

하지 절단자의 절단부위에 따른 삶의 만족도에 대한 연구

김장환*, 이택영**

*한서대학교 의료보장구학과

**한서대학교 작업치료학과

Abstract

The Life Satisfaction Status in Lower Limb Amputee Subjects Based on Amputation Level

Kim, Jang-Hwan*, M.P.H., C.P.O., Lee, Taek-Young**, M.P.E., K.O.T.R.

*Dept. of Prosthetics and Orthotics, Hanseo University

**Dept. of Occupational Therapy, Hanseo University

This study was conducted to investigate the status and the life satisfaction of amputees from July 9, 2001 to August 18, 2001. Questionnaire survey was collected from lower extremity amputees using the services of prosthetic and orthotic centers in five Veterans Hospitals (Seoul, Busan, Gwangju, Daegu, and Daejeon), Seoul Tehlin prosthetic and orthotic center, Chunan prosthetic and orthotic center, and Junju Lee Ganga rehabilitation institute. Amputees were grouped as trans-tibial amputees, trans-femoral amputees, and bilateral amputees based on amputation level. Demographic and social characteristics, performance of social role, and factors influencing life satisfaction revealed findings as follows: 1) The number of subjects voluntarily participated in the study was 113 (109 men, 4 women), and the mean age of subjects was 53.65 years (age range=22-74 years). 2) The time of amputation was at their second decade mostly (72.6%), and the most common etiology of amputation was trauma (91.2%). 3) The most common type of amputation was trans-tibial amputation (59.3%). Subjects who were employed was 68.1% before amputation and 47.8% after amputation. Subject had income regardless of being employed or unemployed after amputation. 4) No significant difference was found between the scores of social role and the scores of life

satisfaction in three groups($p<0.05$). 5) The significant factors on life satisfaction was income status and occupational role among variables($p<0.05$).

Key Words : Life satisfaction, Social role, Lower limb amputees

I. 서론

절단이란 병적인 상태로부터의 원인이 되는 것이 아니라 병적 상태를 제거하는 치료로부터 원인이 되어 장애가 되는 특별한 근골격계의 문제점으로서(Rusk, 1977), 사지의 심각한 병소 및 파괴로 인한 외상과 수술에 의하거나 선천적 골격계 질환으로 야기되는 사지의 일부 또는 전부가 상실됨을 말하며, 생명에 위협이 있거나 활동에 심각한 제한이 있을 경우에 생명유지와 기능 향상을 위하여 시행하게 된다(Houghton 등, 1992; Kottke 등, 1982). 우리 나라에서는 과거 한국전쟁, 월남전, 그리고 산업발전과정을 거치며 사고에 의한 외상이 절단의 가장 큰 원인이었다(김유철 등, 1990). 최근에는 절단의 원인이 산업의 선진화와 인구의 고령화로 혈관질환에 의한 절단이 가장 많아 절단자의 80%에까지 이른다고 하였다(김혜원 등, 1995; Laaperi 등, 1993).

절단술은 그 자체가 영구적인 손상을 남기는 수술 법으로 이를 피하기 위해 재건술 및 혈관 수술 등이 발달하고 있음에도 불구하고 여전히 불가피한 상황에서 시행되고 있으며, 하지절단은 절단자에게 심각한 장애를 가져온다. 가장 생산적인 나이인 젊은 절단환자에게 외상으로 인한 절단은 신체적 장애뿐만 아니라, 종종 기능적 능력과 삶의 질을 제한한다(Dillingham 등, 2001).

Patrick과 Erickson(1992)은 삶의 질을 건강하게 오래 산다는 개념이라 하였으며, 얼마나 오래 사느냐 하는 양과 어떤 상태로 사느냐 하는 질의 개념이 합쳐진 것으로, 질병이나 손상, 의료서비스, 사회정책 등에 의해서 영향을 받는 장애, 기능상태,

사회적 기회(포괄적으로 건강상태)에 의해 가치가 수정된 생존기간으로 정의하였다.

삶의 질은 주로 개인의 주관적 안녕 상태나 생의 만족 측면에서 표현되며, 정신 및 신체적 건강, 신체의 안녕 상태, 대인관계, 지역사회내의 직업이나 그 외의 활동, 자기개발이나 성취 및 창조적인 활동에의 참여 등을 포함한다(Anderson, 1982; Kottke, 1982). 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인으로는 연령, 건강, 교육수준, 경제수준, 정서적 측면, 자아인식, 대인관계, 일상생활의 수행능력 등이 알려져 있다(Nissen과 Newman, 1992).

