

## 정신의료기관 내 격리·강박 수행과 간호 전략

광주정신건강복지사업지원단,<sup>1</sup> 전남대학교 간호대학,<sup>2</sup> 천주의성요한병원 정신건강의학과,<sup>3</sup> 전남대학교 의과대학 정신건강의학교실<sup>4</sup>

성지은<sup>1</sup> · 김수진<sup>2</sup> · 김석현<sup>3</sup> · 김성완<sup>1,4</sup>

### Nursing Strategy for Use of Seclusion and Restraint in Psychiatric Hospitals

Ji-Eun Sung, RN, MS<sup>1</sup>, Soo-Jin Kim, RN, PhD<sup>2</sup>, Seok-Heon Kim, MD<sup>3</sup> and Sung-Wan Kim, MD, PhD<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Gwangju Mental Health Commission, Gwangju,

<sup>2</sup>College of Nursing Chonnam National University, Gwangju,

<sup>3</sup>Department of Psychiatry, St. John of God Hospital, Gwangju,

<sup>4</sup>Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, Gwangju, Korea

Although seclusion and restraint are required for the treatment of mentally ill patients in psychiatric hospitals, these procedures involve potential violations of human rights and pose a potential risk to patients' physical condition. Nursing staffs in psychiatric hospitals often have to manage psychiatric patients who display aggressive, violent, or challenging behavior. However, the guidelines for the use of seclusion and restraint in Korea are too broad to apply in clinical situations. The guidelines in the United States, Australia, the United Kingdom, and New Zealand emphasize that patients' basic needs have to be met and stipulate that patient-staff interaction must be continued during seclusion and restraint procedures. Mental health workers in psychiatric hospitals should pay close attention to patients' verbal and non-verbal expressions while communicating with them. This study reviews the guidelines for seclusion and restraint used in foreign countries to improve current Korean guidelines and provides strategies of the nursing activities to be implemented when patients require seclusion and restraint. (Korean J Schizophr Res 2018;21:1-8)

**Key Words :** Seclusion · Restraint · Psychiatric hospital · Psychiatric nursing · Nursing guideline.

## 서 론

정신의료기관의 입원 환경은 정신질환의 특성과 제한적인 환경 등과 관련하여 폭력 및 공격적인 상황이 발생할 위험이 높다. 이를 조절하기 위한 응급처치로 격리와 강박이 수행된다. 현재 우리나라의 격리·강박 시행은 정신보건법과 보건복지부의 정신보건사업 안내의 격리 강박 지침에 따른다. 하지만 이 지침은 적용 기준과 원칙이 지나치게 포괄적이고 세부 내용 및 시간 등도 모호하게 제시되어 지침으로서 효용성이 부족하다. 이에 비해 미국, 호주, 영국, 뉴질랜드 등에서는 격

리와 강박의 정의를 구체적으로 명시하고 있고, 강박의 경우는 종류에 따라서 정의를 달리하고 있다. 또한 격리 및 강박의 개시, 방법, 해제에 이르기까지 절차와 내용이 자세히 규정되어 있다. 이와 더불어 격리와 강박 중 관찰, 기록, 해제 후 디브리핑 과정에 대해서도 체계적으로 제시되어 있어 우리나라 지침에 비해 내용이 풍부하고 구체적이다.

정신의료기관에 근무하는 간호사는 대부분의 시간을 환자와 함께 생활하므로 격리·강박이 발생할 때 이의 시행과 해당 환자의 모니터링 및 의사소통과 관련해 매우 중요한 역할을 하게 된다. 하지만 격리·강박에 대한 국내 보건복지부 지침은 지나치게 포괄적으로 기준이 제시되어 있고 내용이 빈약하여 전문적인 수행에 큰 도움이 되지 않는다. 더욱이 격리·강박의 시행과 모니터링에 대한 정신간호학적 연구와 지침은 그간 거의 발표되지 않았다. 이에 본 연구는 현행 우리나라 격리·강박 지침을 개선하고 보완하기 위한 노력의 일환으로 정신간호학적 측면에서 국내 외 격리·강박 관련 기준과 지침들을 살펴보고, 격리·강박 시행 중 이루어지는 간호 활

Received: June 14, 2017 / Revised: December 17, 2017

Accepted: March 2, 2018

Address for correspondence: Sung-Wan Kim, Department of Psychiatry, Chonnam National University Medical School, 160 Baekseo-ro, Dong-gu, Gwangju 61469, Korea

Tel: 062-220-6148, Fax: 062-225-2351

E-mail: swkim@chonnam.ac.kr

본 논문은 보건복지부의 지원을 받은 "정신의료기관 내 격리 및 강박 지침 개발" 연구 용역 결과 중 일부임.

동의 구체적인 내용과 전략을 제시하고자 한다.

## 본 론

### 국내외 격리·강박 관련 기준

우리나라 정신보건법은 1995년 신설된 이래로 20년 만에 2016년 5월 전면 개정되어 “정신건강증진 및 정신질환자 복지 서비스 지원에 관한 법률(이하 정신건강복지법)”로 변경되었다. 개정 법률의 격리·강박 관련 조항의 주된 내용은 “입원환자는 치료 또는 보호의 목적에 한해서만 격리·강박이 적용될 수 있으며, 이는 자신 및 타인에게 위해를 가할 가능성이 높거나, 신체적 제한 외의 방법으로 위험을 회피하는 것이 곤란한 경우에 적용해야 함”을 명시하고 있다.<sup>1)</sup> 한편 보건복지부는 ‘정신보건사업안내’를 통해 격리 및 강박 지침을 제시하고 있다. 이는 격리·강박의 정의, 적용기준, 적용 시의 원칙 및 격리 및 강박 시행일지 양식으로 구성되어 있다.<sup>2)</sup> 그러나 이 지침의 세부내용을 살펴보면 적용기준이 5가지로 제시되어 모범인 정신보건법의 적용 기준이 ‘자신 및 타인에게 위해를 가할 가능성이 높은 경우’ 한 가지인 것에 비해 더 광범위하게 설정되어 있다. 또한 적용 시의 원칙도 모호한 용어로 제시되어 보다 구체적이고 명확한 기준 제시가 필요하다.

