

# 종양간호사의 공감, 자아탄력성, 자기관리가 공감피로에 미치는 영향

조호진<sup>1</sup> · 정면숙<sup>2</sup>

경상대학교 간호학과<sup>1</sup>, 경상대학교 간호학과 · 건강과학연구소<sup>2</sup>

## Effect of Empathy, Resilience, Self-care on Compassion Fatigue in Oncology Nurses

Cho, Ho Jin<sup>1</sup> · Jung, Myun Sook<sup>2</sup>

<sup>1</sup>College of Nursing, Gyeongsang National University

<sup>2</sup>College of Nursing · Institute of Health Sciences, Gyeongsang National University

**Purpose:** The purpose of this study was to analyze the effects of empathy, resilience and self-care on compassion fatigue in oncology nurses. **Methods:** The study design was a descriptive survey and questionnaires were collected from December 1 to 15, 2013. Participants were 171 oncology nurses caring for cancer patients. Data was analyzed using independent t-test, Scheffé test, one-way ANOVA, Pearson correlation coefficient and hierarchical multiple regression with the SPSS/WIN 18.0 program. **Results:** Seventy two percent of the participants reported a moderate to high level of compassion fatigue. Empathy was positively correlated with compassion fatigue, whereas, resilience and self-care had negative correlations with compassion fatigue. Finally, empathy, resilience, self-care and age accounted for 30% of the variance in compassion fatigue. **Conclusion:** Results indicate that empathy, resilience and self-care are factors influencing compassion fatigue. Therefore, it is necessary to develop and make available programs embracing personal factors in the prevention and reduction of compassion fatigue.

**Key Words:** Compassion fatigue, Empathy, Self-resilience, Self-care

## 서론

### 1. 연구의 필요성

간호는 간호사와 대상자사이의 관계를 기반으로 공감적 관계를 형성하며, 환자 및 가족과의 공감적 의사소통은 매우 필요한 요소이다. 공감은 대상자의 감정, 대상자가 인식하고 있는 상황에 대해 이해하고 소통할 수 있는 능력이며[1], 대상자에게는 치료에 대한 안정감과 좋은 간호를 받았다는 인식을 주고, 간호사에게는 대상자를 이해함으로써 느끼는 따뜻한 감

정과 대상자의 상태를 호전시킬 수 있음에 대한 확신감과 만족감으로 인해 간호의 질 향상에 도움을 줄 수 있다고 한다[2]. 그런데 대상자와 가족들에 대한 공감이 과도해지면 간호사에게 공감피로(compassion fatigue)를 초래할 수 있다[3,4]. 공감피로는 자신의 회복력을 증가하는 에너지를 소비함으로써 나타나는 회복력 상실상태를 말하며[2], 공감피로에 영향을 미치는 요인으로는 과도한 공감 이외에도 자기관리, 개인적 자원, 삶의 요구도, 업무 부담감, 말기 환자 사례에 대한 부담감, 외상 환자에 대한 경험, 공감피로에 대한 지식, 개인적 스트레스, 공감만족, 사회적 또는 조직적 지지, 개인의 대처전략

**주요어:** 공감피로, 공감, 자아탄력성, 자기관리

**Corresponding author:** Jung, Myun Sook

College of Nursing, Gyeongsang National University, 92 Chilam-dong, Jinju 660-751, Korea.  
Tel: +82-55-772-8256, Fax: +82-55-751-8711, E-mail: msjung@gnu.ac.kr

Received: Apr 10, 2014 | Revised: May 21, 2014 | Accepted: Jul 21, 2014

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

등으로 나타났다[5]. 그리고 공감피로가 지속될 경우 소진, 감정적 또는 신체적 손상, 직무만족 저하, 생산성 저하, 이직의도 증가가 나타나 간호서비스 질에 영향을 미친다[4,5].

일반적으로 공감피로가 높은 직업군으로 돌봄의 위치에 있는 간호사, 성직자, 상담사 등이며, 이들 중 대상자와의 공감적, 연민적 관계형성을 통해 더 많은 에너지를 투여하는 간호사가 가장 많이 나타난다고 하였다[6]. 특히 간호 분야 중에서도 종양간호사, 호스피스 간호사들에게 가장 많이 발생하는 것으로 알려져 있다[6,7]. 종양간호사들은 암 환자의 고통, 의학적 한계, 가족들의 고통 등 부정적인 경험을 통해 죽음에 대한 두려움과 환자에 대한 죄책감 및 버거움 등을 느끼며, 이로 인한 높은 직무 스트레스와 공감피로 및 소진을 경험하는 것으로 나타났다[8,9]. 따라서 종양간호사들의 공감피로에 영향을 미치는 선행요인을 구체적으로 연구할 필요가 있다.

공감피로와 관련된 선행연구를 살펴보면, 임상간호사, 응급실 간호사, 정신과 간호사를 대상으로 한 연구에서 참여자의 60% 이상이 중등도 이상의 공감피로를 경험하는 것으로 나타났다[10-12], 특히 호스피스 간호사와 종양 간호사를 대상으로 한 연구에서는 참여자의 75% 이상이 중등도 이상의 공감피로를 경험하는 것으로 나타났다[3,13]. 이는 종양간호사가 다른 분야 간호사보다 환자간호에 더 많은 어려움을 느낀다는 것을 알 수 있다. 따라서 병원조직에서는 이를 인식하고 관리해야 할 중요한 요인인 것이다.

