



심폐소생술금지(Do-Not-Resuscitate)에 대한 환자보호자의 윤리적 인식 및 태도

송경옥¹⁾ · 조현숙²⁾

I. 서 론

1. 연구의 필요성

새로운 의료기술의 발전으로 치료 및 회복이 불가능한 환자의 경우에도 인공영양, 인공호흡기, 심폐소생술(Cardio-Pulmonary-Resuscitate[CPR]), 신 투석 등 생명유지의 수단들을 통해서 생명의 연장이 가능하게 되었다. 그러나 단순히 생명만을 연장하는 심폐소생술 등의 사례가 증가하면서 무의미한 생명의 연장과 소생술에 따르는 대상자의 삶의 질과 존엄성을 해치는 부작용, 의료비 부담증가 등의 복합적인 문제가 초래되고 있다(주명하, 2008).

또한 소생이 어려운 환자에게 연명치료의 중단이나 보류를 의미하는 심폐소생술금지 혹은 포기(Do-Not-Resuscitate [DNR])의 결정은 환자의 치료행위의 방향을 전환시키는 결과를 가져오게 함으로써 의료인이 자신의 의무를 다하지 못하게 된다는 점에서 법적, 윤리적 쟁점이 되고 있다(한성숙, 정순아, 문미선, 한미현과 고규희, 2001). 최근에는 죽음을 앞둔 환자의 자기결정권과 환자 보호자의 무의미한 치료의 거부에 대한 관심이 높아지면서 심폐소생술의 시행 여부가 사회적 문제점으로 제기되기 시작하였다(김진윤과 조형상, 1990).

DNR은 무의미한 생명연장과 연관된 논쟁 중 하나이며 우리나라에서는 아직 법적으로 인정되고 있지 않다(이중근, 조경희, 원종욱과 이혜리, 1994). 2001년 10월부터 병원마다 윤리위원회에서 공식적으로 DNR 지침을 문서화하여 시행하고 있기도 하나 윤리적 논란은 여전하다(송태준, 김규표와 고윤석, 2008).

2009년 9월에는 의사협회와 의학회, 병원협회 등 의료계의 전문가들이 '연명치료 중지에 관한 지침 제정 특별위원회'를 구성하여 연명치료 중지에 관한 지침을 제정하여 발표한 바 있다(최승원, 2009). 동 지침에서 회복가능성이 없는 환자의 품위 있는 삶을 위하여 연명치료를 적용하거나 중지할 수 있는 의료 행위 범위와 기준을 제시하였으나 충분한 논의와 합의가 이루어지지 않아 의료인 사이에 갈등 상황을 초래하고 있는 실정이다.

미국에서는 DNR에 관한 연구 및 논의가 활발히 진행되어 왔고 이에 근거한 지침서가 만들어져 그 지침에 따라 DNR 처방을 시행하고 있다. 이 지침서의 초점은 인간의 자기 결정권의 존중이며 현대 의료기술의 진보에 따른 생명연장에 대한 무의미한 치료를 거부할 권리를 인정하는 것이다(주명하, 2008). 국내에서는 DNR에 관한 명확한 기준이 없어 주치의와 환자 보호자의 주관적인 판단에 따르고 있는 실정이며, 주치의 마다 환자에게 구체적으로 시행하는 치료의 범위가 다르기 때문에 상황 대처 시에 갈등을 경험하는 경우가 많다(한성숙 등, 2001).

그동안의 DNR과 관련된 선행연구들을 보면 DNR에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험(강현임과 염영희, 2003), 말기환자의 DNR 결정에 대한 고찰(김상희, 2005), 중환자실 DNR 환자 가족의 경험과 DNR 결정 후 간호 및 치료의 변화(장상욱, 2000), 중환자실 간호사의 DNR과 관련된 윤리문제의 인식 및 태도조사(성미혜, 박재희, 정경은과 한혜란, 2007), DNR에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험 및 윤리적 태도(이윤복, 2007), 노인환자의 비 DNR에 대한 윤리적 태도 및 인식(김선

주요어: 심폐소생술금지, 윤리적 인식 및 태도

1) 제1저자: 인천기독병원 수간호사, 2) 가천의과학대학교 간호학과 교수

* 본 논문은 2010년 가천의과학대학교 석사학위논문 일부 발췌·수정한 논문임

투고일: 2010년 9월 29일 심사완료일: 2010년 10월 5일 게재확정일: 2010년 10월 26일

아, 2009)에 대한 연구들이 있다. 지금까지의 연구를 볼 때 의사, 간호사, 영양보호사 등 의료기관 종사자들을 대상으로 DNR에 대한 인식 및 태도에 대한 고찰은 있었으나 환자나 보호자를 대상으로 DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도를 조사한 연구는 찾아볼 수가 없었다.

따라서 본 연구는 환자의 보호자를 대상으로 DNR에 대한 윤리적 인식과 태도를 알아봄으로써 우리나라 상황에 맞는 DNR 사전의뢰서 작성 문화의 확립과 DNR 지침서 마련을 위한 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 환자보호자의 DNR에 대한 윤리적 인식과 태도를 파악함으로써 우리나라 상황에 맞는 DNR 지침서 마련을 위한 기초자료를 제공하기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 환자보호자의 DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도를 알아본다.
- 2) 환자보호자의 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도의 차이를 알아본다.

3. 연구의 제한점

본 연구의 대상이 인천광역시 일 종합병원에 입원 및 내원한 환자 보호자만을 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화 하는데 신중을 기하여야 한다.

II. 문헌고찰

1. 심폐소생술금지(DNR)

심폐소생술(CPR)은 죽음이 예상되는 비가역적 말기환자에게 적용되는 치료 방법이 아니었음에도 불구하고 CPR이 소개된 지 얼마 지나지 않아 의학적으로 소생할 가능성이 전혀 없는 경우에도 사용되기 시작하였으며 무의미한 생명의 연장과 소생술에 따르는 문제점이 제기되기 시작하였다(Haug, & Lavin, 1981). CPR의 목적은 갑작스럽고 예기치 않은 죽음을 예방하는 것이지만 말기 환자의 예정된 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 DNR을 선택하기도 한다(Wilson, 1996).

우리나라의 경우 DNR이나 치료중단에 관련된 연구가 거의 없는 실정이었으나 보라매 사건이후 사회적 관심이 대두되기 시작하였다(김상희, 1998).

