■ 중환자간호학회지 제4권 제1호, 2011년 6월
Journal of Korean Critical Care Nursing Vol. 4, No. 1, June, 2011

심폐소생술 금지에 대한 간호사의 인식

조정림[1] · 이은남[2] · 변숙진[3]

[1]동아대학교 박사과정생, [2]동아대학교 간호학과 교수, [3]동아대학교 의료원 심장중환자실 수간호사

Nurse's Perception on Do-Not-Resuscitate Orders

Jo, Jeong Lim[1] · Lee, Eun Nam[2] · Byun, Sookjin[3]

[1]Doctoral student, Department of Nursing, Dong-A University

[2]Professor , Department of Nursing , Dong-A University [3]Unit Manager, CCU, Dong-A University Medical Center

Purpose: The purpose of this study was to grasp the subjectivity of the nurses toward DNR (Do not resuscitation) order. **Methods**: Q methodology was employed to explore the nurses' subjectivity. Q population consisted of 292 statements that were obtained through individual in-depth interviews targeting 30 employees(nurses, doctors, staff members) and literature review. Finally, 30 nurses classified 34 statements using a 9 point scale. **Results:** The current survey that probed into the subjectivity of the nurses relative to DNR order abstracted four categories. The first type (restrictive acceptance type) perceived the determinants of DNR as the patient's hopeless state. The second type (evidence-based type) emphasized the decision based on the guideline. The third type (medical personnel-centered type) showed the characteristic that depends passively on the professional judgement. The fourth type (rationalistic type) emphasized rational characteristic that DNR decision needs to be made by considering several situations such as economic and psychological burden of family and the quality of life. **Conclusion:** These types of nurse's perception need to be considered in the nurses' continuing educational program in order to confront affirmatively and positively with ethical dilemma.

Keywords: Resuscitation orders, Nurses, Perception

I. 서 론

1. 연구의 필요성

최근 의료에서의 환자의 권리가 강조됨에 따라 생명연장을 위한 처치가 환자의 고통을 연장하고 가족들에게도 정신적 고통과 경제적 부담감을 초래하는 문제점이 지적되면서 심폐소생술 금지(DNR : Do-Not-Resuscitate)에 대한 논의가 활발히 이루어지고 있다. 현대적 의미의 심폐소생술은 급성 질환이나 손상을 받은 사람들에게는 도움이 되지만, 만성적이고 불가역적인 말기질환자에게는 큰 효과가 없으며 반복적인 심폐소생술은 단지 죽음을 지연시키기만 할 뿐 잠재적으

투고일: 2011. 3. 18 **심사의뢰일:** 2011. 3. 21 **게재확정일:** 2011. 4. 11
주요어: 심폐소생술 금지, 간호사, 인식
* 이 논문은 제 1저자 조정림의 석사학위 논문의 축약본임
Address reprint requests to : Lee, Eun Nam
Department of Nursing, Dong-A University 3 Ga-1, Dongdaesin-Dong, Seo Gu, Busan 602-714, Korea
Tel: 82-51-240-2864 Fax: 82-51-240-2947 E-mail: enlee@dau.ac.kr

로는 환자의 고통을 증가시키기 때문에 심폐소생술 금지를 선택하는 사례가 늘어나기 시작하였다(Wilson, 1996).

1974년 미국의학협회에서는 죽음이 예상되는 회복이 불가능한 말기 환자나 소생술이 헛될 것 같은 심폐정지환자에게는 오히려 존엄하게 죽을 수 있는 환자의 권리를 빼앗을 수 있으므로 심폐소생술이 해당되지 않는다고 하였고, 1988년 뉴욕 주를 필두로 소생술에 대한 지침을 입법화하였다(Ebell & Eaton, 1992). 우리나라의 경우 DNR 개념이 최근에 이르러서 사회적인 이슈로 대두되기 시작하였다. 대한의학회는 2002년 5월에 '임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한 의학회 의료윤리지침' 을 발표하였는데 그 내용에는 '의료인은 심장 또는 호흡이 정지된 환자들의 소생을 위해 노력해야 하지만 부적절한 상황의 심폐소생술이거나 환자의 최선의 이익에 반할 때는 예외로 한다'라고 규정하고 있다(Kim, 2006).

미국에서는 DNR에 관한 연구 및 논의가 활발하여 이미 수행 지침서를 만들고 이에 따라 시행하고 있으나, 아직 국내에서는 많은 의료진들이 DNR에 대한 표준화된 교육이나 지침서 없이 DNR 상황에 임하고 있으며 DNR에 관한 상담을 하고 있다(Han, Jung, Mun, Han, & Go, 2001; Kim, 1998). 또한 DNR 결정에 관한 명확한 기준이 없어 치료과정에 대한 환자의 자율적 결정권은 중시되지 않은 채 주치의와 보호자의 주관적인 판단에 따르고 있으며, DNR이 결정된 후에도 주치의마다 환자에게 구체적으로 행하는 치료의 범위가 다르기 때문에 간호사들이 DNR 상황 시에 갈등을 경험하는 경우가 많다(Kim, 1998 ; Lee, Kim, Hwang, Hwang, & Park, 1998).

또한 의사나 간호사들은 DNR 결정상황에서 어떻게 결정해야 하는지, 어떻게 의사소통해야 하는지에 대한 체계적인 교육이나 지침 없이 수련과정 중 선배들의 모습을 통해 나름대로의 방식으로 모델링하는 것으로 나타났고 이러한 과정이 윤리적 갈등을 유발하는 원인이 된다고 하였다(Kim, 1998). 그러므로 우리나라에서도 DNR에 관한 적극적인 연구와 논의를 통해 우리나라 정서와 문화에 맞는 기준이나 지침을 마련해야 할 시점에 놓여 있다.

DNR이 이루어지는 임상에서 간호사는 환자나 가족을 도울 수 있는 중요한 위치에 있으므로 환자와 보호자들과의 지속적인 상호작용을 통해 간호를 제공함으로서 환자의 옹호자로서 역할을 수행하고, 상담자와 지지자 역할을 수행해야 한다. DNR 환자의 가족들에 대한 간호사들의 이해 정도와 적절한 간호가 제공되고 있는지를 파악하기 위해서는 현재 임상에서 일하고 있는 간호사들의 경험을 통한 이해가 필요하다고 생각한다.

따라서 DNR에 대한 의사결정 시 환자나 가족, 그리고 의료인 간의 의사소통에서 중요한 역할을 할 수 있는 간호사들이 DNR에 대해 가지고 있는 생각이나 태도, 가치관 등을 조사해 볼 필요가 있다. 이에 본 연구는 대상자의 관점에서 내적 인식이나 느낌, 태도, 반응 유형을 파악하는데 유용한 Q 방법론을 적용하여 DNR에 대한 간호사들의 인식유형을 파악하고 각 유형의 특성을 확인함으로써 향 후 DNR에 대한 교육자료 개발이나 판단기준 및 지침마련에 활용하고자 시도되었다.

2. 연구의 목적

본 연구는 Q방법론을 이용하여 DNR에 대한 간호사 인식의 주관성 유형과 그 특성을 파악하고자 시도되었으며 구체적인 목적은 다음과 같다.

1) DNR에 대한 간호사 인식의 주관성을 유형화한다.
2) DNR에 대한 간호사 인식의 주관성의 유형별 특성을 분석하고 기술한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 DNR에 대한 간호사 인식의 주관성 유형을 확인하고 유형별 특성을 밝히기 위하여 Q방법론을 적용한 탐색적 연구이다.

