



Review Article

치과위생사 윤리강령의 자율성과 사회적 책무: 국제 비교 내용분석

이선미^{ID}

동남보건대학교 치위생학과

Autonomy and social responsibility in dental hygienists' codes of ethics: an international comparative content analysis

Sun-Mi Lee^{ID}

Department of Dental Hygiene, Dongnam Health University

Corresponding Author: Sun-Mi Lee, Department of Dental Hygiene, Dongnam Health University, 50 Cheoncheon-ro 74-gil, Jangan-gu, Suwon-si, Gyeonggi-do, Korea. Tel:+82-31-249-6505, Fax:+82-31-249-6500, E-mail:ism712002@dongnam.ac.kr

ABSTRACT

Objectives: This study compared the codes of ethics for dental hygienists in the United States (2024), United Kingdom (2014), Canada (2024), Korea (2004), and the International Federation of Dental Hygienists (2023), focusing on the distribution of autonomy (A) and social responsibility (S). **Methods:** A comparative content analysis was conducted using the most recent officially published versions available on the websites of each issuing body's website as of January 2025, verified by the stated revision year. Independent ethical items were coded into A or S categories according to predefined operational criteria. A total of 80 ethical items were identified and analyzed based on their frequencies and proportions. **Results:** The United States(12 A, 11 S; A:S = 1.1:1) and the United Kingdom(4 A, 5 S; 0.8:1) showed relatively balanced distributions. Canada(9 A, 21 S; 0.4:1), IFDH (3 A, 8 S; 0.4:1), and Korea(2 A, 5 S; 0.4:1) demonstrated social responsibility-dominant patterns. **Conclusions:** The findings indicate variations in value distribution and structural composition among national and international codes, providing empirical evidence for further discussion on ethical frameworks in dental hygiene.

Keywords: Codes of ethics, Dental hygienists, Licensure, Personal autonomy, Social responsibility

주요어: 윤리강령, 치과위생사, 면허제도, 자율성, 사회적 책무

서론

현대 사회에서 과학기술과 의학의 발전은 인류의 건강 수준 향상과 생명 연장에 크게 기여하였으나, 동시에 보건의료 현장에서는 복잡하고 다양한 윤리적 갈등과 딜레마가 빈번하게 발생하고 있다. 특히 환자와의 신뢰를 기반으로 하는 보건의료인은 일반 직종에 비해 높은 수준의 도덕적 책임과 윤리 기준을 요구받는다. 이에 따라 윤리강령(Codes of ethics)은 전문직 집단의 규범적 기준을 명문화함으로써 임상에서의 윤리적 의사결정의 근거를 제공하고, 궁극적으로는 환자 보호와 의료 서비스의 질 향상에 기여하는 중요한 수단으로 기능한다[1].

치과위생사는 구강 질환의 예방과 공중보건 증진을 주된 업무로 하는 보건의료 전문직으로, 환자의 민감한 의료정보에 접근한다는 직무 특성상 윤리적 책무의 엄정성이 특히 강조된다[2]. 치과위생사 윤리강령은 일반적으로 '자율성(Autonomy, A)'과 '사회적 책무(Social responsibility, S)'라는 두 가지 축을 중심으로 구성된다. 자율성은 환자의 자기결정권, 정보 접근 및 동의권, 비밀보장 등과 관련되며, 사회적 책무는 공공의 구강건강 증진, 형평성, 직업윤리, 지역사회 기여 등을 포괄하는 가치로 정의된다[3].

그러나 윤리강령의 형식과 구성은 국가별로 상당한 차이를 보이고 있으며, 이는 제정 주체의 성격, 보건의료제도의 구조, 전문직 위상, 문화적 윤리관 등 다양한 요인에 의해 결정된다[4]. 예를 들면 미국(American dental hygienists' association, ADHA)과 영국(General dental council, GDC)은 윤리강령 내 자율성과 사회적 책무의 균형을 중시하는 구조를 보이는 반면, 캐나다(Canadian dental hygienists association, CDHA), 국제기구(International federation of dental hygienists, IFDH), 한국(Korean dental hygienists association, KDHA)은 공공성, 형평성, 사회적 책무를 중심으로 한 구조가 보다 강하게 나타난다[1,3,5-7]. 이러한 차이는 단순히 규범의 내용 차원이 아니라, 윤리 담론의 구조적 방향성과 전문직 정체성의 사회적 반영이라는 점에서 분석이 필요하다.

본 연구는 위와 같은 문제의식에 기반하여, 치과위생사 윤리강령을 제정한 주요 국가 및 국제기구 가운데 제도적 성숙도와 비교 가능성이 높은 미국, 영국, 캐나다, 한국, 그리고 세계치과위생사연맹(IFDH)을 분석 대상으로 선정하였다. 이들은 각각 강령 제정 주체의 법적 권위, 보건의료체계의 공공성·민간성 비중, 치과위생사의 제도적 위상, 윤리강령의 구체성과 구조 측면에서 상이한 특성을 보이며, 이러한 상이성은 윤리 가치의 편중과 균형 구조를 제도적 맥락 속에서 비교 분석할 수 있는 기반이 된다. 특히 IFDH는 국가 간 윤리 기준의 공통 분모를 가늠할 수 있는 참조 지점으로 기능하며, 분석의 범위를 국제적 수준으로 확장하는 데 의미를 갖는다[8].

