

지역사회 정신장애인의 자기결정에 관한 사회복지사와 당사자의 주관적 인식 분석

박 정 임*
(서일대학)

이 금 진
(한양여자대학)

본 연구는 지역사회 정신보건현장에서 서비스 제공자(사회복지사)와 수요자(정신장애인 당사자)를 대상으로 Q방법론을 적용하여 정신장애인의 자기결정에 대한 인식유형과 특성을 파악하고자 하였다. 관련전문가에 대한 심층면접과 문헌고찰을 종합적으로 분석하여 34개의 Q표본을 선정하였고, 지역사회에서 재향중인 정신장애인과 사회복지사 총 46명을 P표본으로 표집하여 분류하도록 하였다.

연구결과 분류된 자기결정에 대한 인식은 “절대적 권리로서 주도적 자기결정형”, “상대적 가치로서 의존적 자기결정형”, “잠재된 능력으로서 반응적 자기결정형”의 3가지 유형으로 도출되었다.

본 연구결과는 지역사회 정신보건현장에서 다양한 시각 차이를 나타내는 정신장애인의 자기결정에 대한 개념을 구체화함으로써 논의를 보다 명확하게 하고, 이를 바탕으로 역량강화를 지향하는 구체적인 실천이 가능하도록 전문가 및 소비자의 교육프로그램을 개발하는데 필요한 함의를 제공할 것이다.

주요용어: 지역사회 정신보건, 정신장애인, 자기결정, Q방법론

이 논문은 2009년도 서일대학 교내연구비 지원으로 이루어졌음

* 교신저자: 박정임, 서일대학(strjung@seoil.ac.kr)

■ 투고일: 2010. 10. 1

■ 수정일: 2010. 11. 18

■ 게재확정일: 2010. 12. 5

I. 서론

최근 역량강화관점(empowerment perspective)¹⁾에서 변화된 실천을 하고자 하는 재활 전문가들의 노력과 전체 장애인계의 ‘당사자주의 운동’의 연대 속에서 정신장애인은 정신보건시스템의 이용자(user) 혹은 소비자(consumer)로의 역할변화를 꾀하고 있다. 정신장애인 당사자의 ‘참여’와 ‘자기결정’이 서비스의 가장 중요한 결정요소로 인식되기 시작하였으며, 지역사회 정신보건 현장²⁾에서는 정신장애인의 주관적 관점에 귀 기울이며, 역량강화실천 및 회복 지향 시스템(recovery-oriented system)을 추구하고자 노력하고 있다(이용표, 1999; 양옥경, 2000; 김연희 · 하경희, 2005).

그러나 지역사회 정신보건현장에서는 정신장애인의 자기결정에 대해 다양한 시각차이가 존재하는 것이 사실이다. 서미경, 김재훈, 이진향(2008)에 따르면 정신장애인의 자기결정을 인권적 측면에서 볼 때, “병식(insight)³⁾이 결여된 정신장애인 당사자의 ‘최적의 치료’를 제공한다는 온정주의(paternalism)에 의해 입·퇴원을 비롯한 치료전반에 있어 정신장애인은 결정의 주체로 인정받지 못하는 게 현실이다.”라며 정신장애인의 인권과 관련된 패러독스를 제시하고 있다. 특히 강제입원과 관련하여 정신장애인의 치료적 이득을 위해 일시적으로 자기결정권을 제한할 수 있다는 주장(Grudinskas, 2002)과 위급상황을 제외하고는 자유권과 자기결정권을 보장해야 한다는 주장(Lindsey & Paul, 1989; 서미경 등, 2008 재인용)이 팽팽히 존재한다. 전문가와 정신장애인 당사자의 ‘치료와 보호’에서의 자기결정권행사에 대한 서미경(2003)의 연구에 따르면 전문가들은 자기결정권의 제한을, 정신장애인은 모든 영역에서 권리가 보장되어야 하며, 입원과 치료에 대한 판단 주체 역시 스스로여야 하는 함을 주장하는 등 시각의 차이가 크게 나타나고 있다.

그렇다면 입원단계가 아닌 지역사회에서 재활하고 있는 정신장애인의 자기결정은

-
- 1) 역량강화관점은 사회복지실천에 있어 역기능, 질병, 결함 등 전통적 병리모델에서 벗어나 클라이언트의 기회와 자원연결, 권한부여를 통해 환경에 대한 통제력을 증가시키고자 하는 새로운 실천의 준거틀이다(Saleebey, 1996).
 - 2) 지역사회 정신보건현장: 지역사회에 거주하는 정신장애인의 지역사회복귀를 돕기 위한 다양한 사회복귀시설을 의미한다.
 - 3) 병식(insight): 스스로 정신적 질환이 있음을 인지하는 것

어떻게 이뤄지고 있는가? 환자로써 진단받고, 분류되는 병리모델에서 살아남아 지역 사회에서의 삶을 살길 원하는 이들에게도 자기결정권 행사는 논란의 영역이어야 하는 지 살펴볼 필요가 있다. 선행연구에 따르면 정신장애인은 장기간 병원에 입원하는 등 시설 내 처우를 비롯하여 지역사회 재활과정 속에서도 자신의 삶에 대한 통제력을 상실하고, 학습된 무기력을 경험하는 것으로 나타났다(Seligman, 1975 ; Peterson, Maier, & Seligman, 1993). 당사자 내러티브 연구에 의하면, 자신들의 삶에 영향을 미치는 중요한 결정에 대한 통제 경험부족으로 지역사회에서도 자기결정을 스스로 할 수 없다는 '태도상의 장애(central attitudinal barrier, Deegan 1992 : 12)'를 경험한다고 보고하고 있다.

지역사회에서의 정신장애인 역량강화실천과 관련된 연구에 따르면 정신장애인의 자기결정권은 서비스 제공자, 정신장애인 당사자, 그 가족에 의해 각기 다른 이해 속에 쓰이고 있다(Manning, Zibalses-Crawford, & Downey, 1994). 정신장애인들은 지역사회 서비스 기관 내에서 자기결정을 내리는데 어려움을 나타냈고, 서비스 제공자 역시 어떻게, 어떤 범위에서 자기결정을 할 수 있도록 도와야 하는지 혼란스러워 하였다. 이를 통해 병원과 지역사회라는 정신장애인의 존재의 위치가 변한다고 하여 정신장애인의 자기결정권 행사가 보다 쉽게 이뤄지는 것이 아니라는 것을 알 수 있다.

이와 같이 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정과 관련된 실천의 제한성은 자기결정에 대한 구체적인 개념정립이 필요함을 시사해 준다. 정신장애인의 자기결정에 대한 개념적 인식과 범위가 모호할수록 역량강화를 지향하는 실천은 단순한 지향점과 실천담론 수준에 머물 수 있다. 즉, 자기결정에 대한 개념이 모호할수록 실질적인 실천방안 및 지침개발을 어렵게 하고, 관련한 논의들도 당위적 필요성으로 단순화 시키거나 의사소통의 제한을 가져오게 된다. 그러므로 정신보건현장에서 서비스를 제공하는 사회복지사와 정신장애인 당사자의 자기결정에 대한 주관성(subjectivity)을 담고 있는 개념적 인식을 파악하는 것이 필요하다.

이에 본 연구는 지역사회 정신보건현장에서 사용되는 정신장애인의 자기결정에 대한 사회복지사와 정신장애인의 주관적 의미를 파악하고자 한다. 즉, 자기결정의 개념에 대해 문헌검토를 하고, 정신보건맥락에 있는 다양한 주체들이 자기결정을 어떻게 개념화하고 있는지 발견하고 유형화하는데 목적이 있다. 이를 통해 지역사회 정신보건현장에서의 역량강화실천과 전문가 교육, 프로그램 개발 등의 영역에서 정신장애인의

자기결정을 실현해 내기 위한 기초자료로 삼고자 한다.

II. 문헌고찰

1. 자기결정의 개념

자기결정의 개념은 오래 전부터 법학, 심리학, 특수교육, 사회복지학 등 여러 분야에서 사용되어 왔으며, 그 의미나 강조점은 분야마다 다양한 상황이다. 학문 분야별로 강조하고 있는 개념적 정의를 살펴보면 다음과 같다.

먼저 법학에서 볼 때, 역사적으로 자기결정은 국가나 소수인종의 자치를 위한 권리와 관련된 개념으로 생각되었다. 자기결정은 개인의 자기결정이라는 의미에서 사용된 것이 아니라 국민의 자기결정이라는 의미로 사용되었다. 이후 사회가 다원화되고 개인의 권리가 강조됨에 따라 자기결정은 ‘개인의 권리’라는 측면에서 논의가 되고 있고 자기결정권의 헌법적 근거도 주로 프라이버시권과 관련해서 논의되고 있다(정규원, 1999).

심리학 분야에서 자기결정은 ‘동기’와 ‘욕구’의 의미가 강조되고 있다(류숙렬, 2002). 일례로, Deci와 Ryan(1985)는 자기결정의 심리를 연구하면서 자기결정이란 “외적인 힘이나 압력에 의한 강요에 의한 것이 아닌, 스스로 선택을 하고, 이러한 선택에 따라 자신의 행동을 결정할 수 있는 능력이상의 개념으로 개인의 동기화된 행동을 완성시키는 데 기여하는 본질적인 내적 욕구”라고 정의하였다.

특수교육분야에서 자기결정은 궁극적으로 달성해야 할 교육적 성과로서 개념화되고 있다(박성우·김용욱, 2005; 신은희·이영철, 2008). 특수교육분야의 Ward(1988)는 자기결정이 성인으로 접어드는 개인에게 중요한 목표가 된다고 보았다. 그는 자기결정이란 “개인들이 자기 스스로 목표를 구체화하려는 태도이며 이러한 목표를 성취해 나갈 수 있는 능력”이라고 정의하였으며, 자기결정의 기초가 되는 특성으로 자아실현, 자기주장, 창의성, 자부심, 자기옹호 등을 들었다. 특수교육 분야에서 가장 많이 인용되고 있는 Wehmeyer(1992)의 정의를 살펴보면, 자기결정은 “자기 삶의 주요한 원인이 되는 행위자로서 행동하며, 자신의 삶에 질에 관한 선택과 결정을 함에 있어서 부당한

외부의 영향이나 간섭으로부터 자유롭게 선택을 내리기 위해 요구되는 태도나 능력”이라고 하였다.

한편, 사회복지학에서 자기결정은 사회복지실천의 역사 속에서 강조되어 온 개념으로써, 이것은 인간의 기본적 욕구이자 권리이며 사회복지실천의 핵심적 가치로써 논의되고 있다(Pojman, 2002; 김기덕 2002 재인용). 사회복지실천에서 자기결정의 개념 중 중요하게 간주되어 온 요소들이 있지만, 그 중에서도 자기결정의 개념과 관련하여 강조되어 온 몇 가지 의미들을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 사회복지실천에서 자기결정은 클라이언트의 ‘중대한 권리’라는 의미가 강조되고 있다(오혜경, 2006). 클라이언트의 자기결정의 원칙을 천명한 Biestek(1951)는 자기결정이 클라이언트의 중요한 권리라는 측면을 강조하면서, “인간은 자기가 궁극적으로 생각하는 생의 목적을 달성하려는 방식으로 자신의 삶을 살아갈 책임이 있다. 즉, 인간은 자기결정의 책임과 함께 자기 자신의 생을 살아가기 위한 수단을 선택하고 결정할 본질적이고도 양도할 수 없는 권리를 갖는다”고 하였다(오혜경, 2006 재인용).

