



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

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

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



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

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

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

석사학위논문

뇌병변장애인의 장애수용과  
자아존중감이 삶의 만족도에  
미치는 영향

제주대학교 보건복지대학원

사회복지학과

노 호 현

2021년 8월

# 뇌병변장애인의 장애수용과 자아존중감이 삶의 만족도에 미치는 영향

지도교수 고 관 우

노 호 현

이 논문을 사회복지학 석사학위 논문으로 제출함

2021년 8월

노호현의 사회복지학 석사학위 논문을 인준함

심사위원장 \_\_\_\_\_ ①

위 원 \_\_\_\_\_ ①

위 원 \_\_\_\_\_ ①

제주대학교 보건복지대학원

2021년 8월

# The Effect of Disability Acceptance and Self-esteem on life Satisfaction in Person with Brain Disorder

Noh, Ho Hyun

(Supervised by Professor Kwan-Woo Ko)

A thesis submitted in partial fulfillment of the requirement for the degree of  
Master of Social Welfare

2021 . 8 .

This thesis has been examined and approved.

Department of Social Welfare  
GRADUATE SCHOOL OF PUBLIC HEALTH AND WELFARE  
JEJU NATIONAL UNIVERSITY

# < 목 차 >

## 국문초록

I. 서론 .....	1
1. 연구의 필요성 .....	1
2. 연구의 목적 .....	5
II. 이론적 배경 .....	6
1. 뇌병변장애인의 개념 .....	6
1) 뇌성마비 .....	7
2) 뇌졸중(중풍) .....	10
3) 외상성뇌손상(Traumatic Brain Injury) .....	11
2. 뇌병변장애인과 삶의 만족도 .....	12
1) 삶의 만족도 개념 .....	12
2) 삶의 만족도 영향요인 .....	14
3. 뇌병변장애인과 장애수용 .....	17
1) 장애수용의 개념 .....	17
2) 장애수용 영향요인 .....	19
4. 뇌병변장애인과 자아존중감 .....	21
1) 자아존중감의 개념 .....	21
2) 자아존중감 영향요인 .....	23
5. 선행연구 고찰 .....	25
1) 장애수용과 삶의 만족도 .....	25
2) 자아존중감과 삶의 만족도 .....	26

<b>Ⅲ. 연구방법</b> .....	28
1. 연구대상 및 자료수집 .....	28
2. 연구모형 .....	29
3. 연구가설 .....	30
4. 측정 도구 .....	31
1) 일반적 특성 .....	31
(1) 인구사회학적 특성 .....	31
(2) 장애인정책신뢰도 측정도구 .....	32
2) 장애수용 측정 도구 .....	32
3) 자아존중감 측정 도구 .....	34
4) 삶의 만족도 측정 도구 .....	35
5. 자료 분석 방법 .....	36
<b>Ⅳ. 연구결과</b> .....	37
1. 조사대상자의 일반적 특성 .....	37
1) 조사대상자의 인구사회학적 특성 .....	37
2) 조사대상자의 장애인정책 신뢰도 .....	39
2. 주요변수의 기술통계 .....	39
3. 집단 간 차이 분석 .....	41
1) 뇌병변장애인의 장애인정책 신뢰도 차이 분석 .....	41
(1) 전체 대상자의 장애인정책 신뢰도 차이 분석 .....	41
(2) 뇌성마비의 장애인정책 신뢰도 차이 분석 .....	42
(3) 뇌졸중의 장애인정책 신뢰도 차이 분석 .....	44
(4) 외상성뇌손상의 장애인정책 신뢰도 차이 분석 .....	45
2) 뇌병변장애인의 장애수용 정도 차이 분석 .....	47
(1) 전체 대상자의 장애수용 정도 차이 분석 .....	47

(2) 뇌성마비의 장애수용 정도 차이 분석 .....	48
(3) 뇌졸중의 장애수용 정도 차이 분석 .....	50
(4) 외상성뇌손상의 장애수용 정도 차이 분석 .....	51
3) 뇌병변장애인의 자아존중감 차이 분석 .....	53
(1) 전체 대상자의 자아존중감 차이 분석 .....	53
(2) 뇌성마비의 자아존중감차이 분석 .....	54
(3) 뇌졸중의 자아존중감 차이 분석 .....	55
(4) 외상성뇌손상의 자아존중감 차이 분석 .....	56
4) 뇌병변장애인의 삶의 만족도 차이 분석 .....	57
(1) 전체 대상자의 삶의 만족도 차이 분석 .....	57
(2) 뇌성마비의 삶의 만족도 차이 분석 .....	59
(3) 뇌졸중의 삶의 만족도 차이 분석 .....	60
(4) 외상성뇌손상의 삶의 만족도 차이 분석 .....	61
4. 각 변인 간의 상관관계 .....	63
5. 삶의 만족도에 미치는 영향요인 .....	65
(1) 전체 대상자의 삶의 만족도에 미치는 영향요인 .....	65
(2) 뇌성마비의 삶의 만족도에 미치는 영향요인 .....	66
(3) 뇌졸중의 삶의 만족도에 미치는 영향요인 .....	67
(4) 외상성뇌손상의 삶의 만족도에 미치는 영향요인 .....	68
<b>V. 결론 및 논의 .....</b>	<b>69</b>
1. 연구의 요약 .....	69
2. 논의 .....	72
3. 연구의 제한점 .....	74
참고문헌 .....	75
ABSTRACT .....	89

## <표목차>

<표 1> 뇌성마비 분류 .....	8
<표 2> 삶의 만족도 개념구성 .....	13
<표 3> 사회비교이론 .....	22
<표 4> 장애수용과 삶의 만족도 최근 연구 .....	26
<표 5> 자아존중감과 삶의 만족도 최근 연구 .....	27
<표 6> 인구사회학적 특성 항목 .....	31
<표 7> 장애인정책신뢰도 설문내용 .....	32
<표 8> 장애수용 설문과 신뢰도 .....	33
<표 9> 자아존중감 설문과 신뢰도 .....	34
<표 10> 삶의 만족도 설문과 신뢰도 .....	35
<표 11> 대상자의 인구사회학적 특성 .....	38
<표 12> 대상자의 장애인정책 신뢰도 .....	39
<표 13> 주요변수의 기술통계 .....	40
<표 14> 전체 대상자의 장애인정책 신뢰도 차이 분석 .....	42
<표 15> 뇌성마비의 정책 신뢰도 차이 분석 .....	43
<표 16> 뇌졸중의 정책 신뢰도 차이 분석 .....	45
<표 17> 외상성뇌손상의 정책 신뢰도 차이 분석 .....	46
<표 18> 전체 대상자의 장애수용 차이 분석 .....	48
<표 19> 뇌성마비의 장애수용 차이 분석 .....	49
<표 20> 뇌졸중의 삶의 만족도 차이 분석 .....	51
<표 21> 외상성뇌손상의 장애수용 차이 분석 .....	52
<표 22> 전체 대상자의 자아존중감 차이 분석 .....	54
<표 23> 뇌성마비의 자아존중감 차이 분석 .....	55
<표 24> 뇌졸중의 자아존중감 차이 분석 .....	56
<표 25> 외상성뇌손상의 자아존중감 차이 분석 .....	57
<표 26> 전체 대상자의 삶의 만족도 차이 분석 .....	58

<표 27> 뇌성마비의 삶의 만족도 차이 분석 .....	59
<표 28> 뇌졸중의 삶의 만족도 차이 분석 .....	61
<표 29> 외상성뇌손상의 삶의 만족도 차이 분석 .....	62
<표 30> 변수 간의 상관관계 .....	64
<표 31> 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 .....	65
<표 32> 뇌성마비의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 .....	66
<표 33> 뇌졸중의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 .....	67
<표 34> 외상성뇌손상의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인 .....	68

## <그림목차>

[그림 1] 연구모형 .....	29
-------------------	----

## 뇌병변장애인의 장애수용과 자아존중감이 삶에 만족도에 미치는 영향

노 호 현

제주대학교 보건복지대학원 사회복지학과

지도교수 고 관 우

본 연구에서는 뇌병변장애인의 장애수용과 자아존중감이 삶의 만족도에 미치는 영향에 대해 알아보고자 하였다. 이를 위해서 장애인고용패널자료(Panel Survey of Employment for the Disabled, PSED) 2019년 2차 웨이브 4차 조사의 데이터를 사용하였다. 2차 웨이브의 패널구축은 만 15~64세를 대상으로 하였고, 2차 웨이브 1차 조사부터 4차 조사까지 참여한 총인원 3818명 중 뇌병변장애인 281명의 자료를 이용하였다. 이 중 뇌성마비는 80명, 뇌졸중은 123명, 외상성뇌손상은 73명이었다. 자료 분석은 통계프로그램인 SPSS Win 23.0 program을 사용하여, 빈도분석, 기술통계, t-test, 일원배치분산분석(ANOVA), 상관관계 분석, 회귀분석을 실시하였다.

본 연구의 결과는 다음과 같다. 조사 대상자의 인구사회학적 특성은 남성이 여성보다 많았고, 배우자가 없는 경우가 대부분을 차지했다. 40세 전후로 비슷한 분포를 보였고, 장애정도가 심한 장애인이 많았다. 차별경험이 있는 경우, 건강상태가 나쁘다고 답한 경우가 많았다. 뇌병변장애인의 장애인정책 신뢰도는 뇌성마비의 경우 가장 높게 나타났고, 외상성뇌손상의 경우 가장 낮게 나타났다.

뇌병변장애인의 집단 간 장애인정책 신뢰도 차이를 분석한 결과 남자, 배우자가 있는 경우, 40세 미만, 장애정도가 심하지 않은 장애인, 차별경험이 없는 경우,

건강상태가 좋은 경우 높게 나타났고, 학력에서는 고졸에서 높게 나타났으나 모든 항목에서 유의한 차이는 없었다.

뇌병변장애인의 집단 간 장애수용 차이를 분석한 결과, 장애정도가 심하지 않을수록, 차별경험이 없을수록, 건강상태가 좋을수록, 학력이 높을수록 장애수용이 높게 나타났다. 뇌성마비의 경우 학력에 따라 유의한 차이를 보였다. 뇌졸중의 경우 장애정도가 심하지 않은 경우, 건강상태가 좋은 경우, 차별경험이 없는 경우 점수가 높았다. 외상성 뇌손상의 경우 유의미한 결과는 없었지만, 장애정도가 심하지 않은 경우, 건강상태가 좋은 경우, 차별경험이 없는 경우 다소 높게 나타났다.

뇌병변장애인의 집단간 자아존중감 차이를 분석한 결과 장애정도가 심하지 않은 경우, 차별경험이 없는 경우, 건강상태가 좋은 경우 자아존중감이 높게 나타났다. 뇌성마비의 경우 배우자가 있는 경우, 건강상태가 좋은 경우 높게 나타났다. 뇌졸중의 경우 차별경험이 없는 경우, 건강상태가 좋은 경우 높게 나타났다. 외상성뇌손상의 경우 장애정도가 심하지않고, 차별경험이 없으며, 건강상태가 좋은 경우에서 각각 높게 나타났다.

뇌병변장애인의 삶의 만족도 차이를 분석한 결과 차별경험이 없을수록, 건강상태가 좋을수록 높았다. 뇌성마비의 경우 건강상태가 좋을수록 삶의 만족도가 높게 나타났다. 뇌졸중의 경우 장애정도가 심하지 않은 경우, 건강상태가 좋은 경우 삶의 만족도가 유의미하게 높게 나타났다. 외상성뇌손상의 경우 건강상태가 좋은 경우에서 유의미하게 높게 나타났다.

주요 변인 간 상관관계를 살펴본 결과 인구사회학적 특성 중 차별경험, 건강상태와 정(+ )적인 상관관계를 보였다. 주요 변수인 장애인정책 신뢰도, 장애수용, 자아존중감과도 정(+ )적인 상관관계를 보였다.

뇌병변장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향을 살펴본 결과 건강상태가 좋을수록, 장애인정책 신뢰도가 높을수록, 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도에 정(+ )적인 영향을 미쳤다. 뇌성마비의 경우 건강상태에서만 정(+ )적인 영향이 있었다. 뇌졸중의 경우 건강상태가 좋을수록, 장애수용이 좋을수록 정(+ )적인 영향을 미쳤다. 외상성뇌손상의 경우 건강상태가 좋을수록, 장애인정책 신뢰도가 좋을수록 삶의 만족도에 정(+ )적인 영향을 미쳤고, 장애수용과 자아존중감은 통계적으로

유의하지 않았다.

본 연구의 결과에서 건강상태는 삶의 만족도에 매우 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이것은 뇌병변장애인들이 무엇보다 건강을 중요하게 생각한다는 것이고, 정책을 수립하거나 시행할 때 고려해야 할 것으로 생각된다.

연구결과에서 장애유형별로 인구사회학적 특성이나 장애인정책 신뢰도, 장애수용, 자아존중감, 삶의 만족도가 달랐으며, 미치는 영향의 결과도 다르게 나타났다. 이 또한 뇌병변장애인들의 정책을 수립할 때 고려해야 할 것이다.

주제어: 뇌병변장애인, 장애인정책 신뢰도, 장애수용, 자아존중감, 삶의 만족도

# I. 서론

## 1. 연구의 필요성

우리나라 장애인복지법상 장애범주는 1997년 공포된 「장애인복지발전 5개년 계획」 이후 단계적으로 확대가 이루어졌다. 2000년 1단계 장애범주 확대로 장애범주가 5개에서 10개의 유형으로 확대되었고, 2003년 2단계 장애범주 확대로 10개의 유형이 15개의 유형으로 확대 시행되었다(이선우· 이수경, 2020). 장애범주의 확대는 우리 사회가 장애를 어떻게 받아들이는가에 대한 이해와 장애 당사자가 장애를 수용하고 사회구성원으로 만족스러운 삶을 살기 위한 중요한 점이 되고 있다.

2019년 말 기준 등록 장애인은 261만 8000명으로 전체 인구대비(5,185만여 명) 5.1%이다. 15개 장애유형별로 살펴보면, 지체장애인(122만 3000명, 46.7%), 청각장애인(37만 7000명, 14.4%), 시각장애인(25만 3000명, 9.7%), 뇌병변장애인(25만 2000명, 9.6%) 순으로 비율이 높았다. 2019년 신규등록 장애인 수는 9만 7000명이고, 가장 많은 비중을 나타낸 장애유형이 청각(39.3%), 지체(15.0%), 뇌병변(14.6%), 신장(8.3%) 장애 순서로 나타났다(통계청, 2019).

장애인구의 증가는 장애범주의 확대로 인한 장애인의 신규등록, 사고나 질환 등으로 인한 장애인의 증가 그리고 고령화로 인한 장애노인의 증가 등을 그 원인으로 들 수 있다. 실제 우리나라 장애의 발생원인은 88.9%가 후천적 질환이나 사고이며, 장애인의 연령 분포도 60대와 70대가 가장 높은 것으로 나타났다(한국장애인개발원, 2017).

다양한 장애범주 중 뇌병변장애는 최근 고령화에 따라 더욱 증가하고 있는 장애로 뇌의 기질적 문제로 운동장애, 감각장애, 언어 및 지각장애 등과 함께 사회심리적인 문제를 갖게 되며, 대표적으로 뇌졸중과 뇌성마비, 외상성 뇌손상이 있다. 특히 중복 장애 동반률이 높고 중증의 심각한 장애가 많아 증상의 심각도가

높으며 다른 장애와 비교해보아도 사회활동 참여 등 대부분 조사에서 상대적으로 불리하게 나타나고 있다(정무성 외, 2015; 이달엽, 2017).

일반적으로 뇌성마비장애인은 출생 전·후 발생하는 장애로 어릴 때부터 겪는 가족 내 고립감과 또래 집단에서 받은 충격으로 사회부적응, 좌절감과 무력감 등을 경험한다. 게다가 성인이 되면서 생애 주기별 발달 과업인 취업, 결혼 등의 자립 문제로 스트레스가 가중될 뿐만 아니라 합병증 등의 건강상 문제가 더해지면서 위기나 어려움에 봉착하게 된다(이정민 외, 2017). 중증의 성인 뇌병변장애인은 역시 신체 근육 조절기능이 원활치 않아 일상생활 동작 관리에 어려움이 많고 타인의 도움이 필요하며, 마비되고 경직된 신체로 심한 열등감을 느낀다. 동반되는 언어장애로 타인과의 교류나 사회생활에 거리를 두게 되며, 가족과 친구 등 사회적지지 부족은 자신을 고립시키고 환경에 적절히 대처하지 못하게 한다(최성원, 2005; 정일교, 2015).

장애인이 비장애인과 함께 사회에 통합되어 만족스러운 삶을 영위하는 것이 장애인복지의 핵심과제이며, 삶의 만족도는 매우 중요한 지표이다(박재국·이미숙, 2001). ‘2018년 장애인 삶 패널조사(한국장애인개발원, 2019)’에 따르면 장애 이전 삶의 전반적 만족도가 평균 6.26점인데 반해 장애 이후 만족도는 5.02점으로 크게 나빠진 것으로 나타났다. 뇌병변장애의 경우 이전 6.20점에서 이후 4.08점으로 7개 유형 중 가장 많이 차이가 났다. 뇌병변장애인은 외출/여가활동, 건강, 대인관계에서 매우 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타났다. 또한, 장애수용의 경우 대부분의 문항에서 2점대 수준으로 보통보다 낮게 나타났고, 뇌병변장애의 경우 일부 문항에서 가장 낮은 장애수용 수준을 보였다.

장애인 삶의 만족도에 긍정적인 영향요인으로 꾸준히 강조되어 온 것은 장애수용이다. 장애수용은 개인이 장애로 인한 삶의 변화에 대해 부정적으로 받아들이지 않고 자신이 가진 능력에 가치를 두며 손상을 삶의 모든 영역으로 확대해석하지 않는 것으로(Wright, 1983), 장애에 대한 인식과 장애에 대한 극복이라고 할 수 있다. 즉 장애수용은 자신의 장애에서 벗어나 능력에 초점을 맞추어 스스로 역량을 발휘할 수 있게 하므로 장애인의 삶에 영향을 미친다(최유진, 2018).

장애수용이 높은 사람은 장애로 인해 발생하는 문제를 강조하지 않으며 그들 스스로 다른 사람들과 덜 비교하고, 장애의 부정적인 영향에 덜 집중한다(Li &

Moore, 1998). 장애와 관련하여 경험할 수 있는 부정적인 정서에 대한 가치체계의 변화를 포괄하는 장애수용은 장애인의 삶에 중요한 영향을 미치는 것으로 연구되어 왔다(Hoeowitz et al 1997; Beckles, 2004; 박재영, 2013; 이영미, 2013; 송진영, 강영미 2014; 이진향, 2015; 최유진, 2018).

권오형(2019)은 장애수용의 연구 동향은 장애수용 영향에 관한 연구와 장애수용 과정을 다룬 연구로 크게 나누어 볼 수 있다고 하면서 다음과 같이 정리하였다. 장애수용은 매우 주관적 요소지만 다양한 외부환경 변수로부터 영향을 받는다. 구체적으로 살펴보면 고용, 소득, 교육, 성별, 연령, 결혼상태 및 사회경제적 지위 등의 인구 사회학적 변수가 장애수용에 영향을 미친다. 특히 소득 또는 이와 관련된 변수인 고용, 학력 및 사회경제적 지위 등이 기타 인구 사회학적 변수보다 영향력이 더 뚜렷한 경향이 있다. 이는 장애로 인한 상실의 문제가 경제적 상실로 이어질 가능성이 높아 경제 관련 변수의 영향력이 기타 변수의 영향력보다 큰 것이다. ‘2018년 장애인 삶 패널조사(한국장애인개발원, 2019)’에 따르면 뇌병변장애인에서 장애가 인생에 가장 많은 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 최윤정(2018)은 장애인의 장애수용은 장애인정책 신뢰도를 매개로 삶의 만족도에 영향을 미친다고 하였다.

개인이 장애를 수용하는 정도에 따라 장애와 자신을 둘러싼 환경에 대해 다르게 해석할 수 있다(박재현·황경열, 2015). 긍정적으로 자신의 장애를 받아들이지 못한 경우는 심각한 스트레스와 우울 등 강한 부정적 심리상태에 놓이게 된다. 스트레스는 개인의 삶의 질을 위협하고 스트레스 상황은 분노, 불안, 우울 등 부정 정서를 경험하게 하여 정신적 문제를 유발할 수 있다(이진향, 2015; 박혜수·양혜영, 2015).

자아존중감은 인간으로서의 가치에 대한 자기 자신의 판단으로 자신이 가지고 있는 다양한 속성에 대해 긍정적으로 느끼는 정도를 말하며(Alesi et al., 2012; 주현숙, 2002), 개인이 자신에 대해 유능하고 중요하며 가치 있다고 생각 하는 정도로서 긍정적 또는 부정적인 태도로 자신을 보는 정도라 할 수 있다(이익섭 외, 2007). 자아존중감이 높은 사람일수록 자기 가치를 높이 생각하며 자신 있고 적극적으로 행동하기 때문에, 자신이 속해 있는 문화와 사회에 잘 적응하여 성공적이고 활력 있는 삶을 전개해 나갈 수 있다(백원철·김수겸, 2004; 이진숙 외,

2012). 역으로 낮은 자아존중감은 직업, 대인관계, 심리·정서 상태 등 삶의 전반적인 영역에 부정적인 영향을 미친다(Waters & Moors, 2002).

타인의 도움이 필요한 뇌병변장애인에 있어서도 자신의 삶을 의지적이고 주체적으로 살아가야 하며, 사회구성원으로 자신의 역할을 수행해 나가는 자립적 삶이 필요하다(조재삼, 송인옥, 채현탁, 2010). 그러나, 사회에서 발생하는 장애인에 대한 사회적 낙인과 부정적 인식은 이들의 자존감에 손상을 입히며 뇌병변장애인을 더욱 고립시킨다(임지선, 2009; 김영대, 2013).

Goldbeck, et al(2007)은 자아존중감은 자신에게 중요한 타자로부터 받는 존중과 관심, 수용에 의해 영향을 받고, 이렇게 형성된 자아존중감은 삶의 질에 영향을 준다고 하였다. 자아존중감이 장애인의 직업생활 유지 및 성공과 밀접한 연관이 있다는 연구 결과(김세현, 2000; 이달엽, 2003, 정민예·유은영, 2006)는 장애인의 생활에서 자아존중감이 매우 중요하다고 하였다. 반면 부정적인 자아존중감은 장애인의 도전의욕을 떨어뜨리고 사회활동의 참여를 방해함으로써 사회적 소외를 심화시킬 수 있다(이성은, 2009). ‘2018년 장애인삶 패널조사(한국장애인개발원, 2019)’에서도 장애유형별, 장애정도별에 따라 차이를 보였다.

최윤정 (2018)의 연구에서는 장애인정책 신뢰도가 장애수용과 함께 삶의 만족도를 예측하는 요인이라고 하였고, 장애인을 대상을 정책을 수립하는 것에 초점이 맞추어져 있었는데 정책의 내용뿐만 아니라 신뢰를 얻는 것도 중요하다고 하였다.

삶의 만족도는 장애인의 삶을 이해하는 데 중요한 지표이며(박자경, 2009), 장애인 정책 실천 분야에서 다루어져야 할 지표이다. 장애인 삶의 만족도 선행연구는 여성, 노인, 환자 등을 대상으로 한 연구들에 비해 상대적으로 연구가 부족하다고 말했다(김자영·한창근, 2016,). 따라서 본 연구에서는 상대적으로 연구가 적은 뇌병변장애인의 장애수용과 자아존중감이 삶의 만족도에 미치는 영향에 대해서 알아보고자 한다.

## 2. 연구의 목적

본 연구의 목적은 뇌병변장애인의 장애수용 요인, 자아존중감 요인, 인구사회학적 요인, 장애인정책 신뢰도 요인이 삶의 만족도에 영향을 주는지 알아보는 것이다. 연구를 통해 뇌병변장애인의 삶을 만족도를 높이기 위해 필요한 것이 무엇인지 알아보고, 이론적, 실천적 방안을 제시하고자 한다. 본 연구를 위해 설정한 연구문제는 다음과 같다.

[연구문제 1] 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성에 따른 장애인정책 신뢰도는 어떠한 차이가 있는가?

[연구문제 2] 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용, 자아존중감, 삶의 만족도는 어떠한 차이가 있는가?