그럼에도 불구하고 기존 연구들은 윤리강령의 조항을 단순 나열하거나 특정 국가에 국한된 규범적 논의에 머무르는 경우가 많으며, 자율성과 사회적 책무라는 가치 구조에 초점을 맞춘 국가 간 비교 연구는 부족하다. 따라서 본 연구는 미국, 영국, 캐나다, 한국 및 세계치과위생사연맹(IFDH)의 치과위생사 윤리강령을 대상으로 자율성과 사회적 책무라는 가치 축에 따라 조항을 체계적으로 코딩하고, 각 강령의 가치 분포와 구조적 특성을 비교·기술하는 것을 목적으로 한다. 본 연구는 가치 항목의 빈도 및 구성 양상을 중심으로 윤리강령의 구조적 경향을 탐색적으로 분석하며, 이를 통해 국가 간 윤리 체계의 차이를 설명하기 위한 기초자료를 제공하고자 한다.

연구방법

1. 연구 대상 및 방법

본 연구는 미국(ADHA), 영국(GDC), 캐나다(CDHA), 한국(KDHA), 국제기구(IFDH)에서 발표한 치과위생사 윤리강령 문서를 분석 대상으로 하였다. 각 문서는 2025년 1월 기준 각 기관의 공식 웹사이트에 게시된 최종 개정판을 확인하여 연구에 사용하였다[1,3,5-7].

국제기구인 세계치과위생사연맹의 윤리강령은 국가별 법령 기반 규정과는 성격이 상이한 국제적 권고 문서이다. 따라서 본 연구에서는 세계치과위생사연맹을 개별 국가와 동일한 제도적 비교군으로 간주하기보다는, 국제적 윤리 기준의 준거를 제공하는 참조 문서로 포함하였다. 세계치과위생사연맹 분석 결과는 국가 간 가치 분포를 해석하는 데 보조적 기준으로 활용하였다.

연구 방법은 문헌 내용 분석(Content analysis)을 활용한 질적 코딩 기반의 정량적 비교 분석이다. 각국 윤리강령을 사전에 정의한 조작적 가치 분류 체계에 따라 분석하고, 자율성(A)과 사회적 책무(S) 범주별 항목 수와 전체 대비 비율을 산출하여 국가 간 분포를 비교하였다.

2. 연구 도구

분석 자료로는 각국 공식 기관의 윤리강령 원문을 사용하였으며, 의료체계 유형 관련 자료는 해석의 맥락화를 위해 각국 공식 보건 보고서 및 정책자료를 참고하였다[9-12]. 자율성(A)과 사회적 책무(S)의 두 상위 가치 범주로 구성된 코딩 프레임을 적용하였다. 분석 단위는 윤리강령 문서에서 독립적인 규범적 의미를 갖는 최소 단위의 진술로 정의하였다. 이는 원칙이나 조항의 제목이 아니라 실제 행위 기준이나 의무를 규정하는 문장 수준의 규범 진술을 의미한다. 하나의 원칙 내에 복수의 규범 진술이 포함된 경우 각각을 분리하여 독립 단위로 코딩하였으며, 서문이나 설명적 문장은 분석에서 제외하였다.

자율성(A)은 개인 환자의 권리 보호와 직접적으로 관련된 가치로 정의하였으며, 자기결정권 보장, 정보 제공, 유효한 동의, 비밀보장, 환자 참여 등을 포함하였다. 사회적 책무(S)는 공공의 이익과 전문직의 사회적 책무와 관련된 가치로 정의하였으며, 공중보건 증진, 형평성, 위험 보고, 전문성 유지, 연구·근거 기반 실천 등을 포함하였다. 이러한 범주 설정은 선행 보건윤리 이론과 관련 연구를 참고하여 구성하였다[3].

각 규범 진술은 원칙적으로 단일 범주(A 또는 S)로 분류하였다. 자율성과 사회적 책무 요소가 동시에 포함된 경우에는 해당 진술의 주된 규범적 목적을 기준으로 분류하였다. 동일 문장 내에서 독립적 의무가 병렬적으로 제시된 경우에는 문장을 분절하여 각각 별도 단위로 코딩하였으며, 중복 코딩은 허용하지 않았다.

코딩은 보건윤리 및 치위생학 전공 연구자 2인이 독립적으로 수행하였다. 전체 자료에 대해 Cohen's kappa 계수($\kappa = 0.87$, 2개 범주 분류 기준)를 산출하였다. 불일치 사례는 연구자 간 합의를 통해 최종 확정하였다. 최종 분석에 포함된 독립적 규범 진술은 총 80개였다.

국가별 윤리강령은 문서 분량, 구조, 서술 방식에서 차이를 보였으나, 본 연구는 '규범 진술' 단위를 기준으로 분석 수준을 표준화하여 비교하였다. 다만 문서 길이나 제도적 권한 차이를 반영한 정규화 분석은 수행하지 않았으므로, 항목 수 및 A/S 비율 비교는 가치 분포의 상대적 경향성을 보여주는 기술적 지표로 해석되어야 한다. 이는 본 연구의 방법론적 한계로 간주된다.

3. 분석

각 국가 및 국제기구의 윤리강령을 자율성(A)과 사회적 책무(S) 두 가치 축에 따라 코딩하고, 항목별 빈도 및 전체 조항 대비 비율을 산출하였다. 자율성(A)과 사회적 책무(S)간의 상대적 균형 정도는 두 가치의 비율 차이를 절대값으로 환산한 비대칭성 지표를 통해 정량적으로 평가하였다. 분석 결과는 윤리강령의 제정 주체와 구성 체계, 가치 분포 및 균형 구조, 세부 윤리의무 수준, 보건의료제도 특성과의 관계, 적용 관계별 책무 영역 등을 비교한 다섯 개의 표를 중심으로 제시하였다.

