

뇌졸중 환자의 가정작업치료 요구도

최혜숙

동남보건대학 작업치료과

국문초록

목적 : 본 연구는 뇌졸중 환자를 대상으로 가정작업치료에 대한 요구도를 알아내어 가정작업치료 모델개발과 보건복지 분야 정책개발에 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

연구방법 : 대상자는 2004년 7월 현재 뇌졸중의 진단으로 병원에 입원하여 작업치료를 받고 있는 74명이며, 작업치료를 받고 퇴원 후 외래로 내원하는 94명으로 총 168명이었다. 설문지는 본 연구자가 개발한 가정작업치료 요구도에 대한 37문항이며, 4점 척도로 측정하였다. 일상생활동작은 MBI(Modified Barthel Index) 도구로, 인지기능은 MMSE(Mini Mental State Examination)로 평가하였다.

결과 : 대상자 168명 중 가정작업치료가 필요하다고 응답한 환자는 147명이었다. 입원환자 74명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 69명(93.2%), 외래환자는 94명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 78명(84.8%)이었다. 일상생활동작(MBI) 평균점수는 63점이었고, 인지기능(MMSE)은 평균 24점이었다. 언어장애($p=0.0127$), 인지장애($p=0.0001$), 시각장애($p=0.0001$), 배변문제($p=0.0010$), 배뇨문제($p=0.0278$), 연하곤란($p=0.0001$)이 있는 경우에, 장애 등급($p=0.0001$)이 높을수록 가정작업치료의 요구도가 높았다.

결론 : 본 연구의 결과 뇌졸중 환자는 가정에서 제공되는 작업치료를 절실하게 요구하는 것을 알 수 있었다. 앞으로 고령사회의 진입으로 인한 노인환자와 뇌졸중 환자들을 위해 가정에서 작업치료를 수행해 준다면, 재활치료의 지속성과 병원으로 내원하는 불편함을 덜어 환자들에게는 건강한 양질의 삶과 가족들에게는 부담감을 덜어 주어 행복감을 줄 것이다.

주제어 : 뇌졸중, 가정작업치료, MBI, MMSE

I. 서론

우리나라는 1960년대 이후 경제성장에 따른 소득수준의 향상과 보건의료기술의 발전 등으로 국민 평균수명이 지속적으로 연장되고 저출산의 영향으로 노인인구의 상대적 비율이 높아지면서 고령사회(aged society)의 진입이 시작되었다. 2000년도에 65세 이상 노인인구는 약 337만 명으로 전체인구의 약 7.1%이며, 2003년도에는 417만 명으로 8.7%, 오는 2019년에는 14.4%, 2030년에는

24.1%의 고령사회에서 본격적인 초고령 사회의 진입이 전망되고 있으며, 고령화 속도가 한국 19년, 일본 24년, 프랑스 115년, 영국·독일 45년, 미국 71년으로 한국이 가장 빠르다(보건복지부, 2004; 통계청, 2004).

작업치료는 아동, 노인, 만성질환자 등을 다양한 접근 방법으로 재활치료하는 방법으로 성인 환자의 대부분이 뇌졸중 환자이다. 만성질환 중에 하나인 뇌졸중은 순환기계질환, 신생물(암)에 이은 세 번째 사망원인이 되며, 우리나라 전 노인인구의 4.4%가 뇌혈관질환을 경험하고

본 연구는 동남보건대학 연구비 지원에 의하여 수행된 것임
교신저자 : 최혜숙(happy@dongnam.ac.kr)

|| 접수일: 2005.8.15 || 게재승인일: 2005.9.27

있고, 65세 이상의 사망률 제1위를 차지하고 있다(보건복지부, 2003).

뇌졸중은 뇌혈관질환으로 고위험 질환 일뿐만 아니라, 생존한다하더라도 10%는 장애가 없이 사회로 복귀하고, 40%는 경미한 장애, 40%는 심각한 장애로 재활치료를 받아야 하며, 10%는 집중치료가 필요한 만성질환이다(Ryerson, 1995).

정부에서는 1989년부터 전 국민 의료보험을 시행한 결과 이러한 만성질환자와 입원환자가 급증하여 환자를 조기 퇴원하도록 유도하여 퇴원 후 지속적인 대체 서비스를 제공하기 위해 건강관리전달체계의 한 방법으로 가정간호사업을 시범적으로 실시하게 되었다(김모임, 1993; 황나미 등, 1999).

가정간호(home nursing care)는 환자의 친숙한 가정에서 간호서비스를 제공해 주는 것이다(김성실, 1985; 광홍, 2002; 황나미, 1996). 가정간호방문사업은 1990년 의료법 제54조(보건사회부령 제840호)를 개정하여 가정간호사 제도를 도입하여, 1992년부터 전문 과정 교육을 받은 가정간호사가 배출되었다. 초기 가정간호는 대학병원 중심 가정간호 시범사업에서 요양병원, 한방병원을 포함한 병원급 이상의 의료기관에서 확대 실시하였으며, 2000년도부터는 보건소 거점 지역사회방문 간호사업을 수행하고 있다(권용옥, 2000; 김미정, 2000; 황나미, 1996).

뇌졸중 환자는 퇴원 후 간호적 지지도 중요하지만, 신체적 치료는 물론이며 대부분 정신·사회적 재활을 장기간 요하는 질환이기 때문에 그에 따른 경제적 부담뿐만 아니라 가족의 정신적 부담을 가져다준다(이강호와 양화영, 2002; 이인우, 2002). 그러므로 환자들은 지역사회와 가정에서 일상생활동작, 운동성, 이동성, 사회성, 지각·인지·심리적, 수단적 일상생활동작 훈련을 하는 작업치료를 요구하고 있다(최혜숙, 2001; 2002; 2004). 그러나 현 보건의료 의료전달체계 규정으로는 재가환자들의 욕구를 충족시킬 수 있는 방법이 없는 것이 안타까운 현실이다.