DNR의 개념은 1976년에 처음으로 공식발표 되었고, 대부분 중환자실에 입원한 환자를 대상으로 하였다. DNR 지시는 최근 들어 점점 늘어나는 추세이다. 처음에는 주로 의사의 판단 하에 결정 되었으나 근래에 환자의 자율성이 강조되면서 환자 스스로 DNR을 요청하고 있으며, 그 수 또한 점점 증가하고 있다(송태준 등, 2008). DNR이란 질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에게 CPR을 실시했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수는 있지만 질병의 경과에서 영향을 미칠 수 없을 것이라는 판단 하에 앞으로 심정지가 일어나도 CPR을 시행하지 않는 것을 말한다(한성숙 등, 2001). DNR은 NO CPR 등의 용어로 통용되고 있으며, 보다 넓은 의미로는 생명을 단축시키는 소극적인 안락사의 한 형태를 지칭하기까지 다양한 의미로 해석되어 시행하기도 한다(Campbell, & Thill, 1996). DNR 지시의 의미는 말 그대로 심폐소생술을 실시하지 말라이며, 이 개념은 지시된 치료를 중단하거나 줄이는 것을 의미하지 않는다. 따라서 환자가 더 이상 인간으로서의 생리기능을 유지할 수 없을 때 의사는 환자의 가족에게 생명유지 치료를 계속해야 할 의무가 끝났다는 임상 윤리적 판단과 임상적 또는 전반적인 무익의 개념을 설명해 주어야 한다(Jones, & McCullough, 2008).

2. DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도

환자에게 DNR 결정을 내리는 것은 한 나라의 의료수준은 물론 사회적 관습, 문화적 특성, 종교 등에 영향을 받을 수 있으므로, DNR을 결정할 경우 환자의 사전의사결정권, 의료유언, DNR의 법제화가 요구된다(강현임과 염영희, 2003). 우리나라의 경우 DNR 결정에 참여하는 사람으로는 대부분의 경우 의사와 환자의 보호자이며, 환자는 DNR 결정에 간접적으로 참여하고 있다(한성숙 등, 2001; 김상희, 2005).

미국에서는 입원 시 환자에게 죽음에 관한 사전 의사결정서를 받도록 하고 있다. 환자에게 의사결정 능력이 있는 경우 보호자보다는 환자의 의견을 더 중요하게 생각하고 환자가 사전에 의사를 밝히지 않는 경우에 한해서 보호자와 주치의가 함께 환자의 의견을 추정해야 한다(손명세, 1998).

말기 환자와 관련된 윤리적 문제로는 치료의 중단과 안락사, 뇌사 및 장기이식, 자살 등의 문제를 비롯하여 DNR에 대한 결정이다(이윤복, 2007). 이러한 경우, 윤리적 딜레마에 빠지게 되며, 자율성, 사전 동의, 프라이버시, 인격존중, 죽음에 대한

정의 등이 상황을 복잡하게 만들기도 한다(최운선 등, 1998). DNR 결정과정에서 중요한 요인은 연령, 질병 위중도, CPR의 무용성, 환자의 고통 경감이나 존엄한 죽음 등이다(이미희와 강희선, 2007).

한편 우리나라 중환자실의 환자 치료중단 특성을 분석한 연구에서는 중환자의 치료 중단 이유에 대하여 의료인에게 설문 조사한 결과, 3차 의료기관 중환자실에서는 소생불가능에 대한 의학적 판단이 가장 우선시 하는 것으로 나타났다(김상희, 2005). 또한 의료진의 DNR 환자에 대한 태도에 있어서도 소홀하게 되기도 한다(이미희와 강희선, 2007). 오늘날 이들 환자들에 대해 의료인이 당면한 문제는 환자의 생명을 얼마나 오래 연장시킬 수 있는가에 있는 것이 아니라 환자의 생명을 연장시키기 위한 노력이 정말로 합당한 것인가를 생각해야 할 것이다(이운복, 2007). 치료의 보류와 중단을 가져오는 DNR 결정과정에서 윤리적인 의사결정을 도출하는 딜레마를 최소화하기 위하여서는 객관적 사실에 근거한 결정을 내릴 수 있도록 유도하고, 환자의 자율적 의사결정을 적극적으로 반영하며 병원 내와 의료사회 전반에 걸쳐 DNR에 대한 기준이나 지침에 대한 합의가 이루어져야 한다(강영순, 2005). 따라서 DNR 결정 후 의학적 접근 외에 다른 형태의 돌봄이 필요한 환자와 가족에게 적절한 의료 중재를 제공하기 위해서는 환자보호자의 DNR에 대한 윤리적 태도와 가치관 파악이 필요하다.

III. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 환자보호자를 대상으로 DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도를 조사하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

인천광역시 소재 일 종합병원에 입원 및 내원한 환자보호자 230명을 연구의 대상으로 하였다.

대상자의 구체적인 선정기준은 다음과 같다.

- 연령 20세 이상의 성인 남성
- 글을 읽을 수 있으며 의사소통이 가능한 사람
- 설문지 작성이 가능한 사람
- 연구의 목적을 이해하고 참여를 동의한 사람

3. 연구도구

본 연구의 도구는 연구 대상자의 일반적 특성을 묻는 8문항,

DNR과 관련된 윤리적 인식을 묻는 10문항, DNR과 관련된 윤리적 태도를 묻는 19문항 등 총 37문항으로 구성되었다.

1) DNR과 관련된 윤리적 인식

한성숙 등(2001)에 의하여 기존문헌의 고찰을 통해 개발한 도구로서, 강현임과 염영희(2003)가 수정, 보완한 도구를 사용하였으며, DNR의 필요성, DNR이 필요한 주된 요인, DNR의 바람직한 결정자, DNR이 필요하지 않는 이유, DNR 설명의 필요성, DNR 설명의 적절한 시기, DNR 설명 후 요구도 증가, DNR 지침서 제정의 필요성, 가족의 DNR 희망여부, 자신의 DNR 희망여부를 묻는 총 10문항으로 구성하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.81$ 이었다.

2) DNR과 관련된 윤리적 태도

이영숙(1990)과 한성숙(1992)의 도구를 기초로 이순행, 김정숙, 황문정, 황버들과 박윤정(1998)이 수정, 보완하고(도구 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.63$), 고효정(2004)이 다시 수정, 보완한 도구(도구 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.67$)를 본 연구자가 간호학 교수의 자문을 받고 수정한 도구를 사용하였다. 인간생명 영역, 대상자 영역과 관련된 윤리적 태도를 묻는 19문항으로 구성되어 있으며 '찬성', '모르겠다', '반대'로 응답하도록 하였다. 본 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=.67$ 이었다.

4. 자료수집방법

2010년 4월 1일부터 4월 30일까지 시행하였으며, 각 병동의 수간호사가 환자보호자에게 연구의 목적을 설명한 후 연구목적 을 이해하고 참여하기를 동의한 대상자에게 서면 동의를 받은 후 질문지를 배부하였다. 본 연구자가 직접 질문지를 회수 하였다. 총 230부를 배부하여 이중 누락된 11부를 제외한 총 219부의 자료를 분석하였다. 설문 작성은 보호자가 노인환자 보호자인 경우(자녀관계)는 병실에서 작성하도록 하였으며, 설문작성으로 인해 환자의 상태가 불안이나 우울을 초래할 가능성이 있을 경우 보호자와 상의하여 간호사실이나 면담실을 이용하여 개별 면담 후 작성하게 하였다. 설문지 작성에 소요된 시간은 약 15~20분 정도였다.

