고통스럽지 않도록 하는 게 우선이지 않을까 이런 생각이 들어요...”(참여자 2)

특히 임종만을 기다리는 환자를 간호하다 보면, 호스피스 간호에 대한 다양하고 전문화된 지식이 부족하다는 걸 경험하게 된다고 말한다. 신체적인 면뿐만 아니라 정신적, 영적인 측면까지 고려한 임종간호가 절실하지만 이에 대한 적절한 교육의 기회도 없었고, 바쁜 업무 시간에 적절한 호스피스 간호를 제공할 여유도 없는 것이 지금의 현실임을 안타까워했다.

“특별히 어떤 교육을 받은 것도 아니고, 무슨 그런 전문 간호사가 아니라, 제가 할 수 있는 한계가 있는 거구 그런 점에서 아쉽긴 한데 해줄 수 있는 건 특별히 많지 않은 것 같아요.”(참여자 2)

“좀 호스피스나 그런 쪽에 관심을 갖고 간호를 하는 게 필요한 것 같아요. 영적인 측면도 있잖아요.”(참여자 2)

주제군 5. DNR 기준 부재에 대한 안타까움

주제군 5는 심폐소생술 금지(DNR)를 결정할 때 적절한 지침서나 기준이 없는 것에 대한 안타까움을 나타내고 있으며 이에 대한 적절한 기준이 제정되어야 할 필요성을 절실히 깨닫고 있음을 알 수 있다. 이에 대한 개념기술은 “일방적인 DNR 적용에 대한 아쉬움”으로 나타났다.

개념기술 7. 일방적인 DNR 적용에 대한 아쉬움

참여자들은 의사결정 시, 일련의 지침서나 기준에 따라 심폐소생술 시행 여부가 결정되어야 하며, 특히 평소 건강할 때, 혹은 질환이 심해지기 전에 미리 본인에게 직접 심폐소생술 시행 여부에 대해 설명 후, 본인 스스로 결정하도록 하는 사회적 분위기 조성 내지 운동이 전개되어야 할 필요성을 강하게 느끼고 있었다.

“평소에 자신의 의사를 반영할 수 있도록 기준을 좀... 미약하긴 하지만 기준을 좀 몇 가지라도 정했으면 좋겠다는 생각이 들어요.”(참여자 1)

또한 참여자들은 가족들 간에 의견 화합이 이뤄지지 않아서 정확한 결론을 내리지 못하고 의견 수렴을 하지 못할 때, 또는 이미 결정을 내렸지만 가족 중에 일부의 구성원들이 거부반응을 일으킬 때, 결정적인 의사결정에 대해 직접적으로 개입하거나 어떠한 도움도 주지 못하고 그저 방관할 수밖에 없는 현실에 무기력함과 안타까움을 경험하고 있었다.

“DNR을 하기로 결정을 했으나 가족 중에 몇 명이 거부 반응을 일으키거나 그랬을 때, 그랬을 때 어느 편에 서야 되는지 모르겠어요.”(참여자 2)

참여자들은 현재 시행되고 있는 심폐소생술 금지(DNR) 제도가 대부분의 경우 본인 자신의 의사와는 상관없이 가족들에 의해 결정되고 있어서 이에 대한 문제점들도 우려하고 있었다.

“악용될 수도 있잖아요. 그니까, 뭐~ 아버지가 뭐... 부모의 재산을 갖다가 물려받아야 되는데 빨리 돌아가셨으면 좋겠다, 그래서 DNR을 쓰겠다 라고 하는 경우”(참여자 1)

