

## 산재장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구<sup>1)</sup>

박수경<sup>2)</sup>

- I. 서론
- II. 문헌연구
- III. 연구방법
- IV. 결과분석
- V. 결론 및 제언

### I. 서론

1990년대 들어 매년 약 3만명 정도의 근로자가 산업재해로 인해 장애인이 되고 있으며, 더욱이 노동능력이 완전히 또는 상당부분 손상된 중대재해근로자의 비율이 점차 증가하고 있는 추세에 있다.<sup>3)</sup> 선천성 장애인들과는 달리, 산업재해장애인들은<sup>4)</sup> 과거 정상인으로서 직장생활을 한 경험이 있으므로 산재로 인해 장애를 입게 된 후에도 자신이 장애인이라는 사실을 수용하기 어

1) 이 논문은 1997년학년도 연세대학교 박사학위논문의 일부를 정리한 것임.

2) 연세대학교 사회복지연구소 연구원

3) 노동부, 산재보험사업연보, 1996.

4) 산재로 인해 영구적인 신체장애를 갖게 된 근로자들을 부르는 명칭은 일치되어 있지 않다. 본 논문에서는 이러한 사람들을 산업재해장애인이라고 칭하여, 이하 산재장애인으로 줄여 사용하겠다.

려우며, 갑작스러운 신체기능의 상실로 인해 생활적응에 더 많은 곤란을 경험하게 된다. 또한 산재로 인한 신체기능의 손실로 인하여, 장애 발생이전 산재장애인이 가정, 직장, 사회에서 수행 하던 역할을 제한받을 뿐 아니라 사회관계의 손실을 초래하고, 더욱이 재취업을 하지 못한 산재 장애인의 경우 경제적인 곤란과 사회관계의 단절이 더욱 심화되어 사회로부터 소외되는 현상마저 보이고 있다.

실제로 한국장애인고용촉진공단의 조사<sup>5)</sup>에 따르면, 57.6%가 '산재 이전에 비해 만나는 사람의 범위가 줄어들었다'고 답했으며, 관계의 친밀도면에서는, 산재장애인의 41.1%가 '인간관계가 소홀해 진 것'으로 나타났다. 또한 이경희의 연구<sup>6)</sup>에 따르면 중도척수손상자들의 약 61.1%는 손상 이후 친구관계가 악화되었다고 답해, 산재장애인의 절반정도가 장애 이후 인간관계의 범위가 줄거나 관계정도가 소원해지는 것으로 나타났다.

현재 산재장애인을 위한 산재보험보상체계는 치료와 장애급여를 중심으로 운영되고 있으며, 특히 산재장애인에게 가장 중요한 직업재활과 사회재활서비스는 희망자에 한해 제공되고 있어, 산재장애인의 사회통합을 위한 체계적이고 실질적인 재활서비스는 매우 부족한 실정이다. 이러한 산재보험급여의 편협성은, 산재보험급여수준이 OECD 국가들 못지 않은 수준에 와 있으면서도 산재근로자들이 산재보험 보상체계에 대한 불만을 느끼게 만드는 주요 요인이 되고 있다. 결국 현재의 산재보험 보상체계는, 현금급여의 대체율은 높지만 재활서비스 제공의 부족으로 산재장애인의 사회통합에 실질적인 도움을 주지 못하고 있으며, 장기적으로는 산재급여의 증가와 노동력의 손실이라는 비효율을 발생시키고 있다.

이처럼 산재장애인 재활체계의 문제점에도 불구하고, 지금까지의 산재에 대한 관심은 주로 산재보험의 급여조건 및 수준 그리고 재정안정화에 집중되었거나, 산재예방에 대한 중요성을 인식하는 수준에 머물고 있을 뿐, 산재장애인의 사회통합을 전제로 한 재활체계 및 서비스에 관한 논의는 상대적으로 소홀히 하였다.

장애인 재활의 궁극적인 목적이 사회통합이라면, 산업재해장애인의 재활 역시, 의료적 치료나 경제적 지원만으로 성취될 수 없으며, 사회통합을 전제로 할 때 진정한 의미를 갖는다. 따라서 산재장애인의 재활정책의 방향은, 산재이후 이들이 가정, 직장, 사회로 재통합될 수 있도록 설정되어야 한다. 이를 위해서는 현재 산재장애인의 사회통합이 어느 정도 수준에 있으며, 산재장애인의 어떤 특성들이 사회통합에 영향을 미치는 지를 살펴볼 필요가 있다.

본 연구는 산재장애인에 대한 사회통합에 영향을 미치는 요인들을 밝혀 산재장애인의 재활정

5) 한국장애인고용촉진공단, 중도장애인의 심리특성이 취업에 미치는 영향, 1996, p. 39.

6) 이경희, 중도척수손상자의 사회적응을 위한 재활체계모형, 부산대 박사학위논문, 1996.

책의 정당성을 확보하거나 프로그램을 개발하기 위한 필요성의 인식에서 출발하였다. 산재장애인 경우 일반장애인에 비해 사회통합의 필요성이나 배려가 우선되어야 한다거나, 재활정책이나 서비스의 차별화가 필요하다고 주장할 만한 근거는 없다. 다만 산재장애인은 일반장애인과는 달리 산재보험이라는 제도적 장치를 통해 소득결손에 대한 보장이 이루어지고 있고, 재활에 대한 제도적 접근에 있어서도 일반장애인에 비하여 유리한 입장에 있으므로 산재장애인의 사회통합에 대한 논의는 산재장애인을 위한 정책이나 개입방안의 근거를 제공하고, 나아가 이를 일반장애인에게 확대·적용할 수 있다는 점에서 그 의미가 있다고 하겠다.

장애인의 사회통합에 관한 선행연구를 살펴보면, 사회통합의 개념은 장애인 자신의 역할수행 개념으로 보는 미시적 관점에서부터 사회구조나 사회적인 신념에 따른 장애인과 사회 등의 관계로 설정한 거시적 관점, 이 두 관점을 포괄하여 장애인의 지역사회 연관활동 정도를 사회통합으로 보는 다차원적 관점에 이르기까지 다양하게 사용되어 왔다. 최근들어 장애인에 대한 사회통합에 대한 논의는, 주로 탈시설화 경향이나 지역사회중심 보호서비스의 중요성이 부각됨에 따라 장애인의 지역사회와의 연관활동 정도에 초점을 두고 진행되고 있다. 또한 산재장애인의 경우 장애의 치료가 종결되면, 대부분 가정으로 돌아가 생활하게 되므로 지역사회활동의 참여나 지역사회자원의 이용정도는 이들의 재통합에 있어 필수적인 요건이다.

이러한 연구경향에 따라 본 연구에서는 산재로 인한 장애 발생이후 산재장애인들이 겪게 되는 사회활동의 제한이나 관계의 단절에 주목하고자 한다. 본 연구는 지역사회통합에 영향을 미치는 요인들을 밝혀, 산재장애인의 재활정책의 방향 및 개입방안을 제시하는 데 그 목적이 있다. 따라서 본 연구는 사회통합개념을 지역사회통합의 의미로 제한하고, 산재장애인의 지역사회활동의 참여정도나 지역사회자원의 이용정도 등으로 그 개념을 구체화하였다.

## II. 문헌 연구

### 1. 지역사회통합의 개념

The Social Work dictionary<sup>7)</sup>에 따르면, "통합은 구성원들이 하나의 통합된 전체로 결합해 가는 과정으로, 사회학적인 의미의 통합은 다양한 사회집단이나 인종집단들을 결합하여, 조화로운 관계를 형성해가는 과정"으로 정의하고 있다. Powers<sup>8)</sup>는, "사회통합을 첫째, 사회의 다양한 단

7) Barker, R. L., The Social Work Dictionary(3rd ed). Washinton, DC: NASW Press, 1995.

8) Powers, C. H. (1981), Power and Principles of Social Integration. Ann Arbor, MI: University

위들이 안정된 사회적 관계를 형성하게 되는 역동적인 과정과, 둘째 어떤 통합적 과정의 산출이나 결과적 상황”으로 정의했다. 이러한 정의들에서 보면 사회통합이란 다양한 사회집단의 조화로운 관계나 안정된 관계를 형성하는 과정을 의미한다.

한편 과거 장애인의 사회통합에 대한 기본적인 패러다임은, 일탈자로 여겨져 온 장애인을, 장애인만을 위한 전문시설보다는 일반시설에서 서비스를 제공받도록 하는 것이었다. 이러한 관점은 현재에도 이어져 사회통합은, 장애인을 사회의 주류에 최대한 포함시키려는 주류화(mainstreaming), 정상화(normalization), 최소한의 제한적 환경(least restrictive environment), 사회적 역할설정(social varolization) 등의 궁극적인 목적이 되고 있다. 이러한 개념들은 장애인이 비장애인과 함께, 정기적이고, 일반적인 방법으로 생활하고 배우며, 일할 수 있는 정도를 강화하는 데 이용되어 왔다.

