

보건의료인력의 환자안전윤리 비교 연구: 직종별 윤리 규범의 질적 내용분석

김민지

고려대학교 법학연구원 보건의료법정책연구센터

Comparison of Patient Safety Ethics of Health Professionals: A Qualitative Content Analysis of the Ethical Principles by the Type of Profession

Min Ji Kim

Senior Researcher, Healthcare, Law and Policy Center, Legal Research Institute of Korea University, Seoul, Republic of Korea

Purpose: This study aimed to determine the similarities and differences in patient safety ethical principles according to the type of healthcare professional defined by South Korea's legislation.

Methods: This comparative study used a qualitative content analysis of the patient safety ethical principles established by the central associations of each profession. In July 2024, we collected ethical principles, including codes of ethics, guidelines, charters, oaths, and declarations. 17 out of 20 types of healthcare professionals' ethical principles were analyzed by unitizing, sampling, recording, coding, reducing, abductively inferring, and narrating.

Results: Among the 20 types of health professionals, including medical personnel and health and medical services personnel, oriental medicine pharmacists and sanitarians did not have ethical principles. Physicians, nurses, and dentists do not threaten patient safety in common with their own conditions or practices. The ethical principles of healthcare professionals in the same clinical setting are not unified in either form or content.

Conclusion: Healthcare professionals require a unified ethical basis to share core ethical values and patient safety cultures. Furthermore, a cross-sectional survey or focus group discussion evaluating knowledge, attitudes, and practices of patient safety ethics may provide more scientific evidence for amending ethical principles.

Keywords: Code of ethics, Patient safety, Moral obligations, Professionalism, Health personnel

Received: Sep.01.2024 **Revised:** Oct.14.2024 **Accepted:** Oct.21.2024

Correspondence: Min Ji Kim

Healthcare, Law and Policy Center, Legal Research Institute of Korea University, 145 Anam-ro, Seongbuk-gu, Seoul 02841, Republic of Korea

Tel: +82-2-3290-2639 **E-mail:** drphkim@gmail.com

Funding: None **Conflict of Interest:** None

Quality Improvement in Health Care vol.30 no.2

© The Author 2024. Published by Korean Society for Quality in Health Care; all rights reserved

I. 서론

1. 연구 배경 및 필요성

보건의료인력은 보건의료서비스를 제공하는 전문 인력으로서 일반인보다 높은 수준의 윤리기준을 준수할 것을 요구받는다[1,2]. 왜냐하면, 첫째, 보건의료인력과 환자 사이의 관계는 신뢰를 바탕으로 형성되고, 해당 인력이 환자에게 제공하는 보건의료서비스는 환자의 건강 증진을 위한 행위로, 환자의 이익을 우선시하여야 하므로 [1] 타 업무에 비해 서비스를 제공받는 사람에게 해를 끼칠 위험이 크기 때문이다. 둘째, 임상 현장에서 보건의료인력의 의사결정은 환자의 건강과 안녕, 안전에 직접적인 영향을 미치므로 엄격한 윤리적 요구에 직면한다. 구체적으로, 의료진에 부여되는 윤리적 책임에는 전문가로서의 책임, 사회에 대한 책임, 그리고 환자 개인에 대한 책임 등이 있다[2].

윤리 규범은, 해당 규범의 영향을 받는 집단의 윤리 관습을 표준화하고 통일성을 유지하는 데 필수적이다. 보건의료인력이 임상 현장의 윤리적 딜레마 상황을 직면할 시 윤리 규범을 통해 무엇이 도덕적으로 옳은지 그른지 판단함으로써 윤리적인 결정을 내리는 데에 도움을 받을 수 있다. 이러한 윤리적 의사결정으로 인해 의료진과 환자 간 관계에 신뢰가 유지될 뿐 아니라 의료의 질이 향상되므로 윤리 규범은 보건의료서비스의 질 유지와 향상에 핵심적이다. 또한, 연명의료, 충분한 설명에 의한 동의, 임상 의사결정 등 윤리적 딜레마도 윤리 규범의 도움을 받아 해결이 가능하다[3].

세계보건기구(World Health Organization)의 정의에 따르면, 환자안전이란 ‘보건의료와 관련된 불필요한 위해의 위험을 수용할 수 있는 최소한의 수준으로 감소시키는 것’이다[4]. 역사적으로 히포크라테스 시대 이후로 ‘첫째, 환자에게 해를 입히지 말라(First, do no harm)’는 문구를 통해 환자안전의 확보가 가장 핵심적인 보건의료인력의 도덕적 책무라고 해석할 수 있다. 이 원칙은, 보건의료인력이 나쁜 의도를 가지고 환자에게

해를 가하는 것을 금지하는 것과 동시에 설사 환자를 치유할 목적의 의료행위로 인해 위해가 발생한 때도 적용 가능하다. 결국, 모든 보건의료인력은 의도성과 관계없이 환자에게 발생할 수 있는 위해를 방지하기 위한 노력을 할 도덕적 책무(moral obligation)가 이미 오래전부터 형성되었음을 알 수 있고, 이를 환자안전윤리라고 정의할 수도 있겠다[5].

환자안전윤리는, 환자를 위험으로부터 보호하고 안전한 돌봄 제공을 확보하기 위해 선행, 악행 금지, 정의, 자율성과 같은 가치에 기반을 두고 있다. 보건의료인력은, 인간의 존엄성을 존중하고 환자와 신뢰를 증진함으로써 환자안전이 확보할 수 있는데, 이를 위한 직업윤리 준수는 필수적이다. 즉, 환자안전윤리는 환자 보호 및 복지 증진이라는 보건의료인력의 도덕적 책무를 강조한다[6]. 예를 들어, 환자안전에 대한 개방적인 의사소통, 환자안전사건과 관련된 개인을 낙인찍고 처벌하지 않는 문화 조성, 보건의료인력이 안심하고 환자안전사건을 보고하고 이로부터 배우는 환경을 조성하는 등의 윤리적 접근 방식은 환자안전뿐 아니라 보건의료시스템의 지속적 개선과 책임감을 강화할 수 있다[7].

