

농촌지역 재가장애인의 일상생활 수행능력 실태조사

이충휘
연세대학교 보건과학대학 재활학과 및 보건과학연구소
박경희, 이현주
연세대학교 대학원 재활학과

Abstract

Functional Independence Measure of Disabled Persons Living at Home in Rural Community

Yi Chung-hwi, Ph.D., P.T.

Dept. of Rehabilitation Therapy, College of Health Science, Yonsei University
Institute of Health Science, Yonsei University

Park Kyoung-hee, Lee Hyun-ju, B.H.Sc., P.T.

Dept. of Rehabilitation Therapy, The Graduate School, Yonsei University

Although the availability of home care rehabilitation services have been greatly increased since community-based rehabilitation was introduced to Korea, there is still a dearth of studies investigating the performance level of ADL (activities of daily living) for the physically disabled in the rural areas. The purposes of this study were to investigate the ADL performance level of disabled persons living at home in the rural areas of Wonju city, Korea, using FIM (functional independence measure) and to identify the specific areas of the ADL to be trained or evaluated by physical therapists or occupational therapists. 298 disabled people were interviewed by 10 physical therapy students. Analysis of the interviews indicated: 1) Forty seven point seven percent of the respondents were elderly-disabled persons whose ages were 61 years old or above, and 69.5% of respondents has the history of chronic disability period of 5 years or more. 2) FIM score of bathing, and stairs climbing showed severe dependent trend 3) FIM scores of self-feeding, urination, defecation, and comprehension ability were mildly dependent. These results revealed that functional evaluation/treatment for discharging from hospitals to the rural areas should be emphasized on the specific ADL performance areas such as bathing, and stairs climbing.

Key Words: Activities of daily living; Functional independence measure (FIM).

I. 서론

재활은 장애를 정확하게 평가하고, 적절한 재활치료를 하여 기능을 최대한 회복시킴으로써, 장애인이 사회의 일원으로 살아갈 수 있도록 해주는 것이다(김태곤, 1999). 따라서 재활은 통합적으로 의학적, 사회적, 직업적 조치를 하여 개인을 재훈련시켜서 장애인의 기능적 능력을 가능한 최고수준에 도달하도록 하는 것으로서, 의료재활, 직업재활, 사회심리재활, 교육재활 등으로 구분된다(박옥희, 1998). 그 중 의료재활은 필요한 자원을 활용하여 장애인의 기능을 자활수준까지 증대시키고, 그 기능을 전 생애동안 유지하는 것이다. 즉 장애인의 기능을 향상시켜 전인적인 인간으로서의 삶을 영위하도록 하는데 있다고 할 수 있다. 질병이나 외상은 치료시기, 치료내용, 치료방법 등에 따라서 그 결과가 현저히 달라질 수 있으므로, 예상되는 장애에 대해 발병 초기나 손상 직후부터 미리 적절한 조치를 취한다면 장애를 최소화시킬 수 있으나, 이미 발생한 장애에 대하여 적절한 조치를 취하지 않는다면 중증장애인이 되어 사회로의 복귀가 어려워지고, 경제적 능력을 완전히 상실하게 된다(이한숙 등, 1996).

병원에 입원하여 치료를 받았던 환자 중 계속적인 추후 관리가 필요한 환자들을 대상으로 의료서비스의 연속성을 기하고 효과를 극대화시켜 서비스의 질을 향상시키고 환자의 만족도를 높이기 위해서 가정방문을 통한 의료재활서비스의 제공이 절실히 요구되고 있고, 이 중 가정방문 물리치료에 대한 요구도가 높다(양영애, 1997). 가정방문 물리치료는 정신적 안정을 취할 수 있고, 교통문제나 통원치료의 불편을 해소하며, 병상의 활용율을 높이는 등 여러 가지 장점으로 선진국에서는 일찍부터 시행하고 있으며 우리 나라에서도 관심이 높아져가고 있다(김순화, 1996). 가정방문 물리치료가 실시되면 지속적이며 장기적인 관리를 필요로 하는 환자와 일반 재가장애인까지 부담 없이 가정에서 환자가

필요로 하는 지속적인 치료를 받을 수 있고, 최근 만성질환의 증가로 평균 재원기간이 증가하고 있는 병원에서는 재원기간을 줄여, 병상 가동률을 개선시킬 수 있게 된다(김동미, 1994). 또한 환자를 심리적으로 안정시켜 주고 가족들의 불편함을 덜어주어 환자에 대한 직접치료 외에도 환자 가족에게 건강교육을 실시해 가족들에게 환자를 돌보는 능력을 키우며, 가족 전체의 건강관리도 할 수 있는 이중 효과를 기대할 수 있다(심정길, 1994).