공감피로와 관련되는 요인을 살펴보면, 먼저 공감은 공감피로를 높이는 주요한 원인으로 과도한 감정이입은 공감피로를 높인다고 하였고[4], 공감정도가 높을수록 공감피로가 높게 나타났다[3,11] 그리고 자아탄력성(Self-resilience)은 심한 스트레스나 피할 수 없는 상황을 가지는 간호학 분야에서 중요성이 대두되고 있는 요인[14] 중 하나로 개인의 감정적 성향이나 자아탄력성에 따라 전문직 돌봄 제공자에게 나타나는 공감피로의 반응이 다를 수 있다고 하였다[15]. 자아탄력성은 변화하는 상황적 요구나 스트레스 상황에 따라 긴장수준을 완화시키거나 약화시킬 수 있는 개인의 조절능력이며[16], 자아탄력성이 높을수록 공감피로가 낮게 나타났다[17]. 마지막으로 자기관리에 대한 부족은 공감피로를 발생시키는데[12,18], 자기관리란 신체, 심리, 감정, 영적, 전문직 업무현황에서의 자기관리 활동과 전략으로[19], 호스피스 전문가들을 대상으로 한 연구에서 자기관리점수가 높을수록 공감피로를 줄이는 것으로 나타났다[8,20]. 따라서 선행연구에서는 전문적인 도움으로 간호사들이 공감피로에 대해 더 높은 수준에서 각성하고 예방할 수 있도록 공감능력을 조절하고[18], 긍정적으로 대

처할 수 있도록 자아탄력성을 키우며[17], 자기관리전략을 개발할 것을 제안하고 있다[8,21].

공감피로를 관리하기 위해서 간호사 스스로 개인의 욕구와 가치를 표현하고, 직업과 삶의 균형을 고려하는 것이 중요하다[22]. 그리고 선행연구에서는 공감피로를 유발하는 개인적 특성을 파악하는 연구들이 필요하다고 하였다[23]. 국내 연구에서는 공감피로에 영향을 미치는 요인에 대한 연구로 외상경험, 성격유형, 상태불안, 스트레스대처전략, 간호근무환경, 자아탄력성, 공감능력 등의 관계와 경로를 파악한 연구가 보고되고 있으나[11,24,25], 공감피로가 잘 발생할 수 있는 종양간호사에 대한 연구는 1편 정도에 그쳐 부족한 실정이다. 따라서 종양간호사들을 대상으로 공감, 자아탄력성, 자기관리처럼 개인적 요인에서의 관계를 파악하여 간호사들이 공감피로에 대해 명확하게 인식하고 조절할 수 있도록 이들 간의 관계를 파악하는 것은 필요하다고 생각된다.

이에 본 연구는 종양간호사들을 대상으로 공감, 자아탄력성, 자기관리가 공감피로에 미치는 영향을 파악하여 간호사의 신체적, 정신적 건강을 통한 간호의 질을 높일 수 있도록 공감피로를 감소시키고 예방할 수 있는 프로그램개발을 위한 기초를 제공하고자 한다.

## 2. 연구목적

본 연구의 목적은 종양간호사를 대상으로 공감피로의 영향요인을 파악하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 종양간호사의 공감, 자아탄력성, 자기관리 및 공감피로 정도를 파악한다.
- 종양간호사의 일반적 특성에 따른 공감피로의 차이를 분석한다.
- 종양간호사의 공감, 자아탄력성, 자기관리 및 공감피로 간의 상관관계를 확인한다.
- 종양간호사의 일반적 특성이 공감피로에 미치는 영향과 공감, 자아탄력성, 자기관리를 각각 포함 했을 때 공감피로에 미치는 영향을 분석한다.

## 연구방법

### 1. 연구설계

본 연구는 종양간호사의 공감, 자아탄력성, 자기관리가 공감피로에 미치는 영향을 조사하기 위한 서술적 조사연구이다.

## 2. 연구대상 및 자료수집

본 연구는 부산, 경남 지역 소재의 암병동이 따로 있는 종합 병원 1곳, 대학병원 2곳에서 근무하고 있는 간호사를 대상으로 임의표출 하였다. 먼저 본 연구자는 J시 소재 G대학교 생명 윤리위원회(Institutional Review Board)의 승인(GIRB-G13-Y-0034)을 받고, 각 병원 간호부에 연구목적과 방법을 설명하고 허락을 받았다. 본 연구자는 각 병원의 병동을 방문하여 간호사들에게 연구목적과 비밀보장, 연구참여의 철회 가능성에 대해 설명하고, 연구참여를 서면으로 동의한 간호사만을 대상으로 하여 자료를 수집하였다.

자료수집은 2012년 12월 1일부터 12월 15일까지 실시하였으며, 연구대상자 수는 Cohen의 표본추출 공식에 따른 표본 수 계산 프로그램인 G\*Power 3.1.2를 이용하여 산출하였다. 다중회귀분석을 위해 유의수준 .05, 검정력 .80, 효과크기 중간인 .15, 독립변수(공감, 자아탄력성, 자기관리, 일반적 특성 8문항) 11개로 하여 123명의 표본수가 산정되었다. 탈락률을 고려하여 총 설문지 180부를 배부하여 175부를 수거하였고 그 중 무응답과 부적절한 응답을 한 4부를 제외한 171부를 최종 분석하였다.

