

임상간호사의 대상자 옹호에 대한 사회적 영향요인

김명지¹ · 최현경²

경북대학교 대학원 간호학과 대학원생¹, 경북대학교 간호대학 · 간호과학연구소 부교수²

Social Influencing Factors of Clinical Nurses' Patient Advocacy

Kim, Myungji¹ · Choi, Hyunkyung²

¹Graduate Student, College of Nursing, Kyungpook National University

²Associate Professor, College of Nursing · Research Institute of Nursing Science, Kyungpook National University

Purpose: This study's aim was to understand clinical nurses' patient advocacy and identify factors influencing this based on the Theory of Patient Advocacy. **Methods:** The subjects of this study were 173 clinical nurses working in two university hospitals in D city, South Korea. Data were collected using a structured self-report questionnaire. Analysis was conducted using IBM SPSS 26.0 and included descriptive statistics, Mann-Whitney U test, one-way ANOVA, Pearson's correlation coefficients, and hierarchical multiple regression analysis. **Results:** Among the general characteristics, gender was found to be an influencing factor for patient advocacy. As a macrosocial antecedent, the ethical climate of the hospital influenced patient advocacy. For the microsocial antecedents, human rights sensitivity and patient vulnerability influenced nurses' patient advocacy. This final model explained 35.6% of variance of clinical nurses' patient advocacy. **Conclusion:** Considering the findings of this study, the ethical climate of hospitals must be improved. In addition, programs to strengthen nurses' human rights sensitivity and to help improve communication with patients must be developed. This could further aid nurse and patient relationships.

Key Words: Ethical climate; Human rights; Nursing theory; Patient advocacy; Vulnerable populations

서론

1. 연구의 필요성

간호의 근본이념은 인간 생명의 존엄성과 기본권을 존중하고 옹호하는 것이다. 이는 한국간호사 윤리강령의 서두에서 제시하고 있는 내용으로, 간호사는 윤리적으로 간호 대상자를 옹호해야 한다. 인구의 고령화, 만성질환자의 증가 등은 자신의 권리나 이익을 보호할 수 없거나 적절한 결정을 내릴 수 없는

취약한 대상자의 증가를 가져왔다[1]. 우리나라에서는 국민의 의식 수준 향상과 정보 접근성의 증가로 인해 환자의 권리에 대한 인식이 증가하고 있어, 자신의 권리를 스스로 지킬 수 없는 대상자를 위한 간호사의 활동이 중요하게 여겨지고 있다[2].

대상자 옹호란 보건의료체계(healthcare system)에서 대상자의 권리나 최고이익을 대표하고 보호하는 일련의 행동이나 전략이며, 사회정의 옹호, 자율성 보호, 대상자편에서의 행동이라는 세 가지 핵심속성이 포함된다[3]. 대상자 옹호는 1970년대부터 간호사의 필수적인 역할로 논의되기 시작했으며[3],

주요어: 윤리풍토, 인권, 간호 이론, 대상자 옹호, 대상자 취약성

Corresponding author: Choi, Hyunkyung

College of Nursing, Kyungpook National University, 680 Gukchaebosang-ro, Jung-gu, Daegu 41944, Korea.

Tel: +82-53-200-4791, E-mail: hchoi@knu.ac.kr

- 이 논문은 제1저자 김명지의 석사학위논문의 축약본임.

- This article is a condensed form of the first author's master's thesis from Kyungpook National University.

Received: Jan 13, 2023 | **Revised:** Mar 9, 2023 | **Accepted:** Mar 27, 2023

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>) which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

전통적으로 간호사의 윤리적 의무로 여겨졌다[4]. 최근에는 의학의 발전과 4차 산업혁명의 영향으로 의료계에 다양한 변화가 나타나고 있고 임상에도 인공지능 등의 과학기술이 점차 도입되고 있다[5]. 그러나 이러한 첨단기술이 대체할 수 없는 간호사의 옹호자 역할은 그 중요성이 더욱 강조되고 있는 실정이다.

대상자 옹호 이론(Theory of Patient Advocacy)은 Bu와 Jezewski [3]가 영문 문헌 분석을 통해 개발한 이론으로, 간호사의 대상자 옹호를 설명하는 선행요인들을 거시사회적 수준과 미시사회적 수준으로 구분하고 있다. 대상자 옹호에 영향을 미치는 거시사회적 선행요인에는 건강 불평등, 병원 환경 등이 해당하고, 미시사회적 선행요인으로는 대상자 취약성과 같은 대상자의 상태, 다른 의료 팀원으로부터 비윤리적이거나 부당하게 대해지는 상황, 대상자의 권리나 이익이 위협받는 상황 등이 포함된다[3]. 이러한 선행요인들의 영향으로 수행된 간호사의 대상자 옹호 결과는 거시, 미시사회적으로 긍정적이거나 부정적인 결과를 나타낸다[3]. 본 연구에서는 대상자 옹호 행동을 예측하는 간호사의 대상자 옹호 영향요인을 다층적으로 파악하고자 하며, 이에 대상자 옹호 이론을 기반으로 분석하고자 한다.

병원의 윤리풍토는 병원의 조직 풍토 중 하나로, 구성원들에게 직간접적으로 영향을 미치는데, 간호사의 윤리적 간호 행위에에도 영향을 미친다[6]. 간호사들은 조직 내에서 관습적 규범을 통하여 어떤 행동이 옳고, 옳지 않은 지를 학습하게 된다. 일반적으로 조직 내 구성원의 윤리적 행동은 개인에 의하여 결정되기보다 개인의 의사결정과 행동 방식에 영향을 미치는 조직 풍토에 의해 결정되는 측면이 있다[7]. 그러므로 병원의 윤리 풍토는 간호사의 대상자 옹호에 직간접적으로 영향을 미치는 거시사회적 수준의 영향요인이 될 것으로 생각된다.

대상자 취약성은 옹호가 가장 필요한 대상자의 상태로, 대상자의 상태는 간호사의 대상자 옹호에 가장 큰 영향을 미치는 미시사회적 선행요인으로 흔히 언급되고 있다[3]. 취약한 대상자란 자신의 권리나 이익을 보호할 수 없거나 적절한 결정을 내릴 수 없는 집단을 의미하고 채소자, 정신질환자, 의식이 없는 자, 노인, 어린이나 만성질환자들이 이에 포함된다[8]. 간호사는 대상자와의 의사소통을 통해 습득한 정보로 대상자에 대한 취약성을 주관적으로 판단하게 된다. 따라서 간호사가 인식하고 있는 취약성의 정도를 파악하고 대상자 옹호에 어떠한 영향을 미치는지 분석할 필요가 있다.