일반적으로 장애인의 사회통합은, 장애인이 평등의 기초 위에서 사회의 부분이 되어 장애인이 속한 사회적 그리고 문화적 활동에 참여하는 것을 의미하는 것으로<sup>9)</sup>, 비장애인이 영위하는 수준과 동등하게 장애인들이 지역사회내에 존재(presence)하고 참여(participation)하는 정도를 의미한다<sup>10)</sup>.

하지만 장애인의 사회통합개념은, 장애인 자신의 역할수행 개념으로 보는 미시적 관점에서부터, 사회에서 장애인에게 기대하는 규범적인 역할의 수행정도나 사회구조 또는 사회적인 신념에 따른 장애인과 사회(그 사회에 존재하는 비장애인을 포함한 모든 제도나 시설 등)의 관계로 설정한 거시적 관점, 그리고 이 두관점을 포괄하여 장애인의 지역사회 연관활동의 정도로 보는 다차원적 관점에 이르기까지 광범위하게 사용되고 있다.

사회통합을 개인의 지역사회 연관기능(community involvement)으로 구체화하려는 접근은, Segal과 Aviram이 정신질환자들의 사회통합에 대한 연구를 시작하면서 그 체계를 갖추게 되었다. 이들은, Warren의 지역사회 개념을 바탕으로 하여, 사회통합을 현재성(presence), 접근성(access), 참여성(participation), 생산성(productivity), 소비성(consumption)의 다섯가지 차원으로 구분하였다<sup>11)</sup>. Segal과 Aviram은, 개인이 지역사회연관 기능을 수행하는 사회하위체계들로의 접

Microfilms International.

- 9) 이익섭, “한국장애인복지정책의 이념정립을 위한 고찰”, '93 한국사회복지학회 추계 학술대회 자료집, 1993, pp. 247-257.
- 10) Mank, D. M. and Buckley, J., "Strategies for integrated employment," In Kiernan, W. E. and Schlock, R. L. (eds). Economics, Industry, and Disability: A Look Ahead. Baltimore: Paul H. Brooks Publishing Co., 1989, pp. 319-335.
- 11) Segal, S. P. and Aviram, U., "The Mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration," New York, NY: Springer Publishing Company, 1978, pp. 53-59.

근을, 사회통합에 필요충분조건으로 보았다. 이들의 연구를 시작으로 사회통합의 개념을 지역사회통합의 의미로 한정해서 보는 경향이 나타났으며, 이러한 시도는 주로 정신질환자를 대상으로 한 연구들에서 많이 찾아 볼 수 있다.<sup>12)</sup>

한편 최근 정신지체장애인의 지역사회통합개념, 역시 강조되고 있는데, 1987년 미국 발달장애 지원법 및 권리법개정안(the Developmental Disabilities Assistance Bill and Bill of Rights Act)에는 통합을 다음과 같이 규정하고 있다<sup>13)</sup>:

- 1) 장애인이 일반 시민들이 이용하는 지역사회자원을 똑같이 이용하는 것
- 2) 일반시민들이 참여하는 지역사회활동에 동등하게 참여하는 것
- 3) 장애가 없는 일반 시민들과 함께 지역사회에서 정기적으로 만나는 것

또한 Anderson<sup>14)</sup>은, 정신지체노인들을 대상으로 한 연구에서 사회통합을, 가정의 통합, 이웃과의 통합, 레크레이션/레저의 통합, 사회관계, 지역사회자원의 사용 등으로 조작화하였으며, 특히 지역사회에서 장애가 없는 일반인과의 정기적인 만남을 강조하였다. Siska<sup>15)</sup> 역시, 정신지체장애인의 직장내 통합을 공동업무를 맡은 직장동료와의 관계나 우정의 결과로서 정의하였고, Taylor<sup>16)</sup>도, 지역사회통합의 개념이 가족을 넘어서 무급으로 장애인들을 돌보는 비장애인들과의 관계로 확대되어야 함을 지적하였다. 이처럼 지역사회통합은, 개인의 역할수행을 넘어서 지역사회 내에서의 연관활동으로 까지 확장되고 있으며, 장애인과 주변환경간의 상호작용을 강조하고 있다.

---

12) Kruzich, J. M. and Berg, W., "Predictors of self-sufficiency for the mentally ill long-term care," *Community Mental Health Journal*, Vol. 21, No. 3, 1985, pp. 198-207; Kennedy, C., "Community integration and well-being: Toward the goal of community care," *Journal of Social Issues*, Vol. 45, No. 3, 1989, pp. 65-77; Bootzin, R. R. et al., "Longitudinal outcomes of nursing home care for severely mentally ill patients," *Journal of Social Issues*, Vol. 45, No. 3, 1989, pp. 31-48; Ely, Peter W., *Quality of Life and Social Integration of Psychologically Disabled Citizens in Community Residences*. Ann Arbor, MI: University Microfilms International, 1991.

13) Anderson, D. J., Lakin, K. C., Hill B. K., and Chen, T-H., "Social intergration of Older Persons with mental retardation in residential facilities," *American Journal on Mental Retardation*, Vol. 96, No. 5, 1992, pp. 488-501.

14) Anderson, *ibid.*

15) Siska, K. F., *Social integration in the workplace: the Mentally retardation in work settings*, Ann Arbor, MI: University Microfilms International, 1995, pp. 61-66.

16) Taylor, S., Biklen, J. D., and J. Knoll eds., *Community integration for people with severe disabilities*. New York, NY: Teachers Colleges Press, 1987.

결과적으로 이러한 연구들에서 나타난 지역사회통합 개념은 1) 지역사회내의 장애인과 비장애인간의 관계, 2) 지역사회자원의 접근, 3) 지역사회활동의 참여정도, 4) 생산적인 활동에의 참여정도 등으로 요약될 수 있다.

## 2. 지역사회통합에 영향을 미치는 요인들

여러 선행연구들<sup>17)</sup>에서 장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인들은 개인적인 특성, 수용시설의 특성, 지역사회의 특성, 기관에서 제공하는 서비스의 수준, 재활서비스 정도, 재활훈련수준 등으로 지적하였다. 하지만 이러한 연구들의 대부분이 지역사회 시설에 거주하고 있는 정신질환자나 정신지체장애인들을 대상으로 하고 있어 산재장애인들의 사회통합을 예측하는 요인들로는 미흡하다.

이러한 점에서 본다면 중도에 장애를 입게 된 사람들, 예를 들어 척수손상자나 뇌손상자들이 손상 이후 직장으로 복귀하는데 영향을 미치는 요인들을 검토하는 작업은, 산재장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인을 추론하는데 있어 여러 가지 시사점을 제공해 준다. Crip<sup>18)</sup>에 따르면, 척수손상자를 대상으로 한 선행연구들을 검토한 결과, 척수손상자의 직업복귀에 영향을 미치는 요인들은 교육, 척수손상 이전의 직업적인 관심, 손상정도, 장애와 관련된 의료문제, 연령, 장애기간, 재정적 비유인, 성별, 고용주의 태도 등으로 나타났다. 또한 Crip<sup>19)</sup>은 뇌손상자를 대상으로 한 선행연구들을 검토하여, 손상정도, 인식부족 및 인성변화, 심리사회적 적응, 신체장애, 연령, 재활서비스 접근성, 고용주의 태도 등을 직업복귀에 영향을 미치는 요인들로 지적하였다.

또한 산재장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인은, 장애의 수용이나 신체적·심리적 적응과 관련있는 요인들을 살펴봄으로써 추론할 수 있다. 산재장애인의 자존감은 장애의 수용과 중요한 관련이 있다는 점에서 사회통합에 영향을 미치는 요인으로 고려될 수 있다. 산재장애인들은 처음에는 자신이 장애인이 되었다는 사실을 부인하지만, 시간이 지나면서 가족이나 주변사람들의 도움으로 장애를 수용하게 된다. 산재장애인들은 산재사고 이전에 정상인으로서 생활한 경험이 있으므로 이들의 지역사회로 복귀하는데, 장애의 수용은 특히 중요하다. 기존의 여러 선

17) Segal and Aviram, 1978, op. cit.; Kruzich, 1985, op. cit.; Kennedy, 1989, op. cit.; Bootzin, 1989, op. cit.; Ely, 1991, op. cit.; Anderson, 1992, op. cit.

18) Crip, R., "Return to work after spinal cord injury," *Journal of Rehabilitation*, Jan/Feb/Mar, 1990, pp. 28-35.

19) Crip, R., "Return to work after spinal cord injury," *Journal of Rehabilitation*, October/November/December, 1992, pp. 27-33.

행연구들<sup>20)</sup>에서도 자존감과 장애에 대한 적응간에 정적인 관계가 있음을 밝힌 바 있다.

한편 장애발생 후 장애에 적응하는 데는, 실제 장애정도보다 장애에 대한 인식수준이 더 많은 영향을 미친다. Belgrave의 연구<sup>21)</sup>에 따르면, 장애에 대한 인식수준은, 장애에 대한 적응을 예측하는 심리사회적인 변수들(사회적 지원, 자존감, 장애에 대한 인식 등) 중 가장 강력한 예측요인인 것으로 밝혀졌다. 또한 Lee와 그의 동료들<sup>22)</sup>에 따르면, 산재장애인들의 경우 손상정도 보다는 손상정도에 대한 인식이 사회심리적 적응이나 직업상의 적응에 더 많은 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 점에서 산재장애인의 손상정도가 심할수록 사회생활에 적응력이 낮은 것은, 손상정도로 인한 직접적인 기능상의 문제와 더불어 손상된 부분에 대한 인식에서 기인한다고 볼 수 있다.