보건의료인력의 윤리 규범은 주기적으로 개정될 필요가 있다. 국제적 공중보건 비상사태를 일으킨 코로나바이러스 감염증-19 등이 그 필요성을 보여주는 예인데, 사회와 역사는 여러 방향으로 전개되고, 도덕적, 과학적으로 시대는 변화하기 마련이다. 이러한 전개와 변화에 뒤떨어져 환자의 이익을 침해하지 않기 위해서는 윤리 규범을 시대의 흐름에 맞게 개정할 필요가 있다[8]. 선행연구에 따르면 에티오피아의 의사 및 간호사 중 46.7%만이 윤리 규범을 잘 준수하고 있었고, 이와 같은 윤리 규범 준수에는 윤리에 대한 지식, 태도, 직무 만족도 등이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 위 영향요인을 고려한 윤리 규범의 개정을 통해 보건의료인력의 윤리 규범 실천 정도를 제고할 수도 있겠다[3]. 윤리 규범에서 부족한 부분을 찾고 보완하기 위해서는 특정 직종의 제정 시 규범부터 현재까지의 개정 내용과 그 목적을 시간순으로 살펴보거나 다른 나라의 해당 직종 윤리 규범과 비교하는 방법이 있다[9]. 위와 같은 비교

도 물론 유의미하나, 동시대에 같은 임상 현장에서 근무하는 여러 직종 간의 윤리 규범을 비교함으로써 윤리 실천에 대한 공통적 언어와 명확한 기준을 제시하는 것 또한 의의가 있다. 나아가, 이러한 비교는 다양한 분야의 보건의료인력이 서로 대립하는 조직적 및 직업적 갈등 상황을 헤쳐 나가는 데 지침서 역할을 하기도 하며, 윤리적 관행의 일관성을 보장하고 임상 현장의 책임감 있는 문화를 조성할 수 있다[10].

선행연구를 보면, 지리적으로 가까운 포르투갈, 리투아니아, 튀르키예의 약사 윤리강령을 비교하고 세계약사연맹(International Pharmaceutical Federation) 윤리강령을 바탕으로 각 나라의 약사 윤리강령 개정 방안을 제시한 연구[11], 핀란드, 그리스 및 이탈리아의 간호사 윤리강령을 둘러싼 문제점을 알아보기 위하여 초점 집단토의를 수행한 연구[12], Gaumnitz와 Lere가 개발한 분석 틀을 통해 유럽 간호협회의 윤리강령과 지침이 UN의 지속 가능한 발전 목표(Sustainable Development Goals)와 일맥상통하는지 확인하고, 어느 부분의 개정이 필요한지 탐색한 연구 등이 있다[13]. 국외 선행연구의 경우 다양한 보건의료인력의 윤리 규범 비교 연구는 제한적이었다. 이외에는, 호주와 미국 사회복지사의 직업적 가치 및 윤리 규범을 비교한 연구[14], 의료정보학, 보건 과학, 문헌정보학 등 전공자들의 도덕적 원칙과 행동 규범을 비교 분석한 연구[15] 등이 있다. 우리나라의 경우 2017년에 개정된 대한의사협회의 의사윤리지침과 미국의사협회의 의료윤리규약을 비교분석한 연구[9]와 건강보험 운영체계가 상이한 한국, 미국, 영국의 치과 의사 윤리강령을 비교한 연구[16]만이 존재할 뿐, 환자안전 측면에서 윤리 규범을 분석하였거나 보건의료직종 간 윤리 규범을 비교·분석한 연구는 찾기 어렵다.

이처럼 국내외 문헌을 검토한 결과 두 가지 주요 연구 공백이 드러났다. 첫째로, 환자안전윤리에 대한 실무와 지식 간 공백(practical-knowledge gap)이다. Kadi-var 등 [6]은 무엇이 환자안전윤리라고 명확히 정의하지는 않았지만, 전문직 윤리와 환자안전은 임상현장에서 서로 얽혀 있으며, 이러한 환자안전은 윤리적 원칙에 기반

을 두고 있기 때문에 환자안전을 실현하기 위해 윤리 규범을 수립하고 보건의료인력이 수행할 것을 강조하였다. 그러나 실증적으로 환자안전윤리의 현황을 평가하거나 보건의료인력의 환자안전에 대한 윤리인식 등을 조사한 연구는 제한적이었다. 둘째로, 윤리 규범을 분석하는 데 따른 방법론적 공백(methodological gap)이다[17]. 특정 보건의료인력 직종의 윤리 규범을 여러 국가를 걸쳐 비교한 연구가 다수를 차지할 뿐[12-14] 동일 임상 현장에서 근무하는 다양한 보건의료인력의 윤리 규범을 비교한 연구는 드물었다.

2. 연구 목적

이에 이 연구의 목적은 우리나라 보건의료인력 직종별 환자안전윤리 규범의 질적 내용분석을 통해 공통점과 차이점을 파악함으로써, 향후 각 직종의 윤리 규범 개정을 위한 기초자료를 제시하는 것으로, 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 보건의료인력의 일반적 특성을 파악한다.

둘째, 보건의료인력 직종별 환자안전윤리 규범 간 공통점과 차이점을 분석한다.

II. 연구 방법

1. 연구설계

이 연구는 우리나라 보건의료인력 직종별 환자안전윤리 규범을 질적 내용분석한 비교 연구이다.

비교 연구는 둘 이상의 사례 간 유사점과 차이점을 분석하는 연구설계로, 익숙하지 않은 다양한 문화와 시스템 및 사회 측면을 깊게 이해하기 위하여, 연구자가 익숙한 대상을 포함해 총 두 개 이상의 유사점과 차이점을 파악, 비교하는 방법이다[18].

2. 자료수집

연구자는 2024년 7월 1일부터 2024년 7월 20일까지 자료수집을 진행하였다. 첫째, 보건의료인력을 정의하고 일반적 특성을 파악하기 위하여 법제처 법령정보센터에서 [19], ‘보건의료인 & 정의’가 키워드로 포함되는 조문 내용을 검색하였고, 그 중 ‘정의’가 조문명인 법률 10개를 선정 및 수집하였다. 또한, 총 20종의 보건의료인력의 직종별 면허 혹은 자격자 수, 활동(임상 및 비임상) 면허 혹은 자격자 수, 법적 지위에 관한 근거법령, 중앙회 창립 연도 등에 대해 조사하였다.

둘째, 이 연구의 대상인 우리나라 보건의료인력의 모든 윤리 규범을 수집하였다. 위 윤리 규범에는 윤리강령, 윤리지침, 윤리현장, 윤리선서, 윤리선언 등이 포함된다. 연구자는 각 보건의료인력의 중앙회 홈페이지에 접속하여 중앙회 차원에서 발간하거나 게재한 윤리 규범이 존재하는지, 존재한다면 해당 규범이 최근 개정판인지 확인하였고, 그 종류에 상관없이 모두 수집하였다. 직종의 중앙회 홈페이지에 윤리 규범이 게재되어 있지 않은 경우, 해당 중앙회에 전자메일을 송부하여 윤리 규범 존재 여부를 재차 확인하였고(한약사, 위생사), 중앙회가 다수인 경우는 선정 기준에서 제외하였다(보건교육사). 최종적으로 17개 직종의 윤리 규범을 선정하여 수집하였다.

3. 자료 분석

Krippendorff[20]의 질적 내용분석 방법에 따라, 단위화(Unitizing)—표본추출(Sampling)—기록과 코딩(Recording & Coding)—간소화(Reducing)—가추적 추론

(Abductively inferring)—서사화(Narrating)를 거쳐 자료를 분석하였다[21].

