

정신간호사의 격리·강박 적용에 대한 의사결정 요인 탐색: 포커스 그룹 인터뷰 적용

박경환¹ · 장미희²

경희대학교 간호과학대학 박사과정생¹, 경희대학교 간호과학대학 부교수²

Exploring Decision-Making Factors of Psychiatric Nurses in the Application of Seclusion and Restraint: Applying Focus Group Interviews

Park, Kyung Hwan¹ · Jang, Mi Heui²

¹Doctoral Student, Graduate School, College of Nursing Science, Kyung Hee University, Seoul

²Associate Professor, College of Nursing Science, Kyung Hee University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to explore psychiatric nurses' decision making in the use of seclusion and restraint (SR). **Methods:** Data were collected using focus group interviews. Two focus group interviews were held with a total of 10 psychiatric nurse participants. All interviews were recorded and transcribed, and data were analyzed using qualitative content analysis. **Results:** Eleven categories emerged from three main themes. All the themes describe factors that participants took into account when deciding whether to implement SR: 1) Personal factors area: 'Personal attributes of nurses,' 'Attitude of nurses regarding SR,' 'Nurses' physical and emotional states,' 'Negative experiences of nurses related to SR'; 2) Relational factors area: 'The level of cooperation between nurses and doctors,' 'Role models created by seniors and colleagues,' 'The level of support by nursing assistants,' 'Therapeutic relations with patients'; and 3) Environmental factors area: 'Poor nursing work environment,' 'Atmosphere of ward regarding SR,' and 'Social atmosphere to raise alarm about SR.' **Conclusion:** These findings should be considered in the evaluation of the use of SR in psychiatric hospital settings and appropriate strategies used to help minimize the use of restraint.

Key Words: Restraint, Physical; Decision making; Psychiatric nursing; Focus groups; Qualitative research

서 론

1. 연구의 필요성

정신병원에서 치료적 조치의 하나로 환자를 주위 사람들로 부터 분리시키고 접촉을 제한하는 격리와 이에 더하여 신체 움직임을 제한하는 물리적 강박을 시행한다[1]. 2015년 국가인권

위원회의 조사에 따르면, 정신병원에서 일어나는 대표적인 인권침해 문제가 격리·강박으로 확인되었고, 국가인권위원회에 접수된 진정사건 유형에서도 격리·강박과 관련된 사고들이 많은 비중을 차지하고 있다[2]. 정신병원 입원 경험이 있는 정신 질환자 가운데 45.0%가 격리를 경험하였고, 28.9%의 환자가 강박을 경험한 것으로 보고되어[3], 미국 주립병원의 격리·강박 시행률 2.7~3.5%[4]와 비교했을 때 국내의 경우에는 매우

주요어: 신체적 강박, 의사결정, 정신간호, 포커스 그룹, 질적 연구

Corresponding author: Jang, Mi Heui <https://orcid.org/0000-0002-5645-4816>
College of Nursing, Kyung Hee University, 26, Kyungheedaero, Dongdaemun-gu, Seoul 02447, Korea.
Tel: +82-2-961-0592, Fax: +82-2-961-0592, E-mail: mhjang@khu.ac.kr

- This article is a revision of the first author's master's thesis from Kyunghee University.

Received: Oct 16, 2018 | Revised: Nov 20, 2018 | Accepted: Dec 9, 2018

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.

빈번하게 격리·강박이 시행된다고 할 수 있다.

정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 대한 법률(정신건강복지법) 제 75조에는 격리와 강박에 대한 기준을 명시하고 엄격하게 제한하고 있다. 보건복지부는 격리 및 강박 지침에 대한 구체적인 적용기준을 정하여 실무에 적용하도록 하고 있으나 실제로는 지침이 잘 지켜지지 않는 것으로 보고되었다[2,3]. 또한 최근 국가인권위원회의에서 실시한 정신의료기관 격리·강박 실태조사 결과에 의하면, 정신병원 내 격리와 강박의 사유가 자·타해 방지, 치료환경 저해, 행동제한요법 및 본인 스스로 원하는 경우에 실시하는 것으로 보고되었다[2]. 국가인권위원회는 이러한 격리·강박 적용 지침의 기준이 너무 광범위하여 사소한 이유로도 격리·강박을 적용하고 있는 것으로 나타나 좀 더 세부적인 지침이 필요함을 지적하고 있다[2]. 현재까지 격리와 강박조치가 환자의 정신질환에 치료적 처치로 작용한다는 것을 입증할 과학적 증거는 없는 상태이다[2]. 따라서 현재 해외의 주요 전문가집단이나 정부의 규정은 격리와 강박을 치료적 방법의 일종으로 간주하지 않고 있는 추세이며 환자의 폭력적 행동에 대한 '최후의 수단'으로서만 사용될 수 있도록 하고 있다[2].

환자치료 과정에서 이루어지는 격리·강박은 두 가지의 상반되는 측면을 가지고 있는데, 긍정적인 측면으로는 격리·강박을 통하여 환자의 진정과 안정, 환자의 문제행동 조절 등을 들 수 있으며, 부정적인 측면으로는 격리·강박으로 인한 환자의 신체손상의 위험과 두려움, 좌절감 등의 부정적인 감정을 들 수 있다[5,6]. 또한 치료진과 형성한 치료적 관계 훼손 및 치료순응에 부정적 영향을 미칠 뿐 아니라[5-7] 환자의 신체적 자유와 자율성을 제한한다는 점에서 인권침해의 소지를 가지고 있다[2,8]. 이런 점들을 고려해 볼 때, 격리·강박은 임상에서 최소한으로 적용되어야 하고 신중한 의사결정이 요구되는 치료적 과정이다.

임상에서 간호사는 여러 가지 대안들 중 개인의 복잡한 인지적 과정을 거쳐 문제를 해결하고 대응하는 일련의 과정을 겪게 되는데[9], 정신간호사는 특히 격리·강박의 상황에 자주 노출되어 어렵고 복잡한 의사결정의 과정에 참여하게 된다. 격리·강박이 필요한 상황은 대부분 응급상황이며 격리·강박이 환자의 인권을 침해할 수 있기 때문에 적용 시에는 신속하고 정확한 환자 사정과 상황 파악을 통해 의사결정이 이루어져야 할 필요가 있다[10]. 이러한 격리·강박 의사결정이 이루어지는 상황에서 강박 처치의 75.0%가 간호사에게 정보를 제공받은 의사에 의해 전화로 이루어진다는 보고가 있다[11]. 즉, 격리·강박 적용상황에서 정신간호사는 핵심 의사결정자로서 중요한 역할

을 하며, 정신간호사의 의사결정 판단이 결과적으로 격리·강박 적용에 큰 영향을 주는 것을 알 수 있다. 그러므로 실제 임상에서 정신간호사의 의사결정이나 판단 과정과 영향요인에 대한 심도 깊은 탐색이 필요하다.

하지만, 국내에서 이루어진 격리·강박에 대한 선행연구들을 살펴보면, 격리·강박 실태, 환자의 격리·강박 경험, 환자와 간호사의 격리·강박에 대한 인식정도 연구[2,7,11]에 머물러 있는 단계이다. 이에 대한 격리·강박을 줄이기 위하여 과학적인 객관적인 근거 개발이 필요하다. 특히, 격리·강박과 같은 중요한 치료적 중재의 간호행위 주체자인 정신간호사의 의사결정에 관한 연구보고는 없는 상황이다. 국외에서는 이미 불필요한 격리·강박을 줄이기 위해 관련 요인을 규명하고 간호사의 의사결정 및 의사결정 과정의 중요성을 강조하고 있다[12,13]. 격리·강박이 요구되는 상황에서도 최대한 상담과 관찰 등 다른 대안적 처치로서 선제적 중재를 우선 제공하는 것을 목표로 해야 한다[5,6].

격리·강박의 적용은 개인, 병원, 사회, 국가 간의 문화적 차이와 가치관에 따라 의사결정 판단과 과정이 달라질 수 있어 [14] 국내 간호현장을 배경으로 한 연구가 필요하다. 정신간호사의 의사결정은 환자와 간호사, 의료팀, 치료 환경의 특성과 기타 요인들이 복합적으로 작용하여 격리·강박 의사결정 과정이나 결과에 영향을 미친다[5,6,10]. 또한 격리·강박을 적용하는 의사결정 과정이 복잡하고[10] 의사결정은 개인이 부여하는 내적의미에 따라 주관성을 반영하는 현상이므로 개인의 경험과 의미를 심층적으로 탐색하는 질적 연구가 필요하다. 본 연구에서는 포커스 그룹 인터뷰를 활용하였다. 즉, 그룹 구성원 간의 상호작용을 통하여 상대적으로 짧은 시간 내에 참여자들의 의견에 대해 집중화된 자료를 풍부하게 얻을 수 있고, 다양한 시각과 관점에서 자료를 수집할 수 있기 때문이다[15].

