

내러티브 탐구를 통한 심폐소생술금지 (DNR) 환자 간호경험

우미경¹ · 김미영²

김해대학교 간호과¹, 이화여자대학교 건강과학대학 간호과학부²

Nurses' Experiences of Do-Not-Resuscitate (DNR) by the Narrative Inquiry

Woo, Mi Kyung¹ · Kim, Miyoung²

¹Department of Nursing, Gimhae College, Gimhae

²Division of Nursing Science, College of Health Sciences, Ewha Womans University, Seoul, Korea

Purpose: This study was conducted to understand the meaning of the DNR experiences of nurses. **Methods:** The data were collected through in-depth interviews, observation, and field records with five nurses from November 2009 to February 2011. The data were analyzed using narrative inquiry methodology. **Results:** Three fundamental themes were derived from data analysis as following: 'faithfulness to care for comfort,' 'helping for peaceful farewells between the patient and the family,' 'reflecting one's lives with a collision of feeling toward the death.' **Conclusion:** The results indicate that nurses take a role of an advocate in caring for DNR patients and being concerned about their families' conflict and anguish. In addition, this study indicates the importance of education on living will, advanced directives and preparation for the death tailored to the public including healthcare professionals.

Key Words: DNR, Nurses, Qualitative research

서 론

1. 연구의 필요성 및 목적

심폐소생술금지(Do-Not-Resuscitate, 이하 DNR)는 사람의 호흡이 멈추거나 심장박동이 멈추었을 때 심폐소생술을 시행하지 않는 것(Bacchetta, Eachempati, Fins, Hydo, & Barie, 2006)으로 임종기 환자 관리를 위한 선택으로 소개되어 왔다. 특히, 성공적으로 심폐소생술이 시행되었다 하더라도 후에 예후가 나쁘거나 무의미한 환자군이 증가하고 그들의 삶의 질에 대한 문제가 대두되면서 DNR에 대한 사회적 수용

이 증가하였다(Varon & Marik, 2007). 본 연구에서의 DNR은 심폐소생술뿐만 아니라 기관내 삽관, 인공호흡기, 제세동기, 응급약물 등의 부가적인 치료에 대한 금지까지 포함하여 사용하고자 한다.

우리나라는 DNR이 제도화되어 있지 않고 논의와 연구도 부족한 실정이지만 대부분의 간호사(79.5%)와 의사(56.2%)는 DNR에 대한 경험을 가지고 있다(Lee, 2007). 국내 한 대학 병원 중환자실 입원 환자의 73.5%가 DNR로 사망하였으며, 암 환자의 85%가 사전에 DNR이 결정되었다(Song, Kim, & Koh, 2008)는 보고를 통해 현재 DNR이 광범위하게 시행되고 있음을 알 수 있다.

주요어: 간호사, 심폐소생술거부 (DNR), 질적 연구

Corresponding author: Kim, Miyoung

Ewha Womans University, 52 Ewhayeodae-gil, Seodaemun-gu, Seoul 120-750, Korea.
Tel: +82-2-3277-6694, Fax: +82-2-3277-2850, E-mail: mykim0808@ewha.ac.kr

- 본 논문은 이화여자대학교 간호학 박사학위논문임.
- This article is doctor's thesis from Ewha Womans University.

투고일: 2012년 12월 27일 / 수정일: 2013년 5월 31일 / 게재확정일: 2013년 6월 23일

DNR을 결정하는 과정을 통해 의료진과 가족 간에는 상충된 의견으로 인해 갈등이 유발되기도 하고, 법적, 윤리적, 경제적 상황이 고려되기도 한다(Shapira-Lishchinsky, 2009). 이러한 의사결정 과정 배경에는 개인주의를 특성으로 하는 서양 문화의 경우 개인의 자율성과 자기 결정권을 우선시하여 환자의 유연과 요청을 존중하는 반면(Westphal & McKee, 2009), 동양 문화는 관계적이며 가족중심적인 문화의 특성으로 가족 구성원과 협의하고 가족 공동체가 이를 결정함을 중요시하고 있어 DNR은 또 다른 가족 문제가 되고 있다(Chang, Huang, & Lin, 2010).

간호사는 많은 시간을 환자와 함께 지내면서 생의 마지막 순간까지 돌보므로 환자들이 선호하는 것이 무엇인지 알고 있지만 DNR 결정과정에 직접 참여하지 못하고 있다(Hilden, Louhiala, Honkasalo, & Palo, 2004). 또한, DNR 협의에 대한 의사소통이 명확하게 이루어지지 않을 경우 간호사는 분쟁을 겪게 되고, DNR 결정과정에서 환자의 권리문제 및 직무와 관련된 윤리적 문제로 갈등을 경험한다(Haggstrom, Mbusa, & Wadensten, 2008). 이러한 상황에서 DNR과 관련한 간호사 및 의료인의 윤리적 갈등과 딜레마를 심층적으로 다룬 연구는 부족한 실정이다.

DNR과 관련한 선행연구에서는 DNR의 경험, 인식 및 태도에 대해 간호사(Bellini & Damato, 2009), 의사(Keating et al., 2010) 및 노인(Lee & Kang, 2007)을 대상으로 이루어졌고, 간호사와 의사(Lee, 2007; Westphal & McKee, 2009)의 비교연구도 제시되는 등 주로 양적 연구방법을 이용하여 DNR의 윤리적 문제에 대한 인식과 태도로 국한된 연구임을 알 수 있다. 반면 질적 연구방법을 적용한 연구에서는 DNR 정책의 해결방법을 모색하고(Robinson, Cupples, & Corrigan, 2007), DNR 환자의 효율적인 중재범위와 관리방법(Smith & Bunch, 2008)을 제시하였다. 또한, 국내에서는 간호사들이 환자가 배제된 상태에서 DNR이 결정되는 비효율적인 측면과 지침서 부재로 혼란을 경험하는 비합리적 측면이 제시되었다(Yi et al., 2008). 그러나 선행연구에서의 관점과 달리 DNR 환자를 돌보는 간호사의 경험을 상황과 맥락 내에서 이해하고 의미를 부여하기 위해서는 DNR 경험에 대한 간호사들의 이야기를 드러내고 목소리를 충분히 이끌어낼 수 있는 탐구방법이 필요하다.

병원간호사라면 누구나 DNR을 경험한다. 이러한 경험은 성장 환경과 개인적인 삶과 죽음에 대한 경험, 간호사로서의 사명감과 어우러져 DNR과 관련한 자신만의 독특한 삶의 이야기를 가지게 된다. 내러티브 탐구는 질적 연구방법 중의 하나로 보편적인 대상자가 아닌 개개인의 삶의 이야기에 초점을

두고 있으며, 경험에 대한 개인적·사회적인 상호작용과 과거, 현재, 미래의 연속선상에서 경험을 이해하고, 환경과의 관계를 중요시하고 있다(Clandinin & Connelly, 2000). 따라서 DNR과 관련한 윤리적 갈등과 딜레마에 대한 참여자의 경험 이야기를 연구자가 다시 이야기하는 방식으로 구성하는 내러티브 탐구야말로 참여자의 경험 세계에 의미를 부여할 수 있고 그 의미를 통해 참여자들은 간호사로서의 삶을 반영하고 새로운 삶의 가치 방향을 구축해 나갈 수 있다.