미국의 경우 초기 가정작업치료(Home-Based Occupational Therapy)의 역사는 1917년 지체장애협회의 가정관리부(Home Industries Department)에서 재가환자(homebound)의 집을 방문하여 가정에서 치료(home care)해 줄 수 있는 작업치료 필요성을 인식하였다(Jackson, 1992). 의료적 치료에서 작업치료를의 필요성은

누구나 인식하고 있지만, 복귀 후 가정 건강프로그램에서 작업치료를의 중요성은 소홀할 수 있으므로 환자의 건강을 위해 작업치료를의 필요성을 강조하기 시작하였다. 그 당시 가정에서의 작업치료 중재는 정신적 치료를 중요시하였으며, 노인과 만성질환을 위한 가정 건강관리자로서 작업치료사, 간호사, 의사, 물리치료사, 언어치료사 그리고 가정도우미 등 팀을 이루어 포괄적인 재활중재를 하였다(Griswold, 2003; McGuire, 1997; Mathews & Burton, 2001; Siebert, 1997).

일본의 경우 1963년 7월에 제정한 노인복지 기본입법에 따라 양노노인 요양시설이나 특별 양호노인 home에 입소시킨다는 공적서비스가 규정되었다. 1986년 노인복지법 개정에 따라 단기 요양시설, 주간보호시설을 포함하게 되었고, 1991년 의료법 및 노인보건법의 개정으로 노인방문간호를 확립하고, 21세기 인구의 고령화에 대비하여 고령자 보건·복지 추진 10개 전략(golden plan)을 책정 하였다. 1994년 12월에 골든플랜을 상회할 수 있는 신품골든플랜을 책정하여 노인보건복지에 있어 수요와 공급의 집계결과에서 개호노인의 서비스를 위한 보건·복지, 의료서비스를 확대하여 간호사, 물리치료사, 작업치료사 등의 전문 인력이 재가서비스를 활발하게 제공하고 있다(김용택, 2002; 남상요, 2001).

본 연구는 고령사회의 노인요양보장정책 방향에 부응하여 가정작업치료를 이해하고 추후연구를 하는데 도움이 되고자 시도되었다. 앞으로 보건·의료정책에서 가정작업치료 제도가 시행된다면, 가정에서 편안하게 작업치료의 수혜를 받을 수 있어, 만성질환자와 가족들에게 삶의 질이 증대 될 수 있을 것으로 사료된다.

II. 연구 방법

1. 연구대상

대상은 2004년 7월 현재 뇌졸중의 진단으로 병원에 입원하여 작업치료를 받고 있거나, 작업치료를 받고 퇴원 후 외래로 내원하는 환자를 대상으로 서울, 경기도 및 충청도에 소재한 대학병원 10곳, 종합병원 8곳, 복지관 1곳, 보건소 2곳에서 2004년 7월부터 9월까지 조사하였으며, 대상자는 168명이었다. 대상자의 구체적인 기준은 다음과 같다.

- 1) 작업치료를 경험한 자
- 2) 본 연구에 참여를 허락한 자
- 3) 설문내용을 이해할 수 있는 자

2. 연구도구

1) 가정작업치료 요구도

입원환자 3명, 외래환자 3명, 재가환자 3명을 대상으로 일대일 면접 조사하여 가정에서 필요한 작업치료가 무엇인지 심층 면담한 내용과 문헌고찰을 통하여 가정작업치료 요구도 40문항을 개발하였다. 개발된 내용은 경력 5년 이상의 작업치료사와 재활관련 전문가 5명에게 내용 타당도를 검증하여 최종 37문항으로 개발하였다.

이 도구는 자조활동 요구도 8항, 수단적 일상생활 요구도 11항, 운동성 요구도 4항, 이동성 요구도 5항, 사회성 요구도 2항, 지각·인지·심리적 요구도 7항 등 모두 37항목의 4점 척도(0~3점)이다. 각 문항에 0점은 요구도가 없음을 의미하고, 3점은 요구도가 매우 높음을 의미한다. 각 문항에 대한 내적 신뢰도 Cronbach's $\alpha=0.95$ 였다.

2) 일상생활동작

일상생활동작 평가는 MBI(Modified Barthel Index) 도구로 평가하였다. MBI 항목은 개인위생, 목욕하기, 먹기, 화장실 사용하기, 계단오르고 내리기, 옷입고 벗기, 배변조절하기, 소변조절하기, 의자차 사용하기 또는 걷기, 의자/침대로 이동하기 등 10항목으로 되어 있으며, 가장 높은 점수는 100점이며, 가장 낮은 점수는 0점이다. 0점에 가까울수록 의존도가 높다는 것을 의미한다. 의존도 수준에서 1~24점은 완전 의존도(total dependence), 25~49점은 심각한 의존도(severe dependence), 50~74점은 중등도 의존도(moderate dependence), 75~90점은 약간 의존도(mild dependence), 91~99점은 최소 의존도(minimal dependence)이다. 본 연구에서 MBI의 신뢰도 Cronbach's α 는 0.93이었다.

3) 인지기능

인지기능은 Folstein, Folstein, & McHugh(1975)이 개발한 간이 정신상태 검사(MMSE: Mini Mental State Examination)로 평가하였다. 이 도구는 지남력(날짜지남

력 5점, 장소지남력 5점), 기억등록(3점), 주의집중/계산력(5점), 기억회상(3점), 언어기능(7점), 이해력/판단능력(2점)으로 총 30점이 만점이고, 23점 미만은 인지장애의 의심으로 해석된다(Fuller, 1999). 본 연구에서의 신뢰도 Cronbach's α 는 0.90이었다.

