

임상간호사의 병원폭력에 대한 태도 측정도구 개발

하은호¹ · 조진영² · 김진미³

중앙대학교 적십자간호대학¹, 혜전대학교 간호학과², 인하대학교 통계학과³

Development and Validation of the Hospital Violence Attitude Scale-18 (HVAS-18) for Clinical Nurses

Ha, Eun-Ho¹ · Cho, Jin-Young² · Kim, Jin-Mi³

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

²College of Nursing, Hyejeon University, Hongseong

³Department of Statistics, Inha University, Incheon, Korea

Purpose: The purpose of this study was to develop and validate a Hospital Violence Attitude Scale-18 (HVAS-18) for clinical nurses. **Methods:** The HVAS-18 was developed and validated in 3 steps: Item generation through literature reviews and in-depth interviews, pilot study, and the validity and reliability tests using a test-retest technique. Forty-one items were initially extracted by 8 experts, and 18 items were finally developed by item and factor analysis. The final HVAS-18 was evaluated by 326 clinical nurses from seven general hospitals in three cities. The collected data were analyzed using factor analysis, Pearson correlation coefficient, and Cronbach's α . **Results:** Five discrete factors emerged, which explained 64.0% of the total variance. Each five factor was labeled: Factor 1 (6 items) 'awareness' explained 18.2%; Factor 2 (4 items) 'response' explained 12.9%; Factor 3 (4 items) 'reaction' explained 12.9%; Factor 4 (2 items) 'result-nursing' explained 10.2%; and Factor 5 (2 items) 'result-violence offender' explained 9.6%. The internal consistency, Cronbach's α , was .87, and reliability of the sub-scales ranged from .72 to .83. **Conclusion:** The results of this study indicate that HVAS-18 can be an useful, reliable, and valid instrument for measuring hospital violence attitude of clinical nurses.

Key Words: Hospitals, Violence, Attitude, Validation studies

서론

1. 연구의 필요성

직장 내 폭력은 의료종사자, 기관담당자, 소비자 및 사회 전반에 영향을 미치는 심각한 공중보건문제로, 발생빈도와 심각성은 급속한 속도로 증가하고 있다[1,2]. 특히 병원 내 의료진

을 향한 환자, 보호자, 방문객 또는 의료인 상호 간의 공격적 행동과 폭력은 환자 치료 및 간호 생산성, 질병 예후는 물론 의료인의 신체적, 정신적 건강에 치명적 결과를 초래할 수 있는 요인으로 전 세계적 쟁점사안이다[3-5].

간호사는 다양한 형태의 병원폭력에 가장 많이 노출되는 취약 집단으로[6,7] 약 75% 정도가 임상현장에서 환자 및 보호자들로부터 폭력을 경험하거나[8], 동료 및 상사들로부터 공

주요어: 병원, 폭력, 태도, 타당도 조사

Corresponding author: Cho, Jin-Young

College of Nursing, Hyejeon University, 25 Daehak-gil, Hongseong-eup, Hongseong 350-702, Korea.
Tel: +82-41-630-5270, Fax: +82-41-630-5296, E-mail: cjl205@hj.ac.kr

Received: Oct 25, 2014 / Revised: Feb 11, 2015 / Accepted: Feb 11, 2015

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0>), which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

격적 행동, 차별, 협박, 따돌림 등과 같은 수평적 또는 수직적 폭력(horizontal or vertical violence)을 경험하기도 한다[9]. 그러나 직장을 잃는 것에 대한 두려움, 보고한다고 해도 해결되거나 변하는 것은 없다고 생각하는 잘못된 믿음 등으로 은폐 또는 과소신고된 폭력을 감안하면 간호사가 경험한 폭력은 지금까지 밝혀진 그 이상일 것으로 추정된다[4,7,10].

화남, 공포, 우울감, 좌절감, 수면장애 등과 같은 간호사의 병원폭력경험 관련 증상은 신체적, 심리적 안녕 상태를 위협할 뿐만 아니라[3,11] 이차적 외상 스트레스 또는 외상 후 스트레스 장애로 발전될 가능성이 있다[12,13]. 이는 결근 및 병가, 소진 등으로 이어져 업무생산성 감소, 이직의도 증가 등을 초래할 수 있고 적정 간호인력 보유에 부정적 영향을 미치거나 전문직 경력단절, 병원의 경제적 손실 등을 야기할 수 있다[1,6,13,14]. 따라서 환자에게 양적, 질적인 간호 모두를 제공하기 어려운 상황이 전개되며 자존감 및 직무만족도 저하, 업무 효율성 감소 등은 환자 안전 및 생명을 위협하는 의료사고로 연결될 수 있다[15-17]. 간호사의 병원폭력 경험은 개인, 조직, 지역사회 전반에 다면적 문제를 유발할 수 있는 위험요소이므로 사전예방 및 폭력예고행동증상 관련 교육[4,18] 등을 통한 지속적 관리 및 중재 전략이 중요하다. 그러나 병원폭력에 대한 간호사 개인의 생각과 태도가 부정적 또는 소극적이라면 반복적인 교육과 훈련을 통한 폭력 예방 및 적절한 대처 방안 확립은 기대하기 어렵다[11].

태도는 건강유지 및 증진을 위한 교육 훈련 프로그램의 성과를 좌우하는 핵심요인으로 개인의 주관적 의견을 토대로 형성된 개인행동지침이다. 또한 간호사 개인의 생각, 행동, 경험 등에 부정적이거나 긍정적 영향을 미치는 중요인자로 간호업무성과에도 직접적으로 작용할 수 있어 간호생산성 평가의 주요 지표로 사용된다[19]. 즉 병원폭력을 목인 또는 누락시키거나 언제든 발생할 수 있는 당연한 사건으로 용인하는 소극적 태도[2,10,11]는 간호사의 강인성을 저하시켜 직무만족도를 감소시키는 요인으로 작용한다[18]. 병원폭력에 대한 법적인 대응, 환자 건강상태를 고려하지 않은 강제퇴원조치 등과 같은 강력한 태도 또는 감정적 태도는 간호전문직관 또는 간호 정체성 혼란을 야기할 수 있으며 이는 자기효능감 및 직무만족도 등에 부정적 영향을 미칠 수 있다[11,17]. 이와 같은 바람직하지 못한 태도는 환자-간호사의 긍정적 상호관계를 감소시키거나 병원폭력을 해결하기보다 타협하려는 태도에 기인한 절충간호(compromised care)를 유발할 수 있다[2]. 그러므로 병원폭력에 대한 예방 및 교육 등과 같은 관리전략을 논하기 이전에 간호사의 병원폭력에 대한 태도를 파악하는 것이

우선순위다.

