

간호사의 임종간호 인식 : 근거이론적 접근

홍주영¹ · 이나경²

¹청암대학교 간호학과, 조교수

²동신대학교 간호학과, 조교수

Nurses' Perceptions of End-of-Life Care: A Grounded Theory Approach

Ju Yeong, Hong¹ · Na Kyoung, Lee²

¹*Department of Nursing, University of Cheongam, Assistant Professor*

²*Department of Nursing, University of Dongshin, Assistant Professor*

Abstract

Purpose : The aim of this study was to explore nurses' end-of-life care experiences and to understand how their perceptions evolved across different career stages. **Methods :** Using grounded theory methodology, individual in-depth interviews were conducted with 15 nurses from May to October 2025. Data were analyzed following Corbin and Strauss's systematic approach. **Results :** Open coding analysis identified 34 concepts, which were then synthesized through axial coding into 8 overarching categories. The core category was identified as journey of professional maturation through end-of-life care experiences. Nurses demonstrated evolving perceptions and coping strategies across career stages that influenced their professional identity formation and competency development. **Conclusion :** A substantive theory was developed that systematically explains the process of nurses' end-of-life care experiences across different career stages. This study provides a theoretical foundation for developing career-stage-specific educational interventions and support programs.

Key words : Nurses, Palliative care, Perception, Qualitative research

I. 서론

임종간호는 임종을 맞는 환자와 가족에 대한 종합적이고 전인적인 간호를 의미하며, 간호사는 그 시기의 마지막 삶을 의미있게 보낼 수 있도록 돌봄을 제공한다[1,2]. 임종 단계에서 간호사는 임종 과정에서 의사가 표현한 의학적 언어를 가족에게 쉽게 전달하는 역할을 하거나[3,4] 정보 제공자로서 예측되는 결과를 설명하고[5], 정서적으로 공감하면서 그들의 동반자 역할을 한다[6]. 간호사가 경험한 임종간호와 그들의 죽음에 대한 인식과 임종간호에 대한 인지는 임종 시기에 대상자와 그 가족들에게 밀접한 영향을 미치며, 임종간호의 수행에 영향을 미치므로 간호사의 임종간호에 대한 인식과 자각 정도는 중요하다[7]. 대부분의 간호사는 처음 임종 환자를 간호할 때, 임종간호에 대한 자신의 견해가 확실하게 정립되어 있지 않아 혼란스러우며, 그로 인해 스트레스와 불안 정도가 높아 간호에 소극적으로 임하게 될 경향이 있다[1]. 간호사의 임종간호 영향 요인은 죽음인식, 죽음불안, 연령, 임상경력, 학력, 직위, 임종간호 교육경험 등이 있는데[8], 이러한 요인들이 임종간호에 대한 간호사들의 태도를 변화시키는 과정은 선행연구에서 확인하기 어려웠다.

간호사의 임종간호 경험이라는 주제와 같이 대중화하기 어려운 소재는 이야기를 통해 구체적인 형태가 드러날 수 있다[9]. 질적 탐구는 참여자가 자신의 사고, 행동, 기억, 욕구, 감정 등을 언어로 구조화하여 드러내며, 이를 통해 구조화된 언어가 지식과 가치 및 문화를 구성하는 원리로 작동한다[10]. 즉, 간호사들이 경력이나 직위에 따라 그들의 개별적인 임종간호 경험을 이야기하는 과정을 통해 특정 행위의 의미를 찾고, 개인적 측면에서 실천 지식의 토대가 될 수 있으며, 나아가 자아 성찰 계기로 작용하여 전문직관을 공고히 하는데 도움을 줄 수 있으며, 추후 질 높은 임종간호를 제공할 수 있는 효능감과 자신감의 원동력이 될 수 있다[11].

간호사들의 임종간호 태도에 대한 경험의 현상 탐구는 개인적이고 사회적인 상호작용과 과거-현재-미래 연속성 상에서 특별한 경험을 이해하여 형성되

는 환경과의 상호관계를 이해할 수 있게 돕는다[12]. 간호사들의 임종간호 경험의 탐색은 단순히 임종간호를 제공하는 간호사들에 대한 이해뿐 아니라 윤리적인 학습과 성찰 계기로도 의미가 있다[13]. 더불어 본 연구의 과정이 간호사들에게 학습의 매개체로 활용되어[14] 질 높은 임종간호의 수행에 영향을 미칠 수 있을 것이다. 임종간호에 관한 국내외 선행연구들을 살펴보면, 대부분의 연구가 특정 시점에서의 간호사의 태도, 죽음에 대한 인식, 스트레스 수준을 측정하는 양적 연구에 집중되어 있다. 구체적인 예로 임종간호 스트레스 측정 도구를 활용한 횡단적 조사연구[15], 죽음불안 척도를 이용한 상관관계 연구[16], 임종간호 태도와 영향요인을 분석한 회귀분석 연구[8] 등이 있다. 이러한 연구들은 임종간호와 관련된 주요 변수들 간의 관계를 규명하고, 간호사들이 경험하는 어려움의 정도를 수치화하는 데 기여해왔다. 그러나 기존 연구들은 임종간호 경험을 특정 시점의 정적인 현상으로 접근함으로써, 경험이 시간의 흐름 속에서 어떻게 변화하는가라는 과정적 측면을 간과하고 있다. 간호사들은 수많은 임종 상황을 반복적으로 경험하며, 이 과정에서 임종에 대한 인식, 정서, 대처 방식이 역동적으로 변화한다[7]. 그러나 단일 시점의 횡단적 연구로는 이러한 발달적·과정적 변화를 포착할 수 없다. 또한 기존의 연구들은 임종간호를 경험한 간호사의 스트레스, 불안, 소진과 같은 부정적 측면에 초점을 맞추어 문제 중심으로 접근해왔다[17]. 따라서 간호사들이 임종간호 경험을 통해 어떻게 성장하고 적응하며, 전문직 정체성을 형성해 나가는지에 대한 긍정적 변화 과정이나 성숙의 과정은 충분히 조명되지 못했다.

이에 본 연구는 간호사들의 임종간호 인식을 심층적으로 이해하기 위하여 임상 간호사들이 어떠한 인과적 조건과 맥락에서 임종간호를 인식하고, 경험하는지를 파악하고, 관련요인 및 결과와의 연관성을 탐색하여 간호사의 경험에 따른 임종간호 인식에 대한 변화과정을 밝히기 위한 근거이론을 도출하기 위함을 목적으로 하였다. 근거이론은 참여자의 경험과 관점을 중심으로 자료를 수집하고 분석함으로써, 현장에

근거한(grounded) 실체이론을 개발한다[18]. 이렇게 도출된 이론은 간호사들의 실제 경험을 반영하기 때문에 임상 현장에서의 적용 가능성과 실용성이 높다. 특히 경험에 따른 단계별로 간호사들이 직면하는 구체적인 어려움과 그에 대한 대처 방식을 이해함으로써, 실무에 즉시 적용 가능한 교육적·정책적 함의를 도출할 수 있다. 이를 위한 연구 질문은 “임상간호사의 임종간호 경험 과정은 어떠한가?”이다.

II. 연구방법

1. 연구 설계

본 연구는 간호사의 임종간호 경험을 파악하여 임종간호 인식을 체계적으로 설명하기 위하여 근거이론 방법[19]을 적용한 질적연구이다.

2. 연구참여자

본 연구의 참여자는 의도적 표집(purposive sampling)과 눈덩이 표집(snowball sampling)[20]을 병행하여 선정하였다. 구체적인 대상자 선정기준은 연구에 자발적으로 참여 의사를 밝힌 자로, 간호 경력에 따른 경험적 차이를 확인하기 위하여 모집 시 경력 중복을 의도적으로 표집하여, 면담 시점 당시 의료기관에 근무 중으로 임종간호를 적어도 2회 이상 경험한 자로 하였으며, 이는 임종간호가 단일 사건이 아닌 반복적 경험을 통해 나타나는 인식과 대처의 변화과정을 탐색하기 위함이다. 면담 전 참여자의 경력과 임종간호 경험 여부의 사전 조사에 따라 참여자를 모집하였으며, 초기 참여자가 유사한 경험을 가진 동료 간호사를 추천함으로써, 임종간호에 대해 깊이 있는 통찰을 제공할 수 있는 참여자로 자연스럽게 연결되도록 하였다. 최종적으로 본 연구에 참여한 간호사는 15명이었다.