[연구문제 3] 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성, 장애수용, 자아존중감은 삶의 만족도에 어떠한 영향을 미치는가?

## Ⅱ. 이론적 배경

### 1. 뇌병변장애의 개념

뇌병변장애는 중추신경계의 손상으로 나타나는 복합적인 장애로 뇌졸중, 외상성 뇌손상, 뇌성마비 등이 대표적이다. 특히, 뇌의 기질적 병변에 의해 감각 및 운동장애 등이 나타나는 신체적 장애로 보행이나 신체활동 등 일상생활에 심각한 제약을 받는다. 뇌졸중 장애인에 대한 정의는 장애인복지법의 개정에 따라 새로운 기준으로 등급이 구분된다. 법제처의 「장애인복지법」 시행규칙 제2조에 따르면 뇌병변장애인은 보행 또는 일상생활동작이 상당히 제한된 사람, 보행이 경미 하게 제한되고 섬세한 일상생활동작이 현저히 제한된 사람을 ‘장애의 정도가 심한’ 장애인(뇌병변장애인, 개정 전 1~3급)으로 ‘보행 시 절뚝거림’을 보이거나, ‘섬세한 일상생활 동작이 경미 하게 제한된’ 사람을 장애의 정도가 심하지 않은 장애인(경증 뇌병변장애인, 개정 전 4~6급)으로 구분한다. 여기에서 보통 장애의 ‘정도가 심한’ 장애인으로 판정을 받은 장애인은 중증으로 분류되기도 한다(국가법령정보센터, 2021)

2000년 「장애인복지법」 시행령이 개정되면서 기존의 지체장애에서 뇌병변장애를 별도로 분리하여 새로운 범주로 추가하였다. 뇌병변장애의 발생 시기는 뇌성마비와 뇌졸중 등으로 장애 형태에 따라 다르지만 대부분 출생 이후에 발생된다. 뇌성마비는 만4세 이전에 발생 되는 경우가 5.7%로 나타났으며, 뇌졸중은 대부분 40대 이후에 발생하였다. 진단 기준은 마비의 정도와 범위에 따른 보행과 일상생활동작의 수행능력을 기반으로 장애 정도를 판정한다(보건복지부, 2019). 수정바델지수(Modified Barthel Index, MBI)로 장애 정도를 판단하기에는 주관적 판단이 영향을 미치고 다른 장애 영역과는 다르게 장애 정도가 낮게 판단될 경우가 존재한다. 장애 부위는 상지 44.7%, 하지 50.5%로 상지와 하지 모두 장애가 있는 비율이 높았다(보건복지부, 2017). 뇌병변장애의 뚜렷한 특성으로는 운동장

애와 감각장애, 인지장애, 언어장애 등을 복합적으로 수반하는 경우가 높은 비율을 차지한다. 또한, 외관상 장애가 뚜렷하며, 육체의 기형으로 행동에 대해 완벽하게 완성하지 못하며 수행하는 데 있어 속도가 느리므로 장애 정도가 심해 보이지만 의료적 관점으로 인해 장애등급은 낮게 나오는 경우가 존재한다.

뇌병변장애인의 특성은 뇌성마비의 경우 장애의 중복으로 언어장애, 지적장애, 시각장애, 청각장애로 나타난다. 뇌졸중은 뇌의 손상부위에 따라 마비, 의사소통, 지각의 결함을 보인다. 외상성 뇌손상은 인지기능저하, 신경·행동학적 문제, 신체적 장애를 동반하며, 주의기능, 기억기능 저하, 판단력 저하와 신경행동학적 문제로 무감동, 감정적인 불안정, 편집성 반응, 좌절에 대한 내성저하, 충동 조절의 어려움이 나타난다. 뇌졸중 후 나타나는 가장 일반적인 정서반응인 우울증은 30~50% 정도가 뇌졸중 후 회복단계에서 경험한다. 우울은 일반적으로 자신의 상실된 경험과 관련되어 있으며, 뇌졸중 후 우울에 대한 양상은 뇌손상으로 인한 심리적 변화, 사회적 지지의 결여, 경제적 상실, 일상생활기능의 상실, 정신건강 문제에 대한 과거력과 관련이 있다(박창진, 2014). 뇌병변장애의 경우 운동장애와 함께 중복장애를 갖는 것이 일반적이며, 장애의 부위는 성별에 따라 큰 차이를 보이지 않는다(안혜영, 2012).

### 1) 뇌성마비

뇌성마비는 일반적으로 뇌가 손상되어 그 기능이 마비된 상태를 의미한다. 하지만 뇌성마비라는 단어가 매우 폭넓게 사용됨에 따라 뇌병변의 일종인 뇌성마비의 구체적인 정의는 학자에 따라 다소 차이가 존재하는 것을 알 수 있다(한국장애인개발원, 2008). Delisa and Gans(1998)는 뇌성마비 장애인에 대해 뇌성마비를 하나의 질병이 아닌 비슷한 형태와 성질을 갖는 신체적 변형의 증후군을 집합적으로 일컫는 일반적인 용어라고 정의한 바 있다. 이와 달리 정영선(2001)은 미성숙 된 뇌에 대한 비진행성 병변 혹은 손상을 비정상적인 근긴장도가 발생하고 이로 인하여 운동과 자세의 장애를 보이는 관찰된 운동특성을 나타내는 용어라고 정의하기도 하였다. 한국장애인개발원(2008)에서는 뇌성마비를 뇌손상으로 인해 나타나는 증상을 표현하기 위해 사용되며, 수의적 운동기능 장애를 특징으

로 하는 신경근육계 결함의 여러 가지 형태의 용어라고 정의하였다. 가장 최근 뇌성마비장애인과 관련한 연구를 발표한 박지선(2020)은 뇌성마비를 모체의 임신 기간 중 또는 출산과정에서 감염이나 어떠한 원인에 의한 뇌손상으로 인해 발생하는 비진행성 장애로 인하여 발생하는 운동손상능력의 상실로 대표되는 장애라고 정의하고 있다.

여러 학자들의 정의에도 불구하고 일반적으로 뇌성마비는 비슷한 임상적 특성을 가진 증후군을 일컫는 용어로 미성숙한 뇌에 대한 비진행성 병변 또는 손상으로 생기는 운동과 자세조절의 장애를 보이는 임상증후군을 말한다(권선진, 2005). 뇌성마비의 분류는 근육긴장도에 따라 근육경직형, 무정위운동형, 강직형, 운동실조형, 진전형, 혼합형 등으로 분류되며, 침범 지질별로 사지마비, 양하지마비, 편마비로 분류한다. 조기 발견하여 치료하는 것이 치료 예후에 영향을 미친다(권육상 외, 2005).

<표 1> 뇌성마비 분류

원인	내용
출산전	태내에서 혈액형의 부적합, 뇌의 발육 부진, 산모의 병, X-ray 과다 촬영, 중독 등
출산시	조산, 저체중 아동, 난산으로 인한 출혈과 산소결핍, 기계적 분만 등
출산후	유아기에 겪은 심한 황달, 뇌막염이나 뇌염후유증, 머리의 외상 등
뇌졸중	고혈압이나 혈관 이상으로 뇌출혈, 혈전으로 뇌혈관을 막아 생기는 뇌경색 등

출처: 권육상 외(2005).

뇌성마비의 원인은 다양하여 복합적으로 나타나며 그 원인을 정확하게 알 수 없는 경우가 많지만, 최근 연구는 조산으로 발생한 미숙아가 의미 있는 원인 인자로 생각되고 있다(한국뇌성마비정보센터, 2012). 동반증상으로는 경직 불수의운동이 가장 많으며(69.9%), 관절구축(62.6%), 배변장애(27.2%)로 대부분 경직 불수의운동과 관절구축이 가장 많은 동반증상이다. 동반장애로는 언어장애가(42.3%),

지적장애(31.1%), 시각장애(14.0%), 청각장애 (11.8%)의 순으로 언어장애와 지적장애가 많음을 알 수 있다. 성별로는 남자가 여자보다 동반장애를 갖는 비율이 다소 높게 나타났다(김성희 외, 2011). 뇌성마비 학생들은 근골격계 장애를 지닌 학생들에 비해 지역사회에 참여하는데 주요 생활영역의 기능에 어려움을 보였다. 일상생활 참여빈도는 이동, 가정생활, 공동생활, 대인관계의 모든 영역과 부적 상관을 보였다(김주홍· 박재국· 이미경, 2013).

뇌성마비장애인복지회(김동화 외, 2015)에 따르면, 뇌성마비장애인은 고학력에도 실업과 가난에 처해있고, 직업적으로는 장애인 관련 기관, 보호작업장, 근로사업장에서 일하는 경우가 많아 지역사회통합 고용이 시급한 것으로 보인다. 임금이거나 근로복지 상태가 매우 열악하게 나타났고, 실업 이유로는 장애를 가장 우선으로 꼽아 각종 제도적 정책적 지원과 더불어 각종 고용지원프로그램의 개발이 필요하다고 하였다. 또한, 뇌성마비장애인의 잠재력은 평가 절하되고 각종 선입견과 편견으로 인해 진로발달의 기회를 갖지 못하며, 성인으로서의 가장 중요한 지표인 직업과 결혼에서의 결핍과 더불어 성욕을 해결할 수 있는 통로와 성교육에 대한 필요성이나 강한 욕구가 드러났다. 대중교통의 접근성이나 지역사회 내의 편의시설 부족과, 중증장애인 시설의 확충 욕구도 높게 나타났다. 결국, 각종 서비스의 질적 향상과 환경적 배려와 지원 서비스의 필요성이 두드러진다.

유혜경 (2007)의 연구에서 뇌성마비는 일상생활 전반에 걸쳐 부모를 비롯한 주변 사람들의 지속적인 보호와 치료가 필요하고, 장애아동을 둔 부모는 많은 시간을 돌보기와 치료에 소비하고 있으므로, 가사나 생산적인 일에 참여하지 못하고 아동의 치료나 교육으로 인한 과도한 경비 지출로 재정적인 어려움에 부딪히기도 하는 등 많은 어려움을 가지게 된다. 뇌성마비 아동을 양육에 제도적인 지원이 있다 하더라도 경제적으로 어려움이 있으며, 이러한 부담이나 스트레스, 부정적 정서, 대인관계의 문제 등은 뇌성마비 아동의 부모 또는 가족의 삶의 질에 영향을 주게 된다.

## 2) 뇌졸중(중풍)

뇌졸중은 뇌의 혈류 장애로 비가역적인 신경학적 손상을 초래하는 질환으로

고령화 사회에서 증가하고 있는 만성질환 중 하나이다(Modig et al., 2019; 이중석 외, 2007). 치명률이 높고, 생존 시에도 장애를 동반하고, 기능회복과 그 후 사회로의 복귀가 매우 어려운 질환이다(Gorelick et al., 1999). 김철현(2019)과 모은혜(2020)의 연구에 따르면 우리나라의 단일질환 사망원인 1위에 해당하는 주요 질병이며, 심하게 앓게 될 경우, 사망의 위기를 넘기더라도 신체의 변형을 통한 중증 장애를 안게 되는 질환이라고 하였다. 통계청(2019)의 의하면 최근 고령인구의 증가로 뇌졸중은 암, 심장질환과 함께 우리나라 3대 주요사인으로 집계되었고, 뇌혈관 질환으로 인구 10만 명당 42명이 사망하는 것으로 조사되었다.

뇌졸중의 증상은 신체적 및 정신적 특성에서 그 특유의 증상이 존재한다(모은혜, 2020). 뇌졸중에 대한 신체적 장애의 경우 인지능력은 정상이고, 신체활동에 한계가 있는 것을 말한다. 주요 특성으로는 어지럼증, 안면신경마비, 반신불수, 균형감각 이상, 발음장애, 시각장애 및 복시 등의 다양한 증상이 존재한다. 한편, 정신적 특성을 살펴보면 뇌졸중은 뇌의 손상으로 발생하는 질병으로 신체를 담당하는 뇌의 기능뿐만 아니라 정신과적 장애증상이 나타나기도 한다. 뇌졸중의 내부적 후유증 증상은 크게 치매와 우울증이 있다. 이러한 신체적, 정신적 증상들이 신체의 각 기관을 통제하는 뇌의 손상 때문에 발생한 증상들이라는 점에서 뇌손상에 의한 신체장애라는 보다 큰 영역을 정의하는 뇌병변과 공통점이 존재한다고 할 수 있다.

뇌졸중은 발병 후 신체적·정신적·사회적 영역에 심각한 후유증을 초래한다. 감각장애와 함께 인지장애, 언어장애, 정서 및 성격 장애 등의 다양한 장애가 발생하며(이병우·권희규·이항재, 2000), 이후 일상생활 수행에 많은 장애를 초래하게 될 뿐 아니라 기억장애, 주의집중력의 저하 등 다양한 인지기능의 장애를 나타낸다(김정희·장문영, 2009). 이는 인격변화, 정동장애와 불안, 정신증, 과식증, 불면증 등을 포함하는 정신의학적 장애와 간질, 외성성 두통, 편두통과 같은 신경학적 장애로 구분하여 나타난다(유영열·안창식, 2009). 이와 같은 갑작스러운 신체활동의 제한, 정서적 변화, 성격 변화를 보이는 환자를 돌보는 가족들은 심각한 정서적 소진과 경제적 어려움을 직면하게 되어 삶의 질에 부정적 영향을 받는 것으로 알려져 있다(이효순 외, 2016).

### 3) 외상성 뇌손상(traumatic brain injury : TBI)

외상성 뇌손상은 뇌에 물리적인 충격 때문에 발생한 상해로 인하여 나타난 신체의 병리적 변형이다. 일차적 이차적 손상의 과정에 걸쳐서 발전하는데, 일차적으로는 상해 순간에 발생하는 직접적인 손상이고, 이차적 상해는 일차적 손상으로 인한 생리적 과정의 변형에 이르게 된다. 외상성 뇌손상은 15세에서 24세 사이, 75세 이상, 그리고 5세 이하의 아동에게서 발생하는 빈도가 높다고 알려져 있다.

외상성 뇌손상에 의한 뇌병변 또한 신체적, 정신적 특성을 갖는다. 외상성 뇌손상은 인지기능을 떨어뜨리고, 신경행동학적으로 문제가 발생하며 신체적으로도 장애를 갖게 하며 주의기능과 기억력 또한 저하되는 것으로 알려졌다. 또한, 비정상적인 근육의 긴장과 자세로 나타나고 관절의 가동 범위에 제한을 받게 되며 균형 감각이 떨어지고 보행 등에 장애를 갖게 되며, 여러 증상으로 인해 일상생활에 제한이 생기며, 사회적, 정서적, 심리적으로도 부정적인 영향을 주는 것도 신체적 특성으로 정의되고 있다(장시삼 외, 2016). 환자들이 겪는 정서적 증상으로는 대표적으로 우울과 불안이 있다. 치료과정에서 신체증상, 인지장애, 정서와 행동의 변화, 사회적 후유증 등 뇌손상에 따른 신체적, 심리적, 정서적 후유증이 발생하여 정상적인 생활로 복귀하는데 상당한 어려움을 겪게 될 뿐만 아니라 주변 사람들에게 고통을 안겨주는 경우가 많다.

외상성 뇌손상은 교통사고나 산업재해, 폭행, 스포츠 사고 등으로 머리에 충격을 받아 뇌가 손상된 경우다. 많은 경우 뇌진탕으로 불리는 의식소실이 있으며 혼수상태나 경련, 팔과 다리의 마비와 같은 현상이 발생할 수 있다. 의식소실이 주 증상이며, 일부는 처음에는 증상이 없다가 수분 또는 수 시간 후 증상이 나타날 수 있다. 윤경희(2013)는 외상성 뇌손상은 대부분 사고 이전에 정상적인 생활을 영위하던 사람들이 돌발적인 불의한 사고를 겪으며 발생되기 때문에 신체적 손상과 함께 극심한 스트레스를 겪게 되는 경우가 많다고 하였다.

이정민(2010)은 의료기술과 과학의 발달로 외상성 뇌손상 후 신체적 증상은 약물치료와 재활치료 등을 통해 어느 정도 회복이 가능하지만 뇌손상으로 인한 신체적 심리적 정신적 후유증이 발생하여 오랫동안 계속되기 때문에 환자의 삶의

질을 떨어뜨리고, 개인의 행복에 부정적인 영향을 주며 일상생활로 돌아가는 것에 어려움을 겪게 된다고 하였다. 손상정도가 심한 중증 뇌손상 환자뿐 아니라 경도의 외상성 뇌손상 환자에게서도 대처능력 결핍, 대응전략 결핍, 문제 해결 능력의 결핍이 나타나기도 하는데, 이중 약 80%의 환자가 두통을 비롯한 신체적 증상과 함께 기억력, 주의 집중, 실행기능, 언어능력 등의 인지기능의 저하되는 한편 우울, 불안 같은 정서적 문제를 유발해 삶의 질을 저하하게 된다고 하였다 (김명현, 2008; 서숙진, 2015). 이처럼 의료기술과 응급의료체계의 발달로 외상성 뇌손상 환자의 사망률이 감소하고 신체적 손상 회복률이 급격히 향상되고 있다 (이정민, 2009).

## 2. 뇌병변장애인과 삶의 만족도

### 1) 삶의 만족도 정의

삶의 만족도와 유사한 개념은 삶의 질, 심리적 안녕감, 주관적 안녕감 등이 있으며, 삶의 만족도가 가장 대표적으로(박자경, 2009) 삶의 만족도는 개인의 주관적 안녕감을 나타내는 핵심 지표이다(Berrin et al, 2012).

삶의 만족도란 노인을 대상으로 삶의 만족도 척도를 처음 개발한 이후 일반화된 개념으로 일상생활의 활동으로부터 기쁨을 느끼고 자신의 생활에 의미를 부여하고 책임감을 느끼며, 주위환경에 적응하여 정서적, 사회적으로 어려움을 갖지 않고 욕구를 충족하는 정도라고 정의된다(Neugarten et al, 1961; 박자경, 2009 재인용). 한정란 등(2004)은 농촌남녀 노인의 생활만족도 연구에서 인생 전반에 걸친 지배적인 정서에 대한 평가이며 충족 정도라고 하였다.

<표 2> 삶의 만족도 개념구성

연구자	정의	핵심영역
Neugarten (1961)	자신의 삶을 만족스럽다거나 행복하다고 평가하는 정도	삶의 만족도 측정
Havighurst (1968)	자신의 현재 지위와 활동에 대해 갖는 만족감	중년, 고령화
Kalish (1975)	기대했던 목적을 성취한 정도, 환경과 조화를 유지하면서 개인의 욕구를 충족하는 정도	인간발달
박성연 (1985)	생활에 대한 기대와 충족 사이에 주관적인 만족감, 심리적 특성, 환경적인 여건, 생활의 역사를 통해서 영향을 받는 복합적인 감정	가족부양체계
한정란 등 (2004)	인생 전반에 걸쳐 느끼는 지배적인 정서에 대한 평가이며 기대의 충족 정도	사회인구학적 변인, 자아존중감
민경진 등 (2007)	노인들이 갖는 사회·경제적, 객관적 조건 속에서 느끼는 주관적 만족감과 일상생활활동을 행할 수 있는 신체적·정신적 안녕한 상태	일상생활활동
김원배 (2009)	삶을 구성하는 활동과 자원으로 물질적, 정신적으로 기대와 현실적 보상 사이의 일치. 과거와 현재에 대한 종합적인 평가이며, 미래에 대한 희망의 긍정적 정도	활동이론, 자원이론
이중섭 (2009)	개인의 기대와 충족도의 일치에서 오는 생활 영역 전반에 대한 행복과 만족에 대한 주관적 평가	빈곤장애인
박재국 (2015)	객관적 요소보다, 주관적 요소가 만족도 수준을 결정	중증지체장애인, 장애수용
황지연 전효정 (2020)	스스로 인식하는 사회, 경제, 복지상태의 평가	지체장애인, 가족의 삶의 만족도

출처: 김학천(2017)의 연구를 중심으로 수정·보완하였음.

장애인의 삶의 만족도에 관한 연구를 살펴보면, 이중섭(2009)은 장애인노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인 연구에서 개인의 기대와 충족의 일치에서 온 전반에 걸친 행복과 만족에 대한 주관적 평가로 정의하였고, 황지연 등(2020)은 지체장애인이 스스로 인식하는 사회, 경제, 복지상태의 평가로 보기도 하였다. 이외에

도 삶의 만족도는 기쁨과 같은 정서적 요소뿐만 아니라 적응, 심리적 안녕, 성공적인 성숙, 의욕 또는 행복감, 개인의 욕구 충족까지를 포함하는 포괄적 개념으로 이해되기도 한다(오혜경·정덕진, 2010).

이처럼 삶의 만족도는 자신의 삶에 주관적인 평가를 의미하는 것이고, 객관적 요소보다는 주관적인 요소에 의해 개인의 만족 수준이 결정되는 것이라 볼 수 있다(박재국, 2015). 객관적인 조건으로 삶의 질은 개인마다 같은 조건이라도 다르게 평가, 해석 될 가능성이 있고, 주관적인 정서 상태로 삶의 질은 변하기 때문에 주관적 삶의 질과 삶의 만족도를 같은 의미로 사용되기도 한다(이지수, 2007; 황지연·전효정, 2020 재인용). 장애인의 삶의 만족도 역시 개인의 주관적 평가이며, 스스로 인식하는 사회, 경제, 복지상태 등의 총체적 평가(황지연·전효정, 2020)로서 본 연구에서는 삶의 만족도를 개인을 둘러싼 환경과 생활 전반에 대한 주관적 만족으로 정의하겠다.

## 2) 삶의 만족도 영향요인

삶의 만족도 영향요인을 살펴본 김학천(2017)은 인구사회학적 요인, 직업 요인, 경제적 요인, 사회참여 요인, 건강 요인, 주거 요인 등 6개로 분류하였다.

첫 번째, 인구사회학적 요인이다. 오혜경과 정덕진(2010)의 장애인 삶의 만족도 결정요인연구에서는 성별에 따라 삶의 만족도 수준에 차이가 있었는데, 여성 장애인이 남성 장애인에 비해 삶의 만족도 수준이 낮은 것으로 나타났다. 권재숙(2012)의 고령장애인 삶의 만족도에 관한 연구에서도 남성이 여성보다 삶의 만족도가 높게 나타났다. 하지만 최재남(2010)의 한센장애인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구와 서희숙과 한영현(2016)의 연구에서는 성별에 따라 생활만족도의 차이를 보이지 않기도 하였다.

연령과 삶의 만족도 연구에서는 20~30대에서 만족도가 높게 나왔고(김성진, 2009), 연령이 증가할수록 생활만족도가 떨어진다는 연구들이 있다(최진양, 2007; 김주성·최수일, 2010). 반면 연령과 생활만족도는 관련이 없다는 연구들도 존재한다(김은경, 2002; 장주효, 2010).

교육수준과 삶의 만족도에 관한 연구에서는 교육수준이 삶의 만족도에 영향을

미친다는 연구(백은령, 2003; 김수봉, 2010; 권재숙, 2012)와 교육수준이 삶의 만족도에 영향이 없다는 연구(임성욱, 2006; 정명숙, 2007)가 있어서 교육수준과 삶의 만족도 연구는 일정하지 않은 것으로 나타났다.

배우자 유무와 삶의 만족도 연구에서, 노인을 대상으로 한 연구에서 배우자가 있는 노인에서 삶의 만족도가 높았다(곽인숙, 2010). 장애인노인을 대상으로 한 연구에서도 배우자가 있는 장애인노인에서 삶의 만족도가 높게 나왔다(이중섭, 2010; 권재숙, 2012; 박주영, 2013).

장애등급과 삶의 만족도에 관한 연구에서 장애등급이 낮을수록 삶의 만족도가 높게 나타났다(임성욱, 2005; 김성진, 2009; 권재숙, 2012). 또한, 빈곤장애인의 삶의 만족도에 관한 연구에서 생활만족도에 유의미한 차이가 있다고 하였다(이중섭, 2009).

두 번째, 직업영역이다. 임금근로 장애인의 고용의 질과 생활만족도에 관한 연구에서 소득, 근무일수, 정규직 여부, 직무만족도는 생활만족도와 유의미한 영향이 있다고 하였다(양희택·서대석, 2011). 비정규직이 생활만족도가 낮게 나왔다(박재규 외, 2005; 장정미 외, 2009). 취업자일수록, 근무시간이 길수록, 일의 만족도가 높을수록 삶의 만족도가 높다고 했다(권재숙, 2012).

