

병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 미치는 영향

The Effects of School Re-entry Support Program in the Hospital School on the
Self-Perception of Children with Cancer

이 영 지*

【국문초록】

‘건강장애’가 특수교육 대상 장애범주에 포함되면서 건강장애 아동에 대한 특수교육 서비스 제공에 대한 관심이 증가되고 있다. 특히 질병치료 이후 학교 복귀의 어려움이 밝혀지면서 원만한 학교 재적응을 위한 학교복귀프로그램 실시가 주목을 받고 있다. 본 연구에서는 소아암 아동들을 대상으로 하여 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램을 구성하였고, 이 프로그램이 학습활동, 교우관계, 교사와의 관계 등 전반적인 학교재적응과 관계가 깊은 아동의 자가지각 수준에 영향을 미치는지 살펴해보았다. 프로그램 실시 결과 병원학교에서의 학교 복귀 프로그램을 받은 실험집단의 자가지각 총 점수의 향상의 정도가 통제집단에 비해 유의미하게 컸으며, 특히 학업, 사회 영역에 대한 자가지각에 유의미한 긍정적 영향을 미쳤다. 이는 학교복귀프로그램의 실시가 학교 재적응 시에 학업 측면과 교사또래와의 관계에 도움을 줄 수 있는 가능성이 있음을 보여준 것이다. 또한 본 연구는 소아암 아동의 학교복귀를 위해 필요한 지원 요소에 관한 국내외의 연구 결과를 국내 현장에 실질적으로 적용하여 그 효과를 입증했다는 실천적 측면에서 의의가 있다고 할 수 있다.

☉ 주제어 : 건강장애, 학교복귀지원프로그램, 자가지각

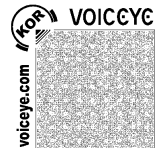
I. 서 론

30여년 전만해도 ‘암’의 진단은 시한부 인생을 선고하는 것이었으나, 이제는 소아암으로 진단받은 아동의 75%가 5년 이상의 생존률을 보이고 있고, 이 중 대부분이 완치된다(Hawkins, 2004). 따라서 암은 더 이상 불치병이 아닌 장기적인 치료를 요하는 만성질환으로 간주되고 있으며, 증가하는 생존 아동들은 치료 후 다시 일상의 학교로 돌아와 교육·사회적 발달을 추구하게 되었다(American Academy of Pediatrics, 1990). 학교로 돌아온다는 것은 교육 프로그램과 또래와의 상호작용을 계속 유지하는 것일 뿐 아니라 삶이 계속 되고, 그들이 미래를 가지고 있다는 기대를 재확인 시켜주는 것이다(Spinelli, 2004).

하지만 소아암 아동의 학교 복귀에는 여러 어려움이 있음을 다양한 연구들을 통해 알 수 있다(김은주, 2008; 박은혜, 박지연, 노충래, 2005; 박은혜, 이정은, 2004; 진주혜, 2001; Bessell, 2001; Lightfoot, Wright, & Sloper, 1998; Lynch, Lewis, & Murphy, 1993; Rynard et al, 1998; Sullivan et al., 2001; Vance & Eiser, 2002). 잦은 결석으로 인한 불이익(유급), 학업 진도 따라가기, 학교 활동에서의 배제, 질병에 관한 교사의 인식 부족, 또래 관계의 어려움, 신체 기능의 변화, 치료로 인한 인지기능의 저하 등이 주된 문제들로 보고되고 있다. 이에 따라 이러한 어려움을 극복하도록 하는 특별한 교육적 서비스 제공에 관심이 증가되고 있다.

미국의 경우 장애인교육법인 IDEA(Individuals with Disabilities Education Act)에 의해 “학생의 교육적 수행에 영향을 줄 수 있는 만성적이거나 심각한 건강상의 문제, 예를 들어 심장병, 결핵, 류머티즘, 신장염, 천식, 혈우병, 간질, 납중독, 백혈병, 당뇨병과 같은 건강상의 문제로 인해 제한적인 근력과 체력을 가진 상태”를 “기타 건강장애(Other health impaired)”로 정의하여 여기에 해당되는 학생들에게 필요한 서비스를 제공하도록 규정하고 있으며, 병원 내에 있는 병원학교를 통한 교육 서비스, 퇴원 후 학교 복귀를 돕는 지원 서비스 제공 프로그램, 학교생활을 위한 지속적인 지원 서비스 등이 이루어진다(김은주, 2008; 박은혜 외, 2005b). 국내의 경우 소아암 생존 아동에 대한 관심이 높아지면서 소아암 생존 아동의 삶의 질 향상이나 심리·사회적 재적응에 관해 의학(최승미 외, 2000), 간호학(김현례, 2006; 손선영, 2002; 여지영, 2006; 전나영, 2001), 사회복지학(김성운 2004; 손지현, 1999; 이은희, 2004; 정민영, 2003) 등 관련된 분야들에서 연구가 이루어져왔다.

특수교육 분야에서는 2005년에 ‘심장장애·신장장애·간장애 등 만성질환으로 인한 건강장애’가 특수교육 대상 장애범주에 포함되면서 건강장애 학생이 겪는 어려움과 교육적 지원 방안에 대한 연구가 이루어지기 시작하였다(박은혜, 김미선, 김정연, 2005; 박은혜 외, 2005b; 박은혜, 이정은, 2004). 그러나 이러한 국내의 교육지원은 실시되기 시작하였지만, 아직 초기 단계에 있기 때문에 아동이 실제로 필요로 하는 개별적 지원이 이루어지는데 많은 제한점이 있으며, 학교 재적응을 위한 체계적인 지원 프로그램을 진행한 후 그 결과를 평가한 연구보다는 필요한 지원요소들을 확인



하는 연구들이 주를 이루고 있으므로, 이제 국내에서도 그 동안의 연구들과 국외의 실제 프로그램들을 참고로 하여, 소아암 아동의 실제적인 교육 지원을 위한 체계적인 시도들이 있어야 하며, 특히 질병 치료 후 다시 학교로 돌아가는 것을 돕기 위한 학교복귀프로그램에 관한 실시가 이루어져야 한다.

이에 본 연구에서는 국내외 연구들을 참고하여 소아암 아동을 위한 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램을 구성하고, 이 프로그램이 소아암 아동의 학교 복귀 후 학업·정서·사회적 관계에 중요한 영향을 미치는 자가지각 수준에 영향을 미치는지 살펴보았다.

II. 이론적 배경

1. 소아암 아동의 학교복귀

1) 학교복귀의 의미와 중요성

오늘날 소아암 생존 아동의 수가 증가하면서 “보통 아픈 아동”은 소아암 아동의 특징이 될 수 있게 되었다. 이들은 일상생활 활동에 참여하게 되고, ‘암에도 불구하고’ 성장하는 것이 아니라 ‘암과 함께’ 성장하고 지속적으로 발달하며, 건강한 친구들과 마찬가지로 미래에 대한 준비를 계속하게 되었다(Sullivan et al., 2001). 생존한 학령기 아동들은 다시 학교로 되돌아오게 되는데, 학교 복귀는 교육적 그리고 사회심리학적 요구를 다루기 위한 노력들에서 결정적인 요소이다(Kaffenberger, 2006). 학교복귀의 중요성은 정상성을 유지하고 사회성 발달의 과업을 이루며 정서적 안정을 제공하고, 미래에 대한 준비를 가능케 한다는 데에 있다.

소아암 아동에게 성공적인 의학처치가 신체적인 생존에 있어 매우 중요한 것인 만큼, 학교로의 성공적인 복귀는 아동의 사회적인 생존에 매우 중요한 사안이라고 볼 수 있다(박은혜, 이정은, 2004). 학교는 소아암 아동이 중요한 사회적 기술과 또래 관계를 개발시키는 중요한 장(場)이기 때문이다(Cabat & Shafer, 2002). 학교에서 아동은 교사와 또래와의 관계를 통해 사회화라는 발달 과업을 이룰 수 있고, 성공을 경험하며, 독립심을 증가시키고, 자신의 환경에 대한 통제력을 발달시키며 그리고 한 사회에서 중요한 일원이 될 수 있다는 것을 경험하며 학습할 수 있도록 한다(Davis, 1989). 따라서 긍정적인 학교 경험은 성취와 통제 의 느낌을 얻게 하고, 자신감을 향상시키고, 또래 관계를 도우며, 필요한 가치의 확립, 사회적 규범 등을 획득하게 한다(Worchel-Prevatt et al., 1998). 이와 같은 경험은 또한 가정에서는 얻을 수 없는 자기존중감(self-esteem) 형성과 자기습득의 기회들을 제공해 준다(Weitzman, 1984, Prevatt et al., 2000에서 재인용).

2) 학교복귀의 어려움

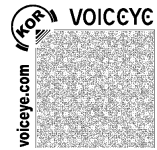
성공적인 학교생활의 경험은 소아암 아동의 삶에 있어서 매우 중요한 역할을 하지만, 소아암 아동의 학교복귀가 쉽지만은 않다. 이들은 잦은 결석, 사회적 상호작용의 변화, 심지어 학교 공포 등으로 인해 학교 재적응에 어려움을 보인다(Bessel, 2001; Rynard et al., 1998). 소아암 아동의 학교복귀에 관한 문헌들을 통해 학교복귀 어려움의 이유를 1) 잦은결석 및 학업문제, 2) 놀림과 또래관계에서의 어려움, 3) 교사의 인식과 학교체계의 문제, 4) 기타 어려움(건강상의 문제, 부모의 인식, 문화적 차이)로 정리할 수 있다.

잦은 결석은 대부분의 만성질환 아동이 경험하는 것으로, 건강상의 이유가 주를 이루지만, 교사의 태도, 학교 활동에서의 배제, 또래 관계의 문제 등 심리사회적인 이유도 결석의 이유가 되고 있다(박은혜, 이정은, 2004). 증가된 학교 결석은 실제로 학업 수행을 어렵게 만들기도 하며, 이는 또 다른 결석을 증가시키는 결과를 가져온다(Worchel-Prevatt et al., 1998).

Lähteenmäki et al.(2002)의 연구에서는 아동들이 가장 걱정하는 것이 놀림이라고 하였다. 또래들은 ‘암이 전염병이다’와 같은 잘못된 오해들을 많이 가지고 있어서 실제로 친구관계 맺는 것을 거부하기도 하여, 소아암 아동은 친구들로부터 안전함과 지원을 받기 보다는 사회적 고립으로 인한 스트레스를 경험하게 된다(Prevatt et al., 2000; Worchel-Prevatt et al., 1998). 친구들이 지나친 관심으로 예상치 못한 질문들을 하거나 호기심을 표현할 때에도 소아암 아동은 이에 반응할 준비가 되어 있지 않아 또래와의 관계를 피하기도 하였다(Worchel-Prevatt et al., 1998). 소아암 아동 자신도 질병 치료로 인하여 오랜 기간 또래와의 관계가 부족했기 때문에 이러한 어려움은 더욱 커질 수 있었고(박은혜, 이정은, 2004), 교사의 과잉보호로 또래들과의 관계 문제가 발생하기도 하였다(박은혜 외, 2005b).

학교 경험에 관한 질문에서 소아암 아동이 학교생활에 가장 큰 영향을 미치는 변수로 ‘교사’를 뽑았다(Bessel, 2001). 하지만 교사들은 아동의 질병에 관한 정보가 없고, 소아암 아동에 대한 현실적인 기대들을 확신할 수 없고, 학급 또래들의 반응을 다룰 수 있을지 걱정하고 있었다. 또한 소아암 아동의 능력을 의심하거나, 이들이 리더십이 부족하며 위축되어 있다고 생각하며, 이러한 사회적 어려움을 가진 학생들을 도울 수 있는 방법에 대해서도 확신하지 못하고 있었다(Prevatt et al., 2000). 학교차원의 체계도 소아암 아동의 학교복귀에 어려움을 줄 수 있다. Kaffenberger(2006)는 학교복귀를 방해하는 장벽으로 비협조적인 학교 체계를 지적하였는데 학생과 학부모, 교사, 학교관련인, 의료진들과의 의사소통을 위한 가이드라인 같은 것들은 학교 차원에서 준비되어야 한다(Eshelman et al., 2004). 학교복귀의 성공은 개인의 노력 뿐 아니라 학교의 준비 정도와 소아암 아동을 위한 학급에서의 정상성 증진을 위한 기회 제공에 달려있다고 할 수 있다(Sullivan et al., 2001).

이 외에도 치료 부작용과 후유증으로 인해 피로와 무기력함과 같은 건강상의 이유와 의료적 응



급상황에 대한 걱정, 또래로부터의 놀림에 대한 우려와 같은 부모인식이 원활한 학교 복귀를 방해하기도 한다(Davis, 1989; Worchel-Prevatt et al., 1998).

3) 자가지각과 학교적응

학교적응이란 학교라는 사회적 집단에 소속된 개인이 그 집단의 목적을 효율적이고 능률적으로 달성하는 것뿐만 아니라, 환경과의 상호작용에서 자신이 만족을 느끼는 상태라 할 수 있다(곽수란, 2006). 이러한 학교 적응에는 가정환경, 부모의 양육, 교우관계, 스트레스 정도, 학업성취 등 다양한 요인이 영향을 미치는데, 또 하나의 요인으로 자가지각을 생각할 수 있다(곽수란, 2006; 양병한, 2004; Haynes, 1989; Henricsson & Rydell, 2004).

자기 자신을 어떻게 생각하느냐의 자가지각은 의미 있는 타자의 인정 혹은 거절의 내면화로서 개념화되어지기 때문에, 사회적 파트너와의 상호작용을 통해 형성이 된다(Henricsson & Rydell, 2004). 아동의 경우, 학교가 중요한 삶의 현장이기에, 학생의 자기 개념은 학교에서의 교사 및 또래들과의 관계를 통해 형성이 되며, 또한 이것은 학생들의 구체적인 학교생활, 즉 학습활동, 교우관계, 교사와의 관계 등 전반적인 학교적응에 영향을 미치며 상호작용하게 된다(양병한, 2004).

2. 학교복귀를 위한 교육적 지원

1) 특수교육 서비스와 병원학교

(1) 소아암 아동과 특수교육 서비스

학교로 돌아오는 소아암 아동들이 증가하면서 특수교육 혹은 관련 서비스를 받아야 하는 학생들이 증가하고 있다. 미국의 경우, 소아암은 장애학생교육법인 IDEA의 ‘기타 건강 장애’로 분류되는 장애의 하나로, 건강상의 문제로 인해 제한적인 근력과 체력을 가진 소아암 학생들에게 이에 해당되는 서비스를 제공하도록 하고 있으며, 국내의 경우도 2005년 3월 소아암을 포함한 건강장애 아동을 특수교육대상자로 포함하였다(교육인적자원부, 2005).

특수교육이 필요로 한다는 것은 성인이 된 소아암 생존자들의 30%가 학업적 어려움을 보고했다는 것으로 좀 더 분명해질 수 있다(Lansky, List & Ritter-Sterr, 1986, Hoida & McDougal, 1998에서 재인용). IT MTX(intrathecal methotrexate, 백혈병 치료제)와 두개강 방사선 치료(CRT)는 독립적이든 복합적이든 생존자가 특수교육을 받을 가능성을 높이며, 더 높은 CRT의 사용과 특수교육과의 관계가 정적 관계로 확인되어졌다. 몇몇 학생은 수술과 화학요법, 그리고 다른 치료들로 인해 학습의 장애를 가지게 되어 치료 후 특수교육이 필요하기도 하다(Cabat & Shafer, 2002).

(2) 병원학교

건강장애 학생의 교육적 요구와 지원방법의 하나로 병원학교를 생각할 수 있다. 병원학교란 ‘장기 입원이나 장기 통원치료로 인해 학교교육을 받을 수 없는 학생들을 위해 병원 내에 설치된 학교’를 의미한다(김은주, 2006, 김은주, 2008에서 재인용). 건강장애 아동은 입원 중에도 병원학교에 출석하여 교육을 받아 원적학교 출석을 인정받을 수 있고, 또래와 상호작용 할 수 있는 기회도 얻으며, 병원학교 수업을 통해 정서적 지원을 받음으로서 치료의 효과도 높일 수 있다. 이 뿐 아니라 병원 내에서의 학교 활동은 환자로서가 아닌 학생으로서의 정체성 확립을 도와주는 역할 또한 해 줄 수 있다(세브란스 어린이 병원학교, 2008).

외국의 경우 Johns Hopkins, Toronto, Cleveland, Cincinnati, UCLA 병원 등에서 병원학교를 운영하고, 원적 학교와 긴밀한 연락을 통해 담임교사와 학생에 대한 정보를 교환하며 학생을 효과적으로 관리하고 있다. 전 과목 수업을 제공하고, 수업 외에도 졸업생과의 멘토링, 퇴원 후 과외 학습 지도 관리 및 학교 졸업할 때까지 지속적인 관리를 하고 있다(JOBKOREA, 2006).

국내의 경우 2008년 5월까지 전국적으로 총 25개의 병원학교가 설치되었고(전국병원학교 웹페이지, <http://hoschool.ice.go.kr/>), 외국의 병원학교와 마찬가지로 건강장애 아동을 위한 출석인증 수업과 놀이-레크레이션 활동, 도서대여, 작품발표 행사 등이 이루어지고 있으나, 각 병원마다 교육과정과 방법, 운영체계가 달리 시행되고 있다(김은주, 2008).

2) 학교복귀 프로그램

학교에 복귀한다는 것이 심리사회적 치료를 제공하는 것을 의미하지는 않는다(Sullivan et al., 2001). 학교복귀의 성공을 위해서는 소아암 아동, 부모, 교사, 학교 관련인, 또래, 의료진 등의 준비가 필요하며, 또래 관계, 신체적 이미지, 그리고 정서적 반응들과 같은 다양한 측면들을 고려해야만 한다(Worchel-Prevatt et al., 1998). 이미 국외에서는 학교복귀(school reentry)라는 단어가 고유명사로 사용될 만큼 건강장애 아동이 질병 치료 중 혹은 질병 치료 후 학교에 재적응하는 학교복귀를 돕기 위한 많은 프로그램들이 실시되고 있고, 병원 내에서, 학교에서 혹은 지역사회를 통한 연계를 통해서 이루어지고 있다(세브란스 어린이 병원학교, 2008).

Prevatt et al.(2000)과 Vance와 Eiser(2002)의 문헌연구, 그리고 이 외의 실제 학교복귀프로그램에 관한 연구들을 살펴보면, 1) 교사(학교 관계자)에 대한 중재, 2) 또래 교육 프로그램, 3) 아동, 부모, 교사를 포함한 종합 프로그램으로 나눌 수 있다.

교사(학교 관계자)에 대한 중재는 주로 워크숍 형태로 교사의 소아암에 대한 의학적·심리사회적 지식과 놀임과 학업적 성취를 포함한 교사의 우려들을 강조하였다. 교사에 관한 중재로 교사가 소아암 아동을 다루는 안정적인 수준을 향상시킬 수 있었다. Thies & McAllister(2001)의 연구에서는 The Health and Education Leadership Project(HELP)를 실시하였다. HELP 프로그램에서는 두

변에 걸친 워크샵이 진행되고 교육과정 매뉴얼을 개발하고, 지속적인 지원을 제공하였다. 프로그램 평가에 있어서 학교 관계자들은 만성질환의 학업에 관한 영향에 관한 지식이 증가하였고, 만성 질환 아동의 필요를 다루는 학교 행정절차들과 형식들이 향상되었으며, 계획을 작성하는데 부모를 포함하게 되었다는 결과가 나왔다. 이것은 학교 관계자들의 지식을 증가시키고, 가족, 학교와 지역사회 기반 건강 관리자들에게 열린 공간을 제공하였다. 교사에 대한 중재와 관련하여 The Classroom Ecological Preparation Inventory(CEPI)는 일반 학급 내에서 신체적 장애나 건강상의 요구를 가진 아동의 성공적인 통합을 위해 중요한 정보들을 수집하는 교수적 팀을 돕기 위해 고안된 도구이다. 이것은 건강관련 주제, 의학적 고려점들, 물리적 환경 배치, 보조 도구, 학업 적응 그리고 사회적 기술 관리에 초점을 맞추고 있다(Wadsworth & Knight, 2003).

또래 교육 프로그램으로 Benner & Marlow(1991)의 연구에서는 소아암 아동에 대한 워크샵을 제공하였는데, 또래의 소아암의 의학적·심리사회적 지식이 증가하였고, 소아암 아동과 상호작용하려는 관심이 증가하였다. 국내 또래 교육 프로그램으로는 이정은, 조민경(2007)의 연구가 있다. 이 연구에서는 일반 아동들에게 이터닝 형태의 건강장애에 관한 인식개선 프로그램을 실시하였는데, 프로그램 실시 결과 건강장애에 대한 자기평가와 지식수준 그리고 태도가 향상된 것으로 나타났다.

아동, 교사, 부모, 의료진 등으로 이루어진 종합 프로그램은 학교복귀 프로그램으로 가장 많이 찾아볼 수 있었다. Rynard et al., (1998)에서 소개된 ‘The Pediatric Cancer Support Program of Southwestern Ontario’ 은 ① 학교 관계자에게 소아암과 치료에 대한 의학적 정보를 제공하고, ② 학교 관계자에게 아동 자신과 가족, 급우들에게 소아암의 정서적 영향에 대한 통찰력을 제공하며, ③ 소아암 아동과 가족에게 교사가 지원을 제공해 줄 수 있도록 도움을 주고, ④ 학교 관련인들에게 급우의 교육적 정서적 필요들에 부합하면서 그들을 도울 수 있는 지원방안, 자원들을 제공, ⑤ 치료 후 장기적인 학교 적응을 돕기 위해 여러해 동안 의사소통 유지하였다. 이 프로그램 실시 후 아동 적응면에서 내면화와 외현화 그리고 전체 문제 행동에서 정상 범위를 보였다.

Worchel-Prevatt et al., (1998)은 프로그램이 이루어진 후에도 연락을 지속할 수 있는 연락 팀(the liaison team)에 병원 인력, 소아암 학자, 간호사, 검사 결과 관리자, 비서, 사회복지사, 학교 담임 등을 추가하였다. 가족, 의료진, 또래 그리고 교사 등 아동 환경의 다방면에 걸친 프로그램 실시 후 대상아동의 우울이 줄어들었고, 대인관계 만족감, 또래 관계에 대한 자기 지각이 향상되었다. 가족과 아동 모두 프로그램을 성공적이었다고 평가하였으며, 순차적인 팀 미팅을 통해서 계획했던 중재 목표가 성취되어졌다고 평가되었다.

The Program for Children with Complex Medical Problem(CCMP)는 The Children's Health Council of a northern California community mental health agency을 기반으로 하여 질병 초기 아동과 질병 치료 후기 단계에 있는 아동 두 그룹에게 서비스를 제공하였다. 소아과 의사, 심리학자, 언어병리학자, 작업치료사, 특수교사, 아동발달 전문가 등 아동의 필요를 다룰 수 있는 다양한 전문가들의 다학문적 접근을 포함하였고, 아동의 가족과 교사, 학교 관계자 그리고 보건 관리 제공자에게 열린

의사소통을 제공하였으며, 아동의 개별 진단에 따라 이루어졌다. 프로그램 실시 후 질병의 치료 단계와는 차이가 없었으며, 아동의 학업, 학교 적응, 자존감 그리고 사회적 관계들에 대한 어머니들의 걱정이 감소하였으며, 이 프로그램이 매우 도움이 되었다고 보고하였다(Botcheva et al., 2004).

“Back on Track” 프로그램(Legar & Campbell, 2007)은 병원학교의 대체 모델로 개발되었으며, 회복 후 학교 복귀를 촉진하기 위해 학교와 또래와의 연계를 유지하는데 지원을 하고 있다. 이 프로그램은 교사와 부모, 학생 그리고 프로그램 관계자들이 학생이 학교와 또래들과 지속적인 연락을 할 수 있게끔 활발히 협의를 한다. 프로그램 평가 결과, 이 프로그램은 아동이 병원 치료를 받고 있는 동안 교사, 부모, 학생 그리고 프로그램 관계자들이 학교와 또래들과 연계를 유지하도록 하였다.

III. 연구 방법

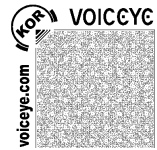
1. 연구대상

본 연구는 서울에 소재한 H, Y 대학 종합병원의 소아·청소년과에서 소아암으로 전문의의 진단을 받은 후 치료를 받고 있는 초·중등 학생을 대상으로 하였으며, 실험집단과 통제집단 각각 7명씩으로 구성하였다. 아래의 선정기준에 부합하는 아동들에 대하여 의대 교수와 의대 임상 교수, 병원 학교 교사의 협의를 거치고 부모의 동의를 얻은 후 최종적으로 확정되었다. 구체적인 선정기준은 다음과 같으며, <표 1>에 대상아동에 대한 세부내용이 제시되어 있다.

- (1) 소아암으로 진단을 받고 치료중인 9 - 14세 학생(초2 - 중2)
- (2) 인터넷을 이용하여 학습의사소통 할 수 있으며, 검사에 응할 수 있는 인지 능력이 있는 학생
- (3) 병원학교에 입학한 경험이 있으며 일반학급에 속해 있는 학생
- (4) 현재 질병치료를 인하여 매일 학교 출석이 어려운 학생

〈표 1〉 대상 아동에 관한 정보

실험집단				통제집단			
	성별	학년	병명		성별	학년	병명
1	여	초 2	임파선림프종	1	여	초 4	급성림프구성백혈병
2	여	초 2	임파선림프종	2	남	초 5	임파선림프종
3	남	초 2	급성림프구성백혈병	3	남	초 6	급성림프구성백혈병
4	남	초 3	급성골수성백혈병	4	남	초 6	급성골수성백혈병
5	남	초 4	무형성빈혈	5	여	초 6	급성림프구성백혈병
6	남	초 4	급성림프구성백혈병	6	남	중 1	임파선림프종
7	남	중 2	만성골수성백혈병	7	남	중 2	배포세포종양



2. 측정도구

본 연구에서는 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 미치는 영향을 알아보기 위하여 Harter(1982)가 개발한 아동용 자가지각 척도(Harter's Self Perception Profile for Children: H-SPPC)를 최명구, 김경자(1995)가 수정 보완한 것을 사용하였다. 이 척도는 6개의 하위 영역으로 구성되어, 학업 영역, 사회적 영역, 운동적 영역, 신체적 영역, 행동적 영역 등에 걸쳐 아동의 자가지각을 측정하는 동시에, 총체적인 자아가치를 평가하는 전반적인 자아 가치감을 개별 영역으로 측정한다. 각 영역은 6개 문항으로 구성돼 총 36문항으로 이루어져 있다. 자신에 관해 표현하는 하나의 문항에 관해서 ‘전혀 그렇지 않다’, ‘별로 그렇지 않다’, ‘가끔 그렇다’, ‘자주 그렇다’, ‘매우 자주 그렇다’ 중 자신을 표현하는 것 하나를 선택한다. 5점 Likert 척도로, 점수가 높을수록 자가지각이 높음을 의미한다.

3. 독립변인

본 연구의 독립변인은 소아암 아동에게 실시되는 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이다. 프로그램의 구성 요소와 운영방법은 Legar와 Campbell(2007)의 연구에서 사용된 “Back on Track” 프로그램과 Rynard et al.(1998)의 연구에서 사용된 “The Pediatric Cancer School Support Program of Southwestern Ontario”를 기반으로 하였으며, 우리나라의 건강장애 아동의 교육 지원에 관한 다양한 연구들(김은주, 2008; 박은혜 외, 2005; 박은혜, 이정은, 2004)의 병원학교 운영과 학교 복귀 프로그램 실시에 관한 내용을 참고하여 수정, 보완하였다. 이에 대한 이론적 근거는 다음의 <표 2>와 같다.

<표 2> 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램 계획안의 이론적 근거

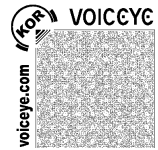
	입원 시	퇴원 후	
		학교 출석	학교 결석
학 업 지 원	<ul style="list-style-type: none"> 출석 인정 시스템 (박은혜 외, 2005b; 김은주, 2008) 학습 보장을 위한 화상강의 이용 정보 제공(김은주, 2008) 개별 학업 활동 제공 (Leger & Campbell, 2007) 		
	<ul style="list-style-type: none"> 취약한 과목에 대한 지원 (김은주, 2008) 신체적 조건을 고려한 교재, 교구 및 공간상의 고려 (박은혜 외, 2005b) 	<ul style="list-style-type: none"> 취약한 과목에 대한 지원 (김은주, 2008) 	
심 리 · 정 서 적 지 원	<ul style="list-style-type: none"> 아동의 관심, 체력, 과외 활동, 질병과 관련한 아동의 걱정, 학업적 걱정과 기대 등의 영역들을 포함하여 상담(박은혜 외, 2005b) 자기 건강관리를 위한 지원(박은혜 외, 2005b) 교사와 또래에 대한 지원(박은혜 외, 2005b) 교사에게 아동의 정보 책자 제공(Rynard et al., 1998) 		
	<ul style="list-style-type: none"> 교사, 또래와 관계 유지(김은주, 2008; Leger & Campbell, 2007) 	<ul style="list-style-type: none"> 교사의 학급 아동(또래) 준비(박은혜, 이정은, 2004; 박은혜 외, 2005b; 김은주, 2008) 소속 학교 친구와의 관계 유지(김은주, 2008) 	

우선 질병과 관련한 학생의 기본 정보, 이전 및 현재의 학업성취 수준, 심리·정서적 측면에 대한 개별적 정보 수집 및 평가가 1차적으로 이루어진 후, 각 아동별 특성에 맞추어 학업, 심리·정서적 지원을 위한 개별 교육 지원 프로그램이 문서로 작성되고 실시되었다. 이 문서는 프로그램 실시 도중 지속적으로 보완되었고, 아동의 입·퇴원 시 학급의 담임교사에게 제공되었다. 정보수집 및 평가의 내용과 프로그램 계획안 구성은 <표 3>와 같다.

