

# 일 정신병원에서 발생한 강박 처치에 관한 연구

안효자<sup>1)</sup> · 김은하<sup>2)</sup> · 정영해<sup>3)</sup> · 안정심<sup>2)</sup> · 조원애<sup>2)</sup> · 박정화<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>동신대학교 간호학과 조교수, <sup>2)</sup>국립나주병원 수간호사, <sup>3)</sup>동신대학교 간호학과 교수

## A Study about Restraint Use in Care of Patients with Psychiatric Disorders

An, Hyo Ja<sup>1)</sup> · Kim, Eun Ha<sup>2)</sup> · Chung, Young Hae<sup>3)</sup> · An, Jung Sim<sup>2)</sup> · Cho, Won Ae<sup>2)</sup> · Park, Joung Hwa<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Assistant Professor, Department of Nursing, Dongshin University

<sup>2)</sup>Head Nurse, Department of Nursing, National Naju Hospital

<sup>3)</sup>Professor, Department of Nursing, Dongshin University

**Purpose:** The purpose of this study was to describe restraint use in care of patients with psychiatric disorders in an attempt to avoid unnecessary restraint use and provide information for developing standards regarding restraint use as a therapeutic maneuver. **Methods:** For this descriptive study, discharge records from N National Mental Hospital in the year 2009 were reviewed by trained nurses during Dec. 24, 2010 and Mar. 31, 2011. There were 596 restrains applied on 232 of 1,322 discharges. Data collected include general characteristic of patients, the frequency of restraint use, time since admission when restraint was applied, time of the day when restraint was applied, duration of restraint application, place of occurrence, reasons for restraint use, and degree of damage to the patient. Work experience of nurses who applied restraints, number of workforce at the time of restraint, and season of the year was also identified. Descriptive statistics, Chi-square test, t-test, ANOVA, Scheffè and Jonckheere-Terpstra were applied using SPSS 14.0 to analyze the data. **Results:** There were 596 restraint uses among 232 patients. Restraints were applied most frequently on males in their 40s, patients diagnosed with schizophrenia, and patients repeating admissions more than 6 times. Restraints were frequently applied within first week following admission, between 16:00 and 20:00, and the average duration of restraint was 5 hours. There were significant differences according to diagnoses of patients in the season restraint occurred, time, place of occurrence, reason for restraint, and duration of restraint. Patients with alcoholism received longer restraint application. **Conclusion:** In order to avoid unnecessary restraint use in patients with psychiatric disorders, nurses and other health care team members need to acknowledge a group of patients such as patients with schizophrenia and alcoholism who relatively frequently restrained or receiving longer restraint. Reasonable and careful decision need to be made when applying restraint in the care of patients with alcohol problem.

**Key words:** Physical restraint, Mental disorders

## I. 서 론

### 1. 연구의 필요성

정신질환의 특성과 함께 정신질환자의 병식장애나 판단능력의 결여 등으로 인해 정신질환자는 입원 시와 입원

치료 중 자기결정권 행사에 제약이 있고, 입원 시에도 개방병동이 아닌 폐쇄병동으로 강제입원 되고 있다는 특성이 있다(Park & Bae, 2012). 정신과 환자의 이러한 특성은 환자의 상태에 따라 격리 및 강박이라는 신체의 자유를 제한하는 방법이 오래전부터 사용되어 왔다.

신체억제인 강박(restraints)은 환자의 안전증진과 행동

**주요어:** 강박, 정신질환

**Corresponding author:** Kim, Eun Ha

Department of Nursing, Naju National Hospital, 500 Sanje-ri, Sanpo-myeon, Naju-si, Chonnam 520-833, Korea.

Tel: 82-61-330-4231, Fax: 82-61-330-4200, E-mail: ehkimug@hanmail.net

\* 한국간호과학회 정신간호학회 총회 및 동계학술대회(2012. 12. 11) 포스터 발표 및 초록 수록.

투고일: 2013년 8월 21일 / 심사회의일: 2013년 10월 7일 / 게재확정일: 2013년 10월 25일

조절을 위해 강박 이외의 다른 방법이 효과가 없을 때 신중하게 최종적으로 선택해야 한다(Stuart, 2008/2012; Park et al., 2011). 강박상황은 일종의 정신과 병동에서 응급상황이며 환자의 의사에 반해서 강제적이고 강압적으로 이루어지므로 인권침해의 가능성이 매우 높다. 따라서 강박에 대한 정확한 기준과 지침이 필요하다. 이에 우리나라는 정신보건법 제46조에 격리와 강박에 대한 기준을 명시하여 강력하게 제한하고 있다. 이 조항에 의하면 격리와 강박은 환자의 증상으로 보아서 본인 또는 주변사람이 위험에 이를 가능성이 현저히 높고 신체적 제한 외의 방법으로 그 위험을 회피하는 것이 뚜렷하게 곤란하다고 판단되는 경우에 그 위험을 최소한으로 줄이고 환자 본인의 치료 또는 보호를 도모할 목적으로 행해져야 한다(Park et al., 2011).

강박은 일반적으로 약물 중단으로 심한 초조와 사고 장애 유발가능성이 높을 때, 과다 행동을 보이거나 판단력 장애가 심한 경우, 망상과 환각으로 폭력적인 행동이 발생할 때 사용된다(Palazzolo, 2004). 그러나 분명한 자해와 타해의 가능성이 아닌 활동프로그램 참여 거부, 의사 면담 요청 또는 투약 거부, 치료의 편의 등의 경우에도 격리와 강박이 남용되고 있는 것으로 나타났다(Brown & Tooke, 1992; National Human Rights Commission of Korea [NHRC], 2004).

우리나라의 경우에도 2003년에 보건복지부에서 격리와 강박에 대한 지침을 마련하여 실무에 적용하도록 하고 있으나 실제로는 지침이 잘 지켜지지 않는 경우도 있는 것으로 보고되었다(Seo, 2004). 또한 우리나라 정신 의료기관은 대부분 의료 인력에 비해 병동 단위의 재원환자 수가 많아 자해와 타해의 가능성 이외에 치료의 편의를 위해 격리와 강박이 남용될 가능성도 있는 것으로 보고되고 있다(NHRC, 2004; Nam, 2002). 한 보고에 의하면 입원환자의 25%가 의료진으로부터 아무런 설명을 듣지 못한 채 강박을 당했으며, 4명 중 1명은 강박기간동안 언어적·신체적·성적 폭력을 경험한 것으로 나타났다(NHRC, 2009). 1950년대 이후 항정신병 약물의 발달과 1997년 정신보건법의 제정으로 강박이 감소하였다고 하지만, 위에서 언급된 보고 자료들을 볼 때, 상당수의 정신과 의료기관에서 강박이 남용될 수 있음을 추정해 볼 수 있다.