따라서 본 연구에서는 정신간호사를 대상으로 포커스 그룹 인터뷰를 시행하여 격리·강박 적용에 대한 의사결정 경험을 탐색하고 참여자들의 경험을 토대로 의사결정에 관련된 요인을 발견하고자 하였다. 본 연구결과를 토대로 향후 격리·강박 처치를 최소화하고 효과적인 처치를 제공하기 위한 실재적인 방안을 모색할 수 있을 것으로 기대한다.

2. 연구목적

본 연구의 목적은 정신간호사의 격리·강박 적용에 대한 의사결정 경험을 심도 깊게 탐색하여 격리·강박 의사결정 요인을 발견하고자 함이며 이를 통해 향후 격리·강박 처치를 최소화하기 위한 방안을 모색하기 위함이다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 정신과 병동에 근무하는 간호사를 대상으로 격리·강박 적용에 대한 의사결정 경험을 심층적으로 탐색하고 관련 요인을 파악하기 위해 포커스 그룹 인터뷰를 적용한 질적 내용 분석 연구이다.

2. 연구참여자 선정

본 연구의 참여자는 2개 도에 위치한 사립 정신병원, 대학 종합병원 및 국공립 정신병원에서 근무 중인 정신간호사이다. 연구참여자의 모집을 위해 정신간호사회 커뮤니티에 연구참여자 모집 공고 후 자발적으로 신청한 간호사들 중 선정기준에 적합한 사람들로 구성하였다. 구체적인 선정기준은 다음과 같다. 첫째, 현재 정신병동에서 근무 중인 간호사, 둘째, 격리·강박 적용에 대한 의사결정 경험이 있는 간호사, 셋째, 연구목적과 방법에 대한 설명을 듣고 본 연구참여에 동의한 자이다.

이상의 선정기준에 따라 본 연구에 참여한 참여자는 총 8개 기관 10명의 정신간호사였다. 정신병동 근무경력 평균 6년 9개월로 최저 1년 4개월에서 최고 10년 7개월의 경력을 가지고 있다. 직위는 수간호사 1명, 주임간호사 1명, 일반간호사 8명이었으며, 평균 연령은 30.4세로 최소 24세에서 최고 35세였다. 성별은 여성이 9명, 남성이 1명이었다. 결혼 상태는 미혼 8명, 기혼 2명이었다. 교육수준은 전문대졸 1명, 대졸 7명, 대학원 이상이 2명이었고 정신건강간호사 2급 이상 자격증을 소지한 간호사가 7명이었으며, 모두 병원에서 격리·강박과 관련된 교육을 받은 경험이 있었다.

3. 포커스 그룹의 구성

포커스 그룹의 크기는 연구목적과 주제에 따라 차이가 있으나 일반적으로 6~10명으로 구성되며, 6명 이하의 소그룹은 참여자가 주제에 깊게 관련되어 있고 토의 주제의 전문가일 때 효율적이다[16]. 또한 참여자들의 특성에 따라 여러 개의 포커스 그룹으로 분할한다면 그룹간의 다양성을 확보할 수 있다. 그룹의 수는 2~3개의 그룹으로도 이론적 포화상태에 도달할 수 있다는 선행연구[16]를 근거로 하여 본 연구에서는 각 6명, 4명의 2개의 그룹으로 분할하여 구성하였다.

병원의 규모나 근무 환경이 다른 경우 서로 다른 경험을 할

수 있기 때문에 그룹간의 다양성을 확보하고 그룹 역동이 활발하게 일어나도록 하기 위하여 병원 규모와 근무지의 환경에 따라 2개의 그룹으로 분할하였다. 또한 참여자의 경력에 따라 상이한 경험을 할 수 있으므로 각 그룹에 다양한 경력을 가진 참여자들이 분포하도록 구성하였다. 한 기관에 최대 두 명의 간호사만 참여하도록 하여 대화의 내용이 한 기관의 내용으로 집중되지 않도록 하였으며, 한 기관에서 일반간호사와 수간호사 혹은 주임 간호사가 함께 참여하지 않도록 하여 자신의 의사표현을 자유롭게 할 수 있도록 하였다. 각 그룹 당 두 번째 인터뷰에서 더 이상의 새로운 내용이 나오지 않는 내용적 포화상태에 이르러 인터뷰를 중단하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 연구자 소속 대학교 윤리심의위원회의 연구승인(IRB-KHIRB-15-054 (RA))을 받고 진행하였다. 참여자들에게 연구의 필요성과 목적, 연구 절차에 대해 설명하였으며 수집된 자료는 익명으로 처리되고 연구목적 이외에는 사용하지 않을 것을 약속하였다. 또한 조항을 통해 개인 식별이 가능한 모든 정보는 코드화되어 처리되고 연구참여자의 익명성이 보장됨을 설명하였다. 또한 참여자 진술에 대한 녹음된 자료는 연구목적외로만 사용될 것이며 연구가 종료된 이후 폐기될 것임을 설명한 후 인터뷰 시작 전에 참여자의 서면동의를 받았다. 연구 진행 도중 연구참여자가 원하면 언제든지 면담을 중단 및 취소할 수 있음을 알려주었다. 연구에 대해서 설명한 후 인터뷰 일주일 전에 질문지를 전달하여 질문과 관련된 생각들을 미리 정리해 볼 수 있는 시간을 제공하였고, 자발적인 동의에 의해 참여 동의를 받고 인터뷰를 시작하였다. 참여자의 일반적 사항은 인터뷰 전에 참여자가 직접 설문지에 기입하도록 하여 수집되었다.

5. 자료수집

포커스 그룹 인터뷰는 연구자가 사전예약한 장소인 조용한 세미나실에서 이루어졌으며 자료수집기간은 2016년 3월부터 2016년 4월까지였다. 질문지 구성을 위해 정신간호학 교수 2인, 질적 연구 경험이 있는 교수 1인과 함께 격리·강박 의사결정 요인을 탐색하기 위한 인터뷰 질문을 구성하였다. 인터뷰는 반 구조화된 질문지를 통하여 시작 질문, 핵심질문, 마무리 질문으로 구성되었으며 연구자에 의해 진행되었다. 인터뷰 질문의 내용은 다음과 같다.

- 시작 질문: 서로 간단히 소개하는 시간을 갖도록 하겠습니다.
- 핵심 질문:
 - 1) 최근 격리·강박을 적용했던 경험에 대해서 이야기해 주시겠습니까?
 - 2) 그 당시 그런 의사결정을 내린 이유가 무엇이 있는지 말씀해 주시겠습니까?
 - 3) 비슷한 상황에서 다른 의사결정을 내린 경험이 있다면, 이야기해 주시겠습니까?
 - 4) 비슷한 상황에서 다른 의사결정을 내린 이유는 무엇인지 말씀해 주시겠습니까?
 - 5) 그 밖에 자신의 격리·강박 관련 의사결정에 영향을 주는 다양한 이유가 있다면, 무엇이 있는지 말씀해 주시겠습니까?
 - 6) 격리·강박은 환자와 간호사에게 어떤 영향을 준다고 생각하십니까?
 - 7) 격리·강박 의사결정에 대한 변화가 있었다면, 그 이유나 계기에 대해서 말씀해 주시겠습니까?
- 마무리 질문: 지금까지 격리·강박이 필요한 상황, 그 상황에서 여러분들이 내린 의사결정, 그런 의사결정을 내리게 된 이유, 그런 의사결정이 환자에게 갖는 의미, 비슷한 상황에서 다른 의사결정이 내려지는 이유, 의사결정의 변화 계기에 대해서 이야기를 나누어 보았는데 더 말씀하고 싶은 것이 있으십니까?

때때로 자연스러운 토의 진행을 위해 질문의 순서를 바꾸거나 그룹 내의 역동이 활발하게 일어나지 못할 때는 보조질문을 하였다. 인터뷰는 그룹 당 2회의 인터뷰가 진행되었고, 인터뷰 시간은 평균 약 90분으로 최소 77분에서 최대 104분이었다. 녹음된 인터뷰 내용의 전사는 인터뷰 당시의 생생한 느낌을 잊지 않기 위해 3일 이내에 완료하였다.

본 연구를 위한 연구자의 준비는 다음과 같다. 연구자는 정신과 병동에서 6년의 근무 경력을 가지고 있는 정신건강간호사로 연구참여자의 업무에 대한 이해와 공감의 폭이 넓어 질적 연구의 중요한 요소인 참여자와의 관계형성이 용이하였다. 또한 대학원 과정에서 질적 연구 과목을 수강하였고, 질적 연구 관련 모임과 세미나의 지속적인 참석을 통해 질적 연구에 대한 이해를 높였다. 본 연구 실시 전 포커스 그룹 인터뷰 사전 연습을 진행하여 진행과정에 대한 질적 연구교수의 전문적인 피드백을 받았으며, 사전연습을 통해 좀 더 유연하며 개방적이고 정보를 이끌어 낼 수 있는 심층 면담 기술을 익힐 수 있었다.

