

간호사의 전문직관, 정치참여가 대상자 옹호에 미치는 영향

김민지¹⁾ · 이현경²⁾

¹⁾연세대학교 의과대학 임상실기교육센터 코디네이터 · 연세대학교 일반대학원 간호학과 박사과정생,

²⁾연세대학교 간호대학 · 김모임간호학연구소 교수

Influence of Nursing Professional Value and Political Participation of Nurses on Patient Advocacy

Kim, Minji¹⁾ · Lee, Hyeonkyeong²⁾

¹⁾Coordinator, Clinical Simulation Center, College of Medicine · Doctoral Student, College of Nursing, Yonsei University

²⁾Professor, College of Nursing · Mo-Im Kim Nursing Research Institute, Yonsei University

Purpose: This study aimed to identify the level of patient advocacy and to determine the influence of nursing professional value and political participation of nurses on patient advocacy theory. **Methods:** This study used a cross-sectional descriptive study design. Data were collected from 232 nurses from a tertiary hospital, three general hospitals, and a public health center in two districts of a metropolitan using self-reporting questionnaires. Data were analyzed by t-test, One-way ANOVA, Pearson's correlation coefficient, and multiple linear regression using SPSS/WIN 21.0. **Results:** The mean score of patient advocacy was 4.64 ± 0.55 out of 6, nursing professional value was 3.60 ± 0.49 out of 5, and political participation was 2.21 ± 0.71 out of 5. Nursing professional value ($r = .37, p < .001$) and political participation ($r = .23, p < .001$) showed a significant positive relationship with patient advocacy. Factors influencing patient advocacy were identified as nursing professional value ($\beta = .28, p < .001$) and political participation ($\beta = .15, p = .014$). **Conclusion:** Based on the findings that nursing professional value and political participation are key factors of patient advocacy, educational strategies and endeavors as level of professional organization are recommended for enhancing patient advocacy.

Key words: Patient Advocacy, Nursing Theory, Professionalism, Politics

I. 서 론

1. 연구의 필요성

국내 의료환경은 전 세계적 의료환경의 변화와 함께 급속하게 변화하고 있다. 고령화에 대한 대책과 2015년 메르스 사태 이후 환자안전에 대한 요구 증가로 인한 치매치료국가책임제, 간호간병통합서비스와 같은 구체적인 정책들은, 장기요양보험 및 건강보험의 변화와 함께 간호 인력 충원 및 역할 확대를 요구했으며, 이러한 요구는 현재까지도 지속되고 있다[1,2]. 간호사는 병원, 공공기관, 학교, 산업체, 가정 기반 의료서비스

환경에서 보건정책이 대상자에게 영향을 끼치는 것을 일선에서 목격하고 있다[3]. 간호사는 의료전달체계의 최전선에서 대상자에게 공감하며 안전하고 효율적으로 돌봄을 전달하는 의료인으로서, 급변하는 보건의료환경 속에서 취약한 대상자들을 옹호(advocate)해야 할 책임이 강조되고 있다.

대상자 옹호이론(patient advocacy theory)에 따르면, 대상자 옹호란 보건의료체계에서 대상자의 권리 및 최선의 이익과 가치를 보존, 대변, 보호하는 일련의 활동 과정을 의미한다[3]. 대상자 옹호의 3가지 핵심 속성 중 대상자의 자율성 보호, 대상자 편에서 행동은 미시사회적 수준(microsocial level)에서 개별간호사가 환자개개인이 처한 임상 상황에 따른 옹호 행

주요어: 대상자 옹호, 간호 이론, 전문성, 정치

Corresponding author: Lee, Hyeonkyeong

College of Nursing, Yonsei University, 50-1 Yonsei-ro, Seodaemun-gu, Seoul 03722, Korea.

Tel: 82-2-2228-3373, Fax: 82-2-2227-8303, E-mail: HLEE39@yuhs.ac

* 본 논문은 제1저자 김민지의 2018년 석사학위 논문을 수정하여 작성한 논문임.

* 21st East Asian Forum of Nursing Scholars(EAFONS)(2018.1.11.-12) 포스터 발표(초록 수록).

투고일: 2021년 1월 28일 / 심사완료일: 2021년 6월 3일 / 게재확정일: 2021년 6월 29일

위를 하는 것으로 나타난다. 또한 보건의료제공에서 사회정의 옹호라는 속성은 거시사회적인 수준(macrosocial level)에서 간호사가 사회적 상황과 임상적 상황이 보건의료시스템의 중심에 있는 환자를 옹호하는데 있어 동시에 영향을 미침을 인식하고, 보편적 의료보장 등 건강한 변화를 위하여 건강문제 개선에 참여하는 것으로 나타난다[3]. 대상자 옹호는 대상자가 사회적 약자가 되는 건강격차 상황, 옹호를 촉진하는 병원 환경 등의 거시사회적 요인과 신체적으로 취약한 대상자의 상태, 의사 앞에서 의견개진을 하지 못하는 대상자의 특성, 대상자와 보호자 간의 개인적 상황, 의료팀원이 비윤리적 행위를 한 경우, 대상자가 본인을 옹호해 줄 것을 요청한 상황 등 미시사회적 요인에 의하여 일어나며, 대상자 옹호를 통해 간호사의 통제력 증가, 건강전달시스템의 향상, 사회정의의 증가, 간호사들의 공적 이미지 향상, 전문직 만족 등의 긍정적 결과를 이끌어낼 수 있다[3].