윤리적 이슈는 누구나 경험할 수 있으나, 간호사는 간호 실무에서 여러 직종의 직업군과 협력하여 대상자에게 직접 간호를 제공하고 있기에 간호사-대상자, 간호사-간호사, 간호사-의

사 등 다양한 관계에서 윤리적 이슈를 경험한다. 대상자 옹호 이론에 따르면, 대상자가 비윤리적으로 대해지는 상황은 미시사회적 수준에서 대상자 옹호에 영향을 미친다[3]. 따라서 임상에서 간호사의 윤리적 이슈 경험이 대상자 옹호에 미치는 영향을 조사할 필요가 있다.

인권 감수성은 인권 문제가 있는 상황을 지각하고 해석하여, 자신의 행동이 어떠한 영향을 미칠지를 알고 그 책임이 자신에게 있음을 인식하는 것을 말한다[9]. 또한, 대상자의 권리나 이익이 위협받는 상황은 대상자 옹호의 미시사회적 선행요인에 해당한다[3]. 즉, 대상자의 인권이 위협받는 상황이 생겼을 때, 그 상황을 인식하고 간호사의 행동이 어떠한 결과를 초래할지 인지할 수 있는 능력은 간호사의 대상자 옹호 행동에 영향을 미칠 것으로 생각된다. 따라서 간호사의 인권 감수성과 대상자 옹호의 관계를 파악할 필요가 있다.

빠르게 변화하는 보건의료환경에서 대상자 옹호의 필요성은 강조되고 있으나, 간호사의 대상자 옹호 역할에 대한 영향요인 분석은 아직 부족한 실정이다[2]. 국내 선행연구에서는 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인으로 간호사의 전문직관과 정치참여[10], 공감역량과 간호근무환경[11]이 파악되었으며, 장애인에 대한 옹호 간호 영향요인은 장애인의 인권에 대한 낙관적인 태도, 환자지향적 간호역량[12]으로 조사되었다. 국외 선행연구[4]에서는 대상자 옹호의 촉진요인이 간호사-대상자의 관계, 간호사의 책임감이나 지식 등이라 하였으며, 특히 스웨덴 간호사의 대상자 옹호 태도 영향요인을 살펴본 연구[13]에서는 간호역량과 조직풍토가 확인되었다. 그러나 현재까지 진행된 국내연구들은 매우 제한적이며, 국외연구들은 사회문화적 차이를 고려할 때 우리나라 적용에는 한계가 있다. 그러므로 우리나라 간호사의 대상자 옹호를 이해하기 위해 다양한 변수의 영향력을 검증할 필요가 있다. 특히 상급종합병원의 임상간호사는 다른 규모의 병원 간호사에 비해 위중하거나 무의식인 환자와 같이 상대적으로 취약성이 높은 대상자[3,8]를 간호하게 된다. 따라서 대상자의 옹호자로서의 역할이 더욱 요구되므로 이들의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인에 대한 이해가 필요하다.

임상간호사의 대상자 옹호는 대상자와의 관계 속에서 발생하는 역할이며, 따라서 이들이 속해 있는 가족, 의료기관과 같은 사회의 영향을 받는다[4]. Bu와 Jezewski [3]의 대상자 옹호 이론에서는 대상자 옹호에 선행하는 요인을 거시사회적, 미시사회적 수준으로 구분하고 있어 대상자 옹호의 사회적 영향요인을 체계적으로 파악할 수 있다. 이에 본 연구에서는 대상자 옹호 이론을 개념적 틀로 하여 임상간호사의 대상자 옹호 영

향요인을 다층적으로 파악하고자 한다. 따라서 병원의 윤리풍토를 거시사회적 선행요인으로, 대상자 취약성, 간호사의 윤리적 이슈 경험과 인권 감수성을 미시사회적 선행요인으로 구성하였다. 즉, 거시사회적, 미시사회적 수준에서 임상간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 파악함으로써 대상자 옹호 역량 강화 프로그램 마련을 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 임상간호사의 대상자 옹호 수준을 파악하고 이에 영향을 미치는 요인을 규명하는 것이다. 구체적인 목표는 다음과 같다.

- 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성, 대상자 옹호의 정도를 파악한다.
- 일반적 특성에 따른 대상자 옹호의 차이를 파악한다.
- 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성과 대상자 옹호 간의 상관관계를 파악한다.
- 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

3. 개념적 기틀

본 연구에서는 대상자 옹호 행동에 영향을 미치는 요인을 다층적으로 파악하고자 Bu와 Jezewski [3]의 대상자 옹호 이론에 기반하여 개념적 틀을 마련하였다(Figure 1). 대상자 옹호 이론에서는 거시사회적 선행요인으로 건강 불평등과 병원 환경을 제시하였다. 따라서 본 연구에서는 병원 환경 중 하나인 병원의 윤리풍토가 거시사회적 수준에서 임상간호사의 대상자 옹호에 미치는 영향을 분석하고자 한다. 또한, 미시사회적

선행요인으로서는 대상자 취약성, 대상자가 비윤리적으로 대해지는 상황, 대상자의 권리나 이익이 위협받는 상황이 제시되었다. 그러므로 본 연구에서는 간호사가 인식하고 있는 대상자의 취약성과 윤리적 이슈 경험, 대상자에게 인권 문제가 발생한 상황을 인식할 수 있는 간호사의 인권 감수성이 미시사회적 수준에서 대상자 옹호에 미치는 영향을 파악하고자 한다.

연구 방법

1. 연구설계

본 연구는 대상자 옹호 이론을 기반으로 하여 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 임상간호사의 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성과 대상자 옹호의 관계를 파악하고 거시사회적, 미시사회적 수준에서 임상간호사의 대상자 옹호 영향요인을 확인하기 위한 서술적 상관관계 연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 모집단은 임상간호사로, D시 소재의 2개 상급종합병원에서 근무하는 간호사를 근접모집단으로 하여 연구를 진행하였다. 대상자 선정기준은 근무 기간이 6개월 이상이며, 본 연구의 취지를 이해하고 자발적으로 본 연구에 대한 참여를 동의한 간호사이다. 대상자 옹호는 대상자와의 관계에서 발생하는 역할로, 대상자에게 직접간호를 제공하지 않는 간호사(수간호사, 교육 간호사 등)는 제외하였다. 또한, 신규 간호사는 6개월 즈음부터 자신의 대상자와 관계 형성에 자신감을 보인다는 선행연구[14] 결과를 바탕으로 6개월 미만의 간호사는 연구

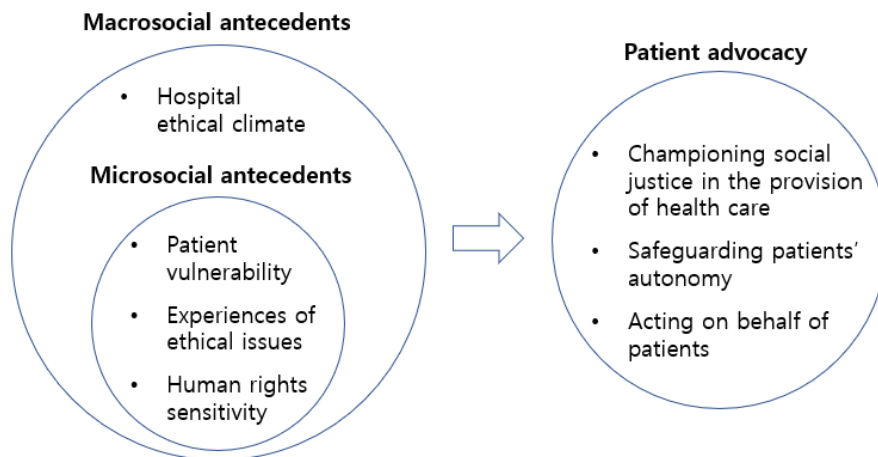


Figure 1. Conceptual framework of this study.