6. 자료분석

본 연구의 자료분석은 포커스 그룹 인터뷰로 수집된 정보를 핵심개념과 주제에 따라 조직하고 통합하는 과정인 질적 내용 분석(content analysis) 방법으로 분석하였다. 내용분석은 텍스트로부터 정보를 추출한 다음 그 추출된 정보를 분석하게 된다[17]. 텍스트에 담겨 있는 정보 베이스를 토대로 연구 과제에 답을 얻는데 필요한 정보들을 추출하여 구조화하게 되는데, 이는 특정한 이론이나 철학적 배경을 갖고 있지 않은 귀납적 분석방법으로 Hsieh와 Shannon [17]의 전통적인 내용분석(conventional content analysis) 방법을 따랐다. 이러한 분석 방법은 연구자 참여자의 태도나 가치관, 행동 동기나 원인 등을 연구참여자의 관점에서 귀납적으로 밝히는 것을 목적으로 하며, 이는 정신간호사들의 이야기를 통해 격리·강박의 의사결정 관련 요인을 밝히는 연구목적에 부합된다. 이에 본 연구는 귀납적 내용분석[17]의 절차에 따라 이루어졌으며 구체적인 분석 절차는 다음과 같다.

- 1단계: 전사된 내용을 반복적으로 읽으며 의미 있는 주요 진술문을 도출해 내었다.
- 2단계: 추출된 진술문에서 격리·강박 의사결정 관련 요인과 관련된 내용만을 선별하여 개방 코딩 목록을 작성하였다.
- 3단계: 개방 코딩 목록에 포함된 진술문의 내용이나 의미를 비교하여 비슷한 것을 통합하고 새로운 이름을 부여하였다.
- 4단계: 하나의 범주에 관련된 하위 범주로 추상화한 후, 다시 비슷한 내용을 통합하고 새로운 이름을 부여하여 범주로 추상화하였다.
- 5단계: 각 범주에 관련된 내용을 도출된 결과를 원래의 기본 자료와 다시 확인하였다.
- 6단계: 결과의 타당성을 확보하기 위해 분석결과를 각 그룹의 참여자 1인에게 확인한 후 정신 전문간호사 1인, 정신간호학 교수 2인, 질적 연구 경험이 있는 교수 1인과 검토하였다.

7. 연구결과의 타당성 확보

본 연구에서는 연구결과의 신빙성(credibility), 적합성(fitness), 감사성(auditability), 그리고 확인가능성(confirmability)을 근거[18]로 타당성을 확보하였다. 신빙성은 양적 연구의 내적 타당도에 해당하는 개념으로 연구의 발견이 실재를 정확

히 측정하였는가를 의미한다. 본 연구에서는 개방형 질문으로 반 구조화된 질문을 사용하여 자료수집 과정에서 참여자의 진술을 유도할 수 있는 질문을 최대한 배제하였고 참여자들의 경험과 생각을 있는 그대로 수집하였다. 수집된 자료를 언어적, 비언어적 의사소통을 포함하여 있는 그대로 전사하여 분석에 이용하였으며 자료분석에는 연구자의 주관과 편견을 최대한 배제하려고 노력하였다. 적합성은 연구결과가 연구가 이루어진 상황 밖에서도 적합한지를 의미한다.

본 연구에서는 참여자의 일반적 특성을 제시하고 각 그룹을 비슷한 환경의 참여자로 구성하여 그들의 실제적인 경험을 풍성하게 진술할 수 있도록 하고 심층적으로 분석하여 요인과 하부요인으로 추출하였다. 감사성은 연구자가 사용한 분명한 자취를 다른 연구자가 그대로 따라갈 수 있는가를 의미한다. 본 연구에서는 연구참여자에 대한 접근방법, 자료수집 절차 등에 관하여 자세히 기술하여 기록하였다. 확인가능성은 연구 과정과 결과에 있어 객관성을 의미한다. 이를 위해 본 연구에서는 자료분석 결과를 연구자, 정신전문간호사 1인, 정신간호학 교수 2인, 질적간호 교수 1인이 여러 차례 수정하는 절차를 거쳤으며, 각 그룹의 참여자 대표 1인씩, 총 2인에게 인터뷰의 내용을 분석 결과에 잘 반영하였는지를 확인하였다. 본 연구의 목적이 성별에 대한 차이를 밝히는 것이 아니므로 성별에 따른 추가 분석은 시행하지 않았다.

연구결과

정신간호사의 격리·강박 적용 경험을 통하여 확인된 의사결정 요인을 탐색한 결과, 개인적 요인, 관계적 요인, 환경적 요인 3가지 영역을 중심으로 총 265개의 의미 있는 진술문이 추출되었고 개방코딩을 통하여 그 중 149개의 문구가 도출되었다. 이 문구는 다시 32개의 하위범주로 통합되어 총 11개의 범주로 구조화되었다(Table 1).

1. 격리·강박 적용 시 의사결정에 미치는 개인적 요인

참여자들이 경험하는 격리·강박 적용 시 의사결정에 미치는 개인적 요인으로는 ‘간호사의 개인적 자질’, ‘격리·강박에 대한 간호사의 태도’, ‘간호사 자신의 신체적·정서적 상태’, ‘격리·강박과 관련된 간호사의 부정적인 경험’ 4개의 범주가 확인되었다.

1) 간호사의 개인적 자질

하위 범주로는 ‘지식과 훈련수준에 따라 의사결정이 달라

짐’과 ‘상황판단에 대한 자신감 부족’이 포함되었다. 참여자들은 간호사의 정신간호에 대한 지식과 훈련 수준에 따라 환자에 대한 이해와 공감의 폭이 달라지고 격리·강박 상황에 대한 판단 능력이 달라져 의사결정에 영향을 준다고 표현하였다. 또한 자신감은 응급상황에서 신속하게 의사결정을 내릴 수 있도록 하며 자신감이 높을수록 의사와 격리·강박에 대하여 자유롭게 논의할 수 있다고 표현하였다.

대학원을 다니거나(정신보건간호사) 수련을 받으면서 의사소통이나 여러 가지를 같이 배우잖아요... 그러면서 환자를 진정시키는 능력도 훨씬 좋고, (중략) 공감하는 능력이나 상황 판단 능력 이런 것들이 차이가 많이 나거든요.(G1D)

자신감이 없어서 정확한 처치를 못하는 거 같아요. 내가 이 상황에 이 판단이라고 생각해서 했는데 다른 사람들은 아니라고 생각하면 어떡하지.(중략)(G2K)

2) 격리·강박 적용에 대한 간호사의 태도

하위범주로는 ‘불가피한 경우에만 격리·강박을 적용함’과 ‘격리·강박으로 인해 업무가 가중된다고 생각함’인 2가지가 포함되었다. 참여자들은 격리·강박처치에 대하여 어떤 태도를 가지고 있는지에 따라 격리·강박 처치에 대한 의사결정에 영향을 받는다고 표현하였다. 참여자들의 대부분은 격리·강박 처치는 꼭 필요한 경우에만 시행될 필요가 있다고 하였다. 그 이유로는 격리·강박을 적용할 때 환자에게 미치는 심리적 상처와 같은 부정적 결과가 치료에 부정적으로 영향을 미치고, 격리·강박이 이루어지는 상황들마다 윤리적 갈등을 경험하게 되어 의사결정을 꺼리게 된다고 표현하였다. 한편으로는 격리·강박 적용의 필요성을 느끼지만 일련의 간호 적용 절차나 과정이 업무의 부담으로 인식되어 즉시 처치를 하기보다는 환자 상태를 좀 더 참고 지켜보게 되는 결정을 포함하고 있다.

(중략) 격리·강박은 꼭 필요할 때에만 해야 된다고 생각해요.(G1C)

환자들한테 상처만으로 남을 수 있는 부분이니깐... 조심스럽고 갈등이 되죠... 이렇게 하는게 말 치료가 될까? 이게 내가 정말 전문가로서 하는 행동들이 맞는 건지... 이런 갈등...(중략)(G2H)

(중략) 격리, 강박까지 노티하고 처리하고 일지 쓰면 일이 되니까... 공격적인 환자에 대해 주사도 놓고 하면 일이 많아지니까... 그래서 내가 조금 더 참고 지켜보게 되는 경

Table 1. Categorization of Decision-making Factors of Psychiatric Nurses in Applying Seclusion and Restraint