이에 본 연구에서는 내러티브 탐구를 적용하여 간호사의 DNR 경험 이야기를 이끌어내고 이야기의 의미를 재구성함으로써 앞으로 DNR 문제를 합리적으로 해결해 나가는데 필요한 통찰력을 제시하고 아울러 DNR 환자 지침서 개발과 정책 마련에 필요한 기초자료를 제공하는데 기여하고자 한다.

2. 연구문제

본 연구의 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

- 연구문제 1. DNR 환자를 돌보는 간호사는 어떤 경험을 하는가?
- 연구문제 2. DNR 경험이 간호사에게 주는 의미는 무엇인가?

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 DNR 환자를 돌보는 간호사들의 경험을 심층적으로 기술하고 이해하고자 Connelly와 Clandinin (1990)의 내러티브 탐구방법을 적용한 질적 연구이다.

2. 연구참여자 선정 및 윤리적 고려

본 연구의 참여자가 소속하고 있는 기관은 중소도시에 위치하고 있는 2차 의료기관과 요양병원으로 DNR 상황이 자주 발생하는 중환자실이나 응급실에 근무하고 있는 간호사를 대상으로 하였다. 초기에 참여자 선정은 연구자의 동료와 지인을 통해 소개를 받은 10명의 간호사이었다. 연구자가 직접 방문하여 소개받은 간호사에게 연구목적과 연구과정을 설명하였을 때 대부분의 간호사는 연구의 필요성과 가치를 인정하였으나 3명의 간호사는 면담 횟수와 연구기간에 부담을 느끼며 참여 거부 의사를 밝혔다. 7명의 간호사로부터 연구참여 동의서

를 받았으며, 면담 약속이 이루어지기 바로 전에 2명의 간호사가 개인사정을 이유로 참여를 포기하였다. 따라서 참여자 5명이 최종적으로 선정되었다.

참여자들의 평균 나이는 만 38세(37~41세 범위)이었으며, 모두 여성이고 기혼자이었다. 한 달에 1~2회의 DNR 경험이 있었으며, 임상경력은 평균 16년(14~18년 범위)이었다. 연구자는 면담 시작 전에 연구의 목적 및 방법, 연구참여에 대한 익명성 보장, 자발적인 연구참여 동의와 거부, 중도포기가능, 발생 가능한 이익과 불이익, 녹음기 사용 등을 포함하는 내용을 구두와 서면으로 설명하고 자발적인 동의서를 받아 연구참여자를 최대한으로 보호하였다.

3. 내러티브 탐구의 절차

Connelly와 Clandinin (1990)는 내러티브 탐구의 연구 전 과정을 ‘현장에 존재하기,’ ‘현장에서 현장 텍스트로,’ ‘현장 텍스트 구성하기,’ ‘현장 텍스트에서 연구 텍스트로,’ ‘연구 텍스트 작성하기’ 5단계로 나누어 설명하고 있다. 이러한 단계들은 명확히 구분되는 것은 아니며 단계와 단계가 중복되는 경향이 있다.

1) ‘현장에 존재하기’: 이야기 속으로 들어가기

연구자의 DNR에 대한 관심은 신규 간호사 시절 강원도 태백에서 상태가 심각한 환자가 집중치료와 심폐소생술 등 생명연장에 필요한 수술을 거부하고 가족의 돌봄을 받으며 죽음을 기다리는 상황을 처음 대면했을 때였다. 그 당시 DNR에 대한 인식과 지식이 부족했던 연구자는 인공호흡기로 생명을 연장할 수 있는 환자의 삶을 쉽게 포기하는 가족들이 아속하게 느껴졌다. 그러나 한편으로 의미 없는 환자의 생명을 연장하기 위해 심폐소생술을 시행하는 가족들의 결정을 대면할 때도 안타까운 심정이었다. 그러나 연구자는 신규 간호사 시절 이후 20년의 세월이 지난 지금에도 DNR에 대한 윤리적 갈등을 지속적으로 겪고 있는 동료간호사들의 고충을 접하면서 이들의 고충은 어쩌면 DNR 현장에서 윤리적인 딜레마를 겪으면서 지속적인 간호가 이루어짐에도 불구하고 그다지 관심을 받지 못한 간호 경험에 아닐까 하는 의구심이 들었으며, 간호사의 DNR 환자 간호 경험을 내부자의 관점으로 탐구할 것에 관심을 갖게 되었다.

2) ‘현장에서 현장 텍스트로’와 ‘현장 텍스트 구성하기’

이 단계는 연구자가 현장에 들어가서 자료를 수집하고 구성

하는 단계이다. 본 연구의 자료수집기간은 1차와 2차 시기로 나눌 수 있다. 자료수집을 위한 방법으로 면담, 관찰, 현장노트 등이 사용되었다. 본격적인 자료수집이 이루어지기 전에 먼저 참여자들의 성장 환경과 관련하여 폭넓게 이야기를 나누면서 본격적인 면담으로 진행하였다. 1차 면담은 2009년 11월부터 2010년 3월까지였으며, 참여자에 따라 2~3회 진행하였으며, 면담 시간은 60분에서 90분이 소요되었다. 주요 면담 질문은 비구조적인 질문으로부터 반구조적 질문 형태로 진행하였으며, 초기에는 “DNR과 관련하여 어떤 경험을 하였습니다?”로 시작하여 자료수집 중기나 후기에는 “DNR 결정 후에 치료나 간호에 어떤 변화가 있었습니까?” “DNR과 관련한 간호사의 역할은 무엇입니까?” 등의 질문을 하였다.

2차 면담은 2010년 9월부터 2011년 2월까지 시행되었으며, 면담 횟수는 참여자에 따라 1회에서 2회까지 진행되었다. 2차 면담에서는 1차 면담내용을 분석한 결과 내용이 미비하여 보완설명이 필요한 부분과 도출된 주제에 대한 심층적인 내용을 보완하기 위하여 실시하였다. 연구를 시작하기 전에 그리고 1차 면담 종결 시점에 추가적 자료수집을 위해 2차 면담이 있음을 미리 설명하였다.

관찰은 중환자실과 요양병원에서 참여자마다 근무하는 시간에 맞추어 90~120분 동안 이루어졌다. 참여자들이 돌보는 환자의 특성과 환자와 간호사 및 간호사 간의 상호작용, 근무 환경 등을 관찰하였다. DNR 환자를 돌보는 참여자들의 행동에는 일반 환자의 돌봄과 구분되는 분명한 특성이 있었는데, 무엇보다 참여자들의 조심스러운 움직임과 애정 어린 시선이었다. 의식이 없는 환자의 손과 얼굴을 만지는 접촉행위가 많았으며, 다정하고 조용한 말투로 이야기를 전하고 있었다. 또한, DNR 환자의 임종을 가족과 함께 슬퍼하고 그들의 상실감을 위로하면서도 지속적으로 업무를 손에서 놓지 못하는 간호사들의 고충을 살필 수 있었다. 관찰된 내용은 현장노트의 서술과정을 통해 그들의 활동을 재구성하였고, 참여자와의 면담을 통해서 DNR 환자간호의 고충과 돌봄 내용 등을 재확인할 수 있었다.

