

## 종합병원간호사의 DNR(Do-not-resuscitate)에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행에 관한 연구

손유림<sup>1\*</sup>, 서영숙<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>경북전문대학교 간호학과

<sup>2</sup>동국대학교 간호학과

### A Study on Ethical Attitude to DNR and Terminal Care Performance of Hospital Nurse

Yu-Lim Son<sup>1\*</sup>, Young-Sook Seo<sup>2</sup>

<sup>1\*</sup>Department of Nursing, College of Kyungbuk

<sup>2</sup>Department of Nursing, University of Gyeongju Donguk

(Received April 5, 2015; Revised April 12, 2015; Accepted April 20, 2015)

#### Abstract

**Purpose.** The purpose of this study was to investigate DNR attitude and terminal care performance among hospital nurses.

**Methods.** The participants were 207 nurses working in hospital nurses in D and G cities. Data on DNR attitude and terminal care performance were collected via questionnaire between April 2015 and July 2015. Data analysis was done with SPSS 12.0 program and included one-way ANOVA, independent t-test, and Pearson correlation.

**Result.** DNR attitude of participants in this study were shown to have high levels (DNR attitude:  $M=32.64/60$ ,  $SD=6.14$ ). Terminal care performance of participants in this study were shown to have poor levels (physical  $M=20.72/32$ ,  $SD=3.77$ , psychological  $M=20.26/32$ ,  $SD=3.85$ , spiritual  $M=9.62/24$ ,  $SD=3.65$ ). The attitude of the hospital nurse was significantly different according to the marital status. The terminal care performance was significantly different according to experience of terminal care. The DNR attitude by nurses was positively correlated to physiological terminal care performance ( $r=.137$ ,  $p<.049$ ) but the relationship between the psychological terminal care performance ( $r=.016$ ,  $p=.815$ ) and spiritual terminal care performance showed no correlation ( $r=-.099$ ,  $p=.157$ ).

**Conclusion.** The results of this study indicate that it is necessary to increase DNR attitude and to encourage terminal care performance among hospital nurses.

**Key Words:** DNR attitude, Hospital nurse, Terminal care attitude.

---

\* Corresponding Author : [yrim1022@naver.com](mailto:yrim1022@naver.com)

## 1. 서론

### 1.1. 연구의 필요성

현대 의료과학의 발달은 인간의 건강증진과 수명연장이 가능하게 되었으며 치료가 어려워 소생가능성이 없는 환자의 질병이 치료되는 사례가 증가하면서 평균 수명이 길어졌다. 그러나 현대의학의 새로운 의료기술은 회복이 불가능한 환자에도 역지로 생명을 연장시키는 치료가 계속되면서 인간의 평균수명이 연장되고 있다<sup>1)</sup>. 그러나 소생이 불가능하고 비가역적인 환자에게도 치료의 목적으로 사용되면서 인위적인 생존기간이 연장되고 있다. 이러한 인위적 생명연장은 고통을 겪으면서 살아가게 되거나 인간적 품위를 유지하고 평화로운 죽음을 맞이하는 것을 방해할 수 있다<sup>2)</sup>. 인위적 생명유지장치와 함께 인간의 생명유지 방법으로 심폐소생술을 선택하고 있다. 회복이 불가능한 환자에게도 심폐소생술이 적용되면서 호흡과 심장정지 환자에게 단순히 생명을 연장시키면서 인위적인 생존기간을 연장하는 무의미한 상황이 발생하면서 인간의 존엄성을 해치는 부작용과 인간의 죽음에 대해 주변사람들 및 가족들의 심리적 경제적 고통과 도덕적 사회적 갈등을 초래하는 등 복합적인 문제를 초래하고 있다.

DNR(Do-Not-Resuscitate)은 급성 호흡정지 혹은 심정지가 발생하였을 때 심폐소생술을 실시하지 않는 것을 말한다. 현대의학에서 CPR의 시행은 응급환자의 소생가능성을 크게 확대시켰으나 회복이 불가능하고 비가역적인 환자에게도 치료의 목적으로 사용되면서 심폐소생술의 성공은 심장이 멈추는 것은 막았으나 죽음을 지연시키는 정도로 그치므로 회복가능성이 없는 무익한 생명유지 치료를 계속하여 환자의 인간적 존엄성을 해치기에 이르렀다. 그에 따라 죽음을 앞둔 환자의 자기결정권 존중과 적극적인 의료행위의 제한에 대한 심폐소생술 사용으로 인해 치료의

중단이나 보류로 인한 여러 가지 법적, 윤리적 쟁점의 소지를 유발하게 되었다<sup>3)</sup>.