세 번째, 경제영역이다. 박기남(2004)는 주관적 계층귀속감에 따라 차이가 있다고 하였으며, 경제적 생활곤란정도에 대한 이달엽(2005)의 연구에서는 차량 소유 여부가 가장 직접적인 영향을 미친다고 하였다. 장애인노인을 대상으로 한 김성희(2016)은 가구소득과 수급자 여부가 삶의 만족도에 영향을 주는 요인이라고 하였다. 이처럼 주관적으로 인지한 경제 상태를 연구한 논문에서 월평균 소득과 계층적 소속감이 생활만족도에 유의미한 영향을 미치는 결정적 요인으로 보고되고 있다(임성욱, 2006; 김원배, 2009; 이중섭, 2010).

네 번째, 사회참여영역이다. WHO의 국제 기능·건강·장애 분류 International Classification functioning, disability and health: ICF)에서는 장애인의 사회참여를 9가지 영역활동의 참여로 정의하고 있다. 학습과 지식의 적용, 일반적인 과제나 요구, 의사소통, 이동, 자기관리, 가정생활, 상호작용과 관계, 주요 생활영역, 의사소통 및 사회적·시민적 생활이다(WHO, 2001).

빈곤 장애인의 생활만족도에 미치는 영향력을 분석한 이중섭(2009)는 외출 빈도

가 생활만족도에 영향력을 미친다고 하였으며, 우선미(2006)은 지체장애인의 경제, 친목, 자원봉사활동, 종교활동 참여, 여가활동 참여가 삶의 질에 영향이 있다고 하였다. 성인장애인의 여가활동 참여가 생활만족도에 미치는 영향연구에서 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(윤은경, 2007).

다섯 번째, 건강영역이다. 최진양(2007)은 기존 연구경향을 토대로 객관적 건강상태가 삶의 만족도에 영향을 미치는데, 지난 1년간 입원경험, 외래방문횟수, 6개월간 질병으로 인한 활동의 장애여부, 3개월간 만성질환으로 인한 일상생활 지장 정도 등 모든 건강상태가 삶의 만족도에 영향을 미친다고 하였다. 박주영(2013)의 연구에서도 고령여성장애인의 전반적인 건강상태와 일상생활도움 정도가 삶의 만족도에 영향을 주는 요인으로 나타났다.

여섯 번째, 주거영역이다. 이명신 등(1997)은 주택에 대해 만족할수록 자신의 주관적 삶의 질을 높게 평가하지만, 자신의 집 소유, 집의 규모가 주관적 삶의 질을 평가하는 유일한 요소는 아니라고 하였다. 정재훈(2012)은 거주환경의 편리함이 생활만족도에 영향을 미치고 우울을 경감시키는 효과가 있다고 하였으며, 서동완(2015)는 도시지역과 농촌지역 보다는 주거환경의 기능적 측면이 만족도에 크게 영향을 미친다고 하였다.

박재국과 이미숙(2001)은 장애인과 비장애인의 사회통합이 중요하며, 삶의 만족도는 이들 분야에서 다루어야 할 매우 중요한 지표라고 하였다. 장애인과 비장애인의 삶의 만족도 격차를 분석한 김태일과 김수용(2009)의 연구에 의하면, 삶의 만족도를 구성하는 모든 영역에서 장애인의 삶의 만족도가 비장애인보다 낮게 나타났다.

중증 뇌병변장애인 대상연구에서 신체적인 기능상실 문제와 심리적 부적응, 사회참여 기회의 불균등 등의 정신사회적인 문제를 가지며, 신체장애뿐만 아니라 다른 장애를 동반하기도 하여 신체·사회·정신적 어려움을 겪고 있다(이미선, 신영미, 2018). 이와 같은 일상생활에서 필요한 신체기능과 표현의 부자유로 인하여, 중증 뇌병변장애인은 비장애인과 동일한 욕구를 가지더라도 그들의 욕구가 저지되거나 좌절되므로 이로 인해 불만이나 억압, 포기, 부적응 문제가 야기될 수 있다. 이러한 특성들은 사회적 행동 기술 습득을 방해하며 타인과의 사회적

관계를 형성하는 데 부정적인 영향을 미치는 요소로 작용한다고 하였다. 중증 뇌병변장애인은 사회적 영역에서 참여 기회가 적고, 비장애인과의 차별로 인해 스트레스를 받으며, 독립적인 사회활동에서 소외되고 있다. 특히 사회적 기술 부족으로 인해 우울해하고, 극히 일부는 자살과 같은 극단적인 선택에 직면한다(이달엽, 2014). 또한, 제한된 자기표현의 어려움으로 타인과 상호작용 및 대인관계 형성에 방해를 받는다. 통합된 환경에서 적응에 결함을 보이고, 중증 뇌병변장애인의 사회 행동, 대인관계 문제에 관한 새로운 접근의 필요성이 제기되었다(S. Best, Bigge, 2005). 중증 뇌병변장애인에게 삶의 만족도에 대한 고려 또한 매우 중요하다. 삶의 만족도는 사회관계적, 경제적, 신체적, 정신적 측면에서 매우 중요하게 살펴볼 수 있고, 장애인의 경우 자기개발, 자기 결정, 인권영역들을 추가하여 생각할 수 있다(Verdugo, et al, 2012).

따라서 본 연구에서는 선행연구 고찰을 통해 주변인과의 관계, 살고 있는 곳, 건강상태, 한 달 수입, 여가활동, 하고 있는 일, 결혼상태 등의 변수를 삶의 만족도로 설정하였다.

### 3. 뇌병변장애인의 장애수용

#### 1) 장애수용의 정의

장애수용은 장애인이 재활의 주체를 자신이라고 인식함과 동시에 본인의 장애를 있는 그대로 수용하고 새로운 인생을 개척하며 삶을 살아나가는 과정으로 설명된다. 장애수용은 삶의 만족도 향상에 영향을 주는 요인이며, 장애수용 이후 활동은 행복한 삶의 실현을 위한 노력을 의미한다(간우선, 2009).

장애수용은 상실에 대한 수용이며 (Leveiton & Wright, 1956; 정승원 2012, 재인용) 장애에 대한 가치변화로써, 장애로 인한 상실감이 가치평가에 영향을 미치지 않는 것을 말한다(Leveneh, 2001; 정승원, 2012; 박현숙·양희택, 2013).

Dembo(1956)는 장애가 자신의 능력에 부정적인 영향을 미치지 않는다는 가치체계의 적응이라고 하였다.

장애수용에 관한 개념을 정의한 여러 연구에서 장애수용은 장애에 대한 가치변화이며, 장애를 장벽이라고 인식하는 것이 아니라 새로운 도전이라고 인식하는 계기로 삼는 태도와 자신의 가치를 인정하고 장애로 인한 상실감이 자기 가치평가에 영향을 주지 않는 상태(김성희, 2000), 장애인들이 자신의 장애를 받아들이는 것(홍려교, 2001), 장애정체성의 첫 시작(이익섭·신은경, 2005), 자신이 장애현실을 어떻게 받아들이는지에 대한 사항이며, 적극적인 의미에서의 장애의 심리적 극복이라고 정의하였다(윤용석, 2004).

박수경(2006)은 장애수용에서 환경적 요인이 매우 중요함을 강조하였다. 이는 비공식적인 지원정도, 의료재활 서비스, 고용 여부, 교육 재활서비스, 직업 재활서비스, 사회 심리 재활서비스 이용 등이 장애수용에 유의미한 영향을 미친다고 보고하고 있다.

Tuttle(1984)는 개인이 겪는 장애수용과정을 정신적 외상, 충격과 부정, 슬픔과 퇴행, 굴복과 우울, 재평가와 재확인, 대처와 동원, 자아수용/자아존중감 등 일곱 단계로 나누었다. 최은경(2012)은 “첫째, 정신적 외상의 단계는 실제적 상실 그 자체를 말한다. 둘째, 충격과 부정의 단계는 받아들이기 어려운 현실이 계속되는 동안 자아를 보호하는 심리학적 방어기제의 동원에 의한 것이다. 셋째, 슬픔과 퇴행 단계는 개인의 상실이 갖는 실제적 의미를 인식하게 되면서 나타난다. 넷째, 굴복과 우울의 단계는 개인이 한계를 인식함에 따라 장애에 굴복하게 되고, 우울감에 뒤따르게 되는 것이다. 다섯째, 재평가와 재확인의 단계는 개인이 장애에 동행하는 한계 중 극복 가능한 것을 결정하는 것이다. 여섯째, 대처와 동원의 행동은 개인이 장애로 인해 가치절감 되는 자신의 태도를 바꾸기 위하여 한계들을 극복하기 시작하면서 나타난다. 일곱째, 자아수용/자아존중감의 단계는 개인이 장애를 자신의 개인적인 특성 중의 하나로서 받아들이는 단계라고 볼 수 있다”고 설명하였다.

Weller과 Miller(1978)는 장애수용의 과정을 다섯 단계로 제시했다.

첫째, 충격 이 단계는 사고 당시의 외상, 미래에 대한 불확실성과 혼란에서 스트레스와 불안이 생긴다. 이 단계에서 가족이나 전문가들의 지지가 중요하다.

둘째, 부정은 초기의 충격 이후 외상 후에 발생하는 영구적 손상이 장애를 일으킬 것이라는 사실을 인정하기를 거부하는 단계로 후퇴하는 것을 말한다. 충분히 노력한다면 자신이 장애를 갖지 않을 수 있다고 생각한다. 초기에 가족들이 부정을 강화 시켜 도움을 줄 수 있지만, 그것이 너무 오래 계속된다면 그것은 역기능적이며 효과적인 치료를 방해할 수 있다.

셋째, 분노는 무능력과 영구적인 장애로 인한 상실감과 더불어서 나타난다. 분노는 주위 사람들에게 돌려지는 경우가 많다. 가족과 전문가들이 분노를 개인적으로 받아들이지 않는 것이 중요하다. 치유과정의 한 부분으로 인내 되어야 하지만 격려되어서는 안 된다.

넷째, 우울은 손상의 완전한 범위를 인지하게 될 때 일어나며, 무력감이 중요한 요인이다. 우울은 치유과정 중 어느 때나 일어날 수 있다. 죄책감과 자기비난이 대표적인 특징이다.

다섯째, 적응 또는 수용은 장애를 갖는 것에 대한 수용을 말한다. 자신의 상태를 인정하고 삶을 긍정적으로 바라보고 설계하는 단계로 남아있는 기능에 긍정적 의미를 부여하며 능동적으로 자신의 문제를 해결하려는 모습을 볼 수 있다.

## 2) 장애수용의 영향요인

장애수용에 영향을 미치는 일반적 특성을 살펴보면 인구·사회학적 특성은 연령, 성별, 결혼 여부, 교육 수준이며, 연령이 낮을수록, 남성일수록, 기혼일수록, 학력이 높을수록 장애수용 정도가 높은 것으로 나타났다. 장애관련 특성은 장애 정도가 심하지 않을수록, 장애 발생 시기가 후천적인 경우보다 선천적 일수록(홍려교, 2001), 만성적 질병이 없을수록 상대적으로 장애수용 정도가 높다고 하였다(박수경 외, 2011). 장애관련 특성과 함께 장애수용을 설명하는 가장 중요한 변수인 자아존중감은 이미 많은 선행연구들을 통해 강력한 영향력을 미치는 것으로 보고되었다(노승현, 2007; 이상준, 2011).

인구·사회학적 특성, 장애관련 특성, 자아존중감과 같은 개인적 특성은 장애인의 장애수용에 절대적인 영향을 미치는 것으로 알려져 있으나, 최근 장애개념에 환경적 요소들이 포함됨에 따라 장애수용 개념 역시 손상 그 자체보다는 가족이나

사회의 반응 등과 같은 환경적 요인들에 의해 더 많은 영향을 받게 된다는 주장이 힘을 얻게 되었다(박수경 외, 2011).

장애수용에 영향을 미치는 환경적 요인을 살펴보면 사회적지지(노승현, 2007; 김선희, 2010), 고용여부, 재활서비스 이용여부(박수경, 2006)가 장애수용에 유의한 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 김영일(2010)은 배우자, 부모, 형제, 친구 등 장애인과 밀접한 관계에 있는 사람들도 장애에 대해 적응하는 어려움을 경험하게 되며, 후천적 장애인은 가족을 포함한 주변 사람들의 태도에 영향을 받기 쉽다고 하였다. 가까운 관계에 있는 사람들로부터 이해받고, 수용되며, 존중받고 있다는 것을 느끼는 장애인은 장애에도 불구하고 자존감을 유지하며 긍정적으로 삶을 살아갈 수 있다고 하였다. 이러한 선행연구들을 검토해 본 결과, 장애에 대한 반응으로서의 장애수용이나 인식은 개인적 특성뿐만 아니라 사회 환경과의 상호작용 결과 나타나는 복합적인 결과물로 이해할 필요가 있다

Martz(2000)는 장애수용의 인지적 측면과 정서적 측면으로 구분하였다. 장애수용과 관련한 선행연구는 상당히 많이 이루어져 있다. 특히 장애수용이 삶의 만족도, 생활만족이나 심리적 안녕에 미치는 영향에 관한 연구가 다수 진행되었으며(Horowitz et al., 1997; Beckles, 2004; 박재영, 2013; 이영미, 2013; 이현진, 2015; 오유진, 이수미, 2017; 최유진, 2018), 연구결과 장애수용은 장애인의 삶의 만족도나 삶의 질에 긍정적인 영향을 주는 것으로 밝혀졌다. 이는 장애발생이라는 같은 경험에도 개인에 따라 행복하거나 불행할 수 있는데, 그 차이는 긍정적 장애수용과 같은 개인의 심리적 자원에 의해 결정될 수 있음을 시사한다(오유진·이수미, 2017).

본 연구에서는 장애수용을 장애인식과 장애극복을 요인으로 설정하여 분석하였다.

## 4. 뇌병변장애인의 자아존중감

### 1) 자아존중감의 정의

자아존중감은 자기 자신을 존경하고 바람직하게 생각하며, 가치 있는 존재로서 판단하는 것으로 정의된다(Rosenberg, 1965). 개인이 자기 자신에 대한 인지적, 평가적 수준을 나타내는 하나의 심리적 경향으로 일생을 통해 얻어진 자기에 대한 느낌 또는 자기 가치에 따라서 형성되는 자아가치감이다(Coopersmiths, 1967). 자아가치감 형성에 기여 하는 4가지 요소가 있다. 첫째, 자신에게 중요하고 의미 있는 사람들로 부터 사랑의 인정, 관심과 대우를 받고 있다고 느끼는 정도이다. 둘째, 자신이 중요하게 여기는 영역에서 우수한 실력으로 일을 수행함으로써 성취감을 만족하는 것이다. 셋째, 그 사회의 도덕과 윤리적인 규범의 달성 정도이다. 넷째, 자아존중감 손상에 대응하기 위해 통제와 방어의 방법이 있다.

Koman(1980)은 자아존중감을 세 가지로 구분하였다. 첫째, 만성적인 자아존중감은 다양한 상황에서 비교적 일관성을 보이는 지속적인 특성을 뜻한다. 둘째, 특정과제의 자아존중감은 어떤 특정한 과제, 또는 그와 유사한 과제에 대해 과거 경험에서 비롯된 자아존중감을 의미한다. 셋째, 사회적 영향의 결과인 자아존중감은 자신의 행동에 대해 타인들이 표현한 기대로 형성되는 자아존중감이며, 이는 타인들이 한 개인에게 긍정적인 느낌과 기대하는 바를 말과 행동으로 표현할 때 그 개인은 자신의 유능성에 대한 느낌이 증가한다는 것이다. 이 세 가지 자아존중감은 개인의 능력과 지각된 유능성을 결정하고, 과제를 수행하는 것에 영향을 미친다.

자아존중감의 이론으로 상징적 상호작용이론, 사회비교이론이 있다. 상징적 상호작용이론은 인간의 자아는 성찰적이며, 사람들의 의미 있는 몸짓들을 사용하여 대화소통을 할 수 있다. 이러한 상징은 인간의 행위에 대한 다른 사람들의 반응을 상상하는 것으로 사용한다. 인간은 다른 사람들에게 행동하는 것처럼, 자신에 대해서 행동할 수 있으며, 의식하고 행동을 결정하는 많은 것들과 관념들, 사람

들, 경험들 중 하나가 될 수 있다(장은영·한덕웅, 2007).

Rosenberg(1979)의 상호작용에 의한 평가 원리는 특정한 다른 사람들이 나를 어떻게 보는가에 대한 측면인 직접반영, 지각되어진 자아는 타인들이 나를 어떻게 보는지 인식하는 문제와 관련된다는 지각되어진 자아, 일반화된 타자는 지역 공동체의 태도와 관련된다는 일반화된 타자의 형태로 구분된다.

사회비교이론은 다른 사람들과 관계를 맺으면서 자신이 비교하려는 사람을 선택하고, 다른 사람과 비교함으로써 경험하는 자기평가, 주관적 안녕, 정서 경험들, 건강 지각 등 사회비교의 동기에 따라 달라진다.

<표 3> 사회비교이론

구분	상향비교	유사비교이론	하향비교
정의	자신보다 높은 위치, 우월한 사람과 비교	자신보다 높은 위치, 우월한 사람과 비교	위협 등 예고된 상황에서 자신보다 열등한 사람과 비교
동기	자신을 향상시키려는 자기향상 욕구	자신을 평가하는 자기평가 욕구	자신의 정서를 보호하기 위한 자기방어 욕구 및 친화 욕구
결과	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 자신에 관한 평가 낮아짐</li> <li>② 자신감 하락으로 주관적 안녕감 낮아짐</li> <li>③ 비교대상에게 질투심 느낌</li> <li>④ 자신보다 상위 위치의 사람들을 지속적으로 탐색했을 때, 자주 부정적인 감정이 나타남</li> <li>⑤ 자신이 중요하다고 생각하는 특성과 능력을 비교할 경우 부정적인 감정이 두드러짐</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 자신의 상황에 대한 불안, 불확신의 경우 타인의 신념과 행동을 과약하고 비교</li> <li>② 자신의 행동과 태도를 결정 하는데 지침으로 사용</li> <li>③ 비교를 통해 위안을 얻고, 사회적 유대감을 느낌</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 불안감 완화</li> <li>② 자신의 행복, 주관적 안녕감 느낌</li> <li>③ 자신감 고취</li> <li>④ 사회비교 과정에서 실패 경험 혹은 목표 도달 가능성이 낮을 경우, 긍정적 자아상이 위협받는 상황이 올 경우 자주 발생</li> </ul>

출처 : 장은영, 한덕웅, (2007) 한국인의 사회비교 심리

William James가 처음 사용한 자기개념의 하위요소로, 자아존중감이란 자신의 능력을 평가하는 것으로, 한 개인이 느끼는 자기가치감은 가정된 잠재력에 비해 실제로 얻은 성취의 비율에 따라 결정된다(이자영 외, 2009). 높은 자아존중감을 가진 사람일수록 그렇지 않은 사람보다 스트레스 지각 수준이 낮고, 회복탄력성(resilience)이 높으며, 문제 해결 능력이 뛰어나다(Branden, 1994). 자아존중감은 삶의 만족도와 밀접한 관계가 있다. 자아존중감은 건강한 성격 발달과 정신건강의 기초가 되기 때문에 삶의 만족도를 높이기 위한 필수 요소이다(김동배 외, 2013). 일반적으로 장애인의 자아존중감은 비장애인에 비해 낮은 것으로 보고되는데, 이는 장애에 대한 사회의 부정적 인식과 그로 인한 생활상의 제약 때문으로 보인다(Nosek et al., 2003; 이은복 외, 2008; 조혜정·윤명숙, 2016).

## 2) 자아존중감 영향요인

자아존중감에 영향을 미치는 요인으로 인구사회학적 요인, 장애관련 요인, 사회경제적 요인, 관계적 요인 등이 있다.

첫째, 인구사회학적 요인은 연령, 성별, 교육수준으로 구분할 수 있다. 자아존중감이 아동기에 가장 높았다가 청소년기에 감소하고, 성인기에 다시 상승한다(Twenge & Campbell, 2001). 반면에 연령과 무관하다는 연구도 있다(Mullis & Chapman, 2000; Bergman & Scott, 2001; 고은미, 2008).

인간은 장애와 만성질환에 지속적이고 복합적인 과정을 통해 심리사회적으로 적응한다고 하였다. 이러한 적응과정은 장애가 같을지라도 사람마다 다른 심리사회적 반응을 나타낸다. 연령과 자아존중감의 관계를 성숙과 역할측면으로 살펴본 연구에서, 성숙의 관점은 연령이 높아질수록 자기 자신을 있는 그대로 받아들여 비교과정에서 보다 자유로워 연령이 증가할수록 자아존중감이 높아진다. 역할관점은 연령이 높아짐으로 직장에서의 은퇴와 사회적 역할상실이 자아존중감을 낮추는 원인이다(이성은, 2009).

성별에 따라, 여성장애인이 사회적 관계에서 거절당하는 경우 자기비판적인 태도로 반응하는 경향이 있다. 이는 사회적 관계에서 나타난 소외로 여성장애인의 자아존중감을 손상시킨다(이성은, 2009).

교육 수준은 수준이 낮은 사람에 비해 높은 사람의 자아존중감이 높은 것으로 나타났다((김세안, 2004; 이인옥, 2007; 황주연, 2008; 이성은, 2009).

둘째, 장애관련 요인은 장애의 가시성 정도에 따라 심리적 반응에 관한 연구는 일정하지 않다. 장애가 드러난 정도가 심할수록 자아존중감이 낮아진다( 이지수, 2011). 건강은 자아존중감의 능력적 측면과 관련되어, 독립성과 연결된다. 건강상태는 장애와 상관없이 자아존중감과 정적인 관계를 보인다(Reitzes & Mutra, 1994). 스스로 건강상태가 좋다고 인식할수록 자아존중감이 높게 나타났다(김세안, 2004).

셋째, 사회경제적 요인은 경제활동 여부, 주관적 사회경제적 지위, 일상생활 차별경험 여부 등을 들 수 있다. 사회참여로서 경제활동은 성별 구분 없이 자아존중감을 상승시킨다(김미옥, 김동화, 2015). 취업은 장애인의 경제력을 확보하고 빈곤상태를 예방하는 수단이고, 사회에서 역할을 통해 인정받음으로써 자아존중감을 높이는 요인이다. 장애인의 취업은 자아존중감과 높은 상관관계가 있고, 실직은 자아존중감을 하락시킨다(정은석·강상경, 2015).

주관적 사회경제적 지위는 좋은 직업에 종사하는 경우 긍정적 피드백을 받아 자아존중감이 높아진다(다(Rosenberg & Pearlin, 1978). 김대규와 신동환(2015)은 장애인의 사회경제적 지위가 자아존중감을 매개로 삶의 질에 영향을 미친다고 보고하였다. 일상생활에서 차별경험은 자아존중감을 낮추는 위험요인이라고 하였다(김동주·고민석, 2012). 낙인은 자아존중감과 삶의 만족도에 부정적인 영향 준다(서미경·김정남, 2004).

넷째, 관계적 요인은 개인을 둘러싼 주변과의 상호작용과 사회적 지지는 긍정적인 영향을 준다(Crisp, 1996). 가족관계는 신체 및 정신적 건강에 영향을 준다(한경혜, 송지은, 2001). 어머니의 양육태도와 가족지지가 자아존중감에 미치는 영향에 관한 연구에서도 유의미하게 나타났다(고보경, 2009). 성별에 따른 관계요인은 남성의 경우는 성취에, 여성의 경우는 타인과의 관계에 더 관련이 있다고 하였다(Josephs, 1992).

본 연구에서는 자아존중감을 Rosenberg(1965)가 개발하고 전병제(1974)가 번역한 척도를 바탕으로 연구하였다.