American Nursing Association (ANA) 및 대한간호협회에서는 윤리강령을 통해 다양한 범위의 대상자를 옹호하는 것을 간호전문직의 주요 요소로 꼽고 있다. 간호전문직이란 전문직으로서의 간호와 간호사에 대한 신념, 관념 및 인상의 총합, 간호에 대한 체계화된 견해와 간호를 담당하는 자의 간호활동 과정이나 그 직분 자체에 대한 직업의식적인 견해를 의미하는 것으로[4] 간호직무에 영향을 주는 요인으로 오랫동안 탐색되어 왔다. 그러나 간호전문직관이 대상자 옹호와 실제로 상관관계가 있는지, 간호전문직에서 대상자 옹호가 어떻게 드러나고 있는지를 살펴본 양적연구는 부재한 실정이다. 간호전문직관과 대상자 옹호의 상관관계를 확인하는 것은 간호전문직 가치가 대상자의 측면에서 어떤 건강결과를 만들어 내는지에 대한 근거를 축적하게 할 것이다.

한편, 보건의료정책은 간호사의 업무에 영향을 미치고 대상자의 의료서비스혜택의 범위와 정도를 결정하므로 간호사의 정치참여는 효과적인 대상자 옹호에 필수적이다[5]. 정치참여란 개별 시민들이 정부나 정책 등에 직접적 혹은 간접적으로 영향을 미치기 위한 목적으로 하는 활동을 의미한다[6]. 사회옹호모델(Social Advocacy Model)을 통해 사회적 수준의 옹호가 대상자 옹호에 적용된 이래로, 건강불평등과 불연속적인 돌봄 제공을 극복하기 위한 간호사의 정치적 행동은 점점 주목되고 있다[3]. 그러나 지금까지 국내외 간호사 대상 정치참여 연구는 소수에 불과한 상황으로, 간호사의 정치참여와 대상자 옹호의 관계를 확인하는 연구는 변화하는 사회문화적 맥락 속에서 더욱 필요시 된다.

간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호라는 개념과 개념간의 관계들은 기존 간호지식체 안에서 뚜렷하게 밝혀지지 않은

채 각각의 중요성만이 강조되어왔다. 국내에서 간호사를 대상으로 한 대상자 옹호 관련 연구는 1996년에 질적연구방법을 이용하여 신생아중환자실 간호사들을 대상으로 옹호에 대한 인식을 알아본 연구가 유일하다[7]. 전세계적으로 급변하고 있는 보건의료환경 내에서 대상자 옹호는 점점 더 중요해지고 있으며 간호전문직관, 정치참여와의 관계는 더욱 명확해질 필요성이 있다. 이에 본 연구에서는 간호사의 대상자 옹호 정도를 파악하고, 간호전문직관, 정치참여와의 관계를 확인하여 대상자 옹호 증대를 위한 앞으로의 정책, 교육 및 연구의 기초 자료를 제공하고자 한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 대상자 옹호이론을 기반으로 한 개념적 기틀에 근거하여 간호사들의 대상자 옹호 정도를 파악하고 이를 설명하는 요인들을 규명하기 위한 것으로 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 간호사의 간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호 정도를 파악한다.
- 2) 간호사의 인구사회학적 특성 및 근무지별 특성에 따른 대상자 옹호의 차이를 파악한다.
- 3) 간호사의 간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호 간의 상관관계를 파악한다.
- 4) 간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 파악한다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 국내간호사의 Bu와 Jezewski [3]의 대상자 옹호 이론에 근거한 개념적 기틀을 활용하여 간호사의 대상자 옹호 정도를 파악하고 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 거시사회적 요인(근무지 및 근무 관련 특성)과 미시사회적 요인(간호전문직관 및 정치참여)으로 나누어 대상자 옹호의 영향요인을 확인하고자 한 서술적 조사연구이다.

2. 연구대상

본 연구의 대상자는 임의로 선정된 S특별시 내 한 개의 구 및 지리적으로 인접한 2개의 구 내 상급종합병원, 종합병원, 보건소에서 근무하는 간호사 중 직접간호를 제공하고 본 연구에 동의한 자를 대상으로 하였다. 본 연구는 취약하다고 생각

되는 대상자를 간호할 때 더욱 대상자 옹호 정도가 높다는 기존의 연구결과[8] 및 연구의 개념적 기틀에 따라 상급종합병원, 종합병원, 보건소 등 건강격차가 드러날 것이라고 예상되는, 근무지에 따른 대상자 옹호의 차이를 분석하고자 하였다. 이에 따라 대한간호협회의 통계자료 및 2014년 통계청의 의료기관 종별 간호사수 자료를 기초하여 할당표집(상급종합병원 24.8%, 종합병원 31.7%, 공공의료기관 3.6%)을 시도하였고 집단별 최소 30명 이상을 표집하고자 하였다. 결과적으로 상급종합병원 한 곳, 종합병원 세 곳, 보건소 한 곳에서 각각 107명, 108명, 32명, 총 247명이 표집되었다. 이 중 불성실한 응답 및 미응답한 15명의 자료를 제외하고 232명의 자료가 분석에 사용되었다. G*Power 3.1.9.2 프로그램을 이용하여 검정력(1-β)=.80, 유의수준 α는 .05, 중간효과크기 .15, 독립변수 9개를 토대로 다중선형회귀분석에 필요한 표본수를 계산하였을 때 필요한 최소의 표본수는 114명으로, 수집된 232명은 통계적 분석을 위한 충분한 수로 판단되었다.

3. 연구도구

본 연구는 구조화된 자기보고식 설문지를 이용하여 대상자 옹호, 간호전문직관, 정치참여, 일반적 특성을 측정하였다.

1) 대상자의 일반적 특성

대상자의 일반적 특성은 인구사회학적 특성 및 근무 관련 특성 두 개로 분류하였다. 인구사회학적 특성으로는 성별, 나이, 교육수준, 현재 근무부서, 간호사 근무경력, 현 부서 경력, 대상자 옹호에 대한 교육 이수 여부에 대한 자료를 수집하였다. 근무 관련 특성으로는 근무지, 고용형태, 근무형태, 기관 내 대상자 옹호와 관련된 부서 존재 여부에 대하여 조사하였다.