2. 표집방법

1) Q모집단의 구성

본 연구에서 Q모집단(Q-population)은 DNR에 대한 간호사의 견해, 느낌, 태도를 표현한 모든 진술문이라 할 수 있다. Q모집단을 구성하기 위해 심층면담, 개방형 질문지, 문헌고찰을 통해 자료를 수집하였다. Q모집단을 구성하기 위한 면담대상자의 선정은 서로 다른 의견이 나올 수 있도록 다양한 대상자를 포함하는 것이 좋다. 또한 연구주제와 이해관계가 없는 사람으로부터 참신하고 다양한 진술문이 나올 수 있다(Kim, 1997). 이러한 관점에서 심층면담과 개방형 질문지를 이용한 자료 수집은 B 광역시내 1개 대학병원의 근무자(간호사 20명, 의사 3명, 원무과 등의 일반직원 4명, 일반인 3명) 30명을 대상으로 2007년 7월에 이루어졌다. 먼저 30명의 근무자를 대상으로 개방형 질문지를 이용하여 자료를 수집하였는데, 질문지 내용은 DNR에 대한 느낌, 견해, 태도 등의 문항들이 포함되었다. DNR에 대해 좀 더 깊이 있는 자료를 수집하고자 병원 근무자 5명(간호사 3명, 의사 1명, 일반직원 1명)과 심층면담을 시행하였으며 면담의 내용을 녹음한 후 기록하였다. 그리고 DNR과 관련된 선행연구와 기타 서적을 이용하여 문헌고찰을 하였다. 이렇게 수집된 자료를 반복하여 읽고 검토하여 가능한 모든 진술문을 추출하였으며 이러한 과정을 통해 총 292개의 Q모집단을 추출하였다.

2) Q표본의 구성

292개의 Q모집단을 반복하여 읽고 공통적인 의미나 가치를 가진다고 생각되는 진술문끼리 분류하였다. Q방법론 전문가 1인과 간호학 교수 2인의 검토와 수정을 거쳐 최종 34개의 범주를 선정하였다. 결정된 범주의 주제를 가장 잘 대표한다고 생각되는 진술문(Q진술문)을 본 연구자가 구성한 후 Q방법론 전문가 1인과 간호학 교수 2인으로부터 타당성을 검정 받았다.

3) P표본의 표집방법

Q방법론에 있어서 P표본(P-sample)이 커지면 한 유형에 여러 사람이 편중되어 그 특성이 명확하게 드러나지 않는 통계상의 문제가 발생하므로 P표본은 40±20명 정도가 적절하다(Kim, 1990)는 근거 하에, 본 연구에서는 DNR에 대해 관심과 경험이 있는 간호사를 다양하게 포함하기 위해 근무병동과 임상경력을 고려하여 P표본을 B 광역시에 소재한 D대학교 병원의 응급실, 중환자실, 일반병동에서 근무하는 간호사 30명으로 구성하였다.

4) Q표본의 분류

Q표본으로 선정된 34개의 진술문을 자신의 의견의 중요도에 따라 9점 척도 상에 분류하여 정규분포에 가깝도록 강제분포시키는 Q방법론의 원리에 따라 Q표본의 분포도를 준비하였다. Q표본의 분류방법은 Q진술문을 먼저 읽은 후 긍정(+), 중립(0), 부정(−)의 세 부분으로 나눈 다음 긍정(부정) 진술문 중에서 가장 긍정(부정)하는 것부터 골라 바깥에서부터 (+4, −4) 안쪽으로 분류를 진행케 하여 중립부분(0)에서 마무리하게 하였다. Q표본의 분류가 끝난 후 대상자에게 가장 긍정(+4)과 가장 부정(−4)으로 분류한 진술문에 대해 선택이유를 질문하고 기록하였다. 또한 질문지를 사용하여 대상자의 인구사회학적 특성에 대해 조사하였다. 한 대상자가 Q표본을 분류하고 질문에 응답하는데 50~60분이 소요되었다.

3. 자료분석

수집된 자료는 Q표본 분포도에서 가장 반대하는 경우에 1점을 부여하고 차례로 2, 3, 4점을 부여하였으며, 중립인 경우 5점, 가장 찬성하는 경우에 9점을 부여하여 점수화하였다. 자료분석을 위해 PC-Quanl Program을 이용하였다. Q요인분석은 주요인분석(principal component factor analysis) 방법을 이용하였으며 이상적인 유형의 수를 결정하기 위해 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 유형의 수를 3~5개로 다양하게 입력시켜 산출된 결과를 검토한 뒤 이상적이라고 판단된 유형을 최종적으로 선택하였다.

4. 윤리적 고려

대상자와의 면담 시 면담에서 나온 결과들은 연구 이외의 목적에는 사용하지 않을 것과 익명으로 처리될 것임을 설명하고 정확한 면담내용의 분석을 위해 녹음을 해도 되는지에 대해 동의를 받은 후 녹음을 하였다. 또한 면담이 진행되는 동안 원하지 않으면 언제든지 중단할 수 있음을 알려 준 뒤

모든 대상자로부터 사전동의서를 받았다.

III. 연구결과

1. Q유형의 형성

DNR에 대한 간호사 인식의 주관성을 Q요인분석을 한 결과, 네 개의 유형이 추출되었다. 이들 네 개의 유형은 전체 변량의 65.4%를 설명하고 있으며, 각 유형별 변량은 제 1유형이 47%, 제 2유형이 7.3%, 제 3유형이 6.3%, 제 4유형이 4.7%로 나타나 제 1유형이 DNR에 대한 간호사의 인식을 가장 많이 설명하는 유형으로 볼 수 있다(Table 1). 네 개 유형간의 상관관계는 Table 2에서 제시한 바와 같다. 이는 각 유형간의 유사성의 정도를 보여주는 것으로 각 유형간의 상관관계가 비교적 높게 나타나 상호관련성이 있는 것으로 나타났다.

각 유형별 인구학적 특성 및 인자가중치(factor weight)는 Table 3과 같다. 연구대상자의 구성은 제 1유형이 6명, 제 2유형이 9명, 제 3유형이 9명, 제 4유형이 6명으로 구성되었으며, 각 유형 내에서 인자가중치가 높은 사람일수록 그가 속한 유형의 전형적인 특성을 갖고 있다고 볼 수 있다(Table 3).

2. 유형별 특성

DNR에 대한 간호사의 인식을 유형별로 살펴보면 다음과 같다.

1) 제 1유형 : 제한적 수용형

제 1유형으로 분류된 대상자는 모두 6명으로 평균 연령은 27세, 미혼이 4명, 기혼이 2명이며, 종교가 있는 사람은 전체의 50%로 나타났으며, 임상근무경력은 평균 5.1년이었고, DNR에 대한 경험이 있는 사람이 67%이었다(Table 3).

이 유형에서 강하게 동의한 진술문은 '회복 불가능한 만성질환자에게는 긍정적인 결정이라고 생각 한다' (2), 'DNR이 결정된 후에도 보호자들이 적극적인 치료를 원할 경우 보호자의 요구에 따라야한다' (33), 'DNR에 대한 시술범위를 명확히 하는 것이 필요하다' (29), '더 이상의 고통을 주지 않음으로써 편안하게 죽음을 맞이할 수 있게 하는 것이다' (3), '의료분쟁의 소지가 있기 때문에 신중해야한다' (16), '나 자신이나 내 가족에게 DNR을 결정해야 할 상황이 발생한다면 어떻게 해야 할지 잘 모르겠다' (22), '가족의 경제적 이유 때문에 DNR을 찬성해서는 안 된다' (4), 'DNR의 결정은 지침에 따라 이루어져야 한다' (32), 'DNR은 가족들로 하여금 마음 편하게 임종을 맞게 해 준다' (6) 순이었다. 강하게 반대한 진술문은 'DNR 결정은 너무 복잡한 문제라서 생각하기조차 싫다' (21), 'DNR을 하고나면 의료인으로서 최선을 다하지

Table 1. Eigen Values, Variance, and Cumulative Variance

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Eigen values	14.1215	2.1957	1.8753	1.4147
Variance(%)	.4707	.0732	.0625	.0472
Cumulative variance	.4707	.5439	.6064	.6536

Table 2. Correlation among Types

	Type 1	Type 2	Type 3	Type 4
Type 1	1.000			
Type 2	.589	1.000		
Type 3	.657	.611	1.000	
Type 4	.700	.548	.651	1.000

못했다는 죄책감을 느낀다' (17), '가족으로서 생명을 포기하는 것은 도리가 아니다' (12), '평소 DNR에 대해 생각을 전혀 안 해봤다' (25), '삶과 죽음의 결정은 신의 영역이므로 생명을 단축하는 어떤 행위도 해서는 안 된다' (13), '환자가 버려진다는 느낌이 들어 잔인하고 서글프다' (28), '목숨을 너무 쉽게 포기하는 것이다' (11) 순이었다(Table 4).