이 연구에서 첫째, 보건의료인력 17종의 연구대상을 각 윤리 규범 별로 제시된 최소 단위로 구분하였다(단위화). 예를 들어 윤리 규범이 장, 조, 항, 호, 목까지 제시되어 있을 때 해당 규범은 목을 기준으로 구분하였고, 위와 같은 구분 없이 문장으로만 기술되었을 시 최소 단위는 한 문장으로 하였다. 둘째, ‘환자안전’, ‘안전’ 등의 단어가 직접적으로 포함된 단위나 이와 관련된 내용의 단위를 이차적으로 추출하였다(표본추출). 셋째, 추출한 각 단위를 기록, 사전에 작성한 코드북을 참조하여 직종 및 윤리 규범 별로 코딩하였다(기록과 코딩)(Table 1). 넷째, 다량의 자료를 간소화하기 위해 추출한 각 단위 중 환자안전의 정의[4]와 연관성이 낮은 단위는 제외하였다(간소화). 다섯째, 필요시 각 단위의 앞뒤 문맥을 파악하여 단위의 의미를 파악하고 맥락적 현상을 발견하고자 노력하였다(가추적 추론). 마지막으로, 추론을 통해 얻은 결과의 가독성을 위해 표를 작성하고 이를 기술하였다(서사화).

연구자는 질적연구에 대한 엄밀성을 확보하기 위하여 Tracy[22]가 제시한 여덟 가지 질적연구의 기준 중 특히 주제의 학술적 가치(시의적절하고 학문적 가치가 있는 주제에 대해 연구를 수행), 진실성(연구 방법과 한계를 투명하게 제시), 윤리성(연구 수행 과정에서 요구되는 윤리적 기준을 준수), 정합성(결과 및 논의를 통해 연구문제의 답을 제시함), 공명(연구 결과의 제시를 통해 독자에게 영향을 미침) 등의 각 기준을 충족하기 위해 노력하였다[22]. 마지막으로, 다수의 질적연구를 수행한 보건학박사 1인으로부터 내용 분석 결과에 대하여 동료 검토를 받음으로써 결과의 신뢰도 확보를 꾀했다[23].

Table 1. Codebook for qualitative content analysis.

Code	Description	Example
Profession	Type of the profession applied by the ethical principle including the data	Physician
Principle	Type of the ethical principle describing the data	Code of ethics
Content	The unit of data describing patient safety	Physicians try to ensure patient safety and improve the quality of healthcare together
Provision	The structure expressing the data is included	Article 6

4. 윤리적 고려

이 연구의 대상은 보건의료인력의 윤리 규범으로, 인간, 인체 유래물 혹은 동물을 대상으로 하지 않았고, 개인정보 등을 직·간접적으로 포함하지 않았으며 일반인이 자유롭게 구득할 수 있는 자료이기 때문에 연구윤리위원회의 심의가 필요하지 않았으나, 연구자는 연구 수행 과정에서 요구되는 윤리적 기준을 철저히 준수하였다.

III. 연구 결과

1. 보건의료인력의 일반적 특성

1) 정의

수 개의 보건의료 관계 법령에서 보건의료 관련 인력을 정의하고 있는데, 크게 보건의료인력, 보건의료인, 의료인으로 나뉜다. 위 법령들을 종합하여 위 세 가지 개념을 정리해 보고자 한다. 「보건의료기본법」 제3조제3호는, 보건의료인(health and medical services personnel)¹ 을 ‘보건의료 관계 법령에서 정하는 바에 따라 자격, 면허 등을 취득하거나 보건의료서비스에 종사하는 것이 허용된 자’라고 정의하고 있고, 2019년 제정 및 시행된 「보건의료인력지원법」은 제2조제3호를 통해 보건의료인력(health professionals)을 다음과 같이 명시하였다. 가목은 「의료법」에 따른 의료인(medical personnel)—의사, 치과의사, 한의사, 조산사 및 간호사 5종—과 간호조무사까지 총 6종, 나목은 「약사법」에 따른 약사와 한약사 총 2종, 다목은 「의료기사 등에 관한 법률」에 따른 의료기사—임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 작업치료사, 치과기공사 및 치과위생사 6종—와 보건의료정보관리사까지 총 7종, 라목은 「응급의료에 관한 법률」에 따른 응급구조사, 그리고 마목은 「국민영양관리법」에 따른 영양사, 「공중위생관리법」에 따른 위생사, 「국민건강증진법」에 따른 보건교육사로 3종을 정

하고 있어 보건의료인력지원법에서 명시한 보건의료인력은 총 20종이다(Table 2).

즉, 분석 결과 의료인, 보건의료인, 그리고 보건의료인력이라는 세 가지 개념이 도출된다. 가장 협의의 개념은 의료인으로, 5종의 면허를 취득한 자만이 속한다. 보건의료인은 통상적으로 5종의 의료인을 제외한 나머지 15종의 면허 혹은 자격 취득자를 일컫는다. 가장 광의의 개념은 보건의료인력으로, 이는 의료인과 보건의료인을 포함한 총 20종의 면허 혹은 자격 취득자를 말한다.

2) 현황

보건의료 관계 법령에 따라 정의한 20종의 보건의료인력의 면허 혹은 자격자 수, 활동자 수 현황과 더불어 각 직종 중앙회의 창립 시기, 직종의 윤리 규범 유무 및 어떠한 윤리 규범을 가지고 있는지 살펴보았다.

Table 3은 보건의료인력 실태조사에 따른[24], 2020년 기준 우리나라의 보건의료인력 현황을 보여주는데 총 면허 혹은 자격자 수는 2,152,571명이고, 그중 임상 및 비임상 현장에서 각 해당 직종으로서 활동하는 사람의 수는 1,108,932명으로 51.5%이고, 나머지 48.5%는 확인되지 않거나, 비활동 상태임을 말한다. 의사 129,242명 중 활동하는 의사 수는 106,204명(82.2%)이다. 치과의사 32,335명, 한의사 26,096명 중 활동자 수는 각각 26,455(81.8%)명, 21,328(81.7%)명으로 의사, 치과의사 및 한의사 모두 활동자 수가 면허자 수의 81~82%를 이룬다. 반면에 조산사 및 간호사 수는 각각 8,220명 및 436,340명에 활동자 수 2,895명(35.2%) 및 285,097명(65.3%)으로 의료인 5종 중 의사, 치과의사, 한의사에 비해 활동 비율이 낮다. 그리고 간호조무사 734,042명, 치과기공사 161,257명으로 의료인을 제외한 15종의 보건의료인 중 자격자 수가 가장 많은 두 직종이나, 활동자 수는 406,239명(55.3%)과 81,052 (50.3%)로 그 비율은 50~55%를 웃돈다. 한편, 보건의료인 15종 중 활동자 수의 비율이 가장 높은 직종은 응급구조사(31,204

¹ 이 논문 본문과 표의 영문 표현은 타당도 확보를 위해, 2024년 8월 기준, 한국법제연구원에서 제시한 영문법령상 표현을 일괄적으로 인용하여 기술되었다.