에서 제외하였다.

대상자 수는 G*Power 3.1.9.4 프로그램을 이용하여 산출하였다. 다중회귀분석에서 예측요인 10개(독립변수 4개, 일반적 특성 6개), 검정력 .95, 유의수준 α .05, 중간효과크기 .15로 계산하였을 때 최소 표본 수는 172명으로 산출되었다. 설문지 회수에서의 탈락을 10%를 고려하여 190명을 본 연구의 대상자로 하였다. 배부된 190부의 설문지 중 175부의 설문지가 회수되었으며, 이 중 불성실한 응답 2부를 제외하여 최종 분석에는 173부의 설문지가 사용되었다.

3. 연구도구

1) 대상자 옹호

임상간호사의 대상자 옹호는 Bu와 Wu [15]가 대상자 옹호 이론을 기반으로 하여 개발한 간호사의 대상자 옹호 태도 측정 도구를 Kim과 Lee [10]가 번역 후 수정·보완한 도구로 측정하였다. 이 도구는 세 가지 하위영역으로 구분되어 있으며, 자율성 보호(safeguarding patients' autonomy) 28문항, 대상자 편에서 행동(acting on behalf of patients) 17문항, 사회정의 옹호(championing social justice in the provision of health care) 19문항, 총 64문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 6점 Likert 척도로 측정하며, 매우 동의하지 않는다 1점에서 매우 동의한다 6점으로 총 점수는 최저 64점에서 최고 384점이고, 점수가 높을수록 옹호 수준이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시 [15] 신뢰도 Cronbach's α 는 .97, Kim과 Lee [10]의 연구에서는 .97로 나타났다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .97로 나타났으며, 하위 영역별로 자율성 보호 .93, 대상자 편에서 행동 .95, 사회정의 옹호 .96으로 각각 나타났다.

2) 병원의 윤리풍토

병원의 윤리풍토는 Olson [16]이 1998년 병원 간호사를 대상으로 윤리풍토를 측정하기 위해 개발한 병원의 윤리풍토 설문지(Hospital Ethical Climate Survey, HECS)를 Hwang과 Park [17]이 번역 후 수정·보완한 도구로 측정하였다. 이 도구는 5개 하위영역으로 구분되어 있으며, 관리자와의 관계(managers) 6문항, 동료와의 관계(peers) 3문항, 환자와의 관계(patients) 5문항, 병원과의 관계(hospital) 6문항, 의사와의 관계(physicians) 6문항, 총 26문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 측정하며, 전혀 그렇지 않다 1점에서 매우 그렇다 5점으로 총 점수는 최저 26점에서 최고 130점이고, 점수가 높을수록 병원의 윤리풍토가 긍정적임을 의미한다. 도

구 개발 당시[16] 신뢰도 Cronbach's α 는 .91, Hwang과 Park [17]의 연구에서는 .95로 나타났다. 본 연구에서 도구의 전체 신뢰도 Cronbach's α 는 .93으로 나타났으며, 하위 영역별로 동료와의 관계 .74, 환자와의 관계 .61, 관리자와의 관계 .92, 병원과의 관계 .75, 의사와의 관계 .84로 각각 나타났다.

3) 대상자 취약성

간호사가 인식하고 있는 대상자의 취약성을 측정하기 위하여 의미분별 척도를 사용하였다. 척도를 균등하게 10등분 하여 1점은 전혀 취약하지 않음, 10점은 매우 취약함으로 표현하였다. 간호사가 주관적으로 자신의 대상자가 얼마나 취약하다고 느끼는지를 각 영역의 숫자에 표기할 수 있도록 하였으며, 점수가 높을수록 간호사가 자신의 대상자를 취약하다고 생각함을 의미한다.

4) 윤리적 이슈 경험

임상간호사의 윤리적 이슈 경험은 Fry와 Damrosh [18]가 1994년 개발한 윤리적 이슈 측정도구(Ethical Issues Scale, EIS)를 Shin 등[19]이 번역한 도구로 측정하였다. 이 도구는 세 가지 하위영역으로 구분되어 있으며, 말기치료결정 이슈(end-of-life treatment issues) 13문항, 환자간호 이슈(patient care issues) 14문항, 인간권리 이슈(human rights issues) 5문항, 총 32문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 4점 Likert척도로 측정하며, 전혀 발생하지 않음 1점에서 자주 발생함 4점으로 총 점수는 최저 32점에서 최고 128점이고, 점수가 높을수록 간호사가 윤리적 이슈를 자주 경험했음을 의미한다. 도구 개발 당시 [18] 신뢰도 Cronbach's α 는 .91, Shin 등[19]의 연구에서는 .95로 나타났다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 .91로 나타났으며, 하위 영역별로 말기치료결정 이슈 .82, 환자간호 이슈 .84, 인간권리 이슈 .61로 각각 나타났다.

5) 인권 감수성

임상간호사의 인권 감수성은 국가인권위원회[9]에서 2002년 개발한 대학생 및 성인용 인권 감수성 척도로 측정하였다. 원 도구는 10가지 사례로 구성되어 있으며 각 사례는 상황지각, 결과지각, 책임지각의 세 가지 하위영역으로 구분되어 있다. 하위영역별로 인권 감수성을 측정하는 문항과 인권 감수성과 관련 없는 다른 가치를 측정하는 문항으로 이루어져 있다. 점수 계산 시, 인권 감수성 측정 문항의 점수가 높은 반응만 점수로 채택한다. 즉, 비인권 가치 측정 문항의 점수가 높거나 같은 경우, 그 문항은 0점으로 계산하게 된다. 각 문항은 5점

Likert척도로 측정하고, 전혀 중요하지 않다 1점에서 매우 중요하다 5점이나, 비인권 가치를 측정하는 문항의 점수가 높을 경우 0점을 부여하게 되므로, 사례별로 점수는 최저 0점에서 최고 15점으로 나타난다.