대부분의 연구자들은 삶의 질의 평가에 다각적인 접근을 채택하고 있으며, 적어도 신체적, 기능적, 정신적, 및 사회적 건강을 포함하는 다차원적 접근을 시행하는 것이 일반적이다. 신체적인 면은 주로 건강과 관련된 증상을 조사하고 기능적인 면은 일상생활동작의 수행능력을 포함한다. 정신적인 건강은 인지 기능, 감정 상태, 생의 만족, 그리고 행복에 대한 일반적인 지각을 구성요소로 하고 있으며, 사회적인 건강으로 사회적 접촉과 상호작용을 평가한다고 할 수 있다(de Haan 등, 1993).

Branholm과 Fugl-Meyer(1992)는 일반인을 대상으로 직업의 역할과 삶의 만족도의 연구를 통해 여가활동, 직업, 그리고 가족구성원 및 단체 구성원으로서의 역할과 삶의 만족도 간에 유의한 관련성이 있다고 하였다. 그러나 갑작스런 신체적 기능의 상실은 이전의 직업, 가족 및 사회적 역할을 지속할 수 없게 되며 역할을 수행하는 방법에 변화를 가져온다.

Kottke(1982)는 재활치료에 있어서, 장애인이 개인의 창의적인 참여를 느낄 수 있을 때까지 최상

의 삶의 질을 만족할 수 있도록 생산적인 사람으로 회복시켜야 하며, 이를 위해 사회구성원으로 뿐만 아니라 사회에 기여할 수 있어야 한다고 하였다.

삶의 질에 대한 관심이 계속 증가되어 많은 연구자들이 척수손상환자와 뇌졸중 환자의 기능평가와 삶의 질에 대한 연구들은 많이 있어 왔으나, 절단자의 사회적응과 삶의 질에 대한 연구는 많지 않았다. 김진호 등(1999)은 하지 절단자를 대상으로 하여 전신상태, 의지에 대한 만족도와 의지보행의 기능적 수준 등을 연구하였고, 절단자의 의지의 사용에 대한 연구(Dillingham 등, 2001; Harness와 Pinzur, 2001)와 일상생활동작과 기능적 능력에 대한 연구(Kegel 등, 1978; Narang 등, 1984), 그리고 얼마나 많이 독립적인 보행이 가능한지 등 생활 상태 등에 대해서는 많은 연구가 있었으나(Hoaglund 등, 1983), 삶의 질에 대한 연구는 전무한 상태이다.

이에 본 연구에서는 하지 절단자의 절단부위에 따라 세 군으로 분류하여 일반적인 특성, 사회적 역할의 수행정도, 그리고 이에 관련된 삶의 만족도에 미치는 영향을 알아보고, 이를 바탕으로 절단자들에게 다양한 사회적 역할을 수행할 수 있도록 기회를 제공하며, 절단자의 재활치료에 대한 정보를 제공하고자 한다.

II. 연구 방법

1. 연구대상 및 연구기간

본 연구는 2001년 7월 9일부터 8월 18일까지 전국의 보훈병원 보장구센터(서울, 부산, 광주, 대구, 대전), 서울 덕림 의지보조기센터, 천안 보조기센터, 전주 이강아 재활사 등 8곳의 보장구센터에 내원하는 절단자를 대상으로 설문조사를 실시하였다. 총 128명 중 설문내용이 불충분한 15명의 자료를 제외하고 총 113명을 연구대상자로 하였다.

2. 평가도구 및 방법

본 연구에서는 삶의 만족도를 평가하기 위해 LSI-Z(Life Satisfaction Index-Z)를 사용하였다. 본 연구에서 사용된 LSI-Z는 권윤정(1995), 육진숙 등(1997)이 수정 번역한 도구를 절단장애인에 적합하도록 바꾸어 사용하였다.

연구대상자를 나누는 기준은 Kegel 등(1978)과 Narang 등(1984)이 하지 절단자를 분류한 방법으로 하퇴절단군(족부절단, 사임절단, 그리고 하퇴절단), 대퇴절단군(슬관절이단, 대퇴절단, 그리고 고관절이단), 그리고 양측절단군(양측으로 절단된 모든 경우)으로 분류하였다.

