

博 士 學 位 論 文

노인요양시설 종사자의 신체억제
결정요인에 관한 연구

2010年

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

行 政 學 專 攻

金 貴 子

博士學位論文
指導教授 李成佑

노인요양시설 종사자의 신체억제 결정요인에 관한 연구

A Study on the Determinants of Worker's Decision on
Physical Restraint for the Aged People in Nursing Home

2009年 12月 日

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

行 政 學 專 攻

金 貴 子

博士學位論文
指導教授 李成佑

노인요양시설 종사자의 신체억제 결정요인에 관한 연구

A Study on the Determinants of Worker's Decision on
Physical Restraint for the Aged People in Nursing Home

위 論文을 行政學 博士學位論文으로 提出함

2009年 12月 日

漢城大學校 大學院

行 政 學 科

行 政 學 專 攻

金 貴 子

金貴子の 行政學 博士學位論文을 認准함

2009年 12月 日

審査委員長_____ (印)

審査委員_____ (印)

審査委員_____ (印)

審査委員_____ (印)

審査委員_____ (印)

감사의 글

오늘이 있기까지 함께 해 주신 하나님께 먼저 감사드립니다. 그리고 학업에 임할 수 있도록 기회를 주시고, 적극적인 지지와 용기를 북돋아 주신 사회복지법인 밀알복지재단 정형석 상임이사님께 감사를 드립니다.

이 논문이 완성되기까지 연구의 틀을 잡아주시고 완성될 수 있도록 시간과 노력을 아끼지 않으시며 힘이 들 때 마다 따뜻한 격려로 위로해 주신 이성우 교수님께 감사드립니다. 노인복지의 큰 틀에서 함께 고민해 주신 황진수 교수님, 법적인 부분에 있어 논문 완성시까지 신경 써 주신 김백유 교수님께 감사드립니다. 연구의 설계부터 편집에 이르기까지 예리하게 지적해 주시고 격려로 용기를 주신 송희준 교수님과 이영균 교수님께 감사의 말씀을 전합니다.

서울시노인복지시설협회 김병한 회장님을 비롯한 노인요양시설 시설장님과 사무국장님 그리고 설문에 적극적으로 도움을 주신 사회복지사, 간호사, 요양보호사 등 직원분들께 진심으로 감사드립니다. 그리고 자료수집과 논문의 편집을 도와 마음을 든든하게 해 준 사랑하는 안정희 사무국장님과 윤소영 팀장님, 그리고 김호열, 정수만 선생님께도 감사를 드립니다.

그리고 3년 동안 학업을 함께 하며 격려자로 큰 힘이 되어 주신 박사과정 공영민 회장님과 최홍권 총무님 그리고 동기들에게 감사드립니다.

마지막으로 딸의 공부를 삶의 기쁨으로 생각해 주시는 존경하는 부모님께 감사드리며, 지금까지 업무와 공부에 전념할 수 있도록 배려 해 준 사랑하는 가족들에게 고마움을 전합니다.

2009년 12월 마지막 날에

김 귀 자

국문초록

최근 노인요양시설의 증대와 더불어 입소자의 인권 향상에 대한 관심이 증가하고 있다. 본 연구는 인권향상의 관점에서 노인요양시설 입소자의 안전과 의료기구 보호를 목적으로 시행되었던 신체억제의 감소와 궁극적인 폐지를 목적으로 신체억제의 대안을 마련하고, 정책적인 제시를 하고자 한다.

이를 위하여 노인요양시설 종사자들의 신체억제 결정요인을 실증적으로 검증하였다. 본 연구에서는 선행연구결과들을 바탕으로 종사자의 인식과 태도의 정도가 신체억제에 영향을 미친다는 가설 하에 개인적 요인을 독립변수로 설정하였다. 그리고 연구자의 다년간의 실무경험과 전문가적 지식을 토대로 요양시설의 시설환경적 요인이 신체억제 결정에 영향을 미칠 것이라 판단되어 이를 또 다른 독립변수의 하나로 설정하였다. 또한 인구사회학적 특성 중 성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 종사자 자격증, 근무기간 등을 외생변수로 설정하여 종속변수로 설정된 요양시설에서의 노인입소자 신체억제실태에 미치는 영향을 실증적으로 분석하였다.

본 연구는 국가와 서울시의 재정적 지원과 행정적 감독을 받는 국·공립 노인요양시설 종사자들을 대상으로 설문조사를 실시하였다. 통계분석은 유의수준 $p<.05$ 에서 검증하였다. 통계처리는 SPSS 12.0 윈도우 프로그램을 사용하여 분석하였다.

실증 분석을 통하여 얻은 연구결과는 다음과 같다.

첫째, 외생변수가 독립변수의 하나인 개개인들의 억제에 대한 인식과 태도의 정도에도 유의미한 영향을 미치는 것으로 검증되었으며, 동시에 종속변수인 억제실태에도 유의미한 영향을 미치는 것으로 검증되었다. 특히 주목할 점은 학력, 직위, 종사자의 자격증 등 세 가지 외생요인들이 개인적 인식과 태도요인과 억제 실태에 미친 유의미한 영향이다. 억제 인식이 높으면 억제 사용이 대체로 낮아진다는 선행연구와 달리, 종사자의 학력이 높을수록, 직위가 높을수록, 그리고 종사자가 의료인일수록 억제 인식과 태도가 다른 비교집단보다 더 높은 것으로 나타났으며, 억제실태 또한 더 높은 것으로 나타났다. 그 이유는 낙상 등 안전사고가 발생하였을 경우, 종사자가 안게 되는 행정적·법률적 책임에 대한 부담감으로 인하여 억제

에 대한 높은 인식이 실제로는 억제실태에 영향력을 거의 미치지 못하는 것으로 나타났다.

둘째, 개인적 요인이 억제실태에 유의미한 영향을 미치는 것으로 분석되었다. 억제인식이 높으면 억제실태는 낮아지는 것으로 분석되었다. 반면 태도가 억제실태에 미치는 영향에서는 신체 억제대에 대한 일반적 태도를 제외한 예방적, 간호관리, 정보제공, 억제거절 권리 등에 대한 태도는 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이 분석을 통해 요양시설 종사자의 인식과 태도의 전환을 위한 교육과 억제 사용에 대한 최소한의 구체적이고 표준화된 지침의 필요성을 확인할 수 있었다.

셋째, 시설환경 요인이 억제실태에 미치는 영향을 분석하면 시설정원이 많을수록, 시설장이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록 억제실태는 높은 것으로 나타났다. 이 분석을 통해 요양시설의 근무형태는 3교대가 바람직하다는 것과 의료인 시설장의 억제사용에 대한 전반적인 인식의 전환이 필요하다는 것을 확인할 수 있었다.

넷째, 종사자 특성과 시설특성이 억제 실태에 미치는 영향을 분석하면, 종사자의 학력, 시설장의 자격증, 근무유형, 시설정원이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 종합적으로 볼 때 억제인식과 태도가 억제실태에 미치는 부정적(-)인 영향을 증가시키는 것으로 나타났다.

본 연구에서는 인구사회학적 요인과 개인적 인식 및 태도요인, 시설환경요인이 억제 실태에 유의미한 영향을 미치는 분석결과를 바탕으로 신체억제 감소와 폐지를 위한 구체적이고 실질적인 정책적 시사점을 도출할 수 있었다.

결론적으로, 정부는 본 연구에서 분석, 제시된 정책적 시사점들을 반영하여 요양 노인의 인권 향상과 신체억제 감소 및 폐지를 위한 효과적인 정책대안을 개발하고, 이를 전담하는 행정기관의 설치를 추진하는 것이 바람직할 것이다.

목 차

제1장 서 론	1
제1절 연구의 목적	1
제2절 연구의 방법 및 구성	5
제2장 이론적 배경	8
제1절 노인요양시설	8
1. 우리나라 노인요양시설	8
2. 선진국의 노인요양시설	13
제2절 신체억제에 관한 이론적 고찰	25
1. 용어의 정의	25
2. 신체억제에 관한 선행연구	27
제3장 연구 설계	42
제1절 연구 모형 및 가설	42
1. 연구모형	42
2. 연구가설	44
제2절 변수의 조작적 정의	46
1. 종속변수 : 신체억제실태	47
2. 독립변수	47
3. 인구·사회학적 요인 : 외생변수	48
제3절 자료수집 및 분석방법	48
1. 표본선정 및 자료수집	48
2. 자료의 분석방법	49

제4장 실증분석 결과와 해석	51
제1절 표본의 특성	51
제2절 신뢰도 분석 및 요인 분석결과	54
1. 신뢰도 분석결과	54
2. 요인분석 결과	55
3. 요인들 간의 상관관계 분석	59
제3절 신체억제 결정요인의 영향분석	67
1. 인구·사회학적 요인과 억제인식, 태도, 실태 간의 관계분석	67
2. 개인적 요인과 신체억제실태 간의 관계 분석	81
3. 시설환경 요인과 신체억제실태 간의 관계 분석	85
4. 신체억제실태에 대한 위계적 회귀분석	87
제5장 결 론	98
제1절 연구결과 요약	98
제2절 연구의 시사점	102
참고문헌	106
부록: 설문지	114
Abstract	120

표 목 차

<표 2-1> 노인복지시설 종류	9
<표 2-2> 노인요양시설과 노인요양병원의 비교	10
<표 2-3> 노인장기요양보험 서비스 종류	12
<표 2-4> 노인요양시설 신체억제관련 지침	13
<표 2-5> 미국의 노인장기요양보험 서비스 종류	16
<표 2-6> 노인요양시설의 최소 간호인력 권고 기준	17
<표 2-7> 100병상 규모 요양원 인력배치(연방정부 추천형)	18
<표 2-8> 미국 노인요양시설의 인력기준	19
<표 2-9> 미국 노인요양시설 신체억제 관련법령	20
<표 2-10> 개호서비스의 종류 및 내용	21
<표 2-11> 개호보험시설 인력기준	23
<표 2-12> 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준	25
<표 2-13> 신체억제사용 실태에 대한 선행연구	31
<표 2-14> 억제대 사용 인식에 대한 선행연구	34
<표 2-15> 억제대 사용 태도에 대한 선행연구	37
<표 2-16> 억제대 사용의 문제점 선행연구	41
<표 3-1> 변수의 구성요소	46
<표 4-1> 종사자의 일반적 사항	51
<표 4-2> 시설현황	53
<표 4-3> 신체억제에 대한 신뢰도 분석	54
<표 4-4> 신체억제에 대한 인식의 요인분석	55
<표 4-5> 신체억제에 대한 실태의 요인분석	56
<표 4-6> 신체억제에 대한 태도의 요인분석	57
<표 4-7> 신체억제에 대한 일반적 태도의 요인분석	58
<표 4-8> 신체억제에 대한 예방에 관한 인식 및 태도 요인분석	59

<표 4-9> 요인들 간의 상관관계 분석	60
<표 4-10> 억제인식 전체 평균	61
<표 4-11> 억제실태에 대한 전체 평균	63
<표 4-12> 억제인식의 하위요인평균	64
<표 4-13> 억제실태의 하위요인평균	64
<표 4-14> 억제태도에 대한 전체 평균	65
<표 4-15> 억제인식에 따른 억제실태	67
<표 4-16> 성별에 따른 억제실태 결정요인 비교	68
<표 4-17> 연령에 따른 억제실태 결정요인 비교	70
<표 4-18> 학력에 따른 억제실태 결정요인 비교	72
<표 4-19> 종교 유무에 따른 억제실태 결정요인 비교	73
<표 4-20> 직위에 따른 억제실태 결정요인 비교	75
<표 4-21> 케어유형에 따른 억제실태 결정요인 비교	76
<표 4-22> 자격증 여부에 따른 억제실태 결정요인 비교	78
<표 4-23> 근무기간에 따른 억제실태 결정요인	80
<표 4-24> 억제인식이 억제실태에 미치는 영향	82
<표 4-25> 사용 태도가 억제실태에 미치는 영향	82
<표 4-26> 거절할 권리에 대한 태도가 억제실태에 미치는 영향	83
<표 4-27> 정보제공 태도가 억제실태에 미치는 영향	83
<표 4-28> 간호관리 태도가 억제실태에 미치는 영향	84
<표 4-29> 일반적 태도가 억제실태에 미치는 영향	84
<표 4-30> 예방인식 태도가 억제실태에 미치는 영향	85
<표 4-31> 시설정원에 따른 억제실태 비교	85
<표 4-32> 시설장 자격증이 억제실태에 미치는 영향	86
<표 4-33> 근무유형에 따른 억제실태 비교	87
<표 4-34> 시설의 위치에 따른 억제실태 비교	87
<표 4-35> 종사자 및 시설장 특성과 억제실태의 상관관계	88
<표 4-36> 억제인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향	89

<표 4-37> 억제에 대한 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향	91
<표 4-38> 억제의 일반적 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향	93
<표 4-39> 억제 예방 인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향	94
<표 4-40> 가설검증 결과 요약	97

그 립 목 차

[그림 3-1] 연구모형	43
---------------------	----

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

인간의 평균수명 연장에 따른 노인인구의 증가는 사회적 의존성이 높은 치매노인과 같은 노인인구를 증가시키고 있으며, 상대적으로는 많은 노인들이 보다 긴 노후를 보낼 수 있게 되었다는 의미로서의 고령화는 축복해야 할 현상이라고 할 수 있다. 그러나 이로 인해 가족에게는 부양부담의 현실적인 문제를 발생시키는 결과를 가져왔다. 이는 고령화로 인한 사회적 위험에 대비하여 준비하지 못했던 노인세대이기에 가족은 부모 부양에 대한 부담을 떠안을 수밖에 없는 현실이 되었다. 이로 인해 치료목적 보다는 돌볼 가족의 부재로 인한 불필요한 장기입원의 원인은 급격한 노인의료비를 증가시키는 원인이 되었다. 따라서 국민의 노후 불안 요소이고 가족에게는 부모 부양부담으로 작용하고 있는 노인요양문제를 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담하는 5대 보험의 하나로 노인장기요양보험제도가 지난 2008년 7월 1일에 시행되었다.

통계청의 ‘2008 고령자 통계’에 따르면 2008년 7월 1일 현재 우리나라의 총인구 중 65세 이상 노인은 501만 6,000명으로 총인구의 10.3%의 비중을 차지하고 있는데 이는 생산가능인구(15-64세) 7명이 노인 1명을 부양해야 한다는 것이다.

또한 국민건강보험공단 노인성 질환자 진료추이를 분석한 결과 치매환자는 '02년 4만 8천명에서 '07년 13만 5천명으로 2.83배 증가를 보이고 있으며, 파킨슨병, 뇌혈관 질환 등 노인성 질병 치료환자는 '02년 49만 9천명에서 '07년 84만 7천명으로 1.6배의 증가를 보이고 있다. 노인성 질환자의 증가는 현실적으로 가부장제도인 우리나라의 가족과 노인 자신들의 부양부담에 대한 인식을 변화시키기에 충분했다고 본다. 노인부양에 대한 ‘가족’의 책임인식은 '02년 70.7%에서 '06년 36.4%로 감소한 반면, 가족과 정부 및 사회의 책임인식으로는 '02년 18.2%에서 '06년 26.4%로 증가를 보

이고 있으며, 보건복지부(2004)의 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사에서 노인들이 건강악화 후 희망하는 거주형태를 살펴보면 무배우자 상태시 45.5%가 노인요양시설의 거주를 희망하고 있는 것으로 나타났다. 이는 가족뿐만 아니라 노인 자신들의 당면과제로서의 노인요양시설 이용에 대한 인식에 긍정적인 빠른 변화를 보이고 있기에 사회에서는 이에 따른 치료 목적이 아닌 일상생활 공간으로서의 요양시설을 준비해야 한다.

건강보험심사평가원의 ‘2008년 진료비 통계지표’에 의하면 지난해 건강보험 총 진료비는 전년도 대비 8.6% 증가한 35조 366억 원으로 노인 의료비가 전체 의료비의 29.9%(매일경제, 2009.2.24)의 비율을 보이고 있으며, 2003년 21.3%, 2004년 22.9%, 2005년 24.4%, 2006년 25.9%, 2007년 28.2%, 2008년 29.9%로 꾸준히 늘고 있는 양상이다. 5년 사이 그 비중이 10% 가까이 증가하여 앞으로 노인인구와 더불어 진료비도 큰 폭으로 상승할 것으로 예측되고 있다.

지난 ‘08. 4. 4 노인의료복지시설의 통합 및 개편에 따라 무료, 실비, 유료시설 유형의 개념이 요양시설로 변경되어 개인이나 영리추구의 일환으로 기업까지 시설 설치가 가능해졌다.

따라서 노인장기요양보험 실시 이전까지 노인요양시설의 형태를 살펴보면 전문요양시설을 제외하고는 대부분 기존 무료시설로서 최소한의 서비스를 제공할 수 밖에 없는 상당히 열악한 환경이었기에 요양시설에 대한 일반인들의 부정적인 인식이 있었음을 알 수 있다. 그러나 노인장기요양보험제도 실시 이후 시장경쟁체제로의 전환은 시설들의 자발적인 경쟁력을 가져오기에 충분했으며, 결과적으로 시설이용자와 가족들의 만족도를 높이고 노인요양시설에 대한 긍정적인 이미지 전환에 큰 역할을 했다고 볼 수 있다.

2008년 말 노인인구 5,193,000명 중 치매노인의 수는 421,000명이며, 건강보험공단자료 따른 2009년 9월말 현재 요양인정 등급 판정을 받은 1,2,3등급의 노인은 2009년 9월말 현재 516,672명으로, 1등급 120,117명, 2등급 133,651명, 3등급 262,904명이다. 이는 치매노인이 노인인구의 8.4%이상을 차지하고 있는데 2027년에는 100만 명을 돌파할 것으로 예측하고 있다. 또

한 복지부가 전국 65세 이상 노인 8,199명을 표본으로 조사한 ‘치매 유병률 조사’ 보고서에 나타난 65세 이상 치매환자 중증도별 현황자료에 따르면 65세 이상 인구의 24.1%에서 경도인지장애가 발견됐다. 이는 앞으로 노인요양시설에서 입소노인의 대부분을 차지하게 될 치매노인에 대한 시설운영 개선 방안이 아주 절실히 요구되어지고 있다는 것을 의미하기도 한다.

최근 시설이용자들의 시설선택권이 주어지게 되면서 시설충족률의 57%인 서울지역을 제외한 전국에서는 노인병원간 또는 노인병원과 요양시설간 노인이용자들의 유치에 심한 경쟁을 하고 있으며, 최근 윤종률(2009)의 ‘노인의료비 절감 및 효율적 노인보건의료체계 정립을 위한 노인요양병원의 현황 및 문제점, 노인요양병원의 질적 서비스 개선방안’에 의하면 요양병원의 2,512명의 환자 중 41.3%가 요양병원보다는 요양시설 또는 재가서비스를 이용하는 것이 적절한 것으로 나타났다.

이러한 현상은 결과적으로 요양시설에서의 적극적인 케어서비스에 대한 관심과 변화가 필요함을 보여주고 있으며, 현실적인 케어복지서비스의 기본원칙의 실천이 요구되어지고 있음을 알 수 있다 (양점도 외, 2006).

현재 일본은 2000년 개호보험을 시작하여 지속적인 변화에 변화를 거듭한 결과 지금은 완숙기에 접어들었으며, 지속적인 케어서비스의 질 관리를 통해, 노인 인권에 까지 상당한 수준의 변화가 있었음을 알 수 있다.

노인복지사업안내(2009)에서 “노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침”이 2006년 5월에 마련되어 지금까지 제시되고는 있지만, 그에 따른 시설종사자들의 인식에는 뚜렷한 변화요인이 없었으나 최근 노인장기요양보험제도 실시 이후에 시설에서는 노인 인권의 문제가 대두되기 시작하였다.

노인의 인권은 노인 학대에 대한 개념적인 정의와 노인에 대한 금지행위를 바탕으로 신체적 학대, 언어·정서적 학대, 성적 학대, 재정적 학대, 방임, 자기방임 및 유기 등으로 구분하고 있다. 특히 시설생활노인 인권보호지침은 시설생활노인의 권리와 국가 및 시설의 노인보호의무를 명확히 하기 위해 학대받지 않을 권리, 신체구속을 받지 않을 권리, 사생활 보장 권리, 통신의 권리, 정치·문화·종교적 신념의 자유, 개인재산의 자율적

관리, 자기결정권 행사의 권리 등 총 11개 항목의 권리선언과 시설운영자, 종사자, 가족 등 관계된 모든 이들이 준수해야 할 총 43개 항목의 [윤리강령]을 제정하였다. 특히 시설 생활노인 학대예방 및 개입지침 중 신체제한은 생활노인 또는 종사자 등의 생명이나 신체에 위험을 초래할 가능성이 현저히 높거나(절박성), 대체할만한 간호나 수발방법이 없거나(비대체성), 증상의 완화를 목적으로 불가피하게 일시적으로 신체적 제한을 하는 경우(일시성) 등의 경우를 제외하고는 노인의 의사에 반하는 신체적 제한을 해서는 안된다고 규정으로 금지하고 있다.

그러나 신체억제는 노인요양시설 종사자들의 신체억제에 대한 낮은 인식으로 인해 자연스럽게 행해지고 있는 것이 현실이고, 노인수명이 길어지고 노령화사회로 진행되면서 우리나라에도 노인의 신체억제는 수명의 연장에 따라 지금보다 더 늘어날 가능성이 충분하다고 사료된다.

신체억제와 관련하여 병원에서는 신체억제에 대한 선행연구가 있으나 요양시설에서 선행연구된 자료는 극히 미약하다.

따라서 본 연구에서는 지금까지 노인의 안전을 위해 신체억제를 통한 행동제한이 필요하다고 생각되어 시행해 왔던 신체억제의 문제를 인간으로서의 존엄과 잔존기능의 향상을 위해 노인을 존중해야 한다는 관점에서 노인요양시설 종사자의 신체억제 결정요인을 연구하고자 한다. 이를 위하여 선행연구를 기초로 노인요양시설에서 종사자들의 인식과 태도의 개인적 요인과 시설환경요인이 신체억제 결정요인을 가져올 수 있다는 가설을 세우고 이를 토대로 연구모형을 설정하였다.

또한 종사자들의 신체억제에 대한 인구사회학적인 요인, 개인적 요인(인식 및 태도)을 통해 신체억제사용 원인과의 상관관계 분석을 실시해 봄으로써 종사자들의 인식 및 변화를 강구하며, 노인요양시설에 거주하는 노인들의 서비스의 질 향상과 이용자들의 권리옹호에 따른 신체억제사용의 대안을 마련하고, 정책적인 제언을 하고자 한다.

제 2 절 연구의 방법 및 구성

본 연구를 수행하기 위해서 연구실행을 위한 이론적인 연구와 설문조사 분석을 통한 실증적인 연구를 실시하였다.

먼저 문헌연구에서는 노인요양시설 종사자들의 신체억제에 관련한 기존 연구자료의 분석을 통한 내용들을 명확하게 이해하고, 국·내외 관련 서적과 연구논문 등을 중심으로 이론을 정리하고 신체억제 사용여부에 대한 선행연구를 하였다.

이러한 이론적인 고찰을 통한 신체억제 결정에 미치는 요인 등을 토대로 연구 분석의 모형과 가설을 설정하였다.

실증적 연구 부분에서는 변수의 조작적 정의, 자료수집 및 분석방법을 제시하고 가설 검증을 실시하였다. 설문지 문항으로는 신체억제의 행위가 일어나는 문항들로 구성하고, 노인요양시설 종사자의 인식, 태도, 실태 등을 통한 신체억제 결정요인을 중심으로 구성하였다.

본 연구는 설문지 초안 작성 후 본 조사에 들어가기 전에 설문지 조사 도구에 대한 신뢰성과 타당성 여부를 알아보기 위하여 Pilot-Test를 실시하였다.

Pilot-Test는 2009년 9월 1일부터 2009년 9월 10일까지 전국 7개 시설¹⁾을 선정하여 사무국장, 간호사, 사회복지사, 케어팀장을 대상으로 실시하였다.

Pilot-Test 자료 중 인식과 태도에 대한 신체억제 결정요인 Cronbach's $\alpha = 0.675$ 값에 의한 신뢰도 분석을 실시하고, 설문지의 구성 타당도를 검증하기 위하여 요인분석을 실시하였다.

이 결과를 바탕으로 문항을 재구성 하였으며, 실증적 검증을 위한 표본 대상의 높은 신뢰성과 타당성을 위해 서울시의 지원과 감독을 받는 국·공립 노인요양시설 종사자들을 대상으로 하였으며, 시설장들을 대상으로 직접 설명하고, 사무국장들을 통한 협조 공문을 통해 전 직원들에게 내용

1) 도봉구 도봉실버센터, 관악구 동명노인복지센터, 노원구 중계복지관, 하계실버센터, 중랑구 중랑노인전문요양원, 강원도 광림전문요양원, 부산광역시 노인건강센터.

설명서를 참조하여 작성하도록 하였으며, 직접 회수하는 방법을 사용하였다. 설문조사 기간은 2009년 10월 1일부터 2009년 10월 15일까지였으며, 직접 회수되지 않은 설문은 우편 및 이메일을 통해 회수하였다. 설문 부수는 370부로 이 중 352부가 회수되어 95%의 회수율을 나타내었다. 이중 무성의한 반응을 보인 응답자 18부를 제하고 337부를 실제 분석에 사용하였다. 따라서 본 연구는 서울시의 지원과 감독을 받는 국·공립 노인요양시설로 서울시노인복지시설협회에 등록되어 있고, 정부의 지원시설인 서울, 경기, 강원에 위치해 있는 노인요양시설로 한정하여 설문을 실시하였기에 통계학적으로 일반화하기에는 한계가 있다.

표본의 특성을 파악하기 위해 일반적인 특성은 빈도분석을 실시하였고, 각 문항에 대한 신뢰도 검사를 실시하여 문항간의 신뢰도를 측정하여 예측가능성, 정확성 등을 살펴보았으며, 억제인식과 억제실태의 각 요인에 대한 타당도 분석을 위하여 요인분석을 실시하였다. 일반적인 특성과 시설현황에 따라 억제인식과 억제실태 차이를 살펴보기 위하여 평균차이 검증인 t-test와 ANOVA를 실시하였다. 일원변량분석에서 유의미한 차이를 보이는 변수에 대하여 사후검정을 실시하였다. 억제인식과 억제실태 및 억제태도와 억제실태에 미치는 영향과의 관계를 살펴보기 위하여 회귀분석을 사용하였으며, 억제인식 및 억제태도가 종사자 및 시설 특성에 따라 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위계적 회귀분석을 사용하였다. 본 연구의 실증분석은 모두 유의수준 $p < .05$ 에서 검증하였으며, 통계처리는 SPSS 12.0 윈도우 프로그램을 사용하여 분석하였다.

본 연구의 구성 체계는 크게 5개의 장으로 구성되어 있는데 이를 제시하면 다음과 같다.

제 1장은 서론으로서, 논문의 목차에 따라 연구의 목적, 방법, 구성에 대하여 설명하였다.

제 2장은 본 연구를 수행하기에 앞서 노인요양시설과 신체억제에 관한 이론적 고찰을 중심으로 제반 개념에 대한 이해와 연구의 직·간접적인 선행연구 및 이론을 기술하였다.

제 3장은 연구 설계로서 연구 분석을 위한 연구 모형을 설정하였고, 실증적 검증을 하기 위해서 연구문제와 연구가설을 설정 제시하여 표본선정·자료수집 및 분석방법을 설명하였다.

제 4장에서는 연구 분석결과에서 얻은 실증적 검증을 통한 결과 및 해석을 통해서 측정도구의 타당성과 신뢰도를 검증하고, 변수들 간의 상관관계 분석, 연구가설 및 연구모형의 검증, 자료수집분석, 분석결과의 요약 등을 다루었다.

제 5장은 연구를 통하여 분석된 연구결과의 요약 및 한계점과 연구의 시사점을 제시하였다.

제 2장 이론적 배경

제 1 절 노인요양시설

1. 우리나라 노인요양시설

1) 노인요양시설의 개념

노년기의 건강상태는 노인에게만 특징적으로 나타나는 질환이라기보다는 만성적인 질환으로 노화에 따라 진행되어 온 퇴행성 질환이다(최영희, 1999). 이와 같이 노인의 상병구조는 만성퇴행성 질환으로 되어 있어 보다 장기적인 진료가 필요하게 된다. 따라서 노인보건문제의 해결을 위한 접근을 치료로 제한해서는 안되며 건강증진, 치료, 재활 등 다양한 수준에서의 돌봄(care)의 기능이 포함된다(안태성, 2001).

우리나라의 노인인구도 점점 빠른 속도로 늘어나 사회, 경제적으로 매우 중요한 과제로 부각되고, 여성의 사회진출, 가족의 핵가족화 등으로 노인 부양에 대한 문제에 대한 문제가 제기되고, 특히 질병이 생기고, 경제력이 없고, 가족의 보호를 받을 수 없는 노인문제는 노인요양시설의 필요성을 대두시켰다.

노인요양시설은 1970년대 이후 노인문제가 사회문제로 등장하게 되면서 노인문제를 해결하기 위한 노인복지법의 입법화 노력이 시작되었다. 1980년대 들어서면서 정부의 의지와 사회적 인식의 변화, 노인인구의 증가 등에 의해 노인문제에 종합적으로 대처하고, 노인복지정책들을 보다 효과적으로 추진하기 위해 1981년 노인복지법이 제정되었다.

1981년 노인복지법이 제정되기 전에는 빈곤노인을 위한 입주시설로는 사실상 양로시설 밖에 없었으나, 노인복지법 제정 이후 요양시설은 양로시설에서 분리되어 건강에 문제가 있는 노인을 위한 입주시설이 되었다.

노인요양시설은 크게 양로시설과 요양시설로 나누어졌고, 노인전문병원

과 유료노인복지주택 등도 노인요양시설에 포함되었다. 양로시설에는 무료, 유료, 실비, 양로시설로 나누었고, 요양시설 또한 무료, 유료, 실비요양시설로 나누어지는데 여기서 다시 전문요양시설과 일반시설로 분리하였다.

노인요양시설은 병원이나 다른 특수 의료기관과는 달리 입원치료를 많이 요구하지 않은 만성질환을 가진 노인을 대상으로 질환의 정도에 따라 무료 또는 저렴한 요금으로 급식, 영양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 곳이다. 그러나 2008년 노인장기요양보험제도를 시작으로 무료, 실비, 유료 등의 구분이 없어지고, 2008년 4월 4일부터 노인요양시설은 노인복지법 개정으로 시설의 명칭이 통합·개편되었다. 변경 전과 변경 후의 주요변동 내역을 보면 <표 2-1>과 같다.