이 유형이 다른 유형에 비해 강하게 동의한 진술문은 '나 자신이나 내 가족에게 DNR을 결정해야 할 상황이 발생한다면 어떻게 해야 할지 잘 모르겠다(Z값 차이=1.30)' (22), '회복 불가능한 만성질환자에게는 긍정적인 결정이라고 생각한다(Z값 차이=1.29)' (2), '가족의 경제적 이유 때문에 찬성해서는 안 된다(Z값 차이=1.00)' (4) 순이었다. 반면 다른 유형에 비해 강한 반대를 보인 진술문은 'DNR 결정에 환자의 의견이 반영될 수 있도록 해야 한다(Z값 차이=-1.14)' (9), 'DNR 결정과정에서 간호사는 소외되는 것 같다(Z값 차이=-1.06)' (19), 'DNR 결정은 너무 복잡한 문제라서 생각하기조차 싫다(Z값 차이=-1.05)' (21), '무의미한 생명연장은 환자를 위한 것이 아니다(Z값 차이=-1.03)' (1) 순이었다.

이 유형에서 가장 높은 인자가중치를 보인 12번 대상자의 면담내용을 보면, '가망성이 전혀 없다면 환자에게는 고통없는 편안한 죽음을, 남아있는 가족에게는 더 이상의 경제적 부담을 주지 않는 것이 현명한 판단이다. 하지만 생명과 관련된 중요한 문제이기 때문에 항상 보호자가 원하는 대로 따라야한다', '근무하는 동안은 늘 DNR에 대해 생각하고 있고 요즘은 암 환자 등 장기 만성 질환자가 너무 많아 생각하지 않을 수 없다', '환자가 버려진다기보다 오히려 환자를 편안

Table 3. Demographic Characteristics and Factor Weights of P-sample (N=30)

Type	Id	Factor weight	Age(yr)	Marital status	Religion	Total Career(yrs)	Experience of DNR
1	14	1.6900	24	Unmarried	None	0.7	No
	12	1.3689	29	Unmarried	Protestant	7.7	Yes
	20	1.2011	24	Unmarried	None	1.3	Yes
	16	1.0949	29	Married	Buddhist	7.4	No
	19	.8084	28	Unmarried	Catholic	5.6	Yes
	18	.7836	30	Married	None	7.9	Yes
2	3	2.8475	28	Unmarried	None	6.6	Yes
	9	1.3045	28	Unmarried	None	7.5	Yes
	23	1.2409	25	Unmarried	None	0.1	Yes
	26	.9955	31	Married	None	7.3	Yes
	2	.9791	31	Unmarried	None	9.0	Yes
	27	.9027	27	Married	Protestant	5.8	Yes
	30	.8874	25	Unmarried	Buddhist	1.1	Yes
	5	.6253	24	Unmarried	None	2.0	Yes
	25	.5391	30	Married	Catholic	5.6	Yes
3	29	1.2444	25	Unmarried	None	2.5	Yes
	11	.9703	33	Unmarried	None	11.0	Yes
	8	.7611	26	Unmarried	None	5.0	Yes
	21	.5850	28	Unmarried	Buddhist	5.1	Yes
	28	.5016	29	Married	Buddhist	6.6	Yes
4	7	1.8856	28	Unmarried	None	4.7	Yes
	13	1.0667	25	Unmarried	Buddhist	3.4	No
	17	.8607	33	Married	Buddhist	11.0	Yes
	1	.7779	35	Married	Protestant	10.7	Yes
	15	.7572	29	Unmarried	Catholic	7.3	Yes
	4	.6961	27	Unmarried	Buddhist	4.9	Yes

Table 4. Q-statements and Z-scores according to Types

Q-statement	Z-score			
	Type1	Type2	Type3	Type4
1. Extending life in a meaningless way is not for the patient.	-0.15	0.68	0.91	1.04
2. To a chronic terminal patient, it is thought to be a positive decision	2.25	0.35	1.01	1.51
3. It is to help face dying comfortably by inflicting no further pain.	1.25	0.54	1.52	2.26
4. DNR should not be supported for economic reason of the family.	1.11	-0.64	0.70	0.27
5. From the realistic standpoint, it is to reduce inefficient expenditure for all of the patients, medical staff and caregivers.	0.82	1.14	0.98	1.59
6. DNR enables family members to face the death comfortably.	1.04	-0.15	0.32	1.67
7. It is enhancing human dignity.	-0.41	-0.45	0.30	0.47
8. It is respecting the right of the patient to die.	0.39	-0.54	0.92	0.10
9. The patient opinion should be respected in making a decision about DNR.	-0.08	1.37	1.51	0.28
10. The decision about DNR is subject to the opinion of the patient and caregivers.	-0.44	0.66	-0.29	0.21
11. It is abandoning life all too easily.	-1.02	-1.83	-1.74	-1.51
12. It is not for the family to do to abandon the life of a family member.	-1.26	-0.28	-1.43	-0.75
13. Since the decision of life and death is the domain of God, no behavior of shortening life should be done	-1.18	-0.69	-1.12	-2.02
14. It is cutting life short artificially.	-0.98	-1.72	-1.97	-2.04
15. It is complying with the providence of the nature	-0.80	-0.06	0.06	-1.04
16. Liable to lead to medical dispute, it should be decided prudently.	1.21	1.64	0.81	-0.01
17. After DNR was administered, I felt a pang of conscience as a man of medical profession.	-1.26	-0.89	-0.95	-1.03
18. In making a DNR decision, the opinion of the doctor in charge who knows best the matter concerned should be given the top priority	0.04	-1.36	0.89	-0.29
19. It seems that nurses are excluded from the DNR decisions.	-0.55	0.54	0.48	0.53
20. We would like to join the process of deciding about DNR.	-0.43	-0.76	0.11	-0.82
21. Decision- making about DNR is so complicated that I hate to think of the matter.	-1.66	-0.71	-0.30	-0.82
22. I don't know what to do when I or one of my family members have to face a situation where a decision should be made as to administer DNR or not.	1.12	0.32	-0.55	-0.31
23. I am confused about whether or not DNR is for the patient.	0.19	1.01	-0.74	-0.22
24. Since most people do not know of DNR so well, I would like to serve as a counselor when a family has to decide about DNR.	0.74	0.08	0.54	-0.25
25. I have not usually thought of DNR at all.	-1.18	-1.30	-0.93	-1.28
26. I am relieved that the CPR burden has lessoned.	-0.49	-1.03	-0.32	0.48
27. It occurs to me that the doctor who prescribed DNR was incompetent or did not to do his or her best in carrying out his or her duty.	-0.89	-1.28	-1.01	0.19
28. It seems merciless and regrettable that the patient is left helpless.	-1.18	-0.30	-1.87	-0.24
29. It is necessary to make the scope of administering DNR clear.	1.47	1.73	1.39	0.66
30. It seems that there are times when doctors prescribe DNR all too readily	-0.20	0.56	-0.42	0.56
31. DNR simply means ceasing to perform CPR.	0.22	-0.66	-1.05	-0.13
32. Decision on DNR should be made according to a guideline.	1.07	1.09	1.14	0.45
33. Even after DNR is decided, the caregiver's request should be complied with when the caregiver strongly requests positive treatments.	1.64	1.72	0.12	1.13
34. Religion and values of the patient and his or her family affect the decision on DNR.	-0.39	1.22	0.98	-0.67

DNR: Do not resuscitate

하게 쉬게 해주는 것이 아닐까 싶다', '평상시 수도 없이 많이 생각하지만 정해진 답은 없는 것 같고 내가 만약 보호자라면 쉽게 포기는 안 될 것 같다' 등이 포함되었다.