2) 대상자 옹호

본 연구에서 대상자 옹호는 대상자 옹호이론[3]을 기반으로 Bu와 Wu [9]가 개발한 대상자 옹호에 대한 간호사의 태도 측정도구를 번역-역번역한 도구로 측정되었다. 원도구가 게재된 출판사의 재사용 승인절차를 거쳤다. 도구의 번역은 한국어와 영어가 가능한 간호사가 한글로 번역하였고 원어민 전문번역사가 역번역을 시행하였다. 이와 원문도구를 한국어와 영어 이중언어 사용자이며 박사학위 소지자인 영어 커뮤니케이션을 교수하는 전문가에게 비교를 의뢰하여 의미상 일치하지 않는 부분을 수정하고 간호학과 교수 1인의 자문을 거쳐 한국적 맥락에 맞는 번역을 실시하였다. 도구는 대상자의 자율성 보호(Safeguarding Patients' Autonomy, SPA) 28문항, 대

상자 편에서 행동(Acting on Behalf of Patients, ABP) 17문항, 사회정의 옹호(Championing Social Justice, CSJ) 19문항 총 3가지 영역 64문항으로 구성되어 있다. 앞선 두가지 영역은 개발자에 의하여 미시사회적 옹호태도(Attitude toward Microsocial Advocacy)로, 마지막 영역은 거시사회적 옹호태도(Attitude toward Macrosocial Advocacy)로 대분류되었다. 6점 Likert 척도(1점 '전혀 동의하지 않음', 6점 '매우 동의함')로 측정하고 각 문항 점수의 평균값을 구하며 점수가 높을수록 옹호태도가 긍정적임을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's α는 .97이었고 본 연구에서 Cronbach's α는 .97이었다.

3) 간호전문직관

본 연구에서 간호전문직관은 Yeun 등[4]의 간호전문직관 도구를 이용하여 측정되었다. 도구는 원저자 소속기관의 사용 승인 절차에 따라 승인을 받았다. 도구는 전문직 자아개념 9문항, 사회적 인식 8문항, 간호의 전문성 5문항, 간호실무 역할 4문항, 간호의 독자성 3문항 총 5가지 하부영역 29문항으로 구성되어 있으며 5점 Likert 척도로 '매우 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 5점으로 점수가 높을수록 간호전문직관이 높음을 의미한다. 도구 개발당시 도구의 Cronbach's α는 .92였고 본 연구에서 Cronbach's α는 .93이었다.

4) 정치참여

본 연구에서 정치참여는 Jun 등[10]의 도구로 측정하였다. 도구는 Jun 등[10]과 원도구의 저자로부터 사용승인을 받았다. 두 개의 하부영역으로 구성되어 있으며 소극적 정치참여 4문항과 적극적 정치참여 6문항으로 총 10문항이다. 소극적 정치참여 4문항과 적극적 정치참여 5문항은 5점 Likert 척도이며 '전혀 그렇지 않다' 1점, '매우 그렇다' 5점으로 점수가 높을수록 정치참여 정도가 높음을 의미한다. 적극적 정치참여 1문항은 이분형 문항으로 구성되어 있다. 도구 개발 당시의 신뢰도는 보고되지 않았으며 Jun 등[10]이 임상간호사를 대상으로 한 연구에서 Cronbach's α는 .87이었고 본 연구에서는 .87이었다.

4. 자료수집방법

2017년 4월 15일부터 6월 1일까지 자료가 수집되었다. 보건복지부 의료기관 정보 및 각 기관 홈페이지에 공개된 정보를 통해 간호사가 근무하는 부서를 확인하고 관리자에게 유선 및 대면으로 연구에 대하여 설명하였다. 협조가 된 경우 연구자는 부서에 직접 방문하여 부서관리자에게 대동투와 함께

부서원의 수에 맞는 설명문과 동의서, 설문지, 소봉투, 답례품을 부서 단위로 제공하였다. 응답 완료된 동의서와 설문지는 접착제가 발린 동일한 규격의 소봉투에 넣어 봉인하였고 봉인된 소봉투는 부서에 비치한 대봉투에 넣도록 하였다. 이후, 연구자가 부서를 재방문하여 대봉투를 직접 회수하였다.

5. 자료분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 21.0 프로그램을 사용하여 아래의 방법으로 분석하였다.

- 1) 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율, 평균 등의 기술통계를 이용하여 분석하였다.
- 2) 간호사의 간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호 정도는 평균, 표준편차를 이용하여 분석하였다.
- 3) 간호사의 간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호의 상관관계는 Pearson's correlation coefficient를 이용하여 분석하였다.
- 4) 간호사의 일반적 특성에 따른 대상자 옹호 정도는 변수에 따라 t-test, One-way ANOVA를 이용하여 분석하였으며 Scheffé test 또는 Bonferroni test를 이용하여 사후 검정을 시행하였다.
- 5) 간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인은 Multiple linear regression을 이용하여 분석하였다.

6. 윤리적 고려

자료수집 전 연구자의 소속기관에서 기관생명윤리위원회(Institutional Review Board, IRB)의 연구 승인(간대 IRB 2017-0018-1)을 받았다. 대상자의 자유로운 참여동의와 동의 철회 가능성이 설명서에 명시되었으며 연구자는 설문지 회수 이후 함께 동봉된 서면동의서가 작성되었음을 모두 확인하였다. 확인 즉시 설문지와 동의서를 분리 보관하여 연구자 역시 자료를 통해 개인식별할 수 없도록 하였다. 참여한 대상자들에게는 소정의 답례품을 제공하였다.