삶의 만족도의 문항은 13개의 문항으로 긍정문항은 ‘그렇다(2점)’, ‘잘 모르겠다(1점)’, ‘그렇지 않다(0점)’로 알아보았으며, 부정문항은 반대로 하여 점수가 높을수록 삶의 만족도가 높은 것을 의미한다. 설문지의 각 역할 항목에서 역할 수행의 정도를 ‘아주 잘 수행하고 있다(5점)’, ‘비교적 잘 수행하고 있다(4점)’, ‘보통이다(3점)’, ‘잘 수행하지 못하고 있다(2점)’, ‘거의 못하고 있다(1점)’의 5점 척도로 알아보았다. 또한 역할의 점수는 역할을 수행하지 않는다고 응답한 경우는 0점으로, 수행한다고 응답한 경우는 응답한 척도점수를 그대로 사용하였다.

3. 분석 방법

본 연구 결과는 각 항목들에 관하여 SPSS/Win (version 10.0)을 이용하였으며, 연구대상자의 사회적 역할 수행정도와 관련된 일반적 특성 변수들은 χ^2 검정을 실시하였다.

절단장애인의 삶의 만족도와 일반적 특성과의 관련성은 F 검정과 분산분석을 사용하였고, 삶의 만족도와 사회적 역할 수행정도와의 관련성은 각 역할에 대하여 하퇴절단군, 대퇴절단군, 양측절단군으로 나누어 ANOVA 분석을 사용하였다. 또한 절단

장애인의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인을 알아보기 위해 일반적 특성과 사회적 역할을 독립변수로 하고, 삶의 만족도를 종속변수로 하여 다중회귀분석을 실시하였다. 통계적 유의성을 검증하기 위한 유의수준은 $\alpha=0.05$ 로 하였다.

III. 결 과

1. 연구대상자의 일반적 특성

표 1. 연구대상자의 일반적 특성 (n=113)

일반적 특성	구분	연구 대상자수(명)	백분율
연령	21~30세	4	3.5
	31~40세	9	8.0
	41~50세	24	21.2
	51~60세	47	41.6
	61~70세	22	19.5
	71세 이상	7	6.2
성별	남	109	96.5
	여	4	3.5
교육정도	초등학교 이하	15	13.3
	중학교	23	20.3
	고등학교	42	37.2
	대학교 이상	33	29.2
종교	유	71	62.8
	무	42	37.2
결혼	미혼	7	6.2
	기혼	100	88.5
	이혼 및 사별	6	5.3
손상 전 직업	유	77	68.1
	무	36	31.9
현재 직업	유	54	47.8
	무	59	52.2
본인의 수입	유	74	65.5
	무	39	34.5

1) 연구대상자의 일반적 특성

본 연구에 참여한 대상자는 22세에서 74세까지 평균연령 53.65세였으며, 남자가 109명으로 여자 4명에 비해 많았다. 교육정도는 고등학교가 37.2%로 가장 많았으며 대학교, 중학교 순이었고, 종교는 62.8%가 믿고 있었다. 결혼상태에서 기혼자가 88.5%였으며 이 중 63.7%는 절단손상 후 결혼하였다. 절단손상 전에는 68.1%가 직업이 있었으나, 현재는 47.8%가 직업이 있었고, 연구대상자의 65.5%가 직업의 유무에 관계없이 수입이 있었는데 이는 연금, 부동산등 이었다(표 1).

2) 연구대상자의 절단손상에 대한 특성

연구대상자 113명중 하퇴절단군이 67명(59.3%)으로 가장 많았으며, 대퇴절단군, 양측절단군의 순

표 2. 연구대상자의 절단손상에 대한 특성 (n=113)

절단 손상특성	구분	연구 대상자수(명)	백분율
절단부위	하퇴절단군	67	59.3
	대퇴절단군	29	25.7
	양측절단군	17	15.0
절단원인	외상성	103	91.2
	혈관성	6	5.3
	기타	4	3.5
손상 시 연령	20세 이하	13	11.5
	21~30세	82	72.6
	31~40세	5	4.4
	41~50세	5	4.4
	51세 이상	8	7.1
의지 착용기간	5년 이하	18	15.9
	6~10년	5	4.5
	11~20년	26	23.0
	21~30년	38	33.6
	30년 이상	26	23.0

이었다. 절단의 원인은 외상이 103명(91.2%)으로 가장 많았고, 손상시 연령은 21~30세가 82명(72.6%)으로 가장 많았다. 연구대상자의 의지착용 기간은 1년에서 50년까지로 평균 22.46년이었으며, 21~30년이 38명(33.6%)으로 가장 많았다(표 2).

