

한국심리학회지: 건강
The Korean Journal of Health Psychology
2005. Vol. 10, No. 4, 489 - 508

정신장애인의 직무특성에 대한 정신보건전문가 집단간의 태도 차이[†]

김상희[†] 박권생
계명대학교 심리학과

정현희
계명대학교 교육학과

최근 직업재활이 정신보건 영역권내로 들어옴에 따라 그동안 심리검사 및 치료활동에만 종사해온 정신보건인력이 직업재활을 성장시켜야 하는 과제를 안게 되었다. 그러나 전문가층의 치료접근에서 직업재활접근으로의 전향이 원활하지 못함에 따라 재활장면에서는 심리사회적 프로그램 위주의 서비스 편향, 전문가의 주관적 실의 같은 문제들이 불거지고 있다. 게다가 전문가 집단은 교육 및 훈련 배경이나 종사영역에 따라 치료접근과 직업재활접근을 양극으로 하는 연속선상에서 서로 다른 곳에 위치함으로써 여러 직업재활 문제들에서 전문가집단간 태도 차이로 인한 불협화음이 우려되고 있다. 이는 팀 접근이 불가피하고 또 중요한 정신장애인 직업재활에서 궁극적으로 정신장애인 측에 치명적인 손실을 초래할 것이다. 이에 본 연구는 정신보건전문가 집단(간호사, 사회복지사, 임상심리사, 정신과의)이 정신장애인의 직무특성에 대해 실제로 어떠한 태도 차이를 보이는지 검증하였다. 그 결과, 부담 직무와 유사시 편의의 하위 요인에서 전문가 집단에 따라 유의한 차이가 나타났다. 특히 정신장애인의 일 역량에 관한 부담 직무 요인 문항들에서, 간호사 집단은 임상심리사나 정신과의 집단에 비해 적합도를 높게 평가하였고 사회복지사 집단은 임상심리사나 정신과의 집단에 비해 적합도를 높게 평가하였으며 임상심리사와 정신과의 집단, 간호사와 사회복지사 집단은 차이를 보이지 않았다. 이는 치료성향이 강한 정신보건전문가 집단이 정신장애인에 대해 과보호적인 태도를 취한다는 선행연구를 지지하는 결과이다. 그 밖에 연구결과의 제한점과 임상심리 분야에 대한 시사점, 추후연구를 위한 제언이 논의되었다.

주요어 : 정신보건전문가, 태도 차이, 직무특성, 치료접근, 직업재활접근, 정신장애.

† 이 연구는 한국 장애인 직업안정연구원(2000)에서 수집된 자료의 일부를 사용하였음.

‡ 교신저자(corresponding author) : 김상희, (704-701) 대구광역시 달서구 신당동 1000 계명대학교 심리학과, E-mail : ihgnas@hanmail.net

역사적으로 신체장애인의 전유물이었던 직업 재활이 정신장애인에게 확대 적용된 계기는 관계 법령(예, 1995년 제정된 정신보건법과 1999년 개정된 장애인복지법)의 제정이었다(나운환, 2001b; 이승욱, 2003). 그러나 「정신보건법」에서 직업재활을 정신보건센터의 필수가 아닌 선택사업으로 규정된 조항과 재활 전문인력을 정신과전문의와 정신보건전문요원(정신보건간호사, 정신보건임상심리사, 정신보건사회복지사)으로 제한한 조항은 오히려 재활에서 의료 및 심리사회적(비직업적) 서비스만 강조되는 결과를 초래하였다(이승욱, 2003). 이러한 조항 덕분에 사회복지시설이나 정신보건센터는 직업재활 프로그램보다는 치료접근의 집단치료와 여러 모로 유사한 심리사회재활 프로그램 위주로 운영되는 경향이 있다. 정신보건 전문가들은 정신장애에 대한 지식과 경험은 풍부하지만 직업재활에 필요한 실제적인 기술과는 거리가 멀기 때문이다(Ford, 1995).

이러한 서비스 불균형은 최근 쏟아져 나오고 있는 정신재활 관련 논문들 중에서 심리사회적 재활논문들이 직업재활 논문보다 훨씬 많다는 데서도 짐작할 수 있다. 게다가 직업재활 논문들(예, 김규수, 1999; 김해현, 2002; 나운환, 2001b)은 문제의 분석, 내담자의 욕구, 활성화 방안과 같이 예비적이고 탐색적인 단계에 머물러 있는 반면, 심리사회적 재활 논문들(예, 서유미, 2002; 손명자, 배정규, 배현석, 이은진, 1999; 이용표, 2000)은 프로그램 개발 및 성과평가, 성과 예측요인 등 연구가 상당히 진척되어 있는 편이다.

직업재활은 치료활동과 여러 모로 다르기 때문에 (Brown & Basel, 1988; Noble & Collignon, 1987; Weinstock & Barker, 1995) 치료활동에 주

력해온 정신보건전문가가 직업재활접근법에 동화되기란 쉬운 일이 아니다. 내담자와의 친밀한 관계형성과 전문가의 전문성이 핵심적인 역할을 하는 치료 상황에 익숙해 있던 이들은 실제적이고 생활적인 서비스를 제공해야 하는 재활장면에 놓이게 될 때 '비전문성'에 대한 당황스러움과 결맞지 않는 곳에 와 있다는 느낌을 갖게 된다 (Wolkon & Peterson, 1986). Ford(1995)는 이러한 전문가의 정체성 혼란을 “내가 접시닦기나 바닷청소를 가르치려고 석사학위를 받았나(p. 87)”라는 말로 표현하고 있다. 또한 상대적으로 경증한 심리적 문제를 다루어온 전문가들은 치료에 잘 반응하지 않는 중증의 만성 정신장애를 대할 때 ‘밑 빠진 독에 물 붓기’라는 자기 패배적 생각, 이론과 실제 간의 괴리감, 직무불만족, 그리고 소진을 경험하기 쉽다(Blankertz & Robinson, 1996; Maslach, 1978; Oberlander, 1990).

전문가집단 내에서도 문제를 바라보는 관점의 수준이 서로 다르고 직업재활 관여도도 각기 달라서 전문가들은 치료접근과 직업재활접근을 양극으로 하는 연속선상에서 서로 다른 곳에 위치해 있을 가능성이 있다. 직업재활에 대해 전문가들이 각기 다른 접근법을 취할 경우 불협화음과 갈등은 생기기 마련이다. 다른 장애유형과 달리 개인의 거의 모든 기능영역에 영향을 미치는 정신장애의 특성 상 정신장애인은 직업적 서비스 뿐 아니라 의료적, 심리적, 심리사회적, 사회적 수준의 다양하고 총체적인 서비스를 필요로 한다 (Corrigan, Rao, & Lam, 1999; Ford, 1995; Garske, 1999; McReynolds & Garske, 1999). 따라서 팀 접근이 중요하고 또 불가피한 정신장애인 직업재활에서 전문가간 불협화음은 궁극적으

로 정신장애인 측에 손실을 초래할 것이다.

요컨대 치료접근에 익숙해있는 정신보건전문가들은 치료접근과는 다른 재활접근¹⁾에 쉬이 동화되지 못하여 재활 관점에서의 문제 이해와 해결이 요구되는 상황에서도 치료적 접근을 고수하는 경향이 있는데, 이는 심리사회적(비직업적) 프로그램 위주의 서비스 편향, 전문가의 주관적 실의, 그리고 전문가간 불협화음과 같은 문제들을 초래할 수 있다. 우선 문제의 발단인 치료접근과 재활접근의 차이를 개입의 대상 및 성격, 평가, 전문가 역할, 연구방법의 네 측면에서 살펴보기로 한다.

치료접근과 직업재활접근의 차이

직업재활접근의 대상은 정신장애(psychiatric disabilities)를 가진 사람들로 전통 정신의학적 접근의 치료대상인 정신질환(psychiatric disorders)을 가진 사람들과는 다르다. 흔히 정신의학이나 심리학 문헌에서 혼용되고 있지만 양자는 진단(diagnosis, 혹은 심도), 기간(duration, 혹은 만성성) 그리고 장애정도(disability, 혹은 기능적 결함)의 세 차원에서 구분된다(Goldman, Gattozzi, & Taube, 1981; Bond, 1995). 정신장애는 정신질환에 비해 더 심하고, 더 오랜 기간 지속되며, 삶의 주요 영역에서 기능적 결함이 더 광범위하고 현저하게 나타난다. 또한 정신장애에는 정신분열병, 분열정동장애, 양극성장애, 반복성 우울장애가 포함되고 이 가운데 정신분열병이 대부분(약 60~

80%)을 차지하지만(홍진표, 김윤, 배재남, 정유진, 강영호, 양병국, 김용익, 김병후, 이철, 조맹제, 1998; Kim, 1997; Pratt, Gill, Barrett, & Roberts, 2000), 정신질환은 가볍게는 스트레스에 대한 반응으로부터 심하게는 정신병적 증후군에 이르기까지 다양한 진단을 포함한다. 정신질환이 위의 세 준거를 충족시키면 정신장애가 될 수 있으므로 양자가 상호 배타적인 것은 아니다. 그럼에도 불구하고 양자간의 구분이 중요한 이유는 정신장애인을 위한 개입, 평가, 전문가 역할 및 연구가 정신질환자를 위한 것과는 달라야하기 때문이다.