장애인의 개인적 특성뿐만 아니라 장애가족의 지지적인 환경, 또한 산재장애인이 사회에 다시 적응하는데 있어 발판이 된다는 점에서 매우 중요하다. Crip<sup>23)</sup>에 따르면, 대인관계성이 부족한 가족과 함께 생활한 장애인은 대인관계의 적응이나 직장에서의 적응수준이 낮은 것으로 나타났다. 또한 Kaplan<sup>24)</sup>은 장애이전과 이후의 가족적응정도와 직장 또는 학교로의 복귀간에 관계가 있음을 밝힌 바 있다. Holahan과 Moos<sup>25)</sup> 역시, 가족의 응집정도, 표현정도, 갈등정도는 개인의 심리적, 신체적 적응에 영향을 미친다고 주장하였다. 이와 같은 선행연구들에서는 개인의 사회적응에 있어 가족지원의 중요성을 강조하고 있다. 이처럼 질병 또는 재해 이후 가족의 지원은, 손상된 사회활동이나 사회관계를 다시 형성하는 데 있어 기반이 되며, 실업자의 경우 가족의 지원은 사회접촉을 위한 주요 자원으로서 역할을 하게 되므로<sup>26)</sup> 산재장애인의 가족지원은 이들이 다시 사회에 통합되는데 중요한 토대가 될 수 있다.

20) Heinemann, A. W. and Shontz, F. C., "Acceptance of disability, self esteem, sex role, and reading aptitude in deaf adolescents," *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 25, 1982, pp. 197-203; Linkowski, D. C., and Dunn, M. A., "Self-concept and acceptance of disability," *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 17, 1974, pp. 28-32; Wissel, E. A., *Analysis of self-concept and acceptance of disability with the traumatic spinal cord injured*, A doctoral dissertation, The Catholic University of America, Washington, D.C., 1981; Begrave, F. Z., "Psychological predictors of adjustment to disability in African Americans," *Journal of Rehabilitation*, Jan/Feb/Mar, 1991, pp. 37-40.

21) Belgrave, F. Z., 1991, op.cit.

22) Lee, P. W. H. et al. (1985), "Psychosocial adjustment of victims of occupational hand injuries," *Social Science and Medicine*, Vol. 20, No. 5, 1985, pp. 493-497.

23) Crip, 1992, op.cit.

24) Kaplan, S. P., "Adaptation following serious brain injury: An assessment after one year," *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, Vol. 19, No. 3, 1988, pp. 3-8.

25) Holahan, C. J., and Moos, R. H., "Personality, coping, and family resources in stress resistance: A longitudinal Analysis," *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 51, No. 2, 1986, pp. 389-395.

26) Crip, 1992, op.cit.

산재장애인에게 있어 친구나 친척 등 주변의 절친한 사람들의 도움과 같은 사회적 지원은, 가족의 지원보다 정도는 덜 하지만 산재사고나 이로 인한 장애, 또는 실업과 같은 삶의 위기상황에 있어 여전히 중요한 자원이다. Belgrave의 연구<sup>27)</sup>에 따르면, 사회적 지원은 장애에 대한 적응에 중요한 영향력을 미치는 요인으로 밝혀졌다. 또한 Kennedy<sup>28)</sup>는, 정신질환자들의 경우 높은 수준의 정서적 지원을 받는 집단의 경우 사회통합정도가 높을수록 안녕감이 높아졌지만 정서적 지원수준이 낮은 집단은 사회통합정도와 안녕감의 관계가 비례하지 않는다는 점을 밝혔다. 이는 사회적 지원이 전제되지 않는 지역사회통합은 장애인에게 있어 의미가 없음을 시사하는 결과로서, 장애인의 지역사회통합에 있어 사회적 지원의 중요성을 보여준다.

산재장애인의 경우 직업재활은, 장애로 인해 손상된 능력을 최대화하여 다시 노동시장에 재진입할 수 있도록 원조하는 데 그 의미가 있다. Rosenfield<sup>29)</sup>는, 지역사회센터에서 재활프로그램에 참여하고 있는 만성정신질환자들을 대상으로 한 연구에서, 직업재활서비스의 경우 삶의 질에 영향을 미치는 반면, 정신과적 치료는 삶의 질과 거의 관련이 없으며, 직업훈련에 관한 한 재활프로그램이 정신과적 치료보다 삶의 만족도에 더 많은 영향을 미친다는 결과를 미친다는 점을 밝혔다. 특히, 직업재활 서비스 중 일에 대한 기대감을 주는 프로그램은 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 점에서 볼 때, 직업재활프로그램은 장애인이 재취업할 수 있도록 기술을 습득한다는 실질적인 의미뿐 아니라, 그들이 다시 일할 수 있다는 희망이나 일할 수 있는 기회를 제공받을 수 있고 다는 점에서도 중요하다.

또한 장애인들에 대한 사회심리적 재활서비스도 이들이 사회로 복귀하는 데 있어 중요한 역할을 한다. 독일의 경우, 산재장애인에 대한 재활서비스를 체계적으로 제공한 결과, 노동능력상실도를 20년 동안 32.9%에서 20.6%로 감소시켜 성공적인 효과를 거둔 바 있다<sup>30)</sup>. 이러한 점에서 볼 때, 재활서비스의 이용여부 역시, 산재장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 주요한 요인으로 고려될 수 있다.

27) Belgrave, 1991, op.cit.

28) Kennedy, 1989, op. cit.

29) Rosenfield, S., "Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill," *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 33(December), 1992, pp. 299-315.

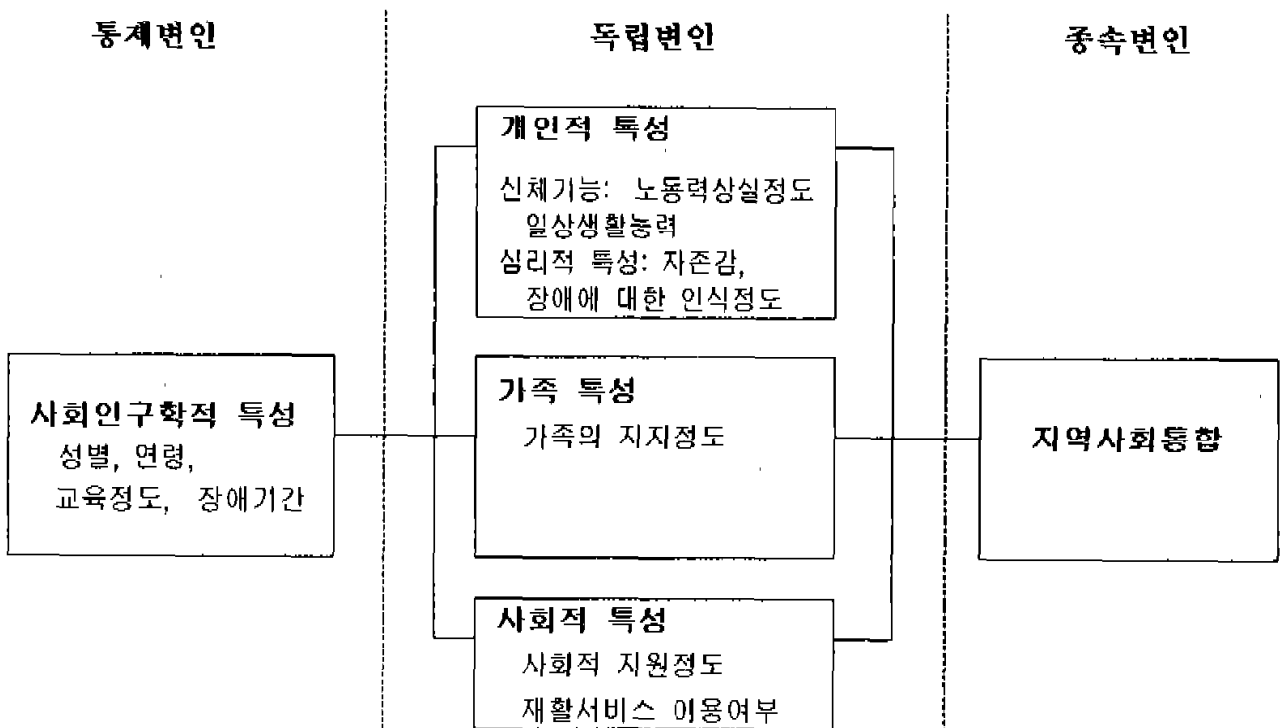
30) Aulmann, H., "Die Rehabilitation im deutschen system der sozialen sicherheit nuter besonderer Berücksichtigung der versicherung gegen arbeitssunfälle und berufskrankheiten(독일 사회보장시스템의 재활제도, 산업재해와 직업병으로 인한 산재보험의 재활제도)," 통일 전후 산재보험과 재활체계에 관한 한독세미나, 근로복지공단, 1996, pp. 201-215.



### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구모형

본 연구는 산재장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인을 밝히기 위해 사회인구학적 특성을 통제변인으로 하고 개인적 특성, 가족 특성, 사회적 특성의 상대적인 영향력을 알아보기 위하여 다음과 같은 연구모형을 설정하였다.



(그림 1) 연구의 분석틀

본 연구에서 검증하고자 하는 가설은 다음과 같다.

#### (1) 신체적 기능수준과 지역사회통합간의 관계

가설 1-1: 산재장애인의 노동력상실정도는 지역사회통합에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-2: 산재장애인의 일상생활능력수준은 사회통합정도에 영향을 미칠 것이다.

#### (2) 심리적 상태와 지역사회통합간의 관계

가설 2-1: 산재장애인의 자존감은 지역사회통합정도에 영향을 미칠 것이다.

가설 2-2: 산재장애인이 장애에 대한 인식도는 지역사회통합정도에 영향을 미칠 것이다.

(3) 가족적 특성과 지역사회통합간의 관계

가설 3-1: 산재장애인 가족의 지지정도는 지역사회통합정도에 영향을 미칠 것이다.

(4) 사회적 특성과 지역사회통합간의 관계

가설 4-1: 산재장애인의 사회적 지원은 지역사회통합에 영향을 미칠 것이다.

가설 4-2: 재활서비스 이용여부는 지역사회통합정도에 영향을 미칠 것이다.

(5) 신체기능과 사회적 지원간의 상호작용

가설 5-1: 노동력상실정도가 사회통합에 미치는 부정적인 영향은 사회적 지원에 의해 완화될 것이다.

가설 5-2: 일상생활능력이 사회통합에 미치는 부정적인 영향은 사회적 지원에 의해 완화될 것이다.

## 2. 연구개념의 조작적 정의

### 1) 종속변인

지역사회로의 통합은, 지역사회활동의 참여정도나 지역사회 자원への 접근성 정도를 의미하는 것으로, Segal과 Aviram의 사회통합척도(Social Integration Scale)중 외향적 사회통합척도(External Social Integration Scale)를 산재장애인에게 적합한 형태로 수정하여 사용하였다. Segal과 Aviram의 사회통합척도는, 현재성(Presence), 접근성(Accessibility), 참여성(Participation), 생산성(Production), 소비성(Consumption) 다섯가지 하위차원으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 연구대상이 산재장애인이라는 점을 고려하여 접근성, 참여성, 생산성의 세 차원만을 포함시켰다.

우선 지역사회활동의 참여는, 친구나 주변의 절친한 사람의 방문, 사회활동(친목회, 자원봉사 활동), 종교활동, 쇼핑, 영화나 연극관람, 운동 및 레저활동 참여, 외식 등을 평소에 어느 정도 하고 있는 문는 8개 항목으로 구성된다. 응답범주는 '1=전혀 안한다', '2=거의 안한다', '3=때때로 한다', '4=자주한다'이다. 신뢰도는 STD  $\alpha = .7184$ 였다.

지역사회 자원への 접근성은, 슈퍼마켓/백화점/시장, 극장이나 공원, 동사무소/구청, 식당이나 커피숍/술집, 대중교통이용, 종교시설, 이발소/미장원, 사회복지기관 및 시설방문, 병원 및 약국, 운동경기 관람 및 참여 등을 산재이전과 비교했을 때 얼마나 쉽게 수행할 수 있는지를 묻는 10개 항목으로 구성된다. 응답범주는 '1=매우 힘들다', '2=거의 힘들지 않다', '3=별로 힘들지 않다',

'4=전혀 힘들지 않다'이다. 신뢰도는 STD  $\alpha = .9841$ 이었다.

2) 독립변인

본 연구의 독립변인은 크게 개인적 특성, 가족특성, 사회적 특성으로 구성된다.

<표 1> 주요 독립변인들의 평균

독립변인	평균	표준편차	최소값/최대값	신뢰계수(STD $\alpha$ )
일상생활능력	2.81	.34	1.29 / 3.00	.9235
자존감	2.92	.49	1.33 / 4.00	.7292
장애에 대한 인식	2.15	.79	1.00 / 4.00	-
가족지지 정도	2.99	.50	1.67 / 4.00	.9083
사회적 지원	2.17	.74	1.00 / 4.00	.9845

주) 일상생활능력 : 점수가 높을수록 일상생활을 혼자할 수 있는 능력이 큼.  
 자존감: 점수가 높을수록 자존감이 높음을 나타냄.  
 장애에 대한 인식: 점수가 높을수록 자신의 장애가 심각하지 않다고 생각함.  
 가족지지정도: 점수가 높을수록 가족지지정도가 높음.  
 사회적 지원: 점수가 높을수록 가족 이외에 절친한 주변 사람의 지원이 많음.

(1) 개인적 특성

개인적 특성으로는 신체기능과 심리적 요인이 포함되는데, 신체적 기능은 객관적인 능력을, 심리적 요인은 주관적 능력을 측정하기 위한 항목이다.

신체적 기능: 본 연구의 조사대상은 산재로 인해 영구적인 장애를 갖게 된 사람들이므로 객관적인 요인으로 일상생활동작능력을 측정하였다. 일상생활동작능력(Activity of Daily Living: ADL)은 14개 항목으로 구성된다. 신체적 동작능력과 일상생활능력은 각각 7개 항목으로 구성되어 있으며, 신체적 동작능력에 포함된 조사항목에는 화장실이용, 샤워/목욕, 세수/양치질, 앉고 일어서기, 옷갈아 입기, 식사하기, 잠자리준비가 포함되며, 일상생활능력에는 방청소, 세탁, 전화하기, 쇼핑/장보기, 조리, 집안에서의 이동, 대중교통이용 등이 포함된다. 응답범주는 '1=전적인 도움이 필요하다', '2=부분적인 도움이 필요하다, 3=혼자 할 수 있다'이다. 신뢰도는 STD  $\alpha = .9235$ 로 매우 높았다.

노동력상실정도는 산재장해등급에 따라 산재보험 실무과정에서 관례적으로 이용하고 있는 기준을 적용하였다(산재장해등급 1-3급은 100%, 4급 92%, 5급 79%, 6급 56%, 8급 45%, 9급 35%,

10급 27%, 11급 20%, 12급 14%, 13급 9%, 14급 5%).

심리적 요인: 개인의 심리적 요인은 자존감, 장애에 대한 인식정도로 측정하였다. 자존감의 측정도구는, 가장 널리 사용되고 있는 Rosenberg(1965)의 자존감척도(Self-Esteem Scale) 10개 항목 중 비슷한 내용을 묻는 문항을 제외하고 긍정적 항목 3개와 부정적 항목 3개로 구성하였다. 응답범주는 '1=전혀 그렇지 않다', '2=대체로 그렇지 않다', '3=대체로 그렇다', '4 = 매우 그렇다'이다. 신뢰도 측정결과 STD  $\alpha = .7292$ 로 비교적 높은 편이었다.

장애에 대한 인식정도는 산재장애인에게 '귀하는 자신의 장애정도가 얼마나 심하다고 생각하십니까?'라는 단일 문항으로 구성된다. 본 항목 역시 4점 척도로 '1=매우 심하다', '2=조금 심하다', '3=별로 심하지 않다', '4=전혀 심하지 않다'이다.

### (2) 가족적 특성

가족의 지지정도: 가족의 지지정도의 측정은, Moos(1986)의 가정환경척도(Family Environment Scale) 중에서 응집성, 표현정도, 갈등정도를 나타내는 항목을 2개씩 선정하여 사용하였다. 측정도구는 '우리가족은 대체로 자신의 감정을 잘 드러내지 않는다' '우리가족은 개인적인 문제를 서로 부담없이 상의한다' '우리가족은 서로를 비난하여 마음의 상처를 줄 때가 있다' '우리가족은 화가 나면 물건을 던지거나 때리기도 한다' '우리가족에게는 가족이라는 집단 의식이 거의 없다' '우리가족은 서로에게 많은 관심과 시간을 할애한다' 등 6항목으로 구성된다. 응답범주는 '1=전혀 그렇지 않다', '2= 대체로 그렇지 않다', '3=대체로 그렇다', '4 = 매우 그렇다'로 점수가 낮을 수록 가족의 지지정도가 낮음을 의미한다. 신뢰도 측정결과 STD  $\alpha = .9083$ 으로 매우 높았다.

### (3) 사회적 특성

사회적 지원: 사회적 지원은 Winefield와 그의 동료들이 개발한 Multidimensional Support Scale을 사용하였다. 지원내용은 정서적 지원, 실질적 지원, 정보상의 지원 각각 2항목씩 6항목으로 구성된다. 지원주체는 친구와 친구를 제외한 주변의 절친한 사람으로 두 집단으로 나누어 측정하였다. 지원빈도의 응답범주는 '1=전혀 안한다', '2=때때로 한다', '3=자주 한다', '4=항상 한다'이며, 신뢰도는 STD  $\alpha = .9845$  로 매우 높았다.