2. 절단군별 사회적 역할 수행 정도

직업을 가지고 있는 연구대상자를 절단군으로 나누어 볼 때 직업역할은 전체적으로 ‘비교적 잘 수행한다’는 응답이 가장 많았다. 가족구성원 역할과 친밀 관계에서는 전체 연구대상자를 절단군으로 나누어 볼 때 전체적으로 ‘비교적 잘 수행한다’는 응답

이 가장 많았다. 사회활동은 하퇴절단군과 대퇴절단군에서 ‘보통이다’가 가장 많았고, 양측절단군에서는 ‘잘 수행하지 못한다’로서 전체적으로 부정적인 반응이었다. 여가활동은 하퇴절단군에서 ‘보통이다’가 가장 많았고, 대퇴절단군과 양측절단군에서는 ‘비교적 잘 수행한다’가 가장 많았다. 종교인 역할은 하퇴절단군과 양측절단군에서 ‘보통이다’가 가장 많았고, 대퇴절단군에서는 ‘잘 수행하지 못한다’로서 전체적으로 부정적인 반응이었다(표 3).

3. 절단군별 삶의 만족도 점수

전체 연구대상자의 삶의 만족도 점수는 0점에서

표 3. 절단군별 사회적 역할 수행 정도

사회적 역할	수행정도	연구대상자수(백분율)		
		하퇴절단군	대퇴절단군	양측절단군
직업역할	매우 잘 수행한다	5(16.7)	4(23.5)	2(28.6)
	비교적 잘 수행한다	14(46.7)	10(58.8)	3(42.9)
	보통이다	11(36.7)	3(17.6)	2(28.6)
	잘 수행하지 못한다	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
	매우 못하고 있다	0(0.0)	0(0.0)	0(0.0)
가족구성원역할	매우 잘 수행한다	9(13.4)	1(3.4)	3(17.6)
	비교적 잘 수행한다	28(41.8)	14(48.3)	6(35.3)
	보통이다	22(32.8)	10(34.5)	6(35.3)
	잘 수행하지 못한다	7(10.4)	3(10.3)	2(11.8)
	매우 못하고 있다	1(1.5)	1(3.4)	0(0.0)
친밀관계	매우 잘 수행한다	11(16.4)	3(10.3)	4(23.5)
	비교적 잘 수행한다	26(38.8)	14(48.3)	6(35.3)
	보통이다	19(28.4)	6(20.7)	4(23.5)
	잘 수행하지 못한다	2(3.0)	1(3.4)	1(5.9)
	매우 못하고 있다	9(13.4)	5(17.2)	2(11.8)
사회활동	매우 잘 수행한다	2(3.8)	1(4.8)	0(0.0)
	비교적 잘 수행한다	3(5.8)	3(14.3)	2(13.3)
	보통이다	32(61.5)	12(57.1)	1(6.7)
	잘 수행하지 못한다	13(25.0)	4(19.0)	12(80.0)
	매우 못하고 있다	2(3.8)	1(4.8)	0(0.0)

표 3. 절단군별 사회적 역할 수행 정도(계속)

사회적 역할	수행정도	연구대상자수(백분율)		
		하퇴절단군	대퇴절단군	양측절단군
여가활동	매우 잘 수행한다	3(7.3)	1(5.6)	1(7.7)
	비교적 잘 수행한다	13(31.7)	9(50.0)	7(53.8)
	보통이다	20(48.8)	6(33.3)	3(23.1)
	잘 수행하지 못한다	4(9.8)	1(5.6)	2(15.4)
	매우 못하고 있다	1(2.4)	1(5.6)	0(0.0)
종교인 역할	매우 잘 수행한다	0(0.0)	1(6.3)	0(0.0)
	비교적 잘 수행한다	17(38.6)	4(25.0)	4(36.4)
	보통이다	20(45.5)	4(25.0)	6(54.5)
	잘 수행하지 못한다	6(13.6)	5(31.3)	0(0.0)
	매우 못하고 있다	1(2.3)	2(12.5)	1(9.1)

