

재가 중증 뇌병변 장애인의 기능상태 및 케어요구 목록 평가

고려진¹⁾ · 유원섭²⁾ · 이꽃메³⁾ · 이소나⁴⁾ · 김교현⁵⁾ · 오희영⁶⁾

서 론

최근 의학과 문명의 발달로 인하여 인구의 평균수명이 증가하고 만성질환 및 노인성 질환의 증가, 교통사고 및 산업재해 등 장애를 초래할 수 있는 원인의 증가로 인하여 장애인의 수도 증가하고 있는 추세이다(박기수 등, 1999). 2005년도 장애인 실태조사에 따르면 등록된 전국 장애인구는 약 2,149천여 명으로, 장애인 출현율(인구 100명당 장애인수)은 4.59% 이었고, 2000년과 비교할 때 재가장애인의 수는 702,880여명이 늘어났으며 장애인 출현율도 1.52% 증가하였다(변용창 등, 2006).

특히, 재가 뇌병변장애인의 발생빈도는 지체장애인의 다음으로 높아 270,853명으로 조사되었고 뇌병변장애인 출현율은 0.64%(변용창 등, 2006)로 조사되었다. 뇌병변장애인이란 ‘뇌졸중, 외상성 뇌손상, 뇌성마미 등 뇌의 기질적 병변으로 인한 신체적 정신적 장애가 생기며 보행 또는 일상생활동작 등에 현저한 제한을 받는 자’로 발병 후 기능상태 등에 치명적인 장애를 남기는 만성퇴행성질환이기 때문에 장기간의 재활서비스를 필요로 한다.

지역사회에 살고 있는 장애인들이 가지고 있는 재활욕구의 70%는 장애의 조기발견, 재활에 대한 인식고취, 욕창관리, 대소변관리, 가욕구조 변경, 간단한 재활 치료 등으로서 대부분이 1차 보건의료수준에서 해결될 수 있는 문제들이며(김찬문과 전유진, 2000; 변용창과 윤상용, 2001; 김만호와 최영신, 2006) 이들을 위한 효율적인 재활서비스가 필요로 되고 있다.

그러나 재가 뇌병변장애인들이 이용할 수 있는 건강관리 서비스를 보면 제공기관이 제한되어 있고 재활 프로그램 역시 장애인의 특성과 기능 상태를 반영하지 못하는 경우가 많아 장애인 건강관리 서비스의 비효율성이 지적되어 왔다(Jang et al., 2006). 결과적으로 장애인들은 병원에서의 급성기 치료 후 재가에서 지속적인 재활 추후관리를 받지 못하게 되기 쉽고 가정에서 재가 장애인으로 방치되어 장애를 심화시키는 경우가 많다고 할 수 있다(김찬문과 전유진, 2000).

이러한 재가 장애인의 충족되지 않는 재활요구를 해결하기 위한 사업의 일환으로 1976년 세계보건기구(WHO)에서는 재활서비스를 받는 재가 장애인의 수를 늘일 수 있는 지역사회 중심 재활(Community Based Rehabilitation, CBR) 프로그램을 개발하였다(Mitchell, Zhou, & Watts, 1993; Mitchell, 1999; 이충휘, 이현주, 박경희와 안덕현, 2002). 우리나라의 경우를 보면 2000년부터 도시, 농촌, 혼합형 지역 몇 곳을 선정하여 보건소를 중심으로 하여 지역사회중심 재활시범사업을 운영해왔다(Jang et al., 2006). 현재 보건소 중심으로 시행되고 있는 우리나라의 CBR 사업은 서비스의 주된 대상자를 저소득층의 장애인 및 재가 중증장애인을 우선순위로 하고 있으며 실제 CBR 서비스를 이용하는 장애인을 보면 지체장애(67.7%)와 뇌병변장애(21.4%)를 가진 중증 장애인에 집중되어 있다(보건복지 한국장애인복지관협회, 2003; 김만호와 최영신, 2006).

CBR 사업은 크게 세 가지로 구성되는데 1) 가정방문재활치료, 보건소내 재활치료, 장애검진 등을 포함하는 보건의료재활서비스와 2) 장애인자조모임, 가족지지프로그램 등의 사회

주요어 : 뇌병변 장애, 재활, 장애인, MDS-HC

1) 건강보험심사평가원 연구원, 2) 을지대학교 예방의학교실 교수
3) 상지대학교 간호학과 교수, 4) 옥천군 보건소 방문보건 간호사
5) 을지대학교 예방의학교실 전공의, 6) 을지대학교 간호대학 교수(교신저자 E-mail: hoh123@eulji.ac.kr)
투고일: 2008년 10월 15일 수정일: 2008년 10월 31일 심사완료일: 2008년 12월 4일

재활서비스, 3) 의료기관, 행정기관, 사회복지기관 과 같은 지역사회기관 의뢰서비스 의 형태로 제공되고 있다. 이들 중 주요 핵심 사업은 의료재활서비스로서 재활기구의 활용 및 방문간호 서비스이다(김만호와 최영신, 2006). 의료재활서비스의 문제점은 기존의 재활기관과의 연계를 통한 체계적인 서비스 체계의 확립이 미흡하여 서비스가 중복되거나 일부서비스는 제공되지 못한다는 점이다(Jang et al., 2006). 또한 대상자의 기능 상태를 제대로 평가하지 않고 일률적 형태의 서비스를 제공하고 있어 실제적으로 대상자의 요구에 부응하는 적절한 재활서비스를 제공하지 못하는 점도 문제점이라 할 수 있다(권말숙, 2005). 특히 뇌병변 재가 장애인의 경우는 병원 중심의 외래 치료를 받는데 통원의 제한이 따르기 때문에 가정 간호사나 방문 재활서비스를 통한 효율적인 재활 및 건강관리가 무엇보다 중요하다. 이를 위하여 재가중증장애인이 어떠한 건강문제를 가지고 있으며, 일상생활 수행도와 기능상태는 어떠한지, 해결되어야 하는 욕구와 재활서비스는 무엇인지를 분석하는 것이 매우 필요하며 중요한 일이 아닐 수 없다.