재활서비스 이용 여부: 재활프로그램의 참여 여부는 산재이후 재활서비스를 이용한 경험이 있는지를 묻는 항목으로, 이용경험이 있는 산재장애인은 1점을 주었고, 그렇지 않은 경우는 0점을 주었다.

### 3. 통제변인

조사대상자의 성별, 연령, 교육정도, 장애기간 등의 사회인구학적 특성이 포함된다.

### 4. 조사대상자의 선정 및 조사방법

본 연구의 표본은 전국에 거주하고 있는 산재장애인 195명이다. 조사대상자는, 1995년 1월 1일 - 1996년 12월 31일까지의 산업재해장애보상금 종결자들 중 전화번호가 확보된 18세 이상의 산재장애인 600명을, 전국의 산업재해율에 맞추어 할당표집하였다. 본 연구의 조사대상자는, 이주가 빈번하여 통화하기 어렵고, 전화면접 특성상 조사를 거부하는 경우가 많아 목표로 하는 표본크기의 약 3배 정도 선정하였다. 실제로 전화조사 결과, 이주로 인한 전화번호의 변경, 신체장애나 정신적인 장애로 인해 응답할 수 없는 경우, 조사대상자와 연결되지 못한 경우를 제외하고 통화가 완료된 경우는 197명이었다. 이 중 응답이 부실한 2명을 제외하여 최종적으로 분석에 이용한 표본수는 195명이었다.

조사는 설문지에 관한 사전교육을 받은 강남대학교 학부학생 12명에 의해 전화면접방법으로 수행되었다. 전화면접조사원들에 대한 교육은 본 연구자의 주관하에 2회에 걸쳐 진행되었으며, 조사기간 중에는 본 연구자가 매주 1회 조사원들을 소집하여, 의문사항이나 어려운 점에 대한 자문을 제공하였다. 전화조사 기간은 1996년 3월 30일부터 4월 24일까지였다.

### 5. 자료분석 방법

회수된 설문지는 부호화작업과 오류검토작업을 거쳐, SPSS/PC+를 이용하여 통계처리되었다. 회수된 설문지는 197부이며, 이 중 응답이 불성실한 설문지 2부를 제외한 195부를 최종적으로 분석하였다. 수집된 자료는 빈도분석, 기술분석, 상관관계 분석, 회귀분석 등의 통계방법을 이용하였다.

## IV. 결과분석

### 1. 사회인구학적 특성

응답자의 성별을 보면, 남자가 89.2%였고, 여자가 10.2%로, 남자가 여자보다 약 9배 정도 많았다. 응답자의 연령은 40대가 35.9%로 가장 많았고, 다음으로 30대가 29.2%, 20대 17.9%, 50대 이상이 15.9% 순으로, 30대 이상이 약 80%를 차지하였다. 결혼상태를 보면 74.4%가 기혼이며, 22.1%가 미혼으로, 산재장애인의 약 75%정도가 결혼한 30대 이상인 것으로 나타났다. 거주지역별 분포를 살펴보면, 서울특별시가 23.6%로 가장 많았고, 경기도(11.8%), 경상도(11.8%), 부산광역시(9.7%), 충청도(9.2%), 대구광역시(8.2%), 전라도(7.2%), 강원도(3.6%), 대전광역시(2.1%), 광주광역시(1.5%), 제주도(0.5%) 순으로 나타나 서울특별시의 비중이 높은 것을 제외하고는 전국 재해율분포와 유사하였다. 응답자의 교육수준은 고등학교 이상 졸업한 경우가 60%를 넘지 못하는 것으로 나타나 전반적으로 낮은 편이었다. 고등학교를 졸업한 경우가 48.2%, 전문대학 이상 졸업한 경우는 8.8%에 불과한 반면, 중학교를 졸업한 경우가 25.4%, 초등학교 졸업한 경우는 16.9%를 차지하였다. 응답자의 취업상태를 살펴보면, 응답자의 36.8%가 현재 취업중이며, 미취업 상태에 있는 경우는 63.2%로, 직장생활을 하던 10명 중 약 6명 정도가 산재로 인해 장애를 입은 이후 재취업하지 못하는 것으로 나타났다.

### 2. 사회인구학적 특성과 지역사회통합정도

<표 2>은 사회인구학적 특성에 따른 지역사회통합정도의 차이를 보여준다. 성별에 따른 지역사회통합정도를 살펴보면, 남성(평균=2.59)보다 여성(평균=2.70)이 지역사회활동이나 자원의 활용면에서 적극적인 경향을 보였다. 이러한 결과는 더 심도있는 분석이 선행되어야 하겠지만, 대다수의 산재장애인들의 경우 실업상태에 직면했을 때, 남성이 여성보다 역할수행에 대한 실패감을 더 크게 느끼게 되며, 결국 이로 인해 지역사회활동의 참여나 지역사회자원의 이용에 소극적임을 보여준다.

<표 2> 사회인구학적 특성과 지역사회통합정도

사회인구학적 특성	지역사회통합정도	t/F	df	p
<b>성별</b>				
남(n=127)	2.59	t=-.81	146	.0000
여(n=21)	2.70			
<b>연령</b>				
20대 이하(n=31)	2.92	F=3.87	194	.0000
30대(n=55)	2.59			
40대(n=70)	2.52			
50대 이상(n=39)	2.50			
<b>교육정도</b>				
초등학교 이하 졸업(n=34)	2.49	F=.46	192	N.S.
중학교 졸업(n=49)	2.60			
고등학교 졸업(n=93)	2.63			
전문대 이상 졸업(n=17)	2.66			
<b>장애기간</b>				
1년 미만(n=31)	2.84	F=5.53	194	.0012
1년 (n=21)	2.76			
2년 (n=57)	2.69			
3년 이상 (n=86)	2.42			

연령에 따른 사회통합정도는 연령이 낮을수록 지역사회활동에 더 적극적으로 참여하거나 자원을 이용하는 정도가 높았다. 연령대별로 지역사회통합정도의 평균 점수를 비교해 본 결과, 20대 이하(2.92) 30대(2.59), 40대(2.52), 50대 이상(2.50)로 나타나 특히, 20대 이전의 지역사회통합정도가 높은 것으로 나타났는데, 이는 나이가 어린 사람이 생산적인 활동, 즉, 취업, 학교교육 및 훈련, 공식조직, 가사일, 레저활동에 더 활발하게 참여한다는 DeJong<sup>31)</sup>의 연구결과와도 일치하는 결과라 볼 수 있다.

산재장애인들의 교육수준에 따른 지역사회통합정도의 차이는 통계적으로 유의하지 않았지만, 교육수준이 높을수록 지역사회통합정도는 높게 나타났다. 이는 교육정도가 높고 배운 기술이 많은 사람이 재해로 인한 장애발생 이후에도 그렇지 못한 사람들보다 장애에 더 잘 적응함을 지적한 선행연구<sup>32)</sup>의 결과와 같은 맥락에서 이해할 수 있다.

31) Dejong, G., Branch, L. G., and Corcoran, P. J., "Independent living outcomes in spinal cord injury: multiple analyses, Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 65, 1984, pp. 66-73.

32) Crip, R., "Employment of spinal injured people, Rehabilitation in Australia, Vol. 18 No. 2, 1981, pp.56-58; Dejong, G., Branch, L. G., and Corcoran, P. J., *ibid.*.

장애기간은 산재로 인해 장애가 발생된 시점부터 현재까지의 기간이다. 장애기간에 따른 사회통합정도를 분석한 결과, 장애기간이 짧을수록 지역사회통합정도가 높게 나타났다. 이러한 결과는 장애기간이 짧은 산재장애인의 경우 경증일 가능성이 높다는 점과 관련이 있다.

### 3. 지역사회통합에 영향을 미치는 요인

사회인구학적 특성을 통제한 후 지역사회통합에 영향을 미치는 요인들은, 일상생활능력정도, 노동력상실정도, 장애에 대한 인식, 사회적 지원으로 나타났다. 지역사회통합에 대한 설명력은 55.7%로, 산재장애인의 일상생활능력이 높을 수록( $\beta=.419$ ), 노동력상실정도가 적을 수록( $\beta=-.138$ ), 자신의 장애에 대한 심각하게 느끼지 않을 수록( $\beta=.240$ ), 사회적 지원정도가 높을수록( $\beta=.245$ ), 지역사회활동에 참여하거나 지역사회자원을 많이 이용하는 것으로 나타났다. 지역사회통합에 미치는 상대적 영향력은 일상생활능력이 가장 컸고, 다음으로 사회적 지원정도, 장애에 대한 인식정도, 노동력상실정도 순이었다.

