

2개 보건소의 방문보건재활사업에 관한 연구

조계숙* · 유인자 · 배정희** · 이영자***

I. 서 론

1. 연구의 필요성

우리나라의 장애인복지는 1980년 이전까지는 수용보호를 중심으로 전개되었다면 '80년대부터는 이용시설 중심으로, '90년대는 재가복지를 중심으로 서비스가 전개되고 있다고 볼 수 있다. 보건사회연구원의 '95장애인 실태조사에서 우리나라 추정장애인 약 1백5만명 중에서 시설보호서비스를 받고 있는 장애인이 약 2.3%라고 발표하였는데 이렇듯 대부분의 장애인은 지역사회 안에 거주하고 있지만 복지서비스가 충분치 못한 우리나라에서 적절한 서비스를 받지 못하고 있다.

WHO에서는 장애인복지문제를 해결하기 위해 지역사회의 참여, 간편한 재활서비스 등을 제공하는 지역사회재활사업을 1970년대에 제시하였으며 우리나라도 1985년 이후로 보건복지부 및 민간차원으로 지역사회재활사업을 실시한 경험이 있다. 이 시범사업의 경험을 통해 지역사회재활사업은 국가 지원하에 지속적으로 이루어져야한다는 결론을 얻게 되었으며, 우리나라는 보건소를 중심으로 한 일차의료망이 잘 구축되어 있으므로 지역사회재활사업의 의료부분을 보건소에서 담당하는 것이 적절하겠다는 제안이 나오게 되었다(김연희, 1993).

국립 종합재활센터이며 재활연구사업을 실시하고 있는 국립재활원에서는 위와 같은 경험을 바탕으로 보건소에서 지역사회재활사업을 실시할 수 있도록 지원하는 프로그램을 실시하였다. 1995년부터 서울 도봉구와 경기도 남양주시보건소를 중심으로 우선 보건요원에게 2주간의 기초재활교육을 한 후 매월 정기적으로 보건소에서 재활간담회를 하였다. 재활간담회에는 보건소의 방문보건요원과 국립재활원의 재활의학전문의, 간호사, 사회복지사, 지역사회재활사업담당자로 구성된 지역사회재활팀이 참가하였다. 재활간담회에서는 재활간호보수교육과 사례토의를 하였고 필요시 장애인 가정방문을 하였다(김병식, 1997).

보건소의 업무 중 방문보건사업은 1993년부터 본격적으로 시작되었는데 사업의 방향은 개별적인 보건서비스보다 지역을 단위로 한 보건사업과 민간의료기관에서 해결하기 어려운 장애인 및 노인보건사업을 포괄하고 있으며 이는 지역보건법개정을 통해 뒷받침되고 있다(윤배중, 1997). 방문보건사업은 대체로 통합보건요원 및 보건간호사가 실시하고 있는데 대상자의 요구에 부응할 수 있도록 보건서비스 제공능력을 함양하는 다양한 전략들이 필요하며, 먼저 수행한 보건사업의 경험들은 객관적인 평가와 보안을 통해 타지역으로 보급되어야 할 필요가 있다. 현재 보건소의 재활사업은 실시초기에 있으며 이에 대한 구체적인 보고가 나와 있지 않은

* 국립재활원
** 서울 도봉구보건소
*** 경기도 남양주시보건소

실정이다.

본 연구는 '95, '96 2년간에 걸쳐 국립재활원과 함께 재활사업을 적극적으로 수행해온 두 시범보건소의 사업 내용을 분석하고, 재활서비스를 받은 대상자들을 통해 사업의 효과 및 제한점을 객관적으로 평가함으로써 보건소를 중심으로 한 지역사회재활사업 정책수립과 타보건소의 재활사업계획에 기초자료로 제공하고자 시도되었다.

2. 연구목적

본 연구목적은 두 시범보건소의 방문보건재활사업내용을 분석, 평가함으로써 우리나라의 지역재활사업에서 보건소가 수행할 수 있는 역할가능성을 확인하고, 타보건소의 재활사업계획에 기초자료를 제공함으로써 장애인복지 발전에 기여하고자 함이다.

본 연구의 구체적 목표는 다음과 같다.

- 1) 보건소 재활사업대상자의 일반적인 특성과 재활실태를 파악한다.
- 2) 재활대상자가 갖고 있는 부담요인과 재활과정에서 장애가 되는 요인을 파악한다.
- 3) 재활대상자의 서비스 욕구를 파악한다.
- 4) 보건소에서 제공한 재활서비스의 내용을 분석한다.
- 5) 재활서비스에 대한 만족도, 실제 효과 및 개선요구사항을 분석한다.

3. 연구가설

- 1) 보건소의 재활서비스를 받기 전에 대상자 중 70% 이상은 적절한 재활노력을 하고 있지 못했을 것이다.
- 2) 재활에 대한 욕구, 재활서비스의 효과 및 재활과정의 저해요인은 재활대상자의 인구사회학적 특성과 재활관련 특성에 따라 차이가 있을 것이다($p < 0.05$).
- 3) 보건소의 재활서비스를 통하여 재활대상자는 재활에 대한 태도, 지식, 실천이 평균 70점 이상 변화되었을 것이다.
- 4) 보건소의 재활서비스를 통하여 재활대상자는 평균 70점 이상 신체적인 재활의 효과가 있을 것이다.

II. 연구방법

1. 연구대상

본 연구의 대상자는 장애인 및 거동불편자 138명으로 국립재활원과 함께 지역사회재활사업을 실시해온 두 시범보건소로부터 재활서비스를 받은 사람을 대상으로 하였다. 보건소 별 조사 대상은 도봉구보건소에서 재활서비스를 받은 대상자 48명 중에서 42명(87.5%), 남양주시보건소에서 재활서비스를 받은 대상자 108명 중에서 96명(88.9%)이었다.

2. 조사방법

조사방법으로는 재활서비스를 받은 대상자들에게 설문지를 작성하도록 하였다. 설문지의 내용은 대상자의 특성, 재활실태, 제공받은 재활서비스의 내용, 만족도 및 개선요구사항, 재활효과 및 재활저해요인으로 구성되었으며 대부분 5점척도 항목이었다. 조사시기는 1995년 12월 1일부터 20일까지였다.

설문 조사자로는 각 재활대상자를 관리하고 있는 보건간호사들이 직접 면접을 하여 설문하고 기록하도록 하였다. 이러한 조사방법의 장점으로는 방문재활간호를 조사자가 직접 수행하였으므로 제공한 재활간호의 구체적인 내용과 재활대상자의 변화도가 잘 파악된다는 점이다. 그러나 단점으로는 자신에게 재활간호를 제공하고 있는 사람이 직접 면접을 하며 설문지를 작성하므로 문항에 대해서 실제보다 더 긍정적으로 대답할 가능성이 높으며 결과적으로 실제보다 사업의 효과가 높게 나올 수 있다는 점이다.

3. 분석방법

수집된 자료는 SAS프로그램을 이용하여 분석하였다. 집단간의 차이비교는 t-test, F-test, Chi-Square test를 하였다. 각 문항에서 몇 명씩 응답이 빠진 부분이 있었는데 이 사람들은 항목별로 제외하고 통계검정을 실시하였다.

III. 연구결과 및 논의

1. 연구대상자의 일반적인 특성

재활대상자의 남녀 구성은 비슷하였다. 나이는 20세-60세 사이가 63명(45.7%)으로 생산층 연령인구가 반 정도를 차지하였다. 장애유형으로는 대부분이 지체장애였으며(119명, 86.2%), 정신지체, 시각, 청각 등 기타

