

농촌 지역 재가 장애인의 일상생활 수행능력과 지각된 건강 상태

김 현 옥* · 정 경 화**

I. 서 론

우리나라 장애인 수는 2000년 전체 인구의 3.09%인 1,449,500명에서 2005년 현재 4.59%인 2,148,700명으로 지난 5년간 장애인 출현율은 1.5%가 증가하여 699,200명의 새로운 장애인이 증가된 것으로 추정된다(Ministry of Health and Welfare(MOHW), 2006-a).

장애인의 재적응과 건강한 삶을 위하여 WHO(1976)를 중심으로 시작된 지역사회중심 재활사업(Community Based Rehabilitation, CBR)은 현재 90개국 이상에서 채택되어 시행되고 있다(World Health Organization [WHO], 2007). 재활서비스를 받는 장애인은 재활이 요구되는 장애인의 2~3%에 불과한 현실 속에서 서비스 확충을 위한 대안으로 제시된 지역사회중심재활사업은 건강 증진 및 삶의 질 향상과 관련된 모든 분야에 초점을 둔 다학제적인 프로그램으로 장애인이 속한 지역의 1차 보건의료요원 및 지역사회의 기존 자원을 효과적으로 활용하는 것이 중요하다. 지역사회중심재활사업의 목적은 재가 장애인에 대한 각종 치료와 상담, 간호 등을 시행하여 궁극적으로는 장애인이 완전히 자립된 삶을 영위하여 지역사회 내에 통합할 수 있도록 지원하는데 있다(Kwon, 2004; WHO, 2007).

UN은 1981년 '세계 장애인의 해'를 선포하고, 1983년부터 1992년까지를 '세계장애인 10년'으로 선포하는 등 전 세계적으로 장애인에 대한 관심이 증대되고 있다.

우리나라의 장애인 관련 사업 및 정책을 살펴보면(MOHW, 2006-a) 1998~2002년까지 '장애인 복지발전 5개년 계획'을 수립하고, 1999년에는 '장애인 복지법'을 개정하였으며, 2000년에는 '장애인 고용 촉진 및 직업 재활법' 개정과 2000~2004년까지 '편의 시설 확충 국가 종합 5개년 계획'을 수립하는 등 장애인의 복지를 위하여 노력하고 있다. 보건소 업무에 있어서는 1996년 지역보건법 개정 시 제 9조 15항에 '장애인의 재활사업'이 포함됨에 따라 전국 16개 거점 보건소를 중심으로 현재 지역사회중심재활사업이 실시되고 있다.

그러나 우리나라 보건소 중심의 지역사회중심재활사업은 지역사회의 협조 부족, 인력 및 프로그램의 미비, 서비스 연계 및 전달체계상 뒷받침 부족 등 문제를 갖고 있는 것으로 지적되고 있다(Kwon, 2004). 지역사회중심재활사업의 근본이념에 충실하고 사업의 성공적인 수행을 위해서는 지역에 거주하는 장애인의 특성과 요구도를 파악하는 것이 수요자 중심의 재활사업의 계획에 있어서 가장 우선되어야 할 일이다.

2005년 현재 우리나라 전체 장애인의 97.8%가 재가 장애인으로, 장애인 가구의 출현율은 주거 지역에 따라 큰 차이가 있어서 농촌 지역이 16.9%인 반면, 서울 11.3%, 광역시 11.2%, 중소도시 10.9% 등으로 나타나 도시 지역에 비하여 농촌 지역이 장애인 가구의 발생이 높았다(MOHW, 2006-a). 따라서 지역사회중심재활사업이 농촌 지역 재가 장애인에게 있어서 보다 적극적

* 전북대학교 간호대학 부교수, 전북대학교 간호과학연구소.

** 호남대학교 간호학과 전임강사(교신저자 E-mail: hwa0607@honam.ac.kr).

투고일: 2007년 3월 22일 심사완료일: 2007년 6월 12일

으로 수행되어야함을 시사하고 있다.

장애인의 일상생활 수행능력의 정도는 기능적인 회복의 정도를 측정할 수 있는 지표가 되며 실제적인 재활의 수준을 판단하는 근거가 된다(Kim, H. Y., 2004). 재가 장애인이 주거환경 내에서 타인의 도움 없이 일상생활을 안전하게 수행한다면 독립적인 생활은 물론, 자립심, 자존감을 높이는데 기여하고, 가족 구성원의 부담감이 감소되며, 많은 자원 및 인력의 낭비를 막을 수 있다(Kim, J. J., 2004). 장애인의 일상생활 수행능력에 대한 MOHW(2006-a)의 발표에 따르면, 전체 장애인 중 64.6%는 거의 모든 일상생활을 타인의 도움 없이 혼자 할 수 있으나, 나머지 35.4%는 타인의 도움을 필요로 하는 것으로 나타났다.

우리나라 비장애인의 12.6%, 장애인의 69.6%는 자신이 건강하지 못하다고 인식하고 있어서, 장애인이 비장애인 보다 자신의 건강에 대한 인식이 더 부정적이다. 지각된 건강 상태는 건강 수준을 나타내는 지표로서(Ryu & Lee, 2003), Yoon(2006)은 건강 영양 조사 자료를 토대로 지각된 건강 상태에 대한 영향요인을 조사한 연구에서 거주 지역, 성별, 연령, 교육수준, 소득, 음주, 운동과 같은 건강 생활 습관, 만성질환 유무, 투약, 임상 수치, 신체장애를 지각된 건강 상태의 주요 영향요인으로 제시한 바 있다.

장애인에 대한 국내 선행 연구를 살펴보면 도시지역 및 농촌지역의 일상생활 수행능력(Hwang, 1999; Yi, Park, & Lee, 2000), 뇌졸중 환자의 건강 생활 및 기능수준, 우울, 건강 상태, 교육 요구도(Kim, 2003; Kim & Park, 2003; Lee, Kim, Park, Park, & Choi, 2002), 사회 복지 및 정책에 관한 고찰(Kwon, 2004; Ryu & Lee, 2003) 등으로 장애인의 대다수를 차지하는 농촌 지역 재가 장애인의 실태 조사는 미흡한 실정에 있다.

따라서 본 연구자는 지역사회중심재활사업을 전개함에 있어 농촌 지역 일개 군을 선정하여 재가 장애인의 특성, 일상생활 수행능력, 지각된 건강 상태를 파악하고 변수 간의 관계를 확인함으로써, 재가 장애인의 지역사회중심 재활사업 계획을 세우는데 기초 자료로 삼고자 한다.

본 연구의 구체적인 목적은 다음과 같다.

1. 농촌 지역 재가 장애인의 특성을 파악한다.
2. 농촌 지역 재가 장애인의 일상생활 수행능력을 파악한다.
3. 농촌 지역 재가 장애인의 지각된 건강 상태를 파악한다.

4. 농촌 지역 재가 장애인의 지각된 건강 상태의 영향요인을 파악한다.

