

DNR에 대한 대학생들의 인식 및 태도 (간호대학생과 비 보건계열대학생 비교를 중심으로)

김성미*

¹대구과학대학 간호과

Recognition and Attitudes on DNR of College Students (Focused on Comparison between Nursing and Non-Health Department College Students)

Kim Sung Mi¹

¹Department of Nursing, Daegu Science College

요약 본 연구의 목적은 대학생들의 DNR(Do Not Resuscitate)과 관련된 인식 및 태도를 파악하여 임상에서 사용할 수 있는 DNR에 대한 객관적인 기준을 마련하는데 도움이 되는 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 연구대상은 대구광역시 일개 전문대학생 1267명을 대상으로 하였다. 자료수집기간은 2010년 7월1일부터 7월31일까지였으며, 자료수집방법은 구조화된 질문지를 사용하였다. 자료 분석은 SPSS 17.0 Program을 이용하여 실수와 백분율을 구하였고, χ^2 -test로 분석하였다. DNR에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생 인식 및 태도를 비교한 결과, 인식에 있어서 DNR에 대한 필요성, DNR 찬성 이유, DNR 반대 이유, DNR 결정 주체자의 인식에서 유의한 차이가 있었고, 태도에서는 가족 DNR시행, 자기자신 DNR시행에서 유의한 차이가 있었다. DNR정보제공에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식을 비교한 결과 DNR에 대한 정보제공 필요성, DNR 정보제공 시기, DNR 정보제공 결과, DNR 정보제공 지침서에서 유의한 차이가 있었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 필요성 인식차이에서 종교, 현혈경험에서 유의한 차이가 있었고, DNR 결정 주체자에 대한 인식차이에서 종교, 형제·자매수에서 유의한 차이가 있었다. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족 DNR시행에 대한 태도에서 성별, 연령, 경제상태, 종교, 형제·자매수, 가족중 질환 및 사망자, 현혈경험에서 유의한 차이가 있었고 자기자신 DNR시행에 대한 태도 차이에서 성별, 경제상태, 종교, 형제·자매수, 가족중 질환 및 사망자에서 유의한 차이가 있었다. 본 연구결과를 바탕으로 DNR에 관한 기준을 마련하기 위하여 더 많은 후속 연구가 필요하다고 사료된다.

Abstract The object of this descriptive survey research was to provide basic information source for building objective standards of DNR (Do Not Resuscitate) that can be clinically applied, by analyzing college students' awareness and attitude toward DNR. The participants of the study were 1,267 students from one college of Daegu, South Korea. The structured survey questionnaire was used for data collection, and the survey was conducted from 1-31 July, 2010. The error and percentage was estimated by SPSS 17.0 program, and analyzed with χ^2 -test. As a result of comparing the nursing students' and non-health care major students' awareness and attitude toward DNR, the significant differences were found in the necessity of DNR, reason for supporting DNR, reason for opposing DNR, and DNR decision-maker, among the awareness dimension; among the attitude dimension, significant differences were found in implication of family DNR and self-DNR.

Comparing the nursing students' and non-health care major students' awareness toward DNR related information provision, researchers have found significant differences in the necessity of giving information on DNR, timing of the DNR information provision, result of the DNR-related information provision, and guidelines for the DNR information provision. In terms of the difference in DNR's necessity recognition by the demographic information, the significant differences existed based on the religion and the history of blood donation; in terms of the differences in attitude toward DNR decision-maker, the differences were found on the religion and the number of siblings. For the attitude toward family member's DNR, the significant differences existed for the sex, age, economic status, religion, the number of siblings, the history of familial illness and death, and experience of blood donation; the attitude toward the DNR for the self was significantly differed by the sex, economic status, the number of siblings, and the history of familial illness and death. To establish the standards for DNR based on the study, we suggest more well-designed future studies.

Key Words : DNR, Recognition, Attitude

이 논문은 2010년 대구과학대학 교육역량강화사업단의 지원을 받아 수행한 논문임.

*교신저자 : 김성미(kimteacher02@yahoo.co.kr)

접수일 10년 11월 04일 수정일 10년 11월 25일 게재확정일 10년 12월 17일

1. 서론

1.1 연구의 필요성

현대과학 및 의료기술의 발달로 소생가능성이 없는 환자의 경우에도 단순히 생명을 연장시키는 치료가 계속되면서 인간의 평균수명이 연장되고 있다. 심장돌연사에 이용할 목적으로 1960년대에 개발된 CPR(Cardiopulmonary Resuscitation)은 체계적인 개발과 보급정책으로 응급환자의 소생가능성을 크게 확대시켰다. 회복이 불가능하고 비가역적인 환자에게도 치료의 목적으로 사용되면서, 인위적인 생존기간 만을 연장하는 상황에서 주변 사람들 및 가족들에게 심적인 고통을 증가시키고, 도덕적 사회적 갈등을 초래하였다. 이에 회복 불가능한 상태에 있는 환자는 단지 고통스럽게 죽음을 지연시키기만 할 뿐이므로, 환자나 가족들이 종종 CPR대신 DNR(Do-Not-Resuscitate, 심폐소생술 금지)을 선택하기도 하는데[1], DNR은 급성 호흡정지 혹은 심정지가 발생했을 때 CPR을 실시하지 않는 것을 말한다. DNR의 대두배경은 회복가능성이 없는데도 무익한 생명 유지 치료를 계속하면, 환자가 지닌 인간으로서의 존엄성을 해치게 된다는데 의미를 두고 있다. 그러나 항상 DNR의 선택이 “죽음의 존엄성”을 보장해주는 권리는 아니며 치료의 중단이나 보류로 인한 여러 가지 법적, 윤리적 쟁점의 소지를 유발하게 되며 의료인과 가족들간에 갈등과 의견의 상충을 초래하기도 한다 [2]. 실제로 DNR의 실시는 환자에게 최선의 의료를 제공하여야 하는 의료 전문인의 생명 유지와 보존의 의무를 포기하고, 치료의 중단이나 보류를 가져오는 결정으로 환자의 삶을 포기하게 하는 결과를 초래할 수 있기 때문에, 그 결정은 매우 신중해야 한다[3]. 외국의 경우 의사, 간호사, 환자, 보호자가 참여하여 많은 토론과 윤리위원회의 논의를 거쳐 병원마다 DNR에 대한 원칙을 적용하고 있다[4]. 미국의 경우에는 표준화된 서식과 DNR 대상자임을 알리는 메달, 팔찌, 목걸이 등을 사용하여 대상자를 신속히 파악하고 있으며, DNR에 대한 논의 및 활발한 연구를 통하여 만들어진 지침서를 활용하여 DNR 처방을 시행하고 있다. 또한 간호사가 DNR 결정과정에 직접 참여하는 비율이 90%이상이며, 상당수의 병원에서 서면화된 DNR 지시를 받고 있었으며, 윤리위원회가 있어 윤리적인 결정을 보조해 주는 것으로 나타났다[5, 6]. 이와 상대적으로 우리나라의 간호사는 DNR과 관련하여 간접적인 참여로 주로 상담을 맡고 있으며, 일부 연구에서는 환자 가족이 DNR 의사결정에 중심적인 역할을 하는 의료인은 의사로 인식하고, 간호사의 역할은 소외되거나 인정을 받지 못하고 있는 실정이다[7]. 따라서 치료의 보류와 중

단을 가져오는 DNR 결정과정에서, 객관적인 사실에 근거한 결정을 내릴 수 있도록 유도하고, 환자의 자율적 의사결정을 적극적으로 반영하여 병원 내외 의료사회 전반에 걸쳐 DNR에 대한 기준이나 지침에 대한 합의가 이루어져야 한다. 따라서 DNR 결정과 같은 삶의 종류와 관련하여 딜레마를 최소화 할 수 있는, 윤리적 의사결정에 대한 교육의 필요성이 제기 되고 있다. DNR과 관련된 선행 연구를 보면, 노인을 대상으로 한 연구[8], 입원노인을 대상으로 한 연구[9] 임상간호사의 윤리적 가치관[10]에 대한 조사연구와 간호사의 딜레마[11], 119구급대원을 대상으로 한 연구[12] 등을 찾아 볼 수 있었다. 지금까지의 연구를 볼 때, 대학생들을 대상으로 한 것과 특히 장애에 의료인이 되어 병원환경에서 DNR에 대한 기준과 지침 및 결정에 대해 바람직한 합의를 해야 할 간호 대학생들을 대상으로 연구한 것을 찾아 볼 수 없었다.