가정방문 물리치료의 필요성에 대한 전반적인 의견일치에도 불구하고 기존의 보건의료 체계 내에서 가정방문치료의 정착을 위해서는 해결해야 할 많은 문제점을 지니고 있다. 우선 병원 내 환자들의 치료에 있어 입원진료와 퇴원 후의 연속성을 갖지 못하여 퇴원 후 적절한 진료가 이루어지지 못하고 있다(김순화, 1996). 기존의 재활을 위한 의료기관 중 대부분은 몇몇 대도시에 편중되어 있기 때문에 농어촌 지역에 살고 있는 장애인들에게까지 충분한 혜택을 제공하지 못하고 있어(이건우, 1994) 치료나 사후관리 부족으로 인해 각종 합병증이 발생하거나 장애가 악화될 수 있다. 또한 농촌지역의 한국형 전통가옥 구조는 하반신 마비나 반신마비 등의 기동성이 제한된 장애인들이 생활하기에는 불편한 점이 많고, 의자차의 사용이 불가능하여 병원치료를 끝내고 퇴원한 후 방안에 갇혀서 지내는 경우가 많다. 한편 장애가 발생한 사실조차 알지 못하는 무지와 편견이 내재되어 있어 장애가 발생했을 때 재활 의지를 가지지 못하고 주위 사람의 시선을 피하여 바깥출입을 삼가거나 집안에 장애인이 있음을 수치로 생각하는 경향이 있다(김연희, 1990). 농촌에 거주하는 대부분의 사람들이 고령화되어, 농어촌의 장애인도 고령화되어 있는 것이 우리 나라 장애인 분포의 특징이기도 하다(한국보건사회연구원, 1994).

가정방문 재활서비스는 크게 진단 및 기능평가와 재활치료 두 분야로 나누어 볼 수 있다(김동현, 1999). 물리치료도 정확한 진단과

기능평가가 이루어져야 신체적 장애에 대한 적절한 치료가 가능하다. 그러나 아직까지 농촌 지역 장애인의 전반적인 기능수준에 대한 객관적인 평가는 거의 전무한 실정인바, 그들에게 어떤 영역에 초점을 두고 가정방문 물리치료를 시행할 지에 대한 자료가 없다. 따라서 본 연구에서는 농촌지역 재가장애인을 대상으로 FIM을 이용하여 일상생활 동작 수행능력을 평가함으로써 개인별 장애로 인한 의존도 정도를 조사하였다. 이를 바탕으로 재가장애인들에게 요구되어지는 가정방문 물리치료, 작업치료 등의 의료재활서비스를 시행 시에 잔존능력이 낮고 일상생활수준의 의존도가 높은 영역을 중심으로 이루어 질 수 있도록 하는데 목적이 있다.

II. 연구방법

1. 연구대상 및 자료 수집 방법

의료재활의 대상은 모든 장애인이라 할 수 있으나, 이 중 뇌졸중, 뇌성마비, 척수질환 및 손상에 의한 하지마비 혹은 사지마비, 소아마비, 신경손상, 관절염, 골절, 근육 및 결합조직 질환, 경부 및 요추부 통증, 사지절단, 화상, 호흡기능장애, 순환기 장애 등으로 인한 장애인을 중심으로 조사하였다. 강원도 원주시 내의 농촌지역인 1개 읍 8개 면 가운데, 1개 읍(문막읍), 6개 면(호저면, 신림면, 귀래면, 부론면, 흥업면, 판부면)을 확률화 추출법(random sampling)으로 선정하여, 지역 내의 1·2·3등급으로 장애인 판정을 받은 지체장애인, 뇌병변 장애인과, 뇌졸중, 심장장애, 신장장애와 장애인 등급에 포함되나 기타의 이유로 장애인 명부에 등록되지 않은 중증장애인을 대상으로 하였다.

설문지는 2000년 2월에서 3월에 걸쳐 제작하여, 동년 3월 16일과 17일 예비조사를 실시하여 수정·보완하였다. 조사기간은 2000년 3월 25일부터 동년 5월 15일까지 총 2개월 간 이루어졌으며, 총 331부의 설문지를 배포하여

298부(89.8%)가 회수되었다.

2. 조사방법

조사도구로는 설문지를 통한 일대일방문면접조사를 사용하였다. 10명의 교육을 받은 연세대학교 재활학과 학부생이 재가장애인의 집을 방문하여 연구의 취지를 설명하고, 장애인과 그들의 가족에게 동의를 구한 후 설문조사를 시행하였다. 설문지 내용은 응답자의 일반적 사항을 묻는 4문항, 사회 경제적 특성에 관한 5문항, 장애, 의학적 특성 및 보장구 사용에 관한 7문항을 조사하고, 일상생활 동작 수행능력을 평가하여, 각 항목별로 평균과 백분율을 구하였다. 일관성 있는 조사와 평가를 위해 설문조사원들에게 1개월간 교육하였고, 10여 차례의 회의를 실시하였다.