격리와 강박이 일부의 환자에게는 진정과 안정에 도움이 되기도 하지만(Meehan, Bergen, & Fjeldsoe, 2004), 대부분의 환자는 이러한 처치에 대해서 부당하게 생각하거나 처벌로 간주하기 때문에 슬픔, 적개심, 수치심, 분노 등의 부정적인 감정을 경험하는 것으로 나타났다(Meehan

et al., 2004; Park et al., 2011). 뿐만 아니라 직원과의 관계에도 부정적인 영향을 주고, 정신질환을 악화시킬 수 있다는 연구결과도 있다(Frueh et al., 2005; Wynn, 2003).

최근 정신질환자의 인권침해에 대한 관심이 고조되면서 정신과에서 이루어지고 있는 격리와 강박은 인권침해의 중요한 요인 중 하나로 거론되고 있지만(NHRC, 2004; NHRC, 2009), 이에 대한 연구는 대부분 1990년 전후에 이루어졌고, 그 이후에는 강박의 실태에 대한 연구는 거의 없었다. 최근에 Chon, Yeun, An와 Ham (2012)의 신체 억제대 사용에 따른 의료인의 유형과 Ko와 Hah (2012)의 정신질환자의 신체 억제대 경험 유형에 대한 분류가 이루어졌을 뿐 정신과에서의 격리와 강박에 대한 실태는 거의 연구되어지지 않고 있는 실정이다.

본 연구는 정신질환자의 인권침해 가능성이 높은 강박 처치의 실태를 파악하여 강박 처치를 줄일 수 있는 방안을 모색하고 오·남용 예방 및 직원 교육과 연구에 필요한 기초자료를 제공하고자 실시하였다.

## 2. 연구목적

본 연구는 정신과 병동에서 이루어지고 있는 강박 처치의 실태를 파악하고, 강박 처치를 줄일 수 있는 효과적인 방법을 모색하며, 나아가 직원 교육 및 연구의 기초자료를 제공하고자 실시하였다. 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 강박 처치를 경험한 대상자의 일반적인 특성을 파악한다.
- 2) 대상자의 특성에 따른 강박 처치 횟수 비교한다.
- 3) 강박 처치 사건의 특성을 파악한다.
- 4) 진단에 따른 강박 처치 사건의 특성을 파악한다.

## II. 문헌고찰

### 1. 정신질환자 특성과 강박처치

정신질환자는 정신병(기질적 정신병을 포함), 인격장애, 알코올 및 약물중독, 기타 비 정신병적 정신장애를 가진 자로 규정하며, 병식장애나 판단능력의 부족을 정신질환의 주 특성으로 보고 있다(Park & Bae, 2012). 정신질환은 특성상 치료 목적 달성 및 적절한 치료수단의 선택을 위해 의료기관에 입원하게 되는데, 대부분의 환자가 비자의적으로 폐쇄병동에 입원하게 된다. 2008년 우리나라 통

계에 의하면 80% 이상이 강제입원인 것으로 나타났다(NHRC, 2009). 이 경우 환자는 신체의 자유가 제한되게 되고 해당 정신의료기관 종사자 외에 다른 사람의 도움을 받기 어렵기 때문에 해당 의료기관은 폐쇄병동에 입원된 환자에 대하여 세심한 관리·감독을 할 의무가 주어진다(Park & Bae, 2012).

실제 폐쇄병동에 입원할 정도의 증상을 가진 정신질환자의 경우 이성적으로 자신의 행동을 제어할 수 없는 경우가 많아 항상 돌발행동을 할 위험성을 가지고 있으므로 환자의 안전 또는 타인의 안전에 특별히 주의를 해야 한다. 정신의료기관에서 응급상황은 환자의 자해 및 공격행동이 며 이러한 상황은 돌발적으로 발생하여 환자자신이나 다른 환자, 치료진에게 직접적인 위해가 되고 치료환경에도 나쁜 영향을 미치게 된다. 간호사가 경험하는 공격적인 행동으로는 언어적 공격행동이 96.2%로 가장 많았고(Kim, 2010), 환자를 강박할 때 가장 윤리적인 딜레마를 경험하는 것으로 나타났다(Park, 2003). 이러한 공격행동을 보이는 환자의 응급처치는 신속하게 환자를 평가해서 환자와 치료자 그리고 주위 사람의 안전을 확보하는데 있다. 이때 환자의 중재방법으로 대화, 약물, 격리 그리고 강박을 고려해 볼 수 있다.

격리(seclusion)는 환자 안전의 목적 혹은 행동중재를 위해 방안에 혼자 남지만, 간호사를 비롯한 의료팀이 집중 관찰로 완전하게 보호적인 환경에 있도록 하는 것이다. 강박(restraints)은 환자가 쉽게 행동을 할 수 없도록 사지의 움직임을 제한하는 것이며, 이때 움직임을 제한하기 위해 가죽이나 천으로 된 벨트를 사용하게 된다(Stuart, 2008/2012; Park et al., 2011). 강박은 환자와 환경을 보호하면서 동시에 문제 행동을 조절하고 간호와 치료를 위해 정신과에서는 아주 오래전부터 사용되어 왔다. 강박의 목적은 환자의 폭력적인 행동을 조절할 필요가 있을 때, 투약거부로 심한 초조와 사고 장애 유발가능성이 높을 때, 과다 행동을 보이거나 판단력 장애가 심한 경우 사용되었다(Lendemejer & Shortridge-Baggett, 1997). 강박을 하는 경우 신체적 문제로는 부동과 관련된 근 위축과 관절의 경축, 욕창, 흡인성 폐렴, 요실금, 무력감 등이 포함되며 신경손상, 피부손상, 흉부 압박에 의한 질식, 정신적으로는 혼란 가중, 두려움, 자포자기, 우울, 혼돈, 공격성, 퇴행적인 행동과 같은 문제가 초래된다. 사회적으로는 환자 간호시간 증가, 입원 기간 연장, 입원비용과 장기요양 시설의 입원을 증가, 더 높은 이환율과 사망 등이 보고되었을 뿐만 아니라 직원과

의 관계에도 부정적인 영향을 주고, 정신질환을 악화시킬 수 있다(Chae, Cha, Hahm, Lee, & Lee, 1996; Frueh et al., 2005; Lendemejer & Shortridge-Baggett, 1997; Meehan et al., 2004; Wynn, 2003).

이처럼 강박은 신체의 자유를 침해함으로써 신체적인 합병증을 초래할 수 있고, 인권 침해적인 요소가 다분히 존재하기 때문에 강박 치료 시행 시에는 의학적으로나 규범적으로 엄격한 기준과 제한을 두도록 한다(Knox & Holloman, 2012; Stewart, Bowers, Simpson, Ryan, & Tziggili, 2009). 미국의 경우 격리와 강박은 환자의 권리조건(patients' rights condition of participation)에서 명시한 규정을 따르고 있고, 이 규정을 위반하는 의료기관은 의료보험 혜택과 재정 지원을 받지 못하도록 엄격하게 규제하고 있다(Park et al., 2011). 우리나라에서는 2003년에 보건복지부에서 격리와 강박에 대한 지침을 마련하였다.