국외 격리·강박 관련 기준으로는 UN에서 제정한 정신장애인 보호와 정신보건의료 향상을 위한 원칙과 장애인 권리 협약에서 격리·강박과 관련하여 개인의 권리 및 인권보호를 위한 원칙이 있다. 장애인 권리 협약은 2008년 12월에 우리나라에서도 비준하였는데, 정신장애인의 기본권 보장을 최우선시하면서 일반인과 비교하여 부당한 차별 대우를 받지 않도록 존엄성과 권리를 명확히 규명하고 있다.<sup>3)</sup> 본 논문에서는 이러한 원칙을 바탕으로 여러 국외 지침들을 참고하여 격리·강박의 시행 방법과 모니터링 및 간호 전략을 제시하고자 한다.

### 국내 격리·강박 실태

2015년 국가인권위원회에서 실시한 “정신병원 격리·강박 실태조사”에 의하면 22개(국공립 5개, 사립 17개)의 병원에서 격리·강박 일지를 작성하고 있었다. 이를 살펴보면 강박 시 활력징후 체크 간격은 15분~1시간, 격리 시는 30분~4시간으로 다양했고, 1개 병원에서는 격리 중에는 체크하지 않고 있었다.<sup>4)</sup> 조사대상 병원 중 최대 격리시간은 입원 중 456시간이었고, 최다수 격리 횟수는 입원 중 33회였다. 최대 강박 시간은 14시간이었으며 강박시행 인원은 평균 2.8명인데 병원마다 인원차이를 보였다.<sup>4)</sup> 반면, 현 보건복지부의 ‘격리 및 강박지침’은 격리·강박 지속시간과 횟수 등에 대한 기준이 제

시되어 있지 않거나 모호하게 제시되어 있다. 적용기준 또한 포괄적이어서 격리·강박지침의 적절한 적용과 평가를 위해 구체적으로 표준화할 필요성이 있다.

미국, 호주, 영국, 뉴질랜드 등의 해외 여러 나라들은 격리·강박의 유용성에 대한 인식을 제고하고 이를 최소화하기 위한 노력으로 격리·강박의 정의, 개시, 방법, 해제에 이르기까지 절차와 내용을 종합적이고 세밀하게 지침서에 포함시켜 이를 의료진이 충분히 인지할 수 있도록 규정하고 있다. 뿐만 아니라 격리와 강박 중 관찰, 기록, 해제 후 디브리핑 과정을 구체적으로 제시하여 추후 격리·강박 감소를 통한 환자 개인의 권리 및 인권보호를 위한 전략을 수립하는데 힘쓰고 있다.

한편, 격리·강박을 경험한 입원환자를 대상으로 시행한 설문조사에서 ‘격리·강박 발생 이유’로 자해 및 타해, 입원 시, 기물 파손, 규칙 위반, 기타(본인이 스스로 원하는 경우 등)로 나타났다.<sup>4)</sup> 이 중 ‘다른 사람에게 폭력적인 행동을 한 경우(타해)’가 27.8%로 가장 높은 비율로 나타났고, 이어서 ‘규칙위반’이 두 번째로 높은 비율을 보였다. 그 밖에 ‘모름’이 17.4%에 해당하여 격리나 강박 시 목적과 이유에 대해 충분한 설명이 제공되지 않고 시행되는 비율이 적지 않음을 알 수 있었다. 따라서 의료인은 격리·강박이 치료적 목적이 아닌 처벌 및 지배력을 행사하기 위해 사용되지 않도록 주의해야 하며, 충분한 설명과 이해를 통해 환자들이 자신의 인권이 부당하게 침해되고 있다는 인식을 줄이도록 노력해야 한다.

### 격리의 시행

격리와 강박은 정신건강복지법이 정한대로 정신건강의학과 전문의의 지시에 따라 간호사와 직원들이 수행한다. 그러나 시행 방법과 주의 사항에 대한 구체적인 내용이 제시된 지침의 부재로 각 의료 기관마다 시행 방식이 동일하지만은 않다. 잘못된 자세로 시행된 강박은 환자의 사망을 야기할 수도 있어<sup>5)</sup> 전문적인 근거에 기반한 구체적인 지침의 필요성이 요구된다.

격리는 가급적 짧은 시간 동안 적절한 훈련을 받은 직원에 의해 관찰 가능한 상태에서 시행되어야 한다. 격리 지시가 시행되면 간호사는 주위에 질식이나 자해에 사용될 수 있는 모든 물건을 치워야 한다. 또한 환자의 주머니에 날카롭거나 위해를 가할 만한 물건들을 확인해 수거해야 하고 액세서리도 위험성이 있다면 일시적으로 수거하여 따로 보관하는 것이 좋다.<sup>6)</sup> 하지만 격리 중 환자는 기본 옷차림을 유지하도록 하며 원하는 경우 자신 및 타인에게 해를 끼치지 않는다는 판단 하에 개인적으로 의미 있는 종교, 문화적인 소지품을 가지고 있을 수 있다.<sup>6)</sup> 환자의 불안을 감소시키기 위해 격리실로 이

동하기 전 격리의 절차와 목적 및 시간에 대해 차분히 설명해 주어야 한다. 시행되는 격리가 처벌이나 징계의 목적이 아닌 환자의 안전을 위한 것임을 알려주는 것이 중요하다.<sup>7)</sup> 일본 정신보건복지연구회 지침도 마찬가지로 격리 및 강박 시 해당 환자에게 격리·강박의 이유 및 취지에 대해 설명하고 기록해야 함을 준수사항으로 명시하고 있다.<sup>8)</sup> 아울러 환자의 안전과 존엄성을 보존하고 불편감과 고통을 유발하지 않도록 침착하게 격리를 시행하면서도 단호한 태도로 환자를 격리실로 안내하도록 한다.<sup>7)</sup> 또한 격리 이후 주기적으로 빈번하게 환자의 상태를 확인하면서 환자의 불안과 분노가 커지지 않도록 감정 해소를 위한 기회를 제공해야 한다. 그 밖에 환자와 치료적 관계 유지 및 자극 감소를 위해 격리실에 출입하는 직원의 수를 규제할 필요가 있다(의사, 간호사, 주요 치료진에 한해서만 출입하도록 한다).<sup>7)</sup>

