한국사회복지학
Korean Journal of Social Welfare, Vol. 58, No. 1, 2006. 2, pp. 237-264.

자립생활 패러다임에 따른 장애인의 사회통합에 관한 연구: 생애주기를 중심으로*

박 수 경
(대진대학교)

[요 약]

최근 장애 정의에 있어 환경적인 요인이 중요한 비중을 차지하게 됨에 따라 새로운 패러다임에 근거한 사회통합 논의의 필요성이 대두하게 되었다. 한편, 장애문제를 비장애인과 마찬가지로 장애의 경험에 국한되지 않고 총체적인 삶의 경험에 초점을 맞추어야 한다는 생애주기별 접근의 중요성이 강조되고 있다.

본 연구의 목적은 생애주기별로 자립생활 패러다임에 따른 사회통합 수준을 측정하고 영향요인에 대해 분석함으로써 질적 측면에서 정책적, 실천적 함의를 제공하는 데 있다. 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 하위차원은 일상생활 자율성, 물리적 접근성, 사회적 지지의 적절성, 경제적 안정정도, 선택권, 심리적 임파워먼트의 6개 차원으로 구분하였다. 조사대상자는 서울과 경기지역에 거주하는 지체 및 뇌병변장애인 591명이며, 전화설문조사방법을 사용하였다. 연구결과 생애주기별로 사회통합의 하위차원에 따라 다른 특성을 보였고, 사회통합의 각 차원별로 영향을 미치는 요인이 상이하게 나타났다.

이러한 결과를 통해 얻을 수 있는 중요한 함의는 사회통합의 증진을 위한 장애정책의 방향은 생애주기별로 차별화되어야 하며 장애인의 일상 활동이나 접근성의 향상뿐만 아니라 선택권이나 심리적 임파워먼트의 증진을 위한 노력이 병행될 필요가 있다는 것이다.

주제어: 사회통합, 자립생활, 생애주기, 지체장애, 뇌병변 장애, 재활, 선택권

1. 연구의 필요성 및 목적

전통적으로 장애는 신체적인 손상과 경제활동상의 제약으로 규정되었으며, 이러한 장애 개념에 근거한 사회통합은 단순한 신체적 기능의 향상과 가정이나 사회에서 부여받은 역할의 수행, 경제적 활

1) 이 논문은 2003년도 한국학술진흥재단의 지원에 의하여 연구되었음(KRF-2003-041-B00379).

동에의 참여 등으로 개념화되었다. 그러나 최근 들어 장애 개념에 있어 사회 환경의 고려는 장애인의 사회통합에 있어 필요충분조건으로 인정되고 있으며, 새로운 패러다임에 입각한 장애정책으로의 전환을 요구받고 있다. 따라서 장애를 정의함에 있어 개인보다는 장애를 유발하는 사회 환경에 초점을 두게 되었고, 그 결과 사회통합 개념 역시 개인의 기능향상과 역할수행 및 참여를 넘어 차별적인 환경의 철폐로 인한 기회의 확보, 참여의 확대, 권리와 선택권의 확보 등의 개념까지도 포괄하게 되었다. 이러한 경향은 장애문제가 더 이상 전통적인 재활패러다임(Rehabilitation Paradigm)에 근거한 장애정책이나 프로그램으로 해결되기 어려우며 새로운 패러다임에 따른 장애나 사회통합의 개념 규정이 필요함을 보여준다.

1997년 세계보건기구(WHO)에서 제시한 장애개념인 ICIDH-2(International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps-2)안이나 이를 발전시킨 2001년 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)를 보면, 장애를 개인의 신체기능과 구조, 활동, 참여 이외에도 환경적인 요소까지 포함하여 총체적으로 파악하고 있다. 따라서 향후 이러한 장애정의에 부합한 새로운 패러다임에 따른 사회통합의 방향설정에 대한 요구는 더욱 커질 것으로 보인다.

그러나 이러한 요구에도 불구하고 사회통합을 어떻게 정의하고 범위를 설정할 것인가에 대해서는 학문적 특성이나 연구자에 따라서 매우 다양하게 나타나고 있다. 지금까지 개발된 사회통합 측정도구들을 보면 사회통합의 개념을 주로 개인의 신체기능을 전제로 한 일상 활동과 단순한 사회 활동 등에 제한함으로써 장애정의에 있어 환경적인 요소들을 충분히 반영하지 못하였다. 그러나 1980년대 초반부터 새로운 대안으로 대두된 자립생활 패러다임(Independent Living Paradigm)은 장애 문제의 핵심이 장애인의 의존적인 재활과정에 있다고 보고 해결책을 장애인의 선택과 통제권을 제한하는 환경에서 찾으려고 하였다는 점에서 새로운 장애정의에 따른 사회통합 개념의 필요성에 타당성을 제공했다고 평가된다. 특히 일상생활 및 사회생활에서 타인에 대한 의존성이 당사자의 선택권을 전제로 이루어질 경우 이를 장애인의 자립으로 본다는 점에서 기존 재활패러다임을 통해 불가능했던 중증장애인의 사회통합의 가능성을 열어두고 있다. 즉 중증장애인의 서비스체계 참여와 자원 선택의 권한이 사회통합의 중요한 구성요소로 포함되고 있는 점은 기존의 재활패러다임에서는 찾아볼 수 없었던 핵심적인 내용이라 할 것이다. 이러한 점에서 자립생활 패러다임에 근거한 사회통합의 개념은 정책개발자나 서비스 제공자 중심의 정책과 실천을 지양하고 장애인 당사자가 원하는 사회통합을 이룰 수 있다는 점에서 일방적인 사회통합과는 차별화된다.

지금까지 우리사회에서는 주로 재활패러다임에 의한 사회통합의 설정과 이를 토대로 한 장애정책과 실천이 보편적이었던 반면, 새로운 장애개념이나 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 목표를 달성하기 위한 정책 및 실천방법을 강구하는 노력은 상대적으로 미흡하였다. 한편 우리나라 장애인복지정책의 다른 당면 과제는 장애인을 하나의 동일한 집단으로 간주하여 획일적인 정책을 수행함으로써 정책이나 프로그램에 생애주기별로 나타나는 개별적 특성을 충분히 반영하지 못하였고, 그 결과 질적 성장의 토대를 마련하지 못하고 있다. 장애인 역시 비장애인과 마찬가지로 생애주기별로 해결해야 할 과제가 있으며, 이러한 점이 장애정책 및 서비스에 충분히 반영될 때 진정으로 장애로부터 자유로울 수 있다는 점을 간과한 것이다. 따라서 지금까지 장애인을 동일집단으로, 그리고 정태적 대상으로 고

정화했던 시각을 지양하고 삶을 주체적으로 영위하는 주체자로 본다면, 비장애인과 마찬가지로 생애주기별로 장애의 문제를 규정하고 해결하려는 노력은 필수적이라 할 것이다.

본 연구의 목적은 장애인의 사회통합의 개념을 자립생활 패러다임에 따라 설정하고 생애주기별로 나타나는 차이를 규명하고 사회통합 관련 요인들을 규명함으로써 장애정책 및 실천의 방향 설정에 필요한 자료를 제공하는데 있다.

2. 이론적 배경

1) 장애개념과 생애주기(life span) 접근

최근 장애개념은 신체적 손상이나 기능제한과 같은 개인의 문제를 넘어 사회 환경간의 상호작용 결과 나타나는 차별이나 박탈 등의 사회적 배제(social exclusion)의 측면에서 정의되고 있다. 이에 따라 장애는 정태적이고 획일적인 문제라기보다는 장애인 개인이 특정 상황 속에서 직면하게 되는 매우 역동적이고 가변적인 상황으로 보는 것이 더 적절할 것이다. 모든 인간이 보편적으로 당면하게 되는 생애주기별 과업은 비장애인과 마찬가지로 장애인에게 있어서도 달성해야 할 중요한 목표이기 때문이다.

그러나 지금까지 우리사회에서 장애는 주로 신체적 손상과 이로 인한 능력의 제한이라는 특정상태에만 집중했을 뿐 사회 환경과의 상호작용 결과에 따라 생애주기 전반에 걸쳐 나타나는 산물로 인식되지 못하였다. 이미 서구에서는 장애연구에 생애주기를 반영함으로써 장애문제를 비장애인과 분리하기보다는 하나의 연속선상에서 나타나는 다양한 스펙트럼의 하나로 보고 있다. 이는 장애에 대한 시각이 지금까지와는 상이하다는 점에서 장애연구 분야의 지평을 넓혔다는 평가를 내릴 수 있다.

생애주기 접근이 장애연구에 있어 갖는 의의는 장애인은 비장애인과 마찬가지로 사회적으로 구성되고 요구되는 정상적인 발달단계에 따라 달성해야 하는 과업을 가진 하나의 사회구성원으로 간주하는 동시에 손상과 장애가 갖는 발달적, 사회적 의미를 연령대별로 상이하게 본다는 데 있다. 이와 함께 생애주기 접근은 장애연구가 단지 장애의 경험에만 제한되지 않고 총체적인 삶의 경험에 초점을 맞출 수 있도록 한다는 점에 장애문제에 더욱 본질적으로 접근할 수 있다(Slota and Martin, 2003). 즉 연구자들이 장애인의 삶이 시작할 때부터 마감할 때까지 발생하는 다양한 장애 이슈들을 포괄할 수 있도록 해준다(Priestley, 2003).

생애주기 관점에서 보면 장애는 신체적 손상으로 인해 나타나는 동일 문제가 아니라 생애단계에 따라 장애인과 환경간의 상호작용 결과 발생하는 사회적 제약이나 박탈의 모습으로 나타난다. 예를 들어 학령기 장애학생과 청년기 장애인, 노년기 장애인의 경우 동일한 장애를 가졌다 해도 생애단계에서 직면하는 환경과의 상호작용 결과 도출되는 산물은 매우 상이하다. 생애주기 관점에서 바라본 장애문제와 이를 토대로 한 대응은 장애인 개인 문제로서의 차별성과 함께 비장애인 문제와 공통성을

갖고 있어 장애정책의 질적 제고를 이룰 수 있고, 나아가 장애인의 진정한 사회통합에 이르게 한다는 점에서 의의가 있다.

2) 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 개념

(1) 기존 사회통합의 개념 및 지표에 대한 고찰

장애인의 사회통합은, 장애인이 평등의 기초 위에서 사회의 부분이 되어 장애인이 속한 사회적 그리고 문화적 활동에 참여하는 것을 의미하는 것으로(이익섭, 1993), 비장애인이 영위하는 수준과 동등하게 장애인들이 지역사회 내에 존재(presence)하고 참여(participation)하는 정도를 의미한다(Mank and Buckley, 1989). 그러나 사회통합을 측정하기 위해 개념을 구체화할 경우 장애개념을 어떻게 정의하느냐에 그 범위나 내용이 매우 다양하다.

