

임상간호사의 병원 폭력 대처 유형: Q-방법론적 접근

하은호¹ · 조진영²

중앙대학교 적십자간호대학¹, 인하대학교 대학원²

Coping Styles toward Hospital Violence in Clinical Nurses: An Application of Q Methodology

Ha, Eunho¹ · Cho, Jinyoung²

¹Red Cross College of Nursing, Chung-Ang University, Seoul

²Nursing Department Graduate School, Inha University, Incheon, Korea

Purpose: Clinical nurses are at high risk of incurring hospital violence during their working life. Hospital violence and its outcomes have an impact on the job satisfaction, the recruitment and retention of nurses as well as the quality of care delivered to patients. The purpose of this study was to identify coping styles toward hospital violence in clinical nurses using Q-methodology. **Methods:** Q-methodology, which analyzes the subjectivity of each type of attitude, and coping styles was used. The 40 selected Q-statements from each of 35 participants were classified into the shape of a normal distribution using a 9-point scale. The collected data were analyzed using the pc-QUANAL program. **Results:** The results revealed four discrete groups of clinical nurses toward hospital violence: take strong action and promote the recurrence prevention, appear psychosomatic symptoms, investigate the cause and focus on prevention, and request hospital assistance and keep up my duty. **Conclusion:** The findings indicate that development of nursing intervention program based on the four types could beneficially contribute to the violence prevention in hospital.

Key Words: Nurses, Hospitals, Violence

서론

1. 연구의 필요성

최근 환자의 복잡성과 그에 따른 환자 및 보호자, 방문객과의 상호작용이 증가함에 따라 간호사는 치료 또는 간호과정에 서 발생할 수 있는 다양한 형태의 병원 폭력에 노출될 수 있는 고위험 상태에 직면하고 있다(Hegney, Tuckett, Parker, & Eley, 2010; Hills, 2008). 특히, 의사, 상사 및 동료 간호사, 기타 원내 의료 서비스 제공자 및 행정 직원과의 환자업무 처리

와 관련된 갈등이 고조되면서(Kim, Yim, Jeong, & Jo, 2009) 대부분의 간호사들이 신체적, 언어적 폭력을 경험한 것으로 조사되어 의료기관내에 근무하는 기타 보건의료종사자보다 폭력 노출에 취약한 집단으로 나타났다(Gacki-Smith et al., 2009).

병원 폭력은 언어적·신체적 폭력, 공격, 협박, 따돌림, 스토킹 등 다양한 형태로 나타난다(Estry-Behar et al., 2008). 외국의 폭력 사례를 살펴보면 호주 퀸즈랜드 요양시설 간호사의 50%가 폭력을 경험하였고(Hegney, Plank, & Parker, 2003), 미국은 병원 간호사의 91%가 언어적 폭력을 경험하였

주요어: 간호사, 병원, 폭력

Corresponding author: Cho, Jinyoung

Nursing Department Graduate School, Inha University, Incheon, 253 Yonghyun-4 dong, Nam-gu, Incheon 402-751, Korea
Tel: +82-10-2753-7314, Fax: +82-32-874-5880, E-mail: cho-jy72@hanmail.net

투고일: 2013년 1월 16일 / 수정일: 2013년 5월 2일 / 게재확정일: 2013년 6월 18일

으며(Sofield & Salmond, 2003), 태국의 경우 간호사가 환자 및 환자가족으로부터 가해를 당한 경우는 62%(Lin & Liu, 2005) 정도로 나타났다. 우리나라는 임상간호사의 92.7%가 폭력에 대한 위협성을 인지하고 있는 것으로 조사되었으며, 98.3%는 언어적 폭력(Cho et al., 2011)을, 23.4%는 신체적 폭력을 경험하였는데(Kim & Kim, 2004), 특히, 환자와 보호자, 의사, 동료간호사로부터 언어적 폭력을 가장 많이 경험한 것으로 나타났다(Park et al., 2001).

이와 같은 간호사의 폭력 경험은 화남, 공포, 우울감, 흥분, 수면장애, 외상 후 증후군 등과 같은 신체적, 정신적 건강을 위협할 수 있으며, 그 결과 병가와 소진으로 인한 업무생산성 감소, 이직률 증가 등은 간호인력 유지에 부정적 영향을 초래하여 병원의 경제적 손실을 가져올 수 있다(Cho et al., 2011; Estryn-Behar et al., 2008; Park & Kim, 2011; Shields & Wilkins, 2009). 따라서 환자에게 양적, 질적인 간호 모두를 제공하기 어렵고 이로 인한 직무만족도와 업무 효율성 감소는 환자의 생명과 직결될 수 있는 사고로 연결될 수 있으므로(Chen, Ku, & Yang, 2013; Cho et al., 2011; Sofield & Salmond, 2003) 폭력의 근원은 반드시 근절되어야 한다.

폭력은 예방과 효과적인 대처에 중점을 두어야 하는데 공격적 행동의 중재 및 관리 프로그램 교육 후 첫 3개월 동안은 교육 전 보다 폭력 사건 발생률을 38.7% 감소시키는 효과가 있어 일정한 주기의 정기적 교육이 필요하다(Fernandes et al., 2002). 그러나 대부분 폭력 발생 이후 사건을 해결하거나 병원이라는 장소의 특수성으로 침묵을 강요하여(Hoff & Slatin, 2006) 심각한 사건들은 은폐되거나 보고되지 않고, 문제 해결을 위한 노력 없이 형식적인 보고에만 치중하는 실정이다(Hesketh et al., 2003; Park et al., 2001). 또한, 환자나 보호자가 질병과 관련된 신체적, 정신적 고통이나 의료서비스에 대한 불만을 간호사에게 화풀이함에도 불구하고(Kwon, Kim, Choe, Lee, & Sung, 2007) 직무의 일부분으로 인지하거나 직무태만 또는 부적절한 대응처럼 간주되는 것이 두려워 묵인하게 된다(Gacki-Smith et al., 2009). 이와 같이 병원 폭력이 임상현장에서 다양한 형태로 발생함에도 폭력으로 인한 위기 상황에 효과적으로 대응할 수 있는 인적, 물적 방안 부재 등은 해결해야 할 시급한 현안으로 적절한 대처전략 모색은 폭력 예방의 핵심적 요소가 될 것이다.

폭력에 대한 개인의 느낌, 생각, 견해 등과 같은 주관성은 각기 다르게 표출되고 신체적 상해보다 정신적 충격에 의한 손상이 자존감에 더 큰 영향을 미치므로 주관적 견해에 기초를 둔 간호중재가 더욱 효과적인 전략 방안이라고 할 수 있다.

지금까지의 폭력에 대한 반응, 태도, 견해 등 주관적 경험을 탐색한 선행연구는 응급실 간호사의 폭력경험과 인식을 조사한 주관성 연구(Park, Seo, Ju, & Lee, 2007)로 간호사의 폭력대처 유형에 대한 주관성 연구는 드문 실정이다. 특히, 폭력발생은 응급실 뿐 만 아니라 병원 내 다양한 부서에서 발생하므로 폭력에 대한 표준화된 대책마련을 위해 전체 간호사를 대상으로 폭력 발생 시 대처 관련 주관적 견해를 파악할 필요가 있다.

이에 본 연구는 임상간호사의 병원 폭력 대처에 대한 주관적 경험을 탐색하고 이를 유형화하여 유형별 특성과 차이점을 알아봄으로써 이를 토대로 각 유형에 맞는 맞춤형 중재 방안을 모색하는 데 필요한 기초자료를 제공하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 Q-방법론을 적용하여 임상간호사의 병원 폭력 대처에 관한 주관적 인식 유형과 유형의 특성을 규명하여 대처 유형에 따른 맞춤형 폭력 대응 전략을 제시하는데 기초자료를 제공하고자 함이다.

이를 위한 구체적인 연구목적은 다음과 같다.

- 임상간호사들의 병원 폭력 대처와 관련된 주관적 인식을 유형화한다.
- 임상간호사들의 병원 폭력에 대한 대처 유형별 특성을 분석하고 기술한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 임상간호사들의 병원 폭력 대처와 관련된 주관성을 파악한 후 유형화하기 위하여 Q-방법론을 적용한 연구이다.