## 5. 선행연구 고찰

### 1) 장애수용과 삶의 만족도

장애수용과 삶의 만족도 최근 5년간 연구를 살펴 본 김용탁과 전미리(2019)는 발달장애인의 스트레스와 삶의 만족도 관계에서 장애수용의 조절 효과 연구에서 장애수용의 조절 효과는 없다고 하였다. 최성현과 허준수(2019)의 연구에서는 경제활동참여 고령장애인들을 대상으로 자아존중감, 자기효능감과 삶의 만족도 관계연구에서 장애수용이 높을수록 삶의 만족도가 높게 나타났다. 고령장애인의 차별경험과 삶의 만족도 연구에서, 차별경험이 많을수록 장애수용과 삶의 만족도는 떨어지며(이영란·김윤정, 2019), 시설노인을 대상으로 한 연구에서 장애수용은 사회자본과 삶의 만족도에 영향이 있었다(이현지, 2019).

장애인 일자리만족도와 일상생활만족도의 연구에서 장애수용은 장애인의 일자리만족도를 예측하는 요인으로 나타났고, 일상생활만족도를 예측하는 주요요인은 하는 일과 여가활동이었다(강성구·임경원, 2017). 장애인의 생애주기별 장애수용이 삶의 만족도에 미치는 영향연구에서 장애수용은 삶의 만족도에 유의한 영향이 있었다(김가희 외, 2019). 여성청각장애인을 대상으로 장애수용과 삶의 만족도 연구에서 장애수용과 삶의 만족도는 정적인 상관관계를 보였다(장진석, 2019). 장애아동 부모를 대상으로 양육스트레스, 부부 의사소통 및 장애수용이 삶의 만족도에 미치는 영향 연구에서 장애수용이 삶의 만족도에 유의미한 영향이 있었다(구분용, 2018).

선행연구들을 살펴본 결과 뇌병변장애인의 장애수용을 장애유형별로 살펴본 연구는 없었다. 그래서, 본 연구에서는 뇌병변장애유형별로 장애수용과 삶의 만족도를 살펴보고자 한다.

<표 4> 장애수용과 삶의 만족도 최근 연구

연구자	대상	주요 변수
김용탁·전미리 (2019)	발달장애인	스트레스, 장애수용, 삶의 만족도
최성현·허준수 (2019)	경제활동 참여 고령장애인	자아존중감, 자기효능감, 장애수용, 대인관계, 삶의 만족도
이영란·김윤정 (2019)	고령장애인	차별경험, 자아효능감, 장애수용, 삶의 만족도
이현지 (2019)	시설노인	사회자본, 우울, 장애수용, 삶의 만족도
강성구·임경원 (2017)	장애인	일자리만족도, 장애수용, 일상생활만족도
김가희 등 (2019)	장애인	장애수용, 스트레스, 삶의 만족도
구본용(2018)	장애아동 부모	양육스트레스, 부부 의사소통, 장애수용, 삶의 만족도
장진석(2019)	여성 청각장애인	장애수용, 삶의 만족도

## 2) 자아존중감과 삶의 만족도

자아존중감과 삶의 만족도에 관한 최근 5년간 연구를 살펴 본 문필동과 이정화(2017)는, 고령장애인의 사회적 자본과 삶의 만족도 연구에서 자아존중감이 영향이 있다고 하였다. 정문진과 이규성(2017)은 고령장애인의 경제적 및 건강 특성과 삶의 만족도에 관한 연구에서 자아존중감이 효과가 있음을 증명하였다. “노년기 장애인 삶의 만족에 영향을 미치는 사회적 지지, 자아존중감, 우울의 구조적 관계”에서 사회적 지지(가족지지, 타인지지)가 높을수록 우울 수준이 낮아져 자아존중감이 높아져 삶의 만족도를 증진 시킨다(정은혜·윤면숙, 2018). 고령장애인의 빈곤과 우울감이 삶의 만족도에 미치는 영향연구에서 자아존중감이 영향이 있었다(김자영, 2019).

가구주의 장애여부가 삶의 만족도에 영향을 미치는 영향 연구에서 가구주의 장애는 자아존중감과 삶의 만족도에 부적으로 영향을 미치고, 자산수준은 삶의 만족도와 자아존중감에 정적으로 영향을 미친다. 또한, 가구주의 자아존중감이 높

을수록 삶의 만족도도 높았다(김자영·한창근, 2017).

장애인 직업만족, 일상생활 만족, 자아존중감의 관계연구에서 장애정도와 연령이 자아존중감에 영향을 미치지 않았다(이달엽, 2017). 장애인의 심리적 요인이 삶의 만족도에 미치는 영향연구에서 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도가 높았다(황지연, 2017).

자아존중감과 삶의 만족도 최근 연구를 살펴본 결과 고령장애인을 대상으로 한 연구가 많았고, 뇌병변장애인을 대상으로 한 연구는 찾기 힘들었다. 그래서 본 연구에서는 뇌병변장애인을 대상으로 장애유형별로 자아존중감이 삶의 만족도에 영향을 미치는지 연구하였다.

<표 5> 자아존중감과 삶의 만족도 최근 연구

연구자	대상	주요변수
김자영 (2019)	고령장애인	빈곤, 우울감, 자아존중감, 삶의 만족도
문필동·이정화 (2017)	고령장애인	사회적 자본, 우울, 자아존중감, 삶의 만족도
정문진·이성규 (2017)	고령장애인	경제적 및 건강 특성, 자아존중감, 삶의 만족도
정은혜·윤명숙 (2018)	노년기 장애인	사회적지지, 자아존중감, 우울, 삶의 만족도
황지연 (2017)	장애인	심리적 요인, 자아존중감, 삶의 만족도
이달엽 (2017)	장애인	직업만족, 일상생활 만족, 자아존중감
김자영·한창근 (2017)	가구주	자산수준, 자아존중감, 삶의 만족도

### Ⅲ. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 자료수집

본 연구의 목적인 뇌병변장애인의 장애수용과 자아존중감이 삶의 만족도에 영향을 미치는지를 분석하기 위해서 장애인고용패널자료(Panel Survey of Employment for the Disabled, PSED) 2019년 2차 웨이브 4차 조사의 데이터를 사용하였다. 2차 웨이브 데이터의 조사내용은 인적 특성, 장애 특성, 경제활동상태 판별, 임금근로자, 비임금근로자, 미취업자, 취업을 위한 노력과 지원, 직업적 능력, 취업 태도 및 환경, 일상생활과 삶의 질, 가구 일반사항 등으로 장애인의 삶의 특성을 다양하게 조사한 데이터이다.

고용노동부와 한국장애인고용공단은 매년 동일 장애인을 대상으로 반복하여 조사하는 장애인고용패널 1차 웨이브를 2008년 도입하였다. 장애인고용패널 1차 웨이브는 2008년 1월 1일 만 15~75세의 등록장애인 5,092명을 대상으로 1년에 1회 경제활동 및 직업적 능력, 고용서비스, 직업 능력개발, 일상생활, 소득/소비 등의 내용에 대해 추적 조사하는 종단면 조사로서 2015년 8차 조사까지 진행하였다.

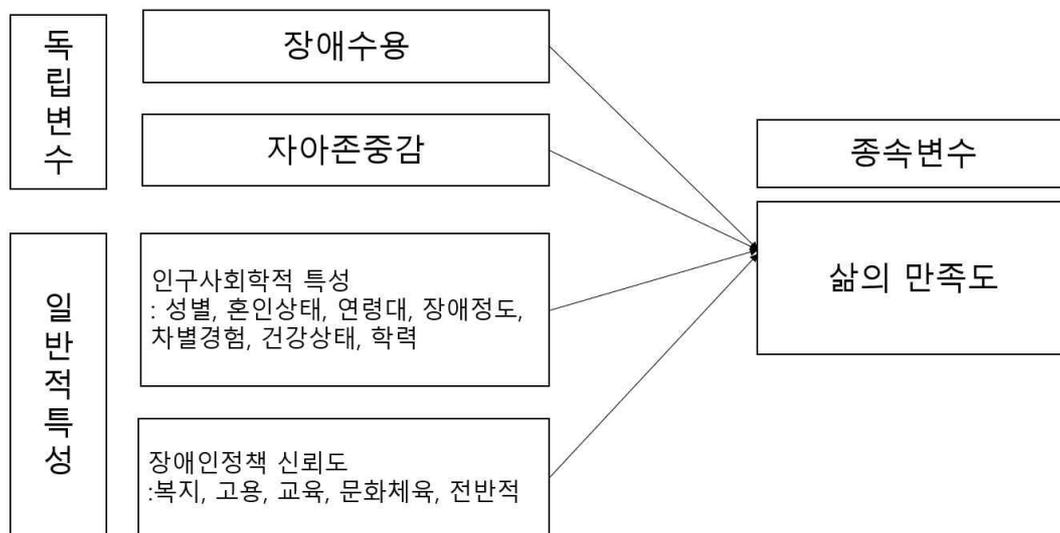
2차 웨이브의 패널구축을 위해 모집단은 2016년 5월 15일 기준 우리나라에 거주하는 「장애인복지법」 상 등록 장애인으로, 핵심 생산가능인구를 대변할 수 있도록 만 15~64세 연령을 대상으로 하였다. 사용한 표집틀은 2015년 12월 31일 기준 보건복지부의 등록장애인 명부이며, 표본배분 및 추출은 표본설계 전문가에 의한 연구결과에 따라 지역, 장애유형, 장애등급, 연령, 경제활동상태 등을 고려하여 실시하였고, 추출 읍면동 수를 조절함과 더불어 장애유형 및 장애등급별 적절한 표본을 추출하기 위해 이상추출(two phase sampling)을 활용하였다. 최종적으로 4,577명의 패널이 구축되어 1차 조사에 참여하였다. 이후 4차 조사의 총 인원 3818명 중 뇌병변장애인 281명의 자료를 이용하였다.

PSED는 장애인의 경제활동과 소득자료를 포함하고 있을 뿐만 아니라 인구학적

인 특성과 인적자본 특성, 고용상태 등에 대한 상세한 정보를 포함하고 있는 전국규모의 자료이다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2019).

## 2. 연구모형

본 연구는 뇌병변장애인의 일반적 특성(인구사회학적 특성, 장애인정책 신뢰도)과 장애수용, 자아존중감이 삶의 만족도에 어떠한 영향을 미치는지 알아보고자 하는 연구이다. 연구모형은 [그림 1]과 같다.



[그림 1] 연구모형

### 3. 연구가설

본 연구의 목적을 위한 연구문제와 연구가설은 다음과 같다.

연구문제 1. 뇌병변장애인의 장애인정책에 신뢰도는 어떠한가?

연구가설 1-1. 인구사회학적 특성에 따른 장애인복지 정책 신뢰 수준은 차이가 있을 것이다.

연구문제 2. 뇌병변장애인의 장애수용, 자아존중감, 삶의 만족도는 어떠한가?

연구가설 2-1. 인구사회학적 특성에 따른 장애수용은 차이가 있을 것이다.

연구가설 2-2. 인구사회학적 특성에 따른 자아존중감은 차이가 있을 것이다.

연구가설 2-3. 인구사회학적 특성에 따른 삶의 만족도는 차이가 있을 것이다.

연구문제 3. 뇌병변장애인의 장애수용, 자아존중감은 삶의 만족도에 어떠한 영향을 미치는가?

연구가설 3-1. 뇌병변장애인의 장애수용은 삶의 만족도에 정(+)-적인 영향을 미칠 것이다.

연구가설 3-2. 뇌병변장애인의 자아존중감에 따른 삶의 만족도에 정(+)-적인 영향을 미칠 것이다.

## 4. 측정도구

### 1) 일반적 특성

일반적 특성은 인구사회학적 특성과 장애인정책 신뢰도로 조사하였다.

#### (1) 인구사회학적 특성

성별, 혼인상태, 연령대, 장애정도, 차별경험, 건강상태, 학력 등 7개 항목이며, 일부 문항의 경우 빈도분석 결과를 토대로 재코딩하여 본 분석에 활용하였으며 <표 6>과 같다.

<표 6> 인구사회학적 특성 항목

문항	원자료	재코딩
성별	남, 여	변경사항 없음
혼인상태	미혼, 결혼, 이혼, 사별, 별거	배우자 유, 무
연령	15~29, 30~39, 40~49, 50~59, 60~67	40세 미만, 40세 이상
장애정도	심한 장애, 심하지 않은 장애	변경사항 없음
차별경험	있다, 없다	변경사항 없음
건강상태	‘매우 좋지 않다’ 1점에서 ‘매우 좋다’ 4점	좋지 않음, 좋음
학력	무학, 초등학교, 중학교, 고등학교, 대학교(4년제 미만), 대학교(4년제 이상), 대학원 석사과정, 대학원 박사과정	중학교 졸업 이하, 고등학교 졸업, 대학교졸업 이상

#### (2) 장애인정책 신뢰도

정부의 장애인복지정책에 대한 신뢰수준은 5개 영역으로 장애인 고용서비스에 대한 신뢰, 장애인 교육서비스에 대한 신뢰, 장애인 문화·체육서비스에 대한 신뢰, 장애인 서비스 전반에 대한 신뢰에 대해 동의하는 수준으로 응답하도록 구성되었다. 각 문항에 대한 응답은 ‘전혀 그렇지 않다’, ‘그렇지 않은 편이다’, ‘그저 그렇다’, ‘그런 편이다’, ‘매우 그렇다’의 5점 척도로 구성되었다.

뇌병변장애인의 장애인 정책 신뢰도 수준 차이를 살펴보기 위하여 신뢰도 분석 후 5문항을 항목합산하여 분석에 활용하였으며, 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's  $\alpha=.939$ 로 높게 나타났다.

<표 7> 장애인정책 신뢰도 설문내용

변수	문항내용	Cronbach's $\alpha$	
		선행연구	본연구
장애인 정책 신뢰도	1) 장애인 복지서비스 신뢰도	.972	.939
	2) 장애인 고용서비스 신뢰도		
	3) 장애인 교육서비스 신뢰도		
	4) 장애인 문화체육서비스 신뢰도		
	5) 장애인 서비스 전반 신뢰도		

## 2) 장애수용 측정도구

본 조사의 장애수용 정도는 Kaiser 등(1987)의 장애수용척도(Disability Accetance Scale, DAS) 9문항과 백영승 등(2001)이 개발하고 강용주 등(2008)이 타당화 연구를 실시한 자아수용검사의 장애극복요인 3문항을 추가한 총 12문항을 사용하여 측정하였다. 측정 항목 중 ①번, ③번, ⑦번 문항은 다른 문항들과 해석의 일관성을 위해 역변환하여 분석에 활용하였다. 각 문항은 ‘1: 전혀 그렇지 않다’에서 ‘5: 매우 그렇다’의 5점 Likert 척도로 측정하였고, 각 문항에 대한 평균점수가 높을수록 장애를 긍정적으로 수용하는 것으로 해석한다. 장애수용(12문

항)의 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .948$ 로 나타났다(김가희·이종남·한상미, 2019).

본 연구에서 신뢰도 분석 후 12문항을 항목합산하여 분석에 활용하였으며, 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .784$ 으로 나타났다. 장애수용 설문에 사용한 문항은 <표 8>과 같다.

<표 8> 장애수용 설문과 신뢰도

변수	문항내용	Cronbach's $\alpha$	
		선행연구	본연구
장애 수용	① 장애인이기 때문에 사람들을 잘 사귀지 못한다.	.948	.784
	② 장애 때문에 세상을 더 넓게 생각하게 되었다.		
	③ 장애 때문에 할 수 없는 일이 생기면 속상하다.		
	④ 나는 장애 때문에 괴로워하지 않는다.		
	⑤ 나는 장애인이지만 내 인생에 만족한다.		
	⑥ 장애 자체보다 인생을 어떻게 사느냐가 더 중요하다.		
	⑦ 장애는 내 인생에 가장 많은 영향을 미친다.		
	⑧ 장애 자체보다 정직이 더 중요하다.		
	⑨ 인생은 외모보다 훨씬 더 중요한 것들이 많다.		
	⑩ 장애인이라는 것을 잊고 살만큼 재미있는 일이 많다.		
	⑪ 장애를 가지고 있지만 내 인생은 부족함이 없다.		
	⑫ 장애 때문에 불편하지만 마음만 먹으면 무엇이든지 할 수 있다.		

### 3) 자아존중감 측정 도구

자아존중감 척도는 Rosenberg(1965)가 개발하고 전병제(1974)가 번역한 척도로 총 10문항으로 구성되었으며, 신뢰도와 타당도가 높아 총체적 자아존중감을 측정하는 핵심도구라 알려져 있다. 본 척도는 “매우 그렇다, 그렇다, 그렇지 않다, 전혀 그렇지 않다”로 구성된 4점 척도로 각 항목의 응답을 1~4점으로 점수화하여 평균점수를 구하였다. ③번, ⑤번, ⑧번, ⑨번, ⑩번 문항은 다른 문항과의 일관성을 위해 역변환하여 분석하였다.

<표 9> 자아존중감 설문과 신뢰도

변수	문항내용	Cronbach's $\alpha$	
		선행연구	본연구
자아존중감	① 나는 다른 사람처럼 가치 있는 사람이라고 생각한다.	.820	.696
	② 나는 좋은 성품을 가졌다고 생각한다.		
	③ 나는 대체적으로 실패한 사람이라고 생각한다		
	④ 나는 다른 사람들만큼 일을 잘 할 수가 있다.		
	⑤ 나는 자랑할 것이 별로 없다		
	⑥ 나는 내 자신에 대해 긍정적인 태도를 가지고 있다.		
	⑦ 나는 나 자신에 대하여 대체적으로 만족한다.		
	⑧ 나는 나 자신을 좀 더 존중할 수 있으면 좋겠다.		
	⑨ 나는 가끔 내 자신이 쓸모 없는 사람이라는 느낌이 든다.		
	⑩ 나는 때때로 내가 좋지 않은 사람이라고 생각한다.		

선행연구에서 자아존중감 척도는 단일 척도임을 확인했고, 8번 문항이 점수가 높은 대상자와 낮은 대상자를 변별해 내는데 큰 문제점을 가지고 있다고 하였다. 그래서, 8번 문항을 제외하고 분석한 결과 Cronbach's  $\alpha = .820$ 이었다(이자영·남

숙경·이지희·이상민, 2009). 본 연구에서도 자아존중감 8번 항목을 제외하고 신뢰도 분석 후 9문항을 항목합산하여 분석에 활용하였으며, 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .696$ 으로 나타나 신뢰도를 확보하였다. 자아존중감의 설문내용은 <표 9>와 같다.

#### 4) 삶의 만족도

삶의 만족도는 개인의 주관적 안녕감을 파악할 수 있는 대표적인 지표이다. 본 연구에서는 삶의 만족도란 개인의 전반적인 삶에 있어 만족과 안녕감의 주관적인 인식이며, 의식주를 포함해 정신 및 신체건강, 가족 및 친구관계, 사회 및 경제생활 등 전 영역에 있어 나타나고, 이와 같은 요인에 대해 얼마나 만족하는가를 의미한다(조혜정·윤명숙, 2016; Neugarten et al., 1961).

<표 10> 삶의 만족도 설문과 신뢰도

변수	문항내용	Cronbach's $\alpha$	
		선행연구	본연구
삶의 만족 도	① 가족들과의 관계		
	② 친구들과의 관계		
	③ 살고 있는 곳		
	④ 요즘 건강상태	.837	.845
	⑤ 한 달 수입(또는 용돈)	(①~⑤)	(①~⑥)
	⑥ 여가활동		
	⑦ 하고 있는 일		
	⑧ 결혼생활		

각 문항은 '1: 매우 불만족'에서 '5: 매우 만족'의 5점 Likert 척도로 측정하였고, 비해당과 모름은 결측값 처리하여 분석하였다. 각 문항에 대한 평균점수가 높을 수록 삶의 질을 높게 인식하는 것으로 해석한다. 김가희 등(2019)의 연구에서 ①

살고 있는 곳 ② 요즘 건강상태 ③ 한 달 수입(또는 용돈) ④ 여가활동 ⑤ 전반적인 만족도의 5문항을 분석한 연구에서는 Cronbach's  $\alpha = .837$ 로 나왔다. 본 연구에서는 비해당 응답이 많은 ⑦,⑧번 설문을 제외하고 6개 항목을 항목합산하여 분석에 활용하였고 신뢰도는 Cronbach's  $\alpha = .845$ 로 나타났다. 삶의 만족도의 설문내용은 <표 10>과 같다.

## 5. 자료분석 방법

수집된 자료는 코딩(coding) 과정을 거친 후, 본 연구에서의 연구가설을 검증하기 위해 자료처리는 통계프로그램인 SPSS Win 23.0 program을 사용하여 통계처리하여, 다음과 같이 분석하였다.

신뢰도를 검증하기 위하여 Cronbach's  $\alpha$ 계수를 산출하였다. 일반적 특성으로 인구사회학적 특성, 장애인정책 신뢰도, 독립변수인 장애수용과 자아존중감, 종속변수인 삶의 만족도에 대해 기술통계분석을 하였다.

평균 차이검증(t-test)과 일원 배치 분산분석(ANOVA)을 하여, 주요변수들 사이에 차이가 존재하는지를 확인하여 설명하였다. 상관관계 분석을 하여 탐색적 요인 분석으로 도출한 주요변수를 바탕으로 회귀분석을 통해 변수들의 인과관계를 검증하였다. 회귀분석 시 성별(남자: 0, 여자: 1), 혼인상태(배우자 없음: 0, 배우자 있음: 1), 차별경험(없음: 0, 있음: 1), 건강상태(좋지 않음: 0, 좋음: 1)를 더미변수로 설정하여 분석하였다.

## IV. 연구 결과

### 1. 뇌병변장애인의 일반적 특성

#### 1) 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성

조사대상자의 일반적 특성을 살펴보면 다음 <표 11>과 같다. 먼저, 본 연구에 포함된 뇌병변장애인은 총 281명이었다. 구성을 살펴보면 뇌성마비는 남성이 50명(61.7%), 여성이 31명(35.3%)으로 81명이었고, 뇌졸중은 남성이 84명(68.8%), 여성이 39명(31.7%)으로 123명이었다. 외상성뇌손상은 남성이 56명(72.7%), 여성이 21명(27.7%)이었고, 전체 남성이 190명(67.6%), 여성 91명(32.4%)이다.

전체 대상자에서 배우자 있다 27.4%, 배우자 없다 72.6%였으며, 뇌졸중에서 배우자가 있음이 더 많았다(59.3%). 연령대는 전체적으로 40세를 전후로 비슷하게 나타났으며, 뇌성마비와 외상성뇌손상은 40세 미만이 각각 67.9%와 67.5%로 많은 반면, 뇌졸중은 40세 이상이 72.4%로 높게 나타났다. 장애 정도에서는 전체 대상자 중 장애가 심하다가 53.4%로 조금 더 많았으며, 장애유형별로 장애가 심한 정도는 뇌성마비 63.0%, 뇌졸중은 40.7%, 외상성뇌손상 39.0%의 분포를 보였다. 차별경험의 경우 응답자 중 74.0%가 있다고 하였으며, 장애유형별로 뇌성마비 81.0%, 뇌졸중 69.7%, 외상성뇌손상 73.6%로 뇌성마비가 가장 많았다.

현재 건강상태에 대해 전체 응답자 중 56.1%가 좋지 않다고 하였다. 장애유형별로 살펴보면 뇌졸중과 외상성뇌손상은 좋지 않다가 각각 61.0%와 61.3%로 다소 높았고, 뇌성마비는 좋다가 56.3%로 좀 더 높게 나타났다. 마지막으로 학력의 경우 고등학교졸업 45.9%, 중학교졸업이하 27.8%, 대학교 졸업이상 26.4% 순이었으며, 모든 장애유형에서 고등학교 졸업이 가장 높은 분포를 보였다.