두 번째로 인자가중치가 높은 14번 대상자의 면담내용을 보면, '고통만 더해가고 경제적 부담만 더 커지는 상황에서 희망이 없다면 환자와 가족 모두를 위한 최선의 결정인 것 같다', '생명과 직결된 예민한 부분이므로 보호자의 결정이 바뀌어도 따라야 한다', 'DNR의 궁극적 목적 자체가 결국은 가족이 편안한 마음으로 환자를 보내주는 것이라 생각되고 어차피 희망이 없다면 돈이나 시간, 힘을 낭비해서까지 삶을 유지해주고 싶지는 않다' 등이 포함되었다.

이러한 자료들을 종합해 볼 때, 제 1유형에 속하는 대상자들은 환자의 질병상태의 위중도가 높은 경우나 질환의 유병기간이 길고 고령이거나 보호자의 치료에 대한 의지, 진단명 등 상황에 따라 제한적으로 DNR을 수용하는 특성을 보였다. 즉 이 대상자들은 회복이 불가능한 만성질환자에게는 DNR을 찬성하고, 명확한 DNR범위가 필요하며, 언제든지 보호자가 원할 경우나 경제적 이유로 보호자의 요청이 있는 경우에는 가족의 요구에 따라야 한다고 보아 상황에 따라 제한적으로 동의하는 것으로 생각된다. 또한 의료인의 입장에서는 긍정적 동의를 보이면서도 막상 자신이나 가족의 입장에서는 질병의 중증도와 상관없이 DNR 결정을 쉽게 못하는 것으로 생각되어 '제한적 수용형' 으로 명명하였다.

2) 제 2유형 : 근거요구형

제 2유형으로 분류된 대상자는 모두 9명으로 평균 연령은 28세, 미혼이 6명, 기혼이 3명이고, 종교가 있는 사람은 전체의 33%로 나타났으며, 임상근무경력은 평균 5년이었고, 9명 모두 DNR에 대한 경험을 갖고 있었다(Table 3).

이 유형에서 강하게 동의한 진술문은 'DNR에 대한 시술범위를 명확히 하는 것이 필요하다' (29), 'DNR이 결정된 후에도 보호자들이 적극적인 치료를 원할 경우 보호자의 요구에 따라야한다' (33), '의료분쟁의 소지가 있기 때문에 신중해야한다' (16), 'DNR 결정에 환자의 의견이 반영될 수 있도록 해야 한다' (9), 'DNR의 결정에는 환자와 가족의 종교와 가치관이 영향을 미친다' (34), '현실적인 면에서 보면 환자, 의료진, 보호자 모두에게 비효율적인 소비를 줄이는 것이다' (5), 'DNR의 결정은 지침에 따라 이루어져야한다' (32), 'DNR이 환자를 위한 것인지 혼란스럽다' (23) 순이었다. 강하게 반대한 진술문은 '목숨을 너무 쉽게 포기하는 것이다' (11), '인위적으로 생명을 단축시키는 것이다' (14), 'DNR을 결정할 때는 환자의 상태를 가장 잘 알고 있는 담당의사의 판단이 가장 많이 반영되어야 한다' (18), '평소 DNR에 대해 생각을 전혀 안 해봤다' (25), 'DNR 처방을 낸 의사가 무능하거나 의무를 다하지 않았다는 생각이 든다' (27), '심폐소생술에 대한 부담이 줄어 안심이 된다' (26) 순이었다(Table 4).

이 유형이 다른 유형에 비해 강하게 동의한 진술문은 'DNR이 환자를 위한 것인지 혼란스럽다(Z값 차이=1.27)' (23), 'DNR의 결정에는 환자와 가족의 종교와 가치관이 영향을 미친다(Z값 차이=1.22)' (34) 순이었다. 반면에 다른 유형에 비해 강한 반대를 보인 진술문은 'DNR을 결정할 때는 환자의 상태를 가장 잘 알고 있는 담당의사의 판단이 가장 많이 반영되어야한다(Z값 차이=-1.57)' (18), '가족의 경제적 이유 때문에 DNR을 찬성해서는 안 된다(Z값 차이=-1.33)' (4), '회복 불가능한 만성질환자에게는 긍정적인 결정이라고 생각 한다(Z값 차이=-1.24)' (2), 'DNR은 가족들로 하여금 마음 편하게 임종을 맞게 해 준다(Z값 차이=-1.16)' (6), '더 이상의 고통을 주지 않음으로써 편안하게 죽음을 맞이할 수 있게 하는 것이다(Z값 차이=-1.14)' (3), '죽음에 대한 환자의 권리를 존중하는 것이다(Z값 차이=-1.01)' (8) 순이었다.

이 유형에서 가장 높은 인자 가중치를 보인 3번 대상자의 면담 내용을 보면, '정확한 규정도 없고 가족의 마음이 변할 수 있기 때문에 신중해야 하고 의료진의 입장에서 결정되는 경우가 더 많다', '평소 건강할 때 죽음을 어떻게 받아들일 것인지 가족과 상의 후 결정 해놓는 것이 좋겠다', '환자가 결정하는 부분은 거의 없고 의사와 가족이 주가 된다. 때론 의사가 가족에게 설명하면서 DNR을 유도하는 경우도 많다' '보호자에게 DNR결정에 대한 설명 시 환자의 상태라든지 어디까지의 시술범위를 원하는지에 대한 명확한 설명 없이 단지 DNR 유무만 결정하는 것 같다', 'DNR 결정후의 치료방향에 대한 말이 없어 치료나 간호를 어느 선까지 해야 할지 헷갈리는 경우가 많다' 등이 포함되었다.

두 번째로 인자 가중치가 높은 9번 대상자의 면담내용을 보면, '단지 생명만 유지하는 것은 고통만 가중시킬 뿐이다.

가능하다면 의식이 명료할 때 환자 자신이 DNR에 대한 의견을 가족과 함께 결정해놓는 것이 좋겠다', '시술범위가 명확해야 일하기가 편해진다', 'DNR 결정 후에도 가족의 마음 한구석에는 다른 결정에 대한 미련이 남아 있을 것 같다. 가족이 원하는 대로 해주는 것이 옳지 않을까', '환자의 의식이 없을 때 주치의와 가족의 결정만으로 DNR이 이루어진다. 환자의 권리는 존중되는 것 같지 않다', '간호사로서 적극적인 참여의 방법을 잘 모르겠다' 등이 포함되었다.

이러한 자료들을 종합해 볼 때, 제 2유형에 속하는 대상자들은 DNR 결정에는 환자와 가족의 종교와 가치관이 영향을 미친다고 보았으며, DNR을 합법적으로 받아들일 수 있는 지침을 법제화하여 근거에 준한 DNR 결정을 통해 의학적, 윤리적, 법적 문제의 명확성을 요구하였다. 이와 같이 이 유형의 대상자들은 DNR 결정 시 시술범위의 명확성과 지침에 근거한 결정을 강조하였다. 또한 DNR을 선택하는 그들의 입장에서 이해하며 자신의 보호를 위해 신중하게 판단하는 것으로 생각되어 '근거요구형' 으로 명명하였다.

