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

사회복지학석사 학위논문

정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 영향을 미치는 과정

- 사회참여서비스 충분도의 역할을 중심으로 -

2023년 2월

서울대학교 대학원

사회복지학과

나 수 빈

정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 영향을 미치는 과정

- 사회참여서비스 충분도의 역할을 중심으로 -

지도교수 강 상 경

이 논문을 사회복지학석사 학위논문으로 제출함

2023년 2월

서울대학교 대학원

사회복지학과

나 수 빈

나수빈의 석사 학위논문을 인준함

2023년 2월

위 원 장 김 혜 란 (인)

부위원장 유 조 안 (인)

위 원 강 상 경 (인)

국문초록

본 연구는 인권모델에 입각하고 스트레스 평가-대처 모델에 기반하여, 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도의 역할을 살펴보는 것을 목적으로 한다.

오늘날 국내외적으로 정신장애인을 바라보는 주된 관점인 인권모델에 따르면, 정신장애인은 치료나 재활의 대상이 아닌 회복의 주체로 인식된다. 한편, 우리 사회에는 정신장애인의 회복을 저해하는 차별이 여전히 만연하다. 이러한 사회적 차별에 대항하기 위해 정신장애인 당사자 중심의 움직임이 최근 들어 실천현장에서 주목받기 시작하였다. 그러나 여전히 학계에서는 정신장애인의 차별 저항에 관한 연구가 제한적으로 이루어져 왔다. 따라서 이러한 한계를 극복하기 위해, 본 연구는 차별이라는 사회적 문제에 주체적으로 대응하는 정신장애인 당사자의 노력으로서 도움 요청 행위에 대해 탐색해보았다. 나아가, 우리 사회가 얼마나 정신장애인의 자발적·적극적 대처행동을 촉진하는 방식으로 구성되어 있는지도 함께 살펴보았다. 이를 위해 본 연구는 정신장애인의 사회참여서비스에 주목하여, 차별 경험과 도움 요청 행위의 관계에서 사회참여서비스 충분도가 수행하는 역할에 대해 탐구하였다.

본 연구의 연구질문은 다음과 같다. 첫째, 정신장애인은 차별 경험에 대해 적극적 대처행동을 보이는가? 둘째, 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개하는가? 셋째, 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로가 충분도 인식 수준에 따라서 차이가 나는가?

본 연구에서는 국가인권위원회에서 2020년에 수행한 「정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사」의 데이터를 활용하여, 해당 조사에 참여한 정신장애인 461명을 분석하였다. 먼저, 정

신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보기 위해서 통제변수를 포함하여 OLS(Ordinary Least Squares) 추정방법을 이용한 다중회귀분석을 실시하였다. 그리고 사회참여서비스 충분도의 매개효과를 분석하기 위해서는 Baron & Kenny(1986)의 3단계 매개효과 검증방법을 적용하고, 매개효과의 유의성을 검증하기 위해 SPSS PROCESS Macro model 4번을 활용하였다. 마지막으로 사회참여서비스 충분도의 조절된 매개효과를 검증하기 위해서는 SPSS PROCESS Macro model 59번을 활용하였다.

분석 결과는 다음과 같다. 첫째, 정신장애인의 차별경험은 도움 요청 행위에 통계적으로 유의한 정적 영향을 미치는 것으로 드러났다. 둘째, 사회참여서비스 충분도에 의해 정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 영향을 미치는 과정은 매개되었다. 셋째, 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 직접효과와 간접효과가 더 강하게 나타났다.

이러한 분석 결과의 이론적 함의는 다음과 같다. 첫째, 정신재활시설을 이용하는 정신장애인을 바라보는 관점으로 인권모델이 타당하다는 것을 실증적으로 뒷받침하였다. 둘째, 본 연구는 Lazarus & Folkman(1984)의 스트레스 평가-대처 모델을 적용하여 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 밝히고, 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도의 매개 역할을 입증하였다는 점에서 의의가 있다. 마지막으로, 본 연구는 정신장애인의 차별 경험에 대한 강점 관점의 연구로, 차별 저항의 양상을 포착하여 정신장애인의 적극성과 주체성에 대한 탐구를 시도하였다는 점에서 의의를 가진다.

본 연구를 통해 도출할 수 있는 실천적 함의는 다음과 같다. 첫째, 정신장애인들을 위한 차별 대처 교육을 실시하고 이와 관련한 구체적인 가이드를 배포하여, 정신장애인의 차별에 대한 적극적 대처행동을 촉진하여야 한다. 둘째, 동료지원 활동, 문화예술 활동 등을 비롯하여 정신장애인의 적극적 대처행동을 강화하기 위한 사

회참여서비스를 다양화하고, 적극적으로 지원해야 한다. 셋째, 사회참여서비스에 대한 정신장애인들의 인지도를 높이기 위하여 사회참여서비스의 구체적인 내용과 이용방법 등을 다양한 매체를 이용하여 홍보해야 한다.

본 연구를 통해 도출한 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 정신건강 관련 정책 형성 및 실행과정에 정신장애인 당사자와 그 가족의 참여를 적극적으로 독려하여 정신장애인 당사자가 정신건강서비스 및 정책 수립 과정에 참여할 수 있는 기회를 확대해야 한다. 둘째, 국가에서는 당사자단체들의 움직임을 확대하기 위한 제도적 승인과 경제적 지원을 제공하고, 당사자 중심의 차별시정 활동을 적극적으로 독려해야 한다. 셋째, 회복 지향 인프라를 적극적으로 구축해야 하며, 우리나라 정신건강서비스 전달체계에서 회복 지향 서비스 제공을 담당하는 기관인 정신재활시설을 전국에 균형적으로 설치해야 한다.

마지막으로 본 연구의 한계와 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 횡단적 연구로 변수 간 인과관계를 명확히 규명하는 것에는 근본적인 한계가 존재한다. 둘째, 본 연구참여자들은 정신재활시설을 이용하는 정신장애인으로, 후속 연구에서는 다양한 기관 유형별로 확률적 표집 방법을 활용함으로써 표본의 대표성을 높일 것을 제안한다. 셋째, 정신장애인에 대한 사회참여서비스 충분도를 측정할 때 서비스 대상자의 개인적 인식을 조사하여, 사회참여서비스의 실제 충분도에 대한 내용을 포함하지 못하였다. 넷째, 연속형 변수로 조사된 사회참여서비스 충분도를 조절변수로 투입할 때, 임의로 낮은 수준의 변수로 코딩하여 정보가 유실되었다. 다섯째, 차별 경험과 도움 요청 행위는 부수적 질문으로 조사되어 변수 간 내생성 문제가 존재할 수 있다. 여섯째, 본 연구에서는 차별 경험, 도움 요청 행위, 사회참여서비스 충분도의 질적인 측면까지는 고려하지 못하였다. 따라서 질적연구를 통해 해당 경험의 맥락과 의미를 더 폭넓게 포착하거나, 각 변수의 질적인 측면을 포괄할 수 있는 조작적 정의를 채택하여 보완되어야

한다. 마지막으로 본 연구에는 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인들이 차별을 많이 경험할수록 적극적 대처행동을 더 많이 보인다는 결과를 보고하였다. 이는 기존의 연구 경향과는 상반된 결과이지만, 변화하고 있는 사회적 흐름을 고려할 때, 추후 한국 사회에 더욱 적합한 관점을 정립하기 위한 출발점일 수 있다는 점에서 연구결과의 확증을 위한 후속 연구를 제안한다.

주요어 : 정신장애인, 차별 경험, 도움 요청 행위, 사회참여서비스, 정신재활시설
학 번 : 2021-28968

목 차

제 1 장 서론 ····· 1

제 1 절 연구의 필요성 ····· 1

제 2 절 연구문제 ····· 6

제 2 장 이론적 배경 및 선행연구 검토 ····· 7

제 1 절 정신장애인의 정의 ····· 7

1. 정신질환과 정신장애 ····· 8

2. 정신장애인 ····· 10

제 2 절 인권모델 ····· 12

제 3 절 스트레스 평가-대처 모델 ····· 18

제 4 절 정신장애인의 차별 경험 ····· 23

1. 차별의 정의 ····· 23

2. 정신장애인의 차별 경험 ····· 26

제 5 절 적극적 대처방식으로서의 도움 요청 행위 ····· 28

1. 적극적 대처행동 ····· 28

2. 정신장애인의 도움 요청 행위 ····· 29

제 6 절 정신장애인 사회참여서비스 충분도 ····· 32

1. 사회참여서비스의 정의 및 의의 ····· 32

2. 정신장애인 사회참여서비스 충분도 ····· 35

제 7 절 주요 변수 간의 관계 ····· 37

1. 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향 ····· 37

2 차별 경험이 사회참여서비스 충분도에 미치는 영향 ····· 38

3. 사회참여서비스 충분도가 도움 요청 행위에 미치는 영향 39

4. 매개된 조절효과 분석의 의미 ····· 40

5. 도움 요청 행위에 영향을 미치는 기타 변수 ····· 41

제 3 장 연구모형 및 연구가설 ····· 44

제 1 절 연구모형 ····· 44
제 2 절 연구가설 ····· 45

제 4 장 연구방법 ····· 46
제 1 절 분석자료 ····· 46
제 2 절 분석방법 및 변수설명 ····· 48
1. 분석방법 ····· 48
2. 변수의 정의 및 측정 ····· 49

제 5 장 연구결과 ····· 54
제 1 절 연구참여자의 특성 ····· 54
1. 연구참여자의 인구사회학적 특성 ····· 54
2. 주요 변수의 기술통계 ····· 56
3. 정신장애인의 도움 요청 정도에 따른 특성 ····· 57
제 2 절 주요 변수 간 상관관계 ····· 59
제 3 절 가설 검증 ····· 62
1. 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향 ·63
2. 사회참여서비스 충분도의 매개효과 ····· 66
3. 사회참여서비스 충분도 수준에 따른 직접효과와 간접효과의 차이73

제 6 장 결론 ····· 76
제 1 절 연구결과 요약 ····· 76
제 2 절 연구결과 논의 ····· 77
1. 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향 ·79
2. 사회참여서비스 충분도의 매개효과 ····· 80
3. 사회참여서비스 충분도 수준에 따른 직접효과와 간접효과의 차이83
제 3 절 연구의 함의 ····· 84
1. 이론적 함의 ····· 85
2. 실천적 함의 ····· 86
3. 정책적 함의 ····· 87

제 4 절 연구의 한계와 제언 ····· 92

참고문헌 ····· 95
Abstract ····· 117

표 목 차

<표 1> 정신장애인의 정의 ····· 10
<표 2> 설문조사 표집틀 ····· 47
<표 3> 독립변수의 문항 내용 ····· 49
<표 4> 매개변수의 문항 내용 ····· 51
<표 5> 주요 변수 구성 및 측정 방법 ····· 53
<표 6> 인구사회학적 특성에 대한 빈도 분석 ····· 55
<표 7> 주요 변수의 기술통계 ····· 57
<표 8> 연구참여자의 일반적 특성에 따른 도움 요청 정도 차이 검증 ····· 58
<표 9> 주요 변수의 공차 및 분산팽창요소 ····· 59
<표 10> 주요변수 간 상관관계 ····· 61
<표 11> 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향 ····· 65
<표 12> 정신장애인의 차별 경험이 사회참여서비스 충분도에 미치는 영향 ····· 68
<표 13> 정신장애인의 차별 경험과 사회참여서비스 충분도가 적극적 대처행동에 미치는 영향 ····· 70
<표 14> 모형별 최종 결과 정리 ····· 71
<표 15> 매개효과 유의성 검증 ····· 72
<표 16> 인식 수준에 따른 직접효과와 간접효과 ····· 75
<표 17> 연구결과 요약 ····· 78

그 림 목 차

[그림 1] 정신장애의 개념 ····· 9
[그림 2] 장애 관점과 국제적 기준의 변화 ····· 14

[그림 3] 스트레스 평가-대처 모델 ····· 18
[그림 4] 연구모형 ····· 44
[그림 5] 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향 ····· 65
[그림 6] 차별 경험과 도움 요청 행위, 사회참여서비스 충분도의 매개효과 분석 결과 ····· 71

제 1 장 서론

제 1 절 연구의 필요성

2006년 UN 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities, 이하 CPRD)이 발표됨에 따라 채택된 인권모델에 따르면, 정신장애인은 치료나 재활의 대상이 아닌 회복의 주체로 인식된다(국가인권위원회, 2020). 과거 치료모델 혹은 재활모델이 국제적 기준이었던 시기에는 정신건강 관련 국내외적 정책 환경이 정신장애인의 생존과 안전의 욕구를 충족시키는 것을 목표로, 의료서비스와 소득보장 서비스를 중심으로 구성되었다. 그러나 오늘날 정신장애인을 바라보는 주된 관점으로서 인권모델은 고용, 교육, 문화·여가, 사회참여에 이르기까지 인권 전 영역을 포괄하는 서비스를 제공할 것을 강조한다. 또한, 제도 및 정책 수립 과정에 있어서도 정신장애인 당사자가 주체적으로 참여할 것을 요구하고 있다(국가인권위원회, 2020; 국가인권위원회, 2021; 이용표 외, 2021). 한국도 2008년에 CRPD에 비준하여 사람중심 인권기반의 정신건강서비스 환경을 조성할 책무가 있으나, 아직까지는 국제적 기준에 비해 너무나도 미진하다는 의견이 지배적이다(국가인권위원회, 2020; 이용표 외, 2021).

우리 사회는 회복의 주체인 정신장애인들이 자신의 삶에서 의미를 되찾고, 만족감, 희망, 열망을 가질 수 있도록 지원해야 한다(하경희, 2019). 그러나 우리 사회에는 정신장애인의 회복을 저해하는 매우 큰 장벽이 존재한다. 그것은 바로 정신장애인에 대한 차별이다. 정신장애인의 회복 여정이 낙인과 차별에 의해 방해받는다는 사실은 이미 여러 연구를 통해 입증되었다. 정신장애인 당사자 운동가인 Deegan(1993, 1997)은 정신질환 그 자체로부터 회복하는 것보다 정신장애를 둘러싼 사회적 낙인으로

부터 회복하는 것이 훨씬 더 어렵다고 주장한 바 있다. 우리 사회에서는 정신질환을 진단받았다는 이유만으로 시민으로서 당연히 누려야 할 권리를 박탈당하며, 사회적으로 배제당하고, 차별당한다(Chamberlin, 1998; Corrigan, 2000; Tew, Ramon, & Slade, 2012). 이러한 차별 상황이 정신장애인들에게 수치심, 불안, 긴장, 우울감 등의 부정적인 감정을 느끼게 하고, 자아존중감이나 자기효능감과 같은 심리내적 자원의 수준을 낮춘다(Link et al., 2001; Perlikck et al., 2001). 이로 인해 타인과 사회적 소통을 단절하거나 구직활동을 단념하는 등의 사회적 고립 현상이 나타나 궁극적으로는 정신장애인의 회복에 부정적인 영향을 미치게 된다(Rosenfield, 1997).

정신장애인의 회복을 저해하고, 그들을 무력하게 만드는 가장 큰 장애물인 차별은 오늘날 한국 사회에서도 만연하다. 국립정신건강센터(2019)에서 국민을 대상으로 정신질환에 대한 인식과 태도를 조사한 결과, '정신질환이 있는 사람은 그렇지 않은 사람보다 더 위험한 편이다'라는 문항에 64.5%가 동의하여 많은 사람이 정신질환자에 대해 부정적으로 인식하고 있다는 사실이 밝혀졌다(국립정신건강센터, 2019). 또한, 국가인권위원회(2019)에 따르면, 정신장애인에게 매우 필요한 서비스나 정책적 지원은 '정신장애인 차별금지 및 편견개선 활동'(47.8%)이었고, 정신장애인 가족에게는 '우리 사회의 정신장애인에 대한 편견 해소 활동'(71.2%)이었다(국가인권위원회, 2019: 171). 이러한 조사 결과들을 통해 정신장애인과 그 가족이 인지하는 사회적 차별과 낙인의 수준이 매우 높다는 사실을 확인할 수 있다. 또한, 정신장애인 집단이 타 장애 유형에 비해 심각한 사회적 차별을 경험하고 있다는 사실은 오욱찬(2018)과 박지혜, 이선혜(2016)의 연구를 통해 입증되었다. 오욱찬(2018)의 연구에서는 정신장애인의 차별 인식이 타 장애 유형에 비해 모든 영역에서 가장 높게 나타났으며, 시간이 흐름에 따라 차별 인식이 점점 증가하고 있다고 보고되었다. 또한, 박지혜, 이선혜(2016) 역시 타 장애 유형과 비교할 때 정신장애인이 경험하는 사회적 배제의 수준이 약 6~10배 높다고 주장하였

다. 이처럼 정신장애인이 우리 사회에서 경험하는 차별은 매우 심각하다.

한편, 심화되는 사회적 낙인과 차별에 대항하기 위한 정신장애인 당사자 중심의 새로운 움직임이 일어나고 있다(김현민, 2019). 국내에서도 인권모델의 확산과 맞물려, 정신장애인들이 연대하여 차별과 낙인에 대항하고, 그들의 빼앗긴 권리를 되찾기 위해 목소리를 높이고 있다(국가인권위원회, 2020). 정신장애인 당사자의 목소리가 점점 주목받고 있는 사회적 흐름 속에서 본 연구는 차별에 대한 저항으로서 '적극적 대처행동'을 탐구해보았다. 적극적 대처행동은 차별이라는 문제 상황을 해결하기 위한 행동적 노력으로, 도움 요청, 정보탐색, 직접 행동 조치 등의 다양한 양상을 통해 나타난다(Lazarus & Folkman, 1980). 본 연구에서는 적극적 대처행동의 대표적인 양상인 도움 요청 행위에 주목하였다.

이처럼 적극적·주체적인 도움 요청 행위에 대한 관심은 인권모델의 관점과 맞닿아 있다. 차별 문제를 해결하기 위해 적극적으로 도움을 요청하는 것은 자신이 원하는 대로 살지 못했던 무기력의 시간을 끝내고, 자신의 삶에 대한 책임과 통제력을 회복하여 능동적이고 힘 있는 자기 자신으로 재구성하는 과정이다. 이는 인권모델에서 정신장애인을 능동적인 회복의 주체로 바라보는 관점과 부합하며, 인권모델의 지향점이라고 이야기할 수 있다(국가인권위원회, 2020). 그러나 지금까지 연구자들은 정신장애인 당사자가 차별에 대항하는 적극적 대처행동에 무관심하였다. 이에 따라 낙인의 생존자인 정신장애인이 차별 상황에서 도움을 요청하는 행위에 대한 연구는 매우 제한적이며, 특히 국내의 연구는 전무하다. 따라서 본 연구에서는 차별이라는 사회적 문제에 적극적으로 대응하기 위한 정신장애인 당사자의 주체적인 노력에 초점을 맞춰보았다. 이는 정신장애인 당사자를 수동적이고 무기력한 존재로 바라보는 것이 아니라, 주체성을 확립해나가는 능동적인 존재로 인식을 전환하는 데 기여할 수 있을 것이다.

한편, 인간의 행동은 환경체계의 영향을 받는다(강상경, 2018). 다시 말해, 정신장애인의 적극적인 대처행동은 정신장애인을 둘러싼 사회적 환

경의 영향을 받을 수밖에 없다. 따라서 정신장애인의 적극적인 대처행동을 탐구하기 위해서는 우리 사회가 얼마나 정신장애인의 자발적·적극적 대처행동을 촉진하는 방식으로 구성되어 있는지도 함께 살펴보아야 한다. 이러한 관점은 장애의 사회적 모델, 그리고 인권모델의 관점과 일치한다. 장애의 사회적 모델에서는 장애를 “개인이 가진 속성”(곽정란, 김병하, 2004) 혹은 “개인적 비극”(Oliver, 1990/2006)이 아니라, 사회적 관계 속에서 발생하는 것으로 인식한다. 따라서 정신장애인이 장애로 인해 무력하게 살아가는 이유는 기존의 사회경제적 조건들이 그들을 그렇게 만들었기 때문이라고 주장한다(김현민, 2019). 이러한 관점의 변화는 우리가 살아가고 있는 사회적 환경이 정신장애인들의 회복을 촉진하는 방향으로 변화해야 한다는 함의를 제공한다. 인권모델에서도 정신장애인의 회복을 성공적으로 지원하기 위해서는 개인적 차원의 역량 강화를 위한 서비스 및 정책을 마련하는 것과 동시에, 사회적 차원에서 정신장애인을 배제하고 억압하는 사회구조의 변화와 회복지향 서비스 인프라 구축이 수반되어야 함을 강조하고 있다(국가인권위원회, 2020). 이러한 맥락에서 사회참여서비스는 정신장애인의 적극적인 대처행동을 촉진하는 기제로 작동할 수 있다. 사회참여권은 정신장애인의 기본권으로서 장애 관련 인권 협약 및 정책들에서도 궁극적인 목적으로 제시되어 그 중요성이 부각되고 있다(윤동경, 2018; 박지혜, 이선혜, 2020). 그리고 사회참여는 사회와 단절되어 고립된 삶을 살아가는 정신장애인들에게 매우 중요하며(최윤미, 2014), 사회참여서비스 지원을 통해 정신장애인들의 회복과 주체성 확립을 촉진할 수 있다는 점에서 반드시 강조되어야 한다(문영임, 이성규, 김수정, 2020). 그럼에도 불구하고, 국내외적으로 정신장애인 사회참여서비스에 대한 연구는 제한적으로 이루어졌다(문영임 외, 2020; Webber & Fendt-Newlin, 2017). 이에 본 연구는 정신장애인의 사회참여서비스에 주목하여, 차별 경험과 도움 요청 행위의 관계에서 사회참여서비스 충분도가 수행하는 역할에 대해 탐구하였다. 이를 통해 정신장애인의 적극적·주체적 대처행동을 촉진하기 위해 사회참여서비스가 우리

사회에서 활성화되고, 적극적으로 지원되어야 하는 실증적 근거를 제공하였다.

나아가, 많은 정신장애인에게 차별은 스트레스로 인지되지만(Corrigan, 2005; Hinshaw, 2007; Link & Phelan, 2001; Rüsch et al., 2009; Thornicroft, 2006), 동일한 차별 상황이라고 해도 모든 정신장애인이 같은 방식으로 그 상황을 이해하고, 획일적인 반응을 보이는 것은 아니다. 이러한 개인차는 스트레스 평가-대처 모델에 근거하여 설명할 수 있다. 스트레스 평가-대처 모델은 원인적 선행변인, 스트레스, 인지적 평가, 대응, 적응이라는 일련의 과정 속에서 발생하는 개인차를 설명하는 이론적 모델로 적합하다(Lazarus & Folkman, 1984). 따라서 본 연구는 인권모델에 기반하고 스트레스 평가-대처 모델에 입각하여 정신장애인의 차별경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향을 확인하고, 개인적 인식을 통해 측정한 사회참여서비스 충분도의 매개효과와 조절된 매개효과를 입증하는 것을 목적으로 한다. 그러나 정신장애인의 차별 경험과 도움 요청 행위의 관계를 단선적인 관계로 이해하기보다는, '사회참여서비스'라는 중요한 환경적 요인에 의해 매개되고 조절되는 경로로서 탐구해보았다.

제 2 절 연구문제

본 연구는 인권모델에 입각하고 스트레스 평가-대처 모델을 기반으로 하여, 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도의 역할을 살펴보았다. 본 연구에서 설정한 구체적인 연구문제는 다음과 같다.

[연구문제 1] 정신장애인은 차별 경험에 대해 적극적 대처행동을 보이는가?

[연구문제 2] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개하는가?

[연구문제 3] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로가 충분도 인식 수준에 따라서 차이가 나는가?

제 2 장 이론적 배경 및 선행연구 검토

제 1 절 정신장애인의 정의

본 연구는 정신장애인을 분석대상으로 설정하였다. 그렇다면 정신장애인은 누구인가? 나아가 정신장애인과 비정신장애인, 정상과 비정상을 구분하는 기준은 무엇인가? 이 질문에 명확한 답을 내리기는 어렵다. 이러한 모호성은 정의의 상대성으로부터 기인한다. 정신질환과 정신장애의 개념은 상대적이며, 사회적으로 구성되는 개념이다(이용표, 강상경, 배진영, 2021). Foucault(1961/2003)는 중세 시대부터 현대사회까지의 방대한 자료들을 정리하여, '광기'라는 개념이 만들어지고 변화되는 과정을 추적한 바 있다. 그는 광기가 고정된 질환이자 질병이 아니며, 이성 중심의 서구문화가 포용하지 않고 배척하였던 인간적 인식이자 특성의 한 요소라고 주장하였다(Foucault, 1961/2003: 880). 이처럼 정신장애를 질병으로 규정하는 시각 자체가 특정 시대의 사회적 구성물이며, 지배 이데올로기라고 이야기할 수 있다(이용표 외, 2021: 13).

정신질환과 정신장애의 개념은 역사적으로 변해왔으며, 동시대를 살아가는 사람들 사이에서도 그 개인들이 속해있는 사회문화적 환경에 따라 상이하게 받아들여진다. 즉 정신장애의 개념은 가변적이며, 개인이 속한 사회에 의해 구성되고 영향을 받는다. 그럼에도 오늘날 현대사회에서 일반적으로 통용되는 정신질환과 정신장애 개념은 분명히 정리될 수 있다. 이어지는 장에서는 우리 사회에서 규정하고 있는 정신질환과 정신장애의 개념은 무엇이며, 일상생활에서 혼용되고 있는 이 두 개념이 어떻게 다른지 살펴본다.

1. 정신질환과 정신장애

정신질환은 우울증상, 불안증상, 강박증상, 정신증적 증상 등의 심리적 증상과 위축된 행동, 합리적이지 못한 행동 등의 행동적 증상, 그리고 이러한 심리적·행동적 증상으로 인해 나타나는 사회적 관계의 문제를 의미한다(이용표 외, 2021). 한편, 정신질환이나 증상 그 자체만으로 정신장애가 있다고 진단되지는 않는다. 이러한 맥락에서 정신질환과 정신장애의 개념은 구분된다.

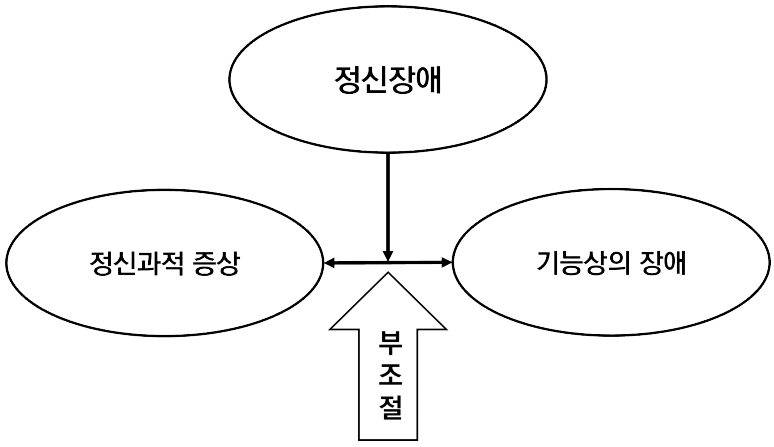
정신장애의 정의는 '정신과적 증상(mental illness & symptoms)'과 이로 인한 '생활기능의 저하(associated functional limitations)'라는 두 가지 측면으로 구성된다(APA, 2013). 즉 한 개인이 정신과적 증상을 보이고 이러한 증상으로 인해서 일반적인 생활기능이 저해되었을 때 정신장애가 있다고 말한다(이용표 외, 2021: 92).

이용표 외(2021)에 따르면, 기능상의 장애란 정신질환 및 정신과적 증상으로 인해 기존에 잘 수행하던 개인적·사회적·직업적 역할 수행에 장애가 생기는 경우를 말한다. 다시 말해, 우울이나 불안 증상이 나타난다고 하더라도 일상생활에서의 역할과 기능을 수행하는 데 장애가 생기지 않았을 때는 정신장애가 있다고 진단하지 않는다. 반대로 기존에 잘 수행하던 기능을 잘 수행하지 못하는 상황이 있을 수 있는데, 이 경우에는 신체적 장애, 개인의 능력 부족 등 다양한 원인이 있을 수 있다. 따라서 기능상의 장애 자체만을 가지고 정신장애로 진단하는 것도 문제가 있는 접근이다.

이러한 정의의 개념은 Johnstone(2001)의 정신장애에 대한 정의에서도 드러난다. Johnstone(2001)의 정의에 따르면, 정신장애란 일, 가정, 학교, 대인관계에서의 기능을 방해하는 인지(cognition), 감정(emotion), 행동(behavior)의 스펙트럼이다. 이러한 정의는 인지·감정·행동 세 영역에 걸친 기능 저하가 개인의 일상생활 과업 수행 능력에 어떤 영향을 미치는지를 고려한다. 이처럼 정신장애의 개념은 단순히 정신질환 그 자체만이 아닌, 정신질환 및 정신과적 증상의 영향으로 인한 기능상의 장애가 나

타나는 경우를 포괄하여야 한다.

나아가 이용표 외(2021)는 아래 [그림 1]과 같이 정신장애는 정신과적 증상과 기능장애 및 관계에 대한 통제 가능성(controllability)의 세 측면으로 이해될 수 있다고 주장하였다.



