

중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 인식: Q방법론적 접근

윤은자¹ · 안정화² · 김정아³ · 전미순⁴

건국대학교 간호학과¹, 건국대학교 충주병원², 한양대학교 간호학과³, 백석대학교 간호학과⁴

Perceptions of Family Care-givers toward Use of Physical Restraints: An Application of Q-methodology

Yeun, Eun Ja¹ · An, Jeong Hwa² · Kim, Jung A³ · Jeon, Mi Soon⁴

¹Department of Nursing, Konkuk University, Chungju

²Konkuk University Hospital, Chungju

³Department of Nursing, Hanyang University, Seoul

⁴Department of Nursing, Baekseok University, Cheonan, Korea

Purpose: The purpose of this study was to identify on the perceptions of family care-givers toward use of physical restraints according to their values, beliefs, and perceptions using Q methodology. **Methods:** Thirty-three family care-givers classified 41 selected Q-statements into 9 points standard. The obtained data were analyzed by using a pc QUANL program. **Results:** Principal component analysis identified 4types of the perceptions of family care-givers toward the use of physical restraints. Type I is 'Rational accepted', which means that they perceived the restraints are essential therapeutic devices and had cooperative attitude to use of medical staffs' restraints. Type II is 'Sardonic sensibility', which means that they have a negative and a cynical attitude to use of physical restraints. Type III is 'Ambivalent', which means that they have conflicts between rationality and emotion, and type IV is 'Practical claim of a right', which means they insist that patients and their family members must be provided with a detailed explanation regarding the application of physical restraints. **Conclusion:** The findings of this study suggest that perceptions toward the use of physical restraints among family care-givers should be understood for patients' safety and dignity in medical circumstance. Based on the results, this study will be useful in developing the customized nursing intervention for supporting family care-givers' subjectivity considering the Korean context.

Key Words: Intensive care units, Family, Perception, Physical restraint, Q-methodology

서론

1. 연구의 필요성

최근 들어 신체억제대 사용을 제한하는 수많은 규제와 표준들이 만들어 졌음에도 불구하고, 실무에서 신체억제대가 의문의 여지없이 흔하게 사용되는 마지막 의료 현상은 아마도 중

환자실일 것이다(Mion, 2008). 우리나라의 경우에 중환자실은 31.4~43.0%(Cho et al., 2006; Kim & Park, 2010)로 비교적 높은 신체억제대 사용률을 보이고 있으며, 미국과 캐나다 등 북미의 경우에 중환자실은 1.2~26.8%로 보고되고 있다(Minnick, Mion, Johnson, Catrambone, & Leipzig, 2007). 특히, 미국은 전체 환자의 16%를 차지하는 중환자가 전체 억제대 사용률의 56%를 차지하고 있다는 보고(Mion, 2008)는

주요어: 중환자, 가족, 인식, 신체억제대, Q 방법론

Corresponding author: Jeon, Mi Soon

Department of Nursing, Baekseok University, 115 Anseo-dong, Cheonan 330-704, Korea.
Tel: +82-10-9882-6520, Fax: +82-41-550-2829, E-mail: jms@bu.ac.kr

투고일: 2013년 2월 18일 / 수정일: 2013년 6월 19일 / 게재확정일: 2013년 6월 24일

중환자의 억제대 사용에 대한 논의의 중요성을 단적으로 드러내고 있다.

신체억제대 사용에 대한 관심이 증가하고 환자의 인권과 자율성 존중에 대한 권리와 요구가 강조되면서 신체억제대를 적용해야 하는 환자에게는 관심이 높아지고 있으나(Yeo & Park, 2006) 신체억제대를 사용하고 있는 환자를 지켜보는 가족들이 겪는 정서적 고통에 대해서는 간과되고 있는 실정이다(Macpherson, Lofgren, Granieri, & Myllenback, 1990). Youn (2006)은 가족이 겪는 스트레스를 ‘가족 체계에 변화를 일으키는 중요한 생활 사건으로 인하여 발생한 가족의 긴장에 대한 반응상태’라고 정의하며, 환자는 고립된 개인이 아니라 그들 가족에 의해 영향을 받고 영향을 주기 때문에 질병에 적용하는 가족을 지지하도록 노력해야 한다고 하였다. 즉, 가족이 병원에 입원하여 신체억제대를 적용해야 하는 상황은 이를 지켜보는 가족구성원에게 스트레스로 작용하여 정서적으로 큰 위협을 초래하게 되고 환자에게도 부정적인 영향을 끼칠 수 있다(Bigwood & Crowe, 2008; Lee, Ha, & Kang, 2008; Park, 2003; Wynn, 2004). 신체억제대 사용이 사고나 상해로부터 환자를 보호하고 치료에 방해가 되지 않도록 하는 것이 가장 큰 사용 목적이지만, 신체억제대 사용이 환자와 가족에게 긍정적인 영향 보다는 부정적인 영향을 끼친다면 신체억제대 사용을 줄이거나 신체억제대를 대체할 수 있는 방안을 강구해야 할 것이다(Lee et al., 2003). 환자를 돌보는 가족의 요구를 확인하여 충족시키는 것은 환자의 회복에 직접적인 영향을 줄 뿐 아니라 환자를 포함한 가족체계의 유지에도 도움을 주게 되므로 지지자원인 가족의 요구를 확인하는 것이 중요하며 신체억제대를 적용받는 환자가족들을 위한 간호중재가 필요하다(Cho & Jun, 2007). 그러나 신체억제대와 관련하여 정서적, 심리적 측면을 고려한 실무지침이나 안내는 매우 부족한 실정이다. 지금까지의 선행연구들을 살펴보면, 대부분 실무현장의 신체억제대 사용에 대한 실태조사 및 의료인의 신체억제대에 대한 태도를 양적 연구도로 측정하거나(Cho et al., 2006; Kim, Jeong, Park, Yoon, 2008; Kim & Park, 2010; Lee & Kim, 2012) 노인, 성인 및 정신질환자의 신체억제대 적용경험을 다룬 소수의 국외연구(Martin & Mathisen, 2005; Minnick, Leipzig, & Johnson, 2001; Wynn, 2004)를 들 수 있다. 특히, 외국과 달리 우리나라 중환자실의 경우에는 신체억제대의 높은 사용빈도와 의료인의 신체억제대 사용과 관련한 교육의 부재 등의 상황을 고려할 때, 외국의 연구결과를 그대로 적용하는 것은 무리가 있다고 본다.

이에 본 연구는 연구자의 관점이 아닌 대상자의 관점에서

한 개인의 자아를 체계적으로 측정하여 공통적 견해를 갖는 사람들의 주관성을 탐색하고 가설생성적 가치를 발견하는 Q 방법론을 적용하여 신체억제대 사용에 대한 중환자 가족의 태도, 인식을 발견하는데 그 목적이 있다. 이는 환자 및 가족의 지지적 간호중재를 개발하기 위한 기초자료를 제공하여 가족원의 지지간호중재에 대한 근거 축적이 될 수 있을 것이다.

2. 연구목적

본 연구는 Q 방법론을 적용하여 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관적 인식 유형과 그 유형의 특성을 발견하고자 함에 있다. 이를 위한 구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관적 인식을 유형화한다.
- 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 유형별 특성을 분석하고 설명한다.

연구방법

1. 연구설계

본 연구는 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관성을 알아보기 위해 Q 방법론을 적용한 방법론적 연구이다.