표 4. 절단군별 삶의 만족도 점수

삶의 만족도 점수	연구대상자수(백분율)		
	하퇴절단군	대퇴절단군	양측절단군
0~ 5점	7(10.4)	5(17.2)	1(5.9)
6~10점	20(29.9)	2(6.9)	4(23.5)
11~15점	24(35.8)	9(31.0)	2(11.8)
16~20점	10(14.9)	7(24.1)	5(29.4)
21~26점	6(9.0)	6(20.7)	5(29.4)

26점까지이며, 평균 13.42점이었다. 절단군별 삶의 만족도에서 하퇴절단군과 대퇴절단군은 11~15점이 가장 많았으며, 양측절단군은 16~20점과 21~26점에서 가장 많았다(표 4).

4. 절단군별 사회적 역할 및 삶의 만족도 점수 비교

각각의 사회적 역할점수와 삶의 만족도 점수를 절단군별로 비교한 결과, 삶의 만족도 점수에서 오히려 양측절단군이 약간 높게 나타났을 뿐 전체적으로 세 절단군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다(표 5).

5. 삶의 만족도에 영향을 주는 요인

절단장애인의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인들을 알아보기 위해 설문지에 사용된 모든 변수를 포함시켜 다중회귀분석을 실시하였다. 우선 변수들의 다중공선성 검증을 먼저 실시하였는데 그 결과, 직업유무변수가 직업역할변수와 설명력 중복을 일으켜 직업유무변수는 회귀분석에서 제외하였다. 다중공선성 문제해결 후, 나머지 15개 변수로 다중회귀분석을 실시한 결과, 수입여부변수와 직업역할변수가 삶의 만족도에 영향을 주는 요인으로 나타났으며, 결혼여부변수의 유의확률 값이 0.051로서 영향력이 높게 나타났다(표 6).

표 5. 절단군별 사회적 역할 및 삶의 만족도 점수 비교

	평균 ± 표준편차			p
	하퇴절단군	대퇴절단군	양측절단군	
직업역할	3.81±0.74	4.06±0.68	4.00±0.82	0.538
가족구성원역할	3.53±0.88	3.59±0.76	3.72±0.67	0.712
친밀관계	3.34±1.44	3.18±1.56	3.41±1.54	0.848
사회활동	2.56±0.64	2.78±0.82	2.70±0.62	0.466
여가활동	3.36±0.91	3.50±0.87	3.58±0.86	0.710
종교인 역할	3.20±0.76	2.81±1.17	3.18±0.87	0.310
삶의 만족도	12.84±5.85	14.43±6.74	15.76±6.80	0.183

p<0.05

표 6. 삶의 만족도에 영향을 주는 요인

구분	다중공선성 검증 (분산확대인자)	회귀계수	표준오차	p
상수		4.728	6.571	0.4811
수입 유무	1.183	-0.0021	0.005	0.001
직업 역할	1.183	4.660	1.711	0.014

p<0.05

IV. 고 찰

삶의 만족도에 관한 평가를 하기 위한 다양한 방법들 중에서 가장 흔히 이용되는 방법이 삶의 만족에 영향을 미칠 수 있는 요소의 상호 연관관계를 밝히는 것이며 그 외에도 개인적인 성향을 분석하는 방법, 개인의 생의 목표와 삶의 만족도를 비교하는 연구방법 등이 이용되고 있다(편성범과 김세주, 1994).

삶의 질은 개인의 주관적인 상태를 많이 반영하게 되므로 평가하기 쉽지 않다. 그러나 기본적인 접근방법은 환자와 가족 및 의료진 등이 환자와 관련된 환경 속에서 만족도와 연관된 요소를 찾아내어 해석이 쉽고, 반복적 검사가 가능한 문항을 작성하여 검사한 후 비교가 가능하도록 점수화 하는 것이다(Schipper, 1983).

본 연구에서 절단장애인의 성별의 경우 96.5%로 남자가 많았다. 김혜원 등(1995)의 연구에서도 81.3%로 남자가 많았으며, 이는 여자에 비해 남자가 외적활동이 많고, 말초혈관질환이 남자에 자주 발생하기 때문이라고 하였다.