3. 분석방법

설문지의 각 문항을 부호화(coding)한 후, SPSS/PC⁺(Statistical Package for the Social Sciences/PC⁺)를 사용하여 분석하였다. 조사대상자의 일반적·의학적 특성과 일상생활 동작 수행능력을 알아보기 위해 빈도분석과 백분율을 사용하였다.

III. 결과

설문조사에 응답한 조사자 가운데 장애인 본인이 응답한 경우는 183명(61.5%)이며, 장애인 본인이 응답하기 어려운 경우 장애인을 가장 잘 파악하고 있는 배우자(12.8%)나 배우자 외 가족(23.1%), 간병인 2.3% 등이었다. 응답 장애인 중 남성이 210명(70.5%)이었으며, 88명(29.5%)인 여성보다 많았다. 연령별 61세 이상의 노인 장애인이 142명(47.7%)으로 가장 많았으며 기혼 장애인이 206명(69.1%)이었고, 교육정도는 무학이 93명(31.3%), 초등학교 졸 88명(29.5%)으로 낮은 교육수준을 보였다(표 1).

표 1. 응답자의 일반적 특성

(단위: 명)

	특성	명(%)
응답자	장애인 본인	183(61.5)
	배우자	38(12.8)
	배우자 외 가족	69(23.1)
	친척	1(.3)
	간병인	7(2.3)
	계	298(100.0)
	성별	여성
	남성	210(70.5)
	계	298(100.0)
연령	0~10	6(2.0)
	11~20	10(3.4)
	21~30	16(5.4)
	31~40	35(11.7)
	41~50	46(15.4)
	51~60	43(14.4)
	61세 이상	142(47.7)
	계	298(100.0)
결혼 여부	기혼	206(69.1)
	미혼	59(19.8)
	이혼·별거·사별	33(11.1)
	계	298(100.0)
교육 정도	무학	93(31.3)
	초등학교	88(29.5)
	중학교	49(16.4)
	고등학교	45(15.1)
	전문대 이상	20(6.7)
	특수 중·고교	3(1.0)
	계	298(100.0)

장애를 보면, 뇌졸중이 80명(26.8%)으로 가장 많았으며, 절단 37명(12.4%), 척수손상 25명(8.4%), 외상성 뇌손상 21명(7.0%), 뇌성마비 19명(6.4%), 소아마비 19명(6.4%), 신체 기능장애 14명(4.7%), 신장장애 9명(3.0%), 심장장애 5명(1.7%) 순으로 나타났다. 전체 응답자 298명 중 114명이 동반장애를 나타냈으며, 유형으로는 운동마비 76명(38.8%), 감각마비

표 2. 조사 대상자의 의학적 특성

(단위: 명)

	특성	명(%)
장애	뇌졸중	80(26.8)
	절단	37(12.4)
	척수손상	25(8.4)
	외상성 뇌손상	21(7.0)
	뇌성마비	19(6.4)
	소아마비	19(6.4)
	신체기능장애	14(4.7)
	신장장애	9(3.0)
	심장장애	5(1.7)
	기타	69(23.2)
	계	298(100.0)
	동반장애*	운동마비
감각마비		47(24.0)
언어장애		40(20.4)
시각장애		22(11.2)
청각장애		11(5.6)
계		196(100.0)
장애기간	1년 미만	17(5.7)
	1~ 5년 미만	74(24.8)
	5~10년 미만	60(20.1)
	10~20년 미만	47(15.8)
	20~30년 미만	33(11.1)
	30~40년 미만	29(9.7)
	40년 이상	38(12.8)
	계	298(100.0)
장애원인	교통사고 등 외상성	84(28.2)
	뇌졸중 등의 뇌질환	80(26.8)
	산업재해	24(8.1)
	선천적 기형	19(6.4)
	관절염 등 만성 질환	13(4.4)
	척수손상(질환)	6(2.0)
	약물, 가스중독	2(.7)
	원인 불명	30(10.1)
	기타	40(13.3)
	계	298(100.0)

표 3. 전체응답자의 보장구 사용 실태 (단위: 명)