2. 표집방법

1) Q 모집단 구성

신체억제대에 대한 문헌(Evan & Fitzgerald, 2002; Kang, 2003; Kim, Jeong, Park, & Yoon, 2008.; Lee et al., 2008)을 참조하였고 임상간호실무 경력 3년차 이상의 간호사 4명, 의사 2명, 그리고 중환자실에서 신체억제대를 적용받은 경험이 있는 환자 3명과 보호자 3명 등을 심층 면담하였다. 면담시 신체억제대에 대한 대상자의 느낌이나 생각을 자유롭게 이야기 하도록 하였고 이때 질문내용은 ‘신체억제대가 적용된 상황을 이야기 해 주세요’, ‘신체억제대를 적용받는 환자를 대할 때 어떤 경험을 했나요?’, ‘신체억제대를 적용받았을 때 가장 힘들었던 점은 무엇이었나요?’, ‘신체억제대를 대체할 수 있는 대안은 어떤 것이 있나요?’, ‘신체억제대를 시행할 때 어떤 느낌인가요?(의료인의 경우)’ 등이었다. 이러한 문헌과 면담을 통해 기록된 자료를 신체억제대에 대한 주관성에 초점을 두고 여러번 반복하여 읽고 검토하면서 총 177개의 Q 모집단을 추출하였다.

2) Q 표본의 선정

이들 모집단을 여러 번 반복하여 숙독하면서 의미가 중복되는 문항을 삭제하고 유사한 의미를 가진 것끼리 배열한 후 범주화를 시도하여 10개의 범주에 대한 41개의 진술문을 추출하였다. 추출된 진술문은 이해도와 명확성, 타당도를 확보하기 위하여 임상실무 경력간호사, 간호학교수, 신경외과 의사 등 6인으로 구성된 전문가 집단의 자문을 받았으며 중환자가족 3인에게 예비연구를 실시하였다. 이러한 과정에서 의미진달이 불분명한 진술문의 수정·보완을 거쳐 최종 41개의 Q 표본을 확정하였다(Table 1).

3) P 표본의 표집

Q 방법론은 개인간의 차이가 아니라 개인 내 중요성의 차이를 다루는 것이므로 연구대상자(P-표본)의 수에 있어서는 아무런 제한이 없고 표본의 수가 커지면 오히려 통계학적 문제를 갖게 되므로(Kim, 2008), P 표본은 중환자 보호자 33명으로 하였다.

4) Q표본의 분류

자료의 수집은 2012년 1월부터 2월까지 시행하였다. Q 표본으로 선정된 진술문이 적힌 카드를 P 표본인 연구대상자에게 제시하여 41개의 진술문카드를 읽은 후, 자신의 견해와 일치하는 정도에 따라 9점 척도 상에 강제 정규분포 하도록 하였다(Figure 1). Q 표본 분류과정은 진술문 카드를 먼저 읽은 후 찬성(+), 중립(0), 반대(-)의 세 부분으로 나눈 다음, 찬성(반대)하는 진술문 중에서 적극 찬성(반대)하는 것을 차례로 골라 바깥에서부터 안쪽으로 분류를 진행하도록 하여 중립부분에서 마무리하게 하였다. 이때 양 끝에 놓은 진술문에 대한 선택 이유를 추가 면담을 통하여 진술하도록 하였다.

3. 자료분석

Q 분포도에서 가장 부정하는 것(-4)을 1점으로 시작하여 중립(0)에 5점, 가장 긍정하는 것(+4)에 9점을 부여하여 점수화하였다. 부여된 점수를 진술문 번호순으로 코딩하여 pc

QUANL program을 이용하여 주인자 요인분석을 실시하였다. 가장 이상적인 요인수를 결정하기위해 Eigen value 1.0 이상을 기준으로 요인의 수를 다양하게 입력시켜 산출된 결과 중 설명변량 등을 고려하여 가장 합리적인 Q 요인으로 판단되는 것을 선택하였다.

4. 윤리적 고려

본 연구는 K-종합병원 연구윤리위원회(Institutional Review Board [IRB], KUH20111101)의 승인을 받았다. 자료수집에 앞서 연구대상자에게 연구의 목적을 설명하였고 자의로 연구에 참여할 뿐만 아니라 언제든지 연구참여를 철회할 수 있음을 알려주었다. 또한, 자료수집시 면담내용은 누락을 방지하기 위해 녹음할 것이며 수집된 자료는 개인정보 보호를 위한 조치와 연구목적 이외의 용도로는 사용하지 않을 것을 알리고 이에 대한 서면동의를 받았다. 이러한 절차를 거쳐 연구대상자의 윤리적 관점을 최대한 보장하고자 노력하였다.

연구결과

1. Q 유형의 형성

중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관적 인식은 3개요인, 4개의 유형으로 분류되었다. 3개의 요인은 전체변량의 47.9%를 설명하였고, 각 요인별 설명력을 보면 요인1이 31.3%, 요인 2가 11.7%, 요인 3이 4.9%로 나타났다. 그러나 요인 3이 유형 3과 유형 4를 형성하였는데, 이는 loading 될 때 구성원 동의정도의 47%가 상반됨으로써 1개의 요인에서 2개의 독립된 유형이 구성되어졌기 때문이다.

연구대상자 33명은 유형 1에 15명, 유형 2에 13명, 유형 3에 2명, 유형 4에 3명으로 나타났으며, 인자가중치가 1.0 이상인 사람은 각 유형별로 1명(유형 1), 2명(유형 2), 1명(유형 4)으로 나타났다. 각 유형에서 인자가중치가 높은 사람은 유형을 분류하는데 기여한 사람으로서 자신이 속한 유형을 대표하는 전형적인 특성을 보여줄 수 있는 대상자이다(Table 2).

Variables	(Strongly disagree)					(Strongly agree)			
	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
No. of card	2	3	5	7	7	7	5	3	2
Score	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Figure 1. Distribution of items and scoring.