3) 제 3유형 : 의료인결정 중시형

실제 3유형으로 분류된 대상자는 모두 9명으로 평균 연령은 28세, 미혼이 8명, 기혼이 1명이며, 종교가 있는 사람은 전체의 56%로 나타났으며, 임상근무경력은 평균 5.9년이었고, DNR에 대한 경험이 있는 경우가 89%이었다(Table 3).

이 유형에서 강하게 동의한 진술문은 '더 이상의 고통을 주지 않음으로써 편안하게 죽음을 맞이할 수 있게 하는 것이다' (3), 'DNR 결정에 환자의 의견이 반영될 수 있도록 해야 한다' (9), 'DNR에 대한 시술범위를 명확히 하는 것이 필요하다' (29), 'DNR의 결정은 지침에 따라 이루어져야한다' (32), '회복 불가능한 만성질환자에게는 긍정적인 결정이라고 생각 한다' (2) 순이었다. 강하게 반대한 진술문은 '인위적으로 생명을 단축시키는 것이다' (14), '환자가 버려진다는 느낌이 들어 잔인하고 서글프다' (28), '목숨을 너무 쉽게 포기하는 것이다' (11), '가족으로서 생명을 포기하는 것은 도리가 아니다' (12), '삶과 죽음의 결정은 신의 영역이므로 생명을 단축하는 어떤 행위도 해서는 안 된다' (13), 'DNR은 단지 심폐소생술을 시행하지 않는 것이다' (31), 'DNR 처방을 낸 의사가 무능하거나 의무를 다하지 않았다는 생각이 든다' (27) 순이었다(Table 4).

이 유형이 다른 유형에 비해 강하게 동의한 진술문은 'DNR을 결정할 때는 환자의 상태를 가장 잘 알고 있는 담당의사의 판단이 가장 많이 반영되어야한다(Z값 차이=1.42)' (18), 'DNR 결정에 환자의 의견이 반영될 수 있도록 해야 한다(Z값 차이=0.99)' (9) 순이었다. 반면에 강한 반대를 보인 진술문은 'DNR이 결정된 후에도 보호자들이 적극적인 치료를 원할 경우 보호자의 요구에 따라야한다(Z값 차이=-1.38)' (33), '환자가 버려진다는 느낌이 들어 잔인하고 서글프다(Z값 차이=-1.30)' (28), 'DNR이 환자를 위한 것인지 혼란스럽다(Z값 차이=-1.07)' (23) 순이었다.

이 유형에서 가장 높은 인자가중치를 보인 10번 대상자의 면담내용을 보면, '치료적 관점에서 환자의 상태를 잘 아는 의사의 판단이 가족에게 큰 영향을 미칠 것 같고 치료에 희망이 보이지 않는다면 고통만 주기 때문에 DNR이 낫다', '환자, 보호자, 의료인의 입장에서 볼 때 고통을 주는 것 자체가 환자에 대한 도리가 아니며 어차피 회복 불가능하다면 고통 없이 보내는 것이 의료인이 해야 할 일이라고 생각한다', '살아있는 가족의 생활도 중요하다', 'DNR은 심폐소생술뿐만 아니라 환자에게 주어지는 인위적인 모든 치료를 하지 않는 것이다' 등이 포함되었다.

두 번째로 인자가중치가 높은 22번 대상자의 면담내용을 보면, 'DNR을 환자의 가족에게 설명할 권리는 의사에게 있다. 간호사는 중간에서 아무런 역할이 없다', '환자의 상태에 대한 정확한 정보나 데이터를 가지고 결정하므로 혼란스럽지 않다', 'DNR 설명 시에 정해진 규칙이 있다면 누구나 객관적인 입장에서 판단하고 결정할 수 있을 것 같다', '나름대로 의사는 환자의 치료에 최선을 다해 진료하고 설명을 한다고 생각한다' 등이 포함되었다.

이러한 자료들을 종합해 볼 때, 제 3유형에 속하는 대상자들은 환자의 상태악화에 대한 주치의의 설명과 주치의의 권유에 따라 전문적 판단에 수동적으로 의존하는 특성을 보였다. 또한 의료진은 DNR 결정과정에서 윤리적인 의사결정을 도출하고 딜레마를 최소화하기 위해 객관적 사실에 근거한 결정과 환자의 자율적 의사결정을 적극적으로 반영하는 것이 필요하다고 보았다. 즉 이 대상자들은 환자의 고통 감소, 죽음에 대한 권리를 존중하였으며 의료인 중심의 DNR

결정이 합당하다고 생각하고 환자의 육체적, 정신적 고통을 이해하고 수용하는 태도를 가진 것으로 생각되어 '의료인결정 중시형' 으로 명명하였다.

4) 제 4유형 : 합리주의형

제 4유형으로 분류된 대상자는 모두 6명으로 평균 연령은 30세, 미혼이 4명, 기혼이 2명이며, 종교가 있는 사람은 전체의 83%로 나타났으며, 임상근무경력은 평균 7년이었고, DNR에 대한 경험이 있는 경우가 83%이었다(Table 3).

이 유형에서 강하게 동의한 진술문은 '더 이상의 고통을 주지 않음으로써 편안하게 죽음을 맞이할 수 있게 하는 것이다' (3), 'DNR은 가족들로 하여금 마음 편하게 임종을 맞게 해 준다' (6), '현실적인 면에서 보면 환자, 의료진, 보호자 모두에게 비효율적인 소비를 줄이는 것이다' (5), '회복 불가능한 만성질환자에게는 긍정적인 결정이라고 생각 한다' (2), 'DNR이 결정된 후에도 보호자들이 적극적인 치료를 원할 경우 보호자의 요구에 따라야한다' (33), '무의미한 생명연장은 환자를 위한 것이 아니다' (1) 순이었다. 강하게 반대한 진술문은 '인위적으로 생명을 단축시키는 것이다' (14), '삶과 죽음의 결정은 신의 영역이므로 생명을 단축하는 어떤 행위도 해서는 안 된다' (13), '목숨을 너무 쉽게 포기하는 것이다' (11), '평소 DNR에 대해 생각을 전혀 안 해봤다' (25), '자연의 섭리에 순응한 것이다' (15), 'DNR을 하고 나면 의료인으로서 최선을 다하지 못했다는 죄책감을 느낀다' (17) 순이었다(Table 4).

이 유형이 다른 유형에 비해 강하게 동의한 진술문은 'DNR은 가족들로 하여금 마음 편하게 임종을 맞게 해 준다 (Z값 차이=1.26)' (6), 'DNR 처방을 낸 의사가 무능하거나 의무를 다하지 않았다는 생각이 든다(Z값 차이=1.25)' (27), '더 이상의 고통을 주지 않음으로써 편안하게 죽음을 맞이할 수 있게 하는 것이다(Z값 차이=1.16)' (3), '심폐소생술에 대한 부담이 줄어 안심이 된다(Z값 차이=1.09)' (26) 순이었다. 반면에 강한 반대를 보인 진술문은 '삶과 죽음의 결정은 신의 영역이므로 생명을 단축하는 어떤 행위도 해서는 안 된다 (Z값 차이=-1.02)' (13), 'DNR에 대한 시술범위를 명확히 하는 것이 필요하다(Z값 차이=-0.87)' (29) 순이었다.

