

심폐소생술금지 결정에 대한 간호활동의 변화

장서연¹⁾, 황솔지¹⁾, 정지은¹⁾, 김여진²⁾

Changes of Nursing Activities after DNR(do-not-resuscitate) Decision

¹⁾Seo-Yeon Jang, ¹⁾Sol-Jil Huang, ¹⁾Ji-Eun Jeong, ²⁾Yeo-Jin Kim

¹⁾Nurse, Department of Nursing, Wonkwang Health Science University

²⁾Assistant Professor, Department of Nursing, Wonkwang Health Science University

Purpose: The purpose of this study was to examine hospital nurses' nursing activities changes after DNR(do-not-resuscitate) decision. **Methods:** The subjects were 120 registered nurses working in two university hospitals. The data were collected from September 1 to September 15, 2015 using self-report questionnaires. The data were analyzed using SPSS 20.0 program.

Results: DNR awareness of the educational needs was very high(91.7%). But DNR educational experience was low(59.2%). Nursing activity change was classified as the physical, emotional, spiritual, and social areas. There were significant difference among religion($F=3.459, p=.010$), working unit($F=3.410, p=.036$), DNR awareness of the educational needs($t=5.048, p=.027$), DNR educational experience($t=-2.816, p=.006$) and nursing activities changes. **Conclusion:** Nurses are needed DNR educational programs to take care of DNR patients. And the criteria for nursing activities related to DNR is required.

Key Words: DNR(do-not-resuscitate), nurse, nursing activity

I. 서론

1. 연구의 필요성

의학의 발전은 건강수준의 향상, 평균 수명연장, 질병 회복에 큰 기여를 하였으며, 중증환자들의 생존률을 향상시키는데도 기여하였다(김미지, 노상미, 류은정, 신상문, 2014). 심폐소생술(cardiopulmonary resuscitation: CPR)은 갑작스럽고 예기치 않게 심폐기능이 정지된 응급환자를 소생시킬 목적의 치료방법으로 인간의 생명

을 구하는데 많은 공헌을 하였다(이명순, 2010). 그러나 단순히 생명 연장만을 위한 CPR 사례가 증가하면서 무의미한 생명의 연장과 소생술에 따르는 대상자의 삶의 질과 존엄을 해치는 부작용이 초래되고 있고, 비록 CPR이 성공한다 할지라도 단지 죽음을 지연시킬 뿐이고 의학적 소생 가능성이 없는 말기 환자에게 CPR을 적용하는 것이 환자의 자기 결정권과 품위 있는 죽음을 막고 인적, 물적 자원의 낭비라는 문제가 제기되고 있다(김지미 등, 2014).

인간은 인간으로서의 존엄성을 유지한 채 품위 있는 죽음을 맞이하기를 원한다(김지미 등, 2014). DNR의 지시는 처음에는 주로 의사의 판단 하에 결정되었으나 근래에는 환자의 자율성이 강조되면서 환자 스스로 요청하고 있다(이운정, 이형숙, 2013). 미국에서는 1990년에 자기결

4) 교신저자 : 김여진

Address : 전북 익산시 익산대로 514
원광보건대학교 간호학과

Telephone : 063)840-1396 (010-8647-8435)

E-mail : jinykim99@hanmail.net

정법(patient's Self-Determination Acts)이 통과하여 병원에 처음 입원하는 환자에게 죽음의 과정에 관한 사전의사결정서(Advanced directives)를 받도록 하고 있으며 환자의 의식이 불완전한 경우에는 사전의사결정서에 근거하여 결정하거나 사전의사결정서를 받지 못하였을 때라도 환자의 유언, 평소의 말이나 행동에 근거하여 법적 대리인이 결정할 수 있도록 하였다(박정아, 정덕유, 2013).