장애를 의학적 관점에서 접근하는 연구들에서 사회통합의 개념은 질병이나 외상으로 인해 장애를 입게 된 후 기능을 회복하여 장애이전의 생활을 영위함을 의미한다(Wood-Dauphine, 1988; Whiteneck, 1992). 우드더피니(Wood-Dauphinee)의 RNL index(Reintegration to Normal Living Index)는 다양한 환자들의 재활에 대한 결과 측정을 위한 도구로, 사회통합을 무능력하게 만든 병이나 외상이후 환자들이 성취할 수 있는 정상생활로의 재통합 정도로 측정하였다. 이 지표는 환자자신의 능력에 대한 인식과 신체적, 사회적, 심리적인 수행의 객관적인 지표로 구분되며, 장애(이동성, 신변관리), 역할수행(낮 동안의 생산적인 활동, 레크리에이션 활동, 가족역할), 대인관계, 자신감과 자신에 대한 편안함 등의 11개 항목으로 구성된다. 휘트넥(Whiteneck)의 Chart(The Craig Handicap Assessment and Reporting Technique)는 WHO모델에 따라 지역사회 세팅 내에서의 불리(handicap) 수준을 측정하는 도구로서, 인식이나 태도보다는 행동의 측정에 초점을 두었다. 불리의 측정은 독립성, 이동성, 경제적 자립, 직업, 사회관계성 등에 대해서 시도되었다.

한편 1960년대 이후 탈시설화 경향에 따라 장애인의 지역사회통합화에 관심을 갖게 되면서, 사회통합을 개인의 지역사회연관 활동의 수행정도로 측정하기도 하였다. 시걸과 아비럼(Segal and Aviram, 1978)은 Warren의 지역사회 개념을 바탕으로 하여, 사회통합을 현재성(presence), 접근성(access), 참여성(participation), 생산성(productivity), 소비성(consumption)의 다섯 가지 차원으로 구분하고, 개인이 이 같은 지역사회연관 기능을 수행하는 것을 사회통합에 필요충분조건으로 보았다. 이러한 사회통합 개념은, 최근까지도 많은 장애인의 사회통합에 관한 연구들에서 많이 사용되고 있다(Kennedy, 1989; Ely, 1991; Anderson, 1992; Willer et al., 1993; Siska, 1995). 윌러(Willer)의 CIS(Community Integration Scale)에서는 사회통합이 가정의 통합, 사회적 통합, 생산적인 활동 등의 하위차원으로 구성된다. 가정의 통합은 주로 가정의 운영에 있어서 개인의 적극적인 참여(식사준비, 가사일, 양육 등)를 측정하며, 사회적 통합은 가정 밖에서의 다양한 활동(쇼핑, 레저활동, 친구방문 등)의 참여정도를, 생산적인 활동에서는 개인의 취업, 교육, 자원 봉사활동 등의 참여정도로 측정된다.

최근 세계보건기구에서는 ICF(International Classification of Functioning)를 통해 새로운 장애개념

을 제시하고 장애를 사회적으로 진단하고 사정하는 데 있어 새로운 도구를 개발하였다. ICF의 장애분류는 크게 기능과 장애, 상황적 요소들로 구분되고, 기능과 장애영역에는 신체기능과 구조/활동과 참여를, 상황적 요소는 환경적 요소들과 개인적 요소들을 포함한다. 이러한 장애 진단도구는 역으로 장애 제거를 위한 사회통합을 나타내는 측정도구로 활용될 수 있다는 점에서 사회통합 지표개발 시 유용한 기초 자료가 될 수 있을 것이다.

그러나 지금까지의 사회통합의 측정은 장애개념의 발전에 따라 이를 충분히 반영해 왔음에도 불구하고 여전히 장애인 개인의 차원에서 사회통합수준을 측정해왔거나 기존의 재활패러다임에 의한 사회통합을 전제로 척도가 개발되어 왔다. 따라서 장애인의 사회통합은 주로 신체기능 및 구조, 사회활동과 참여의 정도에 의해 구체화되고 자립생활모델에서 중시하는 서비스체계에의 참여와 자원 선택의 권한 즉 소비자주의나 당사자주의에 의한 자립생활의 부분은 반영하지 못하는 한계를 보이고 있다. 따라서 새로운 패러다임에 따른 사회통합의 개념 정의가 필요하며 이러한 점에서 자립생활패러다임은 시사하는 바가 크다.

(2) 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 개념

1960년대 말 1970년 초 미국에서 시작된 자립생활운동은 새로운 권리와 자격을 획득하려는 장애인 자신들의 노력으로 시작되어, 당사자뿐만 아니라 장애 전문가와 연구자들에게 장애인 정책 및 실천에 있어 새로운 서비스 전달모델과 새로운 조사연구의 방향을 제시해 주고 있다. 또한 자립생활운동은 장애의 문제를 새롭게 정의할 수 있는 '분석 패러다임'을 제공함으로써, 기존의 '재활 패러다임(Rehabilitation paradigm)'을 통해 본 장애문제와 이에 대한 정책 및 실천과는 다르게 접근한다는 점에서 장애인 사회통합 논의에 중요한 함의를 제공해 준다.

재활패러다임에 따르면 장애는 기능적 손상 및 제약이므로 의료재활과 직업재활을 통해 손상의 최소화와 능력 향상이 최대의 목적이다. 구체적으로 이 패러다임에 따른 장애는 일상생활의 제약이나 유급 고용의 제한성을 의미하며, 변화의 대상은 장애인 개인이다. 따라서 문제해결은 장애인 자신보다는 전문가들의 지시나 조언에 의해 이루어진다는 것이다(DeJong, 2001). 이러한 접근에서는 본질적으로 장애인을 주체적이고 온전한 사회구성원으로 인정하지 않는다.

그러나 자립생활 패러다임에서는 장애의 결과를 결정함에 있어 적어도 환경적인 장벽이 개인의 특성만큼이나 중요하다고 본다. 장애문제는 전문가와 친척 등의 의존, 부적절한 지원서비스, 건축 상의 장벽, 경제적 장벽 등으로 정의되며, 문제의 위치는 장애인 개인에게 있는 것이 아니라 재활 패러다임이 제시하고 있는 해결방법, 즉, 의사-환자 혹은, 전문가-클라이언트 관계로 인한 의존성에 있다는 것이다. 따라서 재활과정을 해결책이라기보다는 문제의 일부로 보고 문제의 초점은 장애인 개인보다는 재활과정 및 물리적 환경에 있다고 본다. 따라서 장애인은 무능력한 대상이 아니라 자신을 통제하고 결정할 수 있는 상태, 즉 환자나 클라이언트 역할을 벗어나 자신의 생활을 스스로 통제할 수 있는 여건이 갖추어지면 비장애인과 마찬가지로 장애를 가진 사람도 충분히 정상적인 역할과 책임을 수행할 수 있는 주체가 될 수 있다는 것이다. 자립생활 패러다임에서 중요한 핵심은 자조(self-care), 이동, 고용 이외에도 생활환경, 소비자로서의 권리와 주장, 야외에서의 이동, 집밖에서의 활동 등까지도 포함

한다(DeJong, 2001).

한편 선행연구에서 나타난 장애인의 사회통합 정의를 보면, 비장애인과의 평등을 전제로 주체성과 참여성을 강조하고 있다(Mank and Buckley, 1989; 이익섭, 1993). 그러나 기존 사회통합의 개념 및 지표를 보면, 신체적 기능과 일상 활동 능력, 지역사회활동의 참여, 직업 참여, 경제적 자립 등을 포함하고 있는 반면 장애인 자신의 서비스체계에 대한 참여나 선택의 권한은 포함되지 않았다.

따라서 본 연구에서는 기존 연구에서 사용했던 사회통합의 지표와 자립생활패러다임의 기본개념들을 토대로 하여 일상 활동 능력, 물리적 환경에의 접근성, 경제적 안정과 사회적 지지의 적절성, 선택권, 임파워먼트를 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 핵심요소로 구성하였다. 이 때 일상 활동 능력이나 물리적 환경에의 접근성은 단순히 장애인 스스로 갖고 있는 능력을 넘어 다른 사람의 지원을 활용하여 장애인이 원할 때 할 수 있는 활동이나 접근 등으로 자신의 선택개념을 포함했다는 점에서 이전의 단순한 신체활동과는 다르다. 또한 경제적 안정정도도 개인의 고용을 넘어 가족 및 국가 등의 지원을 통해 확보할 수 있는 상태로 단순한 유급고용에 의한 경제적 안정성과는 다르다는 점에서 기존의 사회통합지표들과는 차별된다. 더욱이 자립생활 패러다임에 따른 사회통합에서 가장 핵심적인 요소인 선택권과 심리적 임파워먼트는 장애인이 주체적인 존재로서 주변 환경에 대한 통제력을 행사할 수 있다는 점에서 의의를 찾을 수 있다.

3) 사회통합에 영향을 미치는 요인

선행연구 검토 결과, 신체적 손상정도나 장애정도는 장애인의 적응이나 사회통합에 있어 직·간접적으로는 영향을 미치는 것으로 나타났다. 크립(Crip, 1990)은 척수 손상자를 대상으로 한 연구들을 검토한 결과, 손상정도가 직장복귀에 직접적인 영향을 미친다는 결론이 경험적으로 증명된 바 없지만, 직업선택에 영향을 미쳤다는 점에는 동의하였다. 장애부위도 관련 요인으로 고려될 수 있는 데, 상지장애인의 경우 하지 장애인보다 이동성이 높아서 사회통합의 가능성이 더 높다. 또한 장애발생시기 역시 중요한데, 어려서 장애가 발생한 사람의 적응력은 노년기에 장애가 발생한 사람보다 더 높다. 최봉삼(1989)의 연구결과에 따르면 연령 및 장애정도가 지체장애인의 재활에 영향을 미치는 요인으로 나타났으며, 특히 연령은 장애정도에 비하여 약 2배 정도 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이와 함께 성격, 자존감, 장애에 대한 태도 같은 심리적 요인은 장애정도만큼이나 장애에 대한 적응이나 자립생활, 사회적응에 유의한 영향을 미친다. 성격은 개인이 개인을 둘러싼 환경과의 상호작용으로 발전되는 것인데 개인의 의사결정에 따른 행동패턴을 설명하는 중요한 요인 중 하나이기 때문에 장애인의 사회통합에 중요한 변수로 작용할 수 있다. 한센(Hansen, 1989)에 따르면 긍정적인 성격은 장애인임에도 불구하고 부정적인 성격의 소유자보다 자신의 물리적 환경을 더 적극적으로 활용할 수 있는 능력이 있으며, 위기 상황에서도 자신을 더 잘 통제할 수 있다. 선행연구결과에 따르면 자존감과 장애에 대한 적응 간에 정적인 관계가 있는 것으로 나타났다(Heinemann and Shontz, 1982; Belgrave, 1991). 한편 장애발생 후 장애에 적응하는 데는 실제 장애정도보다 장애에 대한 태도가 더 많은 영향을 미친다. 이경혜(2000)의 연구에서도 자신의 장애를 별문제가 아니라고 인식하고 있는 집

단은 그렇지 않은 집단보다 자립도가 더 높았다. 또한 에일럴트(Ayrault, 1997)는 우울증이나 무만감과 같은 감정을 지니고 있는 장애인들은 재활의 성과도 최소화될 수 있다고 주장했다.

