

2008년 2월
박사학위논문

장애노인의 삶의 질 영향요인 분석

조선대학교 대학원

행정학과
(사회복지학 전공)

김형수

장애노인의 삶의 질 영향요인 분석

*Analysis on Factors Influencing Quality of Life
in the Elderly with Disability*

2008년 2월 25일

조선대학교 대학원

행정학과
(사회복지학 전공)

김형수

장애노인의 삶의 질 영향요인 분석

지도교수 김 용 섭

이 논문을 사회복지학 박사학위신청 논문으로 제출함.

2007년 10월

조선대학교 대학원

행정학과
(사회복지학 전공)

김 형 수

김형수의 사회복지학 박사학위
논문을 인준함

위원장	대학교	교수	인
위원	대학교	교수	인
위원	대학교	교수	인
위원	대학교	교수	인
위원	대학교	교수	인

2007년 12월

조선대학교 대학원

감사의 글

이 논문이 나올 수 있도록 많은 가르침과 격려, 그리고 도움을 주신 분들께 감사드립니다.

실명을 하고 난 후 내 자신에게 그리고 내 가족들에게 꿈과 희망을 심고 가꾸어 보고 싶었습니다. 그래서 막연히 꿈이 이루어지기를 기다리기 보다는 꿈을 이루어 가기 위해 내가 할 수 있는 일에 때를 놓치지 않고 최선을 다해 보려고 했습니다. 그래서 학업을 하는 동안 힘들고 어려움이 있어도 즐겁고 행복했습니다.

먼저 항상 자상하게 격려해주신 오을임 교수님께 감사드립니다. 논문이 체계를 갖추도록 세심하게 지도해주신 박희서 교수님, 독려와 관심으로 살펴봐 주신 김용섭 교수님, 꼼꼼히 코멘트를 해주신 이민창 교수님 그리고 멀리까지 오셔서 심사를 해주시고 아낌없는 지지를 해주신 조홍중 교수님께 감사드립니다. 또 엄격함과 딱딱함에서 벗어나 훈훈한 따사로움과 여유로움으로 학문에 정진할 수 있도록 이끌어 주신 이계만 교수님과 강인호 교수님께도 감사드립니다.

그리고 항상 사랑과 관심으로 지켜봐 주시고 이 길을 갈 수 있도록 지지해주고, 함께 학업을 하면서 힘이 되어준 빛고을행정복지회 편승용 회장님과 회원님, 곁에서 항상 힘이 되어준 장하준, 김한균, 박광수, 박용남, 최효진 그리고 입학회친구 등 많은 분들께 감사드립니다.

또 바쁘신 가운데 일선에서 조사를 도와주신 나주시청 손미정님, 순천시청 임수경님, 담양군청 정정애님, 함평군청 윤미순님 그리고 어려운 환경 속에서 사회복지에 힘쓰시는 복지사 여러분과 무엇보다도 연구가 가능할 수 있도록 조사에 응해주신 장애인분들께도 감사의 마음을 전합니다.

아울러 본 논문이 나오기까지 일일이 거명하기 어려울 만큼 많은 분들이 기꺼이 도와주셨기에 조사가 가능할 수 있었습니다. 두고두고 좋은 연구로 좋은 동료로서 빛을 갠고 싶습니다. 그리고 감사의 마음을 전하고 싶습니다.

가족들의 희생과 사랑이 없었다면 오늘 이 시간은 없었을 것입니다. 가족들에게 사랑의 마음으로 이 논문을 바치고 싶습니다. 항상 저로 인한 걱정 속에서도 지지자로 돌봐주신 형수님, 형님, 매형, 누나들 그리고 장인, 장모님, 처제, 처남들의 기대와 사랑에 어긋나지 않는 모습을 보여드리겠습니다. 부족한 남편을 위해 나의 눈이 되어준 아내와 항상 맑고 건강하게 자라준 송아와 건남에게도 고맙다는 말을 전하고 싶습니다.

마지막으로 저와 우리가족의 꿈과 희망뿐 만 아니라 저 주변사람들의 꿈과 희망도 함께 심고 가꾸는 사람이 되도록 노력하겠습니다.

2008년 1월

연구자 김형수 올림

목 차

<ABSTRACT>

제 1장 서 론	1
제 1절 연구목적	1
제 2절 연구범위 및 방법	6
1. 연구범위	6
2. 연구방법	7
제 2장 이론적 배경	9
제 1절 현대사회와 장애노인의 삶	9
1. 장애노인에 대한 가치관의 변화	9
2. 장애노인의 정의와 패러다임 변화	12
제 2절 선행연구의 검토	21
1. 삶의 질 개념	21
2. 이론적 관점	32
3. 접근방법	37
제 3절 장애노인의 삶의 질 영향요인	50
1. 주요 영향요인 분류	50
2. 주요 변수들의 삶의 질과의 관계	55

제 3장	연구설계	71
제 1절	연구모형 및 가설	71
1.	연구모형	71
2.	연구가설	74
제 2절	변수의 조작화 및 측정	79
1.	변수의 조작적 정의 및 측정	79
2.	설문지의 구성	85
제 4장	실증분석	88
제 1절	표본의 특성	88
1.	표본의 추출	88
2.	인구통계학적 특성	89
제 2절	측정도구의 검증	94
1.	타당도 분석	94
2.	신뢰도 분석	99
제 3절	변수의 기술적 통계	101
1.	단일변수의 분석	101
2.	특성별 차이분석	105
제 4절	연구모형 및 가설의 검증	111
1.	변수간의 상관관계 분석	111

2. 연구모형의 검증	115
3. 가설의 검증	121
제 5절 분석결과 논의	131
1. 특성별 차이분석 결과	131
2. 가설검증 결과	134
제 5장 결 론	143
제 1절 연구결과의 요약	143
제 2절 시사점	145
1. 정책적·제도적 차원	145
2. 실천적 서비스 차원	146
제 3절 향후 연구과제	148
참고문헌	150
<부록1> 설문지	176
<부록2> 특성별 차이분석 결과표	186

표 목 차

<표 2-1> 장애인복지법에 따른 장애유형분류	15
<표 2-2> 삶의 질 개념에 대한 학자들의 정의	22
<표 2-3> 삶의 질의 구성요소	26
<표 2-4> 삶의 질 영향요인들의 범주	51
<표 3-1> 설문지의 구성	86
<표 4-1> 표본의 인구통계학적 특성	91
<표 4-2> 주된 장애와 급수	93
<표 4-3> 요인분석의 적재값 및 행렬	96
<표 4-4> 확인적 요인분석의 모형 적합도	98
<표 4-5> 신뢰도 분석	100
<표 4-6> 변수의 기술통계량 분석	102
<표 4-7> 특성별 차이에 대한 분석 요약	109
<표 4-8> 장애유형별에 대한 차이분석 요약	110
<표 4-9> 변수간 상관관계 분석	114
<표 4-10> 연구모형의 부합도 지수	118
<표 4-11> 개인요인이 미치는 영향성의 분석결과	123
<표 4-12> 환경요인이 미치는 영향성의 분석결과	125
<표 4-13> 사회활동 참여가 미치는 영향성의 분석결과	126
<표 4-14> 자기효능감이 미치는 영향성의 분석결과	127
<표 4-15> 일상생활능력이 미치는 영향성의 분석결과	127
<표 4-16> 가설검증 결과	130

그림 목 차

<그림 2-1> 삶의 질에 대한 관점비교	38
<그림 3-1> 연구 모형	73
<그림 4-1> 연구모형의 검증결과	120

ABSTRACT

Analysis on Factors Influencing Quality of Life in the Elderly with Disability

Kim, Hyeong-Soo

Advisor: Prof. Kim, Yong-Seob, Ph. D.

Department of Public Administration

Graduate School of Chosun University

This study is focused on the relationship between cause and effect on how self-efficacy and daily life ability as external variable and parameter variable of individual factor, environment factor and society integration factor among variables which affect the quality of life of the elderly with disability affect the quality of life. This study pays attention to the rise of political and practical interest on the quality of life of the elderly with disability in accordance with their population change rate and super aging which is being deepened recently. Individual factor, environment factor, society integration factor, emotional and psychological factor affect the quality of life in the aspect of strengthening the capacity of the elderly with disability to improve their quality of life and to analyze their satisfaction of life and the quality of life positively.

This study took advantage of survey research method to solve the study subject. I collected data through the structured questionnaire as the object of 426 the elderly with disability who live in retirement residing in 2 cities and 2 counties in Jeollanam-do and executed correlations using SPSS for

verification of hypothesis and structure equation model analysis using AMOS (Analysis of Moment Structure) 5.0. 9 latency variables that influence on the quality of life of the elderly with disability through the confirmation of wide documents and the preliminary investigation and the interview with them for this were confirmed, and 49 observation variables that explain disability, economy level, social support, social awareness, physical environment, society activity participation, self-efficacy, daily life ability, quality of life were established. I constructed a total of 20 hypotheses and 11 hypotheses were supported. Therefore the structure model which explain the quality of life of the elderly with disability inclusively could be confirmed.

Summarizing the main results, firstly, it showed that recognized disability had meaningful effect on everyday life ability. When I studied the result of difference analysis by each characteristic, in the case of unmarried status in marriage state, in the case of couple family in the aspect of living together and in the case of high academic background in scholarship, it showed that recognized disability was low. The more discrimination experiences on the disability, and the smaller total income, it showed that the degree of recognized disability was high. In the recognized disability of disability type, cerebral palsy, hearing impairment and language impairment had meaningful difference. The more serious in cerebral palsy and language impairment it showed that the recognized disability was high while in the case of hearing impairment the opposite result appeared.

Secondly, in the case of economy level the connection with the quality of life showed meaningful effect. That is, the higher the economy level was, the higher the quality of life was. When I studied the difference analysis by each characteristic, in the case of senior citizens having sight impairment the degree was more serious, and the economy level of more serious senior citizens was high.

Thirdly, it appeared that social support had meaningful effect on self-efficacy and the quality of life, and in the case of the difference analysis by each characteristic it appeared that social support in the case of dispaupered the elderly with disability, the high academic elderly with disability, the elderly with disability having family living together, the elderly with disability without having discrimination experiences on the disability and the elderly with disability having high income was higher.

Fourthly, it appeared that social recognition had meaningful effect on daily life ability, and it also appeared that discrimination experiences on the disability had close relationship with social recognition. In the factors affecting social recognition in accordance with the cause of disability, industrial disaster was the highest, which is considered to come from the recognition that it is industrial accident happening at industrialization process.

Fifthly, it appeared that physical environment influenced on the quality of life and the daily life ability. As the result of difference analysis by each characteristic, in the case of unmarried status in marriage state, in the case without having disability discrimination experience or in the case having much income, physical environment was good.

Sixthly, it appeared that society activity participation influence on self-efficacy and daily life ability. As the result of difference analysis by each characteristic, it appeared that society activity participation in the case of more young elderly with disability, the elderly with disability participating in religion activity, the high academic background elderly with disability, and the high income elderly with disability was high. In relation with disability period, the society activity participation of the elderly with disability for more than 30 years was high.

Sevently, self-efficacy is very important variable because it is the belief that they can do something, which is the base of taking part in local

community activity and achieving social role, and daily life ability has meaningful relationship with society activity participation and quality of life. In the result of this study it appeared that self-efficacy and daily life ability had meaningful effect on the quality of life and it appeared that self-efficacy was high in the single elderly with disability, the more young elderly with disability, the high income elderly with disability and the high academic background elderly with disability. It appeared that daily life ability was high in the case of the dispaupered elderly with disability, the more young elderly with disability, the high income elderly with disability, the inborn elderly with disability, and the long durable elderly with disability.

Eighthly, it appeared that the quality of life in the case of the religious activity participating elderly with disability, the high academic background elderly with disability, the traffic accident elderly with disability, and the high income elderly with disability was high.

When we see the results, we can confirm that the elderly with disability were weaker in all situations than the normal elderly or other aged disabled persons and specially was in very difficult situation economically. Futhermore it appeared that the elderly with disability had the difference of receiving the same variable in accordance with the type of disability. Therefore there needs the differentiated policy according to the type of disability in the supply of service. In addition to it, there needs the strategy of service focused on society environment change in social welfare practice and the reinforcement of social support service for the elderly with disability. Specially, income guarantee, medical guarantee and social support service for the quality of life of the solitary elderly with disability and governmental support policy for looking after the elderly with disability may have to be prepared for. In addition, when the improvement of physical environment like neighboring living facilities laying stress on neighborhood

area that the elderly with disability inhabits and the social recognition become changed, the degree that the elderly with disability participate in society activity can be high and these results may be revealed as the local community unification of the elderly with disability. In order to improve the quality of life of the elderly with disability through these results, the interdisciplinary systematic research on the development of integrated program through co-relation with social welfare field that can offer not only the support for the individual elderly with disability but also the support for the change of environment surrounding the elderly with disability and the emotional and psychological dimension should be prepared for.

Key Words: the elderly with disability, recognized disability, economy level, social support, physical environment, social recognition, society activity participation, self-efficacy, daily life ability, quality of life.

제1장 서론

제1절 연구목적

노년이 되면 사회적 역할의 상실과 부양문제, 노화로 인한 기력의 쇠퇴, 건강악화와 만성질환, 경제수준 저하, 소외감과 고독감 그리고 자아존중감과 자기효능감의 저하 등 각종 심리사회적 손실을 겪게 된다. 이러한 경향은 장애가 있는 노인일수록 그 정도가 심각할 것이다. 즉 우리사회의 급속한 고령화 가속현상과 장애노인의 발생추이를 볼 때 앞으로 우리 사회가 해결해야 할 중요한 과제의 하나는 장애노인의 삶의 향상이 될 것으로 예측된다. 장애노인들이 행복하고 안녕적인 삶을 영위할 수 있도록 하기 위해서는 장애노인들의 삶의 질을 평가하고 이들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 밝혀내는 연구를 할 필요가 있다.

이러한 연구배경 근거는 한국사회가 전반적으로 생활조건의 개선과 의료기술의 발달과 더불어 평균수명이 연장되면서 인구고령화는 세계 다른 국가들에 비해 현저히 빠른 속도로 진행되고 있다는 점이다. 통계청이 발표한 ‘2006 고령자 통계’에 따르면 우리나라 총 인구에서 65세 이상 노인이 차지하는 비율은 총인구 4849만 7000명 중 459만 7000명으로 9.5%에 달해 지난해에 비해 0.4%, 10년 전과 비교하면 3.4%나 높아진 것으로 나타났다. 지난 2000년 노인인구 비율이 7.2%로 고령화사회에 진입한 우리나라는 이 같은 추세가 이어질 경우 2018년에는 노인인구비율이 14.3%로 고령사회, 2026년에는 20.8%로 초고령사회에 진입할 것으로 전망됐다.

위와 같은 사실에서 노인 인구의 비율 증가 추이와 비교해 볼 때의 고령화 현상은 가속화될 것이라고 예측할 수 있으며, 아울러 고령화 사회에서는 다양한 장애발생 원인에 의해 노령층에서의 장애출현율이 점차 높아지고 있고, 장애 양상도 선진국과 같이 점차 고령화되는 경향을 보일 것으로 전망된다. 즉, 노인인구 중에서도 가장 높은 사회적 부담이 될 가능성이 있는 장애노인 인구

가 계속 증가되는 추세이다.

특히 장애범주가 확대됨에 따라 장애노인의 인구는 계속 증가될 것이다. 이외에도 평균 수명의 연장에 따라 만성퇴행성질환과 장애가 있는 노인이 증가하고 있으며, 각종 사고로 인한 후천적 장애인 역시 증가하고 있다. 이와는 대조적으로 장애노인 인구가 지속적으로 증가하고 있음에도 불구하고 도시화에 따른 산업구조와 노동 수요의 급속한 변화에 따른 노인의 경제적, 사회적 지위 저하는 장애노인의 독립적인 사회구성원으로서 살아갈 수 있는 여지를 좁히고 있으며 또 전통적으로 노인부양을 담당해 오던 가족의 기능이 점차 약화됨에 따라 가족의 부양을 받지 못하는 장애노인 인구가 증가하여 심각한 사회문제가 되고 있다.

이처럼 연령이 높아질수록 장애노인 인구 비율이 증가되고 있으며, 우리나라의 경우 전체 장애인의 44.0%가 60세 이상이다. 일본의 경우 60세 이상의 장애인이 63.0%를 차지하고 있는데, 이는 우리 문화권에서도 고령화에 의한 장애인수는 더욱 증가할 것을 암시해 주고 있다(윤혜숙 · 윤가현, 2003: 115). 그럼에도 불구하고 지금까지 장애노인의 문제는 사회적 관심을 거의 받지 못한 상태로 방치되어 왔다.

이는 ‘노인’과 ‘장애인’을 서로 다른 영역으로 분류하면서 각각 독자적인 정책을 시행하고 있으며, 각 서비스 공급원 간의 상호 협조가 이루어지지 못하다는 문제점에 기인한다. 즉, 장애노인의 문제는 장애인복지와 노인복지의 어느 영역에서도 그동안 복지 정책의 대상이나 서비스의 대상으로 논의되지 않는 경향이 있었다. 장애인복지나 노인복지관련 교재에서도 장애노인에 대해 다루지 않은 저서들이 대다수이며, 학술적으로도 이들에 대한 연구는 매우 미흡한 실정이다. 따라서 현실적으로 장애인은 장애인 문제와 노인문제를 동시에 경험하는 취약한 집단임에도 불구하고, 이들에 대한 정책적 관심이 이에 미치지 못하고 있다(김미옥, 2003: 74).

즉, 가족의 부양기능이 약화됨에도 불구하고 의존성이 강한 장애노인의 증가 현상, 장애노인에 대한 실증적 연구의 부족으로 장애노인의 특성, 욕구 및 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들을 충분히 파악하지 못한 점 등으로 장

애노인에 대한 연구 및 서비스 개발의 필요성은 점차 증가하리라고 본다.

비장애노인의 경우 노년의 삶의 질을 추구하고자 하는 관심과 노력으로 인하여 비장애노인의 다양한 욕구와 문제를 해결하고자 하는 노인의 삶에 대한 사회·국가적인 관심이 증가하고 있다. 이러한 추세에 따라 우리나라의 선행 연구들에서도 비장애노인의 삶의 질과 관련된 연구들이 다양한 요인을 검증하여 노인의 생활만족도를 늘리기 위한 정책적, 임상적 제언을 하고 있다(박성연 외, 1985; 서병숙, 1995; 차용은 외, 1996; 김기태 외, 2002; 박성복, 2004; 오영희 외, 2005; 오승환 외, 2006; 정명숙, 2007).

반면 우리나라의 경우, 장애 노인의 삶의 질 문제에 대한 관심은 아직까지 미약한 수준에 머무르고 있다. 1980년대 이후로 정상화와 사회통합 등의 사회적 조류에 맞추어 장애인 사회참여와 통합 등의 사회적 노력들을 전개해 오고 있지만 정작 장애인 개개인이 자신의 삶에 대해서 어떻게 느끼고 있는지에 대한 관심은 그리 많지 않았다. 더욱이 노인이라는 점과 장애 및 빈곤문제 등의 다양한 차별구조 속에서 생활하고 있는 장애인들의 삶의 질에 대한 관심과 연구는 매우 부족한 실정이다.

기존의 연구들도 장애인구의 실태나 사회복지서비스의 욕구를 파악하는 연구가 소수에 지나지 않는다(김형수, 1996; 윤경아 외, 2000; 서정만, 2001; 김미옥, 2003; 윤혜숙·윤가현, 2003; 최은희, 2003; 김성희 외, 2004; 손용진, 2004; 이영호, 2006). 이에 따라 장애를 지니고 있다는 이유로 상대적으로 낙후된 생활환경 속에서 삶을 영위하고 있는 장애인들의 문제는 더 이상 장애인 당사자와 가족 내에서의 문제가 아니며, 장애인 당사자와 가족이 해결할 수 있는 범주를 넘어선 것이다.

이렇듯 우리사회에서 소외되고 있는 장애노인의 입지는 그 어느 때 보다도 좁아지고 생활의 어려움은 가중되어 이들의 삶의 질은 더욱 낮아질 수밖에 없다. 이러한 현실 속에서 장애노인은 그들을 위한 효율적인 정책과 양질의 서비스를 기대하기 어려울 뿐만 아니라, 인간 생존의 궁극적인 목적인 삶의 질적 향상이 현실화되기는 더욱 어려운 상황이라고 할 수 있다. 많은 장애노인들이 빈곤과 건강악화, 정서적 고독에 빠져 있는 실정에서 오늘날까지 장애노인들에

대한 사회복지 수준은 제대로 구현되어 있지 못한 것이 현실이다.

따라서 본 연구에서는 최근 심화되는 장애노인의 인구추이율과 초고령화에 따른 장애노인들의 삶의 질에 대한 정책적 · 실천적 관심이 재고되고 있음에 주목하여, 전라남도 거주 장애노인의 삶의 만족과 삶의 질을 실증적으로 분석하고자 한다.

기존의 연구에서 제한적이고 일과적인 접근방법과 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 요인들을 제시하고 있으나 매우 복합적인 요인을 고려해야 함으로 인해 장애노인들의 삶의 질을 이해할 수 있는 설명적 수준의 지식을 제공할 수 없었다. 나아가 이들 선행연구를 기초로 사회복지 정책과 서비스 제공이 이루어지지 못하는 문제점이 도출된다.

이는 지금까지의 부분적이고, 단편적인 지식보다는 장애노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 관련요인을 규명하고 이들 요인과 상황 · 심리적 매개변수 사이의 상호작용이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는가에 관한 총체적이고 종합적인 것의 필요성을 시사하고 있다. 사회복지 서비스란 신체적, 정신적, 사회적, 심리적 측면이 모두 고려된 통합된 접근임을 전제로 할 때, 선행연구들의 결과들을 통합하여 사회복지 정책 및 서비스 개발을 위해 더욱 깊이 있는 연구가 필요하다.

따라서 장애노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인과 삶의 질에 관한 지각간의 매개변수 및 구체적인 경로와 그 영향력을 규명함으로써 장애노인들을 위한 서비스의 총체적 틀을 제공할 것이며, 대상자에 대한 기본적인 이해를 돕고 실제적 사회복지 정책과 서비스의 개념틀을 제공할 수 있을 것이다.

본 연구는 장애노인의 삶의 질을 종합적으로 이해하기 위해 장애노인들의 삶의 질을 설명하고 예측하는 연구모형을 구축함으로써 제 변수들 간의 인과적 관계를 규명하여 장애노인들의 삶의 질 향상을 위한 실천적 함의를 제시하고자 하며 아울러 장애노인의 삶의 질을 종합적으로 이해하고 장애노인을 위한 복지 이론 및 실무의 방향을 제시하고자 시도하였다. 이를 위한 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

첫째, 선행연구와 문헌고찰을 통해서 그 동안의 연구들에 나타난 장애노인

삶의 질 접근방법, 측정도구, 설명모형, 결정요인 등을 검토하여 개선되어야 할 점을 찾아내고, 삶의 질 설명모형과 척도를 개발하기 위한 이론적 기초를 마련한다.

둘째, 이론적 배경을 바탕으로 장애인들의 삶의 질을 구성하는 핵심적인 요소들을 파악하고 삶의 질을 설명하기 위한 구조방정식 연구모형과 가설을 설정한다.

셋째, 장애인들의 삶의 질 변화에 영향을 미치는 변수들 간의 효과를 파악하여 변수들 간의 인과관계 및 그 강도를 규명한다.

넷째, 대상자들로부터 수집한 자료와 가설적 모형간의 부합도를 검증하고 변수들 간의 관계를 보다 잘 설명하고 예측할 수 있는 영향요인을 파악한다.

다섯째, 이를 바탕으로 연구과제를 수행함으로써 장애인 정책적 시각에서의 고령화시대에서 궁극적인 장애노인의 삶의 질의 향상을 이끌어낼 수 있는 사회복지의 정책과 프로그램의 방안을 모색한다.

제2절 연구범위 및 방법

1. 연구범위

본 연구는 65세 이상 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 개인요인, 환경요인, 사회통합요인들의 외생변수들과 자기효능감 및 일상생활능력의 매개변수들이 삶의 질에 미치는 영향을 규명하고자 한다.

이를 통해서 인지장애가 없는 장애노인의 삶의 질을 설명하는 모형을 개발하고, 삶의 질에 영향을 미치는 제 변수들 간의 인과관계를 밝혀 삶의 질에 관한 통합적인 이해를 확보하고 체계적이고 종합적인 수준과 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 살펴보고자 한다.

단, 장애노인들의 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 8개로 한정하였으나, 정책대상 집단의 삶의 질 확보에 관한 이론적 기초를 제공하기 위하여 필요하다고 사료되는 부분은 활동이론과 적응이론을 포함하여 장애노인에 관한 일반적이론까지 연구대상으로 포함시키고 있다.

본 연구는 노인 복지법상 65세 이상 장애노인이며, 이들의 삶의 질 향상 차원에서 그리고 지리적·시간적 여건의 제약 때문에 실증분석을 위한 사례지역을 전라남도에 거주하는 장애노인으로 한정하였다.

또한, 설문분석을 위해서 연구의 편의상 장애노인의 범위를 한정할 필요가 있었으므로 본 연구의 조사 대상은 전라남도에 거주하는 65세 이상 장애노인 중 인지장애가 없는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애 및 언어장애 노인으로 한정하였다. 연구대상을 인지장애가 없는 장애노인으로 한정한 이유는 의식상태가 뚜렷하지 않아 설문에 참여할 수 없는 장애노인을 제외할 필요가 있었기 때문이다.

2. 연구방법

본 논문의 제1장과 제2장에서는 연구목적과 이론적 배경에 관한 것으로 문헌연구 방법을 사용할 것이며, 제3장-제4장까지는 설문조사에 관한 것으로 이에 관한 구체적인 연구방법은 각 장에서 자세하게 논의하고자 한다. 그리고 여기에서는 연구방법과 연구과정을 개괄적으로 소개하고자 한다.

본 연구에서는 SPSS 14.0을 이용하여 요인분석, 신뢰도 분석, 기술통계량 분석, 상관관계분석, 특성별 차이분석을 위한 t-test와 분산분석을 실시한다. 그리고 AMOS(Analysis of Moment Structure) 5.0버전을 활용한 구조방정식 모형 분석방법으로¹⁾ 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 변수들 간의 상대적 중요도 및 인과관계를 규명하기 위한 연구모형을 검증하고 변수들 사이의 가설 관계를 검증한다.

설문조사는 전라남도에 거주하는 65세 이상 재가 장애인으로 약 460명을 선정하여 실시하고 그 응답 자료를 대상으로 본 연구에서 제안한 삶의 질을 측정하기 위한 측정모형과 요인들 간의 인과관계를 설명하는 구조모형의 타당성과 적합성을 분석한다.

위에서 언급한 바를 토대로 ‘장애노인의 삶의 질 영향요인 분석’의 연구과정은 다음과 같다. 제1장에서는 본 연구가 수행된 연구의 목적을 제1절에서 살펴보고, 제2절에서는 연구의 범위 및 방법을 소개한다.

제2장에서는 이론적 배경으로 장애노인의 삶의 질에 관한 연구모형을 구성하는데 토대가 되는 다양한 이론적 논의들을 검토한다. 먼저 제1절에서는 우리 사회에서 장애노인의 삶을 조명하기 위해 장애와 노화를 둘러싼 가치관의 변화, 즉 사회변화 및 장애노인의 삶의 특성 그리고 장애노인의 생활세계를 정리

1) 구조방정식(SEM: Structural Equation Modeling)은 어떤 현상에 대한 체계적인 이론을 분석하기 위한 다변량분석기법으로 가설검정(주로 확인적인)에 주로 사용되는 통계적인 분석방법이다. 구조방정식 모형은 측정모형(Measurement Model)과 이론모형(structural Model)을 통해서 모형간의 인과관계를 파악하는 방정식모형을 의미한다. 구조방정식 모형은 공분산구조방정식이라고도 부른다. 결론적으로 말하면 구조방정식 모형은 인과분석을 위해서 요인분석과 회귀분석을 개선적으로 결합한 형태라고 할 수 있다. (김계수, 2007)

한다. 제2절에서는 삶의 질에 관한 기존문헌의 검토를 통해서 삶의 질의 개념과 장애노인의 삶의 질에 관련된 이론들을 살펴보고자 한다. 이를 위해 삶의 질의 구성요소와 학자들의 연구동향을 살펴보고, 삶의 질 접근방법에 대해 살펴보고자 한다. 제3절에서는 장애노인의 삶의 질 결정요인의 구성을 중심으로 기존 경험적 연구들을 검토한다.

제3장에서는 선정된 요인들 간의 관계를 분석할 연구모형을 정립하고 가설을 설정하고 해당변수에 대한 조작적 정의를 내린다.

제4장에서는 전라남도 거주 65세 이상의 장애노인들을 대상으로 한 설문조사에 대한 분석결과가 제시된다.

제5장의 결론에서는 앞에서 제시된 연구 내용들을 요약하는 한편 본 연구의 성과를 이론적 함의와 정책적 기여로 나누어 그 의의를 평가하고, 끝으로 본 연구의 한계와 앞으로의 연구과제를 제기하고자 한다.

제2장 이론적 배경

제1절 현대사회와 장애인들의 삶

장애노인에 대한 패러다임은 장애노인의 삶의 질에 있어서 가장 중요하고도 본질적인 영향을 미치며 장애노인의 성공적인 삶에도 중요한 요인이 된다. 이에 장애노인의 패러다임 변화에 영향을 미친 주요 쟁점들을 알아봄으로써 바람직한 장애노인의 삶의 질 이론 정립에 기여할 것이다.

1. 장애인에 대한 가치관의 변화

장애노인 묘사는 장애인들이 결함 있는 신체를 가진 사람(flawed able-bodied people)으로 기술된 역사이다. 장애인과 노인에 대한 인식과 태도는 인류 역사와 함께 변화해 왔다. 의학적으로 설명되기 전까지 장애와 노화는 논리적으로 설명할 수 없는 영역이라는 생각이 지배적이었다.

이러한 장애와 노화(aging)라는 것은 단순히 신체적 또는 생물학적 관점에서 이해되는 것만은 아니다. 장애가 있다는 것과 늙는다는 것은 삶에 대한 태도의 선택이기도 하다. 인류의 역사와 함께 장애인들의 역사도 긴 것이라고 할 수 있다. 그럼에도 불구하고 장애노인은 시대와 지역을 초월하여 존재해 왔지만 동·서양을 막론하고 장애노인에 대한 지배적인 태도는 부정적이었다.

고대 그리스나 로마 사람들은 신체의 건강과 미에 대한 찬미풍습이 강하여 장애인을 추한 인간의 표본으로 생각하였으며, 노인에 대해서도 청년우위(青年優位)사상으로 고령자를 짐으로 생각하는 부정적인 노인관이 지배적이었다.

중세에서도 이러한 가치관이 크게 변화되지 않아 노인에 대한 생각이 노화를 병리현상(病理現象)으로 보았다. 이와 달리 장애인의 경우 기독교가 크게 전파된 이후 고대사회의 장애인관이 자비와 동정을 기초로 한 보호·수용으로 변화되었다(이태영·김정권, 1981).

그러나 이런 보호, 구제 사상도 단순한 종교적 자선구제 정신일 뿐, 근대적인 인간평등 사상에 입각한 것은 아니었다. 보호사상의 일면에는 장애인에 대한 편견이 그대로 남아있었다. 그러던 것이 르네상스 이후 근세 사회에 들어서면서 인간주의 사상의 대두와 종교개혁의 성과, 의학의 발달로 장애인 문제를 객관적이고 합리적으로 이해하게 되면서 미신적 편견에서 벗어나 과학적인 근거에서 받아들일 수 있었다.

또 다른 이유로는 산업혁명 이전까지 장애인과 노인은 공동체사회의 보호가 필요한 사람 정도로 인식되었고, 산업혁명 이후에는 장애인과 노인은 생산에 기여할 수 없는 무가치하고 무위한 존재로 사회에 필요 없는 사람으로 인식되었다.

그러던 것이 두 차례에 걸친 세계대전 및 급속한 산업화로 이러한 패러다임이 변화되기 시작되었다. 전쟁을 통해 많은 전쟁장애인들이 속출하였으며, 국가 공로자인 이들에 대해 일정 수준 이상의 예우가 필요하다는 사회적 논의가 활발히 제기되었다. 그리고 급속한 산업화 과정은 부정적 부산물로 각종 산업재해와 질병을 야기 시켰다. 이 과정에서 장애를 입은 사람들은 '산업역군'으로 묘사되었으며, 이들에 대해서 국가가 일정한 책임을 져야 한다는 논의들이 정당성을 얻게 되었다(김미옥 외, 2006).

동양에서의 노인에 대한 인식은 고령자를 경외(敬畏)의 대상으로 보는 한편 서양처럼 부양 및 보호의 대상으로 보는 이중적인 태도를 가지고 있었다. 일본의 문헌에서도 이와 같은 현상이 보인다. 일본 중세의 귀족사회의 단면을 잘 나타내고 있는 도연장에 의하면 '오래 살다보면 부끄러움도 많다'는 말처럼 노년에 대한 태도는 부정보다는 동정의 대상으로 보았다.

坂田成鐔(2000)에 의하면 이러한 노년관은 근세의 도쿠가와막부(徳川幕府)시대까지는 유교적인 계몽으로 인하여 노인에 대한 부양의식이나 경로사상(敬老思想)은 일반적이었다. 그러나 최근에 와서 과학기술의 진보와 고도경제성장에 따른 산업화 및 핵가족화의 진행에 따라 경로사상은 외형적인 형식으로만 남게 되었다. 따라서 노인은 사회적으로는 생산 능력을 잃은 대신에 의존성이 높아진 존재로서 노인을 보는 부정적인 태도가 늘고 있는 것이 현실인 것이다(강수

균, 2000 재인용).

우리나라에서는 윤희와 업 사상이 우리 민족의 사상적 기저를 이루고 있는 불교의 자비사상(慈悲思想)과 유교의 인 사상(仁思想)이 융합되어 박애주의 입장에서 장애인이나 노인 등 사회적 약자를 자비와 동정의 대상으로 취급해 왔다고 할 수 있다(강수균, 2000: 114 재인용).

이상에서 살펴본 바와 같이 부정적인 장애인과 노인에 대한 인식의 이면에는 장애노인은 의존적이고 인생의 쇠퇴기라고 보는 태도가 잠재해 있다. 즉, 신체적 기능 저하 및 지적능력 등의 심리적 기능이 저하되고, 나아가 사회적 역할을 상실하는데서 오는 객관적인 사실에 입각하고 있는 것이다. 따라서 장애와 노화에 따라 나타나는 현상은 장애노인 자신에게도 많은 변화를 초래하게 된다.

이규태(1981)는 한국에 있어서 부정적인 장애인관은 완전인간 지향으로 말미암은 결과라고 지적하고 철학적 인간학에 따르면 완전한 인간학이란 존재하지 않는다고 한다. 인간을 발달적 존재로서 인식한다면 장애인과 노인에 대한 편견들이 사라질 것이다. 결국 철학적 인간학의 관점에서 보면 장애와 노화는 보편적인 현상에 불과하다. 질병이란 인간의 존재방식으로 보면 인간은 누구나 정도의 차이가 있을 뿐 모두가 환자라고 할 수 있는 것이다. 일반적으로 장애와 노화 그 자체는 부정적인 내용을 가지고 있지만 장애와 노화를 개인의 일부로서의 하나의 개성으로 보는 경우 그 부정성은 배제된다고 한다.

또한, 장애노인 자신에의 긍정적인 평가는 사회적인 면과 심리적인 면에 영향을 미치고 있을 뿐만 아니라 궁극적으로 사회에서의 역할수행 능력에도 영향을 미친다. 이러한 긍정적인 자기평가는 주위와의 관계에 크게 의존하고 있고, 주위의 장애인과 노인에 대한 인식이 긍정적인 경우 장애노인의 의욕도 증가하고, 상호교류도 증가하게 될 것이다. 이와 같이 장애인과 노인에 대한 인식은 장애노인에 대한 태도개선의 문제로서 비장애인이 그 사회의 저류에 있는 기존의 관념적인 기준에 준거하여 장애노인을 보는 것이 아니라, 현실의 한 개인으로서의 장애노인과 접하는 기회를 확보하고, 심신의 이상을 일반 생물에게도 있을 수 있는 자연 현상으로 수용하도록 하게 하는 노력이 필요할 것이다(강수

균, 2000: 131).

결론적으로 우리사회가 아무리 장애인들을 위한 연구 및 실천 의지가 있고 복지정책, 서비스 및 복지제도의 제정 및 시행을 위한 노력을 한다 하더라도 장애인 및 그들의 가족을 바라보는 시각이 바람직하지 않고 건전하지 않다면 장애인의 삶이 나아질 수 없을 것이다.

2. 장애노인의 정의와 패러다임 변화

가. 장애노인의 정의와 복지 패러다임

어떠한 대상이나 현상이 이름을 갖게 되면 그 이름은 인식의 기준이 되고, 더 나아가 그 대상과 현상에 대한 이해와 태도를 결정하게 한다. 장애인에 있어서도 장애와 노화를 비극론적 관점에서 받아들이면 그러한 시각에서 정책과 이를 위한 서비스 프로그램들이 입안되고 실시될 것이다.

반면에 장애와 노화를 전적으로 사회의 책임이란 관점에서 바라보면 모든 것을 사회의 책임으로 돌리는 오류를 범하게 된다. 따라서 장애노인을 어떤 관점에서 바라볼 것인가는 매우 중요하다.

그러나 장애인에 대한 왜곡된 인식과 태도는 장애노인의 사회통합을 가로막는 실질적인 장벽으로 존재하고 있으며 장애인 당사자가 느끼는 가장 커다란 장벽이 되고 있다. 이러한 장벽을 없애기 위해서는 장애노인을 이해하는 것이 우선되어야 한다. 장애와 노인의 이해를 위해 노력하는 이유는 우리 모두 가변적인 장애노인이라고 할 수 있기 때문일 것이다.

현대는 교통사고, 환경오염, 산업재해, 식품의 오염, 약물중독 등이 만연하여 우리를 위협에 노출시키고 있다. 이러한 사실은 우리나라 장애인 중 89.4%가 후천적인 장애인이라는 통계를 통해서도 검증되고 있다(변용찬 외, 2001).

또한 노인이 되면 누구나 장애가 올 수 있다. 시력의 저하, 보행의 어려움, 기억력도 감퇴되고 노인성 질환으로 고통 받게 되는 경우도 많다. 장애인에

대한 올바른 이해와 장애인 문제에 대한 적극적인 참여는 우리 자신의 미래를 위한 생산적 투자라고 할 수 있으며 성숙한 사회구성원으로서 갖추어야 할 중요한 자질 중 하나라고 할 수 있을 것이다.

(1) 장애노인의 정의

장애인과 노인을 지칭하는 용어는 그 시대의 사회·문화적여건과 정치·경제적 상황에 따라 다양하게 인식되어지고 호칭되어 왔다. 장애인과 노인을 한마디로 정의한다는 것은 매우 어렵다. 하지만 노인복지와 장애인 복지의 주된 대상이자 주체인 장애인에 대한 정확한 이해를 위하여 장애노인의 개념을 보다 명확히 하는 것이 필요하다.

학술적으로 노인에 대한 정의는 모든 인간은 성장, 성숙, 그리고 노화라고 하는 세 가지 단계를 거쳐 발달(Atchley, 2000)하게 되는데, 이 중에서 노화단계에 속하는 사람들을 ‘노인’으로 지칭하게 된다. 여기서 노화의 말 속에는 생물학적·심리적 그리고 사회적 기능이 쇠퇴해 간다는 의미를 지니고 있다. 단순히 연령이나 ‘신체적으로 늙었다’고 하는 생물학적인 쇠퇴를 기준으로 노인을 규정하는 경우가 일반적이지만, 연령에 따라서 인간의 발달단계를 획일적으로 구분하는 것에는 한계가 있다(김동배·권중돈, 1998).

즉 노인에 대한 명확한 정의는 개인의 신체적인 특성이나 사회의 문화적인 차이에 따라 그 기준이 다양하게 정의되어 질 수 있으나 일반적으로 연령에 따라 분류하는 것이 보편적이다. 다시 말해서 노인의 개념을 규정할 때 가장 일반적인 것이 역연령(曆年齡, chronological age)에 의한 개념의 정의로 이 정의에 의하면 대부분의 많은 사람들이 60세를 노년기에 이르는 나이로 보는 경향이 짙다²⁾. 그리고 법적인 정의로 대부분의 산업사회는 65세를 노인으로 규정하고 있는데, 이것은 1889년 비스마르크에 의해 세계 최초로 제정된 독일 연금보험(rentenversicherung)의 수혜 자격 연령을 65세로 규정한 전통에 따

2) 1992년 UN의 ‘제1차 노인복지전문가 회의’에서 아시아, 태평양 지역의 대다수 나라에서는 노인을 60세 이상으로 보는 것이 합리적이라고 합의한 바 있다.

른 것이다.

우리나라의 경우 노인복지법에서는 노인을 65세 이상인 자를 말하고 있으며 국민연금 수급연령으로 볼 때 노인은 60세를 기준으로 분류하고 있으며 경로연금제도나 각종 경로우대제도 또한 65세를 기준으로 하고 있다.

이상의 노인의 정의에서 주의할 점은 노인을 단순히 신체적으로나 심리적 혹은 사회적으로 불리한 장애를 지닌 집단으로 규정하려는 시각에서 벗어나, 노인들을 전 생애에 걸친 긴 인간 발달의 경로 중 한 과정에 위치해 있는 것으로 파악해야 한다. 따라서 아직 계발되지 않은 많은 잠재력과 가능성을 지닌, 한 인간에게 있어 이제까지의 삶 중에서 가장 발달되고 완성에 가까운 형태의 것들을 갖추고 있으며 그것들을 영위하고 있는 존재로써 새롭게 조명되어야 할 것이다(홍숙자, 2001).

우리나라에서 장애인의 범위는 각 법률마다 달리 정의되고 있다. 역사적 변천은 있었으나 현행 우리나라 장애인복지법 제2조에서는 장애인은 ‘신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자’로 정의하고, 여기서 신체적 장애라 함은 주요외부 신체기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말하는 것이고, 정신적 장애라 함은 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 말한다(장애인복지법, 제2조 2항). 그리고 동법 시행령 제2조에서 장애의 종류 및 기준을 정하고 있는데, 여기서 15개의 장애를 대상으로 하고 있으며, 동법 시행규칙 제2조에 장애등급을 규정하고 있다. 장애범주는 ‘대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자’로 정하고 있다.

따라서 현행 우리나라 장애의 정의에는 신체적 또는 정신적 장애라는 의학적 원인이 존재하며, 이러한 원인에 의하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받고 있는 상태라는 두 가지 조건에 의하여 규정된다. 반면 장애인 고용정책에 기초가 되는 장애인고용촉진 및 직업재활법에서는 장애인은 ‘신체 또는 정신상의 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자’로 정의되고 있다.

동법에서는 장애인의 개념과 별도로 중증장애인 정의 규정을 두고 있는데,

여기서 중증장애인이라 함은 ‘장애인 중 근로능력이 현저하게 상실된 자로서 대통령령이 정하는 기준에 해당하는 자’(장애인고용촉진 및 직업재활법 제2조 2항)를 말하며, 이를 현행법상 ‘직업적 중증장애인’이라 할 수 있다.

결과적으로 우리나라 「장애인복지법」상 장애분류는 법 제2조 2항에 규정되어 있듯이 신체적 장애와 정신적 장애로 크게 분류되며, 신체적 장애 및 정신적 장애의 대분류 밑에 중분류, 소분류, 세분류의 분류체계가 있다. 「장애인복지법」에 따른 장애의 분류와 확대예정 장애범주³⁾를 정리하면 다음의 <표 2-1>과 같다.

이와 같이 장애인과 노인의 정의의 상당 부분이 일치하는 것을 알 수 있으며 이는 노인으로서의 노인문제와 아울러 장애문제에 대해서도 관심을 갖고 함께 해결해 나아가야 할 것으로 사료된다.

<표 2-1> 장애인복지법에 따른 장애유형분류

대분류	중분류	소분류	세분류	확대예정 장애범주
신체적 장애	외부 신체기능의 장애	지체장애	절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 변형 등의 장애	
		뇌병변장애	중추신경의 손상으로 인한 복합적인 장애	
		시각장애	시력장애, 시야결손장애	
		청각장애	청력장애, 평형기능장애	
		언어장애	언어장애, 음성장애, 구어장애	
		안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애	
	내부기관의 장애	신장장애	투석치료 중이거나 신장을 이식받은 경우	소화기장애, 비뇨기장애,
		심장장애	일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 이상	만성통증, 기타암
		간장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간기능 이상	

3) 장애범주의 확대는 1997년에 공포된 「장애인복지발전 5개년 계획」에 의한 것으로 1단계 장애범주 확대가 1999년에 이루어져 장애범주가 5개에서 10개의 유형으로 확대되었고, 2단계 장애범주 확대는 2003년에 이루어져 10개의 유형이 15개의 유형으로 확대 실시되고 있는 것이다.

		호흡기장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호흡기기능 이상	
		장루·요루장애	일상생활이 현저히 제한되는 장루·요루	
		간질장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간질	
정신적 장애	정신지체		지능지수가 70 이하인 경우	
	정신장애		정신분열병, 분열형 정동장애, 양극성 정동장애, 반복성 우울장애	만성알코올·약물중독, 기질성뇌증후군, 치매
	발달장애(자폐증)		소아자폐 등 자폐성 장애	기타 정신발달장애

(2) 장애인에 대한 인식 변화

장애인에 대한 인식을 살펴보면 장애와 노화에 대해서 산업화 시대가 도래하기 이전까지는 병리적 현상으로 또는 신의 저주로 생각되어 가족과 지역사회의 보호가 필요한 존재로 인식되었다. 산업사회에서는 생산능력이 주요한 패러다임을 형성함에 따라 장애인과 노인은 무가치하고 무위한 존재로 사회에서 제거되어야 할 사람으로 인식되었다. 그러던 것이 두 차례의 세계대전으로 많은 장애인이 출현하였으며, 급속한 산업화는 산업재해와 질병을 일으켜 이에 대한 국가의 예우와 보호의 책임이 대두되었다.

또한 노화를 병리적 노화로 보는 경향에서 노년 의학, 노년 생물학 및 노년 사회학 등이 발달됨에 따라 노화 그 자체가 병리적 현상이 아니며 정상적 노화 과정에서 나타날 수 있는 부정적인 과정으로 인식되었다. 이러한 환경의 변화에 따라 장애인과 노인에 대한 사회복지의 방향은 시설보호 중심의 분리와 통제중심에서 지역사회 보호와 참여를 지원하는 활동으로 변화되고 있다. 즉 개별적이고, 자선과 온정주의적 접근에서 시민의 권리로서 사회적·제도적 접근으로 발전·변화되어가고 있다 또한 국제 환경의 변화와 제도의 변천 및 보건 의료 기술의 발달에 따라 장애와 노화를 바라보는 시각이 변하였으며, 변화된 시각에 따라 장애인에 대한 사회적 접근이 변화되어 가고 있다.

이러한 장애 패러다임의 변화를 통하여 장애노인의 현실을 이해하고 변화를 위한 대안들을 탐색함으로써 향후 장애노인복지에서 제기되어야 할 대안들을 확인할 수 있을 것이다.

나. 주요 패러다임의 변화

장애노인의 삶의 질은 생물학적, 물리적, 심리적, 사회적 장벽을 제거함으로써 충족되어지며, 사회적 책임을 토대로 한다. 또한 장애를 설명하고 삶의 질을 향상시키는 것은 그 시대의 사회적 가치와 이념, 사회적 여건, 장애운동의 성숙 정도에 기인한다.

따라서 우리시대의 장애노인에 대한 지배적인 패러다임은 그 사회의 상황과 문화에 따라 다르게 설명되어지고 나타나기 때문에 획일적으로 설명하기는 어렵다. 그러나 우리사회에서 논의되고 있는 대표적인 장애 패러다임을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 개별적 모형 (individual model)

개별적 모형에서는 장애를 질병이나 건강상태 등에 의해서 야기된 개인적인 문제라고 본다. 즉 장애는 개인에게 발생한 비극적인 결과이거나 개인의 열등 요인이라고 인식하며, 무작위적으로 아무에게나 발생할 수 있다고 주장한다(오혜경, 1998; 김용득, 1999). 이러한 요소들을 포함하고 있는 이론이 바로 개인적 비극이론(personal tragedy theory of disability)이라고 올리버는 설명하고 있다(Oliver, 1996).

이모형은 개인의 재활을 중심으로 의학적 진단과 처방이 시작되면서 이 서비스체계가 구성되었다. 대부분 이모형을 의료적 모형(medical model) 또는 치료적 모형(clinical model)이라고 부르는 것은 이 때문이다(이성규, 2000)

장애문제에 대한 해결책으로서 의료전문가에 의한 개별적 치료를 주장하며, 장애의 관리의 초점을 개인의 보다 나은 적응과 행위의 변화에 둔다. 이 경우

의 적응은 손상을 치유하여 최대한의 정상성을 확보하는 경우도 있고 고착된 장애를 지닌 채 자신과 주변 환경에 자신을 재적응시키는 경우도 있다(이성규, 2000). 따라서 장애인들의 삶의 질은 그들에게 주어진 정책과 서비스 프로그램을 얼마만큼 사회에 대한 적응력을 확대·수용하는가에 따라 달라지게 된다.

(2) 사회적 모형 (social model)

사회적 모형(social model)은 장애인 권리확보를 위한 장애인 자조단체들이 장애문제에서 장애인들의 직접적인 경험이 중시되고 고려되어야 한다는 사상에서 등장하였다. 이모형은 산업화 이전에는 장애인들이 사회의 전 영역에 고루 퍼져 각자 가능한 역할을 수행하였으나, 산업이 발전하면서 인간의 가치를 노동생산성으로 판단하기 시작하면서 장애인에 대한 사회의 반응이 점점 부정적으로 고착되어 온 것이기 때문에 사회가 문제를 발생시켰다는 것이다(Finkelstein, 1980; Oliver, 1996).

이는 장애의 원인과 처방을 개인이 아닌 사회에 두고 장애인의 사회통합이라는 맥락에서 바라보기 때문에 사회적 문제로 간주한다. 즉 장애인 장애가 있는 사람들이 생활하고 있는 사회환경이 기본적으로 모든 사람들이 생활할 수 있도록 사회적 환경이 조성되어 있지 못했기 때문에 발생하게 된다. 이는 장애인의 욕구가 사회에서 수용되지 못하거나, 적합한 서비스 제공이 사회적으로 실패하였음을 뜻하는 것으로 장애인에 대한 인식, 태도 및 물리적 환경 등 모든 제한을 의미하는 것이다.

따라서 사회적 모형에서는 장애문제를 해결하기 위해서는 사회적 행동이 필요하다고 주장한다. 장애인이 사회생활에 완전히 참여할 수 있도록 하기 위한 환경적 개선이 문제해결에 필수적이라고 보고, 이를 실천하는 것은 전체 사회의 책임이라고 본다. 이모형은 사회적 변화를 요구하는 이념적인 성격을 가지며 정치적으로는 인권과 관련된다(박옥희, 2004).

결론적으로 이모형은 사회가 외모와 지능에 관계없이 지역사회 모든 구성원들을 동등하게 대우하고 있는가? 즉 시민으로서 법에서 규정하고 있는 최소

한의 평등(equality)과 정당성(justice)을 보장하고 있는가? 라는 문제를 제기하면서 만약에 이것이 부족하다면 많은 사람들은 장애가 될 수밖에 없다는 결론을 내리고 있다(남상만 외, 2003).

(3) 정상화

정상화란 사람의 가치 있는 행위 경험과 특성을 발전시키고 지원하기 위한 우리 사회에서 가치 있는 수단의 사용이며, 정상화 원리의 주장은 다음과 같다.

장애노인이 가치 절하되고 그 정체성에 낙인이 찍혀 있다. 형편없는 서비스 탓에 가치 절하된 정체성의 악순환이 창조된다. 정상화 이론을 실천에 옮기면, 악순환을 질 높은 서비스-질 높은 라이프스타일로 창조하고, 장애노인이 사회적으로 가치를 인정받는 정체성을 가진 사람들과 어울리도록 해주는 서비스를 통한 선순환으로 바뀔 것이다.