## 2. 강박적용 지침

Park 등(2011)은 강박에 대한 지침을 다음과 같이 기술하고 있다. 환자는 의학적으로 필요하지 않거나 설득, 징계, 보복이나 편의상의 목적으로 병원 직원이 강박하는 경우 거부할 권리가 있으며 강박은 환자의 안녕을 증진시키고, 강박 이외의 방법이 효과가 없었을 경우에만 적용해야 한다. 강박에 대한 구체적인 지침으로는 강박은 의사나 다른 자격 있는 전문 의료인의 지시에 따라 행해야 하고, 강박지시는 서면 지시로 이루어져야 하며 절대 필요시 처방(PRN)으로 내려져서는 안 된다. 또한 의사는 지시 후 1시간 이내에 강박이나 격리의 필요성을 평가할 의무가 있다. 신체적 강박이나 격리의 서면지시는 성인의 경우 4시간 이내, 9~17세 아동이나 청소년은 2시간 이내, 그리고 9세 이하의 아동은 1시간 이내에 시행되어야 한다. 강박이나 격리가 적용된 환자는 지속적으로 사정, 모니터, 재평가하도록 되어 있다.

신체적 억제와 관련해서 간호중재 분류(Nursing Interventions Classification, NIC)에서는 다음과 같은 간호중재를 제시하였다(Stuart, 2008/2012).

- 1) 신체적 억제를 사용하거나 제거하기 위해 의사의 지시를 받는다.
- 2) 신체적 억제를 하면 환자가 존엄성이 감소됨을 느끼므로 충분한 감독 하에 사생활을 보호한다.
- 3) 기계적 또는 수동적 억제를 안전하게 적용하기 위해 직원을 충분히 확보한다.

- 4) 신체적 억제를 적용하는 동안에는 선정된 간호사 한명이 직원들에게 지시하고 환자와 의사소통할 수 있도록 한다.
- 5) 응급상황에서나 이동시 환자를 수동적으로 억제할 때 적절하게 제어한다.
- 6) 환자에게 중재의 과정, 목적, 기간 등에 관하여 이해할 수 있게 비차별적인 단어로 설명한다.
- 7) 중재가 종결되기 위해서는 어떤 행동이 필요한지 환자에게 설명한다.
- 8) 침대의 난간에 억제대를 묶는 것을 피한다.
- 9) 억제대 적용 부위의 피부 상태를 관찰한다.
- 10) 억제대 착용한 사지의 피부색과 체온, 감각 등을 자주 관찰한다.
- 11) 환자의 자기 통제력, 상황, 능력에 따라 활동과 운동할 수 있도록 한다.

간호사는 강박을 적용하기 전에 환자를 안정시키기 위해 취했던 모든 중재를 기록해야 하고, 강박을 한 경우에는 강박의 이유, 당시의 환자의 증상, 강박 지시자·수행자 및 개시·종료시간을 간호기록지에 기록하여야 한다. 그리고 환자가 통제력을 회복하면 강박을 제거해야 한다. 환자가 강박 되어 있는 경우 간호사는 적어도 15분마다 환자의 상태를 파악하고 기록하도록 되어 있다(Ministry of Health and Welfare [MHW], 2011; Park et al., 2011).

정신과 간호사는 환자의 행동조절을 위해 불가피하게 강박을 적용할 경우 강박에 대한 지침과 기준을 준수하고 환자의 존엄성과 개별성을 존중하는 가운데 간호를 제공해야 한다. 뿐만 아니라 강박발생을 예측하여 강박이 발생하지 않도록 사전에 예방할 수 있어야 하겠다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구설계

본 연구는 정신병동 내 강박 처치 적용 실태를 파악하여 정신질환자의 인권을 존중하면서 치료적으로 적용할 수 있도록 직원 교육과 연구에 필요한 기초자료를 제공하고자 시도된 조사연구이다.

#### 2. 연구대상

본 연구는 전남 지역 N 국립병원에 2009년 1월 1일부

터 12월 31일까지 1년 동안 퇴원기록 1,322건 중 간호과 업무일지에 격리와 강박이 기록된 사례 중 단순히 격리만 기록된 사례는 제외하고 격리와 강박이 동시에 시행된 사례만을 선택하였다. 선택된 사례는 596건으로 나타났다으며, 이는 232명이 241회의 입원 중 발생한 것으로 나타났다.

#### 3. 연구도구

강박 처치 대상자의 일반적 특성으로 성별, 연령, 교육 정도, 결혼상태, 진단명, 입원횟수, 입원기간을 파악하였고, 강박 처치와 관련하여 발생횟수, 지속시간, 강박시행 시기(입원 후 기간), 발생 시간, 발생장소, 발생 이유, 강박 처치 근거, 강박시 간호사 근무경력, 중재시 인원, 계절을 파악하였다. 그리고 강박처치 전 손상 정도는 Fottrell (1980)이 사용한 0도에서 6도까지 분류를 본 연구에 맞게 수정하여 0에서 3도로 분류하였다. 수정한 도구에서 0도는 전혀 손상 없음, 1도는 사람 외 사물 또는 환경에 대한 손상, 2도는 자신 또는 타인에 대한 가벼운 타박상 또는 찰과상, 3도는 큰 피부 열상과 골절을 나타낸다.

#### 4. 자료수집방법

자료수집을 위해 2010년 12월 23일부터 1주일 간 N 병원에서 근무하고 있는 정신보건 간호사 4명을 훈련하였다. 간호사들은 강박 처치 기록지와 간호기록지 20사례에서 자료를 1차 추출한 뒤 교차 검증을 실시하여 연구자간의 판단오차를 줄였다. 훈련된 간호사들이 2010년 12월 24일부터 2011년 3월 31일까지 약 3개월 간 자료를 수집하였다. 이 연구는 2010년 12월 23일 연구대상병원 IRB (2010-3) 심의를 받았다.

#### 5. 자료분석방법

수집된 자료는 SPSS 14.0 통계 프로그램을 이용하여 분석하였다. 일반적인 특성은 232명에 대해서 분석하였으며, 강박 처치는 596건을 분석하였다. 일반적인 특성에 따른 강박 처치 횟수를 t-검정 또는 분산분석으로 분석하였으며, 진단명에 따른 강박 처치 특성은 교차분석과 분산분석을 실시하였다. 분산분석에서 유의한 결과는 Scheffé 방법과 Jonckheere-Terpstra (JT)검정 비교하였다. 진단에 따른 강박 처치의 특성 비교 중 일부는 Box-whisker plot으로 제시하였다.

## IV. 연구결과

### 1. 강박 처치 대상자의 특성

연구기간동안 강박 처치가 적용된 대상자는 232명이다. 강박 처치 대상자의 63.8%는 남자였고 41~50세가 31.9%, 31~40세가 27.6%로 나타났으며, 55.2%는 고졸이었고, 70.3%는 미혼이었다. 강박 처치 대상자의 62.9%는 조현병으로 나타났으며, 32.8%는 입원횟수가 6회 이상이었다 (Table 1).