Table 1. Q- samples on Physical Restraint

Q- statement
Q1. I think that the physical restraint is a protection (safety) device used to prevent injury of patients or medical staff.
Q2. Appropriate measures must be developed to reduce the physical pain that patients experience during application of the physical restraint.
Q3. Patients that do not wear the physical restraint can encounter more dangerous situations (self-injury, removal of life-support systems).
Q4. The physical restraint is a therapeutic method needed to provide patients with better treatment; in this way, it is similar to patient stabilization or injections.
Q5. I think that it is necessary to check frequently with patients about the kinds of discomfort they experience under physical restraint.
Q6. I think that the physical restraint must be used only with patients on life-support systems whose consciousness is unclear.
Q7. The senior medical staff has an important role in learning about the application of, or perceptions regarding, the physical restraint.
Q8. I think that patients must bear the discomfort associated with wearing physical restraints.
Q9. I think that very few measures exist that can be used to reduce the side effects of physical restraint use.
Q10. I think that the medical staff uses their power and authority to apply the physical restraint even under minor circumstances.
Q11. It is absurd to apply the physical restraint as a result of violation of ward rules.
Q12. I trust the judgment of (fellow) medical staff regarding the application of physical restraints.
Q13. I feel a sense of guilt and pity for patients under physical restraint.
Q14. I think that patients under physical restraint must feel very uncomfortable and confined.
Q15. I think that patients who wear physical restraints must feel disgraced and embarrassed.
Q16. I think that patients and their family members must be provided with a detailed explanation regarding the application of physical restraints.
Q17. I think that it is absolutely necessary to record when and why a physical restraint is applied or removed, as well as the type of physical restraint that is applied or removed.
Q18. I think that physical restraint use can be reduced when the patient is with a caregiver.
Q19. I think that using a physical restraint is preferable to using drugs to stabilize patients.
Q20. The medical staff uses the physical restraint whenever they think it is necessary.
Q21. The medical staff does not seem to feel any particular emotion when applying physical restraints on patients.
Q22. There is no need to use the restraint on unconscious patients.
Q23. I think that patients or family members have the right to refuse use of the physical restraint.
Q24. If I were a patient, I would refuse or resist wearing a physical restraint.
Q25. I think that wearing the physical restraint is a kind of punishment for patients.
Q26. I think that the main reason for using the physical restraint is related to a lack of hospital manpower.
Q27. The medical staff often becomes flustered when the family of a restrained patient enters the patient's room.
Q28. It is important that the medical staff inform restrained patients that they are being taken care of.
Q29. The physical restraint must be used when the patient cannot be observed from a close distance.
Q30. The physical restraint must be applied tightly, with no space remaining between it and the patient's skin.
Q31. The medical staff can legally be sued if the physical restraint was used unnecessarily in a situation that did not require it.
Q32. In emergency situations, the nurse can legitimately use the physical restraint without a doctor's orders.
Q33. Application of the physical restraint makes patients more anxious, leading to a loss of orientation.
Q34. The physical restraint is used when the patient is semiconscious and at risk of falling.
Q35. The physical restraint is used to control the behavior of mentally unstable patients.
Q36. The physical restraint must be used for patients that need total rest.
Q37. The physical restraint must be used for a minimum period of time when other therapeutic measures (medication, position change, etc.) are ineffective.
Q38. It is important to provide the medical staff with education and guidance for dealing with situations in which they might lose control of their emotions due to violent patient behavior.
Q39. It is difficult to apply the physical restraint by predicting patient behavior in advance through careful observation.
Q40. It is important to prevent patients from causing accidents by removing physical restraints themselves.
Q41. The medical staff must monitor changes in the patient's condition and remove the physical restraint at a planned time.

2. 각 유형의 특성

신체억제대 사용에 대한 각 유형의 주관적 인식 구조에 따른 유형별 특성은 Table 3에서 제시한 바와 같다.

1) 유형 1: 합리적 수용형

유형 1로 분류된 대상자는 모두 15명이었다. 이들은 신체억제대를 적용하지 않으면 더 위험한 상황(자해, 생명 유지 장치 제거 등)이 초래되며($z=2.22$), 환자의 정신 상태가 혼미하여 낙상의 위험이 있을 경우 신체억제대를 적용해야 하며($z=1.44$), 신체억제대는 환자의 안정과 투약같이, 보다 나은 치료를 위한 필요한 수단이다($z=1.38$)라는 진술문에 강한 동의를 표명하였다. 반면 비동의 항목을 살펴보면, 환자의 피부와 신체억제대 사이에 여유 공간이 없도록 꼭 조여야 하고($z=-2.33$), 억제대가 환자를 체벌하는 것 중 하나이며($z=-1.99$), 의료진은 권력을 이용해 사소한 일에도 신체억제대를 적용한다($z=-1.82$)는 진술문에 강한 부정을 하였다. 또한, 타 유형에 비해 신체억제대를 적용하지 않으면 더 위험한 상황이 초래될 수 있고 절대안정이 필요한 경우와 약물로 인한 안정보다도 신체억제대의 사용이 더 바람직한 치료적 수단이라고 강하게 인지하였다.

반면, 신체억제대 사용을 거부한다거나 신체억제대를 적용 받은 환자가 수치심을 느낄 것이라는 점에 강한 부정을 하였다. 유형 1은 신체억제대를 의료진의 권력남용이나 체벌이 아닌 중요한 치료적 수단으로 간주하고 그 필요성이 크다고 인지하며 환자나 가족에게 신체억제대 사용에 대한 설명과 더불어 환자 자신이 돌봄을 받고 있다는 치료적 소통을 하는 것이 중요하다고 하였다. 즉, 이들은 신체억제대 사용에 대해 긍정적, 수용적으로 생각하는 부류로 볼 수 있다.

유형 1의 특성을 좀 더 부각시키기 위해 이 유형의 대표성을 지닌 대상자를 중심으로 Q분류한 후 가장 찬성한 진술문과 가장 반대한 진술문을 선택한 이유에 대해 조사한 결과를 중심으로 제시하면 다음과 같다. 유형 1에서 가장 높은 인자기중치 1.08을 보인 12번 대상자는 강하게 찬성한 항목으로 ‘억제대의 적용은 환자나 의료진의 상해를 막기 위한 보호(안전)장치이다’, ‘억제대를 적용하지 않으면 더 위험한 상황(자해, 생명유지 장치 제거 등)이 초래된다고 생각 한다’를 선택하였고, 이를 선택한 이유는 “억제대는 환자의 안전과 치료를 최우선 목적으로 해야죠. 그러니까 아무래도 억제대 사용은 환자의 안전을 위해 바람직하다고 생각해요.”라고 답변하였다. 반면, ‘신체억제대를 적용하면 환자의 불안정이 더 심해지며 지남력

이 없어지는 것 같다’라는 항목을 가장 반대 하였다. 그 이유는 “환자의 의사도 조금은 존중하고 고려해야 한다고 생각합니다. 억제대를 사용해야 하는 이유를 환자나 가족에게 의사, 간호사가 지속적으로 이야기 해주는 것도 중요하다고 봐요. 그런 때는 보호자입장에서도 안심일까요, 또 면회할 때 보호자가 환자한테 말해주면서 환자를 더 안심시킬 수도 있구요...”라고 답변하였다.

이러한 자료를 통해 볼 때, 유형 1은 신체억제대를 치료적 필요수단으로 강하게 인지하고 의료인의 신체억제대 사용에 협조적으로 순응하는 성향을 지닌 사람들이다. 이러한 이유로 유형 1을 ‘합리적 수용형’으로 명명하였다.

2) 유형 2: 냉소적 감성형

유형 2로 분류된 대상자는 모두 13명으로 구성되었다. 이들은 신체억제대 사용은 다른 치료적 대안(약물투여, 자세변경 등)이 효과가 없을 때만 사용하되 최소시간만 적용하고($z=1.41$), 신체억제대 적용에 대한 자세한 설명이 환자나 가족 구성원에게 필요하며($z=1.38$), 신체억제대가 적용된 환자는 체면상실과 수치심을 느낄 것($z=1.35$)이라는 진술문에 강한 찬성을 나타내었다. 반면 비동의 항목들을 살펴보면, 억제대가 환자를 체벌하는 것 중 하나이며($z=-1.84$), 환자의 피부와 신체억제대 사이에 여분이 없이 단단히 묶고($z=-1.65$), 약물로 환자를 안정시키는 것보다 억제대가 더 바람직하다($z=-1.57$)라는 진술문 순으로 강한 반대를 나타내었다. 또한, 타 유형에 비해 강한 공정을 보인 진술문은 ‘신체억제대가 적용된 환자는 체면상실과 수치심을 느낄 것이고(타 유형과의 차이 $z=1.47$)’, ‘신체억제대 사용이 필요치 않은 경우에 사용했을 때 법적으로 고소될 수 있으며(타 유형과의 차이 $z=1.43$)’, ‘보호자가 환자 곁에 있을 때는 신체억제대 사용이 줄어들 수 있으며(타 유형과의 차이 $z=1.41$)’, ‘자신이 환자라면 신체억제대 사용을 거부할 것(타 유형과의 차이 $z=1.36$)’이라는 순으로 나타났다. 타 유형에 비해 강한 부정을 보인 진술문은 ‘신체억제대는 환자의 안정과 투약과 같이, 보다 나은 치료를 위해서 필요한 치료적 수단이다(타 유형과의 차이 $z=-1.37$)’, ‘억제대의 적용은 환자나 의료진의 상해를 막기 위한 보호(안전)장치이다(타 유형과의 차이 $z=-1.36$)’, ‘환자의 입장에서 억제대 불편감은 감수해야 한다(타 유형과의 차이 $z=-1.01$)’순으로 나타났다.

