

## 회복 불가능한 환자의 심폐소생술포기(DNR)와 관련된 윤리문제

한 성 숙\*

### I. 연구의 필요성

말기의 회복이 불가능한 환자를 언제까지 치료를 계속할 것인가 하는 문제는 현대의학의 발전과 더불어 지속적으로 문제가 제기되고 있다. 의사의 정확한 의학적 판단과 치료의 지속 여부에 대한 환자의 자기 결정권(self-determination)이 충분히 보장된다면 치료중단과 관련된 윤리적인 문제는 별로 발생하지 않는다고 생각하는 것이 현재 의료윤리학계의 일반적인 견해이다<sup>1)</sup>. 그러나 실제 의료 현장에서는 회생이 가능치 않은 환자를 둘러싸고 적극적으로 치료를 계속할 것이냐 혹은 완화적인 의료를 제공할 것인가에 관련하여 윤리적이며 법적 차원에서의 문제가 종종 발생한다. 그러므로 이러한 문제를 보다 쉽게 해결하기 위한 방안이 마련될 필요성이 대두되었다.

이처럼 윤리적, 법적인 문제와 관련이 있음에도 불구하고 간호전문직에서는 DNR 에 대한 언급이 부족하고, 실제적인 정책, 지침 및 과정에 대한 논의가 없는 실정이다. 그러므로 간호사는 실제로 DNR ,지시를 수행할 때 몇 가지 사항에 대한 윤리적 고려를 해야 한다. 즉 DNR 결정이 환자의 소망과 일치되지 않는 경우 환자의 권리를 침해하는 것이다. 그리고 간호사가 불분명한 DNR의 지시를 수행하는 것이 법적, 윤리적, 전문적, 개인적인 부담을 갖게 될 수 있다는 점이다. 따라서 DNR 수행에 대한 의사결정기준, 지침, 과정과 관련된 문제, 서류의 절차 및 의사소통 방법들에 대한 윤리적 정당성이 고려되어야 한다<sup>2)</sup>.

\* 가톨릭대학교 간호대학

1) 황상익. 가망 없는 환자의 치료중단과 의료윤리. 대한의사협회지 1998 ; 41(7) : 679-701

2) Johnstone MJ. Bioethics : a Nursing Perspective. W,B, Saunders 1996 ; 379 : 405-417

3) 미국에서는 51개 주 중 40개 주에서 다양한 DNR 양식을 사용하고 있다. 또한 DNR 양식을 사용하는 40개 주 중 의사, 환자, 증인의 서명을 필요로 하는 주가 11개(Arizona, Florida, Hawaii, Kansas, Michigan, Minnesota, Missouri, New York, Tennessee, Texas, Utah), 의사와 환자의 서명을 필요로 하는 주가 20개

외국의 경우 DNR 지시서 뿐만 아니라 이에 대한 지침서(DNR-guideline)가 개발이 되어 활용되고 있다.<sup>3)</sup> 우리나라에서도 이미 몇몇 병원에서 DNR 기록지를 사용하고 있지만 대부분의 병원에서는 아직도 생소한 의무기록의 하나이며 지침서는 거의 없는 상태이다. DNR 지시서가 개발되어 사용된다면 끊임없이 지속되는 의사와 간호사 그리고 환자와 보호자가 개입된 상황에서 DNR 지시와 관련된 갈등을 어느 정도 해소할 수 있을 것으로 기대된다. 이러한 갈등은 대부분 정확한 의사소통이 이루어지지 않아 발생하는 문제이다. 그러므로 상호간의 이해를 돕기 위해서 체계화되고 절차에 맞는 DNR 지시서와 요청서가 제시되어 임상현장에서 활용 되면 의사와 간호사간의 갈등 해결뿐만 아니라 환자와 보호자의 자기결정권리도 존중하게 된다. 즉 회복이 불가능한 말기환자의 경우 의료진에 의해 치료가 '무의미(futile)' 하다는 판단이 내려졌을 때, 환자의 자율적인 판단을 인정하여 선택할 수 있는 기회를 마련해주게 된다. 그러나 아직 DNR과 관련된 정책이 공식화되어 있지 않은 우리나라의 현실에서는 DNR이 고려되고 있는 환자에 대하여 간호사는 'DNR 적용 혹은 부적용... '이라는 극단적인 결정만 생각하기보다 통증 완화와 조절이란 목적을 위하여 CPR 의 절차 가운데 어떤 것이 적용 가능한지의 여부를 검토할 필요가 있다. DNR 지시가 내려진 환자에게 간호사는 환자가 필요로 하는 기본 간호를 언제나 제공해야만 한다<sup>4)</sup>.