본 연구에서는 과도한 문항수로 인한 주의력 저하를 고려하여 간호사를 대상으로 인권 감수성을 측정한 선행연구들에서 가장 자주 활용한 6개의 에피소드를 선정하였다. 선정된 에피소드는 가족회의(노인의 행복추구권), 국가 의료정보센터 설립(사생활 보호권), 진료자 명단(정신장애인의 사생활 보호권), 의사의 고민(장애인의 신체의 자유권), 감원대상(성차별 받지 않을 권리), 장애인 학교(장애인의 교육받을 권리)이다. 각 사례별로, 상황지각, 책임지각, 결과지각을 측정하는 3문항으로 구성되어 총 18문항으로 총 점수는 최저 0점에서 최고 90점이며, 점수가 높을수록 인권 감수성이 높음을 의미한다. 도구 개발 당시[9] 신뢰도 Cronbach's α 는 .88이었고, 6개의 검사 문항을 사용한 Cho와 Kim [20]의 연구에서는 .84로 나타났으며, 본 연구에서는 .78로 나타났다.

4. 자료수집

본 연구는 D시 소재의 상급종합병원 두 곳의 간호부에 연구의 목적과 절차를 설명하고 협조를 요청하여 진행하였다. 이후 연구자가 직접 병동을 방문하여 부서장에게 동의를 구하였다. 본 연구의 목적과 취지를 이해하고 연구참여에 자발적으로 동의한 대상자에게 서면으로 동의서를 받고 설문지를 배부하였다. 대상자가 직접 설문지를 작성한 후 회수용 봉투에 넣으면 연구자가 수거하였다. 설문지는 총 147문항으로 구성되어 있고, 설문지 작성에는 약 15~20분 정도 소요되었다.

5. 자료분석

수집한 자료는 SPSS/WIN 26.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 평균과 표준편차, 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 대상자 옹호, 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성 정도는 평균과 표준편차를 이용하여 분석하였다.
- 일반적 특성에 따른 대상자 옹호의 차이는 정규성 검정 후에 Mann-Whitney U test 혹은 One-way ANOVA를 이용하여 분석하였고, 사후 검정은 Scheffé test를 사용하였다.

- 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성과 대상자 옹호 간의 상관관계는 Pearson's correlation coefficients를 사용하여 분석하였다.
- 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 위계적 회귀분석을 사용하였다.

6. 윤리적 고려

본 연구는 K대학교 생명윤리심의위원회의 승인(2022-0266)과 K대학교병원의 임상시험심사위원회의 승인(2022-07-046)을 받은 후 진행하였다. 대상자에게는 연구의 목적, 절차에 대하여 설명하고, 언제든지 중도에 그만둘 수 있으며, 그로 인한 불이익이 없음을 설명하였다. 또한, 수집된 자료는 연구목적으로만 사용할 것이며, 개인을 식별할 수 있는 정보는 사용하지 않을 것을 설명하였다. 연구에 참여한 대상자들에게는 소정의 답례품을 제공하였다.

연구 결과

1. 일반적 특성

대상자는 총 173명으로, 여자가 91.3%로 조사되었다. 대상자의 평균연령은 28.9 ± 4.7 세였고, 연령대는 20대가 72.3%로 가장 많았다. 최종학력은 대학교 졸업이 79.2%로 가장 높은 비율을 차지하였다. 연구대상자들이 현재 근무하고 있는 부서는 병동이 52.6%로 가장 많았으며, 응급실은 26.0%, 중환자실 19.1%, 특수부서(수술실, 분만실, 외래 등)는 2.3%로 조사되었다. 임상에서 근무한 총 근무경력력은 평균 5.84 ± 4.77 년이었으며, 5년 이상 10년 미만 근무한 간호사가 39.3%로 가장 많았다. 현재 부서에서 근무한 경력력은 평균 2.26 ± 1.85 년으로, 1년 이상 3년 미만이 37.6%로 가장 높은 비율을 차지하였다(Table 1).

2. 대상자 옹호, 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성의 수준

대상자 옹호 전체 평균 점수는 302.15 ± 37.41 점이었고, 평균 평점은 4.72 ± 0.58 점으로 나타났다. 하위영역별로 자율성 보호 133.69 ± 15.14 점, 사회정의 옹호 88.21 ± 14.52 점, 대상자 편에서 행동 80.23 ± 11.42 점이었다. 병원의 윤리풍토 전체 평균 점수는 84.89 ± 13.77 점이었고, 평균 평점은 3.26 ± 0.52 점으로 나타났다. 하위영역별로 관리자와의 관계 20.99 ± 4.89 점, 병원

Table 1. Differences in Patient Advocacy according to General Characteristics

(N=173)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD	M±SD	z or F	p
Gender	M	15 (8.7)	324.73±35.46	-2.56	.010*
	F	158 (91.3)	300.00±36.99		
Age (yr)	20~< 30	125 (72.3)	304.12±37.10	0.68	.507
	30~< 40	39 (22.5)	297.92±40.67		
	≥ 40	9 (5.2)	293.11±25.82		
		28.9±4.7			
Educational level	Diploma	30 (17.3)	297.03±44.64	0.55	.574
	Bachelor	137 (79.2)	302.78±35.71		
	≥ Master	6 (3.5)	313.16±40.05		
Working department	General ward	91 (52.6)	301.04±36.14	1.13	.338
	Intensive care unit	33 (19.1)	311.33±37.25		
	Emergency room	45 (26.0)	296.66±40.10		
	Special department [†]	4 (2.3)	313.25±33.50		
Clinical experience (yr)	< 1	9 (5.2)	292.00±42.62	2.28	.063
	1~< 3	36 (20.8)	315.58±33.73		
	3~< 5	37 (21.4)	301.37±31.47		
	5~< 10	68 (39.3)	301.76±38.69		
	≥ 10	23 (13.3)	287.47±41.59		
		5.84±4.77			
Current department experience (yr)	< 1	53 (30.6)	297.88±39.11	0.62	.537
	1~< 3	65 (37.6)	302.43±35.42		
	≥ 3	55 (31.8)	305.92±38.29		
		2.26±1.85			

*Mann-Whitney U test; [†]Operating room, delivery room, etc.; M=Mean; SD=Standard deviation.

과의 관계 17.94±3.45점, 의사와의 관계 16.52±4.25점, 동료와의 관계 15.65±2.25점, 환자와의 관계 13.78±1.99점 순이었다. 대상자의 취약성 정도는 평균 5.95±1.85점으로 나타났다. 윤리적 이슈 경험의 전체 평균 점수는 73.25±13.53점이었고, 평균 평점은 2.28±0.42점으로 나타났다. 하위영역별로 환자 간호 이슈 30.39±6.29점, 말기치료결정 이슈 29.24±6.00점, 인간권리 이슈 13.60±2.93점 순이었다. 인권 감수성의 전체 평균 점수는 46.73±18.25점이었고, 평균 평점은 2.59±1.01점으로 나타났다. 하위영역별로 상황지각 16.76±6.99점, 책임지각 15.10±6.53점, 결과지각 14.86±6.68점이었다(Table 2).

