

암환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족 및 예측요인

홍수민¹ · 김예솔² · 정미숙³ · 이윤정⁴ · 홍현주⁵ · 전미진⁶ · 조미영⁷ · 이지연⁸

¹중앙대학교 적십자간호대학 조교수, ²경상국립대학교 간호대학 조교수, ³충남대학교 간호대학 교수, ⁴연세의료원 연세암병원 파트장, ⁵국립암센터 전문간호사, ⁶서울아산병원 전문간호사, ⁷연세의료원 연세암병원 팀장, ⁸연세대학교 간호대학 · 김모임간호학연구소 교수

A Study on Moral Distress, Compassion Fatigue, Compassion Satisfaction, and Their Predictors among Nurses Caring for Patients with Cancer

Hong, Soomin¹ · Kim, Yesol² · Jung, Mi Sook³ · Lee, Yoonjung⁴ · Hong, Hyunju⁵ · Jeon, Mijin⁶ · Cho, Mee-Young⁷ · Lee, Jiyeon⁸

¹Assistant Professor, Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, Seoul; ²Assistant Professor, College of Nursing, Gyeongsang National University, Jinju; ³Professor, College of Nursing, Chungnam National University, Daejeon; ⁴Part Leader, Division of Nursing, Severance Hospital, Yonsei Cancer Center, Seoul; ⁵Advanced Practice Nurse, National Cancer Center, Goyang; ⁶Advanced Practice Nurse, Asan Medical Center, Seoul; ⁷Team Leader, Division of Nursing, Severance Hospital, Yonsei Cancer Center, Seoul; ⁸Professor, College of Nursing · Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University, Seoul, Korea

Purpose: This paper aimed to investigate the levels and predictors of moral distress, compassion fatigue, and compassion satisfaction among nurses caring for patients with cancer and to identify predictors for the variables. **Methods:** A cross-sectional, descriptive correlational study was conducted on 245 nurses from hospitals in South Korea. Data was collected through online surveys from May to June 2025. Variables were measured using the Korean version of the Moral Distress Scale-Revised and the Professional Quality of Life Scale-5. Data were analyzed using a t-test, ANOVA, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. **Results:** Nurses reported moderate-to-high levels of moral distress, compassion fatigue, and compassion satisfaction, with religious affiliation predicting lower moral distress. Nurses with 3~5 years of experience caring for cancer patients exhibited lower moral distress than those with less than 3 years of experience. Employment in tertiary hospitals and the availability of support programs were predictors of lower moral distress, while caring for cancer patients throughout one's career predicted higher moral distress. Advanced practice nurses, nurses providing advanced clinical support, and nurses who had completed self-care education were predictors of greater compassion fatigue. In contrast, religious affiliation, having more than five years of nursing experience, and possession of additional oncology nursing certifications significantly explained the variance in compassion satisfaction among nurses. **Conclusion:** Moral distress, compassion fatigue, and compassion satisfaction varied by nurses' personal and professional characteristics. Multilevel interventions, including structured self-care education and institutional support systems, are needed to alleviate emotional burden and promote professional well-being among oncology nurses.

Key Words: Nurses, Oncology nursing, Ethical dilemmas, Burnout, Professional, Job satisfaction

서 론

1. 연구의 필요성

암 환자를 돌보는 간호사는 환자의 신체적 증상 및 진단 과정의 불확실성, 치료 과정에서의 부작용, 예후에 대한 두려움

주요어: 종양간호, 간호사, 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족

*본 연구는 대한종양간호학회 2025년도 연구위원회 정책연구비 지원으로 수행되었음.

*This study was supported by research funds from Korean the Oncology Nursing Society in 2025.

Address reprint requests to: Lee, Jiyeon

College of Nursing, Yonsei University,

50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea

Tel: +82-2-2228-3255 Fax: +82-2-2227-8303 E-mail: jiyeonest@yuhs.ac

Received: Oct 15, 2025 Revised: Oct 29, 2025 Accepted: Nov 11, 2025

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution NoDerivs License. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>) If the original work is properly cited and retained without any modification or reproduction, it can be used and re-distributed in any format and medium.

등으로 나타나는 환자와 보호자의 다층적인 정서적 반응에 지속적으로 노출된다.¹⁾ 특히, 환자 자율성과 공유된 의사결정이 강조되는 최근 의료 환경에서, 간호사는 의료진과 환자·보호자 간의 옹호자로서 윤리적 의사결정에 참여할 뿐 아니라, 전문직으로서 역할 확대에 따른 임상 판단과 결과에 대한 책임도 더욱 커지고 있다.²⁾ 환자의 고통에 대한 깊은 공감과 함께, 자신이 옳다고 믿는 돌봄을 제공하지 못하는 상황은 암 환자를 돌보는 간호사의 부담을 더욱 심화시키며, 결과적으로 간호사의 직업적 삶의 질에 부정적 영향을 미친다.^{3,4)} 이와 같은 부담은 간호사의 직무 수행 과정에서 도덕적 고뇌(moral distress), 공감피로(compassion fatigue)와 같은 부정적 정서반응으로 나타난다.

도덕적 고뇌는 간호사가 윤리적으로 옳다고 생각하는 돌봄을 제도적, 조직적 제약으로 실행하지 못할 때 경험하는 심리

적 불균형과 부정적 감정을 의미한다.⁵⁾ 암 환자 간호에서는 환자의 상태 악화, 무의미한 치료 지속, 연명으로 결정 등 윤리적 상황이 빈번하여 높은 수준의 도덕적 고뇌가 보고된다.^{6,7)} 또한, 암 병동 간호사의 도덕적 고뇌에 대한 체계적 문헌고찰에서는 치료 결정 과정에서 간호사의 의견이 반영되지 않거나 의료진 간 의사소통이 부족한 조직 환경이 도덕적 고뇌를 유발하는 주요 요인이었으며, 이는 직업 만족 저하로 이어질 수 있음이 보고되었다.⁸⁾ 도덕적 고뇌는 단순한 업무 스트레스를 넘어 간호사의 정체성과 가치관에 영향을 미치며, 궁극적으로 직무 만족도 저하와 이직 의도 증가로 이어질 수 있다.

공감피로는 타인의 고통에 반복적으로 노출되어 이차 외상 스트레스와 정서적 소진이 누적된 상태를 의미한다.⁹⁾ 암 환자를 돌보는 간호사는 잦은 임종 돌봄, 고강도 항암치료 부작용 관리 등 부담이 큰 상황에 자주 노출되며, 이러한 환경은 일반 병동 간호사에 비해 공감피로 위험을 유의하게 높이는 요인으로 보고되고 있다.^{10,11)} 공감피로가 누적되고 회복이 지연되면, 간호사는 정서적으로 고갈될 뿐 아니라 이직 의도가 증가하고 직무 지속 가능성에도 부정적 영향을 미치는 것으로 확인되었다.¹²⁾

공감만족은 암 환자 간호에서 환자의 회복 과정 참여, 가족들에게 희망과 지지 제공, 어려운 상황에서의 의미 있는 돌봄 경험을 통해 형성되는 긍정적 정서이다.⁹⁾ 공감만족은 공감피로와 독립적인 개념이면서도 상호 역동적으로 작용하며 암 환자를 돌보는 간호사의 전문직 정체성과 직업적 삶의 질을 설명하는 핵심적 요소 중 하나로 제시된다.¹³⁾ 높은 공감만족을 경험하는 간호사는 업무에 대한 몰입도와 직업 지속 의지가 높으며, 이는 결과적으로 환자 돌봄의 질 향상에 기여하는 요인으로 제시되었다.^{14,15)} 따라서, 공감피로와 공감만족을 통합적으로 이해하는 것은 간호사의 소진을 완화하고 돌봄의 질을 향상시키기 위한 정책적·교육적 개입 방향을 설정하는데 중요한 근거가 된다.