한편, 일상생활 수행도와 기능상태를 정확히 파악하기 위해서는 타당도와 신뢰도가 확보된 포괄적인 기능사정도구의 사용이 무엇보다 우선된다고 볼 수 있다. 일상생활 수행 혹은 기능상태 평가와 관련된 선행연구들을 보면, 주로 재가노인의 기능상태평가를 위한 도구로 인지기능 평가를 위한 Mini Mental Status Examination(MMSE)이나 일상생활기능을 평가하기 위한 Activity of Daily living(ADL), Instrumental Activity of Daily Living(IADL) 등을 번역하여 단편적으로 또는 혼합한 형태로 사용하였다. 그러나 이러한 도구를 사용하는 경우 재가노인의 전반적인 문제를 평가하기 어렵고, 이들을 조합하여 사용한다 하더라도 그 결과들을 종합하여 하나의 결론을 내리기 어렵기 때문에 효율적인 건강관리로 연결되지 못하는 문제점을 안고 있다(김선민 등, 2000). 뇌졸중과 같은 뇌병변 환자의 기능평가를 다룬 선행연구에서는 Modified Barthel Index(MBI), Functional Independence Measure(FIM)와 같은 도구들이 사용되었고 주로 병원에 입원중인 환자들을 대상으로 장애정도를 평가하고 재활치료의 결과를 판정하는데 중점을 두어 진행되었다(황병용, 2004; 홍순탁, 박형숙과 정은숙, 1998). 현 시점에서는 병원에서 퇴원 한 재가 장애인들의 기능상태를 포괄적으로 평가하고 이들의 서비스 요구도를 파악하는 것이 시급하나 이에 관련된 연구는 부족한 실정이다. 이에 국제적으로 표준화 과정을 거치고 타당성과 신뢰도가 검증된 포괄적 기능상태 평가·판정도구인 Resident Assessment Instrument(RAI) MDS-HC 2.0을 사용하여 지역사회 재가 뇌병변장애인들의 기능상태를 평가하고 대상자가 요구하는 건강관리 서비스를 파악하여 그에 적절한 서비스 지원 방안을 모색하고 복지증진을 위한 정책방향과 과제를 제시하는데 필요

한 기초자료를 마련하는 목적으로 본 연구가 진행되었다.

용어 정의

● 중증 뇌병변 장애인

뇌병변 장애인이란 “뇌졸중, 외상성 뇌손상, 뇌성마미 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 생긴 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람”(보건복지부, 2005)을 의미하며 본 연구에서 중증 뇌병변장애인이란 보건복지부령 제 1호 장애인 복지법 시행규칙에 따른 제 1급(disability level 1), 보행이 불가능 하거나 일상생활동작을 거의 할 수 없어 도움과 보호가 필요한 사람과 제 2급(disability level 2), 보행이나 일상생활동작이 현저하게 제한된 사람으로 뇌병변 장애인으로 등록된 자를 의미한다.

연구 목적

- 재가 중증 뇌병변장애인의 특성을 조사한다.
- 재가 중증 뇌병변장애인의 신체적 기능상태(ADL, IADL)를 파악하고 ADL Self-Performance Hierarchy에 따른 기능수준을 분석한다.
- 재가 중증 뇌병변장애인의 케어요구 목록의 우선순위를 파악한다.
- 재가 중증 뇌병변장애인의 장애등급(1, 2 등급)에 따른 케어요구 목록을 비교분석한다.

연구 방법

연구 설계

본 연구는 횡단적 서술적 조사연구로서 거점 보건소 시범사업의 일환으로 진행되었던 “재가 장애인 재활서비스 이용실태 및 요구도 조사” 자료의 일부를 분석하였다.

연구 대상자

본 연구의 대상자는 2005년 6월 말 현재 충청지역 O군 관내 뇌병변장애 등록장애인 262명 중 1-2등급 뇌병변장애인 145명(1등급 60명, 2등급 85명)을 대상으로 하였으며, 조사에 응하지 않거나 조사기간 동안 옥천군 관내에 거주하지 않은 54명과 자료누락으로 분석이 가능하지 않은 3명을 제외한 88명을 최종분석 대상으로 하였다.

연구 도구

● 기능상태

대상자의 기능상태는 MDS-HC(Minimum Data Set Home Care Version) 2.0(김창엽 등, 2000)에 포함되어 있는 일상생활 수행능력 평가도구(Activities of Daily Living; ADL) 과 도구적 일상생활 수행능력 평가도구(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)를 사용하여 측정하였다. 일상생활수행능력은 침대에서의 움직임, 이동, 실내 및 실외에서의 이동, 옷입기, 식사하기, 화장실 사용, 개인위생, 목욕하기의 10가지 항목에 대하여 독립적, 준비만 필요, 감독, 부분적 도움, 상당한 도움, 최대한 도움, 전적의존, 활동이 일어나지 않음의 8단계로 평가하였다. 도구적 일상생활 수행정도는 음식장만, 일상적 집안일, 금전관리, 약물관리, 전화사용, 쇼핑하기, 교통수단 이용하기 의 7가지 영역에 대하여 독립적, 제한적 도움, 상당한 도움, 전적의존, 활동이 일어나지 않음의 5단계로 평가하였다. 또한 ADL Self-performance hierarchy scale은 The interRAI MDS-Home care version에 수반되는 기능측정도구로서 이것은 단순히 기능을 점수화 하는 것을 보완하여 ADL-SF에 포함되는 4가지 핵심기능(personal hygiene, toileting, eating, locomotion)을 평가하며 질병초기와 후기에 잃게 되는 기능에 차등을 두어 평가하는 도구이다. 기능수준에 따라 독립적, 감독필요에서부터 완전의존 까지 7단계로 나누어 평가한다.

● 케어요구목록(Clinical Assessment Protocols; CAPs)

대상자의 케어요구 사정은 국제 RAI(Resident Assessment Instrument) 연구회(interRAI)가 개발하고 김창엽 등(2000)이 번역한 MDS-HC(Minimum Data Set Home Care Version) 2.0을 사용하였다. MDS-HC는 재가서비스를 받는 노인의 요구와 건강, 서비스에 대한 선호도를 평가하기 위하여 개발한 포괄적이고 표준화된 평가도구이며(김창엽 등, 2000), 케어요구목록(CAPs)은 문제선정 기준에 따라 문제가 있다고 확인된 대상자들에 대해 더 자세한 평가를 해서 대상자에게 적합한 케어 플랜을 수립하는데 필요한 일반적 지침을 포함하고 있다. 이 도구는 크게 두 영역으로 구성되는데 첫째, 노인을 비롯한 기능장애자들의 기능상태와 건강, 사회적지원 자원, 서비스 이용 등의 다양한 영역을 평가할 수 있는 최소정보군(Minimum Data Set, MDS)과 둘째, 최소정보군(MDS)을 근거로 대상자의 케어요구 즉, 문제를 선정하고 문제에 대한 접근 방법을 기술한 30개의 케어요구목록(Client Assessment Protocols, CAPs)으로 구성되어 있다(김선민 등, 2000; Yamada & Ikegami, 2003).

이 도구는 국제적으로도 타당도가 검증되어 사용되고 있으며(Morris et al., 1997; Landi et al., 2000), 선행연구에서 인지

양상, 정서와 행동양상, 신체적인 기능 등에 높은 일치도를 보였다(김선민 등, 2000; 김화중 등, 2000). MDS-HC의 하부영역인 케어요구목록(CAPs)별 선정기준의 민감도는 MDS-HC에 의한 목록과 간호사가 직접 작성한 목록을 비교하여 조사한 결과 Kappa치가 0.4 이상으로 만족할 만한 일치도(이신호와 김선민, 2000)를 보였다.