III. 연구결과

1. 대상자의 일반적 특성과 대상자 옹호와의 관련성 및 차이

대상자의 평균연령은 33.2±8.0세(범위 22~55세)였고 대부분(95.7%)은 여성이었으며 최종학력은 학사가 66.0%로 가장

많은 비율을 차지하였다. 간호사로서 평균 경력은 8.28±6.57년이었으며 현재 속한 부서에서 일한 경력은 평균 3.63±4.01년이었다. 일일 평균 여가시간은 1.21±1.69시간이었다. 대상자 옹호 관련 교육을 들어본 적이 있다고 대답한 연구대상자는 40.1%, 대상자 옹호 관련 활동을 한 적이 있다고 대답한 대상자는 9.5%에 불과했다. 연구대상자 중 44.0%는 종합병원에 근무하였고 42.7%는 상급종합병원에 근무하였으며 13.4%는 보건소에 근무하였다. 근무형태는 교대근무 등 상근직 이외의 형태가 71.6%로 상근직보다 많았고 고용형태는 정규직이 94.8%로 비정규직이나 기타 고용형태보다 많았다. 기관 내 대상자 옹호 관련 부서의 존재유무를 묻는 질문에 존재한다고 대답한 경우는 30.2%에 불과했다. 주관적으로 인식하는 간호대상자의 취약정도는 1점을 전혀 취약하지 않은 것, 10점을 매우 취약한 것으로 보았을 때, 평균 5.63±2.01점이었(Table 1).

대상자의 일반적 특성에 따른 대상자 옹호의 차이를 살펴본 결과 대상자 옹호는 연령($r=.20, p=.002$) 및 총 경력($r=.20, p=.002$)과 통계적으로 유의한 양의 상관관계가 있었다. 교육수준에 따라 대상자 옹호에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($F=3.51, p=.032$) 석사 이상의 그룹이 전문학사 그룹보다 대상자 옹호 점수가 높았다. 근무형태에 따라 대상자 옹호에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($t=2.26, p=.025$) 상근직인 경우, 상근직 이외의 근무형태를 가진 경우보다 대상자 옹호 정도가 높았다. 또한 기관 내 대상자 옹호 관련 부서의 유무에 따라 대상자 옹호에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며($t=2.38, p=.018$) 옹호 관련 부서가 있는 경우가 없는 경우보다 대상자 옹호 정도가 높았다(Table 1).

2. 대상자의 간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호 정도

연구대상자의 간호전문직관 평균평점은 3.60±0.49점(1~5점 기준)이었다. 하위영역별 평균평점 점수는 높은 순으로 간호의 전문성이 3.90±0.55점, 간호실무역할 3.82±0.57점, 전문직 자아개념 3.77±0.55점, 사회적 인식은 3.27±0.68점, 간호의 독자성 3.16±0.77점 순이었다.

정치참여 점수의 평균평점은 2.21±0.71점(1~5점 기준)이었다. 하위영역별로 살펴보면 적극적 정치참여의 평균평점은 2.57±0.71점이었고 소극적 정치참여는 1.76±0.85점이었었다. 한편, 2016년 제20대 국회의원선거 시 투표 여부를 묻는 항목에 232명이 대답하였으며 197명(84.9%)은 투표를 하였고 35명(15.1%)은 투표를 하지 않았다고 응답하였다.

대상자 옹호는 평균평점이 4.64±0.55점(1~6점 기준)이었다. 하위영역별 평균평점 점수는 대상자 편에서 행동이 4.70±

Table 1. Patient Advocacy by General Characteristics

(N=232)

Characteristics	Categories	n (%)	M±SD	t/F or r	p (Post hoc test)
Age (yr)			33.2±8.0*	.20	.002
Gender	M	10 (4.3)	4.68±0.51	0.29	.775
	F	222 (95.7)	4.63±0.55		
Educational level	Diploma ^a	63 (27.2)	4.52±0.58	3.51	.032 (a < c)
	Bachelor ^b	153 (66.0)	4.66±0.53		
	≥ Master ^c	16 (6.9)	4.90±0.53		
Working department	Medical and surgical wards	105 (45.3)	4.60±0.55	1.77	.135
	Oncology wards	10 (4.3)	4.72±0.46		
	Special department	43 (18.5)	4.53±0.44		
	Others (in hospital)	43 (18.5)	4.65±0.58		
	Public health center	31 (13.4)	4.85±0.62		
Experience in nursing (yr)			8.28±6.57 [†]	.20	.002
Current department experience (yr)			3.63±4.01 [†]	-.01	.845
Free time (hours/day)			1.21±1.69 [§]	.04	.522
Experience of advocacy program	Yes	93 (40.1)	4.69±0.57	-1.29	.200
	No	139 (59.9)	4.60±0.53		
Experience of advocacy activity	Yes	22 (9.5)	4.79±0.51	-1.36	.174
	No	210 (90.5)	4.62±0.55		
Workplace type	Tertiary hospital	99 (42.7)	4.62±0.50	2.81	.063
	General hospital	102 (44.0)	4.59±0.56		
	Public health center	31 (13.4)	4.85±0.62		
Working conditions	Day-time only	66 (28.5)	4.76±0.55	2.26	.025
	Shift work or others	166 (71.6)	4.58±0.54		
Employment type	Permanente employees	220 (94.8)	4.63±0.55	-1.24	.216
	Contingent employees or others	12 (5.2)	4.83±0.56		
Presence of advocacy department	Yes	70 (30.2)	4.77±0.54	2.38	.018
	No	162 (69.8)	4.58±0.55		
Perceived vulnerability of nursing subjects			5.63±2.01	.08	.221

*Mean±Standard deviation of age; [†]Mean±Standard deviation of experience in nursing; [†]Mean±Standard deviation of current department experience; [§]Mean±Standard deviation of free time; ^{||}Mean±Standard deviation of perceived vulnerability of nursing subjects.

