

심폐소생술 금지와 관련된 병원간호사들의 경험

이명선¹ · 오상은² · 최은옥³ · 권인각⁴ · 권성복⁵ · 조경미⁶ · 강영아⁷ · 옥정희⁸

¹서울대학교 간호대학 교수 · 간호과학연구소 연구원, ²전남대학교 간호대학 교수 · 간호과학연구소 연구원, ³인제대학교 간호학과 부교수 · 노인건강전략개발 연구소 연구원, ⁴성균관대학교 의과대학 · 삼성서울병원 임상간호학교실 교수, ⁵동신대학교 간호학과 조교수, ⁶경인여자대학 간호과 부교수, ⁷서울아산병원 혈액종양병동 코디네이터, ⁸서울아산병원 간호부 간호사

Hospital Nurses' Experience of Do-Not-Resuscitate in Korea

Yi, Myungsun¹ · Oh, Sang Eun² · Choi, Eun Ok³ · Kwon, In Gak⁴ · Kwon, Sungbok⁵
Cho, Kyung-mi⁶ · Kang, Youngah⁷ · Ok, Jeonghui⁸

¹Professor, College of Nursing, Seoul National University, Seoul

²Professor, College of Nursing, Chonnam National University, Gwangju

³Associate Professor, Department of Nursing & Research Institute of Geriatric Health, Inje University, Busan

⁴Professor, Department of Clinical Nursing Science, Samsung Medical Center, Seoul

⁵Assistant Professor, Department of Nursing, Dongshin University, Naju

⁶Associate Professor, Department of Nursing, Kyungin Women's College, Incheon

⁷Nurse Coordinator, Department of Hematology, Asan Medical Center, Seoul

⁸Nurse, Department of Nursing, Asan Medical Center, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of the study was to describe the experiences of do-not-resuscitate (DNR) among nurses. **Methods:** Data were collected by in-depth interviews with 8 nurses in 8 different hospitals. Conventional qualitative content analysis was used to analyze the data. **Results:** Eight major themes emerged from the analysis: DNR decision-making bypassing the patient, inefficiency in the decision-making process of DNR, negative connotation of DNR, predominance of verbal DNR over written DNR, doubts and confusion about DNR, least amount of intervention in the decision for DNR change of focus in the care of the patient after a DNR order, and care burden of patients with DNR. Decision-making of DNR occurred between physicians and family members, not the patients themselves. Often high medical expenses were involved in choosing DNR, thus if choosing DNR it was implied the family members and health professionals as well did not try their best to help the patient. Verbal DNR permission was more popular in clinical settings. Most nurses felt guilty and depressed about the dying/death of patients with DNR. **Conclusion:** Clearer guidelines on DNR, which reflect a family-oriented culture, need to be established to reduce confusion and to promote involvement in the decision-making process of DNR among nurses.

Key words: Bioethics, Resuscitation Orders, Qualitative Research, Nurses

서 론

1. 연구의 배경 및 필요성

심폐소생술은 1960년대 이후 미국을 중심으로 발전하여 도입

된 기술로서, 현재 전 세계 모든 의료기관에서 시행될 뿐 아니라 공항이나 거리 등 일부 공공 기관과 장소에서도 시행되는 보편적인 기술이 되었다. 그러나 심폐소생술에 따른 부작용, 예를 들면 소생시켜도 거의 의미가 없다고 판단되는 환자가 종종 발생하게 되면서 무조건적인 심폐소생술 시행에 대한 회의가 생

주요어 : 생명윤리, 심폐소생술 지시, 질적연구, 간호사

*본 연구는 대한질적연구간호학회 연구비의 지원으로 수행되었음.

*This research was supported by the Korean Association for Qualitative Research in Nursing.

Address reprint requests to : Yi, Myungsun

College of Nursing, Seoul National University, 28 Yeongeon-dong, Jongno-gu, Seoul 110-799, Korea
Tel: 82-2-740-8829 Fax: 82-2-6442-8829 E-mail: donam@snu.ac.kr

투고일 : 2008년 1월 22일 심사완료일 : 2008년 3월 31일

겨나게 되었다. 이후 심폐소생술 금지(Do-Not-Resuscitate, DNR)는 의료기관에서 가장 흔히 수행하는 연명치료중단(withdrawing of life-sustaining treatment)의 하나로 정착되었다. 이외에도 환자의 삶의 질에 대한 중요성 부각 및 불필요한 의료 자원의 낭비 방지 등이 DNR 도입을 활성화시키는데 기여하였다. 국내의 경우 응급실 사망환자의 62.2%가 DNR 환자였다는 Chung 등(1998)의 보고는 DNR이 광범위하게 시행되고 있음을 잘 반영하고 있다. 하지만 안타깝게도 국내 DNR은 아직 법적, 윤리적으로 타당한 지침이 거의 없을 뿐 아니라(Han, Kim, Moon, & Yong, 2005), 이를 뒷받침할만한 연구 또한 매우 부족하다.

이론적으로 DNR이란 심장이나 호흡의 정지가 일어났을 때 심폐소생을 시행하지 않는 것으로 심폐소생술을 제외한 모든 치료는 제공하는 것을 의미한다. 단, 응급이나 수술 중인 환자에게 심정지가 일어난 경우는 예외적인 상황으로 두고 있다(Han, Chung, Ko, Han, & Moon, 2001). 한편 DNR은 의학적이거나 법률적인 결정이 아니라 생명의료윤리와 관련된 가치에 근거하는 도덕적인 결정으로서, 그 사회의 문화적 배경과 밀접한 관계를 맺고 있다. 따라서 문화에 대한 심각한 고려 없이 DNR을 논의하고 이에 대한 타당한 결정을 모색한다면, 최선의 결과를 도출하는데 실패하기 쉽다(Lee, 2007).

DNR처럼 생명공학과 의료기술의 발전으로 야기된 문제들은 예전에 미처 생각해보지 못한 새로운 윤리적 물음들을 제기하게 되었다. 하지만 이러한 물음은 전통적인 도덕이론으로 해결하기 어려운데, 그 이유는 구체적인 생명의료 문제를 도덕이론으로 적용할 때, 각기 다른 방안들이 생겨나기 때문이다. 이에 대한 해결책으로 Beauchamp와 Childress (2001)는 원칙주의를 제시하였다. 즉, 자율성 존중의 원칙(respect for autonomy), 피해 회피의 원칙(nonmaleficence), 선행의 원칙(beneficence), 그리고 정의의 원칙(justice)을 기준으로 하여 문제를 해결하고자 하였다. 그럼에도 불구하고 원칙주의는 각 원칙들 사이의 체계적인 관계 결여와 각 원칙을 사례에 적용하였을 때 나타나는 서로 간의 충돌로 인해 역할을 제대로 수행해 내지 못하고 있다(Lee, 2007).

이렇듯 도덕이론이나 원칙주의가 구체적인 생명의료윤리 문제에 대해 다양한 해석을 만들어냄으로써 제 역할을 수행하지 못한다는 문제 이외에도, 이들이 국내의 생명의료윤리 문제를 다룰 때 나타나는 또 다른 주요 문제는 이 이론들이 바탕을 두고 있는 도덕적 가치와 신념에 있다. 즉, 이들은 서양에서 시작하여 발달한 것이어서 서양의 문화와 신념에 기초하고 있다는 점이다. 따라서 이를 한국과 같은 동양문화에 무조건적으로 적

용한다는 것은 많은 무리가 따르게 된다.

Condon (1977)에 의하면, 미국을 비롯한 대부분의 서양문화는 개인의 독립을 우선시하는 개별주의가 우세하여 대칭적인(symmetrical) 혹은 독립적인 인간관계를 중요시하는 반면, 한국문화는 '나' 보다는 '우리'를 중요시하는 상호보완적인(complementary) 인간관계를 가치화한다. 독립적인 관계를 지향하는 서양에서 발전된 도덕이론과 원칙주의는 자유주의 패러다임에 기초하고 있다, 따라서 개인의 자율성과 자기 결정의 원칙에 커다란 무게를 둔다. 즉, 개인이 윤리적 판단의 최종 결정자이고 이것이 불가능한 경우 사전 지시(advanced directives)나 사전 유언(living will)으로 환자의 의견을 최대한 반영하고자 한다. 반면에 상호보완적인 인간관계를 중시하는 한국에서는 윤리적 판단에 있어서 개인의 욕구보다는 공동체의 이익에 부합하는 공동선을 더욱 중요하게 여긴다. 따라서 자율성 존중보다는 선행의 원칙에 무게를 둔다(Lee, 2007). 이러한 도덕관점의 차이로 인해, 서양의 생명의료윤리 이론은 문화적 배경을 달리하는 한국 사회에서의 생명의료 문제에 대해 어떤 구체적인 결론을 이끌어내는 데 불충분하거나 부적합하다.