### 강박의 시행

강박의 시행은 환자 및 직원의 상해를 방지하기 위해 적절한 수의 훈련된 직원들이 수행하는 것이 중요하다. 강박의 이유에 대해 환자에게 가능한 사실적이면서도 자신의 견해나 해석을 덧붙이지 않고 환자의 이해를 촉진시킬 수 있도록 분명하면서도 단순하게 설명해주는 것이 좋다.<sup>7)</sup> 또한 강박을 시행할 때 환자가 수치심이나 분노를 느끼지 않도록 권위적이거나 비난조로 말하는 것을 삼가도록 한다. 강박 시 환자의 몸의 위치는 가급적 엎드린 자세를 피하는 것이 좋는데 이는 환자의 질식을 방지하고 통합적인 사정을 위해서이다. 뿐만 아니라 환자가 엎드린 자세에서 심한 불안에 빠지는 것을 예방하기 위함이다. 강박의 방법에 있어서도 환자에게 고통을 주거나 직원 및 환자가 다치지 않도록 유의해야 한다.<sup>7)</sup>

영국의 국립보건임상연구원(National Institute for Health and Care Excellence : NICE)은 강박 방법을 신체적, 기계적, 화학적 강박으로 구분하여 각각의 방법을 제시하였다. 신체적 강박은 가급적 바닥에서 시행하는 것을 피하도록 하고 필요 시 가능한 양와위를 취하도록 하는데 엎드리는 자세를 취할 경우 짧은 시간 동안 이루어져야 한다. 또, 코, 복부, 목, 입, 흉곽에 압력을 가해 환자의 기도 및 호흡, 순환이 방해받지 않도록 주의해야 한다. 그리고 환자의 눈, 귀, 코, 입을 막아 의사소통을 방해하지 않도록 하며 신체장애, 임신, 비만인 환자의 경우는 특별한 관리가 필요하다. 기계적 강박은 심각한 폭력으로부터 타인을 보호하거나 잦은 빈도 또는 높은 강도의 자해 행동을 제한하기 위해 사용될 수 있다.<sup>6)</sup>

캐나다의 강박 방법을 일반적, 화학적으로 구분하여 설명하는데 일반적 강박은 신체적, 기계적 강박이 포함된다. 일반

적 강박은, 3단계에 의해 이루어지며 첫째, 환자에게 적용될 강박의 종류와 적용 이유에 대해 설명하고 환자가 피하고 싶어하는 강박에 대한 의견을 묻고 이를 고려한다. 둘째, 환자에게 강박 시행 이후의 과정에 대해 설명해준다. 마지막으로, 환자의 두부를 안전하게 보호하면서, 호흡하기 용이한 자세를 유지하면서 시행한다.<sup>9)</sup>

미국정신간호사협회(American Psychiatric Nurse Association)는 강박 시 환자의 기도 및 순환을 방해하거나 신체 부위에 무게나 압력을 가하는 것을 피하도록 권고한다. 엎드리는 자세로 강박하는 경우 질식의 위험이 높고, 양와위에서 강박하는 경우는 흡인이나 기도 폐쇄의 위험이 높다는 것을 인식하고 조심스럽게 접근해야 한다고 명시하였다. 또한 과거 성적으로 학대 경험이 있는 환자의 경우, 침대에서 강박하는 것은 심각한 위험을 초래하기 때문에 허용되지 않는다.<sup>10)</sup>

뉴욕 주의 지침은 강박방법으로 4점(point), 5점, 허리-벨트, 장갑, 진정담요 사용 등을 제시한다. 하지만 환자의 호흡 방해, 환자의 등이나 몸통에 체중을 실어 압력을 가하는 방법, 베게나 담요 등으로 얼굴을 막는 행위, 신체적 건강문제를 가진 환자를 강박하여 생명을 위협하거나 건강상태를 악화시키는 경우는 허용되지 않는다. 다른 여러 나라와 마찬가지로 엎드린 상태에서 강박을 하는 것은 돌연사와 관련될 수 있어 적용하지 않아야 하며 부득이하게 엎드린 자세를 취했을 경우 즉시 얼굴을 위로 향하게 하는 자세로 변경해야 한다.<sup>11)</sup>

결론적으로 외국의 강박 지침은 가급적 짧은 시간 동안 안전에 유의하며 강박을 시행하도록 권고하고 있다. 역대대를 사용할 경우는 혈액이 원활하게 순환될 수 있도록 손가락 하나 정도의 공간을 확보해야 하고, 가슴벨트는 등 뒤에서부터 양 겨드랑이 사이로 빼서 고정시키고 불편하지 않은지 확인하고 관찰해야 한다.<sup>2)</sup> 엎드린 자세로 행해지는 강박은 기도 및 호흡, 순환을 방해하여 부작용을 야기할 수 있으므로 원칙적으로 피할 것을 권고하고 있다. 또한, 환자가 가지고 있는 신체 건강문제, 심리적 과거력, 선호도 등을 고려하여 조심스럽게 접근할 필요가 있다.