<표 1> 연구 대상자의 인구사회학적 특성 및 재활관련 특성

| 특 성 | 구 분 | 실수(명) | 백분율(%) |
|----------|---|-------|--------|
| 성 별 | <input type="checkbox"/> 1. 남자 | 70 | 50.7 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 여자 | 68 | 49.3 |
| 나 이 | <input type="checkbox"/> 1. 20세 미만 | 5 | 3.6 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 20세부터 40세 미만 | 15 | 10.9 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 40세부터 60세 미만 | 48 | 34.8 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 60세 이상 | 70 | 50.7 |
| 결혼상태 | <input type="checkbox"/> 1. 결혼 | 62 | 44.9 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 미혼 | 22 | 15.9 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 이혼, 별거 | 9 | 6.5 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 사별 | 42 | 30.4 |
| | <input type="checkbox"/> 5. 비해당(18세 미만) | 3 | 2.2 |
| 교육정도 | <input type="checkbox"/> 1. 학령전 또는 재학중 | 22 | 15.9 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 무학 또는 국민학교 졸업 | 75 | 54.3 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 중학교 또는 고등학교 졸업 | 32 | 23.2 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 대학교 이상 졸업 | 9 | 6.5 |
| 종 교 | <input type="checkbox"/> 1. 무 | 66 | 47.8 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 불교 | 23 | 16.7 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 기독교 또는 천주교 | 46 | 33.3 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 유교 및 기타 | 3 | 2.2 |
| 의료혜택 | <input type="checkbox"/> 1. 의료보험 | 87 | 63.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 의료보호 1종 | 40 | 29.0 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 의료보호 2종 | 11 | 8.0 |
| 함께 사는 사람 | <input type="checkbox"/> 1. 가족 및 친척 | 110 | 79.7 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 인척관계 이외의 사람 또는 시설 거주 | 15 | 10.9 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 혼자 지냄 | 13 | 9.4 |
| 주 택 | <input type="checkbox"/> 1. 자가 | 73 | 52.9 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 전세, 월세 또는 무허가 주택 | 49 | 35.5 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 시설 및 위탁 거주 | 16 | 11.6 |
| 장애 유형 | <input type="checkbox"/> 1. 지체장애만 있음 | 119 | 86.2 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 정신지체도 포함됨 | 8 | 5.8 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 청각, 시각, 언어 장애 포함(정신지체 아님) | 11 | 8.0 |
| 질병분류 | <input type="checkbox"/> 1. 뇌졸중 | 61 | 44.2 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 사고로 인한 척추손상이나 뇌손상 | 32 | 23.2 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 뇌성마비나 소아마비, 정신지체 | 9 | 6.5 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 관절염 및 성인병으로 인한 거동불편 | 36 | 26.1 |
| 장애 발생 시기 | <input type="checkbox"/> 1. 선천적 장애 | 8 | 5.8 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 질환 | 99 | 71.7 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 사고 | 31 | 22.5 |
| 장애 정도 | <input type="checkbox"/> 1. 사회복귀가 가능 | 17 | 12.3 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 교육이나 훈련을 받으면 사회복귀가 가능 | 16 | 11.6 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 사회복귀는 불가능하나 일상생활은 가능 | 64 | 46.4 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 가족이 전적으로 돕거나 수용보호 필요 | 41 | 29.7 |
| 장애 등록 여부 | <input type="checkbox"/> 1. 등록하지 않음 | 75 | 54.3 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 등록 수속중임 | 3 | 2.2 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 등록함 | 60 | 43.5 |
| 계 | | 138 | 100.0 |

| 특 성 | 구 분 | 실수(명) | 백분율(%) |
|---------------------|---|-------|--------|
| 장애 등급 | <input type="checkbox"/> 1. 등록하지 않음 | 77 | 55.8 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 1급 또는 2급 | 49 | 35.5 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 3급 이상 | 12 | 8.7 |
| 장애등록을 하지 않은 이유 | <input type="checkbox"/> 1. 등록을 하였거나 등록을 할 예정임 | 76 | 55.1 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 개인적인 이유 (장애인이라고 사회적으로 낙인찍히는 것 같아서) (몸이 좋아질 거라고 생각하므로) (등록을 할 정도가 아니므로) | 23 | 16.7 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 개선 가능한 정책적인 이유 (장애등록을 해도 별 혜택이 없어서) (장애등록 절차를 모르거나 복잡하여) | 39 | 28.3 |
| 보장구 유무 | <input type="checkbox"/> 1. 사용하지 않고 있음 | 82 | 59.4 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 이동에 필요한 보장구(휠체어, 목발이나 보행기) | 49 | 35.5 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 신체에 부착하는 보장구(의수족, 보조기, 보청기 등) | 7 | 5.1 |
| 보장구를 사용하지 않는 이유 | <input type="checkbox"/> 1. 사용하고 있음 | 58 | 42.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 개인적인 이유 (실제로 필요하지 않아서) (의료인은 권하지만 본인이 필요성을 못 느껴서) | 72 | 52.2 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 개선 가능한 정책적인 이유 (너무 비싸서, 구입할 수 있는 장소를 몰라서) (집 구조가 적합하지 않아서) | 8 | 5.8 |
| 직 업 | <input type="checkbox"/> 1. 직업이 없거나 주부임 | 127 | 92.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 학생 | 2 | 1.4 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 단순생산직이나 상업 | 8 | 5.8 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 전문기술직이나 사무직 | 1 | 0.7 |
| 일을 하고 있지 않은 가장 큰 이유 | <input type="checkbox"/> 1. 일을 하고 있음(직장일이나 가사일) | 7 | 5.1 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 개인적인 이유 (노령, 심한 장애, 본인이 일하기를 원하지 않음) | 111 | 80.4 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 개선 가능한 사회적 이유 (특별한 기술이나 능력, 자본이 없어서) (일을 할 능력은 있으나 취적이 되지 않아서) | 20 | 14.5 |
| 계 | | 138 | 100.0 |

장애는 19명(13.8%)이었다. 장애의 원인은 뇌졸중(61명, 44.2%), 관절염 등의 질환으로 인한 것이 가장 많았고(99명, 71.7%), 사고로 인한 장애는 31명(22.5%)이었다. 남자는 사고 및 뇌졸중으로 인한 장애가 많은 반면 여자는 성인병으로 인한 거동불편자가 많았다($X=32.8, p<0.000$). 또한 젊은 사람은 사고나 선천적 장애인이 많은 반면, 나이가 든 사람은 뇌졸중 및 성인병으로 인한 거동불편자가 많았다($X=62.9, p<0.000$).

장애정도는 가족이 전적으로 돕거나 수용보호를 받아야 할 정도로 심한 사람이 41명(29.7%)이었고, 재활노력에 의하여 사회복귀가 가능한 사람은 33명(23.9%)이었다. 64명(46.4%)는 재활훈련을 통해서도 사회복귀가

불가능하다고 하였는데 이는 재활대상자 중에서 노인들이 많아서인 듯하다. 20-40세인 사람들은 다른 연령의 사람들보다 교육이나 훈련을 통해 사회복귀가 가능하다는 사람이 월등히 많았다($X=39.6, p<0.000$).

배우자가 있는 사람은 62명(44.9%)이었는데 남자는 여자보다 대체로 젊고($X=16.8, p<0.001$) 배우자가 있는 사람이 많아($X=28.9, p<0.000$) 재활조건이 좋았다. 뇌졸중인 사람중에는 60%가 배우자가 있었으나 사고로 인한 장애인은 26%만이 배우자가 있었고, 선천적 장애인 중에는 배우자가 있는 사람이 없었다($X=77.5, p<0.000$). 대상 장애인들 중에는 이혼이나 별거상태인 사람들도 많이 있었는데 뇌졸중 장애인 중 6.6%, 뇌손

상이나 척수손상장애인 중에는 9.4%, 관절염 및 성인병으로 인한 거동불편자 중에는 5.6%가 그러하였다.

교육정도는 대체로 낮았고 나이 많은 사람과($X=23.1, p<0.01$) 여자의 교육수준은 더욱 낮았다($X=18.1, p<0.000$). 의료보호대상자는 51명(37.0%)이었는데 젊거나($X=12.8, p<0.05$) 배우자가 없는 사람($X=30.7, p<0.000$) 중에 많았다. 대부분(110명, 79.7%)은 가족이나 친척과 함께 생활하였으나 관절염 및 성인병으로 인한 거동불편자 중에는 혼자 사는 사람들이 많았다($X=15.1, p<0.05$). 자기집을 소유한 사람은 73명으로 반 정도(52.9%)였으며, 젊고($X=12.7, p<0.05$) 배우자가 없는 사람($X=36.8, p<0.000$), 또 선천적인 장애인 중에는($X=16.8, p<0.01$) 시설에 거주하는 사람들이 많았다.

장애등록은 60명(43.5%)이 등록을 한 상태였다. 선천적 장애인이나 사고로 인한 장애인은 80%이상 장애등록을 한 반면 뇌졸중과 같은 질환으로 인한 장애인들은 70%이상 장애등록을 하지 않았다($X=45.1, p<0.000$). 남자($X=13.2, p<0.001$) 또, 젊은 사람들($X=37.0, p<0.000$)이 장애등록을 많이 하였다. 40세 이전인 사람들은 80%이상 장애등록을 하였고 현재 등록을 하지 않은 사람도 대부분 장애등록을 할 예정이라고 하였으나, 40-60세 사이는 54%, 60세 이상은 단지 23%만이 장애등록을 하였다. 의료보호인 사람들은 의료보험인 사람들보다 등록을 더 많이 하였다($X=27.1, p<0.000$). 장애정도가 보통인 사람은 장애가 가볍거나 아주 심한 사람들보다 적극적으로 장애등록을 하였다($X=13.9, p<0.05$). 즉 교육이나 훈련을 받으면 사회복지가 가능한 사람들 중 81%가 장애등록을 한 반면 장애가 더 가벼워서 사회복지가 쉬운 사람이나 장애가 매우 심하여 남의 도움이 전적으로 필요한 사람들은 모두 장애등록률이 50%미만이었다. 장애등록을 하지 않은 사람 중에서 35명(56.5%)은 사회복지가 불가능하거나 전적으로 남의 도움을 받아야 하는 사람들이었음에도 불구하고 장애등록을 하여도 별 혜택이 없다고 생각하거나 장애등록 절차를 몰라서 등록을 하지 않았다고 응답한 것을 보면 적절한 재활 정보제공을 통해서 등록이 가능한 사람들이었다.

보장구는 56명(40.6%)이 사용하고 있었다. 장애1,2급으로 등록된 사람들은 장애등록을 하지 않았거나 장애등급이 가벼운 사람들보다 보장구를 많이 사용하고 있었다($X=13.9, p<0.01$). 자기집을 소유하거나 시설에 거주하는 사람들은 남의 집에 사는 사람들보다 이동

에 필요한 보장구를 많이 가지고 있었는데($X=20.0, p<0.000$) 남의 집은 보장구를 사용하기에 편리하도록 개조하기가 어려워서인 듯하다.