한국의 생명의료문제는 아직도 강력한 삶의 규범으로 작동하고 있는 유교의 도덕관점에서 이해하고 실천하는 것이 필요하다(Lee, 2007). 즉 유교의 도덕관점인 인(仁: 인간애)과 독립적인 개인이 아닌 관계적인 개인을 중심으로 생명의료문제가 다루어져야 한다. 유교의 오류는 인간이 행해야 할 실천 덕목을 제시하고 있는데, 이는 모든 인간관계의 기본이 되는 전형이다. 다섯 가지 오류와 이에 상응하는 덕(덕)은 君臣有義(군신유의), 父子有親(부자유친), 夫婦有別(부부유별), 長幼有序(장유유서), 朋友有信(붕우유신)으로서 이 중에서 부모와 자식(부자), 남편과 아내(부부), 그리고 어른과 어린이(장유) 사이의 관계는 개인보다는 가족을 중시하는 유교 사회를 잘 반영하고 있다. 따라서 가족 구성원 중 한 사람에게 문제가 생기면, 이는 가족의 문제로 간주되어 가족 전체가 결정하게 된다. 이렇듯 개인보다는 가족이 우선시 된다는 사실은 DNR 동의서에 환자 본인이 서명한 경우가 2% 정도(Han et al., 2001)에 머무른다는 조사연구에서도 잘 나타나고 있다.

하지만 DNR과 관련하여 실제로 국내에서 어떠한 현상이 일어나는지에 대한 총체적이고 심층적인 이해는 매우 부족하다. 누가 DNR을 결정하고 어떤 상황에서 결정하는지 등에 대한 실태는 간호사를 대상으로 일부(Han et al., 2001; Lee, Kim, Hwang, Hwang, & Park, 1998) 조사되었지만, 한국인의 삶의 방식을 통해 DNR이 실무에서 어떻게 이해되고 적용되는지에 대한 구체적인 심층적인 탐구는 거의 없다. 따라서 DNR에 직

접 개입하고 있는 환자와 가족, 그리고 의료인이 각자의 입장에서 실제로 어떤 경험을 하는지에 대한 연구는 그 의미가 매우 크다고 본다. 특히 간호사의 경우, 이들의 75% (Han et al., 2001) 내지 92% (Lee et al., 1998)가 DNR과 관련된 경험을 한다고 보고하고 있어, 이들에 대한 연구는 DNR에 대한 구체적인 법적, 윤리적 지침 마련에 기여할 수 있을 뿐 아니라, 윤리적 갈등을 겪고 있는 간호사와 간호학생들(Han, Park, Ahn, Cameron, Oh, & Kim, 2001)에게도 DNR과 관련하여 무엇에 가치를 두고 행동해야 하는가에 대한 기초지식을 제공하는데 기여할 수 있을 것이다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 DNR과 관련된 간호사들의 경험을 이해하고 설명하는 것이다. 연구 질문은 “환자의 DNR과 관련하여 간호사들은 어떤 경험을 하는가?”이다. 이러한 연구 결과는 DNR과 관련된 간호사의 경험에 대한 이해를 높일 뿐 아니라, 이들을 통해서 실제 한국에서의 DNR 현상을 보다 세밀하게 조명해 볼 수 있을 것이다.

연구 방법

1. 자료 수집 및 연구 참여자의 인권 보장

연구 참여자는 3차 의료기관에 종사하는 간호사로서 본 연구의 목적을 올바르게 이해하고 연구에 참여하기를 동의함은 물론, 인터뷰의 전 과정이 녹음되는 것을 동의한 자로 하였다. 개인 심층면담을 통하여 자료를 수집하였으며 평균 면담 시간은 1시간이었다. 이들에게는 연구 참여자의 익명성이 보장되며, 자료는 연구를 위하여만 사용됨을 알려주었고, 연구 참여와 관련하여 의문이 있을 때에는 언제라도 연구자에게 연락할 수 있도록 하였다. 면담질문은 개방형 질문인 “자신이 돌보는 환자의 심폐소생술 금지와 관련된 경험에 대해서 이야기해 주세요.”로 시작함으로써 연구자의 견해나 시각을 최대한 배제함과 동시에, 연구 참여자의 견해와 경험은 최대한 반영하도록 하였다. 기타 질문으로는 “심폐소생술 금지와 관련하여 중요한 측면들은 어떤 것들이 있습니까?” “심폐소생술 금지와 관련하여 간호사로서 어려운 점들이 있다면 무엇이 있습니까?” 등이 포함되었다. 또한, 다양한 촉진 질문들을 통해 일상화되어 무의식화된 경험을 의식으로 끌어올림으로써 보다 풍부한 내면의 자료를 얻고자 하였다.

2. 자료 분석

녹음된 자료는 필사한 후 질적내용분석(qualitative content analysis)을 이용하여 분석하였다. 질적내용분석은 연구 현상을 솔직하게 기술하고 설명하고자 할 때 선택하는 방법이다(Sandelowski, 2000). 비록 근거이론이나 현상학적 방법처럼 이론적, 철학적 배경을 지니지 않고 있지만, 이 방법도 다른 질적연구방법과 마찬가지로 자료에 대한 통찰력을 통해 새로운 자료를 보충하면서 자료 분석을 지속적으로 수정함에 따라 성장적이고 상호작용적이 된다(Graneheim & Lundman, 2004). 그럼에도 불구하고 다른 질적연구방법보다 해석이 최소한으로 개입된다는 특징이 있다(Sandelowski, 2000).

질적내용분석은 크게 전통적인 내용분석(conventional content analysis), 지시적 내용분석(directed content analysis), 그리고 부가적 내용분석(summative content analysis)의 세 가지로 구분된다(Hsieh & Shannon, 2005). 전통적인 내용분석은 정보적 내용을 요약하는 자료의 역동적인 분석형태(Morgan, 1993)로서 연구 결과는 자료로부터 유래된다. 즉 분석 코드가 체계적으로 적용되지만, 이는 연구과정 중에 자료로부터 도출된 것이다. 지시적 내용분석은 전통적인 방법보다 구조화된 과정으로 진행되며, 기존의 이론이나 연구에서 나온 개념이나 변수들을 초기의 코딩범주로 이용한다. 한편, 부가적 내용분석은 단어나 내용의 맥락적인 사용을 이해할 목적으로 텍스트의 특정한 단어나 내용을 확인하여 수량화하는 것으로 시작한다. 그러나 여기서의 수량화는 의미를 추론하기 위함이 아니라 단어나 내용의 사용을 탐구하기 위한 것으로써 이들 속에 감추어진 의미를 찾아내는 데 초점을 둔다. 본 연구에서는 이 세 가지 분석 방법 중에서 전통적인 내용분석 방법을 이용하였다.

분석을 위해 우선 필사된 모든 내용을 전체적으로 읽으면서 자료와 친숙해짐으로써 연구 참여자의 입장에서 이들의 경험을 이해함과 동시에 연구 현상에 대한 직관과 통찰력을 얻고자 하였다. 그 다음 의미 있는 중요한 진술들을 추출하여 코드화하였다. 이렇게 도출된 코드들은 비슷한 것끼리 모아 주제로 분류하는 단계를 거치었다. 그 다음 이렇게 분류된 주제들을 보다 추상적으로 압축해 나감과 동시에 특성을 구체화하였다. 이때에는 분석 결과가 참여자들의 경험을 정확하게 반영하고 있는지 확인하기 위하여 분석자들 간의 피드백을 거침으로써 연구 결과의 타당성 확보에 기여하고자 하였다.

