creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

행정학석사 학위논문

생활치료센터에 대한 인식유형 탐구

2022년 2월

서울대학교 행정대학원

행정학과 행정학 전공

이 재 용

생활치료센터에 대한 인식유형 탐구

지도교수 정 광 호

이 논문을 행정학석사 학위논문으로 제출함
2021년 9월

서울대학교 행정대학원
행정학과 행정학 전공
이 재 용

이재용의 석사 학위논문을 인준함
2021년 12월

위 원 장 박 상 인 (인)

부위원장 최 태 현 (인)

위 원 정 광 호 (인)

국 문 초 록

본 연구는 COVID-19 팬데믹의 확산으로 인해 새롭게 도입된 다양한 정책들의 주변부를 명확하게 인식하고 있지 못하다는 문제의식을 통해 시작되었다. 특히, 감염의 위험성이라는 초단기적인 위기로 인해 정책의 목적이 '감염 확산 방지'라는 곳에 과도하게 몰입되어 있는 경향이 있다. 이에 따라 새롭게 등장한 방역정책 중 하나인 생활치료센터에 대해 여러 유형의 갈등과 인식이 산재해있다는 인식을 기초로 하여, 문화이론 등과 접목한 Q 방법론을 활용하여 다양한 인식유형을 도출하고자 하였다.

본 연구의 분석 결과 중 '합의적 진술문'에 따르면 응답자들은 격리시설 중 생활치료센터에 대해 중립적인 선호도를 표현하였다. 이는 실제로 생활치료센터 격리에 대한 경험이 없어 이를 내재화하지 못했기 때문에 나타난 경향으로 생각된다. 그리고 생활치료센터가 병원 등에 비해 생활하기 좋다는 진술문은 생활치료센터에 있어서 '거주성'이 얼마나 중요한가에 대해 알려준다. 또 다른 진술문의 경우에는 협력병원에 따라 생활치료센터의 운영이 달라질 수 있다는 점을 나타내기 때문에 현재 활용되고 있는 제도적 규제 등이 엄격하게 지켜지고 있지 않으며 시설 간의 차이로 이어진다는 점을 나타낸다.

'합의적 진술문'이 전체 응답자의 전반적으로 가지고 있는 문제의식을 보여주는 것이었다면, '논쟁적 진술문'은 각 유형의 특성을 명확하게 보여준다. 이에 따라 생활치료센터에 대한 인식유형은 크게 4가지로 구성될 수 있으며, 여기에는 '기능적 가치', '정책적 평가', '문화적 편향' 등의 요인들이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 먼저, 유형 A는 생활치료센터에 대해 가장 강한 긍정성을 보이고 있으며, 높은 집단성을 통해 생활치료센터가 가지는 공익적 차원을 중요하게 인식하고 있다. 두 번째, 유형 B는 유형 A와 유사한 태도를 가지지만 이에 대한 근거를 생활치료센터가 가지고 있는 '전문성'으로 파악한다. 세 번째, 유형 C는 인식유형들 중에서 생활치료센터 경험을 가진 참여자가 가장 많이 속해있는 유형으로, 경험을 기반으로 하여 생활치료가 가지고 있는 현실적 제약에 대해 강하게 느끼

고 있다. 마지막, 유형 D는 생활치료센터에 대해 무조건적인 반감을 가지고 있지는 않지만 매우 제한적으로 생활치료센터의 가치를 긍정하며, 여타 유형들 중 가장 강한 '개인주의' 성향을 보였다.

위 분석결과를 토대로 본 연구는 4개의 가설을 도출하였다. 첫째, 생활치료센터에 대한 한국인의 인식은 네 가지 이상으로 유형화할 수 있다. 둘째, 생활치료센터에 대한 인식유형은 '기능적 가치'와 '정책적 평가'의 기준으로 나뉜다. 셋째, 생활치료센터에 대한 만족도에서 가장 중요한 요소는 '거주성'이다. 넷째, 생활치료센터에 대한 인식은 사람들이 가지고 있는 '집단성'이라는 문화적 편향의 영향을 받게 된다.

본 연구의 의의는 다음과 같다. 첫째, 학술적으로 생활치료센터에 대한 다양한 인식유형이 존재한다는 것을 입증했다는 의미가 있다. 둘째, 각 인식유형들에 대한 유형화 과정을 통해 생활치료센터의 인식을 구분하는 요인이 무엇인지 파악했다는 점에서 연구의 가치가 존재한다. 셋째, 생활치료센터에 있어서 고려할 수 있는 다양한 요인들이 있지만 모든 유형에서 '거주성'이 중요하다는 점을 도출하여 생활치료센터 정책에서 우선적으로 고려해야 하는 사항을 파악하였다는 의미가 있다. 넷째, 생활치료센터에 대한 인식을 분석함에 있어서 문화이론에 따른 문화적 편향성을 활용했다는 의미를 가진다.

주요어 : 생활치료센터, Q 방법론, 문화이론, 인식유형, 감염병, 보건정책
학 번 : 2020-24430

< 목 차 >

제 1 장 서론 1

제 1 절 연구의 배경 1

제 2 절 연구의 목적과 필요성 1

제 3 절 연구의 방법 3

제 2 장 이론적 배경 4

제 1 절 감염병 4

1. 감염병의 정의 4

2. 감염병의 사회적 의미 5

(1) 역사적 측면 5

(2) 감염병에 대한 통제 6

제 2 절 공간과 사회의 관계 7

1. 공간의 개념 7

2. 공간의 정체성 : Relph를 중심으로 9

3. 헤테로토피아 : Foucault를 중심으로 11

제 3 절 문화이론 12

제 3 장 COVID-19과 생활치료센터 15

제 1 절 COVID-19 현황 ····· 15
제 2 절 생활치료센터에 대한 소개 ····· 16
1. 생활치료센터의 정의 ····· 16
(1) 운영목적과 목표 ····· 16
(2) 설치근거 ····· 16
2. 생활치료센터 현황 및 운영 ····· 18
(1) 생활치료센터 설치 ····· 18
(2) 생활치료센터 운영 ····· 19
(3) 생활치료센터 현황 ····· 24
제 3 절 생활치료센터의 이해관계자와 갈등 ····· 28
1. 생활치료센터의 이해관계자 ····· 28
2. 생활치료센터를 둘러싼 갈등양상 ····· 30
제 4 절 생활치료센터에 관한 기존 연구 ····· 31

제 4 장 연구설계 ····· 32

제 1 절 Q 방법론의 적용 ····· 32
1. Q 방법론 개요 ····· 32
2. Q 방법론의 절차 ····· 32
(1) 진술문 작성 ····· 32
(2) 연구대상자(P sample) 선정 ····· 33
(3) Q 분류(Q sort) ····· 34

제 2 절 Q 연구설계 ····· 34
1. Q진술문의 선정 ····· 34
(1) 텍스트마이닝과 감정분석 ····· 35
(2) 인터뷰 활용 ····· 39
(3) 진술문 확정 ····· 39
2. P 샘플 선정 ····· 42
3. Q분류 ····· 45
제 3 절 문화적 편향 측정 ····· 46
제 4 절 연구설계 종합 ····· 47

제 5 장 분석결과 및 논의 ····· 49

제 1 절 인식유형의 추출 ····· 49
제 2 절 인식유형에 따른 분석 ····· 56
1. 인식유형 공통요소 ····· 56
(1) 합의적-논쟁적 진술문 ····· 56
(2) 문화적 편향 개요 ····· 59
2. 인식유형별 특성 분석 ····· 61
(1) 유형 A : 효과성 긍정 평등주의형 ····· 62
(2) 유형 B : 전문성 긍정 소극적 개인주의형 ····· 70
(3) 유형 C : 현실 제약 개인주의형 ····· 78
(4) 유형 D : 외부성 중심 적극적 개인주의형 ····· 86
제 3 절 분석결과 및 가설제시 ····· 95

1. 생활치료센터에 대한 인식의 다양성 ····· 95
(1) 공통사항을 통한 의미 도출 ····· 95
(2) 개별사항을 통한 의미 도출 ····· 96
2. 생활치료센터에 대한 인식 가설 ····· 99

제 6 장 결론 ····· 101

제 1 절 요약 및 함의 ····· 101
1. 연구 요약 ····· 101
2. 연구 함의 ····· 102
제 2 절 연구의 한계 ····· 103

참고문헌 ····· 105
부 록 : 설문지 ····· 110
Abstract ····· 115

< 그림 목차 >

[그림 2-1] 사회와 공간 간의 관계 ····· 8
[그림 2-2] Relph의 내부와 외부 변화 ····· 10
[그림 2-3] 헤테로토피아와 여타 공간의 구분 ····· 12
[그림 2-4] 망-집단에 따른 문화유형 ····· 13
[그림 3-1] 한국 COVID-19 일별 확진자 추이 ····· 15
[그림 3-2] 생활치료센터 설치 절차 ····· 19
[그림 3-3] 생활치료센터 운영 과정 ····· 20
[그림 3-4] 생활치료센터의 주요 이해관계자 ····· 29
[그림 4-1] Q 연구 설계 ····· 34
[그림 4-2] 감성분석 결과 ····· 38
[그림 4-3] 연구모형 ····· 48
[그림 5-1] 스크리 도표 ····· 49
[그림 5-2] 유형구성원의 문화적 편향 분포 ····· 59
[그림 5-3] 유형 A의 Q 분류표 ····· 64
[그림 5-4] 유형 B의 Q 분류표 ····· 72
[그림 5-5] 유형 C의 Q 분류표 ····· 80
[그림 5-6] 유형 D의 Q 분류표 ····· 88

< 표 목차 >

[표 3-1] 확진환자 격리해제 기준 ····· 23
[표 3-2] 생활치료센터 역량과 가동률 ····· 25
[표 3-3] 생활치료센터 역대 운영 현황 ····· 25
[표 4-1] 분석데이터 정보 ····· 36
[표 4-2] 텍스트 마이닝 빈도분석 결과 ····· 37
[표 4-3] Q 진술문 ····· 39
[표 4-4] P 샘플 분류 ····· 42
[표 4-5] P 샘플 구성 ····· 43
[표 4-6] P 샘플의 기술통계적 특성 ····· 44
[표 4-7] Q 분류표 ····· 46
[표 5-1] 유형별 요인적재치와 설명력 ····· 50
[표 5-2] P 샘플의 유형별 요인적재치 ····· 51
[표 5-3] 진술문에 대한 유형별 요인가 ····· 52
[표 5-4] 요인 간 상관관계 ····· 55
[표 5-5] 합의적 진술문과 논쟁적 진술문 ····· 56
[표 5-6] P 샘플의 문화적 편향 내용 ····· 60
[표 5-7] 유형 A 구성원 특성 ····· 62
[표 5-8] 유형 A 구성원 분포 ····· 63
[표 5-9] 유형 A의 대표적 진술문 ····· 65
[표 5-10] 유형 A와 타 유형 간의 차이 ····· 67
[표 5-11] 유형 B 구성원 특성 ····· 70

[표 5-12] 유형 B 구성원 분포 ····· 71
[표 5-13] 유형 B의 대표적 진술문 ····· 73
[표 5-14] 유형 B와 타 유형 간의 차이 ····· 75
[표 5-15] 유형 C 구성원 특성 ····· 78
[표 5-16] 유형 C 구성원 분포 ····· 79
[표 5-17] 유형 C의 대표적 진술문 ····· 81
[표 5-18] 유형 C와 타 유형 간의 차이 ····· 83
[표 5-19] 유형 D 구성원 특성 ····· 86
[표 5-20] 유형 D 구성원 분포 ····· 87
[표 5-21] 유형 D의 대표적 진술문 ····· 89
[표 5-22] 유형 D와 타 유형 간의 차이 ····· 91
[표 5-23] 인식유형에 따른 관점비교 ····· 98

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 배경

흑사병 등 감염병(epidemic)은 인류역사에서 강한 변혁을 만들어내는 계기로 작용해왔다. 감염병의 확산으로 인해 국가가 붕괴되기도 하고 새로운 기술이 도입되기도 했으며 사회체계가 큰 변혁을 경험하기도 했다. 최근에는 제 2의 스페인 독감이라는 말이 있을만큼 COVID-19가 우리 사회에 지대한 영향을 끼치고 있다. 전 세계적인 펜데믹 선언과 함께 인류가 한동안 잊고 있었던 위기에 대해 다시 한 번 목도하게 된 것이다. 한국 사회는 이제 위드코로나(with-corona)를 준비하고 있지만 많은 이들이 향후 도래할 감염병에 대한 불안감을 트라우마(trauma)의 형태로 가지게 되었다.

그만큼 우리 사회는 감염병을 통해 구조적, 환경적 변화를 직면했으며 다양한 정책을 통해 대응하고 있다. '자동차 이동형 선별진료소'(드라이브 스루 선별진료소)를 비롯하여 '사회적 거리두기'(social distancing) 등은 감염병 확산으로 새롭게 등장한 혁신의 예시로 볼 수 있다. 이러한 상황에서 '생활치료센터'는 감염자 급증에 따라 등장한 정책 중 하나로 구분할 수 있으며, 재난이라는 특수성으로 인해 부득이하게 사회적인 숙의를 생략하고 도입된 대안적 정책으로 볼 수 있다. 이에 따라 생활치료센터에 대한 다양한 의견이 충돌하고 있고 지역사회에서는 갈등요소로 비화되기도 한다.

제 2 절 연구의 목적과 필요성

언론에서는 생활치료센터의 효과와 설치 확대의 필요성을 역설하기도 하지만(경기신문, 2021.01.19.) 생활치료센터의 역할에 대해서 부정적인 입장을 취하기도 한다(서울경제TV, 2021.08.26.). 이외에도 생활치료센

터를 둘러싼 갈등의 촉매제로 언론이 기능하고 있다는 주장도 있으며(미디어오늘, 2020.12.22.) 생활치료센터 입소자들의 열악한 환경에 대해서 보도하기도 했다(경향신문, 2020.03.11.). 이와 같이 다양한 관점을 가진 논의는 현재 병존하고 있는 상황이며, 이에 대한 어떤 유형화나 과학적인 접근이 충분하게 이루어지지 못하고 있는 상황이다. 따라서 생활치료센터라는 정책 주변에서 부유하는 여러 인식과 관점들을 고려하여 그 관계와 상호작용에 대해 설명하는 과정의 필요성이 제기되었다.

특히, 국가의 적극적인 방역정책으로 인해 국가성과 개인의 기본권 등에 대한 논의가 전 세계적으로 전개되고 있다. 그리고 이러한 지점에서 생활치료센터라는 공간은 사회적 산물이면서 끊임없이 사회 체계 등에 영향을 끼치는 요소라는 점에서 주목할 필요가 있다. 여기서 개인의 인식은 공간과 일정한 연결성을 가지게 되며, 인식을 통해 공간의 의미와 가치를 살펴볼 수 있다. 즉, 공간은 사회문화적으로 다양하게 인식되고 규정되는 개념이기 때문에 사회에 존재하는 다양한 관점과 상호작용을 포착할 수 있게 되는 것이다.

하지만 생활치료센터는 COVID-19 대유행에 따라 실시간으로 변화되고 있는 정책인 만큼 생활치료센터를 둘러싼 시민들의 인식유형 파악은 아직까지 이루어지지 못하고 있는 상태이다. 그러나 개인의 인식유형 파악은 새로운 정책 혹은 혁신에 대한 수용과 일정한 연관성을 가지며, 향후 정책에 대한 순응 요인 등을 파악할 수 있다는 점에서 유의미하다.

따라서 본 연구의 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

1. 근무자 등 생활치료센터의 관계자와 일반 시민들이 생활치료센터에 대해 가지는 인식은 어떻게 구성되고 유형화되는가.
2. 인식 유형들의 특징은 어떠하며 상호 간에 어떤 관계를 가지고 있는가.
3. 인식유형에 따라 정책을 수용하는 수준은 어떠한 차이를 보이며 이에 따른 정책적 제언은 무엇인가.

제 3 절 연구의 방법

본 연구는 감염병과 이를 통해 형성된 공간적 의미에 대해서 살펴보고 생활치료센터가 실질적으로 구성되는 과정과 현황을 파악하고자 한다. 이어서 생활치료센터에 대한 차별화된 관점이 존재할 수 있다는 판단을 통해 생활치료센터를 둘러싼 다양한 관점 또는 주관적인 심층인식 유형을 분석하기 위해 텍스트 마이닝 등을 접목한 Q 방법론을 활용한다. 특히, Q 방법론은 가설을 인과관계를 통해 검증하는 기존의 방법론들과는 달리 가설을 파악하고 다양한 관점의 존재를 확인할 수 있도록 도움을 주는 방법이다. 그리고 이와 같은 시도는 생활치료센터에 대한 기초적인 인식 탐구를 가능하게 하고 향후 생활치료센터를 둘러싼 제반 연구가 이루어질 때 그 기반으로 기능할 수 있다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 감염병

1. 감염병의 정의

감염병 혹은 전염병은 일정한 개체가 여타 다른 개체에게 옮기는 모든 질병을 뜻하지만, 그 원인이 되는 병원체의 생물학적 특성인 바이러스, 세균, 진균, 기생충 등[1]에 따라 개별적인 질병으로 분류된다(대한감염학회, 2009). 또는 특정 병원체와 그 독성 물질로 인해 감염된 사람 혹은 동물 등으로부터 사람과 같은 숙주에 직간접적으로 전파되는 질환으로 정의되기도 한다(Rathore et al., 2019). 즉, '전파' 혹은 '전달'은 감염병 특성의 핵심으로 볼 수 있다.

감염병의 영어표현은 epidemic이다. 이는 epi+demos의 합성어이며 epi는 영어로 upon과 흔히 대치되며 demos는 people로 번역된다. 따라서 이를 글자 그대로 읽으면 '많은 사람들에 걸쳐' 정도가 된다. 이와 같은 뜻은 대규모의 사람들에게 동시다발적으로 확산되는 감염병의 특징을 함축적으로 나타낸다.

한국에서는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」(이후 감염병예방법)에서 제시하고 있는 감염병의 정의가 가장 쉽게 통용되고 있다. 해당 법률 2조 1호에서는 "감염병이란 제1급감염병, 제2급감염병, 제3급감염병, 제4급감염병, 기생충감염병, 세계보건기구 감시대상 감염병, 생물테러감염병, 성매개감염염, 인수(인수-한자)공통감염병 및 의료관련감염병을 말한다."라고 규정한다.[2]

---

1) 바이러스는 가장 기본적인 유전구조를 가지는 단순한 구조로 인플루엔자, 천연두, 에이즈 등을 유발한다. 세균은 바이러스보다 복잡한 구조를 가지고 있으며 콜레라, 결핵, 파상풍 등으로 이어질 수 있다. 진균은 숙주의 면역력이 감퇴되었을 때 활성화되며 무좀 등이 대표적인 발병 예시이다. 마지막으로 기생충은 생물학적으로 가장 넓은 스팩트럼을 함유하고 말라리아, 회충 등 열대지방에서 높은 치명률을 가진다.

2) 이와 같은 구분법은 감염병의 심각성을 기반으로 하는 분류와 병원체의 전파 방식에 대한 분류의 병존으로 볼 수 있다.

2. 감염병의 사회적 의미

(1) 역사적 측면

Watts(1997), McNeil(1998), Cartwright(2000) 등 질병의 역사에 대해 연구한 저술들을 보면 인류 역사에서 감염병은 국가의 흥망을 좌우할 만큼 강력한 변곡점으로 작용해왔다. 기원전 이집트에서는 천연두가 창궐하여 람세스 2세 등 환자가 속출했으며 이는 행정시스템의 붕괴로 이어졌다. 이후 로마는 수도시설의 정비 등 위생의 비약적인 개선을 이루었지만 기원전 1세기경 로마에 등장한 말라리아, 기원후 3세기의 키프리아누스 역병 등은 지속적으로 로마에 위기로 다가왔다.

역사적으로 가장 큰 의미를 가지고 있는 질병은 바로 흑사병(plague)이다. 흑사병을 중세의 끝으로 해석하는 시각도 있을 만큼 서구사회에서 흑사병은 상당한 영향을 미쳤다고 볼 수 있다. 단적으로 유럽에서만 인구의 30% 가량이, 중동에서는 25~33%의 인구가 사망했다. 당시 의사들의 기록이나 증언을 보면, 병을 감당할 수 없다는 무력감을 쉽게 발견할 수 있으며 '신의 섭리'로 미뤄버리는 경우가 많았다(Campbell, 1932). 이로 인해 당시 유럽에서 지배적이었던 히포크라테스의 의학이 강한 반발에 직면했으며, 노동가능인구의 급감으로 인본주의를 중심으로 하는 르네상스 시대가 시작되었다.

하지만 르네상스와 함께 시작된 대항해시대는 인류가 경험하지 못한 거리로의 이동성을 제공했다. 포르투갈 등을 기반으로 하는 상인들은 무역을 위해 대서양과 태평양을 가로지르는 물류 네트워크를 형성했다. 이는 곧바로 천연두와 콜레라 등 구대륙의 질병을 신대륙에 전달했고 그 확산 속도는 기하급수적으로 늘어났다. 아즈텍인들과 타이노인들이 쌓아온 문명은 서유럽 개척자들이 도착함과 동시에 돼지독감, 천연두 등으로 인해 인류 역사에서 사라지게 되었다(Guerra, 1988; Lockhart, 1992).

산업화(industrialization)가 본격적으로 이루어지는 근대에는 기존의 도시가 대도시(metropolitan)가 되면서 인류는 보다 밀집된 생활을 하게 된다. 긴밀한 인적 접촉을 가지게 된다면 이는 전염병의 확산에 더할 나위

없이 좋은 환경일 수 밖에 없다. 이때 등장하는 질병이 하얀 흑사병이라고 불리는 결핵(tuberculosis)이다. 결핵은 환자가 내뱉는 비말(droplet)이 다른 사람에게 흡입되었을 때 감염이 나타나게 된다. 인구밀집도가 극단적인 수준에 다다른 산업도시에서 결핵은 삽시간에 퍼져나갔고 당시 유럽 인구의 25%가 사망하는 참사로 이어졌다.

(2) 감염병에 대한 통제

감염병은 기본적으로 불특정 다수에게 확산되기 때문에 통제할 수 없고 사전에 대비할 수 없기 때문에 고위험으로 인식되어 공포와 불안으로 연결된다(Freudenburg, 1988). 따라서 사람들은 자연스럽게 선악의 양비론에 따라 악의 역할을 감염병에 부여하고 '부정'과 '기피', '오염' 등 '불결'한 존재로 간주한다(Douglas, 1966). 더러운 것에 대한 인식은 이민자와 빈곤층 등을 범죄 집단으로 간주하고 사회적인 배제를 시도하는 수준으로 넘어가게 되었다. 영국에서는 거리의 부랑자들을 사회에서 처리해야 하는 대상으로 파악하고 '청소'를 하기도 했다. 특히, 나병 혹은 한센병 환자에 대한 억압이 강했는데, 이들은 신의 저주를 받은 더러운 영혼이라는 오명 아래에서 도시에 들어올 수 없다거나 심지어 재물로 취급받는 등 심각한 폭력에 노출되었다. 한국에서도 일제 강점기 소록도에 한센인들을 강제 이주시키고 이들에 대한 강한 노동착취 등을 시행했으며 당시 생겨난 부정적 이미지는 지금까지도 사회 내에 잔존하고 있다(국사편찬위원회, 2005)

감염병 통제 정책이 본격적으로 시작된 것은 15세기 말 피렌체를 비롯한 이탈리아 도시국가에서 이루어진 '간섭정책'이다. 가문을 중심으로 강한 통제력을 가지고 있던 이탈리아의 도시국가들은 시민들에 대한 간섭과 통제를 비교적 쉽게 달성할 수 있었다. 이러한 통제정책의 시작은 '물건'이었다. 감염자가 입은 옷 등을 불태우는 작업이 우선적으로 이루어졌다. 하지만 시간이 지나면서 통제의 대상은 '집' 등 공간의 영역으로 전환되었고, 감염자 개인을 격리하거나 집을 태우는 것 이상으로 '도시' 전체를 격리하기도 했다.

제 2 절 공간과 사회의 관계

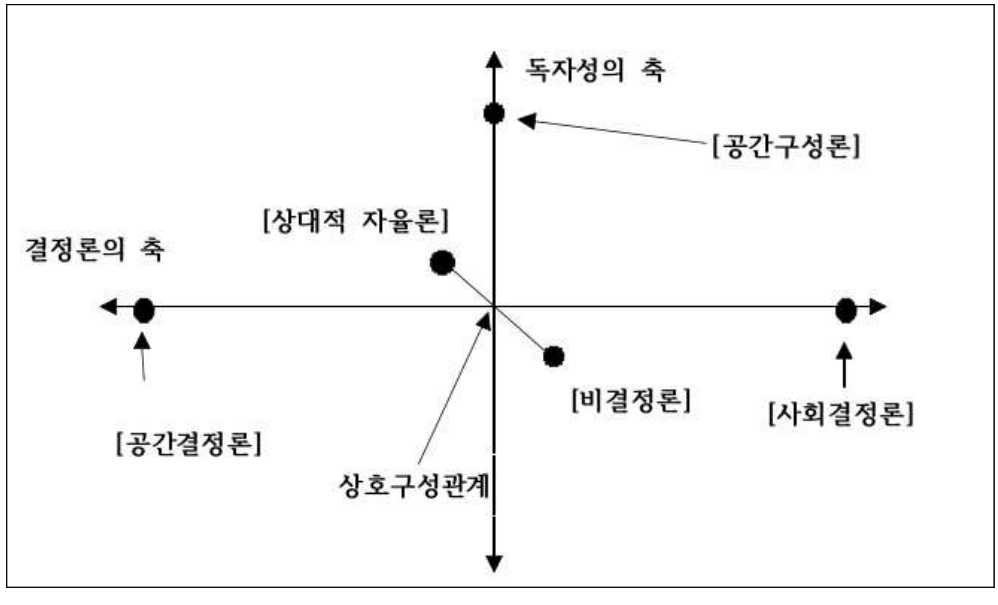
1. 공간의 개념

그리스의 학자 Proklos는 「공간론」에서 공간은 물질세계 전체를 포함하고 있지만 세계에는 담기지 못하기 때문에 빛의 영역과 같은 공간에 걸치게 된다고 언급한다(Jammer, 1969). 이후 Newton은 중력과 함께 절대공간과 상대공간 개념을 제시하여 공간의 개념에 보다 다층적인 접근을 시도한다. 하지만 이와 같은 이분법적인 공간개념은 현실을 설명하기에 한계가 다수 발견되었기 때문에 상대성이론을 주창한 Eiestein은 Jammer (1969)의 저작 머리말에서 물리학 공간개념을 3가지로 구분한다. ① 장소(place)는 지구 표면의 일부로 명칭으로 구분되거나 물질적인 대상들의 질서로 인식된다. ② 용기(container)는 상자로 비유되며 물질적인 대상들과 구분되어 존재한다. ③ 장(field)은 3개의 차원과 시간이라는 네 개의 매개변수를 통해 구성되며 공간은 이러한 변수에 종속된다(Ven, 1980).

물리학 등 일명 '과학'에서는 공간에 대해 기능적으로 접근했다면 사회학과 같은 분과학문에서는 또 다른 시각을 제시하였다. 1960년대 공간을 둘러싼 후기기능주의(post-structuralism)와 실증주의(positivism) 사이의 논쟁을 통해, 기존에 단순히 비어있는 수동적인 대상으로 이해되었던 공간은 사회적 주체들에 의해 생산되는 등 사회와의 상호작용하는 존재로 인식되기 시작했다(심창섭, 2014). Lefebvre는 '사회공간론'에서 공간이 인간행위를 제약하고 강제한다는 '도시성'에 주목하며 공간을 정치적인 기능을 수행하는 대상으로 인식한다(Lefebvre, 1976). 특히, 레닌주의에 대한 비판과 함께 자본주의를 통한 도시발전 과정에서 일상의 해방과 대중을 위한 공간 관리가 필요하다는 점을 역설했다(Lefebvre, 1968). 그와 같은 후기기능주의자들은 공간의 형이상학적인 측면에 주목하는 것이 아니라 해당 공간에서 생활하거나 일하는 등 이에 종속된 사람이 공간과 가지는 관계를 중심으로 공간을 이해하고자 했다.

이러한 사회와 공간에 대한 논의는 크게 5가지 이론으로 정리할 수 있다(박서호, 1993). 먼저, '공간결정론'은 공간이 사회와 독립적으로 존재하며 사회의 경제적 영역 등에 영향을 끼친다고 주장한다. 두 번째로, '사회결정론'은 공간은 사회적 산물이며, 특히 계급구조를 표현한 형태로 인식한다. 세 번째, '비결정론'의 경우에는 공간과 사회 중 주도권을 가진 측은 없기 때문에 해당 관계는 변증법적 구성물로 이루어진다. 네 번째, '사회의 공간 구성론'은 공간물신주의를 비판하며 사회가 공간에 미치는 영향력을 주장하면서도, 거꾸로 사회를 통해 구성된 공간이 사회의 형태와 속도에 영향을 끼친다는 입장이다. 마지막으로 '공간의 상대적 자율론'은 공간이 '구체성'을 통하여 사회적 과정에서 분화와 차별화를 구축하여 '지역성' 등 특성을 도출한다고 주장한다. 이러한 논의를 일정한 지점으로 위치시키면 <그림 2-1>과 같다.