지역사회통합에 영향을 미치는 요인들에 대한 회귀분석 결과, 예상대로 신체적인 기능수준이 심리적인 요인이나 사회적 지원보다 상대적으로 중요하게 나타났다. 하지만 노동력상실정도는 일상생활능력만큼 지역사회통합에 중요한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타나 노동력상실정도와 일상생활능력정도가 반드시 일치하지는 않는다는 점을 확인할 수 있었다. 이는 장애인에 대한 등급판정이 주로 신체상의 손상(impairments)을 근거로 이루어지므로, 노동력의 상실정도가 크더라도 반드시 일상생활에 많은 지장을 주지 않는 경우가 있기 때문에 나타난 결과로 보인다. 본 연구에서 사용되는 노동력상실정도는 산재장해등급을 기준으로 산재보험 실무과정에서 관례적으로 사용하고 있는 각 등급별 노동력상실비율을 적용하여 산출한 반면<sup>33)</sup>, 일상생활능력은 장애를 보장구나 편의시설로 보완된 신체기능을 의미한다.

따라서 순수하게 신체상의 손상을 근거로 측정된 노동력상실정도와 일상생활능력정도는 반드시 일치하지 않을 수 있다. 즉, 이러한 결과는 신체적인 손상만으로 판정된 장해등급에 근거한 노동력상실정도보다는 재활서비스를 통해 보완된 신체기능이라 할 수 있는 일상생활능력이 지역사회통합에 있어 상대적으로 더 중요함을 시사하는 것으로, 산재장애인에 대한 체계적인 재활서비스의 중요성을 입증해 주는 결과라 하겠다.

33) 산재장해등급이 1-3급인 경우는 100%로, 4급 92%, 5급 79%, 6급 67%, 7급 56%, 8급 45%, 9급 35%, 10급 27%, 11급 20%, 12급 14%, 13급 9%, 14급은 5%로 환산하여 노동력상실정도를 측정하였다.



<표 3> 지역사회통합에 대한 위계적 회귀분석<sup>34)</sup>  
(사회인구학적 특성을 통제한 경우)

(n=195)

독립변수	종속변수							
	1단계		2단계		3단계		4단계	
	b (S.E)	$\beta$	b (S.E)	$\beta$	b (S.E)	$\beta$	b (S.E)	$\beta$
<b>신체적 특성</b>								
노동능력상실정도	-.003* (.001)	-.154	-.002 (.001)	-.102	-.002 (.001)	-.104	-.003* (.001)	-.138
일상생활능력	1.008*** (.103)	.561	.811*** (.107)	.451	.817*** (.107)	.454	.754*** (.103)	.419
<b>심리적 특성</b>								
자존감			.115 (.067)	.092	.101 (.069)	.081	.031 (.068)	.025
장애에 대한 인식			.206*** (.046)	.269	.203*** (.046)	.266	.183*** (.045)	.240
<b>가족적 특성</b>								
가족의 지지정도					.059 (.064)	.049	.004 (.063)	.004
<b>사회적 특성</b>								
사회지원							.208*** (.047)	.245
재활서비스 이용							.174 (.248)	.036
상수	.647 (.397)		.325 (.428)		.193 (.452)		.365 (.433)	
R <sup>2</sup>	.439		.507		.509		.557	
adjusted R <sup>2</sup>	.421		.485		.485		.531	
F	24.551***		23.863***		21.290***		20.932***	

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

회귀 분석결과, 주목할 만한 또 다른 결과는 신체기능뿐 아니라 장애에 대한 인식정도와 같은 심리적 요인 역시 유의한 영향을 미친다는 점이다. 이처럼 장애에 대한 인식이 지역사회통합에 있어 중요한 영향요인으로 밝혀진 것은, 산재장애인의 지역사회활동의 참여나 자원의 이용정도가 단지 장애로 인한 신체기능상의 문제에 국한되지 않음을 시사한다. 이러한 결과는 두가지로 해석될 수 있다. 우선, 장애인에 대한 사회의 부정적인 태도와 밀접한 관련이 있다. 일반적으로

34) 본 연구에서 통제변인으로 사용한 사회인구학적 특성, 성별( $\beta = -.080$ ), 교육정도( $\beta = .011$ )는 지역사회통합에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타난 반면, 연령( $\beta = -.142$ )은 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

장애에 대한 인식은 처음에는 신체적인 손상만으로 판단하게 되지만, 결국은 사회의 부정적인 태도로 인해 사회로의 적응이 어려울 경우 자신의 장애에 대해 더욱 심각하게 느끼게 된다. 더욱이 산재장애인의 경우 정상인으로 생활했던 경험이 있기 때문에 사회의 장애인에 대한 부정적인 시선에 대해 선천성 장애인보다 더욱 민감하게 느낄 수 있으므로 지역사회내에서 더 소극적으로 참여할 가능성이 높다. 두번째로 사회의 물리적인 환경에 의해 장애에 대한 인식이 강화될 수 있다는 맥락에서 이해될 수 있다. 즉, 편의시설 및 교통수단 등의 제한이 많은 곳에서 활동하는 장애인은 그렇지 않은 환경에서 생활하는 장애인들에 비해 자신의 장애를 더욱 심각하게 받아들이기 쉽다. 결국 장애에 대한 인식정도는 물리적, 사회적 환경에 의해 강화될 수 있으므로 산재장애인의 지역사회통합을 증진시키기 위해서는 산재장애인 자신의 신체기능이나 심리적 기능을 향상시키는 동시에 물리적, 사회적 환경의 개선 역시 병행되어야 한다.

또한 산재장애인 주변 사람들의 사회적 지원이 가족의 지지정도보다 지역사회통합에 상대적으로 중요한 영향을 미친다는 점이다. 이러한 가족의 지원이 중요하지 않아서라기 보다는 대부분의 산재장애인들에게 있어 가족의 지원은 일정 수준 제공되는 반면, 사회적 지원은 산재로 인한 장애발생 이후 사회관계의 손실이나 단절로 인해 사회적 지원자체가 중단되는 경우가 많기 때문으로 볼 수 있다.

#### 4. 사회적 지원의 상호작용효과

장애인에게 있어 신체기능의 저하나 노동력상실은 반드시 수반되는 결과이며, 이러한 요인들이 산재장애인의 재통합에 중요한 영향을 미친다는 사실은 앞서 검증된 바 있다. 하지만 앞의 회귀분석 결과에서 사회심리적 요인이 역시, 사회통합을 촉진시키는 요인들임이 증명되었다. 따라서 다음에서는 신체기능과 사회통합에 미치는 영향정도가 사회적 지원에 의해 완화될 수 있는가를 분석하였다<sup>35)</sup>. 신체기능과 사회적 지원과의 상호작용이 지역사회통합에 미치는 영향을 분석한 결과, 일상생활능력수준이나 노동력상실정도와 같은 신체기능이 지역사회통합에 미치는 부정적인 영향은, 사회적 지원수준에 의해 완화될 수 있는 것으로 나타났다.

<표 4>는 일상생활기능과 사회적 지원의 상호작용효과에 대한 위계적 회귀분석 결과이다. 1단계에서 일상생활기능과 사회적 지원을 투입하였고, 2단계에서는 일상생활능력, 사회적 지원, 그리고 두변인의 상호작용효과 변인을 투입하여 분석한 결과, <표 4>에 제시된 바와 같이, 일상

35) 산재장애인의 심리적 요인인 장애에 대한 인식정도는 분석 결과, 신체기능이 지역사회통합정도에 미치는 부정적인 영향을 완화시키지 못하는 것으로 나타났다. 따라서 본 논문에서는 그 결과를 제시하지 않았다.

생활기능과 사회적 지원의 상호작용은 사회통합의 하위차원인 지역사회통합정도에 유의한 영향을 미치는 것으로 밝혀졌다(F change=4.907; R<sup>2</sup> change=0.15; p<.05).

<표 4> 일상생활능력과 사회적 지원의 상호작용효과

독립 변인	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F change
<b>1단계</b>			
일상생활기능, 사회적 지원	.426	.426	66.140***
<b>2단계</b>			
일상생활능력, 사회적 지원, 일상생활능력 x 사회적 지원	.442	.015	4.907*