지금까지 임상간호사의 병원폭력에 대한 태도를 측정하기 위한 도구를 개발하여 적용한 연구는 드물다. Bardis[20]의 가정폭력측정도구(Family Violence Scale, FVC)와 폭력측정도구(Violence Scale, VC)는 각 25문항 .93, .89 등의 높은 신뢰도를 보유하고 있으나 FVC는 자녀를 대상으로 한 부모의 신체적 폭력 및 언어적 위협 등으로 구성되어 있어 병원 내 폭력을 측정하는데 제한점이 있다. 특히 VC는 전쟁, 무기, 살인, 자녀체벌, 대학 내 경찰 투입 등 광범위한 개념을 포함하고 있어 간호영역과는 거리가 멀다. Duxbury[21], Soares와 de Vargas[5]의 공격행동관리에 대한 태도측정도구(Management of Aggression and Violence Attitude Scale, MAVAS) 역시 신뢰도는 높으나 환자의 공격성 행동 관리에 초점을 맞춘 도구로 간호사의 병원폭력태도 측정도구로는 적합하지 않다. Velicer, Huckel과 Hansen[22]이 개발한 폭력태도도구, 이를 적용한 Anderson, Benjamin, Wood와 Bonacci[23]의 폭력에 대한 태도측정도구(Velicer Attitudes Toward Violence Scale, VATVS)는 전쟁, 범법자, 아동 훈육, 부부 및 연인관계와 관련된 항목으로 이루어져 있어 간호적용에 한계가 있다. Nam 등[24]이 개발한 언어폭력 측정도구는 4개 영역, 17문항으로 구성되어 있으나 언어폭력에만 국한되어 있어 병원에서 발생하는 다양한 형태의 폭력에 대한 임상간호사의 태도를 측정하기에는 제한점이 있다. 표준화된 병원폭력태도 측정도구 개발은 임상간호사들로부터 병원폭력에 대한 지속적이고 구조화된 피드백을 이끌어냄으로써 폭력에 대한 태도 수정은 물론 병원 내 폭력무관용정책(violence zero tolerance policy) 확립[18]을 위한 간호 중재전략을 수립하는데 기여할 수 있다. 따라서 직장 내 안전한 업무환경 조성으로 임상간호사의 직무만족 향상은 물론 간호인력 관리에도 긍정적 영향을 미칠 수 있다[1,6]. 이를 위한 기초 작업으로 임상간호사의 병원폭력태도 측정도구(Hospital Violence Attitude Scale, HVAS-18)를 개발하고, 개발된 도구의 신뢰도 및 타당도를 평가하고자 본 연구를 시도하였다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 임상간호사의 병원폭력에 대한 태도 측정도구(Hospital Violence Attitude Scale, HVAS-18)를 개발하고 개발된 도구의 신뢰도와 타당도를 평가하는 것이다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 임상간호사들의 병원폭력태도를 측정할 수 있는 도구를 개발하고, 타당도와 신뢰도를 검증하기 위한 방법론적 연구이다. 기초문항 작성 및 예비도구 개발을 위해 개발단계 및 평가단계로 구분하여 연구를 진행하였고 개발된 예비도구는 임상간호사에게 적용하여 신뢰도 및 타당도를 검증하는 단계를 거쳤다.

2. 개발단계

1) 개념적 기틀 및 기초문항작성

임상간호사의 병원폭력태도를 측정하기 위한 개념적 기틀을 마련하기 위해 병원폭력과 관련된 선행연구를 중심으로 문헌고찰을 실시하였다. 병원폭력에 대한 다양한 의견을 수렴하기 위하여 연구자가 도출한 질문문항(병원폭력이란 무엇입니까? 병원폭력을 경험하신 적이 있습니까? 병원폭력에 대해 어떤 생각을 가지고 있습니까? 등)을 토대로 5개 종합병원에서 근무하는 임상간호사 20명과 심층면담을 실시하였으며 녹음과 필사를 거쳐 면담 내용을 정리하였다. 문헌고찰과 면담을 통해 정리된 내용을 개별 문항으로 전환한 후 내용분류표를 작성한 결과 인지적, 정서적, 행동적, 사회심리적 등의 4개 영역 57문항이 도출되었다. 이 중 의미가 중복되는 문항은 삭제하고 유사한 의미를 가진 문항은 통합하였으며 문항의 모호성 및 난이도, 전문용어 사용 여부 등을 재검토하여 최종 41개의 기초문항을 개발하였다. 개발된 문항의 응답형태는 Likert 척도를 이용하여 매우 그렇다(4점), 그렇다(3점), 그렇지 않다(2점), 매우 그렇지 않다(1점) 등으로 구성하였다.

2) 기초문항 내용타당도 검증 및 예비도구 개발

41개 기초문항의 내용타당도를 검증하기 위하여 임상경력 10년 이상의 근무경력과 폭력경험이 있는 종합병원 병동 수간호사 4인, 응급실 및 중환자실 일반간호사 2인, 응급의학과 전문의 2인 등 8인으로 전문가 집단을 구성하였다. 8인의 전문가 집단에게 41개 문항이 병원폭력태도를 측정하기에 타당한지 여부와 표현된 언어의 적절성 유무 등을 평가받았다. 도구의 필요성은 '예', '아니오'로 응답하도록 하였고 '예'라고 응답한 문항에 대해서는 1점부터 10점으로 구분하여 매우 타당할수록 높은 점수에 분포되도록 하였으며 응답한 비율을 조사

하여 문항별 내용타당도 지수(Content Validity Index, CVI)가 .80 이상인 문항을 타당한 것으로 평가하였다. 그 결과 41개 문항의 CVI는 .85~.95 범위 내로 조사되었으며 문항 및 용어 선정의 적절성, 병원폭력을 표현하는 의미의 정확성 등을 토론했던 후 표현이 긴 문장은 응답자에게 혼란을 야기할 수 있다는 전문가 집단의 의견을 토대로 수정·보완하는 과정을 거쳐 병원폭력태도 측정을 위한 최종 예비도구가 도출되었다.

3) 사전 조사

41개 문항 예비도구의 표본조사를 실시하기 전 소수 표본을 편의표집하여 사전 조사를 실시하였다. 이를 위해 10년 이상 근무경력을 기준으로 병동 간호사 3인, 중환자실 간호사 3인, 응급실 간호사 3인, 수술실 간호사 3인 등 총 12인으로 구성된 사전 조사팀을 결성한 후 각 문항에 대해 응답하도록 하였다. 12인의 일반적 특성은 평균연령 38세, 결혼 8명(67%), 폭력경험 12명(100%) 등으로 나타났으며 응답시간은 평균 10분정도 소요되었다. 예비도구 설문에 대한 응답 종료 후 각 문항에 대해 이해하기 어려운 점은 없었는지, 응답을 얻는데 저항성은 없었는지, 질문방법은 적절했는지 등과 관련 질의응답 시간을 가졌으며 문항의 적절성과 이해 정도를 최종 검토한 후 41개 문항을 모두 사용하기로 결정하였다.

3. 평가단계: 도구의 신뢰도 및 타당도 검증

1) 연구대상

(1) 신뢰도/타당도 측정을 위한 연구대상자

예비도구의 신뢰도 및 타당도 검증을 위한 표본크기는 최소 300명 이상 또는 도구 문항 수의 5배 정도가 일반적이다[25]. 본 연구의 대상자는 종합병원 간호사 중 현 근무지에서 3개월 이상 근무한 자로 본 연구의 목적을 이해하고 연구참여에 동의한 자로 하였다. 최소 표본크기는 300명이었으나 응답 누락을 고려하여 간호부를 통해 350명을 표본추출 하였다. 문항당 대상자 수의 비율은 11.7이었다.

(2) 검사-재검사(test-retest) 검증을 위한 연구대상자

검사-재검사는 각 문항들의 일관성을 확인하는 방법으로 동일한 대상자를 편의표집하여 1~2주일 간격을 두고 같은 문항을 재설문 한 후 응답문항 간 상관계수 및 신뢰도를 측정한다[26]. 이를 위해 자료수집 전 검사-재검사 과정에 대해 설명한 후 자발적으로 참여할 대상자 50명을 편의표집하였다.