우리나라는 2013년 환자의 연명의료 자기결정에 관한 권고안(초안)을 작성하고 환자가 연명의료 대신 호스피스·완화의료를 선택할 수 있도록 정부와 사회가 적극적으로 제도를 마련하기 위해 이 권고안을 국가생명윤리심의위원회에 보고하였으며, 향후 과제에 대하여 논의 중에 있다<sup>3)</sup>.

이렇듯 국가적 차원에서의 의료정책의 변화는 회복 불가능한 상태로 고통스러운 죽음을 지연시키면서 단순히 생명을 연장시키는 환자들의 DNR에 대한 자기결정권과 DNR의 선택으로 죽음의 존엄성을 지키기 위한 변화를 시도하고 있다. 그러나 생명유지와 보존의 최선의 의무를 이행하는 의료전문인은 DNR을 선택하더라도 환자의 삶을 포기하게 하는 결과를 초래하기 때문에 신중할 필요가 있다<sup>4)</sup>. DNR을 포함한 연명 의료 중지 등에 대한 의사결정 과정에서 생명연장의 무의미한 치료행위가 오히려 고통 받는 기간만 증가시킬 수 있기 때문에 고통 없이 죽을 권리에 대한 환자의 요구, 회복 가능성이 없는 환자의 가족이 겪는 정신적, 경제적 부담 등으로 환자나 가족들이 종종 심폐소생술금지(DNR)을 선택하는 경우가 있다<sup>4)</sup>. 심폐소생술금지(DNR)의 선택은 치료의 중단이나 보류로 인해 환자와 가족들 간에 갈등과 의견상충과 함께 생명과 관련된 윤리적 딜레마가 커지는 문제가 있으며 죽음의 존엄성을 항상 보장하지 못하고 있는 실정이다<sup>5)</sup>.

외국의 경우 의사, 간호사, 사회복지사와 가족들로 구성된 생명윤리위원회의 논의를 거쳐 병원의 DNR 원칙을 적용하고 있다. 우리나라의 경우 임종이 임박한 시점에 의사나 보호자의 판단으로 DNR 선택이 이루어지고 있다<sup>6)</sup>.

이때 치료의 중단이나 보류를 가져오는 심폐소생술금지(DNR) 과정에서 DNR이 결정되는 시기부터 삶의 종료시점까지 환자는 정신적, 육체적, 영적으로 평온한 상태에서 남은 생을 보내기를 원하므로 총체적인 간호가 요구된다<sup>7)</sup>.

특히 간호사는 임종환자의 임종과 관련된 신

체적 증상 관리와 심리사회적, 영적 요구를 충족시켜줄 수 있는 중요한 위치에 있다.

죽음에 대한 두려움, 고립과 외로움, 절망감, 불안과 공포 등의 부정적 사회적 심리적 반응을 겪는 임종을 앞둔 환자를 간호하는 간호사들은 일반 환자를 간호할 때와는 또 다른 스트레스를 경험하게 된다<sup>8)</sup>.

환자의 죽음을 예견하고 이에 대한 불안과 공포 및 심한 고통을 호소하면서 가족과 사회로부터의 이별을 준비하는 과정을 지켜보는 간호사는 임종을 맞이하는 환자와 가족이 가지고 있는 다양한 심리적 사회적 어려움과 임종환자들이 표현하는 불안, 분노와 고통을 간호하기 위해서 고도의 숙련된 간호가 필요하다<sup>7)</sup>.

지금까지의 DNR과 관련된 연구를 살펴보면, DNR에 관한 윤리적 태도<sup>5)10)11)12)</sup>, 환자보호자와 의료인의 인식, DNR 결정 후 간호활동의 변화<sup>19)</sup>에 대한 연구들이 있고, 임종간호와 관련된 연구는 말기암 환자를 간호하는 간호사들의 죽음불안과 소진<sup>13)14)15)</sup>, 임종간호태도<sup>16)17)18)</sup>, 임종간호수행<sup>6)19)20)</sup> 등의 연구가 있으며, 임종을 맞이하는 환자를 간호하는 간호사는 죽음부정, 죽음불안 등 죽음에 관한 부정적인 태도를 가지고 있다고 하였다<sup>9)</sup>. 간호사의 DNR 대한 부정적인 태도는 말기환자와 가족의 임종간호수행에 영향을 미칠 수 있다<sup>6)</sup>.