이 유형에서 가장 높은 인자가중치를 보인 7번 대상자와의 면담내용을 보면, '의료인의 입장이 아닌 내 가족의 결정이라도 이렇게 선택할 것이다', '신만이 삶과 죽음을 결정할 수 있다면 이 세상 어디에도 병원은 없어야 할 것 같다', '회복 불가능하다면 고통을 더 이상 주지 않고 편안하게 보내는 것이 나을 것 같다', '보호자가 묻는 질문에 설명하는 정도만으로 충분하지 상담까지 하는 것은 간호사가 할일은 아닌 것 같다' 등이 포함되었다.

두 번째로 인자가중치가 높은 13번 대상자와의 면담내용을 보면, '의식도 없고 치료해서 나을 가망성도 전혀 없는데 약을 주기 위한 기계만 달고 있다고 해서 인간으로서의 삶이 유지되는 것은 아니다', '고통스럽게 생명을 유지하고 싶지는 않다', '인간으로 다루어지고 싶다', '주치의의 설명에만 의존하는 결정이 아닌 지침에 따라 결정되었으면 좋겠다' 등이 포함되었다.

이러한 자료들을 종합해 볼 때, 제 4유형에 속하는 대상자들은 회복 불가능한 질환으로부터의 환자의 고통경감, 보호자로서 생전의 좋은 모습으로 기억하고자하는 소망, 환자와 보호자의 죽음을 받아들이기까지의 준비기간, 갑작스런 죽음에 대한 두려움을 없애고 떠나보낼 수 있는 마음의 준비 등의 감정이 강하게 표현되었다. 이 대상자들은 가족의 측면에서는 치료비에 대한 경제적, 심리적 부담감을 낮추고, 환자의 측면에서는 삶의 질 또는 가치의 유무, 의료적 측면에서는 환자의 질병상태가 회복 가능하고 치료 가능성이 있는지 여부 등의 여러 상황을 종합하여 DNR을 결정해야 한다는 특성들을 고려하여 '합리주의형' 으로 명명하였다.

Ⅳ. 논 의

DNR 개념이 사회적인 이슈로 대두되기 시작하면서 의료인이 직면한 문제는 환자의 생명을 연장시키기 위한 노력이 과연 합당한 일인가를 결정해야 하는 것이다. 이에 본 연구는 Q방법론을 적용하여 DNR에 대한 간호사의 다양한 인식을 유형화하고 구체적인 특성을 파악함으로써 DNR에 대한 교육자료 개발이나 판단기준 및 지침마련에 활용하고자 시도하게 되었다.

DNR에 대한 간호사의 인식은 다음과 같이 4개 유형으로

분류되었으며, 각 유형은 제한적 수용형, 근거요구형, 의료인 결정 중시형, 합리주의형으로 명명하였다.

제 1유형에 속한 대상자들은 '제한적 수용형'으로 환자의 질병상태의 위중도가 높은 경우나 질환의 유병기간이 길고 고령이거나 보호자의 치료에 대한 의지, 진단명 등 상황에 따라 제한적으로 DNR을 수용하는 태도를 보였으며, 의료인의 입장에서는 긍정적 동의를 보이면서도 막상 자신이나 가족의 입장에서는 질병의 중증도와 상관없이 DNR 결정을 쉽게 못하는 것으로 나타났다.

따라서 제 1유형의 대상자들은 만성질환에서의 가망 없는 환자상태, 환자의 연령, 질병의 위중도와 유병기간, 보호자의 치료에 대한 의지, 진단명 등을 DNR의 결정요인으로 인식하였다. 이러한 결과는 60세 이상의 연령에서 DNR을 결정하는 비율이 70%이상으로 나타나 치료의 중단결정과 연령과의 연관성이 높게 지적되었던 선행 연구결과(Abbott, Sago, Breen, Abernethy, & Tulsky, 2001; Hakim et al., 1996; Jang, 2000; Kang, 2003; Kim, 1998; Kim, 2002; Kim, 2006; Park, 2003)와 일치하는 것으로 판단된다. 또한 Tittle, Moody와 Becker (1991)는 중환자실에서 DNR을 결정한 환자의 평균 연령이 74세, DNR을 실시하지 않은 환자의 평균 연령이 67.7세로 연령에 따라 유의한 차이가 있었음을 보고하여 환자의 연령에 따라 DNR 결정에 동의함을 보여준 제 1유형과 유사한 결과이다.

DNR을 결정하게 된 환자들의 진단명을 살펴보면 Parker, Landry와 Phillips (1993)의 연구에서는 뇌졸중, 암, 간 질환, 심장질환 등으로 나타났고, Ghusn, Teasdale과 Jordan (1997)의 연구에서도 DNR을 결정한 환자들은 뇌졸중, 고혈압, 만성폐쇄성폐질환, 암, 심장질환 등의 만성질환자가 많은 것으로 보고되어 본 연구에서 '회복 불가능한 만성 질환자에게는 긍정적인 결정이라고 생각한다'라는 문항에 강하게 동의한 제 1유형의 대상자들의 인식과 유사한 것으로 나타났다. Campbell과 Thill (1996)은 암 진단을 받은 환자의 경우 암 진단을 받지 않은 환자보다 심폐소생술을 덜 권유한다고 하여 암 진단 자체가 DNR을 결정하는 임상적 사건으로 고려될 수 있다고 하였다. 또한 Lee, Cho, Weon과 Lee (1994)의 연구에 의하면 DNR은 고령, 의학적으로 조만간 죽음이 불가피하다고 생각되는 경우, 회복이 불가능하다고 판단되는 혼수상태, 소생술이 효력이 없거나 있어도 일시적이어서 반복적인 소생술이 필요한 경우가 적용대상이며 환자에게 DNR 결정 시 고려할 사항으로는 환자가 겪고 있는 고통, DNR에 대한 환자의 희망정도, 환자의 연령, 경제적 여건 등으로 나타나 제 1 유형과 유사하게 나타났다. Kang (2005)의 연구에서도 신체기능의 부전, 타 장기로의 암 전이, 의식수준이나 활력증상의 변화 등이 DNR 결정시 고려사항으로 보고되었으며, DNR이 필요한 이유에 대해 Kang (2003)은 대상자의 50%이상이 '많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문'으로 보고하여 제 1유형을 지지하는 것으로 생각된다.

제 2유형에 속한 대상자들은 '근거요구형'으로 환자의 고통경감, 가망 없는 환자상태에 대한 인식뿐만 아니라 DNR 결정 시 시술범위의 명확성과 지침에 근거한 결정을 강조하였다. 또한 이 유형은 DNR을 합법적으로 받아들일 수 있는 지침을 법제화하여 근거에 준한 DNR 결정을 통해 의학적, 윤리적, 법적 문제의 명확성을 요구하였다. 이와 같이 이 유형의 대상자들은 DNR을 선택하는 그들의 입장에서 이해하며 자신의 보호를 위해 신중하게 판단하는 것으로 생각된다.

Kang (2005)의 연구에서는 DNR 결정 시 서면화 된 동의서나 요청서 없이 구두로 받아서 알고 있거나 간호사에게 전달하는 경우가 60.9%를 차지하여 아직까지 우리나라에서는 DNR에 대한 결정이 대부분 문서화되어 있지 않음을 시사하였다. DNR 결정은 환자의 치료에 대한 중요한 결정이므로 의료진은 환자와 가족이 함께 협의한 내용을 반드시 문서화하여 기록해야 하지만 아직도 DNR과 관련한 공식적인 문서가 없는 병원이 많으므로, 문서화된 지침서의 제정이 필요함을 강조함으로서 제 2유형의 대상자들의 태도와 유사하였다.