절단장애인의 손상 시 연령별 분포를 보면 20대(72.6%)가 가장 많았다. 이는 Kegel 등(1978), Fleurant와 Alexander(1980)의 50대에서 가장 많았다고 한 연구와는 연령분포가 달랐으며, Dillingham 등(2001)은 30세 이전에 가장 많다고 하였고, Narang 등(1984)과 김유철 등(1990)은 20대에서 각각 56%, 27.3%로 많다고 하여 본 연구와 유사한 결과를 보였다.

절단원인으로는 Kegel 등(1978)과 김혜원 등(1995)은 말초혈관질환에 의한 절단이 각각 48.0%, 67.0%라고 하였으나, Hoaglund 등

(1983), Narang 등(1984), 김진호 등(1999)은 외상으로 인한 절단이 각각 74.3%, 82.0%, 34.6%로 많았다고 하였다. 이는 국내 절단자의 분포 상 한국전쟁과 월남참전, 그리고 급격한 산업발전으로 인한 산업재해와 교통의 증가로 인해 상대적으로 외상에 의한 절단이 많은 것으로 생각된다.

연구대상자의 직업과 수입에서 절단손상 전에는 68.1%가 직업이 있었으나, 현재는 47.8%만이 직업을 가지고 있었고, 연구대상자의 65.5%가 직업의 유무에 관계없이 수입이 있었다. Hoaglund 등(1983)은 179명의 하지절단자를 대상으로 한 연구에서 혈관성 절단군의 경우 21%, 외상성 절단군의 경우는 11%가 절단으로 인해 직업이 없는 경우였으며, 전체 24%가 무직 또는 실업상태였다. Pohjolainen과 Alaranta(1991), Greive와 Lankhorst(1996)는 고용이 연령과 함께 기능적 보행과 관련되어 있다고 하였으며, Thornhill 등(1986)은 양측 하퇴절단자를 대상으로 한 연구에서 직업이 의지사용과 관련이 있다고 하였다. 본 연구에서 손상전후의 직업유무차이의 가장 큰 이유는 연구대상자중에서 50대 이상의 연령이 67.3%이며, 연령이 높고 보행이 힘들기 때문에 직업을 가지기가 어려웠다고 생각된다.

각각의 사회적 역할점수와 삶의 만족도 점수를 절단군별로 비교한 결과 세 절단군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다. Narang 등(1984)의 연구에서 하퇴절단군이 대퇴절단군과 양측절단군보다 더 기능적으로 독립적이라고 한 반면, O'Toole 등(1985)은 혈관성 절단장애인을 대상으로 Barthel index, PULSE profile, 그리고 Escrow scale에 의한 평가연구에서, 하퇴절단군과 대퇴절단군 간에 나이, 성별 그리고 기능적으로도 유의한 차이가 없었다고 하였다. 편성범과 김세주(1994)는 장애발생시기가 어릴수록 만족도는 높은 경향을 보인다고 했으나 장애정도와 장애등급에 따른 삶의 만족도의 비교에서 통계적으로 의미있는

차이는 없다고 하여 본 연구와 유사한 결과를 보여 주었다. 본 연구에서는 연구대상자의 절단손상 시 연령이 비교적 젊었고 현재는 상당수가 높은 연령인 이유로 사회적 역할과 삶의 만족도 간에 의미있는 차이가 없었다고 생각된다.

본 연구에서 절단장애인의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인들은 수입여부와 직업역할이었으며, 결혼여부가 유의확률 값이 0.051로서 영향력이 높았다. Kegel 등(1978)은 절단장애인의 기능적 능력에 영향을 주는 요인을 손상 시 연령과 절단부위라고 하였다. 편성범과 김세주(1994)는 Likert scale과 RNL index로써 삶의 만족도를 조사한 결과에서, 장애발생시기, 학력, 직업유무가 삶의 만족도에 영향을 준다고 하였으나, 결혼여부에 따른 삶의 만족도는 오히려 미혼군이 기혼군 보다 의미있게 높게 나타났다고 하였다. 또한 Nissen과 Newman(1992)은 RNL(reintegration to normal living) index로서 하지절단환자를 조사하여, 주거지내의 활동, 직업, 여가생활 등의 적응도가 영향을 준다고 하였다. 이는 다른 장애인의 경우에서처럼 직업과 수입여부가 삶의 만족도에 영향을 주는 요인으로 작용하는 것과 유사한 결과라고 생각된다.