II. 연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 재가 장애인의 특성, 일상생활 수행능력, 지각된 건강 상태를 조사하기 위한 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상 및 자료 수집 방법

본 연구는 농촌 지역 일개 군 보건소에 등록 관리하고 있는 저소득층 장애인 전수인 154명 중 설문지 내용을 이해하고 언어적 혹은 몸짓, 표정과 같은 비언어적 의사표현이 가능한 146명을 대상으로 하였다. 전체 대상자의 평균 연령은 63.80 ± 13.45 세로 18세~92세의 연령 범위였다. 연구 대상자 중 극단적인 연령이 연구 결과에 미치는 영향을 배제하기 위하여 $\mu \pm 2\sigma$ 의 수식(Lee, Im, & Park, 1998)으로 본 연구의 대표적인 연령 범위를 산출한 결과 36.9세~90.7세 사이였다. 대표적인 연령 범위를 벗어난 극단적인 연령에 전체 대상자 중 5명(18세 2명, 29세 1명, 32세 1명, 92세 1명)이 해당되었으나, 총 대상자인 146명에 대한 자료 분석 내용과 극단값을 제외한 141명의 자료 분석 내용을 비교한 결과, 차이를 보이지 않았기에 본 연구에서는 전체 대상자인 146명의 자료를 분석, 기술하였다.

자료 수집 기간은 2004년 1월 22일부터 1월 31일까지였다. 자료 수집에 앞서서 대상자 및 주간호자에게 연구의 목적과 수행 방법에 대해서 설명한 후 연구 참여에 대한 동의를 얻었으며, 연구자 및 본 설문조사에 대해 훈련을 받은 해당 지역 보건소의 장애인 재활 간호담당 요원 2인이 연구 대상을 일대일 면접하여 구조화된 설문지를 이용하여 자료를 수집하였다.

3. 연구 도구

1) 장애인의 특성

장애인의 특성에서는 일반적 특성, 장애 관련 특성과 건강 생활 습관을 조사하였다.

일반적 특성으로 연령, 성별, 결혼상태, 교육 수준, 직업, 의료 보장, 의료비 지불자, 주간호자, 현재 앓고

있는 질환을 조사하였다.

장애 관련 특성으로는 장애 유형, 장애 등급, 장애 원인, 장애 기간을 조사하였다.

건강 생활 습관은 선행 연구(Hong & Kwon, 2003; Kim, 2003; Kim & Jeon, 1998)에서 건강에 해로운 영향을 미치는 생활 습관으로 제시된 내용을 토대로 체질량지수, 음주상태, 흡연상태, 식염섭취정도의 4가지 항목을 조사하였다. 체질량지수(Body Mass Index: BMI)는 면담당시 보건요원이 실제 계측한 신장 및 체중을 토대로 kg/m^2 의 수식을 이용하여 산출하였다. 체질량지수가 $20\text{kg}/\text{m}^2$ 미만은 저체중, $20\text{kg}/\text{m}^2 \sim 24.99\text{kg}/\text{m}^2$ 는 정상, $25\text{kg}/\text{m}^2$ 이상은 과체중 이상으로 분류하였다.

2) 일상생활 수행능력

장애인의 일상생활 수행능력을 평가하기 위하여 Granger와 McNamara(1984)가 개발한 독립적 기능 평가 척도(Functional Independence Measure: FIM)를 사용하였다. 본 도구는 다수의 선행 연구에서 장애인의 기능 수준을 평가함에 있어서 객관적이고 유용한 도구로 알려져 있다(Ballinger, Rintala, & Hart, 2000; Desrosiers et al., 2003; Granger, Cotter, Hamilton, Fiedler, & Hens, 1990; Hwang & Cho, 2001). 도구의 내용은 신체 기능과 인지 기능을 측정하도록 구성되어 있는데 신체 기능 영역은 자가 간호, 팔약근조절, 이동, 보행 등 4개 하부영역에 관한 13 항목, 인지 기능영역은 의사소통, 사회생활 등 2개 하부영역에 관한 5항목으로 구성되어 있다.

응답은 7점 Likert 척도로 1~5점은 도움이 필요한 의존적인 상태, 6~7점을 도움이 필요 없는 독립적인 상태로 간주한다. 각 문항의 점수를 합한 총점은 18~126점의 점수 범위를 가지며, 총점이 높을수록 일상생활에 있어서 독립적인 수행능력이 있음을 의미한다.

만성 통증을 경험하는 신경근육질환자를 대상으로 한 Jenson, Abresch와 Carter(2005)의 연구에서 Cronbach's $\alpha = .96$ 이었고, 뇌졸중 환자를 대상으로 한 Ko(2002)의 연구에서는 .98이었다. 본 연구에서 도구의 내적 일관성 신뢰도 Cronbach's $\alpha = .98$ 이었다.

3) 지각된 건강 상태

지각된 건강 상태를 평가하기 위하여 MOHW(2002)의 2001 국민 건강 영양 조사의 설문 내용 중 건강 인식에 관한 문항을 사용하였다.

응답은 5점 Likert 척도로서 자신의 건강 상태에 대하여 어떻게 생각하는지를 '매우 건강하지 못한 편이다' 1점, '건강하지 못한 편이다' 2점, '보통인 편이다' 3점, '건강한 편이다' 4점, '매우 건강한 편이다' 5점을 배점하였다. 1~2점은 '건강하지 못한 편이다(unhealthy)'로, 3점은 '보통인 편이다(average)', 4~5점은 '건강한 편이다(healthy)'로 분류하였다.

4. 자료 분석 방법

수집된 자료는 SPSS 14.0을 이용하여 통계처리 하였다. 자료는 실수, 백분율, 평균, 표준편차, 최소값, 최대값, χ^2 -test, Fisher's exact test, t-test, one-way ANOVA, Scheffé test, Pearson's correlation, Contingency coefficient, Stepwise multiple regression 등을 이용하여 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 특성

본 연구의 대상자 146명의 특성을 분석한 결과 <Table 1>, 대상자의 연령은 65~74세가 35.6%로 가장 많았으며, 55~64세 24.0%, 75세 이상 15.8%, 44세 이하 8.2%였다. 성별은 남자 73명(50.0%), 여자 73명(50.0%)이었다. 대상자는 대부분(73.1%)이 배우자가 있었으며, 교육수준은 초등학교 졸업(40.4%)과 무학(34.9%)이 많았다. 직업은 없는 경우가 61.7%로 가장 많았다. 의료 보장은 건강 보험이 63.9%로 많았다. 의료비 지불자는 본인인 경우가 35.3%로 가장 많았다. 대상자를 돌보는 주간호자는 배우자가 70.1%로 가장 많았고, 간병인이나 이웃 등 타인이 돌보는 경우는 9.7%로 나타났다. 장애 이외에 현재 다른 질병을 앓고 있는지를 조사한 결과, 고혈압이 46.2%로 가장 많았다.

장애 유형은 뇌병변장애가 51.0%, 지체장애가 42.1%였으며, 청각장애, 시각장애, 언어장애, 정신장애, 심장장애 등 기타의 경우는 6.9%였다. 장애 등급은 1급 22.3%와 2급 28.5%가 많았다. 장애 원인은 질병(뇌졸중, 척추질환, 관절염 등 만성 질환)에 의한 경우가 67.1%로 가장 많았으며, 사고(교통사고, 산업재해 등)에 의한 경우는 15.8%, 기타(선천적 및 출산관련 요인, 약물, 가스중독, 소아마비 등)의 경우가 13.0%로 나타

<Table 1> Characteristics of Subjects (N=146)

Variable	Category	n	%
Age(years)	≤44	12	8.2
	45-54	24	16.4
	55-64	35	24.0
	65-74	52	35.6
	≥75	23	15.8
Gender	Male	73	50.0
	Female	73	50.0
Marital status	With spouse	106	73.1
	Without spouse	39	26.9
Educational level	Uneducated	51	34.9
	Elementary school	59	40.4
	Middle school	18	12.3
	High school and above	18	12.3
Occupation	Agriculture	42	28.8
	Officer, productional	6	4.1
	Commercial, service	8	5.5
	Unemployed	90	61.7
Insurance	Health insurance	92	63.9
	Medicare	52	36.1
Medical fee payer	Himself(herself)	48	35.3
	Spouse	41	30.1
	Offspring	35	25.7
	Others	12	8.8
Primary caregiver	Spouse	94	70.1
	Family members	27	20.1
	Others	13	9.7
Present disease	Hypertension	67	46.2
	DM	19	13.1
	Arthritis	8	5.5
	Cardiovascular disease	6	4.2
	Dementia	3	2.1
	Others	5	3.5
Type of disability	Limbs	61	42.1
	Cerebral disorder	74	51.0
	Others	10	6.9
Severity of disability	Grade 1	29	22.3
	Grade 2	37	28.5
	Grade 3	20	15.4
	Grade 4	23	17.7
	Grade 5	11	8.5
	Grade 6	10	7.7
Cause of disability	Disease	98	67.1
	Accident	23	15.8
	Others	19	13.0
	Unknown	6	4.1
Duration of disability (years)	<10	79	56.4
	10≥, <20	28	20.0
	20≤	33	23.6

Note. Numbers are excluded no response.

