

DNR에 대한 의사들의 인식 및 태도조사

한성숙*, 한미현**, 용진선*

I. 서론

첨단 과학기술 및 현대의학의 발전으로 과거에는 치료하기 어려웠던 질병이 치료되는 사례가 많아졌다. 장기이식, 유전자 치료 등의 첨단 분야처럼 논란의 대상이 되거나 각광 받고 있지는 않지만, 거의 절명(絶命)의 단계까지 간 환자의 생명을 되돌리는 심폐소생술(Cardio-Pulmonary Resuscitation, CPR, 이하 심폐소생술)의 개발과 보급은 현대의학의 승리 중 하나라고 할 수가 있을 것이다.

체계적인 심폐소생술이 개발되고 이를 널리 보급하는 정책을 시행하면서 응급환자의 소생 가능성, 특히 급성심장질환 환자의 소생가능성은 크게 늘어나게 되었다.¹⁾ 그러나 아직 우리나라에서는 심폐소생술이 체계적으로 평가되거나 정책적으로 보급되고 있지 않은 실정이며, 심폐소생술의 보급을 위한 개인적인 노력이 보도되기도 했다²⁾

또한 생명연장 기술의 발전으로 무의미하게 환자의 생명을 연장하며 주변사람들에게 심한 심적·경제적 부담을 주는 일이 생기게 되었다. 특히 중환자 진료비의 상당부분을 개인이 부담해야 하는 우리나라의 의료보급제도 하에서 각종 기계와 약물을 이용한 생명연장은 가족들에게 큰 경제적 부담을 준다.

예로부터 우리나라에서는 객사(客死)하면 안 된다는 개념이 있어서 집으로 모셔서 임종하도록 하는 관행이 있었다. 이러한 관행은 환자의 의사와는 상관없이 가족들이 치료비 부담 등의 이유로 환자를 ‘집으로 모시는’ 결과를 낳게 했다.

반대로 품위 있는 죽음(dying with dignity)³⁾이라고 하는 관점에서 본다면, 여기에 적절

* 가톨릭대학교 간호대학

** 한미현(교신저자) : 혜전대학 간호과, 041-630-5290, hmihyun@hyejeon.ac.kr

1) American Heart Association에 의하면 심폐소생술 도입으로 미국과 전 유럽에서 병원에 도착하기 전에 갑자기 죽게 되는 생명을 하루 평균 1000명씩 감소시키게 되었다고 한다. (Introduction to the international guidelines 2000 for CPR and ECC. Circulation 2000 ; 102(suppl) : 1-11)

2) 응급의학과 김 모 교수는 “응급의학체계가 너무 빈약하고, 국민의 응급처치에 대한 상식이 너무 낮은 것이 안타깝다”며 직접 사비를 들여 심폐소생술 실습 인형을 구비하고 시청각강의 자료를 마련해 직접 심폐소생술을 가르치고 있다. (연합뉴스. 심폐소생술 무료교육 나선 응급의. 2003년 2월 17일자)

3) 품위 있는 죽음(dying with dignity) 존엄한 죽음이라고도 하며, 보통 회복 가능성이 없는 환자에게 단순한 연명 조치에 불과한 의료행위를 중지하여 인간으로서 존엄을 유지하면서 자연적인 죽음을 맞도록 하는 것이다. 즉 회복 가능성이 없는데도 무의한 생명 유지 치료를 계속하면 환자가 지닌 인간으로서의 존엄성을 해치게 된다는 생각이 그 배경이다.(Byrd C. DNR order. Prog. Cardiovasc. Nursing 1994 ; 9(1) : 45-46.

한 윤리학적 성찰이 가해질 수 있다는 전제하에서, 이러한 관행은 오히려 윤리적으로 운용이 될 수 있는 바람직한 풍습일 수도 있다.

위와 같이 무의미한 생명연장, 가족들의 부담감 등과 함께, '개인'을 최우선으로 보는 윤리관의 도입으로, '자신의 죽음에 대한 자기결정권(self-determination)'이 중요한 문제로 대두되기 시작하였다.

또한 심폐소생술의 결과에 대한 연구를 통해 심폐소생술의 효과를 기대하기 어려운 환자들이 있다는 것도 알게 되었다. 갑작스러운 심폐정지시 시행하는 심폐소생술에 대해서 무조건 심폐소생술을 하는 것이 아니라 본인이 원하지 않는 경우, 혹은 심폐소생술의 결과가 극히 좋지 않을 것으로 예상되는 경우에는 심폐소생술을 시행하지 않을 수도 있다는 No-CPR(이하 Do Not Resuscitate, DNR) 개념이 생겨나게 되었다.

우리나라처럼 응급환자의 소생을 위해 심폐소생술이 더 많이 보급되어야 하는 상황에서, 그리고 '객사하게 할 수가 없어서' 임종 전에 환자를 집으로 모시고 가는 관행이 있는 환경에서, 서구식 윤리관을 그대로 적용하여 DNR에 대한 논의를 시작하는 것은 문제가 있을 것이다. 그러나 심폐소생술의 보급 노력이 효과를 발휘하여 심폐소생술이 널리 보급이 될수록, DNR에 대한 개념과 실행방법에 대한 논의도 같이 진행이 되어 나가야 하는 것은 틀림없다. 이에 연구자들은 의사들의 DNR에 대한 인식 및 태도에 조사를 통해 앞으로 DNR의 제도화와 정책 마련에 기초 지식이 될 것이라 사료되어 본 연구를 시도하였다.

II. 연구대상 및 방법

1. 연구 설계 및 대상

본 연구는 DNR과 관련된 의사들의 경험, 인식 및 태도를 조사하기 위해 설문지를 이용한 서술적 조사연구이다.

본 연구의 대상은 서울에 있는 2개의 대학병원에 근무하는 의사들로서 A병원 69명, B병원 27명으로 총 96명이다.

2. 연구도구

본 연구의 설문지는 연구자들이 기존의 문헌을 종합적으로 고찰하고 검토하여 작성하였다. 설문지 구성은 대상자의 일반적 특성 7문항, DNR과 관련된 경험 5문항, DNR에 대한 인식 및 태도 8문항으로 구성하였으며 제시된 문항에서 자신들의 의사가 표현되지 않은 것에 대해서는 그 내용을 기타문항에 응답자가 기록하도록 하였다. 본 설문지의 내용 신뢰도는 Cronbach's $\alpha = .81$ 이었다.