보장구 사용 여부	특성	명(%)
사용함		116(38.9)
사용중인 보장구*	지팡이	55(39.0)
	휠체어	29(20.6)
	의수, 의족	21(14.8)
	목발	17(12.1)
	보조기	9(6.4)
	기타	10(7.1)
	계	141(100.0)
보장구 사용 기간	1년 미만	17(14.7)
	1~ 5년 미만	44(37.9)
	5~10년 미만	22(19.0)
	10~20년 미만	13(11.2)
	20~30년 미만	11(9.5)
	30~40년 미만	8(7.0)
	40년 이상	1(.9)
	계	116(100.0)
사용하지 않음		182(61.1)
사용하지 않는 이유	필요하다는 것을 모름	27(27.7)
	사용해보았으나 효과가 없어서	19(19.4)
	착용하기 불편해서	16(16.3)
	돈이 없어서	12(12.2)
	외관상 보기 흉해서	7(7.1)
	구입처를 몰라서	2(2.0)
	보장구가 필요하지 않음	84(46.2)
	기타	84(46.2)
	계	15(15.3)
계		298(100.0)

*중복응답 허용함

47명(24.0%), 언어장애 40명(20.4%), 시각장애 22명(11.2%), 청각장애 11명(5.6%) 순이었다. 장애기간은 최소 1개월에서 최대 71년으로, 5년에서 10년 사이가 60명으로 전체의 20.1%이었으며, 10년 이상 장애를 가진 만성 장애인도 147명(49.4%)으로 나타났다. 장애원인은 교통사고 등의 외상이 84명(28.2%)으로 가장 많았고, 뇌졸중 등의 뇌질환 80명

표 4. 자조활동 1(먹기, 꾸미기, 목욕하기) (단위: 명)

자조활동	먹기(%)	꾸미기(%)	목욕하기(%)
완전의존	15(5.0)	32(10.8)	46(15.4)
최대보조필요(25% 이상 수행)	3(1.0)	9(3.0)	20(6.7)
중간보조필요(50% 이상 수행)	8(2.7)	11(3.7)	25(8.4)
최소보조필요(75% 이상 수행)	7(2.3)	14(4.7)	15(5.0)
지도감독	8(2.7)	6(2.0)	4(1.4)
부분독립	32(10.8)	28(9.4)	25(8.4)
완전독립	225(75.5)	198(66.4)	163(54.7)
계	298(100.0)	298(100.0)	298(100.0)

(26.8%), 산업재해 24명(8.1%), 선천적 기형 19명(6.4%), 관절염 등 만성 질환 13명(4.4%), 질환으로 인한 척수 손상 6명(2.0%), 약물이나 가스중독 2명(0.7%), 원인불명 30명(10.1%), 기타 40명(13.3%)으로 나타났다. 기타의 내용으로는 소아마비가 많았다.

응답 장애인 중 보장구를 사용하는 장애인은 116명(38.9%)이었다. 116명의 보장구 사용 기간은 최저 1개월에서 40년까지였으며, 5년에서 10년까지의 사용기간이 22명(19%)으로 가장 많았다. 10년 이상의 장기사용자는 33명(28.6%)으로 나타났다. 응답 장애인이 가장 많이 사용하는 보장구는 지팡이가 55명(39.0%)으로 가장 많았고, 휠체어 29명(20.6%), 의수·족 21명(14.8%), 목발 17명(12.1%), 보조기 9명(6.4%), 보청기 2명(1.4%) 순이었다. 보장구가 필요하나 사용하

지 않는 경우는 98명으로, 보장구를 사용하지 않는 182명 중 53.8%이었다. 보장구를 사용하지 않는 이유로는 필요하다는 것을 모름 27(27.7%), 사용해 보았으나 효과가 없음 19(19.4%), 착용이 불편해서 16명(16.3%) 등이었다(표 3).

응답장애인의 자조활동 여섯 가지 항목의 수행능력은 먹기의 경우 18명(6.0%)이 완전 도움상태, 23명(7.7%)이 중간정도의 도움을 필요로 하였고, 꾸미기 각각 41명(13.7%), 31명(10.4%), 목욕하기 66명(22.1%), 44명(14.7%), 상의 입기 49명(16.4%), 28명(9.4%), 하의 입기 49명(16.5%), 30명(10.1%), 화장실 사용하기 42명(14.1%), 28명(9.4%)의 도움을 각각 필요로 하였다. 그 중 목욕하기에 대한 도움이 36.8%로 가장 높았다(표 4, 표 5).

표 5. 자조활동 2(상의 입기, 하의 입기, 화장실 사용하기) (단위: 명)

자조활동	상의입기(%)	하의입기(%)	화장실사용하기(%)
완전의존	34(11.4)	36(12.1)	32(10.7)
최대보조필요(25% 이상 수행)	15(5.0)	13(4.4)	10(3.4)
중간보조필요(50% 이상 수행)	13(4.4)	13(4.4)	12(4.0)
최소보조필요(75% 이상 수행)	12(4.0)	12(4.0)	6(2.0)
지도감독	3(1.0)	5(1.7)	10(3.4)
부분독립	28(9.4)	36(12.1)	42(14.1)
완전독립	193(64.8)	183(61.3)	186(62.4)
계	298(100.0)	298(100.0)	298(100.0)