즉 정상화란 시설보호의 형태에서 발생할 수밖에 없는 비인간적인 처우에 대한 반성에서 사회의 주류에 장애인이 합류해야 한다는 이념이 사회적 정상화(normalization)사상이다. 이는 장애인이 문화적으로 정상 활동을 하는 대부분의 사람들 사이에서 같은 수준의 활동을 할 수 있기를 요구하는 개념이다(권도용, 1982).

Wolfensberger(1983)는 ‘사회의 일상생활에서 장애인이 신체적으로 사회의 보편적인 흐름에 합류하기 위해서는 문화적인 수단을 이용할 것’을 주장했으며, ‘장애인이 사회의 주류에 접근하는 생활수준과 생활양식 뿐 만 아니라 장애인의 주체행동을 중시해야 한다’(권도용, 2006 재인용)라고 했다.

이와 같은 정상화사상은 다음과 같은 문제점을 안고 있다. 첫째, 사회의 주류에 합류하기 위해 장애인 자신의 변화를 강조했다나 사회자체에 대한 변화를 간과했기 때문에 장애인의 평등기회를 촉진하는데 크게 역할을 하지 못했다.

둘째, 정상화가 낙인에 집착하는 것은 장애노인 스스로 가치가 저하된 사람으로 평가하여 장애인들이 높은 사회적 가치에 속한 사람들과 교체하는 기술을 배워야 한다는 뜻이다. 가치가 떨어진 사람들과 교체하면 개인의 낙인 받은 정

체성을 강화시켜 일탈의 악순환만 만들어 낸다는 것이다. 이런 주장은 낙인 받은 정체성 개념을 의심 없이 받아들인다는 증거이다. 낙인 그 자체를 사회적 구성물 즉 경제적, 사회적, 정치적으로 힘 있는 집단이 경제적, 사회적, 정치적으로 힘없는 사람들에게 부과하는 표시로 인정하지는 않는다는 말이다.

셋째, 정상화는 가치 절하된 사람의 사회적 행위에 주목한다. 사회적으로 가치 있는 (즉, 장애가 없는) 사람들과 쉽게 어울리게 하려고 사회적 기술을 가르쳐 사회적 행위를 교정할 필요가 있기 때문이다. 즉, 정상화는 장애인을 사회적으로 가치 있는 사람들과 어울리도록 부추기지만, 그들은 낙인 받은 사람들을 멀리한다. 인간관계의 토대는 공통의 경험과 이해관계가 뒷받침되어야 한다.

정상화이론 역시 장애노인을 비장애노인으로 만드는 것에 그 가치를 두고 있는 것은 아니다. 다만 장애노인의 생활조건이나 환경을 정상화하면서 장애 및 사회적 분리로 인해 파생할 수 있는 문제를 최소화시킬 수 있다고 본다. 즉, 정상화는 사회통합의 주요개념인 동시에 사회통합의 전제조건이라 할 수 있고, 모든 사람이 차별 없는 동등한 기회를 보장받는 것으로 삶의 질 향상에 그 목표를 두고 있다.

이러한 장애에 대한 주요 패러다임의 시각에서 장애를 설명하는 개념들을 살펴보면 개별 모형에서 사회적 및 환경중심 모형으로 전환되어 가고 있다고 할 수 있다. 즉, ① 광범위한 장애개념으로 확장 ② 단순모형에서 복합모형로 장애개념 변화 ③ 환경적 요인들을 점차 강조하고 있으며 ④ 긍정적 용어 사용이 증가되고 있다(김미옥 외, 2006).

제2절 선행연구의 검토

1. 삶의 질 개념

인간의 삶의 질 문제는 1960~70년대 후반에 걸쳐 서구 선진국들이 급속한 경제적 성장을 경험함에 따라 이들 각국 사회의 급박하고도 당면한 과제가 경제적 성장의 문제가 아니라, 인간의 삶에 있어서 질적 가치를 증진시키기 위한 이른바 사회개발에의 관심이 확대됨으로써 촉발되었다. 이에 따라 증가된 삶의 질에 대한 관심은 경제지표를 포함한 포괄적 지표로서 사회지표(social indicators)에 의해 삶의 질을 측정하게끔 학자들을 자극했다.

실제로 삶의 질에 대해 가장 먼저 관심을 보여준 분야는 사회학으로써 그 중에서도 노인 학자들에 의해 1950년대 초부터 현재에 이르기까지 성공적인 노화과정의 지표로 삶의 질에 대한 개념을 연구해 왔으며(송남호 · 이강이, 1995), 현재 경제학, 정치학, 사회학, 행정학, 보건학, 복지학 등 많은 분야에서 연구 주제로 다루어지고 있다(최수정, 2001: 7).

삶의 질(Quality of Life) 개념은 사회지표에서 유래된 객관적이고 주관적인 속성을 지닌 다차원적인 개념으로 그 정의가 매우 다양하다. 특히, 근래에 와서 삶의 질이 주목받게 된 것은 지속적인 경제성장에도 불구하고 점차로 사회문제들이 심각한 상태에 이르게 됨에 따라 경제적 여건의 향상과 복지의 향상을 하나의 연결선상으로 가정했던 것이 오류였다는 것에 생각이 미치게 되었기 때문이다(임희섭, 1996: 5-6).

일반적으로 삶의 질 개념은 안녕(well-being), 복지(welfare), 만족도(satisfaction), 행복감(happiness) 등과 유사한 개념(Schuessler, 1985)으로 사용되기도 하는 삶의 질(QOL) 개념은 아직 표준화되거나 정리되어 있지는 않지만, 이들을 모두 포함하는 보다 상위의 개념이라고 볼 수 있다.

이러한 삶의 질의 다양한 개념들을 학자들의 연구경향에 따라 기술해 보면 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 삶의 질 개념에 대한 학자들의 정의

학자	연도	삶의 질(QOL)의 정의
Joun	1972	QOL이란 자연환경을 포함한 살기 좋은 환경을 말한다.
Benn	1973	QOL이란 사람들을 여유와 행복하게 하는 동시에 만족한 생활을 향수하게 하는 기대를 극대화하도록 한 사회시스템의 창조와 유지이다.
Young	1973	QOL이란 객관적인 지표에 의해서 측정이 가능한 경제적 환경에 따라서 측정되는 것이다.
Dallkey & Roureke	1973	QOL이란 개인의 안녕감(sense of well-being), 생활상의 만족, 불만족감(satisfaction or dissatisfaction with life) 및 행복감, 불행감(happiness or unhappiness)이다
Mitchell & Logothetti & Kantor	1973	QOL이란 어떤 개인이 일정기간에 있어서 자기 자신의 욕구에 대해서 전반적으로 인식하거나 감지하는 만족감이다. 따라서 개인의 주관적 만족감이 QOL을 규정하는 요인이다.
EPA(envirommental potection Agency)	1973	QOL이란 집단 및 개인의 안녕(well-being) 및 사람들이 생활하고 있는 환경 그것의 안녕이다. 따라서 개인의 Well-being만이 아니라 사회전체의 객관적인 만족을 포함한 것이 QOL이다.
OECD	1974	QOL이란 주관적인 측면과 객관적인 측면의 합계이다.
Henshaw	1975	QOL이란 주관적인 만족감이다.
Dubos	1976	QOL이란 일상생활의 활동에서 얻은 만족감과 관계되는 주관적인 가치판단이다.
Dalkey & Roureke	1976	QOL이란 개인의 안녕감, 삶의 만족이나 불만족에 대한 개인의 느낌이다.
Shin & Johnson	1978	QOL이란 각 개인의 필요, 요구 욕망을 만족시킬 수 있는 필수적인 자원의 소유, 개인이 발전할 수 있는 활동에 참가하고, 스스로 행동하고, 자신과 남을 비교하여 만족하는 것이다.
Mendola & Pelligrini	1979	QOL이란 주어진 신체적 능력 내에서 만족스러운 사회생활을 성취하는 것이다.
George	1980	QOL이란 물질적 안녕감(sense of well-being)뿐만 아니라 교육 여가의 기회, 개인적인 안전, 주택, 주변관계 등에 대한 만족 또는 불만족의 상태이다.
George & Bearon	1980	QOL이란 삶의 만족, 자아존중감, 건강상태와 기능 및 사회·경제상태에 대한 주·객관적 평가이다.

Szalai	1980	QOL이란 다양한 생활측면에서 느끼는 안녕감 또는 행복감이다.
Johnson et al.	1982	QOL이란 신체적, 정신적, 사회적, 경제적인 요인 등의 복합적인 상황 속에서 개인이 표현하거나 경험한 주관적인 만족이다.
Lee, Kim & Shin	1982	QOL이란 행복과 즐거움으로 구성된 쾌락적 구성요소(Hedonis components)와 인지적 경험으로 구성된 복지적 양호(Welfare Goodness)의 합이다.
Young & Longman	1983	QOL이란 신체적·정신적인 것 이외에 사회적 활동과 경제적 환경을 포함시켜 현재의 삶의 환경여건에 대한 만족도이다.
Lehman	1983	QOL이란 현재 처해있는 상황에서 사람들에 의해서 경험되는 안녕감과 만족감이다.
Penckofer & Holm	1984	QOL이란 주관적이며 동시에 객관적인 지표를 가지고 생활에 의한 전체적인 만족도의 인지적인 구성요소를 말한다.
Burckhardt	1985	QOL이란 만족과 불만족, 행복과 불행에 대한 인간의 느낌, 유쾌하고 불유쾌한 감정상태간의 조화 등의 정서나 정신적인 면을 강조하였다.
Johanna et al.	1985	QOL이란 개인의 삶을 주관적으로 평가하는 일상생활 전반에 걸친 삶의 만족이다.
Ferrans et al.	1985	QOL이란 개인이 중요하다고 하는 생활 영역에 대한 만족감의 정도이다.
Walker & Rosser	1988	QOL이란 의학이나 재활분야에 있어서는 생존율이나 질환율, ADL 등의 객관적인 측정결과이다.
노유자	1988	QOL이란 인간의 안녕과 복지의 정도를 구체적으로 표현하는 포괄적이고 다차원적인 개념이라고 보면서 신체적, 정신적 및 사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕을 의미한다.
Hume	1989	QOL이란 인간이 느끼는 복지감의 수준으로 물질적인 성취나 비물질적인 성취를 통해 인간이 얻게 되는 행복감이나 만족감이다.
shumaker et al.	1990	QOL이란 삶에 대한 개개인들의 전반적인 만족감과 안녕감이다.
Lawton	1991	QOL이란 과거, 현재와 미래란 시간의 연속선상에서 인간과 환경이 공존하며 이루는 하나의 체계에 대해서 인간 내면의 주관적 기준과 사회적 법칙인 외적 기준을 통해 다차

		원적으로 평가한 결과이다.
Zhan	1992	QOL이란 한 사람이 자신의 생활 경험에 대해 어느 정도 만족스러워 하는가이다.
WHO	1993	QOL이란 한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각이다.
Meeberg	1993	QOL이란 인간이 완전히 살아가기 위해 필수적으로 요구되는 기능 및 적응의 정도로 의식이 명료한 개인이 자신의 전반적인 삶에 대해 평가하는 만족감이다.
정규현 외	1994	QOL이란 물리적, 환경적, 심리적 측면까지 모두 포괄하는 삶의 종합적 상태이다.
望月珠美	1995	QOL이란 주관적인 평가에 의해 얻어진 생활전반에 대한 만족감의 총칭이다.
Ferrans & Poewr	1995	QOL이란 신체적, 정신적, 사회경제적 영역에서 각 개인이 지각하는 주관적 안녕감이다.
Rescher	1995	QOL이란 자신에 의해 경험되는 느낌으로 주관적인 것이다.
임희섭	1996	QOL이란 객관적 삶의 조건에 대한 주관적인 인지적 평가이다.
윤병식 외	1996	QOL이란 개인 및 인구집단이 향유하는 물리적, 비물리적 가치의 총화이다. 물리적 가치는 양적으로 표현되는 것을 의미하고, 비물리적인 가치는 정신적, 심리적으로 표현됨을 뜻한다. 즉 객관적 · 물리적 생활여건 뿐만 아니라 주관적 · 심리적 생활만족 등을 포괄하는 종합적 개념이다.
강동식	1996	QOL이란 개개인들의 삶에 대한 전반적인 만족과 안녕상태에 대한 느낌 혹은 개인이 직접 체험하고 느끼는 정도이다.
이영애	1997	QOL이란 자신의 인생을 스스로 판단함에 있어서 가치가 있고 성공적이었다고 인정하는 것으로 심리적 안정감이다.
WHO	2000	QOL이란 수명의 질이라고 할 수 있는 건강수명(DALE: disability-adjusted life expectancy)이다. 건강수명은 평균수명에서 질병이나 부상으로 인한 평균적 장애기간을 뺀 것이다. 건강수명의 의의는 인간에게 중요한 것은 장수하는 것 이상으로 편안하게 사는 것을 강조하고 있다.
박승희	2002	QOL이란 한 개인이 자신의 삶에 대한 주관적으로 지각하는 경험의 질과 그가 생활하는 사회정책적 · 문화적 및 환경적 조건들의 질 모두를 포함하는 것이다.

백은령	2003	QOL이란 삶의 조건에 대한 주관적 느낌과 평가이다.
오종희	2003	QOL이란 삶의 모든 영역에서 객관적 조건에 대한 주관적인 평가라고 할 수 있으며 사람들이 느끼는 주관적 의식이다.
이수애	2004	QOL이란 일상생활을 영위하는데 필요한 기본적인 조건과 실행능력을 갖추고 그것들을 통해서 필요한 욕구들을 충족시키며 그 결과 자신의 삶에 대해 만족과 행복을 느끼며 보람을 갖고 사는 것이다.
Arthaud, et al.	2005	QOL이란 긍정적 정서와 부정적 정서의 경험 그리고 개인의 생활에 대한 인지적 판단(생활만족이나 행복감)으로 구분되는 복합적 개념이다.
전영숙	2007	QOL이란 다차원적으로 사회관계 · 건강지각 · 자원 · 독립과 방해의 조화로 정의한다.

사전적 의미에서 ‘삶의 질’의 개념은 삶(life)이란, 사는 일, 날마다의 생활, 생명을 뜻하며 (Yang, 1997), 영어사전(English - Korean Dictionary, 1997)에는 명사로 사용되어 (개인개체의)목숨, 수명, 세상살이, 살아 있는 사람[것], 생기, 활기, 탄력(resilience)등의 뜻을 지니고 있었고. 질(質)이란 양(量)과 반대되는 개념으로 사용되며, 사물이 바탕에 있어서 훌륭하거나 우수하거나 만족스럽거나 한 정도, 사람의 인격이나 행동 등이 도덕적, 윤리적으로 어떠한가를 나타내는 상태, 영어에서 명사로 사용되어 속성(property, attribute), 본질(nature), 우수성, 소양, 재능 등의 뜻을 나타내고 있다(이선혜 · 이정섭, 2002: 589).

즉, ‘삶’은 명사로서 살아있음, 살아나가는 일 등을 의미하고, ‘질’은 세 가지 의미를 내포하고 있다. 첫째는 사람으로서 갖추어야 할 덕목을 의미하며, 바람직한 삶을 가능하게 하는 바탕을 의미한다. 둘째는 삶에 필요한 각종 재화와 서비스가 지닌 유용성, 내용의 좋고 나쁨, 가치, 등급, 속성 등을 총체적으로 나타내는 효용이며, 셋째는 비교대상이 되는 다른 삶보다 질적으로 더 나은 삶을 의미한다. 즉, 삶의 질은 여러 가지 의미를 함축하는 표현이기 때문에 그 개념이 일의적으로 규정되지 않으나 사전적인 개념은 ‘살아가는 일이 더 좋아지거나 나빠지는 상태’에 대한 추상적 표현이다(윤병식 외, 1996).

이러한 삶의 질(Quality of Life)은 무엇이 좋은 삶이고, 만족스러운 삶인가에 대해서 다양한 생각이나 의견들이 제시될 수 있다. 또한 삶은 물리적, 사회적, 심리적 요소들이 통합 구성되는 현상이고 삶이 영위되는 제반 영역이 매우 다양하면서도 포괄적이다. 따라서 삶의 질이라는 개념은 개인적 차원의 욕구와 행복한 삶을 영위하는데 필요한 객관적 조건과 주관적 요소를 모두 포함하며 또한 사회집단, 공동체, 국가라는 조직적, 집단적 측면에서의 경험도 포함된다. 뿐만 아니라 개인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인들 속에는 국제사회의 변화, 정보통신이나 기술수준의 변화 등과 같은 범세계적인 차원의 요인들까지도 포함된다(배규환, 1992). 이러한 이유에서 삶의 질은 <표 2-3>에서 보듯이 다양한 구성요소들로 이루어져 있기 때문에 삶의 질을 정의하는 것은 매우 복잡한 논제로 여겨지고 있다.

<표 2-3> 삶의 질의 구성요소

구성요소	연구자명
개인특성 - 자율성, 자기가치, 개인 공간, 소유, 삶에 대한 태도, 개인의 행위, 개인의 우수성, 자아성취, 자기만족, 자아개발	Andrews와 Withey, 1976; Flanagan, 1978; Wilens, 1981; Burckhardt, 1985; Tartar et al., 1988; 노유자, 1988; hunter, 1992; 서은정, 1992; Betero와 Ek, 1993; Oleson et al., 1994; 황보선 외, 1995; 정추자, 1995; 전시현, 1996; 이정원, 1997; 최지옥 외, 1997; 박충선 외, 1997; 오복자, 1998; 김애리, 2000; 최수정, 2001; 한형수, 2002; 정원미 외, 2003; 오혜경 외, 2003; 백은령, 2003; 이수애, 2004; 김계하, 2005; 오승환 외, 2006; 이정순, 2006; 김의철 외, 2006; 서정조, 2006; 정명숙, 2007
건강 - 신체적 건강, 신체적 기능, 건강생활, 질병의 영향/변화/반응, 건강에 대한 인식, 건강 생활, 신체상의 관심, 수행능력	Flanagan, 1978; Young과 Longman, 1983; Torrance, 1987; Padilla et al., 1990; Aaronson, 1990; 방활란, 1991; Zhan, 1991; Olsen et al., 1994; 라정란, 1994; Gallman과 Parra, 1994; McElmurry, 1995; 황보선 외, 1995; Killingworth와 van den Akker, 1996; 고승덕, 1997; 노승호 외, 1997; 소향숙 외, 1997; 박충선 외, 1997; 오복자, 1998; 최현 외, 1998; 전정자 외, 2000; 강수균, 2000; 김애리, 2000; 양혜주, 2001; 최수정, 2001; 윤선이, 2002; 한형수, 2002; 안영미, 2003; 최영애, 2003; 정원미 외, 2003; 오혜경 외, 2003; 최연희,

	2004; 박영미, 2005; 김계하, 2005; 현승권, 2005; 손신영, 2006; 서정조, 2006; 김의철 외, 2006; 오승환 외, 2006; 전영숙, 2007
정서/감정상태 - 심리·정서적 안녕 행복감, 마음의 평 화, 일반정신기능 인지·정신적 기능 정서적기능, 정서적 행위, 정서상태	Young과 Longman, 1983; Johanna와 Ferdinand, 1985; Burckhardt, 1985; Goodinson과 Singleton, 1989; Padilla et al., 1990; Aaronson, 1990; 방활란, 1991; 정연, 1993; Cella, 1994; Rickelman et al., 1994; Killingworth et al., 1996; 고승덕, 1996; 김명현, 1996; 노승호 외, 1997; 소향순 외, 1997; 오복자, 1998; 전정자 외, 2000; 김애리, 2000; 김애련, 2001; 최수정, 2001; 김용택 외, 2003; 백은령, 2003; 박영미, 2005; 서정조, 2006
긍정적 자아상, 자기 효능감, 자아존중감 자긍심, 자기개념	노유자, 1998; Zhan, 1992; Beter와 Ek, 1993; 전신현, 1996; 이정원, 1997; 김애리, 2000; 김애련, 2001; 최수정, 2001; 양혜주, 2001; 이수애, 2004; 김계하, 2005; 박영례 외, 2005; 손신영, 2006; 김의철 외, 2006; 김봉선 외, 2007
지지체계 - 대인관계, 가족관계 사회적지지	Andrews와 Withey, 1976; Flanagan, 1978; Wilens, 1981; Trice, 1990; Beter와 Ek, 1993; Rickelman et al., 1994; Aller와 Coeling, 1995; 황보선 외, 1995; 강동식, 1996; 신섭중 외, 1996; 김재은 외, 1997; 김정자 외, 1997; 서용길, 1998; 김태현 외, 1998; 김애리, 2000; 강수균, 2000; 김애련, 2001; 양혜주, 2001; 윤선이, 2002; 한형수, 2002; 오혜경 외, 2003; 백은령, 2003; 김경숙, 2004; 이수애, 2004; 김영범 외, 2004; 최연희, 2004; 박영미, 2005; 김의철 외, 2005; 손신영, 2006; 이정순, 2006; 서정조, 2006; 오승환 외, 2006; 김의철 외, 2006; 전영숙, 2007
종교, 영적안녕	Wisdom과 Wenzel, 1989; Hanstard와 Albreksen, 1992; Killingworth와 Akker, 1996; 황보선 외, 1995; 오현수 외, 1997; 오복자, 1998; 최수정, 2001; 오혜경 외, 2003
경제상태 - 경제조건, 사회경제 적 태도, 경제수준, 경제적 안녕, 삶의 형편, 수입, 소득관 계, 경제활동	Alexander와 Wilems, 1981; Young과 Longman, 1983; Burckhardt, 1985; 노유자, 1988; 방활란, 1991; Zhan, 1992; Gallman과 Parra, 1994; Watanakij와 McElmurry, 1995; 신섭중 외, 1996; 전신현, 1996; 김재은 외, 1997; 김정자 외, 1997; 박성복, 1997; 박충선 외, 1997; 오복자, 1998; 전정자 외, 2000; 김애리, 2000; 최수정, 2001; 양혜주, 2001; 김애련, 2001; 윤선이, 2002; 오혜경 외, 2003; 정원미 외,

	2003; 김경숙, 2004; 김계하, 2005; 김의철 외, 2006; 서정조, 2006; 이정순, 2006; 손신영, 2006; 정명숙, 2007
<p>사회적 안녕</p> <p>- 사회활동, 사회적 관심, 대인간 안녕, 정부정책, 사회적 상호작용/자원, 사회관계</p>	Tartar et al., 1978; Flanagan, 1978; Alexander와 Wilems, 1981; Young과 Longman, 1983; Burckhardt, 1985; Hume, 1985; Burckhardt, 1985; Goodinson과 Singleton, 1989; Padilla et al., 1990; Aaronson, 1990; 방활란, 1991; Anderson, 1995; Betero와 Ek, 1993; Cella, 1994; Watanakij와 McElmurry, 1995; 신섭중 외, 1996; 장군자외, 1996; 김명현, 1996; 박충선 외, 1997; 오현수 외, 1997; 최자옥 외, 1997; 김태현 외, 1998; 최수정, 2001; 윤선이, 2002; 오혜경 외, 2003; 오종희, 2003; 백은령, 2003; 류시문, 2004; 손용진, 2004; 이달엽, 2005; 이정순, 2006; 김봉선, 2007
<p>여가</p> <p>- 활동, 취미, 오락/여가선용, 여가와 시간관리, 여가활동</p>	Flanagan, 1978; Alexander와 Wilems, 1981; Burckhardt, 1985; Oleson et al., 1994; Anderson, 1995; Aller와 Coeling, 1995; 황보선 외, 1995; 전신현, 1996; 박충선 외, 1997; 김재은 외, 1997; 송애량, 2000; 최수정, 2001; 윤선이, 2002; 한형수, 2002; 오종희, 2003; 백은령, 2003; 박성복, 2004; 이달엽, 2005
<p>환경</p> <p>- 주거환경, 주거공간 쾌적도, 주거생활, 생활환경</p>	Andrews와 Withey, 1976; Tartar et al., 1978; Alexander와 Wilems, 1981; Betero와 Ek, 1993; Gallman과 Parra, 1994; Watanakij와 McElmurry, 1995; 황보선 외, 1995; 전신현, 1996; 신섭중 외, 1996; 박충선 외, 1997; 김재은 외, 1997; 최수정, 2001; 한형수, 2002; 오혜경 외, 2003; 오종희, 2003; 백은령, 2003; 박성복, 2004; 이달엽, 2005
<p>사회복지</p> <p>- 공적부조, 경제적 풍요, 물질적 안녕, 안전/보장, 의료혜택</p>	Andrews와 Withey, 1976; Flanagan, 1978; Betero와 Ek, 1993; 황보선 외, 1995; Aller와 Coeling, 1995; Anderson, 1995; 전신현, 1996; 신섭중 외, 1996; 김정자 외, 1997; 최수정, 2001; 한형수, 2002; 오혜경 외, 2003; 오종희, 2003; 백은령, 2003; 박성복, 2004; 이달엽, 2005
<p>직업/일</p> <p>- 취업상황, 직업역할 고용, 직업/은퇴활동, 일의 수행정도</p>	Andrews와 Withey, 1976; Tartar et al., 1978; Hanestad와 Albreksen, 1992; Rickelman et al., 1994; 신섭중 외, 1996; 김정자 외, 1997; 최자옥 외, 1997; 박충선 외, 1997; 서용길, 1998; 오복자, 1998; 최수정, 2001; 윤선이, 2002; 오혜경 외, 2003; 서정조, 2006

이와 같이 삶의 질에 대한 정의가 명확하게 정립되지 않고 있다. 이처럼 삶의 질을 연구하는 학자들 간에 명확한 개념 정의가 확립되지 못한 데는 다음과 같은 여러 가지 이유가 있다고 보고 있다(김영기 · 박재규, 2001).

첫째, 삶의 질이 무엇인가에 대해 매우 다양한 질문을 통해 수많은 해석과 답변을 초래할 가능성이 있다. 즉, ① 어떤 종류의 상황이 바람직한 삶의 조건을 제공하는가? ② 무엇이 개인의 삶을 보다 나은 것으로 만드는가? 그리고 ③ 무엇이 삶을 가치 있는 것으로 만들어 주는가? 등과 같은 질문들은 다양한 해답을 도출할 수 있다.

둘째, ‘삶의 질’(quality of life) 용어가 의미하는 바가 너무 포괄적, 함축적, 그리고 복잡적이기 때문이다(고승덕 · 조숙행, 1995).

셋째, 삶의 질에 영향을 미치는 독립변인이 무엇이나에 따라 삶의 질 내용은 크게 다르기 때문에, 삶의 질은 그 개념 구성에서 일관성을 결여할 수밖에 없다고 한다. 즉 삶의 질 내용은 연구자의 연구목적, 상황, 그리고 연구대상 등에 따라 매우 상이하게 개념화되는 성향을 가지고 있다고 한다(김영기 · 박재규, 2001).

마지막으로 그 동안 삶의 질 연구가 이론적 측면보다 실용적인 차원에서 진행되었을 뿐만 아니라 ‘질(quality)’ 용어가 함축하고 있는 의미가 애매하기 때문에 연구자들 간에 합의가 이루어지지 않았다고 한다(이현송, 1997).

삶의 질 개념화의 어려움에도 불구하고, 기존의 경험적인 삶의 질 연구에서 발견되는 일반적인 내용에는 인간생활의 객관적(혹은 양적인) 상황 측정과 주관적(혹은 질적인) 만족 평가 등이 있다. 다시 말해서, 삶의 질이란 사회적 조건 및 제도와 사회성원 사이에 일어나는 상호작용의 결과를 반영하는 것으로 개인의 삶을 가치 있고 보람있게 만들어 주는 총량으로서의 만족감을 의미하기 때문에, 인간의 행위와 사고가 작용하는 모든 영역에 관련된 내용이 포함될 수 있다고 한다(김상균 외, 1996; 한형수, 2002: 33-34).

이와 같은 삶의 질(Quality of Life)은 일반적으로 철학자와 사회학자들은 다양하게 정의하고 있는데 이 정의들은 크게 세 가지의 범주로 나누어 볼 수 있다(Diener, 1984).

첫 번째 유형은 소득, 구매능력, 교육수준, 여가시간, 건강상태 등의 사회경제적 지표에 의해 개인의 삶의 질을 평가하고 비교하려는 입장이다. 이러한 입장은 한 개인의 삶의 질이 사회·경제적 지표에 의해 주로 결정되는 가정에 기초하고 있다.

두 번째 유형은 한 개인이 자신의 삶을 어떻게 평가하고 판단하는지에 대한 인지적 평가를 중시하는 입장이다. 즉 행복은 한 개인이 자신의 삶을 긍정적으로 평가하고 판단하는 상태라는 것이다. Shin과 Johnson(1978)은 행복을 ‘자신이 선택한 기준에 비추어 자신의 삶의 질에 대한 전반적인 평가’라고 정의하고 있다. Andrews와 Withey(1976)는 그들이 조사한 피경험자들의 99%이상이 그들 자신의 삶에 대해 전반적인 평가를 해본 경험이 있다고 보고하였다. 이러한 관점에서 보면 삶의 질은 삶에 대한 만족도를 의미하는 것이다. 이런 입장은 행복을 보편적이고 규범적인 가치보다는 행복한 삶에 대한 개인의 기준에 근거하여 정의한다.

세 번째 유형은 행복에 대한 일상적인 개념과 유사하게 한 개인의 정서적 측면을 강조하는 입장이다. 즉 행복은 부정적인 감정보다는 긍정적인 감정이 우세한 심리상태라는 것이다(Bradburn, 1969). 한편 Diener(1984) 및 Myers와 Diener(1995)는 인지적 평가와 감정적 평가를 포괄하여 개인적 안녕을 정의하였다. 구체적으로 이들은 생활 영역 및 전반적인 생활에서 인지적 및 감정적 반응을 파악해야 한다고 제안했다.

장애노인의 삶의 질에 있어서 장애노인의 삶의 만족이란 한 개인이 노화와 장애가 있다는 현실에 장애에 대한 성공적인 수용과 적응을 통해서 가능하다. 장애노인의 생활에 대한 성공적인 수용과 적응의 의미는 활동이론 및 적응이론의 입장에서 볼 때 생활만족도이며, 노후생활에서 경제적 수준, 자기효능감, 목표 및 성취 욕구, 장애적응정도, 일상생활능력 정도, 사회에 대한 인식과 접근성, 사회활동 참여 등에 따라서 규정된다고 볼 수 있다.

최근에는 세계보건기구(WHO, 2000)에서 수명의 질이라고 할 수 있는 건강수명(DALE)이라는 새로운 삶의 질에 관련한 통계를 발표했다. 건강수명은 평균수명에서 질병이나 부상으로 인한 평균적 장애기간을 뺀 것이다. 이 통계는

인간에게 중요한 것은 장수하는 것 이상으로 편안하게 사는 것을 강조한 것이다.

이동우 · 이규식(1997)은 일반적인 삶의 질과 노인의 삶의 질의 개념은 동일하게 봐야 한다는 논의와 노인의 삶의 질은 그들의 특이한 삶의 특성을 반영하도록 구성되어야 한다는 주장(Cumming & Henry, 1961), 삶의 질 개념이나 그 하위영역은 모든 연령층에 동일하지만 단지 각 영역이 갖는 가중치만 다를 뿐이라는 주장을 검토한 후 삶의 질의 개념이나 영역구성은 연령에 상관없이 동일하지만, 각 영역이 갖는 중요성은 연령에 따라 다르다고 결론을 내리고 있다(오영희 외, 2005: 59-60 재인용).

위의 개념들을 토대로 삶의 질이란 단순히 경제적수준의 향상에 기인한 것 이라기보다는 행복한 삶을 추구하고자 하는 각 개인의 환경이나 가치관, 사회 문화적 기준에 따라 달라질 수 있고 세대에 따라 변화되어 가는 개념으로 삶의 질을 개개인이 향유할 수 있는 양적, 경제적, 물질적 생활여건뿐만 아니라 주관적인 생활만족의 구성요소와 이에 영향을 미치는 요인들과 밀접한 상관성을 갖는 물리적 · 비물리적 가치의 총화라 정의할 수 있다.

그런 의미에서 본 연구는 삶의 질에 대한 기존의 논의들을 살펴보고 오늘날 급속히 변화되는 우리사회 환경 속에서 어려움을 겪고 있는 장애인들의 삶을 조작적으로 정의하여 분석하고자 한다.

2. 이론적 관점

가. 삶의 질 관련이론

삶의 질이란 만족도(satisfaction), 행복감(happiness)과 같이 그 개념과 범위가 명확하지 않은 만큼 인간의 삶의 질에 영향을 미치는 요인도 매우 포괄적이며 제시된 이론들도 다양하다. 삶의 질과 관련된 이론으로 쾌락주의(Hedonism)는 Scalon(1990)에 의해서 제시되었으며, 이 이론의 결점인 개인의 심리적 상태를 획일적으로 규정하는 점을 보완한 대안적 이론이 제시되었는데, 그것은 Parfit(1984)의 선호쾌락이론이다.

선호쾌락이론(Preference Hedonism)은 개인이 원하는 것을 가질 심리적 상황인 경우 삶의 경험이 나아지고 회피하고자 하는 상황을 포함할 경우 삶의 경험이 악화된다는 점을 수용하고 있다(한형수, 2002 재인용)

이러한 쾌락주의(Hedonism)는 행복감과 같은 감정적, 심리적인 것으로 삶에 대한 만족을 연역적 과정으로 바라보는 시각이다. 즉 경험 요건(experience requirement)을 전제로 한다. 경험 요건은 개인의 성격적인 특질과 삶을 영위해 가는 경험에 따라 동일한 조건에 대하여도 행복을 느끼는 정도가 다르므로 외적인 요인보다 내적요인이 삶의 질에 영향을 미칠 수 있다는 주장이다. 따라서 삶의 질은 경험적 요인과 개인의 성격적 특질에 입각한 주관적, 감정적 내지 심리적 요인에 의해 영향을 받는다.

연역적 관점에서 삶의 질을 평가하기 위해서는 그 영향요인이 삶의 경험의 질을 판단할 수 있는 장치가 필요하다. 이러한 판단은 주관적으로 설정한 기준과 자신의 현 상태와의 상대적 위치에 의한 것으로 삶을 좋게 또는 나쁘게 하는 어떤 특정한 상황 또는 상태를 명시함으로써 삶의 질이 결정된다는 이론이다. 여기서 주관적으로 설정한 기준은 크게 세 종류로 대별할 수 있는데, 첫째는 자신의 과거를 기준으로 현 상태를 비교하는 것이고, 둘째, 자신이 설정한 미래의 기대이며, 셋째는 자신이 중요하게 여기는 주변 사람들이 비교의 기준

이 된다.

그러나 연역적 접근이론은 객관적 요건들이 행복감에 미치는 영향이 낮다는 점에서 출발하였으나 삶의 주체인 개인의 선호가 다양하기 때문에 삶의 질의 평가나 정책 실시를 위한 획일적 판단 기준의 적용이 어렵다는 근본적인 한계를 지니고 있다.

욕구이론(Desire Theory)은 귀납적 접근방법으로 사람들은 자기의 주관적, 심리적, 감정적인 행복감 보다 삶을 구성하는 외부영역들인 개별 영역에 대하여 만족하게 될 때 삶 전반에 대한 만족을 얻게 되며, 삶의 개별 영역에 대한 만족은 삶의 개별 영역의 객관적 조건을 반영한다. 즉 이 이론은 삶의 질이 개인이 지니는 욕구의 충족 정도에 따라 결정되는 것으로 보는 견해이다.

먼저 Maslow의 욕구체계이론을 살펴보면 인간은 생리적 욕구를 제일 밑의 단계로 하여 안전의 욕구, 인정받고 싶은 욕구, 자아실현의 욕구 순으로 욕구 만족의 서열체계를 갖고 있다. 여기에서 외부영역이라 할 수 있는 개별적 영역인 객관적 요건들은 욕구를 충족할 가능성을 높이는 수단으로 사용되며, 따라서 개별적 영역의 만족도가 높을수록 삶에 대한 만족도가 향상된다고 보는 관점이다. 그러나 욕구체계에서 하위의 욕구일수록 객관적 요건을 충족할 가능성이 높아지지만 상위의 욕구로 갈수록 객관적 요건과 욕구 충족과의 연관성은 낮아진다. 또한 사람마다 시간적 공간적 시점에서 지니는 욕구가 무엇이든 그 충족 정도에 의해 삶의 질이 결정된다고 한다. 그러므로 사람들마다 다양한 욕구를 지니고 있기 때문에 이 이론에 의한 삶의 질의 영향 요인은 대단히 광범위하다고 볼 수 있다.

이와 같은 문제점을 보완한 이론으로 성공이론(Success theory), 객관적 목록이론(Objective list theory), 중간상태이론(Midfare theory), 그리고 현실능력접근(Capability Theory) 등이 있다. 이러한 귀납적 접근이론들의 객관적 요건들은 삶의 질의 향상을 가져 올 수단이며, 인간의 물리적, 정신적, 사회적 발달의 기회를 제공하고 그러한 목표를 달성하는 방안들을 모색한다고 할 수 있다.

나. 장애와 노화에 관련된 이론

장애노인을 위한 복지는 일반적으로 장애와 노화로 삶이 어려운 장애노인의 안녕과 행복을 증진시키기 위하여 공공부분과 민간부분에서 다양한 정책과 프로그램 등과 같은 사회적 서비스를 통해서 사회적 역기능을 예방하고 줄이기 위한 체계적이고 조직적인 노력이며 사회활동이다.

따라서 장애노인의 삶의 질 향상을 위해서는 경제적, 의료적, 사회적, 교육적, 직업적 서비스를 통합적으로 제공하여 장애노인의 기능적 능력을 향상시키고 삶의 만족도를 높이는 것이라 할 수 있다. 그러나 현실에서의 장애인을 바라보는 시각은 장애인에게 교육이나 복지를 제공하는 것과는 달리 장애인의 인권, 존엄, 평등의식을 무시하고 장애인을 비장애인과는 다른 열등한 존재라는 기본가정을 전제로 하고 있다(서명원, 1981).

이러한 논거의 이론적 배경으로는 장애를 개인의 운명과 실패로 이해하는 비극이론, 장애를 병리적인 차원에서 이해하는 질병 및 재활이론, 장애를 사회심리적인 측면에서 이해하는 사회억압이론, 일반집단에서 벗어나는 것으로 이해하는 일탈이론, 생산과 자본주의 측면에서 장애를 이해하는 물질주의적 장애이론 등으로 설명하고 있다. 이러한 장애에 관한 이론들은 대부분 장애의 부정적인 측면만을 다루고 있는 한계점을 가지고 있다.

또한 노인과 관련된 노화이론 중 삶의 질에 영향을 미치는 심리사회적 노화이론(Psychosocial theories)을 중심으로 살펴보고자 한다. 심리사회적 노화이론이란 필연적인 노화의 과정에서 나타나는 노인의 개인적 특성이나 행동, 그리고 사회구조적 상황에 처해지는 노인의 입장을 정리한 이론들로 대표적으로 적응이론, 현대화이론, 분리이론, 교환이론, 정치·경제이론, 활동이론 등을 들 수 있다.

(1) 활동이론 (Activity theory)

활동이론이란 노인들이 나이가 들어도 이전처럼 적극적인 태도의 유지와 활

발한 사회참여를 통해 ‘성공적 노화’⁴⁾를 설명해 주는 이론이다.

활동이론에서 활동⁵⁾은 개인의 자아개념⁶⁾을 재확인하는데 필요한 역할지지를 제공하며, 역할지지는 긍정적인 자아상을 유지하는 데 필요하고, 긍정적인 자아상은 생활만족도를 높게 유지하는 것과 연관이 있다.

이러한 활동이론을 장애인에게 적용할 경우 기본적으로 장애인은 장애를 입기 전과 동일한 정신적 사회적 요구를 지닌다는 것을 전제로 한다. 장애인에게도 비장애인과 마찬가지로 다른 사람과 어울리고 집단과 사회에 참여하려는 경향이 있다는 것이다.

또한 장애인이 장애를 입기전의 역할에 참여함으로 자아개념이 확고해진다고 주장하기 때문에 가능한 장애를 입기전의 활동참여를 유지하는 것이 중요하다고 할 수 있다. 즉, 장애로 인해서 혼자 생활하거나 역할 상실에 대해 새로운 지위와 역할을 부여하고, 대인관계, 취미와 여가 등 새로운 관심분야를 갖게 하는 것이 바람직하며 사회로부터 소외되는 것을 최소화하기 위해 장애인은 장애를 입기 전처럼 생활양식과 생활태도를 유지함으로 노화와 장애에 대한 자신의 인식에서 벗어나도록 해야 한다.

활동이론과 삶의 질과의 연구들을 살펴보면 활동이론과 삶의 질은 밀접한 관련성이 있음을 찾아볼 수 있다. 기존의 연구들에서 활동의 정도에 따라 생활만족도가 변화되며, 비공식적 활동은 삶의 만족과 긍정적인 관계가 있다. 또한 친근감과 활동 빈도의 증가는 개인의 자아개념을 강화하는 것으로 나타났다.

(2) 적응이론 (Adaptation theory)

Roy의 적응이론의 기본적인 바탕은 철학적으로는 인본주의와 진실성이며, 과학적인 측면은 체계이론으로 적응체계로서의 인간에 대한 설명으로 로이는

-
- 4) 성공적 노화는 인간이 나이가 들어도 질병으로부터 자유롭고 사회적 참여가 가능하며, 정상적인 인지기능을 유지할 수 있는 상태를 의미한다. 노화가 진행되더라도 건강한 인지기능, 무병, 사회참여가 가능하다면 자신의 노후가 성공적이라는 뜻이다.
 - 5) 일상의 신체적 혹은 개인적 유지의 차원을 넘어선 규칙적이거나 조직화된 행동을 하거나 이를 추구하는 것이다.
 - 6) 개인이 자신에 대하여 갖는 신념, 태도, 견해 등 정신적인 상을 의미한다.

인간적응체계를 어떤 목적을 위한 통일된 작용을 하는 상호의존적 부분의 기능이라고 보았다. 이러한 적응이론은 철학적 · 과학적 과정에서 도출되는 총체성⁷⁾과 적응⁸⁾이란 말을 중시하게 되는데 여기서 총체성은 부분의 합 이상이다.

적응수준이론(Helson, 1964)은 개인이 환경에서 변화를 창출하는 능력을 가진 체계로서 인간을 이해하는 것에 근본을 둔다. 이러한 변화에 긍정적으로 반응하는 능력은 인간체계의 적응수준, 즉 내적 자원과 관련된 요구에 의해 영향을 받는다(김미예, 2005). 즉, 적응체계에서 체계내 사람은 다양한 측면에서 상호 연관되어 있으므로 특정한 측면에서 발생한 사항은 다른 측면에 영향을 미치게 된다. 다시 말해서 적응체계에서의 사람은 주위 환경으로부터 영향을 받는 반면 영향을 준다는 점이다.

사회복지사는 장애인인 자신의 의사와 의지만으로 행동하지 않고, 사회환경에 영향을 받으며 또한 환경에 영향을 미친다는 것을 알 수 있다. 장애인의 삶의 질 향상을 위해서는 적응체계에서의 지속적인 상호작용과 적응에 미치는 영향을 파악하는 것은 매우 중요하다고 할 수 있다. 장애인의 삶의 질 향상을 위한 목표는 장애인과 사회의 건강과 생활 만족도를 증진시키는 전반적인 행복과 안녕의 향상을 목표로 한다.

따라서 사회복지사의 활동은 적응을 증진시키기 위해 사회환경 속에 있는 장애인의 상호작용을 통한 역량강화에 필요한 행동이 요구되어진다. 즉, 장애가 있는 노인의 복지 향상을 위해 사회복지사는 다음과 같은 사항들을 생각해 볼 수 있다. 장애가 발생된 후에 사회복지사의 클라이언트에 대한 목표는 장애 노인이 새로운 환경과 새로운 역할에 적응할 수 있도록 도와주어야 한다. 즉, 장애의 발생으로 인해 일어나는 건강문제, 소득문제, 생리적인 문제, 사회심리적인 문제, 자신을 돌볼 수 있는 장애노인의 역량강화, 도움이 필요할 때 받을 수 있는 지지체계, 적응기간을 통한 자기개념의 통합 등에 대한 서비스 제공이 필요할 것이다.

7) 인간체계가 의미 있는 인간행동의 통합된 하나의 표현으로 기능한다는 개념과 관련된다.

8) 인간체계는 환경변화에 효과적으로 적응하게 되고 환경을 변화하게 하는 의식과 의미에 뿌리를 둔 사고와 감각능력을 가지고 있다.

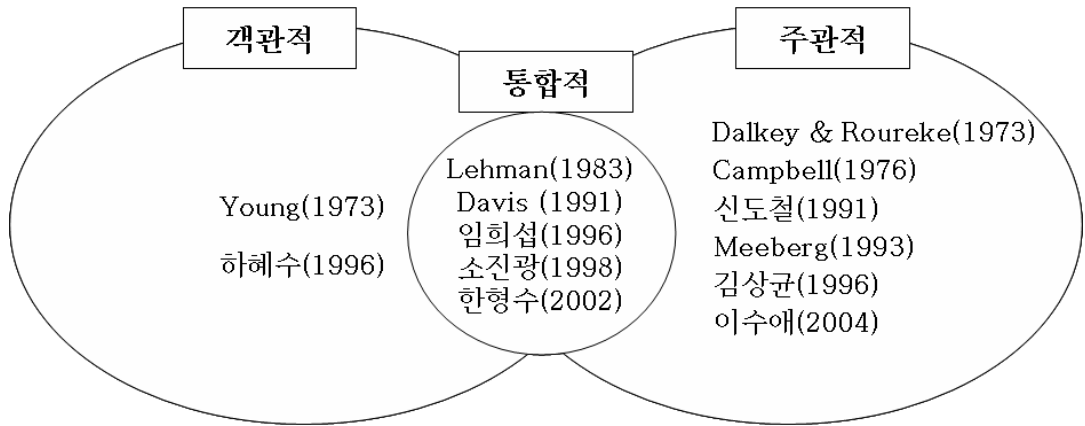
결론적으로 장애인들의 역량강화를 통하여 인간체계가 사회환경과의 상호작용을 향상시키고 노화와 장애상황에서 적응을 증진시키는 것은 사회복지사의 역할이다.

3. 접근방법

가. 삶의 질에 대한 관점비교

삶의 질과 관련된 연구에서 연구자들이 직면하는 일차적인 문제는 삶의 질의 정의와 그 기준의 문제이다(Veenhoven, 1991). Stewart와 King(1994)에 의하면 삶의 질의 원초적 의미는 주관적 인식이었는데, 측정상의 어려움 때문에 객관적 요소까지도 포함하는 보다 포괄적인 개념으로 변화되었다고 하였다(안희정, 2000).

따라서 그 동안 삶의 질 연구의 관심사는 주로 삶의 질을 측정하기 위한 합당한 지표를 개발하기 위해서 객관적 조건들과 주관적 만족도를 어떤 방식으로 측정할 것인가의 문제가 가장 관심 있게 다루어져 왔다. 그런 의미에서 먼저 기존의 경험적 연구들이 어떻게 진행되어 왔는가를 검토하여 보면 <그림 2-1>에서 보듯이 삶의 질에 대한 관점비교는 크게 세 가지로 구분해 볼 수 있다. 즉 개인의 삶의 질을 객관적 조건을 중심으로 평가하려는 입장, 한 개인의 자신의 삶에 대한 주관적 경험과 평가를 중요시하는 입장, 그리고 객관적 측면과 주관적 측면을 통합하여 삶의 질을 측정하려는 입장이 있다.



<그림 2-1> 삶의 질에 대한 관점비교

(1) 객관적 접근

삶의 질을 연구하는 것은 무엇이 삶의 질에 영향을 주는가에 대한 탐구이며, 영향요인에 따라 삶의 질의 개념과 정의가 달라지기 때문에 어떤 접근방법으로 연구하는가는 매우 중요하다. 객관적 지표에 의한 접근방법은 삶의 질에 영향을 미친다고 생각되는 요인들이 통계적으로 객관화하는 것이 가능해야 한다고 보는 입장이다. 즉 삶의 질이 외적인 기준이나 조건에 의해 정의되므로 객관적인 요인들을 찾아내고 그러한 요인들이 현실에서는 어떤 상황에 있는가를 측정하는 것을 말한다. 객관적 접근은 조사대상자의 주관적 상태에 관계없이 외부 연구자에 의해 측정 가능한 지표들을 의미한다.

객관적 접근은 다시 물리적·물질적 조건⁹⁾으로 측정 가능한 지표들과 사회·문화 및 정치적 조건을 반영하는 측면으로 나누어 살펴볼 수 있다. 이러한 개인의 삶의 질은 외적인 기준이나 조건에 의해 정의될 수 있으며, 사회·경제적 지표들에 의해 주로 결정된다는 가정에 기초하고 있다(조명한·차경호, 1998).

삶의 질에 대한 객관적 접근은 사회지표의 개발과 함께 발달하였다. 삶의 질에 대한 객관적 지표의 개발은 산업화·도시화 및 경제 발전에 따라 삶의 경

9) 물리적·물질적 조건이란 일반적으로 소득수준, 주거환경, 학력, 직업, 근로조건, 건강상태 등을 말한다.

계적인 또는 물질적인 측면만을 고려하였다. 그러나 1960년대 이후 경제 성장에 따른 양적인 측면만이 아닌 질적인 측면을 반영하고자 한 시도로 사회지표 운동(social indicators movement)을 통해 종합적인 삶의 질을 측정하고자 하는 경향이 나타났다(이현송, 1997).

이러한 사회지표(social indicator)는 경제지표(economic indicator)의 제약점을 극복하고자 객관적인 사회 인구학적인 변인을 사용하여 삶의 질의 개념과 삶의 질을 어떤 방법으로 측정할 것인가에 관심을 두었다. 1970년 이후에 삶의 질 연구는 어떤 요인들에 의해 결정되는가라는 보다 이론적인 논의로 전환되었다(한형수, 2002).

객관적인 접근을 통해 삶의 질을 연구한 학자들의 견해를 살펴보면 객관적인 평가 측면으로 살펴본 경우는, Sin(1981)은 삶의 질을 나타내는 지수는 즐거움지수와 복지지수를 합친 값으로 복지지수는 객관적 지표로서 경제적·물질적 조건과 관련된 주택, 이웃, 건강, 재정 형편, 자녀 양육, 친구, 여가, 정부, 교육 등과 관련된 것을, 즐거움 지수는 주관적 지표로서 만족감, 행복감 등을 나타내는 것인데 지적, 심미적 만족과 사랑·존경의 욕구는 실현에 관한 것으로 각각 나누어 제시하였다.

Diener와 Emmons(1984)는 우선 주관적인 척도로 삶의 질 모든 면의 전반적인 평가와 외부의 조건을 고려하여 객관적으로 결정된다고 하였다. 그리고 Homes과 Dickerson(1987)은 정상적인 일상생활을 하는데 정신, 신체, 사회적 요인에 대한 반응을 나타내는 추상적이고 복합적인 용어라고 하였으며, Park(1989)은 객관적인 측정의 지표가 되는 것은 실제적인 직업, 수입정도, 교육수준, 신체적 활동 등이고 주관적 측정의 지표가 되는 것은 대상자 자신의 생활경험 즉 가족관계, 결혼생활, 경제상태 등으로 이에 대해 어느 정도 만족하는지를 측정하는 것이라라고 정의 내렸다(이선혜·이정섭, 2002 재인용).

삶의 질에 대한 초기의 연구들은 측정의 영역이 대부분 객관적 지표 중심으로 연구되어 왔으며, 인구사회적인 변수들이 삶의 질에서의 개인차를 설명해 주리라고 가정하였다(Bradburn, 1969; Andrews & Withey, 1976). 그러나 최근의 연구들은 이와 같은 가정에 의문을 제기하고, 인구사회학적 변인들이 설

명할 수 있는 주관적 삶의 질의 변량을 모두 합해도 주관적 삶의 질 총 변량의 약10%에서 15% 사이이기 때문에(Andrews & Withey, 1976; Diener, 1984; Michalos, 1985; Veenhoven 1991; Andrews & Robinson, 1991; 조공호, 1996 ; 이수애, 2004 재인용) 인구사회학적 변인으로 주관적 삶의 질에서의 개인차를 설명하는 데는 한계가 있음이 지적되었다. 그러므로 삶의 질에 대한 최근의 많은 연구들은 주관적 삶의 질의 구성요소들을 규명하려는 노력이 경주되고 있다(김용택 외, 2003).