3. 자료분석

자료는 SAS 9.1프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 제 특성별 가정작업치료 요구도는 unpaired t-test와 ANOVA로 분석하였으며, ANOVA후 집단간의 차이는 Scheffé test를 하였다. 일상생활동작 수행 정도에 따른 가정작업치료 요구도는 ANOVA로 분석하였으며, ANOVA후 집단간의 차이는 Scheffé test를 하였으며, 인지기능에 따른 가정작업치료 요구도는 unpaired t-test로 분석하였다. 변수들 간의 상관계수는 Pearson correlation으로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 대상자의 특성

1) 일반적 특성

입원 74명(44.0%), 외래 94명(56.0%)으로 외래환자가 더 많았다. 성별은 남자가 102명(60.7%), 으로 더 많았으며, 연령별로는 55~60세와 60~70세가 각각 48명(28.6%)이었으며, 발병 전 직업이 없었던 경우는 51명(30.5%)이었고, 교육 정도는 중졸 이하가 70명(42.5%), 고졸이 46명(27.9%), 대졸 이상이 49명(29.7%)이었다. 종교가 있는 경우는 100명(59.5%)이었으며, 잘사는 편이라고 응답한 경우는 28명(16.7%), 보통 92명(54.8%), 어려운 편 48명(28.6%)이었다. 한 달 총 수입은 200~300만원이 26명(25.2%)이 가장 많았다. 배우자가 있는 경우는 131명(78.9%)이었고, 간호제공자로는 배우자가 97명(58.4%)으로 가장 많았다(표 1).

2) 질병 특성

뇌졸중 이외에 다른 동반질환이 있는 경우는 47명(28.1%)이었으며, 뇌졸중 발병횟수는 1회가 138명(83.1%)이었고, 마비부위는 좌측이 92명(51.1%)으로 많

표 1. 일반적 특성에 따른 가정작업치료 요구도

(N=168)

특 성	구 분	n(%)	Mean±SD	t/F	p
환자	입원	74(44.0)	2.08±0.16	5.74	0.0001
	외래	94(56.0)	1.53±0.64		
성별	남자	102(60.7)	1.80±0.60	-0.29	0.7744
	여자	66(39.3)	1.82±0.62		
연령	40세 이하	21(12.5)	1.70±0.67	0.29	0.8850
	41~50세	34(20.2)	1.80±0.69		
	51~60세	48(28.6)	1.87±0.57		
	61~70세	48(28.6)	1.79±0.23		
	71세 이상	17(10.1)	1.82±0.44		
	무	51(30.5)	1.77±0.69		
	자유업	41(24.6)	1.88±0.49		
발병 전 직업	육체노동직	24(14.4)	1.81±0.51	0.60	0.6637
	사무직	17(10.2)	1.93±0.61		
	전문직	34(20.4)	1.70±0.70		
	중졸 이하	70(42.5)	1.92±0.53		
교육 정도	고졸	46(27.9)	1.73±0.59	1.92	0.1492
	대졸 이상	49(29.7)	1.73±0.72		
종교	있다	100(59.5)	1.84±0.62	0.90	0.3713
	없다	68(40.5)	1.75±0.60		
	잘사는 편	28(16.7)	1.58±0.72		
경제 상태	보통	92(54.8)	1.86±0.57	2.31	0.1024
	어려운 편	48(28.6)	1.83±0.60		
	100만 원 이하	15(14.6)	1.81±0.54		
	100~200만원	19(18.4)	1.93±0.39a		
한달 총 수입	200~300만원	26(25.2)	1.70±0.64	4.82	0.0006
	300~400만원	14(13.6)	1.61±0.56		
	400~500만원	9(8.7)	2.07±0.54a		
	500만 원 이상	20(19.4)	1.21±0.56b		
배우자 유무	있다	131(78.9)	1.79±0.61	-0.59	0.5574
	없다	35(21.1)	1.86±0.64		
	배우자	97(58.4)	1.84±0.57		
간호제공자	가족	39(23.5)	1.83±0.64	1.46	0.2346
	기타	30(18.1)	1.63±0.70		

a, b: Scheffé test(Means with the other letters are significantly different)

표 2. 질병 특성에 따른 가정작업치료 요구도

특 성	구 분	n(%)	Mean±SD	t/F	p
동반질환	있다	47(28.1)	1.89±0.56	1.17	0.2444
	없다	120(71.9)	1.77±0.62		
뇌졸중발병횟수	1회	138(83.1)	1.77±0.61	-1.61	0.1091
	1회 이상	28(16.9)	1.97±0.56		
	좌측	92(51.1)	1.85±0.55		
마비부위	우측	62(37.1)	1.76±0.67	0.39	0.6798
	양측	13(7.8)	1.77±0.72		
언어장애	있다	71(42.3)	1.94±0.58	2.52	0.0127
	없다	97(57.7)	1.71±0.62		
인지장애	있다	58(34.5)	2.04±0.41	4.32	0.0001
	없다	110(65.5)	1.68±0.66		
시각장애	있다	56(33.5)	2.03±0.45	4.04	0.0001
	없다	111(66.5)	1.68±0.65		
배변문제	있다	31(18.6)	2.12±0.56	3.36	0.0010
	없다	136(81.4)	1.73±0.60		
배뇨문제	있다	29(17.3)	2.03±0.46	2.22	0.0278
	없다	139(82.7)	1.76±0.63		
연하곤란	있다	38(22.6)	2.67±0.45	4.35	0.0001
	없다	130(77.4)	2.70±0.61		
보행장애	있다	150(89.8)	1.82±0.59	0.90	0.3683
	없다	17(10.2)	1.68±0.79		
	대학병원	84(51.5)	1.83±0.64		
재활치료기관	병원	77(47.2)	1.77±0.61	0.21	0.8078
	복지관	2(1.2)	1.87±0.12		
	1급	32(23.4)	2.25±0.41b		
장애등급	2급	57(41.6)	1.63±0.55a	13.64	0.0001
	3급	48(35.0)	1.69±0.65a		

a, b: Scheffé test(Means with the other letters are significantly different)

