

소생거부(Do-Not-Resuscitate: DNR)의 개념분석*

박형숙¹⁾ · 구미지²⁾ · 김영희³⁾

서론

연구의 필요성

개념은 정신적 표상(mental image) 또는 심상이라고 하며 마음속의 생각 혹은 구조로서, 지식생성 및 전달의 수단이 되고 학문적 의사소통을 자극하며, 과학적 이론을 구성하는 가장 기본이 되는 단위이다. 이론은 개념과 진술로 구성되어 있으며, 이론의 필수요소인 개념은 이론개발의 기초를 형성하는 기능을 한다(Walker & Avant, 2005). 그러므로 이론을 구성하고 있는 개념에 대한 분석은 간호학의 연구와 간호이론의 개발에 있어 가장 전초적이고 필수적인 단계라 할 수 있다.

개념분석은 기존이론의 개념을 분석하여 개념의 속성을 규명하기 위한 체계적인 언어훈련이다. 개념분석의 기본 목적은 개념의 적절한 속성을 확인함으로써 간호현장에서 애매하게 사용되는 개념을 보다 정련하고 단순한 요인으로 정리하여 이론 내의 모호한 개념의 의미를 분명히 하는 동시에 정확한 조작적 정의를 내릴 수 있게 하는데 있다(Walker & Avant, 2005).

정의가 명확하지 않은 개념에 대해서는 이러한 개념분석 연구를 통해 이론을 구성하고 있는 필수적이고 가장 기본적인 요소가 되는 개념을 끌어내어 그 개념의 모호성을 제거하고 그 의미를 명백히 해야 한다. 이러한 이론개발의 첫 번째 과정인 개념분석을 통해 이론개발에 기여한 최근 국·내외의 연구들을 살펴보면, 기관내 흡인(Ahn, 2005), 재발(Simonelli,

2005), 호감(Bae & Lee, 2004), 완화간호(Meghani & Salimah, 2004), 위기(Park & Park, 2004), 건강증진과 건강교육(Whitehead & Dean, 2004) 등의 연구가 이루어져 있었다.

심폐소생술(Cardio-Pulmonary-Resuscitation, 이하 CPR)이 의학에 도입된 후 CPR은 인류의 많은 생명을 구하는데 커다란 공헌을 하였다(Kim & Cho, 1990). 그러나 CPR은 죽음이 예상되는 말기 비가역적 질환자에게 적용되는 치료방법이 아니었음에도 불구하고(Sharon, 1992), CPR이 도입 후 적용된 지 얼마 지나지 않아 죽음이 발생한 상황, 즉 의학적으로 소생할 가능성이 전혀 없는 경우에도 사용하는 문제점을 갖게 되었다(Kim, 2001).

CPR의 목적은 갑작스럽고 예기치 않은 죽음을 예방하는 것이지만 말기환자의 예기된 죽음 상황에서는 적용대상이 아니므로 최근에는 CPR 전·후의 삶의 질을 고려하여 성공적일 수 있다고 믿을 때에만 시도하는 경향이 있다. 실제로 CPR이 성공한다 할지라도 단지 죽음을 지연시키기만 할 뿐 잠재적으로는 환자나 가족의 고통을 가중시킬 수 있기 때문에 종종 CPR 대신 NO CPR 혹은 DNR(Do-Not -Resuscitate, 이하 DNR)을 선택하기도 한다(Wilson, 1996).

죽음이 예상되는 환자에게 DNR을 결정하는 것은 좁은 의미로는 글자 그대로 심폐정지가 일어났을 때 심폐소생술을 하지 않는 것을 지칭하지만 넓은 의미로는 적극적인 치료를 하지 않음으로써 자연스럽게 생명을 단축시키는 소극적인 안락사의 한 형태로 이해되어지기도 한다(Simpson, 1994). 구미의 의료윤리학회에서는 1975년 식물상태의 환자에게서 생명

주요어 : 소생거부

* 이 논문은 부산대학교 자유과제 학술연구비(2년)에 의하여 연구되었음.

1) 부산대학교 간호대학 교수, 2) 부산대학교병원 외과계중환자실 간호사, 3) 부산대학교 간호학과 박사과정생
투고일: 2006년 2월 9일 심사완료일: 2006년 9월 25일

유지 장치를 제거해도 좋다는 법원의 판결이 있었던 쾨란사건 등을 경험하면서 오랜 논의를 거친 끝에 회복의 가망이 없는 경우 치료 지속 여부를 결정할 권리가 환자 자신에게 있으며 환자의 그러한 권리는 존중되어야 한다는 사회적 합의를 이끌어 냈다(Hwang, 1998).

그러나 우리나라의 경우 1998년 5월 15일 서울 남부지원 형사1부에서는 치료비가 없다는 이유로 치료중단을 요구한 보호자와 보호자의 요구대로 치료를 중단한 의사에게 살인죄를 선고한 ‘보라매 병원 사건’을 계기로 하여 관행적으로 시행해온 DNR 결정, 가망 없는 퇴원, 가족에 의한 치료중단의 결정 등에 대해 문제를 제기하게 되었다(Kim, 1999).

이렇듯 DNR은 윤리적, 법적인 문제와 관련이 있어 DNR 결정과정에 객관적인 기준이 반드시 있어야 하나 명확한 기준 없이 주치의와 보호자의 주관적인 판단에 따르고 있으며, 주치의마다 환자에게 구체적으로 행하는 치료의 범위가 달라 간호사들은 상황대처 시에 갈등을 경험하는 경우가 많다(Lee, 1998). DNR 환자의 치료 및 간호에 관여하는 모든 의료인들이 공동의 윤리적 가치와 객관적인 자료를 바탕으로 DNR 지시를 심사숙고해야 하는데 특히 간호사는 환자의 직접적인 돌봄 제공자이자 환자의 옹호자로서 객관적이지 못한 DNR 결정에 따른 간호의 소홀이나 죄책감을 일으킬 수 있다는데 문제가 있다.

국내의 DNR 관련연구를 살펴보면, DNR에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험(Kang & Yom, 2003) DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사(Han, Chung, Ko, Han, & Moon, 2001), DNR이 결정된 무의식 환자 가족의 경험에 관한 연구(Kim, 2001), 암환자의 DNR 의사결정에 관한 연구(Kim, 1999), 말기환자의 DNR 결정에 대한 고찰(Kim, 1999), 임상간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도 조사(Lee, 1998) 등이 있고, 국외의 경우는 No-CPR 결정(Elwell & Fainsinger, 2000), 중환자실 환자에게 DNR order의 사용과 나이와의 관계 연구(Boyd, 1996), 중환자실에서의 DNR order 사용에 관한 연구(Simpson, 1994) 등의 연구가 있으나 DNR의 정확한 개념에 대한 연구는 찾아볼 수 없었다.