2) 준거타당도 검증을 위한 연구도구

개발된 HVAS-18의 준거타당도 검증을 위하여 문헌고찰을 토대로 병원폭력과 관련 있는 직무만족도를 선정하여 측정하였다. 선행연구에서 병원폭력과 관련된 간호사의 신체적, 정서적 반응은 직무만족도(인간관계, 업무, 인사, 운영 등)를 감소시키며[27], 감소된 직무만족도는 간호사 이직률 상승 및 보유율을 저하[14]시키는 것으로 보고되었다. 특히 우울, 화남, 불안, 부정, 비난, 죄책감, 두려움 등과 같은 병원폭력 관련 정서적 반응은 인간관계영역 직무만족도에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 이는 간호사의 심리적 안녕상태에 부정적으로 작용하여[1,27] 간호사인 및 의료사고를 유발[16]시키는 것으로 보고되었다. 직무만족도를 측정하기 위해 Jang[28]이 Weiss 등[26]의 도구를 구성타당도 검증 후 수정·보완하여 사용한 10문항을 이용하였으며 사용 전 도구사용에 대한 저자의 허락을 받았다. Weiss 등[26]에 의해 제작된 직무만족도 원도구(Minnesota Satisfaction Questionnaire, MSQ)는 총 21문항으로 구성되어 있으며 개발당시 신뢰도는 Cronbach's α .86이었고 10문항 축소도구로 사용한 Jang[28]의 연구에서는 Cronbach's α .87, 본 연구에서는 Cronbach's α .87로 나타났다.

3) 자료수집

본 연구의 자료수집기간은 2014년 4월 1일부터 20일까지 진행되었으며 서울, 경기, 인천 지역 7개 종합병원을 사전에 방문하여 해당 기관의 간호부서장에게 본 연구의 목적과 방법을 설명한 후 연구진행에 대한 사전승인을 받았다. 신뢰도/타당도 측정을 위한 연구대상자에게 연구목적과 방법을 설명하여 동의한 자료 동의서를 작성한 후 자가보고형 설문지를 통해 자가 응답하도록 하였다. 총 350부의 설문지를 수집하였고 응답내용이 불성실하거나 누락된 것을 제외한 총 326부를 자료분석에 사용하였으며 최종 문항 당 대상자 비율은 12.5로 나타났다. 이 중 검사-재검사 검증을 위해 50명의 대상자들에게는 동일한 설문지 2부를 배포한 후 1차 설문지 작성 시기를 기점으로 1주일 후 재설문에 응답하도록 하였으며 재설문지는 2차로 표기한 후 간호부에 보관하도록 부탁하였다. 재설문 응답률은 100%였으며 연구자가 간호부를 방문하여 직접 회수하였다.

4. 자료분석

수집된 자료는 SPSS 18.0을 이용하여 분석하였다. 응답자의 일반적 특성은 기술통계분석과 빈도분석을 실시하였고, 내

용타당도 검증은 CVI로 산출하였으며, 도구의 구성타당도 검증은 상관계수를 이용한 문항분석과 요인분석을 실시하였다. 문항의 수렴 및 판별타당도 검증은 다특성-다방법 행렬(Multitrait-multimethod matrix)을 이용하였다. 동시타당도 검증을 위해 직무만족도와 상관분석을 실시하였으며 신뢰도 검증은 검사-재검사(test-retest)를 통해 Pearson 상관계수와 내적일관성을 측정하는 Cronbach's α 값을 구하였다.

5. 윤리적 고려

본 연구에 참여하는 연구대상자의 윤리적 고려를 위하여 C대학 생명윤리위원회의 승인(1041078-201404-HR-034-01)을 받고 진행하였다. 연구대상자 선정기준에 부합된 대상자에게 연구의 목적과 방법을 구두와 서면으로 설명한 후 자발적 동의서를 받았다. 자료수집 내용은 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것과 익명성 및 사적인 상황의 보장, 참여자가 원하면 질문지 작성도중 철회할 수 있음과 도출된 연구결과를 통해 임상간호사들의 병원폭력에 대한 태도 정도를 파악하는데 기여할 수 있는 이점을 설명하였다.

연구결과

1. 대상자들의 일반적인 특성

본 연구대상자의 성별은 여자가 311명(95.4%)으로 대부분을 차지하였고, 평균 연령은 29.9세로 30세 이하가 208명(63.8%)으로 조사되었다. 227명(69.6%)이 미혼상태였으며 193명(59.2%)이 전문대학을 졸업하였고 168명(51.5%)은 종교를 가지고 있지 않았다. 연구대상자의 임상경력은 5년 이상이 163명(50.0%)으로 가장 많았고 1~3년이 79명(24.2%), 3~5년이 59명(18.1%), 1년 미만인 25명(7.7%) 등의 순으로 나타났으며 평균 임상경력은 6.9년으로 조사되었다. 현재 직급상태는 일반간호사가 250명(76.7%)으로 가장 많은 분포를 차지하였고 폭력안전교육을 경험하지 못한 대상자는 209명(64.1%)으로 나타났다. 다중응답으로 폭력경험을 조사한 결과 환자로부터 폭력을 당한 경우가 214명(65.6%)으로 가장 많았고 보호자로부터가 185명(56.7%), 의사로부터 56명(17.2), 간호사들로부터 37명(11.3%), 기타 10명(3.1%) 등의 순으로 나타났다. 폭력 유형으로는 언어적 폭력 268명(82.2%), 신체적 위협 152 (46.6%), 정신적 폭력 113명(34.7%), 신체적 폭력 68명(20.9%) 등의 순으로 나타났다. 폭력발

생부서 중 빈도가 가장 높은 곳은 응급실로 220명(67.5%)이 응답하였으며, 그 다음이 병동으로 76명(23.3%)이 응답하였다(Table 1).

Table 1. General Characteristics of the Participants (N=326)

Characteristics	Categories	n (%) or M±SD
Gender	Male	15 (4.6)
	Female	311 (95.4)
Age (year)		29.9±6.8
	≤ 25	104 (31.9)
	26~30	104 (31.9)
	31~35	53 (16.3)
	≥ 36	65 (19.9)
Marital status	Single	227 (69.6)
	Married	99 (30.4)
Education	College	193 (59.2)
	University	118 (36.2)
	Master	13 (4.0)
	Doctor	2 (0.6)
Religion	Yes	158 (48.5)
	No	168 (51.5)
Working period (year)		6.9±6.5
	< 1	25 (7.7)
	1~3	79 (24.2)
	3~5	59 (18.1)
	> 5	163 (50.0)
Position	Staff nurse	250 (76.7)
	Charge nurse	53 (16.3)
	Unit manager	18 (5.5)
	Over unit manager	5 (1.5)
Experience in violence education	Yes	117 (35.9)
	No	209 (64.1)
Violence experience [†] (from)	Patients	214 (65.6)
	Relatives	185 (56.7)
	Doctors	56 (17.2)
	Nurses	37 (11.3)
	Others	10 (3.1)
Types of violence [†]	Verbal abuse	268 (82.2)
	Physical threatening	152 (46.6)
	Physical attack	68 (20.9)
	Psychological attack	113 (34.7)
Location of violence	Administrations	24 (7.4)
	Emergency department	220 (67.5)
	Intensive care unit	43 (13.3)
	Wards	76 (23.3)
	Others	8 (2.5)

[†] Multiple answers.

2. 구성타당도

1) 문항분석(item analysis)

문항들의 기여도를 살펴보기 위하여 41개 문항들에 대한 기술통계량 및 문항들과 전체 문항 간의 수정된 상관계수(corrected item-total correlation coefficient)를 구하였다. 상관계수 .30 미만인 경우 해당문항은 각 척도 영역 내에서 기여도가 낮은 것으로 평가되므로 분석에서 제외하고 .30 이상인 문항[21]들만을 선택하였다(Table 2). 이때 제외된 문항은 ‘무조건 참치 말고 당당하게 맞대응’, ‘의식이 명료하지 않은 환자의 난폭한 언행은 폭력이 아니므로 이해’, ‘상사나 동료, 의사의 폭언도 폭력’, ‘병원 내 폭력은 누구나 한 번씩 겪는 당연한 일’, ‘화를 내는 환자 보호자들은 무시함’, ‘보고 및 사건경위서 제출’, ‘일단 자리를 피하고 보안요원 호출’, ‘분하지만 묵인하거나 참음’, ‘폭력을 무조건 이해해 주어야 함’, ‘폭력 발생 시 동료의 도움이 제일 큼’, ‘병원 이미지 때문에 폭력 가해지는 처벌하지 말아야 함’, ‘감정 조절위해 종교적 힘이 필요’, ‘무시하거나 내버려 두어야 함’ 등 총 13개 문항으로 28개 문항이 남게 되었다.