<표 11> 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성

구분	뇌성마비		뇌졸중		외상성 뇌손상		전체		
	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	빈도	비율 (%)	
성별 (n=281)	남성	50	61.7	84	68.3	56	72.7	190	67.6
	여성	31	35.3	39	31.7	21	27.3	91	32.4
	소계	81	100	123	100	77	100	281	100
혼인 상태 (n=281)	배우자 없음	70	86.4	50	40.7	61	79.2	204	72.6
	배우자 있음	11	13.6	73	59.3	16	20.8	77	27.4
	소계	81	100	123	100	77	100	281	100
연령대 (n=281)	40세 미만	55	67.9	34	27.6	52	67.5	141	50.2
	40세 이상	26	32.1	89	72.4	25	21.5	140	49.8
	소계	81	100	123	100	77	100	281	100
장애 정도 (n=281)	심한장애	51	63.0	50	40.7	30	39.0	131	46.6
	심하지않은장애	30	37.0	73	59.3	47	61.0	150	53.4
	소계	81	100	123	100	77	100	281	100
차별 경험 (n=273)	있다	64	81	85	69.7	53	73.6	202	74.0
	없다	15	19	37	30.3	19	26.4	71	26.0
	소계	79	100	122	100	72	100	273	100
건강 상태 (n=278)	좋지 않다	35	43.8	75	61.0	46	61.3	156	56.1
	좋다	45	56.3	48	39.0	29	38.7	122	43.9
	소계	80	100	123	100	75	100	278	100
학력 (n=281)	중졸이하	24	29.9	35	28.5	19	24.7	78	27.8
	고졸	34	42	56	45.5	39	50.6	129	45.9
	대졸이상	23	28.4	32	26.0	19	24.7	74	26.3
	소계	81	100	123	100	77	100	281	100

## 2) 뇌병변장애인의 장애인정책 신뢰도

조사대상자의 장애인 정책에 대한 신뢰도를 살펴보면 다음 <표 12>와 같다. 전체 평균 3.22점으로 보통보다 조금 높은 신뢰도 수준을 보였으며, 장애유형별로 살펴보면, 뇌성마비는 평균 3.26점, 뇌졸중은 평균 3.22점, 외상성뇌손상은 평균 3.17점으로 나타났다.

<표 12> 대상자의 장애인정책 신뢰도

항목	n	Min	Max	M	SD	
장애인 정책 신뢰도	뇌성마비	80	1	5	3.26	.768
	뇌졸중	123	1	5	3.22	.750
	외상성뇌손상	77	1	5	3.17	.894
전체	280	1	5	3.22	.793	

## 2. 주요변수의 기술통계

주요변수의 기술통계를 살펴보면 <표 13>과 같다. 조사대상자의 장애수용 정도 전체 평균은 2.93점이었다. 뇌성마비의 장애수용 정도는 평균 2.91점으로 평균보다 낮았고, 뇌졸중의 장애수용 정도는 평균 2.96점으로 평균보다 높았으며, 세 그룹 중 가장 높았다. 외상성뇌손상의 장애수용 정도는 평균 2.89점으로 세 그룹 중 가장 낮았다.

조사대상자의 자아존중감 전체 평균은 2.70점이었다. 뇌성마비의 자아존중감 평균은 2.72점으로 평균보다 높았고, 세 그룹 중 가장 높았다. 뇌졸중의 자아존중감은 2.68점으로 평균보다 낮았고, 세 그룹 중 가장 낮았다. 외상성뇌손상의 자아존중감 평균은 2.71점으로 평균보다 높았다.

조사대상자의 삶의 만족도는 평균 3.29점이었고, 뇌성마비와 뇌졸중의 삶의 만족도는 평균보다 높았고, 각각 3.41점, 3.30점이었다. 뇌졸중의 삶의 만족도는 평균 3.20점으로 세 그룹 중 가장 낮았다. 장애수용 정도는 뇌졸중이 가장 높았고, 자아존중감, 삶의 만족도는 뇌성마비가 평균값이 가장 높게 나타났다.

<표 13> 주요 변수의 기술통계

항목		n	Min	Max	M	SD
장애수용 정도	뇌성마비	79	1.33	4.50	2.91	.623
	뇌졸중	120	1.33	4.33	2.96	.508
	외상성뇌손상	74	1.58	4.08	2.89	.465
	전체	273	1.33	4.50	2.93	.532
자아존중감	뇌성마비	78	1.67	4.00	2.72	.419
	뇌졸중	121	1.44	3.89	2.68	.415
	외상성뇌손상	74	1.78	4.00	2.71	.440
	전체	273	1.44	4.00	2.70	.422
삶의 만족도	뇌성마비	80	1.67	4.83	3.41	.655
	뇌졸중	120	1.67	5.00	3.20	.692
	외상성뇌손상	75	1.67	4.83	3.30	.621
	전체	275	1.67	5.00	3.29	.666

### 3. 집단간 차이분석

#### 1) 뇌병변장애인의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

##### (1) 전체 대상자의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

인구사회학적 특성에 따른 장애인정책 신뢰도 차이 분석을 실시한 결과 <표 14>와 같다. 장애인정책 신뢰도 수준을 살펴보면, 성별의 경우 남자(평균 3.23점)가 여성(3.21점)보다 조금 더 높았으며, 배우자가 있는 경우(평균 3.29점)가 없는 경우(평균 3.19점)보다 조금 더 높았다. 연령대에서는 40세 미만(평균 3.24점)이 40세 이상(평균 3.21점)이 조금 더 높았으며, 장애정도가 심하지 않은 장애(평균 3.25점)가 심한 장애(평균 3.19점)보다 좀 더 높게 나타났다. 차별경험에서는 차별경험이 없다(평균 3.25점)가 있다(평균 3.24점)보다 조금 더 높았고, 건강상태는 좋지 않다(평균 3.14점)가 좋다(평균 3.33점)보다 조금 높았다. 마지막으로 학력에서는 고졸(평균 3.27점)이 가장 높았다. 하지만 모든 항목에서 통계적으로 유의한 차이는 나타나지 않았다.

<표 14> 전체 대상자의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

항목		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=276)	남성	187	3.23	.774	.165	.869	
	여성	89	3.21	.836			
혼인상태 (n=276)	배우자 없음	199	3.19	.833	.931	.353	
	배우자 있음	77	3.29	.681			
연령대 (n=276)	40세 미만	138	3.24	.838	.356	.722	
	40세 이상	138	3.21	.748			
장애정도 (n=276)	심한장애	127	3.19	.848	-.661	.509	
	심하지않은장애	149	3.25	.745			
차별경험 (n=268)	있다	197	3.24	.781	-.053	.957	
	없다	71	3.25	.796			
건강상태 (n=273)	좋지 않다	152	3.14	.831	-1.971	.050	
	좋다	121	3.33	.740			
학력 (n=276)	중졸이하 <sup>a</sup>	74	3.18	.738	.390	.677	-
	고졸 <sup>b</sup>	128	3.27	.807			
	대졸이상 <sup>c</sup>	74	3.18	.828			

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

## (2) 뇌성마비의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

뇌성마비의 인구사회학적 특성에 따른 장애인정책 신뢰도 차이분석을 실시한 결과 <표 15>과 같다. 분석결과 뇌성마비의 장애인정책 신뢰도 수준을 살펴보면, 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 전반적 건강상태, 학력에 따른 장애인 정책 신뢰도는 통계적으로 유의한 차이는 없었으며, 차별경험만 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 성별은 남성(평균 3.28점)이 여성(평균 3.23점) 보다 높았고, 배우자

가 없는 대상자(평균 3.29점)가 배우자가 있는 대상자(평균 3.09점)보다 높았다. 40세 미만 대상자(평균 3.33점)가 40세 이상 대상자(평균 3.12점) 보다 높았고, 장애정도가 심한 대상자(평균 3.32점)가 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.17점)보다 높았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 3.20점)가 차별경험이 없는 대상자(평균 3.17점) 보다 통계적으로 유의하게 높았으며, 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.32점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 3.20점)보다 높았다. 학력은 중졸이하 평균 3.25점, 고졸이 평균 3.36점, 대졸이상인 평균 3.13점으로 고졸이 가장 높았다.

<표 15>뇌성마비의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=80)	남성	49	3.28	.726	.324	.746	
	여성	31	3.23	.840			
혼인상태 (n=80)	배우자 없음	69	3.29	.761	-.819	.415	
	배우자 있음	11	3.09	.826			
연령대 (n=80)	40세 미만	54	3.33	.749	1.169	.246	
	40세 이상	26	3.12	.802			
장애정도 (n=80)	심한장애	50	3.32	.787	.848	.399	
	심하지않은장애	30	3.17	.738			
차별경험 (n=78)	있다	63	3.20	.756	-2.090*	.040	
	없다	15	3.65	.686			
건강상태 (n=79)	좋지 않다	34	3.20	.614	-.707	.482	
	좋다	45	3.32	.876			
학력 (n=80)	중졸이하 <sup>a</sup>	23	3.25	.716	.592	.556	-
	고졸 <sup>b</sup>	34	3.36	.714			
	대졸이상 <sup>c</sup>	23	3.13	.899			

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

### (3) 뇌졸중의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

뇌졸중의 인구사회학적 특성에 따른 장애인정책 신뢰도 차이 분석을 실시한 결과 <표 16>과 같다. 분석결과 뇌졸중의 장애인정책 신뢰도 수준을 살펴보면, 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 차별경험, 전반적 건강상태, 학력에 따른 장애인정책 신뢰도는 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 성별은 남성(평균 3.21점)이 여성(평균 3.25점)보다 낮았고, 배우자가 없는 대상자(평균 3.15점)가 배우자가 있는 대상자(평균 3.34점)보다 장애인 정책 신뢰도가 더 높았다. 40세 미만 대상자(평균 3.28점)가 40세 이상 대상자(평균 3.20점)보다 더 높았다. 장애정도가 심한 대상자(평균 3.12점)가 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.29점)보다 더 낮았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 3.27점)는 차별경험이 없는 대상자(평균 3.12점)보다 더 높았으며, 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.32점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 3.17점)보다 더 높았다. 학력은 중졸이하 평균 3.05점, 고졸 평균 3.31점, 대졸이상 평균 3.27점으로 고졸이 가장 높았다.

<표 16> 뇌졸중의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=123)	남성 84	3.21	.768	-.272	.786	
	여성 39	3.25	.719			
혼인상태 (n=123)	배우자 없음 73	3.15	.801	1.358	.177	
	배우자 있음 50	3.34	.661			
연령대 (n=123)	40세 미만 34	3.28	.831	.483	.630	
	40세 이상 89	3.20	.721			
장애정도 (n=123)	심한장애 50	3.12	.813	-1.241	.217	
	심하지않은장애 73	3.29	.701			
차별경험 (n=122)	있다 85	3.27	.715	.981	.329	
	없다 37	3.12	.836			
건강상태 (n=123)	좋지 않다 75	3.17	.806	-1.083	.281	
	좋다 48	3.32	.651			
학력 (n=123)	중졸이하 <sup>a</sup> 35	3.05	.778	1.315	.272	-
	고졸 <sup>b</sup> 56	3.31	.747			
	대졸이상 <sup>c</sup> 32	3.27	.750			

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

#### (4) 외상성뇌손상의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

외상성뇌손상의 인구사회학적 특성에 따른 장애인정책 신뢰도 차이분석을 실시한 결과 <표 17>과 같다. 분석결과 외상성뇌손상의 정책 신뢰도 수준을 살펴보면, 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 차별경험, 전반적 건강상태, 학력에 따른 장애인 정책 신뢰도는 모두 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 성별은 남성(평균 3.20점)이 여성(평균 3.10점)보다 높았고, 배우자가 없는 대상자(평균 3.14점)가 배우자가 있는 대상자(평균 3.31점)보다 더 낮았다. 40세 미만 대상자(평균 3.11점)보다 40세 이상 대상자(평균 3.31점)가 더 높았고, 장애정도가 심한 대상자(평

평균 3.07점)가 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.24점)보다 더 낮았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 3.25점)가 차별경험이 없는 대상자(평균 3.17점)보다 더 높았으며, 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.35점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 3.04점)보다 더 높았다. 학력은 중졸이하 평균 3.37점, 고졸이 평균 3.13점, 대졸이상인 평균 3.10점으로 중졸이하가 가장 높았다.

<표 17>외상성뇌손상의 장애인정책 신뢰도 차이 분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후검증
성별 (n=73)	남성	54	3.20	.836	.418	.677
	여성	19	3.10	1.065		
혼인상태 (n=73)	배우자 없음	57	3.14	.952	.671	.505
	배우자 있음	16	3.31	.653		
연령대 (n=73)	40세 미만	50	3.11	.931	-.864	.391
	40세 이상	23	3.31	.810		
장애정도 (n=73)	심한장애	27	3.07	1.009	-.796	.429
	심하지않은장애	46	3.24	.825		
차별경험 (n=68)	있다	49	3.25	.924	.313	.755
	없다	19	3.17	.726		
건강상태 (n=71)	좋지 않다	43	3.04	1.014	-1.418	.161
	좋다	28	3.35	.667		
학력 (n=73)	중졸이하 <sup>a</sup>	16	3.37	.664	.489	.615
	고졸 <sup>b</sup>	38	3.13	.962		
	대졸이상 <sup>c</sup>	19	3.10	.941		

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

## 2) 뇌병변장애인의 장애수용 정도 차이 분석

### (1) 전체 대상자의 장애수용 정도 차이 분석

전체 대상자의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용 정도 차이분석을 실시한 결과 <표 18>과 같다. 분석결과 성별, 혼인상태, 연령에 따른 장애수용 정도는 통계적으로 유의하지 않았다. 성별의 경우 남성(평균 2.94점)이 여성(평균 2.89점)보다 높았고, 배우자가 없는 경우(평균 2.92점)가 배우자가 있는 경우(평균 2.97점)보다 조금 낮았다. 40세 미만 대상자(평균 2.93점)가 40세 이상 대상자(평균 2.92점)보다 조금 높았다. 장애정도, 차별경험, 건강상태, 학력에 따른 장애수용 정도는 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 장애 정도가 심한 대상자(평균 2.82점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.01점)가 높았다( $p<0.04$ ). 차별경험이 있는 대상자(평균 2.89점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 3.01점)가 높았다( $p<0.043$ ). 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.10점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.78점)보다 높았다( $p<0.000$ ). 학력에 따른 장애수용 정도는 중졸이하 평균 2.79점, 고졸 평균 2.95점, 대졸이상 평균 3.04점으로 대졸이상이 가장 높았다( $p<0.012$ ). 집단간의 유의한 차이를 확인하기 위하여 사후 검정을 실시한 결과, 대졸이상이 중졸이하 집단보다 평균값이 통계적으로 유의하게 높았다.

<표 18> 전체 대상자의 장애수용 정도 차이 분석

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=273)	남성	185	2.94	.498	.751	.453	
	여성	88	2.89	.599			
혼인상태 (n=273)	배우자 없음	196	2.91	.544	.845	.399	
	배우자 있음	77	2.97	.500			
연령대 (n=276)	40세 미만	136	2.93	.581	.064	.949	
	40세 이상	137	2.92	.481			
장애정도 (n=273)	심한장애	123	2.82	.529	-2.895**	.004	
	심하지않은장애	150	3.01	.522			
차별경험 (n=267)	있다	200	2.89	.514	-2.038*	.043	
	없다	67	3.04	.556			
건강상태 (n=270)	좋지 않다	150	2.78	.472	-4.995**	.000	
	좋다	120	3.10	.557			
학력 (n=273)	중졸이하 <sup>a</sup>	75	2.79	.547	4.486*	.012	c>a
	고졸 <sup>b</sup>	125	2.95	.453			
	대졸이상 <sup>c</sup>	73	3.04	.612			

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

(2) 뇌성마비의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용 수준 차이 분석

뇌성마비의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용 정도 차이분석을 실시한 결과 <표 19>과 같다. 분석결과 뇌성마비의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용 정도는 학력에서만 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 성별의 경우 남성(평균 2.93점)이 여성(평균 2.88점)보다 높았고, 배우자가 없는 대상자(평균 2.89)보다 배우자가 있는 대상자(평균 3.01점)가 높았다. 40세 미만 대상자는 평균 2.91점이었고, 40세 이상 대상자는 평균 2.92점이었다. 장애정도에 따른 장애수용 정도는 장애 정도가 심한 대상자(평균 2.84점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.03점)가

높았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 2.92점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 2.94점)가 높았다. 건강상태에 따른 장애수용 수준은 건강상태가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.77점)보다 좋다고 응답한 대상자(평균 3.02점)가 높았다. 학력에 따른 장애수용 수준은 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다( $p < .041$ ). 중졸이하 평균 2.65점, 고졸 평균 2.96점, 대졸이상 평균 3.10점으로 대졸이상이 가장 높았다. 집단 간의 유의한 차이를 확인하기 위하여 사후 검정에서는 통계적으로 유의하지 않았다.

<표 19> 뇌성마비의 장애수용 수준 차이 분석

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=79)	남성	48	2.93	.565	.313	.755	
	여성	31	2.88	.711			
혼인상태 (n=79)	배우자 없음	68	2.89	.610	.575	.567	
	배우자 있음	11	3.01	.717			
연령대 (n=79)	40세 미만	54	2.91	.635	.790	.933	
	40세 이상	25	2.92	.608			
장애정도 (n=79)	심한장애	49	2.84	.638	-1.332	.187	
	심하지않은장애	30	3.03	.587			
차별경험 (n=77)	있다	64	2.92	.600	-.067	.947	
	없다	13	2.94	.704			
건강상태 (n=273)	좋지 않다	34	2.77	.609	-1.771	.081	
	좋다	44	3.02	.625			
학력 (n=79)	중졸이하 <sup>a</sup>	23	2.65	.670	3.324*	.041	-
	고졸 <sup>b</sup>	34	2.96	.461			
	대졸이상 <sup>c</sup>	22	3.10	.721			

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

### (3) 뇌졸중의 장애수용 정도 차이 분석

뇌졸중의 장애수용정도 차이를 분석한 결과는 <표 20>과 같다. 분석결과, 성별, 혼인상태, 연령, 차별경험, 학력에 따른 장애수용 정도는 통계적으로 유의하지 않았다. 성별은 남성(평균 2.97점)이 여성(평균 2.94점)보다 높았고, 배우자가 없는 대상자(평균 2.93점)보다 배우자가 있는 대상자(평균 3.00점)가 높았다. 40세 미만 대상자는 평균 2.97점, 40세 이상 대상자는 평균 2.96점이었다. 차별경험이 있는 대상자(평균 2.90점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 3.09점)가 높았고, 학력에 따른 장애수용 정도는 중졸이하 평균 2.87점, 고졸 평균 2.94점, 대졸이상 평균 3.09점으로 대졸이상이 가장 높았다. 장애정도에 따른 장애수용 수준은 장애 정도가 심한 대상자(평균 2.81점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.06점)가 통계적으로 유의하게 높았다(.009). 현재 건강상태에 따른 장애수용 정도는 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.24점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.79점)보다 통계적으로 유의하게 높았다.

<표 20> 뇌졸중의 장애수용 수준 차이 분석

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=120)	남성	83	2.97	.479	.343	.732	
	여성	37	2.94	.574			
혼인상태 (n=120)	배우자 없음	70	2.93	.555	.741	.460	
	배우자 있음	50	3.00	.437			
연령대 (n=120)	40세 미만	33	2.97	.606	.066	.948	
	40세 이상	87	2.96	.470			
장애정도 (n=120)	심한장애	47	2.81	.469	-2.654**	.009	
	심하지않은장애	73	3.6	.512			
차별경험 (n=119)	있다	83	2.90	.496	-1.834	.069	
	없다	36	3.09	.522			
건강상태 (n=120)	좋지 않다	73	2.79	.450	-5.223***	.000	
	좋다	47	3.24	.474			
학력 (n=120)	중졸이하 <sup>a</sup>	34	2.87	.462	1.561	.214	-
	고졸 <sup>b</sup>	54	2.94	.491			
	대졸이상 <sup>c</sup>	32	3.09	.572			

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

#### (4) 외상성뇌손상의 장애수용 수준 차이 분석

외상성뇌손상의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용 정도를 차이를 분석한 결과는 <표 21>과 같다. 분석결과, 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 차별경험, 건강상태, 학력에 따른 장애수용 수준은 모두 통계적으로 유의하지 않았다. 성별은 남성(평균 2.91점)이 여성(평균 2.83점)보다 높았고, 배우자가 없는 대상자(평균 2.90점)가 배우자가 있는 대상자(평균 2.84점)보다 높았다. 40세 미만 대상자(평균 2.93점)가 40세 이상 대상자(평균 2.81점)보다 높았고, 장애정도에 따른 장애수용 정도는 장애 정도가 심한 대상자(평균 2.82점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상

자(평균 2.92점)가 높았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 2.82점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 3.02점)가 높았고, 현재 건강상태에 따른 장애수용 정도는 건강상태가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.79점)보다 좋다고 응답한 대상자(평균 2.99점)가 높게 나타났다. 학력에 따른 장애수용 정도는 중졸이하 평균 2.79점, 고졸 평균 2.93점, 대졸이상 평균 2.89점으로 고졸이 가장 높았다.

<표 21> 외상성뇌손상의 장애수용 수준 차이 분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=74)	남성	54	2.91	.063	.761	.449
	여성	20	2.82	.102		
혼인상태 (n=74)	배우자 없음	58	2.90	.450	-.459	.648
	배우자 있음	16	2.84	.526		
연령대 (n=74)	40세 미만	49	2.93	.506	1.075	.286
	40세 이상	25	2.81	.366		
장애정도 (n=74)	심한 장애	27	2.82	.415	-.870	.387
	심하지 않은 장애	47	2.92	.492		
차별경험 (n=71)	있다	53	2.82	.427	-1.584	.118
	없다	18	3.02	.526		
건강상태 (n=72)	좋지 않다	43	2.79	.390	-1.810	.075
	좋다	29	2.99	.547		
학력 (n=74)	중졸이하 <sup>a</sup>	18	2.79	.517	.546	.581
	고졸 <sup>b</sup>	37	2.93	.395		
	대졸이상 <sup>c</sup>	19	2.89	.545		

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

### 3) 뇌병변장애인의 자아존중감 수준 차이 분석

#### (1) 전체 대상자의 자아존중감 수준 차이 분석

전체 대상자의 자아존중감 수준을 차이 분석한 결과는 <표 22>과 같다. 분석 결과, 성별, 혼인상태, 연령에 따른 자아존중감 수준은 통계적으로 유의하지 않았다. 남성(평균 2.69점)보다 여성(평균 2.72점)이 자아존중감 수준이 높았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 2.78점)가 배우자가 있는 대상자(평균 2.67점)보다 높았다. 40세 미만 대상자(평균 2.73점)가 40세 이상 대상자(평균 2.67점)보다 자아존중감 수준이 높았다. 장애정도가 심한 대상자(평균 2.62점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 2.77점)가 통계적으로 유의하게 높았으며( $p < .003$ ), 차별경험이 있는 대상자(평균 2.66점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 2.88점)가 자아존중감 수준이 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .002$ ). 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 2.86점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.57점)보다 자아존중감이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다( $p < .000$ ). 학력에 따른 자아존중감 수준도 통계적으로 유의하였다( $p < .001$ ). 중졸이하 평균 2.58점, 고졸 평균 2.69점, 대졸이상 평균 2.84점이었고, 대졸이상이 가장 높았다. 집단간의 유의한 차이를 확인하기 위한 사후검정에서는 대졸이상이 중졸이하 보다 유의하게 높게 나타났다.

<표 22> 전체대상자의 자아존중감 수준

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=273)	남성	184	2.69	.421	- .592	.554	
	여성	89	2.72	.425			
혼인상태 (n=273)	배우자 없음	77	2.78	.434	1.836	.067	
	배우자 있음	196	2.67	.414			
연령대 (n=273)	40세 미만	136	2.73	.407	1.035	.301	
	40세 이상	137	2.67	.435			
장애정도 (n=273)	심한 장애	123	2.62	.416	-2.975**	.003	
	심하지 않은 장애	150	2.77	.416			
차별경험 (n=267)	있다	200	2.66	.392	-3.075**	.002	
	없다	67	2.88	.484			
건강상태 (n=270)	좋지 않다	150	2.57	.376	-5.935***	.000	
	좋다	120	2.86	.427			
학력 (n=273)	중졸이하 <sup>a</sup>	75	2.58	.438	7.018**	.001	c>a
	고졸 <sup>b</sup>	125	2.69	.399			
	대졸이상 <sup>c</sup>	73	2.84	.410			

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

(2) 뇌성마비의 자아존중감 수준 차이 분석

뇌성마비의 자아존중감 수준 차이를 분석한 결과는 <표 23>와 같다. 분석결과 성별, 연령, 장애정도, 차별경험, 학력에 따른 자아존중감 수준은 통계적으로 유의하지 않았다. 남성(평균 2.68점)보다 여성(평균 2.78점)이 자아존중감 수준이 높았으며, 40세 미만 대상자(평균 2.67점)보다 40세 이상 대상자(평균 2.83점)가 자아존중감 수준이 높았다. 장애정도가 심한 대상자(평균 2.73점)가 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 2.70점)보다 높았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 2.72점)가 차별경험이 없는 대상자(평균 2.70점)보다 높았다. 학력에 따른 자아존중감 수준은 중졸이하 평균 2.61점, 고졸 평균 2.74점, 대졸이상 평균 2.79점이었고, 대졸이상이 가장 높았다. 배우자가 없는 대상자(평균 2.68점)보다, 배우자가 있는 대상자(평균 2.91점)로 통계적으로 유의하게 높게 나타났고( $p < .009$ ), 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 2.82점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.58점)보다 자아존중감이 통계적으로 유의하게 높게 나타났다( $p < .016$ ).