명, 80.9%)와 보건교육사(7,728명, 77.6%)이다. 보건교육사는 자격자 수(9,963명)가 보건의료인 중에서는 한약사(2,779명) 다음으로 두 번째이고, 20종 보건의료인력 중에서는 한약사, 조산사 다음으로 세 번째이다.

각 직종의 중앙회는 대한민국 건국 이전인 1908년(의사)부터 2000년대인 2006년(한약사)까지 한 세기를 거쳐 창립되었다. 다만 보건교육사의 경우 1988년에 현 대한보건교육사협회의 전신인 한국금연운동협의회가 창립되었고, 1998년 국가자격보건교육사협회의 전신인 한국보건교육학회가 창립된 후 중앙회가 단일화되지 않았다(Table 3). 보건의료직

종별 윤리강령의 제·개정 연혁을 살펴보면, 1908년 설립된 대한의사협회는 1997년 윤리강령을, 2001년 윤리지침을 각각 제정하여 두 규범에 대해 2006년, 2017년 두 차례 개정을 거쳤고[25], 1921년 설립된 대한치과의사협회는 1971년 처음 윤리 규범을 제정하여 2006년과 2024년 개정한 바 있다[16]. 1923년 설립된 대한간호협회는 1972년 윤리강령을 제정하여 5회의 개정을 거쳐 현재의 모습을 갖추었다[26]. 한편, 대한약사회는 1928년 설립되어 1965년 윤리강령을 제정, 1984년 개정된 뒤 몇 차례 개정을 꾀하였으나 무산되었다[27].

Table 2. Legal basis and status of health professionals.

Domains	Categories	Basis law	Legal status
Medical personnel	Physician	Medical service act article 2 (2) 1	License
	Dentist	Medical service act article 2 (2) 2	
	Doctor of Korean medicine	Medical service act article 2 (2) 3	
	Midwife	Medical service act article 2 (2) 4	
	Nurse	Medical service act article 2 (2) 5	
Health and medical services personnel	Assistant nurse	Medical service act article 80 (1)	Qualification
	Pharmacist	Pharmaceutical affairs act subparagraph 2 of article 2	License
	Oriental medicine pharmacist	Pharmaceutical affairs act subparagraph 2 of article 2	
	Medical technologist	Medical service technologists act subparagraph 1 of Article 1-2 & article 2 (1)	
	Radiological technologist		
	Physical therapist		
	Occupational therapist		
	Dental technician	Medical service technologists act subparagraph 2 of article 1-2	
	Dental hygienist		
	Health information manager		
	Optician	Emergency medical service act subparagraph 4 of article 2 & article 36	Qualification
	Emergency medical technician		
	Dietitian	National nutrition management act article 15 (1)	License
	Sanitarian	Public health control act article 6-2 (1)	Qualification
	Health education specialist	National health promotion act article 12-2 (1)	

2. 보건의료인력의 직종별 환자안전윤리 규범

1) 보건의료인력의 직종별 윤리 규범

분석대상에 포함된 윤리 규범에는 윤리강령, 윤리지침, 윤리헌장, 윤리선서, 윤리선언 등이 있다. 윤리강령이란 영향을 받는 집단의 윤리 실천을 형성하는 지침으로, 윤리적 의사결정 및 행동에 중요한 가치와 신념 형성에 대한 실질적인 기준을 제공한다[28]. 둘째, 윤리지침은 특정 영역에서 도덕적인 판단이나 행동을 하기 위해 집단에 알려진 규칙이나 원칙이다[29]. 셋째, 윤리헌장은 통상적으로 윤리강령의 축약본이라고 볼 수 있으며 집단의 핵심 가치, 정책, 문화 등이 담겨있다. 넷째, 윤리선서는 보통 전문직 집단이 향후 특정 도덕적 책무를 수행하리라 일반인 앞에 맹

세하는 의미를 갖고 있다[30]. 마지막으로, 윤리선언은, 전문직에 있어 지침이 되는 원칙을 개괄적으로 설명하는 성명 혹은 성명서이다.

보건의료인력 중 위 여섯 가지 윤리 규범을 모두 가지고 있는 직종은 없었다. 간호사 및 간호조무사가 윤리강령, 윤리지침, 윤리선언 그리고 치과 의사가 윤리지침, 윤리헌장, 윤리선언을 가지고 있어 구비한 윤리 규범의 수가 가장 많았다. 한의사, 조산사, 약사, 임상병리사, 방사선사, 물리치료사, 치과기공사, 보건의료정보관리사 및 안경사는 윤리강령 한 가지만을 가지고 있었다. 윤리 규범별로 보면, 윤리강령은 보건의료인력 중 치과 의사를 제외하고 모두 가지고 있었고, 반대로 윤리헌장은 치과 의사만이 가지고 있었다(Table 3).

Table 3. Status and ethical principles of health professionals.¹⁾

Health professionals	Licenses or qualifications (n)	Working personnel ²⁾ n (%)	Establishment of central associations	Code of ethics	Ethical guideline	Ethics charter	Oath of ethics	Declaration of ethics
Physician	129,242	106,204 (82.2)	1908	O	O			
Dentist	32,335	26,455 (81.8)	1921		O	O		O
Doctor of Korean medicine	26,096	21,328 (81.7)	1910	O				
Midwife	8,220	2,895 (35.2)	1946	O				
Nurse	436,340	285,097 (65.3)	1923	O	O			O
Assistant nurse	734,042	406,239 (55.3)	1973	O	O			O
Pharmacist	72,530	42,667 (58.8)	1928	O				
Oriental medicine pharmacist	2,779	1,664 (59.9)	2006					
Medical technologist	63,453	38,888 (61.3)	1962	O				
Radiological technologist	48,593	35,919 (73.9)	1955	O				
Physical therapist	75,714	51,704 (68.3)	1965	O			O	
Occupational therapist	20,292	13,120 (64.7)	1993	O				
Dental technician	36,579	20,008 (54.7)	1965	O			O	
Dental hygienist	88,422	55,100 (62.3)	1977	O				
Health information manager	27,637	16,412 (59.4)	1968	O				
Optician	45,846	22,401 (48.9)	1976	O			O	
Emergency medical technician ³⁾	38,571	31,204 (80.9)	1996	O			O	
Dietitian	161,257	81,052 (50.3)	1969	O				
Sanitarian	94,660	54,750 (57.8)	1996					
Health education specialist	9,963	7,723 (77.6)	1998,1995					
Total	2,152,571	1,108,932 (51.5)						

1) Source: Shin YS, Lee SH, Lee YH, Choi BH, Park JH, Kim EA, et al. Inspection of actual condition and characteristics of health professionals. Sejong: Ministry of Health and Welfare; Korea Institute for Health and Social Affairs; 2022.

2) These professionals worked in both clinical and non-clinical settings.

3) The numbers present the combination of emergency medical technician paramedics and emergency medical technicians.