개입에 있어서 치료접근은 심리적 안녕을 위해 증상, 내적 갈등, 성격적 문제 등 병리적 측면의 제거를 목표로 하는 반면 직업재활은 독립적인 일상생활과 사회통합을 위해 기능향상과 건강한 측면의 강화를 그 목표로 한다. 또한 전자의 개입은 환자가 전문가를 내방함으로써 이루어지는데 반해 후자의 경우 전문가가 지역사회에 거주하는 환자를 방문하며 서비스 활동의 약 2/3가 환자의 실생활에서 일어난다(Bond, 1995; Lucca & Allen, 2001).

치료접근의 초점은, 환경적 요인을 고려하더라도, 가족이나 친구 같은 근접 환경에 제한되는 반면 직업재활은 정신장애를 병 자체보다 병과 개인을 둘러싼 환경적 요인의 상호작용으로 보기 때문에(Harding, Zubin, & Strauss, 1987) 다양한 수준의 환경적 요인에 집중한다. 또한 문제해결과 정에서 전자는 정상성 회복에 주력하지만 직업재활은 개인이 선택한 환경과 개인이 달성하고자

1) 정신장애의 경우 재활접근은 직업재활접근과 흔히 동의어로 사용된다. 이는 정신장애인 직업재활은 정신장애의 특성상 직업적 서비스 뿐 아니라 (비직업적) 심리사회적 서비스도 필요로 하기 때문이다. 어느 용어를 선택하는가는 재활서비스 전체에서 직업적 서비스가 차지하는 위상에 대한 연구자의 견해에 달려있다.

하는 목표간의 부합도를 중요시한다(손명자, 박동진, 최영희, 이선희, 배정규, 2001; Yoman & Edelstein, 1994).

정신장애가 장기화되면 그만큼 심리사회적 요인, 사회적 요인과의 상호작용 여지가 커지고 그에 따라 진행경로, 재활 잠재력, 재활 반응력의 개인차도 커진다. 따라서 치료접근에서 제공되는 진료는 진단에 따른 획일화, 균일화 경향이 강한 반면 직업재활접근은 개인의 욕구, 선호, 가치관에 근거한 서비스 개별화 경향이 강하다(Cnaan, Blankertz, Messinger, & Gardner, 1988). 또한 서비스 제공 시한과 서비스 평가의 초점에 있어서 치료접근은 영속적이고 과정지향적인데 반해 직업재활 접근은 한시적이고 결과지향적이다(Ford, 1995).

평가에 있어서 치료접근은 환자를 진단분류하고 환자의 안정성 여부를 결정하기 위해 증상평가나 진단평가를 하는 반면 직업재활접근은 지역사회에서의 독립적 생활에 필요한 개인의 기술과 환경적 자원을 평가하는 기능평가(functional assessment)와 자원평가(resource assessment)를 한다(Anthony, Cohen, & Nemeo, 1987; Farkas, O'Brien, Cohen, & Anthony, 1994). 증상평가와 진단평가는 증상패턴이나 과거 내력에 관한 정보를 토대로 인과적 설명을 추구하고 환자의 심층 세계를 이해하기 위해 검사결과를 토대로 정신역동적이고 해석적인 설명에 의존하기도 한다. 반면 기능평가와 자원평가는 현재 환자가 지역사회에서 독립적으로 생활하는 데 어떠한 기능이 부족하고 어떠한 자원을 필요로 하는지 발견하고자 하는 기술적 평가(descriptive assessment)이다(Garske, 1999).

두 접근은 요구되는 전문가 역할에 있어서도 다르다(Freund, 1993; Sullivan, 1992). 급성기의 불안정한 상태에 있는 환자들을 대상으로 하는 치료접근에서는 환자들이 전문가의 지시와 판단에 절대적으로 따르는 통제적, 보호적 진료가 중요하다. 반면 급성기의 증상 대부분이 제거된 퇴원 정신장애인을 대상으로 하는 직업재활접근에서는 현실의 생활 문제해결(예, 취업)이 우선적 과제이므로 준전문가 혹은 비전문가의 역할이 중요하다(Newman, 1970). 전문가-내담자 관계에서 치료접근은 위계적, 지시적, 공식적, 수동적인데 반해 직업재활접근은 동반자적, 협력적, 비공식적, 자발적이다. 또한 전자의 경우 권위적이고 관료주의적인 질서 속에 관계 전문가들간 역할과 업무가 명확히 구분되나 후자의 경우 자율적인 분위기에서 영역간을 넘나드는 일반적 역할과 기능이 더 강조된다(Dougherty, 1994).

연구방법에 있어서 치료접근의 심리치료 연구는 잘 통제된 실험연구를 수행할 수 있는 반면, 직업재활 연구는 통제 불가능한 많은 변수들이 복잡하게 얽혀있는 실제 현장을 기반으로 이루어지므로 연구결과에 영향을 미치리라 기대되는 몇 가지 변수를 성공적으로 통제하더라도 현장에서 불가피하게 발생하는 돌발 사태나 특정 현장에 존재하는 독특한 여건들을 통제하기란 사실상 불가능하다. 따라서 연구결과의 신뢰성과 내적, 외적 타당도가 모두 위협을 받게 되고 관심변수의 효과도 확신하기 어렵다. 이는 심리치료 영역에 비해 직업재활 연구의 질이 낮게 평가되는 한 가지 이유이기도 하다.

그러나 이상적으로 잘 통제된 조건에서 과학적으로 정확한 연구결과가 얻어졌더라도 그것이

실제 현장에서 실현될 수 없는 것이거나 자연적으로 발생하는 현상을 적절히 대표하는 것이 아니라면 연구결과의 실용성은 제한될 수밖에 없다. 정책 입안과 예산 책정에 중요한 것은 드물게 이상적인 조건에서 얻어진 결과보다는 통제되지 않았지만 전형적이고 대표적인 조건에서 얻어진 확고한(robust) 결과일 것이다(Kim, 1997). 이러한 이유에서 직업재활 연구는 실험연구의 틀을 엄격히 유지해야 한다는 강박관념에서 벗어날 필요가 있다. 과학적으로 정확한 결론과 이를 토대로 한 이론 발달은 엄밀한 실험 절차에서 다소 벗어난 유사 실험 연구결과들에 대한 메타분석적 총합으로부터도 기대할 수 있다(Cooper & Hedges, 1994). 통계적 방법론의 발달(예, 구조방정식 모형 검증)로 조사연구를 통해서도 인과관계의 가설 검증이 가능하므로(Hoyle, 1995; Schumacker & Lomax, 1996) 조사 연구 또한 과감하게 활성화되어야 한다.

팀 접근에서 전문가집단간 태도 차이

치료활동에 주력해온 정신보건전문가 집단 내에서도 상이한 접근법을 취하는 하위집단이 존재할 가능성이 크다. 그 이유는 첫째, 정신보건전문가들이 문제를 바라보는 관점이 다르기 때문이다. 정신과의와 간호사 모두 전통 의학적 모델을 배경으로 하고 있지만 간호사는 질병을 다루는 데 있어 정신과의보다는 심리사회적 혹은 사회적 요인을 고려하는 경향이 있다. 그리고 정신과의와 임상심리사는 전통 의학적 모델을 배경으로 문제를 개인적(생물학적 혹은 정신내적) 수준에서 다루는 경향이 있는 반면 사회복지사는 절충적 입

장에서 문제를 사회적 수준(예, 환경수정, 제도 및 정책 차원)에서 다루는 경향이 있다. 이러한 점에서 간호사와 사회복지사의 접근방식은 정신과의와 임상심리사에 비해 직업재활접근법에 근접해 있다.

둘째, 정신보건전문가 집단은 실제 직업재활 관여도에 있어서도 다르기 때문이다. 김도윤(2000)의 실태조사에서 직업재활 담당인력의 약 87%는 사회복지사였다. 정신보건기관 직업재활 담당인력의 구성비를 조사한 최근 연구에 따르면(나운환, 장원주, 2002), 직업재활에 직·간접적으로 관여하고 있는 간호사, 임상심리사는 각각 10%, 1%에 지나지 않는 반면 사회복지사는 약 63%나 되었다(나머지 20%는 한국직업재활학회가 인증하는 직업재활사가 차지하였고 정신과의는 이 연구에서 조사되지 않았다. 정신과의는 직업재활에 관여하더라도 대개 정신보건센터의 촉탁이나 센터장의 역할을 수행하므로 직접적으로 관여하는 경우는 드물다).