그러나 간호사들의 DNR에 대한 태도와 임종간호수행 간의 관련성을 규명한 연구는 미흡한 실정이다. 앞으로 전인적 임종간호수행을 정립하기 위해서는 먼저 DNR에 대한 윤리적 태도와 이들이 수행하고 있는 임종간호수행 정도와 실태를 파악할 필요가 있다.

따라서 본 연구는 종합병원간호사를 대상으로 간호사의 DNR에 대한 태도와 임종간호수행간의 관련성을 규명하여 효율적인 임종간호중재를 개발하는데 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

## 1.2. 연구목적

본 연구의 목적은 종합병원간호사를 대상으

로 임상간호사들이 DNR과 관련하여 직면하는 윤리적인 문제에 대한 태도와 임종간호수행 정도를 알아보기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대상자의 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도를 파악한다.
- 2) 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR(Do-Not-Resuscitate)에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도의 차이를 확인한다.
- 3) 대상자의 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행과의 상관관계를 확인한다.

## 2. 연구대상 및 방법

### 2.1. 연구설계

연구는 종합병원에 근무하는 간호사들의 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행의 관계를 파악하는 서술적 조사연구이다.

### 2.2. 연구대상 및 자료수집

2015년 3월부터 6월까지 대구경북에 소재하는 4개 종합병원에서 근무하는 간호사 208명을 대상으로 하였다. 표본수를 산출하기 위하여 G\*power 3.1.7 프로그램을 이용하여 계산한 대상자수는 상관분석의 경우 중간정도의 효과크기( $r$ ) 0.3과 유의수준 0.05, 검정력( $1-\beta$ ) 90%를 기준으로 했을 때 correlation을 위한 최소표본 181명이었으므로 적절한 대상자수 220명을 선정하였다. 설문지는 일반적 특성 10문항, DNR에 대한 윤리적 태도 19문항, 임종간호수행 22문항으로 구성하였다. 수거된 설문지 중 자료가 불충분한 13부를 제외한 207부를 분석하였다. 연구 참여에 동의한 대상자에게 연구자의 신분, 연구의 목적을 설명하고 설문조사 결과는 연구 이외의 목적에 사용하지 않을 것과 개인의 프라이버시 존중을 위해 익명성을 보장하였다. 자료수집 중 참여를 원치 않으면 언제든지 설문조사를 거부할 수 있음을 설명한 후 서면동의를 받았다.

### 2.3. 연구도구

#### 1) DNR에 대한 윤리적 태도

DNR에 대한 윤리적 태도를 조사하기 위하여 Lee(1990)<sup>21)</sup>과 Han(1992)<sup>22)</sup>의 도구를 기초로 Park(2010)<sup>23)</sup>가 다시 수정 보완하여 19문항으로 만든 도구를 사용하였으며, 각 문항에 대해 ‘찬성’, ‘반대’, ‘모르겠다’로 윤리적 태도를 측정하였다. 찬성인 경우 1점, 반대인 경우와 모르겠다인 경우는 0점으로 점수가 높을수록 윤리적 태도가 긍정적인 것이다. Sung 등(2010)<sup>23)</sup>의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.63$ 이었으며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.74$ 였다.

#### 2) 임종간호수행

임종간호수행은 박순주(1996)<sup>24)</sup>가 개발한 도구를 이용하여 간호사가 환자에게 제공하는 임종간호수행을 측정할 값을 의미한다.

총 22문항으로 신체적 영역 8문항(1~8번), 심리적 영역 8문항(9~16번), 영적 영역 6문항(17~22번)등 3개의 하부영역으로 구성되어 있으며, ‘항상 그렇다’ 4점, ‘그저 그렇다’ 3점, ‘그렇다’ 2점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점을 주는 4점 척도로 측정하였다. 점수가 높을수록 임종간호수행 정도가 높은 것을 의미한다. 박순주(1996)<sup>24)</sup>의 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.96$ 이었으며, 본 연구에서 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha=.89$ 이었다.

### 2.4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS WIN 12.0 프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 일반적인 특성은 빈도와 백분율을 구하였고, DNR(Do-Not-Resuscitate)에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도는 평균과 표준편차를 구하였다. 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR(Do-Not-Resuscitate)에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도는 t-test와 ANOVA로 분석하였다.

DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행의 관계는 Pearson's correlation coefficients로 분석하였다.