따라서 본 연구자는 DNR의 개념분석을 통해 속성을 파악하고 개념을 명확하게 정의함으로써 의료진으로 하여금 DNR의 정확한 개념을 인지하게 하고, DNR의 유사개념인 안락사 개념과의 차이점을 알아봄으로써 DNR 결정과정에 객관적인 판단기준을 제시하고, 환자와 가족의 자기 결정권이 충분히 보장되는 합리적인 DNR 결정에 도움이 되고자 본 연구를 수행하였다.

연구의 목적

현재 소생이 불가능하다고 생각되는 환자에게까지 사용되는 심폐소생술은 인간의 존엄한 죽음을 침해하고 부가적인 고통을 준다는 논란이 생겨, 죽음을 앞둔 환자의 심폐소생술 사용에 대한 문제점이 제기되고 있다. DNR은 좁은 의미로 급성 심정지 또는 호흡정지 시에 심폐소생술을 시행하지 않는 것을 말하며 이러한 소생거부는 안락사와는 구별하여 환자의 ‘존엄한 죽음을 선택할 권리’로 인정하고 있는 것이 일반적 추세이나 DNR의 결정이 항상 ‘존엄한 죽음을 선택할 권리’를 주는 것은 아니며 치료의 중단이나 보류로 인한 여러 가지 법적, 윤리적 쟁점을 유발하게 된다(Han et al., 2001). 반대로 죽음이 예상되는 말기환자에게 행해지는 의미 없는 심폐소생술의 시행은 환자와 가족에게 고통을 더해줄 수 있고 국가적 차원에서는 의료비 낭비를 부추길 수 있다.

그러나 실제 의료 현장에서 DNR은 개념에 대한 정확한 정의 없이 사용되고 있어 본 연구는 DNR에 대한 개념 분석으로 그 개념을 명료화하고 부가적으로 유사개념인 안락사 개념과의 차이점도 알아보하고자 한다.

연구 방법

개념분석 방법은 Wilson(1963), Chin과 Jacobs(1987), Walker와 Avant(1983), Rodgers(1989), Sartori(1984), Schwartz-Barcott와 Kim(1986) 등 여러 학자들에 의해 소개되었는데 이 가운데 Wilson의 11단계의 개념분석단계가 간호학에 가장 많은 영향을 미쳤고(Park, 1996), 그 과정은 다음과 같다.

- 1) 개념에 대한 각각의 질문, 2) 정답의 발견, 3) 모형 사례, 4) 반대 사례, 5) 연관 사례, 6) 경계선 사례, 7) 고안 사례, 8) 사회 맥락, 9) 내재된 불안, 10) 실용적인 결과, 11) 언어에서의 결과

Walker와 Avant(2005)는 Wilson의 11단계 과정을 8단계로 단순화하여 간략하면서도 구체적으로 그 절차를 제시하고 있으며, 광범위한 문헌고찰을 통한 개념의 속성을 규명하고 모델사례와 부가사례를 제시하여 개념의 결정적인 속성과 그 개념과는 관계없는 속성을 구별해 주어 모호한 개념을 재정의 하는데 유용하다고 하였다.

따라서 본 연구에서는 정확한 정의 없이 현장에서 모호하게 사용되고 있는 소생거부(DNR)에 대한 개념분석을 위하여 Walker와 Avant(2005)의 방법을 적용하였고, 그 과정은 다음과 같다.

- 개념을 선정한다.
- 개념분석의 목적을 설정한다.
- 개념의 모든 사용을 확인한다.
- 정확한 속성을 결정한다.
- 모델사례를 제시한다.

- 부가사례(반대 사례, 경계 사례, 연관 사례)를 제시한다.
- 선례와 결과를 확인한다.
- 경험적 준거를 결정한다.

본 론

개념사용의 확인

● 소생거부의 사전 및 개념적 정의

소생거부(DNR)의 사전적 정의를 찾아보기 위해 ‘소생’의 정의를 살펴보면, 한자로 소(甦)는 ‘소생하다, 쉬다’의 뜻을 가지며, 생(生)은 ‘나다, 태어나다, 자식을 낳다, 살다, 살아있다’는 뜻으로 소생은 다시 살아남, 부생(復生), 회생(回生)의 뜻을 가진다. 영어의 소생(resuscitation)은 revival, reanimation과 유사한 말이다.

‘거부’의 정의는, 한자로 거(拒)는 ‘막다, 거부하다, 방어하다, 겨루다, 적대하다’의 뜻을 가지고, 부(否)는 ‘아니다, 부정하다’의 뜻으로 거부는 ‘거절하여 받아들이지 않음, 승낙하지 않고 물리침’의 뜻을 갖는다. 영어로 거부의 뜻은 refusal, disapproval, denial, veto, disallowance, traverse의 의미이다. 따라서 소생거부(DNR)의 사전적 정의는 ‘역지로 생명 유지할 필요 없음’이다(<http://dic.naver.com>).

DNR은 No Code, No CPR 등의 용어로도 통용되고 있으며 일반적으로 급성 호흡 혹은 심정지가 발생했을 때 심폐소생술을 실시하지 않는 것으로 정의되지만(Simpson, 1994) 보다 넓은 의미로는 생명을 단축시키는 소극적인 안락사(euthanasia)의 한 형태를 지칭하기까지 다양하게 이해되고 있어 심폐소생술을 제외한 모든 처치를 제공하는 것, 혹은 심폐소생술을 제외한 보존적 치료, 삶을 연장시키는 모든 치료의 중단 등 여러 가지 차원의 의미로 해석되어 시행되기도 한다(Campbell & Thill, 1996). 이러한 의미에 따라 심폐소생술을 시행하지 않거나 위관영양과 투석이나 수혈, 항생제의 투약, 영양요법을 중단하는 등에서 호흡기 분리나 혈압보조제 등의 약물을 중단하는 다소 적극적인 방법에 이르기까지 다양한 치료중단 행동이 선택된다(Kim, 1999).

Sharon(1992)과 James(1992)는 DNR의 상태를 지지철회(support withdrawn), 부가적 치료금지(no further escalation), 심폐소생술의 금지(escalation short of CPR)의 3가지 범주로 나누어 설명하였다. (1) 지지철회 범주는 약물적인 치료가 감소되며 단지 안위를 위한 소극적 치료만이 제공된다. 필요하다면 인공적인 호흡이 계속될 수 있지만 부가적인 산소나 호기말 양압(PEEP)은 제공될 수 없다. (2) 부가적 치료금지는 환자의 상태가 더 악화되었을 때 부가적인 처치를 하지 않는 것이며 이러한 수준의 간호는 DNR 지시가 쓰여진 수준과 같

은 수준으로 계속된다. (3) 심폐소생술의 금지에서는 이용할 수 있는 모든 지지적 처치와 방법을 사용할 수 있으나 심장마비 상황에서 흉부압박은 하지 않는 것이다(Kang & Yom, 2003).