전문가집단이 치료접근과 직업재활접근을 양극으로 하는 연속선상에서 서로 다른 곳에 위치할 경우 직업재활에 관여하는 전문가들 사이에서 목표와 우선순위에서의 불일치, 잘못된 의사소통, 그리고 역할갈등의 문제들이 발생할 수 있다(Ford, 1995, p. 315). 예를 들어, 정신장애인의 취업 문제에 대해, 직업재활보다 치료접근에 더 친숙한 정신과의는 일의 치료적 효과를 과소평가하거나 일을 스트레스로 간주하여 치료가 끝난 뒤 부과되어야 할 것으로 생각하는 반면 직업재활에 대한 관여도가 높은 사회복지사는 일이 증상의 악화나 재발을 방지하는 치료적 효과를 가지며 고용보다 증상의 안정을 앞세우면 결코 고용 목

표에 도달할 수 없다고 생각할 것이다. 이러한 경우 정신장애인의 적정 취업시기를 놓고 전문가간의 견충들과 결과에 대한 책임 논쟁이 일어날 수 있다.

직업재활 장면에서 전문가집단간에 발생하는 태도 차이는 전문가집단의 팀웍을 저해하는 요인으로 작용할 가능성이 높다. 정신장애인 직업재활에서는 팀웍이 특히 중요하고도 불가피하기 때문에(Becker & Drake, 1994; Corrigan, 1995; Ford, 1995; Russert & Frey, 1994) 팀웍 혼란은 궁극적으로 정신장애인의 복지와 직결되는 중요한 문제이다(Harding, Strauss, Hafez, & Lieberman, 1987; Rutman, 1994; Torrey, Bebout, Kline, Becker, Alverson, & Drake, 1998; Torrey, Becker, & Drake, 1995). 따라서 상이한 접근법을 취해온 정신보건전문가 집단들 사이에서 정신장애인의 직업적 문제에 대한 태도 차이가 실재하는지, 실재한다면 그 차이의 본질이 무엇인지를 구명하는 것은 매우 중요한 일이 아닐 수 없다.

사실 정신장애인의 직업적 문제에 대한 전문가집단간 태도 차이에 관해 우려 섞인 현장 보고와 논의는 무성하다. 그러나 이에 대한 경험적 검증 연구는 찾아보기 어렵다. 전문가의 특성이나 훈련육구를 조사한 연구들(Blankertz & Robinson, 1996; Katz, Geckle, Goldstein, & Eichenmuller, 1990; Shafer, Pardee & Stewart, 1999)이 있으나 이들은 전문가집단간 차이보다는 전문가 전체의 특성이나 훈련육구에 초점을 두었다. 이에 본 연구는 서로 상이한 접근법을 취하는 정신보건전문가 하위집단들이 정신장애인의 직무특성에 대해 어떠한 태도 차이를 보이는지 검토해 보고자 한다.

방법

조사대상

조사대상은 전국의 정신보건시설에서 일하고 있는 정신보건전문가들이었다. 정신보건시설에는 국공립 정신병원, 대학병원, 일반 종합병원, 정신보건센터, 사회복지시설, 혹은 정신장애 관련 연구소나 대학 부속기관이 포함되었다. 정신보건전문가란 보건복지부나 해당 학회가 인증하는 자격증 유무에 관계없이 상기한 정신보건시설에 종사하고 있는 간호사, 임상심리사, 정신과의사, 사회복지사를 말한다.

표 1에는 정신보건전문가 총 216명의 사회인구학적 특성이 제시되어 있다. 여자가 남자보다 약 2배가량 많았고 전원이 대졸이상이었으며 대학원 이상도 41.7%나 되었다. 대다수(75.9%)가 자격증을 소지하였고 정신장애인에 대한 경험년수도 평균 99개월로 전문성이 매우 높은 집단이었다. 이들이 가장 많이 경험한 내담자의 진단 유형은 정신분열병, 양극성장애, 반복성 우울장애 순이었다. 종사 직종별로는 간호사가 42.6%로 가장 많았고 임상심리사, 정신과의사가 각각 22.2%, 20.4%, 사회복지사가 나머지 14.8%로 가장 적었다. 정신보건전문가들의 근무처는 대부분(74.1%) 이 병원이었다. 정신보건전문가 중에서 직업재활 경험이 없거나 직업재활경험보다 임상경험이 더 많은 사례가 전체의 91.2%를 차지하였다. 직업재활경험만 있는 경우는 전무하였고 임상경험보다 직업재활경험이 더 많은 경우는 극소수에 지나지 않았다. 이로 미루어 본 연구의 대상인 정신보건전문가들은 치료성향이 강한 집단임을 짐작할 수 있다.

표 1. 정신보건전문가의 사회 인구학적 특성

항목		사례수 (%)
성별	남자	71 (32.9)
	여자	145 (67.1)
종사직	간호사	92 (42.6)
	임상심리사	48 (22.2)
	정신과의	44 (20.4)
	사회복지사	32 (14.8)
근무처	병원	160 (74.1)
	지역사회	
	정신보건센터	39 (18.1)
근무경험	사회복지시설	9 (4.2)
	학교 또는 연구소	8 (3.7)
	임상경험만	82 (38.0)
	임상경험>직업재활경험	115 (53.2)
	임상경험=직업재활경험	16 (7.4)
	임상경험<직업재활경험	3 (1.4)
	직업재활경험만	
교육수준	대졸	126 (58.3)
	대학원 이상	90 (41.7)
자격증	있음	164 (75.9)
	없음	52 (24.1)
경험한	정 > 조 > 반 ^a	165 (76.4)
내담자의	정 > 반 > 조	46 (21.3)
진단유형	반 > 정 > 조	5 (2.3)

a. 정=정신분열병, 조=조울증, 반=반복성 우울장애

표 2는 임상경험과 직업재활경험의 상대적 비중에 대한 평균치와 표준편차, 그리고 병원과 지

역사회에 근무하는 전문가 유형별 빈도수와 백분율을 보여주고 있다. 네 전문가집단은 임상경험에 대한 직업재활경험의 비중에서 차이를 보였고 이러한 차이는 유의하였다. 직업재활경험 비중의 경우 사회복지사는 나머지 세 집단에 비해 유의하게 높았고 세 집단간 차이는 유의하지 않았다. 또한 간호사, 임상심리사, 정신과의는 약 80%이상이 병원에 근무하고 있는데 반해 사회복지사는 약 80% 이상이 지역사회에 근무하고 있었다.

측정 도구

초기 문항은 정신장애 유형별 특성, 그러한 특성을 가진 정신장애인이 겪을 직업적 어려움, 그리고 정신장애인과 전문가의 협력적 문제해결과정을 소개한 Fischler와 Booth(1999)의 사례집에서 직무특성과 관련된 구절을 기초로 작성되었다. 총 120개의 초기 문항 중 내용이 중복되는 문항을 제하고 최종 80문항이 선정되었다. 이중 혼란을 초래할 가능성이 있거나 표현이 모호한 문항은 연구자에 의해 수정되었다. 그 밖에 정신보건 전문가들의 직함, 교육수준, 자격증 소지 여부, 가장 많이 경험한 내담자의 진단유형, 정신장애인을 대상으로 일한 경험 년수, 근무처 유형, 그리고 근

표 2. 전문가유형별 근무 경험 및 근무처 유형

	n	근무 경험		F	post-hoc Scheffe	근무처	
		M	SD			병원(%)	지역사회(%)
전문가 유형	간호사 (n=92)	1.63	.61	6.78****	a*** b** c**	75(81.5)	17(18.5)
	임상심리사 (n=48)	1.67	.63			39(81.3)	9(18.8)
	정신과의 (n=44)	1.64	.53			40(90.9)	4(9.1)
	사회복지사 (n=32)	2.19	.82			6(18.8)	26(81.3)

** p<.01 *** p<.001 **** p<.0001

a: 사회복지사/간호사 b: 사회복지사/임상심리사 c: 사회복지사/정신과의

무경험에서 임상적 경험과 직업재활경험의 상대적 비중을 묻는 문항들이 추가되었다.

설문지의 목적은 정신장애인이 직업을 가질 경우 지원을 필요로 하는 일반적 직무특성을 발견하는 것이라고 소개되었다. 정신보건전문가들은 기술된 각 문항이 정신장애인에게 적합한 정도를 판단하여 이를 매우 적합=1, 다소 적합=2, 보통=3, 다소 부적합=4, 매우 부적합=5의 리커트식 척도 상에 표시하였다.

자료수집

상기 기관과 관련 학회 회원들을 공문이나 전화로 접촉하여 협조에 동의한 기관 및 개인을 대상으로 설문지 300부를 우편 발송하였다. 6월 20일부터 7월 30일까지 한달 여의 기간에 걸쳐 총 222부의 설문지를 회수(74%의 회수율)할 수 있었다. 설문지 응답에 대한 사례비는 설문지 회수 후 개인당 5,000원 상당의 문화상품권으로 지급되었다.