Area	Categories	Subcategories
Personal factors	Personal attributes of nurses	<ul style="list-style-type: none"> · Varying in decision making with the level of nurses' knowledge and training · Having difficulties in judging situations due to a lack of confidence
	Attitude of nurses regarding seclusion and restraint	<ul style="list-style-type: none"> · Applying seclusion and restraint only if inevitable · Thinking that workloads are added due to seclusion and restraint
	Nurses' physical & emotional states	<ul style="list-style-type: none"> · Becoming stricter due to nurses' fatigue in the criteria for the application of seclusion and restraint · Varying in the criteria for the application of seclusion and restraint with nurses' emotional conditions
	Negative experiences of nurses related to seclusion and restraint	<ul style="list-style-type: none"> · Becoming frightened due to experience of being assaulted · Refraining from seclusion due to negative memories of experience in the seclusion room · Becoming more sensitive because of previous experience of cases where problems occurred when patients were not secluded
Relational factors	The level of cooperation between nurses and doctors	<ul style="list-style-type: none"> · Enabling smooth communication in relationships with doctors · Making timely decision through trust relationships with doctors · Becoming passive due to doctors' negative attitudes towards seclusion and restraint · Shrinking due to doctors' authoritative and insincere attitudes
	Role models created by seniors and colleagues	<ul style="list-style-type: none"> · Following the criteria for judgment on seclusion and restraint of chief nurses · Gaining confidence from chief nurses' constructive feedbacks · Learning from senior nurse figures · Making effort to set proper criteria for seclusion and restraint for junior nurses
	The level of support by nursing assistants	<ul style="list-style-type: none"> · Concentrating on seclusion and restraint thanks to assistance from nursing assistants · Considering the level of skills of nursing assistants for seclusion and restraint · Being hard to ignore the requests of nursing assistants · Having conflict due to lackadaisical attitudes of nursing assistants toward seclusion and restraint
	Therapeutic relations with patients	<ul style="list-style-type: none"> · Listening to highly intimate patients · Becoming more generous to patients with high levels of rapport · Avoiding picky patients with whom therapeutic relationships cannot easily be formed · Giving priority to therapeutic relationships for patients who have been admitted for the first time
Environmental factors	Poor nursing work environment	<ul style="list-style-type: none"> · Being difficult to apply interventions other than seclusion and restraint due to excessive workload · Being lack of nurse staffing for the application of therapeutic seclusion and restraint
	Atmosphere of ward regarding seclusion and restraint	<ul style="list-style-type: none"> · Following the practice of the ward regarding seclusion and restraint · Effort of ward to reduce the abuse of seclusion and restraint
	Social atmosphere that alerts about seclusion and restraint	<ul style="list-style-type: none"> · Being aware of the activity of the National Human Rights Commission regarding human rights abuse · Paying attention to news in media on accidents related to seclusion and restraint

우가 있는 거 같아요.(G1A)

3) 간호사 자신의 신체적·정서적 상태

간호사 자신의 신체적·정서적 상태 하위 범주로는 ‘간호사의 피로로 인하여 격리·강박 적용 기준이 엄격해짐’과 ‘간호사의 감정 상태에 따라 격리·강박 적용 기준이 달라짐’인 2가지로 구성되었다. 피로에는 간호사의 육체적 피로와 정신적 피로를 포함하고 있었다. 감정 상태는 근무 당시의 기분 상태를 의미하였다. 간호사들 개인의 신체적, 심리적 상태에 따라 환자의 격리·강박 적용에 대한 의사결정이 달라진다는 것을 포함한다.

(중략) 쉬는 날이 없으니깐... 너무 피곤하니깐...(격리·강박상황이 오면) 그땐 정말 조금만(격리·강박) 기준이 되면 주치의를 빨리 콜 해서 격리한다거나 그랬는데...(중략)(G1C)

4) 격리·강박과 관련된 간호사의 부정적인 경험

격리·강박과 관련된 간호사의 부정적인 경험의 하위범주로는 ‘폭행당한 경험으로 두려움이 앞섬’, ‘보호실에서 경험한 부정적인 기억으로 격리를 꺼리게 됨’, ‘격리를 하지 않아 문제가 된 이전 경험으로 예민해짐’으로 3가지가 포함되었다. 참여자들은 정신과 병동에서 일어난 폭행 경험을 이야기하며 두려움으로 인해 상황을 피하려고 하거나 상황판단이 흐려진다고 표현하였다. 또한 보호실 안에서 환자가 사망하는 등의 부정적인 사건을 경험하거나 격리를 하지 않아 문제가 되었던 사건들의 이전 경험이 참여자들의 격리·강박 적용에 대한 올바른 의사결정에 영향을 준다고 표현하였다.

(폭행) 경험에 많이 노출되잖아요...(중략) 그런 경험이 되게 많이 영향을 주는 거 같아요. ‘아, 이렇게 되면 내가 또 다치지 않을까?’ 이러면서(격리를) 안 하게 되거나(환자에게) 안 다가가게 되고... 다가가고 싶지 않고...(G1C)

격리실에서 환자분이 사망하게 된 거예요. 이유는 아직도 모르겠는데...(중략) 그거 때문에 굉장히 불안했어요. 그런 안 좋은 경험을 하고 나니까 격리나 강박을 해야 할 상황에서도 꺼리고 피하게 되더라구요.(G2H)

2. 격리·강박 적용 시 의사결정에 미치는 관계적 요인

참여자들이 경험하는 격리·강박 적용 시 의사결정에 미치

는 관계적 요인에는 ‘간호사-의사 간 협력 관계 정도’, ‘선배 및 동료 간호사의 역할모델’, ‘간호 보조 인력의 조력 정도’, ‘환자와의 치료적 관계’로 4가지의 범주가 확인되었다.

1) 간호사-의사 간 협력관계 정도

간호사-의사 간 협력관계 정도의 하위 범주로는 ‘의사와의 원활한 의사소통이 가능한 관계’, ‘의사와의 신뢰관계로 시기 적절한 의사결정을 함’, ‘격리·강박에 대한 의사의 부정적 가치관에 소극적이 됨’, ‘의사의 권위적이고 불성실한 태도에 움츠러듦’으로 4가지가 포함되었다. 참여자들은 의사와 원활한 의사소통이 이루어질 때 간호사의 의사표현이 보다 자유롭게 되어 상황에 맞는 의사결정으로 이어진다고 표현하였다. 신뢰관계의 형성은 의사로 하여금 간호사가 인식한 상황을 신속하게 받아들여 시기적절한 처치를 가능하게 하고 특히 격리·강박을 해제하는 시점에서 매우 필요하다고 표현하였다. 또한 평소 의사가 가지고 있는 격리·강박에 대한 부정적인 가치관이 간호사의 판단에 영향을 주어 환자상태가 격리·강박이 필요함에도 불구하고 의사에게 보고를 하지 않게 된다고 표현하였다. 특히 의사의 권위적인 태도나 불성실한 태도에 움츠러들게 되어 이 역시 격리·강박 적용에 대한 의사결정을 어렵게 하는 요인이라고 하였다.

서로 신뢰가 있으면 ‘이러저러 해서 격리를 빨리 해제 해도 될 것 같다’ 얘기를 하면 ‘아, 그러냐... 해제해 줘라’ 이렇게 하는 경우도 있죠. 그럼 결국 환자도 좋은 거죠. 빨리 해제가 되니까...(G2I)

(중략) 그 의사가 맡은 환자는 강박 오더(처방)를 안 내요. 그러니까 간호사들도 다 알고 ‘아! 이 선생님은 어차피 노티(보고)해도 강박 안 하는 사람...’ 이라고 아예 노티를 안 하거든요.(G1A)

2) 선배 및 동료 간호사의 역할모델

선배 및 동료 간호사의 지지와 역할모델 하위 범주로는 ‘수간호사의 격리·강박 판단 기준을 따라감’, ‘수간호사의 건설적인 피드백이 자신감을 줌’, ‘선배간호사의 모습을 보고 배움’, ‘후배간호사에게 격리·강박의 기준을 바로 세우려고 노력함’으로 4가지가 포함되었다. 참여자들은 수간호사가 격리·강박에 대한 기준을 구체적으로 제시해주면 그에 따라 의사결정을 내리는 것으로 나타났으며, 간호사로부터 건설적인 충고나 조언을 받게 되면 이후의 의사결정에 영향을 받는다고 표현하였다. 또한 후배 간호사들은 선배 간호사의 의사결정을 보고 배워 유

사한 상황에서 따라하게 된다고 표현하였고, 선배 간호사들은 자신의 행동을 보고 배우는 후배간호사들을 인식해 보다 일관성 있고 정확한 의사결정을 내리기 위해 노력한다고 하였다.

(중략) 수간호사 선생님이 정신과 경험이 되게 많아서 ‘이럴 때는 이렇게 꼭꼭꼭 해라’ 이렇게 딱 이야기가 되고...(G1C)

(중략) 윗 년차 선생님들이 하는 모습을 보면서 ‘이런 상황에서는 저렇게 행동하는구나...’ 하는 생각을 하고... 또 나중에(그 선생님처럼) 그렇게 하려고 하게 되는 거 같아요.(중략)(G1D)

3) 간호 보조 인력의 조력 정도

간호 보조 인력의 조력 정도의 하위 범주로는 ‘보조 인력의 도움으로 격리·강박에 집중할 수 있음’, ‘보조 인력의 격리·강박 숙련도를 고려함’, ‘보조 인력의 요구를 무시하기 어려움’, ‘보조 인력의 격리·강박에 대한 안일한 태도로 인해 갈등함’으로 4가지가 포함되었다. 간호사들은 격리·강박을 적용하며 간호 보조 인력의 도움을 많이 받게 된다고 이야기하며 업무를 잘 보조해 줄수록 격리·강박에 대한 의사결정에 집중할 수 있게 된다고 표현하였다. 또한 보조 인력의 숙련도를 고려하여 상대적으로 업무가 미숙하거나 힘이 약한 보조 인력과 함께 근무할 때는 격리·강박을 미루거나 꺼리게 된다고 표현하였다. 간호사들은 보조 인력과 한 팀으로 근무하기 때문에 그들이 격리·강박을 요구할 경우 고민이 된다고 표현하였다. 또한 보조 인력이 가지고 있는 격리·강박에 대한 안일한 태도에 영향을 받게 된다고 표현하였다.