3. 일반적 특성에 따른 대상자 옹호의 차이

일반적 특성 중 대상자 옹호에 통계적으로 유의한 차이가 있었던 요인은 성별($z=-2.56, p=.010$)로, 여자 간호사보다 남자 간호사의 대상자 옹호 평균 점수가 높은 것으로 나타났다. 그 외 나이, 최종학력, 근무부서, 경력에 따른 대상자 옹호는 통계적으로 유의한 차이가 없었다(Table 1).

4. 병원의 윤리풍토, 대상자 취약성, 간호사의 윤리적 이슈 경험, 인권 감수성과 대상자 옹호 간의 상관관계

대상자 옹호는 병원의 윤리풍토($r=.45, p<.001$), 대상자 취약성($r=.22, p=.003$), 간호사의 인권 감수성($r=.34, p<.001$)과 통계적으로 유의한 정적 상관관계가 있었다. 하지만 간호사의 윤리적 이슈 경험과 대상자 옹호는 통계적으로 유의한 상관관계를 보이지 않았다(Table 3).

5. 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인

임상간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였다. 분석 전 회귀분석의 가정을 만족하는지를 먼저 검토하였다. 전체 모형의 Durbin-Watson 통계량은 2.07로 2에 가까운 값으로 나타나 자기상관이 없는 것으로 확인되었다. 또한, 공차값은 0.98~1.00으로 0.1 이상이고, VIF값은 1.00~1.02로 10을 넘지 않으므로 독립변수 간의 다중공선성이 없는 것으로 확인되었다. 또한, 산점도에서 잔차가 일정한 규칙성 없이 분포하여 오차의 등분산성을 만족

Table 2. Degree of Patient Advocacy, Hospital Ethical Climate, Patient Vulnerability, Experiences of Ethical Issues, and Human Rights Sensitivity (N=173)

Variables	Item score	Total score	Possible range	Min~Max
	M±SD	M±SD		
Patient advocacy	4.72±0.58	302.15±37.41	64~384	157~373
Safeguarding patients' autonomy	4.77±0.54	133.69±15.14	28~168	71~167
Acting on behalf of patients	4.71±0.67	80.23±11.42	17~102	50~102
Championing social justice	4.64±0.76	88.21±14.52	19~114	34~114
Hospital ethical climate	3.26±0.52	84.89±13.77	26~130	43~122
Peers	3.91±0.56	15.65±2.25	4~20	9~20
Patients	3.44±0.49	13.78±1.99	4~20	8~20
Managers	3.49±0.81	20.99±4.89	6~30	6~30
Hospital	2.99±0.57	17.94±3.45	6~30	9~30
Physicians	2.75±0.70	16.52±4.25	6~30	6~27
Patient vulnerability		5.95±1.85	1~10	1~10
Experiences of ethical issues	2.28±0.42	73.25±13.53	32~128	42~111
End-of-life treatment issues	2.24±0.46	29.24±6.00	13~52	14~46
Patient care issues	2.17±0.44	30.39±6.29	14~56	15~47
Human rights issues	2.72±0.58	13.60±2.93	5~20	5~20
Human rights sensitivity	2.59±1.01	46.73±18.25	0~90	4~89
Situation perception	2.79±1.16	16.76±6.99	0~30	0~30
Result perception	2.47±1.11	14.86±6.68	0~30	0~30
Responsibility perception	2.51±1.08	15.10±6.53	0~30	0~30

M=Mean; SD=Standard deviation.

Table 3. Correlations between Hospital Ethical Climate, Patient Vulnerability, Experiences of Ethical Issues, Human Rights Sensitivity, and Patient Advocacy (N=173)

Variables	Hospital ethical climate	Patient vulnerability	Experiences of ethical issues	Human rights sensitivity
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Hospital ethical climate	1			
Patient vulnerability	-.00 (.977)	1		
Experiences of ethical issues	-.29 (<.001)	.28 (<.001)	1	
Human rights sensitivity	.07 (.318)	.10 (.157)	.06 (.369)	1
Patient advocacy	.45 (<.001)	.22 (.003)	.07 (.303)	.34 (<.001)

하며, 정규성 도표에서는 잔차의 분포가 크게 벗어난 이상값 없이 오차의 정규성을 만족하는 것으로 확인되었다. 일반적 특성 중 대상자 옹호에 유의한 차이가 있는 것으로 나타난 요인과 독립변수 중 대상자 옹호와 통계적으로 유의한 상관관계를 나타냈던 변수들을 연구의 개념적 기틀에 기반하여 단계별로 투입하였다. 위계적 회귀분석을 실시한 결과는 다음과 같다 (Table 4).

모형 1은 일반적 특성과 대상자 옹호 간의 회귀모형에 대한 분석결과로, 설명력은 3%로 나타났고 본 모형은 통계적으로

유의하였다($F=6.16, p=.014$). 즉, 일반적 특성 중 성별은 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인이며, 남자 간호사일수록 대상자 옹호 수준이 높은 것으로 나타났다($\beta=-.18, p=.014$). 다음으로 모형 2는 미시사회적 선행요인을 투입하였을 때의 분석결과로, 1단계에서 투입하였던 성별을 통제하여 미시사회적 선행요인의 영향을 검증하고자 하였다. 간호사가 인식하고 있는 대상자의 취약성과 인권 감수성은 대상자 옹호에 영향을 미치며, 대상자 취약성이 증가할수록($\beta=.20, p=.003$), 그리고 인권 감수성이 높을수록($\beta=.32, p<.001$) 대상자 옹호가 높은 것으로

Table 4. Factors Influencing Patient Advocacy

Variables	Categories	Step 1	Step 2	Step 3
		β (p)	β (p)	β (p)
General characteristics	Gender (F)*	-.18 (.014)	-.20 (.004)	-.16 (.009)
Micro-social antecedents	Patient vulnerability		.20 (.003)	.20 (< .001)
	Human rights sensitivity		.32 (< .001)	.29 (< .001)
Macro-social antecedents	Hospital ethical climate			.42 (< .001)
R ² (Adj. R ²)		.04 (.03)	.20 (.18)	.37 (.36)
ΔR^2		.04	.16	.17
F (p)		6.16 (.014)	13.68 (< .001)	24.78 (< .001)

*Dummy coded (Reference: Gender=Male 0).

나타났다. 본 모형의 설명력은 18%로 통계적으로 유의하였다($F=13.68, p<.001$). 마지막으로 모형3은 거시사회적 선행요인이 투입되었을 때의 분석결과로, 2단계에서 투입하였던 미시사회적 요인들을 통제하여 거시사회적 선행요인의 영향을 검증하고자 하였다. 그 결과 병원의 윤리풍토는 임상간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인이며, 윤리풍토가 긍정적일수록 대상자 옹호의 수준이 높은 것으로 나타났다($\beta=.42, p<.001$). 최종 모형의 설명력은 36%로 통계적으로 유의하였다($F=24.78, p<.001$).