<표 2-1> 노인복지시설 종류

	변경 전	변경 후
노인주거 복지시설 종류	- 양로시설 - 실비양로시설 - 유료양로시설	- 양로시설(통합)
	- 실비노인복지주택 - 유료노인복지주택	- 노인복지주택(통합)
		- 노인공동생활가정(신설)
노인의료 복지시설 종류	- 노인요양시설 - 실비노인요양시설 - 노인전문요양시설 - 유료노인전문요양시설	- 노인요양시설(통합)
		- 노인요양공동생활가정(신설)
	- 노인전문병원	- 노인전문병원
재가노인 복지시설 종류		- 다음 서비스 중 한 가지 이상의 서비스를 제공하는 시설
	- 가정봉사원파견시설	- 방문요양서비스(명칭변경)
	- 주간보호시설	- 주·야간보호서비스(명칭변경)
	- 단기보호시설	- 단기보호서비스(명칭변경)
		- 방문목욕서비스(신설)

자료: 보건복지가족부“(2008), 노인보건복지사업안내, p. 98.

“노인복지법” 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설인 노인요양시설(노인요양공동생활가정)은 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말하고 있다.

2) 노인요양서비스의 유형과 내용

요양은 명확한 범위를 가진 동질의 서비스군 이라기보다는 극히 낮은 수준의 스스로 돌보기 지원으로부터 장기적인 집중치료에 이르기까지 여러 이질적인 서비스를 포괄하는 개념이라 할 수 있다(이혜진, 2006).

<표 2-2> 노인요양시설과 노인요양병원의 비교

구분	노인요양시설*	노인요양병원**
정의	장기요양 1, 2등급 노인이 입소하여 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 요양시설	의사 또는 한의사가 그 의료를 행하는 곳으로서 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고, 주로 장기요양을 요하는 입원환자에 대하여 의료를 행할 목적으로 개설하는 의료기관
대상 및 절차	노인성 질환을 가진 노인이 건강보험관리공단에서 장기요양1, 2등급을 받은 후 요양시설에 입소신청	노인성질환, 만성질환자 및 외과적 수술 후 회복기간에 있는 자로서, 주로 요양을 필요로 하는 자. 다만 정신질환자(노인성치매 환자 제외) 및 전염성질환자 제외
시설 기준	입소자 30명 이상 침실, 사무실, 요양보호사실, 자원봉사자실, 의료 및 간호사실, 물리(작업)치료실, 식당 및 조리실, 프로그램실, 비상재해대피실, 화장실, 세면장 및 목욕실, 세탁장	입원실(30인 이상 수용) 장기입원에 불편이 없도록 식당, 휴게실, 욕실, 화장실 등 편의시설을 갖추어야 함.

구분	노인요양시설*	노인요양병원**
인력 기준	입소자 30명 이상 -의사 : 촉탁의사 또는 협력병원지 원 -시설장 : 1인 -사무국장 : 입소자 50명 이상인 경우 1인 -간호사 : 입소노인 25인당 1인 -요양보호사 입소노인 2.5인당 1인 -사회복지사, 물리치료사 1인 (100명 초과 시 마다 1인 추가) -영양사: 입소자 50명이상인 경우 1인	-의사 : 연평균 1일 입원환자 40인 마 다 1인 -간호사 : 연평균 1일 입원환자 6인마 다 1인(단, 간호조무사는 간호사 정 원의 3분의 2범위 내에서 둘 수 있 음) -물리치료사 : 병원당 1인 이상(단, 연평균 입원환자가 100인 초과시 100인당 1인 이상 추가) -사회복지사 : 1인

자료 : *보건복지가족부(2008), 하반기 노인보건복지시설사업안내, pp. 52-70. 재구성.

**제5회 의료사회복지사 슈퍼바이저교육(2005), 대한의료사회복지사협회.

우리나라의 노인시설은 노인복지법에서 노인전문병원 요양시설, 가정 및 지역서비스 시설을 규정하고 있으며, 의료법에서 요양병원을 별도로 구분하고 있다. 노인요양시설과 노인요양병원의 차이를 목적 및 인력기준 등의 차이로 알아보면, 노인요양시설에서는 치매·중풍 등 노인성질환 등으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 도움을 필요로 하는 장기요양 1, 2등급 노인이 입소하여 급식·요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공받는 반면, 노인요양병원에서는 종합병원과는 달리 장기요양에 필요한 기본적인 시설과 인력만을 갖추고 만성질환을 안고 치료를 필요로 하는 노인이 입원하여 각종 편의 서비스를 제공하고 있다. 노인요양시설과 노인요양병원의 비교는 위의 <표 2-2>와 같다.

3) 노인요양시설 서비스 종류

노인장기요양보험 서비스는 현물급여를 원칙으로 하고 보완적으로 현금급여를 제공하며 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분되어진다.

시설급여(“노인장기요양보험” 제23조 제2항)라 함은 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원 등 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말하며, 서비스 종류를 살펴보면 <표 2-3>와 같다.

<표 2-3> 노인장기요양보험 서비스 종류

	종 류	내 용
시설 급여	노인요양시설	노인요양시설 및 노인요양공동생활가정에 장기간 동안 입소시켜 신체활동 지원 및 기능회복훈련 등을 제공
	노인요양 전문시설	
	소규모시설	
	노인요양 공동생활가정	
재가 급여	방문요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원
	방문목욕	장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공
	방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공
	주·야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	단기보호	수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
특별 현금 급여	가족요양비	수급자가 가족 등으로부터 방문요양에 상당한 요양급여를 받은 때 지급
	특례요양비	수급자가 미지정 수발기관에서 장기요양급여를 받은 경우 비용의 일부 지급
	요양병원간병비	요양병원 입원시 수발비용의 일부를 지급

자료 : 노인장기요양보험법, 제23-26조 참고.

4) 노인요양시설 신체억제 관련 지침

보건복지가족부는 최근 노인복지시설의 확충으로 급격하게 늘어나는 요양시설 입소자의 인권보장과 안전보호를 위한 제도적 장치로서 「노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침」을 신설하여 각 시설 및 관련기관에서 이를 준수토록 하였다. 이 지침은 크게 세 가지로 시설 입소자의 인권보호와 학대 예방, 안전관리지침으로 나뉜다. 이 중에 인권보호지침은 시설 입소자의 권리와 국가 및 시설의 노인보호 의무를 명확하기 위해 11가지 권리를 선언하고 있는데 그 중 하나의 항목이 ‘신체구속을 받지 않을 권리’를 포함하고 있다(보건복지가족부, 2009). 그 내용을 살펴보면 <표 2-4>와 같다.

<표 2-4> 노인요양시설 신체억제관련 지침

신체제한 금지규정
(신체제한 : 의류 또는 면으로 된 끈을 사용하여 일시적으로 신체를 구속하고 그 행동을 억제하는 행동의 제한)
(1) 생활노인 또는 종사자 등의 생명이나 신체에 위험을 초래할 가능성이 현저히 높거나(절박성), 대체할만한 간호나 수발방법이 없거나(비대체성), 증상의 완화를 목적으로 불가피하게 일시적으로 신체적 제한을 하는 경우(일시성)등의 경우를 제외하고는 노인의 의사에 반하는 신체적 제한을 해서는 안 된다.
(2) 어쩔 수 없는 경우로 인해 일시적으로 신체를 제한할 경우에도 노인의 심신의 상황, 신체제한을 가한 시간, 신체적 제한을 할 수밖에 없었던 사유에 대하여 자세히 기록하고, 노인 본인이나 가족에게 그 사실을 통지하여야 한다.
(3) 시설 규정에 위반되거나 또는 의료적 목적을 달성하기 위한 경우를 제외하고는 신체적인 제한이나 심리적인 영향을 미치는 약물을 처방해서는 안 된다.

자료 : 보건복지가족부(2009), 노인보건복지사업안내, pp. 320-321.

2. 선진국의 노인요양시설

각국의 노인복지시설은 국가별, 시대별로 다른 형태를 취하고 있다. 특히 민간이 노인복지시설에 관심을 가진 이후 급속도로 발달하기 시작하였

으며, 의료의 수준과 시설화 정도에 따라 그 명칭이 달리 나타나고 있다.

1) 미국의 노인요양시설

미국의 노인보호는 1935년에 제정된 사회보장법의 노인부조(Old Age Assistance)규정에 의해 제도적으로 시작되었다. 이때의 노인보호는 경제적 보장중심의 장기요양보호에 대한 언급은 없었다. 장기요양보호는 민간부분의 노인요양원 운영에서 시작되었고, 1930년대에는 종교단체, 자선단체 및 공공부분의 후원으로 적은 수의 요양원이 운영되었다. 1940년대에 들어서면서 지역에서 보호를 받을 수 없거나 간호를 받을 수 없는 노인들의 수가 증가하여 병원보다 저렴한 요양원의 수가 증가하였으나 이 역시 규모나 경영은 여전히 개인에 의해서 운영되는 가내산업 수준의 영리사업에 머물렀다. 이후 50년대에 이르러 비로소 Hill-Button입법에 의해 요양원시설에 대한 연방정부지원이 제도화되었다(김미혜, 1996). 1961년 병원협회가 정한 노인요양시설의 정의를 “노인요양시설은 증상이 급성이 아니므로 긴급한 병원의료를 요하지 않으나 전문적 간호나 물리치료, 작업치료 등과 관련된 치료를 요하는 환자에게 의사의 지시에 따라 전문적 간호와 관련된 진료를 질병상 허약한 환자에게 제공하는 목적으로 지닌 시설이다”라고 하여 병원보다 한 단계 완화된 시설에서의 서비스를 받을 수 있다고 정의하고 있으며(대한의학신문, 2000), 미국의 노인복지시설은 1965년 노인복지법이 제정되면서 발전하였다. 또 노인을 통합보호하기 보다는 연방, 주, 지방정부, 민간단체 등 다양한 기관에서 노인보호를 담당하기 때문에 다른 어느 국가들보다 시설의 종류가 다양하다.

그리고 대규모 복합 노인단지(Life Care Community)를 찾아 볼 수 있는 것이 미국 노인복지시설의 가장 큰 특징이라 할 수 있다(유성호, 2001).

(1) 장기보호(Long-Term Care) 서비스 종류

미국에서 노인에 대한 각종 사회복지서비스는 장기보호(long-term care)

의 관점에서 다루고 있다. 장기보호는 공공복지정책과는 달리 병원, 요양원, 수용시설, 가족서비스기관, 재가복지센터 등 거의 민간기관 위주로 서비스가 제공되기 때문에 별도로 취급된다. 물론 장기보호도 미국노인법(OAA)에 의한 재정적인 지원을 받아 운영되고 있지만 서비스 전달의 주체가 주로 민간기관이라는 점에서 공공복지정책과는 구별된다(김현중, 2003).

장기보호(long-term care)라는 개념은 만성질환과 밀접한 관련을 맺는다. 나이가 젊은 사람이 급성질환에 걸릴 경우 의학적인 정확한 진단과 치료에 의해서 질병은 호전되고 건강상태를 회복한다. 그러나 만성질환의 경우 진단을 정확히 해도 치료의 효과성이 확보되지 않는다. 노인이 만성질환을 앓고 있는 경우는 더욱 그러한 것이다. 노인이 만성질환을 앓고 있는 경우 일상생활을 위한 기능장애를 동반한다. 따라서 한두 가지 이상의 만성질환을 갖는 노인에 대한 의료서비스 접근과 기능장애의 문제를 해결하기 위해서는 장기보호가 될 수 밖에 없다.

장기보호는 노령이나 질병 또는 장애로 인해서 독립적인 생활에 큰 불편과 어려움을 겪는 사람을 대상으로 의료, 주거, 기타 사회복지 서비스 등을 제공해 주는 것을 말한다. 미국에서 장기보호는 시설보호와 지역사회를 중심으로 전개되는 재가복지서비스를 포함하는 개념이다(Huttman, 1985). 시설보호(institutional care)는 일정한 주거형태를 갖춘 기관에서 노인에 대한 의료 및 기타 종합적인 서비스를 제공해 주는 것을 말한다. 미국에서 시설보호의 대표적인 유형이 요양원보호(nursing home care)이다.

그 밖에 기숙보호시설(board-and-care facilities)과 병원보호(hospital care)도 시설보호에 포함된다. 1970년도까지 거의 모든 허약하고 의존적인 노인들은 요양원 보호를 받고 있었으나 탈 시설화 이후 거의 모든 노인들은 지역사회에서 재가복지서비스를 받고 있다.

재가복지는 광의로는 시설보호와의 대조를 이루는 지역사회보호(communitary care)를 의미하고, 협의로는 재가의 노인과 장애인을 위한 보건 의료서비스와 가정봉사서비스를 포함한다(Kane & Kane, 1987). 그러므로 지역사회보호는 협의의 재가복지를 포함하여 노인주간보호서비스, 시설배달서비스, 교통 및 이동서비스, 전화확인서비스 등 지역사회를 기초로 노인에게

각종 사회복지서비스를 제공해 주는 것을 의미한다(김성이 외, 1997). 따라서 미국의 노인장기요양보험 서비스의 종류를 살펴보면 <표 2-5>와 같다.

<표 2-5> 미국의 노인장기요양보험 서비스 종류

종 류		내 용
시설 복지	일반양로시설	일상생활활동의 기능이 떨어진 노인들을 위한 시설로 비전문인에 의해 생활 활동 보조와 각종 서비스 제공
	전문요양시설	의료적 투약관리 및 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료 등 전문적 서비스가 제공되는 시설로 일정수의 정규간호사와 의사가 상근하며 24시간 요양간호를 통해 계속치료, 요양간호, 재활치료를 제공
	중간요양 보호시설	의료 진료보다는 건강유지에 목적을 두고 있는 시설로 전문적 서비스의 일부가 제공되는 시설로서 상근하는 정규간호사와 정기적 방문으로 치료서비스 제공
	회전침대제도	병원에서 실시되는 요양소의 한 형태로 응급치료병원에 장기보호환자가 사용할 수 있는 침대를 확보해 놓은 것으로, 노인이 지역사회에서 가족 가까이 보호를 받을 수 있도록 하고 있음.
	숙식과 보호시설	영리적으로 운영되는 것으로 기능은 일반요양원과 같음.
지역 보호 서비스	가정간호보호	Chemo(화학요법)치료와 같은 고도로 전문적 간호에서 복용과 같은 일상생활지원서비스까지 광범위한 서비스 포함
	재택지원서비스	사회서비스보조금을 규정한 사회보장법 20장에 의해서 재정적인 지원이 되며, 가정방문간호원, 가사보조, 식사배달, 부양자휴식서비스, 사례관리, 교통, 임종간호서비스 등을 제공
	주간보호사업	경미한 장애를 가진 노인에게 낮 동안 보호하면서 의료적서비스는 건강보호기관에서 의료지원을 하고 사회적 서비스는 사회적 상호작용이나 활동을 제공
	단기보호사업	가족이 노인을 일정기간 돌볼 수 없는 경우에 단기간 동안 노인을 맡아서 보호하는 사업
	노인위탁 보호사업	일상생활활동에 지장이 있는 노인들을 소규모 단위로 위탁받아 보호
재향군인사업		재향군인청이 독자적으로 115개소의 요양원에 20,000명을 보호하고 있고 이런 독자적 시설 이외 일반요양원과 계약에 의한 지원 및 가정건강보호서비스를 제공

자료 : 김현중(2003:53-58) 연구를 김귀자가 재구성 함.

(2) 미국 노인요양시설 인력기준

연방정부 법률(Federal law)은 The Nursing Home Reform Act of 1987에서 요양원(nursing homes) 직원배치 기준을 다음과 같이 기술하고 있다. ‘요양원은 각각의 거주자에게 기술된 간호 계획에 따라 최상의 실제적인(practicable) 신체적(physical) 및 사회심리적(socio-psychological) 안녕(well-being)을 이루고, 유지할 수 있도록 간호 및 관련 서비스를 제공할 수 있는 충분한 간호 인력을 갖추어야 한다’ 사실상 이것은 별도의 인력기준을 규정하고 있지 않다고 볼 수 있으며, 세부인력 기준은 각 주별로 법률, 규칙 또는 정책으로 규정하도록 하였다(한국보건산업진흥원, 2007:107). 단, the National Citizens Coalition for Nursing Home Reform(1995년, 1998년 개정됨)에 의해 100병상 규모의 요양원(nursing homes)의 인력을 <표 2-6>, <표 2-7>, <표 2-8>과 같이 기준을 제시하고 있다.

<표 2-6> 노인요양시설의 최소 간호인력 권고 기준

인력구분	근무조	간호인력 : 대상노인
RN, LPN, LVN, CNA*	day	1:5
	evening	1:10
	night	1:15
RN, LPN, LVN**	day	1:15
	evening	1:25
	night	1:35

주: * 정규간호사, 간호조무사, 보조원 등 모든 간호인력 포함(RN:Registered Nurse, LPN: Licensed Practical Nurse, LVN: Licensed Vocational Nurse, CNA : Clinical Nurse Aids)

** 정규간호사, 간호조무사 포함

자료: National Citizens coalition for Nursing Home Reform. 1988.

http://www.nccnhr.org/govpolicy/PF_246_1275_6834.cfm

<표 2-7> 100병상 규모 요양원 인력배치(연방정부 추천형)

부문	직책	인원수(명)	부문	직책	인원수(명)
경영 부문	원장	0-1	서비스 부문	사업과	
	행정보조	0-1		책임자	1
	비서	1		장부계	1
	접수원	1		보조	1
	진료부장	비상근		의무기록	1
	보조직원	비상근		입원허가	1 비상근
	입주자위원회			급식	
진료 부문	치과의	비상근		책임자	1
	족병치료의	비상근		감독	2-3
	안과의	비상근		요리사	2-3
	약사	비상근		샐러드식	2
	물리치료사	1		조리	3-5
	치료보조원	1		사회복지	
	작업치료사	비상근		코디네이터	1(학사이상)
				공인사회복지사	1 비상근
	언어·청각치료사	필요시		복지사 보조	1
	임상병리·방사선			행정보조	1 비상근
간호 부문	간호부서장	1		레크리에이션	
	수간호사(낮번)	1		책임자	1
	서기	1		보조	1
	간호사	2-3		자원봉사자	
	보조원	7-14		청소 책임자	1
	주임간호사(초번)	1		청소원	5-10
	간호사	1		세탁 책임자	1
	보조원	7-14		보조	2-4
	주임간호사(밤번)	1		시설관리 책임자	1
	간호사	1		보조	2-5
	보조원	4-7	기타	질 관리 프로그램	
				감염관리 프로그램	
시설안전관리 프로그램					

<표 2-8> 미국 노인요양시설의 인력기준

인력 구분	기준	비고
필수 인력	(a) 간호감독(director, RN) (b) 간호감독 보조사 (assistant director, RN) (c)간호교육감독자(director of nurse and nurse aide education, RN)	*100병상 이하의 요양원에서는 (b)와(c)
간호사 *	(1) 6a.m-2p.m : 입소자 15인당 1인 (2) 2p.m-10p.m : 입소자 25인당 1인 (3) 10p.m-6a.m : 입소자 35인당 1인	· 조리, 청소, 세탁, 서비스를 제공하기 위해 고용된 인력은 간호보조원 (2), (3)에서 제외 한다.
간호 보조원 (aide)	(1) 6a.m-2p.m : 입소자 5인당 1인 (2) 2p.m-10p.m : 입소자 10인당 1인 (3) 10p.m-6a.m : 입소자 15인당 1인	· (2), (3)의 비율은 최소한의 것이며, 거주자의 건강관리의 질을 높이기 위해서 인력은 추가될 수 있다.

자료: <http://www.aopha.org/pubpolicy>

(3) 미국 노인요양시설 신체억제 관련 법령

연방법률(Federal law)인 The Nursing Home Reform Act of 1987 은 2002년에 미국회계감사원(GAO)의 요양시설 입소자를 학대로부터 보호하는 노력이 더욱 필요하다는 보고를 바탕으로 입소자의 신체억제로부터의 인권보호에 관련된 개정작업이 이루어졌다. 신체억제관련 법령 내용에서는 우리나라와 일본의 그것과는 큰 차이가 없지만 법적 구속력이 있다는 것이 특징이라고 할 수 있겠다. OBRA 87(Nursing Home Reform 87)법의 내용을 살펴보면 <표 2-9>와 같다.

<표 2-9> 미국 노인요양시설 신체억제 관련법령

입소자 보호를 위한 억제 및 격리방침
(Restraint and seclusion policy for the protection of residents)

- (1) 각 입소자는 강압(coercion), 훈련(discipline), 편의(convenience), 보복(retaliation)의 수단으로 사용되는 어떠한 형식의 억제 및 격리로 부터 자유로울 권리가 있다.
- (2) 억제 및 격리에 관한 지시를 표준화된 지시 또는 필수적인 기초로서 작성해서는 안 된다.
- (3) 억제 및 격리는 입소자에게 해나 부상을 입혀서는 안 된다. 그리고 오직 (가) 응급상황에 한하여 해당 입소자와 다른 입소자의 안전을 위해서 그리고 (나) 비록 억제 및 격리 조치 기간이 유효하여도 응급상황이 종료되고 입소자의 안전과 다른 입소자의 안전이 보장될 때까지만 사용되어야 한다.
- (4) 억제와 격리를 동시에 사용할 수 없다.

자료 : OBRA 87(Nursing Home Reform 87) Title 42,Volume 3, 42 CFR483.356.

2) 일본의 노인요양시설

인구의 빠른 고령화로 일본의 노인시설도 그 변화의 속도가 빠르다고 할 수 있다. 즉, 시설중심의 노인시설에서 지역사회를 중심으로 하는 서비스 시설중심으로 바뀌고 있다. 최근에 와서는 개호보험이 실시되면서 노인복지가 더욱 재가중심으로 바뀌고 있다.

고령자 개호²⁾의 필요성이 높아지게 되고, 사회보장 개혁의 일환으로 개호보험문제가 대두되어, 이에 대한 계획의 일환으로 개호보험이 1997년에 국회에서 통과되었고, 2000년 4월부터 개호보험이 실시되게 되었다. 경과

2) 개호(介護)에 대한 정의는 다양하게 사용되고 있으나 일본의 개호보험법(제7조 제1항)에서는 신체상, 정신상의 장애로 인해 입욕, 배설, 식사 등의 일상생활에서 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대해서 6개월을 계속해서 상시 개호가 필요하다고 여겨지는 상태를 말하며 개호는 介助(Support)와 看護(Nursing)의 합성어로 영어로는 'Long Term Care'에 해당되며 우리의 수발에 해당한다.

를 보면 장수사회대책대강(1986) → 골드플랜(1989) → 신골드플랜(1995) → 공적개호보험제도(1997)의 추진과정을 거쳤다. 이때 신고령자보건복지추진 10개년 전략(신골드플랜)에 의한 개호서비스공급체계의 정비와 요개호인정 시범사업 등을 실시하기도 하였다. 65세 이상의 노인이 증가함에 따라 발생하는 의료비 증가와 복지서비스 증가에 대처하기 위해 건강보험(Long term care insurance)은 1997년도 개호보험법 제정 후 2000년 4월부터 실시되고 있는 새로운 일본의 사회보장제도 중의 하나이다. 고령화가 급속히 진전됨에 따라서 개호를 필요로 하는 요개호고령자가 2000년에는 약 280만 명 정도였고, 2025년에는 520만명으로 예상되고 있다(남은우, 2002, 재인용; 김상곤, 2002; 정윤돈, 2003).

(1) 일본 개호서비스 종류

개호보험의 보험급여 대상 서비스는 재택서비스와 시설서비스로 나누어 볼 수 있고, 개호급여 인정을 받은 개호대상자는 두 가지 서비스의 한 쪽을 자유롭게 선택할 수 있으며 다만 지원필요인정을 받은 피보험자는 개호필요상태의 발생을 예방한다는 관점에서 재택서비스만이 급여대상이 되고 개호보험에서는 재택서비스에 대해서 개호필요도에 따라 급여액이 차등 지급된다. 개호서비스의 종류 및 내용은 <표 2-10>과 같다.

<표 2-10> 개호서비스의 종류 및 내용

종 류		내 용
재가 개호 서비스	방문개호 (홈 헬퍼 서비스)	방문개호원(홈 헬퍼)이 가정을 방문하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호나, 식사의 준비나 청소 등의 가사원조 등, 일상 생활 상의 도움을 주는 서비스
	방문입욕개호	욕조를 차내에 갖춘 입욕차등으로 가정을 방문하여, 입욕개호를 실시하는 서비스
	방문간호	간호사 등이 가정을 방문하여 영양상의 원조 또는 진료 원조를 행하는 서비스
	방문재활	물리요법사나 작업요법사 등이 가정을 방문해서, 물리요법(맞사지, 운동, 입욕 등의 수단에 의한 기능회복), 작업요법(손끝의 훈련, 작업보장구의 이용 등에 의한 기능회복), 그 외에 필요한 재활을 실시하는 서비스

종 류		내 용
	재가요양 관리지도	의사, 치과의사, 약사 등이 가정을 방문하여 요양상의 관리나 지도를 행하는 서비스
	데이서비스 개호	당일개호시설(day service center) 등에 통원시키면서, 입욕, 식사제공 등 일상생활상의 원조, 기능훈련을 하는 서비스
	통소재활	노인보건시설, 병원 등의 시설(day care center)에 다니게 하면서 물리요법, 작업요법 그 외에 필요한 재활활동을 제공하는 서비스
	단기입소 생활개호	특별양호노인홈 등의 복지시설에 단기입소 시켜서 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 그 외 일상생활상의 원조나 기능훈련을 실시하는 서비스
	단기입소 요양개호	노인보건시설 등의 의료시설에 단기간 입소시켜, 간호, 의학적인 관리하에 개호, 기능훈련, 그 외에 필요한 의료 및 일상생활상의 도움을 제공하는 서비스
	치매대응형 공동생활개호 (치매성 노인의 그룹홈)	치매상태에 있는 요개호자가 다섯 내지 아홉명 정도로 공동생활을 하면서 입욕, 배설, 식사 등의 개호 그 외의 일상생활상의 원조나 기능훈련을 받는 서비스
	특정시설 입소자 생활개호	유료노인홈, 케어 하우스 등에 입소하고 있는 요개호자 등에 대해서 개호서비스 계획에 근거하여 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 그 외의 일상생활상의 원조, 기능훈련 및 요양상의 원조를 하는 서비스
	복지용구 대여	휠체어나 침대 등 복지용구의 대여 서비스
시설 서비스	지정개호노인 복지시설	특별양호노인홈의 입소자에 대하여 시설서비스 계획에 근거하여, 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 그 외의 일상생활상의 도움, 기능훈련, 건강관리 및 요양상의 도움을 제공
	개호노인보건 시설	노인보건시설 입소자에 대해서 시설서비스 계획에 근거하여 간호, 의학적인 관리하의 개호 및 기능훈련, 그 외에 필요한 의료 및 일상생활상의 원조를 제공
	지정개호요양형 의료시설	개호보험으로 입원할 수 있는 병원을 일컬으며, 개호력강화병원, 요양형 병상군, 치매질환요양병동이 있음

자료 : 日本, 「介護保険法」 第41條, 第44條, 第48條. 참고.

(2) 일본 개호노인복지시설 인력기준

일본의 개호보험시설에서는 개호노인보건시설 이외에 개호노인복지시설,

개호요양형의료시설로 나누어지고, 개호·간호직원의 배치는 각 시설 모두 3:1(단, 경과조치의 개호노인복지시설에서는 4:1)이며, 노인보건시설은 사회복귀 전문직인 OT(작업치료사) 또는 PT(이학요법사)를 반드시 배치해야 한다. 세부 인력기준을 살펴보면 <표 2-11>과 같다.

<표 2-11> 개호보험시설 인력기준

구분	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형의료시설		
			병원(요양병상이 병동의 일부로 있는 경우)	진료소(요양병상이 있는 진료소의 경우)	노인성인지 증질환 요양병상이 있는 병원의 경우
의사	필요수	입소자 100명당 1인	의료법에 의한 요양병상 병원의 필요수	1인 이상	의료법의 지정 수
약제사		실정에 맞춘 적당 수	의료법에 의한 요양병상 병원의 필요수		의료법의 지정 수
생활상담원	입소자 100명당 1인 (1인 이상 상근)				
개호직원 또는 간호자 및 주간간호사	-입소자 3명당 1인 -간호직원 1인 이상 상근 · 입소자 30명 미만 : 1인 이상 · 입소자 30명-50명: 2인 이상 · 입소자 50명-130명: 3인 이상 (50명 추가시 1인 배치)	입소자 3명당 1인(간호직원 은 간호·개 호직원총수의 2/7, 개호직 원은 간호· 개호직원 총 수의 5/7)	간호사 또는 주간간호사 : 입 원환자수 6인 당 1인	6인당 1인	간호사 또는 주간간호사 : 노인성 인지 증질환 병동 에 필요한 간호 직원 개호직원 : 6인당 1인

구분	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형의료시설		
			병원(요양병상이 병동의 일부로 있는 경우)	진료소(요양병상이 있는 진료소의 경우)	노인성인지증질환 요양병상이 있는 병원의 경우
영양사	1인 이상	정원 100명 이상의 시설은 1인 이상	의료법의 지정 수		의료법의 지정 수
기능훈련 지도원	1인 이상 (겸임가능)				
개호지원 전문원	1인 이상 겸임가능 (입소자 100명당 1인)	1인 이상 (입소자 100명당 1인)	1인 이상 (입원환자 100명당 1인)	1인 이상	1인 이상 (입소자 100명당 1인)
지원상담원		입소자 100명당 1인			
이학요법사 또는 작업요법사		입소자 100명당 1인	시설사정에 의한 적정 수		작업요법사 : 1인 이상
조리원, 사무원 기타 종사원		실정에 맞춘 적당 수			
정신보건복지사					전종 상근자 1인 이상

자료 : 한국보건산업진흥원(2007), 노인요양시설 운영기준 및 운영현황 국제비교, p. 57.

(3) 일본 노인요양시설 신체억제 관련 지침

1999년 일본은 개호보험법의 근거를 가지고 시설서비스에 관련된 지침을 후생성령으로 발표하였으며, 신체억제 관련 지침을 포함하고 있다. 이 지침은 지정개호노인복지시설과 지정노인보건시설로 구분하고 있으며 그 내용은 <표 2-12>와 같다.

<표 2-12> 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준

지정개호노인복지시설*	지정노인보건시설**
(1) 지정개호노인복지시설은, 지정개호복지시설서비스의 제공에 있어서는, 당해 입소자 또는 타 입소자 등의 생명 또는 신체를 보호하기 위한 긴급 어쩔 수 없는 경우를 제외한, 신체적 구속 그 외 입소자의 행동을 제한하는 행위(이하 ‘신체적구속등’이라 함)을 행하여서는 안 된다.	(1) 서비스제공에 있어서는, 당해 입소자 또는 타 입소자 등의 생명 또는 신체를 보호하기 위해 긴급 어쩔 수 없는 경우를 제외한, 신체적 구속 기타 입소자의 행동을 제한하는 행위(이하 ‘신체적구속등’이라 함)을 행하여서는 안 된다.
(2) 지정개호노인복지시설은, 전항의 신체적구속 등을 행할 경우에는, 그 양태 및 시간, 그때의 입소자의 심신 상황 및 긴급 어쩔 수 없는 이유를 기록하지 않으면 안 된다.	(2) 개호노인보건시설은, 전항의 신체적 구속 등을 행하는 경우에는, 그 양태 및 시간, 그 때의 입소자의 심신 상황 및 긴급 어쩔 수 없는 이유를 기록하지 않으면 안 된다.