대부분은 직업이 없거나 주부였으며(127명, 92.0%), 직업이 있는 사람들은 1명을 제외하고 모두 단순생산직에 근무하였다. 장애가 가벼울수록($X=22.2, p<0.01$) 또 의료보호인 사람들은 의료보험인 사람들보다 취업을 더 많이 하고 있었다($X=23.4, p<0.001$). 전문직중에서 일하는 장애인은 대졸이상의 학력자였으며 고졸 이하의 장애인은 모두 단순생산직에서 일하였다($X=18.6, p<0.05$). 직업유무($X=38.5, p<0.000$)와 취업희망여부($X=26.8, p<0.000$)는 연령에 따라 매우 유의한 차이가 있었다. 20-40세 사이인 사람 10명중에는 33.3%가 취업을 한 상태였고 직업을 갖고 있지 못한 사람 중에서도 50%는 일을 하기를 원하였으나, 40세 이상인 사람들은 93%이상 직업을 갖고 있지 않았으며 일하기를 원하는 사람도 20%미만이었다.

일을 하고 있지 않은 이유로 장애가 심한 사람들은 주로 장애때문이라고 응답하였으나 장애가 비교적 가벼운 사람들은 사회적인 여건이 부족하기 때문이라고 응답하였다($X=65.3, p<0.000$). 장애3급 이상인 사람들은 장애등록을 하지 않았거나 장애1,2급인 사람들보다 취업률도 월등히 높고, 취업을 원하는 사람들이 많았다($X=14.4, p<0.01$). 전체적으로는 직업이 없는 사람 중에서 20명(14.5%)이 일하기를 원하나 사회적 여건부족으로 취업을 갖지 못한 상태였다.

위의 결과로부터 젊고 사회재활의 가능성이 있는 사람들, 남자, 선천적 장애인이나 사고로 인한 장애인, 의료보호대상자들은 재활의 여건이 어려운 가운데 장애등록도 적극적으로 하고 사회취업도 더 원하는 등 재활의 욕이 높음을 알 수 있다. 이는 재활대상자 선결과 서비스결과를 기대할 때 참고로 할 수 있을 것이다.

2. 장애로 인해 느끼는 부담감

장애인이 가족과 사회에 대하여 느끼는 부담정도를 설문문을 통하여 분석하여 보았다. 관련된 문항을 5점 척도로 응답하도록하여 부담정도를 점수로 계산하였다.

재활대상자가 가족에게 느끼는 부담감은 100점 만점일 때 68.0점이었는데 가족의 일손을 많이 필요로 하는 점과 경제적인 어려움으로 인한 부담감이 컸다. 사회에 대하여 느끼는 부담감은 58.3점으로 총 64.0점의 부담감을 가지고 있었다. 장애정도가 심할수록 가족 및 사회에

| | | | | | |
|----|------------|------------|-------|---------|---------|
| 문항 | 전혀 그렇지 않다. | 별로 그렇지 않다. | 보통이다. | 약간 그렇다. | 매우 그렇다. |
| 점수 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

<표 2> 장애로 인해 느끼는 부담감

| 구 분 | 문항내용 | 응답자 (명) | 전혀 그렇지않다. 실수(%) | 별로 그렇지않다. 실수(%) | 보통이다. 실수(%) | 약간 그렇다. 실수(%) | 매우 그렇다. 실수(%) | 평균 점수 ±표준편차 | 평균± 표준편차 |
|-------------------|--|------------|-----------------------|-----------------------|----------------|---------------------|---------------------|----------------|----------------------|
| 가족과 관련된 부담감 | <input type="checkbox"/> 1. 가족에 대한 심리적인 부담 | 129 | 24(18.6) | 22(17.1) | 22(17.1) | 26(20.2) | 35(27.1) | 3.20±1.48 | 100점 만점 68.0±16.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 경제적인 부담 | 132 | 13(9.8) | 9(6.8) | 17(12.9) | 45(34.1) | 48(36.4) | 3.80±1.27 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 일손을 많이 필요로 함 | 130 | 18(13.8) | 20(15.4) | 17(13.1) | 23(17.7) | 52(40.0) | 4.00±1.16 | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 가족이 거부반응을 보임 | 130 | 43(33.1) | 35(26.9) | 22(16.9) | 16(12.3) | 14(10.8) | 2.41±1.34 | |
| 사회와 관련된 부담감 | <input type="checkbox"/> 1. 이웃의 냉대 | 131 | 27(20.6) | 34(26.0) | 56(42.7) | 10(7.6) | 4(3.1) | 2.47±1.00 | 58.3±17.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 부적절한 복지혜택 | 136 | 18(13.2) | 20(14.7) | 34(25.0) | 26(19.1) | 38(27.9) | 3.33±1.38 | |
| 총점 | | | | | | | | 64.0±11.7 | |

대한 부담감이 컸다(F=8.3, p<0.0001). 남자는 여자보다 사회적인 부담감을 더 많이 느꼈으며(t=2.3, p<0.05), 의료보험인 사람은 의료보호인 사람보다 복지혜택을 제대로 받고 있지 못하고 있다고 생각하였다(F=11.5, p<0.0001). 도시의 장애인들은 농촌의 장애인들보다 이웃사람들이 냉대하고 있다고 느낀 반면(t=4.3, p<0.0001), 농촌의 장애인들은 도시의 장애인들보다 부적절한 복지혜택을 받고 있다고 생각하였다(t=-2.8, p<0.01).

이 결과로 볼 때 장애인들은 사회보다도 가족에 대해 우선적으로 많은 부담을 많이 가지고 있는 것을 알 수 있

었다. 부담을 덜어주기 위한 방안으로는 장애가 심한 사람에게는 가족의 일손을 덜어주는 일 그리고, 남자나 의료보호인 사람들에게는 사회적 재활여건을 개선시키는 것이라고 할 수 있겠다.

3. 재활서비스에 관련된 욕구

재활대상자가 원하는 서비스는 운동 및 물리치료, 경제적 지원, 재활정보 제공 순이었다. 영역별로는 복지정책에 관련된 욕구가 68.0점으로 가장 높았으며, 의료재활에 관련된 욕구는 61.5점, 사회참여활동에 대한 욕구

<표 3> 대상자의 재활서비스 욕구

| 구 분 | 문항내용 | 응답자 (명) | 전혀 그렇지않다. 실수(%) | 별로 그렇지않다. 실수(%) | 보통이다 실수(%) | 약간 그렇다. 실수(%) | 매우 그렇다. 실수(%) | 평균 점수 ±표준편차 | 평균± 표준편차 |
|----------------------|--------------------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|---------------|---------------------|---------------------|----------------|---------------------|
| 의료재활에 관련된 욕구 | <input type="checkbox"/> 신체 자가관리법 교육 | 136 | 48(35.3) | 29(21.3) | 22(16.2) | 28(20.6) | 9(6.6) | 2.42±1.33 | 100점만점 61.5±17.5 |
| | <input type="checkbox"/> 운동 및 물리치료 | 137 | 12(8.8) | 11(8.0) | 18(13.1) | 30(21.9) | 66(48.2) | 3.91±1.33 | |
| | <input type="checkbox"/> 병원 진료 연계 | 134 | 62(46.3) | 28(20.9) | 17(12.7) | 12(9.0) | 15(11.2) | 2.18±1.39 | |
| 복지정책에 관련된 욕구 | <input type="checkbox"/> 특수 교육 | 137 | 86(62.8) | 24(17.5) | 5(3.6) | 7(5.1) | 15(10.9) | 3.14±1.39 | 68.0±19.5 |
| | <input type="checkbox"/> 경제적 지원 | 132 | 13(9.8) | 12(9.1) | 16(12.1) | 39(29.5) | 52(39.4) | 3.80±1.32 | |
| | <input type="checkbox"/> 취업 알선 | 133 | 81(60.9) | 20(15.0) | 8(6.0) | 7(5.3) | 17(12.8) | 1.94±1.43 | |
| | <input type="checkbox"/> 가정 봉사원의 도움 | 136 | 38(27.9) | 23(16.9) | 19(14.0) | 31(22.8) | 25(18.4) | 2.87±1.50 | |
| 사회참여 활동에 대한 욕구 | <input type="checkbox"/> 재활정보 제공 | 106 | 18(17.0) | 14(13.2) | 28(26.4) | 21(19.8) | 25(23.6) | 3.20±1.39 | 54.5±19.5 |
| | <input type="checkbox"/> 장애인,가족간의 대화 | 134 | 21(15.7) | 27(20.1) | 35(26.1) | 33(24.6) | 18(13.4) | 3.00±1.27 | |
| | <input type="checkbox"/> 단체 운동 참여 | 134 | 33(24.6) | 37(27.6) | 29(21.6) | 26(19.4) | 9(6.7) | 2.57±1.24 | |
| | <input type="checkbox"/> 오락 활동 | 134 | 43(32.1) | 41(30.6) | 22(16.4) | 24(17.9) | 4(3.0) | 2.29±1.18 | |
| 총점 | | | | | | | | 66.7±14.5 | |

는 54.5점이었다.