<그림 2-1> 사회와 공간 간의 관계



출처 : 박서호(1993) 재구성

2. 공간의 정체성 : Relph를 중심으로

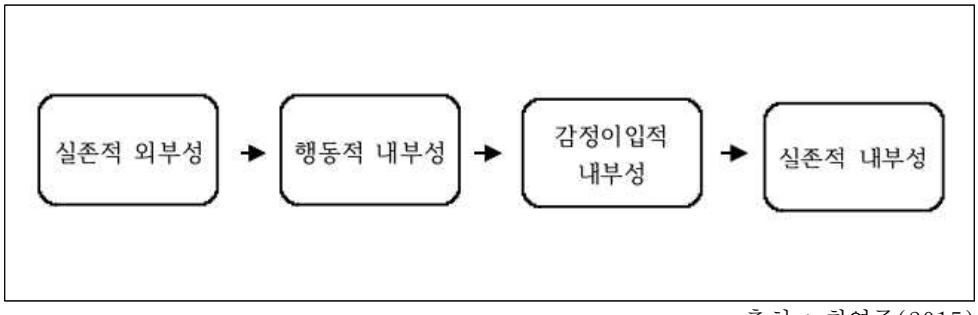
Relph(1976)는 공간과 사회적 주체인 개인 등이 가지는 관계에서 '장소'(place)를 등장시켰다. 즉, 공간이 문화와 일정한 활동을 통해 함께 작동하여 비로소 의미가 나타날 때 이는 장소로 이어지고, 여기서 나타나는 정체성이 바로 '장소성'(placeness)이라고 정의한 것이다. 개인이 공간에서 경험하고 인식하는 유형은 다양할 수 있기 때문에 이를 스펙트럼(spectrum) 구조로 이해하여 복합적인 상호작용을 포착하고자 했다.

'장소성' 즉, 장소의 정체성은 개별 장소가 여타 장소와 대별될 수 있도록 하는 '물리적 환경', '장소에서의 사건', '부여되는 의미'라는 세 가지 요소를 통해 나타나는 지속적인 동일성과 통합성으로 구성된다고 한다(심창섭, 2014). 이에 대한 논의로 도출되는 것이 Relph의 '내부성'(insideness)과 '외부성'(outsideness) 개념이다. 우선, 내부성은 개인 등이 장소의 내부에 소속되어 있다고 느끼는 감정으로, 내부성이 높은 경우에는 해당 장소에 충분히 체화되고 편안하고 안전한 감정을 느끼게 된다. 하지만 외부성은 장소와의 분리를 통해 구축되는 두렵고 이질적인 감정을 나타낸다.

이러한 외부성과 내부성을 통해 Replh는 장소성의 7가지 유형을 제시한다. 첫 번째, '실존적 외부성'(existential outsideness)은 외부성이 극대화된 경우로 사람들과 장소로부터 비현실적 감각과 상실 등 소외를 느끼는 것이다. 실존적 외부성은 각 장소를 구별할 수 없도록 동일한 정체성을 가지게 되기 때문에 피상적으로 이를 구분할 수 밖에 없게 된다. 두 번째, '객관적 외부성'(objective outsideness)에서는 의도적으로 장소에 대해 감정을 배제시켜 사람과 장소를 구별하는 것이다. 이는 도시를 연구하는 계획가들이 논리와 이성을 통해 장소를 재조직하기 위해서 주로 채택하는 태도이다. 세 번째, '부수적 외부성'(incidental outsideness)은 의도적으로 감정을 배제한 객관적 외부성과 달리 무의식적인 태도를 통해 장소를 중요하게 생각하지 않는 것이다. 네 번째, '대리적 내부성'(vicarious insideness)은 특정 장소를 물리적으로 경험하지 않더라도

이를 간접적으로 경험하여 체화하는 것이다. 특히, 기존에 유사한 장소에 대한 경험은 대리적 내부성을 강화시킬 수 있다. 다섯 번째, '행동적 내부성'(behavioural insideness)은 장소가 가지는 경관 등 물리적 외관과 구성요소를 인식하여 이를 통해 해당 장소의 정체성을 포착하는 것이다. 여섯 번째, '감정 이입적 내부성'(empathetic insideness)은 행동적 내부성과 명확하게 구분되지는 않지만, 장소에 대해 인식하는 방법이 외관에만 치중된 것이 아니라 감정적인 부분으로 확장되는 것을 의미한다. 마지막으로 '실존적 내부성'(existential insideness)은 내부성이 가장 극대화된 유형으로 "해당 장소가 스스로 속한 곳이라는 것을 인지할 때' 나타난다. 즉, '고향집'에 온 것처럼 이질감 없이 내부인이 되었을 때 실존적 내부성을 경험하는 것이다.

<그림 2-2> Relph의 내부와 외부 변화



출처 : 최영준(2015)

이렇게 구축된 장소성 개념은 이후 '장소상실'(placelessness)의 개념으로 발전하며 도시관광을 통한 장소상실(Warren, 1999; 심창섭, 2014), 노년의 장소상실 경험(김희경, 2016) 등 다양한 연구로 이어지게 된다. 또한 공간의 인지성에 대한 탐구를 통해 '길찾기'(way-finding) 수준의 측정 시도로 연결되기도 하며, 기존 '이방인' 개념과의 접점을 통해 내부성이 지향하고 있는 모습과 움직임으로 분석되기도 한다.

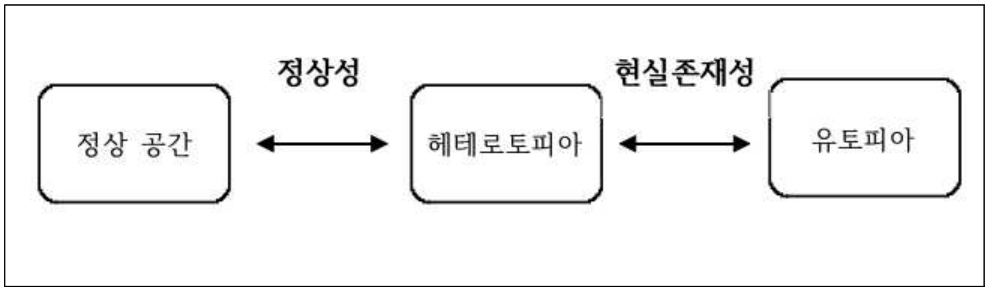
3. 헤테로토피아 : Foucault를 중심으로

프랑스의 사회학자 Foucault는 서구 근대 철학에서 지배적인 관점을 가지고 있는 '시간'이라는 패러다임을 '공간'으로 전환시킨 주요 학자로 볼 수 있다. 그는 「Dits et Úcrits(말과 글)」(2001)에서 "공간은 모든 공동체적 삶에 근본적인 것이며, 모든 권력 행사에도 근본적인 것이다"라고 언급하는 등 공간에 대한 분석이 담론의 형성과 변형에 지대한 영향을 미친다는 점을 강조한다(허경, 2011). 이러한 그의 의식은 「감시와 처벌」(2016)에서도 잘 드러나는데, 수용소와 감옥 등에서 나타나는 공간적 구성이 권력의 행사와 같은 '통치성'으로 연결되는 매커니즘에 대해서 파악하고자 했다. 즉, Foucault는 인간이 직면하고 있는 다양한 상황들을 분석할 수 있는 중요한 실마리를 공간에서 찾은 것이다.

공간에 대한 생각과 함께 Foucault는 「말과 사물」에서 '헤테로토피아'(l'hétérotopies)라는 개념을 등장시킨다. 그는 이에 대해, 사회에 존재하는 공간들 중 특이한 공간들로 여타 일반적인 공간들과는 전혀 다른 것이라고 언급한다. 이후 강연 「헤테로토피아」(1966)가 출간되면서 본격적으로 해당 개념에 대한 서술을 이어간다. 기본적으로 헤테르토피아는 이질적인 공간이며 특수한 환경에 놓여있는 시민들로 구성된 공간이다. 특히, 이 공간에서는 일반적인 공간과 대별되어 속도와 방향이 다른 형태의 시간을 경험하기도 한다. 그리고 각 사회는 시간이 흐르면서 헤테로토피아들을 변형시키거나 퇴출시키는 모습을 보인다. 결국, 헤테로토피아는 특이성이 특성이 되는 공간으로 볼 수 있다(허경, 2011).

헤테로토피아는 근대화가 이루어지면서 주목받게 되는데, 그 이유는 실질적인 위치를 가지지만 모든 일반적인 장소들의 외부에 존재하는 '유리된 공간'을 표현하기 때문이다. Foucault는 그 예시로 다락방, 도서관, 미술관, 집창촌 등을 제시하고 있다. 그런 의미에서 헤테로토피아는 현실에 존재하지 않는 '유토피아'(utopia)와 정반대의 위치에 존재한다. 즉, 헤테로토피아는 모든 사회에서 존재하며 고유의 기능을 통해 양립 불가능한 복수의 공간적 성격을 동시에 가지고 있는 것이다.

<그림 2-3> 헤테로토피아와 여타 공간의 구분



제 3 절 문화이론

문화이론은 개인의 지각과 행동에 대한 이해를 추구하기 위해 등장했다(이나경 외, 2008). 사회구성원의 사회적 관계(social relation)와 문화적 편향(cultural bias)의 상호작용을 통해 형성되는 삶의 양식인 문화는 사회의 형성과 동인으로 작용하게 된다고 주장한다(Thompson et al., 1990).

그리고 여기에서 사회적 관계와 문화적 편향에 의한 사회성(sociality)은 집단(group)과 관련된 정체성의 차원과 역할규정에 대한 망(grid)의 차원으로 구성된다(Wildavsky, 1987)[3]. 우선, 집단의 수준은 개인이 가지는 사회 편입의 정도에 따라 결정되며 집단에 대한 소속감과 구속력으로 연결된다(Douglas, 1975). 이는 내부와 외부를 나누는 장벽으로 작용하고 집단 내부의 일체화된 행위를 강제할 수 있다(강성철 외, 2005). 그리고 망은 외부에서 부여하는 사회적 규제(social regulation)로 형성된다. 즉, 망의 정도가 높을수록 개인이 마음껏 재량을 발휘하거나 자유로운 상호작용을 할 수 있는 가능성이 줄어든다. 이에 따라 형성된 문화적 편향은 총 4가지 유형으로 <그림 2-4>과 같이 구분되며, 사회적 관계와 지속적인 상호작용을 가진다.

3) Wildavsky(1987)는 "나는 누구인가?(Who am I?)", "내가 어떻게 행동해야 하는가?(How should I behave?)"라는 질문을 통해 각각 개인의 집단에 대한 정체성의 문제, 관계 내에서의 역할 규정의 문제로 연결한다.

<그림 2-4> 망-집단에 따른 문화유형

		집단(Group)	
		높은 집단성	낮은 집단성
망(Grid)	높은 망	계층주의 (Hierarchy)	운명주의 (Fatalism)
	낮은 망	평등주의 (Egalitarianism)	개인주의 (Individualism)

출처 : Thompson et al.(1990) 재구성

먼저, 계층주의(hierarchy)는 강한 집단성과 강한 망에 따라 배타적인 성격을 가지며, 정체성의 많은 부분을 집단을 통해 형성하게 된다. 그리고 높은 수준의 사회적 규제를 통해 구축된 공식적 집단이 중심에 위치한다. 계층주의에서는 권위가 제도화되고, 불공평이 사회를 조화롭게 유지시켜 준다는 전제가 통용된다. 따라서 사회는 질서를 통한 전체주의적 성격을 가지게 될 가능성이 높다.

두 번째, 운명주의(Fatalism)는 계층주의와 달리 약한 집단성으로 인해 외부적으로 부과된 규율에 대해 무조건적으로 긍정하는 특성을 가진다. 특히, 인적인 고립으로 인해 집단으로부터 배제되기도 하며 무기력한 개인으로 사회에서 존재하게 될 가능성이 있다.

세 번째, 평등주의(egalitarianism)는 운명주의와 정반대 유형으로, 강한 집단성과 낮은 망의 수준을 가지고 있다. 이에 따라 내부와 외부의 경계성이 높고 역할 부여의 측면은 약화된다. 여기서 내부인의 정체성은 집단의 내적인 지지에 따라 구축되며, 외부에서 부여된 강제적 권위를 배척하고 도덕 등 내부적인 규제를 선호한다.

마지막으로 개인주의(individualism)는 계층주의와 대별된다. 즉, 낮은 집단성과 낮은 망의 영향에 따라 외부로부터 강제되는 규제와 집단적 구속력 모두 거부하는 것이다. 따라서 개인주의하에서 이루어지는 관계는 자율적인 협상과 협의에 의해 구성되며 완전경쟁시장의 구성원처럼 행위하게

된다. 특히, 해당 유형에서는 기회의 평등이 가장 중요한 요소이며 최소한의 규칙을 통해 상호작용하는 것을 선호한다.

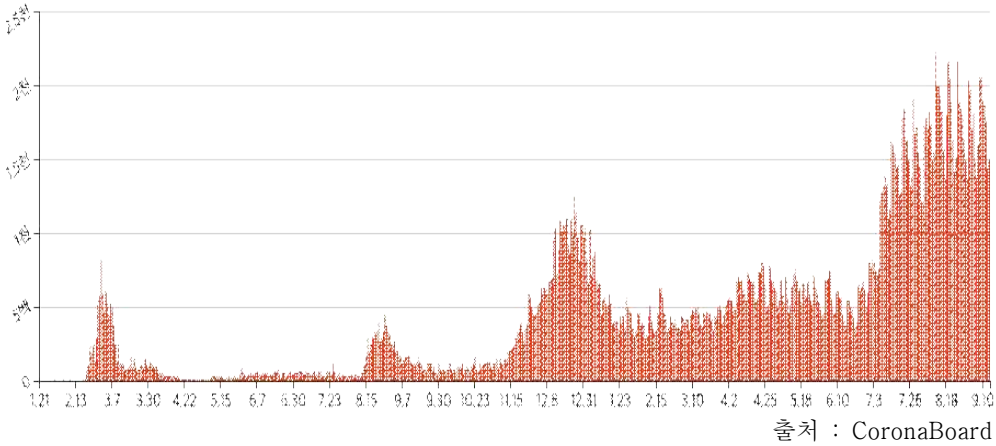
제 3 장 COVID-19과 생활치료센터

제 1 절 COVID-19 현황

2019년 11월 중국 우한시에서 최초로 보고된 감염병 중 하나로 인간과 동물 모두가 감염될 수 있는 인수공통감염병이다. 한국에서는 2020년 1월 20일 1호 감염자가 나타났으며 감염성이 높고 감기 등 일반적인 감염병에 비해 높은 치명률을 기록해 세계보건기구(WHO)는 3월 11일에 범유행감염병(pandemic)임을 선언했다. 이탈리아와 같이 COVID-19의 확산이 심화된 국가는 봉쇄(lockdown) 등 극단적인 조치를 단행하기도 했다. 이렇듯, COVID-19은 사회 시스템과 개인의 행위 등에 폭넓은 영향을 끼치고 있다.

한국은 2021년 9월까지 총 4번의 대유행 위기가 있었다. 1차 대유행은 2020년 2월 대구-경북에서 나타난 신천지 중심의 확산이었다. 이후 8월에는 수도권 첫 유행인 사랑제일교회에서 유발된 2차 대유행이 일어났다. 2020년 11월부터 시작된 3차 대유행은 이전과 달리 전국적으로 동시다발적인 집단감염이 나타났으며 4차 대유행은 기존의 바이러스보다 전파력이 높은 델타 변이 등 다양한 원인을 통해 7월부터 이어지고 있다.

<그림 3-1> 한국 COVID-19 일별 확진자 추이



출처 : CoronaBoard

제 2 절 생활치료센터에 대한 소개

1. 생활치료센터의 정의

(1) 운영목적과 목표

생활치료센터는 “감염병이 대량으로 발생했을 때 감염병 환자를 중증도에 따라 효과적으로 치료하고, 감염병의 추가적인 확산을 방지하며, 의료체계를 정상화하기 위함”이라는 목적으로 설립되었다(중앙사고수습본부, 2021). 또한 입소자 및 제외대상자는 COVID-19 대응지침의 개정에 따라서 변경될 수 있지만, 기본적으로는 경증 이하 혹은 의료적인 조치의 필요성이 낮은 환자를 중심으로 입소하게 된다. 이는 COVID-19 초기 확산의 특징이 경증을 중심(경증:81%/중증:14%/위중:5%)으로 이루어졌기 때문이다(중앙재난안전대책본부, 2020.03.01.).

(2) 설치근거

보건복지부장관과 시 · 도지사 및 시장 · 군수 · 구청장은 감염병 환자가 대량으로 발생하여 위기경보가 경계 혹은 심각[4]이거나 감염병 발생이 관리병원으로 충족되지 않는 경우 생활치료센터를 설치할 수 있다. 이에 대한 가장 직접적인 법적 근거는 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률」 제 38

---

4) 제38조(위기경보의 발령 등)

① 재난관리주관기관의 장은 대통령령으로 정하는 재난에 대한 징후를 식별하거나 재난발생이 예상되는 경우에는 그 위험 수준, 발생 가능성 등을 판단하여 그에 부합되는 조치를 할 수 있도록 위기경보를 발령할 수 있다. 다만, 제34조의5제1항제1호 단서의 상황인 경우에는 행정안전부장관이 위기경보를 발령할 수 있다. <개정 2017. 7. 26.>

② 제1항에 따른 위기경보는 재난 피해의 전개 속도, 확대 가능성 등 재난상황의 심각성을 종합적으로 고려하여 관심、주의、경계、심각으로 구분할 수 있다. 다만, 다른 법령에서 재난 위기경보의 발령 기준을 따로 정하고 있는 경우에는 그 기준을 따른다.

③ 재난관리주관기관의 장은 심각 경보를 발령 또는 해제할 경우에는 행정안전부장관과 사전에 협의하여야 한다. 다만, 긴급한 경우에 재난관리주관기관의 장은 우선 조치한 후 지체 없이 행정안전부장관과 협의하여야 한다. <개정 2017. 7. 26.>

④ 재난관리책임기관의 장은 제1항에 따른 위기경보가 신속하게 발령될 수 있도록 재난과 관련한 위험정보를 얻으면 즉시 행정안전부장관, 재난관리주관기관의 장, 시、도지사 및 시장、군수、구청장에게 통보하여야 한다. <개정 2017. 7. 26.>

[전문개정 2016. 1. 7.]

조(감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등)[5]이다. 특히, 제37조 제1항 제2호에서는 기존 병원 이외에 대안적으로 진료소 등을 설치할 수 있는 근거를 규정하고 있다.

그리고 「감염병의 예방 및 관리에 관한 법률 시행규칙」 제31조(감염병관리시설 등의 설치 기준 등)[6] 제1항 제2호에서는 「의료법 시행규칙」 제34조[7]를 근거로 하여 생활치료센터가 갖추어야 하는 기준에 대해서 규정하고 있다. 이는 거꾸로 말하면 중앙사고수습본부 등에서는 생활치료센터를 '격리소ㆍ요양소'로 규정하고 있음을 유추할 수 있다.

---

5) 제37조(감염병위기 시 감염병관리기관의 설치 등)
① 보건복지부장관, 질병관리청장, 시ㆍ도지사 또는 시장ㆍ군수ㆍ구청장은 감염병환자가 대량으로 발생하거나 제36조에 따라 지정된 감염병관리기관만으로 감염병환자등을 모두 수용하기 어려운 경우에는 다음 각 호의 조치를 취할 수 있다. <개정 2010. 1. 18., 2020. 8. 11.>
1. 제36조에 따라 지정된 감염병관리기관이 아닌 의료기관을 일정 기간 동안 감염병관리기관으로 지정
2. 격리소ㆍ요양소 또는 진료소의 설치ㆍ운영
② 제1항제1호에 따라 지정된 감염병관리기관의 장은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 감염병관리시설을 설치하여야 한다. <개정 2010. 1. 18.>
③ 보건복지부장관, 질병관리청장, 시ㆍ도지사 또는 시장ㆍ군수ㆍ구청장은 제2항에 따른 시설의 설치 및 운영에 드는 비용을 감염병관리기관에 지원하여야 한다. <개정 2010. 1. 18., 2020. 8. 11.>
④ 제1항제1호에 따라 지정된 감염병관리기관의 장은 정당한 사유없이 제2항의 명령을 거부할 수 없다.
⑤ 보건복지부장관, 질병관리청장, 시ㆍ도지사 또는 시장ㆍ군수ㆍ구청장은 감염병 발생 등 긴급상황 발생 시 감염병관리기관에 진료개시 등 필요한 사항을 지시할 수 있다. <신설 2015. 7. 6., 2018. 3. 27., 2020. 8. 11.>

6) 제31조(감염병관리시설 등의 설치 기준 등)
① 법 제36조제3항 및 법 제39조에 따른 감염병관리시설, 격리소ㆍ요양소 또는 진료소의 설치 기준은 다음 각 호와 같으며, 그 밖의 세부 사항은 질병관리청장이 정한다. <개정 2015. 11. 18., 2016. 6. 30., 2020. 9. 11., 2020. 10. 7.>
1. 감염병관리시설: 다음 각 목의 구분에 따른다.
가. 300개 이상의 병상을 갖춘 감염병관리기관: 별표 4의2의 기준에 적합한 음압병실을 1개 이상 설치할 것
나. 300개 미만의 병상을 갖춘 감염병관리기관: 외부와 격리된 진료실 또는 격리된 병실을 1개 이상 설치할 것
2. 격리소ㆍ요양소:「의료법 시행규칙」제34조에 따른 의료기관의 시설 기준 중 의원에 해당하는 시설을 갖추거나 임시숙박시설 및 간이진료시설을 갖출 것
3. 진료소:「의료법 시행규칙」제34조에 따른 의료기관의 시설 기준 중 의원에 해당하는 시설을 갖추거나「지역보건법」제13조에 따른 보건지소일 것
② 삭제 <2016. 1. 7.>

7) 제34조(의료기관의 시설기준 및 규격) 법 제36조제1호에 따른 의료기관의 종류별 시설기준은 별표 3과 같고, 그 시설규격은 별표 4와 같다.

2. 생활치료센터 현황 및 운영

(1) 생활치료센터 설치

보건복지부 장관 및 각 지방자치단체장은 생활치료센터의 적절한 시설을 확보하고 운영조직과 인력을 구성하여 자원을 확보한다(중앙사고수습본부, 2021). 그 설치유형은 크게 중앙형과 지자체형으로 구분된다. '중앙형'은 감염병특별관리지역으로 지정되었거나 인접한 지역의 감염자를 권역별로 격리 및 치료하기 위한 경우, 지역을 특정하기 어려운 경증 감염병 환자의 격리가 필요한 경우 등에 보건복지부 장관이 설치 및 운영하는 형태이다. '지자체형'은 특정 관할 지역에서 발생한 환자를 격리하기 위해 각 지방자치단체장이 설치 및 운영하며 보건복지부가 감독·지원을 실시하는 유형이다.

이에 따른 시설확보는 우선 감염예방, 폐기물 관리 등 생활치료센터를 점검·지도할 수 있는 전문가 집단[8]을 구성하여 실제 현장을 점검하고 효과적인 업무수행이 가능한 시설을 결정한다. 시설의 입지와 관련해서는 도심 및 주거시설과 일정한 거리가 분리된 시설이어야 하고 건물 내부에 격리 및 근무시설을 별도의 건물로 구성할 수 있는 시설이 우선된다. 이렇게 확보된 시설은 인근 지역주민에게 설치를 설명하고 민간시설이용 등에 대한 임대료 등 비용이 발생하는 경우에는 시설을 관리하는 주체와 협약서를 작성하게 된다.

8) 시설확보를 위한 전문인력은 직접적인 관계 시설 접촉을 위한 지자체 공무원, 시설 및 협업 전문가, 감염관리를 위한 방역대책본부 조사관 등 관계자(중앙형) 혹은 관할 지자체 역학 조사관(지자체형), 폐기물 관리를 위한 환경부 담당자, 안전관리를 위한 소방청 담당자 등으로 구성된다.

<그림 3-2> 생활치료센터 설치 절차

병원 외 격리시설 필요
⇩
생활치료센터 설치결정 (복지부 및 지자체)
⇩
시설/인력/자원 확보
- 격리 및 근무자 시설 - 합동지원단[9] 및 인력구성 - 협력병원 지정 - 방역 보급물품 등에 대한 예산확보
⇩
생활치료센터 설치
- 합동지원단 구성 - 격리 및 근무환경 조성 - 동선분리 및 안전점검 - 지원물품 준비

출처 : 중앙사고수습본부(2021) 재구성

(2) 생활치료센터 운영

생활치료센터의 본격적인 운영에 앞서 합동지원단은 시설·조직·일정표·물품 등에 대한 사항을 운영계획으로 작성하여 이를 개소 2일 전까지 보건복지부와 시·도에 제출한다. 또한 의료지원반은 근무투입 전 합동지원단 구성원을 대상으로 PCR 검사를 실시한다. 이후 생활치료센터 개소에 따른 전반 운영과정을 도식화하면 아래 <그림 3-3>과 같다.

9) 합동지원단은 생활치료센터를 실제로 운영하기 위한 실무조직으로 안전관리, 의료지원, 생활지원 등을 위해 중앙부처와 지자체, 의료기관 등에 소속된 인력을 파견하는 형식으로 구성한다. 그리고 이에 따른 권장인력 수는 입소자의 규모에 따라서 달라지는데, 입소자가 100명 미만인 경우에는 36~37명, 100~200명인 경우에는 44~60명, 200~300명인 경우에는 56~80명으로 결정된다.

<그림 3-3> 생활치료센터 운영 과정

절차	내 용	담당기관
환자배정	- 경증환자 분류, 격리실 배정 요청, 환자정보 제공	중수본/시 · 도 환자관리반
	- 격리실 배정 협의 및 환자정보 확인	생활치료센터
	⇩	
입소준비	- 환자 기본정보 확인 - 격리실 배정 - 격리실 환경조성 - 환자이송 요청	생활치료센터
	⇩	
이송	- 환자이송	시 · 군 · 구
	⇩	
입소	- 격리실 입소 - 기초문진 및 건강상태 확인 - 생활치료센터 생활안내	생활치료센터
	⇩	
격리 및 관리	- 일일 건강상태 확인 - 일일 생활지원 - 청소 · 소독 · 폐기물 철 - 안전 및 질서유지	생활치료센터
	⇩	
검사	- 검체채취 및 검사의뢰 - 퇴소기준에 따라 계속 격리 · 관리 혹은 퇴소	생활치료센터
	⇩	
퇴소	- 퇴소교육 및 퇴소조치 - 격리실 청소 · 소독 · 폐기물 관리 - 퇴소자 명단 통보(주소지 보건소)	생활치료센터

출처 : 중앙사고수습본부(2021) 재구성

1) 입소

입소 전 가장 먼저 환자가 생활치료센터에 적합한가를 판단하는 '대상자 선정 및 배정' 단계를 거친다. 시 · 도/중앙사고수습본부 환자관리반은 감염자의 중증도[10]를 분류하고 병상 현황 등을 확인하여 환자를 배정하게 된다. 혹은 입원한 확진환자 중 퇴원기준을 충족한 경우 담당의사가 추가적인 격리가 필요하다고 판단하면 생활치료센터로 전원될 수 있다. 대상자로 선정된 감염자는 관할 지자체로부터 신분증 등에 대한 제반 준비사항을 안내받게 된다.

입소 당일 '이송 및 입실' 단계에서는 시 · 군 · 구의 이송 담당자 혹은 구조구급 책임자를 통해서 1인 개별이송을 실시한다. 하지만 개별이송이 불가능한 경우에는 감염 위험성 등을 고려하여 거리두기 및 소독 등 조치를 통해 다인을 이송한다. 이후 생활치료센터에 도착한 입소자들은 객실을 배정받는다. 객실은 기본 1인 1실이지만 입소대기 등으로 인해 2인 1실 등 다인실 배정이 가능하다. 2인 1실 이상 다인실 배정은 동일집단에 대해 제한적으로 이루어지기 때문에 무증상 여부, 가족 등 상황을 고려하여 시행한다.[11]

2) 격리 및 관리

입소기간 중 관리사항으로는 크게 생활지원과 의료지원으로 나눌 수 있다. 생활지원은 입소자들이 필요한 물품 등에 대한 공급과 질서유지 및 보안으로 구성된다. 우선 생활지원은 각 객실 별로 바구니 등을 활용하여 매일 지원 물품을 배포한다. 해당 과정에서는 사전에 안내방송 등으로 공지하여 근무자와 입소자가 접촉하지 않도록 조치한다. 식사는 매일 포장된 도시락을 통해 3식이 제공되며 생수의 경우에는 센터의 사정에 따라 매일 혹은 매주 제공하도록 한다. 그리고 이에 따른 생활 폐기물은 객실

10) 일반적으로 '고위험군' 환자의 경우에는 의료기관의 병상입원을 우선하지만 생활치료센터에 입소할 수 있다. 고위험군은 65세 이상이거나 당뇨 등 만성기저질환자, 실내 공기로 산소포화도 90 미만으로 초기 산소치료가 필요한 경우, 임산부 · 투석환자 등 특수한 경우에 해당한다.