3. 자료수집 및 분석

자료수집 기간은 2002년 10월 1일부터 12월 15일까지였으며, 설문지는 110부 중 96부(87%)가 회수되었다. 수집된 자료는 SPSS program을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성 및 DNR과 관련된 경험은 실수와 백분율로 분석하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성, 교육경험, DNR수행경험에 따른 DNR에 대한 인식 및 태도의 차이는 χ^2 -test로 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

연구 대상자의 연령은 20-29세가 52명(54.2%)으로 가장 많았고 30-39세가 43명(44.8%), 40세 이상이 1명(1.0%)이었다. 남녀의 비율을 남자(58.3%)가 여자(41.7%)보다 더 많았다. 대상자의 종교는 가톨릭이 39명(40.6%), 기독교가 25명(26.0%), 불교가 8명(8.3%), 그리고 종교가 없는 경우는 24명(25.0%)이었다. 임상근무경력은 1-3년이 37명(38.5%)으로 가장 많았고, 1년 미만이 30명(31.3%), 3-5년이 22명(22.9%), 5년 이상이 6명(6.3%)이었다. 전공의가 55명(57.3%)로 가장 많았고, 수련의가 36명(37.5%), 전문의가 5명(5.2%)이었다. 근무부서(진료과)는 응급의학과 13명(13.5%), 소아과, 진단방사선과가 각각 6명(6.3%), 내과, 안과, 외과가 각각 1명(1.0%)이었다(표1).

표1. 일반적 특성 (n=96)

특 성	구 분	n (%)
병원	A	69 (71.9)
	B	27 (28.1)
연령	20-29	52 (54.2)
	30-39	43 (44.8)
	40세 이상	1 (1.0)
성별	남	56 (58.3)
	여	40 (41.7)
종교	천주교	39 (40.6)
	기독교	25 (26.1)
	불교	8 (8.3)
	종교없음	24 (25.0)
근무경력	<1 y	30 (31.3)
	1-3 y	37 (38.5)
	3-5 y	22 (22.9)
	> 5 y	6 (6.3)
	무응답	1 (1.0)
직위	수련의	36 (37.5)
	전공의	55 (57.3)
	전문의	5 (5.2)
근무부서 (진료과)	응급의학과	13 (13.5)
	소아과	6 (6.3)
	진단방사선과	6 (6.3)
	신경외과	2 (2.1)
	내과	1 (1.0)
	안과	1 (1.0)
	외과	1 (1.0)
	무응답	66 (68.8)

표2. DNR에 관련된 교육 경험

(n=96)

특 성	구 분	n (%)
DNR 교육경험	있다	18 (18.8)
	없다	77 (80.2)
	무응답	1 (1.0)
DNR 교육 시기 (n=18)	학부	6 (33.3)
	보수교육	2 (11.1)
	특강 및 세미나	8 (44.4)
	기타(수련과정)	2 (11.2)
교육시간 (시간) (n=18)	1~ 2	3 (16.7)
	2~ 4	4 (22.2)
	4 이상	6 (33.3)
	무응답	5 (27.8)
	평균(시간)	4.11

2. 대상자의 DNR과 관련된 경험

DNR 교육을 받은 경험이 있다고 응답한 사람은 18명(18.8%)이었다. DNR 교육은 주로 특강 및 세미나를 통해서 받았다고 한 사람이 8명(44.4%)으로 가장 많았고, 학부에서 교육 받은 사람 6명(33.3%), 보수교육을 통해서 2명(11.2%)이었다. 수련과정 중에 교육을 받았다고 한 응답자도 1명 있었다. 교육을 받은 시간은 최저 1시간에서 최고 8시간으로 평균 4.1시간이었다(표2).

전체 대상자의 67명(69.8%)이 DNR을 시행한 경험이 있다고 응답하였다. 대상자의 70.0%가 DNR 결정에 관하여 환자나 가족으로부터 상담요청을 받은 적이 있다고 하였으며, DNR을 요청한 사람은 환자의 가족 및 친척이 37명(38.5%)으로 가장 많았고, 다음으로 의료인이 26명(27.1%)이었다. 환자에 의한 DNR 요청은 사전유언(advanced directive)으로 4명(4.2%), 환자가 직접 요청한 경우는 3명(3.1%)으로 매우 적었다.

이러한 요청에 대하여 DNR의 결정은 가족과 의료인의 합의에 의한 결정이 54명(56.3%)으로 가장 많았다. 환자와 가족의 합의에 의한 결정은 9명(9.4%), 의료인에 의한 결정은 7명(7.3%), 환자의 결정은 1명(1.0%) 뿐이었다.

DNR 결정내용을 의무기록지에 기록하였다고 한 사람은 64명(66.7%)이었고, 기록을 하지 않았다고 한 사람은 4명(4.2%)이었으며 나머지는 응답을 하지 않았다.

DNR을 결정한 후의 문제점으로 치료와 간호의 소홀함이 있었다고 한 응답자가 25명(26%), 최선을 다하지 않음으로 인한 죄책감이 있었다는 14명(14.6%), 기타가 11명(11.5%)의 순으로 나타났다. 문제점의 내용을 기타에 직접 기록한 사람이 3명 있었는데, 그 내용은 “이미 최선을 다한 후 더 이상의 치료가 의미 없다고 판단한 상태이므로 죄책감이 없다”, “DNR 결정에서 제외되었던 보호자나 친척이 와서 이의를 제기하였다”, “큰 문제는 없었으나 빨리 끝내달라는 가족들의 재촉이 있었다.” 등이었다.

DNR이 결정된 환자에게 심폐소생술이 이루어진 사례를 경험했다는 응답자는 33명(34.4%)이었다. DNR이 이미 결정된 환자에게 심폐소생술을 하게 된 이유를 응답자 스스로 기록하도록 하였는데 총 33명(29.2%)이 기록을 하였다. 이유는 크게 다섯 가지로 분류할 수 있으며 ‘DNR 결정이 된 것에 대해 의료인들 간에 의사소통이 잘 안 되어서’가 11명(33.2%)으로 가장 많았고, ‘보호자들이 DNR 결정을 번복한 경우’가 6명(18.2%), ‘가족 및 친척들이 환자의 임종을 보기 위해서’ 5명(15.2%), ‘법적인 문제의 소지가 있어서’ 5명

(15.2%) 등의 순이었다(표3).