3) ‘현장 텍스트에서 연구 텍스트로’와 ‘연구 텍스트 작성하기’

DNR 경험은 한 개인의 관심을 넘어 사회적으로 심층적이고 다각적인 관심과 논의가 필요한 의료·윤리적 현안이기 때문에 이 단계에서는 본 연구의 이야기 속에 다루어지는 고충과 갈등의 의미에 민감성을 가지고 다루었다. 연구 텍스트를 구성함에 있어 참여자가 겪은 경험을 이야기하고 다시 이야기하는 과정에서 현재 일어나고 있는 일에 대한 이야기뿐만 아니라 과거의 사건과 앞으로 일어날 수 있는 미래를 오가며 방

향성을 가지고 왔다 갔다 하면서 연구문제에 부합되는 이야기 맵(story-map)을 구성하였다. 이야기 맵을 중심으로 시간적 순차와 논리적 연관성 및 통합가능성을 고려하며 같은 맥락의 이야기들을 묶으면서 이야기를 재조직하였다. 계속해서 하나의 패턴으로 나타내는 내러티브, 줄거리, 주제 등을 써내려 가며 연구텍스트를 구성하였다. 이 과정에서 두 명의 연구자와의 지속적인 대화를 통해 간호사의 DNR 환자 경험에 대한 분석 과정을 공유하였다. 마지막으로 연구자가 구성한 이야기를 연구참여자와 공유하고 피드백을 받으면서 연구텍스트를 재구성하였다.

4. 연구의 엄격성

본 연구에서는 Creswell (1998)이 제시한 외적 표준과 내적 표준에 초점을 두고 질적 연구의 엄격성을 충족하고자 하였다. 우선 ‘외적 표준(external standard)’으로서 참여자들에게 연구결과에 대한 타당성을 검증받기 위해 연구자는 참여자와 추후 면담할 때 그들의 이야기를 연구자가 왜곡시키지 않고 정확하게 표현했는지, 도출된 주제는 참여자의 DNR 경험을 전체적으로 잘 반영하고 있는지 필사본과 연구결과를 통해 확인하였다. 또한, 질적 연구 경험이 있는 연구자와 분석결과에 대해 논의하며 적절한 주제 도출을 위해 8회에 걸쳐 확인하고 수정하는 과정을 거쳤다.

‘내적 표준(internal standard)’은 독자들이 연구결과를 납득할 수 있고, 연구결과를 통해 의미하는 바와 일치하는가 하는 것으로 DNR 환자를 돌보고 있는 참여자가 아닌 다른 간호사 3명에게 본 연구의 분석결과를 제시하고 자신들의 DNR 경험에 비추어 반영하도록 하였으며, 간호사들은 본 연구에서 밝힌 DNR 결정과정에서 발생하는 사람들의 심리적 갈등과 간호사들의 숨은 고충과 어려움 등이 자신들의 경험과 유사하다고 언급하였다. 또한, 연구자는 의료인이 아닌 일반인 2명에게 본 연구결과를 제시하고 공감 여부를 확인하였으며, 대부분의 독자는 죽음 준비에 대한 필요성을 인식하고 연구 내용에 공감하였다.

연구 결과

1. DNR 환자의 간호경험

1) 간호사 [A] 이야기

- 이야기 1. 환자의 소망을 반영하지 못한 안타까움

병원에서 환자의 치료를 유지하거나 중단하는 결정은 환자의 의식 유무와 관계없이 대부분 환자의 의견이 배제된 상태에서 가족과 의사의 상의에 의해 의사결정이 된다. 어느 날 급성 뇌경색 진단을 받은 환자 가족은 환자상태가 위중해지면서 심폐소생술을 포함한 연명치료방법과 DNR 중 한 가지를 결정해야 했다. 그러나 DNR 결정에 있어서 환자의 소망을 반영하지 못한 결과는 가족 간의 갈등과 오해를 야기하며, 그러한 상황을 목격한 간호사 [A]는 안쓰럽고 안타까울 따름이다.

가족들의 결정에 있어서 가족이 ‘잘하고 있다, 잘못하고 있다’ 이런 얘기를 못할 것 같아요. 얼마 전에 인공호흡기 문제로 가족들이 싸우는 경우가 있었어요. ‘편안하게 보내 드리자’라는 의견과 ‘할 수 있는 건 다 해야 된다’는 의견이 부딪친 거죠. 대체적으로 인공호흡기를 달자는 쪽의 결정으로 선택이 되는데 그럴 수밖에 없는 게 나중에 최선을 다하지 않아 죄인이 된다는 생각 때문이죠 (10.01.27).

간호사 [A]는 본 연구에 참여하면서 생전유언을 실제로 준비하였다. 건강한 모습과 맑은 정신을 가지고 있을 때 임종에 대한 준비를 해야 한다고 다짐하고 비디오에 녹화하여 가족에게 영상편지를 남기는 방법을 선택하였다.

- 이야기 2. DNR 환자에게 최선을 다해 돌봄

DNR을 선택한 환자와 인공호흡기 등 적극적인 치료를 해야 하는 환자와의 간호는 당연히 다르다. 환자의 상황에 따라 간호사들이 경험하는 긴장감이나 스트레스도 다를 수 있다. 그러나 치료의 방향에 따른 간호중재의 차이일 뿐이지 결코 간호가 소홀하거나환자에 대한 관심이 줄어드는 것은 아니다. 간호사 [A]는 의식이 없거나 대화를 나눌 수 없는 환자라도 한 사람의 인격체를 대한다는 것을 잊지 않는다.

간호사는 환자가 의식이 없어도 함께 이야기를 나눌 수 없어도 한 사람의 인격체라는 걸 잊지 말아야죠. 단지 활력징후와 소변량, 모니터 데이터를 체크하는 환자가 아닌 인생을 바르게 살아온 한 가정의 소중한 가족이라는 것을 상기하면서 돌보고 있어요. ‘오늘은 날씨가 참 좋아요,’ ‘식사하세요,’ ‘주사 놓을 때 조금 따끔합니다.’ 행위를 할 때마다 설명하면서 환자에게 말을 건넵니다 (10.1.13).

- 이야기 3. 죽음에 대한 감정이 무디어짐

간호사 3년차 때 병동에서 환자가 사망하는 장면을 처음 목격하였을 때 손발이 오그라들고, 심계항진과 신체의 각성 상태가 지속되었으며, 시간이 지나도 우울한 기분이 가라앉지 않았다. 그러나 최근에는 환자가 임종을 하면 사후 처치를 한 후 바로 영안실에 연락하고, 환자의 죽음을 애도하기 위한 잠시의 시간조차 갖지 못한 채 또 다른 환자를 돌보고 있다. 간호사 15년차인 지금, 무덤덤한 표정과 태도로 죽음을 목격하고 있다.