연구결과

1. 치과위생사 윤리강령의 국가별 개요

각국 치과위생사 윤리강령의 제정 주체, 법적 구속력, 문서 분량, 가치 구성체계를 종합적으로 비교하였다<Table 1>. 영국의 윤리강령(Standards for the dental team)은 법정 규제기관인 GDC(General dental council)가 제정한 문서로, 위반 시 면허 정지 등의 행정 제재가 가능하며 법적 구속력을 갖는다. 반면 미국(ADHA), 캐나다(CDHA), 한국(KDHA)의 윤리강령은 직능협회가 제정한 자율규범으로, 회원에게 윤리적 의무는 부과되지만 국가 차원의 직접적 제재 수단은 마련되어 있지 않다. 세계치과위생사연맹(IFDH)의 윤리강령은 국가 간 지침의 조화를 목표로 한 권고문 형식으로, 법적 효력은 없다.

문서의 분량과 구체성 측면에서 영국(GDC) 문서는 총 98페이지에 걸쳐 9개 원칙을 조항별로 상세히 기술하고 있어, 규제기관 문서다운 높은 수준의 구조화와 실천 지침을 제공한다. 이에 비해 미국 ADHA의 윤리강령은 9페이지 분량으로, 6개 핵심 가치와 7개 이해당사자 책무 영역을 제시하며 중간 수준의 세부성을 보인다. 캐나다 CDHA 윤리강령은 16페이지로 구성되며, 5개의 윤리 원칙과 함께 실제 임상 적용을 위한 구체적인 실천 지침을 포함한다. 세계치과위생사연맹(IFDH)은 6페이지 분량에 4대 핵심가치를 담고 있으며, 한국 KDHA 윤리강령은 선언적 특성이 강한 1페이지 분량의 문서로 구성되어 있다.

Table 1. Overview of codes of ethics by country: document-level content analysis of structural and regulatory characteristics

Country (document title)	Year enacted / latest revision	Issuing body	Legal enforceability	Core ethical structure	Length (pages)	Key structural characteristics
United states (ADHA code of ethics)	2024	ADHA	Self-regulation (membership obligation)	6 core values 7 areas of responsibility	9	Balanced emphasis on autonomy and social responsibility (A:S = 1:1)
United kingdom (GDC standards for the dental team)	2014 (current)	GDC	Legal obligation (licensure requirement)	9 principles	98	Issued by a regulatory authority, subject to license suspension
Canada (CDHA code of ethics)	2024	CDHA	Self-regulation	5 ethical principles	16	Equity and public health focused, S-dominant ethical framework
International (IFDH code of ethics)	2023	IFDH	Recommended guideline (non-binding)	4 core values	6	International guideline-oriented purpose, strong emphasis on social responsibility
Korea (KDHA code of ethics)	2004	KDHA	Self-regulation	7 declarative articles	1	Community-centered principles, insufficient articulation of autonomy

ADHA: American dental hygienists' association; GDC: General dental council; CDHA: Canadian dental hygienists association; IFDH: International federation of dental hygienists; KDHA: Korean dental hygienists association.

Document length refers to the total number of pages in the officially published PDF, including appendices and references where applicable. Structural components reflect the number and organizational categories of core ethical principles as explicitly labeled in each source document, without researcher-imposed reclassification.

2. 자율성(A) / 사회적 책무(S) 항목별 빈도 및 비율 비교

본 분석은 모든 국가 윤리강령에 대해 동일한 ‘규범 진술’ 단위를 적용하여 코딩하였으며, 단일 범주 분류 원칙과 동일한 판정 기준을 유지하였다. 최종 분석에 포함된 독립적 규범 진술은 총 80개였다. A/S 비대칭성 지표는 자율성(A) 항목 수를 사회적 책무(S) 항목 수로 나눈 비율(A:S)로 산출하였다. 값이 1에 근접할수록 균형적 분포로 해석하였다.

분석 결과, 각 문서는 환자의 개인 권리와 공공보건·전문직 책무 사이에서 어떤 가치에 상대적으로 더 무게를 두고 있는지를 분명히 보여주었다. 미국(ADHA)의 윤리강령은 자율성 관련 항목(12개: 존엄성, 자기결정, 비밀보장 등)과 사회적 책무 항목(11개: 지역사회 책무, 공공신뢰 등)이 거의 동일하여 A:S = 1:1의 균형형 구조를 나타냈다. 영국(GDC) 윤리강령도 9개 원칙 가운데 자율성과 사회적 책무 항목이 각각 4개와 5개로 구성되어 균형형 기준 하한에 근접한 분포(A:S = 0.8:1)를 보이며, 환자 보호와 공공 안전을 동등하게 강조하는 법정 규제기관의 특성이 반영되어 있다.

반면, 캐나다(CDHA)는 형평성, 사회정의, 공공보건 책무 등 사회적 책무 관련 조항이 21개로, 자율성 항목(9개)의 2.3배 분포하여 사회적 책무(S) 중심의 강제 구조를 보였다. 이는 최근 윤리강령 개정 시 사회정의 의제를 적극 반영한 결과로 해석된다. 국제기구인 세계치과위생사연맹(IFDH)도 자율성 항목 3개, 사회적 책무 항목 8개로 구성되어 광범위한 사회적 책무를 요구하는 국제적 윤리 기준의 특성을 드러냈다. 한국(KDHA)의 윤리강령은 자율성 관련 조항이 2개에 불과한 반면, 국민 구강건강증진, 직무 충실, 직업권익 등 사회적 책무 조항이 5개로 구성되어 S 강제형 구조를 보였다. 이는 전문직 단체가 자율 규제를 제정하면서 공동체적 책무를 상대적으로 더 강조한 결과로 볼 수 있다<Table 2>.