## 3. 용어정의

### 1) 종양간호사

종양간호사(oncology nurses)는 암 환자들을 돌보는 간호사들로 암병동, 외래, 항암 화학요법 주사실, 조혈모세포 이식실 등에서 근무하는 간호사들을 말한다[26]. 본 연구에서는 암병동이 따로 있는 병원의 암병동에서 암 환자들을 간호하는 간호사들을 지칭한다.

### 2) 공감피로

공감피로(compassion fatigue)는 인간서비스 분야 사람들(예, 간호사, 사회복지사, 소방관, 심리치료사 등)이 외상을 입은 사람이나 고통을 받는 사람을 도와주는데서 오는 전문가들이 겪는 감정적 돌봄의 비용을 의미한다[19]. 본 연구에서는 Figley[4]가 개발하고, Stamm[15]이 수정·보완한 도구로 측정된 점수를 말한다.

### 3) 공감

공감(empathy)은 다른 사람들의 경험을 관찰함으로써 나타나는 개인의 반응을 말하며[14], 본 연구에서는 Davis[27]가

개발한 대인반응지표(Interpersonal Reactivity Index, IRI) 도구를 Park[28]이 번역한 도구로 측정된 점수를 말한다.

### 4) 자아탄력성

자아탄력성(self-resilience)은 변화하는 상황적 요구나 스트레스가 있는 상황에 처했을 때 유연하게 반응하는 개인의 조절능력으로 부적응을 방지하고, 불안에 대한 민감성을 낮추며, 삶에 긍정적으로 참여하게 하는 것을 의미한다[16]. 본 연구에서는 Block 등[16]이 개발하고, Yu 등[29]이 번역하여 사용한 Ego-Resilience Scale (ESR)도구로 측정된 점수를 말한다.

### 5) 자기관리

자기관리(self-care)는 신체, 심리, 정서, 영적, 전문직 업무현장, 일과 삶의 균형에서의 자기관리활동과 전략을 말하며[19], 본 연구에서는 Saakvitne 등[19]이 개발한 Self-Care Assessment Worksheet (SCAW)도구로 측정된 점수를 말한다.

## 4. 연구도구

구조화된 설문지를 이용하였고, 총 125문항으로 일반적 특성 8문항, 공감피로 10문항, 공감 28문항, 자아탄력성 14문항, 자기관리 65문항을 포함하였다.

### 1) 공감피로

공감피로(compassion fatigue)는 간호사의 공감피로 정도를 측정하는 것으로 Figley[4]가 1995년 개발하고, Stamm [15]이 수정·보완하여 공감피로, 공감만족, 소진의 영역으로 구성되어진 Professional Quality of Life Scale: Compassion satisfaction/Fatigue Subscale-version 5 (Korean version) 도구로 공감피로 영역만을 사용하여 측정하였다. 총 10문항으로 간호학과 교수 1인에게 내용타당도를 검증받아 수정·보완하여 사용하였다. 각 문항은 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 5점까지의 Likert 5점 척도로 측정되며, 점수가 높을수록 공감피로가 높음을 의미한다. 도구개발자가 제시한대로 각 개념의 총점을 구하여 평균 50, 분산 10의 Z점수로 표준화하여 25% 미만은 하위집단, 25~75% 미만은 중위집단, 75% 이상은 상위집단으로 구분한다. 도구개발자의 연구[4]에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .81이었고, 본 연구에서는 .84였다.

## 2) 공감

공감(Empathy)은 간호사가 대상자에 대해 공감하는 정도를 측정하는 것으로 Davis[27]가 1980년 개발한 대인반응지표(IRC)도구를 Park[28]이 번역한 도구를 사용하였다. 도구는 인지적 공감 14문항, 정서적 공감 14문항으로 총 28문항을 사용하였다. 각 문항은 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 5점까지의 Likert 5점 척도로 측정되며, 점수가 높을수록 공감 정도가 높음을 의미한다. 국내의 선행연구[11]에서 인지적 공감 Cronbach's  $\alpha$ 는 .73, 정서적 공감 Cronbach's  $\alpha$ 는 .62였으며, 전체도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .75였다. 본 연구에서는 인지적 공감 Cronbach's  $\alpha$ 는 .75, 정서적 공감 Cronbach's  $\alpha$ 는 .71이었으며, 전체도구의 Cronbach's  $\alpha$ 는 .81이었다.

## 3) 자아탄력성

자아탄력성(Resilience)은 상황에 대처하는 개인능력을 측정하는 것으로 Block 등[16]이 1996년 개발하고, Yu 등[29]이 번역하여 사용한 ESR도구로 총 14문항을 사용하였다. 각 문항은 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 5점까지의 Likert 5점 척도로 측정되며, 점수가 높을수록 자아탄력성이 높음을 의미한다. 도구개발자의 연구[16]에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 .76이었고, 본 연구에서는 Cronbach's  $\alpha$ 는 .78이었다.