Kim과 Jo(1990)의 연구에서는 DNR이 급성 심정지 또는 호흡정지 시에 CPR을 시행하지 않는 것을 말하며, 현재하고 있는 치료를 중단하는 것을 의미하는 것은 아니라고 하였고, Lee, Kim, Hwang, Hwang과 Park(1998)은 DNR은 심장-호흡마비 상황에서 흉부압박, 인공호흡, 기관삽관, 외부 심장박동기, 응급약물 그리고 빠른 수액공급 등을 금지하는 것이라고 정의하였다. DNR이 결정된 환자 중에는 소생술뿐만 아니라 다른 필요한 처치도 거부하는 경우가 있으며 의료진들도 통증 치료 등의 보존적 치료행위 외에 다른 처치는 의미 없다고 판단하는 경우도 있다(Davila, 1996).

Tomlinson과 Czlonka 등(1995)은 다음과 같은 3가지 경우에 정당하게 소생술을 시행하지 않을 수 있다고 하였다. (1) 환자 혹은 보호자의 동의 없이, 의학적 판단으로 소생술이 거의 확실히 성공하지 않을 것 같고 따라서 환자에게 이익을 못 줄 경우(No Medical Benefit), (2) 환자 혹은 보호자의 동의하에 CPR 이후의 삶의 질이 받아들이기 어렵다고 생각될 경우(Poor Quality of Life after CPR), (3) 정신적, 육체적으로 황폐한 상태에서 환자 혹은 보호자의 동의 하에, 심폐정지의 상황을 고려하기 전에 이미 말기 혹은 만성질환으로 참을 수 없이 고통 받고 있을 때(Poor Quality of Life before CPR) DNR 지시를 내릴 수 있다고 하였다.

1974년 미국의학협회는 ‘CPR의 목적은 예기치 못한, 갑작스런 사망의 방지로서, 사망이 예기되는 회복이 불가능한 말기 환자나 소생술이 헛될 것 같은 장시간 심폐정지 환자에게는 CPR이 오히려 존엄하게 죽을 수 있는 환자의 권리를 빼앗을 수 있으므로 해당되지 않는다’고 천명하였다(Kang & Yom, 2003에서 인용됨). 캐나다 의학협회는 CPR 중지에 대한 원칙을 ‘사람에게 이득이 없거나 해로운 치료를 제공하는 것은 의무가 아니다’고 하였고 ‘CPR로부터 분명히 득이 없을 것 같은 사람들에게 CPR은 시행될 수 없으며, 이것이 치료의 선택으로 제시될 수 없다’고 했다(Elwell & Fainsinger, 2000).

우리나라의 경우 대한의학회는 2002년 5월 3일에 ‘임종환자의 연명치료 중단에 관한 대한의학회 의료윤리지침(제1보)’을 발표하였는데, 내용은 ‘의료인들은 심장 혹은 호흡이 정지된 환자들을 소생시키도록 노력해야 하지만, CPR을 시행하는 것이 부적절한 상황이거나 환자의 의지나 최선의 이익에 반하는 상황일 때에는 예외로 한다. 의사들은 CPR에 대한 환자들의 희망을 존중해야 할 윤리적 의무를 지고 있다. 의사는 삶의 질에 관한 자신의 개인적 가치판단에 의거하여 CPR에 관한 환자의 판단을 무시해서는 안 된다. CPR에 의해 환자의

생명을 연장시킨다 하여도 그 삶이 의미가 없을 것으로 예상되는 경우에는 환자자신, 환자의 대리인, 혹은 담당의사에 의해 CPR 포기문제가 제기되고 환자나 그 대리인과 의사 사이에 미리 CPR 포기여부를 토의하고 결정할 수 있다. 그 사실은 문서화되어야만 한다. 이는 환자로 하여금 질병으로 인한 사망을 자연스럽게 받아들이도록 하여 사망에 이르는 불필요한 고통과 시간을 줄이고 존엄성을 유지하고 임종하는데 도움이 될 수 있다(p 102)'고 하였다.

현재 DNR을 결정하는가와 결정에 근거가 되는 것이 무엇인가를 살펴보면, 연령이 높을수록 DNR 결정빈도가 증가하였으며 특히 75세 이상인 경우에는 연령이 질병의 위중도나 예후보다 DNR 결정에 더 중요한 요인으로 작용하였고, 환자가 2개월 이하의 생존이 예상될 때, 의식수준의 저하, 불가역적인 쇼크, 저산소혈증, 다기관 기능부전, 심한 불가역적인 뇌손상, 심부전, 호흡부전이나 치매 등의 치료 불가능한 의학적 상황에서 결정하게 된다고 하였다(Campbell & Thill, 1996; Simpson, 1994). Parker(1993)의 연구에서는 협심증, 뇌졸중, 암, 간질환, 말기 신질환자 등에게 DNR을 결정한 것으로 나타났다고, Ghusun(1997)의 연구에서도 뇌졸중, 고혈압, 심장질환, 신장질환, 만성폐쇄성 폐질환 및 암환자 등에게 DNR을 결정했다. Boyd 등(1996)에 의하면 75세 이상의 환자에서 병의 중증도에 관계없이 DNR을 더 많이 결정하였다. 즉 DNR 결정에 있어 연령과 소생불가능에 대한 의학적 판단이 결정에 근거가 되고 있었다.

우리나라의 경우 결정과정에 고려하는 요인으로 연령, 질병 위중도, CPR의 무용성, 긴 유병기간과 경제적 부담감, 환자의 고통경감이나 존엄한 죽음 등이 나타났다(Kim, 1999), Kim (1999)의 중환자의 치료중단 이유에 대한 의료인에게 설문조사한 결과에서는 소생불가능하리라는 의학적 판단, 보호자나 환자의 요구, 환자의 고통, 환자의 고통경감, 치료비 지불능력의 부족, 한정된 의료자원의 활용 순으로 결정된다고 응답하였다. 외국과 비교하여 경제적 부담감이나 치료비 지불능력의 부족이 DNR 결정을 고려하는 요인으로 작용함을 알 수 있다.

미국의 경우(New York's law, 1995) 현재 병원에 입원하는 환자에게 입원 시 죽음에 대한 사전 의사결정서를 받도록 DNR을 법제화하고 있는데 뉴욕주 법은 병원에 내원한 모든 사람은 문서화된 DNR이 없다면 심장지시에 심폐소생술의 시행에 동의한 것으로 추정하며 의사결정권이 없는 환자의 경우 법적으로 위임한 사람, 배우자, 18세 이상의 자녀, 부모, 18세 이상의 형제자매의 순으로 보호자의 문서화된 동의를 받아야 한다고 정하고 있다. 보호자의 동의를 구하기 힘든 경우 담당의사의 객관적이고 타당한 의학적 근거가 있다면 DNR을 결정할 수 있는데 그 근거는 중증의 암환자인 경우, 환자가 영구적으로 의식이 없으리라 판단되는 경우, 소생술이

의학적으로 무의미하다고 판단되는 경우, 환자의 상태로 보아 소생술의 시행이 오히려 고통을 줄 것으로 판단되는 경우로 한다고 정하고 있다.