보호사님들이 도와주는 부분이 상당히 많거든요. 물론 (환자를) 달래주기도 하고 격리·강박할 때 힘도 써주시고 하기 때문에 저희도 근무하면서 의사결정을 쉽게 하려면 보호사님들이 일을 잘 도와줘야 하죠...(G2I)

환자 증상 때문에 격리 조치를 해야겠다고 마음을 먹었는데... 같이 일하는 보호사님이 주말인데... 평화롭게 지나가고 싶은데... 이러면 격리 조치를 막 하려다가도 한 번 더 지켜볼까 그런 경험도 있어요.(G1F)

4) 환자와의 치료적 관계

환자와의 치료적 관계 하위 범주로는 ‘친밀감이 높은 환자의 말에 귀 기울임’, ‘라포가 잘 형성된 환자에게 관대해짐’, ‘치료적 관계를 맺기 어려운 까다로운 환자를 피함’, ‘입원이 처음

인 환자는 치료적 관계를 더 우선시함’ 4가지로 구성되었다. 참여자들은 격리·강박상황에서 치료적 관계가 잘 형성된 환자의 말에 귀 기울이거나 이해하려 노력한다고 표현하였다. 또한 그런 환자들에게는 더 관대한 격리·강박 기준을 적용하게 된다고 표현하였다. 한편 치료적 관계를 맺기 어려운 환자들을 이야기하였는데 자의 입원 환자는 격리·강박을 적용하려 하면 퇴원을 요구하기 때문에 갈등을 경험하게 되는 경우가 있다고 이야기하였고, 병원이나 국가인권위원회에 민원을 자주 제기하는 환자에게도 접근이 꺼려진다고 이야기하였다. 그리고 정신과 첫 입원 환자에게는 치료적 관계를 더 중시하여 격리·강박을 적용함으로써 환자가 받게 되는 두려움이나 상처를 생각해 최대한 격리·강박의 적용을 하지 않으려 한다고 표현하였다.

(중략) 나랑 관계가 굉장히 친밀감이 높았던 환자 같은 경우에는 ‘왜 그랬지?’, ‘그럴 사람이 아닌데...’ ‘여기 앉아 봐요. 왜 그랬어요?’ 이렇게 이야기가 되면서(격리·강박을) 안 할 가능성도 좀 있는 거 같아요.(중략)(G1F)

정신과적 첫 입원은 웬만하면(중략) 설득, 설득하고 투약 같은 것도 최대한 드셔야 된다. (중략) 첫 입원이기 때문에 SR (보호실) 자체에 공포, 병원 자체에 공포가 있기 때문에...(중략) 최대한(보호실을) 안 쓰려고 하거든요. 우리를 너무 무서워하게 되니까...(G1B)

3. 격리·강박 적용 시 의사결정에 미치는 환경적 요인

참여자들이 경험하는 격리·강박 적용 시 의사결정에 미치는 환경적 요인에는 ‘열악한 간호 업무 환경’, ‘격리·강박에 대한 병동 분위기’, ‘경각심을 주는 사회적 분위기’인 3가지로 구성되었다.

1) 열악한 간호 업무 환경

열악한 간호 업무 환경 하위 범주로는 ‘과다한 업무량으로 대안적 처치를 할 수 없음’, ‘치료적 격리·강박을 위한 간호인력 부족’ 2가지가 포함되었다. 참여자들은 과다한 업무량에 간호사의 수가 너무 적다고 토로하였다. 과다한 업무량으로 인해 격리·강박의 대안적 처치인 면담, 교육 등을 할 시간이 없어 격리·강박을 적용하게 되는 경험과 반대로 인력이 부족하여 격리·강박이 치료적으로 필요한 상황에서도 적용하지 못하게 되는 경험을 이야기하였다.

우리는 다른 열나는 환자 있으면 플루이드(수액)도 놔줘야 하고 여러 가지 다른 오더(처방)도 받아야 하는데... (중략) 면담이나 교육할 시간이 없죠. 그러니까 격리를 하게 되는 것 같아요.(G1A)

2) 격리·강박에 대한 병동 분위기

격리·강박에 대한 병동 분위기 하위 범주로는 ‘병동의 격리·강박에 대한 관행을 따름’, ‘격리·강박을 줄이려는 병동의 노력’ 2가지가 포함되었다. 참여자들은 의사결정이 환경적인 영향을 많이 받는다고 이야기하며 병동의 분위기나 관행에 맞추게 된다고 표현하였다. 자신의 의사결정과 다른 결정이라도 병동에서 하는 관행을 따르게 될 수밖에 없다고 토로하였다. 또한 병동에서 격리·강박을 줄이려는 노력을 할 때 간호사 스스로도 병동 차원의 노력에 동참하게 된다고 표현하였다.

병원 입사를 늦게 하면 거기에(그 병원 분위기에) 제가 맞춰야 되는 거예요. ‘아 여기는(격리·강박을) 이렇게 하는 거나...’ 이러면서 비슷한 상황에 한다면...(중략)(G2H)

3) 경각심을 주는 사회적 분위기

경각심을 주는 사회적 분위기 하위 범주로는 ‘인권침해에 대한 국가인권위원회의 활동을 의식함’과 ‘매체를 통한 격리·강박 관련 사고소식에 주의를 기울임’인 2가지가 포함되었다. 참여자들은 국가인권위원회의 주기적인 실태조사 활동, 간호사를 대상으로 하는 면담 등을 의식하게 된다고 표현하였다. 그로 인해 격리·강박 적용 시에 인권문제에 대해서 한번 더 생각해 보게 되었다고 언급하였다. 또한 매체를 통해 격리·강박과 관련된 사고 소식을 접하게 될 때 경각심이 생겨 격리·강박을 조심하게 된다고 표현하였다.

인권 문제가 제기되면서 점점 더 완화되는 건 있는 거 같아요. 인권 문제를 한 번 더 고려해 보고 인권위원회가 있을 때랑 없을 때랑 달라진 거 같아요.(G1C)

기사 같은 것 있잖아요. 어느 정신병원에서 강박을 했는데 폐색전증이 와서 환자가 사망했다더라...(중략) 이럴 때 아무래도 더 많이 조심하게 되는 것 같아요.(G2J)

논 의

정신간호사의 격리·강박 적용에 대한 의사결정 요인은 32개의 하위범주를 도출하여 11개의 범주로 구조화하였으며, 이

는 다시 ‘개인적 요인’, ‘관계적 요인’, 그리고 ‘환경적 요인’ 세 가지 영역으로 구조화되었다. 이런 다양한 요인들과의 역동적인 과정을 거쳐 정신간호사는 격리·강박을 적용하거나 대안적 중재 혹은 관찰을 하는 것으로 확인되었으며, 본 연구결과를 시각화하여 Figure 1로 나타내었다. 각 영역에 속한 범주를 중심으로 연구결과를 논의하면 다음과 같다.

첫 번째 영역은 ‘개인적 요인’으로 격리·강박 적용 시 의사결정 주체가 되는 간호사의 개인적 특성이 의사결정에 중요하게 작용한다는 것을 확인하였다. 참여자들 대부분은 자신들의 정신간호에 대한 지식과 훈련정도 및 자신이 내린 판단에 대한 자신감의 수준에 따라 보다 적극적이고 능동적인 의사결정을 내릴 수 있다고 하였다. 즉, 정신간호에 대한 지식과 경험이 많으면 격리·강박 외에 관찰 및 면담을 통해 환자를 진정시키거나 다른 치료적 활동과 약물처방 등의 대안적 처치를 실행할 수 있게 되며, 상황판단에 대한 자신감은 격리·강박 적용에 대한 판단을 올바르게 할 수 있도록 돕는다고 하였다. 이러한 결과는 정신간호 경력이 많으면 입원 초 강박 처치를 더 자주 적용한다는 보고[6]와 상반되었다. 경력이 많은 간호사는 직관적으로 격리나 강박이 필요한 순간을 정확히 알고 적시에 격리를 적용할 수도 있지만, 다른 한편으로는 격리 대신 다른 대안적인 방법으로 환자를 안정시킬 수 있는 능력도 가지고 있기 때문에 이러한 결과가 나타난 것으로 생각된다. 본 연구에서 간호사의 지식과 훈련 정도가 격리·강박 적용을 감소하는데 긍정적인 요인으로 작용하므로 조직 차원에서 관련 교육과 훈련에 참여할 수 있는 기회를 부여하고 정신건강간호사 수련과정과 보수교육과정에서 환자의 상태를 정확히 파악하고 대안적 중재의 기술을 함양할 수 있도록 하는 내용을 강화시킬 필요가 있다.