있다. 언어장애가 있는 경우는 71명(42.3%)이었으며, 인지장애가 있는 경우 58명(34.5%), 시각장애가 있는 경우는 56명(33.5%)이었으며, 배변문제가 있는 경우는 31명(18.6%), 배뇨문제가 있는 경우는 29명(17.3%)이었으며, 연하곤란이 있는 경우는 38명(22.6%)이었고, 보행장애가

있는 경우는 150명(89.8%)이었다. 재활치료기관은 대학병원이 84명(51.5%), 병원 77명(47.2%)이었고, 장애 등급은 1급이 32명(23.4%), 2급 57명(41.6%), 3급 이상이 48명(35.0%)이었다(표 2).

표 3. 일상생활동작 수행 정도에 따른 가정작업치료 요구도

(N=168)

범 주	일상생활동작(MBI)					F	p
	완전 의존도 (n=15)	심각한 의존도 (n=32)	중등도 의존도 (n=56)	약간의 의존도 (n=41)	최소한 의존도 (n=25)		
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD		
자조활동 요구도	2.28±0.48a	2.16±0.47a	1.85±0.64a	1.44±0.68b	0.66±0.42c	31.11	0.0001
수단적 일상생활 동작요구도	1.82±0.77	2.03±0.62a	1.94±0.78a	1.73±0.62	1.20±0.64b	6.23	0.0001
운동성 요구도	2.57±0.64a	2.67±0.44a	2.70±0.40a	2.37±0.52a	1.76±0.70b	16.48	0.0001
이동성 요구도	2.53±0.52a	2.77±0.34a	2.40±0.71a	1.81±0.71b	0.81±0.62c	50.74	0.0001
사회성 요구도	2.00±1.18a	1.73±0.99a	1.74±0.92a	1.48±1.03a	0.71±0.82b	6.29	0.0001
지각·인지·심리적 요구도	1.88±0.89a	1.83±0.71a	1.58±0.80a	1.38±0.85a	0.70±0.69b	8.88	0.0001

a, b, c: Scheffé test(Means with the other letters are significantly different)

2. 일반적 특성에 따른 가정작업치료 요구도

입원환자의 가정작업치료 요구도는 2.08점으로, 외래환자의 가정작업치료요구도 1.53점보다 유의하게 높았다($p=0.001$). 수입에 따른 가정작업치료 요구도를 살펴보면 수입이 500만원 이상인 군이 100~200만원인 군과 400~500만원인 군보다 가정작업치료 요구도가 유의하게 낮았다($p=0.0006$)(표 1).

3. 질병 특성에 따른 가정작업치료 요구도

대상자의 가정작업치료 요구도는 언어장애($p=0.0127$), 인지장애($p=0.0001$), 시각장애($p=0.0001$), 배변문제($p=0.0010$), 배뇨문제($p=0.0278$), 연하곤란($p=0.0001$)이 있는 경우에 높았다. 장애등급이 1급인 경우 가정작업치료 요구도가 2.25점으로 장애등급 2급, 3급에 비해 유의하게 높았다($p=0.0001$)(표 2).

4. 일상생활동작 수행 정도에 따른 가정작업치료 요구도

일상생활동작 수행 정도는 완전 의존도 15명(8.9%), 심각한 의존도 31명(18.5%), 중등도 의존도 56명(33.3%), 약간의 의존도 41명(24.4%), 최소한 의존도 25명(14.8%)

이었다. 자조활동 요구도는 완전 의존도(2.28±0.48)가 가장 높았으며, 수단적 일상생활 요구도는 심각한 의존도(2.03±0.62), 운동성 요구도는 심각한 의존도(2.70±0.40), 이동성 요구도는 심각한 의존도(2.77±0.34), 사회성 요구도는 완전 의존도(2.00±1.18), 지각·인지·심리적 요구도는 완전 의존도(1.88±0.89)에서 가정작업치료 요구도가 높았다. 자조활동 요구도, 수단적 일상생활 요구도, 운동성 요구도, 이동성 요구도, 사회성 요구도, 지각·인지·심리적 요구도 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 있었다($p=0.0001$)(표 3).

5. 인지기능(MMSE)에 따른 가정작업치료 요구도

인지기능에서 23점 미만은 44명(26.19%), 23점 이상은 124명(73.81%)이었다. 자조활동($t=4.63$, $p=0.0001$), 수단적 일상생활동작($t=2.88$, $p=0.0045$), 운동성($t=2.11$, $p=0.0373$), 이동성($t=3.97$, $p=0.0001$), 사회성($t=5.09$, $p=0.0000$), 지각·인지·심리적($t=4.65$, $p=0.0000$) 요구도에서 통계적으로 유의한 차이를 보였다(표 4).

6. 항목별 가정작업치료 요구도

가정작업치료 요구도가 높았던 문항은 자조활동 요구

표 4. 인지기능에 따른 가정작업치료 요구도

(N=168)

범 주	인지기능(MMSE)		t	p
	23점 미만	23점 이상		
	(n=44)	(n=124)		
	Mean±SD	Mean±SD		
자조활동 요구도	2.05±0.58	1.53±0.78	4.63	0.0001
수단적 일상생활 요구도	2.04±0.74	1.69±0.71	2.88	0.0045
운동성 요구도	2.60±0.48	2.41±0.63	2.11	0.0373
이동성 요구도	2.41±0.60	1.99±0.88	3.97	0.0001
사회성 요구도	2.18±0.95	1.32±0.96	5.09	0.0000
지각·인지·심리 요구도	1.96±0.76	1.29±0.83	4.65	0.0000

도는 목욕하기(2.40±0.80)였고, 수단적 일상생활동작 요구도는 교통수단이용하기(2.08±1.01), 운동성 요구도는 협응운동하기(2.75±0.54), 이동성 요구도는 계단오르고 내리기(2.41±0.89), 사회성 요구도는 의사소통훈련하기(1.60±1.15), 지각·인지·심리적 요구도는 고유수용성감각훈련하기(2.20±0.99)가 가장 높았다. 범주별 가정작업치료 요구도는 운동성 요구도(2.46±0.60)에서 가장 높았다(표 5).