그러나 우리나라의 현실은 DNR 결정 시 환자 본인의 결정보다는 주로 환자가 배제된 상황에서 이루어지고 있으며, DNR 결정이 환자의 존엄한 죽음을 위한 가족의 배려라 할지라도 결국 가족이 환자를 포기하고 가족으로서의 도리를 다하지 못했다는 죄책감과 부담감을 갖게 되고, DNR을 끝까지 거부하는 것이 오히려 도리를 다한 것으로 보는 경향이 있다(이명선 등, 2008). 또한 국내에는 아직 DNR에 관한 명확한 기준이 없어 주치의와 환자보호자의 주관적인 판단에 따르고 있는 실정이며, 주치의의 마다 환자에게 구체적으로 시행하는 치료의 범위가 다르기 때문에 상황 대처 시에 갈등을 경험하는 경우가 많다(계영애 등, 2015; 한성숙, 정순아, 문미선, 한미현, 고규희, 2001). 이에 우리나라에서는 2001년부터 각 병원의 윤리위원회에서 DNR 지침을 마련하고 문서화하여 시행하고 있고, 의료계에서 연명 치료 중지에 관한 지침 특별위원회를 만들어 2009년 10월 '연명치료 중지에 관한 지침'을 발표하여 연명치료 중지의 기본원칙과 절차를 제시하였다(이윤정, 이형숙, 2013). 하지만 DNR과 관련하여 어떠한 근거에 의해서, 어느 시점에서, 누구에 의해서 시행되어야 하는지 등에 대한 체계적이고 명확한 지침과 법적 근거가 마련되어 있지 않은 상태이며 이에 대한 논란이 여전하다(계영애 등, 2015; 김미지 등, 2014; 문정희, 김수미, 2013; 이윤정, 이형숙, 2013).

현재 병원에 근무하는 의료진 중 심폐소생술금지(do-not-resuscitate: DNR)에 대한 교육을 받은 사람은 매우 소수에 불과하고 대부분의 의사와 간호사는 DNR에 대한 교육을 전혀 받지 못한 상태에서 DNR 상황을 경험하게 된다. 이에 따라 DNR에 대한 상담과 판단, 치료와 간호 과정에서 간호사는 환자 간호에 최선을 다하지 않았다는 죄책감과 윤리적 갈등, 말기 환자의 치료 방법과 적용 범위, 적용 시기, 의사소통의 어려

움, 법적 책임 등 여러 가지 어려움을 경험하게 된다(계영애 등, 2015; 문정희, 김수미, 2013; 김미지 등, 2014). 또한 의사와 간호사 간에 DNR에 대한 인식과 태도에 차이를 나타내고 있고, DNR 결정된 후에도 적극적인 검사와 치료를 시행하며 DNR 결정을 반복하는 상황이 발생하기도 하며(계영애 등, 2015; 박정아, 정덕유, 2013; Saevareid, & Balandin, 2011), 간호사 간에도 DNR에 대한 다양한 인식과 태도를 보인다(김현아, 김귀분, 2011; 김현지, 2014; 조정림, 이은남, 변숙진, 2011).

그동안 DNR 관련 선행 연구들을 살펴보면 DNR에 대한 간호사의 인식과 경험(강현임, 염영희, 2003), 중환자실 간호사의 DNR과 관련된 윤리문제의 인식 및 태도(성미혜, 박재희, 정경은, 한혜란, 2007), 노인환자의 심폐소생술 금지 결과에 대한 간호사의 인식과 정서상태(이명순, 2010), 노인환자의 DNR에 대한 윤리적 태도와 인식(박서윤, 2011), 심폐소생술 금지에 대한 간호사 인식(조정림 등, 2011), 심폐소생술금지 환자를 돌보는 간호사의 갈등(김현아, 김귀분, 2011), 암환자의 심폐소생술 금지에 대한 인식과 윤리적 태도(이주연, 최은희, 박경숙, 2014) 등 DNR과 관련된 윤리적 인식이나 태도에 관한 연구가 주로 시행되었고 최근에서야 간호활동의 변화에 대한 연구(김윤희, 2013; 김현지, 2014)가 시행되기 시작하였으나 간호영역이 일부 기본간호에 국한되거나 특정 근무부서 간호사만을 대상으로 한 연구였다. 이처럼 DNR에 대한 연구가 활발히 진행되고 있으나 간호사를 대상으로 DNR 결정에 따른 간호활동 변화에 연구는 부족한 실정이다.

따라서 본 연구는 간호사의 DNR 결정에 대한 간호활동의 변화 양상을 파악하고, DNR 환자 간호 교육의 지침 마련과 간호중재 방안 모색에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 간호사의 DNR 결정 후 간호활동 변화를 알아보고 DNR 환자에게 제공되는 간호의 표준 및 간호교육 지침 정립에 기초자료를 제공하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 DNR 관련 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 결정에

대한 간호활동의 변화 차이를 파악한다.

3) 대상자의 DNR 관련 특성에 따른 DNR 결정에 대한 간호활동의 변화 차이를 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 종합병원 간호사의 심폐소생술금지 결정에 대한 간호활동의 변화를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상은 J도 소재 두 개의 종합병원에서 근무하고 있는 간호사 중 DNR 환자를 간호한 경험이 있는 간호사를 대상으로 임의표집 하였다.