<Table 1 Continued> (N=146)

Variable	Category	n	%
BMI(kg/m ²)	<20(Underweight)	30	23.1
	20-24.99 (Normal)	62	47.7
	≥25 (Overweight)	38	29.2
Alcohol drinking	Yes	30	20.5
	No	116	79.5
Smoking	Yes	16	11.0
	No	129	89.0
Intake of much salty food	Rare	40	27.4
	Moderate	78	53.4
	Frequent	28	19.2

Note. BMI: Body mass index. Numbers are excluded no response.

났다. 장애 기간은 10년 미만이 56.4%로 가장 많았다. 체질량지수는 정상인 경우가 47.7%로 가장 많았으며, 과체중 이상은 29.2%, 저체중은 23.1%였다. 음주는 술을 마시지 않는 경우가 79.5%였으며, 흡연은 담배를 피우지 않은 경우가 89.0%였다. 식염을 섭취하는 정도는 싱겁게 먹는다는 응답이 27.4%로 식염을 조절하지 않는 경우가 72.6%로 나타났다.

2. 일상생활 수행능력

1) 일상생활 수행능력

대상자의 일상생활 수행능력은 7점 만점에 5.51±1.92점이었으며, 신체 기능 영역 5.16±2.17점, 인지 기능 영역 5.34±2.14점으로 나타나, 인지 기능 영역 보다는 신체 기능 영역의 점수가 더 낮았다(Table 2).

하부 영역별로는 팔약근 조절 5.85±2.10점, 의사소통 5.66±2.02점, 이동 5.67±2.21점, 자가 간호 5.44±2.05점, 사회 인지 5.33±2.08점, 보행 4.85±2.32점으로 일상생활 수행능력을 측정하는 6가지 하부 영역에서 모두 6점 미만이어서 팔약근 조절, 의사소통, 이동, 자가 간호, 사회 인지, 보행 영역 모두에서 도움이 필요한 의존적인 상태인 것으로 나타났다.

세부 항목 중 우선순위를 파악하기 위해서 대상자의 일상생활 수행능력을 타인의 도움이 필요한 경우(1~5점)와 필요하지 않은 경우(6~7점)로 나누었을 때, 목욕 시에 도움을 필요로 하는 경우가 가장 많았고(57.7%), 계단 오르기(51.1%), 문제해결(45.1%), 대인관계(38.0%), 기억력(35.7%), 상의입기(35.2%), 하의입기(34.3%), 치장하기(34.3%), 걷기/휠체어 보행(33.3%), 의사 표현하기(30.5%), 대화 이해하기(29.1%), 침대-의자-휠

<Table 2> Activities of Daily Living

(N=146)

Domain	Item	Mean±SD	Dependent	Independent
			(Requires helper) n(%)	(No helper) n(%)
Physical skill		5.16±2.17		
Self care		5.44±2.05		
	Eating	5.94±1.93	36(25.2)	107(74.8)
	Grooming	5.55±2.17	49(34.3)	94(65.7)
	Bathing	4.33±2.53	82(57.7)	60(42.3)
	Dressing-upper body	5.44±2.30	50(35.2)	92(64.8)
	Dressing-lower body	5.47±2.31	49(34.3)	94(65.7)
	Toileting	5.72±2.24	36(25.7)	104(74.3)
Sphincter control		5.85±2.10		
	Bladder management	5.89±2.08	31(21.8)	111(78.2)
	Bowel management	5.82±2.17	32(22.4)	111(77.6)
Transfers		5.67±2.21		
	Bed-chair-wheelchair	5.65±2.25	38(27.1)	102(72.9)
	Toilet	5.72±2.19	36(25.7)	104(74.3)
	Tub, shower	5.64±2.26	36(26.3)	101(73.7)
Locomotion		4.85±2.32		
	Walk/Wheelchair	5.27±2.36	44(33.3)	88(66.7)
	Stairs	4.35±2.54	71(51.1)	68(48.9)
Cognitive skill		5.34±2.14		
Communication		5.66±2.02		
	Comprehension	5.72±2.06	41(29.1)	100(70.9)
	Expression	5.68±2.07	43(30.5)	98(69.5)
Social cognition		5.33±2.08		
	Social interaction	5.38±2.21	54(38.0)	88(62.0)
	Problem Solving	5.05±2.33	64(45.1)	78(54.9)
	Memory	5.55±2.07	51(35.7)	92(64.3)
Total ADL		5.51±1.92		

Note. Numbers are excluded no response.

케어 간 이동(27.1%), 욕조 또는 샤워장 출입(26.3%), 용변 후 뒤 처리하기(25.7%), 화장실 출입(25.7%), 식사하기(25.2%), 대변조절(22.4%), 소변조절(21.8%) 순으로 나타났다.

2) 대상자의 특성에 따른 일상생활 수행능력

대상자의 특성에 따른 일상생활 수행능력을 분석한 결과<Table 3>, 연령, 성별, 직업유무, 의료비 지불자, 장애 유형, 장애 등급, 장애 기간, 체질량지수, 음주 여부에 따라 일상생활 수행능력에 차이가 있는 것으로 나타났다.

75세 이상 장애인(4.15±2.08점)이 44세 이하인 경우(6.44±.64점) 보다(p= .021), 남성 장애인(4.85±2.20점)이 여성 장애인(5.58±1.75점) 보다(p= .030), 직업 없는 장애인(4.87±2.01점)이 직업 있는 장애인

(5.78±1.91점) 보다(p= .008), 배우자나 자녀가 의료비를 부담하는 경우(각각 4.62±2.23점, 4.73±2.05점)가 본인이 의료비를 부담하는 경우(6.07±1.72점) 보다(p= .001) 일상생활 수행능력 점수가 낮았다.

뇌병변 장애인(4.56±2.11점)이 지체 장애인(6.05±1.52점) 보다(p= .000), 1등급 장애인(4.31±2.25점)이 4등급 장애인(6.27±1.17점) 보다(p= .002), 장애기간이 10년 미만인 장애인(4.71±2.16점)이 10년 이상 20년 미만인 장애인(5.89±1.52점)과 20년 이상인 장애인(5.25±2.00점) 보다(p= .001) 일상생활 수행능력 점수가 낮았다.