사회 환경 특성으로서 가족이나 주변의 지지적인 환경은, 장애인이 사회에 다시 적응하는데 있어 긍정적인 영향을 미친다. 박수경(1997)의 연구에서도 사회적 지원이 산재장애인의 사회통합에 긍정적인 영향을 미치는 것으로 보고하고 있으며, 다른 연구에서도 낮은 수준의 사회적 지지를 받는 사람은 높은 수준의 사회적 지지를 받은 사람보다 일반적인 건강이나 일상생활에서 수행능력이 더 나쁜 것으로 나타났다(Westaway, Rheeder, Pau, Vanzyl, Danie, and John Seager, 2003). 사회 환경요인으로서 주거지 역시 사회통합에 영향을 미치는 요인으로 고려될 수 있다. 주거의 위치, 즉 도시에 위치하느냐 시골에 위치하느냐에 따라 거주자의 행동 및 기술발전에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다(Willer and Intagliata, 1981).

3. 연구방법

1) 연구문제

본 연구는 생애주기별로 자립생활 패러다임에 따른 사회통합실태를 파악하고, 관련요인들을 파악하고 정책 및 실천적 함의를 도출하기 위한 목적을 갖는다. 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

첫째, 생애주기별 자립생활 패러다임에 따른 사회통합 실태는 어떠한가?

둘째, 자립생활 패러다임에 따른 사회통합에 영향을 미치는 요인은 무엇인가?

2) 조사도구

(1) 종속변인: 사회통합 구성요소

일상생활의 자율성: 일상생활을 영위함에 있어 전면적으로 개호인 또는 보조기구의 도움을 받더라도 자신이 원할 때 일상활동을 자유롭게 수행할 수 있는 상태를 말하며, ADL과 IADL 도구를 통해 측정하였다. 응답범주는 '1=거의 할 수 없다', '2=때때로 할 수 있다', '3=대부분 할 수 있다', '4=항상 할 수 있다', '5=해당사항 없다'이다. 신뢰도 Cronbach α=.963로 높은 편이다.

물리적 환경에의 접근성: 건축물 및 도로교통의 이동과 관련되는 제한을 의미하며, 이 때 보조기구를 이용해 혼자 의료시설(병원, 보건소 등), 상업시설(수퍼마켓, 은행, 백화점 등), 문화시설(극장, 놀이공원 등), 공공시설(동사무소, 구청, 학교 등), 교통편(버스, 지하철, 택시 등), 보도이용 할 때 어려운 정도를 질문하였다. 응답범주는 '1=매우 어렵다', '2=상당히 어려운 편이다', '3=별로 어렵지 않다', '4=전혀 어렵지 않다', '5=해당사항 없다'이다. 신뢰도 Cronbach α=.978로 높은 편이다.

경제적 안정: 고용을 통한 경제적 안정과 더불어 공식적 비공식적 경제지원의 결과, 경제적 안정정

도를 의미한다. 응답범주는 '1=부모 또는 다른 동거가족원의 수입으로 독립적으로 살고 있다', '2=부모 또는 다른 동거가족원의 수입이 있지만 따로 사는 가족이나 친지의 도움을 부분적으로 받고 있다', '3=부모 또는 다른 동거가족원의 수입이 있지만 국가나 민간기관의 도움을 부분적으로 받고 있다', '4=부모 또는 다른 동거가족원의 수입이 거의 없어 따로 사는 부모, 자녀, 친지의 도움을 전적으로 받고 있다', '5=부모 또는 다른 동거가족원의 수입이 거의 없어 국가나 민간기관의 도움을 전적으로 받고 있다' 이다.

사회적 지원의 적절성: 비공식적 지원의 적절성과 공식적 지원의 적절성을 알아보기 위해 Multidimensional Support Scale(Winefield, 1992)을 정서적 지원, 실질적 지원, 정보 상의 지원에 대해 각각 1문항을 추출하여 질문하였다. '1=전혀 도움이 되지 않았다', '2=별로 도움이 되지 않았다', '3=약간 도움이 되었다', '4=매우 도움이 되었다'로 측정되었다. 신뢰도 Cronbach α=.698이다.

선택권: 장애인이 장애로부터 자유롭다는 것은 장애인이 자기가 결정하는 바에 따라 생활함에 대하여 스스로 책임을 부담하는 것을 말한다. 본 연구에서는 장애관련 동아리, 단체 참여경험, 참여한 재활프로그램에 대한 선택 경험, 대중매체를 통해 장애문제를 알려본 경험, 장애인의 권리향상을 위한 캠페인, 집회 등에 참여해 본 경험에 대해 '1=전혀 없다', '2=거의 없다', '3=때때로 있다', '4=자주 있다'. 신뢰도 Cronbach α= .671이다.

심리적 임파워먼트: 각 개인의 능력을 최대화하여 자신의 삶을 지배할 수 있는 능력을 증가시킴으로써 장애인 자신의 처한 상황을 개선할 수 있도록 하기 위한 것으로 주로 사회·심리적으로 강화된 능력을 의미한다. 도구는 웨메이어(Wehmeyer, 1995)의 The Arc's self-determination scale 중 심리적 임파워먼트에 해당하는 6항목으로 줄여서 사용하였다. 응답범주는 '1=예', '2=아니오'이다. 신뢰도 Cronbach α= .764이다.

(2) 독립변인

장애관련 특성으로 장애등급과 장애발생시기, 장애부위를 조사하였다. 장애등급은 1~6급까지 등록된 장애등급을 조사하였고, 장애발생시기는 처음 장애가 발생한 연령, 장애부위는 본 연구 조사대상자인 지체 및 뇌병변 장애인의 특성을 감안하여 지체장애인의 경우 장애발생부위를 상지, 하지, 척수, 기타, 뇌병변 장애로 구분하여 조사하였다.

장애에 대한 태도는 린코위스키(Linkowski, 1987)의 Acceptance of Disability Scale 중 6문항을 추출하여 사용했으며, 응답범주는 '4 = 매우 그렇다', '3=대체로 그렇다', '2=대체로 그렇지 않다', '1=전혀 그렇지 않다' 이다. 신뢰도 Cronbach α= .713이다.

성격은 왓슨(Watson)의 Multidimensional Personality Index에서 추출한 22개 항목 중에서 본 연구 조사대상자에게 적합하다고 생각되는 6개 문항을 추출하여 수정·번역하여 사용하였다. 응답범주는 '4 = 매우 그렇다', '3=대체로 그렇다', '2=대체로 그렇지 않다', '1=전혀 그렇지 않다' 이다. 신뢰도 Cronbach α= .762이다.

자존감 측정도구는 로젠버그(Rosenberg, 1965)의 Self-Esteem Scale 10개 항목 중 긍정적 항목 2개와 부정적 항목 2개로 구성하였다. '4= 매우 그렇다', '3=대체로 그렇다', '2=대체로 그렇지 않다',

'1=전혀 그렇지 않다' 이다. 신뢰도 Cronbach α= .765이다.

거주지는 대도시, 중소도시, 군지역 등으로 구분하여 조사하였고, 재활서비스 여부는 지역사회복지관이나 국가/민간기관의 재활서비스 이용여부를 질문하였다.

비공식적 지원은 가족 및 사회적 지원을 알아보기 위해 와인필드(Winefield, 1992)의 Multidimensional Support Scale중 정서적 지원, 실질적 지원, 정보 상의 지원 각각 1항목씩 3항목으로 구성하였다. 응답범주는 '1=전혀 안 한다', '2=때때로 한다', '3=자주 한다', '4=항상 한다'로 측정되었다. 신뢰도 Cronbach α= .677이다.

3) 조사대상의 선정

본 연구의 조사대상자는 서울과 경기지역의 거주하고 있는 등록 지체장애인과 뇌병변 장애인이다. 본 조사에서 장애유형을 지체장애인과 뇌병변장애인으로 한정한 이유는 현재 장애인구의 과반수이상을 차지하고 있고 본 연구의 주제인 자립생활 패러다임에 따른 사회통합지표의 구성과 적용에 가장 적합하다고 판단되었기 때문이다. 표본의 선정과정을 보면, 지역의 물리적 환경이나 사회적 환경을 동시에 반영하기 위해서 대도시, 중소도시, 농어촌으로 구분하여 각 지역별로 각각 1개 지역씩 3개 지역을 선정하였다. 대도시 지역은 서울시 노원구를, 중소도시는 포천시를, 농어촌지역은 연천군을 선정하였다. 각 지역별로 전 생애주기를 포함시키기 위해 장애출현율이 매우 낮은 학령전기, 학령기는 각 지역별로 전수조사를 하였고 청장년기, 노년기는 장애인 등록명단을 토대로 체계적 표집방법을 통해 각 지역별로 표본을 추출하였다.

4) 자료수집방법과 자료 분석 방법

설문조사는 전화면접조사로 단일화하였다. 전화면접조사는 시간이나 비용 면에서 효과적이면서도 일대일 면접과 같이 면접원이 설문내용에 대해 충분하게 설명하고 질문하기 때문에 설문의 의도를 잘못 이해하는 등의 오류를 줄일 수 있기 때문이다. 조사원은 연구자로부터 면접교육을 받은 대학원생 및 학부생 20명에 의해 수행되었다. 수집된 자료는 615부였으나, 내용이 부실한 사례를 제외한 후 총 591부를 분석하였다. 조사기간은 2005년 9월 30일부터 10월 30일까지이다.

수집된 자료는 SPSS 11.5 version를 이용하여 연구의 목적에 맞게 빈도분석(Frequency), 평균분석(Means test), 단순상관관계분석(Pearson's Correlation Analysis), 일원분산분석(Oneway Anova), 중다회귀분석(Multiple Regression) 등의 방법을 통해 분석하였다.

5. 결과분석

1) 인구사회학적 특성

학령전기 장애아동의 경우 직접 응답하기 어려워 주보호자가 응답하도록 하였다. 주보호자의 인구사회학적 특성을 살펴보면 성별의 경우, 대부분 어머니나 할머니가 답하여 여자가 94.9%를 차지하였다. 연령을 보면, 20대-30대가 84.6%로 가장 많았으며, 다음으로 40대-50대 10.3%, 60대 이상 5.1% 순으로 나타났다. 교육상태는 전문대 이상이 51.4%, 고등학교 43.6%로 높은 편이었다. 학령기 장애아동의 성별은 남자 52.9%로 여자보다 약간 많았으며, 연령은 8세 이상-13세 이하 아동이 49%, 14세 이상-16세 이하 아동이 31.4%, 17세 이상-19세 이하 아동이 19.6% 순이었다. 교육상태를 보면, 초등학교는 일반학교(37.3%)가 특수학교(33.3%)보다 약간 많았고, 특수고등학교 7.8%, 일반중학교 및 특수중학교 학생은 각각 3%를 차지하였다. 청장년기 장애인의 성별을 보면, 남자가 61.4%로 남자가 여자보다 두 배 가까이 많았고, 연령은 40대가 45.7%를 차지하였고, 50세-55세 이하가 29.5%, 30대 21.4%, 20대 3.3% 순으로 나타났다. 교육정도를 보면, 일반 고등학교 졸업(중퇴)이 47.1%로 가장 많았고, 일반중학교 졸업(중퇴)이 21.9%, 일반학교초등학교 졸업(중퇴) 11.9%, 전문대 이상이 11.5%, 무학이 7.1%순이었다. 특수교육을 받은 사람은 응답자의 0.5%에 불과하여 대부분의 청·장년층은 일반학교에서 교육을 받은 것으로 나타났다. 노년기의 조사대상자들의 성별을 보면 남자가 53.3%로 남자가 약간 많았으며, 연령은 60대가 55.3%로 과반수였으며, 70세 이상이 34.7%였다. 교육정도를 보면, 무학이 32%이고 초등학교 졸업이 31.3%, 중학교 졸업이 20.6%, 고등학교 졸업이 11.0%, 대학교 졸업이 5.1%로 나타나 전반적으로 교육수준은 낮았다.