<표 23> 뇌성마비의 자아존중감 수준 차이 분석

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=78)	남성	47	2.68	.417	-1.073	.287	
	여성	31	2.78	.422			
혼인상태 (n=78)	배우자 없음	67	2.68	.420	1.699**	.009	
	배우자 있음	11	2.91	.372			
연령대 (n=78)	40세 미만	53	2.67	.387	-1.589	.116	
	40세 이상	25	2.83	.471			
장애정도 (n=78)	심한 장애	48	2.73	.477	.245	.807	
	심하지 않은 장애	30	2.70	.313			
차별경험 (n=76)	있다	63	2.72	.418	.119	.905	
	없다	13	2.70	.463			
건강상태 (n=77)	좋지 않다	33	2.58	.413	-2.456*	.016	
	좋다	44	2.82	.406			
학력 (n=78)	중졸이하 <sup>a</sup>	22	2.61	.464	1.153	.321	-
	고졸 <sup>b</sup>	34	2.74	.400			
	대졸이상 <sup>c</sup>	22	2.79	.398			

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

### (3) 뇌졸중의 자아존중감 수준 차이 분석

뇌졸중의 자아존중감 수준 차이를 분석한 결과는 <표 24>와 같다. 분석결과 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도에 따른 자아존중감 수준은 통계적으로 유의하지 않았다. 남성(평균 2.68점)과 여성(평균 2.68점)은 자아존중감 수준이 같았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 2.73점)가 배우자가 있는 대상자(평균 2.65점)보다 자아존중감이 높았다. 40세 미만 대상자(평균 2.76점)가 40세 이상 대상자(평균 2.65점)보다 자아존중감 수준이 높게 나타났고, 장애정도가 심한 대상자(평균 2.59점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 2.74점)가 높게 나타났다. 차별경험이 있는 대상자(평균 2.61점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 2.85점)가 자아존중감 수준이 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .003$ ). 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 2.91점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.53점)보다 자아존중감이 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .000$ ). 학력에 따른 자아존중감 수준도 통계적으로 유의하였다( $p < .020$ ). 중졸이하 평균 2.56점, 고졸 평균 2.67점, 대졸이상

평균 2.84점이었고, 대졸이상이 가장 높았다. 집단간의 유의한 차이를 확인하기 위한 사후 검정에서는 대졸이상이 중졸이하보다 통계적으로 유의하게 높았다.

<표 24> 뇌졸중의 자아존중감 수준 차이 분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후 검증	
성별 (n=121)	남성	83	2.68	.423	.111	.912	
	여성	38	2.68	.402			
혼인상태 (n=121)	배우자 없음	50	2.73	.459	.975	.332	
	배우자 있음	71	2.65	.382			
연령대 (n=121)	40세 미만	34	2.76	.422	1.355	.178	
	40세 이상	87	2.65	.410			
장애정도 (n=121)	심한 장애	48	2.59	.349	-1.966	.052	
	심하지 않은 장애	73	2.74	.445			
차별경험 (n=120)	있다	84	2.61	.346	-3.017**	.003	
	없다	36	2.85	.512			
건강상태 (n=121)	좋지 않다	74	2.53	.359	-5.459***	.000	
	좋다	47	2.91	.394			
학력 (n=276)	중졸이하 <sup>a</sup>	35	2.56	.413	4.069*	.020	c>a
	고졸 <sup>b</sup>	54	2.67	.403			
	대졸이상 <sup>c</sup>	32	2.84	.399			

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

#### (4) 외상성뇌손상의 자아존중감 수준 차이 분석

외상성뇌손상의 자아존중감 수준 차이를 분석한 결과는 <표 25>와 같다. 분석 결과 성별, 혼인상태, 연령, 학력에 따른 자아존중감 수준은 통계적으로 유의하지 않았다. 남성(평균 2.71점)보다 여성(평균 2.72점)이 자아존중감 수준이 조금 높았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 2.68점)보다 배우자가 있는 대상자(평균 2.84점)가 자아존중감이 높았다. 40세 미만 대상자(평균 2.77점)가 40세 이상 대상자(평균 2.61점)보다 자아존중감 수준이 높았다. 학력에 따른 자아존중감 수준은 중졸이하 2.61, 고졸 2.68, 대졸이상 2.89였고, 대졸이상이 가장 높았다. 장애정도, 차별경험, 건강상태는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 장애정도가 심한 대상자(평균 2.47점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 2.85점)의 자아존중감 수준이 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .000$ ). 차별경험이 있는 대상자(평균 2.66

점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 2.91점)의 자아존중감 수준이 통계적으로 유의하게 높았다( $p<.037$ ). 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 2.84점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 2.62점)보다 자아존중감 수준이 통계적으로 유의하게 높았다( $p<.038$ ).

<표 25> 외상성뇌손상의 자아존중감 수준 차이 분석

	구분	N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=74)	남성	54	2.71	.427	-.099	.922	
	여성	20	2.72	.482			
혼인상태 (n=74)	배우자 없음	58	2.68	.451	1.245	.217	
	배우자 있음	16	2.84	.386			
연령대 (n=74)	40세 미만	49	2.77	.419	1.494	.140	
	40세 이상	25	2.61	.468			
장애정도 (n=74)	심한장애	27	2.47	.369	-3.924***	.000	
	심하지않은장애	47	2.85	.419			
차별경험 (n=71)	있다	53	2.66	.425	-2.122*	.037	
	없다	18	2.91	.445			
건강상태 (n=72)	좋지 않다	43	2.62	.377	-2.119*	.038	
	좋다	29	2.84	.509			
학력 (n=74)	중졸이하 <sup>a</sup>	18	2.61	.476	2.280	.110	
	고졸 <sup>b</sup>	37	2.68	.398			
	대졸이상 <sup>c</sup>	19	2.89	.454			

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

#### 4) 뇌병변장애인의 삶의 만족도 수준 차이 분석

##### (1) 전체 대상자의 삶의 만족도 수준 차이 분석

전체 대상자의 삶의 만족도 수준 차이를 분석한 결과는 <표 26>과 같다. 분석 결과 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 통계적으로 유의하지 않았다. 남성(평균 3.26점)보다 여성(평균 3.36점)이 삶의 만족도 수준이 높았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 3.28점)보다 배우자가 있는 대상자(평균 3.33점)가 삶의 만족도가 높았다. 40세 미만 대상자(평균 3.37)가 40세 이상 대상자(평균 3.22점) 보다 삶의 만족도 수준이 높았고, 장애정도가 심한 대상자(평균 3.22점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.35점)가 삶의 만족도가 높았다. 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 중졸이하 평균 3.22점, 고졸 평균 3.25점, 대졸이상 평균 3.43점이었고, 대졸이상이 가장 높았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 3.25점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 3.44점)가 삶의 만족도 수준이 통계적으로 유의하게 높았고( $p<.043$ ), 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.63점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 3.02점) 보다 삶의 만족도가 통계적으로 유의하게 높았다( $p<.000$ ).

<표 26> 전체 대상자의 삶의 만족도 수준 차이 분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=275)	남성	187	3.26	.662	-1.161	.246
	여성	88	3.36	.675		
혼인상태 (n=275)	배우자 없음	198	3.28	.673	.576	.565
	배우자 있음	77	3.33	.651		
연령대 (n=275)	40세 미만	137	3.37	.692	1.839	.067
	40세 이상	138	3.22	.633		
장애정도 (n=275)	심한장애	125	3.22	.633	-1.681	.094
	심하지않은장애	150	3.35	.689		
차별경험 (n=269)	있다	200	3.25	.650	-2.033*	.043
	없다	69	3.44	.683		
건강상태 (n=272)	좋지 않다	152	3.02	.617	-8.249***	.000
	좋다	120	3.63	.576		
학력 (n=275)	중졸이하 <sup>a</sup>	76	3.22	.587	2.370	.095
	고졸 <sup>b</sup>	125	3.25	.690		
	대졸이상 <sup>c</sup>	74	3.43	.689		

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

(2) 뇌성마비의 삶의 만족도 수준 차이분석

뇌성마비의 삶의 만족도 수준 차이를 분석한 결과는 <표 27>과 같다. 분석결과 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 차별경험, 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 통계적으로 유의하지 않았고, 건강상태는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 남성(평균 3.38점)보다 여성(평균 3.47점)이 삶의 만족도 수준이 높았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 3.44점)가 배우자가 있는 대상자(평균 3.24점) 보다 삶의 만족도가 높았다. 40세 미만 대상자(평균 3.41점)보다 40세 이상 대상자(평균 3.43점)가 삶의 만족도 수준이 조금 높았다. 장애정도가 심한 대상자(평균 3.44점)가 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.38점)보다 높았고, 차별경험이 있는 대상자와 차별경험이 없는 대상자는 평균 3.41점으로 삶의 만족도 수준이 같았다. 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 중졸이하 평균 3.49점, 고졸 평균 3.24점, 대졸이상 평균 3.61점이었고, 대졸이상이 가장 높았다. 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.63점)는 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 3.14점) 보다 삶의 만족도가 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .001$ ).

<표 27> 뇌성마비의 삶의 만족도 수준 차이분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후검증
성별 (n=80)	남성	49	3.38	.704	-.547	.586
	여성	31	3.47	.575		
혼인상태 (n=80)	배우자 없음	69	3.44	.666	-.966	.337
	배우자 있음	11	3.24	.574		
연령대 (n=80)	40세 미만	54	3.41	.719	-.133	.894
	40세 이상	26	3.43	.510		
장애정도 (n=80)	심한장애	50	3.44	.624	.395	.694
	심하지않은장애	30	3.38	.713		
차별경험 (n=78)	있다	64	3.41	.628	-.792	.431
	없다	64	3.41	.628		
건강상태 (n=79)	좋지 않다	35	3.14	.672	-3.570**	.001
	좋다	44	3.63	.563		
학력 (n=80)	중졸이하 <sup>a</sup>	23	3.49	.590	2.509	.088
	고졸 <sup>b</sup>	34	3.24	.689		
	대졸이상 <sup>c</sup>	23	3.61	.621		

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

### (3) 뇌졸중의 삶의 만족도 수준 차이분석

뇌졸중의 삶의 만족도 수준 차이를 분석한 결과는 <표 28>과 같다. 분석결과 성별, 혼인상태, 연령, 차별경험, 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 통계적으로 유의하지 않았고, 장애정도와 건강상태에 따른 삶의 만족도는 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 남성(평균 3.15점)보다 여성(평균 3.32점)이 삶의 만족도 수준이 높았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 3.14점)보다 배우자가 있는 대상자(평균 3.30점)가 삶의 만족도가 높았다. 40세 미만 대상자(평균 3.28점)가 40세 이상 대상자(평균 3.18점)보다 삶의 만족도 수준이 높았고, 차별경험이 있는 대상자(평균 3.14점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 3.38점)가 삶의 만족도 수준이 높았다. 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 중졸이하 평균 3.01점, 고졸 평균 3.30점, 대졸 이상 평균 3.26점이었고, 고졸이 가장 높았다. 장애정도가 심한 대상자(평균 3.01점)보다 장애정도가 심하지 않은 대상자(평균 3.33점)가 삶의 만족도가 통계적으로 유의하게 높게 나타났다( $p < .014$ ). 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.64점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(2.93) 보다 삶의 만족도가 통계적으로 유의하게 높았다( $p < .000$ ).

<표 28> 뇌졸중의 삶의 만족도 수준 차이분석

구분		N	M	SD	t/F	p	사후 검증
성별 (n=120)	남성	83	3.15	.640	-1.225	.223	
	여성	37	3.32	.796			
혼인상태 (n=120)	배우자 없음	70	3.14	.683	1.252	.213	
	배우자 있음	50	3.30	.702			
연령대 (n=120)	40세 미만	33	3.28	.743	.689	.492	
	40세 이상	87	3.18	.675			
장애정도 (n=120)	심한장애	47	3.01	.637	-2.490*	.014	
	심하지않은장애	73	3.33	.703			
차별경험 (n=119)	있다	83	3.14	.674	-1.752	.082	
	없다	36	3.38	.695			
건강상태 (n=120)	좋지 않다	73	2.93	.597	-6.296***	.000	
	좋다	47	2.93	.597			
학력 (n=120)	중졸이하 <sup>a</sup>	34	3.01	.565	1.938	.149	-
	고졸 <sup>b</sup>	54	3.30	.734			
	대졸이상 <sup>c</sup>	32	3.26	.722			

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

(4) 외상성뇌손상의 삶의 만족도 수준 차이 분석

외상성뇌손상의 삶의 만족도 수준 차이 분석한 결과는 <표 29>과 같다. 분석 결과 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 차별경험, 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 통계적으로 유의하지 않았고 건강상태만 통계적으로 유의한 차이를 나타냈다. 남성(평균 3.31점)이 여성(평균 3.27점)보다 삶의 만족도 수준이 높았으며, 배우자가 없는 대상자(평균 3.25점)보다 배우자가 있는 대상자(평균 3.48점)가 삶의 만족도가 높았다. 40세 미만 대상자(평균 3.38점)가 40세 이상 대상자(평균 3.14점)보다 삶의 만족도 수준이 높았다. 장애정도가 심한 대상자(평균 3.17점)보다 장애정도

가 심하지 않은 대상자(평균 3.37점)가 삶의 만족도가 높았다. 차별경험이 있는 대상자(평균 3.24점)보다 차별경험이 없는 대상자(평균 3.44점)가 삶의 만족도 수준이 높았다. 학력에 따른 삶의 만족도 수준은 중졸이하 평균 3.27점, 고졸 평균 3.20점, 대졸이상 평균 3.51점이었고, 대졸이상이 가장 높았다. 건강상태가 좋다고 응답한 대상자(평균 3.61점)가 좋지 않다고 응답한 대상자(평균 3.09점) 보다 삶의 만족도가 통계적으로 유의하게 높았다( $p<.000$ ).

<표 29>외상성뇌손상의 삶의 만족도 수준 차이분석

구분	N	M	SD	t/F	p	사후 검증	
성별 (n=75)	남성	55	3.31	.642	.264	.793	
	여성	20	3.27	.576			
혼인상태 (n=75)	배우자 없음	59	3.25	.639	1.366	.176	
	배우자 있음	16	3.48	.528			
연령대 (n=75)	40세 미만	50	3.38	.636	1.597	.115	
	40세 이상	25	3.14	.569			
장애정도 (n=75)	심한장애	28	3.17	.528	-1.399	.166	
	심하지않은장애	47	3.37	.664			
차별경험 (n=72)	있다	53	3.24	.609	-1.366	.176	
	없다	19	3.44	.664			
건강상태 (n=73)	좋지 않다	44	3.09	.595	-3.692***	.000	
	좋다	29	3.61	.558			
학력 (n=75)	중졸이하 <sup>a</sup>	19	3.27	.500	1.641	.201	-
	고졸 <sup>b</sup>	37	3.20	.637			
	대졸이상 <sup>c</sup>	19	3.51	.674			

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

#### 4. 각 변인 간의 상관관계

각 변수인 성별, 혼인상태, 연령, 장애정도, 차별경험, 건강상태, 학력, 장애인정책 신뢰도, 장애수용, 자아존중감, 삶의 만족도 간의 상관관계를 분석하였다. 이때 성별(남=0, 여=1), 혼인상태(배우자 없음=0, 배우자 있음=1), 장애정도(장애가 심한장애=0, 심하지 않은 장애=1), 차별경험(없다=0, 있다=1), 건강상태(좋지 않다=0, 좋다=1)는 더미변수로 각각 재코딩하여 상관관계를 실시하였으며, 회귀분석에서도 더미변수화하여 다중회귀분석을 실시하였다. 상관관계 분석결과 <표 30>과 같다.

본 연구의 종속변수인 삶의 만족도를 중심으로 주요 변인 간 상관관계를 살펴보면, 일반적 특성 중 차별경험( $r=.123$ ), 건강상태( $r=.449$ )와는 정(+ )적인 상관관계를 보였다. 특히 장애인복지정책 신뢰도( $r=.231$ ), 장애수용( $r=.362$ ), 자아존중감( $r=.364$ )과는 정(+ )적인 상관관계가 있는 것으로 나타났다.

<표 30> 변수 간의 상관관계

구분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩	⑪	⑫
①성별 <sup>1)</sup>	1											
②혼인상태 <sup>2)</sup>	.052	1										
③연령	.025	.361**	1									
④장애정도 <sup>3)</sup>	.085	-.110	.680	1								
⑤차별경험 <sup>4)</sup>	.016	-.241**	-.098	.151*	1							
⑥건강상태 <sup>5)</sup>	.070	-.038	.151*	.123*	-.064	1						
⑦학력	-.162**	.034	-.145*	-.176**	.055	.241**	1					
⑧장애유형	-.088	.065	.009	-.182**	.065	-.134*	.006	1				
⑨정책신뢰도	-.010	.056	-.021	-.040	.003	.117	.001	-.041	1			
⑩장애수용	-.046	.051	-.004	-.173**	.124*	.292**	.177**	-.015	.164**	1		
⑪자아존중감	.036	.111	-.063	-.178**	.186**	.341**	.221**	-.003	.052	.536**	1	
⑫삶의 만족도	.070	.035	-.111	-.101	.123*	.449**	.118	-.069	.231**	.362**	.364**	1

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

1) 더미 성별: 남=0, 여=1, 2) 더미 혼인상태: 배우자 없음=0, 배우자 있음=1, 3) 더미 장애정도: 심함=0, 심하지 않음= 2, 4) 더미 차별경험: 없음=0, 있음=1  
 5) 더미 건강상태 : 좋지 않음=0 좋음=1

## 5. 뇌병변장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

### 1) 전체 대상자의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

전체 응답자의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 다중회귀 분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 31>와 같다. 회귀모형값은  $F=11.340(p=.000)$ 으로 유의하였으며, Durbin-Watson값이 1.845로 잔차들 간에 상관관계가 없어 회귀모형이 적합한 것으로 나타났다. 이때 설명력은 31.4% ( $R^2=.314$ )를 보였다.

<표 31> 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인

독립변수	B	표준오차	$\beta$	t값	p
상수	1.558	.330		4.721***	.000
성별	.123	.077	.086	1.591	.113
혼인상태	.031	.086	.021	.364	.716
연령	-.002	.079	-.046	-.790	.430
장애정도	-.037	.074	-.028	-.503	.615
차별경험	.077	.082	.050	.901	.368
건강상태	.456	.079	.341	5.811***	.000
학력	-.022	.053	-.024	-.415	.678
정책신뢰도	.140	.047	.161	3.001**	.003
장애수용	.160	.083	.126	1.922	.056
자아존중감	.258	.105	.164	2.449*	.015

R=.560,  $R^2=.314$ , 수정된  $R^2=.286$   
 $F=11.340^{***}$ ,  $p=.000$ , Durbin-Watson= 1.845

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

<표 32>를 살펴보면 인구사회학적 특성 중 건강상태( $t=-5.811$ ,  $p<.000$ )와 정책

신뢰도( $t=3.001$ ,  $p<.003$ ), 그리고 자아존중감( $t=2.449$ ,  $p<.015$ )이 통계적으로 유의하게 나타났다. 즉, 건강상태가 좋을수록, 장애인복지정책에 대한 신뢰도가 높을수록, 자아존중감이 높을수록 장애인의 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다. 그 영향력은 건강상태( $\beta=-.341$ )가 가장 높았고 다음으로 자아존중감( $\beta=.164$ ), 정책신뢰도( $\beta=.161$ ) 순으로 나타났다.

## 2) 뇌성마비의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

뇌성마비의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 다중회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 32>와 같다. 회귀모형값은  $F=2.739$ ( $p=.007$ )으로 유의하였으며, Durbin-Watson값이 1.728로 잔차들 간에 상관관계가 없어 회귀모형이 적합한 것으로 나타났다. 이때 설명력은  $30.3\%$ ( $R^2=.303$ )를 보였다.

<표 32> 뇌성마비의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

독립변수	B	표준오차	$\beta$	t값	p
상수	1.473	.563		2.618*	.011
성별	.175	.155	.133	1.130	.263
혼인상태	-.424	.235	-.234	-1.805	.076
연령	.135	.172	.099	.786	.435
장애정도	.126	.176	.095	.717	.476
차별경험	.091	.211	.054	.433	.667
건강상태	.460	.155	.349	2.957**	.004
학력	.111	.144	.127	.966	.338
정책신뢰도	.138	.104	.164	1.333	.187
장애수용	-.062	.147	-.058	-.421	.675
자아존중감	.372	.212	.214	1.542	.128

$R=.550$ ,  $R^2=.303$ , 수정된  $R^2=.192$   
 $F=2.739^{**}$ ,  $p=.007$ , Durbin-Watson= 1.728

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

<표 32>를 살펴보면, 인구사회학적 특성 중 건강상태( $t=2.957$ ,  $p<.004$ )가 통계적으로 유의하게 나타났다. 즉 건강상태가 좋을수록 뇌성마비 장애인의 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미치는 것으로 확인되었다.

### 3) 뇌졸중의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

뇌졸중의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 다중회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 33>과 같다. 회귀모형값은  $F=7.412$ ( $p=.000$ )으로 유의하였으며, Durbin-Watson값이 1.894로 잔차들 간에 상관관계가 없어 회귀모형이 적합한 것으로 나타났다. 이때 설명력은 40.7% ( $R^2=.407$ )을 보였다.

<표 33> 뇌졸중의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

독립변수	B	표준오차	$\beta$	t값	p
상수	1.429	.538		2.656**	.009
성별	.189	.111	.128	1.711	.090
혼인상태	.089	.107	.064	.832	.407
연령	-.031	.121	-.020	-.258	.797
장애정도	-.148	.108	-.106	-1.376	.172
차별경험	.045	.116	.030	.389	.698
건강상태	.466	.125	.333	3.729***	.000
학력	-.067	.076	-.073	-.882	.380
정책신뢰도	.059	.075	.060	.782	.436
장애수용	.399	.136	.296	2.923**	.004
자아존중감	.137	.168	.083	.817	.416

R=.638,  $R^2=.407$ , 수정된  $R^2=.352$   
 $F=7.412^{***}$ ,  $p=.000$ , Durbin-Watson= 1.894

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

<표 33>을 살펴보면, 인구사회학적 특성 중 건강상태( $t=3.729$ ,  $p<.000$ )와 장애수

용 정도에서 통계적 유의하게 나타났다. 즉 건강상태가 좋을수록, 뇌졸중 장애인의 삶의 만족도에 정(+)적 영향을 미치는 것으로 나타났다. 장애수용( $t=2.923$ ,  $P<.004$ )은 삶의 만족도에 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타났다. 그 영향력은 건강상태( $\beta=.333$ )가 가장 높았고, 그다음은 장애수용 정도( $\beta=.296$ )였다.

#### 4) 외상성 뇌손상의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

외상성뇌손상의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 다중회귀분석을 실시하였고, 그 결과는 <표 35>와 같다. 회귀모형값은  $F=3.362$ ( $p=.002$ )으로 유의하였으며, Durbin-Watson 값이 2.110으로 잔차들 간에 상관관계가 없어 회귀모형이 적합한 것으로 나타났다. 이때 설명력은 37.9%( $R^2=.379$ )를 보였다.

<표 34> 외상성 뇌손상의 삶의 만족도에 미치는 영향요인

독립변수	B	표준오차	$\beta$	t값	p
상수	1.705	.699		2.438*	.018
성별	.077	.174	.052	.440	.661
혼인상태	.396	.205	.260	1.931	.059
연령	-.281	.177	-.210	-1.593	.117
장애정도	.002	.162	.001	.011	.992
차별경험	.132	.181	.090	.732	.467
건강상태	.392	.165	.306	2.406*	.020
학력	.044	.122	.046	.361	.719
정책신뢰도	.213	.084	.291	2.530*	.014
장애수용	.176	.185	.127	.947	.348
자아존중감	.150	.226	.103	.662	.511

R=.616,  $R^2=.379$ , 수정된  $R^2=.267$   
 $F=3.362^{**}$ ,  $p=.002$ , Durbin-Watson= 2.110

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

<표 35>를 살펴보면, 인구사회학적 특성에서 건강상태( $t=2.406$ )만 통계적으로 유의하게 나타났다. 즉 건강상태가 좋을수록 외상성뇌손상 장애인의 삶의 만족도에 정(+ )적 영향을 미치는 것으로 나타났다.