그러나 우리나라의 경우 대부분의 병원에서 서면화된 DNR 지시는 물론이고 윤리위원회도 거의 설치되어 있지 않다. 특히 우리나라에서 DNR 결정에 있어 환자자신의 의견보다는 보호자의 의견을 존중하고, 환자가 배제된 상태에서 의사나 보호자의 결정으로 이루어지는 경우가 많아(Kim, 1999) 추후 가족의 죄책감을 야기하거나 가족간의 갈등을 일으킬 소지가 있으며 환자의 자율성을 존중하는 DNR 결정의 배경에도 뒤배되어 윤리적 문제를 일으킬 수 있으므로, 병원 내 윤리위원회를 두어 윤리적인 결정을 보조해 주고, 충분한 설명과 함께 DNR을 서면화 하는 것이 중요하다고 여겨진다.

DNR 결정과정에 개입되는 가치나 윤리원칙은 환자의 자율성, 치료의 무용성, 존엄한 죽음을 맞을 권리 등으로 요약할 수 있다(Ivy, 1996). 환자의 자율성이란 개인이 자신의 행동과 계획을 스스로 결정해야 한다는 윤리적 원칙으로 이것은 개인의 자유와 가치와 신념에 근거한 선택을 존중하는 것을 의미한다(Kim & Lee, 1997). 즉 환자가 치료를 선택할 권리와 더불어 거부할 권리도 있으며 환자의 자율적인 의사에 근거한 선택을 존중해야 한다는 것이다. 법률적으로도 임종에 이르러 환자가 치료를 거절하고 인간다운 죽음을 맞이하고자 할 때 의사가 생명구조 조치를 하지 않아 죽게 되는 경우는 환자의 자기결정권이 유효하게 행사된 것으로 해석되고 있다(Chung et al., 1998). 치료의 무용성과 존엄한 죽음을 맞을 권리란 회복 가능성이 없음에도 불구하고 무익한 생명유지 치료를 계속한다면 환자가 지닌 인간으로서의 존엄성을 해치게 된다는 생각에서 나온 개념(Lee, 1998)으로 보통 회복 가능성이 없는 환자에게 단순 연명조치에 불과한 의료행위를 중지하여 인간으로서 존엄을 유지하면서 자연스러운 죽음을 맞도록 하자는 것이다.

DNR은 다양한 용어로 표현되고 DNR이 적용되는 경우도 아직은 표준화되어 있지 않으나 DNR의 기본배경은 환자가 지닌 인간으로서의 존엄성을 유지하고 마지막 생을 마감하는 것에 있다.

● 안락사의 개념

안락사(euthanasia)는 한자로 安樂死, 靜死로 안락하고 고통이 없는 죽음이나, 고통이 많은 불치의 질환에 걸린 환자의 생명을 고의로 마치게 하는 것이다. 안락사의 영문표기는 Euthanasia로서 'Eu'는 영어로 'Good'이고 thanasia는 영어로 'Death'의 의미를 가지는 고대 그리스어이다. 우리나라의 고려장이나 유대민족이 노인을 벼랑으로 떨어뜨리는 풍습 등이 등량의 유교 문화나 서양의 기독교 사상에 의해 배척당한 이후

서양에서는 르네상스와 함께 새로운 안락사의 개념이 형성되었다. Euthanasia는 이때부터 쓰이기 시작했으며 라틴어로는 '아름다운 꽃', 희랍어로는 '쉬운 죽음'의 의미이다(Lee, 1995).

‘옥스퍼드 영어사전’에서는 안락사를 “조용하고 편안한 죽음을 야기 시키는 행위”로 정의하고 있다. 사람은 잠자면서도 평화롭게 죽을 수 있고 자살 역시 조용하고 평화롭게 이루어질 수 있기 때문에, 일상적으로 이러한 죽음은 안락사에 포함되지 않는다. 이보다 더 엄밀한 정의는 웹스터 ‘새 국어사전’에서 찾을 수 있는데, 안락사를 “치유될 수 없는 상황이나 질병으로 커다란 고통이나 어려움을 안고 있는 사람을 아무런 고통을 주지 않고 죽여주는 행위나 관행”으로 정의하고 있다(Kil, 2005).

현재 사회적으로 통용되는 안락사의 의미를 살펴보면 살아날 가망이 없는 환자가 통증으로 무척 괴로워할 때 타인이 독물이나 기타의 방법으로 빨리 죽음을 맞이하도록 도와주거나 의식을 잃고 인공호흡 장치로 겨우 목숨을 이어가는 식물 인간과 뇌사로 판명된 사람에게 인공호흡기를 제거함으로써 고통 없이 죽음을 맞이할 수 있도록 해 주는 것이라고 할 수 있다. 그러므로 안락사는 타인이 “한 사람의 최선의 이익을 위해 행위 또는 무위(無爲)에 의해 그 사람의 죽음을 의도적으로 야기하는 것”으로 정의할 수 있다(Kil, 2005).

안락사의 분류는 시행자의 행위에 따라 능동적(적극적)안락사와 수동적(소극적)안락사로 나누기도 하고, 생명체의 의지에 따라 자의적 안락사와 비의적 안락사, 타의적 안락사로 나누기도 한다.

• 능동적 안락사와 수동적 안락사

일반적으로 안락사는 ‘회복의 가능성이 없는 말기 환자가 죽음 이외에는 고통을 이겨낼 방법이 없을 경우’를 전제로 하고 있다. 방법에 따라 환자에게 직접 어떤 행위(예를 들면 모르핀, 포타슘, curare 등을 치사량 주사하는 것)를 함으로써 죽도록 하는 것을 ‘능동적 안락사: active euthanasia’ 혹은 ‘적극적 안락사’라고 한다. 적극적 안락사가 좁은 의미의 안락사로 볼 수 있다.

반면, ‘수동적 안락사: passive euthanasia’ 혹은 ‘소극적 안락사’는 죽음을 일시적이거나 지연시켜 생명연장이 가능함에도 불구하고 생명연장의 조치를 적극적으로 취하지 않고 포기하여 그 환자로 하여금 죽음에 빨리 이르도록 방치하는 것으로 무위적 안락사라고도 한다. 예를 들면 중증의 선천성 심장질환의 신생아를 수술하지 않고 방치하여 사망하게 하거나 치료를 중단하여 사망하게 하는 경우의 안락사를 말한다.