연구 결과

본 연구 참여자는 20대 중반과 30대 초반의 간호사로서 모두 8명이었다. 근무지는 서울, 경기, 광주, 부산 등 다양한 지역의 3차 의료 기관이었다. 이 중에서 6명은 중환자실에서 근무하였고, 나머지는 중앙병동과 일반 병동에 근무하였다. 일부는 응급실과 소아중환자실에서의 근무 경험을 가지고 있었다. 평균 임상경력 기간은 7.6년으로써 최소 3년에서 최고 10년이었다. 과반수가 기혼이었고 종교는 다양하였다.

여덟 명의 참여자들로부터 심층면담을 통해 수집한 자료를 전통적인 질적내용분석방법을 이용해 분석한 결과 8개의 주제가 도출되었다. 이들은 ‘환자가 배제된 DNR 결정,’ ‘DNR 결정의 비효율성,’ ‘DNR에 내포된 부정적 의미,’ ‘구두 DNR 사용의 우세,’ ‘DNR 결정에 대한 구구심과 혼동,’ ‘DNR에 대한 최소한의 개입,’ ‘DNR 결정에 따른 간호접근의 변화,’ 그리고 ‘DNR 환자 간호에 대한 부담’이다.

1. 제1주제: 환자가 배제된 DNR 결정

이미 많은 연구(Han, 2005a; Lee, 2007; Lee et al., 1998; Son, 1998)에서 보고되었듯이, 본 연구 참여자들은 거의 모든 DNR 결정이 환자가 배제된 상황에서 가족과 의사 간에 이루어지고 있다고 진술하였다. 한편, DNR 결정에 영향을 미치는 중요한 요소로 환자, 의사, 그리고 가족을 꼽았다. 환자 요인으로는 환자의 의식 상태와 연령이 포함되었다. 그리고 의사 요소로는 회복가능성에 대한 의사의 의견, 그리고 가족 요인으로는 가족의 경제적인 능력이 특히 중요하게 개입된다고 여기고 있었다.

1) 환자: 질병 상태, 의식 및 연령

모든 참여자는 환자의 질병 상태가 DNR 결정의 중요한 기준이 된다고 보았다. 그 중에서도 중요한 것은 환자의 의식 유무이었다. 환자가 의식이 없는 경우 DNR 결정이 보다 용이하게 이루어졌는데, 이는 의식이 없거나 식물인간 상태에 있는 사람은 진정한 인간이 아니라고 여기기 때문이었다. 그 외에도 환자가 고령일수록 DNR 결정을 쉽게 하는 경향을 보였다.

솔직히 DNR은 보호자들이 받지 환자가 받지는 안잖아요. 환자의 의식 상태? 그게 제일 큰 것 같아요. 즉 환자의 상태가 어떠하냐 가능성이 있는가, 없는가? 거기에 더욱이 의식이 없으면 결정 속도가 빠르죠(참여자 7).

2) 의사: 회복가능성에 대한 의견

참여자들은 DNR 결정에서 의사의 의견 또한 매우 중요하다고 여기고 있었다. 이는 의사가 환자의 상태뿐 아니라 예후 등 의학적 지식을 갖고 있기 때문이고, 이를 바탕으로 환자에 대한 자신의 의견을 설명하고 지시할 수 있다고 여기기 때문이었다. 한편, 의사의 중립적이지 못한 판단, 예를 들면 환자의 상태를 과대 혹은 과소평가하여 설명함으로써 DNR이 비윤리적이고 비합리적으로 결정되는 경우도 진술하였다.

DNR을 설명할 때 환자의 상태나 앞으로 할 수 있는 치료, 또는 치료 도중의 생길 수 있는 부작용 같은 것을 너무 과장되지 않게 있는 그대로 설명해 주는 것이 중요할 거 같아요(참여자 6).

3) 가족: 경제력, 촌수 및 연장자

모든 참여자는 실제 DNR의 최종 결정은 가족이 담당한다고 진술하였다. 비록 의사가 환자 상태를 고려하여 DNR을 처음 권유하지만, 최종적으로는 가족이 결정을 담당하였는데, 가족의 결정에 영향을 미치는 중요한 요소는 치료비와 관련된 경제력이었다. 가족 중에 경제력을 쥐고 있는 가족원이 주결정권자가 되었다. 경제적으로 여유가 있는 가족인 경우에는 DNR을 거부하는 경우가 흔하였고, 그렇지 않은 경우 DNR이 보다 쉽고 빠르게 결정되곤 하였다.

(가족끼리 의견이 다른 경우에는) 결국은 돈이 문제가 되요. 약을 쓴다든가 하는 것이 다 결정이 되요. 잘 사는 딸이 있어서 돈을 내는 경우는 딸한테 이야기해야 되요. 결국 돈이 많이 드니까 어떤 경우 1,000만원이 넘기도 하고 보험 안 되는 약들도 많이 쓰니까 그런 경우 감당이 안 되니까, 그런 경우는 돈 있는 사람이 결정하는 것 같아요(참여자 4).

그 외에도 환자와의 관계가 친밀한 가족 혹은 연장자가 DNR의 최종 결정을 수행하고 있었다.

2. 제2주제: DNR 결정의 비효율성

모든 참여자는 DNR에 대한 결정이 대부분 비효율적으로 이루어진다고 진술하였다. 특히 결정 시기와 장소, 그리고 결정하는 기간에 있어서 비효율적이었다.

1) DNR 결정 시기와 장소

모든 참여자는 환자 본인의 의견이 배제된 채 결정되는 DNR은 환자의 질병상태가 악화되어 의사결정 능력이 떨어지면서부터 시작된다고 진술하였다. 즉 환자가 의식이 있을 때 본인과 함께 DNR에 관해 구체적으로 논의가 진행되는 것이 아니라, 오히려 환자의 상태가 악화될 때까지 기다렸다가, 응급 상황이 닥치면, 그 때 가서야 의사가 가족에게 DNR을 권유하는 방식으로 진행되었다. 이에 따라 DNR이 처음 권유되는 장소는 일반 병동이 아니라 중환자실이나 처치실이었고, 환자를 옮기는 와중에 DNR이 표면적으로 거론되는 경우도 종종 있었다.

병동에서는 그만하자는 이야긴 안 하세요. ICU에 가서, 무조건, 근데 보통은 일반병동에서 그런 상황을 맞이해서 거의 arrest가 왔다고 해도 보호자가 있는 상황이기 때문에 어쩔 수 없이 마사지를 하면서 가는 경우가 종종 있더라고요... 무조건 마지막 최종지는 ICU거든요. 거기서 보호자 설명하거나 하는 것도 다 ICU에서. 병동에서는 그런 중간과정들만 거쳐서...(참여자 7).

2) DNR 결정 기간

모든 참여자는 환자가 배제된 채 가족과 의사 간에 이루어지는 DNR이 윤리적으로 타당하고 원활하게 이루어지지 않는다고 보았다. DNR이 심사숙고 끝에 결정되기 보다는 “너무 빠른 시간 안에 너무나 쉽게 결정되어 버리는 것 같은” 경우가 대부분이라고 여기었다. 이는 치료비를 위한 가족의 경제력이 부족한 경우에 자주 나타났다. 따라서 이는 인간의 존엄성을 해치는 것이라고 여기었다.

물론 주치의가 환자의 상태를 잘 설명했겠지만 때론 힘든 상황에 처한 환자가 짐스러워 DNR을 권유하는 것처럼 느껴질 때도 있습니다. (주치의가) 웃으며 ‘이 환자 DNR 받았어요.’ 할 때 저도 모를 섬뜩함을 느낄 때가 있습니다(참여자 3).

반면, 다른 일부에서는 DNR 결정이 이루어져야 함에도 불구하고 제대로 진행되지 않아 결국 환자의 품위 있는 죽음을 도와줄 수 없는 안타까움도 호소하였다.

그 결정을 빨리 안 내려서 정말 정말 DNR해야 하실 분이 중환자실 내려가고 그런 경우도 있었어요. 그런 결정을 너무 빨리 얘기를 안 해서 CPR이 터졌는데 얘기 안한 상태에서 CPR 터지면 해야 되잖아요. 그래서 그냥 하염없이 venti-

lator 많이 달고 계시면서(참여자 1).