본 연구에서는 절단장애인만을 대상으로 하여 각 사회적 역할 수행정도를 주관적인 상태로 반영하였기 때문에 제한점이 있어 정상인들과의 비교는 어려웠다. 또한 본 연구의 연구대상자수가 절단군별로 적절하지 않아 비교가 어려웠으며, 서울을 비롯하여 전국 대도시에서 거주하는 절단장애인만을 대상으로 하여 그 외 지역에 거주하는 절단장애인의 자료를 포함시키지 못하였다.

절단환자에 대한 임상적 연구는 전통적으로 생존 정보, 합병증, 사회경제적 영향, 그리고 의지제작 기술에 초점을 두었으며(Nissen과 Newman, 1992), 절단과 관련된 몇 가지 연구들은 삶의 질 또는 장애에 대한 기능적 보상작용 같은 절단의 만성적인 결과에 초점을 두었다(Brodzka 등, 1990;

Thornhill 등, 1986). 그러나 우리 나라의 경우 전반적으로 절단장애인에 대한 연구가 많이 부족한 실정이며, 노령인구와 함께 혈관성 절단이 증가하는 등 더욱 적극적인 연구와 노력이 필요할 것이다.

향후 하지절단장애인 뿐만 아니라 상지절단장애인도 포함하여 절단장애인의 일상생활동작 및 기능적 평가, 삶의 만족도, 의지활용도 등에 대한 전반적인 연구가 지속되어, 장애인의 삶의 만족도의 평가는 물론 각 장애별로 긍정적인 영향을 미치는 요인과 부정적인 영향을 미치는 요인을 찾아 분석하고, 우리 나라의 실정에 맞는 객관적인 평가지표를 개발하여 이를 재활치료과정과 장애인 복지정책에 반영할 수 있으리라 본다.

V. 결 론

본 연구는 하지 절단장애인의 실태와 삶의 만족도를 알아보기 위해 2001년 7월 9일부터 8월 18일까지 전국의 보훈병원(서울, 부산, 광주, 대구, 대전) 보장구 센터, 서울 덕림 의지보조기센터, 천안 보조기센터, 전주 이강아 재활사에 내원하는 113명의 하지 절단장애인을 대상으로 하였다. 연구대상자들을 절단부위별로 하퇴절단군, 대퇴절단군, 양측절단군으로 나누어 일반적인 특성, 사회적 역할의 수행정도, 그리고 이에 관련된 삶의 만족도에 미치는 영향을 알아보고자 설문조사를 실시하여 다음과 같은 결론을 얻었다.

1. 하지 절단자들의 연령은 22세에서 74세까지 평균 53.65세였으며, 남자가 109명으로 여자 4명에 비해 많았다.
2. 절단 시 연령은 20대에서 72.6%로 가장 높았으며, 절단원인은 외상으로 인한 절단이 91.2%로 많았다.
3. 절단부위는 하퇴절단군이 59.3%로 가장 많았으며, 직업과 수입에서 절단손상 전에는

68.1%가 직업이 있었으나, 현재는 47.8%가 직업이 있었고, 연구대상자의 65.5%가 직업의 유무에 관계없이 수입이 있었다

4. 하지 절단자를 세 가지 절단군으로 분류하여 각각의 사회적 역할점수와 삶의 만족도 점수를 비교한 결과 세 절단군 간에 통계적으로 유의한 차이가 없었다.
5. 하지절단자의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인들을 분석한 결과 수입여부와 직업역할로 나타났다.

재활치료의 궁극적인 목적은 질병이나 사고로 인해 손상된 신체적, 정신적 기능을 최대한으로 향상시켜 일상생활이나 사회적 활동에서 성공적으로 역할을 수행하도록 함으로써 삶의 질을 높이고 만족스러운 삶을 영위하도록 하는 것이다. 이러한 측면에서 절단장애인의 삶의 질에 영향을 주는 요인들을 밝히기 위한 노력이 요구된다.