체질량 지수가 저체중인 장애인(4.51±2.33점)과 정상인 장애인(4.94±2.21점)이 과체중 이상(5.79±1.48점) 보다(p= .026), 술을 마시지 않는 장애인(4.96±2.07점)이 술을 마시는 장애인(6.21±1.44점) 보다(p=

〈Table 3〉 ADL According to Characteristics

(N=146)

Variable	Category	The FIM Score (Mean±SD)	F or t	p	Scheffé
Age(years)	≤44	6.44±.64	2.975	.021	1)5
	45-54	5.59±1.62			
	55-64	5.50±2.06			
	65-74	5.04±2.13			
	≥75	4.15±2.08			
Gender	Male	4.85±2.20	2.192	.030	
	Female	5.58±1.75			
Marital status	With spouse	5.08±2.12	1.168	.245	
	Without spouse	5.53±1.68			
Educational level	Uneducated	5.37±1.91	.428	.788	
	Elementary school	5.16±2.12			
	Middle school	5.06±2.23			
	High school and above	4.90±1.96			
Occupation	Yes	5.78±1.91	-2.688	.008	
	No	4.87±2.01			
Insurance	Health insurance	4.99±2.09	-1.694	.092	
	Medicare	5.59±1.87			
Medical fee payer	Himself(herself)	6.07±1.72	5.206	.001	1)2, 3
	Spouse	4.62±2.23			
	Offspring	4.73±2.05			
	Others	4.45±1.62			
Primary caregiver	Spouse	5.06±2.17	1.505	.181	
	Family members	5.02±1.56			
	Others	5.94±.73			
Present disease	Yes	5.07±2.06	-.961	.338	
	No	5.42±1.94			
Type of disability	Limbs	6.05±1.52	7.435	.000	1)2
	Cerebral disorder	4.56±2.11			
	Others	4.74±2.23			
Severity of disability	Grade 1	4.31±2.25	3.482	.002	1)4
	Grade 2	4.89±2.19			
	Grade 3	5.77±1.54			
	Grade 4	6.27±1.17			
	Grade 5	5.71±2.12			
	Grade 6	6.41±.70			
Cause of disability	Disease	4.99±2.09	1.623	.158	
	Accident	5.49±2.13			
	Others	5.83±1.76			
	Unknown	5.24±1.37			
Duration of disability (years)	<10	4.71±2.16	7.419	.001	1)2, 3
	10≤, <20	5.89±1.52			
	20≤	5.25±2.00			
BMI(kg/m ²)	<20 (Underweight)	4.51±2.33	3.746	.026	1, 2)3
	20-24.99 (Normal)	4.94±2.21			
	≥25 (Overweight)	5.79±1.48			
Alcohol drinking	Yes	6.21±1.44	-3.064	.003	
	No	4.96±2.07			
Smoking	Yes	5.71±1.92	-1.043	.299	
	No	5.16±2.03			

Note. BMI: Body mass index. Numbers are excluded no response.

<Table 3 Continued>

(N=146)

Variable	Category	The FIM Score	F or t	p	Scheffé
		(Mean±SD)			
Intake of much salty food	Rare	5.29±2.13	.128	.880	
	Moderate	5.14±1.98			
	Frequent	5.22±2.02			

Note. Numbers are excluded no response.

.003) 일상생활 수행능력 점수가 낮았다.

3. 지각된 건강 상태

1) 지각된 건강 상태

자신의 건강 상태에 대한 인식을 조사한 결과<Table 4>, '매우 건강하지 못한 편이다' 34.5%, '건강하지 못한 편이다' 48.3%, '보통인 편이다' 11.0%, '건강한 편이다' 6.2% 순으로 나타났고, '매우 건강한 편이다'라고 응답한 대상자는 없었다. 결과적으로 대상자 중 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 경우가 82.8%로, 대다수가 자신의 건강 상태에 대한 인식이 부정적이었다.

<Table 4> Perceived Health Status (N=146)

Perceived health status		Total
Unhealthy	Very unhealthy	50(34.5)
	Unhealthy	70(48.3)
Average	Average	16(11.0)
Healthy	Healthy	9(6.2)
	Very healthy	0(.0)

Note. Numbers are excluded no response.

2) 대상자의 특성에 따른 지각된 건강 상태

대상자의 지각된 건강 상태를 대상자의 특성에 따라 차이가 있는지를 분석한 결과<Table 5>, 연령, 의료보장, 현재 앓고 있는 질환 유무, 장애 유형, 장애 원인, 장애 기간, 음주 상태에 따라 유의한 차이가 있는 것으

<Table 5> Perceived Health Status According to Characteristics

(N=146)

Variable	Category	Perceived health status			Fisher's exact / χ^2	p
		Unhealthy n(%)	Average n(%)	Healthy n(%)		
Age(years)	≤44	4(33.3)	3(25.0)	5(41.7)	39.697	.000
	45-54	16(66.7)	5(20.8)	3(12.5)		
	55-64	30(85.7)	4(11.4)	1(2.9)		
	65-74	47(90.4)	4(7.7)	1(1.9)		
	≥75	23(100.0)	0(.0)	0(.0)		
Gender	Male	59(80.8)	10(13.7)	4(5.5)	1.429	.551
	Female	61(83.6)	6(8.2)	6(8.2)		
Marital status	With spouse	85(80.2)	13(12.3)	8(7.5)	1.668	.436
	Without spouse	35(89.7)	2(5.1)	2(5.1)		
Educational level	Uneducated	45(88.2)	4(7.8)	2(3.9)	10.675	.153
	Elementary school	49(83.1)	7(11.9)	3(5.1)		
	Middle school	15(83.3)	1(5.6)	2(11.1)		
	High school and above	11(61.1)	4(22.3)	3(16.7)		
Occupation	Yes	42(75.0)	10(17.9)	4(7.1)	4.446	.109
	No	78(86.7)	6(6.7)	6(6.7)		
Insurance	Health insurance	80(87.0)	9(9.8)	3(3.3)	5.931	.046
	Medicare	38(73.1)	7(13.5)	7(13.5)		
Medical fee payer	Himself(herself)	34(70.8)	8(16.7)	6(12.5)	9.321	.108
	Spouse	36(87.8)	3(7.3)	2(4.9)		
	Offspring	32(91.4)	3(8.6)	0(.0)		
	Others	12(100.0)	0(.0)	0(.0)		

Note. Numbers are excluded no response.

〈Table 5 Continued〉

(N=146)

Variable	Category	Perceived Health Status			Fisher's exact or χ^2	p
		Unhealthy n(%)	Average n(%)	Healthy n(%)		
Primary caregiver	Spouse	76(80.0)	12(12.6)	7(7.4)	3.353	.445
	Family members	22(88.0)	1(4.0)	2(8.0)		
	Others	14(100.0)	0(.0)	0(.0)		
Present disease	Yes	85(90.4)	7(7.4)	2(2.1)	11.551	.003
	No	35(68.6)	9(17.6)	6(13.7)		
Type of disability	limbs	43(70.5)	11(18.0)	7(11.5)	9.778	.030
	Cerebral disorder	67(90.5)	4(5.4)	3(4.1)		
	Others	10(100.0)	0(.0)	0(.0)		
Severity of disability	Grade 1	22(75.9)	2(6.9)	5(17.2)	9.485	.687
	Grade 2	30(81.1)	4(10.8)	3(8.1)		
	Grade 3	16(80.0)	2(10.0)	2(10.0)		
	Grade 4	19(82.6)	4(17.4)	0(.0)		
	Grade 5	10(90.9)	1(9.1)	0(.0)		
	Grade 6	8(80.0)	2(20.0)	0(.0)		
Cause of disability	Disease	87(88.8)	8(8.2)	3(3.1)	12.543	.025
	Accident	15(65.2)	4(17.4)	4(17.4)		
	Others	13(68.4)	3(15.8)	3(15.8)		
	Unknown	5(83.3)	1(16.7)	0(.0)		
Duration of disability(years)	<10	72(91.1)	4(5.1)	3(3.8)	11.137	.015
	10≥, <20	19(67.9)	6(21.4)	3(10.7)		
	≥20	24(72.7)	5(15.2)	4(12.1)		
BMI(kg/m ²)	<20 (Underweight)	18(81.8)	2(9.1)	2(9.1)	1.103	.932
	20-24.99 (Normal)	54(84.4)	7(10.9)	3(4.7)		
	≥25 (Overweight)	37(84.1)	5(11.4)	2(4.5)		
Alcohol drinking	Yes	19(65.5)	6(20.7)	4(13.8)	6.679	.025
	No	100(86.2)	10(8.6)	6(5.2)		
Smoking	Yes	10(62.5)	4(25.0)	2(12.5)	5.060	.055
	No	109(84.5)	12(9.3)	8(6.2)		
Intake of much salty food	Rare	32(80.0)	3(7.5)	5(12.5)	3.678	.438
	Moderate	63(80.8)	11(14.1)	4(5.1)		
	Frequent	25(89.3)	2(7.1)	1(3.6)		