### 격리·강박 시행 동안 사정

강박이 시행되면 치료진 및 직원들은 환자의 직간접적 요구사항을 주기적으로 확인하고 임상적으로 적절한 관찰과 주의를 기울일 필요가 있다. 특히, 정신과 간호사는 전문적인 의료 지식 및 실무를 기반으로 환자의 신체적, 정서적 측면을 포괄하여 예리하고 정확한 사정을 수행해야 한다. 보건복지부의 지침의 경우 강박 시행 중 사정 내용에 대해 '1시간 마다 활력징후(호흡, 혈압, 맥박 등)를 점검하고, 최소 2시간 마다

팔다리를 움직여 주어야 한다'고 짧게 제시되어 있다.<sup>2)</sup> 최근 국립정신건강센터에서 자체 개발한 지침에 따르면 격리 강박 시행 후 간호사는 환자 상태를 30분 간격으로 확인하고 의사는 1시간마다 환자의 임상적 상태를 점검하도록 권고하고 있다.<sup>12)</sup> 반면 외국의 지침들을 살펴보면 격리·강박 시 사정 내용에 대해 보다 구체적으로 기준을 제시하고 있다. 해외 각국의 격리·강박 모니터링의 시간 기준은 표 1에 제시하였다.

미국의 연방규정집에서는 1시간 간격으로 대면 진료를 통한 모니터링을 원칙으로 하고 있다. 이 때 의료진은 호흡과 혈액 순환, 피부 변화, 활력 징후를 비롯한 신체적인 변화와 심리적인 측면에 대해서 관찰하도록 되어 있다.<sup>13)</sup> 미국정신간호사협회는 강박을 시행할 때 지속적인 대면관찰을 통해 모니터링할 것을 권고하는데, 특히 12세 이하의 경우 지속적 대면 관

찰이나 격리실 창을 통한 직접 관찰이 수행되어야 한다고 제시한다. 또한 격리 후 1시간 이내에 적절한 훈련을 받은 치료진에 의해 격리실 창을 통한 직접 관찰 후, 매 15분마다 대면 관찰 및 창문을 통한 직접 관찰이 수행되어야 한다고 권고하고 있다.<sup>10)</sup>

뉴욕 주는 격리와 강박이 처음 시행 된 이후 최소 매 30분마다 사정을 시행할 것을 권하고 있는데, 보다 바람직하게는 매 15분마다 적절한 훈련을 받은 전문가에 의한 사정을 추천한다. 치료진은 격리·강박이 이루어지는 공간 밖에서 전체적인 시야로 환자를 관찰할 수 있어야 하고, 환자의 신체 및 심리 상태, 안위, 움직임, 순환 상태에 대해 주의 깊고 지속적인 관찰을 수행해야 한다. 또 기계적 강박으로 움직일 수 없는 경우, 환자가 표현하는 어떠한 요구사항에 대해서도 실제적

**Table 1.** Comparison of seclusion and restraint guidelines for monitoring and debriefing

		Seclusion	Restraint
Korea <sup>a</sup>	Monitoring time	No guideline	1 hour
	Debriefing	No guideline	
United States <sup>b</sup>	Monitoring time	1 hour (face-to-face evaluation)	1 hour (face-to-face evaluation)
	Debriefing	Ascertain the person's willingness to involve family or other caregivers in a debriefing to discuss and clarify their perceptions as well as identify additional alternatives or treatment plan modifications.	
New York <sup>c</sup>	Monitoring time	30 minutes (assessment)	30 minutes (assessment)
	Debriefing	Information obtained from debriefing activities should be used in developing the post event analysis. Debriefing procedures must be identified in facility policies, and should include both staff and patient debriefing activities.	
Australia <sup>d</sup>	Monitoring time	15 minutes (clinical observation) 1 hour (vital sign)	15 minutes (vital sign)
	Debriefing	Post-event : It ensure that everyone is safe and consults with staff, consumers and witness to capture sufficient information to assist with later analysis. Formal debriefing : This is intended to enable a rigorous problem solving process to identify what went wrong, what knowledge was unknown or missed, what could have been done differently and how to avoid seclusion/restraint in future.	
New Zealand <sup>e</sup>	Monitoring time	2 hours (clinical observation)	10 minutes (vital sign)
	Debriefing	Immediate : To ensure the safety of all involved, review documentation, talk with staff and others who were present, and attempt to return the unit to its precrisis milieu. Formal team : To build on knowledge gained from the immediate debriefing and provides an opportunity for a more in-depth analysis of events.	
United Kingdom <sup>f</sup>	Monitoring time	2 hours (nursing review), 4 hours (medical review)	15–30 minutes (assessment)
	Debriefing	Immediate : To identify and address physical harm to service user or staff, ongoing risks and the emotional impact on service user and staff, including witnesses. Formal external review : It is led by a service user and includes staff from outside the ward where the incident took place, all of whom are trained to undertake investigations that aim to help staff learn and improve rather than assign blame.	

a : 보건복지부. 격리강박 지침, 2012, b : American Psychiatric Nurses Associations. Standards of practice : Seclusion and restraint, 2014, c : New York State of Opportunity. Implementation guidelines : Restraint and Seclusion, 2016, d : Government of South Australia. Restraint and Seclusion in Mental Health Services Policy Guideline, 2015, e : Ministry of Health (New Zealand). Seclusion under the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act, 1992, f : Department of Health (United Kingdom). Mental Health Act 1983 : Code of Practice



으로 적절한 주의를 기울일 필요가 있다.<sup>11)</sup>

호주는 주마다 나름의 기준을 제시하는데 대체로 격리 시행 후 15분마다 행동 관찰을 하고 1시간마다 활력 징후를 측정하도록 권한다. 아울러 적절한 침구, 의복, 식품, 음료, 화장실 접근성 등과 같은 환자의 요구가 충족되는지 확인해야 한다. 강박의 경우에는 15분마다 활력징후를 측정하도록 규정되어 있어 격리보다 관찰 시간 기준을 엄격하게 두고 있다. 또한 강박을 시행하는 경우 적용된 강박의 종류, 시간, 시행자, 강박 적용 상황에 대한 임상적 정보를 상세히 기록해야함을 명시하였다.<sup>14,15)</sup> 아울러 격리·강박 동안 수분을 충분히 제공하고(최소 한 시간 마다) 규칙적인 식사와 영양상태를 확인하며 격리·강박 시간이 2시간 이상이거나 탈수 및 대사성 문제가 있는 경우 수분 불균형에 대해 기록하도록 되어 있다.<sup>15)</sup> 기제적 강박 시행 중인 환자의 경우 팀 접근을 통해 한 시간 마다 10분 동안 강박을 해제하여 신체 움직임과 피부통합성을 사정해야 하고 필요시 사지는 한 번에 하나씩 풀어 줄 수 있도록 규정하고 있다.<sup>15)</sup>

