

종합병원 간호사의 Do-Not Resuscitation 경험에 따른 연명치료중단 지식과 태도

김순자*, 김현숙*, 채 영*, 김원정*, 강지숙**

I. 서론

1. 연구의 필요성

현대의 생명과학과 의료기술의 발달은 인간의 건강수준을 향상시키고 평균수명을 길게 하였으며 질병으로부터 삶을 유지하고 치료를 연장시키게 하였다. 그러나 현대 의학의 발전에도 불구하고 치료행위에 있어서 인간의 역할은 매우 제한적이어서 현재의 의학 수준으로 볼 때 소생 가능성이 없다고 판단되는 경우도 있다.¹⁾ 또한 의료 소비자의 권리신장으로 인간생명의 존엄성과 윤리적 가치관의 문제가 대두되면서, 심정지나 호흡정지 후 거의 일상적으로 행해지는 심폐소생술은 인류의 많은 생명을 구하는 데 커다란 공헌을 하고 있다. 그러나 심폐소생술은 특성상 급성

질환이나 외상에 의한 손상을 받은 사람들에게는 성공적인 것에 반해 만성적이고 불가역적인 말기질환에는 큰 효과가 없어 반복적인 심폐소생술은 단지 죽음을 지연시키기만 할 뿐 잠재적으로 환자의 고통을 증가시키기 때문에 말기환자들의 심폐소생술거절(do-not resuscitation, DNR) 사례가 늘어나기 시작하였다.²⁾

심폐소생술거절이란 질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에게 심폐소생술을 실시했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수는 있지만 질병의 경과에서 영향을 미칠 수 없을 것이라는 판단 하에 앞으로 심정지가 일어나도 심폐소생술을 시행하지 않는 것을 의미한다.³⁾ DNR의 개념은 1976년 Rabkin 등에 의해 처음으로 공식발표 되었고, DNR의 지시 허용이 확대되었으며, 국내에서도 의사의 판단하에 결정되었던

교신저자: 강지숙, 원광대학교 의과대학 간호학과, 063-850-6072, jskang@wku.ac.kr

* 원광대학교 의과대학병원 신경외과중환자실 ** 원광대학교 의과대학 간호학과

1) 고효정. DNR에 대한 간호사의 윤리적 태도와 DNR 결정 후 간호활동의 변화 연구. 석사학위논문. 조선대학교 대학원, 2004.

2) Wilson M. High lighting the role of policy in nursing practice through a comparison of "DNR" policy influences and "No CPR" decision influences. Nurse Outlook 1996 ; 44(6) : 272-279.

DNR 지시가 환자의 자율성이 강조되면서 응급 실이나 중환자실 중심으로 DNR 시행이 최근 들어 점점 늘어나는 추세이다.⁴⁾ DNR 지시의 의미는 말 그대로 심폐소생술을 실시하지 말라는 의미, 즉 환자입장에서 심폐소생술 거절일 뿐이며, 이 개념은 지시된 치료를 중단하거나 줄이는 것을 의미하지 않는다. 이에 반해 연명치료란 말기환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료로써,⁵⁾ 연명치료중단은 인위적인 연명 치료를 중단하는 것으로 소극적 안락사와 혼동되어 사용되고 두 개념이 비슷한 의미를 내포하고 있지만, 일반적으로 연명치료중단은 급성 호흡정지 혹은 심정지가 발생했을 때 심폐소생술을 시행하지 않는 것을 포함한 넓은 의미로, 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 생명유지 장치를 철회하거나 더 이상의 치료적 활동을 중단하는 것을 뜻한다.⁶⁾

실제 임상현장에서 DNR과 연명치료중단에 대한 용어의 혼동, 인식부족, 불명확한 가이드라인으로 인해 말기환자 발생 시 불필요한 연명 치료를 계속해야 하거나 의료비용 등의 문제로 보호자들의 모든 처치를 거부해 크고 작은 마찰의 원인이 되는 경우도 종종 있어 왔다.⁷⁾ 국내의 경우 2009년에 김 할머니 사건으로 불리는 세브란스 병원의 존엄사 소송문제가 대표적인 사례라 하겠다. 2009년의 김 할머니 사건은 대법원의 인공호흡기 제거에 대한 판결로 연명치료중단을

공식적으로 인정한 최초사례로써, 이를 계기로 보건복지부는 2009년 12월 종교계, 의료계, 법조계, 시민사회단체, 입법부로부터 추천된 위원들로 사회협의체를 구성하고, 연명치료중단의 제도화에 필요한 주요 쟁점 사항을 논의한 결과를 2010년 7월에 발표한 바 있다.⁸⁾ 그러나 이러한 발표만으로 연명치료중단에 대한 모든 논의가 종결된 것이 아니므로 추후 제도화를 위한 계속적인 논의가 필요하다.

또한 실제 임상현장에서 미국의 경우 1990년 자기결정법(Patient's Self-Determination Acts)이 통과하여 병원에 처음 입원하는 환자에게 죽음의 과정에 관한 사전의사 결정서(advanced directives)를 받도록 하고 있는 데 반해,⁹⁾ 우리나라에서 연명치료중단의 결정은 'No CPR Order'의 명칭으로 DNR과 연명치료중단의 개념이 혼재된 상태로 공공연하게 행해지고 있으며, 미국에 비해 환자의 의견을 묻기보다 보호자의 의견에 의존하며, 환자의 존엄한 죽음을 위한 연명치료중단이기보다는 소생불가능에 대한 의학적 판단이 가장 우선시 되고, DNR과 연명치료중단 개념에 대한 인식 또한 의료진 사이에서 차이가 있어 이에 대한 합의 없이 다소 불명확하게 이루어지고 있다.¹⁰⁾ 따라서 적절한 논의를 거친 지침서가 만들어져 있거나 연명치료 중단 처방의 법적인 근거가 매우 필요하다.