2) 보건의료인력 직종별 환자안전윤리 규범의 공통점

보건의료인력 직종별로 환자안전윤리 규범 내용의 유사점과 차이점을 분석하였다. 의사, 치과의사, 간호사 환자안전윤리 규범에는 공통적으로 의료인 본인의 상태나 행위로 인하여 환자안전에 위협하는 행위를 해서는 안 된다는 내용이 포함되었다. 의사 윤리지침의 경우 마약, 음주, 약물이나 의사 본인의 신체적 혹은 정신적 질병으로 인해 환자안전에 위협을 줄 수 있는 상태에서 진료하지 않도록 하였다(I-§7-①, ②²). 치과의사 윤리지침(V-§1)과 현장(II-§5) 모두 치과진료 과정에서 과오, 즉 환자에게 위해를 가할 수 있는 행위를 줄임으로써, 환자를 위험으로부터 보호하고 진료 효율성을 증진하고자 하였다. 간호사는 교차감염이나 의인성 질병 발생을 방지하기 위해 자기 위생 관리를 철저히 함을 윤리지침으로 삼았다(II-§6-⑤). 둘째로, 간호사 윤리지침은, 환자의 생명 및 안전 보전을 위해 건강한 환경을 유지하도록 제도를 개선하는 데에 노력해야 한다고 강조하였다(III-§15-①). 간호조무사 또한 윤리지침에서 환자에게 위협을 최소화한 안전한 환경을 제공하는 것을 강조하였으며(§8), 응급구조사의 경우 윤리선서를 통해 응급 환자 발생을 줄일 수 있는 안전한 환경 조성에 앞장선다고 밝혔다. 셋째로, 의사 윤리지침(III-§23-①)과 간호사 윤리강령(III-§2) 및 지침(IV-§25)은 동료 보건의료인의 부적절한 행위로 인하여 환자안전이 위협받을 시 환자를 보호하기 위해 조치해야 함을 명시하였다. 부적절한 행위는 의학회, 간호학계에서 공인되지 않은 의료행위나 비윤리적인 행위 등을 말한다. 이와 비슷하게 치과의사 윤리지침은 치의학계 혹은 전문학회에서 안전성과 유효성이 인정된 치과 의료행위만을 시행하도록 규정하였고(V-§3-①), 만약 연구 등의 목적으로 공인되지 않거나 시험적 치과 의료행위를 시행하여야 할 경우에는 관련 기구의 심의 및 승인을 반드시 받아 환자의 안전이 최우선으로 확보되도록 분명히 하

였다(V-§3-②). 간호사 윤리지침에서도 근거 기반 간호를 수행하되, 간호학계에서 공인된 간호 중재만을 수행할 것을 규정하였다(IV-§26). 마지막으로, 간호사 윤리강령(II-§5)과 간호조무사 윤리강령(§3) 및 지침(§8)에서 각각 환자 안전을 최우선시하고 위험을 최소화하도록 직접적으로 명시하였다.

3) 보건의료인력 직종별 환자안전윤리 규범의 차이점

차이점은 특정 보건의료 직종에는 존재하나 다른 직종에서는 별다르게 명시하고 있지 않은 윤리 규범을 들 수 있다. 치과의사와 간호사의 경우 타 직종과는 달리 환자안전 윤리에 관하여 언급한 내용이 다수 존재한다. 치과의사는 윤리지침을 통해 진료만이 아니라 임상 연구 측면에서도 연구에 참여하는 환자의 안전이 어떤 연구 목적보다도 최우선시되어야 하고, 환자 보호에 최선을 다하여야 한다고 정하고 있다(VIII-§2-①). 또한 치과의사 윤리현장을 통하여 진료 질과 치과의료전달체계 평가에 적극적으로 참여할 것을 권고한다(II-§5). 간호사 윤리지침 따르면, 간호사는 인간의 윤리적 및 법적 권리, 그중에서도 본인의 신체를 침해받지 않을 권리를 존중하고 수호하여야 한다(II-§4-②-3). 앞서 환자안전에 대해 건강한 환경 유지와 제공의 연장선에 있는 내용이기도 하나, 간호사 윤리지침은 간호사에게 감염병, 재해, 사회적 위해, 생태계 오염 등의 위험 상황에서 환자의 생명을 보호받고 안전을 도모하도록 책무를 부여하고 재난 발생 시 구호 활동에 동참할 것을 명시하였다(III-§15-③)(Table 4).

² 편의성을 위해 각 윤리규범의 장(chapter)을 대문자 그리스어(I, II...)로, 조(article)는 §로, 그리고 항(paragraph)은 원문자(①, ②...)로 표기하였다.

Table 4. Provisions of ethical principles about patient safety of health professionals.¹⁾

Health professionals	Code of ethics	Ethical guideline	Ethics charter	Oath of ethics
Physician	Article 6 physicians try to ensure patient safety and improve the quality of healthcare together.	<p>Chapter 1 General ethics of physicians</p> <p>Article 7 (Physical and mental condition of a physician practicing medicine)</p> <p>Paragraph 1 Physicians do not practice medicine while under the influence of drugs, alcohol, medication, or other substances that may cause harm to the patient's life and body.</p> <p>Paragraph 2 Physicians do not practice medicine in a state that may cause harm to the life and body of a patient due to their own physical or mental illness.</p> <p>Chapter 3 Ethics toward fellow health professionals</p> <p>Article 21 (Improvement of the working environment)</p> <p>Physicians endeavor to maintain and improve the working environment and conditions in clinical settings for the safety of patients and health professionals.</p> <p>Article 23(Response to fellow physicians' misconduct)</p> <p>1 Physicians endeavor to correct fellow physicians if they practice scientifically unrecognized medicine or engage in prohibited conduct in this guideline.</p>		
Dentist		<p>Chapter 5 Committing to improving the quality of healthcare</p> <p>Article 5-1 (Preventing medical malpractice) Dentists protect patients from the risks and increase efficiency of practice by reducing malpractice that may occur.</p> <p>Article 5-2 (Developing the criteria of quality of care) The Korean Dental Association and each dental institution maintain and improve the quality of healthcare by establishing standardized guidelines for good dental practice to enable appropriate decision-making in clinical circumstances.</p> <p>Article 5-3 (Evidence-based dentistry)</p> <p>Paragraph 5-3-1 (Prohibition of unrecognized dental practices) Dentists only perform procedures that have been officially recognized as safe and effective by the dental profession and relevant organizations such as academies.</p> <p>Paragraph 5-3-2 (Experimental procedures) Experimental or unrecognized medical technologies or practices must be formally reviewed and approved by relevant organizations such as professional academies.</p> <p>Chapter 8 Committing to scientific research</p> <p>Article 8-2 (Clinical research)</p> <p>Paragraph 8-2-1 (Patient safety) Dentists do their best to protect patients participating in research. Patient safety takes precedence over any objectives of the study.</p>	<p>Chapter 2 Obligations as the profession</p> <p>Article 5 (Committing to improving the quality of healthcare)</p> <p>Dentists commit to improving the quality of healthcare. These efforts include maintaining clinical competence, preventing medical errors, ensuring patient safety, avoiding waste of healthcare resources, and optimizing the quality of care. In particular, dentists participate in developing the criteria to measure the quality of healthcare and in regularly evaluating all dentists, dental institutions, and related dental care delivery systems.</p>	