### 2. 대상자 특성에 따른 강박 처치 횟수 비교

연구기간 동안 연구대상 232명에 대한 강박 처치 횟수

는 596건으로서, 이는 대상자당 평균 2.47회에 해당한다. 대상자 특성에 따른 강박 처치 횟수를 보면, 연령( $p=.001$ )에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 20세 이하의 대상자 수는 9.1%로 가장 적었지만, 대상자당 평균 강박 처치 발생 횟수는  $3.71 \pm 3.95$ 회로 가장 많았으며, 이는 51세 이상의  $1.54 \pm 0.98$ 회, 41~50세의  $1.82 \pm 1.48$ 회보다 통계적으로 유의하게 많은 수준이었다. 21~30세( $3.44 \pm 3.45$ )도 51세 이상보다 대상자당 평균 강박 처치 발생 횟수가 통계적으로 유의하게 많은 것으로 나타났다( $F=5.234, p=.001$ ). 이처럼 연령이 낮을수록 대상자당 평균 강박 처치 횟수가 많은 현상은, JT검정에서도 유의하게 나타났다(표준화 JT=5.551,  $p<.001$ )(Table 1).

진단에 따른 대상자 당 평균 강박 처치 발생 횟수 역시 진단의 분포와는 차이가 있었다. 대상자의 7.3%를 차지한

Table 1. General Characteristics of Subjects with Restraints (N=232)

Variable	Categories	Subjects n (%)	Number of restraints	
			M±SD	F/t (p)*
	All	232 (100.0)	2.47±2.71	
Sex	Male	148 (63.8)	2.39±2.75	-0.664 (.508)
	Female	84 (36.2)	2.63±2.64	
Age (year)	≤ 20 <sup>a</sup>	21 (9.1)	3.71±3.95	5.234 (.001) e<b,a, d<a 5.551 (<.001) <sup>†</sup>
	21~30 <sup>b</sup>	32 (13.8)	3.44±3.45	
	31~40 <sup>c</sup>	64 (27.6)	2.94±3.26	
	41~50 <sup>d</sup>	74 (31.9)	1.82±1.48	
	≥ 51 <sup>e</sup>	41 (17.7)	1.54±0.98	
Education	≤ Elementary school	20 (8.6)	3.10±3.71	0.922 (.431)
	Middle school	40 (17.2)	2.05±2.18	
	High school	128 (55.2)	2.60±2.91	
	≥ Junior college & University	44 (19.0)	2.20±1.89	
Marital status	Married	38 (16.4)	2.11±2.18	1.82 (.144)
	Divorced	27 (11.6)	1.52±1.25	
	Single	163 (70.3)	2.71±2.97	
	Others	4 (1.7)	3.00±1.83	
Diagnosis	SPR <sup>a</sup>	146 (62.9)	2.34±2.58	4.217 (.003) c < d
	MD <sup>b</sup>	32 (13.8)	2.66±2.30	
	Alc <sup>c</sup>	24 (10.3)	1.33±0.57	
	MCD <sup>d</sup>	17 (7.3)	4.65±4.95	
	Others <sup>e</sup>	13 (5.6)	2.85±1.99	
Number of admissions	1 time	62 (26.7)	2.31±2.84	1.260 (.289)
	2~3 times	62 (26.7)	2.24±1.91	
	4~5 times	32 (13.8)	3.31±3.94	
	More than 6 times	76 (32.8)	2.45±2.50	

\*Scheffè was used for multiple comparison.

<sup>†</sup>Results from Jonckheere-Terpstra test (standardized J-T statistic).

SPR=Schizophrenia & schizo-affective; MD=Mood disorder; Alc=Alcoholism; MCD=Mental retardation & conduct disorder.

Table 2. Comparison of Proportion of Restraint Characteristics by Diagnosis Group

(N=596)

Diagnosis	Total	SPR (n=348)	MD (n=94)	Alc (n=34)	MCD (n=83)	Others (n=37)	$\chi^2$ (p)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Total	596 (100)	348 (58.4)	94 (15.8)	34 (5.7)	83 (13.9)	37 (6.2)	
Season							
Spring 3~5	159 (26.7)	90 (25.9)	34 (36.2)	7 (20.6)	12 (14.5)	16 (43.2)	48.06
Summer 6~8	168 (28.2)	83 (23.9)	22 (23.4)	9 (26.5)	42 (50.6)	12 (32.4)	(<.001)
Fall 9~11	117 (19.6)	71 (20.4)	19 (20.2)	13 (38.2)	12 (14.5)	2 (5.4)	
Winter 12~2	152 (25.5)	104 (29.9)	19 (20.2)	5 (14.7)	17 (20.5)	7 (18.9)	
Time elapsed after admission							
<1 week	136 (22.8)	55 (15.8)	54 (57.4)	13 (38.2)	7 (8.4)	7 (18.9)	(<.001) <sup>†</sup>
1~<2 weeks	63 (10.6)	33 (9.5)	20 (21.3)	2 (5.9)	5 (6.0)	3 (8.1)	
2~<4 weeks	72 (12.1)	40 (11.5)	8 (8.5)	0 (0.0)	19 (22.9)	5 (13.5)	
1~<2 months	102 (17.1)	60 (17.2)	7 (7.4)	8 (23.5)	18 (21.7)	9 (24.3)	
2~<3 months	62 (10.4)	32 (9.2)	1 (1.1)	5 (14.7)	18 (21.7)	6 (16.2)	
3~<4 months	62 (10.4)	43 (12.4)	0 (0.0)	4 (11.8)	11 (13.3)	4 (10.8)	
4~<5 months	34 (5.7)	24 (6.9)	2 (2.1)	2 (5.9)	4 (4.8)	2 (5.4)	
5~<6 months	24 (4.0)	21 (6.0)	1 (1.1)	0 (0.0)	1 (1.2)	1 (2.7)	
>6 months	41 (6.9)	40 (11.5)	1 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
Time of the day							
00:01~04:00	20 (3.4)	10 (2.9)	7 (7.4)	2 (5.9)	1 (1.2)	0 (0.0)	23.16
04:01~08:00	28 (4.7)	16 (4.6)	8 (8.5)	1 (2.9)	2 (2.4)	1 (2.7)	(.281)
08:01~12:00	93 (15.6)	59 (17.0)	13 (13.8)	4 (11.8)	11 (13.3)	6 (16.2)	
12:01~16:00	154 (25.8)	84 (24.1)	22 (23.4)	6 (17.6)	32 (38.6)	10 (27.0)	
16:01~20:00	178 (29.9)	105 (30.2)	27 (28.7)	14 (41.2)	20 (24.1)	12 (32.4)	
20:01~24:00	123 (20.6)	74 (21.3)	17 (18.1)	7 (20.6)	17 (20.5)	8 (21.6)	
Place of occurrence							
Ward	246 (41.3)	151 (43.4)	44 (46.8)	14 (41.2)	31 (37.3)	6 (16.2)	90.033
Lobby	256 (43.0)	140 (40.2)	42 (44.7)	9 (26.5)	38 (45.8)	27 (73.0)	(<.001)
Smoking room	40 (6.7)	34 (9.8)	3 (3.2)	0 (0.0)	2 (2.4)	1 (2.7)	
Toilet/washrooms	22 (3.7)	10 (2.9)	2 (2.1)	0 (0.0)	7 (8.4)	3 (8.1)	
Others*	32 (5.3)	13 (3.7)	3 (3.2)	11 (32.4)	5 (6.0)	0 (0.0)	
Reason <sup>†</sup>							
Harm to self/others	509 (85.4)	297 (85.3)	84 (89.4)	19 (55.9)	72(87.3)	37 (100.0)	56.856
Damage to environment	52 (8.7)	26 (7.5)	6 (6.4)	14 (41.2)	6 (7.3)	0 (0.0)	(<.001)
Patients request	14 (2.3)	10 (2.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	3 (3.7)	0 (0.0)	
To reduce stimulation to patient	20 (3.4)	15 (4.3)	3 (3.2)	1 (2.9)	1 (1.2)	0 (0.0)	
Order route							
Written order	166 (27.9)	105 (30.2)	22 (23.4)	12 (35.3)	8 (9.6)	19 (51.4)	26.665
Phone order	430 (72.1)	243 (69.8)	72 (76.6)	22 (64.7)	75 (90.4)	18 (48.6)	(<.001)
Performing nurses' career							
≤ 5 years	146 (24.5)	104 (29.9)	27 (28.7)	1 (2.9)	6 (7.2)	8 (21.6)	99.798
5~10 years	38 (6.4)	28 (8.0)	7 (7.4)	1 (2.9)	2 (2.4)	0 (0.0)	(<.001)
11~20 years	208 (34.9)	127 (36.5)	44 (46.8)	14 (41.2)	17 (20.5)	6 (16.2)	
>20 years	204 (34.2)	89 (25.6)	16 (17.0)	18 (52.9)	58 (69.9)	23 (62.2)	
Degree of damage							
No damage	186 (31.2)	103 (29.6)	41 (43.6)	21 (61.8)	13 (15.7)	8 (21.6)	14.758
1 degrees	67 (11.2)	42 (12.1)	10 (10.6)	2 (5.9)	10 (12.0)	3 (8.1)	(.255)
2 degrees	296 (49.7)	174 (50.0)	36 (38.3)	10 (29.4)	54 (65.1)	22 (59.5)	
3 degrees	47 (7.9)	29 (8.3)	7 (7.4)	1 (2.9)	6 (7.2)	4 (10.8)	