환자에게 연명치료중단 결정을 내리는 것은 한 나라의 의료수준은 물론 사회적 관습, 문화적 특성, 종교 등에 영향을 받을 수 있고, 연명치료

3) 한성숙, 정순아, 문미선 등. DNR에 대한 간호사의 인식 및 태도 조사. 간호행정학회지 2001 ; 7(3) : 403-414.

4) 송태준, 김규표, 고윤석. 한 대학병원 중앙내과에서 사망한 환자들의 심폐소생술 금지 지시 결정 요소. 대한내과학회지 2008 ; 74(4) : 403-410.

5) 보건복지부. 연명치료중단 제도화 관련 사회적 협의체 논의 결과. 보건복지부, 2010년 7월 15일 발표.

6) 김미숙. 회복불능환자의 연명치료중단에 관한 공청회: 안락사에 대한 사회적 인식. 서울 : 보건사회연구원, 2002.

7) 김상훈. 말기환자의 DRN 결정에 대한 고찰. 간호학 탐구 1999 ; 8(2) : 80-89.

8) 보건복지부. 위의 글(주5), 2010년 7월 15일 발표.

9) 손명세. 치료중단의 윤리문제와 법적장치. 대한의사학회지 1998 ; 4(7) : 707-711.

10) 김상희. 암환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate) 의사결정에 관한 연구. 간호학 탐구 2005 ; 13(1) : 127-143.

중단 결정과정에서 중요한 요인으로는 연령, 질병 위중도, CPR의 무용성, 환자의 고통 경감이거나 존엄한 죽음 등을 들 수 있으며, 연명치료중단이 결정된 환자에 대해 의료진의 환자에 대한 태도가 소홀해질 수 있다.¹¹⁾ 연명치료중단은 의료진 자신의 가치 판단뿐만 아니라 환자나 가족의 사회, 문화, 종교적 배경의 영향을 받을 수 있기 때문에¹²⁾ 연명치료중단을 둘러싼 의료상황뿐만 아니라 환자와 가족의 다양한 문화권에 따른 상황을 정확하게 이해해야 될 것이다. 환자에게 연명치료중단 결정을 내리는 것은 가족에게는 무거운 책임이며, 불확실성에 대한 압박감과 살인자라는 죄책감을 경험하게도 되는 심각한 경험이어서 때론 가족들은 결정을 내리는 것을 서로 미루기도 한다.¹³⁾ 이러한 심각한 의료적 결정은 비단 환자 가족만이 책임을 느끼는 경험이 아니라 가까이에서 계속 지켜보아야 하는 간호사에게는 더 많은 스트레스로 다가올 수 있다. 간호현장에서 간호사가 자신의 윤리적 가치관에 따라 의사결정을 하고 환자의 옹호자로서 역할을 하지만, 이에 대한 지지체계가 없어 의기소침해지고 소진상태를 유발하는 원인이 되기도 한다.¹⁴⁾ 연명치료중단 의사결정 과정에서 환자와 가족을 가장 자주 대하는 간호사의 참여가 때로는 요구된다.¹⁵⁾ 간호사는 치료의 보류와 중단을 자제하는 연명치료중단 결정과정에서 윤리적인 결정을 도출하는 딜레마를 최소화하기 위하여서는 객관적 사실에 근거한 결정을 내릴 수 있도록 정보를 제공하고, 환자의 자율적 의사결정

을 적극적으로 반영하며 더 나아가 임상현장과 의료사회 전반에 걸쳐 연명치료중단에 대한 기준이나 지침에 대한 합의가 이루어지도록 노력하여야 한다. 따라서 환자와 가족 가장 가까이에 서 연명치료중단 결정을 내리는 데 영향을 줄 수 있는 간호사는 그에 따른 도덕적, 윤리적 문제에 직면할 수 있기 때문에 간호사의 연명치료중단에 대한 개념 이해 및 정확한 지식과 이에 대한 가치관 확립이 무엇보다 우선된다 하겠다. 또한 임상현장에서 DNR은 연명치료중단 개념과 혼동되게 사용되고 행해지고, DNR경험과 윤리의식과 태도에서 차이를 보고하였으므로,¹⁶⁾ 연명치료중단을 결정해야 하는 임상현장에서 간호사의 DNR 경험, 연명치료중단 지식과 태도에 대한 파악이 필요하다.

이에 본 연구는 병원에서 근무하는 간호사의 DNR 경험, 연명치료중단 지식 및 태도를 분석하고 연명치료중단에 대한 지식과 태도의 상관관계를 파악하여 연명치료중단 환자를 대하는 간호사에게 도움을 줄 수 있는 자료로 활용하기 위해 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구는 병원에서 근무하는 간호사를 대상으로 DNR 경험, 연명치료중단 지식 및 태도를 분석하고 연명치료중단 지식과 태도의 상관관계를 파악한 연구로 구체적인 목적은 다음과 같다. 첫째, 대상자의 일반적 특성을 파악한다.

11) 이미희, 강희선. 노인의 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 태도와 우울 및 자아존중감과의 관계. 한국노년학 2007 ; 27(2) : 323-334.

12) Nyman DJ, Sprung CL. End-of-life decision making in the intensive care unit. Intensive Care Medicine 2000 ; 26(10) : 1414-1420.

13) Ellen R. Family dynamics in end-of-life treatment decisions. General Hospital Psychiatry 1994 ; 16(4) : 251-258.