〈표 3〉 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램 실시 단계 및 구성요소

1. 학생에 대한 정보수집 및 평가		
1) 학생에 대한 기본 정보	① 인적사항	<ul style="list-style-type: none"> • 이름, 성별, 생년월일, 학교, 학년, 연락처 • 보호자 인적 사항, 의료 담당자 • 개인 이력 및 기타 특이 사항
	② 건강 관련사항	<ul style="list-style-type: none"> • 진단명, 현재 치료 상황(약물, 특별한 유의 사항) • 예상되는 치료 방법 및 기간, 의료적 응급상황, 대처방법 • 아동의 질병 상태에 대한 이해 정도
	③ 가족 관련사항	<ul style="list-style-type: none"> • 가족 구성원, 부모의 직업·교육 수준 • 자녀 질병에 대한 인식수준 및 필요로 하는 교육적 지원
	④ 학교 관련사항	<ul style="list-style-type: none"> • 학교명, 담당 교사, 학급 내의 건강장애 학생 유무확인 • 현재 학교와의 상호작용 특성, 출석 가능한 날짜 확인 • 교사의 아동에 대한 이해 수준 확인
2) 학업지원		<ul style="list-style-type: none"> • 아동의 학업 성취 수준 파악 및 강점, 약점 파악 • 취약한 과목 및 개별학습지원 필요여부 확인 • 화상강의 수강 여부 확인 • 학업관련 걱정과 기대 확인
3) 심리·정서적 지원		<ul style="list-style-type: none"> • 질병 전·후의 여가활동 • 현재 가장 큰 관심 및 미래의 꿈 • 질병과 관련된 고민 • 교사와 또래에게 바라는 점





2. 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램 계획안 작성			
	입원 시	퇴원 후	
		학교 출석	학교 결석
1) 학업 지원	① 화상강의(무지개 학교) 연결 ② 화상강의 수업 확인을 위한 자기 점검표 작성(취약한 과목 보충) ③ 일주일에 한번 연구자와 함께 자기 점검표 확인 및 강화 => 학교 출석 시에도 자기 점검표 활용		
	④* 부족한 과목에 대한 개별 학업 지도 제공 ⑤ 학급 학업 활동 자료 제공 ⑥* 발표 연습 지원	④* 학교 진도를 따라가기에 어려운 부분이 있을 시 개별 학업 지도 제공 ⑤✓ 특별한 짝을 통해 수업 시 필요한 지원 제공(필기 대신 노트 복사, 모르는 문제 설명 등)	④✓ 학급 진도 내용 안내 ⑤✓ 또래를 통해 과제 및 학습 준비물 안내
2) 심리·정서적 지원	① 카페 활동 - 나의 자랑! (자기소개) - 나를 알아가요! (재미있는 심리 검사) - 나의 꿈! (진로에 대한 안내) - 아휴~ 지루해! (여가활동 안내) - 비밀이얏! (개인 고민 상담) - 이럴 땐, 이렇게! (질병 대처 방법) - 우리들 앨범 - 칭찬합시다!! (카페 참여 강화 방법) ② 대상아동별 블로그 혹은 미니 홈페이지를 통해 관심 표시 ③ 전화와 이메일을 통해 개인 고민 상담 ④✓ 담임교사와의 정보 교환 (또래 친구들의 관심 유도) ⑤ DVD 영화 제공 ⑥ 원적학급 교사와 친구 초청 행사		
	⑦✓ 담임교사 & 또래와 이메일 주고받기, 전화 통화하기 ⑧* 병원학교 내의 놀이 프로그램	⑦ 담임교사에게 또래 인식 개선에 관한 프로그램 안내 ⑧ 아동과 부모님께 학교 적응에 관한 안내서 제공 ⑨ 학교 적응에 관한 어려움 파악, 해결방안 모색	

※ “*”표시 : 병원학교 자원봉사자, 대학생 수업 도우미 자원봉사자에 의한 수업 혹은 교육청 ICT 자료를 이용한 개별 수업

※ “✓”표시 : 학급 담임교사와의 연계를 통해 진행

※ 무지개학교 : 건강장애 학생의 학습 기회 제공과 출석 인정을 위해 서울특별시교육연구정보원이 교육인적자원부의 지원을 받아 2006년 12월 개교한 학교이다. 초등학교 1학년부터 고등학교 3학년까지 각 학년별로 1~2반이 개설되어 있고, 담임 교사제로 운영된다. 학생이 건강장애 특수교육 대상자임을 교육청으로부터 확인받아 학교에 입학서류와 함께 제출하면 수시로 입학이 되고, 본인 학년의 반에 배치된다. 교사는 교육청 소속의 교사들로 구성되어 있고, 주요과목(국어, 수학, 영어, 사회, 과학)을 실시간 화상으로 강의한다. 각 반마다 정해진 시간표가 있어 실시간 수업이 이루어지지만, 실시간 수업이 어려울 경우 녹화된 방송을 들어도 수업에 참여한 것으로 인정된다. 초등학교 고학년의 경우 하루에 한 시간, 1~2 과목의 수업을 듣는다.

4. 실험설계 및 절차

1) 실험 설계

본 연구에서는 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 미치는 영향을 알아보기 위해 사전사후검사 통제집단설계(pretest-posttest control group design)를 사용하였다.

2) 실험 절차

(1) 연구 참여 동의 및 사전 검사

연구 참여에 관한 동의는 주치의와 병원학교 교사가 부모와 아동에게 연구에 관해 1차 설명을 한 후에, 연구자가 직접 만나 진행 방법에 대해 설명을 하고 서면으로 동의 확인을 받았다. 사전-사후 2회에 걸친 질문지 작성에 관한 진행 방법에 관해 설명하였으며 실험집단의 경우 진행될 교육 지원 방법에 관한 설명도 함께 이루어졌다.

사전검사는 연구 참여 동의를 받은 후 2008년 3월 18일에서 4월 5일까지 병원학교 수업 시간과 외래 진료 시간을 이용하여 실험집단과 통제집단 아동들을 대상으로 병원학교 교실과 병실, 외래 대기실에서 개별적으로 이루어졌다. 대상 검사자로 인한 변인을 통제하기 위해 연구자가 직접 모든 대상아동의 사전검사를 실시하였으며, 질문에 대한 정답이 있는 것이 아니고 자신의 생각을 솔직하게 표현하는 것임을 알려주며 실시하였다.

(2) 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램

사전검사 실시 후 실험집단 아동들에게는 개별적으로 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 실시되었다. 아동마다 사전검사 실시 날짜가 다르기 때문에 프로그램 시작 날짜도 차이가 있었다.

① 아동, 부모, 담당 주치의, 병원학교 담당자와의 면담을 통한 아동 특성 파악

아동과 부모에 대한 면담으로 프로그램이 시작되었다. 면담은 병실에서 이루어졌으며, <표 3>의 학생에 대한 정보수집 및 평가 항목을 중심으로 학생에 대한 기본정보, 학업지원, 심리적 지원에 관해 이루어졌다.

② 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램 계획안 서면으로 작성

면담 내용을 바탕으로 아동마다 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램 계획안을 작성하였다. 계획안은 연구자가 직접 작성하였으며, 면담 내용 뿐 아니라 병원학교에서 직접 학생들을 지도하는 교사들의 의견도 참고하였고, 원격학급에 대한 정보는 직접 원격학급 담임교사와의 전화통화를 통해서 보충하였다. 계획안의 형식은 <표 3>의 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램 계획안을 사용하였다. 작성된 계획안은 병원학교 교사와 담임교사에게도 보고되었다.

③ 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램

작성된 계획안을 중심으로 아동마다 개별적으로 프로그램이 실시되었다. 개별적 특성이 상이했기에 아동별로 지원방법과 시기의 차이가 있었지만 공통적으로 실시된 지원도 있었다.

가. 학업지원

- ㄱ. 화상강의 지원은 모든 학생에게 공통적으로 실시되었다. 실험집단 아동 중 5명의 아동은 화상강의 학교 입학 지원부터 수강까지의 지원이 이루어졌고, 2명의 아동에게는 2008학년도 재입학 지원 및 수강까지의 지원이 이루어졌다.
- ㄴ. 부족한 과목에 대한 개별지원은 아동의 특성별로 이루어졌다. 병원학교 내에서는 자원봉사 교사들에 의해 출석인증 수업이 진행되었고, 퇴원 후에는 부족한 과목에 대한 가능한 개별 지원을 연결하였는데, 예를 들어 퇴원 후 병원과 집이 가까운 아동은 일주일에 두 번 외래 진료 시 병원학교에서 자원봉사 교사에 의한 과목 보충 수업이 이루어졌다.
- ㄷ. 학교 홈페이지를 활용하여 학급에서 사용하는 학습지를 제공하였다. 연구자가 접속 가능하였던 2명의 아동에게는 직접 제공하였고, 연구자의 접속이 불가능했던 5명의 아동에게는 학습지 접속에 관련된 정보를 전해주며, 아동과 함께 접속하였다.
- ㄹ. 카페 내용 중 각 교육청의 과목별 ICT자료를 링크하여, 병실에서 혼자 공부하거나, 병원학교에서 동기부여를 위한 수업으로 활용하였다.
- ㅁ. 매주 자기점검표를 이용하여 학업에 대한 지속적인 확인이 이루어졌다. 연구자가 직접 아동에게 자기점검표를 제공한 후 작성방법에 관하여 설명을 하고, 아동이 직접 작성을 하여 일주일에 한번 연구자와 확인을 하며, 잘한 것과 부족한 부분에 관해 이야기 하였다.

나. 심리·정서적 지원

- ㄱ. 인터넷 카페활동을 통해서 질병에 관련된 정보를 제공하고, 자신에 대해서 알아가는 흥미로운 심리 검사와 진로 안내, 종이접기·미로찾기·마술 등과 같은 여가활동을 위한 프로그램을 진행하였다. 또한 카페 내에서 다른 친구들과 만나 이야기 하고, 서로 메일을 주고받으며 연락도 할 수 있었고, 사진 올리는 방법, 홈페이지 만드는 방법 등을 제공하였다.
- ㄴ. 퇴원하여 병원에서 볼 수 없을 때에는 이메일과 카페를 통해서 지속적으로 아동들과 연락을 하며, 학습 상황에 관한 체크도 함께 이루어졌다.
- ㄷ. 담임교사와의 연계는 아동별로 다르게 진행이 되었다. 먼저 부모님과 상의 후 담임교사와 연락을 하였고, 담임과 논의한 후 또래들이 직접 편지를 써서 아동에게 보내주거나, 담임교사가 직접 문병을 오고, 전화로 아동에게 연락을 하고, 부모와 아동의 질병 상황에 관한 정보 교환이 이루어졌다.
- ㄹ. 담임교사에게 아동의 질병에 관한 의학적 정보와 학교에서 주의해야할 점에 관하여 아동 질병에 따라 개별적으로 안내책자를 전달하였다. 이 안내책자는 한국어린이백혈병재단에서 나

오는 소책자와 박은혜 외(2005b)에서 제시된 미국의 여러 비영리 단체들 및 연방 건강 교육 단체가 공동 작업으로 개발한 ‘학교를 위한 지침’을 연구자가 수정·보완하여 제공한 것이다.

- ㄹ. 담임교사에게 또래 교육을 위한 정보를 제공하였다. 서울특별시교육연구정보원에서 개발한 건강장애 인식개선 프로그램 CD와 더불어 한국어린이백혈병재단에서 실시하는 ‘go!go! 학습속으로’에 관한 안내가 이루어졌다.
- ㅂ. 원적학급 교사와 친구 초청 행사가 이루어졌다. 실험집단 7명을 모두 대상으로 하였지만 한 명의 학생은 집이 지방인 관계로 참여가 어려웠고, 또 한명은 부모의 반대로 참여하지 못하였고, 다른 한 명은 담임교사의 일정으로 인해 참석하지 못하였다. 이렇게 세 명을 제외한 4명 학생의 담임교사와 친구들이 모두 행사에 참여하였고, 세 학교는 교장선생님도 함께 참여하였으며, 두 학교에서는 특수학급 교사도 함께 참여하였다.

④ 담임교사에게 학교복귀를 위한 개별 교육 지원 계획안 전달

아동과 부모, 의료진과 병원학교 담당 교사들과의 면담을 통해서 작성되고, 개별 교육 지원 실시 기간 동안 시행된 참여 정도와 관련하여 계획안을 최종 수정하여 원적학급 담임교사에게 전달하였다. 담임교사의 병원방문이 있을 경우에는 직접 전달하였고, 참석하지 못한 교사들은 우편을 통해서 전달되었다.

⑤ 프로그램 종료

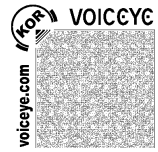
프로그램 시작 날짜로부터 8주가 되는 시점에 개별적으로 프로그램이 종료되었다.

(3) 사후 검사

사후 검사는 실험집단 아동들에게 8주간 프로그램을 실시한 후 개별적으로 병원학교 교실과 병실에서 이루어졌으며, 사전 검사와 마찬가지로 대상 검사자로 인한 변인을 통제하기 위해 연구자가 직접 실시하였다. 실험 집단 아동들과 부모님에게는 질문지와 함께 개별 교육 지원을 받은 후 변화된 것들과 좋았던 것, 미흡했던 것, 바라는 것에 관한 간단한 인터뷰도 함께 이루어졌다.

5. 자료처리

본 연구에서 얻어진 검사결과를 학업 영역, 사회적 영역, 운동적 영역, 신체적 영역, 행동적 영역, 전반적 가치의 각 영역별 점수를 합하였고, 또한 전 영역 총 점수를 합하였다. 합해진 실험집단과 통제집단 사이의 사전검사와 사후검사의 점수 차를 비교하기 위해 비모수통계방법인 맨 위트니 유 검정(Mann-Whitney U Test)을 실시하였다. 이 검정은 흔히 두 독립표본 t 검중에 유추되는 분포무관 검정으로 간주되며, 데이터의 수가 적고 모집단의 분포를 특정할 수 없는 경우나 이상치가 존재할 때 사용하는 비모수적 기법(non-parametric techniques)이다(김아영, 김태련 역, 1998; 신현정, 박태진, 도경수 역, 2004).



IV. 연구 결과

병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 미치는 영향을 알아보기 위한 본 연구 결과, 자가지각 검사의 각 하위영역의 점수를 모두 합한 총 자가지각 검사 점수의 향사에서 실험집단과 통제집단 간의 유의한 차이가 있었다. 자가지각 검사의 하위 영역별로 살펴보면 때에는 학업, 사회 영역에서 유의한 차이가 있었지만 운동과 신체, 행동, 전반적 가치감 영역에서는 유의한 차이가 없었다.

두 집단의 사전 검사와 사후 검사 점수에 대한 기초 자료는 다음 <표 4>와 같다.

<표 4> 실험집단과 통제집단의 사전·사후검사 점수 기초자료

	실험집단		통제집단	
	사전검사	사후검사	사전검사	사후검사
1	111	130	109	118
2	86	117	138	131
3	142	157	95	97
4	145	151	113	123
5	119	127	126	140
6	118	128	157	143
7	79	99	125	133
평균	114.29	129.86	123.28	126.43
표준편차	25.17	19.63	20.30	15.66

1. 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 전 영역에 대한 자가지각 수준에 미치는 효과

병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 미치는 영향을 알아보기 위하여 학업·사회·운동·신체·행동·전반적 가치감 영역의 점수를 모두 합한 점수의 사후·사전 검사 간의 차이를 종속변수로 하여 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램을 받은 실험집단과 그렇지 않은 통제집단을 대상으로 Mann-Whitney U Test를 실시하였다. 비교한 결과는 <표 5>과 같다.

〈표 5〉 실험집단과 통제집단의 자가지각 검사 총 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				
	평균	표준편차	평균순위	순위합	U
실험집단 ^a	15.57	8.66	9.71	68.00	9.00*
통제집단 ^b	3.14	10.17	5.29	37.00	

* $p < .05$, $n^a=7$, $n^b=7$

<표 5>에서 알 수 있듯이 실험집단의 평균순위는 9.71, 순위합 68.00, 통제집단의 평균순위는 5.29, 순위합은 37.00이며, Mann-Whitney U 값은 9.00, 유의확률 .047로 .05 유의수준에서 두 집단 간의 차이가 유의한 것을 확인할 수 있다. 이는 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 영향을 미친다는 것으로, 즉, 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각 향상에 긍정적 영향을 미쳤다는 것이라고 해석할 수 있다.

2. 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 학업·사회·운동·신체·행동·전반적 가치감 영역에 대한 자가지각 수준에 미치는 영향

병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각 수준에 미치는 영향을 알아보기 위해 자가지각의 학업·사회·운동·신체·행동·전반적 가치감의 하위 영역에 대해서 실험집단과 통제집단 간의 수준에 대해 알아보았다. 각 영역에 대한 자가지각의 차이를 알아보기 위해 사후검사와 사전검사 점수 차를 종속변수로 하여 Mann-Whitney U Test를 실시한 결과는 다음의 <표 6>~<표 11>과 같다.

〈표 6〉 실험집단과 통제집단의 학업영역에 대한 자가지각 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				
	평균	표준편차	평균순위	순위합	U
실험집단 ^a	4.29	2.75	10.71	75.00	2.00**
통제집단 ^b	0.00	2.00	4.29	30.00	

** $p < .01$, $n^a=7$, $n^b=7$



〈표 7〉 실험집단과 통제집단의 사회적 영역에 대한 자가지각 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				U
	평균	표준편차	평균순위	순위합	
실험집단 ^a	3.71	.95	10.93	76.50	.50**
통제집단 ^b	.86	2.54	4.07	28.50	

** $p < .01$, $n^a=7$, $n^b=7$

〈표 8〉 실험집단과 통제집단의 운동 영역에 대한 자가지각 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				U
	평균	표준편차	평균순위	순위합	
실험집단 ^a	.00	2.83	7.14	50.00	22.00
통제집단 ^b	.29	3.40	7.86	55.00	

$n^a=7$, $n^b=7$

〈표 9〉 실험집단과 통제집단의 신체적 영역에 대한 자가지각 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				U
	평균	표준편차	평균순위	순위합	
실험집단 ^a	1.29	3.64	7.43	52.00	24.00
통제집단 ^b	1.43	2.15	7.57	53.00	

$n^a=7$, $n^b=7$

〈표 10〉 실험집단과 통제집단의 행동적 영역에 대한 자가지각 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				U
	평균	표준편차	평균순위	순위합	
실험집단 ^a	3.00	2.31	8.79	61.50	15.50
통제집단 ^b	1.43	2.15	6.21	43.50	

$n^a=7$, $n^b=7$

〈표 11〉 실험집단과 통제집단의 전반적 가치감 영역에 대한 자가지각 점수 비교

집단	사후검사-사전검사				U
	평균	표준편차	평균순위	순위합	
실험집단 ^a	3.29	2.56	9.36	65.50	11.50
통제집단 ^b	.86	2.27	5.64	39.50	

$n^a=7$, $n^b=7$

위의 결과에서 알 수 있듯이 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각 수준에 미치는 영향에 대하여 학업영역과 사회적 영역에서의 자가지각 향상의 정도가 실험집단과 통제집단 간에 유의한 차이가 있었지만, 운동·신체·행동·전반적 가치감 영역에서는 유의한 차이가 없었다.

V. 논의 및 제언

본 연구는 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램이 소아암 아동의 자가지각에 미치는 영향에 대하여 알아보고자 하였으며, 실험 결과, 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램을 받은 실험집단의 자가지각 향상의 정도가 통제집단에 비해 유의하게 컸으며, 하위영역 중 학업, 사회에 대한 자가지각 향상의 정도는 통제집단에 비해 유의미하게 컸으나 운동, 신체, 행동, 전반적 가치감에 대한 향상정도는 통제집단에 비해 유의미하지 않았다.

병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램을 받은 7명의 실험집단 아동들은 그렇지 않은 7명의 통제집단 아동들에 비해서 학업, 사회에 대한 자기 지각에서 유의한 향상을 나타내었다. 이는 다음과 같은 이유들에서 기인했다고 볼 수 있다.

첫째, 질병치료로 인해 발생하는 장기간의 결석 기간 동안 적절한 교육적 지원이 제공되었기 때문이다. 건강장애 아동들이 학교 복귀 시 겪는 어려움에 관한 선행연구들에서 아동들이 응답하는 가장 큰 어려움은 장기간의 결석으로 인한 불이익과 학업문제였음을 알 수 있었다(박은혜 외, 2005b; 박은혜, 이정은, 2004; Kaffenberger, 2006; Lightfoot et al., 1998; Mukherjee et al., 2000; Rynard et al., 1998; Vance & Eiser, 2002; Worchel-Prevatt et al., 1998). 따라서 이러한 어려움을 줄여주는 것이 학교복귀를 위한 중요한 요인이라고 할 수 있을 것이다. 본 연구에서는 출석인정을 받을 수 있으면서, 지속적인 개별 교육 지원을 제공하였고, 이로 인해 소아암 아동들이 느끼는 학업에 관한 어려움이 줄어들면서, 학업 측면에 대한 자가지각에 있어 향상을 보일 수 있었다. 이러한 결과는 아동의 개별 진단에 따라 학교 복귀 프로그램을 실시한 Botcheva et al.(2004)의 연구 결과와 동일하다. 학업 영역에 관한 자가지각은 다른 영역들에 비해서 실험집단과 통제집단 간의 확연한 차이가 있었는데, 통제집단의 경우 절반에 해당하는 3명의 아동이 이전에 비해 더 낮은 학업 영역에 대한 자가지각을 보인 반면, 실험집단의 아동들 중 한 명은 사전검사에 비해 10점이나 높은 학업영역에 대한 자가지각을 보였다.

또한, 본 연구에서는 개별 학생에 맞는 지원이 이루어졌다. 각 학교에서 실제 사용하고 있는 학습지를 사용할 수 있었고, 과목별로 본인이 취약한 과목에 대해서는 시간을 늘려서 공부할 수 있

었으며, 흥미 위주의 ICT자료를 활용해서 스스로 공부할 수도 있었다. 학교에서처럼 많은 학생들이 가운데 한명이 아닌, 본인이 주목받는 수업이었기 때문에 실제로 학업에 관한 자신감이 늘어난 학생도 있었다. 이것은 자기 수준에 맞고, 이해를 돕는 개별적 학업 지원이 제공된 후 학업 영역에 대해 자신감이 많이 향상된 것이라고 볼 수 있으며, 질병의 유형 및 진행 정도, 정서 및 학업 적응 정도에 있어서 개인차가 크기 때문에 획일적인 교육과정 접근은 바람직하지 않으며, 개별적 접근이 필요함을 강조한 박은혜 외(2005b)의 건강장애학생을 위한 교육 지원 모형의 결과를 뒷받침하는 것이라고 볼 수 있다

둘째, 사회적 영역에 관한 자기 지각이 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램을 받은 실험집단 아동들에게서 통제집단에 비해 유의한 향상을 보였다. 사회적 영역에 관한 자기 지각은 주로 또래와 교사와의 관계를 맺는 사회적 능력에 대한 스스로의 지각을 측정하는데, 이 영역에서는 다른 영역들에 비해서 .002의 가장 높은 유의확률을 보이며 실험집단과 통제집단의 차이를 확인할 수 있었다. 이것은 질병으로 인해 학교에 가지 못하고, 갑작스럽게 또래와의 관계가 줄어들고, 사회적 관계가 줄어든 소아암 아동에게 원격학급 또래와 교사와의 연계를 지속적으로 실시한 것이 실제 소아암 아동의 사회적 영역에 대한 자가지각에 유의한 영향을 미쳤으며, 따라서 이러한 지속적인 연계가 중요한 역할을 함을 알 수 있다. 또한 이 결과는 자신을 이해하는 또래의 지속적인 도움이 건강장애학생들에게 가장 큰 비공식적인 지원의 역할을 한다고 본 박은혜, 이정은(2004)의 연구 결과를 뒷받침 해 줄 수 있으며, 또래지원의 중요성을 인식하여 또래지원 프로그램을 실시한 선행연구들의 결과들을 지지하고 있다(Legar & Campbell, 2007; Rynard et al., 1998; Varni et al., 1993; Worchel-Prevatt et al., 1998).

하지만 운동, 신체에 관한 자가지각은 다른 영역들에 비해 일관된 향상을 보이지 못하였다. 긍정적인 반응을 보인 몇몇 경우를 제외하고, 거의 모든 아동들이 사전 검사와 큰 차이가 없거나 더 낮은 반응을 보였다. 운동에 관한 자가지각에서는 통제집단과 실험집단 각각 2명, 3명씩 사전검사보다 더 낮은 반응을 보였고, 통제집단 두 명과 실험집단 한 명의 아동은 변화가 없었다. 신체상에 관한 자가지각에서는 통제집단 2명의 아동과 실험집단 3명의 아동이 사전검사보다 낮은 반응을 보였고, 통제집단 2명, 실험집단 1명은 변화가 없었다. 운동과 신체 영역에서 가장 큰 긍정적인 반응을 보인 두 명의 아동은 모두 무균실에서 나왔거나, 심한 항암 치료 부작용이 완화된 아동이었다는 것에서 운동과 신체 영역에 대한 자가지각은 병원학교에서의 학교 복귀 지원 프로그램보다는 의료적 지원과 실제 질병 상태의 변화에 더 민감하게 반응한다고 유추할 수 있다. 그리고 이와 같은 맥락에서 대부분의 아동이 사후검사에서 사전검사 이하의 반응을 보인 것은 완치되기 전까지 항암치료가 계속되는 동안에는 운동과 신체능력이 저하될 수밖에 없기 때문이라고도 볼 수 있다.

자가지각에 대한 하위 영역별 고찰과 함께 전체 자가지각 총 점수를 살펴보면, 병원학교에서의

학교 복귀 지원 프로그램을 받은 실험집단 아동과 통제집단 아동들은 자기지각 총 점수에 있어서 유의한 차이를 보였다. 비록 운동, 신체, 행동, 전반적 가치감이 유의한 차이를 보이지 않았음에도 불구하고, 전체 총 점수에서 유의한 차이를 보인 것은 각 하위 영역에서 향상된 점수가 크지 않았더라도, 작은 변화들이 합해져서 자기지각 총 점수 변화에 영향을 미친 것으로 보여진다.

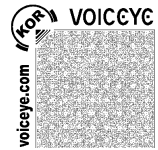
이상의 결과를 볼 때, 본 연구의 의의를 다음과 같이 생각해 볼 수 있다.

첫째, 학교복귀를 위한 실험연구로서의 시도이다. 김은주(2008)의 연구에서 제언하듯이, 무엇보다도 중요한 것은 ‘실행의 정도’라고 할 수 있다. 중요성은 인식하고 있지만 아직까지 실행은 잘 되고 있지 않은 국내의 현실에서 기존의 문헌연구, 질적 연구 결과들과 국외의 프로그램 요소들을 종합하여 국내 현장에 실질적으로 적용하고, 그 결과 우리의 현실에서도 효과적이었음을 입증한 실천적인 측면에 의의가 있다고 할 수 있을 것이다.

둘째, 병원학교와 원격학교의 지속적 연락을 위한 개별 교육 지원 계획안이 작성되었다는 점이다. 개별 아동에 대한 지원 계획안이 작성됨으로서, 원격학급 교사는 아동의 교육적 수행에 관한 정보를 전달 받을 수 있게 되어 현재 아동이 병원과 가정에서 받는 지원이 무엇인지 알 수 있으며, 아동의 강점이 무엇인지 파악할 수 있고, 어떠한 어려움을 겪고 있는지 알게 된다. 이것은 학교에 복귀하였을 때 아동에 대해서 새롭게 알아가는 시간을 줄이고, 교사와 아동이 모두 빠르게 재적응할 수 있게 도와줄 수 있다.

셋째, 학교복귀에 영향을 줄 수 있는 자기지각의 각 하위 영역에 대한 고찰이 가능했다는 점이다. 소아암 아동이 학교복귀 시 겪는 다양한 어려움이 있고, 이는 본 연구에서 사용한 자기지각 척도의 각 하위 영역에 적용이 되고 있다. 양병한(2004)의 연구를 보면, 학업적 어려움, 또래와 교사와의 사회적 관계 형성의 어려움, 신체적 변화로 인한 따돌림, 신체적 질병으로 인한 학교 활동에서의 참여 제한, 학급에서의 소극적 활동 등은 자기지각 척도의 학업, 사회, 운동, 신체, 행동, 전반적 가치감 영역에 모두 해당이 된다. 본 연구 결과 학업과 심리·정서적 지원을 중심으로 이루어진 학교복귀를 위한 개별 교육 지원은 학업과 사회적 영역에 직접적인 영향을 주었지만, 운동과 신체 영역에 주는 영향은 크지 않았으며, 행동영역과 전반적 가치감에는 학업과 사회적 영역만큼 큰 영향을 주지는 못했다. 따라서 학업, 심리·정서적 지원과 더불어 의료적 처치와 의료진의 개입이 성공적인 학교복귀를 위해 중요한 요인으로 작용할 것으로 보이며, 단기간이 아닌 장기간의 학교복귀를 위한 지원이 지속적으로 이루어져야 할 필요성이 있음을 알 수 있었다.

마지막으로, 부모와 교사와의 실질적인 면담을 통해 연구의 의의를 찾아볼 수 있다. 본 연구를 진행하면서 대상아동 부모들과의 면담은 지속적으로 이루어졌다. 이를 통해 알 수 있었던 것은 부모님들이 직접 아동들에게 제공해 주기 어려운 부분들에 대해서 정보를 전달해 주고, 제공해 주기 때문에 좋았다는 긍정적인 반응들이었다. 특별히 학업에 관한 걱정들이 가장 컸는데, 학업지원이 이루어지면서 공부를 계속할 수 있다는 것에 대해 만족해하였고, 학년 초라 미처 새로운 담임교사



와 인사조차 하지 못했던 부모의 경우 어렵기만 한 학교와의 연계를 가능케 해 주는 역할에 대해 만족해하였다. 또한 학교와의 지속적인 연계를 통해 또래들과 연락하며 지낼 수 있고, 실제 학급 홈페이지에 아동의 번호가 있으며, 질병에 대한 부정적 선입견이 줄어든 것에 대해 긍정적 반응을 보이었다. 교사들의 참여도 높았다. 모든 원격학급 교사가 적극적인 반응을 보인 것은 아니었지만, 대부분의 교사들이 귀찮아하기 보다는 미처 관심을 가지고 있지 못했던 학생에 대해서 다시 생각 하게 되었다고 하였고, 질병에 관한 정보 전달에는 매우 긍정적인 반응을 보였다. 실험에 참가한 한 명의 교사는 이번 기회를 계기로 통합학급 운영에 관해 공부를 해야 할 필요성을 느낀다면서 실제 사이버 연수를 신청하여 수강한 예도 있었다. 이처럼 실험에 직접 참가한 부모와 교사들의 반응을 통해 대상 아동이 학교로 복귀할 때 학업에 관한 도움 뿐 아니라 학급의 준비 정도에 있어서 본 연구의 프로그램이 긍정적인 역할을 했음을 알 수 있다.

본 연구의 가장 큰 제한점으로 개인 연구의 한계를 들 수 있다. 개인 연구임을 알렸을 때 교사의 참여도를 이끄는 것이 쉽지 않았고, 학급에 관한 기본 정보 파악과 교사의 행사 참여 여부가 연구자의 역량이 아닌 전적인 교사의 선택에 달려있는 경우도 있었다. 또한 원격학급 교사와 또래를 초청하는 행사를 진행하는 경우에는 소요되는 많은 비용으로 인해 후원을 해 줄 기관을 찾아야 했고, 교사 워크샵이나 부모교육의 필요성을 느낌에도 불구하고, 정보 제공 차원에서 끝나는 아쉬움이 있었다. 따라서 앞으로 학교복귀 프로그램 실시를 위해서 병원학교 뿐 아니라 교육청과 같은 큰 기관에서 체계적으로 진행하며, 연구로서 그치는 것이 아니라 지속적으로 지원을 실시할 수 있는 연계팀을 포함한 연구가 요구되어지며, 이러한 제한은 Worchel-Prevatt et al.(1998)의 제안에서도 찾아볼 수 있다.