자료 수집 방법

자료 수집은 2005년 지역사회중심 재활사업을 운영한 사업소 중 신규 거점 보건소인 충청지역에 위치한 O군 보건소에서 2005년 8월 1일부터 8월 31일까지 한 달간 수행되었다. 충청지역 O군 보건소의 방문보건간호사, 보건지소의 통합보건요원, 보건진료소의 보건진료원이 조사대상 장애인 가구를 직접 방문하여 대상자를 직접 사정하고 대상자와 보호자를 면접하는 방식으로 조사하였다. 자료수집에 앞서 각 대상자와 보호자에게 연구의 목적, 절차, 내용을 설명하였고 사전 동의를 얻은 후 시행되었다. 연구참여는 자의에 의한 결정임을 설명하였고 수집된 자료는 개인정보가 노출되지 않도록 보관, 처리 하였다. 연구참여 혹은 불참여에 따른 어떠한 불이익도 없으며 연구참여로 인한 위험은 없음을 설명하였다. 자료수집자 훈련은 조사방법과 조사내용의 설명, 효과적인 면접방법 등을 포함하여 실시되었으며 실제 사례를 제시하고 조사지를 작성하는 실습을 시행하였다. 대상자의 신체기능 및 케어요구 목록의 평가등 자료수집 과정에서 발생하는 의문사항은 책임 연구자가 수시로 확인하고 논의함으로써 자료수집자 모두가 일정한 방식으로 면접을 수행하도록 하여 자료수집 절차의 표준화를 이루도록 하였다.

자료 분석

수집된 자료는 SPSS/WIN 14.0을 이용하여 입력되었고 일반적 특성, 대상자의 일상생활 수행능력, 도구적 일상생활 수행능력, 케어요구는 빈도와 백분율의 서술적 통계로 분석하였다. 대상자 특성별 케어요구 문제의 수는 평균, 표준편차, t-test, ANOVA 로 분석하였고 케어요구목록은 백분율과 우선순위로, 장애등급별 케어요구목록은 빈도와 백분율, 카이제곱 분석을 사용하였다.

연구의 제한점

본 연구는 2005년 지역사회중심 재활사업을 운영한 사업소 중 신규 거점 보건소인 충청지역에 위치한 O군 보건소에서 수행된 시범사업의 일환으로 진행되었던 “재가 장애인 재활서

비스 이용실태 및 요구도 조사” 자료의 일부를 분석한 연구로서 연구의 내용과 조사변수 범위의 제한점을 갖는다. 또한 대상자가 일개지역에 거주하고 있고 적은수의 표본으로 수행되었기에 표본의 대표성에 한계가 있어 연구의 결과를 일반화하는데 제한점이 있다.

연구 결과

일반적 특성

대상자의 일반적 특성을 보면 성별은 남자가 50명(58.8%), 여자가 38명(43.2%)이었고, 연령분포는 65세 이상 노인연령층이 44명(50.0%)로 가장 많았고 50세에서 64세까지가 27명(30.7%), 49세 이하가 17명(19.3%) 이었다. 결혼상태는 기혼이 61명(69.3%), 미혼이 16명(18.2%), 사별 9명(10.2%)이었고, 동거가족으로는 배우자인 경우가 56명(63.6%), 부모나 자녀 등 가족이 40명(45.5%), 독거인 경우가 2명(2.3%)이었다. 교육정도는 초등교육 혹은 그 이하가 57명(64.8%)으로 가장 많았으며 가구 월평균 소득은 100만 원 이하가 57명(64.8%)로 저소득층이 많았다. 의료보장형태는 의료보험이 64명(72.7%), 의료급여가 24명(27.3%)이었다. 장애인인으로는 사고나 고혈압과 같은 만성질환으로 인한 후천적인 장애가 80명(90.9%)으로 대부분을 차지하였다.

재가 중증 뇌병변 장애인의 기능상태-일상생활 수행능력

MDS-HC로 측정한 기능상태를 보면 일상생활 수행능력(ADL)에 있어서 타인에게 전적으로 의존해야 한다고 대답한

일상생활 활동은 외부출입이 23명(26.1%)로 가장 많았고 개인 위생과 목욕이 각각 21명(24.1%), 다음으로 상의 입기, 하의입기가 각각 20명(22.7%)으로 많았다. 독립적으로 수행할 수 있다고 대답한 항목은 침상에서의 움직임(55.7%)이나 이동(44.8%), 밥먹기(44.3%) 순이었다. Morris, Fries and Morris (1999)가 제시한 방법대로 개인위생, 화장실출입, 외부출입, 식사하기의 4가지 활동에 근거하여 대상자의 활동정도를 범주화 한 ADL Self-Performance Hierarchy를 적용하여 분석한 결과 23%가 4가지 활동을 독립적으로 수행할 수 있었으며, 수발자의 감독이나 제한적인 도움이 필요한 대상이 22.9%, 상당한 도움이 필요한 경우가 26.4%, 수발자에게 의존해야 하는 대상이 11.5%, 전적으로 의존하는 대상자는 16.1% 이었다. 대상자의 기능상태-일상생활 수행능력은 <Table 1>와 <Table 2>에 정리된 바와 같다.

재가 중증 뇌병변 장애인의 기능상태-도구적 일상생활 수행 상태

대상자들의 도구적 일상생활(IADL) 수행 상태는 약간이라도 도움을 받는 의존적인 경우는 식사준비는 64.4%, 일상적인 가사일은 63.2%, 경제적 관리는 50.6%, 투약관리가 49.4%, 전화사용은 48.3%, 물건사기 52.9%, 이동 49.4% 이었다. IADL의 활동을 독립적으로 수행할 수 있는 대상자는 식사준비 13.8%, 일상적인 가사일 9.2%, 돈관리 12.6%, 투약관리 32.2%, 전화사용 28.7%, 물건사기 8.0%, 이동 7.1% 뿐으로 도구적 일상생활 수행에 필요한 기능상태가 매우 낮았다. 재가 중증 뇌병변 장애인의 도구적 일상생활 수행능력은 <Table 3>와 같다.