5. 자료분석방법

수집한 자료는 SPSS Windows 15.0 프로그램을 이용하여 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 실수와 백분율로 분석하였다.

- 2) 대상자의 DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도는 실수와 백분율로 분석하였다.
- 3) 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 인식 및 태도의 차이는 Chi-square test와 Fisher's exact test로 분석하였다.

IV. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

대상자의 연령은 40대가 27.9%(61명), 50대가 26.0%(57명)으로 40~50대가 많았다. 성별은 여성이 68.5%(150명), 종교는 기독교가 62.1%(136명), 교육정도는 대졸 이상이 54.8% (120명)로 많았고, 결혼은 기혼이 72.1%(158명), 가족의 임종경험이 있는 경우가 62.6%(137명)으로 나타났다.

2. 대상자의 DNR에 대한 윤리적 인식

DNR이 '필요하다'고 응답한 대상자는 78.5%, '필요하지 않다'는 21.5%로 나타났다. DNR 필요의 주된 요인은 '결국 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문' 62.2%, '편안하고 품위 있는 죽음을 위해' 37.8% 순이었다. DNR이 필요하지 않은 이유는 '가능한 한 생명연장을 도모하는 것이 의료인의 본분이기 때문' 36.2% 이었다. DNR의 바람직한 결정자는 '환자와 가족의 의지' 38.8%, '가족과 주치의 합의' 31.1%, '환자의 의지' 30.1%이었다. 중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR 설명의 필요성에 대해 '필요하다' 94.1% 이었고 그 시기는 '입원즉시'가 46.6%로 높게 나타났다. DNR 설명 후 요구도 증가에 대한 질문에 55.3%가 '예' 라고 응답했으며 DNR 지침서 제정의 필요성에 대해 87.7%가 필요하다고 하였다. DNR 시행여부는 가족의 경우 '예' 42.5%, '상황에 따라서' 37.4%, '아니오' 20.1% 순 이었고, 자신의 경우 62.6%가 '예'라고 응답하였다(표 1).

3. 대상자의 DNR에 대한 윤리적 태도

대체적으로 살 가망이 없는 환자에게 DNR을 선언하는 것에 많은 수가 찬성하였고, 5번 문항 'DNR 환자의 치료범위는 심폐소생술만 금지하고 다른 치료는 최선을 다하여 행하여야 한다'는 73.5%가 찬성하였다. 환자에 관한 정보와 관련하여 대부분 환자나 보호자에게 알려주는 것에 긍정적인 태도를 보였다. 8번 문항 환자에게 상태를 사실 그대로 설명하는 것에 대해 68.9%가 찬성하였고, 9번 문항 환자상태를 환자나 보호자들에

〈표 1〉 DNR에 대한 윤리적 인식

(N=219)

문항	내용	구분	n	%
1	DNR의 필요성	그렇다	172	78.5
		그렇지 않다	47	21.5
2	DNR이 필요한 주된 이유	편안하고 품위 있는 죽음을 위해	65	37.8
		결국 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능	107	62.2
3	DNR이 필요하지 않다면 이유는	생명 연장을 위한 치료행위는 의료인의 본분이기 때문에	17	36.2
		DNR의 결정을 어느 시점에 내릴지 확실하지 않기 때문에	18	38.3
4	DNR의 바람직한 결정자	환자의 의지	66	30.1
		환자와 가족의 의지	85	38.8
		가족, 주치의 합의에 의해	68	31.1
5	말기환자 DNR 설명의 필요성	예	206	94.1
		아니오	13	5.9
6	DNR 설명의 적절한 시기	말기 질병으로 입원한 즉시	102	46.6
		중환자실로 옮긴 후	33	15.0
		혼수상태에 빠졌을 때	42	19.2
7	DNR 설명 후 요구도 증가	호흡이 정지됐을 때	42	19.2
		예	121	55.3
		아니오	27	12.3
8	DNR 지침서 제정의 필요성	모르겠다	71	32.4
		예	192	87.7
		아니오	8	3.6
9	가족의 DNR 시행 희망 여부	모르겠다	19	8.7
		예	93	42.5
10	자신의 DNR 시행 희망 여부	아니오	44	20.1
		상황에 따라서	82	37.4
합계		예	137	62.6
		아니오	32	14.6
		상황에 따라서	50	22.8
합계			219	100.0

게 항상 그대로 설명해 주는 것도 90.4%가 동의하였다. DNR과 관련된 의사의 독단적인 결정 및 행위에 대하여 4번 문항 'DNR 결정은 환자의 상태를 잘 알고 있는 주치의가 내리는 것이 옳다'에 51.1%가 찬성하였으며, 12번 문항 'DNR 결정 후 의사가 환자에게 인공호흡기를 소극적으로 적용하는 것은 당연하다'에 47.5%가 반대의 입장을 보였다. DNR이 결정된 환자에 대한 간호 및 치료의 입장에 대해서는 다른 일반 환자와 마찬가지로 동일한 간호 및 치료행위를 해야 한다고 응답하였다(표 2).

〈표 2〉 DNR에 대한 윤리적 태도

(N=219)