14) 이순행, 김정숙, 황문정 등. 임상간호사의 DNR과 관련된 윤리문제에 대한 태도 조사. 임상간호연구 1998 ; 4(1) : 147-161.

15) 김상희. 위의 글(주10). 127-143.

16) 강현임, 염영희. 심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험. 간호행정학회지 2003 ; 9(3) : 447-458.

둘째, 대상자의 DNR 경험 및 관련특성을 파악한다.

셋째, 대상자의 DNR 경험 및 관련특성에 따른 연명치료중단 지식의 차이를 파악한다.

넷째, 대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 태도의 차이를 파악한다.

다섯째, 대상자의 연명치료중단 지식과 태도와의 상관관계를 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 구조화된 설문지를 이용하여 대학병원 근무간호사의 DNR 경험, 연명치료중단 지식 및 태도를 분석하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구 대상 및 자료수집방법

본 연구는 익산 소재 W 대학교 기관 내 윤리위원회(IRB)의 승인을 받았다(승인번호: IRB 2012-09-9). 본 연구의 표본 수는 G-power 3.0을 이용하여 유의수준 0.05, 검정력 80%, 효과 크기 medium 수준에서 계산하여 158명 이상으로 산출되었다. 이에 전라북도 익산시에 소재하는 일개 대학병원 간호사를 대상으로 2012년 2월 1일부터 15일까지 2주간 예비조사를 거쳐 간호학 교수 1인의 도움을 받아 설문지를 수정, 보완하였다. 연구의 목적을 이해하고 설문참여에 동의한 간호사를 대상으로 2월 23일부터 3월 31일까지 270부를 배포하여 250부를 회수하였다. 이후 불성실한 답변으로 분석할 수 없었던 5부

를 제외한 총 245부를 자료분석 대상으로 하였다.

3. 연구도구

1) DNR 경험

DNR이란 질병 혹은 사고로 인해 죽음이 예상되는 환자에게 심폐소생술(cardiopulmonary resuscitation, CPR)을 실시했을 때 일시적으로 심박동을 회복시킬 수는 있지만, 질병의 경과에서 영향을 미칠 수 없다는 판단하에 앞으로 심정지가 일어나도 흉부압박, 인공호흡, 전기적 제세동, 응급약물 공급을 포함한 CPR을 시행하지 않는 것을 의미한다.¹⁷⁾

본 연구에서는 환자입장에서 심폐소생술을 거절하는 것으로 환자의 회생 가능성이 없다는 의사의 판단하에 서면으로 DNR 동의서를 받은 상태에서 환자 임종을 경험한 것을 의미한다.

2) 연명치료중단 지식

연명치료중단이란 말기 환자의 상병 원인을 직접 치료하거나 주된 병적 상태를 개선할 수는 없지만 생명을 연장할 수 있는 치료로, 관을 통한 영양과 수분 공급, 진통제 투여, 심폐소생술, 혈액투석, 수혈, 장기이식, 고단위 항생제 투여, 수술 등을 의미하는 연명치료를 중단하는 것으로, 회복 불가능한 환자가 인간의 존엄성을 잃지 않고 죽음을 맞이할 수 있도록 불필요한 과도한 치료를 중단하는 것을 의미한다.¹⁸⁾

연명치료중단에 대한 지식정도를 파악하기 위해 김분한 등¹⁹⁾이 개발한 16문항의 도구를 개발

17) 한성숙, 정순아, 문미선 등. 위의 글(주3). 403-414.

자의 동의를 얻어 사용하였다. 연명치료중단 지식은 16개의 항목에 대해 ‘예’, ‘아니오’로 측정하였고, 맞춘 정답에 대해 100점 만점으로 환산하여 점수를 산출하였다. 이 도구의 신뢰도는 개발 당시 Cronbach's $\alpha=0.83$ 이었고, 본 연구에서는 Cronbach's $\alpha=0.74$ 로 나타났다.

3) 연명치료중단 태도

연명치료중단에 대한 태도는 박계선²⁰⁾이 개발한 도구를 변은경 등²¹⁾이 수정 보완한 19문항으로 5점 Likert 척도를 이용하였다. 총 19개 문항 중 긍정적인 15문항에 대해 각각 ‘매우 그렇다’ 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점을 주어 점수화하였고, 부정적인 4 문항에 대해 ‘전혀 그렇지 않다’ 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘보통이다’ 3점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘그렇지 않다’ 1점으로 계산하였으며 총 점수가 높을수록 연명치료중단에 대해 긍정적인 태도를 나타내었다. 변은경 등²²⁾의 연구에서 도구의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.88$ 이었으며, 본 연구에서의 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.82$ 이었다.

4. 자료분석방법

본 연구에서 수집된 자료는 PASW PC+/win 18.0 통계 프로그램(SPSS Inc., Chicago, IL, USA)을 이용하여 다음과 같은 분석을 하였다.

첫째, 대상자의 일반적 특성은 실수, 백분율, 평균, 표준편차로 산출하였다.

둘째, 대상자의 DNR 경험 및 관련특성은 실수, 백분율을 산출하였다.

셋째, 대상자의 DNR 경험 및 관련특성에 따른 연명치료중단 지식은 t-test와 ANOVA를 이용하여 분석하였다.

넷째, 대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 태도는 t-test로 분석하였다

다섯째, 대상자의 연명치료중단 지식과 태도와의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 통하여 분석하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성

본 연구에서 대상자의 일반적 특성은 <표 1>과 같다.