[그림 1] 정신장애의 개념

※ 출처: 이용표, 강상경, 배진영, 2021: 93.

정신과적 증상과 이로 인한 기능상의 장애를 개인적·환경적으로 통제 불가능한 경우, 정신장애가 발생한다. 결과적으로 기능상의 장애가 생기더라도 개인 혹은 환경적으로 충분히 통제가 가능한 경우에는 정신장애라고 진단하기 어렵다.

이상의 논의를 종합하여 정리하면, 정신과적 증상과 기능상의 장애가 동시에 나타나고, 이를 개인적·환경적으로 통제 및 조절이 불가능한 경우 정신장애라고 이야기할 수 있다. 이러한 정신장애의 개념은 단순히 학문적 정의가 아니라, 의료현장 및 사회복지실천현장에서도 채택되고 있다. 정신장애 분류 및 진단체계인 DSM-5(Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)에 따르면, 정신장애 진단을 내리기 위해서는 정신과적 증상의 발현과 함께 정신질환으로 인해 일상기능을 수행하는 데 얼마나 장애가 있는지를 반드시 고려해야 한다

(APA, 2013/2015). 구체적으로, 진단기준 중 “장애로 인해 1가지 이상의 주요한 영역(직업, 대인관계, 자기 돌봄 등)의 기능 수준이 장애의 발현 전보다 현저하게 저하”되어 있는지를 반드시 진단 과정에서 고려하도록 하고 있다(권석만, 2013). 정리하면, ‘정신과적 증상’과 ‘기능상의 장애’는 정신장애가 있다고 진단하기 위한 필요조건이나, 각각의 조건이 필요충분조건이 될 수는 없다.

2. 정신장애인

정신장애인에 대한 정의는 문헌마다 약간의 차이가 있으나, 이는 기본적으로 정신질환과 정신장애의 개념을 명확하게 구분하지 않고 혼용하는 데에서 기인하는 것이다. 먼저, 선행연구에서는 정신장애인을 다음과 같이 정의하였다.

〈표 1〉 정신장애인의 정의

구분	정의
권진숙 외 (2013)	사고, 감정, 행동 등의 정신적 질병 자체의 진행 외에 만성 정신질환으로 인한 사회적 활동 수행에 제약이 있는 경우
김미영 (2011)	정신질환으로 인해 활발히 치료가 필요한 사람 혹은 치료가 필요한 상태에서 벗어나 사회에 적응하여 정상화된 삶을 살고자 하는 사람
이형열, 조정원 (2004)	정신질환으로 인해 일상생활 및 사회생활에서 장기간 혹은 영구적으로 지속되는 제약받게 되어 질병 이전의 상태로 복귀하지 못하지만 자신의 역량에 맞는 과업이 주어질 때 이를 수행할 수 있는 자
Liberman (2008)	정신분열병, 기분장애, 조울증 및 주요 우울증과 같은 만성적이고 심한 주요 정신질환에 이환되어 있는 환자로서 질병으로 인해 일상생활 및 사회적·직업적 기능의 장애가 있는 사람

위의 정의들을 살펴보면, 정신장애인을 단순히 정신과적 증상을 보이는 사람으로 국한하기보다는 정신질환으로 인하여 일상생활 및 사회활동 수행에 제약이 있는 사람으로 정의한다는 공통점을 발견할 수 있다.

한편, 한국사회의 정신장애인 관련 법에서는 정신장애인을 다음과 같

이 정의하고 있다. 먼저, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률(약칭: 정신건강복지법)」 제3조(정의) 제1항에서는 “정신질환자는 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람”이라고 정의하였다. 또한, 「장애인복지법」 시행령 제2조(장애의 종류 및 기준)에 따르면, 정신장애인은 지속적인 양극성 정동장애, 조현병, 조현정동장애 및 재발성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능의 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람을 의미한다. 이처럼 한국의 정신장애인 관련 법 규정에서는 ‘정신장애인’이라는 용어가 「장애인복지법」상의 등록장애인으로, 혹은 「정신건강복지법」 상의 망상, 환각, 사고나 기분의 장애로 독립적 생활에 중대한 제약이 있는 사람으로 협소하게 정의되는 경향이 있다(하경희, 2021).

이와 달리, WHO(2005)에 따르면 정신장애인이란 정신질환으로 인해 일상생활에 어려움을 겪는 사람을 의미하며, 장애는 손상(impairment), 활동 제한(activity limitations), 참여 제약(participation restriction)을 포괄하는 개념임을 명시하고 있다. 또한, 장애인권리협약(Convention on The Rights of Persons with Disabilities, CRPD)은 “장애는 발전하는 개념이며, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 완전하고 효과적인 사회참여를 저해하는 태도 및 환경적인 장벽과 손상을 지닌 개인과의 상호작용으로부터 야기된다”라고 정의하면서, 장애의 사회적 모델을 보다 적극적으로 지향하고 있다(국가인권위원회, 2007; United Nations, 2006). 이에 본 연구에서는 WHO와 CRPD의 개념 정의에 근거하여, 정신장애인을 “정신과적 증상을 보이고, 일상생활의 기능을 수행하는 데 어려움을 겪고 있는 사람”으로 정의한다.

제 2 절 인권모델

2절에서는 본 연구를 관통하는 장애 패러다임이자 핵심 이념인 '인권모델'[1]에 대해 살펴본다. 이어지는 내용에서는 인권모델이 오늘날 한국의 정신건강 정책·서비스 환경에 주는 함의를 밝히고, 인권모델의 관점에서 본 연구의 활용 변수들이 어떤 의미를 갖는지 고찰한다.

정신장애인을 바라보는 관점은 장애 관련 국제 인권 규범의 변화와 맥락을 같이한다(국가인권위원회, 2020). 오늘날 정신장애인을 바라보는 관점으로써 인권모델은 2006년 UN 회원국 192개국의 만장일치 결의로 장애인권리협약(CRPD)이 통과됨에 따라 채택되었다(국가인권위원회, 2007). CRPD는 장애인이 인간으로서 가지는 존엄성을 재차 확인하고 장애인의 인권보장을 위해 국제적으로 노력할 의무를 밝힌 인권조약으로(United Nations, 2006), 인류 구성원의 천부적 존엄성을 천명하며, 모든 인간은 어떠한 종류의 차별도 받지 않을 권리가 있고, 모든 권리와 자유를 누릴 자격이 있음을 선언한다(강상경, 김낭희, 신진호, 2021; United Nations, 2006). 한국에서도 2008년 12월 2일 국회에서 CRPD의 비준동의안이 통과되었으며, 2009년 1월 10일부터 발효되어 국내법과 동일한 효력을 가지게 되었다(임성택 외, 2018).

이러한 CRPD 선언의 가장 큰 성취는 장애를 바라보는 시각과 패러다임이 인권 중심적으로 전환되었다는 점이다(Degener, 2014). CRPD는 치료모델과 재활모델의 한계를 극복하고 더 적극적인 인권모델 구축의 필

1) 인권모델을 비롯한 정신장애 관련 모델의 명칭에는 '모델'이라는 단어가 포함되어 있지만, '관점'의 성격을 가진다. 김혜란 외(2022)에 따르면, 관점(perspective)은 개념적 준거 틀(conceptual framework)로서, 관심 영역과 가치, 대상들을 규정하는 사고체계이고, 모델(model)은 일관된 원칙과 방식을 구조화한 것으로서, 실천과정에 직접적으로 필요한 기술적 적용방법을 제시한다. 한국사회에서는 '인권모델'이라는 명칭이 일반적으로 사용되고 있으나, 인권모델의 내용을 살펴보면 특정 원칙과 방식을 구조화한 모델이라기보다는 개념적 준거틀로서 관점에 더 가깝다.

요성을 강조한다. 치료모델에서는 정신장애를 정신질환으로 개념화하여 정신장애인을 수동적인 치료의 대상으로 여겼으며, 재활모델에서는 정신장애를 신체적·정신적 기능 및 구조의 손상으로 개념화하여 정신장애인을 재활의 대상으로 인식하였다. 이 두 모델은 장애인에 대한 억압과 배제의 메커니즘을 존속시킴으로써 장애인을 주류 사회에서 배제하고 대상화할 뿐만 아니라, 장애문제의 원인이 사회적 구조가 아닌 개인에게 있음을 내포하고 있다는 점에서 한계를 지닌다(이지수, 2014). 기존 모델의 한계를 극복하기 위해, 2001년에 ICF(International Classification of Functioning) 기준이 발표되었고 이에 따라 사회모델 관점이 채택되었다. 사회모델은 정신장애를 개인 체계요인과 환경 체계요인 간의 항상성이 깨진 상태로 설명하고 있으며, 정신장애인을 사회통합의 주체로 인정한다. 이에 정신장애인에 대한 주요 접근은 치료와 재활뿐만 아니라, 사회보장체계와 사회안전망 구축을 통한 사회통합 지원까지로 확장되었다. 한편, CRPD의 선언 이후 국내외적으로 정신장애인을 바라보는 패러다임으로 채택된 인권모델은 사회모델과 많은 점을 공유하고 있지만, 근본적으로 다르다. 항상성의 저하로부터 정신장애가 기인한다고 인식한다는 점에서 사회모델과 유사하지만, 항상성 저하의 판단 주체를 전문가가 아닌 정신장애인 당사자로 인식하기 때문이다(국가인권위원회, 2021). 따라서 인권모델 하에서 정신장애에 대한 접근은 항상성 균형의 주체인 정신장애인의 회복을 지원하는 것이고, 정신장애인은 회복의 주체로 인식된다. 정신장애 관점이 국제적 기준에 발맞추어 변해온 역사를 도식으로 간략히 정리하면 [그림 2]와 같다.

[그림 2] 장애 관점과 국제적 기준의 변화

* 출처: 국가인권위원회, 2021: 4. 저자 재구성

이처럼 장애의 개념이 치료모델, 재활모델, 사회모델을 거쳐 인권모델로 변화함에 따라, 정신건강 실천현장에서도 새로운 장애 관점을 적용하기 위한 다양한 노력이 이루어지고 있다. 인권모델을 실천현장에 적용하하는 과정에서 강조되고 있는 관점과 본 연구의 관련성은 다음과 같이 정리된다.

첫째, 인권모델은 정신장애인을 바라보는 인식이 수동적인 치료·재활의 대상이 아닌 회복의 주체로 전환되어야 함을 강조한다(국가인권위원회, 2020). 한편, 본 연구에서 주목하고 있는 정신장애인의 차별 경험은 인권모델의 구현을 저해한다. 정신장애인이 삶을 살아가며 마주하는 사회적 차별과 낙인은 정신장애인이 회복의 주체로 바로 서는 데 방해가 되는 가장 큰 장애물이기 때문이다(하경희, 2019; Deegan, 1993; Perlikck et al., 2001). 따라서 인권모델의 관점을 보편화하고 지향을 실현하기 위해서는 정신장애인에 대한 사회적 차별과 낙인을 줄이기 위한 연구가 필요하다.

둘째, 인권모델은 정신장애인 당사자가 정신건강 관련 서비스 및 정책

의 수립 과정에 적극적으로 참여할 것을 강조한다. 정신장애인의 '더 나은 삶'을 전문가 집단이 규정하는 제공자 패러다임(provider paradigm)은 정신장애인 당사자의 회복을 향한 여정에서 선택권을 제한한다(김현민, 2019). 그러나 제공자 패러다임과 달리, 인권모델에서는 정책 수립 과정에서 정신장애인 당사자의 의견과 목소리를 적극적으로 반영하고, 서비스 제공 과정에서도 당사자의 참여를 독려한다. 최근 동료지원사업, 절차보조사업 등 정신건강서비스 전달체계 내에서 서비스 제공자로서 당사자들의 역할이 점차 확대되는 양상은 인권모델의 관점이 반영된 것이다(국가인권위원회, 2021; 이상훈, 2021; 하경희, 김성용, 김낭희, 2020). 이러한 사회적 흐름 속에서 정신장애인의 도움 요청 행위에 대해 탐색하는 것은 정신장애인의 주체성과 잠재력, 역량을 강화하기 위한 실마리를 제공한다. 차별에 대해 적극적인 대처행동을 보이는 것은 정신장애인들이 무기력하고 수동적인 삶을 사는 차별의 희생자가 아니라, 사회적 문제에 대해 목소리를 내는 주체적인 존재로 거듭나는 과정이기 때문이다. 따라서 본 연구에서는 정신장애인이 정신건강서비스 및 정책환경 내에서 더 적극적인 역할을 수행할 수 있다는 가능성을 보여주고, 이들의 적극적 대처행동을 촉진하기 위한 방안을 제시한다.

셋째, 인권모델은 정신건강서비스의 내용과 범위가 정신장애인들의 고차원적인 욕구를 충족시키는 방향으로 확장되어야 함을 강조한다. 정신장애인을 바라보는 관점이 변화함에 따라 정신건강서비스의 목표가 생존과 안전의 욕구를 충족시키는 것에서 성장, 자아실현과 같은 상위의 욕구를 충족시키는 방향으로 변화하였다(국가인권위원회, 2020). 이에 따라 과거에는 정신장애인에게 의료서비스나 소득보장서비스가 주로 제공되었다면, 지금은 고용, 교육, 주거, 문화, 여가, 사회참여 등 인권 증진과 관련한 다양한 영역으로 서비스의 범위가 확장되고 있다. 즉 오늘날의 정신건강서비스는 정신질환 증상을 제거하고 최소한의 삶을 보장하는 것에서 나아가 삶을 구성하는 다양한 영역에서 회복을 구현하는 데 초점을 맞추고 있다. 본 연구를 통해 살펴보고자 하는 '정신장애인 사회참여서비

스'는 인권모델 기반 정신건강서비스로, 기존에 정신장애인에게 제공되던 잔여적 정신건강서비스와는 구분된다. 이러한 맥락에서 본 연구는 차별 상황에서 정신장애인의 적극적인 대처행동을 이끌어내는 사회참여서비스의 역할에 대해 분석함으로써 인권모델 기반 정신건강서비스의 확대를 지지하는 실증적 근거를 제시한다.

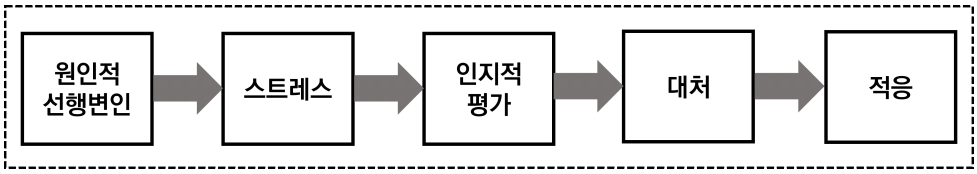
넷째, 인권모델의 관점에서는 회복지향 서비스 인프라 구축을 통한 사회적 환경의 변화가 수반되어야 함을 강조한다(국가인권위원회, 2020). 과거에는 정신장애인이 경험하는 여러 자원의 결핍에 대한 부족분을 충족하는 것에 관심을 가졌다면, 인권모델에서는 그러한 결핍을 가져온 사회적 구조와 상황에 주목한다. 이에 따라 정신장애인의 강점이 충분히 활용되기 위해서는 개인적 차원의 역량 강화 지원뿐만 아니라, 사회적 차원의 환경적 조건 변화가 반드시 뒷받침되어야 함을 주장한다(국가인권위원회, 2021). 정신장애인 사회참여서비스는 당사자의 주체성과 역량이 제대로 발휘될 수 있는 환경 조성에 기여하는 서비스이다. 따라서 정신장애인 사회참여서비스는 환경적 변화를 도모하여 정신장애인 당사자의 적극적·행동적 대응을 촉진하는 요인이기 때문에 인권모델의 이념과 부합한다.

종합하여 정리하면, 인권 관련 조약 및 협약에 따라 국제적으로 장애를 바라보는 시각이 변화하였다. 이러한 변화의 중심에는 장애인의 인권 증진이 있고, 오늘날 국내외적으로 표준이 되는 장애 패러다임 및 원칙은 CRPD와 인권모델이다. 그러나 CRPD 협약 비준국인 국내의 상황은 국제적 인권 기준에 비하면 여전히 미진하여, 정신건강서비스 체계에서의 인권모델 구축과 CRPD 기준에 맞는 정신건강서비스의 제공이 요구된다(이용표 외, 2021). 본 연구에서 핵심변수로 설정한 정신장애인의 차별 경험, 정신장애인의 도움 요청 행위, 정신장애인을 위한 사회참여서비스 지원의 충분도는 인권모델의 이념과 부합하며, 앞으로 인권모델을 적극적으로 조성해나가는 과정에서 주목받게 될 개념들이라고 이야기할 수 있다. 따라서 인권모델에 대한 이해를 기초로, 본 연구에서는 정신장애인

의 차별 경험이 도움 요청 행위에 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도가 어떤 역할을 하는지 살펴보았다.

제3절. 스트레스 평가-대처 모델

이번 절에서는 연구모형의 이론적 틀이 된 Lazarus & Folkman(1984)의 스트레스 평가-대처 모델에 대해 개괄한다. 이론적 틀로 스트레스 평가-대처 모델을 선택한 이유는 인권모델의 관점에서 많은 함의를 제공하기 때문이다. 함의를 설명하기에 앞서, 스트레스 평가-대처 모델의 구성 요소는 다음과 같다. 먼저, 스트레스 평가-대처 모델은 원인적 선행변인, 스트레스, 인지적 평가, 대처, 적응이라는 다섯 가지 요인으로 구성되어 있다. 이를 도식화하면 아래 [그림 3]과 같다.



[그림 3] Lazarus & Folkman(1984)의 스트레스 평가-대처 모델

먼저, '스트레스'는 개인이 지닌 자원을 초과하거나 부담을 주어 개인의 안녕을 위협하는 것으로 평가되는 인간과 환경 사이의 특정한 관계를 의미한다(Lazarus & Folkman, 1984: 19). 스트레스는 개인 혹은 환경이 지닌 자체적인 속성 혹은 특정한 자극이나 반응이 아니다. 다시 말해, 자연재해, 질병, 시험 등으로 예를 들 수 있는 특정한 자극이나 상황을 의미하지 않는다. 본 연구의 독립변수인 정신장애인의 차별 경험은 스트레스로 이해될 수 있다. 일반적으로, 낙인과 차별경험은 개인에게 스트레스로 인식되는데(Link & Hatzenbuehler, 2016), 특히 사회적 차별을 빈번하게 경험하는 정신장애인의 경우에도 마찬가지이다(Corrigan, 2005; Hinshaw, 2007; Link & Phelan, 2001; Rüsch et al., 2009; Thornicroft, 2006).

그러나 Lazarus & Folkman(1984)에 따르면, 스트레스는 외부세계나 환경이 개인에게 일방향적으로 부여하는 것이 아니며, 같은 자극이더라

도 그것을 스트레스로 받아들이는지는 개인마다 차이가 있다. Lazarus & Folkman(1984)은 이러한 개인차를 설명하기 위해 '원인적 선행변인'이라는 개념을 제시하였다. 원인적 선행변인은 특정 상황이나 사건과 관련된 개인적·환경적 요인이며, 개인이 보유한 자원으로서 스트레스를 결정하는 요인이다.

다음으로, '인지적 평가'는 스트레스 상황에 직면한 개인이 자신이 가진 자원에 의거하여 그 상황을 인지하고 평가하는 것을 의미한다. 인지적 평가는 정보 처리(information processing) 과정이라기보다는 평가적인(evaluative) 과정이라고 할 수 있다(Lazarus & Folkman, 1984: 31). 인지적 평가는 일차적 평가와 이차적 평가로 구분되는데, '일차적(primary)', '이차적(secondary)'이라는 용어는 둘 중 하나가 다른 것보다 더 중요하다거나 선행하여 발생함을 의미하지 않는다(Lazarus & Folkman, 1984: 31). 두 인지적 평가는 상호의존적이며 주로 동시에 발생한다. 일차적 평가는 스트레스 상황 자체에 대한 평가이고, 이차적 평가는 문제 상황을 해결할 수 있는 자신의 능력에 대한 평가이다. 구체적으로, 일차적 평가는 어떤 사건이 도전적인지 위협적인지, 아니면 부적절한지를 평가하는 과정을 의미한다. 그리고 이차적 평가는 스트레스 상황에 대처할 때 사용할 수 있는 자원이나 문제 해결을 위한 통제 가능성을 검토하는 과정이다. 따라서 본 연구에서 살펴보는 '사회참여서비스 충분도'는 이차적 평가에 해당한다. 예를 들어, 우리 사회에서 정신장애인에게 지원하는 사회참여서비스가 충분하다고 평가할 경우, 정신장애인은 본인이 차별을 당했을 때 문제 해결을 위해 도움받을 수 있는 지지체계와 자원이 많다고 인식할 것이다. 반대로 정신장애인에 대한 사회참여서비스 지원이 충분하지 않다고 판단할 경우, 문제 해결을 위한 대처자원으로써 개인이 보유한 자원이 부족하다고 생각할 것이다. 따라서 사회참여서비스 충분도에 대한 인지적 평가는 스트레스 상황에 대한 대처방식과 적응에 영향을 미칠 것이다.

'대처'는 개인의 지닌 자원을 초과하거나 부담을 주어 개인의 안녕을

위협하는 것으로 평가되는 특정한 요구를 관리하기 위한 인지적·행동적 노력을 의미한다(Lazarus & Folkman, 1984: 141). Folkman(1984)에 따르면, 대처는 크게 정서 중심 대처(emotion-focused coping)과 문제 중심 대처(problem-focused coping)로 구분된다. 먼저, 정서 중심 대처는 스트레스로부터 초래되는 감정을 조절하려는 노력을 의미한다. 이에 스트레스 원인을 회피하거나 스트레스 사건의 과정과 결과를 인지적으로 재구성함으로써 사건의 긍정적인 측면을 선별적으로 인식하여 고통스러운 감정을 조절하는 데 사용된다. 반면에 문제 중심 대처는 스트레스 상황의 조건이 되는 환경적 조건을 변화시키기 위한 노력이다. 문제 중심 대처는 스트레스 상황을 유발하는 개인과 환경 사이의 관계를 제어하는 데 사용되는 전략으로, 이 전략의 방향은 자신뿐만 아니라 환경을 향한다(Folkman, 1984: 845). 예를 들어, 본 연구에서 종속변수로 활용된 '도움 요청 행위'는 차별 상황을 타개하기 위한 문제 중심 대처에 해당한다. 스트레스 상황에서 도움을 요청하는 것은 스트레스를 유발하는 환경적 조건을 변화시키기 위해 취하는 적극적·행동적 노력이기 때문이다. 일반적으로 정서 중심 대처는 위협적인 환경 조건을 수정하기 위해 아무것도 할 수 없다는 인지적 평가를 할 때 더 많이 발생한다. 반면에 문제 중심 대처는 위협적인 환경 조건이 변화 가능한 것으로 평가될 때 더 많이 사용된다(Folkman & Lazarus, 1980). 앞서 검토하였듯, 우리 사회에서 정신장애인의 사회참여를 지원하는 서비스가 충분하다고 스스로 인식할 경우, 차별을 시정하기 위해 도움을 줄 수 있는 환경적 여건이 더 잘 조성되어 있다고 인식할 것이다. 이러한 인지적 평가를 바탕으로 문제 해결의 가능성과 통제 가능성을 높게 평가하여 도움 요청이라는 문제 중심 대처를 더 많이 사용할 것이라는 가설을 세울 수 있다.

마지막으로, '적응'의 과정이 이루어진다. 스트레스 평가-대처 모델의 마지막 단계인 적응도 개인과 환경의 역동적 관계와 과정의 연속선상에 위치하며, 스트레스를 평가하고 대처하는 방식과 긴밀히 연결되어 있다(Lazarus & Folkman, 1984: 181). 적응은 단기적 결과와 장기적 결과로

구분된다. 적응의 단기적 결과는 우울감, 행복감과 같은 부정적 또는 긍정적 감정이다. 그리고 적응의 장기적 결과는 사회적 기능(social functioning), 사기(morale), 신체 건강(somatic health) 등을 예시로 들 수 있다(Lazarus & Folkman, 1984: 182).

정리하면, 차별 상황에서 정신장애인마다 이를 스트레스로 심각하게 받아들이는 정도가 다른데, 이러한 개인차의 기저에는 인지적 평가와 대처방식이 있다. 이를 본 연구모형에 적용해보면, 사회참여서비스 충분도에 따라 차별 경험에 대한 인지적 평가가 달라지고, 이에 따라 문제 중심 대처인 도움 요청 정도가 달라질 것으로 예측 가능하다. 한편, 본 연구를 관통하는 이념인 인권모델의 관점을 스트레스 평가-대처 모델에서도 발견할 수 있다. 인권모델의 관점에 따르면 스트레스 평가-대처 모델은 다음과 같은 의미가 있다.

첫째, 스트레스 평가-대처 모델에서 강조한 문제 중심 대처의 중요성은 인권모델의 관점과 부합한다. Lazarus & Folkman(1984)은 집단과 상황의 특수한 맥락과 무관하게 문제 중심 대처가 정서 중심 대처에 비해 일반적으로 더 효과적인 문제 해결 방식이라고 주장하였다. 즉 문제 상황을 회피하거나 감정을 조절하는 정서 중심의 소극적 대처보다는 문제 중심의 적극적 대처가 문제 상황에서 스트레스를 완화하는 데 긍정적인 영향을 미친다고 주장하였다. 이러한 주장은 정신장애인의 문제 중심 대처를 촉진해야 하는 근거를 제공하며, 정신장애인 당사자의 주체성, 적극성, 자발성에 주목하는 인권모델의 관점과 맥을 같이 한다.

둘째, 문제 중심 대처를 촉진하기 위한 환경 변화의 중요성을 암시하였다. Folkman(1984)은 대처를 인간과 환경 간의 상호작용이자 과정으로 설명한다. 개인과 환경은 계속해서 변화하는 역동적인 관계이며, 개인의 생리적 특성·인지·행동이 환경에 영향을 미치며, 환경 또한 개인의 대처방식에 영향을 미치기 때문에 개인과 환경 사이에는 양방향적인(bidirectional) 관계가 성립한다고 주장한다(Folkman, 1984: 840). 이러한 주장은 대처방식으로서 개인의 행동에만 집중하는 것이 아니라, 개인의

행동이 일어나는 환경적 맥락에도 초점을 맞춘다. 이는 정신장애인의 회복을 지원하는 서비스 인프라 환경 구축을 강조하는 인권모델의 관점과 부합한다. 따라서 정신장애인 당사자들의 문제 중심 대처가 촉진되기 위해서는 사회환경적 조건의 변화가 동반되거나 우선되어야 한다는 주장의 근거를 제시한다.

셋째, 스트레스 평가-대처 모델은 문제 상황 해결을 위한 사회참여서비스의 중요성을 암시하고 있다. Lazarus & Folkman(1984)은 스트레스와 그 상황을 해결하는 데 도움이 되는 보유자원에 대한 인지적 평가를 거쳐, 스트레스에 대한 대처와 적응이 달라질 수 있다고 주장하였다. 사회참여서비스는 공식적 지지체계를 통해 제공되는 사회복지서비스로, 스트레스 상황에서 개인이 사용할 수 있는 자원으로 인지되어 문제 해결을 위한 통제 가능성을 높임으로써 차별 경험에 대한 문제 중심 대처로 이어지게 할 수 있다. 따라서 인권모델의 관점에서 스트레스 평가-대처 모델을 살펴볼 때, 사회참여서비스가 더 적극적으로 제공되어야 할 필요성과 사회적 인프라 구축의 중요성을 강조하는 근거를 모델의 자체적인 함의로 제시하였다는 점에서 유의미하다.

제 4 절 정신장애인의 차별 경험

4절에서는 본 연구의 독립변수로 활용된 차별 경험에 관한 선행연구를 고찰한다. 이어지는 내용에서는 낙인(stigma)에 대한 논의로부터 시작해 차별의 개념과 정의에 대해 정리하고, 차별이 정신장애인의 삶과 정신건강 관련 요인에 미치는 영향과 국내 정신장애인의 차별 경험 실태에 대해 살펴본다.

1. 차별의 정의

정신장애인에 대한 차별은 낙인에 대한 논의로부터 시작한다. 낙인(stigma) 개념은 Goffman(1963)에 의해 주목받기 시작하였다. '낙인'이라는 용어는 고대 그리스인들이 비정상적인 사람 혹은 비도덕적인 사람을 구분하기 위해 사용했던 표시(signs)로부터 유래되었다. 어원에서 함축하듯, 낙인은 심각한 불명예나 수치를 가져오는 특성이라는 의미를 지니고 있다(Goffman, 1936: 3). Goffman(1963)은 낙인을 대상 자체에 내재된 속성이 아닌 관계 중심의 개념으로 전환하여, '고정관념'과 '속성' 사이의 관계로 볼 수 있다고 주장하였다(Goffman, 1963: 4). Goffman이 낙인 개념을 정립한 이후, 지난 수십 년간 여러 학자에 의해 낙인 개념은 발전되고 다양화되었다(Stafford & Scott, 1986).