3. 연구도구

본 연구 도구는 대상자의 일반적 특성 7문항, DNR 관련 특성 2문항, DNR 결정 후 간호활동 변화 39문항의 총 48문항으로 구성되었다.

1) 일반적 특성 및 DNR 관련 특성

본 연구 대상자의 일반적 특성은 연령, 성별, 종교, 결혼 상태, 근무경력, 근무부서, 최종학력으로 구성되었고, DNR 관련 특성은 DNR 교육경험 유무와 DNR 교육의 필요성에 대한 인식이다.

2) 심폐소생술금지(DNR) 결정 후 간호활동의 변화

본 연구에서 DNR 결정 후 간호사의 간호활동 변화는 이정희(2002)의 중환자실 간호사의 직무분석 도구와 배영란(2000)의 호스피스 간호역할 도구를 김현지(2014)가 수정·보완한 도구를 사용하였다. 이 도구는 4개의 하위영역으로 구성되었고, 신체적 영역 21문항, 정서적 영역 9문항, 영적 영역 6문항, 사회적 영역 3문항의 총 39문항이다. 각 문항은 DNR 결정 후 간호활동의 '소극적 변화(간호활동 감소)' 1점, '변화 없음' 2점, '적극적 변화(간호활동 증가)' 3점으로 평가하며,

점수가 높을수록 DNR 결정 후 간호활동의 변화 정도가 큰 것을 의미한다. 본 도구는 DNR 경험이 있는 3명의 임상 간호사와 간호학 교수 1인에게 내용 타당도를 검증받았다. 연구의 신뢰도 Cronbach's α 는 이정희(2002)의 연구에서는 .98, 배영란(2000)의 연구에서는 .96, 김현지(2014)의 연구에서는 .96이었으며, 본 연구에서 Cronbach's α 는 .96이었다.

4. 자료수집 방법

본 연구의 자료수집 기간은 2015년 9월 1일부터 2015년 9월15일까지였다. 연구자가 간호부를 방문하여 연구목적과 취지를 설명하고 협조를 구한 후, 각 병동의 간호사들에게 다시 연구목적과 방법을 설명하고 연구에 동의한 간호사에게 설문지를 배부하였다. 연구 시작 전 연구에 대한 자율적 참여와 비밀보장, 응답 내용은 연구 목적으로만 사용될 것임을 설명하였다. 또한 언제든지 연구를 철회할 수 있으며 연구 참여로 인한 불이익이 없음을 설명하였고, 연구에 동의할 경우 동의서를 작성하도록 하였다. 총 130부를 배부하여 그 중 124부(95.3%)되었고, 이 중 응답이 불성실한 4부를 제외한 총 120부(92.3%)를 최종 분석 자료로 사용하였다.

5. 자료분석 방법

수집된 자료는 PASW SPSS 20.0 프로그램을 이용하여 분석하였으며, 분석 방법은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 일반적 특성과 DNR 관련 특성은 빈도, 백분율, 평균과 표준편차로 산출하였다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 결정 후 간호활동의 변화 차이를 independent t-test와 one-way ANOVA, Scheffé test를 실시하였다.
- 3) 대상자의 DNR 관련 특성에 따른 DNR 결정 후 간호활동의 변화 차이를 independent t-test와 one-way ANOVA, Scheffé test를 실시하였다.
- 4) 측정도구의 내적 일관성 신뢰도 검증은 Cronbach's α 계수로 구하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성 및 DNR 관련 특성

1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성에 대한 결과는 <표1>과 같다. 대상자의 평균 연령은 32.58(7.08)세였고 성별은 여자가 114명(95%)으로 대부분을 차지했다. 종교가 있는 경우는 57명(47.5%)이었고, 그중 기독교가 31명(25.8%)가 가장 많았고, 원불교 18명(15.0%), 천주교 6명(5.0%) 순이었다. 결혼상태는 기혼이 56명(46.7%), 미혼이 64명(53.3%)이었다. 근무경력(개월)은 평균 104.98(82.57)개월, 평균 8.67(6.88)년이었다. 근무부서는 병동 57명(47.5%), 중환자실 26명(21.7%), 기타 37명(30.8%)이었으며,

최종학력은 3년제 간호과 69명(57.5%), 4년제 간호학과 44명(36.7%), 대학원 이상 7명(5.8%) 순이었다.