자료 : * 1999년 3월 31일 후생성령 제39호,

**1999년 3월 31일 후생성령 제40호.

제 2 절 신체억제에 관한 이론적 고찰

1. 용어의 정의

1) 억제의 개념

억제(restraint)란 일반적으로 통제하기 위하여 감정적, 신체적으로 본능적인 충동억제, 반응이 억제되는 어떤 과정으로 인식되고 있으며(구재관 등, 2005), ‘신체구속’, ‘신체 묶기’ 등과 같은 의미로 생각할 수 있다. 의식적인 노력에 의해 노인의 본능적인 신체적 충동이나 감정·사고를 억제하는 과정으로 정의한다. 또한 구속이란 의류 또는 끈이 들어간 대(帶) 등을

사용하여 일시적으로 해당 환자의 신체를 구속해 그 운동을 억제하는 행위의 제한³⁾을 말한다.

2) 억제대의 개념

억제대는 환자의 신체적 활동 또는 환자들을 움직일 수 없도록 하는 일반적인 접근방식으로 어떠한 수동적 방법, 신체적 또한 기계적 장비이다. JCAHO(The Joint Commission on Accreditation of Health Organization)이라는 의료기관 재가를 위한 연합기구는 억제대라는 단어를 정의하는데 있어서 환자의 동의가 있건 없건 간에 물리적 힘의 직접적인 적용으로 환자 움직임의 자유를 억압하는 뜻으로 언급하고 있다.

물리적 힘은 사람일 수도 있고, 의학적인 장치일 수도 있고 둘 다 병행될 수도 있다.

FDA(The Food and Drug Administration)식품의약품국과 CMS(Center for Medicare and Medicaid Services) 메디케이드 서비스센터라는 기구에서는 방어적 억제대가 환자들의 행동을 억제하는 장치인데 환자에 의해서 쉽게 제거될 수 없는 것이라고 서술하고 있다.⁴⁾

억제대의 종류로는 조끼, 병어리 장갑, 벨트, 테이블 달린 노인용 의자, 침대 난간 등이 있다.

3) 신체 억제

Stilwell(1988)은 신체적 억제를 자유롭게 몸을 움직이는 것을 막고 환자에 의해 조정되지 않거나 쉽게 이동할 수 없도록 환자의 몸에 묶는 기계적 장치라고 정의하였다. 따라서 신체의 움직임을 제한하는데 사용하는 모든 물리적, 화학적인 방법을 의미하여(Health Care Financing

3) 外川明子外(2004), 身体拘束のないケアの提供を考え、岡山朝日病院の研究會誌の第3巻、pp. 93-100.

4) Nancy M. Saufl, MS, RN, CPAN, CAPA(2004), "Restraints Use and Falls Prevention" Journal of PeriAnesthesia Nursing, Vol 19(No 6, December), pp. 433-436.

Administration, 1990) 억제대와 탄력붕대, 시트, 끈 등 비규격화된 도구를 사용하여 행동을 제한하는 것을 의미한다.

본 연구에서는 신체억제를 종사자가 노인의 낙상예방, 본인이나 타인에게 줄 수 있는 상해 방지 및 치료를 목적으로 노인의 의사와는 무관하게 억제대를 사용하여 노인의 신체적 행동을 제한하는 행위로 정의하고자 한다.

2. 신체억제에 관한 선행연구

1) 신체억제사용 실태

신체억제는 최근 의료계에서 그 사용의 정당성으로 인해 논란의 대상이 되고 있다(Jensen et al, 1998). 이는 병원에서 다루기 어려운 환자의 행동을 관리하기 위해 환자의 의사와는 상관없이 인간의 기본권인 행동의 자유를 제한할 뿐만 아니라 이로 인한 큰 정신적 충격을 주고 신체적인 후유증을 남길 수 있어 그 윤리성이 문제가 된다(Burnside, 1984; Ludwick & O'Toole, 1996). 이와 같은 문제의 인식에서 신체억제에 대한 연구는 계속되어 왔지만 현황에 대한 조사가 대부분이었다.

우리나라의 경우 억제대에 대한 연구들을 살펴보면 중환자실의 억제대 사용에 관한 연구에서 그 사용의 가장 일반적인 목적은 환자를 보호하는 것으로 나타났다. 그리고 구체적인 사용목적으로는 낙상의 예방, 의료기구의 보호, 파괴적 행동의 통제 등이 보고되었다(박명화, 1997). 또한 신체억제대 사용이 환자 보호를 위해 사용된다고 하여도 치료기구 제거를 효과적으로 예방하지 못하며(이종진 등, 1996), 부동과 관련된 여러 가지 문제 즉, 근육긴장도의 상실, 욕창, 흡인성 폐렴, 변비, 골절 등과 같은 신체적 문제와 정신적 상태의 악화, 행동의 악화 등과 같은 문제를 일으킬 수도 있다(Folmar, Wilson, 1989; Kayser-jones, 1992; Kikuta, 1991; Mchutchion, Morse, 1988)고 하였다.

중환자실에서 환자를 위한 억제대 개발과 그 사용효과(서선희, 이병숙, 1997) 등 특수적인 중환자실과 관련된 연구와 병원간호현장에서의 억제대

사용실태에 관한 연구(김기숙 외, 2000)가 주류를 이루고 있다.

간호사의 신체 억제대 사용의도와 그에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(박명화, 이명숙, 1998)에 의하면 신체 억제대 사용에 대한 결정이 대부분 간호사에 의해 내려지는 것으로 나타나 간호사의 태도와 신체적 억제대 사용과의 관계를 파악할 필요성이 있고 적용과 제거에 가장 유의미한 영향을 미치는 요인으로 행동불안 정도라고 보고한 연구(최은하, 1999)가 있었다.

이와 같이 우리나라의 억제대 사용에 대한 연구를 살펴보면 사용현황에 관한 단순통계자료도 거의 없으며(서선희, 이향련, 1996), 억제대 사용에 대한 실무 지침이나 규정도 마련되어 있지 않은 실정인데, 최근 2006년 노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침에 신체제한 금지규정⁵⁾이 생활안내에 지침을 마련하였는데 아직 큰 실효성을 거두지 못하고 있는 실정이다.

1980년대의 연구결과를 보면 일반 내·외과 병동에서 모든 연령에 6-13%의 억제대를 사용하고 있으며, 65세 이상에서는 18-22%로 더욱 높은 비율로 억제대를 적용하고 있는 것으로 조사되었다(Minnick, Mion, Leipzig, Lamp & Palmer, 1998). 또한 억제대의 사용실태를 보면 우리나라의 경우 억제대 사용률은 일반 병동 3.5%, 중환자실 33.8%-46.4%로 보고되고 있으며(여정민, 2005), 외국의 경우 미국과 캐나다에서는 종합병원에서 6-17%, 간호요양원에서는 25-85%라고 하였으며(O'Keffe, Jack & Lye, 1996), 유럽에 비해 억제대 사용률이 현저히 높은 상태이다((Minnick, Mion, Leipzig, Lamp & Palmer, 1998).

미국에서는 억제대 사용에 대한 부작용에 대해 환자의 인권과 자율성 존중을 위해 억제대 사용에 관해 법적으로 제한함으로써 그 사용빈도가 줄어들었다고 한다(Stevenson 1992; Stilling 1992). 또한 신체억제와 인식 상태는 상호관계가 있음이 보고되었다. Tomas(1988)는 42곳의 전문화된 노인성환 기관에서 환자의 47%가 신체적으로 억제를 받고 있음이 발견되었고, 환자의 74%는 상당한 행동장애가 있으며, 환자의 23%는 심각한 행동장애가 있다고 하였다. National Nursing Home Survey의 자료에 따르면

5) 보건복지가족부(2009), 「노인보건복지사업안내」, pp. 320-321.

신체적 억제사용은 흥분한 환자의 33.4%, 공격적인 환자의 36%, 배회하는 환자의 34%에 적용하고 있는 것으로 나타났다.

신체억제의 실태에 있어서 일본의 인지증 수발연구 연수 센다이센터⁶⁾가 발표한 ‘개호보험시설에 있어서의 신체구속 상황조사’에 의하면 신체구속의 30%이상이 긴급시 어쩔 수 없는 경우 이외에도 신체구속을 실행하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 신체구속은 개호보험지정 기준에 의해 ‘긴급시 어쩔 수 없는 경우를 제외’하고는 금지되어 있는데 예외적으로 실행하는 경우에도 기록의 의무부여나 예외 3원칙(절박성, 비대체성, 일시성)에 해당되는 경우에 한해서 등 신중한 실시를 요한다. 하지만 조사에 의하면 신체구속의 32.1%가 긴급이외에 실시되고 있었는데 그 이유로는 일손이 부족해서(30.2%), 가족의 강한 요망(8.3%), 구속 이외에는 검토하지 않았다(7.5%) 등으로 나타났으며, 특별한 방침이 없이 개별 담당자의 판단으로 처리되는 경우도 20.4%를 상회했다. 인원배치 상황과 구속률과의 관계를 살펴보면 수발노인보건의료시설에서는 관련성이 보였지만 특양시설에서는 직원 1명당 입소자 2명 이하로 구속률 0%가 35.8%, 2-2.5명이 36.1%, 2.5명 이상이 30.2%로 나머지 관련성이 보이지 않았으며, 수발요양의료시설에서도 비슷한 관련성이 있어 결과적으로 신체구속폐지의 추진은 인원배치상황보다도 각 시설의 대처에 달려 있다는 결과가 표시됐다. 또한 전국 노인복지시설 협회회의 ‘특별양호 노인홈’에 있어서의 행동제한에 관한 앙케이트 조사⁷⁾에 따르면 신체구속의 실태 항목 중 가장 많이 실행되고 있는 것은 침대레일 4줄(17.2%)을 침대의 사방에 설치하고 있었으며, 그 다음으로 휠체어에 구속대, 벨트, 끈 등(9.5%)으로 묶여 있는 것으로 표시되었다. 이어지는 신체구속 항목으로는 침대레일 2줄 사용하여 끈을 풀 수 없도록 고정하는 것, 향 정신약 등으로 이용자의 행동을 제한하는 것, 손에 병어리장갑을 끼워 특정의 방에 이용자를 격리하여 입실시켜 외부에서 키를 잠그는 등 실태의 순으로 나타났다. 또한 일본의 노인복지시설에 있어서 전국 노인복지시설협회, 제 6회 전국 노인홈 기초조사(2002.12)에서는 긴급시 어쩔 수 없는 대응으로서 침대레일을 구속하고 있는 시설이 71.0%,

6) 사회보험순보(2006.1.11일자).

7) 일본 ‘복지신문’(2001.3.5일자).

휠체어 벨트 구속률이 60.7%를 차지했으며, 후쿠오카현내 특별양호노인홈이나 노인보건시설 등 시설장을 대상⁸⁾으로 실시한 결과에서는 시설의 기본방침으로 ‘신체구속을 절대로 시행하지 않는다’(29%), ‘단시간만 어쩔 수 없을 때 실행’(62%)으로 나타났다. 시설 종류별로는 특별양호노인홈(76%), 노인보건시설(70%), 지정수발의료요양시설(57%)의 순이었으며, 신체구속을 폐지할 수 없는 이유는 사고가 발생한 경우 가족으로부터 손해배상청구가 걱정이 되어서(52%), 직원수가 적어서(48%), 사고방지를 위해 가족이 구속을 원해서(46%)로 복수 응답을 보였다. 또한 특별양호 노인홈을 발전시키는 시민의 모임에 의한 방문조사⁹⁾에 의하면 토쿄도, 홋카이도, 나가노현, 후쿠야마현, 이기카와현, 후쿠이현, 오사카부의 8都道府縣의 시설 414개 시설을 각지의 시민단체나 NPO법인과 네트워크를 통해 2인 1조의 방문조사에 의하면 구속을 하고 있다(82%)로 나타났으며, 구속의 형태로는 휠체어의 억제를 실행하고 있다(82%), 침대레일을 4줄 두르고 있다(55%), 수발의(우주복)의 사용(50%), 자물쇠가 걸려 있는 방(30%)로 나타났다. 대부분의 시설들은 신체구속을 구속이라 생각하지 않고 있으며, 안전을 위한 조치라고 생각하고 있는 것으로 응답되었다. 또한 가족의 동의를 얻는 방법 역시 사람의 손이 없기 때문에, 특히 밤에는 손이 모자라 위험하기 때문에 등등을 상담하면서 낙상되었을 때 책임질 수 없다는 표현을 하여 반 강제적인 가족의 동의도 있다고 기술하고 있다.

우리나라 간호사들을 대상으로 조사된 연구에서는 억제대 사용 이유가 수술, 상처부위 보호(87%), 기구와 장치보호(72.8%), 환자보호(15%) 순으로 국외에서 억제대를 사용하는 주된 목적이 행위조절인데 비해 국내의 경우 치료유지나 치료기구 제거의 예방임을 알 수 있다(하수진, 2005).

외국의 선행연구에서는 억제대 사용의 가장 큰 이유가 환자의 낙상을 예방하는 것(77%)이었고, 그 다음이 입원해 있는 상태에서 치료상해를 예방하는 것(40% 이상)이라고 하였으나(Minnick et al. 1998), 김기숙 등(2000)은 기구나 장치보호(72.8%)가 가장 큰 이유로 나타났고 이어 낙상에

8) ‘신체구속-후쿠오카현의 800개 시설조사’, 후생복지 vol.4980, p.7.

9) 혼마 이쿠코(2000), ‘신체구속의 현황을 알다 - 구속하지 않는 수발을 위해’ 지역 케어링 vol.3, No.14, pp. 24-28.

방 등 환자보호(18.5%), 수술이나 상처부위보호(8.6%)로 나타나 큰 차이가 있었다. 이는 대부분 기구나 장치를 유지하기 위해 (77.5%) 억제대를 사용한다는 서선희, 이향련(1996)의 연구와 유사하였다. 현재 억제대가 환자의 낙상을 예방하거나 환자를 보호하기 위한 목적보다는 단순한 수액 주입이나 치료를 위한 기구나 장치 보호 등의 목적에서 사용되고 있음을 보여주는 것으로써 부착된 기구가 많은 중환자실 환자와 정맥주사유지가 어려운 소아가 많은 비율을 차지하여 나타난 결과라고 할 수 있다.

한편 신체적 억제는 노인요양시설에서의 환자의 삶의 질에 중요한 영향을 주며, 삶의 질의 부정적인 지표로서 간주된다(Zimmerman et al.,1995; Xinzhi Zhang, 2003). 그리고 신체적 억제사용의 위험요인으로 인지적 손상, 일상생활 수행능력의 의존, 억제능력 상실, 연력, 그리고 넘어진·떨어진 경력을 들 수 있다 (Burton et al.,1992; Capezuti, Evans, Strumpf, and Maislin, 1996; Mion et al., 1989; Tinetti, Liu, Marottoli and Ginter, Xinzhi Zhang 2003). 따라서 <표 2-13>에서와 같이 노인요양시설에 거주하는 치매노인의 경우 연구자들은 신체적 억제사용의 위험요인이 있음을 제시하고 있다. 현재 우리나라에서도 병원, 간호사 등을 중심으로 신체억제와 관련된 인식, 태도 등의 연구는 이루어지고 있으나 노인요양시설에서 억제사용의 위험요인에 관하여는 활발한 연구가 이루어지지 않고 있다.

<표 2-13> 신체억제사용 실태에 대한 선행연구

연구자	연구 내용
Minnick 외 (1998)	· 일반 내·외과 병동에서 모든 연령의 6-13%가 억제대를 사용하고 있음 · 65세 이상에서는 18-22%의 비율로 억제대를 사용하고 있음
여정민 (2005)	· 우리나라의 경우 일반병동 3.5%, 중환자실 33.8-46.4%의 비율로 억제대 사용함
O'Keffe, Jack & Lye (1996)	· 미국과 캐나다의 경우 종합병원에서 6-17%, 간호요양원에서는 25-85%의 비율로 억제대를 사용함 이는 유럽에 비해 억제대 사용률이 현저히 높은 상태임
Stevenson 외 (1992)	· 미국에서는 환자의 인권과 자율성 존중을 위해 억제대 사용을 법적으로 제한함으로써 그 사용빈도가 줄어들었음

연구자	연구 내용
Tomas (1988)	· 42곳의 전문화된 너싱홈 기관에서 환자의 47%가 신체억제를 받고 있음이 발견됨
인지증수발연구 연수센다이센터 (2006)	· 일본의 경우 신체구속은 개호보험지정 기준에 의해 ‘긴급시 어쩔 수 없는 경우를 제외’ 하고는 금지되어 있음
전국노인복지 시설협의회 (2001)	· 일본 ‘특별양호 노인홈’에 있어서 가장 많이 실행되고 있는 신체구속 실태 유형으로는 침대레일 4줄을 침대의 사방에 설치하는 것, 휠체어에 구속대, 벨트, 끈 등으로 묶여 있는 것, 침대레일 2줄 사용하여 끈을 풀 수 없도록 고정하는 것, 항정신약 등으로 이용자의 행동을 제한하는 것, 손에 병어리 장갑을 끼워 격리하는 것 순으로 나타남
전국노인복지 시설협의회 (2002)	· 일본 노인홈시설에 있어서 긴급 시 어쩔 수 없는 대응으로써 침대레일 구속(71.0%), 휠체어벨트구속(60.7%)을 실시하는 것으로 나타남
일본후생복지	· 후쿠오카현내 특별양호노인홈이나 노인보건시설 등 시설장을 대상으로 실시한 결과, 시설의 기본 방침으로 ‘신체구속을 절대로 시행하지 않는다’(29%), ‘단시간 만 어쩔 수 없을 때 실행’(62%)으로 나타남
특별양호 노인홈을 발전시키는 시민모임 (2000)	· 도쿄도, 홋카이도, 나가노현, 후쿠야마현, 이기카와현, 후쿠이현, 오사카부의 시설 414개 시설 중 82%가 신체구속을 하고 있다고 나타남 · 형태로는 휠체어 억제(82%), 침대레일 4줄(55%), 수발의 사용(50%), 자물쇠가 걸려있는 방(30%)로 나타남
하수진 (2005)	· 우리나라 간호사를 대상으로 한 연구에서 억제대 사용 이유로는 수술, 상처부위 보호(87%), 기구와 장치보호(72.8%), 환자보호(15%) 순으로 나타남
Minnick et al. (1998)	· 외국의 경우 억제대 사용의 가장 큰 이유가 환자의 낙상예방(77%), 치료상해예방(40%)으로 나타남
김기숙 (2000)	· 신체억제 사용목적으로 기구나 장치보호(72.8%), 낙상예방 등 환자보호(18.5%), 수술이나 상처부위보호(8.6%)로 나타남

* 위 표는 선행연구의 결과를 김귀자가 작성한 것임.

2) 억제대 사용 인식

억제대 사용 인식에 대한 선행연구를 살펴보면(구재관 등, 2005)은 치매 노인시설 종사자들의 억제인식에 관한 연구에서 일본은 억제인식 조사 중 13 문항 모두 억제라는 인식이 높았고, 한국의 억제인식 조사에서는 7개

문항에 대하여 억제라는 인식이 높았다.

Evans와 Strumpf(1989)는 노인환자와 간호사의 억제대 사용에 대한 인식에 있어서 환자들은 주로 안전을 위한 억제대 사용을 목적으로 생각하였고, 간호사들은 낙상예방, 치료의 편의를 사용목적으로 인식하고 있다고 보고하였다.

김진선 외(2006)는 장기요양시설 간호제공자들의 신체적 억제대 사용에 대한 인식과 태도 연구에서 참여한 장기요양시설의 간호제공자중 다수가 신체적 억제대 사용에 대해 왜곡된 인식을 가지고 있다고 했다. 외국의 선행연구에서 노인들에게 신체적 억제대를 사용하는 가장 일반적인 이유가 상해나 치료의 방해로 부터의 보호(Terpstra, Terpstra, & Doren, 1988)라고 보고된 것과 유사하게 이 연구에서도 간호제공자들은 신체적 억제대를 사용하는 가장 중요한 원인으로 침대, 의자 등으로 부터 낙상의 예방이나 위관영양 튜브, 정맥주사를 빼는 것을 예방하기 위해서라고 인식하고 있다.

Susanna(2000)은 너싱홈 직원이 어떻게 억제사용에 대한 의사결정을 하는지 연구한 결과 너싱홈 직원들은 억제사용의 의사결정에 대한 확실한 입장이 있었다. 직원들의 의사결정은 억제에 대한 이해, 거주노인과 직원의 권리와 책임 그리고 직원의 의무에 기반하고 있었다. 비록 억제사용이 개인의 자유를 제한함을 내포하는 용어이지만 억제를 해야 하는 명확한 상황에서는 궁극적인 목적과 목표에 의해 결정되었다. 그것은 곧 너싱홈 직원들의 억제사용은 주로 자유를 억제하는 장치로서보다는 예방하거나 유지하는 장치로서 인식하였다.

Evans와 Strumpf(1989)는 신체적 억제를 감소시키는데 도움이 되는 5가지 범주를 제안하였다. 즉 생리학적인 케어, 심리학적인 케어, 활동, 환경, 직원이다. 이들 중에서 직원과의 관련성이 신체적 억제를 감소시키는 가장 중요한 요소이다(Blakeslee, 1988; Burton et.,1992; Coleman, 1993; Xinzhi Zhang, 2003). 선행연구자들의 억제의 인식은 곧 노인요양시설의 종사자들이 억제의 정의에 의해 억제라고 판단한다고 보았다.

<표 2-14> 억제대 사용 인식에 대한 선행연구

연구자	연구 내용
구재관 (2005)	치매노인시설 종사자들의 억제인식에 관한 연구에서 일본은 억제인식 조사 중 13문항 모두 억제라는 인식이 높았고, 한국의 인식조사에서는 7개 문항에 대하여 억제라는 인식이 높았음.
Evans & Strumpf (1980)	노인환자와 간호사의 억제대 사용에 대한 인식에 있어서 환자들은 주로 안전을 위한 억제대 사용을 목적으로 생각하였고, 간호사들은 낙상예방, 치료의 편의를 사용목적으로 인식하고 있음.
김진선 외 (2006)	장기요양시설의 간호제공자 중 대다수는 신체적 억제대를 사용하는 가장 중요한 원인으로 낙상의 예방이나 위관영양 튜브, 정맥주사를 빼든 것을 예방하기 위해서라고 인식함.
Susanna (2000)	너싱홈 직원들은 억제 사용에 대해서 자유를 억제하는 장치로서보다는 예방과 보호, 유지하는 장치로서 인식하였음.
Evans & Strumpf (1989)	신체적 억제를 감소시키는 생리학적인 케어, 심리학적인 케어, 활동, 환경, 직원의 5가지 범주를 제안함.
Blakeslee(1988) Xinzh Zhang(2003)	직원과의 관련성이 신체적 억제를 감소시키는 가장 중요한 요소임.
Ljunggren et al. (1997)	- 너싱홈 억제사용에 대한 8개국(덴마크, 프랑스, 아이슬란드, 이탈리아, 일본, 스웨덴, 스페인, 미국)을 비교한 결과 억제의 형태와 강도에 차이가 있었고, 모든 나라에서 일상생활 수행능력과 인식적인 기능장애가 증가할수록 일정하게 억제 사용이 증가됨. - 의존성 높은 치매노인은 억제에 대한 노출 위험이 많음. - 억제대 사용 인식설문지(PRUQ)로 측정한 평균값은 3.32로 이것은 간호제공자들의 특정 간호상황에서 신체적 억제대 사용을 보통(3점)이상의 수준으로 중요하고 가치 있는 치료적 접근법으로 인식하고 있음을 나타냄.

정그랜 등(Ljunggren, et al., 1997)은 억제사용에 대하여 인식은 하고 있지만 국가마다 제도가 다양하고 신빙성 있는 자료도 부족하기 때문에 너싱홈 억제사용에 대한 8개국(덴마크, 프랑스, 아이슬란드, 이탈리아, 일본, 스웨덴, 스페인, 미국)을 비교한 결과 억제의 형태와 강도에 차이가 있었고, 모든 나라에서 일상생활 수행능력과 인식적인 기능장애가 증가할수록 일정하게 억제의 사용이 증가되는 것으로 나타났다. 이를 통하여 의존성 높은 치매노인은 억제에 대한 노출 위험이 많음을 확인할 수 있다.

Evans와 Strumpf(1988)가 개발한 억제대 사용 인식설문지(Perception of Restraint Use Questionnaire: PRUQ)를 사용하여 측정한 평균값은 3.32로 이 결과는 Terpstra 등(1998)의 연구나 Evans와 Strumpf(1993)의 연구 결과에서 나타난 평균점수(3.11-3.65)와 비슷한 수준으로 이것은 간호제공자들의 특정 간호상황에서 신체적 억제대 사용을 보통(3점)이상 정도로 중요하고 가치 있는 간호중재(치료적 접근법)로 인식함을 나타낸다.

3) 억제대 사용에 관한 태도

Holzworth and Celia(1999)는 정신과 간호사의 신체억제사용 행위에 대한 직접적인 영향 요인은 사용의도이며, 사용의도에 영향을 미치는 요인은 행위자의 태도라고 하였다. 신체억제사용에 대한 간호사의 태도와 일반적 선행연구를 살펴보면, Scherer 등(1993)의 연구에서 간호사들은 신체억제사용에 긍정적인 태도를 보였다고 한다. 이들은 정신과에서의 신체억제사용은 일시적인 환자의 치료방법이라고 생각하여 다른 의료영역의 간호사보다 죄의식을 덜 느끼기 때문일 것이라고 설명하였다. Scherer 등(1997)은 미국의 정신과 간호사들이 연령과 경력이 많을수록 신체억제사용에 긍정적인 태도를 가지고 있다고 하였으나, Kuei 등(2002)은 태국의 정신과 간호사들은 연령과 경력에 상관없이 종교를 갖고 있는 간호사가 종교가 없는 간호사보다 부정적인 태도를 가지고 있었다. 반면, Hardin 등(1994)과 Scherer 등(1994)이 요양원 간호사와 간호조무사를 대상으로 한 연구에서는 지위, 연령, 학력, 근무시간, 정신질환자 가족의 유무, 신체억제사용에

대한 지식정도 등은 신체억제사용에 대한 태도와 모두 유의한 상관관계가 없었고, 이는 태도가 근무환경에 의해 형성되어 모든 사람에게 비슷하게 나타나기 때문이라고 하였다. Karlsson 등(1998)이 급성 정신질환자를 돌보는 병원의 정신과 간호사 남자 98명, 여자 156명을 대상으로 신체억제사용에 대한 태도를 비교한 결과는 여자가 남자보다 신체억제사용에 대해 부정적인 태도를 갖고 있는 것으로 나타나고 있다. 오연제(2003)의 정신과 간호사의 신체억제사용에 관한 지식, 태도 및 사용의도의 연구에서도 여자가 남자에 비해 태도 점수가 높아 여자가 남자보다 부정적인 태도가 더 강한 것으로 파악되었으며, 억제사용에 대한 지식이 높을수록 신체억제사용에 대해 부정적인 태도를 갖는 것으로 나타났다. 이는 Ortiz Pruitt(1995)의 연구에서 신체억제사용과 관련된 지식이 높을수록 신체억제사용에 대해 부정적인 태도를 가지고 있다는 결과와 유사했으며, 박명화(1997)의 연구에서 중환자실 간호사들을 대상으로 한 신체억제사용에 대한 지식과 태도의 상관관계 결과교육을 통한 신체억제사용에 대한 지식정도의 향상에 따라 신체억제에 대한 태도가 변화될 수 있는 것으로 사료되어 교육의 필요성이 중요하다고 하였다.

김진선, 오희영(2006)은 신체적 억제대 사용에 대한 태도 조사결과 대상자들의 70.3%가 ‘노인시설에서는 억제대가 환자의 위엄을 상실하는 수단일지라도 환자의 안전을 위해 억제대를 사용할 책임이 있다’는 문항에 동의한 결과를 나타내고 있다.

또한 Mary Giblin(2001)은 너싱홈에 거주하는 동안 신체적 억제에 조직적 성격이 영향을 주는지를 연구한 결과, 환자의 특징, 정신적 장애, 외국인의 언어장벽, 약물에 의한 안정, 감각-인식적 기능 상실과 같은 의사소통 능력이 신체적 억제에 영향을 주었다. 그리고 Doris Carmel(1999)은 억제의 사용과 개인의 사회심리적인 환경 또는 너싱홈의 사회적 분위기에 영향을 주는 것으로 간주되었다. 그리고 사회적 분위기는 세 가지 차원인 거주자와 직원사이의 사회적 관계, 거주자의 자기 만족감, 조직유지 요소들이다. 연구결과 상황적인 조직의 요소들은 억제의 사용에 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

<표 2-15> 억제대 사용에 관한 태도의 선행연구

연구자	연구 내용
Holzworth & Celia (1999)	· 정신과 간호사의 신체억제사용 행위에 대한 직접적인 영향 요인은 사용의도이며, 사용의도에 영향을 미치는 요인은 행위자의 태도임.
Scherer (1993)	· 미국간호사들은 신체억제 사용에 긍정적인 태도를 보임.
Scherer (1997)	· 미국의 정신과 간호사들은 연령과 경력이 많을수록 신체억제 사용에 대해서 긍정적인 태도를 가지고 있음.
Kuei (2002)	· 태국의 정신과 간호사들은 연령과 경력에 상관없이 종교를 가지고 있는 간호사가 종교가 없는 간호사보다 억제대 사용에 대해 부정적인 태도를 가지고 있는 것으로 나타남.
Hardin(1994) Scherer(1994)	· 요양원 간호사와 간호조무사를 대상으로 한 연구에서는 지위, 연령, 학력, 근무시간, 정신질환자 가족의 유무, 신체억제사용에 대한 지식 정도 등은 신체억제사용에 대한 태도와 모두 유의한 상관관계가 없었음.
Karlsson (1998)	· 급성 정신질환자를 돌보는 병원의 정신과 남녀 간호사를 대상으로 억제사용에 대한 태도를 비교한 결과 여자가 남자보다 신체억제 사용에 대해 부정적인 태도를 가지고 있는 것으로 나타남.
오연제 (2003)	· 정신과 간호사의 경우 여자가 남자에 비해 태도 점수가 높아 여자가 남자보다 부정적인 태도가 더 강한 것으로 파악됨 · 억제사용에 대한 지식이 높을수록 신체억제사용에 대해 부정적인 태도를 갖는 것으로 나타남.
Ortiz Pruitt (1995)	· 신체억제사용과 관련된 지식이 높을수록 신체억제사용에 대해 부정적인 태도를 가지고 있는 것으로 나타남.
박명화 (1997)	· 중환자실 간호사들을 대상으로 한 조사 결과 신체억제사용에 대한 지식 정도의 향상에 따라 신체억제에 대한 태도가 변화될 수 있는 것으로 나타남.
김진선, 오희영 (2006)	· 신체적 억제대 사용에 대한 태도 조사결과, 대상자의 70.3%가 ‘노인시설에서는 억제대가 환자의 위엄을 상실하는 수단일지라도 환자의 안전을 위해 억제대를 사용할 책임이 있다’는 문항에 동의함.
Mary Giblin (2001)	· 환자의 특징, 정신적 장애, 외국인의 언어장벽, 약물에 의한 안정, 감각-인식적 기능 상실과 같은 의사소통 능력이 신체적 억제에 영향을 줌.
Doris Carmel (1999)	· 억제사용에 있어서 개인의 사회심리적인 환경 또는 너싱홈의 사회적 분위기가 영향을 주는 것으로 간주됨.