이렇듯 체계적이고 원활하지 못한 DNR 결정 과정은 결국 환자와 가족을 극단의 어려운 상황으로 내모는 비윤리적인 행위로 비쳐지고 있었다.

DNR에 동의하는 보호자들은 대부분 환자를 고통스럽지 않게 하고 싶어하고 의미 없는 삶의 연장은 의미가 없다고 생각하는데 병원에서는 더 이상 환자나 보호자가 선택할 수 없는 상황까지 몰아놓고 마지막에 선택 아닌 선택을 하라는 식이 대부분인 것 같아요(참여자 6).

3. 제3주제: DNR에 내포된 부정적 의미

이론적으로 DNR은 심폐정지가 일어났을 때 심폐소생술을 하지 않는 것을 의미하며 그 목적은 환자의 삶의 질 증진과 존엄한 죽음을 위한 것이다. 그러나 본 연구 참여자들에 의하면, 실제 임상에서의 DNR은 주로 부정적인 의미로 사용되고 있었으며, 가족이나 의료인 각각의 입장에서도 약간씩 서로 다른 견해를 보이고 있었다.

1) 가족이 지닌 DNR의 의미: 최선을 다하지 못함

연구 참여자들은 가족은 DNR은 “환자에게 최선을 다하지 않음”을 의미한다고 진술하였다. 가족은 “최선을 다하자” 아니면 “편히 보내드리자”의 이분법적인 사고로 DNR을 보고 있었으며, “최선을 다하자”라는 기준은 가족으로서의 의무를 중시하는 반면 “편히 보내드리자”는 환자의 입장을 중시하는 것이지만, 가족에게 이 두 가지 기준은 상호보완적이라기보다는 상충되는 것이었다. 그리하여 가족이 환자의 존엄한 죽음을 위한다면, 이는 가족으로서의 최선을 다하지 않음을 나타내고 있었다.

이에 더하여 가족들은 DNR이 결정되면 다른 치료, 예를 들면 정맥주사 등도 거부할 수 있는 것으로 알고 있었다. 따라서 환자의 품위 있는 죽음을 고려한 진정한 DNR일지라도, 이는 결국 “환자의 포기” 즉 가족으로서의 도리를 다하지 못했다는 상당한 심리적 부담과 함께 죄책감을 떠안게 하였다.

그런데 이러한 생각은 간호사인 연구 참여자들도 함께 공유하였다. 만약 가족이 DNR을 결정하면, 특히 이러한 결정에 경제적인 요소가 개입되었다고 보는 경우에는, 자식으로서 혹은 인간으로서의 도리를 다하지 못하는 것으로 여기고 가족을 비난하곤 하였다. 그러나 가족이 DNR을 끝까지 거부한 경우에는 오히려 인간에 대한 도리를 다한 것으로 보는 경향이 있었다.

보호자가 경제적인 사정이 어렵다보니까 할머니 연세도 있고 80-90세 이렇게 되니까 치료를 더 안했으면 좋겠다고 하시는데... 그런 경우에는 약간 감정이, 연세도 있고 진짜 평소에 경제적인 사정도 중요하지만, 자식이 그렇게까지 생각을 하니 '뭐 저런 사람이 다 있어!' 하는 생각도 진짜 하거든요(참여자 5).

'끝까지 해 주세요!' 라는 케이스는 작년에 한 케이스 그분 밖에는 없었고, 근데 그거는 지금 생각하면 아 그거는 경제적인 것 같은데, 근데 그거는 가족의 가족에 대한 도리인 것 같아요(참여자 1).

2) 의사가 지닌 DNR의 의미: 치료 소홀

본 연구 참여자들은 대부분의 의사들도 DNR을 단순하게 심폐소생술 금지로만 보는 것이 아니라, 모든 치료의 포기로 간주한다고 보았다. 왜냐하면 DNR 환자인 경우 일부 의사들은 치료 지시를 중지하거나 치료에 소홀하였기 때문이다.

의사들이 'DNR인데 뭐' 하면서 전화로만 오더를 내리고 상태를 보지 않고 약물 오더만 내리는 경우도 있죠. 이 분 데메랄 주사 맞고 열 안 떨어진다고 해도, 뭐 어떻게 DNR인데 하는 경우도 있었죠. '보호자도 포기하니까 괜찮아' 이런 식으로(참여자 4).

이와 같이 의사가 DNR을 치료의 소홀 또는 포기로 보기 때문에, 일부 가족은 DNR을 기피하는 경향이 있으며, 따라서 참여자들은 DNR이 효율적으로 운영되려면 다른 연명치료와의 명확한 구분이 필요하다고 주장하였다.

그 환자 분의 운명이라면 갈 때 가더라도 가기 전까지 CPR은 아니더라도 그 사이에 다른 약물이라던가 치료를 해주면서 때를 기다리는 게 저는 맞다고 생각해요. 그 중간에 약물 같은 것도 쓰지 않으면서 아예 손을 놔버리면 환자는 expire하게 되는 거죠(참여자 2).

3) 간호사가 지닌 DNR의 의미: 사망 임박

한편, 본 연구 참여자인 간호사들은 DNR은 곧 사망 임박이라는 생각을 가지고 있었다. 따라서 일부 상태가 호전되는 DNR 환자가 생기면, 매우 혼란스러워하였는데, 특히 간호 계획을 제대로 세우지 못하는 혼란을 경험하였다.

DNR이 결정이 된 다음에 뭐랄까 우리도 생각할 그런 시간 안에 만약에 expire를 했으면 오히려 많이 고민이 안 되고 그랬을 텐데, 이 상황에서 극복이 되어서 좋아진 거죠. 정말 vital도 stable해지고 뭐 이렇게 한 다음에 그러면 또 그 상황을 또 어떻게 할 것인가, 그런 문제도 있는 거죠(참여자 1).

그러나 거의 모든 참여자는 경험이 쌓이면서, 초기에 부정적으로만 보았던 DNR을 점차 긍정적인 측면으로 보는 자신을 인식하게 되었다. 이렇게 긍정적으로 변화하게 된 중요한 요인으로는 심폐소생술 자체의 실패뿐 아니라 심폐소생술로 인해 오는 합병증과 부작용에 대한 많은 임상경험 때문이었다. 이와 같이 DNR의 의미가 긍정적으로 변화해 가면서 참여자들은 가족에게 정보적, 정서적 지지를 제공해 줄 수 있는 상담자 및 조인자로서의 역할을 수행할 수 있었고, 신규 간호사들을 지도할 뿐 아니라 의사들에게도 자신의 의견을 제시할 수 있게 되었다.

나는 2년차 때부터는 확연하게 생각이 바뀌어서 봄부터는 중환자실 짬밥이 내가 더 많은지라 의사가 물어오면 2년차 의사한테 의욕이 있는 의사들한테 CPR해도 소용이 없더라, 편안하게 가는 것이 보호자들에게 좋고, 환자와 보호자들한테도 좋더라 하면서 어느 순간에 DNR을 권유하고 있더라구요. 그래서 내 자신도 놀랐는데, 내가 그 말을 의사에게 하고 있고, 그 전까지는 'DNR 유도하는 의사는 사람도 아니다' 라고 생각했었는데 1년 사이에 너무나 많이 바뀌어 있더라구요. CPR을 해서 살린 사람이 있었으면 그 말을 안했었을 텐데(참여자 4).

4. 제4주제: 구두 DNR 사용의 우세

임상에서의 DNR은 구두 DNR과 서면 DNR로 구분되었다. 참여자들은 이 중에서 구두 DNR이 주도적으로 사용되고 있다고 진술하였다. 한편, 병원의 DNR 규정에 따라 다소 차이를 보이고 있었는데, 극히 일부 병원에서는 서면 DNR을 철저하게 받는 반면, 다른 대부분의 기관에서는 우선 구두 DNR로 시작하여 어느 정도 "소위 위밍업이 이루어진 후," 마지막으로 서면 DNR로 진행되었다. 또 다른 형태로는 DNR에 대한 구두 동의가 주를 이루고, 의료인과 보호자 간의 신뢰 관계가 없다고 판단되는 경우에만 서면 동의가 이루어지는 경우가 있었다.