Table 2. Comparison of autonomy and social responsibility item distribution and structural types in dental hygienists’ codes of ethics by country

Country	No. of A Items	No. of S Items	A:S Ratio	Ethical structure type	Descriptive characteristics
United states	12	11	1.1:1	Balanced	Near-equal emphasis on patient rights (A) and public health responsibility (S)
United kingdom	4	5	0.8:1	Balanced-regulatory	Issued by a regulatory authority; parallel emphasis on risk management and patient protection
Canada	9	21	0.4:1	S-dominant	Strong emphasis on diversity, equity, and inclusiveness; public health-centered, socially oriented framework
IFDH	3	8	0.4:1	S-dominant	Includes environmental and global public health perspectives; emphasizes universal ethics
Korea (KDHA)	2	5	0.4:1	S-dominant	Focus on promotion of national health; limited articulation of autonomy-related items

A (autonomy): Individual-centered values, including patient choice, protection of information, and autonomous professional judgment; S (social responsibility): Community-oriented values, including public health, equity, collaboration, and social accountability; KDHA: Korean Dental Hygienists Association.

Each independent provision or item within a code of ethics was treated as a single coding unit. Classification was based on the title and substantive content of each provision. When a provision addressed both A and S values, it was assigned to the category reflecting its dominant content. The Ethical Structure Type was determined by the A:S ratio: “Balanced” for ratios between 0.8 and 1.2, “S-dominant” for ratios of 0.5 or below, and “Balanced-Regulatory” for balanced documents issued by a statutory regulatory authority with legal enforceability.

3. 자율성 및 사회적 책무 관련 세부 의무의 수준 비교

<Table 3>은 1차 코딩 결과인 자율성(A)과 사회적 책무(S)의 두 가지 축을 세분화하여, 각 윤리강령이 어떤 세부 의무를 얼마나 구체적으로 기술하고 있는지를 분석한 결과를 제시하였다. 기술 수준은 ‘상세(●)’, ‘간략(○)’, ‘미언급(-)’의 세 단계로 분류하였다.

미국(ADHA)과 영국(GDC)의 윤리강령은 유효한 동의, 정보·비밀 보호, 환자 참여 등 자율성 관련 의무를 상세히 규정함과 동시에, 팀 협업, 위험 보고, 전문성 개발과 같은 사회적 책무 항목도 충실히 기술하여 양 축의 균형이 유지된 구조를 보였다. 이러한 구체성은 앞서 확인된 항목 비율(A:S=1:1)과도 일치한다.

반면 캐나다(CDHA)와 세계치과위생사연맹(IFDH)의 윤리강령은 공중보건 증진, 형평성, 연구·근거 기반 실천 등 사회적 책무 항목에서 상세한 서술이 두드러지는 반면, 자율성 항목은 간략히 언급되거나 부재하였다. 이 역시 A:S 비율이 0.4:1로 기울어진 이전 분석 결과를 세부 수준에서 다시 확인해 주는 형태이다. 두 윤리강령 모두 공공성, 사회 정의, 글로벌 책무를 중시하는 정책적 방향성이 반영된 것으로 해석된다.

한국(KDHA) 윤리강령은 국민 구강건강 증진과 전문성 개발 항목만을 일부 언급하고 있으며, 환자 참여, 위험 보고, 연구 윤리 등 자율성 및 안전 관련 의무는 대부분 포함되어 있지 않았다. 이는 사회적 책무 중심의 강제 구조를 더욱 뚜렷하게 드러내며, 자율성 관련 조항의 구체화가 필요함을 시사한다.

Table 3. Comparison of levels of specific ethical obligations in dental hygienists' codes of ethics

Primary value-specific obligations	ADHA	GDC	CDHA	IFDH	KDHA
Autonomy (A)					
- Informed consent	●	●	○	○	○
- Protection of information and confidentiality	●	●	○	○	○
- Patient participation in decision-making	●	●	○	—	—
Social responsibility (S)					
- Promotion of public health	○	○	●	●	●
- Equity	○	—	●	●	○
- Interprofessional collaboration within the dental team	○	●	●	○	○
- Reporting complaints and risks	○	●	○	—	—
- Professional development	●	●	●	○	●
- Research- and evidence-based practice	○	○	●	●	—

ADHA: American dental hygienists' association; GDC: General dental council; CDHA: Canadian dental hygienists association; IFDH: International federation of dental hygienists; KDHA: Korean dental hygienists association.

● Detailed: Includes practice guidelines or specific examples within the provisions; ○ Brief: Limited to principle-level statements without practical guidance; — Not included: No relevant provisions identified.

Criterion: Independent coding of the full text of each national code of ethics by two researchers, followed by expert consultation. Detailed was defined as the presence of three or more independent normative statements that included explicit behavioral guidance. Brief was defined as one to two general references without specific operational criteria. Not included indicated the absence of relevant normative statements. Final ratings were determined through consensus between the two coders.