그러나, 역사적으로 볼 때 1950년대까지 사회복지실천에서는 클라이언트의 자기결정이 권리라는 인식은 부족하였고 대신에 국가나 이를 대신한 사회복지사의 온정주의적 실천 활동이 더욱 인정을 받고 있었다. 그러다가 1960년대 장애인의 자립생활운동이 등장하면서 자기결정은 클라이언트의 권리라는 인식이 강조되기 시작하였다. 그리하여, 현재 사회복지실천에서 클라이언트의 자기결정은 중요한 권리이자 사회복지개입의 궁극적 목표로써 강조되고 있다(이영미, 2004).

둘째, 사회복지실천에서 자기결정은 ‘자율성’과 ‘자유로운 선택’의 의미가 강조되고 있다. 자율성은 자기 스스로 동의한 것만 실행하고 외부의 압력 없이 자발적으로 받아들인 의무 외에는 받아들이지 않으며, 개인 스스로 주인 역할을 하는 것이다. 다시 말하면, 사회복지실천에서 클라이언트의 자기결정은 자율적으로 자신의 결정방식에 따라 행동하고 스스로 행동을 조절하고, 심리적 역량의 방식으로 사건을 시작하여 반응하고 자아실현적인 방식으로 행동하도록 하는 것을 의미하고 있다(오혜경, 2006).

셋째, 사회복지실천에서 자기결정은 ‘사회복지의 가치’라는 의미가 강조되고 있다. Biestek & Gehrig(1978)은 ‘인간이 타고난 가치와 존엄성을 지켜주는 것이 사회복지분야의 최고의 가치’임을 강조하면서 ‘클라이언트의 자기결정은 바로 이런 최고 가치의 논리적 귀결인 동시에 시금석이기도 하다’라고 주장하였다. 그들은 클라이언트의 자기

결정 개념자체가 논쟁의 대상이 됨을 인정하면서도 자기결정은 '사회복지가치체계의 초점'이 되어야 한다고 강조하였다(오혜경, 2006 재인용).

넷째, 사회복지실천에서 자기결정은 일정부분 '제한' 될 수 있다는 의미가 받아들여지고 있다. 오혜경(2006)은 자기결정의 개념이 사회복지전문직에 있어서 대단히 중요하게 여겨지고 있기는 하나, 클라이언트의 자기결정이 모든 상황에 적용되는 절대적인 권리가 아니라는 점에 대부분의 사회복지사들이 동의하고 있다는 점을 지적하였다. 실제로 1997년 개정된 미국의 사회복지사 윤리강령을 보면, 사회복지사는 클라이언트의 자기결정을 존중하고 향상시켜야 하며 클라이언트 스스로 자신의 목표를 확인하고 명확히 할 수 있도록 도와야 한다고 하면서도 사회복지사는 다음의 경우에 한하여 클라이언트의 자기결정권을 제한할 수 있다고 하였다. 즉, 사회복지사의 전문적인 판단, 자신이나 타인에 대한 심각한, 예측가능하며 즉각적인 위험을 가할 행동이나 잠재적 행동이 있을 경우에는 제한할 수 있다고 하였다(오혜경, 2006).

결국, 사회복지학에서 자기결정은 사회복지실천의 핵심적 가치이자 클라이언트의 중요한 권리이며 자율성과 선택의 의미가 강조되고 있지만, 사회복지전문직에 의해서 제한될 수 있는 개념이 강조되고 있는 것을 알 수 있다.

종합적으로 자기결정의 개념은 분야마다 시민권적인 권리, 내적인 욕구, 자유로운 선택이 가능한 능력 등으로 관점에 따라 차이를 나타내고 있으며, 아직까지 보편적이고 타당한 자기결정의 개념정의는 없는 상황이다. 또한, 사회복지분야에서 자기결정은 사회복지사의 실천윤리와 가치로서 매우 중요한 개념이라 인식은 되고 있으나, 이와 관련된 현장의 인식과 관련된 구체적인 연구는 매우 부족한 실정이다. 이에 본 연구에서는 지역사회 정신보건현장에서 서비스 제공자와 정신장애인 당사자가 자기결정에 대해 어떻게 인식하고 있는지 개념적 범위를 살펴보고자 한다.

2. 정신장애인의 자기결정에 영향을 주는 정신보건서비스의 맥락

장애인의 자기결정은 장애인 권리를 연구하는 분야에서 상당히 강조된다(Hahn, 1984 ; Kailes, 1988). 자신의 삶을 통제하는 권리의 관점에서 자기결정을 살펴볼 때 자기결정과 역량강화는 상호대체 가능한 개념으로 사용되기도 한다(Wehmeyer & Schwartz, 1998). Manning, Zibalses-Crawford, & Downey(1994)는 지역사회 정신보건

현장에서 서비스를 받고 있는 정신장애인과 가족의 역량강화를 위해 3년 동안 운영된 시범 프로젝트에 대한 평가에서 역량강화의 주요한 경험으로 자기결정을 제시하고 있다. 이 연구에서 정신장애인들은 자신의 삶을 선택하고 통제하는 것이 자기결정이라고 인식하였고, 자신의 결정에 대한 책임을 질 때 회복력이 생긴다고 설명하였다.

선행연구를 통하여 이러한 정신장애인의 자기결정에 영향을 주는 정신보건서비스의 맥락을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 자기결정이 가능한 기회가 제공되는 서비스 환경이다(Manning, Parsons, & Silver, 1997). 기회는 정신장애인이 참여하고, 위기를 택하며, 결정하는 것을 배우는 창구이다. 의사 결정의 기회를 만듦으로써 선택하고, 결정하고, 배울 수 있는 경험이 쌓이게 된다. 자기결정을 강조하는 연구물에서는 정신보건서비스를 제공하는 사회복지사들과 전문가들이 정신장애인의 선택의 범위를 미리 결정하고 제한한다고 본다(Mackelprang & Salsgiver, 1996). 모든 서비스 내용을 선택할 수 있는 기회로 바라볼 때 “주요 태도상의 장애”(Deegan, 1992 : 12)의 변화와 자기결정을 강화하는 데 도움이 된다.

둘째, 시설화의 의도하지 않은 영향이다(Manning et al., 1994). 정신장애인에게 나타나는 순응과 의존의 경향성은 자신의 삶의 일부를 병원, 지역사회 정신보건체계에서 보낸 정신장애인에게 매우 뚜렷이 나타나는 현상으로(김연희·하경희, 2005; 이금진, 2007), 정신장애인의 자기결정을 향한 의지와 동기에 영향을 미친다. 정신장애인은 삶의 결정을 내리는 데 있어 자신의 직감보다는 타인(치료자, 전문가, 가족 등)들의 지시와 결정에 따르도록 교육받아 왔고, 또한 환자의 역할에 순응하도록 압력을 받은 경험이 있다(이경아, 2004; 김연희·하경희, 2005). 치료환경에 적합한 정신장애인의 순응적 행동과 태도는 스스로의 자기결정에 도움이 되지 않는다.

셋째, 정신장애인이 자기의사를 표현하고, 타인에 의해 받아들여지는 존중(respect)의 경험을 통해 자기결정이 증진된다(최희철 외, 2006). 존중은 정신장애인들이 자신의 이야기를 말할 수 있고, 자신의 가치관을 표현할 수 있는 안전한 서비스 환경에서 경험될 수 있다. 존중받는 경험을 통해 정신장애인은 자기 확신이 증진되고, 자신의 삶을 이끌어 나가는 동기를 강화시킨다.

넷째, 상호연대는 정신장애인의 만성적인 소외를 막을 수 있는 망(webs)을 만드는 것으로 다양한 자조집단 등의 상호연대를 만들어 가는 기술은 개인적·정치적 활동을

통해 정신장애인의 삶의 질과 자기결정을 증진시킨다(Manning et al., 1997).

다섯째, 전문가들의 지역사회 접근정보에 대한 지식과 노력이 정신장애인의 자기 결정에 영향을 준다(Berrol, 1979). 정신보건현장의 전문가들은 치료중심의 의학적 정보에서 벗어나 정신장애인들이 보다 유익한 선택을 할 수 있도록 서비스의 범위를 좀 더 확장시키도록 노력해야 하며, 전통적인 재활서비스에 부가하여, 좀 더 상층으로 이동하고 지역사회에 접근할 수 있는 서비스를 찾아내고 인식하도록 돕는 것이 필요하다(Berrol, 1979 : 457).

마지막으로, 정신보건서비스를 제공하는 사회복지사 및 원조전문가들과의 관계가 정신장애인의 자기결정에 영향을 준다(Kailes, 1988 ; Mackelprang & Salsgiver, 1996 ; Zola, 1983). 전문가와 정신장애인간의 동등한 파트너십을 갖는다는 것은 신뢰를 촉진하고 정신장애인에게는 보다 결정의 권한을 갖게 되는 것을 의미한다. 전문가와 정신장애인간의 관계는 지지와 옹호를 통해 지역사회의 한 구성원으로서의 참여와 소속감을 경험하게 된다. 그러나 실제 정신보건현장에서 전문가와 정신장애인간의 동등한 관계와 권한은 모호한 부분이 많다.

이렇듯 정신장애인의 자기결정에 영향을 주는 다양한 정신보건서비스의 맥락을 정리해 볼 때, 맥락을 구성하는 두 역할 주체인 정신보건현장의 전문가와 정신장애인의 상호작용이 무엇보다 중요하다고 할 수 있다. 앞서 살펴본 Manning et al.(1994)의 연구에서도 전문가와 정신장애인이 자기결정과 관련된 상호간의 인식차이가 결정의 권한을 실제 어떻게 나누어야 하는지 모르는 실천의 어려움으로 연결되듯이 이들의 자기결정에 대한 인식을 보다 중점적으로 파악할 필요가 있다.

Ⅲ. 연구방법

1. 연구설계

본 연구는 지역사회 정신보건현장에서 각 주체별로 자신의 특성과 경험적 맥락에 따라 정신장애인의 자기결정에 대한 다양한 생각들이 공존하고 있을 것이라는 가정에서 사회복지사와 정신장애인의 주관적 인식들이 어떤 형태로 나타나고, 분류되는지 파악

하고자 한다.

이를 위해 Q방법을 사용하여 정신보건서비스 현장에서의 자기결정에 대한 유형별 특성을 분석하고자 하였다. Q방법론은 ‘외부로부터 설명’하는 방법이 아닌 ‘내부로부터 이해’ 하는 접근방법으로서 연구자의 조작적 정의가 아닌 응답자 스스로 그들의 의견과 의미를 만들어 가는 조작적 정의의 개념 즉 조작적 주관성(operant subjectivity)을 사용한다(Stephenson, 1953; 박경수, 2006 재인용). 이는 연구자의 가정이 아니라 행위자의 관점에서 시작되는 것이며 여기에 사용되는 Q진술문은 모두 응답자의 자아 참조(self-reference)적인 의견 항목으로 구성되어 진다(김현수·원유미, 2000). 자기결정에 대한 어떤 정의나 개념을 미리 가정하지 않는 대신 조사대상자들이 진술문을 분류하는 행동을 해석하고 그 의미를 조사대상자의 주관적 인식으로 해석하는 것이다.