우리나라를 포함한 대부분의 나라에서 적극적인 안락사는 불법이다. 오직 네덜란드만이 자의에 따른 적극적 안락사를 1970년대부터 허용했다. 오늘날 다수의 사람들이 적극적 안락사는 거부하는 반면 소극적 안락사는 법적, 윤리적으로 받아

들이고 있는 형편이다. 우리나라의 경우도 가망 없는 환자들에 대해 본인이나 가족이 퇴원을 요청하면 이에 응하는 방식으로 사실상의 소극적 안락사가 시행되고 있는 현실이다. 그러나 소극적 안락사 역시 인간의 존엄성과 생명권리의 침해로 오는 생명유지단축의 성격을 지니고 있다(Kil, 2005).

• 자의적 안락사와 비자의적 안락사, 타의적 안락사

‘자의적 안락사’란 환자 스스로가 안락사를 위하여 요청한 경우이고, 환자가 의사를 표시할 수 없거나 그 결정이 불가능한 경우 환자 자신이 아닌 환자가족이나 친권자의 동의 하에서 시행되는 경우를 ‘비자의적 안락사(involuntary euthanasia)’라 하고, 환자의 반대에도 불구하고 시행될 때 ‘타의적 안락사(강제적 안락사, nonvoluntary euthanasia)’라고 한다. 비자의적 혹은 타의적 안락사는 일상적인 상황에서는 거의 일어나지 않겠지만 역사적으로 볼 때 나치의 안락사 프로그램에 의한 유대인의 대량 학살이 있었다(Kil, 2005).

우리나라에서는 아직까지 안락사를 허용하지 않는다는 것이 공식적인 입장이고 고통을 경감시키기 위해 인위적으로 생명을 단축시키는 행위는 형법상 청탁살인죄나 자살방조죄가 성립된다. 의료계는 2001년 4월 의사윤리지침을 제공하면서 안락사문제에 대해 입장을 표명하였다. 의사협회가 허용하고자 하는 치료중단은 소극적 안락사 형태이지만 안락사는 어떠한 것도 허용되지 않으며 실정법상 금지되어 있으므로 의사윤리지침은 실정법에 어긋난다고 할 수 있다(Kil, 2005).

이상으로 DNR과 안락사는 둘 다 비가역적 상태는 공통적이거나 DNR은 생명을 연장하기 위한 부가적인 처치 및 심폐소생술을 하지 않고 안위간호를 통해 자연스럽고 편안한 죽음을 맞이하도록 하는 것에 반해 안락사는 타인의 행위와 무위(無爲)를 통해 죽음을 의도적으로 야기하는 것으로 그 개념이 다르다고 할 수 있다.

잠정적 기준목록과 소생거부(DNR) 개념의 정확한 속성

● 잠정적 기준 목록(provisional criteria list)

- ① 급성 호흡 혹은 심정지가 발생했을 때 심폐소생술을 실시하지 않는 것(Kang & Yom, 2003; Kim, 1999; Simpson, 1994)
- ② 심폐소생술을 제외한 모든 처치를 제공하는 것(Kim, 1999; Campbell & Thill, 1996)
- ③ 심폐소생술을 제외한 보존적 치료 (Kim, 1999; Campbell & Thill, 1996)
- ④ 삶을 연장시키는 모든 치료의 중단 (Kim, 1999; Campbell & Thill, 1996)
- ⑤ 지지철회(support withdrawn): 약물적인 치료가 감소되며 단지 안위를 위한 치료만 제공 (Sharon & James, 1992)

- ⑥ 부가적 치료금지(no further escalation): 환자의 상태가 더 악화되었을 때 부가적인 처치를 하지 않는 것(Sharon & James, 1992)
- ⑦ 심폐소생술의 금지: 이용할 수 있는 모든 지지적 처치와 방법을 사용할 수 있으나 심장마비 상황에서 흉부압박을 하지 않는 것(Sharon & James, 1992)
- ⑧ 급성 심정지 또는 호흡 정지 시에 CPR을 시행하지 않는 것을 말하며, 현재하고 있는 치료를 중단하는 것을 의미하는 것은 아니다(Kim & Jo, 1990)
- ⑨ 심장-호흡마비 상황에서 흉부압박, 인공호흡, 기관 삽관, 외부 심장박동기, 응급약물 그리고 빠른 수액공급 등을 금지하는 것이라고 정의(Lee et al., 1998)
- ⑩ 소생술뿐만 아니라 다른 필요한 처치도 거부하는 경우 의료진들도 통증치료 등의 보존적 치료행위 외에 다른 처치는 하지 않는 것(Davila, 1996)
- ⑪ 질병의 경과에서 영향을 미칠 수 없을 것이라는 판단 하에 심정지가 일어나도 CPR(흉부압박, 인공호흡, 응급약물 공급, 전기적 제세동)을 시행하지 않는 것(Han, 2001)

● 속성의 확인

소생거부에 대한 문헌적 사용범위를 고찰한 결과 글자 그대로의 심폐소생술을 금지하는 속성만을 가지고 있는 것이 아니라 인간의 존엄성을 유지하고 죽음을 자연스럽게 받아들일 수 있도록 단순한 생명의 연장만을 가져올 수 있는 부가적인 치료를 금지하는 속성과 안위 간호의 속성이 포함되어 있는 것을 알 수 있었다.

DNR의 구체적인 속성은 다음과 같다.

- 안위 간호(care for comfort): 안위를 위해 통증조절과 욕창 간호 등의 신체의 보존적 간호와 정서적 간호 등의 정신의 보존적 간호를 제공하는 것이다-②⑤⑧⑩
- 부가적 치료 금지(no further treatment): 환자의 상태가 소생 불가능할 때 부가적인 약물투여나 처치를 하지 않는 것이다-③⑥⑨⑩
- 심폐소생술의 금지(No CPR): 호흡마비나 심장마비 상황에서 흉부압박, 인공호흡, 전기적 제세동, 응급약물 공급을 하지 않는 것이다-①⑦⑧⑨⑩⑪

모델 사례 구성

DNR 개념의 모든 속성을 포함하고 있으며 어떤 다른 개념의 속성은 포함하고 있지 않는 사례로써 정확하게 그 개념이 무엇인지를 보여주며 실제 생활의 예가 될 수 있다(Walker & Avant, 2005).

난소암을 진단받은 50세 여자 환자 A씨는 난소암 제거수술을 받고 항암치료를 꾸준히 받았으나 3년 만에 재발하여, 복강 내와 폐로 암이 전이 되어 산부인과 병동에 입원하였다. 입원한지 2주만에 복수가 차오르기 시작하고 호흡곤란이 심해져 복수천자를 시행했으나 복수는 점점 더 심해져 제대로 음식을 먹을 수도 없어지자 포도당을 수액으로 주입받기 시작하였고 nasal cannula로 산소를 3ℓ 공급받고 있었다. 입원 3주째에 담당의사는 더 이상의 치료방법이 없음을 A씨와 가족에게 설명하였고 상태가 더 악화되더라도 부가적인 치료와 심폐소생술을 받지 않고 편안한 죽음을 맞이하도록 환자와 가족의 동의 하에 문서로 남겼다.