논 의

본 연구 참여자들은 심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌보면서 심폐소생술을 시행하는 환자에 비해 긴장감이 덜하고, 응급상황 시에도 의사 처방의 감소로 처치가 감소하여 업무적인 면이 많이 감소하여 상대적으로 손길이 덜 가는 것에 대해 미안한 마음과 함께 무성의하게 간호를 하고 있는 건 아닌지 하는, 그러면서도 딱히 그를 위해 뭔가 해줄 수 있는 것이 없는 자신의 입장을 생각하면서 간호사로서의 무능감과 아쉬움을 토로하면서 안타까워하고 있음을 알 수 있다. 또한 환자를 위해 아무런 역할 없이 그냥 지켜만 본 참여자가 그의 마지막 길을 자신의 손길을 통해 보내드려야 한다는 마음에 심리적으로 많은 부담감을 가지고 있었다. 보호자의 동의하에 심폐소생술 금지(DNR)에 관한 동의서를 받았다고 하지만, 끝까지 최선을 다하여 의료 행위를 하지 않은 것에 죄책감을 가지고 있으며, 소극적이고 이례적인 간호를 제공하게 되는 것에 대해 의료인으로서의 책임을 다 하지 못했다는 아쉬움과 미안함이 안타까움과 같이 갈등으로 존재하게 됨을 알 수 있다. 이와 같은 결과는 심폐소생술 금지(DNR)에 관해 병원 간호사들이 상당한 죄책감, 우울 그리고 무력감을 경험하는 것으로 나타난 Yi 등(2008)의 연구 결과와 일치하며, Kang과 Yom (2003)의 연구에서도 심폐소생술 금지(DNR) 시행 후 문제점으로 38.2%가 치료와 간호의 소홀함을, 28.8%가 죄책감으로 나타나, 본 연구 결과와 일치하고 있음을 알 수 있다. 따라서 DNR 환자를 간호해야 하는 간호사로 하여금 이와 같은 심리적 갈등으로 인해 오히려 다른 환자를 돌보는 데 지장을 초래할 수 있으므로, 중환자와 DNR 환자를 분리 간호할 수 있는 간호체계, 내지 환경 마련이 시급하다고 생각된다.

또한 연구 참여자들 대부분이 심폐소생술 금지(DNR) 결정이 본인이 배제된 가족들에 의해 이루어지고 있는 것에 안타까움을 호소하였다. 즉, 전혀 본인의 의사가 반영되지 못하고 있으며, 특히 DNR에 대한 어떤 기준도 없이 의사의 권유나 설명에 의해 가족에 의해 수행해야 되는 의료 현실을 안타까워하고 있다. 또한 의료처치 중단 시, 일정한 기준 없이 일방적으로 행해지는 여러 가지 형태로 혹시 조금 더 생명을 지속할 수 있는데 잘못된 판단으로 삶을 단축시키는 것은 아닌가 하는 의구심 내지 아쉬움, 다른 한편으로 참여자는 DNR 제도가 가족들의 욕망이나 욕심 때문에 오히려 악용될 수도 있다는 염려가 안타까움으로 드러나면서 갈등을 겪고 있음을 알 수 있다. DNR 의사결정은 반드시 미리 사전이나 환자의 의

식이 있을 때 받아야 하며 의식이 없는 경우는 법적 대리인에게 받아야 하는 것(Wilson, 1996)으로, 1988년 뉴욕을 시작으로 적절한 심폐소생술의 사용에 대한 지침을 입법화하고(Ebell & Eaton, 1992) 있으며, 환자의 인종 및 입원 형태에 따라서도 DNR 결정의 상이점을 보여주고 있어(Cardenas et al., 2011) 외국의 경우 우리와는 차이가 있음을 알 수 있다. 우리나라의 경우, 의사와 보호자가 DNR 의사결정에 직접 참여하고 있었으며 간호사 역시 간접 참여하는 것(Kim, 2004)으로 나타났고, DNR 의사결정 시 환자를 배제한 의사와 가족의 일방적인 결정에 윤리적 딜레마를 겪게 된다(Lee et al., 1994)고 하여, 본 연구 결과와 일치하고 있었다. 이는 가족 중심의 측은지심 내지 책임전가 등의 사회 문화적 가치 차이인 것으로 사료되며, 따라서 장기 기증과 같은 범 사회 문화적 홍보로 이미 건강할 때 사전 동의서를 작성한 후 병원입원과 동시에 다시금 본인 확인하에 의사결정을 하게 하는 법적 제도적 장치가 요구된다 하겠다. 특히 DNR 의사결정이 가족에 의해 작성되는 경우, 회복 불가능한 질병으로 입원하였을 때(46%), 뇌사상태가 되었을 때(23.3%), 뇌사상태가 예상될 때(14.1%)로 나타났으며, 임종을 앞둔 환자의 치료과정에 대한 선택의 경우, 의식이 없는 경우는 배우자가 결정해 주기를 원하는 응답자가 64.7%였지만, 의식이 있는 경우는 대부분 본인 스스로 결정하고 싶다(68.8%)고 하였다. 또한 약 80%의 대상자가 생명연장을 위한 의료조치에 관한 자신의 생각을 서류 작성을 통해 미리 밝혀 놓도록 제도를 도입시키고 법적 효력을 부여하는 것에 찬성하는 것으로 나타나(Hong, 2010), 예외 주시할 부분으로 생각된다.