Choe 등(1998)에 따르면 DNR 동의서를 받지 않은 경우 15.4%가 심폐소생술을 시행하지 않았다고 응답했으나 동의서가 있는 경우에는 DNR 시행율이 69.2%로 증가하였다. 또 심폐소생술을 시행한 이유에 대해서는 임종 시 가족이 없어서, 가족이 원해서, DNR인지 몰라서, 최선을 다하는 모습을 보여 주기 위해서의 순으로 나타났는데, 이는 외국에 비해 보호자뿐만 아니라 의료진들조차 DNR에 대한 인식이 부족함을 알 수 있다. 또한 DNR 지침을 문서화하고 정확한 치료의 성격과 본질을 구체화하여 환자와 가족의 욕구를 그 내용에

포함시켜야 한다고 하였으며 윤리성에 근거한 정확한 기록이 반드시 필요하고 법률적으로 보호받아야 한다고 하여 본 연구의 제 2유형에 속하는 대상자들의 인식과 유사함을 보였다. 또한 이 유형에서는 의료분쟁의 문제를 고려하여 DNR을 신중하게 결정해야 한다는 태도를 보였다. Kim (1998)은 환자가 배제된 상태에서 의사와 보호자만의 결정으로 이루어진 결정은 추후에 가족의 죄책감을 유발하거나 가족 간의 갈등을 일으킬 수 있고 많은 윤리적, 법적 문제를 야기할 소지가 있다고 하였다. 따라서 제 2유형에 속하는 대상자들은 환자의 자율적 의사가 최대한 반영될 수 있도록 치료과정 동안 사전 동의의 절차를 제도화하여 시행하는 것이 필요하다고 하였다.

제 3유형에 속한 대상자들은 '의료인 결정 중시형'으로 환자의 상태악화에 대한 주치의의 설명과 권유에 따라 전문적 판단에 수동적으로 의존하는 특성을 보였다. 이 유형은 환자의 고통 감소, 죽음에 대한 권리를 존중하였으며 의료인 중심의 DNR 결정이 합당하다고 생각하고 환자의 육체적, 정신적 고통을 이해하고 수용하는 태도를 가진 것으로 생각된다. Kang (2005)의 연구에서 DNR 결정 시 의료진들이 경험하는 딜레마로는 환자의 소외, 의료진으로서의 무력감, DNR 결정과정에서의 책임권한과 잦은 DNR 결정으로 인한 무력감 등으로 나타났으며, 심리적인 변화로는 부담감과 안도감의 이중성을 보였는데 부담감은 말기환자를 계속 돌보면서 경험하는 소진에서 기인하는 것이고, 안도감은 제한된 시간과 자원으로 많은 환자를 돌보아야하는 입장에서 자원을 재분배하는 것과 결정과정의 고통을 회피하려는 행위로 이해되어진다. 또한 DNR은 환자나 가족의 상황과 심정을 잘 아는 주치의가 결정해야 한다고 하였으며 주치의의 판단이 중요하기 때문에 판단의 오류가 생기지 않아야 함을 강조하였다.

Kim (2006)의 연구에서도 DNR 결정과정에서 환자는 배제된 채 주로 의사와 보호자에 의해 이루어진다고 하였다. 우리나라의 경우 개인의 선택이나 이익보다는 가족과 집단의 이익에 가치를 두기 때문에 DNR 결정과정에서도 환자보다는 남겨지는 보호자의 의견이 더 많은 영향을 미친다고 하였다. DNR의 결정의 주체에 대해 간호사의 46.6%는 '환자와 가족'이라고 한 반면에, 의사의 52.1%는 '가족과 주치의'라고 대답하였는데, 이는 간호사와 의사의 의견이 서로 다름을 알 수 있다. DNR의 의사결정은 주로 의사의 제안으로 시작되었으며 가족은 전문가적 판단에 의존하여 의사의 결정에 수동적으로 따랐다. 이것은 환자가 자신의 죽음을 미리 준비하지 않고 치료과정에서 의사의 전문성과 권위가 중시되어 치료 및 예후에 대한 환자의 자율적 결정권보다는 의사의 치료적 결정에 수동적으로 따르는 의료적 분위기가 DNR 결정에까지 연장되는 것으로 생각된다. 또한 의사결정에 간호사가 참여한다고 대답한 사람은 없고 간접적으로 상담에 응해주는 정도라고 대답하여 간호사는 간접적으로만 참여하는 것으로 보아 가족과 마찬가지로 간호사 또한 의사의 전문가적 판단을 중시하여 수동적으로 따르는 제 3유형의 간호사들과 유사하다고 생각된다.

DNR 결정의 주체 자에 대해 미국의 경우 1990년 자기결정법(Patient' Self -Determination Acts : PSDA)이 통과된 이래 지금은 병원에 입원할 때 죽음의 과정에 관한 사전의사결정서를 받도록 의무화함으로서 환자의 자율성을 보장하기 위한 제도적 근거를 마련해두었으며, JACHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization)에서도 인준을 받은 모든 병원기관은 환자의 챠트에 'Do Not Resuscitate'여부를 반드시 기재하도록 하고 있다(Greco, Schilman, Lavizzo-Mourey, & Hanse-Flaschen, 1991; Wilson, 1996).

Kim (2001)은 DNR이 결정된 무의식환자 가족의 경험에 대한 연구에서 DNR이 결정된 가족들이 겪게 되는 공통적인 정서반응은 도리를 다하지 못했다는 죄책감과 도움이 될 수 없음에 대한 절망감을 경험하는 것으로 나타났다. 가족 중심주의적인 우리나라에서 DNR의 결정에 대한 의사여부를 환자 본인에게 말하여 직접 선택하게 할 것이냐, 말 것이냐의 문제도 중요하지만 어떻게 환자와 함께 할 것인가 하는 것이 더 중요하다고 생각된다. 의료진은 환자가 자신의 병에 대해 알고 있는 정도와 환자가 사실을 들었을 때 충격에 견딜 수 있는 능력, 그리고 이를 지지해줄 수 있는 가족의 지지체계에 대해서도 판단하여 소극적인 치료를 선택할 수밖에 없는 환자들이 자신의 고통을 이겨내고 마지막 순간까지 존엄을 유지하여 죽음을 맞이할 수 있게끔 환자와 가족을 돌보고 지지하는 정서적 지지자 역할을 중요하게 고려해야 하며 개인의 자율성에 대한 사회적 인식도 성숙되어야 한다. 따라서 간호

사는 환자의 옹호자로서 보호자에게는 적절한 상담과 지지를 제공하여 DNR 결정에 도움을 줄 수 있어야 한다.

이와 같이 치료의 보류와 중단을 가져오는 DNR 결정과정에서 윤리적인 의사결정을 도출하며 딜레마를 최소화하기 위해 객관적 사실에 근거한 결정을 내릴 수 있도록 유도하고, 환자의 자율적 의사결정을 적극적으로 반영하며, 딜레마를 최소화할 수 있도록 학부과정에서부터 윤리적 의사결정에 대한 교육이 요구된다.

제 4유형에 속한 대상자들은 '합리주의형'으로 회복 불가능한 질환으로부터의 환자의 고통경감, 보호자로서 생전의 좋은 모습으로 기억하고자하는 소망, 환자와 보호자의 죽음을 받아들이기까지의 준비기간, 갑작스런 죽음에 대한 두려움을 없애고 떠나보낼 수 있는 마음의 준비 등의 감정이 강하게 표현되었다. 이 대상자들은 가족의 측면에서는 치료비에 대한 경제적, 심리적 부담감 완화, 환자의 측면에서는 삶의 질 또는 가치의 유무, 의료적 측면에서는 환자의 질병상태가 회복 가능하고 치료 가능성이 있는지 여부 등의 여러 상황을 종합하여 DNR을 결정해야 한다는 합리적인 태도를 보였다.