환자마다 죽음에 대한 감정은 달랐던 것 같아요. 그러나 환자가 돌아가셔도 우리는 사후 처치를 해야 하고, 또 다른 환자를 돌보아야 하고, 해야 할 일이 많기 때문에. 정말 슬피 우는 보호자를 보면 함께 눈물이 나서 그 상황을 벗어나고 싶을 때도 있어요. 그러나 아무렇지도 않게 빨리 사후 처치를 하는 경우도 있거든요. 그럴 때 내 자신을 돌아보면 너무 싫어요. 저는 그런 감정의 소유자가 아니라고 생각했거든요(09.11.26).

2) 간호사 [B] 이야기

- 이야기 1. 가족의 갈등과 고뇌가 내 일처럼 느껴짐

현대 의학으로 환자의 소생 가능성이 없다고 판단되면 가족은 일단 죽음의 순간을 최대한 연장하는 것이 도리라고 생각한다. 그러나 의사가 가족에게 치료중지에 대한 조언을 하면, 가족은 그러한 조언을 쉽게 따르는 편이며, 일종의 면죄부를 갖는 경향이 있다. 간호사 [B]는 이러한 가족의 갈등과 고뇌가 자신의 경험이 될 줄 몰랐다. 평소 치질로 고생하던 친정어머니가 2006년 12월 직장암 진단을 받았다. 대학병원 진료실에서 문을 열고 나온 의사는 한순간의 머뭇거림도 없이 “암입니다. 수술합시다”라고 제시하였고, 어머니가 암이라는 사실을 바로 알게 되어 오히려 치료방향에 대한 갈등이 사라지게 되었다. 이러한 경험 이후 가족들의 갈등이 지속되는 현장에서 가족의 갈등은 내 일처럼 느껴져서 숙연해진다.

- 이야기 2. DNR 결정범위가 혼란스러움

병원에는 DNR 지침이나 규정이 존재하지 않아 어디까지 간호해야 하는지 혼란스럽다. DNR 범위는 어디까지인가? DNR 범위는 누가 결정하는가? 보호자가 원할 경우 어디까지 허용해야 하는가? 더욱이 가족은 소중한 사람의 고통을 지켜보는 이중고를 겪으면서 DNR에 대한 인식 부족으로 부정적인 이미지를 가질 수 있다. 가족은 DNR이 결정되면 ‘가족이 환자

를 포기한다는 의미로 해석되지 않을까’ 또는 ‘의료진이 환자를 방치하지 않을까’ 등을 염려한다.

현재 DNR범위에 대해 정해진 것이 없잖아요. 제 생각으로 DNR이면 CPR, 기관 삽관, 인공호흡기, 에피네프린과 같은 약물 사용까지 안하는 거지, 다른 처치는 다 해야 하지 않을까요. 대체적으로 환자의 상태에 따라 달라지겠죠. 환자의 의식이 있으면 최대한으로 영양제도 줘야 할 것 같고, 혼수상태라면 편안하게 임종을 맞이하도록 도와드리는 것이 치료나 간호의 한 방법이라고 생각해요(10.09.25).

3) 간호사 [C] 이야기

- 이야기 1. 종교적 갈등을 내면적으로 겪음

간호사 [C]는 어린 시절부터 어머니로부터 청교도적인 신앙인으로서의 삶의 자세에 대한 가르침을 받아 왔다. 특히, 신앙이 있었기에 환자들에게 최선을 다할 수 있었고, 죽음에 대해서도 깊게 고민하며 직장생활을 할 수 있었다. 종교는 [C]에게 중요한 영향을 미쳐왔기 때문에 생명을 인간 스스로 결정하는 DNR에 대해서는 양가감정을 갖는다. 그러나 죽음에 대한 인간의 선택을 부정하기보다 간호사로서 환자의 고통을 좌시할 수 없고, 안위에 초점을 두어야 한다는 입장에 점점 더 가치를 부여하고 있다.

사실, 두 가지 마음이 드는 것 같아요. 한편으로 생각하면 DNR 선택은 질병 때문에 아프고 고통스러운 사람을 위해서는 도움이 되지 않을까, 다른 한편으로는 하나님이 주신 생명인데 인간이 어떻게 한다는 건 죄가 아닐까. 하지만 신앙의 힘으로 극복하고 있고 지금은 그렇게 힘들지 않아요(09.12.29).

- 이야기 2. 경제적 여건으로 인한 DNR은 개입이 어려움

환자 상태가 위급해지면 의사는 가족에게 환자를 큰 병원으로 옮겨서 치료를 받도록 권유한다. 그러나 환자는 다른 병원으로 가지 않겠다고 하며 퇴원을 거부한다. 환자는 가족이 자신을 위해 최선을 다하고 있다는 것을 알기 때문에 더 이상 가족에게 짐이 되고 싶어 하지 않는다. 가족도 환자가 가족을 위해 스스로 그런 결정을 내렸다는 것을 알고 있다. 환자와 가족이 마지막 결정을 하고 모두 받아들이는 모습을 지켜보는 간호사 [C]의 마음은 쓸쓸하고 애처롭다.

환자에게 문제가 있어서 큰 병원에 옮겨야 하는 경우, 아들이 환자에게 ‘큰 병원에 가서 검사도 해보고 치료도 합시다’ 하시거든요. 그러면 환자가 ‘안 갈란다. 아무것도 안 할거다. 여기서 죽겠다’하시는 분들이 있어요. 큰 병원에 입원해서 할 거 다했다고 하면서...(10.11.02).

• 이야기 3. 노인의 DNR을 자연스럽게 수용함

간호사 [C]는 지금까지 자신이 대면하였던 죽음을 상기해 본다. 80세가 넘는 노인에게 적극적인 치료를 하는 경우 과연 그러한 치료가 의미가 있을까. 중환자실 환경을 견딜 수 있을까. 그냥 익숙하고 편안한 공간에서 임종을 맞이하는 것이 노인에게 더 좋은 방법이 아닐까. 이런 생각을 통해 간호사 [C]는 노인의 DNR을 수용하는 입장이다. 병원에서 조우한 대부분의 환자들은 자신의 질병이 악화되거나 갑작스런 사고로 인하여 생과사를 결정짓는 중요한 순간에 참여하지 못한다. 따라서 죽음 이후의 고통은 고스란히 가족의 몫으로 남는다. 간호사 [C]는 앞으로 죽음을 삶의 한 과정으로 여기고 대비하는 문화가 통용되는 사회가 되었으면 하는 바람이다.

4) 간호사 [D] 이야기

• 이야기 1. DNR 결정을 모르는 환자가 측은함

환자의 나이가 많을수록 가족들은 질병에 대한 사실을 환자에게 알리지 않는다. 비록 환자는 자신의 질병을 모른다 하더라도 환자의 몸을 통해 그러한 사실을 감지한다는 것을 알 수 있다: “우리 아들이 나에게 얘기를 안 하는데, 내 병이 뭐고 알제? 내가 안 보이는 것 같아도 볼 거 다 보고, 모르는 척 해도 알거는 다 안다. 이놈의 생명이 참 질기다. 얼른 가면 될 텐데...” 간호사 [D]는 노인이라도 삶의 의지가 강하여 더 오래 살고자 열망하는 사람을 자주 본다. 특히, 자신의 DNR 결정을 모르는 환자가 간호사에게 치료에 대한 불만을 제기하며 원망하는 경우 측은한 생각이 든다.