Table 2. Descriptive Statistics of Nursing Professional Value, Political Participation, Patient Advocacy (N=232)

Variables (n)	Min~Max	M±SD
Nursing professional value (29)	1.62~4.79	3.60±0.49
Professionalism of nursing (5)	1.40~5.00	3.90±0.55
Roles of nursing service (4)	1.00~5.00	3.82±0.57
Self-concept of the profession (9)	1.67~5.00	3.77±0.55
Social awareness (8)	1.00~4.88	3.27±0.68
Originality of nursing (3)	1.00~5.00	3.16±0.77
Political participation (9)	1~5	2.21±0.71
Active political participation (5)	1~5	2.57±0.71
Passive political participation (4)	1~5	1.76±0.85
PA (64)	3.09~5.92	4.64±0.55
AMIA (45)	3.19~5.91	4.67±0.55
ABP (17)	3.24~6.00	4.70±0.65
SPA (28)	3.04~5.89	4.65±0.54
AMAA (19)	2.47~6.00	4.56±0.76
CSJ (19)	2.47~6.00	4.56±0.76

ABP=acting on behalf of patients; AMAA=attitude toward macrosocial advocacy; AMIA=attitude toward microsocial advocacy; CSJ=championing social justice; PA=patient advocacy; SPA=safeguarding patients' autonomy.

0.65점, 대상자의 자율성 보호가 4.65±0.54점, 사회정의 옹호가 4.56±0.76점 순으로 높았다(Table 2).

3. 간호전문직관, 정치참여, 대상자 옹호의 상관관계

간호전문직관은 대상자 옹호와 통계적으로 유의한 중간크기의 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났으며($r=.37, p<.001$) 정치참여는 대상자 옹호와 통계적으로 유의한 작은 크기의 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=.23, p<.001$). 또한 간호전문직관, 정치참여는 미시사회적 대상자 옹호와 각각 통계적으로 유의한 중간크기($r=.36, p<.001$), 작은 크기($r=.21, p=.001$)의 양의 상관관계가 있었다. 거시사회적 대상자 옹호와는 각각 통계적으로 유의한 중간크기($r=.30, p<.001$), 작은 크기($r=.23, p<.001$)의 양의 상관관계가 있었다. 한편, 간호전문직관과 정치참여는 통계적으로 유의한 작은 크기의 양의 상관관계($r=.21, p=.002$)가 있는 것으로 나타났다(Table 3).

Table 3. Correlation among Nursing Professional Value, Political Participation and Patient Advocacy (N=232)

Variables	NPV	PP	PA	AMIA	AMAA
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
NPV	1				
PP	.21 (.002)	1			
PA	.37 (<.001)	.23 (<.001)	1		
AMIA	.36 (<.001)	.21 (.001)	.94 (<.001)	1	
AMAA	.30 (<.001)	.23 (<.001)	.83 (<.001)	.61 (<.001)	1

AMAA=attitude toward macrosocial advocacy; AMIA=attitude toward microsocial advocacy; NPV=nursing professional value; PA=patient advocacy; PP=political participation.

Table 4. Factors Influencing Patient Advocacy (N=232)

Variables	B	Std. error	Std. B	t	p
(Constant)	2.95	0.26		11.25	<.001
Nursing professional value	0.32	0.07	.28	4.48	<.001
Political participation	0.12	0.05	.15	2.49	.014
Educational level*					
Bachelor	0.14	0.09	.12	1.65	.100
≥ Master	0.23	0.15	.11	1.54	.126
Experience in nursing	0.01	0.01	.11	1.57	.118
Working conditions †					
Day-time only	0.03	0.10	.03	0.31	.755
Presence of advocacy department ‡					
Yes	0.12	0.07	.10	1.63	.104
Workplace type §					
General hospital	0.08	0.08	.07	0.97	.335
Public health center	0.15	0.12	.10	1.25	.211

R²=.21, Adjusted R²=.18, F=6.63, p<.001

*Reference: Diploma; † Reference: Shift work or others; ‡ Reference: No; §Reference: Tertiary hospital.

4. 간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인

간호사의 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인을 파악하기 위하여 다변량 선형회귀분석을 시행하였다. 연구의 개념적 틀 내 주요 변수 및 단변량 분석에서 대상자 옹호와 유의한 검정통계량을 가진 변수들, 즉, 간호전문직관, 정치참여, 교육수준, 간호사로서의 근무경력, 근무형태, 기관 내 옹호부서의 유무, 근무지를 독립변수로 설정하였다. 독립변수들의 상관계수 범위는 .006~.539로 .9 이하였으며, 공차(tolerance) 범위는 .572~.927로 .1 이상이었고, 분산팽창계수(Variance Inflation Factor, VIF)범위는 1.079~1.750으로 10 미만이었으며, 상태지수 범위는 1.000~25.693으로 30 이하였고, 분산비율에서 독립변수간 0.5 이상 되는 경우가 없는 것으로 나타나 다중공선성에 문제가 없는 것으로 확인되었다. 다변량 선형 회귀분석 결과, 독립변수들의 대상자 옹호 설명력은 18.0%였으며, 간호

전문직관($\beta=.28, p<.001$), 정치참여($\beta=.15, p=.014$) 순으로 대상자 옹호에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Table 4).

IV. 논 의

의료환경 변화에 따른 간호사들의 사회적 역할에 대한 논의가 꾸준히 증가하고 있는 상황 속에서 대상자 옹호 개념에 대한 중요성은 계속적으로 대두되고 있다. 그럼에도 불구하고 대상자 옹호를 주요 개념으로 다룬 연구는 많지 않으며, 특히 국내 연구는 전무한 상태이다. 이에 본 연구는 대상자 옹호이론에 근거하여 상급종합병원, 종합병원, 보건소에서 근무하는 간호사들의 대상자 옹호 수준을 국내 최초로 경험적 수준에서 탐색하고, 근무 관련 특성 및 간호전문직관, 정치참여가 대상자 옹호에 미치는 영향을 분석하여 대상자 옹호를

촉진하기 위한 방안을 마련하고자 시도되었다.