2. 표집방법

1) Q 모집단 (Q-population) 및 Q 표본 (Q-sample) 구성

Q 모집단은 현재 임상에서 근무하는 간호사를 중심으로 병원 폭력에 대한 포괄적인 진술문을 추출하기 위하여 국내외 관련문헌 고찰과 개방형 질문지, 개별 심층면담 등을 통해 도출하였다. 개방형 질문지를 이용한 자료수집은 폭력에 대한 다양한 의견을 수렴하기 위하여 5개 종합병원에서 근무하는 임상간호사들에게 본 연구에 대한 목적을 설명한 후 관심과

흥미를 갖고 참여를 희망하는 간호사 120명으로부터 추출하였다. 개별 심층 면담은 개방형 질문지 답변을 토대로 병원폭력에 대한 임상간호사들의 정확하고 솔직한 생각을 좀 더 심도 있게 파악하고자 희망자 20명에게 실시하였으며 면담은 1인당 1-2시간 정도 소요되었다. 이와 같은 과정을 통해 8개 영역, 188개의 Q 모집단을 도출하였고 이 외에도 국내외 관련문헌 고찰을 통해 수집된 18개를 통합하여 총 206개의 Q 모집단을 추출하였다. 본 연구의 Q 표본 선정을 위하여 20~100개 또는 40~60개의 표본이 보편적(Akhtar-Danesh, Baumann, & Cordingley, 2008; Kim, 2008)이라는 전제하에 추출된 206개의 Q 모집단을 중심으로 Q 방법론 전문가 1인, 간호학과 교수 2인, 종합병원 병동 수간호사 2인의 검토 및 수정 절차를 거쳐 변별력이 높은 최종 40개의 Q 표본을 선정하였다.

2) P 표본 (P-sample) 선정

Q-방법론은 개인 간의 차이가 아니라 개인 내의 의미성 또는 중요성의 차이에 중점을 두어 개인의 주관성을 강조하는 질적 조사연구이며 P 표본이 커지면 한 인자에 여러 사람이 편중되어 그 특성이 명확하게 드러나지 않는다는 소 표본 이론 (small sample doctrine)에 근거하므로 50명 내외가 일반적이다(Kim, 2008). 본 연구의 P 표본은 종합병원 응급실, 중환자실, 일반병동에 근무하는 간호사로서 본 연구에 참여를 동의한 총 35명을 대상으로 하였다.

3) Q 표본 분류 (Q-sorting)

Q 표본 분류는 추출된 Q 표본을 Q 표본 분포표에 강제 분포하는 과정으로 정규분포에 가깝도록 Q 방법론의 원리를 이용하였다. 일반적으로 Q 표본수가 40개 이하인 경우 -4에서 +4 (9점 척도)범위가 안전하므로(Kim, 2008) 먼저 준비된 40개의 표본을 읽은 후 자신의 견해와 가장 유사한 카드를 적극 긍정(+4)에 2개, 그다음 +3에는 4개, +2에는 5개, +1에는 7개, 중립(0)은 9개를 강제로 분포하도록 하였다. 자신의 견해와 가장 거리가 먼 적극 부정(-4)에는 2개, -3에는 4개, -2에는 5개, -1에는 7개로 똑같이 강제 분포하도록 한 후 그에 따른 점

수는 +4에 9점, 그다음 8, 7, 6 순으로 하였고 중립은 5점, -4에 1점 그다음 -2, -3, -4 점의 순으로 변환된 점수를 배정하였다. Q 표본의 분포를 마친 후 Q 분포표 양 끝의 +4와 -4에 놓인 각각 2개의 카드를 그 곳에 강제 분포한 이유를 개인적 특성과 함께 설문지에 기록하도록 하였으며 이와 같은 과정은 1인 1시간 정도 소요되었다(Table 1).

4) 윤리적 고려

본 연구는 C 대학교 연구윤리위원회의 연구승인(12-0049)을 받은 후 시행하였다.

참여자의 자율성을 보장하기 위해 면담 및 Q 표본 분류 전에 연구목적 및 연구방법, 면담내용 등에 관한 사항을 설명하고 서면 동의를 얻었다. 자료수집 내용은 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것과 익명성 및 사적인 상황의 보장 그리고 인사고과와는 전혀 관련이 없음을 알리는 한편 참여자가 원하면 면담이나 질문지 작성도중 철회할 수 있음을 설명하였다.

3. 자료분석

수집된 자료는 Q 표본 분포표에 강제 분포된 카드를 중심으로 -4에 1점, 중립 5점, +4는 9점 등으로 각각에 부여된 변환점수를 점수화 하였다. 부여된 변환점수를 Q 표본 번호순으로 코딩하여 QUANAL PC Program에 의한 주 인자요인분석으로 처리하였다. 이상적인 요인 수의 결정을 위해 아이겐(Eigen) 값 1.0 이상을 기준으로 하여 요인의 수를 다양하게 입력시켰으며 산출된 결과를 통해 이상적이라고 판단된 4개의 유형을 최종 선택하였다.

연구결과

1. Q 유형의 형성

QUANAL PC Program을 이용하여 임상간호사의 병원 폭력 대처와 관련된 주관성을 Q 요인 분석 한 결과 4개 유형으

Table 1. Distribution of Q-sample Cards and Scores

| Raw scores | (Strongly disagree) | | | | (Neutral) | | | (Strongly agree) | |
|--------------------|---------------------|----|----|----|-----------|---|---|------------------|---|
| | -4 | -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Transformed scores | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| Number of cards | 2 | 4 | 5 | 7 | 9 | 7 | 5 | 4 | 2 |

로 분류되었다.

이들 4개 유형은 전체 변량의 43.2%를 설명하고 있는데 각 유형별 변량을 살펴보면 제 1유형은 28.4%, 제 2유형은 8.0%, 제 3, 4유형은 6.8%로 나타나 제 1유형이 대상자의 주관적 견해를 가장 많이 설명하고 있다(Table 2). 제 4유형은 제 3유형의 반대 극에 적재되어 있어 이것을 하나의 요인으로 독립시켜 네 번째 요인으로 추출하였다.

이들 각 유형에 분류된 연구대상자들의 인구사회학적 특성과 인자가중치는 Table 2와 같다. 각각의 유형 중 인자가중치가 가장 높은 사람일수록 그가 속한 유형에서 그 유형을 대표할 수 있는 전형적 또는 이상적인 사람임을 나타낸다.

2. 유형별 분석

1) 제 I유형

제 I유형으로 분류된 간호사들은 22명으로 평균연령은 29세이였으며 이 중 13명(59.1%)은 미혼이었고 15명(68.2%)이 전문학사로 조사되었으며 13명(59.1%)이 종교가 있었다. 임상근무경험은 최소 2년, 최대 17년이며, 평균 7.7년으로 조사되었고 16명(72.7%)이 일반간호사들로 구성되어 있었다. 이 유형의 16명(72.7%)은 폭력을 당한 경험이 있었으며, 8명(36.3%)은 폭력과 관련된 교육을 받은 경험이 있었고, 폭력대응 및 예방을 위한 보안요원이 배치된 병원 근무자는 2명(9.1%)이었다(Table 2).