3. 자료수집 및 윤리적 고려

본 연구의 자료수집은 C대학교 생명윤리위원회의 승인(CA17-250326-HR-005-01)을 받은 이후 5월부터 10월까지 심층면담으로 진행하였다. 면담은 참여자의 동의를 얻은 후 녹음하였으며, 1인당 평균 40~60분 소요되었다. 면담 장소는 회의실과 유선면담으로 진행하였다. 참여자를 대상으로 연구 전 서면 동의를 받았으며, 면담 전 참여자에게 연구의 목적과 연구 참여로 인한 위험과 보상에 대해 설명하였다. 면담 중 일어날 수 있는 스트레스, 불안의 위험 보장을 위해, 사전 연계된 심리상담가 연락처를 안내하였다. 연구 참여 중 철회의 의사가 있다면 언제든지 중단 가능성을 설명하였으며, 연구에서 얻은 정보는 오직 연구 목적으로만 사용되며, 개인 식별정보는 암호화하여 사후 확인 불가능함을 설명하였다.

연구자가 면담을 운영하는 동안 공동연구자는 참여자들의 비언어적 표현과 분위기 등을 메모하였다. 면담의 주요 질문은 반구조적 형식으로 진행하였으며, 면담 진행 상황에 따라 질문들이 추가되는 방식으로 진행하였다. 관계 형성 단계인 면담의 도입부에서는 참여자를 소개하고 일상적인 대화로 참여자의 긴장을 풀게 한 다음, ‘임종간호에 대한 생각은 어떠한가요?’라는 도입 질문으로 면담을 시작하였다. 주요 질문은 ‘임종 경험에 대해 말씀해주십시오’이며, 임종 경험 과정과 패러다임을 파악하기 위하여 ‘임종간호에 대한 경험은 어떤 것이었습니까?’, ‘어떤 상황에서 임종간호를 경험하였습니까?’, ‘임종간호는 당신에게 어떤 영향을 주었습니까?’, ‘임종간호 시, 어떻게 대처하였습니까?’, ‘임종간호 과정에서 도움이 되었던 부분은 무엇입니까?’ 등의 질문을 구성하였다. 또한 참여자 특성에 따라 자료수집에 필요한 질문들과 이전의 면담내용 분석을 통해 다음 면담에서 확인하고 추가해야 할 질문들을 마련하여 자료가 포화될 때까지 면담을 지속하였다. 자료의 포화시점은 면담에서 동일한 내용이 2회 이상 반복되는 경우로 연구자가 서로 논의한 뒤 결정하였다. 면담내용은 연구팀이 참여자의 진술 그대로 필사하였으며, 필사 완료 후 연구자가 녹음된 내용을 다시 들으면서 확인하였다.

4. 자료분석방법

수집된 자료는 간호사의 임종간호 경험 과정의 구조를 파악하기 위하여 Corbin과 Strauss[19]가 제시한 근거이론방법을 적용하여 개방코딩(open coding), 축코딩(axial coding), 선택코딩(selective coding)의 단계를 거치면서 자료를 분석하였다. 자료수집과 동시에 분석하여, 절차가 순환적으로 이루어지도록 하였으며, 면담내용이 추가될 때마다 각 단계를 다시 반복하였다.

먼저, 개방코딩에서는 필사된 자료를 한 줄 한 줄 읽으면서 검토하여 참여자들이 경험한 사건을 이해하고, 자료 속에 있는 현상에 이름을 붙이고 개념화하고 범주화하였다. 이후 축코딩에서는 원인조건, 중심현상, 맥락, 중재적 조건, 작용/상호작용전략, 결과를 포함하는 패러다임 모형을 이용하여 개방코딩에서 도출한 범주들 간의 연결을 시도하였다. 마지막으로 선택코딩에서는 모든 범주를 통합하고 자료를 전체적인 맥락으로 이해하여 연구 현상에서 나타나는 가장 기본적인 사회 심리적 행동패턴을 찾아내어 핵심 범주를 도출하였다. 이를 바탕으로 간호사의 임종간호 경험 과정을 체계적으로 설명하는 실제이론을 개발하였으며, 이론적 민감성을 높이기 위해 지속적인 비교분석을 통해 이론의 타당성과 적합성을 확보하였다.

5. 연구의 엄격성 확보 및 연구자의 준비

본 연구에서 질적연구의 타당성은 Lincoln과 Guba[21]의 질적연구 평가 기준인 사실적 가치(truth value), 적용성(applicability), 일관성(consistency), 중립성(neutrality)을 적용하여 확보하려고 노력하였다. 먼저, 사실적 가치를 확보하기 위해 분석 자료가 참여자의 견해와 일치함을 참여자에게 되읽혀 확인하였다(member check). 또한 연구자는 자료에 오래 머물러 있기 위해 질적 자료 수집과 필사를 모두 수행하였다. 이후, 적용성 확보를 위해 유사한 조건을 가진 다른 임종경험을 가진 간호사에게 분석자료의 일반화 가능성을 확인받았다. 일관성 확보를 위해 자료수집과 분석자료에 대해 간호학과 교수인 전문가에게 검토받아 연구팀에서 시행

한 자료 분석을 비교하며 논의하였고(peer debriefing), 이를 내용분석 방법에 따라 자료를 분석하였다. 마지막으로 중립성 확보를 위해 연구자들은 연구가 진행되는 동안 반성적 저널(reflective journals)을 기록하며, 서로의 토론을 바탕으로 연구자의 편견을 배제하려고 노력하였다. 본 연구를 위해 연구자는 질적연구 방법론 워크샵에 참여하였으며, 지속적으로 질적연구 방법으로 연구를 수행한 바 있다.

Ⅲ. 연구결과

1. 참여자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 간호사는 총 15명이었으며, 모두 여성이었다. 평균 연령은 29.8세(25~40세)였고, 평균 임상경력은 5.8년(1~16년)이었다. 참여자들은 종합병원 또는 상급종합병원에 근무하고 있었으며, 근무부서는 병동 3명, 외과계 중환자실 4명, 내과계 중환자실 6명, 응급실 2명이었다. 학력은 학사 10명, 석사 5명이었으며, 13명이 임종간호 관련 교육을 모두 1회 이상 받은 경험이 있었으나, 교육 시간은 평균 1.2시간으로 짧았다. 참여자 중 8명이 가족이나 지인의 죽음을 직접 경험한 것으로 나타났다(Table 1).

2. 근거이론 분석 결과

(1) 개방코딩 결과

면담 자료를 분석한 결과, 개방코딩을 통해 34개의 개념을 도출하고 이를 통합하여 8개의 범주를 형성하였으며, 축코딩을 통해 범주 간의 관계를 연결하여 패러다임 모형을 구성하였다(Table 2). 8개의 범주는 ① 임종환자 발생, ② 임종간호 제공 책임, ③ 임종상황에서의 정서적 혼란과 역할갈등, ④ 개인특성과 경험적 배경, ⑤ 지지체계와 조직문화, ⑥ 경험별 대처 전략의 차별화, ⑦ 전문직관 정체성 성숙과 인간중심간호 실천, ⑧ 정서적 소진과 직업적 회의감이었다.