4. 보건의료제도 유형과 윤리강령 가치 구조(A:S)의 상관성

앞서 <Table 2>에서 제시한 자율성(A)과 사회적 책무(S)의 항목 분포는 각국 윤리강령의 가치 구성 방향을 정량적으로 보여주었다. 그러나 이러한 분포는 단순한 문서 구성 차원을 넘어, 보건의료체계 유형과 윤리강령 제정 주체와의 구조적 관계 속에서 해석될 필요가 있다. 이에 <Table 4>에서는 자율성(A)-사회적 책무(S) 가치 분포를 기반으로, 각국의 의료체계와 윤리강령 발행 주체와의 상관성을 비교하였다.

분석 결과, 캐나다와 한국은 공공 단일보험 체계를 운영하면서 직능협회가 윤리강령을 제정하고 있으며, 이들 문서는 공중보건 증진, 형평성, 직업적 책무 등 사회적 책무 조항을 상대적으로 풍부하게 기술하고 자율성 조항은 최소화하는 S 강세형 구조(A:S = 0.4:1)를 보였다. 이러한 경향은 공공재원 부담이 큰 체계에서 직능단체가 사회 환원과 형평성을 핵심 윤리 가치로 부각한 결과로 해석된다.

반면 미국과 영국은 혼합형 또는 민간우위의 의료재정 구조를 기반으로 하면서, 윤리강령에서 자율성과 사회적 책무 항목이 비교적 균형 있게 배분되어 있다(미국 A:S = 1.1:1, 영국 A:S = 0.8:1). 특히 영국의 경우, 법정 규제기관(GDC)이 발행한 윤리강령은 유효한 동의, 정보보호 등 환자 권리 조항과 위험 보고, 팀 협업 등 공공 책무 조항을 모두 상세히 포함하여 구조적으로 대칭적인 분포를 보인다.

이러한 결과는 의료재원 구조만으로는 윤리 가치 분포의 차이를 충분히 설명할 수 없으며, 윤리강령 제정 주체의 성격이 보다 결정적인 변수로 작용함을 시사한다. 규제기관이 제정한 윤리강령은 면허 관리 및 국민 신뢰 확보를 목적으로 자율성 조항을 비중 있게 유지하는 반면, 직능협회가 자율 규제를 마련할 경우 사회적 책무와 전문직 윤리 항목을 상대적으로 강조하는 경향이 나타난다.

Table 4. Relationship between healthcare system types and ethical value structures (A:S) in codes of ethics

Country	Type of healthcare system	Issuing body	A:S Ratio [†]	Ethical structure type	Summary
United states	Mixed system centered on private insurance	Professional association	1.1 : 1	Balanced	Strong emphasis on both autonomy and social responsibility
United kingdom	NHS-based public system with public-private hospitals	Statutory regulatory authority	0.8 : 1	Balanced-regulatory	Parallel emphasis on patient protection and risk management
Canada	Single-payer public insurance with supplementary private sector	Professional association	0.4 : 1	Social responsibility (S)-dominant	Strong emphasis on equity and public accountability
Korea	Single public insurance with public-private mixed provision	Professional association	0.4 : 1	Social responsibility (S)-dominant	Emphasis on public interest and professional accountability

A: autonomy; S: social responsibility.

[†]The A:S ratio was calculated by dividing the number of autonomy (A) items by the number of social responsibility (S) items, based on the item counts presented in Table 2.

Ethical structure classification criteria(researcher-defined based on ratio distribution):

A:S = 1.0 ± 0.2 → Balanced or near-balanced type;

A:S ≤ 0.5 → Social responsibility (S)-dominant type;

A:S ≥ 1.5 → Autonomy (A)-dominant type (not observed).

Healthcare system classification:

The type of healthcare system for each country was summarized based on official national health reports and internationally recognized policy documents, including reports by the Commonwealth Fund and the King’s Fund. Classification followed the standard typology distinguishing single-payer public systems, mixed public-private systems, and NHS-based models.

5. 국가별 윤리강령 적용 관계별 책무 영역 비교

본 연구는 각국 치과위생사 윤리강령에서 제시하고 있는 적용 관계별 책무 영역을 비교함으로써, 자율성(A)과 사회적 책무(S) 가치가 실제로 어떤 주체와 상황에 적용되는지를 보다 구체적으로 분석하였다. <Table 5>는 환자, 동료, 자기 자신, 사회/직업 등 네 가지 관계 범주에 따라 각 윤리강령이 강조하는 윤리적 책무의 내용을 정리하였다.

미국과 영국은 환자에 대한 ‘동의’, ‘정보제공’, ‘환자 최우선’ 등의 자율성(A) 가치가 두드러지며, 동료 간 협업과 갈등관리 등 실천적 지침도 구체적으로 포함되어 있다. 캐나다와 국제기구(IFDH)는 자율성보다는 형평성, 공공성, 협업, 환경 보호 등 사회적 책무(S) 항목을 중심으로 구성되어 있으며, 특히 국제기구는 인권, 지속가능성, 글로벌 윤리 책무까지 포괄하여 그 범위를 확장하고 있다.

한국 윤리강령은 ‘국민 구강건강 증진’, ‘직업 권익 보호’, ‘전문성 개발’ 등 집단적·공동체적 책무에 초점이 맞춰져 있으며, 전반적으로 사회적 책무 중심의 가치 체계를 반영하고 있다. 이는 앞선 항목 비율 및 세부 의무 분석 결과와도 일관되며, 한국 윤리강령이 자율성보다는 공동체 책무와 직업적 윤리를 우선시하는 구조적 특성을 지님을 다시 한번 확인할 수 있다.