참 고 문 헌

- 권운정. 만성질환을 가진 노인이 인지하는 가족기능과 그 삶의 만족도에 관한 연구. 연세대학교 대학원. 석사학위 논문. 1995.
- 김유철, 박창일, 신정순. 우리 나라 절단자에 대한 재활의학적 고찰. 최신의학. 1990;33:35-46.
- 김진호, 한태륜, 한승상, 등. 하지절단의 임상적 고찰과 하지 절단장애인의 장기적 의지 이용실태. 대한재활의학회지. 1999;23:1039-1045.
- 김혜원, 강세운, 고영진, 등. 사지절단에 대한 임상적 고찰. 대한재활의학회지. 1995;19: 97-102.
- 육진숙, 박창일, 채영문, 등. 척수손상자들의 사회적 역할 수행정도가 생의 만족도에 미치는 영향. 대한작업치료학회지. 1997;6:14-35.
- 편성범, 김세주. 장애인의 생의 만족도. 대한재활의학회지. 1994;18(3):532-543.
- Anderson TP. Quality of life of the

- individual with disability. *Arch Phys Med Rehabil.* 1982;63:55-59.
- Branholm IB, Fugl-Meyer AR. Occupational role preferences and life satisfaction. *Occup Ther J Res.* 1992; 12:159-171.
- Brodzka WK, Thornhill HL, Zarapkar SE, et al. Long-term function of persons with atherosclerotic bilateral below-knee amputation living in the inner city. *Arch Phys Med Rehabil.* 1990; 71:895-900.
- de Haan R, Aaronson N, Limburg M, et al. Measuring quality of life in stroke. *Stroke.* 1993;24:320-327.
- Dillingham TR, Pezzin LE, MacKenzie EJ, et al. Use and satisfaction with prosthetic devices among persons with trauma-related amputations: a long-term outcome study. *Am J Phys Med Rehabil.* 2001;80:563-571.
- Fleurant FW, Alexander J. Below-knee amputation and rehabilitation of amputees. *Surg Gynecol Obstet.* 1980;151:41-44.
- Greive AC, Lankhorst GJ. Functional outcome of lower-limb amputee: a prospective descriptive study in a general hospital. *Prosthet Orthot Int.* 1996;20:79-87.
- Harness N, Pinzur MS. Health related quality of life in patients with dysvascular transtibial amputation. *Clin Orthop.* 2001;383:204-207.
- Hoaglund FT, Jergesen HE, Wilson L, et al. Evaluation of problems and needs of veteran lower-limb amputees in the San Francisco Bay area during the period 1977-1980. *J Rehabil Res Dev.* 1983;20:57-71.
- Houghton AD, Taylor PR, Thurlow S. Success rates for rehabilitation of vascular amputees: implications for preoperative assessment and amputation level. *Br J Surg.* 1992;79: 753-755.
- Kegel B, Carpenter ML, Burgess EM. Functional capabilities of lower extremity amputees. *Arch Phys Med Rehabil.* 1978;59:109-120.
- Kottke FJ. Philosophic considerations of quality of life for the disabled. *Arch Phys Med Rehabil.* 1982;63:60-62.
- Kottke FJ, Stillwell GK, Lehmann JF. Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation. Philadelphia, W.B. Saunders Co. 1982.
- Laaperi T, Pohjolainen T, Alaranta H, et al. Lower-limb amputations: *Annales Chir Gynaecol.* 1993;82:183-187.
- Narang IC, Mathur BM, Singh P, et al. Functional capabilities of lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int.* 1984; 8:43-51.
- Nissen SJ, Newman WP. Factors influencing reintegration to normal living after amputation. *Arch Phys Med Rehabil.* 1992;73:1367-1369.
- O'Toole DM, Goldberg RT, Ryan B. Functional changes in vascular amputee patients: evaluation by Barthel index, PULSE profile and ESCROW

- scale. Arch Phys Med Rehabil. 1985; 66:508-511.
- Patrick DL, Erickson P. Assessing health related quality of life for clinical decision making quality of life assessment. In: SR Walker, RN Rosser(eds). Key Issues in the 1990's. London, Kluwer Academic Publishing. 1992.
- Pohjolainen T, Alaranta H. Predictive factors of functional ability after lower-limb amputation. Am Chir Gynaecol. 1991;80:36-39.
- Rusk HA. Rehabilitation medicine. 4th ed. St. Louis. Mosby, Co. 1977.
- Schipper H. Why measure quality of life? Can Med Assoc J. 1983;128:1367-1369.
- Thornhill HL, Jones GD, Brodzka W, et al. Bilateral below-knee amputations: experience with 80 patients. Arch Phys Med Rehabil. 1986;67:159-163.