이들은 자신이 환자라면 신체억제대의 적용을 강하게 저항할 것이며 의료인은 신체억제대 사용에 따른 부작용 감소를 위한 노력뿐만 아니라 의료인의 신체억제대 관련 교육과 기록

Table 2. Demographic Characteristics and Factor Analysis of P-sample

(N=33)

No.	ID	Demographic characteristics					Factor weight	Factor 1	Factor 2	Factor 3	COM.	PURE			
		Gender	yr	Religion	Marital status	Use of restraints		Type 1	Type 2	Type 3, 4					
Type 1 (n=15)															
1	30	F	32	Other	Unmarried	No	0.55	0.44	.07	0.05	0.20	0.97			
2	29	M	39	Buddhism	Unmarried	No	0.55	0.44	.05	-0.10	0.20	0.96			
3	12	F	54	Other	Married	Yes (Family)	1.08	0.64	-.17	0.05	0.44	0.93			
4	4	F	25	Buddhism	Unmarried	No	0.56	0.45	-.10	-0.09	0.22	0.92			
5	11	F	18	Buddhism	Unmarried	Yes (Family)	0.70	0.52	-.17	0.07	0.30	0.89			
6	3	M	49	Buddhism	Unmarried	No	0.86	0.58	-.17	0.23	0.41	0.81			
7	23	M	48	Protestant	Married	Yes (Family)	0.85	0.57	-.26	-0.12	0.41	0.79			
8	13	M	50	Protestant	Married	No	0.93	0.60	-.19	0.26	0.46	0.78			
9	15	F	18	Buddhism	Unmarried	No	0.91	0.59	-.26	-0.26	0.49	0.72			
10	22	M	36	None	Unmarried	No	0.19	0.18	0.11	-0.04	0.05	0.71			
11	8	F	55	Buddhism	Married	No	0.24	0.23	.09	-0.16	0.08	0.62			
12	32	F	56	Buddhism	Married	Yes (Family)	0.27	0.26	0.10	0.19	0.11	0.59			
13	33	M	30	Buddhism	Unmarried	Yes (Family)	0.31	0.28	.07	-0.24	0.14	0.55			
14	2	F	51	Other	Married	Yes (Family)	0.34	0.31	.08	0.27	0.18	0.55			
15	5	M	43	Catholic	Married	No	0.62	0.48	-.16	0.41	0.42	0.54			
Type 2 (n=13)															
16	28	F	30	None	Unmarried	No	0.43	0.05	0.37	-.03	0.14	0.98			
17	9	F	29	None	Unmarried	No	0.61	-0.01	0.47	.09	0.23	0.96			
18	25	M	46	Catholic	Married	No	0.56	-0.03	0.45	-.09	0.21	0.95			
19	14	M	30	None	Unmarried	No	0.70	-0.14	0.52	0.12	0.29	0.89			
20	19	F	43	None	Married	No	0.77	-0.19	0.54	.07	0.34	0.87			
21	31	F	46	Catholic	Married	Yes (Family)	1.18	-0.39	0.66	0.11	0.60	0.73			
22	20	M	35	None	Unmarried	No	0.29	0.07	0.27	-.16	0.10	0.72			
23	17	M	51	None	Unmarried	No	0.19	0.08	0.19	-.09	0.05	0.71			
24	21	F	26	None	Unmarried	No	0.72	-0.28	0.52	-.23	0.48	0.68			
25	24	F	42	None	Married	No	1.93	-0.58	0.77	.01	0.93	0.64			
26	18	M	48	None	Unmarried	Yes (Family)	0.40	-0.16	0.35	-.22	0.19	0.63			
27	16	M	27	None	Unmarried	No	0.42	-0.23	0.37	0.22	0.24	0.57			
28	7	F	46	Buddhism	Married	No	0.31	-0.12	0.28	0.27	0.17	0.49			
Type 3 (n=2)															
29	6	M	49	Buddhism	Married	No	0.83	0.09	0.18	0.57	0.36	0.88			
30	27	F	45	None	Married	No	0.37	-0.07	0.21	0.33	0.16	0.70			
Type 4 (n=3)															
31	26	M	50	Catholic	Married	Yes (Family)	1.12	0.10	0.01	-0.65	0.43	0.98			
32	1	M	60	None	Married	No	0.19	-0.09	0.02	-0.18	0.04	0.76			
33	10	F	26	None	Unmarried	No	0.31	0.22	0.11	-0.28	0.14	0.58			
Eigen value and variances for each factor								Eigen values							
								Variance							
								Cumulative							
Correlation between types								Type 1		Type 2		Type 3		Type 4	
								Type 1		0.32		0.32		0.23	
								Type 2				0.12		0.42	
								Type 3						-0.22	

ID=identification; COM=communality.

Table 3. Item Descriptions and Descending Array of Z-scores for Each Type

Types	Q- statement	Z-scores	
Type 1	3. Patients that do not wear the physical restraint can encounter more dangerous situations (self-injury, removal of life-support systems). [†]	2,22	
	34. The physical restraint is used when the patient is semiconscious and at risk of falling.	1,44	
	4. The physical restraint is a therapeutic method needed to provide patients with better treatment; in this way, it is similar to patient stabilization or injections. [†]	1,38	
	1. I think that the physical restraint is a protection (safety) device used to prevent injury of patients or medical staff.	1,26	
	40. It is important to prevent patients from causing accidents by removing physical restraints themselves.	1,24	
	28. It is important that the medical staff inform restrained patients that they are being taken care of.	1,21	
	16. I think that patients and their family members must be provided with a detailed explanation regarding the application of physical restraints.	1,21	
	24. If I were a patient, I would refuse or resist wearing a physical restraint. [†]	-1,17	
	31. The medical staff can legally be sued if the physical restraint was used unnecessarily in a situation that did not require it. [†]	-1,19	
	22. There is no need to use the restraint on unconscious patients.	-1,31	
	10. I think that the medical staff uses their power and authority to apply the physical restraint even under minor circumstances. [†]	-1,82	
	25. I think that wearing the physical restraint is a kind of punishment for patients. [†]	-1,99	
	30. The physical restraint must be applied tightly, with no space remaining between it and the patient's skin. [†]	-2,33	
	Type 2	37. The physical restraint must be used for a minimum period of time when other therapeutic measures (medication, position change, etc.) are ineffective. [†]	1,41
		16. I think that patients and their family members must be provided with a detailed explanation regarding the application of physical restraints.	1,38
15. I think that patients who wear physical restraints must feel disgraced and embarrassed. [†]		1,35	
17. I think that it is absolutely necessary to record when and why a physical restraint is applied or removed, as well as the type of physical restraint that is applied or removed. [†]		1,30	
5. I think that it is necessary to check frequently with patients about the kinds of discomfort they experience under physical restraint.		1,27	
2. Appropriate measures must be developed to reduce the physical pain that patients experience during application of the physical restraint.		1,19	
14. I think that patients under physical restraint must feel very uncomfortable and confined.		1,18	
38. It is important to provide the medical staff with education and guidance for dealing with situations in which they might lose control of their emotions due to violent patient behavior.		1,05	
10. I think that the medical staff uses their power and authority to apply the physical restraint even under minor circumstances.		-1,09	
9. I think that very few measures exist that can be used to reduce the side effects of physical restraint use.		-1,17	
20. The medical staff uses the physical restraint whenever they think it is necessary. [†]		-1,23	
26. I think that the main reason for using the physical restraint is related to a lack of hospital manpower.		-1,28	
8. I think that patients must bear the discomfort associated with wearing physical restraints. [†]		-1,43	
19. I think that using a physical restraint is preferable to using drugs to stabilize patients.		-1,57	
30. The physical restraint must be applied tightly, with no space remaining between it and the patient's skin.		-1,65	

[†] Difference of Z-score (greater and lesser ± 1) than all others.