11) 2인 이상 집단 격리를 위해서는 입소자 침대의 간격은 2m 이상으로 유지해야 하며 만약 거리두기가 불가능한 경우 커튼 등을 활용하여 간이벽을 만들어 활용한다.

에 쌓이지 않도록 매일 혹은 매주 봉투를 제공하여 배출할 수 있도록 한다. 이외에도 택배 등 격리 중 생활에 필요하거나 센터에서 충분히 제공할 수 있는 물품 등에 대해서는 배포할 수 있다. 또한 센터에 따라서는 생활 유지에 필요한 물품 이외에도 금연클리닉, 운동프로그램, 심리지원 프로그램 등을 통해 생활치료센터 격리 중 입소자들이 느낄 수 있는 불편함에 대응한다.

질서 및 보안유지를 위해서는 CCTV를 격리시설 및 센터 내 설치하여 상황실에서 지속적으로 관찰한다. 관찰사항을 바탕으로 환자가 이탈 등 행동을 실시할 경우 안내방송 등을 통해 통제한다. 그리고 외부인의 출입통제 등을 위해서 센터의 주요 출입구에는 경찰 등 보안인력을 24시간 교대근무로 배치한다.

생활치료센터 의료지원은 가장 기본적으로 일 2회 이상 입소자의 체온 등 생체징후(vital sign)을 확인하고 이를 기록하는 것을 기반으로 한다. 즉, 입소자는 오전과 오후 스스로 체온을 측정하고 호흡기 증상 유무 등을 관찰하여 어플리케이션 등을 통해 보고해야 하는 것이다. 이에 따라 의료팀이 입소자들의 건강상태를 주기적으로 확인하여 이상이 발견된 경우에는 유선으로 증상에 대해서 확인하고 조치한다.[12] 그리고 생활치료센터는 응급환자 발생 등 돌발상황에 대응하기 위해 의사 1인, 간호사 1인, 구급대원 1인 등으로 구성된 신속대응팀을 운영하기 때문에 응급상황이 발생하면 전원 등 조치를 하게 된다.

3) 퇴소

생활치료센터 퇴소를 위해서는 우선 격리해제를 위한 요건 중 하나를 충족해야 한다. 「코로나바이러스감염증-19 대응 지침(지자체용 10-1판)」(중앙방역대책본부, 2021)의 자가격리 해제 기준에 따르면 아래 <표 3-1>과 같다.

---

12) 생활치료센터 입소 전 개인 복용 의약품은 지참이 권고되지만 부족 등의 상황이 나타나면 의료진이 수기 처방전을 발급하거나 대리처방을 실시할 수 있다. 그리고 이외 소화제 등 센터가 구비하고 있는 일반의약품은 문 앞에 상시 전달하거나 식사 등 물품제공시 함께 지급한다.

<표 3-1> 확진환자 격리해제 기준

○ 무증상 확진환자 격리해제 기준
• 임상경과 기반
- 기간 : 확진일로부터 10일 경과 - 증상 : 이 기간 동안 임상증상 미발생
• 검사 기반
- 검사 : PCR 검사 결과 24시간 이상의 간격으로 연속 2회 음성 - 증상 : 확진 후 임상증상 미발생
○ 유증상 확진환자 격리해제 기준
• 임상경과 기반
- 기간 : 증상 발생 후 최소 10일 경과 - 증상 : 최소 24시간 동안 해열 치료 없이 발열이 없고 임상증상이 호전되는 추세
• 임상경과 기반 : 위중증 단계에 해당하거나 해당한 적이 있는 경우
- 기간 : 증상 발생 후 최소 10일 경과 - 증상 : 최소 48시간 동안 해열 치료 없이 발열이 없고 임상증상이 호전되는 추세
• 검사기반
- 검사 : PCR 검사 결과 24시간 이상의 간격으로 연속 2회 음성 - 증상 : 해열 치료 없이 발열이 없고 임상증상이 호전되는 추세

출처 : 중앙방역대책본부(2021) 재구성

이 외에도 2인 이상이 객실을 사용하여 1차 PCR 결과입소자 간 결과가 다른 경우에는 2회 연속 음성이 확인된 입소자가 먼저 퇴소하게 된다. 하지만 가족 동반 격리 등의 이유로 부득이 동시 퇴소를 요청하는 경우에는 입소자 전원이 격리해제 조건을 충족하는 경우에 퇴소를 할 수 있다. 특히, 입소 당시 음성이었던 보호자 신분의 동반 입소자는 자녀가

퇴소 조건을 충족한다면 예정 퇴소인 1일 전 PCR 검사를 실시하여 음성이 확인되면 동반 퇴소가 가능하다.

퇴소 시 생활치료센터 근무자는 환자의 격리해제에 관한 사항을 기록지에 명시하고 이를 실거주지 관할 보건소에 이를 통보한다. 또한 퇴소 준비사항과 교통편 등을 안내함과 동시에 마스크, 소독용 알코올 등 퇴소물품을 전달한다. 퇴소자는 개인 물품을 소독하거나 폐기하고 샤워 후 환복을 하고 배부받은 보호구를 착용한다.

(3) 생활치료센터 현황

생활치료센터는 2020년 3월 1일 중앙재난안전대책본부 정례브리핑을 통해 처음 공식적으로 언급되었다. 입원치료의 필요성이 낮으나 전파 차단 등 모니터링을 목적으로 격리가 필요한 경우 국가운영시설 등을 활용하여 설치 및 운영하는 것을 골자로 하였다. 이는 신천지 등으로 대구지역에서 나타난 급격한 지역감염 때문이었다. 따라서 최초의 생활치료센터는 대구시 소재의 중앙교육연수원을 활용한 '대구1 생활치료센터'[13]이다.

2021년 9월 10일 기준, 생활치료센터는 총 88개소 19,905병상이 확보되어 있으며 54.3%의 가동률로 9,088병상이 여석으로 남아있다(중앙사고수습본부, 2021.09.10.). 수도권에 위치한 생활치료센터는 중앙사고수습본부가 운영하는 10개소와 지방자치단체가 운영하는 49개소로 이루어져 있으며, 비수도권은 총 29개소가 운영 중이다.

13) '대구1 생활치료센터'는 현재 '대구중앙1센터'로 그 명칭이 변경되었다. 센터에는 최대 160명의 환자가 입소할 수 있으며 행정안전부, 국방부, 보건복지부, 대구관역시 등 유관기관이 정부합동지원단을 구성하였다. 그리고 연계의료기관인 경북대학교 병원 의료팀 17명이 배치되었다(중앙재난안전대책본부, 2020.03.02.).

<표 3-2> 생활치료센터 역량과 가동률

구 분		보 유 (석)	가 용 (석)	가 동 률 (%)
수도권	중수본	13,058	4,634	64.51
	서울	3,088	1,392	54.92
	경기	3,877	1,119	71.14
	인천	959	243	74.66
비수도권	중수본	6,003	4,113	31.48
	강원	844	341	59.60
	충청	326	200	38.65
	호남	1,102	677	38.57
	경북	700	351	49.86
	경남	1,206	874	27.53
	제주	2,317	1,716	25.94
전국		19,905	9,088	54.34

출처 : 중앙사고수습본부(2021.09.10.) 재구성

그리고 2021년 6월 30일 기준 생활치료센터의 운영기간과 그 정원, 입소누적 등 그 실적은 아래 <표 3-3>과 같다. 최근에는 COVID-19의 지역사회 확산이 심각해지면서 생활치료센터의 지정과 활용이 더욱 확대되었다. 해당 자료는 생활치료센터의 활용 수준 등을 확인하기 위한 참고자료로 간주할 수 있다.

<표 3-3> 생활치료센터 역대 운영 현황

2021.06.30. 기준

지정 기관	센터명	운영기간		정원	입소누적
		개소일	종료일		
중수본	제1중앙센터	20.12.15	21.3.19	330	721
	제2중앙센터	20.12.18	21.1.19	434	96

지정 기관	센터명	운영기간		정원	입소누적
		개소일	종료일		
	제3중앙센터	20.12.21	21.1.26	136	147
		20.4.19	21.6.21		
	제5중앙센터	20.12.19	운영중	89	1409
	제6중앙센터	20.12.20	운영중	90	1817
	제7중앙센터	20.12.24	21.1.20	340	109
	경기수도권1센터	20.6.16	21.1.19	111	1900
		21.3.19	운영중		
	경기수도권2센터	20.6.02	운영중	263	4219
	충청중앙3센터	20.9.8	21.3.30	482	1599
	충청권4센터	21.4.14	운영중	168	602
	호남중앙1센터	20.11.25	21.3.24	84	308
	호남권2센터	21.4.21	21.6.11	144	59
	경남중앙1센터	20.11.30	운영중	170	1,694
	경남권2센터	21.4.21	운영중	400	1300
	경북중앙1센터	20.12.8	21.1.31	108	249
	경북중앙2센터	20.12.8	21.1.31	350	774
	대구중앙1센터	20.3.2	20.4.30	120	769
		21.12.24	21.2.18		
		21.06.09.	운영중		
	경북대구1센터	20.3.4	20.4.30	210	254
	경북대구2센터	20.3.3	20.4.16	235	390
	경북대구3센터	20.3.5	20.4.10.	99	118
	경북대구4센터	20.3.5	20.3.30	104	70
	경북대구5센터	20.3.6	20.4.16	47	82
	경북대구7센터	20.3.9	20.4.24	310	392
	경북대구8센터	20.3.10	20.4.20	280	310
	충남대구1센터	20.3.6	20.3.26	300	321
	경북중앙1센터	20.3.5	20.4.25	55	104
	대구중앙2센터	20.3.9	20.3.27	365	374
	충북대구1센터	20.3.8	20.4.5	136	130
	충북대구2센터	20.3.9	20.3.29	124	173
	전북대구1센터	20.3.11	20.4.7	183	170
	충북대구3센터	20.3.12	20.4.8	179	213
	충북대구4센터	20.3.13	20.4.10	232	247
	경기국제1센터	20.3.15	20.7.1	45	104
	경기국제2센터	20.3.27	20.5.15	200	116

지정 기관	센터명	운영기간		정원	입소누적
		개소일	종료일		
	충청중앙1센터	20.6.29	20.10.9	240	666
	충청중앙2센터	20.9.1	20.10.23	360	12
서울시	서울시1센터	20.6.4	운영중	118	2,454
	서울시2센터	20.3.16	운영중	302	4,235
	서울시8센터	20.9.7	21.1.27	212	1,524
		21.4.19	운영중	209	
	서울시3센터	20.8.25	운영중	167	2,382
	서울시4센터	20.9.15	운영중	204	2,306
	서울시9센터	20.8.27	21.1.21	217	859
	서울시5센터	20.9.1	운영중	247	3,179
	서울시6센터	20.8.22	운영중	124	1,872
	서울시7센터	21.1.14	운영중	156	1,267
	서울시10센터	20.12.8	21.1.22	334	597
	서울시11센터	20.12.17	21.2.10	250	312
	서울시12센터	20.12.20	21.2.28	48	149
	서울시13센터	20.12.29	21.1.20	314	74
	서울시14센터	20.12.30	21.2.19	520	377
	서울시15센터	21.1.7	21.1.31	316	82
	서울시 자치구 1센터	20.12.10	운영중	234	988
	서울시 자치구 2센터	21.1.8.	운영중	259	753
	서울시 자치구 3센터	20.12.21	21.2.15	61	83
	서울시 자치구 4센터	20.12.14	21.2.27	165	288
	서울시 자치구 5센터	20.12.18	21.1.14	30	59
	서울시 자치구 6센터	20.12.10	21.2.15	96	205
	서울시 자치구 7센터	20.12.10	21.1.8	23	36
	서울시 자치구 8센터	20.12.16	21.2.11	49	113
	서울시 자치구 9센터	20.12.21	21.2.17	38	144
	서울시 자치구 10센터	20.12.21	운영중	155	1336
	서울시 자치구 11센터	20.12.8	21.3.7	46	266
	서울시 자치구 12센터	20.12.17	21.2.11	35	139
	서울시 자치구 13센터	20.12.12	21.2.12	124	201
	서울시 자치구 14센터	20.12.16	21.3.10	63	258
	서울시 자치구 15센터	20.12.14	21.2.11	47	175
	서울시 자치구 16센터	20.12.24	21.3.19	131	221
	서울시 자치구 17센터	20.12.14	21.2.17	62	142
	서울시 자치구 18센터	20.12.17	21.2.11	95	141

지정 기관	센터명	운영기간		정원	입소누적
		개소일	종료일		
	서울시 자치구 19센터	20.12.10	21.2.14	144	452
		21.5.31	운영중		
	서울시 자치구 20센터	20.12.14	21.3.13	40	223
	서울시 자치구 21센터	20.12.17	운영중	145	1542
	서울시 자치구 22센터	20.12.16	운영중	83	782
	서울시 자치구 23센터	20.12.18	운영중	69	1144
	서울시 자치구 24센터	20.12.17	21.2.13	43	159
	서울시 자치구 25센터	20.12.18	21.2.4	77	183
경남	경상남도1센터	20.12.27	21.2.21	154	109
경북	경상북도1센터	20.3.10	20.4.17	79	64
	경상북도2센터	20.3.5	20.4.14	55	86
	경상북도3센터	20.8.24	20.9.20	55	19
	경상북도4센터	21.2.1	21.6.01	55	0
	경상북도5센터	20.3.12	20.4.7	313	191
	경상북도6센터	20.3.4	20.3.17	27	29
	경상북도7센터	20.3.4	20.3.17	26	15
	경상북도8센터	20.3.8	20.3.28	20	8
	경상북도9센터	20.3.7	20.3.22	20	6
	경상북도10센터	20.3.10	20.3.20	20	20
	경상북도11센터	20.12.30	21.1.8	200	0
전북	전라북도1센터	20.12.6	21.1.25	110	121
전남	전남광주1	20.8.29	20.9.27	83	35
제주도	제주도1센터	20.12.30	21.4.30	200	11
	제주도2센터	21.5.1	운영중	99	56

출처 : 보건복지부

제 3 절 생활치료센터의 이해관계자와 갈등

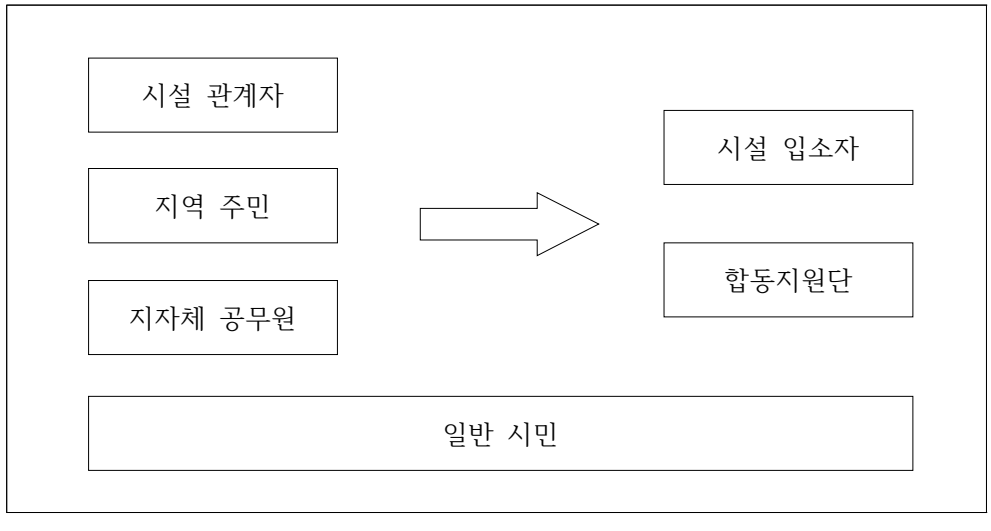
1. 생활치료센터의 이해관계자

정책을 둘러싼 이해관계자(stakeholder)를 파악하는 과정은 해당 정책의 현황과 잠재적 갈등 등 이와 관계된 상황을 파악할 수 있는 단초가

된다. 그리고 제반 관련자에 대한 정리는 현상을 보다 단명하게 이해할 수 있도록 도움을 준다. 이를 위해서 Thompson(1966)은 '스키마타'(schemata)라는 개념을 통해 개인의 태도 유형을 전문가(expert), 관계 공무원(existing authorities), 특수 관계자(special interest), 계급 이익자(class interest), 일반인(the uninformed) 등으로 구분하였다.

생활치료센터는 급속도로 확산된 정책이며 민간의 자원을 적극적으로 활용한 사례이기 때문에 그 이해관계자가 다소 광범위하게 존재한다. 우선, 감염병은 사회구성원 모두에게 잠재적인 위협으로 다가갈 수 있기 때문에 일반 시민들은 생활치료센터를 둘러싼 가장 광의의 이해관계자로 상정할 수 있다. 그리고 생활치료센터의 지정에 있어서는 해당 시설을 기존에 운영하고 있던 시설관리자 혹은 소유자, 인근 지역주민, 지방자치단체 공무원 등이 관계된다. 또한 운영 간에 있어서는 입소자와 합동지원단 구성원이 중심이 되며, 더 나아가서는 그 가족들까지도 포함할 수 있다. 그리고 Thompson의 유형화를 대입하면 생활치료센터의 관계자는 크게 합동지원단 등 전문가, 공무원, 지역주민과 시설 관계자인 특수 관계자, 일반인으로 묶을 수 있다.

<그림 3-4> 생활치료센터의 주요 이해관계자



2. 생활치료센터를 둘러싼 갈등양상

생활치료센터의 지정과 이에 따른 설치과정에서 나타난 갈등의 가장 대표적인 사례는는 '경기대 기숙사 생활치료센터 지정'으로 볼 수 있다. 이는 COVID-19 3차 대유행으로 인해 2020년 12월 14일 0시 기준 경기도내 병상은 총 61개만 활용할 수 있게 되어 그 가동률이 80% 수준에 달했다. 이에 따라 이재명 경기도지사는 「감염병 예방법」 49조 1항 등을 근거로 경기대학교 기숙사를 긴급 동원하기로 결정하고 기숙사 1,000실 중 500실을 우선적으로 활용한다는 계획을 발표했다.

하지만 기존 기숙사 퇴실 기한이 18일로 사전에 예고되었던 점, 생활치료센터 결정 등을 대학이 아닌 언론을 통해서 접하게 되면서 학생들은 혼란을 겪게 되었다. 에브리타임 등 경기대학교 커뮤니티에서는 시설 결정과 퇴실조치가 부당하다는 의견이 제기되었고, 총학생회 등도 학생들의 입장을 반영하여 입장문을 발표하였다.

경기도는 설명자료(경기도, 2020.12.16.)를 통해 경기대 측과의 협의과정 등을 공개하였으며, 14일 이재명 경기도 지사는 현장을 방문하여 경기대 총장 및 총학생회장 등 학내 구성원과 면담을 가졌다. 이에 따라 기존 15일로 예정되었던 경기대 생활치료센터 전환는 17일부터로 변경되었으며, 체류 희망학생은 수원 보훈교육연구원으로 이동하게 되었다.

해당 사례는 국가적 재난상황에서 민간자원의 활용으로 인한 갈등을 보여주고 있다. 특히, 행정청이 보인 '선조치 후보고'의 권위주의적 행태로 인해 나타나는 혼란과 충돌의 모습을 확인할 수 있었다[14]. 하지만 이후 2021년 7월 8일 경기도는 경기대학교 기숙사를 생활치료센터로 재지정하면서 다시 한 번 갈등이 재점화되었다. 4차 대유행이 이미 예측된 시점에 사전 협의가 충분히 이루어지지 못하는 실수를 다시 반복하는 경기도에 대해서 경기대 총학생회 등은 깊은 유감을 표현하기도 했다.

서울시립대 등 전국의 대학 기숙사들이 생활치료센터로 지정되는 사례

---

14) 하지만 경기대 기숙사 지정 과정에서 나타난 갈등에는 가짜뉴스와 갈등을 부각시킨 얼론의 행태에 대한 지적도 끊임없이 나왔다. 이는 실제 결정과정에서의 갈등과 반목이 증폭되었을 가능성이 있음을 뜻한다.

들이 나타나고 있으며 많은 대학에서 지자체의 일방적인 통보 등으로 인한 불만이 제기되고 있다. 이외에도 충청권에서는 생활치료센터 설치에 대한 주민들의 반대로 공청회를 개최하기도 했으며, 경북 경산시에서는 인근 주민들의 반발에 시장 등이 진화에 나섰으나 최종적으로 지정 취소로 결정되었다.

제 4 절 생활치료센터에 관한 기존 연구

2020년 3월 처음 등장하여 증감을 이어온 생활치료센터는 그 시기적 문제와 연구에 대한 현실적인 제약 등으로 인해 다양한 연구가 수행되지는 않았다. 하지만 생활치료센터의 현황과 입소자의 심리적 측면에 대해서는 일부 연구가 이루어져 왔다.

우선, 김석만 외(2021)는 경기 국제 2 생활치료센터의 입소자가 가지는 개인적인 특성을 중심으로 하여 생활치료센터의 운영 상황과 생활치료센터가 가지는 의의를 파악하고자 하였다. 김태석 외(2021)의 경우에도 생활치료센터의 형성과정을 시간순으로 정리하여, 생활치료센터가 가지고 있는 문제점과 개선방안을 논의하였다. 이외에도 COVID-19이 처음으로 집단 발병한 대구지역에서 생활치료센터가 극단적인 감염환자 발생을 억제하였다는 연구도 있다(Kim & Min, 2020).

현황 등과 더불어 생활치료센터를 대상으로 하는 연구는 입소자의 심리적 요소에 주목하는 경향이 있었다. 정재휴 외(2021)는 생활치료센터에 입소한 양성 판정자 15명을 대상으로 하여 삶의 질 변화 등에 대한 요소들을 질적으로 분석하고자 하였다. 실제로 생활치료센터에서 간호사로 근무하면서 생활치료센터가 가지는 성과와 더불어 격리대상자의 자유와 자기결정권의 제한을 지적하는 경우도 있었다(김단비, 2021)

제 4 장 연구설계

제 1 절 Q 방법론의 적용

1. Q 방법론 개요

Q 방법론은 주관성 간 차이를 전제로 응답한 주관성 사이의 유사한 패턴을 추출하여 유사한 주관성을 축약해 표현하는 방법이다(은종환 외, 2020). Q 방법론은 요인분석의 방법을 활용한다는 점에서 연구자의 자의적 분류로 인한 편향과 비객관성의 문제를 해결할 수 있게 된다(Brown, 1980). 하지만 이를 거꾸로 말하면, Q 방법론은 시점과 응답자가 처한 상황에 따라 서로 다른 주관성을 드러낸다는 점에서 불확정적이다(Kim, 2010). 이는 Q 방법론이 '외부로부터 설명'하는 방식이 아니라 '내부로부터 이해'하는 접근방법이기 때문에 발생하는 특징이다. 현상학에서의 초월과 환원의 방법은 주관적 근거를 갖지 못하고 주관적인 해석에 머무를 수 있다는 문제점을 Q 방법론은 집합이론과 요인분석 등을 통해 이를 최소화시키고자 한다(김헌수 외, 2000).

2. Q 방법론의 절차

본 연구는 기본적으로 Q 방법론을 분석방법으로 채택하였기 때문에 Q 진술문의 작성, 연구대상자(P sample)선정, Q 분류(Q sort), 요인분석, 자료의 해석 순으로 이루어진다(김순은, 2016).

(1) 진술문 작성

Q 방법론의 진술문은 인간의 상황(human situation)을 왜곡하지 않고 과학적 설명이 가능하도록 구성하여 '정신 속성의 다양한 상황'을 다룰 수 있도록 설계되어야 한다. 진술문은 주로 문헌연구와 면접에 크게 의존하

나, 문헌연구보다는 면접을 통해서 보다 구체적이고 명확한 진술문을 획득할 수 있다. Cassel(1958)은 행복의 척도에 대한 진술문을 제작하기 위해 4,000여개의 진술문을 수집했다. Q 방법론은 전통적인 기법으로 측정하기 어려운 인간의 자작적 주관성을 얻는 과정이기에, Q 표본 작업은 어느 과정보다도 중요하고 어렵다고 할 수 있다(김순은, 2010).

Q 방법론에서 진술문의 수와 관련해서 Kerlinger는 통계적 안정성과 신뢰성을 위해 60~90문항, Schliger(1969)는 55~75문항 정도가 적절하다고 하였다. 그리고 Thomson(1981)은 Q 문항 작성시 필요한 문할 수는 피험자수의 2배보다도 그 문항이 많아야 한다고 주장했다. 따라서 진술문의 수는 요인분석의 기초가 되는 상관계수의 신뢰도를 규정하지만 너무 많은 경우 반응의 신뢰도가 낮아질 우려가 있다. 이에 Q 진술문이 적절하게 구성되었는지를 확인하기 위해서 주제와 관련된 전문가와 Q 방법론의 전문가로부터 자문을 구하는 단계를 거치게 된다.

(2) 연구대상자(P sample) 선정

Q 방법론은 개인간의 차이가 아니라 개인이 가지는 내적 중요성의 차이를 다루는 연구방법론이므로 대상자의 수에 대해서는 이론상 아무런 제한을 받지 않는다. 여기에서 중요한 것은 연구문제와 관련된 견해를 가지고 있다고 여겨지는 대상자를 피험자로 선정해야 한다는 것이다. 따라서 Q 연구에서는 통상적으로 40~60명 정도를 대부분 연구대상자로 선정하게 된다.

물론, 심층적 연구(intensive study)를 통해 1인의 대상자로 연구를 진행하는 경우도 있으나, 본 연구는 생활치료센터라는 범주적 단위를 주제로 설정했기 때문에 다수의 P 표본을 대상으로 하는 포괄적 연구(extensive study)로 시행된다. 그리고 여타 선행연구(Carr, 1989, Lessa, 1994, Parker, 1995)를 고려하여 연구 주제에서 합리적으로 부합하는 공무원, 시민 등을 선정하게 된다.

(3) Q 분류(Q sort)

Q 진술문과 연구대상자가 결정되면 연구자가 연구대상자의 인식, 견해, 가치관 또는 태도를 측정할 수 있는 준비가 완료되면 연구자는 연구의 설계에 따라 작성된 지침을 대상자에게 제시하고 진술문을 분류해줄 것을 요청하게 된다. 즉, Q 분류는 대상자들의 내적 중요성에 대한 차이를 알아보기 위한 과정으로써 자료를 수집하기 위하여 일정 수의 진술문을 카드 등에 인쇄하여 대상자로 하여금 일정한 기준에 따라 분류하도록 하는 단계이다.

제 2 절 Q 연구 설계

<그림 4-1> Q 연구 설계

생활치료센터 쟁점 탐색
⬇
Q 진술문 선정
텍스트 마이닝 / 인터뷰 / 문헌조사
⬇
P 샘플(연구참여자) 선정
⬇
Q 분류

1. Q 진술문의 선정

본 연구에서는 Q 진술문을 보다 과학적이고 심층적으로 확보하기 위해

서 텍스트마이닝(textmining)을 활용한 감정분석을 1차적으로 활용한다. 이를 통해 온라인상에서 생활치료센터에 대해 표현하는 감정어를 습득하여 개괄적인 동향을 포착한다. 이후 생활치료센터 관계자 등을 통해 생활치료센터가 가지고 있는 다양한 층위를 수집하고 이를 종합하여 진술문을 확정한다.

(1) 텍스트마이닝과 감정분석

1) 개념과 정의

텍스트 마이닝은 소셜미디어(social media)의 확산에 따라 급증하고 있는 비정형 데이터를 분석하기 위해 효과적인 방법이다(Kim et al, 2017). 기본적으로 텍스트 마이닝은 구조화되지 않은 텍스트 집합을 통해서 확보한 데이터를 일정한 분류 및 요약 등으로 나타낼 수 있다. 텍스트 마이닝을 활용하면 정형화되지 않은 산개 데이터(scattered data)가 가지는 의미를 추출하고 이에 대한 연계성 등에 대한 분석을 시도할 수 있다.

감정분석(sentiment analysis)은 텍스트 마이닝 기법의 하나로 텍스트를 연구자의 기준에 따라 긍정·중립·부정으로 분류하는 작업이다(이상훈 외, 2016). 단순하게 크롤링된 데이터는 감정어와 비감정어를 동일하게 취급하기 때문에 일정한 분류틀을 통해 해석된 분석은 데이터가 내포하고 있는 의미를 포착할 수 있도록 한다.

2) 분석방법

본 연구에서는 텍스트 마이닝과 감정분석을 하기 위해서 웹기반 프로그램인 텍스톰(TEXTOM)을 활용하였다. 텍스톰은 페이스북, 네이버 카페, 인터넷 기사 등 웹상의 데이터를 수집하여 일괄처리할 수 있는 한국어에 최적화된 빅데이터 분석 플랫폼이다(박상훈, 이희정, 2017). 우선 크롤링을 통해서 추출된 데이터를 통해 네트워크 분석과 분석과정을 실시할 수 있게 된다.