또 하나의 제한점은 연구 참여 대상학생에 관한 것이다. 비슷한 연령, 질병 특성, 동일한 병원 환경 등 연구에 포함될 수 있는 아동의 수가 매우 제한적이었기 때문에 실제 참여 인원은 적었다. 이러한 참여대상 학생 수의 제한은 Prevatt et al.(2000)의 문헌연구에서도 지적된바 있는데, 소아암이라는 많지 않은 질환의 아동을 대상으로 하기 때문에 대부분의 연구들이 소수의 아동만을 대상으로 하거나, 통제집단 선정이 어렵고, 프로그램의 결과가 일화적 정보에 의존하는 제한점을 가지게 된다. 후속연구에서는 좀 더 많은 학생들을 대상으로 하고, 치료 종료 후의 아동도 포함하여 실질적이고, 통계적으로도 프로그램의 효과를 강하게 입증할 수 있는 연구가 필요할 것으로 여겨진다.

세 번째 제한점은 짧은 연구기간이었다. 본 연구는 총 8주 동안 진행되었는데, 이 기간 동안 아동의 자가지각에 큰 변화를 주는 것은 쉽지 않았다. 자가지각과 같은 종속변인의 변화 검증은 시간을 요하기 때문에, 본 연구의 결과에서도 운동, 신체, 행동, 전반적 가치감 영역에서는 유의한 결과를 도출하기 어려웠다. 따라서 학교복귀를 위한 지원이 장기간에 걸쳐 제공되어야 할 필요성이 있으며, 특별히 치료 종료군 아동들을 포함하거나, 아동이 치료종료 후 학교에 복귀할 때까지 지속적으로 지원을 제공하는 장기간의 연구가 시행된다면, 소아암 아동의 학교복귀를 위한 지원의 효

과와 프로그램 평가가 정확히 이루어질 수 있을 것이다.

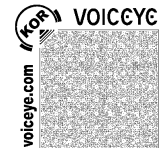
네 번째 제한점으로는 기타 다른 변인들에 대한 통제를 들 수 있다. 소아암 아동의 자기지각에 미치는 영향으로는 학교복귀를 위한 개별 교육 지원 외에 부모, 가정환경 등이 있을 수 있고, 무엇보다도 질병의 변화가 아동의 자기지각에 큰 영향을 미칠 수 있는 변인이었다. 하지만 골수이식 수술 후, 항암치료 부작용이 몹시 심한 경우 등 다양한 신체적 증상들도 통제하기 어려웠다. 실제로 통제집단의 한 대상아동은 예상치 못하게 질병의 상황이 안 좋아져서 더욱 더 힘든 치료과정과 신체적 조건에 처하게 되어 이것이 자기지각에 충분히 영향을 주었을 수도 있었다. 따라서 후속연구에서는 가능한 기타 다른 변인들을 최대한 통제하여 동일한 조건의 아동들을 대상으로 좀 더 정확한 결과를 얻을 필요가 있을 것으로 생각되어진다.

마지막으로, 다양한 종속변인에 대한 효과 검증도 이루어져야 할 필요가 있다. 본 연구에서는 학교복귀 전반에 영향을 미칠 수 있는 자기지각에 대한 효과 검증과 간단한 부모 인터뷰만이 이루어졌다. 학교 복귀에 관련된 좀 더 구체적이고 실제적인 학업성취도나 사회성 평가, 프로그램 자체에 대한 부모나 교사를 대상으로 한 자료 수집이 후속 연구에서 이루어진다면, 소아암 아동의 학교복귀를 위한 실제적이고 구체적인 교육 지원 접근들이 이루어질 수 있을 것이다.

참고문헌

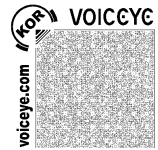
- 강경아(1997). 청소년 암환자의 경험 분석. 간호학탐구, 6(2), 67-89.
- 곽금주 · 김근영(1997). 자기지각 검사에 의한 자기개념 연구. 자기가치감과 우울 및 비행 간의 관계. 한국심리학회지:발달, 10(1), 15-26.
- 곽수란(2006). 청소년의 학교적응도 분석. 교육사회학연구, 16(1), 1-26.
- 교육인적자원부(2005). 특수교육진흥법 일부개정법률(2005.3.24 공포). 법률 제7395호..
- 김경해(2006). 백혈병 소아암 아동들의 실시간 화상교육을 통한 수학학습의 효과에 대한 연구. 미간행, 석사학위 청구논문, 경남대학교 교육대학원.
- 김성운(2004). 소아암 환자 아동의 심리적 특성연구: 우울, 불안과 가족 기능간의 관계. 미간행, 석사학위 청구논문, 성균관대학교 대학원.
- 김아영 · 김태련 역(1998). 사회과학 연구를 위한 통계분석법의 이해. 서울:학문사
- 김은주(2008). 건강장애학생을 위한 병원학교 운영 지원체계의 타당화 연구. 미간행, 박사학위 청구논문. 이화여자대학교 대학원.
- 김현례(2006). 소아암 청소년의 자조모임 프로그램 참여 경험. 미간행, 석사학위 청구논문, 연세대학교 대학원.
- 박은혜 · 김미선 · 김정연(2005a). 건강장애학생이 겪는 어려움과 지원방안에 대한 질적연구. 특수교육연구. 12(1), 223-244.
- 박은혜 · 박지연 · 노충래(2005b). 교육 취약계층의 학습권 보장을 위한 건강장애학생을 위한 교육지원 모형 개발. 특수교육학연구. 40(3), 269-297.
- 박은혜 · 이정은(2004). 건강장애학생의 학교 적응 지원을 위한 기초연구. 특수교육학연구. 39(1), 143-168.
- 보건복지부(2005). 암발생통계집(1999-2001).
- 보건복지부 중앙암등록본부(2007). 국가암등록사업 연례보고서(2002년 암발생현황).
- 성태제 · 시기자(2006). 연구방법론. 서울: 학지사.
- 세브란스 어린이병원학교(2008). 디딤돌. 서울: 세브란스 어린이병원학교.
- 손선영(2002). 암을 앓고 있는 청소년의 자아상. 미간행, 석사학위 청구논문. 연세대학교 대학원.
- 손지현(1999). 소아암 환자 형제들의 심리사회적 적응에 영향을 미치는 요인. 미간행, 석사학위 청구논문, 이화여자대학교 대학원.
- 신현정 · 박태진 · 도경수 역(2004). 행동과학을 위한 통계학. 서울: 시그마프레스.
- 양병한(2004). 학교적응과 자기지각간의 관계. 창원대학교 인문과학 연구소 인문논총, 11, 117-134.
- 여지영(2006). 소아암아동의 심리사회적 요구. 미간행, 석사학위 청구논문. 한양대학교 대학원.

- 연세대학교 의료원(2006). 세브란스 어린이 병원학교 5주년 보고서. 서울: 연세대학교 의과대학 소아과학교실·연세대학교 간호학과 아동간호학교실.
- 오가실 · 심미경 · 손선영(2003). 소아암 환자의 건강문제와 사회 심리적 적응. *대한간호학회지*, 33(2), 293-300.
- 이유선(1996). 사회적 지지와 자각지각이 장애청소년의 학교생활적응에 미치는 영향. 미간행, 석사학위 청구논문. 이화여자대학교 대학원.
- 이은희(2004). 소아암 아동의 사회적 역량에 관한 연구. 미간행, 석사학위 청구논문, 이화여자대학교 대학원.
- 이정은 · 조민경(2007). 이러닝 형태의 건강장애 이해교육이 일반초등학교학생의 건강장애에 대한 자기평가 및 지식과 태도에 미치는 영향. *특수교육연구*, 14(1), 237-257.
- 전나영(2001). 암 아동의 질병적응 관련요인 분석. 미간행, 석사학위 청구논문. 연세대학교 대학원.
- 정민영(2003). 소아암 아동의 심리사회적 적응에 관한 연구. 미간행, 석사학위 청구논문, 이화여자대학교 대학원.
- 진주혜(2001). 소아암 초기 생존 아동의 학교생활 경험. 미간행, 석사학위 청구논문, 연세대학교 대학원.
- 최명구 · 김정자(1995). 아동의 자기역량과 스트레스 및 스트레스 대처방식과의 관계. *한양대학교 학생생활상담연구소 대학생활연구*, 13, 127-156.
- 최승미 · 신민섭 · 정진엽 · 김중술(2000). 만성적인 신체 질환 및 장애를 지닌 아동의 심리적 특성: 자기개념 및 스트레스에 대한 대처 양상 비교. *소아청소년정신의학*, 11(2), 252-261.
- JOBKOREA <대학생 글로벌 프론티어 2006> 2기 보고서: 어린이병원학교 활성화 방안.
- 전국병원학교 홈페이지. <http://hoschool.ice.go.kr/>
- Anderson, V. Smibert, E., Ekert, H., & Godber, T.(1994), Intellectual, educational, and behavioural sequelae after cranial irradiation and chemotherapy. *Archives of Disease in Childhood*, 70, 476-483.
- American Academy of Pediatrics(1990), Children with health impairments in schools. *Pediatrics*, 86(4), 636-637.
- Bessel, A. G.(2001), Children surviving cancer: Psychological adjustment, quality of life, and school experiences. *Exceptional Children*, 67(3), 345-359.
- Botcheva, Luba, Hill, K. E., Kane, Jeanne, Grites, Karen, & Huffman, L. C.(2004), School reintegration for children in different phases of serious illness. *Journal of School Health*, 74(2), 68-71.
- Bottomley, S. J., & Kassner, E.(2003), Late effects of childhood cancer therapy. *Pediatric Nursing*, 18(2), 126-133.



- Cabat, T. & Shafer, K.(2002), Resources for facilitating back to school programs. *Cancer Practice*, 10(2), 105-108.
- Dalgas-Pelish, P.(2006), Effects of a self-esteem intervention program on school-age children. *Pediatric Nursing*, 32(4), 341-348.
- Davis, K.(1989), Educational needs of the terminally ill student. *Pediatric Nursing*, 12(3), 235-245.
- DePaepe, P., Garrison-Kane, L., & Doeling, J.(2002), Supporting students with health needs in schools: An overview of selected health conditions. *Focus on Exceptional Children*, 36(1), 1-24.
- Eiser, C.(1998), Pratictioner review: Long term consequences of childhood cancer. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(5), 621-633.
- Eshelman, D., Landier, W., Sweeney, T., Hester, A. L., Forte, K. Darling, J., & Hudson, M. M.(2004), Facilitating care for childhood cancer survivors: Integrating children's oncology group long-term follow-up guidelines and health links in clinical practice. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(5), 271-280.
- Fottland, H.(2000), Childhood cancer and the interplay between illness, self-evaluation and academic experiences. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 44(3), 253-273.
- Grootenhuis, M. A. & Last, B. F.(2001), Children with cancer with different survival perspectives: Defensiveness, control strategies, and psychological adjustment. *Psycho-Oncology*, 10, 305-314.
- Harter, S.(1982), The perceived competence scale for children. *Child Development*, 53, 87-97.
- Hawkins, M. M.(2004), Long-term survivors of childhood cancers: What knowledge have we gained? *Nature clinical practice. Oncology*, 1(1), 26-31.
- Haynes, N. M.(1989), Influence of self-concept on school adjustment among middle-school students. *The Journal of Social Psychology*, 130(2), 199-207.
- Henricsson, L., & Rydell, A.M.(2004), Elementary school children with behavior problems: Teacher-child relations and self-perception. A Prospective Study. *Merrill-Palmer Quarterly*, 50(2), 111-138.
- Hoida, J. A. & McDougal, S. E.(1998), Fostering a positive school environment for students with cancer: The role of the principal. *School Health Issues*, 82, 59-70.
- Kaffenberger, C. J.(2006), School reentry for students with a chronic illness: A role for professional school counselors. *Professional School Counseling*, 9(3), 223-229.
- Lähtenmäki, P.M., Huostila, J., Hinkka, S., & Salmi, T.T.(2002), Childhood cancer patients at school. *European Journal of Cancer*, 38, 1227-1240.

- Leger, P. S., & Campbell, Lyn(2007), Evaluation of a school-linked program for children with cancer. *Health Education*, 108(2), 117-129.
- Lightfoot, J., Wright, S., & Sloper, P. (1999), Supporting pupils in mainstream school with an illness or disability: young people's views. *Child: Care, Health and Development*, 25(4), 267-283.
- Lynch, E. W., Lewis, R. B., & Murphy, D. S.(1993), Educational services for children with chronic illnesses: Perspectives of educators and families. *Exceptional Children*, 59(3), 210-220.
- Manne, S. L., & Miller, D.(1998), Social support, social conflict, and adjustment among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 23(2), 121-130.
- Mayer, D. K., Parsons, S. K., Terrin, N., Tighiouart, H., Jeruss, S., Nakagawa, K., Iwata, Y., Hara, J., & Saiki-Craighill, S.(2005), School re-entry after a cancer diagnosis: physician attitudes about truth telling and information sharing. *Child: Care, Health & Development*, 31(3), 355-363.
- Mitby, P. A., Robison, L. L., Whitton, J. A., Zevon, M. A., Gibbs, I. C., Tersak, J. M., Meadows, A. T., Stovall, M., Zeltzer, L. K., & Mertens, A. C.(2003), Utilization of special education services and educational attainment among long-term survivors of childhood cancer. *Cancer*, 97(4), 1115-1125.
- Mukherjee, S., Lightfoot, J., & Sloper, P.(2000), The inclusion of pupils with a chronic health condition in mainstream school: What does it mean for teachers?, *Education Research*, 42(1), 59-72.
- Newby, W. L., Brown, R. T., Pawletko, T. M., Gold, S. H. & Kenneth Whitt, J.(2000), Social skills and psychological adjustment of child and adolescent cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 9, 113-126.
- Prevatt, F. F., Heffer, R. W. & Lowe, P. A.(2000), A review of school reintegration programs for children with cancer. *Journal of School Psychology*, 38(5), 447-467.
- Richardson, J. W.(2007), Building bridges between school-based health clinics and schools. *Journal of School Health*, 77(7), 337-343.
- Rynald, D. W., Chambers, A., Klinck, A. M., & Gray, J. D.(1998), School support programs for chronically ill children: Evaluating the adjustments of children with cancer at school. *Children's Health Care*, 27(1), 31-46
- Sloper, T., Larcombe, I. J. & Charlton, A.(1994), Psychological adjustment of five-year survivors of childhood cancer. *Journal of Cancer Education*, 9(3), 163-169.



- Spinelli, C. G.(2004), Dealing with cancer in the classroom: The teacher's role and responsibilities. *Teaching Exceptional Children*, 36(4), 14-21.
- Sullivan, N. A., Fulmer, D. L., & Zigmond, Naomi(2001), School: The normalizing factor for children with childhood leukemia. *Preventing School Failure*, 46(1), 4-13.
- Sexson, S. B., & Madan-Swain, A.(1993), School re-entry for the child with chronic illness. *Journal of Learning Disability*, 26(2), 115-125.
- Thies, K. M., & McAllister, J. W.(2001), The health and education leadership project: A school initiative for children and adolescents with chronic health conditions. *Journal of School Health*, 71(5), 167-172.
- Vance, Y. H., & Eiser, C.(2002), The school experience of the child with cancer. *Child: Care, Health and Development*, 28(1), 5-19.
- Wadsworth, D. D. E., & Knight, Diane(1999), Preparing the inclusion classroom for students with special physical and health needs. *Intervention in School & Clinic*, 34(3), 170-176.
- Worchel-Prevatt, F. F., Heffer, R. W., Prevatt, B. C., Miner, J, Young-Saleme, T., Horgan, D., Lopez, M. A., Rae, W. A. & Frankel, L.(1998), A school reentry program for chronically ill children. *Journal of School Psychology*, 36(3), 261-279.

【Abstract】

The Effects of School Re-entry Support Program in the Hospital School on the Self-Perception of Children with Cancer

Lee, Young-Zie*

The purpose of this study is to design a school re-entry support program in the hospital school and to investigate the effect of the program on the self-perception of children with cancer. The individual educational support consists of academic and psychological· emotional support. Used test tool is a modified and fitted version of Harter's Self Perception Profile for Children(H-SPPC).

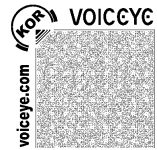
The results are as follows ;

1. There is a statistically significant improvement of total scores of self perceptions in the experimental group which has the school re-entry support program in the hospital school compared in the control group.

2. There is a statistically significant improvement of self perceptions about scholastic competence and social competence in the experimental group compared in the control group, but no significant improvement of self perceptions about athletic competence, physical competence, behavioral competence and general self-worth in the experimental group compared in the control group

Conclusively, There was an affirmative influence of the school re-entry support program in the hospital school to self perception which influences the school re-adjustment of the child who has cancer. Specially the affirmative influence on self perceptions about scholastic competence and social competence is verified to have a high possibility help to the academic performance and make up the relationship with teacher and peers.

* University of Virginia



장애인복지 연구 제1권 제3호
Disability & Social Welfare
Vol. 1, No. 3

정신장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구

A Study of Factors That Affect Independent Living of People With Mental Disorder

서 주 연*

【국문초록】

‘자립생활 패러다임’은 장애인 복지의 핵심패러다임으로서 지역사회 정신보건서비스의 질적인 성장을 제고하고 궁극적으로 정신장애인의 사회통합을 위한 과정으로 적용되어 질 수 있으나 정신보건 영역에서의 연구는 미미한 실정이다. 따라서 본 연구는 정신장애인에게 자립생활 패러다임을 적용하여 그에 영향을 미친 요인을 연구하기 위한 것으로 조사 대상자는 20세이상 60세 미만의 정신병 진단을 받고 지적장애와 중복되지 않은 정신장애인으로 서울시 내 정신보건시설 및 센터에서 사례관리 서비스를 이용하는 정신장애인 289명을 대상으로 하였다.

자료분석방법은 SPSS Win 12.0을 이용하여 표준중다회귀분석 통계방법을 사용하였고 신체적 자립에 영향을 미친 변수는 일상생활능력, 자아존중감, 가족·사회적지지, 나이순으로 나타났다. 심리적 자립에 영향을 미친 변수는 자아존중감, 가족·사회적지지, 일상생활능력순이며 사회적 자립에 영향을 미친 변수는 자아존중감, 가족·사회적지지, 일상생활능력, 나이 순으로 나타났다.

연구 결과를 통하여 정신장애인이 자립적으로 생활하기 위해서는 첫째, 정신장애인이 사회적 차별이나 인권침해를 받았을 때 정신장애인의 필요와 사례에 따라 공적시스템 하에서 맞춤형 정보제공은 의무적으로 제공되어야 한다. 둘째, 정신건강서비스의 조기개입과 고등교육 수준까지 받을 수 있도록 하여야 하며 셋째, 가족, 친구를 포함한 이웃주민, 지역전체, 전문가를 대상으로 정신질환에 대한 올바른 정신건강교육을 통해 사회적 낙인감 제거 및 사회적 관계망을 확장하여 가족·사회적 지지를 향상시키는 것이 필요하다. 넷째, 자조모임과 동료상담을 통한 프로그램으로 주인의식을 갖고 지역사회 참여자로 살아갈 수 있도록 하는 것이 중요하다.

☉ 주제어 : 정신장애인, 자립생활, 일상생활능력, 자아존중감, 사회적 낙인, 가족·사회적지지

논문제출일 : 11월 28일 최종심사일 : 12월9일

* 정신장애인 사회복지시설 기쁜우리네, 정신보건사회복지사(simple-89@hanmail.net)

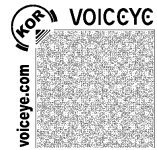
I. 서 론

지역사회 정신보건 서비스의 양적 확대에 따라 정신장애인은 지역사회내에서 각종 재활 프로그램을 접할 수 있게 되었고, 재입원을 감소와 사회복귀 촉진 및 자활의욕을 고취시키는 등(서동우 외, 2002) 프로그램의 효과성은 많은 연구들을 통해 검증되어 왔다(김이영 · 배성우, 2005). 그러나 병원에서의 재활프로그램이 지역사회로 이어져 지역사회의 정신보건 서비스 전달체계간에 중복된 서비스와(양옥경, 2000) 전문가에 의한 강압적 사례관리 서비스를 제공하게 되면서(Gomory, 2002) 실제 지역사회에 거주하고 있는 환자에 비하여 개방 병동에 있는 환자들의 삶의 질과 만족도가 높고(배안 외, 1999) 지역사회에 거주하는 정신장애인의 15.6%만이 삶에 만족한다고 응답하여(보건복지부, 2008) 정신장애인의 욕구에 부합하는 서비스를 제공하지 못한다는 평가를 받게 되었다(보건복지부, 2005). 이는 정신장애인에게 전문가 중심의 재활훈련이나 교육 프로그램과 같은 제한된 환경적 접근과 장애인 개인의 기능만을 향상시켜(이익섭·최정아·이동영, 2007). 정신장애인을 약점을 지닌 수동적 수혜자로 전락시키는 재활적 시각에서 벗어나지 못한 (이용표, 2000) 서비스 제공에만 그치고 있기 때문이다.

지역사회 내에서 평범한 지역사회 참여자로서 관여할 수 있도록 돕고(Segal and Aviram, 1978) 지역사회 생활에의 완전한 참여 즉, 다른 사람과 같은 장소에서 살고, 즐기고, 쇼핑하고, 학교나 직장을 다니는 등의 정상적인 삶을 영위하기 위해서는(Taylor, 1987) 정신보건 서비스의 질적인 성장을 도모하여 적극적인 대책 마련과(이선영, 2008) 재활적 시각의 반복된 패턴에서 벗어난 새로운 인식 변화가 필요하다(문용훈, 2008).

최근 복지 대상자를 전문적 서비스의 수혜자일 뿐이라는 시각에서 지역사회의 참여와 통합을 위한 능력과 강점을 가진 소비자(Paul, 1995; 한영란, 1997; 장인협 · 우국희, 2001)로 전환된 시각의 다양한 패러다임이 등장한 가운데 장애인 복지 영역에서 대두된 자립생활 모델을 살펴볼 수 있다. 자립(independent)은 전문가와 주체적으로 자립하려는 이용자간에 협력관계를 구축하여 상호간의 역량 강화를 도모한다(이윤화, 2000). 장애인의 내재된 우울감을 감소시키며(이주용, 2003) 인권 침해를 받기 쉬운 여러 계층이 각각 인격의 독립성을 확립하고 회복하기 위한 과제로 논의되어 왔다(서화자, 2002). 주로 사회로부터 소외된 사람들을 중심으로 전개되어 온 자립생활 모델은 전문가에 의해 통제되어 왔던 장애인 없는 장애인복지를 실천했던 과거와는 차이를 만들어 내고(장향숙, 2006) 자립 확충이 필요한 대상자를 위한 복지 정책 속에서도 이념과 가치가 되고 있어 정신장애인의 진정한 사회통합을 위한 필수적이고 합리적인 방법 및 과정으로 기대되고 있다(오혜경, 1998).

이미 신체장애 영역에서는 지체장애인의 자립에 관한 연구(정은주, 1998; 김은희, 1999; 이경혜, 2000; 이주용, 2002; 김순곤, 2003), 정신지체장애인의 자립에 관한 연구(오혜경 외, 2000), 청각 및 시각장애인 자립에 관한 연구(정원일, 2004; 김동기, 2005), 중증뇌성마비장애인의 자립생활에 관



한 연구(최성원, 2006; 이상록, 2007), 지체장애인과 지적장애인의 자립생활과 사회적지지 및 사회통합에 관한 연구(유영준 외, 2008) 등으로 활발히 진행되고 있지만 정신장애인의 자립과 관련된 연구로는 알코올 중독자의 자립생활 영향 요인연구(김영숙, 2004), 정신장애인의 자립·독립생활(independent living skills)에 영향을 미치는 요인에 관한 연구(김현·신용주, 2004; 김정진, 2005) 정도만 찾아볼 수 있다.

이와 같이 자립생활 모델은 신체장애인 중심적인 성격이 강하여 전장애포괄의 원칙(cross-disability)이 적용되지 못한 비판도 있었으나 점차적으로 정신장애인과 발달장애인 영역의 참여를 유도하고 있는 실정에 있다(곽정란·김병하, 2004). 또한 장애 유형 및 장애 특성별 자립생활지원에 대한 보다 구체적인 논의가 필요하기 때문에(박형진, 2008) 정신장애인의 자립적인 생활을 위한 다각적 측면의 요인 연구 및 사회복지 서비스 개입에 대한 연구가 필요하다. 따라서 본 연구자는 신체장애인의 자립과 정신장애인의 사회통합, 사회적응¹⁾에 영향을 미치는 요인 등의 자립과 유사한 변인들에 대한 선행연구를 통하여 정신장애인의 자립생활을 향상시키는 데 필요한 요인을 연구하고자 한다.

본 연구의 목적은 정신장애인이 자립적으로 생활하기 위하여 필요한 요인들과 자립생활간의 관계성을 파악하여 지역사회 내에 있는 정신장애인의 자립생활을 위한 정신보건 서비스의 개입 방안을 모색하는데 있어 기초 자료를 제공함에 있다.

II. 이론적 배경

1. 자립생활

자립적으로 생활한다는 것은 자신의 건강관리, 식사조절, 취침시간과 같은 일상의 활동 뿐만 아니라 자신에게 주어진 사회적 역할을 수행하는 것, 타인에 대한 심리·신체적 의존의 최소화 등으로 자기결정에 충실한 의사결정에 참여하는 것이다. 이는 크게 신체적 자립, 심리적 자립, 사회적

1) 사회통합의 개념은 사회적 상호작용의 달성을 의미하는 것으로(양옥경, 1996) 이상적인 형태는 재활서비스와 같은 부분적 접근이 아니라 삶 전체에 관심을 가지는 자립생활을 통해서 해결의 전망이 제시된다(김동호, 2001). 즉, 장애인의 자립생활은 장애인이 가지고 있는 기능과 스스로 결정할 수 있는 능력과 사회통합에 의하여 결정된다(오혜경, 1999). 사회적응은 정신장애인이 사회적으로 고립되어 지역사회 적응에 어려움을 겪지 않고 사회에서 적절히 역할을 수행하는 것으로 정의되기 때문에 사회통합에 중요한 예측요인이 될 수 있다(이유리, 2001; 이지훈, 2001). 이러한 개념 정의들을 살펴보았을 때 사회통합과 사회적응, 자립생활은 모두 장애인이 지역사회 내에서 완전한 참여와 사회적 역할을 수행할 수 있도록 해야 한다는 이념이 같다. 따라서 사회통합과 사회적응에 영향을 미치는 변수들이 자립생활에도 영향을 미칠 수 있을 것으로 고려되므로 선행연구가 필요하다.

자립, 경제적 자립, 주거적 자립으로 세분화 되어져 구체적으로 논의되고 있다(欲口明·式田康, 1999). 지역사회에서 장애인의 자립생활을 지원하는 방법은 장애인의 신체적, 정신적, 사회적인 의존을 최소한으로 하여 그러한 자립적 환경에서 장애인이 가족과 친지들과 함께 지역사회내에서 생활하고 자기의 역할을 담당하면서 능력을 최대한으로 사회발전에 공헌할 수 있도록 일련의 지역사회 중심의 지원서비스를 마련하는 것이다.²⁾

따라서 본 연구자의 연구 문제는 정신장애인의 자립을 위한 지역사회의 정신보건 서비스 개입 방안에 기초적 자료를 제공하기 위함이므로 신체적, 정신적, 사회적 자립생활을 연구하여 보고자 한다. 더불어 경제적 자립은 취업문제와 소득보장제도를 고려해야 하는 문제이며 주거환경의 자립은 생활 공간을 확보하고 내구시설의 불편사항을 제거해 주도록 하는 문제로 본 연구문제에서 벗어나 정책적 논의로 빠질 위험이 있어 종속변인에서 삭제하고자 한다.

신체적 자립은 인간이 생활하는데 있어 가장 기본적인 것이며 일상생활동작에서의 자립이다.³⁾ 일상생활동작이란 기본적으로 공통적으로 매일 반복하는 신체 동작군을 지칭하며 일상생활동작의 가부에 따라 그 사람의 사회적 및 직업적 재활의 성패가 좌우될 수 있다(정순민, 2003).

심리적 자립의 기본정의는 자기결정과 자기선택을 자기 자신이 스스로 행할 수 있고, 그에 의한 결과에 대해 책임을 지는 것이다. 비록 신체적 질환을 치료했다 해도 환자가 자기 일상생활과 일에 적응하지 못한다면 치료가 완전하지 못한 것으로(Rusk HA, 1959) 정신적 의존도가 높은 생활을 장기간 해 온 특히 정신장애인과 같이 보호자나 전문적 권위가 있는 치료진에게 의지를 해온 경우 정신적 자립을 하려는 마음을 다지는 것은 긴 시간을 필요로 할지도 모르나 의존적 생활로부터 탈피해 간다고 생각하면, 이것은 꼭 필요한 과제이다(欲口明·式田康, 1999).

사회적 자립은 사회적 활동 참여와 생산적이며 독립적인 삶을 대변하는 것으로 장애인들이 적극적이고 능동적인 자세로 사회에 참여하는 것을 말한다. 사회성이 부족하다고 생각하기 쉬운 장애를 가진 사람도 질서나 도덕 등을 몸에 익히는 것은 물론 자신도 사회의 일원이라는 자각을 갖도록 하는 것이 중요하다.

2. 자립생활 선행 연구

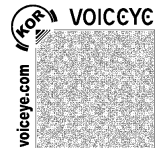
1) 인구사회학적 요인

국내 선행연구들은 자립생활에 영향을 미치는 변수들로서 인구사회학적 요인들로는 연령, 학력 및 교육수준, 종교의 유무, 장애발생 시기, 결혼여부, 경제적 상태, 병식, 진단명 등을 들고 있다.