그럼에도 불구하고 객관적 지표에 의한 삶의 질 접근방법은 다음과 같은 장점이 있다. 첫째, 객관적 접근은 사회, 행위, 현상 등의 사실 여부에 관한 것으로서 측정이 용이하고, 절대적 판단이 가능하다. 둘째, 기존의 통계자료를 활용할 수 있고, 국가나 지역 간의 비교가 가능하다는 점이다. 셋째, 비교 대상간의 횡단적 비교분석을 통해서 사회적 변화를 추적할 수 있다는 점이다.

이런 이유에서 객관적 지표에 의한 접근은 국가나 지역사회를 분석단위로 하는 사회적 삶의 질 연구에서 유용하게 사용되고 있다(김영기·박재규, 2001 ; 이수애, 2004).

이상의 논의들을 정리하면, 객관적인 측면의 정의는 인간의 만족스러운 생활에 영향을 미치는 객관적인 삶의 조건으로 정의하는 견해로 객관적·물리적 삶의 상태가 인간의 주관적, 심리적 만족감에 영향을 미칠 것이라는 인과성을 전제로 하고 있다.

(2) 주관적 접근

객관적 삶의 질에 관한 선행연구들을 살펴보면 측정의 영역이 대부분 객관적 지표 중심으로 연령, 성별, 종교, 결혼여부, 소득 및 학력 등 인구사회학적인 변인들이 삶의 질을 설명해 주리라고 생각하였으나 객관적인 지표만으로 주관적 삶의 질을 설명하는데 한계가 있음을 인식하였다. 즉 사회지표들은 단지 삶의 질에 영향을 줄 것이라 가정되는 객관적 지표들을 평가할 뿐, 정작 개개인이 경험하는 삶의 질을 직접적으로 평가하지 못한다는 것이다.

따라서 최근의 연구에서는 주관적 삶의 질의 구성요소들을 규명하려는 노력이 경주되고 있다. 즉 객관적 삶의 질은 경제학자나 사회학자가 경제적·환경적 및 사회적인 삶의 상황이 어떠한가에 연구의 초점을 두었다면 반면에 ‘주관적 삶의 질(subjective quality of life)은 ‘주관적 안녕감’(subjective well-being), ‘만족감’, ‘행복감’이란 용어로 이는 그 사회에 속한 개개인이 자신의 삶을 어떻게 평가하고 또 자신의 삶에 얼마나 만족하는지를 측정하고 평가하는 것이다.

주관적 삶의 질은 객관적인 삶의 상황에 대한 주관적 평가라고 할 수 있는 주관적 만족도의 수준이나 긍정적 또는 부정적인 정서 경험의 정도를 말한다(Diener, 1984, 1994)라고 할 수 있다. 주관적 삶의 질 연구에서 노인의 삶의 질이란 Kim & Hong(1995)은 삶의 질을 주관적으로 평가하는 일상생활 전반에 걸친 삶의 만족이라 하였고, No etc(1995)은 인간생활의 질 문제인 인간 삶의 정도와 가치로, Kim T. H. etc(1998, 1999)은 생활만족도와 정서적 감정으로 표현되는 주관적 안녕감으로, Park etc(1998)은 만족, 행복, 긍정적 정서, 사기 등이 내포된 주관적 안녕상태로, Kim & Park(2000)은 개인이 지각하는 주관적 안녕감으로 보았으며, song(2001)은 인간이 통합적인 삶의 가치나 의미에 대한 주관적인 평가라고 보았다.

이러한 연구결과는 삶의 질을 만족감(satisfaction)과 안녕감(well-being)으로 보고 있을 뿐 다차원적인 특성을 지닌 삶의 질에 대해 구체적인 정의를 내리고 있지 않았다.

이에 노인을 제외한 사람을 대상으로 주관적 삶의 질을 연구한 학자들의 견해를 살펴보면 다음과 같다. Mitchell, Logothetti & Kantor(1973) 등은 삶의 질을 어떤 개인이 일정 기간에 있어서 자기 자신의 욕구에 대해 인식하거나 감지하는 만족감으로 정의하고, 개인의 주관적 만족감이 삶의 질을 규정하는 요인이라고 보았다.

Dalkey & Roureke(1973)는 삶의 질을 개인의 안녕감(sense of well-being), 생활상의 만족, 불만족감, 행복감 및 불행감으로 설명하며, Ferrans & Powers(1992)는 삶의 질을 개인이 중요하다고 생각하는 생활영역

에 대한 만족도의 정도로 설명하고 있다.

Young과 Longman(1983)은 삶의 질을 신체적, 정신적 측면, 사회적 활동과 경제적 환경 측면 등 현재의 삶의 환경여건에 대한 만족도라고 정의했다.

Campbell(1998)은 삶의 질이란 자신의 총체적인 욕구 만족도에 따라 달라지는 질적 삶에 대한 느낌이라고 보았다. 즉 삶의 전반적인 상황이나 경험들에 대한 개인의 주관적인 평가와 만족으로 생각하였다. 아울러 Campbell(1976)은 사람들에게는 만족감과 행복감을 최대화하려는 충동이 있으며 사람은 그가 인지한 환경에 반응함에 있어서 객관적 부분만이 아니라 개개인의 가치관, 기대, 인성적 특성, 인구사회학적 특성 등에 의해서도 영향을 받는다고 보았다. 또 현재 상황에서 개인이 경험하는 만족감과 행복감의 정도는 현 상황과 비교로 삼는 기준들 간의 인지된 차이에 의해서 결정되며, 개인들의 만족감과 행복감의 정도가 변화되는 이유는 환경의 변화, 인지된 상황의 변화, 심리적 관점 등의 변화가 개인의 삶에 대한 평가에 영향을 미치기 때문이라고 설명한다(이수애, 2004 재인용).

No(1988)는 신체적, 정신적, 사회경제적, 영적 영역에서 개인이 지각하는 주관적인 안녕상태라고 정의하며 정서상태, 경제생활, 자아존중감, 신체상태와 기능, 이웃관계, 가족관계가 포함된다고 하였고, Belcher(1991)는 현재 생활의 만족도에 초점을 맞춘 적절한 자존감, 목적 있는 삶, 최소한의 불안을 경험하는 것을, Bang(1991)은 삶의 상황이나 경험에 대해 주관적인 평가와 만족 혹은 행복으로 주로 주관적인 영역에서 Meeberg(1993)은 자신의 삶을 평가할 수 있는 정신이 명료한 개인이 생활전반에 대한 만족하는 감정이라고 정의를 내렸다(이선혜 · 이정섭, 2002 재인용).

Lehman(1983)도 주관적 삶의 질을 생활환경, 가족관계, 사회적 관계, 여가 활동, 직업, 재정, 안전, 건강 등의 삶의 전 영역을 포괄하는 8개영역에서의 삶의 만족도로 세분화하여 측정하였다.

이상의 여러 학자들의 견해를 종합하여 보면 주관적 접근에 있어서 삶의 질이란 자신의 생활에 대한 만족도와 안녕감으로 정의할 수 있으며, 이는 자신의 생활의 영역에 대해 주관적으로 평가하는 삶에 대한 만족도라고 할 수 있다.

이와 같은 주관적 접근에 있어서 장애인 삶의 질 영역을 어떻게 구성하는가에 대한 논의가 필요하다. 즉 구성영역을 무엇으로 구성할 것인가와 장애노인의 삶의 질에 대한 구성영역이 차별화되어야 하는가로 구분할 수 있다.

첫째, 삶의 질 구성영역에 대한 것으로, 장애인의 주관적 삶의 질에 대한 논의들을 종합해보면 다양한 차원을 포함하고 있다. Evans(1994), 임희섭(1996), Lehman(1986) 등은 삶의 구성 영역을 비교적 세부적으로 구성하고 있다. Evans(1994)는 삶의 질에 관한 연구들을 비교 조사한 결과, 삶의 질 구성영역으로 결혼만족, 직업만족, 재정만족(financial satisfaction), 지역사회만족(communty satisfaction), 결혼적응(marital adjustment), 종교적 만족(religious satisfaction), 가족생활의 질(family life quality), 가족의 복지(family well-being)의 8개 영역을 들고 있다(Diener, 1994).

또한 기존의 연구 문헌들을 살펴보면 삶의 질이란 인간의 일상생활과 관련하여 전반적인 영역에 대해 객관적이고, 주관적인 평가를 하고 있으나 객관적인 지표와 개인의 주관적인 행복감이 항상 일치하지 않은 통계적 상관관계가 발생되기도 한다. 그러나 적절하게 선택된 객관적인 지표들은 주관적인 삶의 만족도와 높은 상관관계를 지닐 수 있을 뿐 아니라 객관적인 삶의 조건들은 주관적인 만족의 충분조건은 아니더라도 필요조건으로서의 의미를 지닌다고 할 수 있다. 다만 주관적인 삶의 질은 개인이 자신의 객관적인 삶의 조건을 인지적으로 어떻게 평가하느냐에 의해 결정되기 때문에 객관적인 조건을 나타내는 지표와 주관적인 만족을 나타내는 지표 사이에는 개인의 성향이나 상황에 따라서 정적인 관계로 또는 부적인 관계로 나타나게 되며 상관관계의 정도도 가변성을 지닐 수 있는 것이다(임희섭, 1996). 이러한 결과로 인하여 1970년대 이후 삶의 질에 대한 연구는 주관적 안녕감과 같은 주관적인 측면에 관심이 더 기울어지고 있다.

장애노인의 삶의 질과 관련하여 기존의 연구들을 살펴보면 장애인의 삶의 질 구성영역은 매우 다양하고 포괄적이라고 할 수 있다. 즉 삶의 질의 신체적 · 정신적 · 심리적 · 영적 건강 측면, 경제적 · 물질적 측면, 생활환경적 측면, 가족이나 중요한 사람들과의 대인 관계, 여가, 생산적인 활동, 자아감 등의 세

부적인 영역들을 포함하고 있다.

둘째, 비장애인과 비장애노인을 대상으로 한 일반적인 삶의 질 구성영역이 장애인인의 삶의 질에도 동일하게 적용될 수 있는가에 대해 생각해 볼 수 있다. 이에 대해서는 일반적으로 삶의 질을 구성하는 구성영역은 기본적으로 같지만 장애라는 특수한 상황으로 인해 영역별 가중치를 달리할 수 있다는 견해가 일반적이다. 이러한 주장은 Mushes(1990), Ory & Cox(1994)의 노인에 대한 연구에서 보여주고 있다(오혜경 외, 2003).

한편, 장애인의 삶의 질 구성 영역은 비장애인의 것과는 다른 영역 즉 사회 활동, 사회참여, 사회에 대한 기여도와 같은 사회통합을 하나의 구성영역으로 포함해야 한다는 견해가 있다(Schalock, 1996; Shunaker et al., 1990; Wood Dauphinee et al., 1988). 이러한 연구는 장애인을 위해서는 반드시 사회통합이 고려되어야 한다는 전제가 깔려있다 그러나 반드시 장애인과 노인들이 가족과 지역사회에서 벗어나 그들만의 생활공간과 환경 속에서 행복과 안녕을 가질 수 있다면 그 상황을 반드시 나쁘다고 할 수 없다는 의견도 있다(Sainsbury, 1986; Sainsbury, 1993; 이성규, 2000 재인용). 이와 같은 장애인의 삶의 질 구성영역에 대한 논의들이 다양하게 이루어지고 있으나 구체적인 차이점과 우선순위에 대한 실증적인 연구는 매우 열악한 상태이다.

결론적으로 주관적인 측면에서의 삶의 질이란 주관적이고, 가치판단적인 특성을 지닌 것으로서 인생에 있어서 규범적 가치와 삶에 대한 주관적인 판단을 의미한다고 본 견해이다.

(3) 통합적 접근

통합적 접근방법은 인간의 활동영역의 일부를 한정적으로 제한하여 삶의 질의 수준을 파악하는 것에 반대하면서 개인의 주관적 평가와 함께 생활환경에 대한 객관적 평가를 함께 고려하려는 통합적 접근이다. 즉 개인과 환경의 어느 한 측면만 보는 것이 아니라 주관적·객관적인 양 측면의 관계에 초점을 두는 입장으로 사회복지실천에 있어서 인간과 환경간의 적합성을 강조하는 입장과도

일치한다.

이러한 견해로 Allen(1979)은 삶의 질을 올바르게 측정하기 위해서는 주관적 지표와 객관적 지표를 모두 이용해야 한다고 하였다. Evans(1994)는 오히려 삶의 질을 측정하는데, 주관적 척도보다는 객관적 척도가 더 중요하다고 주장하였다.

Hughes(1996)의 경우, 개인적 자율성, 육체적 정신적 안녕, 삶의 만족도, 사회경제적 상태, 문화적 요소, 사회적 관계, 활동능력, 환경 등의 요소를 포함하는 총체적 의미로서의 삶의 질 개념을 제시하고자 하였다. Fletcher 외는 삶의 질이 ‘인간 삶의 여러 측면 즉 물질적, 신체적, 사회적, 정서적, 그리고 영혼상의 안녕 상태’라고 보았다. 이것은 인간의 삶의 질은 단순히 외형적으로 나타나는 객관적 차원과 함께 삶의 세부 영역들에 대한 사람들의 만족도와 일과 여가에 대한 평가 등 사회구성원들이 주관적으로 인식하고 있는 질적인 실체를 동시에 이해해야 하기 때문이다(김병관·박준식, 1995; 이정록, 1998; 김영기·박재규, 2001).

비록 삶의 질에 관한 객관적인 척도와 주관적인 척도 사이에 일관된 관련성이 발견되고 있지 않더라도 삶의 질은 사회적 조건 및 제도와 사회성원간에 일어나는 상호작용의 결과를 반영하는 것으로 개인의 욕구와 환경적 자원이 적절히 들어맞을 때 개인의 수행능력이 촉진되어 복지가 증진되며 반대로 양자의 관계에 균열이 생길 때 개인은 스트레스나 불만족을 경험하게 된다고 본다.

또 개인의 수행능력이 증가하면 욕구와 환경간의 적합성이 증가하여 만족감을 느끼게 된다는 것이다. 따라서 사회복지 실천은 양자사이의 적합성을 최적화하기 위하여 양자의 특성을 동시에 변화시키는데 중점을 두게 된다(이수애, 2004).

이러한 연구들은 객관적 차원과 주관적 차원을 단일 차원적으로 접근하기보다는 다차원적인 개념으로 접근하였다(Pavot and Diener, 1993). 그 예로 Davis and Fine-Davis(1991)의 ‘도시 거주자들의 삶의 질’에 관한 연구와 Chaturvedi(1991)연구에 따르면 객관적 삶의 질과 주관적 삶의 질 사이에는 상관관계가 높지 않았다고 한다.

또한 이러한 통합적인 접근방법은 정신장애인의 삶의 질 연구에서 활용되고 있는데 그 모델 중 가장 잘 알려진 것이 Lehman의 모델이다. 그는 객관적 영역이나 주관적 영역만을 강조하는 삶의 질 연구를 반대하면서 이 둘을 모두 포함하는 포괄적인 삶의 질 모델을 제시하였다. 이 모델에서 그는 삶의 질은 궁극적으로 주관적인 문제이며, 이런 경험은 적어도 다음 3가지 수준을 모두 포함해야 한다고 주장한다. 즉 성별, 연령과 같은 개인적 특성, 소득이나 학력과 같은 삶의 여러 영역에 대한 객관적인 삶의 질, 그리고 객관적 삶의 영역에 대한 주관적인 삶의 질이 그것이다(Lehman, 1982, 1983; 강옥경, 2001).

이들 연구들은, 객관적 삶의 조건들이 주관적 삶의 충분조건은 아닐지라도 필요조건으로서의 의미는 지닐 수 있음을 보여 주며, 이러한 방법을 통하여 삶의 질에 대한 종합적인 인과모형을 구성하고 분석하는 일은 가능할 것으로 생각된다.

그러나 사람들의 삶의 양 측면을 동시에 고려한 이러한 종합적인 접근은 이론적 · 논리적으로 가능하나 실제 경험적 분석에서는 상당한 문제점들을 지니고 있어 아직까지 통합적인 접근에 의한 연구의 어려움이 있으나 최근에는 주관적 삶의 질을 높이는데 기여하는 객관적 요인을 찾는 연구들이 증가되어지는 경향이 있으며, 개인의 삶의 질을 효과적으로 파악하기 위해서는 객관적 요인과 주관적 요인이 어떻게 상호작용을 하면서 개인의 삶의 질을 결정하는지에 관심을 갖고 둘 간의 상호관계나 인과관계를 밝히려는 연구들에 더욱 많은 관심이 모아지고 있다(이수애, 2004).

결론적으로 삶의 질에 관한 연구에서 이상적인 것은 객관적 · 주관적 지표가 상호 대응되면서 함께 이용되는 것이지만, 실제에 있어서는 다음과 같은 문제점들이 지적되고 있다(금자용, 1993).

첫째, 일반적, 전체적 대상 수준에서는 긍정적인 반응을 나타내는 경향이 있으나, 어떤 개별적인 객관적 지표 영역에 관해서는 오히려 비판적이며 상당한 불만도 표명하는 경향이 있다.

둘째, 동일한 객관적 상태에 관해서도 개인의 경험의 차에 따라 만족도나 평가가 크게 변화한다.

셋째, 삶에 대한 개인의 평가와 감정, 인식의 집합적 실태가 현상의 정확한 분석에 유효하기 위해서는 준거집단론과 같은 이론적 자원에 기초할 필요가 있다.

넷째, 객관적 지표와 주관적 지표의 관련을 도식적으로 파악하려는 시도도 있으나 현재로서는 그다지 유효한 것이 되지 못하고 있다.

따라서 사회지표는 개인이 생활하는 주관적 현실을 직접 확인하는 것으로서, 심리적 만족과 행복감, 생활만족감을 측정할 필요가 있다(한형수, 2002). 이와 같이 통합적 접근은 외형적인 생활 상태는 물론 내면적 심리까지도 포괄하는 개념이라고 할 수 있다.

나. 장애인에 대한 접근방법

위에서 살펴본 바와 같이 삶의 질에 대한 다양한 접근방법으로 인해 통합된 개념과 구성인자가 명확하지 않은 현실적 여건을 감안하여 장애노인의 삶의 질에 대한 개념과 구성요소를 본 연구에서는 연구의 목적인 전라남도 거주 65세 이상 장애노인을 대상으로 삶의 질을 논의하는데 있어 특별한 의미는 삶의 질이 장애노인에 대한 사회환경과 적응에 따라 삶의 질이 변화되어질 수 있다는 관점에서 장애노인에 대한 삶의 질이 새로운 정책가치 내지는 평가¹⁰⁾준거로 인식된다는 전제하에 살펴보고자 한다.

첫째, 삶의 질에 통합적 접근방법이다. 삶의 질은 주관적 인식이었는데 측정상의 어려움으로 인해 객관적 요소까지도 포함하는 보다 포괄적으로 변화됨에 따라 삶의 질을 주관적인 차원에 초점을 두어 정의를 내리고 미시적으로 접근

10) 평가란 자신의 삶에 대한 만족의 정도는 자신이 설정한 비교기준과 현재 자신이 처한 상황을 인지적으로 비교한 결과에 의해서 결정된다고 본다는 점이다.(Meadow et al., 1992) 또한 대표적인 평가이론으로는 차이이론(Gap theory)과 중다불일치론(Multiple-discrepancy theory)이 있으며, 평가방법은 인지적 평가와 정서적 평가로 구분하고 있다. 첫째, 차이이론이란 각 개인이 자신의 삶을 평가할 때 자신이 기준으로 삼는 것과 자신의 상황과의 인지된 차이가 가장 중요하다는 것이다. 그 차이가 크면 만족감이나 행복감은 낮아지고, 그 차이가 적을수록 만족감이나 행복감은 증가한다는 것이다. 둘째, 중다불일치론의 핵심은 사람들이 자신의 상황을 평가할 때 무엇을 비교 기준으로 삼느냐에 따라서 평가가 달라질 수 있다고 보는 것이다.

한 주관적 접근방법과 객관적 차원까지를 포함하는 주·객관의 통합적 접근방법으로 나누어 볼 수 있다.

둘째, 삶의 질을 다차원적으로 접근한 방법과 단일 차원적으로 접근한 방법으로 나누어 볼 수 있는데 본 연구에서는 다차원적인 접근방법으로 연구하고자 한다. 다차원적으로 접근한 연구들은 주로 삶의 질을 Ware와 같이 삶의 양과 질의 이차원으로 해석해 양적 지표와 질적 지표로 고려하거나, Liu(1976)와 같이 환경, 정치, 경제, 건강과 교육, 사회 등의 다섯 영역으로 나누어 삶의 질의 하위영역이나 차원을 다시 구체화였다. 이에 반해 단일 차원적으로 접근한 연구들은 삶의 질을 총체적으로 다루기 때문에 하위영역을 밝히는 작업을 할 필요가 없었고, 더욱이 일련의 다차원적 관점에서 사용되어 온 하위개념들 간에 높은 상관관계가 있음이 입증됨으로써 삶의 질이 실질적으로는 하나의 포괄적 개념임을 강조하였다.

본 연구에서는 다차원적 접근 방법으로 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 물리적 환경, 사회적 인식, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력 및 삶의 질의 9개의 영역으로 나누어 살펴보았다.

셋째, 삶의 질에 대해 미시적, 거시적 접근방법으로 연구하고자 한다. 삶의 질을 미시적으로 접근한 방법과 거시적으로 접근한 방법으로 나누어 볼 수 있는데 삶의 질에 대해 미시적으로 접근한 연구들이 주장하는 바는 삶의 질이란 개인이 직접 체험하고 느끼는 정도이기 때문에 분석단위가 개인들의 주관적인 인지에서 출발되어야 한다는 주장이다. 이에 반해 삶의 질에 대해 거시적인 접근을 한 연구들은 사회의 비교평가나 사회정책의 수립에 기초가 될 실용적인 자료수집에 초점을 맞추었기에 사회지표의 개발에 치중하였다. 초기에는 GNP와 같은 단순한 경제적 지표에만 초점을 두다가 1960년대 이후에는 사회적 지표까지도 포괄하는 다차원적인 개념으로 확대되었다. 따라서 거시적인 접근은 삶의 질을 물질적, 환경적, 심리적 측면까지 모두 포괄하는 삶의 종합적 상태를 의미하는 개념으로 묘사하고자 했다(김태용 외, 2000).

이와 같은 분류를 기초로 본 연구에서는 삶의 질에 대한 개념 정의와 구성요소 또는 하위영역을 도출하기 위한 접근을 주관적, 미시적, 다차원적인 입장

에서 우선 삶의 질에 대한 개념을 주관적 요소와 일련의 객관적 환경에 대한 주관적인지로 보고자 한다. 이때 주관적 요소에는 첫째, 주관적인 행복감과 안녕이라는 의미와 둘째, 개인적 발전과 성장 등이 포함된다. 객관적 요소에 대한 주관적 인지란 조건의 질에 대한 주관적 평가를 의미한다. 삶의 질에 대한 개념적 접근을 이 같이 한 결과 개념적 요소에 포함되는 구성인자들 또한 미시적, 다차원적인 접근의 관점에서 살펴보고자 하였다.

제3절 장애노인의 삶의 질 영향요인

1. 주요 영향요인 분류

우리사회에서 삶의 질에 대한 관심은 최근에 크게 고조되어 가고 있다. 그것은 우리사회가 경제적으로 안정되고 이제는 삶의 질에 관심을 갖는 단계로 접어들었음을 보여준다. 국가의 정책에서도, 국민들의 라이프스타일 속에서도 삶의 질에 대한 관심을 읽을 수 있다. 그 예로 건강한 삶, 복지사회, 웰빙 등 삶의 질과 관련된 말들이 우리사회 이웃들로부터 일상생활에서 매우 익숙한 이야기 거리가 되었다. 그럼에도 불구하고, 우리사회 깊숙이 스며든지 오래된 삶의 질 구성개념의 정확한 의미나, 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인들에 대한 학문적 차원에서의 규명은 상대적으로 더딘 상황이지만, 기존의 연구에서 제시된 주요 영향요인을 검토해 보면 다음과 같은 요인들을 도출할 수 있을 것이다.

Felce & Perry는 장애인의 삶의 질을 신체적 안녕(physical well-being), 경제적 안녕(material well-being), 정서적 안녕(emotional well-being), 사회적 안녕(social well-being), 장애인의 발달과 역할(development/activity)의 5가지 항목의 객관적 · 주관적 측면을 모두 포괄하는 것으로 개념화하였다. 객관적 · 주관적 측면에 대한 평가를 하기 위하여 객관적인 측면은 건강상태와 소득, 주거상태, 대인관계, 사회활동, 사회적역할 등의 생활환경으로 구성하였으며, 주관적 측면은 개인의 생활환경에 대한 만족정도로 측정될 수 있다고 제시하였다(류시문, 2004 재인용).

Lyubomirsky & Lepper(1999)는 삶의 질에 대한 기존 연구들을 종합적으로 분석하는 메타연구를 실시한 바 있다. 이 연구 결과 개인, 가족, 사회, 환경 4가지 차원 중에서 주관적 안녕감과 가장 관련이 높은 영역은 개인적 차원이었고, 개인적 차원의 요인들 중에서는 경제력, 활동수준, 적응수준, 생활사건, 개인성향 등이 중요한 요인으로 나타났다고 보고하였다(김완석 · 김영진, 1997:

77 재인용).

Oliver et al.(1996)은 삶의 질을 결정하는 요인들을 <표 2-4>에서와 같이 개인적 특성, 객관적 삶의 질, 주관적 삶의 질 요인 등 3가지 범주로 보다 명확하게 구분하였다. 이 분류의 특징은 객관적 삶의 질 범주에 그 동안 소홀히 다루어졌던 개인의 ‘행위능력’과 ‘역할수행능력’을 포함시키고 있으며 더불어 주관적 삶의 질 범주에도 ‘적응’이나 ‘성숙’과 같은 발달심리학적 요인들을 다수 포함시키고 있다는 점이다.

<표 2-4> 삶의 질 영향요인들의 범주

범 주	요 인
개인적 특성	나이, 성별, 민족, 사회적 지위
객관적 삶의 질	사회경제적 지표: 소득, 직업, 주택
	행위능력 · 역할수행능력: 사회적 기술, 기능적 능력
	생물학적 요인: 건강, 정신적 상태
주관적 삶의 질	주관적 만족: 생활영역별 만족, 총체적 만족
	정신건강: 긍정적 감정, 부정적 감정, 스트레스
	인성: 자아개념, 내향성, 외향성
	적응 및 성숙: 독립성, 가치, 성숙

고승덕(1996)은 기존의 연구들을 분석하여 삶의 질과 관련된 요인들로 성별, 연령, 교육, 직업, 수입, 결혼상태, 종교, 사회참여, 인종, 건강 등이었다고 하였다. 삶의 질 구성요소들의 다양한 견해들을 정리한 Felce & Perry(1995)는 일반인, 지적장애, 신체적 장애와 정신건강분야에서 논의된 15개의 논문을 분석한 결과 학자들의 중복적으로 제시하고 있는 부분들이 있다고 하면서 삶의 질의 영역은 신체적 안녕, 물질적 안녕, 사회적 안녕, 정서적 안녕, 생산적 안녕으로 구성된다고 주장하고 있다 그에 따르면 신체적 안녕은 건강과 관련되고, 물질적 안녕은 수입과 관련되며, 사회적 안녕은 대인관계와 사회적 참여, 정서적 안녕은 정서, 스트레스, 정서 상태, 사회적 위치 등과, 생산적 안녕은

발전적 성장이 주요 하위영역이라고 제시하였다(오혜경 · 백은령, 2003).

김의철 · 박영신(2006)에서 다양한 연구 결과들을 종합하여, 크게 여섯 가지 측면에서 논의하였다. ① 삶의 질 향상을 위한 기본적 자원으로서 경제력, ② 원만한 인간관계의 중요성, ③ 삶의 질에 영향을 주는 핵심 요인으로서 정서적 지원, ④ 심리적 특성으로서 통제감의 중요성: 자기효능감과 자기조절, ⑤ 학업 성취를 통한 높은 삶의 질에 대한 기대, ⑥ 신체적 건강과 기타 요인 등으로 나타났다.

위와 같이 기존의 선행연구를 살펴본 결과 장애노인의 삶의 질과 관련을 갖고 있는 요인들로는 성별, 연령, 교육정도, 직업, 수입, 결혼상태, 종교, 인종, 건강상태, 자아존중감, 우울, 정서상태, 사회활동, 사교 · 레저활동(Malm et al., 1981; Lehman, 1986; Fuhrer et al., 1992; Clayton & Chubon, 1994; Kreuter et al., 1998). 가족과의 관계, 친구 및 직장 동료와의 관계와 지지적 태도, 이웃과의 관계와 지지적 태도, 장애인이 느끼는 비장애인의 인식(사회적 시각), 사회적 지원(공식적, 비공식적 지원), 지지 모임, 프로그램 및 치료환경 등을 들 수 있었다(Malm et al., 1981; Kennedy, 1989; Ely, 1991; 양옥경, 1997; Mares, 2000; Seybolt, 2000; 강옥경, 2001; 이익섭 · 윤경아, 2001).

위와 같이 장애노인의 삶의 질 영향요인은 포괄적이면서도 삶의 다양한 요인들 즉 신체적 · 정신적 건강 측면, 물질적 측면, 생활환경적 측면, 가족이나 중요한 사람들과의 관계, 여가, 생산적인 활동, 자아감 등의 세부적인 영역들을 포함하고 있다고 할 수 있다.

이러한 요인들을 본 연구에서는 크게 5가지로 분류하여 살펴보았다. 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인연구에서 크게 외생변수와 매개변수로 나누고 외생변수에는 개인요인, 환경요인, 사회통합요인으로 구분하고, 매개변수로는 자기효능감과 일상생활능력으로 구분하여 각각의 요인을 구체적으로 검토해보았다.

첫째, 개인요인의 구성변수들로는 성별, 연령, 교육 정도, 직업유무, 수입, 결혼상태, 종교, 장애 기간, 자신의 장애에 대한 인식, 지각된 장애성, 무력감, 경제수준, 신체 만족도 등을 들고 있으나 본 연구에서는 지각된 장애성과 경제수

준으로 선정하였다. 지각된 장애성은 자신의 장애에 대한 지각과 인식으로 장애에 대한 적응과 관련된 변수로 여러 심리사회적 변수 중 가장 강력한 예측요인으로 보고 있다. 즉 장애인들이 실제 손상정도보다 손상정도에 대한 인식이 적응과 삶에 대한 만족도에 더 영향을 미친다는 것이다(Pollock, 1984; Belgrave, 1991; 양현주, 1991).

경제수준의 경우 세계은행, 국제연합, 국제노동기구, 세계보건기구 등에서 발표한 수많은 측정치에서 경제수준과 삶의 질과의 연관성을 관찰할 수 있다. 즉 상대적 빈곤국가의 물리적, 물질적 생활조건이 상대적 부국국민의 ‘삶의 질’보다 열등하다고 분석하고 있다. 경제수준이 가져다주는 풍요의 증가는 일반적으로 장애노인의 삶의 행복을 증가시켜 준다고 보는 것이다. 결론적으로 ‘삶의 질’은 생활수준(standard of life) 또는 경제수준의 향상이라는 개념으로 해석할 수 있다.

둘째, 환경요인의 개념과 범위는 다양성과 포괄성을 내포하고 있으며 장애노인의 삶의 질은 환경이 처한 상태에 따라 결정되는 중요한 변수라고 할 수 있다. 이러한 환경요인은 Cemain(1980), 권도용(1998), WHO(1999)의 분류를 종합하여 이를 토대로 장애노인의 환경요인을 비공식적 사회환경, 물리적 환경, 사회심리적 환경, 문화적 환경, 공식적 사회환경으로 분류하고, 이를 기초로 사회적 지지, 접근과 이동환경, 사회적 인식, 여가 및 문화여건, 장애인관련 시책 및 프로그램 등을 종합적으로 고려하여 장애노인의 환경요인으로 사회적 지지, 사회적 인식 그리고 물리적 환경으로 구성하였다.

이러한 변수의 구성은 장애노인들이 그들의 삶에서 느끼는 만족감은 그들이 처한 환경특성에 따라 달라질 수 있다는 점을 고려하면서 환경특성의 영향을 규명하기 위한 것이다.

셋째, 사회통합요인의 경우 최근 소수의 노인과 장애인들이 가족과 이웃으로부터 벗어날 때 편안함과 자유로움을 느낄 수 있다는 조사결과를 무시하고 다수의 비장애인 속으로 통합시킨다는 것은 그들의 특수한 욕구를 충족시키기에 근본적으로 한계가 있기 때문에 사회통합은 장애인들의 삶의 변화와는 무관하다는 입장이 있다(Sainsbuy, 1993; 이성규, 2000 재인용).

반면 장애인의 사회통합은 삶의 질에 있어서 매우 중요한 부분이며, 장애인이 자신의 삶에 만족감을 느끼기 위해서는 지역 사회활동에 참여하고 통합된 상태에서 생활하는 것이 중요하다는 것이다(Pilling & Watson, 1995; Schalock, 1996). 이러한 시각에서는 장애인 삶의 질에 있어서 비장애인들과 함께 어울려 살아가는 것이 매우 중요하다는 점을 시사해 주고 있다. 따라서 본 연구에서는 사회통합요인을 삶의 질 영향요인에 포함하고 장애인이 비장애인들의 사회참여와 활동을 하는 정도인 사회활동 참여로 구성하였다.

넷째, 자기효능감은 개인이 일정한 상황에서 그 상황을 해결하는 능력 그 해결에 대한 자기 확신을 말한다. 일상생활능력은 장애인이 가정이나 직장 또는 지역사회 속에 적응하고 통합될 수 있는 사회활동의 기초 능력을 의미하는 것으로 장애노인의 삶의 질을 고려할 때 중요한 요인이라 할 수 있다.

2. 주요 변수들의 삶의 질과의 관계

본 연구에서는 장애인들의 삶의 다양한 측면을 포괄적으로 살펴보고자 외생변수를 개인요인과 환경요인 그리고 사회통합요인으로 나누어 고찰하고자 한다. 개인요인으로는 지각된 장애성과 경제수준으로 나누었으며, 환경요인으로는 사회적 지지와 사회적 인식 그리고 물리적 환경을 포함하고 있으며, 사회통합요인은 사회활동 참여로 구성되어 있다.

가. 개인요인

(1) 지각된 장애성

지각된 장애성은 장애노인이 자신의 전반적인 장애상태를 어떻게 인식하고 있는가를 말하는 것이다. 장애노인은 장애에 대한 지각과정을 통해 자신의 가치와 태도를 형성하게 되고 자신의 행복과 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 사료된다.

Pender(1996)의 경우 장애인이 생활하는데 있어서 느끼는 불편함을 지각된 장애성(perceived barrier)이라고 지칭하면서 장애를 입은 후 신체적, 정신적 문제 이외에도 여러 가지 사회환경의 어려움에 부딪히게 된다고 하였다(백은령, 2003 재인용).

Brown(1981)는 만성 질환자들의 삶의 만족에 관한 연구에서 지각된 건강과 삶의 만족에 영향을 미치는 변수들 중에 신체적 불편감이 사회활동 적응에 위축을 주어 개인의 삶에 부정적인 영향을 주고 개인의 삶에 만족에도 부정적인 영향을 준다고 보고 있다(최영애, 2003 재인용).

일반적으로 장애인들의 장애수용에 따라 자신이 장애를 어떻게 인지하고, 어떤 의미로 규정하는가에 따라 장애인으로서의 삶의 방식, 인간으로서의 삶의 방식이 좌우된다(곽승철 외, 1995). 뿐만 아니라, 장애인이 비장애인과 상호작

용을 할 때 가장 고통 받는 것은 편견이다. 장애인이 대인관계와 역할의 변화를 경험하지만 처음에는 새로운 지위의 획득에 적응하지 못하고 또 그 지위에 맞는 역할을 모르기 때문이다(German, 1980). 이들은 오랫동안 일련의 사회적 지위들을 점유하여 그에 적합한 역할과 또 가정 내에서도 일정한 지위와 역할을 수행해오던 사람으로 질병전의 역할을 수행하고자 하는 욕구에 신체적 능력이 따르지 못하거나 혹은 외부에서 신체적 능력 밖의 역할을 기대할 때 역할기대에 대한 인식과 능력간의 부적합성을 느끼게 되며 특히 가장인 경우는 역할에 대한 자신과 외부의 기대에 직면하여 긴장을 느끼게 된다(김외숙, 1996; 김애리, 2000: 38)

Davis(1978)는 장애인을 미국사회의 흑인이나 동성연애자들과 비교하면서 장애인들이 사회로부터 거부당하고 있음을 강조하면서 이를 ‘사회적 손상’이라고 하였다. 또한 장애인들은 고용, 친구관계, 법정에서의 권리, 성관계, 여행, 여가활동, 주거, 교육 등을 박탈당하고 있다고 주장하였다.

이러한 대인관계 상황에서의 피드백 혹은 지지에 대한 부정적인 시각이 우울에 영향을 주는 중요한 변인이 될 수 있다(Beck et al. 1979) 또 장애를 스스로 극복하지 못한 사람들은 현실적이지 못한 인식, 즉 자신과 다른 삶에 대해 왜곡된 인식을 가지며(강위영, 1991) 이런 지각된 장애성은 삶의 질에 부정적인 영향을 준다(오복자, 1996; 김애리, 2000: 39 재인용).

Sechrist, Walker와 Pender(1987)는 운동행위에 대한 지각된 장애성이 운동을 예측하는 가장 중요한 요인이라고 하였으며 지각된 장애성은 자기효능감과 삶의 질에 영향을 미친다고 하였다(구미옥, 1992; 박은숙 외, 1998; 임미영, 1998; 김애리, 2000: 39).

이런 지각된 장애성은 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 영향을 주는 예측요인이 될 것이다. 따라서 장애노인의 지각된 장애상태와 수준을 조사하고, 그 관련성을 파악하는 것은 장애노인을 위한 복지정책과 프로그램 개발을 위한 기초자료로서 그 의의가 크다고 사료된다.

(2) 경제수준

경제력은 사람을 행복하게 만드는 필요충분조건일까? 과연 경제력이 인간의 삶의 질에 얼마나 기여하는가에 대한 문제가 삶의 질을 연구하는 학자들(Diener, & Oishi, 2000)의 관심이 되어 왔다.

삶의 질 향상을 위한 기본적 자원으로서 경제력이 중요하다는 사실은 박영신과 김의철(2006)이 최근에 한국 사회와 한국 사람의 삶의 질에 대한 토착심리를 분석한 연구에서 삶의 질을 높이거나 삶의 질을 낮추는 요인으로 경제적인 측면의 중요성을 확인하였다. 한국 사회의 삶의 질을 높이는 가장 중요한 요소가 무엇인가? 라는 질문에 초, 중, 고, 대학생으로 구성된 학생들(1,331명)과 그들의 부모 및 교사로 구성된 성인집단들(2,075명) 모두 30%이상이 경제적인 요인을 지적하였다. 즉 10명중에서 3명은 본인의 삶의 질을 종합적으로 높이기 위해 경제력이 가장 중요한 요소인 것으로 인식하고 있음을 알 수 있다. 이러한 반응들은 돈을 단순히 경제적인 수단으로서만이 아니라 삶 전체를 풍요하게 할 수 있는 힘으로 인식하고 있음을 시사하고 있다(김의철 외, 2006).

특히 장애인 가구의 빈곤은 장애인의 경우 비장애인들에 비해 취업이 더 어렵고, 장애로 인한 추가적 비용이 많이 발생하며 이로 인해 재정적 어려움이 야기되기 때문이다(Ward, 2003). 또한 우리 사회에서의 복지 정책과 서비스의 미비 및 문화적 특징으로 장애인에 대한 부양책임을 가족 구성원이 1차적으로 보호·수발하도록 함으로써 이러한 역할수행으로 인하여 소득활동에 지장을 받게 되어 장애인 가구의 소득이 낮을 수밖에 없는 원인 중 하나로 작용하는 것이다. 이런 복합적인 결과로 인해 장애인의 경우 일반적으로 저소득층이 많을 뿐만 아니라 본인 스스로가 자신을 빈곤층이라고 인식하는 경우도 많은 것으로 보고되었다(변용찬 외, 2002; 김계하, 2005 재인용).

이러한 경제적 어려움과 더불어 신체의 장애와 신체 경제적 능력을 수행할 수 없는 현실적인 문제에 부딪힌 장애인은 우울과 자기효능감을 비롯한 감정적인 어려움이 있는 것으로 나타났다. 이는 장애인을 대상으로 한 연구에서 경제적인 측면이 삶의 질의 중요한 요인으로 좋은 재정 상태가 안전한 삶을 유지하

고 변화의 가능성을 유발할 수 있는 것으로 인식되어진다(Decker와 Schultz, 1985; 박재순, 1995; 박원숙, 1996; 김원숙, 1997; Lin 외, 1997; 김소희 · 김초강, 1999; 신성례 · 김애리, 2000; 김애리, 2000; 김정연 등, 2001; 오혜경 · 백은령, 2003; Widar 2004; 김계하, 2005; 강창욱 외, 2006).

노인의 경제적 자립능력은 노후생활의 질을 결정하는 결정적 요인이 되고 노인의 경제적 빈곤은 일시적이고 한시적인 생활사건이라기보다는 지속적이라는 점에서 새로운 소득원이 없을 때, 특히 농촌노인의 경우 노인의 삶의 질에 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다(홍숙자, 2001; 김애련, 2001; 이봉근, 2002; 김숙경, 2004; 손신영, 2006). 경제적 빈곤은 생존을 위해 필요한 최소한의 욕구충족 마저 어렵게 하고 각종 사회적 활동의 기회들을 박탈하기 때문에 행복한 삶에 영향을 미치는 중요한 요소 중 하나이다.

물론 경제적 안정이 노인의 삶의 질을 항상 보장하는 것은 아니지만 삶의 질과의 관계에 있어서 대다수의 연구들은 소득과 삶의 질 간에는 정적상관관계가 있다고 보고하고 있다. 즉, 높은 수입과 경제적 안정은 건강, 여가 등 다른 영역에 대한 도구적 수단이 되어 노인의 다양한 삶의 활동 기회를 높여주어 삶의 질을 향상시킬 가능성이 높다. 경제적으로 불안정하면 심리적으로도 위축되고 불안하여 인간관계에 어려움을 겪을 가능성이 높고, 자신의 생활에 대해서도 부정적인 견해를 갖게 될 확률이 높다(Kalish, 1975; Chatfield, 1977; Klemmack & Roff, 1984; 김숙자, 2000; 윤선이, 2002; 손신영, 2006; 서정조, 2006).

그러나 Medley(1976)는 객관적이고 실제의 경제상태가 노인의 삶의 질에 직접적인 요인으로 작용하기 보다는 개인이 느끼는 관점이 더 중요한 작용을 한다고 하였다. 이는 경제수준이 높다고 해서 사람들의 행복지수가 높아지거나 삶의 질에 직접적인 영향을 주는 것이 아니라 자신의 경제상태에 대한 자기 자신이 느끼는 주관적 관점이 더욱 중요하다는 것이다. 즉, 소득의 절대적인 수준 보다는 경제적으로 만족하느냐 하지 않느냐가 노인의 삶의 질을 결정하는데 더 중요하다는 것이다(박경란, 1988; 송하정, 2000; 윤선이, 2002).

이렇듯 선행연구들은 다양한 대상자들에게서 경제상태가 삶의 질에 영향을

미치는 요인으로 보고하였다(김연희 · 김기순, 2002; 이영희, 2002; 김경림 · 양진향, 2003; 김계하, 2005).

따라서 경제적인 안정이 이루어지지 않으면 삶의 질이 치명적으로 저하되는 것으로 한국 사람들이 인식하고 있음을 알 수 있다. 이러한 일련의 연구 결과들을 통해, 현대의 삶에서 경제적인 요인이 삶의 질을 높이기 위한 자원으로써 기본적으로 중요함을 알 수 있다.

나. 환경요인

(1) 사회적 지지

사회적 지지란 자신이 관심을 끌고 사랑 받으며 존중하고 가치 있다는 것을 알게 해주는 사람의 존재 또는 이용 가능성이며(Cobb, 1976; Kaplan et al., 1977). Kahn & Antonucci(1981)는 사회적 지지란 애정, 긍정, 도움의 요소를 하나 또는 그 이상을 포함하고 있는 대인 관계적 상호작용이라 했고, Cohen & Hoberman (1983)은 한 개인이 그가 가진 대인관계로부터 얻을 수 있는 모든 긍정적 자원이라 하였다. 박지원(1985)은 사회적 지지란 가족, 친구, 이웃, 기타 사람들에 의해 제공되는 여러 형태의 도움과 원조를 뜻한다고 했다.

이러한 사회적 지지는 구조와 기능으로 개념화 될 수 있는데 구조로서 사회적 지지는 타인과의 접촉 빈도, 상호작용하는 사람의 수와 같이 양을 측정하는 것이며(Wallston et al., 1983), 사회적 지지망 내의 구성원들의 숫자 등과 같은 관계들의 존재처럼 개인이 자신의 속한 사회적 환경 내에서 중요한 사람들과 맺고 있는 대인관계의 객관적인 측면이다. 그러나 외부에서 지지가 주어진다 하더라도 그것은 실제적으로 지각하지 않는 경우에는 진정한 지지로써 가치를 가지지 못하는 단점이 있다. 기능적 측면에서 사회적 지지는 개인이 대인관계의 질을 어떻게 지각하고 평가하는지를 보는 것으로 지지자원에 대한 개인의 주관적인 지각을 나타내는 것으로 질적 유용성을 측정한다(Cohen & Syme, 1985; Wallston et al., 1983).

이상의 정의를 기초로 사회적 지지를 정의하면 한 개인이 타인과의 상호작용하는 관계망에서 그 개인이 지각하는 자원을 이용하고, 얻을 수 있는 긍정적이고 물질적·비물질적 자원의 총합이라 할 수 있다.

이러한 사회적 지지가 우리사회를 나아가고 있는 사람들의 삶에서 얼마나 중요한가를 보여주는 결과들이 있다. 다양한 사회적인 행동과 주관적 안녕감의 상관관계를 분석한 한덕웅(2006)의 연구에서 주관적 안녕감과 총15개 변인들과의 상관관계를 구하였을 때, $r=.20$ 이 넘는 변인이 4개가 있었는데, 효도(자식으로서 부모를 잘 모시기 위해 대화, 순종, 심적 및 물질적으로 지원하는 행동), 가족관계(가족들과 친밀하고 화목한 유대관계를 유지하는데 기여하는 행동), 친척관계(친척들과 연락하고, 돕고, 함께 어울리는 행동), 아랫사람 관계(자기보다 위계가 낮은 사람들을 잘 돌보아 주고 지원하며 어울려 지내는 행동)가 이에 해당하였다(김의철 외, 2006).

결국 주관적인 삶의 질과 밀접한 관계를 갖고 있는 변인들은 모두 사회적 지지와 관련되어 있으며 사회적 지지가 원만하게 유지될 때 긍정적인 행복감과 주관적 안녕감을 갖게 되는 것을 알 수 있다.

노인 집단에서도 삶의 질이 사회적 지지와 밀접히 관련되어 있음을 시사하는 연구들이 있다. 낮은 사회적 지지는 노인에 있어서 삶의 질을 감소시키는 원인이라고 했으며(Newson & Shulz, 1996) 사회적 활동수준, 사회적 접촉, 이웃사람과의 상호작용 등 노인의 제반 사회관계가 삶의 질을 형성하는데 크게 기여한다고 하였다(Chapman et al., 1983).

즉, 노인의 사회적 지지정도와 삶의 질의 관계는 통계적으로 유의한 정상관 관계를 지니고 있는 것으로 나타났다(강경숙, 2003; 박은숙 등, 1998). 사회적 지지를 많이 받고 있는 일반가정 노인이 양로원 거주노인 보다 그리고 재미한 국노인이 한국사회 노인보다 삶의 질이 높음을 보고하였다(오경옥 · 채수원, 1992 ; 이주일, 정지원과 이정미, 2006).

만성질환을 가진 재가노인의 사회적 지지와 삶의 질에서도 정상관관계를 나타냈다(김희자, 2000). 또한 사회적 지지가 노인의 우울에 직접적인 영향을 준다는 선행연구(김선미 등, 2002; 손신영, 2006)와 우울과 사회적 지지, 사회적

지지와 삶의 질이 각각 유의한 상관관계가 있다는 연구결과가 보고되었다(최연희, 2004; 장나라, 2004).

즉, 사회적 지지가 많을수록 우울 정도가 낮아져 우울을 예방하고(Muller, 1980) 정서적 장애에 영향을 주어 예기치 못한 생활변화에 대한 영향을 조절하는 역할을 하여 평형유지를 돕고 정신적 건강을 유지하게 해주기 때문에 중요하다(Dean & Lin, 1977).

장애인 개인의 삶과 밀접하게 관련된 환경요인 중 하나는 사회적 지지와 사회적 네트워크이다. 정상화에 의한 탈시설화, 자립생활 운동 등으로 시설에서 생활하던 장애인들이 지역사회에 거주하게 되었고, 부족한 자원을 가진 장애인의 경우 지역사회 적응에 어려움이 발생하면서 사회적 지지의 중요성이 강조되어지고 있다.

이러한 사회적 지지는 가족이나 친척, 친구, 이웃 등의 지지체계이다. 이러한 지지기반은 경제적, 신체적, 사회적으로 취약한 장애인들에게 있어 절대적인 존재로써 삶의 질에 중요한 영향을 미친다(한영란, 1997; Maim et al., 1981; 백은령, 2003).

또한 사회적 지지는 스트레스의 감소를 유도해서 조속한 건강 회복을 제공해 주며, 우울, 기분, 만족에 영향을 줄 뿐만 아니라 개인의 적응 능력을 증가시키고 더 나아가 안녕, 자존감과 삶의 질에 유의한 영향을 준다(Gore 1978; 김정아, 1989; 이숙자, 1993; 이종경, 한애경, 1996; 김애리, 2000).

장애노인의 경우 신체의 장애가 영구적이고 독립적 생활의 어려움으로 더욱 심각한 사회심리적 부적응의 문제를 가질 수 있으며 이런 문제들을 혼자서 해결하는 것은 불가능하기 때문에 재활의 초기 단계에서부터 가족과 지역사회가 함께 온전한 재활을 위한 노력과 협조가 필요하며, 궁극적으로 이들을 사회가 수용하는 자세가 필요하다.

따라서 영구적인 기능장애가 잔존하게 되고 신체장애로 인해 생의 변화를 겪게되는 장애노인들은 다른 비장애노인들에 비해 더 많은 사회적 지지가 필요할 것으로 생각되며 이러한 사회적 지지는 일상생활능력, 자기효능감, 삶의 질에 영향을 주어 장애노인의 회복 및 재활에 중요한 요인이 됨을 알 수 있다.

이와 같이 많은 선행연구들에서 사회적 지지는 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 확인되었다(오승길, 2002; 오혜경 외, 2003; 이선영 2004; 윤숙자, 2006, 이정순, 2006).

이처럼 사회적지지가 잘 구축되어 있다는 사실은 주위의 의미 있는 사람들과 원만한 관계의 폭이 넓고, 그러한 관계로부터 필요한 지원을 적극적으로 받을 수 있음을 의미한다. 결국 인간관계가 삶의 질에 영향을 미치고 있음을 시사하고 있다. Ng, Woo, Kwan과 Chong(2006)도 성공적인 노화에 영향을 미치는 기본적인 세 가지의 자원으로서 사회적인 연결망을 포함한 바 있다.

이상의 결과들을 통해, 사회적 지지가 장애노인의 삶의 질을 구성하는 중요한 요인임을 확인할 수 있다.

(2) 사회적 인식

사회모델에 의하면 장애문제는 개인이 가지는 문제보다 장애인이 속한 사회 환경적인 원인에 기인한다. 즉 장애의 문제는 개인적인 이유로 나타날 수도 있지만, 장애와 관련한 문제 해결을 방해하는 물리적 환경, 일반사회의 편견, 냉담 등의 사회적 환경이 더 많은 요인으로 작용한다고 본 것이다.

즉, 우생학적 측면에서 장애인은 사회의 진화를 방해하는 사회의 부적격자나 열등한 자로 인식하거나, 장애인을 무가치한 존재로 규정하는 사회 상호작용 속에서의 낙인, 그리고 장애인은 직업인으로서 적합하지 않다는 인식에 따라 장애인은 상품성이 없다는 평가로 장애인은 우리사회에서 소외될 수밖에 없다.