7. 일상생활동작, 인지기능과 가정작업치료 요구도의 상관관계

일상생활동작과 가정작업치료 요구도는 유의한 역상관관계가 있었으며($r=-0.56$, $p=0.0001$), 인지기능과 가정작업치료 요구도도 유의한 역상관관계가 있었다($r=-0.38$, $p=0.0001$)(표 6).

IV. 고 찰

뇌졸중은 뇌에 혈액을 공급하는 혈관이 막히거나 파열되어 뇌 조직의 일부가 영구적으로 손상되는 질병으로 대부분 편마비 장애를 초래하며, 동반되는 장애로는 감각장애, 운동장애, 우울증, 언어장애뿐 아니라 인지장애, 지각장애는 성공적인 재활치료를 저해하는 주요 요인이다(Mathews & Burton, 2001; Ryerson, 1995). 뇌졸중의 위험인자로는 고혈압(58.6%), 고콜레스테롤(28.6%), 흡연

력(22.7%), 당뇨병(19.7%)의 순으로 관찰된다(전중선, 1998) 최근까지 65세 이상 사망원인 중 가장 많은 질병이고 또한 사회의 고령화에 따라 상대적으로 노인 인구가 늘어나게 되어 발생률도 증가하는 추세이다(통계청, 2004).

또한 우리나라는 저출산, 국민 평균수명이 지속적으로 연장되어, 노인인구의 상대적 비율이 높아지면서 고령사회의 진입이 시작되었다. 오는 2019년에는 14.4%, 2030년에는 24.1%의 본격적인 초고령 사회의 진입이 전망된다. 이에 따른 치매, 중풍 등 요양보호 필요노인이 2003년도에는 59만 명, 2010년도에는 79만 명, 2020년도에는 114만 명으로 급속히 증가하므로 요양시설이 절대 부족(수요의 31%)하며 환자가 부담하는 요양부담이 월 32~70만원, 유료시설이 100~250만원으로 유료시설 비용부담이 과중하게 된다(보건복지부, 2004). 그러므로 정부에서는 공적노인요양보장제도 도입의 필요성이 제고되어, 2004년도부터 주간보호, 단기보호시설을 시범적으로 운영하였으며, 2005년도부터 본격적인 시범사업을 전개하고 있다(보건복지부, 2004).

2004년부터 주간보호시설과 요양서비스 시범사업의 인프라 구축 방안으로 공적노인요양 보장제도 도입을 계획으로 요양서비스 인프라구축, 요양보호의 전문인력 양성 제도의 한 방안으로 간병전문인력, 노인전문간호사, 케어매니저 등 전문인력 양성 및 제도화를 추진하고 있다.

이에 발맞추어 본 연구자는 현 보건·의료제도에 부응하기 위해 뇌졸중 환자가 어떤 가정작업치료를 요구하

표 5. 항목별 가정작업치료 요구도 (N=168)

범 주	항 목	Mean±SD
자조활동 요구도	식사하기	1.21±1.13
	몸치장하기	1.89±0.92
	목욕하기	2.40±0.80
	상의 입고 벗기	2.03±1.04
	하의 입고 벗기	2.03±1.05
	대변처리하기	1.44±1.23
	소변처리하기	1.35±1.21
	성생활유지하기	1.01±0.84
평균		1.67±.077
수단적 일상생활동작 요구도	응급시 대처하기	1.96±1.05
	음식 만들기	1.59±1.08
	전화하기	1.48±1.12
	청소하기	1.68±1.06
	세탁하기	1.57±1.06
	외출하기	2.05±1.00
	교통수단 이용하기	2.08±1.01
	재정관리하기	1.53±1.13
	지역사회시설 이용하기	2.00±0.97
	쇼핑하기	1.73±1.03
	여가, 취미생활하기	1.96±0.96
	평균	1.79±.074
운동성 요구도	자세유지하기	2.17±1.02
	관절가동범위 운동하기	2.49±0.77
	근육강직완화 운동하기	2.44±0.80
	협응 운동하기	2.75±0.54
평균		2.46±0.60
이동성 요구도	이동하기	1.86±1.07
	바닥에서 일어나기	2.21±0.93
	화장실출입하기	1.85±1.15
	보행훈련하기	2.26±0.90
	계단 오르고 내리기	2.41±0.89
평균		2.11±0.84

표 5. 항목별 가정작업치료 요구도(계속) (N=168)

범 주	항 목	Mean±SD
사회성 요구도	의사소통훈련하기	1.60±1.15
	대인관계훈련하기	1.49±1.06
평균		1.55±1.03
지각·인지· 심리 요구도	시각훈련하기	1.33±1.15
	촉각훈련하기	1.56±1.11
	청각훈련하기	0.92±0.98
	지남력훈련하기	1.29±1.15
	고유수용성감각훈련하기	2.20±0.99
	기억력향상하기	1.61±1.11
평균		1.47±0.86

는지 알아보았다. 가정작업치료는 보건·의료 복지분야 시책에 아직 추진되고 있지 못한 실정이다. 그러므로 본 연구자는 2000년부터 2005년 현재까지 보건소에서 시행 되는 지역사회 재활프로그램에서 뇌졸중 환자에게 작업 치료와 일상생활동작 훈련, 인지기능 훈련 등을 수행해 준 결과 일상생활동작 수행도와 작업치료의 만족도가 높은 결과를 얻었다(최혜숙, 2002). 가정작업치료 서비스는 협의의 개념으로는 주로 입원 재활치료 연장의 개념으로 의학적 치료 후 환자의 익숙한 가정에서 일상생활동작 훈련, 재활치료, 가정생활적응, 사회적응 훈련서비스, 신체적·정신적 욕구충족, 취미생활 등의 작업치료 (Occupational Therapy)의 개념으로 환자가 일상생활을 영위하는데 필요한 건강관련서비스, 즉 총체적인 home care 개념을 포함한다(Griswold, 2003; McGuire, 1997; Wilcock, 1986).