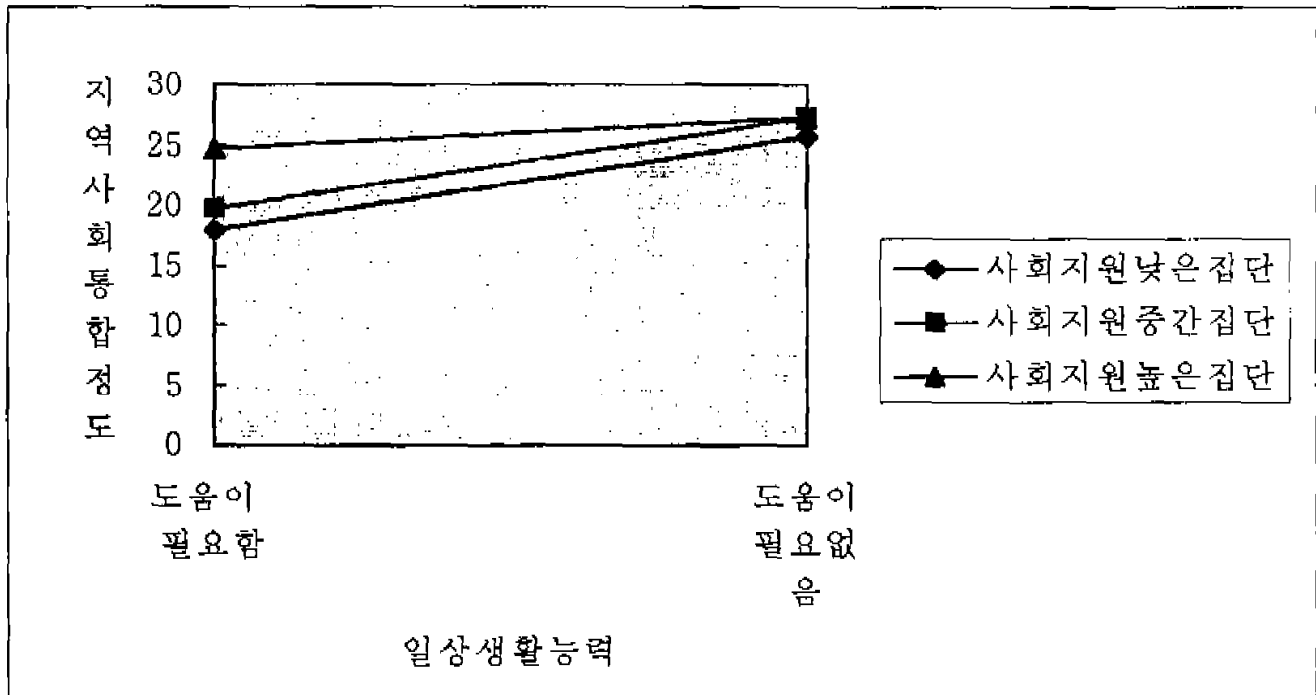
\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

하지만 이러한 분석만으로는 일상생활기능과 사회적 지원간의 상호작용의 특성을 구체적으로 알기 어렵다. 사회통합에 미치는 상호작용효과를 구체적으로 살펴보기 위해 사회적 지원점수를 기준으로 하여 하위 33%에 속한 경우를 사회적 지원 정도가 낮은 집단, 34-66%에 속한 경우를 중간집단, 67% 이상인 경우를 사회적 지원정도가 높은 집단으로 구분하였다. 각 집단별 일상생활정도와 지역사회통합점수와의 관계는 <그림 2>에 제시된 바와 같다. <그림 2>를 보면, 사회적 지원정도가 낮은 집단일수록 일상생활능력수준과 사회통합간의 관계가 강하게 나타났다. 이러한 결과는 사회적 지원정도가 높은 집단이, 낮은 집단에 비해 일상생활능력이 산재장애인들의 지역사회통합에 미치는 영향이 상대적으로 약함을 알 수 있다. 즉, 일상생활능력이 산재장애인에게 미치는 부정적인 영향이 사회적 지원에 의해 완화됨을 의미한다.

<표 5>는 노동력상실정도와 사회적 지원간의 상호작용효과에 대한 위계적 중다회귀분석결과이다. 1단계에서 노동력상실정도와 사회적 지원을 투입하였고, 2단계에서는 일상생활능력, 사회적 지원, 그리고 이 두 변인의 상호작용변인을 투입하여 사회통합의 하위차원에 미치는 영향을 살펴보았다. <표 5>에 제시된 바와 같이, 노동력상실정도와 사회적 지원의 상호작용이 지역사회통합에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다(F change=4.939; R<sup>2</sup> change=.021; p<.05).

사회통합에 미치는 상호작용효과를 구체적으로 살펴보기 위해 사회적 지원점수를 기준으로 하여 사회적 지원 정도가 낮은 집단(하위 33% 이내), 중간집단(34-66%에 속한 경우), 사회적 지원정도가 높은 집단(67% 이상)으로 구분하여 노동력상실정도와 사회적 지원간의 관계를 살펴보았다. 각 집단별 노동능력상실정도와 지역사회통합점수와의 관계는 <그림 3>에 제시된 바와 같다.

<그림 2> 일상생활능력과 사회적 자원의 상호작용 효과



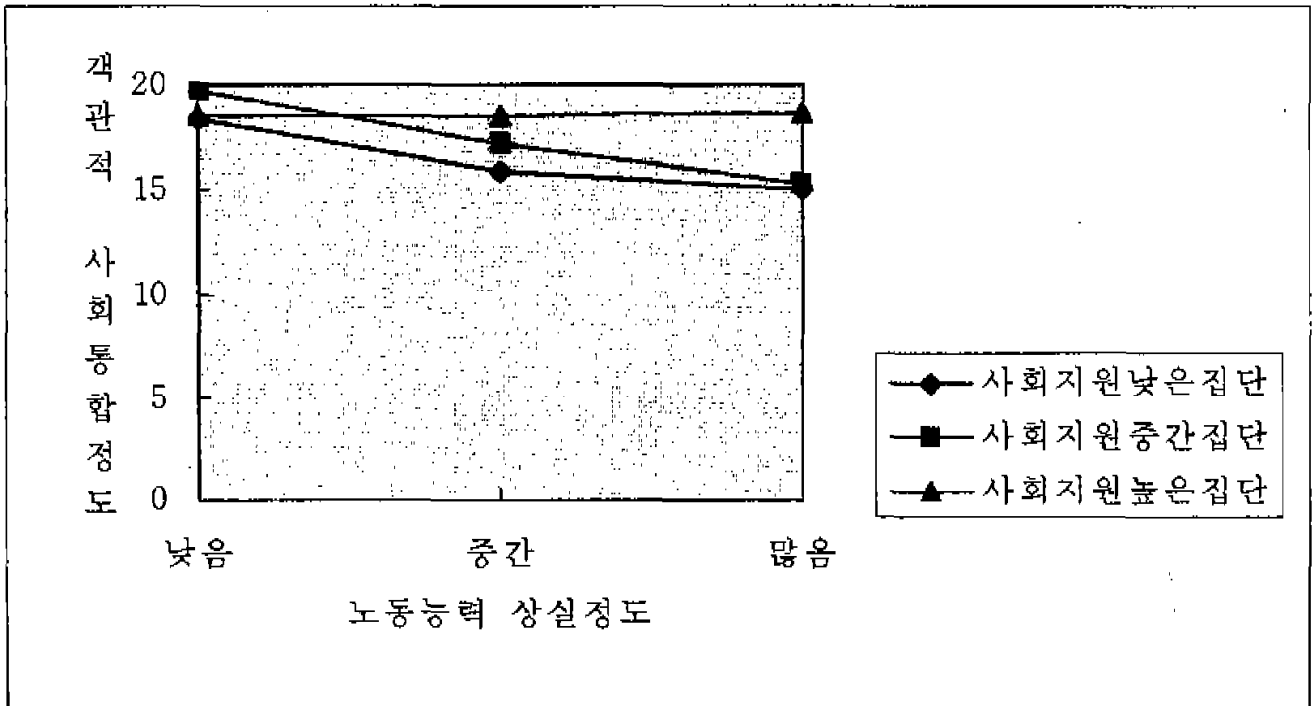
<표 5> 노동력상실정도와 사회적 지원의 상호작용 효과

독립 변수	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> change	F change
<b>1단계</b>			
노동력 상실정도, 사회적 지원	.232	.232	26.848***
<b>2단계</b>			
노동력 상실정도, 사회적 지원, 노동력 상실정도 x 사회적 지원	.253	.021	4.939*

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

<그림 3>를 보면, 사회적 지원정도가 낮은 집단일수록, 노동능력상실정도와 객관적 사회통합 정도의 관계가 더 강하게 나타남을 알 수 있다. 이러한 결과는 사회적 지원정도가 높은 집단의 경우 낮은 집단에 비해, 노동력상실정도가 지역사회통합에 영향을 미치는 정도가 상대적으로 약함을 보여준다. 즉, 산재장애인의 노동력상실정도가 지역사회통합에 미치는 부정적인 영향이, 사회적 지원에 의해 완화되었음을 의미한다.

<그림 3> 노동력상실정도와 사회적 지원의 상호작용 효과: 객관적 사회통합



### 5. 가설 검증

본 연구에서 제시한 가설은 다음과 같이 검증되었다.

#### 1) 신체적 능력과 지역사회통합간의 관계

1-1: 산재장애인의 노동력상실정도가 지역사회통합에 영향을 미칠 것이라는 가설은 지지되었다.

1-2: 산재장애인의 일상생활능력이 지역사회통합에 영향을 미칠 것이라는 가설은 지지되었다.

#### 2) 심리적 상태와 지역사회통합간의 관계

2-1: 산재장애인의 자존감이 지역사회통합에 영향을 미칠 것이라는 가설은 기각되었다.

2-2: 산재장애인의 장애에 대한 인식정도가 지역사회통합정도에 영향을 미칠 것이라는 가설은 지지되었다.

#### 3) 가족적 특성과 지역사회통합간의 관계

3-1: 산재장애인 가족의 지지정도가 지역사회통합에 영향을 미칠 것이라는 가설은 기각되었다.

#### 4) 사회적 특성과 지역사회통합간의 관계

4-1: 산재장애인의 사회적 지원이 지역사회통합에 영향을 미칠 것이라는 가설은 지지되었다.