결국 이러한 사회적 인식은 장애인이 가지는 개별적 능력과 관계없이 장애인 전체를 낮은 가치를 지닌 존재로 인식하게 되어 사회적 차별을 받고, 사회 활동에 참여할 수 있는 능력이 없다고 평가되면서 사회활동의 제약을 받게 된다.

비록, 비장애인들이 직접적으로 낙인(labeling)을 표현하지 않더라도 부정적인 영향을 받는다. 또 장애인들 스스로가 차별받거나 가치 절하되어 있다고 생각할수록 타인과의 상호작용에 위협을 느끼고 잠재적으로 자신들이 거부당할

것이라고 지각함으로써 사회적 관계망이 위축되는 결과를 낳기도 한다(Link et al., 1989).

결론적으로 장애인에 대한 사회의 부정적 인식과 태도, 낮은 기대 등은 태도나 분위기로 장애인에게 전달되고 이에 대한 장애인의 인식적 경험을 통해 사회적 관계, 사회참여 등에 영향을 미치게 된다.

Malm 등(1981)은 지역사회의 인본주의적 태도가 장애인의 삶의 질에 중요한 예측요인이라고 하였으며, 오혜경(1998)은 장애인들의 능력이나 일상생활 전반에 대한 잘못된 사회적 인식은 사회심리적 환경요인이 되어 장애인의 사회참여를 방해하는 중요한 이유가 된다고 하였다. Allport(1968)는 이러한 사회적 편견은 사회구조의 하위문화간의 현저한 이질성, 약소집단의 상대적 이질성, 무지와 커뮤니케이션 장벽에 의해 초래된다(권도용 외, 1998)고 하였다. 이와 같이 장애인을 가치 없거나 열등한 존재로 인식하는 편견은 차별이라는 태도로 나타나게 되어 장애인들의 삶에 있어서 또 하나의 장벽이 되게 된다.

여러 연구 결과 사회적 낙인감은 삶의 질에 유의미한 영향을 미치고 있는 것으로 밝혔다(이선영, 2004). 정신 장애인들의 경우 사회적 낙인감을 낮게 지각할수록 삶의 만족이 높았으며(김소임, 1999; 강우진, 2001; 변소현, 1998), 부적인 상호관계는 지각되는 스티그마와 좀 더 유의미한 관계가 있으며, 이는 결국 일반적 생활만족을 낮추는 것과 관련된다(Philip 외, 2001; 이정순, 2006 재인용).

조은영(2000)은 정신장애인에 대한 스티그마는 정신질환이라는 특성 때문에 그 개인을 차별하고 사회에서 주변화 시키며 배척하는 것이라고 설명하면서 스티그마는 개인의 느낌이나 태도 뿐 아니라 행동까지 포함된 개념이라고 보았다.

이와 같이 장애인들이 대인 관계에서 겪는 부정적 피드백이나 지각은 자신에 대해 왜곡된 인식을 갖게 하고(강위영, 1991), 더 나아가 삶의 질에 부정적 영향을 줄 수 있다(오복자, 1994).

결론적으로 우리사회가 장애인들을 어떻게 이해하고 어떤 태도를 보이는가는 중요하다. 우리사회의 소수자인 장애인들에 대한 비장애인의 인식이나 태도

에 따라 장애인 본인의 생각에 영향을 미칠 뿐 아니라 사회통합, 자립생활에도 영향을 미칠 수밖에 없어 장애인에 대한 사회적 인식을 고려할 필요가 있다 .

(3) 물리적 환경

장애인들에게는 세상살이가 편치 않다. 신체적 조건에서 그다지 불편을 느끼지 못하는 사람들을 기준으로 사회제도와 시설이 만들어져 있기 때문이다. 무시할 수 있는 정도의 차이가 있을 뿐인 경우에도 상대방이 일단은 능력을 의심하고 함께 지내면서 겪어야 할 부담을 걱정하여 배제하기 일쑤이다. 그래도 장애에 대한 인식이 바뀌면서 점차 삶의 환경은 나아지고 있는 것으로 보인다.

최근 들어 무장애 운동이나 무장애 도시 만들기 등 장애 없는 사회를 위한 걸음 한 걸음 다가서고 있는 듯하다. 무장애의 개념은 Barrier Free라는 개념을 우리말로 옮긴 것이다. Barrier Free를 문자 그대로 옮기면 ‘장벽이 없는’ 또는 ‘장애물이 없는’이라는 의미가 된다. 건축 환경에서 이 용어는 ‘장애인과 노인 등도 이용하거나 접근할 수 있는(accessible)’이라는 의미로 사용이 된다.

Moos와 Lemke(1984)은 노인들의 거주환경에 대한 연구에서 노인들의 신체적 손상을 보완해 줄 수 있는 안전한 물리적 환경이 중요하다고 강조하고 있다.

백은령(2003)은 이동 및 접근환경이 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 보고하면서 조사 대상자인 지체장애인이 주요 활동지역에서 이동 및 접근에 필요한 시설들을 편리하게 느낄수록 삶의 질 수준은 높다고 하였다.

이러한 결과는 「2005년도 장애인 실태조사」에 따르면 장애인들은 집밖 활동시 여러 가지 이유로 일반인보다도 불편을 더 많이 느끼는 것이 일반적이다. 장애인들이 집밖 활동시 불편정도를 알아본 결과, ‘매우 불편하다’ 24.8%, ‘약간 불편하다’ 30.2%로 절반 정도의 장애인이 집밖 활동시 불편함을 호소하고 있었다. 불편한 이유를 알아보면 가장 불편한 점으로는 ‘장애인 관련 편의시설이 부족해서’가 35.6%로 가장 많아 장애인의 집밖 활동을 위해서는 편의시설

확충이 필요함을 알 수 있었다(변용찬 외, 2006).

물리적 환경은 대부분의 장애인들에게 필요 불가결한 사회적 조건임에도 불구하고 현실적으로 물리적 환경은 비장애인 위주로 구성되어 있기 때문에 행동상에 제약이 있는 장애인에게는 적응하기 어려운 사회적 장벽이 되고 있다(오혜경, 1998).

이러한 물리적 환경은 이동상의 어려움을 갖고 있는 장애인들의 경우 여가활동이나 사회참여 등 다양한 사회활동에 제약을 유발하게 함으로써 장애인들의 생활 반경을 좁게 만들고, 장애 노인들의 삶의 질을 떨어뜨리는 원인이며 걸림돌이 될 수 있기에 매우 중요하다.

다. 사회통합요인

사회통합요인으로서의 사회활동 참여에 관한 연구 논의 초기에는 주로 정신지체인, 정신장애인들의 사회통합에 대한 논의가 대부분이었으나 UN의 세계장애인의 해 선언 이후 사회통합은 장애인들의 복지 향상을 위한 궁극적인 목표로 인식되면서 전체 장애인들의 문제로 확대되어 논의되고 있는 실정이다.

이러한 사회통합은 어떠한 관점에서 보느냐에 따라 학자들마다 개념정의의 차이를 달리하고 있다. Willer 등(1993)은 가정생활, 직장생활 또는 생산활동을 하는 것을 통합이라 간주하였고, 아베노우세이(安部能成)는 통합을 물리적 통합, 기능적 통합, 사회적 통합, 개인적 통합, 사회시스템적 통합, 기구적 통합으로 분류하였다(김기태 외, 2000)

Ely(1991)는 탈시설화된 만성정신장애인을 대상으로 한 연구에서 사회통합을 강한 사회통합(strong social integration)과 약한 사회통합(weak social integration)으로 나누어 설명하였다. 그에 따르면 강한 사회통합은 가족이나 가치있는 타인과 함께 일상적인 활동에 참여하는 것을 의미하고 약한 사회통합은 정신장애인 혼자서 지역사회 일상적인 활동에 참여하는 것이라 정의하였다. Seybolt(2000)는 물리적, 사회적, 심리적 통합으로 구분하고 있다.

사회통합의 정도를 측정하기 위한 다양한 연구(Segel & Aviram, 1978,

Goerdts, 1986; Wood-Dauphinee et al., 1988; Taylor & Bogdan, 1990; Whiteneck, 1992; Anderson, 1992; Calvez, 1993; Willer et al., 1993; 박수경, 1997; 이익섭, 1998; 권도용 외, 1998)들에서는 사회통합의 개념을 개인의 역할수행에서부터 사회의 구조와 신념에 이르기까지 매우 다양하고 광범위한 개념으로 사용하고 있다.

이러한 논의들은 통합의 주체를 누구로 보느냐에 따라 대략 세 가지 관점으로 나눌 수 있다. 첫째, 개인적 측면을 강조하는 관점, 둘째는 사회구조적 측면을 강조하는 관점, 셋째는 양자 간의 상호보완적인 측면을 강조하는 관점이다. 개인적 측면을 강조하는 장애인의 사회통합이란 장애인이 지역사회의 일원이 되어 통합되어 살아가는 것 즉 일상적인 생활에 참여하고 활동하는 것으로 볼 수 있다. 반면, 사회구조적 측면을 강조하는 관점에서는 사회에의 참여와 역할 자체를 가능케 하는 의식 및 환경 등의 사회구조적 토대에 초점을 두고 있다고 볼 수 있다. 마지막으로 상호보완적 측면을 강조하는 관점에서는 장애인의 사회참여와 역할수행 뿐만 아니라 이를 가능하게 해주는 사회구조적 측면에서의 환경개선을 동시에 강조하고 있다(박수경, 1997).

사회통합의 이론적·이념적 근거라 할 수 있는 정상화개념과 장애가 있다 하더라도 한사람의 국민으로서 비장애인들과 함께 살아갈 권리가 장애인들에게 있으며, 사회는 이를 보장할 책임을 갖고 있다는 관점에서 볼 때 사회통합은 상호보완적인 것이 되어야 한다. 그러나 장애인들의 사회통합을 권리로서 보장해 주기 위한 사회적 환경조건이 부족한 사회에서의 사회통합의 주체는 장애인이 될 수밖에 없다. 장애인을 위한 사회적 환경이 부족한 우리나라의 경우가 이에 해당한다고 볼 수 있다.

이와 같이 장애인의 사회통합을 개인적 측면에서 본 학자는 Wood-Dauphinee et al., 1988; Ely, 1991; Whiteneck et al., 1992; Willer, 1994 등이 있다. Willer 등(1993, 1994)은 가정, 사회, 생산 활동에서 독립적인 생활을 영위하는 것을 통합으로 간주하면서 자신의 생활이나 가정문제 결정에 적극적으로 참여하는 것을 강조하였다. Wood-Dauphinee 등(1988)은 질환이나 심한 외상으로 인해 무능력해진 환자를 대상으로 한 연구에서 정상생활로의 재통합을 사회

통합으로 간주하였다. Whiteneck(1992)은 사회통합이란 개인의 핸디캡을 줄임으로써 사회에서 기대하는 일반적인 역할들을 성공적으로 다시 수행하는 것이라 하였다. Taylor & Bogdan(1990)의 사회통합이란 비장애인들과 함께 지역 사회활동에 참여하고 비장애인들과 똑같이 지역사회 자원을 이용하며 정상적인 사회적 관계, 접촉할 기회, 그러한 관계를 발전시킬 수 있는 기회들을 경험하는 것을 의미한다.

이들의 견해를 종합해보면 사회통합이란 장애인이 일상적인 사회참여와 활동을 하는 것이라고 정의할 수 있다(백은령, 2003: 36-38). 장애인의 사회통합과 삶의 질 간의 관계에 대한 다양한 담론들이 존재하는 상황에서 지역사회에서 생활하고 있는 장애인들의 경우, 비장애인들과 물리적으로 통합되어 사회참여와 활동을 하는 수준이 높아질수록 삶의 질에는 통계적으로 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(백은령, 2003; 류시문, 2004).

라. 자기효능감

자기효능감은 바람직한 행위를 성공적으로 할 수 있다는 자신감이며, 개인이 결과를 얻는데 필요한 행동을 성공적으로 수행할 수 있다는 신념으로 이는 상황적 요인에 의해 거의 변화하지 않는 개인의 성격적 특성과는 분명하게 구별되며 행위의 변화 또는 지속에 중요한 역할을 한다(Bandura, 1986).

Sherer와 Maddux(1982)는 이러한 자기효능감은 행동에 대한 중요한 예측인자이므로 행동을 변화시키고 지속시키기 위한 중재방법으로 자기효능감 증진이 요구되며, 자기효능감을 높이면 자아존중감도 높일 수 있다고 하였다. 이처럼 자기효능감의 개념이 인간의 행동결정에 중요한 요인으로 인식됨에 따라 건강관련 영역에서 만성질환자를 중심으로 다양한 연구가 시도되었다.

특히 자기효능감과 삶의 질을 연구한 논문을 살펴보면 오현수(1993)는 여성 관절염 환자의 건강증진 행위가 삶의 질에 어떤 영향력이 있는지를 조사한 연구에서 자기효능감이 대상자의 건강증진행위를 설명하는 가장 중요한 변수였다고 보고하여, 자기효능감이 높으면 건강증진 행위의 수행이 높아지고 질병으로

인한 붕괴감이 건강증진에 미치는 장애를 완충시키는 효과가 있으며 건강증진 행위를 통해 삶의 질에 간접효과가 있다고 분석하였다(김애리, 2000: 29).

서미례(1997)의 연구에서는 자기효능감과 삶의 질 관계에서는 정서상태, 사회적 활동, 신체적 증상, 가족관계 및 경제적 상태, 삶의 태도, 건강에 대한 인식 간에 순상관관계를 보였음을 제시하였고, 노은선 외(2001)은 정신분열병 환자의 자기효능감과 삶의 질에 관한 연구에서 대상자의 자기효능감은 삶의 질과 긍정적 상관관계가 있는 것으로 확인하였다.

그 외 연구에서도 자기효능감은 삶의 질에 대하여 간접적인 효과를 나타냄으로써 총효과에서도 영향력 있는 변수로 자기효능감이 삶의 질에 유의한 영향을 주는 것으로 나타났다(김애리, 2000; 노은선, 2001; 양혜주, 2001; 박미경, 2003; 강신자, 2003; 김은만, 2004; 이종율, 2005). 노인을 대상으로 한 박영례 등(2005)의 연구에서도 노인의 자기효능감은 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인임을 알 수 있다.

이러한 심리특성으로서 자기효능감은 매개변인의 역할을 하며 자기효능감이 사회적 지원과 생활만족도 사이에서 매개변인으로서 하는 의미 있는 역할에 대해서는 선행연구들(박영신 · 김의철 · 민병기, 2002)에서 밝혀져 왔다.

결론적으로 자기효능감이 높은 사람은 관심과 능력을 상황적인 요구에 맞게 전개시키며 문제들을 극복하기 위해 더 많은 노력을 하게 된다. 반면에 자기효능감이 낮은 사람은 환경적 요구에 대처할 때 자신의 어려움을 실제보다 크게 지각하여 스트레스가 발생하고 능력을 효율적으로 사용할 수 없게 된다(Bandura, 1986; Mcgure, 1981) 또한 자기효능감이 부족하면 장기간 무력감을 느끼거나 지속적인 부정적 신념을 가지게 되고, 대응개념이 결핍됨으로써 삶의 질에 부정적인 결과를 초래하게 된다고 하였다(양혜주, 2001; 박영미, 2005).

즉 자기효능감이 낮으면 자신의 성격적인 결함에 집착하고 잠재적인 어려움의 가능성에 두려워하여 능력을 최대한 발휘할 수 없지만 자기효능감이 높으면 더 많은 노력을 하도록 자극 받으면서 그 상황에 필요한 주의력을 갖고 스스로 행동하게 된다는 것이다. 다시 말해서 개인이 자기 자신의 능력을 어떻게 판단

하고 효능에 대한 지각이 어떠한지에 따라 그들의 동기와 행위에 중요한 영향을 미치기 때문이다(박영임, 1994).

이상의 선행연구에서 살펴본 바와 같이 환자를 중심으로 한 자기효능감과 삶의 질에 관한 연구는 활발히 이루어지고 있었으나 장애인 특히 노인을 대상으로 한 자기효능감과 삶의 질에 대한 연구는 거의 이루어지지 않았다. 따라서 본 연구에서 장애인노인의 자기효능감 정도 및 삶의 질과의 관계를 파악하는 것은 의미 있는 일이라 할 수 있을 것이다.

마. 일상생활능력

일상생활능력을 증진시키는 일은 장애인노인의 삶의 질 향상에 있어서 그 기초가 되는 매우 중요한 과제이다. 일상생활 동작능력(Activity of Daily Living: ADL)이란 개인의 자기유지(self-maintenance)와 독립적인 지역사회활동을 하는데 필요한 활동을 의미한다. Katz(1983)는 이동성(mobility), 기본적인 개인 보호과업과 관련된 활동(basic ADL), 수단적 일상생활 동작능력(instrumental ADL)으로 구분하고 있으며, Barthel은 신체적 일상생활 동작능력(physical ADL)과 수단적 일상생활 동작능력(IADL)로 구분하고 있다(Mahoney & Barthel, 1965).

일반적으로 일상생활 동작능력은 신체적 일상생활 동작능력(PDAL)과 수단적 일상생활 동작능력(IDAL)을 포함하는 개념으로 규정한다. 이때 신체적 일상생활 동작능력은 개인위생, 옷 입기, 식사하기, 화장실 이용, 보행능력 등의 기본적인 자기관리능력을 의미하며, 수단적 일상생활 동작능력은 외출 및 대중교통 이용, 은행 및 관공서 이용, 사회적 관심 등의 독립적 생활을 영위하는데 필요한 도구적 활동능력을 의미한다.

이러한 일상생활 동작능력은 만성질환 유무와 함께 건강상태를 평가하는 주요한 지표가 되고 있으며, 특히 장애인노인의 자립적 생활능력을 평가한다는 점에서는 만성질환보다 더 중요한 의미를 지닌다고 할 수 있다(권중돈, 2007).

일상생활능력이 삶의 질에 미친 영향을 살펴보면, Roos & Havens(1991)는

노인의 독립적인 일상생활수행은 그들의 건강 및 신체적 기능 그리고 나아가 삶의 만족과 관련성이 높을 뿐 아니라 노화를 성공적으로 이끌게 된다고 하였으며, 장애인노인의 독립적 생활 가능 여부는 일상생활 수행정도를 평가함으로써 예측될 수 있다.

이러한 일상생활활동의 제한은 무력감을 동반하고(김중임 · 김인자, 1995; Lambert & Lamber, 1987) 다른 여러 가지 심리적인 문제를 수반하게 된다(안일남 · 오정희, 1987). 김애리(2000)는 척수손상인 72명을 대상으로 한 우울에 관한조사에서 우울은 일상생활 수행능력과 가동능력이 좋을수록, 독립적인 가동능력이 증가함에 따라 낮아졌으며 일상생활능력과 우울의 정도는 밀접한 관계에 있다고 제시하였다.

Bowling(1995)는 건강에 문제가 발생되면 삶의 질에 큰 영향을 미친다고 하였으며 신체적으로 제약이 있는 사람의 주관적 삶의 질에 있어서는 건강상의 문제가 삶의 질에 영향을 미친다고 하였다(한영란, 1997; 신성례 외, 2001; 허영혜, 2003; 최선애, 2004; 윤숙자, 2006), 이러한 요인은 장애인노인의 경우 더욱 중요한 요인이라 할 수 있다. 즉 여러 장애로 일상생활에서 어려움을 겪고 있는 장애인노인에게는 더욱 더 삶의 질을 저하시키는 요인이 될 것이다. 따라서 일상생활수행능력은 삶의 질에 영향을 주는 예측인자임을 알 수 있다.

제3장 연구설계

제1절 연구모형 및 가설

1. 연구모형

본 연구는 65세 이상 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 여러 변수들 간의 상대적 중요도를 확인하고 변수들 간의 인과관계를 규명하기 위해 설정되었다. 제2장에서 언급한 기존 연구와 이론에 대한 검토결과를 바탕으로 장애노인 삶의 질에 대한 연구모형을 <그림 3-1>과 같이 구성하였다.

장애노인들의 삶 자체가 자신들이 원하는 욕구를 충족시키기 위한 활동과 적응의 과정이라고 본다면 개인의 장애에 대한 지각 정도, 경제수준, 일상생활 능력, 심리적인 요인 등은 욕구충족을 위한 가장 중요한 자원에 해당될 것이고 개인 외적 자원으로는 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여 등이 가장 기본적이면서도 중요한 자원이라 할 수 있다. 이러한 자원들은 그 자체가 장애노인의 복지를 향상시키며 그것은 장애노인의 다양한 욕구를 충족시키는 중요한 자원이라 할 수 있다.

Roy(1993)에 따르면 인간을 생리적, 자아개념, 역할기능 그리고 상호의존의 4가지 양식을 가지고 있다고 하였다. 장애노인은 환경적 변화에 대응하기 위해 이 4가지 양식 중에 어느 것이라도 사용할 수 있으며 비록 생리적 양식의 사용이 불편 할지라도 장애노인은 적응을 통해 높은 수준의 삶의 만족을 성취할 수 있을 것이다. 아울러 장애노인을 위한 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경 및 사회활동 참여 등의 여건의 조성으로 장애노인의 활동역량을 강화시킴으로써 삶의 질을 고취할 수 있다.

또한 장애노인들의 사회 인구학적 특성, 경제적 특성, 사회환경, 장애특성과 같은 요인들은 장애로 인해 생활방식, 활동, 관심의 제한 등의 지각에 영향을 미쳐 심리사회적 상태를 유발하고 결국 삶의 질에 영향을 줄 수 있으므로

(Devins et al., 1993; Devins et al., 1996) 자기효능감과 일상생활능력을 매개변수로 설정하였다.

장애노인의 삶의 질 요인을 규명하기 위해 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 크게 개인요인, 환경요인, 사회통합요인으로 분류하였다. 개인요인에는 지각된 장애성과 경제수준을 환경요인에는 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경을 사회통합요인에는 사회활동 참여를 포함시켰다.

이렇게 구성된 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여가 매개내생변수인 자기효능감, 일상생활능력을 거쳐서 최종 결과변수인 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 연구모형을 설정하였다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 다른 변수들에 의해서 설명되지 않는 외생변수(ξ)은 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여이다.

둘째, 다른 변수들에 의해서 영향을 받는 내생변수(η)은 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질이다.

셋째, 개인요인인 지각된 장애성, 경제수준이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다고 가정하였다.

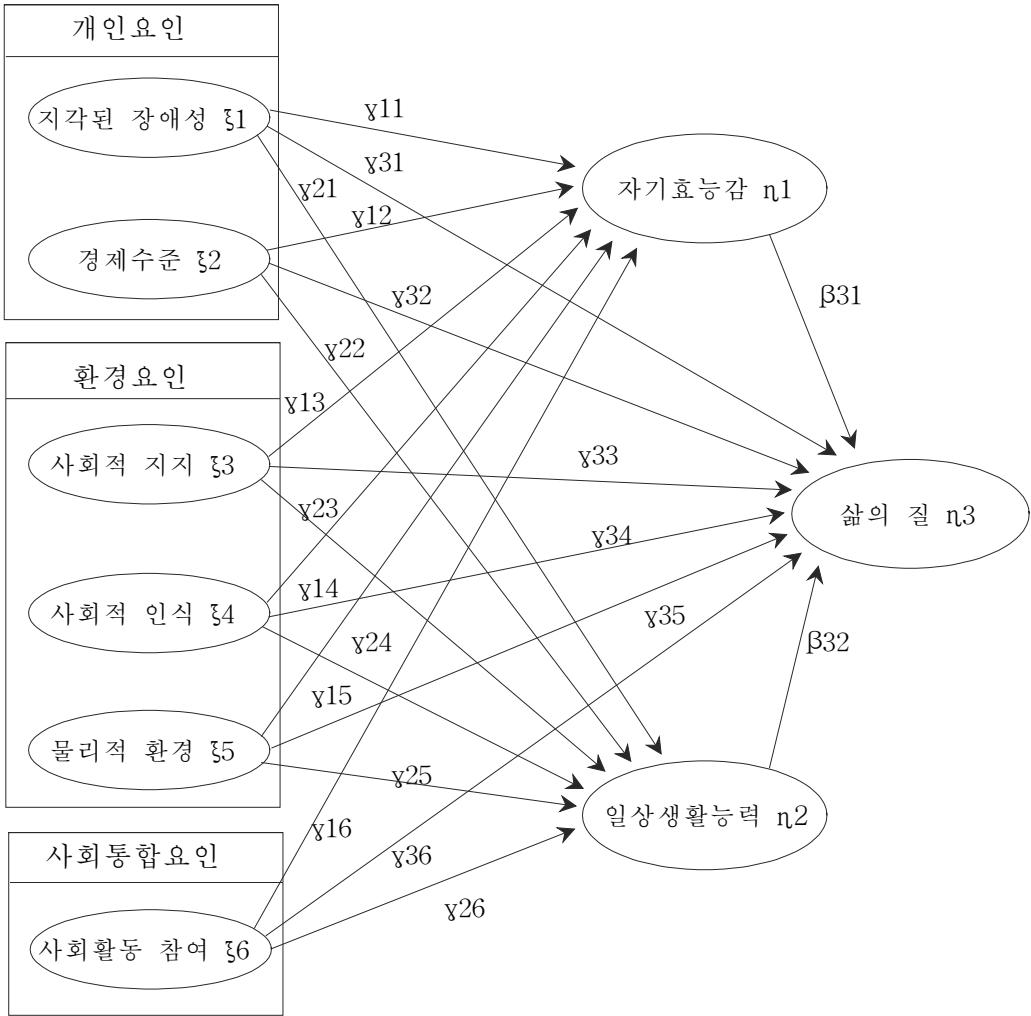
넷째, 환경요인인 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다고 가정하였다.

다섯째, 사회통합요인인 사회활동 참여가 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다고 가정하였다.

여섯째, 매개내생변수인 자기효능감, 일상생활능력이 최종 결과변수인 삶의 질에 직접적인 영향을 미친다고 가정하였다.

일곱째, 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여가 자기효능감, 일상생활능력을 통해서 삶의 질에 간접적인 영향을 미친다고 가정하였다.

아울러 이러한 장애노인의 삶의 질에 보다 객관적으로 접근하기 위해서는 시간적 차원을 고려하는 것이 마땅하나 연속적 과정으로서 삶의 어느 한 시점을 기준으로 삶의 질을 파악하기 위한 연구모형은 <그림 3-1>과 같다.



<그림 3-1> 연구모형

2. 연구가설

본 연구에서는 65세 이상 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 다양한 변수들의 관계를 정립하고 이들 변수들 간의 인과관계를 실증분석하기 위해 통합적으로 정립한 연구모형에 따라 가설을 설정하였다. 기존의 연구결과를 바탕으로 연구모형에서 나타난 변수들이 65세 이상 장애노인들의 삶의 질에 미치는 영향에 대한 각 구성변수 사이의 인과관계와 연구가설은 다음과 같다.

가. 개인요인

임희섭(1996)은 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 크게 개인요인(dispositional factors)과 환경요인(environment factors)으로 나누고 개인요인은 자신의 건강상태, 성별과 연령, 결혼지위 등의 인구학적 요인에 따라 삶의 조건에 대해 다른 평가를 내릴 수 있다고 보았다.

Kreuter 등(1998)은 장애인의 나이, 고용상태, 학업수행과 삶의 질 간에 상관관계가 있음을 언급하였고 신성례 · 김애리(2001)의 연구에서 지각된 장애성, 무력감, 경계수준, 신체 만족도 등이 중요요인임을 확인하였다.

지각된 장애성(perceived barrier)은 건강증진 행위를 수행하고자 할 때 느끼는 불편함으로 경비, 어려움, 시간소요과 같은 요소로 건강증진 행위에 대한 수행정도를 저하시킬 수 있는 것이다(Pender, 1996).

본 연구에서는 지각된 장애성과 자신의 경제상태에 대한 주관적 평가인 경제수준을 개인요인으로 구성하였고 개인요인으로서의 지각된 장애성과 경제수준은 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이라 할 수 있다. 이에 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설 1. 개인요인은 자기효능감에 영향을 미칠 것이다.

가설 1-1. 지각된 장애성은 자기효능감에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{11}).

가설 1-2. 경제수준은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{12}).

가설 2. 개인요인은 일상생활능력에 영향을 미칠 것이다.

가설 2-1. 지각된 장애성은 일상생활능력에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{21}).

가설 2-2. 경제수준은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{22}).

가설 3. 개인요인은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.

가설 3-1. 지각된 장애성은 삶의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{31}).

가설 3-2. 경제수준은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{32}).

나. 환경요인

장애는 생활전반에 있어서 장애노인이 수행하는 역할과 기능에 영향을 미치므로 인하여 장애노인의 삶의 변화들을 가져오게 한다. 또한 현실에서는 장애노인들을 좌절하게 만드는 문제들은 장애 그 자체에서 일어난다고 보기보다는 장애노인을 둘러싸고 있는 환경요인에 의해 파생되어지기도 한다. 이러한 관점에서 장애노인의 삶의 질을 고려할 때 환경을 따로 떼어 다룰 수 없으며, 환경에 대한 이해는 심리적 적응과정에 대한 이해를 높일 수 있다. 즉 장애노인들이 그들의 삶에서 느끼는 만족감은 그들이 처한 환경특성에 따라 달라질 수 있다.

본 연구에서는 사회적지지, 사회적 인식, 물리적 환경으로 구분하여 장애노인의 환경요인으로 설정하였고 이러한 환경요인들이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설 4. 환경요인은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

가설 4-1. 사회적 지지는 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y13).

가설 4-2. 사회적 인식은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y14).

가설 4-3. 물리적 환경은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y15).

가설 5. 환경요인은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

가설 5-1. 사회적 지지는 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y23).

가설 5-2. 사회적 인식은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y24).

가설 5-3. 물리적 환경은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y25).

가설 6. 환경요인은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.

가설 6-1. 사회적 지지는 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y33).

가설 6-2. 사회적 인식은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y34).

가설 6-3. 물리적 환경은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(y35).

다. 사회통합요인

장애노인들이 자신의 삶 속에서 만족감을 느끼며 살아갈 수 있도록 하기 위해서는 장애노인복지의 궁극적인 목적을 사회통합에 두고 장애노인의 사회통합을 위한 일련의 사회적 노력들을 전개할 필요가 있다. 즉 장애노인들의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 지역 사회 속으로 녹아들어가 그 속에서 활동에 참여하고 융화된 상태에서 생활하는 것이 중요하다는 것이다. 이러한 관점에서 사회통합요인으로서의 사회활동 참여를 삶의 질 영향요인에 포함하였다. 이에 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- 가설 7. 사회활동 참여는 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{16}).
- 가설 8. 사회활동 참여는 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{26}).
- 가설 9. 사회활동 참여는 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{36}).

라. 자기효능감

Bandura(1986)는 자기효능감은 사람의 동기, 사고유형, 그리고 행동을 매개하는 중재변인으로 자기효능감이 높은 사람은 어려운 일에 특징적으로 나타나는 장애와 좌절을 참아내는 인내력이 강하다고 하였다. 즉 자기효능감이란 개인이 일정한 상황에서 특정한 결과를 산출해 내는데 필요한 일련의 조치를 조직하고 실행해 낼 수 있는 자기 확신을 말한다(Bandura, 1977).

이러한 자기효능감은 조작될 수 있는 상황·특성적 구조로써 과거 수행 경험과 미래 수행 경험 모두와 관련되고, 행동, 사고, 정서에도 다양하게 영향을 미치고(Wells, Collins, & Hale, 1993) 삶의 질에 유의미한 영향을 주었다(노은선, 2000; 한금선 외, 2001; 김은만, 2004; 강상경 외, 2007). 이에 다음과 같은 가설을 설정하였다.

- 가설 10. 자기효능감은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(β_{31}).

마. 일상생활능력

일상생활능력은 장애인이나 지역사회에서의 여가활동, 문화활동, 직장 또는 사회활동을 수행할 수 있는 기초 능력의 반영 정도를 의미하는 것으로 장애노인의 삶의 질을 고려할 때 중요한 요인이라 할 수 있다.

Kennedy(1989)와 박수경(1997)는 일상생활능력이 삶의 질에 있어서 중요

요인으로 간주하였다. 이러한 결과에서 장애노인의 일상생활능력은 사회활동에 필요한 기초적인 능력이라는 측면에서 볼 때 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 개인요인으로 간주 될 수 있다. 이에 다음과 같은 가설을 설정하였다.

가설 11. 일상생활능력은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다($\beta 32$).

제2절 변수의 조작화 및 측정

1. 변수의 조작적 정의 및 측정

이상에서 제시한 모형과 가설을 경험적으로 검증하기 위하여 구성개념과 변수들에 대한 조작적 정의로 연구의 명확성을 기하고자 한다. 조작적 정의는 추상적 구성개념이나 변수를 측정하는데 필요한 활동이나 조작을 상세하게 기술함으로써 그것에 의미를 부여하는 방법이다. 다시 말해서 조작적 정의는 개념을 측정하거나 실험변수를 조작할 때에 연구자의 활동을 구체적으로 명시한 지침으로써 본 연구에서 사용되는 용어를 다음과 같이 정의한다. 한편 설문 문항은 선행연구와 예비조사를 통하여 타당도와 신뢰도가 입증된 문항만으로 구성하였다.

가. 개인요인

(1) 지각된 장애성

Bandura(1977)은 지각된 장애성을 건강증진 행위의 수행에 따르는 장애요인에 대해 지각하는 것을 의미한다고 했으며 문정순(1990)은 사람이 어떤 질병에 대해 추천된 활동을 수용할 때 그로 인해 손실을 감소해야 한다고 느끼는 부정적 요인, 즉 건강서비스 이용에서 오는 불편감, 불쾌감, 높은 비용, 고통, 위험, 습관변화 및 새로운 행동변화의 필요성의 부정적 측면을 의미한다고 했다. 이와 같이 장애노인이 일상생활을 수행함에 있어 수반되는 어려움과 불편함 등을 장애요인이라고 지각하는 것으로서 김애리(2000)에 의해 개발된 도구 16문항을 6문항으로 수정·보완하여 사용하였다. 응답범주는 ‘거의 그렇지 않다=1점’, ‘대체로 그렇지 않다=2점’, ‘보통이다=3점’, ‘대체로 그렇다=4점’, ‘매우 그렇다=5점’의 5점 척도를 사용하여 측정하였으며 각 항목에 대한 응답치를

합계하여 평균을 구하였다. 총합점수가 높을수록 현재 생활에서 장애감이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α =.794이었다.

(2) 경제수준

경제수준은 자신의 경제상태에 대한 주관적 평가를 의미한다. 즉 장애인인 자신의 경제적 상태에 대해 묻는 문항으로 측정된 점수를 의미한다.

노인의 삶의 질에 관한 이론과 김진미(2001), 윤선이(2002), 서정조(2006) 연구를 참고로 하여 본 연구목적에 맞게 수정·보완하였다. 주관적으로 느끼는 경제상태는 '전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다', '보통이다', '그런편이다', '매우 그렇다'의 주관적 척도를 사용하였다. 경제적 상태 만족도의 측정문항은 '생활하면서 경제적으로 어려움을 느끼고 있다', '현재의 경제 상태는 10년 전과 비교해 나아졌다', '현재의 경제 상태에 만족한다'의 3문항이며 '전혀 그렇지 않다'=1점, '그렇지 않다'=2점, '보통이다'=3점, '그런 편이다'=4점, '매우 그렇다'=5점의 5점 척도를 사용하여 측정하였으며 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α =.623이었다.

나. 환경요인

(1) 사회적 지지

사회적 지지는 개인의 사회적 지지망을 통해 실제 상황에서 제공받은 지지 정도와 사회망 구성원을 통해 정서적, 정보적, 평가적, 물질적 지지를 제공받을 수 있다고 지각하는 정도 및 지지 욕구의 충족정도를 반영해 주는 자신의 사회관계에서의 유대감, 자신감, 신뢰감 등에 대한 지각정도를 말하는 것이다.(박지원, 1985; 김애리, 2000). 사회적 지지는 가족이나 친구, 주변사람 등의 비공식적 체계로부터 제공받는 사회적 지지를 의미하며, 장애노인이 지각한 사회적

지지로 측정하였다. 이를 위해 Zimet 등(1994)이 개발한 다면적 척도 (Multidimensional Scale of Perceived Social Support: MSPSS) (Corcoran & Fischer, 1994)를 최희수(1999)가 재구성한 것을 사용하였다. MSPSS는 세 가지 체계 즉 가족, 친구, 의미 있는 타인(significant other)으로부터 클라이언트가 지각한 사회적 지지를 측정하기 위해 고안되었다. 이 척도는 원래 총 12 항목의 세 개 하위척도로 이루어진 도구이나 본 연구에서는 가족과 친구, 의미 있는 타인으로부터의 사회적 지지를 측정하기 위하여 5개 항목으로 재구성된 것을 사용하였다. 응답범주는 ‘전혀 그렇지 않다=1점’에서 ‘매우 그렇다=5점’까지로 5점 척도를 사용하였고 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.846$ 이었다.

(2) 사회적 인식

우리사회가 특정대상을 어떻게 이해하고 어떤 태도를 보이는가는 중요하다. 장애인에 대한 인식이 어떠한가는 장애인 본인의 생각에 영향을 미칠 뿐 아니라 사회통합, 자립생활에도 영향을 미칠 수밖에 없어 중요한 요인이다(이정순, 2006). 사회 심리적 환경 관련변수인 사회적 인식은 장애인이 지각하는 장애인에 대한 사회적 인식을 의미한다(백은령, 2003).

사회적 인식은 Link 외(1989)의 ‘지각된 스티그마 척도(PSS)’중 백은령(2003)이 수정·보완하여 사용한 것을 본 연구자가 3문항으로 구성하였다. 응답범주는 5점 척도로 ‘전혀 그렇지 않다’=1점, ‘대체로 그렇지 않다’=2점, ‘보통이다’=3점, ‘대체로 그렇다’=4점, ‘매우 그렇다’=5점의 5점 척도로 측정하였고 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.689$ 였다.

(3) 물리적 환경

물리적 환경 관련변수는 장애인이 생활하는 집, 근린생활지역인 동네, 직장·

단체 등의 주요 활동지역에서의 이동 및 접근에 필요한 환경을 의미하며 장애인들이 이동과 접근을 하는데 있어서 편리성 정도를 측정하였다.

「2005년도 장애인 실태조사」(변용찬 외, 2006) 설문지와 김성희(1998)의 조사표 및 백은령(2003) 조사표를 참조하여 작성하였다. 척도는 장애인 자신이 주로 생활하는 환경에 속하는 집의 내부, 근린지역인 동네, 주요 활동지역에 존재하는 이동 및 접근에 필요한 시설들의 편리성 정도를 측정할 수 있도록 구성하였다. 시설이용에 필요한 시설들로는 장애인 전용화장실, 승강기, 출입구 및 출입문턱 제거, 통로 확보, 점자블록, 음성신호기 등을 제시했으며, 이동에 필요한 시설로는 보행행장애물, 횡단보도, 전용주차장, 저상버스 등을 제시하였다.

총 5개 문항으로 구성하였으며 장애인이 지각한 편리성 정도로 측정하였다. 응답범주는 ‘매우 불편하다=1점’, ‘대체로 불편하다=2점’, ‘보통이다=3점’, ‘대체로 편리하다=4점’, ‘매우 편리하다=5점’의 5점 척도로 측정하여 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 총합점수를 장애인이 지각한 물리적 환경수준으로 보았으며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's $\alpha=.884$ 이었다.

다. 사회통합요인

사회통합요인으로서의 사회활동 참여는 장애인들이 비장애인들의 생활 방식으로 사회참여와 활동을 하는 정도를 의미한다. 통합되어 생활한다는 것은 시설보호 중심의 생활이 아닌 지역사회속에 거주하고 생활하면서 지역사회 활동에 참여를 통해 지역사회와 연관된 참여와 활동을 수행하는 정도로 측정하였다.

사회활동 참여를 측정하기 위한 척도를 구성하기 위하여 Segal과 Aviram(1978)의 사회통합척도(social integration scale)와 Willer 등(1993)의 CIQ(Community Integration Questionnaire)를 본 연구에 적합한 형태로 수정·보완하여 사회활동에 참여와 관련된 사항들로 지역사회에서 생활하고 있는 장애인에게 적합한 5개의 문항으로 구성하였다. 응답범주는 ‘전혀 그렇지 않

다=1점', '대체로 그렇지 않다=2점', '보통이다=3점', '대체로 그렇다=4점', '매우 그렇다=5점'으로, 모두 5점 척도로 측정하였으며 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 총합점수가 높을수록 사회활동 참여도가 높은 것을 의미하며, 본 연구의 신뢰도 Cronbach's α =.769이었다.

라. 자기효능감

자기효능감(Self-Efficacy)은 바람직한 행위를 성공적으로 할 수 있다는 자신감으로 특정목표 달성에 필요한 어떤 행동이나 행위를 자신이 할 수 있다고 믿는 신념이며(Bandura, 1986; 박영미, 2005), 자기효능감 측정도구는 Sherer와 Maddux(1982)가 특정상황에 국한되지 않은 일반적 상황에서의 자기효능을 측정하고자 개발한 것으로 오복자(1994)가 Sherer와 Maddux의 17문항의 도구를 번안하여 10개 문항으로 구성된 도구를 본 연구자가 수정·보완하여 5개 문항을 사용하였다. '전혀 그렇지 않다=1점', '대체로 그렇지 않다=2점', '보통이다=3점', '대체로 그렇다=4점', '매우 그렇다=5점'으로 5점 척도로 측정하였으며 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 총합점수가 높을수록 자기효능감이 높은 것을 의미한다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α =.881이었다.

마. 일상생활능력

일상생활능력은 개인생활을 정상적으로 유지하기 위하여 매일 일상적으로 스스로에 의해 수행되는 일련의 활동을 해낼 수 있는 힘을 말한다(이미화, 1988; 김애리, 2000).

일상생활능력은 Kenny(1965)가 개발하여 Sister Kenny Rehabilitation Institute에서 사용하던 자기관리평가(Kenny Self-Care Evaluation)(박옥희, 2001)와 「2005년 장애인실태조사」에서 사용된 척도(변용찬 외, 2006) 및 한형수(2002) 조사표를 토대로 일상생활동작능력(Activities of Daily Living:

ADL)과 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living: IADL)을 측정할 수 있도록 수정·보완하여 사용하였다. 총 9개 문항으로 구성되며 응답범주는 ‘매우 필요하다=1점’, ‘대체로 필요하다=2점’, ‘보통이다=3점’, ‘대체로 필요 없다=4점’, ‘전혀 필요 없다=5점’으로 5점 척도로 측정하여 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 총합이 일상생활능력수준이 되며 총합점수가 높을수록 일상생활능력은 좋은 것으로 의미하며 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α =.953이었다.

바. 삶의 질

WHO(1993)에서는 삶의 질을 ‘한 개인이 살고 있는 문화권과 가치체계의 맥락 안에서 목표, 기대, 규범, 관심과 관련하여 인생에서 자신이 차지하는 상태에 대한 개인적인 지각’이라고 정의내렸다(The WHOQOL Group, 1995).

WHO가 개발한 WHOQOL-100의 간편형 WHOQOL-BREF척도를 수정·보완하여 측정하며, 하부영역은 전반적인 삶의 질(1번), 전반적인 건강상태(2번)과 신체적 건강(6번), 심리적 건강(3, 4, 5번), 사회적 관계(7번), 환경(8번)의 4개영역의 총8문항으로 구성되어 있다. 각 문항은 5점 척도를 사용하였으며, ‘전혀 그렇지 않다(매우 불만족)=1점’, ‘그렇지 않다(불만족)=2점’, ‘보통이다=3점’, ‘그렇다(만족)=4점’, ‘매우 그렇다(매우 만족)=5점’으로 구성되어 있고 각 항목에 대한 응답치를 합계하여 평균을 구하였다. 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α =.717이었다.

2. 설문지의 구성

지금까지 변수의 조작적 정의에 따른 측정지표를 살펴보았다. 측정 설문지는 연구목적과 연구자를 명시한 표지에 설문을 무기명으로 실시하기 때문에 솔직하고 담백하며 가감 없는 응답을 촉구하는 표현을 첨부하였다. 설문지는 65세 이상 장애노인의 삶의 질에 미치는 영향요인에 대한 지각의 정도를 중점적으로 묻는 변수들로 구성하였다. 즉 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질 및 성별, 연령, 결혼상태, 종교, 학력, 동거가족, 기초생활수급자, 주된 장애와 급수, 중복장애, 장애원인, 장애기간, 장애차별경험, 월 총수입 등 설문 응답자의 인구통계학적 변수를 합하여 총 62개의 항목으로 구성하였다.

이와 같은 측정지표를 부록의 설문지와 같이 5점 척도 및 명목 척도로 구성하였다. SPSS통계 프로그램을 활용하여 초기 데이터에 대한 기술통계량 분석, t-test와 분산분석을 통한 인구통계학적 변수와 본 연구의 변수 평균 간 분산의 동질성 검증, 요인분석과 신뢰도 분석을 통하여 최종항목을 선정하여 이에 대한 합산평균값을 구하고 상관관계분석을 실시하였다. 또한 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질의 인과성에 대한 가설을 검증하기 위하여 AMOS을 통한 구조방정식모델 분석을 하였다.

<표 3-1>는 본 연구의 변수에 대한 측정항목으로 구성된 설문지를 나타낸 것이다. <표 3-1>과 같이 설문지 구성의 「I - IX」까지는 가설 변수의 조작적 정의에 따른 설문항목으로 5점 척도로 측정하였으며 각 항목으로 측정한 결과의 산술평균값으로 산정하였다. 또한 일반적 특성은 기술통계량을 산출하여 표본의 특성을 나타내고자 함이다.

<표 3-1> 설문지의 구성

변 수	측 정 항 목	척도
I. 지각된 장애성	1. 건강검진이나 재활치료를 위한 경제적 여유 정도	5점 척도
	2. 주변에 쉽게 사용할 수 있는 재활시설 여부	
	3. 아무것도 할 의욕이 없는 정도	
	4. 건강만을 위해 돌봐주는 가족에게 짐이 되는 것이 부담스러운 정도	
	5. 운동을 해도 눈에 뜨는 효과가 없어 나태해지고 게을리하는 정도	
	6. 운송장비가 없어 운동이나 검진을 받으러 다닐 수 없는 정도	
II. 경제 수준	1. 생활하면서 경제적으로 어려움을 느끼는 정도	
	2. 현재의 경제 상태는 10년 전과 비교해 나아진 정도	
	3. 현재의 경제 상태에 만족하는 정도	
III. 사회적 지지	1. 가족이 진정으로 나를 도우려고 애쓰는 정도	
	2. 가족으로부터 필요로 하는 정서적 도움과 지지를 받는 정도	
	3. 나를 편안하게 해주는 특별한 사람들의 존재 여부	
	4. 친구나 주변사람들은 나를 진정 도우려고 하는 정도	
	5. 기쁨과 슬픔을 나눌 친구나 주변사람의 존재 여부	
IV. 사회적 인식	1. 사람들이 대부분 장애인을 가까운 친구로 받아들이는 정도	
	2. 대부분의 사람들이 장애인도 비장애인만큼 가치 있다고 믿는 정도	
	3. 내가 살고 있는 지역사람들이 대부분 장애인을 똑같이 대우하는 정도	
V. 사회활동 참여	1. 친척방문 및 모임참석 정도	
	2. 주변의 절친한 사람 방문 정도	
	3. 사회활동 참여 정도	
	4. 종교활동 정도	
	5. 쇼핑하기 정도	
VI. 물리적 환경	1. 생활하고 있는 집 내부 편리한 정도	
	2. 생활하고 있는 동네 시설이용에 필요한 시설 편리한 정도	
	3. 생활하고 있는 동네 이동에 필요한 시설 편리한 정도	
	4. 동네이외지역 시설이용에 필요한 시설 편리한 정도	
	5. 동네이외지역 이동에 필요한 시설 편리한 정도	
VII. 일상생활 능력	1. 개인위생 정도	
	2. 목욕하기 정도	
	3. 식사하기 정도	
	4. 화장실 사용하기 정도	
	5. 옷 입고 벗기 정도	

	6. 앉고 일어서기 정도	
	7. 계단 오르내리기 정도	
	8. 보행하기 정도	
	9. 대중교통이용 정도	
VIII. 자기 효능감	1. 중요한 목표를 설정하면 그 목표를 성취할 수 있는 정도	5점 척도
	2. 어떤 일이 아주 복잡하게 보여도 시도해 보려고 노력하는 정도	
	3. 무엇인가 수행할 일이 결정되면 곧 시작하는 정도	
	4. 예기치 않은 문제가 생겨도 그러한 일들을 잘 처리할 수 있는 정도	
	5. 일이 아주 어렵게 보여도 배우려고 노력하는 정도	
IX. 삶의 질	1. 삶의 질을 어떻게 평가하는지 여부	
	2. 건강상태에 대해 얼마나 만족하고 있는지 여부	
	3. 침울한 기분, 절망, 불안, 우울감과 같은 부정적인 감정을 얼마나 느끼는지 여부	
	4. 인생을 얼마나 즐기는지 여부	
	5. 어르신의 삶이 어느 정도 의미 있다고 느끼는지 여부	
	6. 일상생활의 활동을 수행하는 능력에 대해 얼마나 만족하고 있는지 여부	
	7. 개인적 대인관계에 얼마나 만족하는지 여부	
	8. 살고 있는 장소의 상태에 대해 얼마나 만족하고 있는지 여부	
일반적 특 성	① 성별 ② 연령 ③ 결혼상태 ④ 종교 ⑤ 학력 ⑥ 동거가족 ⑦ 기초생활수급자 ⑧ 주된 장애와 급수 ⑨ 중복장애 ⑩ 장애원인 ⑪ 장애기간 ⑫ 장애차별경험 ⑬ 월 총수입	

제4장 실증분석

제1절 표본의 특성

1. 표본의 추출

본 연구에서 가설의 연구모형 검증을 위하여 SPSS를 이용한 상관분석과 AMOS(Analysis of Moment Struture) 5.0을 이용하여 구조방정식모형 분석을 실시하였다.

구체적인 연구모형의 검증에 앞서 타당도를 확인하고 각각의 요인별로 분류하기 위해 확인적 요인분석(CFA: Confirmatory factor analysis)을 실시하였다. 구성 개념의 내용타당성을 확립하기 위해 선행연구를 참고하여 삶의 질과 관련한 62개의 문항을 개발한 뒤 이를 다차원적으로 수정하여 예비조사를 실시하였다¹¹⁾. 예비조사는 50부의 설문지를 전라남도 나주시에 배포하여 연구에 필요한 요인들을 탐색적 요인분석(EFA: Exploratory factor analysis)과 신뢰도 분석을 통하여 설문을 재구성한 다음 본 조사를 실시하였다.

예비조사를 통해 재구성된 설문대상은 시설에서 거주하고 있는 장애인인을 제외한 지역사회 거주 재가장애노인들을 대상으로 하였으며 체계적인 면접조사를 위하여 읍·면·동의 사회복지사와 생활지도사를 활용하여 면접조사를 진행하였다.

설문대상 지역은 전라남도의 나주시와 순천시의 2개시와 담양군, 함평군의 2개군을 선정하였다. 표본의 추출방법은 편의모집(purposive sampling)하여 조

11) 예비조사의 가장 중요한 목적은 설문문항의 의미를 사전에 검토함으로써 보다 정교한 문항을 구성하여 연구자가 필요로 하는 정확한 자료수집이 가능한지를 사전에 점검하기 위하여 설문대상 집단과 유사한 소집단을 대상으로 사전조사를 실시하는데 있다. 대개 25개-75개의 표본을 가지고 실시하는 예비조사는 설문항목의 내용, 형식, 양식, 표현, 배치순서 등을 점검하여 수정할 수 있기 때문에 설문조사의 경우 정확한 자료 수집을 위해 필요하다(Conver & Persser, 1986: 54-65). 또한 예비조사의 가치는 설문항목의 오류를 사전에 발견하는데 있으며, 전문적 판단이나 지적활동의 어떠한 것도 예비조사를 완벽하게 대체하기 어렵기 때문에 예비조사는 꼭 필요하다(McDaniel & Gate, 1995: 301).

사하였다. 본 조사는 2007년 7월 27일부터 9월 11일까지 실시하여 배포한 설문지 총 460부 중 미회수된 34부를 제외한 설문지 총 426부를 통계분석에 이용하였다.