이에 본 연구자는 DNR에 대한 간호 대학생들을 포함한 대학생들의 인식 및 태도를 알아봄으로써, DNR 대상 환자처치에 도움이 되는 객관적인 기준을 마련하기 위한 기초자료로 활용하기 위해 본 연구를 시행하였다.

1.2. 연구 목적

본 연구의 목적은 간호대학생과 비 보건계열 대학생을 대상으로 DNR에 대한 인식 및 태도를 알아보기 위함이며 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 대학생의 DNR에 대한 인식과 약 및 간호대학생과 비 보건계열 대학생의 인식을 비교한다.
- 2) 대학생의 DNR에 대한 태도과 약 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 태도를 비교한다.
- 3) 일반적 특성에 따른 대상자의 DNR에 대한 인식 및 태도 차이를 파악한다.

2. 연구 방법

2.1 연구설계

본 연구는 DNR에 대한 대학생의 인식과 태도를 파악하기 위한 서술적 조사연구이다.

2.2. 연구대상

연구대상은 D광역시 일개 전문대학의 학생으로 간호과 758명, 비 보건계열 학과로 식품영양조리계열 235명, 국방행정기술과 109명, 유아교육과 165명으로 총 1267명을 대상으로 자료를 수집하였다.

2.3. 연구도구

본 연구의 설문지는 연구 대상자의 일반적 특성 10문항, 한성숙[13]이 개발한 DNR과 관련된 인식과 경험에 대한 도구를 강현입[14]이 수정보완하고 연구자가 본 연구의 목적에 맞도록 수정 보완한 심폐소생술금지에 대한 인식 및 태도를 묻는 도구 15문항, 총 25문항으로 구성하였다.

2.4 자료수집 기간 및 방법

자료수집 기간은 2010년 7월 1일부터 7월 30일까지였으며 각 학과 학과장 및 학과 학생들에게 연구의 취지와 목적, 익명성의 보장, 연구 참여자로서의 권리를 설명한 후 연구 참여를 수락한 각 학과의 학생들에게 설문지를 배부하였고, 그 자리에서 설문지를 회수하였다. 1300부를 배부하여 부적합한 33부를 제외한 1267부의 자료를 분석하였다.

2.5. 자료 분석 방법

수집된 자료의 분석은 SPSS/PC 17.0 win을 사용하여 분석하였다. 대상자의 일반적 특성에 대한 동질성 검증과 DNR에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식 및 태도 차이는 χ^2 -test로 분석하였다.

2.6 연구의 제한점

본 연구는 일개 전문대학 대학생을 대상으로 하였기 때문에 본 연구의 결과를 일반화하는 데는 제한점이 있다.

3. 연구결과

3.1. 대상자의 일반적 특성과 동질성

대상자의 일반적 특성과 동질성을 검증한 결과는 표 1과 같다.

대상자의 성별은 남자 201명(15.9%), 여자 1066명(84.1%)이었으며, 연령은 20세 이하 972명(76.7%), 21-23세 148명(76.7%), 24세 이상 147명(11.6%)으로 20세 이하가 가장 많았다. 대상자의 경제상태는 중 841명(66.4%), 종교는 무교 619명(48.9%)으로 가장 많았으며, 형제·자매 수는 외동 86명(6.8%), 1명 797명(62.9%), 2명 305명(24.1%), 3명 54명(4.3%), 4명 25명(2.0%)로 1명이 가장 많았다. 가족 중 의료요원의 유무에서 유 177명(14.0%), 무 1090명(86.0%)이었으며, 가족 중 질환 및 사망자 유무에서 유 317명(25.0%), 무 950명(75.0%)으로 나타났다. 헌혈 경험은 유 550명(43.4%), 무 717명(56.6%)

이었으며, 봉사동아리 참여는 유 429(33.9%), 무 838명(66.1%)으로 나타났다. 대상자의 출신지역은 광역시 897명(70.8%), 중소도시 208명(16.4%), 농어촌 162명(12.8%)으로 나타나 광역시가 가장 많았다.

연구의 대상자인 간호대학생과 비 보건계열대학생의 일반적 특성에 대한 동질성 검증을 한 결과 성별, 연령, 헌혈경험은 차이가 있는 것으로 나타났으며, 경제상태, 종교, 형제·자매 수, 가족 중 의료요원 유무, 가족 중 질환 및 사망자 유무, 봉사동아리 참여 유무, 출신지역은 동질한 것으로 나타났다.

3.2 대상자의 DNR에 대한 인식 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식 비교

대상자의 DNR에 대한 인식 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식 비교를 한 결과는 표 2와 같다.

전체 대상자의 DNR에 대한 인식을 구체적으로 살펴보면, DNR 필요성은 ‘필요하다’ 803명(63.4%), ‘필요하지 않다’ 464명(36.6%)이었으며, DNR 찬성 이유는 ‘편안하고 품위 있는 죽음 위해’ 366명(28.9%), ‘많은 노력에도 회복 불가능’ 324명(25.6%), ‘기타’ 113명(8.9%)으로 나타나 ‘편안하고 품위 있는 죽음 위해’가 가장 많았다. DNR 반대 이유는 ‘법적 문제 제기’ 59명(4.49%), ‘가능한 생명연장 도모가 의료인의 본질’ 222명(17.5%), ‘DNR 시점의 불명확’ 84명(6.6%), ‘DNR 결정 주체의 불확실’ 53명(4.2%), ‘의료처치 및 간호가 소홀해지기 때문’ 48명(3.8%)로 나타나 ‘가능한 생명연장 도모가 의료인의 본질’이 가장 많았다. DNR 대상자(중환자, 말기환자, 노인)에 대한 인식은 ‘동일하다’ 311명(24.5%), ‘다르다’ 956명(75.5%)이었으며, DNR 결정 주체자는 ‘환자의 의지’ 380명(30.0%), ‘환자 가족의 의지’ 649명(51.2%), ‘가족, 주치의 합의’ 206명(16.3%)로 나타나 ‘환자 가족의 의지’가 가장 많았다.