Table 1. General Characteristics of Participants

No	Age	Education	Total career of work	Department of nursing	Experience of EOL care	Experience of EOL education	Personal death experience
1	40	Master	16	MICU	Yes	Yes	Yes
2	38	Bachelor's	14	MICU	Yes	Yes	Yes
3	37	Master	13	ED	Yes	Yes	Yes
4	36	Bachelor's	12	SICU	Yes	Yes	Yes
5	30	Master	6	MICU	Yes	Yes	No
6	27	Master	3	Ward	Yes	Yes	Yes
7	26	Bachelor's	2	MICU	Yes	Yes	No
8	30	Master	6	Ward	Yes	Yes	Yes
9	28	Bachelor's	4	SICU	Yes	Yes	No
10	29	Bachelor's	5	Ward	Yes	No	No
11	25	Bachelor's	1	MICU	Yes	Yes	No
12	25	Bachelor's	1	SICU	Yes	Yes	No
13	25	Bachelor's	1	MICU	Yes	Yes	No
14	25	Bachelor's	1	ED	Yes	No	Yes
15	26	Bachelor's	1	SICU	Yes	Yes	Yes

EOL = End of life

MICU = Internal Medicine Intensive Care Unit

ED = Emergency Department

SICU = Surgical Intensive Care Unit

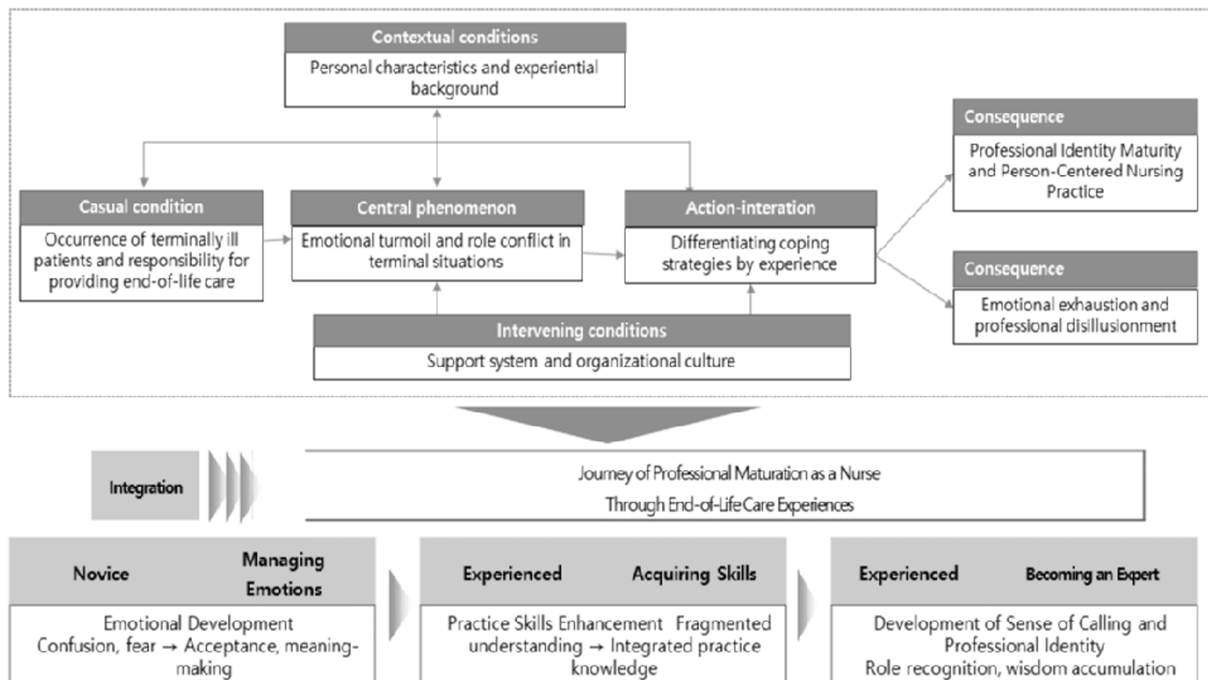


Figure 1. Paradigm of the model illustrating the core category: journey of professional maturation through end-of-life care experiences

Table 2. Results of Open Coding and Axial Coding

Paradigm elements	Categories	Concepts	
Causal condition	Occurrence of terminally ill patients	Facing unexpected end-of-life situations	
	Responsibility to provide end-of-life care	Gap between theory and practice	
Central phenomenon	Emotional turmoil and role conflict in end-of-life situations	Fear of death itself	
		Empathic sorrow toward patients' and families' suffering	
		Frustration over being unable to provide appropriate care	
		Feeling powerless in the face of death despite being a professional	
Contextual conditions	Individual characteristics and experiential background	Clinical experience and position	
		Level of end-of-life care education/training	
		Presence/absence of personal bereavement experience	
		Values and beliefs about death	
		Personality traits	
Intervening conditions	Support systems and organizational culture	Emotional comfort/support from colleagues	
		Role modeling by senior nurses	
		Improvement in end-of-life care management skills	
		Learning protocols and administrative procedures	
		Opportunities for reflection after end-of-life care	
Action/Interaction strategies	Differentiated coping strategies by level of experience	Transitioning into proficient end-of-life care	
		Newly avoidance and dependence	Emotional distancing
		Support and advice from seniors and colleagues	
		Careered adaptation and skill acquisition	Adaptation through repeated experiences
		Acquisition of practical end-of-life care skills	
		Building resilience	
Rediscovering the meaning of end-of-life care			
Consequences	Maturation of professional identity and practice of human-centered care	Integration and meaning-making	Maturation of professional identity/professional values
		Practicing patient-centered care	
		Supporting junior nurses	
		Feeling a sense of pride	
	Emotional burnout and professional doubt/career skepticism	Heightened professional awareness	
		Establishing role identity	
		Individualized, tailored approach	
		Holistic care	
		Respect for dignity	
		Emotional exhaustion	
		Cumulative professional doubt (career skepticism)	

(2) 축코딩: 패러다임 모형
본 연구의 개방코딩을 통해 나타난 개념을 바탕으로 각 범주들 간의 관계를 연결하는 축코딩을 수행하

여 패러다임 모형을 구축하였으며, 구체적인 내용은 다음과 같다(Figure 1).

① 인과적 조건(Causal conditions) : 임종환자 발생과 임종간호 제공 책임

인과적 조건은 중심 현상이 발생하게 된 원인이나 이유로, 본 연구에서는 ‘임종환자 발생과 임종간호 제공 책임’이 도출되었다. 참여자들은 병원 환경에서 불가피하게 임종 환자를 마주하게 되었으며, 간호사로서 이들을 돌봐야 하는 직업적 책임을 가지고 있었다. 특히 신규간호사들은 예상치 못한 시점에 임종 상황을 처음 경험하게 되면서 정서적 충격을 받았으며, 이에 대한 심리적 준비가 부족한 상태였다.

하위범주로는 ‘이론과 실제의 괴리’, ‘예기치 못한 임종 상황 직면’이 도출되었다. 참여자들은 “갑자기 임종 때문에 막막했어요”, “간호사니까 당연히 임종 환자를 돌봐야 하지만 막상 그 상황이 되니 잘 몰라서 당황했어요.”와 같은 진술을 하였다.

② 중심현상(Central phenomenon) : 임종 상황에서의 정서적 혼란과 역할 갈등

중심 현상은 참여자들이 임종간호를 제공하는 과정에서 경험하는 핵심적인 문제나 쟁점으로, ‘임종 상황에서의 정서적 혼란과 역할 갈등’이 도출되었다. 참여자들은 임종 환자 간호 과정에서 슬픔, 불안, 두려움, 무력감, 유사 임종 경험 회상 등의 정서를 경험하였으며, 동시에 전문적인 간호를 제공해야 하는 역할과 인간으로서 느끼는 감정 사이에서 갈등을 겪었다. 범주로는 ‘죽음 자체에 대한 두려움’, ‘환자와 가족의 고통에 대한 공감적 슬픔’, ‘적절한 간호 제공에 대한 좌절감’, ‘전문가임에도 죽음 앞에 무력함’이 포함되었다. 참여자들은 “환자분이 돌아가시는 걸 보면서 저도 막 연하지만 무섭고, 가족들 우는 모습을 보면 같이 울고 싶지만 간호사로서 역할을 해야 한다는 생각에 참았어요”, “죽음 앞에 제가 뭘 해야 할지 몰라서, 아무것도 할 수 없는 자신이 너무 한심하게 느껴졌어요.”와 같은 진술을 하였다.