본 조사를 통한 설문결과로 분석문항들에 대한 신뢰도 분석은 <표 4-5>과 같이 Cronbach's α 값의 산출로 신뢰도를 확인하였다. 다른 분석방법으로는 빈도분석을 통한 표본의 특성조사, 기술통계의 평균, 표준편차, 왜도의 측정을 통한 전체표본의 변수들에 대한 지각수준 평가, t-test 및 분산분석, 상관분석을 통한 Pearson상관계수의 산출로 변수 상호간의 상관관계 등을 분석하였다. 이상의 분석들은 연구모형 및 가설의 검증 과정에서 분석결과에 대한 신뢰성을 높이고, AMOS 5.0을 이용한 구조방정식모델 분석결과의 해석에 기초로 활용되었다.

2. 인구통계학적 특성

본 연구를 위해 추출된 표본이 모집단의 대표성을 추정할 수 있도록 인구통계학적 특성을 파악하는 빈도분석(frequency analysis)을 실시하였으며 그 결과는 <표 4-1>과 <표 4-2>에 나타나 있다.

<표 4-1>에서 보면 표본의 성별구성은 426명 중에서 남성이 211명(49.5%), 여성이 215명(50.5%)으로 비슷한 분포를 보였다.

연령별 분포를 살펴보면 65세-69세가 186명(43.7%), 70세-79세가 190명(44.6%), 80세 이상이 50명(11.7%)으로 60대와 70대가 비슷하게 가장 높은 빈도를 나타내었다.

결혼상태에서는 기혼(유배우자)가 220명(51.7%)으로 가장 많은 비중을 차지했으며 그 다음으로는 사별이 157명(36.9%)으로 많은 비중을 차지했으며 미혼 25명(5.9%), 이혼 10명(2.3%) 및 기타 10명(2.3%), 별거 4명(0.9%)의 순으로 나타났다.

종교는 무교인 응답자가 180명(42.3%)으로 가장 많은 비중을 차지하였고 다음으로 기독교 107명(25.1%), 불교 104명(24.4%), 천주교 24명(5.6%), 기

타 11명(2.6%)의 순으로 나타났다.

학력은 상대적으로 무학 178명(41.8%)과 초등학교를 졸업한 응답자 171명(40.1%)의 비율이 높게 나타났으며 다음으로 중학교 졸업 46명(10.8%), 고등학교 졸업 26명(6.1%) 등의 순으로 나타났다.

동거가족에서는 부부가 186명(43.7%)으로 가장 높은 빈도를 나타냈으며 독거(혼자)도 162명(38.0%)으로 비교적 높은 순으로 나타났다.

기초생활수급자여부에서는 수급자가 167명(39.2%), 비수급자가 259명(60.8%)으로 응답자의 60.8%가 기초생활수급자가 아닌 것으로 나타났다.

중복장애여부에서는 중복장애가 80명(18.8%), 단독장애가 346명(81.2%)으로 중복장애에 속하는 응답자의 비율이 적게 나타났다.

장애원인에 있어서는 질병이 221명(51.9%)으로 가장 많은 비중을 차지하였으며 다음으로 기타 91명(21.4%), 선천적 49명(11.5%), 교통사고 44명(10.3%), 산업재해 21명(4.9%)의 순으로 나타났다.

응답자의 장애기간은 30년 이상이 130명(30.5%)으로 가장 많은 비중을 차지하였으며 5년-9년 96명(22.5%), 5년 미만 92명(21.6%), 10년-14년 51명(12.0%), 20년-24년 29명(6.8%), 15년-19년 21명(4.9%), 25년-29년 7명(1.7%)의 순으로 나타났다.

장애로 차별당한 경우는 보통이다 120명(28.1%), 많이있다 115명(27.0%), 약간있다 94명(22.1%), 매우 많이있다 60명(14.1%), 전혀없다 37명(8.7%)의 순으로 나타났는데 응답자 대부분의 91.3%가 장애로 차별당한 경험이 있었다.

월 총수입에서는 40만원 이하가 전체의 244명(57.3%)으로 가장 많은 비중을 차지했으며 41-80만원도 125명(29.3%)으로 비교적 높은 순으로 나타났다. 그 다음으로 81-120만원 30명(7.0%), 121-160만원 11명(2.6%), 161-200만원 9명(2.1%), 201만원 이상 7명(1.7%)의 순으로 나타났으며 응답자의 86.6%가 80만원 이하의 월 총수입을 나타내고 있었다.

<표 4-1> 표본의 인구통계학적 특성

구분	내용	빈도(명)	비율(%)
성별	남성	211	49.5
	여성	215	50.5
	계	426	100.0
연령	65세 - 69세	186	43.7
	70세 - 79세	190	44.6
	80세이상	50	11.7
	계	426	100.0
결혼상태	기혼(유배우자)	220	51.7
	미혼	25	5.9
	이혼	10	2.3
	별거	4	0.9
	사별	157	36.9
	기타	10	2.3
	계	426	100.0
종교	기독교	107	25.1
	천주교	24	5.6
	불교	104	24.4
	기타	11	2.6
	없음	180	42.3
	계	426	100.0
학력	무학	178	41.8
	초등졸	171	40.1
	중졸	46	10.8
	고졸	26	6.1
	전문대졸	2	0.5
	대학교졸 이상	3	0.7
	계	426	100.0
동거가족	독거(혼자)	162	38.0
	부부	186	43.7
	미혼자녀	20	4.7
	기혼아들	26	6.1
	기혼딸	7	1.6
	손자, 손녀	13	3.1
	친구, 친척	2	0.5
	기타	10	2.3
계	426	100.0	
기초생활수급자	예	167	39.2
	아니오	259	60.8
	계	426	100.0

중복장애	예	80	18.8
	아니오	346	81.2
	계	426	100.0
장애원인	선천적	49	11.5
	질병	221	51.9
	교통사고	44	10.3
	산업재해	21	4.9
	기타	91	21.4
	계	426	100.0
장애기간	5년 미만	92	21.6
	5년 - 9년	96	22.5
	10년 - 14년	51	12.0
	15년 - 19년	21	4.9
	20년 - 24년	29	6.8
	25년 - 29년	7	1.7
	30년 이상	130	30.5
	계	426	100.0
장애로 차별당한 경우	매우 많이있다	60	14.1
	많이있다	115	27.0
	보통이다	120	28.1
	약간있다	94	22.1
	전혀없다	37	8.7
	계	426	100.0
월 총수입	40만원 이하	244	57.3
	41 - 80만원	125	29.3
	81 - 120만원	30	7.0
	121 - 160만원	11	2.6
	161 - 200만원	9	2.1
	201만원 이상	7	1.7
	계	426	100.0

<표 4-2>은 응답자의 주된 장애와 급수에 대하여 조사한 결과로 응답자의 426명 중에서 지체장애는 191명, 뇌병변장애는 60명, 시각장애는 63명, 청각장애는 82명, 언어장애는 30명으로 나타났다. 지체장애에서는 4급과 5급이 47명(24.6%)으로 똑같은 비율로 가장 많았으며 뇌병변장애에서는 2급이 21명(35.0%)으로 가장 높은 비율을 차지하였다. 시각장애는 6급이 30명(47.6%)으로 가장 많았으며 청각장애는 2급이 26명(31.7%)으로 가장 많았고 언어장애도

2급이 10명(33.3%)으로 가장 많은 것으로 나타났다.

<표 4-2> 주된 장애와 급수

주된 장애	장애 급수	빈도(명)	비율(%)	주된 장애	장애 급수	빈도(명)	비율(%)
지체장애	1급	14	7.3	청각장애	1급	1	1.2
	2급	21	11.0		2급	26	31.7
	3급	33	17.3		3급	7	8.5
	4급	47	24.6		4급	13	15.9
	5급	47	24.6		5급	21	25.6
	6급	29	15.2		6급	14	17.1
	계	191	100.0		계	82	100.0
뇌병변장애	1급	13	21.7	언어장애	1급	2	6.7
	2급	21	35.0		2급	10	33.3
	3급	15	25.0		3급	8	26.7
	4급	5	8.3		4급	1	3.3
	5급	3	5.0		5급	3	10.0
	6급	3	5.0		6급	6	20.0
	계	60	100.0		계	30	100.0
시각장애	1급	14	22.2				
	2급	4	6.4				
	3급	2	3.2				
	4급	6	9.5				
	5급	7	11.1				
	6급	30	47.6				
	계	63	100.0				

제2절 측정도구의 검증

측정도구의 신뢰도가 높다고 해서 타당도가 높아지는 것은 아니다. 그러나 타당도가 높아지면 신뢰도가 높아지게 된다. 따라서 본 연구에서는 측정항목의 타당도 분석을 먼저 수행하였다. 측정항목에 대한 타당성을 확인적 요인분석 과정을 통하여 높였으며, 축소된 요인의 신뢰성을 신뢰도분석으로 제고시켰다. 타당성과 신뢰성이 확인된 측정항목을 변수에 따라 합산 평균하여 구조방정식 모형 분석의 기초자료로 삼았다.

1. 타당도 분석

타당도(Validity)는 측정하고자 하는 개념 혹은 속성을 얼마만큼 정확하게 측정하였는지를 보여주는 개념이다. 다시 말해서 측정개념이나 특성을 측정하기 위한 측정도구가 해당 특성이나 속성을 어느 정도 정확히 나타내고 있는지를 보여주는 것이라고 할 수 있겠다.

타당도를 측정하기 위하여 설문조사의 결과로 요인분석을 실시하였다. 요인분석¹²⁾에는 탐색적 요인분석(EFA: Exploratory factor analysis)과 확인적 요인분석(CFA: Confirmatory factor analysis)이 있는데 탐색적 요인분석은 이론상으로 체계화되거나 정립되지 않는 연구에서 연구의 방향을 파악하기 위한 탐색적인 목적을 가진 분석방법을 의미한다. 확인적 요인분석은 이론적인 배경 하에서 변수들 간의 관계를 미리 설정해 놓은 상태에서 요인분석을 하는 경우를 말한다. 즉, 확인요인분석은 연구자의 지식에 근거하여 내재된 요인 차원 및 가설을 확인하는 수단으로 사용되는 경우를 말한다(김계수, 2007).

예비조사의 결과로 탐색적 요인분석을 실시하여 일련의 연구의 변수들을 확

12) 요인분석의 목적은 변수들을 가장 잘 대표할 수 있는 적은 수의 요인들을 산출하는 데 있다. 확증적 요인분석은 데이터가 이미 설정한 분석모형과 일치하는지 여부를 검토함으로써 수렴(convergent) 타당성과 판별(discriminant) 타당성을 확인할 수 있다. 즉 요인분석 결과에 따라 하나의 요인 내에 묶여진 측정항목들은 동일한 개념을 측정한 것으로 간주할 수 있고, 각 요인은 서로 상이한 개념이라고 판단할 수 있다(Fishbein & Ajzen, 1975: 109-111).

인하였고 설문을 재구성한 후 다시 설문조사를 시행하여 확인적 요인분석(confirmatory factor analysis)을 실시하였다. 확인적 요인분석은 사전에 관련된 문헌 고찰 등을 통해서 모집단의 성격을 파악하여 요인들을 추출해 내기는 하지만 분석의 초점은 추출해 낸 요인들이 과연 원래의 모집단을 대표하고 있는가에 쏠리는 것이다(채서일, 1995: 558).

측정항목의 타당도 분석을 위해 앞에서 언급했듯이 확인적 요인분석을 사용하였는데 이를 위해 SPSS의 요인분석을 사용하였다. 요인추출의 요인수를 결정하는 방법으로 고유값(eigen value)을 기준으로 하였다. 고유값은 요인이 설명해 줄 수 있는 분산의 정도를 의미하는 것으로 고유값이 1이라는 것은 하나의 요인이 1개 이상의 분산을 설명해 준다는 것을 의미한다.¹³⁾ 요인 적재값의 유의성 기준¹⁴⁾은 보통 0.3이상이면 유의하지만, 보수적으로는 0.4이상이어야 한다. 그리고 0.5이상일 경우에는 매우 유의한 것으로 본다.

요인분석은 문항들을 데이터 축소(Data Reduction)하여 9개의 요인을 확인하였다. 전체항목의 요인분석 결과 KMO(Kaiser-Meyer-Olkin)는 1에 가까운 0.911이고 Bartlett의 구형성 검정결과 근사 카이제곱은 13224.50, 자유도는 1176, 유의확률은 유의수준 0.05보다 작은 0.000으로 전체 적재값은 타당한 것으로 나타났다. 요인의 회전은 베리맥스 직교회전(Varimax Rotation)에 의한 요인 적재값을 산출하여 <표 4-3>과 같이 행렬로 표시하였다.

13) 일반적으로 아이겐 값을 1이상인 요인들을 의미 있는 것으로 설정하는데, 이는 각 요인이 적어도 변수 하나 정도의 분산을 설명할 수 있어야 한다는 논거에 기초하고 있다. 항목이 20개에서 50개 범위일 때 아이겐 값을 기준으로 선정한 경우 가장 신뢰할 만하다. 20개 이하인 경우 너무 적은 수의 요인이 추출되는 경향이 있으나 50개 이상인 경우일지라도 적절한 수의 요인이 추출된다(Hair, Jr et al., 1998: 103-104). 요인을 분산을 기준으로 추출할 경우 사회과학에서 총분산의 60%정도를 설명해 주는 요인까지 상정한다(채서일, 1995: 561).

14) 요인 적재값의 유의성 기준은 표본크기에 따라 다르게 나타나고 있다. 유의수준 $p < 0.05$ 에서 표본수가 50개일 때 요인부하량이 0.75이상, 100개일 때 0.55이상, 150개일 때 0.45이상, 200개일 때 0.40이상, 250개일 때 0.35이상, 그리고 350개일 때 0.30이상이어야 한다. 일반적으로 최소한의 표본크기는 100개이상은 되어야 하며 가장 낮은 요인부하량은 0.30 이상이 될 때 유의한 수준으로 고려할 수 있다(Hair, Jr et al., 1998: 111-112).

<표 4-3> 요인분석의 적재값 및 행렬

변수명	요인1	요인2	요인3	요인4	요인5	요인6	요인7	요인8	요인9
1. 지각된 장애성	V1	.692							
	V2	.611							
	V3	.685							
	V4	.697							
	V5	.689							
	V6	.629							
2. 경제수준	V7		.640						
	V8		.762						
	V9		.674						
3. 사회적 지지	V10			.819					
	V11			.794					
	V12			.695					
	V13			.720					
	V14			.627					
4. 사회적 인식	V15			.692					
	V16			.807					
	V17			.670					
5. 물리적 환경	V18				.635				
	V19				.810				
	V20				.808				
	V21				.842				
	V22				.819				
6. 사회활동 참여	V23					.650			
	V24					.681			
	V25					.685			
	V26					.729			
	V27					.631			
7. 자기효능감	V28						.711		
	V29						.780		
	V30						.777		
	V31						.758		
	V32						.776		
8. 일상생활능력	V33							.855	
	V34							.864	
	V35							.872	
	V36							.892	
	V37							.900	
	V38							.886	

	V39								.812	
	V40								.816	
	V41								.664	
9. 삶의 질	V42									.685
	V43									.684
	V44									.683
	V45									.629
	V46									.625
	V47									.645
	V48									.661
	V49									.660
고유값(eigen value)	1.811	1.334	2.243	1.111	2.952	1.486	4.964	13.668	2.083	
분산설명비율(%)	3.695	2.722	4.577	2.268	6.025	3.032	10.130	27.893	4.252	
누적분산(%)	3.695	6.417	10.994	13.262	19.287	22.319	32.449	60.342	64.594	

또한 항목구성의 최적상태를 도출하기 위한 적합도를 평가하기 위하여 카이 제곱값(χ^2)을 비롯하여 기초부합지수(GFI), 조정부합지수(AGFI), 원소간 평균차이(RMR), 개략오차평균제곱의 제곱근(RMSEA) 등의 모형의 전반적 적합도를 나타내는 절대부합지수와 표준적합지수(NFI), 증대적합지수(IFI), 비교적합지수(CFI) 등의 기초모형에 대한 경쟁모형의 적합도를 나타내는 증분부합지수, 그리고 간명기초부합지수(PGFI) 등의 모형의 간명성과 관련된 적합도를 나타내는 간명부합지수의 세 가지 범주의 지수들을 이용하였다.

한편 표본의 χ^2 값은 검증력이 표본의 크기에 민감한 지수이기 때문에 표본의 크기가 클 경우 χ^2 값의 기준도 고려해야 하지만 다른 적합도 지수를 더욱 우선적으로 고려해서 모형의 적합도를 평가해야 한다.

탐색적 요인분석과 신뢰성 검증결과를 바탕으로 한 확인적 요인분석의 모형 적합도는 <표 4-4>와 같고 비교적 적합한 것으로 나타났다.

<표 4-4> 확인적 요인분석의 모형 적합도

비교기준		권장수준	적합지수
절대부합지수	· 카이제곱값(χ^2)		2996.147
	· 자유도		1091
	· p	p>0.05	.000
	· GFI(기초부합지수)	0.9 이상	.872
	· AGFI(조정부합지수)	0.9 이상	.844
	· RMR(원소간평균차이)	0.05 이하	.047
	· RMSEA(개략오차평균제곱의 제곱근)	0.08 이하	.064
충분부합지수	· NFI(표준적합지수)	0.9 이상	.883
	· IFI(증대적합지수)	0.9 이상	.950
	· CFI(비교적합지수)	0.9 이상	.949
간명부합지수	· PGFI(간명기초부합지수)	0.6 이상	.687

2. 신뢰도 분석

측정항목이 어느 정도 일관성 있게 측정되었는지 알아보기 위하여 신뢰성을 검토하였다. 신뢰성은 동일한 개념에 대해서 반복적인 측정을 했을 경우 나타나는 측정값들의 분산을 의미한다. 이러한 신뢰성의 정도 즉 신뢰도에는 측정의 안정성, 일관성, 예측가능성, 정확성 등의 개념이 포함되어 있다(김계수, 2007).

이러한 신뢰성의 정도를 측정하는 방법에는 재측정 신뢰도 (test-retest reliability), 반분 신뢰도 (split-half reliability), 문항분석 (item-total correlation), Cronbach's Alpha(α), 동등척도 신뢰도 (Alternative reliability), 평가자간 신뢰도 (inter-rater reliability) 등이 있다.

이중에서 가장 대표적으로 쓰이는 Cronbach's Alpha(α)는 일반적으로 둘 이상의 개념 예측변수들의 집합에 대한 신뢰성 측정에 사용되며, 신뢰계수 값의 범위는 0과 1사이이다. 신뢰성을 알아보기 위하여 각 변수의 측정항목에 대하여 Cronbach's α 계수¹⁵⁾를 산출하였다. Cronbach's α 값은 상관계수로 해석할 수 있으며 일반적으로 이 값이 0.6 이상이면 신뢰성이 있는 것으로 기준을 한다. 각 변수들 간의 측정 항목수 및 Cronbach's α 값은 <표 4-5>에 나타나 있다. <표 4-5>에서 본 바와 같이 Cronbach's α 계수가 모두 0.6이상으로 나타나 본 연구에서 변수측정을 위해 구성하는 항목들은 신뢰할 만하다고 볼 수 있다.

본 연구에서 설정한 연구모형을 분석하기 위해 타당성과 신뢰성이 입증된 각 측정항목을 가지고 다음과 같은 절차를 수행하였다. 첫째, 구성개념을 측정하는 49개의 항목들을 SPSS를 이용한 요인분석결과, 요인 적재값이 0.4이상인 49개 항목을 선정하여 모형을 단순화 하였으며, 신뢰성 분석에도 이를 확인하여 최종 선정하였다. 둘째, 이들 측정항목을 변수별로 평균값을 구하였다. 셋

15) α 계수의 기준은 연구의 목적에 따라 다르며, 탐색적 연구에서는 0.5-0.6 정도의 신뢰도이면 충분하되, 기초연구에서는 0.7이상의 신뢰도가 일반적으로 인정되고 있다. 탐색연구는 문헌조사, 경험조사, 사례조사 등을 통하여 문제를 규명하는 성격을 갖고 있고, 기초연구에서는 순수한 학문 발전을 위한 연구로써 기본적으로 가설검정의 성격이 짙다(Nunnally, 1978: 246)

째, 각 변수의 평균을 가지고 가설검증을 위한 구조방정식모델 분석을 수행하였다.

<표 4-5> 신뢰도 분석

변 수 명	항목수	<i>Cronbach's Alpha</i>
1. 지각된 장애성	6	.794
2. 경제수준	3	.623
3. 사회적 지지	5	.846
4. 사회적 인식	3	.689
5. 물리적 환경	5	.884
6. 사회활동 참여	5	.769
7. 자기효능감	5	.881
8. 일상생활능력	9	.953
9. 삶의 질	8	.717

제3절 변수의 기술적 통계

1. 단일변수의 분석

본 연구에서 측정된 각 단일변수의 항목에 대한 기술통계량 분석에 따른 결과를 <표 4-6>에 제시하였다. 본 연구에서는 분포의 대칭성으로부터 자료의 정규분포 여부를 측정할 수 있는 척도인 왜도(Skewness; S_k)를 사용하려고 한다. 왜냐하면 평균과 최빈수를 비교해 보면 자료의 분포에 대한 좌우대칭여부를 알 수 있고 비대칭분포일 경우 기울어진 방향까지 알 수 있다. 또한 표준편차를 알면 자료의 흩어진 정도나 차이를 파악할 수 있고 집단들 간의 비교도 가능하다. 그러나 이러한 정보만으로는 기울어진 정도를 알 수 없으며 특히 집단들 간의 비교는 더욱 곤란하다. 평균과 최빈수의 차이가 클수록 또는 표준편차가 클수록 반드시 기울어진 정도가 심하다고 볼 수 없기 때문이다. 따라서 왜도를 가지고 측정하기로 한다.

각 변수의 측정항목들에 대한 왜도가 평균을 중심으로 양(+)의 값을 가진 분포는 왼쪽에 모여 있어서 꼬리를 오른쪽으로 늘어뜨린 형태를 가지고 있고, 음(-)의 값을 가진 분포는 오른쪽에 모여 있어서 꼬리를 왼쪽으로 늘어뜨린 형태를 띠고 있음을 알 수 있다. 자료의 분포가 완전한 정규분포일 때 왜도(Skewness; S_k)는 0이 되지만 완전한 정규분포를 이루는 경우는 드문 일이다. 실제 자료에서는 정규분포로 간주하여 분석기법을 활용하고 있는데 정규분포로 간주되는 왜도의 정확한 값은 단정할 수 없고 대체로 0에 가까우면 정규분포로 다룰 수 있다(김호정, 1994: 98-99). 왜도가 1보다 크거나 -1보다 큰 변수는 대체로 정규분포로 보지 않으며 분석에서 제외된다.

이와 같은 전제에 의하여 <표 4-6>에서 합산평균의 분포 특성을 보면 항목들의 왜도가 평균을 중심으로 음(-)의 값을 가지기 때문에 관측값들이 주로 오른쪽에 모여 있어서 왼쪽으로 늘어뜨린 꼬리 모양의 분포를 가진다.

<표 4-6> 변수의 기술통계량 분석

변수	측정항목	평균	표준편차	왜도
1. 지각된 장애성	· 건강검진이나 재활치료를 위한 경제적 여유 정도	3.4718	1.11689	-.357
	· 주변에 쉽게 사용할 수 있는 재활시설 여부	3.5869	1.14921	-.555
	· 아무것도 할 의욕이 없는 정도	3.0493	1.14169	-.011
	· 건강만을 위해 돌봐주는 가족에게 짐이 되는 것이 부담스러운 정도	3.1948	1.14463	-.160
	· 운동을 해도 눈에 뜨는 효과가 없어 나태해지고 게을리하는 정도	3.1995	1.04492	-.257
	· 운송장비가 없어 운동이나 검진을 받으러 다닐 수 없는 정도	3.2042	1.18940	-.223
	합산 평균	3.2844	.79403	-.179
2. 경제 수준	· 생활하면서 경제적으로 어려움을 느끼는 정도	3.7488	.97513	-.535
	· 현재의 경제 상태는 10년 전과 비교해 나아진 정도	2.4343	1.02517	.343
	· 현재의 경제 상태에 만족하는 정도	2.2160	.95070	.481
	합산 평균	2.7997	.49313	-.148
3. 사회적 지지	· 가족이 진정으로 나를 도우려고 애쓰는 정도	3.4319	.95366	-.303
	· 가족으로부터 내가 필요로 하는 정서적 도움과 지지를 받는 정도	3.2676	.98159	-.347
	· 나를 편안하게 해주는 특별한 사람들의 존재 여부	3.1174	.99426	-.151
	· 친구나 주변사람들이 나를 진정 도우려고 하는 정도	3.0775	.92092	-.154
	· 기쁨과 슬픔을 나눌 친구나 주변사람의 존재 여부	3.0329	.96472	-.192
	합산 평균	3.1854	.75763	-.293
4. 사회적 인식	· 사람들이 대부분 장애인을 가까운 친구로 받아들이는 정도	2.7347	.86911	.045
	· 대부분의 사람들이 장애인도 비장애인만큼 가치 있다고 믿는 정도	2.7535	.88533	.217
	· 내가 살고 있는 지역사람들이 대부분 장애인을 똑같이 대우하는 정도	2.8192	.82759	-.003
	합산 평균	2.7692	.67615	.090

5. 사회활동 참여	· 친척방문 및 모임참석 정도	2.8709	1.09103	-.255
	· 주변의 절친한 사람 방문 정도	2.9507	1.11246	-.222
	· 사회활동 참여 정도	2.3545	1.16768	.395
	· 종교활동 정도	2.6455	1.45802	.303
	· 쇼핑하기 정도	2.0000	.95794	.565
	합 산 평 균	2.5643	.84310	-.113
6. 물리적 환경	· 생활하고 있는 집 내부 편리한 정도	2.6808	.98528	.067
	· 생활하고 있는 동네 시설이용에 필요한 시설 편리한 정도	2.5775	.93550	.051
	· 생활하고 있는 동네 이동에 필요한 시설 편리한 정도	2.5305	.91536	.011
	· 동네이외지역 시설이용에 필요한 시설 편리한 정도	2.6620	.98138	-.106
	· 동네이외지역 이동에 필요한 시설 편리한 정도	2.6080	.93498	.057
	합 산 평 균	2.6117	.78585	-.072
7. 일상생활 능력	· 개인위생 정도	3.6244	1.26482	-.583
	· 목욕하기 정도	3.3826	1.34482	-.273
	· 식사하기 정도	3.6667	1.21041	-.506
	· 화장실 사용하기 정도	3.6690	1.20619	-.538
	· 옷 입고 벗기 정도	3.6197	1.21403	-.468
	· 앉고 일어서기 정도	3.5469	1.24576	-.397
	· 계단 오르내리기 정도	3.1690	1.34062	.001
	· 보행하기 정도	3.2606	1.30165	-.119
	· 대중교통이용 정도	2.8404	1.37639	.213
	합 산 평 균	3.4199	1.10702	-.178
8. 자기 효능감	· 중요한 목표를 설정하면 그 목표를 성취할 수 있는 정도	2.6831	.93333	-.028
	· 어떤 일이 아주 복잡하게 보여도 시도해 보려고 노력하는 정도	2.7254	.95161	-.019
	· 무엇인가 수행할 일이 결정되면 곧 시작하는 정도	2.7465	.91859	-.117
	· 예기치 않은 문제가 생겨도 그러한 일들을 잘 처리할 수 있는 정도	2.6221	.89725	-.144
	· 일이 아주 어렵게 보여도 배우려고 노력하는 정도	2.6972	.91515	.118
	합 산 평 균	2.6948	.76032	-.236

9. 삶의 질	· 삶의 질을 어떻게 평가하는지 여부	2.7418	.87258	-.391
	· 건강상태에 대해 얼마나 만족하고 있는지 여부	2.3146	.95529	.392
	· 침울한 기분, 절망, 불안, 우울감과 같은 부정적인 감정을 얼마나 느끼는지 여부	2.5094	.94615	.886
	· 인생을 얼마나 즐기는지 여부	2.2394	.94505	.279
	· 삶이 어느 정도 의미 있다고 느끼는지 여부	2.3897	.92713	.201
	· 일상생활의 활동을 수행하는 능력에 대해 얼마나 만족하고 있는지 여부	2.6385	.75511	-.247
	· 개인적 대인관계에 얼마나 만족하는지 여부	2.7582	.79424	-.361
	· 살고 있는 장소의 상태에 대해 얼마나 만족하고 있는지 여부	2.7676	.87581	-.121
	합 산 평 균	2.5449	.51385	-.048

2. 특성별 차이분석

본 연구에서는 연구모형에 포함된 변수에 대하여 성별, 연령, 결혼상태, 학력, 동거가족, 기초생활수급자, 주된 장애와 급수, 중복장애, 장애원인, 장애기간, 장애차별경험, 월 총수입별로 어떠한 차이를 보이는지 t-test와 분산분석(ANOVA)을 이용하여 살펴보았다¹⁶⁾.

t-test란 두 모집단의 평균의 차이유무를 판단하는 통계적 검정방법으로 “두 모집단의 평균간의 차이는 없다”라는 귀무가설과 “두 모집단의 평균간에 차이가 있다”라는 대립가설 중에 하나를 선택하는 통계적 검정방법이다.

분산분석¹⁷⁾은 독립변수의 차이가 종속변수의 평균에 미치는 영향을 분석하려는 것으로써 독립변수의 각 집단이 세 개 이상이며, 종속변수가 등간척도 이상으로 되어 있을 경우에 독립변수에 대한 종속변수의 평균차이가 유의미한지를 비교할 때 사용되는 분석기법이다. 분산분석은 독립변수와 종속변수가 각각 하나씩 일 때 사용하는 일원배치 분산분석과 독립변수가 두 개인 이원분산분석, 그리고 여러 개인 다원분산분석으로 구분할 수 있다. F검증은 세 집단 이상의 집단 내 분산에 대한 집단 간의 분산의 비율인 F값이 임계치 이상으로 크거나 F값의 p값이 유의수준보다 작을 경우에 집단들 간에 평균차이가 있다고 해석할 수 있다.

t값 또는 F값이 충분히 큰 경우 그 차이는 표본변동 때문이 아니라 실제의 차이를 대표한다고 말할 수 있다. 이 값이 클수록 집단 간의 평균차이가 두드러진다. 유의확률이 귀무가설을 기각하기로 설정한 유의수준(통상적으로 5%)

16) t검증은 두 표본집단간 평균차이의 통계적 유의성 검증에 많이 이용되고 F검증은 세집단 이상의 평균차이의 검증에 주로 활용되고 있다는 것이 대조적이다. 또한 t검증은 t분포를 이용하는 반면에 F검증은 F분포를 이용하며 검증과정에서 분산을 비교 분석하므로 분산분석이라고도 한다(김호정, 1994: 195).

17) t-test와 분산분석은 등간·비율척도로 측정된 종속변수와 명목·서열척도로 측정된 독립변수간의 관계를 분석하는 기법으로 독립변수의 명목·서열척도가 2개 일때는 t-test 또는 Z-test를 3개 이상일 때는 분산분석을 하게 된다. Z-test는 case가 30개 이상일 때 실시하지만 모집단의 분산을 알 수 있어야 하는 한편 t-test는 표본의 크기에 상관없이 없기 때문에 t-test로 대체한다. 일반적으로 표본이 30개 이상이 되면 중심극한 정리에 따라 정규분포를 가정할 수 있기 때문에 t-test와 Z-test의 분석 결과는 동일하다(채서일, 1995: 438).

과 같거나 작다면 귀무가설을 기각하고 대립가설을 채택하게 된다.

본 연구에서는 변수들 간에 성별, 기초생활수급자, 주된 장애와 급수, 중복장애에 따른 차이를 비교할 때는 t-test를 연령, 결혼상태, 종교, 학력, 동거가족, 장애원인, 장애기간, 장애차별경험, 월 총수입에 따른 차이를 비교할 때는 일원 배치 분산분석을 사용하였으며 차이분석을 한 결과표는 부록에 제시되어 있다. 65세 이상 장애노인의 인구통계학적 특성별 차이에 대한 분석결과를 요약하면 <표 4-7>과 <표 4-8>에 나타나 있는데 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

<표 4-7>에서 성별 평균비교결과 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질의 변수에 있어서 성별에 따른 유의한 차이를 나타내는 변수는 발견되지 않았다.

기초생활수급자여부 평균비교결과 사회적 지지, 일상생활능력의 변수에 있어서는 기초생활수급자여부에 따른 유의한 차이가 나타났다. 기초생활수급자여부에 따른 사회적 지지와 일상생활능력의 변수에 있어서 수급자보다 비수급자의 경우가 산술평균이 더 높게 나왔으며 비수급자가 더 큰 영향력이 있음을 알 수 있다.

중복장애여부에 따른 평균비교결과 자기효능감의 변수에서 중복장애여부 간 유의한 차이가 확인되었으며 중복장애가 아닌 경우에 자기효능감이 더 높다는 결과가 나타났다.

연령별 분산분석 결과 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력의 변수에서 각 집단 간에 따른 유의한 차이가 확인되었으며 65-69세에서 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력의 정도가 가장 높게 나타났고 80세 이상에서 가장 낮게 나타났다.

결혼상태별 분산분석 결과 지각된 장애성, 물리적 환경, 자기효능감의 변수에서 결혼상태별에 따른 유의한 차이가 나타났으며 지각된 장애성의 정도에 있어서 별거가 가장 높게 나타났고 미혼이 가장 낮게 나타났다. 반면에 자기효능감은 미혼이 가장 높게 나타났고 별거가 가장 낮게 나타났으며 물리적 환경은 미혼이 가장 높게 나타났고 기타가 가장 낮게 나타났다.

종교별 분산분석 결과 사회활동 참여, 삶의 질의 변수에서 각 집단 간 평균

의 유의한 차이가 나타났으며 사회활동 참여의 정도에 있어서 천주교가 가장 높게 나타났고 없음이 가장 낮게 나타났다. 삶의 질의 정도에서는 천주교가 가장 높게 나타났고 기타가 가장 낮게 나타났다. 이는 종교생활을 하는 장애인일수록 사회활동 참여, 삶의 질의 정도에 영향력이 있음을 알 수 있다.

학력별 분산분석 결과 각 집단 간 평균의 유의한 차이가 나타난 변수는 지각된 장애성, 사회적 지지, 사회활동 참여, 자기효능감, 삶의 질이다. 지각된 장애성의 정도에 있어서 무학이 가장 높게 나타났고 대학교졸 이상이 가장 낮게 나타났다. 사회적 지지는 대학교졸 이상에서 가장 높았고 전문대졸에서 가장 낮았다. 사회활동 참여는 대학교졸 이상에서 가장 높았고 무학에서 가장 낮게 나타났다. 자기효능감, 삶의 질에서는 전문대졸에서 가장 높게 나타났고 무학에서 가장 낮게 나타났다.

동거가족별 분산분석 결과 각 집단 간 평균의 유의한 차이가 확인된 변수는 지각된 장애성, 사회적 지지, 자기효능감이다. 지각된 장애성의 정도에 있어서 독거가 가장 높게 나타났고 부부가 가장 낮게 나타났다. 사회적 지지는 자식 및 기타에서 가장 높았고 독거에서 가장 낮았다. 자기효능감은 부부에서 가장 높게 나타났고 독거에서 가장 낮게 나타났다.

장애원인별 분산분석 결과 각 집단 간 평균의 유의한 차이가 나타난 변수는 사회적 인식, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질이다. 사회적 인식의 정도에 있어서 산업재해가 가장 높게 나타났고 선천적이 가장 낮게 나타났으며 자기효능감은 교통사고에서 가장 높았고 질병에서 가장 낮았다. 일상생활능력은 선천적에서 가장 높게 나타났고 기타에서 가장 낮게 나타났다. 삶의 질은 교통사고에서 가장 높게 나타났고 질병에서 가장 낮게 나타났다.

장애기간별 분산분석 결과 장애기간별로 유의한 차이가 나타난 변수는 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질이다. 사회활동 참여의 정도에 있어서 30년 이상이 가장 높게 나타났고 20-24년이 가장 낮게 나타났다. 자기효능감은 15-19년에서 가장 높게 나타났고 25-29년에서 가장 낮게 나타났다. 일상생활능력은 30년 이상에서 가장 높게 나타났고 5년 미만에서 가장 낮게 나타났다. 삶의 질은 15-19년에서 가장 높게 나타났고 5년 미만에서 가장 낮

게 나타났다.

장애차별경험 분산분석 결과 각 집단 간 평균의 유의한 차이가 나타난 변수는 지각된 장애성, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 자기효능감이다. 지각된 장애성의 정도에 있어서 매우 많이있다가 가장 높게 나타났고 전혀없다가 가장 낮게 나타났다. 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경의 변수에서는 전혀없다가 가장 높게 나타났고 매우 많이있다가 가장 낮게 나타났다. 자기효능감에서는 전혀없다가 가장 높게 나타났고 많이있다가 가장 낮게 나타났다. 지각된 장애성에서는 장애차별경험이 많이 있을수록 높았고 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 자기효능감에서는 장애차별경험이 없을수록 지각정도가 높았다.

월 총수입별 분산분석 결과 각 집단 간 평균의 유의한 차이가 나타난 변수는 지각된 장애성, 사회적 지지, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질이다. 지각된 장애성의 정도에 있어서 40만원 이하가 가장 높게 나타났고 201만원 이상이 가장 낮게 나타났다. 사회적 지지, 삶의 질의 변수에서는 201만원 이상이 가장 높게 나타났고 40만원 이하가 가장 낮게 나타났다. 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력의 변수에서는 81-120만원이 가장 높게 나타났고 40만원 이하가 가장 낮게 나타났다. 물리적 환경은 161-200만원이 가장 높게 나타났고 121-160만원이 가장 낮게 나타났다. 월 총수입이 적으면 지각된 장애성정도가 높고 반면에 월 총수입이 많으면 사회적 지지, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다.

<표 4-7> 특성별 차이에 대한 분석 요약

구분	성별	기초 생활 수급 자	중복 장애	연령	결혼 상태	종교	학력	동거 가족	장애 원인	장애 기간	장애 차별 경험	월총 수입
지각된 장애성	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 있음
경제 수준	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음
사회적 지지	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 있음
사회적 인식	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 없음
물리적 환경	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 있음
사회활동 참여	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 있음
자기 효능감	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 있음	차이 있음	차이 있음	차이 있음
일상생활 능력	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 있음
삶의 질	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 있음	차이 있음	차이 없음	차이 있음

※ 음영된 부분은 변수 간 상호 평균차이가 있음

<표 4-8>은 장애유형별에 대한 차이분석 요약이다. 장애유형을 급수에 따라 1급에서 3급까지를 중증, 4급에서 6급까지를 경증으로 크게 두 그룹으로 분류하여 두 집단 간의 평균차이를 검정하는 t-test를 적용하였다. 지체장애 경증별 차이분석에서는 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감의 변수에 있어서 지체장애 경증별 유의한 차이가 확인되었다. 특히 중증(1,2,3급)에 비하여 경증(4,5,6급)을 가진 경우에 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감이 더 높다는 결과가 나타났다.

뇌병변장애 경증별 차이분석에서는 지각된 장애성, 삶의 질의 변수에 있어서

장애의 경중에 따라 유의한 차이가 나타났다. 지각된 장애성은 경중에 비하여 중증을 가진 경우에 더 높다는 결과가 나온 반면에 삶의 질은 중중에 비하여 경증을 가진 경우에 더 높다는 결과가 나타났다.

시각장애 경중별 차이분석에서는 경제수준, 자기효능감의 변수에 있어서 시각장애 경중별 유의한 차이가 나타났다. 경중에 비하여 중증을 가진 경우에 경제수준이 더 높다는 결과가 나타났다. 경제수준과는 반대로 중중에 비하여 경증을 가진 경우에 자기효능감이 더 높다는 결과가 나타났다.

청각장애 경중별 차이분석에서는 지각된 장애성의 변수에만 청각장애 경중별 유의한 차이가 나타났다. 특히 중중에 비하여 경증을 가진 경우에 지각된 장애성이 더 높다는 결과가 나타났다.

언어장애 경중별 차이분석에서는 청각장애경중별 차이분석과 마찬가지로 지각된 장애성의 변수에만 언어장애 경중별 유의한 차이가 나타났다. 청각장애 경중별에서 지각된 장애성과는 반대로 경중에 비하여 중증을 가진 경우에 지각된 장애성이 더 높다는 결과가 나타났다.

<표 4-8> 장애유형별에 대한 차이분석 요약

구분	지체장애	뇌병변장애	시각장애	청각장애	언어장애
지각된 장애성	차이없음	차이있음	차이없음	차이있음	차이있음
경제수준	차이없음	차이없음	차이있음	차이없음	차이없음
사회적 지지	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음
사회적 인식	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음
물리적 환경	차이있음	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음
사회활동 참여	차이있음	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음
자기효능감	차이있음	차이없음	차이있음	차이없음	차이없음
일상생활능력	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음	차이없음
삶의 질	차이없음	차이있음	차이없음	차이없음	차이없음

※ 음영된 부분은 변수 간 상호 평균차이가 있음

제4절 연구모형 및 가설의 검증

본 연구는 연구모형에 대한 주요 변수들의 관계 즉 외생변수인 지각된 장애성, 경제수준으로 구성된 개인요인, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경으로 구성된 환경요인, 사회활동 참여로 구성된 사회통합요인이 내생변수인 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 영향을 미치고 또한 자기효능감, 일상생활능력이 삶의 질에 영향을 미치는 것을 규명하고자 한다. 따라서 이론구성과 연구설계에 의하여 나타난 제 요인에 관한 관계성 및 영향을 분석하기 위하여 연구모형 및 가설검증을 실시하였다. 가설검증에 앞서 제 변수간의 관계정도를 알아보기 위하여 먼저 Person 상관관계분석을 실시하여 검토하였고 연구모형과 가설에 대한 구성개념간의 인과관계를 AMOS 5.0으로 구조방정식모형 분석을 통해 검증하였다.

1. 변수간의 상관관계 분석

상관관계분석은 연구하고자 하는 변수들 간의 관련성을 분석하기 위해서 사용된다. 즉 하나의 변수가 관련성이 있는지 여부와 관련성이 있다면 어느 정도의 관련성을 보유하고 있는지를 알아보고자 할 때 사용하는 분석방법이다. 특히 두 변수간의 선형 연관성의 강도를 측정할 때는 흔히 피어슨 상관계수(Pearson correlation coefficient) r 를 사용한다. 피어슨 상관계수는 두 변수간의 관계가 선형관계인지 즉 직선관계라고 할 수 있는지 여부를 판정하는데 사용되는 척도이다. r 의 절대값이 1에 가까우면 두 변수 사이의 관계식을 직선식으로 표현할 수 있다. r 의 값은 언제나 -1에서 +1사이에 있다. -1이면 두 변수간의 관계가 완벽한 역선형 관계 즉 하나가 감소하면 다른 하나는 증가하고, 하나가 증가하면 다른 하나는 감소하는 관계다. 반대로 +1이면 완벽한 정선형 관계로서 두 변수는 같이 증감한다. 상관계수¹⁸⁾ 값이 0이면 두 변수간의

18) 원인변수의 변화가 결과 변수의 변화와 관련이 있는 경우 이 두 변수는 상관관계가 있다고 말하며 상관관계 계수(correlation coefficient)를 가지고 판단한다. 상관관계 계수의 통계적 유의성은 계수의 크

선형관계는 없으며, 다시 말해서 두 변수 간에는 아무 관계도 없다.

상관도가 높더라도 변수간의 인과성을 쉽게 말할 수는 없다. 즉, 두 변수간의 연관성이 높더라도 어느 한 변수가 다른 변수의 원인이라는 말은 못한다. 다시 말해서 상관계수의 절대값이 1에 가까우면 우리는 두 변수간의 상관도 또는 연관도가 높다고 하는데 상관관계가 있다는 것이 인과관계를 의미하지는 않는다. 또 인과관계가 있다고 해서 반드시 상관관계가 높지도 않다(성내경, 2004: 181-182).

본 연구의 연구모형에 따른 주요 구성 개념들의 인과관계를 검증하기 위한 사전 절차로써 변수들 간의 상관관계분석을 시행하여 그 결과는 <표 4-9>과 같이 제시되어 있다. <표 4-9>의 상관관계 분석결과를 보면, 거의 모든 변수들 간의 상관관계가 확인되었으며 가장 높은 유의한 상관관계는 사회활동 참여와 삶의 질의 관계($r=.562$)이며 가장 낮은 유의한 상관관계는 사회적 지지와 일상생활능력($r=.111$)이다. 또한 전체변수에서 다중공선성¹⁹⁾의 문제는 없는 것으로 나타났다. 상관관계 분석결과를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 거의 모든 변수들 간의 유의한 상관관계가 있는 것으로 분석되었다. 지각된 장애성은 다른 모든 변수와 유의한 부적상관관계가 있었으며 삶의 질

기 및 표본의 크기에 따라 다르다. 일반적으로 두 변수간의 관계가 절대값을 기준으로 $r \leq 0.20$ 일 때는 무시할 수 있을 정도로 낮은 관계라고 하고 $0.20 \leq r \leq 0.40$ 이면 낮은 상관관계, $0.40 \leq r \leq 0.70$ 이면 비교적 높은 관계, $0.70 \leq r \leq 0.90$ 이면 높은 관계, $r \geq 0.90$ 이면 아주 높은 관계라고 한다. 하지만 사회과학에서 0.3이상을 만족스러운 관계로 본다. 그렇지만 $r=0.40$ 은 $r=0.20$ 에 비해 두 배 강하다는 의미는 아니다(Ajzen & Fishbein, 1980: 98-99; 강병서, 1999: 186).

- 19) 다중공선성은 독립변수들 간에 높은 상관관계가 나타나는 현상을 이르는 말인데, Hair, Jr. 외(1988: 99)는 어느 정도의 다중공선성은 오히려 바람직한 현상이라고 하였다. 왜냐하면 상호 관련된 변수들을 밝혀내는 특성이 있기 때문이다. 정도를 넘은 다중공선성은 결정계수가 크거나 회귀식이 유의하더라도 각 독립변수들의 회귀계수는 의미가 없게 나타나서 회귀식을 신뢰할 수 없어 일반화가 어려운 경우가 발생한다. 다중공선성을 확인할 수 있는 방법 가운데 비교적 자주 이용되는 세 가지 방법이 있다. 우선 상관계수의 제곱인 결정계수를 이용할 수 있다. 분석결과 산출된 결정계수가 비교적 큰 값이지만, 결정계수나 회귀계수가 통계적 의미를 갖지 못한다면 다중공선성이 존재할 가능성이 높다고 하겠다. 둘째, 독립변수들 간의 단순상관계수를 살펴보는 것이 보다 직접적인 방법이 될 수 있는데 단순상관계수가 높은 것이 발견된다면 다중공선성이 존재한다고 보아야 한다. 일반적으로 단순상관계수 $r=0.8$ 이상이면 다중공선성을 인정하고 있다. 셋째, 가장 흔히 사용되는 지표 가운데 하나로 허용오차를 들 수 있는데 허용오차가 아주 작다면 다중공선성이 있다고 본다. 다중공선성이 발견된다면, 상관관계가 높은 두 변수를 하나의 변수로 통합시키는 방법이 있을 수 있으나 두 변수가 이질적인 것이어서 통합이 어려운 경우에는 두 변수 가운데 하나를 제거하는 방법이 흔히 쓰인다(김호정, 1994: 352-354).

($r=-.497$), 사회활동참여($r=-.469$)과 비교적 높은 부적상관관계가 있었고 자기효능감($r=-.380$), 물리적 환경($r=-.375$), 일상생활능력($r=-.365$), 사회적 지지($r=-.334$), 사회적 인식($r=-.279$), 경제수준($r=-.124$)의 순으로 부적상관관계를 나타내었다. 경제수준은 삶의 질($r=.243$), 사회활동 참여($r=.187$), 사회적 지지($r=.159$), 자기효능감($r=.153$), 사회적 인식($r=.145$)의 순으로 정적상관관계를 나타내었다. 사회적 지지는 삶의 질($r=.434$)과 비교적 높은 정적상관관계를 나타냈고 사회활동 참여($r=.388$), 자기효능감($r=.373$), 사회적 인식($r=.343$), 물리적 환경($r=.146$), 일상생활능력($r=.111$)의 순으로 정적상관관계를 보였다. 사회적 인식은 삶의 질($r=.343$), 사회활동 참여($r=.322$), 자기효능감($r=.275$), 물리적 환경($r=.263$), 일상생활능력($r=.130$)의 순으로 정적상관관계를 보였다. 물리적 환경은 삶의 질($r=.371$), 일상생활능력($r=.342$), 사회활동 참여($r=.334$), 자기효능감($r=.223$)의 순으로 정적상관관계를 보였다. 사회활동 참여는 삶의 질($r=.562$), 자기효능감($r=.536$), 일상생활능력($r=.400$)과 비교적 높은 정적상관관계를 보였다. 자기효능감은 삶의 질($r=.547$)과 비교적 높은 정적상관관계를 보였으며 일상생활능력($r=.292$)과는 정적상관관계를 보였다. 일상생활능력은 삶의 질($r=.371$)과 정적상관관계를 보였다.

둘째, 일부 변수들 간에는 유의한 상관관계가 확인되지 않았다. 경제수준은 물리적 환경($r=.087$), 일상생활능력($r=.049$)과는 유의한 상관관계를 나타내지 않았다.

<표 4-9> 변수간 상관관계 분석

구분	지각된 장애성	경제 수준	사회적 지지	사회적 인식	물리적 환경	사회활동 참여	자기 효능감	일상생활 능력	삶의 질
지각된 장애성	1								
경제 수준	-.124*	1							
사회적 지지	-.334**	.159**	1						
사회적 인식	-.279**	.145**	.343**	1					
물리적 환경	-.375**	.087	.146**	.263**	1				
사회활동 참여	-.469**	.187**	.388**	.322**	.334**	1			
자기 효능감	-.380**	.153**	.373**	.275**	.223**	.536**	1		
일상생활 능력	-.365**	.049	.111*	.130**	.342**	.400**	.292**	1	
삶의 질	-.497**	.243**	.434**	.343**	.371**	.562**	.547**	.371**	1

* : P < 0.05 ** : P < 0.01

2. 연구모형의 검증

본 연구는 연구모형과 가설을 검증하기 위하여 AMOS 5.0을 이용하여 구조방정식모형 분석을 실시하였다. 본 연구의 구조방정식모형 분석은 기존의 자료 속에 존재하는 연구모형을 발견하는 탐색적 요인 방식이라기보다는 가설분석모형이 표본자료에 대응하여 얼마나 지지될 수 있는가 하는 것을 밝히는 확인적 요인분석 방식을 의미한다(이순목, 1990: 23-36).

구조방정식 모형은 구성개념간의 인과관계를 측정모형과 구조모형을 통해서 모형간의 인과관계를 구체화한 다음 그 효과를 기술하고 설명된 분산과 설명되지 않은 분산을 구분하여 모형간의 인과관계를 파악하는 방정식모형을 의미한다. 구조방정식모형은 일련의 변수들 간의 관계를 일방향 혹은 양방향으로 동시에 보여주면서 검토 및 검증을 할 수 있기 때문에 확증적 요인분석, 다중회귀분석, 그리고 경로분석을 하나의 자료분석 구조에 통합한 형태이다. 즉 하나의 원인변수는 또 다른 설명변수가 될 수 있고 이러한 이원적인 개념모형이 동시에 이루어져 서로간의 효과를 비교 검증하고 모형의 발전과정과 형태를 살펴볼 수 있는 모형이다(허준·최인규, 2000: 3-5).

구조방정식 모형은 수집된 자료가 연구모형을 잘 설명하고 있는지를 평가하기 위해서는 전반적인 모형의 부합도를 평가해야 한다. 본 연구의 모형이 수집된 자료에 부합하는지를 평가하기 위해 카이제곱값(χ^2)을 비롯하여 기초부합지수(GFI), 조정부합지수(AGFI), 원소간 평균차이(RMR), 개략오차평균제곱의 제곱근(RMSEA) 등의 절대부합지수와 표준적합지수(NFI), 증대적합지수(IFI), 비교적합지수(CFI) 등의 증분부합지수, 그리고 간명기초부합지수(PGFI) 등의 간명부합지수의 세 가지 범주의 지수들을 가지고 연구모형의 부합성을 검증하고 고정지수를 가지고 가설의 부합성 여부를 판단한다.