특히 병원 내 의사소통이 안 된 구체적인 사례는 ‘기록이 되어 있지 않아서’, ‘환자에 대한 의료인 간의 정보교환이 부족해서’, ‘의료인들이 DNR 환자임을 잊어서’, ‘병동에서 DNR 결정을 알지 못하고 방송을 하여서’ 등의 이유로 DNR 결정이 된 환자가 심폐소생술을 하게 된 사례가 많은 것으로 나타났다.

표3. DNR 경험 (n=96)

특 성	구 분	n (%)
DNR 시행경험	있다	67 (69.8)
	없다	27 (28.1)
	무응답	2 (2.1)
DNR 요청 유무	있다	70 (72.9)
	없다.	26 (27.1)
DNR 요청자 (n=70)	환자가 직접	3 (3.1)
	의식이 없는 경우 사전유언	4 (4.2)
	가족 및 친척	37 (38.5)
	의료인	26 (27.1)
	무응답	26 (27.1)
DNR 결정자	환자	1 (1.0)
	환자와 가족	9 (9.4)
	가족과 의료인의 합의	54 (56.3)
	의료인	7 (7.3)
	무응답	25 (26.0)
DNR 결정 내용 기록	기록했음	64 (66.7)
	기록하지 않음	4 (4.2)
	무응답	28 (29.1)
DNR 결정 후 문제점	치료와 간호의 소홀함	25 (26.0)
	최선을 다하지 않음으로 인한 죄책감	14 (14.6)
	기타	11 (11.5)
	무응답	46 (47.9)
DNR 결정 후 CPR 수행 경험	있음	33 (34.4)
	없음	35 (36.5)
	무응답	28 (29.2)
DNR 결정 후 CPR 수행 이유 (n=33)	DNR결정 후 의료인의 의사소통이 안 되어서	11 (33.2)
	보호자가 DNR결정을 번복한 경우	6 (18.2)
	가족 , 친지들이 임종을 보기 위해서	5 (15.2)
	법적 문제의 소지가 있어서	5 (15.2)
	무응답	6 (18.2)

표 4. DNR 결정과 관련된 인식과 태도

n=96

특 성	구 분	n (%)
DNR 결정 주체에 대한 인식	환자의 의지 (사전유언)	13 (13.5)
	가족의 의지	0 (0)
	환자와 가족의 의지	26 (27.1)
	가족, 주치의의 합의	35 (36.5)
	주치의 및 전문의의 회의로 결정	11 (11.4)
	병원 윤리위원회 결정	6 (6.3)
	무응답	5 (5.2)
DNR 필요성	찬성	90 (94.8)
	무응답/반대	6 (5.2)
DNR 필요성의 이유	많은 노력에도 불구하고 회복 불가능	62 (63.5)
	편안하고 품위있는 죽음을 위해서	24 (26.0)
	경제적 부담이 커지게 되므로	2 (2.1)
	고령이기 때문에	1 (1.0)
	기타	1 (1.0)
	무응답/반대	6 (6.4)
DNR 반대 이유	생명연장의 도모가 의료인의 본분이기 때문에	7 (7.3)
	법적인 이유	26 (27.1)
	DNR결정의 시점이 불확실하기 때문	17 (17.7)
	DNR 결정의 주체가 불확실하기 때문	6 (6.3)
	대상자의 간호 및 치료가 소홀해질 수 있기 때문	3 (3.1)
	기타	1 (1.0)
	무응답	36 (37.5)

3. 대상자의 DNR에 대한 인식 및 태도

연구 대상자의 DNR에 관한 인식 및 태도에서 대부분의 의사들이(94.8%) DNR이 필요하다고 생각하였다. DNR이 필요한 이유는 많은 노력에도 불구하고 회복이 불가능하기 때문이 63.5%로 가장 많았고, 편안하고 품위 있는 죽음을 위해서가 26.0%이었다. 그 이외에도 경제적 부담이 커지기 때문에(2.1%), 고령이기 때문에(1.0%), 기타(1.0%) 등의 이유가 있었다.

DNR이 필요하지 않다고 생각한다면 그 이유가 무엇인가를 묻는 질문에 대해서 법적 문제가 제기될 수 있기 때문에 26명(27.1%), DNR 결정을 어느 시점에서 내릴지 확실하지 않기 때문에 17명(17.7%), 가능한 한 생명연장을 도모하는 것이 의료인의 본분이기 때문에 7명(7.3%), DNR 결정을 누가 내릴지 확실하지 않기 때문에 6명(6.3%), DNR이 결정되면 환자의 치료 및 간호가 소홀해질 수 있기 때문에 3명(3.1%), 기타 1명(1.0%)으로 나타났다.

DNR의 결정은 누가, 어떤 형태로 해야 하는가라는 질문에 대해서는 가족과 주치의 합의에 의해 해야 한다는 의견이 35명(36.5%)으로 가장 많았다. 그 다음으로 환자와 가족의 의지 26명(27.1%), 환자의 의지(의식이 없는 경우 사전 유언 혹은 그것에 상응하고 그 의지를 증명할 수 있는 경우) 13명(13.5%), 주치의 및 전문의의 회의로 결정 11명(11.4%), 병원의 윤리위원회의 결정 6명(6.3%)의 순이었다(표4).

대상자의 89(95.7%)이 중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR에 관해 설명해야 한다고 했으며(표7), DNR에 관해 설명을 한다면 적절한 시기가 언제인가라는 질문에는 말기질병(암이나 회복 불가능한 질환)으로 입원한 경우 입원 즉시 47.9%, 중환자실로 옮긴 후 22.9%, 혼수상태에 빠졌을 때 13.6%, 자발적인 호흡이 정지되었을 때 7.3%, 기타 5.2%이

었다(표5).

만일 DNR에 관해 설명을 하게 되면 DNR을 원하는 사람이 증가할 것인가라는 질문에는 대상자의 72.9%가 증가할 것이라고 응답하였다.

또한, 응답자 83명(86.8%)이 DNR 시행을 위해서는 ‘문서화된 지침서가 병원에서 제정되어야 한다.’고 했다(표7).

4. 대상자의 일반적 특성에 따른 경험 및 인식의 차이

1) 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 시행경험의 차이

대상자의 연령에 따라 DNR 시행 경험에 차이가 있었다($p=0.012$). 그 이외에 성별, 종교, 임상 근무경력, 근무 부서 등에 대해서는 차이가 없었다. 그리고 DNR 교육을 많이 받을수록 DNR 시행 경험이 더 많은 것으로 나타났지만 통계적으로 유의하지는 않았다(표6).