③ 맥락적 조건(Contextual conditions) : 개인 특성과 경험적 배경

맥락적 조건은 중심 현상이 나타나는 상황이나 배

경으로, ‘개인 특성과 경험적 배경’이 도출되었다. 참여자들의 임상 경력, 직위, 임종간호 교육 경험, 개인적 죽음 경험 등이 임종간호 인식에 영향을 미치는 맥락으로 작용하였다. 범주로 ‘임상 경력과 직위’, ‘임종간호 교육 경험 정도’, ‘개인적 죽음 경험 유무’, ‘죽음에 대한 가치관과 신념’, ‘성격적 특성’이 포함되었다. 특히 임상 경력은 임종간호에 대한 인식과 대처 방식에 가장 큰 영향을 미치는 맥락적 조건이었다. 경력이 짧은 간호사일수록 임종 상황에서 더 큰 혼란과 불안을 경험하였으며, 경력이 쌓일수록 점진적으로 적응하는 양상을 보였다.

④ 중재적 조건(Intervening conditions) : 지지체계와 조직문화

중재적 조건은 중심 현상에 대처하기 위한 작용/상호작용 전략을 촉진하거나 억제하는 조건으로, ‘지지체계와 조직문화’가 도출되었다. 동료 간호사, 선배 간호사, 의료진의 지지와 협력, 병원의 교육 및 지원 시스템, 디브리핑 기회, 업무 환경 등이 간호사들의 대처 전략에 영향을 미쳤다. 범주로는 ‘동료의 정서적 위로’, ‘선배의 모델링’, ‘임종간호 관리 기술 향상’, ‘프로토콜 및 행정업무처리 습득’, ‘임종간호 후 성찰 기회’, ‘능숙한 임종간호에 진입’이 포함되었다. 참여자들은 “병동 언니가 옆에서 차근차근 알려주고 괜찮다고 위로해줘서 많은 도움이 됐어요”, “우리 병동은 임종 환자가 있으면 선배가 같이 도와주는 분위기라서 보고 배우는 게 있어요”와 같이 지지적 환경의 중요성을 강조하였다. 반면 “처음 임종 때는 행정업무가 많고, 너무 바빠서 다른 시간이 없었어요”, “임종 후에도 바로 다른 환자를 봐야 해서 제 감정을 정리할 틈이 없었어요”와 같이 제약적 환경의 어려움도 토로하였다.

⑤ 작용/상호작용 전략(Action/Interaction strategies) : 경험별 대처 전략의 차별화

작용/상호작용 전략은 중심 현상에 대처하거나 다루기 위해 취하는 의도적 행위로, ‘경험별 대처 전략의 차별화’가 도출되었다. 참여자들은 자신의 경험 단

계에 따라 서로 다른 방식으로 임종간호 상황에 대처하였다.

신규간호사는 주로 ‘회피와 의존’ 전략을 사용하였다. 하위범주로 ‘정서적 거리두기’, ‘선배와 동료의 지지와 조언’이 포함되었다. 참여자들은 “환자분이 돌아가시는 게 너무 무서워서 가능하면 혼자서는 그 병실에 들어가지 않으려고 했어요.”, “그냥 선배가 하라는 대로, 따라했어요.”와 같은 진술을 하였다.

경력간호사는 ‘적응과 기술 습득’ 전략을 사용하였다. 범주로는 ‘반복적 경험을 통한 적응’, ‘임종간호의 실질적 기술 습득’, ‘회복탄력성 형성’이 포함되었다. 참여자들은 “처음보다는 많이 익숙해졌어요. 어떻게 대처해야 하는지 알게 됐고요.”, “의사소통을 적절하게 하는 것을 조금 알게 됐어요.”, “임종이라고 따로 생각하지 않고, 통상적 간호업무 중 하나로 느껴요.”로 진술하였다. 일부 경력간호사는 ‘통합과 의미부여’ 전략을 사용하였다. 범주로는 ‘임종간호 의미의 재발견’, ‘전문직관의 성숙’, ‘환자 중심간호 실천’, ‘후배 간호사 지원’이 포함되었다. 참여자들은 “업무강도와 달리 임종간호가 중요한 부분이라고 생각해요. 환자분의 마지막을 함께한다는 게 큰 의미가 있어요.”, “전 인간호에 좀 더 가까운 느낌이랄까? 좀 더 노력해요.”, “임종간호에 있어서 후배를 가르치고 위로하는 위주로 변했달까요?”와 같은 진술을 하였다.

⑥ 결과(Consequences) : 전문직관 정체성 성숙과 인간중심간호 실천/정서적 소진과 직업적 회의감

결과는 작용/상호작용 전략으로 인해 나타나는 결과로, 긍정적 결과와 부정적 결과가 모두 도출되었다. 긍정적 결과로는 ‘전문직관 정체성 성숙과 인간중심간호 실천’이 나타났다. 하위범주로는 ‘자긍심을 느낌’, ‘전문가 의식 고양’, ‘역할 정체성 확립’, ‘개별적 맞춤 접근’, ‘전인적 돌봄’, ‘존엄성 존중’이 포함되었다. 참여자들은 “임종간호를 경험하면서 제가 왜 간호사가 되었는지 다시 생각하게 됐어요. 일에 대한 자부심이 생겼어요.”, “환자 한 분 한 분이 얼마나 소중한지 알게 됐고, 더 세심하게 돌보게 됐어요.”와 같은 진술을 하였다.

부정적 결과로는 ‘정서적 소진과 직업적 회의감’이 나타났다. 범주로는 ‘정서적 고갈’, ‘누적된 직업적 회의’가 포함되었다. 일부 참여자들은 “임종을 경험하다 보니 감정이 무더지고 지쳐요.”, “제가 아무리 열심히 해도 환자는 결국 돌아가시니까 한계를 느낄 때가 있어요.”, “가끔은 행복한 일을 하고 싶어서, 감정적으로 슬픈 일을 계속해야 하나 고민하게 돼요.”와 같은 진술을 하였다.

(3) 선택코딩: 핵심범주와 과정분석

① 핵심범주

선택코딩을 통해 도출된 핵심범주는 ‘임종간호 경험을 통한 전문적 성숙의 여정’이었다. 즉, 간호사들의 임종간호에 대한 인식은 그들이 임종간호를 경험하면서 초기의 두려움과 혼란을 극복하고, 점진적으로 전문 역량을 발전시키며, 궁극적으로 생명 존중과 환자 중심의 간호 철학을 내재화하는 과정으로 도출되었다.

간호사들은 임종간호라는 도전적 상황을 통해 전문가로 성장하였으며, 이 과정에서 자신의 감정을 인식하고 조절하는 법을 배우며, 환자와 가족에게 의미 있는 돌봄을 제공하는 방법을 습득하였다. 또한 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 받아들이고, 임종간호를 간호의 본질로 통합하면서 전문직 정체성을 확립하였다. 이는 단순히 기술적 능력의 향상을 넘어서 인간으로서, 전문가로서의 총체적 성숙을 의미한다.

② 과정분석

간호사들의 임종간호 경험은 시간의 흐름과 경력의 축적에 따라 유동적으로 변화하는 과정을 보였으며, 본 연구에서는 이를 세 단계로 구분하였다.

1단계: 충격과 혼란 (신규간호사)

첫 번째 단계는 간호사가 임종 상황을 처음 경험하면서 겪는 ‘충격과 혼란’의 시기이다. 이 단계에서 간호사들은 죽음이라는 현상에 대한 심리적 준비가 부족한 상태에서 임종 환자를 마주하게 되며, 극심한

두려움과 불안을 경험한다. 참여자들은 학교에서 배운 이론적 지식과 실제 임상 상황 사이의 괴리를 느끼며 당혹감을 표현하였다. 관련 진술은 다음과 같다.