2. 연구절차 및 분석

연구절차는 <표 1>과 같다. 연구절차의 첫 단계에서 Q표본을 선정하기 위해 Q 모집단을 표집하고, Q표본을 선정하며 이에 따라 Q카드와 표본 분포도를 준비한다. 두 번째 단계에서 P표본을 선정하며, 세 번째 단계에서 Q표본을 분류한다. 그리고 마지막 단계에서 통계적 분석을 통해 의미를 유형화한다.

가. Q표본의 선정

(1) Q 모집단의 구성

Q모집단을 표집하기 위해 심층면접과 관련문헌을 분석하여 총 300개의 진술문을 추출하였다.

① 심층면접을 통한 Q모집단 표집: 심층면접에서 다양한 진술을 확보하기 위하여 정신보건관련 교수, 정신보건기관 시설장 등 4명을 선정하였다. 심층면접에서는 자기결정주의에 대해 실제 생각하고 행동하는 패턴에 대해 구체적으로 질문을 던짐으로써 실제적인 생각을 파악하는데 초점을 두었다. 심층면접의 질문은 공동연구자와의 검토를 통해 확정하였다. 이러한 심층면접을 통해 약 150개의 진술문을 확정하였다.

② 문헌을 통한 Q모집단 표집: 자기결정과 관련된 서적과 관련연구에서 진술문을

표 1. 분석절차 및 내용

<p>1단계: Q표본 선정</p>	<p>① Q모집단 표집 - 심층면접과 문헌조사를 통해 약 300개의 진술문 수집 - 진술문을 약 50개의 범주로 분류->최종 34개로 범주정리 ② Q표본의 선정 : 최종 상이한 의미의 범주대표진술문 34개 ③ Q카드와 Q표본 분포도 준비</p>
↓	
<p>2단계: P표본 선정</p>	<p>① 정신보건기관의 사회복지사와 정신장애인 46명 선정</p>
↓	
<p>3단계: Q표본 분류</p>	<p>① 정상분포에 따라 34개 진술문을 조사대상자의 의견에 따라 분류 ② 양극단을 선택한 진술문과 관련된 조사대상자의 의견파악</p>
↓	
<p>4단계: 자료처리 및 분석</p>	<p>① Q요인 분석 ② Q유형분석을 통해 소비자주의 개념화 유형도출</p>

추출하였다. 정신보건 사회복지, 심리학, 특수교육학, 장애인복지학을 중심으로 다양한 문헌을 참고하여 150개의 진술문을 추가적으로 확보하였다.

표 2. 심층면접 기본질문

<p>Q1. 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정이 무엇이라고 생각하십니까? Q2. 재활중인 정신장애인에 대한 자기결정의 적용이 가능하다고 생각하십니까? Q3. 재활중인 정신장애인에 대한 자기결정의 적용시 어려움이 발생하는 사항은 어떤 것입니까? Q4. 재활 단계에 있는 정신장애인에 대한 자기결정을 실천하는 방법은 무엇이라고 생각하십니까? Q5. 재활 단계에 있는 정신장애인에 대한 자기결정이 존중되기 위하여 사회복지사는 어떤 역할을 해야 한다고 생각하십니까? Q6. 재활 단계에 있는 정신장애인에 대한 자기결정이 실현되면 구체적인 결과가 어떻게 나타납니까?</p>

(2) Q 표본의 선정과 준비

Q표본을 선정하기 위하여 300개의 모집단 문항을 놓고 자기결정주의에 대하여 범주화될 때까지 여러 번 반복하여 읽으면서 분류하였으며, 이를 통해 ‘자기결정의 개념’, ‘자기결정의 적용 및 실천방향’, ‘자기결정시 주체별 역할’, ‘자기결정의 산물’의 유목으로 나누어졌다. 이러한 범주에 해당되는 진술문들을 공동연구자와 Q방법론 전문가 1인의 검토와 수정을 거쳐 구조화하여 추출하고 진술문들을 긍정, 부정, 중립 등으로 조정하여 최종 34개의 Q표본을 선정하였다. Q표본 선정된 문항들을 카드화하고, Q분포도를 준비하였다.

표 3. 최종 선정 Q표본

진술문
1. 정신장애인에게 자기결정은 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리이다.
2. 정신장애인에게 자기결정은 치료를 받을 권리보다 우선한다. (즉, 약복용 여부 등 치료의 거부 권리도 정신장애인에게 있다.)
3. 정신장애인에게 치료내용에 대한 결정(치료병원 선택, 약복용량, 약종류 변경 등)도 자기결정에 속한다.
4. 정신장애인의 자기결정은 가족의 동의보다 우선적이다.
5. 정신장애인의 자기결정은 전문가(의사·간호사, 사회복지사, 심리사 등)의 의견보다 우선적이다.
6. 정신장애인의 자기결정이 어려운 이유는 스스로 가족이나 전문가의 선택이 더 옳다고 믿고 결정을 위임한다는데(맡기는데) 있다.
7. 정신장애인의 자기결정이 어려운 이유는 스스로 ‘능력이 제한된 환자’라는 생각에서이다.
8. 정신장애인의 자기결정이 어려운 이유는 책임에 대한 두려움 때문이다.
9. 정신장애인도 양성증상이 있으면 취업의 욕구 등에서 자기결정권이 제한되어야 한다.
10. 정신장애인의 자기결정준중은 사회복지사의 실천윤리이며 원리이다.
11. 정신장애인에게 자기결정은 서비스 내용 및 전달방식(시간활용, 프로그램 참석여부, 면담시간과 장소의 결정, 취업결정, 취업지 선택)에 대한 다양한 선택권을 갖는 것이다.
12. 정신장애인에게 자기결정은 실패의 가능성이 높을 경우에도 존중받는 것이다.
13. 정신장애인의 자기결정에 정신장애인과 사회복지사의 동등한 권한이 있다.
14. 정신장애인의 자기결정권 행사는 스스로 자발성을 증진시키고 성인이 되는 경험을 하게 한다.
15. 정신장애인의 자기결정권 행사는 이타성, 자신감, 책임감 등의 능력을 증진시킨다.
16. 정신장애인의 자기결정권 행사를 위해서는 전문가(의료인, 사회복지사, 심리사 등)에 대한 보수교육(가치점검, 수퍼비전)이 필요하다.

표 3. 계속

17. 정신장애인의 자기결정권 행사를 위해서는 전문가들이 정신장애인에게 의료적 지식이 아닌 지역사회 독립생활(취업정보, 주거, 직업훈련, 기술 등)에 대한 정보와 대안을 줄 수 있는 훈련을 받아야 한다.
18. 전문가(사회복지사 등)들은 정신장애인이 자기결정을 할 수 있도록 다양한 질문을 받아들이고 의견이 다를 경우에도 수용하는 태도가 필요하다.
19. 전문가(사회복지사 등) 스스로 항상 옳은 결정을 내리는 이상화된 인물상에서 벗어나야 한다.
20. 정신장애인의 자기결정은 단순한 응답이 아닌 결정을 이끌어내는 과정이 중요하다.
21. 정신장애인의 자기결정은 상식수준 및 상황에 따라 적용범위가 달라질 수 있다.
22. 정신장애인의 자기결정은 정신장애인에 대한 교육과 훈련을 통해 발전될 수 있다.
23. 정신장애인의 자기결정을 위해서 쉬운 과업부터 부여해서 자기결정을 할 수 있는 기회를 주어야 한다.
24. 정신장애인의 자기결정의 시작은 자신(존재, 욕구 등)에 대해서 알리고 주장하는 것이다.
25. 정신장애인에게 강제로 하게 하는 모든 정신보건환경이 자기결정 능력을 제한한다(즉, 정신보건환경이 자기결정보다는 의존을 조장한다).
26. 전문가(사회복지사 등)의 선입견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게 한다.
27. 가족의 편견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게 한다.
28. 전문가(사회복지사 등)가 지역사회에서 재활에 성공한 정신장애인을 직접 만나봐야 정신장애인의 자기결정권을 존중할 수 있다.
29. 정신장애인 스스로의 자기결정권이 강해지면 사회복지사가 변화되기도 한다.
30. 정신장애인의 자기결정권 행사를 위해서 정신장애인과 전문가(사회복지사 등)가 상호 존엄한 인격체로 만나는 것이 필요하다.
31. 정신장애인의 자기결정을 위해서 사회복지사(사례관리자)는 정신장애인의 재활의 성과가 사회복지사 자신의 업적이라고 생각해서는 안된다.
32. 정신장애인의 자기결정을 위해 사회복지사는 클라이언트(정신장애 회원)를 지지해야 한다.
33. 정신장애인의 자기결정을 위해 사회복지사는 클라이언트(정신장애 회원)가 희생되지 않도록 옹호해야 한다.
34. 정신장애인의 자기결정을 위해 책임결과의 주체가 누구인지에 대한 사회적 합의가 필요하다.

나. P표본의 표집

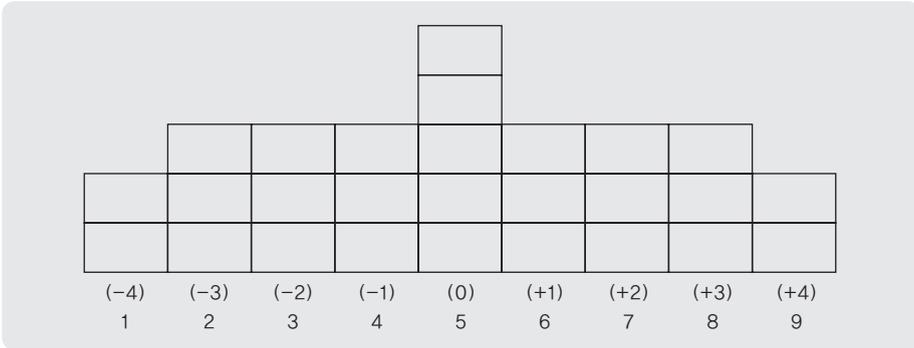
Q방법론은 양적 연구와는 달리 사람이 변인이 되어 P표본이 커지면 하나의 인자에 여러 사람이 편중되어 그 특성이 명확하게 드러나지 않는다는 소표본 이론에 근거⁴⁾하여 표본의 수를 지역사회에서 재활동인 정신장애인(33명)과 사회복지사(13명) 총 46명으로 제한하였다. 대상자 선정시 무작위 선정방법보다 서로 다른 의견이 나올 수 있도록 한 편의표집을 할 수 있기 때문이다(김분한, 1992). 인터뷰 대상자는 서울지역의 사회복지시설 중 정신장애인과 사회복지사가 조사에 협조한 6개 사회복지시설에서 모집하였으며, 2010년 7~8월 두 달간 조사가 이뤄졌다. 본 연구에서 Q표본의 진술문이 34개이므로 이와 비슷한 표본이 가장 이상적이라는 점을 고려하였다(김홍규, 2008).