대상자의 연령은 평균 32.26±7.89세이었고, 20대가 118명(48.2%)으로 가장 많았고, 대상자 모두 여성이었다. 결혼상태로는 미혼인 경우가 144명(58.8%)이었고, 종교로는 종교가 없는 경우가 124명(50.6%)으로 가장 많았고, 원불교 66명(26.9%), 기독교 40명(16.3%), 천주교 8명(3.3%), 불교 7명(2.95%) 순이었다. 교육 정도로는 전문대 졸업인 경우가 145명(59.2%)로 절반이상을 차지하였고, 대학교 졸업 89명(36.3%), 대학원 졸업 11명(4.5%) 순이었다. 대상자의 근무경력은 평균 8.86±8.13년이었고, 5년 미만인 경우가 109명(44.5%), 15년 이상인 경우 55명(22.5%), 5~10년 53명(21.6%),

18) 보건복지부. 위의 글(주5). 2010년 7월 15일 발표.

19) 김분한, 김윤희, 박수정 등. DNR에 대한 대학생의 지식 및 태도에 관한 연구. 한양대학교 간호학과 논문집 2010 ; 1(1) : 17-25.

20) 박계선. 소생 불가능한 환자의 안락사에 대한 의료진의 의식조사: Q-방법론적 접근. 석사학위논문. 단국대학교 대학원, 2000.

21) 변은경, 최혜린, 최애리 등. 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사. 임상간호연구 2003 ; 9(1) : 112-124.

22) 변은경, 최혜린, 최애리 등. 위의 글(주21). 112-124.

<표 1> 대상자의 일반적 특성

(n=245)

	변수	M (SD)	n (%)
연령(세)	20~29세		118 (48.2)
	30~39세		77 (31.4)
	40세 이상		50 (20.4)
		32.26 (7.89)	
성별	남성		0 (0.0)
	여성		245 (100.0)
결혼상태	미혼		144 (58.8)
	기혼		101 (41.2)
종교	원불교		66 (26.9)
	기독교		40 (16.3)
	천주교		8 (3.3)
	불교		7 (2.9)
	종교 없음		124 (50.6)
교육정도	전문대 졸		145 (59.2)
	대학교 졸		89 (36.3)
	대학원 졸 이상		11 (4.5)
근무경력(년)	5년 미만		109 (44.5)
	5~10년		53 (21.6)
	10~15년		28 (11.4)
	15년 이상		55 (22.5)
		8.86 (8.13)	
지위	일반간호사		217 (88.6)
	책임간호사		15 (6.1)
	수간호사 이상		13 (5.3)
근무병동	일반병동		159 (64.9)
	중환자실		55 (22.4)
	응급실		20 (8.2)
	특수파트		11 (4.5)
중환자실 경력	있음		168 (68.6)
	없음		77 (31.4)

<표 1> Continued

변수		M (SD)	n (%)
응급실 경력	있음		188 (76.7)
	없음		57 (23.3)

M (SD) : mean (standard deviation).

10~15년 28명(11.4%) 순으로 5년 미만인 경우와 15년 이상인 경우가 5~15년 근무경력의 경우보다 많았다. 대상자는 일반간호사가 217명(88.6%)으로 대부분을 차지하였다. 근무병동으로는 일반병동 159명(64.9%), 중환자실 55명(22.45%), 응급실 20명(8.25%), 특수파트 11명(4.5%) 순으로 일반병동 근무가 가장 많았다. 중환자실 경력면에서 중환자실 경력이 있는 경우가 168명(68.6%)이었고, 응급실 경력으로는 응급실 경력이 있는 경우가 188명(76.7%)을 차지하였다.

2. 대상자의 DNR 경험 및 관련 특성

대상자의 DNR 경험 및 관련 특성은 <표 2>와 같다.

대상자 중 DNR 경험을 한 경우가 86명(35.1%)이었고, 연명치료 경험이 있는 경우는 80명(32.7%)을 차지하였다. 연명치료중단의 필요성이 있다고 한 경우는 225명(91.85%)으로 대부분이 필요하다는 응답을 하였고, 연명치료중단 필요성의 이유에 대해서는 환자의 통증 85명(37.75%), 환자 삶의 의미 상실 65명(28.95%), 인간의 존엄성 상실 44명(19.65%), 가족에게 짐이 됨 14명(6.2%), 가족의 경제적 부담 11명(4.9%), 환자의 질병 외 증상 9명(4.05%) 순으로 응답하였다. 연명치료중단 불필요 이유에 대해서는 생명존중 20명(100%),

기적, 희망에 대한 믿음 10명(50%), 비도덕적, 죄책감 5명(25%) 순으로 응답하였다. 연명치료라고 생각하는 것에서는 인공호흡 211명(81.6%), 수술 131명(53.5%), 약물치료 104명(42.4%), 수혈 94명(38.4%), 투석 94명(38.45), 영양 및 수액공급 87명(35.5%), 각종검사 65명(26.5%), 통증조절 64명(26.1%), 기타 의료 행위 64명(26.1%) 순으로 인지하고 있었다. 말기암환자의 사전의료의향서(Advance Directive)에 대해 들어본 적이 있는 경우가 90명(36.7%)이었고, 모든 말기암환자의 사전의료의향서 작성이 필요하다고 한 경우가 129명(52.7%)이었고, 환자의 결정에 간호사의 정보제공이 필요하다고 한 경우가 177명(72.2%)으로 인지도가 비교적 높았으나, 연명치료중단 발표지침에 대해 들어본 적이 있는 경우가 46명(18.8%)으로 인지도가 낮았다.

3. 대상자의 DNR 경험 및 관련 특성에 따른 연명치료중단 지식

대상자의 DNR 경험 및 관련 특성에 따른 연명치료중단 지식의 차이는 <표 3>과 같다.