표 6. 팔약근 조절하기(소변보기, 대변보기) (단위: 명)

팔약근 조절하기	소변보기(%)	대변보기(%)
완전의존	25(8.4)	24(8.1)
최대보조필요(25% 이상 수행)	10(3.4)	8(2.7)
중간보조필요(50% 이상 수행)	8(2.7)	10(3.4)
최소보조필요(75% 이상 수행)	4(1.3)	6(2.0)
지도감독	2(.7)	1(.3)
부분독립	23(7.7)	23(7.7)
완전독립	226(75.8)	226(75.8)
계	298(100.0)	298(100.0)

팔약근을 조절하는 항목에서 소변보기 조절 능력은 35명(11.8%)이 완전 도움, 14명(4.7%)이 부분적인 도움을 필요로 했으며, 대변보기의 경우 32명(14.2%)이 완전도움, 17명(5.7%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다(표 6).

위치이동 항목 중 침상, 의자, 의자차로의 위치이동 능력은 39명(13.1%)이 완전도움을 필요로 하였으며, 31명(10.4%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다. 화장실에서의 이동능력은 각각 41명(13.8%), 29명(9.7%), 욕조와 샤워실에서의 위치이동능력은 45명(15.1%), 33명(11.0%)이 도움을 필요로 하였다(표 7).

이동 항목 중 걷기, 의자차는 46명(15.5%)이 완전도움을 필요로 하였으며, 46명(15.4%)이 부분적인 도움을 필요로 하였다. 계단 오르기는 73명(24.5%)이 완전도움, 46명(15.4%)

이 부분적인 도움을 필요로 하였다(표 8).

의사소통 능력 중 이해하기는 22명(7.4%)이 완전 도움을, 35명(11.8%)이 부분적인 도움을 필요로 하였으며, 표현하기는 각각 29명(9.7%), 39명(13.1%)으로 나타났다(표 9).

사회생활하기에서 대인관계는 42명(14.1%)이 완전 도움, 32명(10.8%)이 부분적인 도움을 필요로 하였으며, 문제해결능력은 각각 46명(15.5%), 31명(10.4%), 기억력의 경우 각각 32명(10.7%), 28명(9.4%) 이었다(표 10).

일상생활수행능력 평가에 대한 영역별 평균은 계단 오르기가 4.91 ± 2.23 으로 가장 낮은 기능수준을 보였고, 목욕하기(5.14 ± 2.39), 하의입기(5.61 ± 2.18), 상의입기(5.65 ± 2.18) 순이었으며, 먹기(6.31 ± 1.57), 이해하기(6.17 ± 1.71), 대변보기(6.10 ± 1.89), 소변보기($6.09 \pm$

표 7. 위치이동(침상/의자/의자차, 화장실, 욕조/샤워) (단위: 명)

위치이동	침상/의자/의자차(%)	화장실(%)	욕조/샤워(%)
완전의존	29(9.7)	33(11.1)	36(12.1)
최대보조필요(25% 이상 수행)	10(3.4)	8(2.7)	9(3.0)
중간보조필요(50% 이상 수행)	12(4.0)	12(4.0)	15(5.0)
최소보조필요(75% 이상 수행)	9(3.0)	7(2.3)	11(3.7)
지도감독	10(3.4)	10(3.4)	7(2.3)
부분독립	59(19.8)	63(21.1)	54(18.2)
완전독립	169(56.7)	165(55.4)	166(55.7)
계	298(100.0)	298(100.0)	298(100.0)

1.92)의 기능이 높게 나타났다(표 11).

표 8. 이동(걸기/의자차, 계단 오르기) (단위: 명)

이동	걸기/의자차(%)	계단 오르기(%)
완전의존	36(12.1)	60(20.1)
최대보조필요(25% 이상 수행)	10(3.4)	13(4.4)
중간보조필요(50% 이상 수행)	9(3.0)	9(3.0)
최소보조필요(75% 이상 수행)	18(6.0)	17(5.7)
지도감독	19(6.4)	20(6.7)
부분독립	87(29.2)	72(24.2)
완전독립	119(39.9)	107(35.9)
계	298(100.0)	298(100.0)

표 9. 의사소통 능력 (이해하기, 표현하기) (단위: 명)

의사소통능력	이해하기(%)	표현하기(%)
완전의존	14(4.7)	18(6.0)
최대보조필요(25% 이상 수행)	8(2.7)	11(3.7)
중간보조필요(50% 이상 수행)	14(4.7)	18(6.0)
최소보조필요(75% 이상 수행)	8(2.7)	10(3.4)
지도감독	13(4.4)	11(3.7)
부분독립	17(5.7)	14(4.7)
완전독립	224(75.1)	216(72.5)
계	298(100.0)	298(100.0)