보호자와 주치의의 결정에 의해 DNR이 이미 결정된 환자였는데 할아버지는 모르니까 이해가 안 되는거죠. 제대로 치료를 해주는거 같지 않거든요. 할아버지는 ‘병원에 왔는데 진통제만 주고 다른 치료는 안 해준다’며 고래고래 고함을 치셨어요. ‘너거 내한테 뭐 잘못된거 있제. 주사를 잘못 놔던지 무슨 수가 있지, 안 그러고서는 숨찬게 와 안 낫노?’ 저희한테 소리치고 화를 내시는데 상황이 참 난감했어요. 환자에게 미안하기도 하구요. 환자가 자신의 병에 대해 알아야 된다고 생각은 하는데... (10.09.06).

• 이야기 2. 환자를 오랫동안 돌본 간호사로서의 옹호자적 역할이 무색함

DNR 결정은 항상 주치의와 가족의 상의 하에 이루어진다. 때로는 간호사는 어떤 상황인지도 모르는 상태에서 보호자가 불쑥 나타나 ‘DNR 동의서 주세요’라고 한다. 이러한 상황이 참으로 당황스럽다. 간호사 [D]는 환자의 치료방향을 결정하는 중요한 자리에 환자의 안위를 위해 가장 가까이에서 돌보는 간호사가 배제되어 있는 것을 당연시하는 의료사회의 현실을 안타깝게 생각한다. 병원의 시스템에도 문제는 있다. 간호 인력이 충분하지 못하여 모두 업무에 바쁘다 보니 보호자와 심도 있게 상의할 수 있는 여건이 되지 않고, 의사 또한 개방적인 사고를 가진 사람이 드물다.

• 이야기 3. 보호자의 투사하는 마음을 이해하지만 고달픈

DNR 환자의 상태가 점점 더 악화되면 가족들이 죽음에 대한 두려움을 더 민감하게 느끼기 시작한다. 경제적으로 좀 더 여유가 있었다라면, 무엇인가 해결할 수 있는 권력이 있었다라면 환자를 이렇게 포기하지 않았을 것이라는 한탄을 한다. 또한, 남아있는 가족에게 원망을 품지 않을까 하는 우려도 한다. 가족들은 환자에 대한 미안함과 두려움의 감정을 투사할 대상으로 가장 가까이 있는 간호사를 타깃으로 한다.

자식들은 부모에게 미안한 마음에 그런지 좀 더 까다로워져요. 사소한 환자복 문제에서부터 민감하게 환자 상태에 대해 반응을 하시더라고요. 환자에 대한 미안함인 거 같아요. DNR이 결정된 후부터 계속 저희들에게 요구가 많아지시는 거예요. 우리 입장에서는 좀 이해가 안 되는 부분이 없지 않아 있지만... 투사라고 해야 되나요 (10.10.28).

5) 간호사 [E] 이야기

• 이야기 1. 세심한 배려와 지지로 편안한 임종을 도움

의료진은 치료가 불가능한 환자가 편안하게 임종을 맞이할 수 있도록 최소한의 개입으로 최선의 방법을 선택하도록 돕는다. 특히, 임종이 다가오면 간호사 [E]는 환자와 가족들이 이별을 하도록 세심하게 배려한다.

아들이 혼수상태 환자 옆에 앉아서 아무 말도 하지 않고 며칠을 울기만 하는 거예요. 그래서 ‘생전에 좋았던 일이나 보고 싶어 하는 가족의 안부, 평소 못 다한 얘기가 있으면 지금 하세요.’라고 용기를 주었어요. 다음날부터 환

자에게 얘기를 하더라구요. 환자나 가족이나 서로 죽음을 준비하면서 삶의 영킨 부분들에 대해 서로 용서하고 용서 받고 그래야죠(10.03.11).

• 이야기 2. DNR에 대한 타성적인 태도에 죄송스러움

중환자실 근무 초기에는 DNR 환자의 상태가 악화되었음에도 의료인들의 당황하지 않은 태도에 불안하고 초조함을 느꼈다. 그러나 지금은 그러한 인식보다는 환자의 편안한 임종에 초점을 맞추는 것이 더 중요하다고 생각한다. 아직도 죽음의 상황에 익숙하지는 않지만 초기에 비해 무덤덤해진 자신을 발견한다. 지금 [E]의 모습은 신규 간호사 시절 무표정했던 선배의 모습과 흡사 닮아 있다. DNR의 선택에도 ‘그럴 수 있지’, 환자의 죽음에도 ‘그럴 수 있지’ 하는 태도이다. 타성에 젖어 버린 것일까.

2. DNR 환자의 간호경험 의미

1) 안위를 위한 돌봄에 충실함

참여자들은 DNR 결정 과정에서 환자가 자율적 의사를 표현할 수 있는 상황임에도 불구하고 환자의 의사가 배제된 상태에서 가족과 의료진의 협의를 통해 DNR이 결정되는 과정에 대한 안타까움을 제기하였다. 참여자들이 지금까지 DNR 환자를 돌보아 왔지만 평소 환자의 유언에 따라 DNR이 결정된 경우를 접하지 못하였으며, 의사가 환자에게 직접적으로 DNR에 대해 상의한 경우도 제시된 바 없다(Song et al., 2008). 아직까지 우리 사회가 환자 개개인의 자율적 의사보다 가족공동체에 의해 공유된 의사결정에 더 높은 가치를 두고 있어 환자 자신의 DNR 선택이 어려운 문화임을 반영하고 있다. 이는 같은 동양권인 대만의 경우에도 마찬가지이다. 환자가 중환자실 입원 후 평균 9일이 지난 후 DNR 의사결정이 이루어졌고, 대부분의 환자(51.3%)는 사망을 하루 앞두고 환자의 의사가 배제된 상태에서 DNR이 결정되었다(Chang et al., 2010). 반면에 캐나다, 미국, 호주, 스웨덴에서는 중환자실에 입원한 첫 주에 문서를 통해 DNR 결정을 하고 있으며(Sinuff et al., 2004), 대체로 중환자실 입원 시에 DNR 결정이 이루어졌다(Westphal & McKee, 2009). 이와 같이 선진국에서는 입원과 동시에 DNR 결정 시기가 고려되므로 환자가 위중하기 전에 DNR 결정이 이루어지고 있음을 시사한다. 최근에 제시된 연구에 의하면 대부분의 환자(71.4%)는 담당 의사를 통해 자신의 질병에 대한 진실을 솔직하게 듣고 싶어 하며(Kwon et al., 2010), 말기 암 환자는 임종기 진료와 관련된

의사결정에서 의사 혹은 본인이 결정하기를 희망하는 것으로 나타나(Kwon & Bae, 2011) DNR을 결정하는 과정에서 가족의 가치 우위만을 강조하여 오히려 가족들의 갈등을 조장하기보다 의사결정의 주체로서 개인의 가치가 지금보다 더 신장되어야 할 필요성을 시사한다.