2008년 장애인실태조사에서 장애인의 교육 정도를 살펴보면 초등학교에서 고학년으로 올라갈수

2) (www.knil.org/zboard/zboard.php?id=1_4)

3) (www.naver.com)



록 장애인의 교육 정도가 낮아지는 것을 볼 수 있다. 미국의 경우에도 장애인은 비장애인에 비해 고등교육에 진학하는 비율이 절반에 미치지 못하며 정식 졸업증을 갖지 못한 채 학교를 중도 탈락하는 비율이 2배에 가깝다고 보고되고 있다(Russell, 2003: 220)⁴⁾. 교육을 제대로 받지 못하면 고용과 같은 주요 사회역할을 수행하지 못하게 되어(배화옥·김유경, 2009) 정신장애인이 지역사회 내에서 하나의 사회구성원으로서 수행을 하는데 어려움을 겪게 된다. 실제 교육수준이 높을수록(변소현, 1998; 이정혜, 2001; 김순곤, 2003; 김현·신용주, 2004; 최성원, 2006; 이은혜, 2006) 장애인의 자립 및 사회통합을 높이는데 영향을 미치는 것으로 나타났으며 저소득층 모자가정의 자립의지에도 교육적 수준은 유의미한 영향을 미쳤다(박영란, 1998).

장애인의 소득은 기본적 욕구를 충족하고 삶을 영위하는데 필수적인 요소이자 삶의 수준과도 밀접하게 연관되어 있다(현명이, 2010). 정신장애인은 국가에 대한 요구로 소득보장 26.7%, 의료보장 24.1% 응답하였고 본인의 주관적 경제상태를 전체 장애인의 71.6%가 하층이라고 응답하였다(보건복지부, 2008). 소득수준은 경제적 안정 자체가 사회적 불리를 감소시켜줄 수 있고 소득이 안정됨으로서 개인적인 사회적 활동이 가능하기 때문에(변소현, 1998) 경제적 수준이 높을수록(김정진, 2006; 김현·신용주, 2004; 이상록 2007) 자립생활에 유의미한 영향을 미친 것으로 나타났다. 그러나 안정적 소득 수준에 대한 기준은 개인마다 다르고 그 기준이 모호하기 때문에 구체적인 소득 수준을 파악하기 보다는 경제적인 만족감 상태로 정신장애인의 자립생활에 미치는 영향을 살펴 보고자 한다.

정신질환의 발병률이 가장 높은 연령층은 젊은이들로 남자의 경우 평균 21.4세, 여자는 평균 26.8세로(민성길, 1999) 청소년기에서 초기 성인기에 주로 발병하게 된다. 정신질환의 예후를 판정할 때 나이는 중요한 요인으로 작용하고 있는데 발병 연령이 어릴 때 병 기간이 길어지면서 예후가 나빠지고 발병 시 나이가 많을 때 병 기간이 짧기 때문에 예후가 좋다고 판정된다(민성길, 1999). 김정진(2006)의 정신장애인 자립생활(independent skills)에서도 나이가 어릴수록 자립생활에 어려움을 보이는 것으로 나타났으나 이유리(2001), 이지훈(2002)의 연구에서는 정신장애인이 나이가 어릴수록 사회통합정도가 높다는 상반된 연구결과를 나타냈다.

종교는 인간의 생활 가운데서 발생하는 불확실성의 긴장과 불안의 요소들을 극복할 수 있게 하고 사회적 불평등으로 인한 박탈감을 보상하며 좌절당한 이들에게 위로를 제공한다. 또한 공동체로의 소속감을 갖게 하는 긍정적 기능을 한다(김안식, 2010). 장애인의 사회통합(박수경, 1997; 변소현, 1998)에 관한 연구에서 종교를 가진 집단이 종교를 가지지 않은 집단보다 사회통합이 높은 반면 여성장애인⁵⁾의 사회통합(이은혜, 2006)과 중증지체장애인의 자립(김순곤, 2003)에 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 임상에서 대부분의 정신장애인이 종교활동에 매우 적극적

4) 배화옥·김유경(2009). 여성장애인의 사회적 배제와 빈곤의 실증분석, 보건사회연구 pp 55-76. 재인용

5) 정신장애, 지체장애, 정신지체장애, 시각장애, 청각·언어장애를 가진 서울경기에 거주하며 장애인복지관 및 종합사회복지관을 이용하는 여성장애인

인 모습과 종교로 인하여 사회적 관계망을 형성하고 사회적 지지감을 얻고 있는 모습이 관찰되어 정신장애인만을 대상으로 한 자립생활에 종교적인 영향을 확인할 것이다.

정신장애인에게 정신적인 안정감과 지역사회로의 적응을 위해 만족스러운 결혼생활은 가장 중요한 부분이며(곽노진, 2001) 질병의 예후 또한 좋다(민성길, 1999). 배우자가 있다는 것은 질병의 치료와 과정에 크게 영향을 미치며 질병의 회복기에 정상기능 및 활동으로의 적응과 재할 및 사회 복귀과정에 중요한 역할을 한다(전혜성, 2007). 채정애(2008)의 연구에서 정신장애인이 느끼는 부부관계와 사회적응은 정적 상관관계를 나타냈고 김순곤(2003)의 연구에서는 지체장애인이 결혼한 경우 신체, 심리, 사회적 부분의 전체 자립생활을 향상시켰다. 그러나 임은주(2004)의 연구에서는 장애인의 결혼여부가 여성장애인의 자립의지에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

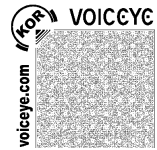
2) 개인적 요인

전반적인 삶에 의욕이나 동기가 저하되어 있는 만성화된 정신장애인의 경우, 기본적인 자기 관리, 생명의 안전과 발달을 위한 동기가 저하되어 있고 가장 기본적인 활동, 즉 배설, 식사 등의 가장 기본적인 기능을 독립적으로 수행할 능력이 부족하여 일상생활에 장애가 있다.(American Psychiatric Association, 1994⁶⁾; 이충순 외 1996; 임신화, 2001) 정신병원이나 정신요양원에 입원 또는 수용되었던 정신장애인들은 의식주 문제의 해결 방법과 최소한의 문화생활을 유지할 정도의 능력을 배양하지 않으면, 아무리 증상이 호전되었다 하더라도 사회복귀 후 적응하기가 어렵고 질병의 자기관리가 어려우며 일상생활에서 발생하는 사소한 스트레스들에도 견디지 못하여 재발하기 쉽다.(이충순 외, 1996) 정신건강과 일상생활능력은 주요한 사회적응의 요인이며(Johnson and Rubin, 1983) 실제로 퇴원한 재가 만성 정신장애인에 대한 일상생활기술훈련은 만성정신장애인의 일상생활기능을 향상시켜 사회적응력을 높였고 일상생활기술훈련을 받고 퇴원한 정신장애인과 그렇지 않은 정신장애인 사이에는 재입원되는 비율의 차이가 컸다는 연구결과(오금순, 1998)도 발표되었다. 정신장애인의 일상생활기능의 부족은 정신장애인 개인뿐만 아니라 그의 가족에게까지도 많은 제한과 갈등을 경험하게 하며 사회적 낙인과도 밀접한 관계를 가진다.(Link, 1987; 이춘옥, 1989)

김순곤(2003)의 연구에서 일상생활능력이 높을수록 장애인의 사회적 자립정도가 높게 나타났고, 사회통합에 관한 연구(변소현, 1998; 이지훈, 2000)에서도 일상생활능력과 사회통합 두 변수간의 높은 정적 상관관계를 나타냈다.

일반적으로 높은 자아존중감은 높은 적응수준을 의미하고 사회적응을 위해 중요한 필수요소이다. 만성 정신장애인에게 있어 자아존중감은 장애에 대한 적응 정도와 심리적·환경적 요인들에 대한 반영으로 개인의 사회적 활동에 큰 영향을 미친다. 그래서 정신장애인의 자아존중감이 낮을

6) 한금선·양보겸(2006). 만성정신질환자의 증상 자기관리에 영향을 미치는 요인 연구, 대한간호학회지 제 36권 제 1호 재인용



경우에 정신질환의 발병률이 높으며(Smitherman, 1981) 만성 정신 질환자의 사회적응에 관련된 변수로 자아존중감, 타인의 기대 등이 중요한 요인으로 작용한다.(Hatchett et al., 1997; Shapira et al., 1999) 양동석 외(2007)는 자아존중감이 인구사회학적 특성이나 임상적 특성보다 정신장애인의 삶의 질에 더 주요한 역할로 작용한다고 강조하였다. 자아존중감은 신체장애인의 자립(김순곤, 2003; 김동기, 2005; 최성원, 2006; 장병철, 2006)과 정신장애인의 사회통합·사회적응에 관한 연구(김소임, 1999; 이유리 2001; 이지훈, 2002, 박미옥 2004), 정신장애인의 자립생활기술(김정진, 2006; 김현·신용주, 2004), 알코올중독자의 자립(김영숙, 2004)등의 연구에서 모두 중요한 변수로 작용하였다.

3) 사회적요인

사회적 자원크기와 사회적 지지의 부족과(Patric & Regina, 1985; David & Lars.H, 2002; 김정진, 2004) 취약한 가족기능(McNabb, 1983; Rake, 2000; 김형준 외, 2000)은 정신장애인의 사회통합을 어렵게 하며⁷⁾ 만성정신분열증 환자의 지각된 사회적지지 정도가 높을수록 지역사회에서의 적응정도가 높다(Hatfield 1979; Thompson & Doll, 1982)⁸⁾. 사회적 지지는 정신장애의 원인 및 재발지표, 치료 및 재활수단이 되므로 사회적 지지의 결여는 정신장애인이 지역사회에 적응하여 일반적인 사회생활을 하는데에 악영향을 끼친다(김규수 외, 2003). Segal과 Aviram(1978)은 사회적 지지가 개인의 내적 및 외적 통합의 수준을 강화시킨다고 하였으며, 특히 만성 우울증, 정신분열증 환자의 경우 가족과 사회적 자원 등의 지지가 사회통합과 안녕감에 주요한 변수라고 주장하였다(현명선, 1991; Monti & O'leary, 1999; Murberg et al., 1998; Postrado, 1995).

지체장애인의 자립생활(정은주, 1998; 김순곤, 2003; 이상록, 2007)의 연구에서는 모든 자립 영역에서 사회적 요인인 친구의 지지가 유의미한 영향을 미쳤고 정신장애인을 포함한 장애인의 삶의 만족과 사회통합에 관한 연구 결과(박수경, 1997; 이지훈, 2001; 양동석 외, 2001)에서도 사회적 지지와 가족의 지지는 사회통합에 정적인 상관관계를 보였다. 가족 및 사회적 지지가 자립에 아주 중요한 영향(최성원, 2006; 이상록, 2007)을 미쳐 정신장애인의 자립생활에도 중요한 변수로 작용될 것으로 보인다.

정신장애인에 대한 낙인은 정신장애인 스스로 사회의 광범위한 낙인을 지각하게 하여 정신장애인의 능력을 약화시키고, 친구나 사회적 관계를 기피하게 한다(이부영, 1992). 정신장애인의 회복과 삶의 질에 영향을 미치는 직장과 안정된 수입, 안락한 집과 좋은 친구와 같은 핵심적인 기회들을 박탈하는 사회적 차별로 이어져 스스로 자신이 자립하여 살아가기 힘든 존재라고 낙인(self-stigmatization)을 하게 되고, 이로 인해 자존감이 약화되고 수치감이 높아져서 스스로 고립시키는 결

7) 김정진(2006). 정신장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 재인용.

8) 이평숙·한금선(2001). 만성정신질환자의 사회적응에 영향을 미치는 요인 분석 재인용

과를 가져온다. 이러한 문제는 정신질환의 재발로 이어지면서 정신장애인의 자립생활(Patric, W.C., 2002)과 사회통합을 어렵게 한다(서미경, 1994; 양옥경, 1998; 조은영, 1999; Chris et al, 2005; Richard et al, 2005). 지각된 낙인은 정신장애인의 자아존중감을 저하시키고(Link, 1987) 사회적 지지에도 영향을 미치고 있어(Mickelson, 2009) 이웃과의 상호작용, 지역사회참여 등의 부정적인 결과를 가져온다.(민소영, 2009) 정신장애인의 사회통합에 관한 연구(김소임, 1999; 이유리 2001, 지윤진, 2002; 이지훈, 2002)와 사회적응에 관한 연구(임남연, 1997)에서 사회적 낙인지각을 많이 할수록 사회통합정도와 사회적응은 모두 낮게 나타났다. 따라서 본 연구에서도 정신장애인이 사회적 낙인감을 많이 갖을수록 자립생활에 부정적 영향을 미칠 것으로 보인다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구 대상 및 자료수집방법

구체적인 표집 대상 기준은 첫째, 서울시에 거주하고 둘째, 진단에 있어 정신분열병, 조울병, 우울증, 분열정동 장애와 같은 정신병(Psychosis)이며, 셋째, 연령이 20세 이상, 60세 미만이고, 넷째 한글판독과 기록이 가능한 정신장애인으로 지적장애로 이중진단 받은 대상자는 제외한다.

자료 수집은 서울시 지역사회 정신보건 서비스 제공시설에서 사례관리 서비스를 이용하는 자 중 설문지 작성에 희망하는 사람만을 대상으로 289명에게서 설문지를 회수할 수 있었다.

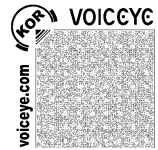
2. 측정도구

1) 종속변수

종속변수를 측정하기 위한 도구는 일본의 Human Care Association(1996)의 자가평가 지표를 참고하여 국립재활원(2000)에서 개발한 자가평가 척도를 사용하였다. 신체적 자립이 9문항, 심리적 자립이 8문항, 사회적 자립이 9문항으로 총 26문항으로 구성되었으며 1점부터 5점까지 Likert식 척도로 구성하였다.

2) 독립변수

정신장애인의 일상생활을 묻는 척도는 Orem(1985)의 자기간호 이론을 기반으로 하여 유숙자(1991)가 개발한 재가 정신분열병 환자를 대상으로 한 자기간호 수행 척도를 임신화(2001), 이지훈



(2002)이 만성정신장애인의 일상생활능력척도로 재구성한 것으로 본 연구자는 그 척도를 토대로 개인위생, 주변정리, 식사, 수면, 배설, 의복관리 영역만 재구성하여 사용하였다.

정신장애인 개인의 자아존중감을 측정하기 위해 Rosenberg(1965)의 자존감척도(Self-Esteem Scale)를 사용하고 가족 및 사회적 지지는 Gregory 등(1988)이 개발한 MSPSS(Multidimensional Scale of Perceived Social Support)를 김소임(1999)이 변안한 척도로 사용하였다. 정신장애인이 스스로 지각하는 사회적 낙인감은 Link(1985)가 개발한 Perceived stigma를 서미경(1994)이 변안한 것을 사용하였고 모두 5점 Likert식 척도로 측정되어졌다.

3) 각 측정도구 신뢰도

설문지의 구성내용에 대한 각 척도의 신뢰도 검증을 위해 Cronbach's alpha를 산출하여 문항간의 내적 일치도를 확인한 결과는 다음 <표 1>과 같다. 전체적으로 본 연구에서 사용된 척도는 높은 신뢰도를 보였다.

<표 1> 신뢰도 분석

변수	구분	항목	문항수	Cronbach's α
독립변수	개인적 요인	일상생활능력	12	.877
		자아존중감	10	.790
	사회적 요인	가족사회 지지	12	.917
		사회적 낙인감	12	.852
종속변수	신체적 자립	신체적 자립	9	.839
	심리적 자립	심리적 자립	8	.883
	사회적 자립	사회적 자립	9	.830

4) 자료분석방법

본 연구를 위해 수집된 자료는 SPSS WIN 12.0 통계 프로그램을 이용하여 전산처리 하였으며 본 연구에 사용된 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 척도의 신뢰도는 내적일관성을 검정하기 위하여 Cronbach's alpha 값을 산출하였다.

둘째, 조사대상자의 일반적 특성과 분포를 알아보기 위해 통계기술방법인 빈도분석을 실시하였으며, 주요 변수의 평균 및 표준편차를 산출하였다.

셋째, 신체적 자립, 심리적 자립, 사회적 자립에 상대적으로 영향력 있는 결정 요인을 검정하기

위하여 인구사회학적 요인, 개인적 요인, 사회환경적 요인을 동시에 투입하여 표준중다회귀분석(Multiple Regression Analysis)을 실시하였고 대부분 문항에 일괄 응답하였거나 응답이 극단으로 치우쳐 잔차값이 큰 사례는 삭제하여 분석을 실시하였으며 통계적으로 유의확률수준 .01이하일 때 유의미한 것으로 검정하였다.

IV. 연구결과

1. 조사대상자의 일반적 특성

1) 조사대상자의 인구사회학적 특성 및 기타 변수 특성

본 연구의 조사대상자인 정신장애인의 인구사회학적 특성은 다음의 <표 2>와 같다.

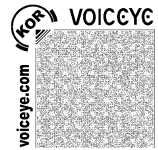
남성은 전체 조사대상자의 162명(56.1%)으로 여성 127명(43.9%)보다 더 많은 분포를 보였다. 조사대상자의 연령은 30대가 108명(37.4%), 40대가 106명(36.7%), 20대는 47명(16.3%), 50대는 28명(9.7%)의 분포를 보여 본 연구의 조사대상자의 주 연령대는 30대와 40대가 차지하였다. 전체 연구대상자 가운데 중졸, 고졸의 교육수준을 가진 정신장애인은 171명(59.2%)으로 가장 많이 차지하였고 초졸, 무학을 포함한 중졸이하의 교육수준을 갖은 정신장애인은 8명(2.8%)으로 가장 적게 나타났다. 전문대졸을 포함한 대졸이상의 교육수준은 72명(24.9%)을 차지하여 본 연구의 조사대상자의 교육수준은 고졸의 학력이 과반수를 차지하였다.

결혼상태는 미혼이 241명(83.4%)으로 가장 많은 분포를 보였고 별거 7명(2.4%), 이혼 21명(7.3%), 사별 2명(0.7%)이었고 결혼을 한 응답자는 전체 12명(4.2%)로 본 연구의 조사대상자 대부분이 배우자가 없이 생활하고 있는 것으로 나타났으며 기타로 결혼은 하지 않고 동거만하고 있다고 응답한 대상자는 6명(2.1%)이었다.

종교의 유무에 관해서는 조사대상자의 217명(75.1%)이 종교가 있다고 응답하였고 72명(24.9%)은 종교를 갖고 있지 않아 종교를 가지고 있는 정신장애인이 높은 비율을 차지하였다.

자신의 주관적 경제적 만족상태에 대한 응답에 관하여 전체 응답자의 120명(41.5%)은 보통이라고 답하였고 107명(37%)은 만족하지 않는다, 62명(21.5%)은 만족한다고 답하여 대부분의 조사대상자가 중하의 경제적 만족상태를 느끼고 있는 것으로 나타났다.

본 연구의 조사대상자인 정신장애인의 일상생활능력은 5점 만점의 척도에서 평균 점수 3.86점($sd=.74$)이었다. 가장 간단한 용변 처리에 관한 문항에 가장 높은 평균점수를 나타냈고 규칙적인 식사와 적당한 식사량을 묻는 문항에는 가장 낮은 점수를 나타내어 정신장애인이 절대 생활에 필요한 가벼운 일상적 활동은 가능하나 주거관리, 식사관리와 같은 활동적 일상생활은 하지 않으려



는 동기와 능력의 문제가 있다는 것을 확인할 수 있었다(Alderman, 1980).

본 연구의 조사대상자인 정신장애인의 자아존중감은 5점 만점의 척도에서 평균 점수 3.25점($sd=.69$)으로 정신장애인의 개인적 요인, 사회·환경적 요인 중에서 가장 낮은 평균점수를 나타내었다. 이는 사회·환경적 요인에 의해서 작용되어진 내면화된 자아상이라고 볼 수 있으며 정신장애인의 낮은 자아존중감은 사회적 활동과 관계의 위축으로 이어질 수 있는 요인으로 작용된다.

본 연구의 조사대상자인 정신장애인의 가족·사회적지지 정도는 5점 만점의 척도에서 평균 점수 3.33점($sd=.92$)으로 나타났고 가족의 지지를 묻는 문항 3번, 4번, 8번, 11번 문항에는 각각 평균점수 3.79점($sd=1.14$), 3.61점($sd=1.23$), 3.54점($sd=1.20$), 3.58점($sd=1.19$)으로 높은 평균 점수를 나타내어 본 연구의 조사대상자들은 가족에게서 높은 지지감을 얻고 있는 것으로 나타난 반면, 친구의 지지를 묻는 문항 6번, 7번, 9번, 12번 문항에서는 각각 평균점수 3.18점($sd=1.29$), 2.86점($sd=1.30$), 2.97점($sd=1.35$), 3.10점($sd=1.33$)으로 정신장애인은 친구들에게서 낮은 지지감을 얻고 있는 것으로 나타났다. 이는 정신질환으로 인해 발병 전 친구들과의 관계가 소원해지고 현재 사회적 지지체계나 관계망이 가족이나 치료진으로 한정되어 있는 것으로 유추할 수 있다.

본 연구의 조사대상자인 정신장애인이 주관적으로 느끼는 사회적 낙인감은 5점 만점의 척도에서 평균 점수 3.13점($sd=.76$)으로 가장 낙인감을 높게 응답한 문항은 “대부분의 고용주들은 과거에 정신과 치료를 받았던 지원자보다 그렇지 않은 지원자를 더 선호할 것이다.”의 문항으로 평균점수 3.70점($sd=1.21$)이었고 가장 적게 낙인감을 나타낸 문항은 “대부분의 고용주들은 과거에 정신과 치료를 받았던 사람이라 하더라도 일을 할 수 있다면 고용할 것이다.”로 평균점수 2.77점($sd=1.20$)을 나타냈다. 취업에 관련된 문항에서 극단적인 평균 점수를 얻었는데 전자의 문항은 후자의 문항보다 좀 더 현실적인 문항으로 비정신장애인과 경쟁을 물었을 때 본인은 취업되지 못할 것이라는 현실적인 낙인감을 나타낸 문항이고, 후자의 문항은 취업하고자 하는 낙관적 기대감과 정신장애인의 욕구가 드러나 보인다. 취업 지원자 선호의 문항과 데이트 문항을 제외한 10개의 문항에 빈도분석 결과 거의 모든 응답자가 ‘보통이다.’라고 응답하였다. 이는 정신장애인의 현실 검증력 상실과 관련된 것으로 보여 질 수도 있으나 자립적으로 지역사회 내에서 활동하고 참여하는 경험을 갖지 못하여 사회적 관계망의 위축으로 인한 막연한 중간값으로 체크하였을 경우도 염두에 둘 수 있기 때문에 사회적 낙인감이 비교적 낮은 점수를 나타낸 것으로 보인다.

본 연구의 조사대상자 정신장애인의 신체적 자립의 평균 점수는 3.56점($sd=.81$)이었고 가장 높은 평균 점수를 나타낸 문항은 “나의 건강 유지에 관심이 있다.”로 평균점수 4.02점($sd=1.04$)이었다. 가장 낮은 점수를 나타낸 문항은 “내가 앓을 경우(감기, 간질, 두통 등) 기본적인 처치법을 알고 있다.”로 평균점수 3.25점($sd=1.29$)이었다. 이 문항들을 통해서 정신장애인은 자신의 건강 유지에는 관심이 있으나 현실적으로 필요한 기본적인 처치법이나 건강유지법, 위기관리에 대해서는 자세히 알지 못하는 것으로 알 수 있다.

본 연구의 조사대상자 정신장애인의 심리적 자립의 평균 점수는 3.37점($sd=.88$)이었고 가장 높은

평균 점수를 나타낸 문항은 “나의 인생은 지금보다 더 행복해질 수 있다.”로 평균점수 3.60점(sd= 1.16)이었다. 가장 낮은 평균 점수를 나타낸 문항은 “장애로 인해 억압되었던 감정에서 자유롭다.”로 평균점수 3.13점(sd= 1.22)이었다. 본 연구에 응답한 정신장애인은 미래에 대한 막연한 긍정적인 기대를 갖고 있으나 현실에서는 장애로 인해 심리적으로 억압되고 위축되어 있으며 현실의 상황에서 도피하고 싶은 욕구를 보이고 있는 것으로 보인다. 이는 사회 환경적인 문제로 인하여 정신장애인 개인의 심리적 억압감을 느끼고 있어 사회·환경적 요인과 상당히 결부되어 있는 것으로 추측할 수 있다.

본 연구의 조사대상자 정신장애인의 사회적 자립의 평균 점수는 3.30점(sd= .82)이었고 가장 높은 평균 점수를 나타낸 문항은 “나는 상황에 따라 적절한 교통수단을 선택하여 이용할 수 있다.”로 평균점수 3.89점(sd= 1.12)인 반면 가장 낮은 평균 점수를 나타낸 문항은 “한 달에 두 번 이상 편지나 전화, 방문할 정도의 사람들이 5명 이상 있다.”로 평균점수 2.49점(sd= 1.22)이었다. 이는 사회적 지지를 묻는 문항에서 친구의 지지의 평균 점수가 가장 낮게 측정된 것과 같은 응답결과로 사회적 관계망이 치료진과 가족에게만 한정되어 있어 상당히 위축되어 있음을 유추한 것과 일맥상통한다. 또한 이동의 어려움은 없으나 친구나 이웃, 주변인과 같은 사회적 자원의 부족으로 사회적 관계를 맺는 생활을 하지 못하는 정신장애인의 어려움을 알 수 있다. 그 다음으로 낮은 점수를 나타낸 문항은 “장애인의 권리와 서비스를 알고 싶을 때는 어디에 가면 되는지 알고 있다.”로 평균점수는 2.89점(sd= 1.29)이었다. 이는 실제 생활에 본인의 권리가 침해되었을 때 도움을 요청할 곳을 알고 있지 못한 경우가 많아 장애인차별금지법이 발현되었으나 그에 대한 정보를 미처 알지 못하는 경우가 많음을 알 수 있다.

〈표 2〉 인구사회학적 특성 및 기타변수의 특성 n=289

변인	구분	빈도(%)	평균	표준편차
성별	남성	162(56.1)	-	-
	여성	127(43.9)	-	-
연령	20대(20-29세)	47(16.3)	-	-
	30대(30-39세)	108(37.4)	-	-
	40대(40-49세)	106(36.7)	-	-
	50대(50-59세)	28(9.7)	-	-
교육수준	중졸이하(중학교 중퇴 포함)	8(2.8)	-	-
	중졸(고등학교중퇴 포함)	38(13.1)	-	-
	고졸(대학 중퇴 포함)	171(59.2)	-	-
	전문대졸	41(14.2)	-	-
	대졸이상	31(10.7)	-	-

변인	구분	빈도(%)	평균	표준편차
결혼상태	미혼	241(83.4)	-	-
	결혼	12(4.2)	-	-
	별거	7(2.4)	-	-
	이혼	21(7.3)	-	-
	사별	2(0.7)	-	-
	기타(동거)	6(2.1)	-	-
종교여부	있다	217(75.1)	-	-
	없다	72(24.9)	-	-
주관적 경제 만족감	만족한다	62(21.5)	-	-
	보통이다	120(41.5)	-	-
	만족하지 않는다	107(37.0)	-	-
개인적 요인	일상생활능력	-	3.86	.74
	자아존중감	-	3.25	.69
사회·환경적 요인	가족·사회적 지지	-	3.33	.92
	사회적 낙인	-	3.13	.76
종속변수	신체적 자립	-	3.56	.81
	심리적 자립	-	3.31	.88
	사회적 자립	-	3.30	.82

2. 자립생활에 영향을 미치는 요인

1) 신체적 자립

신체적 자립에 가장 중요한 변수로 작용하는 요인을 찾기 위하여 인구사회학적 요인과 개인적 요인, 사회·환경적 요인을 동시 투입하여 중다회귀분석을 실시한 결과는 다음 <표 3>과 같다. 연구모형은 63.9%의 설명력이 있으며 이 회귀모형의 적합도는 F값 54.491(9,277)이고 통계적으로 유의하게($p<.001$) 나타났다.

신체적 자립에 통계적으로 가장 영향력 있는 변수는 일상생활능력($\beta = .456, p<.001$)으로 정신장애인의 기본적인 일상생활관리 능력이 개인의 신체적 자립에 높은 영향력을 미친다는 것이 밝혀졌다. 이는 타 장애영역의 자립의 연구 결과에서도 신체적 자립에 가장 영향력 있는 변수는 개인의 일상생활능력이라는 결과와 동일하였다. 다음으로 신체적 자립에 영향을 미치는 변수는 자아존중감($\beta = .316, p<.001$) > 가족·사회적 지지($\beta = .234, p<.001$) > 나이($\beta = -.108, p<.01$) > 교육수준

($\beta = .101, p < .01$)순으로 신체적 자립을 향상시키는 것으로 나타났다. 즉, 일상생활능력이 높을수록 자아존중감이 높을수록 가족·사회적 지지가 높을수록 나이가 어릴수록 교육수준이 높을수록 신체적 자립에 영향을 미쳤다. 그러나 경제적 만족감($\beta = -.065, p = .095$), 종교($\beta = .024, p = .522$), 결혼 상태($\beta = -.071, p = .056$), 사회적 낙인감($\beta = .091, p = .033$)은 타 변수에 비해 정신장애인의 신체적 자립에 통계적으로 유의미한 영향을 나타내지 않았다.

〈표 3〉 신체적 자립에 영향을 미치는 요인

	비표준화 계수		표준화 계수	유의확률	t	공차한계	VIF
	B	표준오차	β (베타)				
(상수)	-3.695	2.602		.157	-1.420		
나이	-.885	.308	-.108	.004	-2.873	.923	1.083
교육수준	.821	.302	.101	.007	2.716	.939	1.065
경제 만족감	-.623	.372	-.065	.095	-1.674	.863	1.158
종교	.400	.625	.024	.522	.641	.919	1.089
결혼	-2.091	1.089	-.071	.056	-1.920	.956	1.046
일상생활능력	.372	.036	.456	.000	10.344	.670	1.493
자아존중감	.328	.047	.316	.000	6.977	.633	1.579
사회적 지지	.152	.030	.234	.000	5.030	.604	1.656
사회적 낙인	.072	.033	.091	.033	2.147	.726	1.378
F, R제곱, 수정된 R제곱	F = 54.491, R제곱 = .639, 수정된 R제곱 = .627						

2) 심리적 자립

심리적 자립에 가장 중요한 변수로 작용하는 요인을 찾기 위하여 인구사회학적 요인과 개인적 요인, 사회·환경적 요인을 동시 투입하여 중다회귀분석을 실시한 결과는 다음 <표 4>와 같다. 연구모형은 67.7%의 설명력이 있으며 이 회귀모형의 적합도는 F값 64.424(9,276)이고 통계적으로 유의하게 ($p < .001$) 나타났다.