뉴질랜드는 강박이 이루어지는 동안 관찰 및 간호 행위를 매 10분마다 기록해야 한다. 즉, 10분 동안에 환자의 일반적인 상태, 혈색(예 : 창백, 청색증 등), 호흡(분당 횟수), 자세(누움, 앉음, 서있음), 움직임(수면, 대화, 배회) 및 행동(폭력적, 공격적) 등에 대한 관찰이 수행되어야 한다.<sup>16)</sup> 이러한 정보는 대면 관찰 및 직접적인 상호작용을 통해야만 얻을 수 있으므로 적절한 의료진이 격리실에 들어가 환자를 관찰해야 한다. 또한 격리 후 최소 2시간 마다 환자의 신체적 안녕 상태 및 정신적 상태를 평가하고 기록해야 한다. 간호사는 격리·강박 동안 의료서비스 제공 및 적절한 사정을 수행할 책임이 있고, 환자의 간호 계획과 관련된 요구사항(식이, 수분섭취, 개인위생, 용변, 약물치료, 운동, 물리치료, 방문객 등)들에 대해 의사소통 해야하는데 가능한 동일한 문화와 성별의 의료진이 수행할 수 있도록 해야한다.<sup>16)</sup>

영국은 격리와 강박 시 일련의 검토과정을 수행하며 이 검토는 의학적 검토, 간호학적 검토가 포함된다. 4시간 마다 지속적으로 의학적 검토가 시행되어야 하며 간호학적 검토는 격리 시작 후 최소 매 2시간 마다 이루어져야 한다.<sup>17)</sup> 의학적 검토는 신체, 정신 의학적 건강, 투약 부작용, 처방된 약물, 잠재적 위험성, 격리의 지속여부에 대한 평가 등이 포함된다. 간호학적 검토는 2명의 간호사에 의해 수행되며 환자의 안전과 상태, 행동에 대한 모니터링을 포함하여 환자의 표현, 기분, 인식 수준 등에 대한 증거를 기록해야 한다.<sup>17)</sup> 영국의 국민의료서비스(National Health Service)는 강박 시 15분마다 환자의 상태에 대해 의료진이 강박의 수행 및 종료 등을 비롯

한 환자의 상태를 기록하도록 서식을 제공한다.<sup>18)</sup> 캐나다 보건복지부 가이드라인에서는 최소 1시간의 간격으로 환자의 신체적, 심리적인 상태에 대해서 평가하도록 되어 있다.<sup>19)</sup>

억제대를 사용하는 경우 억제대가 환자의 손에 닿지 않는 곳에 안전하게 두는 것이 중요하다. 적용 부위의 피부상태를 관찰하여 혈액 순환 장애로 인한 손상이나 피부 상처가 발생하지 않도록 주의해야 한다. 이를 위해 억제대를 착용한 사지의 피부색과 체온 및 감각을 주기적으로 관찰해야 하며 주기적으로 사지운동을 시켜주고 환자의 신체 자세를 바꿔주어야 한다.<sup>20)</sup> 영국의 NICE는 강박이 시행되는 경우 환자의 안전을 위해 심폐 소생장비를 반드시 갖추고 있도록 권고한다. 여기에는 제세동기, 백 벨브 마스크, 산소, 캐놀라, 수액, 흡인기, 응급처치 약물 등을 포함한다. 그리고 이러한 장비 및 약물들은 매 주 마다 확인하고 관리할 것을 명시하고 있다.<sup>6)</sup>

결론적으로 격리·강박 시행 이후 주기적으로 간호 평가와 모니터링을 하는 것은 격리·강박 수행 중 간호 활동의 가장 중요한 부분이라 할 수 있다. 여러 나라의 지침을 살펴보면 격리보다 강박 시 더 잦은 모니터링을 권하고 있다. 강박 시에는 매 10분에서 1시간마다 활력징후 또는 대면 평가를 시행하는 것을 권하고 있고 대부분 30분 이내 간격으로 평가를 권한다. 격리의 경우 짧게는 15분 길게는 2시간마다 대면 평가를 시행하도록 한다. 전문의의 평가는 최대 4시간에 1번 이상은 평가하는 것을 권한다. 따라서 국내에서는 최소한 강박은 30분마다 격리는 첫 1시간 마다 대면 평가를 하는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

격리·강박 동안의 평가 내용으로는 기도 확보, 호흡, 혈액 순환, 관절의 장애 및 외상에 대한 평가를 포함하여 건강 상태를 면밀히 관찰하는 것이 필요하다.<sup>21)</sup> 즉, 목에 가해지는 압력, 기도를 막는 장치, 구강 내 구토물 등이 있는지 확인하고 호흡곤란이나 구음장애와 같은 기도폐쇄 관련 증상을 확인해야 한다. 흉곽의 움직임을 관찰하여 호흡을 확인하고, 청색증이나 창백함과 같은 저산소증 신호를 확인해야 한다. 또한 호흡과 혈액순환을 방해하는 압박 상태에 대해 확인해야 한다. 맥박의 감소나 쿵쿵 찌르는 듯한 통증이 있다면 해당부위의 혈액순환 장애를 확인해야 한다. 또한 외상의 발생이나 척추 정렬을 포함한 관절의 움직임을 점검할 필요가 있다.<sup>21)</sup> 정리하면 기본 활력징후(호흡과 맥박), 자세(누워있음, 앉아있음, 서있음), 활동(수면, 배회, 말하고 있음), 위험행동(분노표현, 흥분, 폭력적) 지속 여부 등에 대해서도 주기적으로 확인하고 기록하는 것이 중요하다. 강박으로 인한 건강의 손상과 더불어 기저 신체 질환 및 정신건강의 악화에 대해서도 섬세하게 모니터링 하는 것이 필요하다. 특히 알코올이나 약물 남

용 환자들은 중독이나 금단 증상의 발생이 야기 될 수 있으므로 이에 대해 세심하게 모니터링 해야 한다. 또한 강박 시 금단 경련이 발생하여 골절이나 외상이 발생하지 않도록 주의해야 한다.