또한 참여자들은 자신들이 가지고 있는 격리·강박에 대한 태도를 이야기하며 격리·강박이 환자들의 폭력 행동이나 위협적인 행동을 제어하고 안전한 상황을 만드는 중요한 치료적인 처치로 생각하였다. 이런 결과는 간호사를 대상으로 한 선행연구에서 격리·강박이 환자나 다른 대상자들의 부상을 방지하는 필수적인 중재로 생각하고 이러한 태도나 가치관이 격리·강박 의사결정에 영향을 준다는 보고들[19,20]과 일치하였다. 또한 격리·강박을 적용하며 경험하였던 윤리적인 갈등을 이야기하며 격리·강박에 대하여 꼭 필요한 상황에서만 적용해야 하고, 폭력적인 행동이나 행동조절을 위해 치료적으로 사용하지만, 이러한 처치가 환자들에게 때로는 돌이킬 수 없는 후유증을 남길 수 있기 때문에 강박 사용이 주저되고 갈등이 된다고 표현하였다. 이러한 결과는 의료인들 71.0%에서 격리·강박을 시행할 때 ‘과실과 법적 책임’에 대한 부담을 느낀다는 보고[2]와 일치

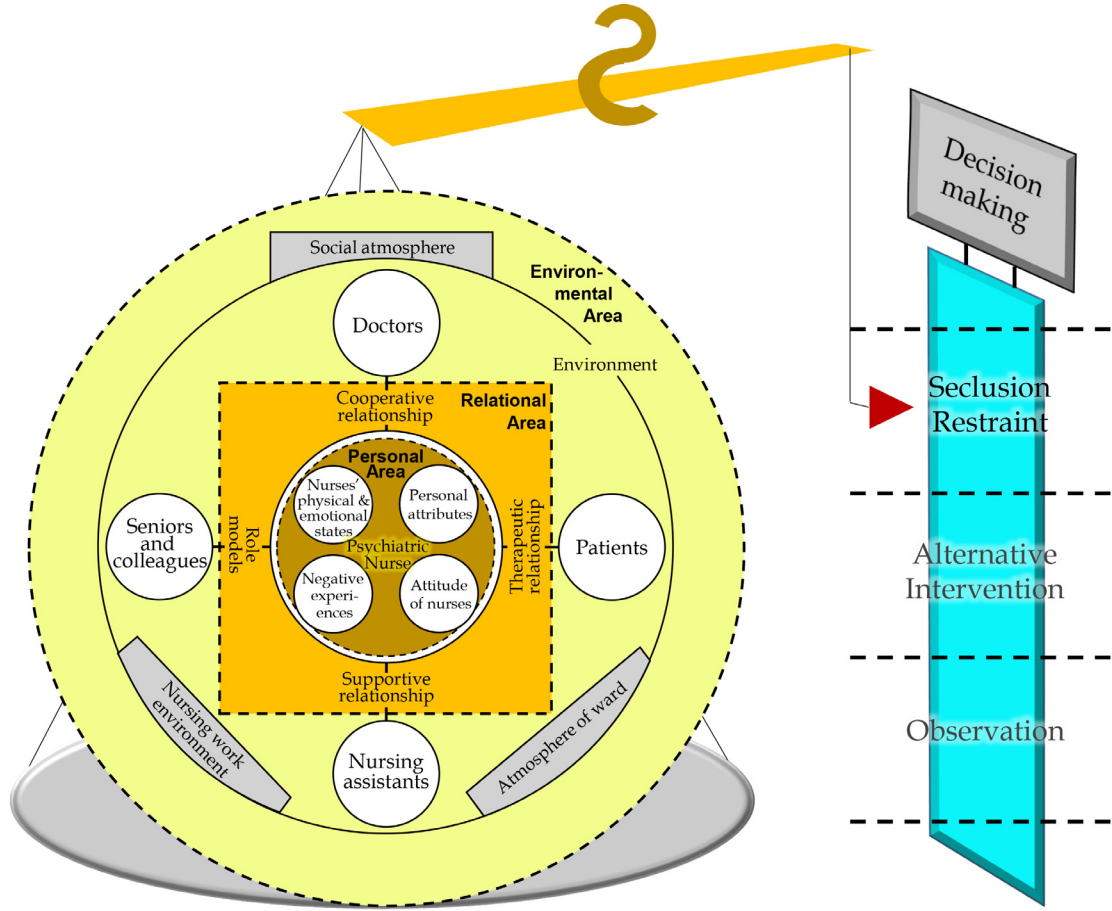


Figure 1. Decision-making factors of psychiatric nurses in applying seclusion and restraint.

하며, 안전과 윤리적인 문제로 갈등하고 역할갈등을 경험하는 것[6]을 알 수 있다. 따라서 정신간호사는 격리·강박에 대한 치료적이면서도 윤리적인 판단에 근거한 의사결정을 내리도록 훈련을 받을 필요가 있다.

또 다른 개인적 요인으로 ‘간호사 자신의 신체적·정서적 상태’의 하위범주에 간호사의 피로나 감정 상태에 따라서 격리·강박 적용 기준이 엄격해지는 등 간호사 자신의 신체적, 심리적인 상황에 따라서 의사결정이 달라짐을 알 수 있었다. 이는 간호사의 업무과다나 스트레스 수준이 높을 때 강박적용을 쉽게 결정한다는 보고들[5,21]과 유사하였다. 참여자의 개인적 감정 상태나 스트레스 수준에 따라 격리, 강박에 대한 판단과 적용이 달라질 수 있는 것은 바람직하지 않은 현상으로 이에 대한 간호사의 자기인식과 자기관리가 필요하다고 여겨진다. 정신간호사는 환자와의 상호작용 시 자신의 신체적이고 심리적인 상태에 따라 격리·강박 적용 기준이 달라질 수 있음을 이해하고, 개인 차원의 자기성찰과 함께 조직 차원에서 격리·강박을 적용한 후 치료 팀 간의 격리·강박 적용에 대한 적절성을

평가하는 것이 정규적으로 이루어질 필요가 있다.

개인 요인의 마지막 범주로 참여자들은 격리·강박과 관련된 부정적인 정서적인 경험을 이야기하면서 그런 경험이 의사결정에 영향을 미친다고 하였다. 간호사들이 근무 중에 폭행을 경험하게 되면, 그 사건으로 인하여 심리적인 외상을 경험하고 이 때 받은 정신적 충격을 제대로 치료하지 못하고 그대로 남겨두어 이후의 비슷한 상황에서 영향을 받는 것으로 나타났다. 참가자들은 환자에게 폭력을 당하거나 목격하여 위협을 느끼는 상황을 많이 경험하게 되면, 격리·강박을 더 자주 하게 되거나 그 반대로 격리·강박을 꺼리게 되고 환자 곁에 가기도 두렵다고 표현하였다. 선행연구들[22,23]에서 간호사의 부정적인 사건의 경험은 이후의 작은 자극에도 쉽게 반응하여 격리·강박을 적용할 수 있으며, 반대로 폭력으로 부상을 당한 경험이 있으면 이후의 비슷한 상황에서 격리·강박 결정이 지연된다고 보고되었다. 간호사들이 경험한 정신적 충격을 완화하는 조치가 없다면, 이후의 비슷한 상황 발생 시 상황을 회피하거나 객관적으로 바라보지 못하게 되는 경향이 있는 것으로 생각된다.

따라서 조직 내에서 근무 중에 폭행을 당한 간호사에 대해서 특별한 관심과 중재가 필요함을 시사한다.

본 연구에서 격리·강박 의사결정에 영향을 주는 중요한 요인으로 '관계적 요인' 영역이 확인되었다. '관계적 요인' 영역은 의사, 동료 간호사와 간호 보조 인력과의 관계, 환자와의 관계로 구분된다. 특히 정신간호사는 환자와의 치료적 관계에 대해 매우 중요하게 생각하고 있는 것으로 나타났다. 참여자들은 자신과 라포(rapport)가 잘 형성된 환자 및 처음 입원한 환자의 경우는 격리·강박 적용에 대해 보다 신중한 결정을 하는 것으로 확인되었다. 그 이유로 환자와의 치료적 관계가 깨지는 것을 염려하기 때문이라고 이야기하였다. 환자와 치료 팀의 치료적 관계의 수립과 유지는 폭력적인 상황 발생의 사전적 조치를 가능하게 할 수 있기 때문에 격리나 강박 조치를 피할 수 있게 할 수 있다. 선행연구에서도 환자 행동 양식과 동기 및 환자의 과거 행동에 대한 지식이 많고 환자에 대한 친밀감이 있으면, 환자 행동을 더 잘 예견할 수 있게 되어 격리·강박 적용을 덜하게 된다고 하였다[1,6].