## 4) 자기관리

자기관리(Self-care)는 자기관리 활동전략을 측정하는 것으로 Saakvitne 등[19]이 1996년 개발한 SCAW를 그룹 합의 방법으로 본 연구자와 영어에 능통한 간호학과 교수 1인이 번역을 하고, 영문과 교수 2인에게도 번역을 의뢰하여 서로 일치되지 않는 항목 5개를 논의하여 일차 합의본을 도출하였다. 그런 다음 본 연구자와 간호학과 교수가 연구대상자에 맞게 다시 수정하여 이차 합의본을 최종 도출하였다. 도구는 신체적 14문항, 심리적 12문항, 정서적 10문항, 영적 16문항, 전문적 11문항, 균형2문항으로 총 65문항을 사용하였다. 각 문항은 “전혀 그렇지 않다” 1점에서 “매우 그렇다” 5점까지의 Likert 5점 척도로 측정되며 점수가 높을수록 자기관리가 잘 되고 있음을 의미한다. 도구개발자의 연구[19]에서 Cronbach's  $\alpha$ 는신체적 .81, 심리적 .73, 정서적 .81, 영적 .85, 전문적 .78, 균형 .58로 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .80이었고, 본 연구에서 Cronbach's  $\alpha$ 는 신체적 .84, 심리적 .89, 정서적 .86, 영적 .93, 전문적 .90, 균형 .91로 전체 Cronbach's  $\alpha$ 는 .97이었다.

## 5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 18.0 통계 프로그램을 이용하였으며, 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성과 변수들의 서술통계를 파악하기 위해 실수, 백분율, 평균 및 표준편차를 구하였다.
- 대상자의 일반적 특성에 따른 공감피로의 차이를 분석하기 위해 독립표본 t-test, one way ANOVA로 분석하였으며 사후 검증은 Scheffé test를 실시하였다.
- 대상자의 공감, 자아탄력성, 자기관리, 공감피로의 관계는 Pearson's correlation coefficient로 분석하였다.
- 공감피로에 영향을 주는 요인은 위계적 다중회귀분석(Hierarchical multiple regression)을 이용하여 분석하였다.

## 연구결과

### 1. 연구참여자의 일반적 특성

연구참여자 중 여자가 169명(98.8%)으로 대부분을 차지하였고, 평균 연령은  $30.46 \pm 7.08$ 로 25-29세가 63명(36.8%)으로 가장 많았으며, 결혼여부는 미혼이 107명(62.6%)이었다. 학력은 대졸이 84명(49.1%)으로 가장 많았고, 그 다음이 전문대졸 57명(33.3%)의 순으로 나타났으며, 종교를 가지고 있는 사람이 100명(58.5%)으로 가장 많았다. 직위는 일반간호사가 146명(85.4%)으로 가장 많았으며, 근무경력은 평균  $7.89 \pm 6.98$ 로 10년 이상인 간호사가 53명(31.0%)으로 가장 많았고, 그 다음으로 5~10년 미만이 46명(26.9%), 2년 미만이 39명(22.8%) 순이었다(Table 1).

### 2. 연구참여자의 공감피로, 공감, 자아탄력성, 자기관리 정도

대상자의 공감피로의 평균점수는 5점 만점에서  $2.86 \pm 0.61$ 점이었고, 공감피로 정도가 중위집단 87명(50.9%)으로 가장 많았고, 그 다음으로 하위집단 47명(27.5%)의 순으로 나타났다. 공감의 평균점수는  $3.32 \pm 0.32$ 점이었으며, 하부요인으로 인지적 공감  $3.35 \pm 0.39$ , 정서적 공감  $3.28 \pm 0.35$ 로 나타났고, 자아탄력성의 평균점수는  $3.17 \pm 0.43$ 점이었다. 자기관리의 평균점수는  $2.92 \pm 0.54$ 점이었고, 자기관리 하위요인의 평균점수는 정서적  $3.34 \pm 0.57$ 점으로 가장 높았으며, 그 다음이

균형  $3.20 \pm 0.83$ 점으로 나타났고, 신체적, 전문적, 심리적, 영적 순으로 나타났다(Table 2).

### 3. 일반적 특성에 따른 공감피로의 차이

대상자의 일반적 특성에 따른 공감피로의 차이분석에서 연

**Table 1.** General Characteristics of Participants (N=171)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Female	169 (98.8)
	Male	2 (1.2)
Age (year)		30.46±7.08
	21~24	35 (20.5)
	25~29	63 (36.8)
	30~34	33 (19.3)
	≥ 35	40 (23.4)
Marital status	Single	107 (62.6)
	Married	64 (37.4)
Education	3 years diploma	57 (33.3)
	Bachelor	84 (49.1)
	≥ Master	30 (17.5)
Religion	No	71 (41.5)
	Yes	100 (58.5)
Position	Staff nurse	146 (85.4)
	≥ Charge nurse	25 (14.6)
Clinical experience (year)		7.89±6.98
	> 2	39 (22.8)
	2~5	33 (19.3)
	5~10	46 (26.9)
	> 10	53 (31.0)

령( $F=4.09, p=.008$ ), 결혼유무( $t=2.54, p=.012$ ), 학력( $F=6.86, p=.001$ ), 근무경력( $F=3.70, p=.013$ )에 따라 유의한 차이가 있었다. 사후 검정 결과 공감피로는 21-29세인 경우가 35세 이상인 대상자보다 유의하게 높았으며, 미혼인 경우 유의하게 높았다. 학력에서는 전문대졸, 대졸인 경우가 대학원졸 이상인 대상자보다 높았고, 근무경력에서는 5~10년 미만인 경우가 10년 이상인 대상자보다 유의하게 높게 나타났다(Table 3).

### 4. 공감피로, 공감, 자아탄력성, 자기관리 간의 상관관계

대상자의 공감피로, 공감, 자아탄력성, 자기관리와의 관계를 살펴본 결과 공감피로는 공감( $r=.40, p<.001$ )과 통계적으로 유의한 정적 상관관계, 자아탄력성( $r=-.19, p=.014$ ), 자기관리( $r=-.17, p=.024$ )와는 부적상관관계를 보였다. 하지만 공감피로와 자기관리의 하위요인과의 관계에서는 정서적( $r=-.23, p=.002$ ), 균형( $r=-.16, p=.033$ )에서만 유의한 상관관계를 보였다. 그리고 공감, 자아탄력성, 자기관리 간에도 정적 관계가 있는 것으로 나타났다(Table 4).