1) 구두 DNR

참여자들은 DNR은 거의 대부분 구두 동의로 이루어진다고

진술하였다. 그런데 구두 DNR은 서면 DNR처럼 적극적으로 확실한 가족의 동의가 아니고 잠정적이고 불확실한 동의이었다.

그러니까 가족은 아직 확실히 agree는 안 돼 있구요. 우리는 ‘심폐소생술을 안하는 방향으로 가겠습니다’ 라고 했을 때 ‘아 그러세요’ 라고 이렇게 흔쾌히 동의를 한다기보다는 고개만 이제 살짝 끄덕거리는 정도 그 정도(참여자 1).

따라서 구두 동의 상태에서 실제 CPR 상황이 발생하였을 때에는 의료인과 가족 간에 법적인 문제가 발생할 수 있기 때문에, 매우 혼란스럽게 진행되었다. 특히 치료비를 감당할만한 경제력이 있는 가족인 경우에는, 서면 DNR로 진행되지 않는 경우가 대부분이었고, 따라서 이런 경우에는 상황이 더욱 복잡해짐과 동시에 더욱 조심스럽게 CPR 상황을 다루어야만 했다.

예. 매 상황 이런 상황인데 보호자가 옆에 없으면 전화를 해서라도 “당장 어떻게 하실 겁니까?” 최종적으로 결정을 보호자가 할 수 있도록 지금 하고 있습니다. 왜냐면 보호자가 오기도 전에 환자가 expire하는데 아무것도 안 하게 되면 나중에 보호자가 와서 문제를 삼을 수 있기 때문에 일단 DNR이더라도 heart rate가 떨어지고 하면 보호자에게 전화를 해서 “지금 계속 살려드릴까요?” 아니면 “그만 들까요?” 최종적으로 물어보거든요. 저희 마음대로 사망 시간이나 이런 것들 결정내릴 수 없기 때문에 항상 간호사가 먼저 발견을 하고 의사에게 notify해서 의사가 다시 아니면 간호사가 의사에게 notify함과 동시에 그 의사에게 전화해서 의사를 물어보고 의사와 통화할 수 있게 그렇게 하고 있거든요(참여자 8).

이렇듯 구두 동의는 의료인과 가족 간에 나타날 수 있는 문제 이외에도, 의료인 간의 갈등도 초래하는 원인이 되었으며, 이는 결국 간호사에게 불이익이 돌아오게 되는 사건이 되곤하였다.

최근 작년 말인가? 이제 류케미아 환자고 chemo는 했지만 relapse해서 워낙 lung도 안 좋고 T cannular를 갖고 있는 환자가 있었는데 명확히 어떤 condition이 갑자기 확 안 좋아져서 ‘DNR이다’ 이런 이야기는 슬그머니 있었어요. 있다가 인제 또 환자 상태가 좋아지고, 그냥 뭐 들어갔어요. 들어간 그 상태에서 환자가 갑자기 상태가 안 좋아지고 EKG 상에서 수치가 떨어지고, 그 때 주치의는 없고, 의사는 없고, 그 때 저희 담당 간호사가 CPR 방송을 했어요. 했

는데 그게 난리가 난 거죠. 위에 supervisor나 이런 사람들이. 이 사람 DNR인데. 근데 환자는 금방 좋아졌어요. 금방 처치를 받고 금방 좋아졌는데 이걸 DNR인데 왜 CPR 불렀냐 그러면서 막 뭐라고 담당간호사한테 좀 뭐라 그러시더라고요. 예를 들면, 갑자기 아 갑자기 어디서 정말 ‘DNR입니다’ 어떤 명확한 얘기도 없었구요, 살짝 나왔다가 다시 그 얘기는 쑥 들어간 상태였고, 갑자기 바이탈이 계속 안 좋았다가 아 이제 우리도 그런 ‘곧 운명하시겠구나’ 이런 상태가 아니고 갑작스럽게 떨어졌는데 이 상황에서 그러면 아 이 사람은 옛날에 DNR하려던 환자니까 그냥 지켜봐야 되는구나 이래야 하나(참여자 1).

2) 서면 DNR

서면 동의가 이루어지는 기관에서는 우선 의사가 가족과 상의한 후 DNR 오더를 내고, 이에 대한 서면 동의는 대부분 간호사들이 받고 있었다. 하지만 누가 동의를 받아야 하는지에 대한 확실한 규정이나 지침이 없어서 서면 동의를 받는 간호사들, 특히 신규 간호사들에게는 서면동의를 받는 일은 매우 어려운 과업이 되곤 하였다.

중환자실에 와서 DNR permission을 받을 때는 처음에 어떻게 설명을 해야 할지 몰랐어요. 처음에는 거기에 써 있는 것을 보고 읽어만 드렸거든요. 그랬더니 보호자는 그냥 읽고 사인했고, 지금은 그 전 상태가 어떻게 앞으로는 어떻게 될 것이라고 담당의사에게 들었던 것처럼 어떻게 될 것이라고 말하고, 가족들끼리 면담 먼저 하라고 시간을 줘요(참여자 2).

5. 제5주제: DNR 결정에 대한 의구심과 혼동

연구 참여자들은 거의 모든 DNR 결정이 환자가 배제된 상황에서 가족과 의사 간에 이루어지고 있지만, 이와 같이 환자가 배제된 채 이루어지는 DNR이 진정 윤리적으로 합당한가에 대해 상당한 의구심과 회의를 가지고 있었다.

냉정히 말하면 가끔 DNR은 죽어가는 사람의 고통을 덜어주기 보다 살아있는 사람들, 보호자의 고통을 덜기위한 방편이 아닐까 싶을 때도 있습니다. 너무 냉소적인가요?(참여자 3)

이로 인해 일부에서는 환자에 대한 미안함과 죄스러움도 함

게 갖고 있었다. 따라서 참여자들은 인간 존중의 차원에서 환자 본인의 의견과 자율성을 보장하는 것이 필요하다고 여겼으며, 이 외에도 환자에게 DNR과 함께 앞으로 닥칠 죽음에 대해 인식시켜주는 것도 바람직하다고 생각하였다.

환자가 자신의 병을 알아야지 앞으로 하고 싶은 게 있다면 그것을 하고 정리도 할 것이고 임종을 맞이할 텐데, 본인이 어떤 질환을 가지고 있다는 사실을 모르고 아프다가 입원을 해서 안 좋아져 돌아가시게 되는 경우가 있거든요. 그런 상황이 닥쳤을 때 환자를 참여시켜 환자가 어떤 것을 원하는지 이야기할 수 있었으면 좋겠어요(참여자 2).

이렇듯 환자가 배제된 DNR 결정에 의구심과 불만이 있음에도 불구하고, 모든 참여자들은 자신들도 DNR 상황을 맞게 되면, 이와 같은 결정을 하게 될 것이며, 따라서 이상적인 DNR과 실제 DNR과의 차이로 매우 혼란스러워 하였다. 즉 이상적으로는 환자 본인의 자율성을 존중해야 한다고 생각하지만, 실제로는 가족으로서의 도리, 특히 체면을 중시하는 가족중심주의, 그리고 효 사상을 중시하는 자식으로서의 도리 때문에 실제로는 매우 어려운 상황에 직면하게 된다고 여기고 있었다.

환자 자신은 정말 생을 고통 없이 깔끔하게 살다가 가고 싶은데, 자식들의 체면이나 자식된 도리 때문에 병원에서 이런 저런 처치를 받으면서 고통을 받고, 사는 날을 조금 연장하는 것이 환자 입장에서 생각해 보면 과연 자식에게 효도를 받았다고 느낄까? 라는 거죠. 또 반대로 환자 입장에서는 조금이라도 더 살았으면 하는데 돈이 없어서 자식들이 더 이상의 치료를 거부한다면 그것도 참 비극이라고 생각해요. 도대체 뭐가 정답인지 저도 그런 경우가 생긴다면 참 많이 힘들고 복잡할 것 같아요(참여자 6).