결론적으로, 임상간호사의 대상자 옹호에 가장 큰 영향을 미치는 요인은 병원의 윤리풍토($\beta=.42, p<.001$)로 나타났으며, 간호사의 인권 감수성($\beta=.29, p<.001$), 대상자 취약성($\beta=.20, p<.001$), 성별($\beta=-.16, p=.009$) 순으로 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

논 의

본 연구는 임상간호사의 대상자 옹호 수준과 이에 영향을 미치는 요인을 조사하여 간호사의 옹호자 역할 정립을 돕기 위한 기초자료를 제공하기 위해 시도되었다. 연구결과 병원의 윤리풍토, 인권 감수성과 대상자 취약성, 성별이 영향요인으로 확인되었으며, 회귀분석 모형에서 이들 변수는 임상간호사의 대상자 옹호를 36% 설명하는 것으로 나타났다.

임상간호사의 대상자 옹호 전체 평균 점수는 302.15점, 평균 평점은 4.72점으로 보통 이상으로 확인되었다. 국내 선행연구 [10]에서는 전체 평균 296.31점, 평균 평점 4.64점으로 보고되어 본 연구의 결과와 유사하였다. 본 연구와 Kim과 Lee [10]의 연구에서 모두 사회정의 옹호의 영역이 가장 낮게 조사되었다. 이는 임상간호사들의 거시사회적 수준의 대상자 옹호가 낮은 것으로, 국민의 보건의로 정책 마련을 위한 옹호 활동에 임상간

호사들이 적극적으로 참여할 의사가 상대적으로 적다고 이해할 수 있다. Ahn [21]의 연구에서 간호사들의 정치 관련 대화나 전통 미디어가 간호사의 정치참여에 영향을 미치고, 정치참여는 사회정의 옹호에 영향을 미치는 것으로 보고되었다. 이를 바탕으로 임상간호사의 거시사회적 대상자 옹호에 대한 관심을 높이기 위하여 병원 차원에서 임상간호사들이 자유롭게 정치와 관련된 생각을 토론했을 수 있는 환경을 마련해야 할 것이며, 간호협회 차원에서도 건강정책 관련 자료를 지원하는 등의 노력이 필요하다.

국외의 연구와 비교하였을 때, Bu와 Wu [15]가 도구를 개발할 당시 종양간호사들을 대상으로 대상자 옹호를 측정한 결과 전체 평균 점수가 340.68점으로 나타나 본 연구의 점수가 낮은 것으로 파악되었다. 또한, Barret-Sheridan [22]이 캘리포니아 간호사를 대상으로 조사한 연구에서 평균 점수 5.33점, 스웨덴 지역간호사를 대상으로 조사한 연구 [13]에서 5.43점과 비교하였을 때도, 국내 임상간호사의 대상자 옹호 점수가 낮은 것으로 나타났다. 이는 대상자 옹호에 대한 국내 간호사의 인식이 저조함을 보여주는 결과로, 개선을 위한 방안을 모색해야 할 것이다.

병원의 윤리풍토는 본 연구의 거시사회적 선행요인으로 제시되었는데, 이는 대상자 옹호의 가장 큰 영향요인으로 확인되었다. 즉, 소속된 병원의 윤리풍토가 긍정적일수록 임상간호사의 대상자 옹호가 높은 것으로 나타났다. 병원의 윤리풍토와 대상자 옹호의 상관관계를 파악한 연구는 찾기 어려워 본 연구의 결과와 직접적인 비교는 어려우나, 조직의 윤리풍토는 구성원의 윤리적 행동에 유의한 정적 영향을 미친다는 선행연구의 결과와 맥락을 같이 한다 [23]. 또한, 긍정적이고 허용적인 간호 근무 환경이 옹호간호에 영향을 미치는 것으로 조사된 연구 [11]결과와 근무 환경이 대상자 옹호 태도에 영향을 미치는 것으로 보고된 결과 [13]를 볼 때, 윤리풍토가 긍정적인 병원 환경

에서 임상간호사의 대상자에 대한 옹호 행동이 지지됨을 알 수 있다. 본 연구에서 윤리풍토 점수는 3.26점으로, 국외 선행연구 [24,25]에서 보고된 3.79~3.93점과 비교하여 다소 낮은 것으로 나타났다. 따라서, 간호사의 윤리적 행동을 지지할 수 있도록 병원의 근무 환경과 윤리풍토를 긍정적으로 개선하려는 관리자의 노력이 선행되어야 할 것이다.

인권 감수성은 본 연구에서 미시사회적 선행요인으로 제시되었고, 대상자 옹호에 두 번째로 큰 영향을 미치는 요인으로 확인되었다. 옹호를 측정하는 도구는 다르지만, Jeon과 Choi [12]의 연구에서 인권 감수성이 옹호간호에 영향을 미치지 않는 것으로 보고된 것과는 차이가 있었다. 한편, Chung 등[26]의 연구에서는 정신간호사와 간호대학생의 인권 감수성이 정신장애인에 대한 옹호 태도와 옹호 개입에 정적인 상관관계가 있는 것으로 보고되었다. 이렇듯 연구마다 인권 감수성과 대상자 옹호의 관계가 상이하게 나타나 추후 반복적인 연구를 통해 관련성을 명확히 검증할 필요가 있겠다. 본 연구에서 인권 감수성 평균 점수는 2.59점으로 나타났으며, Jeon과 Choi [12]의 연구에서는 2.17점, Chung 등[26]의 연구에서는 정신간호사의 점수가 평균 2.36점으로 보고되었다. 본 연구에서는 상대적으로 점수가 높게 측정되었으나 임상간호사의 인권 감수성 점수가 보통 이하인 것으로 볼 수 있다. 특히, Chung 등[26]의 연구에서 간호대학생의 인권 감수성 평균 점수가 2.68점으로 나타난 것과 비교하면, 임상간호사의 인권 감수성 점수가 낮은 것을 알 수 있다. 선행연구[27]에서 간호대학생을 대상으로 인권 감수성 향상 교육을 하였을 때 인권 감수성과 환자권리 인식이 향상되었다는 결과를 고려하여, 간호사들에게도 인권 감수성 향상 교육을 시행할 필요가 있다. 또한, 대학교에서부터 관련 교육이 진행된다면 임상간호사의 인권 감수성 수준이 더욱 높아질 것이고, 그에 따라 환자의 권리에 대한 옹호 수행이 긍정적으로 변할 것이라 기대할 수 있다.