Table 3. Item Descriptions and Descending Array of Z-scores for Each Type (Continued)

Types	Q- statement	Z-scores	
Type 3	25. I think that wearing the physical restraint is a kind of punishment for patients.	-1,84	
	3. Patients that do not wear the physical restraint can encounter more dangerous situations (self-injury, removal of life-support systems).	1,75	
	34. The physical restraint is used when the patient is semiconscious and at risk of falling.	1,66	
	1. I think that the physical restraint is a protection (safety) device used to prevent injury of patients or medical staff.	1,51	
	14. I think that patients under physical restraint must feel very uncomfortable and confined.	1,51	
	22. There is no need to use the restraint on unconscious patients. [†]	1,31	
	13. I feel a sense of guilt and pity for patients under physical restraint. [†]	1,27	
	20. The medical staff uses the physical restraint whenever they think it is necessary. [†]	1,27	
	37. The physical restraint must be used for a minimum period of time when other therapeutic measures (medication, position change, etc.) are ineffective.	1,22	
	16. I think that patients and their family members must be provided with a detailed explanation regarding the application of physical restraints. [†]	-1,07	
	21. The medical staff does not seem to feel any particular emotion when applying physical restraints on patients.	-1,07	
	27. The medical staff often becomes flustered when the family of a restrained patient enters the patient's room.	-1,12	
	26. I think that the main reason for using the physical restraint is related to a lack of hospital manpower.	-1,12	
	18. I think that physical restraint use can be reduced when the patient is with a caregiver. [†]	-1,31	
	9. I think that very few measures exist that can be used to reduce the side effects of physical restraint use. [†]	-1,46	
	23. I think that patients or family members have the right to refuse use of the physical restraint. [†]	-1,55	
	19. I think that using a physical restraint is preferable to using drugs to stabilize patients.	-1,55	
	32. In emergency situations, the nurse can legitimately use the physical restraint without a doctor's orders. [†]	-2,14	
	Type 4	11. It is absurd to apply the physical restraint as a result of violation of ward rules. [†]	2,18
		28. It is important that the medical staff inform restrained patients that they are being taken care of.	1,62
5. I think that it is necessary to check frequently with patients about the kinds of discomfort they experience under physical restraint. [†]		1,50	
16. I think that patients and their family members must be provided with a detailed explanation regarding the application of physical restraints.		1,41	
2. Appropriate measures must be developed to reduce the physical pain that patients experience during application of the physical restraint.		1,36	
40. It is important to prevent patients from causing accidents by removing physical restraints themselves.		1,31	
23. I think that patients or family members have the right to refuse use of the physical restraint. [†]		1,01	
26. I think that the main reason for using the physical restraint is related to a lack of hospital manpower. [†]		1,01	
19. I think that using a physical restraint is preferable to using drugs to stabilize patients.		-1,08	
20. The medical staff uses the physical restraint whenever they think it is necessary. [†]		-1,20	
12. I trust the judgment of (fellow) medical staff regarding the application of physical restraints. [†]		-1,39	
30. The physical restraint must be applied tightly, with no space remaining between it and the patient's skin.		-1,73	
22. There is no need to use the restraint on unconscious patients. [†]		-1,85	
36. The physical restraint must be used for patients that need total rest. [†]		-2,30	

[†] Difference of Z-score (greater and lesser ± 1) than all others.

이 중요하다는 입장을 일관되게 나타내고 있었다. 유형 2에서 가장 높은 인자가중치 1.93를 보여 이 유형의 전형적인 특성을 지닌 24번 대상자는 강하게 찬성하는 항목으로 ‘내가 환자라면 신체억제대 사용을 거부하거나 저항할 것이다’, ‘환자나 가족 구성원이 신체억제대 사용을 거부할 권리가 있다고 생각한다’를 적극 찬성하였다. 반면, ‘신체억제대는 환자의 안전과 투약과 같이, 보다 나은 치료를 위해서 필요한 치료적 수단이다’, ‘약물로 환자를 안정시키는 것보다 신체억제대가 더 바람직하다고 생각한다’를 적극 반대하는 진술문으로 선택하였다. 그 이유는 “나의 자유를 누군가에게 강제로 제지를 당한다면 당연히 거부하고 저항하게 될 것이기 때문에 나를 묶어 놓는다면 그렇게 할 것 같아요. 보기에 안쓰럽고 얼마나 아플지를 생각하면 당연히 신체억제대를 거부할 권리가 있고... 아픈 곳 보다 더 아플 것 같아서... 억제시키지 않고 환자를 안정시킨다든지, 다른 좋은 방법이 많을 텐데 굳이 억제한다는 것은 좋은 치료 수단이 아니라고 생각합니다. 나를 누군가 억제시켰다면 그 기억은 썩 좋지 않을 기억으로 남을 것이고 정신 건강에도 좋지 않을 것이라고 생각해요”라고 답변하였다.

이를 종합해 볼 때, 유형 2에 속한 사람들은 신체억제대 사용에 대한 거부는 당연하고 정당한 것이며 적용받는 환자의 정서심리적 고통에 공감하고 있으며 유형 1과는 달리 보호(안전)장치나 치료적 수단으로서 신체억제대의 가치를 평가절하하고 부정적이고 냉소적인 생각을 지니고 있었다. 이를 토대로 유형 2는 ‘냉소적 감성형’으로 명명하였다.

3) 유형 3: 양가감정형

유형 3으로 분류된 대상자는 2명이었다. 이들은 신체억제대를 적용하지 않으면 더 위험한 상황(자해, 생명유지 장치 제거 등)이 초래되고($z=1.75$), 환자의 정신상태가 혼미하여 낙상의 위험이 있을 경우 신체억제대를 사용하고($z=1.66$), 신체억제대의 적용은 환자나 의료진의 상해를 막기 위한 보호(안전)장치($z=1.51$)라는 진술문에 강한 긍정을 나타냈다. 반면 비동의 항목들을 살펴보면, 응급상황에서 간호사는 의사의 지시 없이 정당하게 억제대를 사용할 수 있고($z=-2.14$), 약물로 환자를 안정시키는 것보다 억제대가 더 바람직하며($z=-1.55$), 환자나 가족 구성원이 억제대 사용을 거부할 권리가 있다($z=-1.55$)는 진술문에 강한 부정을 나타냈다. 특히, 타 유형에 비하여 강한 긍정을 보인 진술은 무의식 환자에게는 억제대를 적용할 필요가 없다고(타 유형과의 차이 $z=2.35$), 의료진은 억제대 적용이 필요하다고 생각되면 언제든지 억제대를 사용하며(타 유형과의 차이 $z=2.07$), 의료진은 권력을 이용해 사소한 일에도 억제대를 적용한다(타 유형과의 차이 $z=1.61$)는 순으로 나타났다. 타 유