## 3. 연구결과

### 3.1. 대상자의 일반적 특성

응답자의 207명의 대상자 특성을 살펴보면, 연령은 25세 이하가 43.3%로 가장 많았으며, 성별은 전부 여성으로 68.3%가 미혼이었다. 간호사 경력은 1-5년 사이가 59.1%로 가장 많았고, 근무부서는 중환자실이 37.5%로 가장 많았다. 종교는 종교가 없거나 그 외가 51.8%로 가장 많았으며, 임종간호경험이 있는 사람이 71.2%로 많았으며, 임종간호 빈도는 21회 이상이 50.0%로 많았다. 가족이나 친지의 임종을 지켜본 사람이 70.2%로 많았으며, 임종간호교육을 받은 적이 없는 사람이 67.8%로 많았다 <Table 1>.

### 3.2. DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도

대상자의 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 분석결과 DNR에 대한 윤리적인 태도는 최대 3점에 문항평균  $1.63\pm 0.31$ 점으로 나타났으며, 임종간호수행은 최대 4점에 문항평균  $2.24\pm 0.38$ 점으로 나타났다. 임종간호수행의 하위 영역별로 살펴보면, 신체적 영역  $2.59\pm 0.47$ 점으로 가장 높았으며, 심리적 영역  $2.53\pm 0.48$ 점, 영적 영역  $1.60\pm 0.61$ 점의 순으로 나타났다 <Table 2>.

### 3.3. 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도

대상자의 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도는 결혼여부( $t=2.345, p=.020$ )에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 미혼

Table 1. The Demographic Characteristics of participants and the Characteristic related to ethical attitude to DNR and terminal care performance N=207

Characteristics	Frequency	%	Mean±SD
Age(yrs)			28.81±6.68
≤25	90	43.3	
26 - 30	58	27.9	
≥30	59	28.4	
Liligion			
Christianity	25	12.0	
Catholicism	12	5.8	
Buddhism	62	29.8	
None & Others	108	51.8	
Marriage			
Not married	142	68.3	
Married	65	31.7	
Working unit			
Internal medicine ward	74	35.6	
Surgery ward	25	12.0	
ICU *	78	37.5	
ER†	18	8.7	
Others	12	5.8	
Work experience at hospital(years)			6±6.09
1 - 5	123	59.1	
6 - 10	45	21.6	
11≤	39	18.8	
Experience of family death			
Yes	146	70.2	
No	61	29.3	
Experience of terminal care			
Yes	148	71.2	
No	59	28.4	
Experience of terminal care education			
Yes	66	31.7	
No	141	67.8	
Frequency of terminal care			
≤10	54	26.0	
11 - 20	49	23.6	
≥21	104	50.0	

\* ICU: Intensive Care Unit, † ER: Emergency Room

Table 2. Degree of Ethical attitude to DNR and terminal care performance among three domains. N=207

Dimensions	Minimum	Mazimum	Mean±SD	Observe range
Ethical attitude to DNR	1.00	3.00	1.63±0.31	1 - 3
Terminal care perfomance				
Physical	1.00	4.00	2.59±0.47	1 - 4
Psychological	1.25	4.00	2.53±0.48	1 - 4
Spiritual	1.00	4.00	1.60±0.61	1 - 4
Subtotal	1.42	3.79	2.24±0.38	1 - 4

Table 3. Differences of ethical attitude to DNR and terminal care performance levels according to General Characteristics N=207

Characteristics	Ethical attitude	t or F(p)	Terminal care	t or F(p)
	to DNR		performance	
	M±SD		M±SD	
Age(yrs)				
≤25	33.08±5.49	2.253(.108)	50.10±7.19	1.788(.170)
26~30	33.38±7.00		49.62±9.23	
≥30	31.22±6.04		52.32±9.27	
Religion				
Christianity	30.08±6.23	2.000(.115)	50.40±6.99	.556(.645)
Catholicism	33.50±5.57		52.58±8.16	
Buddhism	32.35±5.78		49.65±8.63	
Others	33.29±6.19		50.60±8.44	
Marriage				
Not married	33.30±5.64	2.345(.020)*	50.59±7.83	-.001(.999)
Married	31.17±6.94		50.60±9.73	
Working unit				
Internal medicine ward	32.23±5.87	1.018(.399)	49.11±8.18	2.003(.096)
Surgery ward	32.32±6.56		48.48±9.44	
Intensive care unit	33.64±6.31		52.13±7.89	
Emergency room	31.56±5.75		51.17±9.85	
Others	30.83±5.75		53.42±7.73	
Work experience at hospital(years)				
1~5	32.93±5.62	.401(.670)	50.04±7.76	2.004(.137)
6~10	32.02±7.51		50.02±9.03	
11≤	32.38±6.14		53.03±9.56	
Experience of family death				
Yes	32.25±5.67	-1.403(.162)	51.10±8.77	1.312(.191)
No	33.56±7.12		49.41±7.54	
Experience of terminal care				
Yes	32.67±6.09	.134(.894)	50.56±8.22	2.253(.025)*
No	32.54±6.32		50.62±8.57	
Experience of terminal care education				
Yes	33.33±5.85	1.124(.263)	51.10±8.77	-.045(.964)
No	32.30±6.27		49.41±7.54	
Frequency of terminal care				
≤10	31.50±5.47	1.601(.204)	49.83±8.07	2.691(.070)
11~20	31.43±6.19		48.71±7.31	
≥21	33.32±6.41		51.88±8.97	