### 5. 공감피로에 영향을 주는 요인

공감피로에 대한 영향요인을 확인하기 위해 위계적 회귀분석을 시행하였다. 공감피로에 유의한 차이를 보인 일반적 특성의 연령, 결혼여부, 학력, 근무경력을 제일 먼저 모델 1에 포함하여 분석하였고, 다음으로 각각의 변수인 공감, 자아탄력

**Table 2.** Degree of Compassion Fatigue, Empathy, Self-resilience, Self-care

Variables	Categories	n (%)	M±SD	Min	Max
Compassion fatigue	High	37 (21.6)	2.86±0.61	1.20	4.30
	Average	87 (50.9)			
	Low	47 (27.5)			
Empathy			3.32±0.32	2.32	4.21
	Emotional		3.28±0.35	2.07	4.29
	Cognitive		3.35±0.39	1.93	4.21
Self-resilience			3.17±0.43	2.14	4.43
Self-care			2.92±0.54	1.31	4.74
	Physical		2.86±0.56	1.43	4.71
	Psychological		2.82±0.62	1.08	4.83
	Emotional		3.34±0.57	1.40	4.90
	Spiritual		2.70±0.72	1.00	4.75
	Professional		2.84±0.65	1.09	4.82
	Balance		3.20±0.83	1.00	5.00

**Table 3.** Differences in Compassion Fatigue by Demographic Characteristics

(N=171)

Characteristics	Categories	Compassion fatigue	
		M±SD	t or F (p)
Age (year)	21~24	2.99±0.40 <sup>a</sup>	4.09 (.008)
	25~29	2.97±0.64 <sup>a</sup>	
	30~34	2.83±0.62 <sup>ab</sup>	
	≥35	2.59±0.64 <sup>b</sup>	
Marital status	Single	2.95±0.58	2.54 (.012)
	Married	2.71±0.64	
Education	3-year diploma	2.90±0.62 <sup>a</sup>	6.86 (.001)
	4-year bachelor	2.96±0.56 <sup>a</sup>	
	≥master	2.50±0.63 <sup>b</sup>	
Religion	No	2.86±0.61	0.04 (.966)
	Yes	2.86±0.61	
Job position	Staff nurse	2.89±0.60	1.90 (.059)
	≥Charge nurse	2.64±0.63	
Clinical experience (year)	> 2	2.89±0.53 <sup>ab</sup>	3.70 (.013)
	2~5	2.94±0.60 <sup>ab</sup>	
	5~10	3.02±0.56 <sup>a</sup>	
	> 10	2.64±0.67 <sup>b</sup>	

a &gt; b; Scheffé test.

**Table 4.** Correlations among Compassion Fatigue, Empathy, Self-resilience, and Self-care

Variables	Categories	Compassion fatigue	Empathy	Self-resilience	Self-care
		r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Empathy		.40 (< .001)	1		
	Cognitive	.19 (.012)			
	Emotional	.50 (< .001)			
Self-resilience		-.19 (.014)	.17 (.023)	1	
Self-care		-.17 (.024)	.23 (.003)	.45 (< .001)	1
	Physical	-.14 (.068)			
	Psychological	-.13 (.083)			
	Emotional	-.23 (.002)			
	Spiritual	-.13 (.084)			
	Professional	-.12 (.136)			
	Balance	-.16 (.033)			

성, 자기관리를 차례대로 모델에 포함하여 분석한 결과 다음과 같았다. 회귀모형에서 Durbin-Watson 통계량은 1.91로 나타나 자기상관은 없는 것으로 나타났고, 공차한계(Tolerance)는 .32~.91로 0.1 이상, 분산팽창인자(Variance Inflation Factor, VIF)는 1.10~3.13로 10 이하를 나타내어 다중공선성의 문제는 없는 것으로 나타났다. 모델 1에서 영향력을 가진 유의한 변수는 나이였고( $p=.002$ ), 설명력은 10%로 나타났다( $F=4.39$ ,  $p=.002$ ). 모델 2에서 공감을 포함하여 설명력이 23%로 나타나 공감의 설명력이 13%로 나타났다( $F=9.94$ ,

$p<.001$ ). 모델 3에서는 자아탄력성을 포함하여 설명력이 28%로 나타나 자아탄력성의 설명력이 5%로 나타났고( $F=10.72$ ,  $p<.001$ ), 마지막 모델 4에서는 자기관리의 설명력이 2%로 나타나 공감피로에 대해 총 30%의 설명력을 나타냈다( $F=10.06$ ,  $p<.001$ )(Table 5).