대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 지식은 DNR 경험이 있는 경우가 42.44±21.84점으로 DNR 경험이 없는 경우 35.73±21.49점보다 유의하게 높았다($t=2.319, p=0.021$). 그 외 관련 특성에 연명치료중단 지식의 유의한 차이

<표 2> 연구 대상자의 DNR 경험 및 관련 특성 (n=245)

변수	범주	n (%)
DNR 경험	있음	86 (35.1)
	없음	159 (64.9)
연명치료 경험	있음	80 (32.7)
	없음	165 (67.3)
연명치료중단 필요성	있음	225 (91.8)
	없음	20 (8.2)
연명치료중단 필요성 이유* (n=225)	환자의 통증	85 (37.7)
	환자 삶의 의미 상실	65 (28.9)
	인간의 존엄성 상실	44 (19.6)
	가족에게 짐이 됨	14 (6.2)
	가족의 경제적 부담	11 (4.9)
	환자의 질병외 증상	9 (4.0)
연명치료중단 불필요 이유* (n=20)	생명존중	20 (100.0)
	기적, 희망에 대한 믿음	10 (50.0)
	비도덕적, 죄책감	5 (25.0)
연명치료라고 생각하는 것*	인공호흡	211 (81.6)
	수술	131 (53.5)
	약물치료	104 (42.4)
	수혈	94 (38.4)
	투석	94 (38.4)
	영양 및 수액공급	87 (35.5)
	각종검사	65 (26.5)
	통증조절	64 (26.1)
	기타 의료 행위	64 (26.1)
	말기암환자의 사전의료의향서(Advance Directive) 들어본 적 있음	예
아니오		155 (63.3)
모든 말기암환자의 사전의료의향서 작성 필요함	예	129 (52.7)
	아니오	116 (47.3)
환자의 결정에 간호사의 정보제공이 필요함	예	177 (72.2)
	아니오	68 (27.8)
연명치료중단 발표지침에 대해 들어본 적 있음	예	46 (18.8)
	아니오	199 (81.2)

*중복응답문항임.

<표 3> 대상자의 DNR 경험 및 관련 특성에 따른 연명치료중단 지식 (n=245)

변수	M (SD)	t or F	p	
연령(세)	20~29세	36.12 (21.62)	1.097	0.336
	30~39세	40.83 (24.28)		
	40세 이상	38.50 (17.78)		
교육정도	전문대 졸	38.71 (22.93)	0.195	0.823
	대학교 졸	36.94 (20.81)		
	대학원 졸 이상	39.20 (14.28)		
근무경력(년)	5년 미만	36.53 (21.74)	0.345	0.793
	5~10년	39.03 (23.48)		
	10~15년	39.06 (24.92)		
	15년 이상	39.77 (18.80)		
지위	일반간호사	37.41 (21.97)	1.123	0.327
	책임간호사	45.83 (22.62)		
	수간호사 이상	40.38 (17.23)		
근무부서	일반병동	38.17 (23.16)	1.332	0.265
	중환자실	34.43 (19.20)		
	응급실	44.69 (19.27)		
	특수파트	43.18 (15.68)		
중환자실 경력	있음	39.29 (20.32)	-0.532	0.561
	없음	37.54 (22.49)		
응급실 경력	있음	41.12 (20.08)	-1.199	0.232
	없음	37.17 (22.28)		
DNR 경험	있음	42.44 (21.84)	2.319	0.021*
	없음	35.73 (21.49)		
연명치료 경험	있음	41.80 (21.71)	1.864	0.064
	없음	36.29 (21.69)		
연명치료중단 필요성	있음	38.83 (21.81)	1.806	0.072
	없음	29.69 (20.47)		

*p<0.05.

는 없었다.

4. 대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 태도

대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 태

<표 4> 대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 태도 (n=245)

문항	DNR 경험		t	p
	유(n=86), M (SD)	무(n=159), M (SD)		
1. 회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야 한다.*	2.30 (0.81)	2.64 (0.90)	-2.941	0.004 [†]
2. 회복 불가능한 환자나 그 환자가족이 경제적 어려움으로 연명치료중단을 요청한다면 허용해야 한다.	2.50 (0.90)	2.38 (0.72)	1.086	0.279
3. 회복 불가능한 환자가 치료과정의 고통보다는 연명치료중단을 선택할 경우 그것은 환자를 위한 방법이다.	2.31 (0.82)	2.32 (0.75)	-0.066	0.948
4. 회복 불가능한 고령의 환자일수록 연명치료중단은 그들의 여생을 마감하는 한 방법이라고 할 수 있다.	2.34 (0.81)	2.35 (0.69)	-0.088	0.930
5. 회복 불가능한 환자나 그 환자가족이 종교적 신념으로 연명치료중단을 요구할 경우 존중해 주어야 한다.	2.33 (0.82)	2.60 (0.84)	-2.449	0.015 [†]
6. 회복 불가능한 환자나 그 환자가족이 기도삽관을 거부 할 경우 꼭 필요한 처치여도 하지 말아야 한다.	2.74 (0.94)	2.84 (0.85)	-0.834	0.405
7. 회복 불가능한 환자의 혈압이 떨어져도 환자나 환자가족이 원할 경우 혈압 상승제 투여를 중지해야 한다.	2.58 (0.91)	2.81 (0.81)	-1.953	0.053
8. 회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을 때 심폐소생술을 시행해야 한다.*	2.86 (1.00)	3.14 (1.03)	-2.085	0.038 [†]
9. 연명치료중단을 결정할 때는 객관적이면서도 윤리적 지침이 필요하다.	2.06 (0.80)	2.13 (0.77)	-0.647	0.518
10. 가족은 환자의 죽음을 결정할 권리가 있다.	2.58 (0.93)	2.68 (0.88)	-0.815	0.416
11. 환자는 본인의 죽음을 결정할 권리가 있다.	2.00 (0.81)	2.09 (0.81)	-0.809	0.419
12. 회복 불가능한 환자의 연명치료중단을 장기이식을 위해 허용해야 한다.	2.92 (0.91)	2.96 (0.85)	-0.320	0.749
13. 환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자의 인공호흡기 작동을 중지해야 한다.	2.67 (0.86)	2.65 (0.64)	0.249	0.804
14. 환자가족이 원하는 경우 회복 불가능한 무의식 환자에게 인공호흡기를 서서히 줄이는 것은 환자를 배려하는 것이다.	2.56 (0.89)	2.66 (0.78)	-0.933	0.352
15. 부양가족이 없는 환자의 경우 회복 불가능 하다면 의료진의 판단에 따라 연명치료중단을 취하는 것이 바람직하다.	2.95 (1.01)	2.99 (0.89)	-0.323	0.747