<Table 1> MDS-HC activities of daily living status of subjects

(N=88)

MDS-HC ADL Items	Independent	Setup help only	Supervision	Limited Assistance	Extensive Assistance	Maximal Assistance	Total Dependence	Activity did not occur	total*
Mobility in bed	49 (55.7)	6 (6.8)	1 (1.1)	9 (10.2)	3 (3.4)	6 (6.8)	13 (14.8)	1 (1.1)	88 (100)
Transfer	39 (44.8)	5 (5.7)	1 (1.1)	6 (6.9)	8 (9.2)	9 (10.3)	16 (18.4)	3 (3.4)	87 (100)
Locomotion (indoor)	34 (38.6)	6 (6.8)	1 (1.1)	9 (10.2)	7 (8.0)	7 (8.0)	15 (17.0)	9 (10.2)	88 (100)
Locomotion (outdoor)	26 (29.5)	8 (9.1)	2 (2.3)	4 (4.5)	9 (10.2)	7 (8.0)	23 (26.1)	9 (10.2)	88 (100)
Dressing (upper garment)	25 (28.4)	12 (13.6)	-	14 (15.9)	7 (8.0)	8 (9.1)	20 (22.7)	2 (2.3)	88 (100)
Dressing (pants)	23 (26.1)	10 (11.4)	1 (1.1)	14 (15.9)	8 (9.1)	10 (11.4)	20 (22.7)	2 (2.3)	88 (100)
Eating	39 (44.3)	9 (10.2)	3 (3.4)	10 (11.4)	7 (8.0)	4 (4.5)	15 (17.0)	1 (1.1)	88 (100)
Toilet use	34 (38.6)	9 (10.2)	2 (2.3)	10 (11.4)	4 (4.5)	9 (10.2)	18 (20.5)	2 (2.3)	88 (100)
Personal hygiene	27 (31.0)	5 (5.7)	1 (1.1)	11 (12.6)	9 (10.3)	10 (11.5)	21 (24.1)	3 (3.4)	87 (100)
Bathing	15 (17.4)	1 (1.2)	1 (1.2)	14 (16.3)	8 (9.3)	21 (24.4)	21 (24.4)	5 (5.8)	86 (100)

MDS-HC : Minimum Data Set- Home Care

* Total N varies from 86-88 due to missing cases

<Table 2> Subjects' functional status by ADL self-performance hierarchy scale* (N=87)[†]

ADL Self-Performance Hierarchy	Score	Description	N (%)
All four ADLs = 0	0	Independence	20 (23.0)
All four ADLs < 2	1	Supervision required	7 (8.0)
All four ADLs < 3 AND one or more of the four ADLs = 2	2	Limited impairment	13 (14.9)
Eating and locomotion both < 3 AND personal hygiene or toilet use both > 2	3	Extensive assistance required(I)	7 (8.0)
Eating or locomotion = 3 AND neither of these 2 ADLs =4	4	Extensive assistance required(II)	16 (18.4)
Eating OR Locomotion = 4	5	Dependent	10 (11.5)
All four score = 4	6	Total dependence	14 (16.1)

* Functional status were classified based on the scoring rules as referenced by Morris, Fries, & Morris (1999). Note the four items used for scoring; personal hygiene, toileting, locomotion, and eating

† 1 missing case

<Table 3> MDS-HC instrumental activities of daily living status (N=87)

MDS-HC IADL Items	Independent	limited assistance	Extensive assistance	Total dependence	No activity	Total**
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Meal preparation	12 (13.8)	11 (12.6)	13 (14.9)	32 (36.8)	19 (21.8)	87 (100)
Ordinary housework	8 (9.2)	8 (9.2)	11 (12.6)	36 (41.4)	24 (27.6)	87 (100)
Managing finances	11 (12.6)	2 (2.3)	6 (6.9)	36 (41.4)	32 (36.8)	87 (100)
Managing medications	28 (32.2)	10 (11.5)	15 (17.2)	18 (20.7)	16 (18.4)	87 (100)
Phone use	25 (28.7)	18 (20.7)	7 (8.0)	17 (19.5)	20 (23.0)	87 (100)
Shopping	7 (8.0)	2 (2.3)	9 (10.3)	35 (40.2)	34 (39.1)	87 (100)
Transportation	6 (7.1)	7 (8.2)	13 (15.3)	22 (25.9)	37 (43.5)	85 (100)

** Total N varies from 85-87 due to missing values

일반적 특성에 따른 케어요구 목록(Clinical Assessment Protocols) 빈도 비교

전체 대상자는 평균 8.93개의 케어요구를 가지고 있었다. 일반적 특성에 따라 케어요구 목록의 수를 비교해 보면, <Table 4> 에서와 같이 성별 비교에서는 남자는 평균 8.47개의 케어요구 문제를 가지고 있는 반면, 여자는 평균 9.39 개의 케어요구 목록을 가지고 있어 여자가 다소 높았으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않았다. 연령별, 교육수준, 의료보장 종류에 따른 케어요구 목록 수의 유의한 차이는 없었다. 반면, 뇌병변장애 등급별로 비교해보면, 1등급 장애인은 9.76개, 2등급 장애인은 8.08개로 장애정도가 심할수록 많았으며 유의한 차이를 보였다. ADL Self-Performance Hierarchy scale (Morris, Fries, & Morris, 1999)에 따라 도움 또는 수발이 필요한 정도를 독립기능군, 감독 혹은 제한적 도움군, 상당한 도움군, 의존 혹은 완전한 의존군으로 범주화하여 케어요구 목록을 비교해본 결과, 완전한 의존군에서 11.4개로 가장 많았으며 통계적으로 유의한 차이를 보였다(p<.001). 일반적 특성에 따른 케어요구 목록 빈도 비교는 <Table 4>와 같다.

케어요구 목록 빈도 및 순위

30개의 케어요구 문제 목록 가운데 상위 10개 케어요구 목록을 살펴보면 가장 빈도가 높은 케어요구는 보건의료서비스 (100%) 이었으며 다음으로는 의사소통의 장애 케어요구 63명 (71.6%), 시각기능 장애 케어요구 49명(55.7%), 건강증진 행위를 위한 요구 46명(52.3%), 인지기능과 욕창 케어요구가 각각 43명(48.9%)으로 많았다. 다음으로 사회적 기능의 유지를 위한 케어요구가 38명(43.2%), 요실금과 삽입카테터 케어요구가 36명(40.9%)을 우울과 불안의 문제의 케어요구가 35명 (39.8%), 낙상과 구강건강 케어요구가 각각 34명(38.6%) 순이었다. 대상자의 케어요구 목록 빈도 및 순위는 <Table 5>에 정리하였다.

장애등급에 따른 케어요구 목록 비교분석

장애 1급 대상자는 시설입소 가능성, 의사소통의 장애, 인지, 욕창, 피부와 발의 상태, 장기능 관리, 요실금과 삽입카테터가 장애 2급에 비해 케어요구가 높았던 반면, 장애 2급에서는 IADLs 와 건강증진에 대한 케어요구가 장애 1급에 비해 높은 빈도를 차지하였다. 시설입소의 가능성은 1급에 있어서 41%로 2급 8.2%에 비해 높았으며(p<0.001), 의사소통의 장애는 1급은 87.2%, 2급은 59.2% 의 케어요구를 보였다(p<0.01).