낙인의 정의는 협의의 정의와 광의의 정의로 구분할 수 있다. 먼저, 협의의 정의는 낙인을 고정적 특성으로 바라본다는 공통점이 있다. Stafford & Scott(1986)은 낙인을 "사회적 규범에 반하는 사람의 특성"으로 정의하였는데, 여기서 규범은 "한 개인이 특정 시간에 특정한 방식으로 행동해야 한다는 사회적으로 공유된 믿음"으로 정의된다. 또한, Crocker, Major & Steele(1998)은 낙인을 "특정한 사회적 맥락에서 평가절하된 사회적 정체성을 전달하는 어떤 속성"이라고 정의하였다. 이러한 정의 모두 Goffman(1963)에 의해 논의된 낙인의 관계적 특성에 기반하기보다는, 낙인찍히는 대상이 소유한 특성이라는 고정된 정의를 내리고

있다고 볼 수 있다.

한편, 광의의 정의는 관계적·과정적 특성에 주목하여 낙인을 둘러싼 관계적 맥락을 더 포괄적으로 조명하고 있다. Link & Phelan(2001)은 낙인을 다음의 구성 요소가 동시에 존재하는 상황으로 개념화하였다. 부정적인 꼬리표 부여를 통한 구분, 부정적인 고정관념, 낙인찍힌 사람들에 대한 분리, 낙인으로 인한 지위 상실 및 차별이라는 요소가 동시에 발생하는 상황이 바로 낙인의 개념이다(Link & Phelan, 2001; 367). 나아가, 정신장애인에 대한 낙인은 정신장애인을 향한 사회적 불평등, 차별적 대우 및 불이익을 형성하고 영속시키기 위해 상호작용하는 인지적·태도적·행동적 요소들의 집합이자 사회적 과정이라고 정의하였다(Link & Phelan, 2001).

낙인이 행동적인 결과로서 구체화되는 것이 차별이다. 권선진(2008)에 의하면 차별이란 “특정 집단에 속한 사람들을 불리하게 처우하거나 불리한 결과를 야기하는 행위”를 가리킨다. 또한, Putnam(2005)은 장애 차별에 대한 개념화를 시도하여, 장애차별이란 1) 사회에 깊이 뿌리박힌 장애인에 대한 부정적인 고정관념과 편견이 존재하는 것, 2) 고정관념으로 인해 비장애인에 비해 불합리한 부정적 처우를 받는 것, 3) 장애인의 사회경제적 자원에 대한 접근이 제한되어 영속적으로 사회참여의 제약을 받는 것이라는 세 가지 요소로 구성된다고 주장하였다. 이처럼 차별의 근본적인 문제는 장애인에 대한 낙인으로부터 시작한다. 그리고 궁극적으로는 장애인 당사자를 비장애인보다 불합리하게 대우하고, 그들이 시민으로서 누려야 할 사회적·경제적·정치적 권리를 부당하게 침해하는 행위가 바로 차별이라고 이야기할 수 있다. 따라서 차별은 개인 간의 대인관계 속에서만 나타나는 것이 아니라, 사회구조적 차원의 문제이다(전지혜, 2009).

낙인의 행동화라고 할 수 있는 차별은 실행된 차별(enacted discrimination)과 지각된 차별(perceived discrimination)로 구분된다. 먼저 실행된 차별은 고용, 주거, 의료, 대인관계 등의 영역에서 당사자가

직접 경험한 사회적 차별을 의미한다(Link, 1987; Link et al., 1989). 한편, 지각된 차별은 사회심리학 관련 연구에서 주로 사용되는 용어로, 실제로 차별대우를 받았는지와 무관하게 당사자가 스스로 차별이라고 인지했는지를 바탕으로 측정된다(전지혜, 2009). 만약 차별 의도와 행위가 실제로 존재했고, 당사자가 이를 차별적인 상황으로 지각했다면 '지각된 차별'과 '실행된 차별' 개념 사이에는 차이가 없다. 그러나 차별 의도와 행위가 없었음에도 당사자가 차별로 인지했다면, 이 상황을 차별로 간주할 것인지에 대해서는 의견이 분분하다. 한편, 차별행위와 의도가 없었음에도 불구하고 당사자가 차별을 감지하는 이유는 차별이 개인과 개인 사이의 상호작용에서만 나타나는 단순한 문제가 아니며, 오랜 시간 누적된 사회의 문화, 가치, 이데올로기의 영향 하에 나타나는 행위이자 상황이라는 사실을 반드시 고려해야 한다(전지혜, 2009). 이러한 맥락에서 차별경험이 건강에 미치는 영향을 살펴본 대부분의 연구는 차별적 행위의 유무와는 무관하게 당사자가 차별로 받아들였는가에 초점을 맞춰왔다(전지혜, 2009; Pascoe & Smart, 2009). 이에 다양한 선행연구들에서 지각된 차별은 우울, 낮은 자아존중감 등의 정신건강 문제뿐만 아니라, 비만, 고혈압, 유방암 등 특정 유형의 신체건강 문제와도 연관되어 있음이 밝혀졌다(Ajrouch et al., 2010; Pascoe & Smart, 2009; Williams & Mohamed, 2009).

본 연구에서는 정신장애인의 차별 경험을 조사하기 위해 지역사회에서 살아가면서 경험할 수 있는 차별의 영역들을 나열하고, 응답자들의 차별경험 여부를 조사하였다. 자기보고식으로 응답자들의 차별 경험 여부를 조사하였기 때문에, 설문 응답 과정에는 개인이 해당 상황을 차별이라고 지각하는 인지적 평가의 과정이 포함된다. 앞서 스트레스 평가-대처 모델에 대한 고찰에서 정리하였듯이, 동일한 차별 상황이라고 하더라도 개인이 그 상황에서 보이는 반응에는 차이가 있고 이러한 개인차에는 인지적 평가가 영향을 미친다. 따라서 본 논문에서 독립변수로 사용된 정신장애인의 차별 경험은 지각된 차별에 해당한다.

2. 정신장애인의 차별 경험

정신장애인은 우리 사회에서 낙인찍히고 차별받으며, 인권 사각지대에 놓여있는 취약집단 중 일부이다(Johnstone, 2001). 실제로 낙인과 차별은 조현병을 비롯한 중증 정신질환자들의 주요 스트레스원이며, 정신장애인의 회복을 저해하는 가장 큰 장애물이다(Rüsch et al., 2009; Wahl, 2012; Whitley & Campbell, 2014). 정신질환에 대한 낙인으로 인해 정신장애인 중 상당수는 본인이 실패한 삶을 살고 있다고 생각하며, 낮은 자아존중감을 가지게 된다(Corrigan, Watson, & Barr, 2006; Link et al., 2001). 또한 정신장애인의 지각된 차별과 낮은 삶의 질 사이의 관계는 많은 선행연구들을 통해 입증되었다(김선주, 염동문, 2013; 김희국, 2010; 서미경, 김정남, 2004; 한광현, 강상경, 2022; Alonso et al., 2009; Markowitz, 1998; Ow & Lee, 2015; Pachankis & Bränström, 2018; Picco et al., 2017; Rosenfield, 1997).

정신장애인들은 삶의 다양한 영역에서 차별적이고 불합리한 상황을 마주하게 된다(Thornicroft, 2006). 선행연구들에 따르면, 국내 정신장애인이 경험하는 차별의 영역은 사회복지서비스 이용, 의료서비스 이용, 교육, 고용 및 취업, 자격증 취득, 참정권, 언론 및 미디어, 문화·여가활동, 대인관계, 대중교통 및 공공시설 이용 등으로 밝혀졌다(강상경 외, 2021; 국가인권위원회, 2021; 권오용 외, 2018; 김성희, 2015; 노수진, 윤영민, 2013; 송승연, 배진영, 윤삼호, 2018; 오수경, 구보경, 2019; 우수명, 2020; 윤석준 외, 2019; 윤수정, 2018; 이금진, 2006; 제철웅, 2021; 홍선미 외, 2010; 홍선미, 하경희, 김문근, 2013; 황애리, 나은영, 2018). 정신장애인이 경험하는 차별의 영역을 살펴보면, 개인적이고 미시적인 측면을 초월하여 제도적·거시적 차원까지로 확대된다. 즉 정신장애인은 인간의 삶의 구성하는 거의 모든 영역에서 차별을 경험하고 있음을 확인할 수 있다. 또한, 오욱찬(2018)에 따르면, 장애 유형 중 정신적 장애를 가진 사람의 차별 인식이 사회적 차별, 고용, 교육, 사회활동(결혼, 운전면허 취득, 보험제도 계약, 의료기관 이용, 정보통신 이용, 지역사회 생활, 사회활동 영

역 전체)을 포함한 모든 영역에서 가장 높게 나타났다. 그리고 시간의 흐름에 따라 대부분의 장애 유형에서 차별 인식이 점진적으로 감소하는 반면, 정신장애는 계속해서 증가하는 양상을 보였다(오욱찬, 2018). 또한, 우리 사회에서 정신장애인이 경험하는 사회적 배제의 수준을 실증적으로 고찰한 결과, 경제활동, 주거, 사회관계망, 사회참여, 차별 경험에 있어서 자폐·지적장애 집단을 제외한 타 장애 유형에 비해 약 6~10배 배제 위험이 높은 것으로 나타났다(박지혜, 이선혜, 2016).

이러한 맥락에서 정신장애인의 차별 경험에 대한 연구는 아무리 강조해도 지나치지 않으며, 더 활발하게 이루어질 필요가 있다. 하지만 지금까지의 정신장애인에 대한 차별 관련 연구는 정신장애인의 차별을 시정하기 위한 대안으로써 정신장애인이 가진 강점과 역량에 집중하기보다는 차별 경험 실태 및 심각도, 차별이 정신장애인에게 미치는 부정적인 영향 등이 주를 이루었다. 따라서 본 연구는 차별의 생존자이자 당사자로서 정신장애인 스스로 차별을 바로잡기 위한 주체적인 노력에 초점을 맞추었다.

제 5 절 적극적 대처방식으로서의 도움 요청 행위

5절에서는 적극적 대처행동의 한 양상으로서 도움 요청 행위에 대한 개념을 다룬다. 적극적 대처행동에 대해 탐색한 후 다양한 현장에서 사용되고 있는 도움 요청 행위의 정의에 대해 논의하고, 이를 참고하여 본 연구에서 종속변수로 사용된 도움 요청 행위를 정의내린다. 이후 정신장애인의 문제 중심 대처를 주제로 이루어진 연구를 살펴본다.

1. 적극적 대처행동

개인이 스트레스 요인에 대처하는 방식에 따라 스트레스가 완화되어 정신적·신체적으로 긍정적인 결과가 초래될 수도 있지만, 오히려 스트레스 상황을 악화시켜 부정적 결과를 가져올 수도 있다. 대처는 스트레스적인 사건에 대응하기 위한 개인의 인지적(cognitive), 정서적(emotional), 행동적(behavioral) 노력으로 구분될 수 있다(Taylor & Stanton, 2007). 인지적 대처는 스트레스 상황을 관리하기 위해 인지적·정신적 활동을 사용하는 전략을 일컬으며, 인지적 대처의 예시로는 자기비난, 반추, 수용, 타인비난, 긍정적 재평가 등이 있다(Garnefski, Kraaij, & Spinhoven, 2001). 정서적 대처는 문제 상황에 대한 개인의 감정과 정서적 반응을 조절하는 전략을 의미하며, 스트레스 상황의 정서적 대처는 부정적인 감정을 최소화하는 것을 목표로 하는 자기 조절을 예시로 들 수 있다(Schoenmakers, Tilburg, & Fokkema, 2015). 행동적 대처는 스트레스 상황을 관리하기 위해 개인의 행동을 사용하는 전략으로, 스트레스를 유발하는 외부환경을 변화시키거나 자신을 외부환경에 적응하도록 하는 행동을 동반한다(Astor-Dubin & Hammen, 1984).

많은 선행연구를 통해 행동적 대처는 과업 지향(task orientation)과 관련이 있는 반면, 정서 및 인지적 대처는 개인 중심적 지향(individual-focused orientation)과 관련이 있음이 밝혀졌다(Parker &

Endler, 1992; Stanisławski, 2019). 다시 말해, 인지적·정서적인 대처는 개인의 정신 활동 혹은 감정을 조절하여 개인을 환경에 적응시키는 것이지만, 행동적 대처는 실재하는 스트레스 원인을 직면하여 스트레스를 유발하는 근본적인 원인을 제거하고 환경을 변화시키기 위한 과업 수행을 동반한다. 이러한 맥락에서 인지적·정서적 대처와 비교할 때, 행동적 대처가 더 적극적인 대처라고 이야기할 수 있다. 이는 정서 중심 대처보다 문제 중심 대처가 문제 상황을 해결하는 데 더 탁월하고 적극적이라는 Folkman(1984)의 주장에 힘을 싣는다. 이에 본 연구에서는 적극적인 행동적 대처로서 도움 요청 행위에 주목하였다. 도움 요청 행위는 스트레스 평가-대처 모델에서 이야기하는 '문제 중심 대처'에 해당하기 때문에 (Halland et al., 2015; Lazarus & Folkman, 1984; Sabina & Tindale, 2008), 차별 상황에 대응하기 위한 적극적 대처행동의 한 양상으로서 탐구하기에 적합하다고 판단하였다.

2. 정신장애인의 도움 요청 행위

상담, 교육, 사회복지 실천현장 등 다양한 분야에서 도움 요청 및 도움추구 행위(help-seeking behavior)에 관한 연구가 이루어져 왔다. 한편, 분야마다 도움 요청 행위를 정의하는 방식에는 차이가 있었다.

먼저, 심리상담 현장에서의 도움 요청 행위란 곧 '전문적 도움추구'와 동일한 의미로 정의되었다. 전문적 도움추구란 개인이 심리적 고통을 경험하고 있을 때 상담이나 심리치료, 정신과를 찾아 전문적인 심리적 도움을 받는 것을 의미한다(Fischer & Turner, 1970). 상담에서 전문적 도움추구는 전문가에게 도움을 구하는 것을 의미하며, 친구나 지인에게 도움이나 조언을 구하는 행동과는 구별된다(김은아, 손혜련, 김은하, 2018).

다음으로, 교육 현장에서 도움 요청 행위는 학생이 학업 상황에서 혼자 헤쳐나가기 힘든 도전이나 어려움을 겪을 때 그 상황을 타개하기 위해 주도적으로 타인에게 도움을 요청하는 학업 행동을 일컫는다 (Newman, 2000). 이현지, 봉초운, 홍세희(2017)에 의하면, 교육 현장에서

도움 요청 행위는 자기조절학습(self-regulated learning) 및 대처전략(coping strategy)의 관점에서 이해된다.

마지막으로 정신건강 분야에서 도움 요청 행위를 정의하는 방식은 두 가지가 있었다. 먼저, 좁은 의미의 도움 요청 행위는 곧 서비스 이용(service utilization)과 동일한 의미로 사용되었다(Hom, Stanley, & Joiner, 2015). 협의의 정의 아래에서는 의료서비스의 이용이 개인의 수준의 선행요인, 가능요인, 욕구요인에 의하여 결정된다고 주장한 Andersen(1995)의 행동모델을 통해 도움 요청 행위를 예측하기 위한 연구들이 주로 이루어져 왔다.

다음으로 넓은 의미의 도움 요청 행위란 개인이 자신의 문제를 해결하기 위해 타인에게 도움을 구하는 행위를 말한다(이선혜, 2007). 이는 정신건강서비스 이용이라는 용어보다 광범위하게 사용된다(Rogler & Cortes, 1993). 개인이 자신의 심리정신적 문제를 해결하기 위해 도움을 요청하는 대상에는 정신건강서비스 제공자를 비롯하여 일반의료서비스 제공자, 성직자나 교육자와 같은 비공식 원조체계, 자조집단, 친구나 동료, 가족이나 친지 등이 모두 포함된다(Horwitz, 1977; Regier, 1993; Salgado de Snyder, 1998). 이선혜(2007)의 연구에서는 도움 요청 행위를 “심리·정신적 문제로 정신건강 전문가와 일반 의료인을 찾는 행위”로 정의하였다.

그러나 본 연구에서는 오늘날 정신장애인을 바라보는 관점의 변화를 반영하여 도움 요청 행위를 시대적 흐름에 부합하는 방식으로 새롭게 정의내렸다. 본 연구의 특수성과 인권모델의 관점을 반영하는 도움 요청 행위는 다음의 세 가지 개념을 모두 포괄한다. 첫째, 공식적· 비공식적 도움 요청을 포함하는 넓은 의미이다. 따라서 전문가, 가족, 친구, 지인 등 도움을 요청하는 상대방의 범위를 넓게 정의하고 포괄하여야 한다. 둘째, 도움을 요청하게 되는 상황과 맥락이 기존 문헌과 다르다. 어려움이 발생하였을 때 도움을 요청한다는 데에서는 유사한 의미이나, 어려움이 발생하게 된 이유가 차별로 인한 것이라는 특수한 상황적 맥락이 포

함되어야 한다. 마지막으로, 당사자의 주체성이 더 강조되는 의미로 정의하였다. 차별 상황에 대항하여, 당사자가 주체적으로 자신의 문제 상황을 해결하고자 하는 능동적인 노력이 수반된 행위이다. 이러한 의미에서 본 연구에서의 적극적 대처행동의 한 양상으로서 도움 요청 행위는 “차별 상황에서 정신장애인 당사자가 문제를 해결하기 위해 공식·비공식 지지 체계에 주체적으로 도움을 요청하는 행위”로 정의하였다.

한편, 정신질환에 대한 낙인을 자기 자신에게 투영하여 바라보는 차별적인 인식을 거부하고, 차별 상황을 타개하기 위해 주체적으로 노력하는 이들이 존재한다는 사실이 다양한 문헌들을 통해 보고되고 있다(Crocker & Major 1989; Crocker, Major, & Steele, 1998; Major & Collette, 2005; Wahl, 1999). 그러나 지금까지 정신장애인 당사자의 차별 저항(discrimination resistance)에 대한 연구는 제한적으로 이루어져 왔다(Thoits, 2011). Thoits(2011)에 의한 지적이 제기된 후 약 10여 년이 흐른 오늘날에도 차별을 경험한 정신장애인의 문제 중심 대처에 관한 연구는 여전히 미진하다. 따라서 본 연구는 국내 정신장애인의 차별과 낙인에 대한 저항으로서 도움 요청 행위를 탐색해본다는 점에서 의의가 있다. 또한, 본 연구는 정신장애인 당사자의 주체성에 주목하여, 차별이라는 사회적 문제에 도움을 요청함으로써 적극적으로 대응하기 위한 정신장애인 당사자의 노력에 초점을 맞춘다는 데에서 의미가 있다. 이를 통해 정신장애인 당사자를 치료와 보호의 수동적인 대상이 아닌, 차별에 대항하여 행동하는 능동적 주체로의 인식을 전환하는 데 기여할 수 있을 것이다. 또한, 자신의 삶에서 주도권을 되찾고자 권리를 적극적으로 주장하는 것은 정신장애로부터 삶을 회복해나가는 과정의 일부분이기 때문에(Deegan, 1997), 정신장애인 당사자의 주체성에 관한 탐구를 통해 회복의 한 양상을 포착할 수 있다.

제 6 절 정신장애인 사회참여서비스 충분도

6절에서는 기존 문헌에서 사용된 사회참여서비스의 정의에 대해 탐색하고, 이를 참고하여 본 연구에서 매개변수이자 조절변수로 활용된 사회참여서비스를 정의한다. 이후 정신장애인에게 사회참여서비스 지원이 갖는 중요성에 관해 탐구한다. 그리고 사회참여서비스의 충분도를 측정하기 위해 정신장애인의 인식을 활용하는 것의 타당성을 선행연구를 기반으로 고찰한다.

1. 사회참여서비스의 정의 및 의의

사회참여의 의미는 다양하게 정의되고 있다. 허숙민, 박태영(2016)은 사회참여를 “사회활동 및 여가활동, 사회적 지지 및 관계맺음 등을 포함하는 활동”이라고 정의하였다. 김지훈 외(2013)는 이러한 정의에서 더 나아가 비공식적 지원활동과 사회단체 참여활동까지도 포함하였다. 양성욱(2020)도 사회참여를 포괄적으로 정의하여, 지역사회에서 타인들과 상호작용을 할 수 있는 활동에 참여하는 것으로 정의하였다. 그리고 이러한 사회참여 활동으로는 개인의 일상생활, 사회적 상호작용, 직업생활, 문화여가활동, 정치참여 등 다양한 활동이 포함되며, 개인과 개인을 둘러싼 환경의 기능이 최적화될 때 활발하게 이루어진다(양성욱, 2020). 그리고 이익섭(1993)에 따르면, 장애인에게 사회참여는 비장애인과 동등하게 그들이 속한 공동체 내의 사회적·문화적 활동에 참여하는 것을 의미한다.

본 연구에서는 위의 정의들을 참고하고 본 연구만의 특수성을 반영하여 다음의 두 가지 의미를 포괄할 수 있는 정의를 만들었다. 첫째, 사회참여 지원 형태의 다양성을 포괄할 수 있는 정의여야 한다. 정신장애인을 위한 사회참여 지원의 형태는 다양한 방식으로 존재하며, 본 연구에서 조사한 사회참여서비스의 영역은 총 15가지이다. 구체적으로, 정신장애인 당사자가 서비스 전달·제공·설계 과정에 직접 참여할 수 있도록 지

원하는 활동, 정신장애인의 문화·여가·예술 지원 활동, 정신장애인들이 연대하여 우리 사회의 부정적인 고정관념과 편견을 직접 타파할 수 있도록 지원하는 활동 등이 포함된다. 따라서 위와 같은 다양한 종류의 사회참여서비스가 포괄될 수 있도록 사회참여서비스의 내용이 정신장애인의 삶과 관련된 다양한 사회적·문화적 활동을 지원하는 것으로 넓게 정의되어야 한다.

둘째, 사회참여서비스의 지원 목적이 당사자의 주도성을 증진하여 사회참여를 촉진하는 것에 있다는 사실이 강조되어야 한다. 본 연구에서 조사된 사회참여서비스의 핵심 목적은 정신장애인 당사자가 사회참여를 통해 주체적이고 주도적인 삶을 영위할 수 있도록 지원하는 데 있기 때문이다. 이러한 의미들을 모두 포괄하여 본 연구에서는 “정신장애인이 독립적이고 주체적인 삶을 영위할 수 있도록 다양한 사회적·문화적 활동을 지원하는 서비스”를 정의로 채택하였다.

사회참여서비스는 장애인들에게 매우 중요한 의미를 지닌다. 장애인의 사회참여는 사회적 관계를 형성하는 중요한 수단이며, 인정의 욕구와 사회적응의 욕구를 충족시켜준다(위수경, 2001). 사회참여는 장애인이 고립된 상태에서 벗어나 삶의 의미를 새롭게 해석하고 사회에 적응할 수 있게 해주어 삶의 질에 긍정적인 영향을 미친다(최윤미, 2014). 또한, 사회참여는 장애인의 자기효능감을 향상시키고(문영임 외, 2020; 윤동경, 2021), 자신의 장애를 보다 긍정적으로 수용할 수 있게 한다(김정운 외, 2013).

한편, 정신장애인은 사회와 단절되어 고립된 생활을 하는 경우가 많다(문영임 외, 2020). 2020년 장애인실태조사에 따르면, 정신장애인 중 19.0%는 전혀 외출을 하지 않는 것으로 나타났으며, 이는 뇌병변장애(22.6%)를 제외하고 장애 유형 중 가장 높은 순위를 차지하였다(김성희 외, 2020). 최근 매스컴을 통해 정신장애인이 위험하고 두려운 존재로 묘사되면서 정신장애인에 대한 대중들의 부정적인 낙인과 편견이 심화되었고(문영임 외, 2020; 손승연 외, 2018), 이로 인해 정신장애인들의 사회참

여 기회는 더욱 제한되었다. 백혜진 외(2017)에 따르면, 정신질환에 대한 보도는 정신질환자의 '부정적인 속성'(37.0%)이나 '지위 상실'(36.3%)의 내용이 자주 포함되었다. 정신질환을 앓고 있는 사람들의 성격적인 결함과 함께 '부정적인 속성'을 묘사하고, 정신질환자는 교육·직장생활 등을 비롯한 일상에서의 자립이 불가능하다거나, 가족 또는 이웃에게 부담을 주고, 주변에 피해를 끼친다는 '지위상실'(Bresnahan & Zhuang, 2011)에 대한 보도가 빈번하게 나타나 정신장애인에 대한 낙인이 심화되었다. 이와 같은 사회적 편견 속에서 정신장애인들의 사회참여 기회는 제한될 수밖에 없다(문영임 외, 2020).

한편, 장애인의 사회참여권은 장애인 관련 정책 및 협약·원칙에서도 궁극적인 목적으로 제시되고 있어 장애인의 주요한 권리로 인식되고 있다(김은하 외, 2022). 따라서 정신장애인의 사회참여를 촉진하기 위한 서비스 제공의 필요성이 제기된다. 전통적인 치료모델과 재활모델의 관점에서는 장애로 인한 기능 저하에서 오는 미충족 욕구를 복지서비스를 통해서 충족시키고자 한다. 이처럼 치료와 재활에 기반한 잔여적 접근은 장애인의 생존이나 안전의 욕구는 충족할 수 있지만, 독립된 사회구성원으로 성장과 자아실현에 대한 욕구를 충족시키는 것은 불가능하다(국가인권위원회, 2020). 한편, 인권모델에서는 사회적 역할 성취와 자아실현을 위한 성장 지원 서비스가 강조된다. 따라서 인권모델 기반 정신건강 서비스는 고용, 여가 및 문화, 주거, 교육, 자립, 활동 보조 서비스, 사회참여 등 지역사회 통합생활을 위한 다양한 스펙트럼의 서비스로 구성되어야 한다(국가인권위원회, 2020: 6). 이러한 맥락에서 정신장애인 사회참여서비스는 인권모델의 이념을 반영한 서비스로, 장애인의 권리로서 당연하게 제공되어야 한다. 하지만 아직까지 국내에서 장애인의 사회참여에 대한 연구가 매우 부족하고, 사회참여서비스 개발 및 평가의 복잡성 때문에 정신장애인의 사회참여에 관한 연구는 더더욱 미비한 실정이다(Webber & Fendt-Newlin, 2017). 따라서 본 연구는 정신장애인 사회참여서비스에 관한 탐구를 통해 한국 사회에서 정신장애인을 위한 사회

참여서비스가 확대되어야 할 필요성을 제기하고, 정신장애인 사회참여서비스가 당사자의 회복 과정에서 수행하는 기능과 역할에 대해 고찰할 기회를 제공한다.

2. 정신장애인 사회참여서비스 충분도

본 연구에서는 사회참여서비스 충분도를 측정하는 방식으로 정신장애인 당사자의 개인적 느낌이라는 인지적 방식을 채택하였다. 다시 말해 매개변수이자 조절변수로 사용된 '사회참여서비스 충분도'는 실제로 제공된 사회참여서비스가 아닌, 정신장애인 당사자가 우리 사회에서 사회참여서비스가 얼마나 충분히 지원되고 있다고 인식하는지를 조사한 것이다. 따라서 이어지는 내용에서는 '인식'으로서 서비스 지원 충분도를 살펴보는 것이 어떤 의미와 중요성을 갖는지에 대해 살펴본다.

먼저, 지지(support)를 실제로 제공된 지지(received support)와 인지된 지지(perceived support)로 구분하여 살펴볼 필요가 있다. 제공된 지지는 "실제로 제공된 원조"로 객관적인 지원의 여부로 정의되는 반면(Kessler & McLeod, 1985; Wethington & Kessler, 1986), 인지된 지지는 원조가 필요한 상황에서 이용 가능한 자원에 대한 인지와 만족도를 포괄한다(Vaux & Harrison, 1985). 다시 말해 인지된 지지는 도움이 필요한 시기에 개인에게 제공될 수 있는 친구, 가족 및 다른 방식을 통한 물질적, 심리적, 전반적인 지원에 대한 인식으로(Ioannou, Kassianos, & Symeou, 2019), 인지된 지지는 인식된 지원과 돌봄의 수준에 대한 주관적 만족감까지도 포함하여 개인의 웰빙과 밀접한 관련이 있는 것으로 다양한 연구를 통해 보고된다(Siedlecki et al., 2014).

인지된 지지는 사회적 지지에 대한 개인의 주관적 평가를 반영하는 것이기 때문에(김효은, 2012), 실제 현실과 정확히 부합하는지 여부와 무관하다(Wethington & Kessler, 1986). 한편 Helgeson(1993)의 연구에 따르면, 실제로 제공된 지지도 효과가 있지만 지각된 지지의 스트레스 완충효과가 더 크다고 보고되었다. Wethington & Kessler(1986) 역시 스트

레스 사건에 대하여 대응하고 적응하는 데에는 실제로 제공된 지지보다는 지각된 지지의 효과가 더 크다고 주장하였다. 이처럼 지각된 자원을 중시하는 관점은 한 개인이 보살핌을 받는다는 인식 자체가 건강을 증진할 수 있다고 주장한다(Cobb, 1976; Lynch, 1977). 실제로 개인이 사회적 지지를 높게 지각할수록 심리적 안녕감이 높아지고 적응적 행동이 증가한다. 반면, 사회적 지지를 낮게 지각한 경우 스트레스와 우울 등의 정신건강 상의 문제를 경험하게 되며, 문제 음주 및 약물 사용 등의 부적응적 행동을 증가시켜 취약해지게 된다(김애경, 2002; 노충래, 김설희, 2012). 따라서 사회참여서비스 충분도는 지각된 사회적 지지로서 정신장애인의 삶을 윤택하게 만들어주는 자원으로 기능할 수 있다. 또한, 우리 사회에서 정신장애인 사회참여서비스가 얼마나 충분하게 지원되고 있는지에 대한 정확한 측정이 불가능한 상황 속에서 정신장애인이 사회참여서비스가 얼마나 충분히 제공되고 있다고 인식하는지를 살펴보는 것은 최선의 방법이자, 경험적·이론적으로도 타당하다.