Table 5. Ethical value themes by relational domain and country in dental hygienists' codes of ethics

Application relationship	United states	United kingdom	Canada	IFDH	Korea (KDHA)
Patients	Consent, safety, information provision	Principle of patient primacy	Autonomy and welfare centered	Emphasis on human rights and respect for choice	Promotion of national oral health; strong emphasis on preventive practice
Colleagues	Conflict management, knowledge sharing	Emphasis on teamwork	Cooperation and mutual respect	Cooperation and fair practice	Mandatory collaboration; emphasis on professional ethics and shared responsibility
Self-management	Integrity, healthy values	Maintenance of professionalism	Self-evaluation and continuous learning	Emphasis on lifelong learning and ethical autonomy	Professional competence development; reinforcement of professional identity
Society / Profession	Community engagement	Maintenance of public trust	Reporting obligations; social justice	Environmental protection and global responsibility included	Community participation; professional accountability; protection of professional rights

KDHA: Korean dental hygienists association.

Each cell summarizes the key ethical themes identified through content analysis of the explicit provisions and practice guidelines within each code of ethics. Coding was conducted at the level of individual provisions, and themes were included when explicitly stated in the source document. Researcher-interpreted paraphrasing was applied solely for conciseness, without altering the original meaning.

총괄 및 고안

본 연구는 미국, 영국, 캐나다, 한국 및 세계치과위생사연맹(IFDH)의 치과위생사 윤리강령을 대상으로 자율성(A)과 사회적 책무(S)의 가치 분포를 분석하고, 국가 간 윤리 구조의 차이를 비교함으로써 한국 윤리강령의 구조적 특성을 비교·검토하였다.

국가별 윤리강령은 제정 주체, 법적 효력, 문서의 분량 및 구성 수준 등에서 뚜렷한 이질성을 보였다. 미국(ADHA)의 윤리강령은 직능단체가 제정한 자율 규제임에도 불구하고 9페이지 분량에 6개 핵심 가치와 7개 이해당사자 책무영역을 포함하여 자율성과 사회적 책무를 균형 있게 포괄하고 있다[1]. 영국(GDC)의 윤리강령은 법정 규제기관이 제정한 문서로 98쪽에 달하며, 위반 시 면허 정지 등의 행정 제재가 가능한 강제력을 지닌다[6]. 반면 캐나다(CDHA)와 세계치과위생사연맹(IFDH)는 권고 수준의 윤리강령이지만, 최근 개정을 통해 형평성, 공공성, 글로벌 윤리 등 사회적 책무 영역을 구체화하고 있으며 [3,5], 한국(KDHA)은 1페이지 분량의 선언적 강령으로 구성되어 자율성과 실천지침 측면에서 상대적으로 제한적이다[7].

윤리강령 내 A:S 항목 비율을 비교한 결과, 미국(1.1:1)과 영국(0.8:1)은 균형형 또는 균형 근접형 구조를 보인 반면, 캐나다·세계치과위생사연맹·한국은 모두 0.4:1로 사회적 책무 중심의 강세형 구조를 보였다. 이는 보건의료체계와 윤리강령 제정 주체의 제도적 맥락이 가치 구조 형성에 일정 부분 관련될 가능성을 시사한다. 공공 단일보험체계를 운영하는 캐나다와 한국은 직능협회가 강령을 제정하며 사회적 책무와 공공보건의 항목이 강조되고, 자율성 항목은 축소되는 경향을 보였다. 반면 영국은 공공의료 기반(NHS)이지만 법정 규제기관(GDC)이 발행 주체인 경우, 자율성과 사회적 책무가 구조적으로 대칭되었다[4,6,9-11].

세부 조항 분석에서도 이 같은 경향은 반복되었다. 미국과 영국은 유효한 동의, 정보보호, 환자참여 등 자율성 항목과 공중보건, 위험보고, 팀 협업 등 사회적 책무 항목을 모두 상세하게 규정하고 있었다. 반면 캐나다와 세계치과위생사연맹은 형평성, 환경보호, 사회정의 등의 사회적 책무(S) 축을 중심으로 구성되어 있으며, 자율성(A) 항목은 간략하거나 일부 부재한 경우가 많았다. 한국 윤리강령은 구강건강 증진, 직업 권익 보호 등 사회적 책무(S) 항목 일부만 기술되어 있고, 자율성과 관련된 핵심 항목은 대부분 부재하였다.

적용 관계별 책무 구조 또한 유사한 양상을 보였다. 미국과 영국은 환자, 동료, 자기관리, 사회 등 4개 범주에 걸쳐 윤리적 책무를 고르게 기술

하고 있었으나, 한국 윤리강령에서는 ‘정보 제공’, ‘유효한 동의’, ‘비밀보장’과 같은 환자 권리 관련 항목이 독립된 조항으로 명시되어 있지 않으며, 구체적 실행 기준을 제시하는 규범 진술도 제한적으로 나타났다. 또한 적용 관계 구분에서 환자 범주가 명확히 구조화되어 있지 않았다. 이러한 특성은 한국 윤리강령이 집단 정체성과 직무 윤리를 중심으로 구성되어 있을 가능성을 시사하며, 환자 중심의 자율성 가치가 상대적으로 덜 강조되었을 수 있음을 보여준다. 이는 한국 윤리강령이 실천 현장에서의 구체적 판단 기준을 제시하는 기능보다는 선언적 원칙 제시에 보다 중점을 둔 문서 구조일 가능성을 시사한다.