따라서 본 연구에서의 목적은 심폐소생술포기와 관련된 윤리문제를 고찰하기 위함이며, 구체적인 목적은 첫째, CPR과 DNR의 역사와 본질을 살펴보는 것이며, 둘째, DNR 결정에서의 협력 셋째, DNR 결정에서의 갈등, 마지막으로 DNR 에 대한 윤리문제에 대하여 논의하고자 하며, 이러한 논의는 DNR 지침서를 제정하는데 기초적인 도움이 될 것이라고 사료된다

## II. 용어의 정의

1. CPR(Cardiopulmonary Resuscitation) : 호흡과 심장박동이 정지된 환자에게 상태가 회복되거나 의료기관에 이송될 때까지 생명을 구하기 위해 시행되는 응급시술 즉, 흉부압박, 응급약물 공급, 전기적 제세동 등이다.
2. DNR(Do-Not-Resuscitate) : 질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에게 심폐

---

(Alabama, Arkansas, California, Colorado, Idaho, Illinois, Maine, Maryland, Massachusetts, Nevada, New Hamp., New Jersey, New Mexico, No. Carolina, Ohio, So. Carolina, Virginia, Washington, W. Virginia, Wyoming), 환자와 증인의 서명을 필요로 하는 주가 2개(Kenturky, Oklahoma), 의사의 서명만을 필요로 하는 주가 7개(Alaska, Connecticut, Georgia, Montana, Oregon, Rhode Island, Wisconsin)이다.  
([http://www.lastacts.org/la\\_survey\\_table\\_0520.html](http://www.lastacts.org/la_survey_table_0520.html))

4) 한성숙, 엄영란, 이상미, 이숙자, 전산초. 한국간호사윤리강령해설서. 서울 : 대한간호협회 출판부, 1996

소생술을 시행했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수는 있지만, 질병의 경과에는 영향을 미칠 수 없을 것이라는 판단 하에 앞으로 심정지가 일어나도 심폐소생술을 행하지 않는 것을 말한다. 응급환자나 수술중인 환자에게 심정지가 일어난 경우의 CPR은 제외한다.

일반적으로 DNR은 심폐정지가 발생했을 때 CPR만을 시행하지 않는 것으로 정의하고 있다. 즉 DNR의 본질은 CPR을 제외한 모든 치료를 제공하여야 하고 또한 DNR을 결정한 후에도 치료를 중단하거나 유보(withdraw/withholding)해서는 안 된다.<sup>5)</sup>

### III. 본론

#### 1. CPR 과 DNR의 역사와 본질

1960년대에 심폐소생술이 도입되기 시작한 것은 평소에 비교적 건강하던 사람에게 갑자기 심정지 또는 호흡정지가 발생하였을 때, 환자의 생명을 살리려는 취지에서 도입이 되어 널리 보급되었다. 현재는 ‘특별한 이유’가 없는 한 심정지 또는 호흡이 정지되었을 때 CPR을 시행하고 있다.<sup>6)</sup> Kouwehoven, Jude와 Knickerbocker(1960)<sup>7)</sup>는 심장압박법이 동맥의 맥박을 돌아오게 한다는 것을 발견하였다. 마취로 인해 심장이 정지된 경우에 심장압박만으로도 근본적인 치료가 이루어질 때까지 환자의 생명을 유지 할 수 있었다. 이러한 단계를 거쳐 현재의 CPR 인 흉부압박과 구강 대 구강 호흡법이 확립되었다.<sup>8)</sup>

1974년에 미국 심장학회(American Heart Association: AHA)는 응급 심장 처치술의 지침을 제시하여 응급의료 종사자들에게 인명 구조술을 교육해 오고 있으며 이러한 지침은 여러 차례의 개정을 거쳐 1997년에는 ILCOR(International Liaison Committee on Resuscitation)에 의해 세계화된 심폐소생술의 지침이 만들어지게 되었다. 그러나 심폐소생술 영역에서는 이론적인 면과 술기적인 면에서 많은 발전이 이루어졌지만, 심폐소생술 성공률이나 생존 퇴원율에 있어서 괄목할만한 성과는 없었고 그 효과를 실제적으로 평가하고 비교하기가 매우 어려웠다. 그래서 1991년에 시작된 Utstein Style은 처음에는 병원 전 심정지 환자를 보고하기 위한 병원외의 Utstein Style로 시작되었지만 위의 문제점을 해결하기 위하여 1997년에 병원내의 심정지 환자를 위한 In-Hospital Utstein Style이 발표되어 좀

5) 장문준. Bioethical consideration of CPR. 대한응급의학회지 1997 ; 21 : 96-105

6) 위의 책, 96쪽

7) Kouwehoven UB, Jude JR, & Knickerbocker. Closed chest cardiac massage. L Am Med Assoc 1960 ; 173 : 1064-1067

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

더 객관적인 지침이 마련되었다. 이 지침의 내용은 4가지의 주요요소로 대별하고 있으며 병원요인(hospital variables), 환자유인(patient variables), 심정지 요인(arrest variables), 결과요인(outcome variables)들이다<sup>9)10)</sup>.

Monroe 등은 1960년대 이후 30여년간 종합병원에서의 CPR의 성공률은 3%에서 29% 사이였다고 하였다. ICU에서 심폐소생술 후에 소생하여 퇴원한 경우와 1년 이상 생존한 경우는 각각 3.3%, 2.5%였고 일반병동에서는 25.3%, 21.5%였으며, 입원환자의 경우 ICU에서 심폐소생술을 한 경우 소생률은 39%, 일반병동에서는 62%로 높은 성공률을 보고하였다<sup>11)</sup>. 이처럼 CPR이 성공적으로 시행되고 있으나 CPR을 시행해도 회복의 가망성이 없는 환자군이 있음을 알게 되면서, 살아있는 환자의 삶의 질에 대한 관심이 커졌다. CPR로 환자의 심장박동은 돌아왔으나 의식이 회복되지 않은 경우 이러한 무의미한 생명연장은 존엄한 죽음에 대한 인간의 권리를 침해한다고 생각하였다<sup>12)</sup>. 1974년 미국의학협회에서는 “CPR의 목적은 예기치 못한 갑작스러운 사망의 방지이며 사망이 예기되는, 회복이 불가능한 말기 환자나 소생술이 효과가 없는 장시간 심폐정지 상태인 환자의 경우는 CPR이 오히려 존엄하게 죽을 수 있는 환자의 권리를 빼앗을 수 있으므로 해당되지 않는다”<sup>13)</sup>고 하였다. 이와 같이 CPR의 적용은 명확한 정보 교환과 미리 통보되어 행해진 선택에 의거해야 함이 매우 중요하다.