Health professionals	Code of ethics	Ethical guideline	Ethics charter	Oath of ethics
Nurse	<p>Chapter 2 Obligation of Nurses as Professionals</p> <p>Article 5 Patient Safety in Nursing Care</p> <p>Nurses prioritize patient safety in the entire process of nursing and take action to minimize threats in healthcare environments.</p> <p>Chapter 3 Nurses and Collaborators</p> <p>Article 2 Protection of Patient Safety</p> <p>Nurses take appropriate action to protect patients when other health professions jeopardize patient well-being or safety.</p>	<p>Chapter 2 General ethics of nurses</p> <p>Article 4 (Respect for human dignity and human rights)</p> <p>Paragraph 2 Nurses respect and uphold the ethical and legal rights of human beings. In particular, nurses respect the following human rights.</p> <p>Subparagraph 3 Human beings have the right to have their bodies not violated.</p> <p>Article 5 (Providing ethical nursing care)</p> <p>Paragraph 3 Nurses do not engage in behavior that harms patients under any circumstances.</p> <p>Article 6 (Maintaining health and dignity)</p> <p>Paragraph 5 Nurses thoroughly manage their own hygiene to prevent cross-infection or iatrogenic disease from occurring.</p> <p>Chapter 3 Ethics toward patients</p> <p>Article 15 (Creating healthy environment)</p> <p>Paragraph 1 Nurses endeavor to maintain a healthy environment that preserves the lives and safety of patients and to improve the healthcare system.</p> <p>Paragraph 2 Nurses do not overlook clinical environments where risks such as infections or accidents threaten patients' lives and safety and take appropriate management and preventive measures.</p> <p>Paragraph 3 Nurses protect patients' lives and safety from infectious diseases, disaster threats, social harm, and pollution of the environment or ecosystem and perform relief activities individually or collectively in the event of a disaster.</p> <p>Chapter 4 Ethics as the profession</p> <p>Article 25 (Reporting unethical behavior) Nurses report to the relevant department or organization in accordance with procedures when the well-being of patients is threatened or may be threatened by the improper behavior of health professionals.</p> <p>Article 26 (Prohibition of unrecognized nursing practices)</p> <p>Nurses practice evidence-based nursing and do not apply nursing interventions to patients that are not authorized by the nursing academies.</p>		
Assistant nurse	<p>Article 3 Assistant nurses provide care to the best of their ability with integrity and create a safe and comfortable nursing environment for patients.</p>	<p>Article 8 (Creating a safe and comfortable environment for patients)</p> <p>Assistant nurses make the safety and comfort of patients the top priority of nursing care, minimize risks, and provide a pleasant and comfortable environment for patients.</p>		
Radiological technologist	<p>Radiological technologists try to reduce exposure dose to patients by managing radiation appropriately.</p>			
Occupational therapist				<p>Occupational therapists do not harm those suffering from a disability under any circumstances.</p>
Emergency medical technician				<p>Emergency medical technicians create a safe environment to reduce the incidence of medical emergencies and take the lead in educating the public about first aid.</p>

1) If there is no mention at the table, provisions about patient safety did not exist.

IV. 고찰

이 연구에서는, 우리나라 보건의료인력의 일반적 특성을 파악하고, Krippendorff[20]의 질적 내용분석법을 활용하여 직종별 환자안전윤리 규범—윤리강령, 윤리지침, 윤리헌장, 윤리선서 및 윤리선언—을 비교 분석하였다. 간호사, 간호조무사와 응급구조사의 윤리 규범에서는 환자에게 건강하고 안전한 환경 조성이 공통적으로 강조되었다. 한편, 치과의사는 윤리지침을 통해 진료만이 아니라 임상연구 측면에서도 연구참여 환자의 안전이 그 어떤 연구 목적보다도 최우선시 되어야 하고, 환자 보호에 최선을 다하여야 한다고 규정한 점에서 타 직종과 차이가 있었다. 간호사는 인간의 윤리적 및 법적 권리, 그 중에서도 본인의 신체를 침해 받지 않을 권리를 존중하고 수호하여야 한다는 점에서 차별점이 있다.

의료법 제28조에 따르면 의료인은 각각 전국적으로 조직을 두는 중앙회를 설립할 의무가 있다. 개별 의료인은 각 중앙회의 당연회원이 되고 해당 정관을 지켜야 한다. 간호조무사, 응급구조사, 위생사, 보건교육사에 대하여는 근거 법령에 중앙회 설립에 관한 언급이 없으나, 의료인의 경우를 보건의료인력 모두에게 준용한다면 보건의료인력은 해당 중앙회의 당연회원이 되며 중앙회의 총회에서 의결된 윤리규범을 준수할 의무를 진다[25]. 한약사의 중앙회는 2006년 설립되어 연혁이 오래되지 않았으나, 면허자 수에 비해 활동 비율이 보건의료인력 평균에 비해 높고, 위생사는 그 수도 거의 10만 명에 육박할 뿐만 아니라 활동 비율 또한 평균보다 높다. 그럼에도 윤리 규범이 부재한 상황으로, 일선 인력의 경우 환자 보호 및 복지 증진이 환자안전에 좋은 영향을 미치리라 생각하면서도 지침이 없어 도덕적 책무의 실천이 어려울 가능성이 있다[6]. 또한, 무엇이 도덕적으로 옳은지 그른지 판단하는 데 도움을 줄 장치[3]가 마련되어 있지 않아 딜레마 상황에서 윤리적 의사결정에 타 직종에 비해 어려움을 겪는 정도가 높을 수 있다. 따라서, 대한한약사회와 대한위생사협회는 타 보건의료인력 직종과의 통일성 및 정합성과 해당 직종의 특수성을 고려하여 환자안전을 위해 속히 윤리 규범을 제정하여야 한다.

윤리강령은 보건의료인력 17종 중 16종이 가지고 있으나, 이외 윤리 규범을 보면 통일성이 있다고 할 수는 없다. 보건의료인력 중 부분집합으로 구분할 수 있는 집단은 의료인과 의료기사지만 집단 내 직종 간에서도 윤리 규범의 종류가 통일되어 있지 않았다. 또한, 환자안전윤리 규범에 공통점이 있었지만, 이는 몇몇 직종 간 부분적으로 존재하였을 뿐 보건의료인력 전반에 걸쳐 핵심적인 가치나 비전을 공유한 것은 아니었다. 영국의 연구에 따르면, 임상 현장에서 다양한 직종의 보건의료인력이 각각의 다양한 배경과 관점을 활용하여 환자의 치료 질을 최상으로 이끌어야 하므로 궁극적으로 직종 간 협력은 환자안전에 중요한 요소라고 밝혔다[31]. 이처럼 환자안전을 위한 보건의료인력의 직종 간 협력이 중요함에도 윤리실천의 가이드라인이 모두 다르게 형성되어 있으므로, 윤리 규범의 형식은 별도로 하더라도 핵심적인 윤리적 가치와 환자안전문화를 공유하기 위한 기반이 필요하다[32].