암 환자를 돌보는 간호사들은 다양한 임상 환경과 조직문화 속에서 근무하지만, 각자의 자리에서 전문성을 꾸준히 축적하며 성장한다. 이러한 과정에서 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족은 간호사 개인 특성과 임상적 요인들의 영향을 받는다. 인구사회학적 특성, 근무병원 및 부서, 교육 등은 간호사의 정서적 및 직업적 경험을 결정하는 주요한 영향요인으로 확인되었으며,^{16,17)} 조직문화, 업무환경, 심리적 요인 등도 관련 요인으로 논의되어 왔다.^{18,19)} 이러한 배경을 토대로, 본 연구는 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족에 영향을 미치는 예측요인을 실증적으로 탐색함으로써 임상 실무 개선과 조직적 지원 전략 마련에 기여하고자 한다.

2. 연구의 목적

본 연구는 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족 수준을 파악하고, 이에 영향을 미치는 예측요인을 규명하기 위하여 수행되었다. 구체적인 목적은 첫째, 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족 수준을 파악한다. 둘째, 일반적 및 임상적 특성에 따른 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족의 차이를 확인한다. 셋째, 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족의 예측요인을 규명한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로 및 공감만족을 파악하고 예측요인을 규명하기 위한 횡단적, 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 암 환자를 돌보는 간호사로, 구체적으로는 국내 상급종합병원, 종합병원 및 호스피스 병원 등에서 암 환자 간호를 수행하고 있는 간호사이다. 연구참여자 선정 기준은 (1) 간호사 면허를 취득하고 현재 임상에서 암 환자를 직접 간호하고 있는 자, (2) 임상경력 6개월 이상을 보유한 자로 하였다. 표본크기 산정은 G*Power 3.1.9.7을 이용하여 다중 회귀분석을 기준으로 중간 효과크기(f^2) .15, 유의수준(α) .05, 검정력($1-\beta$) .80, 예측변수 13개를 설정한 결과, 필요한 최소 표본수는 131명으로 산출되었다. 온라인 설문 특성 상 무응답 또는 부정확한 응답으로 인한 탈락 가능성을 고려하여 목표 표본 수를 조정하였다. 온라인 설문 방식의 평균 응답률이 건강관리 전문가의 경우 40~50% 수준이라는 점²⁰⁾과, 다중회귀분석의 복잡성으로 인한 효과크기의 과대추정 위험성을 감안하여²¹⁾, 최종 목표 수를 250명으로 설정하고, 해당 인원이 모두 모집될 때까지 조사를 수행하였다. 이 중 불성실 응답을 제외한 최종 245명의 자료를 분석에 활용하여 최소 표본 수를 충족함은 물론, 연구결과의 통계적 신뢰도를 확보하였다. 본 연구의 자료수집은 2025년 5월부터 6월까지 편의표본추출법을 활용한 온라인 설문조사로 진행되었다.

3. 연구도구

1) 도덕적 고뇌

간호사의 도덕적 고뇌 수준은 Moral Distress Scale-Revised (MSD-R)²²⁾을 한국어판으로 개발한 KMDS-R²³⁾를 한국어판

개발자의 승인 후 측정하였다. 총 21 문항으로 구성된 Likert 5점 척도 도구이며, 각 문항의 '빈도(0~4점)'와 '강도(0~4점)'를 곱해 점수를 산출한다. 점수가 높을수록 도덕적 고뇌 수준이 높음을 의미하며, 한국어판 도구의 Cronbach's α 는 .89로 보고되었다.²¹⁾ 본 연구의 Cronbach's α 는 .94로 확인되었다.

2) 공감피로

공감피로는 Stamm (2010)⁹⁾의 Professional Quality of Life Scale, version 5 (ProQoL-5)을 사용하여 측정하였다. 본 도구는 공개적으로 사용 가능한 척도로, 한국어판 사용에 대한 승인을 받은 후 활용하였다. 공감피로는 소진(burnout)과 2차성 외상(secondary traumatic stress)의 두 하위요인으로, 각 10문항씩 총 20문항이다. 1~5점의 Likert 5점 척도 도구이며, 점수가 높을수록 공감피로 수준이 높음을 의미한다. 원도구 Cronbach's α 는 .78,⁹⁾ 한국어판 도구에서의 신뢰도는 .78이었으며,²⁴⁾ 본 연구는 .72였다.

3) 공감만족

공감만족은 위와 동일한 ProQoL-5⁹⁾의 한국어판 도구를 활용하여 측정하였다. 공감만족 영역은 총 10문항으로 구성되어 있으며, Likert 5점 척도로 측정된다. 점수가 높을수록 간호사가 자신의 직무에서 경험하는 긍정적 만족감, 즉 공감만족 수준이 높음을 의미한다. 원 도구의 Cronbach's α 는 .88, 한국어판 도구는 .90이었으며,⁹⁾ 본 연구에서 Cronbach's α 는 .94였다.

4) 일반적인 특성과 임상 경험 특성

연구대상자의 일반적 특성은 성별, 연령, 학력, 결혼상태, 동거인 여부, 종교 유무 등을 확인하였다. 임상 경험 특성으로는 근무기관, 근무부서, 암 환자 간호경력, 총 경력 및 암 환자 간호경력의 동일성, 간호사 역할 구분, 자격(종양전문간호사 및 기타 자격), 교육 이수 여부(암 환자 간호 기본 및 심화교육, 호스피스 완화의료 교육, 윤리심화교육, 자기돌봄교육 등), 근무기관 내 간호사를 위한 심리적/정서적 지원 프로그램 여부 및 참여경험을 조사하였다.

4. 윤리적 고려 사항

본 연구는 기관 생명 윤리위원회의 승인(4-2025-0254)을 받은 후 수행되었다. 대한종양간호학회 홈페이지를 통한 연구참여 모집 공고와 더불어 주요 병원 간호국에 모집공고문을 발송하여 연구참여자를 모집하였다. 참여의사가 있는 대상자는 연구참여 페이지를 통해 연구목적, 절차, 참여의 자발성 및

철회 가능성 등을 확인하고, 온라인 동의서(e-consent)를 작성한 후 설문에 참여하였다. 연구참여에 대한 보상으로, 설문을 완료한 대상자에게는 소정의 답례품을 제공하였다.

5. 자료분석방법

연구참여에 동의한 간호사 245명의 자료는 SPSS/WIN 30.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) 프로그램을 이용하여 분석하였다. 연구대상자의 일반적 특성과 임상 경험 특성, 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족은 빈도, 백분율, 평균 및 표준편차를 포함한 기술통계로 제시하였다.

독립변수와 종속변수 간의 관계는 독립변수 특성에 따라 분석하였다. 범주형 변수가 두 집단인 경우 독립표본 t검정, 세 집단 이상인 경우 일원분산분석(one-way analysis of variance, ANOVA)을 실시하였다. 독립표본 t검정과 ANOVA 실시 전 Levene의 F검정으로 등분산성을 확인하고, ANOVA에서 등분산성 가정이 위배된 경우 Welch 검정을 사용하였다. ANOVA 결과 집단 간 차이가 유의할 경우에는 Scheffé 사후 분석으로 집단 간 차이를 검정하였다.

본 연구는 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족의 세 가지 종속변수 각각에 대한 예측요인을 규명하는 것이 주요한 목적이다. 따라서 다변량 회귀분석의 최종 모델 구축 시, 통계 전문가와 확인 후 독립표본 t검정 및 ANOVA에서 세 종속변수 중 하나 이상과 통계적으로 유의한 관련성을 나타낸 변수를 독립변수로 세 개의 회귀모형에서 일관되게 유지함으로써 각 결과변수 간 비교 가능성을 높이고자 하였다. 모델에 포함된 독립변수는 나이, 동거 여부, 종교 유무, 근무기관, 암 환자 간호경력, 총 임상경력과 암 환자 간호경력과의 동일성, 간호사 역할, 기타 자격증 여부, 암 환자 간호 기본교육 이수, 자기돌봄교육 이수, 심리·정서 지원 프로그램 존재 여부였다. 범주형 변수는 더미변수로 변환하였으며, 이분형 변수는 '없음'을 참조범주(reference)로, 범주가 세 개인 독립변수는 대상자 및 임상적 특성에 따라 두 개의 더미변수로 처리하였다. 비교 기준이 된 참조 집단(reference)은 각 표의 하단에 명시하였다.