참여자들은 의사와 협력적 관계가 잘 유지될 때 정신간호사는 격리·강박에 대한 자신의 의견을 표현하고 공유하는데 어려움이 없어서 불필요한 격리·강박을 줄이거나 예방하는 방향으로 의사결정을 한다고 표현하였다. 하지만 의사가 권위적이고 일방적인 지시적 소통을 하는 경우에 간호사가 자신의 의견을 제시하지 못하고 수동적인 태도를 보일 수 있어 격리·강박이 충분히 논의되지 못한 상태에서 발생된다고 하였다. 격리·강박을 줄이기 위한 방법 중 하나로 직원간의 의사결정 공유가 중요하다[24]. 격리·강박에 대한 의사결정을 내리기 전 의사와 간호사 간에 충분한 논의를 거치고, 격리·강박이 종료된 후에도 치료 팀 안에서 회의를 통해 당시 내린 의사결정의 과정과 결과를 평가할 필요가 있다.

또한 간호 보조 인력과의 관계 역시 중요한 것으로 나타났다. 정신과 병동의 특성 상 공격적인 행동이나 폭력 행동이 빈번히 발생하는데 간호사는 대부분 공격적인 상황에 취약한 여성으로 구성되어 있어 간호 보조 인력과 좋은 관계를 유지하고 필요한 상황에서 도움을 받으며 근무할 수밖에 없다고 참여자들은 이야기하였다. 남자로 구성된 간호 보조 인력들은 여자 간호사에게 격리·강박과 관련된 무리한 의사결정을 요구하거나 해야 될 상황에서 안일하게 대처하는 등 격리·강박 의사결정 시 간호보조 인력의 영향을 많이 받고 있는 것으로 나타났다. 이런 갈등의 저변에는 남성 우월주의와 힘의 논리, 상대적으로 간호사들에 비해 보호사의 나이가 많을 경우 연령 차이에서 오는 권위의식에 의한 것으로 참여자들은 표현하였다. 본

연구참여자 중 1명을 제외한 모든 참여자가 여자 간호사로 구성되어 있어 남자간호사가 경험하는 남자 간호 보조 인력과의 관계에서 나타날 수 있는 상황은 확인되지 않았다. 추후 여자 간호사들과 동일한 반응으로 나타나는지 확인해 볼 필요가 있다. Noh 등[25]의 연구에서 정신간호사는 보호사 또는 보안요원들의 개인적 감정표출 및 부적절한 행동으로 인해 도덕적 고뇌를 느낀다고 하였다. 또한 집단과 조직의 규범이 환자를 통제하는데 목적이 있는 권위적인 문화 가운데서 비전문직인 간호보조 인력이 위기 상황에서 간호사 자신들을 보호해 주지 않을까봐 남자간호 보조 인력의 의사결정에 영향을 받는 것으로 보고된 바 있다[5]. 따라서 이런 문제를 해결하기 위해 조직적 차원에서 '격리 및 강박 지침'을 준수하고 준수여부에 대한 관리를 철저히 하도록 교육과 훈련이 필요할 것으로 생각된다.

마지막으로 격리·강박 적용 시 의사결정에 영향을 미치는 요인으로 환경적 요인이 확인되었다. 참여자들은 열악한 간호 인력 수로 인해 간호업무가 과중해서 다른 대안적인 처치를 시행하기보다는 곧바로 격리·강박 의사결정을 내리게 되는 경우가 많이 있어 질적인 간호를 제공하지 못한다고 주장하였다. 본 연구참여자들의 표현에 의하면 근무조별 간호사 1인이 담당해야 하는 환자가 평균 60~70명이 되고 많게는 120명까지 된다고 하였다. 본 연구결과는 선행연구들[2,6,11,26]에서 치료진의 수와 구성이 격리·강박 의사결정에 가장 중요한 환경 요인이 된다는 보고와 일치한다. 국내의 현행 이브닝 근무 시와 같이 치료 팀의 수가 적은 경우와 그밖에 폭력 상황에서 용역업체 직원의 도움을 받는 병원, 치료 팀이 정신과 근무 경험이 적은 경우에 격리·강박을 더 많이 사용하는 것으로 보고하였다[6,11,26]. 우리나라 최근 일 연구보고[2]에 따르면, 정신병원 중 폐쇄병동 비율이 높을수록 의료 인력의 부족현상이 심해서 환자의 감정이나 행동 관련 문제 발생 시 쉽게 격리·강박으로 이어질 위험성이 높다고 한다. 따라서 격리·강박 감소를 위해서는 정부와 병원 차원에서 인력 구조의 현실화가 선행될 필요가 있다. 국내의 현행 정신건강복지법 시행규칙 간호사 인력 기준에 따르면 간호사 1인이 입원 환자 13명을 담당하고, 간호사 정원의 2분의 1 범위 내에서 간호조무사로 충당할 수 있도록 허용하고 있다. 이는 50병상을 기준으로 $50/13=3.85$ 명의 간호사가 필요하지만 여기에 2분의 1을 간호조무사로 대체할 경우 1.92명의 간호사가 50명의 환자를 담당하게 된다. 따라서 현행법의 1:13에서 1:6 이하 경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 수준의 간호사 인력수준으로 법제화하는 것이 필요하다[27].

격리·강박에 대한 병동 분위기 역시 정신간호사의 격리·강

박 의사결정에 영향을 미치는 중요한 요인으로 나타났는데, 본 연구참여자들은 자신의 생각과는 별개로 조직의 문화나 분위기에 맞추어 격리·강박에 대한 의사결정을 한다고 표현하였다. 즉, 병동에서 오랫동안 이루어지고 있는 관습 혹은 비공식적 지침에 따라서 의사결정을 한다고 하였다. 어떤 참여자는 병동의 치료 팀 회의를 통해 격리·강박을 가급적 줄이려는 노력을 하는 분위기인 경우에는 그런 결정에 따르는 의사결정을 한다고 하였다. Vatne와 Fagermoen [28]은 정신병동 치료 팀의 문화가 환자 행동의 교정과 통제에 중점을 두고 있는지 혹은 환자와 치료 팀 간의 대화, 협상과 협동의 파트너십을 강조하는 문화인지에 따라서 정신간호사의 격리·강박 적용의 의사결정이 달라진다고 하였다. 권위적이고 통제적인 병동 분위기인 경우에는 격리·강박을 더 자주 시행하며 간호사가 치료 팀과의 결속을 위해 자신의 의사결정을 포기하는 경우도 발생하게 된다고 하였다. 선행연구들[6,23]에서 대개는 이처럼 치료 팀원들 간의 결속과 병동 내 관습이 격리·강박 중재에 있어 핵심적 요인이 된다고 보고하고 있다. 병동 내 치료 팀의 비공식적인 규범은 사실상 환자 치료에 영향을 미치며, 간호제공자들 간의 판단과 가치들이 다름에도 불구하고 치료 팀들이 제시하는 방식으로 의사결정을 하게 되는 결과를 초래한다[6]. 본 연구결과와 선행연구들을 종합할 때 격리·강박 의사결정 시 정신간호사는 조직의 관습과 병동 치료 팀의 분위기에 영향을 많이 받는 것을 알 수 있다. 이러한 결과에 비추어 볼 때, 격리·강박 의사결정은 병원 조직이 병원의 철학과 책임 수준을 어떻게 수립하고 있는지가 중요하며[5], 조직의 리더십과 정책은 직원들의 격리·강박 사용에 대한 신념과 행동을 변화시키며 효과적으로 격리·강박 사용을 줄이는 데 핵심적 역할을 한다 [13,26,29].

마지막으로 참여자들은 격리·강박 적용에 영향을 주는 요인으로서 '경각심을 주는 사회적 분위기'를 표현하였다. 이에 대한 하위범주는 '인권침해에 대한 국가인권위원회의 활동을 의식함'과 '매체를 통한 격리·강박 관련 사고 소식에 주의를 기울임'으로 구분되었는데 이 점은 흥미롭게도 외국 연구결과 [5,6]에서는 나타나지 않은 의사결정 요인이었다. 참여자들은 매체를 통해서 보도되는 격리·강박과 관련된 사건이나 사고에 주의를 기울이며 정신장애인들의 인권 침해 예방을 위한 국가인권위원회의 활동 등을 의식하여 환자에 대한 격리·강박 적용을 심사숙고하게 된다고 하였다. 외국 연구에서는 조직 차원의 정책과 리더십에 의해 직원들이 격리·강박 적용에 대한 치료 팀의 인식, 행위와 의사결정에 영향을 많이 받고 있어 이 점이 본 연구결과와 다른 점이었다.

이러한 연구결과에 비추어 볼 때, 한국에서도 정부의 정책과 병원 조직 차원에서 격리·강박 적용을 최소화하기 위한 정책적 노력이 필요하고, 정책과 규정을 명확히 하여 관리 감독하고 자료 보고 및 평가 시스템 개발이 요구된다. 또한 치료진들에게는 격리와 강박으로 환자를 통제하려고 적용하기보다는 치료와 회복 관점에서 격리·강박이 최소한으로 적용될 수 있도록 하는 실질적인 교육과 훈련이 필요하다. 또한 현재 각 기관과 병동에서 사용하는 격리·강박 규정에 사후 평가가 정례적으로 이루어지도록 규정에 포함하여 관행적으로 시행하던 격리·강박 적용이 최소화될 수 있도록 하는 노력과 이에 대한 연구들이 필요할 것으로 사료된다.