부합지수들을 구체적으로 살펴보면, 우선 절대부합지수(absolute fit measures)는 모형의 전반적인 부합도를 평가하는 지수이다. 주로 이용되는 절대부합지수는 카이제곱값(χ^2), 기초부합지수(GFI: Goodness of Fit Index), 조정부합지수(AGFI: Adjusted GFI), 원소간평균차이(RMR: Root Mean Square

Residual), 개략오차평균제곱의 제곱근(RMSEA: Root Mean Squared Error of Approximation) 등이 있다.

카이제곱값은 자료가 정규분포를 보인다는 이론을 근거하여 모형의 완전성, 모형이 모집단 자료에 완전하게 적합하다는 귀무가설을 검정한다. 전반적인 모형의 적합도를 나타내는 데는 자유도와 χ^2 를 함께 나타낸다. 만약, 모형이 정확하게 구체화되고 자료의 분포가정이 만족스럽다면 분석가들은 점증적인 카이제곱 분포를 통해서 검정통계량을 사용할 수 있다. χ^2 의 통계치가 크다는 것은 적합도가 나빠 연구모형이 통계적으로 기각될 가능성이 큼을 의미한다. 카이제곱값이 매우 크고 확률치가 매우 작을 경우에도 모델은 맞고 모델검증조건들이 모두 다 틀린 경우도 있을 수 있다. 연구자가 충분히 사전적인 지식과 이론배경을 통해서 연구모형을 구축한 경우 통계적인 결과치를 무조건 신뢰하여 무조건 모형을 버리는 것은 바람직하지 않다. 연구자는 카이제곱값이 나쁘게 나왔더라도 무조건 귀무가설을 기각하기 보다는 개선의 여지를 파악하여야 할 것이며 다른 적합지수를 보고 판단하는 것이 바람직하다(김계수, 2007: 127).

기초부합지수(GFI)는 분석결과를 전체적으로 평가할 때에 가장 먼저 참조하는 지표로 연구자가 구성한 모형이 자료(공분산행렬)를 몇 퍼센트 설명하는가를 나타낸다. 회귀분석의 R^2 와 같은 것이며 GFI가 0이면 모형은 부적합하며, 1이면 완벽하게 일치하는 것을 나타낸다(강병서, 2002).

조정부합지수(AGFI)는 기초부합지수(GFI)를 확장시킨 것으로 가설모형에 대한 자유도의 비율이 예측모형에 대한 자유도의 비율에 의해 수정된 값으로 가설모형의 간명도를 평가할 수 있는 적합도이다. 보통 0.90이상이면 적합한 모형임을 나타내는 것으로 볼 수 있다(이순목, 1990)

원소간평균차이(RMR)는 자료로부터 계산된 공분산행렬과 미지수들을 측정하여 재생산한 공분산행렬의 원소간에 얼마나 차이가 있는가를 나타내는 것으로 잔차평균이라고도 한다. 이 값이 작을수록 좋은 모형이라 할 수 있으며 분석자료가 상관행렬인 경우 0.05 보다 작으면 적합도가 좋은 것으로 간주된다(이순목, 1990; 조현철, 1999).

개략오차평균제곱의 제곱근(RMSEA)은 카이제곱 통계량의 한계를 교정하기

위해서 사용되는 통계량이다. RMSEA가 0.05-0.08이하이면 모형이 적합한 수준이라고 한다(김계수, 2007).

둘째, 증분부합지수(incremental fit measures)는 기초모형(null model or independent model)과 제안모형(proposed model)을 비교를 통해 모형의 개선의 정도를 파악하는 지수이다. 기초모형은 측정변수 사이에 공분산 또는 상관관계가 없는 모형으로 독립모형이라고도 한다. 제안모형은 이론적인 배경하에서 연구자가 설정한 모형으로 생각하면 된다(김계수, 2007). 증분부합지수에는 표준적합지수(NFI: Normed Fit Index), 비교적합지수(CFI: Comparative Fit Index) 등이 있다.

표준적합지수(NFI)은 표준화시킨 부합치로 0.9보다 크면 모형의 적합도에 만족한다고 할 수 있다. 표준적합지수는 소표본인 경우는 너무 작아지고 표본이 500이상인 경우는 0.99이상을 보이는 경향이 있다(김계수, 2007).

비교적합지수(CFI)는 독립모형 (independence model) 즉, 무관계 모형 (Null model) 과 가설모형을 비교해서 데이터가 부합하는 정도를 적합도 지수로 표현한 것이다. 통상 0.90 이상이면 양호한 적합도 수준을 가리키는 것으로 판단한다.

셋째, 간명부합지수(parsimonious fit measures)는 연구모형의 간명성 즉, 모형이 각 추정계수에 필요한 부합도에 최대도 도달하는 정도를 검증하기 위한 측정지수이다. 간명부합지수에는 간명기초부합지수(PGFI:Parsimony Goodness of Fit Index)등이 있다. 간명기초부합지수(PGFI)는 높을수록 좋으나 일반적으로 0.6이상이면 적절한 부합도라 할 수 있다(강병서, 1999: 426).

장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 영향요인에 대한 정책적·이론적 측면에서 함의를 제시하기 위한 모형의 검증결과로써 도출된 전반적인 부합도 (Overall model fit)지수를 <표 4-10>과 같이 나타낼 수 있다.

<표 4-10> 연구모형의 부합도 지수

비교기준		권장수준	적합지수
절대부합지수	· 카이제곱값(χ^2)		2619.966
	· 자유도		1090
	· p	p>0.05	.000
	· GFI(기초부합지수)	0.9 이상	.900
	· AGFI(조정부합지수)	0.9 이상	.875
	· RMR(원소간평균차이)	0.05 이하	.049
	· RMSEA(개략오차평균제곱의 제곱근)	0.08 이하	.057
증분부합지수	· NFI(표준적합지수)	0.9 이상	.910
	· IFI(증대적합지수)	0.9 이상	.913
	· CFI(비교적합지수)	0.9 이상	.915
간명부합지수	· PGFI(간명기초부합지수)	0.6 이상	.712

<표 4-10>에서 먼저 2619.966(p=.000)만 볼 때는 유의한 값이 되어 연구 모형과 분석 자료가 적합하다고 할 수 없다²⁰⁾. 그러나 카이제곱값이 매우 크고 그 확률값(P=.000)이 0.05보다 작아 유의한 차이가 존재하여 가설을 기각한다고 하더라도 실제로 연구모형이 현실을 제대로 반영하는 부합도가 좋은 모형일 가능성이 있기 때문에 카이제곱값에만 의존하여 모형의 부합도를 평가하는 것은 바람직하지 않다(Bentler & Bonett, 1980: 591). 따라서 다른 부합지수를 같이 고려하여 연구모형을 수용할 수 있는지에 대한 결론을 내려야 할 것이다. 다른 부합지수를 기준으로 했을 경우 기초부합지수(GFI), 표준적합지수(NFI), 증대적합지수(IFI), 비교적합지수(CFI), 간명기초부합지수(PGFI) 등이 모두 적

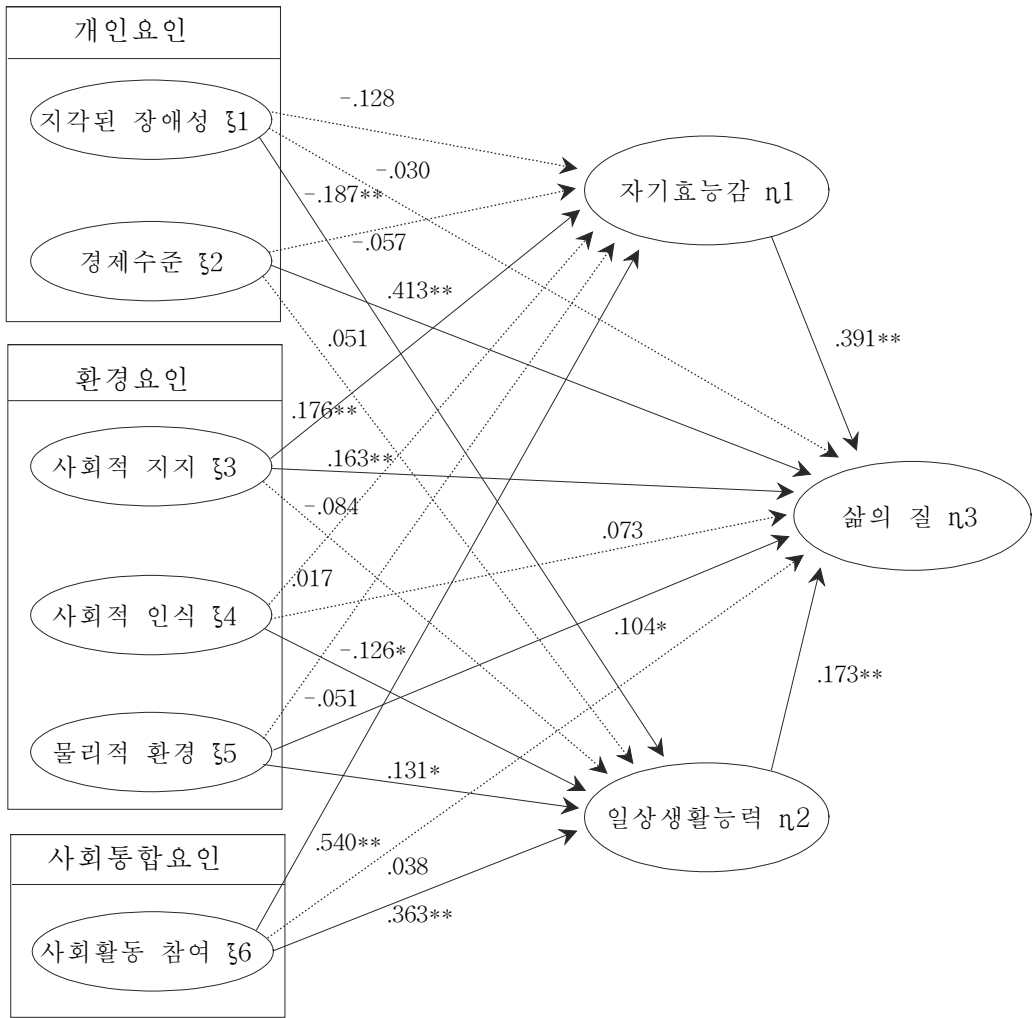
20) 카이제곱값과 표본크기는 매우 민감한 사항인데 표본크기가 100-200개 범위 이내에 있을 때 통계적 유의성 검증에 적절한 카이제곱값을 얻을 수 있다. 카이제곱값은 표본크기에 아주 민감하게 반응하므로 표본크기가 200이상으로 증가하면 대부분의 경우 유의적 차이가 있는 것으로 분석결과를 제시하여 적합지수가 현실을 잘 설명해 주지 못하고 있다는 오류를 보여주는 경향이 있다. 반면 표본의 크기가 100개이하로 감소하면 카이제곱값은 비유의적인 차이를 나타내 수용 가능한 부합도를 보임으로써 적합지수가 현실을 잘 설명해 주고 있다. 따라서 본 연구의 표본의 크기는 426개로써 권장 수준보다 훨씬 많으므로 카이제곱값을 신뢰하기 어렵다(Hair, Jr et al., 1988: 604-605).

합하게 나타났다. 이들 여러 가지 적합지수를 고려해 보면 본 연구모형은 표본 자료와 부합한 것으로 나타났다.

<그림 4-1>은 연구모형의 부합도를 전체로 한 분석결과를 전체적 구조방정식 모형으로 나타낸 것이다. 연구모형에 나타난 결과를 보면 개인요인에 해당하는 지각된 장애성, 경제수준 환경요인에 해당하는 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경 사회통합요인에 해당하는 사회활동 참여가 자기효능감에 미치는 영향에서는 사회적 지지, 사회활동 참여가 자기효능감에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

개인요인에 해당하는 지각된 장애성, 경제수준 환경요인에 해당하는 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경 사회통합요인에 해당하는 사회활동 참여가 일상생활능력에 미치는 영향에서는 지각된 장애성, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여가 일상생활능력에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.

개인요인에 해당하는 지각된 장애성, 경제수준 환경요인에 해당하는 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경 사회통합요인에 해당하는 사회활동 참여, 매개 내생변수인 자기효능감, 일상생활능력이 삶의 질에 미치는 영향에서는 경제수준, 사회적 지지, 물리적 환경, 자기효능감, 일상생활능력이 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타났다.



* p<0.05 ** p<0.01

실선은 유의한 경로계수, 점선은 비유의한 경로계수

<그림 4-1> 연구모형 검증결과

3. 가설의 검증

가설검증은 가설의 옳고 그름을 객관적으로 판단하기 위하여 모집단에서 표본을 추출하고 추출된 표본을 대상으로 변수를 측정된 다음 여기서 얻은 표본의 특성치를 이용하여 가설의 채택여부를 결정하는 일련의 과정이다.

본 연구의 가설에 대한 외생변수, 매개내생변수, 내생변수 등 구성개념간의 영향관계를 AMOS를 통해 얻은 표본의 특성치인 경로계수와 고정지수(t값) 등을 가지고 유의수준 0.05에서 채택여부를 검증하였다. 각 가설에 대한 검증결과는 아래와 같다.

가. 개인요인

지각된 장애성, 경제수준으로 구성된 개인요인이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는가를 검증한 분석결과는 <표 4-11>와 같다.

첫째, ‘개인요인은 자기효능감에 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 1>을 검증한 결과 <표 4-11>와 같이 개인요인이 자기효능감에 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. <가설 1-1>의 ‘지각된 장애성은 자기효능감에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{11}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{11}=-0.128$, t의 값은 -1.719이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.086$ 로서 ‘지각된 장애성은 자기효능감에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{11}).’라는 <가설 1-1>은 채택되지 않았다. <가설 1-2>의 ‘경제수준은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{12}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{12}=-0.057$ 이고, t의 값은 -0.951이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.342$ 로서 ‘경제수준은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{12}).’라는 <가설 1-2>은 채택되지 않았다. 따라서 ‘개인요인은 자기효능감에 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 1>은 채택되지 않았다.

둘째, ‘개인요인은 일상생활능력에 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 2>을 검증한 결과 <표 4-11>와 같이 개인요인이 일상생활능력에 부분적으로 영향을

미치는 것으로 나타났다. <가설 2-1>의 ‘지각된 장애성은 일상생활능력에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{21}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{21}=-0.187$, t 값은 -2.563 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.010$ 로서 ‘지각된 장애성은 일상생활능력에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{21}).’라는 <가설 2-1>은 채택되었다. <가설 2-2>의 ‘경제수준은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{22}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{22}=0.051$, t 값은 0.874 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.382$ 로서 ‘경제수준은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{22}).’라는 <가설 2-2>은 채택되지 않았다. 따라서 ‘개인요인은 일상생활능력에 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 2>은 부분 채택되었다.

셋째, ‘개인요인은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 3>을 검증한 결과 <표 4-11>와 같이 개인요인은 삶의 질에 부분적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. <가설 3-1>의 ‘지각된 장애성은 삶의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{31}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{31}=-0.030$, t 값은 -0.504 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.614$ 로서 ‘지각된 장애성은 삶의 질에 부(-)의 영향을 미칠 것이다(γ_{31}).’라는 <가설 3-1>은 채택되지 않았다. <가설 3-2>의 ‘경제수준은 삶의 질에 영향을 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{32}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{32}=0.413$, t 값은 7.343 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.000$ 로서 ‘경제수준은 삶의 질에 영향을 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{32}).’라는 <가설 3-2>은 채택되었다. 따라서 ‘개인요인은 삶의 질에 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 3>은 부분 채택되었다.

<표 4-11> 개인요인이 미치는 영향성의 분석결과

가설	경로계수	t	p	채택 여부
1. 개인요인 --> 자기효능감				
1-1. 지각된 장애성 --> 자기효능감	-.128	-1.719	.086	기각
1-2. 경제수준 --> 자기효능감	-.057	-.951	.342	기각
2. 개인요인 --> 일상생활능력				
2-1. 지각된 장애성 --> 일상생활능력	-.187	-2.563	.010	채택
2-2. 경제수준 --> 일상생활능력	.051	.874	.382	기각
3. 개인요인 --> 삶의 질				
3-1. 지각된 장애성 --> 삶의 질	-.030	-.504	.614	기각
3-2. 경제수준 --> 삶의 질	.413	7.343	.000	채택

나. 환경요인

사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경으로 구성된 환경요인이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는가를 검증한 분석결과는 <표 4-12>와 같다.

첫째, ‘환경요인은 자기효능감에 정(+)'의 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 4>을 검증한 결과 환경요인은 자기효능감에 부분적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. <가설 4-1>의 ‘사회적 지지는 자기효능감에 정(+)'의 영향을 미칠 것이다(γ_{13}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{13}=0.176$, t의 값은 3.078이며 이에 대한 유의확률은 0.002로서 ‘사회적 지지는 자기효능감에 정(+)'의 영향을 미칠 것이다(γ_{13}).’라는 <가설 4-1>은 채택되었다. <가설 4-2>의 ‘사회적 인식은 자기효능감에 정(+)'의 영향을 미칠 것이다(γ_{14}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{14}=0.017$, t의 값은 0.272, 이에 대한 유의확률 $p=0.785$ 로서 ‘사회적 인식은 자기효능감에 정(+)'의 영향을 미칠 것이다(γ_{14}).’라는 <가설 4-2>은 채택되지 않았다. <가설 4-3>의 ‘물리적 환경은 자기효능감에 정(+)'의 영향을 미칠 것

이다(γ_{15}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{15}=-0.051$, t 값은 -0.910 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.363$ 로서 ‘물리적 환경은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{15}).’라는 <가설 4-3>은 채택되지 않았다. 따라서 ‘환경요인은 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다’라는 <가설 4>은 부분 채택되었다.

둘째, ‘환경요인은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 5>을 검증한 결과 환경요인은 일상생활능력에 부분적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. <가설 5-1>의 ‘사회적 지지는 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{23}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{23}=-0.084$, t 값은 -1.539 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.124$ 로서 ‘사회적 지지는 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{23}).’라는 <가설 5-1>은 채택되지 않았다. <가설 5-2>의 ‘사회적 인식은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{24}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{24}=-0.126$, t 값은 -1.965 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.049$ 로서 ‘사회적 인식은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{24}).’라는 <가설 5-2>은 채택되었다. <가설 5-3>의 ‘물리적 환경은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{25}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{25}=0.131$, t 값은 2.367 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.018$ 로서 ‘물리적 환경은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{25}).’라는 <가설 5-3>은 채택되었다. 따라서 ‘환경요인은 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 5>은 부분 채택되었다.

셋째, ‘환경요인은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 6>을 검증한 결과 환경요인은 삶의 질에 부분적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다. <가설 6-1>의 ‘사회적 지지는 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{33}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{33}=0.163$, t 값은 3.462 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.000$ 로서 ‘사회적 지지는 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{33}).’라는 <가설 6-1>은 채택되었다. <가설 6-2>의 ‘사회적 인식은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{34}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{34}=0.073$, t 값은 1.400 이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.161$ 로서 ‘사회적 인식은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{34}).’라는 <가설 6-2>은 채택되지 않았다. <가설

6-3>의 ‘물리적 환경은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(χ^2_{35}).’라는 가설을 검증한 결과 $\chi^2_{35}=0.104$, t 값은 2.280이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.023$ 로서 ‘물리적 환경은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(χ^2_{35}).’라는 <가설 6-3>은 채택되었다. 따라서 ‘환경요인은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.’라는 가설은 부분 채택되었다.

<표 4-12> 환경요인이 미치는 영향성의 분석결과

가설	경로계수	t	p	채택 여부
4. 환경요인 --> 자기효능감				
4-1. 사회적 지지 --> 자기효능감	.176	3.078	.002	채택
4-2. 사회적 인식 --> 자기효능감	.017	.272	.785	기각
4-3. 물리적 환경 --> 자기효능감	-.051	-.910	.363	기각
5. 환경요인 --> 일상생활능력				
5-1. 사회적 지지 --> 일상생활능력	-.084	-1.539	.124	기각
5-2. 사회적 인식 --> 일상생활능력	-.126	-1.965	.049	채택
5-3. 물리적 환경 --> 일상생활능력	.131	2.367	.018	채택
6. 환경요인 --> 삶의 질				
6-1. 사회적 지지 --> 삶의 질	.163	3.462	.000	채택
6-2. 사회적 인식 --> 삶의 질	.073	1.400	.161	기각
6-3. 물리적 환경 --> 삶의 질	.104	2.280	.023	채택

다. 사회통합요인

사회통합요인으로서의 사회활동 참여가 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는 가를 검증한 분석결과는 <표 4-13>와 같다.

첫째, <가설 7>의 ‘사회활동 참여는 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(χ^2_{16}).’라는 가설을 검증한 결과 $\chi^2_{16}=0.540$, t 값은 6.268이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.000$ 로서 ‘사회활동 참여는 자기효능감에 정(+)의 영향을 미칠

것이다'라는 <가설 7>은 채택되었다.

둘째, <가설 8>의 '사회활동 참여는 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(γ_{26}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{26}=0.363$, t값은 4.808이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.000$ 로서 '사회활동 참여는 일상생활능력에 정(+)의 영향을 미칠 것이다'라는 <가설 8>은 채택되었다.

셋째, <가설 9>의 '사회활동 참여는 삶의 질에 정(+)의 방향으로 영향을 미칠 것이다(γ_{36}).’라는 가설을 검증한 결과 $\gamma_{36}=0.038$, t값은 0.566이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.572$ 로서 '사회활동 참여는 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.'라는 <가설 9>은 채택되지 않았다.

<표 4-13> 사회활동 참여가 미치는 영향성의 분석결과

가설	경로계수	t	p	채택 여부
7. 사회활동 참여 --> 자기효능감	.540	6.268	.000	채택
8. 사회활동 참여 --> 일상생활능력	.363	4.808	.000	채택
9. 사회활동 참여 --> 삶의 질	.038	.566	.572	기각

라. 자기효능감

자기효능감이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는 가를 검증한 분석결과는 <표 4-14>와 같다. <가설 10>의 '자기효능감은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(β_{31}).’라는 가설을 검증한 결과 $\beta_{31}=0.391$, t값은 6.780이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.000$ 로서 '자기효능감은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.'라는 <가설 10>은 채택되었다.

<표 4-14> 자기효능감이 미치는 영향성의 분석결과

가설	경로계수	t	p	채택 여부
10. 자기효능감 --> 삶의 질	.391	6.780	.000	채택

마. 일상생활능력

일상생활능력이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는 가를 검증한 분석결과는 <표 4-15>와 같다. <가설 11>의 ‘일상생활능력은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다(β_{32}).’라는 가설을 검증한 결과 $\beta_{32}=0.173$, t값은 3.795이며 이에 대한 유의확률은 $p=0.000$ 로서 ‘일상생활능력은 삶의 질에 정(+)의 영향을 미칠 것이다.’라는 <가설 11>은 채택되었다.

<표 4-15> 일상생활능력이 미치는 영향성의 분석결과

가설	경로계수	t	p	채택 여부
11. 일상생활능력 --> 삶의 질	.173	3.795	.000	채택

바. 가설검증 결과요약

본 연구의 가설을 검증한 결과를 요약하면 <표 4-16>와 같다. 첫째, <가설 1>에서 <가설 3>까지의 지각된 장애성, 경제수준으로 구성된 개인요인이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 미치는 영향에서는 개인요인이 자기효능감에 유의한 영향을 미치지 않았다. 지각된 장애성은 일상생활능력에 유의한 영향을 미쳤고 경제수준은 삶의 질에 유의한 영향을 미쳤다.

장애를 어떻게 인식하고 있는가는 일상생활능력에 영향을 주며, 경제수준이

높다고 반드시 삶의 질이 높은 것은 아닐 지라도 최소한의 인간다운 삶을 영위할 수 있는 경제수준이 필요한 것은 사실이다. 경제수준과 만족스러운 삶과는 어떤 관계를 갖고 있을까? 기존 연구에 의하면 소득과 삶의 만족도 간에는 피어슨 상관계수로 0.1-0.2 정도로 낮은 수준의 상관관계만 존재한다고 한다 (Andrews and Withey, 1976; Diener et al., 1993, 1995; 이현송, 2000; Schyns, 2000). 그렇다고는 해도 여타 객관적인 조건과 비교하여 경제수준은 전반적인 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 볼 수 있다.

둘째, <가설 4>에서 <가설 6>까지의 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경으로 구성된 환경요인이 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 미치는 영향에서는 사회적 지지가 자기효능감에 유의한 영향을 나타내었고 사회적 인식, 물리적 환경이 일상생활능력에 유의한 영향을 나타내었으며 사회적 지지, 물리적 환경이 삶의 질에 유의한 영향을 나타내었다.

이러한 결과는 장애노인에 대한 사회환경 및 가족환경의 변화를 반영하는 것이다. 또한 빈곤, 고독과 장애 등의 심화에 따라 장애노인들의 사회환경에 대한 요구가 증대되고 있는 실정이다. 따라서 장애 노인의 삶의 질을 제고하는 차원에서 정책적, 실천적 개선과 노력이 더욱 절실히 요청된다.

셋째, <가설 7>에서 <가설 9>까지의 사회통합요인으로서의 사회활동 참여가 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질에 미치는 영향에서는 사회활동 참여가 자기효능감에 유의한 영향을 나타내었으며 일상생활능력에도 유의한 영향을 나타내었다.

이는 사회활동참여는 장애노인으로 하여금 무엇인가 할 수 있다는 자신감의 부여와 더불어 보다 적극적인 활동을 통하여 비의존적이고 주체적인 삶을 살아가게 하는 원동력이라 할 수 있다.

넷째, <가설 10>에서 자기효능감은 삶의 질에 유의한 영향을 나타내었다. 장애로 인하여 소극적이고 의존적인 삶보다는 무엇인가 할 수 있다는 적극적인 신념과 자신감을 가진 장애노인일수록 삶의 질이 높은 것으로 나타나 장애를 입은 장애노인들에게 자기효능감을 높일 수 있는 재활서비스가 개발되어야 한다.

다섯째, <가설 11>에서 일상생활능력은 삶의 질에 유의한 영향을 나타내었다. 일상생활 속에서 자신의 일을 스스로 처리할 수 있다는 것은 독립적인 생활을 가능하게 하고 지역사회 속에서 생활을 가능하게 하는 일이다. 이는 주체적이고 적극적인 생활을 할 수 있다는 것을 의미한다.

<표 4-16> 가설검증 결과

가설	경로계수	t	p	채택 여부
1. 개인요인 --> 자기효능감				
1-1. 지각된 장애성 --> 자기효능감	-.128	-1.719	.086	기각
1-2. 경제수준 --> 자기효능감	-.057	-0.951	.342	기각
2. 개인요인 --> 일상생활능력				
2-1. 지각된 장애성 --> 일상생활능력	-.187	-2.563	.010	채택
2-2. 경제수준 --> 일상생활능력	.051	.874	.382	기각
3. 개인요인 --> 삶의 질				
3-1. 지각된 장애성 --> 삶의 질	-.030	-.504	.614	기각
3-2. 경제수준 --> 삶의 질	.413	7.343	.000	채택
4. 환경요인 --> 자기효능감				
4-1. 사회적 지지 --> 자기효능감	.176	3.078	.002	채택
4-2. 사회적 인식 --> 자기효능감	.017	.272	.785	기각
4-3. 물리적 환경 --> 자기효능감	-.051	-0.910	.363	기각
5. 환경요인 --> 일상생활능력				
5-1. 사회적 지지 --> 일상생활능력	-.084	-1.539	.124	기각
5-2. 사회적 인식 --> 일상생활능력	-.126	-1.965	.049	채택
5-3. 물리적 환경 --> 일상생활능력	.131	2.367	.018	채택
6. 환경요인 --> 삶의 질				
6-1. 사회적 지지 --> 삶의 질	.163	3.462	.000	채택
6-2. 사회적 인식 --> 삶의 질	.073	1.400	.161	기각
6-3. 물리적 환경 --> 삶의 질	.104	2.280	.023	채택
7. 사회활동 참여 --> 자기효능감	.540	6.268	.000	채택
8. 사회활동 참여 --> 일상생활능력	.363	4.808	.000	채택
9. 사회활동 참여 --> 삶의 질	.038	.566	.572	기각
10. 자기효능감 --> 삶의 질	.391	6.780	.000	채택
11. 일상생활능력 --> 삶의 질	.173	3.795	.000	채택

제5절 분석결과 논의

1. 특성별 차이분석 결과

장애노인의 삶의 질을 알아보기 위하여 인구사회학적인 특성별에 따른 변수들 간에 어떠한 차이가 있는지 t-test와 분산분석을 통한 차이분석을 실시하였다.

첫째, 인구통계학적 특성에 따른 변수들 간의 차이를 검증한 결과 ① 성별에 있어서 남성장애노인과 여성장애노인과의 변수들 간의 차이는 보이지 않았다. ② 연령에 따른 유의미한 차이가 있는 사회활동 참여, 자기효능감 및 일상생활 능력에서 65-69세 장애노인이 80세 이상 장애노인 보다 높게 나타났다. 이는 연소 장애노인일수록 자기효능감 및 활동력이 높음을 보여주는 결과라 할 수 있다. ③ 장애기간과 관련하여서는 사회활동 참여와 일상생활능력은 30년 이상에서 자기효능감과 삶의 질은 15-19년에서 가장 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 삶의 질과 자기효능감과의 연관성을 보여주고 있다. 즉 자기효능감이 높을수록 삶의 질이 높다는 가설과 일치한다고 볼 수 있다. 또한 신체적 활동력이 높은 장애노인일수록 사회활동 참여가 높으며 일상생활능력과의 연관성이 높다는 것을 검증하는 것이라고 볼 수 있다. 삶의 질의 경우 5년 미만에서 가장 열악한 것으로 나타났는데 그 이유는 장애 발생 초기 장애인에 대한 정체성 확립의 문제와 사회적 역할상실과 사회환경에 대한 적응의 미비로 삶의 질이 떨어진 반면 장애 기간이 오래되면 장애에 대한 수용이 일어나 자아 정체성은 확립되고, 장애에 대한 일상화 현상으로 삶의 질이 높아진다고 볼 수 있을 것이다. 따라서 장애노인의 삶의 질 향상을 위해서는 성별에 따른 정책이 제안되어야 하며 장애초기 개입전략의 중요성을 시사해 주고 있다.

둘째, 장애노인 중 독거 장애노인이 배우자가 있는 장애노인과 가족의 부양을 받는 장애노인보다 기초생활 수급자 장애노인이 생계비지원을 받지 않는 비수급자 장애노인보다 사회적 지지가 더 열악한 것으로 나타났다. 이는 장애노

인에게 부양의무자가 있는 경우와 경제적으로 안정된 장애인일수록 사회적 지지가 높았다. 즉 가족의 지지체계와 경제적 수준에 의해 주관적 안녕감의 차이를 나타내므로 사회복지 실무에 있어서 독거 장애인에 대한 지지체계를 마련해 주어야 하며, 장애인에 대한 부양의무와 지지를 전적으로 가족의 책임으로 돌릴 것이 아니라 국가가 장애인에 대한 부양책임과 지지체계를 인정하고 어느 정도 가족의 책임을 완화시킬 수 있는 사회적 지지 기반을 형성하여야 한다.

셋째, 장애노인의 학력과 관련하여 지각된 장애성, 사회적 지지, 사회활동 참여 및 자기효능감, 삶의 질에 중요한 영향요인으로 장애인 교육권과 관련된 서비스가 제공되어야 한다. 즉 학력은 삶의 질을 결정하는 다양한 변수에 큰 영향을 미치므로 장애인 당사자의 교육권 확보와 더불어 사회적 인식제고를 위한 사회성원에 대한 교육도 병행되어야 할 것이다.

넷째, 장애유형에 따른 변수들 간의 차이는 다음과 같이 나타났다. ① 장애유형에 따른 삶의 질을 살펴보면 지체장애, 시각장애, 청각장애 및 언어장애 노인들 간의 장애정도에 따른 삶의 질 차이는 유의미한 결과를 보이지 않으나 뇌병변장애노인의 경우 장애정도에 따른 유의미한 결과를 보이고 있다. 즉 중증보다 경증의 뇌병변장애노인이 삶의 질이 높은 것으로 나타났는데 이는 보행능력 즉 활동능력에 의해 삶의 질에 차이를 보여주는 것으로 추정할 수 있으며 이에 대한 구체적인 원인 규명을 위한 연구가 이루어져야 할 것이다. ② 장애정도에 따른 변수와의 관계에서 지각된 장애성은 뇌병변장애, 청각장애 및 언어장애노인에게서 유의미한 차이를 보여주고 있으며 시각장애노인의 경우 경제적 수준과 자기효능감에서 유의미한 차이를 나타냈다. 지체장애노인의 경우 물리적 환경, 사회활동 참여 및 자기 효능감에서 유의미한 차이를 보여주고 있으며 이는 장애정도가 경증인 경우, 물리적 환경, 사회활동 참여와 자기효능감이 높음을 시사해주고 있다. ③ 시각장애노인의 경우 중증보다 경증의 시각장애노인들이 자기효능감에서 높은 반면 경제적 수준에 있어서 경증 시각장애노인 보다 중증의 시각장애노인의 경제수준이 높은 것으로 나타났는데 이는 시각장애인의 직업(안마업, 침술등)과 연관성이 있을 것으로 생각되며, 언어장애와 뇌병변장

애의 경우 지각된 장애성에 대하여 중증의 장애인인 더 지각하는 것으로 나타났다으나, 청각장애노인의 경우 지각된 장애성이 경증일 경우 더 크게 지각하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 원인 중 하나는 자아정체성이 미확립시 나타날 수 있으며, 또 다른 원인으로는 청각장애노인의 경우 일상생활에 있어서 어려운 점 중 하나로 소음을 꼽았는데 이는 경증의 청각장애노인과의 면접을 통해 알아본 결과 보청기의 사용시 듣고 싶지 않은 소음들까지 크게 들리게 되어 보청기를 사용하지 않고 생활하는 경우가 많다고 하였다. 특히 경제적 이유로 저품질 보청기 사용 노인 일수록 이러한 불평을 호소하는 경향이 높았다.

다섯째, 월 총수입에 따른 유의한 차이가 있는 변수로는 지각된 장애성, 사회적 지지, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력 및 삶의 질로 나타났다. 월 총수입정도가 낮을수록 지각된 장애성 정도가 높게 나타난 반면 다른변수와의 관계에서는 월 총수입이 높을수록 사회적 지지, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 그리고 삶의 질에 높게 나왔다. 따라서 장애노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 노인의 3대 문제 중 하나인 빈곤문제 해결을 위한 소득 보장정책과 장애인 지병과 장애치료 및 재활을 위한 보건의료정책을 통해서 장애노인의 경제적 안녕을 위한 소득보장이 마련되어야 한다.

이상에서 논의된 변수들을 중심으로 사회성원들의 의식함양과 더불어 사회복지사들의 지각이 확장되어야 하며 이를 통해 장애노인에 대한 사회적·경제적·문화적·영적 그리고 심리적인 서비스 제공을 통해 삶의 만족도를 높여야 할 것이다.

2. 가설검증 결과

장애노인의 삶의 질에 관한 선행된 연구들이 극히 미비한 상태이며, 노인과 장애인의 삶의 질을 연구한 기존의 선행연구들에서도 삶의 질에 관한 의미 있는 변수를 제시하고 있으나 대부분이 상관관계 연구에 치중되어 있었고 구체적인 인과관계를 규명한 연구는 미진한 상태이다. 이러한 선행연구의 단편적이고 부분적인 연구들에서 도출된 가장 영향력 있는 주요 변수를 중심으로 장애노인 삶의 질과 관련하여 사회복지 정책 및 프로그램 개발에 필요한 일관된 틀을 제시할 필요성이 있다고 보아, 관련 요인들에 대한 이론적 모형을 구축하였다. 또한 장애노인의 삶의 질을 설명하기 위해 관련요인들을 규명하고 요인들 간의 경로와 영향력을 분석하여 인과관계와 상관관계를 파악함으로써 장애노인의 삶의 질 증진을 위한 근거자료를 제공하고자 한다.

이를 위해 광범위한 문헌고찰과 예비조사, 장애노인들과의 면담 등을 통해 장애노인 삶의 질에 영향을 미치는 9개의 잠재변수들이 확인되었고 잠재변수들인 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력, 삶의 질을 설명해주는 49개의 관찰변수들이 설정되었다. 이들을 토대로 총20개의 가설의 경로가 구성되었고 11개의 가설이 지지되어 장애노인의 삶의 질을 포괄적으로 설명하는 구조모형을 확인할 수 있었다.

그러나 선행연구들에서와는 달리 모든 가설이 지지되지 않는 이유는 본 연구대상자의 일반적 특성이 선행연구와는 다소 차이를 보이기 때문일 수 있다. 본 연구의 대상자는 65세 이상 장애노인으로서 일반적 특성을 살펴보면 일부 특성들이 고루 분포되어 있지 않고 편중되어 있음을 알 수 있다. 최종학력도 81.9%가 초등학교 졸업이하인 것으로 나타났고 월평균 가계수입도 40만원 이하가 57.3%였으며 80만원 이하는 86.6%으로 대다수의 대상자들이 빈곤선상에서 생활하고 있는 것으로 나타났다. 또한 국민기초생활수급자가 39.2%를 차지하고 있어 비장애노인을 대상으로 한 조사와는 다른 결과를 도출할 수 있다.

그럼에도 불구하고 본 연구에서 도출된 49개의 관찰변수로 장애노인의 삶의

질을 완전하게 설명할 수는 없었지만 장애인들의 삶의 질을 설명하고 예측 가능한 연구모형을 구축함으로써 향후 이들의 복지서비스 증진의 기틀을 마련하였다고 생각한다.

장애인 삶의 질 구성의 주요 변수들인 지각된 장애성, 경제수준, 사회적 지지, 사회적 인식, 물리적 환경, 사회활동 참여, 자기효능감, 일상생활능력이 삶의 질에 미치는 영향을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

가. 개인요인

개인요인은 지각된 장애성과 경제수준으로 매개변수와 삶의 질에 영향을 미칠 것으로 생각되어 설정하였다.

(1) 지각된 장애성

지각된 장애성은 일상생활능력에 대해서 직접적인 영향을 미치며 삶의 질과의 관계에서는 직접적인 영향은 없으나 일상생활능력을 통한 간접적인 영향이 있는 것으로 나타났다. 이러한 지각된 장애성은 장애에 대해 긍정적으로 수용할 경우 삶의 전반에 걸쳐 안녕감이 높아질 것이라는 생각하에 조사되었다.

즉 자신의 장애를 문제로 인식할수록 장애정도를 더 심각하게 받아들여지며 사회활동을 위축시키고 안녕감을 떨어뜨리게 된다. 이러한 자신의 장애에 대한 인식은 장애인 개개인 차원의 신체적, 정신적, 심리적 문제라기보다는 장애인들의 생활과정에서 비장애인들의 그릇된 인식이나 물리적 장벽, 차별 등의 경험을 통해 형성된다는 점에 주목할 필요가 있다. 일상생활을 하는 가운데서 자신의 장애가 걸림돌이 되고 장애를 자주 느낄수록 자신의 장애에 대한 인식이 부정적이 되기 쉽다. 이렇게 형성된 부정적 인식은 우울의 원인이 되고 사회적 활동이나 적응을 저하시키는 작용을 하게 된다.

따라서 장애인의 심리사회적 측면에 대한 접근과 함께 장애인에 대한 사회적 지지, 무장애운동을 통한 물리적 장벽 제거 및 사회의 인식 변화 등과 같은

사회환경적 변화가 함께 병행되어야 한다.

또한 지각된 장애성은 다른 요인들 보다 중요하다. 왜냐하면 장애인들은 자신의 장애의 정도와 능력을 인식함으로써 장애에 대한 의미를 부여할 수 있고, 신체적·심리적 측면에서 지역사회에 융화될 수 있는 기초가 되기 때문이다. 즉 장애인들이 장애를 어떻게 인지하고, 어떤 의미로 규정하는가에 따라 장애인으로서의 삶의 방식, 인간으로서의 삶의 방식이 달라지기 때문이다.

김애리(2000)연구에서는 척수손상인의 삶의 질은 지각된 장애성($r_{76}=-.18$, $t=-7.44$)과 유의한 경로로 밝혀져 지각된 장애성의 상대적 중요성을 볼 수 있었다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서는 지각된 장애성이 자기효능감, 삶의 질에 유의한 영향을 미치지 않았다. 다만 일상생활능력의 관계에서 유의미한 결과를 보여주고 있는데 이러한 원인은 중복장애와 신체적 활동력의 저하는 지각된 장애성 정도를 높게 지각시키며 일상생활능력에도 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 지각된 장애성을 일상생활능력의 중요한 영향요인으로 볼 수 있다. 자기효능감과 삶의 질과의 관계에서는 장애노인의 연령과 장애를 지니고 있는 기간의 장기로 인하여 영향력이 감소된 것으로 사료됨으로 이에 대한 연구와 대책이 요구되어진다.

(2) 경제수준

경제수준은 삶의 질에 유의한 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 즉 경제수준이 높을수록 삶의 질은 높아지는 것으로 확인되었다. 이는 경제수준이 대상자의 삶의 질에 영향을 미친다고 보고한 여러 선행연구들(성상석, 2004; 임성우, 2004; 최은석, 2004)과 일치하는 결과이다. 또한 김종숙(1987), 고승덕(1996), 김태현 등(1999)의 연구에서도 건강상태와 경제여건이 좋을수록 삶의 질이 높아진다고 하였으며, 특히 박경란(1998)은 소득의 절대적 수준보다 경제적으로 만족하느냐가 삶의 질 결정에 더 중요하다고 하여, 객관적 측면보다 주관적 측면의 중요성을 강조하였다.

객관적인 경제수준에 있어서도 소득이 40만원 이하가 57.3%이며, 기초수급

대상자가 37.8%로 경제수준이 매우 열악한 것으로 나타나 이에 대한 대책이 필요할 것으로 사료된다.

이에 대한 대책으로는 장애인 개개인의 연금이나 수당 확대를 통한 소득 보장 및 의료보장 정책과 더불어 부양의 의무를 가족에게 지우고 있는 우리나라 현실에 비추어 가족단위의 소득 보장 정책 대안이 도출되어야 한다. 즉 장애노인을 가족으로 둔 가구의 장애관련 추가비용을 현실화 할 수 있도록 확대되거나 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 최저생계비를 보장할 수 있는 수준에서 지급하는 방안이 고려되어야 한다.

나. 환경요인

본 연구는 65세 이상 장애노인의 삶의 질에 있어서 환경요인 등의 전제조건이 개선되지 않은 상태에서 장애노인의 삶의 질이 향상되는 데는 한계가 있을 것이라는 문제의식에서 출발하였다. 이에 환경요인을 세분하여 사회적 지지, 사회적 인식 및 물리적 환경과 매개변수와의 관계, 장애노인의 삶의 질에 미치는 영향력을 조사하였다.

(1) 사회적 지지

사회적 지지는 자기효능감과 삶의 질에 매우 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 장애노인들이 주관적으로 느끼는 삶의 질에 있어서 사회적 지지의 중요성을 확인할 수 있었다. 이러한 지지기반은 경제적 · 사회적 · 신체적 · 정신적 · 문화적으로 취약한 환경에 놓여있는 장애노인들에게는 매우 중요한 요인으로 사회적 지지기반이 약한 독거노인의 경우 더욱 심각한 상태이다. 특히 사회적 지지의 결여는 사회복지제도가 미비한 우리나라에 있어서 장애노인의 삶의 질을 더욱 악화시킬 수 있으므로 사회적 지지의 강화가 장애인 복지 정책 및 서비스 제공 방안이 되어야 할 것이다.

아울러 사회적 지지의 제공자의 시각에서 보면 사회복지제도가 미비한 우리

의 현실에서 부양부담의 증가를 호소하고 있다. 이는 면접 조사대상자인 65세 이상 고령노인 장애인일수록 신체적 활동능력이 저하되고, 만성질환 및 합병증으로 인해 사회 활동 기간이 단축되고 사회적 지지 제공자의 부담을 가중시키고 있다. 따라서 이들의 사회적 지지를 지속적으로 유지시켜 주고 보호부담을 덜어줄 수 있는 대책 즉 장기요양보험과 같은 의료적 서비스와 더불어 신뢰할 수 있는 말벗 서비스나 가족 만들어 주기 등을 통하여 사회적 지지 기반을 마련해 줄 필요성이 있다.

(2) 사회적 인식

사회적 인식은 일상생활능력과 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 장애인들이 사회적 상호작용에서 직면하는 가장 명백하고 고통스러운 일은 불평등과 부정적인 사회적 인식에 직면하는 것이다. 그럼에도 불구하고 사회적 인식이 자기효능감, 삶의 질에 영향력 있게 나오지 않은 원인은 고령으로 인한 사회활동 참여가 저조하고 장기간의 장애로 인하여 자신의 장애를 수용하고 체화한 결과로 생각된다. 다만 장애인들은 신체적 자유로움의 제약으로 복지서비스나 사회적 활동에 여러 가지 어려움을 겪게 되어 있다.

장애인들이 지역사회에 유대감을 갖고 적응 및 통합되어 생활하기 위해서는 장애인에 대한 비장애인의 편견과 그릇된 인식이 개선되어야 한다. 이러한 장애인에 대한 이해의 부족과 잘못된 인식의 원인은 무엇보다도 장애인과 더불어 사는 사회구현이 실현되지 않은 우리의 현실에 있다고 할 수 있다.

이렇듯 장애인에 대한 긍정적인 사회적 인식은 장애노인의 지역사회에 통합과 활동을 촉진시키고 나아가 장애노인의 안녕과 행복감을 증진시킬 것이다. 그러나 우리사회와 문화 속에 숨어있는 잘못된 인식을 바로잡지 않은 상태에서의 사회적 인식을 개선하기는 매우 어려운 것으로 생각된다. 따라서 우리사회 속에서 숨쉬고 있는 장애인에 대한 그릇된 인식들이 생겨나게 된 원인들을 살펴보면 다음과 같다.

안태운(1969)은 장애인들의 성격적 측면과 인권에 관한 견해를 나타내는 속

담의 분석에서 장애인들이 비장애인들에 비해 특이한 성격을 지니고 있다고 하였으며, 이규태(1981)는 속담에 대한 연구를 통해 비장애인들은 장애인들을 멸시하고, 조롱하는 반면, 장애인들은 자신들의 열등감으로 인해 부정적 태도를 갖는다고 하였다. 반면 조성열(1985)은 우리나라의 인본주의 사상에 의거하여 때로는 장애인을 동정하고 이해하려는 태도가 나타난다고 하였다.

류수경(1992), 이종남(1994), 임태민(1996), 서동명(1999), 송수영(2001), 김정임(2003), 이용문(2003), 남광희(2003) 등의 연구에서 장애인에 대한 태도를 연구하면서 다음과 같이 구별하고 있다. 무조건적인 거부는 장애인에 대한 지식이나 철학이 없이 장애인 분리 교육이나 지역사회에서 분리를 바라며 장애인의 사회 통합을 반대하는 태도로서, 이 태도는 장애인에 대한 차별적 태도와 밀접한 관계를 갖는 것으로 보인다. 왜곡된 동일시는 장애와 죄를 동일시하는 태도인데, 나아가서는 장애와 응답자 자신의 약점을 동일시하는 태도이다. 추론된 정서장애는 장애인은 심리적으로 왜곡된 특성을 가지고 있다는 데 초점을 두고 있는 태도이며, 손상을 입지 않은 타 기능의 제한은 장애인의 능력에 관한 것으로 신체 어느 기관에 장애를 입으면 그러한 부분적 장애가 장애인의 기능 전반에 영향을 준다고 믿는 태도이다. 권위주의적 태도는 장애인의 편에서 장애인을 옹호하는 생각과 느낌으로 구성되어 있다. 특히 자신은 건강한 자로서 장애인에게 사랑을 베풀어 주고 인내하는 입장에 있어야 한다고 생각하는 태도이며, 친교의 거부는 가까운 관계, 특히 친족관계를 거부하는 태도다. 마지막으로 접촉시 긴장은 장애인과 접촉할 때 불안, 긴장 또는 창피한 감정을 느끼는 태도로 장애인과 사회적 접촉을 피하고 이유 없이 장애인을 싫어하는 정서를 포함하고 있다(감정기·임은애, 2005).

이상에서 살펴보았듯이 장애인에 대한 인식은 크게 적대적 인식과 호의적 인식으로 구분될 수 있으며 사회적 인식을 제고할 수 있는 프로그램의 제공을 통해서 개선될 수 있다. 즉 어릴 때부터 장애인에 대한 올바른 인식과 이해를 도울 수 있는 교육 프로그램이 개발되어진다면 이러한 부정적이고 적대적인 인식을 개선할 수 있을 것이다.

(3) 물리적 환경

물리적 환경 관련 변수인 이동 및 접근 환경이 일상생활능력과 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 요인이라는 점은 조사대상자가 65세 이상의 장애인이라는 점에서 타당한 결과라 할 수 있다.

이와 같은 장애인들의 이동 및 접근에 필요한 물리적 환경의 중요성이 대두되면서 정부차원에서 장애인의 이동문제에 대해 관심을 갖게 된 것은 1997년도에 장애인, 노인, 임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률을 제정한 이래 최근에는 편의시설 디자인을 넘어 유니버설 디자인에 입각한 무장애 운동을 통한 무장애도시, 무장애 학교, 무장애 건물 등 물리적 환경에 대한 패러다임의 변화가 일어나고 있다.

그러나 아직까지도 이동 및 접근을 돕기 위한 시설 설치가 공공기관이나 시설위주로 전개되고 있기 때문에 장애인들의 주된 생활공간인 주택의 내부나 근린지역에 대한 관심은 상대적으로 부족한 형편이다. 이러한 문제점들을 해결하기 위한 주거 환경개선이나 근린지역까지 물리적 환경 개선사업이 확대되어 무장애 환경이 조성되어야 한다.

환언하자면 외부환경에는 장애인들을 위한 시설이 절대적으로 부족하며 그나마 기준에 맞지 않은 형식적으로 설치되어 있는 것이 현실이다. 실제 전동휠체어나 전동 스쿠터의 보급으로 장애인들의 이동이 편리해졌음에도 불구하고 기존의 수동휠체어기준으로 시설이 설치되고 있어 현실적으로 일상 환경을 자유롭고 편리하게 이용하는데 제약이 되고 있다. 따라서 이러한 제약을 뛰어넘기 위해서는 많은 정책개발과 법제적 노력이 필요할 것이다.

다. 사회통합요인

사회통합요인으로서의 사회활동 참여가 삶의 질에 미치는 영향은 직접적인 영향보다는 자기효능감과 일상생활능력을 통한 간접적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 즉 사회활동 참여는 자기효능감과 일상생활능력을 높여 삶의 질을

향상시키는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 장애인에 대한 조사대상이 70세 이상 56.3%로 고령노인 계층이라는 이유와 장애로 인한 신체적 제약이 삶의 질에 대한 직접적 영향력을 저하시키는 것으로 생각된다. 이와 관련하여 장애인들이 지역사회 활동에 참여할 수 있도록 장애유형과 장애 정도에 따른 재활 훈련과 사회 적응프로그램들이 개발되어야 한다. 아울러 동료집단과의 자조 모임이나 자원봉사자 및 활동보조인을 통해 장애인들이 지역사회 문화 및 여가활동에 참여할 수 있는 기회를 확대시켜야 한다.

라. 자기효능감

자기효능감 역시 삶의 질에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타났다. 일반적으로 장애노인의 문제는 첫째, 노화에 따른 신체적 건강과 심리적 건강의 악화 둘째, 노화와 장애로 인한 소득상실과 빈곤 문제, 셋째, 자신의 노화와 장애로 인한 가족갈등 그리고 지역사회 환경의 미비로 인한 활동의 제약에 따른 역할 상실과 소외문제를 들 수 있다. 이러한 문제들은 장애인들의 자기효능감을 저하시키고 노인의 3대 문제인 빈곤, 고독과 소외 및 장애로 인한 질환의 문제를 증폭시키고 내향성 및 수동성의 성향이 증가되어 주관적인 삶의 질이 저하될 우려가 있다.

선행연구에서도 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 자기효능감을 들고 있다(이순희, 1990; 김인숙, 1999; 장혜경, 1989). 이러한 자기효능감은 장애인들이 노화와 장애에 따른 상실감을 극복하게 하며, 무언가를 할 수 있다는 신념을 부여함으로써 생활에 만족하고 심리적으로 안정된다. 따라서 사회복지 실무에 있어서 사회복지사는 자기효능감을 고양시킬 수 있는 지역사회 프로그램의 개발·적용에 관한 논의가 필요하다.