2) DNR 시행경험에 따른 DNR에 대한 인식 및 태도의 차이

DNR 시행경험이 있는 대상자가 경험이 없는 대상자보다 DNR의 필요성, 환자와 가족에게 DNR에 대한 설명의 필요성, 그리고 DNR 지침서의 필요성을 더 많이 느끼고 있는 것으로 나타났으나 통계적으로 유의하지는 않았다(표7).

표5. DNR에 대한 설명 n=96

특 성	구 분	n (%)
DNR설명 시기	말기 질병으로 입원한 즉시	46 (47.9)
	중환자실로 옮긴 후	22 (22.9)
	혼수상태에 빠졌을 때	13 (13.6)
	자발적인 호흡이 정지되었을 때	7 (7.3)
	기타	5 (5.2)
	무응답	3 (3.1)
DNR 설명후	증가	70 (72.9)
가족의 요구 예측정도	무응답/ 상관 없음	26 (27.1)

표6. 일반적 특성에 따른 DNR경험의 차이 n=96

특 성	구 분	경험 있음 / 경험 없음		$\chi^2(p)$
		n(%)	n(%)	
연령	20-29세	32(34.0)	20(21.3)	8.866(0.012)*
	30-39세	35(37.2)	6(6.4)	
	40세이상	0(0.0)	1(1.1)	
DNR교육 받은경험	있음	15(16.1)	2(2.2)	3.011(0.082)
	없음	51(54.8)	25(26.9)	

* $p < .05$

표7. DNR시행 경험유무에 따른 DNR에 대한 인식의 차이

n=96

특성	구분	DNR시행	DNR 시행	$\chi^2(p)$
		경험있음	경험없음	
		n(%)	n(%)	
DNR 필요성	필요함	64(68.8)	25(26.9)	0.892(0.345)
	필요하지 않음	2(2.2)	2(2.2)	
DNR 설명	필요함	63(69.2)	25(27.5)	2.0349(0.154)
	필요하지 않음	1(1.1)	2(2.2)	
문서화된 DNR 지침서 제정의 필요성	필요함	58(63.7)	21(23.1)	3.149(0.077)
	필요하지 않음	3(3.3)	4(4.4)	
	잘 모르겠다	3(3.3)	2(2.2)	

IV. 논의

1950년대에 개발되기 시작한 현대적인 심폐소생술 방법은 기도의 유지-호흡의 유지-순환유지⁴⁾를 기본으로 하는 기술로서 많은 학문적, 실제적 발전을 하여 기초적인 술기의 하나가 되었다.

심폐소생술의 성공률은 3%에서 29%까지 다양하게 보고 되고 있으며, 심폐소생술이 수행된 환경에 따라서 성공률에 차이가 있는 것으로 알려져 있다. Karetzky⁵⁾는 1960년대 이후 30여 년간 종합병원에서 실시한 심폐소생술을 조사하였는데 ICU에서 심폐소생술 실시 후 퇴원한 환자는 3.3%, 1년 이상 생존한 환자는 2.5%이었고, 일반병동에서 심폐소생술 후 퇴원한 환자는 25.3%, 1년 이상 생존한 환자는 21.5%이었다. 어은경 등⁶⁾은 국내 일개 대학병원에서의 심폐소생술 결과를 분석하였는데 24시간 생존율 23.7%, 1년 생존율이 6.4%라고 보고하였다. 이와 같이 심폐소생술의 생존율에 대한 이전의 보고들은 각 연구 집단마다 용어의 정의가 다르고 공통된 보고 양식이 없어 연구된 결과에 대한 객관적인 평가를 할 수 없다.

DNR은 개념상 심폐소생술 금지로서 심 정지 또는 호흡 정지시에 심폐소생술을 시행하지 않는 것이라고 정의하고 있지만, 다소 혼란스러운 부분이 있다⁷⁾. 김영식 등⁸⁾은 “환자의 질환이 비가역적(irreversible)이어서 치료가 불가능하거나 환자의 사망이 명백한 경우에는 심정지가 발생된 후에도 심폐소생술을 시행하지 않는다는 결정을 Do-not-resuscitate(DNR)”

4) 송근정. 심폐소생술의 최신지견. 가정의학회지 2002 ; 23(7) : 825-830.

5) Monroe Karetzky, M. Zubair, Jayesh Patrikh. Cardiopulmonary Resuscitation in Intensive Care Unit and Non- Intensive Care Unit Patients. Arch Intern Med 1995 ; 156(26) : 1277-1279.

6) 어은경, 장혜영, 전영진 외. 3차 응급의료센터에서 시행된 병원 내 심정지 환자의 심폐소생술 결과 분석. 대한응급의학회지 2002 ; 13(3) : 312-317.

7) No-CPR은 심폐생술을 하지 말라고 하는 지시이다. DNR (Do Not Resuscitate) 혹은 DNAR(Do Not Attempt Resuscitation)이라고도 한다. DNR보다는 DNAR이 더 적절하다고 하는 데, 이는 DNR이라는 말을 쓰면 “만약 심폐소생술을 했더라면 회복 될 수도 있었는데...”라는 느낌을 주기 때문이다. 영어가 모국어가 아닌 우리에게는 DNR이나 DNAR이나 차이가 느껴지지 않는다.

8) 김영식, 황성오, 이부수 외. 응급센터 내에서의 Do-Not-Resuscitate Order. 대한응급의학회지 1993 ; 4(2) : 108-115

라고 하면서 “DNR 결정 시에는 환자와 가장 밀접한 의료진에 의하여 판단되어야 한다.”라고 하였다. 이런 경우에 심폐소생술을 하지 않는 것은 아무런 윤리적인 문제가 될 수 없다.⁹⁾ 그러나 이 부분은 윤리적 논의가 필요하며, 과학적인 방법으로 조사된 심폐소생술의 성공률을 바탕으로 해서 심폐소생술을 해야 할 경우와 하지 않아야 할 경우를 구분하는 것이 필요하다. DNR 논의의 대상이 되는 그룹은 명백히 사망한 또는 심폐소생술을 시행해도 회복이 불가능한 그룹이 아니라, 주로 심폐소생술 후의 생존률¹⁰⁾이 낮을 것으로 기대되는 그룹이다.