미국에서는 1980년 이전에는 누가 CPR을 받을 것인지에 대한 결정은 의사만의 몫이었고, 가끔 심장정지의 긴박한 상황에서는 의사와 환자 사이의 사전 협의 없이 진행되었다. 비록 이러한 결정이 잘 해 보겠다는 의도라 하더라도, CPR은 자주 의사의 임의적이고, 개인 성향에 따라 수행되며, 환자의 건강상태에 대한 의사의 관점과 신념에 의존하였다. 1980년대 초부터 CPR은 실무표준을 통해 실행하도록 의사들에게 권장되었으며, 그 후 법으로 환자에게 CPR의 선택에 대한 권한을 통보하도록 하여, 환자가 결정 할 수 있도록 허용되었다. 이러한 의사결정 과정은 의사와 환자 사이의 협력관계를 필요로 한다<sup>14)</sup>.

9) Rankin AL. The in-hospital Utstein style ; use in reporting outcome from cardiac arrest in Middlemore Hospital 1995-1996, Resuscitation 1998 ; 36 ; 91-94

10) Cummins RO, Chamberlain D, Hazinski MF. Recommended guidelines for reviewing, reporting, and conduction research on In-Hospital Resuscitation : The In-Hospital 'Utstein Style'. Circulation 1997 ; 95(8) ; 2213-2239

11) Monroe K, Zubair M & Parikh J. Cardiopulmonary Resuscitation in Intensive Care Unit and Non-Intensive Care Unit Patients. Arch Intern Med 1995 ; 155(26) : 1277-1279

12) 한성숙 등. 같은 책 : 404

13) Ebell MH & Eaton TA. Flow chart for the inpatient of Do-Not-Resuscitation Orders. J Fam Pract. 1992 ; 35(2) : 141-143

14) Laura H, Brachman & Timothy EQ. Partnerships in Do Not Resuscitate Decision-Making. Partnerships in Healthcare; Transforming relational Process. Edited by Anthony LS, Richard JB,

이러한 시기에 “orders not to resuscitate”라는 용어를 사용하게 되었으며 이후로 많은 의료계의 전문가들이 소생술을 시행하지 않을 경우 DNR혹은 DNAR(Do-Not Attempt to Resuscitate)을 지시해야 한다고 생각하였다. DNR의 개념은 1976년에 처음으로 공식 발표되었고, 대부분 중환자실에 입원한 환자를 대상으로 하였다. DNR 지시는 최근 들어 점점 증가하는 추세이다. 과거에는 DNR의 근거는 주로 의사의 판단 하에 결정되었으나 근래에 환자의 자율성이 강조되면서 환자 스스로가 DNR을 요청하고 있으며, 그 수도 점점 증가하고 있다.<sup>15)</sup>

1991년 미국에서는 병원에 입원한 환자의 자기결정권법(Patient's Self Determination Acts)은 보건의료에 관한 의사결정을 할 수 있는 환자의 권리를 보장하고 있으며, 법령에 따라 환자는 CPR을 거부할 권리뿐 아니라 치료를 거부할 권리도 있다고 명시하였다<sup>16)</sup>. 만일 회복이 불가능한 말기 환자가 의식이 명료하고 자신의 상태에 대해서 잘 이해하고 있으면서 CPR을 원치 않는다는 의사 표시를 하면, 환자의 자율성을 존중해 이를 받아들이는 추세이다. 치료를 거부할 수 있는 환자의 권리는 법적으로 최대한 지원된다. 캐나다 의학협회에서도(CMA) CPR 중지에 대한 원칙을 “사람에게 이득이 없거나 해로운 치료를 제공하는 것은 의무가 아니다”고 하였고, “CPR로부터 분명히 이득이 없을 것 같은 사람들에게 CPR은 시행될 수 없으며, 이것이 치료의 선택이 될 수 없다”고 하였다<sup>17)</sup>.

DNR 개념이 도입된 배경은 (1) 문명이 발달하면서 인류가 삶의 질을 중요시 하고, (2) CPR을 시행했을 때 환자가 받을 수 있는 고통을 줄이고 (3) CPR의 낮은 성공률과 (4) 성공적인 CPR 후의 환자의 고통을 고려하며 (5) 불필요한 의료 자원의 낭비를 줄이기 위해 도입되었다. 그러나 생명의 존엄성 앞에서는 이러한 개념에 대하여 아직까지 논란이 많고, 또한 의학적으로 남용될 소지가 있기에 우리나라에서는 아직까지 보편화 되지 못하고 있는 실정이며 법적, 윤리적으로 타당한 지침이 없는 실정이다<sup>18)</sup>.