복지정책에 대한 욕구가 높은 사람들은 경제형편이 어려운 사람($F=17.3, p<0.0001$), 장애등록을 한 사람($F=9.1, p<0.001$), 장애등급이 높은 사람($F=11.2, p<0.0001$)들이었으며, 장애3급이상으로 교육이나 훈련을 받으면 사회복귀가 가능한 사람들은 장애가 심하여 사회복귀가 어려운 사람보다 사회참여활동에 대한 욕구가 컸다($F=5.8, p<0.001$). 전체적으로 보았을 때 장애등록을 한 사람은 장애등록을 하지 않은 사람보다 의료재활, 복지정책, 사회참여에 대한 욕구가 더 높았다($F=10.1, p<0.01$). 이와 같이 재활서비스에 대한 욕구는 대상자의 인구사회학적 특성과 재활관련특성에 따라 유의한 차이가 있어 가설 2를 지지하였다. 재활욕구와 관련된 각 문항에서 도시와 농촌간에 유의한 차이는 없었다($p>0.1$).

위의 결과에서 보았을 때 장애인들의 욕구는 의료재활에 국한되지 않았으며, 오히려 장애인의 특성에 따라 복지정책이나 사회참여활동욕구가 가장 높은 사람들도 있었다. 따라서 보건소의 의료재활서비스 제공만으로는 재활대상자의 욕구를 충족시키기 어려우며 행정기관 및 복지기관과의 연계활동으로 종합적인 재활서비스를 제공하여야만 재활의 궁극적인 목표를 달성할 수 있겠다.

4. 방문재활 간호가 시작될 때의 장애인의 상황

방문재활간호 대상자들은 현재 장애가 발생한지 평균 8.6년이 경과된 상태였고, 보건소에서는 장애가 발생한지 평균 7.2년만에 관리를 하기 시작하였다. 장애가 발생한지 1년 안에 보건소의 관리를 받기 시작한 사람은 26명으로 18.9%였다. 의료보호인 사람들은 의료보험인 사람들보다($F=6.4, p<0.01$), 장애등록을 한 사람들은 등록을 하지 않은 사람들보다 보건소에서 발견하기까지 장애경과기간이 길었다($F=9.4, p<0.0001$).

보건소에서 재활간호를 시작하게 된 계기로는 보건간호사가 직접 가정이나 시설을 방문하여 발견한 사람이 대부분이었고(100명, 72.5%), 주민 및 행정기관에서 보건소로 의뢰한 사람은 33명(21.9%)이었는데 반해 장애인 본인이나 가족이 직접 보건소로 도움을 청한 사람은 5명(3.6%)에 불과하였다. 농촌에서는 도시보다 주민 및 행정기관에서 보건소로 많이 의뢰하여 주었다($X=6.3, p<0.05$).

보건소에서 가정방문을 하기 전까지 재활노력을 해오고 있던 사람은 30명(21.7%)에 불과하였고, 대부분(108명, 78.3%)은 경제적인 여건이나 가족의 도움이 부족하여 또, 재활에 필요한 도움을 주는 곳이 없거나 재활방법을 잘 몰라서 등의 이유로 재활노력을 하지 않고

<표 4> 방문재활 간호가 시작될 때의 장애인의 상황

| 특 성 | 구 분 | 실 수 | % |
|------------------------------|-----------------------------------|------|--------|
| 장애 기간 | 평균±표준편차 : □ 1. 1년 미만 | 7 | 5.1 |
| | 8.6±9.6년 □ 2. 1년 이상 5년 미만 | 56 | 40.6 |
| | : □ 3. 5년 이상 10년 미만 | 37 | 26.8 |
| | : □ 4. 10년 이상 | 38 | 27.5 |
| | | | |
| 보건소의 장애인 발견 시기 (장애 발생 후 몇 년) | □ 1. 1년 미만 | 26 | 18.9 |
| | 평균±표준편차 : □ 2. 1년 이상 5년 미만 | 54 | 39.1 |
| | 7.2±9.2년 : □ 3. 5년 이상 10년 미만 | 25 | 18.1 |
| | : □ 4. 10년 이상 | 33 | 23.9 |
| | | | |
| 방문간호 전의 재활 저해 요인 | □ 1. 재활노력을 해오고 있었거나 방문기간 중에 장애가 옴 | 30 | 21.7 |
| | □ 2. 재활노력을 하지 않고 있었다. | 108 | 78.3 |
| | • 더 이상 좋아질 거라는 기대를 안해서 | (32) | (23.2) |
| | • 경제적으로 형편이 안되어서 | (18) | (13.0) |
| | • 가족이 포기할 하여서 | (4) | (2.9) |
| | • 재활에 필요한 도움을 주는 곳이 없어서 | (27) | (19.6) |
| | • 재활을 할 수 있는 방법을 잘 몰라서 | (27) | (19.6) |
| 보건소에서 재활간호를 시작하게 된 계기 | □ 1. 본인이나 가족이 직접 보건소로 도움을 청함 | 5 | 3.6 |
| | □ 2. 주민 및 행정기관에서 보건소로 의뢰함 | 33 | 21.9 |
| | □ 3. 보건소에서 가정 및 시설을 직접 방문하여 시작됨 | 100 | 72.5 |
| 총 | | 138 | 100 |

있었다. 이 결과는 보건소의 재활서비스를 받기 전에 대상자의 70% 이상이 적절한 재활노력을 하지 못했을 것이라는 가설 1을 지지한다. 선천적 장애인, 사고로 인한 장애인, 관절염 장애인들은 약 90%가 재활노력을 하고 있지 않았음에 비하여 뇌졸중 장애인은 비교적 재활을 위한 노력을 많이 하고 있었는데(61명 중에서 37.7%, $X=16.4$, $p<0.001$) 이는 경제적 형편이 상대적으로 좋고(자가소유자: 57.4%) 배우자가 있는 사람(60.7%) 이 많은 유리한 여건 때문인 듯하다. 중증장애인들보다는 사회재활의 가능성이 있는 사람들이 재활의 노력을 더 기울여 오고 있었다($X=9.8$, $p<0.05$). 보건소에서 방문하기 전의 재활상태는 도시와 농촌간에 유의한 차이가 없었다($X=0.003$, $p=0.95$).

위의 결과를 통해 서론에서 재가장애인을 위해 지역 사회재활사업이 필요하다고 언급했던 바와 같이 대부분의 재가장애인은 재활노력을 지속하지 못한 채 방치되어 있는 것을 볼 수 있었다. 장애 정도는 초기에 많이 호전되므로 더 나은 재활효과를 위하여 보건소의 재활서비스가 필요한 장애인을 조기에 발견하는 방안을 마련하는 것이 필요하며, 특히 장애인 및 가족이 보건소에 직접 도움을 요청하도록 홍보할 필요가 있다.

5. 방문재활서비스의 내용

다음은 보건소의 방문재활간호로 수행한 서비스의 내용을 살펴보겠다.

1) 가정방문 횟수

보건간호사의 재활대상자 1인당 월평균 가정방문 횟수는 2.3회였는데 1달에 4번 이상 방문한 대상자는 13명(9.4%)이었고, 약 2년간 방문재활사업을 하는 동안 재활대상자 1인당 평균 33.6회 가정방문을 하였다. 방문횟

수는 도시와 농촌보건소 간에 유의한 차이가 없었다.

2) 재활서비스의 내용

다음은 방문보건간호사가 제공한 서비스에 대한 내용으로, 서비스항목별로 총 재활대상자 138명에 중 서비스를 받은 사람의 실수 및 백분율을 표시한 것이다. 설문지의 재활서비스 항목들은 방문보건간호사의 간호기록일지를 통해 정리한 것이다.

보건간호사가 제공하고 있는 재활서비스를 의료재활 직접서비스, 의료전달체계를 통한 의뢰, 행정기관 및 복지기관과의 연계라는 3가지 영역으로 나누어 살펴보았다. 가장 많이 제공한 재활서비스는 의료재활직접서비스로 재활대상자 1인당 평균 60%를 제공받았고, 행정기관 및 복지기관과의 연계, 의료전달체계를 통한 의뢰 중에서는 1인당 평균 27%를 제공받았다.