제 7 절 주요 변수 간의 관계

1. 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향

대부분의 선행연구에서 정신질환에 대한 낙인과 도움 요청 행위의 관계에 대한 연구는 본 연구의 초점과 다른 방향으로 전개되었다. 정신질환에 대한 낙인과 도움 요청 행위 관련 연구들은 사회적 낙인으로 인하여 정신건강 서비스를 이용하는 것에 대해 두려움을 느끼고 회피하게 된다는 내용이 주를 이루었다. 즉 우리 사회에 만연한 정신장애인에 대한 낙인이 정신건강 관련 도움 추구행위에 미치는 부정적인 영향과 문제를 다루는 연구들이 대부분이었다(Clement et al., 2015; Corrigan & Rüsch, 2002; Corrigan, 2004; Gary, 2005; Kushner & Sher, 1991; Schomerus & Angermeyer, 2008; Thornicroft, 2008).

한편, 낙인의 생존자인 정신장애인이 차별에 대해 어떻게 대항하고 도움을 요청하는지를 주제로 한 강점 관점의 연구는 연구자들의 관심 밖이었다. 이에 따라 선행연구에서 정신장애인의 차별 경험과 도움 요청 행위의 관계를 직접적으로 검증한 연구는 제한적이었다. 미국의 고질적인 사회문제 중 하나인 인종차별을 주제로 한 연구들은 소수 존재하였는데, 차별 경험이 누적될수록 문제 중심 대처보다는 정서 중심 대처를 더 많이 할 것이라는 연구 결과가 있었다. Scott & House (2005)는 흑인 청소년들을 대상으로 인지된 인종차별이 대처방식에 미치는 영향에 대해 연구하였다. Scott & House(2005)는 더 많은 인종차별을 당하고, 차별로부터 더 큰 심리적 고통을 느낄수록 문제 중심 대처보다는 정서 중심 대처, 즉 회피(avoidance) 전략을 채택한다는 연구 결과를 보고하였다. Scott & House(2005)에 따르면, 회피 전략은 내면화(internalization)와 외현화(externalization) 방식을 통해 구현된다. 즉 사회적 위축, 내부귀인 등의 내면화 행동과 과도한 분노 표현, 공격적인 행동 등의 외현화 문제 행동이 나타나게 된다고 주장하였다. Scott & House(2005)는 차별 경험

이 누적될수록 회피 전략을 구사하게 되는 메커니즘을 개인의 통제 감각(sense of control)과 연관지어 설명하였다. 더 많은 차별을 경험할수록 문제 해결의 가능성과 그 상황에 대한 통제 가능성이 낮다고 판단하여 회피 전략을 구사하게 된다는 것이다. 이는 차별 경험에 대한 인지된 통제 감각이 더 크다고 보고한 흑인 청소년이 사회적 지지 추구를 비롯하여 문제 중심 대처전략을 더 많이 활용한다는 Compas(1995)의 연구 결과와 일치한다.

정리하면, 차별 경험이 대처방식에 미치는 연구는 제한적으로 존재하였으나, 정신장애인이 아닌 다른 집단을 대상으로 한 연구에서는 차별 경험이 누적될수록 문제 중심 대처에 비해 정서 중심 대처를 더 많이 구사한다는 결과가 보고되었다. 따라서 본 연구에서는 정신장애인이 삶의 다양한 영역에서 차별을 지속적으로 경험하는 것이 도움 요청 행위에 부정적인 영향을 미칠 것이라고 가설을 세웠다.

2. 차별 경험이 사회참여서비스 충분도에 미치는 영향

정신장애인의 차별 경험과 사회참여서비스 충분도의 관계를 직접적으로 검증한 연구는 제한적이었다. 그러나 차별 경험과 서비스 이용과 관련된 연구를 통해 두 변수 간의 관계를 간접적으로 유추해볼 수 있었다. 먼저, 차별 경험과 서비스 이용 빈도는 일관적으로 양적인 관계를 나타냈다. Richman, Kohn-Wood, & Williams(2008)의 연구에서 아프리카계 미국인들은 차별 경험이 누적될수록 정신건강 관련 서비스를 더 빈번히 이용하는 것으로 나타났다. 그리고 Spencer & Chen(2004)의 연구에 의하면, 중국계 미국인들은 더 많은 차별을 경험할수록 친구나 친척 등 비공식적 지지체계에 대해 더 빈번히 도움을 요청했지만, 공식서비스 이용에는 아무런 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 하지만, 한국인, 일본인, 중국인을 포함한 아시아계 미국인들을 대상으로 한 경우에는, 차별 경험의 증가는 비공식적·공식적 서비스 이용의 증가로 이어졌다(Spencer et al., 2010).

나아가, 사회복지서비스를 더 많이 이용할수록 해당 서비스의 충분도를 높게 인식할 것이라는 주장도 관련 연구를 통해 간접적으로 추론해볼 수 있다. 이윤진과 이정원(2014)의 연구에 의하면, 1년간 이용한 문화시설 개수가 많을수록 문화시설이 충분하다고 인식한 것으로 나타나, 문화시설 이용 경험이 문화시설의 충분도 인식에 유의미한 영향을 미쳤음을 알 수 있다. 이러한 연구결과를 바탕으로, 서비스의 이용도 증가와 해당 서비스의 충분도 인식은 서로 관련이 있는 것으로 유추해볼 수 있다. 따라서 더 빈번하게 차별상황에 직면할수록 이 상황을 해결하기 위해 관련 서비스를 더 많이 이용하게 되고, 해당 서비스를 이용하는 사람은 이용하지 않는 사람에 비해 서비스의 충분도를 높게 인식할 것이라고 예측할 수 있다.

이를 본 연구에 적용해보면, 정신장애인은 차별 경험이 누적될수록 사회참여서비스와 같은 공식적인 정신건강서비스를 더 많이 이용하게 될 것이다. 그리고 사회참여서비스의 이용 경험은 미이용자에 비해 사회참여서비스가 충분히 지원되고 있다고 인식하도록 유도했을 것이다. 따라서 차별 경험이 누적될수록 사회참여서비스 충분도가 높아질 것이라고 가설을 설정하였다.

3. 사회참여서비스 충분도가 도움 요청 행위에 미치는 영향

정신장애인의 사회참여서비스 충분도가 도움 요청 행위에 미치는 영향을 직접적으로 검증한 연구도 제한적이다. 정신장애인이 아닌 다른 집단을 대상으로 한 연구들을 살펴보면 다음과 같다. Chao(2011)에 따르면, 미국의 대학생들을 대상으로 조사를 한 결과, 속해있는 환경이 본인에게 더 지지적이고 우호적이라고 판단할수록 문제 중심 대처를 더 많이 사용하고, 덜 지지적이라고 판단할수록 회피 중심 대처를 사용한다고 보고하였다. 미국의 청소년과 청년들을 대상으로 한 연구에서도 사회적 지지 수준이 높다고 보고한 청소년과 청년들은 문제 중심 대처 방법을 선호한다는 결과를 나타냈다(Ebata & Moos, 1994; Moos, 1995). 이러한 경험

적 연구들을 바탕으로, 우리 사회에서 정신장애인을 위한 사회참여서비스가 충분히 지원되고 있다고 인식할 경우 정신장애인들은 본인을 둘러싼 환경이 더 지지적이고 우호적이라고 판단할 것이기 때문에 적극적인 대처행동을 보일 것이라고 가설을 세울 수 있다.

한편, 사회참여서비스 충분도가 높을수록 정신장애인의 도움 요청 정도가 증가할 것이라는 가설은 스트레스 평가-대처 모델을 통해 간접적으로 유추될 수 있다. 스트레스 대처-평가 모델에서는 위협적인 환경에 대한 변화 가능성과 통제 가능성을 높게 평가할 때 문제 중심 대처가 일어난다고 주장한다(Lazarus & Folkman, 1984). 이러한 주장을 바탕으로 정신장애인을 위한 사회참여서비스 지원이 우리 사회에서 충분히 이루어진다고 인식할 경우, 차별을 당한 정신장애인은 사회참여서비스의 도움을 받아 문제를 해결하려는 적극적 대처행동을 더 많이 보일 것이라고 예측할 수 있다. 위와 같은 경험적 연구와 모델의 이론적 개념에 따라, 정신장애인이 사회참여서비스 충분도를 높게 인식할수록 더 많은 문제 중심 대처를 보일 것이라고 가설을 세웠다.

4. 조절된 매개효과 분석의 의미

본 연구에서는 사회참여서비스 충분도의 평균치를 기준으로 평균보다 높은 값을 가진 집단과 낮은 값을 가진 집단으로 나누어, 두 집단에서 나타나는 직접효과와 간접효과를 각각 분석해보았다. 이러한 탐색적 분석의 이유는 사회참여서비스 충분도가 원인적 선행변인이자, 개인이 보유한 심리적 자원으로서 스트레스 상황에서 문제 중심 대처를 촉진하는지를 판단하기 위함이다.

사회참여서비스 충분도를 높게 인식하고 있는 집단에서 차별 경험이 도움 요청으로 이어지는 경로와 사회참여서비스 충분도를 매개로 영향을 미치는 경로가 더 강하게 나온다면, 이는 사회참여서비스 충분도가 개인에게 자원으로 인식되어 적극적 대처행동을 강화하였음을 미루어 짐작해 볼 수 있다. 그러나 사회로부터 지원받는 사회참여서비스가 충분하지 않

다고 생각하는 집단에서 직접효과와 간접효과가 강하게 나온다면, 이는 정신장애인 사회참여서비스 충분도가 심리적인 자원으로 작용하지 않았으며 개인의 성격, 가치관, 태도 등 개인적 요인에 의존하여 적극적 대처 행동을 보였다는 주장의 근거로 활용될 수 있다. 따라서 두 집단에서 나타나는 직접효과와 간접효과를 탐색적으로 살펴봄으로써 사회참여서비스 충분도가 개인에게 심리적 자원으로 기능하는지를 분석해보았다.

5. 도움 요청 행위에 영향을 미치는 기타 변수

정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향을 명확하게 보기 위해서는 종속변수에 영향을 미치는 기타 요인들을 통제한 상태에서 미치는 영향력을 분석해야 한다. 따라서 이어지는 내용에서는 정신장애인의 문제 중심 대처로서 도움 요청 행위에 영향을 주는 요인들로 알려진 인구사회학적 특성 및 정신건강 관련 요인들을 살펴보았다.

성별은 도움 요청 행위에 영향을 미치는 중요한 인구 사회학적 요인으로 확인되었다. 정신장애인의 스트레스 대처방식에 관한 연구를 수행한 김은실(2005)에 따르면, 남성이 여성보다 문제 중심 대처를 더 많이 행하는 것으로 나타났다. 그리고 인종차별 상황에서의 여성과 남성의 대처방식 차이에 관한 연구에서도 여성이 회피 전략을 더 많이 사용하고, 남성이 문제 상황에 직면하여 인종차별을 해소하려는 행동적 노력을 더 많이 보이는 것으로 드러났다(Utsey et al., 2000).

연령 또한 도움 요청 행위에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 보고되었으나, 두 변수의 관계는 일관된 방향으로 나타나지는 않았다. Chen et al.(2018)에 의하면 스트레스 상황에서 노인은 청년보다 문제 중심 대처를 사용하는 빈도가 낮았다. 또한, 다른 연구에서도 70세 이상의 노년기에 진입할수록 문제 중심 대처보다 감정 중심 대처를 현격히 많이 사용한다는 주장이 제기되었다(Rothermund & Brandtstädter, 2003). Rothermund & Brandtstädter(2003)은 노년기로 접어듦에 따라 생리적·심리적 가용자원이 현저하게 감소하여, 스트레스 상황에서의 통제 가능

성을 낮게 평가하게 되고 감정 중심 대처에 의존할 수밖에 없다고 주장하였다. 한편, 기존 연구의 추세와 달리 연령이 증가할수록 문제 중심 대처를 더 많이 보인다는 연구도 존재하였다(Trouillet et al., 2011)

교육수준과 도움 요청 행위의 관계도 일관되지 않았다. 임신한 여성들을 대상으로 스트레스 상황에서 사용하는 대처전략에 대해 연구한 Huizink et al.(2002)은 교육수준이 높은 여성들일수록 문제 중심 대처를 더 많이 보인다고 주장하였다. 노민옥과 박경란(2008)도 중년 남자 중 교육수준이 높은 집단에서는 다양한 사회심리적 자원을 활용하여 문제 상황에 대해 적극적인 방법으로 대처하고 있으며, 교육수준이 낮은 경우 그 반대의 경향을 띤다고 주장하였다. 한편, 학대받은 여성들의 도움 요청 행위에 관한 연구에 따르면, 교육수준은 통계적으로 유의한 영향을 미치지 않았다(Sabina & Tindale, 2008).

다음으로, 소득 수준은 문제 중심 대처와 통계적으로 유의한 정적 관계를 나타냈다. 전서희와 박경옥(2015)의 연구에서 중장년의 소득 수준이 높을수록 문제 중심 대처를 많이 이용하는 경향을 보였다. 전서희와 박경옥(2015)은 직업의 유무 혹은 소득 수준에 따라 지지를 제공받을 수 있는 사회적 관계망의 크기가 달라지기 때문에 스트레스 상황에서 사회적 지지를 추구하는 대처방식에 차이가 발생한다고 설명하였다. 마찬가지로 환자들을 대상으로 한 스트레스 대처전략 연구에서도 건강보험 환자들에 비해 의료급여 환자가 정서 중심 대처를 더 많이 보이는 것으로 나타났다(Brantley et al., 2002). 따라서 본 연구에서는 소득 수준을 통제하기 위하여 국민기초생활보장제도 수급 여부를 투입하였다.

기존 선행연구들을 살펴보면, 배우자 유무 및 결혼 상태는 일반적으로 개인에게 비공식적 지지체계로 인식되어, 도움 요청을 통한 문제 중심 대처와 통계적으로 유의한 정적 관계를 보이는 것으로 조사되었다. 구체적으로 간호사들을 대상으로 한 연구에서 임종간호라는 스트레스 상황에서 기혼 여성이 미혼 여성에 비해 문제 중심 대처를 더 많이 보이는 것으로 나타났다(이미영, 2012). 또한, 백경숙과 권용신(2005)도 배우자가

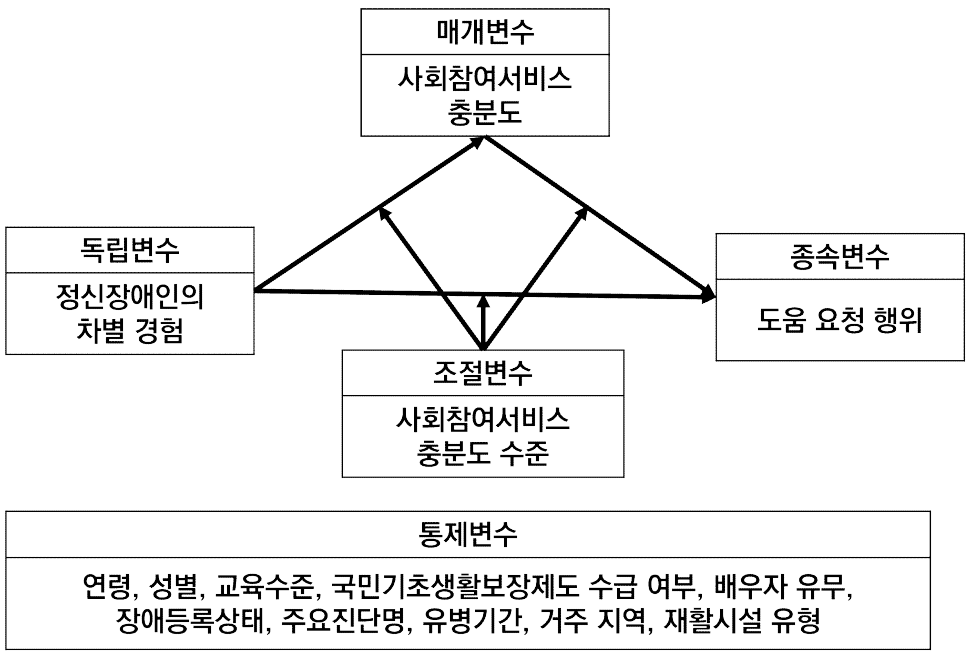
있는 노인이 배우자가 없는 노인에 비하여 스트레스 상황에서 문제 중심 대처를 더 많이 보이는 경향을 짚어냈다.

마지막으로, 정신장애인의 주요진단명, 유병 기간, 장애등록상태와 같은 정신건강 관련 요인도 도움 요청 행위에 영향을 미친다. Thoits(2011)은 정신장애인들은 정신과적 증상이 덜 심각할수록 낙인과 차별에 저항적인 태도를 보인다고 주장하였다. 김은실(2005)도 정신과적 증상의 심각도가 스트레스 상황에서 대처방식에 영향을 미친다고 주장하였으며, 증상이 심각하지 않은 정신장애인이 문제 중심 대처를 더 많이 보인다고 보고하였다. 나아가, 정신장애인이 거주하는 지역 및 재활시설 유형도 도움 요청 행위에 영향을 미칠 수 있는 요인으로 조사되었다. 예를 들어, 클럽하우스와 같은 소비자 운영(consumer-run) 기관의 이용 경험이 있는 경우(Thoits, 2011), 낮병원에 비해 정신건강복지센터 혹은 정신재활시설의 프로그램에 참여하고 있는 경우에 스트레스 상황에서 문제 중심 대처를 더 많이 사용한다는 연구결과가 존재하였다(김은실, 2005). 따라서 본 연구에서는 연구모형의 타당성을 높이기 위해 위에서 논의된 기타 요인들을 통제한 상태에서 변수 간 관계를 검증하였다.

제 3 장 연구모형 및 연구가설

제 1 절 연구모형

본 연구의 목적은 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 영향을 미치는 경로를 분석하는 데 있다. 그리고 이 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는지 살펴보고, 사회참여서비스 충분도 수준에 따라 직접효과와 간접효과가 어떻게 달라지는지 확인해보았다. 이를 위해 설정한 연구모형은 [그림 4]와 같다.



[그림 4] 연구모형

제 2 절 연구가설

본 연구에서 검증한 연구가설은 다음과 같다.

[연구문제 1] 정신장애인은 차별 경험에 대해 적극적 대처행동을 보이는가?

연구가설 1. 정신장애인의 차별 경험 수준이 높을수록 적극적 대처행동의 수준이 낮을 것이다.

[연구문제 2] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개하는가?

연구가설 2. 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개할 것이다.

[연구문제 3] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로가 충분도 인식 수준에 따라서 차이가 나는가?

연구가설 3. 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 정도가 더 클 것이다.

제 4 장 연구방법

제 1 절 분석자료

본 연구의 분석을 위해 사용한 자료는 2020년 정신장애인 인권증진을 위한 실태조사 연구용역보고서 「정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사」의 일환으로 수집된 데이터이다. 해당 연구는 정신재활시설에 대한 기본적인 현황과 인권실태를 파악하고, UN 장애인권리협약(CRPD)과 인권모델의 이념을 반영하여 정신장애인의 인권 실현을 위한 정신재활시설의 발전 방향에 대해 고찰하고자 진행되었다(국가인권위원회, 2020). 본 연구에서는 해당 조사에 참여한 정신장애인 461명을 분석 대상으로 삼았다.

2020년 「정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사」의 설문조사 대상은 거주형 정신재활시설 이용자 300명, 이용형 정신재활시설 이용자 300명을 목표로 진행되었다. 이용형 정신재활시설 중 아동청소년 정신건강지원센터는 이용자 연령대와 제공하는 서비스의 성격이 설문조사의 취지와 맞지 않는다고 생각하여 조사대상에서 제외되었다. 표본추출 시에는 지역, 시설유형에 따라 비례확률표집을 기본으로 하고 현실적으로 비례확률표집이 어려운 경우에 대해서는 가능한 지역과 시설유형에 대하여 편의표집을 실시하였다. 그리고 종합시설 중 거주형 시설이 없는 경우 이를 표본설계에 반영하였다. 설문조사의 표집틀은 아래와 같다(국가인권위원회, 2020: 23).

〈표 2〉 설문조사 표집틀

지역	구분	총계	거주형 정신재활시설 이용자 2,710명 중 300명(11.0%)						이용형 정신재활시설 이용자 3,603명 중 300명(8.3%)		
			생활시설	공동생활가정	지역사회전환시설	중독자재활시설	종합시설	소계	주간재활시설	직업재활시설	소계
전국	시설수	299	16	155	7	4	20	202	81	16	97
	이용/입소자수	6,313	433	976	130	62	1,109	2,271	3,197	406	3,603
서울시	시설수	96	-	56	4	3	1	64	25	7	32
	이용/입소자수	1,731	-	310	64	39	50	463	1,096	172	1,268
경기도	시설수	52	1	34	3	-	1	39	9	4	13
	이용/입소자수	929	36	189	66	-	100	391	424	114	538
인천	시설수	8	-	5	-	-	-	5	3	-	3
	이용/입소자수	129	-	39	-	-	-	39	90	-	90
충북	시설수	10	2	4	-	-	1	7	3	-	3
	이용/입소자수	305	45	40	-	-	80	165	140	-	140
충남(세종, 대전)	시설수	48	6	33	-	-	3	42	6	-	6
	이용/입소자수	760	135	254	-	-	165	554	206	-	206
전북	시설수	21	2	8	-	-	7	17	3	1	4
	이용/입소자수	622	40	26	-	-	336	402	210	10	220
전남(광주)	시설수	9	1	2	-	-	1	4	5	-	5
	이용/입소자수	198	25	14	-	-	36	75	123	-	123
강원	시설수	3	1	1	-	-	-	2	1	-	1
	이용/입소자수	60	22	9	-	-	-	31	29	-	29
경북(대구)	시설수	29	3	9	-	1	2	15	14	-	14
	이용/입소자수	805	130	67	-	23	95	315	490	-	490
경남(부산, 울산)	시설수	19	-	2	-	-	4	6	10	3	13
	이용/입소자수	644	-	18	-	-	247	265	299	80	379
제주	시설수	4	-	1	-	-	-	1	2	1	3
	이용/입소자수	130	-	10	-	-	-	10	90	30	120

※ 출처: 국가인권위원회, 2020: 23

제 2 절 분석방법 및 변수설명

1. 분석방법

본 연구에서 규명한 질문은 “정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도가 매개 혹은 조절된 매개변수로 작용하는가?”이다. 위의 연구질문을 규명하기 위해 사용한 통계 프로그램은 IBM SPSS 26.0과 Hayes(2012)의 SPSS PROCESS Macro 프로그램이다.

첫째, 분석대상의 인구사회학적 특성을 알아보기 위해 빈도분석을 실시하고, 분석에 활용된 주요 변수들의 특성을 파악하기 위해 기술통계를 시행하였다.

둘째, 변수 간 상관관계를 파악하기 위해 Pearson 상관관계 분석을 하였다. 공차(tolerance)와 분산팽창인자(VIF)를 통해 변수 간 다중공선성 여부를 확인하였다. 이때 공차가 0.1 이상, 분산팽창인자가 10 미만이면 다중공선성의 문제가 발생하지 않는다고 판단하였다(O’ Brien, 2007).

셋째, [연구가설 1]을 검증하여 정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 어떠한 영향을 미치는지 살펴보기 위해서 통제변수를 포함하여 OLS(Ordinary Least Squares) 추정방법을 이용한 다중회귀분석을 실시하였다.

넷째, [연구가설 2]를 검증하기 위해서는 Baron & Kenny(1986)의 3단계 매개효과 검증방법을 적용하고, 매개효과의 유의성을 검증하기 위해서는 SPSS PROCESS Macro model 4번을 활용하였다(Hayes, 2013/2015). 이를 통해 정신장애인의 차별 경험과 도움 요청 행위의 관계를 사회참여서비스 충분도가 매개하는지 살펴보았다.

다섯째, [연구가설 3]을 검증하기 위해서는 SPSS PROCESS Macro에서 조절된 매개효과를 검증하기 위한 model 59번을 활용하였다(Hayes, 2013/2015). 사회참여서비스 충분도가 높은 집단과 낮은 집단을

평균치를 기준으로 이분하고, 두 집단에서 직접효과와 매개효과가 나타나는 양상을 비교해보았다. 본 연구에서는 매개효과와 조절된 매개효과의 통계적 유의성 검증을 위해 유의확률 95% 수준에서 표본 수를 5,000개로 고정한 후 부트스트래핑(bootstrapping)을 실시했다.

2. 변수의 정의 및 측정

1) 독립변수: 정신장애인의 차별 경험

연구참여자의 차별 경험을 측정하기 위해 '정신질환(장애)으로 인한 학대 및 차별 경험'의 26가지 문항을 활용하였다. 이는 지역사회에서 살아가면서 경험할 수 있는 학대 및 차별로 인한 사회참여 제약 경험과 관련한 영역들을 나열하여 차별 경험 여부를 조사한 것이다. 각 문항은 '없음'과 '있음'으로 응답하도록 되어 있으며, 본 연구에서는 '0=없음,' '1=있음'으로 코딩하여 각 문항에 대한 점수를 합산한 후 모형에 투입하였다. 합산 점수는 0점부터 26점까지 측정되며, 점수가 높을수록 응답자는 삶의 다양한 영역에서 차별을 경험했다는 의미이다.

〈표 3〉 독립변수의 문항 내용

변수명	문항 내용
차별 경험	1. 정신질환(장애)을 이유로 내가 원할 때 퇴원하지 못함
	2. 정신질환(장애)을 이유로 치료의 선택에서 나의 의견이 무시됨
	3. 정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 처방된 약물의 양이 증가함
	4. 정신질환(장애)을 이유로 설명 없이 강박(또는 격리)을 당함
	5. 정신질환(장애)을 이유로 취업을 거절당함
	6. 정신질환(장애)을 이유로 해고당함
	7. 정신질환(장애)을 이유로 승진에 불이익을 당함
	8. 정신질환(장애)을 이유로 낮은 임금을 받음
	9. 정신질환(장애)을 이유로 입학에 차별을 당함
	10. 정신질환(장애)을 이유로 학교에서 따돌림을 당함

변수명	문항 내용
	11. 정신질환(장애)을 이유로 집주인이나 부동산 중개인으로부터 입주를 거절당함 12. 정신질환(장애)을 이유로 집주인으로부터 이사를 강요당함 13. 정신질환(장애)을 이유로 나의 의사에 반하여 정신요양시설, 주거시설에 입소한 경험이 있음 14. 정신질환(장애)을 이유로 증상이나 기능을 이유로 주거시설에 입소를 거부당한 경험이 있음 15. 정신질환(장애)을 이유로 주거시설의 정책이나 규정 때문에 원치 않았으나 퇴소한 경험이 있음 16. 정신질환(장애)을 이유로 살 곳이 없어 정신병원에서 퇴원이 연기된 경험이 있음 17. 정신질환(장애)을 이유로 운전면허 취득에서의 차별 (면허취득 제한, 면허취소 등) 18. 정신질환(장애)을 이유로 각종 자격증 취득에서 차별 (자격 취득 금지, 제한) 19. 정신질환(장애)을 이유로 민간보험 가입에서의 차별 (가입거부, 제한) 20. 정신질환(장애)을 이유로 공공시설물 이용에서의 차별 (이용거부, 제한) 21. 정신질환(장애)을 이유로 대중시설 이용에서의 차별 (예, 대중목욕탕, 대중교통 승차거부 등) 22. 정신질환(장애)을 이유로 정보 접근에서의 차별 (전화, 인터넷, 도서관 등) 23. 정신질환(장애)을 이유로 문화, 예술, 체육활동의 차별 (공연, 전시, 관람) 24. 정신질환(장애)을 이유로 공공서비스(행정서비스 등) 이용의 차별 25. 정신질환(장애)을 이유로 투표권 행사, 피선거권의 차별 26. 정신질환(장애)을 이유로 이성 교제, 결혼, 자녀출산 등에 대한 차별

2) 종속변수: 도움 요청 행위

연구참여자의 적극적 대처행동을 측정하기 위해 차별 경험 시 도움 요청 여부 문항을 활용하였다. 해당 문항은 본 연구에서 독립변수로 사용된 '차별 경험'의 26가지 문항에서 차별 경험이 있다고 답했을 경우, 도움을 요청하였는지 여부를 조사하였다. 각 문항은 '요청 안 함'과 '요청함'으로 응답하도록 되어 있으며, 본 연구에서는 '0=요청 안 함,' '1=요청함'으로 코딩하여 각 문항에 대한 점수를 합산한 후 연구모형에 투입하

였다. 합산 점수는 0점부터 26점까지 측정되며, 점수가 높을수록 응답자가 차별을 경험하였을 때 더 많은 도움을 요청하였음을 의미한다.