## 논 의

다양한 환경에서 근무하는 간호사들의 공감피로가 증가하

**Table 5.** Factors influencing Compassion Fatigue

Variables	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
	$\beta$	t (p)	$\beta$	t (p)	$\beta$	t (p)	$\beta$	t (p)
Age (year)	-.70	-3.23 (.002)	-.60	-3.12 (.002)	-.60	-2.76 (.003)	-.59	-2.30 (.003)
Marital status	-.02	-0.60 (.549)	.01	-.51 (.684)	.03	-.38 (.824)	.04	.30 (.976)
Education	-.04	-0.36 (.717)	-.04	-.24 (.786)	-.02	-.10 (.851)	-.01	-.09 (.926)
Clinical experience (year)	.47	1.95 (.053)	.38	1.91 (.059)	.40	1.87 (.060)	.41	1.86 (.065)
Empathy			.37	5.26 (< .001)	.42	5.97 (< .001)	.45	6.55 (< .001)
Self-resilience					-.23	-1.95 (.003)	-.17	-2.31 (.022)
Self-care							-.16	-1.94 (.045)
R <sup>2</sup>	.10		.23		.28		.30	
F (p)	4.39 (.002)		9.94 (< .001)		10.72 (< .001)		10.06 (< .001)	

Durbin-Watson=1.91, Tolerance=.32~.91, VIF=1.10~3.13.

면 실제로 환자에 대한 공감의 양이 줄어들고 결국 특정 환자를 두려워하거나 피하는 결과를 초래해서 간호의 질이 저하될 수 있다[7]. 일반적으로 공감피로는 간호사의 이직률과 높은 관련성을 가지며, 특히 중앙간호사들의 높은 이직률과 관련이 있기 때문에[9], 공감피로의 요인을 파악하는 것은 중요한 문제이다. 따라서 본 연구는 중앙간호사의 공감피로에 미치는 영향을 파악하기 위해 시도되었고 주요 결과에 따른 논의는 다음과 같다.

대상자의 공감피로 점수는 5점 만점에  $2.86 \pm 0.61$ 점으로 중등도 이상에 해당하는 간호사가 78.4%였다. 이러한 결과는 중앙간호사를 대상으로 한 선행연구[13]에서 50점 만점에  $29.95 \pm 6.05$ 점으로 대상자 77.6%의 간호사가 중등도 이상의 공감피로를 나타낸 결과와 유사한 결과이다. 또한 간호 대상자 중 말기 암 환자를 포함하고 있는 호스피스 병동간호사를 대상으로 한 연구[3]에서도 평균점수를 산출하진 않았지만 78.7%의 간호사가 중등도 이상의 공감피로를 나타내어 본 연구결과와 유사하였다. 하지만 간호사의 다른 직종을 포함하고 있는 호스피스 전문 종사자들을 대상으로 한 연구[20]에서는  $17.5 \pm 7.2$ 점으로 낮게 나타나 본 연구결과와 상이한 결과를 나타냈는데, 이는 연구대상자 중 환자와 가장 가까워서 간호하는 호스피스 간호사를 45.9%밖에 포함하고 있지 않기 때문에 공감피로 점수가 낮은 것으로 생각된다. 이와 같이 중앙간호사는 중등도 이상의 공감피로를 경험하는 것으로 보이며, 간호사들이 공감피로를 인식하고 경감시킬 수 있도록 시급한 방안마련이 필요하다고 생각된다.

대상자의 일반적 특성에 따른 공감피로는 21~29세, 미혼,

전문대졸, 대졸, 임상경력 5-10년 미만인 경우 공감피로 점수가 높게 나타났다. 이에 선행연구들과 비교해 보면, 병원간호사를 대상으로 한 연구[11]에서 20대, 미혼, 전문대졸, 임상경력 10년 미만, 취미생활이 없는 경우 공감피로 점수가 높은 것으로 나타났고, 응급실 간호사를 대상으로 한 연구[25]에서는 응급실 경력에 따라 유의한 차이를 나타내어 본 연구결과와 유사하였다. 그리고 호스피스 간호사를 대상으로 한 연구[3]에서도 공감피로와 결혼상태가 통계적으로 유의한 상관관계를 나타내어 본 연구결과를 지지하였다. 하지만 중앙간호사를 대상으로 한 연구[13]에서는 공감피로가 일반적 특성에 따른 차이가 없는 것으로 나타나 본 연구결과와 상이하였다. 그러나 기존연구[13,25]에서는 공감피로의 표적 집단으로 20대의 일반간호사, 현재 근무지에서의 경력이 1~3년 미만의 집단을 제시하고 있다. 따라서 일반적 특성에 따라 유의한 차이가 있는 집단을 대상으로 하여 공감피로를 조절할 수 있으리라 생각된다. 그리고 간호사가 나이가 들고 임상경력이 많아질수록 공감피로정도가 낮게 나타났는데, 이는 연륜과 임상경험으로 환자의 고통에 대한 과도한 공감을 스스로 조절할 수 있기 때문으로 생각된다. 따라서 공감피로를 예방하고 경감시켜야 하는 표적 집단을 명확하게 확인하기 위해서는 추후 반복연구가 필요하다고 본다.