연구결과

1. 대상자의 일반적 및 임상 경험 특성

연구대상자의 대부분은 여성(240명, 98.0%)이었으며, 평균 연령은 32.81 ± 5.73 세였다. 학력은 학사 이상(184명, 75.1%), 결혼상태는 미혼의 연구대상자가 많았다(194명, 79.2%). 가족, 친구 등과 함께 거주하지 않고 독거 중인 대상자는 154명(62.9%)이

었고, 종교가 없는 대상자가 더 많았다(160명, 65.3%) (Table 1).

근무기관은 상급종합병원 (150명, 61.2%)이, 근무부서는 내과계 병동 (166명, 67.8%)이 가장 많았다 (Table 2). 총 임상경력의 평균은 약 8년 3개월로, 5년 이상 근무한 간호사가 다수였으나 (180명, 73.5%), 암 환자 간호경력은 대부분 3~5년이 가장 많았다(122명, 49.8%). 총 임상경력과 암 환자 간호경력이 동일한 경우는 107명(43.7%)이었으며, 불일치한 경우가 더 많았다(138명, 56.3%). 직무 특성으로는 상급실무 또는 진료지원 간호인력이 83명(33.9%), 일반간호사가 162명(66.1%)이었으며, 종양전문간호사 자격 보유자는 31명(12.7%), oncology certified nurse 등 기타 자격 면허 보유자는 56명(22.9%)이었다. 교육 관련 특성으로는 암 환자 간호 기본교육 이수자가 171명(69.8%), 심화교육 이수자가 89명(36.3%), 호스피스·완화의료 교육 이수자가 53명(21.6%)이었다. 암 환자 간호 기본 및 심화교육, 호스피스·완화의료 교육 세 가지 중 한 가지도 이수하지 않은 참여자는 60명이었다 (24.5%). 윤리 심화교육(222명, 90.6%)과 자기돌봄 교육(183명, 74.7%)은 미이수자가 더 많았다. 한편, 어떠한 교육도 받지 않았다고 응답한 경우는 11명(4.5%)이었다.

2. 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌, 공감피로 및 공감만족의 차이

대상자의 도덕적 고뇌 점수는 0~336점 범위에서 평균

127.13 ± 68.50점이었으며, 공감피로는 20~100점 범위에서 57.91 ± 8.83점, 공감만족은 10~50점 범위에서 36.20 ± 8.77점으로 확인되었다(Table 1). 일반적 특성에 따른 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족의 차이 분석 시, 본 연구의 대상자 중 남성은 5명에 불과하여 대표성이 부족하다고 판단하여 분석에서 제외하였다. 공감피로에서 연령에 따른 유의한 차이가 나타났으며 ($F=9.18, p<.001$), 사후 분석 결과 30대와 40세 이상 집단이 20대보다 공감피로 점수가 높았다. 동거가족 여부에 따라 공감피로에서 차이가 있었고, 독거 집단에서 공감피로 점수가 더 높았다($t=-3.40, p=.001$). 종교 유무는 세 변수 모두에서 유의한 차이를 보였다. 종교가 있는 집단은 도덕적 고뇌 점수가 낮았으며($t=-4.64, p<.001$), 공감만족 점수는 높았다($t=4.02, p<.001$). 반면, 공감피로는 종교가 없는 집단에서 통계적으로 유의하게 높게 나타났다($t=-2.58, p=.011$).

3. 임상적 특성에 따른 도덕적 고뇌, 공감피로 및 공감만족의 차이

임상적 특성에 따른 분석 결과, 근무기관, 암 환자 간호경력, 총 임상경력과 암 환자 간호경력의 동일성 및 간호사 역할에서 유의한 차이가 확인되었다(Table 2). 상급종합병원 간호사는 기타 기관 근무자보다 도덕적 고뇌 점수가 낮았으나 ($t=3.56, p=.001$), 공감피로는 높았다($t=-2.86, p=.005$). 근무부

Table 1. Comparison of Moral Distress, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction by General Characteristics (N = 245)

Variables	Categories	n (%)	Moral distress	Compassion fatigue	Compassion satisfaction
			M ± SD	M ± SD	M ± SD
		245 (100.0)	127.13 ± 68.50	57.91 ± 8.83	36.20 ± 8.77
Age	20~29 years old ^a	79 (32.2)	121.56 ± 79.80	54.8 ± 7.28	38.29 ± 10.40
	30~39 years old ^b	140 (57.1)	130.53 ± 63.48	59.27 ± 9.33	35.14 ± 8.13
	40 years old and above ^c	26 (10.6)	125.73 ± 57.91	60.08 ± 8.13	35.58 ± 5.06
	F (p)		0.38 (.683)*	9.18 (< .001)*	2.72 (.071)*
	Scheffé			b, c > a	
Education level	Up to college education	184 (75.1)	123.67 ± 70.92	57.66 ± 8.78	36.53 ± 9.39
	Graduate education and above	61 (24.9)	137.56 ± 59.95	58.69 ± 9.03	35.23 ± 6.51
	t (p)		-1.38 (.170)	-.79 (.431)	1.20 (.233)*
Marital status	Single	194 (79.2)	127.59 ± 69.63	58.29 ± 8.46	36.50 ± 8.88
	Married	49 (20.0)	123.22 ± 65.05	56.33 ± 10.25	35.14 ± 8.43
	Others	2 (0.8)	178.00 ± 12.73	60.50 ± 2.12	33.50 ± 7.78
	F (p)		.63 (.532)	1.05 (.351)	.56 (.571)
Cohabitation status	Living with others	91 (37.1)	117.52 ± 70.12	55.47 ± 8.98	37.00 ± 8.61
	Living alone	154 (62.9)	132.81 ± 67.10	59.36 ± 8.45	35.73 ± 8.86
	t (p)		-1.70 (.091)	-3.40 (.001)	1.09 (.276)
Religious affiliation	Religious	85 (34.7)	100.36 ± 65.10	55.94 ± 8.33	39.20 ± 8.50
	Not-religious	160 (65.3)	141.34 ± 66.14	58.96 ± 8.94	34.61 ± 8.52
	t (p)		-4.64 (< .001)	-2.58 (.011)	4.02 (< .001)

M = Mean; SD = Standard deviation; *Welch's t-test.