다. Q표본의 분류

Q표본 분류를 위하여 조사대상자에게 먼저 연구자를 소개하고 연구목적과 방법을 설명하고 참여의사를 확인받은 후에 진행되었다. 조사대상자로 하여금 각각 진술문이 적힌 34개의 카드를 주어 자신의 견해와 일치하는 정도에 따라 찬성, 중립, 반대의 3그룹으로 크게 분류하도록 하였다. 진술문의 선택은 맞고 틀리는 것이 아니며 자신의 생각에 따라 자유롭게 선택과 변경이 가능함을 알려주었다. 이후 아래 그림과 같은 9점 척도의 강제분포 모형을 제시한 후 이에 따른 세부적인 분류를 실시하였다. 이러한 분류와 더불어 +4(강한 동의)와 -4(강한 부정)에 해당하는 자극에 대한 심층인터뷰를 통해 P표본의 주관성을 해석하기 위한 자료로 활용하였다.

4) Q방법론은 사람들 사이에서 갖는 평균적 의미나 개인간의 차이를 연구함으로써 가설을 검증하고 일반화하는 가설연역적 방법이 아니라, 가설을 발견하는데 주목적이 있다. 바꾸어 표현해 개인간의 차이(interindividual difference)가 아니라, 한 개인 내에서 항목들의 중요성의 차이(intra-individual difference in significance)를 다루는 것이므로 P표본(사람)의 수에 아무런 제한을 받지 않는다. Stephenson(1953)은 한 사람을 대상으로 Q연구를 행하였으며, 오히려 P표본의 수가 커지면 통계적 문제가 야기됨으로 인해 Q방법론은 소표본 이론(small sample doctrine)에 근거하고 있다(Stephenson, 1953; 김홍규, 2008 재인용).

그림 1. Q분류의 분포모형



라. 분석방법

P표본으로 표집된 46명에 대한 자료수집이 완료된 후, 수집된 자료를 코딩하여 컴퓨터에 입력하였다. 코딩방법은 ‘가장 동의하지 않는 것(-4)’을 1점으로 시작하여 ‘가장 동의하는 것(+4)’에 9점을 부여하여 점수화하였다. 자료분석은 PC-QUANL Program⁵⁾을 이용하여 처리하였으며, 34개의 항목을 P-표본을 축으로 하는 주요인분석(principal component analysis)방법⁶⁾을 사용하여 요인분석을 하였다.

비상관요인을 산출하기 위하여 직각회전(varimax rotation)을 시켰으며, 이상적인 요인 수를 결정하기 위해 아이젠 값 1.0이상을 기준으로 하여 유형을 추출하였다. 요인배열은 Q요인분석결과에 따라 각 요인을 대표할 수 있는 연구대상별로 요인부하량에 따라 정렬하였고, 추출된 요인은 Q진술문의 요인점수에 따라 어떤 의미가 있는지 공동연구자간 토의하는 방식으로 결정하였다.

5) Quanl Program은 Q방법론에 의해 조사된 자료를 통계처리할 수 있도록 고안된 프로그램으로 Stephenson이 개발한 수리적 통계과정을 컴퓨터 프로그래밍화한 것이다(한국주관성연구학회 www.ksss.org 참조)

6) 34개의 최종 Q항목을 P(개인)내의 항목별 중요성 차이에 따라 요인분석을 하였다.

IV. 분석결과

지역사회에 재활단계 정신장애인의 자기결정에 대한 사회복지사와 정신장애인의 인식을 파악하기 위해, 첫째, 자기결정에 대한 Q샘플을 유형화하고, 둘째, 각 유형간 상관계수와 공통견해를 통하여 유형간의 관계를 살펴보았다. 이러한 결과를 토대로 자기결정에 대한 인식유형을 분석하였다.

1. Q유형의 형성

분석결과 지역사회 재활단계 정신장애인의 자기결정에 대한 인식유형은 세 가지 유형으로 분류되었다. 이들 3개의 요인들은 전체 변량의 30.5%를 설명하고 있으며, 각 유형별 변량은 제1유형이 17.7%, 제2유형이 7.1%, 제3유형이 5.7%였다.

세 가지 유형간의 상관관계는 <표 5>와 같다. 이는 각 유형간의 유사성 정도를 보여주는 것으로 제1유형과 제2유형의 상관계수는 .402, 제1유형과 제3유형의 상관계수는 .344, 제2유형과 제3유형의 상관계수는 .352로 나타나 서로 다른 유형으로 분류되고 있다.

표 4. 유형별 Eigen Value와 설명변량

(N=46)

구 분	제1유형	제2유형	제3유형
Eigen값	8.1378	3.2408	2.6308
설명변량	.1769	.0705	.0572
누적변량	.1769	.2474	.3046

요인분석을 통해 추출된 3가지 유형의 연구대상자 구성은 <표 6>과 같다. 제1유형이 22명, 제2유형이 12명, 제3유형이 12명으로 총 46명으로 구성되어 있다. 각 유형내에서 인자가중치가 가장 높은 사람일수록 그가 속한 유형의 전형적(Prototype) 혹은 이상적(ideal)인 대상자로 그 유형을 대표함을 의미한다.

표 5. 유형간 상관관계

(N=46)

구 분	제1유형	제2유형	제3유형
제1유형	1.000		
제2유형	.402	1.000	
제3유형	.344	.352	1.000

표 6. 각 유형별 연구대상자의 인자기중치 및 일반적 특성¹⁰⁾

구 분	N	가중치	직원 회원	성 별	연 령	학력 수준	수련 진단명	총경력 입원횟수	병원경력 병력기간	지역경력 재활경력	수련자격 장애등급	근무기관 재활기관
유 형	1	2.3584	직원	여	29	대졸이상	복귀수련	2년8개월	경력없음	2년8개월	정신2급	복귀시설
	8	1.3866	직원	여	25	대졸이상	병원수련	2년	1년	1년	정신2급	클럽하우스
	5	1.3593	직원	여	32	대졸이상	복귀수련	6년	경력없음	6년	정신2급	복귀시설
	9	1.2689	직원	여	26	대졸이상	복귀수련	2년	2년	경력없음	수련생	클럽하우스
	12	1.2659	직원	여	29	대졸이상	복귀시설	4년8개월	경력없음	4년8개월	정신2급	클럽하우스
	10	1.2073	직원	남	30	대졸이상	복귀수련	3년6개월	경력없음	3년6개월	정신2급	클럽하우스
	2	.9346	직원	여	30	대졸이상	복귀수련	6년6개월	경력없음	6년6개월	정신2급	복귀시설
	26	.8068	회원	남	29	대졸이상	강박증	입원1회	병력6년	재활6년	등록3급	복귀시설
	35	.7960	회원	여	57	고졸	양극성	입원8회	병력30년	재활10년	등록3급	복귀시설
	17	.6773	회원	여	40	고졸	정신분열	입원안함	병력10년	재활2년	등록3급	복귀시설
7	.6688	직원	여	33	대졸이상	병원수련	10년	경력없음	10년	정신1급	복귀시설	
11	.6147	직원	남	32	대졸이상	복귀수련	7년2개월	7년2개월	경력없음	수련생	요양시설	
1	.5946	직원	여	23	대졸이상	병원수련	경력없음	경력없음	경력없음	수련생	병원	
4	.5561	직원	남	32	대졸이상	복귀수련	5년5개월	경력없음	5년5개월	정신2급	복귀시설	
19	.4370	회원	남	37	대졸이상	정신분열	입원1회	병력14년	재활3년	등록안함	복귀시설	
43	.4318	회원	남	48	대졸이상	정신분열	입원3회	병력8년	재활6년	등록3급	복귀시설	
33	.3059	회원	여	35	고졸	정신분열	입원4회	병력20년	재활10년	등록2급	복귀시설	
39	.2910	회원	여	34	고졸	정신분열	입원5회	병력18년	재활1년	등록3급	복귀시설	
44	.2688	회원	남	25	고졸	정신분열	입원8회	병력8년	재활1년	등록3급	복귀시설	
37	.1755	회원	남	32	고졸	정신분열	입원1회	병력12년	재활10년	등록3급	복귀시설	
41	.1598	회원	남	32	고졸	우울증	입원1회	병력4년	재활3년	등록3급	복귀시설	
32	.0500	회원	남	48	초졸	정신분열	입원2회	병력8년	재활5년	등록1급	복귀시설	

10) 직원과 회원의 의미는 조사기관의 사회복지시설의 사회복지사를 '직원'으로 서비스를 받는 정신 장애인을 '회원'으로 구분하여 기재하였다.

표 6. 계속

2 유 형	21	1.0321	회원	여	39	대졸이상	정신분열	입원5회	병력12년	재활3년	등록3급	복귀시설
	28	.9544	회원	여	31	대졸이상	정신분열	입원1회	병력6년	재활5년	등록안함	클럽하우스
	34	.8618	회원	남	39	대졸이상	정신분열	입원3회	병력25년	재활2년	등록안함	복귀시설
	16	.5934	회원	남	42	대졸이상	정신분열	입원15회	병력15년	재활10년	등록3급	복귀시설
	36	.5701	회원	여	48	고졸	정신분열	입원3회	병력20년	재활12년	등록안함	복귀시설
	14	.4677	회원	남	58	중졸	정신분열	입원5회	병력25년	재활10년	등록1급	복귀시설
	20	.4424	회원	남	32	대졸이상	양극성	입원7회	병력8년	재활4년	등록안함	복귀시설
	6	.4349	직원	여	22	대졸이상	수련안함	6개월	경력없음	6개월	복지사1급	복귀시설
	29	.4293	회원	여	29	대졸이상	정신분열	입원1회	병력4년	재활3년	등록안함	클럽하우스
	15	.4121	회원	여	37	대졸이상	정신분열	입원1회	병력6년	재활2년	등록안함	복귀시설
27	.2513	회원	남	32	고졸	정신분열	입원1회	병력6년	재활3년	등록3급	클럽하우스	
46	.2010	회원	남	52	대졸이상	정신분열	입원4회	병력10년	재활9년	등록3급	복귀시설	
3 유 형	13	1.0320	회원	남	27	대졸이상	사회공포	입원5회	병력14년	재활3년	등록안함	복귀시설
	42	.8387	회원	남	35	대졸이상	정신분열	입원3회	병력14년	재활10년	등록3급	복귀시설
	31	.8297	회원	남	37	고졸	정신분열	입원4회	병력18년	재활5년	등록3급	복귀시설
	38	.7650	회원	여	37	대졸이상	양극성	입원5회	병력17년	재활2년	등록안함	복귀시설
	22	.6562	회원	남	43	대졸이상	우울증	입원안함	병력6년	재활2년	등록안함	복귀시설
	23	.5625	회원	남	37	고졸	정신분열	입원2회	병력7년	재활1년	등록3급	복귀시설
	25	.4819	회원	여	45	중졸	양극성	입원6회	병력6년	재활3년	등록3급	클럽하우스
	24	.3526	회원	남	27	대졸이상	정신분열	입원3회	병력7년	재활1년	등록안함	복귀시설
	18	.3385	회원	여	24	고졸	정신분열	입원2회	병력5년	재활3년	등록안함	복귀시설
	30	.3385	직원	여	24	대졸이상	수련안함	2년	경력없음	2년	복지사1급	복귀시설
45	.2508	회원	남	43	대졸이상	정신분열	입원10회	병력21년	재활10년	등록3급	복귀시설	
40	.2345	회원	여	50	대졸이상	정신분열	입원2회	병력20년	재활10년	등록3급	복귀시설	

2. 자기결정에 대한 유형별 특성 분석

자기결정에 대한 주관성을 유형별로 분석, 기술하기 위해 우선 각 대상자들이 긍정적, 부정적 동의를 보인 진술문을 중심으로 유형별 특성을 기술하였고, 또한 개별진술 항목에 대한 특성 유형의 표준 점수와 나머지 유형의 평균 표준점수 차이가 두드러지는 항목을 중심으로 분석하였다. 또한 각 유형의 특성을 해석할 때 Q 분류과정 당시 관찰 및 면담한 내용인 양극단의 의견과 인구사회학적 배경 등을 참조하였다. 이와 같은 유형분석 방법에 의해 산출된 지역사회 정신보건현장에서의 자기결정에 관한 대상자들의 인식 유형을 제시하면 다음과 같다.