2) 대상자의 DNR 관련 특성

대상자의 DNR 관련 특성은 DNR과 관련된 교육을 받은 경험이 있는 간호사가 71명(59.2%), 교육 경험이 없는 간호사가 49명(40.8%)으로 DNR 관련 교육을 받은 대상자가 많았다. DNR 교육 필요성에 대한 인식은 간호사에게 DNR 교육이 필요하다고 생각하는 대상자는 110명(91.7%), 교육이 필요한지 잘 모르겠다 10명(8.3%), DNR 교육이 필요하지 않다 0명(0%)순으로 대부분의 간호사가 DNR 교육이 필요하다고 인식하는 것으로 나타났다. <Table 1. 참조>

<Table 1. 대상자의 일반적 특성 및 DNR 관련 특성>(N=120)

항 목	구 분	빈도(백분율)		평균(표준편차)
연령(세)				32.58(7.08)
성별	남	6	(5.0)	
	여	114	(95.0)	
종교	불교	2	(1.7)	
	기독교	31	(25.8)	
	천주교	6	(5.0)	
	원불교	18	(15.0)	
	없음	63	(52.5)	
결혼상태	기혼	56	(46.7)	
	미혼	64	(53.3)	
근무경력(개월)				104.98(82.57)
근무부서	병동	57	(47.5)	
	중환자실	26	(21.7)	
	기타	37	(30.8)	
최종학력	3년제 간호과	69	(57.5)	
	4년제 간호학과	44	(36.7)	
	대학원 이상	7	(5.8)	
DNR 교육 경험 유무	있다	71	(59.2)	
	없다	49	(40.8)	
DNR 교육 필요성 인식	그렇다	110	(91.7)	
	아니다	0	(0.0)	
	모르겠다	10	(8.3)	

2. 대상자의 일반적 특성에 따른 간호활동 변화

대상자의 일반적 특성에 따른 간호활동 변화를 분석한 결과는 <표2>와 같다. 일반적 특성에 따라 간호사의 DNR 결정 후 신체적 영역, 정서적 영역, 사회적 영역, 영적 영역별 간호활동 변화 정도를 살펴보면, 신체적 영역의 간호활동 변화

는 종교(F=3.459, $p=.010$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 Scheffé test로 사후검정한 결과, 종교가 기독교인 간호사가 원불교인 간호사보다 신체적 영역의 간호활동이 더 적극적으로 증가하는 것으로 나타났다. 사회적 영역의 간호활동 변화는 근무부서(F=3.410, $p=.036$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 사후검

정 결과를 살펴보면 중환자실에 근무하는 간호사의 사회적 영역의 간호활동이 병동을 제외한 타부서의 간호사보다 간호활동의 변화 정도가 낮았다. 대상자의 일반적 특성에 따른 정서적 영역과 영적 영역의 간호활동 변화는 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

3. 대상자의 DNR 관련 특성에 따른 간호활동 변화

대상자의 DNR 관련 특성에 따른 DNR 결정 후 간호활동의 변화를 신체적 영역, 정서적 영역, 사회적 영역, 영적 영역별로 각각 살펴보면 다음과 같다(표2). 신체적 영역의 간호활동 변화는 DNR 교육의 필요성 인식 정도($F=5.048, p=.027$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었고, DNR 교육의 필요성에 대해 잘 모르겠다고 인식하는 간호사는 교육이 필요하다고 인식하는 간호사보다 신체적 영역의 간호활동이 유의하게 감소하였다. 정서적 영역의 간호활동 변화는 DNR 특성과 관련하여 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 영적 영역의 간호활동 변화는 DNR 교육경험 유무($t=-2.816, p=.006$)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며 교육경험이 없는 간호사가 교육경험이 있는 간호사보다 간호활동이 증가하는 것으로 나타났다. 사회적 영역의 간호활동 변화에 있어서도 DNR 교육경험 유무($t=-2.289, p=.005$)에 따라 통계적으로 유의한 차

이가 있었으며 교육경험이 없는 간호사가 교육경험이 있는 간호사보다 DNR 결정 후 간호활동이 증가하였다.

IV. 논의

본 연구는 DNR 결정이 간호사의 간호활동 변화에 미치는 영향을 알아보기 위한 서술적 조사연구이다. 본 연구에서는 DNR을 결정한 후에 간호사의 간호업무, 즉 간호활동의 변화를 신체적 영역, 정서적 영역, 사회적 영역, 영적 영역의 네 영역으로 구분하고 각 영역별로 대상자의 일반적 특성 및 DNR 관련 특성에 따라 살펴보았다. 상급종합병원 간호사를 대상으로 한 본 연구에서 대상자의 대부분(91.7%)이 DNR 교육의 필요성에 대하여 인식하고 있었으나 실제로 DNR 교육을 경험한 간호사는 59.2%에 불과한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 간호사와 의사를 대상으로 DNR 관련 교육과 태도에 대하여 연구한 계영애 등(2015)의 연구에서 대부분의 대상자(간호사 98%, 의사 100%)가 DNR의 필요성에 대하여 동의하고 있으나 DNR 교육 경험이 있는 의료인은 33%에 불과하고, 중환자실 간호사를 대상으로 연구한 김현지(2014)의 연구에서 DNR 교육의 필요성에 대하여 86.6%의 간호사가 인식하고 있으나 실제 교육은 46.7%만이 받은 것과 유사한 결과이다. 또한 상급종합병원에 근무하는