<표 4> Continued

문항	DNR 경험		t	p
	유(n=86), M (SD)	무(n=159), M (SD)		
16. 환자가족이 회복 불가능한 환자의 자의퇴원을 원할 경우 직 계가족의 서명을 받고 퇴원시켜주어야 한다.	2.47 (0.78)	2.41 (0.71)	0.576	0.565
17. 회복 불가능한 환자의 경우 심정지가 예상될 때 심폐소생술 금지 승낙을 받는 것은 바람직하다.	2.09 (0.70)	2.42 (0.81)	-3.127	0.002 [†]
18. 회복 불가능한 환자라도 병원에 입원해 있는 경우 기본적인 투약(수액, 항생제 등)은 해주어야 한다.*	3.65 (0.73)	3.55 (0.83)	0.973	0.332
19. 회복 불가능한 환자라도 아무런 치료나 처치 없이 죽어 가는 것을 보고만 있는 것은 의료인으로서 있을 수 없는 일이다.*	3.40 (0.94)	3.48 (0.83)	-0.709	0.479
평균	2.60 (0.44)	2.69 (0.40)	-1.664	0.097

*역문항, [†]p<0.01, *p<0.05.

도의 차이는 <표 4>와 같다. 대상자의 DNR 경험에 따른 연명치료중단 태도는 DNR 경험이 있는 경우 평균 2.60±0.44, DNR 경험이 없는 경우 2.69±0.40로 DNR 경험이 없는 경우가 DNR 경험이 있는 경우보다 약간 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다(p=0.97). 그러나 세부적으로 ‘회복 불가능한 환자라도 가능한 모든 치료 방법을 다 동원해서 생명을 연장시켜야 한다’는 역문항에서 DNR 경험이 있는 경우 2.30±0.81, DNR 경험이 없는 경우 2.64±0.90로 DNR 경험이 없는 경우가 DNR 경험이 있는 경우보다 유의하게 높아(t=-2.941, p=0.004) 연명치료 중단에 대해 긍정적이었다. ‘회복 불가능한 환자나 그 환자가족이 종교적 신념으로 연명치료중단을 요구할 경우 존중해 주어야 한다’ 문항에서 DNR 경험이 있는 경우 2.33±0.82, DNR 경험이 없는 경우 2.60±0.84로 DNR 경험이 없는 경우가 DNR 경험이 있는 경우보다 유의하게 높아(t=-2.449, p=0.015) 연명치료중단에 대해

긍정적이었다. ‘회복 불가능한 환자라도 심장마비를 일으켰을 때 심폐소생술을 시행해야 한다.’ 역문항에서 DNR 경험이 있는 경우 2.86±1.00, DNR 경험이 없는 경우 3.14±1.03으로 DNR 경험이 없는 경우가 DNR 경험이 있는 경우보다 유의하게 높아(t=-2.085, p=0.038) 연명치료 중단에 대해 긍정적이었다. ‘회복 불가능한 환자의 경우 심정지가 예상될 때 심폐소생술 금지 승낙을 받는 것은 바람직하다’ 문항에서 DNR 경험이 있는 경우 2.09±0.70, DNR 경험이 없는 경우 2.42±0.81로 DNR 경험이 없는 경우가 DNR 경험이 있는 경우보다 유의하게 높아(t=-3.127, p=0.002) 연명치료중단에 역시 대해 긍정적이었다.

5. 대상자의 연명치료중단 지식과 태도

대상자의 연명치료중단에 대한 지식과 태도와 의 관계는 <표 5>와 같다.

<표 5> 대상자의 연명치료중단에 대한 지식과 태도와의 관계 (n=245)

변수	연명치료중단 지식 r (p)
연명치료중단 태도	-0.250 (<0.001*)

*p<0.001.

대상자의 연명치료중단에 대한 지식과 태도는 부적인 상관관계를 나타내어(r=-0.250, p<0.001) 연명치료중단에 대한 지식이 많을수록 연명치료중단 태도가 부정적이었다.