\*Outdoor walks etc; <sup>†</sup> Fisher's exact test; <sup>‡</sup> Reason for one MCD was not recorded.

SPR=Schizophrenia &amp; schizo-affective; MD=Mood disorder; Alc=Alcoholism; MCD=Mental retardation &amp; conduct disorder.

정신지체/행동장애 대상자의 평균 강박 처치 발생 횟수가 4.65±4.95회로 가장 많았으며, 그 다음은 기분장애(2.66±2.30), 조현병(2.34±2.58)의 순이었다. 대상자당 횟수가 가장 많은 정신지체/행동장애와 두 번째로 많은 기분장애 간에는 큰 차이가 있었다. 알코올 의존은 평균 강박 처치 발생 횟수가 1.33±0.57로 가장 낮은 것으로 나타났다. Scheffè 검정 결과, 정신지체/행동장애와 알코올 의존의 차이는 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(F=4.217, p=.003).

### 3. 강박 처치 사건의 특성

강박 처치의 발생은 여름, 봄, 겨울 순으로 많이 발생했으며, 발생 시기는 입원 후 1주일 이내가 22.8%로 가장 많이 발생하였고, 한 달 이내가 45.5% 발생한 것으로 나타났다. 두 달 이후에는 강박 처치의 발생이 지속적으로 감소하였다. 전체의 76.3%가 오후에 발생하였으며, 특히 16:00~20:00과 12:00~16:00 사이에 많이 발생하였다. 발생장소는 병실과 휴게실이 84.3%를 차지하였고, 강박 처치를 한 이유는 85.4%가 자해와 타해의 가능성이었다. 강박에 대한 의사의 지시는 72.1%가 전화상으로 이루어졌으며, 강박 처치 시 근무한 간호사 경력은 11년 이상인 경우가 69.1%를 차지하였다. 강박 처치 전 손상 정도는 2도 정도가 49.7%로 가장 많았고, 손상이 없는 경우는 31.2%로 나타났다(Table 2).

### 4. 진단에 따른 강박 처치 사건의 특성

강박 처치 발생의 진단에는 조현병이 58.4%로 가장 많았고, 다음으로는 기분장애, 정신지체/행동장애, 알코올 의존 순이었다. 진단별 강박 처치 특성을 비교했을 때, 계절, 입원 후 발생 시기, 발생장소, 발생 이유, 대처 근거, 간

호사 경력 등에 차이가 있는 것으로 나타났다(p<.05).

강박 처치가 발생하는 계절을 보면, 정신지체/행동장애는 여름, 조현병은 겨울, 기분장애는 봄, 알코올 의존은 가을에 가장 많이 발생하였다.

입원 후 강박 처치 발생 시기는, 조현병은 입원 1개월 이후 2개월 이내에 17.2%로 가장 많이 발생하고, 기분장애와 알코올 의존은 입원 1주일 이내에 각각 57.4%와 38.2%로 높았다. 그리고 알코올 의존은 입원 1~2주 후에 가장 많이 발생하였다. 정신지체/행동장애의 경우에는 입원 2주 이후부터 3개월이 될 때까지 고르게 발생하였다.

강박 처치 발생 장소는 조현병과 기분장애, 알코올 의존은 병실에서 발생하는 경우가 가장 많았으며, 정신지체/행동장애와 기타 진단은 휴게실에서 가장 많이 발생하였다.

강박 처치 발생 이유는 조현병, 기분장애, 정신지체/행동장애, 기타 진단 모두 자해 혹은 타해 위험이 85% 이상으로 가장 많았다. 다른 질환들과는 달리, 알코올 의존은 자해 혹은 타해 위험이 55.9%, 치료프로그램이나 병실환경을 훼손하는 행동이 41.2%로 나타났다.

강박 처치에 대한 의사의 전화지시비율은 정신지체/행동장애가 90.4%로 가장 많았고, 기분장애가 76.6%, 조현병이 69.8%, 알코올 의존이 64.7% 순이었다.

강박 처치를 수행한 간호사의 경력 중 11년 이상비율은 알코올 의존이 94.1%, 정신지체/행동장애는 90.4%, 기분장애는 63.8%, 조현병은 62.1%, 기타 78.4%로 나타났다.

손상정도 비율을 비교하였을 때, 정신지체/행동장애는 2도 이상의 손상이 72.3%에서 발생하고, 조현병은 58.3%, 기분장애는 45.7%에서 발생한 반면, 알코올 의존에서는 32.3%만 발생하였다(Table 2).