〈표 1〉 조사대상 장애인의 인구사회학적 특성

	학령전기(7세미만)[2] 주보호자				학령기(8-19세)			
		빈도	%				빈도	%
성별	남	2	5.1		남		27	52.9
	여	37	94.9		여		24	47.1
	전체	39	100.0		전체		51	100.0
연령	20대-30대	33	84.6		8세 이상-13세 이하(초)		25	49.0
	40대-50대	4	10.3		14세 이상-16세 이하(중)		16	31.4
	60대 이상	2	5.1		17세 이상-19세 이하(고)		10	19.6
	전체	39	100.0		전체		51	100.0
교육정도	무학		.	.	무학		3	5.9
	유치원	일반	.	.	유치원	일반	1	2.0
		특수	.	.		특수	.	.
	초등학교	일반	1	2.6	초등학교	일반	19	37.3
		특수	1	2.6		특수	17	33.3
	중학교	일반	.	.	중학교	일반	3	5.9
		특수	.	.		특수	3	5.9
	고등학교	일반	17	43.6	고등학교	일반	1	2.0
		특수	.	.		특수	4	7.8
	전문대		4	10.3	기타		.	.
	대학교		13	33.4	전체		51	100.0
	대학원		3	7.7				
	전체		39	100.0				
구분	청장년기(20-55세)				노년기(56세 이상)			
			빈도	%			빈도	%
성별	남		129	61.4	남		155	53.3
	여		81	38.6	여		136	46.7
	전체		210	100.0	전체		291	100.0
연령	20-29세 이하		7	3.3	56-59세 이하		29	10.0
	30-39세 이하		45	21.4	60-69세 이하		161	55.3
	40-49 이하		96	45.7	70세 이상		101	34.7
	50-55세 이하		62	29.5	전체		291	100.0
	전체		210	100.0	무학		93	32.0
교육상태	무학		15	7.1	유치원	일반	.	.
	유치원	일반	.	.		특수	.	.
		특수	.	.	초등학교	일반	91	31.3
	초등학교	일반	25	11.9		특수	.	.
		특수	.	.	중학교	일반	60	20.6
	중학교	일반	46	21.9		특수	.	.
		특수	.	.	고등학교	일반	32	11.0
	고등학교	일반	99	47.1		특수	.	.
		특수	1	0.5	대학교		15	5.1
	전문대		3	1.5	전체		291	100.0
	대학교		21	10.0				
	대학원		.	.				
	전체		210	100.0				

주: * 학령전기는 장애아동의 주요 보호자의 인구사회학적 특성임. 학령전기 장애아동의 경우 남자가 43.6%, 여자가 56.3%, 연령은 1-3세가 17.9%, 4-7세가 82.1%였음.

2) 학령전기 장애아동의 경우 직접 설문조사가 불가능하여 주보호자에게 질문하였다. 따라서 학령전기 장애아동에 관한 응답은 주보호자의 응답결과임을 밝혀둔다. 학령전기 장애아동의 경우 주보호자의 결정적인 영향력하에 있다고 판단되어 이들에 대한 조사결과로 대신하였다.

2) 생애주기와 장애관련 특성, 심리적 특성, 환경적 특성

(1) 장애관련 특성

학령전기 장애아동의 장애정도는 보면 1-3등급이 94.9%로 대부분이 중증이었고, 장애유형은 뇌병변장애(82%)로 지체장애(17.9%)보다 약 4.5배 정도 많았다. 이는 학령전기에 지체장애 출현율이 매우 낮은 반면 중증 뇌병변장애가 많음을 보여준다. 장애발생시기를 보면, 응답자의 87%이상이 1세 때라고 답하여, 대부분 선천적으로 장애를 가지고 태어났음을 알 수 있다. 학령기 장애아동의 장애정도를 보면, 1-3등급이 88%이상으로 대부분 중증장애인인 것을 알 수 있으며, 장애유형은 지체장애(66.7%)가 뇌병변(33.3%)보다 2배 정도 많았다. 장애부위는 응답자의 94% 이상이 하지장애였으며, 장애발생시기는 97%이상이 '7세 이하'라고 답하여 대부분 영유아기 때 장애가 발생되었음을 알 수 있다.

〈표 2〉 생애주기별 장애 관련 특성

항 목	학령전기			학령기		
		빈도	%		빈도	%
장애정도	1-3	37	94.9	1-3	45	88.2
	4-6	2	5.2	4-6	6	11.8
	전체	39	100.0	전체	51	100.0
장애유형	지체	7	17.9	지체	34	66.7
	뇌병변	32	82.1	뇌병변	17	33.3
	전체	39	100.0	전체	51	100.0
장애부위	상지	2	28.6	상지	2	5.9
	하지	5	71.4	하지	32	94.1
	척추	.	.	척추	.	.
	전체	7	100.0	전체	34	100.0
장애발생시기	1세 때	34	87.2	7세 이하	40	97.6
	2세 때	5	12.8	8세-19세 이하	1	2.4
	전체	39	100.0	전체	41	100.0
항 목	청장년기			노년기		
		빈도	%		빈도	%
장애정도	1-3	71	33.8	1-3	124	42.6
	4-6	139	66.2	4-6	167	57.4
	전체	210	100.0	전체	291	100.0
장애유형	지체	200	95.2	지체	233	80.1
	뇌병변	10	4.8	뇌병변	58	19.9
	전체	210	100.0	전체	291	100.0
장애부위	상지	47	23.4	상지	51	21.9
	하지	109	54.2	하지	133	57.1
	척추	45	22.4	척추	49	21.0
	전체	201	100.0	전체	233	100.0
장애발생시기	7세 이하	36	17.1	7세 이하	16	5.5
	8세-19세 이하	23	11.0	8세-19세 이하	10	3.4
	20세-55세 이하	140	66.7	20세-55세 이하	106	36.4
	전체	199	100.0	56세 이상	159	54.6
				전체	291	100.0

청장년기의 장애등급을 보면 1-3급 장애인이 33.8%, 4-6급 장애인이 66.2%로 중증보다는 경증이 두 배 많았다. 장애유형을 보면 지체가 95.2%, 뇌병변이 4.8%로 지체 장애인이 대부분으로 나타났으며, 장애부위는 하지(54.2%)가 상지(23.4%)의 두 배가 넘었다. 최초 장애 발생시기를 보면, 20세에서 55세 이하가 66.7%로 가장 많았으며, 7세 이하 17.1%, 8세에서 19세가 11.0% 순으로 나타났다. 노년기의 경우 1-3급은 42.6%, 4-6급은 57.4%로 중증보다 약간 많았다. 장애유형은 지체장애인이 80%, 뇌병변 장애인이 20%를 차지하였다. 장애부위는 지체장애인의 경우 상지장애가 22%였고 하지장애 57%, 척추 장애는 20%였고, 장애발생시기는 56세 이후가 54.6%로 과반수가 노년기에 장애를 갖게 된 것으로 나타났다.

(2) 심리적 특성

성격은 노년기(2.4)를 제외한 모든 생애주기에서 중간점수에 해당하는 2.5를 상회하여 대체로 긍정적인 성향을 보였다. 자존감 수준은 대체로 높았으며, 학령전기 주보호자가 2.97로 가장 높았으며, 다음으로는 청장년기(2.92), 학령기(2.81)로 나타난 반면, 노년기는 2.56으로 상대적으로 낮았다. 장애에 대한 태도는 청장년기(2.66)와 학령기(2.55)가 중간점수 2.5를 약간 넘었으며, 학령전기 주보호자는 2.48, 노년기 2.22로 상대적으로 부정적으로 나타났다.

〈표 3〉 생애주기별 심리적 특성요인에 대한 기술 분석

구 분	학령전기*		학령기		청장년기		노년기	
	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)
성격	39	2.65(.463)	49	2.79(.389)	207	2.66(.431)	288	2.40(.524)
자존감	39	2.97(.503)	50	2.81(.481)	209	2.92(.515)	291	2.56(.514)
장애에 대한 태도	37	2.48(.382)	49	2.55(.492)	204	2.66(.414)	291	2.22(.442)

주: * 학령전기는 장애아동의 주보호자의 심리적 특성을 측정한 것임.

(3) 사회 환경적 특성

① 비공식적 지원정도

정서적 지원정도는 학령기 장애아동이 3.43으로 가장 높았고 다음으로 학령전기 장애아동 보호자, 청장년기, 노년기 순으로 나타났다. 실질적 지원정도 역시 학령기 장애아동의 경우 3.47로 가장 높았고 다음으로 학령전기 장애아동보호자, 노년기, 청장년기 순이었다. 한편 정보적 지원정도는 학령전기 장애아동보호자의 경우 2.92로 가장 높았고 다음으로 학령기 장애아동이 2.88인 반면, 청장년기는 1.83, 노년기는 1.33으로 가장 낮았다.

〈표 4〉 비공식적 지원정도

항 목	학령전기*		학령기		청장년기		노년기	
	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)	N	M(SD)
정서적 지원	39	3.05(.793)	49	3.43(.707)	209	2.82(1.043)	288	2.46(1.154)
실질적 지원	39	2.82(.942)	49	3.47(.892)	208	2.48(1.125)	288	2.50(1.194)
정보적 지원	39	2.92(.774)	49	2.88(1.013)	209	1.83(1.054)	288	1.33(.855)

주: * 학령전기는 장애아동의 주보호자의 비공식적 지원정도를 측정한 것임.

② 재활 서비스 이용실태

재활서비스 이용은 학령전기 장애아동이 전반적으로 많이 이용하는 것으로 나타났고, 이중 의료재활서비스의 이용이 가장 많았다. 생애주기별로 보면, 학령전기 장애아동의 경우 의료재활은 4명중 3명이, 교육재활과 사회심리재활은 3명중 1명 정도가 이용한 경험이 있고, 학령기 장애아동도 의료재활은 과반수가, 교육재활은 4명중 1명, 사회심리재활은 약 6-7명 중 1명이 이용한 경험이 있다고 답했다. 반면 청장년기의 경우 의료재활서비스를 이용한 경험이 있는 경우가 35.2%에 머물렀고, 교육재활, 직업재활, 사회심리재활서비스의 이용경험이 5% 내외에 불과하였다. 노년기 장애인 역시, 의료재활은 4명 중 1명만이 이용한 경험이 있었고, 다른 서비스 이용률은 1%로 거의 이용한 경험이 없는 것으로 나타났다.