Note. BMI: Body mass index. Numbers are excluded no response.

로 나타났다.

자신이 건강하지 못하다고 인식한 장애인은 75세 이상 장애인의 100%, 65~74세의 90.4%, 55세~64세의 85.7%, 45~54세의 66.7%, 44세 이하의 33.3%로, 고령 장애인이 젊은 장애인에 비해서 건강하지 못하다고 인식하는 경우가 많았다($p = .000$). 건강보험 수혜자인 장애인(87.0%)이 의료보호 수혜자인 장애인(73.1%) 보다($p = .046$), 현재 질병을 앓고 있는 장애인(90.4%)이 질병이 없는 장애인(68.6%) 보다($p = .003$) 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 경우가 더 많았다.

장애 유형에 있어서는 청각장애, 시각장애, 언어장애,

정신장애, 심장장애 등의 기타 장애인(100%), 뇌병변 장애인(90.5%), 지체 장애인(70.5%) 순으로 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 경우가 많았다($p = .030$). 장애 원인은 질병으로 인한 장애인(88.8%), 원인 불명의 장애인(83.3%), 선천적 및 출산관련 요인, 약물, 가스중독, 소아마비 등 기타 사유로 인한 장애인(68.4%), 사고로 인한 장애인(65.2%) 순으로 자신이 건강하지 못하다고 인식하는 경우가 많았다($p = .025$). 장애 기간은 10년 미만인 장애인(91.1%), 20년 이상인 장애인(72.7%), 10년 이상 20년 미만인 장애인(67.9%) 순으로 자신이 건강하지 못하다고 인식하고 있었다($p = .015$).

술을 마시지 않는 장애인(86.2%)이 술을 마시는 장애인(65.5%) 보다 자신이 건강하지 못하다고 인식하고 있었다($p = .025$).

4. 지각된 건강 상태에 영향을 미치는 요인

대상자의 특성, 일상생활 수행능력과 지각된 건강 상태와의 상관관계를 Contingency coefficient, Pearson's correlation로 분석한 결과는 <Table 6>과 같다.

<Table 6> Correlations among Characteristics, ADL and Perceived Health Status (N=146)

Variable		Perceived health status
Contingency coefficient	Present disease	.310(.002)
	Type of disability	.340(.026)
	Alcohol drinking	.234(.040)
Pearson's correlation	Age	-.485(.000)
	Total ADL	.426(.000)

대상자의 특성 중 명목변수와 지각된 건강 상태와의 관계는 Contingency coefficient(일치계수)를 산출하여 분석한 결과, 현재 앓고 있는 질환의 유무($C = .310$, $p = .002$), 장애 유형($C = .340$, $p = .026$), 음주 여부($C = .234$, $p = .040$)가 지각된 건강 상태와 유의한 관계를 가지는 것으로 나타났다. Contingency coefficient는 각 변수별로 0에서부터 최대값의 범위 중 상대적 위치에 따라서 실무 적용의 가치와 의의를 논하게 된다(Lee, 2004). 현재 앓고 있는 질환의 유무와 지각된 건강 상태 간의 Contingency coefficient 값의 범위는 0~.717, 장애 유형과 지각된 건강상태 간의 Contingency coefficient 값의 범위는 0~.816, 음주 여부와 지각된 건강 상태 간의 Contingency coefficient 값의 범위는 0~.717이었다. 따라서 현재 앓고 있는 질환의 유무, 장애 유형, 음주여부와 지각된 건강 상태는 모두 통계적으로 유의한 관련성은 있었지만, 일치 계수의 범위 중 절반 수준에도 미치지 못하기 때문

에 실무 적용의 가치나 의의는 낮았다.

대상자의 특성 중 연속변수, 일상생활 수행능력과 지각된 건강 상태와의 관계를 Pearson's correlation으로 분석한 결과, 대상자의 연령이 높아질수록 지각된 건강 상태는 낮아지는 음의 상관관계를 보였고($r = -.485$, $p = .000$), 일상생활 수행능력 점수가 높아질수록 지각된 건강 상태가 높은 양의 상관관계를 보였다($r = .426$, $p = .000$).

지각된 건강상태에 영향을 주는 요인을 확인하고자 지각된 건강상태와 유의한 상관관계를 가지는 것으로 확인된 연령, 현재 앓고 있는 질환의 유무, 장애 유형, 음주 여부, 일상생활 수행능력을 독립변수로 하여 Stepwise multiple regression으로 분석한 결과는 <Table 7>과 같다.

연령과 일상생활 수행능력이 지각된 건강상태에 영향을 주는 중요한 요인으로 확인되었다. 지각된 건강상태에 가장 큰 영향을 주는 요인은 연령이었으며, 연령과 일상생활 수행능력은 대상자의 건강상태에 대한 인식의 34.3%를 설명하였다.

IV. 논 의

최근 노령인구의 증가와 함께 급격한 산업화에 따른 산업재해, 교통사고를 비롯한 각종 사고, 약물남용, 치료가 곤란한 질병의 등장 등으로 장애를 유발시키는 요인은 다양하고, 이로 인한 장애 인구도 점차 증가하는 경향이 있다. 2005년 현재 전체 인구의 4.6%인 전체 장애인은 약 3.2%만이 시설에 수용되어 관리를 받고 있을 뿐 나머지 97.8%의 장애인은 가정에서 생활하고 있다(MOHW, 2006-a).

본 연구는 지역사회중심 재활사업 계획을 세우는데 기초자료를 파악하고자 농촌 지역 일개 군 재가 장애인의 특성, 일상생활 수행능력, 지각된 건강상태를 조사하였다.

연구 결과 대상자의 절반 이상(51.4%)이 65세 이상의 고연령이었으며, 직업이 없는 경우는 61.7%로 장애인의 절반이상이 경제활동 능력이 없는 것으로 나타났다.