DNR에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식을 비교한 결과 DNR 필요성($\chi^2=62.746$, $p=.000$), DNR 찬성 이유($\chi^2=22.693$, $p=.000$), DNR 반대 이유($\chi^2=31.499$, $p=.000$), DNR 결정 주체자($\chi^2=81.639$, $p=.000$)의 인식에서 유의한 차이가 있었다. DNR 필요성은 간호대학생은 72.2%, 비 보건계열대학생은 50.3%가 ‘필요하다’고 인식하여 간호대학생이 더 많았다. DNR 찬성 이유는 간호대학생의 경우는 ‘편안하고 품위 있는 죽음 위해’가 가장 많았으며, 비 보건계열대학생은 ‘많은 노력에도 회복 불가능’이 가장 많았다. DNR 반대 이유는 간호대학생의 경우 ‘가능한 생명 연장 도모가 의료인의 본질’, ‘DNR 시점의 불명확’, ‘법적문제 제기’, ‘DNR 결정 주체

[표 1] 대상자의 일반적 특성과 동질성

특성	분류	전체 (N=1267)	간호대학생 (N=758)	비 보건계열대학생 (N=509)	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)		
성별	남	201(15.9)	84(11.1)	117(23.0)	32.895	.000
	여	1066(84.1)	674(88.9)	391(77.0)		
연령(세)	≤20	972(76.7)	522(68.9)	450(88.4)	66.882	.000
	21-23	148(11.7)	124(16.4)	24(4.7)		
	≥24	147(11.6)	112(14.8)	35(6.9)		
경제상태	상	106(8.4)	61(8.0)	45(8.8)	2.882	.237
	중	841(66.4)	517(68.2)	324(63.7)		
	하	320(25.3)	180(23.7)	140(27.5)		
종교	기독교	249(19.7)	155(12.2)	94(18.5)	12.120	.053
	천주교	126(9.9)	74(9.8)	52(10.2)		
	불교	229(18.1)	110(14.5)	119(23.4)		
	무교	619(48.9)	392(51.7)	227(44.6)		
	기타	44(3.5)	27(3.6)	17(3.3)		
형제자매 수	외동	86(6.8)	41(5.4)	45(8.8)	11.235	.060
	1명	797(62.9)	488(64.4)	309(60.7)		
	2명	305(24.1)	191(25.2)	114(22.4)		
	3명	54(4.3)	23(3.0)	31(6.1)		
	4명	25(2.0)	15(2.0)	10(2.0)		
가족 중 의료요원	유	177(14.0)	116(15.3)	61(12.0)	2.791	.099
	무	1090(86.0)	642(84.7)	448(88.0)		
가족 중 질환 및 사망자	유	317(25.0)	180(23.7)	137(26.9)	1.622	.209
	무	950(75.0)	578(76.3)	372(73.1)		
헌혈경험	유	550(43.4)	368(48.5)	182(35.8)	19.764	.000
	무	717(56.6)	390(51.5)	327(64.2)		
봉사동아리 참여	유	429(33.9)	257(33.9)	172(33.8)	.002	.967
	무	838(66.1)	501(66.1)	337(66.2)		
출신지역	광역시	897(70.8)	545(71.9)	352(69.2)	3.185	.203
	중소도시	208(16.4)	113(14.9)	95(18.7)		
	농어촌	162(12.8)	100(13.2)	62(12.2)		

의 불확실', '환자의 치료 및 간호가 소홀해지기 때문' 순서로 나타났으며, 비 보건계열대학생은 '가능한 생명 연장 도모가 의료인의 본질', 'DNR 시점의 불명확', '환자의 치료 및 간호가 소홀해지기 때문', 'DNR 결정 주체의 불확실', '법적문제 제기' 순서로 나타났다. DNR 결정 주체에 대한 인식은 간호대학생은 '환자가족의 의지', '환자의 의지', '가족, 주치의 합의' 순으로, 비 보건계열대학생은 '환자가족의 의지', '가족, 주치의 합의', '환자의 의지' 순으로 나타나 차이가 있었다.

3.3 대상자의 DNR에 대한 태도 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 태도 비교

대상자의 DNR에 대한 태도 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 태도 비교를 한 결과는 표 3과 같다.

가족 DNR 시행은 '시행한다' 134명(10.6%), '시행하지 않는다' 336명(26.5%), '상황에 따라 한다' 763명(60.2%)로 나타나 '상황에 따라 한다'가 가장 많았다. 자기 자신 DNR 시행은 '시행한다' 266명(21.0%), '시행하지 않는다' 243명(19.2%), '상황에 따라 한다' 720명(56.8%)로 나타나 '상황에 따라 한다'가 가장 많았다.

DNR에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 태도를 비교한 결과 가족 DNR 시행($\chi^2=23.556$, $p=.000$), 자기 자신 DNR 시행($\chi^2=41.130$, $p=.000$)에서 유의한 차이가 있었다. 가족 DNR 시행 태도에서 '상황에 따라한다'는 간호대학생 61.5%, 비 보건계열대학생 58.3%으로 간호대학생이 더 많은 분포를 보였으며 '시행하지 않는다'는 간호대학생 24.3%, 비 보건계열대학생 29.9%로 비 보건계열대학생이 더 많은 분포를 나타냈고, '시행한다' 간호대학생 12.8%, 비 보건계열대학생 7.3%로 나타나 간호대학생이 더 많은 분포를 나타냈다. 자기 자신 DNR 시행 태도에서는 '상황에 따라한다'는 간호대학생 58.2%, 비 보건계열대학생 54.3%로 비슷한 분포였으며, '시행하지 않는다'는 간호대학생 14.3%, 비 보건계열대학생 25.7%로 비 보건계열대학생이 더 많은 분포를 나타냈고, '시행한다' 간호대학생 25.1%, 비 보건계열대학생 14.9%로 나타나 간호대학생이 더 많은 분포를 나타냈다.

3.4 대상자의 DNR 정보제공 인식 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 정보제공 인식 비교

대상자의 DNR 정보제공 인식 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 정보제공 인식 비교한 결과는 표 4와 같다.

전체 대상자의 DNR 정보제공 인식을 구체적으로 살펴보면, DNR 정보제공 필요성은 '필요하다' 1124명

(88.7%), '필요하지 않다' 143명(11.3%)이었으며, DNR 정보제공 시기는 '자발적인 호흡 정지' 458명(36.1%), '말기질환으로 입원 즉시' 430명(33.9%), '중환자실로 이동 후' 211명(16.7%), '혼수상태' 168명(13.3%)으로 '자발적인 호흡 정지'가 가장 많았다. DNR 정보제공 결과는 '모르겠다' 532명(42.0%), 'DNR 요구 증가' 491명(38.8%), 'DNR 요구 증가 없음' 244명(19.3%)으로 나타났으며, DNR 정보제공 지침서에 대한 인식은 '필요하다' 927명(73.2%), '필요하지 않다' 110명(8.7%)으로 '필요하다'가 가장 많았다.

DNR 정보제공에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식을 비교한 결과 DNR 정보제공 필요성($\chi^2=21.413$, $p=.000$), DNR 정보제공 시기($\chi^2=19.771$, $p=.000$), DNR 정보제공 결과($\chi^2=70.251$, $p=.000$), DNR 정보제공 지침서($\chi^2=122.154$, $p=.000$)에서 유의한 차이가 있었다. DNR 정보제공 필요성에서 '필요하다'고 인식하는 경우가 간호대학생 92.1%, 비 보건계열대학생 83.7%으로 간호대학생이 더 많은 분포를 나타냈으며, DNR 정보제공 시기는 간호대학생의 경우 '말기질환으로 입원 즉시', '자발적인 호흡 정지', '중환자실로 이동 후', '혼수상태' 순서로 나타났으며, 비 보건계열대학생은 '말기질환으로 입원 즉시', '자발적인 호흡 정지', '중환자실로 이동 후', '혼수상태' 순서로 나타났다. DNR 정보제공 결과에서 간호대학생의 경우는 'DNR 요구 증가', '모르겠다', 'DNR 요구 증가 없음' 순서로 나타났으며, 비 보건계열대학생은 '모르겠다', 'DNR 요구 증가', 'DNR 요구 증가 없음' 순서로 나타났다. DNR 정보제공 지침서는 '필요하다'고 인식하는 경우가 간호대학생 84.2%, 비 보건계열대학생 56.8%로 간호대학생이 더 많은 분포를 보였다.