Table 2. Eigen Value, Factor Weight, and Characteristics of Participants

(N=35)

| Type | Eigen value | Participants no. | Factor weight | Age | Mar | Edu | Rel | WP (y) | Pos | Exp of violence | Exp of VE | SP |
|-----------|-------------|------------------|---------------|-----|-----|-----|-----|--------|-----|-----------------|-----------|-----|
| I (n=22) | 28.4% | 04 | 2.28 | 36 | Yes | Col | No | 14 | CN | Yes | Yes | No |
| | | 20 | 2.00 | 31 | No | Uni | Yes | 9 | CN | Yes | No | No |
| | | 09 | 1.78 | 34 | No | Mas | Yes | 12 | CN | Yes | Yes | No |
| | | 19 | 1.66 | 24 | No | Col | No | 2 | N | Yes | Yes | Yes |
| | | 23 | 1.28 | 27 | Yes | Col | Yes | 11 | N | Yes | No | No |
| | | 14 | 1.20 | 26 | Yes | Uni | No | 6 | N | Yes | No | No |
| | | 21 | 1.17 | 29 | No | Uni | No | 8 | N | Yes | No | No |
| | | 16 | 1.16 | 29 | No | Col | Yes | 8 | N | No | Yes | No |
| | | 32 | 1.15 | 24 | No | Col | No | 3 | N | No | No | No |
| | | 34 | 1.14 | 24 | No | Uni | No | 2 | N | Yes | Yes | No |
| | | 07 | 1.09 | 23 | No | Col | No | 2 | N | No | No | No |
| | | 12 | 1.08 | 22 | Yes | Col | Yes | 1 | N | Yes | No | No |
| | | 15 | 1.04 | 31 | No | Col | Yes | 9 | CN | Yes | No | No |
| | | 06 | 1.01 | 26 | No | Col | No | 6 | N | No | No | No |
| | | 02 | 0.95 | 26 | No | Uni | No | 2 | N | Yes | No | No |
| | | 31 | 0.92 | 29 | No | Col | Yes | 8 | N | Yes | Yes | No |
| | | 13 | 0.91 | 24 | Yes | Col | No | 2 | N | Yes | No | No |
| | | 24 | 0.88 | 36 | Yes | Col | No | 14 | N | No | No | No |
| | | 05 | 0.78 | 41 | Yes | Col | No | 17 | UM | Yes | No | No |
| | | 30 | 0.63 | 34 | No | Col | Yes | 12 | N | Yes | Yes | Yes |
| 25 | 0.49 | 33 | Yes | Uni | No | 12 | CN | No | No | No | | |
| 26 | 0.34 | 30 | Yes | Col | Yes | 10 | N | Yes | Yes | No | | |
| II (n=6) | 8.0% | 28 | 1.94 | 26 | No | Col | Yes | 4 | N | Yes | No | No |
| | | 29 | 1.85 | 27 | No | Uni | No | 5 | N | Yes | No | No |
| | | 10 | 0.78 | 26 | No | Uni | No | 3 | N | Yes | No | No |
| | | 22 | 0.48 | 30 | Yes | Col | Yes | 6 | N | No | No | No |
| | | 03 | 0.47 | 34 | Yes | Col | Yes | 4 | N | No | No | No |
| | | 27 | 0.42 | 33 | Yes | Uni | No | 10 | CN | Yes | No | No |
| III (n=6) | 6.8% | 33 | 1.35 | 26 | Yes | Col | No | 4 | N | Yes | No | No |
| | | 17 | 0.84 | 33 | Yes | Uni | Yes | 11 | UM | Yes | No | No |
| | | 18 | 0.82 | 22 | No | Col | No | 1 | N | No | Yes | No |
| | | 11 | 0.58 | 36 | Yes | Uni | Yes | 12 | UM | Yes | No | No |
| | | 08 | 0.44 | 22 | No | Col | No | 1 | N | No | No | No |
| | | 01 | 0.21 | 30 | No | Col | Yes | 10 | N | Yes | No | No |
| IV (n=1) | | 35 | 0.10 | 24 | No | Col | No | 2 | N | No | No | No |

Mar=marriage; Edu=education; Rel=religion; WP=working period; Pos=position; Exp=experience; VE=violence education; SP=security personnel

이 유형에 속한 대상자들은 폭력 발생 시 의료인이 보호받을 수 있는 제도적 장치($Z=1.76$)가 필요하며, 이를 위해 폭력과 관련된 환자의 강제퇴원과($Z=1.69$) 폭력예방을 위한 병원의 적극적 지원($Z=1.49$)이 중요하다고 생각했다. 또한, 폭력이 일단 발생하면 간호사의 업무 효율성 및 자존감이 저하되므로($Z=1.33$) 사회악으로 반드시 처벌되어야 함을 주장하였다($Z=1.22$). 한편, 병원 폭력을 누구나 한 번쯤 겪는 당연한 일로 간주하거나($Z=-2.28$), 병원 이미지를 우려한 폭력가해자 처벌 고려($Z=-2.03$), 폭력 가해자에 대한 무조건적 이해와 친절($Z=-1.84$), 분하지만 묵인하고 참는 것($Z=-1.50$), 종교에 의지하거나($Z=-1.47$) 술로 달래는 것($Z=-1.24$) 등은 강력히 반대하는 생각을 가지고 있었다(Table 3).

이러한 제 I유형의 특성을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 것이 이 유형의 표준점수와 다른 유형의 표준점수와의 차이에서 찾아 볼 수 있다(Table 3). 제 I유형이 다른 유형에 비해 긍정적 동의를 가장 높게 보여 견해상의 차이가 가장 큰 항목은 ‘폭력을 가하는 환자는 강제퇴원 시키는 것이 마땅하다’, ‘폭력을 당하면서 일할 수 없다’이었으며 이와는 반대로 가장 낮게 동의한 항목은 ‘병원 폭력은 누구나 한 번씩 겪는 당연한 일로 예방할 수 없다’, ‘서럽고 눈물이 나서 자꾸 술을 마신다’ 등으로 나타났다.

이러한 제 I유형의 특성을 좀 더 자세히 살펴보면 가장 높은 인자가중치 2.28을 보인 4번 대상자는 “강력한 맞대응만이 폭력을 줄이는 방법이므로 폭력 가해자 처벌은 좋은 본보기가 될 것이다”라고 표명하였으며 인자가중치 2.00을 보인 20번 대상자는 “간호사가 아픈 사람을 돌보는 사람이어서 희생정신이 필요하지만 의료진에게 폭력행사하고 치료에 협조가 안 되는 환자에게는 무조건적인 친절이 필요치 않다. 오히려 피해를 줄 때에는 강력히 대응하는 것이 필요하다”, 인자가중치 1.28을 보인 23번 대상자는 “친절의 범위가 어디까지 인가요? 간호사도 사람인데... 인격적, 정신적, 신체적 폭력에 절대로 노출되어서는 안된다. 우리도 존엄한 사람이다. 폭력을 당하면 너무나 살기 싫을 것 같은 예감이 들어 반드시 처벌을 하여 마음의 상처를 입지 않도록 해야 한다”, 인자가중치 1.15를 보인 32번 대상자는 “일단 폭력을 휘두르는 행위가 발생되면 다시 재발할 확률이 높아 반드시 강제퇴원 시켜야 하며 폭력 경험이 있는 환자는 블랙리스트에 올려 입원을 시키지 않는 것이 합당하다. 의료인이 의료인으로써 정당한 대우를 받을 수 있는 제도적 장치와 폭력이 다시 재발하지 않도록 강력한 예방조치가 필요하다”라는 반응을 보였다. 그러므로 제 I 유형은 병원내의 폭력은 절대로 용서할 수 없는 사건으로 가해

자의 법적 처벌 또는 재입원 불가 등과 같은 폭력에 상응하는 대가를 치르게 하는 것이 마땅하며, 의료인을 보호할 수 있고 폭력 재발을 예방할 수 있는 병원 내 제도적 장치 마련이 불가결한 요소임을 주장하는 특성을 나타내었다.

이상과 같은 자료를 분석해 볼 때 제 I유형은 병원 폭력에 대해 개인, 의료기관, 사회가 모두 힘을 모아 적극적인 반응을 보여야 하며 폭력 가해자는 ‘재입원 불가’ 명단을 작성하여 강력하게 맞대응함으로써 폭력의 근본 원인 요소를 뿌리 채 뽑아야 하며 이를 위해 의료기관은 제도적 장치를 강화하여 다시는 폭력이 일어날 수 없도록 단호한 조치를 취해야 한다는 태도를 가지고 있어 ‘강력대응 재발방지형’으로 명명하였다.