직접서비스 제공에서는 정서적 지지(95.7%), 운동지도(94.9%), 가족 및 자원봉사자 교육(82.6%), 혈압관리 및 투약(71.7%), 일상생활 동작지도(57.2%) 순으로 서비스를 제공하였고, 뇌졸중인 사람들이 기타 장애인들보다 직접적인 의료재활서비스를 많이 제공받았다($F=3.13$, $p<0.05$). 의료전달체계를 통한 의뢰에서는 의료기관까지 이송수단 제공(23.9%), 재활병원 외래 및 입원 의뢰(21.7%), 일반병원 의뢰(16.7%), 장애등급 평가 의뢰(14.5%) 순으로 서비스를 제공하였다. 행정기관 및 복지기관과의 연계활동으로는 구호양곡 등 타 복지기관과 관련된 도움 제공(35.2%), 의료보호책정 등 동사무소와 관련된 민원서류 도움(34.8%), 도우미 및 자원봉사자를 연결시켜 줌(23.2%) 등의 순으로 서비스를 제공하였는데 의료보호인 사람들은 의료보험인 사람들보다 행정기관, 복지기관에 많이 연계하였고($F=7.34$, $p<0.001$) 2, 3차 병원에도 더 많이 의뢰하였다($F=4.46$, $p<0.05$). 장애등록을 하였거나 장애등급

<표 5> 재활대상자 가정방문 횟수

| 구 분 | 재활 서비스의 내용 | | 실 수 | % |
|-------------------------|------------------------|--|-----|------|
| 월평균 가정방문 횟수 | 평균±표준편차: 2.3±1.3년 | <input type="checkbox"/> 1. 1회 이하 | 22 | 15.9 |
| | | <input type="checkbox"/> 2. 1회 초과 3회 이하 | 103 | 74.6 |
| | | <input type="checkbox"/> 3. 3회 초과 5회 이하 | 9 | 6.5 |
| | | <input type="checkbox"/> 4. 5회 초과 | 4 | 2.9 |
| '96. 11월까지의 총 가정방문횟수 | 평균±표준편차: 33.6±32.9년 | <input type="checkbox"/> 1. 10회 미만 | 9 | 13.8 |
| | | <input type="checkbox"/> 2. 10회 이상 50회 미만 | 99 | 71.7 |
| | | <input type="checkbox"/> 3. 50회 이상 100회 미만 | 15 | 10.9 |
| | | <input type="checkbox"/> 4. 100회 이상 | 5 | 3.6 |
| 총 | | | 138 | 100 |

〈표 6〉재활서비스의 내용

| 구 분 | 재활 서비스의 내용 | 실 수 | 백분율(%) | 1인당 제공받은 서비스 수 |
|--|--|------|--------|--------------------|
| 의료재활 직접 서비스 제공 | <input type="checkbox"/> 1. 정서적 지지(재활하도록 용기를 줌) | 132 | 96.7 | 4.8±1.4 (60%) |
| | <input type="checkbox"/> 2. 혈압관리 및 투약 | 99 | 71.7 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 운동 지도(관절범위 운동 및 근육 강화 운동) | 131 | 94.9 | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 일상생활 동작 지도 | 79 | 57.2 | |
| | <input type="checkbox"/> 5. 욕창 치료, 언어 치료 | 46 | 33.3 | |
| | <input type="checkbox"/> 6. 가족 교육, 자원봉사자 교육 | 114 | 82.6 | |
| | <input type="checkbox"/> 7. 재활운동기구 대여 | 25 | 18.1 | |
| | <input type="checkbox"/> 8. 집에 편의시설 설치를 하도록 도움 | 33 | 23.9 | |
| 의료전달체계를 통한 의뢰 | <input type="checkbox"/> 1. 재활병원에 의뢰 <ul style="list-style-type: none"> • 입원 및 외래 • 재활훈련 및 특수교육 의뢰 • 장애등급 평가 의뢰 • 보장구 의뢰 | 30 | 21.7 | 0.8±1.1 (26.7%) |
| | • 재활훈련 및 특수교육 의뢰 | 3 | 2.2 | |
| | • 장애등급 평가 의뢰 | 20 | 14.5 | |
| | • 보장구 의뢰 | 8 | 5.8 | |
| | <input type="checkbox"/> 2. 일반 병원에 의뢰 | 23 | 16.7 | |
| <input type="checkbox"/> 3. 의료기관까지 이송수단 제공 | 33 | 23.9 | | |
| 행정기관 및 복지기관과 연계 | <input type="checkbox"/> 1. 도우미 및 자원봉사자를 연결시켜 줌 | 32 | 23.2 | 1.1±1.2 (27.5%) |
| | <input type="checkbox"/> 2. 의료보호 책정 등 동사무소와 관련된 민원서류 도움 | 48 | 34.8 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 보장구, 재활용품 구입을 도움 | 19 | 13.8 | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 구호양곡 등 타 복지기관과 관련된 도움 제공 | 50 | 36.2 | |
| 총 | | | | 6.7±2.5 (44.7%) |

이 높은 사람들은 장애등록을 하지 않았거나 장애등급이 낮은 사람들보다 타 기관으로 더 활발히 의뢰되었고 ($F=13.04, p<0.0001 / F=13.67, p<0.0001$) 재활서비스도 더 많이 제공받았다($F=5.45, p<0.01 / F=6.98, p<0.01$). 도시 보건소와 농촌보건소의 의료재활 직접 서비스제공에는 유의한 차이가 없었으나($t=-1.9, p=0.07$) 도시보건소에서는 농촌보건소보다 의료전달체계를 통한 의뢰서비스를 많이 제공하였다($t=3.8, p<0.01$). 이는 가까운 곳에 국립재활원 등 이용할 수 있는 기관이 많아서 의뢰하기가 비교적 쉬웠기 때문으로 보인다. 재활대상자는 총 15개 서비스 항목에서 1인당 평균 6.7개(44.7%)의 서비스를 제공받았다.

위의 결과에서 재가장애인을 위한 재활서비스에는 재활의욕을 갖도록 하기 위한 정서적 지지, 신체적 장애를 극복하도록 하기 위한 운동지도 및 일상생활동작지도, 뇌졸중 장애 등의 원인이 되는 성인병 관리가 주요 서비스 내용이며, 그 외에도 재활에서 중요한 역할을 하는 가족에 대한 교육, 재활관련기관을 적극적으로 이용할 수 있도록 도움제공, 경제적인 도움을 주고자 하는 행정기관 및 복지기관과의 연계활동이 수행되고 있음을

알 수 있다.

6. 가장 도움이 되었던 재활서비스의 내용

보건간호사가 제공한 재활서비스들이 실제 어느 정도 도움이 되었는지를 물어보았다. 응답은 위의 서비스 내용 중에서 가장 도움이 되었다고 생각되는 항목을 3가지 까지 복수응답하도록 하였고, 도움이 된 정도는 전체 대상자 중 각 항목에 대해 응답한 백분율로 정하였다.

보건소간호사의 재활서비스에서 제일 도움이 되었다고 응답한 것은 운동지도(89명, 64.5%), 혈압관리 및 투약(78명, 56.5%), 재활하도록 용기를 줌(48명, 34.8%), 일상생활 동작지도(21명, 15.2%) 등 주로 직접서비스에 관련된 내용이었고, 기타 영역에서는 재활병원에 연계(19명, 13.8%), 구호양곡 등 타 복지기관과 관련된 도움 제공(15명, 10.9%), 자원봉사자 연계(13명, 9.4%)가 도움이 많이 되었다고 하였다.

이 결과로 볼 때 방문 보건간호사가 의료재활에 관련된 직접적인 서비스를 제공하는 것이 재활대상자에게 많은 도움이 되고 있음을 알 수 있다.

〈표 7〉 가장 도움이 되었던 재활서비스의 내용

| 구 분 | 도움이 많이 된 재활서비스 | 실수(명) | 138명에 대한 백분율(%) |
|-----------------|--|-----------|-----------------|
| 의료재활 직접 서비스 제공 | <input type="checkbox"/> 1. 정서적 지지(재활하도록 용기를 줌) | 48 | 34.8 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 혈압관리 및 투약 | 78 | 56.5 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 운동 지도(관절범위 운동 및 근육 강화 운동) | 89 | 64.5 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 일상생활 동작 지도(옷입고 벗기, 배변, 배뇨관리) | 21 | 15.2 |
| | <input type="checkbox"/> 5. 욕창 치료, 언어치료 | 9 | 6.5 |
| | <input type="checkbox"/> 6. 가족 및 자원봉사자 교육 | 13 | 9.4 |
| | <input type="checkbox"/> 7. 재활운동기구 대여 | 4 | 2.9 |
| | <input type="checkbox"/> 8. 집에 편의시설 설치를 하도록 도움 | 1 | 0.7 |
| 의료전달체계를 통한 의뢰 | <input type="checkbox"/> 1. 재활병원에 연계 | 19 | 13.8 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 일반병원에 의뢰 | 5 | 3.6 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 의료기관까지 이송수단 제공 | 1 | 0.7 |
| 행정기관 및 복지기관과 연계 | <input type="checkbox"/> 1. 도우미 및 자원봉사자 연계 | 13 | 9.4 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 의료보호 책정 등 동사무소와 관련된 민원서류 도움 | 11 | 8.0 |
| | <input type="checkbox"/> 3. 보장구, 재활용품 구입을 도움 | 2 | 1.4 |
| | <input type="checkbox"/> 4. 구호양곡 등 타 복지기관과 관련된 도움 제공 | 15 | 10.9 |
| 총 | | 371(복수응답) | |

7. 방문 재활서비스의 효과

다음은 보건소의 방문재활서비스로 인해 장애인의 재활에 대한 지식, 태도, 실천의 변화, 보건소에 대한 인식의 변화, 눈에 띄는 신체기능의 호전 정도에 대하여 응답한 문항들을 분석한 결과이다. 각 문항은 5점 척도로 주어졌으며 매우 변화되었으면 5점, 전혀 변화가 되지 않았으면 1점을 주었다.

보건간호사가 재활서비스를 제공한 후 장애인 자신, 가족, 이웃의 재활에 대한 태도는 평균 73.3점, 재활에 대한 지식은 평균 81.0점, 재활을 위한 실천은 평균 68.7점으로 모두 매우 높은 정도의 변화를 가져왔다고 응답하였다. 재활에 대한 태도, 지식, 실천의 전체적인 변화는 평균 73.3점이었다. 이것은 70점 이상의 변화가 있을 것이라는 가설 3을 지지한다.