Table 2. Comparison of Moral Distress, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction by Clinical Characteristics (N=245)

Variables	Categories	n (%)	Moral distress	Compassion fatigue	Compassion satisfaction
			M ± SD	M ± SD	M ± SD
Affiliated hospitals	Tertiary Hospital	150 (61.2)	113.78 ± 51.18	59.18 ± 9.09	35.69 ± 6.74
	Others	95 (38.8)	148.28 ± 85.38	55.92 ± 8.05	37.02 ± 11.25
	t (p)		3.56 (.001)*	-2.86 (.005)	1.04 (.298)*
Affiliated clinical units	Medical ward ^a	166 (67.8)	135.73 ± 67.17	58.62 ± 8.34	35.39 ± 8.61
	Surgical ward ^b	31 (12.7)	101.16 ± 62.05	53.35 ± 8.31	38.52 ± 7.73
	Med-Surg ward ^c	23 (9.4)	107.26 ± 69.76	58.00 ± 9.41	37.96 ± 10.63
	Hospice/palliative care ward ^d	9 (3.7)	108.89 ± 89.43	59.89 ± 9.70	37.11 ± 12.59
	Others ^e	16 (6.5)	126.94 ± 67.63	58.19 ± 11.58	37.19 ± 6.42
	F (p)		2.47 (.045)	2.51 (.043)	1.21 (.308)
Years of oncology nursing experience (year)	< 3 ^a	40 (16.3)	152.30 ± 92.63	54.55 ± 8.64	38.93 ± 10.04
	3~ < 5 ^b	122 (49.8)	114.27 ± 60.64	59.45 ± 8.28	35.93 ± 9.31
	≥ 5 ^c	83 (33.9)	133.89 ± 62.07	57.28 ± 9.28	35.29 ± 6.95
	F (p)		4.46 (.014)*	5.13 (.007)	2.12 (.126)*
	Scheffé		a > b	b > a	
Matched experience between total clinical and oncology nursing experience	Matched	107 (43.7)	147.86 ± 73.26	56.09 ± 8.28	36.24 ± 8.80
	Not matched	138 (56.3)	111.05 ± 60.07	59.33 ± 9.01	36.17 ± 8.78
	t (p)		4.21 (< .001)*	-2.92 (.004)*	.06 (.951)
Role of participants	Staff nurse	162 (66.1)	127.05 ± 79.85	54.98 ± 8.09	37.18 ± 10.20
	Advanced practice/advanced clinical support nurse	83 (33.9)	127.28 ± 37.97	63.65 ± 7.29	34.30 ± 4.39
	t (p)		-.03 (.976)*	-8.21 (< .001)	3.08 (.002)*
Oncology advanced practice nurse certification	Yes	31 (12.7)	116.94 ± 61.62	59.03 ± 8.18	37.48 ± 7.42
	No	214 (87.3)	128.60 ± 69.45	57.75 ± 8.93	36.02 ± 8.95
	t (p)		.89 (.377)	-.75 (.452)	-.87 (.386)
Additional certifications in oncology nursing (e.g., OCN, CPON)	Yes	56 (22.9)	107.32 ± 73.82	56.21 ± 8.24	39.79 ± 7.95
	No	189 (77.1)	132.99 ± 5.91	58.42 ± 8.96	35.14 ± 8.74
	t (p)		2.49 (.013)	1.72 (.088)*	-3.56 (< .001)
Basic oncology nursing education	Completed	171 (69.8)	129.27 ± 77.05	55.60 ± 8.52	37.51 ± 9.64
	Not completed	74 (30.2)	122.18 ± 42.67	63.26 ± 7.08	33.19 ± 5.23
	t (p)		-.92 (.358)*	7.29 (< .001)*	-3.63 (< .001)*
Advanced oncology nursing education	Completed	89 (36.3)	119.88 ± 77.70	56.03 ± 7.83	40.01 ± 7.61
	Not completed	156 (63.7)	131.26 ± 62.54	58.99 ± 9.21	34.03 ± 8.67
	t (p)		1.18 (.239)*	2.66 (.008)*	-5.42 (< .001)
Hospice and palliative nursing education	Completed	53 (21.6)	113.94 ± 67.85	56.25 ± 8.34	37.26 ± 8.21
	Not completed	192 (78.4)	130.77 ± 68.41	58.38 ± 8.93	35.91 ± 8.92
	t (p)		1.59 (.114)	1.62 (.109)*	-.99 (.321)
Advanced ethical education	Completed	23 (9.4)	145.52 ± 68.36	57.61 ± 7.88	38.35 ± 7.59
	Not completed	222 (90.6)	125.22 ± 68.38	57.65 ± 8.94	35.98 ± 8.87
	t (p)		-1.36 (.177)	.17 (.862)	-1.23 (.219)
Education about self-care for nurses	Completed	62 (25.3)	125.98 ± 23.62	64.77 ± 6.37	33.55 ± 4.78
	Not completed	183 (74.7)	127.51 ± 78.12	55.59 ± 8.34	37.10 ± 9.60
	t (p)		.24 (.814)*	-9.03 (< .001)*	3.81 (< .001)*
Existence of psychological/emotional support programs for nurses in the institution	Yes	72 (29.4)	117.24 ± 65.39	55.81 ± 9.47	33.64 ± 7.67
	No	173 (70.6)	131.24 ± 69.52	58.79 ± 8.43	36.44 ± 9.20
	t (p)		1.46 (.145)	2.44 (.016)	.70 (.485)*
Participation in psychological/emotional support programs	Yes	32 (13.1)	115.06 ± 71.27	56.19 ± 10.53	38.63 ± 8.67
	No	213 (86.9)	128.94 ± 68.06	58.17 ± 8.55	35.84 ± 8.75
	t (p)		1.07 (.286)	1.19 (.236)	-1.68 (.094)

CPON= Certified Pediatric Oncology Nurse; M= Mean; OCN= Oncology Certified Nurse; SD= Standard deviation; *Welch's t-test.

서에 따라 도덕적 고뇌와 공감피로에서 집단 간 차이가 있었으나, 사후 분석에서는 통계적으로 유의한 차이는 확인되지 않았다. 암 환자 간호경력에서는 3년 미만 집단이 3~5년 경력 집단보다 도덕적 고뇌 수준이 높았고($F=4.46, p=.014$), 공감피로는 반대로 3~5년 집단이 더 높았다($F=5.13, p=.007$). 총 임상 경력과 암 환자 간호경력이 일치하지 않는 집단은 일치하는 집단보다 도덕적 고뇌가 낮고($t=4.21, p<.001$), 공감피로는 높았다($t=-2.92, p=.004$). 상급실무 또는 진료지원 간호사는 일반간호사보다 공감피로가 높았으며($t=-8.21, p<.001$), 공감만족은 낮았다($t=3.08, p=.002$).

종양전문간호사 자격은 세 변수 모두에서 유의한 관련성이 확인되지 않았으나, 종양간호 관련 기타 자격 면허를 보유한 간호사는 보유하지 않은 간호사에 비해 도덕적 고뇌가 낮고($t=2.49, p=.013$), 공감만족은 높았다($t=-3.56, p<.001$). 암 환자 간호 기본교육을 받은 간호사는 공감피로가 낮고($t=7.29, p<.001$), 공감만족은 높았다($t=-3.63, p<.001$). 암 환자 간호 심화교육 이수자도 공감피로는 낮고($t=2.66, p=.008$), 공감만족은 높게 나타났다($t=-5.42, p<.001$). 반면, 자기돌봄 교육을 받은 집단은 공감피로가 높고($t=-9.03, p<.001$), 공감만족은 낮았다($t=3.81, p<.001$). 마지막으로, 기관 내 심리·정서 지원 프로그램이 존재하는 기관에서 근무하는 간호사는 그렇지 않은 기관에서 일하는 간호사보다 공감피로 수준이 낮았다($t=2.44, p=.016$). 그러나 개인의 심리·정서 지원 프로그램 참여 경험 여부는 세 변수 모두에서 유의한 차이가 나타나지 않았다.