본 연구에서는 DNR을 ‘질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에서 심폐소생술을 실시했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수는 있지만, 질병의 경과에는 영향을 미칠 수 없을 것이라는 판단 하에 앞으로 심정지가 일어나도 심폐소생술(흉부압박, 인공호흡, 응급약물 공급, 전기적 제세동)을 행하지 않는 것’이라고 정의하고 질문하였다.

연구 결과를 보면 현재 의사들은 DNR을 광범위하게 경험하고 있는 것으로 보인다.¹¹⁾ 의사들을 대상으로 한 이중근 등¹²⁾의 연구에서 DNR 경험을 한 의사는 응답자의 88%이었는데, 본 연구에서도 대상자의 70%가 DNR 경험이 있었다고 하였으며, 다수 또는 수십 번 경험하였다고 한 응답자도 있었다. 간호사를 대상으로 한 이순행 등¹³⁾과 한성숙 등¹⁴⁾의 연구에서도 DNR 경험이 92%, 75%이었다. 따라서 현재 DNR이 광범위하게 시행이 되고 있음을 알 수 있다.

그러나 본 연구에서 DNR 교육을 받은 경험이 있다고 응답한 사람은 전체의 19%뿐이었다. 간호사를 대상으로 한 한성숙 등¹⁵⁾의 연구에서도 대상 간호사 중 11%만이 DNR에 대한 교육을 받았다고 하였다. 이러한 결과에서 의사와 간호사 모두 DNR에 대하여 공식적인 교육을 받지 못한 채로 임상에서 DNR 경험을 하고 있음을 알 수 있었다.

DNR이 결정되는 과정에서 DNR 요청은 주로 환자의 가족이나 의료인이 DNR 요청을 하고 있으며, 환자 본인의 의사에 의한 DNR 요청은 7% 뿐이었다. DNR 결정도 가족과 의료인의 합의에 의한 결정이 가장 많았고, 환자가 DNR 결정을 한 경우는 단 한 명뿐이었다.

9) DNR은 ‘심폐소생술을 하지 않는 것’이 아니라 ‘사전에 심폐소생술을 하지 않기로 결정 하는 것’이다. 그러므로 이미 사망이 명백한 환자에서 심폐소생술을 시행하지 않은 것을 DNR이라고 부르면 개념상의 혼란이 생긴다.

10) 생존퇴원율, 1년 후의 생존률 등을 보기도 한다.

11) 앞에서 지적한 것처럼 DNR의 개념이 다소 모호하게 사용되고 있기 때문에 이 중에는 의학적으로 심폐소생술을 할 필요가 없는 상황에서 심폐소생술을 하지 않은 것도 포함이 되어 있으리라는 점을 감안해야 한다. 따라서 실제 비율은 나타난 것보다는 적을 것이다. DNR이 어느 정도 시행이 되고 있는가를 보여주는 자료로는 Deil S Wegner 등이 1995년 Archives of Internal Medicine 155 : 2056 -2062에 발표한 Epidemiology of Do-Not Resuscitate Order가 있다. 병원에 입원한 메디케어 환자 14,008명의 기록을 조사했더니 이 중 11.6%에서 DNR order를 내고 있다고 하였다. 다만 이 논문에서는 이들 환자들을 진료한 의사가 몇 명인지 알 수 없으므로 의사들이 몇 % 정도가 DNR order를 내고 있는지는 알 수 없다.

12) 이중근, 조경희, 원종욱 이외.. 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지 지시에 관한 경험과 태도조사. 가정의학회지 1994 ; 15(6) : 322-332.

13) 이순행, 김정숙, 황문정 이외. 임상 간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도조사. 임상간호연구 1998 ; 4(1) : 147-161.

14) 한성숙, 정순아, 고규희 이외. DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도조사. 간호행정학회지 2001 ; 7(3) : 403-414.

15) 앞의 글 : 13

간호사를 대상으로 한성숙 등의 연구에서도 환자의 가족 및 친척에 의한 DNR 요청이 82%로 가장 많았고, 환자가 직접 요청한 경우는 2% 뿐이었다. 이처럼 환자가 배제된 상태에서 의사나 보호자가 DNR을 요청하고, 또 결정하고 있는 것을 알 수 있었다.

치료중단의 윤리문제와 법적 장치라는 논문에서 손명세¹⁶⁾는 “우리나라의 경우 가족의 결정을 환자 자신의 결정과 같다고 짐작하거나, 최소한 환자의 이익을 위하여 보호자가 대신하여 결정을 한다고 믿어”온 경향이 있다고 했다. 이것은 환자의 자기결정권을 존중하여 환자가 심폐소생술을 원하지 않으면 하지 않는다는 DNR의 정신과 정면으로 대치되는 것이다.

김상희¹⁷⁾는 환자를 배제한 DNR 결정이 추후 가족과 의료인의 죄책감을 야기하거나, 가족간 갈등을 일으킬 소지가 있으며, 환자의 자율성을 존중하는 DNR 결정의 배경에도 위배되어 윤리적 문제를 일으킬 소지가 있다고 하였다.

말기환자에서 심폐정지시에 심폐소생술을 실시하지 않을 수 있다는 논의는 환자의 자기결정권, 품위 있는 죽음, 무익한 치료 등의 개념을 기초로 하고 있다. 이 중에서도 환자의 자기결정권이 가장 핵심적인 것이다. 그런데 우리나라에서는 환자의 자기결정권에 대한 배려는 거의 없고, 품위 있는 죽음, 무익한 치료가 DNR을 시행하는 주요 이유가 되고 있음을 알 수 있다.

그렇지만 환자를 배제한 DNR 결정을 간단하게 ‘윤리적으로 잘못’이라고 단정할 수는 없다. 우선 현실적인 요인으로는 개인이 “치료비를 지불할 능력이 없다는 것이 바로 치료중단의 중요한 이유”¹⁸⁾가 되는 우리나라의 상황에서 가족들은 치료비를 내야 하지만 결정은 못한다고 할 수는 없다. 또한 서구에서는 이미 당연한 것으로 여겨지는 ‘개인’이라고 하는 개념¹⁹⁾이 우리나라에 도입된 것은 그리 오래 전 일이 아니다. 나라마다 생명의료 윤리가 다른 것은 아니겠지만, 개인의 자율성을 최우선으로 존중하는 서구의 윤리를 있는 그대로 적용을 해도 되는가라는 생각을 해 보아야 할 것이다.