본 연구는 ‘생활치료센터’와 ‘생치’ 중 하나 이상이 포함된 텍스트를 수집

하였으며, 검색기간은 한국에서 첫 확진자가 나온 2020년 1월 20일부터 2021년 9월 3일까지로 설정했다. 수집범위는 네이버(뉴스, 블로그, 카페, 지식인, 웹페이지), 다음(뉴스, 블로그, 카페, 웹페이지), 유튜브(Youtube), 페이스북(Facebook), 트위터(Tweeter)로 여론이 반영될 수 있는 대부분의 커뮤니티를 포함했다.

이후 분석단계에서는 유사단어에 대해 단어를 통합하고 분석상에 불필요한 단어를 삭제하였다. 그리고 수집된 데이터는 텍스톰에서 제공되는 '감정어사전'을 기반으로 연구자가 연구목적에 맞게 일부 조정하여 분류과정을 실시하였다.

<표 4-1> 분석데이터 정보

구분	내용
수집범위	네이버(뉴스, 블로그, 카페, 지식인, 웹페이지) 다음(뉴스, 블로그, 카페, 웹페이지) 유튜브, 페이스북, 트위터
수집기간	2020.01.20. ~ 2021.09.03
수집도구	TEXTOM
키워드	'생활치료센터' 또는 '생치'

3) 분석결과

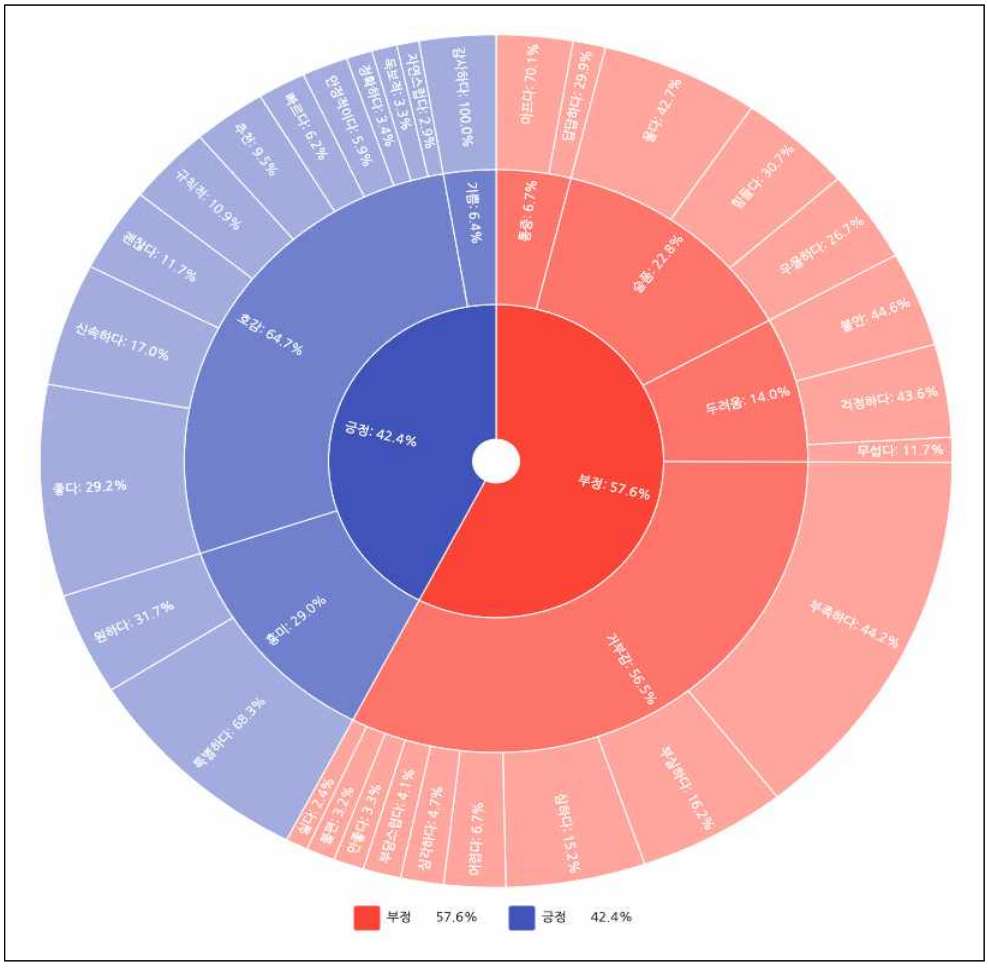
생활치료센터에 대한 키워드 분석 결과 추출된 수집량은 6,475건이며 단어를 빈도순으로 정리하면 <표 4-2>와 같다. 빈도분석 결과 '확진', '환자', '치료', '경증', '격리' 순으로 높은 빈도를 보였으며 '경기도', '경북', '서울' 등 지역적인 키워드가 다수 포진하고 있다는 점에서 시민들이 이에 대한 높은 관심을 기울이고 있다는 점을 알 수 있다. 또한 '부족', '확보', '개소', '설치' 등 생활치료센터 지정에 관련된 단어도 높은 빈도를 보이고 있다.

<표 4-2> 텍스트 마이닝 빈도분석 결과

순위	단어	빈도	순위	단어	빈도
1	코로나	7054	26	서울	616
2	확진	4445	27	확보	615
3	환자	3217	28	양성	614
4	치료	2830	29	부족	543
5	경증	2046	30	개소	514
6	격리	1997	31	설치	484
7	병원	1870	32	기숙사	474
8	병상	1579	33	정부	473
9	뉴스	1489	34	관리	461
10	입소	1361	35	창원대	447
11	생활	1106	36	감염	416
12	퇴소	1096	37	가족	389
13	경기도	927	38	아이	380
14	지역	899	39	의료진	376
15	경북	871	40	이송	365
16	입원	870	41	중증	358
17	무증상	837	42	구호품	354
18	센터	812	43	음성	348
19	증상	760	44	전담	329
20	검사	753	45	연수원	299
21	시설	712	46	수용	296
22	판정	707	47	일상	281
23	의료	700	48	방역	273
24	경남	688	49	확산대비	270
25	대구	680	50	진료	260

수집된 텍스트를 토대로 감성을 분류하면 <그림 4-2>와 같은 원형 자료를 도출할 수 있다. 이를 보면 전반적으로 생활치료센터에 대해서 사람들이 가지는 감정은 '부정'이 우세하며 특히 '부족하다'는 감정이 강하게 자리잡고 있다. 이어서 '울다', '힘들다'와 같은 슬픔, '불안' 등의 두려움 순으로 나타났다. 그리고 긍정적인 영역에서는 '기쁨'이나 '흥미'보다는 '호감'의 표현이 대부분을 차지하고 있다. 이 중 '흥미' 부분에서 '특별하다'라는 표현이 높은 비중을 나타내고 있는 점은 주목할 필요가 있을 것으로 파악된다.

<그림 4-2> 감성분석 결과



(2) 인터뷰 활용

텍스트 마이닝과 감성분석은 생활치료센터를 둘러싼 전반적인 인식과 감정을 파악하기 위해서였다면, 인터뷰는 생활치료센터에 대한 보다 심층적인 영역을 파악하기 위해 활용되었다. 인터뷰 대상은 총 7명으로, 생활치료센터를 경험한 COVID-19 확진경험자 3명, 생활치료센터 근무경험이 있는 의사 2명, 생활치료센터 관계 공무원 2명으로 구성되었다. COVID-19 확산 상황과 인터뷰 당시 병원 등에 체류하고 있는 경우가 있었기 때문에 모든 인터뷰는 전화와 메신저를 통해서 이루어졌다. 평균적인 인터뷰 시간은 30분 내외로 인터뷰 대상자들은 특별한 규제나 유도 없이 자신의 경험과 의견을 자유롭게 표현할 수 있도록 안내되었다.

(3) 진술문 확정

텍스트 마이닝과 관계자 인터뷰를 통해 구성된 진술문은 아래 <표 4-3>과 같다. 항목은 크게 생활치료센터의 지정, 운영, 생활에 대한 부분과 감염병 관리의 측면 그리고 기타 사항으로 구성되었다. 진술문은 총 36개로 실제 조사에서는 순서로 인한 편향을 방지하기 위해 난수생성을 활용하여 배열을 매번 변환하게 된다.

<표 4-3> Q 진술문

항목	내용
센터 지정에 따른 문제 (8)	생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.
	생활치료센터 지정을 받은 기관 또는 시설은 국가적 이익을 위해 가능한 수용해야 한다.
	생활치료센터 지정에 따른 지역주민들의 반발은 납득하기 어렵다.
	정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.
	생활치료센터는 지역주민의 불안을 야기할 수 있기 때문에 교외지역에 개소해야 한다.
	현재 활용되고 있는 공공기관 연수원 대학 기숙사 등 공공자원보다

	호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.
	생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.
	일반시민들에게 생활치료센터에 대한 정보가 충분히 공개되어 있지 않다.
운영의 문제 (7)	지역사회의 민심을 얻기위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.
	생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.
	생활치료센터의 협력병원이 어디인가에 따라 생활 및 의료 프로토콜의 차이가 있다.
	생활치료센터 침상부족시 입소자를 2인 1실로 배치하는 지침은 격리라는 본래 목적을 상실한 판단이다.
	생활치료센터가 위치한 지역 연계병원 규모 등에 따라서 제공되는 물자와 서비스 차이가 크다.
	생활치료센터의 위치 상황 등에 대해서 외부 언급을 자제시키는 것은 입소자들에게 불안감을 심어줄 수 있다.
	지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.
입소자에 대한 처우 (7)	생활치료센터는 호텔 등 기존시설을 활용했기 때문에 병원보다 생활하기에 쾌적하다.
	생활치료센터 격리는 이동이 불가능하고 인적 교류를 할 수 없기 때문에 정신적 고통이 심할 수 있다.
	생활치료센터에서는 입소자들의 정신건강관리를 충분하게 하지 못하고 있다.
	생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들의 불안감을 느낄 수 있다.
	생활치료센터에서 자가진단을 하지 않을 경우 전체방송으로 이름과 호실 등을 언급하는 것은 입소자의 자존감 등을 고려하지 않은 것이다.
	생활치료센터는 방안까지 cctv를 설치하지 않아 개인프라이버시 침해

	가능성이 적다.
	생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당기간 격리되어있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.
감염병 관리의 측면 (9)	생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.
	병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.
	국가의 생활치료센터 입소명령은 개인의 기본권을 과도하게 침해하는 행위이다.
	생활치료센터는 감염병 대규모 확산상황에서 어쩔 수 없는 선택이었다.
	생활치료센터는 코로나에 대응할 수 있는 효과적인 수단이라는 점에서 든든하다.
	생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.
	생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.
	생활치료센터는 감염병 확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.
	향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.
기타 (5)	생활치료센터에 입소할 수 있다는 생각만으로도 우울하고 답답하다.
	언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.
	생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수있다.
	생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.
	만약 COVID-19이 확진되었을 경우, 선택권이 주어진다면 나는 생활치료센터에 입소하고 싶다.

2. P 샘플 선정

Q 방법론 연구에서 P 샘플 선정은 인구통계학적 특성이나 사회적 분포와 동일할 필요는 없으나 일정한 유형의 사람들만 편향적으로 구성되는 것을 경계해야 한다. 따라서 본 연구는 앞서 서술한 생활치료센터의 주요 이해관계자 유형을 통해 전문가, 공무원, 특수 관계인, 일반인으로 그룹을 나눠 생활치료센터와의 관련성 여부에 따라 구분하였다. 이러한 분류는 생활치료센터를 둘러싼 다양한 인식유형을 체계적으로 포함하기 위해 이루어졌다.

<표 4-4> P 샘플 분류

구분	생활치료센터 관련성 높음	생활치료센터 관련성 낮음
전문가	의사 등 보건 전문가	타 분야 전문가
공무원	보건복지부, 지자체 관련 공무원 등	건설, 교육 분야 공무원 등
특수 관계인	시설 관계자, 지역주민 등	•
일반인	COVID-19 감염 경험자 등	일반 대학원생 등

1차 분류에 따라 구분된 전문가, 공무원, 특수 관계인, 일반인의 분류는 문화이론에서 언급되고 있는 '집단'과 '망'의 범주를 달리하고 있다. 이에 따라 각 유형은 문화적 유형이 다를 가능성이 높으며 생활치료센터에 대한 각각의 입장을 명확하게 보여줄 수 있을 것으로 판단되었다. 이와 더불어 2차 분류에서는 1차 분류로 도출된 유형을 생활치료센터와의 관련성에 따라 분화하였다. 동일한 층위라도 생활치료센터와 관련되어있는 정도는 그 이해와 몰입도 등을 다르게 가질 수 있다. 따라서 이와 같은 2차 분류는 분석을 엄밀하게 진행하기 위해 고려되었다.

본격적인 조사에서는 총 50명이 참여하였으며, 결측치 등을 배제하여 실제

연구참여자는 41명을 대상으로 하게 되었다. 이에 따른 구체적인 P 샘플의 구성은 아래 <표 4-5>와 같으며 기술통계적 특성은 <표 4-6>에 나타나 있다.

<표 4-5> P 샘플 구성

ID	성별	나이	지역	생활치료센터 경험여부	분류
1	여	33	수도권	없음	일반인
2	남	65	수도권	없음	일반인
3	남	60	강원	없음	일반인
4	남	48	수도권	없음	일반인
5	남	41	영남	없음	일반인
6	남	51	수도권	없음	일반인
7	남	58	영남	없음	타 분야 공무원
8	남	30	영남	없음	타 분야 공무원
9	여	31	수도권	없음	보건 공무원
10	여	32	영남	없음	보건 공무원
11	여	54	영남	없음	타 분야 공무원
12	여	31	영남	없음	타 분야 공무원
13	여	31	수도권	있음	감염 경험자
14	남	33	수도권	있음	감염 경험자
15	여	30	수도권	있음	감염 경험자
16	여	21	수도권	있음	감염 경험자
17	여	21	영남	있음	감염 경험자
18	여	36	수도권	있음	감염 경험자
19	남	25	충청	있음	감염 경험자
20	남	27	영남	없음	일반인
21	남	25	수도권	없음	일반인
22	남	25	수도권	없음	일반인
23	여	28	수도권	없음	인근 지역 주민
24	남	57	수도권	있음	보건 공무원
25	여	27	수도권	없음	인근 지역 주민
26	남	27	수도권	없음	타 분야 전문가

27	여	29	수도권	없음	일반인
28	남	27	수도권	없음	일반인
29	남	28	수도권	없음	일반인
30	남	25	전라	있음	보건 전문가
31	남	28	수도권	없음	일반인
32	여	45	영남	있음	보건 전문가
33	여	58	영남	있음	보건 전문가
34	여	55	영남	있음	보건 전문가
35	남	26	영남	있음	보건 전문가
36	남	25	영남	있음	보건 전문가
37	남	27	영남	있음	보건 전문가
38	남	40	영남	있음	보건 공무원
39	남	56	영남	있음	보건 공무원
40	남	38	영남	있음	보건 공무원
41	여	52	영남	있음	보건 전문가

<표 4-6> P 샘플의 기술통계적 특성

구분	기준	인원(명)
성별	남성	24
	여성	17
세대	20대	18
	30대	10
	40대	4
	50대	8
	60대	2

분류	의사 등 보건 전문가	9
	타 분야 전문가	4
	보건복지부 등 관련 공무원	5
	건설 등 타 분야 공무원	1
	지역 주민	2
	COVID-19 감염 경험자	7
	일반 대학원생 등 일반인	13
지역	수도권	20
	강원	1
	영남	18
	전라	1
	충청	1
생활치료센터 경험	있음	18
	없음	23

3. Q 분류

본 연구의 Q 분류는 설문지를 통한 강제분류법을 채택했다. 기존의 Q 방법론에서는 대면조사를 기반으로 하는 진술문 분류를 시행하였으나 COVID-19 확산 등에 따른 제약조건과 연구대상자의 참여 용이성 등을 고려하여 온라인을 활용한 설문지법을 채택하였다. 또한 생활치료센터를 둘러싼 인식유형을 뚜렷하게 구분하기 위해서 최대한 납작한 모양으로 -5부터 +5까지의 범위로 Q 분류표를 구성하였으며, 연구참여자들은 진술문을 읽고 이를 Q 분류표에 강제적으로 배분할 수 있도록 안내되었다.

<표 4-7> Q 분류표

					6					
				5		5				
			4				4			
		3						3		
	2								2	
1										1
-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5

제 3 절 문화적 편향 측정

문화이론을 통한 문화적 편향의 유형을 측정하기 위해서는 안정가설(stability hypothesis)과 변동가설(mobility hypothesis)을 활용한다(Tansey & O'Riodan, 1999). 안정가설은 개인의 환경적 맥락과 관계없이 일관된 문화적 편향을 가지고 있다는 가정을 기반으로 하는 관점이며, 변동가설은 개인을 둘러싼 환경 변화가 문화적 편향을 변화시킬 수 있다는 입장이다. 따라서 안정가설은 개인의 문화적 편향을 위해 문항 등을 이용하지만 변동가설은 민속지적 방법 등을 통해 그 맥락을 파악하고자 노력한다.

본 연구는 기본적으로 안정가설을 채택하여 기존 선행연구에서 실시되었던 설문문항을 활용했다. 그리고 이후 설문지가 가지는 편향성 등을 극복하기 위해 심층면접을 통해 보완하였다. 본 연구의 설문 문항은 이나경 외(2008), Brenot et al.(1998), Rippl(2002) 등의 연구에서 사용된 문항을 인용하거나 부분수정하여 활용하였다.

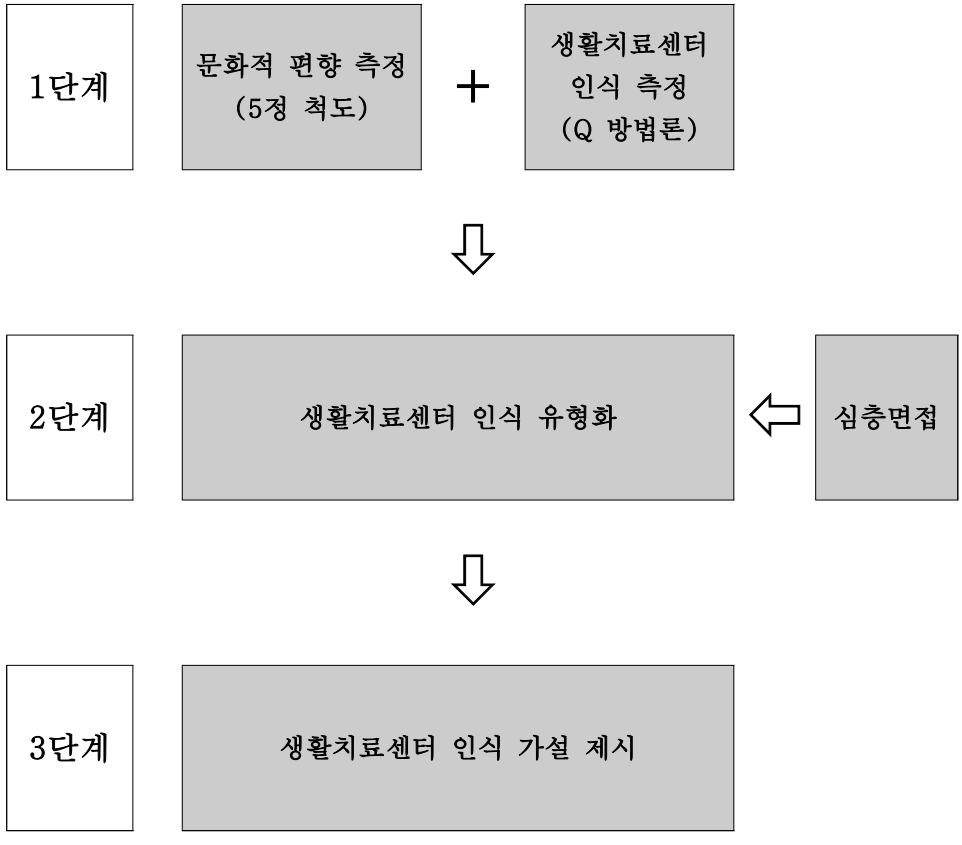
문항은 4개의 문화유형에 대해 각각 3개의 문항을 배분하였으며 5점 척도

형태로 하여 선택지를 구성하였다. 이와 같은 선택지 구성은 직접적으로 응답자의 문화유형을 분류하려는 의도가 아니라 문화적 편향의 성향과 정도를 측정하기 위함이다.

제 4 절 연구설계 종합

본 연구는 앞서 제시한 Q 방법론과 문화적 편향 측정을 통해 생활치료센터를 둘러싼 인식유형을 구분하고 가설을 생성하는 것을 목표로 한다. 따라서 인식유형에 대한 일정한 결론을 내리는 것이 아니라 생활치료센터 인식유형에 대한 탐색적 가설을 형성하는 것을 분석의 중심으로 하였다. 이를 위해 Q 분류는 웹기반은 KenQanalysis를 활용하여 분석이 이루어졌다. 그리고 연구의 설명요인을 제공하기 위해 문화적 편향 측정 설문이 이루어졌으며, 추가적으로 각 인식유형별로 1~2명의 심층 면접을 실시하였다. 위 연구설계를 종합하여 모형으로 나타내면 다음 <그림 4-3>과 같다.

<그림 4-3> 연구모형

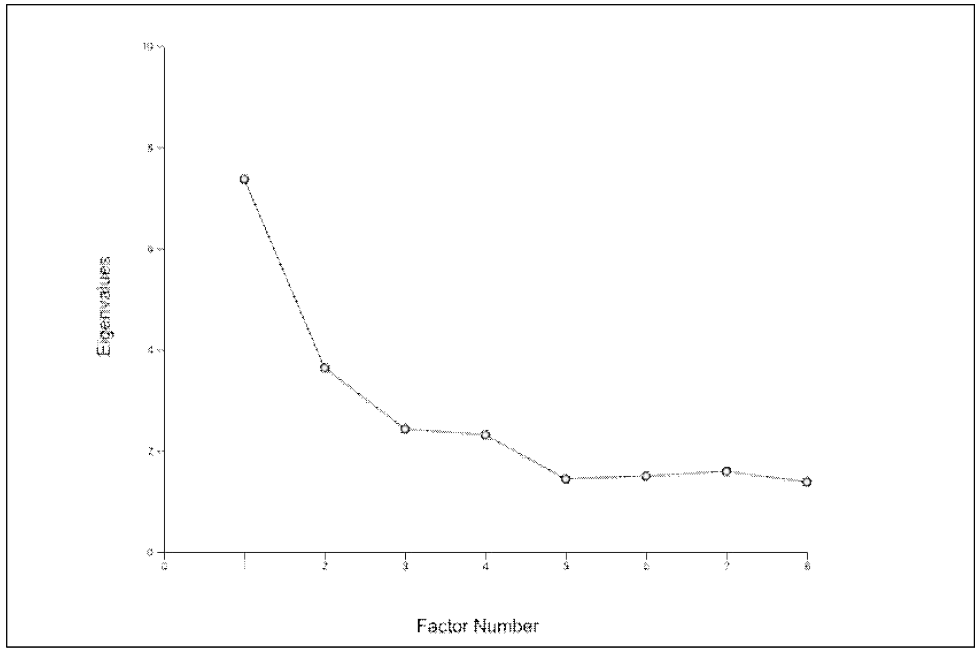

1단계
문화적 편향 측정
(5정 척도)
+
생활치료센터
인식 측정
(Q 방법론)
2단계
생활치료센터 인식 유형화
심층면접
3단계
생활치료센터 인식 가설 제시

제 5 장 분석결과 및 논의

제 1 절 인식유형의 추출

일반적으로 Q 방법론에서는 '카이저(kasiser)의 규칙'을 통하여 주성분 요인분석을 기반으로 고유값(egien value)이 1 이상으로 도출된 유형을 구분한다. 하지만 본 연구에서 KenQanalysis를 통해 주성분 요인분석을 한 결과, 프로그램이 분석할 수 있는 요인의 최대치인 8개의 요인에서 고유값이 1 이상으로 분석되었다. 이에 따라 요인의 번호와 각 고유값으로 구성되는 '스크리 도표(scree plot)'를 이용하여 특정구간의 기울기가 완만해지는 지점을 통해 요인의 개수를 대안적인 방법으로 선정할 수 있다. 이에 본 연구의 스크리 도표는 <그림 5-1>과 같으며 기울기가 가장 완만해지는 변곡점을 기준으로 하여 총 4개의 요인을 도출하게 되었다.

<그림 5-1> 스크리 도표



그리고 연구의 유형별 분별성을 확보하기 위해 4개의 요인으로 배리맥스 회전(varimax rotation)을 실시하였으며 이를 통해 총 4개의 인식유형이 도출되었다. 결과적으로 각 유형의 설명력은 <표 5-1>과 같이, 유형 A는 13%, 유형 B는 10%, 유형 C는 7%, 유형 D는 8%의 설명력을 확보하여 본 연구의 누적설명력은 38%로 충분한 유의미성을 가졌다고 볼 수 있다.

개별 인식유형에 속하는 P 샘플의 수는 유형 A에서는 10명, 유형 B에서는 7명, 유형 C에서는 7명, 유형 D에서는 6명이다. 이외 어느 유형에도 속하지 않은 응답자는 총 11명이지만 이들도 한 개 이상의 유형에서 높은 적재치를 가지고 있으나 특정유형에 대해 유의수준을 충분히 확보하지 못한 것이다.

<표 5-1> 유형별 요인적재치와 설명력

구분	유형 A	유형 B	유형 C	유형 D
요인적재치	6.0616	3.8002	3.3314	2.9733
설명력(%)	14	11	8	6
P 샘플 수	10	7	7	6

개별 P 샘플은 각 유형에 대한 요인적재치를 가지고 있으며, 연구에서는 적재치 등을 활용하여 유형을 분류하게 된다. 본 연구에서 P 샘플이 기록한 각 유형별 요인적재치는 <표 5-2>와 같으며, 굵은 선으로 표시된 샘플의 경우에는 0.05 이하의 유의수준을 확보하여 각 유형구분에서 대표적인 P 샘플을 표시한 것이다.

<표 5-2> P 샘플의 유형별 요인적재치

ID	유형 A	유형 B	유형 C	유형 D
1	0.1164	0.272	0.6101	0.2709
2	0.0188	0.758	-0.1144	0.1747
3	0.3582	0.0398	-0.1959	-0.052
4	0.6132	-0.1021	0.0527	-0.1376
5	-0.3874	0.2672	0.332	-0.0546
6	0.0313	0.4654	-0.162	0.3764
7	0.6777	0.2829	0.2044	0.0154
8	0.6066	-0.0905	-0.2334	0.2057
9	0.1562	0.4436	0.1524	-0.0309
10	0.2076	0.4442	-0.0151	0.4548
11	0.561	0.0119	0.0632	0.572
12	0.8469	0.1804	0.079	0.1478
13	-0.4208	-0.0723	0.4109	0.1797
14	-0.2199	-0.2297	-0.2571	0.1741
15	0.0358	0.013	-0.2607	0.3793
16	-0.0588	0.488	0.4028	-0.3167
17	-0.0871	-0.1579	0.3432	0.0572
18	0.0198	-0.1242	0.0735	-0.2382
19	0.2909	-0.1664	0.1127	0.4184
20	-0.1627	0.3567	0.1262	0.2401
21	0.1545	0.6109	-0.0445	0.0896
22	0.2036	-0.1127	0.0156	0.6569
23	-0.0233	0.5737	0.0225	-0.0116
24	0.4982	0.0266	0.3366	0.1923
25	0.1499	-0.0217	0.0709	0.0415
26	-0.077	0.0482	0.4022	-0.1028
27	0.3478	0.2928	-0.0665	0.3448

28	0.608	0.3616	0.0096	0.4586
29	−0.0057	0.0635	−0.1014	0.2629
30	−0.0942	0.1658	0.3351	0.4039
31	0.577	0.3883	−0.0812	−0.17
32	0.0579	0.0636	0.3788	0.1626
33	0.1395	0.0095	0.3922	0.0324
34	0.5275	0.1587	−0.216	0.1737
35	0.4322	0.4022	0.007	0.4856
36	0.0721	0.377	0.6177	−0.0016
37	0.2833	0.0696	0.4031	0.4731
38	0.7483	0.0725	0.0248	0.0539
39	−0.2294	0.3894	0.1095	0.5428
40	0.2217	0.5919	−0.0058	0.2301
41	0.203	0.0012	0.5872	0.2417
P 샘플 수	10	7	7	6

Q 분석에서는 각 진술문의 요인가를 통해 개별 유형들이 진술문에 동의하는 정도를 -5 ~ +5의 값으로 도출할 수 있다. 요인가에 대한 분석을 통해 각 유형이 기록한 극단적인 진술문 등을 중심으로 유형의 특성을 분석하게 된다. <표 5-3>에는 본 연구의 진술문들이 가지는 요인가를 나타내고 있다. 여기서 요인가가 +5에 가까울수록 각 유형이 동의하는 진술이고, −5에 가까울수록 동의하지 않는 진술이다.