본 연구에서 간호사의 대상자 옹호는 Bu와 Wu [9]가 개발한 대상자 옹호 태도 측정도구로 측정하였다. 제한적이거나 도구개발 논문 및 해외의 선행연구들과 본 연구의 대상자 옹호 수준을 비교했을 때 하위영역 중 미시사회적 옹호가 거시사회적 옹호보다 높게 나오는 동일한 패턴을 보이기는 하였으나 전체적인 대상자 옹호 정도는 선행연구[8,9,11]들보다 그 정도가 낮았다. 본 연구에서 대상자 옹호는 교육수준, 근무형태, 옹호부서의 유무에 따라 유의한 차이가 있었고 나이, 총경력 및 정적 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 교육수준을 살펴보면 석사 이상 교육수준의 간호사가 학사 간호사의 교육수준보다 대상자 옹호 정도가 높았다. 선행연구[8,9]에서 석사 이상의 교육수준 참여자가 약 29.0%~60.0%에 달했던 것에 비하여 본 연구에서 석사 이상의 학력을 가진 대상자는 약 7.0%에 불과했던 점, 선행연구들의 간호사 경력이 본 연구에 비하여 2배 이상 높았던 것[8] 등이 본 연구의 낮은 대상자 옹호를 설명하며, 기존 대상자 옹호와 함께 논의되어왔던 일반적 특성에 대한 근거를 뒷받침한다.

본 연구에서 대상자 옹호에 영향을 미치는 가장 큰 요인은 간호전문직관으로 확인되었고, 이러한 결과는 뚜렷하지 않았던 간호전문직관과 대상자 옹호의 상관관계를 보여준다. 또한, 최근까지의 질적연구에서도 간호사의 전문적인 영향력은 대상자 옹호의 촉진 요인으로 설명되는데[12] 본 연구는 간호전문직의 가치가 실제로 대상자를 보호하고 대변하는 활동을 촉진한다는 이론의 가정을 지지하는 결과를 보여주었다. 간호사의 간호전문직관은 주로 교육에 의해서 높아지는 것으로 보고되는데[13,14] 본 연구의 추가분석에서 교육수준에 따라 간호전문직관의 차이가 있던 것($F=4.56, p=.011$)은 이러한 선행연구를 뒷받침한다. 빠르게 변화하는 보건의료환경은 간호사들에게 더 많은 종류의 역량을 요구하고 있고 이에 따라 Institute of Medicine (IOM)과 간호계에서는 간호전문직 역량을 강화하기 위하여 간호사의 교육 수준을 향상시킬 것을 주장해왔다[14-16]. 제도화된 학습과 임상경험을 통해 간호전문직관을 높일 수 있다는 선행연구[17,18]를 토대로 보수교육 및 대학원 교육과 같은 계속 교육의 기능이 더욱 강화된다면 궁극적으로 대상자 옹호의 촉진에 기여할 수 있을 것이다. 전문직관 향상을 위한 교육의 콘텐츠를 구성하는데 있어서는 간호전문직관의 하위영역 점수를 고려할 필요가 있다. 하위영역을 살펴보았을 때 점수가 가장 높은 영역은 간호전문성의 영역이었고 가장 낮은 영역은 간호의 독자성 영역이었다. 간호의 자율성이 확보되지 않는 환경은 대상자 옹호에 있어 방해요인으로 언급되며[19,20] 본 연구결과 역시 옹호자인 간호사

개인의 전문직관이라는 역량이 무엇보다 중요한 것으로 드러났다. 그러나 가장 최근까지의 질적인 탐구에서도 옹호자 개인의 역량이라는 주관적 특성은 직장에서 낙인 찍힘에 대한 두려움과 환자 및 동료로부터의 부정적인 피드백에 의해 부정적 영향을 받는 것으로 나타났다[21]. 결과적으로 간호전문직관은 개별 간호사의 역량으로만 보기에는 제한적이며 환자, 동료, 근무환경과의 상호작용 사이에서 의사소통 기술과 대인관계 기술, 전문직간 팀워크를 포함하는 것으로 다뤄져야 할 것이다.

정치참여는 대상자 옹호에 영향을 미치는 두 번째로 큰 요인으로 확인되었다. 각종 윤리강령에서 보이는 정책 옹호로서의 대상자 옹호와 실무 차원에서 다루지는 대상자 옹호가 합의되지 않는 현 시점에서[22], 이러한 결과는 정치참여가 효과적인 대상자 옹호를 위하여 함께 고려되어야 하는 요인임을 주장하는 근거가 된다. 본 연구에서 간호사들의 정치참여 수준은 간호대학생 및 중소병원 간호사를 대상으로 같은 도구를 이용하여 측정한 정치참여[11,23]보다 낮았다. 정치참여는 정치지식을 축적하고 정치정보를 모으는 것 뿐만 아니라 정치효능감과 정치 상호작용의 확대와 동반되어야 하는 정치적 역량의 속성으로[24], 간호사 개인적 차원에서 그 역량을 키우는 것에는 한계가 있다. 따라서 전문직 단체의 조직화된 정치참여나 연구자 집단의 체계적 문헌고찰이나 메타 분석 결과가 공공정책과 입법에 영향을 미치도록 하는[25] 실제적인 활동들이 강화될 필요가 있다. 가임기 여성 및 소아를 위하여 ANA를 포함한 연합체에서 의료폐기물 소각 시 생성될 수 있는 화학물질의 위험을 알리고 새로운 폐기물 관리방법 사용에 대하여 캠페인을 벌인 것[26], 미국방문간호사협회 (Visiting Nurse Associations of America, VNAA)의 주도로 취약계층 사례관리를 통해 의료급여 체계 변화를 이끌어내거나[27] 지역사회 정부부처, 재단, 연구자가 함께 연구 및 근거를 기반으로 한 금연정책을 옹호함으로써 지역사회의 흡연율을 감소시킨 것[28] 등의 활동들이 그것이다. 앞선 사례들처럼 전문직 단체 차원에서 간호사들의 잠재적인 정치참여를 이끌어냄으로써 궁극적으로 간호사 개인의 정치적 역량을 강화할 수 있어야 할 것이다.