심리적 자립에 가장 영향력이 있는 변수는 통계적으로 자아존중감($\beta = .497, p < .001$)으로 나타났고 가족·사회적지지($\beta = .303, p < .001$) > 일상생활능력($\beta = .160, p < .001$)순이었다. 즉, 자아존중감이 높을수록 사회적 지지가 클수록 일상생활능력이 높을수록 심리적 자립을 향상시키는 것으로 나

타났다. 그러나 사회적 낙인감($\beta = -.074$, $p = .065$)과 나이($\beta = -.039$, $p = .275$), 교육수준($\beta = -.022$, $p = .536$), 경제적 만족감($\beta = -.047$, $p = .204$), 종교($\beta = .005$, $p = .884$), 결혼($\beta = -.027$, $p = .440$)의 5가지 변수는 정신장애인의 심리적 자립을 향상시키지 못하는 것으로 나타났다. 개인의 내면적이고 자기 결정 및 심리적 억압에 대한 자유를 얻는 데에는 인구사회학적 요인 보다는 개인이 사회적 관계망 으로부터 얻는 사회적 지지감과 그로 인해 형성되는 본인의 자아존중감, 개인의 일상적인 삶의 관리하는 능력을 통해 달라진다는 것을 알 수 있다.

〈표 4〉 심리적 자립에 영향을 미치는 요인

	비표준화 계수		표준화 계수	유의확률	t	공차한계	VIF
	B	표준오차	β (베타)				
(상수)	1.297	2.399		.589	.541		
나이	-.312	.286	-.039	.275	-1.093	.921	1.086
교육수준	-.172	.277	-.022	.536	-.620	.948	1.055
경제 만족감	-.435	.341	-.047	.204	-1.274	.870	1.149
종교	.084	.578	.005	.884	.146	.921	1.085
결혼	-.777	1.005	-.027	.440	-.774	.956	1.046
일상생활능력	.126	.033	.160	.000	3.802	.664	1.507
자아존중감	.509	.044	.497	.000	11.664	.644	1.553
사회적 지지	.193	.028	.303	.000	6.925	.612	1.635
사회적 낙인	-.057	.031	-.074	.065	-1.855	.736	1.358
F, R제곱, 수정된 R제곱	F = 64.424, R제곱 = .677, 수정된 R제곱 = .667						

3) 사회적 자립

사회적 자립에 가장 중요한 변수로 작용하는 요인을 찾기 위하여 인구사회학적 요인과 개인적 요인, 사회·환경적 요인을 동시에 투입하여 중다회귀분석을 실시한 결과는 다음 <표 5>와 같다. 연구모형은 59.3%의 설명력이 있으며 F값 44.456(9,276)이고 통계적으로 유의하게($p < .001$) 나타났다.

사회적 자립에 통계적으로 가장 영향을 미친 변수는 자아존중감($\beta = .363$, $p < .001$)이었고 사회적 지지($\beta = .297$, $p < .001$) > 일상생활능력($\beta = .257$, $p < .001$) > 나이($\beta = -.105$, $p < .01$)순으로 사회적 자립을 향상시키는 것으로 나타났다. 즉, 자아존중감이 높을수록, 가족·사회적 지지가 높을수록, 일

상생활능력이 높을수록, 나이가 어릴수록 사회적 자립수준을 향상시키는 것으로 나타났다. 그러나 교육수준($\beta = .045$, $p = .256$), 경제만족감($\beta = -.049$, $p = .240$), 종교($\beta = -.011$, $p = .779$), 결혼상태($\beta = -.009$, $p = .826$), 주관적으로 느끼는 사회적 낙인감($\beta = -.050$, $p = .265$)은 사회적 자립에 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다.

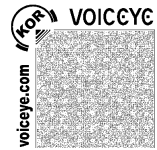
〈표 5〉 사회적 자립에 영향을 미치는 요인

	비표준화 계수		표준화 계수	유의확률	t	공차한계	VIF
	B	표준오차	β (베타)				
(상수)	3.170	2.803		.259	1.131		
나이	-.873	.334	-.105	.009	-2.615	.922	1.085
교육수준	.366	.322	.045	.256	1.139	.948	1.055
경제 만족감	-.471	.400	-.049	.240	-1.177	.868	1.152
종교	-.188	.670	-.011	.779	-.281	.920	1.087
결혼	-.257	1.169	-.009	.826	-.220	.955	1.047
일상생활능력	.212	.039	.257	.000	5.465	.670	1.494
자아존중감	.383	.051	.363	.000	7.538	.638	1.567
사회적 지지	.195	.033	.297	.000	5.984	.600	1.665
사회적 낙인	-.040	.036	-.050	.265	-1.116	.728	1.375
F, R제곱, 수정된 R제곱	F = 44.456, R제곱 = .593, 수정된 R제곱 = .579						

V. 결론 및 제언

각 세 가지 종속변수에 모두 통계적으로 유의미한 영향을 미친 변수는 자아존중감, 가족·사회적 지지, 일상생활능력이었고 인구사회학적 요인 중 나이는 심리적 자립을 제외한 두 종속변수에 유의미한 영향을 미쳤으며 교육수준은 정신장애인의 신체적 자립에 유의미한 영향을 미쳤다.

가족의 지지가 자립과 통합에 영향을 미친다는 연구 결과와(박수경, 1997; 한상미, 1997; 정은주, 1998; 이지훈, 2001) 사회적 지지가 자립과 통합에 영향을 미친다는 연구 결과(박수경, 1997; 한상미, 1997; 변소현, 1998; 정은주, 1998; 조미경, 1998; 이지훈, 2001)와 동일하게 나타나 이러한 사회적 지지 체계가 장애 관련 문제 해결을 위해 적극적으로 사용되는 사회적 노력이 있어야 한다(이지



혼, 2002)는 것을 다시 한 번 강조하게 된다. 또한 자아존중감은 모두 상위 수준의 영향력을 미친 변수였는데 이는 자립생활 연구(김순곤, 2003; 김현·신용주, 2004; 김영숙, 2004; 김동기, 2005; 최성원, 2006; 김정진, 2006; 장병철, 2006)와 정신장애인의 사회통합·사회적응에 관한 연구(김소임, 1999; 이유리, 2001; 이지훈, 2002; 박미옥, 2004) 결과에서 자아존중감이 전반적 자립과 통합에 영향을 미친다고 한 것과 동일한 결과이다. 이는 곧 자아존중감이 대인관계를 원만히 유지시키며 인간이 궁극적인 행복, 심리적 행복을 누리기 위한 필수적 요소(Mussen, Cognner, Kogan, Geiwitz, 1979)⁹⁾라고 할 수 있겠다.

일상생활능력이 정신장애인의 사회통합과 사회적응에 중요한 변수로 작용(안향림·박정근, 1998; 이지훈, 2002)한 것과 동일하게 자립생활에서도 중요한 변수로 영향을 미쳤으며 이지훈(2002)의 연구결과에서는 정신장애인의 일상적인 기능을 할 수 있는 기회를 주는 것과 그것을 고 무시키는 것에 의해 정신장애인의 자아존중감이 향상되고 이는 기본적으로 정신장애인의 사회통합에 영향을 미친다고 한 주장과 일치한다. 정신장애인이 주관적으로 느끼는 사회적 낙인감은 본 연구에서 정신장애인의 자립생활에 큰 영향을 미칠 것으로 기대하였으나 기타 변수들과 동시 투입한 중다회귀분석 결과 각 하위 영역의 자립생활에는 상대적으로 큰 영향을 갖지 못하였다. 그러나 자아 개념은 주위 환경과의 상호작용을 통하여 주위 환경으로부터 받는 신뢰와 대접, 남들이 평가해주는 척도대로 자신을 바라보게 되는 본인의 가치인 자아존중감이 형성되기 때문에(Bednar et al, 1989; 박순자, 1996; 이미혜, 2008) 사회적 낙인감의 중요성은 간과할 수 없는 문제이다.

따라서 위의 연구 결과를 통해 정신장애인의 자립을 위한 개입방안은 다음과 같다.

첫째, 정책적인 제안이다. 정신장애인의 자립생활에서 가장 낮은 점수를 나타낸 것은 사회적 자립생활이었고 특히 '자신의 권리 혹은 인권 침해를 받았을 경우에 어디에서 무엇을 요구해야 하는 지에 대해 알고 있다.'라는 문항에서 상당히 많은 정신장애인들이 잘 모르는 것으로 응답하였다. 이는 인권침해를 받았다 하더라도 이를 호소해야 할 곳을 정확히 알지 못하는 정보의 부족과 한국의 현실에서 법적으로 민사소송을 제기하는 방법 외에는 특별한 권리옹호제도나 복지제도를 통해 권익을 보호받을 수 있는 방법이 없는 현실(박형진, 2008)을 반영하고 있는 것이라고 보여 진다. 사실 본인의 권익에 피해를 받았다고 하더라도 정신장애인은 본인이 무엇으로 인한 피해를 받았다는 것에 잘 모르고 있거나¹⁰⁾ 스스로 포기하는 경우가 많기 때문에 정신장애인들은 지역사회 내에서 제공되는 정신건강 교육 및 각종 프로그램을 포함한 서비스 외에도 기타 자원의 활용, 자립생활에 영향을 미칠 수 있는 각종제도, 정책에 대한 정보를 제공받아야 한다. 자신의 현재 상황에 따

9) 이진아(2004). 정신분열병 환자의 자아존중감과 대인관계지각이 고독에 미치는 영향 재인용

10) 의례히 과거에서부터 이어져왔던 사회적 낙인 태도에 의하여 순응되어진 행동과 낮은 자아존중감으로 인하여 본인의 생활,일상이 되어버렸기 때문에 올바른 인권적 대우에 대하여 모르거나 현실검증력의 상실과 자폐성을 보이는 증상으로 인하여 본인의 현실에 대해 무딘 경우가 많다.

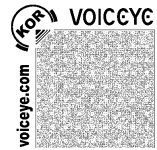
라 국가로부터 보장받을 수 있는 서비스 및 정보를 제공받을 수 있어야 하며 그에 대한 필요성도 인식하고 있어야 한다.

따라서 정신장애인의 필요와 사례에 따른 맞춤형 정보제공은 공적시스템 하에서 의무적으로 제공되어야 한다. 정신장애인에게 맞춤형 정보제공 서비스는 개인이 정보를 얻기 위해 동분서주하거나 단순히 신문에서 공지하는 방식은 정신장애인에게는 도움이 되지 않으므로 매일 가정 내 전화와 우편으로 쉽고 간략하게 정보가 제공되어지고 정신장애인이 필요할 경우에 서울시 120 다산콜센터와 같이 별도의 상담전화나 인터넷으로 쉽게 정보를 얻을 수 있으며 지역사회 정신보건 서비스 전달 시설과 주민자치센터에서도 정신장애인이 필요로 하는 정보에 대한 brochure가 구비되어져 있어 정신장애인이 얻고자 할 때 정보를 쉽게 정보를 얻을 수 있으며 정신장애인에게 제공되는 정부의 정책적 방안과 제도에 대해 기본적 지식을 갖추고 있을 수 있도록 해야 한다.

또한 본 연구에서 개인의 일상적인 생활을 할 수 있는 능력과 주변 사회적 관계망으로부터는 얻는 내면적인 요소를 제외하고 인구사회학적 요인으로 나이가 어릴수록 신체적, 사회적 자립생활을 향상시키는 데에 주요한 영향을 미쳤고 교육수준 또한 신체적 자립수준을 향상시키는 영향을 미치는 것으로 나타나 나이와 교육수준은 정신장애인이 자립적으로 생활하는데 있어 중요하다.

정신질환은 청소년기 질환이라고 할 정도로 청소년기에 많이 발병하고 있으며 최근에는 아동정신병의 발병율도 높아지고 있다. 따라서 본 연구결과를 토대로 하였을 때 정신보건 서비스의 조기개입은 매우 필요하다. 이미 정신보건 서비스의 조기개입이 사회경제적 절감과 정신질환 발병률 감소 효과 등을 보여 미국에서는 영·유아 정신보건서비스의 제도적 실천이 이루어지고 있어 국내에서도 정신질환과 사회문제 예방적 차원에서도 이루어져야 한다. 또한 정신질환이 중, 고등 교육과정에서 발병하였을 경우에 대부분 오랜 병원입원생활, 주위 또래집단 및 교사들로부터의 사회적 낙인감 등으로 학교생활 적응의 어려움을 보여 교육과정을 온전히 이루지 못하고 중단되는 경우가 많다. 충분한 교육을 받지 못한 정신장애인은 결국엔 취업고용에도 한계를 보이고 자신의 능력을 개발하지 못한 채 지역사회 내에서 가치있는 구성원으로서의 자립적인 생활에 어려움을 보일 수 있다. 따라서 이를 보완하고 발병 후 고등교육 수준까지 모두 받을 수 있도록 정책적으로 마련하여야 한다. 학교 사회사업과 지역사회 복지관, 지역사회 정신보건서비스간의 긴밀한 상호협력관계 아래 신속하고 집중적인 사정과 개입이 이루어져 지속적인 사례관리를 실시하고 질환으로 인하여 결석일수가 많아 질 수 있으나 정신장애인이 학교생활에 욕구를 보인다면 융통성 있게 학교규칙을 적용할 수 있도록 하며 퇴원하여 다시 학교로 돌아와 학생들과 함께 생활하는 것이 스트레스로 작용하여 재발의 위험을 느낄 때는 대안학교로의 연계가 이루어져 학교수업을 받을 수 있도록 제도적인 조치가 필요하다.

둘째, 본 연구에서 가족·사회적 지지변수는 정신장애인의 신체적, 심리적, 사회적 자립생활을 향상시키는 주요한 변수로 작용하였다. 가족과 이웃, 친구, 치료진을 포함한 가족·사회적 지지는 정신장애인이 지역사회에서 자립적으로 생활하는 데 주요한 요인으로서 정신장애인의 주변 이웃 체계를 강화하여 사회적 관계망을 확대하는 것이 필요하다는 것이 확인되었다. 따라서 가족, 이웃 주



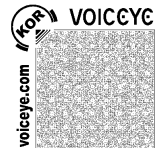
민, 친구를 포함한 지역사회 전체, 전문가를 대상으로 올바른 질병에 대한 정보 전달 및 만성정신질환의 특징, 정신장애인을 대하는 태도, 위기발생 대처방법에 대한 정신건강교육의 실천이 필요하다. 그 이유는 가족에게 정신질환에 대한 교육을 함으로서 문제 상황이나 재발의 위험을 줄이며 그에 따른 경제적 절감 효과와 더불어 정신장애인과 함께 생활하면서 가족이 겪는 스트레스도 경감시킬 수 있기 때문이다. 또한 정신질환에 대한 가족의 낙인감을 감소시키는 효과를 갖을 수 있어 정신장애인에 대한 가족의 지지를 더욱 강화시킬 수 있다. 그리고 이웃, 친구를 포함한 지역사회를 대상으로 하는 정신건강교육은 막연히 갖고 있었던 정신질환에 대한 편견을 제거하고 올바른 질환에 대한 지식을 갖추면서 사회적 지지를 확장하고 지역사회 내의 정신질환에 대한 사회적 낙인을 감소시키는데 큰 기여를 하며 개인의 행동변화 뿐 아니라 주변, 이웃, 지역사회 전반의 변화를 줄 수 있다. 정신건강전문가들 역시 정신장애에 대한 진단적 편견에 빠져 정신장애 예후를 개선하는데 필요한 환경수정과 같은 실천을 꺼려하기도 하고, 정신장애인의 욕구보다는 기관·조직의 실행가능성에 따라 서비스를 제공하는 점이 크게 작용되어(김소임, 1999) 정신장애인이 자립적으로 생활하는 데에 결코 긍정적이지 못한 결과를 초래할 수 있다. 따라서 정신건강전문가들에게 보수교육 및 인권교육 등을 실시하여 앞선 정신건강문화를 만들어 내는 것이 필요하다고 하겠다.

셋째, 실천적 제언이다. 본 연구에서 개인의 자아존중감 변수는 정신장애인의 신체적, 심리적, 사회적 자립생활을 향상시키는 주요한 변수로 작용하였다. 자아존중감은 사회적 낙인감과 우울과 큰 상관관계를 보이고 있어 정신장애인이 지역사회에서 자립적으로 생활하는데에는 자아존중감 향상이 아주 중요한 요인임에 틀림없다. 따라서 지역사회 내에서 자아존중감을 향상시킬 수 있도록 하기 위해서는 지역사회 정신건강 전문가들의 다양한 프로그램 개발과 더불어 사회적 낙인감을 느끼지 않도록 하는 사회·환경적 개입이 필요하다. 이에 자아존중감을 향상시키고 우울감을 감소시키는 효과가 있으며 사회적 낙인감을 감소시키기 위한 활동으로 자조집단 및 동료상담이 아주 중요하다고 판단된다. 자조집단 및 동료상담은 서비스의 혜택만 수동적으로 받는 것에서 벗어나 정신장애인의 주도적인 모임이므로(양옥경, 2000) 주인의식이 형성되면서 자아존중감을 향상시키고 동료간의 지지감을 느낄 수 있으며 정당한 하나의 사회인으로 살 수 있도록 하기 위한 인권옹호와 사회적 낙인감을 감소시킬 수 있는 활동이 될 수 있다. 이에 정신보건사회복지사의 개입은 자조모임에 온전히 참여하여 자조모임을 운영하는 것이 아니라 자조모임을 할 수 있도록 홍보하고 모임을 구성하여 조직하고 이를 활성화시킬 수 있도록 하는 노력을 해야 한다. 또한 정신건강 전문가들의 원조적인 도움과 동시에 성공적인 자립생활을 하고 있는 동료상담원을 중심으로 자립생활 실천을 할 수 있도록 돕도록 해야 한다.

끝으로 본 연구는 서울에 거주하는 정신병(psychosis) 진단을 가진 사람들을 대상으로 하여 전체 정신장애인에게 일반화하기 어려운 한계가 있다. 따라서 다양한 질병 특성별 정신장애인의 자립생활 정도를 파악하고 본 연구에서 다루어지지 않은 경제적 자립을 위한 방안을 고려하여 이를 토대로 지역사회 정신보건 서비스의 후속연구가 이루어져야 할 것으로 보인다.

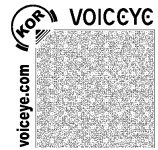
참고문헌

- 곽노진(2001). 정신장애인의 성의식, 성생활, 성지식에 관한 연구. 이화대학교 사회복지 대학원 석사학위논문.
- 곽정란 · 김병하(2004). 장애담론의 정치적 이해 : 장애인 당사자주의를 중심으로. 특수교육저널:이론과 실천. 5(3), 249-263.
- 국가인권위원회(2005). 장애인생활시설 생활인 인권상황 실태조사 : 양성화된 조건부신고복지시설을 중심으로. 국가인권위원회. 180-182.
- 국립재활원(2006). 중증장애인 자립생활 자가 평가 지표 개발과 평가결과, 국립재활원을 중심으로. 재활의 샘 통권. 제 19호.
- 김 현 · 신용주(2004). 만성정신장애인의 독립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 생활과학연구. 제 9권. 106-116.
- 김규수 · 심경순 · 이지훈(2003). 정신장애인의 사회통합. 학지사. 359-364.
- 김동기(2005). 시각장애인의 자립생활영향요인에 관한 연구: 전국의 시각장애인연합회원을 대상으로. 한국사회복지조사연구. 13. 83-110.
- 김동호(2001). 장애패러다임의 전환과 자립생활. 장애인고용통권. 제 42호. 68-93.
- 김소임(1999). 낮 병원 정신장애인의 사회통합에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김순곤(2003). 중증지체장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 대구대학교 석사학위논문.
- 김안식(2010). 수형자의 종교 활동 및 성향이 정신건강과 수용생활적응에 미치는 영향. 경기대학교 박사학위논문.
- 김영숙(2004). 알코올중독자의 자립에 미치는 영향요인. 한림대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 김은희(1999). 지체장애인의 자립을 위한 정책과제에 관한 연구. 계명대학교 정책대학원석사학위논문.
- 김이영 · 배성우(2005). 지역사회 정신재활서비스가 정신장애인의 인지기능에 미치는 영향. 지역사회정신보건. 7. 125-142.
- 김정진(2004). 천안시 정신보건사업의 현황을 기초로 한 정신장애인을 위한 지역사회지지체계 개발 방향 모색. 지성과 창조. 통권 제 7호. 475-520.
- 김정진(2006). 정신장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 -낙인지각, 가족기능, 사회적 지지망을 중심으로. 지성과 창조. 통권 제 9호. 211-245.
- 김형준(2000). 정신질환자 가족의 가족기능 평가. 가정의학회지. 229. 645-659.
- 문용훈(2008). 정신장애인 인권실태와 개선방안. 국가인권위원회. 13-18.
- 민성길(1999). 최신정신의학 제 4개정판. 일조각.



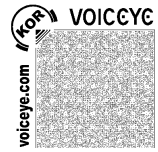
- 민소영(2009). 정신장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인의 경로분석. 정신보건사회사업 제 33집. 36-68.
- 박미옥(2004). 정신장애인의 사회관계망이 사회통합에 미치는 영향에 관한 연구 : 사회복지시설을 중심으로. 경성대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 박소현(2008). 정신장애인이 지각하는 사회적 낙인 및 사회적 지지가 심리적 안녕감에 미치는 영향. 이화여자대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 박수경(1997). 산업재해장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 연세대학교 박사학위 논문.
- 박수경(2006). 자립생활패러다임에 따른 장애인의 사회통합에 관한 연구. 한국사회복지학 58(1), 237-264.
- 박순자(1996). 외래치료 정신질환자의 자아존중감에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 박영란(1998). 저소득 모자가정의 자립 방안 연구. 한국여성정책연구원. 1-56.
- 박형진(2008). 장애인의 사회적 배제 극복을 위한 자립생활 지원방안. 사회연구. 통권 15호 69-94.
- 배안·김진하·박수희(1999). 치료환경에 따른 만성정신질환자의 삶의 질. 신경정신의학. 38(6), 1273-1281.
- 배화옥·김유경(2009). 여성장애인의 사회적 배제와 빈곤의 실증분석. 한국보건사회연구원. 29(2), 55-76.
- 변소현(1998). 장애인 사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위논문.
- 보건복지부(2005). 장애인실태조사.
- 보건복지부(2008). 장애인실태조사.
- 서동우 · 김수지 · 김윤희 · 이봉원 · 신영전 · 윤명숙 (2002). 2002년 지역정신보건사업 기술지원단 사업보고서. 한국보건사회연구원. 192-193.
- 서미경(1994). 정신질환자가 지각하는 낙인과 대처방법의 측정. 정신보건과 사회사업. 1권. 단일호 145-158.
- 서화자(2002). 장애인 자립생활을 위한 자립의 심리적 구조론 연구. 社會科學論叢, vol.18. 227-251.
- 안향림 · 박정근(1998). 정신의료사회사업. 홍익재.
- 양동석 · 국승희 · 최 영 · 이형영(2001). 정신장애 환자와 보호자의 사회인구학적, 임상적 및 심리적 특성과 삶의 질의 관계. 신경정신의학회 40(6).
- 양옥경(1996). 지역사회정신건강 : 닫힌 시설에서 열린 사회로. 나남출판.
- _____(1998). 정신장애인에 대한 사회편견 연구. 한국사회복지학회 231-261.
- _____(2000). 공중보건을 위한 지역사회 정신건강 모형개발 연구. 정신보건과 사회사업 Vol.9 79-96.

- 오금순(1998). 일상생활기술훈련이 재가 만성 정신분열증환자의 일상생활 기능에 미치는 효과. 가톨릭대학교 산업보건대학원 산업보건간호학과 석사학위 논문.
- 오혜경(1998). 장애인 자립생활 실천에 관한 연구. 사회복지리뷰. 3(1).
- _____(1999). 장애인과 사회복지실천. 아시아미디어 리서치.
- _____(2000a). 장애인복지의 현황과 과제. 사회복지리뷰. 5권 단일호. 53-72.
- _____(2000b). 정신지체장애인 자립생활실천모델 개발을 위한 기초연구. 재활재단논문집 9 : 3-78
- 유숙자(1991). 정신분열증 환자 퇴원교육이 퇴원 후 자가간호 수행에 미치는 효과. 서울대학교 간호학 박사학위 논문.
- 유영준 · 임중호 · 진혜경(2008). 지체장애인과 지적장애인의 자립생활과 사회적 지지 및 사회통합에 관한 연구. 재활복지. 제 12권. 1(25), 115-137.
- 이경혜(2001). 지체장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인. 중앙대학교 석사학위 논문.
- 이미혜(2008). 제주도내 정신장애인의 자아존중감과 사회적지지가 낙인지각에 미치는 영향. 숭실대학교 석사학위논문.
- 이부영(1992). 정신질환자 낙인의 형성 과정과 그 역사적 조명. 정신질환자 낙인에 관한 현상과 대책. 대한사회정신의학회 '92 춘계학술대회 발표집.
- 이상록(2007). 중증뇌성마비장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 대구대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 이선영(2008). 정신보건정책변화에 따른 정신보건사회복지의 실천전략. 2008년 정신보건사회복지사학회, 정신보건사회복지사 협회 춘계학술대회 발표집.
- 이용표(2000). 지역사회정신보건프로그램이 정신장애인의 재활효과에 미치는 영향. 서울대학교 박사학위 논문.
- 이유리(2001). 사회복지귀시설 정신장애인의 사회통합 예측 요인에 관한 연구. 이화여자대학교 석사학위 논문.
- 이윤화(2000). 역량강화적 실천의 자립생활 패러다임 적용에 관한 연구. 목원대학교저널. 39 113-125.
- 이은혜(2006). 여성장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 서울여자대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 이익섭 · 최정아 · 이동영(2007). 장애인 자립생활모델에 대한 탐색적 고찰: 사회적 배제관점을 중심으로. 한국사회정책학회. 제 14집. 49-81.
- 이주용(2003). 지체장애인의 자립생활과 우울과의 관계연구. 인천대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 이지훈(2001). 정신장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 대구대학교박사학위 논문
- _____(2002). 정신장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인. 사회복지개발연구 8(2).



- 이진아(2004). 정신분열병 환자의 자아존중감과 대인관계지각이 고독에 미치는 영향. 동덕여자대학교 여성개발대학원 석사학위논문.
- 이춘옥(1989). 낙인이론과 정신장애. 경북대학교 대학원 석사학위논문.
- 임남연(1997). 정신질환에 대한 사회적 낙인에 관한 연구. 숭실대학교 석사학위논문.
- 임신화(2001). 행동수정요법이 만성정신질환자의 자기간호 수행과 대인관계 지각에 미치는 효과. 계명대학교 석사학위 논문.
- 임은주(2004). 여성장애인의 자립의지에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 경상대학교석사학위논문.
- 장병철(2006). 농촌 장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 제천, 단양거주 장애인을 중심으로. 건국대학교 사회과학대학원 석사학위 논문.
- 장인협 · 우국희(2001). 케어 · 케이스 매니지먼트. 서울대학교 출판부.
- 장향숙(2006). 장애인복지정책, 목표는 자립이다. 國會執 통권 477호 36-39.
- 전혜성(2007). 정신장애인 배우자 스트레스가 부부적응에 미치는 영향 : 부부신념 체계의 매개효과를 중심으로. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 정순민(2003). 장애인의 재활·복지, 중앙경제사.
- 정원일(2004). 서울지역 거주 시각·청각 장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인 연구. 서울시립대학교 석사학위논문.
- 정은주(1998). 지체장애인의 자립에 관한 연구. 평택대학교 사회개발대학원 석사학위 논문.
- 조미경(1998). 취업 장애인의 직무만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 지체장애인을 중심으로. 연세대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 조은영(1999). 정신질환을 가진 사람에 대한 스티그마 형성 과정에 관한 연구. 연세대학교 박사학위 논문.
- 지윤진(2002). 지역사회정신보건서비스를 이용하는 정신장애인의 사회통합에 관한 연구. 동덕여자대학교 석사학위 논문.
- 채정애(2008). 정신장애인이 지각하는 부부관계와 사회적응의 상관관계에 관한 연구. 대구대학교 석사학위논문.
- 최성원(2006). 뇌성마비장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 한일장신대학교 기독교사회복지대학원 석사학위 논문.
- 한상미(1997). 장애인의 사회관계망과 생활만족도 : 부천시 장애인을 중심으로. 카톨릭대학교 석사학위논문.
- 한영란(1997). 만성정신장애인의 삶의 질을 결정하는 요인추출에 관한 이론적 고찰. 정신보건과 사회사업. 4권. 27-48.
- 현명선(1991). 퇴원한 만성 정신 질환자가 지각한 가족지지와 사회적 적응과의 관계연구. 연세대학교 석사학위 논문.

- 현명이(2010). 장애인의 소득과 주거 곤의 관계에 관한 연구. 서울시립대학교 박사학위논문.
- 欲口明, 式田康(1999). 자립생활은 즐겁고 구체적으로, 나눔의 집.
- Alderman, M. Kay(1980), Self-Responsibility in Health Care: Promotion: Motivational Factors. *Journal of School Health*, 22-25.
- Aquid O, Shapira B, Zislin J, Ritsner M, Hanin B, Murad H, Troudart T, Bloch M, Heresco-Levy U and Lerer B(1999), Environmental and Vulnerability to Major Psychiatric Illness: a Case Study of Early Parental Loss in Major Depression, Bipolar Disorder and Schizophrenia. *Mol Psychiatry*, Mar;4(2):106-8.
- Bednar Richard L., Well N. Gawain, Peterson Scott R.(1989), *Self-esteem : Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. American Psychological Association.
- Chris L, Dan S and Philip L. W(2005), Perceptions of Social Stigma and Its Effect on Interpersonal Relationships of Young Males Who Experience a Psychotic Disorder. *Australian Occupational Therapy Journal* 52, 243-250.
- Gomory, T.(2002), Effectiveness of assertive community treatment. *Psychiatric Services* 53: 103.
- Hatchett L, R Freind, P Symister and N Wadhwa(1997). Interpersonal Expectations, Social Support, and Adjustment to Chronic Illness. *Journal of Personality and Social Psychology*. vol73 560-573.
- Link. B. G.(1987), Understanding Labeling Effects in the Area of Mental Disorders : An Assessment of the Effects of Rejection. *American Journal of Socio Review* 52. 62-112.
- Mickelson, K. D.(2009), Perceived Stigma, Social Support, and Depression. *Society for Personality and Social Psychology* 27(8): 1046-1056.
- Monti P. M, O'leary T. A(1999), Coping and Social Skills Training for Alcohol and Cocaine Dependence. *The Psychiatric of North America* vol 22 447-470.
- Murberg TA et al(1998), Functional Status and Depression Among Patients with Congestive Heart Failure. *International Journal of Psychiatry in Medicine, Baywood Publishing Company* 273-292.
- _____, E Bru, T Aarsland, S Svebak(1998), Social Support, Social Disability and Their Role as Predictors of Depression Among Patients with Congestive Heart Failure. *Scandinavian Journal of Public Health*. vol(26) 87-95.
- Patric W. C.(2002), Empowerment and Serious Mental Illness Treatment Partnership and Community Opportunities. *Psychiatric Quality* 73(3) 217-228.
- Paul J. Caring(1995), *Return to Community Building Support Systems for People with Psychiatric Disabilities*. New York, Guilford



- Peter J Johnson and A Rubin(1983), Case Management in Mental Health. *A Social Work Domain*. 28(1):49-55.
- Postrado LT, AF. Lehman(1995), Quality of Life and Clinical Predictors of Rehospitalization of Persons with Severe Mental Illness. *American Psychiatric Services*. 46:1161-1165.
- Richard A, Van D, Jeffrey W. S, Eric B. E and Marvin S. S(2005), A Comparison Study of Stigmatizing Attitudes Toward Persons with Schizophrenia in Four Stakeholder groups: Perceived Likelihood of Violence and Desire for Social Distance. *Psychiatry*. 68(2). 152-163.
- Rusk HA(1959), Rehabilitation Medicine. *Journal of Medical Education*. Volume 34. 74-75.
- Russell, P(2003), Access and Achievement or Social Exclusion? Are the Government's Policies Working for Disabled Children and Their Families? *Children and Society*, volume 17. 215-225.
- Segal and Aviram(1978), The Mentally Ill in the Community-based Sheltered Care: A Study of Community Care and Social Integration, *New York NY: Springer publishing company*. 55-57.
- Smitherman, G. W.(1981), *Nursing Actions for Health Promotion*. Philadelphia : Davis.
- Taylor, S. J., Racino, J. A. and Lutfyya(1987), *The Nonrestrictive Environment: on Community Integration for People with the Most Severe Disabilities*. Human Policy.
- <http://www.naver.com>
- http://www.knil.org/zboard/zboard.phpid=1_4

【Abstract】

A Study of Factors That Affect Independent Living of People With Mental Disorder

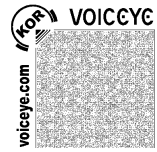
Seo Ju Youn^{*}

‘Independent Living Paradigm’ is so called the model viewpoint of the services advantaged as consumers, putting the importance of ‘self-determination’. In this context, this paradigm is placed the emphasis on the principle of coverage of all physically and mentally-handicapped people. Nevertheless, the research on mental health is rarely made, so the research on independent living of mentally-handicapped people is required. The research theme was factor to influence self-assistance among mentally-handicapped people. In this regard, this research thesis studied about the relatively greatest variables. To do it, this thesis conducted a survey of 289 mentally-handicapped people, who were diagnosed as having merely mental disabled, instead of mental disorder and etc, Seoul mental health centers who were more than 20 and under 60 years old. The research thesis conducted the statistic analysis with the statistically research tool of SPSS Win, 12.0. standard multiple regression analysis, which each factor, and relative influences with the prevented gender disorder dependent variables.