### 격리·강박 시행 동안의 간호중재

격리·강박 동안 환자의 안전과 안위를 지키기 위해 간호 사정을 하는 것에 더해 환자에 대한 지속적인 관심과 의사소통으로 환자의 욕구를 파악하고 간호를 제공하는 것은 중요하다. 행동의 제한을 실시하는 취지를 환자에게 설명하고 항상 환자의 인권을 존중하고 배려하도록 노력해야 한다. 특히 자신의 의사를 제대로 표현하는데 어려움을 갖는 정신과 환자들의 경우 간호사의 적절한 인간관계 형성과 신뢰, 의사소통능력을 바탕으로 전인적인 간호를 제공하여야 한다. 환자의 기본 욕구인 영양, 배설, 수분, 개인위생과 관련된 요구를 확인하고 제공하는 것은 물론이고 심리적 상태와 안정성에 대해서도 평가하고 중재를 해야 한다. 아울러 격리·강박의 종료 가능성이 지에 대해서도 환자의 정신 상태를 평가하면서 담당 의사를 포함한 다른 의료진들과 의사소통해가며 격리·강박의 지속 시간이 최소화 될 수 있도록 해야 한다.

간호사는 격리·강박 중인 환자의 기본적인 요구를 파악하기 위해 지속적이며 개방적인 의사소통을 시도하면서 신뢰관계를 형성해 나가야 한다. 환자와 의료인 간의 의사소통 부족과 상호 자극으로 위험 행동이 발생하는 경우도 드물지 않으므로 충분한 설명과 대화를 통해 환자의 폭력적 행동이나 분노를 감소시키도록 해야 한다. 간호사는 격리·강박에 대한 환자의 반응을 듣고 파악하며 환자 스스로 안정을 찾아갈 수 있도록 곁에서 도울 수 있다. 만약 환자가 불안이나 흥분을 조절하지 못하는 경우 담당 의사와 상의하여 PRN 약물을 투여하는 것이 필요할 수 있다.<sup>20)</sup> 중재가 종결되기 위해서는 어떤 행동이 필요한지 환자에게 설명하는 것이 환자의 위험 행동을 조절하는데 도움될 수 있다. 억제적 중재의 종료 시 그 중재를 사용하게 된 상황과 중재 자체에 대한 환자의 생각에 대해 환자와 의료진이 함께 의사소통 하는 것은 추후 폭력적 상황에 대한 대처 및 격리, 강박 감소를 위한 전략에 도움이 될 것이다. 필요시 다음 억제적 중재의 적절한 수준을 함께 논의할 수도 있다.<sup>20)</sup>

격리·강박된 환자를 사정하고 중재할 때는 불안과 분노에 대해 공감적으로 경청하면서 지지적인 태도로 대하는 것이 좋다. 긍정적 간호철학을 기반으로 한 격려 및 치료적 관계 형성은 위험 행동을 보이는 환자를 조절하는데 효과적이다.<sup>22)</sup> 또한 공격적인 환자를 대할 때 안전거리를 유지하면서 중립적

인 자세로 환자와 같은 눈높이에서 차분하고 명료한 톤으로 이야기하는 것이 중요하다. 환자에게 손을 대거나 직면하는 것은 흥분한 환자에게는 좋지 않다. 특히 과거 정신적 외상을 경험한 환자는 격리·강박이 주는 심리적 영향이 더욱 클 수 있다. 조현병, 경계성 성격장애, 알코올 의존 등 정신의학적 질병으로 치료를 받는 환자들 중 상당수는 과거에 정신적 외상을 경험한 것으로 보고된다.<sup>23,24)</sup> 특히 격리·강박의 대상이 되는 환자 중 다수가 과거 아동기 외상을 경험하였다는 보고도 있다.<sup>25)</sup> 정신적 외상 경험은 충동성이나 자타해 위험성의 증가와 관련될 수 있기 때문이다.<sup>26,27)</sup> 따라서 과거 외상 경험의 종류, 외상 시기, 외상과 관련된 증상에 대한 정보가 사전에 공유될 필요가 있고 외상의 영향에 대한 이해를 바탕으로 접근할 필요가 있다.<sup>28)</sup> 이러한 접근은 환자의 분노 및 공격 행동과 관련된 위기 상황을 예방하고 관리하는 데 도움이 되며 조기 중재를 통해 위기를 최소화하는데 도움이 된다.

치료진이 환자를 사정한 결과 격리 및 강박 해제 기준에 부합하는 경우 중단해야 한다고 미국정신간호사협회는 권하고 있다.<sup>10)</sup> 강박 시행 도중 자기 통제력이 증가하면 한 번에 하나씩 억제대를 순차적으로 제거하면서 환자의 반응을 관찰하는 것도 좋다.<sup>20)</sup> 강박이 종료되면 간호사가 강박 도구를 제거 하는데 이 때 환자의 반응을 사정하는 것이 중요하다. 4점(point) 강박이 적용된 경우는 순서대로 하나씩 해제하며 남은 2점은 두 명의 직원에 의해 동시에 제거하는 것이 좋다. 만약 강박을 제거하는 과정에서 환자가 자타해 위험이 지속되는 경우 모든 강박이 다시 적용되어서는 안되며 의사는 추가 재강박에 대한 새로운 지시가 수행되어야 한다.<sup>29)</sup>

### 사후 분석(Post-event analysis) 및 협의(debriefing)

격리·강박이 수행된 이후에는 사후 분석과 협의의 과정이 필요하다. 많은 간호사들은 격리·강박 사건이 종료된 후 사건에 대해 분석과 고찰을 하고 이를 기록으로 남길 필요가 있음을 인식하고 있는 것으로 보고되었다.<sup>22)</sup> 따라서 격리·강박이 종료되면 환자의 반응과 신체 상황에 대해 파악하여 기록으로 남겨두어야 한다. 뉴욕 주는 사건 종료 이후 사건 유발 인자와 미래의 예방법에 대해 분석할 것을 권고한다. 논의의 범위는 적용된 중재의 본질과 시행이 규정에 맞게 적합했는지에 대한 것으로 환자와 치료진 모두의 참여를 권한다.<sup>11)</sup> 이러한 과정은 추후 개별 환자 간호 및 관리 전략을 발전시키는 데 유용할 것이다.