3) 매개변수 및 조절변수: 사회참여서비스 충분도

매개변수로서 사용된 사회참여서비스 충분도는 '사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 충분정도' 문항을 활용하였으며, 총 15가지 영역에 대하여 충분정도에 대한 개인적 인식이 조사되었다. 다시 말해, 정신장애인의 사회참여 지원을 위한 제도나 서비스 15가지를 나열하고, 각 제도 혹은 서비스가 얼마나 충분히 지원되고 있다고 생각하는지에 대한 개인적인 느낌을 조사하였다. '0=매우 불만족,' '1=불만족', '2=만족', '3=매우 만족'과 같은 4점 리커트 척도로 응답하게 되어 있다. 본 연구에서는 각 문항의 점수를 합산한 후 평균중심화한 변수를 모형에 투입하였다. 합산 점수는 0점부터 45점까지 측정되며, 점수가 높을수록 응답자는 사회참여서비스 지원이 충분하다고 인식하는 것을 의미한다. 그리고 본 연구에서 사회참여서비스 충분도를 조절변수로 설정하여, 조절된 매개효과를 검증할 때는 해당 변수의 평균값인 22.09보다 낮은 집단을 0으로, 평균값보다 높은 집단을 1로 코딩하여 사용하였다. 변수를 구성하는 15개 문항에 대해 신뢰도 검사를 실시한 결과, 신뢰도 계수 Cronbach's α는 .986로 나타났다.

〈표 4〉 매개변수의 문항 내용

변수명	문항 내용
사회참여 서비스 충분도	1. 사회적응훈련 서비스 (사회기술훈련 등) 2. 정신장애인 자조모임 지원 서비스 3. 정신장애인 당사자에 의한 지지 서비스 (동료상담 등) 4. 문화·예술 활동 제공 및 지원 5. 여가활동 제공 및 지원 6. 체육활동 제공 및 지원 7. 지역사회 자원봉사활동 참여 지원 8. 인식개선 활동 참여 지원

변수명	문항 내용
	9. 당사자단체 참여 지원 10. 공공후견 및 의사결정지원서비스 안내 및 연계 11. 이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동 12. 이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동 13. 이용자와 함께 하는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동 14. 이용자에 대한 인권교육 15. 이용자가 참여하는 인권보호 활동 (인권지킴이단 등)

4) 통제변수

본 연구에서는 정신장애인의 도움 요청 행위에 영향을 미치는 것으로 예상되는 요인들을 통제변수로 포함하여 분석하였다. 통제변수는 연령, 성별, 교육수준, 국민기초생활보장제도 수급 여부, 배우자 유무, 장애등록상태, 주요진단명, 유병 기간, 거주 지역, 재활시설 유형으로 설정할 것이다. 이는 선행연구에서 고찰한 내용과 박종은, 강상경(2021), 한광현, 강상경(2022), 박종은, 강상경(2022)의 연구를 참고하였다. 자세한 내용은 다음과 같다.

연령은 조사 시점인 2020년과 출생연도의 차를 구해 연속변수로 활용하였다. 그리고 성별은 남성을 “0”, 여성을 “1”로 코딩하여 분석하였다. 교육수준의 경우, 무학, 초등학교 졸업, 중학교 졸업의 경우는 “0”으로 코딩하고, 고등학교 졸업, 3년제 이하 대학교 졸업, 4년제 이상 대학교 졸업, 대학원 졸업 이상은 “1”로 코딩하였다. 국민기초생활보장제도 수급 여부는 수급을 받지 않는 경우는 “0”, 일반수급/조건부수급/의료교육자활특례의 수급을 받는 경우 “1”로 코딩하였다. 배우자 유무의 경우, 미혼/별거/이혼/사별을 “0”으로, 결혼/동거를 “1”로 코딩하여 투입하였다. 장애등록상태는 미등록한 경우 “0”, 등록한 경우 “1”로 코딩하였다. 주요진단명은 조현병 외 기타 정신과 진단을 “0”으로, 조현병을 “1”로 코딩하였다. 유병 기간은 조사년도인 2020년에서 최초 치료년도의 차이 연수를

계산하여 연속변수로 활용하였다. 거주 지역은 대도시를 “1”, 중소도시와 농어촌을 “0”으로 코딩하였다. 재활시설 유형의 경우, 이용형은 “0”, 거주형은 “1”로 구분하여 코딩하였다.

〈표 5〉 주요 변수 구성 및 측정 방법

구분		변수 측정 방법	변수 형태
종속변수	도움 요청 정도	26가지 측정 문항에 대한 응답 값의 합	연속
독립변수	차별 경험	26가지 측정 문항에 대한 응답 값의 합	연속
매개 및 조절변수	사회참여서비스 충분도	15가지 측정 문항에 대한 응답 값의 합	연속
통제변수	연령	2020-출생연도	연속
	성별	0=남자, 1=여자	범주
	교육수준	0=고등학교 졸업 미만, 1=고등학교 졸업 이상	범주
	국민기초생활보장제도 수급 여부	0=수급 대상 아님, 1=수급 대상임	범주
	배우자 유무	0=미혼/별거/이혼/사별, 1=결혼/동거	범주
	장애등록상태	0=미등록, 1=등록	범주
	주요진단명	0=조현병 외 기타 정신과 진단, 1=조현병	범주
	유병 기간	2020-최초 치료년도	연속
	거주 지역	0=중소도시, 농어촌, 1=대도시	범주
	재활시설 유형	0=이용형, 1=거주형	범주

제 5 장 연구결과

제 1 절 연구참여자의 특성

1. 연구참여자의 인구사회학적 특성

본 연구의 연구참여자인 정신장애인의 일반적 특성을 파악하기 위하여 인구사회학적 특성으로서 통제변수인 성별, 교육수준, 국민기초생활보장제도 수급 여부, 배우자 유무, 장애등록상태, 주요진단명, 거주지역, 재활시설 유형에 대하여 빈도분석을 실시하였다. 연구대상자인 정신장애인의 인구사회학적 특성은 <표 6>과 같다.

먼저, 연구참여자의 성별은 남성이 263명(57.0%), 여성이 198명(43.0%)으로 남성이 과반수 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 교육수준은 고등학교 졸업 미만이 34명(7.4%), 고등학교 졸업 이상이 427명(92.6%)으로, 연구참여자의 교육수준이 전반적으로 상당히 높은 수준이라는 것을 알 수 있다. 또한, 국민기초생활보장제도의 지원을 받는 사람은 254명, 지원을 받지 않는 사람은 207명으로 국민기초생활보장제도를 이용하고 있는 사람들이 더 많았다. 미혼, 별거, 이혼, 사별 등으로 인해 배우자가 없는 연구참여자는 전체의 93.5%로, 431명인 것으로 조사되었고, 배우자가 있는 연구참여자는 30명으로 6.5%에 불과했다. 그리고 현재 장애등록을 한 사람은 354명(76.8%), 등록하지 않은 연구참여자는 107명(23.2%)이었다. 주요진단명이 조현병인 사람이 전체의 74.8%로 대다수를 차지했으며, 조현병 외 기타 정신과 진단을 받은 사람은 116명으로 전체의 23.2%였다. 또한, 연구참여자의 거주지역은 중소도시나 농어촌인 경우가 197명(42.7%), 대도시인 경우가 264명(57.3%)이었다. 마지막으로, 연구참여자가 이용하고 있는 재활시설의 유형이 생활시설, 공동생활가정, 지역사회전환시설, 중독자재활시설, 종합시설 등과 같이 거주형 재활시설인 경우 49.9%였으며, 주간재활시설과 직업재활시설 등 이용형 재활시설인 경우

가 50.1%로 거의 유사했다.

〈표 6〉 인구사회학적 특성에 대한 빈도 분석

(n=461)

변수명		전체	
		빈도(명)	백분율(%)
성별	남성	263	57.0
	여성	198	43.0
	전체	461	100.0
교육수준	고등학교 졸업 미만	34	7.4
	고등학교 졸업 이상	427	92.6
	전체	461	100.0
국민기초생활보장제도 수급 여부	미수급	207	44.9
	수급	254	55.1
	전체	461	100.0
배우자 유무	기타(미혼/별거/이혼/사별)	431	93.5
	결혼/동거	30	6.5
	전체	461	100.0
장애등록상태	미등록	107	23.2
	등록	354	76.8
	전체	461	100.0
주요진단명	조현병 외 기타 정신과 진단	116	25.2
	조현병	345	74.8
	전체	461	100.0
거주지역	중소도시, 농어촌	197	42.7
	대도시	264	57.3
	전체	461	100.0
재활시설 유형	거주형	230	49.9
	이용형	231	50.1
	전체	461	100.0

2. 주요 변수의 기술통계

본 연구의 주요 변수들에 대해서도 기술통계분석을 실시하여 최솟값, 최댓값, 평균, 표준편차, 왜도와 첨도를 살펴보았다. 본 연구에서 활용된 주요 변수의 기술통계는 <표 7>과 같다.

종속변수로 활용된 도움 요청 행위의 최솟값은 0, 최댓값은 25로, 평균은 2.25(회)였다. 해당 변수의 표준편차는 3.70이었으며, 왜도는 2.943, 첨도는 10.379였다. 일반적으로 왜도의 절대값이 3보다 크거나, 첨도의 절대값이 10보다 크면 정규성 가정에 문제가 있다고 판단하기 때문에 (Kline, 2005), 본 연구에서 활용된 종속변수의 왜도는 정규성 가정을 충족하고, 첨도는 정규성 가정을 크게 위배하지는 않는다고 판단하였다.[2)]

독립변수로 사용된 차별 경험은 최솟값 1, 최댓값 25, 평균은 5.72, 표준편차는 4.91이었다. 그리고 차별 경험의 왜도는 1.620이고, 첨도는 2.514로 나타나 정규성 가정을 위배하지 않는다고 판단하였다. 다음으로 매개변수로 활용된 사회참여서비스 충분도는 최솟값이 0, 최댓값이 45였으며 평균은 22.09, 표준편차는 10.87이었다. 매개변수의 왜도는 .014, 첨도는 -.346으로 나타나 정규성 조건을 만족하였다.

연속형 변수에 해당하는 인구사회학적 특성인 연령은 최소 18세, 최대 83세였으며, 평균 42.65세, 표준편차는 11.22로 나타났다. 연령의 왜도는 .131이며, 첨도는 -.433으로 왜도와 첨도가 수용 임계치보다 낮아 정규성 가정이 문제되지 않았다. 마지막으로 통제변수인 유병 기간은 최소 0년, 최대 53년의 값을 가지며, 평균은 16.48년, 표준편차는 9.82였다. 그리고 왜도는 .417, 첨도는 -.215로 정규성 가정을 충족하였다.

---

2) 종속변수의 첨도가 10.379로 Kline(2005)에 의해 제시된 임계치인 10을 초과하여, sqrt 함수를 활용하여 제곱근 변환을 한 뒤 분석해보았다. 그러나 변환을 하지 않았을 때의 결과와 유사하여, 해석의 용이성을 높이기 위해 변환을 하지 않고 투입하였다.

〈표 7〉 주요 변수의 기술통계

변수		최솟값	최댓값	평균	표준편차	왜도	첨도
종속변수	도움 요청 정도	0	25	2.25	3.70	2.943	10.379
독립변수	차별 경험	1	25	5.72	4.91	1.620	2.514
매개변수	사회참여서비스 충분도	0	45	22.09	10.87	.014	-.346
통제변수	연령	18	83	42.65	11.22	.131	-.433
	유병 기간	0	53	16.48	9.82	.417	-.215

3. 정신장애인의 도움 요청 정도에 따른 특성

연구가설 검증에 앞서 본 연구의 조사자료를 통해 정신장애인 도움 요청 정도에 따른 주요 변수의 특성을 살펴보기 위해, 범주형 변수들에 대하여 독립표본 t-test를 실시하여 집단 간 차이의 통계적 유의성을 검증하였다. 일반적 특성에 따라 정신장애인의 도움 요청 정도가 차이가 있는지를 분석한 결과는 <표 8>과 같다.

분석결과에 따르면, 인구사회학적 변인 중 성별(t=2.219, p<.05)에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 이는 남성이 여성보다 평균적으로 도움 요청을 통한 적극적 대처행동을 더 많이 보인다는 것을 의미한다. 이러한 결과는 대처 양상이 성별에 따라 차이가 있고, 일반적으로 여성이 정서 중심 대처를 보이고, 남성이 문제 중심 대처를 더 많이 보인다는 기존의 연구와 일치한다(Matud, 2004; Ptacek et al., 1994; Zwicker & DeLongis, 2010).

한편, 이외의 변수들에서는 도움 요청 정도에 따라 집단 간 유의미한 차이가 발견되지 않았다. 교육수준(t=-1.615, p=.107), 국민기초생활보장제도 수급 여부(t=-1.843, p=.066), 배우자 유무(t=.269, p=.858), 장애등록상태(t=-1.364, p=.173), 주요진단명(t=-.723, p=.470), 거주지역(t=.276,

p=.783), 재활시설 유형(t=-.513, p=.608) 모두 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

〈표 8〉 연구참여자의 일반적 특성에 따른 도움 요청 정도 차이 검증

(n=461)

변수	구분	사례수	평균	표준편차	t
성별	남성	263	2.566	3.957	2.219 *
	여성	198	1.828	2.389	
교육수준	고등학교 졸업 미만	34	1.264	3.510	-1.615
	고등학교 졸업 이상	427	2.327	3.707	
국민기초생활 보장제도 수급 여부	미수급	207	1.898	3.041	-1.843
	수급	254	2.535	4.144	
배우자 유무	기타(미혼/별거/이혼/사별)	431	2.241	3.638	.269
	결혼/동거	30	2.397	4.559	
장애등록상태	미등록	107	1.822	2.272	-1.364
	등록	354	2.378	4.026	
주요진단명	조현병 외 기타 정신과 진단	116	2.034	2.756	-.723
	조현병	345	2.321	3.967	
거주지역	중소도시, 농어촌	197	2.304	4.011	.276
	대도시	264	2.208	3.456	
재활시설 유형	거주형	230	2.161	3.797	-.513
	이용형	231	2.337	3.607	

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

제 2 절 주요 변수 간 상관관계

주요 변수 간 다중공선성의 문제가 발생하는지를 진단하기 위해 공차(tolerance)와 분산팽창요소(VIF)를 확인하였고, Pearson 단순 상관관계 분석을 실시하였다. 전체 변수 간 상관관계 분석 결과는 <표 9>, <표 10>과 같다. 먼저, 다중공선성 통계치에 관해서는 일반적으로 공차가 0.1보다 작거나, 분산팽창요소가 10 이상인 경우 다중공선성의 문제가 발생한다고 판단하는데, 본 연구모형에서 사용된 변수 중 공차가 0.1보다 작거나 분산팽창요소가 10 이상인 변수는 존재하지 않았다.

〈표 9〉 주요 변수의 공차 및 분산팽창요소

구분	공차	분산팽창요소	구분	공차	분산팽창요소
차별 경험	.948	1.055	장애등록상태	.796	1.256
사회참여서비스 충분도	.922	1.085	주요진단명	.877	1.140
성별	.947	1.056	거주지역	.979	1.021
교육수준	.958	1.043	재활시설 유형	.894	1.118
국민기초생활보장제도 수급 여부	.823	1.215	연령	.476	2.099
배우자 여부	.901	1.110	유병 기간	.588	1.792

다음으로는 주요 변수 간 상관관계를 살펴보았다. 일반적으로 상관계수의 절대값이 .7을 초과하는 경우 다중공선성을 의심해볼 수 있다. <표 10>에서 확인할 수 있듯이 몇몇 변수들은 통계적으로 유의한 상관관계를 가지기도 하였으나, 절대값이 .7을 넘어가는 수치는 존재하지 않으므로 다중공선성 문제는 발생하지 않은 것으로 판단하였다.

구체적으로, 본 연구의 독립변수인 차별 경험과 매개변수인 사회참여서비스 충분도는 통계적으로 유의미한 정적 상관관계($r=.110$, $p<.01$)를 보였다. 또한 독립변수와 통제변수 간 상관관계를 살펴보면, 차별 경험과 연령은 통계적으로 유의한 정적 상관관계($r=.106$, $p<.05$), 차별 경험과 국

민기초생활보장제도 수급 여부는 통계적으로 유의한 정적 상관관계(r=.159, p<.01)를 보였다.

다음으로, 매개변수와 통제변수의 상관관계는 다음과 같다. 사회참여서비스 충분도와 연령은 부적 상관관계(r=-.144, p<.01)를 보였으며, 사회참여서비스 충분도와 배우자 유무 또한 마찬가지로 부적 상관관계(r=-.131, p<.01)를 보였다. 그러나 사회참여서비스 충분도와 장애등록상태는 정적 상관관계(r=.098, p<.05)를 나타냈다.

마지막으로 통제변수 간 상관관계를 살펴보면, 통계적으로 유의한 정적 상관관계를 보이는 통제변수는 연령과 국민기초생활보장제도 수급 여부(r=.299, p<.01), 연령과 배우자 유무(r=.175, p<.01), 연령과 장애등록상태(r=.212, p<.01), 연령과 주요진단명(r=.184, p<.01), 유병 기간(r=.659, p<.01), 성별과 배우자 유무(r=.126, p<.01), 국민기초생활보장제도 수급 여부와 장애등록상태(r=.268, p<.01), 국민기초생활보장제도 수급 여부와 유병 기간(r=.170, p<.01), 배우자 유무와 유병 기간(r=.136, p<.01), 장애등록상태와 주요진단명(r=.309, p<.01), 장애등록상태와 유병 기간(r=.143, p<.01), 주요진단명과 유병 기간(r=.174, p<.01)이었다.

그리고 부적 상관관계를 보이는 통제변수는 연령과 교육수준(r=-.146, p<.01), 연령과 재활시설 유형(r=-.180, p<.01), 성별과 장애등록상태(r=-.156, p<.01), 성별과 주요진단명(r=-.093, p<.05), 교육수준과 국민기초생활보장제도 수급여부(r=-.105, p<.05), 교육수준과 배우자 유무(r=-.064, p<.05), 국민기초생활보장제도 수급 여부와 재활시설 유형(r=-.168, p<.01), 배우자 유무와 장애등록상태(r=-.105, p<.05)이다.

〈표 10〉 주요변수 간 상관관계

	차별 경험	사회참여 서비스 충분도	연령	성별	교육수준	국민기초 생활보장 제도 수급 여부	배우자 유무	장애등록 상태	주요진단명	유병 기간	거주 지역	재활시설 유형
차별 경험	1											
사회참여서비스 충분도	.110 **	1										
연령	.106 *	-.144 **	1									
성별	.002	-.038	.021	1								
교육수준	-.015	.014	-.146 **	-.040	1							
국민기초생활보장제도 수급 여부	.159 **	.055	.299 **	-.080	-.105 *	1						
배우자 유무	.046	-.131 **	.175 **	.126 **	-.064 *	-.062	1					
장애등록상태	.074	.098 *	.212 **	-.156 **	-.057	.268 **	-.105 *	1				
주요진단명	.012	.055	.184 *	-.093 *	-.030	.090	-029	.309 **	1			
유병 기간	.052	-.078	.659 **	-.048	-.054	.170 **	.136 **	.143 **	.174 **	1		
거주 지역	-.090	-.040	-.019	-.003	.058	-.057	-.021	-.008	-.056	.000	1	
재활시설 유형	-.046	-.079	-.180 **	-.063	.067	-.168 **	.087	.058	.021	-.065	.076	1

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

제 3 절 가설 검증

본 연구의 목적은 스트레스 평가-대처 모델을 기반으로 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동의 한 양상으로서 도움 요청 행위에 미치는 영향을 확인하고, 이 과정에서 사회참여서비스 충분도가 매개의 역할을 하는지 판단하는 데 있다. 나아가, 충분도를 높게 인식하는 집단과 낮게 인식하는 집단으로 나누어 직접효과와 간접효과가 나타나는 양상이 어떻게 다른지에 대해 분석하였다. 이를 위해 제3절에서는 세 가지 모형을 검증하였다.

먼저, [모형 1]은 연구가설 1을 검증하기 위한 것으로, 통제변수를 포함하여 정신장애인의 차별경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향을 분석하기 위해 OLS(Ordinary Least Squares) 추정방법을 이용한 다중회귀분석을 실시하였다. [모형 2]는 연구가설 2를 검증하기 위해 Baron & Kenny(1986)가 제시한 다중회귀분석방법을 적용하고, SPSS PROCESS Macro Model 4번을 활용하여 최종적으로 매개효과의 유의성을 분석하였다. 마지막으로 [모형 3]은 연구가설 3을 검증하기 위해 설계한 것으로, 사회참여서비스 충분도의 평균치를 기준으로 개별값이 높은 집단과 낮은 집단으로 이분하여 각 집단에서의 직접효과와 간접효과의 유의성을 확인하기 위해 SPSS PROCESS Macro Model 59번을 활용하였다.

1. 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향

[연구문제 1] 정신장애인은 차별 경험에 대해 적극적 대처행동을 보이는가?

연구가설 1. 정신장애인의 차별 경험 수준이 높을수록 적극적 대처행동의 수준이 낮을 것이다.

[연구모형 1]

(식 1-1) $Y = \beta_0 + cX + \beta_k C_k + \epsilon$

Y: 도움 요청 정도
X: 차별 경험

C_1: 연령
C_2: 성별
C_3: 교육수준
C_4: 국민기초생활보장제도 수급 여부
C_5: 배우자 유무
C_6: 장애등록상태
C_7: 주요진단명
C_8: 유병 기간
C_9: 거주 지역
C_{10}: 재활시설 유형

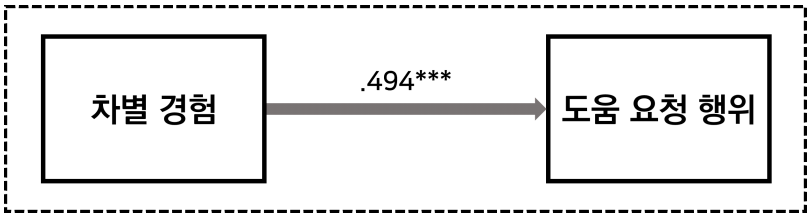
정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향을 분석하기 위하여 연령, 성별, 교육수준, 국민기초생활보장제도 수급 여부, 배우자 유무, 장애등록상태, 주요진단명, 유병 기간, 거주 지역, 재활시설 유형을 통제한 상태에서 다중회귀분석을 실시하였다.

[모형 1]에서 독립변수인 차별 경험과 통제변수를 투입하여 분석한 결과, 분석 모형의 적합도 F값은 31.896으로 $p<.001$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. 수정된 설명력은 .425로 모형에 포함된 변수들은 적극적 대처행동으로서 도움 요청 행위 변량의 42.5%를 설명하였다. 다음으로 회귀계수를 살펴본 결과, 정신장애인의 차별 경험이 증가할수록 도움 요청 행동이 증가하여(B(se)=.494(.027), $p<.001$), 차별 경험이 도움 요청 행위에 영향을 미치는 유의미한 변수임을 확인하였다. 이에 따라 정신장애인이 차별을 많이 경험할수록 적극적 대처행동을 적게 보일 것이라는 연구가설 1은 기각되었다. [연구문제 1]에 대한 분석 결과는 <표 11>에 제시하였고, 검증된 연구모형은 [그림 5]와 같다.

〈표 11〉 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향

변수명		B	*S.E.*	β	t
상수		-1.545	.863		-1.790
통제변수	연령	.001	.017	.002	.033
	성별	-.701	.271	-.094	-2.583 **
	교육수준	1.058	.511	.075	2.071 *
	국민기초생활 보장제도 수급 여부	-.062	.289	-.008	-.213
	배우자 유무	-.022	.559	-.001	-.039
	장애등록상태	.004	.345	.000	.013
	주요진단명	.218	.321	.026	.679
	유병 기간	-.010	.018	-.027	-.571
	거주 지역	.297	.267	.040	1.112
	재활시설 유형	.273	.275	.037	.994
독립변수	차별 경험	.494	.027	.655	18.154 ***
R^2		.439			
수정된 R^2		.425			
F		31.896 ***			

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



[그림 5] 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향

2. 사회참여서비스 충분도의 매개효과

[연구문제 2] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개하는가?

연구가설 2. 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개할 것이다.

[모형 2]

(식 2-1) $M = \beta_0 + a_1 X + k_j C_j + \epsilon_M$

(식 2-2) $Y = \beta_0 + c' X + b_1 M + k_j C_j + \epsilon_Y$

Y: 도움 요청 정도
X: 차별 경험
M: 사회참여서비스 충분도

C_1: 연령
C_2: 성별
C_3: 교육수준
C_4: 국민기초생활보장제도 수급 여부
C_5: 배우자 유무
C_6: 장애등록상태
C_7: 주요진단명
C_8: 유병 기간
C_9: 거주 지역
C_{10}: 재활시설 유형

[연구문제 2]는 차별 경험이 적극적 대처행동에 영향을 미치는 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는지 살펴보는 것이다. 매개효과를 검증하기 위해 Baron & Kenny(1986)의 3단계 검증방법을 적용하였고, 최종적으로는 매개효과의 유의성을 확증하기 위해 SPSS PROCESS Macro Model 4번을 활용하였다. Baron & Kenny(1986)에 따르면, 3단계를 거쳐 매개효과를 검증할 수 있다. 1단계에서는 독립변수가 종속변수에 통계적으로 유의한 영향을 미쳐야 하고, 2단계에서는 독립변수가 매개변수에 통계적으로 유의한 영향을 미쳐야 한다. 그리고 마지막 3단계에서는 독립변수를 통제한 상태에서 매개변수가 종속변수에 통계적으로 유의한 영향을 미쳐야 한다. 한편, 1단계에서 독립변수가 종속변수에 통계적으로 유의한 영향을 미치는지는 이미 [연구문제 1]에 대한 검증을 통해 확인되었다. 따라서 이어지는 내용에서는 2단계와 3단계의 검증 과정을 제시하였다.

2단계 검증의 분석 결과는 <표 12>에 제시되어 있다. 2단계 검증 결과, 독립변수인 정신장애인의 차별 경험이 사회참여서비스 충분도에 미치는 영향을 분석하는 [모형 2]의 모형 적합도는 F=5.169로, 유의수준 $p<.001$ 수준에서 통계적으로 유의하였다. [모형 2]의 수정된 설명력은 .072로, [모형 2]에 투입된 변수들이 사회참여서비스 충분도의 전체 변량 중 7.2%를 설명하였다.

차별 경험은 사회참여서비스 충분도에 통계적으로 유의한 영향을 미쳤다(B(se)=.346(.090), $p<.001$). 이는 정신장애인이 삶 속에서 더 많은 차별을 경험할수록 정신장애인을 위한 사회참여서비스의 충분도를 높게 인식하게 됨을 의미한다. 독립변수가 매개변수에 미치는 영향이 통계적으로 유의하게 나왔기 때문에, 매개효과 분석을 위한 2단계 조건을 충족하였다고 이야기할 수 있다.

통제변수 중에서는 연령(B(se)=-.194(.053), $p<.01$), 교육수준(B(se)=-1.071(1.589), $p<.05$), 배우자 유무(B(se)=-3.665(1.837), $p<.05$), 재활시설 유형(B(se)=-2.453(.908), $p<.01$)이 통계적으로 유의하였다. 이

는 연령이 낮을수록, 교육수준이 고등학교 졸업 미만인 사람이 고등학교 졸업 이상인 사람보다, 배우자가 있는 사람보다 배우자가 없는 사람이, 이용하고 있는 시설의 유형이 거주형이 아닌 이용형인 사람이 사회참여 서비스 지원이 충분하다고 인식함을 의미한다. 반면, 성별과 국민기초생활보장제도 수급 여부, 장애등록상태, 주요진단명, 유병 기간, 거주 지역은 통계적으로 유의하지 않았다.

〈표 12〉 정신장애인의 차별 경험이 사회참여서비스 충분도에 미치는 영향

변수명		B	*S.E.*	β	t
상수		9.800	2.654		3.693 **
통제변수	연령	-.194	.053	-.202	-3.632 **
	성별	-.522	.887	-.024	-.589
	교육수준	-1.071	1.589	-.027	-.674 *
	국민기초생활보장 제도 수급 여부	1.127	.960	.052	1.173
	배우자 유무	-3.665	1.837	-.038	-1.995 *
	장애등록상태	2.124	1.125	.085	1.889
	주요진단명	.921	1.043	.038	.882
	유병 기간	.008	.057	.007	.142
	거주 지역	-.728	.888	-.033	-.819
	재활시설 유형	-2.453	.908	-.112	-2.702 **
독립변수	차별 경험	.346	.090	.157	3.867 ***
R^2		.089			
수정된 R^2		.072			
F		5.169 ***			

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

다음으로, 3단계 검증의 분석 결과는 <표 13>에 제시되어 있다. [모형 3]의 분석 결과를 살펴보면, 모형적합도는 F=33.198로 유의수준 p<.001에서 통계적으로 유의하였다. 그리고 [모형 3]의 수정된 설명력은 .453으

로, 전체변량의 45.3%를 설명한다. 한편, [모형 3]의 수정된 R^2은 .453로, [모형 1]에서 매개변수를 제외하고 독립변수와 통제변수만을 투입했을 때의 수정된 R^2값인 .425보다 상승하였으며, 증가한 .028은 사회참여서비스 충분도의 투입에 의한 것으로 해석될 수 있다.