또한 DNR이 가족의 경제력과 관련되어 성급하고 빠르게 결정된다고 여겨질 때, 참여자들은 상당한 갈등을 경험하였다. 이럴 경우, 환자 편을 들어야 할지 아니면 가족 편을 들어야 할지 매우 혼란스러워하였다.

솔직히 이런 현실에 우리도 답답할 때가 있어요. 그니까 보호자들 말로는 정말 자기네들도 정말 월세, 방도 다 빼 뭐도 빼, 뭐도 빼 자기네들도 살아야 되지 않겠냐고 하시더라구요(참여자 5).

그 외에도, 참여자들은, DNR 결정에는 배우자나 부자지간 등 가까운 관계의 가족원이 주결정권을 가지며, 일부에서는 가족 내 연장자가 우선권을 가지는 경우도 있다고 진술하였다. 그럼에도 불구하고 가족 내에서 어떤 가족원이 주결정권자가 되는지에 대해서는 상당한 혼란이 있었으며, 이에 따라 참여자 자신들도 상당한 혼란을 겪고 있었다.

저희는 너무 많은 가족들이 너무 많은 상의를 하고, 다 의견이 다르시다는 거죠. 오늘은 이 사람이 나와 가지고 얘기하고, 오늘은 또 저 사람이 나와 가지고 얘기하고, 그래서 딱히, 부인한테 보면, 남편이 의사결정을 할 수 있는 사람이라고 되어 있지만, 명목상, 그러면 이제 부인한테는 또 부인의 친척, 동생, 형제들이 있잖아요. 그러니까 제가 봤을 때 의사결정이 되어 되는데 제가 볼 때는 의사결정이 안 된다는 거죠. 어쨌든 남편은 agree를 했는데 형제는 agree가 안 돼서, 그런 경우도 있고 그렇기 때문에...(참여자 1)

6. 제6주제: DNR 결정에 대한 최소한의 개입

모든 참여자들은 DNR 결정과 관련하여 자신들은 거의 개입하지 않는다고 진술하였다. 물론 근무 경력이 쌓이면서 DNR에 대해 가지고 있던 부정적인 의미가 긍정적으로 바뀌어 갔고, 이에 따라 초보 의사와 가족들을 설득할 수 있는 능력을 갖게 되었다. 그럼에도 불구하고, 이러한 능력은 공식적인 것이 아니고 비공식적인 것이어서, 실제로는 자신들이 최소한으로 개입하고 있다고 여기고 있었다.

1) DNR은 치료의 일부

간호사가 DNR 결정에 최소한으로 개입하는 주된 이유는 DNR은 간호나 어떤 윤리적 문제라기보다는 치료 결정이라는 견해를 가지고 있었기 때문이다. 따라서 그 결정은 의사의 권한이라고 여기고 있었다.

2) 지침 부족

간호사가 DNR 결정에 개입하지 않는 또 다른 이유로는 DNR에 관한 구체적이고 명확한 지침이 없기 때문이었다. 특히 구두 동의가 대부분인 병원에서는 이러한 지침이 더욱 부족하여 더 큰 어려움을 호소하였다.

어떤 툴이라든지 기준이라던가 하는 것이 확실히 없어서 제대로 접근하지 못하고, 이제 중간 중간 환자 상태가 안

좋은 것에 대해서 의료진이 얘기하고 또 좀 올드 간호사나 좀 경험있는 간호사가 지나가면서 한 마디씩 한 마디씩 건네지(참여자 1).

3) 역량 및 기회 부족

모든 참여자는 자신은 DNR을 다룰 만한 역량이 부족하다고 여겼다. 특히, 신규 간호사인 경우에는 아예 환자의 DNR 결정에 접근조차 할 수 없었다. 임상경험이 쌓여감에 따라 서서히 자신의 의견을 반영하는 단계로 나아가고 있었다. 그럼에도 불구하고 DNR은 법적인 문제까지 야기될 수 있는 민감한 사안으로 여겨, 대부분의 참여자는 의사들의 개입과 결정에 전적으로 의존하였다.

7. 제7주제: DNR 결정에 따른 간호접근의 변화

본 연구 참여자들은 비록 자신이 DNR 결정에는 개입하고 있지 않지만, 일단 결정이 이루어지면, 심리적으로 상당한 안도감을 갖게 되었다.

DNR이 딱 결정이 되면요, 간호사는 우선은 마음이 편안하죠. 왜냐하면 그냥 이 환자한테 해주는 것은 comfort, 안위 그거에만 focus를 많이 두니까 좀 더 마음을 편하게 환자를 대면할 수 있고 그런 것 같아요(참여자 1).

단, 일부에서는 이러한 안도감에서 더 나아가 환자 간호에 해이해지는 자신을 경험하기도 하였다. 그럼에도 불구하고 간호는 치료가 아닌 안위, 그리고 가족 중심의 간호로 전환하였다.

솔직히 정말 솔직히 말씀드려도 되는지 모르겠는데, 그런 DNR받으면 솔직히요, 뒤에는 해이해져요. 그러니까 이런 상황이 응급상황이 생겨도 보호자가 포기를 했기 때문에, 그니까 그냥 이분이 어차피 이런 상황이니깐 이런 사람이라고 생각이 되기 때문에 저도 모르게 그냥, 아 그냥 그럴 수도 있겠지, 속으로는 그럴 수도 있겠지 생각을 하고 해이해지지 않나, 솔직하게(참여자 5).

1) 안위 중심의 간호

DNR이 결정되면 간호사들은 환자의 치료보다는 안위에 초점을 맞출 수 있었고 이는 결국 환자의 고통을 덜 수 있다고 여겼다. 예를 들면, 무리하게 체중을 잴다든지 하는 형식적인 것에서 벗어나 진정 환자의 안위를 우선시하는 간호로 접근할

수 있었다.

이 분이 DNR인지 아닌지에 따라서 nurse가 접근하는 게 너무 100% 틀리거든요. 그러니까 빨리 심폐소생술을 할 사람이라면 빨리빨리 어떤 문제도 다 빨리 빨리 캐치해서 하겠지만, 조금 뭐라 그럴까 환자를 달래면서 좀 편안하게 해주는 걸 해야 되는지, 아니면 좀 무리하게 I/O가 중요하면 환자가 힘들지만 I/O, 몸무게를 재면서 I/O를 해야 될 것이고 그죠? DNR이 아니라고 그러면 그런데 DNR이면 아 몸무게 오늘 재는 거 자체가 너무 힘들면 skip하고 안 쟈 수도 있고, 뭐 그럴 수 있잖아요(참여자 1).

2) 가족 중심의 간호

참여자들은 DNR이 확정되면 가족 중심의 간호 또한 제공하고자 노력하였다. 특히 호스피스나 임종 간호에 대한 지식이 있는 간호사들은 가족 중심의 간호에 더욱 주력할 수 있었다.

DNR이 딱 결정이 되면요 환자를 덜 보는 건 아니지만 오히려 가족들과 더 많은 시간을 보내고 좀 그렇게 되거든요. 그렇게 되고 약간 supportive care 내지는 pain control, 정말 안위 제공을 위해서 힘을 쓰는데, 그거 하기 전까지는 아주 중환자 아주 중환자 그 중환자에 대한 부담감 또는 불안감 힘든 거 이런 게 있는 것 같아요(참여자 1).

하지만 대부분의 DNR이 중환자실에서 결정됨으로 인해, 가족들이 환자에게 쉽게 접근하도록 하고 환자와 가족이 편안한 죽음을 맞을 수 있도록 하는 기회를 제공할 수 없는 안타까움을 많이 호소하였다.

8. 제8주제: DNR 환자의 간호에 대한 부담

앞의 주제에서도 언급되고 있듯이 모든 참여자들은 DNR 환자를 돌보는데 있어서 상당한 심리적 어려움을 경험하였다. 우선 DNR 결정이 원활하지 못할 뿐 아니라, 그 결정도 환자가 아닌 가족이 대신하고 있으며, 치료비와 관련된 경제력의 개입, 그리고 일부 의사들의 편향된 의견에 따른 DNR 권유 등 매우 복잡한 요소들이 개입되면서, 이것이 과연 환자의 존엄한 죽음을 위한 결정인가에 대해 끊임없는 성찰과 함께 죄책감과 우울, 이에 더 나아가 환자 간호에 대한 무력감을 나타내었다.