<Table 4> Mean number of clinical assessment protocols

(N=88)

		Mean number of clinical assessment protocols		
		n	Mean + SD	p-value
Gender	Male	50	8.58 ± 3.51	0.290
	Female	38	9.39 ± 3.61	
Age	20 - 49	17	9.18 ± 3.78	0.660
	50 - 64	27	8.41 ± 3.32	
	65 >=	44	9.16 ± 3.65	
Education †	Uneducated	27	9.37 ± 3.63	0.340
	Elementary school	30	8.13 ± 3.41	
	Middle school +	28	9.29 ± 3.66	
Medical insurance	Health insurance	64	8.95 ± 3.46	0.927
	Medical aid	24	8.88 ± 3.88	
Severity of disability	Level I	39	10.00 ± 3.27	0.011
	Level II	49	8.08 ± 3.58	
ADL level† by self-performance hierarchy	Independent	20	6.15 ± 2.35	p < .001
	Limited assistance	20	8.34 ± 3.69	
	Extensive assistance	23	9.41 ± 3.08	
	Dependent	24	11.38 ± 2.99	
Total		88	8.93 ± 3.56	

† 1 or 3 missing cases

<Table 5> Proportion and rank of clinical assessment protocols

(N=88)

Area of CAPs	List of CAPs	n (%)*	Rank
Functional performance	ADL rehabilitation potential	30 (34.1)	14
	IADLs	22 (25.0)	16
	Health promotion	46 (52.3)	4
	Risk of Institutionalization	20 (22.7)	17
Sensory performance	Communication disorders	63 (71.6)	2
	Visual function	49 (55.7)	3
Mental health	Alcohol abuse and hazardous drinking	4 (4.5)	27
	Cognition	43 (48.9)	5
	Behavior	16 (18.2)	19
	Depression and anxiety	35 (39.8)	9
	Elder abuse	4 (4.5)	27
	Social function	38 (43.2)	7
Health Problems/Syndromes	Cardio-respiratory problem	10 (11.4)	22
	Dehydration	3 (3.4)	29
	Falls	34 (38.6)	10
	Nutrition	8 (9.1)	25
	Oral health	34 (38.6)	10
	Pain	32 (36.4)	13
	Pressure ulcers	43 (48.9)	5
	Skin and foot conditions	13 (14.8)	20
	Adherence	20 (22.7)	17
	Brittle support system	9 (10.2)	23
Service oversight	Medication management	13 (14.8)	20
	Palliative care	1 (1.1)	30
	Preventive health care measures	88 (100)	1
	Psychotropic drugs	5 (5.7)	26
	Reduction in formal services	9 (10.2)	23
	Environmental assessment	25 (28.4)	15
Continence	Bowel management	33 (37.5)	12
	Urinary incontinence and indwelling catheters	36 (40.9)	8

* responded as multiple choice

<Table 6> Proportion of clinical assessment protocols(CAPs) by severity of disability (N=88)

Area of CAPs	List of CAPs	Disability level 1	Disability level 2	Total	p-value
		(N=39) n (%)	(N=49) n (%)	(N=88) n (%)	
Functional performance	ADL rehabilitation potential	14 (35.9)	16 (32.7)	30 (34.1)	p= .750
	IADLs	4 (10.3)	18 (36.7)	22 (25.0)	p= .004
	Health promotion	12 (30.8)	34 (69.4)	46 (52.3)	p= .000
	Institutional risk	16 (41.0)	4 (8.2)	20 (22.7)	p= .000
Sensory performance	Communication disorders	34 (87.2)	29 (59.2)	63 (71.6)	p= .004
	Visual function	24 (61.5)	25 (51.0)	49 (55.7)	p= .324
Mental health	Alcohol abuse and hazardous drinking	0 (0.0)	4 (8.2)	4 (4.5)	p= .068
	Cognition	27 (69.2)	16 (32.7)	43 (48.9)	p= .001
	Behavior	9 (23.1)	7 (14.3)	16 (18.2)	p= .288
	Depression and anxiety	19 (48.7)	16 (32.7)	35 (39.8)	p= .126
	Elder abuse	3 (7.7)	1 (2.0)	4 (4.5)	p= .206
	Social function	13 (33.3)	25 (51.0)	38 (43.2)	p= .096
Health problems syndrome	Cardio-respiratory	3 (7.7)	7 (14.3)	10 (11.4)	p= .333
	Dehydration	1 (2.6)	2 (4.1)	3 (3.4)	p= .697
	Falls	13 (33.3)	21 (42.9)	34 (38.6)	p= .362
	Nutrition	4 (10.3)	4 (8.2)	8 (9.1)	p= .734
	Oral health	19 (48.7)	15 (30.6)	34 (38.6)	p= .083
	Pain	13 (33.3)	19 (38.8)	32 (36.4)	p= .598
	Pressure ulcers	28 (71.8)	15 (30.6)	43 (48.9)	p= .000
	Skin and foot conditions	10 (25.6)	3 (6.1)	13 (14.8)	p= .010
Service oversight	Adherence	9 (23.1)	11 (22.4)	20 (22.7)	p= .944
	Brittle support system	4 (10.3)	5 (10.2)	9 (10.2)	p= .994
	Medication management	4 (10.3)	9 (18.4)	13 (14.8)	p= .287
	Palliative care	1 (2.6)	0 (0.0)	1 (1.1)	p= .260
	Preventive health care measures	39 (100.0)	49 (100.0)	88 (100.0)	p=1.000
	Psychotropic drugs	4 (10.3)	1 (2.0)	5 (5.7)	p= .098
	Reduction in formal services	5 (12.8)	4 (8.2)	9 (10.2)	p= .474
	Environmental assessment	14 (35.9)	11 (22.4)	25 (28.4)	p= .165
Continenence	Bowel management	20 (51.3)	13 (26.5)	33 (37.5)	p= .017
	Urinary incontinence and indwelling catheters	24 (61.5)	12 (24.5)	36 (40.9)	p= .000

p values for chi-square test

인지장애 케어요구는 1급이 69.2%로 2급 32.7%에 비해 높았으며, 욕창에서도 1급이 71.8% 2급이 30.6% 로 장애정도가 심할수록 높은 케어요구를 보였다 (p<0.001). 그 밖에도 피부와 발의 상태에 있어 1급은 25.6%, 2급은 6.1%로 유의한 차이를 보였고 (p<0.05) 장기능 관리는 1급 51.3%, 2급은 26.5% (p<0.05), 요실금과 삽입카테터는 1급이 61.5%, 2급이 24.5%로 장애등급별 유의한 차이를 보였다(p<0.001).

반면에, 2급의 문제빈도가 높은 항목으로는 IADLs 과 건강증진으로서 IADLs의 경우 2급이 36.7%, 1급이 10.3% (p<0.01), 건강증진의 경우 2급이 69.4%, 1급이 30.8%로 장애등급간 유의한 문제빈도 차이를 보였다(p<.001). 기타 문제항목에서는 장애등급간의 유의한 차이는 보이지 않았다. 뇌병변장애 1, 2 등급에 따른 케어요구 목록의 빈도를 비교해 본 결과는 <Table 6>과 같다.

논 의

본 연구에서는 지역사회 재활 대상자의 건강요구에 부응하는 개별적 재가 재활 서비스를 제공하기 위하여 보다 포괄적인 건강 및 기능상태평가를 시도하였다. 특히 재가 중증 뇌병변 장애인을 연구대상자로 하였다는 점에서 자료 회소성의 가치를 가지며 재가 외상노인 및 기능장애자의 포괄적인 기능상태 평가도구인 MDS-HC 도구를 사용하였다는 점에서 신뢰도가 확인된 유용한 사정도구의 사용을 활성화 한다는 전 반적인 연구의 의의를 갖는다고 본다.