본 연구는 대상자 옹호 이론에 기반하여 진행함에 따라 다기관에서 자료수집을 하였고 근무환경에 대한 변수들을 측정하였으나 대상자 옹호의 거시사회적 영향요인을 검증하지는 못하였다. 본 연구에서 대상자 옹호는 근무형태, 기관 내 대상자 옹호부서의 유무에 따라 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으나 다변량 선형회귀분석을 통한 보정 후 결과에서는 유의하지 않은 것으로 나타났다. 또한 근무기관의 형

태 역시 대상자 옹호에 영향을 주는 요인이 아닌 것으로 확인되었다. 이러한 결과는 연구대상자의 선정이 국내 최대 규모의 도시에서 편의 표출된 선택 편견과 전국민 건강보험이라는 국내의 특수한 의료정책이 반영되지 않은 측정도구의 제한점으로 인한 것으로 생각된다. 더불어 대상자 옹호 촉진 환경과 건강격차 상황을 반영할 도구와 대표적인 변수가 없는 상황 속에서 연구자가 사용한 측정변수의 타당도가 떨어졌던 것으로 생각된다. 대상자 옹호 이론에서 건강격차 상황은 경제적 빈곤, 건강서비스의 접근성 등으로 표현되었으나 서울시 일개 지역에 대하여 행정동별 표준화 사망비 격차를 살펴본 연구[29]에서 보건의료 접근성의 영향요인보다는 계층간 격차가 지역별 격차를 더 반영하는 것으로 나타났다. 또한 소득계층에 따라, 의료기관 종류에 따라 의료서비스 이용의 형평성을 분석한 연구[30]에 의하면 건강보험의 적용률이 낮은 경우를 제외하고 수평적 형평성이 유지되었다. 따라서, 국내의 실정에 맞는 개념 적용을 통한 재연구를 통해 이론의 거시사회적 요인의 추가적 검증이 필요할 것으로 생각된다.

지금까지 대상자 옹호 관련 연구는 현상을 탐구하는 질적 연구에 그치고[12,20,21] 개념의 조작화를 통하여 간호사를 대상으로 진행된 연구는 아직 부족하여, 선행연구결과를 토대로 본 연구의 결과를 해석하는 데 제한점이 있었다. 본 연구는 대상자 옹호 이론을 토대로 대상자 옹호의 미시사회적 요인 차원에서 간호전문직관과 정치참여와의 관련성을 확인한 초기 단계의 연구로, 지속적인 반복연구를 통하여 개념간의 관계를 확인해가는 노력이 필요할 것이다. 또한, 다음과 같은 연구의 제한점으로 인해 결과 해석 및 활용 시 주의가 필요하다. 첫째, 표본오차와 관련된 제한점이다. 본 연구는 다양한 의료기관에서 일하는 간호사들을 대상으로 자료수집을 하였으나 상급종합병원 및 종합병원, 보건소만 포함하였고 병원 및 의원을 포함한 다양한 분야에 종사하고 있는 간호사들은 대상으로 하지 않아 간호사 전체로의 일반화는 어렵다. 이를 보완하기 위해서는 여러 기관의 간호사들을 대상으로 한 반복연구 등을 고려해야 한다. 둘째, 측정오차와 관련된 제한점으로 자기보고식의 방법으로 자료를 수집하였으므로 대상자 옹호의 실제 수행과는 차이가 있을 수 있다. 또한, 외국어 도구를 번안하거나 간호사를 대상으로 개발되지 않은 도구를 수정하여 사용하였으므로 타 연구에서 검증되었고 전문가 검토가 포함되었다 하더라도 한계가 있을 수 있다. 이러한 한계를 극복하기 위해서는 추후 측정도구들에 대한 타당도 및 신뢰도 평가가 필요하며 간호사를 대상으로 한 측정도구의 개발 역시 필요하다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 대상자 옹호 이론을 기반으로 한 개념적 기틀에 따라 상급종합병원, 종합병원, 보건소에서 근무하는 간호사들의 대상자 옹호 수준을 경험적 수준에서 탐색하고, 대상자 옹호에 미치는 영향요인을 확인하여 대상자 옹호를 촉진하기 위한 방안을 마련하고자 수행되었으며 국내 최초로 대상자 옹호 측정도구를 활용하여 간호전문직관, 정치참여와 대상자 옹호의 상관관계를 확인하고 대상자 옹호이론의 선행요인을 검토했다는 점에 의의가 있다. 본 연구의 결과 간호전문직관과 정치참여가 대상자 옹호에 영향을 미치는 요인임이 밝혀졌으며 간호전문직관 향상을 위한 교육적 노력과 정치참여 향상을 위한 전문직 단체 차원의 노력이 필요함이 확인되었다.