<Table 7> Predictors of Perceived Health Status of Subjects using Stepwise Multiple Regression (N=146)

Variable	B	S.E.	β	t	R ²	F(p)
(Constant)	2.736	.401		8.069		
Age	-2.432	.005	-.403	-5.146	.245	37.894(.000)
Total ADL	7.895	.002	.326	4.160	.343	30.242(.000)

의료비는 대상자의 91.1%가 본인 및 가족이 부담하였으며, 대상자의 90.2%를 가족이 돌보는 것으로 나타났다. 뇌졸중 환자 128명을 대상으로 한 Kim과 Park(2003)의 연구에서 의료비는 91.4%가 본인 및 가족이 부담하고, 86.8%를 가족이 돌보는 것으로 나타난 결과와 본 연구 결과를 토대로 볼 때, 장애인의 치료 및 돌봄에 있어서 가족 의존도가 매우 높음을 알 수 있었다. 장기적인 간호를 요하는 장애인을 돌보는 것은 가족에게 가장 중요한 역할이면서 큰 부담을 주게 된다. 가족은 환자로서 인하여 과잉의 심리적 및 경제적 압박을 받게 되므로 (Lee, Kim, Park, Park, & Choi, 2002), 농촌 지역 장애인을 대상으로 한 지역사회중심 재활사업에 있어서 장애인 가족도 포함되어야 할 것이다.

장애 유형에 있어서 뇌병변장애가 51.0%로 많은 것으로 나타났고, 대상자의 절반가량(50.5%)이 1~2급에 해당하는 중증 장애를 가지고 있었다. 장애 원인은 대다수가 질병(67.1%)과 사고(15.8%)에 의한 것이었다. MOHW(1994)는 농촌 지역에 노인 인구의 증가로 고혈압, 뇌졸중, 당뇨병, 관절장애 등의 만성 질환의 비중이 커지고 있으며, 교통사고나 산업재해의 증가로 장애가 늘어나고 있다고 하였다. 본 연구에서 주목할 만한 사항은 장애의 원인 중 질병에 의한 발생이 사고에 의한 경우보다 4.2배가량 높게 나타난 점이다. 특히 본 연구의 대상자는 절반가량인 46.2%가 고혈압을 앓고 있는 것으로 나타나, MOHW(2006-b)에서 제시한 우리나라 전체 성인 중 13.1%가 고혈압을 앓고 있는 결과와 비교할 때 약 3.5배에 해당될 뿐만 아니라, 전체 국민 중 60대, 70대 노인의 고혈압을 앓고 있는 비율(각각 36.5%, 43.2%)보다 더 높았다. 따라서 해당 지역 장애인의 고혈압 관리가 중요한 보건 문제인 것으로 나타났다.

건강 생활 습관에 있어서 과체중이상은 29.2%였고, 술을 마시는 경우는 20.5%, 흡연은 11.0%로 나타났다. MOHW(2006-b)에서 제시한 2005년 현재 우리나라 전체 성인 중 과체중이상인 사람의 비율(31.8%)과 농어촌에 거주하는 성인의 음주율(71.7%)과 흡연을(30.2%)에 비해서 낮은 것으로 나타났다. 특이할 만한 것은, 본 연구의 대상자 중 심겁게 먹는다는 응답이 27.4%로, 전체 국민의 35.2%, 농촌 지역 거주자의 37.5%가 심겁게 먹는 것(MOHW, 2006-b)에 비해서 낮게 나타나 해당지역 장애인이 식염을 조절하지 않고 있어서 식생활 지침에 대한 교육이 요구되는 것으로 나타났다.

재가 장애인의 일상생활 수행능력에 있어서 7점 만점에 5.51 ± 1.92 점으로, 선행연구(Hwang, 1999)에서 도시지역 재가 장애인의 일상생활 수행능력인 5.6~6.6점보다 다소 낮아서, 농촌지역 재가 장애인의 일상생활 수행능력이 도시지역보다 낮았다. 선행연구(Edwards, Hahn, Baum, & Dromerick, 2006)에서 시설에 입원한 뇌졸중 환자의 일상생활 수행능력의 점수(5.8~7.0점) 보다 낮았으며, 본 연구 대상자의 일상생활 수행능력은 신체기능 영역에 있어서 5.16 ± 2.17 점으로 선행연구(Rintala, Loubser, Castro, Hart, & Fuhrer, 1998)의 농촌지역 척수손상 환자의 신체기능(4.68 ± 1.61 점) 보다는 높은 것으로 나타났다. 특히, 본 연구에서 일상생활 수행능력을 6개의 각 하부 영역을 비교함으로써, 팔약근 조절, 의사소통, 이동, 자가 간호, 사회 인지, 보행의 순으로 독립적 일상생활 수행능력이 떨어지고, 각각 영역이 모두 타인의 도움이 필요로 하는 것으로 나타났다. 본 연구는 이러한 결과를 확인했다는 점에서 농촌지역 재가 장애인을 대상으로 한 지역사회중심재활사업 계획에 있어서 유용하게 활용될 수 있다.

일상생활 수행능력의 세부항목에서 본 연구 결과와 농촌지역 재가 장애인을 대상으로 한 선행연구(Yi, Park, & Lee, 2000)의 결과를 토대로 볼 때, 장애인의 일상생활 수행능력은 목욕, 계단 오르기에서 가장 타인의 도움을 필요로 하는 것으로 나타났다. 농촌에는 전통적인 가옥 형태가 많고 목욕시설이 잘 갖추어져 있지 않아서 거동에 어려움을 겪는 장애인에게는 그 도움이 절실하다. 2006년도 장애인이 이용을 원하는 보건 및 복지기관 조사에서 재활 병·의원, 이동지원서비스센터가 가장 높은 것으로 나타나(MOHW, 2006-a), 장애인이 장애의 치료 및 관리와 더불어 이동시 도움을 절실히 필요로 하고 있었다. 본 연구 결과와 Yi 등(2000)의 연구, MOHW(2006-a)의 조사를 토대로 볼 때, 무엇보다도 사회 시설 전반에 걸쳐 장애인이 보행하기 용이한 시설을 마련이 이루어져야 할 것이다.

일상생활 수행능력에 있어서 MOHW(2006-b)의 결과에 따르면, 우리나라 전체성인 중 8.3%가 활동에 제한이 있고, 19세 이상 44세 이하 연령의 2.2%, 45세 이상 64세 이하 연령의 8.4%, 65세 이상 74세 이하 노인의 29.8%, 75세 이상 노인의 54.0%가 일상생활 수행 시 타인의 도움을 필요로 하며, 관절염, 뇌졸중, 척추 질환, 사고 등이 활동제한의 주된 원인이었다. 따라서 해당 지역 장애인 중 특히 65세 이상 장애인의 일상생활

에 적극적인 도움을 줄 수 있는 지역사회중심재활사업이 계획되어야 한다.

지각된 건강상태의 중요성은 인간은 인지하는 것에 따라 행동하며, 생물적, 생리적 변화를 인지하고, 내분비계, 면역체계에 영향을 미친다는 것이다. 자신이 건강하다고 지각하는 사람은 삶의 만족도가 높은 것으로 알려져 있다(Yoon, 2001). 장애인은 일반인에 비해 현저하게 건강하지 못하다고 생각하고 있으며, 노인에 비해서도 매우 취약하다(Korea Institute for Health and Social Affairs[KIHASA], 2001). 본 연구 결과 장애인의 82.8%가 자신이 건강하지 못하다고 인식하고 있었는데, 이 결과는 Kim & Park(2003)의 연구에서 광역 도시에 거주하는 종합병원을 내원하는 재가 장애인의 68.8%가 건강하지 못하다고 응답한 것에 비해서 높은 것으로 나타나, 본 연구의 대상자인 농촌 지역 재가 장애인의 지각된 건강상태가 더 부정적임을 알 수 있다. 특히 본 연구는 농촌 지역에 거주하는 저소득층 재가 장애인을 방문 조사하였기에 취약 대상자의 건강인식을 확인하는데 있어서 의의가 있다고 하겠다. 이러한 본 연구 결과와 선행연구(Kim & Park, 2003; KIHASA, 2001) 결과를 토대로 볼 때, 농촌 지역 장애인을 대상으로 한 지역사회중심 재활사업이 계획되어야 할 것이며, 사업 내용에는 지각된 건강상태를 높이고 삶의 질을 향상시키는 방안이 포함되어야 할 것이다.