공감피로와 공감의 관계에서 정적상관관계( $r = .40, p < .001$ )를 나타냈는데, 이는 병원간호사를 대상으로 한 연구[11]에서 공감정도가 높을수록 공감피로가 높다는 결과와 일치하였고, 호스피스 간호사를 대상으로 한 연구[3]에서도 과도한 공감이 공감피로의 주요요인 중 하나라고 제시하고 있어 본 연구결과

를 지지하였다. 대상자의 고통에 대한 공감은 간호사가 지녀야 하는 가장 기본적인 소양이지만 과도한 공감은 오히려 간호사 자신의 삶에 영향을 줄 수 있기 때문에 개인의 공감정도를 파악하여 일과 개인의 삶에 균형을 이룰 수 있도록 환자에 대한 공감정도를 조절할 수 있는 방안이 필요할 것으로 보인다. 그리고 공감피로와 자아탄력성은 부적상관관계( $r=-.19, p=.014$ )를 나타냈는데, 이는 간호사를 대상으로 한 선행연구[17]에서 자아탄력성이 높을수록 공감피로가 낮게 나타난다고 하여 본 연구결과와 유사하였다. 하지만 임상간호사를 대상으로 한 연구[24]에서는 공감피로와 자아탄력성은 유의한 상관관계가 없는 것으로 나타나 본 연구결과와 상이하였다. 자아탄력성은 개인에게 발생하는 어려움이나 스트레스 상황에서 긍정적으로 대처할 수 있는 능력으로 공감피로를 감소시키는 중요한 변수이기 때문에 추후 반복연구가 필요할 것으로 사료된다. 마지막으로 공감피로와 자기관리는 부적상관관계( $r=-.17, p=.024$ )를 나타냈으나, 자기관리의 하위개념과의 관계에서는 정서적( $r=-.23, p=.002$ ), 균형( $r=-.16, p=.033$ )에서만 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 선행연구들에서 자기관리 전략 중 정서적, 균형만이 상관관계를 나타내는 연구를 찾을 수 없었으나, 간호사를 포함한 호스피스 전문 종사자들을 대상으로 한 연구[20]에서 심리적, 정서적, 영적, 전문직, 균형에서 유의한 부적 상관관계가 있는 것으로 나타났고, 호스피스 종사자를 대상으로 한 연구[30]에서는 모든 측면의 자기관리활동전략이 부적상관관계가 있는 것으로 나타났다. 이처럼 연구결과들이 다르게 나타났지만, 선행연구에서는 공감피로와 자기관리 하위개념과의 관계가 하나 또는 여러 개의 측면에서 상관관계가 있다고 하더라도 공감피로를 중재하기 위해서는 전체적인 측면에서의 자기관리전략에 초점을 맞추어야 한다고 제안하고 있다[20,30]. 간호사들은 교대근무, 새로운 의료지식의 증가, 질적 간호에 대한 환자들의 기대와 요구 등 바쁜 업무환경으로 오히려 자기관리활동에 소홀할 수 있다. 따라서 환자에 대한 질적 간호를 위해서 간호사들이 자신의 자기관리활동이 어느 정도인지 파악하고 체계적인 관리를 할 수 있도록 중재하는 것이 필요하다고 생각된다.

본 연구에서 종양간호사의 공감피로에 미치는 영향요인을 분석한 결과, 공감이 13%로 가장 큰 영향력을 나타냈으며, 나이, 자아탄력성, 자기관리 순으로 하여 설명력은 총 30%였다. 이러한 결과는 임상간호사를 대상으로 한 연구[11]에서 공감이 가장 높은 설명력( $\beta=.38, p<.001$ )을 나타낸다고 보고한 연구결과와 유사하며, 종합병원 간호사를 대상으로 한 연구[24]에서는 자아탄력성이 공감피로로 가는 경로에서 통계적으

로 유의한 직접효과( $\beta=-.44, p=.013$ )가 있는 것으로 나타나 본 연구를 지지하였다. 그리고 공감피로에 대한 자기관리의 영향력을 분석한 선행연구는 없었지만, 국외의 선행연구[12, 20]들에서 운동, 명상 등 자기관리전략과 건강 활동전략이 공감피로를 줄인다고 제시하여 본 연구를 지지하였다. 공감, 자아탄력성, 자기관리는 병원조직의 지속적인 중재 없이 간호사 스스로가 끊임없이 중재할 수 있는 개인적인 요소로서 프로그램 구성에도 중요한 변수로 작용할 수 있을 것으로 생각된다. 따라서 간호사가 과도한 공감으로 공감피로를 인식하면 긍정적인 자기관리 전략을 통해 스스로 회복할 수 있는 더 많은 에너지를 얻어 공감피로를 감소시킬 수 있을 것이라 생각된다. 그리고 두 번째로 설명력이 높은 나이는 중재할 수 있는 변수는 아니지만 공감피로에 직접적으로 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 따라서 공감피로를 중재하기 위한 프로그램을 구성할 때 중요하게 고려해야 될 변수라고 생각된다. 미국에서는 이미 인간서비스분야 종사자들의 공감피로에 대해 인식하고 프로그램을 개발하여 적용하고 있으며, 종양간호사들의 공감피로로 인한 높은 이직률로 환자 안전에 대해 위협을 초월할 수 있음을 인식하고 공감피로에 대한 중재 프로그램연구하고 있다[9]. 공감피로는 사전에 예측, 치료, 예방이 가능하기 때문에[4], 조속히 공감피로에 대한 프로그램개발과 효과연구가 필요할 것으로 생각된다.

위의 연구결과를 종합해보면, 종양간호사의 공감정도가 높을수록, 나이가 어릴수록, 자아탄력성이 낮을수록, 자기관리를 잘 하지 못할수록 공감피로가 높은 것으로 나타났다. 비록 일 지역의 종양간호사를 대상으로 하여 일반화하기는 어렵지만, 공감피로를 경감하고 예방하기 위한 공감, 자아탄력성, 자기관리와 같은 개인적 요인들을 확인하였고, 이들 변수가 추후 공감피로에 대한 프로그램개발에 있어서 구체적인 방안 모색에 도움이 될 것으로 생각된다.