그리고 DNR 의사결정 시 대부분이 일정한 기준이 필요하다는 연구결과(Sung et al., 2007)가 있음에도 이 역시 준수되지 않고 의사의 결정과 권유에 의해 기준 없이 가족에 의해 대부분 의사결정이 이루어지고 있고, 부분적으로 병원 자체의 서식을 만들어 사용(Hong, 2010)하고 있어, 이 역시 위험한 발상으로, 의학적 진단을 기반으로 보다 구체적이고 정확한 기준마련이 요구된다 하겠다. Lee 등(1994)에 의하면, 의료 전문인 역시 DNR 결정에 대한 일정한 기준 없이 보호자와 상의하여 실시한 경우, 책임소재와 권한, 결정시기, 치료범위 등으로 고민하는 것으로 나타나, 신중하지 못한 의료행태, 처치중단, 무리한 의료처치 등으로 아쉬움이 있어 갈등을 겪는 간호사들의 입장과 일치하는 것으로, 이 역시 DNR 기준 마련과 의료처치의 범위를 분명히 할 수 있는 합의된 가이드라인의 제정 및 건강할 때 본인으로부터 사전 의사결정서를 마련하는 법적 제도적 장치가 요구된다 하겠다. Yuen 등(2011)의 연구에서도 성공적인 DNR을 위해 병원 문화의 변화, DNR에 관한 병원 정책의 개혁 등을 바람직한 전략으로 제안하고 있어 제도적, 정책적인 변화가 요구되는 우리나라의 실정에도 부분적으로 적용될 수 있다. 이러한 다양한 개선과 노력을 통해 DNR 환자를 간호하는 간호사들이 갖게 되는 심

Table 1. Theme Clusters

Theme cluster	Concept description	Meaning description
Pity about exceptional nursing actions	Pity about nursing actions	Feeling sorry about abandoning nursing care Regretful sense about insincere nursing actions Nursing actions without enthusiasm
	Inability about nursing actions	Psychological burden for death Guilty for powerlessness Regretful sense that did not do the best possible nursing
Pity about the unilateral decision making	Patient who excluded from decision making	Fact that patient's opinion is not reflected Decision making without guideline Hasty judgements of the family members Decision making by the family members
	Incautious medical care	Regretful sense about discontinuing the medical treatment unilaterally Pity about the unreasonable medical treatment
Pity about halfhearted family love	Pity about insincere family	Regretful sense about indifference of the family members
Pity about unprepared circumstance for deathbed	Regretful sense about poor circumstance for deathbed	Desire about peaceful deathbed Regretful sense about a lack of knowledge for deathbed
Pity about the absent guideline for DNR	Regretful sense about unilateral DNR application	Absent guideline for DNR
		Looking on crucial decision making Concern about distorted use of DNR