자료처리

분석 사례수를 최대화하기 위해 누락치는 해당 문항의 평균치로 대체하였다. 전문가 직함을 표시하지 않아 특정 전문가 유형으로 분류할 수 없는 3개의 사례와 동조적 반응(acquiescence)이 의심되는 3개의 사례를 제외시켜 총 216개의 사례가 최종분석에 포함되었다.

결과

직무특성에 대한 전문가집단의 태도 요인분석

문항과 전체 점수간 상관계수가 .40보다 낮은 23개 문항을 제외시키고 57개 문항을 토대로 요인 분석을 수행하였다. 요인간 중간정도의 상관성이 기대되었으므로 공통 요인 분석모델을 이용하였다. 주축요인추출 결과 고유치 1을 넘는 요인 수는 13개였다. 그러나 스크리 검증(Cattell, 1974), 해석적인 의미, 요인의 신뢰성 기준을 모두 고려해볼 때 네 요인이 가장 적절하다고 판단되었다.

요인 수를 네 개로 지정하고 주축요인추출 후 *Varimax*, *Direct Oblimin*, 그리고 *Promax* 회전을 하여 얻어진 세 개의 요인행렬들을 비교해 보았다. 그 결과, 세 요인행렬들은 각 요인에 속한 문항들과 요인계수에 있어서 상당히 유사하였다. 요인 수를 네 개로 지정하고 주축요인추출 후 사각회전(*Promax*, $K=4$)을 한 결과, 네 개 요인들에 의해 설명된 총 변량은 38.9%였다. 네 요인의 고유치는 각각 12.5, 6.0, 2.2, 1.5 였고 네 요인들에 의해 설명된 공통분산량은 각각 21.9%, 10.5%, 3.9%, 2.6%였다. 대략 한 요인에 높은 부하량을 가진 일군의 문항들이 다른 요인들에는 높은 부하량을 가지지 않음으로써 요인구조는 단순한 편이었다. 각 요인별 문항들은 부록에 제시되어 있다. 연구의 목적이 척도 제작이 아니므로 회전된 요인행렬 표는 지면상 생략하였다.

첫 번째 요인은 '대인적 지원'을 반영하는 요인으로 예를 들어, '소 과제 완성시마다 칭찬과 격려로서 사기를 고조시킴', '동료와 상사의 잦은 정서적 지지', '퇴근 후 다른 취업 장애인과의 자조

모임을 가짐' 등의 29개 문항을 포함하고, 두 번째 요인은 '부담되는 직무'를 반영하는 요인으로 '끈기와 인내가 중요한 일', '빠르고 신속하게 진행되는 일', '오랫동안 집중해야 하는 일' 등의 19개 문항을 포함하고 있었다. 세 번째 요인은 '일정한 작업환경'을 반영하는 '늘 일정한 근무시간', '늘 동일한 작업량' 등의 5개 문항으로, 마지막 네 번째 요인은 '유사시 편의'를 반영하는 '유사시 작업량 조절', '유사시 출퇴근시간 조절' 등의 4개 문항으로 구성되어 있었다.

요인분석 결과 얻어진 네 하위척도 각각의 신뢰도 계수(Cronbach's α)는 대인적 지원 척도가 $\alpha=.94$, 부담 직무 척도가 $\alpha=.88$, 일정한 작업환경 척도가 $\alpha=.78$, 그리고 유사시 편의 척도가 $\alpha=.77$ 로 모두 우수하였다. 요인 1과 2의 상관은 $r=-.07$, 요인 1과 3의 상관은 $r=.31$, 요인 1과 4의 상관은 $r=.27$, 요인 2와 3의 상관은 $r=-.07$, 요인 2와 4의 상관은 $r=.07$, 그리고 요인 3과 4의 상관은 $r=.07$ 이었다.

직무특성에 대한 전문가집단간 태도 차이

요인분석을 통해 얻어진 하위 척도들간에 상관성이 있었으므로 네 개 하위척도의 평균치들을

종속변수로, 네 유형의 정신보건전문가 집단을 독립변수로 하는 다변량분석(MANOVA)을 수행하였다. 그 결과는 Wilks's $\Lambda=.77$, $F(12, 533.25)=4.81$, $p<.0001$ 로 네 유형의 전문가집단은 네 개 하위척도에 걸쳐 전반적으로 유의한 차이를 보였다(네 개 하위척도의 요인점수들을 종속변수로 사용하여 다변량분석을 실시한 결과도 이와 일치하였다).

따라서 네 하위척도 각각을 종속변수로 일원변량분석을 실시하였다. 그 결과, 네 유형의 전문가집단은 부담 직무와 유사시 편의 하위척도에서 각각 유의한 차이를 보였다, $F(3, 212)=13.81$, $p<.0001$, $F(3, 212)=4.02$, $p<.01$. 그러나 대인적 지원, 일정한 작업환경 하위척도에서는 차이가 없었다. 부담 직무 하위척도에 대한 집단간 사후분석 결과, 임상심리사나 정신과의 집단은 사회복지사나 간호사 집단에 비해 유의하게 적합도를 낮게 평가하였다. 그러나 임상심리사와 정신과의 집단, 간호사와 사회복지사 집단은 차이를 보이지 않았다. 유사시 편의 요인에 대한 사후분석에서는 임상심리사 집단이 간호사 집단보다 적합도를 유의하게 낮게 평가하였고 이외 다른 집단간에는 차이가 없었다.

표 3에서 보듯이, 전문가들은 대인적 지원, 일

표 3. 정신장애인의 직무특성에 대한 정신보건전문가 유형별 평균, 표준편차 및 F값

	간호사 <i>M(SD)</i>	사회복지사 <i>M(SD)</i>	임상심리사 <i>M(SD)</i>	정신과의 <i>M(SD)</i>	<i>F</i>	Scheffe 사후검증
대인적 지원	1.92(.62)	1.83(.51)	1.74(.40)	1.82(.52)	1.23	
부담 직무	3.65(.48)	3.49(.40)	3.99(.45)	3.98(.40)	13.81**	간<사<임,정
일정한 작업환경	2.34(.67)	2.18(.58)	2.18(.63)	2.29(.70)	.91	
유사시 편의	2.83(.76)	2.55(.75)	2.35(.94)	2.54(.83)	4.02**	임<간

** $p<.01$, 간=간호사, 사=사회복지사, 임=임상심리사, 정=정신과의

정한 작업환경, 유사시 편의, 그리고 부담 직무 순으로 적합도를 높게 평가하였다. 전문가들은 치료 장면에서 중요한 사회적 지지와 안정된 환경에 상응하는 대인적 지원과 일정한 작업환경 요인의 적합도는 높게 평가한 반면 재활장면에 특정적으로 중요한 유사시 편의와 부담 직무 요인의 적합도는 낮게 평가하는 경향이 있었다. 이는 재활접근보다 치료접근 쪽으로 편향되어 있는 본 연구의 전문가 집단의 성향을 반영해주는 결과이다.

또한 표 3은 각 직무특성 요인에서 네 유형의 전문가집단의 반응이 유사한 정도를 알려준다. 전문가집단은 부담 직무와 유사시 편의 요인에서 서로 다르게 반응하였고 대인적 지원과 일정한 작업환경 요인에서는 거의 동일하게 반응하였음을 알 수 있다. 다시 말하여, 재활장면에 특정한 요인들에서 전문가집단의 반응 변산은 컸고 치료적 장면에서 중요한 요인들에서 전문가 집단의 반응 변산은 작았다. 표 3은 직무특성 요인 전반에 걸쳐 누가 누구와 비슷하고 다른지도 알려준다. 임상심리사와 정신과의 집단은 네 요인에 걸쳐 반응수준과 패턴이 거의 일치하고 있다.

지금까지 하위척도를 단위로 집단간 차이를 분석하였는데 이는 각 하위척도에 속한 문항들 각각에서의 집단간 반응패턴에 대해서는 말해주지 않는다. 따라서 네 유형의 전문가집단의 문항별 태도 차이를 검토하였다. 결과는 부록에 제시되어 있다. 정신보건전문가 집단은 대인적 지원 척도에 속한 29개 문항 중 오직 4개 문항에서만 유의한 태도 차이를 보였다. 사후분석결과, 간호사 집단은 '스트레스나 증상악화, 직무상의 문제발생 시 가족들이 개입하고 지원하도록 함', '업무목표를 현실적으로 세우도록 도와줌', '인사나 업무상

의 변동시 특별하게 업무적, 정서적 지원을 함', '기대되는 직무에 대한 구체적이고 명료한 지침을 만들어줌'에 대해 임상심리사보다 적합도를 낮게 평가하였다.