대상자들의 신체기능상태 평가에서 일상생활 수행능력과 도구적 일상생활수행 능력이 낮은 대상자가 많아 타인에게 의존도가 높다는 것을 시사해주며 선행연구에서도 언급된 바와 같이 기본적인 생활수행에 필요한 기본적 문제해결이 가장 우선된다고 할 수 있겠다. 특히 InterRAI MDS-HC에 의한 self-performance hierarchy 로 분석한 기능상태를 보면 각기

다른 기능에 따라 부분적 의존 혹은 전적 의존군의 비율이 높음을 알 수 있다. 따라서 이러한 대상자들은 일상생활에 필요한 핵심적인 4가지 기능중 비교적 초기에 잃게 되는 수행기능(예; 개인위생) 과 후기에 잃게 되는(식사하기, 이동) 기능에 차등을 두어 평가하고 다양한 기능수준에 따라 개별화된 서비스가 매우 중요하다고 할 수 있다. 특히 장애인의 독립성이 증가되고 확보될 수 있도록 하는 프로그램을 개발하고 이동이 가능한 장애인과 이동이 불가능한 장애인으로 나누어 다른 차원의 서비스를 제공해야 하기 때문에 그에 따라 서비스의 장소, 내용이 차별화 되어야 한다고 본다. 이동이 불편한 재가 뇌병변 장애인의 재활서비스의 발전을 위해서는 가정간호나 방문재활 서비스와 같은 지역사회 중심의 재활의 발전을 도모하여야 하겠다. 대다수의 대상자가 타인에게 의존한다는 점에서 장애인과 수발자가 함께 참여하여 프로그램을 개발하고 제공하도록 하는 것도 중요하다고 볼 수 있다. 더 나아가 개발된 프로그램의 관리를 위한 시스템을 구축하기 위한 국가적 정책이 마련되어야 할 것이며 각 의료기관이나 재활기관, 요양원등이 서로 협력할 수 있도록 지역 단위의 조직화된 구조가 개발되어야 하겠다. 또한 재활서비스의 효율화를 위해서는 재활프로그램을 관리하는 관리자가 양성되어야 하며 소단위의 지역사회 마다 프로그램 관리자가 배치되어야 한다고 본다.

일반적 특성에 따른 케어요구 목록 빈도(Clinical Assessment Protocols)를 보면 30개의 CAPs 중 남자 평균 8.47개, 여자 9.39개로 전체 8.93개의 문제를 가지고 있었다. 선행연구와 비교하여 보면 방문보건사업 대상자 선정을 위한 연구(권말숙, 2005) 에서의 8.9개, 재가 외상노인에 대한 연구(이신호와 김선민, 2000)에서의 7-8개, 외국의 경우 농촌지역 노인을 조사한 Ritchie 등(2002)의 연구에서 나타난 평균 8개의 목록수와 유사한 결과를 보이고 있다. 반면 백승리(2000)의 남자 평균 12개, 여자 11개, 재가와상노인의 사례관리연구(김희결, 2001)의 11개, 남정현 등(2002)의 10개, interRAI팀에서 언급한 10개 수준(interRAI, 1999) 보다 다소 적은 경향을 보였다. 이는 일반 재가노인에 비해 기능상태가 현저히 낮은 중증 장애인의 경우 오히려 실제 재활서비스를 제공받는 것에 대한 필요성의 인식결여에 기인한 것이 아닌가 생각해 볼 수 있다.

일반적 특성의 성별에 따른 CAPs수의 비교에서는 유의하지는 않지만 65세 이상 군에서, 문맹군에서 목록수가 많음을 보였고 이는 연령이 증가할수록 CAPs수가 유의하게 높게 나타났다는 백승리(2000), 김화중 등(2000), 권말숙(2005)의 연구결과와 유사하였다. 이는 고연령 일수록 방문보건서비스에 대한 요구가 증가함을 나타내고 있다. 또한 장애 1등급과 ADL 수준별 의존도가 높은 군일수록 CAPs 평균 목록수가 유의하게 높게 나타났으며 이는 백승리(2000), 김희결(2001)의 연구결과

와 유사하였다. 즉 ADL의 자가수행 여부에 따라 재가 방문 서비스를 통한 요구가 많아지므로 기능수준을 중심으로 지역사회 재활 방문간호제공의 빈도, 정도, 범위를 결정하여 효율적인 서비스가 이루어져야 한다고 본다.

케어요구 목록 빈도 및 순위에서 구체적으로 30개의 CAPs 목록 가운데 가장 빈도가 높은 문제로는 보건예방서비스가 남녀 모두 100%로 높은 빈도를 차지하였다. 이러한 결과는 선행연구(김화중 등, 2000; 김희결, 2001; 유인영과 조소영, 2003; Yi & Kim, 2000; 백승리, 2000; 이신호와 김선민, 2000; 권말숙, 2005) 의 결과와 일치하였다. 이처럼 가장 높은 문제로 선정된 예방서비스 케어요구를 유발한 요인은 선행연구에서 언급된 바대로(김화중 등, 2000) 대장암 진단을 위한 대변 잠혈 및 내시경검사와 자궁암검사와 같은 정밀 검진의 부족 등이 보건예방서비스의 요구를 나타나게 한 것으로 해석해 볼 수 있다. 이는 현재 노인복지사업의 일환으로 노인건강검진 사업을 실시하고 있음에도 불구하고 사업의 양이 절대적으로 부족하여 대부분의 노인들이 이를 경험하고 있지 못하다고 지적한 바와 같다(김화중 등, 2000).

또한 이러한 결과는 방문보건사업에서 예방적 건강증진의 중요성이 강조되고 있음에도 불구하고 실제적으로 질병치료 위주의 서비스가 행하여져 왔음을 시사해 주고 있으며 재활 방문보건서비스 제공 시 예방적 건강증진 서비스가 적극적으로 행해져야 할 필요성을 말 해 주고 있다(권말숙, 2005). 더욱이 보건예방 서비스는 주로 보건소에 내소하는 대상자에게 제공된다는 점을 고려할 때 기능상태가 현저히 떨어져 보건소 내소에 제한이 따르는 중증 뇌병변장애인들은 그들의 기능 수준에 맞는 방문 보건예방서비스의 구체적 계획과 제공이 필요하다고 본다.