장애인의 지각된 건강상태에서 65세 이상 고령이, 건강보험 수혜자인 경우, 현재 앓고 있는 질환이 있는 경우, 기타 장애와 뇌병변 장애를 앓는 경우, 질병이나 원인 불명으로 인한 장애가 온 경우, 장애 기간이 10년 미만인 경우, 음주를 하지 않는 경우에 자신의 건강에 대한 인식이 부정적임을 알 수 있었다. 이 결과는 서울시 및 기타 광역시 장애인을 대상으로 건강 상태에 관한 위험 요인을 분석한 Hong과 Kwon(2003)의 연구에서 제시된 변수 중 연령, 장애 유형 외에도, 의료 보장, 현재 앓고 있는 질환 유무, 장애 원인, 장애 기간, 음주 여부 등 새로운 변수들을 확인하게 되었다. 앞서 언급하였듯이 본 연구의 대상자는 농촌 지역 장애인이므로, 추후 연구에 있어서는 도시 지역, 도농 복합 지역을 포함한 거주 환경에 따른 장애인의 일상생활 수행능력과 지각된 건강 상태를 비교할 필요가 있다.

지각된 건강 상태에 영향을 미치는 요인으로 연령, 일상생활 수행능력이 주요 영향 요인으로 확인되었다. 선행 연구(Edwards, Hahn, Baum, & Dromerick,

2006)에서는 연령, 일상생활 수행능력, 건강 상태가 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인이라고 하였으므로, 농촌지역 재가 장애인을 대상으로 한 일상생활 수행능력 증진 사업 진행과 더불어 삶의 만족도를 조사함으로써 사업 효과를 평가하는 방안도 모색할 수 있다.

일상생활 수행능력이 감소된 대상자와 자신이 건강하지 않다고 인식한 대상자의 특성 중 연령, 뇌병변 장애, 장애 기간이 10년 미만인 경우와 통계적으로 유의한 특성이 일치하는 것으로 나타났다. 따라서 고령의, 뇌병변 장애를 가진, 장애 기간이 10년 미만인 장애인을 주요 대상으로 일상생활 수행능력 및 지각된 건강 상태를 향상시키는 지역사회중심 재활 사업을 시행할 것을 제안한다.

지역사회중심재활사업에서는 일상생활 수행능력을 증진을 위하여 보행, 사회생활, 자가 간호, 이동, 의사소통, 팔약근조절에 대한 모든 중재가 계획되어야 할 것이다. MOHW(2006-a)의 장애인 실태 조사에서도 타인의 도움을 필요로 하는 주요항목으로 계단 오르기, 목욕하기로 나타났고, 다른 장애를 가진 장애인에 비해서 뇌병변 장애인의 76.1%가 일상생활 수행능력에서의 도움을 필요로 한다고 하였다. 본 연구에서도 장애인이 타인의 도움을 필요로 하는 세부항목이 목욕, 계단 오르기, 문제 해결, 대인관계, 기억력, 상의입기, 하의입기, 치장하기, 걷기/휠체어 보행, 의사 표현하기, 대화 이해하기, 침대-의자-휠체어 간 이동, 욕조 또는 샤워장 출입, 용변 후 뒤 처리하기, 화장실 출입, 식사하기, 대변조절, 소변조절 순으로 나타났으므로, 보건소에서 기존에 수행되던 사업들을 재평가하여 장애인 재활 관련 사업을 진행하여야 할 것이다.

이상의 연구결과를 종합하여 볼 때, 본 연구 결과는 농촌 지역 재가 장애인의 특성, 일상생활 수행능력, 지각된 건강 상태를 파악하고, 일상생활 수행능력과 자신의 건강 상태에 대한 유의한 상관관계를 확인함으로써 지역사회 중심 프로그램의 개발에 있어서 매우 유용한 정보로 활용될 수 있을 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 농촌 지역 재가 장애인의 특성을 파악하고, 일상생활 수행능력과 지각된 건강 상태와의 관계를 확인함으로써 지역사회중심재활사업 계획의 기초 자료를 제공하고자 시도되었다.

연구 대상자는 농촌 지역 일개 군 보건소에서 등록 관

리하는 저소득층 장애인 146명이었고, 자료 수집은 2004년 1월 22일부터 1월 31일까지였다. 자료 수집 방법은 일대일 면접과 설문지를 이용하였다.

자료 분석은 SPSS 14.0을 이용하여 통계처리 하였는데 실수, 백분율, 평균, 표준편차, 최소값, 최대값, χ^2 -test, Fisher's exact test, t-test, one-way ANOVA, Scheffe test, Contingency coefficient, Pearson's correlation, Stepwise multiple regression 로 분석하였다.

본 연구 결과는 다음과 같다.

1. 재가 장애인의 특성은 65세 이상(51.4%), 직업은 무직(61.7%), 의료비는 본인 및 가족이 부담(91.1%), 주 간호자는 가족(90.2%), 장애 유형은 뇌병변 장애(51.0%), 장애 등급은 중증의 장애인 1~2급(50.8%), 장애 원인은 질병(67.1%)이 많았고, 현재 앓고 있는 질환은 고혈압(46.2%)이 많았다. 대상자 중 심겁게 먹는 경우는 27.4%였다.
2. 재가 장애인의 일상생활 수행능력은 평균 5.51±1.92점으로, 신체기능 영역(5.16±2.17점), 인지기능 영역(5.34±2.14점)이었고, 팔약근 조절 5.85±2.10점, 의사소통 5.66±2.02점, 이동 5.67±2.21점, 자가간호 5.44±2.05점, 사회 인지 5.33±2.08점, 보행 4.85±2.32점 순으로 독립적 일상생활 수행능력이 떨어지는 것으로 나타났고, 타인의 도움이 필요한 경우는 목욕(57.7%)과 계단 오르기(51.1%)에서 많은 도움을 필요로 하는 것으로 나타났다.
3. 재가 장애인의 일상생활 수행능력은 연령($p = .021$), 성별($p = .030$), 직업유무($p = .008$), 의료비 지불자($p = .001$), 장애 유형($p = .000$), 장애 등급($p = .002$), 장애 기간($p = .001$), 체질량 지수($p = .026$), 음주여부($p = .003$)에 따라 차이가 있었다.
4. 재가 장애인의 지각된 건강 상태에 관한 응답으로는 건강하지 못하다고 인식하는 경우가 많았다(82.8%).
5. 재가 장애인의 연령($p = .000$), 의료보장($p = .046$), 현재 앓고 있는 질환 유무($p = .003$), 장애 유형($p = .030$), 장애 원인($p = .025$), 장애 기간($p = .015$), 음주 여부($p = .025$)에 따라 지각된 건강 상태에 있어서 유의한 차이가 있었다.
6. 연령과 일상생활 수행능력은 재가 장애인의 지각된 건강 상태에 영향을 미치는 주요 요인으로는 34.3%의 설명력을 보였다.

이상의 연구 결과를 기반으로 하여 본 연구자는 다음과 같은 제언을 하고자 한다.

첫째, 재가 장애인의 독립적 기능, 건강 상태, 삶의 만족도를 측정하는 문헌적 뒷받침이 매우 부족한 상황이므로, 거주 지역과 주거 환경이 장애인에 관한 조사연구가 선행되어야 한다.