<표 5-3> 진술문에 대한 유형별 요인가

연번	진술문	유형			
		A	B	C	D
1	생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.	−4	2	1	2

2	생활치료센터 지정을 받은 기관 또는 시설은 국가적 이익을 위해 가능한 수용해야 한다.	3	0	−1	1
3	생활치료센터 지정에 따른 지역주민들의 반발은 납득하기 어렵다.	1	0	−2	0
4	정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.	−2	2	4	5
5	생활치료센터는 지역주민의 불안을 야기할 수 있기 때문에 교외지역에 개소해야 한다.	−2	−2	1	−1
6	현재 활용되고 있는 공공기관 연수원 대학 기숙사 등 공공자원보다 호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.	−5	1	−4	−2
7	생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.	−1	1	−3	3
8	일반시민들에게 생활치료센터에 대한 정보가 충분히 공개되어 있지 않다.	−1	2	3	1
9	지역사회의 민심을 얻기위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.	−3	−1	−4	−4
10	생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.	2	4	4	1
11	생활치료센터의 협력병원이 어디인가에 따라 생활 및 의료 프로토콜의 차이가 있다.	0	1	2	1
12	생활치료센터 침상부족시 입소자를 2인 1실로 배치하는 지침은 격리라는 본래 목적을 상실한 판단이다.	0	3	1	−2
13	생활치료센터가 위치한 지역 연계병원 규모 등에 따라서 제공되는 물자와 서비스 차이가 크다.	0	0	−1	1
14	생활치료센터의 위치 상황 등에 대해서 외부 언급을 자제시키는 것은 입소자들에게 불안감을 심어줄 수 있다.	1	−1	0	0
15	지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.	0	3	0	4

16	생활치료센터는 호텔 등 기존시설을 활용했기 때문에 병원보다 생활하기에 쾌적하다.	2	1	2	2
17	생활치료센터 격리는 이동이 불가능하고 인적 교류를 할 수 없기 때문에 정신적 고통이 심할 수 있다.	1	4	0	−2
18	생활치료센터에서는 입소자들의 정신건강관리를 충분하게 하지 못하고 있다.	−2	2	2	−2
19	생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들의 불안감을 느낄 수 있다.	1	3	3	−3
20	생활치료센터에서 자가진단을 하지 않을 경우 전체방송으로 이름과 호실 등을 언급하는 것은 입소자의 자존감 등을 고려하지 않은 것이다.	2	−1	−1	−3
21	생활치료센터는 방안까지 cctv를 설치하지 않아 개인프라이버시 침해 가능성이 적다.	2	1	0	0
22	생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당기간 격리되어있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.	−4	−1	−5	−4
23	생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.	−2	−3	−1	4
24	병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.	−1	−2	5	−1
25	국가의 생활치료센터 입소명령은 개인의 기본권을 과도하게 침해하는 행위이다.	−3	−2	−2	−1
26	생활치료센터는 감염병 대규모 확산상황에서 어쩔 수 없는 선택이었다.	4	0	2	2
27	생활치료센터는 코로나에 대응할 수 있는 효과적인 수단이라는 점에서 든든하다.	3	0	−2	0
28	생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.	−1	−4	3	0
29	생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.	3	−1	−2	3

30	생활치료센터는 감염병 확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.	4	−2	0	2
31	향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.	5	5	0	3
32	생활치료센터에 입소할 수 있다는 생각만으로도 우울하고 답답하다.	−1	−3	1	−1
33	언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.	1	−3	−3	−3
34	생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수있다.	0	−4	−3	−5
35	생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.	−3	−5	1	−1
36	만약 COVID-19이 확진되었을 경우, 선택권이 주어진다면 나는 생활치료센터에 입소하고 싶다.	0	0	−1	0

분석을 통해 도출된 4개의 유형 간의 관계성을 파악하기 위해서는 유형 사이의 상관관계를 살펴볼 필요가 있다. 본 연구의 요인 간 상관관계는 <표 5-4>와 같으며, 유형 A와 유형 D의 상관관계가 약 0.35로 가장 높게 나타났고, 유형 A와 유형 C가 약 0.2로 가장 낮은 상관관계를 가지고 있는 것으로 파악된다.

<표 5-4> 요인 간 상관관계

구분	A	B	C	D
A	1	0.2854	0.1969	0.3533
B		1	0.2568	0.2558
C			1	0.3473
D				1

각 인식유형은 가장 적극적으로 찬성하고 반대하는 진술문의 분포와 통계적으로 여타 유형들과 유의미하게 구분되는 진술문의 해석, 유형에 속하는 P 샘플의 특성을 통한 분석 등의 방법으로 이해될 수 있다(진상현, 2011). 이에 본 논문은 진술문의 분포와 해석을 통해 기본적으로 각 유형의 특성을 도출하고 유형의 P 샘플들이 가지는 문화유형을 활용하여 보다 심화된 설명을 수행하고자 하였다.

제 2 절 인식유형에 따른 분석

1. 인식유형 공통요소

(1) 합의적-논쟁적 진술문

본격적인 분석에 앞서 각 인식유형들이 공통적으로 비슷한 의견을 보이는 '합의적' 진술문과 강한 이질성을 보이는 '논쟁적' 진술문을 살펴볼 필요가 있다. 이는 개별 진술문의 유형 간 표준점수(z-score) 편차를 통해 구분할 수 있으며, 편차가 0.1보다 작은 진술문은 유형 간 합의를 이루었다고 간주할 수 있고 편차가 0.9 이상인 진술문은 향후 유형 간 비교에서 논쟁의 중심요소로 다루게 된다. 그리고 이와 같은 분석을 바탕으로 응답자들의 의견을 확장하여 한국 사회가 가지는 일반적인 견해에 대해서 판단해볼 수 있다. 본 연구에서의 합의적 진술문과 논쟁적 진술문은 아래 <표 5-5>와 같다.

<표 5-5> 합의적 진술문과 논쟁적 진술문

진술문	유형			
합의적 진술문	A	B	C	D
36. 만약 COVID-19이 확진되었을 경우, 선택권이 주어진다면 나는 생활치료센터에 입소하고 싶다.	0	0	-1	0

13. 생활치료센터가 위치한 지역 연계병원 규모 등에 따라서 제공되는 물자와 서비스 차이가 크다.	0	0	−1	1
16. 생활치료센터는 호텔 등 기존 시설을 활용했기 때문에 병원보다 생활하기에 쾌적하다.	2	1	2	2
11. 생활치료센터의 협력병원이 어디인가에 따라 생활 및 의료 프로토콜의 차이가 있다.	0	1	2	1
3. 생활치료센터 지정에 따른 지역주민들의 반발은 납득하기 어렵다.	1	0	−2	0
논쟁적 진술문	A	B	C	D
35. 생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.	−3	−5	1	−1
19.생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.	1	3	3	−3
30. 생활치료센터는 감염병확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.	4	−2	0	2
1. 생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.	−4	2	1	2
23. 생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.	−2	−3	−1	4
24. 병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.	−1	−2	5	−1
4. 정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상 확충에 집중해야 한다.	−2	2	4	5

<표 5-5>를 보면, 실제 COVID-19 확진시 생활치료센터 선택여부에 대한 36번 진술문(만약 COVID-19이 확진되었을 경우, 선택권이 주어진다면 나는 생활치료센터에 입소하고 싶다.)은 거의 모든 유형에서 중립적인 입장을 취하고 있다. 그리고 자가격리와 생활치료센터의 기능적

우위에 대한 생활치료센터 간의 자원의 차이를 나타낸 13번 진술문(생활치료센터가 위치한 지역, 연계병원, 규모 등에 따라서 제공되는 물자와 서비스 차이가 크다.)에서도 대부분 큰 인식의 분화를 보이고 있지 않다. 추가적으로, 지역주민의 반발에 대한 3번 진술문(생활치료센터 지정에 따른 지역주민의 반발은 납득할 수 없다.)에서도 유형 C를 제외하고는 대부분 중립적인 입장을 견지하였다.

이러한 중립적 성향을 가진 합의적 진술문과 달리 민간자원 활용의 통한 편의성 확보에 관한 16번 진술문(생활치료센터는 호텔 등 기존시설을 활용했기 때문에 병원보다 생활하기에 쾌적하다.), 11번 진술문(생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.)에서는 모든 유형에서 긍정적인 평가를 하였다.

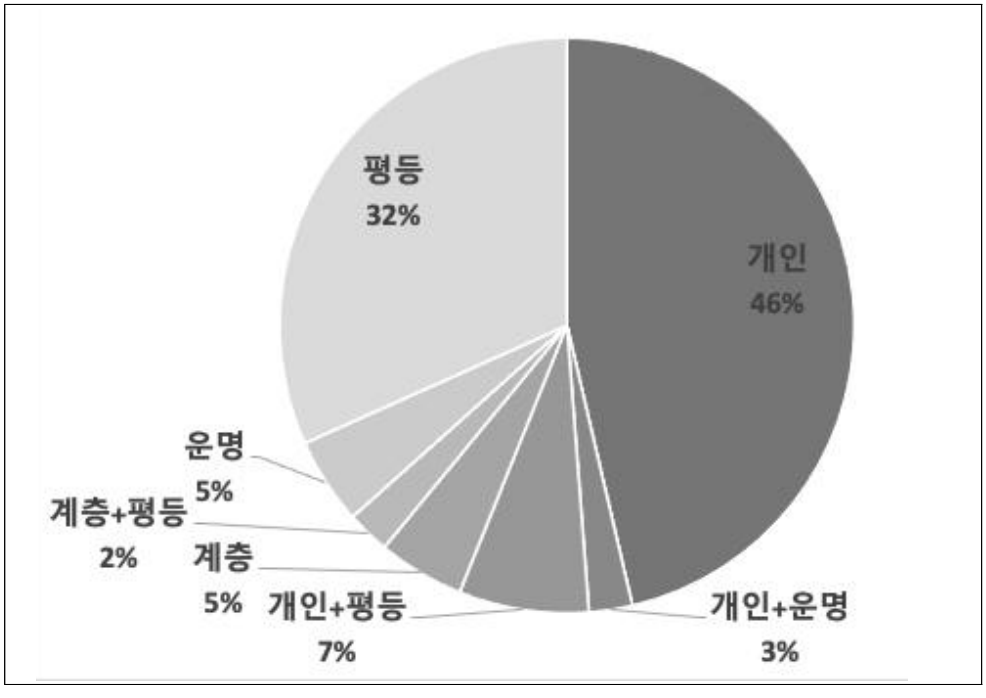
합의적 진술문들과는 달리 논쟁적 진술문 생활치료센터와 자각격리의 차별성에 대한 35번 진술문(생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.)을 비롯하여 19번 진술문(생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들의 불안감을 느낄 수 있다.), 30번 진술문(생활치료센터는 감염병확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.), 1번 진술문(생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.), 23번 진술문(생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.), 24번 진술문(병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.), 4번 진술문(정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.) 등에서 인식유형별로 강한 차이를 보이고 있다.

결과적으로 생활치료센터에 대한 대부분의 인식유형에서 민간자원을 활용하여 쾌적한 거주성은 확보했으나 연계병원 등의 요소로 인해 운영상에 편차가 있을 수 있다고 생각하고 있다. 하지만 생활치료센터 고유의 가치나 지속가능성 등 기능적인 측면과 더불어 도입 방향성 등에 있어서도 상반된 입장을 보이고 있는 것으로 판단된다.

(2) 문화적 편향 개요

본 연구에서는 Q 방법론과 더불어 문화이론의 시각을 채택하여 문화적 편향을 측정하고자 하였다. 문화적 편향이 생활치료센터를 인식하는 방법 등에 영향을 미쳤을 것이라는 판단에 따라 이를 상황적인 변수로 활용하고자 하였다. 5점 척도로 총 12문항으로 구성된 문화적 편향 측정 설문은 Q 설문과 함께 이루어졌으며 유형구분에서 유의미성을 보인 30명이 응답한 문화적 편향 측정결과는 아래 <그림 5-2>와 같다.

<그림 5-2> 유형구성원[15]의 문화적 편향 분포



유형구성원들 중 가장 많은 응답자를 기록한 편향은 개인주의로 46%를 기록했으며, 이어서 평등주의가 32%로 뒤를 이었다. 개인주의+운명주의 등은 설문결과, 각 편향에 동일한 점수를 기록한 경우이다. 만약 보다 많

15) 총 49명의 설문 참여자 중 결측치 등을 제외하여 41명의 연구대상자가 선정되었는데, 이 중 각 유형에 유의미하게 소속되는 경우만 다시 2차적으로 구분하기 때문에 여기서 유형구선원은 2차 구분까지 진행한 30명을 의미한다.

은 설문을 통해 이를 도출했다면 위와 같은 중첩적 편향을 가진 경우는 감소할 수 있을 것이다. 각 P 샘플이 응답한 문화적 편향의 구체적인 전체 내용은 <표 5-6>과 같다.

<표 5-6> P 샘플의 문화적 편향 내용

ID	성별	나이	지역	분류	문화적 편향
1	여	33	수도권	일반인	개인
2	남	65	수도권	일반인	개인+평등
3	남	60	강원	일반인	개인
4	남	48	수도권	일반인	평등
5	남	41	영남	일반인	개인
6	남	51	수도권	일반인	평등
7	남	58	영남	타 분야 공무원	계층+평등
8	남	30	영남	타 분야 공무원	평등
9	여	31	수도권	보건 공무원	운명
10	여	32	영남	보건 공무원	평등
11	여	54	영남	타 분야 공무원	개인+평등
12	여	31	영남	타 분야 공무원	평등
13	여	31	수도권	감염 경험자	개인
14	남	33	수도권	감염 경험자	개인
15	여	30	수도권	감염 경험자	개인
16	여	21	수도권	감염 경험자	평등
17	여	21	영남	감염 경험자	개인
18	여	36	수도권	감염 경험자	개인
19	남	25	충청	감염 경험자	개인
20	남	27	영남	일반인	개인
21	남	25	수도권	일반인	개인
22	남	25	수도권	일반인	개인

23	여	28	수도권	인근 지역 주민	평등
24	남	57	수도권	보건 전문가	평등
25	여	27	수도권	인근 지역 주민	평등
26	남	27	수도권	타 분야 전문가	개인
27	여	29	수도권	일반인	개인+운명
28	남	27	수도권	일반인	평등
29	남	28	수도권	일반인	개인
30	남	25	전라	보건 전문가	개인
31	남	28	수도권	일반인	개인+평등
32	여	45	영남	보건 전문가	평등
33	여	58	영남	보건 전문가	계층
34	여	55	영남	보건 전문가	계층
35	남	26	영남	보건 전문가	운명
36	남	25	영남	보건 전문가	개인
37	남	27	영남	보건 전문가	개인
38	남	40	영남	보건 공무원	개인
39	남	56	영남	보건 공무원	평등
40	남	38	영남	보건 공무원	개인
41	여	52	영남	보건 전문가	평등

2. 인식유형별 특성 분석

Q 방법론에서는 기존의 일반적인 통계분석기법들과 달리 변인의 군집을 통해 P 샘플로 구성된 사람의 상관관계를 도출하고자 한다. 따라서 X명의 사람에게 설문한 점수를 토대로 X명의 사람 사이의 상관계수를 도출하여 해당 행렬을 기반으로 요인을 분석하는 것이다. 이는 비슷한 인식을 가지고 있는 사람간의 집합을 형성할 수 있도록 하며, 대표적인 관점을 포착할 수 있도록 한다(이승한, 2014).

일반적으로 이러한 분석과정에서는 각 진술문에 대해서 유형들이 반응하는 수준을 나타내는 표준점수(z-score)를 활용하게 되며, 표준점수가 ±1 이상인 항목들을 중심으로 하여 각 인식유형의 특성을 분별한다. 하지만 본 연구에서는 표준점수를 보는 것을 넘어서 각 인식유형에 속한 구성원들의 문화적 편향 수준과 높은 상관계수를 기록한 참여자들에 대한 면접 내용을 추가하여 보다 풍부한 분석을 실시하고자 하였다.

(1) 유형 A : 효과성 긍정 평등주의형

1) 유형 구성원

유형 A에는 총 9명의 P 샘플 속해있으며 그 구성은 아래 <표 5-7>과 같다. 해당 구성원들의 특성을 분포로 정리한 것은 <표 5-8>로 제시되어 있다.

<표 5-7> 유형 A 구성원 특성

ID	성별	나이	지역	분류	문화적 편향
3	남	60	강원	일반인	개인
4	남	48	수도권	일반인	평등
7	남	58	영남	타 분야 공무원	계층+평등
8	남	30	영남	타 분야 공무원	평등
12	여	31	영남	타 분야 공무원	평등
24*	남	57	수도권	보건 전문가	평등
31	남	28	수도권	일반인	개인+평등
34*	여	55	영남	보건 전문가	계층
38*	남	40	영남	보건 공무원	개인

* = 생활치료센터 경험 있음

<표 5-8> 유형 A 구성원 분포

구분	기준	인원(비율%)
성별	남성	7(78)
	여성	2(22)
나이	20대	1(11)
	30대	2(22)
	40대	2(22)
	50대 이상	4(44)
지역	수도권	3(33)
	영남	5(56)
	강원	1(11)
분류	타 분야 공무원	3(33)
	일반인	3(33)
	보건 전문가	1(11)
	보건 공무원	2(22)
생활치료센터 경험	있음	3(33)
	없음	6(67)
문화적 편향	평등	4(44)
	개인	2(22)
	계층	1(11)
	계층+평등	1(11)
	개인+평등	1(11)

Q 방법론을 통한 분석은 국민적 수준으로 기계적인 확장을 하는 것은 무리가 있지만, 이와 같은 유형 구성원에 대한 이해는 이후 진술문 분석 등의 맥락을 이어주는 기능을 수행하기도 하며, 각 유형의 특징을 분명하게 만들어줄 수 있다.

위의 구성원 특성을 다른 인식유형들과 비교하면 우선, 유형 A의 평균 연령은 45.2세로 여타 유형들의 평균이 37세 정도인 것을 감안하면 상당히

높은 수준으로 볼 수 있다. 그리고 78%가 남성으로 구성되어 있어 성비도 가장 높다. 또한 절반 이상의 구성원들이 공무원 신분이라는 점도 유형 A의 특징으로 볼 수 있다. 문화적 편향에 있어서는 두 가지 편향을 동시에 가지고 있는 경우를 감안하지 않더라도 '평등주의'를 가지고 있는 비율이 가장 높다.

2) 유형 진술문 분석

유형 A는 생활치료센터에 대해 가장 긍정적인 시각을 가지고 있으며 운영에서 기본권을 침해할 수 있는 일부 요소들을 보완하면 향후에도 생활치료센터의 활용에 적극적으로 동의할 수 있다. 유형 A로 분류된 응답자들의 Q 분류표는 <그림 5-3>과 같다.

<그림 5-3> 유형 A의 Q 분류표[16)]

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
6	22	9	23	8	15	17	* 10	29	**► 26	31
	**◄ 1	** 35	5	** 7	36	14	*► 21	**► 27	**► 30	
		*◄ 25	**◄ 4	32	12	** 19	**► 20	2		
			18	24	11	**► 33	16			
				* 28	13	3				
					**► 34					

구체적으로 해당 유형에 속한 응답자들이 가장 동의하는 진술문 6개와

16) * = p<0.05에서 구분되는 진술문
** = p<0.01에서 구분되는 진술문
► = 여타 요소들에 비해 높은 z-score를 가진 진술문
◄ = 여타 요소들에 비해 낮은 z-score를 가진 진술문

가장 동의하지 않는 진술문 6개는 아래 <표 5-9>에 제시되어 있다. 가장 동의하는 문장은 표준점수를 통해서 알 수 있듯이, 31번(향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.), 26번(생활치료센터는 감염병 대규모 확산상황에서 어쩔 수 없는 선택이었다.), 30번(생활치료센터는 감염병 확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다), 29번(생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.), 27번(생활치료센터는 코로나에 대응할 수 있는 효과적인 수단이라는 점에서 든든하다.), 2번 진술문(생활치료센터 지정을 받은 기관 또는 시설은 국가적 이익을 위해 가능한 수용해야 한다.) 순서이다.

이에 반해 가장 반대하는 진술문은 6번(현재 활용되고 있는 공공기관 연수원, 대학 기숙사 등 공공자원보다 호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.), 1번(생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.), 22번(생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당 기간 격리되어 있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.), 25번(국가의 생활치료센터 입소명령은 개인의 기본권을 과도하게 침해하는 행위이다.), 35번(생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이다 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.), 9번(지역사회의 민심을 얻기 위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.)으로 이어진다.

<표 5-9> 유형 A의 대표적 진술문

연번	동의 진술문	Z-score
31	향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.	1.997
26	생활치료센터는 감염병 대규모 확산상황에서 어쩔 수 없는 선택이었다.	1.93
30	생활치료센터는 감염병 확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.	1.85

29	생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.	1.34
27	생활치료센터는 코로나에 대응할 수 있는 효과적인 수단이라는 점에서 든든하다.	1.138
2	생활치료센터 지정을 받은 기관 또는 시설은 국가적 이익을 위해 가능한 수용해야 한다.	0.916
연번	**반대 진술문**	**Z-score**
6	현재 활용되고 있는 공공기관 연수원, 대학 기숙사 등 공공자원보다 호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.	-1.748
1	생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.	-1.693
22	생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당 기간 격리되어 있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.	-1.675
25	국가의 생활치료센터 입소명령은 개인의 기본권을 과도하게 침해하는 행위이다.	-1.578
35	생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이다 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.	-1.461
9	지역사회의 민심을 얻기 위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.	-0.789

대표적인 진술문 12개를 통해 유형 A를 살펴보면, 생활치료센터의 향후 활용가능성에 대해서 가장 강하게 긍정하고 있다(31, 30). 이는 생활치료센터가 감염병 확산을 억제하기 위한 불가피한 선택이며(26) 민간의 자원을 성공적으로 활용하여(29) 자가격리와 분명하게 구분되는 기능을 가진(35) 효과적인 수단이기 때문이다(27). 그리고 생활치료센터의 지정은 국가적인 이익을 위해 최대한 수용해야 하고(2), 다소 갑작스럽게 도입되었지만 충분한 숙의의 과정에 대해서는 긍정하지 않는다(1). 특히, 생활치료센터 입소명령의 기본권의 침해 가능성에 대해서 부정적이며(25), 격리자에 대한 식단 등의 사항에는 큰 가중치를 두지 않는 성향을 보인다(9).

3) 다른 유형과의 비교

유형 A의 특성을 보다 명확하게 확인하기 위해서는 가장 구분되는 진술문을 통해 유형 B, C, D와 비교를 시도할 수 있다. 여기서 각 진술문은 대표적 진술문의 도출과는 달리 유의수준이 0.05 이하인 문장들만 선정한 것이다. 그리고 해당 진술문의 표준점수(z-score)의 비교를 통해 유형에 따른 차이를 살펴볼 수 있으며 해당 내용은 <표 5-10>와 같다.

<표 5-10> 유형 A와 타 유형 간의 차이

진술문	유형 A		유형 B		유형 C		유형 D	
	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score
26	4	1.93*	0	0.241	2	0.744	2	1.086
30	4	1.85*	-2	-0.775	0	0.125	2	1.106
27	3	1.14*	0	0.123	-2	-0.65	0	0.181
10	2	0.9	4	1.72	4	1.691	1	0.341
21	2	0.9	1	0.367	0	0.044	0	-0.047
20	2	0.68*	-1	-0.462	-1	-0.553	-3	-1.029
19	1	0.33*	3	1.227	3	1.22	-3	-1.213
33	1	0.33*	-3	-1.112	-3	-1.36	-3	-1.17
34	0	-0.14*	-4	-1.455	-3	-1.17	-5	-2.185
7	-1	-0.34*	1	0.513	-3	-1.235	3	1.145
28	-1	-0.55	-4	-1.521	3	1.062	0	-0.024
4	-2	-0.75*	2	0.954	4	1.604	5	1.549
35	-3	-1.46*	-5	-2.167	1	0.552	-1	-0.507
25	-3	-1.58	-2	-1.005	-2	-0.704	-1	-0.153
1	-4	-1.69*	2	0.571	1	0.203	2	0.816

* = $p < 0.01$, 이외에는 모두 $p < 0.05$

위의 표준점수를 비교해보면 상술한 유형 A의 특징이 보다 명확해진다. 유형 A는 생활치료센터 도입의 불가피성을 여타 유형들이 비해 가장 긍정하며(26), 시설의 효과성(27)과 향후 미리 준비하여 대비할 필요가 있다는 점(30)까지도 다른 유형들에 비해 높은 수준으로 인식하고 있다. 격리자의 권리 부분에서도 개인 사생활 침해 가능성이 적다는 점에 가장 주목하고(21) 개별 호실 언급(20)에 대해서도 큰 거리낌을 가지지 않는다. 하지만 생활치료센터의 사회적 낙인 가능성은 중립적인 수준이지만, 다른 유형들에 비하면 중요하게 인식하고 있다.

또한 여타 유형들에 비해 언론의 악의적인 보도를 가장 강하게 느끼며(33), 생활치료센터보다 전문의료기관을 확충하는 것에 높은 수준으로 반대한다(4). 특히, 생활치료센터의 지정에 있어서 권위적인 의사결정을 기반으로 하고 있다는 점에 대해서도 유의미하게 낮은 표준점수를 보이고 있다(1).

4) 유형 A의 인터뷰

각 인식유형이 Q 분류표를 통해 배치한 진술문이 가진 행간의 의미와 이유를 알기 위해서는 인터뷰 등을 통해 파악할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 1차적으로 설문지에 가장 낮은 점수와 가장 높은 점수를 부여한 이유를 부기할 수 있도록 했다. 이후 개별 인식유형에서 요인 적재치가 높은 구성원을 대상으로 Q 설문에 대한 추가적인 인터뷰를 실시하였다.

우선 생활치료센터가 다른 격리 및 치료시설과 비교할 때 차별적으로 가지는 가치에 대한 질문과 생활치료센터 지정에 따른 수용에 대해서 38번 응답자는 다음과 같이 답변하였다.

생활치료센터에 근무하다 보면 자가격리가 효율적이지 못한 부분이 많다는 걸 느낄 때가 많아요. 예를 들어 산소포화도 측정 같은 경우에도 어르신들의 경우에는 제대로 측정이 안 되어서 정상치보다 낮게 나오는 경우도 있고, 청소년 환자들은 측정시간에 자느라고 입력하지 못해서 근무자가 깨우러 가는 경우도 많아요. 그런 점에서는 환자들

을 케어하는 점에서 생활치료센터가 효과적이라고 생각해요. …(중략)… 우리 사회가 민주화되면서 개인의 자유와 권리는 증진되었지만, 공동체를 위한 시설을 무작정 반대하는 님비현상만 심해져서 공동체의 근간이 흔들이고 있는 것 같아서 아쉬워요. 코로나는 전대미문의 감염병인데 한시가 급한 생활치료센터 장소 제공을 무조건 반대하는 것 같아 안타깝네요.

(38번, 보건공무원)

민간자원을 활용한 생활치료센터 운영에 대해서는 3번 응답자가 그 필요성에 대해서 언급한 지점이 있었다.

코로나가 이렇게 길어지면서 민간시설들은 사실 놀고 있는 것들이 많아요. 그런데 그렇게 할 일 없이 놀고 있는 시설들 돈 줘가면서 쓰는 건 진짜 잘하는 것 같아요. …(중략)… 특히 갑자기 확진자 늘고 그럴 때, 어디서 시설이 생기는 게 아니잖아요. 그럼 원래 있는 시설들 양해 구하고, 비용 주고 쓰면 진짜 효율적인거죠.

(3번, 일반인)

생활치료센터의 향후 이용 가능성과 함께 제도화를 통한 정책의 정착이 필요하다는 것에 대해서는 12번 응답자가 답변하였다.

앞으로 또 다른 신종감염병이 발생하지 않을 거라는 보장이 없잖아요. 그럼 다수의 확진자가 발생할 때 의료기관이 중증환자 치료에 잘 대응할 수 있도록 시스템을 갖춰야 할 것 같아요. 그러니까 경증이나 무증상 환자가 들어가는 생활치료센터를 미리 체계적으로 구축해둬야 폭발적으로 환자가 늘어날 때, 의료체계가 무너지지 않고 대응할 수 있을 것 같아요.

(12번, 타 분야 공무원)

이상의 인터뷰 내용을 고려할 때, 유형 A는 생활치료센터에 대한 인식을 비교적 거시적으로 하고 있다는 것을 알 수 있다. 또한 생활치료센터의 가치를 기능적인 측면에서 '효율'과 '효과'의 맥락을 통해 이해하고, 이에 중점을 두고 있는 점을 확인할 수 있다.