의 경우 DNR에 대한 윤리적 태도 점수가 더 높았다. 임종간호수행 정도는 임종간호 경험 유무(t=2.253, p=.025)에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 임종간호경험이 있는 대상자의 경우 임종간호수행 점수가 더 높았다<Table 3>.

### 3.4. DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행과의 상관관계

DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행의 상관관계분석결과, 부분적으로 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

Table 4. Correlation Coefficients of ethical attitude to DNR and terminal care performance

N=207

	Ethical attitude to DNR
Terminal care performance	
Physiological	.137(.049) *
Psychological	.016(.815)
Spiritual	-.099(.157)

DNR에 대한 윤리적 태도와 신체적 임종간호수행은 정상관관계가 있는 것으로 나타났다( $r=.137, p=.049$ ). DNR에 대한 윤리적 태도와 심리적 임종간호수행과 영적 임종간호수행은 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다( $r=.016, p=.815$ )( $r=-.099, p=.157$ ). 신체적 임종간호수행은 심리적 임종간호수행과 정상관관계가 있는 것으로 나타났으며( $r=.628, p<.001$ ), 심리적 임종간호수행은 영적 임종간호수행과 정상관관계가 있는 것으로 나타났으나( $r=.276, p<.001$ ), 신체적 임종간호수행과 영적임종간호수행은 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다( $r=.103, p=.141$ )<Table 4>.

#### 4. 고 찰

현재 종합병원간호사들은 DNR에 대한 연구를 통하여 만들어진 지침서를 활용하여 서면화된 DNR 처방을 이행하고 DNR에 대한 원칙을 적용하고 있다. 90%이상의 간호사가 DNR 결정과정에 직접 참여하고 있는 미국의 경우와는 달리 우리나라 간호사들은 DNR 과정에 간접적으로 참여하거나 의사와 보호자의 결정에 따라 DNR을 수행하는 실정에 머무르고 있다.

임종을 맞이하게 되는 대상자를 직접적으로 돌보는 간호사의 DNR에 대한 윤리적 태도 정도와 임종간호수행 간의 차이를 알아보고 상관관계를 파악해 볼 필요가 있다.

간호사들의 DNR에 대한 윤리적 태도 정도는 평균 32.63점으로 나타났다. 이를 항목별 평점 평균 1.63점으로 DNR에 대한 윤리적 태도 정도가 중간수준 이상이라고 할 수 있는데 이는 간호대학생을 대상으로 한 Kim의 연구에서 3.83점으로 환산된 평점의 수준과 유사하게 나

타났다<sup>19)</sup>.

간호사들도 DNR에 대한 윤리적인 태도가 긍정적으로 나타났으며 간호사가 될 간호대학생도 DNR의 태도에 긍정적으로 나타났다. 살 가망이 없는 대상자가 심장마비를 일으켰을 때, 주치의 판단에 의한 DNR 결정, 의사가 인공호흡기를 소극적으로 적용할 경우, 다른 치료를 의사가 하지 않겠다고 했을 때와 보호자가 환자에 대해 무관심할 때에 DNR에 대해 찬성한다는 대상자가 많았다. ‘DNR이 선언된 후 의료진들이 환자에게 관심이 줄어드는 것은 당연하다는 것’은 반대의 의견이 높았는데 이는 응급구조사의 의견과도 일치한다.