강박 처치 평균 지속시간은 5.00±4.16이고 중재시 평균 인원은 2.45±0.73으로 나타났다. 이러한 특성들은 진단에 따라 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 강박 처치 지속시간은 알코올 의존(7.41±6.15)이 가장 길었으며, 조

Table 3. Comparison of Mean of Restraint Characteristics by Diagnosis Group (N=596)

Diagnosis	Total	SPR <sup>a</sup> (348)	MD <sup>b</sup> (94)	Alc <sup>c</sup> (34)	MCD <sup>d</sup> (83)	Others <sup>e</sup> (37)	F (p) <sup>†</sup>
Duration of restraint	5.00±4.16 (0, 23)	4.51±3.74 (0, 23)	5.52±4.09 (0, 20)	7.41±6.15 (0, 20)	5.35±3.97 (0, 22)	5.27±5.37 (0, 20)	4.731 (.001) a<c
Personnel involved	2.45±0.73 (1, 6)	2.44±0.70 (1, 6)	2.49±0.80 (1, 6)	2.79±1.04 (2, 5)	2.28±0.59 (2, 4)	2.54±0.73 (1, 4)	3.339 (0.10) d<c

SPR=Schizophrenia & schizo-affective; MD=Mood disorder; Alc=Alcoholism; MCD=Mental retardation & conduct disorder.

Numbers in each cell indicate M±SD (min, max).

†Scheffè test was used for multiple comparison.

현병(4.51±3.74)이 가장 짧았다. 알코올 의존의 강박처치 지속시간은 조현병, 기타 진단(5.27±5.37), 정신지체/행동장애(5.35±3.97)와 통계적으로 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다( $F=4.731, p=.001$ ) (Table 3).

## V. 논 의

본 연구는 정신과 병원에서 치료 수단이면서도 인권침해의 소지가 있는 강박의 실태를 파악하고 강박 처치의 최소화 또는 예방 및 효과적인 대처를 위한 간호중재를 모색하고자 실시하였다.

본 연구결과 강박을 경험한 대상자의 특성은 남자, 고졸, 미혼, 조현병, 41~50세에서 많은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 기존의 선행연구(Kim, Lee, & Jang, 1990)와 차이가 없었다. 전체 강박횟수의 평균은 입원당 2.47회로 Happell과 Gaskin (2011)의 2~3회 그리고 Ko와 Hah (2012)의 3~4회와 비교했을 때, 거의 차이가 없는 것을 알 수 있다. 입원 대상자에 따른 강박 횟수를 비교했을 때, 연령과 진단에서 유의한 차이가 있었는데, 20세 이하에서 3.71회, 정신지체/행동장애가 4.65회로 나타났다. Smith 등(2005)은 강박횟수는 젊은 사람들에게서 많다고 하여 본 연구결과와 같은 반면, Kim 등(1990)의 연구에서는 알코올 의존 환자의 강박횟수가 많아 다소 차이를 보였다. 정신과에 입원하는 청소년의 경우 어릴 때 신체적 학대, 성적학대, 방치, 심리적 학대, 가정폭력에 노출된 경험이 많아(Stellwagen & Kerig, 2010), 분노가 내재되어 있어 환경에 더욱 예민하고 충동적으로 행동하는 결과라고 할 수 있겠다.

본 연구에서 강박 처치가 가장 많이 발생하는 시간대가 16:00~20:00로 나타났는데, 이 시간대는 치료진의 수가 적어 작은 사건에도 치료진이 쉽게 불안해지고, 환자들 자신도 활동이 적어지면서 좌절감을 느끼는 경우가 많아 공격행동 등이 증가하기 때문으로 보인다(Kim et al., 1990). 이러한 결과를 통해 강박의 처치는 환자의 내적인 요인뿐만 아니라 외적인 환경에 의해서도 발생할 수 있다는 것을 알 수 있으며, 예방하기 위해서는 오후에 적절한 활동프로그램 모색과 적정 인력의 확보가 필요할 것으로 생각된다.

강박이 시행된 계절은 봄이 많았고, 진단에 따라서는 정신지체/행동장애는 여름, 조현병은 겨울, 기분장애는 봄, 알코올 의존은 가을에 가장 많이 발생하였다. 강박 처치와 계절과의 관계를 연구한 선행연구는 거의 찾을 수가 없다. 그러나 Gwon (2008)은 조현병의 경우에는 늦겨울이나

봄 사이에 태어난 경우가 많고, 기분장애의 경우 빛에 민감하고 계절 따라 변화를 보인다고 하였다. 따라서 계절과 정신질환과는 연관성이 있을 것으로 사료되어, 추후에 계절과 강박과의 관계에 대해서는 연구가 필요하겠다.

본 연구에서 강박시행 시기는 입원 후 일주일 이내가 가장 많이 발생하였는데, 이는 Happell과 Gaskin (2011)의 연구에서도 입원 3일 또는 1주일 내에 가장 많이 발생하는 것으로 보고하여, 본 연구와 일치하였다. 진단별로는 조현병은 입원 1개월 이후 2개월 이내에 가장 많이 발생하고, 기분장애와 알코올 의존은 입원1주일 이내에 발생하는 비율이 각각 57.4%와 38.2%로 높았다. 그러나 알코올 의존은 입원 1~2월 후에도 23.5%가 발생하여 입원기간이 길어질수록 감소하는 기분장애와는 다소 다른 양상을 보였다. 정신지체/행동장애의 경우에는 입원 2주 이후부터 3개월이 될 때까지 고르게 발생하다가, 3개월이 지난 후 감소하여 4개월 이후에는 아주 적어지는 경향을 보였다. Park과 Bae (2012)는 정신과 환자들은 병식과 판단력의 결여로 폐쇄병동으로 강제 입원을 하면서 입원초기 급성기 상태에서 격리와 강박이 시행되는 경우가 많다고 하였다. 기분장애의 경우 약물의 효과가 나타나기 시작하는 2주 이후에는 어느 정도 적응하는 모습을 보이고, 알코올 의존의 경우에는 알코올 중단 후 금단현상과 입원에 따른 가족에 대한 분노로, 특히 입원초기에 난폭해지는 경우가 많다(Gwon, 2008). 청소년의 경우는 입원초기에는 폐쇄에 따른 두려움, 당황으로 장소와 상황에 대한 탐색이 되고 어느 정도 상황이 파악된 이후 폐쇄된 장소에 대한 답답함이 난폭한 행동으로 표출되는 것으로 볼 수 있다. 다른 질환과는 달리 청소년의 경우 사건 발생장소가 휴게실인 경우가 많고 입원 후 2주부터 3개월까지 꾸준히 발생하기 때문에 지속적으로 주의하여 관찰할 필요가 있겠다.