의사, 치과의사, 간호사 윤리 규범에서는 공통으로, 본인의 상태나 행위로 인하여 환자안전을 위협하는 행위를 해서는 안 된다는 지침을 통해 환자안전에 위험이 될 수 있는 요소를 최소화하고자 하였다. 구체적인 예로는 보건의료서비스를 제공하는 데 음주, 마약 등 실행력 및 판단력에 영향 아래 있는 경우, 코로나 수면부족 등 환자의 신체나 생명에 위해를 일으킬 수 있는 경우가 있다. 독일 의사 중 12~16%가 과음으로, 6~8%는 알코올 오남용 및 의존으로 고통받고 있다고 밝혀졌고[33], 영국의 마취통증의학과 전공의를 대상으로 한 설문조사에 따르면, 84.2%가 야간 당직근무를 마친 뒤 운전하여 귀가하기 힘들 정도로 피로하며, 57%는 이미 차 사고를 경험했거나 근접하였다고 응답하였다[34]. 이 결과를 다른 관점에서 해석해 본다면, 의사가 음주(혹은 마약)에 대해서는 환자에게 위해를 가할 수 있는 심각한 윤리 문제라고 생각하지만, 과도한 업무나 피로는 사회적으로 강요받고 보장되지 못하기 때문에 과소평가하는 경향이 있다고 해석 가능하다.

윤리 규범만으로 환자안전 분야의 윤리적 딜레마를 해결하거나 보건의료인력이 갖춰야 할 윤리적 방향성을 모두 제시할 수는 없다. 즉, 개별적인 사안에 대한 해답보다는

보건의료인력으로서 직무를 수행하는 데 가져야 할 윤리의식의 청사진을 제시할 수 있을 것이다. 도덕적 가치와 과학기술이 날로 변화하는 현대 사회에 윤리적인 임상 현장을 확보하기 위하여 윤리 규범의 개정이 필요하지만[8], 개인의 윤리 규범 준수율이 낮은 경우 혹은 장기간 개정이 이루어지지 않는 경우 등 현실적인 상황 또한 고려할 필요가 있다. 보건의료인력의 윤리에 대한 지식이 부족하거나 태도가 부정적일수록 윤리 규범의 준수율은 감소하므로[3], 윤리적 성찰과 윤리실천 정도를 제고하기 위해서는 의료윤리교육 등을 시행할 필요가 있다. 환자안전을 둘러싼 개별적인 윤리적 딜레마 상황을 다루기 위해서는 숙의 또한 필요하다[35]. 환자안전윤리 교육과 더불어 임상 현장에서 환자안전 위협하는 시나리오 상황에 대한 학제 간 토의를 통해 보건의료 직종간 환자안전 가치와 문화를 개방적으로 공유함으로써 궁극적으로 환자안전 확보하고 치료 결과에도 긍정적인 영향을 미칠 수 있다[36].

보건의료분야에서 전문직 윤리 및 환자안전 각각 중요성이 주목받고 있을 뿐 아니라[37] 학제 간 연구의 학문적 중요성이 증가하고 있으나 환자안전윤리 규범에 관한 선행연구가 거의 없다. 동일 임상 현장에서 협력관계에 있는 여러 보건의료 직종이 어떠한 핵심가치를 공유하고, 직종별 차이점은 무엇인지 파악하고자 시도하였다는 데에 이 연구의 학술적 의의가 있다. 또한, 국내 보건의료인력의 직종별 환자안전윤리 규범을 질적 내용분석을 활용하여 비교한 연구는 이 연구가 최초로, 전문직 윤리 규범을 분석하는 데 새로운 접근을 시도함으로써 방법론적 공백을 메꾸려는 시도를 했다는 데 학술적 시사점이 있다. 서론에서 검토하였던 호주와 미국 사회복지사의 윤리 규범을 비교한 연구[14]나 미국의 의료정보학, 보건 과학, 문헌정보학 등 전공자들의 도덕적 원칙과 행동 규범을 비교 분석한 연구[15] 등에 이 연구에서 활용하였던 방법론을 적용할 수 있다면 해당 직종 윤리 규범의 추후 개정 시 이바지할 수 있을 것이다.

그러나 보건의료인력의 환자안전윤리에 대한 지식, 실천 준수 정도, 태도에 대한 고찰이 부족하다는 점에서 이 연구의 한계가 드러난다. 이에 대한 보완을 위해 환자안전윤리에 관하여 보건의료인력이 어떻게 인식하는지 선행연구를

검토하였으나 이는 국외의 연구일 뿐이라 이 연구에서 분석한 윤리 규범의 영향을 받는 집단이 아니기 때문에 분석의 괴리가 존재할 수 있다. 그러므로 윤리 규범에 따라 보건의료인력 각 직종별로 환자안전윤리에 대한 지식, 태도나 실천 등이 다른지 설문조사[7]나 심층면접, 초점집단토의[12] 등을 통해 평가할 수 있다면 보건의료인력의 환자안전윤리 상 취약점을 탐색함으로써 개선에 더욱 과학적인 근거자료를 제시할 수 있을 것이다.

또한, 이 연구는 우리나라 보건의료인력의 환자안전윤리 규범만을 비교분석한 탐색적 연구로 국외를 포함한 전체 보건의료인력의 환자안전윤리로 일반화하기에는 제한이 있다. 그러나, 향후 본 연구 결과를 바탕으로 여러 나라의 보건의료인력 윤리 규범과의 공통점 및 차이점을 분석하는 등의 후속 연구로 의의를 더 할 수 있을 것이다.

V. 결론

이 연구는 보건의료인력을 정의하고 일반적 특성을 파악하였으며, 의료기관 내·외에서 유기적인 협업을 통해 업무를 수행하는 직접적인 이해당사자인 보건의료인력 17종의 환자안전윤리 규범을 비교하였다. 환자안전 확보하고 질을 향상하기 위한 도덕적 책무를 명시해 놓은 직종은 의사, 치과의사, 간호사, 간호조무사, 방사선사, 작업치료사, 응급구조사였고, 나머지 6종은 윤리 강령, 지침, 헌장, 선언, 선언 등 어떠한 형태로도 환자안전윤리 규범을 명문화하지 않았다. 따라서 한약사 및 위생사의 윤리 규범 제정과 더불어 위 여섯 종의 경우 환자안전윤리 규범의 제정이나 현 조항의 일부 개정도 고려할 필요가 있다.

후속연구로는 환자안전의 법적 근거가 되는 법령을 질적 내용 분석하는 연구, 각각의 보건의료인력 중앙회 차원에서 회원들에게 환자안전윤리 규범 준수를 얼마나 강조하고 보건의료인력 양성 과정에서는 위 내용이 얼마나 포함되어 있는 지 분석하는 연구 등을 수행함에 따라 (예비)보건의료인력의 환자안전윤리 인식 제고를 위한 더욱 현실적인 대안을 마련할 수 있을 것이다. 마지막으로, 향후 보건의료인력의 환자안전윤리 규범의 개정 혹은 제정 시 이 연구 결과의 활용을 기대해본다.