2) 제 II유형

제 II유형으로 분류된 간호사들은 6명으로 26~34세의 연령 분포를 보였고 평균연령은 29세였다. 미혼과 기혼, 전문학사와 일반학사, 종교가 있는 경우와 없는 경우가 각각 3명이었다. 임상경험은 평균 5.3년이며 5명이 일반간호사였고 이중 4명(66.6%)이 폭력에 노출된 경험이 있었다. 또한, 이 유형 전원이 폭력과 관련된 교육을 받은 경험이 없고 폭력대응 및 예방을 위한 보안요원 제도가 없는 병원에서 일하고 있는 것으로 나타났다(Table 2).

이 유형에 속한 대상자들은 폭력을 당하면 수면장애, 두통, 심계항진, 식욕부진, 복통 등과 같은 신체적 증상이 나타난다고 하였다($Z=1.69$). 특히, 간호사를 무시하는 말과 행동($Z=1.54$), 험상궂은 표정, 삿대질, 옷옷 벗기/문신 과시 등과 같은 가해자의 신체적 노출($Z=1.36$) 등도 폭력의 일종이므로 이를 예방하기 위한 병원의 적극적 지원($Z=1.35$)이 필요하다고 주장하였다. 또한, 잦은 전화, 흡연, 음주로 인한 소란은 폭력으로($Z=-2.02$) 간주할 수 없으며 무조건적 이해와 친절($Z=-1.99$), 누구나 한 번씩 겪는 당연한 일($Z=-1.82$), 의식이 명료하지 않은 환자의 난폭한 언행 간과($Z=-1.57$), 묵인하고 참는 것($Z=-1.34$), 병원 이미지를 우려하여 폭력 가해자에 대한 형사처벌 제고($Z=-1.33$), 화내는 환자의 보호자 방관($Z=-1.13$) 등에는 강력히 부정하는 견해를 나타내었다(Table 3).

이러한 제 II 유형의 특성을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 것이 이 유형의 표준점수와 다른 유형의 표준점수와의 차이에서 찾아 볼 수 있다(Table 3). 제 II유형이 다른 유형에 비해 긍정적 동의를 가장 높게 보여 견해상의 차이가 가장 큰 항목은 ‘신체적 증상이 나타난다’, ‘폭력 발생 시 동료의 도움이 제일 크다’ 등이었으며 이와는 반대로 가장 낮게 동의한 항목은 ‘잦은 전화, 흡연, 음주로 인한 소란도 폭력이다’, ‘간호사는 무조건 이

Table 3. Q- Statement and Z-Scores

(N=35)

| Q-Statement | Z-Score | | | |
|---|-------------|-------------|--------------|-------------|
| | I (n=22) | II (n=6) | III (n=6) | IV (n=1) |
| Q1. Give pain verbally, physically, mentally. | 1.16 | -0.75 | 1.09 | -0.49 |
| Q2. Make feel embarrassed and humiliated. | 0.05 | -0.62 | 0.77 | 0.49 |
| Q3. Take out their anger on nurses after fighting or arguing with somebody (doctors vs patients or relatives) | -0.68 | -0.03 | 0.36 | -0.49 |
| Q4. Nurses need to be countered boldly to violence, and act out of self-defence. | 0.76 | -0.52 | -1.61 | 0.97 |
| Q5. Delaying nursing activities with the turmoil caused by frequent phone, smoking, drinking is also violence. | 0.42 | -2.02 | 1.33 | -0.49 |
| Q6. Threatening against nurses with making a tough-looking face, shaking fingers at face, taking off jacket, and showing off tattoos. | -0.05 | 1.36 | -0.11 | 0.97 |
| Q7. Words and actions seem to ignore the nurses. | 0.06 | 1.54 | 0.43 | 0.00 |
| Q8. Aggressive words and behaviour of a unconscious patient are not violence. | -0.22 | -1.57 | -0.06 | 0.97 |
| Q9. Being insulted, and disgraced in front of others (doctors, patients, patient's relatives, colleagues, etc.) | 0.28 | -0.38 | 0.20 | 0.00 |
| Q10. Sexual jokes or actions of doctors, patients, and relatives towards nurses are also violence. | 0.04 | 0.08 | -1.34 | 0.00 |
| Q11. Violence is a selfish behavior affecting interpersonal relationships. | -0.35 | 0.56 | -1.14 | 0.00 |
| Q12. Violence from patients tends to overlook nicely. or acquiesce by reason of the weaker. | 0.30 | -0.13 | -0.09 | 0.49 |
| Q13. Can not continue nurse job being abused. | 0.88 | 0.49 | -1.90 | 0.00 |
| Q14. Think continually about being abused, so can not concentrate on work, the counseling is required. | -0.13 | 0.37 | -0.75 | 0.97 |
| Q15. Nurses are also weak women, bullying weak women can not justified, and should be punished as social evil. | 1.22 | 1.70 | -0.52 | 1.94 |
| Q16. Nurse who is being abused can be attacker of violence. | -0.23 | 0.68 | -0.35 | 0.97 |
| Q17. Decline job efficiency of nurses and deteriorate self-esteem. | 1.33 | 0.30 | 0.60 | 0.00 |
| Q18. Nurses face a lot of exposure to violence than other employees in the hospital. | 1.19 | 0.14 | 1.67 | 0.00 |
| Q19. Three-shifts work environment and unfair duty roster itself are violence. | 0.12 | -1.00 | -0.42 | -0.97 |
| Q20. Active support of the hospital for the prevention of violence is necessary. | 1.49 | 1.35 | 1.39 | 1.46 |
| Q21. Verbal abuse of unit managers, senior nurses, and doctors is more serious. | -0.83 | 0.53 | -0.55 | -0.97 |
| Q22. Violence in the hospital is anyone experiences once, so can not be prevented. | -2.28 | -1.82 | 0.37 | 1.46 |
| Q23. Stabilizing angry patient's relatives is not important thing. | -0.96 | -1.13 | -1.29 | -0.97 |
| Q24. When violence occurs, report first, and than submit an accident report. | 0.56 | 0.82 | -0.50 | 1.46 |
| Q25. When violence occurs, it is the safe way to leave the place first, and call security guards. | 0.31 | -0.38 | 1.12 | 0.00 |
| Q26. Be absolutely furious at being abused, but tolerate or suppress that situation. | -1.50 | -1.34 | 0.96 | -1.94 |
| Q27. Nurses have to understand and be nice unconditionally even if patients use violence. | -1.84 | -1.99 | -0.44 | 1.94 |
| Q28. Colleague's support is the biggest help when violence occurs. | -0.02 | 0.90 | -0.74 | -1.46 |
| Q29. Patients who use violence must be compulsorily discharged. | 1.69 | -0.80 | -0.40 | -1.94 |
| Q30. An unconditional apology without any further action is unjust whenever incidents of violence explode. | 0.88 | 0.82 | -0.29 | -0.49 |
| Q31. Violence attackers cannot be punished like a criminal penalty because of hospital image. | -2.03 | -1.33 | 0.42 | -1.46 |
| Q32. Regret that I am a nurse whenever experience violence. | -0.23 | 0.67 | -0.42 | -1.46 |
| Q33. Have no desire to do patient care actively. | -0.37 | 0.20 | -0.58 | 0.49 |
| Q34. Determine the cause of the violence, and must find ways to solve the problem. | 0.32 | 0.95 | 2.23 | -0.97 |
| Q35. Be afraid of going to work, so want to move into another workplace. | -0.58 | -0.05 | 0.21 | 0.49 |
| Q36. Patient who used violence should not be hospitalized concerned about retaliation against employees. | 1.04 | 0.05 | 0.34 | -0.97 |
| Q37. Institutional strategy that protects nurses from violence is necessary. | 1.76 | 0.88 | 1.92 | 0.49 |
| Q38. Feel so sad and teary, so keep drinking with colleague nurse after working, and lament my misfortune. | -1.24 | 0.37 | 0.84 | -0.49 |
| Q39. Pray to God and depend on religion. | -1.47 | -0.64 | -2.11 | 0.49 |
| Q40. Can not work because of developed sleep disturbance, headache, palpitation, anorexia, stomach pain, diarrhea, and dyspnea. | -0.66 | 1.69 | -0.64 | -0.49 |

해해주고 친절해야 한다' 등으로 나타났다.