미국에서는 DNR에 관한 활발한 연구 및 논의를 바탕으로 DNR 지시 및 간호의 지침서를 만들어 적용하고 있으며 환자, 보호자, 의사, 간호사가 참여하는 가운데 많은 토론과정을 거쳐 결정하기도 한다. 그러나 우리나라에서는 DNR에 대한 기준이 명확하게 제시되지 못하고 담당의사와 가족의 주관적인 판단에 따라 이루어지고 있으며, 의사들마다 환자에게 행하

---

Patricia Hinton-Walker. University of Rochester Press, 1998

15) 장문준. 같은 책 : 96

16) Evelyn E. The continuing ethical dilemma of the Do-Not Resuscitate Order. AORN J 1998 ; 67(4) : 783-790

17) Ewell L & Fainsinger RL. The No-CPR decision: the ideal and the reality. J Palliat care 2000 ; 16(1) : 53-56

18) 장문준. 위의 책 : 98

는 치료의 범위가 일관적이지 못하며, 논란의 여지가 있으므로 DNR 지시서 및 지침서 제정이 시급한 실정이다<sup>19)</sup>.

## 2. DNR 결정에서 협력

DNR 결정은 환자, 그 가족, 담당의사 및 임상 의료진과 복잡하게 관련되어 있어 많은 문제를 야기 시킨다. 따라서 DNR과 관련된 문제를 해결하기 위해서는 이들의 협력관계가 필수적이며 사전에 미리 DNR과 관련된 대화의 장을 마련하는 것이 필요하다. DNR 토론에는 의사와 환자는 물론 환자가 원하는 가족들도 참여해야 한다. 환자가 의사결정 능력이 있다는 전제하에, 가족이 토론에 참여하므로 환자결정에 대한 가족의 지지가 향상되고 이와 관련된 갈등이 가족 내에서, 그리고 가족과 의료진내에서도 감소될 수 있는 것이다.

DNR을 선택한 환자의 주 관심사는 자신이 방치되지 않을까에 대한 두려움이 매우 크다. DNR이 결정되면 의사 및 의료진은 환자의 치료에서 멀어질 것이라고 생각하여 환자는 두려워할 수 있다. DNR 결정이 “모든 방법을 전부 시도”하거나 “아무 방법도 취하지 않는다” 사이의 선택이라고 잘못 알고 있는 의사들에 의해 방치될 가능성에 대한 환자들의 공포가 커질 수 있다. 이 때문에 의사들은 환자의 질환을 끝까지 치료하며 돌보겠다는 의지를 보일 필요가 있고 환자에게 이를 명확히 전달할 필요가 있으며, 간호사도 환자가 필요로 하는 기본적인 간호는 제공해야만 한다<sup>20)21)</sup>.

DNR 결정으로 환자는 자신이 죽음에 직면하게 된다는 것을 알게 된다. 환자는 불치의 질환과 죽음에 직면하게 되지만 어느 것도 통제가 불가능한 것이다. DNR이 ‘포기’와 동격으로 처음에는 간주될 수 있지만, 환자로 하여금 계속 투병도 하고, 삶의 의미를 찾으며, 죽음을 수용하면서 평온을 찾는 방법을 발견하도록 함께 대화의 기회를 만들어 주는 것은 중요하다. DNR 토론을 통해 환자가 회복에 대한 잘못된 기대에 집착하지 않도록 하고 본인의 상태를 표현하도록 하여 환자가 자신의 상태를 이해하고 수용할 수 있는 기회를 갖도록 하는 것이 중요하다.

DNR에 대한 대화나 토론을 시도하려 할 때 처음에는 환자가 거부할 수 있으나 나중에는 이를 통해 위안을 받을 수도 있다. 환자는 언제 어떻게 죽는가에 대한 의견과 관심을 가질 수 있으나, 동시에 죽음에 대해 언급하는 것 자체를 두려워 할 수도 있다. 죽음에 대한 심

---

19) 이순행. 일 종합병원에서의 DNR이 결정된 환자에 대한 고찰. 석사학위논문. 가톨릭대학교 대학원, 2003

20) Brachman LH & Quill YE. Partnership in Do Not Resuscitate Decision Making, Partnerships in Healthcare. Edited by Suchman AL, Botelho RJ, Hinton-Walker P. University of Rochester Press, 1998 : 117-128

21) 한성숙 등. 위의 책 : 1998

리적 부담이 큰 환자의 경우, 가장 집중적이고도 공격적인 치료를 고려해 주기를 갈망할 수도 있다. 그러나 DNR 에 대한 대화는 완화의료와 간호를 받는 것에 대한 의미를 더하기도 하며, 덜 기술적인 방법의 치료와 간호를 찾는 기회를 마련하기도 한다. 환자가 보다 편안하고 안락하게 지내고 증상완화의 치료방법으로 중재되는 호스피스 완화의료는 삶의 마지막 단계에서 도움이 되는 좋은 중재 방법에 포함될 수 있기 때문이다.<sup>22)</sup>

어떤 치료가 환자에게 전혀 도움이 되지 않을 때, 그 치료는 의무적이라고 할 수 없고 ‘의미 없는 치료 혹은 불필요한 치료(futile treatment)’가 된다. 그래서 그 ‘치료’가 환자에게 어떠한 기여를 하느냐가 가장 중요한 결정의 관건이 되는 것이다. 삶의 마지막 단계에서는 환자에게 집중적인 치료를 중단한다 해도 환자에게 더 이상 해가 되지 않는다. 즉, 단순히 죽음의 시간만을 연장시키는 무의미한 치료의 중지로서의 생명연장 장치의 철회도 윤리적인 정당성을 주장하기도 하지 만,<sup>23)</sup> 어떤 경우에는 개인적인 믿음의 체계 때문에 그러한 경우에 환자에게 행해지는 치료가 무의미한 치료가 아니라고 주장하기도 한다<sup>24)</sup>.