본 연구결과는 다음과 같은 제한점을 갖는다. 첫째, 국내에서 관련 연구가 많이 이루어지지 않아 본 연구결과를 국내에서 이루어진 다양한 연구결과들과 비교하는데 제한점이 있었다. 둘째, 많은 국가에서 격리·강박 적용을 최소화하려는 노력과 연구가 이루어지고 있지만, 국가마다 다양한 정의와 적용 기준의 차이가 있어 국외를 배경으로 한 연구와 본 연구결과와의 직접적인 비교가 어려웠다. 마지막으로 본 연구의 참여자는 총 10명으로 한 그룹에 참여하는 인원이 6명과 4명이었다. 추후 연구에서는 본 연구주제에 대한 좀 더 다양한 반응을 위해 참여자의 수를 확대할 필요가 있다.

위와 같은 제한점에도 불구하고 본 연구는 다음과 같은 측면에서 의의가 있다. 첫째, 정신간호사의 격리·강박 의사결정 현상에 대한 실제적인 이해를 도모할 수 있었으며 의사결정 요인에 대한 개념적 틀을 제공하는 데 기여하였다. 둘째, 국내에서 처음 시도된 정신간호사의 격리·강박 적용에 대한 의사결정 요인 탐색 연구로 다음 연구를 진행하고 다양한 연구를 시도할 수 있는 토대를 마련하였다. 셋째, 격리·강박 감소를 위한 교육 프로그램 및 임상 지침 개발을 위한 기초자료로 제공될 수 있을 것이다. 따라서, 본 연구의 결과로 다음과 같이 제언한다. 첫째, 반복 연구를 통해 본 연구에서 도출되지 않은 격리·강박 적용 의사결정 요인을 확인하고, 둘째, 격리·강박적용 감소 프로그램 개발 및 효과 검증을 위한 연구를 제언하며, 마지막으로 치료적인 격리·강박 적용을 위한 임상 지침 개발 및 적용을 제안한다.

결 론

본 연구는 정신간호사의 격리·강박 적용에 대한 의사결정 경험을 포커스 그룹 인터뷰를 통해 심도 깊게 탐색하여 정신간호사들이 경험하는 실제적인 격리·강박 의사결정 요인을 탐색하였다. 본 연구의 결과를 종합해 보면, 첫째, 정신간호사의 개

인적 특성이 격리·강박 적용의 의사결정에 영향을 주는 것으로 나타났다. 둘째, 정신간호사는 치료 팀인 의사, 선배 및 동료 간호사, 간호 보조 인력과 각각 협력 관계, 역할모델 관계, 조력 관계 정도 및 환자와의 치료적 관계 형성에 따라 격리·강박 적용의 의사결정에 영향을 받는 것으로 나타났다. 마지막으로 정신간호사는 병원의 환경과 사회적 환경에 의해 격리·강박의 의사결정에 영향을 받는 것을 확인할 수 있었다. 이러한 다양한 요인들과의 역동적인 과정을 거쳐 정신간호사는 격리·강박을 적용하거나 격리·강박 외의 투약, 교육 및 상담, 치료적 활동과 같은 대안적 중재 혹은 환자의 행동에 대한 관찰을 하는 방식으로 의사결정을 내리는 것으로 확인되었다. 정신간호사의 격리·강박의 남용을 줄이고 치료적으로 바람직한 의사결정을 내리기 위해서는 간호사 개인의 자기인식과 부정적인 경험의 관리, 치료 팀 간의 상호 협력적인 관계 구축이 필요하다. 특히 간호사들이 환자를 돌볼 수 있는 적정 수준의 간호 인력과 병원 인력의 확보, 조직 차원의 격리·강박을 줄이기 위한 정책적인 노력과 지지적인 분위기 및 의료인과 직원에 대한 교육이 필요할 것으로 사료된다.

CONFLICTS OF INTEREST

The authors declared no conflicts of interest.

ORCID

Park, Kyung Hwan <https://orcid.org/0000-0002-9377-9070>

Jang, Mi Heui <https://orcid.org/0000-0002-5645-4816>

REFERENCES

- Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting: a necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*. 2012;35(1):43-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.11.008>
- National Human Rights Commission of Korea. Survey of seclusion and restraint in psychiatric hospital. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2015 November. Report No. 11-1620000-000587-01.
- National Human Rights Commission of Korea. National reports for mental disabilities the protection of human rights and the promotion. Seoul: National Human Rights Commission of Korea; 2009 November. Report No. 11-1620000-000184-01.
- Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altener A, Altener RJ, et al. Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*. 2005;56(9):1115-1122. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.9.1115>
- Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2009;16(5):440-446. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01396.x>
- Riahi S, Thomson G, Duxbury J. An integrative review exploring decision-making factors influencing mental health nurses in the use of restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2016;23(2):116-128. <https://doi.org/10.1111/jpm.12285>
- Jin J, Yoo JH. Psychiatric patients' experiences of being restrained: a phenomenological study. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(4):349-358. <https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.349>
- Lim MH. Practice of psychiatry ethics in the clinical applications. *Korean Journal of Medical Ethics*. 2015;18(1):36-49.
- Campos DCF, Graveto JMGN. The role of nurses and patients' involvement in the clinical decision-making process. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2009;17(6):1065-1070. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692009000600021>
- Laiho T, Kattainen E, Åstedt-Kurki P, Putkonen H, Lindberg N, Kylmä J. Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;20(9):830-839. <https://doi.org/10.1111/jpm.12033>
- An HJ, Kim EH, Chung YH, An JS, Cho WA, Park JH. A study about restraint use in care of patients with psychiatric disorders. *Journal of Korean Clinical Nursing Research*. 2013;19(3):432-442.
- Larue C, Piat M, Racine H, Ménard G, Goulet MH. The nursing decision making process in seclusion episodes in a psychiatric facility. *Issues in Mental Health Nursing*. 2010;31(3):208-215. <https://doi.org/10.3109/01612840903131800>
- Huckshorn KA. Reflections on the use of restraint and seclusion: a 10-year update. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*. 2014;52(11):3-4. <https://doi.org/10.3928/02793695-20140930-01>
- Raboch J, Kališová L, Nawka A, Kitzlerová, E, Onchev G, Karastergiou A, et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten european countries. *Psychiatric Services*. 2010;61(10):1012-1017. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.1012>
- Morgan DL. Focus groups. *Annual Review of Sociology*. 1996;22:129-152. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.22.1.129>
- Kim HJ, Kim CN. Review of literatures on focus group method in qualitative study. *Keimyung Journal of Nursing Science*. 2001;5(1):1-21.
- Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Sandelowski M. The problem of rigor in qualitative research.

- Advances in Nursing Science. 1986;8(3):27-37.
<https://doi.org/10.1097/00012272-198604000-00005>
19. Bigwood S, Crowe M. 'It's part of the job, but it spoils the job': a phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008;17(3):215-222.
<https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2008.00526.x>
 20. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2003;57(6):453-459.
<https://doi.org/10.1080/08039480310003470>
 21. Griffith L. Does seclusion have a role to play in modern mental health nursing? *British Journal of Nursing*. 2001;10(10):656-661.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2001.10.10.9985>
 22. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2002;9(4):465-473.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2002.00504.x>
 23. Moylan LB, Cullinan M. Frequency of assault and severity of injury of psychiatric nurses in relation to the nurses' decision to restrain. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011;18(6):526-534.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01699.x>
 24. Blair M, Moulton-Adelman F. The engagement model for reducing seclusion and restraint: 13 years later. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2015;53(3):39-45.
<https://doi.org/10.3928/02793695-20150211-01>
 25. Noh D, Kim S, Kim S. Moral distress, moral sensitivity and ethical climate of nurses working in psychiatric wards. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2013;22(4):307-319.
<https://doi.org/10.12934/jkpmhn.2013.22.4.307>
 26. Mann-Poll PS, Smit A, De Vries WJ, Boumans CE, Hutschmaekers GJM. Factors contributing to mental health professionals' decision to use seclusion. *Psychiatric Services*. 2011;62(5):498-503.
https://doi.org/10.1176/ps.62.5.pss6205_0498
 27. Kim GH, Kim SJ, Kim SS. Nurse staffing, inpatient's length of stay and safety accidents in psychiatric hospital settings. *Journal of the Korean Data Analysis Society*. 2017;19(1):503-511.
 28. Vatne S, Fagermoen MS. To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007;14(1):41-48.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01037.x>
 29. Hernandez A, Riahi S, Stuckey MI, Mildon BA, Klassen PE. Multidimensional approach to restraint minimization: the journey of a specialized mental health organization. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2017;26(5):482-490.
<https://doi.org/10.1111/inm.12379>