분석 결과, 다른 통제변수들을 투입하였을 때도 매개변수인 사회참여서비스 충분도가 도움 요청 행위에 미치는 영향은 통계적으로 유의한 것으로 나타났다(B(se)=.133(.051), p<.01). 이는 사회참여서비스 충분도가 1단위 증가할 때, 도움 요청 행위의 수준은 .112만큼 증가함을 뜻한다. 따라서 매개변수인 사회참여서비스 충분도가 종속변수에 정적인 방향으로 유의한 영향을 미치는 것이기 때문에 매개효과 검증을 위한 세 단계의 조건을 모두 충족한다.

그리고 독립변수인 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향은 다른 변수들을 모두 통제한 상태에서도 통계적으로 유의하였다(B(se)=.448(.027), p<.001). 따라서 차별을 1단위 더 많이 경험할수록, 도움 요청 행위의 수준은 .160만큼 증가한다.

통제변수 중에서는 성별(B(se)=-.682(.270), p<.05), 교육수준(B(se)=1.057(.507), p<.05), 재활시설 유형(B(se)=-.352(.275), p<.01)이 적극적 대처행동인 도움 요청 행위에 통계적으로 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이는 남성이 여성보다, 교육수준이 고등학교 졸업 이상인 사람이 고등학교 졸업 미만인 사람보다, 이용형 재활시설을 이용하고 있는 사람이 거주형 재활시설을 이용하고 있는 사람보다 더 적극적 대처행동을 보인다는 것을 의미한다.

〈표 13〉 정신장애인의 차별 경험과 사회참여서비스 충분도가 적극적 대처행동에 미치는 영향

변수명		B	*S.E.*	β	t
상수		-1.782	.862		-2.066 *
통제변수	연령	.008	.017	.023	.451
	성별	-.682	.270	-.091	-2.527 *
	교육수준	1.057	.507	.075	2.083 *
	국민기초생활보장 제도 수급 여부	-.113	.288	-.015	-.394
	배우자 유무	.068	.556	.005	.122
	장애등록상태	-.088	.345	-.010	-.256
	주요진단명	.181	.319	.021	.566
	유병 기간	-.012	.018	-.031	-.654
	거주 지역	.326	.266	.044	1.226
	재활시설 유형	-.352	.275	-.048	-1.280 **
독립변수	차별 경험	.448	.027	.160	16.596 ***
매개변수	사회참여서비스 충분도	.133	.051	.112	2.597 **
R^2		.464			
수정된 R^2		.453			
F		33.198 ***			

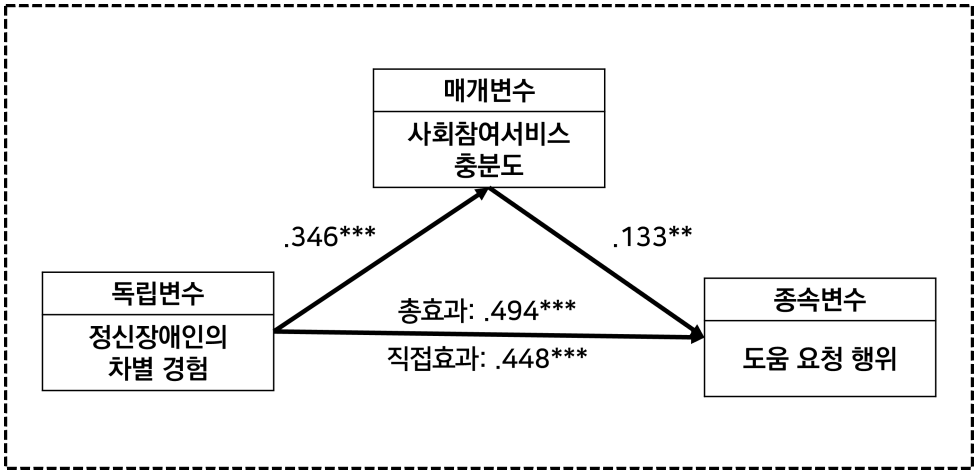
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Baron & Kenny(1986)의 3단계 검증법에 따르면, 3단계 모형에서는 독립변수의 종속변수에 대한 영향력이 1단계 모형에서 독립변수의 종속변수에 대한 영향력보다 감소해야 한다. 본 연구에서 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 사회참여서비스 충분도라는 매개변수를 통제한 상태에서 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향의 효과 크기를 비교한 결과, 비표준화회귀계수값이 .494에서 .448로 감소하는 것을 확인하였다. 따라서 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향에 있어서 사회참여서비스 충분도의 매개효과를 다시 확인하였다. 모

형별 최종 결과는 <표 14>, 매개효과에 대한 연구모형은 [그림 6]으로 아래와 같이 정리하였다.

〈표 14〉 모형별 최종 결과 정리

	모형 1 DV: 적극적 대처행동			모형 2 DV: 사회참여서비스 충분도			모형 3 DV: 적극적 대처행동		
	B	β	t	B	β	t	B	β	t
차별 경험	.494	.655	18.154***	.346	.157	3.867***	.448	.160	16.596 ***
사회참여 서비스 충분도							.133	.112	2.597 **



[그림 6] 차별 경험과 도움 요청 행위, 사회참여서비스 충분도의 매개효과 분석 결과

차별 경험과 도움 요청 행위의 관계에서 사회참여서비스 충분도 매개효과의 통계적 유의성을 확인하기 위해 SPSS PROCESS Macro Model 4번을 활용하여 부트스트래핑을 실시하였다. 분석 결과는 <표 15>에 제시되어 있다. 간접효과는 95% 신뢰구간의 하한값과 상한값 사이에 0이 포함되지 않는 경우에 통계적으로 유의미한 것으로 판단한다(Shrout & Bolger, 2002). 본 모형에서 간접효과의 크기는 .0461로 나타났으며 신뢰구간[.0002, .0194]이 0을 미포함하고 있어, 양의 간접효과는 $p<.05$ 수준에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 그리고 차별 경험과 적극적 대처행동의 직접효과도 통계적으로 유의미하여 부분매개 관계임을 다시 확인하였다. 따라서 이를 통해 연구가설 2가 지지되었음이 재확인되었다.

〈표 15〉 매개효과 유의성 검증

		매개효과 유의성 검증			
		Effect	*S.E.*	t	p
총효과	직접효과 + 간접효과	.4942	.0272	18.1538	.0000
직접 효과	차별 경험 ➔ 도움 요청 행위	.4481	.0271	16.5963	.0000
		Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
간접 효과	차별 경험 ➔ 사회참여서비스 충분도 ➔ 도움 요청 행위	.0461	.0018	.0002	.0194

3. 사회참여서비스 충분도 수준에 따른 직접효과와 간접효과의 차이

[연구문제 3] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로가 충분도 인식 수준에 따라서 차이가 나는가?

연구가설 3. 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 정도가 더 클 것이다.

[모형 3]

(식 3-1) $M = \beta_0 + a_1 X + a_2 W + a_3 XW + k_j C_j + \epsilon_M$

(식 3-2) $Y = \beta_0 + c_1^{'} X + c_2^{'} W + c_3^{'} XW + b_1 M + b_2 MW + k_j C_j + \epsilon_Y$

Y: 도움 요청 정도
X: 차별 경험
M: 사회참여서비스 충분도
W: 사회참여서비스 충분도에 따른 집단 구분

C_1: 연령
C_2: 성별
C_3: 교육수준
C_4: 국민기초생활보장제도 수급 여부
C_5: 배우자 유무
C_6: 장애등록상태
C_7: 주요진단명
C_8: 유병 기간
C_9: 거주 지역
C_{10}: 재활시설 유형

[연구문제 3]은 사회참여서비스 충분도 수준을 평균값을 기준으로 이분하여, 두 집단에서 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향과 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로, 즉 직접효과와 간접효과가 나타나는 양상이 다른지를 분석하는 것이다. 이를 위해 조절된 매개효과 분석을 위해 고안된 SPSS PROCESS Macro model 59번을 활용하고, 부트스트래핑을 실시하였다. 앞서 [연구문제 2]를 검증하기 위해 사용하였던 변수들을 그대로 투입하고, 사회참여서비스 충분도의 평균값인 22.09를 기준으로 해당 값보다 낮은 값은 0으로, 높은 값은 1로 코딩하여 새로운 변수를 생성하여 조절변수로 투입하였다.

조절된 매개효과의 분석 결과는 <표 16>에 제시되어 있다. 분석 결과, 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 간접효과와 직접효과 모두 강하게 나타나 연구가설 3이 지지되었다. 구체적으로, 직접효과의 크기는 두 집단 모두에서 유의수준 $p<.001$에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났으나 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 .5073, 낮은 집단에서 .4087로 측정되어 전자에서 효과의 크기가 더 큰 것으로 입증되었다. 간접효과의 경우 사회참여서비스 충분도 수준이 낮은 집단에서는 Bootstrap 신뢰구간 하한값과 상한값 사이에 0이 포함되어 나타나(B(se)=-.0007(.0013), 95% Bias-corrected LLCI=-0.0100, 0.0039) 통계적으로 유의하지 않은 것으로 드러났다. 반면, 인식 수준이 높은 집단에서는 5% Bootstrap 신뢰구간에 0이 포함되지 않아 통계적으로 유의미한 것으로 나타났으며 그 효과의 크기는 .0962였다(B(se)=.0962(.0025), 95% Bias-corrected LLCI=0.0086, 0.0286).

〈표 16〉 인식 수준에 따른 직접효과와 간접효과

			구분			
			Effect	*S.E.*	t	p
직접효과	차별 경험 ➔ 적극적 대처행동	충분도 인식 수준이 낮은 집단	.4087	.0366	11.1649	.0000
		충분도 인식 수준이 높은 집단	.5073	.0403	12.5803	.0000
			Effect	BootSE	BootLLCI	BootULCI
간접효과	차별 경험 ➔ 사회참여서비스 충분도 ➔ 적극적 대처행동	충분도 인식 수준이 낮은 집단	-.0007	.0013	-.0100	.0039
		충분도 인식 수준이 높은 집단	.0962	.0025	.0086	.0286

제 6 장 결론

제 1 절 연구결과 요약

본 연구의 목적은 스트레스 평가-대처 모델에 기반하여, 정신장애인이 차별이라는 스트레스를 경험하였을 때의 적극적 대처행동으로서 도움 요청 행위에 어떤 영향을 미치는지 검증하는 것이다. 그리고 차별 경험과 도움 요청 행위의 관계가 우리 사회에서 정신장애인의 사회참여를 촉진하기 위한 서비스가 얼마나 충분히 지원되고 있다고 인식하는지에 의해 매개되는지를 확인하였다. 나아가 사회참여서비스 충분도 인식 수준에 따라 이분한 두 집단에서 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로, 즉 직접효과와 간접효과가 차이가 있는지도 분석해보았다. 각 연구문제에 대한 분석 결과는 다음과 같다.

첫째, [연구문제 1]을 검증하기 위해 OLS 기반의 다중회귀분석을 실시한 결과, 정신장애인의 차별경험은 도움 요청 행위에 통계적으로 유의한 정적 영향을 미치는 것으로 드러나 연구가설 1은 기각되었다. 즉 정신장애인의 차별 경험이 누적될수록 더 많이 도움을 요청하는 양상이 확인되었다. 그 외 통제변수 중에서는 성별과 교육수준이 도움 요청 행위에 유의미한 영향을 미치는 것으로 드러났다. 이에 남성인 집단과 교육수준이 더 높은 집단에서 적극적 대처행동을 더 많이 보이는 것으로 나타났다.

둘째, [연구문제 2]에 대한 분석을 통해 정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도가 매개의 역할을 수행하는지 확인하였다. Baron & Kenny(1986)의 매개효과 검증을 위한 3단계 조건을 모두 충족하였고, 부트스트래핑을 이용한 간접효과 유의도 검증을 하였을 때도 간접효과의 크기가 통계적으로 유의한 것으로 나타나 최종적으로 연구가설 2가 지지되었다. 다시 말해, 사회참

여서비스 충분도에 의해 정신장애인의 차별 경험이 도움 요청 행위에 영향을 미치는 과정은 매개되었다.

셋째, [연구문제 3]을 검증하기 위해 사회참여서비스 충분도 인식 수준이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어, 각 집단에서 나타나는 직접효과와 간접효과에 차이가 있는지를 분석하였다. SPSS PROCESS Macro Model 59번을 통해 각 집단별 간접효과 유의도 검증을 하였을 때, 직접효과는 충분도 인식 수준이 높은 집단과 낮은 집단 모두에서 통계적으로 유의한 것으로 나타났다. 그러나 효과의 절대적인 크기는 충분도 인식 수준이 높은 집단에서 더 큰 것으로 드러났다. 다음으로, 사회참여서비스 충분도의 매개효과는 충분도 인식 수준이 높은 집단에서는 통계적으로 유의한 것으로 나타났지만, 낮은 집단에서는 통계적으로 유의하지 않은 것으로 나타났다. 따라서 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 직접효과와 간접효과가 더 강하게 나타났으므로 연구가설 3은 지지되었다.

지금까지의 연구가설 채택 여부를 정리하면 아래의 <표 17>과 같다.

〈표 17〉 연구결과 요약

[연구문제 1] 정신장애인은 차별 경험에 대해 적극적 대처행동을 보이는가?		
가설 1	정신장애인의 차별 경험 수준이 높을수록 적극적 대처행동의 수준이 낮을 것이다.	**기각**
[연구문제 2] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개하는가?		
가설 2	차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개할 것이다.	**지지**
[연구문제 3] 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 경로가 충분도 인식 수준에 따라서 차이가 나는가?		
가설 3	사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 차별 경험이 도움 요청 행위에 미치는 영향과 그 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 정도가 더 클 것이다.	**지지**

제 2 절 연구결과 논의

정신장애인을 바라보는 국제적 기준으로서 인권모델은 정신장애인 당사자의 인권과 자기결정권에 대한 강조를 통해 사람 중심, 인권 기반 접근을 위한 기반을 제공한다. 인권모델의 확산을 위해 국제적으로 많은 노력들이 전개되고 있는 반면, 국내의 상황은 인권모델에서 제시하는 관점을 충족하기에는 너무나도 미진하다. 본 연구는 '정신장애인을 무기력하고 수동적인 존재로 바라보는 한국 사회의 인식이 타당한가?'라는 질문에서 시작하여, 인권모델을 보편화하는 데 가장 큰 방해물인 정신장애인에 대한 차별, 그리고 이러한 불의에 적극적으로 대응하는 정신장애인들의 주체성에 주목해보았다. 나아가 정신장애인의 적극적이고 주체적인 행동을 촉진하는 회복 지향적 서비스 환경의 역할을 사회참여서비스 충분도를 통해 분석해보았다. 이어지는 내용에서는 분석 결과와 선행연구를 바탕으로 연구결과와 관련한 논의를 제시한다.

1. 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향

첫 번째 연구질문의 검증 결과, 정신장애인의 차별 경험은 적극적 대처행동에 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 한편, 본 연구에서 정립한 [연구가설 1]의 방향과 다르게 정신장애인이 차별을 많이 경험할수록 적극적 대처행동을 더 많이 보이는 것으로 나타났다. 본 연구의 분석 결과는 일반적으로 차별 경험이 누적될수록 순응과 회피 등 정서 중심의 소극적인 대처를 보인다고 주장하는 기존의 선행연구들과는 대비된다(Aerika et al., 2013; Scott & House, 2005; Compass, 1995).

이처럼 상반된 연구결과는 본 연구에서 설정한 모집단의 특성으로부터 기인한 것일 수 있다. 본 연구의 참여자들은 정신재활시설을 이용하는 정신장애인이며, 연구참여자들의 평균 유병 기간은 16.48년이다. 따라서 정신질환으로 인한 사회적 차별을 꽤 오랜 시간 동안 경험했을 가능성이 높고, 이러한 차별 경험은 정신장애인들로 하여금 지속적인 스트레스 상

황에 대처하기 위한 사회적 적응기술을 발전시키도록 만들었을 것이다. 이러한 해석은 Stuart(2005)의 스트레스 적응 이론(Stress Adaptation Theory)에 기반을 두고 있다. Stuart(2005)에 따르면, 지속적인 스트레스 상황에 놓인 개인은 그 상황에 적응하기 위한 인지·심리적 자원을 본능적으로 활용하게 된다(Jones et al., 2016; Stuart, 2005). 그리고 스트레스에 대한 적응 반응(adaptive response)을 통해 인간은 항상성을 회복하고, 극심한 스트레스가 질환 혹은 장애로 이어지는 과정이 저지된다(Townsend, 2014: 8). 이러한 주장을 본 연구의 결과에 적용하면, 일상의 광범위한 영역에서 긴 시간 동안 차별을 경험한 정신장애인은 적응반응으로 도움 요청이라는 사회기술을 발전시키게 되었을 것이다.

또한, 이러한 본능적 적응과정은 정신재활서비스의 이용을 통해 촉진된 사회적 현상일 수 있다. 다시 말해, 본 연구의 모집단인 정신재활시설을 이용하는 정신장애인들은 정신재활서비스를 이용하면서 차별에 대항하기 위한 적극적인 대처기술을 획득했을 가능성이 높다. 본 연구참여자들의 정신재활시설 이용 기간은 조사되지 않았지만, 국립정신건강센터 외(2020)에 따르면, 1년 이상 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인이 전체 등록자의 약 60%를 차지하는 것으로 나타났다. 따라서 정신재활시설을 이용하는 정신장애인들은 해당 시설을 일정 기간 지속적으로 이용하면서 임파워먼트가 되었고, 차별에 대응하는 적극적인 대처행동을 체화했을 수 있다.

정리하면, 정신재활시설을 이용하는 정신장애인들이 차별 경험이 누적됨에 따라 문제 상황에서 적극적 대처행동을 더 많이 보이는 것은 지속적인 스트레스 상황에 적응하기 위한 개인의 본능적인 적응과정이자, 정신재활시설에서 제공되는 서비스들을 이용하면서 강화된 사회적인 학습과정으로 해석할 수 있다.

나아가, 본 연구결과는 정신장애인을 회복의 주체로 바라보는 인권모델의 관점으로 설명된다. 정신장애인이 더 많이 차별을 경험할수록 더 적게 적극적 대처행동을 보일 것이라는 가설은 기존 치료모델 하에서 진

행된 연구들을 바탕으로 설정한 것이다. 그러나 본 연구는 오늘날 우리 사회의 정신장애인을 바라보는 관점으로 인권모델이 타당하다는 것을 실증적으로 뒷받침한다. 한국 사회에는 여전히 정신장애인을 비자발적이고 무력한 환자 혹은 서비스 수혜자로 보는 시각이 만연하나(윤지환 외, 2019; 장은숙, 2009; 하경희, 2007), 본 연구결과는 한국 사회를 살아가고 있는 모든 정신장애인들이 그렇지는 않다는 것을 보여준다. 지역사회에서 살아가며 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인은 인권모델에서 주장하는 관점과 부합하는 모습인 것으로 드러났다. 다시 말해, 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인은 차별 상황에 무력하게 순응하는 차별의 피해자가 아니라, 도움 요청을 통해 차별을 타개하고자 대항하는 적극적인 생존자이다. 이러한 연구결과는 정신장애인이 회복의 주체로서 개인적 성장과 회복을 촉진하기 위해 정신건강실천 영역에서 더 많은 역할을 수행할 수 있다는 가능성과 잠재력을 보여준다.

2. 사회참여서비스 충분도의 매개효과

두 번째 연구질문인 정신장애인의 차별 경험이 사회참여서비스 충분도를 매개하여 적극적 대처행동에 미치는 영향을 미치는지를 검증한 결과는 다음과 같다. 먼저, 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 직접적인 영향을 미친다는 사실은 앞서 [연구모형 1]을 통해 확인하였고, [연구모형 2]를 통해 정신장애인의 차별 경험이 사회참여서비스 충분도에 통계적으로 유의미한 영향을 미친다는 사실을 확인하였다. 즉 정신장애인은 차별 경험이 누적될수록 사회참여서비스 지원이 충분하다고 인지한다. 이러한 연구결과는 정신재활시설을 이용하는 정신장애인의 특성과 관련이 있을 수 있다. 예를 들어, 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인들은 일상의 다양한 영역에서 차별을 빈번히 경험할수록 정신재활시설에서 제공하는 서비스 중 차별 상황을 해결하는 데 도움이 되는 서비스를 더 적극적으로 탐색 및 이용하게 될 것이다. 이는 차별 경험이 누

적될수록 문제 상황을 해결하기 위해 관련 서비스를 더 많이 이용한다는 기존 선행연구의 결과를 바탕으로 추론해볼 수 있다(Richman et al., 2008; Spencer & Chen, 2004; Spencer et al., 2010).

따라서 정신장애인은 차별 경험이 누적될수록 사회참여서비스와 같은 공식적 지지체계에 의한 지원 서비스를 더 많이 이용하게 될 것이다. 그리고 사회참여서비스의 이용 경험은 사회참여서비스의 지원을 하나도 받지 않는 사람과 비교할 때, 해당 서비스의 지원이 충분히 이루어지고 있다고 인식하는 데 기여한다. 이러한 논리를 통해 정신재활시설을 이용하는 정신장애인은 차별 경험이 누적될수록 사회참여서비스 지원이 충분하다고 인식한다는 연구결과를 설명할 수 있다.

다음으로 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 사회참여서비스 충분도가 매개하는지 [연구모형 3] 분석을 통해 검증한 결과, 정신장애인의 차별 경험은 사회참여서비스 충분도를 매개하여 적극적 대처행동에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 본 연구결과는 스트레스 평가-대처 모델을 통해 간접적으로 유추된 결과를 확증한다. 스트레스 평가-대처 모델에서는 개인이 위협적인 환경에 대한 변화 가능성과 통제 가능성을 높게 평가할 때 문제 중심 대처를 더 빈번하게 수행한다고 주장한다(Lazarus & Folkman, 1984). 이러한 주장은 경험적 연구들을 통해 입증되었다. 예를 들어, Socastro et al.(2022)의 연구에서 코로나-19로 인해 실직한 사람들을 대상으로 스트레스 상황에 대한 통제 가능성과 대처 방식의 관계를 실증적으로 분석한 결과, 통제 가능성을 낮게 평가할수록 문제 중심의 적극적 대처를 덜 사용하고, 정서 중심의 소극적 대처를 더 많이 취했다.

이러한 결과는 본 연구에서 도출된 연구결과를 해석하는 데에도 적용될 수 있다. 정신장애인에 대한 사회참여서비스가 우리 사회에서 충분히 지원된다고 인식할 경우, 정신장애인은 위협적인 환경의 변화 가능성과 이에 대한 통제 가능성을 높게 평가하게 되고, 문제 중심 대처를 더 빈번하게 보일 가능성이 높아진다. 즉 정신장애인이 사회참여서비스 충분

도를 높게 인식할수록, 개인은 사회적 지지를 더 높게 인지하고 차별 상황의 변화 가능성 및 통제 가능성을 더 긍정적으로 평가하게 된다. 이에 따라 정신장애인은 사회참여서비스의 도움을 받아 문제를 해결하려는 적극적인 대처행동을 더 많이 보이게 된 것으로 이해할 수 있다. 이러한 연구결과는 차별 상황에서 정신장애인이 도움 요청을 통한 적극적 대처행동을 보일 수 있도록 사회참여서비스와 같은 회복 지향 서비스가 제공되어야 한다는 필요성을 제기한다. 또한, 오늘날 한국 사회에서는 회복 지향 서비스가 정신재활시설을 중심으로만 제공되고 있기 때문에(국가인권위원회, 2021), 정신재활시설 이용자 외의 다양한 정신장애인들이 이용할 수 있도록 사회 전반에서 회복 지향적 서비스 및 정책이 더 적극적으로 구현될 필요가 있음을 시사한다.

회복 지향적 환경 구축의 중요성은 Amartya Sen(1999)의 역량 접근(capability approach)과 맥을 같이 한다. Sen(1992)에 따르면, '역량'은 개인의 능력, 그리고 이를 제대로 실현할 수 있는 외적 환경조건이라는 두 가지 요소로 구성된다. 구체적으로, Sen(1999)은 역량을 개인적 차원의 능력을 발휘할 수 있는 사회적 기회 창출이라는 환경적 조건을 포괄하여 정의하였다. 이처럼 Sen의 역량의 개념 안에는 환경적 요인이 내포되어 있으며, 개인의 자유와 능력은 사회적·정치적·경제적 기회에 의해 규정되고 제한된다는 것을 암시한다. 따라서 개인의 능력을 제대로 발휘하기 위해서는 경제적 기회, 정치적 자유, 사회적 권력 그리고 좋은 건강상태를 가능하게 하는 조건, 기초교육, 동기 부여 등이 미치는 영향력을 다차원적으로 고려해야 한다(Sen, 1999/2013: 43).

Sen의 관점을 본 연구의 발견에 적용하여 해석해보면, 정신장애인의 회복을 도모하기 위해서는 개인의 내적인 노력과 행위뿐만 아니라, 정신장애인의 적극적 대처행동을 촉진하는 사회적·정치적·경제적 기회가 주어졌는지, 나아가 정신장애인을 둘러싼 사회적 환경이 회복을 촉진하기 위한 방식으로 구성되어 있는지를 면밀히 살펴보아야 한다는 것을 알 수 있다. 따라서 본 연구를 통해 정신장애인들의 역량을 최대로 발휘할 수

있는 사회환경을 조성하기 위해서는 그들의 적극적인 대처행동을 촉진하는 사회참여서비스, 나아가 회복 지향적 환경을 구축해야 한다는 함의를 이끌어낼 수 있다.

3. 사회참여서비스 충분도 수준에 따른 직접효과와 간접효과의 차이

정신장애인의 차별 경험이 사회참여서비스 충분도를 매개하여 적극적 대처행동에 영향을 미치는 양상이 사회참여서비스 충분도의 수준에 따라 다르게 나타나는지에 대한 조절된 매개효과 분석결과는 다음과 같다. 먼저, 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단은 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향, 즉 직접효과가 인식 수준이 낮은 집단에 비해 더 강하게 나타났다. 또한, 사회참여서비스 충분도의 매개효과도 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서는 통계적으로 유의미한 것으로 나타났지만, 낮은 집단에서는 통계적으로 유의미하지 않은 것으로 드러났다. 따라서 우리 사회에서 정신장애인을 위한 사회참여서비스가 충분히 지원되고 있다고 인식하는 집단에서 직접효과와 간접효과가 모두 강하게 나타나 연구가설 3이 지지되었다.

이러한 연구결과는 사회참여서비스 충분도 수준이 높은 집단에서 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동으로 이어지는 과정이 더 강화되며, 사회참여서비스 충분도가 개인에게 심리내적 자원으로 작용하여 차별 상황에서 정신장애인의 적극적 대처행동을 촉진한다는 것을 의미한다. 이는 앞서 제기된 회복 지향적 환경 구축의 중요성이 다시 한번 확인된 것이다.

제 3 절 연구의 함의

1. 이론적 함의

본 연구의 이론적 함의는 다음과 같다. 첫째, 본 연구에서는 정신재활시설을 이용하는 정신장애인을 바라보는 관점으로 인권모델이 타당하다는 것을 실증적으로 뒷받침하였다. 본 연구는 정신장애인을 회복의 적극적인 주체로서 바라보는 관점을 보편화해야 할 필요성과 회복 지향적 서비스 구축의 중요성을 방증한다. 정신재활시설을 이용하는 정신장애인들은 차별 경험이 누적될수록 더 적극적인 대처행동을 보인다는 사실을 발견하여, 정신장애인을 회복의 주체로 바라보는 인권모델의 관점과 맥을 같이 하였다. 다시 말해, 정신재활시설을 이용하는 정신장애인들은 정신장애인에 대한 보편적인 사회적 인식과 같이 순응적이고 무기력한 환자가 아니라, 차별 문제를 해결하기 위해 적극적으로 도움을 요청하고 회복을 추구하는 행위자라는 점을 입증하였다. 또한, 본 연구는 사회참여서비스 충분도가 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 매개한다는 사실을 발견하였다. 나아가 충분도 인식이 높은 집단과 낮은 집단으로 나누어 직접효과와 간접효과가 나타나는 양상을 분석한 결과, 사회참여서비스 충분도가 더 높은 집단에서 차별 경험이 적극적 대처행동으로 이어지는 과정이 강화되고, 이 과정을 사회참여서비스 충분도가 매개하는 정도 또한 더 강하다는 것을 확인하였다. 이처럼 본 연구는 사회참여서비스 충분도가 정신장애인의 적극적 대처행동을 촉진하는 강력한 기제로서 작동한다는 주장을 입증하였다. 즉 정신장애인의 적극적 대처행동을 촉진하는 환경적 조건이 충분히 조성되어 있을 때 정신장애인들의 문제 중심 대처가 훨씬 더 적극적으로 나타난다는 것을 확인하였고, 인권모델에서 강조하는 회복 지향적 환경 구축의 중요성을 예증하였다. 결론적으로, 인권모델의 관점을 실증적으로 분석한 결과를 축적하였고, 정신재활시설을 이용하는 정신장애인들을 바라보는 관점으로 인권모델이 타당하다는 것을 확인하였다는 점에서 의의가 있다.