<Table 2. 대상자 특성에 따른 간호활동 변화>(N=120)

항목	구분	간호활동 변화							
		신체적 영역		정서적 영역		영적 영역		사회적 영역	
		M (SD)	t/F(p) scheffe	M (SD)	t/F(p) scheffe	M (SD)	t/F(p) scheffe	M (SD)	t/F(p) scheffe
연령	20세-29세	2.29 (0.46)		2.28 (0.45)		2.27 (0.47)		2.27 (0.53)	
	30세-39세	2.20 (0.52)	.899 (.410)	2.22 (0.40)	1.415 (.247)	2.29 (0.66)	.170 (.844)	2.31 (0.57)	.043 (.958)
	40세 이상	2.36 (0.54)		2.48 (1.04)		2.35 (0.60)		2.30 (0.59)	
성별	남자	2.04 (0.28)	-1.151 (.252)	2.29 (0.376)	-.024 (.981)	2.44 (0.37)	.659 (.511)	2.55 (0.45)	1.159 (.249)
	여자	2.28 (0.50)		2.30 (0.60)		2.28 (0.57)		2.28 (0.57)	
종교	불교 ^a	2.38 (0.00)		2.11 (0.00)		2.50 (0.00)		2.66 (0.00)	
	기독교 ^b	2.40 (0.45)		2.30 (0.36)		2.34 (0.42)		2.46 (0.43)	
	천주교 ^c	2.48 (0.35)	3.459 (.010)	2.57 (0.46)	1.487 (.211)	2.50 (0.66)	1.610 (.176)	2.44 (0.62)	2.059 (.091)
	원불교 ^d	1.91 (0.52)	b > d	2.03 (0.49)		2.00 (0.59)		2.03 (0.79)	
	없음 ^e	2.28 (0.49)		2.35 (0.69)		2.32 (0.61)		2.25 (0.53)	
결혼	기혼	2.29	.369	2.27	-.520	2.297	.057	2.27	-.264

	미혼	(0.52) 2.25 (0.47)	(.713)	(0.74) 2.32 (0.41)	(.604)	(0.69) 2.291 (0.44)	(.955)	(0.61) 2.30 (0.53)	(.792)
근무 경력	5년 이하	2.03 (0.49)		2.29 (0.48)		2.27 (0.48)		2.25 (0.58)	
	6년-10년	2.18 (0.51)		2.29 (0.42)	2.574 (.057)	2.24 (0.49)		2.30 (0.56)	.427 (.734)
	11년-15년	2.23 (0.52)	.546 (.652)	2.058 (0.32)		2.28 (0.86)	.570 (.636)	2.26 (0.50)	
	16년 이상	2.34 (0.46)		2.58 (1.07)		2.45 (0.13)		2.42 (0.60)	
근무 부서	병동 ^a	2.25 (0.47)		2.28 (0.44)		2.27 (0.48)		2.28 (0.61)	
	중환자실 ^b	2.16 (0.49)	1.629 (.201)	2.29 (0.93)	.78 (.925)	2.19 (0.81)	1.042 (.356)	2.08 (0.44)	3.410 (.036)
	기타 ^c	2.38 (0.55)		2.33 (0.48)		2.39 (0.48)		2.45 (0.53)	b < c
최종 학력	3년제	2.19 (0.48)		2.26 (0.71)		2.25 (0.65)		2.24 (0.62)	
	4년제	2.37 (0.51)	2.208 (.115)	2.35 (0.38)	.292 (.747)	2.36 (0.45)	.519 (.597)	2.35 (0.50)	.753 (.473)
	대학원 이상	2.43 (0.30)		2.28 (0.24)		2.28 (0.26)		2.42 (0.25)	
DNR 교육 경험 유무	있다	2.29 (0.54)	.524 (.560)	2.26 (0.69)	-.764 (.446)	2.17 (0.50)	-2.816 (.006)	2.17 (0.56)	-2.893 (.005)
	없다	2.24 (0.40)		2.35 (0.39)		2.46 (0.52)		2.46 (0.53)	
DNR 교육 필요성 인식	그렇다	2.03 (0.50)		2.31 (0.61)		2.30 (0.57)		2.29 (0.57)	
	아니다	0 (0.00)	5.048 (.027)	0 (0.00)	.570 (.452)	0 (0.00)	.202 (.654)	0 (0.00)	.051 (.822)
	모르겠다	1.94 (0.22)		2.16 (0.37)		2.21 (0.58)		2.33 (0.49)	