문항	내 용	n(%)		
		찬성	모름	반대
1	환자가 살 가망이 없는 것을 알고 모든 치료를 거부할 때 환자의 뜻을 받아들이는 것이 옳다.	185(84.5)	9(4.1)	25(11.4)
2	인공호흡기로 생명을 유지하는 무의식 환자의 경우 가족이 원하면 인공호흡기 작동을 중단시키는 것이 옳다.	125(57.1)	55(25.1)	39(17.8)
3	살 가망이 없는 환자라도 가능한 모든 방법을 동원해서 생명을 연장시키는 것이 옳다.	46(21.0)	44(20.1)	129(58.9)
4	DNR결정은 환자의 상태를 잘 알고 있는 주치의가 내리는 것이 옳다.	112(51.1)	43(19.6)	64(29.3)
5	DNR환자의 치료범위는 심폐소생술(CPR)만 금지하고 다른 치료는 전과 마찬가지로 최선을 다하여 행하는 것이 옳다.	161(73.5)	31(14.2)	27(12.3)
6	DNR이 결정되지 않는 상태에서 살 가망이 없는 환자가 갑자기 심장마비를 일으켰을 때에는 응급심폐소생술을 실시하는 것이 옳다.	146(66.7)	19(8.7)	54(24.6)
7	DNR을 환자가 원했을 경우라도 심폐소생술(CPR)을 실시하는 것이 옳다.	55(25.1)	47(21.5)	117(53.4)
8	살 가망이 없는 환자에게 상태를 사실 그대로 설명해야 한다.	151(68.9)	39(17.8)	29(13.3)
9	의료진은 환자나 보호자들에게 항상 상태를 사실 그대로 설명해야 한다.	198(90.4)	16(7.3)	5(2.3)
10	생명이 위태로울 경우 충격을 주더라도 환자나 보호자들에게 상태를 사실대로 설명해 줘야 한다.	186(84.9)	20(9.2)	13(5.9)
11	DNR이 선언되면 중환자실에서도 가족과 함께 있어야 된다고 생각한다.	144(65.8)	35(16.0)	40(18.2)
12	DNR결정 후 의사가 환자에게 인공호흡기를 소극적으로 적용하는 것은 당연하다.	67(30.6)	48(21.9)	104(47.5)
13	DNR결정이 필요한 경우 반드시 DNR지침에 따라 결정 내려져야 한다.	190(86.8)	23(10.5)	6(2.7)
14	DNR이 결정된 이후 환자가 죽음에 임박해서 보호자가 심폐소생술 등 최선의 조치를 원할 경우 보호자의 요구에 따라야 한다.	155(70.8)	30(13.7)	34(15.5)
15	DNR이 결정되면 기본적인 신체적, 심리적 간호가 더 필요하다.	201(91.8)	11(5.0)	7(3.2)
16	DNR이 결정된 환자에게도 무균술은 철저히 지켜야한다.	200(91.3)	14(6.4)	5(2.3)
17	DNR이 결정된 가망 없는 환자가 호전적 변화를 보였을 경우 반드시 도와주어야 한다.	209(95.4)	7(3.2)	3(1.4)
18	DNR이 결정되면 환자에 대한 의료진의 관심이 줄어들 것이라고 생각한다.	66(30.1)	81(37.0)	72(32.9)
19	DNR이 결정되면 환자에 대한 보호자의 관심이 줄어드는 것은 당연하다.	39(17.8)	40(18.3)	140(63.9)
합 계		219(100.0)		

4. 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 인식 차이

일반적 특성에 따른 윤리적 인식에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 〈표 3〉과 같다.

DNR의 바람직한 결정자에 대해서는 연령, 성별, 교육정도, 결혼 상태에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 연령에서 30대 이하(46.8%)와 40대(47.5%)는 ‘환자와 가족의 의지’ 50대 이상(50.6%)은 ‘가족, 주치의 합의’에 의해 DNR을 결정해야 한

다는 인식이 높게 나타났다($\chi^2=23.736, p<.001$). 성별에서는 남성(42.0%)은 ‘환자와 가족의 의지’와 ‘가족, 주치의 합의’ 여성(37.3%)은 ‘환자와 가족의 의지’로 DNR을 결정해야 한다는 인식이 가장 높았으며($\chi^2=10.915, p<.01$), 교육수준의 경우 고졸 이하(39.4%)는 ‘환자의 의지’, 대졸 이상(48.3%)은 ‘환자와 가족의 의지’에 의해 결정해야 한다는 인식이 가장 높게 나타났다($\chi^2=11.640, p<.01$). 결혼 상태에서 미혼(51.7%)은 ‘환자와 가족의 의지’ 기혼(36.0%)은 ‘가족, 주치의 합의’로 결정해야 한다는 인식이 높았다($\chi^2=8.255, p<.05$).

〈표 3〉 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 인식

(N=219)

내 용	특 성	구 분	n(%)			χ^2	p	
			환자의 의지	환자와 가족의 의지	가족, 주치의 합의			
DNR의 바람직한 결정자	연 령	40세 미만	26(33.8)	36(46.8)	15(19.4)	23.736	.000	
		40세 이상~50세 미만	20(32.8)	29(47.5)	12(19.7)			
		50세 이상	20(24.7)	20(24.7)	41(50.6)			
	성 별	남	11(16.0)	29(42.0)	29(42.0)	10.915	.004	
		여	55(36.7)	56(37.3)	39(26.0)			
	교육정도	고졸 이하	39(39.4)	27(27.3)	33(33.3)	11.640	.003	
대졸 이상		27(22.5)	58(48.3)	35(29.2)				
결혼상태	미혼	18(31.0)	30(51.7)	10(17.3)	8.255	.016		
	기혼	48(29.8)	55(34.2)	58(36.0)				
DNR이 필요한 주된 이유	결혼상태	미혼	편안하고 품위있는 죽음을 위해		많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능	8.181	.007	
		기혼	25(55.6)	20(44.4)	87(68.5)			
	가족임종 경험	있다	48(43.2)			3.958	.047	
		없다	17(27.9)					
DNR 설명의 적절한 시기	연 령	40세 미만	말기질병으로 입원 즉시	중환자실로 옮긴 후	혼수상태에 빠졌을 때	호흡이 정지됐을 때	15.012	.020
		40세 이상~50세 미만	41(53.2)	16(20.8)	14(18.2)	6(7.8)		
		50세 이상	26(42.6)	8(13.1)	15(24.6)	12(19.7)		
	교육정도	고졸 이하	35(43.2)	8(8.1)	22(22.2)	27(27.3)	13.569	.004
		대졸 이상	42(42.4)	25(20.8)	20(16.7)	15(12.5)		
DNR지침 제정의 필요성	교육정도	고졸 이하	예	아니오	모름	13.022	.001	
		대졸 이상	79.8(79.8)	4(4.0)	16(16.2)			
DNR의 필요성	종 교	기독교	그렇다		그렇지 않다		10.835	.004
		기타	112(82.4)	24(17.6)				
		무교	37(84.1)	7(15.9)				
		무교	23(59.0)	16(41.0)				

DNR이 필요한 이유에 대해 결혼상태, 가족 임종경험에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 미혼(55.6%)은 '편안하고 품위있는 죽음을 위해', 기혼(68.5%)은 '결국은 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능' 하기 때문에 필요하다는 인식이 높았다($\chi^2=8.181, p<.01$). 가족의 임종경험에서 모든 경우 '많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능' 하기 때문에 필요하다는 인식이 높았고, 가족의 임종경험이 없는 경우(72.1%)가 더 높았다($\chi^2=3.958, p<.05$). DNR 설명의 적절한 시기는 연령, 교육수준에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 연령에서 모두 '입원 즉

시'가 가장 높았고, 30대 이하(53.2%)가 더 높았다($\chi^2=15.012, p<.05$). 교육 수준에서 모두 '입원 즉시'가 가장 높았고, 대졸 이상(50.0%)이 더 높았다($\chi^2=13.569, p<.01$). DNR 지침서 제정의 필요성은 교육수준에 관계없이 모두 '필요하다'는 인식이 높았고, 대졸 이상(94.2%)이 더 높았다($\chi^2=13.022, p<.01$). DNR의 필요성에 대한 인식은 종교가 있는 경우 DNR의 필요성에 대한 인식이 더 높은 것으로 나타났다($\chi^2=10.835, p<.01$)〈표 3〉.