3.5 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 필요성에 대한 인식 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 필요성에 대한 인식 차이를 검증한 결과 종교($\chi^2=20.560$, $p=.000$), 현혈경험($\chi^2=12.810$, $p=.000$)에서 유의한 차이가 있었다(표 5).

구체적 분포 차이를 살펴보면, '필요하다'고 인식하는 경우에 기독교 62.7%, 천주교 46.8%, 불교 68.6%, 무교 65.8%로 나타나 불교 대상자가 가장 DNR 필요성이 높은 분포를 보였다. 현혈경험에서는 유 68.9%, 무 59.1%로 현혈경험이 있는 대상자가 DNR 필요성에 대한 더 높은 분포를 나타내었다.

[표 2] 대상자의 DNR에 대한 인식 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식 비교

특성	분류	전체	간호대학생	비 보건계열대학생	χ^2	p
		(N=1267) N(%)	(N=758) N(%)	(N=509) N(%)		
DNR 필요성	필요하다	803(63.4)	547(72.2)	256(50.3)	62.746	.000
	필요하지 않다	464(36.6)	211(27.8)	253(49.7)		
DNR 찬성 이유	편안하고 품위 있는 죽음위해	366(28.9)	273(36.0)	93(18.3)	22.693	.000
	많은 노력에도 회복 불가능	324(25.6)	211(27.8)	113(22.2)		
	기타	113(8.9)	58(7.7)	55(10.8)		
	해당없음	464(36.6)	211(27.8)	253(49.7)		
DNR 반대 이유	법적 문제 제기	57(4.49)	33(4.36)	24(4.7)	31.499	.000
	가능한 생명연장 도모가 의료인의 본질	222(17.5)	121(15.9)	101(19.8)		
	DNR 시점의 불명확	84(6.6)	18(2.4)	66(12.9)		
	DNR의 결정 주체의 불확실	53(4.2)	25(16.5)	28(5.5)		
	환자의 치료 및 간호가 소홀해지기 때문	48(3.8)	18(2.4)	30(5.9)		
	해당없음	803(63.4)	547(72.2)	256(50.3)		
DNR 대상자(중환자, 말기환자, 노인)	동일하다	311(24.5)	200(26.4)	111(21.8)	3.445	.063
	다르다	956(75.5)	558(73.6)	398(78.2)		
DNR 결정 주체자	환자의 의지	380(30.0)	282(37.2)	98(19.3)	81.639	.000
	환자가족의 의지	649(51.2)	385(50.8)	264(51.9)		
	가족, 주치의 합의	206(16.3)	83(10.9)	123(24.2)		
	기타	32(2.5)	8(1.1)	24(4.7)		

[표 3] 대상자의 DNR에 대한 태도 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 태도 비교

특성	분류	전체	간호대학생	비보건계열대학생	χ^2	p
		(n=1267) n(%)	(n=758) n(%)	(n=509) n(%)		
가족	시행한다	134(10.6)	97(12.8)	37(7.3)	23.556	.000
DNR 시행	시행하지않는다	336(26.5)	184(24.3)	152(29.9)		
	상황에 따라한다	763(60.2)	466(61.5)	297(58.3)		
	기타	34(2.7)	11(1.5)	23(4.5)		
자기자신	시행한다	266(21.0)	190(25.1)	76(14.9)	41.130	.000
DNR 시행	시행하지않는다	243(19.2)	112(14.8)	131(25.7)		
	상황에 따라한다	720(56.8)	441(58.2)	279(54.8)		
	기타	38(3.0)	15(2.0)	23(4.5)		

[표 4] 대상자의 DNR 정보제공 인식 및 간호대학생과 비 보건계열대학생의 정보제공 인식 비교

특성	분류	전체	간호대학생	비 보건계열대학생	χ^2	p
		(N=1267)	(N=758)	(N=509)		
		N(%)	N(%)	N(%)		
DNR 정보제공 필요성	필요하다	1124(88.7)	698(92.1)	426(83.7)	21.413	.000
	필요하지 않다	143(11.3)	60(7.9)	83(16.3)		
DNR 정보제공 시기	말기질환으로 입원 즉시	430(33.9)	289(38.1)	141(32.8)	19.771	.000
	중환자실로 이동 후	211(16.7)	132(17.4)	79(15.5)		
	혼수상태	168(13.3)	91(12.0)	77(15.1)		
	자발적인 호흡정지	458(36.1)	246(32.5)	212(41.7)		
DNR 정보제공 결과	DNR 요구 증가	491(38.8)	365(48.2)	126(24.8)	70.251	.000
	DNR 요구 증가 없음	244(19.3)	123(16.2)	121(23.8)		
	모르겠다	532(42.0)	270(35.6)	262(51.5)		
DNR 정보제공 지침서	필요하다	927(73.2)	638(84.2)	289(56.8)	122.15 4	.000
	필요하지않다	110(8.7)	49(6.5)	61(12.0)		
	모르겠다	230(18.2)	71(9.4)	159(31.2)		

3.6. 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 결정 주체자 인식 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 결정 주체자에 대한 인식 차이를 검증한 결과 종교($\chi^2=38.575$, $p=.000$), 형제·자매 수($\chi^2=25.456$, $p=.013$)에서 유의한 차이가 있었다(표 6).

종교에서는 결정 주체자를 ‘환자의 의지’라고 인식하는 경우가 기독교 30.9%, 천주교 25.4%, 불교 31.4%, 무교 29.6%로 나타나 불교 가장 높은 분포를 보였으며, ‘환자가족의 의지’라고 인식하는 경우가 기독교 56.6%, 천주교 46.8%, 불교 45.0%, 무교 52.7%로 나타나 기독교가 가장 높은 분포를 나타내었다. 형제·자매 수에서 결정 주체자를 ‘환자의 의지’라고 인식하는 경우가 외동 29.1%, 1명 30.1%, 2명 28.2%, 3명 29.6%, 4명 52.0%로 나타나 4명이 가장 높은 분포를 보였으며, ‘환자가족의 의지’라고 인식하는 경우가 외동 44.2%, 1명 53.1%, 2명 52.5%, 3명 38.9%, 4명 28.0%로 나타나 1명이 가장 분포를 나타내었다.

3.7 대상자의 일반적 특성에 따른 가족 DNR 시행에 대한 태도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 가족 DNR 시행에 대한 태도차이를 검증한 결과 성별($\chi^2=13.321$, $p=.032$), 연령($\chi^2=13.350$, $p=.038$), 경제상태($\chi^2=35.954$, $p=.000$), 종교($\chi^2=67.801$, $p=.000$), 형제, 자매 수($\chi^2=47.990$, $p=.000$), 가족 중 질환 및 사망자($\chi^2=9.983$, $p=.019$), 현혈경험($\chi^2=12.066$, $p=.007$)에서 유의한 차이가 있었다(표 7).