표 10. 사회생활하기 (대인관계, 문제해결능력, 기억력) (단위: 명)

사회생활하기	대인관계(%)	문제해결능력(%)	기억력(%)
완전의존	29(9.7)	33(11.1)	21(7.0)
최대보조필요(25% 이상 수행)	13(4.4)	13(4.4)	11(3.7)
중간보조필요(50% 이상 수행)	17(5.7)	12(4.0)	17(5.7)
최소보조필요(75% 이상 수행)	5(1.7)	9(3.0)	5(1.7)
지도감독	10(3.4)	10(3.4)	6(2.0)
부분독립	22(7.4)	21(7.0)	31(10.4)
완전독립	202(67.7)	200(67.1)	207(69.5)
계	298(100.0)	298(100.0)	298(100.0)

표 11. FIM 영역별 평균

영역	평균±표준편차
먹기	6.31±1.57
꾸미기	5.78±2.08
목욕하기	5.14±2.39
상의 입기	5.65±2.18
하의 입기	5.61±2.18
화장실 사용하기	5.76±2.07
소변보기	6.09±1.92
대변보기	6.10±1.89
침상/의자/ 이동하기	5.73±2.00
화장실 이동하기	5.69±2.04
욕실 이동하기	5.58±2.13
걷기/의자차	5.39±2.04
계단 오르기	4.91±2.34
이해하기	6.17±1.71
표현하기	5.99±1.88
사회인지능력	5.78±2.09
문제 해결하기	5.73±2.14
기억력	5.97±1.91

IV. 고찰

재활은 장애인이 하나의 완전한 인격체이자 사회인으로 자립하는 것을 목적으로 이루어지는 전인적·종합적 활동으로써, 장애인의 잠재능력을 평가하고 이를 개발할 수 있도록 다방면의 전문가들과 지역사회의 자원을 동원하여 사회구성원으로서의 권리와 의무를 다할 수 있도록 돕는 것이다. 현재 우리나라는 퇴원 후 지속적인 재활치료가 필요한 환자가 증가하고 있으나 추후 관리 소홀로 인해 재입원하는 경우가 많다(이충휘 등, 2000). 또한 농촌지역 내의 재가장애인들에게는 사회적·경제적 환경으로 인하여 충분한 의료 기회가 주어지지 않는다. 병원에 입원하여 치료를 받았던 환자 중 계속적인 추후 관리가 필요한 환자들을 대상으로 하여 보다 적은 경비로 간편하고 폭넓게 의료서비스의 연속성을 기하고 효과를 극대화시켜 서비스의 질

을 향상시키고 환자의 만족도를 높이기 위해서 가정방문 재활서비스, 특히 가정방문 물리치료 서비스의 제공은 필요하다(심정길, 1994).

가정방문 물리치료는 다른 의료재활과 마찬가지로 장애에 대한 정확한 진단을 바탕으로 구체적이고 적절한 치료의 시행과 재평가가 이루어져야 하며, 장애로 인한 합병증을 예방하고 기능을 향상시키며, 궁극적으로는 사회에 복귀할 수 있도록 해야 한다. 이를 위한 평가도구는 장애인의 기능적 한계나 장애를 객관적으로 판별하는 데 도움이 된다. 이는 장애조건을 해소 또는 감소시키거나 장애인의 능력과 한계를 개선시키고 재활서비스를 가장 적절하게 제공할 방법을 결정하는데 이용된다. 김동미(1994)는 응답자의 질환이 신경 외과적 중증일수록 방문치료의 필요성을 많이 느끼며, 중증 환자일수록 일상생활이나 치료를 위한 병원 방문 시에 더 많은 보호자의 도움을 필요하다고 하였다.

본 연구에서는 장애인의 일상생활 동작능력을 평가하기 위해 FIM을 사용하였다. FIM은 치료사, 환자, 재활팀에게 환자의 다양한 일상생활 수행능력을 민감하고(specific) 객관적으로 제공하기 위해 고안되어진 평가도구이다(Kauffman, 1999). FIM은 비교적 적은 시간동안 장애의 심한정도를 측정할 수 있도록, 최소한의 항목으로 구성된 기본적인 지표이므로 다양한 특성을 지닌 환자들에게 일반적으로 사용할 수 있다. 또한 FIM을 통해 얻어진 자료로 시간에 따른 추이와 치료 효과 그리고 결과를 분석하며 손상(impairment)이 아닌, 장애(disability)를 측정한다. 독립(independent)에서 다른 사람이나 도구를 필요로 하는 의존(dependent)까지 7단계로 순서를 정하고, 질적인 삶의 유지를 위해 다른 사람 혹은 도구를 통한 도움을 필요로 한다면 도움의 정도를 시간이나 에너지의 양에 따라 세분화한다. 7점과 6점은 보조자가 필요 없는(no helper) 독립적 생활이 가능(independent)한 경우에 주어지며, 5점 이하는 보조자가 꼭 필요(requires helper)시 되어진다. 3,4,5점은 부분적으로 의존하는 경우(modified dependence)에 주어지며, 1,2점은 완전도움(complete dependence)일 경우 주어지는 것으로 보았다.