둘째, 본 연구는 Lazarus & Folkman(1984)의 스트레스 평가-대처 모델을 적용하여 정신장애인의 차별 경험이 적극적 대처행동에 미치는 영향을 밝히고, 영향을 미치는 과정에서 사회참여서비스 충분도의 매개 역할을 입증하였다. 이를 통해 본 연구는 원인적 선행변인과 인지적 평가에 따라 스트레스에 대한 대처가 달라질 수 있다는 Lazarus & Folkman(1984)의 주장을 실증적으로 분석하였다. 사회참여서비스 충분도는 차별 상황에 대해 원인적 선행변인으로, 개인이 보유한 자원이 많다는 인지적 평가를 거쳐 스트레스 상황에 서 더 많은 적극적 대처를 보이도록 영향을 미친다. 또한, 환경에 대한 변화 가능성과 통제 가능성을 높게 평가할수록 문제 중심 대처를 더 많이 보인다는 주장도 검증하였다. 구체적으로, 차별을 경험한 정신장애인이 사회참여서비스라는 공식적 지지체계가 충분히 존재한다고 인식할 경우, 본인이 차별을 당했을 때 도움을 받아 문제 상황을 해결할 수 있다는 인식으로 이어져 문제 중심 대처로서 도움 요청 행위를 더 적극적으로 보이게 된다는 것을 확인하였다.

마지막으로, 본 연구는 정신장애인의 차별 경험에 대한 강점 중심의 연구라는 점에서 의의가 있다. 본 연구는 차별이라는 사회구조적 문제에 대해 적극적으로 대항하기 위한 정신장애인 당사자의 주체적인 노력에 초점을 맞추어, 도움 요청을 통한 차별 저항의 양상을 포착하였다. 이는 기존에 활발히 연구되지 않았던 정신장애인의 차별 대처와 차별 저항에 대한 연구이다. 따라서 치료모델 하에서 전개되어오던 정신장애인에 대한 결핍 및 문제 중심적 접근의 연구 흐름에서 탈피하여, 정신장애인이 가진 강점에 주목하고 적극성과 주체성에 대한 탐구를 시도하였다는 점에서 정신장애인의 임파워먼트를 위한 중요한 단초를 제공한다.

2. 실천적 함의

본 연구를 통해 도출할 수 있는 실천적 함의는 다음과 같다. 첫째, 정신건강사회복지 실천현장에서 정신장애인의 차별 저항에 대한 관심을 환

기해야 한다. 정신장애인이 차별이라는 문제 상황에 대해 적극적으로 대처하는 경험은 수동적이고 무기력한 희생자가 아닌 차별에 대항하는 주체이자 생존자로서 자리매김하는 과정이다. 즉 차별 저항을 통해 자신의 빼앗긴 권리를 되찾는 과정은 회복 여정의 일부이다. 따라서 실천현장에서는 차별에 대한 정신장애인의 적극적 대처행동을 촉진하기 위한 방법을 고민해야 한다. 구체적으로, 차별 대처를 촉진하기 위해 문제 상황 대처기술 훈련 등의 체계화된 사회기술훈련 프로그램과 차별대처 교육을 실시할 것을 제안한다. 예를 들어, 2022년 10월 마포정신장애인자립생활센터에서 '장애인 차별금지법 소개 및 차별 대처'를 주제로 권익옹호의 이념, 유형, 단계, 인신보호법, 장애인차별금지법의 내용, 국가인권위원회를 통한 구제절차 안내 등의 내용을 담은 당사자 교육을 실시하였다(김근영, 2022). 이러한 교육 기회를 확대하고, 차별 대처와 관련한 구체적인 가이드를 배포하여 정신장애인들이 차별에 대처하는 방법을 이해하고 체화할 수 있도록 적극적으로 지원할 필요가 있다.

둘째, 동료지원 활동, 문화예술 활동 등을 비롯하여 정신장애인의 적극적 대처행동을 강화하기 위한 사회참여서비스가 더 다양화되고, 적극적으로 지원되어야 한다. 예를 들어, 동료지원 활동은 동일한 정신건강의 어려움을 경험하고 있는 동료들 간에 존중, 공유된 책임감, 상호동의의 원칙을 바탕으로 도움을 주고받는 활동으로(이근희, 2014; Mead, Hilton, & Curtis, 2001), 회복에 중대한 영향을 미치는 요소로 손꼽히고 있다(하경희, 2020; Corrigan, 2006). 동료지원 활동은 자조모임(self-help group), 인터넷 지지 집단(Internet support group), 동료 제공 서비스(peer delivered services), 동료 운영 서비스(peer run or operated services), 동료 파트너십(peer partnerships), 동료 직원(peer employment) 등의 다양한 형태로 이루어지며(Solomon, 2004), 서구에서는 동료지원 활동이 공식적·비공식적 영역을 비롯하여 광범위하게 확대되어 진행되어왔다(Fortuna, Solomon, & Rivera, 2022). 그러나 우리나라의 경우 주로 정신재활시설을 중심으로 이용자 간의 지원 활동으로 이루어지거나, 일시적

인 프로젝트성 사업으로 진행되어 동료지원 활동이 제한적으로 이루어지고 있다(국가인권위원회, 2021; 이근희, 2014; 이미경, 2011; 하경희, 2020). 따라서 동료지원 활동을 접목한 다양한 사회참여프로그램을 개발하고, 동료지원가가 하나의 전문 서비스 혹은 직업적 역할로서 활동할 수 있도록 양성 과정을 체계화할 필요성이 제기된다. 나아가, 문화예술활동, 체육활동, 자원봉사활동, 인식개선 활동 등 정신장애인 당사자들의 욕구에 기반하여, 이들의 사회참여 기회를 확대할 수 있는 활동을 활성화할 필요가 있다. 이러한 활동은 정신질환에 대한 편견을 해소하면서 지역사회 통합을 촉진할 뿐만 아니라, 정신장애인의 긍정적인 장애정체감을 형성하는 데 효과적인 것으로 보고된다(김문근, 2019; 문영민, 2017; 주찬미, 2019). 따라서 실천현장에서는 정신장애인에게 동료지원 활동과 정신장애인의 욕구에 기반한 다양한 사회활동을 적극적으로 개발하고 지원함으로써, 정신장애인의 사회참여 기회를 확대하고 회복을 촉진해야 한다.

셋째, 사회참여서비스를 효과적으로 홍보하여 정신장애인들의 사회참여서비스에 대한 인지 수준을 높일 필요가 있다. 임연옥과 윤현숙(2009)은 재가노인복지서비스에 대한 홍보가 적극적으로 이루어짐에 따라 일반 노인들의 서비스에 대한 인지 수준이 상승하였다고 주장한 바 있다. 이와 마찬가지로, 사회참여서비스에 대한 정신장애인들의 인지도를 높이기 위해서는 사회참여서비스의 구체적인 내용과 이용방법 등을 정신장애인들이 쉽게 이해할 수 있도록 다양한 매체를 이용하여 홍보할 필요가 있다.

3. 정책적 함의

본 연구를 통해 도출한 정책적 함의는 다음과 같다. 첫째, 정신장애인 당사자가 정신건강서비스 및 정책 수립 과정에 참여할 수 있는 기회를 확대해야 한다. 본 연구결과를 통해 파악할 수 있듯이, 인권모델의 관점을 보편화하여 정신장애인을 바라보는 우리 사회의 인식과 관점의 전환

이 요구되는 시점이다. 즉 정신장애인을 차별에 수동적으로 순응하는 객체이자 무기력한 환자로 보는 것이 아니라, 도움 요청을 통해 적극적으로 문제 상황을 해결하기 위해 노력하는 주체로 바라보아야 한다. 치료모델, 재활모델, 사회모델을 비롯한 기존의 정신장애 모델에서는 정책형성 및 운영체계가 서비스 공급자와 전문가들을 중심으로 운영되었다. 그러나 인권모델에서는 정신장애로 인해 경험한 차별과 낙인에서 생존한 경험 자체에 중대한 의미를 부여하고, 정신장애인 당사자들을 생생한 경험을 지닌 전문가(professionals with lived experience)로 바라보아야 함을 주장하고 있다(국가인권위원회, 2021; Pilgrim & David, 2013). 그리고 이러한 이념에 기반하여 호주, 영국, 대만 등의 국가에서는 정신건강 관련 정책 형성 및 실행과정에 정신장애인 당사자와 그 가족의 참여를 적극적으로 독려하고 있다(국가인권위원회, 2021). 예를 들어, 호주의 뉴사우스웨일스주에서는 정신장애인 당사자단체인 BEING(Being Mental Health Consumers)을 조직하여, 지자체와 중앙정부의 정신건강 관련 정책에 당사자의 관점이 반영될 수 있도록 노력하고 있다(Mental Health Commission, 2019). 해당 조직은 지역사회의 이해관계자, 주정부 및 연방정부의 정신건강위원회(Mental Health Commission)와도 밀접하게 연계되어 정책 설정에 큰 영향력을 끼치고 있다. 또한, 영국 정부는 정신장애인 당사자 및 국민으로부터 2000년, 2017년 총 두 차례 정신보건법과 관련한 약 1,500건 이상의 정책 제안을 받았고, 이를 반영하여 정신보건법 개정 방향을 설명하는 백서(White paper)를 발표하였다. 그리고 대만의 경우, 정신위생법에서 정신장애인 당사자, 보호자 및 권익 옹호 단체 대표자의 정책 수립과정에 참여할 수 있는 법적 권리를 규정하고 있다. 구체적으로, 정신위생법 제13조, 제14조, 제15조에서 정신건강 증진을 위한 시책 및 정신질환 관련 정책 결정 과정에 안정된 당사자, 혹은 당사자의 가족이 반드시 1/3 이상 참여할 것을 명시하고 있다. 다양한 선진 사례들을 참고하여, 우리나라에서도 인권모델 이념에 부합할 수 있도록 정책 결정 및 실행 과정에 정신장애인 당사자가 참여할 수 있는 기회가

확대되어야 한다. 구체적으로, 이용자와 함께 하는 신규 서비스 및 프로그램 도입을 위한 활동, 이용자와 함께 하는 서비스 및 프로그램 평가 및 개선 활동, 이용자와 함께 만드는 시설 운영규칙, 이용자 규칙에 대한 검토, 개정을 위한 활동 등 일련의 서비스 및 정책 수립·진행·평가 과정에 정신장애인 당사자가 참여할 수 있도록 제도적으로 지원할 것을 제안한다.

둘째, 정신장애인 당사자 단체 및 활동의 물적 토대를 마련할 것을 제안한다. 정신장애인 당사자단체의 활동은 정신질환에 대한 사회적인 편견을 해소하면서, 정신장애인의 사회참여를 촉진하는 데 기여한다(김현민, 2019). 최근 매스컴을 통해 정신장애인에 대한 선정적이고 폭력적인 보도가 잇따르면서 정신장애인에 대한 부정적인 편견과 고정관념이 강화되었다(국가인권위원회, 2013; 국가인권위원회, 2019). 이로 인해 정신장애인과 그 가족은 고통받고 있으며, 편견과 차별의 해소를 국가 차원에서 해결해주어야 할 시급한 문제로 인식하고 있다(국가인권위원회, 2019). 한편, 우리 사회의 일부 정신장애인들은 자발적으로 단체를 형성하여 정신질환에 대한 부정적인 편견을 해소하기 위해 주체적으로 노력하고 있다. 예를 들어, '정신장애인의 권익옹호를 위한 언론 미디어 감시 옴부즈만센터'가 창설되어, 정신장애인 당사자가 주도적으로 정신장애인에 대한 부정적 편견을 조장하는 국내 언론 및 방송을 상시 조사 및 모니터링하고 있다(김근영, 2022). 이외에도 정신장애와인권 파도손, 한국정신장애인자립생활센터, 마포정신장애인자립생활센터, 정신장애인권연대 카미 등 다양한 당사자단체에서 사회적 차별에 저항하고, 부정적인 편견을 해소하기 위한 활동들을 적극적으로 수행하고 있다. 그러나 이러한 당사자단체들은 재정적 지원이 미비하여 운영상의 어려움을 보인다. 국가인권위원회와 한국조현병회복협회에서 주관한 '2021년 정신장애인 차별·편견 해소를 위한 언론 모니터링 결과 발표 및 사업보고회'에서도 정신장애인 언론 모니터링 사업은 효과적인 소비자운동이지만, 지속적인 예산 지원 없이는 진행되기 어려워 단발성 사업에 그친다는 지적이 제기

되었다(박종언, 2021). 따라서 국가에서는 당사자단체들의 움직임을 확대하기 위한 제도적 승인과 경제적 지원을 제공하고, 당사자 중심의 차별 시정 활동을 적극적으로 독려하여 정신장애인의 사회참여를 촉진하고 차별을 완화하기 위해 노력해야 한다.

셋째, 우리 사회에 회복 지향 인프라를 적극적으로 구축할 것을 제안한다. 여전히 우리 사회에서는 정신장애인의 회복을 촉진하는 인프라와 서비스가 부족하다(국가인권위원회, 2020). 따라서 정신장애인의 회복을 도모하기 위한 인프라와 서비스의 확충이 절실히 요구되며, 이를 위해서는 정신건강서비스의 다양성 확보와 회복 지향 정신건강서비스 제공 기관의 확충의 방안을 고려해볼 수 있다. 먼저, 정신장애인이 이용할 수 있는 서비스의 선택지를 넓히기 위해서는 정신건강서비스의 다양성을 확보해야 한다. 오늘날 정신건강서비스의 서비스는 주로 치료 및 재활에 초점을 두고 대부분 주거서비스나 사회재활서비스에 그치고 있고, 실질적인 회복지향, 성장지향의 서비스는 매우 제한적으로 제공되고 있다(국가인권위원회, 2020: 507). 이용자들은 생존과 생활을 위한 기초적인 욕구부터 회복, 성장, 자아실현을 위한 욕구까지 매우 다양한 욕구를 지니고 있다. 따라서 이러한 욕구에 대응하고, 정신장애인이 지역사회에 통합되어 독립적으로 생활하기 위해서는 주거, 소득, 재활 및 회복지원 등 다양한 스펙트럼의 서비스를 마련할 필요가 있다(국가인권위원회, 2020: 526). 그리고 우리나라 정신건강서비스 전달체계에서 이러한 서비스 제공을 담당하는 기관은 주로 정신재활시설이다. 그러나 국가인권위원회(2020)에 의하면, 전국적으로 정신재활시설이 설치되어 있지 않은 시·군·구는 총 105개로 전체의 45.9%에 달하는 것으로 나타났다. 이처럼 전체 기초지방자치단체 229개의 거의 과반수에 달하는 지역에 정신재활시설이 존재하지 않아, 해당 지역에 거주하는 정신장애인의 재활서비스 접근은 완전히 차단된 상태이다. 따라서 이러한 문제를 해결하기 위해서는 전국에 균형적으로 정신재활시설을 설치되어야 한다. 2021년 말 장애인복지법 제15조가 폐지되어 정신건강복지법 전면 개정 혹은 신법 제정 등의

논의가 활발한 가운데, 정신재활시설이 전국에 균형적으로 설치될 수 있도록 강제하는 조항을 법제화하는 방안도 고려해볼 수 있다.

제 4 절 연구의 한계와 제언

본 연구의 한계와 후속 연구를 위한 제언은 다음과 같다. 첫째, 본 연구는 횡단적 연구로 변수 간 인과관계를 명확히 규명하는 것에는 근본적인 한계가 존재한다. 본 연구에서는 스트레스 평가-대처 모델에 따라, 변수 간의 영향을 미치는 방향과 순서가 존재하는 것으로 상정하였다. 즉 차별을 경험한 정신장애인이 사회참여서비스가 얼마나 충분히 지원되고 있다고 인식하는지에 따라 적극적 대처행동을 보이는 양상이 달라질 것으로 가정하고, 순차적인 흐름에 따라 연구모델을 설정하였다. 비록 본 연구에서는 관련 선행연구에 대한 검토를 통해 횡단적 연구의 한계를 보완하기 위해 노력하였지만, 실제로는 본 연구모형에서 설정한 방향이 아닌 다른 방향으로 변수 간의 인과순서가 존재할 수 있기 때문에 정교화된 연구를 통한 추가적인 분석이 요구된다. 따라서 후속 연구에서는 3차년도 이상의 데이터를 수집하여 잠재성장모형 등의 종단분석을 실시하여, 시간의 흐름에 따른 변수 간 변화성을 포착함으로써 인과관계를 명확히 짚어낼 수 있기를 기대한다.

둘째, 본 연구를 수행하는 데 활용된 자료는 이용형 정신재활시설과 거주형 정신재활시설을 이용하는 정신장애인을 대상으로 실시된 설문조사이므로, 본 연구결과를 모든 정신장애인으로 확대하여 해석하는 것에 유의해야 한다. 특히 정신의료기관에서 치료를 받고 있는 정신장애인이나 지역사회에서 거주하고 있지만 정신재활시설을 이용하지 않는 정신장애인에게 본 연구결과를 동일하게 적용하는 것은 성급한 일반화의 오류가 우려된다. 따라서 후속 연구에서는 정신재활시설에만 국한되는 것이 아닌 다양한 기관 유형별로 확률적 표집 방법을 활용함으로써 표본의 대표성을 높일 것을 제안한다.

셋째, 정신장애인에 대한 사회참여서비스 충분도를 측정할 때 서비스 대상자의 개인적 인식을 조사하였다. 이는 개인의 인지적 차원의 개념만

을 조사한 것으로, 사회참여서비스의 실제 충분도를 포착해내기에는 부족한 측정 방식이라고 이야기할 수 있다. 이에 후속 연구에서는 한국 사회에 존재하는 사회참여서비스 자원의 양이나 규모를 해당 서비스에 책정된 지자체의 예산, 배치된 인력 수 등을 분석에 포함할 필요가 있다. 이를 통해 측정하고자 하는 개념을 더 정확하고 포괄적으로 담을 수 있기를 기대한다.

넷째, 매개변수인 사회참여서비스 충분도를 평균치 기준으로 해당 값보다 낮은 값은 0으로, 높은 값은 1로 코딩하여 조절변수로 투입하였다. 따라서 연속형 변수로 조사된 변수를 임의로 낮은 수준의 변수로 코딩하여 정보가 유실되었기 때문에 연속변수를 명목변수화한 점이 한계로 지적될 수 있다.

다섯째, 차별 경험과 도움 요청 행위는 부수적 질문으로 조사되었다. 다시 말해, 차별 경험이 있는지를 조사하고, 차별 경험이 있는 사람들을 대상으로 도움을 요청했는지를 조사하였기 때문에 두 변수가 내생성을 나타낼 수 있다는 한계가 존재한다. 따라서 후속 연구에서는 이러한 문제를 해결하기 위하여 내생성을 제거하기 위한 처치를 하거나 내생성을 고려한 통계 분석 방법을 적용하여 더 정밀한 분석을 수행할 필요가 있다.

여섯째, 본 연구에서는 차별 경험, 도움 요청 행위, 사회참여서비스 충분도의 질적인 측면까지는 고려하지 못하였다. 구체적으로, 차별 경험과 도움 요청 행위의 경우, 지역사회에서 살아가면서 경험할 수 있는 차별의 영역인 자격증 취득, 대중시설 이용 등 26가지 영역에서의 경험 및 행위 여부를 합산한 것으로 측정하였다. 그리고 사회참여서비스 충분도는 사회참여 지원 제도 혹은 서비스 15가지에 대해 충분하다고 느끼는 주관적 인식을 합산한 값을 조작적 정의로 채택하였다. 따라서 차별이 얼마나 자주 그리고 지속적으로 행해졌는지, 차별 경험을 당사자가 해당 경험을 얼마나 심각하게 받아들였는지가 아닌, 일상생활의 얼마나 다양한 영역에서 차별을 경험하였는지로 측정하여 차별 경험의 질적인 측면

을 고려하지 못하였다. 도움 요청 행위도 각 영역에서 도움 요청을 하였는지 여부를 단순히 합산하여 측정하여, 한 영역에서 수차례 도움 요청을 한 경우보다 다양한 영역에서 1회씩 도움을 요청한 것이 적극적 대처 행동을 더 많이 보인 것으로 간주될 수 있다는 점에서 한계가 존재한다. 또한, 사회참여서비스 충분도도 이용 기간, 이용한 사회참여서비스의 형태 등의 질적인 측면을 풍부하게 측정하지 못하였다. 따라서 질적연구를 통해 해당 경험의 맥락과 의미를 더 폭넓게 포착하거나, 각 변수의 질적인 측면을 포괄할 수 있는 조작적 정의를 채택하여 보완되어야 한다.

마지막으로 본 연구결과의 확증을 위한 후속 연구를 제안한다. 본 연구에는 정신재활시설을 이용하고 있는 정신장애인들은 차별 경험이 누적될수록 적극적 대처행동이 강화된다는 결과를 보고하여, 기존의 연구 경향과는 상반된 연구결과를 도출하였다. 그러나 이는 변화하고 있는 사회적 흐름을 고려할 때, 추후 한국 사회에 더욱 적합한 관점을 정립하기 위한 출발점이 될 수 있다. 국립정신건강센터 외(2020)에 따르면, 정신의료기관의 입원환자 수는 매년 감소하는 반면, 지역사회 정신재활시설의 등록자는 매년 증가하고 있다. 이처럼 국내외적으로 탈원화에 대한 관심이 고조되고, 회복지향 접근을 확립하기 위한 수많은 노력이 전개되고 있는 점을 고려할 때, 본 연구에서 주목한 개념과 관점들은 시대적 흐름에 부응한다. 따라서 앞으로 한국 사회에서 인권모델 확산의 필요성을 뒷받침하는 연구결과가 축적되고, 이러한 관점의 타당성을 검증하는 연구가 지속되어 궁극적으로 정신장애인을 바라보는 관점이 인권 관점으로 변화될 수 있기를 기대한다.

참 고 문 헌

[국내문헌]

강상경. (2018). 『인간행동과 사회환경』. 파주: 나남.

강상경, 제철웅, 김문근, 하경희, 김낭희, 정은희, 박재우, 장창현, 이정하, 김성연, 전해숙, 한광현, 박종은, 김경희. (2020). 『정신재활시설 운영·이용실태 및 이용자 인권실태조사』. 국가인권위원회 발간자료.

강상경, 하경희, 김낭희. (2021). 정신건강 서비스 환경변화에 따른 정신재활시설의 기능 전환. 「비판사회정책」, 70, 7-41.

강상경, 제철웅, 하경희, 김성수, 김성용, 박미옥, 송승연, 송현섭, 안병은, 이진순, 전준희, 지미루, Anina Johnson, Karen Taylor, Tim Heffernan, 김경희, 김정현, 박종은, 나수빈, 안재은 (2021). 『선진사례를 통해 본 정신장애인 지역사회 통합증진을 위한 실태조사』. 국가인권위원회 발간자료.

강상경, 김낭희, 신진호. (2022). 정신장애인의 사회복지사 자격제한에 대한 비판적 고찰: 사회복지사업법 제11조의2 제5호 삭제의 정당성. 「한국사회복지학」, 74(2), 105-124.

국가법령정보센터. 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률.

국가법령정보센터. 장애인복지법 시행령.

국가인권위원회. (2007). 『장애인권리협약 해설집』. 국가인권위원회 발간자료.

국가인권위원회. (2013). 『정신장애인 차별·편견 해소를 위한 실태조사』. 국가인권위원회 발간자료.

국가인권위원회. (2021). 『2021 정신장애인 인권보고서』. 국가인권위원회 발간자료.

곽정란, 김병하. (2004). 장애담론의 정치적 이해 : 장애인 당사자주의를

중심으로. 「특수교육 저널 이론과 실천」, 5(3), 249-263.
권석만. (2013). 『현대 이상심리학』. 서울: 학지사.
권선진. (2008). 장애인의 사회적 차별지각과 차별요인에 관한 연구 : 청각장애인을 중심으로. 「직업재활연구」, 26, 81-103.
권오용, 오현성, 김민, 최희승, 박인환, 김혜성, 박동진, 이설아, 신수민, 천지향, 김혜영, 신승희. (2018). 『정신장애인의 지역사회 거주치료 실태조사』. 국가인권위원회 발간자료.
권진숙, 김정진, 전석균, 성준모. (2013). 『정신보건사회복지론』. 경기: 도서출판공동체.
김근영. (2022년 9월 20일). “마포정신장애인자립생활센터, 내달 11일 ‘장차법 소개 및 차별 대처’ 교육”. 『마인드포스트』. (2022년 11월 1일). http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=7595
김근영. (2022년 4월 11일). "정신장애 편견 언론·미디어 감시할 옴부즈만 활동가, 오는 22일까지 모집". 『마인드포스트』. (2022년 11월 2일). http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=6893
김문근. (2019). 영화제작을 통한 정신장애인 편견 개선 사례 연구. 「사회복지연구」, 50(1), 5-34.
김미영. (2011). **정신장애인의 회복모형 연구**. 이화여자대학교 박사학위 논문.
김선주, 염동문. (2013). 정신장애인의 차별 경험이 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구. 「정신건강과 사회복지」, 41(3), 5-33.
김성희 (2015). 장애인의 차별실태와 정책과제. 「보건복지포럼」, 8.
김성희, 이민경, 오욱찬, 오다은, 황주희, 오미애, 김지민, 이연희, 강동욱, 권선진, 백은령, 윤상용, 이선우. (2020). 『2020년 장애인 실태조사』. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
김애경. (2002). 지각된 부모 양육태도 및 사회적 지원과 초기 청소년의 우울 및 외현적 문제와의 관계. 교육심리연구, 16(3), 31-50.

김은실. (2005). **정신장애인 스트레스 대처방식에 관한 연구**. 이화여자대학교 석사학위논문.

김은아, 손혜련, 김은하. (2018). 상담에서 전문적 도움추구의 선행요인에 대한 고찰. 「상담학연구」, 19(1), 87-111.

김은하, 김정은, 정여주, 류진석. (2022). 정신적 장애인의 농업활동 의미와 사회참여 가능성에 대한 질적 연구. 「인문사회 21」, 13(1), 1715-1728.

김정운, 오명화, 백지영, 이재신. (2013). 재가지체장애인의 일상생활활동이 생활만족도에 미치는 영향. 「대한작업치료학회지」, 21(1), 15-26.

김지훈, 강욱모, 문수열. (2013). 베이비부머의 사회적 자본 인식과 사회적 자본 형성간의 관계분석: 자원봉사 및 기부활동 중심으로. 「사회복지정책」, 40(3), 25-50.

김현민. (2019). **당사자운동에 참여하는 정신장애인의 변화과정 연구.** 가톨릭대학교 박사학위논문.

김혜란, 홍선미, 공계순, 박현선. (2022). 『사회복지실천기술론』. 서울: 학지사.

김효은. (2012). **초기청소년의 부모애착, 역기능적 태도, 자아정체감, 자아탄력성, 사회적 지지 및 우울 간의 구조관계 분석**. 동아대학교 박사학위논문.

김희국. (2010). 정신장애인이 경험하는 사회적 지지와 편견이 삶의 질에 미치는 영향. 「사회과학연구」, 21(2), 63-84.

노민옥, 박경란. (2008). 중년기 직장남성의 생활스트레스 및 대처행동이 심리적 복지감에 미치는 영향. 「한국생활과학회지」, 17(2), 255-270.

노수진, 윤영민. (2013). 우울증에 관한 언론 보도 분석. 「한국언론정보학보」, 5-27.

노충래, 김설희. (2012). 중학생의 학업스트레스와 학업성적이 심리적 안녕감에 미치는 영향: 자아존중감과 우울불안에 대한 개인요인 및

사회적 지지요인의 매개효과를 중심으로. 「한국아동복지학」, 39, 39-68.

문영민. (2017). **공연예술 활동을 통한 신체장애인의 장애정체성 변화 과정 연구.** 서울대학교 석사학위논문.

문영임, 이성규, 김수정. (2020). 정신장애인의 차별 경험이 삶의 만족도에 미치는 영향 - 사회참여의 매개효과를 중심으로 -. 「정서·행동장애연구」, 36(3), 271-291.

박종언. (2021년 12월 3일). “정신장애인 언론 모니터링 사업, 효과적 소비자운동이지만 예산 지원 없이 단발성에 그쳐 한계”. 『마인드포스트』. (2022년 10월 30일) http://www.mindpost.or.kr/news/articleView.html?idxno=6390

박종은, 강상경. (2021). 주거시설 이용에 대한 자기결정이 정신장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향: 독립 및 자립생활 주거지원서비스 충분도 인식의 조절효과를 중심으로. 「사회복지연구」, 52(3), 117-146.

박종은, 강상경. (2022). 정신재활시설 이용자의 기관에 대한 인권 친화적 인식이 삶의 만족도에 미치는 영향. 「한국사회복지학」, 74(2), 265-289.

박지혜, 이선혜. (2016). 정신장애인의 사회적 배제에 대한 위험 추정 : 타 장애집단과의 비교. 「사회복지연구」, 47(4): 361-388.

박지혜, 이선혜. (2020). 정신장애인의 사회참여와 주관적 건강의 관계: 건강행동 매개모델은 유용한가. 「보건교육건강증진학회지」, 37(2), 69-83.

보건복지부 국립정신건강센터, 건강보험심사평가원, 한국보건사회연구원. (2020). 국가 정신건강현황 보고서 2019. 서울: 국립정신건강센터.