“학교에서 임종간호를 배웠지만, 실제로 환자분이 돌아가시는 걸 보니 아무 생각도 나지 않았어요.” (참여자 11)

또한 환자의 죽음을 목격하는 것 자체에 대한 두려움과 함께, 자신이 무엇을 해야 할지 모르는 상황에서 오는 무력감을 강하게 느꼈다. 이 단계의 간호사들은 임종 상황에서 정서적으로 압도되어, 환자나 가족과의 직접적인 상호작용을 회피하는 경향을 보였다.

“환자분 곁에 있어야 하는데, 무서워서 자꾸 병실 밖으로 나오게 됐어요.”(참여자 15)

위의 진술처럼, 물리적·정서적 거리두기를 통해 자신을 보호하려는 방어기제를 사용하였다. 또한 선배 간호사의 지시를 따라 기계적으로 업무를 수행하며, 감정을 억제하고 외적으로는 침착한 모습을 유지하려 애쓰지만, 내적으로는 혼란스러운 상태가 지속되었고 표현하였다. 특히 이 단계에서는 임종 후 경험을 처리하고 정서를 해소할 방법을 알지 못해 어려움을 겪었다.

“퇴근하고 집에 가서도 그 장면이 계속 떠올랐고 잠을 잘 수가 없었어요.”(참여자 13)

임종 경험이 개인의 일상생활에까지 영향을 미쳤다. 일부 참여자들은 이러한 경험으로 인해 간호업무의 지속성에 대해 의문을 갖기도 하였다.

2단계: 적응과 학습 (경력간호사)

두 번째 단계는 반복된 임종간호 경험을 통해 점진적으로 ‘적응과 학습’이 이루어지는 시기이다. 이 단계에서 간호사들은 초기의 극심한 두려움과 불안은 감소하지만, 여전히 임종 상황에서 정서적 부담을 경험하며 전문적 역량을 쌓아가는 과정에 있다. 참여자들은 반복된 경험을 통해 임종 상황 자체에 대한 익숙함이 나타나며, 상황에 대한 통제감을 느끼기 시작하

였다. 관련 진술은 다음과 같다.

“처음보다는 많이 나아졌어요 이제는 임종 상황에도 당황하지 않고 일을 할 수 있어요.”(참여자 9)

그러나 여전히 특정 상황, 특히 젊은 환자나 자신과 비슷한 연령대의 환자, 갑작스러운 사망의 경우에는 큰 정서적 충격을 받는 것으로 나타났다. 이 단계의 간호사들은 임종간호에 필요한 실질적인 기술과 지식을 적극적으로 습득하였다. 임종 징후 사정, 증상 관리, 사후처치 등의 기술적 측면뿐 아니라, 환자 및 가족과의 효과적인 의사소통 방법을 다음과 같이 언급하였다.

“환자나 가족분들에게 어떻게 말씀드려야 위로가 될지, 어떤 말을 피해야 할지 조금씩 알게 됐어요.” (참여자 7)

또한 이 단계에서는 동료 간호사들과의 경험 공유가 중요한 대처 전략으로 작용하였다. 참여자들은 비슷한 경험을 한 동료들과 이야기를 나누면서 자신의 감정을 표현하고, 서로 위로하며, 실질적인 조언을 얻었다.

“동기들과 있었던 일을 이야기하면서 많이 위로받아요. 나만 힘든 게 아니구나 하는 생각이 들어요.” (참여자 6)

그러나 이 단계에서도 여전히 임종간호에 대한 확고한 철학이나 의미를 찾지 못한 채, 업무 일부로 받아들이며 기술적으로 대처하는 수준인 경우가 많았다. 또한 반복되고 예기치 못한 임종 경험으로 누적된 정서적 피로감을 호소하기도 하였다.

3단계: 통합과 성숙 (일부 경력간호사)

세 번째 단계는 임종간호의 의미를 재발견하고 이를 자신의 간호 철학과 전문직 정체성에 ‘통합과 성숙’하는 시기이다. 이 단계에서 간호사들은 임종간호를 단순 업무가 아닌 본질적이고 의미있는 간호로 인식하며, 역할 수행을 통해 전문가로서 자긍심을 느낀다. 참여자들은 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 받

아들이게 되었으며, 환자가 편안하고 존엄하게 마지막 막을 맞이할 수 있도록 돕는 것을 간호사로서의 특권이자 소명으로 인식하였다. 진술은 다음과 같다.

“이제는 임종간호가 업무에서 되게 의미있는 부분이라고 생각해요. 환자분의 마지막 순간을 함께한다는 것이 정말 특별한 경험이고, 그분들께 도움이 된다는 게 감사하죠.”(참여자 2)

이 단계의 간호사들은 환자의 특성, 가치관, 욕구를 파악하여 맞춤형 임종간호 제공 노력을 하였다. 표준화된 프로토콜을 넘어 각 환자와 가족의 상황에 맞는 유연한 접근을 하였으며, 환자의 신체 증상 관리뿐 아니라 정서적, 영적 요구에도 관심을 기울였다. 진술은 다음과 같다.

“어떤 환자분은 조용히 혼자 있고 싶어 하시고 어떤 분은 끝까지 가족들과 함께 이야기하고 싶어 하세요. 그런 개별적인 욕구를 파악하고 존중해드리려고 노력해요.”(참여자 4)

또한 경력간호사들은 자신의 경험을 후배 간호사들과 적극적으로 공유하며 멘토 역할을 수행하였다. 후배들이 임종 상황에서 겪는 어려움을 이해하고, 실질적인 조언과 정서적 지지를 제공하였다.

“후배들이 임종을 경험하고 힘들어하는 걸 보면, 예전의 제 모습이 생각나요. 그때 선배 언니가 해줬던 것처럼 이제는 제가 옆에서 도와주려고 해요.”(참여자 1)

이 단계에서 간호사들은 임종간호 경험을 통해 인간적으로도 성숙하였다. 생명의 유한성과 소중함을 깊이 인식하게 되었으며, 이는 자신의 삶을 돌아보고 현재를 더욱 가치 있게 여기는 성찰의 계기가 되었다.

“임종 환자를 돌보면서 언젠가는 저도, 제 가족도 그 순간을 맞이하게 된다는 걸 생각하게 돼요. 그래서 지금 순간을 더 소중히 여기고, 주변 사람들에게 잘하려고 노력해요.”(참여자 3)

그러나 이 단계에서도 모든 것이 완벽하게 해결되는 것은 아니었다. 오랜기간 누적된 임종간호 경험으

로 정서적 소진을 경험하는 경우도 있었으며, 여전히 특정 상황에서는 깊은 슬픔과 무력감을 느끼기도 하였다. 다만 이러한 감정을 인정하고 수용하며, 적절히 대처할 수 있는 능력을 갖추고 있다는 점에서 차이가 있었다.