이러한 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언하고자 한다. 첫째, 실무적 측면에서 간호사들의 전문직관 및 정치참여 향상이 대상자 옹호의 구체적인 전략의 맥락에서 이해될 수 있도록 관련 교육들의 내용을 지속적으로 보완 할 것을 제언한다. 둘째, 정책적 측면에서 전문직 단체 차원의 대상자 옹호 프로그램 기획하고 개별간호사의 참여를 통하여 옹호 경험을 만들고 그에 따른 정치참여와 대상자 옹호로 이어지는 선순환을 만들어 낼 것을 제언한다. 셋째, 연구의 측면에서 향후 국내 간호현실에 맞는 대상자 옹호 도구의 개발 연구를 제언하며 그를 이용한 이론 검증을 위한 반복연구를 제언한다

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

참고문헌

1. Kim JH. A 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. Park BT. Changes in healthcare environment and hospital management insight. *Korea Journal of Hospital Management*. 2017;22(1):61-66.
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. Yeun EJ, Kwon YM, Ahn OH. Development of a nursing professional values scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2005;35(6):1091-1100. <https://doi.org/10.4040/jkan.2005.35.6.1091>
5. Arabi A, Rafii F, Cheraghi MA, Ghiyasvandian S. Nurses' policy influence: A concept analysis. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 2014;19(3):315-322.

6. Verba S, Nie NH. Participation in America: Political democracy and social equality. Chicago: University of Chicago Press; 1987. 539 p.
7. Cho KC. A content analysis of the advocacy concept perceived by nurses at nursery room. *Child Health Nursing Research*. 1996;2(1):13-26.
8. Josse-Eklund A, Petzäll K, Sandin-Bojö AK, 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>
9. Bu X, Wu YW. 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>
10. Jun SY, Ko IS, Bae KR. Political interest, political efficacy, and media usage as factors influencing political participation in hospital nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing Administration*. 2014;20(3):342-352. <http://doi.org/10.1111/jkana.2014.20.3.342>
11. Barrett-Sheridan SE. A quantitative correlational study of political behavior and attitudes of nurses toward macro-social patient advocacy [dissertation]. Phoenix(AZ): University of Phoenix; 2009. p. 1-278.
12. Laari L, Duma SE. Facilitators of the health advocacy role practice of the nurse in Ghana: A qualitative study. *Health Science Reports*. 2021;4(1):e220. <https://doi.org/10.1002%2Fhshr.2.220>
13. Sibandze BT, Scafide KN. Among nurses, how does education level impact professional values?: A systematic review. *International Nursing Review*. 2018;65(1):65-77. <https://doi.org/10.1111/inr.12390>
14. Aiken LH, Cheung RB, Olds DM. Education policy initiatives to address the nurse shortage in the United States. *Health Affairs*. 2009;28(Suppl 3):w646-w656. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.4.w646>
15. Park HI, Park KM, Lee KH. The correlation between nursing professional values and job satisfaction depending on the types of visiting nurses' personality. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*. 2012;21(2):77-86. <https://doi.org/10.5807/kjohn.2012.21.2.77>
16. Institute of Medicine (US). Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing. The future of nursing: Leading change, advancing health. Washington(DC): National Academies Press; 2011.
17. Ham YS, Kim HS. Comparison of factors affecting nursing professionalism perceived by nursing students anticipating graduation according to nursing educational system. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing*. 2012;19(3): 363-373. <https://doi.org/10.7739/jkafn.2012.19.3.363>
18. Bindon SL. Professional development strategies to enhance nurses' knowledge and maintain safe practice. *AORN Journal*. 2017;106(2):99-110. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.002>
19. Cramer ME. Factors influencing organized political participation in nursing. *Policy, Politics, & Nursing Practice*. 2002;3(2):97-107. <https://doi.org/10.1177/152715440200300203>
20. Negarandeh R, Oskouie F, Ahmadi F, Nikravesht M, Hallberg IR. Patient advocacy: Barriers and facilitators. *BMC Nursing*. 2006;5:3. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-5-3>
21. Nsiah C, Siakwa M, Ninnoni JP. Barriers to practicing patient advocacy in healthcare setting. *Nursing Open*. 2020;7(2):650-659. <https://doi.org/10.1002/nop.2436>
22. Kalaitzidis E, Jewell P. The concept of advocacy in nursing: A critical analysis. *Health Care Manager*. 2015;34(4):308-315. <https://doi.org/10.1097/hcm.0000000000000079>
23. Jun SY, Ko IS, Lee JH. Influencing factors of SNS usage, political interest and political efficacy on political participation in nursing students of university. *Health and Social Science*. 2015;38:69-93.
24. Han NK, Kim GS. Concept development of political competence for nurses. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2020;50(1):81-100. <https://doi.org/10.4040/jkan.2020.50.1.81>
25. Mason DJ. Policy & politics in nursing and health care. 7th ed. St. Louis(MO): Elsevier Saunders; 2016. p. 241-244.
26. Challenging the 'rights' of chemicals: Environmental activism that involves thinking like a nurse. *American Journal of Nursing*. 2004;104(8):94-95.
27. Christopher MA, Duhl J, Rosati RJ, Sheehan KM. Advocacy for vulnerable patients: How grassroots organizations can influence health care policy. *American Journal of Nursing*. 2015;115(3):66-69. <https://doi.org/10.1097/01.naj.0000461810.34602.58>
28. Garcia LB, Hernandez KE, Mata H. Professional development through policy advocacy: Communicating and advocating for health and health equity. *Health Promotion Practice*. 2015;16(2):162-165. <https://doi.org/10.1177/1524839914560405>
29. Kim HY, Choi JM. Health inequality of local area in Seoul: Reinterpretation of neighborhood deprivation. *Journal of the Korean Association of Regional Geographers*. 2014;20(2): 217-229.
30. Kim GG. The equity in health care utilization: A decomposition considering the type of health care providers. *Social Science Research(Kyungsung University Social Science Research Institute)*. 2012;28(3):205-226.