성별에서는 남자는 ‘시행한다’ 9.0%, ‘시행하지 않는다’ 30.3%, ‘상황에 따라한다’ 56.2%, 여자는 ‘시행한다’ 10.8%, ‘시행하지 않는다’ 25.8%, ‘상황에 따라한다’ 61.0%로 분포의 차이가 있었다. 연령에서는 ‘시행한다’에 대해 20세 이하 9.3%, 21-23세 17.6%, 24세 이상 12.2%로 나타났으며, 경제상태는 상 39.6%, 중 62.0%, 하 62.5%가 ‘상황에 따라 한다’로 하여 분포 차이를 나타내었다. 종교는 ‘시행한다’에 대해 기독교 10.8%, 천주교 7.1%, 불교 14.4%, 무교 9.4%, ‘시행하지 않는다’에 대해 기독교 21.7%, 천주교 22.2%, 불교 24.5%, 무교 30.2%로 분포의 차이를 나타내었다. 형제·자매 수에서 ‘시행한다’라고 응답한 경우가 외동 11.6%, 1명 9.3%, 2명 15.1%, 3명 3.7%, 4명 8.0%로 나타났으며, ‘시행하지 않는다’라고 응답한 경우가 외동 29.1%, 1명 27.6%, 2명 24.6%, 3명 18.5%, 4명 24.0%로 나타나 외동이 가장 분포를 나타내었다. 가족 중 질환 및 사망자에서 유 13.6%, 무 10.1% ‘시행한다’고 하였으며, 유 24.6%, 무 26.1% ‘시행하지 않는다’고 응답하여 분포의 차이를 나타내었다. 현혈경험에서는 유 12.5%, 무 9.1% ‘시행한다’ 하였으며, 유 22.9%, 무 29.3% ‘시행하지 않는다’로 나타났다.

[표 5] 일반적 특성에 따른 DNR 필요성에 대한 인식 차이

특성	분류	필요하다	필요하지 않다	χ^2	p
		N(%)	N(%)		
성별	남	124(61.7)	77(38.3)	.861	.650
	여	679(63.7)	387(36.3)		
연령(세)	≤20	605(62.2)	367(37.8)	4.193	.123
	21-23	105(70.2)	43(29.1)		
	≥24	93(63.3)	54(36.7)		
경제상태	상	58(54.7)	48(45.3)	4.740	.093
	중	547(65.0)	294(35.0)		
	하	198(61.9)	122(38.1)		
종교	기독교	156(62.7)	93(37.3)	20.560	.000
	천주교	59(46.8)	67(53.2)		
	불교	157(68.6)	72(31.4)		
	무교	407(65.8)	212(34.2)		
	기타	24(54.5)	20(45.5)		
형제·자매 수	외동	51(59.3)	35(40.7)	5.583	.233
	1명	523(65.6)	274(34.4)		
	2명	179(58.7)	126(41.3)		
	3명	33(61.1)	21(38.9)		
	4명	17(68.0)	8(32.0)		
가족 중 의료요원	유	110(62.1)	67(37.9)	.134	.737
	무	693(63.6)	397(85.6)		
가족 중 질환 및 사망자	유	195(61.5)	122(38.5)	.633	.459
	무	608(64.0)	342(36.0)		
현혈경험	유	379(68.9)	171(31.1)	12.810	.000
	무	424(59.1)	293(40.9)		
봉사 동아리 참여	유	269(62.7)	160(37.3)	.127	.758
	무	534(63.7)	304(36.3)		
출신지역	광역시	565(63.0)	332(37.0)	5.129	.077
	중소도시	144(69.2)	64(30.8)		
	농어촌	94(58.0)	68(42.0)		

[표 6] 일반적 특성에 따른 DNR 결정주체자에 대한 인식 차이

특성	분류	환자의 의지	환자가족의 의지	가족, 주치의 합의	기타	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
성별	남	53(26.4)	99(49.3)	42(20.9)	7(3.5)	7.544	.273
	여	327(30.6)	550(51.6)	164(15.4)	25(2.3)		
연령(세)	≤20	276(28.4)	500(51.4)	169(17.4)	27(2.8)	10.483	.106
	21-23	56(37.8)	76(51.4)	14(9.5)	2(1.4)		
	≥24	48(32.7)	73(49.7)	23(15.6)	3(2.0)		
경제상태	상	39(36.8)	48(45.3)	19(17.9)	0	7.411	.284
	중	247(29.4)	442(52.6)	131(15.6)	21(2.5)		
	하	94(29.4)	159(49.7)	56(17.5)	11(3.4)		
종교	기독교	77(30.9)	141(56.6)	24(9.6)	7(2.8)	38.575	.000
	천주교	32(25.4)	59(46.8)	35(27.8)	0		
	불교	72(31.4)	103(45.0)	46(20.1)	8(3.5)		
	무교	183(29.6)	326(52.7)	97(15.7)	13(2.1)		
	기타	16(36.4)	20(45.5)	4(9.1)	4(9.1)		
형제자매 수	외동	25(29.1)	38(44.2)	17(19.8)	6(7.0)	25.456	.013
	1명	240(30.1)	423(53.1)	118(14.8)	16(2.0)		
	2명	86(28.2)	160(52.5)	52(17.0)	7(2.3)		
	3명	16(29.6)	21(38.9)	14(25.9)	3(5.6)		
	4명	13(52.0)	7(28.0)	5(20.0)	0		
가족 중 의료요원	유	51(28.8)	91(51.4)	32(18.1)	3(1.7)	1.078	.782
	무	329(30.2)	558(86.0)	174(16.0)	29(2.7)		
가족 중 질환 및 사망자	유	97(30.6)	171(53.9)	41(12.9)	8(2.5)	3.583	.316
	무	283(29.8)	478(50.3)	165(17.4)	24(2.5)		
헌혈경험	유	168(30.5)	282(51.3)	85(15.5)	15(2.7)	.643	.887
	무	212(29.6)	367(51.2)	121(16.9)	17(2.4)		
봉사 동아리 참여	유	137(31.9)	223(52.0)	61(14.2)	8(1.9)	3.670	.299
	무	243(29.0)	426(50.8)	145(17.3)	24(2.9)		
출신지역	광역시	273(30.4)	471(52.5)	135(15.1)	18(2.0)	12.288	.056
	중소도시	68(32.7)	90(43.3)	41(19.7)	9(4.3)		
	농어촌	39(24.1)	88(54.3)	30(18.5)	5(3.1)		