백경숙, 권용신. (2005). 노인이 지각한 스트레스, 대처방법과 심리적 복지감의 관계에 따른 스트레스 대처. 「노인복지연구」, 28, 379-402.

백혜진, 조혜진, 김정현. (2017). 정신질환의 낙인과 귀인에 대한 언론 보

도 분석. 「한국언론학보」, 61(4), 7-43.
서미경, 김정남. (2004). 지각된 낙인이 정신장애인의 삶의 만족과 자아존중감에 미치는 영향. 「한국사회복지학」, 56(4), 173-194.
송승연, 배진영, 윤삼호. (2018). 정신장애인의 일상생활 차별 경험에 관한 연구. 「한국장애학회지」, 3(1), 97-132.
세계법제정보센터. 대만 정신위생법(精神衛生法).
양성욱. (2020). 장애인활동지원과 사회참여의 관계. 「재활복지」, 24(3), 83-110.
양옥경, 이기연, 현진희, 백종우, 김성완, 이유리, 신권철. (2019). 『정신장애인 국가보고서 이행상황점검을 위한 실태조사』. 국가인권위원회 발간자료.
오수경, 구보경. (2019). 장애인 문화여가활동 현황 연구. 「예술교육연구」, 17(4), 1-17.
오욱찬. (2018). 장애인의 차별 인식 실태와 정책과제. 「보건복지포럼」, 263, 47.
우수명. (2020).사회복지사 자격 제도에 내재된 차별의 사례와 개선 방안: 학력과 정신장애인 차별을 중심으로. 「사회복지법제연구」, 11(1), 205-229.
윤동경. (2021). 정신장애인의 자기낙인이 자아존중감에 미치는 영향: 사회참여의 매개효과를 중심으로. 「글로벌사회복지연구」, 11(1), 1-21.
윤석준, 김영은, 이해국, 정슬기, 최명민, 하경희, 김아림, 김지선, 정윤선, 최지희. (2019). 『중증·정신장애인 의료체계 실태조사』. 국가인권위원회 발간자료.
윤수정. (2018). 장애인의 참정권 보장: 정신적 장애인의 선거권 문제를 중심으로. 「공법연구」, 47(1), 201-231.
윤지환, 홍종호, 전상현, 김종현, 박성훈, 이효원, 김주현. (2019). 『2019년 국민 정신건강지식 및 태도조사 연구』. 보건복지부 국립정신건강센터 발간자료.

이근희. (2014). 동료지원활동에 참여한 정신장애인의 회복과정에 관한 근거이론 접근. 「정신건강과 사회복지」, 5, 17-32.
이금진. (2006). 노동시장에서의 정신장애인 근로실태와 임금차별에 관한 계량적 분석. 「장애와 고용」, 16(2), 101-117.
이미경. (2011). 자조집단에 참여하는 정신장애인의 회복경험. 한국정신보건사회복지학회 춘계학술대회 자료집. 165-213.
이미림. (2021). 장애인의 차별경험과 대처경험에 대한 탐색 연구. 「공공사회연구」, 11(1), 85-124.
이미영. (2012). **간호사의 임종간호 스트레스와 대처 및 해소방안**. 한양대학교 박사학위논문.
이상훈. (2021). 동료지원가 표준화 교육 과정 개발 현황과 발전 방향. 「사회정신의학」, 26(1), 52-59.
이선혜. (2007). 한국인의 정신건강 도움 요청 행위에 영향을 미치는 요인. 「정신건강과 사회복지」, 27, 122-151.
이용표, 강상경, 배진영. (2021). 『인권과 대안을 위한 정신건강사회복지론』. 서울: EM실천.
이윤진, 이정원. (2014). 영유아의 문화 시설 이용 경험에 영향을 미치는 요인. 「육아정책연구」, 8(2), 65-93.
이익섭. (1993). 한국장애인복지정책의 이념정립을 위한 고찰. 한국사회복지학회 학술대회자료집, 247-257.
이지수. (2014). 장애의 사회적 모델이 가진 의미와 한계: 장애 개념정의와 정체성의 정치를 중심으로. 「한국장애인복지학」, 25, 33-54.
이현지, 봉초운, 홍세희. (2017). 청소년 초기 성취목표가 도움요청행동 발달과 대학 학업참여 및 성취에 미치는 장기적 효과. 「한국청소년연구」, 28(4), 137-165.
이형열, 조정원. (2004). 개별배치모델을 적용한 정신장애인 '의국비서' 직종 취업사례고찰. 「장애와 고용」, 14(1), 70-88.
임성택, 김이안, 마한얼, 신혜주, 윤재영, 윤재훈, 이광원, 이주언, 이채린, 이태영, 정진, 최초록 (2018). 『장애인권리협약 이행에 관한 실

태조사』. 국가인권위원회 발간자료.
임연옥, 윤현숙. (2009). 노인의 노인복지서비스 이용경험에 영향을 미치는 요인에 관한 종단연구. 「한국노년학」, 29(3), 1063-1085.
위수경. (2000). **여성장애인의 사회참여프로그램이 사회통합에 미치는 영향에 관한 연구**. 가톨릭대학교 석사학위논문.
장은숙. (2009). 정신장애인의 자기결정 경험의 구조와 과정에 대한 질적 연구. 「정신건강과 사회복지」, 32, 374-412.
전서희, 박경옥. (2015). 대도시 일부 중년 남녀의 우울증상과 관련된 사회심리적 요인: 사회적 지지와 스트레스 대처방식을 중심으로. 「보건교육건강증진학회지」, 32(3), 43-55.
전지혜 (2009). 장애인에 의해 "지각된 차별(perceived discrimination)"의 개념화와 법적 적용에 관한 연구. 「사회복지연구」, 40(2), 399-425.
정은희, 강상경 (2021). 인권모델에 기반한 정신재활시설 이용자의 복지서비스요구도 분석. 「한국장애인복지학」, 52, 111-134.
조윤진, 유성경. (2012). 기혼 취업 여성의 사회적 지지와 일-가족 갈등 및 향상의 관계에서 문제-중심 대처와 우울정서의 매개효과. 「한국심리학회지: 상담 및 심리치료」, 24(2), 441-463.
주찬미. (2021). **정신장애인의 자기스티그마가 임파워먼트에 미치는 영향: 장애정체감과 동료지지의 이중매개효과**. 서울대학교 석사학위논문.
제철웅. (2021). 장애인권리협약의 관점에서 본 정신적 장애인의 참정권 증진의 과제. 「법조」, 70(1), 42-71.
최윤미. (2014). **정신장애인의 자살생각에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 가족탄력성과 사회참여, 정신질환관련요인을 중심으로**. 숭실대학교 석사학위논문.
하경희. (2007). **지역사회 정신보건서비스를 이용하는 정신장애인이 인식한 임파워먼트 실천의 효과에 관한 연구**. 서울대학교 박사학위논문.

하경희. (2019). 회복과정에서 정신장애인의 자아 인식에 대한 질적 연구. 「한국사회복지질적연구」, 13(1), 61-87.
하경희. (2020). 지역사회에서의 정신장애인 동료지원서비스에 대한 질적 사례연구. 「한국사회복지질적연구」, 14(1), 5-37.
하경희, 김성용, 김낭희. (2020). 비자의 입원 정신질환자의 의사결정지원에 대한 질적 사례연구: 절차보조 시범사업을 중심으로. 「비판사회정책」, 67, 299-345.
하경희. (2021). 한국에서의 정신장애인 당사자 운동의 현황과 과제 : 당사자 활동가의 경험과 인식을 중심으로. 「비판사회정책」, 71, 391-430.
한광현, 강상경. (2022). 정신장애인의 차별 경험과 삶의 만족도 : 인권친화적 서비스 경험의 조절효과. 「정신건강과 사회복지」, 50(1), 5-29.
허숙민, 박태영. (2016). 장애인의 사회참여가 사회적 자본에 미치는 영향. 「한국지역사회복지학」, 58, 29-55
홍선미, 김문근, 하경희, 김수영, 김병수. (2010). 『정신장애인의 지역사회적응을 위한 실태조사: 기초생활보장, 주거권을 중심으로』. 국가인권위원회 발간자료.
홍선미, 하경희, 김문근. (2013). 지역사회 거주 정신장애인의 사회권에 관한 탐색적 연구. 「한국사회복지질적연구」, 7(1), 5-31.
황애리, 나은영 (2018). 한국 언론의 정신건강 보도에 관한 내용 분석 연구: 뉴스 프레임과 기사 논조를 중심으로. 「보건사회연구」, 38(4), 290-322.

[국외 문헌]

Aerika S. Brittian , Russell B. Toomey , Nancy A. Gonzales, & Larry E. Dumka. (2013) Perceived Discrimination, Coping Strategies,

and Mexican Origin Adolescents' Internalizing and Externalizing Behaviors: Examining the Moderating Role of Gender and Cultural Orientation, *Applied Developmental Science*, 17(1), 4-19.

Ajrouch, K. J., Reisine, S., Lim, S., Sohn, W., & Ismail, A. (2010). Perceived everyday discrimination and psychological distress: does social support matter?. *Ethnicity & Health*, 15(4), 417-434.

Alonso, J., Buron, A., Rojas-Farreras, S., De Graaf, R., Haro, J., De Girolamo, G., & Vilagut, G. (2009). Perceived stigma among individuals with common mental disorders. *Journal of Affective Disorders*, 118(1), 180-186.

Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. *Journal of Health & Social Behavior*, 36, 1-10.

APA. (2013). *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(5th ed.).* Washington DC: American Psychiatric Association.

APA. (2015). 『정신질환의 진단 및 통계 편람 : DSM-5』. (권준수, 김재진, 남궁기, 박원명, 신민섭, 유범희, 윤진상, 이상익, 이승환, 이영식, 이헌정, 임효덕 역). 서울: 학지사. (2013).

Astor-Dubin, L., & Hammen, C. (1984). Cognitive versus behavioral coping responses of men and women: A brief report. *Cognitive Therapy and Research*, 8(1), 85-89.

Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator - mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.

Brantley, P. J., O'hea, E. L., Jones, G., & Mehan, D. J. (2002). The

influence of income level and ethnicity on coping strategies. *Journal of Psychopathology & Behavioral Assessment*, 24(1), 39-45.

Bresnahan, M., & Zhuang, J. (2011). Exploration and validation of the dimensions of stigma. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 421-429.

Chamberlin, J. (1998). Citizenship rights and psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 21(4), 405-408.

Chao, R. C. L. (2011). Managing stress and maintaining well being: Social support, problem focused coping, and avoidant coping. *Journal of Counseling & Development*, 89(3), 338-348.

Chen, Y., Peng, Y., Xu, H., & O'Brien, W. H. (2018). Age differences in stress and coping: Problem-focused strategies mediate the relationship between age and positive affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347-363.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27.

Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

Compas, B. E. (1995). *Promoting successful coping during adolescence. In M. Rutter (Ed.),* Psychosocial disturbances in young people: Challenges for prevention (pp. 247-273). New York: Cambridge University Press.

Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution_ Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology Science and Practice*, 7(1), 48 - 67.

Corrigan, P. W., (2005). *On the Stigma of Mental Illness: Practical Strategies for Research and Social Change.* Washington: American Psychological Association.

Corrigan, P. W.. (2006). "Recovery from Schizophrenia and the Role of Evidence-based Psychosocial Interventions." *Expert Rev Neurother*, 6, 993-1004.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 25(8), 875.

Crocker J, & Brenda M. (1989). Social Stigma and Self-Esteem: The Self-Protective Properties of Stigma. *Psychological Review*, 96, 608 - 630.

Crocker J, Major B, & Steele C. (1998). *Social stigma. In The Handbook of Social Psychology*, ed. DT Gilbert, ST Fiske, 2:504-53. Boston, MA: McGraw-Hill

Deegan. (1993). Recovering our sense of value after being labeled. *Psychiatric Nursing*, 31(4), 7-11.

Deegan. (1997). Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Social Work in Health Care*, 25(3), 11-24.

Degener, T. (2014). A human rights model of disability. *Disability Social Rights*, 1-30.

Ebata, A. & Moos, R. (1994). Personal, situational, and contextual determinants of coping in adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 99 - 125.

Fisher, E. H., & Turner, J. I (1970). Orientations to seeking professional help: Development and research utility of an attitude scale. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 35(1) ,79-90.

Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes A theoretical analysis. *Journal of Personality & Social Psychology*, 46(4), 839-852.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health & Social Behavior*, 21(3), 219 - 239.

Fortuna, K. L., Solomon, P., & Rivera, J. (2022). An Update of Peer Support/Peer Provided Services Underlying Processes, Benefits, and Critical Ingredients. *Psychiatric Quarterly*, 93(2), 571-586.

Foucault, M. (2003). 『광기의 역사』 (이규현 역). 서울: 나남. (1961).

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311 - 1327.

Gooding, P. (2017). *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* Cambridge: Cambridge University Press.

Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity.* New York: Simon & Schuster Inc.

Halland, E., De Vibe, M., Solhaug, I., Friborg, O., Rosenvinge, J. H., Tyssen, R., ... & Bjørndal, A. (2015). Mindfulness training improves problem-focused coping in psychology and medical students: Results from a randomized controlled trial. *College Student Journal*, 49(3), 387-398.

Hayes, A. F. (2012). *PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling* [White paper]. Retrieved from http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf

Hayes. A. F., (2015). 『매개분석 조절분석 및 조절된 매개분석』. (이형권 역). 파주: 신영사. (2013).

Helgeson, V. (1993). Two Important Distinctions in Social Support: Kind of Support & Perceived Versus Received. *Journal of Applied Social Psychology,* 23(10), 825-845.

Hinshaw, S.P., (2007). *The Mark of Shame: Stigma of Mental Illness and an Agenda for Change*. Oxford: Oxford University Press.

Hom, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2015). Evaluating factors and interventions that influence help-seeking and mental health service utilization among suicidal individuals: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 40, 28-39.

Horwitz, A. (1977). Social Networks & Pathways to Psychiatric Treatment. *Social Forces,* 56(1), 86 - 105.

Huizink, A. C., de Medina, P. G. R., Mulder, E. J., Visser, G. H., & Buitelaar, J. K. (2002). Coping in normal pregnancy. *Annals of Behavioral Medicine,* 24(2), 132-140.

Ioannou, M., Kassianos, A. P., & Symeou, M. (2019). Coping with depressive symptoms in young adults: Perceived social support protects against depressive symptoms only under moderate levels of stress. *Frontiers in Psychology*, 9(2780). 1-11.

Johnstone, M. J. (2001). Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: Challenging the status quo. *Australian & New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 10, 200 - 209.

Jones, A., Pruessner, J. C., McMillan, M. R., Jones, R. W., Kowalik, G. T., Steeden, J. A., Williams, B., Taylor, A. M., & Muthurangu, V. (2016). Physiological adaptations to chronic stress in healthy humans - why might the sexes have evolved different energy utilisation strategies?. *The Journal of*

Physiology, 594(15), 4297 - 4307.

Kline, T. J. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation.* Thousand Oak, CA: Sage Publications.

Kushner, M., & Sher, K. (1991). The Relation of Treatment Fearfulness and Psychological Service Utilization. *Professional Psychology, Research & Practice,* 22(3), 196-203.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping.* New York: Springer.

Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation.* Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.

Link, B. G.. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review,* 52, 96－112.

Link, B. G., Francis T. Cullen, Elmer Struening, & Patrick E. Shrout. (1989). A Modified Labeling Theory Approach to Mental Disorders: An Empirical Assessment. *American Sociological Review,* 54, 400 - 423.

Link, B. G., Struening, E. L., Rahav, M., Phelan, J. C., & Nuttbrock, L. (1997). On stigma and its consequences: Evidence from a longitudinal study on men with dual diagnoses of mental illness & substance abuse. *Journal of Health & Social Behavior,* 38, 177－190.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.

Link, B. G., Struening, E. L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J. C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52, 1621－1626.

Link, B. G., Elmer L. Struening, Sheree Neese-Todd, Sara Asmussen, & Jo C. Phelan. (2002). On Describing and Seeking to Change the Experience of Stigma. *Psychiatric Rehabilitation Skills,* 6, 201 - 231.

Link, B. G., & Hatzenbuehler, M. L. (2016). Stigma as an unrecognized determinant of population health: Research and policy implications. *Journal of Health Politics, Policy and Law,* 41(4), 653-673.

Lynch, James J. (1977). *The Broken Heart*. New York: Basic Books.

Major, B. & Collette P. E. (2005). 'Stigma and Social Exclusion.' pp. 63 - 87 in *The Social Psychology of Inclusion & Exclusion*, edited by D. Abrams, M. A. Hogg, & J. M. Marques. New York: Psychology Press.

Markowitz, F. E. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health & Social Behavior*, 335-347.

Matud, M. P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401 - 1415.

Mead, S., D. Hilton, & L. Curtis. (2001). Peer Support: A Theoretical Perspective, Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal,* 25(2), 134-141.

Mental Health Commission. (2019). *Annual Report 2019-2020 - Being (Mental Health Consumers).* Sydney: Mental Health Commission.

Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources, and coping responses. European *Journal of Psychological Assessment,* 11(1), 1-10.

Newman, R. S. (2000). Social influences on the development of children's adaptive help seeking: The role of parents, teachers,

and peers. *Developmental Review*, 20(3), 350-404.

O'Brien, R. M.(2007). A Caution Regarding Rules of Thumb for Variance Inflation Factors. *Quality & Quantity*, 41, 673-690.

Oliver, M. (1990). 『장애화의 정치』 (윤삼호 역). 대구 DPI. (2006).

Ow, C. Y., & Lee, B. O. (2015). Relationships between perceived stigma, coping orientations, self-esteem, and quality of life in patients with schizophrenia. *Asia Pacific Journal of Public Health,* 27(2), 1932-1941.

Pachankis, J. E., & Bränström, R. (2018). Hidden from happiness: Structural stigma, sexual orientation concealment, and life satisfaction across 28 countries. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 86(5), 403.

Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1992). Coping with coping assessment: a critical review. *Eur. J. Personal.* 6, 321 - 344.

Pascoe, E. A., & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin,* 135(4), 531 - 554.

Perlikck, D. A, Rosenbeck, R. A., Clarkin, J. E., Sirey, J. A., Salahi, J.,Struening, E. L., & Link, B. E. (2001). Adverse Effects of Perceived Stigam on Social Adaptation of Persons Diagnosed with Bipolar Affective Disorder. *Psychiatric Services*, 52(12), 1627-1642.

Picco, L., Lau, Y. W., Pang, S., Abdin, E., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2017). Mediating effects of self-stigma on the relationship between perceived stigma and psychosocial outcomes among psychiatric outpatients: findings from a cross-sectional survey in Singapore. *BMJ Open,* 7(8), 18-28.

Pilgrim, D., & McCranie, A. (2013). *Recovery and mental health: A*

critical sociological account. Basingstoke, England: Palgrave Macmillan.

Ptacek, J. T., Smith, R. E., & Dodge, K. (1994). Gender differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20 , 421 - 430.

Putnam, M. (2005). Conceptualizing Disability. *Journal of Disability Policy Studies*, 16(3), 188-198.

Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic catchment area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of General Psychiatry*, 50(2), 85 - 94.

Richman, L. S., Kohn-Wood, L. P., & Williams, D. R. (2007). The role of discrimination and racial identity for mental health service utilization. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(8), 960-981.

Rogler, L. H., & Cortes, D. E. (1993). Help-seeking pathways: A unifying concept in mental health care. *The American Journal of Psychiatry*, 150(4), 554 - 561.

Rosenfield, S. (1997). Labeling Mental Illness: The Effects of Received Services and Perceived Stigma on Life Satisfaction. *American Sociological Review*, 62(4), 660 - 672.

Rothermund, K., & Brandtstädter, J. (2003). Depression in later life: Cross-sequential patterns and possible determinants. *Psychology and Aging*, 18(1), 80 - 90.

Rüsch, N., Corrigan, P., Wassel, A., Michaels, P., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of

mental illness stigma: I. Predictors of cognitive stress appraisal. *Schizophrenia Research*, 110(1), 59-64.

Sabina, C., & Tindale, R. S. (2008). Abuse Characteristics and Coping Resources as Predictors of Problem-Focused Coping Strategies Among Battered Women. *Violence Against Women*, 14(4), 437 - 456.

Salgado de Snyder, V. N., Diaz-Perez, M. J., Maldonado, M., & Bautista, E. M. (1998). Pathways to mental health services among inhabitants of a Mexican village. *Health & Social Work,* 23(4), 249 - 261.

Schoenmakers, E. C., van Tilburg, T. G., & Fokkema, T. (2015). Problem-focused and emotion-focused coping options and loneliness: how are they related?. *European Journal of Aging,* 12(2), 153-161.

Scott, L., & House, L. (2005). Relationship of Distress and Perceived Control to Coping With Perceived Racial Discrimination Among Black Youth. *Journal of Black Psychology*, 31(3), 254-272.

Sen, A. K. (1992). *Inequality Reexamined*, Oxford: Oxford University Press.

Sen, A. K. (1999). *Development as Freedom.* New York: Alfred Knopf.

Sen, A. K. (2013). 『자유로서의 발전』. (김원기 역) 서울: 갈라파고스. (1992).

Shrout, P. E., & Bolger, N. (2002). Mediation inexperimental and nonexperimental studies: New procedures and recommendations. *Psychological Methods*, 7(4), 422-445.

Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being

across age. *Soc. Indicat. Res.* 117, 561 - 576.

Socastro, A., Contreras, A., Peinado, V., Trucharte, A., Valiente, C., Vazquez, C., & Sanchez-Lopez, A. (2022). The mediating role of controllability appraisals and coping strategies on adaptive functioning after job loss: a path model. *Scientific Reports,* 12(1), 1-11.

Solomon, P. (2004). Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 392.

Spencer, M. S., & Chen, J. (2004). Effect of discrimination on mental health service utilization among Chinese Americans. *American Journal of Public Health*, 94(5), 809-814.

Stafford MC, & Scott RR. (1986). *Stigma deviance & social control: some conceptual issues. In The Dilemma of Difference, ed.* SC Ainlay, G Becker, LM Coleman. New York: Plenum.

Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: an integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in Psychology*. 10(694). 1-23.

Stuart, G. W. (2005). *Handbook of psychiatric nursing*. Missouri: Mosby.

Taylor, S., & Stanton, A. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 377-401.

Tew, J., Ramon, S., & Slade, M. (2012). Social factors and recovery from mental health difficulties. *The British Journal of Social Work*, 42(3), 443-460.

Thornicroft, G. (2006). *Shunned: Discrimination against People with Mental Illness.* Oxford: Oxford University Press.

Townsend, M.C. (2014). *Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts*

of Care in Evidence-Based Practice. 8th Edition, F. A. Davis Company: Philadelphia.

Trouillet, R., Doan-Van-Hay, L. M., Launay, M., & Martin, S. (2011). Impact of age, and cognitive and coping resources on coping. *Canadian Journal on Aging*, 30(4), 541-550.

United Nations. (1991). "Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (MI Principles)"

United Nations. (2006). "Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)"

Utsey, S. O., Ponterotto, J. G., Reynolds, A. L., & Cancelli, A. A. (2000). Racial discrimina-tion, coping, life satisfaction, and self-esteem among African Americans. *Journal of Counseling & Development,* 78, 72 - 80.

Vaux, A., & Harrison, D. (1985). Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support. *American Journal of Community Psychology*, 13(3), 245 - 268.

Wahl, O. F. (1999). Mental Health Consumers' Experience of Stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 467 - 478.

Wahl, O. F. (2012). Stigma as a barrier to recovery from mental illness. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 9-10.

Webber, M., & Fendt-Newlin, M. (2017). A review of social participation interventions for people with mental health problems. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology,* 52(4), 369-380.

Wethington, E., & Kessler, R. C. (1986). Perceived support, received support, and adjustment to stressful life events. *Journal of Health & Social Behavior,* 27(1), 78 - 89.

Whitley, R., & Campbell, R. D. (2014). Stigma, agency and recovery

amongst people with severe mental illness. *Social Science & Medicine,* 107, 1-8.

WHO. (2005). "WHO Resource Book on Mental Health Human Rights and Legislation"

Williams DR, & Mohammed SA. (2009). Discrimination and racial disparities in health: Evidence & needed research. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 20 - 47.

Zwicker, A., & DeLongis, A. (2010). Gender, stress, and coping. In J. C. Chrisler & D. R. McCrear (Eds.), *Handbook of Gender Research in Psychology* (pp. 495 - 517). New York: Springer.

Abstract

Discrimination against People with Serious Mental Illness and Their Active Coping Behaviors

: The Mediating Role of Adequacy of Social Participation Services

Na, Subin

Department of Social Welfare

Graduate School

Seoul National University

The human rights model, which has become the predominant perspective on people with serious mental illness (SMI), emphasizes the provision of services that address all areas related to the promotion of human rights. In addition, people with SMI are encouraged and supported to participate in the development of mental health policies, systems, and services. Since South Korea ratified the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) in December 2008, it has had an obligation to create a recovery-oriented environment and person-centered, rights-based approach, however, Korea still lags far behind the standards of international human rights

law.

A number of barriers exist in our society that hinder the spread of the human rights model, and one of the most detrimental factors is stigma and discrimination. On the other hand, as the interest in the spread of the human rights model has grown in Korea, Mental Health Consumer Movements have formed to combat the intensification of stigma and discrimination, and to protect their deprived rights. As a response to this social change, the present study aims to explore active coping behavior as a form of discrimination resistance.

Furthermore, the active coping behaviors of people with SMI are inevitably influenced by the surrounding social environment. Therefore, it is also necessary to scrutinize how the social environment is structured to promote the active coping behaviors of people with SMI. At the same time, according to the human rights model, it is crucial not only to provide services and interventions to empower people at the individual level, but also to change the social structure that excludes people with SMI, and to establish a recovery-oriented infrastructure at the social level that supports the recovery of people with SMI. Hence, this study aims to investigate the effects of experiences of discrimination on help-seeking behaviors as an active coping mechanism and the mediating role of social participation services on the relationship between perceived discrimination and help-seeking behaviors among Korean people with SMI. Furthermore, this study investigated whether these direct and indirect effects are differ according to the level of perceived adequacy of social participation services.

The following research questions were examined: (1) Do people with SMI actively cope with their discrimination experiences? (2) Is the effect of perceived discrimination on help-seeking behavior

mediated by the adequacy of social participation services? (3) Do the direct effects of perceived discrimination on help-seeking and the indirect effects mediated by the adequacy of social participation services differ, depending on the level of perceived adequacy of social participation services?

Based on the data of 461 people with SMI who use mental rehabilitation facilities, the link between experiences of discrimination of people with SMI and their help-seeking behaviors was tested using multiple regression analysis. Mediation analysis was conducted using Baron and Kenny's mediated regression technique and bootstrapping methods.

The results are as follows. First, perceived discrimination was significantly associated with help-seeking, indicating that the more discrimination perceived, the greater the likelihood of help-seeking behaviors. Second, the mediator role of the adequacy of social participation services in the relationship between perceived discrimination and help-seeking was confirmed. Third, both the direct and indirect effects were stronger in the group that highly perceived the adequacy of social participation services.

Based on these findings, implications for practice are discussed. First, it is essential to pay attention to individuals with SMI's resistance to discrimination in the field of mental health social work. This efforts can be made by developing interventions to promote active coping behaviors in individuals with SMI against discrimination, such as social skills training programs and active coping education. Second, social participation services for individuals with SMI, including peer support services and cultural, art, leisure, and physical activities services, should be diversified. Third, mental rehabilitation facilities, which are primarily responsible for providing

social participation services within the Korean mental health service delivery system, should be increased in number and distributed evenly throughout the country.

The findings of this study should be understood in light of the following limitations. The first limitation of the study is its cross-sectional nature, which makes it difficult to make causal inferences. A second concern is that the findings of this analysis should be interpreted with caution since the data used in the study was a survey conducted on individuals with SMI using mental rehabilitation facilities. The results of this study may not equally apply to people with SMI who receive treatment at psychiatric hospitals or who live in the community without access to mental rehabilitation facilities. As a third consideration, it must be noted that the variables were only measured using self-report methods, which can be subject to reporting bias or social desirability.

The previously addressed limitations provide a basis for recommendations for future research, with adjustments to measures and methodological rigor. First, sample representativeness needs to be increased using a random sampling method for various types of institutions, not limited to mental rehabilitation facilities. Second, future studies should consider incorporating objective measures and adopting operational definitions that can capture the broader context and deeper meaning of the variables used in this study. Third, it is necessary to take into account the amount and scale of social participation service resources that actually exist in Korean society, such as the budget of the local government allocated for the service and the number of people employed in the service. Finally, follow-up studies are required to confirm the results. The findings of the study indicate that active coping behaviors were strengthened as the

experience of discrimination accumulated in people with SMI using mental rehabilitation facilities. Considering the changing social trends, this can be a starting point for establishing a more appropriate perspective for Korean society in the future. Given the growing interest in deinstitutionalization internationally and numerous efforts are being made to establish a recovery-oriented approach, the concepts and perspectives noted in this study are in step with the current trends. As such, future studies should be conducted to demonstrate the necessity of expanding the human rights model in current society.

keywords : people with serious mental illness, discrimination, help-seeking, social participation services, mental rehabilitation facility

Student Number : 2021-28968