4. 도덕적 고뇌, 공감피로 및 공감만족 예측요인

도덕적 고뇌는 공감피로와 통계적으로 유의한 정적 상관($r=.25, p<.001$), 공감만족과는 유의한 부적 상관($r=-.22, p<.01$)을 보였으며, 공감피로와 공감만족 사이에도 유의한 부적 상관($r=-.35, p<.001$)이 나타났다(Appendix 1). 회귀분석을 위한 기본 가정을 검토한 결과, 선형성, 잔차의 정규성, 등분산성이 충족되었으며, 변수 간 분산팽창지수(variance inflation factor)를 검토한 결과, 10을 초과하는 값은 없었으며 다중공선성은 존재하지 않았다(Tables 3-5).²⁵⁾

1) 도덕적 고뇌

예측요인 독립변수 중 종교 유무, 근무기관, 암 환자 간호경력, 총 임상경력과 암 환자 간호 경력의 일치 여부, 근무 기관의 심리·정서 지원 프로그램 제공 여부가 도덕적 고뇌와 통계적으로 유의한 관련이 확인되었다. 구체적으로, 종교가 있는 집단은 없는 집단보다 도덕적 고뇌가 낮았으며($\beta=-.24, p=.001$),

상급종합병원 근무자는 다른 기관 근무자보다 낮았다($\beta=-.17, p=.028$). 또한 암 환자 간호경력 3~5년 집단은 3년 이하 경력 간호사보다 도덕적 고뇌가 낮았고($\beta=-.24, p=.010$), 총 임상경력과 암 환자 간호 경력이 동일한 간호사 집단은 그렇지 않은 집단보다 도덕적 고뇌가 높았다($\beta=.32, p<.001$). 심리·정서 지원 프로그램을 제공하는 기관에서 근무하는 간호사의 경우, 프로그램이 없는 기관에 근무하는 간호사보다 도덕적 고뇌가 낮은 것으로 확인되었다($\beta=-.19, p=.010$). 표준화계수 절댓값 기준으로 상대적 영향력이 가장 큰 상위 세 가지 변수는 총 임상 경력과 암 환자 간호 경력의 일치 여부, 종교 유무 및 암 환자 간호경력 순이었다. 모형 추정 결과, 도덕적 고뇌의 분산 중 50%가 독립변수들에 의해 설명되었으며, 모형의 F검정은 통계적으로 유의하여 회귀모형의 적합성이 확인되었다(Table 3).

2) 공감피로 예측요인

상급실무 또는 진료지원간호사는 일반간호사에 비해 공감피로 평균점수가 높았으며($\beta=.25, p<.002$), 자기돌봄교육을 이수한 집단은 해당 교육을 이수하지 않은 간호사보다 높은 것으로 확인되었다($\beta=.21, p=.021$). 공감피로에 대한 모형 추정 결과, 공감피로의 분산 중 55%가 독립변수에 의해 설명되었으며, 모형의 F검정은 통계적으로 유의하여 모형의 적합성이 확인되었다(Table 4).

3) 공감만족 예측요인

종교 유무, 암 환자 간호경력, 기타 자격면허가 공감만족 예측요인으로 확인되었다. 구체적으로, 종교가 있는 집단은 없는 집단보다 공감만족 평균점수가 높았고($\beta=.20, p=.009$), 임상경력이 5년 이상인 간호사는 3년 이하 간호사보다 공감만족이 낮았다($\beta=-.26, p=.040$). 또한, 기타 자격면허가 있는 간호사는 그렇지 않은 간호사보다 공감만족 수준이 높았다($\beta=.17, p=.029$). 세 변수 중 상대적 영향력이 가장 큰 요인은 암 환자 간호경력이었다. 모형 추정 결과, 공감만족의 분산 중 38%가 독립변수들에 의해 설명되었으며, 모형의 F검정은 통계적으로 유의하여 모형의 적합성이 확인되었다(Table 5).

논 의

본 연구는 암 환자를 돌보는 간호사를 대상으로 도덕적 고뇌, 공감피로 및 공감만족의 수준을 파악하고 예측요인을 규명하여 임상실무와 간호 교육·정책적 지원에 활용할 수 있는 근거를 마련하고자 하였다.

Table 3. Factors Associated with Moral Distress

(N = 245)

Factors	B	SE	β	t	p	95% CI		VIF
						Lower	Upper	
Intercept	134.60	16.50		8.17	< .001	102.15	167.05	
Age ^a (year)								
30~39	20.13	11.38	.15	1.77	.078	-2.29	42.55	2.10
40	32.67	18.18	.15	1.80	.074	-3.15	68.49	2.07
Cohabitation status Living with others	4.17	10.74	.03	0.39	.698	-16.98	25.33	1.78
Religious	-33.82	10.18	-.24	-3.32	.001	-53.87	-13.77	1.55
Tertiary hospital ^b	-24.25	10.97	-.17	-2.21	.028	-45.87	-2.64	1.89
Years of oncology nursing experience (year) ^c								
3~ < 5	-33.28	12.76	-.24	-2.61	.010	-58.43	-8.14	2.69
≥ 5	-14.37	16.91	-.10	-0.85	.396	-47.68	18.94	4.23
Matched experience between total clinical and oncology nursing experience	44.01	10.88	.32	4.05	< .001	22.58	65.44	1.92
Advanced practice/advanced clinical support nurse ^d	2.23	11.94	.02	0.19	.852	-21.30	25.75	2.11
Additional certifications in oncology nursing (e.g., OCN)	4.36	11.80	.03	0.37	.712	-18.90	27.61	1.62
Completed basic oncology nursing education	7.68	12.25	.05	0.63	.531	-16.47	31.83	2.09
Completed education about self-care for nurses	23.35	14.50	.15	1.61	.109	-5.21	51.91	2.62
Existence of psychological/emotional support programs for nurses in the institution	-27.92	10.70	-.19	-2.61	.010	-48.99	-6.85	1.57

 $R^2=0.50$, $F=5.98$, $p < .001$

Reference groups: ^aAge - 20~29 years old; ^bAffiliated Hospital - Non-tertiary hospitals; ^cYears of Oncology Nursing Experience - < 3 years; ^dRole of Participants - Staff Nurse; 95% CI= 95% confidence interval; OCN= Oncology Certified Nurse; VIF= Variance inflation factor.

Table 4. Factors Associated with Compassion Fatigue

(N = 245)

Factors	B	SE	β	t	p	95% CI		VIF
						Lower	Upper	
Intercept	57.28	2.06		27.85	< .001	53.23	61.34	
Age ^a (year)								
30~39	-0.27	1.42	-.02	-0.19	.852	-3.07	2.54	2.10
40	2.85	2.27	.10	1.26	.210	-1.62	7.33	2.07
Cohabitation status Living with others	-2.44	1.34	-.13	-1.82	.070	-5.08	0.20	1.78
Religious	-0.55	1.27	-.03	-0.43	.669	-3.05	1.96	1.55
Tertiary hospital ^b	-1.04	1.37	-.06	-0.76	.448	-3.74	1.66	1.89
Years of oncology nursing experience (year) ^c								
3~ < 5	1.19	1.59	.07	0.74	.458	-1.96	4.33	2.69
≥ 5	2.02	2.11	.11	0.96	.339	-2.14	6.18	4.23
Matched experience between total clinical and oncology nursing experience	-0.14	1.36	-.01	-0.11	.916	-2.82	2.53	1.92
Advanced practice/advanced clinical support nurse ^d	4.72	1.49	.25	3.16	.002	1.78	7.65	2.11
Additional certifications in oncology nursing (e.g., OCN)	0.15	1.47	.01	0.10	.920	-2.76	3.05	1.62
Completed basic oncology nursing education	-2.13	1.53	-.11	-1.39	.166	-5.14	0.89	2.09
Completed education about self-care for nurses	4.22	1.81	.21	2.33	.021	0.65	7.79	2.62
Existence of psychological/emotional support programs for nurses in the institution	-0.73	1.34	-.04	-0.54	.587	-3.36	1.91	1.57

 $R^2=0.55$, $F=7.54$, $p < .001$

Reference groups: ^aAge - 20~29 years old; ^bAffiliated Hospital - Non-tertiary hospitals; ^cYears of Oncology Nursing Experience - < 3 years; ^dRole of Participants - Staff Nurse; 95% CI= 95% confidence interval; OCN= Oncology Certified Nurse; VIF= Variance inflation factor.