[표 7] 일반적 특성에 따른 가족 DNR 시행에 대한 태도 차이

특성	분류	시행한다	시행하지 않는다	상황에 따라한다	기타	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
성별	남	18(9.0)	61(30.3)	113(56.2)	9(4.5)	13.321	.032
	여	11(10.8)	275(25.8)	651(61.0)	25(2.3)		
연령(세)	≤20	90(9.3)	261(26.9)	591(60.8)	30(3.1)	13.350	.038
	21-23	26(17.6)	33(22.3)	86(58.1)	3(2.0)		
	≥24	18(12.2)	42(28.6)	86(58.5)	1(0.7)		
경제상태	상	12(11.3)	52(49.1)	42(39.6)	0	35.954	.000
	중	91(10.8)	201(23.9)	521(62.0)	28(3.3)		
	하	31(9.7)	83(25.9)	200(62.5)	6(1.9)		
종교	기독교	27(10.8)	54(21.7)	162(65.1)	6(2.4)	67.801	.000
	천주교	9(7.1)	28(22.2)	89(70.6)	0		
	불교	33(14.4)	56(24.5)	130(56.8)	10(4.4)		
	무교	58(9.4)	187(30.2)	364(58.8)	10(1.6)		
	기타	7(15.9)	11(25.0)	18(20.9)	8(18.2)		
형제-자매 수	외동	10(11.6)	25(29.1)	41(47.7)	10(11.6)	47.990	.000
	1명	74(9.3)	220(27.6)	482(60.5)	21(2.6)		
	2명	46(15.1)	75(24.6)	182(59.7)	2(0.7)		
	3명	2(3.7)	10(18.5)	41(75.9)	1(1.9)		
	4명	2(8.0)	6(24.0)	17(68.0)	0		
가족 중 의료요원	유	24(13.6)	52(29.4)	98(55.4)	3(1.7)	3.920	.270
	무	110(10.1)	284(26.1)	665(61.0)	31(2.8)		
가족 중 질환 및 사망자	유	46(14.5)	78(24.6)	189(59.6)	4(1.3)	9.983	.019
	무	88(9.3)	258(17.2)	574(60.4)	30(3.2)		
현혈경험	유	69(12.5)	126(22.9)	345(62.7)	10(1.8)	12.066	.007
	무	65(9.1)	210(29.3)	418(58.3)	24(3.3)		
봉사 동아리 참여	유	48(11.2)	96(22.4)	270(62.9)	15(3.5)	6.818	.078
	무	86(10.3)	240(28.6)	493(58.8)	19(2.3)		
출신지역	광역시	89(9.9)	245(27.3)	539(60.1)	24(2.7)	7.166	.306
	중소도시	26(12.5)	42(20.2)	135(64.9)	5(2.4)		
	농어촌	19(11.7)	49(30.2)	89(54.9)	5(3.1)		

[표 8] 일반적 특성에 따른 자기자신 DNR 시행에 대한 태도 차이

특성	분류	시행한다	시행하지 않는다	상황에 따라한다	기타	χ^2	p
		N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
성별	남	40(19.9)	52(25.9)	98(48.8)	11(5.5)	17.677	.007
	여	226(21.2)	191(17.8)	622(58.4)	27(2.5)		
연령(세)	≤20	196(20.2)	188(19.3)	556(57.2)	32(3.3)	3.738	.712
	21-23	38(25.7)	25(16.9)	82(55.4)	3(2.0)		
	≥24	32(21.8)	30(20.4)	82(55.8)	3(2.0)		
경제상태	상	37(34.9)	27(25.5)	42(39.6)	0	23.971	.001
	중	173(20.6)	153(18.2)	488(58.0)	27(3.2)		
	하	56(17.5)	63(19.7)	190(59.4)	11(3.4)		
종교	기독교	52(20.9)	45(18.1)	145(58.2)	7(2.8)	44.092	.000
	천주교	27(21.4)	26(20.6)	69(54.8)	4(3.2)		
	불교	43(18.8)	46(20.1)	131(57.2)	9(3.9)		
	무교	135(21.8)	115(18.6)	359(58.0)	10(1.6)		
	기타	9(20.5)	11(25.0)	16(36.4)	8(18.2)		
형제·자매 수	외동	22(25.6)	18(20.9)	37(43.0)	9(10.5)	41.841	.000
	1명	171(21.5)	151(18.9)	458(57.5)	17(2.1)		
	2명	63(20.7)	65(21.3)	170(55.7)	7(2.3)		
	3명	4(7.4)	8(14.8)	37(68.5)	5(9.3)		
	4명	6(24.0)	1(4.0)	18(72.0)	0		
가족 중 의료요원	유	41(23.2)	43(24.3)	90(50.8)	3(1.7)	5.729	.126
	무	225(20.6)	200(18.3)	630(57.8)	35(3.2)		
가족 중 질환 및 사망자	유	81(25.6)	83(26.2)	150(47.3)	3(0.9)	27.663	.000
	무	185(19.5)	160(16.8)	570(60.0)	35(3.7)		
헌혈경험	유	104(18.9)	105(19.1)	326(59.3)	15(2.7)	3.280	.350
	무	162(22.6)	138(19.2)	394(55.0)	23(3.2)		
봉사 동아리 참여	유	83(19.3)	90(21.0)	237(55.2)	19(4.4)	6.640	.084
	무	183(21.8)	153(18.3)	483(57.6)	19(23.)		
출신지역	광역시	190(21.2)	178(19.8)	500(55.7)	29(3.2)	4.461	.615
	중소도시	37(17.8)	40(19.2)	126(60.6)	5(2.4)		
	농어촌	39(24.1)	25(15.4)	94(13.1)	4(2.5)		

3.8 대상자의 일반적 특성에 따른 자기자신 DNR 시행에 대한 태도 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 자기자신 DNR 시행에 대한 태도차이를 검증한 결과 성별($\chi^2=17.677$, $p=.007$), 경제상태($\chi^2=23.971$, $p=.001$), 종교($\chi^2=44.092$, $p=.000$), 형제, 자매 수($\chi^2=47.841$, $p=.000$), 가족 중 질환 및 사망자($\chi^2=27.663$, $p=.000$)서 유의한 차이가 있었다(표 8).

성별에서는 남자는 ‘시행한다’ 19.9%, ‘시행하지 않는다’ 25.9%, ‘상황에 따라한다’ 48.8%, 여자는 ‘시행한다’ 21.2%, ‘시행하지 않는다’ 17.8%, ‘상황에 따라한다’ 58.4%로 분포의 차이가 있었다. 경제상태는 상 34.9%, 중 20.6%, 하 17.5%가 ‘시행한다’로 하였으며, 종교는 ‘시행한다’에 대해 기독교 20.9%, 천주교 21.4%, 불교 18.8%, 무교 21.8%, ‘시행하지 않는다’에 대해 기독교 18.1%, 천주교 20.6%, 불교 20.1%, 무교 18.6%로 차이를 나타내었다. 형제·자매 수에서 ‘시행한다’라고 응답한 경우가 외동 25.6%, 1명 21.5%, 2명 20.7%, 3명 7.4%, 4명 24.0%로 나타났으며, ‘시행하지 않는다’라고 응답한 경우가 외동 20.9%, 1명 18.9%, 2명 21.3%, 3명 14.8%, 4명 4.0%로 나타났다. 가족 중 질환 및 사망자에서 유 25.6.6%, 무 19.5% ‘시행한다’고 하였으며, 유 26.2%, 무 16.8% ‘시행하지 않는다’고 하였다.

4. 논의

본 연구에서 DNR의 필요성에 대해 간호대학생 72.2%, 비 보건계열대학생 50.3%, 전체 63.4%에서 DNR이 필요하다고 응답하였다. 이러한 결과는 간호사를 대상으로 한 연구[15]와 의사와 간호사를 대상으로 한 연구[14]에 비해 낮게 나타났다. 이는 임상에서 직접 환자에게 진료와 간호를 통해 의사결정을 해야 하는 의료인이 아닌 간호대학생은 실습생의 입장이어서 DNR에 대한 직접적인 윤리적 딜레마와 필요성에 대해 상대적으로 접하는 상황에 노출되는 경우가 많지 않다고 볼 수 있어 간호사와 의사에 비해 낮게 나타난 것으로 사료된다. 간호대학생과 비 보건계열대학생의 DNR 필요성에서 차이가 있었는데 간호대학생이 DNR 필요성이 더 높게 나타난 이유는 간호대학생이 임상 실습현장을 접하게 되면서 현실적으로 의사결정과 상담에 참여해야 하는 의료인에 비해 약하지만 추후 의료인인 간호사가 되어야 할 자신의 입장을 생각할 수 있는 기회가 일반 대학생에 비해 더 많다고 볼 수 있어 DNR의 필요성에 대한 인식을 더 많이 하는 것으로 생각해 볼 수 있다.