마. 일상생활능력

일상생활능력과 삶의 질의 관계는 유의미한 결과가 있는 것으로 도출되었다.

일상생활능력이 삶의 질에 미친 영향에 대한 연구논문들은 대부분 노인과 관련돼 있으며, 장애와 관련된 연구는 아직까지 이루어지지 않는 것으로 사료된다. 다만 노인과 일상생활능력과 관련된 연구를 살펴보면 Roos & Havens(1991)는 노인의 독립적인 일상생활수행은 그들의 건강 및 신체적 기능 그리고 나아가 삶의 만족과 관련성이 높을 뿐 아니라 노화를 성공적으로 이끌게 된다고 하였으며, 노유자 등(1995)은 가정과 양로원 노인의 일상생활활동능력과 삶의 질 정도를 연구한 결과 일상생활활동능력 정도와 삶의 질 정도가 유의한 순상관관계를 나타냈고, 문명자(2001)의 재가노인을 대상으로 한 연구에서도 일상생활 기능이 삶의 질에 영향하는 요인으로 밝혀졌다.

이상의 논의에서 살펴보았듯이 일상생활능력은 삶의 질과 밀접한 연관성을 지니고 있다고 볼 수 있다. 따라서 장애인과 일상생활능력과의 연구가 미진하므로 이에 대한 후속적인 연구가 필요하며, 사회복지 정책 개발과 실무에 있어서 장애인들의 일상생활능력을 향상시킬 수 있는 재활 훈련 등의 다양한 프로그램과 정책이 개발될 필요가 있다는 점을 시사해 준다고 볼 수 있다.

제5장 결론

제1절 연구결과의 요약

본 연구는 장애노인의 특성과 삶의 질에 영향을 미치는 요인을 파악하여 장애노인의 전반적인 실태를 분석함으로써 장애노인에게 필요로 하는 욕구에 맞추어 적절한 서비스를 제공할 수 있는 제언을 해보고자 하였다. 이를 위해 장애노인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 변수를 외생변수와 내생변수로 구별하고 외생변수로는 개인요인으로 지각된 장애성과 경제수준을 설정하였으며, 환경요인으로는 사회적 지지, 사회적 인식 및 물리적 환경을 사회통합요인으로는 사회활동 참여로 나누어 살펴보았다.

첫째, 지각된 장애성은 일상생활능력에 유의미한 영향을 보여주고 있었다. 특성별 차이분석의 결과로는 결혼상태에서 미혼인 경우, 동거가족여부에서는 부부가족의 경우, 학력에서는 고학력일 경우 지각된 장애성에 대한 지각이 낮게 나타났다. 장애에 대한 차별경험이 많거나, 총수입이 적을수록 지각된 장애성 정도가 높게 나타났다. 장애유형에 대한 지각된 장애성의 정도는 뇌병변장애와 청각장애 및 언어장애에서 유의미한 차이를 보여주고 있으며 뇌병변장애와 언어장애의 경우 중증일 때 지각된 장애성이 높게 나타난 반면 청각장애의 경우 이와는 반대의 결과를 보여주고 있다.

둘째, 경제수준의 경우 삶의 질과의 관련에서는 유의미한 영향을 보여 주고 있다. 즉 경제수준이 높을수록 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 특성별 차이분석에서 시각장애노인의 경우 중증의 시각 장애인의 경제수준이 높은 것으로 나타났다.

셋째, 사회적 지지는 자기효능감과 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났으며 특성별 차이분석 결과는 비수급자장애노인, 고학력장애노인, 동거가족이 있는 장애노인, 장애차별경험이 없는 장애노인 그리고 수입이 많은 장애노인일수록 사회적 지지가 높은 것으로 나타났다.

넷째, 사회적 인식은 일상생활능력에 유의미한 영향을 미치며, 장애에 대한 차별경험이 사회적 인식과 밀접한 관련성이 있는 것으로 나타났다. 이러한 차별경험과 부당한 사회적 인식은 장애인으로 하여금 선택적 지각(Selective Perception)²¹⁾을 갖게 할 수 있다. 장애의 원인에 따라 사회적 인식에 영향을 미치는 요인으로 산업재해가 가장 높은 것으로 나타났는데 이는 산업화 과정에서 발생된 산업역군이라는 인식에 기인된 것으로 생각되어진다.

다섯째, 물리적 환경은 삶의 질과 일상생활능력에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특성별 차이분석 결과 결혼상태에서 미혼인 경우와 장애 차별경험이 없거나 수입이 많을수록 물리적 환경이 좋은 것으로 나타났다.

여섯째, 사회통합요인인 사회활동 참여의 경우 자기효능감과 일상생활능력에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특성별 차이분석 결과에서는 연소장애노인, 종교활동 참여장애노인, 고학력장애노인 및 수입이 높은 장애인군에서 사회활동 참여가 높았으며 장애기간과 관련되어서는 30년 이상 장애가 있는 장애노인이 사회활동 참여가 높은 것으로 나타났다.

일곱째, 자기효능감은 무엇인가를 할 수 있다는 신념으로 지역사회 활동에 참여하고 사회적인 역할을 수행할 수 있는 기초가 되므로 매우 중요한 변수라 할 수 있고, 일상생활능력 역시 사회활동 참여와 삶의 질과 유의한 관련이 있는 것으로 볼 수 있다. 본 연구 결과에서도 자기효능감과 일상생활능력은 삶의 질에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 자기효능감의 경우 단독장애노인, 연소노인, 고수입노인 및 고학력노인군에서 높은 것으로 나타났다. 일상생활능력의 경우 비수급자, 연소노인, 고수입노인, 선천성 장애인 및 장애기간이 오래된 장애인일수록 일상생활능력이 양호한 것으로 나타났다.

여덟째, 삶의 질에 있어서는 종교생활을 하는 장애인, 고학력 장애인, 교통사고 장애인 그리고 고수입 장애인에서 삶의 질이 좋은 것으로 나타났다.

21) 선택적 지각(Selective Perception)이란 외부 정보를 객관적으로 받아들이는 대신 기존 인지체계와 일치하거나 자기에 유리한 것만 선택적으로 받아들인다는 것이다. 즉 선택적 지각은 일상생활에서도 많이 경험하게 된다. 장애가 있는 사람은 타인의 무심한 행동도 자신을 무시했다고 곡해할 수 있다

이러한 결과에서 장애인들은 비장애인들이나 타 연령대의 장애인들보다도 모든 상황에서 취약하며, 특히 경제적으로 매우 어려운 상황에 있음을 확인할 수 있었다. 또한 동일한 변수에 대해서 장애유형별로 받아들이는 정도에 있어 차이가 있는 것으로 나타나 서비스 제공에 있어 장애유형별 차별화된 정책이 필요함을 보여주고 있다. 아울러 사회복지 실무에 있어서 사회환경 변화에 초점을 맞춘 서비스의 전략이 요구되어지며, 장애노인을 위한 사회적 지지 서비스의 강화가 필요하다는 점을 시사해 주고 있다. 특히 독거 장애노인의 삶의 질 향상을 위한 소득보장, 의료보장 및 사회적 지지 서비스와 장애노인을 돌보는 가족을 위한 정부의 지원책이 마련되어야 할 것이다. 또한 근린 생활시설 등 장애노인이 거주하는 인근지역을 중심으로 물리적 환경의 개선과 사회적 인식이 변화될 때 장애인들의 사회활동 참여도가 높아질 수 있으며 이러한 결과는 장애인의 지역사회 통합으로 나타날 것이다.

제2절 시사점

본 연구의 결과에서 도출된 정책적·실천적인 시사점들을 다음과 같이 제안하고자 한다.

1. 정책적·제도적 차원

첫째, 장애발생 예방을 위한 전 국민 대상의 지속적인 정책 추진이 필요하다. 장애 발생의 대부분은 후천적인 원인에 기인하므로 현재의 사후 치료중심의 서비스 보다는 예방적인 차원에서 서비스를 제공함으로써 최소 비용으로 최대의 효과를 얻을 수 있는 정책이 실시되어야 한다.

둘째, 장애인에 대한 차별과 사회적 인식을 향상시키고 장애노인의 특성과 욕구에 대하여 알 수 있도록 어릴 때부터 장애에 대한 교육이 필요할 뿐 아니라 가족교육 및 일반사회성원에 대한 지속적인 교육이 필요하다.

셋째, 장애노인 복지서비스 연구에서 비장애노인 복지서비스는 비장애노인

상황에 맞게 개발된 것이므로 장애노인의 현실에 맞는 서비스 모형을 개발하기 위한 다양한 장애노인들에 대한 조사연구가 진행되어야 한다. 아울러 생애주기에 따른 장애노인기의 욕구에 적절한 사업개발이 필요하다. 즉 장애노인에게 필요한 기능 및 활동능력 저하에 따른 효과적인 방지나 재활 등이 필요하다고 하겠다. 이를 위하여 장애노인에 대한 실태조사가 전국적으로 실시될 필요가 있을 것으로 생각된다.

넷째, 장애인과 노인 복지정책 및 서비스부문에서 정부는 기초·광역자치단체를 중심으로 지역사회 내의 장애인문제는 지역사회 내에서 지역특성에 맞는 장애인사업을 시행하는 것이 필요하다고 보고 있다. 따라서 장애인 복지정책, 장애인 복지체제로 수요자 중심으로 서비스의 질적 향상을 도모하는 방향으로 진행되는 것이 요구되고 있다. 비장애노인에 대한 복지공급 체계에서 벗어나 장애노인의 욕구를 충족시킬 수 있는 선별적인 서비스를 통해 장애노인을 위한 복지를 지향하여 여가, 문화, 건강 등 삶의 질을 높일 수 있는 종합적인 복지를 추구해야 한다.

다섯째, 장애유형과 장애급수에 따라 장애노인의 특성과 욕구가 다르므로 차별화된 정책과 프로그램 시행이 필요하다.

2. 실천적 서비스 차원

첫째, 소득보장대책이 필요하다. 연구결과에 의하면 장애노인들의 월평균소득액이 매우 열악하게 나타나며, 절반 가까이 국민기초수급권자로 조사되었다. 따라서 장애노인들은 경제적으로 매우 어려운 상황에 있음을 알 수 있었다. 이를 해결하기 위해서는 생활 무능력 장애노인과 장애노인 부양으로 어려움을 겪고 있는 가족들에게 국가나 지방 자치단체에서 경제적인 문제를 해결해 주거나 지원해 주어야 한다. 즉 장애와 노화로 시장형 소득이 상실되어져 국가와 가족에 의존도가 점점 높아짐을 고려할 때 장애노인에 대한 적절한 국가적 대응의 부재는 현 장애노년 내부에 존재하는 경제적 어려움을 더욱 가중시킬 것이다.

둘째, 보건 및 의료관련 서비스가 강화되어야 한다. 즉 장애노인들의 재활을

위한 지속적인 진단 및 치료에 대한 교육·홍보서비스가 필요하다. 장애인들의 장애 완화와 재활을 위해서는 지속적인 치료가 필요하며 이를 위해 재가 장애노인을 위한 복지서비스와 장애인 전문병원 등과 같은 시설 보강과 장애인과 그 가족을 대상으로 한 교육이 필요할 것으로 사료된다.

또한 건강증진을 위해서는 장애인 거주지나 경로당에 방문 간호사를 정기적으로 파견하여 관리하고 병원진료를 위한 서비스로는 장애 노인을 위한 무료 셔틀버스의 운행과 택시비의 할인제, 곰두리봉사대의 활동을 확대하고 재가노인환자를 위해서 가정봉사원의 지속적인 교대근무 서비스와 경로당 단기거주사업, 주택개조 및 대청소사업 등도 바람직할 것으로 생각된다.

셋째, 장애노인을 위한 보호 부양대책 마련이 필요하다. 장애노인의 경우 신체적·정신적 장애로 인하여 활동의 어려움으로 사회적, 심리적 및 문화적으로 위축되어 있다. 그러므로 장애노인을 돌보는 가족과 봉사자들은 일상생활 속에 장애노인 자신이 긍정적인 자신의 생각을 갖도록 하여야 하며, 노년기 장애노인의 자기효능감을 높여서 행복한 삶을 살아갈 수 있도록 노인을 격려하고 만족한 삶을 유지할 수 있도록 돕는 것이 바람직하다. 아울러 산업화와 핵가족화로 인한 부양과 지지가 약화된 상태이다. 따라서 장애노인이 생활하고 보호받을 수 있는 장소의 제공과 관련서비스가 제공되어야 한다. 즉 방문간호서비스, 활동보조인 사업과 같은 재가서비스 등이 확대 실시되어야 한다.

제3절 향후 연구과제

본 연구는 비록 현 장애노인들이 지니고 있는 다양한 욕구들을 통해 포괄적인 삶의 질 변수들을 구성하려고 하였지만 여전히 만족할 만한 변수에 기반하고 있지는 못하다. 본 연구는 또한 현 장애노인들이 직면하고 있는 삶의 질의 상황 혹은 조건의 적절성 그리고 비장애노인들과 대비한 노년층의 상대적인 삶의 질 상태에 대해서는 고려가 주어지지 못한 한계 등으로 아래와 같은 향후 연구들이 지속적으로 조사되어야 할 것이다.

첫째, 장애노인의 삶의 질을 결정하는 영향요인추출에 관한 연구가 지속적으로 이루어져야 하며 이를 통해서 장애노인의 삶을 향상시킬 수 있는 토대가 마련되어야 한다. 또한 비장애노인들과 장애노인들의 사회인구학적 특성이 큰 차이를 보일 수 있으므로 삶의 질을 향상시킬 수 있는 변수들을 계속적으로 도출하는 추후 연구가 계속 진행되어야 할 것이다.

둘째, 최근에 개발된 장애노인의 삶의 질에 대한 측정도구가 거의 없으므로 장애노인의 삶의 질 측정도구의 개발이 요구된다.

셋째, 장애노인의 삶의 질은 장애유형과 장애등급에 따라 다른 결과를 도출할 수 있으므로 장애등급과 장애유형과의 관련성 연구를 통하여 장애노인의 삶에 가장 영향을 미치는 요인이 무엇인가? 장애노인의 삶의 질 향상을 위하여 신체적 · 심리적 그리고 경제 · 사회문화적으로 건강유지 및 증진을 위한 서비스개발이 장애노인에게 미치는 영향에 대해서 좀 더 폭넓은 연구가 있어야 할 것으로 생각된다.

넷째, 연구대상에 있어서 평균수명이 80세에 가까운 만큼 장애노년층의 세분을 통한 다양한 연령층에 대한 연구와 다양한 계층과 욕구를 지닌 장애노인을 대상으로 한 연구가 필요하다.

다섯째, 연구방법에서 양적연구가 대부분이었다. 앞으로는 수치상의 비교를 통해서 보다 실제에 가장 근접할 수 있는 질적 연구를 통해서 장애인복지에 대한 연구가 필요하다. 아울러 기존의 연구들이 횡단적 자료의 한계로 기간경

과에 따른 삶의 질 변화 양상에 대해 충분한 결과를 제시하지 못했다. 이에 대해서는 종단적 자료를 활용한 보다 정확한 분석결과가 요구된다.

마지막으로 전남지역의 경우 농·어촌지역으로 장애출현율이 높음에도 불구하고 장애인복지법에 나타난 전남지역 장애인 복지시설이 광역시를 비롯한 대도시에 집중되어있다. 뿐만 아니라 전라남도의 경우 장애인들이 거주하고 있는 지역자체가 일반 공공시설의 편리성이 결여되어 있는 상황이고 주택, 의료 재활환경이 거의 미미한 여건이여서 제도적으로 사회서비스적인 개입 방안을 찾기가 사실 어려운 실정이다

따라서 현재 연령별, 지역별, 성별, 장애유형별 차별화된 복지정책은 매우 한정적이고 제도적 미비와 예산 부족으로 이미 정해진 내용도 제대로 실시하지 못하고 있는 실정으로 차후 이러한 문제들을 해결할 수 있는 정책개발과 연구들이 있어야 할 것이다.

참 고 문 헌

< 국내문헌 >

1. 단행본

- 강병서. 1999. 「인과분석을 위한 연구방법론」. 무역경영사.
- _____. 2002. 「인과분석을 위한 연구방법론」. 무역경영사.
- 권도용 · 오길승 · 박희찬. 1998. 「현대 장애인복지개론」. 홍익제.
- 권도용. 2006. 「장애우복지 개론」. 나눔의 집.
- 권중돈. 2007. 「노인복지론」. 학지사.
- 김계수. 2007. 「Amos 7.0 구조방정식모형분석」. 한나래출판사.
- 김기태 · 성명옥 · 박봉길 · 이경남 · 최희경. 2002. 「노인복지실천론」. 양서원.
- 김동배 · 권중돈. 1998. 「인간행동이론과 사회복지실천」. 학지사.
- 김미옥 · 김용득 · 이선우. 2006. 「장애와 사회복지」. 학지사.
- 김영기 · 박재규. 2001. 「IMF 경제위기, 실직위험 그리고 삶의 질」. 나눔의 집.
- 김익기 · 김동배 · 모선희 · 박경숙 · 원영희 · 이연숙 · 조성남. 1999. 「한국노인의 삶: 진단과 전망」. 미래인력연구센터.
- 김재은 · 이은순 · 강순화. 1997. 「한국대학생의 삶의 만족도」. 집문당.
- 김호정. 1994. 「행정통계학」. 삼영사.
- _____. 1998. 「사회과학통계분석」. 삼영사.
- 남상만 · 나운환 · 이준상 · 유명화. 2003. 「21세기 장애인복지론」. 홍익제.
- 박옥희. 2004. 「장애인복지론」. 학문사.
- 배병렬. 2002. 「구조방정식모델 이해와 활용」. 도서출판 대경.
- 변용찬 · 김성희 · 윤상용 · 최미영 · 계훈방 · 권선진 · 이선우. 2006. 「2005년

- 도 장애인 실태조사」. 한국보건사회연구원.
- 변용찬 외. 2001. 「2000년도 장애인실태조사」. 한국보건사회연구원.
- 보건복지부. 2000. 장애등급판정지침.
- _____. 2005. 장애인복지법령집.
- 오영희 · 석재은 · 권중돈 · 김정석 · 박영란 · 임정기 . 2005. 「노인의 삶의 질 향상을 위한 정책방안 연구」. 한국보건사회연구원.
- 오혜경. 1998. 장애인복지학 입문. 아시아미디어리서치.
- 원태현 · 정성원. 2006. 「통계조사분석」. spss아카데미. 도서출판 한나래.
- 윤병식 외. 1996. 「한국인의 삶의 질: 현황과 정책과제」. 한국보건사회연구원.
- 이가옥 외 . 1994. 「노인생활실태 분석 및 정책과제」. 한국보건사회연구원.
- 이성규. 2000. 「사회통합과 장애인복지정책」. 나남출판사.
- 이순목. 1990. 「공변량 구조분석」. 성원사.
- 이재기 · 이은우 · 김재홍. 1998. 「삶의 질의 국제비교와 지역간 비교분석」. 아산재단연구업서. 제46집. 집문당.
- 이태영 · 김정권. 1981. 「특수교육원리」. 대구대학교출판부.
- 정무성 · 양희택 · 노승현. 2006. 「장애인복지개론」. 학현사.
- 조명한 외. 1998. 「삶의 질에 대한 국가간 비교」. 집문당
- 조현철. 1999. 「LISREL에 의한 구조방정식 모델」. 도서출판 석정.
- 채서일. 1995. 「사회과학 조사방법론」. 학현사.
- 통계청. 2006. 「2006 고령자 통계」.
- 허준 · 최인규. 2000. 「구조방정식 모형과 경로분석」. 고려정보사업.
- 홍숙자. 2001. 「노년학개론」. 도서출판 하우.

2. 논문

- 감정기 · 임은애. 2005. 장애인차별 개념의 확장을 위한 양가적 장애인차별 척도개발. 「사회복지연구」. 26: 5-34.

- 강경숙. 2003. 농촌지역 노인의 사회적 지지와 삶의 질. 「지역사회간호학회지」. 14(3): 375-384.
- 강동식. 1996. 삶의 질 조사에 관한 연구. 「법과 연구」. 2: 347-372.
- 강상경 · 좌현숙. 2007. 지역사회정신보건 재활서비스에 대한 소비자 만족도, 자기효능감 및 삶의 질 -자기효능감의 매개효과를 중심으로-. 「사회복지연구」. 33: 185-213.
- 강수균. 2000. 고령화사회에 있어서 노인의 삶의 질에 관한 연구. 「한국동서정신과학회지」. 3(1): 113-137.
- 강옥경. 2001. 「정신장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 사회환경 요인」. 서울대 대학원.
- 강위영. 2001. 취업을 위한 장애인의 올바른 자세. 「장애인고용」. 창간호.
- 강정호 · 박정희. 2004. 고령화 사회와 노인 삶의 질 향상을 위한 여가 정책에 대한 연구. 「한국스포츠리서치」. 15(6): 117-128.
- 강창욱 · 이준우. 2006. 청각장애 노인의 삶의 질 향상을 위한 생활만족에 관한 연구. 「언어치료연구」. 15(2): 75-91.
- 고승덕 · 조숙행. 1995. 노인의 삶의 질 향상을 위한 요인 추출. 「한국노년학」. 17-36.
- 고승덕. 1996. 「노인의 삶의 질을 결정하는 요인추출에 관한 연구」. 이화여대 박사학위논문.
- 공수자 · 한규식 · 이은희. 2004. 한국노인의 주관적 안녕감 모형개발: 자존심의 매개효과 검증. 「한국심리학회지」. 9(3): 243-263.
- 곽효문. 2003. 사회복지정책에 있어서 삶의 질 측정과 분석. 「한영신대 교수 논문집」. 7.
- 권영은. 1999. 항암 화학요법 암환자의 피로와 삶의 질과의 관계연구. 「성인간호학회지」. 11(4): 820-830.
- 권중돈 · 조주연. 2000. 노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인. 「한국노년학」. 20(3): 61-76.
- 길귀숙. 2004. 노인 만성질환자의 케어 및 호스피스 서비스 이용 관련 삶의

- 질에 관한 연구. 「노인복지연구」. 24: 239-275.
- 김경숙. 2004. 「농촌노인의 삶의 질에 관한 연구」. 대전대학교 석사학위논문.
- 김계하. 2005. 「후천성 지체장애인의 건강관련 삶의 질 모형구축에 관한 연구」. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김명자. 1982. 노인의 생활만족에 관한 연구. 「대한가정학회지」. 20(3).
- 김명현. 1996. 「소화기 암환자의 사회적 지지와 삶의 질과의 관계: 항암요법을 받는 환자를 대상으로」. 한양대학교 석사학위논문.
- 김미예. 2005. 로이 적응모형. 「간호학 탐구」. 14(2): 49-49.
- 김미옥. 2003. 장애노인의 특성과 생활만족도에 관한 연구. 「노인복지연구」. 21: 73-97.
- 김봉선. 2007. 장애인의 삶의 질 결정요인 -뇌성마비인의 환경적 특성과 사회적 참여를 중심으로-. 「사회복지정책」. 29: 5-28.
- 김상균 외. 1996. 21세기 삶의 질에 관한 지표 연구. 서울대학교 사회복지연구소.
- 김선미 외. 1998. 일부 농촌지역 노인들의 건강증진활동 수행정도 및 관련요인. 「한국농촌의학회지」. 23(1): 79-89.
- 김성희 · 고선정. 2004. 장애유형별 장애노인의 특성에 관한 연구. 「한국노년학」. 24(3): 171-195.
- 김소임. 1999. 「낮병원 정신장애인 사회통합에 관한 연구: 환경특성 중심으로」. 이화여대 석사학위논문.
- 김숙경. 2004. 농촌노인의 삶의 질 향상에 영향을 미치는 요인. 「노인복지연구」. 23.
- 김애련. 2001. 「노인의 삶의 질에 관한 연구」. 원광대학교 대학원 박사학위논문.
- 김애리. 2000. 「척수손상인의 삶의 질 구조모형」. 이화여자대학교 박사학위논문.
- 김양희. 1999. 여성의 삶의 질 지표 개발. 「여성연구」. 7(1). 목포대학교 여

성문제연구소.

- 김연희 · 김기순. 2000. 노인의 자아존중감과 삶의 질과의 관계연구. 「노인복지연구」. 17: 157-189.
- 김영범 · 박준식. 2004. 한국노인의 가족관계망과 삶의 만족도: 서울지역노인을 중심으로. 「한국노년학」. 24(1): 169-185.
- 김외숙. 1999. 척수손상환자의 삶의 질 영향요인. 미간행.
- 김용택 · 윤창영 · 장창호. 2003. 노인의 주관적 삶의 질의 구성요인과 측정도구 분석에 대한 연구. 「노인복지연구」. 22: 313-331.
- 김의철 · 박영신. 2006. 한국사회에서 삶의 질을 구성하는 요인들에 대한 탐구. 「한국심리학회지」. 12(5): 1-28.
- 김의철 · 홍천수 · 이정권 · 박영신. 2005. 건강과 삶의 질에 영향을 주는 요인에 대한 분석: 자기효능감, 사회적 지원 및 질병관리를 중심으로. 「건강심리학회지」. 11(2): 143-181.
- 김정아. 1989. 「지지간호가 군 요통환자의 우울, 기분, 만족에 미치는 영향」. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김정자 외. 1997. 한국기혼여성의 일상적 삶의 질 향상에 관한 연구(1). 「여성학 연구」. 7(2): 1-45.
- 김태용 외. 2000. 삶의 질에 대한 만족도 수준과 결정요인에 관한 연구. 「한국지방자치학회보」. 12(2): 135-155.
- 김태현 · 김동배 · 김미혜 · 이영진 · 김애순 · 1998. 노년기 삶의 질 향상에 관한 연구. 「한국노년학」. 19(1): 61-81.
- 김태현 · 서승희. 1987. 노인의 주거환경과 생활만족도에 관한 연구. 「한국노년학」. 7: 77-92.
- 김태현. 1986. 노년기의 생활만족도 연구. 「성신연구논문집」. 23: 181-200.
- 김현숙. 1992. 「자아개념에 따른 귀인양상 및 우울에 관한 연구」. 숙명여자대학교 석사학위논문.
- 김형수. 1996. 장애노인의 현황 및 특성. 「한국노년학」. 16(2): 162-174.
- 김희자. 2000. 「만성질환을 가진 재가노인의 사회적 지지, 우울 및 삶의

- 질」. 원광대학교 석사학위논문.
- 노승호 · 박준순. 1997. 외상성 뇌손상 환자의 삶의 목적 수준: 삶의 질 수준과의 상관을 중심으로. 「원광의과학」. 13(1·2): 49-65.
- 노유자. 1988. 「서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석연구」. 연세대학교 박사학위논문.
- 노은선. 2000. 「정신분열병 환자의 삶의 질 모형개발」. 중앙대학교 박사학위논문.
- 라정란. 1994. 두정부 암환자의 항암요법에 따른 일상생활수행도 및 삶의 질 변화. 「카톨릭대학 의학부 논문집」. 4(1): 643-651.
- 류시문. 2004. 여성장애인의 사회참여가 삶의 질에 미치는 영향. 「연세사회복지 연구」. 11: 100-129.
- 문정순. 1990. 「성인의 건강신념 측정도구 개발연구」. 연세대학교 박사학위논문.
- 박계범. 1985. 「노인의 가정내 역할과 생활만족도에 관한 연구」. 성균관대학교 석사학위논문.
- 박동호. 2006. 「이동권이 지체장애인의 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구」. 경희대학교 석사학위논문.
- 박성복. 1997. 노인의 사회 · 경제적 특성과 노인교육 및 삶의 질. 「한국정책학회보」. 6(2): 153-172.
- _____. 2004. 노인의 삶의 질 연구를 위한 통합적 모형의 구성. 「한국사회와 행정연구」. 15(3): 159-179.
- 박성연 · 최혜경. 1985. 노인의 생활만족도 향상을 위한 기초 연구-가족부양체계를 중심으로 한 인과모형의 검증. 「대한가정학회지」. 23(1): 71-85.
- 박성연 · 최혜경. 1985. 노인의 생활만족도 향상을 위한 기초연구. 「대한가정학회지」. 23(1): 71-85.
- 박순천. 2004. 「직업재활에 참여중인 정신장애인의 삶의 질에 대한 연구-전북지역 정신장애인을 대상으로」. 전북대 석사학위논문.

- 박승희. 2000. 장애인의 삶의 질 구성요소에 대한 타당화 연구. 「한국장애인 재활협회」. 4(2).
- 박승희. 2002. 한국장애인의 삶의 질 측정도구 개발 연구. 「특수교육학 연구」. 37(2).
- 박영례 · 권혜진 · 김경희 · 최미혜 · 한승의. 2005. 노인의 자아존중감, 자기효능감과 삶의 질에 관한 연구. 「노인복지연구」. 29: 237-258.
- 박영미. 2005. 「유방암 환자의 삶의 질 구조모형」. 경희대학교 박사학위논문.
- 박은숙 외. 1998. 노인의 건강증진 행위 삶에 영향을 미치는 요인. 「대한간호학회지」. 28(3): 638-649.
- 박은숙 외. 1998. 노인의 삶의 질 예측모형 구축-건강관리 모형을 중심으로-. 「한국노년학」. 18(3): 37-61.
- 박재국 외. 2001. 장애인의 삶의 질의 연구동향. 「특수교육재활과학연구」. 20(2).
- 박재국. 2003. 장애인의 삶의 질 향상을 위한 이론적 고찰. 「특수아동교육연구」. 5(2): 149-166.
- 박지원. 1985. 「사회적지지 척도 개발을 위한 일 연구」. 연세대학교 박사학위논문.
- 박충선. 1998. 노년기의 생활시간과 생활만족도에 관한 연구. 「한국노년학」. 18(2): 30-46.
- 박혜진 · 이달엽 · 이승욱. 2003. 노령 장애인의 직업재활 욕구와 태도에 관한 연구. 「직업재활연구」. 13(2) 101-127.
- 방활란. 1991. 「말기 신환자의 삶의 질 측정도구 개발」. 서울대학교 석사학위논문.
- 백은령. 2003. 「지체장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-환경요인과 사회통합정도를 중심으로」. 가톨릭대학원 사회복지학과 박사학위논문.
- 백은령. 2004. 여성지체장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인. 「직업재활연

- 구」. 14(2): 255-280.
- 변소현. 1998. 「장애인 사회통합에 영향을 미치는 요인 연구: 지체장애인을 중심으로」. 이화여대 대학원.
- 서말희 · 유가효. 1999. 대구근교 농촌노인의 생활만족도에 관한 연구. 「대한가정학회지」. 37(2): 29-41.
- 서미경. 1990. 노인의 정신건강과 부양의 완충작용에 관한 연구. 「한국노년학」. 10: 68-86.
- 서미경 · 김정석. 1995. 한국노인의 생활만족도에 대한 요인분석. 「보건사회연구」. 보건사회연구원.
- 서병숙 · 오경숙. 1990. 활동을 중심으로 한 노후 적응. 「한국노년학」. 제10호.
- 서병숙. 1988. 「노후적응에 관한 연구 - 생활만족도 및 가족교류도를 중심으로 -」. 동국대박사학위논문.
- 서병숙. 1995. 사회적 지원망과 노인의 생활만족도 - 도시와 농촌의 비교. 「대한가정학회지」. 33(3): 43-57.
- 서순림 등. 1998. 노인의 일상생활 능력과 우울 및 건강문제. 「경북간호학회지」. 2(2): 37-50.
- 서용길. 1998. 「지역노인들과 비교한 시설노인들의 건강관련 삶의 질」. 전남대학교 대학원. 박사학위논문.
- 서정만. 2001. 「장애노인의 실태와 정책과제에 관한 연구」. 호서대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 서정조. 2006. 「제주도 노인의 삶의 질에 관한 조사 연구」. 제주대학교 석사학위논문.
- 성기월. 1999. 시설노인과 재가노인의 일상생활활동정도와 생활만족 정도의 비교. 「한국노년학」. 19(1): 105-117.
- 소진광. 1998. 삶의 질 개념과 도시정책적 함의. 「지역사회개발연구」. 23(1).
- 소향숙 · 정경애 · 노영희. 1997. 방사선치료 종료시기 암환자의 영양상태, 식욕상태 및 삶의 질에 관한 조사연구. 「전남간호과학논집」. 2(1):

41-56.

- 손신영. 2006. 「농촌노인의 삶의 질 모형구축」. 서울대학교 박사학위논문.
- 손용진. 2004. 장애노인의 삶의 질에 관한 연구 -장애중장년층과의 비교를 통하여. 「노인복지연구」. 25: 49-74.
- 송남호 · 이강이. 1995. 삶의 질 개념 분석에 관한 연구. 「대전전문대학 논문집」. 21: 23-32.
- 송애량. 2000. 「여가활동프로그램 중재가 시설노인의 일상생활동작, 우울 및 삶의 질에 미치는 효과」. 충남대학교 박사학위논문.
- 신도철. 1991. 한국인의 삶의 질 대연구 - 주관적 지표에 의한 분석. 「정경문화」.
- 신섭중 · 김기태 · 박병현. 1996. 노인의 삶의 질에 관한 조사연구. 「부산대사회과학논총」. 23: 43-82.
- 신성례 · 김애리. 2001. 척수손상 환자의 삶의 질 영향요인 분석 「대한간호학회지」. 34(1): 126-138.
- 신원식 외. 2002. 대구지역의 복지욕구 및 삶의 질 평가. 「복지행정논총」.
- 안영미, 2003. 노인의 삶의 의미와 자아존중감 및 정신건강과의 관계 연구. 「정신간호학회지」. 12(4): 576-585.
- 안윤정. 2004. 「만성정신분열병 환자가 지각하는 가족기능 및 가족의 지지가 삶의 질에 미치는 영향」. 대구대 석사학위논문.
- 안희정. 2000. 삶의 질 만족도 조사에 관한 연구. 「지역개발연구」. 8: 293-315.
- 양옥경. 1994. 삶의 질 만족 측정을 위한 척도개발, 「한국사회복지학」. 24: 157-198.
- 양혜주. 2001. 「혈액투석 환자의 삶의 질 모형구축」. 계명대학교 박사학위논문.
- 오복자. 1994. 「위암환자의 건강증진행위와 삶의 질 예측모형」. 서울대학교 박사학위논문.
- 오복자. 1996. 건강증진과 삶의 질 구조모형 II. 「대한간호학회지」. 23(4):

- 617-630.
- _____. 1998. 골수이식생존자의 삶의 질 의미. 「대한간호학회지」. 28(3): 760-772.
- 오승환 · 윤동성. 2006. 노인의 삶의 질 특성에 관한 연구- 도시 · 농촌 · 어촌 지역을 비교를 중심으로. 「노인복지연구」. 32: 119-147.
- 오중희. 2003. 「지체장애인의 접근권이 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구」. 전남대학교 박사학위논문.
- 오현수 · 김영란. 1997. 류마치스성 관절염 환자의 삶의 질에 대한 구조모형. 「대한간호학회지」. 27(3): 614-626.
- 오혜경 · 백은령. 2003. 장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 요인연구 - 서울지역 지체장애인을 중심으로. 「직업재활연구」. 13(2): 157-181.
- 윤경아 · 이윤화 · 이익섭. 2000. 장애노인의 사회복지서비스 욕구에 관한 연구. 「한국노년학」. 20(3): 77-91.
- 윤선이. 2002. 「노인의 삶의 질 만족도 요인에 관한 연구」. 국민대학교 석사학위논문.
- 윤혜숙 · 윤가현. 2003. 농촌지역 시각장애노인의 삶의 질 연구. 「한국노년학」. 12.
- 이규태. 1981. 장애인복지에 대한 한국인의 의식구조. 「현대사회와 장애인복지」. 아산복지재단. 46-47.
- 이달엽. 2005. 경상북도 지역 장애인의 삶의 질 개선을 위한 조사연구. 「한국지체부자유아교육학회지」. 45: 41-64.
- 이동우 · 이규식. 1997. 노인의 삶의 질.
- 이봉근. 2002. 노인의 생활만족도에 관한 도시와 농촌간의 비교연구: 수원시와 순창군을 중심으로. 경기대학교 석사학위논문.
- 이선영. 2004. 「생태체계관점에서 본 정신장애인 삶의 질 영향요인 연구」. 서울여대박사학위논문.
- 이선혜 · 이정섭. 2002. 노인의 삶의 질에 대한 개념분석. 「정신간호학회지」. 11(4): 588-595.

- 이수애. 2004. 「주관적 삶의 질 설명모형에 관한 연구」. 동신대학교 사회복지학과 박사학위논문.
- 이숙자. 1993. 「지지적 간호행위가 혈액투석 환자의 대처방식에 따라 우울과 삶의 질에 미치는 영향」. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 이신숙. 1997. 노인이 경험하는 긴장상태에 대한 사회적 지원의 완충효과. 「대한가정학회지」. 35(4): 199-210.
- 이영길. 1994. 「노인의 생활만족도에 관한 연구 - 종교 및 사회활동참여를 중심으로」. 청주대학교 석사학위논문.
- 이영호. 2006. 「장애노인의 생활실태 및 서비스 만족도에 관한 연구」. 한림대학교 사회문화대학원 석사학위논문.
- 이영희. 2002. 중년 남성의 삶의 질에 관한 연구. 「대한간호학회지」. 32(4): 539-549.
- 이용만. 2006. 「장애인의 삶의 질 향상을 위한 문화복지 증진 방안에 관한 연구」. 한일장신대학교 기독교사회복지대학원 석사학위논문.
- 이익섭 · 윤경아. 2001. 가족의 지지가 장애노인의 삶의 만족도에 미치는 영향. 「한국사회복지학」. 45: 315-340.
- 이익섭 · 윤경아. 2001. 가족의 지지가 장애노인의 삶의 만족도에 미치는 영향. 「한국사회복지학」. 45: 315-340.
- 이정순. 2006. 「장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인 연구」. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 이정원. 1997. 「노령인구의 가족형태에 따른 삶의 질에 관한 연구」. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 이종경 · 한애경. 1996. 사회적 지지 및 자아존중감과 건강증진행위와의 관계. 「성인간호학회지」. 8(1): 55-68.
- 이춘희 · 옥선화. 1994. 남자노인의 역할활동과 생활만족도. 「가족학회지」. 제6집.
- 이현송. 1997. 한국인의 삶의 질: 객관적 차원을 중심으로. 「한국사회학」. 31집 (여름호): 269-301.

- 임미영. 1998. 「한국대학생의 건강증진 행위 예측 모형구축」. 연세대학교 박사학위논문.
- 임희섭. 1996. 삶의 질의 개념적 논의. 「한국행정연구」. 5(1): 5-18.
- 장군자 외. 1996. 항암요법을 받은 폐암환자의 삶의 질. 「경북의대지」. 37(2): 387-397.
- 장나라. 2004. 「일 농촌노인의 사회적 지지의 우울과 일상생활능력이 삶의 질 수준에 미치는 영향」. 서울대학교 보건대학원 석사학위논문.
- 장현 · 이철우. 1996. 노인 생활만족도에 관한 시간적 차원의 연구. 「한국노년학」. 16(2).
- 전신현. 1996. 청소년의 삶의 질에 관한 경험적 연구. 「한국청소년 연구」. 25: 63-82.
- 전영숙. 2007. 「노인여가교육프로그램이 노인의 여가인식과 삶의 질에 미치는 영향 연구」. 서울여자대학교 대학원 박사학위논문.
- 전정자 외. 2000. 혈액투석 환자의 자아존중감, 건강증진행위와 삶의 질과의 관계연구. 「성인간호학회지」. 12(1): 146.
- 정경희 외. 2004. 2004년도 노인생활실태 및 복지욕구조사. 「보건복지포럼」. 101. 한국보건사회연구원.
- 정경희. 1997. 여성노인의 삶의 질: 현황과 정책과제. 「보건복지포럼」. 13: 43-52.
- 정명숙. 2007. 노년기 삶의 질에 영향을 미치는 요인들. 「노인복지연구」. 37: 249-274.
- 정연. 1993. 암환자의 자가간호역량과 삶의 질과의 관계. 「성인간호학회지」. 5(2): 188-201.
- 정원미 · 최숙자. 2003. 노인의 삶의 질 관련요인 분석연구. 「동남보건대학논문집」. 21(2): 193-205.
- 정추자. 1992. 「사회적 지지모임이 뇌 · 척수 손상환자를 돌보는 가족의 부담감과 삶의 질에 미치는 효과」. 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 조공호. 1996. 삶의 질과 주관적 안녕: 비교문화적 고찰. 「사회과학연구」서

- 강대학교 사회과학연구소. 5: 229-283.
- 조명한 외. 1994. 청소년의 삶의 질. 「사회과학과 정책연구」. 16(2).
- 조병은. 1990. 부모자녀간 결속도와 노부모 인생만족도. 「한국노년학」. 10: 105-124.
- 조은영. 2000. 정신장애인 편견 극복 운동-정신질환을 가진 사람들에 대한 스티그마 줄이기. 2000한국정신보건사회사업학회 춘계학술대회 자료집.
- 차용은 · 서병숙. 1996. 유료시설 거주노인의 생활만족도 영향요인. 「한국가정관리학회지」. 14(4): 129-143.
- 최수정. 2001. 「도구개발을 통한 한국노인의 삶의 질에 관한 조사연구」. 이화여대 박사학위논문.
- 최연희. 2004. 농촌노인의 우울, 사회적 지지 및 삶의 질과의 관계. 「지역사회간호학회지」. 15(2): 237-245.
- _____. 2004. 농촌지역 독거노인의 건강증진행위와 삶의 질. 「건강증진학회지」. 21(2): 87-100.
- 최영애. 2003. 노인이 지각하는 건강상태와 건강행위에 관한 연구. 「한국노년학」. 23(3): 192-142.
- 최외선 · 김한곤. 1989. 노인의 생활만족도에 관한 연구Ⅱ. 「영남대인문연구」. 10(2): 213-236
- 최은희. 2003. 「장애노인의 생활실태와 사회복지서비스 욕구에 관한 연구」. 공주대대학원 석사학위논문.
- 최정아 · 서병숙 . 1992. 도시 노인의 사회적 지원망에 관한 연구. 「한국노년학」. 12.
- 최지옥 외. 1997. 첫 입원치료 받은 정신분열병 환자의 삶의 질 추적연구. 「신경정신의학」. 36(6): 987-995.
- 최현 외. 1998. 건강수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향. 「보건행정학회지」. 8(2): 149-165.
- 하혜수. 1996. 도시정부의 삶의 질 결정요인 분석. 「한국지방자치학회보」. 30(2).

- 한금선 외. 2001. 퇴원한 만성정신질환자의 삶의 질과 영향요인에 관한 연구. 「대한간호학회지」. 22(3): 265-275.
- 한덕용. 2006. 한국문화에서 주관안녕에 관련되는 사회심리 요인들. 「한국심리학회지」. 12(5): 45-79.
- 한영란. 1997. 「만성정신장애인의 삶의 질 요인에 관한 연구」. 대구대 박사학위논문.
- 한형수. 2002. 도시장애인의 사회욕구분석과 그 정책과제에 관한 연구. 「사회복지정책」. 15: 155-181.
- _____. 2002. 「한국사회 도시노인의 삶의 질에 관한 연구」. 고려대학교 대학원 박사학위논문.
- 현승권. 2005. 노인의 건강행동과 삶의 질의 관계. 「한국스포츠리서치」. 16(3): 133-144.
- 홍숙자. 1992. 「한국거주노인과 재미교포노인의 생활만족도 비교연구」. 경희대학교 박사학위논문.
- 황보선 외. 1995. 현상학적 접근을 통한 노인의 삶의 경험. 「지역사회간호학회지」. 6(2): 133-160.
- 望月珠美. 1998. 시각장애인의 삶의 질 척도작성에 관한 연구. 「특수교육논총」. 15. 한국특수교육학회.
- 勝田和弘. 2001. 일본 장애인 QOL의 현상과 과제- 장애인 QOL과 연구의 동향을 중심으로-. 장애인의 삶의 질 개선을 위한 서비스 제공. 2001 추계 특수교육 · 재활과학 국제학술심포지움. 특수교육 · 재활과학 연구소.

3. 기타

광주 · 전남지방통계청: <http://www.nso.go.kr/office/jeonnam/index.jsp>

국가통계포털: <http://www.kosis.kr/>

보건복지부 장애인정책 : <http://able.mohw.go.kr/>

장애인사랑 나눔터: <http://friend.jeonnam.go.kr/>

전라남도청: <http://www.jeonnam.go.kr/>

통계청: <http://www.nso.go.kr/>

한국언론재단: <http://www.kinds.or.kr/>

<국외문헌>

Aaronson, N. K. 1990. Quality of life research in cancer clinical trials:
A need for common rules and languages. *Oncology*. 4: 59-66.

Ajzen, and Fishbein, M. 1975. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior:
An Introduction to Theory and Research Reading*. M. A. :
Addison-Wesley.

Alaxander, J. L. & E. P. Willems. 1981. Quality of life: some
measurement requirements. *Archives of Physical Medicine and
Rehabilitation*. 62: 261-265.

Aller, L. J. & H. Van Ess Coeling. 1995. Quality of life: Its meaning to
the long-term care resident. *Journal of Gerontological Nursing*.
21(2): 20-25.

Andrews, F. 1986. *Research on the Quality of life*. University of
Michigan.

Andrews, F. M. & S. B. Withey. 1976. *Social indicators of wellbeing*.
New York: Plenum Press.

Arthaud-Day M. L., Rode, J. C., Moony, C. H., and Near, J. P. 2005.
The subjective Well-bing Construct: A test of its convergent,
discriminat, and factorial Validity. *Social Indicators Reasearch*
74: 445-476.

Atchely, R. C. 2000. *Social Forces and Aging(9th ed.): An Introduction*

- to *Social Gerontology*. California: Wordsworth.
- Bandura, A. 1977. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs.
- _____. 1986. *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory*. NJ Prdntice-Hall.
- Bang, H. L. 1991. *Development in measurement instrument related in quality of life of teminal renal disease patients*. Seoul university master's thesis.
- Beck, A. T. et al. 1979. *Cognitive Therapy of Depression*. N. Y. : Guilford Press.
- Belcher, A. E. 1991. *Nursing aspect of quality of life enhancement in cancer patient proceedings of international symposium*. 139-141.
- Benn, A. W. 1973. Quality of life. AMLWG.
- Bertero, C. & A. C. Ek. 1993. Quality of life of adults with acute leukaemia. *Journal of Advanced Nursing*. 18: 1346-1353.
- Bowling, A. 1995. what things are important in people's lives? A survey if the public's judgements to inform scales of health related quality of life. *Soc Sci Med*. 41(10): 1447-1462.
- Bradburn, N. 1969. *The Structure of Psychological Well-being*. Chicago: Aldine.
- Burckhardt, C. S. 1985. The impact of arthritis on Quality of life. *Nursing Research*. 34(1): 11-16.
- Campbell, A. 1976. Subjective measures of well-being. *American Research*. 34(1): 117-124.
- _____. 1981. *The Sence of Well-being in America*. McGraw-Hill.
- Cella, D. F. 1994. Quality of life: concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 9(3): 186-192.
- Chaturvedi, S. K. 1991. What's Important for Quality of Life to

- Indians-in Relation to Cencer. *Social Science and Medicine*. 33: 91-94.
- Cobb, S. 1976. Social support as a moderate of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5): 300-314.
- Cohen. S. & Hoberman. H. M. 1983. Cross-cultural comparison of depression and depressive symptoms in older people. *Acta Psychiatry Scand*. 87: 369-373.
- Cowgill, D. O. & Holmes L. D. 1974. Aging and Modernization: A Revision of the Theory. In J. F. G unbrium (ed.). *Later life: Community and Environmental Policy*. Springfield. Charles C. Thomos.
- Cumming, E. & Henny, W. E. 1961. *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic books.
- Dalkey, N. C. & Roureke, D. L. 1973. The Delphi Procedure and Rating Quality of Life Factors in the Environmental Protection Agency. *The Quality of Life Concept* . Washington D.C.: E.P.A.
- Davis E. and Fine-Davis. 1991. Social Indicators of Living Condition in Ireland with European Comparisons. *Social Indicators Research* 25.
- Davis, F. 1978. Deviance Disavowal: The Management of Straction by the Visiby Handicapped. In Social and Psychological aspects of Disability, Joseph Stubbins(ed). *Baltimore/Maryland: University Park Press*. 81.
- Diener, E. & Diener, M. 1995. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 68.
- Diener, E. & Suh, E. M. (Eds.) 2000. *Culture and subjective well-being*. Cambridge: The MIT Press.