VI. 참고문헌

1. Chan HY-l. Which are overriding during a pandemic: Professional healthcare duties or personal interests?. *Nursing Ethics*. 2020;27(3):637-8.
2. Zolkefli Y. Healthcare professionals' ethical responsibility in COVID-19 vaccination decision-making. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*. 2022;29(2):157-63.
3. Yeshineh G, Feleke A, Tadie C, Hagos A, Debebe W, Teshale G, et al. Practice of code of ethics and associated factors among health professionals in Central Gondar Zone public hospitals, Northwest Ethiopia, 2021: A mixed-method study design. *BMC Medical Ethics*. 2022;23(1):68.
4. World Health Organization Patient Safety. Conceptual framework for the international classification for patient safety. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010
5. Adobor H. Vulnerability, moral responsibility, and moral obligations: the case of industrial action in the medical and allied professions. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2022;25(3):333-49.
6. Kadivar M, Manookian A, Asghari F, Niknafs N, Okazi A, Zarvani A. Ethical and legal aspects of patient's safety: A clinical case report. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2017;10:15.
7. Albaalharith T, A'Aqoulah A. Level of patient safety culture awareness among healthcare workers. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2023;16:321-32.
8. Komparic A, Garon-Sayegh P, Bensimon CM. The promises and limitations of codes of medical ethics as instruments of policy change. *Bioethics*. 2023;37(4):406-15.
9. Park H-W. A comparison of the Korean Medical Association's ethics guidelines and the American Medical Association's code of ethics. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2021;24(4):385-408.
10. Lipworth W, Kerridge I, Montgomery K, Komesaroff PA. Promoting ethics across the healthcare sector: What can codes achieve?. *Internal Medicine Journal*. 2020;50(11):1333-8.
11. Raimundo R, Cavaco A. "I solemnly swear": A comparative study of codes of professional ethics amongst pharmacists from culturally diverse European countries. *Pharmacy*. 2024;12(5):143.
12. Heikkinen A, Lemonidou C, Petsios K, Sala R, Barazzetti G, Radaelli S, et al. Ethical codes in nursing practice: The viewpoint of Finnish, Greek and Italian nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;55(3):310-9.
13. Kearns AJ, Kearns T. European Nursing Council Code for European nursing and the UN Sustainable Development Goals. *Nursing Ethics*. 2021;28(4):498-514.
14. Congress E, McAuliffe D. Social work ethics: Professional codes in Australia and the United States. *International Social Work*. 2006;49(2):151-64.
15. Byrd GD, Winkelstein P. A comparative analysis of moral principles and behavioral norms in eight ethical codes relevant to health sciences librarianship, medical informatics, and the health professions. *Journal of the Medical Library Association*. 2014;102(4):247-56.
16. Heo S-Y. A comparative study of Korea, America, and British codes of ethics for dentists. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2017;20(2):152-62.
17. Miles DA. A taxonomy of research gaps: Identifying and defining the seven research gaps [Internet]. Texas, USA: Doctoral student workshop:

- Finding research gaps-research methods and strategies; 2017 [cited 2024 Jul 13]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/354691106_Types_of_Research_Gaps.
18. Lilley R, Cain B. Comparative and cross-cultural health research: A practical guide. Florida, USA: CRC Press; 2018.
19. Korean Law Information Center [Internet]. Sejong, Korea: Ministry of Government legislation; 2024 [cited 2024 Aug 23]. Available from: <https://www.law.go.kr/LSW/eng/engMain.do>.
20. Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. 4th ed. California, USA: SAGE Publications, Inc.; 2019.
21. Kim M, Kim I, Lee Y. A study on legal coherence of legislations related to nursing services: Focusing on registered nurse, midwife, advanced practice nurse and nurse assistant. *Health and Social Welfare Review*. 2018;38(3):420-57.
22. Tracy SJ. Qualitative quality: Eight 'Big-Tent' criteria for excellent qualitative research. *Qualitative Inquiry*. 2010;16(10):837-51.
23. Johnson JL, Adkins D, Chauvin S. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*. 2020;84(1):7120.
24. Shin YS, Lee SH, Lee YH, Choi BH, Park JH, Kim EA, et al. Inspection of actual condition and characteristics of health professionals. Sejong, Korea: Ministry of Health and Welfare; Korea Institute for Health and Social Affairs; 2022.
25. Park SG, Yoo SH, Gwon BG, Kim DK, Kim OJ, Kim JH, et al. Development of a commentary on the ethical codes and guidelines of the Korean Medical Association and its utilization plans. Seoul, Korea: Korean Medical Association Research Institute for Healthcare Policy; 2019.
26. Korean Nursing Association. The code of ethics for Korean nurses. Seoul, Korea: Korean Nursing Association; 2023.
27. Joo SH, Shin BS, Park MS. Pharmacist code of ethics and oath of Dioscorides. *Yakhak Hoeji*. 2012;56(5):275-9.
28. Bijani M, Ghodsin F, Javanmardi Fard S, Shirazi F, Sharif F, Tehranineshat B. An evaluation of adherence to ethical codes among nurses and nursing students. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*. 2017;10:6.
29. Paschal MJ, Melly IK. Ethical guidelines on the use of AI in education. In: Keengwe J, editor. Creative AI tools and ethical implications in teaching and learning. Philadelphia, USA: IGI Global; 2023. p.230-45.
30. Hajar R. The physician's oath: Historical perspectives. *Heart Views*. 2017;18(4):154-9.
31. Samuriwo R. Interprofessional collaboration—Time for a new theory of action?. *Frontiers in Medicine*. 2022;9:876715.
32. Skoogh A, Bååth C, Hall-Lord ML. Healthcare professionals' perceptions of patient safety culture and teamwork in intrapartum care: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):820.
33. Rosta J. Prevalence of problem-related drinking among doctors: A review on representative samples. *German Medical Science*. 2005;3:Doc07.
34. McClelland L, Holland J, Lomas J-P, Redfern N, Plunkett E. A national survey of the effects of fatigue on trainees in anaesthesia in the UK. *Anaesthesia*. 2017;72(9):1069-77.
35. Façanha TRdS, Garrafa V. Patient safety and deontological codes in the context of Beauchamp

- and Childress. *Revista Bioética*. 2019;27(3):401-9.
36. Guraya SS, Umair Akhtar M, Sulaiman N, David LR, Jirjees FJ, Awad M, et al. Embedding patient safety in a scaffold of interprofessional education: A qualitative study with thematic analysis. *BMC Medical Education*. 2023;23(1):968.
37. Ku J-H, Ryu U-H, Kwon Y-D. Service design for healthcare quality improvement: An implementation approach for enhancing patient experience. *Quality Improvement in Health Care*. 2023;29(2):47-63.