그러나 DNR에 대한 대화의 장은 환자의 가족들 사이에 어려운 문제를 야기할 수도 있다. 환자가 의식이 있고 의사결정능력이 있는 경우에도 DNR에 대한 결정에서 누가 말을 할 것인가에 대한 견해차이는 중요하며, 가족은 복잡한 유형의 집단 의사결정구조를 가지고 있는 경우가 자주 있다. 특히 우리나라와 같이 가족집단의 의견이 개인 환자의 의견 보다 크게 작용하는 경우, 보호자의 개입으로 말미암아 일대 일의 구도가 아닌 삼각 구도로 더욱 복잡한 상황이 야기 된다<sup>25)</sup>. 그러나 환자가 의사결정 능력이 있다면, 의사는 환자가 본인에게 적합하다고 생각되는 결정을 할 수 있는 권리가 있음을 가족에게 상기시킬 필요가 있다. 환자가 의사결정능력이 없고 대리인도 없다면, 의사는 환자를 가장 잘 아는 사람을 우선으로 하여 가족을 대변할 사람을 요구하는 것이 필요하다. 이러한 방법으로 문제를 최소화 할 수 있으나 문제가 해결되지 않는 경우에는 전문가의 도움을 요청해야 한다.

환자와 함께 DNR 선택을 위해 노력하는 것을 통해 의사나 간호사는 자신의 죽음을 직시 하기도 하며, 의료인은 자신이 이러한 유사한 상황에 처했을 때 어떻게 선택할 것인가 생각 하게 한다. DNR 결정은 의사만의 고유한 영역이 아니므로 환자와 가족 그리고 가까운 친 지 등 여러 사람이 개입되어 결정하여야 하며 필요한 경우 윤리위원회를 통해서 결정할 필요도 있다.<sup>26)27)28)</sup>. 환자의 질환과정에서 치료가 성공적이지 못한 경우, DNR에 관해 이야

---

22) 위의 책 : 122-123

23) 이동익, 김정우 외. 생명공학과 가톨릭윤리. 가톨릭대학교출판부, 2004

24) Beauchamp TL & Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford : Oxford University Press, 2001 : 211-212

25) 한성숙 등. 같은 책 : 90

26) 김상희. 말기환자의 DNR결정에 대한 고찰. 간호학 탐구 1999 ; 8(2) : 80-90

기하면 의사의 능력에 대해 의구심을 품게 만들 수도 있다. 의사가 생명연장에 대해 강하게 찬성하거나 반대하는 경우, 환자와의 DNR 대화에 영향을 미칠 수 있음을 상기할 필요가 있으며, 의료진은 언제나 환자에게 유리하고 유익한 것이 무엇인지 생각하여 도움이 되도록 해야 할 것이다.

### 3. DNR 결정에서의 갈등

DNR 결정이 이루어지고 있는 과정에서 발생하는 갈등은 DNR 에 관한 대화 그 자체와는 무관 할 수도 있다. 그러나 의사와 환자 관계에 대한 심사숙고와 CPR 토론에 앞서 행해진 대화를 통해 갈등의 실제 근원이 밝혀질 수 있다. 다음 내용은 갈등의 근원을 파악하려는 경우 유용하게 검토할 상호작용의 단계를 제시한<sup>29)</sup> 내용에 대한 논의가 되겠다.

DNR 의사결정에서의 갈등의 본질을 파악하기 위해서는 의사와 환자의 관계, CPR 토론이 필요한 질환에 대한 이해, 환자의 의중에 대한 파악, DNR의 방법 및 정의를 내릴 필요가 있다.

#### (1) 의사-환자 관계

환자와 의사 사이의 관계가 이미 잘 형성되어 있는지 파악해야 한다, 그렇다면 이 관계는 상호존중과 진실한 교류를 기반으로 한 것인가를 확인 할 필요가 있다. 또한 환자와 의사의 관계가 새로이 형성된 것이라면, 첫 만남의 상황은 어떠하였는가? 즉 관계적인 외래 환자로서 방문인가? 또는 응급실 혹은 중환자실에서 만남이였는지에 따라서 첫 관계 형성이 다를 것이므로 이를 파악하는 것이 도움이 될 것이다. 환자와 의사가 서로 처음 만나는 것이라면, DNR 결정이 언급되기 전에 서로의 관계 형성을 위해 적절한 시간을 보냈는지를 확인해야 한다. 처음 만남에서부터 DNR에 대한 결정을 언급한다는 것은 성급한 일이 될 것이나 만약에 환자가 먼저 자발적으로 이 문제를 제기하였을 때는 자연스럽게 서로의 대화가 가능할 것이다. 그리고 의사와 환자 및 가족 사이에 보이지 않는 갈등이 있었는지도 확인할 필요가 있다.