가. 유형1: '절대적인 권리'로서의 주도적 자기결정 인식유형

제1유형에 속한 대상자들의 일반적 특성은 다음과 같다. 유형1에 속한 대상자는 총 46명 중 22명으로 가장 많았으며, 직원(사회복지사)이 11명, 회원(정신장애인)이 11명으로 구성되었다. 조사에 참여한 13명의 직원 중 11명(84.6%)이 제1유형에 속하였으며, 모두 정신보건수련을 받았거나 수련 중으로 나타났고, 이들의 총 직장경력은 평균 4.6년이었다. 조사에 참여한 33명의 회원(정신장애인) 중 총 11명(33.3%)이 본 유형에 속하였으며, 평균 입원횟수는 3.1회, 평균 병력기간은 12.6년, 평균 재활기간은 5.2년, 장애등록비율은 90.9%이었다.

유형 1이 강하게 동의를 보인 항목은 '정신장애인의 자기결정을 위해서 정신장애인과 전문가가 상호 존엄한 인격체로 만나는 것이 필요하다(Z=2.10)', '자기결정은 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리이다(Z=1.65)' 등이었다. 반면 제1유형이 가장 비

표 7. 유형1의 긍정적, 부정적 대표진술문¹¹⁾과 표준점수

Q진술문	표준점수
30.정신장애인과 전문가가 상호 존엄한 인격적 만남필요	2.10
1.절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리	1.65
10.사회복지사의 실천윤리이며 원리	1.63
18.전문가들은 수용하는 태도가 필요	1.26
11.서비스 내용 및 전달방식에 대한 다양한 선택권	1.10
15.이타성자신감책임감 등의 능력을 증진	1.06
20.결정을 이끌어내는 과정이 중요	1.03
34.책임결과의 주체에 대한 사회적 합의가 필요	-1.04
3.치료내용에 대한 결정도 자기결정	-1.22
2.자기결정권은 치료를 받을 권리보다 우선	-1.45
28.전문가가 재활에 성공한 정신장애인을 직접 만나야 존중	-1.76
9.양성증상이 있으면 취업의 욕구 제한	-2.19

11) 표준점수가 ±1.00이상인 항목

동의를 보인 항목은 ‘양성증상이 있으면 취업욕구에서 자기결정권이 제한되어야 한다(Z=-2.19)’, ‘전문가가 지역사회에서 재활에 성공한 정신장애인을 직접 만나봐야 재할 단계 정신장애인의 자기결정권을 존중할 수 있다(Z=-1.76)’ 등으로 나타났다.

제1유형이 다른 유형에 비해 특히 높거나 낮게 점수 차이를 보인 항목을 살펴보았다. 먼저 동의하는 항목 중 다른 유형과 큰 차이를 보이는 항목으로는 ‘정신장애인의 자기결정은 전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 심리사 등)의 의견보다 우선적이다(D=1.879)’, ‘정신장애인에게 자기결정은 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리이다(D=1.594)’, ‘전문가의 선입견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게 한다(D=1.497)’ 등이었다. 비동의하는 항목으로 다른 유형과 큰 차이를 나타낸 항목은 ‘정신장애인의 자기결정은 교육과 훈련을 통해 발전될 수 있다(D=-1.999)’, ‘정신장애인의 자기결정은 상식수준 및 상황에 따라 적용범위가 달라질 수 있다(D=-1.977)’, ‘전문가가 재활에 성공한 정신장애인을 직접 만나봐야 정신장애인의 자기결정을 존중할 수 있다(D=-1.789)’, ‘양성증상이 있으면 취업욕구에서 자기결정권이 제한되어야 한다(D=-1.438)’로 나타났다.

유형1의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 3변이 가장 동의를 보인 항목을 보면 ‘정신장애인에게 자기결정은 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리이다’, ‘정신장애인의 자기결정을 위해서 정신장애인과 전문가가

표 8. 유형1이 타유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q진술문	표준점수	평균점수	차이
5.자기결정은 전문가의 의견보다 우선적이다	.380	-1.499	1.879
1.절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리	1.651	.057	1.594
26.전문가의 선입견 자기결정을 어렵게 한다	.245	-1.252	1.497
10.사회복지사의 실천윤리이며 원리	1.632	.483	1.149
27.가족의 편견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게	.435	-.706	1.141
9.양성증상이 있으면 취업의 욕구 제한	-2.190	-.752	-1.438
28.전문가가 재활에 성공한 정신장애인을 직접 만나야 존중	-1.756	.032	-1.789
21.상식수준 및 상황에 따라 적용범위가 달라질 수	-.872	1.105	-1.977
22.정신장애인에 대한 교육과 훈련을 통해 발전	-.953	1.046	-1.999

상호 존엄한 인격체로 만나는 것이 필요하다' 로 나타났다. 가장 비동의한 항목으로는 '정신장애인이 양성증상이 있으면 취업욕구에서 자기결정권이 제한되어야 한다', '정신장애인의 자기결정을 위해 책임결과의 주체가 누구인지에 대한 사회적 합의가 필요하다.'였다.

유형1의 전형인 3번 대상자는 사회복지시설에서 2년 8개월간 재직 중인 직원으로 정신보건수련을 사회복지시설에서 하였고, 2급 정신보건 사회복지사 자격증을 소지하고 있었다. 정신장애인의 자기결정과 관련하여 양성증상이 있더라도 본인이 원한다면 취업을 할 수 있다고 생각하고 있으며, 절대적인 권리로서 인정받아야 하는 것이 중요하다는 점을 강조하면서도 실제 현장에서 구체적으로 적용하는 데는 정신보건문화상 안 되는 것도 많고, 어떻게 해야 할 지 난해한 상황이 있다고 하였다.

유형1과 P표본과의 관계를 살펴볼 때 전문가(직원)의 경우 전체 13명 중 정신보건수련을 받은경험이 없는 2명을 제외하고 11명이 모두 제1유형에 귀속되었다. 병원과 지역사회 수련기관의 차이나 경력기관의 연관성은 발견되지 않았으며 이들은 정신장애인의 자기결정을 '절대적인 권리'로 인식하는 경향으로 나타났다. 정신장애인 회원의 경우 전체 33명 중 11명이 제1유형에 귀속되었으며, 이들은 다른 유형에 속한 회원에 비해 법정 장애인 등록률이 90.9%로 높고, 병원 입원횟수가 평균 3.1회로 낮은 것으로 나타났다.

이상의 분석결과를 통해 제1유형은 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정은 전문가 혹은 그 가족의 결정보다 우선적으로 인정되어야 할 권리로서 파악하고 있으며, 교육이나 훈련을 통해 발전하는 것이 아니고 상황에 따라 적용범위가 달라지지 않는 절대적 가치로 인식하였다. 단, 치료를 받을 권리는 예외적으로 인정하였다. 제1유형에 속한 사회복지사들의 경우는 정신장애인의 자기결정이 인권적 측면에서 절대적인 인정이 필요하다고 인식하고 있으나 단순히 권리의 당위성만이 주장될 뿐 실천현장의 적용에 한계를 갖고 있었다. 그러므로 보수교육을 통해 실천현장에 적용할 수 있도록 개념을 확장하고, 구체적인 지침과 실천방법을 습득할 필요가 있다. 또한 제1유형에 속한 정신장애인 회원의 경우 이미 자신의 자기결정에 대한 강한 확신을 갖고 있으므로 전문가 및 가족의 편견 없는 태도와 정신보건현장에서의 상호 존중하는 인격적 만남을 지속적으로 경험하도록 해야 한다.

나. 유형2: '상대적 가치'로서의 의존적 자기결정 인식유형

제2유형에 속한 대상자들의 일반적 특성은 다음과 같다. 유형2에 속한 대상자는 총 46명 중 12명으로 회원(정신장애인)이 11명, 직원(사회복지사)이 1명으로 구성되었다. 조사에 참여한 33명의 회원(정신장애인) 중 총 11명(33.3%)이 본 유형에 속하였으며, 평균 입원횟수는 4.2회, 평균 병력기간은 12.6년, 평균 재할기간은 5.7년, 장애등록비율은 45.5%이었다. 조사에 참여한 13명의 직원 중 1명(7.7%)이 제2유형에 속하였으며, 정신보건수련을 받지 않았고, 총 직장경력은 사회복지시설에서 6개월이었다.

유형2에서 강하게 동의를 보인 항목은 '정신장애인의 자기결정을 위해서 정신장애인과 전문가가 상호 존엄한 인격체로 만나는 것이 필요하다($Z=1.89$)', '정신장애인의 자기결정준중은 사회복지사의 실천윤리이며 원리이다($Z=1.59$)' 등으로 나타났다. 반면 강하게 비동의를 나타낸 항목은 '정신장애인의 자기결정은 전문가(의사, 간호사, 사회

표 9. 유형2의 긍정적, 부정적 대표진술문과 표준점수

Q 진술문	표준점수
30.정신장애인과 전문가가 상호 존엄한 인격적 만남필요	1.89
10.사회복지사의 실천윤리이며 원리	1.59
18.전문가들은 수용하는 태도가 필요	1.49
32.사회복지사는 클라이언트를 지지해야	1.21
33.사회복지사는 클라이언트를 옹호해야	1.14
14.자발성을 증진시키고 성인이 되는 경험	1.13
21.상식수준 및 상황에 따라 적용범위가 달라질 수	1.05
15.이타성자신감책임감 등의 능력을 증진	1.03
1.절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리	-1.01
7.스스로 능력이 제한된 환자라는 생각	-1.07
13.정신장애인과 사회복지사의 동등한 권한	-1.24
27.가족의 편견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게	-1.25
4.자기결정은 가족의 동의보다 우선적이다	-1.53
2.자기결정권은 치료를 받을 권리보다 우선	-1.69
5.자기결정은 전문가의 의견보다 우선적이다	-2.12

복지사, 심리사 등)의 의견보다 우선적이다($Z = -2.12$), '정신장애인의 자기결정권은 치료를 받을 권리보다 우선한다($Z = -1.69$)' 등이었다.