〈표 5〉 생애주기별 재활서비스 이용 실태

항 목	학령전기(N=39)		학령기(N=51)		청장년기(N=210)		노년기(N=290)	
	이용한 경우		이용한 경우		이용한 경우		이용한 경우	
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%
의료재활	30	76.9	29	56.9	74	35.2	70	24.1
교육재활	15	38.5	13	25.5	12	5.7	5	1.7
직업재활	0	0.0	0	0.0	10	4.8	1	0.3
사회심리재활	12	30.7	8	15.7	9	4.3	2	0.7

③ 거주지역

본 연구 조사대상자의 거주지역 분포를 보면, 대도시에 거주하는 비율이 학령전기는 33.3%, 학령기는 72.5%, 청장년기 23.8%, 노년기 51.9%였다.

〈표 6〉 거주지역

구 분	학령전기		학령기		청장년기		노년기	
	빈 도	%	빈 도	%	빈 도	%	빈 도	%
대도시	13	33.3	37	72.5	50	23.8	151	51.9
중소도시	26	66.7	14	27.5	160	76.2	140	48.1
계	39	100.0	51	100.0	210	100.0	291	100.

3) 생애주기별 자립생활 패러다임에 따른 사회통합 실태

(1) 일상 활동의 자율성

생애주기별로 일상 활동 자율성의 차이를 살펴본 결과, 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 생애주기로는 청장년기의 일상 활동의 자율성이 가장 높았고 다음으로 노년기, 학령기, 학령전기의 순으로 나타났으나 4개 집단들 중 통계적으로 유의미한 차이는 청장년기와 다른 집단들 간에서만 보였다.

〈표 7〉 생애주기에 따른 일상 활동 자율성의 차이

구분	N	평균	표준편차	F	Scheffe test
학령전기(A)	21	2.5034	1.3020	5.977**	A≠C* B≠C*
학령기(B)	49	2.5948	1.0676		
청장년기(C)	131	3.1690	.8942		
노년기(D)	120	2.8179	1.0381		

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

일상 활동 자율성을 구체적으로 살펴보면, 간단한 일상 활동(세수/양치질/화장실/목욕/옷 입기 등)이나 집안에서의 일상 활동에 대해서는 학령전기나 학령기에서는 약 10%정도가, 청장년기와 노년기는 약 3-5%가 '거의 할 수 없다'고 답했다. 집밖으로의 단순한 이동에 대해서는 학령전기 및 학령기 장애아동이 청장년기에 비해서는 6-7배 정도가, 노년기에 비해서는 약 3배 이상 '거의 할 수 없다'고 답해 집밖 활동에 대해 더 많은 제약을 느끼고 있었다. 반면 문화활동 참여와 친목활동이나 취미활동, 자원봉사 활동 등 다른 사람이나 기관과의 지속적인 관계가 필요한 활동의 경우는 모든 생애주기에 걸쳐 어려움을 느끼고 있었으며, 성인보다는 학령전기 아동이나 학령기 아동의 경우 상대적으로 제한이 더 큰 것으로 나타났다. 학령전기나 학령기 장애아동의 경우 약 40-50%정도가 이러한 활동을 하지 못하는 것으로 나타났는데, 이는 크게 두 가지 차원에서 해석이 가능하다. 우선 본 연구대상자인 학령전기 및 학령기 아동의 경우 장애정도가 성인보다 중증인 경우가 많기 때문에 일상 활동의 제한이 더 큰 것으로 보인다. 다른 한편으로는 장애아동의 경우 현재와 같이 어머니를 비롯한 활동보조인의 도움이 전적으로 보장되지 못한 상황에서 성인 장애인들처럼 휠체어 등의 보장구를 충분히 활용하지 못하는 데서 기인한 결과로 보인다. 본 연구에서는 학령전기 및 학령기 장애아동의 출현율이 매우 낮은 점을 감안하여 전수조사를 하였음에도 불구하고 이처럼 장애정도가 중증에 집중된 것은, 모집단 역시 이 연령층의 지체 및 뇌병변장애의 출현율이 매우 낮고 장애등급도 1-3급에 집중되어 있기 때문이다.

〈표 8〉 생애주기별 일상생활의 자율성 실태

항 목	'거의 할 수 없다'고 답한 비율							
	학령전기*		학령기		청장년기		노년기	
	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)
세수/양치질/화장실/목욕/옷 입기 등	37	5(13.5)	50	6(12.0)	206	6(2.9)	288	15(5.2)
집안에서의 활동이나 이동	37	4(10.8)	50	6(12.0)	207	8(3.9)	290	22(7.6)
산책(집밖으로의 간단한 이동)	37	9(24.3)	50	13(26.0)	206	8(3.9)	287	41(14.3)
물건사기(쇼핑, 장보기 등)	36	12((33.3)	50	20(40.0)	207	13(6.3)	274	61(22.3)
외식하기	37	10(27.0)	50	12(24.0)	190	17(8.9)	213	59(27.7)
영화, 음악회, 운동경기, 관람 등	27	12(44.4)	49	20(40.8)	138	22(15.9)	124	36(29.0)
친목활동, 자원봉사활동 등	21	10(47.6)	49	29(59.2)	151	26(17.2)	246	62(25.2)

(2) 물리적 접근성

물리적 접근성이란 보조기구를 이용하여 건물에 접근하거나 교통시설을 이용하여 이동할 때 어려운 정도를 의미한다. 생애주기에 따른 물리적 접근성의 차이를 분석한 결과 통계적으로 유의미한 차이를 보였으며, 접근성이 높은 가장 높은 집단은 청장년기였고, 다음으로 노년기, 학령기, 학령전기 순으로 나타났다.

〈표 9〉 생애주기에 따른 물리적 접근성의 차이

구분	N	평균	표준편차	F	Scheffe test
학령전기(A)	30	2.4556	1.1571	15.187***	A≠C***
학령기(B)	43	2.6163	1.4591		B≠C***
청장년기(C)	146	3.5240	1.1040		D≠C***
노년기(D)	116	2.7730	1.0784		

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

접근성이 가장 어려운 시설은 모든 생애주기에서 문화시설로 나타났으며, 교통시설의 이용이나 보도 상에서의 이동에 대해서는 청장년층 장애인을 제외한 모든 생애주기 장애인의 약 30-45%정도가 매우 어려워하는 것으로 나타났다. 학령기 장애아동의 경우 응답자의 40-50% 정도가 모든 건물에의 접근이나 교통시설의 이용 및 이동에 대해 '매우 어렵다'고 답하였는데, 이는 청장년기 장애인의 약 3배, 노년기 장애인의 약 2배에 해당되는 높은 수준이다. 학령전기 장애아동의 경우 어머니와 동행하는 경우가 많기 때문에 이러한 접근성이나 이동성에 대한 문제가 학령기 장애아동보다 다소 낮지만 문화시설이나 교통시설의 이용에 대해서는 40% 이상이 매우 어려워하는 것으로 나타났다.

한편 노년기 장애인의 경우는 건물에의 접근성보다 교통편의 이용이나 보도 상에서의 이동에 대한 제약이 더 큰 것으로 나타났다. 문화시설 이용에 대해서는 조사대상 장애노인 4명 중 1명이 '매우 어렵다'고 답했지만 교통편이나 보도에서 이동시 어려움에 대해서는 3명중 1명이 '매우 어렵다'고 답해 이동상의 문제가 더 큰 것으로 나타났다. 반면 청장년층 10-12명 중 1명 정도만이 건물에 대한 접근

이나 이동시 '매우 어렵다'고 느끼고 있었는데, 이는 청장년층의 경우 자가용의 소유나 운전이 가능하며 휠체어 등의 보장구의 이용이 어느 정도 숙달되어 있어 비교적 이동이 자유롭기 때문으로 판단된다. 그러나 다른 생애주기의 장애인들과 마찬가지로 문화시설에 대한 이용을 가장 어려워하는 것은 아직까지 우리사회에서 의료시설이나 상업시설, 공공시설에 보다는 문화시설의 장애인 편의시설의 설치가 미비한 데서 기인한다고 볼 수 있다.

〈표 10〉 물리적 접근성

항 목	'매우 어렵다'고 답한 비율							
	학령전기*		학령기		청장년기		노년기	
	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)
의료시설 이용(병원, 보건소 등)	39	8(20.3)	46	20(43.5)	207	13(6.3)	288	49(17.0)
상업시설 이용(수퍼마켓, 은행, 백화점 등)	39	9(23.1)	45	20(44.4)	207	21(10.1)	273	45(16.5)
문화시설 이용(극장, 놀이공원 등)	30	14(46.7)	43	21(48.8)	148	23(15.5)	119	30(25.2)
공공시설 이용(동사무소, 구청, 학교 등)	39	10(25.6)	46	18(39.1)	201	14(7.0)	272	42(15.4)
교통편(버스, 지하철, 택시 등)	39	17(43.6)	46	21(45.7)	204	27(13.2)	285	88(30.9)
보도를 이용하여 이동	39	11(28.2)	47	20(42.6)	208	18(8.7)	286	78(27.3)

(3) 경제적 안정

경제적 안정은 경제적 상태를 나타내는 것으로 고용을 통한 경제적 안정뿐만 아니라 공식적 · 비공식적 경제지원에 따른 경제적 안정정도를 의미한다. 생애주기별 선택권에 대한 차이를 분석한 결과, 학령전기 장애아동의 경제적 안정정도가 가장 높은 것으로 나타났으며, 다음으로 학령기 장애아동, 노년기, 청장년기 장애인으로 나타났다. 각 집단별 차이를 분석하기 위해 사후검사를 해 본 결과, 학령전기와 학령기, 청장년기 집단들 간에는 유의한 차이를 보이지 않았지만, 다른 생애주기와 노년기 장애인과는 유의한 차이를 보였다.

〈표 11〉 생애주기에 따른 경제적 안정의 차이

구분	N	평균	표준편차	F	Scheffe test
학령전기(A)	38	3.7632	.6752	58.132***	A≠D*** B≠D*** C≠D***
학령기(B)	46	3.9130	.4631		
청장년기(C)	196	3.7347	.7024		
노년기(D)	248	2.5081	1.4341		

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

구체적으로 분석해 보면, 학령전기 및 학령기의 장애아동의 경우 85-90%가, 청장년기 장애인의 약 80%정도가 본인 또는 가족의 수입으로 독립적인 생활을 영위하고 있었다. 반면, 노년기 장애인은 약 40%만이 본인 또는 가족의 수입으로 독립적인 생활을 하고 있었고, 과반수는 따로 사는 가족 및 친지의 도움을 전적으로 받고 있거나(37.5%), 국가나 민간기관의 도움을 전적으로 받고 있는 것

(14.8%)로 나타났다. 이러한 결과는 예상했던 대로 생애주기에 있어 노년기 장애인의 경제적 불안정이 상대적으로 매우 심각함을 보여준다.