2) 요인분석

28개 문항의 구성타당도를 검증하기 위하여 요인분석을 실시하였다. 요인 추출 방법은 변수들을 요인들의 선형결합으로 가정하는 주성분 분석(principle component analysis)을 이용하였으며, 고유값(eigenvalue) 1 이상, 전체 분산의 누적 백분율 50% 이상이 되도록 하였다. 요인회전은 직교회전 방식 중 베리맥스(varimax)방법을 이용하였으며, 각 요인들의 항목은 요인 적재량(factor loading)과 공통성(communality)이 모두 .50 이상인 항목들을 이용하여 문항을 결정하였다[5,21].

표본의 적절성을 확인하기 위하여 Kaiser-Meyer-Olkin(KMO)와 바틀렛의 구형성 검정(Bartlett's test of sphericity)을 이용하였다. 검정 결과 KMO=.89로 .50보다 높게 나타나 현재 자료로 요인분석이 가능하였으며, 바틀렛의 구형성 검정결과, $\chi^2=3491.086$ ($p<.001$)로 상관계수행렬(correlation matrix)이 단위행렬(identity matrix)이 아니므로 요인 분석이 적합한 것으로 나타났다(Table 2).

(1) 요인추출 및 요인회전

요인분석 결과 28개 문항에서 6개의 요인이 추출되었으며 전체 분산의 56.8%를 설명하는 것으로 나타났다. 28개의 문

Table 2. Item Analysis and Factor Analysis

(N=326)

Items	M±SD	Cor item-to	Factors (initial analysis)						Com	Factors (second analysis)					Com
			1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	
16	1.37±0.49	.52	.70	.21	.16	.03	.12	.11	.59	.21	.17	.72	.16	.12	.64
35	1.28±0.46	.39	.68	.04	-.01	.11	.30	.06	.56	.14	-.03	.71	.21	.06	.57
19	1.43±0.50	.49	.65	.30	.11	.06	.13	-.03	.55	.32	.11	.69	.06	.05	.60
15	1.78±0.62	.53	.57	.25	.31	.29	-.10	-.11	.59	.19	.35	.53	-.03	.36	.57
13	1.48±0.58	.45	.56	.07	.15	.18	.03	.21	.42						
41	1.58±0.59	.47	.53	.24	.13	.13	-.05	.27	.45						
17	1.45±0.56	.48	.52	.26	.12	.00	.15	.23	.43						
33	1.55±0.57	.43	.48	.07	.03	.23	.33	.16	.43						
29	1.58±0.62	.43	.47	.14	.01	.27	.04	.31	.41						
6	1.55±0.57	.42	.09	.71	.09	.22	.14	-.02	.59	.70	.15	.08	-.12	.27	.61
5	1.64±0.62	.44	.00	.70	.09	.27	.18	.09	.61	.75	.09	-.05	.08	.23	.63
7	1.58±0.57	.54	.30	.66	.06	.11	.08	.12	.57	.68	.07	.26	.10	.11	.55
11	1.59±0.56	.46	.31	.66	.13	-.10	.13	.05	.57	.71	.12	.27	.09	-.12	.61
9	1.66±0.56	.47	.20	.63	.19	-.05	.21	.07	.53	.70	.17	.20	.12	-.10	.58
10	1.40±0.52	.46	.35	.62	-.08	.03	.29	.15	.62	.69	-.09	.37	.15	.04	.64
40	2.31±0.76	.49	.00	.12	.79	.15	.04	.16	.69	.13	.81	-.07	.20	.12	.73
38	2.16±0.84	.43	.13	.08	.76	-.02	.05	.19	.64	.09	.74	.12	.25	-.04	.64
36	1.94±0.78	.52	.19	-.04	.63	.15	.23	.37	.65	.06	.56	.16	.55	.03	.65
14	2.06±0.69	.51	.32	.22	.63	.15	-.04	-.12	.59	.16	.69	.28	-.11	.25	.66
34	2.12±0.84	.51	.16	.12	.16	.77	.01	.21	.71	.14	.17	.11	.28	.78	.74
28	1.71±0.78	.37	.21	.04	.01	.75	.03	.12	.63	.05	.04	.14	.17	.81	.70
18	2.14±0.78	.43	.14	.16	.34	.47	.00	.06	.38						
2	1.29±0.47	.38	.21	.30	.05	-.08	.77	.09	.74						
1	1.25±0.43	.38	.24	.34	-.01	-.04	.72	.09	.70						
3	1.88±0.66	.39	.02	.27	.27	.23	.51	-.20	.50						
32	1.92±0.72	.48	.21	.09	.20	.25	.00	.70	.64	.16	.14	.11	.75	.22	.66
31	1.96±0.77	.53	.29	-.04	.28	.32	.14	.61	.66	.07	.17	.21	.78	.22	.74
12	1.63±0.66	.42	.15	.41	.11	-.03	-.01	.56	.51						
Initial eigenvalue				8.28	2.51	1.63	1.30	1.13	1.05		5.81	2.16	1.37	1.17	1.01
Rotation % of variance				13.7	12.7	9.2	7.4	6.8	6.7		18.2	12.9	12.9	10.2	9.6
Rotation cumulative %				13.7	26.4	35.7	43.2	50.1	56.8		18.2	31.1	44.0	54.3	64.0
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)				.89						.86					
Bartlett's test of sphericity				3,491.086 (<i>p</i> <.001)						2,106.065 (<i>p</i> <.001)					

Cor item-to=Corrected item-total correlation; Com=Communality.

항들 적재량과 공통성은 각각 .47~.79와 .38~.74의 값으로 측정되었으며 기준치 .50보다 작은 문항들은 제거하였다. 이때 제거된 문항은 ‘환자들이 나에게 분풀이 하는 것’, ‘폭력을 당하면 일하고 싶지 않음’, ‘폭력에 가장 많이 노출되는 대상은 간호사이므로 대책 필요’, ‘3교대 근무환경과 부당한 근무 스케줄도 폭력’, ‘간호사의 무조건 사과는 부당’, ‘폭력 원인을 파악하고 문제해결 방안 모색’, ‘경우에 따라 간호사도 공개적인 사과 받아야 함’ 등 7개 문항이었다. 문항제거 후 추가로 공통성과 적재량이 .50보다 작아진 ‘환자로부터의 폭력은 묵인되기 쉬워 속상함’의 1개 문항과 서로 다른 요인으로 묶였지만 중복된 개념을 가지고 있다고 판단된 ‘언어적, 신체적, 정신적으로 고통을 주는 것’, ‘인격침해로 수치심과 스트레스를 줌’의 2개 문항 등 3개 문항이 추가로 제거되어 모두 10개 문항이 제거된 것으로 나타나 총 18개 문항이 남게 되었다. 문항 제거 후 18개 문항을 재분석한 결과 KMO=.86, 바틀렛의 구형성 검정결과, $\chi^2=2106.065$ ($p<.001$)로 나타나 HVA-18로 결정하였다(Table 3).