제2유형이 다른 유형에 비해 특히 높거나 낮게 점수 차이를 보인 항목을 살펴보았다. 먼저 동의하는 항목 중 다른 유형과 큰 차이를 보이는 항목으로는 '정신장애인의 자기결정을 위해 사회복지사는 정신장애인 회원을 지지해야 한다($D = 1.434$)', '정신장애인의 자기결정을 위해 사회복지사는 정신장애인 회원이 회생되지 않도록 옹호해야 한다($D = .998$)'로 나타났다. 비동의하는 항목으로 다른 유형과 큰 차이를 나타낸 항목은 '정신장애인에게 자기결정은 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리이다($D = -2.403$)', '정신장애인에게 자기결정은 서비스 내용 및 전달방식(시간활용, 프로그램 참석여부, 면담시간과 장소의 결정, 취업결정, 취업지 선택)에 대한 다양한 선택권을 갖는 것이다($D = -1.935$)', '정신장애인의 자기결정은 전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 심리사 등)의 의견보다 우선적이다($D = -1.935$)' 등으로 나타났다.

유형2의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 21명이 가장 동의를 보인 항목을 보면 '정신장애인에게 자기결정은 이타성, 자신감, 책임감 등의 능력을 증진시킨다', '정신장애인의 자기결정을 위해 사회복지사는 클라이언트를 지지해야 한다'로 나타났다. 가장 비동의한 항목으로는 '정신장애인의 자기결정권은 치료를 받을 권리보다 우선한다', '정신장애인에게 자기결정은 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리이다'였다.

표 10. 유형2가 다른 유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q진술문	표준점수	평균점수	차이
32. 사회복지사는 클라이언트를 지지해야	1.214	-.220	1.434
33. 사회복지사는 클라이언트를 옹호해야	1.142	.144	.998
13. 정신장애인과 사회복지사의 동등한 권한	-1.236	-.280	-.957
20. 결정을 이끌어내는 과정이 중요	.525	1.549	-1.023
24. 자신에 대해서 알리고 주장	-.283	.754	-1.037
27. 가족의 편견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게	-1.247	.134	-1.382
5. 자기결정은 전문가의 의견보다 우선적이다	-2.119	-.249	-1.871
11. 서비스 내용 및 전달방식에 대한 다양한 선택권	-.750	1.185	-1.935
1. 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리	-1.014	1.389	-2.403

유형2의 전형인 21번 대상자는 21번 사회복지시설에서 다닌 지 3년이 된 39세 여성으로 대졸이상의 학력을 가지고 있으며, 정신분열병 진단으로 5회의 입원 경력이 있고 12년의 유병경력을 갖고 있었다. 또한 장애인 등록을 하여 3급 정신장애인으로 판정받았다. 정신장애인의 자기결정과 관련하여 재활기관에서 전문가들이 기다려주고 지지가 무엇보다 중요하다고 생각했으며, 병에 대한 치료가 중요하며 필요하다면 강제적인 입원도 전혀 문제되지 않는다고 하였다.

유형2와 P표본과의 관계를 살펴볼 때 정신장애인 회원의 경우 전체 33명 중 11명이 제2유형에 귀속되었으며, 이들은 다른 유형에 속한 회원에 비해 법정 장애인 등록율이 45.5%로 제일 낮고, 병원 입원횟수가 평균 4.2회로 제일 많았으며, 평균 유병기간(12.6년)과 평균 재활기간(5.7년)이 긴 것으로 나타났다. 전문가(직원)의 경우 전체 13명 중 1명으로 정신보건수련을 받은 경험이 없으며, 약 6개월의 사회복지시설에서의 근무경력이 있는 것으로 나타났다.

그러므로 제2유형은 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정은 전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 심리사 등)의 의견, 가족의 의견, 상황에 따라 적용범위가 달라지는 상대적인 개념으로 인식하였으며, 전문가들의 지지와 옹호, 수용태도를 통해 실현될 수 있다고 파악하였다. 제2유형에 속한 정신장애인 회원의 경우 자기결정에 대한 전문가의 역할을 중요하게 생각함으로 이에 대한 전문가의 지지가 중요하다고 판단되며 지역사회 재활시에는 보다 적극적인 자기결정의 경험을 갖도록 옹호할 필요가 있다. 제2유형에 속한 직원(사회복지사)은 정신보건 수련경험이 없고, 지역사회 근무경력이 짧아 정신장애인의 치료와 전문가의 역할을 보다 중요시 하는 것으로 판단된다.

다. 유형3: '잠재된 능력'으로서 반응적 자기결정 인식유형

제3유형에 속한 대상자들의 일반적 특성은 다음과 같다. 3유형에 속한 대상자는 총 46명 중 12명으로 회원(정신장애인)이 11명, 직원(사회복지사)이 1명으로 구성되었다. 조사에 참여한 33명의 회원(정신장애인) 중 총 11명(33.3%)이 본 유형에 속하였으며, 평균 입원횟수는 3.8회, 평균 병력기간은 10.8년, 평균 재활기간은 4.5년, 장애등록비율은 54.5%이었다. 조사에 참여한 13명의 직원 중 1명(7.7%)이 제3유형에 속하였으며, 정신보건수련을 받지 않았고, 총 직장경력은 사회복지시설에서 2년이었다.

유형3이 강하게 동의를 보인 항목은 ‘정신장애인의 자기결정은 단순한 응답이 아닌 결정을 이끌어내는 과정이 중요하다($Z=2.07$)’, ‘전문가들은 정신장애인이 자기결정을 할 수 있도록 다양한 질문을 받아들이고 의견이 다를 경우에도 수용하는 태도가 필요하다($Z=1.33$)’, ‘정신장애인에게 자기결정은 서비스 내용 및 전달방식(시간활용, 프로그램 참석여부, 면담시간과 장소의 결정, 취업결정, 취업지 선택)에 대한 다양한 선택권을 갖는 것이다’ 등으로 나타났다. 반면 강하게 비동의를 나타낸 항목은 ‘전문가의 선입견이 정신장애인의 자기결정을 어렵게 한다($Z= -2.12$)’, ‘전문가 스스로 항상 옳은 결정을 내리는 이상화된 인물상에서 벗어나야 한다($Z= -1.69$)’ 등이었다.

제3유형이 다른 유형에 비해 특히 높거나 낮게 점수 차이를 보인 항목을 살펴보았다. 먼저 동의하는 항목 중 다른 유형과 큰 차이를 보이는 항목으로는 ‘정신장애인의 자기결정은 정신장애인에 대한 교육과 훈련을 통해 발전될 수 있다($D=1.306$)’, ‘정신장애

표 11. 유형3의 긍정적, 부정적 대표진술문과 표준점수

Q 진술문	표준점수
20. 결정을 이끌어내는 과정이 중요	2.07
18. 전문가들은 수용하는 태도가 필요	1.33
11. 서비스 내용 및 전달방식에 대한 다양한 선택권	1.27
22. 정신장애인에 대한 교육과 훈련을 통해 발전	1.25
21. 상식수준 및 상황에 따라 적용범위가 달라질 수	1.16
24. 자신에 대해서 알리고 주장	1.15
17. 전문가들이 정신장애인에게 지역사회독립생활정보	1.13
1. 절대적으로 인정되어야 할 시민권적 권리	1.13
14. 자발성을 증진시키고 성인이 되는 경험	1.02
31. 사회복지사는 자신의 업적이라고 생각해서는 안됨	-1.06
4. 자기결정은 가족의 동의보다 우선적이다	-1.07
8. 책임에 대한 두려움 때문	-1.07
12. 실패의 가능성이 높을 경우에도 존중	-1.09
25. 강제로 하게 하는 모든 정신보건환경이 제한	-1.16
2. 자기결정권은 치료를 받을 권리보다 우선	-1.17
32. 사회복지사는 클라이언트를 지지해야	-1.22
19. 전문가 스스로 이상화된 인물상에서 벗어나야	-1.24
26. 전문가의 선입견 자기결정을 어렵게	-1.54

인의 자기결정은 단순한 응답이 아닌 결정을 이끌어내는 과정이 중요하다(D=1.297)'로 나타났다. 비동의하는 항목으로 다른 유형과 큰 차이를 나타낸 항목은 '정신장애인의 자기결정준중은 사회복지사의 실천윤리이며 원리이다(D= -2.230)', '사회복지사는 정신장애인 회원을 지지해야 한다(D= -2.212)' 등으로 나타났다. 즉 다른 유형에 비해서 정신장애인의 자기결정에 대하여 권리나 가치와 같은 추상적인 개념으로 받아들이기보다 정신장애인의 자기결정은 교육, 훈련을 통해 촉진될 수 있는 능력으로 인식하고 있었다.

표 12. 유형3이 타유형에 비해 높거나 낮게 동의한 진술문

Q진술문	표준점수	평균점수	차이
22.정신장애인에 대한 교육과 훈련을 통해 발전	1.251	-.056	1.306
20.결정을 이끌어내는 과정이 중요	2.072	.775	1.297
28.전문가가 재화에 성공한 정신장애인을 직접 만나야준중	.190	-.941	1.131
13.정신장애인과 사회복지사의 동등한 권한	.149	-.972	1.121
24.자신에 대해서 알리고 주장	1.147	.039	1.108
11.서비스 내용 및 전달방식에 대한 다양한 선택권	1.269	.175	1.094
21.상식수준 및 상황에 따라 적용범위가 달라질 수	1.157	.091	1.066
16.전문가에 대한 보수교육	.814	.023	.791
26.전문가의 선입견 자기결정을 어렵게	-1.542	-.358	-1.184
30.정신장애인과 전문가가 상호 존엄한 인격적 만남 필요	.754	1.994	-1.241
12.실패의 가능성이 높을 경우에도 존중	-1.086	.182	-1.268
25.강제로 하게 하는 모든 정신보건환경이 제한	-1.163	.324	-1.487
19.전문가 스스로 이상화된 인물상에서 벗어나야	-1.244	.262	-1.506
32.사회복지사는 클라이언트를 지지해야	-1.216	.995	-2.212
10.사회복지사의 실천윤리이며 원리	-.620	1.609	-2.230

유형3의 특성을 좀 더 구체적으로 이해하기 위해 인자가중치가 높은 연구대상자 13번이 가장 동의를 보인 항목을 보면 '정신장애인의 자기결정은 이타성, 자신감, 책임감 등의 능력을 증진시킨다', '정신장애인의 자기결정은 단순한 응답이 아닌 결정을 이끌어내는 과정이 중요하다'로 나타났다. 가장 비동의한 항목으로는 '정신장애인의 자기결정은 전문가의 의견보다 우선적이다', '정신장애인에게 강제로 하게 하는 모든 정신보건환경이 자기결정 능력을 제한한다(즉, 정신보건환경이 자기결정보다는 의존을 조

장한다'로 나타났다.

유형3의 전형인 13번 연구대상자는 사회복지시설에서 다닌 지 3년이 된 27세 남성으로 대졸이상의 학력을 가지고 있으며, 사회공포증 진단으로 5회의 입원 경력이 있고 14년의 유병경력을 갖고 있었다. 정신장애인의 자기결정과 관련하여 시간이 오래 걸려도 장기적으로 증진될 수 있는 능력이라고 생각했으며, 재활기관에서 강제로 하고 있는 것은 없으며 융통적인 상황이라고 설명하였다.