의료진 중 42.3%만이 말기환자가 자신의 연명치료 중단에 대한 의사표시를 하는 사전의료의향서에 대해 들어본 적이 있다고 하여(박정아, 정덕유, 2013) 본 연구결과를 지지해주고 있다. 이러한 결과는 현재 간호교육의 학부과정, 근무하는 병원에서는 실시되는 간호 실무교육과정, 그리고 중환자 간호, 호스피스 간호, 임종환자 간호 등의 다양한 보수교육 등의 교육과정이 있기는 하지만, 이러한 교육들을 통하여 DNR에 대한 실제적인 교육이 이루어지고 있지 않는 현실을 반영한 것으로 생각된다. 또한 병원에서 근무하는 간호사라면 누구나 한 번쯤은 호스피스나 임종에 가까운 환자를 간호를 경험하게 되는데, 많은 간호사가 DNR 교육을 받지 않은 상태에서 DNR 상황을 접하고 있으며 이로 인해 의료진 간의 환자 치료와 간호에 대한 의견 간의 불일치, 잘못된 DNR 판단, 의료인의 의무를 다하지 못했다는 죄책감과 윤리적 갈등 등을 경험하게 되므로(계영애 등, 2015; 유은영, 양유정, 2015; 이윤정, 이형숙, 2013) 앞으로 간호실무 교육에서 DNR에 대한 교육이 필요하다고 생각된다. 그리고 현재 우리나라의 실정에 맞는 DNR에 대한 표준화된 교육이나 명확한 지침이 없는 상황에서(조정림 등, 2011) DNR 교육은 현실적 어려움

이 있으므로 국가적 차원에서 DNR에 대한 국민적 합의를 도출하고 관련 법률을 제정하여 표준화된 지침의 제정이 필요하다고 판단된다. 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 결정 후 간호사의 간호활동 변화는 종교와 근무부서에 따라 차이가 있었다. 종교에 따라 신체적 영역에서 간호활동의 변화가 있었고, 근무부서에 따라 사회적 영역의 간호활동에 변화가 있었다. 종교가 있는 경우에는 기독교를 믿는 간호사가 원불교를 믿는 간호사보다 DNR 결정 후에 간호활동이 더 적극적으로 변화하는 양상을 보였다. 이는 유은영과 양유정(2015)의 연구에서 간호사의 종교에 따라서 생존 가능성이 없는 환자의 치료 거부에 대한 태도에 유의한 차이가 나타났고 여러 종교 중 기독교를 믿는 간호사의 86%가 환자의 치료 거부에 동의할 수 없다고 한 결과와 비슷한 결과이다. 반면에 여러 선행연구(배영란, 2000; 조정화, 2015)에서는 종교 유무에 따른 간호사의 DNR에 대한 태도, 임종간호(또는 호스피스간호) 수행에 대한 지각과 실제 간호 수행과는 차이가 없는 것으로 보고되고 있으며, 다만 종교에 대한 중요도가 높은 간호사일수록 영적 영역에서의 간호활동이 더욱 증가하는 것으로 나타났다(배영란, 2000). 따라서 간호사의 종교에 따

른 DNR 관련 간호활동 차이와의 관련성에 대해서는 아직 그 근거가 부족하며 향후 종교와의 관련성, 특정 간호활동 영역과 종교와의 관련성에 대한 연구가 필요할 것으로 사료된다.

본 연구에서 근무부서에 따른 간호활동의 차이는 사회적 영역의 간호활동에서 중환자실 근무 간호사가 병동을 제외한 타부서에서 근무하는 간호사보다 DNR 결정 후에 간호활동의 변화가 낮은 것으로 나타났으며, 비록 통계적인 유의성이 없더라도 중환자실 근무 간호사의 간호활동이 타부서 근무 간호사에 비하여 거의 모든 영역에서 감소하는 양상을 보였다. 직접적인 비교는 어렵지만 계영애 등(2015)의 연구에서 간호사의 DNR 임상경험 여부에 따라 DNR의 필요성과 시기, DNR 선언 이후의 다른 치료들의 허용에 대하여 다른 인식과 태도를 보여주는 것으로 보고되었는데, DNR을 경험한 간호사는 DNR 시기를 좀 더 조기로 설정하고 CPR 이외의 항생제 및 인공호흡기와 같은 치료에 대해서도 덜 적극적인 견해를 보여주고 있었다. 이처럼 중환자실 간호사는 타부서 간호사에 비하여 보다 위중하고 응급을 요하는 상황의 환자들을 많이 접하게 되고 이로 인해 CPR이나 DNR 상황을 많이 접하게 되며, 이러한 경험들이 중환자실 간호사의 DNR 환자의 간호활동에도 영향을 주었을 것으로 사료된다.