제 II유형의 특성을 좀 더 자세히 살펴보면 가장 높은 인자가중치 1.94를 보인 28번 대상자는 “폭력이 사회악으로 처벌 받는 것도 중요하지만 간호사의 인격이 먼저 존중되어야 한다. 간호사라고 환자를 무조건 받아줄 수 없으며 인격적 존중 없이 일할 수 없다. 만약 인격이 무시당한다면 깊은 마음의 상처와 정체성 혼란으로 심한 정신적 스트레스에 시달릴 것이다”라고 표명하였으며 인자가중치 1.85를 보인 29번 대상자는 “폭력을 당한 후 가해자를 다시 보거나 비슷한 상황이 재현 되면 계속 생각나 전문적이고 자신감 있는 업무를 지속할 수 없다. 너무 놀라 가슴이 벌렁거리며, 화가 나고 내 자신이 초라해져 식욕이 떨어지며 분하고 억울해 잠을 설치기도 한다. 이러한 상황을 해결하기 위해 상담치료를 비롯한 폭력 대상자에 대한 특별한 관리가 필요하다”, 10번 대상자는 “상사나 동료, 의사의 폭력은 같이 일해야 하므로 어쩔 수 없이 대상자를 이해하고 넘어가야 하는 현실이 더 큰 충격으로 다가와 견디기 힘들다. 종교에 의지하고 기도하기도 하지만 스트레스 해소가 잘 안 된다. 속상한 마음을 풀기위해 술을 마시며 동료에게 하소연 하지만 간호사가 된 걸 후회하지는 않는다”라는 반응을 보였다. 그러므로 제 II유형은 폭력이 처벌되어야 함은 잘 알고 있으나 어쩔 수 없이 폭력상황에 노출될 수밖에 없는 병원의 미흡한 환경을 개탄하면서 신체적 증상, 인격침해, 정체성 혼란 등과 같은 정신적, 신체적 고통을 해소하기 위해 동료에게 의지함으로써 개인적으로 해결 방안을 모색하려는 특성을 나타내었다.

이상과 같은 자료를 분석해 볼 때 제 II유형은 어쩔 수 없이 당하는 폭력의 결과로 심신 반응이 나타나 인적, 물적 방법으로 해결하려 하며 이로 인한 수치심과 스트레스로 정체성 혼란을 경험하는 특성을 가지고 있어 ‘정신신체 증상발현형’으로 명명하였다.

3) 제 III유형

제 III유형으로 분류된 간호사들은 6명으로 22~36세의 연령 분포를 보였고 평균연령은 28세였다. 미혼과 기혼, 종교가 있는 경우와 없는 경우가 각각 3명이었고, 4명은 전문학사, 2명은 일반학사였다. 임상경력은 평균 6.5년이고 4명은 일반간호사, 2명은 병동관리자(수간호사)였으며 이 중 4명이 폭력을 당한 경험이 있었다(66.6%). 6명 중 5명이 폭력 관련 교육 경험이 없었으며(83.3%) 6명 모두 폭력대응 및 예방을 위한 보안요원 제도가 없는 병원에서 일하고 있는 것으로 조사되었다 (Table 2).

이 유형에 속한 대상자들은 폭력 발생 시 폭력의 원인 파악 및 문제해결 방안 모색이 우선이며(Z=2.23), 이를 위한 병원의 제도적 장치는 필수임을 주장하였다(Z=1.92). 특히, 간호사는 병원 내 기타 부서 직원보다 폭력에 대한 노출이 많으므로(Z=1.67) 폭력 예방 관련 적극 지원의 필요성을(Z=1.39) 주장하면서 폭력이 발생하면 일단 자리를 피해 보안요원을 요청하는 것이 바람직하다고(Z=1.12) 표명하였다. 또한, 종교에 의지하고 기도하기(Z=-2.11), 폭력을 당하면서 일할 수 없음(Z=-1.9), 맞대응과 같은 정당방위 필요(Z=-1.61), 성적인 농담, 행동도 폭력임(Z=-1.34), 화내는 환자의 보호자 설득은 중요한 사안이 아님(Z=-1.29), 대인관계에 영향을 미치는 이기적 행동(Z=-1.14) 등에는 강력히 부정하는 견해를 표명하였다(Table 3).

이러한 제 III유형의 특성을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 것이 이 유형의 표준점수와 다른 유형의 표준점수와의 차이에서 찾아 볼 수 있다. 제 III유형이 다른 유형에 비해 긍정적 동의를 가장 높게 보여 견해상의 차이가 가장 큰 항목은 ‘분하지만 묵인하거나 참는다’, ‘폭력 원인을 찾고 문제해결’ 등이었으며 이와는 반대로 가장 낮게 동의한 항목은 ‘폭력을 당하면서 일할 수 없다’, ‘사회악이므로 반드시 처벌해야 한다’ 등으로 나타났다.

제 III유형의 특성을 좀 더 면밀히 살펴보면 가장 높은 인자가중치 1.35를 보인 33번 대상자는 “간호사는 환자, 보호자와 함께 24시간을 함께하므로 폭력에 가장 노출되기 쉬운 대상이므로 신속, 정확한 보안 시스템이 필요하다”, “폭력에 대한 강력한 처벌보다 왜 폭력이 발생했는지에 대한 정확한 원인 규명과 공정한 문제 해결이 중요하다”라고 주장하였다. 또한, 17번 대상자는 “의료인이 보호받을 수 있는 제도적 장치는 꼭 필요하다, 폭력이 발생하여 해결하는 것은 사후 약방문(死後藥方文)이므로 예방이 최우선이라고 생각한다”, 18번 대상자는 “간호사는 서비스 직종이므로 언어적, 신체적 폭력이 발생했을 때 맞대응하는 것보다 좀 더 이해하고 타이르면서 간호가 무엇인지를 보여주어야 한다”, “폭력이 발생되었다면 의료진끼리 해결하려하지 말고 안전요원에게 일임하여 문제를 해결해야 한다”, “폭력대책위원회를 결성하여 예방 및 대책을 체계적으로 세워야 한다”라고 표명하였다. 그러므로 제 III유형은 폭력 예방을 위한 제도 마련 및 철저한 원인 규명과 그에 따른 문제해결이 중요함을 주장하는 특성을 나타내었다.

이상과 같은 자료를 분석해 볼 때 제 III유형은 병원의 현실성 있는 지원과 투명하고 공정한 문제해결을 주장하면서 폭력 대책위원회 결성 등과 같은 실효성 있는 제도 설립으로 폭력 예방을 강조하고 있어 ‘원인규명 예방주력형’으로 명명하였다.

4) 제 IV유형

제 IV유형으로 분류된 간호사는 1명이며 24세로 미혼이고 전문학사이며 종교는 없었다. 근무경력 2년의 일반간호사로 폭력을 당한 경험, 폭력 관련 교육 등은 없었으며 보안요원이 없는 병원에서 근무하고 있었다(Table 2).

이 유형 간호사는 폭력 가해자에 대한 이해와 친절이 필요하고(Z=1.94), 누구나 한 번쯤 겪을 수 있는 당연한 일로 예방이 곤란하므로(Z=1.46) 폭력이 발생하면 일단 보고 및 사건 경위서를 제출하는 것(Z=1.46)을 중요하게 생각하였다. 그러나 폭력을 묵인하고 참는 것, 폭력 환자의 강제퇴원(Z=-1.94), 병원 이미지를 우려한 폭력 가해자 처벌 체고(Z=-1.46) 등에는 강한 부정적 견해를 표명하였다(Table 3). 이러한 제 IV유형의 특성을 보다 잘 설명해 줄 수 있는 것이 이 유형의 표준점수와 다른 유형의 표준점수와의 차이에서 찾아 볼 수 있다. 제 IV유형이 다른 유형에 비해 긍정적 동의를 가장 높게 보여 견해상의 차이가 가장 큰 항목은 ‘무조건 이해해 주고 친절해야 한다’, ‘누구나 한 번씩 겪는 당연한 일이다’ 등이었으며 가장 낮게 동의한 항목은 ‘원인을 찾고 문제해결’, ‘폭력 환자의 강제퇴원’ 등으로 나타났다.