IV. 논의

본 연구는 병원에서 근무하는 간호사의 DNR 경험에 따른 연명치료중단에 대한 지식과 태도를 조사하였다. 그 결과 본 연구에서는 DNR 경험이 있는 간호사는 35.1%로 나타났는데, 간호사를 대상으로 DNR 경험이 각각 51.9%, 79.5%라고 보고한 강현임과 염영희²³⁾와 이윤복²⁴⁾의 연구보다 낮게 나타났다. 이는 본 연구에서 근무경력 5년 미만의 간호사가 44.5%로 많았고, DNR 상황에 많이 노출된 중환자실 근무자보다는 일반병동 간호사가 상대적으로 많이 포함되었기 때문으로 사료된다. 또한 본 연구에서 DNR 개념과 연명치료중단의 개념을 구분하여 조사하였던 것에 비해 강현임과 염영희²⁵⁾와 이윤복²⁶⁾의 연구에서는 DNR을 연명치료중단과 같은 개념으로 조사되었기 때문에 연명치료중

단에 대한 개념을 명확히 하여야 함을 시사하였다. 본 연구에서 간호사의 91.8%가 연명치료중단이 필요하다고 하였고, 연명치료중단의 이유로 환자의 통증, 환자 삶의 의미 상실, 인간의 존엄성 상실 순이었고, 반면, 연명치료중단이 필요하지 않다고 답변한 이유 중 가장 큰 이유는 생명의 존엄성 때문인 것으로 나타났다. 이는 간호사가 연명치료중단에 대해 필요하다고 답한 기존의 연구와 대체로 일치하는 결과로,^{27,28)} 환자의 생명의 존엄성과 삶의 질 유지를 목적으로 연명치료중단의 필요성에 공감하고 이유를 제시함으로써 연명치료중단에 대한 인식과 함의(含意)가 기존연구와 다르지 않음을 나타내었다. 그러나 말기암 사전의료의향서나 2009년에 발표된 연명치료중단 지침에 대해서는 많은 간호사가 들어본 적이 없음을 나타내어 관심이나 체계적인 교육이 부족함을 드러내었다.

본 연구에서 DNR 경험에 따른 연명치료중단 지식에 대한 차이가 유의하게 나타나 DNR 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 유의하게 높았다. 간호는 이론적 지식과 실무가 결합된 것이지만, 구체적 경험을 통해서 실천적 지식을 축적해 나가며 이성으로 대체할 수 없는 몸에 축적된 직관적 능력을 배경으로 하여 실무의 전문성으로 나아감으로,²⁹⁾ 임상현장에서 DNR 경험은 관련된 지식을 습득할 수 있는 계기가 된다고 해석할 수 있다. 반면 교육정도, 근무경력, 지위, 근무 부서에 따라서 연명치료중단 지식에 대한 차이는 나타나지 않아, 실제로 임상현장에서 연명치료

23) 강현임, 염영희. 위의 글(주16). 447-458.

24) 이윤복. 심폐소생술금지(DNR)에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험 및 윤리적 태도. 임상간호연구 2007 ; 13(2) : 73-85.

25) 강현임, 염영희. 위의 글(주16). 447-458.

26) 이윤복. 위의 글(주24). 73-85.

27) 변은경, 최혜린, 최애리 등. 위의 글(주21). 112-124.

28) 이윤복. 위의 글(주24). 73-85.

29) Benner PE. From Novice to Expert, Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo, CA : Addison-Wesley Publishing, 2001.

중단에 대한 체계적인 교육이나 지침 없이 선배들을 통해 나름대로 방식을 배우고, 연명치료에 대한 준비가 제대로 되어 있지 않은 상태에서 연명치료중단에 대한 업무를 수행하고 있다는 이윤복³⁰⁾의 결과와 맥을 같이한다.

본 연구에서 DNR 경험 유무에 따른 연명치료중단 태도는 총 점수에서 유의한 차이가 없었으나 세부적으로 모든 치료방법의 동원, 환자와 그 환자가족의 결정 존중, CPR 관련 사항에 대하여 DNR 경험이 있는 경우가 없는 경우보다 연명치료중단 태도에서 더 부정적인 것으로 나타났고, 또한 연명치료중단 지식점수가 높을수록 연명치료중단 태도에 부정적인 경향을 나타내었다. 경험이란 가장 넓은 의미로 믿음들이 무엇보다도 실제 경험에 의해 확증되기만 하면 받아들여질 수 있고 행동기준이 될 수 있다는 태도를 가리키며,³¹⁾ 지식의 원천이 된다. 따라서 DNR 경험 유무는 연명치료중단에 대한 지식을 형성하고 태도의 기준이 된다. 본 연구의 결과는 성미혜 등³²⁾의 연구에서 안락사에 대해 잘 모르는 간호사가 매우 잘 알고 있는 간호사보다 안락사에 대해 긍정적인 태도를 보이는 것과 비슷한 맥락으로 실제 DNR 경험은 다른 관점에서 치료의 중단이나 보류를 가져오는 결정이며 이에 따라 간호사가 환자에게 관심이 적어질 수 있다는 점에서 법적, 윤리적 쟁점을 포함하여 윤리적인 딜레마 상황에 노출되게 된다.³³⁾ 즉, DNR이

결정된 환자에게도 지속적인 관심을 보여야 함에도 불구하고 전해질 감시, 산염기 관리, 흉부 타진 등의 간호활동은 소극적으로 변화여³⁴⁾ 대상자 간호활동의 차이를 나타내어 차별 없는 간호에 대한 윤리관에 반하게 된다. 따라서 간호는 인간을 다루는 전문직으로 다른 직업보다 인본주의적이고 이타적인 윤리적 가치관의 정립이 요구되는데, 이러한 윤리적인 딜레마는 인간생명의 존엄성 및 삶의 질과 무의미한 연명치료, 상황과 신념 사이에서 간호사로 윤리적 갈등을 야기하게 된다. 이렇듯 DNR 경험은 연명치료중단에 대한 행동기준으로 윤리적 가치관의 갈등상황에 노출되고 태도 또한 더욱 신중해져 연명치료중단 태도에 부정적일 수 있음으로 사료된다.