그 후 A씨에게 prn으로 morphine 3mg을 피하주사하면서 통증 조절하고 입원한지 2주경에 생긴 욕창부위의 치료는 지속되었으며, 가족이 모두 기독교라 가족과 함께 기도를 하며 시간을 보낼 수 있도록 조용한 병실로 옮겨주었다(안위간호). 포도당을 수액으로 주입받고 morphine 투여 외에 다른 약물 치료는 받지 않았다(부가적인 치료 금지). 가족들과 함께 남은 시간을 보내는 중 호흡곤란이 악화되어 호흡정지와 심정지가 발생하였으나 심폐소생술은 받지 않았으며(심폐소생술 금지) 가족들이 지켜보는 가운데 생을 마감했다.

이 사례는 죽음이 임박한 말기 암환자의 경우로 환자 자신과 가족의 죽음에 대한 자율성에 따라 DNR이 선택되었고, DNR의 속성 3가지가 모두 포함되었다.

부가 사례 개발

● 경계 사례

개념의 중요한 속성 중 일부를 포함하고 있거나, 혹은 비슷하지만 그 개념이라고 볼 수 없는 사례이다(Park, 1996; Walker & Avant, 2005).

20년째 고혈압을 앓아오던 70세 C씨는 자신의 자각증상이 나타나면 약물을 복용하고 그렇지 않으면 복용하지 않는 식으로 고혈압을 제대로 관리하지 못하였으며, 정기검진도 최근 2년동안 하지 않았다. 심지어 저녁식사 때 소주 반병 정도를 마시고 수면을 취하는 습관이 있었으며 발병 당일도 음주 후 잠자리에 들었다. 다음 날 오전까지 깨지 않아 이상하게 여긴 아내가 흔들어 깨웠으나 반응이 없고 축 늘어진 모습을 보고 급히 앰بول란스를 불러 응급실에 도착했다.

환자는 혼수상태였고 CT결과 뇌출혈로 진단받아, 응급수술을 받게 되었다. 수술 후 환자는 의식회복 없이 한달 동안 계속 혼수상태로 인공호흡기로 유지되고 있었다. 담당의사는 환자의 보호자에게 더 이상의 회복가능성이 없음을 설명하고

보호자들도 이러한 사실을 납득했다. 그 후 혈압이 떨어지기 시작했으나 강심제와 혈압 상승제는 사용하지 않았고(부가적 치료금지), 환자의 안위를 위한 체위변경처치나 기관흡입 등의 간호처치는 계속 이루어지고 있었다(안위 간호). 그러나 C씨에게는 미국에서 공부하고 있는 막내아들이 있었는데, 막내아들이 아버지의 마지막 모습을 보고 싶어 했다. 막내아들이 도착하기 전 C씨는 심정지가 일어났으나 보호자들이 원하여 막내아들이 오기 전까지 생명을 유지하기 위해 심폐소생술이 시행되어졌다. 심폐소생술 후 C씨는 다시 심기능이 회복되었다가 이틀 후 사망했다.

이 사례는 질병의 비가역적 상태에 놓인 환자에게 자연스러운 죽음을 맞이하도록 부가적인 치료 금지와 안위 간호가 시행되었으나 막내아들에게 임종을 보게 하기 위해 심폐소생술이 이루어져 '심폐소생술 금지' 속성이 빠져있다.

● 연관 사례

분석하는 개념과 관련은 있으나 중요한 속성은 포함하지 않는, 유사하나 자세히 검토하면 다른 의미를 가진 사례이다 (Park, 1996; Walker & Avant, 2005).

루게릭병을 진단받은 지 2년이 된 45세 D씨는 호흡곤란이 점점 심해지다가 결국 인공호흡기 장치를 달게 되었다. 그에게는 돌봐줄 사람이 늙은 아버지 한 분뿐이었고 간병인을 쓸 돈도 없었다. 그는 인공호흡기를 통해서만 호흡을 할 수 있으며 근육마비로 혼자서는 조금도 움직일 수도 없게 되었고 아버지는 그를 간병하면서 더욱 쇠약해져갔다. 현대 의학으로서는 나을 수 없다고 판단한 D씨는 연로한 아버지에게 인공호흡기를 떼서 자신을 죽게 해달라고 계속 요구했다. 그러나 아버지는 그렇게 하지 않았고 1년을 버텼다.

그러던 중 D씨는 폐렴을 앓게 되고 더욱 괴로워하면서 인공호흡기 제거를 요구했다(자발적 안락사). 결국 아버지는 담당 의사와 상의 후 인공호흡기를 제거했고(안위간호 부재) 제거 후 바로 호흡정지가 왔고(심폐소생술 금지) D씨는 사망했다.

여기서는 환자의 상태는 비가역적이거나 의식이 명료하며 인공호흡기를 지속한다면 생명은 계속 연장할 수 있다. 그러나 환자 스스로가 원하여 죽음을 앞당기게 한 경우로 자발적 안락사에 해당된다. DNR과 안락사는 비가역적 상태로 죽음밖에 방법이 없는 경우는 같으나 DNR은 생명을 연장하기 위한 부가적인 치료를 하지 않고 편안한 죽음을 맞도록 하는 것이며 안락사는 인위적으로 죽음을 앞당기는 것으로 DNR의 중요한 속성이 포함되어 있지 않다.

● 반대 사례

그 개념이 아닌 것에 대한 분명한 예로써 개념의 중요한 속성이 전혀 들어 있지 않는 사례이다(Walker & Avant, 2005).

30년 동안 흡연을 해온 53세 B씨는 일하는 도중 간간히 가슴과 어깨로 통증을 느꼈으나 잠시 쉬면 나아지는 양상이 피곤해서 그렇다고 생각하고 1년 가까이 병원을 찾지 않았다. 며칠사이 유난히 추워진 12월 초에 출근하기 위해 대문 밖을 나섰다가 갑자기 가슴에 심한 통증을 느끼면서 바닥에 쓰러졌다. 배웅을 나온 아내가 발견하고 집안으로 달려와 119에 전화를 했고 3분 만에 응급구조사가 탄 앰블란스가 도착했다. 호흡과 심장이 정지된 상태에서 응급구조사가 흉부압박과 마스크 ambu-bagging을 하면서 인근대학병원 응급실로 향했다.

응급실에 도착하자마자 EKG monitoring이 시작되었고 모니터에 심실세동이 나타났다. 기도를 유지한 상태에서 응급의학과 의사가 바로 전기 제세동을 시행했고 3분 만에 맥박이 규칙적으로 뛰기 시작했으나 혈압이 80/40으로 낮고 소변배출이 안되어 dopamine fluid와 수액을 주입하기 시작했다. 곧 환자는 의식을 회복했고 원인을 알기 위해 여러 가지 검사가 시행되었다.