제 IV유형의 특성을 좀 더 면밀히 살펴보면 인자가중치 0.10을 보인 35번 대상자는 “폭력이 발생하면 전문요원에게 일임하고 간호사는 간호 본연의 업무를 지속하여 간호사 직업관에 영향을 미치지 않도록 해야 한다”, “처벌은 병원에서 알아서 할 것이다. 현실을 냉정하게 판단하여 우리는 우리 일을 하면 된다. 폭력이란 사건보다 중요한 것은 우리를 필요로 하는 사람들 옆에 있는 것이다”라고 주장하였다. 그러므로 제 IV유형은 폭력 가해자에 대한 이해 및 배려를 강조하며 이미 발생된 폭력으로 간호업무에 혼란이 야기되는 것은 바람직하지 않은 일로 간주하고 전문인으로서의 간호활동 지속과 간호업무 완수를 지향하고 있는 특성을 나타내어 ‘지원요청 업무지속형’으로 명명하였다.

5) 유형 간 공통적 견해

병원 폭력 대처에 대해 간호사들이 공통적으로 중요하게 생각하여 진술한 항목은 Table 4와 같다.

임상간호사들은 폭력 예방을 위한 병원의 적극적 지원(Z=1.42) 항목에 모두 강한 긍정적 동의를 보였고 화내는 환자의 보호자들을 안정시키는 일은 중요하지 않은 일(Z=-1.09)과 같은 항목은 강한 부정적 동의를 표명하여 두 진술 문항에 대한 공통적 견해를 가지고 있었다. 즉, 간호사들은 병원의 적극적 지원이 병원 폭력을 예방할 수 있는 첩경이라는 것을 주장하면서 감정적으로 흥분한 보호자들을 진정시키는 것 또한 더 큰 폭력을 예방할 수 있는 대처방법으로 생각하는 것으로 나타났다.

논 의

본 연구는 임상간호사의 병원 폭력에 대한 주관적 대처 양상을 유형화하고 유형별 특성을 구체적으로 파악하기 위해 Q-방법론을 적용하였으며 이를 토대로 유형별 맞춤 전략을 모색하는 데 기초자료를 제공하고자 시도하였다.

임상간호사의 병원 폭력 대처에 대한 주관성은 ‘강력대응 재발방지형’, ‘정신신체 증상발현형’, ‘원인규명 예방주력형’, ‘지원요청 업무지속형’으로 유형화되었다.

제 I유형은 ‘강력대응 재발방지형’으로 폭력이 발생하면 강력하게 맞대응하고 강제 퇴원시키거나 법적 처벌 및 가해자 리스트를 작성하여 재입원을 불가 시키는 등 강력한 대응으로 폭력 발본색원 필요성을 주장하였다. 또한, 폭력발생시 적극적인 기관 지원과 제도적 장치, 의료인 보호 시스템 등 폭력 대책 방안을 제시하여 폭력은 반드시 근절되어야 하고 정당화할 수 없으며 참고 묵인하는 것이 아닌 적극적 해결과 처벌, 보호 장치 등을 통한 재발방지 노력을 중요하게 생각하는 것으로 나타났다. 반면 환자의 권리도 중요하지만 병원 내 폭력으로부터 간호사의 인격 및 업무환경 또한 존중 받아야 하며 폭력 발생 상황에서 환자·보호자에 대한 무조건적인 친절은 불필요한 과잉행동으로 강력히 반대하는 견해를 표명하였다. 이러한 결과는 대다수 간호사들이 폭력경험에 대한 부정적인 감정으로 직업을 계속 유지할 것인가를 고민할 뿐 실제 폭력 해결을 위한 대응에는 상당히 소극적으로 나타난 결과(Cho et al., 2011)와는 반대로 이 유형의 대상자들은 적극적, 긍정적

Table 4. Consensus and Average Z-Scores

| Item description | Average Z-Score |
|--|-----------------|
| Q20. Active support of the hospital for the prevention of violence is necessary. | 1.42 |
| Q23. Stabilizing angry patient's relatives is not important thing. | -1.09 |

태도로 강력대처 함으로써 폭력을 근절시켜야 한다는 자기주장이 강한 집단으로 사료된다. 그러나 폭력에 강력하게 대응할 시 상황이 더욱 악화될 수 있고 부적절한 감정조절로 인해 의사소통의 장애가 발생하여(Kim et al., 2009) 또 다른 폭력이 발생할 수 있다. 따라서 이 유형의 대상자들에게는 기관의 표준화된 폭력대응지침 매뉴얼에 따라 대처할 수 있도록 정규적인 교육이 제공되어야 하며 감정 조절 프로그램을 통해 도움을 줄 수 있는 간호전략이 필요하겠다. 또한, 제 I유형은 다른 유형에 비해 그 수가 가장 많고 대다수가 일반 간호사로 환자와의 일차적 접점과 직접 간호를 제공할 수 있는 기회가 많아 상대적으로 환자·보호자와의 빈번한 접촉에서 발생할 수 있는 폭력에 대한 노출이 증가할 수 있다(Cho, Lee, Kim, & Kim, 2011). 따라서 일반간호사들을 위한 효과적 대응방안 모색과, 특히, 신규간호사 및 폭력발생 빈도가 높은 부서를 위한 폭력에 대한 규정 및 지침 관련 교육과 홍보 등은 폭력 발생을 감소시킬 수 있는 방안이 될 것이다.

제 II유형은 ‘정신신체 증상발현형’으로 폭력상황이 발생하면 수면장애, 두통, 심계항진, 식욕부진, 복통 등의 신체적 증상과 마음의 상처, 정체성 혼란, 인격침해 등과 같은 심한 정신적 혼란을 겪게 되어 폭력 경험이 정신적·신체적 증상으로 발현되는 것으로 나타났다. 이는 폭력 경험은 직업에 대한 정체성 혼란, 환자에 대한 적대감과 공포로 이어져 빈번한 부서이동과 이직으로 인해 환자와 의료인 모두에게 좋지 않은 결과를 초래할 수 있다고 보고한 Arnetz와 Arnetz (2001)의 연구와 응급실 간호사들의 폭력에 대한 반응으로 공포, 슬픔, 무기력, 모욕감, 분노 등 다양한 감정과 수면장애, 속쓰림, 두통 등 신체적 반응을 경험한다고 보고한 Park 등(2007)의 연구와 같은 맥락이다. 이와 같은 정신적·신체적 반응들은 정신과적 후유증을 초래하고 직업적 회의를 강하게 느끼게 만들어 퇴직에 대한 욕구로 이어질 수 있어(Arnetz & Arnetz, 2001) 양질의 간호서비스 제공을 저해하고 간호사 이직률 증가를 촉진할 수 있는 위험요인이 될 수 있다. 또한, 이 유형의 대상자들은 폭력을 당한 후 계속 그 상황이 떠올라 자신의 업무를 수행하기 어렵고 병원에서 해결을 해 주기 전에는 어떠한 행동도 취할 수 없어 폭력을 어쩔 수 없이 당할 수밖에 없는 것으로 간주하여 소극적인 폭력 대처 양상을 보였다. 이는 폭력경험이 최근 일수록, 대처 양상이 소극적일수록 부정적 정서반응이 강하게 나타난 연구(Park, Kang, Kim, & Kwon, 2011) 등과 같은 맥락이므로, 간호사의 정서적으로 억제된 감정과 스트레스 소모, 신체적 증상 등을 경감시킬 수 있는 신체·심리 완화 프로그램 개발 및 필요시 심리상담 전문가 배치 등의 제도적

장치가 필요하다고 사료된다. 특히, 동료 간호사는 일선에서 정서적·신체적 지지와 도움을 가장 많이 제공할 수 있는 집단이므로 동료 간호사의 멘토-멘티 제도 적용 또한 도움이 될 것으로 사료된다.