참여자들은 DNR로 결정된 환자에 대한 안타까움과 측은함 대신 환자를 위한 안위 중심의 돌봄에 충실하고자 노력하였다. 이는 DNR 의사결정에서 소외된 환자에 대한 측은함과 편안한 임종을 돕는 것이 간호사로서 최선의 방법이었기 때문이다. 간호사들은 DNR 환자에게 통증관리와 의사소통, 신체적 접촉 등 편안함을 제공하는데 초점을 두었다. DNR 환자를 돌봄에 있어서 심리적으로 편안한 부분이 있다는 것을 부정하지 않았지만 간호사들은 DNR이 결코 간호의 소홀이 아님을 강조하였다. 간호사들은 특히, 의식이 없는 환자라도 행위마다 설명을 하였고, 불편한 신체증상을 최소화하기 위해 손으로 마사지하듯 세심한 상태 확인과 조정 등의 안위를 제공하였다. 또한, 침상 등의 구김과 청결에 신경을 썼고, 환자의 얼굴 표정을 통해 통증이 있는지 주시하였다(10.12.13. 관찰일지). 이는 DNR이 결정된 후 제공되는 15가지 간호항목의 변화를 조사한 결과에서 간호활동 중 ‘환자와의 의사소통’과 ‘활력징후’가 증가되었다는 결과(Ko, 2004)와 유사한 맥락적인 의미를 나타냈다. 반면에 간호사들은 DNR이 결정되면 치료와 간호가 소홀해진다는 상반된 연구결과(Han, 2005; Lee, 2007)도 제시되고 있어 치료 행위와 간호방향에 변화가 있기도 함을 나타낸다. 이러한 결과는 연구대상의 병원 환경과 특성과 관련지어 유추해 볼 수 있다. 3차 병원인 대학병원과 대형병원은 급성기 환자의 치료와 가치에 목적을 두는 반면, 2차 중소병원과 요양병원에서는 3차 병원에서의 회복가능성이 없다고 판단되는 환자들이 연고지를 이유로 입원을 하거나 만성질환자의 반복적인 상태 악화로 인한 입원으로 증상의 경감이나 완화를 주요 목적으로 입원하기 때문이다. 그러므로 3차병원 간호사와 2차병원 간호사의 입장에서 바라보는 DNR 상황이 다르게 해석이 될 수 있음을 고려해야 할 것이다.

2) 환자와 가족 간의 소중한 이별을 도움

참여자들은 DNR을 선택하는 가족이 결코 환자에게 소홀하거나 무관심하다고 생각하지 않았다. 가족들은 저마다 다양한 가족사를 가지고 있으며, 어떤 결정이 이루어지기까지는 가족 나름대로의 사연이 있기 때문이다. 가족들의 DNR 결정 과정은 때로는 간호사에게 고달프고 힘든 업무로 다가왔다. 특히, 가족들 간에 DNR 결정을 계속 번복하며 언쟁이 있을

때, 말기 암 진단을 받은 환자가 고향에서 자연스러운 임종을 맞이하기를 원하지만 가족들이 치료를 위해 서울로 떠나기로 결정함으로써 무익한 생명 유지치료를 인간존엄성을 해치는 상황을 접할 때 윤리적 딜레마를 야기하였다. 이는 가족들 또한 DNR 결정과정이 복잡하고 혼란스러운 갈등과정(Handy, Sulmasy, Merkel, & Ury, 2008)임을 반영한 것이다. Han (2005)의 연구에서도 의료진은 가족의 반복으로 DNR이 결정된 환자에게 CPR을 시행한 경험이 있었다. 가족의 갈등이 환자의 질병에 대한 정보 부족일 수도 있고, 환자에게 최선을 다해 가족으로서 후회하지 않은 결정을 하겠다는 의무감이나 책임감일 수 있다. 선행연구에서 가족들은 DNR 결정 후 가족으로서 도리를 다하지 못했다는 상당한 심리적 부담과 죄책감을 경험하였다(Yi et al., 2008). 그러나 가족이 DNR 상황에 대한 정보가 부족한 경우라면 의료인은 환자와 가족이 충분히 이해하고 납득할 수 있도록 환자 질병의 현 상태, 예후, 치료 가능한 범위 및 심폐소생술 등에 대한 정보를 제공해야 한다. 본 연구에서 간호사는 DNR과 관련된 지침서가 부재하고 준비가 부족한 상태에서는 가족과의 의사소통에 어려움을 가질 수 있다고 제시하였다. Lee (2007)의 연구에서 DNR 교육경험이 부족하고 의사소통에 대한 준비가 제대로 되어 있지 않은 상태에서 의료진은 DNR 상황을 접하고 DNR과 관련된 상담을 하는 경우가 많아 어려움을 경험하였다. 이러한 결과는 가족들에게 DNR에 대한 오해와 부정적인 이미지로 비추어질 수 있어서 간호사들은 DNR의 다양한 상황과 관련한 실무교육과 윤리교육을 제공받고 준비되어야 한다.

참여자들은 시간이 지나면서 DNR 환자에게 안위와 영적 간호를 제공하는 일과 임종 환자의 가족까지 돌보면서 그들의 소중한 이별을 돕는 것이 얼마나 중요한 일인가를 경험하고 있었다. 이는 환자의 편안한 임종을 위함과 더불어 DNR 결정으로 환자에게 최선을 다하지 못했다는 죄책감에 지속적으로 갈등하는 가족의 심리적 안정을 위함이었다. 또한, 환자가 아무런 처치도 받지 않고 방치되지 않을까 하는 가족들의 두려움에 대한 이해를 돕기 위함이었다. 따라서 참여자들은 DNR이 결정되면 환자의 상태에 민감해지고 요구도가 높아지는 가족들의 반응을 이해하고 응대해야 하였다. 무엇보다 참여자들은 환자의 임종을 앞두고 슬픔과 상실감에 빠져 있는 가족을 위로하며 도움을 줄 수 있는 방법을 모색하였다. 참여자 A는 어느 날 DNR을 선택한 환자의 생명이 다하고 있음을 느꼈다. 가족들에게 환자의 임종을 지킬 수 있도록 소식을 전하였고, ‘마지막까지 목소리를 들을 수 있으니 말씀 전하세요’라며 환자와 작별인사를 하도록 도왔다. 환자는 가족이 지켜보

는 가운데 조용하고 편안한 임종을 맞이하였으며, 참여자들도 준비된 마음가짐으로 환자의 명복을 빌 수 있었다. 즉, 참여자들은 환자와 가족 간의 상호작용을 주시하고 소중한 이별을 돕는 간호사로서의 연민과 책임감을 느끼고 있었다. 이는 간호사가 DNR 환자와 가족의 요구에 주목하고 그들에게 남겨진 하루하루를 더 충실히 보낼 수 있도록 도움을 주는 역할을 함으로써 간호사가 DNR 결정에 참여해야 하는 당위성을 제시하는 것이다.