## 결론

본 연구는 종양간호사를 대상으로 공감, 자아탄력성, 자기관리가 공감피로에 미치는 영향을 파악하고자 실시하였다. 총 171명의 간호사를 대상으로 자료를 분석한 결과, 연령, 결혼 여부, 학력, 근무경력에 따라 공감피로에 유의한 차이가 있었고, 나이, 공감, 자아탄력성, 자기관리는 공감피로에 대해 총 30%의 설명력을 나타냈다. 본 연구에서 표본수의 적절성을 확인하기 위해 G\*Power 3.1.2 프로그램을 이용하여 대상자수를 산정하였으나, 본 연구도구의 문항수가 125개로 많은 데



이터를 수집하였기 때문에 표본수가 충분하지 않을 수 있는 연구의 제한점을 가진다. 그리고 나이는 중재할 수 있는 변수는 아니지만 신규간호사로 입사할 때부터 공감피로에 대한 인식과 교육을 시키는 것이 필요하며, 공감, 자아탄력성, 자기관리는 중재로 변화가능하기 때문에 공감피로 프로그램을 개발할 때 이러한 변수들을 고려하여 방안을 강구해야 할 것이다. 그리고 공감피로에 가장 큰 설명력을 가지고 있는 공감정도가 공감피로에 어느 정도에서 영향을 미치는지 구체적으로 규명할 필요가 있고, 공감피로가 독립변수로서 어떤 변수들에 영향을 미치는지 탐색적 연구가 필요하다. 마지막으로 간호부와 병원조직에서는 공감피로에 대해 조속히 중재하도록 노력을 기울여야 되며, 프로그램 개발과 효과검정에 대한 후속연구가 필요하다.

## REFERENCES

1. Watson J. The theory of human caring: Retrospective and prospective. *Nursing Science Quarterly*. 1997;10(1):49-52. <http://dx.doi.org/10.1177/089431849701000114>
2. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing and Health Sciences*. 2010;12:235-243. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
3. Abendroth M, Flannery J. Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*. 2006;8(6):346-356.
4. Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: Figley CR, editor. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel; 1995. p. 1-20.
5. Yang YH, Kim JK. A literature review of compassion fatigue in nursing. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2012;24(1):38-51. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.38.x>
6. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992;22(4):116, 118-9, 121.
7. Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005.x>
8. Keidel G. Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2002;19(3):200-205. <http://dx.doi.org/10.1177/104990910201900312>
9. Potter P, Deshidelds T, Berger J, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncology Nursing Forum*. 2013;40(2):180-187. <http://dx.doi.org/10.1188/13.ONF.180-187>.
10. Kim HJ, Choi HJ. Emergency nurses' professional quality of life: Compassion satisfaction, burnout and secondary traumatic stress. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2012;18(3):320-328. <http://dx.doi.org/10.1111/jkana.2012.18.3.320>
11. Lee HJ. The influential factors upon compassion fatigue in hospital nurses [master's thesis]. Busan: Dong-A University; 2013.
12. Monroe A. *Psychiatric nurses' management of compassion fatigue through self-care*. Berkeley, CA: The Wright Institute; 2008.
13. Kim S, Kim JH, Park J, Suh EY, Yang HJ, Lee SY, et al. Oncology nurses' professional quality of life in a tertiary hospital. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2010;16(3):145-155.
14. Kim BN, Oh HS, Park YS. A study of nurses's resilience, occupational stress and satisfaction. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2011;20(1):14-23.
15. Stamm BH. *The concise ProQOL manual 2nd ed*. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010. [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
16. Block J, Kremen AM. IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996;70(2):349-361.
17. Huggard PK. *Managing compassion fatigue: implication for medical education [dissertation]*. New Zealand: University of Auckland; 2008.
18. Radley M, Figley CR. The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*. 2007;35:207-214. <http://dx.doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3.x>
19. Saakvitne KW, Pearlman LA. *Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization*. New York: Norton; 1996.
20. Alkema K, Linton JM, Davies R. A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work End-of-life & Palliative Care*. 2008;4(2):101-119. <http://dx.doi.org/10.1080/15524250802353934.x>
21. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapist's chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*. 2002;58(11):1433-1441. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.10090.x>
22. Koloroutis M. *Relationship-based care: A model for transforming practice*. Minneapolis: Creative Health Care Management; 2007. p. 136-142.
23. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *Journal of Issues in Nursing*. 2011;16(1):1. <http://dx.doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man01>
24. Kim HJ. *The structural equation model of the burnout in clinical nurses based on CS-CF model [dissertation]*. Seoul: Chung-

- Ang University; 2013.
25. Jeon SY, Ha JY. Traumatic events, professional quality of life and physical symptoms among emergency nurses. *Korean Journal of Adult Nursing* 2012;24(1):64-73.  
<http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2012.24.1.64>
26. Newton S, Hickey M, Marrs J. *Mosby's oncology nursing advisor: A comprehensive guide to clinical practice*. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2009.
27. Davis MH. *Individual differences in empathy: A multidimensional approach*. Austin, TX: The University of Texas at Austin; 1979.
28. Park SH. *Empathy and prosocial behavior*. Seoul: Moonumsa; 1997.
29. Yoo SK, Sim HW. Psychological protective factors in resilient adolescents in Korea. *Korean Journal of Educational Psychology Association*, 2002;16(4):189-206.
30. Jone S. A self-care plan for hospice workers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*. 2005;22(2):125-128.  
<http://dx.doi.org/10.1177/104990910502200208>