4) 억제대 사용의 문제점

억제대는 그 사용에 따른 여러 가지의 문제점이 보고되고 있다. 박명화(1997)는 억제대 사용에 따른 문제점은 크게 환자에게 생길 수 있는 신체적, 정신적 합병증과 이와 관련된 윤리적, 법적문제로 나누었다. Evans와 Strumpf(1993)는 억제사용에 따른 신체적 능력감소, 호흡기 폐렴, 순환장애, 심장 스트레스, 피부손상, 식욕저하, 탈수 등의 부작용이 있음을 밝혔다. Mion, Frengely, Jakovic and Mario(1986)은 또한 억제된 환자가 그렇지 않은 환자에 비해 높은 사망률을 보이고 있음을 발견하였다. 또 과실이 있는 질식사도 보고되고 있다. 신체적 억제대 사용의 부작용인 생리적 문제는 침대, 휠체어, 의자에 눕거나 앉은 상태로 오랫동안 체위변경 없이 한 체위를 유지함으로 발생한다. 발생하는 증상은 심장과 호흡의 변화를 가져오고, 손발을 묶음으로 자유로운 섭취 불가능으로 수분섭취의 제한을 갖고 오며(송미순, 1997), 이것은 결국 영양의 불균형과 탈수의 문제를 야기시킬 수 있다. 또한 신체적 억제대의 빈번한 사용은 인지능력의 손상과 일상생활의 수행능력 손상을 초래한다. 이것은 낙상과 상해, 혼돈의 증가, 행동 장애와 우울, 사회적 격리, 시각의 손상을 포함한 부작용을 가지고 올 수 있다. 신체적 억제대의 또 다른 부작용은 퇴행적인 행위와 감각적 박탈감을 느끼고, 의존성이 증가하여 자아상을 점차적으로 잃어버리게 되는 것이다. 이것은 대화의 제한으로 인한 혼돈이 증가하기 때문이다.

노인요양시설에서 신체억제는 거주노인에게 해롭다고 말할 수 있다. 1974년 초기 미국 요양시설의 거주자들은 권리의 규정에 불필요한 신체억제로부터 보호를 받을 수 있었다(Coleman, 1991). 더욱이 OBRA 87은 노인요양시설 거주자들이 불필요한 신체적 억제로부터 보호받을 수 있는 권리를 부여하였다.

Castle와 Mor(1998)는 1987년 너싱홈 개혁법인 OBRA 87(Ominous Budget Reconciliation Act of 1987, 1987)실행이후 요양시설에서 신체적 억제를 사용하는 비율이 감소되었다고 입증하였다.

그러나 신체적 억제의 감소는 약리학적인 억제를 증가시키기도 한다는

주장도 있다(Coleman, 1993; Kane, Williams, Williams and Kane, 1993; Xinzhi Zhang, 2003). Castle와 Mor(1998)는 요양시설의 신체적 억제에 대한 78개의 연구를 검토한 후 신체적 억제로 환자를 움직이지 못하게 하는 것은 가슴을 압박하고 우울을 증가시킬 위험이 있으며, 신체적, 정신적으로 악화시킬 우려가 있으며, 사망의 위험도 증가시킨다는 결론에 도달하였다(Xinzhi Zhang, 2003).

또한 신체억제는 일반적으로 혈액순환 장애를 일으키며, 신경에 손상을 주는 것으로 알려져 있는데 신체억제로 인한 압박선 신경증을 일으킬 수 있으며(Scott & Gross, 1989), 질식도 일으킬 수 있다(Savatore, 1993).

다양한 목적으로 사용되는 억제대는 그 사용에 따른 여러 가지의 문제점으로 나타나 선진국에서는 억제대 사용에 대한 규정을 마련하고 있다. 1990년 미국에서는 총괄조정법령을 시행하여 병원을 포함한 장기요양기관의 신체적, 화학적 억제의 일상적인 사용을 금지하였고, 그 이후 장기요양기관에서는 신체억제가 주춤하였으나 종합병원에서는 이러한 법령에도 불구하고 감소하지 않았다고 한다(Minnick 등 1998). 호주의 경우도 억제에 대해서 1987년 간호요양원 법령을 제정하여 그 정의와 의료적, 비의료적 범위, 화학적 억제에 대해서도 규정해 놓고 있다. 미국에 비해 상대적으로 억제대 사용률이 낮은 유럽의 경우 낙상률이 0.7%-1.7%인데 비해 억제대 사용율이 높은 미국에서의 낙상률은 3.8%로 보고 된 바 있다. 캐나다에서도 억제대 사용을 일시적으로 중단하였는데도 불구하고 낙상의 빈도가 유의하게 증가하지 않았다고 하였다. 우리나라는 신체제한 금지규정¹⁰⁾이 있는데, 이는 생활노인 또는 종사자 등의 생명이나 신체에 위험을 초래할 가능성이 현저히 높거나(절박성), 대체할만한 간호나 수발방법이 없거나(비대체성), 증상의 완화를 목적으로 불가피하게 일시적으로 신체적 제한을 하는 경우(일시성) 등의 경우를 제외하고는 노인의 의사에 반하는 신체적 제한을 해서는 안된다고 되어 있다. 어쩔 수 없는 경우로 인해 일시적으로 신체를 제한할 수밖에 없었던 사유에 대하여 자세히 기록하고, 노인 본인이나 가족에게 그 사실을 통지하여야 한다. 또한 시설규정에 위반되거나

10) 보건복지가족부(2009), 노인보건복지 사업안내, P. 320.

또는 의료적 목적을 달성하기 위한 경우를 제외하고는 신체적인 제한이나 심리적인 영향을 미치는 약물을 처방해서는 안된다. 노인장기요양보험이 실시된 이후 요양시설에서는 이에 따라 노인에 대한 학대예방이나 인권보호에 관심을 기울이기 시작하고 있으나 신체억제에 관련되어 비교 연구된 사례는 아직 전무한 실정이다.

신체 억제대에 사용에 대한 문제점은 신체적, 정신적 합병증과 이와 관련된 윤리적, 법적문제로 나눌 수 있다. 먼저 신체적, 정신적 합병증을 살펴보면, 신체억제는 일반적으로 혈액순환 장애를 일으켜 신경에 손상을 주는 것으로 알려져 있는데, 그 종류에 따라 부작용의 양상이 다르다.

신체억제 사용은 감각기관 저하, 근육긴장도 감소, 운동기능 악화, 골절, 요실금, 피부조직 손상 등의 일반적인 부작용과 자아상실, 정신상태 악화, 위축행동 등과 같은 정신적 문제를 일으킬 수도 있다(Folmar & Wilson, 1989)고 했으며, 장기요양시설에서 거주하는 치매노인 중 70-90%는 망상, 우울, 분노, 신체적 언어적 공격과 같은 행동적 그리고 정신적 증상을 보인다(Allen-Burge, Steven & Burgio, 1999; Hoefffer, Rader, McKenzie, Lavelle & Stewart, 1997)고 한다.

이와 같은 문제점에도 불구하고 신체억제 사용과 관련된 윤리적, 법적, 제도적 장치 및 신체 억제대 사용에 대한 지침 등은 거의 고려되지 않는 부분이다.

자신과 타인에게 상해의 위험성이 있는 환자를 억제하는 이유로 흔히 환자 자신과 타인의 안전에 대한 의료인의 책임을 들지만, 이것은 더 이상 합리적 주장이 될 수 없고, 신체적으로 억제된 환자는 신체억제사용의 그 이유가 무엇이든 자유롭게 움직일 수 있는 권리를 침해 하는 것으로 생각하므로 신체억제를 사용하는 이유를 충분히 주지시킬 필요가 있다(문국진, 1995).

이와 같은 결과를 종합해 볼 때 신체 억제대 사용의 효과는 이로 인한 부작용과 관련된 문제점이 많이 나타나고 있음을 알 수 있다.

<표 2-16> 억제대 사용의 문제점 선행연구

연구자	연구 내용
Evans & Strumpf (1993)	· 억제사용에 따른 신체적 능력감소, 호흡기 폐렴, 순환장애, 심장 스트레스, 피부손상, 식욕저하, 탈수 등의 부작용이 있음을 밝힘
Mon, Frengely, Jakovic Mario (1986)	· 억제된 환자가 그렇지 않은 환자에 비해 높은 사망률을 보이고 있음
송미순 (1997)	· 심장과 호흡의 변화를 가져오고, 손발을 묶음으로 자유로운 섭취 불가능으로 수분섭취의 제한을 가지고 있음 · 영양의 불균형과 탈수의 문제를 야기함
Xinzhi Zhang (2003)	· 신체적 억제로 환자를 움직이지 못하게 하는 것은 가슴을 압박하고 우울을 증가시킬 위험이 있으며, 신체적, 정신적 건강을 악화시킬 우려가 있으며, 사망의 위험도 증가시킴
Scott & Gross (1989)	· 혈액순환장애, 신경손상, 압박선 신경증의 위험 증가
Folmar & Wilson (1989)	· 감각기관저하, 근육긴장도 감소, 운동기능 악화, 골절, 요실금, 피부조직 손상 등의 일반적인 부작용 · 자아상실, 정신상태 악화, 위축행동 등과 같은 정신적 문제
Allen-Burge (1997)	· 망상, 우울, 분노, 신체적 언어 공격이 나타남

제 3 장 연구 설계

제 1 절 연구 모형 및 가설

1. 연구모형

본 연구의 목적은 지금까지 노인의 안전을 위해 신체억제를 통한 행동 제한이 필요하다고 생각되어 시행해 왔던 신체억제의 문제를 인간으로서의 존엄과 잔존기능의 향상을 위해 노인을 존중해야 한다는 관점에서 억제 행위 감소와 폐지를 목적으로 노인요양시설 종사자들의 신체억제 결정 요인을 실증적으로 검증하는데 있다.

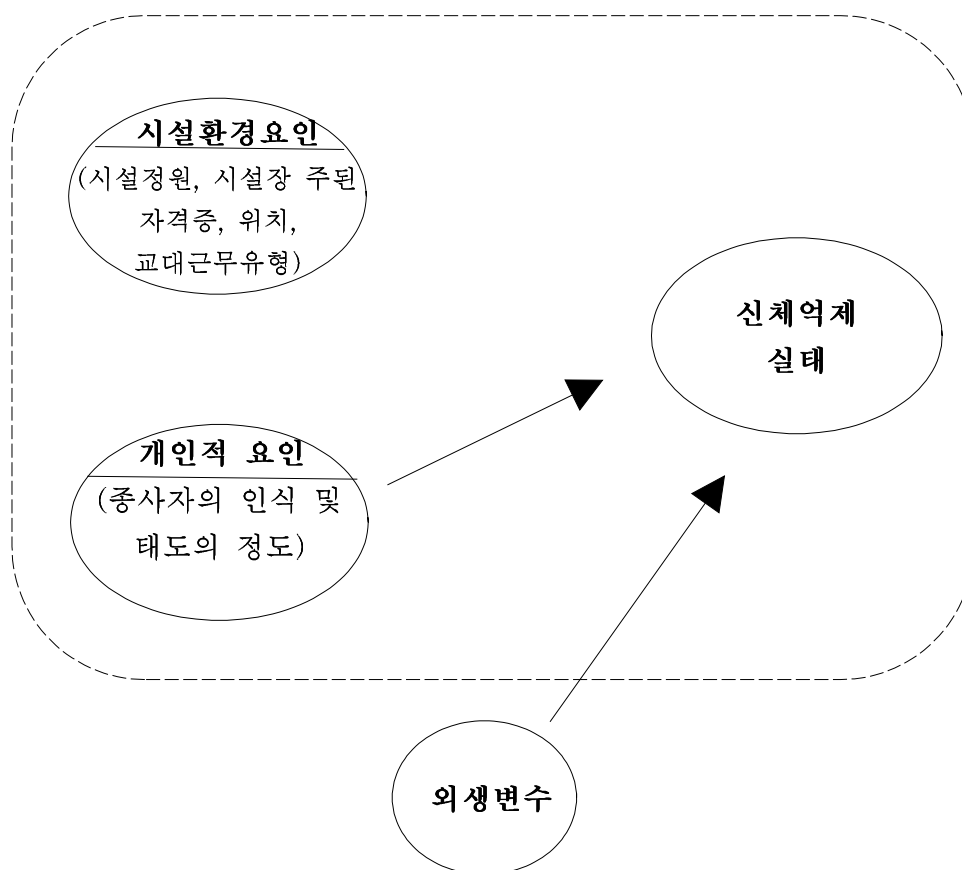
이를 위해 개인적 요인(인식과 태도)과 시설환경 요인(시설정원, 주된 시설장자격증, 시설위치, 교대근무유형)이 억제실태에 미치는 영향 관계와 외생변수(종사자의 성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 자격유무, 근무기간)가 개인적 요인과 억제실태에 미치는 영향을 실증적으로 분석하였다. 연구모형 설정의 과정을 요약하면 다음과 같다.

노인요양시설 종사자의 억제에 대한 인식과 태도를 개인적 요인으로 하여 독립변수로 설정하였다. 이는 선행 연구결과를 토대로, 종사자의 인식과 태도가 억제실태 행위에 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었기 때문이다. 그러나 인식과 태도 요인을 제외하고는 억제실태 행위에 영향을 주는 다른 요인이 무엇인지에 대해서는 아직 연구된 바가 없었다. 이에 대해서 본 연구는 실무 경험을 토대로, 시설환경 요인이 신체억제 실태에 적지 않은 영향을 미칠 것이라 사료되어, 이를 또 다른 독립변수의 하나로 설정하였다. 시설환경 요인은 시설정원, 주된 시설장자격증, 시설위치, 교대근무유형으로 구성하였다. 그리고 본 연구에서는 신체억제 사용행위를 하는 주체가 사람인 것을 주목하여, 인구·사회학적 요인이 억제사용 행위에 적지 않은 영향을 미칠 것이라 사료되었다. 때문에, 인구·사회학적 요인 중 종사자의 성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 자격유무, 근무기간을 외생변수로 두

어 연구모형을 설정하고 이를 토대로 연구가설을 세우고, 실증적 분석을 통한 가설 검증을 하였다. 선정된 변수를 정리한 연구모형은 <그림 3-1>과 같다.

먼저, 외생변수인 인구사회학적 특성에 따라 억제인식과 태도, 사용 차이를 살펴보기 위하여 평균차이 검증인 t-test와 ANOVA를 실시하였고, 일원변량분석에서 유의미한 차이를 보이는 변수에 대하여 사후검증을 실시하였다. 다음으로 개인적 요인과 시설환경 요인이 억제실태에 미치는 영향을 파악하기 위해 회귀분석을 사용하였고, 억제인식과 태도가 억제실태에 미치는 영향 가운데, 종사자특성과 시설장 특성이 미치는 영향을 파악하기 위해 위계적 회귀분석을 사용하였다.

[그림 3-1] 연구모형



[외생변수] 인구·사회학적 특성: 종사자의 성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 자격증유무, 근무기간

2. 연구가설

본 연구는 종사자의 인식 및 태도의 정도, 시설환경 요인(시설정원, 시설장 자격증, 위치, 교대근무유형)이 신체억제실태에 미치는 영향을 파악하고자 한다. 이를 위한 본 연구의 연구문제 및 가설은 다음과 같다.

《연구문제 1》

인구·사회학적 요인은 억제 인식, 태도, 실태에 어떠한 영향을 미치는가?

<가설 1-1> 종사자 성별에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 1-2> 종사자 연령에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 1-3> 종사자 학력에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 1-4> 종사자 종교에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 1-5> 종사자 직위에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 1-6> 종사자 자격증 여부에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 1-7> 종사자 근무기간에 따라 억제 인식, 태도, 실태는 차이를 보일 것이다.

《연구문제 2》

개인적 요인(인식과 태도)은 신체억제실태에 어떠한 영향을 미치는가?

<가설 2-1> 억제인식이 높을수록 억제실태는 감소할 것이다.

<가설 2-2> 억제사용 시의 태도가 부정적일수록 신체억제실태는 감소할 것이다.

<가설 2-3> 억제사용을 거절할 권리에 대한 태도가 긍정적일수록 신체억제실태는 감소할 것이다.

<가설 2-4> 억제사용과 관련된 정보제공에 대한 태도가 긍정적일수록 신체억제실태는 감소할 것이다.

<가설 2-5> 억제사용 노인의 추후 관리와 간호에 대한 태도가 긍정적일수록 신체억제실태는 감소할 것이다.

<가설 2-6> 억제에 대한 일반적 태도가 긍정적일수록 신체억제실태는 증가할 것이다.

<가설 2-7> 억제사용에 대한 예방인식 태도가 긍정적일수록 신체억제실태는 감소할 것이다.

《연구문제 3》

시설환경 요인(시설정원, 시설장 자격증, 근무 유형, 시설위치)은 억제실태에 어떠한 영향을 미치는가?

<가설 3-1> 시설정원에 따라 억제실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 3-2> 시설장 자격증에 따라 억제실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 3-3> 근무유형에 따라 억제실태는 차이를 보일 것이다.

<가설 3-4> 시설 위치에 따라 억제실태는 차이를 보일 것이다.

《연구문제 4》

개인적·시설환경 요인과 종사자 및 시설 특성은 억제실태에 어떠한 영향을 미칠 것인가?

<가설 4-1> 억제인식과 종사자 및 시설 특성이 억제실태에 영향을 미칠 것이다.

<가설 4-2> 억제사용에 대한 태도와 종사자 및 시설 특성이 억제실태

에 영향을 미칠 것이다.

<가설 4-3> 억제사용에 대한 일반적 태도와 종사자 및 시설 특성이 억제실태에 영향을 미칠 것이다.

제 2 절 변수의 조작적 정의

위 연구문제를 해결하기 위해 설정한 가설에 포함된 변수로서 독립변수에는 신체억제실태에 미치는 요인을 측정하기 위하여 종사자들의 인식과 태도의 정도와 시설환경 요인의 정도에 따른 내부적인 요인과 관련된 2가지의 변인이 있고, 외생변수로 인구·사회학적 변인에는 7가지 변인이 있으며, 종속변수는 신체억제사용여부 요인으로 1가지 변인이 있다. 본 연구에서는 자료 수집을 위하여 설문지를 활용하였다.

문항 수는 총 59문항으로 독립변수인 종사자 인식 및 태도의 정도와 시설환경 요인의 정도에 41문항, 종속변수인 신체억제 사용여부에 관한 문항이 11문항, 외생변수인 인구·사회학적 변인이 7문항으로 구성되어 있으며 각 변인별 구체적인 측정항목은 <표 3-1>과 같다.

<표 3-1> 변수의 구성요소

변 수		설문내용	문항수
독립변수	개인적 요인	신체억제에 대한 인식 및 태도의 정도	37
	시설환경 요인	시설환경 요인의 정도 (시설정원, 시설장자격증, 위치, 교대근무유형)	4
종속변수	신체억제 실태	신체억제에 대한 실태 정도	11
외생변수	인구·사회학적 변수	성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 자격유무, 근무기간	7
총 문항수			59

1. 종속변수 : 신체억제실태

종사자의 인식 및 태도의 정도와 시설환경 요인의 정도는 신체억제 실태에 따라 신체억제 결정요인에 얼마나 영향을 미치는가를 측정하기 위하여 설문문항 총 11문항으로 5점으로 하는 리커트 5점 척도를 사용하였다. 또한 신체억제 실태요인을 파악하기 위해 외생변수의 요인을 활용하였는데 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.812$ 로 내적 일관성이 있는 것으로 나타났다.

2. 독립변수

본 연구의 독립변수는 종사자의 인식 및 태도의 정도와 시설환경 요인의 정도에 대한 2가지의 변인이 있다.

1) 종사자 인식 척도

본 연구에서는 종사자들의 인식 척도를 측정하기 위하여 일본 “수발보협지정 신체구속에 금지되는 구체적인 행위 지침 11가지” 문항을 수정 없이 그대로 사용하였다. 척도의 타당성을 높이기 위해 서울, 경기, 강원 등 7개 노인요양시설 종사자(사무국장, 사회복지사, 간호사, 케어팀장) 50여명을 대상으로 설문내용과 구성, 표현의 적절성 등에 대한 자문을 실시하여 문맥 등을 종사자들의 실정에 맞게 일부 수정하였다.

또한 억제에 대한 인식은 ‘억제이다’와 ‘억제가 아니다’로 2점 척도인 명목척도를 5점 리커트 척도로 응답하게 하였으며, 실태 역시 ‘억제를 행하고 있다’와 ‘행하지 않는다’의 2점 척도를 5점 리커트 척도로 기술하여 응답하도록 하였다. 구재관 외(2005)에 의한 억제인식 척도에 대한 신뢰도를 검증한 결과 Cronbach's $\alpha=0.876$ 로 나타나 매우 높은 내적 일관성을 가지고 있다고 판단되었으며, 5점 척도인 본 연구 역시 Cronbach's $\alpha=0.905$ 로 나타나 매우 높은 내적 일관성을 가지고 있다고 판단된다.

2) 종사자 태도 척도

본 연구에서는 종사자의 태도를 측정하는데 있어 Janelli, Scherer, Kanski 및 Neary(1991)가 개발한 신체적 억제실태에 대한 태도 설문지 (Attitudes Regarding Use of Restraints)를 보완한 것과, Scherer 등 (1991) 개발 실태 11개 문항과 Malka Fradkin(1999)이 사용한 21항목을 척도로 사용하였다. 이는 4점 척도로 태도에 따라 1점은 ‘매우 그렇지 않다’ 2점은 ‘그렇지 않다’ 3점은 ‘그렇다’ 4점은 ‘매우 그렇다’라는 점수로 되어 있으며, 점수가 높을수록 태도는 긍정적이며, 점수가 낮을수록 태도는 부정적인 것으로 나타난다. 선행연구된 설문도구를 수정 보완하여 신체억제를 사용했을 때 태도는 5문항으로 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.887$ 이다. 신체억제 사용에 대한 거절 할 권리에 대한 태도는 3문항으로 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.845$ 이며, 신체적 억제사용에 관련 정보제공에 대한 태도는 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.716$ 으로 2문항이며, 신체억제 사용 노인의 추후관리와 간호에 대한 태도는 2문항으로 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.779$ 이며, 신체억제에 대한 일반적인 태도는 9문항으로 신뢰도는 Cronbach's $\alpha=0.647$ 이며, 신체억제 사용 예방에 대한 인식 및 태도는 Cronbach's $\alpha=0.875$ 로 나타나 내적 일관성에 의한 측정도구의 신뢰가 있음을 검증하였다.

3. 인구·사회학적 변인 : 외생변수(7개 변인)

종사자의 성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 자격유무, 근무기간 등을 신체억제인식 및 태도의 연구결과에 근거하여 외생변수로 투입하였다.

제 3 절 자료수집 및 분석방법

1. 표본선정 및 자료수집

본 연구는 서울시의 지원과 감독을 받는 국·공립 노인요양시설인 서울, 경기, 강원지역에 소속된 노인요양시설 전 종사자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 자료수집방법은 설문지 초안 작성 후 본 조사에 들어가기 전에 설문지 조사도구에 대한 신뢰성과 타당성 여부를 알아보기 위하여 Pilot-Test를 실시하였다.

Pilot-Test는 2009년 9월 1일부터 2009년 9월 10일까지 전국 7개 시설을 선정하여 사무국장, 간호사, 사회복지사, 케어팀장을 대상으로 실시하였다.

Pilot-Test 자료 중 인식과 태도에 대한 신체억제 결정요인 Cronbach's $\alpha = 0.675$ 값에 의한 신뢰도 분석을 실시하고, 설문지의 구성 타당도를 검증하기 위하여 요인분석을 실시하였다.

이 결과를 바탕으로 문항을 재구성 하였으며, 설문조사 기간은 2009년 10월 1일부터 2009년 10월 15일까지 서울시 노인생활시설협회를 통해 48개 시설에 설문조사 협조요청을 실시한 후, 시설장들에게 직접 설문의 내용을 설명한 후 조사를 실시하였으며, 각 시설에 설문지 배포를 요청하였다. 작성된 설문은 직접 회수의 방법으로 하였으나 직접 회수되지 않은 설문은 우편 및 이메일을 통해 회수하였다. 서울시의 지원과 감독을 받는 국·공립 노인요양시설에 요청한 설문 부수는 370부로 이 중 352부가 회수되어 95%의 회수율을 나타내었다. 이중 무성의한 반응을 보인 응답자 18부를 제하고 337부를 실제 분석에 사용하였다.

2. 자료의 분석방법

본 연구는 노인요양시설 종사자의 신체억제 결정요인에 관한 연구문제와 이를 해결하기 위한 연구모형의 적합성과 가설을 검증한다.

본 연구를 수행하는데 있어서 회수된 자료 중 무성의한 반응을 보인 응답자는 통계처리에서 제외시켰으며 여기서 사용된 구체적인 실증분석방법은 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 일반적인 특성을 알아보기 위하여 빈도분석을 실시하였다.

둘째, 각 문항에 대한 신뢰도 검사를 실시하여 문항간의 신뢰도를 측정하여 예측가능성, 정확성 등을 살펴보았으며, 억제인식과 실태의 각 요인에 대한 타당도 분석을 위하여 요인분석을 실시하였다.

셋째, 일반적인 특성과 시설현황에 따라 억제인식과 실태의 차이를 살펴보기 위하여 평균차이 검증인 t-test와 ANOVA를 실시하였고 일원변량분석에서 유의미한 차이를 보이는 변수에 대하여 사후검정을 실시하였다.

넷째, 억제인식과 억제실태와의 관계를 살펴보기 위하여 상관관계분석을 사용하였다.

다섯째, 억제인식이 억제실태에 미치는 영향과 억제인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 사용하였다.

여섯째, 본 연구의 실증분석은 모두 유의수준 $p < .05$ 에서 검증하였으며, 통계처리는 SPSS 12.0 윈도우 프로그램을 사용하여 분석하였다.

제 4 장 실증분석 결과와 해석

제 1 절 표본의 특성

조사대상자의 인구·사회학적인 요인인 종사자의 일반적 사항 결과는 <표 4-1> 다음과 같다. 첫째, 응답자의 성별 분포를 살펴보면 여자 88.4%, 남자 11.6%로 여자가 남자보다 매우 높게 나타났다. 학력은 대졸 이상이 65.9%, 고졸 이하가 34.1%로 나타났다. 연령은 40대가 34.4%, 20-30대가 34.1%, 50대 이상이 31.5%로 나타났고, 종교 유무에서는 종교를 가지고 있는 경우가 82.8%로 없음 17.2% 보다 매우 높게 나타났다. 직위의 경우에는 요양보호사가 42.7%, 간호사 22.0%, 사회복지사 15.4% 순으로 높게 나타났고, 자격증의 경우에는 요양보호사 39.8%, 사회복지사 30.3%, 간호사 23.7% 순으로 나타났다. 근무기간은 1-3년 이하가 52.8%로 가장 높게 나타났으며, 5년 이상 27.0%, 3-5년이 20.2%로 나타났다.

<표 4-1> 종사자의 일반적 사항

구 분	내 용	빈 도	퍼센트
성별	남	39	11.6
	여	298	88.4
학력	고졸 이하	115	34.1
	대졸 이상	222	65.9
연령	20-30대	115	34.1
	40대	116	34.4
	50대 이상	106	31.5
종교	있음	279	82.8
	없음	58	17.2
직위	시설장	23	6.8
	사무국장	20	5.9
	간호사	74	22.0
	사회복지사	52	15.4
	물리(작업)치료사	13	3.9
	요양보호사	144	42.7
	기타(사무원, 관리인)	11	3.3

구 분	내 용	빈 도	퍼 센트
자격증	간호사	80	23.7
	사회복지사	102	30.3
	요양보호사	134	39.8
	기타(물리,작업치료사,사무원,관리인)	21	6.2
근무기간	1-3년 이하	178	52.8
	3-5년	68	20.2
	5년 이상	91	27.0
합계		337	100.0

<표 4-2> 시설현황을 살펴보면 법인유형의 경우 사회복지법인이 94.1%로 다른 법인보다 매우 높게 나타났으며, 종교적 성향의 경우에는 기독교가 71.5%로 가장 높게 나타났고 다음으로는 무교 15.1%, 불교 7.7%, 천주교 3.3%로 나타났다. 시설장의 학력에서는 대학원졸 62.0%로 가장 높게 나타났고, 다음으로는 대졸 30.0%, 전문대졸 4.2% 순으로 나타났다. 시설장의 주된 자격증 여부에서는 노인요양시설은 사회복지시설이므로 사회복지사 자격증이 76.9%로 매우 높게 나타났고, 다음으로는 간호사 자격증 16.9%, 의사 4.5% 순으로 나타났다. 근무유형의 경우에는 3교대가 64.1%, 2교대 30.9%, 격일근무(24시간) 5.0%로 3교대가 가장 높게 나타났으며, 시설위치의 경우에는 주거지역 내가 77.2%, 자동차로 30분 정도가 18.7%로 나타났다. 시설정원은 80명 이상이 62.0%, 50-80명 이하 25.5%, 50명 이하 12.5%로 80명 이상이 가장 높게 나타났다.

<표 4-2> 시설현황

구 분	내 용	빈 도	퍼센트
법인유형	사회복지법인	317	94.1
	의료복지법인	2	.6
	사단법인	4	1.2
	재단법인	13	3.9
	기타	1	.3
종교적 성향	기독교	241	71.5
	천주교	11	3.3
	불교	26	7.7
	무교	51	15.1
	기타	8	2.4
시설장의 학력	중졸	1	.3
	고졸	12	3.6
	전문대졸	14	4.2
	대졸	101	30.0
	대학원졸	209	62.0
시설장의 주된 자격증	의사	15	4.5
	간호사	57	16.9
	사회복지사	259	76.9
	물리(작업)치료사	1	.3
	요양보호사	5	1.5
근무유형	3교대	216	64.1
	2교대	104	30.9
	격일근무(24시간)	17	5.0
시설위치	주거지역내	260	77.2
	자동차로 30분	63	18.7
	산속 등	14	4.2
시설정원	50명 이하	42	12.5
	50-80명 이하	86	25.5
	80명 이상	209	62.0
합계		337	100.0

제 2 절 신뢰도 분석 및 요인 분석결과

1. 신뢰도 분석결과

조사를 통하여 수집된 설문지의 각 항목에 대한 안정성, 일관성 및 예측가능성을 알아보기 위하여 본 연구에서는 크론바하 알파 계수를 신뢰도 계수로 사용하였다. 그러나 사회과학에서 신뢰성에 대한 정확한 기준이 없이, 일반적으로 0.6 이상을 측정지표의 신뢰성에 커다란 문제가 없다고 인정하므로, 본 연구에서도 0.6 이상을 기준으로 신뢰성을 평가하기로 하였다.