DNR의 반대이유에 대해 ‘가능한 생명연장을 도모하는 것이 의료인의 본질이기 때문’이 가장 많았다. 이러한 결과는 간호사를 대상으로 한 연구[15]에서 DNR의 결정을 ‘어느 시점에서 내릴지 확실하지 않기 때문’이 가장 높게 나타난 것과는 상이한 결과를 보였다. 이것은 본 연구에서 대학생을 대상으로 하였으며, [15]의 연구는 의료인인 간호사를 대상으로 하였기 때문에 차이가 있다고 볼 수 있다. 추후 본 연구와 같은 대상자인 대학생을 대상으로 반복 및 확대 연구를 통하여 그 결과를 확인하여 비교 해 볼 필요가 있다. DNR 결정 주체자에 대해 간호대학생 50.8%, 비 보건계열대학생 51.9%, 전체 51.2%가 ‘환자가족의 의지’라고 응답하였다. 이러한 결과는 구급대원을 대상으로 한 연구[12]와 간호사를 대상으로 한 연구[15] 결과와 유사하였다. 이러한 현상은 우리나라의 문화적인 특성상 환자와 죽음에 대한 논의를 피하는 경향이 있으며, 우리나라 의료현실상 환자의 자기 결정권이 보호되지 않고 있는 실정으로 파악될 수 있다. 그러므로 DNR에 관한 의사결정시에는 자율성을 존중하여 윤리원칙에 기초를 둔 논의가 충분히 이루어져야 한다고 생각한다.

본 연구에서 가족에 대한 DNR 시행 태도를 조사한 결과 간호대학생 61.5%, 비 보건계열대학생 58.3%, 전체 60.2%가 ‘상황에 따라 가족에게 DNR을 시행한다’고 응답하였다. 이러한 결과는 의사와 간호사를 대상으로 한 연구[16]에서 ‘상황에 따라 가족에게 DNR을 시행한다’를 60% 정도 응답하여 본연구와 유사하다고 볼 수 있다. 이는 가족에 대한 DNR 시행 결정은 자신이 결정 주체가 되는 것에 대해 어려워하고 있으며, 의사결정에 대한 부담감을 가지고 있다고 볼 수 있다. 자신에 대한 DNR 시행 태도에서 간호대학생 58.2%, 비 보건계열대학생 54.8%, 전체 56.8%가 ‘상황에 따라한다’가 가장 많이 응답하였다. ‘시행하지 않는다’는 간호대학생 14.3%, 비 보건계열대학생 25.7%로 비 보건계열대학생이 더 많았으며, ‘시행한다’ 간호대학생 25.1%, 비 보건계열대학생 14.9%로 나타나 간호대학생이 더 많아 두 군 간에 유의한 차이가 있었다. 이는 간호대학생이 병원 환경에서 경험하게 된 DNR의 상황과 이유에 대해 윤리적 고민을 한 결과와 자신에게 시행하는 DNR 태도는 확고한 태도를 가지고 있어 비 보건계열대학생에 비해 더 높다고 볼 수 있다.

DNR 정보제공에 대한 인식을 보면 간호대학생 92.1%, 비 보건계열대학생 83.7%, 전체 88.7%가 정보제공이 필요하다고 응답하였다. 이는 119 구급대원을 대상으로 한 연구[12]에서 90.4%가 DNR 정보제공이 필요하다고 한 결과보고와 유사하였다. 즉 DNR에 대한 정보제

공의 필요성이 강조되고 있음을 파악할 수 있다. 그리고 본 연구에서 간호대학생과 비 보건계열대학생 두 군간에 DNR 정보제공의 필요성에 대해 유의한 차이가 있어 간호대학생이 더 많이 필요하다고 응답하였다. 이러한 결과는 병원 현장실습을 통하여 DNR의 상황을 경험하는 간호대학생과 그렇지 못한 비 보건계열대학생의 경우에서 차이가 있는 것으로 사료된다. DNR의 정보제공 시기는 간호학생은 ‘말기질환으로 입원즉시’, ‘자발적인 호흡정지시’ 순이었다. 이러한 결과는 [7]의 연구에서 같은 결과이었다. 이에 비해 비 보건계열대학생은 자발적인 호흡정지 시, 말기질환으로 입원 즉시 순서로 나타났다. 이는 병원환경과 의료상황을 많이 경험하는 경우가 말기질환을 가지고 있는 환자의 경우에 환자 자신이 선택할 수 있는 기회가 될 수 있다고 생각하며, 비 보건계열대학생은 자발적인 호흡정지가 생명이 없다고 판단하는 일반적인 생각으로 인한 결과라고 사료된다. DNR정보 제공 후 간호학생은 48.2%, 비 보건계열대학생은 24.8%가 요구도가 증가할 것이라고 응답하여 유의한 차이가 있었다. 본 연구의 결과와 [7]의 연구에서 DNR에 관한 설명후 요구도가 증가될 것이라는 결과와 유사하다고 볼 수 있다. 간호대학생은 이론적인 면에서나 임상실습을 통하여 얻은 경험과 지식으로 DNR에 관한 설명이 되면 환자나 환자가족의 의사결정에 도움을 줄 수 있다고 생각하고 있다고 볼 수 있다. DNR 정보제공 지침서는 간호대학생 84.2%, 비 보건계열대학생 56.8%, 전체 73.2%가 필요하다고 응답하여 간호대학생이 지침서가 더 많이 필요하다고 인식하였다. 본 연구에서의 간호대학생에 나타난 결과는 간호사와 의사를 대상으로 한 연구[1], 간호사를 대상으로 한 연구[13], 구급대원을 대상으로 한 연구[7]에서 정보제공 지침서가 필요하다고 보고한 것과 유사하였다. 현재 임상현장에서 의사나 간호사들이 DNR에 대한 체계적인 교육이나 지침서 없이 DNR상황을 접하고, DNR 업무를 행하고, 상담을 해야 하는 상황에서 우리나라의 문화적 특성을 이해하고 환자의 자율성을 존중하며 윤리원칙에 기초한 충분한 논의를 통하여 정확하고 체계적인 DNR 지침서가 제정되어서 의료진이나 구급대원들이 윤리적 딜레마를 해결하고 법적으로도 보호를 받아야 할 것으로 생각되며 환자의 자율성도 보장이 되어야 한다고 생각한다. 그러나 DNR 정보제공 인식에 대한 동일한 대상자를 대상으로 한 선행연구가 없어 비교하기에는 제한이 따라 추후 반복 및 확대연구를 통하여 비교해 볼 필요가 있다고 사료된다.

대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 필요성은 종교, 현행환경, DNR 결정 주체자에 대한 인식차이는 종교, 형제·자매 수에 따라 차이가 있었다. 가족 DNR 시행에 대한

태도는 성별, 연령, 경제상태, 종교, 형제·자매 수, 가족 중 질환 및 사망자, 현행환경, 그리고 자기자신 DNR시행에 대한 태도는 성별, 경제상태, 종교, 형제·자매 수, 가족 중 질환 및 사망자에 따라 차이가 있었다. 이러한 결과는 선행연구가 없어 직접 비교할 수는 없었으며, [7]의 연구에서 성별, 연령, 종교, 결혼상태, 임상근무경력, 현근무지경력, 현 직위, 윤리 및 가치관에 관한 교육경험에 따라 DNR에 관련된 윤리문제에 대한 태도차이가 있었는데, 본 연구 결과와 동일한 특성 변수도 있으나 차이를 본 변수 자체가 달라 추후 대학생을 대상으로 반복 및 확대 연구를 통해 본 연구와 비교해 볼 필요성이 있다고 사료된다.