‘인공호흡기로 생명을 유지하는 무의식환자에 대해 가족이 원하는 경우 인공호흡기를 중지시키는 것이 옳다고 생각한다’에 55.1%가 찬성하는 것으로 나타났다. 이는 암환자를 대상으로 한 Lee, Choi & Park (2014)<sup>8)</sup>의 연구에서 69.9%가 찬성한 결과보다는 낮은 결과이며, 간호대학생과 비보건계열 대학생을 비교한 Kim (2010)<sup>19)</sup>의 연구에서 간호대학생이 61.5%가 찬성한 결과와 비보건계열 대학생이 58.3%가 찬성한 결과와 유사하다. 이러한 결과는 환자가 신체적 정신적 기능이 매우 감소된 상태에서 DNR을 결정해야 하는 상황에 처하게 되었을 때 대상자들은 DNR 시행에 대해 환자 대리인인 가족이 결정하는 것이 옳다고 다수가 생각하고 있다. 현재 국내 의료현장에서 DNR 결정 시기가 환자의 의사결정 능력이 있는 시점이 아니기 때문이라고 해석할 수 있다. 그렇다면 환자는 자기결정권을 존중받을 수 있는

DNR 결정시기가 환자의 의사결정능력이 있는 시점으로 볼 수 있다.

‘환자 상태는 주치의가 가장 잘 알고 있으며

로 DNR결정은 주치의 판단에 따른다.’에 37.2%가 찬성하는 것을 나타냈다. 암환자를 대상으로 한 Lee, Choi & Park (2014)<sup>8)</sup>의 연구에서 73%가 찬성한 결과와 상반되는 결과로 DNR 결정을 자기 자신이 해야 할지 모르는 암환자의 경우 의사의 결정을 받아들일겠다는 의미로 받아들여질 수 있으며 병원간호사들은 환자상태만으로 DNR을 결정을 주치의의 판단만으로 따르기 어렵다고 생각하는 것으로 볼 수 있으며 보다 더 객관적이고 표준화된 DNR 표준지침과 법제화가 필요함을 시사한다.

‘간호사들은 보호자에게 항상 상태를 그대로 설명해 주는 것이 좋다.’에 73.4%가 찬성한다는 것에 대해서도 대부분의 간호사들이 긍정적인 태도를 보여 Lee, Choi & Park (2014)<sup>8)</sup>의 연구 결과 87.7%가 찬성한 결과와 유사하게 나타났다. Lee, Choi & Park (2014)<sup>8)</sup>의 연구 결과를 보면 암환자는 대부분이 본인에게 상태 그대로를 알려주기를 원했는데 암환자는 자기 자신의 상태를 잘 알고 죽음에 대한 준비를 할 필요가 있으며 간호사는 현대 의료로 인해 인간존중이 소외되지 않고 자신의 의지대로 인간의 존엄성을 유지하면서 신체적으로 편안하게 죽음을 맞이하기를 원하는 것이라고 볼 수 있다<sup>8)</sup>.

‘DNR이 선언되면 기본적인 신체적, 심리적 간호가 더 필요하다.’에 82.0%가 찬성으로 나타나 대부분 긍정적인 태도를 보였다. 이는 암환자를 대상으로 한 Lee, Choi & Park (2014)<sup>8)</sup>의 연구결과와 유사하였다. 암환자는 자신의 상태가 악화되었을 때 신체적 심리적 간호 요구도가 높음을 알 수 있으며, 간호사는 DNR의 선언 이후 신체 상태가 악화되는 동안 삶을 편안하게 마감하도록 정서적, 영적 간호를 제공해야 한다고 생각하는 것으로 사료된다.

‘DNR이 선언된 후 의료진이 환자에 대해 관심이 줄어드는 것은 당연하다.’의 의견에 58.0%가 반대로 부정적인 태도를 보였는데 이는 Lee, Choi & Park (2014)<sup>8)</sup>의 연구결과 반대 의견이 69.8%로 높게 나타나 본 연구의 결과와 유사하다<sup>8)</sup>.

본 연구결과 간호사의 임종간호수행 정도는

2.24점이었으며, 신체적 영역 2.59점, 심리적 영역 2.53점, 영적 영역 1.60점 순이었다. 영적 영역의 임종간호수행정도가 가장 낮은 것은 Woo, Kim, & Kim (2013)<sup>6)</sup>의 연구결과와 일치하였다. 이는 지금까지 주로 신체적 고통에 시달리는 말기환자의 신체적 증상을 관리하는 것이 삶의 질을 높이고 안위를 높여주는 중재의 기회가 된다고 여겼기 때문에 임종환자의 심리적 요구나 대인관계에 대한 영적 영역의 간호수행이 신체적, 정신적 측면의 간호에 비해 소홀하게 다루어지는 것으로 볼 수 있다.

본 연구에서 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행의 차이를 규명한 결과 결혼유무에 따라 DNR에 대한 윤리적 태도에 유의한 차이가 있었으며, 임종간호경험 유무에 따라 임종간호수행 정도에 차이가 있는 것으로 나타났으나 연령, 학력, 임상경력, 종교, 근무부서, 임종간호 교육경험, 임종간호 빈도 등의 일반적 특성에 따라 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 이는 Cho (2015)<sup>20)</sup>의 연구결과와 유사하다.