본 연구에서는 <표 4-3>과 같이 크론바하 알파계수를 이용하여 내적 일관성에 의한 측정도구의 신뢰도를 검증하였으며, 응답자의 신체억제에 대한 신뢰도 분석을 실시한 결과, 억제에 대한 인식, 억제에 대한 실태, 사용 태도, 거절권리 태도, 정보제공 태도, 간호관리 태도, 일반적 태도, 예방인식 태도 모두에서 0.7 이상과 비슷한 수치로 나타나 신뢰수준을 만족한다고 할 수 있다.

<표 4-3> 신체억제에 대한 신뢰도 분석

내 용	Cronbach α	항목수
억제에 대한 인식	.905	11
억제에 대한 실태	.812	11
사용 태도	.887	5
거절권리 태도	.845	3
정보제공 태도	.716	2
간호관리 태도	.779	2
일반적 태도	.647	9
예방인식 태도	.875	5

2. 요인분석 결과

신체억제에 대한 인식의 요인분석 결과(<표 4-4>)에는 KMO 값이 .895로 적당한 것이라고 할 수 있다. 또한 요인분석의 적합성을 나타내는 Bartlett의 구형성 검정치는 상관관계행렬의 단위행렬값이 2038.548이고 유의수준이 .000으로 나타나 요인분석 사용이 적합하다는 것을 알 수 있으며 인식 항목이 요인 1로 고유값 5.699, 설명분산 51.807%로 나타났다.

<표 4-4> 신체억제에 대한 인식의 요인분석

내 용	요인
	1 억제인식
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.	.815
떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	.801
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄)등의 튜브를 빼지 못하도록, 또는 피부를 긁지 못하도록 손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.	.781
휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.	.762
타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	.760
옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다.	.719
배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	.683
자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다. (방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)	.674
스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다.	.641
행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.	.636
일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.	.609
고유값	5.699
설명 분산	51.807
누적 분산	51.807
Kaiser-Meyer-Olkin 측도	.895
Bartlett의 구형성 검정	2038.548(.000)

신체억제에 대한 실태의 요인분석 결과(<표 4-5>)에는 KMO 값이 .831로 적당한 것이라고 할 수 있다. 또한 요인분석의 적합성을 나타내는 Bartlett의 구형성 검정치는 상관관계행렬의 단위행렬값이 885.817이고 유의수준이 .000으로 나타나 요인분석 사용이 적합하다는 것을 알 수 있으며, 실태항목이 요인 1로 고유값 3.697, 설명분산 41.074%로 나타났다.

<표 4-5> 신체억제에 대한 실태의 요인분석

내 용	요인
	1 억제실태
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.	.777
떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	.766
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄)등의 튜브를 빼지 못하도록, 또는 피부를 긁지 못하도록 손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.	.727
휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.	.628
배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	.623
스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다	.588
타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	.584
행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.	.526
일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.	.482
고유값	3.697
설명 분산	41.074
누적 분산	41.074
Kaiser-Meyer-Olkin 측도	.831
Bartlett의 구형성 검정	885.817(.000)

신체억제에 대한 태도의 요인분석 결과(<표 4-6>)에는 KMO 값이 .893으로 적당한 것이라고 할 수 있다. 또한 요인분석의 적합성을 나타내는 Bartlett의 구형성 검정치는 상관관계행렬의 단위행렬값이 2172.724이고 유의수준이 .000으로 나타나 요인분석 사용이 적합하다는 것을 알 수 있으며,

며, 사용 태도 항목이 요인 1(고유값 5.777 , 설명분산 50.697%), 거절권리 항목이 요인 2(고유값 1.753 , 설명분산 15.933%), 정보제공 항목이 요인 3(고유값 1.429, 설명분산 7.534%), 간호 태도 항목이 요인 4(고유값 1.023 , 설명분산 4.759%)로 나타났다.

<표 4-6> 신체억제에 대한 태도의 요인분석

내 용	요인			
	1 사용 태도	2 거절권리	3 정보제공	4 간호 태도
신체 억제대를 한 노인의 방 안으로 가족이 들어왔을 때 당혹스럽다.	.851	.133	.172	.066
노인들을 억제했을 때 죄의식을 갖는다.	.783	.131	.228	.306
노인들에게 신체 억제대를 적용할 때 윤리적인 갈등을 느낀다.	.771	.176	.388	.004
억제된 노인들을 볼 때 그들의 존엄성이 상실된 느낌이다.	.752	.218	.204	-.103
신체 억제대를 적용한 노인을 자주 체크해야 한다.	.152	.892	.092	.032
신체 억제대를 적용한 노인의 요구에 가능한 한 대답해 준다.	.231	.748	.160	.376
종사자들은 신체 억제대 적용을 거부할 권리가 있다.	.286	.130	.827	.163
노인들의 가족구성원이 억제대 사용에 대하여 거부할 권리가 있다.	.250	.279	.783	.052
만약 내가 노인이라면, 나에게 억제대를 사용할 때 나는 거부할 것이다.	.039	.106	.727	.126
노인들에게 억제대 사용에 대한 정보를 충분히 설명해 주어야 한다.	.092	.267	.196	.795
노인의 가족에게 억제대 사용에 대한 정보를 주고 동의를 얻어야 한다.	.129	.297	.244	.692
고유값	5.777	1.753	1.429	1.023
설명 분산	50.697	15.933	7.534	4.759
누적 분산	50.697	66.630	74.164	78.923
Kaiser-Meyer-Olkin 측도	.893			
Bartlett의 구형성 검정	2172.724(.000)			

신체억제에 대한 일반적 태도 요인분석 결과(<표 4-7>)에는 KMO 값이 .747로 적당한 것이라고 할 수 있다. 또한 요인분석의 적합성을 나타내는 Bartlett의 구형성 검정치는 상관관계행렬의 단위행렬값이 829.657이고 유의수준이 .000으로 나타나 요인분석 사용이 적합하다는 것을 알 수 있으며, 일반적 태도 항목의 요인 1 고유값 3.161, 설명분산 57.011%로 나타났다.

<표 4-7> 신체억제에 대한 일반적 태도의 요인분석

내 용	요인
	1 일반적 태도
억제대 사용은 노인의 정신상태가 혼미하거나 낙상의 위험이 있을 때만 사용한다.	.820
노인의 억제대 사용은 노인에게 부착된 의료기구 (L-튜브, 유치도뇨관 등)의 보호에 있다.	.786
억제대를 사용한 노인을 간호할 때는 안위의 느낌을 갖게 노력한다.	.760
노인의 신체적인 억제 보다는 다른 방법을 이용한 통제방법을 시설종사자들은 연구하고 있다.	.710
요양동에는 노인을 신체적으로 억제할 수 있는 다양하고 충분한 장치가 마련되어 있다.	.697
많은 노인들은 간병인력의 부족으로 신체 억제대를 사용하고 있다.	.674
만약 노인에게 억제대 사용을 했다면, 계속 억제대를 부착시키는 경우가 있다.	.642
노인들에게 억제대를 사용할 때 시설장이 결정한다.	.538
고유값	3.161
설명 분산	57.011
누적 분산	57.011
Kaiser-Meyer-Olkin 측도	.747
Bartlett의 구형성 검정	829.657(.000)

신체억제에 대한 예방인식 태도 요인분석 결과(<표 4-8>)에는 KMO 값이 .839로 적당한 것이라고 할 수 있다. 또한 요인분석의 적합성을 나타내는 Bartlett의 구형성 검정치는 상관관계행렬의 단위행렬값이 835.595이

고 유의수준이 .000으로 나타나 요인분석 사용이 적합하다는 것을 알 수 있으며, 예방인식 태도 항목의 요인1 고유값 3.367, 설명분산 67.347%로 나타났다.

<표 4-8> 신체억제에 대한 예방에 관한 인식 및 태도 요인분석

내 용	요인
	예방인식 태도
인권교육 및 신체억제교육이 종사자들에게 의무화되어야 한다.	.855
신체 억제대 사용시 반드시 의무기록지에 억제 적용 사실을 구체적으로 기록하여야 한다.	.825
신체억제 예방을 위한 시설내 신체억제예방 위원회가 설치되어야 한다.	.816
신체 억제대 사용에 대한 법적인 규정이나 지도, 지침이 반드시 있어야 한다.	.811
시설평가항목에 신체 억제대 사용내용이 포함 되어야 한다.	.796
고유값	3.367
설명 분산	67.347
누적 분산	67.347
Kaiser-Meyer-Olkin 측도	.839
Bartlett의 구형성 검정	835.595(.000)

3. 요인들 간의 상관관계 분석

독립변수인 개인적 요인(인식과 태도)과 시설환경 요인(시설정원, 시설장 자격증, 위치, 근무유형)과 종속변수인 억제실태와의 관계를 살펴보기 위하여 <표 4-9>에 나타난 바와 같이 상관관계 분석을 실시하였다. 그 결과를 보면 억제인식과 태도의 경우에는 일반적 태도(-.107)를 제외한 사용 태도(.541), 거절권리 태도(.569), 정보제공 태도(.279), 간호관리 태도(.305), 예방인식 태도(.416)에서 비교적 높은 상관관계를 가지고 있으며, 억제인식과 시설환경 요인과의 상관관계를 살펴보면, 정원(-.051), 시설장자격증(.114), 위치(-.137), 근무유형(-.053) 모두 비교적 낮은 상관관계를 나타냈다. 그리고 억제실태와는 부

(-)의 상관관계를 가지고 있음을 나타냈다. 이는 억제에 대한 낮은 인식 수준을 억제실행태위의 한 요인으로 본 선행연구와 일치하였다.

<표 4-9> 요인들 간의 상관관계 분석

	억제 인식	사용 태도	거절 권리 태도	정보 제공 태도	간호 관리 태도	일반 적 태도	예방 인식 태도	정원	시설 장자 격증	위치	근무 유형	억제 실행 태
억제인식	1											
사용 태도	.541 (**)	1										
거절권리태도	.569 (**)	.688 (**)	1									
정보제공태도	.279 (**)	.390 (**)	.461 (**)	1								
간호관리태도	.305 (**)	.424 (**)	.430 (**)	.752 (**)	1							
일반적 태도	-.107	-.078	-.076	-.019	.023	1						
예방인식태도	.416 (**)	.447 (**)	.525 (**)	.382 (**)	.412 (**)	.002	1					
정원	-.051	-.035	.001	-.042	-.063	.066	.138 (*)	1				
시설장 자격증	.114 (*)	-.041	.053	-.030	-.076	-.097	.090	.006	1			
위치	-.137 (*)	-.103	-.029	-.130 (*)	-.139 (*)	.040	-.128 (*)	-.149 (**)	.074	1		
근무 유형	-.053	-.076	-.076	.010	-.007	.040	-.124 (*)	-.540 (**)	.140 (*)	.358 (**)	1	
억제실행태	-.127 (*)	-.014	-.094	.016	.015	.325 (**)	-.011	.232 (**)	-.206 (**)	.011	-.008	1

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

- 자격증: 0(의료인), 1(비의료인).
- 근무유형: 0(3교대), 1(그 외 근무형태).

개인적 요인 중 사용 태도의 경우는 거절권리 태도(.688), 예방인식 태도(.447), 간호관리 태도(.424) 순으로 높은 상관관계를 나타냈다. 그리고 억제실행태와는 부(-)의 상관관계를 나타냈다. 거절권리태도는 예방인식태도(.525), 정보제공태도(.461), 간호관리태도(.430) 순으로 높은 상관관계를 나

타냈다. 정보제공 태도는 간호관리 태도(.752), 예방인식 태도(.382) 순으로 높은 상관관계를 나타냈다. 그리고 억제실태와는 정(+)의 상관관계를 가지고 있음을 나타냈다. 간호관리 태도는 예방인식 태도(.412)와 상관관계가 높은 것으로 나타났고, 억제실태와는 정(+)의 상관관계를 가지고 있음을 나타냈다. 일반적 태도는 억제실태(.325)와 정(+)의 상관관계가 있음을 나타냈고, 예방인식 태도는 억제실태(-.011)와 부(-)의 상관관계가 있음을 나타냈다. 시설환경 요인 중 시설 정원은 근무유형(-.540)과 비교적 높은 부(-)의 상관관계를 가지고 있으며, 억제실태(.232)와는 정(+)의 상관관계가 있음을 나타냈다. 시설장 자격증은 억제실태와 부(-)의 상관관계가 있음을 나타냈고, 위치의 경우는 근무유형과 정(+)의 상관관계를 나타냈다. 근무유형은 억제실태(-.008)와 부(-)의 관계가 있음을 보였다.

응답된 조사대상자는 억제에 대하여 어떠한 인식을 가지고 있는지를 알아보기 위하여, 문항별로 억제인식도를 ‘전혀 억제가 아니다’, ‘약간 억제이다’, ‘보통 수준의 억제이다’, ‘상당한 수준의 억제이다’, ‘강한 수준의 억제이다’의 5점 척도로 빈도분석을 하였다. 억제인식 전체 평균 결과(<표 4-10>)를 살펴보면, 행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다는 경우가 3.77점으로 가장 높게 나타났으며, 다음으로는 배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다는 경우가 3.50점으로 높게 나타났다. 11가지 행위 중 6가지 문항에 대하여 평균 3.0 점 이상으로 나타나, 보통 수준 이상의 억제 행위로 인식하고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-10> 억제인식 전체 평균

내 용	N	평균*	표준편차
배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	3.50	1.249
떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	3.06	1.261

내 용	N	평균*	표준편차
스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다.	337	2.30	1.125
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	2.77	1.328
손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.	337	2.25	1.105
Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.	337	2.35	1.143
일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.	337	3.37	1.199
옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다.	337	2.47	1.246
타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	3.38	1.272
행동을 안정시키기 위하여 항정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.	337	3.77	1.255
자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다. (방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)	337	3.21	1.315

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

응답된 조사대상자가 시설에서 실제 행하고 있는 억제 실태를 알아보기 위하여, 문항별로 억제실태상황을 ‘전혀 행하지 않는다’, ‘거의 행하지 않는다’, ‘약간 행하고 있다’, ‘자주 행하는 편이다’, ‘필요하면 언제나 행하고 있다’의 5점 척도로 빈도분석을 하였다.

억제실태에 대한 전체 평균 결과(<표 4-11>)를 살펴보면 휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다는 경우가 2.90점으로 가장 높게 나타났고 다음으로는 스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다는 경우가 2.88점으로 높게 나타났다. 11가지 문항에 대하여 모두 평균 3.0점 이하로 나타나, 응답된 조사대상자 대부분 신체억제를 약간 행하고 있거나, 거의 행하지 않는 것으로 나타났다.

<표 4-11> 억제실태에 대한 전체 평균

내 용	N	평균*	표준편차
배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	1.88	.927
떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	2.03	.998
스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다.	337	2.88	1.413
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	2.22	1.172
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄)등의 튜브를 빼지 못하도록, 또는 피부를 긁지 못하도록 손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.	337	2.73	1.158
휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.	337	2.90	1.192
일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.	337	1.68	.848
옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다	337	2.16	1.150
타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	337	1.56	.833
행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.	337	1.52	.776
자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다. (방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)	337	2.15	1.308

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

억제인식의 하위 요인별 평균(<표 4-12>)을 살펴보면 본인 및 타인의 피해예방(7, 8, 9, 10, 11번 문항)의 경우 3.24점, 낙상예방(1, 2, 3, 6번 문항)의 경우 2.8점, 의료장치보호(4, 5번 문항)의 경우 2.51점으로 나타났다. 이는 신체억제의 정의(이경자, 2001)를 기반으로 병원과 시설에서 환자의 낙상예방, 본인 및 타인에게 줄 수 있는 상해를 방지하며, 치유를 위한 의료기구의 장치를 보호하여 치료하는데 있다는 것에 근거하여 3가지의 요인으로 재분석하였다.

<표 4-12> 억제인식의 하위요인평균

내 용*	N	평균**	표준편차
본인 및 타인의 피해예방	337	3.24	.477
낙상예방	337	2.8	.580
의료장치보호	337	2.51	.368

*억제인식 설문 문항을 3가지 하위요인으로 구성하여 분석함.

** 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

억제실태의 하위 요인별 평균(<표 4-13>)을 살펴보면 본인 및 타인의 피해예방(7, 8, 9, 10, 11번 문항)의 경우 1.81점, 낙상예방(1, 2, 3, 6번 문항)의 경우 2.42점, 의료장치보호(4, 5번 문항)의 경우 2.47점으로 나타났다.

<표 4-13> 억제실태의 하위요인 평균

내 용*	N	평균**	표준편차
본인 및 타인의 피해예방	337	1.81	.603
낙상예방	337	2.42	.806
의료장치보호	337	2.47	1.062

* 억제실태 설문 문항을 3가지 하위요인으로 구성하여 분석함.

** 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

응답된 조사대상자의 억제에 대하여 어떠한 태도를 가지고 있는가를 알아보기 위하여, 문항별로 억제에 대한 태도를 ‘전혀 그렇지 않다’, ‘약간 그렇다’, ‘보통이다’, ‘상당히 그렇다’, ‘매우 그렇다’의 5점 척도로 빈도분석을 하였다. 억제태도에 대한 전체 평균 결과(<표 4-14>)를 살펴보면 신체 억제대를 적용한 노인을 자주 체크해야 한다는 경우가 4.58점으로 가장 높게 나타났으며 다음으로는 노인의 가족에게 억제대 사용에 대한 정보를 주고 동의를 얻어야 한다는 4.47점으로 높게 나타났다.

배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는 행위에 대한 억제인식과 억제실태와의 관계(<표 4-15>)를 살펴보면 억제

가 아니다 라는 경우 2.02점, 억제이다 라는 경우는 1.63점으로 나타나 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다($p<.001$).

<표 4-14> 억제태도에 대한 전체 평균

내 용	N	평균*	표준 편차
노인들을 억제했을 때 죄의식을 갖는다.	337	3.34	1.281
신체 억제대를 한 노인의 방 안으로 가족이 들어왔을 때 당혹스럽다.	337	3.22	1.347
노인들에게 신체 억제대를 사용한 후 노인들의 지남력(인식능력)이 없어지는 느낌을 가진 적이 있다.	337	2.54	1.286
노인들에게 신체 억제대를 적용할 때 윤리적인 갈등을 느낀다.	337	3.39	1.270
억제된 노인들을 볼 때 그들의 존엄성이 상실된 느낌이다.	337	3.48	1.258
노인들의 가족구성원이 억제대 사용에 대하여 거부할 권리가 있다.	337	3.53	1.253
만약 내가 노인이라면, 나에게 억제대를 사용할 때 나는 거부할 것이다.	337	3.34	1.302
종사자들은 신체 억제대 적용을 거부할 권리가 있다.	337	3.34	1.260
노인들에게 억제대 사용에 대한 정보를 충분히 설명해 주어야 한다.	337	4.37	.956
노인의 가족에게 억제대 사용에 대한 정보를 주고 동의를 얻어야 한다	337	4.47	.961
신체 억제대를 적용한 노인의 요구에 가능한 한 대답해 준다.	337	4.35	.936
신체 억제대를 적용한 노인을 자주 체크해야 한다.	337	4.58	.732
많은 노인들은 간병인력의 부족으로 신체 억제대를 사용하고 있다.	337	2.56	1.283
요양동에는 노인을 신체적으로 억제할 수 있는 다양하고 충분한 장치가 마련되어 있다.	337	1.95	1.002
노인의 억제대 사용은 노인에게 부착된 의료기구(L-튜브, 유치도뇨관 등)의 보호에 있다.	337	3.01	1.385
억제대 사용은 노인의 정신상태가 혼미하거나 낙상의 위험이 있을 때만 사용한다.	337	3.75	1.261
만약 노인에게 억제대 사용을 했다면, 계속 억제대를 부착시키는 경우가 있다.	337	2.06	1.119
노인들에게 신체적인 억제보다 약물로 안정시키는 것이 더 낫다고 생각한다.	337	2.14	1.187
억제대를 사용한 노인을 간호할 때는 안위의 느낌을 갖게 노력한다.	337	3.94	1.033
**노인의 신체적인 억제 보다는 다른 방법을 이용한 통제방법을 시설종사자들은 연구하고 있다.	337	2.18	1.110
**노인들에게 억제대를 사용할 때 시설장이 결정한다.	337	2.93	1.582
신체 억제대 사용에 대한 법적인 규정이나 지도, 지침이 반드시 있어야 한다.	337	4.03	1.206
신체억제 예방을 위한 시설내 신체억제예방 위원회가 설치되어야 한다.	337	3.39	1.365
인권교육 및 신체억제교육이 종사자들에게 의무화되어야 한다.	337	3.99	1.155
신체 억제대 사용시 반드시 의무기록지에 억제 적용 사실을 구체적으로 기록하여야 한다.	337	4.17	1.024
시설평가항목에 신체 억제대 사용내용이 포함 되어야 한다.	337	3.65	1.308

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

** 질문에 대한 답변 순서(1-5) 점수를 역채점(5-1) 하였다.

떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다는 경우에도 억제인식과 억제실태와의 관계를 살펴보면 억제가 아니다 라는 경우 2.30점, 억제이다 라는 경우는 1.67점으로 나타나 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다($p<.001$).

스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다는 경우에도 억제가 아니다 3.06점, 억제이다 2.18점으로 나타나($p<.001$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다.

링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다는 경우에도 억제가 아니다 2.40점, 억제이다 2.01점으로 나타나($p<.01$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다는 경우에도 억제가 아니다 3.01점, 억제이다 2.37점으로 나타나($p<.001$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다는 경우에도 억제가 아니다 2.33점, 억제이다 1.77점으로 나타나($p<.001$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다는 경우에는 억제가 아니다 1.83점, 억제이다 1.39점으로 나타나($p<.001$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났고, 행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다는 경우에는 억제가 아니다 1.66점, 억제이다 1.42점으로 나타나($p<.05$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 다음으로 자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다(방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)의 경우에는 억제가 아니다 2.47점, 억제이다 1.82점으로 나타나($p<.001$) 억제가 아니다 라고 생각하는 사람들이 실제로 억제실태 수준이 더 높은 것으로 나타났다.

<표 4-15> 억제인식에 따른 억제실태

내 용	억제인식 ¹¹⁾	N	평균*	표준편차	t	유의확률 (양쪽)
배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	억제가 아니다	84	2.02	.878	3.527***	.000
	억제이다	184	1.63	.833		
떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	억제가 아니다	120	2.30	1.034	4.939***	.000
	억제이다	124	1.67	.960		
스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다.	억제가 아니다	194	3.06	1.449	3.913***	.000
	억제이다	50	2.18	1.304		
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.	억제가 아니다	152	2.40	1.252	2.667**	.008
	억제이다	116	2.01	1.115		
링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록, 또는 피부를 긁지 못하도록 손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.	억제가 아니다	203	2.81	1.189	1.739	.083
	억제이다	48	2.48	1.130		
휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.	억제가 아니다	190	3.01	1.195	3.635***	.000
	억제이다	57	2.37	1.080		
일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.	억제가 아니다	91	1.71	.834	1.247	.214
	억제이다	172	1.58	.816		
옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다.	억제가 아니다	187	2.33	1.195	3.499***	.001
	억제이다	73	1.77	1.100		
타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.	억제가 아니다	95	1.83	.996	4.220***	.000
	억제이다	167	1.39	.693		
행동을 안정시키기 위하여 항정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.	억제가 아니다	64	1.66	.946	2.206*	.028
	억제이다	225	1.42	.703		
자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다. (방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)	억제가 아니다	101	2.47	1.375	3.918***	.000
	억제이다	153	1.82	1.209		

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

제 3 절 신체억제 결정요인의 영향분석

1. 인구·사회학적 요인과 억제인식, 태도, 실태 간의 관계 분석

11) 억제인식 설문지 보기 중 “①②를 억제가 아니다 ④⑤를 억제이다”로 함축함.

1) 종사자 성별과 억제인식, 태도, 실행 관계 분석

<가설 1-1>를 검증하기 위하여 종사자의 성별이 억제인식, 태도, 실행에 미치는 영향관계를 비교 분석하였다.

<표 4-16> 성별에 따른 억제실행 결정요인 비교

구분	성별	N	평균*	표준편차	t	유의확률 (양쪽)
억제인식	남	39	3.37	.912	3.238*	.001
	여	298	2.89	.863		
억제실행	남	39	2.07	.714	-.811	.418
	여	298	2.16	.661		
사용 태도	남	39	3.69	.954	1.965*	.050
	여	298	3.31	1.128		
거절권리 태도	남	39	3.86	1.062	2.767**	.006
	여	298	3.34	1.106		
정보제공 태도	남	39	4.56	.829	1.098	.273
	여	298	4.41	.848		
간호관리 태도	남	39	4.45	.714	-.150	.881
	여	298	4.47	.767		
일반적 태도	남	39	2.67	.575	-1.614	.108
	여	298	2.81	.515		
예방인식 태도	남	39	4.15	.858	2.065*	.040
	여	298	3.81	1.004		

* * 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

성별에 따른 억제대 사용 결정요인 비교 결과(<표 4-16>)를 살펴보면 억제인식, 거절권리 태도, 예방인식 태도에서 유의한 차이를 보였다.

요인별로 살펴보면 억제인식의 경우 남자 3.37점, 여자 2.89점으로 나타나 ($p < .001$) 남자의 경우가 여자보다 억제에 대한 인식이 강한 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 사용 태도의 경우에는 남자 3.69점, 여자 3.31점으로 나타났다. ($p < .05$) 따라서, 여자보다 남자의 경우가 노

인 인권에 대해 긍정적인 태도를 갖고 있는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 다음으로 거절권리 태도를 살펴보면 남자 3.86점, 여자 3.34점으로 나타나($p<.01$) 남자의 경우가 여자 보다 억제대를 거부할 권리가 있다고 생각하는 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 예방인식 태도에서는 남자 4.15점, 여자 3.81점으로 남자가 높게 나타났다.($p<.05$) 따라서, 남자가 여자보다 예방을 해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타나 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

2) 종사자 연령과 억제인식, 태도, 실태 관계 분석

<가설 1-2>를 검증하기 위하여 종사자의 연령이 억제인식, 태도, 실태에 미치는 영향관계를 비교 분석하였다. 연령에 따른 억제실태 결정요인 비교 결과(<표 4-17>)를 살펴보면 억제인식, 거절권리, 예방인식 태도에서 유의한 차이를 보였다.

요인별로 살펴보면 억제인식의 경우 20-30대가 3.14점, 40대 3.02점, 50대 이상 2.66점으로 나타났다($p<.001$). 따라서, 연령이 낮을수록 억제인식이 높은 것으로 나타났으며, 연령별 사후검증 결과 20-30대와 40대가 50대 이상보다 높게 나타났다. 거절권리 태도의 경우에는 20-30대 3.73점, 40대 3.43점, 50대 이상 3.02점으로 나타나($p<.001$) 연령이 낮을수록 거부할 권리에 대한 인식이 높은 것으로 나타났으며 연령별 사후검증결과 20-30대와 40대가 50대 이상보다 높게 나타났다. 예방인식 태도의 경우에는 20-30대 4.05점, 40대 3.84점, 50대 이상 3.63점으로 나타나($p<.01$) 연령이 낮을수록 예방을 해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며, 연령별 사후검증 결과 50대 이상보다 20-30대가 높게 나타났다.

<표 4-17> 연령에 따른 억제실태 결정요인 비교

구분	연령	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
억제인식	20-30대	115	3.14	.821	8.984***	.000	50대 이상< 20-30대, 40대
	40대	116	3.02	.935			
	50대 이상	106	2.66	.816			
	합계	337	2.95	.881			
억제실태	20-30대	115	2.18	.626	.185	.831	
	40대	116	2.13	.668			
	50대 이상	106	2.15	.711			
	합계	337	2.15	.667			
사용 태도	20-30대	115	3.43	1.037	.479	.620	
	40대	116	3.34	1.177			
	50대 이상	106	3.29	1.130			
	합계	337	3.36	1.114			
거절권리 태도	20-30대	115	3.73	.946	11.987** *	.000	50대 이상< 20-30대, 40대
	40대	116	3.43	1.154			
	50대 이상	106	3.02	1.122			
	합계	337	3.40	1.112			
정보제공 태도	20-30대	115	4.54	.709	2.657	.072	
	40대	116	4.44	.812			
	50대 이상	106	4.28	.993			
	합계	337	4.42	.846			
간호관리 태도	20-30대	115	4.54	.676	.820	.441	
	40대	116	4.44	.759			
	50대 이상	106	4.42	.846			
	합계	337	4.47	.761			
일반적 태도	20-30대	115	2.81	.529	3.007	.051	
	40대	116	2.87	.572			
	50대 이상	106	2.70	.446			
	합계	337	2.80	.523			
예방인식 태도	20-30대	115	4.05	.834	5.190**	.006	50대 이상< 20-30대
	40대	116	3.84	.983			
	50대 이상	106	3.63	1.119			
	합계	337	3.85	.994			

** 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

3) 종사자 학력과 억제인식, 태도, 실태 관계 분석

<가설 1-3>을 검증하기 위하여 종사자의 학력이 억제인식, 태도, 실태에 미치는 영향관계를 비교 분석하였다.