재활에 대한 태도는 가족 및 친척과 함께 사는 사람이 시설에 거주하거나 혼자 살고 있던 사람보다 유의하게 많이 변화하였으며(F=5.55, p<0.01), 주거 상태에서도 자기집을 가지고 있는 사람, 임대 주택에 사는 사람, 시설 외 위탁거주를 하는 사람 순으로 태도, 지식, 실천이 변화하여(F=5.65, P<0.01) 주거조건이 어느 정도 안정되고 재활을 도와 줄 사람이 있는 재활대상자의 경우에 방문재활간호로 인한 재활의 효과를 더 많이 기대할 수 있다고 보여진다.

뇌성마비나 정신지체와 같은 선천적 장애인, 그리고

사고로 인한 장애인들은 보건소에서 방문하기 전에 상대적으로 재활노력을 많이 해오고 있던 뇌졸중 장애인들보다도 재활에 대한 태도, 지식, 실천에 있어서 더 많이 변화하였다(F=3.55, p<0.05). 직장에 다니는 사람보다는 집에 있는 사람들이(F=3.21, p<0.05), 집에 있는 사람들 중에서는 젊고 취업 가능한 사람들이 나이가 많거나 장애가 심한 사람들보다 더 긍정적으로 변화하였다(F=3.48, p<0.05). 직장이 없는 사람은 방문서비스를 받기가 쉬우며, 이들은 직업이 있는 사람보다 상대적으로 소외되어 있으면서 적절한 재활 노력을 하지 못하고 있었으므로 보건소의 방문관리 효과가 더욱 크게 나타난 것이라고 생각된다. 목발, 휠체어 등 이동에 필요한 보장구를 사용하는 사람들은 보장구가 필요없는 사람들보다 재활에 대한 태도, 지식, 실천이 더 많이 향상되었는데(F=5.13, p<0.01) 이는 보건간호사들이 이들 보장구를 사용하도록 교육하고 격려하였기 때문으로 판단된다.

보건소의 방문재활간호로 얻게 된 신체적 재활효과는 평균 70.0점으로 가설 4를 지지하였는데 중증장애인보다는 교육을 통하여 일상생활 및 사회복귀가 가능한 장애인들이 더 많은 효과를 보았다(F=4.01, p<0.01). 방문재활사업으로 인하여 보건소에 대한 인식은 평균 82.0점으로 매우 좋아졌다. 대상자들은 변화에 관련된 위의 총13개의 문항에서 평균 75.7점의 변화를 보았다고 응답하여 보건소의 방문재활간호가 장애인의 재활

〈표 8〉 방문 재활서비스의 효과

| 구 분 | 문 항 내 용 | 응답자 (명) | 전혀 그렇지 않다. 실수(%) | 별로 그렇지 않다. 실수(%) | 보통이다. 실수(%) | 약간 그렇다. 실수(%) | 매우 그렇다. 실수(%) | 평균 점수 ±표준편차 | 평균± 표준편차 |
|--------------------|--|------------|------------------------|------------------------|----------------|---------------------|---------------------|----------------|---------------------|
| 태도 변화 | <input type="checkbox"/> 1. 재활을 할 수 있다는 자신감이 생김 | 137 | 2(1.5) | 11(8.0) | 28(20.4) | 51(37.2) | 45(32.8) | 3.9±1.0 | 100점만점 73.3±14.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 가족들이 나를 더 많이 도와주게 됨 | 135 | 9(6.7) | 16(11.9) | 40(29.6) | 42(31.1) | 28(20.7) | 3.5±1.1 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 이웃들의 관심과 도움이 많아짐 | 135 | 4(3.0) | 13(9.6) | 51(37.8) | 32(23.7) | 35(25.9) | 3.6±1.1 | |
| 지식 변화 | <input type="checkbox"/> 1. 내가 재활을 위하여 실천해야 하는 내용을 정확히 알게 되었다. | 138 | 4(2.9) | 8(5.8) | 33(23.9) | 40(29.0) | 53(38.4) | 3.9±1.1 | 81.0±16.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 보건간호사는 나에게 잘 알아 듣게 설명하여 준다. | 138 | 4(2.9) | 7(5.1) | 20(14.5) | 43(31.2) | 64(46.4) | 4.1±1.0 | |
| 실천 변화 | <input type="checkbox"/> 1. 재활을 위한 노력을 하게 되었다 | 138 | 33(23.9) | 30(21.7) | 23(16.7) | 23(16.7) | 29(21.0) | 2.9±1.5 | 68.7±12.7 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 보건간호사는 내가 실천할 수 있는 정도의 것들을 적절히 요구한다. | 138 | 4(2.9) | 16(11.6) | 25(18.1) | 57(41.3) | 36(26.1) | 3.8±1.1 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 나는 보건간호사가 교육한 내용을 규칙적으로 실천하고 있다. | 138 | 4(2.9) | 19(13.8) | 38(27.5) | 39(28.3) | 38(27.5) | 3.6±1.1 | |
| 태도·지식·실천의 총 변화 | | | | | | | | | 73.3±9.8 |
| 보건소에 대한 인식변화 | <input type="checkbox"/> 1. 보건소 외에 다른 곳에서는 재활을 위하여 도움을 받는 곳이 거의 없다. | 137 | 13(9.5) | 19(13.9) | 13(9.5) | 28(20.4) | 64(46.7) | 3.8±1.4 | 82.0±12.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 보건소 방문간호사는 내가 평소 재 활을 위해 필요하다고 생각하고 있 던 것들을 대부분 해결하여 준다. | 137 | 1(0.7) | 10(7.3) | 36(26.3) | 48(35.0) | 42(30.7) | 3.9±1.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 보건소의 방문간호를 받으면서 보건 소에 대한 생각이 좋아졌다. | 137 | 2(1.5) | 2(1.5) | 9(6.6) | 35(25.5) | 89(65.0) | 4.5±0.8 | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 다른 장애인에게도 보건소의 방문간 호를 받도록 추천하겠다. | 138 | 0(0) | 4(2.9) | 20(14.5) | 51(37.0) | 63(45.7) | 4.3±0.8 | |
| 신체적 재활효과 | <input type="checkbox"/> 보건소에서 방문관리 후 신체상태가 좋아졌다. • 사지의 구축이 완화됨(50명) • 팔다리의 힘이 좋아짐(64명) • 혼자 먹을 수 있게 됨(47명) • 혼자 화장실까지 갈 수 있게 됨(34명) • 욕창이 치료됨(23명) • 실어증이 호전됨(25명) • 배변, 배뇨관리를 잘할 수 있게 됨(28명) | 128 | 3(2.3) | 15(11.7) | 46(35.9) | 41(32.0) | 23(18.0) | 3.5±1.0 | 70.0±20.0 |
| 총 | | | | | | | | | 75.7±8.3 |

및 보건소의 인식에 실질적으로 많은 변화를 가져왔음을 볼 수 있다. 재활서비스의 총 효과는 도시와 농촌간에 유의한 차이가 없었다($t=0.05, p=0.95$).

이와 같이 재활서비스의 효과는 대상자의 연령(젊은 사람>나이 든 사람), 장애정도(보통>중증, 경증), 장애 유형(사고, 선천질환>질환), 주거조건(유>무), 직업유무(무>유), 동거인(유>무)에 따라 유의한 차이가 나타나 가설 2를 지지하였으며, 변화의 효과가 적은 집단에 대해서는 더 많은 고려가 있어야 할 것으로 생각된다.

8. 재활과정에서 장애가 되는 요인들

보건간호사들이 재활서비스를 열심히 제공함에도 불구하고 그 효과가 잘 나타나지 않는 경우가 많은데 재활사업의 효과를 높이기 위한 방안을 모색하는데 도움이 되고자 재활에 장애가 되는 요인들을 살펴 보았다.

재활과정의 저해요인으로는 심리적 재활포기, 가족의 지지부족, 사회적 재활여건의 부족이라는 세가지 영역에서 질문하였다. 재활과정의 가장 큰 저해요인이라

<표 9> 재활과정에서 장애가 되는 요인들

| 구 분 | 문 항 | 응답자 (명) | 전혀 그렇지않다. 실수(%) | 별로 그렇지않다. 실수(%) | 보통이다. 실수(%) | 약간 그렇다. 실수(%) | 매우 그렇다. 실수(%) | 평균±SD | 평균±SD |
|-------------------|------------------------------------|------------|-----------------------|-----------------------|----------------|---------------------|---------------------|---------|-----------|
| 심리적 재활 포기 | □1. 장애인 및 가족이 외부인 접촉 거부 | 135 | 61(45.2) | 40(38.1) | 11(4.8) | 16(9.5) | 7(2.4) | 2.0±1.2 | (100점만점) |
| | □2. 장애인 및 가족이 더 이상의 재활을 기대하지 않음 | 135 | 49(45.2) | 28(23.8) | 21(9.5) | 25(16.7) | 12(4.8) | 2.4±1.4 | 44.5±23.4 |
| 가족의 지지 부족 | □1. 가족에게 더 부담을 주고 싶지 않다. | 132 | 28(17.1) | 16(12.2) | 25(22.0) | 34(12.2) | 29(36.6) | 3.2±1.4 | 65.1±23.3 |
| | □2. 가족이 도와줄 형편이 안된다. | 134 | 32(14.6) | 20(7.3) | 24(19.5) | 33(26.8) | 25(31.7) | 3.0±1.5 | |
| | □3. 경제적인 형편이 따라주지 않음 | 135 | 19(7.3) | 14(7.3) | 18(14.6) | 30(22.0) | 54(48.8) | 3.6±1.4 | |
| 사회적 재활여건 부족 | □1. 이용할 수 있는 재활의료기관이 부족 | 135 | 24(9.5) | 14(19.0) | 22(31.0) | 31(14.3) | 44(26.2) | 3.4±1.5 | 62.0±28.0 |
| | □2. 이용할 수 있는 재활교육기관이 부족 | 135 | 26(11.9) | 15(19.0) | 24(33.3) | 29(14.3) | 41(21.4) | 3.3±1.5 | |
| | □3. 일자리를 구하기가 어려움 | 127 | 53(32.5) | 18(17.5) | 14(15.0) | 7(5.0) | 35(30.0) | 2.6±1.9 | |
| 총점 | | | | | | | | | 58.5±18.5 |