〈표 4〉 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도

(N=219)

문항	내용	특성	구분	n(%)			χ^2	p		
				찬성	모름	반대				
1	환자가 살 가망이 없는 것을 알고 모든 치료를 거부할 때 환자의 뜻을 받아들이는 것이 옳다.	연령	40세 미만	62(80.5)	3(3.9)	12(15.6)	9.648	.047		
			40세 이상~50세 미만	52(85.2)	0(0.0)	9(14.8)				
			50세 이상	71(84.5)	6(9.6)	4(5.9)				
2	인공호흡기로 생명을 유지하는 무의식 환자의 경우 가족이 원하면 인공호흡기 작동을 중단시키는 것이 옳다.	성별	남	29(42.0)	26(37.7)	14(20.3)	10.680	.005		
			여	96(64.0)	29(19.3)	25(16.7)				
3	살 가망이 없는 환자라도 가능한 모든 방법을 동원해서 생명을 연장 시키는 것이 옳다.	연령	40세 미만	23(29.9)	19(24.6)	35(45.5)	12.601	.013		
			40세 이상~50세 미만	14(23.0)	11(18.0)	36(59.0)				
		결혼 상태	미혼	18(31.0)	13(22.4)	27(46.6)			6.034	.049
			기혼	28(17.4)	31(19.2)	102(63.4)				
4	DNR 결정은 환자의 상태를 잘 알고 있는 주치의가 내리는 것이 옳다.	연령	40세 미만	33(42.9)	13(16.8)	31(40.3)	15.523	.004		
			40세 이상~50세 미만	28(45.9)	11(18.0)	22(36.1)				
			50세 이상	51(63.0)	19(23.5)	11(13.5)				
5	DNR 환자의 치료범위는 CPR만 금지하고 다른 치료는 최선을 다하여 행하는 것이 옳다.	가족 임종 경험	유	104(75.9)	23(16.8)	10(7.3)	9.585	.008		
			무	57(69.5)	8(9.8)	17(20.7)				
6	DNR이 결정되지 않은 상태에서 살 가망이 없는 환자가 갑자기 심장마비를 일으켰을 때에는 CPR을 실시하는 것이 옳다.	교육 정도	고졸 이하	57(57.6)	13(13.1)	29(29.3)	7.948	.019		
			대졸 이상	89(74.2)	6(5.0)	25(20.8)				
7	DNR을 환자가 원했을 경우라도 CPR은 실시하는 것이 옳다.	성별	남	28(40.6)	18(26.1)	23(33.3)	18.210	.000		
			여	27(18.0)	29(19.3)	94(62.7)				
11	DNR이 선언되면 중환자실에서 가족이 함께 있어야 한다고 생각한다.	종교	기독교	99(72.8)	16(11.8)	21(15.4)	11.136	.025		
			기타	22(50.0)	9(20.5)	13(29.5)				
			무교	23(59.0)	10(25.6)	6(15.4)				
12	DNR 결정 후 의사가 환자에게 인공호흡기를 소극적으로 적용하는 것은 당연하다.	종교	기독교	40(30.1)	28(20.6)	67(49.3)	10.439	.034		
			기타	14(31.1)	6(13.3)	25(55.6)				
			무교	12(30.8)	15(38.4)	12(30.8)				
15	DNR이 결정되면 기본적인 신체적, 심리적 간호가 더 필요하다.	연령	40세 미만	75(97.4)	2(2.6)	0(0.0)	10.555	.032		
			40세 이상~50세 미만	57(93.4)	1(1.7)	3(4.9)				
			50세 이상	69(85.2)	8(9.9)	4(4.9)				

5. 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도 차이

일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도에서 통계적으로 유의한 차이를 보인 것은 〈표 4〉와 같다.

1) 연령에 따른 DNR에 대한 태도 차이

1번 문항 '살 가망이 없는 환자라도 가능한 모든 방법을 동원해서 생명을 연장시키는 것이 옳다'에 대하여 모두 반대하는 입장을 보였으나 연령이 높을수록 반대가 많았다($\chi^2=12.601$, $p<.05$).

4번 문항 ‘DNR 결정은 환자의 상태를 잘 알고 있는 주치의가 내리는 것이 옳다’($\chi^2=15.523, p<.01$)에 50대 이상에서 찬성이 높았으며, ‘DNR이 결정되면 기본적인 신체적, 심리적 간호가 더 필요하다’는 의견에 30대 이하에서 찬성이 더 높게 나타났다($\chi^2=10.555, p<.05$).

2) 성별에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도 차이

2번 문항 ‘인공호흡기로 생명을 유지하는 무의식 환자의 경우 가족이 원하면 인공호흡기 작동을 중단시키는 것이 옳다’에 남, 여 모두 찬성이 높았으나 여성이 더 높게 나타났다($\chi^2=10.680, p<.01$). 7번 문항 ‘DNR을 환자가 원했을 경우라도 CPR은 실시하는 것이 옳다’에 남성은(40.6%) 찬성하는 태도가 높았고 여성은(62.7%) 반대하는 태도가 높았다($\chi^2=18.210, p<.001$).

3) 교육정도에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도

6번 문항 ‘DNR이 결정되지 않은 상태에서 살 가망이 없는 환자가 갑자기 심장마비를 일으켰을 때 CPR을 실시하는 것이 옳다’에 대졸 이상에서 찬성이 높게 나타났다($\chi^2=7.948, p<.05$)<표 4>.

4) 종교에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도

11번 문항 ‘DNR이 선언되면 중환자실에서도 가족이 함께 있어야 한다고 생각한다’는 질문에 종교가 기독교인 경우 찬성이 더 높았다($\chi^2=11.136, p<.05$).

5) 결혼 상태에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도

3번 문항 ‘살 가망이 없는 환자라도 가능한 모든 방법을 동원해서 생명을 연장시키는 것이 옳다’에 기혼이 반대하는 태도가 높게 나타났다($\chi^2=6.034, p<.05$).

6) 가족 임종경험에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도

5번 문항 ‘DNR 환자의 치료 범위는 CPR만 금지하고 다른 치료는 최선을 다하여 행하는 것이 옳다’는 질문에 가족 임종경험이 있는 경우(75.9%) 찬성이 더 높았다($\chi^2=9.585, p<.01$).