형에 비하여 강한 부정을 나타낸 진술은 억제대 적용에 대한 자세한 설명이 환자나 가족 구성원에게 필요하고(타 유형과의 차이 $z=-2.41$), 환자나 가족 구성원이 신체억제대 사용을 거부할 권리가 있다(타 유형과의 차이 $z=-2.03$)는 항목 순으로 나타났다. 즉, 유형 3은 신체억제대를 보호(안전)장치로 인식하고 환자나 가족이 신체억제대를 거부할 수는 없으며 신체억제대로 인한 통증이나 불편감은 감수해야 하지만, 적용된 환자를 보면 죄책감과 안쓰러움을 느끼고 있었다. 또한, 발견된 4개 유형 중에서 유일하게 의료인이 권력을 이용해 신체억제대를 사용하고 있다고 강하게 긍정하였으며 응급상황일지라도 간호사의 즉,각적 조치보다는 의사의 처방에 따라 신체억제대를 사용해야 정당하다고 생각하는 부류들이었다.

6번 대상자는 적극 반대하는 항목으로 ‘응급상황에서 간호사는 의사의 지시 없이 정당하게 신체억제대를 사용할 수 있다’를 선택하였고 그 이유는 “전문가에게도 지도는 필요하다고 생각해요... 단독으로 신체억제대 사용을 결정하기 보다는 여러 명의 의료인이 협의 하에 신체억제대를 사용한다면 더 나은 결과를 얻을 수 있다고 생각합니다”라고 답변하였다.

지금까지의 자료를 종합해 볼 때, 유형 3은 신체억제대의 필요성과 가치를 인식하고 수용하지만 적용받는 환자에게 죄책감과 안쓰러움의 감정이입과 동시에 환자와의 치료적 관계에서 의료진을 절대적인 권한과 역할을 지닌 파워집단으로 인식함으로써 이성과 감성사이의 불일치를 나타내고 있었다. 이러한 이유로 유형 3은 ‘양가감정형’으로 명명하였다.

4) 유형 4: 실용적 권리주장형

유형 4로 분류된 대상자는 모두 5명이었다. 유형 4는 병동규칙을 어겼다고 신체억제대를 적용해서는 안 되며($z=2.18$), 의료진은 억제되어있는 환자에게 자신을 돌보고 있다는 것을 알리는 것이 중요하고($z=1.62$), 신체억제대를 적용한 환자의 불편한 점이 무엇인지 자주 확인해야 한다($z=1.50$)는 진술문에 강한 긍정을 나타냈다. 반면 비동의 항목들을 살펴보면, 절대 안정이 필요한 경우 신체억제대를 사용해야 하고($z=-2.30$), 무의식 환자에게는 신체억제대를 적용할 필요가 없으며($z=-1.85$), 환자의 피부와 억제대 사이에 여유 공간이 없도록 꼭 조여야 한다($z=-1.73$)는 진술문에 강한 부정을 나타냈다. 특히, 타 유형에 비해 강한 찬성을 표명한 진술문은 억제대 사용의 주요 원인이 병원 인력의 부족 때문이라는 생각이었다(타 유형과의 차이 $z=2.07$). 반면 타 유형에 비해 강한 부정을 나타낸 진술문은 절대 안정이 필요한 경우 신체억제대를 사용해야 하며(타 유형과의 차이 $z=-2.51$), 신체억제대를 적용하지 않으면 더 위험한 상황(자해, 생명유지 장치 제거 등)이 초래되며(타

유형과의 차이 $z=-1.68$), 신체억제대 적용에 대한 의료진의 결정을 신뢰한다(타 유형과의 차이 $z=-1.49$)는 순이었다. 유형 4에 속한 사람들은 신체억제대 사용 이유와 돌봄을 받고 있다는 사실을 설명하여 환자의 심리적 안정을 유도해야 한다고 여기며 환자나 가족의 신체억제대 거부권을 인정할 뿐 아니라 신체억제대를 사용하지 않더라도 더 위험한 상황이 일어나지는 않는다는 생각을 가지고 있었다. 또한, 신체억제대 사용에 대한 의료인의 결정을 신뢰하지 않으며 연구결과 발견된 4개 유형 중에서 유일하게 신체억제대 사용의 주요 원인을 병원의 인력부족에 초점을 두고 인지할 뿐 아니라 응급 상황시 간호사의 독자적인 신체억제대 적용을 정당하다고 인식하는 유형으로 나타났다.

인자 가중치가 높아 이 유형의 대표성을 지닌 대상자를 중심으로 Q 분류 당시 적극 찬성한 진술문과 적극 반대한 진술문들을 선택한 이유를 제시해 보면 다음과 같다. 유형 4에서 가장 높은 인자가중치 1.12를 나타낸 26명 대상자는 적극 동의하는 항목으로 '의료진은 억제되어있는 환자에게 자신을 돌보고 있다는 것을 알리는 것이 중요하다'를 선택하였다. 그 이유는 "의료진이 부족하기 때문에 환자 관리에서 자칫 피로누적에 따라 감정적 관리로 연결될 수 있고, 환자를 오래 관리하다 보면 신체억제대의 사용을 통상적인 관례로 치부할 수 있을 것이라고 생각합니다. 급격한 응급상황으로 환자가 처음 정신을 차리고 주변을 의식할 때 억제되어진 자신의 환경을 고통스럽게 느낄 수 있기 때문에 설명과 인지는 반드시 필요하다고 봅니다."고 답변하였다. 적극 반대하는 항목으로는 '무의식 환자에게는 신체억제대를 적용할 필요가 없다'를 선택하였다. 그 이유는 "정말 잘나에 각종 유지 장치를 환자 스스로 무의식중에 제거할 수도 있고, 그로 인한 이차적 의료사고가 일어날 수 있기 때문에 무의식 환자일지라도 적용해야 한다고 봐요."고 답변하였다.

이들은 다른 유형과는 달리 신체억제대의 사용의 주요원인을 병원의 인력부족이라는 시스템적 관점에서 조망하면서 응급 상황에 따른 간호사의 적절한 치료적 조치를 인정하는 특성을 지닌 사람들이다. 아울러 신체억제대를 적용 받고 있는 환자에 대한 죄책감이나 안쓰러움은 크지 않지만 의료인의 사전 설명의 중요성을 강하게 주장하여 신체억제대와 관련된 심리적, 신체적 부작용을 감소하는 방안이 중요하다고 인식하였다. 따라서 유형 4는 '실용적 권리주장형'으로 명명하였다.

인식과 그 유형의 특성을 살펴봄으로써, 이를 기초로 임상실무현장에서 신체억제대 사용에 대한 실무지침과 환자가족의 지지적 중재 개발을 위한 이론적 근거를 마련하고자 시도하였다. 연구결과, 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관성은 상호의존적이면서도 각각 독립적인 특성을 지닌 합리적 수용형, 냉소적 감성형, 양가감정형, 실용적 권리주장형의 4개 유형으로 발견되었다.