3) 죽음에 대한 상반된 감정 충동을 겪으며 자신의 삶을 성찰함

본 연구의 간호사들은 죽음에 대한 상반된 감정 충동을 겪으며 자신의 삶을 성찰하는 과정을 겪었다. 참여자들은 잦은 DNR 결정으로 DNR이 최선의 선택이었는지 죽음을 너무 쉽게 받아들이는 것은 아닌지 하는 의구심이 일어나고, 사람의 죽음에 대한 감정정리가 신속해지는 비정한 자신을 발견하면서 죄책감과 우울을 경험하였다. 이러한 경험은 참여자에게 자기 방어적 대처기전을 사용하게 하고, 타성화 시킴으로써 도덕적 민감성을 약하게 하였지만 한편으로 문제해결 능력을 신장시키고 자신의 삶을 성찰할 수 있는 계기가 되었다. 즉, 참여자들에게 DNR 경험은 내면적으로 지속적으로 성장하는 과정으로 표현되고 있다. Purdy (2006)의 연구에서도 신생아의 DNR 선택이 적절한 지에 대해 종종 혼란을 경험하는 간호사들이 상실감과 두려움, 혼란 등을 극복하기 위하여 일부 간호사는 죽음에 대해 무관심과 초연한 모습으로 대처하였다. 이는 잦은 임종 경험으로 인하여 노인이나 불치병 환자의 DNR을 당연시 여기고(Sinuff et al., 2004) 죽음에 대한 연민이나 슬픈 감정이 메말라가는 자신을 발견하면서 환자를 위한 진정한 최선의 선택이 무엇인지를 지속적으로 고민하고 반성함을 의미하였다. 이러한 결과는 대부분의 양적 연구(Han, 2005; Lee, 2007)에서 간호사와 의사는 DNR이 필요한 주된 이유가 ‘회복불가능’ 다음으로 ‘편안하고 품위 있는 죽음’이라는 답변을 하면서도 자신의 가족은 상황에 따라 결정하되 자신은 DNR을 희망한다는 양가감정의 결과와 일맥상통하다고 볼 수 있다.

참여자들은 DNR을 경험하면서 생전유언과 사전의료의향서 그리고 죽음준비에 대한 교육의 필요성을 제시하였다. 그러므로 유언을 미리 작성해보는 연습과 죽음 준비에 대한 교육을 통해 살아온 삶에 대한 의미를 찾고, 죽음을 겸허히 수용하여 평온을 찾기 위한 준비와 실천이 필요한 것이다. 그러나 Hong (2010)의 연구에서 의료인을 포함한 환자와 일반인들은 사전의료의향서에 대해 긍정적이고 적극적인 태도를 보였으나 의료인(60.8%, 55.9%), 일반인(15.2%), 환자(3%)들의

인식이 아직 높지 않아 사전의료의향서에 대한 교육이 필요함을 알 수 있다. 국외에서 DNR에 대한 의사결정과 사전의료의향서가 과거에는 대부분 병원에서 작성되었으나(Markson et al., 1997) 최근에는 이미 작성한 사전의료의향서를 가지고 입원하는 환자가 증가하는 추세이며, 대부분의 의료인은 환자의 유언이나 소망에 따라 의사결정을 하고 있어(Westphal & McKee, 2009) 사전의료의향서가 제도적 도구로 기능하고 있음을 알 수 있다.

본 연구에서 환자의 안위에 충실해온 간호사들은 환자를 위한 치료적 의사결정의 현장에 간호사가 배제되어 있는 의료사회의 현실을 안타깝게 생각하였다. 국외에서 간호사의 DNR 참석율을 살펴보면, 미국에서는 26.9%(Jacobson & Kasworm, 1999), 핀란드는 46%(Hilden et al., 2004), 프랑스, 캐나다, 영국에서는 간호사의 50%(Holzapfel, Demingon, Piralla, Biot, & Nallet, 2002)가 DNR 결정에 참여하고 있다. 본 연구에서의 간호사들은 DNR 환자의 다양하고 복잡한 간호요구에 주목하고, 환자의 안위를 제공하는데 최선을 다하였으며, 환자와 가족의 상호관계를 위한 옹호자적 역할을 제공하였다. 또한, Ok과 Yi (2012)의 연구에서는 DNR 환자를 돌보는 간호사는 의사와 가족과의 관계에서 중간자 역할을 수행하기 위해 환자의 소망과 선호도에 대한 적극적인 사정과 반영이 이루어져야 할 필요성을 제시하였다. 이러한 노력은 앞으로 DNR 지침서 마련 시 객관적 자료에 근거한 간호사 역할의 중요성을 부각하는데 도움이 될 것이며, DNR 결정과정을 효율적으로 증진시킬 수 있는 방안에 기여할 수 있을 것으로 사료된다.

결론 및 제언

본 연구는 5명의 간호사들의 DNR 경험을 내러티브 탐구방법을 사용하여 기술하고 그 의미를 도출하고자 시도하였다. 간호사에게 DNR 경험의 의미는 환자의 안위를 위한 돌봄에 충실하고, 환자와 가족 간의 소중한 이별을 도우며, 죽음에 대한 상반된 감정 충돌을 겪으며 자신의 삶을 끊임없이 성찰하는 것이었다. 이는 가족공동체 가치우위의 사회 속에서 환자는 DNR 결정과정에 배제되고, 가족은 도의적 책임감으로 갈등하였으며, 간호사는 제도화되지 않고 지침서도 없는 DNR 지시를 받고 있고, 주치의마다 환자에게 행하는 치료범위가 다르기 때문에 환자를 돌보는 과정에 혼돈과 부담감이 있음을 의미하였다. 본 연구의 결과, 간호사는 DNR 환자의 안위를 보살피고 가족의 갈등까지 고민하는 옹호자적 역할을 제시하고 있어 추후 DNR 결정에 간호사의 참여가 적극적으로 이루어

어져야 함을 시사하고 있다.

본 연구결과의 간호학적 의의는 간호사들은 잦은 임종 현장에서 DNR 환자의 경험을 이야기하는 동안 자신의 삶을 성찰하고, 생전유언이나 사전의료의향서를 준비하는 적극성을 나타내 DNR 경험에 대한 간호사들의 행동 변화를 확인할 수 있었다. 또한, 본 연구의 결과는 간호사들이 DNR 환자와 가족에게 향한 연민과 안타까움이 돌봄의 관계 속에 어떻게 구축되는가에 대한 이해를 제시했을 뿐 아니라 이러한 경험은 다양한 상황에서 DNR 환자를 돌보는 간호사에게 자신을 돌아보고 앞으로 추구해야 할 간호의 방향을 생각해 보도록 제시하였다는데 의의가 있다. 본 연구의 결과를 통해 무엇보다 DNR과 관련한 다양한 윤리적, 정책적, 실제적 문제점을 제시함으로써 간호사와 의료인을 대상으로 생전유언과 사전의료의향서에 대한 교육의 필요성, DNR 지침서 개발, DNR 결정 시기, 사전의료의향서의 제도적 정착 등 의료 현장에 실질적으로 도움이 될 수 있는 연구 방향을 제시하였다는데 의의가 있다.