부담 직무 하위척도에 속한 19개 문항들 중 일반인들에게도 어려운 일들을 기술하고 있는 다섯 문항을 제외하고는 14개 문항에서 매우 일관성있는 결과가 나타났다. 사후분석결과, '임기응변적이고 신속한 대처가 필요한 일', '자극적이고 흥분을 불러일으키는 일'을 제외한 나머지 모든 문항들에서 사회복지사나 간호사 집단의 적합도 평정이 임상심리사나 정신과의 집단에 비해 유의하게 높은 경향이 있었다. 그리고 사회복지사와 간호사 집단, 임상심리사와 정신과의 집단의 반응은 대부분의 문항에서 별다른 차이가 없었다.

일정한 작업환경 하위척도에 속한 5개 문항 중에서는 오직 한 문항, '휴식시간이 늘 일정하고 변화가 없음'에서 전문가 집단은 유의한 태도 차이를 보였다. 즉, 사회복지사 집단은 간호사 집단에 비해 일정한 휴식시간에 대한 적합도를 유의하게 높게 평가하였다. 마지막으로, 유사시 편의 하위척도에 속한 4개 문항 중 오직 한 문항, '유사시 출퇴근시간 조절'에서 간호사 집단은 임상심리사 집단에 비해 적합도를 낮게 평정하였다. 결론적으로, 네 하위척도에서 나타난 집단간 반응패턴은 각 하위척도에 속한 문항들에 대해서도 일관성있게 유지되었다.

논의

관계 법령 제정에 힘입어 우리나라도 정신장

에인 직업재활이 정신보건의 한 하위영역으로 자리잡게 되었다. 그러나 정신보건체계는 직업재활 자체가 낯설고 직업재활체계는 신체장애인이 아닌 정신장애인의 직업재활에 생소하여 한마디로 정신장애인 직업재활에 마땅한 인력이 없다는 점에서 현재의 우리나라와 과거 선진국의 상황은 유사하다. 전담인력의 공동화 현상에서 비롯된 여러 가지 문제들을 선진국이 겪었다는 사실을 고려해보건대 적절한 대책 없이는 우리나라도 동일한 문제들에 봉착할 것으로 예상된다. 심리사회적 재활프로그램 위주의 서비스 편향, 전문가의 주관적 실의, 전문가집단 사이에서 발생하는 태도 차이로 인하여 일어나는 불협화음이 그 대표적인 문제들이다.

상기한 세 가지 문제는 정신보건전문가 집단 전반이 치료접근에서 직업재활접근으로 원활하게 전향하지 못하거나 직업재활 현장에서 전문가집단 사이에 접근법에 차이가 있을 경우 발생하는 문제들이다. 결국 문제의 근원을 따라 거슬러 올라가면 치료접근과 직업재활접근의 차이가 거기에 있다. 두 접근방식의 차이에서 파생되는 여러 가지 문제들에 잘 대처하기 위해서는 먼저 두 접근방식의 대상과 요구특성이 다르다는 것을 인식하는 것이 우선적인 과제일 것이다.

이에 본 연구는 먼저 치료접근과 직업재활접근의 차이를 개입, 평가, 전문가의 역할, 그리고 연구 측면에서 비교 분석하였다. 일반적인 수준에서 논의될 수 있는 공통점(예, 직업재활과 정신보건 모두 삶의 질 향상을 궁극적인 목적으로 하는 개입)은 배제하고 본 연구에서는 구체적이고 실제적인 수준에서의 차이점만을 다루었다. 그리고 일찍이 두 접근의 차이점을 다룬 배정규(1996)와 가

급적 중복되는 부분을 피하고 상호보완적이 되도록 노력하였기 때문에 본 연구에서 제시된 분석 결과가 두 접근의 모든 차이를 다룬 것은 아니라는 데 주의해야 한다.

두 접근의 차이점은 지역사회 정신보건기관에서 일할 임상심리사와 병원 중심으로 활동할 임상심리사의 교육 및 훈련, 자격요건의 차별화 재고에 대한 합리적 근거를 제공하고 무엇을 교육하고 훈련시킬 것인가의 근간을 제공한다는 점에서 임상수련과정에 시사점을 던지고 있다. 현행 정신보건임상심리사 제도는 수련 교과목과 실습 시간에 치료접근과 재활접근이 일정한 비율로 안배되도록 함으로써 자격을 취득한 수련생이 병원과 지역사회, 어느 쪽에서든 일할 수 있는 기회를 부여하고 있다. 그러나 새로운 접근방식의 습득은 단순히 수련교과목과 실습시간의 안배를 통해 기대할만한 것이 아니다. 문제를 이해하고 설명하며 해결책을 모색할 특정한 접근방식을 습득하기까지는 상당 기간 축적된 훈련과 경험이 필요하기 때문이다. 현행 수련제도와 같이 지역사회 정신보건기관에서 일할 임상심리사와 병원 중심으로 활동할 임상심리사의 수련과정을 부분 차별화하기 보다 전면 차별화하는 것이 더 적절하지 않은지 다시 한번 검토해볼 필요가 있다.

Bond, Dietzen, McGrew, 그리고 Miller(1995)는 직업재활 장애요인의 하나로 전문가 낙인을 지적하였다. 이승욱(2003)에서 정신장애인 적합 직종이 단순노무직이라고 응답한 정신장애인과 전문가의 비율은 각각 36%, 47% 였고 정신장애인의 직업능력에 대한 인식도 정신장애인보다는 오히려 전문가 측이 낮았다. Wahl(1999)은 정신장애인이 경험하였다고 보고한 사회적 오명 가운데

28%는 전문가 낙인이라고 보고하고 있다. 이 연구에서 조사된 정신장애인들은 전문가들이 목표 수준을 낮추도록 설득하거나 스트레스나 재발을 불러일으킬 위험이 있는 도전적 상황을 피하고 보다 현실적 관점을 취하도록 조언할 때 자신을 평가절하하고 사기를 저하시키는 듯한 느낌을 받으며 그 결과 불쾌감, 자신감 저하, 사회적 관계의 회피, 취업 포기 등을 경험한다고 보고하였다.

아이러니한 전문가 낙인은 다름 아닌 치료접근과 재활접근의 차이에서 비롯되는 것인지도 모른다. 내담자는 병약하므로 어린아이처럼 돌보아야 할 뿐 아니라 삶의 주요 책임과 의사결정을 대신해 주어야 한다는 치료적 시각을 전문가가 직업재활장면에서 고수할 경우 전문가 자신이 정신장애인의 직업에 대한 능력이나 욕구를 과소평가하고 직업적 목표 수준을 낮출 것을 종용하며 직업적 발전의 기회를 불필요하게 제한할 것이라는 것은 놀라운 일이 아니다. 전문가 낙인의 주된 원인이 치료접근 중심의 교육 및 훈련을 받은 임상심리사들이 재활장면에서 접근방식의 전환에 어려움을 경험하는데 있다면 더욱 임상심리사 수련과정에서 치료와 재활의 전면 차별화를 신중히 고려해볼 필요가 있다.

문제의 발단인 치료접근과 직업재활접근의 차이에 대한 분석에 이어, 본 연구는 두 접근의 차이가 전문가집단 사이에 존재할 때 발생할 수 있는 태도차이가 실재하는지 검증하였다. 그 결과, 정신보건 전문가집단은 부담 직무 요인에서 유의한 태도 차이를 보였다. 특히 임상심리사와 정신과의 집단은 이 영역의 거의 모든 문항에서 간호사나 사회복지사 집단보다 적합도를 낮게 평가하는 경향이 있었다. 사후 분석적 연구에서 비롯된

제한점으로, 본 연구의 정신보건전문가들의 유형별 표본크기는 동일하지 않았다. 변량분석에서 독립변수의 수준별 표본크기의 차이는 검증력을 약화시키는 경향이 있다(Keppel, 1982). 그럼에도 불구하고 본 연구에서 뚜렷하게 얻어진 결과는 의학적 접근의 교육 및 훈련 배경을 가진 임상심리사와 정신과의 집단의 정신장애인의 일에 대한 과보호적인 태도였다. 이는 그만큼 결과의 확고함(robustness)을 말해주는 증거가 될 수 있다. 이러한 결과는 치료적 성향이 강한 전문가집단이 정신장애인이 일하는 것에 대해 대체로 보수적이고 과보호적인 태도를 취한다는 선행 연구보고와 일치한다.

본 연구결과는 정신장애인이 장애인 판정과 직업재활서비스를 받을 수 있게 된 시점(1999년)에서 겨우 1년 뒤에 수집된 자료에 근거하였으므로 직업재활에 대한 전문가의 인식이 전반적으로 낮은 시점에서 얻어진 것이다. 따라서 본 연구에서 드러난 전문가집단간 태도 차이는 지역사회 정신보건에서 직업재활이 보다 활성화되면서 더욱 심화될 것으로 예측된다. 팀워크 강화를 위한 전문가 대상의 직업재활 교육이 시급하다.