위의 질문의 내용을 각각 적용하여 분석해 보면 DNR과 관련된 갈등이 어디서부터 발생되었는지 파악이 가능하며 문제 해결이 용이하리라고 생각된다.

---

27) 황상익. 위의 책 : 1998

28) 장문준. 위의 책 : 99

29) Brachman LH & Quill YE. 같은 책 : 124-125

## (2) CPR의 토론이 필요한 질환에 대한 이해

환자와 의사 양자 모두 질환에 대한 이해가 상호 일치하는지? 환자와 의사가 환자의 예후에 대한 이해가 상호 일치하는지? 또는 환자는 치료의 한계는 물론 어떠한 치료 방법들이 있는지 알고 있는지? 치료계획은 환자가 알고 있고 수용하고 있는지, 이 치료가 무엇을 할 수 있고 무엇을 할 수 없는지에 대한 평가를 환자와 같이 하였는지, 의사와 환자는 죽음에 대하여 서로 심도 있는 대화를 하였는지 등에 대해 조사 할 필요가 있다.

위의 질문의 내용들은 환자의 질병, 예후, 치료계획, 치료방법들과 치료의 한계에 대하여 의료진과 환자는 물론 가족들도 구체적으로 알고 이해하고 있음을 전제로 하여야 갈등이 최소화될 수 있음을 나타낸다. 토론을 할 때에는 토론에 참여하는 자들이 서로 비슷한 수준의 지식과 경험을 공유할 수 있을 때, 서로를 존중하면서 합리적이고도 개방적인 공정한 토론을 통한 의견 일치가 이루어질 것이다.

## (3) 환자의 의중에 대한 조사

환자가 본인의 목표와 희망을 인식하고 표현할 수 있도록 환자에게 충분한 시간을 주고 격려하였는지, 의사의 목표는 고려되었는지, 환자가 CPR이나 DNR을 통해 얻고자 하는 것이 무엇인지에 대한 조사를 통해 환자가 진정으로 원하는 것이 무엇인지를 파악하는 것은 무엇보다 중요하다. 이러한 파악을 통해 환자의 자율성 존중의 원칙과 관련된 자기결정권리를 행사하도록 돕고, 환자의 남은 삶의 날들을 보다 의미 있고 충만 된 삶이 되도록 돕는 것이다. 즉 어떤 형태로든 환자가 품위 있는 죽음(death with dignity)을 맞이하도록 선택하는데 도움을 줄 수 있는 것이며 호스피스 간호를 선택하여 평화로운 임종을 맞이하도록 도울 수 있을 것이다.

## (4) DNR의 방법 및 정의

환자는 DNR의 선택이 어떤 치료방법과 관련이 있고, 어떤 방법과 관련이 없는지 확실하게 이해하고 있는지, 일단 DNR 상태가 선택된 후에도, 환자가 원하는 추가 치료에 관심을 가지는지, DNR 결정에 가족도 자유로이 동의하는지, 환자와 가족이 DNR의 의미가 무엇인지 등에 대한 자세한 내용을 이해하고 알고 있는지 파악하여야 한다. DNR 지시서나 지침서가 마련된 의료기관이라면 이러한 지침서를 활용하여 자세하고 구체적인 정보 제공이 가

능할 것이다.

## (5) 기타

환자가 가지고 있는 공포나 두려움은 적절하게 조사되고 파악이 되었는지, 즉 방치에 대한 두려움, 고통스러운 죽음에 대한 공포, 의사에 대한 분노, 가족에 대한 분노 등이 있는지 조사하여 적절한 조치를 취할 수 있도록 장치가 마련되어 있어야 한다. 또한 이러한 대화나 토론에 성직자도 참여해야 하는지, 환자의 배경이나 상태에 따라서 각자가 원하는 것이 다를 것이다.

환자는 자신의 희망을 어디서 어떻게 찾고 있는지 심사숙고 하였는가? 그가 가진 희망이 특정한 날짜까지 사는 것인지, 적극적인 치료방법 없이도 희망을 가지고 평화로운 죽음을 선택하였는지를 알아보아야 한다. 또한 환자와 가족은 미래를 어떻게 보고 있는지 등에 대한 파악으로 환자에게 도움이 되는 다양한 방안을 계획할 수 있고 DNR의 선택이 궁극적으로 남은 삶을 보다 의미 있게 하고 품위 있는 죽음을 준비하는 것임을 인식하는지 파악해야 할 것이다.

## 4. DNR의 윤리적 고찰

DNR을 결정하고 시행하기 위해서는 몇 가지 전제 조건이 필요하다.

첫째, 어떤 상황에서든지 DNR은 환자의 현재 또는 앞으로의 상황에서 CPR의 무의미(futility)함을 의사가 판단하고, 환자가 이를 충분히 이해한 상태에서 결정하여야 한다<sup>30)</sup>. 환자의 알권리에 입각하여 우선 의사가 환자에게 질병의 상태를 상세하게 설명하고, 그 후 CPR에 대한 내용을 설명해야 하며, CPR 후 발생할 수 있는 다양한 문제와 결과에 대하여 설명하고, 충분한 토의를 거쳐 환자에게 DNR에 대한 동의를 얻어야 한다. DNR 결정시 가장 우선적으로 고려되는 전제 조건은 위에서 이미 언급하였듯이 의사와 환자와의 충분한 대화이다. DNR에 대한 동의를 얻은 후 환자와 가족으로부터 'DNR 요청서와 지시서'에 대한 내용을 설명하고 서명을 하도록 하면 보다 바람직할 것이다.