전체 연구대상자 중에서 15명으로 가장 많은 사람이 속한 유형 1은 '합리적 수용형'으로 신체억제대는 위험한 상황으로부터 환자를 지키는 보호 장치이며 신체억제대의 사용을 거부하거나 저항하지 않을 것이라고 하여 신체억제대를 치료적 수단으로 인식하고 순응하는 사람들로 유추해 볼 수 있다. 이는 Hardin 등(1993)의 연구에서 보호자의 정서적 반응의 하나로 수용을 보인 것은 환자 보호와 외상방지의 긍정적인 반응으로 나타난 것과 유사하며, Lee 등(2008)의 연구에서 가족들이 환자의 치료나 회복을 위해서 신체억제대를 사용한다는 것을 이해하고 보다 긍정적인 방향으로 스스로를 다스려 나가려고 노력한다는 보고와 유사한 결과이다. 유형 1이 나머지 유형과 가장 차이가 나는 표준점수를 보인 항목인 '억제대를 적용하지 않으면 더 위험한 상황이 초래되거나 억제대를 너무 꼭 조이는 것은 바람직하지 않다'에서 알 수 있듯이 신체억제대는 생명유지 장치의 제거, 자해 등을 예방하기 위해 필요한 장치이며 신체억제대를 사용할 때 신체적 통증을 유발하지 않도록 주의해야 한다고 생각하는 사람들로 이해할 수 있다.

이러한 유형 1의 성향은 Kim 과 Park (2010)의 연구에서 억제대 사용 이유를 담당 간호사에게 물어본 결과 의료 보조기구의 유지가 74.1%로 가장 많았고 공격적 행동 13.0%, 낙상방지 9.3%, 검사 및 시술유지 2.2%순으로 나타났고, 신체억제대 부작용으로 자상(멍이 듬)이 43.3%, 부종 33.8%, 찰과상 10.8%, 발적 5.4%순으로 나타났다는 보고와 같은 맥락에서 이해할 수 있겠다. 억제대 사용에 따른 설명은 93.6%에서 이루어지고 있어(Cho et al., 2006) 유형 1에 속한 이들은 의료인의 신체억제대 관련 설명에 의해 신체억제대 사용에 대한 정보를 얻고, 이에 따라 신체억제대에 대한 인식을 지니게 된 것으로 사료된다. 유형 1은 특히, 보호자로서 가족에게 직접 신체억제대를 적용받아 본 경험이 있는 경우가 다른 유형보다 더 많았는데, 이는 타 유형에 비해 신체억제대 사용 경험이 신체억제대를 더 잘 이해하고 수용할 수 있는 계기가 되었을 것으로 생각된다. 즉, 유형 1은 신체억제대 사용에 대한 의료인의 설명에 공감하여 신체억제대를 적극 수용하는 사람들이므로, 이들에게 신체억제대 사용에 따른 의료인의 자세와 체계적인 설명은 환자 가족원의 스트레스 경감을 위한 효과적

논 의

본 연구는 신체억제대 사용에 대한 중환자 가족의 주관적

인 중재가 될 수 있겠다.

유형 2인 ‘냉소적 감성형’에 속한 사람들은 신체억제대는 체면상실과 수치를 유발하므로 다른 대안이 없을 경우 최소한으로 사용해야 하며, 신체억제대를 치료적 수단으로 인지하지 않으며 자신이 환자 입장이라면 거부나 저항할 것이라고 하여 유형 1과는 상반된 특성을 나타내었다. 또한, 타 유형에 비해 ‘신체억제대의 불편감을 감수해야 한다’는 진술문에 강한 부정을 함으로써 환자의 입장으로 감정 이입된 사람들로 유추된다. 이는 25명의 내·외과 환자 가족을 대상으로 신체억제대 사용에 대한 태도를 조사한 Kanski, Janelli, Jones와 Kennedy (1996)의 연구에서 50% 이상의 보호자들은 환자들이 억제 되는 것에 대해 부정하고 이해할 수 없다고 하였으며, 분노, 부정, 불안, 우울, 자포자기의 감정을 가진다고 보고한 것과 일맥상통한 결과이다. 또한, 유형 2가 환자와 공감된 입장에서 신체억제대 사용을 거부한 점은 중환자실 입원 환자가족에 대한 연구(Kim, 2002; Kwon & Lee, 1987)에서 ‘환자를 보면 측은한 생각이 들고 미안한 마음이 들어 허심탄회하게 의논할 상대가 있었으면 좋겠다’는 진술에서 도출된 ‘자기반성형’과 부분 일치하는 사람들로 것으로 추론해 볼 수 있다. 현실적으로 실무현장에서 신체억제대 사용을 완전히 배제할 수는 없으므로 유형 2의 보호자들을 위해서는 ‘허심탄회’하게 의논할 수 있는 대상인 의료인들이 환자의 신체억제대 불편감에 대해 공감하고 신체억제대 사용 과정을 가족과 함께 의논하여 결정하는 것이 도움이 될 것으로 사료된다. 이는 치료적 관계형성을 조성함으로써 더 나아가 의료소비자인 환자와 가족이 의료인들을 신뢰하고 협력적 파트너십 관계를 형성할 수 있을 것이다.

유형 3인 ‘양가감정형’에 속한 사람들은 신체억제대는 필요하나 신체억제대로 인한 부작용의 감소 방안을 강구하고 최소한으로 적용해야 함을 주장하였다. 특히, 이들은 신체억제대 사용에 따른 자세한 설명은 필요하지 않다는 견해를 지녔으며 타 유형에 비해 ‘의료진은 권력을 이용해 신체억제대를 사용한다’는 견해를 강하게 지니고 있었다. 이러한 특성은 중환자 가족과 의료인과의 관계에서 부정적인 영향을 미치게 되어 전문지식으로 무장한 의료인으로부터 환자 가족이 소외를 경험하여 무력감을 경험했다는 연구결과(Yang, 2007)와 유사한 견해를 나타낸 것이다. 다시 말해, 유형 3은 의료인을 절대적인 파워집단으로 인지하고 있음을 시사한다. 따라서 이들에게는 신체억제대 사용에 따른 목적, 부작용 등의 자세한 설명보다는 안전하게 신체억제대를 사용하고 있음을 확인시켜 주고 치료과정의 적절한 대안을 찾기 위한 의료인의 노력을 언급하는 것이 보다 더 효과적인 중재전략이 될 것이다.

‘실용적 권리주장형’으로 명명한 유형 4는 유형 2인 ‘냉소적 감성형’과 유사하게 환자나 가족의 신체억제대 거부권을 인정하였으나 환자의 체면상실, 수치, 답답함 등의 심리적 부작용에 대해서는 크게 고려하지 않는 특성을 나타내어 유형 2와는 차이를 보였다. 또한, 의료인을 신중한 숙고 없이 환자에게 신체억제대를 사용하는 것으로 인식하고 신체억제대 사용에 대한 의료인의 치료적 의사결정을 신뢰하지 않는 견해를 지녔다. 이러한 유형 4의 특성은 보호자들이 사랑하는 자신의 가족이 억제되어 있는 것을 봤을 때 당혹스럽고 괴로웠다고 표현하였으며(Kanski et al., 1996) 보호자들의 60%는 우울, 충격, 무력감, 부정, 분노 등의 다양한 부정적 반응을 나타내었다고 보고한 Hardin 등(1993)의 연구결과와는 상반된 결과를 나타내었다. 이러한 연구결과들로 미루어 본다면, 신체억제대 사용 전에 의료인의 자세하고 정확한 설명이 없다면 환자나 가족들은 의료인을 불신하고 신체억제대 사용에 대해 거부하는 것이 당연하다고 추론해 볼 수 있겠다.