Kang (2005)의 연구에 의하면 DNR 결정과정에서 경제적 부담감을 고려한다는 결과가 보고되었는데 이는 외국문헌에서는 나타나지 않는 우리나라의 특이한 점이라고 할 수 있다. 이 연구에서 경제적 부담감을 고려하여 DNR을 결정하는 경우가 13%로 심폐소생술을 실시할 경우 많은 약품과 기구나 장비들을 사용하게 되고 이에 따라 의료비 지출이 증가하게 되므로 가족에게 경제적 부담이 된다고 표현하였다. 중환자실 간호사를 대상으로 한 Jang (2000)의 연구에서 DNR 결정 후 간호활동의 변화로 환자의 안위를 위해서 무의미한 간호나 의학적 중재는 제공하지 않을 뿐만 아니라 희망이 없는 환자보다는 생산적이고 희망이 있는 환자의 간호에 시간을 많이 할애하여 제한된 간호 인력을 효율적으로 재분배하게 된다는 점에서 제 4유형의 대상자들의 인식과 유사함을 보였다. 또한 Kim (2006)의 연구에서 간호사들은 가망이 없는 환자 상태의 인식과 환자의 고통경감, 생전의 좋은 모습으로 기억되기를 소망하는 마음을 고려하여 가족 간의 합의를 거쳐 DNR을 결정한다는 결과를 보여 본 연구의 제 4유형에 해당하는 대상자와 유사한 태도를 보였다. 뿐만 아니라 간호사는 환자와 가족이 겪는 사회 심리적 갈등을 표현할 수 있도록 돕고 심리적 안정을 찾을 수 있도록 가족과의 정기적인 대화의 시간을 마련하고 병원 내에 전문 상담 팀을 만들어 적절한 정서적 지지를 제공해주는 것이 필요한 것으로 인식하였다.

Tonelli (1996)에 따르면 미국의 경우 입원 시 환자가 자신의 건강에 대한 의사결정 시 스스로의 권리행사를 가능하게 하는 자기결정권법을 두어 환자의 자율성을 보장하기 위한 제도적 근거를 마련해두고 있으며 환자의 사전의사결정서에는 본인이 죽음에 직면할 경우에 대비해 생명유지 치료에 대한 동의여부 및 치료에 대한 선호를 구체화시켜 놓은 생전유언과 대리인 지정에 대한 기록을 하도록 되어 있다. 이는 회복의 가능성이 거의 희박한 말기 상태일 때 DNR에 대한 결정을 쉽게 함으로써 환자의 자율성을 증진시키고, 무의미한 치료로 인한 의료자원의 낭비를 막을 수 있는 긍정적인 효과를 가져 온다고 하여 본 유형의 간호사들과 유사함을 보였다.

본 연구결과는 DNR에 대한 간호사의 다양한 유형에 따른 윤리적 갈등상황에 대한 간호교육시 활용가능하고, 추후에 DNR에 대한 간호사의 유병별로 개발화 된 간호중재방안을 개발하고 적용하는 연구에 근거가 될 것이며, 임상에서는 DNR에 대한 교육 자료나 지침 및 기준을 개발하는데 이용될 것으로 기대한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 DNR에 대한 간호사의 인식구조를 파악하고 그 특성을 규명함으로써 DNR에 대한 교육자료 개발이나 판단기준 및 지침마련에 활용하고자 시도하게 되었으며, 수집된 자료를 PC-Quanl Program으로 분석한 결과, 모두 4개 유형(제한적 수용형, 근거요구형, 의료인 결정 중시형, 합리주의형)이 추출되었고 이들 유형에 의해 설명된 전체 변량은 65.3%였다.

본 연구에서 추출된 네 유형 모두 회복 불가능하고 가망 없는 만성질환자에게는 기본적으로는 DNR에 대해 동의하고 있지만 각 유형별 특성은 조금씩 다르게 나타났다. 따라서 의료사회 전반에 DNR에 대한 기준이나 지침에 대한 합의가 필요하고 윤리적 의사결정에 대한 교육프로그램의 개발이 필요하다고 생각된다.

본 연구의 결과를 토대로 추후에 간호학생을 대상으로 DNR에 대한 인식유형을 파악하여 간호학 교육에 활용할 것과 DNR에 대한 교육 자료나 지침 및 기준을 개발할 것을 제언한다.

REFERENCES

Abbott, K. H., Sago, J. G., Breen, C. M., Abernethy, A. P., & Tulsky, J. A. (2001). Families looking back : One year after discussion of withdrawal or withholding of life-sustaining support. *Critical Care Medicine, 29(1)*, 197-201.

Cambell, 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*, 339-345.

Choe, Y. S., Kim, J. W., Shin, S. W., Lee, Y. M., Lee, T. H., & Hong, M. H. (1998). Doctors' attitude to ethical issues in the dying patients. *Journal of Hospice and Palliative Care, 3*, 25-32.

Ebell, M. H., & Eaton, J. A. (1992). Flow chart for the interpretation of do-not-resuscitation orders statutes. *The Journal of Family Practice. 35(2)*, 141-143.

Greco, P. J., Schulman, K. A., Lavizzo-Mourey, R., & Hansen-Flaschen, J. (1991). The Patient Self -Determination Act and the future of advance directives. *Annals of Internal Medicine, 115*, 639-643.

Ghusn, F., Teasdale, T., & Jordan, D. (1997). Continuity of do-not-resuscitate orders between hospitals and nursing home setting. *Journal of the American Geriatrics Society, 45*, 465-469.

Hakim, R. B., Teno, T. M., Harrell, F. E., Knaus, W, A., Wenger, N., Phillips, R., et al. (1996). Factor associated with do-not-resuscitation orders : Patients' preference, prognoses, and physician's judgements. *Annals of Internal Medicine, 125*, 284-293.

Han, S. S., Jung, S. A., Mun, M. S., Han, M. H., & Go, G. H. (2001). Nurses' understanding and attitude on DNR. *Journal of Korean Nursing Administration Academic Society, 7*, 403-414.

Jang, S. O. (2000). *Experience of family with DNR and change of care after DNR decision-making in intensive care units*. Unpublished master's thesis, Gyeongsang National University, Jinju.

Kang, H. I. (2003). *Awareness and experience of nurses and physicians on DNR*. Unpublished master's thesis, Hallym University, Chuncheon.

Kang, Y. S. (2005). *A study on decision makings of DNR - focused on cancer patient's cases*. Unpublished master's thesis, Sungkyunkwan University, Seoul.

Kim, H. K. (1990). *Q-methodology*. Unpublished manuscript.

Kim, J. H. (2002). *Treatment withdrawal: Characteristics of critically ill patients and experience of primary caregivers*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

Kim, S. H. (1998). *Research: Decision making process in DNR orders for patients with cancer*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

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

Kim, S. Y. (2001). *The study of the experience of DNR determined unconscious patient's family*. Unpublished master's thesis, Korea University, Seoul.

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

Lee, S. H., Kim, J. S., Hwang, M. J., Hwang, B. D., & Park, Y. J. (1998). Ethical dilemma associated with DNR: The attitude of clinical nurse. *Journal of Korean Clinical Nursing Research, 4(1)*, 147-162.

Parker, J. M., Landry, F. J., & Phillips, Y. Y. (1993). Use of do-not-resuscitate orders in an intensive care setting. *Chest, 104*, 1592-1596.

Park, Y. O. (2003). *The experience of family members on deciding to withdraw life-sustaining treatment for patients who are terminally ill*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei

University, Seoul.

Tittle, M. B., Moody, L., & Becker, M. P. (1991). Preliminary development of two predictive models for DNR patients in intensive care. *Journal of Nursing Scholarship, 23(3)*, 140-144.

Tonelli, M. R. (1996). Pulling the plug on living wills: A critical analysis of advance directives. *Chest, 110*, 816-822.

Wilson, 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.