Table 5. Factors Associated with Compassion Satisfaction

(N = 245)

Factors	B	SE	β	t	p	95% CI		VIF
						Lower	Upper	
Intercept	35.89	2.26		15.92	< .001	31.44	40.33	
Age ^a (year)	-0.54	1.56	-.03	-0.34	.731	-3.61	2.53	2.10
30~39	-2.78	2.49	-.10	-1.12	.266	-7.68	2.13	2.07
40								
Cohabitation status Living with others	1.04	1.47	.06	0.71	.479	-1.85	3.94	1.78
Religious	3.67	1.39	.20	2.63	.009	0.92	6.41	1.55
Tertiary hospital ^b	-0.28	1.50	-.02	-0.18	.858	-3.23	2.69	1.89
Years of oncology nursing experience (year) ^c	-2.83	1.75	-.16	-1.62	.107	-6.27	0.61	2.69
3~ < 5	-4.79	2.32	-.26	-2.07	.040	-9.35	-0.23	4.23
≥ 5								
Matched experience between total clinical and oncology nursing experience	0.72	1.49	.04	0.49	.628	-2.21	3.66	1.92
Advanced practice/advanced clinical support nurse ^d	0.04	1.64	.00	0.02	.983	-3.19	3.26	2.11
Additional certifications in oncology nursing (e.g., OCN)	3.56	1.62	.17	2.20	.029	0.38	6.74	1.62
Completed basic oncology nursing education	2.07	1.68	.11	1.23	.220	-1.24	5.37	2.09
Completed education about self-care for nurses	0.64	1.98	.03	0.32	.747	-3.27	4.55	2.62
Existence of psychological/emotional support programs for nurses in the institution	-0.98	1.46	-.05	-0.67	.503	-3.87	1.90	1.57

 $R^2=0.38$, $F=3.01$, $p < .001$

Reference groups: ^aAge - 20~29 years old; ^bAffiliated Hospital - Non-tertiary hospitals; ^cYears of Oncology Nursing Experience - < 3 years; ^dRole of Participants - Staff Nurse; 95% CI= 95% confidence interval; OCN= Oncology Certified Nurse; VIF= Variance inflation factor.

1. 도덕적 고뇌에 대한 고찰

본 연구에서 도덕적 고뇌 점수는 127.13 ± 68.50 점으로, 한국 어판 도구 개발 당시 평균(77.16 ± 57.21)²³⁾이나 종합병원에서 근무하는 일반 간호사 대상 선행연구 평균(47.67 ± 44.11)²⁾보다 높아, 암 환자를 돌보는 간호사가 상대적으로 높은 도덕적 고뇌를 경험함을 보여준다.

도덕적 고뇌 예측요인 중 경력과 관련된 요인(암 환자 간호 경력, 총 임상경력 및 암 환자 간호경력의 일치여부)의 상대적 영향력이 컸다. 암 환자 간호경력은 3년 미만 집단에서 도덕적 고뇌가 가장 높았고, 3~5년 집단에서 통계적으로 유의하게 낮아졌다. 반면, 통계적으로 유의하지는 않았으나, 5년 이상에서는 도덕적 고뇌의 수준이 보다 높음이 확인되었다. 이는 초기 경력에서는 경험을 통한 적응으로 도덕적 고뇌가 완충되지만,²⁶⁾ 경력이 쌓임에 따라 윤리적 통찰의 심화²⁷⁾와 윤리적 민감성의 증대²⁸⁾로 인해 다시 상승하는 양상으로 해석될 수 있다. 또한, 본 연구에서 총 임상경력과 암 환자 간호 경력이 일치하는 경우 도덕적 고뇌 수준이 더 높았는데, 이는 총 임상경력과는 무관하게 암 환자 간호경력이 길어질수록 윤리적 통

찰 및 전문성은 강화될 수 있지만,²⁹⁾ 다양한 돌봄 인식 등의 갈등이 누적되고 심화될 수 있음³⁰⁾을 시사한다. 결과적으로, 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌가 경력에 따라 단순 선형적으로 변화하지 않으므로, 차별화된 경력 단계별 맞춤형 교육과 관리가 필요하다.

예를 들어, 초기 경력 간호사에게는 윤리적 의사결정 역량 강화 프로그램이 효과적인 것으로 보고되고 있는데,³¹⁾ 이는 제한된 경험과 낮은 자신감, 불충분한 윤리적 지식으로 인한 도덕적 고뇌를 완화할 수 있다. 반면 중·후기 경력 간호사에게는 가치 명료화(values clarification) 및 조직적 지지체계 구축이 더욱 효과적인 접근방법이 된다.³²⁾ 정기적인 윤리성 성찰 프로그램과 네트워크를 통해 도덕적 회복력(moral resilience)의 강화는 간호사 개인의 가치 명료화와 함께,³³⁾ 조직이 윤리적 딜레마를 건강하게 다룰 수 있는 문화를 정착시키며, 궁극적으로는 간호전문직의 지속가능한 발전과 간호의 질 향상으로 이어질 것이다.

본 연구에서 도덕적 고뇌와 관련된 요인 중 두번째 영향력을 가진 요인은 종교였다. 종교 유무는 도덕적 고뇌와 공감만

죽 두 가지 변수에 유의한 예측요인이었다. 이는 종교적 신념이 간호사 개인의 윤리적 가치 체계와 돌봄의 의미를 지탱하는 내적 자원으로 작용함³⁴⁾을 보여준다. 종교는 도덕적 갈등 상황에서 완충 요인으로 기능할 뿐 아니라,³⁵⁾ 환자 돌봄을 긍정적으로 인식하게 하는 영적·윤리적 기반이 될 수 있다. 다만, 종교는 개인적 차원의 자원일 수 있으므로, 종교가 없는 간호사를 지원할 수 있는 방안 또한 필요할 것이다.

2. 공감피로에 대한 고찰

본 연구에서 공감피로는 평균 57.91 ± 8.83 점이었다. 이는 같은 도구를 사용하여 2023년에 중앙내과 병동 간호사를 대상으로 한 선행연구(55.54 ± 6.62)³⁶⁾와 유사한 결과였다.

회귀분석 결과, 본 연구의 공감피로와 관련된 예측요인은 간호사 역할과 자기돌봄 교육이수 두 가지였다. 본 연구의 자료수집이 이루어진 2025년 5~6월은 의정갈등으로 진료지원 간호사의 수와 업무 범위가 확대되고, 행정적 및 기타 보조적 업무 부담이 가중된 시기였다. 진료지원 업무에 따른 역할 경계의 모호성과 법적·윤리적 불확실성이³⁷⁾ 공감피로를 높이는 데 기여하였을 것으로 사료된다. 특히 공감피로는 단순한 정서적 소진을 넘어 환자의 고통에 반복적으로 공감하는 과정에서 돌봄 제공자가 경험하는 정서적 소진이라는 점을 고려할 때,^{3,10,12)} 제도적 논란 속에서 상급실무 또는 진료지원 간호사가 직면하는 직무 전문성 인정 부족, 책임 부담, 과중한 업무는 상급실무 또는 진료지원 간호사의 공감 돌봄에 필요한 자원을 소모시키고, 공감 동기와 돌봄 효능감을 약화시키는 외부 요인으로 작용했을 가능성이 있다. 이러한 결과는 공감피로가 개인의 취약성에 기인한 현상이라기보다는, 제도적 불안정성과 조직 문화의 산물로 이해되어야 함을 시사한다.