First, the tailored information fit for cases of mentally-handicapped people ought to be provided under public service systems, by all means, so that mentally-handicapped people could seek help for their social discriminations or human rights infringements, and they could stand on their feet and live independently. Second, taking policy measures is important to help them receive high education. Third, the assessments of mentally-handicapped people ought to be made through individual selective services based on what's called ‘voucher’ form, which guarantees self-determination to mentally-handicapped people. Fourth, this research can refer to as reduce social stigma and build extensive social relation networks, and strengthen family and social supports by providing right mental health education training on mental disorder to family, friends, neighbors, local people and experts. Fifth, it can be cited as self-assistance programs and daily life training methods necessary for self-assistance with the focus on counselors.

☼ Key Words : Independent Living , self-determination.

* Ki Bun Woorine of Mental Health Social Worker



장애인복지 연구 제1권 제3호
Disability & Social Welfare
Vol. 1, No. 3

시각장애인 직업선택의 다양성 확보를 위한 제도개선 방안 연구*

A Study on the Methods of the System Improvement
for Securing Variety of Job Selection of persons with visual impairments

이미정** · 김영미*** · 박혜경****

【국문초록】

본 연구는 시각장애인 직업선택의 다양성을 확보하기 위한 제도개선방안을 제시하는 것을 목적으로 하고 있다. 문헌조사를 통해 시각장애인의 직업적 특수성과 시각장애인의 취업을 위한 교육·복지·노동 분야 지원체계를 분석하였다. 또 전국의 시각장애특수학교에 재학 중인 고등부 학생을 대상으로 시각장애학생의 진로육구에 관한 인식조사를 실시한 결과, 총 450부의 설문지 중 373부가 회수되었으며 326부가 최종분석에 활용되었다. 자료분석은 SPSS 12.0 통계패키지를 이용하여 기술통계 분석과 변수와의 차이를 파악하기 위한 교차분석(X2검정)을 실시하였다. 연구결과, 다양한 직업교육에 대해서는 75.1%가 필요하다고 인식하고 있었으며 타 기관 이용 경험에 있어서는 69.6%가 없다고 응답했다. 또 연령에 따라 진로계획(X²=65.907, df=4, p<0.01)과 시각장애인을 위한 고등교육 기관 설립(X²=15.025, df=1, p<0.01)에 대한 의견에 차이가 있었다. 이러한 결과를 토대로 본 연구에서는 제도개선방안으로서 시각장애인관련 기관의 역할과 기능 재정립, 시각장애 특수학교의 직업교육과정 다양화, 특수학교 내 직로상담실 및 진로담당교사 배치 의무화, 고용공단 내 시각장애인 전담상담원 배치, 고등부 학생을 대상으로 한 직업력평가 1회이상 실시 의무화, 전문화된 이료교육 고등교육기관 설립, 관련 부처간 연계를 제시하였다.

☉ 주제어 : 시각장애인, 직업선택, 제도

논문제출일 : 12월 9일 최종심사일 : 12월20일

* 본 논문은 2009년도 한국장애인개발원 연구과제인 “시각장애인 직업선택의 다양성 확보를 위한 제도개선 방안 연구”의 일부 내용을 정리한 것임

** 한국장애인개발원 정책연구실 조사연구팀장(lmj@korea.com)

*** 한국장애인개발원 정책연구실 연구원

**** 전 한국장애인개발원 정책연구실 위촉연구원

I. 들어가는 글

현대사회에서 직업은 개인의 생활안정과 복지증진을 위한 수단으로 가장 효과적인 방법이라 할 수 있다. 이는 장애인에게도 크게 다르지 않다. 장애인에게 직업은 생활안정은 물론 자아성취감과 자기실현의 수단이며 남세를 통해 사회의 한 구성원으로써 인식하게 하는 동시에 자아 존재감을 가질 수 있게 하는 수단이기도 하다.

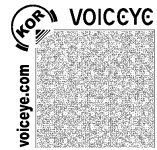
이로 인해 우리나라는 ‘장애인 고용촉진 및 직업재활법’을 제정해 상시근로자 50명 이상의 근로자를 고용한 사업주에게는 근로자의 2%를, 국가 및 지방자치단체는 소속 공무원의 3%를 장애인으로 고용할 것을 규정, 장애인의 고용촉진 및 직업재활을 독려하고 있다.

그러나 중증장애인의 고용율은 2007년도에 비해 오히려 민간기업은 0.3%, 지방자치단체는 2.2% 감소한 추세에 있다(노동부 2009a). 특히 시각장애인의 직업문제는 그 심각성을 더해주고 있다. 시각장애인의 실업률은 10.15%로 장애인 평균 실업률 8.32%보다 높으며 이는 통계청이 발표한 2008년도 전체 실업률 3.3%의 약 3.1배에 달하고 있다. 이러한 실업률은 장기실업이나 자발적인 구직포기에 대한 부분을 포함하고 있지 못하기 때문에 시각장애인의 실질 실업률은 더 높을 것으로 추정되고 있다. 또 시각장애인의 53.7%가 자영업에 종사하고 있으며 이들 대부분이 안마업에 종사하고 있는 것으로 추정되고 있다. 시각장애인이 안마업으로 편중되어 있는 것은 안마업이 시각장애인에게 적합한 직종으로 인식되고 있고 국가로부터 시각장애인만이 할 수 있는 유보직종으로 지정받아 보호받고 있기 때문이기도 하다.

그러나 시각장애특수학교의 졸업생의 과반수 이상이 대학진학 등 이료교육(안마사 양성교육) 이외의 분야에 대한 진로를 희망하고 있으며(김기태, 2001; 박홍식, 2006) 안마사에 대한 유보고용제도는 ‘국민의 직업선택의 자유를 침해 한다’는 문제가 제기될 때마다 폐지 논란에 휩싸이고 있다. 더욱이 안마사 일변도의 시각장애인 고용정책은 동종직종간의 경쟁을 유발해 장기적으로 시각장애인간의 경쟁을 초래할 위험성도 배제할 수 없는 실정이다.

따라서 대한민국 헌법 제 15조에 ‘모든 국민은 직업선택의 자유를 가진다’고 규정되어 있는 것처럼 시각장애인들도 안마업 뿐만 아니라 보다 다양한 직업을 가질 수 있도록 ‘직업선택의 자유’를 보장하고 이를 위한 ‘기회 및 환경’을 제공하여 다양한 시각장애인들의 진로욕구를 반영할 필요가 있다고 하겠다. 또한 다양한 시각장애인의 진로욕구를 반영하여 실천에 옮기는 것은 결국 시각장애인들의 직업선택의 폭을 넓히는 동시에 안마업을 중심으로 한 시각장애인 간의 경쟁을 탈피하고 시각장애인의 잠재적 가능성을 실현시키는 계기가 될 것으로 생각된다.

이에 본 연구는 첫째, 시각장애인의 직업교육(훈련)관련 제도와 행정체계 및 지원서비스 등을 분석해 현 지원체계의 문제점을 살펴보고 둘째, 진로선택의 기로에 있는 시각장애특수학교 고등부 학생을 대상으로 직업교육과 진로욕구에 대한 조사를 실시하여 현재 진행 중인 지원제도와와의 차이



를 밝혀내며 셋째, 시각장애인의 직업교육(훈련)과 관계된 전문가들을 대상으로 현행제도의 문제점과 개선방안에 대한 의견을 수렴해 시각장애인 직업선택의 다양성을 확보하기 위한 제도개선방안을 제시하는 것을 목적으로 한다.

II. 시각장애인의 직업적 특수성

1. 시각장애인의 직업적 특성

시각장애인에 대한 정의는 <표2-1>에서와 같이 ‘장애인복지법’은 의학적인 기준을 중심으로, ‘장애인등에 대한 특수교육법’에서는 학습능력을 중심으로 장애유형과 장애정도를 구분해 놓고 있다. 반면, ‘장애인고용촉진 및 직업재활법’은 별도의 규정 없이 장애인복지법과 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령에 준하도록 하고 있다. ‘장애인고용촉진 및 직업재활법’에서 시각장애를 비롯한 다른 장애유형의 직업능력을 별도로 분리·규정하지 못하고 있는 이유로는 동일한 장애가 모두 동일한 직업능력을 보유하고 있다고 단정할 수 없기 때문이다.

〈표 2-1〉 장애인관련 법률에 규정된 장애인 정의와 시각장애인 기준

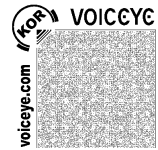
	장애인복지법	장애인등에 대한 특수교육법	장애인고용촉진 및 직업재활법
장애인 정의	신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 자	특수교육을 필요로 하는 사람으로 선정된 사람	신체 또는 정신상의 장애로 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자
시각 장애인 기준	첫째, 나쁜 눈의 시력이 0.02 이하인 자, 둘째, 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 자, 셋째 두 눈의 시야가 각각 10도 이내인 자, 넷째 두 눈의 시야의 1/2이상을 상실한 자	시각계의 손상이 심하여 시각기능을 전혀 이용하지 못하거나 보조공학기의 지원을 받아야 시각적 과제를 수행할 수 있는 사람으로서 시각에 의한 학습이 곤란하여 특정의 광학기구 학습매체 등을 통하여 학습하거나 촉각 또는 청각을 학습의 주요 수단으로 사용하는 사람	장애인복지법과 국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령에 준함

시각장애의 경우 실명정도와 실명시기에 따라 나타나는 사회 심리적 특성이 다르고 이에 따른 직업적 특성도 달라지기 때문에 직업능력을 획일화해 정의하기 어렵기도 하다. 이태훈(2005)은

“시각장애인에게 있어 일반적으로 타인에 대한 배려와 욕구를 이해하지 못하는데서 오는 ‘자기중심적 태도와 행동’, 타인과의 의사소통을 통제하지 못하는데서 오는 ‘고립과 위축’, 시각과제에 대한 타인 의존에서 오는 ‘수동성과 의존성’, 적절한 사회적 행동을 관찰하고 모방하고 피드백 받지 못하는데서 오는 ‘부적절한 사회적 역할모델과 맹인벽’, 타인의 실명에 대한 부정적인 태도에서 오는 ‘잘못된 관념과 낮은 자기존중감’ 등의 부정적 영향이 나타날 수 있다”고 지적하며 이를 해결하기 위해서는 “직업재활상담사는 시각장애인이 어느 단계에 있는지 확인하고 가능한 빠른 시간에 실명의 심리적 영향을 극복하기 위한 심리재활 프로그램을 제공할 필요가 있다”고 제안하고 있다. 즉, 시각장애인의 직업은 단순한 직업훈련이나 직업능력개발만이 아니라 심리적 특성을 고려한 심리재활을 병행해 실시해야 한다는 특징을 가지고 있다.

〈표 2-2〉 선천맹과 중도 실명자의 심리적 특성 비교

	선천맹	중도실명자
완전한 신체적 상실	성장기에 자신이 보통사람과 다르다는 것을 알기 때문에 심리적 압력을 느끼고 스스로 문을 닫는 쪽으로 향함.	※ 선천맹에 비해 유리함
잔존감각에 대한 자신 상실	※ 시각은 다른 감각기관으로 정보를 얻기 위한 수단으로써 이미 형성되어 있음	-
환경과의 현실적인 접촉능력 상실	※ 처음부터 시각 이외의 방법으로 환경을 파악할 수 있도록 되어 있음. 언어에 의존하는 면이 적지 않음.	-
시각적 배경상실	※ 다른 감각기관을 이용해 파악하는 것을 익힘	※ 대상을 본 적이 있고 시각화가 가능하다는 점에서 유리
빛 상실	※ 빛이 없는 것과 애정이 부족한 것이 직접 결합되지 않음	-
이동능력 상실	일상적으로 시각 이외의 것에 의해 행동하는 것을 외우게 되는 것	시각화가 가능하다는 점에서 선천맹에 비해 조금 유리할지도 모름
일상생활기술 상실	성장 과정에서 천천히 익힘	새로운 정보, 새로운 기술을 배운다는 점에서는 시각경험이 있어 선천맹에 비해 조금 유리
문서에 의한 의지 전달능력 상실	※ 점자에 관한한 유리. 어릴 적부터 익힐 수 있음. 목자를 쓰는데 불리.	※ 목자쓰기에 관해서는 유리
회화에 의한 의지 전달능력 상실	-	※ 사회현상을 시각화할 수 있고 제스처어를 하거나 표정을 사용하는 능력이 있어 유리
정보와 그 움직임을 아는 능력 상실	※ 다른 감각을 통해 정보를 파악하는 것에 익숙함.	※ 경험이 있고 시각화능력도 있기 때문에 새로운 경험에도 대응할 수 있음



	선천맹	중도실명자
즐거움을 느끼는 능력 상실	※ 경험은 적지만 보다 발전할 가능성이 있음	※ 시각화 능력이 있음
미의 감상력 상실	※ 소리에 관한한 유리	※ 동일
레크리에이션 상실	※ 다른 감각을 사용할 가능성이 큼	※ 한번 정도는 경험하거나 본적이 있음
경험 취직 기회 등 상실	경험이 적고 기회가 적음	※
독립심 상실	※ 장애를 극복하기 위해 오랜기간이 걸리고 독립심을 확보할 가능성이 높음.	※ 내면적, 심리적인 면에서는 유리
인간으로써의 사회적 존재성 상실	-	※ 폭넓은 경험이 있어 자폐적으로는 되지 않음.
자기평가 상실	※ 처음부터 눈이 보이지 않아 자기 모습의 변동이 적고 고민하는 부분이 적음	※ 감정면의 압력이 강하지 않는 한 충분한 자기 평가가 가능
전인격구조 상실	※ 급격한 충격을 받지 않는다는 점에서 유리	※ 인격형성 후에 일어나기 쉬운 점도 있음

※ 는 다른 쪽 보다 뛰어나거나 유리한 것을 표시함.

출처 : Tomas.J.Carroll(1961), Blindness, What it is, What it does and How to Live with it.

한편 시각장애인의 심리적 사회적 특성에 대해 Lowenfeid(1971)는 시각을 제외한 다른 감각기관을 사용하여 사물에 대한 막연한 정보만을 제공받음으로써 경험의 범위와 종류에 제한을 받고 보행상의 제한으로 인해 새로운 경험에 접할 수 없어 정보를 얻는 중요 통로를 상실하며, ‘환경과 상호작용의 제한’으로 자존감과 자신감을 잃어버리고 항상 두려워하고 긴장한다고 설명하고 있다.

또 김진태(2005)는 ‘정안인에 비해 열등감, 불안, 공격성 등이 높게 나타나고 있으며 비현실적인 요소가 자아개념 속에 내포되어 있다’고 지적하고, 김정선(2003)은 ‘장애인들은 일반인들에 비해 자기에 대한 위기감이 불안으로 발전하며, 필요 없는 우려나 사회적 불이익을 심각하게 생각하여 불안감이 커지며, 신체상의 특징으로 인한 열등감이 크고, 긴장감이 높은 특성을 가지고 있다’고 언급하고 있다.

Carroll(1961)은 시각장애인의 특성을 부정적인 시각에서 보다 실명에 의한 한계라는 측면에서 긍정적으로 접근하고 있으며 ‘시각장애인을 격려하고 언제까지나 슬프게 살지 않도록 인생을 잃어버린 것이 아니라 변한 것이라는 인식을 심어줄 필요가 있다’고 지적하고 있다.

또 그는 ‘실명은 신체적 불완전성에서 오는 심리적 불안감, 보행과 일상생활 등 기초적 생활기술의 상실, 의사전달능력의 상실, 감상력의 상실, 직업 및 경제 안정의 상실, 전인격 형성의 상실을 가져 온다’면서 시각장애도 발생시기에 따라 <표2-2>와 같이 차이가 있다고 설명하고 있다. 또한 시각장애인의 직업문제와 관련해 <표2-3>에서와 같이 시각장애인이 할 수 있는 것과 할 수 없는 것, 그리고 훈련을 받으면 중도 실명자들이 할 수 있는 일을 구분해 제시해 놓고 있다.

〈표 2-3〉 Carroll의 시각장애인 직업에 대한 가능성

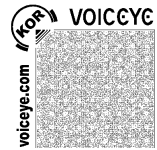
장애정도	직업형태
실명자가 할 수 있는 직업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시력을 거의 필요로 하지 않는 것 특히 새로운 변화를 필요로 하지 않는 것 새로운 보조구가 있으면 가능한 것, 약간의 변화로 충분한 것. ○ 시력을 필요로 했던 원래 직종과 동범위 일로서 시력을 필요로 하지 않는 것 ○ 일 자체는 시력을 필요로 하지 않으나 전체적으로 볼 때 시력을 필요로 하는 것
실명자가 할 수 없는 직업	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시력이 직업상 필수인 것 ○ 시력이 안전을 위해 필수인 것 ○ 시력이 효율을 위해 필수인 것 ○ 시력이 안전과 효율을 위해 필수인 것 ○ 시력이 필수이지는 않지만 관련 업무면에서 시력을 무시할 수 없는 것
선천맹이나 미훈련 중도 실명자에는 무리가 있지만 훈련을 받은 중도실명자라면 가능 한 것	<ul style="list-style-type: none"> ○ 시력을 필요로 하는 것 ○ 본인에게 있어서 처음하는 일인 경우는 시력을 필요로 하는 것

출처 : Tomas.J.Carroll(1961), Blindness, What it is, What it does and How to Live with it.

한편 박옥희(2006)는 학습 면에서 시각장애아동은 동일 연령의 아동에 비해 관찰에 의한 정보습득이 늦어 교육적인 지체현상을 보이고 있다고 지적하고 있으며 엄희영(2007)은 시각장애인의 취업과 직업유지에 있어서의 장벽은 고용주의 태도, 이동의 문제, 문서나 서류 읽기 그리고 적절한 보조공학기기 및 정당한 편의제공을 받지 못하는데 있다고 지적하고 있다.

이러한 내용을 토대로 시각장애인의 직업적 특징을 정리해보면, 시각장애인은 시각각(視感覺)기능의 상실로 인해 관찰에 의해 얻을 수 있는 정보를 제한받는 반면, 상대적으로 오감(五感) 중 청각과 후각, 미각, 촉각이 발달되어 있어 이들 감각을 활용한 분야에 유리할 수 있다. 그러나 관찰을 통한 정보수집의 제한은 청취한 내용을 구체화된 상으로 인식하기 어렵게 하고 의사소통에 있어 서로 이해와 인식의 차이를 보이며 그 내용을 이해하는데 정안인에 비해 시간이 더 소요된다. 따라서 작업을 수행하는데 있어 시각장애인은 언어만으로 이루어진 직업훈련(교육)에는 일정한 한계가 있다고 볼 수 있다.

또 시각장애인은 경험이 많지 않기 때문에 새로운 일에 대한 두려움이 존재하고 주변 환경이 보이지 않기 때문에 전체적인 상황을 파악하기 어렵고 이로 인해 취업현장에서 적극성이 결여되어 있는 존재로 오해 받을 수 있다. 더욱이 보행상의 제약으로 출퇴근 및 작업장이나 직장내 이동에 어려움이 따르고 작업수행능력에 있어서는 비장애인에 비해 작업속도(speed)가 느린 특성을 보인다.



따라서 시각장애인이 직업을 얻기 위해서는 정안인과 달리 직업수행능력의 유무보다 실명으로 부터 발생한 사회 심리적 불안 등의 문제해결과 병행한 재활과정이 필요하다고 보겠다.

2. 시각장애인과 유보고용

유보고용(reserved employment)은 일정한 직종을 지정하여 그 직종에 대해 특정 장애유형의 장애인을 우선적으로 고용토록 하는 제도(김동복, 2004)로 중증장애인에게 일할 수 있는 기회를 제공하는데 효과적이라고 할 수 있다.

현재 한국에서 실시되고 있는 유보고용제도로는 시각장애인 ‘안마업’ 뿐이다. 조선시대까지 복업(卜業)이나 관현합주 및 가무반주를 주로 담당해 오던 시각장애인들에게 1913년 조선총독부가 서울맹학교의 전신인 경성제생원을 설립해 침구와 안마교육을 실시하면서 침구와 안마는 시각장애인의 대표 직종으로 부각되기 시작했다.

특히 조선총독부 경무총감 부령 제10호 ‘안마, 침술, 구술 영업취체규칙(按摩, 鍼術, 灸術營業取締規則)’에서 시각장애인에게 안마사, 침사, 구사 면허를 발급하면서 안마, 침사, 구사는 시각장애인 적합 직종으로 자리매김하게 되었다. 또 1984년 ‘안마사에 관한 규칙(부령 0757호)’을 통해 안마사자격을 받을 수 있는 자를 ‘교육법에 의한 특수학교 중 고등학교에 준하는 교육을 하는 학교에서 물리적 시술에 관한 교육과정을 마친 앞을 보지 못하는 사람’이나 ‘중학교 과정이상의 교육을 받고 보건사회부장관이 지정하는 안마수련기관에서 2년 이상의 안마사수련과정을 마친 앞을 보지 못하는 사람’으로 규정하면서, 명시공히 안마를 시각장애인 유보직종으로 명시되게 되었다.

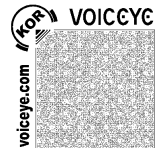
이러한 안마사제도는 <표2-4>에서와 같이 폐지와 개정을 거듭하고, 2006년 헌법재판소가 ‘비맹제외 기준은 국민의 직업선택의 자유를 침해 한다’고 판결내림으로써 유보직종으로써 존폐위기를 맞기도 하였다. 그러나 시각장애인들의 ‘생존권 위협’에 대한 저항과 현재의 판결 후속조치로 보건복지부령으로 규정되어 있던 안마사에 관한 내용을 의료법으로 상향 규정하여 안마를 시각장애인 유보직종으로써 재규정하기로 한 상태이다(의료법 제9386호).

〈표 2-4〉 안마사 제도의 변천과정

년도	기관 및 법령	상세 내용
1912. 3. 27.	조선총독부 제생원관계	경성제생원에서 시각장애인을 대상으로 한 의료 교육(침구술과 안마술) 실시
1914. 10. 29.	조선총독부경무총감부령제10호‘안마, 침술, 구술 영업취체규칙’반포	제생원 출신 시각장애인에게 안마사, 침사, 구사 면허 발급
1935	미군정시	안마사제도 폐지

년도	기관 및 법령	상세 내용
1951	국민의료법제정	동법 제59조를 통해 의료유사업자로서 안마사, 침사, 구사, 접골사 규정(주무부령 명시규정)
1960. 11. 28.	의료유사업자령 (보건사회부령 제55호, 56호)	접골사, 침사, 구사 및 안마사에 대한 자격 규정
1960. 11. 28.	접골사, 침구, 구사, 안마사 자격시험규정	자격시험제도 규정
1962. 3. 20.	국민의료법이 의료법으로 명칭 변경	국민의료법 59조 삭제. 안마사, 침사, 구사, 접골사 규정 삭제
1963.1 2. 12.	안마사 허가에 관한 규정 (보의무1421.6-40429)	의료법 제38조에 근거 보건복지부 예규 발표
1965. 3. 23.	의료법 개정(제38조 삭제)	안마사 허가에 관한 규정 효력상실
1973. 2. 16.	의료법 전면개정	제62조를 통해 '안마사' 자격 및 업무의 한계 등에 관한 규정 명기
1973. 10. 31.	간호보조원·의료유사업자 및 안마사에 관한 규칙	간호보조원·접골사·침사·구사 및 안마사의 자격· 업무규정
1984. 10. 15.	안마사에 관한 규칙	안마사에 대한 자격규정-시각장애에 한정
1985. 5.	보건복지부 상대로 행정심판청구	행정처분 불이행
2004. 3. 1.	대법원	
2006. 5. 25.	헌법재판소	비맹제외기준은 국민의 직업선택의 자유를 침해한다며 위헌 판결
2006. 8. 29.	의료법개정	시각장애인만 안마사자격을 취득할 수 있도록 함(기존 안마사에 관한 규칙을 법률로 규정)
2008. 10. 30.	헌법재판소	비맹제외기준을 설정한 구 의료법은 헌법에 위반되지 않는다고 결정

그러나 특정 직종을 특정 장애유형의 장애인만이 습득해 직업을 가질 수 있도록 하는 유보고용 제도는 시각장애를 비롯한 중증장애인들의 고용창출기회를 확대할 수 있는 반면 유보직종 이외의 분야에 관심이 많은 장애인들의 직업욕구를 반영하기 어려운 문제점을 안고 있다. 김창훈(2007)은 시각장애인을 위한 유보직종인 안마와 관련해 ‘다른 직업군과 직무에 관심을 두는 시각장애인들은 많지만 막상 현실적 어려움 앞에서 안마업으로의 선택을 강요당하는 경우가 많다’고 지적하고 있다. 또 ‘시각장애인들의 노력 부족이 유보직종 안전화를 저해하는 책임적 요소로 일정 부분 작용하고 있다. 유보직종이라는 경쟁에서 차단된 법적 보호테두리 안에서 오히려 탈법적 향락 산업의 형태로 안마시술소를 운영함으로써 비장애인에 대한 우호적 차별의 정당성을 스스로 잃어 가고 있다. 안마원간의 경쟁, 반복된 악순환을 거듭하고 있다’고 설명하고 있다.



즉, 유보고용제도는 비장애인과 경쟁으로부터 보호를 받을 수 있는 장점을 가지고 있는 반면 특정 직종에 동일 장애유형이 참여함으로써 동종 업종 내 동일 장애유형간의 경쟁을 초래할 수 있으며 유보고용제도를 안정으로 유지하기 위해서는 정부는 물론 장애인들의 자구적인 노력이 요구된다.

3. 시각장애인의 직업선택권

어릴 적부터 우리는 대한민국 국민이라면 누구나 자유롭게 직업을 가질 수 있으며 이를 선택할 수 있다고 배우고 자라왔다. 이러한 직업선택의 자유는 대한민국 헌법 제 15조 ‘모든 국민은 직업선택의 자유를 가진다’는 규정에 근거한 것으로 시각장애인도 예외라고는 할 수 없으며 이러한 헌법의 기본 취지를 바탕으로 각종 법률에서도 직업선택의 자유에 대해 각기 규정해 놓고 있다.

직업선택의 자유에 대해 박일경(1963)은 사람들이 그 생활을 유지하기 위하여 그가 원하는 바에 따라 자유로이 직업을 선택할 수 있는 자유로 규정하였으며, 한상법(1967)은 인간이 자기의 생활을 영위하기 위하여 소득을 얻기 위한 경제활동을 하는 자유라고 규정해 놓고 있다. 또 허영(2003)은 직업의 자유는 인간의 사회적, 경제적 생활의 기초가 되는 직업내지 일자리에 관한 종합적이고 포괄적인 기본권이라고 설명하고 있다.

이처럼 직업선택의 자유는 국민의 권리로서 인정되고 동시에 직업선택은 한 사람에게 노동의 대가로 평생 제공되는 소득 수준을 결정 할 뿐만 아니라 부가급여, 직무의 특성, 작업장의 환경, 근무지 위치 및 가정생활 유형 등 실생활의 상당한 부분을 결정하기 때문에(원창희, 1994) 더욱 중요하다 볼 수 있다.

그러나 헌법과 법률에서는 직업선택의 목적이나 범위 및 필요성 등에 대해서는 구체적으로 언급해 놓고 있지 않다. 즉, 직업선택의 자유라는 말은 인간의 권리로서 당연히 되고 있으나 구체적인 내용과 범위 등에 있어서는 법률로서 규정되어 있지 않은 지극히 선언적인 의미에 지나지 않고 있다.

이에 헌법재판소는 직업선택의 자유에 대한 법률적 해석을 통해 직업선택의 자유는 ‘직업결정의 자유’ ‘직업 종사의 자유’ ‘전직의 자유’가 포함된다(헌재 1993.5.13)고 해석하고, 직업선택의 자유를 제한하는 경우는 헌법상의 명문규정과 법률로서 제한(형식요건)한 경우, 국가안정보장이나 질서유지, 그리고 공공복리를 목적으로 할 경우(목적요건), 과잉금지의 원칙과 본질적 내용 침해금지의 원칙에 반하지 않을 경우(정도요건)로 해석(헌재 1997.10.30. 선고 96헌마109 판결)하고 있다.