이 사례는 심폐소생술로 소생 가능한 가역적 상태로 적극적인 치료와 간호가 행해졌고, 심정지와 호흡정지가 발생했을 때 심폐소생술이 시행되어졌으며, 부가적인 치료와 검사가 이루어져 DNR의 어떤 속성도 포함되어 있지 않다.

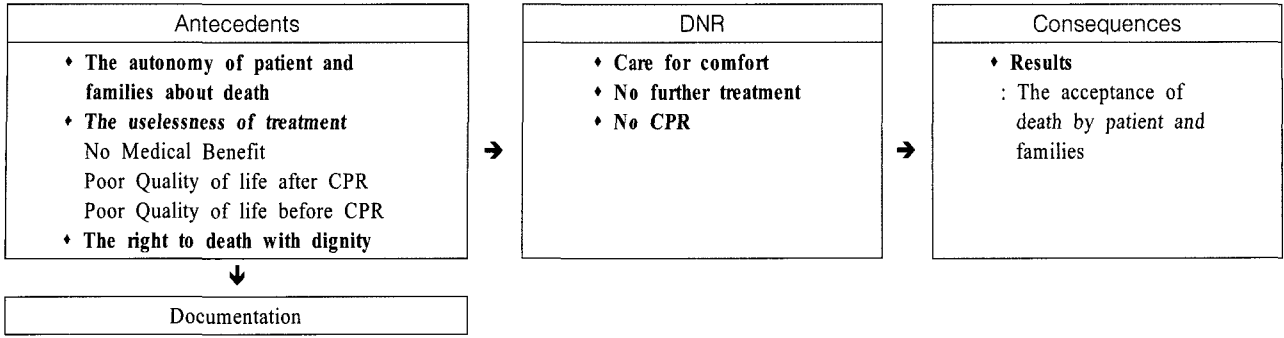
선례와 결과

선례는 개념 발생 전에 일어나는 사건이나 일들을 말하며, 결과는 그 개념의 결과로 발생한 일이나 사건을 의미한다 (Walker & Avant, 2005). 이 두 단계는 흔히 생략되기도 하지만 한 개념이 일반적으로 사용되는 사회적 맥락에서 고려할 만한 관점을 제시하고 있다(Park, 1996).

문헌고찰을 통해 확인된 DNR의 선례는 다음과 같다

- 환자와 가족의 죽음에 대한 자율성
- 치료의 무용성
- 존엄한 죽음을 맞을 권리

치료의 무용성은 ① 의학적 판단으로 소생술이 거의 확실히 성공하지 않을 것 같고 따라서 환자에게 이익을 못 줄 경우, ② CPR 이후의 삶의 질이 받아들이기 어렵다고 생각될 경우, ③ 심폐정지의 상황을 고려하기 전에 이미 말기 혹은 만성질환으로 참을 수 없이 고통 받고 있을 때를 말한다. DNR을 결정하게 된 후에는 반드시 문서화해야 한다. 이와



<Figure 1> Identify antecedent and consequences of DNR

같은 DNR의 선례가 DNR을 결정하는 객관적인 기준으로 사용될 수 있다.

이러한 선례가 있는 후 DNR로 이루어진 결과는 다음과 같다

- 결과 : 환자와 가족이 죽음을 수용<Figure 1>

경험적 증거

개념분석의 마지막 단계인 경험적 증거는 개념의 속성이 실제 현장에서 존재함을 보여주는 것이다(Walker & avant, 2005). 개념이 추상적일 때 그 개념을 실제 현장에서 구체적으로 관찰할 수 있고 측정할 수 있는 지시물 또는 참조물이 있어야 한다.

DNR의 중요한 속성과 경험적 증거는 동일함을 알 수 있었다.

- 안위 간호(care for comfort)
 - 신체의 보존적 간호- 통증완화요법(냉·온찜질, 마사지, 진통제 투여), 욕창간호, 체위변경 및 위생관리 등
 - 정신의 보존적 간호- 심호흡, 이완요법, 심상요법, 음악요법, 치료적 접촉, 종교 및 정서적지지 등
- 부가적 치료금지(no further treatment)
 - 도파민, 도부타민, 에피네프린, 노에피네프린과 같은 강심제나 혈압상승제 등 약물처치 제공 금지, 중심 정맥관 삽입, 기관삽관과 인공호흡기 사용 등의 침습적 처치 제공 금지
- 심폐소생술의 금지(No CPR)
 - 흉부압박, 인공호흡, 전기적 제세동 등의 물리적인 소생술 금지

DNR의 결과인 ‘환자와 가족이 죽음을 수용’하는 것의 경험적 증거는 현재 널리 행해지고 있는 호스피스 간호를 들 수 있다.

결론 및 제언

결론

소생거부(DNR)는 병원현장에서 환자의 생명을 다루는 간호사, 의사를 비롯한 의료진에게 매우 중요한 개념이나 객관적 기준 없이 모호하게 지금도 널리 사용되고 있는 개념이다. 따라서 본 연구에서는 DNR의 개념분석을 통한 속성을 파악하고 개념을 명확하게 정의하고, 부가적으로 유사개념인 안락사 개념과의 차이점을 알아봄으로써, DNR 결정과정에 객관적인 판단기준을 제시하고 환자와 가족의 자기 결정권이 충분히 보장되는 합리적인 DNR 결정에 도움이 되고자 Walker와 Avant(2005)의 개념분석단계에 따라 개념분석을 수행하였다.

본 연구에서 밝혀진 DNR의 3가지 속성은 (1) 안위 간호, (2) 부가적 치료금지, (3) 심폐소생술의 금지이다.

DNR의 선례로는 환자와 가족의 죽음에 대한 자율성, 치료의 무용성, 존엄한 죽음을 맞을 권리가 있어야 한다. 치료의 무용성은 다시 3가지로서 나뉘지는데 ① 의학적 판단으로 소생술이 거의 확실히 성공하지 않을 것 같고 따라서 환자에게 이익을 못 줄 경우, ② CPR 이후의 삶의 질이 받아들이기 어렵다고 생각될 경우, ③ 심폐정지의 상황을 고려하기 전에 이미 말기 혹은 만성질환으로 참을 수 없이 고통 받고 있을 때를 말한다. 이와 같이 DNR을 결정하게 된 후에는 반드시 문서화하는 것이 필요하며 DNR의 선례가 DNR을 결정하는 객관적인 기준으로 사용될 수 있을 것이다.

이러한 선례가 있는 후 DNR로 이루어진 결과는 환자와 가족이 죽음을 수용하는 것이다.