한편, 자기돌봄교육을 이수한 간호사의 공감피로 수준이 교육을 받지 않은 간호사보다 오히려 4.22점이 높게 나타났는데, 이는 일반적으로 기대되는 '교육을 통한 정서적 소진 완화 효과'와는 상반된 결과였다. 더불어 독립표본 t-test 결과, 공감만족 또한 자기돌봄교육을 받지 않은 간호사에서 더 높게 확인되었다. 이 결과는 두 가지 측면에서 해석할 수 있다. 첫째, 공감피로가 높거나 직무 만족도가 낮은 간호사들이 상황 개선을 위해 교육에 참여했을 가능성이 있으며, 교육의 역설적 인식 효과도 고려할 수 있다. 자기돌봄교육을 통해 간호사들이 자신의 정서적 상태를 더 명확하게 인식하면서, 기존에 자각하지 못했던 공감피로를 더 민감하게 감지했을 가능성이 있다.³⁸⁾ 둘째, 자기돌봄교육의 제한된 효과성도 고려될 수 있다. 단기적 교육은 구조적 혹은 환경적 스트레스 요인이 지속

되는 상황에서는 근본적인 개선 효과에 제한적이다.³⁹⁾ 그럼에도 본 연구에서 독립표본 t-test 결과 중, 소속기관에 간호사를 위한 심리·정서 프로그램이 존재하는 것만으로도 공감피로 완화 경향이 관찰되었다. 이는 암 환자를 돌보는 간호사의 공감피로 관리를 위해 기관 차원의 체계적 교육 프로그램 및 구조적 지원이 보다 실효성 있는 개입 전략으로 구체화될 필요가 있음을 시사한다.

3. 공감만족에 대한 고찰

공감만족은 본 연구에서는 36.20 ± 8.77 점으로 나타났다. 동일한 도구를 사용한 선행연구와 비교했을 때, 간호·간병 통합서비스 병동 간호사의 평균점수(32.45 ± 5.61)¹³⁾보다는 높은 수준이었다.

본 연구에서 공감만족 예측요인은 앞서 논의한 종교 유무 외에, 암 환자 간호경력과 기타 자격증 여부가 있었다. 먼저, 3년 미만의 암 환자 간호경력을 가진 간호사보다 5년 이상의 간호사들이 유의하게 공감만족이 낮았다. 암 환자는 증상 중증도가 높은 편으로 간호 요구도가 크며, 생명 연장이나 치료 목표 조정 과정 역시 간호사의 신체적·정신적 소모를 가중시킨다. 이러한 경험이 누적될수록 소진이 심화되어 간호사의 공감만족 수준이 저하된다.⁴⁰⁾

또한 기타 자격면허를 가진 간호사는 그렇지 않은 간호사보다 공감만족이 높았다. 회귀분석에서는 통계적으로 유의하지 않았지만, t 검정에서는 기본 및 심화 암 환자 간호교육이 공감피로를 낮추고 공감만족을 높이는 요인으로 나타났다. 이는 임상 경험과 함께 추가 교육과정이나 자격 면허 취득을 위한 학습과정이 간호사의 전문직관과 임상적 통찰을 심화하고, 직무 만족과 성취감을 높이는 기회로 작용함을 시사한다. 따라서, 간호사의 전문 역량 강화를 위한 지속적 교육은 간호사의 전문직 정체성을 강화하고, 환자 돌봄의 질을 높이는 실질적 전략이 된다.

암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족은 서로 독립적이면서도 상호작용하는 복합적 체계이므로, 예측요인을 다층적으로 이해할 필요가 있다. 이러한 통합적 관점은 간호사의 개인적 경험을 전문직 정체성과 돌봄의 가치 경험으로까지 확장시킨다. 본 연구의 결과는 간호사의 정서적 부담을 완화하고 전문직적 성장을 촉진하기 위한 교육 및 조직적 지원체계의 구체적 방향을 제시함으로써, 향후 지속가능한 간호 실천 기반 마련에 기여할 것이다. 본 연구는 설문조사를 기반으로 한 횡단적 연구이므로 변수 간 인과관계를 직접적으로 확인하는 데에는 한계가 있다. 또한, 과반수 이

상의 대상자가 상급종합병원 소속 등 일부 의료기관에 국한되어 있어 연구결과를 일반화하는 데 신중함이 요구된다.

결론 및 제언

본 연구는 암 환자를 돌보는 간호사의 도덕적 고뇌, 공감피로, 공감만족 수준을 파악하고, 경력 단계, 직무 역할 및 교육 경험을 예측요인으로 규명함으로써, 임상실무 발전을 위한 간호교육 및 정책적 지원을 위한 기초자료를 제공하였다. 암 환자를 돌보는 간호사의 경력 축적과 상급실무수행에 따라 도덕적 고뇌, 공감피로 및 공감만족 수준의 차이를 확인하였으므로 향후 연구에서는 종단적 연구설계를 통해 시간에 따른 변화 과정을 추적하고, 변수 간 작용 경로를 탐색하기 위해 매개모형이나 경로분석을 검증할 필요가 있다. 질적연구를 병행하여 심층적으로 탐색하고, 전문성을 증진을 도모하는 교육과 직무환경 구축을 통해 암 환자를 위한 간호의 질 향상을 도모해야 할 것이다.

ORCID

홍수민 0000-0002-5884-1799

김예슬 0000-0002-3540-1723

정미숙 0000-0002-5895-8954

이윤정 0000-0001-5976-4281

홍현주 0000-0002-0297-1586

전미진 0000-0003-1400-3029

조미영 0009-0007-5565-4107

이지연 0000-0001-6413-329X

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Authorship

All authors contributed to the ideation, conception, and design of this study: HSM, KYS, LYJ, HHJ, MJJ, CMY and LYJ; Collected data: HSM, KYS, LYJ, HHJ, MJJ, CMY and LYJ; Performed the statistical analysis and interpretation: HSM and LYJ; Interpreted and confirmed the data analysis results: KYS, JMS, LYJ, HHJ, MJJ, and CMY; Drafted the manuscript: HSM and LYJ; Critically revised the manuscript: HSM, KYS and LYJ; Supervised the whole study process: LYJ. All authors read and approved the manuscript.

Funding

The Korean Oncology Nursing Society supported this research.

Data availability

Available upon reasonable request.

Acknowledgements

None.

REFERENCES

1. Lyu XC, Jiang HJ, Lee LH, Yang CI, Sun XY. Oncology nurses' experiences of providing emotional support for cancer patients: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2024;23(1):58. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01718-1>
2. Ha SM, Yoon YJ. Effects of clinical nurses' ethical climate and ethical nursing competence on moral distress. *J Korean Acad Nurs Adm.* 2025;31(1):25-35. <https://doi.org/10.1111/jkana.2025.31.1.25>
3. Moghadam MP, Nasiri A, Mahmoudirad G. Exploring the emotional concerns of oncology nurses: A qualitative study. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2022;27(5):425-31. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_258_21
4. Al Yahyaie A, Al Kindi Z, Al Sabei S, Al Hasni N, Al Jabri W, Muliira J. Moderating role of resilience on professional quality of life, stress and turnover intention among oncology nurses. *BMC Nurs.* 2025;24(1):692. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03463-5>
5. Cooke S, Booth R, Jackson K. Moral distress in critical care nursing practice: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2022;57(6):1478-83. <https://doi.org/10.1111/nuf.12786>
6. Seo NR, Yeom HE. Factors affecting psychological burnout in nurses caring for terminal cancer patients. *J Hosp Palliat Care.* 2022;25(4):159-68. <https://doi.org/10.14475/jhpc.2022.25.4.159>
7. Zare-Kaseb A, Borhani F, Abbaszadeh A, Nazari AM. Moral distress, ethical climate, and compassion fatigue among oncology nurses: The mediating role of moral distress. *BMC Nurs.* 2025;24(1):15. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02673-7>
8. Eche IJ, Phillips CS, Alcindor N, Mazzola E. A systematic review and meta-analytic evaluation of moral distress in oncology nursing. *Cancer Nurs.* 2023;46(2):128-42. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000001075>
9. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. <https://proqol.org>. Accessed March 7, 2025.
10. Kim SH, Kim MA. An exploration of the experience of compassion fatigue in nurses working with oncology patients. *J Digit Converg.* 2020; 18(11):581-93. <https://doi.org/10.14400/JDC.2020.18.11.581>
11. Gürçan M, Kumbul E, Erkul M, Atay Turan S. 'I feel like the final missing piece of the puzzle': Examination of pediatric oncology nurses' experiences regarding healing care environment. *J Pediatr Nurs.* 2025; 81:e143-52. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2025.02.011>
12. Santos LBPA, Alvarenga WA, Leite ACAB, Neris RR, Lima RAG, Montigny Fd, et al. Compassion fatigue: A comprehensive discussion on its