V. 논 의

1. 환자보호자의 DNR에 대한 윤리적 인식

DNR의 필요성에 대한 환자보호자의 인식은 간호사와 의사를

대상으로 한 강현임과 염영희(2003), 이운복(2007), 김선아(2009) 등의 연구결과와 일치하였다. 따라서 환자보호자도 간호사, 의사와 같이 DNR이 필요하다는데 동일한 생각을 갖고 있음을 알 수 있었다. DNR이 필요한 주된 이유로 ‘환자의 회복 불가능’이 가장 높았으며 강현임과 염영희(2003), 이운복(2007), 김선아(2009) 등의 연구에서와 동일한 결과를 나타냈다. DNR의 바람직한 결정자로서 ‘환자와 가족의 의지’라고 응답하여 간호사를 대상으로 한 강현임과 염영희(2003), 이운복(2007), 김선아(2009) 등의 연구결과와 일치하였다. 그러나 간호사와 의사를 대상으로 한 강현임과 염영희(2003)의 연구에서 DNR 결정에 대해 간호사는 ‘환자와 가족의 의지’라고 한 반면에 의사는 ‘가족과 주치의의 의지’라고 답하였다. 이운복(2007), 김선아(2009)의 연구에서도 간호사와 보호자는 ‘환자와 가족의 의지’라는 의견에 일치하고 의사는 ‘가족과 주치의의 의지’라고 하여 서로의 의견이 다를 수 있었다. 환자의 의지’라고 응답한 경우는 모두에서 낮게 나타났다. 이러한 결과는 우리나라 의료현실이 의사결정 능력이 있는 성인 환자라 할지라도 환자대신 보호자가 환자의 입장이 되어 모든 것을 결정하는 것이 일반적이고, DNR 여부에 관한 결정은 대체로 의사들이 내리고 있음을 보여주고 있다. 그러므로 환자가 배제된 상태에서 의사나 보호자만의 의사결정으로 이루어지고 있는 DNR 결정은 가족중심적인 우리나라 문화에서 환자의 자율권을 존중하기 위해 사전 동의서의 서명이나 가족구성원 중 의료대리인의 지명이 크게 장려되어야 한다(Huang, Hu, Chiu, & Chen, 2008).

DNR 설명의 적절한 시기에 대하여는 ‘입원 즉시’라고 응답한 경우가 가장 많았고 강현임과 염영희(2003), 이운복(2007), 김선아(2009)의 연구와 유사한 결과로 나타났다. 그러나 실제 임상상의 많은 경우 환자의 상태가 위중하거나 판단력을 상실한 후에 의사결정이 이루어지고 있다. 말기환자의 경우 입원즉시 현상태와 예후에 대해 설명해 줌으로써 환자 자신이 DNR에 대한 의사결정을 사전에 준비할 수 있도록 돕는 것이 필요하다고 생각된다.

DNR 지침서 제정의 필요성에 대해 공감하였고 이는 강현임과 염영희(2003), 이운복(2007), 김선아(2009) 등의 연구결과와 일치하였다. 우리나라의 각 병원에서는 어떠한 논의나 문제 제기 없이 DNR이 공공연하게 행해지며 명확한 기준 없이 주치의와 보호자의 주관적인 판결에 따라 치료범위를 제한하고 있다(손태준 등, 2008). DNR에 대해 정확한 치료의 성격과 환자 보호자의 요구를 포함한 기록을 문서화하고 이를 토대로 DNR과 관련된 환자와 보호자의 가족상담, 의사결정을 위한 DNR 지침서가 제정되는 것이 필요하다고 생각된다.

2. 환자보호자의 DNR에 대한 윤리적 태도

DNR에 대한 윤리적 태도 조사에서 환자보호자는 대체적으로 살 가망이 없는 환자들에게 DNR을 선언하는 것에 찬성하는 것으로 나타났다. 이는 고효정(2004), 이윤복(2007), 김선아(2009)의 연구와 같은 결과이다.

'DNR 환자의 치료범위는 심폐소생술만 금지하고 다른 치료는 최선을 다하여 행하는 것이 옳다'에 73.5%가 찬성하였으며, 대상자의 90% 이상이 DNR 결정 후 환자에 대한 간호 및 치료 행위를 해야 한다고 응답하여 김선아(2009)의 연구결과에서도 같은 입장을 보였다. 고효정(2004)의 연구에서도 DNR 결정 후 간호활동을 조사한 결과 가장 변화 없이 행하는 활동으로 아침 간호가 81.37%로 가장 높았으며, 활력증후 측정이 78.3%, 수액 감시 및 관리가 70% 등의 순으로 나타났다. 아침간호가 가장 높게 나타난 것은 치료를 중단한다 하더라도 매일 행하게 되는 위생 간호를 시행함으로써 인간의 존엄성을 지키겠다는 의도로 보인 것이다.

환자에 대한 정보와 관련하여 대부분의 환자보호자는 환자의 상태를 환자나 보호자에게 알려주는 것에 대해 긍정적인 태도를 보여 고효정(2004), 김선아(2009)의 연구결과와 유사하게 나타났다. 미국에서는 진단이나 예후를 환자에게 알려주는 것이 임상의의 기본 의무로 보고 있다. 그러나 대만에서는 이것이 호스피스 내 돌보는 사람들에게 가장 흔한 의료적 딜레마 중의 하나이다(Chiu, Hu, Cheng, & Chen, 2000). 이는 양질의 임상진료에 필수로 여겨지고, 사전 동의서를 의무화하는 법에 의해 지지되고 있지만, 문화적, 종교적 신념도 고려해야 한다. 일부에서는 환자들을 보호하고, 그들을 위해 의사결정을 하는 것이 환자의 짐을 덜어주는 방법이라고 믿는다(Huang 등, 2008).

'DNR 결정은 환자의 상태를 잘 알고 있는 주치의가 내리는 것이 옳다'는 의견에 찬성하였으며, 대부분의 경우 담당 의료진들이 환자가 소생 가능성이 없다고 판단되면 보호자에게 환자의 현 상태와 예후를 설명하고 DNR 지시를 내리고 있다. 송태준 등(2008)의 연구에서도 DNR 결정 시 의사가 환자와 직접적으로 상의를 하거나 환자의 자발적 동의를 있었던 경우는 없었다고 하였다. 따라서 우리의 의료현장에서 DNR 지시는 주로 의사에 의해 제기되고 환자보다는 의료진과 환자보호자에 의해 결정되는 경우가 대부분인 것으로 생각된다. 이는 우리나라의 가족문화가 환자에게 DNR에 관한 의견을 묻는 것은 충격이 될 수도 있다고 생각하는 가족들의 태도 때문인 것으로 생각된다.

'DNR 결정 후 의사가 환자에게 인공호흡기를 소극적으로 적용하는 것은 당연하다'에 47.5%가 반대의 입장을 나타냈다. 이는 이윤복(2007)의 연구와 김선아(2009)의 연구와는 다소

차이가 있었다. 간호사는 반대 입장인 반면 의사와 요양보호사는 찬성하는 의견이 많아 본 연구결과와 다르게 나타났다. 이는 실제 상황에서 DNR 결정 주체에 대한 갈등이 존재함을 알 수 있다.