대상자의 취약성 또한 대상자 옹호에 영향을 미치는 미시사회적 선행요인으로 파악되었다. 대상자의 상태, 그중에서도 취약성이 대상자 옹호에 큰 영향을 미치는 요인이라는 선행연구 [3]를 뒷받침하는 결과이다. 국내 2, 3차 의료기관과 보건소에서 근무하는 간호사를 대상으로 측정한 선행연구[10]에서는 대상자의 취약성이 유의미하지 않은 결과로 조사되었다. 그러나 지역사회 간호사를 대상으로 조사한 국외 선행연구[13]에서 간호사들이 취약하다고 생각하는 대상자를 돌볼 때 옹호 태도의 점수가 유의미하게 높았다는 결과와는 같은 맥락이다. 의료인이 대상자의 취약성을 판단할 때 가장 중요한 요인은 경제적 여건이나 법적 지위 등 개인의 특성이지만, 대상자의 취약성

은 의사소통의 결과로도 나타날 수도 있다고 하였다[28]. 병원에서 우리나라 간호사가 담당하고 있는 많은 환자수와 그로 인해 발생하는 과도한 업무량은 대상자와 긴 대화를 나눌 수 있는 시간적 여유를 보장하지 못하고 있다. Kim과 Lee [10]의 연구에서는 Josse-Eklund 등[13]의 연구나 본 연구와 달리 수도권에서 자료를 수집하였다. 인구가 많고 중증 환자가 상대적으로 많은 수도권의 2, 3차 의료기관에서는 시간이 부족하여 대상자와의 의사소통이 더욱 어려웠을 것이며, 이러한 차이가 연구의 결과에 영향을 미쳤을 것으로 추측된다. 따라서 대상자 옹호 수행을 높이기 위해서는 간호 인력을 충분히 확보하고 1인당 환자수를 줄이는 등의 전략으로 간호사가 대상자와 충분한 의사소통을 할 수 있는 여건을 마련하여 취약성을 잘 인지할 수 있도록 해야 한다.

일반적 특성에 따른 대상자 옹호의 차이를 분석해 보았을 때, 여자보다 남자 간호사의 대상자 옹호 평균 점수가 높은 것으로 나타났다($z=-2.56, p=.010$). 선행연구들[10,12,13]에서는 성별이 유의한 영향요인으로 조사되지 않은 것과 차이가 있었다. 본 연구에 참여한 남자 간호사는 15명으로, 중환자실과 특수부서에서 근무하는 경우가 많은 것으로 파악되었다. 통계적으로 유의하지는 않았지만, 중환자실(311.33점)과 특수부서(313.25점)에서 근무하는 경우, 병동(301.04점)이나 응급실(296.66점)보다 대상자 옹호의 점수가 높은 것으로 조사되어 남자 간호사의 대상자 옹호 수준이 높은 것은 근무부서가 반영된 결과로 추측된다. 선행연구에서는 일반적 특성 중 교육수준, 경력[10]과 나이[10,12]가 대상자 옹호에 영향을 미치는 것으로 나타나 본 연구의 결과와 차이가 있었다. 추후 다양한 대상자를 포함한 후속연구를 통해 임상간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 일반적 특성을 파악하고, 이러한 특성을 통제할 상태에서 다층적으로 사회적 영향요인을 조사할 필요가 있겠다.

마지막으로, 윤리적 이슈 경험은 대상자 옹호와 유의한 상관관계를 나타내지 않았다. 관련된 국내의 선행연구가 없어 직접적인 비교는 어려우나, Bu와 Jezewski [3]의 대상자 옹호 이론에서 대상자가 비윤리적으로 다루어지는 상황이 대상자 옹호의 선행요인이라고 언급한 것과 대조적인 결과이다. 이는 본 연구의 대상자인 상급종합병원의 임상간호사가 단독적으로 옹호 행동을 수행하는 것이 어려워 나타난 결과라고 생각된다. 윤리적 이슈가 발생하였을 때, 간호사는 옹호 행동으로 인해 야기될 수 있는 동료와의 갈등이나 내부고발자로 인식되는 등의 부정적인 결과 때문에 대상자 옹호 수행에 어려움을 느낄 수 있다 [29,30]. 즉, 간호사가 윤리적 이슈를 경험하고 대상자를 옹호하고자 하더라도 이를 지지할 수 없는 환경에서는 현실적으로 옹

호가 어려울 수 있다. 또한, 본 연구에서 사용했던 윤리적 이슈 측정도구의 질문이 번역체로 구성되어 각 문항에 대한 연구대상자들의 이해 정도에 차이가 있었을 것으로 추측된다. 얼마나 자주 윤리적 이슈가 발생했는지 응답할 때 자주, 가끔, 거의라는 개념을 각자 다르게 인식하였을 수 있고, 본 연구의 결과에도 영향을 미쳤을 것으로 생각된다. 따라서 타당도를 검증한 도구를 이용한 반복적인 연구가 필요하다.

본 연구는 대상자 옹호 영향요인을 다층적으로 파악하고자 하였으며, 이에 대상자 옹호 이론을 기반으로 설계 및 분석하였다. 그 결과, 거시사회적 요인으로 병원의 윤리풍토, 미시사회적 요인으로 간호사의 인권 감수성, 간호사가 인식하고 있는 대상자의 취약성, 그리고 간호사의 성별 순으로 영향을 미치는 것이 확인되었다. 그러나 본 연구에서는 선행연구에서 대상자 옹호에 영향을 미치는 변수로 파악되었던 간호사의 간호전문직관, 간호역량과 공감역량, 정치참여 등의 요인을 통제변수로 적용하지 못하였다는 한계가 있다. 또한, 본 연구는 D시 소재 2개 상급종합병원에서만 자료를 수집하였고, 대상자에 포함된 남자 간호사의 수가 적어 연구의 결과를 일반화하기 어렵다는 제한점이 있다.

결론

본 연구에서는 대상자 옹호 이론을 기반으로 하여 임상간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 조사하였으며, 병원의 윤리풍토, 간호사의 인권 감수성, 대상자 취약성이 선행요인임을 확인하였다. 이러한 영향요인들이 임상간호사의 대상자 옹호를 완전히 설명하고 있지는 않지만, 간호사의 대상자 옹호에 대한 이해를 돕고 옹호 수행 역량 강화를 위한 교육과 정책, 프로그램 개발의 방향성을 제시할 수 있다는 점에서 본 연구의 의의가 있다. 우선, 간호사의 대상자 옹호 수행을 위하여 병원의 윤리풍토를 긍정적으로 개선하고 간호사의 윤리적 활동을 지지할 수 있는 제도를 마련해야 할 것이다. 또한, 연구의 결과를 바탕으로 향후 간호사의 인권 감수성을 향상시킬 수 있는 전략과 간호사-대상자의 의사소통 증진 방안을 포함한 프로그램이 개발되어야 할 것이다.