## V. 결론 및 논의

### 1. 연구의 요약

본 연구는 뇌병변장애인의 장애유형별로 인구사회학적 특성, 장애인정책 신뢰도를 알아보고, 뇌병변장애인의 장애유형별로 장애수용, 자아존중감이 삶의 만족도에 미치는 영향에 대해서 알아보고자 하였다. 분석 자료는 한국장애인고용공단에서 조사한 장애인고용패널조사 2차 웨이브 4차 조사(2019) 데이터로, 분석대상은 16세에서 67세 사이의 뇌병변장애인 281명이다. 이 중 뇌성마비장애인은 81명, 뇌졸중장애인은 123명, 외상성뇌손상장애인은 77명 이었다. 본 연구의 가설을 검증하기 위해 분석한 자료를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 뇌병변장애인의 장애유형별 인구사회학적 특성은 남성(190)이 여성(91)보다 많았고, 뇌성마비, 뇌졸중, 외상성뇌손상의 경우에서 모두 남성인 높게 나타났다. 배우자가 없는(204) 경우가 배우자가 있는(77) 경우보다 많았고, 뇌성마비의 경우 86%가 배우자가 없었고, 뇌졸중의 경우 배우자가 있는 경우 59.3%로 많았으며, 외상성뇌손상은 배우자가 없는 경우 79.2%로 많았다. 40세 미만은 전체 141명과 40세 이상 140명으로 비슷하게 나타났고, 뇌성마비와 외상성뇌손상은 40세 미만이 뇌졸중은 40세 이상이 많았다. 장애정도가 심한 경우가 150명으로 많았고, 뇌성마비에서는 장애정도가 심한 경우가 뇌졸중과 외상성뇌손상의 경우 심하지 않은 경우가 많았다. 차별경험이 있는 경우가 74%로 대부분을 차지했고, 뇌성마비, 뇌졸중, 외상성뇌손상 모두에서 차별경험이 있는 경우가 많았다. 건강상태가 좋지 않은 경우가 156명 으로 많았고, 뇌성마비의 경우 건강상태가 좋은 경우가 많았고, 뇌졸중과 외상성뇌손상의 경우 건강상태가 나쁘다고 답한 사람이 많았다. 학력은 고졸이 많이 나타났고, 유형별로도 중졸이 가장 많았다.

뇌병변장애인의 인구사회학적 특성에 따른 장애인정책 신뢰도를 살펴보면 전체 평균 3.22점이고, 뇌성마비 장애인의 경우가 평균 3.26으로 가장 높았고 외상성뇌

손상 장애인이 3.17로 낮게 나타났다.

둘째, 뇌병변장애인의 장애인정책 신뢰도의 집단간 차이 분석을 살펴보면 남자가 여자보다, 배우자가 있는 경우가 없는 경우보다, 40세 미만에서, 장애정도가 심하지 않은 장애의 경우, 차별 경험이 없는 경우, 건강상태가 좋다가 좋지 않은 경우가 높게 나타났다. 학력에서는 고졸이 가장 높게 나타났다. 하지만 모든 항목에서 유의한 차이는 나타나지 않았다. 뇌성마비의 경우 차별경험이 없는 경우에서 높게 나타나 유의한 차이를 보였다. 뇌졸중의 경우 유의한 차이는 없었지만 혼인상태(배우자 있음), 장애정도(심하지 않은 장애), 건강상태( 좋음)에서 차이가 나타났다. 외상성뇌손상의 경우 유의한 차이가 나타나지 않았지만, 건강상태( 좋음)에서 다소 차이가 있었다.

셋째, 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성에 따른 장애수용을 살펴보면 장애정도가 심하지 않을수록, 차별경험이 없을수록, 건강상태가 좋을수록, 학력이 높을수록 장애수용이 높게 나타났다. 뇌성마비의 경우 학력에 따라 유의한 차이를 보였지만 사후검증에서는 유의한 차이를 보이지 않았다. 뇌졸중의 경우 장애 정도가 심하지 않은 경우, 건강상태가 좋은 경우에서 장애수용이 높게 나타났다. 외상성 뇌손상의 경우 유의미한 결과가 없었지만, 상대적으로 장애정도가 심하지 않은 경우, 건강상태가 좋은 경우와 차별경험이 없는 경우에 장애수용의 점수가 높게 나타났다.

넷째, 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성에 따른 자아존중감을 살펴보면 장애정도가 심하지 않은 경우, 차별경험이 없는 장애인, 건강상태가 좋은 장애인의 경우 자아존중감이 높게 나타났다. 뇌성마비의 경우 배우자가 있는 경우, 건강상태가 좋은 경우에서 자아존중감이 높게 나타났다. 뇌졸중의 경우 차별경험이 없는 경우, 건강상태가 좋은 경우에서 자아존중감이 높게 나타나 유의한 차이를 보였다. 학력의 경우 유의한 차이가 있었지만, 사후검정에서는 통계적으로 유의하지 않았다. 성별, 혼인상태, 연령대, 장애정도에서 유의하지 않았게 나타났다. 외상성 뇌손상의 경우 장애정도가 심하지 않은 경우, 차별경험이 없는 경우, 건강상태가 좋은 경우에서 높게 나타나 유의한 차이를 보였다.

다섯째, 뇌병변장애인의 인구사회학적 특성에 따른 삶의 만족도를 살펴보면, 차별경험이 없을수록, 건강상태가 좋을수록 삶의 만족도가 높게 나타났다. 뇌성마

비 장애인의 경우 건강상태가 좋을수록 삶의 만족도가 높게 나타났다. 뇌졸중 장애인의 경우 장애정도가 심하지 않은 경우, 건강상태가 좋은 경우 삶의 만족도가 유의하게 높게 나타났다. 여성, 배우자 있음, 차별경험이 없는 경우에서 유의한 차이는 아니지만, 다소 높게 나타났다. 외상성뇌손상 장애인의 경우 건강상태가 좋은 경우 삶의 만족도가 높게 나타났다.

여섯째, 주요 변인 간 상관관계를 살펴보면, 인구사회학적 특성 중 차별경험, 건강상태, 와 정(+)-적인 상관관계를 보였다. 장애인정책 신뢰도, 장애수용, 자아존중감과도 정(+)-적인 상관관계를 보였다.

일곱째, 뇌병변장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향요인을 살펴본 결과 건강상태가 좋을수록, 장애인정책 신뢰도가 높을수록, 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도에 정(+)-적인 영향을 미친다. 뇌성마비 장애인의 경우 장애수용과 자아존중감은 유의하지 않았지만, 다소 높은 영향을 보였고 건강상태가 좋을수록 정(+)-적인 영향을 미쳤다. 뇌졸중 장애인의 경우 건강상태가 좋을수록 정(+)-적인 영향을 미치고, 장애수용 정도가 좋을수록 정(+)-적인 영향을 미친다. 외상성뇌손상 장애인의 경우 건강상태가 좋을수록 정(+)-적인 영향을 미치고, 장애인정책 신뢰도가 높을수록 정(+)-적인 영향을 미쳤다. 장애수용과 자아존중감은 통계적으로 유의하지 않았다. 통계적으로 유의하지 않지만, 연령에서 40세 이상에서 삶의 만족도에 부(-)-적인 영향이 다소 있는 것으로 나타났다.

## 2. 논의

뇌병변장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향을 알아보기 위해서 앞서 살펴본 선행연구와 본 연구를 비교하여 살펴본 결과 삶의 만족도가 성별에 따라 차이를 보이지 않은 연구(최재남, 2010; 한영현, 2016)와 성별에 따라 남자가 여자보다 삶의 만족도가 높은(이형실, 2003; 김성진, 2009; 장주호, 2010)연구와 여자가 남자보다 높은 연구(박기남, 2004; 배진희, 2004)가 있었다. 연령과 삶의 만족도 연구는 연령이 증가할수록 삶의 만족도가 떨어진다는 연구(최진양, 2007; 김주성, 최수일, 2010)와 관련이 없다는 연구(김은경, 2002; 장주호, 2010)가 있었다. 학력

과 삶의 만족도에 관한 연구에서도 관련이 있다는 연구(박은령, 2003; 김수봉, 2010, 권재숙, 2012)와 관련이 없다는 연구(임성욱, 2006; 정명숙, 2007)이 있었다. 혼인상태와 삶의 만족도 연구에서는 배우자가 있는 장애인이 삶의 만족도가 높았다(곽인숙, 2010; 이중섭, 2010; 권재숙, 2012; 박주영, 2013). 본 연구에서는 인구사회학적 특성 중 성별, 혼인상태, 연령대별로 유의하지 않게 나타났다. 이는 남성과 여성의 표본 수가(남성: 190명, 여성: 91명) 차이가 있었고, 고용패널 특성상 연령대가 16세에서 67세로 제한된 점, 혼인하여 배우자가 있는 사람(281명 중 77명)이 적기 때문일 것으로 생각된다. 뇌병변장애 유형별로도 유의하지 않게 나타났다.

인구사회학적 특성 중 전반적 건강상태는 삶의 만족도에 영향을 미친다는 선행 연구(최진양, 2007; 박주영, 2013)가 있었다. 2018 장애인삶 패널조사에서도 뇌병변장애인은 건강에 불만족을 느꼈다(장애인고용개발원, 2019). 본 연구에서도 전반적 건강상태가 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미쳤다.

전체 뇌병변장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향요인을 살펴본 결과 건강상태가 좋을수록, 장애인정책 신뢰도가 높을수록, 자아존중감이 높을수록 삶의 만족도에 정(+)적인 영향을 미쳤는데 건강상태가 뇌병변장애인의 삶의 만족도에서 차지하는 비중이 높은 것으로 나타났다. 뇌성마비 장애인의 경우에서도 건강상태에서 정(+)적인 영향이 있었다. 뇌졸중 장애인은 장애수용이 삶의 만족도에 정(+)-적인 영향을 미쳤다. 이는 선행연구(구본용, 2018; 강성구, 임경원, 2019; 김가희 외, 2019; 김용탁, 전미리, 2019)에서 장애수용이 삶의 만족도에 영향을 미친다는 연구 결과와 일치하는 것이다. 그러나 선행연구에서는 장애유형별로 분류하지 않았고 본 연구에서 뇌졸중 장애인의 경우에서만 유의한 이유는 뇌졸중장애의 특성상 뇌성마비는 선천적 장애가 많고, 외상성뇌손상은 사고로 인한 장애이며, 뇌졸중은 중도장애로 그 특성이 다르기 때문인 것 같다.

앞서 최근 선행연구를 살펴본 결과 대부분 연구에서 자아존중감이 삶의 만족도에 영향을 미쳤고, 본 연구에서도 자아존중감이 삶의 만족도에 정(+)-적인 영향을 미쳤다. 선행연구에서 장애인의 정책 신뢰도가 높을수록 삶의 만족도가 높게 나타났다(최윤정, 2018). 본 연구의 결과는 전체 대상자의 장애인정책 신뢰도는 삶의 만족도에 정적인 영향이 있었고, 장애유형별로는 외상성뇌손상 장애인에서 만

정(+)적인 영향이 나타났다. 표본 수가 작아서 정책신뢰도가 뇌병변장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향을 단정할 수 없을 것 같다. 장애인정책 신뢰도의 연구는 매우 부족하며 앞으로 많은 연구가 필요할 것으로 생각된다.

모든 연구 결과에서 건강상태는 삶의 만족도에 중요한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이것은 뇌병변장애인들은 무엇보다도 건강상태를 중요하게 생각한다는 것이고, 뇌병변장애인을 대상으로 한 정책을 수립하거나 시행할 때 건강에 대한 부분을 고려해야 할 것으로 생각된다. 뇌병변장애는 장애유형별로 인구사회학적 특성이 매우 다르게 나타나고, 장애수용에서만 유의한 영향이 있었지만 지원정책을 수립할 때 유형별로 욕구를 파악하고 서비스를 계획하고 실행하는 것이 필요하다고 생각한다. 최근 장애인정책의 흐름은 생애주기별 맞춤 서비스를 강조하고 있다. 하지만 뇌병변장애인의 생애주기별 특성을 연구한 논문은 찾아보기 힘들었다. 앞으로 생애주기별 서비스를 하기 위해서는 패널선정시 연령별로 균형있게 선정하면, 생애주기별 연구가 많이 이루어질 수 있을 것으로 생각된다.

### 3. 연구의 제한점

본 연구의 제한점으로는 표본의 편중으로 다양한 분석이 어려웠다. 첫째, 장애인 고용패널 전체표본 중 뇌병변장애인 표본 수가 적었다. 둘째, 표본의 성별의 불균형(남성: 190명, 여성: 91명)으로 분석에 영향이 있었다. 셋째, 뇌병변장애 유형별로 표본수가 뇌졸중이 많았다(뇌성마비: 81, 뇌졸중: 123, 외상성뇌손상: 77). 배우자가 있는 경우가 적어서, 배우자 유무에 따른 연구가 힘들었다. 패널 특성상 연령대가 제한된 점에서 생애주기별 현상을 파악하는데 제한점이 있었다.

## 참고문헌

- 간우선. 2009. “장애수용 및 삶의 만족도와 장애발생시기간의 관계연구”. 대구대학교 석사학위논문.
- 강성구·임경원. 2017. “장애인 일자리만족도와 일상생활만족도의 종단적 변화 및 영향 요인 분석”. 『장애와 고용』 27(2): 29-45.
- 강용주·박자경·구인순. 2008. “자아인식·자아수용검사 타당화 연구”. 『한국장애인고용촉진공단 고용개발원』 1(1): 1-123.
- 고보경. 2009. “뇌성마비 장애인의 자아존중감 증진 방안”. 『공공정책과 국정관리』 3(2): 35-68.
- 고은미. 2008. “청각장애청소년의 가족응집성, 가족적응성 및 부모-자녀 간 의사소통유형이 자아존중감에 미치는 영향에 관한 연구”. 성균관대학교 석사학위 논문.
- 곽인숙. 2010. “예비노인과 노인의 삶의 만족에 관한 연구”. 『대한가정학회』 49(1): 107-120.
- 구분용. 2018. “장애아동 부모의 양육스트레스, 부부 의사소통 및 장애수용이 삶의 만족도에 미치는 영향”. 『청소년학연구』 25(6): 397-422.
- 국가법령정보센터. 2021. 『장애인복지법』
- 권선진. 2005. 『장애인복지론』. 서울: 청목
- 권오형. 2019. “장애인의 장애수용이 생활 만족도에 미치는 영향 : 자기효능감의 매개효과 중심으로”. 『융합정보논문지(구 중소기업융합학회논문지)』 9(6): 97-103.
- 권육상·김남식·홍석자·이경숙·김동호·조미영. 2005. 『장애인복지론』. 서울: 유풍.
- 권재숙. 2012. “고령장애인 삶의 만족도 영향요인에 관한 연구”. 한신대학교 박사학위논문.
- 김가희·이종남·한상미. 2019. “장애인의 생애주기별 장애수용이 삶의 만족도에 미치는 영향: 스트레스의 매개효과를 중심으로”. 『재활복지』 23(4): 143-166
- 김강수. 2014. “척수장애인의 낙인과 차별경험이 삶의 만족도에 미치는 영향”.

- 『재활복지』 18(1): 81-112.
- 김대규·신동환. 2015. “장애인의 사회경제적 지위가 삶의 질에 미치는 영향 연구”. 『재활복지』 19(1): 151-172.
- 김동배·유병선·이은진. 2013. “근로노인의 근로만족이 생활만족도에 미치는 영향 : 자아존중감의 매개효과 검증”. 『노인복지연구』 60: 201-236.
- 김동주·고민석. 2014. “경제활동상태가 여성장애인의 일상생활 만족도에 미치는 영향: 자아존중감의 매개 효과를 중심으로”. 『장애와 고용』 24(2): 137-164.
- 김동화·김미옥. 2015. “발달장애인 당사자가 인지하는 삶의 만족도 영향요인.” 『장애와 고용』 25(2): 209-233.
- 김동화·박경옥·손광훈·조재삼. 2015. “경상북도 뇌병변장애인 실태 및 실태조사”. 『경북행복재단』 .
- 김명현. 2008. “외상성 뇌손상 환자에서 신체적 증상, 우울, 불안과 인지기능의 관계”. 원광대학교 대학원 석사학위논문.
- 김선주·염동문. 2013. “장애인의 장애수용이 생활만족도에 미치는 효과분석”. 『社會科學研究』 29(3): 361-385.
- 김선희. 2010. “중도시각장애인이 지각한 사회적지지가 장애수용에 미치는 영향”. 제주대학교 대학원 석사학위논문.
- 김성진. 2009. “지체장애인의 생활체육 참여에 따른 자신감과 생활만족도에 관한 연구”. 『재활복지』 13(3): 35-49.
- 김성희. 2000. “장애발생시기와 귀인양식이 장애수용과 우울반응에 미치는 영향”. 중앙대학교 대학원 박사학위논문.
- 김성희·변용찬·손창균·이연희·이민경·이송희·강동욱·권선진·오혜경·윤상용·이선우. 2011. 『2011년 장애인 실태조사』 . 보건복지부.
- 김성희. 2016. “장애노인의 삶의 만족도 영향요인연구”. 『재활복지』 , 20(3): 17-43.
- 김세안. 2004. “여성장애인의 자아존중감과 관련요인에 대한 연구”. 서울대학교 대학원 석사학위 논문.
- 김세현. 2000. “여성지체장애인의 직업생활 지속 강화요인에 관한 탐색적 연구”.

- 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김수봉. 2010. “노인의 생활만족도 개선을 위한 사회정책의 방향”. 『노인복지연구』 47: 95-111
- 김영대. 2013. “재가중증장애인의 장애태도가 자립생활에 미치는 영향: 임파워먼트의 매개효과와 가족관계의 조절효과를 중심으로”. 청주대학교 대학원 박사학위논문.
- 김용탁·전미리. 2019. “발달장애인의 스트레스와 삶의 만족도 관계에서 장애수용의 조절효과”. 『장애와 고용』 29(4): 25-46.
- 김원배. 2009. “한국노인의 생활만족도, 결정요인에 관한 연구; 활동이론과 자원이론을 중심으로”. 『사회복지정책』 39(3): 449-470.
- 김은경. 2002. “농촌 여성노인과 남성노인의 생활만족도에 영향을 미치는 성인 자녀 관련변인에 관한 연구”. 『한국가정관리학회지』 20(4): 27-36.
- 김자영·한창근. 2016. “자산수준과 취업여부가 장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향: 자아존중감의 매개 효과 검증”. 『장애과 고용』 26(3): 5-30.
- 김자영·한창근. 2017. “가구주의 장애여부가 삶의 만족도에 미치는 영향: 자산수준과 자아존중감의 다중매개효과 검증”. 『한국사회복지학』 69(2): 247-269.
- 김자영. 2019. “고령장애인의 빈곤과 우울감이 삶의 만족도에 미치는 영향: 자아존중감의 매개효과 검증”. 『保健社會研究』 39(3): 148-178.
- 김정희·장문영, 2009. “수정된 강제유도 운동치료가 뇌졸중 환자의 편측무시와 일상생활에 미치는 영향”. 『대한작업치료학회지』 17(3): 27-40.
- 김주성·최수일. 2010. “라이프스타일이 노후준비도 및 생활만족도에 미치는 영향”. 『한국가족복지학』 15(3): 97-119.
- 김주홍·박재홍·이미경. 2013. “지체장애학생의 지역사회 참여를 위한 교육 방향성 탐색 기초연구- 국제기능·건강·장애분류(ICF-CY)를 중심으로”. 『지체.중복.건강장애연구』 56-3: 201-230
- 김철현. 2019. “한국인 뇌졸중 환자의 편측 마비 방향에 따른 보행 패턴의 회복양상 비교”. 원광대학교 대학원 석사학위논문.
- 김태일·김수용. 2009. “장애인과 비장애인의 삶의 질 격차분석”. 『제1회 장애인

- 고용패널 학술대회 논문집』 263-284.
- 김학천. 2017. “장애인 삶의 만족도 비교연구”. 대구대학교 대학원 박사학위논문.
- 노승완. 2015. “장애인복지관의 여가서비스 질이 이용자만족도에 미치는 영향”. 가톨릭대학교 대학원 석사학위논문.
- 노승현. 2007. “노화에 따른 지체장애인의 주관적 삶의 질 모형구축 연구”. 숭실대학교 대학원 박사학위논문.
- 모은혜. 2020. “중장년층 뇌졸중 환자를 위한 재가 재활서비스 제안”. 홍익대학교 대학원 석사학위논문.
- 문필동·이정화. 2017. “고령장애인의 사회적 자본과 삶의 만족도의 관계: 우울과 자아존중감의 매개효과를 중심으로”. 『職業再活研究』 27(3): 133-160.
- 민경진·황진수. 2007. “노인의 일상생활활동이 삶의 질에 미치는 영향연구”. 『노인복지연구』 36(1): 221-246.
- 민준영·김호진·김성천·최종철. 2015. “제7차 장애인 고용패널조사(2014년)”. 『한국장애인고용공단 고용개발원』
- 박기남. 2004. “삶의 만족도의 성별차이”. 『한국노년학』 24(3): 13-29
- 박성연·최혜경. 1985. “노인의 생활만족도 향상을 위한 기초연구 - 가족부양체계를 중심으로 한 인과모형의 검증”. 『Family and Environment Research』 23(1): 71-85.
- 박수경. 2006. “지체장애인의 장애수용과 영향요인”. 『사회보장연구』 22(1): 256-286.
- 박자경. 2009. “장애인의 삶의 만족도 모형 구축 및 검증에 관한 연구”. 성균관대학교 대학원 박사학위논문.
- 박재국·이미숙. 2001. “장애인 삶의 질(QOL)의 연구 동향”. 『특수교육 재활과학연구』 40(2): 1-25.
- 박재영. 2013. “장애 노인 여성의 삶의 만족도에 미치는 영향에 관한 연구”. 『재활 연구 저널』 17(4): 53-77.
- 박재현·황경열. 2015. “척수장애인의 심리적응 척도 개발 및 타당화”. 『특수교육 재활과학연구』 54(2): 205-225.
- 박재국. 2015. “중증지체장애인의 장애수용도와 삶의 만족도”. 『지체·중복·건강

- 장애연구』 58(1): 1-28
- 박재규. 2005. “여성 농업인의 역할증대와 건강관리가 삶의 질에 미치는 영향”. 『농촌경제』 28(4): 33-49.
- 박주영. 2013. “고령여성장애인의 삶의 만족도에 관한 연구: 노후준비 조절효과를 중심으로”. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문
- 박지선. 2020. “미숙아로 출생한 뇌성마비아를 양육하는 아버지의 경험”. 서울대학교 대학원 박사학위논문.
- 박창진. 2014. 『장애인복지의 이해』. 경기도: 양서원
- 박현숙·손민정·송진영. 2013. “중증장애인의 차별경험이 삶의 만족도에 미치는 영향: 장애수용의 매개효과 및 대인적 지지의 조절효과를 중심으로”. 『장애와 고용』 23(1): 55-76.
- 박현숙·양희택. 2013. “임금근로장애인의 일자리 차별경험이 직무만족도에 미치는 영향 : 자아존중감의 매개효과를 중심으로”. 『한국장애인복지학』 22: 67-84.
- 박혜수·양혜영. 2015. “고령장애인의 장애수용이 자살생각에 미치는 영향: 사회참여의 매개효과를 중심으로”. 『장애 및 고용』 25(3): 229-250.
- 배진희. 2004. “농촌지역 노인의 사회적 지지와 생활만족도: 자녀와 이웃지원의 기능적 측면을 중심으로”. 『사회복지정책』 20: 197-216.
- 백원철·김수겸. 2004. “성인여성의 스포츠참여변인과 자아존중감 및 주관적 행복감의 인과분석”. 『한국체육학회지』 43(6): 249-260.
- 백은령. 2003. “지체장애인의 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구: 환경요인과 사회통합정도를 중심으로”. 가톨릭대학교 대학원 박사학위논문.
- 법제처. 2021. 『장애인복지법』
- 보건복지부. 2017.
- 보건복지부. 2020. 『2020년 장애등록심사 규정집』
- 서동완. 2015. “장애인의 주거환경 만족도의 영향요인 비교: 도시 및 농촌지역 거주 장애인의 비교를 중심으로”. 고려대학교 대학원 석사학위논문.
- 서미경·김정남. 2004. “지각된 낙인이 정신장애인의 삶의 만족과 자아존중감에 미치는 영향”. 『한국사회복지학』 56(4): 179-194.
- 서숙진. 2015. “외상성 뇌손상 환자의 외상 후 스트레스, 회복탄력성, 사회적지