- development and repercussions among oncology nurses. *Semin Oncol Nurs.* 2024;40(4):151655. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151655>
13. Kim M-S, Shin D-S, Choi Y-J, Lee J, Lee Y-J. The influence of compassion fatigue, compassion satisfaction and nursing organizational culture on burnout in integrated nursing care units nurses. *J Korea Content Assoc.* 2021;21(9):684-95. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2021.21.09.684>
 14. Al Yahyaie A, Al Jabri W, Al Hasni N, Al Kindi Z, Al Sabei S, Al Omari O, et al. Exploring the impact of resilience on professional quality of life among oncology nurses. *Nurs Forum.* 2025;2025(1):8797553. <https://doi.org/10.1155/nuf/8797553>
 15. Park M-J, Kim I-O. Impact of professional quality of life on turnover intention among general hospital nurses: A comparative study using linear and nonlinear analysis methods. *J Korean Acad Nurs Adm.* 2025;31:132-41. <https://doi.org/10.1111/jkana.2025.31.1.132>
 16. Zhao Y, Lu HQ, Xu Y, Lu JY. Analysis of nursing staff job satisfaction and its influencing factors: a cross-sectional study of 38 hospitals/nursing homes in China. *Front Public Health.* 2025;13:1526324. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1526324>
 17. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Predictors of compassion satisfaction among healthcare professionals working in intensive care units: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs.* 2023;79:103509. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103509>
 18. Lee T, Lee SJ, Yoon YS, Ji H, Yoon S, Lee S, et al. Personal factors and clinical learning environment as predictors of nursing students' readiness for practice: A structural equation modeling analysis. *Asian Nurs Res.* 2023;17(1):44-52. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2023.01.003>
 19. Alshammari SA, Sankarapandian C, Pasay An E, Alshammari AA, Gonzales A, Gutierrez J, et al. A predictive study of factors associated with burnout, compassion fatigue, and moral distress among emergency nurses. *Sci Rep.* 2025;15(1):30596. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-14792-5>
 20. Meyer VM, Benjamins S, Moumni ME, Lange JFM, Pol RA. Global overview of response rates in patient and health care professional surveys in surgery: a systematic review. *Ann Surg.* 2022;275(1):e75-81. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000004078>
 21. Green SB. How many subjects does it take to do a regression analysis? *Multivar Behav Res.* 1991;26(3):499-510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7
 22. Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Prim Res.* 2012;3(2):1-9. <https://doi.org/10.1080/21507716.2011.652337>
 23. Chae Y, Yu S, Lee EJ, Kang K, Park MS, Yu M. Validity and reliability of the Korean version of the moral distress scale-revised for Korean hospital nurses. *The Journal of Korean Academic Society of Nursing Education.* 2016;22(2):228-39. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2016.22.2.228>
 24. Kim J-I, Choi H-S. Validation of Korean version of Professional Quality of Life (K-ProQOL) for nurses through confirmatory factor analysis. *Journal of the Korea Academia-Industrial cooperation Society.* 2019;20(3):243-51. <https://doi.org/10.5762/KAIS.2019.20.3.243>
 25. Kim S-Y. Regression Analysis with SPSS and PROCESS Examples. Seoul: Hakjisa; 2024.
 26. Park B, Oh Y. Moral distress experienced by nurses in South Korea: An integrated review. *Korean J Med Ethics.* 2016;19(3):312-27. <https://doi.org/10.35301/ksme.2016.19.3.312>
 27. Chen JY, Chen HF, Wang XH, Zong QZ, Yao ZZ. Moral sensitivity and caring behavior in nursing interns: the mediating role of empathy. *Front Public Health.* 2024;12:1360940. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1360940>
 28. Milliken A. Nurse ethical sensitivity: An integrative review. *Nurs Ethics.* 2018;25(3):278-303. <https://doi.org/10.1177/0969733016646155>
 29. Salari N, Shohaimi S, Khaledi-Paveh B, Kazeminia M, Bazrafshan MR, Mohammadi M. The severity of moral distress in nurses: A systematic review and meta-analysis. *Philos Ethics Humanit Med.* 2022;17(1):13. <https://doi.org/10.1186/s13010-022-00126-0>
 30. Haahr A, Norlyk A, Martinsen B, Dreyer P. Nurses experiences of ethical dilemmas: A review. *Nurs Ethics.* 2020;27(1):258-72. <https://doi.org/10.1177/0969733019832941>
 31. Kovanci MS, Atli Özbaş A. Newly graduated nurses' experiences of moral distress during transition process: A convergent mixed methods study. *BMC Nurs.* 2025;24:246. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02863-x>
 32. Miller PH, Epstein EG, Smith TB, Welch TD, Smith M, Bail JR. Moral distress among nurse leaders: A qualitative systematic review. *Nurs Ethics.* 2023;30(7-8):939-59. <https://doi.org/10.1177/09697330231191279>
 32. Ghazanfari MJ, Emami Zeydi A, Panahi R, Ghanbari R, Jafaraghaee F, Mortazavi H, et al. Moral distress in nurses: Resources and constraints, consequences, and interventions. *Clin Ethics.* 2022;17(3):265-71. <https://doi.org/10.1177/14777509211034142>
 34. Peng M, Saito S, Guan H, Ma X. Moral distress, moral courage, and career identity among nurses: A cross-sectional study. *Nurs Ethics.* 2023;30(3):358-69. <https://doi.org/10.1177/09697330221140512>
 35. Tavakol N, Tavakol M, Daman S. Moral distress effects on spirituality determinants in nurses. *BMC Nurs.* 2025;24(1):349. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03003-1>
 36. Jeon M, Kim S, Kim S. Association between resilience, professional quality of life, and caring behavior in oncology nurses: A cross-sectional study. *J Korean Acad Nurs.* 2023;53(6):597-609. <https://doi.org/10.4040/jkan.23058>
 37. Tetzlaff ED, Hylton HM, Ruth KJ, Hasse Z, Hall MJ. Moral distress, organizational climate, and the risk of burnout among physician assistants in oncology. *JCO Oncol Pract.* 2023;19(5):e639-e49. <https://doi.org/10.1200/op.22.00641>
 38. Wei J, Yun Z, Zhang Y, Liang Y, Hu Z, Gao C, et al. Mindful self-care and compassion fatigue in nurses: The chain mediating roles of resilience and professional identity. *J Nurs Manag.* 2025;2025:8572654. <https://doi.org/10.1155/jonm/8572654>
 39. Hsu HC, Lee HF, Hung HM, Chen YL, Yen M, Chiang HY, et al. Effectiveness of individual-based strategies to reduce nurse burnout: An umbrella review. *J Nurs Manag.* 2024;2024:8544725. <https://doi.org/10.1155/2024/8544725>
 40. De Brasi EL, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, et al. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Ethics.* 2021;28(5):614-27. <https://doi.org/10.1177/0969733020964859>

Appendix 1. Correlation among the Study Variables

(N=245)

Variables	Moral distress	Compassion fatigue	Secondary traumatic stress	Burnout	Compassion satisfaction
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Moral distress	-				
Compassion fatigue	.25 (< .001)	-			
Secondary traumatic stress	.26 (< .001)	.94 (< .001)	-		
Burnout	.11 (.103)	.65 (< .001)	.34 (< .001)	-	
Compassion satisfaction	-.22 (< .001)	-.35 (< .001)	-.55 (< .001)	.25 (< .001)	-