유형3와 P표본과의 관계를 살펴볼 때 정신장애인 회원의 경우 전체 33명 중 11명이 제3유형에 귀속되었으며, 이들은 장애인등록률이 54.5%로 1유형보다는 낮고, 2유형보다는 높았다. 병원 입원 횟수에서는 1유형보다 높고, 2유형보다는 낮았고, 평균 유병기간과 평균 재활기간이 세 유형 중 제일 짧은 것으로 나타났다. 전문가(직원)의 경우 전체 13명 중 1명으로 정신보건수련을 받은 경험이 없으며, 약 2년의 사회복지시설에서의 근무경력이 있는 것으로 나타났다.

그러므로 3유형은 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정은 권리 혹은 가치와 같은 추상적인 개념으로 받아들이기 보다는 상대적으로 교육, 훈련의 과정 속에서 이끌어낼 수 있는 능력의 개념으로 인식하고 있었다. 제3유형에 속한 정신장애인 회원의 경우 자기결정이 충분히 발휘될 수 있는 구조적인 상황이 중요하다. 즉, 다양한 자기결정의 훈련과 교육, 단계적인 선택범위 설정 등의 재활서비스환경이 요구된다.

라. 유형간 합의진술

정신보건현장에서 자기결정에 대하여 유형별로 합의가 된 진술은 12개였다. 우선 진술문 18, 15, 14, 17, 16, 23의 6개 항목은 동의하는 영역에서 견해가 일치하였다. 진술문 29, 34, 6, 8, 4, 2의 6개 항목은 비동의하는 영역에서 일치하였다. 즉 지역사회 정신보건현장의 정신장애인과 사회복지사들은 '전문가들은 정신장애인이 자기결정을 할 수 있도록 다양한 질문을 받아들이고 의견이 다를 경우아라도 수용하는 태도가 필요하다(진술문18)' 하는데 가장 동의하는 것으로 나타났으며, 이를 위해 전문가들이 의료적 지식이 아닌 지역사회 독립생활(취업정보, 주거, 직업훈련, 기술 등)에 대한 정보와 대안을 줄 수 있는 훈련(진술문17)과 보수교육(진술문16)이 필요함을 보여주고 있다. 한편 세 유형 모두 정신장애인에게 자기결정이 치료를 받을 권리보다 우선한다(진술문2)

에서는 부정적인 위치에서 합의되었다. 즉, 지역사회 재활현장에서도 정신장애인에게 치료에 대한 영역은 자기결정의 상황으로 판단하기에 아직까지 부담스럽게 인식되고 있다는 사실을 나타낸다.

표 13. 유형간의 합의진술문

Q진술문	표준점수
18.전문가들을 수용하는 태도가 필요	1.36
15.이타성자신감책임감 등의 능력을 증진	.98
14.자발성을 증진시키고 성인이 되는 경험	.93
17.전문가들이 정신장애인에게 지역사회독립생활정보	.70
16.전문가에 대한 보수교육	.29
23.쉬운 과업부터 부여해서 자기결정을 할 수 있는 기회	.25
29. 자기결정권이 강해지면 사회복지사가 변화	-.21
34.책임결과의 주체에 대한 사회적 합의가 필요	-.59
6.가족이나 전문가의 선택이 더 옳다고 결정을 위임	-.65
8.책임에 대한 두려움 때문	-.74
4.자기결정은 가족의 동의보다 우선적이다	-1.05
2.자기결정권은 치료를 받을 권리보다 우선	-1.43

V. 논의 및 결론

본 연구는 지역사회 정신보건현장에서 역량강화실천의 필요성이 더욱 부각되고 있으나 단순한 지향점과 실천담론 수준에 머물 수 있다는 문제의식을 갖고, 권리 측면에서 역량강화와 대체가능한 개념이며(Wehmeyer & Schwartz, 1998), 역량강화의 주요 요소로 구성되는 ‘자기결정’에 대한 인식을 조사하고자 하였다. 즉, 지역사회 재활기관의 정신장애인과 사회복지사를 대상으로 정신장애인의 자기결정에 대한 인식을 유형화함으로써 실천현장에서 서비스의 제공자(사회복지사)와 수요자(정신장애인 당사자)가 어떻게 자기결정을 인식하고 있으며, 각 유형의 특성은 무엇인지 분석하였다. 자기결정에 대한 구체적인 개념정립을 통해 지역사회 정신보건현장에서의 역

량강화실천과 전문가 교육, 프로그램 개발 등의 영역에서 정신장애인의 자기결정을 실현해 내기위한 기초자료로 삼고자 하였다.

Q방법론을 활용하여 지역사회 정신보건현장의 정신장애인의 자기결정에 대한 서비스제공자와 소비자의 주관적 인식유형을 종합적으로 분석한 결과 다음과 같이 세 가지 유형으로 나타났다.

제1유형은 “절대적 권리로서의 주도적 자기결정” 유형으로 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정은 전문가 혹은 그 가족의 결정보다 우선적으로 인정되어야 할 권리로서 파악하고 있으며, 교육이나 훈련을 통해 발전하는 것이 아니고 상황에 따라 적용범위가 달라지지 않는 절대적 개념으로 인식하였다. 이러한 개념은 법학에서 인권적 관점에서의 논의(정규원, 1999)와 유사하며, 사회복지에서의 다루어 온 클라이언트의 중대한 권리며, 사회복지실천의 핵심적 가치로서의 논의(Biestek & Gehrig, 1978; 이영미 2004)와 동일한 인식선상에 있다.

P표본과의 관계에서 연구에 참여한 대부분의 사회복지사가 제1유형에 속한 것은 주로 학문적 배경과 정신보건 수련과정을 통한 절대적 권리로서의 주도적 자기결정의 개념화가 이뤄진 것으로 판단된다. 그러나 이 유형에 귀속된 사회복지사들은 정신장애인의 자기결정에 대한 당위적 권리와 가치에서 더 나아가 이를 구체적으로 실천할 수 있는 방안에 대하여 한계를 경험하고 있었다. 그러므로 사회복지사의 연수 및 보수교육에서는 자기결정에 대해 실천의 윤리와 가치로서 초점을 두는 데에서 개념을 더욱 확장시켜 자기결정의 실천방법과 지침, 프로그램 개발에 대한 내용이 포함될 수 있도록 근본적인 탐색이 선행되어야 한다.

또한 P표본과의 관계에서 제1유형에 속한 정신장애인의 경우 법정 장애인등록률이 90.9%로 높고, 입원횟수가 평균 3.1회로 다른 유형에 비해 적은 점은 시사하는 바가 크다. 정신장애인의 경우 사회적 편견으로 인해 다른 장애유형에 비하여 장애인등록이 낮은 유형에 속한다. 그러므로 정신장애인에게 장애인등록은 편견에서 상대적으로 자유로운 정도의 지표가 될 수 있다. 특히 입원횟수가 다른 유형에 비해 상대적으로 적은 특성은 이러한 정신장애인의 경우 보다 주도적인 자기결정이 가능함을 보여준다. 이러한 결과는 Peterson et al.(1993)의 연구결과와도 유사하다. 그러므로 이러한 인식유형의 정신장애인에게는 무엇보다도 전문가와 동등한 파트너십을 유지하면서 인간적인 만남을 경험할 수 있도록 하는 것이 중요하다.

제2유형은 “상대적 가치로서의 의존적 자기결정” 유형으로 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정은 전문가(의사, 간호사, 사회복지사, 심리사 등)의 의견, 가족의 의견, 상황에 따라 적용범위가 달라지는 상대적인 개념으로 인식하였다. 특히, 전문가들의 역할을 중요시하여 전문가의 지지와 옹호, 수용태도를 통해 정신장애인의 자기결정이 실현될 수 있으며 권리적 측면은 아닌 것으로 파악하였다. 이러한 개념은 클라이언트의 자기결정이 사회복지전문직에 있어서 대단히 중요하게 여겨지고 있기는 하나, 자기결정이 모든 상황에 적용되는 절대적인 권리가 아니라는 논의(오혜경, 2006)와 유사하며, 민법상 정신장애인의 행위무능력이라는 전제하의 본인의 보호라는 논의(박태신, 2008)와 유사하다.

P표본과의 관계에서 제2유형에 귀속된 연구대상자는 사회복지사 1명을 제외하고, 모두 정신장애인이다. 이 유형에 속한 정신장애인은 다른 유형에 속한 대상자에 비해 법정 장애인등록률이 제일 낮고, 병원 입원 횟수가 제일 많았으며, 평균 유병기간과 재활기간이 제일 긴 것으로 나타났다. 즉, 이들은 시설화의 의도하지 않은 영향 및 사회적 편견의 내재화로 인해 자기결정에 대해 주변상황에 의존하는 개념적 인식이 이뤄진 것으로 판단된다. 제2유형에 속한 정신장애인들의 인식유형은 장기간 병원입원과 지역사회 재활과정 속에서 정신장애인들이 삶에 통제력을 상실하고, 학습된 무기력을 경험하여 순응과 의존의 경향성을 나타낸다는 선행연구들의 결과(Seligman, 1975; Deegan 1992; Manning et al., 1997)와 비슷한 현상이다. 치료환경에 적합한 정신장애인의 순응적 행동과 태도는 스스로의 자기결정에 도움이 되지 않는다. 그러므로 제2유형에 속한 정신장애인의 경우 지역사회현장에서 역량강화실천의 개입이 가장 필요한 대상자라 할 수 있다. 즉, 스스로 자기 의사를 표현하고 받아들여지는 안전한 서비스 환경에서 보다 적극적인 자기결정의 경험을 갖도록 하는 사회복지사의 지지가 필요하다.

또한 P표본과의 관계에서 제2유형에 속한 1명의 사회복지사의 경우 정신보건수련 경험이 없으며, 지역사회 근무경력이 6개월 정도로 정신장애인의 자기결정에 대해 서비스 제공자의 권한을 보다 크게 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이와 같은 개념화는 근무경험의 부족과 지역사회 정신보건의 철학 등의 부재에서 나타난 결과로 판단되며 향후 보수교육 혹은 정신보건 수련의 필요성이 제기된다.

제3유형은 “잠재된 능력으로서 반응적 자기결정” 유형으로 지역사회 정신보건현장에서 정신장애인의 자기결정을 권리 혹은 가치와 같은 추상적인 개념으로 받아들이기

보다는 상대적으로 교육, 훈련의 과정 속에서 이끌어낼 수 있는 능력의 개념으로 인식하고 있었다. 이러한 개념은 교육학 및 특수교육분야에서 자기결정을 달성해야 할 교육적 성과, 목표를 성취해 나가는 능력, 선택과 결정을 하는 행위이자 문제해결 능력 등의 관점에서의 논의되는 것과 유사하다(이영미, 2004; Ward; 1988; Wehmeyer, 1992). 특수교육분야에서는 다른 분야보다 더욱 자기결정을 행위적 관점에서 보고, 자기결정에 대한 학습모델과 교육적 중재를 강조하고 있다(Field & Hoffman, 1996; Mithaug, 1993).