고 응답한 것은 ‘경제적인 형편이 어려움(평균 72점)’이였으며, 그 외에 ‘이용할 수 있는 재활의료기관(평균 68점) 및 교육기관의 부족(평균 66점)’, ‘가족이 도와줄 형편이 안되거나(평균 60점) 가족에게 더 부담을 주고 싶지 않다(평균 64점).’는 점들도 주요 저해요인이었다.

선천적 장애를 가진 사람들과 장애정도가 심한 사람은 후천적 장애인이나 장애가 가벼운 사람들보다 가족에 대한 부담감이 컸으며($F=4.62, p<0.05 / F=3.56, p<0.05$) 심리적으로 재활포기를 많이 하였다($F=4.44, p<0.05 / F=4.59, p<0.01$). 또한 장애등록을 하지 않은 사람중에는 장애등록을 한 사람보다 재활포기를 한 사람들이 많았다($F=8.96, p<0.001$).

배우자가 없거나($F=6.12, p<0.001$) 시설 및 위탁거주를 하는 사람들은($F=13.63, p<0.0001$) 배우자가 있거나 가정에 사는 사람들보다 가족의 지지부족을 호소하였고, 경제형편이 어려운 사람들은 가족의 지지($F=7.03, p<0.001$) 및 사회적 재활여건의 부족($F=3.60, p<0.05$)을 모두 호소하였다. 도시의 장애인들은 농촌의 장애인들보다 가족의 지지부족이 재활의 저해요인이라고 응답하였다($t=2.8, p<0.01$). 젊고 생산연령층에 있는 장애인($F=6.21, p<0.001$) 또 사고로 인한 장애인($F=4.15, p<0.05$), 장애등록을 하였거나($F=4.26, p<0.05$), 사회복귀가 가능한 사람들($F=6.16, p<0.001$)은 그렇지 않은 사람들에 비해서 사회적 재활여건의 부족이 재활의 저해요인이라고 응답하였다.

결론적으로 젊은 사람, 경제적으로 어려운 사람, 선천적 장애인이나 사고로 인한 장애인은 그렇지 않은 사람들보다도 가족지지 부족과 사회적 재활여건의 부족이 재활과정에 더 큰 저해요인이 되고 있으며, 특히 장애가

심한 사람들은 가족의 지지부족이, 장애등급이 낮고 사회복귀가 가능한 사람들은 사회적 재활여건의 부족이 재활에 저해요인이 됨을 알 수 있다. 이와 같이 재활과정의 저해요인은 재활대상자의 인구사회학적 특성과 재활관련 특성에 의해 유의한 차이가 있어 가설 2를 지지하였다.

보건소의 방문재활간호 대상자들에게 있어서 경제적 어려움은 재활과정에서 가장 심각한 저해요인이며, 장애인들 스스로도 경제적인 지원을 가장 바라고 있다는 조사결과를 볼 때 이 문제가 보건소 자체적으로 해결할 수는 없는 것이라 할지라도 장기적으로 지역사회에서 재활사업을 효율적으로 성공시키려 한다면 보건복지정책, 의료, 행정계가 힘을 합쳐 심각히 고려하고 해결하여야 할 과제라고 생각된다.

경제적인 지원 다음으로 재활과정에서 중요한 것은 가족이 재활을 도울 수 있는 정도인데 현재 우리나라의 장애인 복지가 대부분 가족의 손에 달려있는 현실을 생각해 볼 때 가족의 지원 정도가 재활의 성공정도를 결정하는 것은 당연하다고 보겠다. 그런데 보건소에서 방문재활간호를 하는 대상자들은 저소득층이 많고 가족들이 대부분 생계유지를 위한 일을 하고 있으므로 재활을 도울 수 있는 사람이 별로 없는 상태이다. 그래서 장애인은 재활을 하려는 의지가 있어도 가족에 대한 부담감 때문에 재활을 포기하는 경우가 많다.

위의 결과로 볼 때 방문간호를 하면서 장애인 및 가족의 재활의욕은 많이 향상되었으나 경제적 도움, 가족에 대한 지지, 재활과정에서 이용할 수 있는 기관들의 확충이 보완되어야 더욱 큰 재활효과를 기대할 수 있을 것으로 생각된다.

9. 재활서비스에 대한 개선요구 내용

다음은 재활사업 대상자가 보건소의 재활서비스에 대하여 개선되기를 바라는 내용들이다. 각 문항은 5점 척도로 구성되었다.

가장 개선이 되기를 바라는 항목은 ‘장애가 발생한 후 보건소의 조기방문(평균 80점)’이었고 다음은 ‘정서적 지지(평균 70점)’, ‘재활을 위한 가족 교육(평균 64점)’, ‘행정기관, 직업알선 기관 의뢰(평균 64점)’의 순이었다.

젊은 사람들($F=4.0, p<0.01$)과 선천적 장애인, 사고로 인한 장애인들($F=6.47, p<0.01$)은 나이 든 사람이나 질환으로 인한 장애인들보다 직접적인 서비스를 늘리고 타기관과의 연계나 사회참여활동을 더 주선해줄기를 원하였다. 교육이나 훈련을 받으면 사회복귀가 가능한 사람들은 장애가 심하여 사회복귀가 어려운 사람들보다($F=3.95, p<0.01$) 또, 시설에 있거나 의탁거주를 하는 사람들은 가정에 있는 사람들보다($F=9.89, p<0.0001$) 직접적인 서비스를 더 많이 해주기를 원하였고, 전체적인 개선요구 정도가 높았다($F=3.32, p<0.05 / F=4.0, p<0.05$). 직장이 없는 사람들은 직장이 있는 사람들보다($F=3.27, p<0.05$) 또 보장구를 사용하는 사람들은 사용하지 않는 사람들보다 전체적인 서비스의 개선을 원하였다($F=5.45, p<0.01$). 이는 보장구를 사용하는 사람들은 이를 사용하는 방법에 대한 교육과 격려가 더 필요하기 때문이라고 생각된다.

장애등록을 한 사람들은 하지 않은 사람들보다($F=3.77, p<0.05$), 장애등록을 한 사람 중에서는 장애등급

이 높은 사람들이($F=5.35, p<0.01$) 전체적인 개선요구가 높았는데 특히 타기관과의 연계활동을 더 원하였다($F=4.73, p<0.01$). 이와 같이 재활서비스에 대한 개선요구정도는 대상자의 특성에 따라 유의한 차이가 있어 가설 2를 지지하였다.

위의 조사에서 젊고, 사고로 인한 장애인, 사회복귀가 가능한 사람들, 가족이 없거나 직업이 없는 사람들, 또 장애등록을 한 사람들은 보건소의 재활서비스에 대한 요구가 높은 것으로 볼 수 있으며 이들에게 더욱 집중적인 재활간호를 수행하도록 계획을 세운다면 재활의 효과도 더 기대할 수 있을 것이다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 두 보건소에서 2년간 실시해온 지역사회재활사업을 통해 재활서비스를 받은 대상자 138명에게 설문조사를 실시함으로써 장애인의 재활실태를 파악하고, 제공한 재활서비스 내용과 효과, 개선요구사항을 분석하여 우리나라 지역사회재활사업에서 보건소의 역할가능성을 확인하며, 타보건소에서 재활사업계획을 세우는데 기초자료를 제시하기 위해 시도되었다. 본 연구를 통해 얻어진 연구결과는 다음과 같다.