특히 재활분야에서 임상심리학자의 활동은 다른 전문가집단에 비해 현격히 저조한 것으로 알려져 있다. 나운환 등(2002)에서 정신장애인 직업재활 종사자 중 약 63%가 정신보건사회복지사(22.43%)이거나 사회복지사(40.2%)였고 임상심리학자는 1%도 안되었다. 또한 재활서비스 제공자들 가운데 직업적 서비스와 심리사회적 서비스를 주 업무로 하는 임상심리학자는 각각 1.8%, 9.1%에 지나지 않았다(이승욱, 2003). 본 연구결과는 임상심리사의 낮은 재활 참여도에 대한 부분적인

설명을 제공해준다. 네 유형의 전문가 중에서 정신과 의사와 함께 임상심리사는 정신장애인의 일에 대해 가장 보수적인 태도를 취한 집단이었다. 정신보건의 세 영역—예방, 치료, 재활—가운데 임상심리학의 교과과정과 수련과정이 지나치게 치료 중심으로만 운영되어온 것은 아닌지 재고해볼 필요가 있다.

본 연구에서 사용된 직무특성 척도가 직업재활에 대한 전문가집단의 태도를 알아보기 위해 사전에 계획되고 고안된 것이 아니라는 점에 주목해야 한다. 따라서 정신장애인의 직업적 문제에 대해 전문가집단간 차이가 예상되는 모든 태도 영역을 포괄하고 있지는 않다. 미래 연구에서는 본 연구에서 다루어지지 않은 태도 영역이 다루어져야 한다.

그러한 태도영역 가운데 하나는 직업의 중요성에 대한 인식이다. 전문가의 직업의 중요성에 대한 인식은 직업적 서비스가 전체 재활서비스에서 차지하는 위상에 대한 전문가집단간 견해 차이로 이어질 수 있고 이는 서비스를 둘러싼 의사 결정에서 전문가집단간 갈등을 초래할 가능성이 있다. 예를 들어, 취업 및 직업유지를 목표로 사회기술훈련을 실시해야 한다고 생각하는 전문가는, 정신장애인이 훈련내용을 직업장면에 일반화하는데 어려움을 겪는다는 이유를 들어 일반적인 사회성 향상을 목표로 하는 사회기술훈련을 재원 낭비로 폄하하기 쉽다. 반면 취업 및 직업유지는 일반적인 사회성 향상을 목표로 하는 사회기술훈련을 성공적으로 거친 다음에야 고려해볼 사항이라고 생각하는 전문가는 취업 및 직업유지를 목표로 하는 사회기술훈련을 비체계적이고 객반위주의 조치라고 비판할 것이다. 또한 치료성향의

정신보건 종사자들은 직업을 다른 심리사회적 활동이나 치료활동에 부수적인 것으로 여기는 경향이 있다(Torrey et al., 1998). 그러나 재활성향의 전문가들은 직업은 자기관리, 일상생활, 대인관계, 인지능력(예, 집중력과 기억력, 문제해결력), 성실성과 끈기, 스트레스에 대한 인내 등 사실상 한 개인의 총체적인 기능을 요구하므로 정신장애인에게 제공되는 모든 개입—직업적 서비스 뿐 아니라 비직업적인 심리사회적 서비스(예, 사회기술 훈련, 일상생활기술훈련), 그리고 치료활동—의 궁극적 목표이자 성과로 인식되어야 한다고 주장할 것이다.

전문가집단간 차이를 보일 가능성이 있는 또 다른 태도 영역은 직업재활개입의 효과성에 관한 인식이다. 직업재활의 전반적 효과성에 대한 전문가의 확신은 재활인력의 사기와 역량에 영향미칠 수 있다는 점에서 중요하다. 국내 연구는 아직 미약하지만 외국 문헌에서는 직업이 입원을 감소와 같은 치료적 효과를 가질 뿐 아니라, 경제적 이득과 심리적 안녕에도 기여한다는 경험적 증거가 확보되어 있다. 특히 1980년 이래 실시된 미국의 직업재활프로그램 효과에 관한 42개 경험적 연구 결과들을 종합한 메타분석 결과(Kim, 1997)는, 직업재활프로그램의 효과크기가 심리치료의 효과크기(Kazdin & Bass, 1989; Lipsey & Wilson, 1993)보다 문제의 경중과 비교 집단의 차이를 감안할 때 결코 못하지 않다는 것을 말해주고 있다.

직업재활의 효과 중에서 특히 입원을 감소 같은 직업재활의 치료적, 경제적 효과에 관하여 전문가집단간 태도 차이가 실재하는지 검증해볼 필요가 있다. 치료성향의 전문가집단은 직업이 오히려 스트레스를 가중시켜 재발 가능성을 높인다고

믿는 반면 재활성향의 전문가집단은 직업이 실업에서 오는 스트레스와 경제적 어려움을 덜어줄 뿐 아니라 입원을 감소를 통해 국가 재원을 절약해주는 효과를 가져올 것이라 기대할 것이다. 직업재활의 치료적, 경제적 효과에 관한 태도 차이는 정신장애인의 취업과 직업유지 문제들을 놓고 일어나는 탐내 갈등의 상당 부분을 설명해줄지도 모른다.

마지막으로, 직업재활에 임상심리학자의 활동과 참여가 저조한 주요 원인이 접근방식의 잘못된 적용과 그에 따른 부정적인 성과에 있을 수 있음을 강조하고자 한다. 재활접근을 요하는 정신장애인의 문제를 치료적 관점에서 이해하고 해결하려 할 때 바위를 계란으로 치는 것과 같은 절망스런 실패감과 무력감만이 남을 뿐이다. 이는 당뇨병 같은 만성 질환과 싸우는 환자와 의사가 질병이 더 악화되지 않고 현 상태에서 최대한의 기능을 발휘하며 살도록 질병 관리와 기능 향상에 신경을 쓴다면 희망적이 되겠지만 완치를 기대한다면 심증팔구 좌절하고 낙담하게 되는 이치와도 같다. 직업재활의 성패는 정신장애 자체나 전문가의 전문성에 달려있기보다 정신장애와 이에 대한 접근방식의 부합도에 달려있음에 주목해야 한다. 부합도를 높이기 위해서는 전문가를 대상으로 하는 재활교육이 필요하고 보다 근본적으로는 임상심리사들에 대한 수련과정을 재구성해야 할 것이다.

참고문헌

김규수(1999). 정신장애인을 위한 직업재활의 과제와 대

책. 정신장애인 직업재활세미나 자료집. 한국장애인고용촉진공단.

김도윤(2000). 정신장애인 직업재활 활성화에 관한 연구: 직업재활 담당자의 역할을 중심으로. 석사학위 청구논문: 한남대학교 대학원.

김해현(2002). 정신장애인의 취업실태 및 욕구조사. 석사학위논문, 대구대학교, 경산.

나운환(2001a). 장애인 직업재활을 위한 장애인복지시설 및 단체의 역할연구. 한국장애인단체총연맹.

나운환(2001b). 정신장애인의 직업재활 서비스 개입방안에 관한 연구. 직업재활연구, 11(2), 173-193.

나운환, 장원주(2002). 정신장애인 고용활성화 방안에 관한 연구: 정신보건전문가와 직업재활전문가의 역할을 중심으로. 직업재활연구, 12(2), 147-168.

배정규(1996). 정신사회재활에서의 임상심리학자의 역할. 사회과학연구, 3(1), 311-325.

사공정규, 송창진, 손인기(2000). 정신보건관련인력의 정신질환자에 대한 태도 연구. 동국논총 자연과학편, 39, 217-236.

서유미(2002). 정신분열 정신장애인에 대한 정신사회재활훈련 효과성의 메타분석. 석사학위논문, 경성대학교, 부산.

손명자, 박동건, 최영희, 이선희, 배정규(2001). 정신장애인 기능평가도구 개발연구. 한국 심리학회지: 임상, 20(4), 731-749.

손명자, 배정규, 배현석, 이은진(1999). 스스로 관리하는 스트레스. 대구: 정신재활.

이승욱(2003). 정신장애인, 가족, 재활스텝들의 직업재활에 대한 인식연구. 석사학위 청구논문: 대구대학교 대학원.

이용표(2000). 지역사회 정신보건프로그램이 정신장애인의 재활효과에 미치는 영향. 박사학위논문, 서울대학교, 서울.