특히 임종간호수행의 경우 임종간호경험 유무에 따라 임종간호수행을 많이 하는 것으로 나타났는데 이는 임종을 맞이하는 환자의 상태를 민감하게 파악해 환자의 느낌, 태도 및 바람을 근거로 모든 간호활동을 계획하고 시행해야 했었을 것이다. 임종환자를 간호했던 경험이 증가할수록 임종간호수행 정도가 발전했다고 볼 수 있다.

본 연구에서 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 정도 간에 상관관계를 살펴본 결과 DNR에 대한 윤리적 태도가 긍정적일수록 신체적 영역에 대한 임종간호수행 정도가 높은 편으로 나타나( $r=.137, p=.049$ ) Cho (2015)<sup>20)</sup>의 연구결과와 일치하였다. 그러나 심리적 영역과 영적 영역과는 상관관계가 없는 것으로 나타났다( $r=.016, p=.815$ ),( $r=-.099, p=.157$ ). 이러한 결과는 DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행 하위영역과 모두 통계적으로 유의한 상관관계가 있었던 Cho (2015)<sup>20)</sup>의 연구결과와는 부분적으로 다른 결과이다. 이는 DNR에 대한 윤리적 태도에 대한 점수가 높을수록 신체적 영

역의 간호수행에 초점을 맞추고 말기환자의 신체적 증상을 간호하는 것이 환자의 고통과 안위를 높여주는 중재의 기회라 여기는 것으로 볼 수 있다. 그러나 임종환자의 대부분은 자기의 죽음에 대한 공포, 허탈감, 비애감, 회피감 등 여러 가지 심리반응을 다른 사람들과 나누고 싶어 하며, 환자가 죽음에 직면하면서 영적인 관심이 높아진다고 하였다. 현재 간호사들은 심리적·영적 영역에 대한 이해와 주관적 믿음에 대한 이해 부족을 원인으로 볼 수 있다. 또한 간호사들은 시간 부족, 지식 부족과 신앙심의 부족이 영적간호수행을 방해하는 것이라고 보고하고 있다.

신체적, 심리적, 영적인 면을 합한 호스피스 간호가 말기 암 환자의 삶의 질을 높이는 데 효과적이었고 환자의 신체적 고통과 심리적 불안이 현저하게 감소되어 자신의 질병과 죽음에 대한 수용정도가 높아졌다고 하였다.

간호사들이 심리적, 영적 영역에 대한 체계적인 간호를 할 수 있도록 임종간호 교육 시 신체적 영역의 간호수행과 함께 심리적, 영적 영역 간호 부분의 중요성과 간호방법을 보완할 필요가 있다고 본다.

따라서 본 연구결과에 의하면 임상현장에서 신체적, 심리적, 영적인 면을 모두 충족시키는 방안을 확대하여 전인적 임종간호가 일반화되도록 할 필요가 있다.

임종간호수행을 위한 정책적인 방안 모색하여 신체적 임종간호수행을 충분히 뒷받침하는 심리적, 영적 영역을 통합한 체계적인 임종간호교육 프로그램을 통해 임종간호수행의 질적 향상을 도모할 필요가 있다.

## 5. 결론

본 연구는 종합병원간호사의 DNR에 대한 태도와 임종간호수행의 정도와 관련성을 파악함으로써 DNR과 임종간호수행의 질 향상을 도모하기 위해 시도되었다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

종합병원 간호사의 DNR에 대한 윤리적 태

도의 문항에서는 ‘살 가망이 없는 환자를 가능한 모든 방법을 동원해서 생명을 연장시켜야 한다’에 반대 74.9%로 가장 높은 비율이었으며, ‘DNR이 선언된 환자에게도 무균술을 철저히 지켜야 한다’에 찬성 90.8%로 가장 높은 비율로 나타났다. 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR에 대한 윤리적 태도는 결혼유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 임종간호수행 정도는 임종간호 경험유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. DNR에 대한 윤리적 태도와 임종간호수행은 부분적으로 상관관계가 있는 것으로 나타났다. DNR에 대한 윤리적 태도는 신체적 임종간호수행과 정 상관관계로 나타났으나 심리적, 영적 임종간호수행과는 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타났다.

이상의 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 우리나라 종합병원 간호사에게 DNR에 대한 객관적 평가도구를 구축하여 DNR 결정에 지표가 될 수 있는 교육제공과 지침서 개발이 필요하다.