모든 참여자들은 DNR 환자를 회복시킬 수 없다는 생각에 상당한 죄책감과 우울을 호소하였다. 그리고 환자의 죽음에 대

한 충격은 여러 해가 지나도 그 기억으로 인해 우울하게 만들 정도로 매우 장시간 지속되었다. 이러한 심리적 어려움을 극복하기 위해 이들은 다양한 전략을 구사하였다. 환자 및 가족과의 거리 두기(회피하기) 혹은 동료나 선배 간호사와 함께 감정을 나누는 것으로 해결하고자 하였다. 그럼에도 불구하고, 대부분은 심리적 어려움을 제대로 극복하지 못하였고, 따라서 일부에서는 정신과 치료가 필요한 경우도 있을 정도로 상당한 어려움에 직면하였다.

신규 때는 죽은 환자들이 생각나서 꿈에도 환자 얼굴이 나타나요. 너무 많이 죽으니깐 무감각해지는 것 같기도 하고. 그래서 자칫하면 우울이 오고 지금도 중환자실에 있는 간호사가 정신과 약을 먹고 있는 사람도 있을 정도예요(참여자 4).

굉장히 마음이 아프고 그렇게 마음이 아픈 거를 그냥 따로 상담할 사람도 없고 그냥 한번 생각하고 지나가는 것이 많은 것 같아요. 간호사로서 진짜 너무 힘들다 했을 때 상담할 수 있는 제도적 장치도 없고, 그냥 혼자서 그냥 힘들다.. 하고 넘어가고(참여자 6).

모든 참여자는 DNR 환자뿐 아니라 가족에 대한 간호에도 상당함 무력감을 호소하였다. 특히 “DNR 했을 때 결국 상처받는 사람은 보호자들”이라는 인식과 함께 이들의 자책감을 해결 해주어야 하지만 쉽지 않음을 호소하였다. 특히 환자가 아동인 경우에는 사별 부모에 대한 간호를 가장 어렵게 여기고 있었다. 일부에서는 DNR 결정에 아무런 개입을 하지 못하는 것에 대해서도 무력감을 호소하였다.

논 의

여덟 명의 간호사를 대상으로 DNR과 관련된 경험을 얻기 위해 심층면담을 통하여 자료를 수집한 후 이를 질적내용분석을 이용하여 분석하여 8가지의 핵심 주제를 도출하였다. 따라서 이들을 중심으로 논의를 진행하고자 한다.

본 연구 결과, DNR과 관련된 간호사들의 경험은 매우 복잡한 것임을 알 수 있다. 이는 Kong (2002)이 제시하듯이, 간호에서의 돌봄이란 어떤 보편적인 도덕적 원칙에 따라 합리적인 합의를 통해 이루어지는 것이 아니라 구체적인 현장 속에서 환자와 가족, 그리고 의사 등 각 당사자들 간에 서로 상호작용하면서 아주 복잡하게 이루어진다는 사실과도 일치한다. 그리고

DNR에 대한 문제가 단순하게 의학적으로 해결되는 것이 아니라, 개입된 당사자들의 가치와 신념, 그리고 경제력 등 다양한 요소에 의존하여 결정되는 복잡한 도덕적 현상임을 보여주고 있다. 또한, 실제 DNR 결정에서 환자 개인의 권리와 선택의 자유를 우선시하는 서양적 도덕이론과 원칙이 한국적 상황에서 지켜지고 있지 않고 있으며, 오히려 가족공동체의 의사결정을 중시하고 있다는 사실을 단적으로 보여준다. 그럼에도 불구하고 이러한 결정이 합리적이고 효율적으로 진행되지 않는 측면이 나타나고 있으며, 이에 따라 간호사들은 DNR 결정에 대해 상당한 의혹과 혼란을 경험하였다. 이는 한국적 DNR에 대한 사회적, 임상적 합의가 필요하고, 이 합의에 따라 DNR이 원활하게 이루어지도록 보다 체계적인 교육이 필요함을 시사한다(Han et al., 2001). 한편, 이러한 의혹과 혼란은 환자의 자기결정권을 중시하는 서양식 간호교육 및 철학과도 관련되어 있다고 본다. 따라서 한국적 생명의료윤리에 대한 이론 개발 및 이에 따른 교육과 적용이 필요하다고 본다.

본 연구 결과를 보다 구체적으로 살펴보면, 한국의 DNR은 외국과는 달리, 환자 본인은 배제된 채 가족과 의사 간의 협의에 의하여 이루어지고 있었는데, 이는 전체 DNR의 76.8%가 가족과 의료인이 결정하였다는 Han 등(2001)의 결과와 어느 정도 일치한다. 이러한 현상은 Hall (1976)이 제시한 고맥락 문화 즉, 의사소통 시 맥락적 단서에 대해서는 민감하면서, 명확한 정보 교환은 최소화하고자 하는 한국 문화의 특성을 나타낸다고 볼 수 있다. 예컨대, DNR은 환자 개인이 결정하기 어렵고, 가족의 상황에 맡기어 가족이라는 전체를 고려하여 결정하게 되는 의사소통 방식을 반영한다. 그리고 가족의 결정을 환자 자신의 결정과 같다고 짐작하거나, 최소한 환자의 이익을 위하여 가족이 대신하여 결정한다고 믿는 경향이 있다는 보고(Son, 1998)와도 일맥상통하고 있다.

반면에, 본 연구 참여자들은 환자가 배제된 채 가족과 의사에 의해 결정되는 현상에 대하여 매우 회의적이었고, 환자가 DNR 결정에 적극적으로 참여해야 한다고 여기고 있었다. 이러한 결과는 간호사를 대상으로 한 연구들(Han et al., 2001; Lee et al., 1998)과 일치하고 있다. Han 등(2001)에 의하면 간호사의 95.5%가 DNR에 관해 환자에게 설명해주어야 한다고 보고하였다. 이는 환자의 자율성이 개입되지 않으므로 환자의 이익을 최대한 보장해줄 수 없으며, 때에 따라서는 가족이나 의료인 등의 이익을 기준으로 결정될 수 있어서 여러 가지 법적, 윤리적 쟁점을 야기할 수 있다는 Son (1998)의 우려의 표명과도 일맥상통한다. 실제로 본 연구에서도 DNR 결정에 영향을 미치는 요소로 가족의 경제력과 의사의 의견이 매우 중요한 것으로 나

타났는데, 이는 치료비 지불능력을 증시한 가족 및 의학적인 조건만을 증시하는 의사들의 과대 권한을 문제시한 Son (1998)의 보고와 일치한다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는, 우선 자율성의 원칙과 선행의 원칙을 조화롭게 유지하고자 하는 노력이 필요하다고 본다. 즉, 심폐소생술 포기와 관련된 윤리적인 문제 해결을 위해 환자의 자율성 보장을 보다 강조하여야 한다 (Han, 2005a). 그리고 가족과 의료인이 결정을 해야 하는 경우에는 평소 환자가 가지고 있던 삶에 대한 가치관이 최대한 반영될 수 있도록 가족들과 보다 충분한 협의에 근거하여 결정하는 것이 바람직하다고 본다(Han, 2005a). 그리고 의사뿐 아니라 간호사, 사회복지사 등 다양한 직종의 보건 의료인과 성직자들인 협력하여 결정하는 시스템을 구축하는 것도 바람직하다고 본다. 결국 보다 합리적인 근거와 객관성을 기준으로 결정함으로써 법적, 윤리적 쟁점의 소지를 감소시킬 수 있을 것이다.

본 연구에서 DNR 결정에 환자의 나이가 중요한 요소로 나타났다. 즉, 연령이 높을수록 DNR 결정이 심사숙고하게 진행되지 않는 경향이 나타났는데, 이는 Chung 등(1998)의 연구 결과와 일치한다. 따라서 DNR 결정에서 나이 차별로 인해 노인들의 인권이 손상받지 않도록 세심한 주의를 기울여야 한다고 본다.