리적인 죄책감과 갈등을 해소하고 미안한 마음, 안타까운 마음 등의 부정적인 정서를 긍정적으로 승화시켜 환자 간호 시 더욱 우수한 양질의 간호를 수행할 수 있으리라 여겨진다. 즉, 심리적 부담감보다 신체적, 심리 정서적 및 영적인 측면까지 고려한 다양하고 깊이 있는 간호를 통해 환자와 교감하는 인격적인 간호를 수행하여 DNR 환자 간호의 수준을 향상시켜 최상의 간호를 적용할 수 있으리라 생각된다. 뿐만 아니라 임종을 앞두고 있는 DNR 환자에 대한 안위를 향상시키고 마지막 순간까지 환자의 삶의 질을 유지할 수 있도록 하여, 보다 인격적이고 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있게 하리라 사료된다. 사회적으로는 DNR에 대한 사회적인 합의점을 마련하고 법적인 효력과 정당화를 이루게 하여 사회적인 혼란을 해소하고 갈등을 완화하며 DNR 제도가 악용되는 것을 예방하는 일종의 감시체제를 형성할 수 있을 것이다. 연구 참여자들은 DNR을 결정하고 난 후, 죽음을 그냥 담담히 받아들이는 모습과 면회 오는 횟수가 줄어드는 등, 가족들의 무성의해지고 오히려 빨리 끝내기를 원하는 모습에 아쉬움을 가지면서 안타까움이 갈등으로 드러나고 있었다. Kim (2006)의 연구에서는 DNR 환자의 가족들이 죄책감, 상실감, 슬픔, 부정 등을 경험할 것으로 예측하는 것으로 나타나 본 연구 결과와는 약간 상충되는 것으로, 이는 면담을 이용한 질적 연구와 도구를 활용한 양적연구와의 연구 방법 차이로 사료되며, 추후 연구가 요구된다 하겠다. 따라서 간호사들은 DNR 환자 간호 시 간호의 영역을 환자에게만 국한시키는 것이 아니라 가족들까지도 포함시켜 죽음에 대한 깊은 이해와 긍정적인 태도를 형성하여 건강한 가족 지지 체계를 이룰 수 있도록 적극적으로 간호중재 영역에 포함시키는 것이 필요하다. Lorraine (2007)의 연구에서도 DNR이 간호의 중단을 의미하는 것이 아니며, 간호의 범위를 환자만으로 국한시키는

것이 아니라 가족까지도 포함시켜야 함을 보고하고 있다. 즉, DNR과 관련된 여러 가지 부정적인 감정들을 해소하고 가족 간의 활발한 의사소통과 죽음에 대한 보다 성숙한 자세를 지닐 수 있도록 가족을 포함한 포괄적인 전인 간호를 실시함으로써, 간호사들의 DNR 환자 돌봄에 따른 전문적 간호처치 외 갈등으로부터 벗어날 수 있도록 준비함이 요구된다 하겠다.

본 연구의 참여자들은 DNR 환자의 임종 준비를 위한 환경 부재에 안타까움을 표현하였다. 마지막으로 집에도 한 번 가보지 못하고 병원에서 임종을 맞이해야 함에 측은한 마음을 가지고 있었으며, 임종간호를 제공할 충분한 지식 축적의 교육적 기회와 간호를 제공할 수 있는 시간적 여유가 없어 적절한 호스피스 간호를 제공하지 못하고 있는 현실을 안타까워하면서 이들을 돌보는 현장에서의 갈등은 더욱 깊고 커 가는 것을 알 수 있다. Kim (2009)의 임종 환자를 돌보는 암 병동 간호사를 대상으로 한 연구결과, 임상경력이 길수록, 호스피스 교육기간이 길수록, 임종간호 횟수가 많을수록 임종간호에 대한 인지정도가 높은 것으로 나타났으며, 암 병동 근무기간이 길수록 임종간호에 대한 교육 요구도가 높은 것으로 나타나, 표현의 차이는 있으나 본 연구결과와 일치하고 있다. 옛날 우리나라의 풍습은 병원에서 임종을 맞는 경우 황사로 금기시되어 임종이 가까워지면 대부분 집으로 환자를 모시고 가는 문화였다. 그러나 요즘은 사회 문화의 도시화, 기계화 및 핵가족화로 인해 가정에서의 임종은 불가능한 것으로, 이에 따른 가족 구성원간의 인간사랑, 가족사랑에 대한 기본적 태도를 잃지 않도록 강조하며, 또한 임종간호에 대한 보다 깊이 있는 환경적 개선이나 교육이 요구되며, 이를 통해 보다 전문적인 지식적 기반하에 이들을 돌봄으로써 보다 양질의 도움으로 갈등으로부터 어느 정도 해소될 수 있으리라 사료된다.