5) 소결

지금까지 분석한 유형 A의 인식유형은 기본적으로 생활치료센터에 대한 긍정적인 태도를 기반으로 하여 국가 혹은 사회가 가지는 공익적인 차원을 중요하게 인식하고 있다. 그리고 COVID-19 팬데믹은 비가역적인 사건이기 때문에 공동체의식을 통한 위기극복을 추구한다. 이는 문화적 편향에 있어서 유형 A에 지배적인 '평등주의'의 프레임으로 해석할 수 있다. 즉, 내부인의 내적인 지지와 단합을 기반으로 하여 내부적 규제를 선호하는 평등주의의 시각에서는 생활치료센터가 다함께 힘을 합쳐서 타개해야 하는 상황이기 때문에 비교적 외부의 강제성이 여타 시설에 비해서 낮은 생활치료센터를 선호하는 것으로까지 이어볼 수 있을 것이다.

(2) 유형 B : 전문성 긍정 소극적 개인주의형

1) 유형 구성원

유형 B에는 총 7명의 P 샘플 속해있으며 그 구성은 아래 <표 5-11>과 같다. 해당 구성원들의 특성을 분포로 정리한 것은 <표 5-12>로 제시되어 있다.

<표 5-11> 유형 B 구성원 특성

ID	성별	나이	지역	분류	문화적 편향
2	남성	65	수도권	일반인	개인+평등
6	남성	51	수도권	일반인	평등
9	여성	31	수도권	보건 공무원	운명

20	남성	27	영남	일반인	개인
21	남성	25	수도권	일반인	개인
23	여성	28	수도권	지역주민	평등
40*	남성	38	영남	보건 공무원	개인

* = 생활치료센터 경험 있음

<표 5-12> 유형 B 구성원 분포

구분	기준	인원(비율%)
성별	남성	5(71)
	여성	2(29)
나이	20대	3(42)
	30대	2(29)
	40대	•
	50대 이상	2(29)
지역	수도권	5(71)
	영남	2(29)
분류	지역주민	1(14)
	일반인	4(57)
	보건 공무원	2(29)
생활치료센터 경험	있음	1(14)
	없음	6(86)
문화적 편향	평등	2(29)
	개인	3(42)
	운명	1(14)
	개인+평등	1(11)

<표 5-12>를 통해 확인한 유형 B의 구성원 특성을 다른 인식유형들과 비교하면, 유형 B는 1명의 생활치료센터 경험자만 포함하고 있어 가장 작은 비율(14%)을 가지고 있다. 동시에, 유형 B는 가장 높은 일반인

비율을 가지고 있기 때문에 다른 유형들에 비해서 생활치료센터와 가장 유리되어 있는 인식유형으로 볼 수 있다. 그리고 다른 유형들과 달리 유일하게 '운명주의'로 응답한 구성원이 포함되어 있다. '운명주의'는 여타 선행연구들에서 확인할 수 있듯이 현대사회에서 쉽게 채택되지 않는 문화적 편향이다.

2) 유형 진술문 분석

유형 B는 기본적으로 앞서 살펴본 유형 A와 유사하게 생활치료센터에 대해 긍정적인 시각을 가지고 있다. 하지만 격리자의 정신적 고통 등에 대해서 유형 A보다 중요하게 생각하는 등 차별점이 존재한다. 유형 B로 분류된 응답자들의 Q 분류표는 <그림 5-4>와 같다.

<그림 5-4> 유형 B의 Q 분류표[17)]

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
**◄ 35	34	23	24	29	26	* 7	18	**► 12	10	31
	**◄ 28	33	**◄ 30	**► 22	27	**► 6	* 4	15	**► 17	
		**◄ 32	5	20	36	16	1	19		
			25	*◄ 14	13	21	8			
				9	2	11				
					3					

구체적으로 해당 유형에 속한 응답자들이 가장 동의하는 진술문 6개와

17) * = p<0.05에서 구분되는 진술문
** = p<0.01에서 구분되는 진술문
► = 여타 요소들에 비해 높은 z-score를 가진 진술문
◄ = 여타 요소들에 비해 낮은 z-score를 가진 진술문

가장 동의하지 않는 진술문 6개는 아래 <표 5-13>에 제시되어 있다. 가장 동의하는 문장은 표준점수를 통해서 알 수 있듯이, 유형 A와 동일하게 31번 진술문(향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.)이다. 이후에는 10번(생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.), 17번(생활치료센터 격리는 이동이 불가능하고 인적 교류를 할 수 없기 때문에 정신적 고통이 심할 수 있다.), 12번(생활치료센터 침상 부족 시 입소자를 2인 1실로 배치하는 지침은 격리라는 본래 목적을 상실한 판단이다.), 15번(지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.), 19번 진술문(생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행 상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.)으로 이어진다.

이에 반해 가장 반대하는 진술문은 35번(생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이다 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.), 28번(생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.), 34번(생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수 있다.), 32번(생활치료센터에 입소할 수 있다는 생각만으로도 우울하고 답답하다.), 33번(언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.), 23번(생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.) 순이다.

<표 5-13> 유형 B의 대표적 진술문

연번	동의 진술문	Z-score
31	향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.	1.771
10	생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.	1.72

17	생활치료센터 격리는 이동이 불가능하고 인적 교류를 할 수 없기 때문에 정신적 고통이 심할 수 있다.	1.559
12	생활치료센터 침상부족 시 입소자를 2인 1실로 배치하는 지침은 격리라는 본래 목적을 상실한 판단이다.	1.46
15	지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.	1.306
19	생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.	1.227
연번	**반대 진술문**	**Z-score**
35	생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이다 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.	-2.167
28	생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.	-1.521
34	생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수 있다.	-1.455
32	생활치료센터에 입소할 수 있다는 생각만으로도 우울하고 답답하다.	-1.342
33	언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.	-1.112
23	생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.	-1.093

대표적인 진술문 12개를 통해 유형 B를 살펴보면, 생활치료가 자가격리와는 다르다고 생각하고 있으며(35), 이를 근거로 향후에도 생활치료센터 재도입에 긍정적인 인식을 가지고 있다(31). 그리고 생활치료센터의 근무자들(10)과 생활치료센터에 격리 중인 환자들(17, 19)의 정신건강에 대해 높은 관심을 가지고 있다. 또한, 입소자들을 2인 1실로 배치하는 것(12)과 생활치료센터의 의료적 처방이 부족하다는 점(28)에 대해서는 부정적인 의견을 표현했다. 생활치료센터를 통한 사회적 낙인 가능성에 대해서 부정적이며(34), 입소가능성에 대한 감정은 긍정적이다(32).

3) 다른 유형과의 비교

유형 B의 특성을 보다 명확하게 확인하기 위해서는 가장 구분되는 진술문을 통해 유형 A, C, D와 비교를 시도할 수 있다. 여기서 각 진술문은 대표적 진술문의 도출과는 달리 유의수준이 0.05 이하인 문장들만 선정한 것이다. 그리고 해당 진술문의 표준점수(z-score)의 비교를 통해 유형에 따른 차이를 살펴볼 수 있으며 해당 내용은 <표 5-14>와 같다.

<표 5-14> 유형 B와 타 유형 간의 차이

진술문	유형 A		유형 B		유형 C		유형 D	
	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score
17	1	0.43	4	1.56*	0	0.047	-2	-0.989
12	0	-0.06	3	1.46*	1	0.219	-2	-0.804
4	-2	-0.75	2	0.95	4	1.604	5	1.549
7	-1	-0.34	1	0.51	-3	-1.235	3	1.145
6	-5	-1.75	1	0.42*	-4	-1.882	-2	-0.838
22	-4	-1.68	-1	-0.35*	-5	-2.143	-4	-1.566
14	1	0.41	-1	-0.59	0	0.165	0	-0.044
30	4	1.85	-2	-0.78*	0	0.125	2	1.106
32	-1	-0.36	-3	-1.34*	1	0.586	-1	-0.396
28	-1	-0.55	-4	-1.52*	3	1.062	0	-0.024
35	-3	-1.46	-5	-2.17*	1	0.552	-1	-0.507

* = $p < 0.01$, 이외에는 모두 $p < 0.05$

위의 표준점수를 비교해보면 유형 B가 가지고 있는 고유한 특징이 보다 명확해진다. 유형 B는 생활치료센터의 격리 통제 등으로 인한 정신적 고통의 심각성을 가장 강하게 인식한다(17). 그리고 입소자를 2인 1실로 배치하

는 격리 지침에 대해서도 여타 인식유형들에 비해 높은 우선순위를 가지고 있다(3). 또한 민간자원을 더 적극적으로 활용하여 생활치료센터를 운영해야 한다는 것에 대해 다른 유형들은 모두 부정적인 인식을 가지고 있지만, 유형 B는 유일하게 긍정적인 입장을 표현했다(6).

생활치료센터 퇴소 이후 사회 적응 가능성에 대해 여타 인식유형들도 크게 걱정하지 않는다는 응답을 했으나 유형 B는 이 중에서도 가장 낮은 중요도를 가지고 있다(22). 그리고 유형 B는 생활치료센터에 대해 전반적으로 긍정적인 뉘앙스를 가지고 있지만 향후 팬데믹에 대비하여 미리 준비할 필요성에 대해서는 다른 유형들과 대비되는 입장이다(30). 또한, 향후 생활치료센터 입소에 대한 우울 등 부정적 감정에서도 유형 A와 D가 모두 음(-)의 입장을 가지고 있으나 유형 B는 이러한 수준이 가장 강하게 나타나고 있다(32). 이는 생활치료센터의 의료적 기능(28), 자가격리와의 동일성(35) 등에서도 동일하게 나타났다.

4) 유형 B의 인터뷰

생활치료센터에서 치료를 받는 것과 자가격리를 하면서 치료를 하는 것의 차이에 대한 질문에 대해 2번 응답자와 40번 응답자의 답변은 아래 내용과 같다.

이게 근본적으로 다른 거예요. 자기 집에서 격리하면 결국에는 본인이 진단하고 본인이 판단해야 하잖아요. 우리같이 뭐 의사교육도 안 받은 사람들이 뭘 알겠어요? 그러니까 무슨 이상한 소리 듣고 와서 이상한 짓이나 하지. …(중략)… 생활치료센터는 가면 의사랑 간호사가 있잖아요. 그럼 의사가 진단하고 간호사가 주사주고 하는 거지. 전문가가 진단하면 그래도 마음도 편하고 더 낫잖아.

(2번, 일반인)

생활치료센터는 아무래도 전파 감염 우려가 언제나 있는 자가격리 보다 훨씬 더 체계적이고 효과적인 방법이라고 생각해요. 생활치료센터는 저

희가 어떻게든 통제도 하고 유도도 하지만, 자가격리는 사실 앱 말고는 뭔가 해드릴 수 있는 게 없거든요.

(40번, 보건 공무원)

생활치료센터를 유사시에 2인 1실로 쓰는 지침에 대해서는 23번 응답자의 답변이 있었다.

생활치료센터는 격리 목적으로 입소시킨 곳이잖아요. 그럼 2인 1실을 쓰는 건 전체적으로는 감염병 확산에 크게 영향이 없을 수는 있지만, 개개인에 대한 감염 위험성은 전혀 고려하지 않은 것 같아서 좀 안일한 판단인 것 같아요.

(23번, 지역주민)

생활치료센터 격리자의 정신건강에 대한 측면과 향후 생활치료 입소 가능성에 대한 감정은 21번 응답자에게서 들을 수 있었다.

가끔 뉴스에 생활치료센터 격리에 대해서 나오잖아요? 그럼 '저기서 좀 쉬고 싶다.'라는 생각이 들다가도 누구를 만나지도 못하고 매일 TV나 볼 텐데, 결국 엄청 지겨워서 답답할 것 같더라구요. 아찔해요. …(중략)… (입소 가능성과 그에 따른 감정에 대한 질문) 매일 확진자 몇 명이다. 뭐 확산지수가 어떻다 하고 친구들 만나면 이야기는 하는데 와닿지는 않는 것 같아요. 뭔가 제 이야기가 아닌 이상한 느낌이 있어요. 주변에 아직 확진된 사람을 못봐서 그런가...

(21번, 일반인)

이상의 인터뷰 내용을 고려할 때, 유형 B는 생활치료센터의 역할을 '전문성'에서 찾고 있는 것으로 파악되며 격리에 따른 고통은 스스로에게 투영하여 체화하기 보다는 이를 외부에서 이루어지는 독립적인 사건으로 받아들이고 있는 것으로 파악된다.

5) 소결

이상의 논의를 토대로 파악한 유형 B는 유형 A와 유사하게 생활치료센터에 대해 긍정적인 입장을 취하고 있다. 하지만 '효과'나 '효율'이 주로 등장했던 유형 A에 비하면 유형 B에서는 '전문성'이 생활치료센터에 기대되는 요소인 것으로 파악된다. 또한 다른 유형들이 비해서 비교적 생활치료센터의 근무자나 격리자의 정신건강에 대해 중요한 부분으로 간주하지만 이는 피상적인 '연민'의 범주에 속하는 것으로 보인다. 특히, 생활치료센터 구성원의 정신건강은 걱정되지만 입소할 경우 우울하지 않을 것 같다는 설문 답변이나, 인터뷰 내용을 통해 유추해봤을 때, COVID-19의 확진 경험을 충분히 내재화하지 못한 유형으로 판단된다.

(3) 유형 C : 현실 제약 개인주의형

1) 유형 구성원

유형 C에는 총 7명의 P 샘플 속해있으며 그 구성은 아래 <표 5-15>와 같다. 해당 구성원들의 특성을 분포로 정리한 것은 <표 5-16>으로 제시되어 있다.

<표 5-15> 유형 C 구성원 특성

ID	성별	나이	지역	분류	문화적 편향
1	여성	33	수도권	일반인	개인
17*	여성	21	영남	감염경험자	개인
26	남성	27	수도권	타 전문가	개인
32*	여성	45	영남	보건전문가	평등
33*	여성	58	영남	보건전문가	계층
36*	남성	25	영남	보건전문가	개인
41*	여성	52	영남	보건 공무원	평등

* = 생활치료센터 경험 있음

<표 5-16> 유형 C 구성원 분포

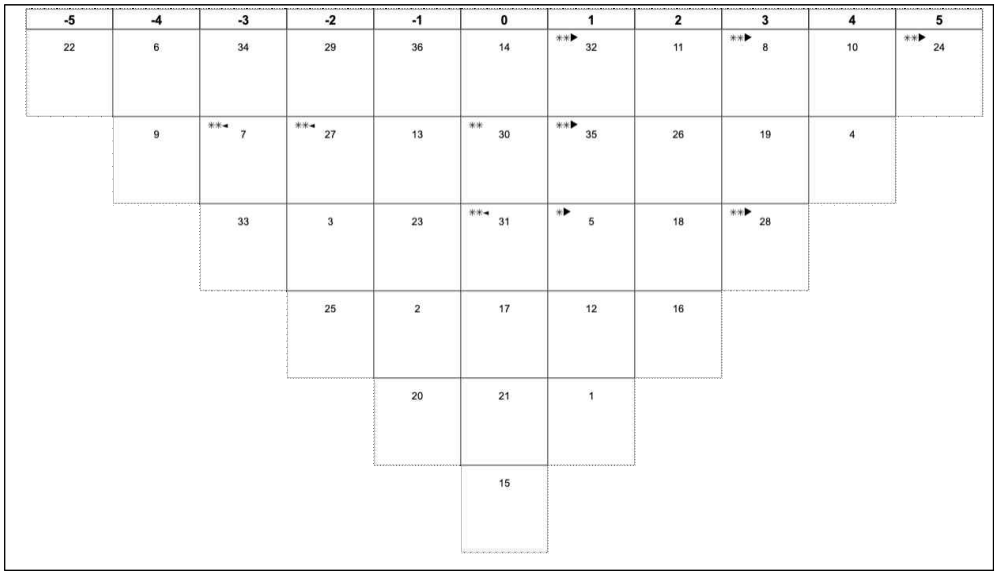
구분	기준	인원(비율%)
성별	남성	2(28)
	여성	5(71)
나이	20대	3(42)
	30대	1(14)
	40대	1(14)
	50대 이상	2(28)
지역	수도권	2(28)
	영남	5(71)
분류	타 분야 전문가	1(14)
	일반인	1(14)
	보건 전문가	3(42)
	보건 공무원	1(14)
	감염 경험자	1(14)
생활치료센터 경험	있음	5(71)
	없음	2(28)
문화적 편향	평등	2(28)
	개인	4(57)
	계층	1(14)

유형 C의 구성에 있어서 가장 특징적인 부분은 생활치료센터에 대한 경험이 있는 참여자의 비율이 71%로 여타 유형에 비해서 가장 높다는 것이다. 이와 더불어 보건 전문가와 보건 공무원 등 보건 관련 분야의 직업인들이 57%로 유형들 중 제일 높은 비중을 가지고 있으며, 지역적으로는 영남권에 거주하고 있는 사람의 수가 가장 많다는 특징이 있다. 문화적 편향에서는 유형 D에 이어서 개인주의 성향을 가지고 있는 구성원의 비율이 높은 것으로 나타났다.

2) 유형 진술문 분석

유형 C는 생활치료센터에 대해 기본적으로 부정적인 인식을 가지고 있는 것으로 파악된다. 특히, 병원 등 전문의료기관을 우선적으로 생각하며 생활치료센터와 자가격리의 역할에 대해서 분별적으로 생각하는 등 COVID-19에 대한 의료시스템을 서열에 따라 이해하고 있다. 이에 대해 유형 C로 분류된 응답자들의 구체적인 Q 분류표는 <그림 5-5>와 같다.

<그림 5-5> 유형 C의 Q 분류표[18)]



해당 유형에 속한 응답자들이 가장 동의하는 진술문 6개와 가장 동의하지 않는 진술문 6개는 아래 <표 5-17>에 제시되어 있다. 가장 동의하는 문장은 표준점수를 통해서 알 수 있듯이, 24번(병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.), 10번(생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.), 4번(정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병

18) * = p<0.05에서 구분되는 진술문
** = p<0.01에서 구분되는 진술문
► = 여타 요소들에 비해 높은 z-score를 가진 진술문
◄ = 여타 요소들에 비해 낮은 z-score를 가진 진술문

상확충에 집중해야 한다.), 8번(일반시민들에게 생활치료센터에 대한 정보가 충분히 공개되어 있지 않다.), 19번(생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.), 28번(생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.) 순서이다.

이에 반해 가장 반대하는 진술문은 34번(생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수 있다.), 7번(생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.), 33번(언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.), 6번(현재 활용되고 있는 공공기관 연수원, 대학 기숙사 등 공공자원보다 호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.), 35번(생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.), 9번(지역사회의 민심을 얻기 위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.)으로 이어진다.

<표 5-17> 유형 C의 대표적 진술문

연번	동의 진술문	Z-score
24	병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.	1.697
10	생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.	1.691
4	정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.	1.604
8	일반시민들에게 생활치료센터에 대한 정보가 충분히 공개되어 있지 않다.	1.482
19	생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.	1.22

28	생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.	1.062
연번	**반대 진술문**	**Z-score**
34	생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수 있다.	-1.17
7	생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.	-1.235
33	언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.	-1.36
6	현재 활용되고 있는 공공기관 연수원, 대학 기숙사 등 공공자원보다 호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.	-1.882
35	생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.	-1.461
9	지역사회의 민심을 얻기 위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.	-0.789

대표적인 진술문 12개에 따르면 유형 C는 생활치료센터가 충분한 의료 서비스를 제공할 수 없다고 인식하고 있으며(24, 28), 이와 더불어 병원과 같은 전문의료기관의 확대에 정부가 집중할 필요가 있다고 간주하고 있다(4). 그리고 생활치료센터 근무자(10)와 격리자(19) 모두가 시설 운영과정에서 불안감을 경험할 가능성이 높다는 점에 동의한다. 또한, 일반 시민들을 대상으로도 생활치료센터에 대한 자료나 정보가 충분히 공개되어 있지 않다는 점에 긍정한다(8).

하지만 생활치료센터 입소로 인한 사회적 낙인 가능성에 대해서는 강하게 부정한다(34). 생활치료센터 지정과 활용에 따라 민간기관 등에 제공하는 보상금이 충분하지 않다는 지적에 대해서도 부정적이며(7), 민간자원의 보다 적극적인 활용을 긍정적으로 생각하지 않는 것으로 판단된다(6). 그러나 생활치료센터와 자가격리의 차이에 대해서는 분명하게 인식하고 있고(35), 언론이 생활치료센터에 대해 악의적인 보도를 하고 있다는 의견은 반대하는

모습을 보인다(33).

3) 다른 유형과의 비교

유형 C의 특성을 보다 명확하게 확인하기 위해서는 가장 구분되는 진술문을 통해 유형 A, B, D와 비교를 시도할 수 있다. 여기서 각 진술문은 대표적 진술문의 도출과는 달리 유의수준이 0.05 이하인 문장들만 선정한 것이다. 그리고 해당 진술문의 표준점수(z-score)의 비교를 통해 유형에 따른 차이를 살펴볼 수 있으며 해당 내용은 <표 5-18>과 같다.

<표 5-18> 유형 C와 타 유형 간의 차이

진술문	유형 A		유형 B		유형 C		유형 D	
	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score
24	-1	-0.37	-2	-0.75	5	1.7*	-1	-0.368
8	-1	-0.24	2	0.54	3	1.48*	1	0.2
28	-1	-0.55	-4	-1.52	3	1.06*	0	-0.024
32	-1	-0.36	-3	-1.34	1	0.59*	-1	-0.396
35	-3	-1.46	-5	-2.17	1	0.55*	-1	-0.507
5	-2	-0.71	-2	-0.91	1	0.23	-1	-0.349
30	4	1.85	-2	-0.78	0	0.13*	2	1.106
31	5	2	5	1.77	0	0.11*	3	1.145
27	3	1.14	0	0.12	-2	-0.65*	0	0.181
7	-1	-0.34	1	0.51	-3	-1.24*	3	1.145

* = $p < 0.01$, 이외에는 모두 $p < 0.05$

위의 표준점수를 비교해보면 상술한 유형 C의 특징이 보다 명확해진다. 유형 C는 다른 유형들이 생활치료센터가 충분한 의료적 대응할 수 있다고 생각하는 반면에, 유일하게 할 수 없다는 인식을 가지고 있다(24). 이와 같은 맥락에서 의료적 처방이 충분하지 않은 단순한 정책이라는 점

에서도 단독으로 긍정적인 평가를 하고 있다(28). 향후 생활치료센터 입소 가능성에 따른 우울 등 감정에서도 앞선 진술문들보다는 낮은 점수이지만 다른 유형들과 달리 동의한다(32).

생활치료센터에 대한 부정적인 인식은 COVID-19 대응의 효과성에서도 이어지는데, 다른 유형들은 생활치료센터가 효과적이라고 판단하고 있는 것에 반해 유형 C는 부정적인 견해를 표출한다(27). 이후 생활치료센터의 재도입 필요성에 대해서도 중립적인 수준이지만 소극적인 태도를 가지고 있다(30, 31). 또한, 생활치료센터 사용에 대한 보상금 등은 유형 A와 함께 충분하다는 인식을 보이고 있지만 그 수준은 유형 A에 비해서 강하게 나타난다(7).

4) 유형 C의 인터뷰

유형 C에 속해있는 응답자들 중 생활치료센터에 대한 경험을 가진 경우가 다른 유형들에 비해 다수 있었기 때문에 인터뷰를 통해 생활치료센터에 대한 내밀한 정보를 얻을 수 있었다. 우선, 유형 C의 가장 큰 특징인 생활치료센터의 한계 등 기능적인 측면에서 나타나는 부정적인 요소에 대해서 응답자 21번과 36번에게 답변을 얻을 수 있었다.

생활치료센터에 들어가서는 매일 건강상태 체크하고, 간호사랑 면담하는 걸 제외하면 별다른 의료지원이 있었던 것 같지 않아요. 애초에 경증환자들이 이송되는 곳이다 보니까 재택치료랑 다른게 없는 것 같기도 하구요. 오히려 집에서 편하게 지내는게 회복에 도움이 되지 않을까요?

(21번, 감염 경험자)

생활치료센터에 공중보건의로 근무하면서 답답한 경우가 많기는 했죠. …(중략)… 물품제한이 크긴 했어요. 격리하고 계신 분들은 산소가 필요한 경우가 많은데 병원에서는 코 줄로 산소를 뭐 1리터 이렇게 공급하거든요. 그러니까 기계적으로 산소를 공급해야 하는 경우에

는 (병원으로) 전원시켜야 하는 경우도 꽤 있었고 생활치료센터에서 할 수 있는게 많이 제한적이에요.

(36번, 보건 전문가)

생활치료센터 근무자의 정신건강 등 위험성에 대해서는 32번 응답자가 답변하였다.

근무를 하면 보호구를 착용하기는 해요. 그런데 생활치료센터 근무하고 나면 집으로 돌아가야 하잖아요. 사실 시설에 있으면서 보다는 돌아가는 길에 내가 우리 가족 감염시키면 어쩌지 하는 생각이 많이 들더라구요. …(중략)… 그리고 생활치료센터에 있으면 레벨 D 보호복을 입어요. 근데 그게 짱짱하게 입으려면 최소 30분은 입어요. 최소 30분이요. 그런데 이렇게 입어도 어쩔 수 없이 코나 턱에 틈이 생길 수 있거든요. 그럼 먼지 가득한 방에 걸어 들어가는 기분이에요. …(중략)… 어쩔 수 없이 근무하면 강박적으로 스프레이를 뿌리거나 소독을 하는 것 같아요. 진짜 습관이 생기더라구요.

(32번, 보건 전문가)

일반인들에게 생활치료센터에 대한 정보가 충분히 제공되고 있지 않다는 점에 대해서는 1번 응답자가 답변하였다.

솔직하게 말하면, 이거 설문지 하기 전에는 생활치료센터를 뉴스에서만 봤던 것 같아요. 실제로 생활치료센터가 어떻게 운영되는지, 어디에 있고, 내부운영방침이 어떤지 전혀 아는 게 없어요. 설문하면서 '오~ 이런 게 있어'하면서 생각했다니까요.

(1번, 일반인)

이상의 인터뷰 내용을 고려할 때, 유형 C는 생활치료센터에 대한 경험을 바탕으로 현실적인 한계점 등을 인식하고 있는 것으로 파악된다. 즉, 비합

리적인 판단과정을 통해서 부정적 인식을 구축한 것이 아니라 근무나 생활을 하면서 느꼈던 바를 토대로 생활치료센터의 가치와 고충에 대해서 표출한 것이다.

5) 소결

유형 C의 인식유형을 종합해보면, 생활치료센터에 대해 부정적인 인식을 기본적으로 내재하고 있으나 이는 '경험'이라는 맥락에서 도출된 감정으로 판단할 수 있다. 즉, 실제로 체감한 가용자원의 제약, 감염 가능성에 대한 우려 등 다양한 현실적 요소들이 해당 생활치료센터에 대한 부정적인 감정으로 이어지게 된 것이다. 물론, 이러한 인식의 형성에는 유형 C에서 가장 지배적인 문화적 편향인 '개인주의'가 유형의 특성을 극대화시켰을 가능성도 있다. 개인주의는 외부로부터 강제되는 규제나 구속력 등에 대해 소극적인 성향이 있기 때문에 의료 프로토콜 등 생활치료센터의 환경에 대한 경계가 생활치료센터에 대한 부정적 인식에 영향을 미쳤을 수 있다.

(4) 유형 D : 외부성 중심 적극적 개인주의형

1) 유형 구성원

유형 D에는 총 6명의 P 샘플 속해있으며 그 구성은 아래 <표 5-19>와 같다. 해당 구성원들의 특성을 분포로 정리한 것은 <표 5-20>으로 제시되어 있다.