3. 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 인식

DNR이 필요한 주된 요인은 대상자의 결혼 상태, 가족 임종경험에 따라 유의한 차이가 있었다. 기혼자는 '회복 불가능'이라고 한 반면 미혼자는 '편안하고 품위 있는 죽음'이라고 하였고, 임종경험에서는 유무에 관계없이 회복 불가능으로 나타났으나 임종경험이 없는 경우가 더 높게 나타났다. 기혼자는 질병의 중증도에 비중을 두는 반면, 미혼자는 품위 있는 죽음을 보다 중요시하는 것이라 생각된다. 또한 DNR의 바람직한 결정자에 대해 연령, 성별, 교육정도, 결혼상태에 따라 유의한 차이가 있었다. 대체로 30·40대와 여성, 대졸 이상, 미혼인 경우 '환자와 가족의 의지'라고 했는데 한성숙 등(2001)의 연구를 보면 의사결정의 주체가 되는 대다수가 '환자와 가족'이라고 생각하지만, 실제상황에서 DNR 결정자는 '가족과 주치의 합의'가 76.8%였고 '환자와 가족'이 결정한 경우는 16.2%에 불과하였다. 우리의 임상업무에서 동의 능력이 있는 환자들 대부분 가족들이 자신의 의료정보를 먼저 알게 되거나 자신들을 위해 의료적 결정을 하는 것에 반대하지 않는 것으로 보였다. 그동안 DNR 고려 시 환자와 직접 상의하여 향후 치료방법에 그들의 소망을 반영할 수 있도록 하는 것이 중요하다고 제기되어 왔으나(이미희와 강희선, 2007), 아직 DNR과 관련된 문제는 법적, 윤리적 책임 의식이 제기되어 제대로 반영되지 못하고 있음을 알 수 있다. 의료윤리는 전통적 문화가치에 반해서는 안되며, 동의 능력이 있는 환자의 감독 하에 대리인이 의료적 결정을 내리는 것을 허용하는 법 개정을 고려해 볼 만하다.

4. 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도

살 가망이 없는 환자에게 가능한 모든 방법을 동원해서 생명을 연장시키는 것은 연령이 많을수록 반대가 높았고, DNR 결정 후 의사가 환자에게 인공호흡기를 소극적으로 적용하는 일 등의 의견에 있어 종교가 있는 경우 반대 의견이 더 높았다. DNR 환자의 치료 범위는 CPR만 금지하고 다른 치료는 최선을 다하여 행하는 것이 옳다는 의견에 가족의 임종경험이 있는 경우 찬성이 더 높았다. 결국 DNR이 선언된 환자에 대해서도 지속적인 관심을 보여야 하며 환자가 모든 치료를 거부할 때 환자의 의지를 따라 줄 것을 요구하고 있다. 의학적 처치가 별 의미가 없는 환자의 가족들은 의미 없이 생명을 연장하는 것보

다 삶의 질이 중요하다고 생각하여 DNR을 결정하고 의료진에게 최선을 다해 줄 것을 바란다. 의료인의 입장에서는 치료의 제한과 최선을 요구하는 것 사이에 갈등을 겪고 있는 것으로 보인다(이윤복, 2007).

‘DNR 결정은 환자의 상태를 잘 알고 있는 주치의가 내리는 것이 옳다’에 연령이 높을수록 찬성이 더 높고, 연령이 낮을수록 반대가 더 높게 나타났다. 부모와 자녀의 관계로 살펴보면 대부분의 부모들은 사랑하는 가족들이 자신을 보호해 줄 것이라는 확신을 가지고 의사결정권을 자녀에게 위임한다. 이러한 관행은 DNR 결정과 환자의 의사결정권을 보장하기 위한 사전 의사동의서작성 규정과 충돌할 수 있다. 사전 의사동의서의 의도는 좋지만, 이전 조사자들은 의료진들이 그와 같은 내용을 충분히 이해하지 못하고 있다고 보도했고, 사전 의사동의서가 서로 다른 문화에서 적용되었을 때 윤리적인 문제가 생길 수 있다. 말기환자의 자율에 대한 강조로 인해, 미국 캘리포니아 주는 환자들의 DNR 결정 권리와 자연사할 권리를 보호하기 위해 1976년 자연사법을 제정 하였다(Huang 등, 2008). 1991년 미국에서는 의료기관들이 환자의 서면 사전의사동의서를 인정하도록 하기 위해 환자 자기결정법이 시행되었다. 이 법은 의료진이 환자의 임종 진료에 대해 토의할 것을 의무화하고 있고, 의료팀이 말기 환자에 대해 윤리적 법적 결정을 내리기를 장려한다. DNR 지침을 위해서는 대상자 제한, 치료 범위, 의사결정을 위한 사전의사동의서 작성문화조성, 병원윤리위원회 표준운영지침서 수립 등을 통해 DNR의 제도화 기반을 마련하기 위한 지속적 노력이 필요하다고 여겨진다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 DNR에 대한 환자 보호자의 윤리적 인식 및 태도를 조사하기 위하여 시도되었다. 연구대상은 인천광역시에 위치한 일 종합병원의 환자보호자 219명이었다. 자료수집기간은 2010년 4월 1일부터 4월 30일까지였으며, 자료수집방법은 구조화된 설문지를 사용하였고, 자료분석방법은 SPSS 15.0 프로그램을 이용하여 실수와 백분율을 구하였고, χ^2 -test로 분석하였다.

본 연구의 주요결과는 다음과 같다.

- 1) 환자보호자의 경우 DNR 필요성에 대하여 78.5%가 필요하다고 하였고, 그 이유는 ‘회복 불가능’이라고 62.2%가 응답하였다. DNR 설명은 46.6%가 말기환자의 경우 ‘입원 즉시’해야 하며 DNR 지침서 제정에 대해서도 87.7%가 찬성의 의견이 높았다.
- 2) DNR에 대한 윤리적 태도는 ‘DNR이 결정된 가망 없는 환

자가 호전적 변화를 보였을 경우 반드시 도와주어야 한다’는 문항에 높은 찬성 의견을 보였고, ‘DNR이 결정되면 환자에 대한 보호자의 관심이 줄어드는 것은 당연하다’는 문항에 가장 높은 반대 의견을 나타냈다.

- 3) 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 인식과 태도는 ‘DNR의 바람직한 결정자’에 대하여 연령($p<.001$), 성별($p<.01$), 교육정도($p<.01$) 결혼상태($p<.05$)에 따라 유의한 차이가 있다.