학력에 따른 억제실태 결정요인 비교 결과(<표 4-18>)를 살펴보면 일반적 태도를 제외한 모든 요인에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

억제인식의 경우 고졸이하 2.58점, 대졸이상 3.14점으로 나타나($p<.001$) 학력이 높을수록 억제에 대한 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 억제실태의 경우에는 고졸 이하 1.96점, 대졸 이상 2.25점으로 나타나($p<.001$) 학력이 높을수록 억제가 많이 사용되는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였고, 사용 태도의 경우에는 고졸 이하 3.04점, 대졸 이상 3.52점으로 나타나($p<.001$) 학력이 높을수록 노인 인권에 대한 긍정적인 태도를 갖고 있는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 다음으로 거절권리 태도의 경우에는 고졸이하 2.95점, 대졸 이상 3.64점으로 나타나($p<.001$) 학력이 높을수록 거부할 권리에 대한 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

정보제공 태도의 경우에는 고졸 이하 4.10점, 대졸 이상 4.59점으로 나타났다($p<.001$) 따라서, 학력이 높을수록 노인에게 신체 억제실태에 대한 정보를 제공해야한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 또한, 간호관리 태도의 경우에는 고졸 이하 4.14점, 대졸 이상 4.63점으로 나타나($p<.001$) 학력이 높을수록 적극적인 간호를 해야한다고 생각하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 다음으로 예방인식 태도의 경우에는 고졸 이하 3.45점, 대졸 이상 4.05점으로 나타나($p<.001$) 학력이 높을수록 예방을 해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 4-18> 학력에 따른 억제실태 결정요인 비교

구분	학력	N	평균*	표준편차	t	유의확률 (양쪽)
억제인식	고졸 이하	115	2.58	.865	-5.805***	.000
	대졸 이상	222	3.14	.828		
억제실태	고졸 이하	115	1.96	.685	-3.829***	.000
	대졸 이상	222	2.25	.636		
사용 태도	고졸 이하	115	3.04	1.159	-3.826***	.000
	대졸 이상	222	3.52	1.056		
거절권리 태도	고졸 이하	115	2.95	1.119	-5.596***	.000
	대졸 이상	222	3.64	1.036		
정보제공 태도	고졸 이하	115	4.10	1.068	-5.265***	.000
	대졸 이상	222	4.59	.645		
간호관리 태도	고졸 이하	115	4.14	.924	-5.873***	.000
	대졸 이상	222	4.63	.597		
일반적 태도	고졸 이하	115	2.72	.475	-1.901	.058
	대졸 이상	222	2.84	.544		
예방인식 태도	고졸 이하	115	3.45	1.139	-5.513***	.000
	대졸 이상	222	4.05	.841		

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

4) 종사자 종교 유무와 억제인식, 태도, 실태 관계 분석

<가설 1-4>를 검증하기 위하여 종사자의 종교 유무가 억제 인식, 태도, 실태에 미치는 영향관계를 비교 분석하였다.

종교 유무에 따른 억제실태 결정요인 비교 결과(<표 4-19>)를 살펴보면 정보제공 태도에서 유의한 차이를 보였다. 종교가 있는 경우 4.37점, 없는 경우 4.66점으로 나타나($p<.05$) 종교가 없는 경우 환자에게 신체 억제실태에 대한 정보를 제공해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 4-19> 종교 유무에 따른 억제실태 결정요인 비교

구분	종교	N	평균*	표준편차	t	유의확률 (양쪽)
억제인식	있음	279	2.92	.888	-1.300	.194
	없음	58	3.09	.837		
억제실태	있음	279	2.15	.677	.089	.930
	없음	58	2.15	.618		
사용 태도	있음	279	3.37	1.135	.354	.723
	없음	58	3.31	1.018		
거절권리 태도	있음	279	3.36	1.143	-1.675	.095
	없음	58	3.63	.920		
정보제공 태도	있음	279	4.37	.875	-2.386*	.018
	없음	58	4.66	.645		
간호관리 태도	있음	279	4.43	.780	-1.709	.088
	없음	58	4.62	.644		
일반적 태도	있음	279	2.80	.528	.024	.981
	없음	58	2.80	.504		
예방인식 태도	있음	279	3.83	1.022	-.742	.458
	없음	58	3.93	.846		

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

5) 종사자 직위와 억제인식, 태도, 실태 관계 분석

<가설 1-5>를 검증하기 위하여 종사자의 직위가 억제 인식, 태도, 실태에 미치는 영향을 비교 분석하였다.

직위에 따른 억제실태 결정요인 비교 결과(<표 4-20>)를 살펴보면 일반적인 태도를 제외한 모든 요인에서 유의한 차이를 보였다.

요인별로 살펴보면 억제인식의 경우에는 관리자급 3.07점, 중간관리자급 3.23점, 직접케어자(요양보호사) 2.67점으로 나타나($p<.001$) 관리자급보다 직접케어자가 억제인식이 약한 것으로 나타났으며 직위별 사후검증 결과

관리자급, 중간관리자급보다 직접케어자가 낮게 나타났다. 다음으로 억제 실태의 경우에는 관리자급 2.23점, 중간관리자급 2.25점, 직접케어자 2.04점으로 나타나($p<.05$) 직접케어자보다 관리자급이 억제가 많이 사용되는 것으로 나타났으며 직위별 사후검증 결과 관리자와 중간관리자가 높게 나타났다. 또한, 사용 태도에서는 관리자급 3.42점, 중간관리자급 3.66점, 직접케어자 3.07점으로 나타나($p<.001$) 관리자급이 직접케어자보다 노인 인권에 대한 긍정적인 태도를 갖는 것으로 나타났으며 직위별 사후검증 결과 관리자급과 중간관리자급이 직접케어자보다 높게 나타났다. 거절권리 태도의 경우에는 관리자급 3.44점, 중간관리자급 3.77점, 직접케어자 3.06점으로 나타나($p<.001$) 직접케어자보다 관리자나 중간관리자급이 억제에 대해 거부할 권리가 있다고 생각하는 것으로 나타났으며 직위별 사후검증 결과 직접케어자보다 관리자, 중간관리자급이 높게 나타났다. 다음으로 정보제공 태도의 경우에는 관리자급 4.45점, 중간관리자급 4.65점, 직접케어자 4.21점으로 나타나($p<.001$) 중간관리자급과 관리자급이 직접케어자보다 정보를 제공해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 직위별 사후검증 결과 직접케어자보다 중간관리자가 높게 나타났다. 또한, 간호관리 태도의 경우에는 관리자급 4.45점, 중간관리자급 4.70점, 직접케어자 4.26점으로 나타나($p<.001$) 중간관리자급이 다른 직위보다 적극적인 간호가 필요하다고 생각하는 것으로 나타났으며, 직위별 사후검증결과 직접케어자보다 중간관리자가 높게 나타났다. 다음으로 예방인식 태도의 경우에는 관리자급 3.95점, 중간관리자급 4.06점, 직접케어자 3.62점으로 나타나($p<.001$) 관리자급과 중간관리자급이 직접케어자보다 예방을 해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

<표 4-20> 직위에 따른 억제실태 결정요인 비교

구분	직위	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
억제 인식	간접케어자-관리자급	43	3.07	.917	17.037* **	.000	직접케어 자<관리 자,중간관 리자
	간접케어자-중간관리자급	139	3.23	.782			
	직접케어자	155	2.67	.870			
	합계	337	2.95	.881			
억제 실태	간접케어자-관리자급	43	2.23	.605	4.195*	.016	직접케어 자<관리 자,중간관 리자
	간접케어자-중간관리자급	139	2.25	.624			
	직접케어자	155	2.04	.705			
	합계	337	2.15	.667			
사용 태도	간접케어자-관리자급	43	3.42	1.088	10.855* **	.000	직접케어 자<관리 자,중간관 리자
	간접케어자-중간관리자급	139	3.66	1.013			
	직접케어자	155	3.07	1.141			
	합계	337	3.36	1.114			
거절 권리 태도	간접케어자-관리자급	43	3.44	1.025	16.456* **	.000	직접케어 자<관리 자,중간관 리자
	간접케어자-중간관리자급	139	3.77	1.003			
	직접케어자	155	3.06	1.125			
	합계	337	3.40	1.112			
정보 제공 태도	간접케어자-관리자급	43	4.45	.899	10.418* **	.000	직접케어 자<중간 관리자
	간접케어자-중간관리자급	139	4.65	.547			
	직접케어자	155	4.21	.990			
	합계	337	4.42	.846			
간호 관리 태도	간접케어자-관리자급	43	4.45	.808	13.377* **	.000	직접케어 자<중간 관리자
	간접케어자-중간관리자급	139	4.70	.488			
	직접케어자	155	4.26	.882			
	합계	337	4.47	.761			
일반적 태도	간접케어자-관리자급	43	2.75	.551	1.227	.294	
	간접케어자-중간관리자급	139	2.85	.522			
	직접케어자	155	2.76	.516			
	합계	337	2.80	.523			
예방 인식 태도	간접케어자-관리자급	43	3.95	.955	7.749** *	.001	직접케어 자<관리 자,중간관 리자
	간접케어자-중간관리자급	139	4.06	.839			
	직접케어자	155	3.62	1.086			
	합계	337	3.85	.994			

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

케어유형에 따른 억제실태 결정요인 차이 결과(<표 4-21>)를 살펴보면 일반적 태도를 제외한 모든 요인에서 유의한 차이를 보였다.

<표 4-21> 케어유형에 따른 억제실태 결정요인 비교

구분	케어유형	N	평균*	표준편차	t	유의확률 (양쪽)
억제인식	간접케어자	182	3.19	.817	5.725***	.000
	직접케어자	155	2.67	.870		
억제실태	간접케어자	182	2.25	.618	2.891**	.004
	직접케어자	155	2.04	.705		
사용 태도	간접케어자	182	3.60	1.033	4.479***	.000
	직접케어자	155	3.07	1.141		
거절권리 태도	간접케어자	182	3.70	1.015	5.432***	.000
	직접케어자	155	3.06	1.125		
정보제공 태도	간접케어자	182	4.60	.650	4.347***	.000
	직접케어자	155	4.21	.990		
간호관리 태도	간접케어자	182	4.64	.587	4.777***	.000
	직접케어자	155	4.26	.882		
일반적 태도	간접케어자	182	2.83	.529	1.122	.263
	직접케어자	155	2.76	.516		
예방인식 태도	간접케어자	182	4.04	.867	3.882***	.000
	직접케어자	155	3.62	1.086		

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

억제인식의 경우 간접케어자(관리자급) 3.19점, 직접케어자(요양보호사) 2.67점으로 나타나($p<.01$) 간접케어자의 경우가 직접케어자보다 억제인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 억제실태의 경우에는 간접케어자 2.25점, 직접케어자 2.04점으로 나타나($p<.01$) 간접케어자가 직접케어자보다 억제가 많이 사용되는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 다음으로 사용 태도의 경우에는 간접케어

자 3.60점, 직접케어자 3.07점으로 나타나($p<.001$) 간접케어자가 직접케어자보다 노인 인권에 대한 긍정적인 태도를 갖는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 거절권리 태도의 경우에는 간접케어자 3.70점, 직접케어자 3.06점으로 나타나($p<.001$) 간접케어자가 직접케어자보다 억제를 거부할 권리에 대한 인식이 높은 것으로 나타났고 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 또한 정보제공 태도의 경우에는 간접케어자 4.60점, 직접케어자 4.21점으로 나타나($p<.001$) 간접케어자가 직접케어자보다 정보를 제공해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 다음으로 간호관리 태도의 경우에는 간접케어자 4.64점, 직접케어자 4.26점으로 나타났다($p<.001$). 따라서, 간접케어자가 직접케어자보다 억제를 사용한 환자에 대해 적극적인 간호를 해야 한다고 생각하는 것으로 나타났으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 예방인식 태도의 경우에는 간접케어자 4.04점, 직접케어자 3.62점으로 나타나($p<.001$) 간접케어자가 직접케어자보다 예방을 해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 유의한 차이를 보였다.

6) 종사자 자격증과 억제인식, 태도, 실태 관계 분석

<가설 1-6>을 검증하기 위하여 종사자의 자격증 여부가 억제 인식, 태도, 실태에 미치는 영향관계를 비교 분석하였다.

자격증 여부에 따른 억제실태 결정요인 결과(<표 4-22>)를 살펴보면 일반적 태도를 제외한 모든 요인에서 유의한 차이를 보였다.

요인별로 살펴보면 억제인식의 경우에는 간호사 3.03점, 사회복지사 3.25점, 요양보호사 2.64점으로 나타나($p<.001$) 요양보호사가 억제인식이 약한 것으로 나타났으며 자격증별 사후검증 결과 요양보호사가 간호사, 사회복지사보다 낮게 나타났다.

<표 4-22> 자격증 여부에 따른 억제실태 결정요인 비교

구분	자격증	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
억제인식	간호사	80	3.03	.777	11.113** *	.000	요양보호사<간호사, 사회복지사
	사회복지사	102	3.25	.868			
	요양보호사	134	2.64	.873			
	기타	21	3.18	.761			
	합계	337	2.95	.881			
억제실태	간호사	80	2.43	.633	6.726***	.000	요양보호사, 사회복지사<간호사
	사회복지사	102	2.11	.593			
	요양보호사	134	2.02	.698			
	기타	21	2.14	.667			
	합계	337	2.15	.667			
사용 태도	간호사	80	3.52	1.031	6.094***	.000	요양보호사<사회복지사, 간호사
	사회복지사	102	3.63	1.060			
	요양보호사	134	3.06	1.111			
	기타	21	3.29	1.302			
	합계	337	3.36	1.114			
거절권리 태도	간호사	80	3.50	1.008	10.849** *	.000	요양보호사<사회복지사, 간호사, 기타
	사회복지사	102	3.78	.992			
	요양보호사	134	3.02	1.123			
	기타	21	3.67	1.238			
	합계	337	3.40	1.112			
정보제공 태도	간호사	80	4.58	.619	7.234***	.000	요양보호사, 기타<사회복지사, 간호사
	사회복지사	102	4.64	.619			
	요양보호사	134	4.19	1.013			
	기타	21	4.26	1.008			
	합계	337	4.42	.846			
간호관리 태도	간호사	80	4.70	.525	9.461***	.000	요양보호사, 기타<사회복지사, 간호사
	사회복지사	102	4.63	.616			
	요양보호사	134	4.22	.896			
	기타	21	4.33	.780			
	합계	337	4.47	.761			
일반적 태도	간호사	80	2.89	.473	1.182	.317	
	사회복지사	102	2.78	.569			
	요양보호사	134	2.75	.494			
	기타	21	2.83	.643			
	합계	337	2.80	.523			
예방인식 태도	간호사	80	3.93	.977	5.199**	.002	요양보호사<사회복지사, 간호사
	사회복지사	102	4.10	.807			
	요양보호사	134	3.60	1.086			
	기타	21	3.88	.973			
	합계	337	3.85	.994			

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

억제실태의 경우에는 간호사 2.43점, 사회복지사 2.11점, 요양보호사 2.02점으로 나타나($p<.05$) 간호사가 억제가 많이 사용되는 것으로 나타났으며 자격증별 사후검증 결과 간호사가 사회복지사, 요양보호사 보다 높게 나타났다.

또한, 사용 태도에서는 간호사 3.52점, 사회복지사 3.63점, 요양보호사 3.06점으로 나타나($p<.001$) 간호사, 사회복지사의 경우가 요양보호사보다 노인 인권에 대한 긍정적인 태도를 갖는 것으로 나타났으며 자격증별 사후검증 결과 간호사, 사회복지사가 요양보호사 보다 높게 나타났다. 거절 권리 태도의 경우에는 간호사 3.50점, 사회복지사 3.78점, 요양보호사 3.02점 나타나($p<.001$) 간호사와 사회복지사가 억제에 대한 거부할 권리가 있다고 생각하는 것으로 나타났으며 자격증별 사후검증 결과 간호사와 사회복지사가 요양보호사보다 높게 나타났다. 다음으로 정보제공 태도의 경우에는 간호사 4.58점, 사회복지사 4.64점, 요양보호사 4.19점으로 나타나($p<.001$) 간호사와 사회복지사가 요양보호사보다 정보를 제공해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며 자격증별 사후검증 결과 간호사와 사회복지사가 요양보호사보다 높게 나타났다. 또한, 간호관리 태도의 경우에는 간호사 4.70점, 사회복지사 4.63점, 요양보호사 4.22점으로 나타나($p<.001$) 간호사와 사회복지사가 요양보호사보다 적극적인 간호가 필요하다고 생각하는 것으로 나타났으며 자격증별 사후검증결과 요양보호사보다 간호사, 사회복지사가 높게 나타났다. 다음으로 예방인식 태도의 경우에는 간호사 3.93점, 사회복지사 4.10점, 요양보호사 3.60점으로 나타나($p<.01$) 간호사, 사회복지사가 요양보호사보다 예방을 해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났으며, 자격증별 사후검증 결과 간호사와 사회복지사가 요양보호사보다 높게 나타났다.

7) 종사자 근무기간과 억제인식, 태도, 실태 관계 분석

<가설 1-7>를 검증하기 위하여 종사자의 근무 기간이 억제 인식, 태도, 실태에 미치는 영향관계를 비교 분석하였다.

근무기간에 따른 억제실태 결정요인 결과(<표 4-23>)를 살펴보면 억제 인식, 사용 태도, 거절권리 태도, 간호관리 태도에서 유의한 차이를 보였다.

요인별로 살펴보면 억제인식의 경우에는 1-3년 이하 2.83점, 3-5년 3.20점, 5년 이상 3.01점으로 나타나($p<.01$) 3-5년이 다른 근무기간보다 억제 인식이 높은 것으로 나타났으며 근무기간별 사후검증 결과 3-5년의 경우가 1-3년 이하보다 높게 나타났다. 다음으로 사용 태도에서는 1-3년 이하 3.20점, 3-5년 3.32점, 5년 이상 3.69점으로 나타나($p<.01$) 근무기간이 높을수록 노인 인권에 대한 긍정적인 태도를 갖는 것으로 나타났으며 근무기간별 사후검증 결과 5년 이상이 1-3년 이하, 3-5년 보다 높게 나타났다. 거절권리 태도의 경우에는 1-3년 이하 3.25점, 3-5년 3.63점, 5년 이상 3.54점으로 나타나($p<.05$) 3-5년과 5년 이상이 1-3년 이하 근무기간보다 억제에 대한 거부할 권리가 있다고 생각하는 것으로 나타났으며 근무기간별 사후검증 결과 1-3년 이하 보다, 3-5년, 5년 이상이 높게 나타났다. 다음으로 간호관리 태도의 경우에는 1-3년 이하 4.33점, 3-5년 4.61점, 5년 이상 4.63점으로 나타나($p<.01$) 근무기간이 높을수록 적극적인 간호가 필요하다고 생각하는 것으로 나타났으며 근무기간별 사후검증결과 1-3년 이하 보다 3-5년과 5년 이상이 높게 나타났다.

<표 4-23> 근무기간에 따른 억제실태 결정요인

구분	근무기간	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
억제인식	1-3년 이하	178	2.83	.906	4.726**	.009	1-3년이하<3-5년
	3-5년	68	3.20	.842			
	5년 이상	91	3.01	.821			
	합계	337	2.95	.881			
억제실태	1-3년 이하	178	2.15	.695	.342	.710	
	3-5년	68	2.11	.605			
	5년 이상	91	2.19	.657			
	합계	337	2.15	.667			

구분	근무기간	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
사용 태도	1-3년 이하	178	3.20	1.182	5.901**	.003	1-3년 이하, 3.32<5년 이상
	3-5년	68	3.32	1.003			
	5년 이상	91	3.69	.991			
	합계	337	3.36	1.114			
거절권리 태도	1-3년 이하	178	3.25	1.197	3.789*	.024	1-3년 이하<3-5년, 5년 이상
	3-5년	68	3.63	.963			
	5년 이상	91	3.54	1.001			
	합계	337	3.40	1.112			
정보제공 태도	1-3년 이하	178	4.32	.982	2.750	.065	
	3-5년	68	4.55	.681			
	5년 이상	91	4.53	.621			
	합계	337	4.42	.846			
간호관리 태도	1-3년 이하	178	4.33	.874	6.625**	.002	1-3년 이하<3-5년, 5년 이상
	3-5년	68	4.61	.572			
	5년 이상	91	4.63	.577			
	합계	337	4.47	.761			
일반적 태도	1-3년 이하	178	2.83	.519	.897	.409	
	3-5년	68	2.79	.498			
	5년 이상	91	2.74	.551			
	합계	337	2.80	.523			
예방인식 태도	1-3년 이하	178	3.86	1.035	.550	.578	
	3-5년	68	3.92	1.001			
	5년 이상	91	3.76	.907			
	합계	337	3.85	.994			

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

2. 개인적 요인과 신체억제실태 간의 관계 분석

1) 억제인식과 억제실태 간의 관계분석

<가설 2-1>를 검증하기 위하여 개인적 요인 중 억제 인식이 신체억제 실태에 미치는 영향을 회귀 분석을 통하여 검증하였다.

억제인식이 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-24>), 억제인식의 경우 회귀계수 $\beta = -.127(p < .05)$ 의 부(-)의 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 회귀식 설명력은 1.6%($R^2 = .016$)로 나타났다으며, 본 회귀모형은 통계적으로 적합한 것으로 볼 수 있다.($F = 5.507$,

p<.05) 따라서, 억제인식이 높을수록 억제실태에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타나 억제를 많이 사용하지 않는 것을 알 수 있다.

<표 4-24> 억제인식이 억제실태에 미치는 영향

구분	B	표준 오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.437	.126		19.299	.000	5.507*	.020	.016
억제인식	-.096	.041	-.127	-2.347*	.020			

2) 억제사용시 태도와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 2-2>를 검증하기 위하여 개인적 요인 중 억제사용시 태도가 신체억제실태에 미치는 영향을 회귀 분석을 통하여 검증하였다.

사용 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-25>), 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

<표 4-25> 사용 태도가 억제실태에 미치는 영향

구분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.101	.221		9.502	.000	1.483	.207	.018
사용 태도	.051	.046	.086	1.122	.263			

3) 억제사용을 거절할 권리에 대한 태도와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 2-3>을 검증하기 위하여 개인적 요인 중 억제사용을 거절할 권리에 대한 태도와 억제실태간의 관계를 분석하였다.

거절할 권리에 대한 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-26>) 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

<표 4-26> 거절할 권리에 대한 태도가 억제실태에 미치는 영향

구분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.101	.221		9.502	.000	1.483	.207	.018
거절권리태도	-.112	.047	-.186	-2.380*	.018			

4) 억제사용과 관련된 정보제공에 대한 태도와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 2-4>를 검증하기 위하여 개인적 요인 중 억제사용과 관련된 정보제공에 대한 태도와 억제실태간의 관계를 분석하였다.

정보제공 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-27>) 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

<표 4-27> 정보제공 태도가 억제실태에 미치는 영향

구 분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.101	.221		9.502	.000	1.483	.207	.018
정보제공태도	.044	.067	.056	.654	.513			

5) 억제사용 노인의 추후 관리와 간호에 대한 태도와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 2-5>를 검증하기 위하여 억제사용 노인의 추후 관리와 간호에 대한 태도와 억제실태간의 관계를 분석하였다.

간호관리 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-28>) 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

<표 4-28> 간호관리 태도가 억제실태에 미치는 영향

구 분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.101	.221		9.502	.000	1.483	.207	.018
간호관리 태도	.015	.074	.017	.199	.843			

6) 억제사용에 대한 일반적 태도와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 2-6>을 검증하기 위하여 억제사용에 대한 일반적 태도와 억제실태간의 관계를 분석하였다.

일반적 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-29>) 일반적 태도의 경우 회귀계수 $\beta=.325(p<.001)$ 의 정(+)의 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 회귀식 설명력은 10.6%($R^2=.106$)로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 적합한 것으로 볼 수 있다($F=39.589, p<.001$). 따라서 억제사용에 대한 인식이 긍정적일수록 억제실태 또한 많이 행해지는 것을 알 수 있다.

<표 4-29> 일반적 태도가 억제실태에 미치는 영향

구 분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	.995	.187		5.313	.000	39.589***	.000	.106
일반적 태도	.414	.066	.325	6.292***	.000			

7) 억제사용에 대한 예방인식 태도와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 2-7>을 검증하기 위하여 억제사용에 대한 예방인식 태도와 억제실태간의 관계를 분석하였다.

예방인식 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-30>) 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

<표 4-30> 예방인식 태도가 억제실태에 미치는 영향

구 분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.182	.146		14.989	.000	.044	.835	.000
예방인식 태도	-.008	.037	-.011	-.209	.835			

3. 시설환경 요인과 신체억제실태 간의 관계 분석

1) 시설정원과 억제실태 간의 관계 분석

<가설 3-1>을 검증하기 위하여 시설환경 요인 중 시설 정원이 억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

시설정원에 따른 억제실태 비교 결과(<표 4-31>)를 살펴보면 50명 이하가 1.57점, 50-80명 이하 2.31점, 80명 이상 2.20점으로 나타났다($p < .05$).

따라서 시설 규모가 클수록 억제실태가 증가하는 것으로 나타나 났으며, 시설정원별 사후검증결과 50명 이하 보다 50-80명 이하, 80명 이상이 높게 나타났다.

<표 4-31> 시설정원에 따른 억제실태 비교

구 분	내 용	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
억제 실태	50명 이하	42	1.57	.443	21.565***	.000	50명 이하<50-8 0명, 80명이상
	50-80명 이하	86	2.31	.666			
	80명 이상	209	2.20	.645			
	합계	337	2.15	.667			

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

2) 시설장 자격증과 억제실태 간의 관계 분석

<가설 3-2>를 검증하기 위하여 시설환경 요인 중 시설장 자격증이 신체억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

시설장 자격증여부가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과(<표 4-32>) 회귀계수 $\beta = -.206(p < .001)$ 로 부(-)의 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 회귀식설명력은 $4.2\%(R^2 = .042)$ 로 나타났으며, 본 회귀모형은 통계적으로 적합한 것으로 볼 수 있다. ($F = 14.778, p < .001$) 따라서, 시설장이 비의료인일수록 억제실태가 낮아지는 것을 알 수 있다.

<표 4-32> 시설장 자격증이 억제실태에 미치는 영향

구 분	B	표준오차	베타	t	유의 확률	F	유의 확률	R ²
(상수)	2.749	.159		17.274	.000	14.778***	.000	.042
시설장 자격증	-.334	.087	-.206	-3.844	.000			

자격증 : 0(의료인), 1(비의료인)

3) 근무 유형과 억제실태 간의 관계 분석

<가설 3-3>를 검증하기 위하여 시설환경 요인 중 근무 유형이 신체억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

근무유형에 따른 억제실태 비교 결과(<표 4-33>)를 보면 2교대가 2.22점, 3교대가 2.15점, 격일근무(24시간) 1.72점으로 나타났다($p < .05$) 따라서, 2교대가 억제가 가장 많이 사용되는 것으로 나타났으며 격일근무의 경우가 억제가 가장 적게 사용되는 것으로 나타났다. 근무유형별 사후검증 결과 격일근무(24시간)가 3교대, 2교대 보다 낮게 나타났다.

<표 4-33> 근무유형에 따른 억제실태 비교

구 분	내 용	N	평균*	표준편차	F	p	Scheffe
억제실태	3교대	216	2.15	.648	4.210*	.016	격일근무<3교대, 2교대
	2교대	104	2.22	.654			
	격일근무(24시간)	17	1.72	.834			
	합계	337	2.15	.667			

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

4) 시설 위치와 억제실태 간의 관계 분석

<가설 3-4>를 검증하기 위하여 시설환경 요인 중 시설 위치가 억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

시설의 위치에 따른 억제실태 비교 결과(<표 4-34>)을 살펴보면 지역 내 2.15점, 자동차로 30분 정도가 2.11점, 산속, 외딴곳 2.29점으로 나타나 ($p=.0.683$) 통계적으로 유의미한 관계에 있지 않다.

<표 4-34> 시설의 위치에 따른 억제실태 비교

구 분	내 용	N	평균*	표준편차	F	p
억제실태	지역 내	260	2.15	.684	.381	.683
	자동차로30분	63	2.11	.639		
	산속 등	14	2.29	.442		
	합계	337	2.15	.667		

* 5점 척도치를 평균값으로 환산한 숫자임.

4. 신체억제실태에 대한 위계적 회귀분석

1) 종사자 및 시설장 특성과 신체억제실태의 상관관계 분석

<표 4-35>와 같이 일반적 특성과 억제실태와의 관계를 살펴보기 위하여 상관관계 분석을 실시한 결과 종사자 학력과는 $r=.216(p<.01)$, 직위와는 $r=-.156(p<.01)$, 종사자 자격증과는 $r=-.235(p<.01)$ 으로 유의미한 관계를 보였다. 즉 종사자의 학력

이 높을수록, 종사자 직위가 간접케어자일수록, 종사자 자격증이 의료인일수록 억제실태가 높아짐을 예측할 수 있었다. 억제실태와 시설장 특성과의 관계를 살펴보면, 시설장 종교와는 $r=-.149(p<.01)$, 시설장 자격증과는 $r=-.206(p<.01)$, 시설 정원과는 $r=.232(p<.01)$ 로 나타났으며, 시설장 종교가 있을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 시설 정원이 많을수록 억제실태가 높아짐을 알 수 있었다.

<표 4-35> 종사자 및 시설장 특성과 억제실태의 상관관계

구분		종사자 특성							시설장 특성					
		성별	연령	학력	종교	직위	종사 자자 격증	근무 기간	시설 장종 교	시설 장학 력	시설 장자 격증	위 치	근무 유형	정원
종사 자 특 성	성별	1												
	연령	.115 (*)	1											
	학력	-.210 (**)	-.266 (**)	1										
	종교	-.081	-.036	.002	1									
	직위	.185 (**)	.195 (**)	-.596 (**)	-.026	1								
	종사자 자격증	-.158 (**)	-.167 (**)	-.260 (**)	-.037	.521 (**)	1							
	근무 기간	-.078	.138 (*)	.263 (**)	.058	-.267 (**)	-.180 (**)	1						
시설 장 특 성	시설장 종교	-.028	.001	-.064	.158 (**)	-.057	.045	.027	1					
	시설장 학력	.090	.045	-.016	-.071	.053	-.038	-.087	-.395 (**)	1				
	시설장 자격증	-.098	-.102	-.069	-.031	.118 (*)	.176 (**)	-.190 (**)	.038	-.124 (*)	1			
	위치	.031	-.129 (*)	-.048	-.008	.094	.082	.053	.164 (**)	-.354 (**)	.110 (*)	1		
	근무 유형	.101	-.044	-.014	-.068	.030	.094	-.028	-.097	-.132 (*)	.140 (*)	.323 (**)	1	
	정원	-.040	.057	.037	-.035	-.028	-.134 (*)	.024	-.157 (**)	.143 (**)	.006	-.105	-.540 (**)	1
억제 실태		.044	.010	.216 (**)	-.005	-.156 (**)	-.235 (**)	.071	-.149 (**)	.014	-.206 (**)	.012	-.008	.232 (**)

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

성별 : 0(남), 1(여)

종교 : 0(있음), 1(없음)

직위 : 0(간접케어자), 1(직접케어자)

자격증 : 0(의료인), 1(비의료인)

근무유형 : 0(3교대), 1(그 외)

2) 억제인식과 종사자 및 시설 특성과 신체억제상태 간의 관계 분석

<가설 4-1>를 검증하기 위하여 억제인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제상태에 미치는 영향을 분석하였다.

<표 4-36>과 같이 억제인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제상태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였으며, 모형 1에서 억제인식이 억제상태에 미치는 영향에서 회귀계수 $\beta = -.134(p < .05)$ 로 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 일반적 특성을 추가로 투입한 모형 2의 회귀분석 결과, 억제인식의 회귀계수 $\beta = -.166(p < .001)$ 으로 부(-)의 영향력이 더 커졌으며, 종사자 학력의 $\beta = .220(p < .001)$, 근무유형의 $\beta = .156(p < .05)$, 시설 정원의 $\beta = .283(p < .01)$ 으로 억제태도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면 시설장 자격증의 $\beta = -.177(p < .001)$ 에서 억제태도에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설 정원이 많을수록 억제상태가 높아지는 경향을 보였다. 모형 2의 회귀식은 $p < .001$ 에서 유의미한 것으로 나타났으며($F = 6.341$), 모형 1에 비하여 설명력이 20.2% 높아진 22.0%로 나타났다($R^2 = .220$).