이상에서 본 연구의 결과는 대학생들은 전반적으로 DNR결정에 확신이 없다고 볼 수 있다. 이는 가족의 결정을 따르는 가족주의적 성격이 강한 우리나라의 사회문화적 측면을 보여주는 것이라고 생각된다. DNR이란 환자가 존엄하게 죽을 권리의 보장과 자기결정권이 있으며 현재 우리나라 임상 현장에서는 의사와 간호사 대부분이 DNR의 필요성을 절실히 느끼고 있으나 모든 병원에서 공통적으로 사용할 수 있는 법제화된 DNR지침서가 없는 상황에서 심각한 갈등을 유발하고 있으며, 가족주의적 성격이 강한 우리나라의 사회문화적 환경을 고려하여 충분한 논의를 거친 법적 제도적 장치와 객관적 지침과 의료윤리에 대한 표준을 만들어서 학부과정 학생과 의료인 및 일반인들을 대상으로 충분한 정보제공과 홍보가 필요하다고 사료된다.

5. 결론 및 제언

본 연구는 간호대학생과 비 보건계열대학생의 DNR과 관련된 인식 및 태도를 파악하여 임상에서 사용할 수 있는 DNR에 대한 기초자료를 제공하고자 시도된 서술적 조사연구이다. 연구 대상은 일 개 전문대학 학생으로 간호과 758명, 식품영양조리계열 235명, 국방행정학과 109명, 유아교육과 165명으로 총 1267명을 대상으로 하였으며 자료수집기간은 2010년 7월 1일부터 7월 31일까지였다. 연구도구는 한성숙 등(2001)이 개발한 DNR과 관련된 인식과 경험에 대한 도구를 강현임(2003)이 수정 보완하고 본 연구의 목적에 맞추어 작성한 25문항으로 구성된 설문지를 사용하였다. 수집된 자료는 SPSS 17.0 program을 이용하여 실수와 백분율을 구하였고, χ^2 -test로 분석하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다.

1. DNR에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인

식을 비교한 결과 DNR의 필요성, DNR 찬성이유, DNR 반대이유, DNR 결정주체자에서 유의한 차이가 있었다.

2. DNR에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 태도를 비교한 결과 가족 및 자기자신 DNR시행에서 유의한 차이가 있었다.
3. DNR 정보제공에 대한 간호대학생과 비 보건계열대학생의 인식을 비교한 결과 DNR 정보제공 필요성, 정보제공 시기, 정보제공 결과, 정보제공 지침서에서 유의한 차이가 있었다.
4. 대상자의 일반적 특성에 따른 DNR 필요성에 대한 인식차이를 검증한 결과 종교, 헌혈경험에서 유의한 차이가 있었으며, DNR 결정 주체자에 대한 인식차이는 종교, 형제·자매 수에 따라 차이가 있었다.
5. 대상자의 일반적 특성에 따른 가족 DNR 시행에 대한 태도는 성별, 연령, 경제상태, 종교, 형제·자매 수, 가족 중 질환 및 사망자, 헌혈경험에서 유의한 차이가 있었고, 자기자신 DNR시행에 대한 태도차이는 성별, 경제상태, 종교, 형제·자매 수, 가족 중 질환 및 사망자에서 유의한 차이가 있었다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

1. 우리나라 현실에 부합한 DNR에 대한 교육적, 법적, 제도적, 윤리적인 대책을 위한 추후 반복 및 확대연구가 필요하다.
2. 법제화된 DNR과 관련한 교육이 의사, 간호사뿐만 아니라 학교와 일반사회 현장에서도 필요하다.
3. 환자의 자기결정권이 충분히 반영된 환자와 가족 간의 사전 동의가 확립되어야 한다.

참고문헌

[1] Wilson, D.M. . Highlighting the Role of Policy in Nursing Practice Through a Comparison of "DNR" policy Influences and "NO CPR" Decision Influences. *Nursing Outlook*, 44(6), 272-279. 1996.

[2] 손명세, "치료중단의 윤리문제와 법적장치". *대한의사학회지*. 4(7), 707-711. 1998.

[3] 장상옥. 중환자실 DNR(Do-Not-Resuscitate)환자 가족의 경험과 DNR결정 후 간호 및 치료의 변화. *경상대학교대학원간호학과 석사학위논문*. 2000.

[4] 김상희, "말기환자의 DNR(Do-Not-Resuscitate)의 결정에 대한 고찰". *간호학탐구*, 석사학위논문: 연

세대학교 대학원. 8(2), 80-90. 1999.

[5] Turner, J. S., Michell, W. L., Morgan, C. J., & Benatar, S. R.. Limitation of life support : frequency and practice in a London and a Cape Town ICU. *Intensive Care Med.*, 22, 1020-1025. 1996.

[6] Jayes, R.L., Zimmerman. J.E., Wagner, D.P., Knaus. W.A., DNR orders in the ICU: current practice and Recent change, *Journal of the American Medical Association* 270(18), 2213-2217, 1991.

[7] 김선옥, "중환자실에서 치료중단 특성 분석". *연세대학교 보건대학원 석사학위논문*. 1999.

[8] 한나영, 윤홍주, 박일환, 정유석, 유선미. 좋은 죽음에 대한 노인들의 인식. *가정의학회지*, 23(6), 769-777. 2002.

[9] 이미희, 심폐소생술 금지(DNR)에 대한 노인들의 태도와 우울 및 자아존중감과의 관계, *석사학위논문*, 중앙대학교. 2006.

[10] 안은숙, "임상간호사의 윤리적 가치관과 윤리적 갈등에 관한 연구". *이화여자대학교 석사학위논문*. 1994.

[11] 한성숙, 간호사들이 임상에서 경험하는 윤리적 딜레마의 실상과 의사결정에 관한 연구. *서울대학교 박사학위논문*. 1992.

[12] 유순규, 정지연, 신상열, 최유임, 최혜경, "119구급대원의 심폐소생술 비 시행(DNR)과 관련된 윤리문제 인식 및 태도". *한국산학기술학회지*. 10(12), 3931-3942. 2009.

[13] 한성숙, 정순아, 문미선, 한미현, 고규희. DNR에 대한 간호의 인식 및 태도조사, *간호행정학회지* 7(3), 403-414. 2001.

[14] 강현임, "심폐소생술 금지에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험", *한림대학교대학원 석사논문*. 2003.

[15] 전명희. 노인의 심폐소생술 비 시행(DNR)에 대한 간호사의 인식, *한양대학교 임상대학원 석사학위논문*. 서울. 2008.

[16] 양진향, 이연정, 하상련, 홍진아, "심폐소생술금지에 대한 간호사와 의사의 인식과 경험". *인제논의*, 20(1), 647-662, 2005.

김 성 미(Sung-Mi Kim)

[정회원]



- 1989년 2월 : 경북대학교 보건대학원 (보건학 석사)
- 2006년 8월 : 경북대학교 대학원 (보건학 박사)
- 1996년 3월 ~ 현재 : 대구과학대학교 간호과 교수

<관심분야>
의·생명공학