- Diener, E. 1984. Subjective well-being. *Psychological Bulletin*. 95: 542-575.
- Diener, E. 1994. Assessing Subjective Well-Being: Process and Opportunity. *Social Indicators Research*. 31: 103-157.
- Dinner, E. & Emmons, R. A. 1984. The independence positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*. 47: 1105-1117.
- Dubos, R. 1976. The state of health and quality of life. *Western Journal of Medicine*. 125: 8-9.
- Edwards, K. and Klemmack, D. 1973. Correlates of Life Satisfaction : A Reexamination. *Journal of Gerontology*. 28(4).
- Ely, P. W. 1991. *Quality of life and social integration of psychiatrically disabled citizens in community residences*. Ann Arbor. University Microfilms International.
- Environmental Protection Agency. 1973. *The Quality of Life Concept*. Washington D.C.: E.P.A.
- Evans, D. R. 1994. Enhancing Quality of Life in the Population at Large. *Social Indicators Research*. 33(1): 47-88.
- Felce, D. & Perry, J. 1995. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*. 16: 51-74.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. 1985. Quality of life Index: Development and Psychometric Properties. *Advanced in Nursing Science*. 8(1): 15-24.
- Ferrans, C. E. & Powers, M. J. 1992. Psychometric Assessment of the Quality of Life Index. *Research in Nursing and Health*. 15: 29-38.
- Ferrell. B. R., C. Wisdom, & C. Wenzel. 1989. Quality of life as an

- outcome variable in the management of cancer pain. *Cancer*. 63: 2321-2327.
- Flanagan, J. C. 1978. A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*. 33: 138-147.
- George, L. K. 1980. *Quality of life in Older Persons*. Human Science Press.
- Goodinson, S. M. & J. Singleton. 1989. Quality of life: A critical review of current concepts, measures and their clinical implications. *International Journal of Nursing Studies*. 26(4): 327-341.
- Gore, S. 1978. The effect of social in moderating the health consequences of unemployment. *J. Health Soc. Behav.* 19: 157-165.
- Gureje, O. & Ogunniyi, A. & Kola, L. & Afolabi, E. 2006. Functional Disability in Elderly Nigerians: Results from the Ibadan Study of Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 54(11): 1784-1789.
- Hair, Joseph F. Jr., Anderson, Rolph E., Tatham, Ronald L., & Black, William C. 1998. *Multivariate Data Analysis With Readings*, 5th ed. New Jersey: Prentice-Hall.
- Hanestad, B. R., & G. Albreksen. 1992. The stability of quality of life experience in people with type 1 diabetes over a period of a year. *Journal of Advanced Nursing*. 17: 777-784.
- Henshaw, P. S. 1975. The Issues, Factors, and Question, In Kaplan, S. J. Rosenberg(eds.). *Ecology and the Quality of life*.
- Holahan, C. K. and Holahan, C. J. 1987. Self-Efficacy, Social Support and Depression in Age in : A Logitudinal Analysis. *Journal of Gerontology*. 42.
- Hughes, Carolyn and Bogseon Hwang. 1996. Attempts to Conceptualize

- and Measure Quality of Life. Robert L. Schalock and Gary N. Siperstein(eds.). *Quality of Life*(Vol. D). American Association on Mental Retardation.
- Hume, A. L. 1989. Applying quality of life data in practice considerations for antihypertensive therapy. *The Journal of Daily Practice*. 28(4): 403-410.
- Jacky, C. 2005. Quality of life in older adults: Benefits from caring services in Kong. *Social Indicators Research*. 71: 291-334.
- Johanna, C. J. M. & C. E. Ferdinand. 1985. The quality of life of cancer patients: A review of the literature. *Social Science & Medicine*. 20(8): 809-817.
- Johnson, C. D., M. N. Wicks, J. Milstead, M. Hartwing, and D. K. Hathaway. 1998. Racial and gender differences in quality of following kidney transplantation. *Image: Journal of Nursing Scholarship*. 30(2): 125-130.
- Kalish, R. A. 1975. *Adulthood: Perspective on human development*. Berkeley Cole Publishing Co.
- Kennedy, L., Northcott, H & Kinzel, C. 1978. Subjective evaluation of well-being: problems and prospects. *Social Indicators Research*. 475-474.
- Killingworth, A. O., & van den Akker. 1996. The Quality of life of renal dialysis patients: trying to find the missing measurement. *Journal of the nursing Studies*. 33(1): 107-120.
- Kim, H. J., Hong, Y. S. 1995. The Effect of muscle strengthening exercise in ADL and quality of life. *The journal of Korean academy of public health nursing*. 6(1): 55-71.
- Kim, S. O., Park, Y. J. 2000. The research about health behavior and quality of life of the elderly in public health. *The journal of*

- Korean academy of geriatric nursing.* 2(1): 59-71.
- Kim, T. H., Kim, D. B., Kim, M. H., Lee, Y. J., Kim, A. S. 1998. the research of quality of life enhancement in aging process. *Gerontology in Korea.* 18(1): 150-169.
- Kivett, V. R. and Learner, R. M. 1982. Situational Influences on the Morale of Older Rural Adults in Child-Shard Housing: A Comparative Analysis. *Gerontologist.* 22.
- Krause, N. 1987. Chronic Financial Strain, Social Support, and Depression Symptoms among Older Adults. *Psychology and Aging.* 2.
- Lawton, M. P. 1991. A Multidimensional View of Quality of Life in Frail Elders. In Birren, J. E. et al.(Eds.) *The Concept and Measure of Quality of Life in the Frail Elderly.* N.Y. : Academic Press, Inc.
- Lee, Hongkoo, Kyoung-Dong Kim & Doh C. Shin. 1982. Perceptions of quality of life in an industrializing country: the case of Republic of Korea. *Social Indicators Research.* 10.
- Lehman, A. F. 1983. *Quality of life Interview: Core Version Manual.* University of Maryland. Center for Mental Health Service Research.
- Lehman, A. F., Possidnete, S. & Hawker, F. 1986. The quality of life chronic patients in a state hospital and in a community residences. *Hospital and Community Psychiatry.* 37(9): 901-907.
- Lehman, A. F., Ward, N. C., & Linn, L. S. 1982. Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry.* 139(10).
- Liang, Jersey. 1982. Sex Differences in Life Satisfaction among the

- Elderly. *Journal of Gerontology*. 37(1).
- Liu, B. C. 1976. *Quality of Life Indicators in U. S. Metropolitan Areas: A Statistical Analysis*. New York: Praeger Publication.
- Mares, A. S. 2000. *Determinants of subjective quality life among seriously mentally ill residents of board and care homes*. University Microfilms International.
- Mares, A. S. 2000. *Determinants of subjective quality of life among seriously mentally ill residents of board and care homes*. University Microfilms International.
- Medley, M. L. 1980. Life satisfaction across four stages of adult life. *International Journal of Aging and Human Development*. 11: 193-209.
- Meeberg, G. A. 1993. Quality of life: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 18: 32-38.
- Michalos, A. C. 1985. Multiple discrepancies theory. *Social Indicators Research*. 16(4): 347-416.
- Mitchell, A., Logothetti, T. J., and Kantor, R. E. 1973. An Approach to Measuring the Quality of Life in EPA. *The Quality of Life Concept*. Washington D.C. : E.P.A.
- No, Y. J. 1988. *The Analysis of quality of life in middle-aged people resident in Seoul*. Younsei university master's dissertation.
- No, Y. J., Kim, C. K. 1995. The research of physical strength, self-effect, ADL. and quality of life in the elderly resident in house and institution. *The journal of Korean academy of nursing*. 25(2): 259-278.
- Nunnally, Jum C. 1978. *Psychometric Theory*, 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- OECD. 1974. *Subjective Elements of Well-Being*.

- OECD. 1982. *The OECD List of Social Indicators*. Paris.
- Oleson, M., C. Heading, K. M. Shadick, and J. A. Bistodeau. 1994. Quality of life in long-stay institutions in England: nurse and resident perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. 20: 23-32.
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K. & H. Mohamad. 1996. *Quality of life and Mental Health Services*. London and New York.
- Oliver. M. 1996. *Understanding Disability: From theory to practice*. Macmilan.
- Padilla, G. V. and N. M. Grant. 1985. Quality of life as a cancer nursing outcome variable. *Advanced in Nursing Science*. 8(1): 45-60.
- Palmore, E. and Kivett, V. 1977. Change in Life Satisfaction: A Longitudinal Study of Persons Aged 46-70. *Journal of erontology*. 32: 311-316.
- Park, E. S., Kim, S. J., Kim, S. I., Jeon Y. J., Lee, P. S., Kim, H. J., Han, K. S. 1998. Construction of prediction model about quality of life in the elderly-focus on health management model. *Gerontology in Korea*. 18(3): 37-61.
- Pavot, W. and E. Diener. 1993. Review of Satisfaction with Life Scales. *Psychological Assessment*. 3: 164-172.
- Pender, N. J. 1996. *Health Promotion in Nursing Practice*(3rd ed). *Appleton Lange*.
- Philip, T. 2001. Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal*. 37(5).
- Ricklman, B. L., L. Galman, & H. Parra. 1994. Attachment and quality of life in older. community-residing men. *Nursing Research*. 43(2): 68-72.
- Scanlon, Thmos. 1990. *Values, Desires, and Quality of Life*. Martha C.

- Nussbaum and Amartya Sen(eds.). *The Quality of Life*. Clarendon Press.
- Schalock, R. L. 1996. Can the concept of quality of life make a difference?, In Schalock, R.I. (ed.). *Quality of life, Volume II: Application to persons with disabilities*. American Association on Mental Retardation.
- Sechrist, K. R., S. N. Walker, and N. J. Pender. 1987. Development and Psychometric Evaluation of the Exercise Benefits/Barriers Scale. *Research in Nursing Health*. 10: 357-365.
- Seybolt, D. C. 2000. *Resident factors predicting community integration and quality of life for persons with serious and persistent mental illness*. University Microfilms International.
- Seybolt, D. C. 2000. *Resident factors predicting community integration and quality of life for persons with serious and persistent metal illness*. University Microfilms International.
- Shin, Doh-C. 1981. Subjective indicators and the comparative evaluation of the quality of community life. *American Journal of Community Psychology*. 8(5): 523-535.
- Shumaker, S. A., Anderson, R. T. & Czajkowski, S. M. 1990. *Psychological tests and scales*. In-clinical Trials(ED.). N.Y: Raven press.
- Sin, H. C. 1998. Definition of quality of life related in health. *The journal of the Korean academy of family medicine*. 10(11): 1008-1015.
- Song, A. L. 2001. *The effect of recreation program intervention for ADL. depression and quality of life of the elderly resident in institution*. Chungnam university master's dissertation.
- Sprangers, M. 외]. 1999. Integrating response shift into health-related

- quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*. 48: 1507-1515.
- Stewart, F. 1996. Base needs, capabilities, and human development. In A Offer(ed). *In Pursuit of the Quality of Life*: 47-65. Oxford University.
- Stolar, G. and Elaine, MacEntee. I. 1992. Seniors Assessment of their Health and Life Satisfaction: The Case for Contextual Evaluation. *International Journal of Aging and Human Development*. 35(4).
- Szalai, A. & Andrews, F. 1980. *Quality of life: Comparative Studies*. Sage Publication: London.
- Tartar, R. E., S. Erb., P. A. Biller., J. Switala., and D. H. van Thiel. 1988. The quality of life following liver transplantation: a preliminary report. *Gastroenterology Clinics of North America*. 17(1): 207-217.
- Taş, m. & Verhagen, A. P. & Bierma-Zeinstra, S. M. & Hofman, A. & Odding, E. & Pols, H. A. & Koes, B. W. 2007. Incidence and risk factors of disability in the elderly: The Rotterdam Study. *Preventive medicine* . 44(3): 272-278.
- Torrance, G. N. 1987. Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of Chronic Disease*. 40(6): 593-600.
- Veenhoven, R. 1991. Is happiness relative?. *Social Indicators Research*. 24(1).
- Veenhoven, R., & J. Ehrhardt. 1994. The cross-national pattern of happiness: Test of prediction implied in three theories of happiness. *Social Indicators Research*. 34: 33-68.
- Walker, S. R. & Rosser, R. M. 1988. *Quality of Life Assessment and Application*. MTP.
- Wallston, B. S., Alagna, S. W. & Devellis, B. M. 1983. Social support

- and physical health. *Health Psychology*. 2(4): 367-391.
- Ward, R. 1979. The Meaning of Voluntary Association Participation to Older People. *Journal of Gerontology*. 34(3): 438-445.
- Ware, J. E. 1993. *SF-36 Health Survey: Manual and interpretation guide*. Boston, Massachusetts: The Health Institute. New England Medical Center.
- Watanskij, P., and B. McElmurry. 1995. Measuring quality of life in Thai and US communities. *International of Nursing Review*. 42: 121-124.
- Yang, S. M. 1997. Donga new Korean language dictionary. Donga publish company.
- Yoon, H. S. 1997. Factors affecting quality of life of the Korean aged stroke patients. *International Journal of Aging and Human Development*. 44(3): 167-181.
- Young, K. J. & Longman, A. J. 1983. Quality of life and person with melanoma: Pilot Study. *Canter Nursing*. 19(3): 2-21.
- Young, P. J. 1973. Data Requirements for a Quality Growth Policy in EPA. *The Quality of Life Concept*. EPA Publication.
- Zhan, L. 1992. Quality of life: conceptual and measurement issues. *Journal of Advanced Nursing*. 17: 795-800.

장애노인의 삶의 질 영향요인 분석

안녕하세요?

본 설문조사는 장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 여러 요인들을 파악하여 장애노인들의 삶의 질 향상을 위한 기초자료로 이용하고자 합니다.

어르신의 솔직한 응답은 장애노인의 사회통합과 삶의 질 향상을 위한 귀중한 자료로 활용될 것입니다. 또한 본 설문은 **무기명**으로 이루어지며, 통계법 제7조에 의거, 응답하신 내용은 **철저하게 비밀이 보장**됩니다.

다소 번거우시더라도 애써 작성해주신 질문지가 유용하게 사용될 수 있도록 **한 문항도 빠짐없이 솔직하게 작성해 주시기 바랍니다.**

귀한 시간을 내어 연구에 협조에 주심을 진심으로 감사드립니다.
끝으로 귀댁의 평안을 기원합니다.

2007년 7월

조선대학교 대학원 행정학과(사회복지학전공) 박사과정

지도교수: 김 용 섭

연구자: 김 형 수

설문지 관련문의: lodkhs@kornet.net / 011-9451-2716

본 설문의 응답 대상자는 65세 이상 등록 장애인중 지체장애, 시각장애, 언어장애, 청각장애, 뇌병변장애가 있으신 분만 설문에 응답해 주시기 바랍니다.

I. 다음은 <지각된 장애성>에 대한 질문입니다.

문항을 읽고 어르신께서 생각하시는 것과 일치하는 칸에 √표하여 주십시오.

항 목	거의 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 건강검진이나 재활치료를 위한 경제적 여유(진찰비 등)가 없다.					
2. 주변에 쉽게 사용할 수 있는 재활시설이 없다.					
3. 아무것도 할 의욕이 없다.					
4. 내 자신의 건강만을 위해 돌봐주는 가족에게 짐이 되는 것이 부담스럽다.					
5. 운동을 해도 눈에 띄는 효과가 없어 나태해지고 게을리 하게 된다.					
6. 운송장비(자동차 등)가 갖춰지지 않아 운동이나 검진을 받으려 다닐 수 없다.					

II. 다음은 <경제수준>에 대한 질문입니다.

다음은 어르신께서 주관적으로 느끼시는 경제적 상태에 관한 질문입니다.

해당하는 사항에 V표를 해 주십시오.

문 항	전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통 이다	그런 편이다	매우 그렇다
1. 생활하면서 경제적으로 어려움을 느끼고 있다					
2. 현재의 경제 상태는 10년 전과 비교해 나아졌다.					
3. 현재의 경제 상태에 만족한다.					

III. 다음은 <사회적 지지>에 관한 질문입니다.

어르신께서 **가족, 친구, 가까운 주변 사람들**로부터 받고 있는 사회적 지지에 대해서 어르신께서 느끼시는 정도와 가장 일치하는 곳에 V표 해 주시기 바랍니다.(자신의 느낌과 정확히 일치하는 것이 없다면 가장 비슷한 곳에 표시해 주세요)

사회적 지지	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통 이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 나의 가족은 진정으로 나를 도우려고 애쓴다.					
2. 나는 나의 가족으로부터 내가 필요로 하는 정서적 도움과 지지를 받는다.					
3. 나에게는 나를 편안하게 해 주는 특별한 사람들이 있다.					
4. 나의 친구나 주변사람들은 나를 진정 도우려고 한다.					
5. 나는 기쁨과 슬픔을 나눌 친구나 주변사람이 있다.					

IV. 다음은 장애인에 대한 <사회적 인식>에 대한 느낌을 묻는 질문입니다.

장애인에 대한 사회적 인식과 태도에 대해 어르신께서 평소에 느끼시는 것과 가장 일치하는 곳에 √표 해 주시기 바랍니다.

문 항	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통 이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 사람들은 대부분 장애인을 가까운 친구로 받아들일 것이다.					
2. 대부분의 사람들은 장애인도 비장애인만큼 가치 있다고 믿는다.					
3. 내가 살고 있는 지역사람들은 대부분 장애인을 똑같이 대우한다.					

V. 다음은 <사회활동 참여>에 대한 질문입니다.

어르신께서는 평소 사회활동에 얼마나 참여하고 계십니까? 해당되는 곳에 √표를 해 주시기 바랍니다.

사회활동 참여	전혀 안한다	대체로 안한다	보통 이다	대체로 한다	매우자주 한다
1. 친척 방문 및 모임참석(돌, 회갑 등)					
2. 주변의 절친한 사람 방문(친구, 이웃, 직장 동료 방문 및 모임참석)					
3. 사회활동 참여(친목회, 자원봉사활동, 정치 단체참여 등)					
4. 종교활동(교회, 절, 성당활동 등)					
5. 쇼핑하기					

VI. 다음은 일상생활을 하시는 <물리적 환경>의 편리한 정도를 묻는 질문입니다.

다음 질문에 대해 어르신의 느낌과 가장 가까운 것에 V표 해 주세요.

물리적 환경	편리한 정도(느낌)				
	매우 불편하다	대체로 불편하다	보통이다	대체로 편리하다	매우 편리하다
1. 생활하고 있는 집 내부 (예: 화장실 손잡이, 출입문과 문턱 제거)					

2. 생활하고 있는 동네(예: 슈퍼마켓, 은행, 시장, 종교시설, 의료시설 등)

2-1 시설이용에 필요한 시설 (예: 전용화장실, 승강기, 출입구 및 출입문턱 제거, 통로 확보, 점자블록, 음성신호기 등)					
2-2 이동에 필요한 시설 (보행장애물, 횡단보도, 전용주차장, 저상버스 등)					

3. 주로 활동하는 동네 이외 지역 (예: 직장, 학교 및 단체 소재지, 의료시설, 복지시설 등)

3-1 시설이용에 필요한 시설 (예: 전용화장실, 승강기, 출입구 및 출입문턱 제거, 통로 확보, 점자블록, 음성신호기 등)					
3-2 이동에 필요한 시설 (보행장애물, 횡단보도, 전용주차장 등)					

VII. 다음은 <일상생활능력>을 묻는 질문입니다.

일상생활을 위해 다른 사람의 도움이 얼마나 필요하십니까? 어르신께서 해당하는 곳에 √표를 해 주세요.

일상생활	매우 필요하다	대체로 필요하다	보통	대체로 필요없다	전혀 필요없다
1. 개인위생(양치질, 머리빗기, 세면 등)					
2. 목욕하기					
3. 식사하기					
4. 화장실 사용하기					
5. 옷 입고 벗기(신발 끈 묶기 등 포함)					
6. 앉고 일어서기					
7. 계단 오르내리기					
8. 보행하기					
9. 대중교통이용(버스, 지하철, 택시등)					

VIII. 다음은 <자기효능감>에 관한 질문입니다.

다음은 어르신인 태도나 생각에 관한 문항들입니다.

자신의 현재 상태를 잘 표현한 곳에 V표 해 주십시오.

문 항	전혀 그렇지 않다	대체로 그렇지 않다	보통 이다	대체로 그렇다	매우 그렇다
1. 나는 중요한 목표를 설정하면 그 목표를 성취할 수 있다.					
2. 나는 어떤 일이 아주 복잡하게 보여도 시도해 보려고 노력한다.					
3. 나는 무엇인가 수행할 일이 결정되면 곧 시작한다.					
4. 나는 예기치 않은 문제가 생겨도 그러한 일들을 잘 처리할 수 있다.					
5. 나는 일이 아주 어렵게 보여도 배우려고 노력한다.					

IX. 다음은 <삶의 질>에 대한 질문입니다.

문항을 읽고 어르신께서 생각하시는 것과 일치하는 란에 V표하여 주십시오.

1. 어르신은 어르신의 삶의 질을 어떻게 평가하겠습니까?
 1) 매우 나쁨 () 2) 나쁨 () 3) 나쁘지도 좋지도 않음 ()
 4) 좋음 () 5) 매우 좋음 ()
2. 어르신은 어르신의 건강상태에 대해 얼마나 만족하고 계십니까?
 1) 매우 불만족 () 2) 불만족 () 3) 만족하지도 불만족하지도 않음 ()
 4) 좋음 () 5) 매우 만족 ()

3. 어르신은 침울한 기분, 절망, 불안, 우울감과 같은 부정적인 감정을 얼마나 자주 느끼니까?

- 1) 전혀 아니다 () 2) 드물게 그렇다 () 3) 제법 그렇다 ()
 4) 매우 자주 그렇다 () 5) 항상 그렇다 ()

* 다음은 어르신께서 어떤 것들을 얼마나 많이 경험하였으며 혹은 할 수 있었는지에 대해 묻는 질문입니다.

문 항	전혀 아니다	약간 그렇다	그렇다	많이 그렇다	매우 많이 그렇다
4. 인생을 얼마나 즐기십니까?					
5. 어르신의 삶이 어느 정도 의미 있다고 느끼십니까?					

* 다음은 어르신의 삶의 다양한 영역에 대해 얼마나 만족했고, 행복했고, 좋았는지를 묻는 질문입니다.

문 항	매우 불만족	불만족	보통	만족	매우 만족
6. 일상생활의 활동을 수행하는 능력에 대해 얼마나 만족하고 있습니까?					
7. 개인적 대인관계에 얼마나 만족하십니까?					
8. 당신은 당신이 살고 있는 장소의 상태에 대해 얼마나 만족하고 있습니까?					

X. 다음은 <일반적인 사항>에 관한 질문입니다.

어르신께서 해당하는 사항에 적절한 기록을 하시거나 √표하여 주십시오.

1. 성별은? 1) 남자 () 2) 여자 ()
2. 연령은? 만 ()세
3. 결혼상태는?
 - 1) 기혼 () 2) 미혼 () 3) 이혼 () 4) 별거 () 5) 사별 () 6) 기타 ()
4. 종교는?
 - 1) 기독교 () 2) 천주교 () 3) 불교 ()
 - 4) 기타 () 5) 없음 ()
5. 최종학력은?
 - 1) 무학 () 2) 초등졸 () 3) 중졸 () 4) 고졸 ()
 - 5) 전문대졸 () 6) 대학교졸 이상 ()
6. 동거가족은 어떻게 되십니까?
 - 1) 독거(혼자) () 2) 부부 () 3) 미혼자녀 () 4) 기혼아들 ()
 - 5) 기혼딸 () 6) 손자, 손녀 () 7) 친구, 친척 () 8) 기타 ()
7. 현재 기초생활수급자이십니까?
 - 1) 예 () 2) 아니오 ()
8. 주된 장애와 급수는?
 - 1) 지체장애 ____ 급 2) 뇌병변장애 ____ 급 3) 시각장애 ____ 급
 - 4) 언어장애 ____ 급 5) 청각장애 ____ 급
9. 중복장애를 가지고 계신가요?
 - 1) 예 () 2) 아니오 ()
10. 장애원인은 무엇입니까?
 - 1) 선천적 () 2) 질병 () 3) 교통사고 ()
 - 4) 산업재해 () 5) 기타 ()
11. 장애를 갖고 생활한 기간은? ()년 ()개월
12. 장애인이라는 이유로 차별을 당한 경험이 있으십니까?
 - 1) 매우 많이있다 () 2) 많이있다 () 3) 보통이다 ()
 - 4) 약간있다 () 5) 전혀없다 ()

13. 가구의 월 총수입은 현재 어느 정도 되시나요?

(현재 동거하고 계신분의 수입을 포함한 총 수입)

- 1) 40만 원 이하 () 2) 41-80만원 () 3) 81-120만원 ()
4) 121-160만원 () 5) 161-200만원 () 6) 201만 원 이상 ()

- 응답해 주셔서 감사합니다. -

<부록 2>

특성별 차이분석 결과표

<표 1> 성별 t-test

변 수	남	여	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.1611 (.83719)	3.4054 (.73118)	2.062	.152
2. 경제수준	2.7867 (.48937)	2.8124 (.49761)	.069	.793
3. 사회적 지지	3.1763 (.77926)	3.1944 (.73749)	.362	.548
4. 사회적 인식	2.7788 (.69811)	2.7579 (.65538)	.877	.349
5. 물리적 환경	2.6483 (.79315)	2.5758 (.77879)	.017	.897
6. 사회활동 참여	2.5725 (.85779)	2.5563 (.83035)	.598	.440
7. 자기효능감	2.8066 (.77124)	2.5851 (.73482)	.021	.884
8. 일상생활능력	3.4329 (1.07436)	3.4072 (1.14052)	.810	.369
9. 삶의 질	2.5741 (.52899)	2.5163 (.49812)	.917	.339
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 2> 기초생활수급자여부 t-test

변 수	수급자	비수급자	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.4232 (.80260)	3.1951 (.77845)	.077	.782
2. 경제수준	2.8004 (.52394)	2.7984 (.47400)	.511	.475

3. 사회적 지지	2.9437 (.86648)	3.3426 (.63353)	21.494	.000**
4. 사회적 인식	2.6826 (.63246)	2.8269 (.69908)	3.130	.078
5. 물리적 환경	2.5377 (.76455)	2.6636 (.79590)	.313	.576
6. 사회활동 참여	2.3772 (.83144)	2.6876 (.83050)	.184	.669
7. 자기효능감	2.5090 (.72634)	2.8171 (.75949)	.141	.707
8. 일상생활능력	3.3054 (1.18858)	3.4940 (1.04883)	5.755	.017*
9. 삶의 질	2.4192 (.51467)	2.6269 (.49841)	.478	.490
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 3> 중복장애여부 t-test

변 수	중복장애	단독장애	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.4258 (.88625)	3.2519 (.76888)	2.872	.091
2. 경제수준	2.8667 (.44247)	2.7842 (.50344)	.310	.578
3. 사회적 지지	3.1500 (.81846)	3.1936 (.74388)	.911	.340
4. 사회적 인식	2.5750 (.71938)	2.8141 (.65873)	.744	.389
5. 물리적 환경	2.4025 (.81287)	2.6601 (.77263)	.156	.693
6. 사회활동 참여	2.3900 (.79103)	2.6046 (.85070)	1.237	.267
7. 자기효능감	2.5850 (.83273)	2.7202 (.74156)	4.965	.026*
8. 일상생활능력	3.4583 (1.14374)	3.4110 (1.09986)	.232	.631

9. 삶의 질	2.4594 (.53136)	2.5647 (.50846)	.455	.500
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 4> 지체장애 경증별 t-test

변 수	중증(68)	경증(123)	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.5025 (.75062)	3.2927 (.76207)	.068	.795
2. 경제수준	2.8578 (.46544)	2.7561 (.44163)	.389	.534
3. 사회적 지지	3.1353 (.81731)	3.1837 (.72047)	1.748	.188
4. 사회적 인식	2.8971 (.68448)	2.8753 (.63360)	.701	.404
5. 물리적 환경	2.4324 (.94544)	2.6146 (.73515)	3.984	.047*
6. 사회활동 참여	2.2765 (.90836)	2.6455 (.72012)	4.593	.033*
7. 자기효능감	2.7353 (.87037)	2.8130 (.65674)	8.504	.004**
8. 일상생활능력	3.0539 (1.05854)	3.5691 (1.03409)	.054	.817
9. 삶의 질	2.4375 (.56255)	2.5325 (.47581)	2.909	.090
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 5> 뇌병변장애 경증별 t-test

변 수	중증(49)	경증(11)	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.4966 (.84539)	3.1364 (.49339)	5.490	.023*

2. 경제수준	2.6054 (.44966)	2.7576 (.39696)	.004	.951
3. 사회적 지지	3.0857 (.71647)	3.3455 (.63303)	.003	.956
4. 사회적 인식	2.6667 (.64190)	2.6970 (.82266)	1.404	.241
5. 물리적 환경	2.4653 (.71576)	2.5455 (.87220)	.941	.336
6. 사회활동 참여	2.0367 (.84722)	2.8545 (.75414)	1.030	.314
7. 자기효능감	2.2490 (.77409)	2.6182 (.68384)	1.091	.301
8. 일상생활능력	2.4059 (.84758)	3.1717 (.99921)	.045	.833
9. 삶의 질	2.3367 (.44209)	2.6818 (.28153)	4.880	.031*
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 6> 시각장애 경증별 t-test

변 수	중증(20)	경증(43)	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.3000 (.74457)	3.0000 (.74358)	.033	.857
2. 경제수준	3.0000 (.60214)	2.8527 (.38697)	4.222	.044*
3. 사회적 지지	3.1900 (.84722)	3.3302 (.66316)	1.286	.261
4. 사회적 인식	2.5500 (.71961)	2.8992 (.59333)	.935	.337
5. 물리적 환경	2.4100 (.78533)	2.9860 (.70020)	1.302	.258
6. 사회활동 참여	2.5300 (.88562)	2.8791 (.79778)	.242	.625
7. 자기효능감	2.4800 (.86912)	2.9535 (.62767)	6.111	.016*

8. 일상생활능력	2.7667 (.82355)	3.8863 (.91864)	1.678	.200
9. 삶의 질	2.5250 (.55695)	2.6890 (.42202)	1.143	.289
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 7> 청각장애 경증별 t-test

변 수	중증(34)	경증(48)	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	2.2419 (.93283)	3.2153 (.68413)	6.527	.013*
2. 경제수준	2.8039 (.54506)	2.7917 (.62124)	.173	.679
3. 사회적 지지	3.3765 (.78434)	3.1167 (.69507)	.359	.551
4. 사회적 인식	2.6373 (.77141)	2.7500 (.66844)	2.184	.143
5. 물리적 환경	2.8647 (.82934)	2.6625 (.71478)	.580	.449
6. 사회활동 참여	3.1118 (.81826)	2.6125 (.72922)	2.023	.159
7. 자기효능감	2.6235 (.68182)	2.8125 (.76119)	.477	.492
8. 일상생활능력	4.1863 (.92102)	3.5648 (.96043)	.076	.784
9. 삶의 질	2.7537 (.54136)	2.6146 (.54446)	.227	.635
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 8> 언어장애 경증별 t-test

변 수	중증(20)	경증(10)	t	P
	Mean (std.)	Mean (std.)		
1. 지각된 장애성	3.4250 (.75988)	3.2333 (1.21767)	4.068	.041*
2. 경제수준	2.8833 (.55436)	3.1667 (.47791)	1.353	.255
3. 사회적 지지	3.0400 (1.03537)	3.2000 (.94281)	.347	.560
4. 사회적 인식	2.3667 (.57124)	2.4000 (.81347)	1.209	.281
5. 물리적 환경	2.5200 (.71200)	2.4600 (.57388)	1.385	.249
6. 사회활동 참여	2.6100 (.87413)	2.3200 (.66131)	2.116	.157
7. 자기효능감	2.5400 (.87323)	2.5400 (.66030)	2.908	.099
8. 일상생활능력	4.3000 (1.05662)	3.5556 (1.17822)	.196	.662
9. 삶의 질	2.6563 (.64873)	2.4500 (.49018)	2.055	.163
* : P < 0.05 ** : P < 0.01				

<표 9> 연령별 차이에 의한 분산분석

구 분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	65-69세	3.2124	.77682	.05696	1.900	.151
	70-79세	3.3132	.77931	.05654		
	80세 이상	3.4433	.89380	.12640		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	65-69세	2.7724	.48167	.03532	.798	.451
	70-79세	2.8333	.48097	.03489		
	80세 이상	2.7733	.57711	.08162		
	합계	2.7997	.49313	.02389		

3. 사회적 지지	65-69세	3.2237	.77938	.05715	.806	.447
	70-79세	3.1779	.74360	.05395		
	80세 이상	3.0720	.73040	.10329		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	65-69세	2.7760	.69791	.05117	.081	.922
	70-79세	2.7719	.63739	.04624		
	80세 이상	2.7333	.74688	.10562		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	65-69세	2.6860	.74160	.05438	1.937	.145
	70-79세	2.5789	.80526	.05842		
	80세 이상	2.4600	.85452	.12085		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회활동 참여	65-69세	2.7215	.82768	.05438	7.368	.001**
	70-79세	2.4895	.82616	.05842		
	80세 이상	2.2640	.85946	.12085		
	합계	2.5643	.84310	.03807		
7. 자기 효능감	65-69세	2.7882	.74229	.05443	3.913	.021*
	70-79세	2.6642	.77274	.05606		
	80세 이상	2.4640	.73450	.10387		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	65-69세	3.6661	1.09151	.08003	10.441	.000**
	70-79세	3.2994	1.10941	.08049		
	80세 이상	2.9622	.94003	.13294		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		
9. 삶의 질	65-69세	2.5948	.49560	.03634	1.696	.185
	70-79세	2.5151	.53870	.03908		
	80세 이상	2.4725	.47467	.06713		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 10> 결혼상태별 차이에 의한 분산분석

구 분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	기혼	3.2177	.83901	.05670	2.191	.043*
	미혼	3.0533	.85894	.17179		
	이혼	3.5000	.59835	.18922		
	별거	3.7500	.21517	.10758		
	사별	3.3620	.71392	.05698		
	기타	3.5333	.80046	.25313		
	합계	3.2844	.79403	.03847		

2. 경제수준	기혼	2.8021	.50017	.03380	.905	.491
	미혼	2.7733	.58310	.11662		
	이혼	2.6667	.35136	.11111		
	별거	2.4167	.56928	.28464		
	사별	2.8301	.47833	.03817		
	기타	2.6667	.41574	.13147		
	합계	2.7997	.49313	.02389		
3. 사회적 지지	기혼	3.2511	.74485	.05033	2.084	.054
	미혼	2.9840	.73919	.14784		
	이혼	2.6400	1.11475	.35251		
	별거	2.9000	.93095	.46547		
	사별	3.1490	.73656	.05878		
	기타	3.5400	.69952	.22121		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	기혼	2.7930	.71018	.04799	.852	.530
	미혼	2.6800	.68367	.13673		
	이혼	2.5667	.86138	.27239		
	별거	3.0833	.83333	.41667		
	사별	2.7452	.60168	.04802		
	기타	3.0000	.78567	.24845		
	합계	2.7692	.65615	.03276		
5. 물리적 환경	기혼	2.6292	.78977	.05337	2.261	.037*
	미혼	2.9760	.80482	.16096		
	이혼	2.7600	.71056	.22470		
	별거	2.7500	.37859	.18930		
	사별	2.5592	.76619	.06115		
	기타	2.0000	.82731	.26162		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회활동 참여	기혼	2.5717	.84773	.05728	1.397	.214
	미혼	2.8880	.80639	.16128		
	이혼	2.5400	1.27558	.40337		
	별거	2.8500	.77244	.38622		
	사별	2.5070	.80273	.06406		
	기타	2.5600	.87838	.27777		
	합계	2.5643	.84310	.04085		
7. 자기 효능감	기혼	2.7909	.77927	.05266	2.265	.037*
	미혼	2.8560	.62589	.12518		
	이혼	2.7000	1.04669	.33099		
	별거	2.1500	.30000	.15000		
	사별	2.5490	.70671	.05640		
	기타	2.7600	.95126	.30081		
	합계	2.6948	.76032	.03684		

8. 일상생활 능력	기혼	3.4221	1.11262	.07518	.566	.757
	미혼	3.3733	1.07386	.21477		
	이혼	3.6111	1.20385	.38069		
	별거	3.9444	.54810	.27405		
	사별	3.3984	1.12485	.08977		
	기타	3.5778	.92933	.29388		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		
9. 삶의 질	기혼	2.5525	.54901	.03710	2.068	.056
	미혼	2.8250	.44047	.08809		
	이혼	2.3000	.62138	.19650		
	별거	2.5000	.39528	.19764		
	사별	2.6375	.45499	.03631		
	기타	2.0000	.51522	.16293		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 11> 종교별 차이에 의한 분산분석

구 분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	기독교	3.2850	.83867	.80108	1.072	.375
	천주교	3.1319	.98782	.20164		
	불교	3.2724	.75401	.07394		
	기타	3.7879	.691955	.18680		
	없음	3.2812	.76870	.05746		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	기독교	2.8411	.54628	.05281	1.297	.264
	천주교	2.7778	.61122	.12476		
	불교	2.8622	.43970	.04312		
	기타	2.6061	.32722	.09866		
	없음	2.7561	.47741	.03568		
	합계	2.7997	.49313	.02389		
3. 사회적 지지	기독교	3.2019	.81101	.07840	1.184	.316
	천주교	3.0917	.58675	.11977		
	불교	3.3115	.68596	.06726		
	기타	3.3091	.08578	.32737		
	없음	3.1050	.75946	.05676		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	기독교	2.6947	.70803	.06845	1.836	.105
	천주교	2.5556	.52628	.10743		
	불교	2.8910	.63931	.06269		

	기타	2.6667	.57735	.17408		
	없음	2.7728	.69187	.05171		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	기독교	2.6617	.77333	.07476	.986	.426
	천주교	2.8000	.73188	.14939		
	불교	2.5404	.83463	.08184		
	기타	2.4182	.67204	.20263		
	없음	2.6045	.77690	.05807		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
	기독교	2.8579	.85031	.08220		
천주교	3.1000	.68015	.13884			
불교	2.6750	.78441	.07692			
기타	2.5091	.82638	.24916			
없음	2.2559	.78669	.05880			
합계	2.5643	.84310	.04085			
7. 자기 효능감	기독교	2.7383	.83300	.08053	.581	.715
	천주교	2.7833	.60982	.12448		
	불교	2.6923	.75036	.07358		
	기타	2.9455	.80844	.24285		
	없음	2.6413	.73978	.05529		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	기독교	3.4808	1.18150	.11422	.352	.881
	천주교	3.3750	.98011	.20006		
	불교	3.4017	1.04028	.10201		
	기타	3.1818	1.13123	.34108		
	없음	3.4091	1.12263	.08391		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		
9. 삶의 질	기독교	2.6308	.62161	.06006	3.025	.011*
	천주교	2.6458	.48154	.09829		
	불교	2.6010	.47129	.04621		
	기타	2.1705	.41560	.12531		
	없음	2.4714	.45876	.03429		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 12> 학력별 차이에 의한 분산분석

구분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	무학	3.3820	.78622	.05893	2.614	.024*
	초등졸	3.3080	.79150	.06053		
	중졸	3.0543	.66764	.09844		
	고졸	2.9487	.87276	.17116		
	전문대졸	3.0000	.23570	.16667		
	대학교졸이상	2.7778	1.54860	.89408		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	무학	2.7865	.48258	.03617	1.282	.271
	초등졸	2.7602	.46197	.03533		
	중졸	2.8913	.61284	.09036		
	고졸	2.9487	.50502	.09904		
	전문대졸	3.1667	.70711	.50000		
	대학교졸이상	2.8889	.50918	.29397		
	합계	2.7997	.49313	.02389		
3. 사회적 지지	무학	3.0697	.82509	.06184	3.237	.007**
	초등졸	3.2211	.70496	.05391		
	중졸	3.3609	.60900	.08979		
	고졸	3.4615	.61128	.11988		
	전문대졸	2.1000	.70711	.50000		
	대학교졸이상	3.6667	1.30128	.75130		
합계	3.1854	.75763	.03671			
4. 사회적 인식	무학	2.7790	.63965	.04794	1.276	.273
	초등졸	2.7290	.70201	.05368		
	중졸	2.8913	.64427	.09499		
	고졸	2.7949	.73682	.14450		
	전문대졸	1.8333	.23570	.16667		
	대학교졸이상	3.0000	1.20185	.69389		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	무학	2.6404	.75923	.05691	1.657	.144
	초등졸	2.5380	.84944	.06496		
	중졸	2.7000	.66366	.09785		
	고졸	2.5846	.67391	.13216		
	전문대졸	3.2000	1.13137	.80000		
	대학교졸이상	3.6000	.34641	.20000		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회활동 참여	무학	2.4090	.82416	.06177	3.125	.009**
	초등졸	2.6023	.85323	.06525		
	중졸	2.7783	.75687	.11159		

	고졸	2.9154	.76351	.14974		
	전문대졸	2.9000	1.83848	1.30000		
	대학교졸이상	3.0667	1.33167	.76884		
	합계	2.5643	.84310	.04085		
7. 자기 효능감	무학	2.5034	.75382	.05650	6.724	.000**
	초등졸	2.7380	.70068	.05358		
	중졸	2.9609	.75850	.11183		
	고졸	3.1385	.67116	.13163		
	전문대졸	3.9000	.98995	.70000		
	대학교졸이상	2.8667	1.62891	.94045		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	무학	3.4663	1.17903	.08837	.244	.942
	초등졸	3.3944	1.08138	.08270		
	중졸	3.3599	.95098	.14021		
	고졸	3.3162	.96696	.18964		
	전문대졸	3.8889	.15713	.11111		
	대학교졸이상	3.6296	2.27800	1.31521		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		
9. 삶의 질	무학	2.4431	.50054	.03752	5.887	.000**
	초등졸	2.5439	.48307	.03694		
	중졸	2.7255	.49974	.07368		
	고졸	2.7981	.51487	.10098		
	전문대졸	3.3125	.97227	.68750		
	대학교졸이상	3.1667	1.01036	.58333		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 13> 동거가족별 차이에 의한 분산분석

구 분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	독거	3.4033	.67072	.05270	3.037	.049*
	부부	3.1989	.85767	.06289		
	자식 및 기타	3.2415	.85011	.09626		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	독거	2.7798	.46871	.03683	.712	.491
	부부	2.8315	.49045	.03596		
	자식 및 기타	2.7650	.54814	.06206		
	합계	2.7997	.49313	.02389		

3. 사회적 지지	독거	2.9617	.75545	.05935	11.986	.000**
	부부	3.3226	.72844	.05341		
	자식 및 기타	3.3231	.72809	.08244		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	독거	2.7387	.64319	.05053	1.095	.335
	부부	2.8226	.68983	.05058		
	자식 및 기타	2.7051	.70860	.08023		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	독거	2.5741	.73565	.05780	.316	.729
	부부	2.6290	.77628	.05692		
	자식 및 기타	2.6487	.90779	.10279		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회활동 참여	독거	2.5062	.82543	.06485	.847	.429
	부부	2.6226	.85495	.06269		
	자식 및 기타	2.5462	.85260	.09654		
	합계	2.5643	.84310	.04085		
7. 자기 효능감	독거	2.5765	.74346	.05841	3.200	.042*
	부부	2.7699	.77191	.05660		
	자식 및 기타	2.7615	.74559	.08442		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	독거	3.4568	1.07812	.08470	1.948	.144
	부부	3.4809	1.14498	.08395		
	자식 및 기타	3.1980	1.05935	.11995		
	합계	3.4199	1.1.702	.05364		
9. 삶의 질	독거	2.4877	.47781	.03754	2.891	.057
	부부	2.5477	.54089	.03966		
	자식 및 기타	2.6571	.50743	.05745		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 14> 장애인인별 차이에 의한 분산분석

구 분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	선천적	3.3878	.84120	.12017	1.123	.346
	질병	3.2834	.77923	.05290		
	교통사고	3.2879	.61879	.09329		
	산업재해	3.0714	.68022	.14844		
	기타	3.2747	.89110	.09341		
	합계	3.2844	.79403	.03847		

2. 경제수준	선천적	2.9388	.46980	.06711	.951	.474
	질병	2.7604	.48318	.03280		
	교통사고	2.8258	.46898	.07064		
	산업재해	2.9048	.44898	.09798		
	기타	2.7875	.54776	.05742		
	합계	2.7997	.49313	.02389		
3. 사회적 지지	선천적	3.1143	.81035	.11576	1.704	.096
	질병	3.1364	.80451	.05461		
	교통사고	3.1500	.65716	.09907		
	산업재해	3.5048	.54266	.11842		
	기타	3.2505	.67039	.07028		
	합계	3.8000	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	선천적	2.5510	.58749	.08393	2.159	.030*
	질병	2.7250	.70176	.04764		
	교통사고	2.9470	.54248	.08178		
	산업재해	2.9683	.94813	.20690		
	기타	2.8791	.60556	.06348		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	선천적	2.5347	.67748	.09678	.992	.441
	질병	2.5751	.83993	.05702		
	교통사고	2.7818	.58320	.08792		
	산업재해	2.5238	.83061	.18125		
	기타	2.6813	.77973	.08174		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회활동 참여	선천적	2.6531	.87633	.12519	1.038	.406
	질병	2.4986	.85810	.05825		
	교통사고	2.5545	.78339	.11810		
	산업재해	2.7810	.71528	.15609		
	기타	2.6440	.84106	.08817		
	합계	2.5643	.84310	.04085		
7. 자기 효능감	선천적	2.6898	.76492	.10927	2.705	.007**
	질병	2.5843	.75519	.05127		
	교통사고	2.9364	.73043	.11012		
	산업재해	2.9238	.87287	.19048		
	기타	2.8066	.70013	.07339		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	선천적	4.0068	1.08141	.15449	4.273	.000**
	질병	3.3359	1.13988	.07738		
	교통사고	3.3131	.97080	.14635		
	산업재해	3.9418	1.05211	.22959		
	기타	3.3089	.95406	.10001		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		

9. 삶의 질	선천적	2.5255	.58795	.08399	2.137	.031*
	질병	2.4804	.49554	.03364		
	교통사고	2.6733	.50016	.07540		
	산업재해	2.6250	.45069	.09835		
	기타	2.6538	.50931	.05339		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 15> 장애기간별 차이에 의한 분산분석

구분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	5년미만	3.4185	.71633	.07468	1.345	.236
	5-9년	3.2899	.82371	.08407		
	10-14년	3.3268	.84785	.11872		
	15-19년	3.1984	.67622	.14756		
	20-24년	3.4310	.64935	.12058		
	25-29년	2.9524	.78595	.29706		
	30년이상	3.1679	.84054	.07372		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	5년미만	2.7246	.56691	.05910	1.167	.323
	5-9년	2.7813	.42941	.04383		
	10-14년	2.7974	.41138	.05761		
	15-19년	2.8413	.41695	.09091		
	20-24년	2.7126	.58908	.10939		
	25-29년	2.7619	.65868	.24896		
	30년이상	2.8821	.48733	.04274		
	합계	2.7997	.49313	.02389		
3. 사회적 지지	5년미만	3.0478	.69559	.07252	.910	.488
	5-9년	3.2062	.76857	.07844		
	10-14년	3.3020	.78115	.10938		
	15-19년	3.2667	.69666	.15202		
	20-24년	3.1103	.78846	.14641		
	25-29년	3.3714	1.20238	.45446		
	30년이상	3.2154	.75928	.06659		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	5년미만	2.7464	.57283	.05972	.269	.951
	5-9년	2.7639	.71560	.07304		
	10-14년	2.7647	.69696	.09759		
	15-19년	2.6190	.58959	.12866		
	20-24년	2.8161	.68768	.12770		
	25-29년	2.8095	.66269	.25047		
	30년이상	2.8026	.72568	.06365		
	합계	2.7692	.67615	.03276		

5. 물리적 환경	5년 미만	2.6000	.79504	.08289	1.721	.114
	5-9년	2.4833	.77251	.07884		
	10-14년	2.5765	.95720	.13404		
	15-19년	2.5714	.81064	.17690		
	20-24년	2.5172	.72411	.13446		
	25-29년	2.2571	.89230	.33726		
	30년 이상	2.7754	.70172	.06155		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회 활동 참여	5년 미만	2.3696	.80489	.08392	4.657	.000**
	5-9년	2.4958	.87731	.08954		
	10-14년	2.4667	.88423	.12382		
	15-19년	2.5810	.75870	.16556		
	20-24년	2.2552	.71494	.13276		
	25-29년	2.4571	.92170	.34837		
	30년 이상	2.8631	.79301	.06955		
	합계	2.5643	.84310	.04085		
7. 자기 효능감	5년 미만	2.5674	.73546	.07668	2.807	.011*
	5-9년	2.7021	.77541	.07914		
	10-14년	2.4706	.84173	.11787		
	15-19년	2.9143	.78885	.17214		
	20-24년	2.6276	.82760	.15368		
	25-29년	2.4000	1.01325	.38297		
	30년 이상	2.8631	.66264	.05812		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	5년 미만	3.1268	1.11057	.11579	2.417	.026*
	5-9년	3.4676	1.07011	.10922		
	10-14년	3.3094	1.21641	.17033		
	15-19년	3.5132	1.19282	.26029		
	20-24년	3.2989	.89487	.16617		
	25-29년	3.1587	1.44851	.54748		
	30년 이상	3.6615	1.05997	.09297		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		
9. 삶의 질	5년 미만	2.3573	.45300	.04723	4.417	.000**
	5-9년	2.5495	.48581	.04958		
	10-14년	2.5147	.61219	.08572		
	15-19년	2.7798	.48397	.10561		
	20-24년	2.4483	.52240	.09701		
	25-29년	2.5893	.67204	.25401		
	30년 이상	2.6673	.48763	.04277		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
*: P < 0.05 **: P < 0.01						

<표 16> 장애차별경험별 차이에 의한 분산분석

구 분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	매우 많이있다	3.5000	.93024	.12009	7.249	.000**
	많이있다	3.4739	.68491	.06387		
	보통이다	3.2375	.73643	.06723		
	약간있다	3.1667	.73770	.07609		
	전혀없다	2.7973	.92807	.15257		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	매우 많이있다	2.8167	.54349	.07016	.228	.923
	많이있다	2.8116	.43063	.04016		
	보통이다	2.7667	.54422	.04968		
	약간있다	2.8227	.45778	.04722		
	전혀없다	2.7838	.52244	.08589		
	합계	2.7997	.49313	.02389		
3. 사회적 지지	매우 많이있다	3.1067	.87873	.11344	4.208	.002**
	많이있다	3.0522	.71185	.06638		
	보통이다	3.1200	.60774	.05548		
	약간있다	3.3596	.78017	.08047		
	전혀없다	3.4973	.92331	.15179		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	매우 많이있다	2.4889	.72477	.09357	6.992	.000**
	많이있다	2.6580	.54516	.05084		
	보통이다	2.7833	.67867	.06195		
	약간있다	2.9820	.77756	.12873		
	전혀없다	2.9823	.66193	.06827		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	매우 많이있다	2.4567	.92578	.11952	3.773	.005**
	많이있다	2.5009	.75318	.07023		
	보통이다	2.5633	.68255	.06231		
	약간있다	2.8054	.97238	.15986		
	전혀없다	2.8319	.72338	.07461		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회활동 참여	매우 많이있다	2.6033	1.06500	.13749	.958	.430
	많이있다	2.5200	.74636	.06960		
	보통이다	2.4750	.82729	.07552		
	약간있다	2.6532	.77608	.08005		
	전혀없다	2.7027	.93526	.15376		
	합계	2.5643	.84310	.04085		

7. 자기 효능감	매우 많이있다	2.4633	.94420	.12190	2.728	.029*
	많이있다	2.6765	.69715	.06501		
	보통이다	2.6683	.74269	.06780		
	약간있다	2.8277	.71338	.07358		
	전혀없다	2.8757	.71702	.11788		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상생활 능력	매우 많이있다	3.2537	1.09996	.14200	1.658	.159
	많이있다	3.3700	1.06977	.09976		
	보통이다	3.3417	1.00338	.09160		
	약간있다	3.6537	1.18677	.12241		
	전혀없다	3.5045	1.29221	.21244		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		
9. 삶의 질	매우 많이있다	2.5083	.67053	.08657	.180	.949
	많이있다	2.5402	.44412	.04141		
	보통이다	2.5510	.45302	.04135		
	약간있다	2.5452	.53533	.05521		
	전혀없다	2.5980	.57595	.09469		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						

<표 17> 월 총수입별 차이에 의한 분산분석

구분		평균	표준편차	표준오차	F	P
1. 지각된 장애성	40만원이하	3.4686	.75248	.04817	9.202	.000**
	41-80만원	3.1533	.77990	.06976		
	81-120만원	2.6833	.67003	.12233		
	121-160만원	3.1364	.97701	.29458		
	161-200만원	2.7593	.61300	.20433		
	201만원이상	2.6905	.69674	.26334		
	합계	3.2844	.79403	.03847		
2. 경제수준	40만원이하	2.7637	.51955	.03326	2.032	.073
	41-80만원	2.8267	.44721	.04000		
	81-120만원	2.8889	.36445	.06654		
	121-160만원	2.6970	.34816	.10497		
	161-200만원	2.8519	.64788	.21596		
	201만원이상	3.2857	.59094	.22335		
	합계	2.7997	.49313	.02389		

3. 사회적 지지	40만원 이하	3.0156	.74630	.04778	10.218	.000**
	41-80만원	3.2608	.72344	.06471		
	81-120만원	3.6867	.53738	.09811		
	121-160만원	3.7818	.45126	.13606		
	161-200만원	3.6889	.76231	.25410		
	201만원 이상	4.0286	.60474	.22857		
	합계	3.1854	.75763	.03671		
4. 사회적 인식	40만원 이하	2.7131	.63766	.04082	1.275	.273
	41-80만원	2.8347	.72044	.06444		
	81-120만원	2.9667	.72898	.13309		
	121-160만원	2.6061	.80025	.24129		
	161-200만원	2.8889	.60093	.20031		
	201만원 이상	2.8095	.76636	.28966		
	합계	2.7692	.67615	.03276		
5. 물리적 환경	40만원 이하	2.5033	.75522	.04835	3.573	.004**
	41-80만원	2.7072	.79739	.07132		
	81-120만원	2.9467	.76281	.13927		
	121-160만원	2.4545	1.00833	.30402		
	161-200만원	3.1778	.56960	.18987		
	201만원 이상	2.7714	.88264	.33361		
	합계	2.6117	.78585	.03807		
6. 사회 활동 참여	40만원 이하	2.3770	.80357	.05144	8.226	.000**
	41-80만원	2.7136	.82358	.07366		
	81-120만원	3.2200	.68148	.12442		
	121-160만원	3.0182	.86002	.25931		
	161-200만원	2.7778	.97183	.32394		
	201만원 이상	2.6286	.97590	.36886		
	합계	2.5643	.84310	.04085		
7. 자기 효능감	40만원 이하	2.5852	.76537	.04900	5.835	.000**
	41-80만원	2.6928	.67754	.06060		
	81-120만원	3.2200	.78319	.14299		
	121-160만원	3.0545	.52984	.15975		
	161-200만원	3.1778	.73786	.24595		
	201만원 이상	3.1143	.95817	.36216		
	합계	2.6948	.76032	.03684		
8. 일상 생활 능력	40만원 이하	3.2696	1.09336	.07000	2.590	.025*
	41-80만원	3.5858	1.07443	.09610		
	81-120만원	3.8556	1.01758	.18578		
	121-160만원	3.6970	1.12447	.33904		
	161-200만원	3.3457	1.35793	.45264		
	201만원 이상	3.4921	1.53807	.58134		
	합계	3.4199	1.10702	.05364		

9. 삶의 질	40만원이하	2.4022	.46436	.02973	16.264	.000**
	41-80만원	2.6130	.47821	.04277		
	81-120만원	3.0208	.41663	.07607		
	121-160만원	2.8295	.56533	.17045		
	161-200만원	3.0833	.62187	.20729		
	201만원이상	3.1250	.56826	.21478		
	합계	2.5449	.51385	.02490		
* : P < 0.05 ** : P < 0.01						