본 연구의 참여자는 중소도시 2차 의료기관과 요양병원에서 평균 14년 이상의 임상경력을 가진 참여자의 동질적인 특성으로 제한되어 있어 결과 해석에 주의를 요하며, 추후 연구에서는 3차 의료기관의 특성과 신규 간호사를 대상으로 근무 환경과 경력에 따른 DNR 경험 의미의 차이를 비교해 볼 필요가 있다. 또한, DNR 결정은 환자, 가족, 의료진 등 이해관계에 얽혀있는 다양한 사람들의 협의에 의하여 이루어지므로 추후 DNR 결정과 관련한 환자와 가족, 의사의 입장에서 DNR 경험에 대한 심층적인 연구를 통해 비교분석해 볼 것을 제언한다.

REFERENCES

- Bacchetta, M. D., Eachempati, S. R., Fins, J. J., Hydo, L., & Barie, P. S. (2006). Factors influencing DNR decision-making in a surgical ICU. *Journal of the American College of Surgeons*, 202, 995-1000. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.02.027>
- Bellini, S., & Damato, E. G. (2009). Nurses' knowledge, attitudes/beliefs, and care practices concerning do not resuscitate status for hospitalized neonates. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 38, 195-205. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01009.x>
- Chang, Y., Huang, C. F., & Lin, C. C. (2010). Do-not-resuscitate orders for critically ill patients in intensive care. *Nursing Ethics*, 17, 445-455. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733010364893>
- Clandinin, D. J., & Connelly, F. M. (2000). *Narrative inquiry: Experience and story in qualitative research*. San Francisco,

- CA: Jossey-Bass Publishers.
- Connelly, F. M., & Clandinin, D. J. (1990). Stories of experience and narrative inquiry. *Educational Researcher*, 19(5), 2-14.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Haggstrom, E., Mbusa, E., & Wadensten, E. (2008). Nurses' workplace distress and ethical dilemmas in Tanzanian health care. *Nursing Ethics*, 15, 478-491. <http://dx.doi.org/10.1177/0969733008090519>
- Han, S. S. (2005). Doctor's and nurses' perception and experiences of DNR. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 11(3), 255-264.
- Handy, C. M., Sulmasy, D. P., Merkel, C. K., & Ury, W. A. (2008). The surrogate's experience in authorizing a do not resuscitate order. *Palliative & Supportive Care*, 6, 13-19. <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951508000035>
- Hilden, H. M., Louhiala, P., Honkasalo, M. L., & Palo, J. (2004). Finnish nurses' views on end-of-life discussions and a comparison with physicians' views. *Nursing Ethics*, 11, 165-178. <http://dx.doi.org/10.1191/0969733004ne681oa>
- Holzapfel, L., Demingon, G., Piralla, B., Biot, L., & Nallet, B. (2002). A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 28, 1309-1315. <http://dx.doi.org/10.1007/s00134-002-1370-y>
- Hong, S. Y. (2010). An empirical study for model development concerning Advance Directives. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 30(4), 1197-1211.
- Jacobson, J. A., & Kasworm, E. (1999). May I take your order: A user-friendly resuscitation status and medical treatment plan form. *Quality Management in Health Care*, 7, 13-20.
- Keating, N. L., Landrum, M. B., Rogers, S. O., Baum, S. K., Virnig, B. A., Huskamp, H. A., et al. (2010). Physician factors associated with discussions about end-of-life care. *Cancer*, 116, 998-1006. <http://dx.doi.org/10.1002/cncr.24761>
- Ko, H. J. (2004). *A study on ethical attitude of nurses about do-not-resuscitate (DNR) and change in nursing activities after DNR*. Unpublished master's thesis, Chosun University, Gwangju.
- Kwon, B. K., & Bae, H. (2011). A narrative analysis of ethical issues regarding end of life care decision. *Korean Journal of Medical Ethics*, 14(2), 157-170.
- Kwon, B. K., Koh, Y. S., Yun, Y. H., Heo, D. S., Seo, S. Y., Kim, H. C., et al. (2010). A study of the attitudes of patients, family members, and physicians toward the withdrawal of medical treatment for terminal patients in Korea. *The Korean Journal of the Medical Ethics*, 13(1), 1-16.
- Lee, M. H., & Kang, H. S. (2007). The relationship among attitude toward DNR orders, depression and self-esteem in the elderly. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 27(2), 323-334.
- Lee, Y. B. (2007). Nurses' and doctors' perceptions, experiences, and ethical attitudes on DNR. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 13(2), 73-85.
- Markson, L., Clark, J., Glantz, L., Lambertson, V., Kern, D., & Stoller, G. (1997). The doctor's role in discussing advance preferences for end-of-life care: Perception of physicians practicing in the VA. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 399-406.
- Ok, J., & Yi, M. (2012). Understanding the experiences of family members who make do-not-resuscitate decisions for cancer patients. *Korean Journal of Medical Ethics*, 15(1), 34-51.
- Purdy, I. (2006). Embracing bioethics in neonatal intensive care, Part 1: Evolving toward evidence-based ethics. *Neonatal Network*, 25, 33-42. <http://dx.doi.org/10.1891/0730-0832.25.1.33>
- Robinson, F., Cupples, M., & Corrigan, M. (2007). Implementing a resuscitation policy for patients at the end of life in an acute hospital setting: Qualitative study. *Palliative Medicine*, 21, 305-312. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216307077817>
- Shapira-Lishchinsky, O. (2009). Ethical dilemmas: The experiences of Israeli nurses. *Qualitative Health Research*, 19, 1602-1611. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732309350730>
- Sinuff, T., Cook, D. J., Rocker, G. M., Griffith, L. E., Walter, S. D., Fisher, M. M., et al. (2004). DNR directives are established early in mechanically ventilated intensive care unit patients. *Canadian Journal of Anesthesia*, 51(10), 1034-1041.
- Smith, C. B., & Bunch, L. (2008). Do not resuscitate does not mean do not treat: How palliative care and other modalities can help facilitate communication about goals of care in advanced illness. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, 75, 460-465. <http://dx.doi.org/10.1002/msj.20076>
- Song, T. J., Kim, K. P., & Koh, Y. S. (2008). Factors determining the establishment of DNR orders in oncologic patients at a university hospital in Korea. *The Korean Journal of Medicine*, 74(4), 403-410.
- Varon, J., & Marik, P. E. (2007). Cardiopulmonary resuscitation in patients with cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 24, 224-229. <http://dx.doi.org/10.1177/1049909107301485>
- Westphal, D. M., & McKee, S. A. (2009). End-of-life decision making in the intensive care unit: Physician and nurse perspectives. *American Journal of Medical Quality*, 24, 222-228. <http://dx.doi.org/10.1177/1062860608330825>
- Yi, M. S., Oh, S. E., Choi, E. O., Kwon, I. G., Kwon, S. B., Cho, K. M., et al. (2008). Hospital nurses' experience of do-not-resuscitate in Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 38(2), 298-309.