본 연구에서 강박 처치를 하는 주요한 이유는 자해와 타해의 가능성인 것으로 나타났고, 진단명에서 다른 질환과 다르게 알코올 의존의 경우 치료프로그램이나 병실환경을 훼손하는 경우도 주요한 원인으로 나타났다. 자해와 타해의 가능성이 정신질환의 특성과 관계가 있다면 치료프로그램이나 병실환경 훼손은 환자의 성격적인 결함과 더욱 관계가 깊다. 이는 알코올 의존의 경우 반사회성 인격장애를 가지고 있어 생활에 불만이 많고 더욱 충동적이기 때문이다(Gwon, 2008; Stuart, 2008/2012; Park et al., 2011). 강박 처치의 원인에 대해 의료인은 환자의 자해행위가 가장 많았고 다음으로 타 환자에 대한 공격행위, 병원 직원



에 대한 공격행위 순이라고 응답한 반면, 환자들은 타환자에 대한 공격행위, 병원 직원에 대한 공격행위, 자해행위 순으로 응답하여 환자와 의료인의 지각차이를 보였다 (Chae et al., 1996). 즉, 의료인은 환자 자신을 보호하기 위해서 강박처치를 한다고 보았고, 환자들은 타인과 직원을 보호하기 위해서 강박처치를 한다고 본 것이다. 이러한 지각의 차이는 환자들의 입장에서는 다소 억울한 감정이 들고 처벌로 간주되어 강박에 대해서 부정적인 결과를 초래할 수 있다(Meehan et al., 2004; Park et al., 2011).

본 연구에서 대부분의 강박은 의사의 전화 지시로 이루어지고 있었는데, 이는 입원 병실내에서 직접 환자와 접촉하고 있는 간호사나 병실 직원에 의해 증상이 파악되는 것으로 보이며, 전화지시는 정인지체/행동장애가 가장 많았고 다음은 기분장애, 조현병, 알코올 의존이 순이었다. 의사는 전화상으로 지시를 한 경우라도 적어도 1시간 이내에 환자를 확인해야 하는데, 본 연구에서는 이 부분이 파악되지 않아 추후 연구가 필요하다. 본 연구에서는 강박 처치 시 인원이 평균 2~3명으로, 최소 2명 이상의 직원을 확보한 상태에서 강박 처치가 이루어져야 한다(MHW, 2011; Smith et al., 2005)는 지침은 이행되고 있었다. 본 연구에서 강박 처치를 수행한 간호사의 경력도 11년 이상인 경우에는 알코올 의존이 많고 간호사의 경력이 5년 이하인 경우는 조현병과 기분장애가 많았다. 결과를 종합해볼 때, 알코올 의존의 강박처치는 의사의 전화지시는 적고 간호사의 경력은 많았는데, 이는 알코올 의존 환자에 대한 심리적 부담과 연관이 있을 것으로 생각된다.

본 연구에서 강박 처치 평균 지속시간은 5시간이고 진단에 따라 유의한 차이가 있었는데, 알코올 의존이 가장 길고 조현병이 가장 짧았다. 강박의 지속시간은 Kim 등 (1990)의 연구보다 짧게 나타났는데, 이는 정책적인 변화, 정신장애인 인권에 대한 관심 그리고 약물발달의 결과로 우리나라의 강박지속 시간이 과거보다 줄었기 때문인 것으로 사료된다. 그러나 본 연구의 강박 처치 평균 지속시간은 Happell과 Gaskin (2011)의 연구보다는 긴 것으로 나타나, 외국에 비해서는 여전히 긴 것을 알 수 있었다. Smith 등(2005)은 강박 지속시간을 1시간 이하로 제한할 것을 제안했고, Park 등(2011)은 9세 이하의 소아의 경우 1시간, 9~17세까지는 2시간, 18세 이상의 성인의 경우에는 4시간의 강박 지속시간을 권고하고 있다.

알코올 의존의 경우 강박횟수는 평균 1.31회로 가장 적었는데, 강박 지속기간은 가장 긴 것으로 나타났다. Figure 1

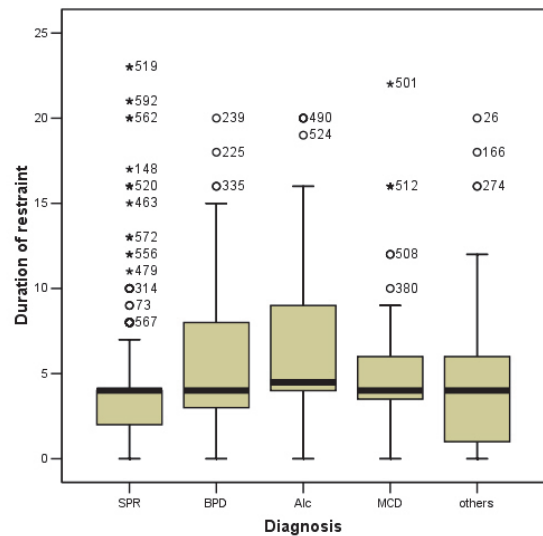


Figure 1. Distribution of duration of restraint by diagnosis group.

에 의하면 지속시간의 중위는 큰 차이가 없는 것을 알 수 있으며, 조현병과 정인지체/행동장애는 박스와 수염의 수평선 간의 거리가 짧은 것으로 보아 대부분의 경우 지속시간에 큰 차이가 없는 것을 알 수 있다. 한편 기분장애와 알코올 의존, 기타 진단은 박스와 수염의 수평선 간의 거리가 상대적으로 긴 것으로 보아, 상황에 따라 지속시간의 편차가 컸음을 알 수 있다. 또한 수염의 바깥쪽에 따로 표시된 케이스를 보아 일부 강박 처치는 매우 긴 시간 지속된 것을 알 수 있는데, 일부 15시간 이상, 강박 처치가 지속된 경우도 있었음을 알 수 있다. 조현병의 경우 특히 4사분위수 바깥쪽에 위치한 케이스가 다수 있는 것을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 조현병의 평균 강박시간이 이처럼 짧은 것은 짧은 시간동안 강박 처치되는 사건이 자주 발생한 것을 의미한다.

본 연구에서 알코올 의존환자의 강박처치의 특징은 전화처치와 강박횟수는 적은 반면, 경력이 있는 간호사가 강박처치를 시행하였고 강박지속시간은 가장 길었다. 또한 강박처치의 이유로 병동의 프로그램과 병동환경 훼손이 다른 질환에 비해서 많았다. 이러한 일련의 결과들을 종합해봤을 때, 실제 격리와 강박이 직원의 편의나 환자를 통제하고 처벌하기 위한 수단으로도 사용되기도 한다는 연구결과 (Brown & Tooke, 1992; Wynn, 2003)를 고려해 볼 수 있을 것이다. 또한 강박 처치에 있어 알코올 의존 환자의 반사회적인 성격특성과 직원과의 관계적인 측면을 간과할 수 없을 것이다.