본 연구를 통해 환자보호자의 DNR에 대한 윤리적 인식과 태도를 볼 때 환자보호자도 의료인과 마찬가지로 DNR이 필요하다는 인식이 높음을 알 수 있었다. 따라서 대상자 치료의 보류와 중단을 가져오는 DNR 결정과정에서 윤리적이고 객관적 사실에 근거한 결정을 내릴 수 있도록 DNR에 대한 기준이나 지침이 필요하다. 또한 말기환자의 경우 입원즉시 현 상태와 예후에 대해 설명해 줌으로써 환자 자신이나 보호자가 DNR에 대한 의사결정을 사전에 준비할 수 있도록 하는 것이 필요할 것으로 생각된다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, DNR 결정시 환자의 자기 결정권을 최대한 반영할 수 있도록 사전 동의문화 확립을 위한 일반인과 의료인 대상의 DNR 교육 프로그램 개발이 필요하다.

둘째, 가족의 DNR 결정을 경험한 경우와 경험하지 못한 경우를 포함한 비교연구가 필요하다.

셋째, 환자의 품위 있는 삶을 위해 원칙이 적용될 수 있는 DNR 지침서 마련이 필요하다.

참고문헌

- 강영순(2005). *심폐소생술비실시(DNR)의사결정에 관한 연구: 암환자의 사례를 중심으로*. 성균관대학교 석사학위논문, 서울.
- 강현임, 염영희(2003). 심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험. *간호행정학회지*, 9(3), 447-458.
- 고효정(2004). *Do-Not-Resuscitate(DNR)에 대한 간호사의 윤리적 태도와 DNR 결정 후 간호활동의 변화연구*. 조선대학교 석사학위논문, 광주.
- 김상희(1998). *암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정에 관한 연구*. 연세대학교 석사학위논문, 서울.
- 김상희(2005). 암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정에 관한 연구. *간호학 탐구*, 13(1), 127-143.
- 김선아(2009). *노인환자 비 심폐소생술(DNR)에 대한 윤리적*

- 태도 및 인식: 간호사와 환자보호자 및 요양보호사를 중심으로. 한양대학교 석사학위논문, 서울.
- 김진윤, 조형상(1990). 종합병원에서의 "Do Not Resuscitate" 명령. *대한구급의학회지*, 5(1), 5-11.
- 성미혜, 박재희, 정경은, 한혜란(2007). 중환자실간호사의 DNR과 관련된 윤리문제의 인식 및 태도 조사. *임상간호연구*, 13(3), 109-122.
- 손명세(1998). 치료중단의 윤리문제와 법적 장치. *대한의사협회지*, 41(7), 707-711.
- 송태준, 김규표, 고윤석(2008). 한 대학병원 중양내과에서 사망한 환자들의 심폐소생술금지 지시 결정 요소. *대한내과학회지*, 74(4), 403-410.
- 이미희, 강희선(2007). 노인의 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 태도와 우울 및 자아존중감과의 관계. *한국노년학*, 27(2), 323-334.
- 이순행, 김정숙, 황문정, 황버들, 박윤정(1998). 임상간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도 조사. *임상간호연구*, 4(1), 147-162.
- 이영숙(1990). *간호사의 윤리적 가치관에 관한 연구*. 중앙대학교 석사학위논문, 서울.
- 이윤복(2007). 심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험 및 윤리적 태도. *임상간호연구*, 13(2), 73-85.
- 이중근, 조경희, 원종욱, 이혜리(1994). 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지 지시에 관한 경험과 태도 조사. *가정의학회지*, 15(6), 322-332.
- 장상욱(2000). *중환자실 DNR(Do-Not-Resuscitate) 환자 가족의 경험과 DNR 결정 후 간호 및 치료의 변화*. 경상대학교 석사학위논문, 진주.
- 주명하(2008). *심폐소생술포기(DNR)에 대한 간호장교들의 인식 및 경험조사*. 고려대학교 석사학위논문, 서울.
- 최승원(2009. 10. 13). 연명치료중지 이렇게. *의학신문*, p.29.
- 최윤선, 김장욱, 신승욱, 이영미, 이태호, 홍명호(1998). 말기환자 관리에 대한 의사들의 태도. *호스피스논집*, 3, 25-32.
- 한성숙(1992). *간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구*. 서울대학교 박사학위논문, 서울.
- 한성숙, 정순아, 문미선, 한미현, 고규희(2001). DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도조사. *간호행정학회지*, 7(3), 403-414.
- Campbell, M. L., & Thill, M. C. (1996). Impact of patient consciousness on the intensity of the do-not-resuscitate therapeutic plan. *American Journal of Critical Care*, 5(5), 339-345.
- Chiu, T. Y., Hu, W. Y., Cheng, S. Y., & Chen, C. Y. (2000). Ethical dilemmas in palliative care: A study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*, 26(5), 353-357.
- Haug, M. R., & Lavin, B. (1981). Practitioner or patient--who's in charge? *Journal of Health and Social Behavior*, 22(3), 212-229.
- Huang, C. H., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2008). The practicalities of terminally ill patients signing their own DNR orders--a study in Taiwan. *Journal of Medical Ethics*, 34(5), 336-340.
- Jones, J. W., & McCullough, L. B. (2008). Just how far goes DNR? *Journal of Vascular Surgery*, 48(6), 1630-1632.
- 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(6), 272-279.

Ethical Awareness and Attitudes of Patients' Families towards DNR(Do-Not-Resuscitate)

Song, Kyung Ok¹⁾ · Jo, Hyun Sook²⁾

1) HN, Department of ICU, Incheon Christian Hospital

2) Professor, Department of Nursing, Gachon University of Medicine and Science

Purpose: The purpose of this study was to investigate the ethical awareness and attitude of patients' families towards Do-Not-Resuscitate(DNR), and thus provide basic information required to develop Korean appropriate DNR instructions and practice informed consent for DNR. **Methods:** During April 2010, 219 patient family members visiting the hospital were surveyed using a questionnaire. **Results:** Most of the participants preferred DNR to meaningless treatment for incurable patients. They recognized the necessity of explaining DNR to the patient with a terminal disease. They also requested DNR orders for themselves if they were in the same medical condition. In making a DNR decision, the patient's family agreed and preferred that it reflect the opinion of the patient and the doctor in charge. They also agreed that treatment should be given with the best efforts even if a DNR decision had been made for the patient. **Conclusion:** To make a decision on DNR for a patient who is terminally ill or for whom survival is not possible, a practice of informed consent and guidelines for executing the DNR reflecting the patient's opinion are required.

Key words: DNR, Ethical awareness and attitudes, Patient's family

Corresponding author: Jo, Hyun Sook

Department of Nursing, Gachon University of Medicine and Science

534-2, Yeonsudong, Yeonsuku, Incheon City 406-799, Korea

Tel: 82-32-820-4210, E-mail: hscho@gachon.ac.kr