〈표 12〉 경제적 안정

항 목	생애주기			
	학령전기	학령기	청장년기	노년기
부모 또는 본인, 다른 동거가족원의 수입으로 독립적으로 살고 있다.	33(84.6)	44(89.8)	168(80.4)	114(39.2)
부모 또는 본인, 다른 동거가족원의 수입이 있지만 따로 사는 가족이나 친지의 도움을 부분적으로 받고 있다.	2(5.1)	1(2.0)	9(4.3)	7(2.4)
부모 또는 본인, 다른 동거가족원의 수입이 있지만 국가나 민간기관의 도움을 부분적으로 받고 있다.	2(5.1)	0(0.0)	14(6.7)	18(6.2)
부모 또는 본인, 다른 동거가족원의 수입이 거의 없어 따로 사는 부모, 자녀, 친지의 도움을 전적으로 받고 있다 .	1(2.6)	1(2.0)	5(2.4)	109(37.5)
부모 또는 본인, 다른 동거가족원의 수입이 거의 없어 국가나 민간기관의 도움을 전적으로 받고 있다.	1(2.6)	3(6.1)	13(6.2)	43(14.8)
계	39(100.0)	49(100.0)	209(100.0)	291(100.0)

(4) 사회적 지지의 적절성

사회적 지지의 적절성은 가족 및 주변사람 지원의 적절성과 국가 및 사회서비스기관 지원의 적절성 정도를 말한다. 사회적 지원에 대해 얼마나 적절하다고 느끼고 있는 지를 생애주기별로 분석한 결과, 학령전기 장애아동 주보호자의 만족도가 가장 높았고, 다음으로 학령기 장애아동, 청장년기 장애인, 노년기 장애인 순으로 나타났다. 각 집단별 차이를 분석하기 위해 사후검증을 시도해 본 결과, 학령전기 장애아동의 주보호자와 학령기장애아동의 경우 사회적 지원에 대해 느끼는 적절성 정도가 통계적으로 유의하지 않았고, 청장년기와 노년기 장애인의 경우도 통계적으로 유의하지 않았다. 반면, 학령전기 및 학령기 집단과 청장년기 및 노년기 집단 간에는 사회적 지원의 적절성에 있어 유의미한 차이를 보였다.

〈표 13〉 생애주기에 따른 사회적 지원의 적절성 차이

구분	N	평균	표준편차	F	Scheffe test
학령전기(A)	37	2.3803	.7264	29.872***	A≠C*** A≠D*** B≠C*** B≠D***
학령기(B)	47	2.3759	.5207		
청장년기(C)	207	1.7343	.5392		
노년기(D)	286	1.7232	.6105		

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

〈표 14〉는 각각의 지원에 대해 '전혀 도움이 되지 않았다'고 답한 경우를 제시한 결과이다. 여기에는 '도움을 전혀 받지 않아 전혀 도움이 되지 않았거나, 도움을 받았더라도 전혀 도움이 되지 않았다'고 느낀 경우를 모두 포함한다. 전반적으로 비공식적 지원에 대해서는 청장년기 장애인의 경우 적절성에 대한 평가가 가장 낮게 나타났는데, 정서적 지원에 대한 평가가 가장 긍정적이었으며, 다음으로

는 실질적 지원, 정보적 지원 순으로 나타났다. 이러한 결과는 비공식적 지원의 주요기능이 생애주기 전체를 통해서도 정서적 지원에 집중되고 있고, 실질적인 도움이 되었다고 느끼고 있음을 보여준다.

〈표 14〉 사회적 지지의 적절성

지원 제공자	항 목	'전혀 도움이 되지 않았다' 고 답한 비율							
		학령전기*		학령기		청장년기		노년기	
		N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)
가족 및 주변 사람	의논 상대, 격려와 지지 등 정서적 지원	39	6(15.4)	49	2(4.1)	209	56(27.5)	288	80(27.8)
	물질적 도움이나 외출 시 동행 등 실질적 지원	39	11(28.2)	49	5(10.2)	209	87(41.6)	288	90(31.3)
	다양한 정보나 조언 등의 지원	39	9(23.1)	49	8(16.3)	210	133(63.3)	288	235(81.6)
국가 사회 서비스 기관 지원	의논 상대, 격려와 지지 등 정서적 지원	39	22(56.4)	47	27(57.4)	210	199(94.8)	287	242(84.3)
	물질적 도움이나 외출 시 동행 등 실질적 지원	39	21(53.8)	47	35(74.5)	210	157(74.8)	289	207(71.6)
	다양한 정보나 조언 등의 지원	39	18(46.2)	47	29(61.7)	209	201(96.2)	289	269(93.1)

주: * 학령전기는 장애아동의 보호자가 응답한 결과임.

반면 공식적 지원에 대해서는 학령전기나 학령기 장애아동의 경우 절반정도가 '전혀 도움이 되지 않았다'고 답한 반면 청장년기는 실질적 지원에 대해 4명 중 3명이, 정서적 지원과 정보적 지원에 대해서는 10명중 9명이 부정적으로 답하였다. 이러한 경향은 정도는 약하지만 노년기 장애인의 경우도 비슷한 것으로 나타났다. 이처럼 공식적 지원에 대한 부정적인 평가는 현재 장애인을 위한 재활서비스가 주로 학령전기 및 학령기 아동에게 집중되고 있는 반면 성인이나 노인을 위한 프로그램은 거의 이루어지지 못하고 있는 것과 밀접한 관련이 있다. 특이한 사항은 학령전기 장애아동 주보호자의 경우 다른 생애주기에 비해 비공식적 지원이나 공식적 지원 모두 정서적 지원, 실질적 지원, 정보적 지원에 대해 긍정적으로 평가하고 있다는 점이다. 이는 현재 공식적인 재활서비스가 장애아동에 집중되어 있고, 가족이나 친척들의 비공식적 지원도 장애아동 주보호자에 대해 대체로 많이 제공되기 때문에 나타난 결과로 판단된다.

(5) 선택권

장애인이 장애로부터 자유롭다는 것은 장애인이 자기가 결정하는 바에 따라 생활하는 것에 대하여 스스로 책임을 부담하는 것을 말한다. 따라서 서비스 제공자의 우위를 벗어나기 위하여 대항권력으로 소비자 통제권(Consumer control)이 법적으로 보장되고 제도로 구체화되어야 한다는 것을 의미한다. 생애주기별 선택권이행의 차이를 분석해본 결과 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 구체적으로 각 집단 간 차이를 보면, 학령전기 장애아동 주보호자의 선택권 이행수준이 가장 높았으며, 다음으로 학령기 장애아동, 노년기, 청장년기 순으로 나타났다.

〈표 15〉 생애주기에 따른 선택권의 차이

구분	N	평균	표준편차	F	Scheffe test
학령전기(A)	39	1.3526	.6196	13.070***	A≠B*
학령기(B)	51	1.1471	.3680		A≠C***
청장년기(C)	210	1.0619	.2560		A≠D***
노년기(D)	291	1.0636	.2133		

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

〈표 16〉 선택권

항 목	'전혀 없다'고 답한 비율			
	학령전기* (N=39)	학령기 (N=51)	청장년기 (N=210)	노년기 (N=291)
장애관련 동아리나 단체활동에 회원으로 참여한 경험	32(82.1)	45(88.2)	198(94.3)	272(93.5)
본인이 참여한 재활프로그램들을 스스로 선택해 본 경험	27(69.2)	46(90.2)	203(96.7)	275(94.5)
대중매체(TV, 라디오, 인터넷)를 통해 장애문제를 알려본 경험	35(89.7)	47(92.2)	205(97.6)	282(96.9)
장애인의 권리 향상을 위한 캠페인, 집회 등에 참여해 본 경험	37(94.9)	51(100.0)	204(97.1)	283(97.3)

주: * 학령전기는 장애아동의 보호자가 응답한 결과임.

선택권의 이행실태를 살펴보면, 전반적으로 선택권의 이행 경험이 없는 경우가 대부분이었다. 학령전기 장애아동 어머니의 선택권 이행한 비율이 상대적으로 높았으며 특히 자녀의 재활프로그램을 스스로 선택한 경험이 있다고 답한 비율이 높았다. 청장년기나 노년기 장애인의 경우 선택권을 이행한 경험이 없다고 답한 비율이 90%를 넘는 것으로 나타났는데, 이는 장애인으로서 가져야 할 권리와 이에 대한 소비자로서의 권리행사가 매우 소극적인 수준에서 나타나고 있음을 보여주는 결과라 하겠다. 반면 학령전기 장애아동 주보호자의 경우 다양한 재활서비스를 많이 이용하면서 권리의식이 높아 선택하기도 하고 다양한 단체 활동에 참여하는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 서비스를 이용한 경험이 선택권 이행에도 결정적인 역할을 할 수 있음을 알 수 있다.

(6) 심리적 임파워먼트

심리적 임파워먼트는 전반적으로 청장년기 장애인이 가장 높았고 학령전기 장애아동 주보호자의 심리적 임파워먼트 수준이 상대적으로 높았다. 노년기 장애인의 경우 이들보다 낮았지만 대체로 능력에 대한 부분을 제외하고는 긍정적으로 답한 비율이 높았다.

〈표 17〉 생애주기에 따른 심리적 임파워먼트의 차이

구분	N	평균	표준편차	F	Scheffe test
학령전기(A)	39	5.3846	1.2272	32.081***	A≠B***
학령기(B)	48	3.3750	2.3395		A≠D***
청장년기(C)	208	5.1298	1.4065		B≠C***
노년기(D)	290	3.9655	1.6697		C≠D***

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

〈표 18〉 심리적 임파워먼트의 수준

항 목	'그렇다'고 답한 비율							
	학령전기*		학령기		청장년기		노년기	
	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)	N	빈도(%)
나는 새로운 의견이나 생각이 있으면 다른 사람들에게 말할 수 있다.	39	36(92.3)	50	36(72.0)	210	178(84.8)	291	220(75.6)
나는 사람들이 내가 할 수 있는 일을 할 수 없다고 하면 그렇지 않다고 말할 수 있다.	39	35(89.7)	49	32(65.3)	209	179(85.6)	291	223(76.6)
나는 내 일에 대해 스스로 결정할 수 있다.	39	39(100.0)	49	25(51.0)	209	201(96.2)	291	238(81.8)
나에게는 내가 원하는 것을 할 수 있는 능력이 있다.	39	33(84.6)	50	27(54.0)	210	168(80.0)	290	119(41.0)
나는 최선의 선택을 할 수 있다.	39	37(94.9)	49	22(44.9)	209	191(91.4)	291	197(67.7)
나는 새로운 상황에서도 친구를 사귈 수 있다.	39	30(76.0)	50	25(50.0)	210	155(73.8)	291	157(54.0)

주: * 학령전기는 장애아동의 보호자가 응답한 결과임.

반면, 학령기 장애아동의 경우는 의견의 적극개진에 대한 부분을 제외하고 결정이나 자신의 능력 등에 대해서는 절반 정도만이 긍정적으로 답하고 있어 심리적 임파워먼트 정도는 전반적으로 낮았다.

4) 자립생활 패러다임에 따른 사회통합에 영향을 미치는 요인

본 연구에서 자립생활 패러다임에 따른 사회통합은 일상생활 자율성, 접근성, 경제적 안정정도, 사회적지지의 적절성, 선택권, 심리적 임파워먼트 등의 하위차원으로 구성된다. 이러한 사회통합의 하위차원에 영향을 미치는 요인들을 밝히고 상대적 영향력을 알아보기 위해 학령기 이후 장애인을 대상으로 중다회귀분석을 실시하였다. 학령전기 장애아동의 경우 주보호자를 대상으로 설문조사를 하였기 때문에 본 분석에서는 제외하였다. 독립변수는 인구학적 특성으로 성별과 연령, 장애관련 특성요인으로는 장애정도, 상지장애여부, 장애발생시기를, 심리적 특성요인에는 성격, 자존감, 장애에 대한 태도를, 사회 환경적 특성 변수로는 비공식 지원정도, 재활서비스 이용여부, 주거지를 분석에 포함시켰다.