미국의 경우 가정건강서비스에는 의료사업, 사회사업,

표 6. 일상생활동작, 인지기능과 가정작업치료 요구도의 상관관계 (N=168)

가정작업치료 요구도	
일상생활동작	-0.56(0.0001)
인지기능	-0.38(0.0001)

간호사업, 가사지원 사업, 환자이송, 투약, 작업치료 등 다양한 내용이 포함되어 가정에서 건강서비스가 제공되고 있으며, 허가된 개인, 기관, 조직에 의해 이루어지며, 여러 조직과 기관들은 의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 언어치료사, 영양사, 가정간호조무사 등이 포함된다(NAHC, 1999).

가정작업치료(Home-Based Occupational Therapy)의 역사는 1917년 미국 지체장애협회의 가정관리부(Home Industries Department)에서 재가환자(homebound)의 집을 방문하여 가정에서 치료(home care)해 줄 수 있는 작업치료의 필요성을 강조하면서(Jackson, 1992) 시도되었고, 병원에서의 작업치료 필요성은 누구나 인식하고 있지만, 복귀 후 가정건강프로그램으로 작업치료를 소홀히 할 수 있으므로 건강관리를 위해 작업치료가 중요하다는 것을 강조했으며, 치료의 첫째 단계는 정신적 치료라고 했다(Griswold, 2003; Jackson, 1992; McGuire, 1997; Siebert, 1997; Wilcock, 1986).

미국에서 초기 가정작업치료는 지체장애관리부에서 24명의 여자와 26명의 남자환자의 가정에서 작업치료를 시행했는데, 환자의 나이는 각각 다르고 장애도 달랐다. 그리고 서로 각각 다른 도시에 흩어져 살았으므로 그들 집에 방문하려면 자동차로 하루에 80마일을 방문해야 했다. 환자의 대부분은 영구적인 장애를 가진 사람이므로 그들에 대한 작업은 작업치료 이상으로 직접적인 가치가 있었다. 작업치료를 수행하면서 환자의 가족, 이웃이 작업에 영향이 있고 환경과도 밀접한 관계가 있다는 것을 알아냈다. 그리고 작업치료사는 환자를 의뢰한 사회복지부 직원들에게 작업치료가 환자의 신체적, 정신적인 문제를 돕기 위한 것이라는 것을 교육시켰다(Jackson, 1992). 미국의 가정작업치료는 노인과 만성질환을 위한 가정 건강관리자로서 작업치료사, 간호사, 의사, 물리치료사, 언어치료사 그리고 가정도우미가 팀을 이루어 환자들의 건강을 관리하는 포괄적인 재활중재를 하고 있다(Bush, 1997; Griswold, 2003; McGuire, 1997; Mathews & Burton, 2001; Siebert, 1996).

일본의 경우 일본의 노인복지분야의 최초 기본입법은 1963년 7월에 제정한(노인복지법 제163조) 법의 내용은 ① 65세 이상 노인의 건강진단실시 ② 일상생활을 영위함에 있어 지장이 있는 재가노인에게 home helper를 파견 ③ 신체상, 정신상의 장애가 있어 일상생활에 곤란이

있는 노인은 상황에 따라 노인 요양시설에 입소시킨다는 공적인 서비스 내용이 규정되었다. 1979에는 단기 보호사업, 1981년에는 방문서비스 사업에 대한 예산이 책정되고, 1986년 노인복지법 개정에서 단기 요양시설, 주간보호시설을 포함하게 되었다. 1989년 골든플랜(golden plan) 정책으로 재가복지시설을 계획적, 종합적으로 대폭 확충하고, 이어서 1994년 신골든 보건복지 추진 10개 전략(golden plan)책정을 포함해서 「21세기 복지비전, 저출산, 고령사회를 향해서」라는 보고서의 제언 등으로 노인 보건복지에 있어 수요와 공급의 집계결과에서 당면 긴급히 행해야 할 고령자 개호서비스 기반에 정비목표의 상향의 기본 틀을 제정했다(김용택, 2002; 남상요, 2001).

우리나라에서는 건강관리전달체계의 한 방법으로 1990년 의료법 제54조(보건사회부령 제840호)를 개정하여 분야별 간호사 제도에 가정간호사 제도를 도입하여, 1992년부터 가정간호사 배출을 위한 전문교육과정이 시작되었고, 1993년 7월에 시범사업을 시행하여 9개 기관에서 교육과정이 이루어져, 당해에 약 250명의 가정간호사가 배출되었으며, 2000년도 현재 모두 2485명의 가정간호사가 배출되었다(이계탁, 2001).

가정간호서비스 내용은 기본간호, 검사, 투약 및 주사, 교육, 치료적간호, 훈련 등을 포함하는 기초의료 건강서비스이다(곽홍, 2002; 김성실, 1985; 민태자, 1997). 그러므로 장애를 가진 고령노인이나 재활을 필요로 하는 사람들의 가정건강치료로는 역부족이다.