환자들은 간호사가 자신에게 대하는 태도나 간호사가 가지고 있는 지식을 바탕으로 간호사에 대한 신뢰감을 가지게 된다.³⁵⁾ 지식이 많은 간호사는 환자를 돌봄에 있어 안정성을 유지할 수 있는 필수적인 존재이다.³⁶⁾ McMillan 등³⁷⁾의 연구에서는 과학적인 간호수행을 하기 위하여 반드시 관련지식을 가지고 있어야 하고, 환자의 상태에 대한 간호사의 지식이 부족할 경우 잘못된 수행이 이루어 질 수 있다고 하였다. 연명치료중단 지식과 태도에 있어서도 간호사는 사회적 합의와 관련 지침을 바탕으로 윤리적 가치관을 정립하고 갈등상황에서 환자와 가족을 지

30) 이윤복. 위의 글(주24), 73-85.

31) 브리태니커 세계대백과사전. 서울 : 공동출판사, 1993.

32) 성미혜, 박재희, 정경은 등. 중환자실간호사의 DNR과 관련된 윤리문제의 인식 및 태도조사. 임상간호연구 2007 ; 13(3) : 10-122.

33) 김상희. 위의 글(주7). 80-89.

34) 고효정. 위의 글(주1). 2004.

35) Bjorklund M, Fridlind B. Cancer patients experiences of nurses's behavior and health promotion activities: a clinical incident analysis. European Journal Cancer Care 1999 ; 8(4) : 204-214.

36) Mancini ME. Performance improvement in transfusion medication: what do nurses need and want? Archives of Pathological Laboratory Medicine 1999 ; 123(6) : 496-502.

37) MacMillan SC, Tittle M, Hagan S, et al. Knowledge and attitudes of nurses in veterans hospitals about pain management in patients with cancer. Oncology Nursing Forum 2000 ; 27(9) : 1415-1423.

지하는 중재자로 역할을 다하여야 한다. 이를 위한 체계적인 교육이 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 간호사의 DNR 경험, 연명치료중단 지식 및 태도를 분석하고 연명치료중단 지식과 태도의 상관관계를 파악하여 임상현장에서 요구되는 연명치료중단에 대한 객관적인 지침을 마련하는 데 도움이 되고자 시도된 서술적 조사연구이다.

본 연구에서 간호사의 DNR 경험은 연명치료중단 지식 및 태도에서 차이를 보였다. 구체적으로 간호사의 DNR 경험은 연명치료중단 지식을 높게 하였으나, 연명치료중단 태도에 대해 부정적인 것으로 나타나 임상현장에서 간호사는 환자의 죽음관련 상황에서 환자와 그 가족이 올바른 판단을 할 수 있도록 지지적 간호를 해야 함에도 불구하고 스스로가 윤리적 갈등 속에 직면하게 됨을 알 수 있었다. 또한 간호사는 연명치료중단에 대한 필요성은 인지하고 있으나 관련 개념을 명확히 하지 않았고, 관련정보에 대한 인

지도가 높지 않음이 파악되었다. 따라서 본 연구를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 임상현장에서 간호사는 DNR, 연명치료중단 등 관련 개념을 명확히 하지 못하고, 기관별로 지침의 부재 및 간호사의 숙지가 부족한 상태에서 윤리적 상황에 직면하는 경우가 많으므로 관련 개념을 명확히 하고 지침과 제도적 장치 마련이 시급하다.

둘째, 임상현장에서 간호사는 연명치료중단 지식과 사전의료의향에 관한 윤리적 및 법적 기준을 잘 알고 생의 윤리학적 문제 상황에 처했을 때 환자의 자율성과 권리를 보호하기 위한 옹호자로 역할을 수행할 수 있도록 준비시키기 위한 체계적인 교육프로그램이 필요하다.

셋째, 임상현장에서 간호사가 중재자로 역할을 잘 하기 위해 연명치료중단에 대한 이해를 높이고 연명치료중단에 대한 간호사 자신의 경험과 과정을 심층적으로 탐색하는 질적연구를 제언한다. ㉞

색인어

심폐소생술금지, 연명치료중단, 간호사

The Effect of Nurses's Experiences with DNR Orders on Their Knowledge and Attitudes Concerning the Withdrawal of Life-sustaining Treatment

KIM Sun Ja*, KIM Hyun Sook*, CHAE Young*, KIM Won Jeong*, KANG Ji Sook**

Abstract

This study was designed to investigate how nurses' experiences with DNR orders affects their knowledge of, and attitudes toward, the withdrawal of life-sustaining medical treatment. After receiving IRB approval, the 245 nurses who agreed to participate in this study completed a self-report questionnaire. The collected data were analyzed with PASW 18.0, which was used to measure frequency, percentage, mean, standard deviation, t-test, ANOVA and Pearson correlation coefficients. The major findings of this study were as follows. 1) The percentage of participants who had some experience with DNR orders was 35.1%. 2) The knowledge score concerning the withdrawal of life-sustaining treatment for nurses with DNR experience was significantly higher than that for nurses without DNR experience ($t=2.319$, $p=0.021$). 3) There was no significant difference in attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment between the two groups of nurses. However, there were significant differences between the two groups on respect for family's CPR decisions. 4) Higher knowledge scores were significantly related to lower attitude scores ($r=-0.250$, $p<0.001$) for the withdrawal of life-sustaining treatment. Nurses with DNR experience have greater knowledge about the withdrawal of life-sustaining treatment than nurses without such experience. Attitudes toward the withdrawal of life-sustaining treatment between these two groups of nurses differ only partially.

Keywords

do-not resuscitation, withdrawal of life-sustaining treatment, nurses

* NSICU, Wonkwang University School of Medicine & Hospital

** Department of Nursing, School of Medicine, Wonkwang University: Corresponding Author