둘째, 장애인의 건강 생활 습관을 개선하고, 일상생활 수행능력을 증진시키며, 지각된 건강 상태를 향상시키고 나아가 삶의 질을 향상시키는 지역사회중심재활사업의 사업 개발 및 효과를 검증하는 연구가 필요하다.

셋째, 고령의, 뇌병변 장애를 가진, 장애 기간이 10년 미만인 장애인을 대상으로 한 일상생활 수행능력과 건강 상태에 대한 인식을 향상시키는 프로그램의 개발이 필요하다.

References

- Ballinger, D. A., Rintala, D. H., & Hart, K. A. (2000). The relation of shoulder pain and range of motion problems to functional limitations, disability, and perceived health of men with spinal cord injury: A multifaceted longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(12), 1575-1581.
- Desrosiers, J., Rochette, A., Noreau, L., Bravo, G., Hebert, R., & Boutin, C. (2003). Comparison of two functional independence scales with a participation measure in post-stroke rehabilitation. *Arch Gerontol Geriatr*, 37(2), 157-172.
- Edwards, D. F., Hahn, M., Baum, C., & Dromerick, A. W. (2006). The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 15(4), 151-157.
- Granger, C. V., Cotter, A. C., Hamilton, B. B., Fiedler, R. C., & Hens, M. M. (1990). Functional assessment scales: A study of persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil*, 71, 870-875.
- Granger, C. V., & McNamara, M. A. (1984). Functional assessment utilization: The long-range evaluation system. In C. V. Granger

- & G. E. Gresham (Ed.), *Functional Assessment in Rehabilitation Medicine* (pp. 99-121). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Hwang, B. Y. (1999). A pilot survey for the community based rehabilitation in Uiwang. *J Korean Soc Phys Ther*, 11(2), 75-80.
- Hwang, O. N., & Cho, K. C. (2001). Translation and validity test of the FIM instrument and guide. *Korean J Rehabil Nurs*, 4(2), 232-239.
- Hong, M. S., & Kwon, O. H. (2003). *A study on risk factors in health promotion practice of the disabled*. Seoul: Ministry of Health and Welfare.
- Jenson, M. P., Abresch, R. T., & Carter, G. T. (2005). The reliability and validity of a self-report version of the FIM instrument in persons with neuromuscular disease and chronic pain. *Arch Phys Med Rehabil*, 86, 116-122.
- Kim, M. K. (2003). *A study on health lifestyles of residential patients of strokes before and after disease development*. Unpublished master's thesis, Dong Eui University, Busan.
- Kim, H. Y. (2004). *Functional independence assessment and need for home nursing care in discharging of stroke patients*. Unpublished master's thesis, Kyungpook National University, Daegu.
- Kim, J. J. (2004). *A study on the house remodeling plan to improve activities of daily living for the patients with spinal cord injury*. Unpublished master's thesis, Daegu University, Daegu.
- Kim, K. B., & Jeon, E. Y. (1998). The impact of perceived health condition and practiced health promotion life style on the satisfaction of life in adult. *J Korean Acad Adult Nurs*, 10(3), 548-558.
- Kim, H. J., & Park, Y. S. (2003). A study on life style, functional condition, depression and perceived health status of stroke patient at home. *J Korean Public Health Res*, 29(2), 127-139.
- Ko, S. H. (2002). *The needs for rehabilitation day care center in stroke patients*. Unpublished master's thesis, Chonbuk National University, Jeonju.
- Korea Institute for Health and Social Affairs. (2001). *National survey of disables Persons 2000*. Seoul.
- Kwon, S. J. (2004). A study on the evaluation of the community based rehabilitation program for the disabled. *Pyongtaek Review*, 18, 103-119.
- Lee, H. S. (2004). *Marketing research*. Seoul: Bobmunsa.
- Lee, E. O., Im, N. Y., & Park, H. A. (1998). *Nursing medical research and statistical analysis*. Seoul: Soomoonsa Publishing.
- Lee, E. W., Kim, J. S., Park, E. J., Park, H. J., & Choi, B. N. (2002). *A study on stroke patients' self-care and their family members' needs for education*. Unpublished manuscript, Ewha Womans University, Seoul.
- Ministry of Health and Welfare. (1994). *Welfare policy of disabled*. Seoul.
- Ministry of Health and Welfare. (2002). *2001 National health and nutrition survey: Health behavior*. Seoul.
- Ministry of Health and Welfare. (2006-a). *Health & Welfare Services 2005*. Seoul.
- Ministry of Health and Welfare. (2006-b). *The third Korea national health & nutrition examination survey*. Seoul.
- Rintala, D. H., Loubser, P. G., Castro, J., Hart, K. A., & Fuhrer, M. J. (1998). Chronic pain in a community-based sample of men with spinal cord injury: Prevalence, severity, and relationship with impairment, disability, handicap, and subjective well-being. *Arch Phys Med Rehabil*, 79, 604-614.
- Ryu, H. S., & Lee, J. Y. (2003). A policy alternatives on developing health care delivery system for disable person in the community.

- J Korean Acad Comm Health Nurs*, 17(1), 5-16.
- WHO (2007). *Community based rehabilitation (CBR)*. Retrieved March 20, 2007, from WHO Web site: <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>
- Yi, C. H., Park, K. H., & Lee, H. J. (2000). Functional independence measures of disabled persons living at home in rural community. *KAUTPT*, 7(3), 49-61.
- Yoon, E. J. (2001). *The model explaining variance in health promoting behavior and quality of life in women with osteoporosis*. Unpublished doctoral dissertation, Kyung Hee University, Seoul.
- Yoon, K. J. (2006). *A study on the relationship between self-perceived health and health status examined, some chronic disease*. Unpublished master's thesis, Seoul National University, Seoul.

- Abstract -

A Study on Activities of Daily Living and Perceived Health Status of Disabled Persons at Home in Rural Areas

Kim, Hyeon-Ok · Joung, Kyoung Hwa***

Purpose: This study was attempted to provide basic data required to develop community-base rehabilitation program for disabled persons at home by investigating their

characteristics, ADL, and perceived health status. **Method:** The subjects were 146 disabled persons at home in rural areas. Data were collected from January 22 to January 31, 2004. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, minimums, maximums, χ^2 -test, Fisher's exact test, t-test, one-way ANOVA, Scheffe test, Contingency coefficient, Pearson's correlation, Stepwise multiple regression. **Results:** The average score of ADL was 5.51 ± 1.92 : sphincter control (5.85 ± 2.10), communication (5.66 ± 2.02), transfers (5.67 ± 2.21), self care (5.44 ± 2.05), social cognition (5.33 ± 2.08), and locomotion (4.85 ± 2.32). This means that the respondents were in the state of dependence. The main items requiring others' help were 'bathing' (57.7%) and 'going up and down stairs' (51.1%). ADL was significantly different according to age, gender, occupation, medical fee payer, type, severity and duration of disability, BMI, and alcohol drinking. Among the respondents, 82.8% perceived that their health status was bad. Main factors influencing the perceived health status of disability were age and ADL ($R^2 = .343$). **Conclusion:** Perception of health status among the disabled is related to their characteristics and ADL, so it is necessary to develop community-base rehabilitation programs in order to improve ADL and the perception of health status.

Key words : Disabled Persons, Activities of Daily Living, Health Status

* College of Nursing, Chonbuk National University, Chonbuk Research Institute of Nursing Science.

** Department of Nursing, Honam University.