대상자의 50% 이상에서 가지고 있는 케어요구 목록은 의사소통의 장애, 시각기능, 건강증진임을 알 수 있다. 이는 선행연구의(권말숙, 2005; 유인영과 조소영, 2003; 백승리, 2000; 이신호와 김선민, 2000; Yi & Kim, 2000)의 결과와 비교해 볼 때 다소 순위의 차이는 있으나 이 세 목록을 다 포함하고 있어 이러한 문제에 대한 우선적인 관리가 필요함을 시사해 준다. 중증장애인 중에는 듣는데 문제가 있거나 자신의 의사를 다른 사람에게 전달하는 표현력 저하 혹은 다른 사람의 의사를 이해하는데 문제를 보이는 이해력저하의 가능성을 보다 구체적으로 평가해 보아야 한다. 비슷한 예로, 시각기능에 대한 케어요구로는 적절한 조명하에서도 시력의 장애가 있는 경우, 시력제한, 전과 비교해서 시력이 나빠지는 경우에 대한 면밀한 조사가 필요하다고 볼 수 있다.

그 밖에도 상위 목록으로 선정된 영역은 인지, 욕창(48.9%), 사회적기능(43.2%), 요실금과 삽입카테터(40.9%), 우울과 불안(39.8%), 낙상과 구강건강(38.6%)이었다. 욕창이나 요실금, 우

을, 사회적기능과 같은 문제는 김희걸(2001)의 뇌졸중으로 인한 편마비를 가진 재가 외상노인을 대상으로 한 연구에서도 빈번하게 선정된 우선순위문제로 나타났었다. 이러한 결과는 거동이 불편하여 이미 상당한 수준의 도움을 필요로 하는 뇌병변장애인에 대해서는 오랜 외병상태로 치료적인 서비스보다는 욕창관리용 환자용 패드, 이동식변기제공 등과 같은 물품 제공, 배뇨조절/훈련교육, 가족지지와 격려와 같은 가정간호보조 서비스 제공이 우선시되어야 함을 보여준다.

장애등급에 따른 케어요구 목록 빈도는 장애 2등급 군에서 케어 요구가 유의하게 높았던 항목은 도구적 일상생활, 건강증진에 관한 케어 요구였고 장애 1등급 군에서 요구가 유의하게 높았던 항목은 시설입소의 가능성, 의사소통장애, 인지기능문제, 욕창, 피부 및 발의 상태, 실금 및 도뇨관리에 관한 케어 요구였다. 이는 백승리(2000)의 선행연구 결과와도 유사하다. 이로부터 장애정도 및 기능상태에 따라 요구하는 재활서비스영역과 그 정도는 다르다는 것을 알 수 있으며 따라서 Morris et al.(1999)가 제시한 대로 기능정도를 범주화하고 이를 근거로 지역사회 재가 보건서비스의 분배결정을 할 수 있는 관리방안이 수립되어야 하겠다.

현재 우리나라의 재활서비스는 양적으로도 적을 뿐만 아니라 장애인의 기능상태에 따른 서비스 다양화에 대한 고려가 거의 없다(Jang et al., 2006)는 점을 고려할 때 대상자 장애등급별 차별화된 서비스의 제공이 시급하다고 할 수 있다. 연구결과가 나타내주듯이 장애등급이 높은 대상자는 보다 기본적인 일반건강관리와 요양시설에 대한 요구도를 만족시키는 서비스를, 반면 장애 등급이 낮은 대상자는 한 단계 더 나아가 건강증진이나 삶의 질을 향상을 위한 요구도를 만족시키는 재활서비스가 제공되어야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 충청지역 O군 보건소에서 2005년 7월 1일부터 8월 31일까지 수행된 “재가 장애인 재활서비스 이용실태 및 요구도 조사”에 참여한 장애인 중 20세 이상 성인 1, 2등급 뇌병변 장애인 88명을 대상으로 MDS-HC 2.0을 이용하여 조사·분석하였다. MDS-HC에 의한 대상자의 기능적 건강상태 사정 결과 대상자는 평균 8.93개의 케어요구 목록(CAPs)을 가지고 있었으며 보건예방서비스, 의사소통의 장애, 시각기능, 건강증진, 인지와 욕창, 사회적기능, 요실금, 우울과 불안, 낙상과 구강건강의 문제가 상위 10개 목록으로 나타났다. ADL 수준별 의존도가 높은 군일수록 CAPs 평균 목록수가 유의하게 높아 복합적인 문제를 많이 갖고 있는 것으로 판단되며 30개의 케어요구 목록 중 시설입소가능성, 의사소통의 장애, 인지, 욕창, 피부와 발의 상태, 장기능관리 및 요실금 관련 목

록의 경우 장애 1급에서 서비스 요구도가 높아짐을 알 수 있었다. 따라서 대상자의 ADL 수준에 따라 서비스 접근이 개별화, 다양화되어야 하고 상위 10개의 목록을 도출한 보다 근본적인 유발요인을 세밀히 조사하고 유발요인을 제거 혹은 감소시키는 문제해결 중심의 서비스가 마련되어야 할 것이다. 또한 보건소를 중심으로 MDS-HC를 포함하는 RAI(Resident Assessment Instrument)가 표준화된 기록체계가 될 수 있도록 정보시스템을 구축하는 것이 필요로 되며 방문보건사업 및 지역사회 재활사업의 평가도구로 활용되어 향후 케어플랜 뿐만 아니라 질관리까지 이루어지기를 기대한다. 재가 뇌병변 장애인의 재활서비스를 효과적, 효율적으로 발전시키기 위하여는 지역사회 재활사업에 대한 인식을 높이는 것이 무엇보다 중요하겠다. 뇌병변 장애인을 위한 병원의 이용이나 재활정보, 복지전반에 대한 정보를 공유하고 복지관이나 보건소, 의료기관과 연계된 가정간호서비스의 통합적 서비스의 제공을 제언한다.

본 연구는 일반 재가노인에 비해 장애인의 지역사회 재활서비스 관련연구가 미약한 현실에서 뇌병변장애인이 문제가 되고 있는 케어요구 목록을 상세히 살펴봄으로써 대상자의 요구를 중심으로 한 지역사회 재활서비스가 마련될 수 있는 지표를 제시하였다고 보며, 서비스 제공과 케어플랜을 만드는 데 기초자료로서 활용될 수 있으리라 생각한다.

참고문헌

- 권말숙 (2005). 방문보건사업 대상자의 효율적 선정을 위한 연구. 계명대학교 박사학위논문. 대구.
- 김만호, 최영신 (2006). 보건소 중심 CBR사업에 대한 산출분석. *사회복지정책*, 24, 31-59.
- 김선민, 배상수, 김동현, 전경자, 김창엽, 윤종률 (2000). 한국에서의 재가 노인환자를 위한 기능상태평가 도구 기초정보군의 타당도 평가연구. *노인병*, 27(4S), S263-S268.
- 김찬문, 전유진 (2000) 지역사회중심재활에 대한 거점보건소 물리치료사들의 인식도 조사. *대한물리치료학회지*, 12(3), 491-495.
- 김창엽, 김선민, 김은경, 김은영, 김희걸, 박은옥, 소애영, 이꽃메, 전경자 (2000). *재가노인 기능상태 평가 매뉴얼 MDS-HC*. (주)한국의료컨설팅 서울.
- 김희중, 전경자, 김희걸, 소애영, 이꽃메, 김은영, 박은옥. (2000) *재가와상노인의 보건·의료복지서비스 요구사항 및 서비스 내용개발*. 보건복지부정책연구사업(제2세부과제) 최종보고서(HMP-99-P-0010).
- 김희걸 (2001). *재가와상노인의 사례관리 모형개발 및 효과 RAI 적용을 중심으로 중앙대학교 박사학위논문*. 서울.