③ 실체이론 형성

간호사의 임종간호 인식은 단순히 업무 기술의 습득을 넘어서, 전문가로서, 인간으로서의 총체적 성숙을 이루어가는 ‘전문적 성숙의 여정’이라고 할 수 있다. 과정분석과 유형분석 결과는 다음과 같다. 과정분석 결과 간호사의 임종간호 인식 과정은 1단계: 충격과 혼란-2단계: 적응과 학습-3단계: 통합과 성숙으로 구분되었으며 이러한 과정은 고정적 발달단계가 아니라 다양한 요인 속에서 역동적으로 이동하는 단계이다(Figure 1). 간호사들은 병원 환경에서 불가피하게 임종 환자를 마주하게 되며, 전문직으로서 이들을 돌보아야 하는 책임을 갖게 된다. 특히 신규간호사들은 준비되지 않은 채, 첫 임종 상황을 경험하며 두려움과 혼란에 빠졌다. 죽음 자체에 대한 공포, 환자와 가족의 고통을 목격하는 괴로움, 적절한 간호를 제공하지 못하는 무력감이 복합적으로 작용하여 정서적으로 압도당하였다. 이러한 어려움 속에서 경력 간호사들은 자신만의 대처 전략을 발전시켜 나간다. 처음에는 정서적 거리두기와 기계적 업무 수행으로 자신을 보호하지만, 반복된 경험과 선배 간호사의 지지, 동료와의 경험 공유를 통해 점차 임종 상황에 적응해간다. 실질적인 임종간호 기술을 습득하고, 환자 및 가족과의 효과적인 의사소통 방법을 배우며, 자신의 감정을 조절하는 능력을 키워간다. 다년간의 경력이 쌓이면서 간호사들은 임종간호의 의미를 재발견하고, 이를 간호의 본질적 역할로 통합한다. 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 받아들이게 되며, 환자가 존엄하게 생을 마감할 수 있도록 돕는 것을 간호사로서의 특권이자 소명으로 인식한다. 이러한 과정을 통해 전문직 정체성이 확립되고, 생명 존중의 가치관이 내재화되며, 환자 중심의 전인적 간호를 실천하게 된다.

이에 따라 대응하는 유형분석 결과 감정형, 절충형,

승화형으로 구분할 수 있었다. 감정형은 임종에 대해 둔감하게 반응하거나 반복된 임종 경험으로 인한 정서적 소진, 공감 피로, 지속되는 무력감으로 인해 일부 간호사들은 직업적 회의감을 경험하고 이직을 고려하기도 한다고 하였다. 절충형은 업무 중심으로 변모하며, 임종간호 제공에 기술적 측면을 중시하는 모습이 나타났다. 승화형은 전문직 간호사로 자긍심과 사명감을 바탕으로 질적으로 높은 임종간호를 제공하는 단계로 후배를 보살피는 고차원적 영역이 두드러졌다.

임종간호 과정에 영향을 미치는 요인으로 개인적, 교육적, 조직적·환경적 요인이 도출되었다. 개인적 요인 중 가족이나 주변인에 대한 죽음의 개인적 경험은 임종간호 인식에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 교육적 요인과 관련하여, 임종간호 교육이 충분하지 못하다고 하였다. 참여자들은 임종 상황에서의 의사소통과 행정적 절차 처리 및 정서적 지지 제공 방법에 대한 실제 교육이 부족했다고 하였다. 조직적·환경적 요인에서는 죽음에 대한 성찰 부족이 두드러지게 나타났다. 참여자들은 업무 과중으로 시간적·심리적 여유가 없어 병원 내에서 임종간호 후 정서를 해소할 수 있는 기회가 거의 없다고 하였다.

IV. 논의

본 연구결과 간호사의 임종간호 인식의 핵심범주는 ‘임종간호를 통한 전문적 성숙의 여정’으로 도출되었다. 연구 결과를 바탕으로 다음과 같이 논의하고자 한다.

1. 경험에 따른 임종간호 인식의 유동적 변화

본 연구에서 간호사들은 경력이 쌓임에 따라 ‘충격과 혼란’, ‘적응과 학습’, ‘통합과 성숙’의 단계를 거치며 임종간호 인식이 변화하는 것으로 나타났다. 이러한 단계적 변화는 Benner[22]의 초보자에서 전문가로의 발달 모델과 유사한 맥락으로 이해될 수 있다. 하지만 Benner[22]의 점진적 발달과는 달리, 본 연구에

서는 간호사의 임종간호 인식이 개인의 경험에 따른 성장과 성숙에 따라 유동적으로 변화하며 일관된 양상을 따르지 않는다는 점이 특징적이었다.

신규간호사가 경험하는 ‘충격과 혼란’ 단계는 여러 선행연구에서 일관되게 보고되고 있다. Pratama와 Wardaningsih[3]에서도 간호사들이 임종 환자를 돌보면서 두려움, 불안, 슬픔, 무력감 등의 부정적 정서를 경험한다고 보고하였으며, 특히 신규간호사들은 이론적 지식과 실제 임상 상황 사이의 괴리를 경험하며 큰 어려움을 겪는다[23]. 본 연구에서 신규간호사들은 임종 상황에서 정서적 거리두기와 회피 전략을 주로 사용하였는데, 이는 Nabirye 등[24]의 연구 결과와 일치한다. 이러한 방어기제는 단기적으로는 자신을 보호하지만, 장기적으로는 환자와의 치료적 관계 형성과 양질의 임종간호 제공을 방해한다. 따라서 신규간호사들이 임종 상황에서 경험하는 정서를 건강하게 대처할 수 있도록 돕는 조직적 지원이 필요하다.

경력 간호사의 임종간호에 대한 ‘적응과 학습’ 단계는 반복된 경험을 통한 점진적 발전이 특징이다. 이 시기에 간호사들은 임종간호에 대한 실질적인 기술과 지식을 습득하며, 특히 의사소통 능력이 향상되는 것으로 나타났다. Anderson 등[4]의 체계적 문헌고찰에서도 의료진과 환자 가족 간의 효과적인 의사소통이 임종간호의 질을 향상시키는 핵심 요소라고 한 결과를 바탕으로 보아, 이러한 단계는 임종간호의 질적 향상을 추구하는 과정으로 볼 수 있다. 본 연구에서 경력간호사들은 환자 및 가족과의 의사소통에 대해 경험적 배움의 과정을 보였다. 그러나 이 단계에서도 여전히 특정 상황, 특히 젊은 환자나 자신과 비슷한 연령대의 환자, 갑작스러운 사망의 경우에는 큰 정서적 충격을 받는 것으로 나타났다. 이는 임종간호에 대한 적응이 단순히 경험의 횟수에 비례하는 것이 아니라 [25], 상황의 특성에 따라 달라질 수 있음을 시사한다. 따라서 개인의 특성을 고려한 지속적인 교육과 정서적 지원이 필요하며, 특히 특수한 임종 상황에 대처 전략을 다루는 교육이 요구된다.

다년간 경력간호사의 ‘통합과 성숙’ 단계에서는 임종간호의 의미를 재발견하고 이를 전문직 정체성의

핵심으로 통합하는 모습을 보였다. 이는 Karbasi 등 [11]의 연구 결과와 일치한다. 경력간호사들은 임종간호를 간호의 본질적 역할로 인식하며, 환자가 존엄하게 생을 마감할 수 있도록 돕는 것을 특권이자 소명으로 받아들였다. 또한 후배 간호사들의 멘토 역할을 자발적으로 수행하며 경험을 공유하고 실질적 조언을 제공하였다. 이는 병원 조직 내에서 공식적인 멘토링 프로그램을 구축하고 경력간호사의 역할을 지원할 필요가 있음을 시사한다.

본 연구에서 주목할 점은 임종간호에 대한 인식과 대처 방식의 변화가 단순히 연차에 의해서만 결정되지 않는다는 점이다. ‘개인적 죽음 경험 유무’, ‘죽음에 대한 가치관’, ‘성격적 특성’ 등의 개인적 요인과 ‘동료의 정서적 위로’, ‘선배의 모델링’, ‘임종간호 후 성찰 기회’ 등의 조직적 지지체계가 복합적으로 작용하였다. 신규간호사라도 가족의 임종을 경험하고 성찰할 기회가 있었거나 죽음에 대한 명확한 가치관을 가진 경우 초기부터 임종간호에 의미를 부여하였다. 반면, 경력간호사임에도 지지체계가 부족하거나 과도한 업무 부담 속에서 지속적으로 임종을 경험한 경우 정서적 소진 상태에 머무르는 양상이 관찰되었다.