둘째, 환자의 자율성 존중에 입각하여, DNR을 결정해야 할 때는 환자가 의사결정능력이 있어야 한다. DNR은 결정짓는 시기가 매우 중요함으로 의사는 심정지가 발생할 소지가 있는 환자에게 의식의 장애가 있기 전에 환자의 선호를 가능한 한 확인해야 한다. 환자의 의사결정능력은 환자의 의식뿐만 아니라 환자의 판단력, 이해력, 선택, 표현력 및 안정성을 모

---

30) 장문준. 위의 책 : 98-99

두 고려해야 한다.<sup>31)</sup> 우리나라 문화에서는 환자 자신의 자율적인 의사결정 보다는 가족의 의견이 앞서는 경우가 많이 있다. 그러나 환자가 의식이 있는 경우에는 환자의 의견을 존중하는 문화로 변화되어야 하고, 또한 환자 자신도 모든 결정을 가족에게 의존하기 보다는 자신의 자기결정 권리를 행사하는 문화가 형성되어야 할 것이다. 앞장에서도 이미 논의하였지만 한국에서의 의사-환자관계는 상당한 결정권을 가진 보호자의 개입으로 말미암아 의사결정이 일대 일의 구도가 아닌 삼각형 구도<sup>32)</sup> 로 매우 복잡하고 문제의 소지가 많음을 언급한 바 있다. 따라서 환자가 자기결정권을 행사하게 되면 DNR과 관련된 문제 해결은 훨씬 단순해질 것이다.

셋째, DNR을 결정하는 시기는 환자가 자신의 상태나 질병을 받아들이는 태도에 따라, 또는 소속의료기관의 방침에 따라서도 많은 차이가 있을 수 있으므로 이러한 것들을 고려해야 한다.

넷째, DNR을 결정하는 주체는 환자이다. 그러나 때로는 환자가 DNR에 대한 자신의 의견을 표현할 수 없는 상황에 놓일 수 있다. 이때는 원칙적으로 환자의 보호자, 법적 대리인 또는 법원이 가능한 한 평소 환자의 선호에 기초하여 DNR의 여부를 결정하도록 되어 있다. 그러나 환자가 항상 옳게 판단한다는 보장이 없기 때문에 환자가 의사결정 능력을 상실하기 전에 유서(living will)나 사전지시서(advance directives)를 통하여 환자 자신을 대변할 수 있는 자를 지정하도록 할 수 있다<sup>33)</sup>. 이는 환자가 자신의 생명과 관련된 부분을 유서로 남김으로써, 책임을 환자 본인이 지는 것이며, 생명 유지를 위한 비통상적 치료 및 간호에 의해 삶을 연장시키지 않겠다는 바람을 진술하는 것이다. 정신적인 능력이 있을 때 사전 유언을 하고 서명함으로써, 결정할 능력이 없어진 때에 자신을 위한 결정 내용을 다른 사람이 수행할 수 있도록 위임하는 것이다.<sup>34)</sup>

Tomlinson과 Czlonka<sup>35)</sup>가 다음의 3가지의 경우에 있어서 정당하게 심폐소생술을 시행하지 않을 수 있다고 한 내용은 DNR과 관련된 의사결정을 하는데 있어 윤리적인 지침이 될 수 있다. (1) 의학적 판단으로 소생술의 성공 확률이 거의 없을 것 같고, 환자에게 이익을 주지 못할 경우; 환자 혹은 보호자의 동의 없이 (2) 심폐소생술 이후의 삶의 질이 받아들이기 어렵다고 생각될 경우; 환자 혹은 보호자의 동의 하에 (3) 심폐정지의 상황을 고려하기 전에 이미 말기질환으로 참을 수 없이 고통을 받고 있거나 정신적, 육체적으로 황폐한

---

31) 위의 책 : 98-99

32) 한성숙 , 엄영란, 안성희, 김중호, 차성호, 권복규, 구인회, 임중식, 구영모. 간호윤리학. 대한간호협회출판부, 2004

33) 위의 책 : 98-99

34) 한성숙 등. 위의 책

35) Tomlinson T & Czlonka D. Futility and hospital policy. Hastings Cent Resp 1995 ; 25(3) : 28-35

상태; 환자 혹은 보호자의 동의 하에 DNR 지시를 내릴 수 있다고 하였다.

엄영란<sup>36)</sup>은 DNR의 윤리적 측면을 강조하면서 DNR은 의학적 결정도, 간호학적 결정도, 법률적 결정도 아닌 삶의 의미나 질, 혹은 생명의 신성성과 같은 결정과 관련되는 가치들에 근거하는 도덕적 결정임을 강조하였다. 우리나라의 경우 DNR결정과정에 있어서 환자의 자기 결정권이 충분히 보장되지 않고 있으며 의사의 정확한 판단에 합리적인 근거나 객관성이 결여되어 법적, 윤리적 쟁점의 소지가 있다고 지적하기도 하였다<sup>37)</sup>.