제 III유형은 ‘원인규명 예방주력형’으로 병원의 제도적 장치, 보안요원 배치 및 시스템 등을 통한 폭력의 근본적 원인과 문제를 조사하여 폭력발생을 최소화하는 것이 사전예방을 위한 최우선 방안임을 주장하는 것으로 나타났다. 반면 폭력상황에의 맞대응은 강력히 반대하며 의료행위의 원활한 유지와 의료인의 존엄성이 우선적으로 존중되어야 한다고 주장하였다. 미국 노동부 OSHA (US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 2004)는 폭력에 대한 예방지침으로 폭력발생 위험도가 높은 부서에 사고보고 기능 시스템 적용 및 폭력위험 교육의 직원 참여와 관리, 위험 예방과 제어장치, 안전 보건교육, 기록 및 프로그램 평가 등과 같은 대책 마련을 제시하고 있다. 그러므로 각 의료기관에서는 폭력 예방 관련 지침을 개발하여 지속적인 정규교육을 제공할 필요가 있다. 입원 시 환자와 보호자에게 폭력 관련 규정 및 지침에 대한 사전설명 등이 포함된 표준화된 지침서를 개발하여 적용하는 것도 폭력예방을 위한 전략이 될 것이다. 6년 동안 254명을 대상으로 Hospital-based violence intervention programs (VIPs)을 적용한 결과 폭력 재발률이 4배로 감소된 연구(Smith, Dobbins, Evans, Balhotra, & Dicker, 2013)로 미루어볼 때 우리나라 실정에 맞는 병원폭력중재 프로그램 개발 및 적용 또한 도움이 될 것으로 사료된다.

한편 이 유형의 대상자들은 폭력에 대한 예방도 중요하지만 폭력상황에 대한 원인 규명과 문제해결 필요성을 주장하였는데 이를 위한 정확하고 신속한 사건보고는 상황 파악 및 대응 방안을 마련하는 중요한 역할을 하므로 핵심요인이라고 할 수 있다. 그러나 대부분 간호사들이 폭력사건에 대해 보고하기보다 묵인하거나 체념하며, 경력이 낮을수록 보고건수 또한 낮은 것으로 나타난 연구(Antai-Otong, 2001; Hesketh et al., 2003; Kim, Kim, & Lim, 2005), 경력이 많은 간호사일수록 폭력 발생 시 스스로 문제해결을 위한 방향을 모색하고 수간호사 또는 해당부서에 즉시, 보고하는 행동을 취하는 경향이 있음을 보고한 연구(Park et al., 2001) 등을 볼 때 임상 경험이 부족한 간호사를 대상으로 신속·정확한 보고체계 정립을 위한 전략을 모색할 필요가 있다.

이상으로 볼 때 이 유형의 간호사들에게는 폭력 사건을 대상자가 직접 보고하거나 상황에 따라 대리보고 할 수 있도록 간소화된 보고양식 또는 보고시스템 구축을 통해 사건보고를 의무

화하는 등 절차와 처리과정을 정규적으로 교육하고 모니터링하는 전략이 필요하다고 사료된다. 또한, 폭력이 의심될 때 신속히 대응할 수 있는 적절한 의사소통능력은 폭력 진행을 조절하고 예방할 수 있는 방안으로(Atawneh, Zahid, Al-Sahlawi, Shahid, & Al-Farrah, 2003; Park et al., 2001) 폭력 위기 또는 발생 시 문제해결을 위한 의사소통능력 개발이 간호중재로 적용되어야 할 것이다.

제IV유형은 ‘지원요청 업무지속형’으로 폭력전담요원에 의한 문제해결 및 전문인으로서의 간호업무 지속을 지향하는 집단으로 나타났다. 또한, 가해자에 대한 이해와 친절이 필요하며 병원 이미지를 고려한 환자 강제 퇴원과 폭력 묵인 등은 부정적 견해를 나타내면서, 간호사의 주 업무는 환자 간호이므로 폭력은 기관에서 해결하는 것이 바람직하다고 주장하였다. 이는 병원폭력의 주원인은 의료진의 태도와 진료지연, 의료상황 이해의 어려움 등으로 인해 발생하므로 처벌보다 환자 및 보호자 진정, 해결을 위한 적극적 태도, 병원의 강력한 지지와 안전한 환경 구축, 병원행정가들의 폭력에 대한 인식 증진 등이 중요함을 강조한 연구(Park et al., 2007), 병원폭력의 주가해자는 환자 또는 보호자로 이들은 사회적 약자인 취약집단임을 감안할 때 계약적인 관계가 형성될 수 없어 폭력을 처벌하기 어렵다는 연구(Cho et al., 2011; Hesketh et al., 2003; Kim et al., 2005; Kwon et al., 2007) 등과 같은 맥락이다. 따라서 이 유형의 대상자들은 폭력상황에서도 간호업무는 당연히 지속되어야 하는 생각을 가지고 있으므로 폭력이 해결되지 않고 그대로 지속될 경우 간호업무의 원활한 진행이 곤란할 수 있어 기관의 신속한 대응으로 적극적 지원과 보호를 받고 있음을 보여주고 안전한 간호 현장에서 근무하고 있음을 인지할 수 있도록 병원과 간호행정부서의 지지가 필요할 것으로 생각한다. 또한, 추후 진행과정과 결과를 알려줌으로써 폭력 발생에 대한 자아성찰의 기회를 제공한다면 책임감이 강한 유형이므로 직무만족을 향상시킬 수 있는 전략이 될 것으로 생각한다. 그러나 간호사도 폭력에 대한 법적인 행동을 취할 수 있는 권리는 있으나 반드시 윤리적 고려가 우선되어야 하며 기관의 법적 대응 시 간호사들은 고용안정에 대한 우려를 하고 있다는 연구(Erickson & Williams-Evans, 2000)를 감안하면 기관의 폭력 법적 대응 시 도덕적·윤리적 측면, 관련 피해자들의 고용안정성 등을 제고할 필요가 있다고 사료된다.

본 연구에서 드러난 병원 폭력 대처에 대한 임상간호사들의 공통적 견해는 병원의 적극적 지원이 폭력예방에 가장 중요하며 폭력 발생 시 환자, 보호자 모두를 안정시키는 것도 간호사의 업무라는 공통적 견해를 보였다. 환자·보호자를 안정시켜

야 하는 것은 이들이 신체적·정신적 고통을 가지고 있는 상황에서 의료서비스에 대한 불만이 폭력의 원인으로 작용할 수 있으므로(Kwon et al., 2007; Park et al., 2001) 흥분한 환자·보호자를 안정시키는 것은 결국 의료서비스에 대한 만족도를 증가시킬 수 있는 간호업무의 일부분이라고 생각한다. 따라서 환자·보호자를 안정시키는 것은 제 2의 폭력 예방 전략이 될 수 있으며 다른 환자의 안정 또한 중요하므로 폭력발생 현상으로부터 가해자를 분리시킬 수 있는 시스템 도입 등도 제고할 필요가 있다.

결론 및 제언

본 연구는 임상간호사들의 병원 폭력 대처에 대한 유형별 특성을 규명함으로써 유형에 따른 맞춤형 전략을 마련하는 데 기초자료를 제공하고자 시도되었다.

연구결과 병원 폭력 대처에 대한 임상간호사의 주관성은 ‘강력대응 재발방지형’, ‘정신신체 증상발현형’, ‘원인규명 예방주력형’, ‘지원요청 업무지속형’ 등 네 가지 유형으로 분류되었다. 따라서 효율적인 폭력대처를 위해 제 I유형인 ‘강력대응 재발방지형’은 표준화된 폭력대응지침 매뉴얼을 제공하고 제 II유형 ‘정신신체 증상발현형’은 증상 조절을 위한 신체심리 완화 프로그램 적용 및 심리상담 전문가 배치 등을 고려하며 제 III유형 ‘원인규명 예방주력형’은 병원폭력중재 및 의사소통을 위한 프로그램의 적용 그리고 제 IV유형인 ‘지원요청 업무지속형’은 원내 폭력중재전담부서 및 지원부서의 활성화 등을 제안할 수 있겠다.