4-2: 산재장애인의 재활서비스 이용여부가 지역사회통합에 영향을 미칠 것이라는 가설은 기각되었다.

5) 신체기능과 사회적 지원의 상호작용효과

5-1: 일상생활능력이 사회통합에 미치는 부정적인 영향이 완화될 것이라는 가설은 지지되었다.

5-2: 노동력상실정도가 사회통합에 미치는 부정적인 영향이 완화될 것이라는 가설은 지지되었다.

## IV. 결론 및 제언

### 1. 결론

본 연구의 결과분석 결과, 지역사회통합에 영향을 미치는 요인들은, 일상생활능력, 노동력상실정도, 장애에 대한 인식, 사회적 지원으로 나타났다. 이는 산재장애인이 지역사회활동에 참여하거나 자원을 활용함에 있어 신체적 기능 뿐만 아니라 사회심리적 요인 역시, 중요한 영향을 미침을 보여주는 결과로, 산재장애인의 지역사회통합정도를 촉진시키기 위한 다양한 사회심리적인 개입방안이 필요함을 시사한다. 본 연구에서 나타난 주요한 결과는 다음과 같다.

첫째, 산재장애인의 일상생활능력은 예상대로 사회심리적인 요인들보다 지역사회통합에 상대적으로 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 하지만 장애정도를 나타내는 노동력상실정도는 지역사회통합에 미치는 영향력이 일상생활능력정도보다 상대적으로 낮게 나타나 산재장애인에 대한 체계적인 재활서비스의 중요성을 확인할 수 있었다.

둘째, 일상생활능력정도를 통제했을 때, 장애에 대한 인식수준과 사회적 지원이 노동력상실정도보다 지역사회통합에 대한 상대적인 영향력이 더 큰 것으로 나타났다. 이러한 결과는 산재장애인의 지역사회활동이나 자원의 활용을 저해하는 요인이 신체적인 손상만으로 설명되지 않음을 보여준다. 즉, 산재장애인이 주관적으로 느끼는 장애정도는 처음에는 신체적인 손상에 따라 영향을 받지만, 결국은 산재장애인을 둘러싼 사회적 부정적인 태도나 제한적인 물리적 환경 등에 의해 강화될 수 있다는 것으로, 장애인복지에 중요한 정책적 함의를 제공한다.

셋째, 산재장애인의 지역사회통합에 있어 사회적 지원이 가족의 지원보다 중요하게 나타나, 산재장애인의 지역사회활동의 참여나 자원의 이용에 있어 가족의 지원보다 사회관계의 유지가 산재장애인의 지역사회통합에 있어 더 중요함을 보여준다. 하지만 이러한 결과는 사회적 지원이

지역사회통합의 절대적인 면에서 가족의 지원보다 중요하다기 보다는 산재로 인한 장애발생 이후 가족의 지지가 사회적 지원의 차이보다 작기 때문에 나타난 결과로 보인다.

넷째, 산재장애인의 일상생활능력이나 노동력상실도 같은 신체기능이 지역사회통합에 미치는 부정적인 영향은 사회적 지원에 의해 완화될 수 있는 것으로 나타났다. 즉, 사회적 지원이 낮은 집단이, 사회적 지원이 높은 집단보다 신체기능이 지역사회통합에 미치는 영향력이 더 강하게 나타났다. 이러한 결과는, 산재장애인의 장애정도가 지역사회통합에 미치는 부정적인 영향이 사회적 지원에 의해 완화될 수 있다는 점을 보여주는 것으로 산재장애인에 대한 사회재활서비스의 중요성을 시사한다.

## 2. 제 언

본 연구 결과, 산재장애인의 사회통합을 촉진시키기 위해서는 통합적인 재활정책 및 다양한 재활서비스를 개발하여 확대할 필요가 있음을 알 수 있었다. 이러한 결과를 통해 얻을 수 있는 정책적 함의 및 사회사업적 개입방안을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 산재장애인을 위한 체계적인 재활서비스가 제공되어야 하며, 재활사업비를 대폭 상향조정할 필요가 있다. 현재 산재장애인에게 제공되고 있는 산재보험서비스는 요양급여(의료적 치료)와 장애급여가 있으며, 희망자에 한해서 제공되는 직업훈련과 자립작업장, 생활정착금대부와 자녀학자금 지원이 있다. 그러나 산재장애인에게 필요한 직업훈련이나 사회재활서비스의 경우 명목적인 수준에서 제공되고 있다. 실제로 산재보험기금에서, 재활서비스에 투자하는 비율은 0.7%를 넘지 못하고 있으며, 이 중 생활정착금과 자녀장학금지원사업이 차지하는 투자비가 2/3를 차지하고, 직업재활에 투자하는 비용은 0.18% 정도로 매우 미미한 수준이다. 독일의 경우, 산재장애인에 대한 체계적인 재활프로그램 실시 결과, 평균노동능력상실도가 20년 동안 32.9%에서 20.6%로 감소되었음을 감안할 때, 재활사업비의 확대는 조속히 이루어져야 할 것이다.

둘째, 산재장애인의 사회통합수준을 증진시키기 위해서는 일상생활능력수준을 높일 수 있는 재활서비스가 우선되어야 한다. 이들의 일상생활능력의 향상은, 산재로 인한 장애발생 이후 이들의 잔존능력을 최대화하여 장애(handicap)를 최소화할 수 있도록 신속하고 체계적인 의료적 치료뿐만 아니라 보장구 및 재활용구나 편의시설을 제공할 때 가능하다. 예를들어 산재장애인의 신체적인 장애를 보완해 줄 수 있는 다양한 보조장구 및 기기의 지급이나 보조장구의 구입비를 지원하는 서비스, 신체기능의 최대화를 위해 산재장애인이 거주하고 있는 주택내부를 개조할 수 있는 비용을 지원하는 서비스를 고려해 볼 수 있다.

셋째, 산재장애인 자신의 장애에 대한 인식을 긍정적으로 변화시키거나 자존감을 높여 자신에 대해 긍정적으로 사고할 수 있도록 하는 프로그램을 개발하여 실시할 필요가 있다. 이처럼 자신의 능력이나 성취력에 대한 자신감을 증진시키는 프로그램으로, 자기주장훈련프로그램(assertive training program)을 들 수 있는데, 이러한 프로그램은 산재장애인의 자존감이나 자신의 장애에 대한 부정적인 인식을 완화시켜 주는 데 있어 유용하다.

넷째, 산재장애인의 사회적 지원을 강화할 필요가 있다. 사회적 지원을 강화하기 위한 구체적인 방법으로 산재장애인의 심리적 충격을 덜어주거나 정서적 지지를 제공하는 상담프로그램을 실시하거나, 재활스포츠 프로그램이나 취미서클을 통해 자연스럽게 자조집단을 형성, 유지시키는 것이 필요하다. 특히, 재활스포츠 프로그램은 스포츠와 재활을 동시에 할 수 있으므로 산재장애인들의 신체적 기능의 강화뿐 아니라 정신건강에도 긍정적인 영향을 줄 수 있으며, 서로의 어려움을 공유하고 정보를 제공해 줄 수 있는 장점이 있다.

다섯째, 본 연구 결과, 산재장애인의 일상생활능력과 노동력상실정도가 사회통합의 하위차원에 미치는 영향이 하위차원마다 상이하게 나타났으며, 노동력상실정도보다는 일상생활능력이 전체사회통합에 미치는 영향력이 상대적으로 높게 나타났다. 이러한 결과는 현재의 판정기준이 산재장애인의 일상생활에 필요한 신체기능을 현실적으로 반영하지 못하는 것과 무관하지 않으며, 따라서 현 장애등급판정체계의 조정이 필요할 것으로 보인다.

현재 근로복지공단 각 지사별로 의료보험의 행정심사 수준에 준하여 서류심사 위주의 심사가 실시되고 있다. 현재 자문의사수가 지사별로 1-2명에 불과하여 전공과목 이외의 타진료과목에 대해서도 심사를 실시하고 있어 전문적인 장애판정이 현실적으로 어려운 실정이다. 따라서 현재 처럼 형식적인 의학적인 신체손상에 따른 장애판정을 통해 노동력상실정도를 측정하기 보다는 실질적으로 산재장애인이 노동시장에서 받을 수 있는 소득정도를 측정할 필요가 있는 것이다. 즉 순수한 신체장애로 인한 노동력상실정도나 소득상실정도의 파악과 함께 직업적인 특성에 따른 노동력상실정도나 소득상실정도를 동시에 파악하는 장애판정체계가 필요하다. 예를 들어 컴퓨터 프로그래머의 하지장애와 단순육체근로자의 하지장애가 의미하는 노동력상실정도는 분명히 다르므로 차별화된 장애판정이 도입될 필요가 있다.

여섯째, 본 연구에서는 직업재활서비스를 포함하여 재활서비스를 이용한 경우가 적어 재활서비스와 사회통합간의 관계를 밝히지 못했지만, 대부분의 산재장애인들이 이용하지 않거나 아예 서비스 자체에 대해 모르는 경우가 많아, 산재보험 업무를 총괄하고 있는 근로복지공단 차원의 적극적인 홍보활동이 필요하다.