P표본과의 관계에서 제3유형에 귀속된 연구대상자는 사회복지사 1명을 제외하고 모두 정신장애인이다. 이 유형에 속한 정신장애인은 다른 유형에 속한 대상자에 비해 평균 유병기간과 재활기간이 제일 짧은 것으로 나타났다. 즉, 재활기간이 평균 4.5년으로 지역사회 정신보건현장에서의 교육적 욕구와 기대가 가장 높은 대상층으로 자기결정을 개발하려는 인식유형으로 개념화된 것으로 판단된다. 그러므로 제3유형에 속한 정신장애인 회원의 경우 자기결정이 충분히 발휘될 수 있는 구조적인 상황이 중요하다. 서비스내용 및 전달방식에서 다양한 선택권을 요구하고 있는 대상자들로 다양한 자기결정의 훈련과 교육이 점진적으로 계획될 필요가 있다.

또한 P표본과의 관계에서 제3유형에 속한 1명의 사회복지사의 경우 정신보건수련 경험이 없으며, 지역사회 근무경력이 약 2년으로 실천방법의 욕구가 가장 큰 시기라 할 수 있다. 정신장애인의 자기결정과 관련된 교육프로그램의 개발 및 연수를 받을 수 있도록 기회의 제공이 필요하다.

이상의 3가지 유형으로 분석된 정신장애인의 자기결정의 유형은 앞으로 지역사회 정신보건현장에서의 실천과 전문가 교육이 나아가야 할 방향을 모색하는데 기초자료가 될 것으로 사료된다. 이러한 논의와 결론을 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 연구대상 중 서비스 제공자인 사회복지사들은 대부분 자기결정에 대해 당연한 권리로서 개념으로만 치중되어 인식하고 있다는 것을 알 수 있었다. 지금까지 진행되어 온 사회복지실천의 교육이 자기결정에 대해 인권, 가치와 윤리에 머물고 있으며 실천현장의 적용에는 노력을 기울이지 않았다는 점을 시사한다. 따라서 자기결정과 관련하여 현장에서 제대로 실천되기 위해서는 무엇보다 근본적으로 이를 개발하는 행위나 능력적 관점을 수용하고 이에 대한 실천지침 및 교육프로그램을 개발하려는 연구노력

이 필요하다.

둘째, 연구대상 중 지역사회 정신보건현장의 수요자인 정신장애인들은 3가지 유형으로 각각 구분될 수 있었다. 그러므로 지역사회 현장에서 역량강화실천을 수행할 때에는 수요자의 특성에 따라 유형별 접근이 차별화되어야 할 필요성이 제기된다. 즉 절대적 권리로서의 주도적 자기결정의 특성을 지닌 대상자는 이미 자기결정에 대한 강한 동기와 확신적 태도를 갖고 있으므로 이를 실현할 수 있는 기회를 제공하는 것이 필요하며, 전문가와의 상호존중의 인격적 만남을 경험하도록 해야 한다. 상대적 가치로서의 의존적 자기결정의 특성을 지닌 대상자는 내재화된 편견과 학습된 무력감에서 벗어날 수 있도록 동기화하고, 자기의사를 표현하도록 지지하는 안전한 환경이 구축하는 것이 필요하다. 잠재된 능력으로서 반응적 자기결정의 특성을 지닌 대상자는 체계화된 교육프로그램을 통해 자기결정의 행위가 점진적으로 학습될 수 있도록 돕는 것이 필요하다.

셋째, 본 연구는 서울지역의 정신장애인과 사회복지사를 대상으로 하였으므로 연구 결과를 일반화하는 데 한계가 있을 수 있다. 그러므로 후속연구에는 이를 보완할 수 있는 연구 설계를 통한 비교가 이뤄질 필요가 있다.

박정임은 서울여자대학교 대학원에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 서일대학 사회복지과 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건사회복지이다(E-mail: strjung@seoil.ac.kr).

이금진은 이화여자대학교 대학원에서 사회복지학 박사학위를 받았으며, 현재 한양여자대학 아동복지과 전임강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 정신보건사회복지, 아동복지 등이다(E-mail: lkj626@hanmail.net).

참고문헌

- 김기덕(2002). 사회복지윤리학, 나눔의 집.
- 김분한(1992). 암의 원인지각에 관한 탐색적 연구, 박사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 김연희, 하경희(2005). 사회복지시설 서비스 이용자의 참여경험에 관한 현상학적 연구, 정신보건과 사회사업, 19, pp.92-124.
- 김홍규(2008). Q방법론: 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용, 서울: 커뮤니케이션북스
- 김현수, 원유미(2000). Q방법론. 서울: 교육과학사.
- 류숙렬 (2002). 자기결정 활동프로그램의 개발과 적용이 전이기 경도장애 학생의 자기결정력 증진에 미치는 효과, 박사학위논문, 이화여자대학교, 서울.
- 박성우, 김용욱(2005). 자기결정 프로그램이 경도정신지체 학생들의 자기결정력과 문제해결 능력에 미치는 효과, 특수교육저널: 이론과 실천, 6(2), pp.137-154.
- 박경수(2006). 장애인복지 소비자주의에 대한 사회복지전문직의 주관적 개념화 분석, 한국사회복지학, 58(4), pp.169-196.
- 박태신(2008). 정신장애인의 자기결정권과 행위능력, 안암법학, 27, pp.133-184.
- 서미경, 김재훈, 이진향(2008). 정신보건시설에서의 정신장애인 권리침해에 관한 연구, 정신보건과 사회사업, 29(8), pp.330-367.
- 서미경(2003). 정신장애인의 인권보장과 제한에 관한 연구, 한국사회복지학, 55, pp.231-254.
- 신은희, 이영철(2008). 장애인의 자기결정: 의미와 오해, 정신지체연구, 10(1), pp.131-159.
- 양옥경(2000). 사회복지실천론, 나눔.
- 여광웅, 박현옥, 김미은(2006). 의사결정기술 교수프로그램의 적용이 정신지체학생의 자아개념과 자기결정력에 미치는 효과, 특수교육저널: 이론과 실천, 7(2), pp.23-28.
- 오혜경(2006). 사회복지실천에서 자기결정권과 자기결정권의 제한, 인간연구, 11.
- 이경아(2004). 지원이용 프로그램에서의 정신장애인의 참여경험에 대한 질적 연구. 박사학위 논문, 숭실대학교, 서울.
- 이금진(2007). 정신장애인의 취업경험에 관한 연구, 박사학위논문, 이화여자대학교, 서울.

- 이영미(2004). 장애인의 자기결정력증진 프로그램 개발 및 효과성 연구-지체장애와 뇌 병변 장애 청소년을 중심으로, 박사학위논문, 연세대학교, 서울.
- 이용표(1999). 정신보건 프로그램에서의 능력고취, 사회복지연구, 13, pp.111-137.
- 정규원(1999). 피해자의 승낙에 관한 연구: 의료행위를 중심으로, 박사학위논문, 서울대학교, 서울.
- 최희철, 이방현, 이동훈(2006). 정신장애인의 클럽하우스 참여경험에 관한 현상학적 연구: 태화해 뜨는 샘 회원을 중심으로, 태화임상사회사업연구, 13, pp.9-74
- Berrol, S.(1979). Independent living programs: The role of the able-bodied professional. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 60, pp.456-457.
- Deegan, P.(1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15(3), pp.3-19.
- Deci, E.L., Ryan, R.M.(1985). *Intrinsic Motivation and Self-determination in Human Behavior*. New York: Plenum. pp.5-7.
- Field, S., Hoffman, A.(1996). Steps to Self-determination: A Curriculum to help Adolescents learn to Achieve their Goals, Austin, Tx: Pro-Ed.
- Grudsinskas, A. J.(2002) Community : the search for a formula to relate competence, coercion, and mandated treatment, *The Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 30(2), pp.357-368.
- Hahn, H.(1984). Reconceptualizing disability: A political science perspective. *Rehabilitation Literature*, 45.
- Kailes, J. I.(1988). Putting advocacy rhetoric into practice: *The role of the independent living center*. Houston, TX: Independent Living Research Utilization.
- Lindsey, K. and G. L. Paul(1989). Involuntary commitments to public mental institution: Issues involving the over-representation of blacks and assessment of relevant functioning, *Psychological Bulletin*, 106, pp.171-183.
- Mithaug, D. E(1993). *Self-regulation theory: How optimal adjustment maximize gain*, Westport, CT: Praeger.
- Mackelprang, R. W. and Salsgiver, R. O.(1996). People with disabilities and social work:

- Historical and contemporary issues. *Social Work*, 41(1), pp.7-14.
- Manning, S., Parsons, R. and Silver, J.(1997). *An empowerment model for persons with serious psychiatric disability*. Denver, CO: University of Denver, Graduate School of Social Work.
- Manning, S., Zibalese-Crawford, M. and Downey, E.(1994). *Colorado mental health consumer and family development project: Program evaluation*. Denver, CO: University of Denver, Graduate School of Social Work.
- Peterson, C., Maier, S. and Seligman, M.E.P.(1993). *Learned helplessness: A theory for the age of control*. NY: Oxford University Press.
- Saleeby, D, (1996). The strengths perspective in social work practice: extension and cautions". *Social work*, 41(3), pp.296-305.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA:Freeman.
- Stephenson, W.(1953). *The study of behavior : Q-technique and its methodology*. Chicago: University of Chicago.
- Ward, M.J.(1988), The many facets of self-determination. NICHCY Transition Summary: National Information Center for Children and Youth with Disabilities, 5, pp.2-3.
- Wehmeyer, M. L.(1992). Self-Determination : Critical skill for outcome-oriented transition services. *Journal of Vocational Special Needs Education*, 15(1), pp.3-7.
- Wehmeyer, M. L. & Schwartz, M. (1998). The relationship between self-determination and quality of life for adults with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*, 33(1), pp.3-12.
- Zola, I. K.(1983). Toward independent living: Goals and dilemmas. In N. M. Crewe and I. K. Zola (Eds.), *Independent living for physically disabled people*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp.344-356.

A Study on the Subjective Perception Type of Social Workers & Clients to Self- determination of people with psychiatric disabilities in Community Mental Health Settings

Park, Jung Im
(Seoil University)

Lee, Keum Jin
(Hanyang Women's University)

The purpose of this study is to find out perception types of self-determination in community mental health settings for people with psychiatric disabilities and social workers. For this purpose, this study adopted Q-methodology which was developed mainly to study on the subjective conceptualization of related people on research theme. The 34 selected Q-statements from each of 46 subjects were classified into a normal distribution using a 9 point scale. The collected data analyzed using a Quanl PC program.

This study found out three major types of perception of self-determination in community mental health settings for people with psychiatric disabilities and social workers. Three types are 'leading type as an absolute right', 'dependent type as an relative value' and 'reactive type as an latent capacity'

This research finding can be used to make clear understanding on diverse voices of related groups about self-determination for people with psychiatric disabilities and this result will attribute to development empowerment practice and professional training program.

Keywords: Community Mental Health, People with Psychiatric Disabilities, Self-determination, Q Methodology