이러한 헌법적 해석을 기초로 헌법재판소는 2006년 안마사의 자격인정을 받을 수 있는 자를 ‘앞을 보지 못하는 사람’으로 한정된 안마사에 관한 규칙에 대해 비맹제외기준(非盲除外基準)을 설정함으로써 일반인이 안마사 직업을 선택할 수 있는 자유를 원칙적으로 제한하고 있으며 법률유보원칙이나 과잉금지원칙에 위배함으로써 일반인의 직업선택의 자유를 침해하고 있다(2006년 5월 25일

2003헌마715, 2006헌마368병합)고 위헌판정을 내린바 있다.

헌법재판소의 논리대로 ‘비맹제외기준’은 비시각장애인들의 직업선택의 자유를 제한한다고 볼 수도 있으나 국민의 한사람인 시각장애인의 직업선택의 자유 또한 보장되어 있다고 할 수 없다. 시각장애인은 시각장애인에 대한 고용주의 잘못된 인식으로 취업이 어려워 직업을 결정하거나 전직이 제한되어 있고 직업 수행에 있어서도 확대경 등 보조기구나 업무보조자가 없으면 직업에 종사할 수 없는 한계를 지니고 있다(염희영, 2007).

또한 국내에는 14,000개의 직업이 존재하고 있지만 시각장애인에게는 안마사 이외의 직업에 대한 정보를 얻거나 체험할 기회가 제공되지 못하고 있어 본인의 적성에 맞는 직업을 결정하거나 판단을 할 기준을 세울 수 없는 상태에 있다. 따라서 사실상 시각장애인에게는 헌법재판소가 해석해 놓고 있는 직업선택의 자유인 ‘직업결정의 자유’, ‘직업 종사의 자유’, ‘전직의 자유’가 보장되어 있지 않다고 해도 과언이 아니다.

Ⅲ 시각장애인의 취업을 위한 교육·복지·노동 분야 지원체계

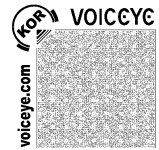
1. 시각장애인 직업교육 지원체계 및 현황

1) 지원체계

우리나라 직업교육정책의 주무행정부처는 교육과학기술부로 직업교육과 관련된 정책은 교육과학기술부를 거쳐 시·도 교육청 및 시·군·구 교육청을 통해 일반학교 및 특수학교 등으로 전달되고 있다. 시각장애를 비롯한 장애학생의 직업교육은 특수교육지원과를 통해 시·도 교육청 및 시·군·구 교육청을 거쳐 특수학교(급)과 특수교육지원센터가 담당토록 하는 체계를 이루고 있다. 그러나 직업교육에 관한 교육과정을 설치해 직업교육을 실시하는 하위 실무 기관으로서 특수학교가 중심이 되고 있다. 특수학급의 경우 일반학교내에 설치되어 있어 별도의 직업교육을 실시하기 어려우며, 특수교육지원센터는 시각장애 등 장애학생들의 진로지도와 관련해 관련기관과의 연계업무를 담당하도록 하고 있기 때문에 실질적인 직업교육을 실시하는데 있어서는 한계가 있다.

2) 현황

현재 시각장애학생을 대상으로 하는 특수학교는 <표3-1>에서와 같이 전국에 총 12개로 국립 1개, 공립 2개, 사립 9개가 설치되어 있으며 서울 여의도고등학교에 시각장애학생을 위한 특수학급이 설치되어 운영 중에 있다.



〈표3-1〉 지역별 시각장애특수학교(급) 수

() : 특수학급 개소

지역	서울	부산	대구	인천	광주	대전	강원	충북	전북	전남	계
학교 수	2(1)	1	1	1	1	1	1	2	1	1	12(1)

참고 : 2009 특수교육통계

시각장애학교에는 직업교육을 비롯해 이료교육, 치료교육 등을 담당할 전문인력이 배치되어 있다. 그러나 <표3-2>에서와 같이 시각장애특수학교의 경우 직업교육교사가 거의 존재하지 않고 있으며, 이료교육 담당 교사가 대부분을 차지하고 있었다.

〈표3-2〉 시각장애특수학교의 교직원 배치 현황

구분	특수교사	일반교사	직업교사	의료교사	재활복지 (치료교육)	보건/영양 교사	합계
서울맹학교	28	17	0	20	5	2	72
한빛맹학교	29	2	0	4	3	1	39
부산맹학교	24	1	0	7	2	2	36
대구광명학교	21	3	1	3	2	1	31
인천혜광학교	24	0	7	4	1	1	37
광주세광학교	27	6	0	5	2	1	41
대전맹학교	19	1	0	15	2	2	39
강원명진학교	31	4	0	0	2	1	38
청주맹학교	22	2	0	7	1	1	33
충주성모학교	16	2	0	3	1	1	23
전북맹아학교	13	3	0	1	0	1	18
은광학교	17	0	0	6	1	1	25

참고 : 2009 특수교육통계

장애학생의 고등학교 졸업 후 노동시장의 진입, 고등교육의 확대, 지역사회의 독립생활을 돕기 위해 1993년부터 실시된 전공과는 2년에서 3년 과정으로 장애의 특성과 특수학교 운영에 따라 조립, 세탁, 메이크업, 제과제빵, 정보처리, 세차, 생산포장, 가정생활, 이료, 원예, 농업, 도예 등의 과목으로 실시되고 있다. 시각장애특수학교는 <표 3-3>에서와 같이 대부분의 학교에서 이료교과를 전공과 과목으로서 채택하고 있으며 일부학교에서는 음악, 전산, 컴퓨터 과목을 전공과로서 운영하고 있다.

〈표 3-3〉 시각장애특수학교 전공과 교육내용

구분	전공과 과정
서울맹학교	이료
한빛맹학교	음악
인천해광학교	이료
부산맹학교	이료
대전맹학교	이료
강원명진학교	이료, 음악, 컴퓨터
청주맹학교	이료, 전산

참고 : 2009년 특수교육통계

시각장애특수학교의 전공과 설치 학교수, 학급수, 학생수는 <표 3-4>에서와 같이 해마다 증가하고 있으며, 2009년에는 7개 학교, 18개 학급이 운영되고 있으며 139명의 학생이 직업교육을 받고 있다. 또 서울맹학교는 2004년도에 전공과를 설치하면서 중도(中途)실명자들을 위한 이료재활과정을 설치해 운영하고 있다.

〈표 3-4〉 시각장애특수학교 전공과 설치 현황

구분 \ 연도		2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년
시각장애 특수학교 전공과	학교 수(개)	5	5	6	6	7	7
	학급 수(개)	11	13	15	16	18	18
	학생 수(명)	86	102	122	119	133	139

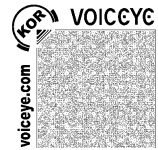
참고 : 특수교육통계(2004~2009)

2. 시각장애인 직업재활 지원체계 및 현황

1) 지원체계

시각장애인을 비롯한 장애인의 직업재활사업은 보건복지가족부의 장애인자립지원과를 통해 각 시도 및 시·군·구로 전달되고 있으며 장애인단체와 장애인복지관 및 직업재활기관을 통해 실시되고 있다.

한편, 중증장애인 직업재활지원사업의 일환으로써 재단법인 한국장애인개발원을 통해 직업지도, 직업적응훈련, 지원고용, 취업알선 및 적응지도, 직업능력개발훈련 등의 사업을 시행토록 하고 있다.



2) 현황

장애인 직업재활관련 시설은 <표 3-5>에서와 같이 근로작업시설 32개, 보호작업시설 216개, 보호작업시설 107개, 직업훈련시설 14곳, 생산품판매시설 5개를 비롯해 장애인복지관 167개 등 전국에 총 541개소가 설치되어 있다. 특히 시각장애인을 위한 직업훈련시설로는 안마수련원 4개소를 비롯해 11개 시각장애인복지관이 설치되어 있다.

〈표 3-5〉 직업재활관련 기관현황

(): 안마수련원, 시각장애인복지관

직업재활시설					장애인 복지관	합계
근로 작업시설	보호 작업시설	작업 활동시설	직업 훈련시설	생산품 판매시설		
32	216	107	14(4)	5	167(11)	541(15)

참고 : 2009장애인복지시설 일람표

한국장애인개발원이 실시 중인 중증장애인 직업재활지원사업은 직업지도, 직업능력평가, 직업적응훈련, 지원고용, 취업알선 및 취업후 적응지도, 직업능력개발훈련 등의 사업을 실시하고 있으며 <표3-6>에서와 같이 총 184개소에 대해 인건비 및 사업비 등을 지원하고 있다. 특히 중증장애인 직업재활지원사업의 일환으로 시각장애인을 위한 안마수련원 10개소를 직업능력개발훈련실시기관으로 지정, 사업비와 인건비를 지급하고 있다.

〈표 3-6〉 시각장애인복지관에서 실시하고 있는 직업재활 사업내용

복지관	직업훈련직종
서울시각장애인복지관	국가 IT 자격증 대비과정(정보처리기능사, 정보처리기사)
성북시각장애인복지관	역학, 창업(안마)
실로암시각장애인복지관	창업(피부관리사, 안마·지압), 일반 PC 사무, 정보처리기능사
인천시각장애인복지관	공인중개사, 문예창작
노원시각장애인복지관	창업(안마), 디지털 영상속기, 인테넷마케팅
대전산성복지관	안마사
대구시각장애인복지관	역학
울산시각장애인복지관	시낭송가, 역학
제주시각장애인복지관	창업지원

3. 시각장애인 직업훈련지원체계 및 현황

1) 지원체계

장애인에 대한 직업훈련 및 고용관련 정책에 있어서는 ‘장애인고령자고용과’가 담당하고 있으며 주로 장애인 고용촉진에 관련된 정책수립과 조정, 장애인 취업 및 직업능력개발, 장애인 고용환경 개선 지원, 한국장애인고용공단의 지도감독을 맡고 있다.

이러한 장애인고용정책에 대해서는 한국장애인고용공단(이하 공단)이 중심이 되어 실질적인 서비스를 제공하고 있으며 직업훈련 등과 관련해서는 공단에서 운영하는 고용개발원과 5개소의 직업능력개발센터가 담당하고 있다. 또 각 지방노동청에 설치되어 있는 81개소의 고용지원센터에서는 취업지원, 직무분석 및 적성검사 시행, 구직등록 직업상담 및 구인구직 등 고용정보 제공, 취업 지원프로그램 등의 사업을 진행하고 있다.

2) 현황

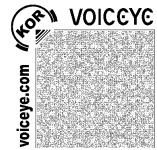
장애인고용촉진공단은 15개 지사를 두고 있으며 5개의 직업능력개발센터를 설치하여 장애인의 직업훈련 서비스를 지원하고 있다. 장애인 고용을 촉진하기 위해 직업능력개발센터에 특화훈련팀을 설치, 중증장애인에 대한 차별화된 직업훈련을 실시하고 있으며 장애유형별 적합훈련과 맞춤형 훈련을 병행하며 취업 및 고용안정에 역점을 두고 있다. 시각장애인 대상 특화훈련은 일산과 대구를 중심으로 실시되고 있다. 장애유형별 특화훈련 현황은 <표3-7>에서와 같이 2005년부터 2007년 장애유형별 특화훈련에서 훈련을 수료한 대상자는 총 227명으로 이중 시각장애인은 102명(44.9%)을 차지하고 있으며 취업자는 64명으로 특화훈련을 받고 있는 장애유형 중 가장 낮은 취업률을 보이고 있다(이국주, 2008).

〈표 3-7〉 장애유형별 특화훈련 현황

(단위 : 명, %)

구분	2005년			2006년			2007년			합계		
	수료	취업	취업률	수료	취업	취업률	수료	취업	취업률	수료	취업	취업률
계	22	20	90.9	87	63	72.4	118	91	77.1	227	174	76.7
시각장애	12	11	91.7	42	26	61.9	48	27	56.3	102	64	62.7
청각장애	1	1	100	11	11	100	28	28	100	40	40	100
뇌병변	4	3	75	11	8	72.7	16	10	62.5	31	21	67.7
정신장애	5	5	100	23	18	78.3	26	26	100	54	49	90.7

출처 : 이국주(2008)장애인유형별 특화훈련 효과분석



현재 시각장애특화훈련과정은 직업평가와 직업준비훈련을 통한 상담을 실시하고 그 평가결과를 기초로 전문기능훈련을 실시하고 있다. 시각장애특화훈련의 훈련직종은 <표 3-8>과 같다.

〈표 3-8〉 직업능력개발센터 시각장애인 특화사업

구분	일산직업능력개발센터	대구직업능력개발센터
2009년 시각장애인특화사업	고객관리직종 정보커뮤니티 사무직 맞춤훈련 웹접근성 맞춤훈련 공연전시 맞춤훈련	안마창업 컴퓨터 속기 O.C.M

이외에도 공단이 지정해 직업훈련을 실시하고 있는 민간직업훈련기관은 <표3-9>에서와 같이 12개소로 장애인만을 대상으로 한 전용훈련기관과 장애인만을 별도로 구성해 운영하는 통합훈련기관으로 나뉘어져 있으며 훈련기간은 6개월에서 1년 단위로 운영되고 있다.

〈표 3-9〉 공단 지정 민간직업훈련시설 및 훈련과정

구분	훈련기관	훈련과정
전용 훈련기관	새길직업전문학교	화훼장식, 자수공예, 봉제
	서울시립북부장애인종합복지관	웹마스터
	삼육직업전문학교	산업디자인, 인터넷비즈니스
	대전정보직업교육원	사무자동화
	혜림직업전문학교	사무자동화, 정보처리, 컴퓨터산업디자인
	한국시각장애인연합회	안마창업, 디지털영상속기, 인터넷마케팅
통합 훈련기관	대구경북산업인력개발원	제과제빵, 한식조리
	남강직업전문학교	컴퓨터활용전문가
	경일직업전문학교	웹마스터
	한솔직업전문학교	웹마스터
	한국전산직업전문학교	웹마스터, 컴퓨터광고디자인
	경영기술개발원	웹쇼핑몰디자인

참고 : 이정주(2008) 민간훈련기관 지원사업 평가

IV. 시각장애 학생의 진로욕구에 관한 인식조사

1. 조사개요

1) 조사방법

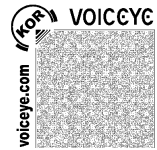
본 연구는 전국의 시각장애특수학교에 재학 중인 고등부 학생을 조사대상으로 하였다. 이 중에는 중도실명자로 고등학교 과정을 이미 마친 후 이료과정을 배우기 위해 특수학교 고등부과정에 편입한 이료재활 과정 학생도 포함되어 있다. ‘2009년도 특수교육통계’를 참고하여 집계한 전국의 12개교로 학교별로 연락하여 설문 가능한 배포량을 문의하여 총 450부를 배포하였다. 조사기간은 2009년 10월 8일부터 10월 29일까지 약 3주간에 걸쳐 진행되었으며 설문지는 응답자인 시각장애 학생의 특성을 고려하여 목자용, 점자용, 파일용 등 세가지 유형으로 준비하여 우편발송 후 직접 방문하여 회수하는 방법으로 진행되었다.

2) 분석방법

조사완료 후 기재가 무응답이 많거나 부실 응답한 설문지는 최종 분석에서 제외하였다. 총 450부의 설문지 중 373부가 회수되었으며 회수된 설문지 중 오류가 있는 설문지를 제외한 총 326부가 최종분석에 활용되었다. 수집된 자료는 부호화 지침에 따라 부호화한 후 전산입력하였고, 오류 점검 프로그램을 이용하여 오류를 교정하였다. 최종 분석자료는 SPSS 12.0 통계패키지를 이용하여 기술통계 분석과 변수와의 차이를 파악하기 위한 교차분석(카이스퀘어검정)을 실시하였다.

3) 조사내용

조사를 위한 설문지 내용은 진로계획과 진로에 대한 정보접근, 직업교육에 대한 욕구, 타 기관 이용 경험, 응답자의 일반적 사항으로 구성되어 있으며 각 영역별 세부항목은 <표 4-1>과 같다.



〈표 4-1〉 조사내용

영역	조사항목	문항 수
진로계획과 진로에 대한 정보접근성	■졸업 후 진로계획 여부/ ■진로계획 유형(대학 진학, 안마업 취업, 비안마업 취업, 직업훈련기관 입소)별 선택 이유/■진로선택에 영향을 미친 사람/■진로정보를 얻는 경로 /■진로상담실 설치 여부/■진로전담교사 배치 여부	10문항
직업교육에 대한 욕구	■장래 희망 직업분야 /■적성검사 받은 경험 - 검사기관 유형/■직업교육(학교) 여부 - 직업교육 만족도(만족/불만족 이유)/■다양한 직업교육의 필요성/■고등교육기관(시각장애인 대상) 설립 필요성/■고등교육기관(시각장애인 대상) 입학의사와 그 이유	12문항
타 기관 이용경험	■타 기관 이용경험 유무 - 이용기관 유형, 최근 1년간 이용 횟수, 제공 서비스, 이용 만족도(불만족 이유), 이용경험- 이용경험이 없는 이유	7문항
응답자의 일반적 사항	■성별 /■나이/■학년/■장애등급/■시각장애 정도/■거주형태	6문항

2. 조사분석결과

1) 조사대상자의 일반적 특성

응답자인 시각장애학생들의 인구학적 특성은 다음과 같이 나타났다. 성별은 남자가 205명(62.9%), 여자가 121명(37.1%)으로 남자가 여자에 비해 많았으며, 학년별로는 2학년이 139명(43.0%)으로 가장 많았다. 본 조사 대상이 중도 실명한 성인을 대상으로 하는 이료재활과정 학생들까지 포함하고 있기 때문에 일반적인 고등부 학생들처럼 연령과 학년이 대체로 일치하지는 않는다. 따라서 본 조사에서는 학년과 함께 학생들의 연령을 별도로 질문하였고, 그 결과 19세 이하 147명(49.8%), 20세 이상 29세 이하 52명(17.6%), 40세 이상 49세 이하 39명(13.2%), 50세 이상 30명(10.2%), 30세 이상 39세 이하 27명(9.2%) 순으로 나타났다. 20세 이상의 성인 학생이 절반 이상을 차지하고 있음을 볼 수 있다.

시각장애학생들의 장애등급은 1급이 194명(59.5%)으로 과반수 이상을 차지하고 있으며, 시각장애정도는 확대경, 렌즈 등의 보조기구 없이도 문서를 볼 수 있다고 응답한 사람이 85명(26.1%)으로 가장 많았다. 학생들의 거주형태는 기숙사에서 생활하는 학생이 171명(53.1%)으로 집에서 통학하는 학생 151명(46.9%)보다 많았다. 이는 시각장애학생들이 겪는 이동의 어려움 때문에 기숙사에서 생활하는 학생들이 많은 것으로 파악된다.

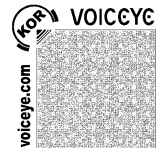
〈표 4-2〉 응답자의 일반적인 특성

(단위 : 명, %)

항목	구분	빈도	비율	항목	구분	빈도	비율
성별	남자	205	62.9	학년 (무응답: 3)	1학년	81	25.1
	여자	121	37.1		2학년	139	43.0
	합계	326	100.0		3학년	103	31.9
연령대 (무응답: 31)	19세 이하	147	49.8		합계	323	100.0
	20세 이상 29세 이하	52	17.6	장애등급	1급	194	59.5
	30세 이상 39세 이하	27	9.2		2급	42	12.9
	40세 이상 49세 이하	39	13.2		3급	38	11.7
	50세 이상	30	10.2		4급	18	5.5
	합계	295	100.0		5급	20	6.1
					6급	14	4.3
시각장애 정도 (무응답: 1)	전맹	84	25.8	거주형태 (무응답: 4)	집에서 통학	151	46.9
	불빛은 느끼지만 이동은 어려운 정도	34	10.5		기숙사	171	53.1
	혼자서 이동만 가능한 정도	54	16.6		합계	322	100.0
	보조기구를 통해 문서를 볼 수 있는 정도	68	20.9				
	보조기구 없이도 문서를 볼 수 있는 정도	85	26.1				
	합계	325	100.0				

2) 진로계획과 정보접근성

졸업 후 구체적인 진로계획이 연령에 따라 차이가 있는지 살펴보았다. 본 연구에서는 19세를 기준으로 하여 19세 이하 학생들과 19세 이상의 성인으로 집단을 구분하여 보았고, 두 집단의 진로 계획에 차이가 있는지 분석하였다. 그 결과, 19세 이하의 경우 대학 진학을 원하는 학생이 74.4%로 가장 큰 비중을 차지하고 있는 반면, 19세 이상 학생들은 안마업에 취업을 원하는 학생들이 55.0%로 가장 큰 비중을 차지하고 있다. 19세 이하 학생들의 경우 정규과정을 통해 고등부에 재학 중인 학생들로 취업보다는 대학 진학에 더 많은 욕구를 가지고 있음을 파악할 수 있으며, 19세 이상 학생들의 경우 이료재활과정 학생들이 거의 대다수이기 때문에 안마업에 취업하겠다는 학생들이 많은 것으로 분석된다. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미($p<0.01$) 하였다.



〈표4-5〉 연령에 따른 졸업 후 구체적 진로계획

(단위 : 명, %)

구분	19세 이하	19세 이상	합계
대학 진학	96 (74.4)	35 (29.2)	131 (52.6)
안마업에 취업	15 (11.6)	66 (55.0)	81 (32.5)
비안마업에 취업	4 (3.1)	11 (9.2)	15 (6.0)
직업훈련시설 입소	6 (4.7)	5 (4.2)	11 (4.4)
모르겠다	8 (6.2)	3 (2.5)	11 (4.4)
합계 (무응답: 22)	129 (100.0)	120 (100.0)	249 (100.0)

$X^2=65.907$, $df=4$, $p<0.01$

졸업 후 구체적인 진로계획을 가지고 있는 271명의 학생들에게 진로를 선택하게 된 이유는 무엇인지 물어본 결과, 진학을 원한다고 응답한 학생들 중 대다수인 98명(69.5%)의 학생이 자신의 꿈을 이루기 위해서 대학 진학을 원한다고 응답하였으며, 다양한 진로 개척을 위해서 대학 진학을 원한다는 응답도 33명(23.4%)으로 많은 응답을 얻었다. 소수 응답으로는 부모님이 원해서 6명(4.6%), 장애에 대한 편견을 없애기 위해 3명(2.1%), 기타 1명(0.7%) 순으로 나타났다.

〈표4-6〉 진로선택이유

(단위 : 명, %)

구분	진로선택 이유	빈도	비율	구분	진로선택 이유	빈도	비율
대학 진학	다양한 진로 개척을 위해	33	23.4	직업 훈련 시설 입소	희망직종의 직무능력 향상 때문에	9	69.2
	꿈을 이루기 위해	98	69.5		졸업 후 진로가 뚜렷하지 않아서	4	30.8
	장애에 대한 편견을 없애기 위해	3	2.1		대학진학이 형편에 맞지 않아서	-	-
	부모님이 원해서	6	4.3		부모님이 원해서	-	-
	기타	1	0.7		기타	-	-
	소계	141	100.0		소계	13	100.0
안마업 취업	돈을 벌기 위해	33	37.9	비안마업 취업	안마업이 적성에 맞지 않아서	5	29.4
	시각장애인에게 적합한 직종이므로	24	27.6		안마업이 전망이 밝지 않아서	5	29.4
	선택의 여지가 없어서	24	27.6		안마에 대한 사회적 인식이 나빠서	3	17.6
	부모님이 원해서	3	3.4		가족들이 안마업을 원하지 않아서	-	-
	기타	3	3.4		기타	4	23.5
	소계	87	100.0		소계	17	100.0
합계 (무응답: 11)		260					

안마업에 취업하기 원하는 87명의 학생들의 경우, 돈을 벌기 위해 33명(37.9%), 시각장애인에게 적합한 직종이므로 24명(27.6%), 직업에 대한 선택의 여지가 없어서 24명(27.6%)으로 주된 응답을 하였으며, 부모님이 원해서, 기타 의견이 각각 3명(3.4%)으로 나타났다. 기타 응답으로는 아픈 사람을 치료해주고 싶어서 안마업에 취업하겠다는 의견이 있었다.

시각장애학생들의 경우 대부분 특수학교에서 이료교육을 받고 있기 때문에 졸업 후 취업을 한다면 안마업을 선택하는 경우가 대부분이다. 본 조사에서 진로선택을 안마업이 아닌 비안마업으로 하고자 하는 학생은 17명이었으며, 그 이유로는 안마업이 적성에 맞지 않아서 5명(29.4%), 안마업이 전망이 밝지 않아서 5명(29.4%), 기타 4명(23.5%), 안마에 대한 사회적 인식이 나빠서 3명(17.6%) 순으로 나타났다. 기타 의견으로는 비안마업 중에서 하고 싶은 일이 있기 때문이라는 응답이 있었다.

졸업 후 직업훈련시설에 입소하고자 하는 학생은 13명에 불과하였는데, 그 이유로는 희망직종의 직무능력 향상 때문에 9명(69.2%), 졸업 후 진로가 뚜렷하지 않아서 4명(30.8%)으로 나타났으며, 나머지 다른 이유를 선택한 학생은 없었다.

3) 직업교육에 대한 욕구

앞으로 지금보다 다양한 직업교육이 필요하다고 생각하는지 물어보았다. 매우 그렇다고 응답한 학생이 142명(49.1%)으로 가장 많았으며 그렇다 75명(26.0%), 보통이다 47명(16.3%), 그렇지 않다 19명(6.6%), 전혀 그렇지 않다 6명(2.1%) 순으로 나타났다. 앞서 대다수의 시각장애학생들이 현재의 직업교육에 만족하고 있는 것으로 확인되었지만, 미래지향적인 관점에서는 시각장애인이 직업선택의 다양성을 확보하기 위하여 지금보다 다양한 직업교육이 이루어져야 한다고 생각하는 것을 확인할 수 있다.

〈표4-7〉 다양한 직업교육의 필요성

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
전혀 그렇지 않다	6	2.1
그렇지 않다	19	6.6
보통	47	16.3
그렇다	75	26.0
매우 그렇다	142	49.1
합계 (무응답: 37)	289	100.0

장래희망 직업분야에 있어서도 19세 기준으로 구분한 연령에 따라 차이가 있는지 분석해 보았다. 그 결과, 19세 이하 학생들의 경우 전문직이 45.9%로 가장 큰 비중을 차지하고 있는 반면, 19

세 이상 학생들은 서비스직이 48.6%로 가장 많은 응답을 하였다. 이러한 결과는 졸업 후 구체적인 진로계획에서 19세 이하 학생들이 대학 진학에 대한 욕구가 많았던 것과 연관지어 볼 수 있는 부분으로, 대학 진학을 통해 전문직을 꿈꾸는 학생들이 많다는 것을 예상할 수 있다. 또한 19세 이상 학생들 중 안마업에 취업하고자 하는 학생이 많았던 것은 본 문항에서 서비스직을 희망하는 학생이 많은 것과 연관지어 볼 수 있다.

〈표4-8〉 연령에 따른 장래희망 직업분야

(단위 : 명, %)

구분	19세 이하	19세 이상	합계
전문직	67 (45.9)	42 (28.8)	109 (37.3)
관리직	3 (2.1)	3 (2.1)	6 (2.1)
사무직	33 (22.6)	14 (9.6)	47 (16.1)
판매직	2 (1.4)	8 (5.5)	10 (3.4)
서비스직	24 (16.4)	71 (48.6)	95 (32.5)
농·축·임·수산업직	1 (0.7)	1 (0.7)	2 (0.7)
생산직	2 (1.4)	0 (0.0)	2 (0.7)
단순노무직	4 (2.7)	2 (1.4)	6 (2.1)
기타	10 (6.8)	5 (3.4)	15 (5.1)
합계 (무응답: 34)	146 (100.0)	146 (100.0)	292 (100.0)

* 셀의 빈도가 5 미만인 경우가 20% 이상이어서 카이자승 값은 제시하지 않음.

시각장애인을 대상한 고등교육기관의 필요성에 대하여 19세 이하 학생들의 경우 고등교육기관 설립이 필요하다는 응답이 70.7%였으나 19세 이상의 경우 89.0%의 학생들이 고등교육기관 설립이 필요하다고 응답하였다. 나이가 어린 학생들보다는 성인 학생들이 고등교육기관 설립 필요성에 대해 더 공감하고 있는 것을 볼 수 있는데, 이는 바꾸어 말하면 성인보다는 어린 학생들이 통합교육의 필요성을 점차 인지하고 있는 것으로 해석할 수 있다. 이러한 차이는 통계적으로도 유의미($p<0.01$)한 것으로 나타났다.

〈표4-9〉 연령에 따른 고등교육기관 설립의 필요성

(단위 : 명, %)

구분	19세 이하	19세 이상	합계
필요하다	104 (70.7)	129 (89.0)	233 (78.8)
필요하지 않다	43 (29.3)	66 (11.0)	59 (20.2)
합계 (무응답: 34)	147 (100.0)	145 (100.0)	292 (100.0)

$X^2=15.025$, $df=1$, $p<0.01$

4) 타 기관 이용경험

시각장애학생이 진로선택을 위해 타 기관을 이용한 경험이 있는지 질문해 보았다. 타 기관 이용 경험이 있다고 응답한 학생은 99명(30.4%)에 불과하였으며 227명(69.6%)의 학생들이 타 기관을 이용한 경험이 없다고 응답하였다.

〈표4-10〉 진로선택을 위한 타기관 이용경험

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
있다	99	30.4
없다	227	69.6
합계	326	100.0

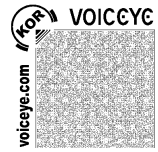
최근 1년간 타 기관을 이용한 횟수는 어느 정도 되는지 알아보았다. 1~3회 정도라는 응답이 51명(53.7%)으로 가장 많았으며, 10회 이상 25명(26.3%), 4~6회 10명(10.5%), 7~9회 9명(9.5%) 순으로 나타났다. 절반 이상의 학생들이 1년에 1~3회 정도 이용한 것을 볼 때 타기관 이용이 진로선택을 위한 상담이나 일회성 체험 수준에 그치고 있는 것을 알 수 있다.

〈표4-11〉 최근 1년간 타 기관 이용 횟수

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
1-3회	51	53.7
4-6회	10	10.5
7-9회	9	9.5
10회 이상	25	26.3
합계 (무응답: 4)	95	100.0

진로선택을 위해 타 기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 99명의 학생에게 타 기관으로부터 제공받은 서비스 내용에 대해 질문한 결과, 직업훈련 41명(42.3%), 직업상담 32명(33.0%), 직업평가와 취업알선이 각각 7명(7.2%) 순으로 나타났다. 즉, 시각장애학생들은 타 기관 이용을 통해 주로 직업훈련과 직업상담에 관한 서비스를 받고 있으나 직업평가와 취업알선에 대해서는 상대적으로 서비스를 받지 못하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 직업평가와 취업알선 서비스에 대한 전문적성이 떨어지기 때문인 것으로 분석된다.