(2) 요인의 명명

최종 18개 문항은 5개 영역으로 분류되었으며 전체 분산의 64.0%를 설명하고 있어 기존 28문항의 설명력(56.8%)보다 7.2% 증가하였다. 모든 항목의 요인 적재량과 공통성은 .53~.81과 .55~.74의 값으로 기준에 적합한 것으로 나타났다.

제1요인(설명력=18.2%)은 6개 항목으로 ‘나는 신체적으로 위협하는 모든 행동을 폭력이라고 생각한다’, ‘나는 간호업무 방해하는 것은 모두 폭력이라고 생각한다’, ‘나를 무시하는 말과 행동을 폭력이라고 생각한다’, ‘나는 자기만 아는 이기적인 행동을 폭력이라고 생각한다’, ‘나는 타인 앞에서 망신과 모욕을 당하는 것을 폭력이라고 생각한다’, ‘나는 성적인 농담이나 행동을 폭력이라고 생각한다’ 등 병원폭력을 언어적, 신체적 영역은 물론 간호활동에 부정적 영향을 미치는 행위도 포함시키는 포괄적인 개념을 표명하고 있어 병원폭력에 대한 ‘인식’으로 명명하였다.

제2요인(설명력=12.9%)은 4개 항목으로 ‘폭력이 발생하면 대인관계에 대한 공포심이 생겨 사람을 피할 것 같다’, ‘폭력이 발생하면 분해서 수면장애, 두통, 호흡곤란, 식욕부진 등이 생길 것 같다’, ‘폭력이 발생하면 일에 대한 의욕이 없어지고 서러워서 눈물이 날 것 같다’, ‘폭력이 발생하면 손발이 떨리고 진정이 안되 전문상담치료가 필요할 것 같다’ 등 병원폭력의 결과로 인한 정서적 반응과 신체적 반응을 내포하고 있어 병원폭력에 대한 ‘반응’으로 명명하였다.

제3요인(설명력=12.9%)은 4개 문항으로 ‘나는 폭력이 업무의 효율성을 떨어뜨리고 자존감을 저하시킨다고 생각한다’, ‘나는 폭력으로부터 보호받을 수 있는 제도적 장치가 우선이라고 생각한다’, ‘나는 폭력예방을 위해 병원의 적극적인 지원이 우선이라고 생각한다’, ‘나는 폭력가해자를 무조건 처벌해야

Table 3. Hospital Violence Attitude Scale-18

Categories	Item No.	Items
Awareness	5	I think interrupting nursing practices are all the violence.
	6	I think all behaviors that physically threatens are the violence.
	7	I think disdainful behaviors and words are the violence.
	9	I think suffering disgrace and insult in front of others are the violence.
	10	I think sexual jokes and behaviors are the violence.
	11	I think self-centered selfish behaviors are the violence.
Response	14	If violence occurs, I will need counseling due to shaking hands and feet, and being not relaxed.
	36	If violence occurs, I will have no enthusiasm for work and will cry in sorrow.
	38	If violence occurs, I will get sleep disturbance, headache, dyspnea and anorexia.
	40	If violence occurs, I will avoid people because of a fear of personal relations.
Reaction	15	I think violence offenders should be unconditionally punished.
	16	I think violence declines work efficiency and self-esteem.
	19	I think hospitals' active support for violence prevention must be a priority.
	35	I think institutional strategies that can be protected from violence must be a priority.
Result: Nursing	31	If I experience violence, I will regret being a nurse.
	32	If I experience violence, I will have no desire to actively take care of patients.
Result: violence offender	34	I think violence offenders should not be unconditionally admitted in a hospital.
	28	I think violence offenders should be unconditionally discharged from a hospital.

한다고 생각한다' 등 병원폭력에 대한 성찰보다 기관의 적극적 개입, 가해자 처벌과 같은 직접적 행동으로 대응해야 한다는 태도를 가지고 있어 병원폭력에 대한 '대응'으로 명명하였다.

제4요인(설명력=10.2%)은 2개 항목으로 '나는 폭력을 경험하면 환자를 적극적으로 간호하고 싶은 마음이 들지 않을 것 같다', '나는 폭력을 경험하면 간호사가 된 것을 후회할 것 같다' 등 병원폭력의 결과로 나타난 간호전문직 정체성 혼란과 철충간호를 유발할 수 있는 감정들이 포함되어 있어 병원폭력에 대한 '결과-간호직 차원'으로 명명하였다.

제5요인(설명력=9.6%)은 2개 항목으로 '나는 폭력가해자는 무조건 입원시키지 말아야 한다고 생각한다', '나는 폭력가해자는 무조건 강제퇴원 시켜야 한다고 생각한다' 등 병원폭력 가해자로부터의 보복과 재발 염려로 방어차원의 극단적 태도를 보여주는 결과로 병원폭력에 대한 '결과-가해자 차원'으로 명명하였다.

3) 문항의 수렴타당도와 판별타당도

문항의 타당도 검증을 위해 수렴타당도와 판별타당도를 알아보았고 이를 위해 다특성-다방법 행렬(Multitrait-multimethod matrix)을 이용하였다. 각 문항이 속한 하부 요인과 문

항간의 상관계수가 .40 이상일 때 수렴타당도가 만족되었다고 할 수 있고, 각 문항이 자신이 속한 하부요인과의 상관계수가 자신이 속하지 않는 하부요인과의 상관계수보다 유의하게 큰 차이를 나타내면 판별타당도가 성립된다고 할 수 있다[29]. 다특성-다방법 행렬 결과 18개 각 문항과 이에 속한 요인과의 상관계수가 .45~.64의 값으로 모두 .40 이상으로 측정되어 문항 수렴 타당도의 척도 성공률(scaling success rate)은 100%로 나타났다. 또한 각 문항이 자신이 속하지 않은 다른 하부요인과의 상관계수는 .11~.50의 값들을 가지고 있는 것으로 측정되어 모든 문항이 각 문항이 속한 요인과의 상관계수보다 작은 값을 가지므로 판별 타당도의 척도 성공률은 100%로 나타났다(Table 4).

3. 준거타당도

1) 동시타당도

직무만족도를 이용하여 동시타당도 검증을 실시한 결과 전체 병원폭력태도와 직무만족도는 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=-.22, p<.001$). 병원폭력에 대한 태도 하부영역과 직무만족도 간의 상관관계를 분석한 결과 제1요

Table 4. Convergent and Discriminant Validity

(N=326)

Items	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
6	.58	.24	.38	.14	.25
5	.59	.24	.30	.23	.25
7	.62	.24	.45	.24	.24
11	.62	.25	.43	.21	.11
9	.61	.29	.40	.19	.14
10	.64	.16	.50	.25	.20
40	.23	.64	.22	.34	.27
38	.23	.60	.31	.32	.20
36	.23	.55	.35	.50	.31
14	.32	.48	.43	.25	.28
16	.42	.34	.59	.37	.28
35	.34	.22	.48	.26	.25
19	.48	.28	.56	.27	.21
15	.39	.39	.45	.31	.37
32	.27	.39	.33	.57	.37
31	.23	.43	.39	.57	.40
34	.28	.37	.36	.44	.56
28	.20	.23	.31	.32	.56

인을 제외한 제2요인($r=-.21, p<.001$)과 제4요인($r=-.31, p<.001$), 제5요인($r=-.29, p<.001$) 등이 유의하게 음의 상관관계가 있는 것으로 조사되었다. 즉, 병원폭력에 대한 반응, 결과-간호직 차원, 결과-가해자 차원 영역에 대한 태도점수가 증가할수록 직무만족도는 감소하는 것으로 나타났다. 한편 제3요인인 대응과 직무만족도는 약한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타났다($r=-.10, p<.1$)(Table 5).