<표 5-19> 유형 D 구성원 특성

ID	성별	나이	지역	분류	문화적 편향
11	여성	54	영남	타 공무원	개인+평등
15*	여성	30	수도권	감염경험자	개인
18*	여성	36	수도권	감염경험자	개인

22	남성	25	수도권	일반인	개인
30*	남성	25	전라	보건전문가	개인
39*	남성	56	영남	보건 공무원	평등

* = 생활치료센터 경험 있음

<표 5-20> 유형 D 구성원 분포

구분	기준	인원(비율%)
성별	남성	3(50)
	여성	3(50)
나이	20대	2(33)
	30대	2(33)
	40대	·
	50대 이상	2(33)
지역	수도권	3(50)
	영남	2(33)
	전라	1(17)
분류	타 분야 공무원	1(17)
	일반인	1(17)
	보건 전문가	1(17)
	보건 공무원	1(17)
	감염경험자	2(33)
생활치료센터 경험	있음	4(67)
	없음	2(33)
문화적 편향	평등	1(17)
	개인	4(67)
	개인+평등	1(11)

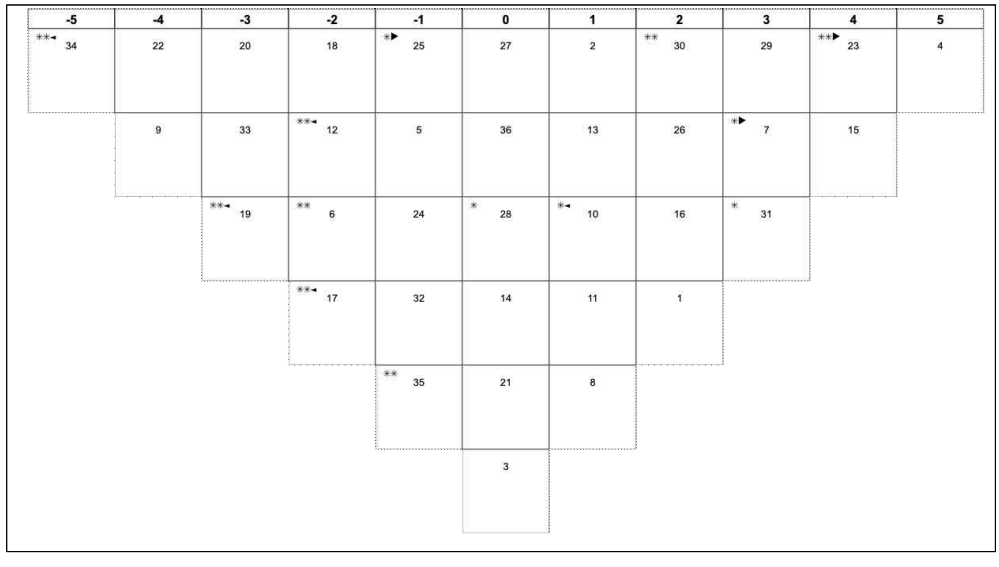
위의 구성원 특성을 다른 인식유형들과 비교하면 우선, 유형 D에는 감염경험자가 2명(33%)로 그 수나 비율 모두에서 가장 높다. 이에 따라 생활치

료센터 경험여부도 유형 C에 이어서 2번째로 높은 모습을 보인다. 문화적 편향 측면에서는 두 가지 편향을 동시에 가지고 있는 경우를 포함한다면 유형 C보다 높은 비율로 '개인주의'적 성향을 가지고 있는 것으로 파악된다.

2) 유형 진술문 분석

유형 D는 유형 C와 함께 생활치료센터에 대해 부정적인 시각을 가지고 있으나 향후 생활치료센터의 도입 등에 대해서는 일부 긍정적인 인식을 가지고 있기 때문에 유형 C에 비해서는 부정적인 견해의 정도가 약하다고 볼 수 있다. 이에 따라 유형 D로 분류된 응답자들의 Q 분류표는 <그림 5-6>과 같다.

<그림 5-6> 유형 D의 Q 분류표[19)]



구체적으로 해당 유형에 속한 응답자들이 가장 동의하는 진술문 6개와 가장 동의하지 않는 진술문 6개는 아래 <표 5-21>에 제시되어 있다.

19) * = p<0.05에서 구분되는 진술문
** = p<0.01에서 구분되는 진술문
► = 여타 요소들에 비해 높은 z-score를 가진 진술문
◄ = 여타 요소들에 비해 낮은 z-score를 가진 진술문

가장 동의하는 문장은 4번(정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.), 23번(생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.), 15번(지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.), 29번(생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.), 7번(생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.), 31번 진술문(향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.)으로 이어진다.

이에 반해 가장 반대하는 진술문은 34번(생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수 있다.), 9번(지역사회의 민심을 얻기 위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.), 22번(생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당 기간 격리되어 있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.), 19번(생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.), 33번(언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.), 20번(생활치료센터는 자가진단을 하지 않을 경우 전체방송으로 이름과 호실 등을 언급하는 것은 입소자의 자존감 등을 고려하지 않은 것이다.) 순이다.

<표 5-21> 유형 D의 대표적 진술문

연번	동의 진술문	Z-score
4	정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.	1.549
23	생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.	1.491
15	지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.	1.477

29	생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.	1.458
7	생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.	1.145
31	향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.	1.145
연번	**반대 진술문**	**Z-score**
34	생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수 있다.	-2.185
9	지역사회의 민심을 얻기 위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.	-1.917
22	생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당 기간 격리되어 있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.	-1.566
19	생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.	-1.213
33	언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.	-1.17
20	생활치료센터는 자가진단을 하지 않을 경우 전체방송으로 이름과 호실 등을 언급하는 것은 입소자의 자존감 등을 고려하지 않은 것이다.	-1.029

대표적인 진술문 12개를 통해 유형 D를 살펴보면, 생활치료센터의 증가보다는 전문의료시설의 확충에 대해서 정부가 더 관심을 가져야 한다는 점을 가장 강하게 인식하고 있다(4). 그리고 자가격리를 통해 경증 감염자 치료가 더 효과적이라고 판단하는 등(23) 유형 C와 궤를 함께 하는 부분이 있다. 생활치료센터에 대한 이와 같은 부정적 인식에도 불구하고 유형 D는 향후 팬데믹이 다시 도래하면 생활치료센터가 도입되어야 한다(31)는 입장도 함께 가지고 있다.

정책적으로는 생활치료센터의 중앙통제를 강하게 요구하며(15), 성공적인

민관협력 정책이라고 인식하고 있다(29). 하지만 유형 D는 생활치료센터 지정과 운영에 있어서 보상금이 충분하지 않다고 생각한다(31). 지역여론을 의식하여 인근 식당을 통해 식사를 공급받는 것이 격리자를 고려하지 않는 판단이라는 지적에 대해서는 다소 부정적인 인식을 가지고 있다(9).

생활치료센터에서의 정신건강적 측면에 대해서는 퇴소 이후 사회로의 적응 가능성에 대해 우려하고 있지 않다(22). 그리고 명확한 진단 등에 대한 정보공유가 부족하여 입소자들이 느끼는 불안(19), 전체방송으로 인한 입소자의 자존감 훼손 가능성 등에 대해서는 크게 거리끼지 않는 성향을 보였다(20).

3) 다른 유형과의 비교

유형 D의 특성을 보다 명확하게 확인하기 위해서는 가장 구분되는 진술문을 통해 여타 유형과의 비교를 시도할 수 있다. 여기서 각 진술문은 대표적 진술문의 도출과는 달리 유의수준이 0.05 이하인 문장들만 선정한 것이다. 그리고 해당 진술문의 표준점수(z-score)의 비교를 통해 유형에 따른 차이를 살펴볼 수 있으며 해당 내용은 <표 5-22>와 같다.

<표 5-22> 유형 D와 타 유형간의 차이

진술문	유형 A		유형 B		유형 C		유형 D	
	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score	점수	z-score
23	-2	-0.64	-3	-1.09	-1	-0.4	4	1.49*
7	-1	-0.34	1	0.51	-3	-1.24	3	1.15
31	5	2	5	1.77	0	0.11	3	1.15
30	4	1.85	-2	-0.78	0	0.13	2	1.11*
10	2	0.9	4	1.72	4	1.69	1	0.34
28	-1	-0.55	-4	-1.52	3	1.06	0	-0.02
25	-3	-1.58	-2	-1	-2	-0.7	-1	-0.15

35	−3	−1.46	−5	−2.17	1	0.55	−1	−0.51*
12	0	−0.06	3	1.46	1	0.22	−2	−0.8*
6	−5	−1.75	1	0.42	−4	−1.88	−2	−0.84*
17	1	0.43	4	1.56	0	0.05	−2	−0.99*
19	1	0.33	3	1.23	3	1.22	−3	−1.21*
34	0	−0.14	−4	−1.46	−3	−1.17	−5	−2.19*

* = $p < 0.01$, 이외에는 모두 $p < 0.05$

위의 표준점수를 비교해보면 상술한 유형 D의 특징이 보다 명확해진다. 유형 D는 경증 감염자에 대응하기 위해서는 생활치료센터가 아니라 자가격리가 더 효과적이라는 지점에 대해서 여타 유형과는 달리 유일하게 긍정적인 입장을 취한다(23). 하지만 자가격리와 생활치료센터의 효과에 대한 간극은 중요하지 않다고 생각한다(35). 또한, 향후 생활치료센터의 재도입 가능성은 유형 A에 비하면 낮은 수준이지만 유형 B, C에 비해서 강하게 인식하고 있다(30). 이와 더불어 생활치료센터 입소에 따른 사회적 낙인 가능성은 모든 인식유형에서 크게 동의하지 않고 있지만, 유형 D는 가장 동의하지 않는 것으로 나타났다(34)

대부분의 인식유형들이 유사시 생활치료센터를 2인 1실로 운영하는 지침에 대해서 부정적이거나 중립적인 의견을 가지고 있는 것에 반해 유형 D는 크게 우려하지 않는 모습을 보인다(12). 정신적인 측면에 있어서는, 이동 제한 등으로 인한 정신적 고통(17)이나 질병의 원인 등에 대한 정보 공유 제한에 따른 불안감(19)은 거의 모든 인식유형에서 중요하게 생각하지만 유형 D는 낮은 중요도를 표현했다.

4) 유형 D의 인터뷰

우선 생활치료센터가 향후에 재도입될 필요성과 더불어 전문의료기관 중심의 감염병 치료시스템에 관한 질문에 대해 30번 응답자는 매우 부정적인 견해를, 39번 응답자는 생활치료센터의 정체성에 대해서 다음과 같이 답변

하였다.

이번 코로나를 계기로 앞으로 이런 감염병들은 감기같이 인식될 것 같아요. 실제로 감기나 다른 호흡기 감염으로 사망하는 환자도 상당히 많거든요. 그럼 우리가 집중해야 하는 건 결과적으로 사람이 죽는 부분이 아닐까 싶어요.

(30번, 보건 전문가)

나중에 감염병이 다시 발생하면 아무래도 임시적인 부분이 큰 생활치료센터보다는 전문적인 감염전담병원을 지정해서 운영하는 게 바람직할 것 같아요. …(중략)… 그래도 생활치료센터는 경증환자나 무증상환자를 어느 정도 버텨주는 임시 방파제 같은 느낌이 있어요.

(39번, 보건공무원)

생활치료센터 퇴소 이후 사회적으로 낙인이 부여될 수 있는 가능성에 대해서는 실제로 생활치료센터 격리 경험이 있는 15번 응답자가 답변을 하였다.

물론, 생활치료센터 다녀오고 나면 '눈치보인다', '손가락질 받는다'하고 걱정하는 건 충분히 알 것 같아요. 그런데 실제로 생활치료센터 다녀오고 나서 그렇게 지적? 같은 걸 받아본 경험은 없어요. …(중략)… 만약 생활치료센터 2주 정도 아니면 그 이상 다녀왔다고 이상하게 바라볼 정도면, 오랫동안 병원 치료를 받은 경우에도 사회 생활이 불가능하다고 생각할 수 있다는 것 같아서 오히려 기분이 안 좋은 것 같아요. 약간 '그래야만 하나?' 하는 생각도 들구요.

(15번, 감염 경험자)

생활치료센터가 유사시에 기존 1인 1실 편제에서 2인 1실로 바꿀 수 있다는 지침에 대해서 격리기간 동안 2인 1실을 사용했던 응답자 18번의 답변을 얻을 수 있었다.

집에서는 오히려 혼자서 방을 사용할 수 있고 화장실도 따로 사용할 수 있는 공간이 있는데 아무 조치도 해주지 않는 상황에서 2인 1실을 사용하니까 정신적으로 더 힘들더라구요. …(중략)… 같은 방을 사용하는 사람이 새벽에 스피커폰으로 통화하기도 하는데 그 사람이 정신병자이거나 이상한 사람일까봐 항의도 못하고 그냥 참고 있었어요.

(18번, 감염 경험자)

이상의 인터뷰 내용을 고려할 때, 유형 D는 유형 C와 비슷한 맥락에서 '경험'을 바탕으로 생활치료센터에 대해 부정적인 인식을 구축한 것으로 보인다. 특히, 2인 1실 구성 가능성은 실제로 생활치료센터에서의 경험을 바탕으로 하여 매우 부정적인 시선을 가지고 있다. 하지만 생활치료센터의 정책적인 측면에 대해서는 충분히 긍정적인 입장을 가지고 있는 것으로 판단되며, 생활치료센터의 입소자 등이 노출될 수 있는 사회적 낙인의 가능성에 대해서는 일축하고 있다.

5) 소결

지금까지 분석한 유형 D의 인식유형은 기본적으로 생활치료센터에 대해 부정적인 판단을 하고 있지만 일부 지점에 대해서는 긍정적인 측면을 인정고 있다. 즉, 생활치료센터에 대해 제한적인 입장을 가지고 있는 것이다. 분명 생활치료센터를 경험한 구성원이 많은 만큼 그 의의와 기능에 대해서는 충분히 이해하고 있으나 이는 임시적인 수준에 머무를 뿐이며 큰 의미를 부여하지는 않는 것이다.

유형 D에 지배적인 '개인주의' 측면은 이러한 인식의 형성에 영향을 미쳤을 가능성이 있다. 특히, 외부로부터의 강제적인 규제나 집단적 구속력을 거부하는 개인주의는 생활치료센터라는 통제와 억압에 대해서 강한 불편감을 가지고 일정한 자유가 보장되는 자가격리를 더욱 선호하는 것으로 판단된다. 이는 2인 1실에 대한 지침을 여타 유형에 비해서 가장 강하게 반대하는 유형 D의 인식을 설명하는 것으로도 연장될 수 있다.

제 3 절 분석결과 및 가설 제시

1. 생활치료센터에 대한 인식의 다양성

본 연구는 COVID-19 팬데믹의 확산으로 인해 도입된 생활치료센터에 대해 다양한 인식이 존재할 수 있다는 판단에 따라 Q 방법론을 활용하여 이를 유형화하고자 하였다. 연구를 위해 진행된 Q 설문에는 총 50명이 응답하였으며 이 중 유의미하게 유형화가 도출된 31명을 중심으로 분석이 이루어졌다. 분석 결과에 따르면 생활치료센터를 둘러싼 인식유형은 총 4가지로 군집화할 수 있으며, 10명의 유형 A(효과성 긍정 평등주의형), 7명의 유형 B(전문성 긍정 소극적 개인주의형), 7명의 유형 C(현실 제약 개인주의형), 6명의 유형 D(외부성 중심 적극적 개인주의형)로 나타났다.

(1) 공통사항을 통한 의미 도출

각 인식유형의 특성을 분석하기에 앞서 우선적으로 '합의적 진술문'을 통해 분석의 의미를 도출할 수 있다. 우선, 가장 표준점수(z-score)의 편차가 적었던 진술문은 36번(만약 COVID-19이 확진되었을 경우, 선택권이 주어진다면 나는 생활치료센터에 입소하고 싶다.)이다. 이는 두 가지로 설명될 수 있다. 먼저, 82.3%가 생활치료센터와 병원에서의 치료가 별다른 차이가 없을 것이라고 답한 서울시 공공의료보건재단의 설문과 같이 국민들은 생활치료센터와 여타 치료시설 간에 확고한 우선순위를 정하지 못했을 가능성이 있다. 이는 Relph(1986)의 장소성 개념에서 '실존적 외부성' 즉, 각 장소를 구별할 수 없을 정도의 동일한 정체성을 가지게 되어 피상적으로만 분별할 수 있게 되는 감정 개념과 조응하는 것이다. 또 다른 접근으로는, 응답자들이 생활치료센터의 입소가능성을 과도하게 낮게 생각하여 합의가 이루어졌을 가능성이 있다. 생활치료센터의 경험자가 가장 많은 유형 C에서 작은 수준이지만 반대의 정향을 가졌다는 점은 이러한 접근의 근거가 될 수 있다.

모든 유형에서 긍정적인 평가를 받은 16번 진술문(생활치료센터는 호텔 등

기존 시설을 활용했기 때문에 병원보다 생활하기에 쾌적하다.)은 생활치료센터의 '거주성'이 중요하다는 점을 나타낸다. 이는 서울시 공공의료보건재단(2020)이 실시한 조사에서 5개 영역(입소절차/시설 및 환경/검사 및 모니터링/의료진의 상담 및 진료/퇴소절차) 중 '시설 및 환경' 영역이 가장 높은 만족도를 받았다는 사실을 질적으로 재확인한 것으로 볼 수 있다.

16번 진술문 다음으로 긍정적인 의견을 받은 진술문은 11번(생활치료센터의 협력병원이 어디인가에 따라 생활 및 의료 프로토콜의 차이가 있다.)이다. 이와 같은 진술문의 합의는 정부가 「코로나바이러스감염증-19 대응 생활치료센터 운영 지침」(2020)을 확정·배포했음에도 실제 현장에서는 의료서비스 등의 격차가 이루어지고 있다는 것을 의미한다. 특히, 가장 생활치료센터 경험자가 많은 유형 C에서 해당 진술문에 가장 동의하는 것을 통해 협력병원에 따른 시설 운영 프로토콜의 차이는 실제로 존재하고 있음을 유추할 수 있다. 시설별 격차는 관리적 측면에서 제도가 그 자체로 운영되고 있지 못하고 있다는 것을 보여준다.

(2) 개별사항을 통한 의미 도출

지금까지 살펴본 각 인식유형의 '합의적 진술문'은 연구참여자들이 생활치료센터에 대해 느끼는 전반적인 경향성을 포착할 수 있도록 했다면, '논쟁적 진술문'은 개별 인식유형의 특성을 제시한다. 먼저, 인식의 편차가 가장 큰 35번 진술문(생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.)는 유형 C를 제외하고 모든 유형에서 부정적인 인식을 보였다. 유형 B는 제일 강하게 부정적인 인식을 표출했으며, 이어서 유형 A, 유형 D, 유형 C 순으로 이어졌다. 흥미롭게도 이러한 순서는 각 유형에서 생활치료센터의 경험자 비율의 역순과 동일하다. 즉, 생활치료센터에 대해 경험한 사람이 많을수록 생활치료센터와 자가격리의 차이에 동의하지 않는 것이다. 이는 생활치료센터를 인식하는 내외부의 입장이 다르다는 것으로 연결할 수 있다. 생활치료센터를 경험하지 못한 유형은 생활치료센터와 자가격리를 분별적으로 이해하고 있지만, 그렇지 않은 유형에서는 이를 무차별적으로 받아들이고 있는 것이다. 해당 지점은

생활치료센터의 효과와 정당성의 측면에서 문제점으로 제기될 수 있다. 특히, 자가격리와 달리 의료적 대응 등을 통해 생활치료센터의 당위성을 제시했던 정부의 정책적 의도가 일부 훼손되었다고 볼 수 있다.

30번 진술문(생활치료센터는 감염병 확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.)에 대해 유형 A는 매우 긍정적으로 생각하며, 유형 B는 다소 부정적으로 평가하였다. 이와 같은 상이한 평가에서 있어서 이미 유형 A의 경우에는 생활치료센터에 대한 강한 긍정성을, 유형 C는 강한 부정성을 여타 진술문을 통해서 보였기 때문에 유형 B와 유형 D의 속성에 대해 주목할 필요가 있다. 우선, 유형 B는 감염병 대응 기관의 중요한 요소를 '전문성'으로 규정하고 생활치료센터는 전문적인 역량이 부족하기 때문에 4번 진술문에서 나타나는 것처럼, 향후에는 전문의료기관 확대에 집중해야 한다는 논리를 가진다. 반면, 유형 D는 39번 응답자와의 인터뷰 내용처럼 '임시적인 방파제' 역할을 위한 생활치료센터의 제한적 역할을 인식하고 있다. 이러한 내용은 향후 새롭게 나타날 수 있는 감염병 국면에서 생활치료센터 도입시 정책적으로 고려해야 하는 사항을 판단하는 바로미터가 될 수 있다. 또한, 유형 B에 비해 유형 D에서 개인주의 성향이 강하게 나타나기 때문에 생활치료센터에 비해 자가격리를 선호하는 개인주의자들의 성향을 반영한 결과로 고려할 수도 있다.

이외에도 19번 진술문(생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들이 불안감을 느낄 수 있다.)에 대해서 유형 B와 유형 C는 3점으로 다소 긍정적인 평가를 하였고, 유형 A는 1점으로 중립적 평가를, 유형 D는 -3점으로 다소 부정적인 평가를 하였다. 유형 B와 C는 입소자들이 느낄 수 있는 불안감을 해소하기 위해서는 병원과 같이 지속적인 모니터링과 임상의학 등을 통한 진단 내용을 공유해야 한다고 생각한다. 반면에, 유형 D는 심층적 검사의 실시와 결과 제공이 입소자들의 불안감과 유의미하게 연관되지 않는다고 판단하여 유형간 인식차이를 보여주고 있다. 이러한 차이는 보건당국이 생활치료센터 운영에 대한 내용을 결정할 때 중요한 지점으로 작용할 수 있다. 생활치료센터에서의 불안과 우울 등 정신건강에 관한 문제는 선행연구들에서도 나타

나듯이 생활치료센터가 해결해야하는 과제로 남아있다. 따라서 생활치료센터에 입소하는 집단의 특성을 분석하여 이에 따라 다양한 의료적 검사를 제공할지 등의 여부를 결정할 필요가 있는 것이다.

각 인식유형들의 특성을 종합해보면 생활치료센터의 기능적 가치와 향후 정책적 방향, 생활치료센터에 대한 전반적 태도 등의 측면에서 차이를 보인다. 특히, 유형 A와 유형 B는 생활치료센터에 대한 긍정적인 인식을, 유형 C와 유형 D는 부정적인 인식을 가지고 있다. 이에 대한 내용은 아래 <표 5-23>과 같다.

<표 5-23> 인식유형에 따른 관점비교

구분	전반적 태도	기능적 가치	정책적 평가
유형 A	긍정	- 자가격리와 차별성 동의	- 권위적 도입과정 찬성 - 재도입 필요성 동의
유형 B	제한적 긍정	- 자가격리와 차별성 동의 - 의료전문성 보유 동의	- 권위적 도입과정 반대 - 중앙행정기관 중심 운영 찬성 - 2인 1실 배치 반대 - 재도입 필요성 찬성
유형 C	부정	- 자가격리와 차별성 동의 - 의료전문성 보유 부정	- 권위적 도입과정 반대 - 정보공개 필요성 동의 - 민간자원 활용 확대 필요성 반대 - 시설 사용료 적절성 부정
유형 D	제한적 부정	- 자가격리와 차별성 부정	- 권위적 도입과정 반대 - 중앙행정기관 중심 운영 찬성 - 시설 사용료 적절성 부정 - 재도입 필요성 찬성

<표 5-23>의 내용과 더불어 생활치료센터의 인식유형에 대한 이해에서 중요한 지점은 '문화적 편향'이라고 할 수 있다. 특히, 본 연구에서는 평등주의와 개인주의가 중점적으로 나타났고, 개인주의의 경우에는 그 정도가 다른 형상을 보였다. 이는 향후 보건당국이 생활치료센터를 재구성함에 있어서 정책대상이 되는 사람들에 대한 이해를 고려해야 한다는 점을 시사한다. 분석결과에서 나타나듯, 평등주의 성향을 가지고 있는 유형에서는 생활치료센터에 대한 무조건적인 긍정이 도출되는 것을 확인할 수 있었다. 이에 반해, 개인주의 성향을 가진 경우에는 전문성, 자원부족 등의 이유로 생활치료센터에 대해 다소 부정적인 태도를 가지고 있었다. 물론, 보건당국이 생활치료센터의 구축에 있어서 모든 이들의 요구에 맞출 수는 없다. 특히, 의사 수의 부족 등이 지속적으로 제기되고 있는 현 상황에서는 현실적인 제약으로 다가올 수 있다. 하지만 생활치료센터는 국가의 권위를 통해 정당성이 강하게 형성되는 정책이지만, 반대로 국민들이 이에 대해 적극적으로 동참하지 않거나 거부한다면 정책의 효과성은 감소하고 투입되는 자원의 양은 더 증가할 수 있다.

2. 생활치료센터에 대한 인식 가설

본 연구가 채택한 Q 방법론은 기존의 연구들과 달리 가설을 발견하거나 생성하기 위한 목적을 가지고 있다. 따라서 지금까지의 분석결과를 바탕으로 생활치료센터를 둘러싼 인식유형에 대해서는 다음과 같은 가설들을 도출할 수 있다.

가설 1. 생활치료센터에 대한 한국인의 인식은 네 가지 이상으로 유형화할 수 있다.

가설 2. 생활치료센터에 대한 인식유형은 '기능적 가치', '정책적 평가'의 기준으로 나뉜다.

가설 3. 생활치료센터에 대한 만족도에서 가장 중요한 요소는 '거주성'

이다.

가설 4. 생활치료센터에 대한 인식은 사람들이 가지고 있는 '집단성'이라는 문화적 편향의 영향을 받게 된다.

물론, 본 연구가 31명의 연구참여자를 중심으로 유형화를 했기 때문에 생활치료센터에 대한 인식유형은 더 다양할 가능성이 있다. 하지만 여기서는 가설 1과 같이 최소한 4개 이상의 다양한 인식유형이 존재한다는 수준의 명제를 제시할 수 있을 것이다. 그리고 각 인식유형들은 입소자의 감정 등에 대해 각기 다른 입장을 표명하고 있지만, 가설 2에 나타나듯이 이에 대한 목적지는 결국 생활치료센터의 '기능'과 '정책적 평가'로 볼 수 있다. 또한 '합의적 진술문'에서 연구참여자들이 가장 강하게 동의하는 것은 생활치료센터의 '거주성'이 중요하다는 것이다. 여기서 거주성은 시설의 쾌적함, 이용 용이성 등을 포함하고 있는 개념이다.

마지막으로 본 연구에서는 평등주의와 개인주의가 다수 분포하고 있는 모습을 확인할 수 있었다. 평등주의와 개인주의는 생활치료센터 재도입의 논의에서 차이점을 보이는 등 문화이론에서 '집단성'의 차이에 따라 인식이 달라지는 것으로 나타났다. 특히, 정부가 생활치료센터보다 전문의료기관 확충에 집중해야 한다는 4번 진술문에서는 집단성이 강한 유형일수록 동의하였다. 가설 4는 이와 같은 문화적 편향이 인식유형에 미칠 수 있는 가능성을 파악하기 위해 제시할 수 있다.

제 6 장 결론

제 1 절 요약 및 함의

1. 연구 요약

본 연구는 COVID-19 팬데믹의 확산으로 인해 새롭게 도입된 다양한 정책들의 주변부를 명확하게 인식하고 있지 못하다는 문제의식을 통해 시작되었다. 특히, 감염의 위험성이라는 초단기적인 위기로 인해 정책의 목적이 '감염 확산 방지'라는 곳에 과도하게 몰입되어 있는 경향이 있다. 이에 따라 새롭게 등장한 방역정책 중 하나인 생활치료센터에 대해 여러 유형의 갈등과 인식이 산재해있다는 인식을 기초로 하여, 문화이론 등과 접목한 Q 방법론을 활용하여 다양한 인식유형을 도출하고자 하였다.

본 연구의 분석 결과 중 '합의적 진술문'에 따르면 응답자들은 격리시설 중 생활치료센터에 대해 중립적인 선호도를 표현하였다(36). 이는 실제로 생활치료센터 격리에 대한 경험이 없어 이를 내재화하지 못했기 때문에 나타난 경향으로 생각된다. 그리고 생활치료센터가 병원 등에 비해 생활하기 좋다는 16번 진술문은 생활치료센터에 있어서 '거주성'이 얼마나 중요한가에 대해 알려준다. 11번 진술문의 경우에는 협력병원에 따라 생활치료센터의 운영이 달라질 수 있다는 점을 나타내기 때문에 현재 활용되고 있는 제도적 규제 등이 엄격하게 지켜지고 있지 않으며 시설 간의 차이로 이어진다는 점을 나타낸다.

'합의적 진술문'이 전체 응답자의 전반적으로 가지고 있는 문제의식을 보여주는 것이었다면, '논쟁적 진술문'은 각 유형의 특성을 명확하게 보여준다. 이에 따라 생활치료센터에 대한 인식유형은 크게 4가지로 구성될 수 있으며, 여기에는 '기능적 가치', '정책적 평가', '문화적 편향' 등의 요인들이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 먼저, 유형 A는 생활치료센터에 대해 가장 강한 긍정성을 보이고 있으며, 높은 집단성을 통해 생활치료센터가 가지는 공익적 차원을 중요하게 인식하고 있다. 두 번째, 유형 B는 유형 A와 유사

한 태도를 가지지만 이에 대한 근거를 생활치료센터가 가지고 있는 '전문성'으로 파악한다. 세 번째, 유형 C는 인식유형들 중에서 생활치료센터 경험을 가진 참여자가 가장 많이 속해있는 유형으로, 경험을 기반으로 하여 생활치료가 가지고 있는 현실적 제약에 대해 강하게 느끼고 있다. 마지막, 유형 D는 생활치료센터에 대해 무조건적인 반감을 가지고 있지는 않지만 매우 제한적으로 생활치료센터의 가치를 긍정하며, 여타 유형들 중 가장 강한 '개인주의' 성향을 보였다.

위 분석결과를 토대로 본 연구는 4개의 가설을 도출하였다. 첫째, 생활치료센터에 대한 한국인의 인식은 네 가지 이상으로 유형화할 수 있다. 둘째, 생활치료센터에 대한 인식유형은 '기능적 가치'와 '정책적 평가'의 기준으로 나뉜다. 셋째, 생활치료센터에 대한 만족도에서 가장 중요한 요소는 '거주성'이다. 넷째, 생활치료센터에 대한 인식은 사람들이 가지고 있는 '집단성'이라는 문화적 편향의 영향을 받게 된다.