본 연구의 결과에서는 먹기, 꾸미기, 목욕하기, 상의 입기, 하의 입기로 구성된 자조활동 가운데 목욕하기의 의존도가 가장 높은 것으로 나타났다. 이는 무엇보다도 농촌지역의 주거환경이 한국 전통가옥 형태가 많은 것에 그 원인을 들 수 있다. 한국보건사회연구원(1994)이 조사한 우리 나라 농촌지역의 주거실태에 관한 연구에서는 재래식 부엌과 화장실 시설이 각각 92.4%, 98.4%인 것으로 나타났다. 목욕을 하기 위한 적절한 욕실이 가정 내에 없으므로, 공중 목욕탕을 이용하고, 그에 따라 외부로 이동하는데 어려움이 따르므로 목욕하기에 대한 독립성이 낮았다고 볼 수 있다. 조영주(1997)의 연구에서 지체장애인 중 전신마비 장애인의 42.9%가 식

사 시 도움을 필요로 하다고 하였으나, 이 연구에서는 13.7%의 장애인이 도움을 필요로 하였다.

팔약근 조절하기에서는 소변보기, 대변보기가 각각 16.5%의 도움을 필요로 하였다. 지체장애인 중에서도 전신마비인 경우에 용변에 대해 항상 도움을 필요로 하는 비율이 높게 나타났으며(57.1%), 이로 인해 전신마비 장애인의 경우 대부분의 가족구성원이 하루종일 장애인에게 매달리게 됨으로써 자신의 생활을 포기하고 있다고 하였다. 전체 장애인의 용변에 대한 도움은 필요없다라고 응답한 장애인이 79%로 용변에 대한 자립도는 높은 것으로 나타났다(조영주, 1997).

위치이동 영역에서, 침상·의자·의자차로의 이동은 23.5%, 화장실로의 이동은 23.5%, 욕조·샤워실로의 이동은 26.1% 도움을 필요로 하였다. 농촌 지역의 재래식 화장실의 비율이 높아서, 본체와 떨어져 위치한 화장실을 사용하기 때문이라고 볼 수 있다.

이동영역에서 걸기나 의자차를 이용하여 이동하는 경우, 30.9%가 도움을 필요로 하였다. 전체 응답자 가운데 의자차를 사용하는 경우는 9.73% 이었다. 병원에서 재활치료를 받고 있는 외래 및 입원환자를 대상으로 한 이충휘 등(2000)의 연구에서는 걸기에서 가장 불편함을 느낀다고 응답하였다. 조영주(1997)의 보행에 대한 자립도에 관한 조사에서, 전혀 도움이 필요없다라고 응답한 장애인이 28%, 항상 도움이 필요하다 25%, 거의 도움이 필요없다 21%, 약간 도움이 필요하다가 15%이었고, 식사에 대한 자립도에서 전혀 도움이 필요없다 51%, 거의 도움이 필요없다 33%, 외출에서는 항상 도움이 필요하다가 41%, 약간 도움이 필요하다가 19%, 전혀 도움이 필요없다 16% 순으로 나타났다. 본 조사에서 보장구를 사용하는 장애인은 38.9%이며, 그 중 보행을 위해 18.46%가 지팡이를 사용하고, 목발은 5.70%가 사용하고 있었다.

의사소통 영역에서 이해하기 부분에서는 19.2%, 표현하기 22.8%가 도움을 필요로 하

었다. 사회생활하기에서는 대인관계 24.9%, 문제해결능력 25.9%, 기억력 20.1%의 도움을 필요로 하였다. 조영주(1997)는 이웃과의 관계에서는 가벼운 인사 정도만 나누고 지낸다가 전체응답자의 53%, 어려울 때 서로 도와 줌이 30.0%, 서로 관계없다가 17.0%로 장애인에 대한 지역사회주민의 홍보와 교육이 시급하다고 하였다.