본 연구의 결과를 토대로 다음의 연구를 제안한다. 첫째, 본 연구는 D시의 2개 상급종합병원 간호사만을 대상으로 하였으므로 취약한 대상자를 간호하고 있는 다양한 간호사집단을 포함하고 전국으로 연구대상자를 확대한 반복 연구를 제안한다. 둘째, 간호사의 윤리적 이슈 경험을 우리나라 현실에 맞게 측정할 수 있는 도구 개발 연구를 제안한다. 셋째, 임상간호사의 대

상자 옹호 역량을 강화하기 위한 프로그램 개발과 그 효과를 검증하는 연구를 제안한다.

REFERENCES

1. Kim J-H. Reasonable nursing resources reorganization plan through enactment of nurse act. *Ilkam Law Review*. 2015;32: 215-261. <https://doi.org/10.35148/ilsilr.2015..32.215>
2. Cho KC. Review on the theory of nursing client advocacy and its applications in child healthcare. *Child Health Nursing Research*. 2013;19(3):149-158. <https://doi.org/10.4094/chnr.2013.19.3.149>
3. Bu X, Jezewski MA. Developing a mid-range theory of patient advocacy through concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 2007;57(1):101-110. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04096.x>
4. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikraves M, Hallberg IR. Patient advocacy: Barriers and facilitators. *BMC Nursing*. 2006;5(1):3. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-3>
5. Lee SB, Song J, Park A. A trend of artificial intelligence in the healthcare. *Journal of the Korea Contents Association*. 2020;20(5):448-456. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2020.20.05.448>
6. Kang I-S, Kim W-G. The effects of ethical climate and ethical sensitivity on organizational effectiveness of small and middle-sized hospital nurses. *Journal of the Korea Contents Association*. 2019;19(1):24-36. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2019.19.01.024>
7. Noh YG, Jung MS. Path analysis of the influence of hospital ethical climate perceived by nurses on supervisor trust and organizational effectiveness. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2016;46(6):824-835. <https://doi.org/10.4040/jkan.2016.46.6.824>
8. Fouka G, Mantzorou M. What are the major ethical issues in conducting research?: Is there a conflict between the research ethics and the nature of nursing? *Health Science Journal*. 2011; 5(1):3-14.
9. Moon YL, Moon MH, Gwak YJ, Kim MK, Yu KJ, Seoul National University; National Human Rights Commission of the Republic of Korea. Developing indicators of psychological scale for human rights sensitivity in Korea. Seoul: National Human Rights Commission of the Republic of Korea; 2002.
10. Kim M, Lee H. Influence of nursing professional value and political participation of nurses on patient advocacy. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2021;27(2):140-148. <https://doi.org/10.22650/JKCNr.2021.27.2.140>
11. Hwang SJ. Factors affecting hospital nurse's nursing advocacy: focus on compassion competence, practice environment of nursing work and nursing professional values [master's thesis]. Daejeon: Eulji University; 2021.

12. Jeon JY, Choi H. Factors influencing clinical nurses' advocacy for people with disability. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2020;26(3):269-280. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2020.26.3.269>
13. Josse-Eklund A, Petzäll K, Sandin-Bojö A-K, Wilde-Larsson B. Swedish registered nurses' and nurse managers' attitudes towards patient advocacy in community care of older patients. *Journal of Nursing Management*. 2013;21(5):753-761. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2012.01453.x>
14. Park KO, Kim JK. A study on experience of transition from new clinical nurse to competent step. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2013;19(4):594-605. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2013.19.4.594>
15. Bu X, Wu Y-WB. Development and psychometric evaluation of the instrument: Attitude toward patient advocacy. *Research in Nursing & Health*. 2008;31(1):63-75. <https://doi.org/10.1002/nur.20233>
16. Olson LL. Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(4):345-349. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1998.tb01331.x>
17. Hwang J-I, Park H-A. Nurses' perception of ethical climate, medical error experience and intent-to-leave. *Nursing Ethics*. 2014;21(1):28-42. <https://doi.org/10.1177/0969733013486797>
18. Fry ST, Damrosch S. Ethics and human rights issues in nursing practice: A survey of Maryland nurses. *Maryland Nurse*. 1994; 13(7):11-12.
19. Shin JH, Jeong SH, Lee MH, Yang Y. Experiences of ethical issues and needs for ethics education in clinical nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2015;21(3): 327-339. <https://doi.org/10.1111/jkana.2015.21.3.327>
20. Cho EK, Kim MJ. The influence of human rights sensitivity and the nursing work environment on workplace bullying victimization among nurses in small-and medium-sized hospitals. *Korean Journal of Health Service Management*. 2019;13(3): 27-38. <https://doi.org/10.12811/kshsm.2019.13.3.027>
21. Ahn Y. A study on the effect of nurses' political participation on the advocacy of the patients: with focus on moderating effect of knowledge related to public health policy [master's thesis]. Bucheon: Catholic University of Korea; 2019.
22. Barrett-Sheridan SE. A quantitative correlational study of political behavior and attitudes of nurses toward macro-social patient advocacy [dissertation]. Arizona: University of Phoenix; 2009.
23. Hahn J-H, Ko M-J. The effect of ethical climate on employees' ethical behavior and well being: moderating effect of employees' ethical value. *Korean Journal of Business Administration*. 2015;28(11):2829-2849. <https://doi.org/10.18032/kaaba.2015.28.11.2829>
24. Suhonen R, Stolt M, Katajisto J, Charalambous A, Olson LL. Validation of the hospital ethical climate survey for older people care. *Nursing Ethics*. 2015;22(5):517-532. <https://doi.org/10.1177/0969733014549878>
25. Ventovaara P, af Sandeberg M, Petersen G, Blomgren K, Perger P. A cross-sectional survey of moral distress and ethical climate-Situations in paediatric oncology care that involve children's voices. *Nursing Open*. 2022;9(4):2108-2116. <https://doi.org/10.1002/nop2.1221>
26. Chung MS, Lim KC, Ko J. Human rights sensitivity, advocacy attitudes, and advocacy interventions for mentally disabled people in psychiatric nurses and nursing students. *Journal of Korean Academic Society of Nursing Education*. 2017;23(3): 309-318. <https://doi.org/10.5977/jkasne.2017.23.3.309>
27. Burm E, Chun YE, Choi A-S, Gu J-A. Effectiveness in the Converged relationship between human rights sensitivity and patient rights awareness through nursing students' human rights sensitivity improvement education. *Journal of the Korea Convergence Society*. 2020;11(11):81-88. <https://doi.org/10.15207/JKCS.2020.11.11.081>
28. Sossauer L, Schindler M, Hurst S. Vulnerability identified in clinical practice: a qualitative analysis. *BMC Medical Ethics*. 2019;20(1):87. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0416-4>
29. Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JPK. Barriers to practicing patient advocacy in healthcare setting. *Nursing Open*. 2020;7(2):650-659. <https://doi.org/10.1002/nop2.436>
30. Water T, Ford K, Spence D, Rasmussen S. Patient advocacy by nurses-past, present and future. *Contemporary Nurse*. 2016;52 (6):696-709. <https://doi.org/10.1080/10376178.2016.1235981>