결론

본 연구는 DNR 환자를 돌보는 간호사의 갈등 경험의 의미를 확인하여 개념화하고 주제를 밝혀 이를 중심으로 간호중재 방안을 모색하고자 현상학적 연구방법을 적용한 질적 연구이다. 본 연구 참여자는 2년 이상 DNR 환자를 돌본 경험이 있는 7명의 간호사로, 연구의 취지와 목적 설명 후 참여승인서를 제시한 자발적인 참여자로 이루어졌고, 자료 수집은 녹음기를 통해 심층 면담과 분석을 동시에 순차적으로 시행하여 자료가 포화상태에 이르는 시점인 평균 5-6회이며, Colaizzi(1978)의 방법을 사용하여 분석하였다.

본 연구결과는 참여자가 이야기하고 연구자가 면담, 관찰 내용인 갈등에 대한 기술단위를 중심으로 개념화 및 주제를 통합하여 주제군으로 묶었다. 즉, 총 7개의 개념기술과 5개의 주제 군으로 확인되었다.

첫째 주제군은 이례적인 돌봄 행태에 대한 안타까움으로 개념기술은 돌봄 행태에 대한 안타까움, 돌봄 행태에 대한 무능감, 둘째는 일방적 의사결정에 대한 안타까움으로 개념기술은 본인이 배제된 의사결정, 신중하지 못한 의료 행태, 셋째, 소극적인 가족 사랑에 대한 안타까움으로 개념기술은 무성의한 가족에 대한 안타까움, 넷째, 임종 준비를 위한 환경 부재에 대한 안타까움으로 개념기술은 열악한 임종환경에 대한 아쉬움, 마지막 주제군으로 DNR 기준 부재에 대한 안타까움으로 개념기술은 일방적인 DNR 적용에 대한 아쉬움으로 확인되었다.

이상의 연구 결과를 통한 결론은 의료진에 대한 안타까움, 가족에 대한 안타까움, 그리고 의료 환경에 대한 안타까움으로 분류되어 갈등을 겪게 되는 것으로 확인된 바, 향후 DNR에 대한 기준 마련은 물론 전 국민을 대상으로 사전 DNR 작성 계몽운동을 통해 간호인이나 환자, 그 가족들이 의료적 돌봄 처치 이외의 사안으로 보다 질적인 간호 돌봄을 저해하지 않도록 법적 제도적 장치확립이 요구된다.

이상의 연구 결과를 통해 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 한국적 문화 내에서의 DNR 환자를 돌보는 간호사의 갈등에 대한 문화기술지 연구를 통해 비교 문화적 관점을 탐색함이 요구된다.

둘째, 추후 발전된 후속 연구를 통해 DNR 환자를 돌보는 간호사의 갈등에 대한 구체적인 간호중재 프로그램을 개발하여 그 효과를 조사하는 연구가 요구된다.

참고문헌

Cardenas-Turanzas, M., Gaeta, S., Ashoori, A., Price, K. J., & Nates, J. L. (2011).

Demographic and clinical determinants of having Do Not Resuscitate orders in the intensive care unit of a comprehensive cancer center. *Journal of Palliative Medicine*, 14, 45-50.

Choe, J. Y., & Kwon, V. K. (2009). The current debates and social trends regarding euthanasia and the withdrawal of life-sustaining treatment in Korea. *Korean Journal of Medical Ethics*, 12, 127-142.

Choi, J. E., Jung, Y., Kim, B. H., Jeon, H. W., & Kim, Y. S. (2007). The subjectivity of attitudes toward life support care. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37, 1166-1176.

Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as the phenomenological views. In R. Valle, & M. King (Eds.), *Existential phenomenological alternative for psychology* (pp.48-71). New York, NY: Oxford University Press.