- 남정현, 최보율, 신영전, 유원섭 (2002). *양평군 노인건강 증진을 위한 보건사업 개발*. 한양대학교 지역사회보건연구소. 서울
- 박기수, 천병렬, 감신, 예민해, 강윤식, 김건엽, 손재희, 이영숙 (1999). 장애인의 건강관심도, 건강실천행위 그리고 건강수준간의 구조분석. *예방의학학회지*, 32(3), 276-288.
- 보건복지부 (2005). 장애인복지법 시행령 제 20679호.
- 보건복지부 한국장애인복지관협회 (2003). *지역사회 중심재활사업(CBR) 평가에 관한 연구 보고서*. 보건복지부. 서울.
- 백승리 (2000). *MDS-HC 2.0을 활용한 지역사회 주민의 건강 및 기능상태 평가 : 일개보건진료소 방문간호사업을 중심으로*. 연세대학교 석사학위논문, 서울.
- 변용창, 김성희, 윤상용, 최미영, 계훈방, 권선진, 이선우 (2006). *2005년도 장애인 실태조사*. 보건복지부 한국보건사회연구원, 157-165.
- 변용창, 윤상용 (2001). *지역사회중심재활사업(CBR) 평가를 위한 기초연구*. 한국보건사회연구원 연구보고서.
- 유인영, 조소영 (2003). 재가노인의 케어요구 사정과 케어요구군 분류에 관한 연구. *한국노년학*, 23(3), 177-191.
- 이신호, 김선민 (2000) 재가와상노인에 대한 서비스 공급체계 개발. 보건복지부 정책연구사업(제1세부과제) 최종보고서 (HMP-99-P-0010).
- 이충휘, 이현주, 박경희, 안덕현 (2002). 농촌재가 장애인의 가정방문 재활서비스 욕구도 분석. *한국전문물리치료학회지*, 9(2), 61-82.
- 홍순탁, 박형숙, 정은숙 (1998). FIM 을 사용한 뇌졸중 환자의 퇴원시 기능상태 평가에 관한 연구. *재활간호학회지*, 1(1), 73-82.
- 황병용 (2004). 만성 뇌졸중 환자의 운동기능과 일상생활 동작 수행 능력의 상관관계. *자연과학연구소논문지*, 8(2), 111-118.
- InterRAI Overview Committee (1999). RAI-Home Care(RAI-HC) assessment manual for version 2.0. InterRAI Corporation: Washington.
- Jang, S. N., Rhee, S. J, Kim, W. H., Lee K. B., Kim, S. K., & Lim, J. Y. (2006). The continuum of rehabilitation care and the rehabilitation services that are needed by people with severe disabilities. *J Prev Med Public Health*, 39(3), 263-269.
- Landi, F., Tua, E, Onder, G., Carrara, B., Sgadri, A., Rinaldi, C., Gambassi, G., Lattanzio, & F., Bernabei, R. (2000). Minimum data set for home care: A valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care*, 38(12), 1184-1190.
- Mitchell, R. A., Zhou, D., Lu, Y., & Watt, G. (1993). Community-based rehabilitation: Dose it change community attitudes towards people with disability? *Disabil Rehabil*, 15(4), 179-183.
- Mitchell, R. (1999). The research base of community-based rehabilitation. *Disabil Rehabil*, 21(10-11), 459-468.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R., Carpenter, G. I., Gilgen, R., Hirdes, J. P., & Topinková, E. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: Applicability of the MDS-HC. *J Am Geriatr Soc*, 45, 1017-1024.
- Morris, J. N., Fries, B. E., & Morris, S. A. (1999). Scaling ADLs Within the MDS. *J Gerontol*, 54(11), 546-553.
- Ritchie, C., Wieland, D., Tully, C., Rowe, J., Sims, R., & Bodner, E. (2002). Coordination and advocacy for rural elders(CARE): A model of rural case management with veterans. *Gerontologist*, 42(3), 399-405.
- Yamada, Y., & Ikegami, N. (2003) Preventive home visits for community-dwelling frail elderly people based on minimum data set-home care: Randomized controlled trial. *Geriatr Gerontol Int*, 3, 236-242.
- Yi, G. M., & Kim, H. J. (2000). Depression and anxiety in community-dwelling older persons of Korea. *J Kor Gerontol Soc*, 20(2), 109-121.

Analysis of Functional Status and Care Needs among the Community-Dwelling Disabled Persons with Cerebral Impairment

Ko, Ryeojin¹⁾ · Yoo, Weonseob²⁾ · Yi, Ggodme³⁾ · Lee, Sona⁴⁾ · Kim, Kyohyun⁵⁾ · Oh, Heeyoung⁶⁾

1) *Researcher, Health Insurance Review and Assessment Service*

2) *Professor, Department of Preventive Medicine, Eulji University*

3) *Professor, College of Health Sciences, Sangji University*

4) *Section Chief, Okcheon-Gun Community Health Center, Health Promotion*

5) *Resident, Department of Preventive Medicine, Eulji University*

6) *Professor, College of Nursing, Eulji University*

Purpose: Using comprehensive and valid instrument, MDS-HC 2.0, this study aimed to analyze the functional status and to evaluate the care needs of the community-dwelling disabled with cerebral impairment. **Method:** With a convenient sample of 88 disabled with cerebral impairment, the data were collected at a community health center located in rural area in Choongchung providence in August 2005. Subject's functional status and care needs were evaluated using Minimum Data Set-Home Care version 2.0. **Result:** Significant proportion of subjects were totally dependent for locomotion-outdoor (26.1%), personal hygiene (24.1%), bathing (24.1%). For IADLs, over 40% of subjects were totally dependent for ordinary house work, managing finances, or shopping. Top five ranked care needs were preventive health care measures (100%), communication disorders (71.6%), visual function (55.7%), health promotion (52.3%), and pressure ulcers (48.9%). The proportion of triggered clinical assessment protocols were significantly higher in disability level I group for the risk of institutionalization ($p < .001$), communication disorders ($p = .004$), cognitive problems ($p = .001$), pressure ulcers ($p < .001$), skin and foot conditions ($p = .010$), and urinary incontinence and indwelling catheters ($p < .001$). **Conclusions:** It is necessary to provide community based rehabilitation services that are individualized for their service needs thus enhance optimal level of functioning.

Key words : Brain diseases, Rehabilitation, Disabled persons, MDS

• *Address reprint requests to : Oh, Heeyoung*

College of Nursing, Eulji University

143-5, Yong Du Dong, Jung Gu, Taejeon 301-832, Korea

Tel: 82-42-259-1713 Fax: 82-42-259-1709 E-mail: hoh123@eulji.ac.kr