사후 분석 및 협의의 과정은 시기에 따라 사건 직후 회의와 수 일이 지난 후의 분석 과정으로 대별할 수 있다. 사건 직후 협의(debriefing)에는 참여한 인원의 안전과 환자, 직원, 목격

자로부터 충분한 정보 수집을 통해 적합한 절차에 의해 이루어졌는지 그 과정을 점검한다.<sup>5)</sup> 아울러 격리·강박의 원인이 되었던 환자의 행동과 관련된 정신병리 및 환경적 촉발 요인 등을 분석한다. 이를 확인하기 위해 “무엇이 가장 당신을 화나게 했는지, 당신이 필요하거나 필요했던 것이 무엇인지, 치료진이 어떻게 했던 것이 도움이 되었고 또 방해가 되었는지, 다음에는 치료진이 어떻게 하기를 바라는지” 등에 대한 질문을 환자에게 하는 것이 도움이 될 것이다.<sup>11)</sup> 종합하면 격리·강박 시 심리적 및 신체적 외상을 경험하지는 않았는지 확인하고 환자는 이를 통해 심리적 안정감을 찾았는지 평가해야 한다. 아울러 향후 이러한 행동 문제를 막기 위한 대안적 방법과 적절한 전략을 논의할 필요가 있다.

사건으로부터 수 일이 지난 후 분석 회의(post-event analysis)에는 참여한 직원, 치료팀, 의사와 함께 격리·강박 수행이 안전하게 잘 수행되었는지, 잘못된 점과 놓친 정보는 무엇인지, 다른 수행 방법은 없었는지, 추후 격리와 강박을 감소할 방안은 무엇인지에 대한 문제 해결과정을 거친다.<sup>5)</sup> 즉, 치료 환경 가운데 환자를 자극하는 요소가 있는지와 의료진이 사건을 알아차리고 잘 반응하였는지 점검하는 것이 필요하다. 또한 격리·강박 수행으로 인한 전이와 역전이 문제에 대해서도 돌아보는 것이 필요하다. 환자나 가족이 사후 평가에 참여하는 것은 양질의 정신의료 서비스 제공과 인권침해 방지를 위해 도움될 것이다. 이러한 사후 분석 및 협의 과정은 사건에 대한 이해를 토대로 환자에게 정보와 정서적 지지를 제공함과 동시에 미래의 유사한 상황을 예방하기 위한 대안적 방법을 찾고 위험 요소를 효과적으로 관리하기 위한 전략을 발전시키는 기회가 된다.

## 결 론

정신의료기관에 근무하는 간호 인력은 폐쇄된 공간에서 환자와 오랜 시간 함께 생활하기 때문에 환자의 공격성에 따른 격리·강박의 시행에 일차적으로 중요한 역할을 수행하게 된다.<sup>30)</sup> 응급상황이 발생하면 근거기반 지침에 따라 격리·강박을 수행해야 하는데 수행 방법, 수행 중 간호, 기록, 사후 분석 및 협의에 이르기까지 전문적이고 체계적인 수행이 필요하다. 이러한 과정에서 환자와의 의사소통을 중요하게 여기면서 환자의 언어적, 비언어적 의사 표현에 주의 깊은 관심을 가져야 한다. 세심한 관찰과 평가를 통해 격리·강박 전, 시행 중, 시행 후에 환자의 신체적 및 심리적 욕구를 파악하여 충족시켜 주어야 한다. 격리·강박 중 대면 간호 평가는 강박은 30분마다 격리는 매 1시간마다 이루어지는 것이 필요하다고 생

각한다. 격리·강박이 이루어지는 동안 간호 활동 중 가장 핵심적 내용은 혈액 순환 상태를 반영하는 피부 색, 활력징후(호흡, 맥박), 자세, 활동, 위험 행동 여부 등으로 규칙적이고 정확하게 사정하고 기록해야 한다. 억제대를 사용한 경우 주기적으로 사지운동을 시켜주고 환자의 신체 자세를 바꿔 주어야 한다. 격리·강박의 종료가 가능할 지에 대해서도 환자의 정신 상태를 평가하면서 의료진 간 의사소통으로 격리·강박의 지속시간이 최소화 될 수 있도록 해야 한다. 격리·강박이 종료 된 이후에는 사후분석과 협의 과정이 필요하다. 이를 통해 격리·강박에 참여한 인원의 안전과 해결과정을 점검한다. 아울러 격리·강박의 원인이 되었던 환자의 행동과 관련된 정신병리 및 환경적 요인 등을 분석한다. 결론적으로 인간의 존엄성과 의학적 전문성에 기반한 구체적인 격리·강박 시행 및 간호지침은 격리·강박 과정 중 발생할 수 있는 사고 및 부작용 예방은 물론이고 더 나은 치료 경과에 기여할 것이다. 아울러 격리·강박과 관련한 정신 간호 전략의 개발과 그 효과를 검증하기 위한 적극적인 연구가 수행되어야 할 것이다.