- 1) 재활대상자들은 보건소에서 방문하기까지 평균 7.2년의 장애기간이 있었는데 이들 중 108명(78.3%)은 경제적인 여건이나 가족의 도움이 부족하여 또, 재활에 필요한 도움을 주는 곳이 없거나 재활방법을 잘 몰라서 등의 이유로 재활노력을 하지 않고 있었다.
- 2) 재활대상자는 가족의 일손을 많이 필요로 하는 점

〈표 10〉 재활서비스에 대한 개선요구 내용

| 구 분 | 개선요구 내용 | 응답자 (명) | 전혀 | 별로 | 보통이다. | 약간 | 매우 | 평균 점수 ±표준편차 | 평균± 표준편차 |
|-----------------|---|------------|-----------------|------------------|----------|---------------|---------------|----------------|----------------------|
| | | | 그렇지않다. 실수(%) | 그렇지 않다. 실수(%) | 실수(%) | 그렇다. 실수(%) | 그렇다. 실수(%) | | |
| 직접 서비스 증진 | <input type="checkbox"/> 1. 조기발견 방문간호 | 138 | 2(1.4) | 9(6.5) | 29(21.0) | 44(31.9) | 54(39.1) | 80.0±20.0 | 100점 만점 65.2±16.0 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 방문 횟수를 늘림 | 135 | 19(14.1) | 23(17.0) | 43(31.9) | 36(26.7) | 14(10.4) | 60.0±24.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 정서적 지지 | 136 | 13(9.6) | 7(5.1) | 42(30.9) | 51(37.5) | 23(16.9) | 70.0±22.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 재활을 위한 가족 교육 | 135 | 14(10.4) | 20(14.8) | 48(35.6) | 30(22.2) | 23(17.0) | 64.0±24.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 5. 다양한 재활기구 대여 | 136 | 36(26.5) | 37(27.2) | 25(18.4) | 23(16.9) | 14(10.3) | 52.0±26.0 | |
| 타기관과 연계 | <input type="checkbox"/> 1. 가정내 편의시설 설치 | 135 | 38(28.1) | 32(23.7) | 20(14.8) | 19(14.1) | 25(18.5) | 54.0±30.0 | 56.4±22.8 |
| | <input type="checkbox"/> 2. 전문병원 의뢰 | 136 | 26(19.1) | 23(16.9) | 25(18.4) | 27(19.9) | 34(25.0) | 60.0±30.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 3. 자원봉사자 연계 | 137 | 34(24.8) | 44(32.1) | 26(19.0) | 22(16.1) | 11(8.0) | 50.0±24.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 4. 사회참여활동 주선 | 137 | 46(33.6) | 27(19.7) | 28(20.4) | 21(15.3) | 14(10.2) | 50.0±28.0 | |
| | <input type="checkbox"/> 5. 행정기관, 직업알선기관 의뢰 | 136 | 28(20.6) | 25(18.4) | 15(11.0) | 28(20.6) | 39(28.7) | 64.0±30.0 | |
| 총 | | | | | | | | | 60.6±17.6 |

(80.0±23.2))과 경제적 형편의 어려움으로 인한 부담감(76±25.4)이 컸으며, 재활과정의 장애요인에서도 경제적인 형편의 어려움(72.0±28.0), 재활의료기관 및 교육기관의 부족(68.0±30)과 가족에 대한 부담(64.0±28.0)이 주요요인으로 분석되었다.

3) 재활대상자가 원하는 서비스는 운동 및 물리치료(78.2점), 경제적 지원(76점), 재활정보 제공(64.0) 순이었다. 영역별로는 복지정책에 관련된 욕구가 68.0점으로 가장 높았으며, 의료재활에 관련된 욕구는 61.5점, 사회참여활동에 대한 욕구는 54.5점이었다.

4) 보건간호사는 지역사회재활사업 기간 동안에 재활대상자 1인당 월평균 2.3회 가장방문을 하였다. 보건간호사가 가장 많이 제공한 재활서비스는 의료재활직접서비스로 정서적 지지(95.7%), 운동지도(94.9%), 가족 및 자원봉사자 교육(82.6), 혈압관리 및 투약(71.7%), 일상생활 동작지도(57.2%) 순이었고, 재활대상자 1인당 평균 60%를 제공받았다. 행정기관 및 복지기관과의 연계, 의료전달체계를 통한 의뢰중에서는 1인당 평균 27%를 제공받았다.

5) 보건간호사가 재활서비스를 제공한 후 장애인 자신, 가족, 이웃의 재활에 대한 태도는 평균 73.3점, 재활에 대한 지식은 평균 81.0점, 재활을 위한 실천은 평균 68.7점, 총 변화는 평균 73.3점으로 많은 변화를 가져왔다. 보건소의 방문재활간호로 얻게 된 신체적 재활효과는 평균 70.0점이었고, 보건소에 대한 인식은 평균 82.0점으로 매우 좋아졌다.

6) 보건소의 재활서비스에서 가장 개선되기를 바라는 항목은 '장애가 발생한 후 보건소의 조기방문(평균 80점)'이었고 다음은 '정서적 지지(평균 70점)', '재활을 위한 가족 교육(평균 64점)', '행정기관, 직업알선 기관 의뢰(평균 64점)'의 순이었다.

위의 결과로부터 지역사회에는 적절한 도움이 부족하여 재활노력을 지속하지 못한 채 방치되어 있는 장애인들이 많이 있으며, 일정기간의 재활간호교육을 받은 보건소 방문보건간호사들은 이들에게 정서적 지지와 의료재활직접서비스, 타기관과의 연계서비스를 제공함으로써 만족할 만한 재활효과를 가져옴을 볼 수 있었다.

이상과 같은 결론을 바탕으로 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

1) 두 시범보건소의 재활사업 결과를 볼 때 우리나라 지역사회재활사업에서 보건소는 의료재활부분과 타기관과의 연계활동을 효과적으로 추진할 수 있는 기관

으로 생각될 수 있다. 최근 지역보건법 개정으로 지역사회재활사업이 보건소의 업무로 편입되었으므로 타 보건소도 지역사회재활사업을 적극 추진하면 장애인 복지 및 보건소의 위상이 한층 증진될 것이다.

2) 장애인들은 거동이 불편하기 때문에 보건소에서는 방문보건업무를 통해 재활사업을 하는 것이 적절한데 이를 위해 보건간호사들의 재활서비스 능력을 함양하기 위한 다양한 방법들이 모색되어야 한다. 두 시범보건소에서 실시한 재활교육 및 재활간담회운영 방법 외에 다양한 방법들이 시도된 후 각 방법을 비교 분석하여 지역실정에 맞는 방법을 선택할 필요가 있다.

3) 보건소는 의료재활서비스를 수행하기에는 적절하나 기타 사회복지관련서비스를 제공하기에는 미흡하다. 따라서 지역사회내에서 사회재활서비스를 지원하는 프로그램들이 개발되고 보건소의 재활사업과 연계되는 방안들이 동시에 이루어져야 궁극적인 재활사업의 효과를 기대할 수 있다.

참 고 문 헌

김연희 (1993). 지역사회중심재활의 개발 및 확대방안. 국립재활원 '93 재활세미나 발표자료, 13-26.

김병식 (1997). 지역사회중심재활사업의 전국확대방안, 1997. 2. 21. 보건주보.

'97 지역사회재활교육자료 2 (1997). 국립재활원.

1995년도 장애인 실태조사 (1995). 한국보건사회연구원.

고미자 (1995). 저소득층 방문간호 관리를 위한 제안. 한양대학교 행정대학원 석사학위논문.

이상인 (1992). 장애인 복지정책에 관한 연구-서비스 전달체계를 중심으로-. 고려대학교 정책과학대학원 석사학위 논문.

장애가정 생활실태 및 배우자 의식조사 (1993). 한국지체장애인협회.

농촌지역 재가장애자 상담지도 사업보고서 (1986~1988). 한국장애자 재활협회.

부천시장애인 종합복지관 연구논문집 (1996).

Rehabilitation International Regional Committee for Asia and the Pacific (1991). Proceeding of Asia and Pacific Regional Conference on Community-Based Rehabilitation. Hong Kong.

– Abstract –

Key words : Community Rehabilitation,
Primary Health Center

A Study on Community Rehabilitation Program of the two Public Health Center

Jo, Kye Suk · You, In Ja**
Bae, Jung Hee** · Lee Young Ja****

The purpose of the study is to evaluate the community rehabilitation program of the two Public Health Center. Data were collected from the 138 clients who received rehabilitation services from visiting public health nurses. Data were analysed by SAS computer program. The result were as follows.

1. The clients have been average 7years disabled state until public health nurse visit them, 78.3% of them can't advance rehabilitation process because of insufficient family or social support.
2. The clients' burden due to their family's help was average 80.0 and that due to economic distress was average 76.0. That factors were same that interfere rehabilitation process.
3. The clients needed exercise and modality therapy(78.2), economic support(76.0) and rehabilitation advices(64.0). The needs of welfare benefit, medical service and social participation were 68.0, 61.5 and 54.5.

4. The public health nurse visited the clients 2.3 time every month. And they have served emotional support(95.7%), exercise therapy (94.9%), family education(82.6%) and blood pressure management(71.7%). One client have received average 60% of the medical rehabilitation services and 27% of the refer services.
5. The rehabilitation effects of clients' attitude, knowledge and practice were 73.3, 81.0 and 68.7. The physical rehabilitation effect was 70.0. After receiving rehabilitation services, the clients' preference to public health center was 82.0.
6. The clients hoped that public health nurse visit them earlier(80.0).

On the basis of this results, the following suggestions are proposed.

1. The public health center is important institution in community rehabilitation program, and every public health center must participate in this program.
2. Various strategies have to be tried and analysed to improve the visiting nurses' rehabilitation services.
3. For successful community rehabilitation, social welfare rehabilitation program must be developed and correlated with that of the public health center.

* National Rehabilitation Center
** Do Bone – Ku Public Health Center
*** Nam Yang Ju – city Public Health Center