홍진표, 김운, 배재남, 정유진, 강영호, 양병국, 김용익, 김병후, 이철, 조맹제(1998). 중증 만성정신질환

- 자 수의 추산-두 지역사회 조사를 중심으로. *신경정신의학*, 37(2), 330-339.
- Anthony, w. A., Cohen, M. R., & Nemeo, P. B. (1987). Assessment in psychiatric rehabilitation. In F. Brian & B. Bolton (Ed.), *Handbook of Measurement and Evaluation in Rehabilitation* (pp. 299-312). Baltimore: Paul Brookes.
- Becker, D. R., & Drake, R. E. (1994). Individual placement and support: A community mental health center approach to vocational rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30, 193-206.
- Blankertz, L., & Robinson, S. (1996). Who is the psychosocial rehabilitation workers? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 19(4), 3-13.
- Bond, G. R. (1995). Psychiatric rehabilitation. In A. E. Dell Orto & R. P. Marinelli (Eds.), *Encyclopedia of Disability and Rehabilitation*. New York: MacMillan.
- Bond, G. R., Dietzen, L. L., McGrew, J. H., & Miller, L. D. (1995). Accelerating entry into supported employment for persons with severe psychiatric disabilities. *Rehabilitation Psychology*, 40, 75-94.
- Brown, M. A., & Basel, D. (1988). Understanding differences between mental health and vocational rehabilitation: A key to increased cooperation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12(2), 23-33.
- Cattell, H. F. (1974). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1, 245-276.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 61-77.
- Cooper, H., & Hedges, L. V. (1994). Potentials and limitations of research synthesis. In H. Cooper, & L. V. Hedges (Eds.), *The handbook of research synthesis* (pp. 521-529). New York: Russell Sage Foundation.
- Corrigan, P. W. (1995). Wanted: Champions of psychiatric rehabilitation. *American Psychologist*, 50(7), 514-521.
- Corrigan, P. W., Rao, D., & Lam, C. (1999). Psychiatric rehabilitation. In F. Chan & M. Leahy (Eds.), *Health care and disability: Case management* (pp. 527-564). Lake Zurich, IL: Vocational Consultants Press.
- Dougherty, S. J. (1994). The generalist role in clubhouse organizations. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(1), 95-108.
- Farkas, M. D., O'Brien, W. F., Cohen, M. R., & Anthony, W. (1994). Assessment and planning in psychiatric rehabilitation. In J. R. Bedell (Ed.), *Psychological Assessment and Treatment of Persons with Severe Mental Disorders* (pp. 3-30). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Fischler, G. L., & Booth, N. B. (1999). Vocational impact of psychiatric disorders: A guide for rehabilitation professionals. 정신장애와 직업기능, 그리고 직장편의. 김상희 역. 서울: 시그마프레스.
- Ford, L. H. (1995). *Providing employment support for people with long-term mental illness: Choices, resource, and practical strategies*. 정신장애인을 위한 지원고용: 선택, 자원, 전략의 실제. 손명자, 김상희 역. 도서출판 정신재

- 활.
- Freund, P. (1993). Professional role in empowerment process: Working with mental health consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(3), 65-72.
- Garske, G. G. (1999). The challenge of rehabilitation counselors: working with people with psychiatric disabilities. *Journal of Rehabilitation*, 65(1), 21-25
- Goldman, H. H., Gattozzi, A. A., & Taube, C. A. (1981). Defining and counting the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry*, 32(1), 21-27.
- Harding, C. M., Strauss, J. S., Hafez, H., & Lieberman, P. B. (1987). Work and mental illness I. Toward an integration of the rehabilitation process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 317-326.
- Harding, C. M., Zubin, J., & Strauss, J. S. (1987). Chronicity in schizophrenia: Fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 477-486.
- Hoyle, R. H. (1995). *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Katz, L. J., Geckle, M., Goldstein, G., & Eicenmuller, A. (1990). A survey of perceptions and practices: Interagency collaboration and rehabilitation of persons with long-term mental illness. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 33(4), 290-300.
- Kazdin, A. E., & Bass, D. (1989). Power to detect differences between alternative treatments in comparative psychotherapy outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 138-147.
- Keppel, G. (1982). *Design and analysis: A researcher's handbook*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Kim, S. H. (1997). Persons with severe mental illness: A meta-analysis of vocational rehabilitation programs (*Master's Thesis*, Purdue University at Indianapolis, 1997).
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Lucca, A. M., & Allen, G. J. (2001). A statewide assessment of psychosocial rehabilitation programs: General characteristics and services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(3), 205-213.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burnout. *Journal of Social sciences*, 34(4), 111-124.
- McReynolds, C. J., & Garske, G. G. (1999). Psychiatric Rehabilitation: A survey of rehabilitation counseling education programs. *Journal of Rehabilitation*, 65(4), 45-49.
- Newman, L. (1970). Instant placement: A new model for providing rehabilitation services within a community mental health program. *Community Mental Health Journal*, 6, 401-410.
- Noble, J. H., & Collignon, F. (1987). System barriers to supported employment for persons with chronic mental illness. In P. Wehman & M. S. Moon (Eds.), *Vocational rehabilitation and supported employment*. Paul H. Brookes Publishing: Baltimore, M. D.
- Oberlander, L. B. (1990). Work satisfaction among community-based mental health service providers: The association between work

- environment and work satisfaction. *Community Mental Health Journal*, 26(6), 517-532.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., & Roberts, M. M. (2000). *Psychiatric Rehabilitation*. San Diego: Academic Press.
- Roberts, M., & Fishbein, S. M. (Winter94/95). The Job Coach Network: A successful resource for the supported employment work force. *American Rehabilitation*, Winter94/95, 20(4), 25-28.
- Russert, M. G., & Frey, J. L. (1994). The PACT vocational model: A step into the future. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(4), 7-35.
- Rutman, I. (1994). How psychiatric disability expresses itself as a barrier to employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17(3), 15-35.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Shafer, M. S., Pardee, R., & Stewart, M. (1999). An assessment of the training needs of rehabilitation and community mental health workers in a six-state region. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23(2), 161-169.
- Sullivan, M. (1992). A new look and a new look at roles. *Resources*, 1-2.
- Torrey, W. C., Bebout, R., Kline, J., Becker, D. R., Alverson, M., & Drake, R. E. (1998). Practice guidelines for clinicians working in programs providing integrated vocational and clinical services for persons with severe mental disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 388-393.
- Torrey, W. C., Becker, D. R., & Drake, R. E. (1995). Rehabilitative day treatment vs. supported employment: II. Consumer, family and staff reactions to a program change. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 67-75.
- Wahl, O. F. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25(3), 467-478.
- Weinstock, P., & Barker, L. T. (1995). Mental health and vocational rehabilitation collaboration: Local strategies that work. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(4), 35-50.
- Wolkon, G. H., & Peterson, C. L. (1986). A conceptual framework for the psychosocial rehabilitation of the chronic mental patient. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, IX(3), 43-55.
- Yoman, J., & Edelstein, A. E. (1994). Functional assessment in psychiatric disability. In E. J. Bedell (Ed.), *Psychological Assessment and Treatment of Persons with Severe Mental Disorders* (pp. 31-56). Washington, DC: Taylor & Francis.

논문접수일: 2005년 10월 12일

게재결정일: 2005년 11월 18일

Attitudinal differences among mental health workers toward job characteristics of persons with psychiatric disability

Sanghi Kim

Kwonsaeng Park

Hyunhee Chung

Dept. of Psychology, Keimyung University

Dept. of Education, Keimyung University

Since psychiatric vocational rehabilitation was newly incorporated into the field of mental health, its continual growth has been in the hands of mental health workers. However, transition from medical to rehabilitative approaches is not smoothly progressing because most of mental health professionals have devoted themselves only to treatment activities based on medical model. The resultant problems includes the disproportion of psychosocial services to vocational services, demoralization of professionals, and attitudinal differences among mental health workers. Attitudinal differences among team members can have detrimental effects for the vocational success of persons with psychiatric disability, given that team approach is essential in psychiatric vocational rehabilitation. In this context, the authors attempted to determine whether attitudinal differences were present among mental health workers towards the job characteristics of persons with psychiatric disability. The results indicated that their attitudes toward job demand and crisis-relief accommodation varied significantly with professional affiliation but no attitudinal difference in person-to-person supports and consistency of job condition occurred as a function of professional affiliation. Particularly, the consistent pattern of findings over the items of job demand was that clinical psychologists and psychiatrists tended to hold more conservative attitudes towards the working of persons with psychiatric disability than mental health nurses and social workers, but attitudes among clinical psychologists and psychiatrists or among mental health nurses and social worker, were almost identical. These findings empirically supported previous reports that strongly treatment-oriented mental health workers tend to be overprotective towards persons with psychiatric disability. Implications, limitations, and considerations for future study were discussed.