이순행 등²⁰⁾은 “한국에서는 불치의 병이나 심한 고통을 수반하는 치료과정에 있는 환자는 의식이 명료하고 의사결정 능력이 있는 성인일지라도 마치 어린아이처럼 완전히 의존적인 존재로 인식되고 있기 때문에 당연히 보호자가 환자의 입장이 되어 모든 것을 결정하고 있다고 볼 수 있다”고 분석하고 있는데, 환자가 배제된 채로 가족과 의료인에 의해 DNR이 요청되고 결정이 되는 과정은 환자가 의존적이 되는 정신과적인 퇴행뿐만 아니라 보다 뿌리 깊은 역사적 문화적 맥락이 있는 것이다. 그러므로 개인의 자기결정권과 가족의 결정간의 관계에 대해서는 우리나라만의 문화적 특성이 있으며, 이 부분은 윤리학자들의 연구가 더 필요하다고 하겠다.

DNR 결정 내용을 의무기록지에 기록하는 경우는 67%이었는데, 이중근²¹⁾ 등의 연구에서

16) 손명세. 치료중단의 윤리문제와 법적 장치. 대한의사협회지 1998 ; 41(7) : 707-711

17) 김상희. 말기환자의 DNR 결정에 대한 고찰. 간호학 탐구 1999 ; 8(2) : 80-90

18) 앞의 글 : 15

19) 개인(individual)이란 번역어는 메이지 10년대쯤에 ‘에이카지텐’에서 사용하기 시작하여 오늘날까지 순탄하게 이어지고 있는 것 같지만, 실은 그렇지가 않았다. 당시의 일본인들은 개인이란 말의 뜻을 이해하기가 매우 힘들었다. 그것은 society란 말을 이해하기 힘들었던 것과 본질적으로 같은 것이다. individual과 society는 서로 밀접하게 관련된 말이다. (야나부 아키라. 서해영역. 번역어 성립사정 : 일빛, 2003 : 14-18, 36-38)

20) 앞의 글 : 12

21) 이중근, 조정희, 원종욱 외. 3차 병원 전문의들의 심폐소생술 금지 지시에 관한 경험과 태도 조사. 가정의학회지 1994 ; 15(6) : 322-331

60%, 정성필 등²²⁾의 연구에서 57%로 나타난 것보다 약간 높았다. 이중근 등의 연구를 보면 DNR을 order sheet나 progress note에 기록한다가 60%이었다고 했는데 이것은 DNR을 결정하더라도 이를 의무기록에 적지 않는 경우가 절반가량에 이르며, 공식적인 의사지시의 형태로 기록하는 경우는 매우 드물 것이라는 점을 짐작할 수 있다. 병동에서의 처방은 의사지시기록지에 기록을 하고 서명을 해야 비로소 효력을 가진다. 그런데 자료를 보면 DNR은 명시적인 의사 지시가 아닌 형태로, 말하자면 암묵적으로 행해지고 있다고 할 수 밖에 없어 문제점이 제기된다.

그러므로 추후의 연구는 DNR 기록의 정량적 측정과 더불어 사전에 의사지시기록지에 공식적인 처방으로서 기록하고 서명을 하는가를 조사하는 연구가 필요하다. 즉, 환자 또는 보호자 각각의 의사(意思)를 면담한 의무기록과 DNR과 관련된 의사를 면담하여 하나하나 검토하는 질적인 연구가 있어야 이 점을 좀 더 명확하게 밝힐 수 있을 것이다.

DNR을 결정한 후 발생하는 의료인 자체 문제로는 치료와 간호의 소홀함(26%), 최선을 다하지 않음으로 인한 죄책감(14.6%) 등의 문제가 있었다고 하였다. 이러한 결과를 볼 때 DNR 결정 후 자칫 치료가 소홀해 질 수 있다는 것을 알 수 있었다. Simpson은²³⁾ DNR 지시가 있었던 환자에서 강심제나 항생제가 중단되거나, 혈액투석이 중단된 예가 있다는 것을 보고하고 있다. 계속적인 치료의 중단은 DNR 결정을 한 후 있어서는 안 되는 일 중의 하나이다. 이와 더불어 임종을 앞둔 환자의 경우에 의료진이 그 환자를 접촉하는 것을 꺼리는 경향이 있다는 것은 이미 알려져 있어, DNR이 결정된 환자에서도 진료의 적극성이 떨어지게 될 것이다. 상대적으로 병동에는 여러 환자가 입원하고 있으므로 의료진은 ‘해 줄 것이 있는’ 다른 환자의 치료에 신경을 더 쓰게 될 것이다. 그러므로 DNR과 관련된 정책을 만들 때는 “DNR이 결정 되더라도 다른 진료가 소홀해져서는 안 된다.”고 선언만 해서는 안 될 것이며, DNR 결정이후 치료에 대해서도 구체적인 지침을 마련되어야 할 것이다.

DNR 결정 후에 발생하는 외부적인 문제로는 가족이나 친척이 이의를 제기하거나 DNR 결정을 번복하는 것이었다. 이와 관련하여 DNR 결정이 된 후에 심폐소생술이 이루어진 사례는 35명(36.4%)이었으며, 다시 심폐소생술을 하게 된 이유를 보면 보호자들이 DNR 결정을 번복한 경우, 가족 및 친지들이 환자의 임종을 보기 위해서, 법적인 문제의 소지가 있어서 등이 있었다. 이러한 이유 중에서 가족이 임종을 지켜보아야 한다는 이유로 DNR 결정이 된 환자에게 심폐소생술이 이루어지는 사례는 매우 독특한데 그것은 임종을 지켜야 한다고 하는 우리나라의 문화에서만 가능한 일로 생각된다. 이것을 서양식 윤리적 차원에서 비윤리적인 행위라고 판단할 수 있는 ‘무익한 치료(futile treatment)’로 환자에게 강요하는 것으로 볼 수 있지만, 우리나라의 독특한 문화 내지 인간에 대한 효과 사랑으로 볼 수 있으므로 앞으로 추가 연구가 필요한 부분이라고 할 수 있다.