4. 신뢰도

1) 내적 일관성

측정도구의 신뢰도 검증은 내적 일관성을 측정하는 Cronbach's α 계수를 이용하여 분석하였다. 일반적으로 새로운 도구는 .70 이상, 개발된 성숙된 도구는 .80 이상이면 내적 일관성 신뢰도는 수월할 수 있다[25]. 본 연구를 통해 개발된 HVAS-18은 전체 18개 문항의 Cronbach's α 값은 .87로 비교적 높은 신뢰도 수준을 보여주었다. 또한 5개 하부영역 각각의 Cronbach's α 값이 .83, .77, .72, .73, .72 등으로 나타나 본 도구에 대한 내적일관성이 존재하는 것으로 조사되었다 (Table 5).

2) 검사-재검사(test-retest)를 통한 신뢰도

각 문항들의 일관성을 확인하기 위해 문항 간 상관계수를 측정한 결과 18개 항목 모두 유의한 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 제 1요인의 6개 문항 중 양의 상관관계를 나타낸 1개 항목($r=.35, p<.05$)을 제외한 나머지 5개 문항은 강한 양의 상관관계를 보여주었다($r=.55, p<.001, r=.50, p<.001, r=.56, p<.001, r=.42, p<.01, r=.55, p<.001$). 제 1요인을 제외한 나머지 요인들의 항목들도 강한 양의 상관관계

($r=.52\sim.75, p<.001$)를 보여주어 각 항목들 간의 일관성이 확인되었다(Table 5).

5. 최종도구 확정

상기 과정을 거쳐 병원폭력태도 HVAS-18이 최종 확정되었으며, 총 18개 문항 5개 영역으로 구성되어 있는 자가보고식 측정도구이다. 각 문항의 응답형태는 Likert 척도를 이용하여 매우 그렇다(4점), 그렇다(3점), 그렇지 않다(2점), 매우 그렇지 않다(1점) 등으로 구성되었고 점수분포는 최소 18점에서 최대 72점이다.

논 의

본 연구를 통해 개발된 HVAS-18은 총 18개 문항, 5개 하부요인(인식, 반응, 대응, 결과-간호직 차원, 결과-가해자 차원)으로 구성되어 있으며 환자 및 보호자, 동료, 상사들과의 관계에서 발생할 수 있는 병원폭력 관련 간호사의 총체적인 태도를 평가하는 도구다.

병원폭력에 대한 문제가 심각하게 보고되면서 이에 대한 적절한 대응과 적극적으로 해결하고자 하는 간호사의 긍정적 태도는 병원폭력으로 인한 부정적 결과(6,17,19)를 감소시킬 수 있는 핵심요인이 될 수 있다. 따라서 병원폭력에 대한 임상간호사의 태도를 측정하고 이를 토대로 한 간호전략수립 및 적용은 매우 중요한 사안이다. 이에 본 연구는 병원폭력에 대한 임상간호사들의 태도를 간편하게 측정하고 이를 수량화하여 긍정적 태도는 강화하고 부정적 태도는 수정할 수 있는 간호중재개발에 기초자료를 제공하고자 병원폭력태도측정도구를 개발하였다.

Table 5. Correlations and Reliability

(N=326)

Variables	Total	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
Correlations between job satisfaction and HVAS-18	-.22***	.01	-.21***	-.10 [†]	-.31***	-.29***
Number of items	18	6	4	4	2	2
Cronbach's α	.87	.83	.77	.72	.73	.72
Test-retest (n=50)		.55***	.70***	.75***	.56***	.52***
		.35*	.64***	.63***	.62***	.67***
		.50***	.70***	.56***		
		.56***	.60***	.57***		
		.42**				
		.55***				

[†] $p<.1$; * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$; HVAS-18=Hospital Violence Attitude Scale-18.

제1요인인 인식 영역은 ‘신체적으로 위협하는 모든 행동’, ‘간호업무를 방해하는 것’, ‘무시하는 말과 행동’, ‘자기만 아는 이기적인 행동’, ‘타인 앞에서 망신과 모욕을 당하는 것’, ‘성적인 농담이나 행동’ 등의 6개 문항을 포함하고 있다. 제1요인을 통해 임상간호사들이 병원폭력을 위협적·이기적 행위, 언어적 모욕 행위 및 업무방해 행위 등 포괄적 개념으로 인식하고 있음을 알 수 있다. 특히 언어적 모욕 행위 항목은 Nam 등[24]의 언어폭력 관련 17문항 중 ‘무시하며 강압적인 명령조’, ‘욕과 반말’, ‘성적으로 모욕적인 말’, ‘협박과 위협의 말’, ‘막말, 험담’ 등과 같은 내용이 모두 함축되어 있어 HVAS-18의 인식측면과 유사한 맥락으로 사료된다. Bardis [20]의 FVC와 비교해보면 이 도구 자체가 신체적·언어적 폭력 및 위협 등을 내포하고 있어 본 연구의 제1요인과 유사하나 필요시 폭력을 허용해도 됨을 묻는 문항과 유사한 내용이 반복적으로 언급되고 있어 측정 시 혼란을 가중시킬 수 있는 문제점을 제기할 수 있다. HVAS-18의 폭력에 대한 인식 영역의 점수가 높다면 개인의 정서에 반대되는 모든 행위를 폭력으로 간주하여 대인관계에 부정적 영향을 주고 자존감 저하로 인해 직무만족에 영향을 미칠 수 있다[15,16,27]. 그러나 반대로 점수가 너무 낮다면 병원폭력에 대해 관대할 수 있는 태도를 표명할 수 있으므로 폭력에 대한 정확한 이해와 이를 위한 교육이 필요할 것으로 사료된다.

제2요인인 반응 영역은 ‘대인관계에 대한 공포심이 생겨 사람을 피할 것 같음’, ‘분해서 수면장애, 두통, 호흡곤란, 식욕 부진 등이 생길 것 같음’, ‘일에 대한 의욕이 없어지고 눈물이 날 것 같음’, ‘손발이 떨리고 진정이 안되 전문상담치료가 필요할 것 같음’의 4개 문항으로 구성되어 있다. Cho 등[27]의 연구에서 사용된 폭력경험반응 도구와 비교해 볼 때 폭력경험 후 나타날 수 있는 반응을 정서적, 신체적, 사회적 반응으로 분류하여 측정하였는데 HVAS-18의 정서적 영역 문항들도 이와 유사한 의미를 포함하고 있다. 그러나 Cho 등[27]이 사용한 폭력경험반응 도구는 문항 자체가 간결한 장점은 있으나 총 44문항으로 구성되어 있어 측정 시 많은 시간이 소요될 수 있는 단점이 발생할 수 있다. 따라서 폭력경험과 관련된 정서적 영역을 측정하고자 할 때 본 연구에서 개발된 HVAS-18의 정서적 영역 문항을 축소도구로 변환하여 평가한다면 유용할 것으로 사료된다. 유의할 점은 HVAS-18의 정서적 영역 Cronbach's $\alpha = .77$ 로 측정되었고, Cho 등[27]의 폭력경험반응 도구 Cronbach's $\alpha = .83$ 이었으므로 축소도구로 사용 시 고려할 필요는 있다.

HVAS-18의 폭력에 대한 반응 영역의 점수가 너무 높다면

정서적 상황이 신체적 증상으로 발현될 수 있는 정도가 높아 개인의 건강은 물론 간호활동에도 부정적 영향[27]을 미칠 수 있으므로 이를 감소시킬 수 있는 중재 프로그램이 필요할 것으로 사료된다.