〈표4-12〉 제공받은 서비스

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
직업상담	32	33.0
직업평가	7	7.2
직업훈련	41	42.3
취업알선	7	7.2
기타	10	10.3
합계 (무응답: 2)	97	100.0

타 기관을 이용한 경험이 없다는 응답이 227명으로 상당히 많았는데, 이용경험이 없는 이유는 무엇인지 질문하였다. 타 기관 이용에 대한 정보가 없어서 몰랐기 때문에 87명(41.2%), 필요성을 느끼지 못해서 51명(24.2%), 거리가 너무 멀어서 39명(18.5%), 시간이 없어서 29명(13.7%), 기타 5명(2.4%) 순으로 응답하였다. 기타로는 마땅한 기관을 선택하기가 어려워서, 기회가 없어서, 지원하였으나 떨어져서 등의 응답이 있었다. 타 기관에 대한 정보가 전혀 없거나, 필요성을 느끼지 못하는 학생들이 절반 이상으로 많으며, 타 기관 서비스에 대해 알고는 있으나 시간과 거리상의 제약으로 이용하지 못하는 경우도 있음을 볼 수 있다.

〈표4-13〉 타 기관 이용 경험이 없는 이유

(단위 : 명, %)

구분	빈도	비율
전혀 몰랐기 때문에	87	41.2
필요성을 느끼지 못해서	51	24.2
시간이 없어서	29	13.7
너무 멀어서	39	18.5
기타	5	2.4
합계 (무응답: 16)	211	100.0

V. 결론 및 제언

시각장애인 직업선택의 다양성을 확보하기 위해 시각장애인의 직업교육(훈련)관련 제도와 행정 체계 및 지원서비스 등을 분석해 현 지원체계의 문제점을 살펴보고, 진로선택의 기로에 있는 시각장애특수학교 고등부학생을 대상으로 직업교육과 진로육구에 대한 조사를 실시하여 현재 진행 중

인 지원제도와와의 차이를 밝혀내고자 한다.

연구 결과, 시각장애인의 직업과 관련된 현행 제도는 시각장애인들의 직업 및 진로욕구를 반영하지 못하고 있을 뿐만 아니라 시각장애인들이 다양한 직업을 선택할 수 있도록 하는 기회나 환경을 제공해 주지 못하고 있다는 것을 알 수 있었다.

이는 100여 년간 시각장애특수학교에서 이료교육을 실시해오면서 ‘시각장애인=안마사(업)’라는 인식이 보편화되었고 이로 인해 우리사회는 물론 시각장애인 당사자들도 새로운 직종개발이나 진로에 대한 관심이 부족했기 때문이라고 생각되어 진다. 또한 ‘시각장애인은 공부해봤자 안마사 이외에는 할 것이 없다. 해봤자 소용이 없다’라는 진로에 대한 회의와 자포자기로 인해 다른 직종이나 직역을 개발하거나 도전해보려는 시도가 다른 장애유형보다 상대적으로 적었다고 볼 수 있다.

유보고용제도로써의 안마사제도의 필요성은 인정되었으나 안마사의 전문화와 기술화 등 질적 수준을 끌어올리기 위한 시각장애인들의 자구적이고 자율적인 노력과 관리와 감독이 이루어질 필요가 있다는 제기되었으며 시각장애학생들은 자신의 적성이나 흥미와 관계없이 안마업을 선택할 수밖에 없는 실정에 있었다.

이처럼 우리나라 시각장애인들은 안마사 이외의 다양한 직업을 선택할 기회나 환경이 마련되어 있지 않아 헌법에 보장된 직업의 자유를 보장받지 못하고 있다고 해도 과언이 아니다.

이러한 현재 우리나라 시각장애인들이 보다 다양한 직업을 선택할 수 있는 기회와 환경을 만들기 위해서는 다음과 같은 제도가 개선되어야 할 것으로 보인다.

첫째, 시각장애특수학교, 시각장애인복지관 및 지역사회 복지관, 한국장애인고용공단간의 업무가 중복되어 있어 기관간 연계는 물론 역할 분담이 요구된다.

둘째, 시각장애특수학교의 직업교육과정을 다양화하고 반편성도 장애정도와 실명시기에 따라 이료교육반, 진학반, 직업훈련반 등으로 세분화해야 한다. 이를 위해 시각장애인복지관이나 한국장애인고용공단 등의 유관기관에서 인력을 파견지원 받는 ‘교외 강사제도’를 도입하는 것을 고려해 볼 필요가 있다.

셋째, 시각장애학생들이 다양한 진로에 대한 정보를 얻을 수 있고 상담할 수 있도록 시각장애특수학교에 진로상담실의 설치와 진로담당교사의 배치를 의무화할 필요가 있다.

넷째, 한국장애인고용공단의 경우 다른 여느 기관보다 구인구직에 대한 정보가 많고 장애인의 직업문제와 관련해서는 대표적인 기관인 만큼 시각장애인 전담 직업상담원을 배치해 언제든지 시각장애인들의 상담에 응할 수 있도록 하는 체계 마련이 필요하다고 생각되어 진다.



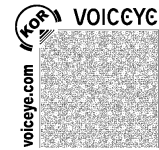
다섯째, 시각장애특수학교 고등부학생을 대상으로 희망직종과 진로육구 파악을 위해 직업능력 평가를 1회 이상 실시할 것을 의무화 할 필요가 있다. 이는 시각장애학생 개인의 직업능력과 육구를 파악함으로써 그에 따른 개별화된 직업교육훈련 프로그램을 구성할 수 있기 때문이다.

여섯째, 전문적이고 특화된 안마사 교육과정이 필요하다. 이를 위해서는 시각장애특수학교에서 실시되고 있는 이료교육과정이나 전공과보다 심화된 전문화된 이료교육을 실시하는 고등교육과정 개설이 필요하다.

일곱째, 교육과학기술부, 보건복지가족부, 노동부로 나뉘어져 있는 시각장애인 직업관련 체계의 연계를 활성화하기 위한 방안이 모색될 필요가 있겠다.

참고문헌

- 권인희(2005). 안마사 자격제도와 직업선택의 자유에 관한 연구. 건국대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 김기태(2001). 시각 장애 고등학교 학생의 진로의식에 관한 연구. 대구대학교 특수교육대학원 석사학위논문.
- 김동복(2004). 시각장애인의 안마직종 고용 정책에 관한 연구. 장애인고용 통권 제52호. 72-88.
- 김영일 · 이태훈 · 장창엽 · 최동익(2004). 시각장애인의 직업재활 및 고용촉진 방안 연구. 장애인고용. 통권 제54호. 51-71.
- 김영일(2005). 시각장애인 직업재활 및 고용촉진 전략 탐색. 특수교육저널 :이론과 실천6(4), 537-562.
- 김정선(2003). 시각장애인의 취업욕구에 미치는 영향요인에 관한 연구: 대전광역시 시각장애인을 중심으로. 대전대학교 석사학위논문. 23.
- 김종인(2005). 시각중복장애학생의 교육적 지원방안 모색. 국립특수교육원.
- 김진태(2005). 시각장애인 직업재활교육의 문제점과 개선방안. 부산대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 박옥희(2006). 장애인복지론. 서울 학문사.
- 박일경(1963). 직업선택의 자유. 사법행정4(8), 4-6.
- 박홍식(2006). 시각장애특수학교 학생의 진로교육에 관한 연구. 단국대학교 특수교육대학원 석사학위논문.
- 보건복지부(2008a). 2009년 장애인복지사업안내.
- 보건복지부 (2008b). 2009년 장애인복지시설 일람표.
- 보건복지부· 한국보건사회연구원(2008). 2008년 장애인실태조사.
- 염희영(2007).보조공학이 시각장애인 근로자의 작업수행 능력과 삶의 질에 미치는 영향. 직업재활 연구 17(2), 121-137.
- 원창희(1994). 대학생의 진로결정과 직업선택. 노동경제논집17(2), pp31-54.
- 이경림(2009). 시각장애학생 교육의 이해와 실제. 서현사.
- 이국주 · 김현중(2008).장애유형별 특화훈련 효과분석. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 이태훈(2005). 시각장애인 재활개론. 월드사이언스.
- 이효성(2008). 시각장애인 안마업 위험판결 관련 헌법재판소 공개변론 쟁점사안 Q&A. 한국장애인 고용촉진공단.
- 한상범(1967). 직업선택의 자유. 사법행정8(11), 4-7.
- 허영 (2003). 헌법이론과 헌법. 박영사. 584.
- Lowenfeld, B. (1971), Our blind children. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Tomas.J.Carroll(1961), Blindness, What it is, What it does and How to Live with it(失明) 橋本征二 監修, 樋口正純 訳, 社会福祉法人日本盲人福祉委員会.



【Abstract】

A Study on the Methods of the System Improvement for Securing Variety of Job Selection of the Blind person

Lee, Mi-Jeong^{*} · Kim, Young-Mi^{**} · Park, He-Kyung^{***}

The purpose of this study is to provide the methods of the system improvement for securing variety of job selection of the blind person. The special job characteristics of the blind person and the support system in education, welfare and labor field for the blind were analyzed through literature research.

Then questionnaires were sent to 450 students enrolled at special high school for the blind person all over the country to know the job course needs of the blind students. 373 questionnaires were returned and 326 ones were used for final analysis. The data was analyzed with the descriptive statistical analysis using SPSS 12.0 and cross-section analysis(χ^2 test) to know the differences between variables.

From returned questionnaires, 75.1% of respondents recognized the need of the various job education and 69.6% answered 'no' in the experience of using other institutions. And there were opinion differences in job course plan ($\chi^2=65.907$, $df=4$, $p<0.01$) and establishing higher education institution ($\chi^2=15.025$, $df=1$, $p<0.01$) according to age.

On the basis of these results, some suggestions on the methods of the system improvement were proposed. The reestablishment of role and function of the institutions for the blind, the variety of job education curriculum for the blind person, the obligatory arrangement of job course counseling office and counselor for the blind students at special schools, the arrangement of full-time counselor for the blind in Korea Employment Agency for the Disabled, the obligation to evaluate job ability of the blind person high school students, the establishment of the specialized medical higher education institution and the linking between related ministries were proposed.

☉ Key Words : Blind person, Job Selection, System

* Korea Disabled People's Development Institute Policy Research Division / Chief of Survey Research Team

** Korea Disabled People's Development Institute Policy Research Division / researcher

*** Korea Disabled People's Development Institute Policy Research Division / Previous research assistant



『장애인복지 연구』 투고 및 심사규정

2010. 1 제정

I. 투고 방법

1. 투고자격

투고자격은 제한하지 않음

2. 투고내용

장애인복지정책 및 임상, 장애학, 장애문제 또는 이와 관련되는 분야의 연구에 한하며, 다른 학술지 또는 간행물에 발표되지 않은 독창적인 내용(단, 석·박사학위 논문의 경우 타 학술지나 간행물에 발표되지 않은 경우에 게재 가능)

3. 발간일정

- ① 연3회 정기적(4, 8, 12월말)인 발간을 원칙으로 함.
- ② 논문 접수기간은 따로 정하지 않고 상시접수를 원칙으로 하나, 심사기간과 발행일을 고려한 접수 마감일은 아래와 같음.
 - 4월 30일 발행본 : 3월 15일(2010년 1호에만 적용)
 - 8월 30일 발행본 : 6월 30일
 - 12월 30일 발행본 : 10월 30일
- ③ 심사과정에 대한 구체적인 일정은 별도로 공고

4. 논문제출

- ① 제출자료 : 투고논문, 논문투고신청서(서식 1)
- ② 제출방법 : 이메일, 등기우편, 인편제출
- ③ 심사료 및 게재료 : 없음
- ④ 접수된 원고는 반환하지 아니함. 단, 투고된 논문의 성격이 본 지와 맞지 않거나 연구윤리에 문제가 있다고 판단될 경우, 논문작성법을 준수하지 않았을 경우에는 논문접수가 반려될 수 있음.

- 주소 : 서울특별시 영등포구 의사당로 22 이룸센터 5층 (우. 150-917)
재)한국장애인개발원 정책연구실 김영미 연구원
- 전화 : 02-3433-0649
- 팩스 : 02-416-9567
- E-mail : kymi@koddi.or.kr

4. 저작권

본 지에 게재되었거나 게재확정인 논문의 저작권은 본 지가 소유하게 되며, 본 지의 허락 없이 임의로 타 지에 게재할 수 없음.

5. 게재편수 및 순서

- ① 게재편수는 매 호마다 6편 내외로 하되 해당 호에 게재되지 않았을 경우에는 다음 호로 이월하여 게재할 수 있음.
- ② 선정된 논문의 게재순서는 투고 순을 원칙으로 하되, 편집위원회가 따로 정할 수 있음.

II. 논문심사원칙

1. 심사위원 선정

심사위원은 편집위원들 중에서 응모된 논문의 주제에 따라 가장 적합한 사람 3인을 선임하며, 편집위원들 중에서 심사위원을 선임하기에 충분하지 않을 경우 편집위원회의 결정에 따라 외부의 인사를 심사위원으로 선임할 수 있다.

2. 심사절차 및 방법

- ① 연구자 무기명 상태로 심사위원 3인에게 제출된 원고 사본을 송부한다.
- ② 한 편의 논문에 대해 3명의 심사위원이 동시에 심사하며, 심사위원은 기본 심사양식인 논문심사평가서(서식 2)에 기초하여 심사한다.
- ③ 논문의 심사기준은 다음과 같이 5개의 평가기준을 바탕으로 한다.

- 주제의 학술성 및 전문성
- 목적의 명료성 및 내용의 일치성
- 연구의 체계와 구성의 타당도
- 연구의 독창성 및 최근 연구동향의 반영도
- 장애인복지분야의 공헌도, 유용성



④ 개별 심사위원의 판정은 다음의 4개 차원에서 이루어진다.

- 게재(○) : 제출된 논문이 별도의 수정없이 게재하기에 적합함
- 수정 후 게재(◎) : 게재하기에 적합하지만 특정 부분에 수정이 필요함
- 수정 후 재심(△) : 게재여부의 판단을 유보하며, 특정부분을 수정한 후 재심사함
- 게재불가(×) : 게재하기에 적합하지 않음

⑤ 심사결과에 따른 판정기준은 아래 심사판정표와 같으며, 심사결과는 심사결과 통보서에 의해 투고자에게 즉시 통보한다.

번호	심사위원A	심사위원B	심사위원C	초심판정	재심판정
1	○	○	○	그대로 게재	-
2	○	○	◎	"	-
3	○	○	△	"	-
4	○	○	×	"	-
5	○	◎	◎	수정후게재	-
6	○	◎	△	"	-
7	○	◎	×	"	-
8	◎	◎	◎	"	-
9	◎	◎	△	"	-
10	◎	◎	×	"	-
11	○	△	△	수정후재심 (B,C)	B,C위원 중 적어도 1명이 게재판정한 경우 게재
12	○	△	×	수정후재심 (B)	B위원이 게재판정한 경우 게재
13	◎	△	△	수정후재심 (B,C)	B,C위원 중 적어도 1명이 게재판정한 경우 게재
14	◎	△	×	수정후재심 (B)	B위원이 게재판정한 경우 게재
15	△	△	△	수정후재심 (A,B,C)	A,B,C위원 중 적어도 2명이 게재판정한 경우 게재
16	△	△	×	수정후재심 (A,B)	A,B위원 모두 게재 판정한 경우 게재
17	○	×	×	"	-
18	◎	×	×	"	-
19	△	×	×	"	-
20	×	×	×	"	-

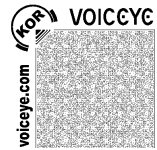
- ⑤ 수정 후 게재(◎) 판정을 통보받은 투고자는 수정논문과 함께 수정사항을 정리하여 작성한 논문수정보고서를 제출하여야 한다.
- ⑥ 수정 후 재심(△) 판정을 받은 논문은 수정논문이 접수 되는대로 수정 후 재심(△) 판정을 내린 심사위원에게 재심을 의뢰한다. 이때 재심판정을 게재 혹은 게재불가만 가능하며 재심판정은 심사판정표에 따른다.

3. 편집 확정

- ① 투고 원고에 대한 심사가 끝나는 대로 편집위원회는 편집회의를 개최하여 심사보고서 최종 검토와 편집을 확정한다.
- ② 게재가 확정되면 저자는 최종본을 편집위원장에게 우편 또는 전자메일로 전달하며, 편집위원장이 최종본을 검토한 후 출판사에 넘긴 후에는 저자가 직접 출판사에 연락하여 논문을 수정할 수 없다. 다만, 명백한 오류 및 오타자 등이 발견되었을 때는 편집위원장에게 수정을 요청할 수 있다.
- ③ 편집자는 투고가 확정된 논문에 대해 논문접수일, 심사완료일, 게재확정일을 정확히 명시한다.
- ④ 동일인(주저자·공저자 모두 해당)이 2편 이상의 논문을 투고하여 모두 심사를 통과하였다 하더라도 통과된 논문은 투고 순에 따라 한 호당 1편씩만 게재된다.
- ⑤ 심사위원은 심사내용에 대해 투고자 이외의 타인에게 누설할 수 없으며 투고자 역시 심사내용을 공공연하게 누설할 수 없다.
- ⑥ 상기 심사원칙은 편집위원회의 심의를 거쳐 수정할 수 있다.

4. 이의신청 및 재투고

- ① ‘게재불가’ 판정에 승복하지 않을 경우 저자는 최종판정결과 통보 후 1주일 이내 1회에 한해 편집위원장에게 이의신청서를 제출하여 재심사를 요구할 수 있다.
- ② 이의신청에 따른 재심사는 새로 3명의 심사위원을 선정하여 진행하며, 심사절차 및 방법은 처음 투고된 논문과 동일하게 적용한다.



Ⅲ. 연구윤리

1. 연구부정행위의 유형

- ① 위조 : 존재하지 않는 데이터 또는 연구결과 등을 허위로 만들어 내는 행위
- ② 변조 : 연구 재료·장비·과정 등을 조작하거나 데이터를 임의로 변형·삭제함으로써 연구 내용 또는 결과를 왜곡하는 행위
- ③ 표절 : 타인의 아이디어, 연구내용·결과 등을 인용없이 도용하는 행위
- ④ 저자의 허위기재 : 연구에 직접적인 공헌 또는 기여한 사람을 고의적으로 배제하거나 기여하지 않은 자에게 논문저자 자격을 부여하는 행위(단, 연구에 작은 기여를 했으나 공동연구자로 포함시키기 어려운 경우에는 각주, 서문 등에 기여사실을 표시할 수 있다)
- ⑤ 중복게재 : 동일한 논문의 내용을 두 개 이상의 출판물에 발표하는 행위(단, 본인의 학위논문, 학술대회 발표논문, 연구보고서의 내용을 축약·수정·보완하여 투고한 경우는 중복게재로 간주하지 아니한다. 이 경우 저자는 원 저작물의 출처를 투고논문에 반드시 명시하여야 한다)
- ⑥ 이중투고 : 동일한 논문을 두 개 이상의 학술지에 동시에 투고하거나, 심사 중인 논문을 타 학술지에 투고하는 행위
- ⑦ 논문의 무단 수정 : 게재판정이 내려진 원고를 출판사에 넘긴 후 편집위원장의 승낙 없이 출판사와 연락하여 내용을 임의로 수정하는 행위
- ⑧ 공적허위진술 : 투고 시 본인의 학력, 경력, 연구업적 등에 대하여 허위로 기재하는 행위
- ⑨ 본인 또는 타인의 부정행위의 의혹에 대한 조사를 고의로 방해하거나 제보자에게 위해를 가하는 행위
- ⑩ 기타 통상적으로 용인되는 범위를 심각하게 벗어난 행위 또는 구체적인 판단이 필요한 경우에 대해서는 편집위원회가 심의하여 결정하도록 함 (예: 자기표절)

2. 연구윤리 위반에 대한 조치

- ① 편집위원장은 연구부정행위를 인지하거나 제보를 받았을 경우, 편집회의를 소집하여 부정행위 여부를 판단하여야 한다.
- ② 연구윤리를 위반한 것으로 판정이 난 경우 편집위원장의 명의로 아래와 같은 조치를 취한다.

- 학술지 논문 목록에서 삭제(한국연구재단, 본지 논문 목록)
- 판정시점으로부터 이후 3년 간 투고 제한
- 위반사실의 공지(한국연구재단 통보, 개발원 홈페이지)
- 위반자에게 경고 및 주의조치

3. 제보자의 권리

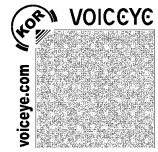
- ① 제보자는 실명제보를 원칙으로 하나, 익명의 제보라도 부정행위의 명확한 내용과 증거를 포함한 경우 이를 실명제보에 준하여 처리한다.
- ② 편집위원회는 제보자가 연구부정행위 신고로 인해 불이익을 받지 않도록 보호하여야 하며, 제보자의 신원이 외부에 공개되지 않도록 조치해야 한다.
- ③ 제보자는 부정행위 신고 이후 진행되는 조사절차 및 일정 등에 대해 알려줄 것을 요구할 수 있으며, 편집위원장은 이에 성실히 응해야 한다.

4. 피조사자의 권리

- ① 편집위원회는 피조사자의 명예나 권리가 침해되지 않도록 주의하여야 하며, 연구부정행위에 대한 최종판단이 이루어지기 전까지는 혐의내용 및 피조사자의 신원을 외부에 공개해서는 아니된다.
- ② 피조사자는 부정행위의 조사절차 및 일정에 대하여 알려줄 것을 요구할 수 있으며, 편집위원장은 피조사자에게 해명기회를 충분히 보장하여야 한다.

5. 편집위원 · 심사위원의 윤리

- ① 편집위원 · 심사위원은 논문의 접수 · 심사 · 게재과정에서 개인적인 이해관계를 배제하고 공정하게 처리하여야 한다.
- ② 편집위원 · 심사위원은 논문의 접수 · 심사 · 게재과정에서 알게 된 정보를 외부에 누설하여서는 안 된다.



논문작성요령

1. 논문의 순서

모든 논문은 아래 제시된 순서대로 집필되어야 한다. 다만, 영문으로 작성된 논문은 영문 초록을 앞으로, 국문초록을 뒤로 배치하되 국문초록을 생략할 수 있다.

- 논문제목
- 저자성명(소속 및 지위)
- 국문초록(500자 이내) 및 주제어
- 본문
- 참고문헌
- 영문초록(250단어 이내, 논문제목, 성명, 소속, 본문, 영문주제어 순) 및 주제어
- 부록(필요한 경우)

2. 분량 및 용지설정

- ① 논문은 워드프로세서(한글 2002 이상)로 작성하며, 논문의 분량(국영문초록, 참고문헌, 부록 포함)은 25쪽 이하로 작성한다.
- ② 용지설정은 아래의 표에 따른다.

용지종류	A4(210×297mm)	
용지여백	위쪽: 20mm 아래쪽: 15mm 왼쪽: 30mm 오른쪽: 30mm	머리말: 15mm 꼬리말: 15mm 제본: 0mm
글자모양	크기: 11pt 글꼴: 휴먼명조	장평: 95% 자간: 0%
문단모양	정렬방식: 혼합 문단여백: 왼쪽 0pt, 오른쪽 0pt 들여쓰기: 2(space bar)	줄간격: 160% 문단위 0pt, 문단아래 0pt 최소공백: 100%

3. 저자성명

- ① 저자는 성명을 표시하고 옆에 소속과 지위를 기재한다.
- ② 논문의 저자는 제1저자, 공동저자 순으로 표기하며, 공동저자는 기여도에 따라 순서대로 표기한다.

4. 국문초록

- ① 국문초록은 논문의 내용을 요약하여 작성하며, 한국 600자 또는 A4 1/2 분량으로 한다.
- ② 국문초록 아래에 3개 이상의 주제어를 제시하여야 한다.

5. 영문초록

- ① 영문초록은 1,000단어 또는 A4 1장 정도의 분량으로 작성한다.
- ② 영문초록은 논문제목, 성명(직위, 소속), 요약, Key words 순으로 작성한다.

6. 본문

- ① 논문의 작성언어는 한글과 영어를 원칙으로 한다.
- ② 인명, 지명 등 고유명사는 원문자를 사용하고 숫자는 아라비아 숫자, 도량형은 미터법을 원칙으로 한다.
- ③ 본문의 항목별 번호는 아래 예를 따른다.

- 항목순서 : I. → 1. → 1) → (1) → ① → 가.
- 항목설정

I . 휴먼명조 16pt, 진하게

1. 휴먼명조 14pt, 진하게

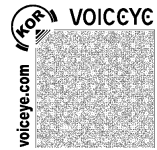
1)휴먼명조 12pt, 진하게

(1) 휴먼명조 11pt, 진하게

① 휴먼명조 11pt

가. 휴먼명조 11pt

- ④ 표와 그림은 아래 예시와 같이 일련번호를 부여하며, 표제목은 표의 상단 중앙, 그림 제목은 그림의 하단 중앙에 제시한다.
(예) <표 1>, <표 2>… [그림 1], [그림 2]…



7. 문헌의 인용

① 본문 내의 문헌인용은 다음과 같은 형식으로 제시한다.

- 본문 해당처에 괄호 처리하여 저자, 발행년도, 필요한 경우 인용페이지를 표기한다.
 예 1 : 이 문제에 대하여 홍길동(2009)은
 예 2 : 한 연구(홍길동, 2009)에 의하면
 예 3 : 최근의 연구(홍길동, 2009; Robert, 2007: 127)에 의하면
- 직접 인용문에는 인용부호를 달고 페이지를 표시한다.
 예 1 : 홍길동(2009)에 의하면 “.....”(p.115)
 예 2 : 한 연구에 의하면 “.....” (홍길동, 2009 : 115)
- 저자가 다수일 경우 2인까지는 모두 표시하되, 3인 이상은 첫 자만 표시하고 그 다음은 국문일 경우 ‘○○○ 외’, 영문인 경우 ‘한글표기(○○○) 외’로 나타낸다.
 예 1 : 홍길동 외(2009),
 예 2 : 로버트(Robert) 외(2007)

8. 참고문헌

① 참고문헌의 작성은 다음과 같은 형식으로 제시한다.

- 논문의 말미에 국문, 중국어, 일본어 등 동양(한자사용권) 문헌부터 가나다순으로 제시하고 그 다음에 영문 등 알파벳으로 표시된 저자의 문헌을 제시한다.
- 같은 저자의 저서가 여러 개 있는 경우는 출판년도 순으로 기록하고, 같은 해에 쓰여진 것은 본문의 인용된 순서에 따라 출판된 연도 뒤에 (a), (b), (c)를 첨가하며(예: 2000(a), 2000(b)) 이 때 맨 앞의 저자 이름은 반복을 피하고 _____로 대체한다.
- 단행본과 논문의 제목은 첫 단어만 대문자로 표기하고, 나머지는 모두 소문자로 표기한다. 단, 정기간행물의 책명은 각 단어를 대문자로 표기한다.
- 참고문헌은 다음과 같은 형식으로 제시한다.
 예) 국문 단행본 : 저자명(발행연도). 도서명. 발행처.
 예) 영문 단행본 : 저자명(발행연도). 도서명(이탤릭체). 발행처 : 발행소.
 예) 국문 논문 : 저자명(발행연도). 제목. 잡지명. 권호. 게재페이지.
 예) 영문 논문 : 저자명(발행연도). 제목. 잡지명(이탤릭체). 권호. 게재페이지.
 예) 학위 논문 : 저자명(발행연도). 제목. OO대학교. OO학위논문.
- 참고문헌의 예.

① 단행본

김태희(2009). 아이리스. 한국방송공사.

송혜교·원빈(2008). 그들이 사는 세상. 한국방송공사.

Esping-Andersen, Gosta(1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey : Princeton University Press.

② 학위논문, 학술지, 자료집, 보고서, 신문

이순재(2009). 주연배우의 지명도가 시청률에 미치는 영향 : 문화방송 드라마 프로그램 중심. OO대학교 OO학위 논문.

유재석(2009). 진행자의 올바른 언어 사용 방법에 관한 연구 : 버라이어티 프로그램 진행자를 중심으로. 국어교육 11호 100-120.

강호동(2009). 진행자의 올바른 언어 사용이 시청률에 미치는 영향 연구. 미디어교육 40(3), 200-235.

이윤석(2009). 국영방송과 민영방송의 차별화 과제. 한국방송모니터링학회 2009년 추계학술대회 자료집. 30-44.

보건복지가족부(2009). 2009년 장애인복지사업 안내.

한겨레신문. 2009. 11. 25. “세종시로 갈 연구기관들 이전 힘들다”.

Mason, Marry Ann(1992), Standing Still in the Workplace ; Women in Social Work and Other Female-Dominated Occupations. *Journal of Women and Social Work* 7(3): 23-43.

Hong, Kil Dong(2000), Schooling and Employment of Married Women in Korea. Unpublished Ph. D. Dissertation, University of Michigan.

9. 논문저자 및 심사정보 표시

① 편집위원장은 학술지 발행 시 영문초록 하단에 제1저자와 교신저자를 표시하고 이메일 주소를 명기하도록 한다.

② 편집위원장은 논문게재가 확정된 논문의 투고일, 심사기간, 게재확정일을 영문초록 하단에 표시해 발행하도록 하며, 표시기준은 아래와 같다.

- 투고일 : 논문투고신청서 및 투고논문이 도착한 날짜
- 심사기간 : 심사위원에게 심사의뢰한 날부터 ‘그대로 게재’ 논문은 최종심사결과가 나온 날짜, ‘수정 후 게재’ 논문은 수정논문이 제출된 날짜, ‘수정 후 재심’ 논문은 재심 결과가 나온 날짜까지
- 게재확정일 : 편집위원장이 게재확정을 내린 날짜

편집위원장

이용복(한국장애인개발원 정책연구실장)

편집위원

권선진(평택대 사회복지학과 교수)
김용득(성공회대 사회복지학과 교수)
김정희(한국장애인개발원 정책연구실 선임연구원)
김종인(나사렛대 인간재활학과 교수)
박을중(사회복지공동모금회 사무총장)
백은령(충신대학교 사회복지학과 교수)
변경희(한신대 재활학과 교수)
양숙미(남서울대 사회복지학과 교수)
오혜경(가톨릭대 사회복지학과 교수)
이미정(한국장애인개발원 정책연구실 선임연구원)
이성규(서울시립대 사회복지학과 교수)
이승기(성신여대 사회복지학과 교수)
조한진(대구대 사회복지학과 교수)
차현미(문화관광부장관 정책보좌관)

「장애인복지 연구」 제1권3호 Disability & Social Welfare

발 행 일 : 2010년 12월 30일

발 행 처 : (재)한국장애인개발원

서울시 영등포구 여의도동 17-13 이룸센터 5층

발 행 인 : 이용홍

대표전화 : 02-3433-0600

팩 스 : 02-416-9567

홈페이지 : <http://www.koddi.or.kr>

인 쇄 처 : 한국척수장애인협회(031-421-8418)