Stuart (2008/2012)에 의하면 환자가 안정되어 위험성이

없어졌다고 판단되면 간호사는 즉시 주치의 또는 당직의 사에게 보고하고 그 지시에 따라 강박 또는 격리를 해제하도록 되어 있다. 따라서 알코올 의존 환자에 대해서는 의료인의 자기 성찰적인 태도가 필요할 것으로 생각된다.

## VI. 결론 및 제언

본 연구는 정신병원 입원환자가 경험한 강박 처치 실태를 파악하여 정신질환자 인권침해의 소지가 되고 있는 강박을 사전에 예방할 수 있는 간호중재와 직원 교육의 기초자료로 활용하고자 수행되었다. 본 연구결과를 토대로 다음과 같은 결론을 내릴 수 있다.

강박의 일반적인 특성과 진단별 특성을 미리 파악하는 것은 강박을 사전에 예방하는데 도움이 될 것이다. 일반적인 고위험군으로는 남자, 만성 조현병, 미혼, 고졸이고 입원관련 특성으로는 입원 후 1주일 이내, 오전보다는 오후 시간 때, 병실과 휴게실에서 발생 가능성이 높으므로, 이 부분을 좀 더 집중적으로 관찰할 필요가 있다. 진단에 따라서는 조현병의 경우에는 일반적인 상황과 거의 유사하고 기분장애의 경우에는 봄, 입원 후 2주까지, 알코올 의존은 가을, 입원 후 1주일동안과 1~2달, 정신지체/행동장애는 여름, 입원 후 1달 이후에서 3개월까지 더욱 집중적인 관찰을 필요로 한다.

이와 같은 연구결과를 토대로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 강박 발생의 일반적인 특성과 진단별 특성을 고려한 격리·강박에 대한 매뉴얼을 작성해 응급상황 대처와 직원교육에 사용할 것을 제언한다.

둘째, 본 연구에서는 강박에 있어 간호사의 경력과는 관계가 거의 없는 것으로 나타났다. 이는 본 병원의 특성일 수도 있어, 격리와 강박에 있어 간호사와는 어떠한 특징이 있는지에 대한 후속 연구를 제언한다.

셋째, 본 연구에서는 질환별 강박이 계절에 따라 차이가 나타났으나, 이에 대한 비교연구가 없어 추후연구를 제언한다.

넷째, 본 연구는 1개 정신전문병원을 대상으로 한 조사연구로 일반화하는데 제한점이 있으므로 보다 포괄적인 후속연구를 제언한다.

다섯째, 강박이 되어 있는 동안 정신과 간호사들은 지침에 따라 환자상태를 점검하고 강박처치 후에도 환자의 감정을 잘 표현할 수 있도록 돕는 등의 지침을 잘 따르고 있

는지 등에 대해서도 다각도의 연구를 해 볼 필요가 있다.

## 참고문헌

- Brown, J. S., & Tooke, S. K. (1992). On the seclusion of psychiatric patients. *Social Science and Medicine*, 35(5), 711-721.
- Chae, J. H., Cha, S. J., Hahm, W., Lee, K. H., & Lee, C. K. (1996). Different perception of the physical restraints between psychiatric inpatients and staffs in a mental hospital. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 35(5), 1145-1154.
- Chon, M. Y., Yeun, E. J., An, J. H., & Ham, E. M. (2012). Attitudes toward the use of physical restraints among health care providers: An application of Q-methodology. *Journal of Human Subjectivity*, 24, 173-191.
- Fottrell, E. (1980). A study of violent behavior among patients in psychiatric hospitals. *The British Journal of Psychiatry*, 136, 216-221.
- Frueh, B. C., Knapp, R. G., Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Sauvageot, J. A., Cousins, V. C., et al. (2005). Special section on seclusion and restraint: Patients' report of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatric Services*, 56(9), 1123-1133.
- Gwon, S. M. (2008). *Modern abnormal psychology*. Seoul: Hakjisa.
- Happell, B., & Gaskin, C. J. (2011). Exploring patterns of seclusion use in Australian mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), e1-8.
- Kim, W. J., Lee, T. J., & Jang, K. J. (1990). A study of restraint in psychiatric wards. *Journal of the Korean Neuropsychiatric Association*, 29(3), 623-629.
- Kim, Y. O. (2010). *Analysis of nursing intervention according to type of aggressive behavior in psychiatric inpatients*. Unpublished master's thesis, Ewha Womans University, Seoul.
- Knox, D. K., & Holloman, G. H. (2012). Use and avoidance of seclusion and restraint: Consensus statement of the american association for emergency psychiatry project beta seclusion and restraint workgroup. *The Western Journal of Emergency Medicine*, 13(1):35-40.
- Ko, H. S., & Hah, Y. S. (2012). Types of physical restraint experience in mentally ill persons: Q methodological approach. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(1), 30-40.
- Lendemeier, B., & Shortridge-Baggett, L. (1997). The use of seclusion in psychiatry: A literature review. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11(4), 299-315.
- Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.

- Ministry of Health and Welfare. (2011). *A guide for mental health in 2011*. Seoul: Author.
- Nam, K. A. (2002). *The seclusion experience of psychiatric patients*. Unpublished doctoral dissertation, Yonsei University, Seoul.
- National Human Rights Commission of Korea. (2004). *Survey of psychiatric facilities the situation of human rights in*. Seoul: Author.
- National Human Rights Commission of Korea. (2009, November). *National reports for mental disabilities the protection of human rights and the promotion* (No. 11-1620000-000184-01). Seoul: Author.
- Palazzolo, J. (2004). About the use of seclusion in psychiatry: The patients' point of view. *Encephale*, 30(3), 276-284.
- Park, H. S., Kim, T. K., Kim, H. M., Sohn, K. H., Lee, H. K., Jeon, S. S., et al. (2011). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice* (a revised ed.). Seoul: Hyunmoonsa.
- Park, J. H. (2003). *Psychiatric nurses' perception in ethical conflict situation*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Park, J. H., & Bae, H. A. (2012). Legal judgement about psychiatric patients injuries during admission of closed ward-Based on cases reviews-. *Korean Journal of Medicine and Law*, 20(2), 219-246.
- Seo, D. W. (2004, November). *Protect the human rights of the mentally handicapped*. Paper presented at the public hearing of psychiatric facilities on human rights practices, Seoul.
- Smith, G. M., Davis, R. H., Bixler, E. O., Lin, H. M., Altenor, A., Altenor, R. J., et al. (2005). Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 56(9), 1115-1122.
- Stellwagen, K. K., & Kerig, P. K. (2010). Relating callous-unemotional traits to physically restrictive treatment measures among child psychiatric inpatients. *Journal of Child and Family Studies*, 19(5), 588-595.
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C., & Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749-757.
- Stuart, G. W. (2012). *Principles and practice of psychiatric nursing* (9th ed.). (Kim, S. J., Kim, G. H., Ko, S. H., Kim, S. O., Kim, Y. S., Kim, J. Y., et al., Trans.). Paju: Soomoonsa. (Original work published 2008)
- Wynn, R. (2003). Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nordic Journal of psychiatry*, 57(6), 453-459.