본 연구는 병원 내 일개부서가 아닌 병동, 중환자실, 응급실 등 폭력의 주요 발생 지역에 근무하는 임상간호사를 대상으로 이루어진 점, 기존의 언어, 신체적 폭력 등과 같은 부분적 주관성을 분석한 선행연구와 달리 폭력 대처에 대한 현실적인 주관적 견해를 유형별로 분석한 점에서 의의가 있다. 또한, 간호사들의 과거 소극적이고 수동적인 유형에서 적극적이고 능동적인 폭력대처 유형의 변화를 도출한 부분도 본 연구의 의의로 여겨진다. 그러나 본 연구는 개인의 내면에 산재된 주관성을 확인함으로써 감성적 접근으로 대상자를 간호하기에 적합한 방안을 도출하는데 잠재적으로 기여할 수 있어 간호학에서 유용한 Q-방법론(Akhtar-Danesh, Baumann, & Cordingley, 2008)을 적용하였으나, Q-방법론의 소수의 비확률 표본으로 인한 제한점을 극복하지 못하였으므로 본 연구결과와 상이한 경험을 가지고 있는 집단에 본 연구결과를 적용하는데 한계점을 가지고 있다.

이상의 결과는 병원 폭력에 대한 임상간호사의 대처 유형에 따른 정보를 제공해 줌으로써 각 유형별 특성에 따른 맞춤형 교육 프로그램 개발의 기초자료로 활용될 것으로 기대한다. 또한, 병원 폭력에 대한 대처방법을 우리나라 실정에 맞게 조사할 수 있는 도구가 부족한 실정을 고려하여 본 연구결과에서 도출된 진술문을 토대로 병원 폭력 대처 문항개발을 위한 후속연구, 환자와 보호자들이 생각하는 병원폭력에 대한 견해를 탐색한 연구 등을 제안한다.

REFERENCES

- Akhtar-Danesh, N., Baumann, A., & Cordingley, L. (2008). Q-methodology in nursing research: A promising method for the study of subjectivity. *Western Journal of Nursing Research, 30*(6), 759-773. <http://dx.doi.org/10.1177/0193945907312979>
- Antai-Otong, D. (2001). Critical incident stress debriefing: A health promotion model for workplace violence. *Perspectives in Psychiatric Care, 37*(4), 125-132. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6163.2001.tb00644.x>
- Arnetz, J. E., & Arnetz, B. B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine, 52*(3), 417-427. [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00146-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00146-5)
- Atawneh, F. A., Zahid, M. A., Al-Sahlawi, K. S., Shahid, A. A., & Al-Farrak, M. H. (2003). Violence against nurses in hospital: Prevalence and effects. *British Journal of Nursing, 12*(2), 102-107.
- Chen, K. P., Ku, Y. C., & Yang, H. F. (2013). Violence in the nursing workplace - A descriptive correlational study in a public hospital. *Journal of Clinical Nursing, 22*, 798-805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04251.x>
- Cho, J. Y., Lee, Y. W., Kim, H. S., & Kim, S. H. (2011). Relationships among response for violence experience, hardiness, and job satisfaction of nurses working in emergency department. *Korean Journal of Adult Nursing, 23*(5), 494-502.
- Cho, Y. H., Hong, Y. R., Lee, A. M., Kim, M. K., Lee, H. J., Han, A. K., et al. (2011). Experience of verbal abuse, emotional response, and ways to deal with verbal abuse against nurses in hospital. *Korean Journal of Occupational Health Nursing, 20*(3), 270-278. <http://dx.doi.org/10.5807/kjohn.2011.20.3.270>
- Erickson, L., & Williams-Evans, S. A. (2000). Attitudes of emergency nurses regarding patient assaults. *Journal of Emergency Nursing, 26*(3), 210-215. [http://dx.doi.org/10.1016/S0099-1767\(00\)90092-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0099-1767(00)90092-8)
- Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M., et al. (2008). Violence risks in nursing-results from the European 'NEXT' study. *Occupational Medicine, 58*(2), 107-114. <http://dx.doi.org/10.1093/occmed/kqm142>
- Fernandes, C. M., Raboud, J. M., Christenson, J. M., Bouthillette, F., Bullock, L., Ouellet, L., et al. (2002). The effect of an education program on violence in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine, 39*(1), 47-55. <http://dx.doi.org/10.1067/mem.2002.121202>
- Gacki-Smith, J., Juarez, A. M., Boyett, L., Homeyer, C., Robinson, L., & MacLean, S. L. (2009). Violence against nurses working in US emergency departments. *Journal of Nursing Administration, 39*(7-8), 340-349.
- Hegney, D., Plank, A., & Parker, V. (2003). Workplace violence in nursing in Queensland, Australia: A self-reported study. *International Journal of Nursing Practice, 9*(4), 261-268. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-172X.2003.00431.x>
- Hegney, D., Tuckett, A., Parker, D., & Eley, R. M. (2010). Workplace violence: Differences in perceptions of nursing work between those exposed and those not exposed: A cross-sector analysis. *International Journal of Nursing Practice, 16*(2), 188-202. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01829.x>
- Hesketh, K. L., Duncan, S. M., Estabrooks, C. A., Reimer, M. A., Giovannetti, P., Hyndman, K., et al. (2003). Workplace violence in Alberta and British Columbia hospitals. *Health Policy, 63*(3), 311-321. [http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00142-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00142-2)
- Hills, D. (2008). Relationships between aggression management training, perceived self-efficacy and rural general hospital nurses' experiences of patient aggression. *Contemporary Nurse, 31*(1), 20-31. <http://dx.doi.org/10.5172/conu.673.31.1.20>
- Hoff, L. A., & Slatin, C. (2006). Workplace health and safety: Report of PHASE/MNA focus groups. *Massachusetts Nurse, 77*(8), 6.
- Kim, H. K. (2008). *Q methodology: Philosophy, theories, analysis, and application*. Seoul: CommunicationBooks.
- Kim, H. S., Yim, H. W., Jeong, S. H., & Jo, S. J. (2009). An association among verbal abuse, social supports and turnover intention for special units nurses in a hospital. *Korean Journal of Occupational and Environmental Medicine, 21*(4), 388-395.
- Kim, M. Y., Kim, S. H., & Lim, S. H. (2005). A study of workplace violence by nurses. *Nursing Science, 17*(2), 33-44.
- Kim, T. S., & Kim, J. I. (2004). Violence episodes and turnover among clinical nurses. *The Journal of Korean Nursing Administration Academic Society, 10*(4), 427-436.
- Kwon, H. J., Kim, H. S., Choe, K. S., Lee, K. S., & Sung, Y. H. (2007). A study on verbal abuse experienced at medical centers. *Clinical Nursing Research, 13*(2), 113-124.
- Lin, Y. H., & Liu, H. (2005). The impact of workplace violence on

- nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, 42(7), 773-778.
- Park, E. O., Kang, S. J., Lee, E. K., Ji, E. J., Kang, L. H., & Back, C. H. (2001). Violence experience of clinical nurse in the hospital. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*, 7(2), 187-202.
- Park, E. O., & Kim, J. H. (2011). The experiences of workplace violence toward nurses in hospitals in Jeju province, South Korea. *Korean Journal of Occupational Health Nursing*, 20(2), 212-220. <http://dx.doi.org/10.5807/kjohn.2011.20.2.212>
- Park, E. Y., Seo, J. M., Ju, H. O., & Lee, E. N. (2007). The Reactions of emergency department nurses to violence: Q-Methodological Approach. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 37(5), 762-771.
- Park, H. J., Kang, H. S., Kim, K. H., & Kwon, H. J. (2011). Exposure to workplace violence and coping in intensive care unit nurses. *Journal of Korean Academy Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 291-301.
- Shields, M., & Wilkins, K. (2009). Factors related to on-the-job abuse of nurses by patients. *Health Reports*, 20(2), 7-19.
- Smith, R., Dobbins, S., Evans, A., Balhotra, K., & Dicker, R. A. (2013). Hospital-based violence intervention: Risk reduction resources that are essential for success. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 74(4), 976-982. <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0b013e31828586c9>
- Sofield, L., & Salmond, S. W. (2003). Workplace violence. A focus on verbal abuse and intent to leave the organization. *Orthopedic Nursing*, 22(4), 274-283.
- US Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration. (2004). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare & social service workers*. Retrieved December 24, 2012, from <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html#text1>