그러므로 의료인은 신체억제대 사용에 대한 사전의 자세한 설명과 함께 치료적 의사 결정과정에 가족을 참여시켜 그 필요성을 설명하고 거부할 권리가 있음을 알려준다면 신체억제대를 적용받는 환자를 그 가족이 보았을 때 치료적 상황을 더 잘 수용할 수 있을 것이다(Lee et al., 2008). 또한, 신체억제대 사용을 결정하는 과정에서 가족과 함께 실현 가능한 대안을 탐색해 보고 신체억제대 사용의 적응증을 엄격히 적용하여 최소한으로 사용해야 할 것이다. 이러한 중재는 의료인들의 신체억제대 사용이 치료자로서 숙고 없이 사용하는 것이 아님을 보호자에게 인식시키고 신체억제대 사용에 대한 불신이나 거부감이 감소시킬 수 있을 것이다. 더 나아가 환자의 치료과정에 보호자를 참여시켜 환자가족이 병원이라는 낯선 환경에 적응함과 동시에 간병과정에서 전문지식으로 무장한 의료인으로부터 소외를 경험하는 보호자의 무력감에 대한 중재도 가능할 것으로 사료된다.

결론 및 제언

본 연구는 Q 방법론을 적용하여 신체억제대 사용에 대한 중환자 가족의 주관적 인식구조를 확인하고 각 유형별 특성에 따른 효과적인 가족지지 간호중재 개발의 기초자료를 얻고자 시도하였다. 연구결과, 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관적 구조는 4개 유형들이 상호 유사성을 지니는 한편 독립적인 성질을 띠고 있었다. 본 연구의 의의는 중환자 가족의 신체억제대 사용에 대한 주관적 인식을 파악함으로써 간호실무에서 환자가족의 정서·심리적 지지간호 제공을 위한 맞춤

형 가족간호중재 개발의 기초자료가 될 수 있다는 것이다. 또한, 간호연구에서 지지적 간호중재 영역과 관련된 실무기반의 이론적 지식 축척의 단서가 될 수 있다는 점이다. 더욱이 본 연구에서 발견된 유형을 초점으로, 개인의 주관성이 고려된 가족 지지간호 프로그램의 개발과 적용은 의료소비자인 환자와 가족에게 간호사가 제공하는 고유의 돌봄적 가치를 인지시킴으로써 간호의 대중적 이미지 향상에도 기여할 수 있을 것이다.

본 연구의 결과를 바탕으로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 신체억제대를 적용받아 본 환자의 신체억제대 사용에 대한 주관성을 탐색할 필요가 있다.

둘째, 의료소비자인 환자와 보호자, 그리고 의료제공자인 의료인간의 신체억제대 사용에 대한 상호지향적 관점에서의 주관성을 탐색할 것을 제언한다. 셋째, 본 연구결과 도출된 유형별 실무기반의 맞춤형 가족지지 간호중재 프로그램의 개발이 필요하다.

REFERENCES

- Bigwood, S., & Crowe, M. (2008). It's part of the job, but it spoils the job: A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*, 215-222.
- Cho, K. J., & Jun, E. M. (2007). Effect of an information protocol on anxiety and nursing satisfaction for family care-givers of cerebrovascular accident patient in the ICU. *Journal of Korean Academy Fundamental Nursing, 14*(1), 53-61.
- Cho, Y. A., Kim, J. S., Kim, N. R., Choi, H. J., Cho, J. G., Lee, H. J., et al. (2006). A study on the use of physical restraint in ICUs. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing, 18*, 543-552.
- Evan, D., & Fitzgerald, M. (2002). Reason for physically restraining patients and residents: A systematic review and content analysis. *International Journal of Nursing studies, 39*(7), 735-743.
- Hardin, S. B., Magee, R., Vinson, M. H., Owen, M., Hyatt, E., & Stratmann, D. (1993). Patient and family perceptions. *Journal of Holistic Nursing, 11*, 383-397.
- Kang, S. H. (2003). *A study on nurses' knowledge and perception toward the use of physical restraints*. Unpublished master's thesis, Chonnam National University of Korea, Gwangju.
- Kanski, G. W., Janelli, L. M., Jones, H. M., & Kennedy, M. C. (1996). Family reaction to restraints in an acute care setting. *Journal of Gerontological Nursing, 22*(6), 17-22.
- Kim, H. G. (2008). *Q-methodology*. Seoul: Communication Books.
- Kim, K. S. (2002). Patterns of impatient's families in the intensive care units. *Journal of Korea Community Health Nursing Academic Society, 16*(1), 1-12.
- Kim, M. Y., & Park, J. S. (2010). A study on the application of physical restraints in intensive care units. *Journal of Korean Academy of Fundamentals of Nursing, 17*, 177-186.
- Kim, Y. H., Jeong, Y. S., Park, J. H., & Yoon, S. H. (2008). The effects of nurse education on physical restraint use in the ICU. *Korean Journal of Anesthesiology, 55*(5), 590-595.
- Kwon, S. B., & Lee, M. (1987). Factor analysis of the seriously ill patient's family needs. *Journal of Korean Academy of Nursing, 17*(2), 122-136.
- Lee, E. N., Ha, S. J., & Kang, J. Y. (2008). Development and testing of instrument to measure family's emotional response toward physically restrained patients. *Journal of Korean Academy of Nursing, 38*(4), 629-638.
- Lee, M. M., & Kim, K. S. (2012). Comparison of physical injury, emotional response and unplanned self-removal of medical devices according to use of physical restraint in intensive care unit patients. *Journal of Korean Clinical Nursing Research, 18*(2), 296-306.
- Lee, Y. G., Cho, E. H., Kim, S. A., Kim, J. K., Kim, H. M., Kim, H. E., et al. (2003). The study on physical restraint use in intensive care unit. *Journal of Korean Clinical Nursing Research, 8*(2), 117-130.
- Macpherson, D. S., Lofgren, R. P., Granieri, R., & Myllenback, S. (1990). Deciding to restrain medical patients. *Journal of American Geriatrics Society, 38*, 516-520.
- Martin, B., & Mathisen, L. (2005). Use of physical restraints in adult critical care: A bicultural study. *American Journal of Critical Care, 14*(2), 133-142.
- Minnick, A. F., Leipzig, R., & Johnson, M. E. (2001). Elderly patients' reports of physical restraints experiences in intensive care units. *American Journal of Critical Care, 10*(3), 168-171.
- Minnick, A. F., Mion, L. C., Johnson, M. E., Catrambone, C., & Leipzig, R. (2007). Prevalence and variation of physical restraint use in acute care settings in the USA. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(1), 30-37.
- Mion, L. C. (2008). Physical restraint in critical care settings: Will they go away? *Geriatric Nursing, 29*, 421-423.
- Park, J. H. (2003). *Psychiatric nurse's perception in ethical situation*. Unpublished master's thesis, Yonsei University, Seoul.
- Wynn, R. (2004). Psychiatric inpatients' experiences with restraint. *Journal of Psychiatry & Psychology, 15*, 124-144.
- Yang, S. E. (2007). A critical science research on the families of critically ill patients. *Journal of the Korean Home Economics Association, 45*(3), 1-10.
- Yeo, J. M., & Park, M. H. (2006). Effect of an education program for nurses on the use of restraints. *Journal of Korean Academy of Nursing, 36*(3), 532-541.
- Youn, H. W. (2006). *A study on burden, stress and social support in family members of intensive care unit patient*. Unpublished master's thesis, Konyang University, Daejeon.