2. 임종간호 경험의 영향 요인

본 연구에서 임종간호에 영향을 미치는 요인으로 개인적, 교육적, 조직적·환경적 요인이 도출되었다. 이는 Park과 Kang[8]의 연구에서 제시된 임종간호 태도 영향 요인과의 맥락을 같이한다. 특히 본 연구에서는 이러한 요인들이 임상 현장에서 어떻게 작용하는지를 구체적으로 밝혔다는 점에서 의의가 있다. 개인적 요인 중 죽음의 개인적 경험은 임종간호 인식에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 가족이나 지인의 죽음을 경험한 간호사들은 임종 환자와 가족의 감정을 더 깊이 이해하고 공감하는 경향을 보였다. 그러나 일부 참여자들은 과거의 상실 경험이 오히려 임종 상황에서 더 큰 정서적 부담으로 작용하기도 한다고 하였다. 이는 개인적 경험이 양면적으로 작용할 수 있음을 보여주며, 간호사들이 자신의 상실 경험을 건강

하게 처리하고 통합할 수 있도록 돕는 지원이 필요함을 시사한다.

교육적 요인과 관련하여, 참여자들은 학부 과정에서 임종간호에 대한 충분한 교육을 받지 못했다고 응답하였다. 이들은 임종간호에 대한 이론적 지식은 어느 정도 습득하였으나, 실제 임상 상황에서 어떻게 적용해야 하는지, 특히 환자 및 가족과의 의사소통과 행정적 절차처리 및 정서적 지지 제공 방법에 대한 실습 교육이 부족했다고 지적하였다. 따라서 Hwang 등[10]이 제안한 내러티브 의사소통 교육 방안과 같이, 사례를 기반으로 한 성찰적 학습 방법이 임종간호 역량 함양에 효과적일 수 있다.

조직적·환경적 요인과 관련해서 참여자들은 임종간호 후 경험을 공유하고 정서를 해소할 수 있는 공식적 기회가 거의 없다고 하였다. 임종 환자를 돌본 후에도 즉시 다른 환자를 돌보아야 하는 상황에서, 자신의 감정을 인식하고 처리할 시간적·심리적 여유가 없었다. Nabirye 등[24]의 연구에서도 간호사들이 임종간호 후 성찰 기회가 부족하다고 보고한 바 있다. 성찰은 정서적 해소를 넘어 경험으로부터 학습하고 실무를 개선하는 중요한 과정이므로, 조직 차원에서 임종간호 후 성찰 프로그램을 제도화하고 간호사들이 경험과 감정을 안전하게 표현할 수 있는 지지 환경을 조성할 필요가 있다. 또한 참여자들은 과중한 업무량과 시간 부족으로 환자와 가족에게 충분한 시간을 할애하지 못하는 현실을 안타까워하였다. 이는 선행연구 [26]와 일치하는 결과로, 질 높은 임종간호 제공을 위해서는 적정 간호인력 확보와 업무 재분배 등 구조적 개선이 필요하다.

3. 임종간호 교육의 방향

본 연구 결과는 간호사의 경력 단계별 맞춤형 임종간호 교육 프로그램의 필요성을 보여준다. 각 단계에서 간호사들이 경험하는 어려움과 요구가 다르므로, 이에 맞춘 차별화된 교육이 필요하다. 신규간호사 교육은 임종 상황에 대한 기본적 대처 방법과 정서 관리에 초점을 맞추어야 한다. 시뮬레이션이나 역할극을

활용한 교육은 임종상황을 간접적으로 경험하고 실제 대처능력을 향상시키는데 효과적이며[27], 부정적 정서가 정상적 반응임을 인식하고 건강하게 처리하는 방법을 교육할 필요가 있다. 경력간호사 교육은 복잡한 임종간호 기술과 윤리적 의사결정능력에 중점을 두어야 한다. 특히 연명치료 중단 결정, 가족 간 의견 불일치 등 어려운 상황에 대한 교육이 필요하며, 사례 기반 학습을 통해 다양한 대처 방법을 토론하고 성찰할 기회를 제공하는 것이 효과적이다[28-30]. 다년간 경력간호사 교육은 멘토링 역량과 리더십 강화에 주안점을 두어야 한다. 후배 간호사들을 효과적으로 지도하고 지원할 수 있도록 멘토링 기술을 배우고, 조직 내 임종간호 문화 개선을 위한 리더 역할 수행을 지원해야 한다.

모든 경력 단계에서 공통적으로 성찰적 실천이 필요하다. 본 연구에서도 참여자들이 경험을 회고하고 언어화하면서 새로운 통찰을 얻었다고 하였다. 따라서 임종간호 교육 프로그램에 성찰 저널 작성, 사례 토론, 경험 나누기 등의 활동을 포함하는 것이 효과적일 것이다.

4. 연구 참여를 통한 성찰의 의미

본 연구에서 인상 깊은 점은 참여자들이 면담 과정을 의미 있는 경험으로 인식했다는 것이다. 참여자들은 자신의 임종간호 경험을 회고하고 언어화하는 과정에서 새로운 통찰을 얻었다고 보고하였다. 이는 내러티브를 통해 경험을 구조화하는 과정에서 자아 성찰과 의미 형성이 이루어진다는 선행연구[9,10]와 일치한다. 이러한 발견은 간호사를 대상으로 한 성찰적 실천 프로그램의 중요성을 강조한다. 정기적인 사례 토론, 성찰 저널 작성, 동료와의 경험 공유 등의 활동이 간호사의 전문적 성장에 기여할 수 있으며[12], 특히 임종간호와 같이 정서적 부담이 큰 경험의 경우 이를 안전한 환경에서 표현하고 성찰할 기회가 중요하다. 이는 질적연구 참여가 참여자에게도 의미 있는 학습과 성장의 기회가 될 수 있음을 시사한다.

5. 임종간호와 간호사의 정서적 안녕

임종간호 경험의 결과로 긍정적 측면과 부정적 측면이 모두 나타났다. 긍정적 측면으로는 전문직 정체성 확립, 생명 존중 가치관 형성, 인간적 성장 등이 있었으며, 부정적 측면으로는 정서적 소진, 공감 피로, 이직 고려 등이 있었다. 특히 주목할 만한 점은 예기치 못한 임종 경험이 누적되면서 일부 간호사들이 정서적 소진을 경험한다는 것이다. 이는 Karbasi 등[11]의 연구에서도 언급한 것처럼 임종간호 이후 감정은 단순히 개인의 대처 능력 문제가 아니라, 조직적 지원이 필요한 영역이다. 따라서 조직 차원에서 간호사의 정서적 안녕을 지원하는, 임종 후 디브리핑 세션, 심리상담 서비스, 힐링 프로그램, 동료 지지 그룹 등의 포괄적인 프로그램을 마련할 필요가 있다. 또한 간호사들이 임종간호로 인한 정서적 부담을 표현할 수 있는 개방적이고 지지적인 분위기를 조성할 필요가 있다. 간호사들의 정서적 회복탄력성을 강화하는 교육 프로그램도 필요하다. 자기 돌봄(self-care) 전략, 스트레스 관리, 마음챙김(mindfulness) 등의 기법[31]을 교육하여 간호사들이 스스로 정서적 건강을 관리할 수 있도록 도와야 한다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 Corbin과 Strauss의 근거이론 방법을 적용하여 간호사의 임종간호 경험을 심층적으로 탐색하고, 임종간호 인식을 체계적으로 설명하는 실체이론을 도출하였다. 연구결과 34개의 개념과 8개의 범주가 도출되었으며, 간호사들은 ‘충격과 회피’, ‘적응과 학습’, ‘통합과 성숙’의 단계를 유동적으로 거치며 임종간호 인식이 전문성에 맞추어 발전하는 여정으로 나타났다.