〈표 19〉 자립생활 패러다임에 따른 사회통합에 미치는 영향(학령기 이후)

독립변수	사회통합											
	일상생활 자율성		접근성		경제안정정도#		사회적지원의 적절성		선택권		심리적 임파워먼트	
	B (S.E.)	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B	Beta	B (S.E.)	Beta
성별	-.145 (.114)	-.076	-.141 (.118)	-.068	-.047 (.140)	-.015	-.096* (.039)	-.076	.079** (.024)	.157	.061 (.132)	.019
연령	.004 (.005)	.073	.003 (.005)	.041	-.036*** (.007)	-.363	.002 (.002)	.055	.003* (.001)	.185	.013* (.006)	.127
장애정도	.175*** (.039)	.294	.179*** (.039)	.280	.232*** (.050)	.220	-.061*** (.014)	-.143	-.019* (.009)	-.110	.118* (.047)	.105
장애부위	.296* (.129)	.131	.472*** (.130)	.198	.410* (.165)	.112	-.030 (.046)	-.020	-.047 (.028)	-.079	.152 (.155)	.039
장애발생 시기	-.004 (.003)	-.082	-.003 (.004)	-.066	-.055 (.004)	-.066	.002 (.001)	.076	-.001 (.001)	-.065	-.009* (.004)	-.115
성격	.116 (.165)	.059	.232 (.173)	.109	.208 (.194)	.069	-.034 (.054)	-.028	-.056 (.033)	-.115	.832*** (.182)	.261
자존감	.104 (.139)	.060	.181 (.145)	.099	-.198 (.194)	-.072	.159** (.054)	.144	.074* (.033)	.167	.560** (.182)	.193
장애에 대한 태도	.811*** (.173)	.400	.737*** (.177)	.345	.174 (.193)	.058	-.090 (.054)	-.074	.004 (.033)	.009	.831*** (.182)	.260
비공식 지지정도	-.082 (.066)	-.077	-.163* (.069)	-.142	.016 (.092)	.009	.583*** (.026)	.748	.032* (.016)	.102	-.145 (.086)	-.071
재활서비스 이용여부	.033 (.067)	.030	.068 (.074)	.054	.088 (.101)	.041	.028 (.028)	.032	.058** (.017)	.166	-.063 (.095)	-.027
거주지	.021 (.117)	.011	-.210 (.122)	-.101	.008 (.148)	.002	-.067 (.041)	-.051	-.033 (.025)	-.063	-.111 (.139)	-.033
(상수)	-.237 (.443)		-.480 (.478)		4.541*** (.608)		.403* (.169)		.827*** (.105)		-1.651** (.573)	
R^2	.385		.427		.220		.633		.111		.389	
adjusted R^2	.351		.397		.200		.623		.087		.373	
F	11.544***		14.170***		10.542***		63.904***		4.647***		23.617***	

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

주 : #경제적 안정정도는 점수가 높을수록 안정적임을 나타낸다.

사회통합의 6개 하위차원을 종속변수로 하여 중다회귀분석을 실시한 결과, 독립변수의 설명력은 일상활동의 자율성의 경우 38.5%, 접근성은 42.7%, 경제적 안정도는 22%, 사회적 지원의 적절성은 63.3%, 선택권은 11.1%, 심리적 임파워먼트는 38.9%로 나타났다. 일상 활동의 자율성에 영향을 미치는 요인들을 분석한 결과, 경증일수록 상지장애인인 경우, 장애에 대한 태도가 긍정적일수록 일상 활동의 자율성 정도가 높은 것으로 나타났다. 특이한 사항은 장애정도보다 장애에 대한 태도의 영향력이 상대적으로 높았다는 점으로, 이는 자립생활 패러다임에 있어서 일상 활동의 자율성은 전적으로 자신의 신체기능을 토대로 이루어지기보다는 주변 자원을 통제할 수 있는 능력과 밀접한 관련이 있으므로 장애에 대한 태도가 상대적으로 더 중요한 영향을 미쳤을 것으로 판단된다.

물리적 접근성 정도는 혼자서 보조기구를 이용하여 지역사회의 다양한 시설에 접근할 때 어려운 정도로 측정하였고, 점수가 높을수록 접근도가 높음을 의미한다. 분석결과, 경증일수록, 상지장애인인 경우, 장애에 태도가 긍정적일수록, 비공식 지원정도가 낮을수록 물리적 접근성이 높았다. 특이한 점은 비공식 지원정도가 낮을수록 접근성이 높게 나타났다는 점인데, 이러한 결과는 이동성의 제한이

큰 지체나 뇌병변장애인의 경우 경증일수록 가족이나 주변사람들에게 지원을 요청하는 경향이 적지만 물리적 접근성은 높기 때문에 나타난 결과로 볼 수 있다.

경제적 안정정도는 연령과 장애정도, 장애부위가 유의한 영향요인으로 밝혀졌다. 연령이 어릴수록, 장애정도가 경증일수록, 상지장애인경우 높게 나타났다. 이러한 결과는 장애인의 연령이 어린 경우 경제적 안정성이 높은 것은 부모가 부양하는 경우가 많지만 장애노인의 경우 경제적으로 독립적이기 어려워 동거 가족 이외의 다른 사람이나 국가나 사회에 의존하는 경우가 많기 때문에 나타난 결과로 이해된다.

사회적 지원의 적절성에 대해 분석한 결과 여성인 경우, 경증일수록, 자존감이 높을수록, 비공식 지원정도가 높을수록 조사대상자들은 사회적 지원이 더 적절하다고 느끼고 있었다. 비공식적 지원정도와 달리 재활서비스 이용여부는 유의한 영향을 미치지 못했는데, 이는 현재 우리나라의 재활서비스가 매우 빈약하기 때문에 나타난 결과로 볼 수 있다. 실제로 본 연구결과에서도 의료재활서비스를 제외하고는 재활서비스 이용한 경험이 7%이내로 매우 낮게 나타났다.

선택권에 대한 분석결과를 보면, 남성이 여성보다, 연령이 높을수록, 중증장애인일수록, 자존감이 높을수록, 비공식적 지원정도가 높을수록, 재활서비스를 이용한 경험이 있는 경우에 선택권을 행사하는 것으로 나타났다. 주목할 만한 결과는 중증장애인일수록 선택권을 행사하는 경향이 높았다는 점으로, 중증장애인인 경우 장애문제의 심각성에 대해 더 많이 경험할 뿐만 아니라 재활서비스도 경증장애인보다 더 많이 이용함으로써 장애문제의 해결을 개인보다는 환경이나 제도개선을 통해 개선하려는 경향이 강하기 때문으로 보인다.

마지막으로 심리적 임파워먼트 정도는 연령이 높을수록, 경증일수록, 장애발생 시기가 이를수록, 성격이 긍정적일수록, 자존감이 높을수록, 장애에 대한 태도가 긍정적일수록 높게 나타났다. 흥미로운 결과는 장애발생 시기가 빠를수록 심리적 임파워먼트 수준이 높게 나타났다는 점이다. 이는 지체장애인의 대부분인 성인 이후 발생한 중도 장애인이라는 점을 고려할 때 이들에 대한 임파워먼트 프로그램의 중요성을 보여준다.

6. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 개념을 6개의 하위차원으로 구분하여 정의하고 학령전기, 학령기, 청장년기, 노년기의 생애주기에 따라 사회통합 수준을 측정하고, 사회통합 관련 요인들을 분석함으로써 정책적, 실천적 함의를 도출하는 것이다. 본 연구결과에 대한 논의와 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 사회통합을 6개 하위차원으로 구분하고 생애주기별로 측정하여 살펴본 결과, 사회통합의 모습이 상이한 형태로 나타나 차별화된 정책과 프로그램 개발이 필요한 것으로 나타났다. 중증 장애가 많은 학령전기 장애아동의 경우 가족 및 주변사람들의 도움에도 불구하고 일상 활동의 자율성과 물리적 접근성이 낮았던 반면, 학령전기 장애아동 주보호자의 사회적 지원의 적절성과 선택권의 이행수준,

심리적 임파워먼트 수준은 상대적으로 높게 나타났다. 학령기 장애아동은 일상 활동의 자율성과 물리적 접근성 정도, 심리적 임파워먼트의 수준이 낮은 반면, 선택권의 이행정도나 사회적 지원의 적절성 정도는 높게 나타났다. 따라서 학령전기 및 학령기 장애아동의 경우 일상 활동 및 시설의 접근성을 높여줄 수 있는 방안이 우선적으로 고려될 필요가 있다. 또한 학령기 장애아동의 심리적 임파워먼트 수준은 모든 생애주기 중 가장 취약하여 학령기 장애아동이 신체적 장애로 느끼는 심리적 위축감이 청장년기 장애인보다 더욱 크게 나타났다. 따라서 향후 관련 기관에서는 학령기 장애아동의 심리적 임파워먼트를 향상시킬 수 있는 프로그램을 강화할 필요가 있다.

한편 청장년기 장애인의 경우 일상 활동의 자율성과 물리적 접근성 문제보다는 적절한 사회적 지원의 부족이나 장애인 권리향상을 위한 노력 및 서비스 통제권 행사가 매우 취약한 수준으로 나타났다. 이처럼 사회적 지원의 적절성에 대해 부정적인 태도를 보인 것은 성인이기 때문에 가족 등으로부터 받을 수 있는 비공식지원이 한계가 있고, 국가나 지역사회에서도 성인 지체 및 뇌병변 장애인을 위한 지원서비스가 매우 부족하고, 있다 해도 지원내용이나 수준이 미흡하여 사회적 지원의 적절성에 대해 부정적으로 평가한 것으로 보인다. 특히 청장년기 장애인의 경우 주목해야 할 사항은 심리적 임파워먼트 정도는 다른 생애주기에 비해 높게 나타난 반면, 장애문제를 사회에 알리거나 스스로 자신의 서비스를 결정하는 등 선택권의 이행은 매우 소극적으로 나타났다는 점이다. 이러한 결과는 청장년층 장애인이 스스로 장애문제를 바라보고 개선하려는 노력을 개인적 차원에서뿐만 아니라 사회 환경의 변화를 통해서 이룰 수 있도록 환경에 대한 통제나 선택권 강화를 이룰 수 있도록 교육하고 지원하는 서비스가 필요함을 보여준다.

노년기 장애인의 경우는 경제적인 어려움이 가장 컸으며, 물리적 접근성이나 선택권 이행, 사회적 지원의 적절성, 심리적 임파워먼트 등 거의 모든 차원에서 취약한 것으로 나타났다. 이러한 결과는 장애노인이 가지고 있는 문제는 비장애노인과 마찬가지로 매우 다양하며, 사회통합의 모든 면에서 다른 생애주기에 비해 현저하게 취약하므로 경제적 지원의 강화와 활동보조인, 재활보조기구, 편의시설 확대, 선택권 이행 및 임파워먼트 향상 서비스 등 다양한 형태의 지원이 필요함을 보여준다. 특히 장애노인의 문제는 취약성과 심각성에도 불구하고 장애분야나 노인분야 모두에서 주목받지 못하였고, 그 결과 장애분야에서도 가장 취약한 영역으로 남아있어 향후 차별화된 개선노력이 우선적으로 요구된다.