대상자의 DNR 관련 특성에 따른 DNR 결정 후 간호사의 간호활동의 변화는 DNR 교육 경험 유무에 따라 영적 영역과 사회적 영역의 간호활동에 변화가 있었다. 즉, DNR 교육의 경험이 없는 경우가 교육 경험이 있는 경우보다 영적 영역과 사회적 영역에서는 통계적으로 유의하고 큰 간호활동의 증가를 보였다. 그러나 김현지(2014)의 연구에서는 DNR 관련 특성(교육경험 유무, 교육 필요성 인식)과 영역별 간호활동의 변화 사이에 차이가 없는 것으로 나타나 본 연구와는 다른 결과를 보이고 있는데, 이러한 차이는 본 연구에서는 여러 부서에서 근무하는 간호사들을 함께 조사한 반면에, 김현지(2014)의 연구에서는 중환자실 간호사만을 대상으로 하였기 때문인 것으로 생각된다. 그리고 간호사들은 DNR에 대한 정확한 기준이나 법적적인 지침이 없는 상태에서 체계적이고 일률적이지 않은 DNR 교육을 받거나 또는 전혀 교육이 없는 상태에서 근무하고 있고, 각 의사마다 DNR에 대한 인식과 환자의 치료 방침에도 차이가 있으며, DNR 결정 후에도 환

자 가족의 적극적 치료 요구와 가족 간의 의견 불일치 등의 상황에서 간호활동을 하는 데 갈등과 어려움을 경험하고 있다. 또한 간호사들 스스로 DNR이 결정된 환자에게 치료와 간호를 소홀히 하고 의료인으로써 최선을 다하지 않았다는 죄책감을 느끼는 등의 어려움을 경험하고 있다(계영애 등, 2015). 그러므로 간호사에게 교육을 통하여 DNR 결정이 말기환자의 죽음에 대한 환자의 자기결정권을 존중하고, 편안하고 품위 있는 죽음을 위한 것이며, DNR이 결정되었다고 해서 간호사가 환자 간호를 하지 않아도 된다는 것을 의미하는 것이 아니라는 것을 인식시킬 필요가 있다. 따라서 DNR에 대한 체계적이고 전문적인 교육이 의료현장에서 실시되어야 하며, DNR에 대한 가이드라인의 제정 및 보급, 그리고 간호사 교육이 필요할 것으로 생각된다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 종합병원 간호사 120명을 대상으로 DNR 결정에 따른 간호활동 변화 실태를 파악하여 DNR 환자 간호를 위한 교육내용을 개발하고 간호중재 수립에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도되었다. 연구결과, 간호사의 DNR 교육 필요성에 대한 인식은 91.7%로 매우 높았으나, 실제 DNR 교육을 받은 간호사는 59.2%로 낮았다. DNR 결정 후 간호활동의 변화는 신체적, 정서적, 영적, 사회적 영역의 네 개의 하위영역으로 분류된다. 간호사의 종교에 따라 신체적 영역의 간호활동에 차이가 있었고($F=3.459, p=.010$), 중환자실에 근무하는 간호사가 사회적 영역의 간호활동의 변화가 가장 낮았다($F=3.410, p=.036$). DNR 교육 경험 유무에 따른 차이에서 DNR 교육경험이 있는 간호사가 영적 영역 간호활동 변화($t=-2.816, p=.006$)와 사회적 영역 간호활동 변화($t=-2.893, p=.005$)가 낮은 것으로 확인되었다. 또한 DNR 교육에 대한 필요성을 인식하지 못하는 간호사는 신체적 영역의 간호활동이 감소하였다($t=5.048, p=.027$). 따라서 간호사의 DNR 교육 요구를 충족시키고 교육 기회를 제공하기 위한 간호교육이 필요하며, DNR과 관련한 간호교육과 간호중재를 제공하기 위해서는 체계적이고 표준화된 DNR 지침의 개발과 법률적·정책적 제도 마련이 필요하다.