**중심 단어:** 격리·강박·정신의료기관·정신간호·간호지침.

## REFERENCES

- 1) 법제처. 정신건강증진 및 정신질환서비스 지원에 관한 법률. 서울: 법제처;2017.
- 2) 보건복지부. 정신건강사업안내. 서울: 보건복지부;2012. p.521-522.
- 3) United Nations (UN). Convention on the Right of Persons with Disabilities. 2008 [cited 2016 Oct 15]. Available from URL:[http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool\\_en.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/AdvocacyTool_en.pdf).
- 4) 국가인권위원회. 정신병원 격리, 강박 실태조사. 서울: 국가인권위원회;2015.
- 5) New South Wales Government (NSW). Aggression, Seclusion & Restraint in Mental Health Facilities in NSW. 2012 [cited 2016 Oct 15]. Available from URL:[http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2012/pdf/PD2012\\_035.pdf](http://www0.health.nsw.gov.au/policies/pd/2012/pdf/PD2012_035.pdf).
- 6) National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings. 2015 [Cited Nov 2]. Available from URL:<https://www.nice.org.uk/guidance/ng10>.
- 7) Fortinash KM, Worret PH. Psychiatric Nursing Care Plans. 5th ed. St. Louis: Mosby;2007. p.452-453.
- 8) 일본 정신보건복지연구회. 정신보건복지법 상세 해설 개정 4판. 동경: 중앙법규;2016.
- 9) The Patient Safety Education Program (PSEP). Mental Health Care: Seclusion and Restraint. 2015 [Cited 2016 Nov 10]. Available from URL:<http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2013d%20Seclusion%20and%20Restraint.pdf>.
- 10) American Psychiatric Nurses Association (APNA). Standards of practice: Seclusion and restraint. 2014 [Cited 2016 Oct 12]. Available from URL:[http://www.apna.org/files/public/APNA\\_Seclusion\\_&\\_Restraint\\_Standards\\_of\\_Practice.pdf](http://www.apna.org/files/public/APNA_Seclusion_&_Restraint_Standards_of_Practice.pdf).
- 11) New York State of Opportunity. Implementation guidelines: Restraint and Seclusion. 2016 [Cited 2016 Oct 25]. Available from URL:<http://www.omh.ny.gov/omhweb/guidance/implementation-guidelines.pdf>.



- 12) 국립정신건강센터 의료부. 4.2.3 격리 및 강박. 2016년 6월 23일.
- 13) Government Publishing Office (GPO). Condition of Participation: Patient's rights United State of America. 2011 [Cited 2016 Nov 10]. Available from URL: <https://www.gpo.gov/fdsys/granule/CFR-2011-title42-vol5/CFR-2011-title42-vol5-sec482-13>.
- 14) Government of Queensland. Mental Health ACT 2000. 2015 [Cited 2016 Oct 14]. Available from URL: <https://www.legislation.qld.gov.au/LEGISLTN/CURRENT/M/MentalHealthA00.pdf>.
- 15) Government of South Australia. Restraint and Seclusion in Mental Health Services Policy Guideline. 2015 [Cited 2016 Oct 21]. Available from URL: [https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/5dd2f58048f79928929df70e3d7ae4ad/Guideline\\_restraint+and+seclusion\\_july2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5dd2f58048f79928929df70e3d7ae4ad](https://www.sahealth.sa.gov.au/wps/wcm/connect/5dd2f58048f79928929df70e3d7ae4ad/Guideline_restraint+and+seclusion_july2015.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=5dd2f58048f79928929df70e3d7ae4ad).
- 16) Ministry of Health (New Zealand). Seclusion under the Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act. 1992 [Cited 2016 Nov 8]. Available from URL: <http://www.health.govt.nz/publication/seclusion-under-mental-health-compulsory-assessment-and-treatment-act-1992>.
- 17) Department of Health (United Kingdom). Mental Health Act 1983: Code of Practice. 2015 [Cited 2016 Nov 28]. Available from URL: [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/435512/MHA\\_Code\\_of\\_Practice.PDF](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/435512/MHA_Code_of_Practice.PDF).
- 18) Johnson D. Policy and procedure for the use of seclusion and long term segregation. 2015 [Cited 2016 Nov 20]. Available from URL: <http://www.merseycare.nhs.uk/media/2492/sd28-v3-seclusion-policy-uploaded-26-nov-15-review-nov-2018.pdf>.
- 19) Ministry of Health (Canada). Secure Rooms and Seclusion Standards and Guidelines: A Literature and Evidence Review. 2012 [Cited 2016 Nov 14]. Available from URL: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2012/secure-rooms-seclusion-guidelines-lit-review.pdf>.
- 20) Stuart GW. Principles and Practice of Psychiatric Nursing. 9th ed. Paju: Soomoonsa; 2012. p.581-582.
- 21) Hollins L. Managing the risks of physical intervention: developing a more inclusive approach. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2010;17: 369-376.
- 22) Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr AM, Sayer J. Views of nursing staff on the use of physical restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2003;10:425-430.
- 23) Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Clark R, Augustyn M, McCarthy KJ, Ford JD. Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51:1132-1140.
- 24) Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, *et al*. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012;38:661-671.
- 25) Hammer JH, Springer J, Beck NC, Menditto A, Coleman J. The relationship between seclusion and restraint use and childhood abuse among psychiatric inpatients. *J Interpers Violence* 2011;26:567-579.
- 26) González RA, Kallis C, Ullrich S, Barnicot K, Keers R, Coid JW. Childhood maltreatment and violence: mediation through psychiatric morbidity. *Child Abuse Negl* 2016;52:70-84.
- 27) Kim SW, Kang HJ, Kim SY, Kim JM, Yoon JS, Jung SW, *et al*. Impact of childhood adversity on the course and suicidality of depressive disorders: the CRESCEND study. *Depress Anxiety* 2013; 30:965-974.
- 28) Champagne T, Stromberg N. Sensory Approaches in inpatient psychiatric settings. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;42:35-44.
- 29) Delaware Psychiatric Center Policy and Procedure Directive. Seclusion or Restraint. 2007 [Cited 2016 Nov 28]. Available from URL: [http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/I\\_2\\_B\\_SR\\_Tools\\_DE.pdf](http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/I_2_B_SR_Tools_DE.pdf)
- 30) Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:749-757.