제3요인인 대응 영역은 ‘업무의 효율성을 떨어뜨리고 자존감 저하’, ‘폭력으로부터 보호받을 수 있는 제도적 장치가 우선’, ‘폭력예방을 위해 병원의 적극적인 지원이 우선’, ‘폭력가해자를 무조건 처벌’의 4개 문항으로 구성되어 있다. 이 중 ‘업무의 효율성을 떨어뜨리고 자존감 저하’의 항목은 행동적 영역(대응)과 관련이 적은 것으로 판단되어 삭제하려 하였으나 요인 적재량이 .72로 가장 높았고 업무 효율성 감소와 자존감이 저하되므로 집중관리전략이 필요하다는 전문가들의 조언으로 포함시켰다. HVAS-18의 행동적 영역(대응)을 Duxbury [21]의 MAVAS 도구를 기초로 하여 개발된 Soares와 de Vargas[5]의 MAVAS와 비교해 볼 필요가 있는데 이 도구는 4개 영역 24문항으로 구성되어 있고 이 중 제4요인은 폭력관리 영역(12문항)을 평가하고 있다. ‘폭력 제공자를 고립시키는 것이 최선의 방법’, ‘폭력 제공자와의 적절한 협상’, ‘폭력 제공자를 안정시키기 위한 약물 투여 및 필요시 억제대 사용’ 등의 일부 문항은 환자가 폭력 제공자인 경우의 관리방법이다. HVAS-18의 대응 영역 문항과 비교 시 폭력해결 및 근절을 위해 문항에서 제시된 방식과는 달리 MAVAS는 폭력 상황을 해결하기 위한 일시적인 대응방법을 평가하는 것으로 판단된다. 따라서 HVAS-18의 대응 영역은 병원에서 폭력해결을 위한 거시적 관점으로 간호사의 폭력에 대한 태도 측정 후 폭력대처방안전략 계획 시 유용한 자료로 제시될 수 있는 영역으로 사료된다. 한편 Velicer 등[22]과 Anderson 등[23]의 VATVS 4개 영역 중 ‘눈에는 눈, 이에는 이 법칙의 준수’, ‘잘못하면 그에 응당한 처벌’ 등의 항목은 대응 영역의 ‘폭력가해자를 무조건 처벌해야 한다고 생각’과 유사한 항목이나 전쟁, 범법자, 아동학대 등과 관련된 내용을 포함하고 있어 비교 분석하는데 제한점이 있다. HVAS-18의 폭력에 대한 대응 영역의 점수가 높다면 성찰을 통해 병원폭력에 대한 원인 분석 및 예방안을 수립하는 것이 아니라 병원의 제도적 장치에만 의존하고 제도마련 요구도가 높은 성향을 보이는 것으로 폭력발생 원인을 병원의 제도 탓으로 돌릴 수 있다. 이러한 결과는 정확한 폭력원인 분석 및 폭력예방방지 대책안을 수립하는데 부정적 영향을 미칠 수 있으므로 이를 위한 중재 프로그램이 필요할 것으로 사료된다.

제4요인인 결과-간호직 차원 영역은 ‘폭력을 경험하면 환자를 적극적으로 간호하고 싶은 마음이 들지 않음’, ‘폭력을 경험하면 간호사가 된 것을 후회’ 등의 2개 문항과, 제5요인

인 결과-가해자 차원 ‘무조건 입원시키지 말아야 한다’, ‘무조건 강제퇴원 시켜야 한다’ 등 2개 항목으로 구성되어 있다. 폭력노출경험은 우울증, 불안증, 적대감 등을 초래할 수 있고 이는 정신건강에 악영향을 미치며 그 결과 폭력에 대한 태도는 극단적·부정적 방법으로 표출될 수 있다[24]. 특히 결과-간호직 차원 영역은 간호생산성 저하 및 이직의도를 촉진할 수 있는 요인들로[14,16] 병원폭력으로 인한 간호생산성 및 간호사이직의도를 예측할 수 있는 기초문항으로 유용하게 사용할 수 있다. 따라서 HVAS-18의 결과-간호직 차원 영역의 점수가 높다면 간호전문직관의 정체성 혼란과 이직의도 증가[1,6,16,17] 등을 예측할 수 있으므로 이를 위한 간호중재전략이 필요할 것으로 생각한다.

제5요인인 결과-가해자 차원의 문항들은 원인 및 분석에 앞서 폭력가해자를 무조건 입원불가, 강제퇴원과 같은 극단적 태도로 폭력가해자와 제재촉하지 않으려는 방어적 행동을 보여주고 있음을 의미한다. 즉 환자의 건강상태를 고려하지 않고 강제퇴원조치, 입원불가 등 극단적 조치만을 요구하는 강력한 태도는 폭력원인 분석 및 해결에 어려움이 따를 수 있고 기관에서의 즉각적 조치가 이루어지지 않으면 결국 기관에 대한 불신으로 이어져 업무만족에도 부정적 영향을 미칠 수 있으므로[11,17] 이를 위한 간호중재전략이 필요할 것으로 사료된다. 또한 제 5요인은 추후 간호사의 폭력해결 관련 태도를 알아보는데 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

본 연구에서 개발된 HVAS-18은 초기 41개 문항을 문항 분석하여 상관계수 .30 이상인 문항만을 선택하였다. 그 결과 채택된 28개 문항을 요인분석을 통해 요인 적재량 .50보다 작은 문항들을 제거하여 추가로 분석하는 과정을 거쳐 최종 18개 문항으로 결정되는 과정을 거쳤다. 문항분석 결과 추출된 28 문항은 요인분석 후 전체 분산의 56.8%를 설명하고 있었으나 최종 결정된 18문항은 전체 분산의 64.0%를 설명하고 있어 7.2%의 설명력 증가를 보여주었다. 이는 Nam 등[24]의 언어 폭력측정도구 초기 설명력 59.3%에서 최종 설명력 60.7%로 증가한 것과 유사한 결과로 10개 문항이 축소되었음에도 불구하고 총 분산이 64.0%로 증가한 것은 여러 과정을 거친 문항 축소가 구성타당도 확보를 위협하지 않음을 보여주고 있다.

HVAS-18은 구성타당도 검증 외에 문항의 타당도 검증을 위해 다특성-다방법 행렬을 이용하여 수렴타당도 및 판별타당도를 검증한 결과 각각 100%의 높은 척도 성공률을 보여주었다. 이는 HVAS-18을 구성하고 있는 하부요인들 간 문항들의 상관관계가 높음을 의미하는 동시에 하부요인들 간 문항들과도 차별되어 각 문항이 고유의 속성을 가지고 있음을 알 수 있

다. 한편 HVAS-18은 직무만족도를 이용하여 동시타당도를 검증하였는데 이는 폭력이 직무만족도와 높은 상관관계가 있음을 보고한 선행연구결과[13,14,17,27]를 토대로 한 것이다. 그 결과 HVAS-18 인식 영역을 제외한 모든 영역과 직무만족도와는 유의한 음의 상관관계가 있는 것으로 나타나 병원폭력 태도 점수가 높을수록 직무만족도는 감소하는 것으로 조사되었으며 이를 통해 HVAS-18의 동시타당도를 확보할 수 있었다. 그러나 HVAS-18 인식 영역의 경우 측정항목이 병원폭력의 주요개념인 언어적, 신체적, 정신적 폭력[2]을 제외한 간호업무방해, 타인 앞에서 망신과 모욕, 성적인 농담, 자기만 아는 이기적인 행동 등을 모두 포함하는 개인의 주관성을 내재하고 있어 직무만족도와 상관관계에 크게 영향을 미치지 않은 것으로 사료되나 추후 연구를 통해 재조사할 필요는 있다. HVAS-18은 이미 개발되어 적용되고 있는 MAVAS 28문항에 비해 문항수가 적고 간결하며 현실적인 내용을 포함하고 있어 조사대상자들이 도구를 쉽게 이해할 수 있을 뿐 아니라 간편하여 임상현장에서 유용하게 사용할 수 있을 것으로 생각한다. 그러나 문항수가 적으면 상대적으로 내적 일관성이 낮을 수 있는 위험성을 배제할 수 없는데 HVAS-18 Cronbach's $\alpha = .87$, 하부요인의 Cronbach's $\alpha = .72 \sim .87$ 로 나타나 비교적 높은 신뢰도를 보유하고 있음을 알 수 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 HVAS-18은 MAVAS, VATVS와는 달리 병원현장에서 발생 가능한 폭력에 대한 임상간호사의 태도를 측정할 수 있는 국내 최초의 도구로 신뢰도와 타당도가 입증되었으므로 의료기관은 물론 다양한 영역에서도 활용될 수 있는 강점을 가지고 있다. 또한 HVAS-18 도구를 이용하여 측정된 임상간호사들의 병원폭력태도는 병원폭력예방 및 대처를 위한 효율적인 방안을 모색하는데 유용하게 사용될 수 있고 나아가 간호인력 관리에도 긍정적 영향을 줄 것으로 기대한다.