김숙심(2002)은 고령화사회의 의료보장제도 개선방안에 관한 연구에서 노인의료복지에 관련된 전문인력 양성이 절대적으로 필요하다고 했으며, 노인의료복지시설의 확충과 더불어 노인병 전문인력이 장기적이고 안정적으로 확보되어야 하며, 그에 따른 노인전문의사, 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 케어매니저(care manage) 등 노인병 전문인력 양성이 절실하다고 하다고 했으며, 가정·방문간호사업을 활성화하기 위해서는 노인관련 전문인력과 주간 및 단기보호서비스기관 등 다양한 복지자원과 연계가 중요하다고 했다.

연구 대상자 168명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 147명이었다. 입원환자 74명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 69명(93.2%), 외래환자 94명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 78명(84.8%)으로 가정으로 복귀 후 중재치료로 작업치료를 절실하게 필요로 하는 것을 알 수 있

었다. 수입에 따른 가정작업치료 요구도에서 수입이 500만 원 이상인 군은 100~200만원인 군과 400~500만원인 군보다 가정작업치료 요구도가 유의하게 낮았다($p=0.0006$). 이는 환자들이 가정에서 작업치료를 제공 받을 때 가정 경제적 부담으로 올수 있는 것으로 보아야 할 것이며, 500만 원 이상 높은 수입을 가진 환자들은 치료에 있어 경제적 비용은 상관이 없으므로 병원이용을 선호하는 것으로 보아야 할 것으로 사료되며, 비교해 볼 만한 연구가 없었던 것이 연구의 제한이었다. 질병 특성에 따른 가정작업치료 요구도에서 언어장애, 인지장애, 시각장애, 배변문제, 배뇨문제, 연하곤란이 있는 경우, 장애등급이 1급인 경우에 가정작업치료 요구도가 높았다. 이는 뇌졸중 환자들이 주로 경험하는 복합장애로서 일상생활을 유지하고 사회에 적응하기 위해서는 지속적인 재활이 필요하다(김상규, 오정근과 이은정, 1997; 김진호와 한태륜, 2002; 박재욱, 1996).

김성실(1985)은 신체적, 심리적, 영적, 사회적 요구도와 가정간호 요구도와 유의한 상관관계가 있었다고 했으며, 콕홍(2002)은 기본적 일상생활 수행 능력과 수단적 일상생활동작 능력의 장애가 있으면 가정간호의 요구도가 높다고 했는데, 본 연구에서도 일상생활동작(MBI)의 점수가 낮은 완전 의존도(total dependence)와 심각한 의존도(sever dependence) 환자 군에서 가정작업치료 요구도가 높았다.

본 연구에서 인지기능은 MMSE 도구로 23점 미만과 23점 이상을 비교하여 분석하였다. 인지기능 23점 미만인 군에서 자조활동, 수단적 일상생활동작, 운동성, 이동성, 사회성, 지각·인지·심리적 요구도가 높게 나타났다. Fuller(1999)는 인지기능(MMSE)이 23점 미만이면 인지기능에 장애가 있다고 했는데, 본 연구에서 인지기능이 낮은 군(23점 미만)에서 가정작업치료 요구도가 높았던 것을 뒷받침을 해 주는 것이다.

항목별 가정작업치료 요구도 결과를 보면, 자조활동 중 목욕하기($2.40 \pm .80$)에서 요구도가 가장 높았는데, 대부분 환자들이 자조활동에서 머리감기, 발닦기 등은 환자들이 기술적인 어려움을 느끼며(Marti & Thorslund, 1991), 일상생활 수행에서 목욕활동은 바닥의 미끄러움과 공간 협소로 낙상의 위험이 있기 때문에 마지막 단계에서 훈련하게 된다(최혜숙, 2004).

수단적 일상생활동작 요구도는 교통수단이용하기

(2.08 ± 1.01)에서 가장 높게 나타났는데, 현재 우리나라 도로 환경이 휠체어를 이용하여 버스를 타거나 지역사회로 이동하는 것이 어려운 실정을 암시하는 것이다.

운동성 요구도 중에서 협응 운동하기($2.75 \pm .54$)가 높았는데, 이택영(1999)은 한측이 마비되면 건측도 기민성이 떨어진다고 했으며, 편마비 환자는 한측이 마비되면 조작적 능력이 미숙하여 일상생활을 독립적으로 수행하는데 어려움이 있다. 이동성 요구도에서는 계단 오르고 내리기(2.41 ± 0.89), 사회성 요구도는 의사소통 훈련하기(1.60 ± 1.15), 지각·인지·심리적 요구도는 고유수용성감각훈련하기(2.20 ± 0.99)에서 요구도가 높았다. 이는 만성 질환자를 대상으로 간호만족도를 측정된 결과 심리적 상태, 신체적 상태, 자가간호 상태의 간호만족도가 높았던(서문자, 김금순과 김명애, 1996) 것과 유사하다. 범주별 가정작업치료 요구도에서는 운동성(2.46 ± 0.60)이 요구도가 가장 높았는데 이는 뇌졸중 환자들이 편측마비, 시야장애, 어지럼증, 경직, 관절가동범위 제한, 협응운동 장애 등 복합장애로 인하여 일상생활을 적응하는데 어려움이 많으므로(전중선, 1998; Ryerson, 1995), 일상생활 수행에서 자세유지와 관절가동범위 운동, 근육의 강직완화, 협응운동 치료를 요구했을 것으로 사료된다. 일상생활동작과 가정작업치료 요구도는 유의한 역상관관계가 있었으며($r=-0.56$, $p=0.0001$), 인지기능과 가정작업치료 요구도도 유의한 역상관관계가 있었다($r=-0.38$, $p=0.0001$).