Keywords : mental health workers, attitudinal differences, job characteristics, therapeutic approach, vocational rehabilitation approach, psychiatric disability

부록. 정신장애인 직무특성에 대한 정신보건전문가 유형별 평균, 표준편차 및 F값

	간호사	사회복지사	입상심리사	정신과의	F	Scheffe 사후검증
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
대인적 지원						
소과제 완성 시마다 칭찬과 격려로서 사기를 고조시킴.	1.54(.78)	1.66(.65)	1.50(.68)	1.61(.66)	.40	
동료와 상사가 자주 정서적으로 지지해 줌.	1.77(.81)	1.66(.70)	1.65(.81)	1.86(.82)	.73	
퇴근 후 다른 취업장애인과의 자조 모임을 가짐.	2.04(1.07)	1.53(.62)	2.04(.90)	2.00(.94)	2.55	
질 높은 작업 노력을 특별히 칭찬, 보상해 줌.	1.74(.92)	1.84(.92)	1.77(.95)	1.77(.71)	.11	
사소한 것이라도 앞으로 있을 변동사항을 미리 알려 줌.	1.80(.87)	1.91(.82)	1.72(.82)	1.70(.77)	.46	
정서적 업무적 지원이 갑작스럽게 철회되거나 단절되지 않게 함.	1.89(1.04)	1.66(.70)	1.58(.74)	1.59(.73)	1.94	
증상을 의도적인 행동이나 성격으로 오해하지 않도록 이해를 구함.	1.91(1.02)	1.59(.80)	1.60(.77)	1.68(.91)	1.78	
스트레스나 증상악화, 직무상의 문제발생 시 가족들이 개입하고 지원하도록 함.	1.86(.85)	1.72(.96)	1.44(.65)	1.61(.72)	3.05*	간>입
업무외적 사회적 모임(회식 등)에 선택권을 갖도록 함.	2.23(1.04)	2.09(.73)	2.12(.79)	2.37(1.04)	.71	
업무목표를 현실적으로 세우도록 도와 줌.	2.08(.96)	1.69(.64)	1.56(.77)	1.77(.77)	4.57**	간>입
개인적 위생과 청결에 대한 지도	1.89(.80)	2.06(.95)	1.88(.82)	1.84(.68)	.53	
직무상의 여러 가지 어려움을 도와 줄 "짜꿍"을 제공함.	1.83(.81)	1.72(.81)	1.67(.78)	1.95(1.03)	1.00	
결점보다 장점에 초점을 맞추어 칭찬과 격려를 해 줌.	1.47(.82)	1.47(.72)	1.33(.56)	1.42(.62)	.44	
투약시간을 잊지 않도록 일깨워 줌.	1.67(.96)	1.59(.95)	1.51(.68)	1.38(.57)	1.35	
신체적 건강관리 지원.	1.90(.96)	1.94(.84)	1.75(.84)	1.80(.80)	.47	
의사결정이나 판단의 현실성을 반복적으로 점검하고 일깨워 줌.	2.09(1.03)	1.94(.76)	1.90(.81)	2.00(.89)	.53	
판단하고 의사결정하는 것을 도와 줌.	2.10(.85)	1.97(.90)	1.77(.69)	1.75(.81)	2.62	
인사나 업무상의 변동 시 특별하게 업무적, 정서적, 지원을 함.	2.00(.94)	1.91(.78)	1.54(.68)	1.59(.73)	4.52**	간>입
직무수행이나 행동상의 변화를 빨리 감지하도록 동료들을 교육함.	2.15(1.10)	2.03(.90)	1.83(.86)	1.91(.91)	1.32	
가깝거나 교통이 편리한 곳에 위치한 직장.	1.76(.91)	1.56(.76)	1.42(.65)	1.57(.55)	2.22	
회사 내 규정 및 규칙에 대한 의사결정에 참여시킴.	2.46(1.09)	2.34(.90)	2.81(1.00)	2.90(.83)	3.33*	
직장에 맞는 복장을 하도록 지도함.	1.87(.93)	2.12(.79)	2.06(.78)	2.09(.91)	1.14	
직설적이고 노골적이기보다 부드럽고 완곡하게 지도함.	1.68(.86)	1.88(.83)	1.50(.68)	1.63(.78)	1.44	
구조적으로 위험하거나, 신체에 해가 될 만한 도구가 없는 작업환경.	1.73(.95)	1.66(.79)	1.65(1.04)	1.64(.69)	.15	
스트레스나 증상악화 시 특별히 더 업무적 정서적 지원을 함.	2.10(1.24)	1.78(.91)	1.65(.79)	1.70(.95)	2.60	

	간호사	사회복지사	임상심리사	정신과의	F	Scheffe 사후검증
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)		
일과 행동이 적절한지 자주 평가하여 일깨워 줌.	2.16(1.00)	2.06(.76)	2.06(1.06)	2.07(.93)	.18	
일관성있고 동일한 방식의 지도.	1.90(.88)	1.88(.87)	1.52(.71)	1.52(.66)	3.73*	
기대되는 직무에 대한 구체적이고 명료한 지침을 만들어 줌.	1.98(1.09)	1.69(.78)	1.46(.74)	1.57(.73)	4.19**	간>임
장애를 상사 및 동료들에게 밝히고 설명해줌.	2.15(1.13)	2.13(.91)	2.23(.95)	2.55(1.07)	1.58	
부담 직무						
끈기와 인내가 중요한 일.	3.01(.91)	2.75(.92)	3.42(.87)	3.87(.76)	13.75****	간,사<임,정
빠르고 신속하게 진행하는 일.	3.63(.93)	3.72(.52)	4.17(.75)	4.18(.58)	7.90****	간<임,정
많은 의사결정과 책임을 수반하는 일.	4.04(.89)	3.84(.92)	4.48(.77)	4.32(.74)	4.98**	사,간<임
강한 에너지가 요구되는 일.	3.74(.81)	3.66(.75)	4.13(.73)	4.04(.71)	4.25****	간<임
오랫동안 집중해야 하는 일.	3.80(.76)	3.41(.91)	4.27(.64)	4.20(.63)	11.71****	간,사<임,정
장기간의 수련과 훈련을 필요로 하는 일.	3.43(.94)	3.43(.80)	4.10(.88)	4.11(.72)	10.79****	간,사<임,정
세밀한 사항에 주의력이 필요한 일.	3.77(.83)	3.50(.88)	4.23(.66)	4.07(.73)	7.13****	사<임,정
접대 및 설의 등의 대외적인 업무.	3.87(.82)	3.97(.86)	4.50(.58)	4.36(.81)	8.91****	사<임
정해진 시간 내에 완성해야 하는 일.	3.76(.84)	3.44(.95)	4.06(.86)	4.07(.70)	4.96**	사<임,정
주어진 대로 하는 것이 아니라 창의성이 필요한 일.	3.61(.84)	3.24(.80)	3.73(.79)	3.92(.66)	4.91**	사<정
정해진 시간 내에 완성해야 하는 일.	3.12(.92)	2.91(1.00)	3.46(.85)	3.61(.75)	5.56***	간,사<정
미리 계획하고 준비해야 하는 일.	3.95(.88)	3.91(.89)	4.44(.74)	4.41(.87)	5.79***	사<임
임기응변적이고 신속한 대처가 필요한 일.	4.43(.74)	4.34(.70)	4.55(.80)	4.69(.51)	2.00	
모험과 위험성이 수반되는 일.	2.97(.94)	2.75(.88)	3.38(.87)	3.23(.86)	4.01**	사<임
자신의 작업이 다른 동료의 것과 순차적으로 연결되는 일.	4.27(.87)	3.94(.91)	4.61(.57)	4.16(.89)	4.75**	사<임
비판과 충돌이 불가피하게 수반되는 일.	3.76(1.00)	3.66(1.04)	4.06(.91)	4.13(.80)	2.73*	간,사<임,정
자극적이고 흥분을 불러일으키는 일.	2.95(.88)	2.84(.81)	3.15(1.03)	3.14(.96)	1.12	
동료들과 팀이 되어 협력하여 하는 일.	3.52(.79)	3.52(.65)	4.00(.85)	3.73(.87)	3.84*	간<임
사람들을 많이 대하는 일.	3.28(.96)	3.28(.85)	3.11(1.14)	3.43(1.02)	4.76**	간<임
일정한 작업환경						
근무시간이 늘 일정하고 변화가 없음.	2.34(1.00)	2.25(.80)	2.29(.80)	2.27(.79)	.10	
늘 일정하고 동일한 작업량.	2.28(.88)	2.22(.83)	2.11(.95)	2.21(.76)	.43	
휴식시간이 늘 일정하고 변화가 없음.	2.61(.96)	2.03(.74)	2.29(.97)	2.41(1.00)	3.42*	사>간
작업환경이 변화없이 동일함.	2.37(.92)	2.25(.80)	2.15(.85)	2.23(.96)	.72	
출퇴근 시간이 늘 일정하고 변화가 없음.	2.10(.93)	2.13(.75)	2.04(.94)	2.32(.86)	.85	
유사시 편의						
유사시 작업량 조절.	3.11(1.06)	2.94(.98)	2.65(1.25)	2.77(1.22)	2.05	
유사시 출퇴근시간 조절.	2.86(1.05)	2.56(1.11)	2.25(1.12)	2.48(1.02)	3.75*	간>임
유사시 일 속도 조절.	3.00(1.08)	2.75(1.08)	2.48(1.29)	2.77(1.18)	2.30	
유사시 휴식시간 조절.	2.37(.78)	1.97(.78)	2.04(.97)	2.16(.91)	2.04	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 **** p<.0001