본 연구에서 DNR이 내포하는 의미가 가족 및 의료인 모두에게 치료의 포기 또는 소홀로 나타난 점을 감안할 때, DNR이 보다 긍정적인 의미를 지닐 수 있도록 보다 엄격한 법적, 윤리적 기준을 마련하고 이에 맞는 실무 지침을 개발하고 실천하는 것이 필요하다. 동시에 개인의 자율성을 증시하는 서양식 DNR을 무조건적으로 따르기 보다는, 효를 중심으로 한 가족이라는 공동체의 결정을 증시하는 한국적 DNR에 대한 올바른 이해 및 평가와 함께, 이를 임상에 적용하려는 노력도 필요하다고 본다.

본 연구 결과 DNR은 대부분이 구두 동의로 이루어지고 있었으며 이로 인해 상당한 혼란이 발생하고 있었는데, 이러한 결과는 DNR 결정 이후에도 CPR이 49.8%에서 이루어지고 있었다는 Han 등(2001)의 연구 결과와 일맥상통한다고 본다. 즉, 대부분의 DNR이 윤리적이고 적법한 절차를 통하여 결정되기 보다는 잠정적이고 불확실한 구두 DNR에 의존함으로써 생기는 혼란이라고 볼 수 있다. 따라서 구두 DNR에 머무를 것이 아니라 명확한 서면 DNR 체계를 확립함으로써 가족과 의료인뿐 아니라 의료인 간에도 DNR에 대한 명확한 이해와 공유를 통해 서로간의 갈등을 해소할 수 있을 것이다. 이를 위해서는 이미 개발된 심폐소생술금지 요청서(Han et al., 2005) 등을 도입하는 등 체계적이고 구체적인 기준과 규정을 마련하는 것이 시급하다.

본 연구에서 간호사들은 DNR 결정에 최소한 개입하는 것으로 나타났다. 그러나 경력이 많을수록 DNR에 적극적으로 관여

한다는 본 연구 결과는 Lee 등(1998)과 Park 등(2004)의 보고에서도 확인되고 있다. 따라서 경력 간호사들인 경우 DNR에 대한 상담자와 조정자 역할을 올바르게 수행할 수 있도록 격려하는 것이 필요하다. 한편, 간호사들은 DNR이 결정되면 안위 중심의 간호, 그리고 가족을 포함하는 포괄적인 간호를 제공하고 자 하였다. 이와 같은 변화는 DNR이 결정되면 기본적인 간호를 줄여야 한다는 의견에 94.5%가 반대했다는 Lee 등(1998)의 보고와 비슷하다. 하지만 일부에서는 간호의 소홀함을 나타냈는데, 이 또한 DNR 이후 30.6%가 소홀하다고 응답한 Han 등(2001)의 연구와 비슷한 결과를 보여준다. 따라서 DNR 이후 간호중재에 대한 명확한 지침 마련이 필요하다고 본다.

본 연구에서 간호사들은 DNR 환자를 간호하는데 있어서 상당한 죄책감과 우울 그리고 무력감을 경험하였다. 이러한 결과는 최선을 다하지 않음으로 인한 간호사의 죄책감, 안타까움 등을 호소한 Han 등(2001)의 연구나 간호사들이 임상에서 경험하는 도덕적 고뇌에 대한 Han (2005b)의 연구와 일맥상통하고 있다. 따라서 임종이나 호스피스 간호 등에 대한 체계적인 교육을 학교와 실무에서 제공하는 것이 요구된다. 그리고 간호사들이 DNR 환자와 가족들을 돌보면서 경험하는 죄책감과 우울 등의 심리적 어려움을 잘 대처하여 극복할 수 있도록 하기 위해서는, 윤리교육이 간호사의 도덕적 판단에 비교적 효과적이라는 연구 결과(Kim, 2000)에서도 보여주듯이, 체계적인 심리적 지지 교육 프로그램을 통한 해결책을 강구해야 한다고 본다.

결론 및 제언

본 연구는 한국의 의료현장에서 DNR과 관련된 간호사들의 구체적인 경험을 심층적으로 이해하고 설명하기 위한 목적으로 수행되었다. 그 결과 참여자들은 DNR과 관련하여 매우 복잡한 경험을 하고 있었다. 이들은 DNR에 대한 의미가 가족과 의료인 모두 부정적인 것으로 여긴다고 보았을 뿐 아니라, 환자가 배제된 상황에서 대부분의 DNR이 결정되고, 서면 동의보다는 구두 동의의 DNR이 우세함으로 인하여 상당한 의구심과 혼동을 경험하였다. 그리고 대부분의 DNR 결정 과정이 비효율적이고, 동시에 가족의 경제력이 크게 개입되어 비합리적이거나 비윤리적인 경우도 많다고 여기고 있었다. 그리고 간호사로서는 DNR 결정에 최소한으로 개입하고자 하였다. 한편, 환자의 DNR이 일단 결정되면 치료보다는 환자의 안위와 가족 중심의 간호를 제공하고자 하였다. 그럼에도 불구하고 DNR 환자와 관련된 간호에 죄책감과 우울 등 상당한 심리적 부담감도 지닌 것으로 나타났다.

이러한 현상은 가족을 중시하는 한국의 유교문화적인 맥락 내에서 DNR이 보다 체계적이고 합리적으로 이루어지도록 하기 위한 구체적인 가이드라인 구축이 필요함과 동시에 DNR에 대한 사회적 합의를 이끌어내기 위한 지속적인 노력이 필요하다고 본다.

DNR 결정은 환자, 가족, 의료인 등 다양한 당사자들이 서로 협력하여 결정되는 매우 복잡한 문화적 현상임을 감안할 때, 간호사뿐 아니라 환자와 가족 그리고 의사에 대한 심층적인 연구 또한 진행되어야 한다고 본다.

REFERENCES

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principle of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.
- Chung, S. P., Yoon, C. J., Oh, J. H., Yoon, S. Y., Chang, W. J., & Lee, H. S. (1998). A retrospective review of the Do-Not-Resuscitate patients. *Journal of the Korean Society of Emergency Medicine*, 9, 271-276.
- Condon, J. C. (1977). *Interpersonal communication*. New York: Macmillan Publishing Company.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Hall, E. T. (1976). *Beyond culture*. Doubleday Garden City, New York: Anchor Press.
- Han, S. S. (2005a). Ethical issues on DNR (Do Not Resuscitate) by patients with incurable disease. *Korean Journal of Medical Ethics Education*, 8, 11-20.
- Han, S. S. (2005b). The moral distress experienced by hospital nurses. *Journal of the Korean Bioethics Association*, 6(2), 31-47.
- Han, S. S., Chung, S. A., Ko, G. H., Han, M. H., & Moon, M. S. (2001). Nurses' understanding and attitude on DNR. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*, 7, 403-413.
- Han, S. S., Kim, J. H., Moon, I. S., & Yong, J. S. (2005). Proposal of "request and order form" of Do Not Resuscitate (DNR). *Journal of the Korean Bioethics Association*, 6, 49-62.
- Han, S. S., Park, H. A., Ahn, S. H., Cameron, M. E., Oh, H. S., & Kim, K. U. (2001). Korean nursing students' experience of ethical problems and use of ethical decision-making models. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 31, 846-857.
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15, 1277-1288.
- Kim, Y. S. (2000). Effect of ethics education on nurse's moral judgment. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 30, 183-193.
- Kong, B. H. (2002). Asthetical-ethical paradigm of care ethics in nursing. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32, 364-372.
- 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. *Clinical Nursing Research*, 4, 147-161.
- Lee, S. M. (2007). A cross-cultural approach to biomedical ethics: Medical decision making. *Korean Journal of Medical Ethics Education*, 10, 23-32.
- Morgan, D. L. (1993). Qualitative content analysis: A guide to paths not taken. *Qualitative Health Research*, 3, 112-121.
- Park, Y. O., Chang B. H., Yoo, M. S., Cho, Y. S., & Kim, H. S. (2004). Nurses' perception over withdrawal of life-sustaining treatment. *Korean Journal of Medical Ethics Education*, 7, 198-216.
- Sandelowski, M. (2000). Focus on research method: Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23, 334-340.
- Son, M. S. (1998). Ethical and legal aspect of termination of hospital care. *Journal of Korean Medical Association*, 41, 707-711.