둘째, 사회통합의 6개의 하위차원별로 수준을 파악한 결과, 선택권의 이행정도와 사회적 지원의 적절성 수준이 상대적으로 낮게 나타났다. 자립생활 패러다임에 따른 사회통합의 개념에서 장애인의 선택권 행사와 심리적 임파워먼트는 자신의 삶의 완전한 독립적인 주체로서 자신의 생활을 통제해가는데 가장 중요한 핵심요소이다. 현재 지체 및 뇌병변 장애인이 보여주는 사회통합의 모습은 주로 일상활동의 자율성이나 물리적 접근성 등과 같은 신체활동과 관련 있는 부분에 치우쳐 있는 반면, 사회적 지원의 적절성이나 장애인의 선택권 이행 수준은 매우 취약하게 나타났다. 특히 청장년기 장애인의 경우 심리적 임파워먼트 수준이 높게 나타난 반면 선택권 이행수준이 매우 낮았는데, 이러한 결과는 심리적 임파워먼트가 선택권이라는 행동으로 발현되지 못했음을 보여준다는 점에서 주목할 만하다. 즉 우리 사회에서 장애인의 사회통합은 일상 활동의 자율성이나 물리적 접근성, 경제적 안정정도와

같은 외적인 측면에 집중되어온 결과, 장애인이 자신의 삶에 대한 선택권을 이행하거나 사회 환경 내에서의 권리향상을 위한 행동 등과 같이 장애 환경에 대한 통제력을 키울 만한 여건이 형성되지 못했던 것으로 볼 수 있다. 따라서 향후 장애인 온전한 사회통합의 이루기 위해서는 장애인 자신을 포함한 환경에 대한 통제능력을 강화할 수 있는 방향으로 정책과 프로그램이 개발되어야 할 것으로 생각된다. 다양한 신체기능의 향상과 지원을 통해 일상 활동 및 사회활동이 최대화하는 노력과 함께 장애인 스스로 원하는 정책이나 프로그램을 사회에 요구하고 이를 자신에게 맞게 활용할 수 있도록 환경에 대한 통제력을 향상시킬 수 있는 정책과 프로그램 또한 개발되어야 할 것이다.

셋째, 자립생활 패러다임에 따른 사회통합에 영향을 미치는 요인들을 중다회귀분석한 결과 경증일수록 상지장애인인 경우, 장애에 대한 태도가 긍정적일수록 일상 활동의 자율성 정도가 높은 것으로 나타났다. 물리적 접근성은 경증일수록, 상지장애인인 경우, 장애에 태도가 긍정적일수록, 비공식 지원정도가 낮을수록 높았다. 경제적 안정정도는 연령이 어릴수록, 장애정도가 경증일수록, 상지장애인경우 경제적 안정정도가 높게 나타났다. 사회적 지원의 적절성 정도는 여성인 경우 장애정도가 경증일수록, 자존감이 높을수록, 비공식 지원정도가 높을수록 조사대상자들은 사회적 지원이 적절하다고 느끼는 정도가 높았다. 선택권은 남성인 경우, 연령이 높을수록, 중증장애인일수록, 자존감이 높을수록, 비공식적 지원정도가 높을수록, 재활서비스를 이용한 경험이 있는 경우에 더 많이 행사하는 것으로 나타났다. 심리적 임파워먼트는 연령이 높을수록, 경증일수록, 장애발생 시기가 이를수록, 성격이 긍정적일수록, 자존감이 높을수록, 장애에 대한 태도가 긍정적일수록 높았다.

이러한 결과에서 얻을 수 있는 중요한 실천적 함의는, 일상 활동의 자율성이나 물리적 접근성을 향상시키는 데 장애정도나 장애부위뿐만 아니라 장애에 대한 태도가 매우 중요한 역할을 하고 있다는 것이다. 따라서 활동보조인 지원이나 재활보조기구 제공, 편의시설 확대 등의 노력과 함께 장애인 자신이 가지고 있는 부정적인 태도를 변화시키기 위한 서비스를 병행하여 제공할 필요가 있다.

한편, 선택권 이행 수준은 중증 장애인일수록, 비공식지원정도가 높을수록, 재활서비스를 이용한 경험이 있는 경우 높게 나타났는데, 이러한 결과는 두 가지 측면에서 중요한 함의를 갖는다. 중증장애인의 경우 서비스 이용경험이 많고 비공식 지원도 상대적으로 많기 때문에 선택권의 이행수준도 다른 장애인에 비해 높은 것으로 볼 수 있으며, 결과적으로 선택권의 이행수준을 높이기 위해서는 단순한 교육프로그램만으로는 부족하다는 것이다. 이는 청장년기 장애인의 선택권 이행수준이 상대적으로 낮게 나타난 반면, 비교적 재활서비스 이용이 많고 비공식적 지원정도가 높은 학령전기 및 학령기 장애아동의 선택권 이행수준이 높게 나타났던 점과도 밀접한 관련이 있다. 결국 사회적 지지나 재활서비스의 제공기반이 미약하고 이용경험이 없는 상황에서는 장애인이 주체적으로 자신의 권리의식이나 서비스에 대한 통제력을 발휘하기 어렵다는 점을 시사한다. 우리 사회에서 점차 중도장애인의 비율이 높아지고 있음에도 불구하고 현재 청장년기 장애인들을 위한 프로그램은 매우 취약하다. 본 연구결과에서도 밝혀진 바와 같이 사회통합의 모습은 단순한 일상 활동과 물리적 접근성만으로 완성될 수 없다는 점을 감안할 때 장애문제에 대한 주체자로서 환경에 영향력을 미칠 수 있는 선택권을 강화시키는 방향으로 정책이나 프로그램을 개발시킬 필요가 있다.

참고문헌

박수경. 1997. “산재장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 연세대학교 대학원 사회복지학과 박사학위 논문.

이경혜. 2000. “지체장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인”. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.

이익섭. 1993. “한국장애인복지정책의 이념정립을 위한 고찰”. 93 한국사회복지학회 추계학술대회 자료집. 247-257.

최봉삼. 1989. “지체장애자의 재활에 영향을 미치는 요인에 대한 분석”. 『대한물리치료학회지』 1(1): 83-103.

Anderson, D. J., K. C. Lakin, B. K. Hill, and T-H. Chen. 1992. "Social intergration of Older Persons with mental retardation in residential facilities." *American Journal on Mental Retardation* 96(5): 488-501.

Ayralult, E. W. 1999. "Adjusting to disability." *Accent on Living* 42(2): 84-86.

Begrave, F. Z. 1991. "Psychological predictors of adjustment to disability in Afirican Americans." *Journal of Rehabilitation* Jan/Feb/Mar: 37-40.

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

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

Ely, P. W. 1991. "*Quality of Life and Social Integration of Psychologically Disabled Citizens in Community Residences*." Ann Arbor, MI: Univ. microfilms inernational.

Hansen, C. P. 1989. "A causal model of the relationship among accidents, biodata, personality and cognitive factors. *Journal of Applied Psychology* 74(1): pp. 81-90.

Heinemann, A. W., and F. C. Shontz. 1982. "Acceptance of disability, self esteem, sex role, and reading aptitude in deaf adolescents." *Rehabilitation Counseling Bulletin* 25: 197-203.

Kennedy, C. 1989. "Community integration and well-being: Toward the goal of community care." *Journal of Social Issues* 45(3): 65-77.

Mank, D. M., and J. Buckley. 1989. "Strategies for integrated employment." pp. 319-335. in *Economics, Industry, and Disability: A Look Ahead,* edited by W. E. Kiernan, and R. L. Schlock. Baltomore: Paul H. Brooks Publishing Co.

Priestley. 2003. *Disability: A Life Course Approach.* Cambridge: Polity press.

Segal, S. P., and U. Aviram. 1978. *The Mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration.* New York: Springer Publishing Company.

Siska, K. F. 1995. *Social integration in the workplace: the Mentally retardation in work settings.* Ann Arbor, MI: University Microfilms International.

Slota, N. E. P., and D. Martin. 2003. "Methodological considerations in Life Course

Theory Research." *Disability Study Quarterly* 23(2): 19-29.

Westaway, M., P. Rheeder, D. Vanzyl, and J. Seager. 2003. "Interpersonal and Organizational Dimensions of Patient Satisfaction: The Moderating Effects of Health Status." *International Journal of Quality in Heath Care* 15(4): 337-344.

Whiteneck, G. C., S. W. Charlifue, K. A. Gerhart, and J. D. Overholser. 1992. "Quantifying Handicap: A new measure of long-term rehabilitation outcomes." *Archieves of Physical Medicine and Rehabilitation* 73: 519-526.

WHO. 1998. *ICIDH: international classification of impairments, disabilities, and handicaps.* Geneva: Author.

WHO. 1997. *ICIDH-2: International classification of impairments, activities, and participation. A manual of dimensions of disablement and functioning. Beta-1 draft for field trials.* Geneva: Author.

WHO, 2001. *ICF: International Classification of functioning, diability and health.*

Willer, B., and J. Intagliata. 1981. "Social-Environmental Factor as Adjustment of Deinstitutionalized Mentally Retarded Adults." *Journal of Mental Deficiency* 3: 252-259.

Willer, B., K. J. Ottenbacher, and M. L. Coad. 1994. "The Community integration Questionnare: a comparative examination." *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 73: 103-111.

Wood-Dauphinee, S. A., and A. Opzoomer. 1988. "Assessment of global function: The reintegration to normal living index." *Archieves of Physical Medicine and Rehabilitation* 69(August): 583-590.

A Study on Social Integration of Person With Disabilities based on Independent Living Paradigm: Life Span

Park, Soo-Kyung
(Daejin university)

The purpose of this study is to examine the level of social integration of the person with physical disabilities based on independent living paradigm according to life span and to find factors affecting social integration and therefore to make policy implications for a better rehabilitation system.

The data was obtained through telephone interviews with physically disabled residing in the city of Seoul and the suburb area of the city. The final sample consists of 591 respondents. The data was analyzed through frequency, oneway anova, pearson's correlation analysis, and multiple regression.

In this study, social integration based on independent living paradigm was divided into separate but related dimensions: autonomy of activity daily living, accessibility, economic level, degree of social support satisfaction, consumer control, psychological empowerment.

The major findings of this study were as follows:

First, the levels of six dimensions of social integration based on independent living paradigm were very different and especially the level of dimensions such as degree of social support satisfaction and consumer control were lower than other dimensions of social integration. Second, each level of social integration by life span was very different. Finally, the factors affecting social integration were socio-psychological traits such as social support, rehabilitation services, self esteem and acceptance of disability as well as the attribution to disability. The current findings suggest that improving noy only ADL or accessibility but also consumer control or social support should be considered by professional and policy makers. And differentiated intervention and policy according to life span necessary to policy makers and field practitioners.

Key words: social integration, independent living paradigm, life span, physical disabilities, disabled, consumer control.

[논문접수일 2005. 9. 16. 게재확정일 2006. 1. 18.]