한편, 윤리강령의 가치 분포에 영향을 미치는 요인으로서 의료보장 체계보다는 제정 주체의 법적 권위가 의료체계 유형보다 상대적으로 더 관련성이 있을 가능성을 시사하였다. 다만 본 연구는 텍스트 분포 분석에 근거한 탐색적 비교이므로 인과적 결론으로 일반화하기에는 한계가 있다.

그러나 국가 간 윤리강령의 가치 분포 차이는 단일 요인으로 설명되기 어렵다. 문서의 목적과 기능, 개정 주기, 규제 환경, 직역 범위 등 다양한 제도적·조직적 맥락이 복합적으로 작용했을 가능성이 있다. 예컨대 법정 규제기관이 발행한 윤리강령은 행정 책무와 환자 보호를 중심으로 구체적 의무를 명시하는 경향이 있을 수 있으며, 직능단체가 발행한 문서는 전문직 정체성과 직업적 가치 선언에 상대적으로 초점을 둘 가능성이 있다. 또한 최근 개정 여부에 따라 동시대 보건윤리 의제가 반영되는 수준에도 차이가 발생할 수 있다. 따라서 본 연구 결과는 특정 요인 하나로 설명하기보다는, 각국의 제도적 맥락을 함께 고려하여 해석할 필요가 있다. 미국과 한국은 모두 직능협회가 윤리강령을 제정하였으나, 미국은 윤리적 자율성과 사회 책무를 균형 있게 배분한 반면, 한국은 사회적 책무에 치우친 불균형 구조를 유지하고 있었다[1,4]. 이는 한국 윤리강령이 지난 20년간 개정되지 않았다는 제도적 정체성과도 무관하지 않다. 실제로 미국(2024), 캐나다(2024), 국제기구(2023)는 최근 강령을 개정하여 동시대 보건윤리 의제를 반영한 반면, 한국은 2004년 제정 이후 개정이 이루어지지 않고 있다[1,3,5,7].

본 연구는 문헌에 기반한 내용분석이라는 특성상 몇 가지 한계를 가진다. 첫째, 분석 대상이 윤리강령 문서에 국한되어 있어 실제 현장에서의 윤리강령 인식과 적용 수준에 대한 정성적 자료는 포함되지 않았다. 둘째, 자율성과 사회적 책무라는 이분법적 분석틀은 윤리적 가치의 복합성과 다층성을 충분히 반영하지 못하는 한계가 있다. 셋째, 각국 윤리강령 해석 과정에서 언어적 뉘앙스나 문화적 맥락이 온전히 반영되지 못했을 가능성이 있으며, 해당 국가 전문가 자문 등의 보완 절차는 수행되지 못하였다. 향후 연구에서는 이러한 한계들이 보완될 필요가 있다. 또한 국가별 문서 분량과 구성 방식의 차이로 인해 항목 수 및 A/S 비율은 절대적 우열이 아닌 가치 분포의 상대적 경향을 보여주는 지표로 해석되어야 한다.

그럼에도 불구하고 본 연구는 치과위생사 윤리강령을 단순한 문서가 아닌, 국가별 의료제도 및 직역 위상과 연동된 '윤리 가치 구조'로 분석하였다는 점에서 실천적 의미를 지닌다. 윤리강령의 발행 주체, 가치 배분 방식, 적용 관계별 책무 구조 등을 정량·정성적으로 비교함으로써 윤리 가치 구조의 국제적 다양성과 제도적 함의를 다각적으로 제시하였다.

한국 윤리강령의 실질적 개정 방향을 제시하자면, 첫째, ‘정보 제공’, ‘동의’, ‘비밀 보장’ 등 자율성 관련 항목을 독립된 조항으로 구체화하여 환자 권리 보호의 기준을 검토할 필요가 있다. 둘째, ‘위험 보고(Duty of candour)’와 같은 환자 안전 의무를 포함하는 조항을 신설함으로써, 예방 중심의 윤리 실천이 가능하도록 해야 한다. 셋째, 현재의 선언적 원칙 중심 구조를 실행지침 기반의 문서로 전환하여 실천 가능성과 책무성을 높이는 방향으로 고려할 수 있다. 이는 간호사[13], 임상병리사[14] 등 다른 보건 의료 전문직 윤리강령에서도 공통적으로 지적되고 있는 과제로, 최근 연구에서는 다양한 직종 간에 윤리 기준의 일관성과 환자 안전 가치의 강화 필요성이 제기되고 있다[15].

궁극적으로는 윤리강령 발행 주체의 제도적 권위 확보와 함께, 자율성과 사회적 책무의 균형 있는 가치 재설계, 그리고 실천 수준에 기반한 다층적 책무 구조가 병행되어야 할 것이다. 이러한 개정 방향은 협회를 중심으로 관련 학회 및 전문가 집단이 함께 참여하는 절차를 통해 추진될 때 제도적 정당성을 가질 수 있다. 이러한 방향성이 뒷받침될 때, 한국 치과위생사 윤리강령은 단순한 선언을 넘어 전문직 윤리체계로서 실질적 기능을 수행할 수 있을 것이다.

결론

본 연구는 미국, 영국, 캐나다, 한국 및 국제기구(IFDH)에서 발표된 치과위생사 윤리강령을 대상으로, 자율성(Autonomy)과 사회적 책무(Social responsibility)라는 가치 축을 기준으로 내용을 분석하고, 국가 간 윤리 구조의 차이를 비교하였다. 이를 통해 한국 윤리강령의 구조적 특성을 진단하고 향후 개정 방향에 대한 기초자료를 제시하고자 하였다.