Ebell, M. H., & Eaton, T. A. (1992). Flow chart for the interpretation of Do Not Resuscitate order statutes. *The Journal of Family Practice*, 35, 141-143.

Grudzen, C. R., Koenig, W. J., Hoffman, J. R., Boscardin, W. J., Lorenz, K. A., & Asch, S. M. (2009). Potential Impact of a verbal prehospital DNR policy. *Pre-hospital Emergency Care*, 13, 169-172.

Guba, E., & Lincoln, Y. (1989). *Forth generation evaluation*. Sage, Newbury Park, California.

Hong, S. A. (2010). An empirical study for model development concerning advance directives. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30, 1197-1211.

Kang, H. Y., & Yom, Y. H. (2003). Awareness and experience of nurses and physicians on DNR. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*, 9, 447-458.

Kim, J. H. (2009). *The job stress, perception and training needs on the end-of-life care among cancer unit nurses*. Unpublished master's thesis. The Yonsei University, Seoul.

Kim, K. Y. (2005). *Death with dignity*. Seoul: Newest Medicine Company.

Kim, S. H. (2004). Decision making process in Do-Not-Resuscitate orders for patients with cancer. *Korean Journal of Nursing Query*, 13, 127-143.

Kim, S. K. (2006). *Experience of family & nurse related to the process of DNR decision*. Unpublished master's thesis. The Yonsei University, Seoul.

Koh, Y. S., Heo, D. S., Yun, Y. H., Moon, J. L., Park, H. W., Choung, J. T., et al. (2011). Characteristics and issues of guideline to withdrawal of a life-sustaining therapy. *Journal of the Korean Medical Association*, 54, 747-757.

Lee, B. H. (2010). *A study on the physician's withdrawal of life-sustaining treatment in criminal law*. Unpublished doctor's thesis. The Han-Yang University, Seoul.

Lee, J. K., Cho, K. H., Won, J. O., & Lee, H. R. (1994). Survey on the experience and the attitude of training residents about DNR orders in tertiary teaching hospitals. *The Journal of the Korean Academy of Family Medicine*, 15, 322-332.

Lee, M. H., & Kang, H. S. (2007). The relationship among attitude toward DNR orders, depression and self-esteem in the elderly. *Journal of Korean Gerontological Society*, 27, 323-334.

Lee, N. I. (2004). *Phenomenology and analytics*. Seoul: Seoul National University Press.

Lee, Y. B. (2007). Nurses' and doctors' perceptions, experiences, and ethical attitudes on DNR. *Clinical Nursing Research*, 13(2), 73-85.

Lorraine, F. (2007). DNR does not mean no care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 39(5), 294-296.

Sinuff, T., Giacomini, M., Shaw, R., Swinton, M., & Cook, D. J. (2009). Carenet. "Living with dying": The evolution of family members' experience of mechanical ventilation. *Critical Care Medicine*, 37, 154-158.

Song, K. O., & Jo, H. S. (2010). Ethical awareness and attitudes of patients' fami-

- lies towards DNR(Do-Not-Resuscitate). *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 16(3), 73-84.
- Sung, M. H., Park, J. H., Jung, K. E., & Han, H. R. (2007). ICU nurses' awareness and attitudes to the ethical dilemma associated with DNR. *Clinical Nursing Research*, 13, 109-122.
- Tsang, J. Y. C. (2010). The DNR order: What does it mean? *Clinical Medicine Insights: Circulatory, Respiratory and Pulmonary Medicine*, 4, 15-23.
- Wilson, D. M. (1996). Highlighting the role of policy in nursing practice through a comparison of "DNR" policy influences and "No CPR" decision influences. *Nursing Outlook*, 44, 272-279.
- Yi, M. S., Oh, S. E., Choi, E. O., Kwon, I. G., Kwon, S. B., Cho, K. M., et al. (2008). Hospital nurses' experience of Do-Not-Resuscitate in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38, 298-309.
- Yuen, J. K., Reid, M. C., & Fetters, M. D. (2011). Hospital do not resuscitate orders why they have failed and how to fix them. *Journal of General Internal Medicine*, 26, 791-797.