이상의 개념분석을 통해 나타난 DNR 개념은 인간의 생의 과정 중 하나인 죽음을 자연스럽게 수용하는 것이다. 법적·윤리적으로 안락사는 허용될 수 없지만 객관적인 기준에 따라 DNR을 받아들인다면 환자와 그 가족이 죽음의 과정을 자연스럽게 수용하고, 더불어 신체·정신의 보존적 간호인 안의 간호를 제공받을 수 있도록 호스피스 프로그램과 연계한다면

호스피스 간호의 활성화에도 도움을 줄 것이다. 또한 객관적인 DNR 결정을 위한 DNR 지침서의 제정과 병원 내 윤리위원회가 조직되어 환자와 가족의 의견이 충분히 반영된 DNR 결정이 이루어져야 할 것이다.

현대 의료사회에는 더 많은 의료기술이 발전할 것이고 동시에 말기환자는 늘어날 것이다. 말기환자의 존엄한 죽음을 위해 DNR이 결정되고 동시에 총체적인 간호가 요구될 때 간호사는 환자의 옹호자로서 그리고 보호자의 지지자로서의 역할을 충분히 해야 할 것이다.

제언

- 본 연구의 개념분석 결과를 기초로 혼종모형 접근법으로 소생거부 개념을 반복연구 할 필요가 있다.
- DNR 개념을 의료진과 환자가족이 어떻게 다르게 인식하는지에 대한 비교연구가 필요하다.

References

Ahn, Y. M. (2005). Concept analysis of endotracheal suctioning. *J Korean Acad Nurs*, 35(2), 292-302.

Bae, H. J., & Lee, I. S. (2004). The concept analysis of Attraction. *J Korean Acad Psych Ment Health Nurs*, 13(3), 323-333.

Boyd, K., Teres, D., Rapoport, J., & Lemeshow, S. (1996). The relationship between age and the use of DNR orders in critical care patients. *Arch Intern Med* 156, 1821-1826.

Campbell, M. L., & Thill, M. C. (1996). Impact of patient consciousness on the intensity of the Do-Not-Resuscitate therapeutic plan. *J Am Crit Care*, 5(5), 339-345.

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. *J Korean Soc Emerg Med*, 9(2), 271-276.

Davila, F. (1996). The impact of Do-Not-Resuscitate and patient care category policies on CPR and ventilator support rates. *Arch Intern Med* 15, 405-408.

Elwell, M. H., & Fainsinger, R. L. (2000). The No-CPR decision : The ideal and the reality. *J Palliat Care*, 16(1), 53-56.

Han, S. S., Chung, S. A., Ko, G. H., Han, M. H., & Moon, M. S. (2001). Nurses' understanding and attitude on DNR. *J Korean Acad Nurs*, 7(3), 403-414.

Hwang, S. I. (1998). Withdrawing the treatment of the hopeless patients and medical ethics. *J Korean Med Assoc*, 41(7), 697-701.

Ivy, S. S. (1996). Ethical considerations in resuscitation decision: A nursing ethics perspectives. *J Cardiovasc*

Nurs, 10(4), 47-58.

Kang, H. I., & Yom, Y. H. (2003). Awareness and experience of nurse and physicians on DNR. *J Korean Acad Nurs*, 9(3), 447-458.

Kil, Y. S. (2005). *An actuality study on the euthanasia*. Unpublished master's thesis, Chung Ang University, Seoul.

Kim, J. Y., & Cho, H. S. (1990). Do-Not-Resuscitate order in general hospital. *Korean J Crit Care Med*, 5, 5-11.

Kim, S. H. (1999). Do-Not-Resuscitate(DNR) decision making in terminal patients. *Koren J Nurs Query*, 8(2), 80-90.

Kim, S. O. (1999). *Decision-making process in DNR orders for patients with cancer*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.

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

Lee, S. H., Kim, J. S., Hwang, M. J., Hwang, B. D., & Park, Y. J. (1998). The survey of attitude on the ethical problem associated with DNR of the clinical nurses. *Clin Nurs Res*, 4(1), 147-161.

Lee, Y. S. (1998). Issues in terminating life-sustaining treatment. *J Korean Med Assoc*, 41(7), 707-711.

Meghani, & Salimah, H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *J Adv Nurs*. 46(2), 152-161.

New York's Do-Not-Resuscitate Law (1995). *American college of legal medicine. Legal medicine* (3rd ed.). Mosby.

Park, H. S. (1996). A concept analysis of fatigue. *J Pusan Med College*. 36(2), 479-488.

Park, Y. S., & Park, K. H. (2004). The concept analysis of crisis. *J Korean Acad Psych Ment Health Nurs*, 13(1), 88-96.

Sharon, G., & James, P. (1992). DNR or CPR-the choices is ours. *Crit Care Med*, 20(9), 1263-1272.

Simonelli, M. (2005). Relapse: A concept analysis. *Nurs Forum*, 40(1), 3-10.

Simpson, S. (1994). A study into the uses and effects of Do-Not-Resuscitate orders in the intensive care units of to teaching hospitals. *Intensive Crit Care Nurs*, 10, 12-22.

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

Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4th ed.), Upper Saddle River, New Jersey : Prentice hall.

Whitehead, & Dean. (2004). Health promotion and health education: advancing the concepts. *J Adv Nurs*. 47(3), 311-320.

Wilson, M. (1996). Highlighting the role of policy in nursing practice through a comparison of "DNR" policy influences and "No CPR" decision influences. *Nurs Outlook*, 44(6), 272-279.

Concept Analysis of DNR(Do-Not-Resuscitate)*

Park, Hyoung Sook¹⁾ · Koo, Mi Jee²⁾ · Kim, Young Hee³⁾

1) Professor, College of Nursing, Pusan National University

2) SICU Nurse, Pusan National University Hospital

3) Doctoral Student, College of Nursing, Pusan National University

Purpose: The purpose of this study was to analyze and clarify the ambiguous concept of DNR, and to distinguish between DNR and euthanasia. **Method:** This study used the process of Walker & Avant's concept analysis. **Result:** The definable attributes of DNR were care for comfort, no further treatment and no CPR. The antecedents of DNR were the autonomy of patients and families feelings about death, the uselessness of treatment and the right to die with dignity. The process of the DNR decision should be documented and the antecedents of DNR also can be a basis for objective standards of DNR decision-making. The result of DNR was the acceptance of death by patients and families. **Conclusion:** DNR is decided and documented by the antecedents of DNR, and the result is a natural acceptance of death, the last process of human life. Hospice care should be activated and nurses must be patient's advocates and families' supporters in the process.

Key words : DNR(Do-Not Resuscitate)

* This work was supported for two years by Pusan National University research grant.

• Address reprint requests to : Koo, Mi Jee

SICU, Pusan National University Hospital

10 1-Ga, Ami-dong, Seo-gu, Busan 602-739, Korea

Tel: 82-51-240-7508 C.P.: 82-16-578-0931 Fax: 82-51-240-7923 E-mail: worldofmiji@hanmail.net