DNR의 필요성에 대해서는 대부분의 의사들이(95%) 필요하다고 응답하였다. 앞에서 제시된 한성숙 등의 연구에서도 간호사 대부분이(93%) DNR이 필요하다고 하였다. 그리고 이러한 DNR의 결정은 가족과 주치의의 합의하에(37%), 환자와 가족의 의지로(27%), 사전 유언 등 환자의 의지로(7%) 하는 것이 좋다고 하였다. 이것은 이미 DNR 경험에서 환자 자신이

22) 정성필, 윤천재, 오진호 외. DNR이 결정된 환자에 대한 고찰. 대한응급의학회지 1998 ; 9(2) : 271-276

23) Susan H. Simpson. A study into the uses and effects of do-not-resuscitate orders in the intensive care unit of two teaching hospitals. Intensive and Critical Care Nursing 1994 ; 10 : 12-22

DNR을 결정했다고 응답한 경우가 한 사람밖에 없었던 것과 같은 맥락으로서, 역시 환자의 자기결정권이라고 하는 개념이 적은 것을 알 수 있었다. 흥미 있는 소견으로, 한성숙 등²⁴⁾의 연구에서는 간호사들은 환자와 가족이 결정(47.8%), 가족과 주치의가 합의하에 결정(25.6%), 환자가 결정해야 한다(16.4%) 등이 있었다. 간호사는 환자와 가족의 결정을 더 중요시하는 반면, 의사들은 DNR 결정에 의사가 포함되어야 한다는 생각을 더 많이 가지고 있는 것으로 나타났다.

DNR이 필요하지 않는 이유에 대해서는 법적 문제가 제기될 수 있기 때문이라는 응답이 제일 많았다. 말기 임종환자에서 심-폐정지가 발생했을 때 심폐소생술을 시행하지 않았다고 해서 법적으로 문제를 삼은 예는 아직 없었다. 그러나 사전에 심폐소생술을 하지 않기로 결정을 하는 경우에 대해서는 법원이 어떤 해석을 가지고 나올지는 알 수 없다.²⁵⁾

DNR에 관해 환자나 가족에게 설명을 하는 적절한 시기는 암이나 회복 불가능한 말기 질병으로 입원한 경우 입원 즉시라는 응답이 가장 많았다. 이어서 중환자실로 옮긴 후, 혼수상태에 빠졌을 때, 자발적인 호흡이 정지되었을 때 등의 응답이 있었다.²⁶⁾ DNR은 환자의 자기결정권 행사라는 기본적인 의미를 가지고 있으므로, 입원해 있는 환자가 결정을 내릴 수 있는 능력이 있을 때 결정을 내릴 수 있도록 해 주어야 한다. 경과가 나빠지면 환자는 판단력도 흐려진다.²⁷⁾ 심폐정지가 예상되는 환자는 의사결정능력이 의심스럽다. 결국 DNR을 공식적으로 시행한다면, ‘입원 할 때, 모든 환자에게’ 사전에 의견서를 받는 방법 밖에는 없다. 그렇게 하지 않고 자의적으로 환자를 선별해서 DNR에 대한 의견을 받기도 하고 받지 않기도 한다면 윤리적인 문제가 생긴다. 손명세²⁸⁾에 따르면 미국의 경우는 1990년 자기결정권법이 통과된 이후 병원에 처음 입원하는 환자에게 죽음의 과정에 관한 사전의사결정서(Advanced directives)를 받도록 하고 있다고 한다. 그러나 입원한 모든 환자에게 입원 즉시 죽음에 대해 의논하도록 하는 것은 매우 부담스러운 일이다.²⁹⁾

그리고 대상자의 대부분이 DNR 시행을 위해서는 병원에 ‘문서화된 지침서가 제정’을 원하였는데, 이것은 공식적인 뒷받침이나 명쾌한 정의도 없이 암묵적으로 DNR을 시행해야 하는 부담을 표현한 것으로 생각된다. 앞으로 문서화된 지침서가 개발되면 이러한 의사결정의 갈등이나 법적인 문제에 대한 우려 등은 정리가 될 것이다. 반면에 DNR 대상 환자가 있을

24) 앞의 글 : 13

25) 법원이라고 해서 같은 사건에 같은 판결을 내리는 것은 아니다. 어느 범위 내에서는 법 해석이 달라질 수 있다. 따라서 의사들이 법적인 문제가 생길 수 있다는 의구심을 가지는 것은 당연한 것이다.

26) 혼수상태에 빠지거나 자발적인 호흡이 정지되면 환자는 이미 결정권을 행사할 수 없다. 그러므로 의사들이 “기본적으로 DNR 결정은 가족들과 상의해서 하겠다.”라는 생각들을 가지고 있음을 미루어 알 수 있다.

27) 문손은 의학실험과 관련하여 “시설에 수용되어 있는 피수용자에게서 자발적 동의를 받는 것은 불가능하다”고 지적하고 있다. 피수용자는 그 구조 안에서 분명한 위치를 점하면서 특정한 사회적 역할을 가지고 있고, 어떤 기대되는 행동을 하도록 압력을 주고 부추기는 사회적인 힘이 작용한다는 것이다. 의학실험과 관련된 동의서에 대한 논의를 DNR 논의에 바로 적용시킬 수는 없겠지만, 환자의 질병이 악화되면서 질병자체에 의해 판단력이 흐려진다고 하는 요인 외에도, 사회적인 요인에 의해서도 환자의 자유로운 의사결정 능력이 영향을 받게 되리라는 것을 짐작할 수 있다. (R. M unson 저. 박석건 · 정유석 역. 의료문제의 윤리적 성찰. 단국대학교 출판부, 2001 : 269-272)

28) 앞의 글 : 15

29) 미국 의사들도 DNR order에 대해 관상동맥질환이나 간경화 환자보다는 AIDS나 암 환자와 더 자주 상의한다고 한다.(Circulation 2000 ; 102(suppl) : I-12-I-21)

때 입원하자마자 ‘갑자기 심폐정지가 발생했을 경우 심폐소생술을 바라지 않는다’ 고 기재된 서류를 들고 가서 설명을 하고 서명을 받는 것은 또 다른 윤리적인 딜레마가 발생할 것이다. 더구나 환자의 생각은 자주 바뀐다. 그러므로 DNR 지침서를 개발한다면 주기적으로 환자의 의사를 재확인하는 방법도 포함되어야 할 것이다. 실제 DNR이 시행되고 있는 임상에서도 환자의 자기결정권이라는 개념은 희박하다. 그러므로 우리나라의 경우 환자의 자기결정권을 제일 앞에 내세운 DNR 정책은 위에서 논의한 바와 같이 바로 수용되기에는 어려울 것으로 보이며, DNR 지침서를 개발 할 때는 이러한 점들이 고려되어야 할 것으로 생각한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 의사들의 DNR과 관련된 경험과 인식 및 태도를 알아봄으로써 DNR 결정 및 실행에 대한 지침을 마련하는 데 도움이 되는 기초 자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사 연구이다

연구대상은 서울 소재 2개의 대학병원에 근무하고 있는 의사 96명이었으며, 자료수집 기간은 2002년 10월 1일부터 12월 15일까지였다.