결론 및 제언

본 연구에서 개발된 HVAS-18은 총 5개 영역인 인식, 반응, 대응, 결과-간호직 차원, 결과-가해자 차원 등으로 구성된 자가보고식 측정도구로 내용타당도, 구성타당도, 동시타당도 및 내적일관성 등에 의해 신뢰도 및 타당도가 검증된 도구이다. 특히 HVAS-18은 문항수가 적고 간결하며 현실적인 내용을 포함하고 있어 임상현장에서 빠르고 간편하게 사용할 수 있는 장점이 있어 바쁜 간호사들의 설문 응답률을 높이는데 유용할 수 있을 것으로 생각한다. 또한 HVAS-18을 통해 측정된 임상

간호사들의 병원폭력태도를 기초로 병원폭력예방 및 대처를 위한 간호중재 프로그램 개발 및 적용은 효율적인 병원폭력관리 방안을 모색하는데 유용하게 사용될 수 있을 것이다. 그러나 본 연구의 자료수집이 일부 지역, 일부병동으로 제한되어 진행되었으므로 다 지역 의료기관 및 부서, 병동의 대상자를 고려하여 추후 재분석할 필요가 있다. 또한 정신병동과 같은 특수부서는 공격성 환자로 인한 특수한 폭력상황을 완전히 배제할 수 없어 HVAS-18 적용 시 한계가 있음을 고려하여야 한다. 수술실, 중환자실, 응급실과 같은 특수환경에서 발생하는 폭력에 대한 간호사의 태도는 다양할 수 있으므로 HVAS-18을 이용한 후속연구가 필요하며 이를 토대로 부서 맞춤형 또는 병원폭력에 대한 긍정적 태도를 높일 수 있는 간호중재 프로그램 개발과 적용 효과에 대한 지속적 연구를 제언한다.

REFERENCES

- Ditmer DA. Safe environment for nurses and patients: halting horizontal violence. *Journal of Nursing Regulation*. 2010;1(3):9-14.
- Kennedy M, Julie H. Nurses' experiences and understanding of workplace violence in a trauma and emergency department in South Africa. *Health SA Gesondheid*. 2013;18(1):1-9. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v18i1.663>
- Hahn S, Zeller A, Needham I, Kok G, Dassen T, Halfens RJG. Patient and visitor violence in general hospitals: a systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2008;13(6):431-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2008.07.001>
- Jackson D, Wilkes L, Luck L. Cues that predict violence in the hospital setting: findings from an observational study. *Collegian*. 2014;21(1):65-70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2013.02.006>
- Soares MH, de Vargas D. The translation and cultural adaptation of the Management of Aggression and Violence Attitude Scale - MAVAS - for nurses in Brazil. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2013;47(4):899-906. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420130000400018>
- Fornés J, Cardoso M, Castelló JM, Gili M. Psychological harassment in the nursing workplace: an observational study. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(3):185-94. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2010.08.008>
- Nelson R. Tackling violence against health-care workers. *Lancet*. 2014;383(9926): 1373-4. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60658-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60658-9)
- Chapman R, Styles I, Perry L, Combs S. Examining the characteristics of workplace violence in one non-tertiary hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2010;19(3-4):479-88. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02952.x>
- Hutchinson M, Wilkes L, Jackson D, Vickers MH. Integrating individual, work group and organizational factors: testing a multidimensional model of bullying in the nursing workplace. *Journal of Nursing Management*. 2010;18(2): 173-81. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01035.x>
- Kvas A, Seljak J. Unreported workplace violence in nursing. *International Nursing Review*. 2014;61(3):344-51. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12106>
- Ha EH, Cho JY. Coping styles toward hospital violence in clinical nurses: an application of Q methodology. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2013;25(3):263-74. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2013.25.3.263>
- Beck CT. Secondary traumatic stress in nurses: a systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2011;25(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2010.05.005>
- Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, van Der Heijden BI, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European NEXT study: a longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies*. 2008;45(1):35-50. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.013>
- Sawatzky JA, Enns CL. Exploring the key predictors of retention in emergency nurses. *Journal of Nursing Management*. 2013;20(5):696-707. <http://dx.doi.org/10.1111/j.13652834.2012.01355.x>
- Chen KP, Ku YC, Yang HF. Violence in the nursing workplace-a descriptive correlational study in a public hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22:798-805. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04251.x>
- Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*. 2010;42(1):13-22. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2009.01321.x>
- Yao Y, Wang W, Wang F, Yao W. General self-efficacy and the effect of hospital workplace violence on doctors' stress and job satisfaction in China. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*. 2014;27(3):389-99. <http://dx.doi.org/10.2478/s13382-014-0255-y>
- Whelan T. The escalating trend of violence toward nurses. *Journal of Emergency Nursing*. 2008;34(2):130-3. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2007.05.018>
- Cross RM. Exploring attitudes: the case for Q methodology. *Health Education Today*. 2005;20(2):206-13. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyg121>
- Bardis PD. Violence: theory and quantification. *Journal of Political and Military Sociology*. 1973;1:121-46.
- Duxbury J. Testing a new tool: the management of aggression and violence attitude scale. *Nurse Researcher*. 2003;10(4):39-52. <http://dx.doi.org/10.7748/nr2003.07.10.4.39.c5906>

22. Velicer WF, Huckel LH, Hansen CE. A measurement model for measuring attitudes toward violence. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1989;15(3):349-64. <http://dx.doi.org/10.1177/0146167289153006>
23. Anderson CA, Benjamin AJ, Wood PK, Bonacci AM. Development and testing of the velicer attitudes toward violence scale: evidence for a four-factor model. *Aggressive Behavior*. 2006;32(2):122-36. <http://dx.doi.org/10.1002/ab.20112>
24. Nam KD, Yoon KS, Chung HS, Park SA, Jang BY, Kim HR, et al. A study on the development of verbal abuse scale for operating room nurses. *Journal of Korean Nursing Administration Academic Society*. 2005;11(2):1-27.
25. Nunnally JC. *Psychometric theory*. 2nd ed. New York: McGraw Hill; 1978
26. Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. *Manual for the minnesota satisfaction questionnaire*. Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation, 1967;122:1-120.
27. Cho JY, Lee YW, Kim HS, Kim SH. Relationships among response for violence experience, hardiness, and job satisfaction of nurses working in emergency department. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2011;23(5):494-502.
28. Jang KH. A study on structural modeling of organizational citizenship behaviors for nurses. [dissertation]. Seoul: Kyung Hee University; 2010.
29. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey: manual and institute*. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Center; 1993.