2. 연구 함의

본 연구는 도출된 가설을 기반으로 하여 아래 4가지 함의를 가진다.

첫째, 학술적으로 생활치료센터에 대한 다양한 인식유형이 존재한다는 것을 입증했다는 의미가 있다. 다양한 언론사 등에서는 생활치료센터에 대한 인식을 입소자와 근무자, 일반 국민 등으로 층위를 구분하여 부분적으로 종합해왔으며, 기존의 선행연구들은 생활치료센터 입소자들의 정신건강 등을 분석하기 위해 다소 미시적인 부분에 집중해왔다. 하지만 본 연구는 생활치료센터에 대한 인식에 대해 Q 방법론을 통하여 분석하였으며, 이를 통해 최소 4개 이상의 인식유형이 존재할 수 있다는 가능성을 확인하였다. 이는 현재 생활치료센터 운영 등에 대한 접근이 '환자'라는 프레임에 국한되어 있다는 점에서 다양한 의견을 통한 개선 가능성을 제시하였다고 볼 수 있다.

둘째, 각 인식유형들에 대한 유형화 과정을 통해 생활치료센터의 인식을 구분하는 요인이 무엇인지 파악했다는 점에서 연구의 가치가 존재한다. 개

별 인식유형들은 진술문에 대한 동의 정도에 따라서 다양한 인식 형성의 근거를 보여주지만, 결국 이러한 요인들의 방향성은 생활치료센터의 '기능'과 '정책적 평가'로 볼 수 있다. 즉, 이와 같은 요인에 대한 파악은 향후 생활치료센터 개선 및 재도입시 중요하게 판단해야 하는 요소에 대한 역할을 수행할 수 있다.

셋째, 생활치료센터에 있어서 고려할 수 있는 다양한 요인들이 있지만 모든 유형에서 '거주성'이 중요하다는 점을 도출하여 생활치료센터 정책에서 우선적으로 고려해야 하는 사항을 파악하였다는 의미가 있다. '거주성'은 단순히 생활치료센터가 가지는 장점에만 머무르지 않고, 생활치료센터가 가지고 있는 고유한 정체성으로도 연결되기 때문에 이에 대한 강화는 생활치료센터가 존재해야 하는 정당성의 확보로 이어질 수 있다.

넷째, 생활치료센터에 대한 인식을 분석함에 있어서 문화이론에 따른 문화적 편향성을 활용했다는 의의를 가진다. 기존의 선행연구들은 생활치료센터에 대한 만족 수준 등에 대한 현상을 분석하는 수준에 그치는 경우가 대부분이었다. 하지만 본 연구는 '집단성'을 중심으로 하는 문화적 편향이 생활치료센터에 존재하는 인식의 다양성에 영향을 미칠 수 있다는 점을 입증하여 향후 여타 연구에서도 문화적 편향성이 중요한 변수로 작용할 수 있는 가능성을 제시하였다.

제 2 절 연구의 한계

본 연구의 한계점은 다음과 같다. 먼저, 연구가 채택한 분석 방법이 Q 방법론이기 때문에 이에 따른 본질적 한계가 있다. 구체적으로 Q 모집단의 대표성과 포괄성의 한계가 있다. 물론, 본 연구에서는 데이터마이닝, 심층면접 등 다양한 수단을 활용하여 Q 진술문의 객관성 등을 확보하고자 노력했다. 하지만 Q 진술문 구축에서 생활치료센터에 관한 모든 의견을 포함하였다고 보기는 어렵기 때문에 대표성 등에 대한 제한에 노출될 수 있다. 그리고 본 연구의 분석결과가 Q 진술문을 기반으로 이루어졌기 때문에 연구의

결과가 모든 의견이나 인식을 보여주는 것은 아니다.

둘째, Q 방법론의 특성으로 인해 일반화의 한계가 있다. 연구에서 다루어진 31명의 P 샘플이 전국민을 대상으로 한다고 확정할 수 없으며, 각 집단을 대표하는가에 대해서도 의문이 생길 수밖에 없다. 그렇기 때문에 인구통계학적 요인에 대해 과도한 의미 부여를 해서는 안 되며, 생활치료센터에 대해 국민들이 가지고 있는 인식을 확정적으로 결론지을 수 없다.

셋째, 연구를 통해 도출된 4개의 인식유형에 속하지 못한 10명의 응답자들이 가지는 의미까지 담아내지 못한 한계점이 있다. 요인분석 단계에서 8개의 유형으로 구분한 경우에도 대부분의 유형에서 고유값이 1 이상으로 나타났기 때문에 4개 이상의 유형에서도 또 다른 인식유형이 충분히 존재할 수 있다. 이에 따라 본 연구에서 제시하고 있는 4개의 인식유형이 생활치료센터에 대한 모든 인식을 대표하고 있다는 것에 대해서는 경계할 필요가 있다.

< 참고문헌 >

Brown, S. R. (1970). On The Use of Variance Designs in Q Methodology. The Psychological record, 20(2), 179-189.

_____. (1971). THE FORCED-FREE DISTINCTION IN Q TECHNIQUE. Journal of educational measurement, 8(4), 283-287.

_____. (1978). The importance of factors in Q methodology: Statistical and theoretical considerations. Operant subjectivity.

_____. (1993). A primer on Q methodology. Operant subjectivity, 16(3/4), 91-138.

_____. (1996). Q methodology and qualitative research. Qualitative health research, 6(4), 561-567.

Campbell, A. M. (1932). THE BLACK DEATH AND MEN OF LEARNING. The American journal of the medical sciences, 184(5), 725.

Cartwright,요F. F. (2000). Disease and history (2nd ed.. ed.). Thrupp. Stroud : Sutton.

Cattell, R. B. (1965). A biometrics invited paper. Factor analysis: An introduction to essentials I. The purpose and underlying models. Biometrics, 21(1), 190-215.

Dae-Hyun Kim, M. D., & Pok-Kee Min, M. D. (2020). Role of Daegu Medical Association in the infection control of the COVID-19 outbreak. J Korean Med Assoc, 63(5), 298-302.

Douglas, M. (1995). Purity and danger : an analysis of concepts of pollution and taboo. London : Routledge.

_____. (2002). Implicit meanings: Selected essays in anthropology. Routledge.

Foucault, M. (1994). 감시와 처벌 : 감옥의 역사. 서울 : 나남출판.

_____. (2014). 헤테로토피아. 서울 : 문학과지성사.

_____. (2016). 감시와 처벌 : 감옥의 탄생 (번역개정판)). 파주 : 나남.

Freudenburg, W. R. (1988). Perceived Risk, Real Risk: Social Science and the Art of Probabilistic Risk Assessment. Science, 242(4875), 44-49.

Guerra, F. (1988). The Earliest American Epidemic: The Influenza of 1493. Social Science History, 12(3), 305-325.

Hettner, A. (2013). 지리학. 서울 : 아카넷.

Jammer, M. (1969). Concepts of space : the history of theories of space in physics (2d ed.. ed.). Cambridge, Mass. : Harvard University Press.
Kerlinger, F. N. (1972). Q methodology in behavioral research. Science, psychology, and communication: Essays honoring William Stephenson, 3-38.
Lefebvre, A. (1976). Nombre de médecins et espérance de vie. Population (France), 31(6), 1289-1297.
Lockhart, J. (1992). The Nahuas after the conquest : a social and cultural history of the Indians of central Mexico, sixteenth through eighteenth centuries. Stanford : Stanford University Press.
Maier, J., 박영한, & 안영진. (1998). 사회 지리학 : 사회공간이론과 지역계획의 기초. 서울 : 法文社.
McNeill, W. H. (1998). Plagues and peoples. New York : Anchor Books Doubleday.
Rathore, M. H., & Jackson, M. A. (2017). Infection Prevention and Control in Pediatric Ambulatory Settings. Pediatrics, 140(5), e20172857.
Relph, E. C. (1986). Place and placelessness. London : Pion.
Sontag, S. (2002). 은유로서의 질병. 서울 : 이후.
Tansey, J., & O'riordan, T. (1999). Cultural theory and risk: a review. Health, risk & society, 1(1), 71-90.
Thompson, G. C. (1966). The evaluation of public opinion. Reader in public opinion and communication, 2, 7-12.
Thompson, M., Ellis, R., & Wildavsky, A. (2018). Cultural theory. Routledge.
Ven, C. v. d. (1980). Space in architecture : the evolution of a new idea in the theory and history of the modern movements. Assen : Van Gorcum.
Warren, S. (1999). Cultural contestation at Disneyland Paris. Leisure/tourism geographies: Practices and geographical knowledge, 109-125.
Watts, S. J. (1997). Epidemics and history : disease, power, and imperialism. New Haven, London : Yale University Press.
Wildavsky, A., Swedlow, B., Coyle, D., Ellis, R., Kagan, R., & Ranney, A. (2018). A cultural theory of responsibility. In Cultural Analysis (pp. 239-251). Routledge.

경기신문. 2021년 1월 19일자. ‘코로나 방패’ 경기도형 생활치료센터 큰 효과...도 “확장 계획 논의 중”. https://www.kgnews.co.kr/news/article.html?no=6240 48.

경향신문, 2020년 3월 11일자. 생활치료센터 입소 3인 인터뷰 “도시락 먹고 직접 빨래...”.https://www.khan.co.kr/national/national-general/article/202003111727001.
국사편찬위원회. (2005). 한센병, 고통의 기억과 질병 정책. 과천 : 국사편찬위원회.
국토연구원. (2005). 현대 공간이론의 사상가들. 파주 : 한울.
권오혁, 김남주, 김두환, 김창현, 김한준, & 손정원. (2011). 관점과 현장: 공간의 개념정의에 관한 온라인 토론. 공간과 사회, 36, 246-273.
권창규. (2020). 감염병 위기와 타자화된 존재들. 현대문학의 연구, 72, 163-207.
김기홍. (2021). 코로나 19 질병경관의 구성: 인간-동물감염병 경험과 공간중심방역. 환경사회학연구 ECO, 25(1), 83-130.
김단비. (2021). 코로나 19 생활치료센터 격리대상자의 자율성. 한국의료윤리학회지, 24(1), 81-87.
김석만, 양정연, & 이준협. (2021). 코로나 19 팬데믹 상황시 생활치료센터의 입소자의 개인적 특성 및 센터 운영에 관한 논의-경기국제 2 생활치료센터 사례를 중심으로. 한국보건기초의학회지, 14, 61-68.
김순은. (2010). Q 방법론의 이론과 철학. 한국사회와 행정연구, 20(4), 1-25.
_____. (2016). Q 방법론과 사회과학 (개정판. ed.). 서울 : 조명문화사.
김재환, & 이재문. (2018). 텍스트 마이닝과 오피니언 마이닝 분석을 활용한 국내외 스포츠용품 브랜드 비교· 분석 연구. 한국콘텐츠학회논문지, 18(6), 217-234.
김태석, 임인혁, & 김충효. (2021). COVID-19 지역 유행 시 코로나 경증 환자 관리의 실제와 발전 방향: 생활치료센터를 중심으로. Korean Journal of Medicine (구 대한내과학회지), 96(6), 443-449.
김홍규. (2003). Q 방법론 및 이론 : Q 방법론(Q Methodology)의 정치학적 적실성과 적용 가능성. 주관성 연구, 8, 5.
_____. (2008). Q 방법론 : 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용. 서울 : 커뮤니케이션북스.
김희경. (2016). 노년의 장소와 장소상실: 일본 농산촌 지역에서의 Aging in Place 실천과 장소감각의 경합. In: 서울대학교 비교문화연구소.
대한감염학회. (2009). 韓國傳染病史. 서울 : 군자출판사.
_____. (2018). 韓國傳染病史. 파주 : 군자.
문지현. (2019). 감염병 위기관리에서의 중앙부처 간 협력사례 연구 : 비브리오패혈증균 예측시스템 구축사업을 중심으로 서울 : 서울대학교 대학원]. 서울.
미디어오늘. 2020년 12월 22일자. 경기대 병상 확보 ‘갈등’만 부각시키는 언론 보

도. http://www.mediatoday.co.kr/news/articleView.html?idxno=211036.
박경원, & 윤희경. (2020). 빅데이터를 통한 내국인의 '한식'인식 연구: 텍스트마이닝과 의미연결망 중심으로. 한국융합학회논문지, 11(6), 145-151.
박경효. (2019). (재미있는) 행정학 (제4판. ed.). 서울 : Willbes.
박서호. (1993). 사회와 공간간의 관계에 대한 연구 : 조선시대 문중마을을 대상으로 서울 : 서울대학교 대학원]. 서울.
박성진. (2021). 감염병 및 방역에 대한 정치철학적 고찰: 감염병 의심자의 기본권 제한에 대한 정당성 문제를 중심으로. OUGHTOPIA, 36(1), 39-64.
박찬웅. (1998). 국가능력과 국가 개입방식에 대한 제도론적 접근. 한국사회학, 32(WIN), 787-813.
박흥식, & 김주일. (2019). 공유숙박 서비스 기업의 감성분석을 통한 이미지 변화. Culinary Science & Hospitality Research, 25(5), 67-74.
서울경제. 2021년 8월 26일자. "그저 격리"...생활치료센터 역할 의문 가중. http://www.sentv.co.kr/news/view/600424.
심창섭. (2014). 도시관광에서 장소의 의미 - Relph의 장소와 장소상실을 중심으로. 관광연구논총, 26(1), 27-43.
오동석. (2021). 감염병 방역과 인권 그리고 헌법. 생명, 윤리와 정책, 5(1), 1-23.
오석홍. (1998). 행정학. 서울 : 나남출판.
유민봉. (2019). (한국) 행정학 (제6판. ed.). 서울 : 박영사.
이근영. (2018). 탈 (脫) 원자력 발전 정책에 대한 이해당사자간의 인식유형 분석-Q 방법론을 중심으로 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
이나경, 임혜숙, & 이영애. (2008). 세계관과 위험지각에서 전문가와 일반인의 차이: 문화이론 다시보기. 한국심리학회지: 일반, 27(3), 635-651.
이민구, & 홍세연. (2015). 푸코의 질병의 공간화와 중동 호흡기 증후군. 의철학연구, 20, 65-85.
이상봉. (2009). 서양 고대 철학에 있어서 공간. 철학논총, 58, 279-304.
이석환, & 황기원. (1997). 장소와 장소성의 다의적 개념에 관한 연구. 국토계획, 32(5), 169-184.
이승한. (2014). 기후변화의 인식유형: Q 방법론을 중심으로 (Doctoral dissertation, 서울대학교 대학원).
이시영, 은종환, & 한익현. (2017). 내부고발에 관한 인식유형 분석: Q방법론을 활용하여. 한국사회와 행정연구, 27(4), 157-177.
이용욱. (2016). 부정청탁에 대한 인식유형 연구: Q 방법론을 활용하여 (Doctoral dissertation, 서울대학교 행정대학원).

이재문. (2018). 소셜 빅데이터를 활용한 올림픽 태권도 감성분석. 국기원태권도연구, 9(1), 161-175.
이해영. (2015). 정책사상으로서 국가주의의 재조명. 한국행정논집, 27(2), 427-455.
_____. (2016). 정책연구에서 개입주의의 이념적 이해. 한국행정학회 동계학술발표논문집, 2016, 1.
_____. (2020). 국가주의 정책사상은 인간중심주의인가? 대한정치학회보, 28(2), 19-40.
임성훈. (2014). 근대적인 공간과 장소성의 문제에 대한 이론적 고찰: 푸코와 르페브르의 공간 논의를 중심으로. 대한건축학회 논문집-계획계, 30(6), 185-192.
정재휴, 박강현, & 박지혁. (2021). COVID-19 가 생활치료센터 입소자들의 라이프스타일, 건강, 삶의 질에 미치는 영향: 혼합연구방법을 활용한 연구. 재활치료과학, 10(1), 77-93.
정태종. (2020). 미셸 푸코의 3 차 질병의 공간화에 따른 건축도시공간 특성 분석-코로나 19 전염병 방어공간의 건축계획적 연구. 대한건축학회 학술발표대회 논문집, 40(2), 7-10.
조명래. (2013). 공간으로 사회 읽기 : 개념, 쟁점과 대안. 서울 : 한울아카데미.
중앙사고수습본부, & 중앙방역대책본부. (2020). 「코로나바이러스감염증-19」 대응 생활치료센터 운영 안내.
_____. (2021). 코로나바이러스감염증-19 대응 생활치료센터 운영 지침.
질병관리청. (2020). 2021년도 감염병 관리 사업 안내.
최영준. (2015). 개인주의-집단주의 문화차원의 공간분석방법론 구축 및 적용 서울대학교 대학원].
허경, & Kyoung, H. (2011). 미셸 푸코의 "헤테로토피아" -초기 공간 개념에 대한 비판적 검토. 도시인문학연구, 3(2), 233-267.

< 부록 >

안녕하십니까?

본 설문지는 코로나19(COVID-19) 생활치료센터에 대한 여러분의 다양한 의견을 알아보기 위해 설계되었습니다.

설문지는 1페이지의 안내문 및 인적사항 기입란, 2페이지의 설문 작성법, 3-4페이지의 진술문 목록 및 점수 기입란, 점수 부여 이유 서술란, 5페이지에는 문화유형 측정을 위한 설문으로 구성되어 있습니다.

우선, 아래의 간단한 인적 사항을 작성해 주시고, 2페이지에 있는 〈Q 설문 작성법〉에 따라 3페이지에 있는 설문을 작성해주시면 됩니다.

응답하신 문항은 통계법 제33조에 의해 연구의 목적으로만 사용되며, 어떤 경우에도 응답자의 개인정보나 개인을 특정할 수 있는 정보는 누출되거나 활용되지 않음을 알려드립니다. 설문 작성 관련 문의 사항에 대해서는 아래에 있는 연락처로 연락주시면 성심껏 답변해 드리겠습니다.

설문에 참여해 주신 여러분께 깊이 감사드립니다.

서울대학교 행정대학원 석사과정생 이재용 올림
kanfkdl2@snu.ac.kr

성별	
연령	
직업	
거주지역(시/도)	

< Q 설문 작성법 >

1. 설문지 본문은 코로나19(COVID-19) 생활치료센터에 관한 35개의 문장으로 구성되어 있습니다.
2. 각각의 문장을 읽어보시고 동의하는 정도에 따라 1에서 35까지의 점수를 부여하신 뒤, 각 문장 옆의 점수란에 점수를 기입하시면 됩니다.
3. 더 많이 동의하는 문장에는 더 높은 점수를, 덜 동의하는 문장에는 낮은 점수를 부여하시면 됩니다.
4. 단, 점수가 똑같은 문장이 있어서는 안 됩니다.
5. 이후, 가장 낮은 점수를 부여한 진술문과 가장 높은 점수를 부여한 진술문에 대해 왜 그러한 점수를 부여하였는지 그 이유를 간략하게 서술해주시면 됩니다.
6. 점수가 기입된 설문지를 첨부하여 이메일이나 사진 등 편리한 방법으로 회신해 주시면 됩니다.

< 예시 >

연번	Q 진술문	점수		
		반대	중립	찬성
		1-12	13-27	28-40
1	직업을 선택하는데 가장 중요한 것은 안정적인 수입의 보장이다.			30
2	직업을 선택하는데 가장 중요한 것은 그 회사의 복지수준이다.	8		
3	나는 사회적으로 존경받을 수 있는 직업을 갖고 싶다.		22	
4	남들이 뭐라해도 나는 내가 하고 싶은 걸 해야한다.			39

▶ 위의 예시에서, 응답자는 4번 문장에 가장 높게 동의하고, 그 다음 1번, 3번, 2번 문장의 순으로 동의하고 있음을 알 수 있습니다.

					21					
				15	20	25				
			10	14	19	24	29			
		6	9	13	18	23	28	32		
	3	5	8	12	17	22	27	31	34	
1	2	4	7	11	16	21	26	30	33	35

반대 <---------- **중립** ----------> **찬성**

점수 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

※ 진술문을 동의하는 정도에 따라 1-35점 사이의 점수를 각각 부여하고 위 그림 상자에 기재되어 있는 1-40점 사이의 점수에 맞춰 그림과 같은 형태로 배열한다고 가정하십시오.

연번	Q 진술문	점수		
		반대	중립	찬성
		1-12	13-24	25-36
1	생활치료센터는 지정 과정에서 충분한 동의를 얻지 못한 일방적인 정책이다.			
2	생활치료센터 지정을 받은 기관 또는 시설은 국가적 이익을 위해 가능한 수용해야 한다.			
3	생활치료센터 지정에 따른 지역주민들의 반발은 납득하기 어렵다.			
4	정부는 생활치료센터를 확충하는 것 보다 전문의료기관 병상확충에 집중해야 한다.			
5	생활치료센터는 지역주민의 불안을 야기할 수 있기 때문에 교외지역에 개소해야 한다.			
6	현재 활용되고 있는 공공기관 연수원 대학 기숙사 등 공공자원보다 호텔 등 민간자원을 더 적극적으로 동원해야 한다.			
7	생활치료센터 지정에 따라 민간기관 등에 주어지는 보상금과 사용료는 충분하지 않다.			
8	일반시민들에게 생활치료센터에 대한 정보가 충분히 공개되어 있지 않다.			
9	지역사회의 민심을 얻기위해 동네식당에서 도시락을 공급받는 것은 더 나은 식사를 제공받고자 하는 격리자를 고려하지 않은 결정이다.			
10	생활치료센터에 근무하는 사람들은 지속적으로 감염위험에 노출될 수 있어 정신적 압박감이 심하다.			
11	생활치료센터의 협력병원이 어디인가에 따라 생활 및 의료 프로토콜의 차이가 있다.			
12	생활치료센터 침상부족시 입소자를 2인 1실로 배치하는 지침은 격리라는 본래 목적을 상실한 판단이다.			
13	생활치료센터가 위치한 지역 연계병원 규모 등에 따라서 제공되는 물자와 서비스 차이가 크다.			
14	생활치료센터의 위치 상황 등에 대해서 외부 언급을 자제시키는 것은 입소자들에게 불안감을 심어줄 수 있다.			
15	지방자치단체가 생활치료센터를 운영하는 것보다 보건복지부 등 중앙행정기관이 운영하는 것이 바람직하다.			
16	생활치료센터는 호텔 등 기존시설을 활용했기 때문에 병원보다 생활하기에 쾌적하다.			
17	생활치료센터 격리는 이동이 불가능하고 인적 교류를 할 수 없기 때문에 정신적 고통이 심할 수 있다.			
18	생활치료센터에서는 입소자들의 정신건강관리를 충분하게 하지 못하고 있다.			
19	생활치료센터는 병원과 달리 심층적 검사를 통해 원인과 질병의 진행상황을 알려주지 않기 때문에 입소자들의 불안감을 느낄 수 있다.			
20	생활치료센터에서 자가진단을 하지 않을 경우 전체방송으로 이름과 호실 등을 언급하			

	는 것은 입소자의 자존감 등을 고려하지 않은 것이다.			
21	생활치료센터는 방안까지 cctv를 설치하지 않아 개인프라이버시 침해 가능성이 적다.			
22	생활치료센터를 퇴소한 경우에는 상당기간 격리되어있었기 때문에 자연스럽게 사회에 적응할 수 없다.			
23	생활치료센터가 아닌 자가격리가 경증 감염자를 대응하기 위한 더 효과적인 방법이다.			
24	병원과 달리 생활치료센터는 충분한 의료대응을 할 수 없다.			
25	국가의 생활치료센터 입소명령은 개인의 기본권을 과도하게 침해하는 행위이다.			
26	생활치료센터는 감염병 대규모 확산상황에서 어쩔 수 없는 선택이었다.			
27	생활치료센터는 코로나에 대응할 수 있는 효과적인 수단이라는 점에서 든든하다.			
28	생활치료센터는 감염병에 대한 의료적 처방을 해주지 않기 때문에 너무 단순한 조치이다.			
29	생활치료센터는 민간의 자원을 효과적으로 활용한 성공적인 민관협력 정책사례이다.			
30	생활치료센터는 감염병 확산을 예측하여 미리 준비할 필요가 있다.			
31	향후 새로운 감염병이 등장할 경우 생활치료센터는 다시금 도입될 필요가 있다.			
32	생활치료센터에 입소할 수 있다는 생각만으로도 우울하고 답답하다.			
33	언론은 생활치료센터 지정과 운영에 대해서 과도하게 악의적인 보도를 하고 있다.			
34	생활치료센터에 다녀왔다는 이유로 사회에서 충분히 낙인 찍힐 수있다.			
35	생활치료센터에서 격리치료를 받는 것이나 자택에서 격리치료를 하는 것에 별다른 차이가 없을 것 같다.			
36	만약 COVID-19이 확진되었을 경우, 선택권이 주어진다면 나는 생활치료센터에 입소하고 싶다.			

<점수 부여 이유>

(1점)

(35점)

<문화 유형 측정 설문>

문 장	선 택 란				
	매우 그렇지 않다	조금 그렇지 않다	보통	조금 그렇다	매우 그렇다
1. 우리 사회가 혼란스러운 것은 권위가 무시되기 때문이다.	①	②	③	④	⑤
2. 범죄를 막기 위한 이유로 개인의 자유가 제한되어서는 안 된다.	①	②	③	④	⑤
3. 노력과 상관없이 인생은 보이지 않는 힘에 의해 결정된다.	①	②	③	④	⑤
4. 우리 사회가 평등해지면 많은 문제들이 해결될 것이다.	①	②	③	④	⑤
5. 엄한 법이 좋은 세상을 만든다.	①	②	③	④	⑤
6. 공정한 제도에서는 능력이 많은 사람이 더 많은 돈을 벌어야 한다.	①	②	③	④	⑤
7. 우리 같은 평범한 사람은 정치에 영향을 줄 수 없다.	①	②	③	④	⑤
8. 우리 사회의 중요한 결정은 전문가보다 일반국민이 내려야 한다.	①	②	③	④	⑤
9. 사회적 위치와 지위에 따라 대우가 달라져야 한다.	①	②	③	④	⑤
10. 잘 살고 못 살고는 결국 팔자이다.	①	②	③	④	⑤
11. 우리에게는 부의 평등한 사회적 분배를 위한 개혁이 필요하다.	①	②	③	④	⑤
12. 가장 능력 있는 사람이 정상에 올라야 한다.	①	②	③	④	⑤

※ 성실하게 설문지에 응답해 주셔서 감사드립니다.

Abstract

A Study of Perception Types for Residential Treatment Center

Jaeyong Lee

Master of Public Administration

The Graduate School of Public Administration

Seoul National University

This study started with the awareness of the problem that the periphery of various new policies is not clearly recognized after the spread of the COVID-19 pandemic. the purpose of the policy tends to be excessively immersed in the area of 'prevention of the spread of infection'. Accordingly, based on the perception that there are various types of conflicts about residential treatment centers(RTC), which are one of the newly emerged quarantine policies, we tried to derive various types of perceptions by using the Q methodology combined with cultural theory.

According to the ‘consensual statement’ among the analysis results of this study, respondents expressed a neutral preference for RTCs among quarantine facilities. This is thought to be a trend that occurred because there was no experience in isolation at the RTC, so it was not possible to internalize it. In addition,

the statement that RTCs are better for living compared to hospitals, etc. tells how important ‘livability’ is for RTCs. In the case of another statement, since it indicates that the operation of the residential treatment center may vary depending on the partner hospital, it indicates that the currently used institutional regulations are not strictly followed, leading to differences between facilities.

While the ‘consensual statement’ showed the overall problem consciousness of all respondents, the ‘controversial statement’ clearly shows the characteristics of each type. Accordingly, perception types of residential treatment centers can be largely composed of four types, and it was found that factors such as 'functional value', 'policy evaluation', and 'cultural bias' have been influenced them. First, type A shows the strongest positivity toward RTCs and recognizes the importance of public interest dimensions of RTCs through high collectivity. Second, Type B has a similar attitude to Type A, but the basis for this is identified as the ‘professionalism’ possessed by the RTC. Third, type C is the type in which participants with experience of RTC belong the most among the cognitive types, and they feel strongly about the practical limitations of residential treatment based on their experiences. Lastly, type D did not have an unconditional antipathy toward RTCs, but affirmed the value of RTCs very limitedly, and showed the strongest 'individualism' tendency among other types.

Based on the above analysis results, this study derived four hypotheses. First, Koreans' perception of RTCs can be classified into four or more types. Second, the perception type of RTCs is divided into the criteria of 'functional value' and 'policy

evaluation'. Third, the most important factor in satisfaction with RTCs is 'livability'. Fourth, the perception of RTCs is influenced by the cultural bias of ‘collectiveness’ that people have.

The significance of this study is as follows. First, it is meant that it has been academically proven that various types of perceptions about RTCs exist. Second, the value of this study exists in that it identified the factors that differentiate the perceptions of RTCs through the classification process for each type of perception. Third, although various factors can be considered in RTCs, it is meaningful that the importance of 'residence' in all types was derived and the items that should be considered in the RTC policy were identified. Fourth, it has the meaning that cultural bias according to cultural theory was used in analyzing the perception of the RTC.

Keywords : residential treatment center, Q methodology, cultural theory, perception type, infection, health policy

Student Number : 2020-24430