이를 통하여 볼 때 재가장애인들은 용변과 식사에서는 자립도가 높아 많은 도움을 필요로 하지 않았으나, 보행과 계단 오르기, 외출 시에는 도움을 필요로 하는 비율이 높은 것으로 나타났다. 따라서 가정방문 물리치료 시행 시에는 보행과 계단 오르기와 같은 운동치료와 기능 훈련에 초점을 맞추어야 한다. 이 외에도 먹기, 꾸미기, 옷입기와 같은 일상생활 동작 지도도 동시에 이루어져야 할 것이다. 양영애(1997)의 연구에서 보면 운동치료, 일상생활동작 지도, 통증치료 등의 순서로 편마비 환자, 척수마비 환자들이 치료받기를 원하였고, 이충휘 등(2000)의 연구에서도 운동치료, 통증치료, 일상생활동작 지도의 순이었다.

이상의 결과는 원주시에 속한 읍·면의 농촌 지역 지체장애인을 대상으로 하여, 결과를 일반화하는데는 제한점이 있고, 조사 도구로 사용한 FIM이 아직 우리나라에서 일반화되지 않았으며, 주거환경의 차이나 생활방식의 차이로 적용에 어려움이 있었다. 또한 10명의 조사원 사이에 질의와 응답을 이끌어내는 데 있어서 객관성의 문제를 배제할 수 없었다.

앞으로 의료재활분야에서는 지역사회중심 재활이 보다 활발해질 것으로 예상되며, 노인 인구가 증가함에 따라 노인재활의 비중이 커질 것으로 보인다. 또한 장애예방의 중요성이 증대될 것이며, 의료내용이 국소 치료보다는 기능향상에 보다 역점을 두게 될 것으로 전망된다(박옥희, 1998). 장애에 대한 정확한 진단과 함께, 구체적이고도 적절한 의료를 통해, 신체적 장애의 예방, 제거 또는 감소, 장애인이 지닌 장애에 대한 정신적, 심리적 측면에서의 회복을 위한 노력과 함께 신체적

기능을 최대한으로 회복시켜 보다 생산적이고 행복한 삶을 영위할 수 있도록 해야 한다. 앞으로 재가 장애인의 기능과 가정방문 물리치료의 시행을 위한 연구에서는 입원 초기, 퇴원시, 그리고 퇴원후의 일상생활기능수준에 대한 추후 평가를 통해 기능수준 향상과 가정방문 물리치료의 상관성에 대하여 조사되어야 할 것이다.

V. 결론

이 연구의 목적은 농촌지역 재가장애인을 대상으로 FIM을 통하여 일상생활동작 수행능력을 평가하며, 의존도가 높은 영역을 조사하여, 재가장애인들에게 요구되어지는 가정방문 물리치료를 시행 시에 능력이 낮은 영역을 중점으로 이루어 질 수 있도록 하는 것이다. 298개의 설문지를 이용한 방문조사 결과, 장애인들이 가장 낮은 기능수준을 보이는 것은 계단 오르기와 목욕하기로 나타났다. 따라서 가정방문 물리치료시에는 이와 같은 부분에 운동치료와 기능 훈련에 초점을 맞추어야 하며, 먹기, 꾸미기, 옷입기와 같은 일상생활동작 지도가 동시에 이루어져야 할 것이다.

인용문헌

- 김동미. 가정방문 물리치료의 도입 필요성. 대한물리치료사 학회지. 1994;3(2):163-175.
- 김동현. 장애인 의료재활서비스의 만족도에 대한 연구. 단국대학교 행정대학원. 1999.
- 김순화. 가정재활 치료제도에 대한 인식 및 태도. 연세대학교 보건대학원. 1996.
- 김연희. 농촌지역지체장애자의 실태 및 주민의 태도에 관한 조사. 대한재활의학회지. 1990;14(1):80.
- 김태곤. 재가장애인 의료재활서비스 활성화 방안에 관한 연구. 동아대학교 정책과학대학원. 1999.

- 박옥희. 장애인복지의 이론과 실제. 학문사. 1998.
- 심정길. 가정방문 물리치료제도의 도입에 관한 연구. 한양대학교 행정대학원. 1994.
- 양영애. 가정방문 물리치료제도에 관한 실증적 연구. 한양대학교 행정대학원. 1997.
- 이건우. 농어촌 장애인복지의 문제점과 재활영역에 관한 연구-전남지역 장애인을 중심으로. 중앙대학교 사회개발대학원. 1994.
- 이충휘, 원종혁, 옥준영. 가정방문 물리치료서비스의 이용의사에 관한 연구. 한국전문물리치료학회지. 2000;7(1):64-78.
- 이한숙, 박돈묵, 김충식. 가정방문 물리치료. 대한물리치료사학회지. 1996;8(1):91-98.
- 조영주. 지역사회중심 재가복지서비스를 받고 있는 재가장애인의 욕구분석. 경성대학교 정책정보대학원. 1997년.
- 한국보건사회연구원. 보건진료원교제(I). 1994.
- Kauffman TL. Geriatric Rehabilitation Manual. Churchill livingstone, Philadelphia. 1999. 432-433.