임종간호 경험의 과정적 변화는 시간에 따른 자동적 발달이 아니라, 개인과 환경의 상호작용 속에서 끊임없이 재구성되는 역동적 과정으로 이해되어야 한다. 임종간호 경험은 간호사에게 정서적 부담과 동시

에, 전문직 정체성을 형성하고 생명과 죽음에 대한 인식을 변화시키며, 인간적 성장을 촉진하는 의미 있는 경험이었다. 이러한 경험은 개인적 요인, 교육적 요인, 조직적·환경적 요인의 영향을 받으며, 동료의 지지, 교육 기회, 디브리핑 시스템 등이 중요한 것으로 확인되었다.

본 연구는 간호사의 임종간호 경험 과정을 체계적으로 설명함으로써 간호학 지식 기반을 확장하였으며, 상황 맞춤형 임종간호 교육 프로그램 개발의 이론적 토대를 제공하였다. 또한 조직 차원에서 간호사의 임종간호 역량 향상과 정서적 부담 완화를 위한 지원 체계 구축의 필요성을 제시하였다. 본 연구는 일개 지역에서 수행되어 다양한 임종간호 인식의 차이를 탐색하지 못하였다. 향후 연구에서 다양한 의료기관과 지역, 남성 간호사를 포함한 연구가 필요하다. 또한 본 연구결과를 기반으로 중재 프로그램의 효과를 평가하는 연구도 제안하는 바이다.

References

1. Lee W. Death preparation education. Seoul: Moonumsa; 1995. p. 13~45.
2. Puchalski C, Jafari N, Buller H, Haythorn T, Jacobs C, Ferrell B. Interprofessional spiritual care education curriculum: a 10-year review of improving integration of spiritual care in health care. *Journal of Palliative Medicine*. 2024;26(1):45-58.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2023.0124>.
3. Pratama AA, Wardaningsih S. Nurses' experiences in caring for dying patients: a literature review. *Indonesian Journal of Medicine and Health*. 2020;11(3):284-289.
<https://doi.org/10.20885/JKKI.Vol11.Iss3.art10>
4. Anderson RJ, Bloch S, Armstrong M, Stone PC, Low JT. Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: a systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*. 2019;33(8):926-941.
<https://doi.org/10.1177/0269216319852007>
5. Adams AMN, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit—a literature review. *Nursing in Critical Care*. 2017;22(2):70-80.
<https://doi.org/10.1111/nicc.12141>
6. Chuah PF, Lim ML, Choo SL, Woo GY, To HK, Lau KY, et al. A qualitative study on oncology nurses' experiences of providing palliative care in the acute care setting. *Proceedings of Singapore Healthcare*. 2017;26(1):17-25.
<https://doi.org/10.1177/2010105816660322>
7. Shin YY, Lee HJ. Impacts of death perceptions, terminal care stress, and life satisfaction on attitudes toward end-of-life care among nurses at a tertiary hospital. *Journal of Korean Biological Nursing Science*. 2024;26(3):218-227.
<https://doi.org/10.7586/jkbns.24.019>
8. Park HJ, Kang EH. Factors influencing nurses' attitudes toward terminal care. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2020;13(1):76-86.
<https://doi.org/10.34250/jkccn.2020.13.1.76>
9. Devuyst P, Leiter RE, Milliken A, Jenewein J, Blum D, Seiler A. Narrative identity at the end of life: a qualitative analysis of dignity therapy interviews from an existential perspective. *BMC Palliative Care*. 2025;24(269):1-14.
10. Smith JA, Nizza IE. Essentials of interpretative phenomenological analysis. *American Psychological Association*. 2022.
<https://doi.org/10.1037/0000259-000>
11. Karbasi C, Pacheco E, Bull C, Evanson A, Chaboyer W. Registered nurses' provision of end-of-life care to hospitalised adults: a mixed studies review. *Nurse Education Today*. 2018;71:60-74.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.007>
12. Hodiamont F, Jünger S, Leidl R, Maier BO, Schildmann E, Bausewein C. Understanding com-

- plexity-the palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC Health Services Research*. 2019;19(1):157.
<https://doi.org/10.1186/s12913-019-3961-0>
13. Lee JS, Ahn SH. The impact of moral sensitivity and moral distress on end-of-life care performance among intensive care unit nurses. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2019;22(2):140-160.
<https://doi.org/10.35301/ksme.2019.22.2.140>
 14. Jung MJ, Son SY, Park JH, Jeon MK. End-of-life care experiences of early-career intensive care unit nurses: a qualitative study. *Journal of Korean Critical Care Nursing*. 2025;18(3):98-110.
<https://doi.org/10.34250/jkccn.2025.18.3.98>
 15. Cho AR, Kim MR. Factors influencing nurses' attitudes toward end-of-life care in older adult care hospitals. *The Journal of the Convergence on Culture Technology*. 2024;10(6):253-261.
<https://doi.org/10.17703/JCCT.2024.10.6.253>
 16. Zhang X, Zhang H, Zhu M, Wu M, Qin Z. The mediating effects of death reflection on death literacy and death anxiety among Chinese nurses: a cross-sectional study. *Scientific Reports*. 2024;14(1):31153.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-82421-8>
 17. Janet W, Kirshbaum M. Effects of patient death on nursing staff: a literature review. *British Journal of Nursing*. 2011;20(9):559-563.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.9.559>
 18. Glaser BG, Strauss AL. *Discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Chicago (IL): Aldine; 1967. p. 1-282.
<https://doi.org/10.4324/9780203793206>
 19. Corbin J, Strauss A. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2008. p. 195-280.
 20. Parker C, Scott S, Geddes A. Snowball sampling. In: *SAGE Research Methods Foundations*. London: SAGE Publications; 2019. p. 2-12.
 21. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills (CA): Sage Publications; 1985. p. 290-327.
 22. Benner P. *From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park (CA): Addison-Wesley; 1984. p. 13-38.
 23. Yingnan Z, Ziqi Z, Ting W, Liqin C, Xiaoqing S, Lan X. Transitional shock in newly graduated registered nurses from the perspective of self-depletion and impact on cognitive decision-making: a phenomenological study. *Journal of Nursing Management*. 2024;6722892. <https://doi.org/10.1155/2024/6722892>
 24. Nabirye AK, Munabi IG, Mubuke AG, Kiguli S. Emotional and psychological experiences of nursing students caring for dying patients: an explorative study at a national referral hospital in Uganda. *BMC Medical Education*. 2025;25(1):96.
<https://doi.org/10.1186/s12909-025-06708-8>
 25. Jang JY. *Hospice care stress and death awareness of general ward nurses [master's thesis]*. Seoul: Hanyang University; 2016. p. 34-36.
 26. Kim HS, Choi EK, Kim TH, Yun HY, Kim EJ, Hong JJ, et al. Difficulties in end-of-life care and educational needs of intensive care unit nurses: a mixed methods study. *The Korean Journal of Hospice and Palliative Care*. 2019;22(2):87-99.
<https://doi.org/10.14475/kjhpc.2019.22.2.87>
 27. Novaes LMS, Paiva EMDC, O'Mahony A, Garcia ACM. Roleplay as an educational strategy in palliative care: a systematic integrative review. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2022;39(5):570-580.
<https://doi.org/10.1177/10499091211036703>
 28. Raurell-Torredà M, Olivet-Pujol J, Romero-Collado À, Malagon-Aguilera MC, Patiño-Masó J, Baltasar-Bagué A. Case-based learning and simulation: useful tools to enhance nurses' education? Nonrandomized controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*. 2015;

- 47(1):34-42.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12113>
29. Choi HJ. Effects of ethical dilemma discussion-based educational intervention on ethical decision-making of nursing students. *Journal of Convergence for Business*. 2025;10(6):191-195.
<https://doi.org/10.31152/JB.2025.12.10.6.191>
30. Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM et al. Navigating end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices. *BMC Nursing*. 2024;23(1):467.
<https://doi.org/10.1186/s12912-024-02087-5>
31. Hong MS, Lim EJ. Job stress and stress management behaviors of general hospital nurses: a systematic review. *Journal of Korean Public Health Nursing*. 2025;39(3):325-339.
<https://doi.org/10.5932/JKPHN.2025.39.3.325>
-