김진윤과 조형상<sup>38)</sup>은 DNR의 지시를 결정하기 위해서는 반드시 이에 관한 위원회를 병원 내에 설치하여, 전문가들로 구성된 위원회에서 DNR 지시에 대하여 공개적이고 광범위한 토의, DNR 지시를 결정하는 객관적인 평가방법을 연구 개발하여야 할 것이라고 하였다. 또한 이들은 DNR 지시를 내릴 때 윤리적 또는 법적 문제로 인하여 의학적 지시를 벗어나는 경우 종교계나 법조계 또는 언론계 등에 자문을 구하여 처리하는 것이 합리적인 방법이라고 생각한다고 하였다. DNR 지시를 내리는 것은 그 나라의 의료수준, 사회적 관습, 문화적 배경, 종교나 윤리적 또는 법적 영향을 받아 나라마다 다를 수 있기 때문에 단 시일 내에 해결될 문제는 아니라고 하였다. 의료기술이 점차 진보하고 임상적 경험이 많이 쌓이고 국민의 의식 수준과 사고방식이 발달하여 시대적 요구가 필요할 때 DNR 지시를 내리는 기준과 방법이 보다 합리적인 방향으로 되는 국민적 합의가 필요할 것이라고 제안하였다.<sup>39)</sup>

#### IV. 결론

본 연구에서는 심폐소생술포기와 관련된 윤리적 갈등을 고찰하기 위하여 다음과 같은 내용을 살펴보았고 몇 가지 제언을 하였다.

첫째, CPR과 DNR의 역사와 본질을 살펴보았다.

둘째, DNR 결정에서의 상호 협력을 논의하였다. DNR 결정은 의사만의 고유한 영역이 아니므로 환자와 가족 그리고 가까운 친지 등 여러 사람이 개입되어 결정하여야 하며 필요한 경우 윤리위원회를 통해서 결정할 필요가 있다,

셋째, DNR 의사결정에서의 갈등의 본질을 파악하기 위해서는 의사와 환자의 관계, CPR 토론이 필요한 질환에 대한 이해, 환자의 의중에 대한 파악, DNR의 방법 및 정의를 내릴 필

---

36) 엄영란. 말기환자 간호에서 간호사가 경험하는 윤리문제에 관한 연구: 사례 분석적 접근. 박사학위논문. 서울대학교 대학원, 1994 : 23-24

37) 김상희. 암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate)의사결정에 관한 연구. 석사학위논문. 연세대학교 대학원, 1998

38) 김진윤, 조형상. 종합병원에서의 “Do-Not-Resuscitate” 명령 -DNR order-. 대한구급학회지 1990 ; 5(1) : 5-11

39) 김진윤, 조형상. 위의 책 ; 1990

요가 있음을 논의하였다.

마지막으로 DNR 에 대한 윤리적 고찰을 통하여 다음과 같이 결론을 내렸다. 어떤 상황에 서든지 DNR은 환자의 현재 또는 앞으로의 상황에서 CPR의 무의미(futility)함을 의사가 판단하고, 환자가 이를 충분히 이해한 상태에서 결정하여야 한다. 환자의 자율성 존중에 입각하여, DNR을 결정해야 할 때는 환자가 의사결정능력이 있어야 한다. DNR을 결정하는 시기는 환자가 자신의 상태나 질병을 받아들이는 태도에 따라, 또는 소속의료기관의 방침에 따라서도 많은 차이가 있을 수 있으므로 이를 고려해야 한다. DNR을 결정하는 주체는 환자이다.

의료기술이 점차 진보하고 임상적 경험이 많이 쌓이고 국민의 의식 수준과 사고방식이 발달하여 시대적 요구가 필요할 때 DNR 지시를 내리는 기준과 방법이 보다 합리적인 방향으로 되는 국민적 합의가 필요할 것이라고 제안하며, 본 연구는 DNR 지침서를 제정하는데 기초 자료가 될 것이라고 사료된다.

**색인어** : 심폐소생술(CPR), 심폐소생술포기(DNR), 윤리문제, 회복불가능한 환자

## Ethical Issues on DNR (Do Not Resuscitate) by Patients with incurable diseases

HAN Sung-Suk\*

The following research has examined ethical dilemmas regarding denial of resuscitation by patients. The article also suggests several proposals for optimized solutions. First of all, the history and nature of CPR & DNR have been discussed. Second, mutual interactions during making decisions on DNR have been introduced. Because physicians do not exclusively conduct the decision on DNR, patients, family members, and other related siblings should be involved in the process. If necessary, the ethics committee may be applied for making appropriate decisions. Thirdly, in order to locate the nature of ethical dilemma on DNR decisions, the relationship between patients and physicians, full understanding the importance of CPR necessity, and defining the method of DNR would need to be well explained. Finally, through the ethical discussion on DNR, following conclusions have been suggested. In all situations, DNR must let physicians make decision on futility of CPR for patients' current or future conditions, and the decision must be made only after patients are fully aware of the consequences. Under the law of respecting patients' opinions, patients must have the ability to make decisions on DNR. The proper moments for deciding DNR should depend on behaviors regarding his/her conditions or diseases. Because a health care institution play an important role in making decisions as well, all opinions must be reviewed for the best outcome. It is important to remember that the main decision makers on DNR are patients. Following discussions have concluded that an agreement among people nationwide is quite essential for the appropriate DNR decisions. The research may serve as a supplement for the process of establishing the DNR guideline.

**Key word :** CPR, DNR, Ethical Issues, Patients with incurable diseases

---

\* College of Nursing, Catholic University