<표 4-36> 억제인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제상태에 미치는 영향

구분		모형 1			모형 2		
		β	t	p	β	t	p
(상수)			19.164	.000		3.155	.002
억제인식		-.134	-2.452*	.015	-.166	-2.907**	.004
종 사 자 특 성	성별				.003	.052	.959
	연령				.017	.287	.775
	학력				.220	3.299***	.001
	종교				.021	.409	.683
	직위				-.016	-.208	.835
	종사자자격증				-.122	-1.852	.065
	근무기간				-.038	-.682	.496
시 설	시설장종교				-.104	-1.792	.074

구분		모형 1			모형 2		
		β	t	p	β	t	p
장 특 성	시설장학력				-.026	-.454	.650
	시설장자격증				-.177	-3.269***	.001
	시설 위치				.003	.050	.960
	근무유형				.156	2.337*	.020
	정원				.283	4.482**	.000
F(p)		6.013*(.015)			6.341***(.000)		
R ²		.018			.220		
ΔR^2		-			.202		

성별 : 0(남), 1(여)

종교 : 0(있음), 1(없음)

직위 : 0(간접케어자), 1(직접케어자)

자격증 : 0(의료인), 1(비의료인)

근무유형 : 0(3교대), 1(그 외)

3) 억제사용에 대한 태도와 종사자 및 시설장 특성과 신체억제실태 간의 관계 분석

<가설 4-2>를 검증하기 위하여 억제사용시의 태도, 거절권리 태도, 정보제공 태도, 간호관리 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

<표 4-37>과 같이 억제에 대한 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였으며, 모형 1에서 억제에 대한 태도가 억제실태에 미치는 영향에서 거절권리 태도의 회귀계수 $\beta = -.196$ 으로 나타났으나, 회귀식이 유의하지 않았다 ($F=1.669$, $p=.157$).

일반적 특성을 추가로 투입한 모형 2의 회귀분석 결과, 억제의 거절권리 태도의 회귀계수 $\beta = -.211$ ($p<.01$)으로 부(-)의 영향력이 더 커졌으며, 종사자 학력의 $\beta = .221$ ($p<.001$), 근무유형의 $\beta = .156$ ($p<.05$), 시설 정원의 $\beta = .299$ ($p<.001$)으로 억제태도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면 시설장 자격증의 회귀계수가 $\beta = -.189$ ($p<.001$)로 억제실태에 부(-)의 영

향을 미치는 것으로 나타났다.

즉, 억제에 대해 거절권리가 있다고 인식할수록 억제실패가 부정적임을 예측할 수 있었고, 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설 정원이 많을수록 억제실패가 높아지는 경향을 보였다.

모형 2의 회귀식은 $p < .001$ 에서 유의미한 것으로 나타났으며($F = 5.277$), 모형 1에 비하여 설명력이 20.3% 높아진 22.3%로 나타났다($R^2 = .223$).

<표 4-37> 억제에 대한 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실패에 미치는 영향

구분		모형 1			모형 2		
		β	t	p	β	t	p
(상수)			9.340	.000		3.106	.002
사용 태도		.078	1.025	.306	.095	1.335	.183
거절권리 태도		-.196	-2.508	.013	-.211	-2.807**	.005
정보제공 태도		.050	.590	.556	.021	.268	.789
간호관리 태도		.020	.242	.809	-.048	-.607	.544
종사자 특성	성별				.016	.292	.770
	연령				.002	.032	.974
	학력				.221	3.222***	.001
	종교				.032	.620	.536
	직위				-.007	-.093	.926
	종사자자격증				-.123	-1.855	.065
	근무기간				-.037	-.648	.518
시설장 특성	시설장종교				-.108	-1.843	.066
	시설장학력				-.054	-.916	.360
	시설장자격증				-.189	-3.534***	.000
	시설 위치				.016	.267	.790
	근무유형				.156	2.320*	.021
	정원				.299	4.728***	.000
F(p)		1.669(.157)			5.277***(.000)		

구분	모형 1			모형 2		
	β	t	p	β	t	p
R^2	.020			.223		
ΔR^2	-			.203		

성별 : 0(남), 1(여)

종교 : 0(있음), 1(없음)

직위 : 0(간접케어자), 1(직접케어자)

자격증 : 0(의료인), 1(비의료인)

근무유형 : 0(3교대), 1(그 외)

4) 억제사용에 대한 일반적 태도와 종사자 및 시설장 특성과 신체 억제실태 간의 관계 분석

<가설 4-3>을 검증하기 위하여 억제사용에 대한 일반적 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

<표 4-38>과 같이 억제의 일반적 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였으며, 모형 1에서 억제의 일반적 태도가 억제실태에 미치는 영향에서의 회귀계수가 $\beta=.328(p<.001)$ 로 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉, 억제에 대한 일반적 태도가 긍정적일수록 억제실태가 높아짐을 예측할 수 있었다.

일반적 특성을 추가로 투입한 모형 2의 회귀분석 결과, 억제의 일반적 태도의 회귀계수 $\beta=.263(p<.001)$ 으로 정(+)의 영향력이 조금 줄어들었으며, 종사자 학력의 $\beta=.190(p<.01)$, 근무유형의 $\beta=.148(p<.05)$, 시설 정원의 $\beta=.277(p<.001)$ 으로 억제실태에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 반면 시설장 자격증은 $\beta=-.177(p<.001)$ 로 억제태도에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

즉, 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설 정원이 많을수록 억제실태가 높아지는 경향을 보였다.

모형 2의 회귀식은 $p < .001$ 에서 유의미한 것으로 나타났으며($F=8.078$), 모형 1에 비하여 설명력이 15.6% 높아진 26.4%로 나타났다($R^2=.264$).

<표 4-38> 억제 의 일반적 태도와 종사자 및 시설장 특성
억제실태에 미치는 영향

구분		모형 1			모형 2		
		β	t	p	β	t	p
(상수)			5.154	.000		1.100	.272
일반적 태도		.328***	6.297	.000	.263	5.285***	.000
종 사 자 특 성	성별				.000	.007	.994
	연령				.048	.854	.394
	학력				.190	2.952**	.003
	종교				.008	.155	.877
	직위				.026	.352	.725
	종사자자격증				-.113	-1.772	.077
	근무기간				-.030	-.560	.576
시 설 장 특 성	시설장종교				-.080	-1.426	.155
	시설장학력				-.025	-.442	.659
	시설장자격증				-.177	-3.417***	.001
	시설 위치				.020	.348	.728
	근무유형				.148	2.284*	.023
	정원				.277	4.542***	.000
F(p)		39.655***(.000)			8.078***(.000)		
R^2		.108			.264		
ΔR^2		-			.156		

성별 : 0(남), 1(여)

종교 : 0(있음), 1(없음)

직위 : 0(간접케어자), 1(직접케어자)

자격증 : 0(의료인), 1(비의료인)

근무유형 : 0(3교대), 1(그 외)

5) 억제 예방 인식 태도와 종사자 및 시설장 특성과 신체억제실태 간의 관계 분석

<가설 4-4>를 검증하기 위하여 억제 예방 인식 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

<표 4-39>와 같이 억제 예방 인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 위계적 회귀분석을 실시하였으며, 모형 1에서 억제 예방 인식이 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다, 일반적 특성을 추가로 투입한 모형 2의 회귀분석 결과, 억제 예방 인식의 회귀계수 $\beta = -.094$ 로 모형 1에 비하여 유의확률이 낮아졌으나 역시 영향을 미치지 않았다.

종사자 학력의 $\beta = .224(p < .001)$, 근무유형의 $\beta = .167(p < .05)$, 시설 정원의 $\beta = .317(p < .001)$ 로 억제태도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났고 반면 시설장 자격증의 $\beta = -.198(p < .001)$ 로 억제실태에 부(-)의 영향을 미치는 것으로 나타났다.

즉, 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설 정원이 많을수록 억제실태가 높아지는 경향을 보였다.

모형 2의 회귀식은 $p < .001$ 에서 유의미한 것으로 나타났으며($F = 5.849$), 모형 1에 비하여 설명력이 20.6% 높아진 20.9%로 나타났다($R^2 = .209$).

<표 4-39> 억제 예방 인식과 종사자 및 시설장 특성이 억제실태에 미치는 영향

구분	모형 1			모형 2		
	β	t	p	β	t	p
(상수)		14.822	.000		2.924	.004
억제 예방 인식	-.022	-.397	.692	-.094	-1.712	.088

구분		모형 1			모형 2		
		β	t	p	β	t	p
종사자 특성	성별				.013	.242	.809
	연령				.027	.470	.639
	학력				.224	3.266***	.001
	종교				.015	.288	.774
	직위				.011	.144	.886
	종사자자격증				-.128	-1.925	.055
	근무기간				-.066	-1.171	.243
시설장 특성	시설장종교				-.093	-1.599	.111
	시설장학력				-.044	-.758	.449
	시설장자격증				-.198	-3.694***	.000
	시설 위치				.015	.252	.801
	근무유형				.167	2.490*	.013
	정원				.317	5.006***	.000
F(p)		.158(.692)			5.849***(.000)		
R ²		.000			.209		
ΔR^2		-			.206		

성별 : 0(남), 1(여)

종교 : 0(있음), 1(없음)

직위 : 0(간접케어자), 1(직접케어자)

자격증 : 0(의료인), 1(비의료인)

근무유형 : 0(3교대), 1(그 외)

지금까지 신체억제에 대한 인구사회학적 요인과 개인적 요인 및 시설환경 요인이 신체억제의 실태에 미치는 영향을 실증분석하였다. 이를 토대로 연구문제와 관련된 가설 검증결과를 정리하면 <표 4-40>과 같다.

외생변수(성별, 연령, 학력, 종교, 직위, 자격유무, 근무기간)가 억제인식과 태도, 실태에 영향을 미칠 것이라는 연구문제 1과 관련된 연구 가설의 검증결과를 요약하면, 억제에 대한 인식은 성별, 연령, 직위, 자격증, 근무기간에 따라 차이를 보이는 것으로 가설이 검증되었다. 억제에 대한 태도 중, 사용태도는 학력, 직위, 자격증, 근무기간에 따라 차이를 보이는 것으로

로 가설이 검증되었고, 거절권리 태도는 연령, 학력, 직위, 자격증, 근무기간에 따라 차이를 보이는 것으로 가설이 검증되었고, 정보제공 태도는 학력, 종교, 직위, 자격증에 따라 차이를 보이는 것으로 가설이 검증되었고, 간호관리 태도는 학력, 직위, 자격증, 근무기간에 따라 차이를 보이는 것으로 가설이 검증되었고, 일반적 태도는 외생변수에 따라 차이를 보이지 않는 것으로 가설이 검증되었다. 예방인식 태도는 성별, 연령, 학력, 직위, 자격증에 따라 차이를 보이는 것으로 가설이 검증되었고, 억제실태는 학력, 직위, 자격증에 따라 차이를 보이는 것으로 검증되었다.

개인적 요인(인식과 태도)이 억제실태에 영향을 미칠 것이라는 연구문제 2와 관련된 연구 가설의 검증결과는 억제인식이 높으면 억제실태는 낮아지는 것으로 가설이 검증되었다. 반면 태도가 억제실태에 미치는 영향에서는, 일반적 태도를 제외한 나머지 태도는 억제실태에 유의한 영향을 미치지 않는 것으로 가설이 검증되었다. 그 이유는 낙상 등 안전사고가 발생하였을 경우, 종사자가 안게 되는 행정적·법률적 책임에 대한 부담감으로 인하여 억제에 대한 높은 인식이 실제로는 억제실태에 영향력을 거의 미치지 못하는 것으로 나타났다.

시설환경 요인(시설정원, 시설장자격증, 위치, 교대근무유형)이 억제실태에 영향을 미칠 것이라는 연구문제 3과 관련된 연구 가설의 검증결과는 시설정원이 많을수록, 시설장이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록 억제실태는 높아지는 것으로 가설이 검증되었다. 그러나 시설위치의 경우는 억제실태에 유의미한 영향을 미치지 않은 것으로 가설이 검증되었다.

억제인식과 태도가 억제실태에 미치는 영향 가운데 종사자 특성과 시설특성이 더욱 영향을 미칠 것이라는 연구문제 4와 관련된 연구 가설의 검증결과는 종사자의 학력, 시설장의 자격증, 근무유형, 시설정원이 유의미한 영향을 미치는 것으로 검증되었다. 종합적으로 억제인식과 억제에 대한 일반적인 태도가 억제실태에 미치는 영향 가운데 부정적인 영향을 미쳤다. 즉, 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록 시설정원이 많을수록 억제실태가 높아지는 것으로 검증되었다.

<표 4-40> 가설검증 결과 요약

가설 번호	가 설 내 용	채택 여부
1-1	종사자의 성별에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
1-2	종사자의 연령에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
1-3	종사자의 학력에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
1-4	종사자의 종교에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
1-5	종사자의 직위에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
1-6	종사자의 자격증 여부에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
1-7	종사자의 근무기간에 따라 억제 인식, 태도, 실패는 차이를 보일 것이다.	부분 채택
2-1	억제인식이 높을수록 억제실패는 감소할 것이다.	채택
2-2	억제사용 시의 태도가 부정적일 수록 억제실패는 감소할 것이다.	기각
2-3	억제사용을 거절할 권리에 대한 태도가 긍정적일 수록 억제실패는 감소할 것이다.	기각
2-4	억제사용과 관련된 정보제공에 대한 태도가 긍정적일 수록 억제실패는 감소할 것이다.	기각
2-5	억제사용 노인의 추후 관리와 간호에 대한 태도가 긍정적일 수록 억제실패는 감소할 것이다.	기각
2-6	억제에 대한 일반적 태도가 긍정적일 수록 억제실패는 증가할 것이다.	채택
2-7	억제사용에 대한 예방인식 태도가 긍정적일 수록 억제실패는 감소할 것이다.	기각
3-1	시설정원에 따라 억제실패는 차이를 보일 것이다.	채택
3-2	시설장 자격증에 따라 억제실패는 차이를 보일 것이다.	채택
3-3	근무유형에 따라 억제실패는 차이를 보일 것이다.	채택
3-4	시설 위치에 따라 억제실패는 차이를 보일 것이다.	기각
4-1	억제 인식과 종사자 및 시설 특성이 억제실패에 영향을 미칠 것이다.	부분 채택
4-2	억제 사용에 대한 태도와 종사자 및 시설 특성이 억제실패에 영향을 미칠 것이다.	부분 채택
4-3	억제 사용에 대한 일반적 태도와 종사자 및 시설 특성이 억제실패에 영향을 미칠 것이다	부분 채택
4-4	억제 예방 인식 태도와 종사자 및 시설장 특성이 억제실패에 영향을 미칠 것이다.	부분 채택

제 5 장 결 론

제 1 절 연구결과 요약

본 연구는 신체억제실태 영향 요인을 실증적으로 분석하고, 통계적으로 유의미한 영향요인으로 판명된 독립변수가 신체억제실태에 어느 정도 영향을 미치는가를 비교 분석하였다. 실증적 분석을 위해 서울시의 지원과 감독을 받는 국·공립 노인요양시설 종사자, 시설장들을 표본대상으로 하여 설문조사를 실시하고 필요한 통계자료를 수집하였으며 이 자료를 토대로 하여 통계분석을 실시하였다. 이러한 실증적 분석을 통한 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 인구·사회학적 요인이 억제인식과 태도, 실태에 미치는 영향을 종합적으로 분석하였다. 먼저 종사자의 성별의 경우 억제인식($t=3.238$ $p=.001$), 사용 태도($t=.1965$ $p=.050$), 거절권리 태도($t=2.767$ $p=.006$), 예방인식 태도($t=2.065$ $p=.040$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 남자의 경우가 여자보다 억제에 대한 인식, 사용 태도, 거절권리 태도, 예방인식 태도가 더 높은 것으로 나타났다.

다음 종사자의 연령의 경우 억제인식($F=8.984$ $p=.000$), 거절권리 태도($F=11.987$ $p=.000$), 예방인식 태도($F=5.190$ $p=.006$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 억제인식의 경우 연령이 낮을수록 억제인식이 높은 것으로 나타났으며, 연령이 낮을수록 거부할 권리에 대한 태도, 예방인식 태도가 높은 것으로 나타났다.

다음 종사자의 학력의 경우 억제인식($t=-5.805$ $p=.000$), 억제실태($t=-3.829$ $p=.000$), 사용 태도($t=-3.826$ $p=.000$), 거절권리 태도($t=-5.596$ $p=.000$), 정보제공 태도($t=-5.265$ $p=.000$), 간호관리 태도($t=-5.873$ $p=.000$), 예방인식 태도($t=-5.513$ $p=.000$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였고 억제인식의 경우 학력이 높을수록 억제에 대한 인식이 높은 것으로 나타났다. 또한 학력이 높을수록 사용 태도, 거절권리 태도, 정보제공 태도, 간호관리 태도, 예방인식 태도가 더 높은 것으로 나타났다. 학력이 높을수록

억제인식과 태도가 높음에도 불구하고 억제가 많이 사용되는 것으로 나타났다.

다음 종사자의 종교 유무의 경우 정보제공 태도($t=-2.386$ $p=.018$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 종교가 없는 경우 노인에게 억제 사용에 대한 정보를 제공해야 한다는 인식이 높은 것으로 나타났다.

다음 종사자의 직위의 경우 억제인식($t=5.725$ $p=.000$), 사용 태도($t=4.479$ $p=.000$), 거절권리 태도($t=5.432$ $p=.000$), 정보제공 태도($t=4.347$ $p=.000$), 간호관리 태도($t=4.777$ $p=.000$), 예방인식 태도($t=3.882$ $p=.000$), 억제실태($t=2.891$ $p=.000$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 억제인식의 경우, 직접케어자보다 간접케어자가 인식이 더 높은 것으로 나타났고, 사용 태도, 거절권리 태도, 정보제공 태도, 간호관리 태도, 예방인식 태도, 또한 직접케어자보다 간접케어자가 더 높은 것으로 나타났다. 인식과 태도 모두 직접케어자보다 간접케어자가 높음에도 불구하고 억제실태의 경우에는 직접케어자보다 간접케어자가 억제를 더 많이 사용하는 것으로 나타났다.

다음 종사자 자격증 여부의 경우, 억제인식($F=11.113$ $p=.000$), 사용 태도($F=6.094$ $p=.000$), 거절권리 태도($F=10.849$ $p=.000$), 정보제공 태도($F=7.234$ $p=.000$), 간호관리 태도($F=9.461$ $p=.000$), 예방인식 태도($F=5.199$ $p=.002$), 억제실태($F=6.726$ $p=.000$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 억제인식의 경우에는 간호사, 사회복지사 경우가 요양보호사보다 더 높게 나타났다. 또한, 사용 태도, 거절권리 태도, 정보제공 태도, 간호관리 태도, 예방인식 태도 모두 간호사, 사회복지사의 경우가 요양보호사보다 더 높게 나타났다. 이렇게 인식과 태도 모두 간호사, 사회복지사 경우가 요양보호사보다 높게 나타났음에도 불구하고 억제실태 또한 간호사, 사회복지사가 요양보호사보다 더 높게 나타났다.

다음 종사자 근무기간의 경우, 억제인식($F=4.726$ $p=.009$), 사용 태도($F=5.901$ $p=.003$), 거절권리 태도($F=3.789$ $p=.024$), 간호관리 태도($F=6.625$ $p=.002$)에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 억제인식의 경우에는 3-5년이 다른 근무기간보다 억제인식이 높은 것으로 나타났다. 사용 태도에서는 5년 이상이 1-3년 이하, 3-5년 보다 높게 나타났다. 거절권리 태도의

경우에는 3-5년과 5년 이상이 1-3년 이하 근무기간보다 억제에 대한 거부할 권리가 있다고 생각하는 것으로 나타났다. 간호관리 태도의 경우에는 근무기간이 높을수록 적극적인 간호가 필요하다고 생각하는 것으로 나타났다.

둘째, 개인적 요인(인식과 태도)이 억제실태에 미치는 영향을 분석하기 위해 회귀분석을 하였다. 결과를 요약하면, 다음과 같다.

먼저 억제인식의 경우, 억제실태에 회귀계수 $\beta = -.127$ ($F=5.507$, $p=.020$)로 부(-)의 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 억제실태를 파악하기 위한 모든 항목에서 억제가 아니다 라고 인식한 사람이 억제이다 라고 인식한 사람보다 실제로 억제실태가 더 높게 나타나는 것으로 나타났다. 즉, 억제인식이 낮을수록 억제실태는 높아지는 것을 알 수 있다.

다음 사용 태도, 거절권리 태도, 정보제공 태도, 일반적 태도, 간호관리 태도가 억제실태에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 회귀분석을 실시한 결과 일반적 태도의 경우 $\beta = .325$ ($F=39.589$, $p=.000$)의 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 억제실태에 대하여 긍정적으로 생각하고, 억제사용이 필요하다는 태도를 가질수록 억제사용 또한 많이 행해지는 것을 알 수 있다. 일반적 태도를 제외한 나머지 태도는 억제실태에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다.

셋째, 시설환경 요인(시설정원, 시설장 자격증, 위치, 교대근무유형)이 억제실태에 미치는 영향을 분석하였다.

먼저 시설정원이 억제실태에 미치는 영향은 통계적으로 유의적인 차이를 나타냈다 ($F=21.565$, $p=.000$). 50명 이하가 1.57점, 50-80명 이하 2.31점, 80명 이상 2.20점으로 시설 정원이 50-80명 이하일 경우가 가장 억제실태가 높은 것으로 나타났다.

다음 시설장 자격증의 경우 억제실태에 회귀계수 $\beta = -.206$ ($F=14.778$, $p=.000$)로 부(-)의 영향을 미치는 것을 알 수 있다. 즉 시설장이 비의료인일수록 억제실태는 낮은 것으로 나타났다.

다음 시설위치의 경우는 억제실태에 미치는 영향이 크지 않은 것으로 나타났다.

다음 교대근무유형이 억제실태에 미치는 영향은 통계적으로 유의적인 차이를 나타냈다.(.016) 2교대가 2.22점, 3교대가 2.15점, 격일근무(24시간) 1.72점으로 나타났다. 따라서 2교대가 억제를 가장 많이 사용하는 것으로 나타났다.

넷째, 개인적·시설환경 요인 및 종사자 특성 및 시설 특성과 억제실태 간의 관계를 위계적 회귀분석을 통해 살펴보았다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

억제인식이 억제실태에 미치는 영향에서의 회귀계수 $\beta = -.134$ ($F=6.013$, $p=.015$)가 종사자 특성과 시설특성을 추가로 투입하였을 때, $\beta = -.166$ ($t=-2.907$ $p=.004$) 으로 부(-)의 영향력이 더 커졌으며 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설정원이 많을수록 억제실태가 높아지는 경향을 보였다.

다음 거절권리 태도가 억제실태에 미치는 영향에서의 회계계수 ($\beta = -.196$)는 통계적으로 유의하지 않았으나 종사자 특성과 시설특성을 추가로 투입하였을 때, $\beta = -.211$ ($p<.005$)으로 부(-)의 영향력이 더 커졌다. 즉 거절권리가 있다고 생각할수록 억제실태는 낮아짐을 예측할 수 있었고, 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설 정원이 많을수록 억제실태가 높아지는 경향을 보였다.

다음 일반적 태도가 억제실태에 미치는 영향에서의 회계계수 ($\beta = .328$)가 종사자 특성과 시설특성을 추가로 투입하였을 때, $\beta = .263$ 으로 정(+)의 영향력이 줄어들었으며, 종사자의 학력이 높을수록, 시설장 자격증이 의료인일수록, 근무유형이 2교대일수록, 시설정원이 많을수록 억제실태가 높아지는 경향을 보였다.

지금까지 서울시의 지원과 감독을 받는 국·공립 노인요양시설을 대상으로 하여 실시한 설문 자료를 실증 분석한 결과를 요약하였다. 본 연구는 전국요양시설의 종사자를 대상으로 한 전수조사가 아니기 때문에 통계학적으로 일반화하기에는 한계가 있다.

제 2 절 연구의 시사점

우리나라 노인의 문제의 하나인 노인요양은 노인장기요양보험제도의 시작으로 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담하는 5대 보험의 하나로 정착되어 가고 있는 중이며, 노인요양시설은 치매, 중풍 등 노인성 질환으로 심신에 상당한 장애가 발생하여 일상생활에 필요한 급식, 요양 등 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공 받아야 함을 목적으로 하고 있다.

최근 노인장기요양보험제도 하에서 시설의 생존과 발전을 위해서 시설 환경의 개선, 전문인력의 확충, 서비스의 질적 개선과 함께 입소생활노인의 인권보호와 학대에 대한 예방이 중요한 이슈로 다뤄질 것으로 보고 있는데, 이는 노인의 수명연장에 따라 노인요양시설에서 생활하는 기간이 길어지면서 나타나게 되는 신체적인 기능 및 정신적인 인지기능의 약화로 노인의 권리가 무시된 채 신체억제를 가중시키는 결과를 가져올 수 있는 가능성이 충분하다고 평가된다.

본 연구 결과를 토대로 노인요양시설 종사자의 신체억제 결정요인에 대한 사회복지실천의 개입이 필요한 부분들을 제시한다.

첫째, 시설종사자가 부담하는 행정적·법률적 위험부담을 줄이는 노력이 필요하다. 억제인식이 실태에 미치는 영향을 분석한 연구 결과를 통해서 억제인식이 억제실태에 부(-)의 영향을 미치는 것을 확인할 수 있었다. 이는 기존의 선행연구와 일치하는 부분이다. 그러나 억제인식과 실태를 확인하기 위한 문항을 다음과 같은 3가지로 분류하였을 때 의미 있는 결과를 볼 수 있었다. 억제인식과 실태를 확인하기 위한 11가지의 문항을 본인 또는 타인의 피해 예방, 낙상예방, 의료장치보호 3가지로 나누어 각각 억제인식과 실태를 파악하고 인식이 실태에 미치는 영향을 분석해 보면 억제인식에서 본인 또는 타인의 피해 예방이 3.24점, 낙상 예방이 2.8점, 의료장치보호가 2.51점인 반면에 억제실태는 본인 또는 피해 예방이 1.81점, 낙상 예방이 2.42점, 의료장치보호 2.47점인 것을 알 수 있다. 억제인식이 억제실태에 부(-)의 영향이 미친다는 기존의 이론이 본인 또는 타인 피해 예방 항목에서는 크게 두드러지지만 낙상 예방과 의료장치보호 항목에서

는 미미한 것을 알 수 있다.

이는 낙상과 같은 사고가 발생하였을 때, 노인요양시설 종사자가 안고 있는 리스크에 대한 부담감 즉, 행정적·법률적 책임에 대한 부담감으로 인하여 억제에 대한 높은 인식이 억제실태에는 실제적으로 미미한 영향력을 미치는 것으로 사료된다. 이러한 리스크에 대한 부담감을 줄이는 방안으로 정부에서는 신체억제사용에 관한 최소한의 표준화된 구체적이고 세부적인 지침을 마련해야 한다.

따라서 노인요양시설은 표준화된 지침에 따라, 억제 사유와 시간, 사후 조치를 상세히 기록하고 일정기간 보관을 의무화하고, 억제와 관련된 사건·사고의 보고를 정기화하여, 정부와 노인요양시설 모두 과실 여부의 책임을 줄이는 노력이 필요하다. 일본의 경우에는 억제와 관련하여 상세히 기록을 하고, 보고의 의무화, 문서의 2년간 보관을 의무화하고 있다는 사실은 시사하는 바가 크다.

둘째, 의료인이 사회복지시설장의 역할을 담당하는데 있어서 신체억제에 대한 인식의 전환이 필요하다. 신체억제 결정 시설환경 요인 중 시설장 자격증 여부에 따라 신체억제실태에 미치는 영향을 알아보기 위해 시설장 자격증을 의료인과 비의료인으로 나누어 회귀분석한 결과를 살펴보면, 시설장이 의료인일수록 억제실태가 높게 나타나는 것을 알 수 있다. 억제인식과 태도가 억제실태에 미치는 영향을 분석한 회귀분석 모형에 시설장 자격증 여부를 추가로 투입한 위계적 회귀분석 결과를 살펴보면 인식과 태도 모두 실태에 미치는 영향이 강화되는 것을 볼 수 있다. 물론, 본 연구의 결과만을 가지고 논하기에는 표본의 수가 적다는 점, 시설장 자격증 이외의 변수를 함께 고려하지 못한 점이 한계로 지적될 수 있지만 노인요양시설은 의료시설이 아닌 입소자의 생활의 장인 사회복지시설인 점을 고려할 때, 의료인이 사회복지시설장의 역할을 담당하는데 있어서는 신체억제에 대한 인식의 전환이 필요하다고 사료된다.

셋째, 노인요양시설에서는 3교대의 근무유형을 권장해야 한다. 근무유형에 따른 억제실태를 분석한 결과를 살펴보면 격일 근무가 1.72점, 2교대 근무가 2.22점, 3교대 근무가 2.15점으로 격일 근무가 제일 억제사용을 하

지 않는 것으로 나타났다. 그러나 격일 근무의 표본수가 전체 337 명 중 17명으로 표본수가 적다는 점을 고려할 때, 실질적인 비교의 의미는 2교대와 3교대에 있다고 볼 수 있다. 3교대 근무 유형이 2교대 근무유형보다 억제실태가 낮은 것은 통계적으로 유의미한 것으로 나타났다. 이는 3교대 근무가 신체억제를 줄이는데 보다 적합한 근무형태라고 볼 수 있는 근거가 된다. 8시간을 넘어 근무하는 2교대의 경우, 노동의 강도가 상대적으로 높아져 억제실태가 높아지는 것으로 사료된다. 노인케어업무는 종사자 입장에서 노동 집약적인 업무라고 볼 수 있다. 노동 집약적인 업무를 담당하는 다른 일반근로자도 일상적으로 8시간 근무하고 있음을 고려할 때, 노인요양시설 종사자 또한 8시간 근무하는 3교대가 바람직하다고 볼 수 있다.