둘째, DNR이 결정된 대상자의 임종간호수행을 높일 수 있는 DNR 과 임종 관련 교육프로그램 또는 사례 보고서 활용이 필요하다.

셋째, DNR에 대해 긍정적인 윤리적 태도를 가지고 간호사와 환자 본인이 DNR 결정에 참여할 수 있도록 죽음준비교육이 필요하다.

## 참고문헌

1. Han, Y. R. & Kim, I. H. Attitude toward death and recognition of hospice of community dwellers. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2008;22(1);49-61.
2. Han, Y. R., & Kim, I. H. Attitude toward death and recognition of hospice of community dwellers. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2008;22(1);49-61.
3. Research Institute for Healthcare Policy, <http://webzine.rihp.re.kr/webzine>. 2015;13(1).

4. Wilson, D. M. Highlighting the role of policy in nursing practice through a comparison of DNR policy influences. *Nursing Outlook*, 1999; 44(6);707-711.
5. Kim, S. M. Recognition and attitudes on DNR of college students(focused on comparison between nursing and non- health department college students). 2010;11(12);4907-4921.
6. Woo, Y. W., Kim, K. H., & Kim, K. S. Death anxiety and terminal care stress among nurses and the relationship to terminal care performance. 2013;16(1);33-41.
7. Choi, S. S. & Kim, J. S. Study on Spiritual well-being Hope and self-esteem of nursing students. *Journal of Nursing education*. 1998; 4(2);331-342.
8. Lee, J. Y., Choi, E. H., & Park, K. S. Awareness and Ethical Attitudes Toward ‘Do-Not-Resuscitate(DNR)’ for Cancer Patients. *Journal of Korean Oncology Nursing Society*, 2014;14(1);32-40.
10. Jung, J. Y., & Shin, S. Y. Awareness and Ethical Attitudes about DNR of emergency department students (Differences in recognition according to bioethics education). *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society*, 2014;15(2);1074-1082.
11. Lee, J. E., Koh, B. Y. & Kim, G. Y. Awareness of and ethical attitude toward “Do Not Resuscitate” orders in 119 emergency medical technicians, 2014;18(2);95-108.
12. Kim, Y. S. Attitude of Death, Perception on Hospice and Attitudes of DNR by Nursing Students in an Area. *Journal of Korean Health Service Management*, 2014;8(3);219-228.
13. Kim, K. J. & Yong, J. S. Spirituality, death anxiety and burnout levels among nurses working in a cancer hospital. 2013;16(4); 264-273.
14. Kwen, H. S., Suh, I. S., & Kim, H. K. Readiness for Death and Death Anxiety among Hospitalized Cancer Patients. *Journal of the Korea Contents Association*, 2013; 13(9);334 - 343.
15. Kang, J. H. & Han, S. J. Readiness for Death and Death Anxiety among Hospitalized Cancer Patients. *journal of Korean hospice and palliative care*, 2013; 16(2);80-90.
16. Kim, K. J. & Yong, J. S. Spirituality, death anxiety and burnout levels among nurses working in a cancer hospital. 2013;16(4); 264-273.
17. Ji, S. I., & Yoo, H. S. The Impact of Clinical Nurses' Terminal Care Attitude and Spiritual Health on Their Terminal Care Stress. *journal of Korean hospice and palliative care*, 2014;17(4);232-240.
18. Noh, S. S. A study on death perception, terminal care attitude, and terminal care performance of clinical nurses caring for cancer patients. Unpublished master's thesis. Sungkyunkwan University, 2010.
19. Park, S. J., Choi, S. H. A study on the degrees of death orientation and terminal care performance of nurses. *Journal of Korean Academic Fundamental Nursing*, 3, 285-97.
20. Cho, J. H. A study on attitude to DNR and terminal care performance of clinical nurse. Ajou University, 2015.
21. Lee, Y. S. A study of the ethical values of Korean nurses, Unpublished master's thesis, Chungang University, Seoul, 1990.
22. Han, S. S. The nature of ethical dilemmas and decision making in hospital nursing practice. Doctor's degree, Seoul University, Seoul, 1992.
23. Sung, M. H., Park, J. H., Jung, K. E., & Han, H. R. ICU nurses' awareness and attitudes to the ethical dilemma associated

- with DNR. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 2007;13(3):109-122.
24. Park, S. J. A study on the degrees of death orientation and terminal care performance of nurses. Unpublished master's thesis. Chonnam National University, 1996.