연구 결과, 미국과 영국의 윤리강령은 자율성과 사회적 책무 가치가 1:1 또는 0.8:1의 비율로 균형적으로 분포되어 있었으며, 환자 권리와 공보건의 책무를 병행하여 상세히 기술하고 있었다. 특히 이들 국가는 강령의 제정 주체가 각각 직능협회(ADHA)와 국가 규제기관(GDC)으로 상

이함에도 불구하고, 실천 지침이 포함된 체계적 문서 구조를 유지하고 있었다.

반면 캐나다, IFDH, 한국은 모두 A:S 비율이 0.4:1 이하로 사회적 책무 중심의 강세형 구조를 보였으며, 특히 한국은 자율성 항목이 현저히 적고 선언적 문장 위주의 간략한 형식을 유지하고 있었다. 또한 윤리강령의 최신 개정 여부와 문서의 분량 및 구성 수준 역시 가치 배분에 영향을 미치는 구조적 요인으로 확인되었다.

한국의 윤리강령은 현재까지 개정이 이루어지지 않아, 자율성과 관련된 핵심 항목(동의, 정보 제공, 비밀 보장 등)이 부재하고 실천적 지침 또한 미비한 상태이다. 이는 치과위생사의 전문직 정체성과 환자중심 윤리 실천을 제도적으로 충분히 반영하는 데 제한이 있을 가능성을 시사한다. 향후 윤리강령 개정을 논의할 경우, 자율성과 관련된 핵심 항목의 구조화 및 실행 지침의 구체화를 함께 검토할 수 있을 것이다.

본 연구는 치과위생사 윤리강령을 단순한 규범 목록이 아닌 가치 구조의 관점에서 비교·분석하였으며, 국가 간 차이가 제도적 환경과 일정 부분 관련될 가능성을 제시하였다. 이러한 분석들은 윤리강령의 국제 기준과의 관계를 탐색적으로 검토하고, 향후 제도 개선 논의를 위한 기초자료로 활용될 수 있다.

다만 본 연구는 규범 진술을 분석 단위로 한 내용분석에 기반하고 있으며, 문서 분량과 구성 방식의 차이를 완전히 정규화하지 못한 한계가 있다. 또한 비교 대상이 일부 국가와 국제기구에 한정되어 있어 결과를 일반화하는 데에는 신중함이 요구된다. 따라서 본 연구의 결과와 제안은 가치 분포의 상대적 경향을 제시하는 탐색적 분석 범위 내에서 해석될 필요가 있다.

Notes

Author Contributions

Conceptualization: SM Lee; Data collection: SM Lee; Formal analysis: SM Lee; Writing-original draft: SM Lee; Writing-review&editing: SM Lee.

Conflicts of Interest

The authors declared no conflicts of interest.

Funding

This study was conducted with a research grant support from Dongnam Health University (2026).

Ethical Statement

This was not a human population study; therefore, institutional review board approval and informed consent were not required.

Data Availability

None.

Acknowledgements

None.

References

1. American Dental Hygienists' Association (ADHA). ADHA code of ethics [Internet]. ADHA [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.adha.org/>
2. Nam YO, Yoo JH. Education, certification system and extent of duty in dental hygienists of developed countries. *J Korean Soc Dent Hyg* 2014;14(4):453-62. <https://doi.org/10.13065/jksdh.2014.14.04.453>
3. Canadian Dental Hygienists Association (CDHA). Dental Hygienist's code of ethics [Internet]. CDHA [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.cdha.ca/>
4. Heo SY. A comparative study of Korea, America, and British codes of ethics for dentists. *Korean J Med Ethics* 2017;20(2):152-62. <http://doi.org/10.35301/ksme.2017.20.2.152>
5. International Federation of Dental Hygienists (IFDH). Code of ethics [Internet]. IFDH [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.ifdh.org/>
6. General Dental Council (GDC). Standards for the dental team [Internet]. GDC [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.gdc-uk.org/standards-guidance/standards-and-guidance/standards-for-the-dental-team>
7. Korean Dental Hygienists Association. Ethics in dental hygiene. Seoul: DaeHan Narae Publishing; 2020: 57.
8. Yoon JW. A legal and institutional improvement plan for the scope of dental hygienists' duties [Doctoral dissertation]. Busan: Dong-Eui University; 2019. <https://www.riss.kr/link?id=T15388634>
9. The Commonwealth Fund. International health care system profiles: United States [Internet]. The Commonwealth Fund [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>
10. The Commonwealth Fund. International health care system profiles: Canada [Internet]. The Commonwealth Fund [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/canada>
11. The King's Fund. The NHS in a nutshell [Internet]. The King's Fund [cited 2025 Sep 15]. Available from: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/projects/nhs-in-nutshell>
12. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan* 2009;24(1):63-71. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn037>
13. Han JH, Jung MJ. Domestic research trends on the ethical conflicts in nurses and current status analysis of nursing ethics education. *J Korean Content Assoc* 2022;22(9):592-603. <https://doi.org/10.5392/JKCA.2022.22.09.592>
14. Lee MW, Park SY, Koo BK, Kim DJ, Kim DW. Current status of ethical code operated by clinical laboratory technologist associations: focused on Korea, Japan, Taiwan, the United States, Canada, and Australia. *Korean J Healthcare Ethics* 2024;3(1):21-8.
15. Kim MJ. Comparison of patient safety ethics of health professionals: a qualitative content analysis of the ethical principles by the type of profession. *Qual Improv Health Care* 2024;30(2):35-49. <https://doi.org/10.14371/QIH.2024.30.2.35>