넷째, 신체억제예방에 대한 정기화된 의무교육이 필요하다. 억제에 대한 태도 중 예방 인식 태도에 대한 평균점이 4.6점으로 다른 태도에 비해 비교적 높은 것으로 나타났다. 이는 노인요양시설 종사자들이 신체억제예방에 대한 교육의 필요성을 요구하고 있다고 볼 수 있다. 또한, 노인요양시설 종사자들은 예방인식과 관련된 교육 정책에 자발적이고 적극적으로 참여할 가능성이 높다고 사료된다. 이에 따라, 신체억제 예방에 대한 교육 매뉴얼 개발과 노인요양시설 종사자의 정기교육 이수 또는 의무화 정책 추진을 고려해야 할 것이다. 일본의 경우에는 2000년 ‘신체구속금지규정’ 마련과, 2001년 ‘신체구속제로’ 작전 추진, 그리고 2003년 신체구속폐지를 위한 강화된 운영기준 개정을 통해 지속적으로 억제인식과 폐지에 관한 교육과 제도, 운동을 추진하였다. 그 결과로 억제인식과 사용에서 높은 개선이 나타났다. 실제로, 일본의 경우 2005년 신체억제인식에 관한 11가지 항목 중 11가지 모두를 억제로 인식하였다. 반면, 우리나라의 경우는 2005년 실시된 조사에서 6가지 항목만을 억제로 인식하였는데 2009년 실시된 본 연구의 결과에서도 동일하게 6가지 항목만을 억제로 인식하였다. 따라서 일본의 사례를 고려할 때, 우리나라도 신체억제예방에 대한 교육을 의무화하고, 정기화한다면 신체억제 사용을 낮출 수 있는 결과를 이끌어 낼 수 있다고 사료된다.

다섯째, 노인복지정책의 일환으로 노인요양시설에서 발생하는 신체억제와 관련된 전반적인 문제를 연구하는 전담기구의 필요성이 요구된다. 이 전담기구의 역할은 신체억제와 관련된 지속적인 연구와 그 결과를 토대로 한 정책 개발과 종사자를 대상으로 한 교육이 되어야 할 것이다.

신체억제 결정요인을 분석한 본 연구 결과를 근거로 신체억제는 노인인권에 대한 종사자의 인식의 전환을 통해 개선될 수 있음을 고려할 때, 전담기구의 교육에 관한 역할의 중요성은 더욱 커질 것이다. 또한 전담기구의 연구 결과를 신체억제관련 정책이나 프로그램 개발에 반영하여 노인요양시설 입소자에게 제공되는 서비스의 질을 향상시키고 신체억제와 관련된 연구 자료를 지속적으로 제공한다는 차원에서 전담기구의 설치는 매우 바람직하다고 본다. 이는 궁극적으로 신체억제폐지를 이끌어 내는데 중요한 역할을 할 것이다. 또한 신체억제폐지 연구에 대한 재정적 지원과 노인요양시설에 대한 옴브즈만 제도 활성화 등과 같은 정부차원의 노력이 필요할 것이다.

참고문헌

1. 국내문헌

- 강영실(2000), 「재가 치매노인의 문제행동에 관한 연구」, 『지역사회간호학회지』, 제 11권 제 2호, pp. 453-469.
- 강홍조(2007), 『노인보건학』, 서울 : 계축문화사.
- 구재관·송미영(2005), 「신체적‘억제’사용에 대한 노인전문요양시설 종사자들의 인식」, 『임상사회사업연구』, 제 2권 제 3호, pp. 25-54.
- 구재관·송미영·김병순(2005), 「치매노인시설 종사자들의 억제인식(restraint perception)에 관한 한·일 비교 연구」, 『한국지역사회복지학』, 17집, pp. 149-170.
- 구재관·김나영(2007), 「치매노인의 행동에 대한 종사자의 케어부담에 관한 연구」, 『임상사회사업연구』, 제 4권 제 1호, pp. 21-46.
- 국가인권위원회(2008), 『노인분야 인권교육 교재』
- 권중돈(1994), 「한국 치매노인 가족의 부양부담 사정에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위 논문.
- 권중돈(2006), 「노인복지시설 종사자의 조건과 직업윤리」, 동부가정봉사원 양성센터-서울시노인생활시설 생활지도원 교육자료집』, pp. 39-62.
- 권중돈·조주연(2000), 「노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인」, 『한국노년학』, 제 20권 제 3호, pp. 61-76.
- 김경애(2003), 「시설 치매노인의 문제 행동 사정 도구 개발」, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 김귀자(2008), 「노인요양보험제도와 노인요양시설의 변화 전략방안」, 『한국지역사회발전학회지』, 2008년 춘계학술대회자료집, p. 114.
- 김기숙·김진희·이선희·차혜경·신수정·지성애(2000), 「병원간호 현장에서 의 억제대 사용실태에 관한 연구」, 『대한간호학회지』, 제 30권

- 제 1호, pp. 60-69.
- 김문실 외 공저(2004), 『노인요양시설경영론』, 서울 : 정담미디어.
- 김순자·김매자·이선옥·박점희(1998), 『기본간호학』, 서울 : 수문사.
- 김애련(2001), 「노인의 삶의 질에 관한 연구」, 원광대학교 대학원 박사학위논문.
- 김옥수·김소선·김경옥·김영애·김희승·박정숙·최원자(2005), 「노인부모를 위한 유료노인요양시설에 대한 요구조사」, 『노인간호학회지』, 제 7권 제 1호, pp. 20-27.
- 김용택·윤창영·장창호(2003), 「노인의 주관적 삶의 질의 구성요인과 측정도구 분석에 관한 연구」, 『노인복지연구』, 통권 제 22호, pp. 313-332.
- 김윤재(2004), 「치매노인 부양자의 부양부담 감소를 위한 지원체계 대처 전략에 관한 연구」, 상명대학교 대학원 박사학위논문.
- 김윤희·정유순,박주현,윤석화(2008), 「중환자실에서 환자 억제대 사용에 대한 간호사 교육의 효과」, 『대한마취과학회지』, 제 55권 5호, pp. 590-595.
- 김은주(2004), 「노인의 원인귀속유형 및 자아존중감에 따른 생활만족감 연구」, 동아대학교 대학원 박사학위논문.
- 김정숙·김나리·최희정·조정구·이희정·김령인·성영희(2006), 「일 종합병원 중환자실의 억제대 적용 실태조사」, 『성인간호학회지』, 제 18권 제 4호, pp. 543-552.
- 김정희·조혜숙(2005), 「너싱홈' 우리 사회가 준비해야 할 분야」, 『대한간호학회지』, 제 44권 3호, pp. 28-29.
- 김주희·이창은(2000), 「치매노인의 제 특성에 따른 문제행동 연구」, 『노인간호학회지』, vol.2 No.2.
- 김진선·오희영(2006), 「장기요양시설 간호제공자들의 신체적 억제대 사용에 대한 인식과 태도」, 『한국노년학』, 제 26권 2호, pp. 347-360.

- 문혜리(1998), 「치매노인 및 가족 간호인의 삶의 질과 사회복지 지원대책에 관한 경로 분석」, 충북대학교 행정대학원 박사학위논문.
- 박명화·이병숙(1997), 「중환자실의 억제대 사용에 관한 연구」, 『중양의학사』, 제 62권 제 2호, pp. 217-227.
- 박명화·이병숙(1998), 「중환자실 간호사의 억제대 사용의도와 관련요인에 관한 연구」, 『보건행정학회지』, 제 8권 제 2호, pp. 191-215.
- 박상하(2003). 「ADL 과 IADL를 통한 노인생활실태 비교 연구」, 『노인복지연구』, 통권 19호(2003 봄호), pp. 199-223.
- 보건복지부(2004), 『전국 노인생활실태 및 복지욕구조사』
- 보건복지부(2006), 『노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침』
- 보건복지가족부(2009), 『노인보건복지 사업안내』
- 서울복지재단(2005), 『복지시설종사자 위험관리 실태조사』
- 서선희·이향련(1996), 「중환자실 환자를 위한 억제대 개발과 그 사용효과」, 『성인간호학회지』, 제 8권 제 2호, pp. 361-374.
- 성기월(1999), 「시설노인과 재가노인의 일상생활활동(ADL)정도와 생활만족 정도의 비교」, 『한국노년학』, 제 19권 제 1호, pp. 05-117.
- 손명숙(2006), 「노인복지시설 운영실태 및 서비스 만족도 분석」, 경희대학교 대학원 박사학위논문.
- 송준아 외(2008), 「요양시설 치매노인의 배회행동」, 『대한간호학회지』, 제 38권 제 1호, pp. 29-38.
- 양은심(2004), 「치매노인 가족의 부양부담 경감을 위한 지역사회 자원 활용방안에 관한 연구」, 대구대학교 대학원 박사학위논문.
- 여정민·박명화(2006), 「억제대 사용에 대한 간호사 교육 프로그램의 효과」, 『대한간호학회지』, 제 36권 제 3호, pp. 532-541.
- 오진주(1998), 「일개 요양소에서 치매노인의 공격행동에 대한 연구」, 『한국보건학회지』, 제 12권 제 2호, pp. 172-184.
- 오진주(2000), 「간호제공자들의 치매노인 공격행동 경험에 대한 연구」,

- 『대한간호학회지』, 제 30권 제 2호, pp. 293-306.
- 우국희(1997), 「치매노인 수발인의 수발 및 사회적 지지에 대한 주관적 경험」, 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 유성호(2001), 「한국과 미국의 노인복지법 비교연구」, 『한국노인복지학회』. 제 14권 제 1호, pp. 141-163.
- 윤종률(2009), 「노인요양병원의 질적 서비스 개선방안」, 『국회의원 전현희 의원과 국회 국민건강복지포럼』, pp. 5-28.
- 이경자 · 권명숙(2001), 「노인시설에서의 억제대 사용에 대한 간호 제공자들의 인식조사」, 『노인간호학회지』, 제 3권 제 2호, pp. 158-168.
- 이명선(2003), 「미국병원과 nursing home에서의 억제대 사용에 관한 문헌고찰」, 『성인간호학회지』, 제 5권 제 1호, pp. 33-43.
- 이미애(1998), 「노인요양시설 입소에 영향을 미치는 요인」, 『한국노년학』, 제 18권 2호, pp. 80-96.
- 이성우(2007), 『정책분석론의 논리와 방법』, 서울 : 조명문화사.
- 이용규·조은화·김선아·김주겸·김현미·김혜은·송현정, 「중환자실에서의 신체 억제대 사용에 관한 조사연구」, 『임상간호연구』, 제 8권 제 2호, pp. 117-130.
- 이인정(2001), 「노인간병가족의 요양시설 이용의사에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구」, 『사회복지연구』, 제 17호, pp. 175-195.
- 이해영(2006), 『케어복지개론』, 서울 : 양서원. p. 13.
- 이혜진(2006), 「노인부양자의 노인요양병원 이용에 대한 의사결정요인」, 이화여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 정미림(2008), 「노인요양시설 케어 지원환경의 개선방안에 대한 연구」, 연세대 박사학위논문.
- 정현숙·전춘영, 강규숙, 임영신, 이혜원, 송인자, 김용순, 황애란, 서혜원(1994), 『간호기술의 원리와 실제』, 서울 : 신광출판사.
- 조귀례·김민자·김영남·김윤정·이영화·장해숙(2006), 「집중치료실 환자에게 적용하기 위한 개발된 억제대 개발 및 그 교육 효과 측정」,

- 『중환자간호학술지』, 제 7권, pp. 90-97.
- 최은화·송미순(2003), 「한국 중환자실에서 의 신체적 억제 사용」, 『임상간호연구』, 제 12권, p. 651.
- 한국보건사회연구원(2002), 『무료 및 실비 노인요양시설에서의 인권실태 사례조사』
- 한국보건산업진흥원(2007), 『노인요양시설 운영기준 및 운영현황 국제 비교』
- 한승의(2000), 「유료노인요양시설의 이용 결정요인에 관한 연구」, 중앙대학교 대학원 박사학위논문
- 한혜정(2006), 「노인복지종사자의 노인학대 신고 및 서비스 전달체계 적합성 인식에 관한 내용분석」, 『한국노년학』, 제 26권 4호, pp. 767-783.
- 황경성(2001), 『일본의 고령자 보건복지』. 학지사.
- 황진수(2003), 『현대복지행정론』, 서울: 대영문화사.
- 황진수(2005), 『노인복지정책론』, 서울: 한성대학교출판부.
- 혼마 이쿠코(2000), 「신체구속의 현황을 알다 - 구속하지 않는 수발을 위해」, 『지역 케어링』 vol. 3, No.14, pp. 24-28.
- 홍현조(2006), 「치매노인가족 부양부담의 사회적 분담에 관한 연구」, 신라대학교 대학원 석사학위논문.
- 홍승표(2007), 「노인전문병원에서의 신체 억제대 사용에 대한 연구」, 『동남보건대학 논문집』, 제 25권 2호

2. 국외자료

- Applebaum, P. S., & Roth, L. H.(1984), *Involuntary Treatment in Medicine and Psychiatry*, *American Journal of Psychiatry*, 141, pp. 202-205.
- Burton, L. C., German. P. S., Rovner, B. W., Brant. L. J., Clark. R. D.(1992), *Mental Illness and the Use of Restraints in Nursing Homes*, *Gerontologist*, 32, 2, pp. 164-170.
- Choi E., Song M.(2003), *Physical Restraint Use in a Korean ICU*, *Journal of Clinicial Nursing*, pp. 651-659.
- Evans, L. K., & Strumpf, N. E. (1990), *Myths about Elderly Restraint. Image*, *Journal of Nursing Scholarship*, 22(2), pp. 124-128.
- Folmar, S., & Wilson, H. (1989). *Social Behavior and Physical Restraints*. *Gerontologist*, 29(5), pp. 650-653.
- Frengley, J. D., & Mion, L. C. (1986), *Incidence of Physical Restraints on Acute General Medical Wards*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, pp. 565-568.
- Hardin S. B., Magee, R., Stratmann, D., Vinson, M. H., Owen, M., & Hyatt, E. C. (1994), *Extended Care and Nursing Home Staff Attitudes toward Restraints*. *Journal of Gerontological Nursing*, 20(3), pp. 23-31.
- Karlsson S, Bucht G., Ericksson. S., & Sandman P.O. (1996), *Physical Restraints in Geriatric Care in Sweden: Prevalence and Patient Characteristics*. *JAGS*, 44, pp. 1348-1354.
- Karlsson S, Bucht G., & Sanaman P. O. (1998), *Physical Restraints Ingeriatric Care. Knowledge, Attitudes and Use*, *Scandinavian Journal of Caring Science*, 12(1), pp. 48-56.
- Miles, S. H., & Irvine, P. (1992), *Deaths Caused by Physical Restraints*, *Gerontologist*, 32(6), pp. 762-766.

- Minnick, A. F., Mion, L. C., Leipzig, R., Lamb, K., P. M.(1998),
Prevalence and Patterns of Physical Restraint Use in the Acute Care Setting, JONA, 28(11), pp. 19-24.
- Nancy M. Saufl, MS, RN, CPAN, CAPA(2004), *Restraints Use and Falls Prevention, Journal of PeriAnesthesia Nursing*, Vol 19 (No 6, December), pp. 433-436.
- Robbins, L. J., Boyko, E., Lane, J., Cooper, D., & Jahnigen, D. W. (1987), *Binding the Elderly: A Prospective Study of the Use of Mechanical Restraints in an Acute Care Hospital. Journal of the American Geriatrics Society*, 35(4). pp. 290-296.
- Scherer Y. K., Janelli L. M., Wu Y. W., & Kuhn M. M.(1993),
Restrained Patients: An Important Issue for Critical Care Nursing, Heart & Lung, 22(1), pp. 77-83.
- Strumpf, N. E., & Evans, L. K.(1988), *Physical Restraints of the Hospitalized Elderly: Perception of Patients and Nurses. Nursing Research*, 37(3), pp. 132-137.
- Strumpf, N. E., & Evans, L. K., Wagner, J., & Patterson, J.(1992),
Reducing Physical Restraints: Developing and Educational Programs, Journal of Gerontological Nursing, 18(11), pp. 21-27.
- Terpstra, T.L., Terpstra, T. L., & Doren, E.V. (1998), *Reducing restraints: Where to Start, The Journal of Continuing Education in Nursing*, 29(1), pp. 10-16.
- Thomas, D. R. (1988), *Assessment and Management of Agitation in the Elderly. Geriatrics*, 43(8), pp. 45-50.
- Zimmer, J. C., Watson, N., & Treat, A. (1984), *Behavioral problems among Patients in Skilled Nursing Facilities, American Journal of Public Health*, 4, pp. 1118-1121.

土屋有・武谷美奈子(2006), 有料老人ホーム賢い選び方, 日本 : 日経BP社.
高野範城・青木佳史 編(2007), 介護事故とリスクマネジメント, 日本 : あけび
書房
高齢者支援に関わるすべての人の必携書(2008), 高齢者虐待対応・権利擁護實
踐ハンドブック, 日本 : 法研.
外川明子, 石原てるみ、赤迫利和子、穴吹はるみ(2004), 身体拘束の ないケ
アの 提供を考え、岡山朝日病院の研究會誌の第3巻, pp. 93-100.

3. 인터넷 사이트

보건복지가족부, (<http://www.mohw.go.kr>)
인터넷장애인신문, (www.ablenews.co.kr)
통계청, (<http://www.nso.go.kr>)
한국노인복지시설협회, (<http://www.elder.or.kr>)
한국보건사회연구원, (<http://www.kihasa.re.kr>)
노인장기요양보험, (www.longtermcare.co.kr)
National Citizens' Coalition for Nursing Home Reform, (<http://www.nccnhr.org/>)
The Advocate Of Not-For-Profit Services For Older Ohioans, (<http://www.aopha.org>)

부 록

【설 문 지】

노인요양시설 종사자의 신체 억제 사용 결정요인에 관한 연구

조사일시			조사지역		조사번호			
2009년	월	일	도		시			

안녕하십니까 ?

본 조사는 노인요양시설 종사자의 신체억제 사용 결정요인에 관한 연구입니다. 노인요양시설에서 생활하고 계시는 어르신들의 삶이 보다 자기다운 생활로 이어질 수 있도록, 종사자들의 신체 억제대 사용에 대한 인식, 실태, 태도에 대한 정보를 파악하여 향후 노인요양시설 신체 억제대 사용에 대한 변화를 강구하고자 합니다.

귀하께서 응답하신 정보나 신원은 비밀이 절대 보장받으실 수 있으며, 본 연구목적 이외에 다른 용도로 이용되지 않을 것을 약속드립니다. 귀하의 성의 있고 솔직한 답변은 사회복지연구와 노인요양시설 서비스의 질 향상 및 제도개선에 기여하게 될 중요한 자료가 될 것입니다.

본 연구의 취지를 이해하여 주시고 바쁘시더라도 적극적인 협조를 부탁드립니다. 대단히 감사합니다.

2009년 9월 일

한성대학교 대학원 행정학과 박사과정

지도교수 : 이 성 우

연구자 : 김 귀 자

연락처 : (02)955-6080

이 메 일 : kimkwija@hanmail.net

I. 다음은 ‘억제(신체구속)’에 대한 [인식]을 묻는 질문입니다.

아래 정의를 참조하시어, 각 항목에 대하여 체크(“V”)하여 주십시오.

※ ‘인식’이란 응답자가 사물을 인지(認知)·식별(識別)하고, 기억·사고(思考)하는 작용 및 그 결과를 의미합니다.

번호	내용	억 제 인 식				
		① 전혀 억제가 아니다	② 약간 억제 이다	③ 보통 수준의 억제 이다	④ 상당한 수준의 억제 이다	⑤ 강한 수준의 억제 이다
1	배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.					
2	떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.					
3	스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다.					
4	링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.					
5	링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록, 또는 피부를 긁지 못하도록 손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.					
6	휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.					
7	일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.					
8	옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다.					
9	타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.					
10	행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.					
11	자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다. (방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)					

II. 다음은 ‘억제(신체구속)’에 대한 [실태]를 묻는 질문입니다.

아래 정의를 참조하시어, 각 항목에 대하여 체크(“V”)하여 주십시오.

※ ‘실태’란 있는 그대로의 상태 또는 실제의 모양을 의미합니다.

※ 귀 시설에서 실제 행하고 있는 실태를 사실대로 체크해 주시면 됩니다.

번호	내 용	억 제 실 태				
		① 전혀 행하지 않는다	② 거의 행하지 않는다	③ 약간 행하고 있다	④ 자주 행하는 편이다	⑤ 필요하면 언제나 행하고 있다
1	배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.					
2	떨어지거나 넘어지지 않도록 침대에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.					
3	스스로 내려오지 못하도록 침대에 난간(side rail)을 설치한다.					
4	링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록 사지를 끈 등으로 묶는다.					
5	링거/비위관영양(L-튜브)/유치도뇨관(소변줄) 등의 튜브를 빼지 못하도록, 또는 피부를 긁지 못하도록 손가락의 기능을 제한하는 병어리형 장갑을 끼운다.					
6	휠체어나 의자에서 미끄러져 떨어지거나 일어나지 못하도록 Y자형 억제대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 붙인다.					
7	일어나는 능력이 있는 노인이 일어나는 것을 막는 의자를 사용한다.					
8	옷을 벗거나 기저귀를 빼는 것을 제한하기 위하여 우주복을 입힌다					
9	타인에게 폐 끼치는 행위를 막기 위하여 침대 등에 몸이나 사지를 끈 등으로 묶는다.					
10	행동을 안정시키기 위하여 향정신약을 과잉(식사할 수 없을 정도의 졸음과 탈진상태)하게 복용시킨다.					
11	자신의 의사로 열고 나가지 못하도록 방 등에 격리한다. (방, 병실, 계단, 엘리베이터 등의 잠금장치 포함)					

Ⅲ. 다음은 ‘억제(신체구속)’에 대한 [태도]를 묻는 질문입니다.

아래 내용을 참조하시어, 각 항목에 대하여 체크(“V”)하여 주십시오.

※ ‘태도’란 어떤 사물이나 상황 따위를 대하는 응답자의 자세를 의미합니다.

번호	내용	① 전혀 그렇지 않다	② 약간 그렇다	③ 보통 이다	④ 상당히 그렇다	⑤ 매우 그렇다
신체 억제대를 사용했을 때의 태도						
1	노인들을 억제했을 때 죄의식을 갖는다.					
2	신체 억제대를 한 노인의 방 안으로 가족이 들어왔을 때 당혹스럽다.					
3	노인들에게 신체 억제대를 사용한 후 노인들의 지남력(인식능력)이 없어지는 느낌을 가진 적이 있다.					
4	노인들에게 신체 억제대를 적용할 때 윤리적인 갈등을 느낀다.					
5	억제된 노인들을 볼 때 그들의 존엄성이 상실된 느낌이다					
신체 억제대 사용을 거절할 권리에 대한 태도						
6	노인들의 가족구성원이 억제대 사용에 대하여 거부할 권리가 있다.					
7	만약 내가 노인이라면, 나에게 억제대를 사용할 때 나는 거부할 것이다.					
8	종사자들은 신체 억제대 적용을 거부할 권리가 있다.					
신체 억제대 사용과 관련된 정보제공에 대한 태도						
9	노인들에게 억제대 사용에 대한 정보를 충분히 설명해 주어야 한다.					
10	노인의 가족에게 억제대 사용에 대한 정보를 주고 동의를 얻어야 한다					
신체 억제대 사용 노인의 추후 관리와 간호에 대한 태도						
11	신체 억제대를 적용한 노인의 요구에 가능한 한 대답해 준다.					
12	신체 억제대를 적용한 노인을 자주 체크해야 한다.					

번 호	내 용	① 전혀 그렇지 않다	② 약간 그렇다	③ 보통 이다	④ 상당히 그렇다	⑤ 매우 그렇다
신체 억제대에 대한 일반적 태도						
13	많은 노인들은 간병 인력의 부족으로 신체 억제대를 사용하고 있다.					
14	요양동에는 노인을 신체적으로 억제할 수 있는 다양하고 충분한 장치가 마련되어 있다.					
15	노인의 억제대 사용은 노인에게 부착된 의료기구(L-튜브, 유치도뇨관 등)의 보호에 있다.					
16	억제대 사용은 노인의 정신상태가 혼미하거나 낙상의 위험이 있을 때만 사용한다.					
17	만약 노인에게 억제대 사용을 했다면, 계속 억제대를 부착시키는 경우가 있다.					
18	노인들에게 신체적인 억제보다 약물로 안정시키는 것이 더 낫다고 생각한다.					
19	억제대를 사용한 노인을 간호할 때는 안위의 느낌을 갖게 노력한다.					
20	노인의 신체적인 억제 보다는 다른 방법을 이용한 통제방법을 시설종사자들은 연구하고 있다.					
21	노인들에게 억제대를 사용할 때 시설장이 결정한다.					
신체 억제대 사용 예방에 관한 인식 및 태도						
22	신체 억제대 사용에 대한 법적인 규정이나 지도, 지침이 반드시 있어야 한다.					
23	신체억제 예방을 위한 시설내 신체억제예방 위원회가 설치되어야 한다.					
24	인권교육 및 신체억제 교육이 종사자들에게 의무화되어야 한다.					
25	신체 억제대 사용시 반드시 의무기록지에 억제 적용 사실을 구체적으로 기록하여야 한다.					
26	시설평가 항목에 신체 억제대 사용내용이 포함 되어야 한다.					

IV. 통계분석을 위한 응답자 관련사항

성 별	① 남 ② 여
학 력	① 무학 ② 초졸 ③ 중졸 ④ 고졸 ⑤ 대졸 ⑥ 대학원졸 ⑦ 기타 ()
연 령	① 20세-30세 ② 31세-40세 ③ 41세-50세 ④ 51세-60세 ⑤ 61세 이상
종 교	① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 무교 ⑤ 기타()
직 위	① 시설장 ② 사무국장 ③ 간호사 ④ 사회복지사 ⑤ 물리(작업)치료사 ⑥ 요양보호사 ⑦ 기타 ()
자격증	① 의사 ② 간호사 ③ 사회복지사 ④ 물리(작업)치료사 ⑤ 요양보호사 ⑥ 기타()
요양시설 근무기간	① 1년 미만 ② 1년이상 -2년이하 ③ 2년이상-3년이하 ④ 3년이상-5년이하 ⑤ 5년이상-10년이하 ⑥ 10년이상

V. 시설현황

법인유형	① 사회복지법인 ② 의료복지법인 ③ 사단법인 ④ 재단법인 ⑤ 개인 ⑥ 기타()
시설의 종교적 성향	① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 무교 ⑤ 기타()
시설장의 학력	① 초졸 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 전문대졸 ⑤ 대졸 ⑥ 대학원졸 ⑦ 기타()
시설장이 취득하고 있는 주된 자격증	① 의사 ② 간호사 ③ 사회복지사 ④ 물리(작업)치료사 ⑤ 기타()
케어직원 (요양보호사) 의 근무유형	① 3교대 ② 2교대 ③ 격일근무(24시간) ④ 기타 ()
시설의 위치	① 주거지역(단지)내 ② 주거지역(단지)에서 자동차로 30분 이내 거리 ③ 주거지역(단지)에서 자동차로 30분 이상 거리 ④ 기타 기타 (예: 산중, 계곡, 외딴 곳 등) ()
입소정원	① 50명 이하 ② 50명-80명이하 ③ 80명-100명이하 ④ 100명-150명이하 ⑤ 150명-200명이하 ⑥ 200명이상
등급현황	① 1등급(명) ② 2등급(명) ③ 3등급 (명) ④ 등급외 (명)

♣ 끝까지 응답해 주셔서 대단히 감사합니다.

ABSTRACT

A Study on the Determinants of Worker's Decision on Physical Restraint for the Aged People in Nursing Home

Kim, Kwi-Ja

Major in Public Administration

Dept. of Public Administration

Graduate School, Hansung University

Concerns about the protection of human rights of the aged people in nursing home are increasing in these days with the expansion of nursing homes. From the perspective of the human rights for the aged people, this thesis verified positively the determinants of worker's decision on physical restraints for the aged people in nursing home. Physical restraints have been widely used in Korea and justified on the cause of the safety of the aged people and the protection of medical equipment and appliances in nursing home.

According to the scientific results of preceding researches, worker's recognition of and attitude toward physical restraints in nursing home affect the real use of physical restraints. Therefore, I chose the extent of recognition of and attitude to physical restraints as an independent variable set. And facility conditions of nursing homes were also chosen as another independent variable set, since I thought it would strongly affect the decision of the use of physical restraints from my many years of professional experiences. Sex, age, school career, religion, occupational position, worker's license, worker's tenure factors were set as exogenous variables. And the real use of physical restraints in nursing home is set as a dependent variable.

I conducted a survey technique using questionnaires to more than

350 workers in nursing homes financially supported by the city government of Seoul. Statistical analysis has been executed under significance level of 5 % and procedures for statistical analysis have been taken by SPSS 12.0 for windows program.

The findings and results from the qualitative survey and statistical analysis are as follows.

Firstly, exogenous variables were analyzed to have affected personal recognition and attitudes and the use of physical restraints. Interpretations of these findings are that school career, occupational position and worker's license of the exogenous variable significantly affect independent variable of personal factors and resultingly the dependent variable of the real use of physical restraints. Unlikely the results of preceding researches, i.e. the higher the recognition of physical restraints the lower the real use of physical restraints, the findings of my study is that the higher the school career or the rank of occupational position among the medical licensed, the higher personal recognition and attitudes of restraints and the higher use of restraints. This means that the higher recognitions of physical restraints doesn't affect the real use of physical restraint. I think this phenomenon is because of the probable heavy legal liabilities and worker's burden on injuries occurred.

Secondly, personal factors were analyzed to affect the use of physical restraints. When the recognition of restraints is high, the real use of physical restraints is lowered. On the other hand, attitude towards physical restraints affects the use of physical restraints, the other kinds of attitude except for general attitude don't affect the use of physical restraints. From these results, we can infer that there is a strong need for workers' education and training for the change of personal recognition of and attitudes to physical restraints. And also there is a need for a standardized legal or administrative directives like the U.S. code of Federal Regulations, Title 42, Volume 3 which describes requirements for states and long term care facilities for physical restraints and seclusion.

Thirdly, I found that the environmental conditions of facilities affect the use of physical restraints. More specifically, the more the patients in nursing home of facility manager with medical licenses, and the use of physical restraints are more frequent under a two-shift work system. But, the location of nursing home does not significantly affect the dependent variable. From this result, we can reasonably infer that more desirable work shift type is three-shift system, and the principals of nursing home with a medical license need to change recognitions of and attitudes towards physical restraints for the elderly patients.

Finally, in analyzing the relationship between the characteristics of workers and the characteristics of facility, worker's school career, the facility manager with medical license, work-shift type, the number of patients in nursing home all significantly affect the use of physical restraints, among the result which the recognition of and the attitude about restraints affect the use of physical restraints, significantly. More specifically and generally speaking, the personal recognition of and the personal attitude towards physical restraints negatively affect the use of physical restraints. This interpretation is followed from the findings that when the principals of nursing home have a medical licence and the work type is two-shift system, physical restraints are used more frequently.

From my research, it has been found that socio-demographic exogenous factors and personal perception factors together with facility condition factors significantly affect the real use of physical restraints. The policy implication of this thesis is that public policy for significant reduction and ultimate abolition of physical restraints in nursing home is necessary. It is my strong suggestion that the government furthers continuing researches and devises effective policy options and establishes an government agency responsible for physical restraints problem in nursing home.