연구도구는 의사들의 DNR과 관련된 경험과 인식 및 태도를 조사하기 위하여 문헌고찰을 통해 작성한 20문항으로 구성된 설문지를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS Program을 이용하여 실수와 백분율을 구하였고, χ^2 -test로 분석하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. DNR 경험이 있다고 응답한 의사는 69.8%이었으며, DNR에 대한 교육을 받은 대상자는 18.8%이었다.
2. 대상자의 66.7%가 DNR결정을 의무기록지에 기록하였다.
3. DNR 요청은, 환자의 가족 및 친척이 38.5%, 의료인이 27.1%이었으며 환자가 요청했다는 응답은 사전유언을 포함해 7.3%이었다. DNR 결정은, 가족과 의료인의 합의에 의한 결정이 56.3%, 환자가 결정한 경우는 1.0%이었다.
4. DNR 결정 후의 문제점으로는, ‘치료와 간호가 소홀해진다.’ 26%, ‘최선을 다하지 않아서 죄책감이 생긴다.’ 14.6%이었다. DNR 결정 후 CPR을 실행한 사례는 34.4%이었다.
5. 대부분의 의사들이 DNR이 필요하다고 응답했다. DNR이 필요한 이유로는 ‘많은 노력에도 불구하고 결국 회복이 불가능하므로’가 63.5%, ‘편안하고 품위 있는 죽음을 위해서’가 26%이었다.
6. DNR에 관한 의사결정을 누가 해야 하는가에 대해서는 ‘가족과 주치의가 합의해서 결정해야 한다.’가 36.5%, ‘환자와 가족이 결정해야 한다.’ 27.1%, ‘환자가 결정해야 한다.’ 13.5%, ‘주치의 및 전문의의 회의에서’ 11.4%, ‘병원의 윤리위원회에서’ 6.3%이었다.
7. 대상자의 93.8%가 중환자와 말기환자 및 그 가족에게 DNR에 관해 설명을 해야 한다고 했다. DNR에 관해 설명을 하는 적절한 시기는 ‘말기 질병으로 입원할 경우 입원 즉시’(47.9%)가 가장 많았다. 또 대상자의 84.4%가 ‘DNR을 위해서 문서화된 지침서가 병원에서 제정되어야 한다.’고 하였다.
8. 대상자의 연령에 따라 DNR 시행 경험에 차이가 있었다($p=0.012$).

이상의 결과로 볼 때 DNR은 임상현장에서 비교적 광범위하게 수행이 되고 있는 것으로 생각할 수 있다. 그러나 의사들은 DNR에 관한 교육을 거의 받지 못하고 구체적인 지침서도 없는 상태에서 비공식적인 형태로 DNR order를 내고 있었다. 그 결과로 치료의 소홀, 죄책감 발생, DNR 결정 후에도 CPR을 시행하는 등의 문제가 발생한다. 따라서 대상자의 대부분이 문서화된 지침서를 요구하였다.

그리고 DNR에 대한 요청과 결정은 주로 가족과 의료인의 합의에 의해 이루어지고 있으며, DNR이 필요한 이유 중에서 환자의 자기결정권 존중은 적은 부분을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 본 연구에서는 이 부분이 우리나라의 역사적 문화적 배경과 연관이 있는 현상이라고 분석하였다.

이 연구결과 현재 필요한 것은 DNR에 대한 윤리 교육, 임상현장에서 DNR을 암묵적이 아니라 공식적인 절차로써 수행할 수 있도록 하는 일 그리고 DNR에 대한 명문화된 지침서 개발이다.

DNR에 대한 윤리교육과 DNR 지침서의 개발을 위해서는 보다 많은 실증적인 현장연구와 우리나라의 역사 · 문화적 배경에 대한 연구가 뒷받침되어야 한다.

색인어 : 심폐소생술 금지, 윤리적 자기결정권

=Abstract=

A Survey on the Medical Doctor's Concept on DNR (Do-Not-Resuscitate) Order

Han Sung Suk*, Han Mi Hyun**, Yong Jin Sun*³⁰⁾

The study was intended to identify the doctor's experiences, understanding, and attitudes on DNR. Also, the study was to provide the data base for a standard of DNR decision-making and practice. The sample consisted of 96 doctors in two general hospitals. The data were collected between October 1 and December 15, 2002. The Data was analyzed using descriptive statistics and χ^2 test.

The results of the study were as follows :

1. Regarding DNR-related experience, 69.8 percent of the participants experienced DNR situations. Approximately 18.8 percent the participants received DNR education.
2. The DNR Order was recoded at 66.7% on doctor's sheet.
3. DNR was most frequently(38.5%) requested by family members and relatives of patients, followed by medical staff(27.1%) and patients themselves with advanced directives(7.3%). The decision-making on DNR was most frequently (56.3%) made by agreement between family members and medical staff, followed by patients themselves(1.0%).
4. Problems after DNR order were negligence in treatment and nursing care(26%), and guilty feelings due to not doing the best(14.6%). CPR(cardiopulmonary resuscitation) was performed about 34.4% of DNR cases.
5. Regarding understanding and attitude on DNR, most of the participants(94.8%) thought DNR was necessary. The major reasons for the necessity of DNR were impossible recovery(63.5%) and death with dignity(26%).
6. The decision-making on DNR was most frequently made by family members and medical staff(36.5%), followed by patient and family(27.1%), patients themselves(13.5%), conference of medical staff and chief staff(11.4%) and ethics committee of the hospital(6.3%).
7. Ninety three point eight percent of the participants thought that medical staff must explain DNR to critical and end-of-life patients and their family members. The most appropriate time for DNR explanation was when patients with critical disease were admitted to hospitals(47.9%). Most of the participants(84.4%) thought a guide book for DNR is necessary to be made in hospitals.
8. There were significant differences in the participants experienced on DNR according to age($p<.05$).

The findings of the study suggest that a guide book for DNR need to be made with inclusion of legal, ethical, and cultural aspects, Also, there needs to be more education on DNR in medical ethics to health care professionals and to provide more information on DNR to the general public.

Key Words : DNR(Do Not Resuscitate), ethical decision-making

* *College of Nursing, The Catholic University*

** *Department of Nursing, Hyejeon College*