본 연구의 의의는 아직 DNR에 대한 체계적이고

구체적인 지침이 마련되지 않고 의료인과 관련한 연구가 주로 DNR에 대한 윤리적 태도나 인식에 대해 이루어지고 있는 현 시점에서, DNR 환자 간호 시 DNR 결정에 대한 간호활동의 변화가 있는지 파악하였다는 점, 간호활동의 변화를 특정 부서가 아닌 전체 간호사를 대상으로 조사했다는 점, 그리고 세부 영역별 간호활동의 변화 정도를 파악하였다는 점에서 의의가 있다. 하지만 일부 지역의 간호사만을 대상으로 하였으므로 연구결과를 일반화하는 데에는 제한점이 있다.

이상의 연구 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, DNR 결정 전과 후에 간호활동의 변화를 비교하는 후속 연구를 제언한다. 둘째, 간호실무 교육 시 DNR 관련 내용이 포함된 교육 프로그램을 제언한다. 셋째, 간호사를 위한 DNR 관련 교육 및 중재 프로그램을 개발하고 그 효과를 검증하는 연구를 제언한다.

* 참고문헌

1. 강현입, 염영희(2003). 심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험. 간호행정학회지, 9(3), 447-458.
2. 계영애, 이미연, 박진숙, 김효주, 정태연, 장보영, 김윤정 등(2015). 심폐소생술금지 교육 및 임상 경험에 따른 윤리적 태도. 한국 호스피스·완화의료학회지, 18(3), 208-218.
3. 김미지, 노상미, 류정은, 신상문(2014). DNR 결정의도 관련 연구경향: 텍스트 네트워크 분석을 중심으로. 중앙간호학회지, 14(4), 254-264.
4. 김현아, 김귀분(2011). 심폐소생술 금지(DNR) 환자를 돌보는 간호사의 갈등. 동서간호학회 연구지, 17(2), 139-148
5. 김현지(2014). DNR 결정 후 중환자실 간호사의 간호활동 변화. 경희대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
6. 문정희, 김수미(2013). 노인환자 심폐소생술금지 결정에 대한 간호사의 윤리적 태도와 정서 상태. 한국 호스피스·완화의료학회지, 16(4), 216-222.
7. 박서윤(2011). 노인환자의 심폐소생술금지(DNR)에 대한 윤리적 태도와 인식: 간호사, 의사 및 환자 보호자 중심으로. 한양대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
8. 박정아, 정덕유(2013). 일개 상급종합병원 의료인의 사전의료의향서에 대한 인식비교. 간호과학, 25(2), 25-33.
9. 배영란(2000). 호스피스 간호 역할에 대한 임상간호사의 지각 및 수행과 호스피스 환자의 기대 및 만족정도. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문, 서울.
10. 성미혜, 박재희, 정경은, 한혜란(2007). 중환자실 간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 인식 및 태도조사. 임상간호연구, 13(3), 109-122.
11. 유은영, 양유정(2015). 중환자실 간호사들의 DNR에 대한 윤리적 태도. 한국산학기술학회지, 16(4), 2691-2703.
12. 이명선, 오상은, 최은옥, 권인각, 권성복, 조경미, 강영야, 옥정휘(2008). 심폐소생술 금지와 관련된 병원간호사들의 경험. 대한간호학회지, 38(2), 298-309.
13. 이명순(2010). 노인환자의 심폐소생술 금지 결정에 대한 간호사의 인식과 정서 상태. 계명대학교 대학원 석사학위논문, 대구.
14. 이윤정, 이형숙(2013). 심폐소생술 금지 결정에 대한 통합적 문헌고찰 : 2010년 이후 국내자료를 중심으로. 생명윤리, 14(2), 41-52.
15. 이주연, 최은희, 박경숙(2014). 암 환자의 심폐소생술금지에 대한 인식과 윤리적 태도. 중앙간호학회지, 14(1), 32-40.
16. 조정림, 이은남, 변숙진(2011). 심폐소생술 금지에 대한 간호사의 인식. 중환자간호학회지, 4(1), 11-24.
17. 조정화(2015). 임상간호사의 심폐소생금지에 대한 태도와 임종간호수행. 아주대학교 대학원 석사학위논문, 수원.
18. 한성숙, 정순아, 문미선, 한미현, 고규희(2001). DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사. 간호행정학회지, 7(3), 403-414.
19. Saevareid, T. J., Balandin, S. (2011).

Nurses' perceptions of attempting cardiopulmonary resuscitation on oldest old patients. *J Adv Nurs*, 67, 1739-1748.