- 지”. 아주대학교 대학원 석사학위논문
- 서희숙·한영현. 2006. “재가노인의 일상생활수행능력, 우울 및 수면이 생활만족도에 미치는 영향”. 『한국노년학연구』 15: 159-170.
- 송진영. 2012. “장애인의 취업 상태가 생활만족도에 미치는 영향에 관한 종단연구 : 성별과 장애정도를 중심으로.” 『職業再活研究』 22(3) : 23-47.
- 송진영·강영미. 2014. “장애노인의 우울이 생활만족도에 미치는 영향 : 장애수용과 노후준비여부의 매개효과를 중심으로”. 『한국케어매니지먼트연구』 13: 21-45.
- 신은경. 2007. “장애인의 개인 및 지원환경요인이 사회참여에 미치는 영향에 관한 연구”. 『한국직업재활협회』 17(1): 121-146.
- 안혜영. 2012. “뇌병변환자의 생태체계적 요인이 삶의 질에 미치는 영향”. 건국대학교 대학원 석사학위논문.
- 양희택·서대석. 2011. “임금근로 장애노인의 고용의 질이 생활만족도에 미치는 영향에 관한 연구”. 『제 3회 장애인고용패널 학술대회 자료집』 247-277.
- 오유진·이수미. 2017. “긍정적 인 관계에서 자존감의 중재자 역할 시각 장애인의 장애 수용 및 삶의 만족도”. 『한국인시각 장애 저널』 33(3): 103-123.
- 오혜경·정덕진. 2010. “장애인의 삶에 대한 만족도 결정요인”. 『재활복지』 14(3): 151-173.
- 우선미. 2006. “지체장애인의 사회참여가 삶의 질에 미치는 영향에 관한 연구”. 서울시립대학교 대학원석사학위논문
- 유영열·안창식. 2009. “뇌졸중 환자가 인지하는 재활동기와 삶의 질 관계의 연구”. 『대한작업치료학회지』 17(2): 1-16.
- 유혜경. 2007. “장애아동 가족의 삶의 질과 관련된 주요 요인에 대한 문헌 연구” 『특수교육재활과학연구』 46(4): 19-54
- 윤경희. 2013. “입원 시점별 외상성 뇌손상 환자의 우울 비교 연구: 피로와 수면 장애의 영향력”. 경상대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤용석. 2004. “중도척수장애인의 장애 후 적응과정에 관한 질적 연구”. 강남대학교 대학원 석사학위논문.
- 윤은경. 2007. “성인장애인의 여가활동참여가 생활만족에 미치는 영향”. 가톨릭대

- 학교 대학원 석사학위논문.
- 이달엽. 2003. “지체장애근로자의 직업성공 요인에 관한 연구”. 『한국사회복지』 55(11): 131-153.
- 이달엽. 2005. “경상북도 지역 장애인의 삶의 질 개선을 위한 조사연구“. 『지체중복건강장애연구』 45: 41-64.
- 이달엽. 2014. “장애인 삶의 질과 행복지수에 관한 연구: 장애인고용패널 중심의 세 집단 비교”. 『장애와 고용』 24(3): 99-122.
- 이달엽. 2017. “장애인 직업만족, 일상생활 만족, 자아존중감의 관계 연구: 제 8차 장애인고용패널을 중심으로”. 『지체.중복.건강장애연구』 60(2): 63-85.
- 이명신·이훈구. 1997. “주거형태와 주관적 삶의 질”. 『한국심리학회지:사회문제』 3(1): 97-105.
- 이미선·신영미. 2018. “집단통합예술치료가 중증 뇌병변 장애인의 사회적 행동과 대인관계 및 삶의 만족도에 미치는 효과”. 『예술인문사회융합멀티미디어논문지』 8(11): 435-447.
- 이병유·권희규·이항재. 2000. “뇌졸중환자의 임상양상”. 『대한재활의학회지』 24(3): 370-374.
- 이상준·안수영. 2011. “자아존중감과 우울이 중도지체장애인의 장애수용에 미치는 영향: 사회적지지의 조절효과 검증”. 『장애와 고용』 21(3): 239-266.
- 이선우·이수경. 2020. 『장애인복지론』. 경기도: 공동체.
- 이성은. 2009. “여성장애인의 자아존중감에 영향을 미치는 요인”. 『한국가족복지학』 27: 209-242.
- 이영란·김윤정. 2019. “고령 장애인의 차별경험과 삶의 만족도간의 관계에서 자아 효능감과 장애수용의 이중매개효과”. 『예술인문사회융합멀티미디어논문지』 9(11): 1027-1037.
- 이영미. 2013. “장애노인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 노령화된 장애인과 노인성 장애인 간 비교를 중심으로”. 『노인복지연구』 62: 35-58.
- 이은복·이근용·나운환. 2008. “장애인 근로자의 자기 효능감과 사회적 지지가 작업생산성에 미치는 영향”. 『특수교육저널 : 이론과 실천』 9(4): 95-121.

- 이익섭·엽태영·김동기 .2007. “만성질환 의료급여 수급자의 자아존중감과 삶의 질 관계와 건강관리행위의 매개효과 검증”. 『사회복지정책』 31:239-259.
- 이인옥. 2007. “지체장애인의 지각된 낙인과 자아존중감”. 『근관절건강학회지』 14(1): 52-60.
- 이자영·남숙경·이미경·이지희·이상민. 2009. “Rosenberg의 자아존중감 척도”. 『한국심리학회지 상담 및 심리치료』 21(1): 173-189.
- 이정민. 2010. “집단미술 치료프로그램이 외상성 뇌손상 환자의 삶의 질에 미치는 효과”. 원광대학교 대학원 석사학위논문.
- 이종석·조한진·최한성·홍훈표·고영관. 2007. “한국인의 허혈성 뇌졸중 환자에서 베타 섬유서원 유전자 - 455 G/A 다형성 및 448 G/A 다형성과 혈중섬유소원 농도의 관련성”. 『대한응급의학회지』 18(5): 406-413.
- 이정민. 2010. “집단미술 치료프로그램이 외상성 뇌손상 환자의 삶의 질에 미치는 효과”. 원광대학교 대학원 석사학위논문.
- 이정민·김수지·천성문. 2017. “영상매체를 활용한 통합예술치료프로그램이 뇌병변 장애인의 자아존중감, 임파워먼트 및 대인관계에 미치는 효과”. 『상담학연구』 18(3): 333-349.
- 이중섭. 2009. “빈곤 장애인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-광주광역시 기초생활수급 장애인을 중심으로”. 『한국거버넌스학회보』 16(1): 79-105.
- 이중섭. 2010. “장애노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인에 관한연구: 광주광역시 등록장애인을 중심으로“. 『노인복지연구』 47: 187-212.
- 이지수. 2007. ”장애인의 주관적 삶의 질: 삶의 만족도 구조모형의 성별 비교“. 『한국사회복지학』 59(2): 89-114.
- 이지수. 2011. “차별경험과 자기 낙인이 장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향”. 『社會科學研究』 27(1): 277-299.
- 이진숙·최은영·문장원. 2012. “집단미술치료 프로그램이 청각장애인의 자아존중감에 미치는 효과”. 『미술치료연구』 19(3): 601-618.
- 이진향. 2015. “정신장애인의 스트레스와 생활만족도와의 관계에서 주관적 건강 수준의 매개효과”. 『한국보건교육건강증진학회』 32(1): 23-32.

- 이현지. 2019. “시설노인이 인지하는 사회자본이 삶의 만족도와 우울에 미치는 영향: 장애수용의 매개효과”. 『인문사회 21』 10(3): 787-798.
- 이현진. 2015. “노인의 기능 장애와 삶의 만족도 : 매개효과 장애에 대한 대처 및 수용”. 『재활 연구 저널』 19(2): 55-73.
- 이형실. 2003. “농촌 노인의 세대간 사회적 지원 교환과 생활만족”. 『Family and Environment Research』 41(4): 57-69.
- 이효순·권지현·양정빈·천덕희·추정인·한수연. 2016. 『의료사회복지론』. 서울: 학지사.
- 임성욱. 2006. “지체장애인의 주관적 삶의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 동신대학교 대학원 박사학위논문.
- 임지선. 2009. “활동보조서비스를 이용하는 지체 뇌병변 장애인의 자기결정권 행사에 대한 연구”. 숭실대학교 대학원 석사학위논문.
- 장시삼·고성식·이성일·변재문. 2016. “불안정한 지면에서 하지 기능 운동이 뇌병변 청소년들의 하지근력 및 균형능력에 미치는 영향”. 『한국발육발달학회지』 24(3): 249-257.
- 장정미·최남희·강형숙·박선희. 2009. “산업재해 근로자의 사건충격, 불안 및 우울 수준”. 『지역사회간호학회지』 20(2): 234-242.
- 장주호. 2010. “노인의 건강상태와 삶의 만족도 관련요인”. 경원대학교 대학원 박사학위논문.
- 장진석. “여성청각장애인의 청각장애수용과 삶의 만족도 관계 연구”. 『職業再活研究』 29(3): 69-88.
- 정명숙. 2007. “우리나라 노인의 삶에 대한 만족도: 시설노인과 일반노인의 비교”. 『한국실리학회지:발달』 20(2): 145-169.
- 전병제. 1974. “SELF-ESTEEM: A TEST OF ITS MEASURABILITY = 自我概念 測定可能性에 관한 研究”. 『延世論叢』 11(1): 107-130.
- 정무성·양희택·현종철·노승현. 2015. 『장애인복지론』. 경기도: 정민사.
- 정문진·이성규. 2017. “고령장애인의 경제적 및 건강 특성과 삶의 만족도 관계에 대한 자아존중감의 매개효과”. 『한국콘텐츠학회논문지』 17(6): 551-560.

- 정민예·유은영. 2006. “지체장애근로자의 자아존중감과 사회심리적 건강수준과의 상관관계연구”. 『재활복지』 10(1): 1-14.
- 정승원. 2012. “고용관련 환경요인이 장애수용에 미치는 영향”. 『장애와 고용』 22(4): 323-350.
- 정영선. 2001. “뇌성마비인의 스포츠활동 참여가 신체상에 미치는 영향”. 이화여자대학교 대학원 석사학위논문.
- 정은석·강상경. 2015. “실직이 자아존중감에 미치는 영향: 성별 차이를 중심으로”. 『保健社會研究』 35(1): 84-109.
- 정은혜·윤명숙. 2018. “노년기 장애인 삶의 만족에 영향을 미치는 사회적 지지, 자아존중감, 우울의 구조적 관계”. 『한국노년학』 38(3): 645-666.
- 정일교. 2015. “사회적 지지가 뇌성마비장애인의 삶의 질에 미치는 영향 - 자아존중감의 매개효과를 중심으로”. 『재활복지』 19(4): 61-81.
- 조재삼·송인욱·채현탁. 2010. “중증 뇌성마비장애인의 장애정체감 및 대처효능감이 자립에 미치는 인과관계 연구”. 『재활복지』 14(3): 257-280.
- 조혜정·윤명숙. 2016. “중증장애인의 장애차별경험이 자아존중감을 매개로 생활만족도에 미치는 영향 : 장애유형 및 취업유무 집단비교”. 『한국장애인복지학』 33: 67-90.
- 주현숙. 2002. “지체부자유학생 자아 존중감 특성 연구”. 『중북·지체부자유아 교육』 40: 159-175.
- 최성원. 2005. “뇌성마비장애인의 자립생활에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 한일장신대학교 대학원 석사학위논문.
- 최성현·허준수. 2019. “경제활동 참여 고령장애인들의 자아존중감, 자기효능감과 삶의 만족도 관계 연구: 장애수용 및 대인관계의 매개효과를 중심으로”. 『장애와 고용』 29(4): 69-95.
- 최유진. 2018. “정책 신뢰를 통한 장애 수용이 삶의 만족도에 미치는 영향 ; 장애 유형의 그룹 비교”. 『재활 연구 저널』 22(3): 145-168.
- 최윤정. 2018. “장애수용이 정책신뢰도를 매개로 삶의 만족에 미치는 영향”. 『재활복지』 22(3): 145-168
- 최은경. 2012. “여성지체장애인의 장애수용과 자기효능감, 대인관계, 심리적 안녕

- 감과의 관계”. 계명대학교 대학원 석사학위논문.
- 최재남. 2010. “한센장애인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”.  
대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 최진양. 2007. “노년기의 건강, 사회적 지지와 삶의 만족에 관한연구: 전북지역  
농촌 노인을 대상으로”. 전북대학교 대학원 석사학위논문.
- 통계청. 2019. 『전국 장애유형별, 성별 등록장애인수』
- 한경혜·송지은. 2001. “중년 남성의 건강에 가족 및 직업 특성이 미치는 영향.”  
『가족과 문화』 13(1): 51-73.
- 한국장애인개발원. 2008
- 한국장애인개발원. 2019. 『2018년 장애인삶 패널조사』
- 한정란·김수현. 2004. “농촌남녀 노인의 사회인구학적변인과 자아존중감이 생활만  
족도에 미치는 영향”. 『노인복지연구』 26: 91-118.
- 홍려교. 2001. “스포츠참여가 지체장애인의 장애수용과 신체상에 미치는 영향”.  
이화여자대학교 대학원 박사학위논문
- 황주연. 2008. “여성장애인의 여가활동이 자아존중감이 미치는 영향: 장애인 복지  
관을 중심으로”, 서울시립대학교 대학원 석사학위논문
- 황지연, 2017. “장애인의 심리적 요인이 삶의 만족도에 미치는 영향 연구: 패널조  
사자료를 활용한 성별에 따른 다집단 분석”. 『인지발달중재학회지』 8(1):  
71-88.
- 황지연·전효정. 2020. “지체장애인의 삶의 만족도와 가족의 삶의 만족도의 종단적  
관계”. 『학습자중심교과교육연구』 243-267
- Alesi, M, Rappo, G. and Pepi, A. 2012. “Self-esteem at school and  
self-handicapping in childhood: Comparison of groups with learning  
disabilities”. 『Psychological Reports』 111(3): 952-962.
- Beckles, M. B. 2004. “Poverty & disability: Advocating to eliminate social  
exclusion”. 『National Centre for Persons with Disabilities Trinidad and  
Tobago』 .
- Belgrave, F. Z. 1991. “Psychosocial predictors of adjustment to disability in  
African American”. 『Journal of Rehabilitation』 57: 37-40.

- Bergman, M. M, and Scott, J. 2001. “Young adolescents’ well-being and health-risk behaviors: Gender and socioeconomic differences”, 『Journal of Adolescence』 24: 183-197.
- Berrin, E. Talya, N. B. Donald, M. T, and Layla, R. M. 2012. “Whistle while you work: A review of the life satisfaction literature”. 『Journal of Management』 38(4): 1038-1083.
- Crisp, R. 1996. “Community intergration, self-esteem and vocational identity among person with disabilities”. 『Australian Psychologist』 , 31(2): 133-137.
- Delisa, J. A· Gans, G. M. 1998. 『Rehabilitation medicine, principles and practice(3rd ed)』 Philadelphia, PA: ELSEVIER.
- Dembo, T. Leviton, G. and Wright B. A. 1956. “Adjustment to misfortune-A problem insocial psychological rehabilitation”. 『Artificial Limbs』 3: 4-62.
- Goldbeck, L, Schmitz, t. G., Besier, T. Herschbach, P. and Henrich, G. 2007. “Life satisfaction decreases during adolescence”. 『Quality of Research』 16(6): 969-979.
- Gorelick, P. B. Sacco. R. L. and Smith D. B. 1999. “Prevention of a first stroke: A review of guidelines and a multidisciplinary consensus statement from the national stroke association”. 『JAMA』 281(12): 1112-1120.
- Havighurst, R. J. 1968. “A social-psychological perspective on aging”. 『The Gerontologist』 8(2): 67-71
- Horowitz, A. J, Reinhart, M. and Brennan, C. 1997. 『Aging and vision loss: Experience, attitude and knowledge of older americans』 . Arene R. Gordon Research Institute, The Lighthouse Inc.
- Josephs, R. A. Hazel R. M. and Romin W. T. 1992. “Gender and self-esteem”. 『Journal of personality and social psychology』 63(3): 391-402.
- Kaiser, S. B, Wingate, S. B, Freeman, C. M, and Chandler, J. L. 1987.

- “Acceptant of physical disability and attitudes toward personal appearance”. 『Rehabilitation Psychology』 32(1): 51-58.
- Kalish, R. A. 1975. 『Late adulthood; perspective on human development』 . California; Cole Publishing Co.
- Keany, K. C. and Glueckauf, R. L. 1993. “Disability and value change: An overview and reanalysis of acceptance of loss theory”. 『Rehabilitation Psychology』 38(3): 199-210.
- Li, L. and Moore, D. 1998. “Acceptance of disability and its correlates”. 『Journal of Social Psychology』 138: 13-25.
- Marinelli, R. P. and Orto, A. E. D. 1984. 『The psychological and social impact of disability』 . Springer Publishing Company.
- Martz, E. Livneh, H. and Turpin, J. 2000. “Locus of control orientation and acceptance of disability”. 『Journal of Applied Rehabilitation Counseling』 31(3): 14-21.
- Modig K, Talback M, Ziegler L, Ahlbom A. 2019. “Temporal trends in incidence, recurrence and prevalence of stroke in an era of ageing populations, a longitudinal study of the total Swedish population”. 『BMC Geriatrics』 19-31.
- Moore, D. 1998. “Acceptance of disability and its correlates”. 『The journal of social Psychology』 138: 13-25.
- Mullis, R. L. and Chapman, P. 2000. “Age, gender and self-esteem differences in adolescent coping style”. 『Journal of Social Psychology』 140: 539-541.
- Naugle, R. I. 1991. 『Denial in rehabilitation: Its genesis, consequences, and clinical management in RP Marinelli and AE Dell Orto (eds.) Psychological and social impact of disability』 .
- Neugarten, B. L. Havighurst, R. J. and Tobin, S. S. 1961. “The measurement of life satisfaction”. 『Journal of Gerontology』 16: 134-143.
- Nosek, M. A. Hughes. R. B. Swedlund. N. Taylor. H. B. and Swank, P.

- "Self-esteem and women with disabilities" 『Social science & medicine』 1737-1747.
- Rosenberg, M. 1965. "Which significant others?". 『American Behavior Scientist』 16: 829-860.
- Rosenberg, M. and Leonard I. P. 1978. "Social class and self-esteem among children and adults". 『American Journal of sociology』 84(1): 53-77.
- S. Best, K. W. Heller·J. Bigge. 2005. 『Teaching Individuals with Physical, or Multiple Disabilities (5th ed.)』 New York: Merrill.
- Tuttle, D. W. 1984. 『Sources of self-esteem and the adjusting process』 . Westport, CT: Greenwood Press.
- Twenge, Jean M. and W. Keith Campbell. 2001. "Age and birth cohort differences in self-esteem: A cross-temporal meta-analysis". 『Personality and social psychology review』 5(4): 321-344.
- Verdugo, M. A., Navas, P. Gomez, L. E. and Schalock, R. L. 2012. "The Concept of Quality of Life and its Role in Enhancing Human Rights in the Field of Intellectual Disability". 『Journal of Intellectual Disability Research』 56(11): 1036-1045.
- Waters, L. E.· Moore, K. A. 2002. "Self-esteem and coping: A comparison of unemployed and re-employed people". 『Journal of Organizational Behavior』 23: 1-12.
- Weller, D. J. and Miller, P. M. 1977. "Emotional Reaction of Patient. Family and staffin acute-care period of spinal and injury: Part 2". 『Soc Work Health Care』 2(4): 369-377.
- Wright, B. A. 1983. 『Physical disability: A psychosocial approach (23rd ed .)』 New York: Harper & Row.

## <Abstract>

# The Effect of Disability Acceptance and Self-esteem on life Satisfaction in Person with Brain Disorder

Noh, Ho Hyun

Department of Social Welfare  
Graduate School of Public Health and Welfare  
Jeju National University  
Supervised by professor Kwan Woo Ko

In this study, we tried to find out the impact of disability acceptance and self-respect on life satisfaction among people with brain lesions. For this purpose, the Panel Survey of Employment for the Disabled (PSED) used data from the second wave fourth survey in 2019. The panel construction of the second wave was conducted on 15 to 64 years of age, and data from 281 people with brain lesion disabilities were used out of 3,818 people who participated in the second wave 1st to 4th survey. Of the total, 80 had cerebral palsy, 123 had strokes and 73 had traumatic brain injuries. Data analysis was conducted using the statistical program SPSS Win 23.0, which was performed using frequency analysis, descriptive statistics, t-test, one-way batch variance analysis (ANOVA), correlation analysis, and regression analysis.

The results of this study are as follows. The demographic and sociological characteristics of the surveyed were more male than female, and most of them had no spouse. Around the age of 40, there were similar distributions, and there were many disabled people with severe disabilities. In many cases, people answered that their health conditions were bad. People with brain lesions showed the highest confidence in disabled policies for cerebral palsy and the lowest for traumatic brain damage.

Analysis of the credibility differences in policies for the disabled among groups of people with brain lesions showed that men, spouses, under 40 years

old, disabled people without severe disabilities, good health conditions, high school graduates, but no significant difference in all categories.

As a result of analyzing the difference in disability acceptance among groups of people with brain lesions, the less severe the disability, the better the discrimination experience, the better the health condition, and the higher the educational background, the higher the disability acceptance. In the case of cerebral palsy, there was a significant difference depending on educational background. In the case of stroke, the score was high if the degree of disability was not severe, if the health condition was good, and if there was no experience of discrimination. There were no significant results for traumatic brain damage, but they were somewhat higher if the disability was not severe, if health conditions were good, and if there was no experience of discrimination.

As a result of analyzing the difference in self-esteem among groups of people with brain lesions, self-esteem was high when the degree of disability was not severe, there was no experience of discrimination, and good health. In the case of cerebral palsy, it was high in the presence of a spouse and good health. In the case of stroke, it was high when there was no experience of discrimination and good health. Traumatic brain damage was high in cases where the degree of disability was not severe, there was no experience of discrimination, and good health.

As a result of analyzing the difference in life satisfaction among people with brain lesions, the less discrimination experience they had, the better their health conditions were, the higher they were. In the case of cerebral palsy, the better the health condition, the higher the satisfaction of life. In the case of a minor stroke, the degree of disability was not severe, and in good health, the satisfaction of life was significantly high. Traumatic brain damage was significantly higher in good health.

As a result of examining the correlation between major variables, the experience of discrimination and health conditions among demographic and sociological characteristics showed a positive(+) correlation. It has shown a positive(+) correlation between the main variables, disability policy credibility, disability acceptance and self-respect.

As a result of examining the impact on the satisfaction of life of people with brain lesions, the better their health, the higher their policy credibility for the disabled, and the less self-respect, the more affectionate their life

satisfaction. Cerebral palsy had a positive(+) effect only on health conditions. In the case of stroke, the better health conditions and the better disability sites have had a positive(+) effect. In the case of traumatic brain damage, the better the health condition and the better the credibility of the disabled policy, the more affectionate the satisfaction of life, and the less statistically significant the acceptance of disabilities and self-respect.

The results of this study show that health conditions have a very important impact on life satisfaction. This means that people with brain lesions value health above all else, and it is thought to be considered when establishing or implementing policies. The results of the study showed that demographic characteristics, credibility of policies for the disabled, acceptance of disabilities, self-respect, and satisfaction with life were different for each type of disability, and the results of the impact were different. This should also be taken into account when establishing policies for people with brain lesions.

**Keywords: Brain Disease Disabled, Credibility of Policies for the Disabled, Acceptance of Disabilities, Self-respect, Satisfaction with Life;**