본 연구의 제한점은 뇌졸중 환자가 우리나라 노인들을 대변할 수는 없지만 성인작업치료 대상이 대부분 뇌졸중 환자이므로 본 연구에서 뇌졸중 환자를 대상으로 가정작업치료 요구도를 조사하였다. 가정작업치료에 대한 선행연구가 미미하여, 본 연구의 결과와 비교할 자료가 없었던 것이 본 연구의 제한이었으며, 앞으로 후속 가정작업치료에 대한 연구들과 가정작업치료의 모델개발 연구와 비용효과에 대한 연구가 수행되어야 할 것이다.

앞으로 가정작업치료 제도가 시행된다면, 고령인구 증가로 인해 젊은 층이 노인을 부양해야 할 부담이 줄어들 것이며, 국가경제면에서는 가정에서의 재활치료와 병원 치료 비용을 비교할 때, 가정작업치료의 비용이 국민 총사용 의료비를 줄일 수 있어 의료보험 재정에 도움을 줄 수 있을 것이다. 그리고 환자들에게는 재활치료의 지속성이 유지되며, 불필요한 병원 이용을 최소화하여 시간, 의료비, 노력 등을 감소시킬 수 있을 뿐만 아니라 가족

구성원의 부담감을 줄여 가족의 자조기능을 향상시킬 수 있으며, 만성질환자의 가정과 개인의 행복감으로 삶의 질이 증대될 것이다.

V. 결론

본 연구는 뇌졸중 환자를 대상으로 가정작업에 대한 요구도를 알아내어 가정작업치료 모델 개발과 보건·복지 분야에 정책개발의 기초자료로 활용하고자 시도되었다. 대상은 2004년 7월 현재 뇌졸중의 진단으로 병원에 입원하여 작업치료를 받고 있거나, 작업치료를 받고 퇴원 후 외래로 내원하는 환자를 대상으로 서울, 경기도 및 충청도에 소재한 대학병원 10곳, 종합병원 8곳, 복지관 1곳, 보건소 2곳에서 2004년 7월부터 9월까지 조사하였으며, 대상자는 168명이었다.

연구도구는 본 연구자가 개발한 가정작업치료 요구도에 대한 37문항이었으며, 4점 척도로 측정하였다. 일상생활활동작은 MBI(Modified Barthel Index) 도구로, 인지기능은 MMSE (Mini Mental State Examination)로 평가하였다.

연구결과는 다음과 같다.

1. 대상자 168명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 147명이었다. 입원환자 74명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 69명(93.2%), 외래환자는 94명 중 가정작업치료가 필요한 환자는 78명(84.8%)이었다.
2. 일상생활활동작(MBI) 평균점수는 63점이었고, 인지기능(MMSE)은 평균 24점이었다.
3. 질병 특성에 따른 가정작업치료 요구도는 언어장애($p=0.0127$), 인지장애($p=0.0001$), 시각장애($p=0.0001$), 배변문제($p=0.0010$), 배뇨문제($p=0.0278$), 연하곤란($p=0.0001$)이 있는 경우에 가정작업치료 요구도가 높았다. 장애 등급이 1급인 경우 2급, 3급에 비해 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았다($p=0.0001$).
4. 인지기능에 따른 가정작업치료 요구도는 인지기능이 23점 미만인 경우에 자조활동, 수단적 일상생활동작, 운동성, 이동성, 사회성, 지각·인지·심리적 요구도가 모두 높았다.
5. 항목별 가정작업치료 요구도는 목욕하기(2.40 ± 0.80), 교통수단이용하기(2.08 ± 1.01), 협응 운동하기

(2.75 ± 0.54), 계단 오르고 내리기(2.41 ± 0.89), 의사소통훈련하기(1.60 ± 1.15), 고유수용성감각훈련하기(2.20 ± 0.99)에서 요구도가 높았다. 범주별 요구도는 운동성 요구도가 가장 높았다(2.46 ± 0.60).

6. 일상생활활동작과 가정작업치료 요구도는 유의한 역상관계가 있었으며($r=-0.56$, $p=0.0001$), 인지기능과 가정작업치료 요구도도 유의한 역상관계가 있었다($r=-0.38$, $p=0.0001$).

이상의 결과로 뇌졸중 환자는 가정과 사회에서 적응하기 위해 가정작업치료를 요구하고 있다.

참 고 문 헌

- 권용옥. (2000). *가정간호제도의 활성화방안에 관한 연구*. 서울: 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 김모임. (1993). *가정간호연구의 전망*. 서울: 간호학탐구.
- 김미정. (2000). *지역사회 중심 가정간호사업과 병원 중심 가정간호사업의 원가 비교 분석*. 서울: 연세대학교 대학원 석사학위논문.
- 김상규, 오정근, 이은정. (1997). 뇌졸중 환자의 신경행동학적 인지상태 검사조건. *대한재활의학회지*, 21(2), 259-263.
- 김성실. (1985). *가정간호요구 및 실행 실태에 관한 조사연구*. 서울: 연세대학교 대학원 박사학위논문.
- 김용택. (2002). *노인보건·의료·복지서비스의 연계성 관계·한·일비교 연구*. 일본: 동양대학교 석사학위논문.
- 김진호, 한태륜. (2002). *재활의학*. 서울: 군자출판사.
- 김숙심. (2002). *고령화사회의 의료보장제도 개선방안에 관한 연구*. 광주: 광주대학교 대학원 석사학위논문.
- 곽홍. (2002). *중국 북경 뇌혈관질환 노인의 가정간호요구*. 서울: 서울대학교 대학원 석사학위논문.
- 남상요. (2001). *일본의 의료제도와 병원경영 일본의 의료개혁과 병원구조조정*. 서울: 수문사.
- 민태자. (1997). *가정간호에 대한 인식과 요구도에 관한 연구*. 뇌·척수·근골격 손상 입원 환자를 중심으로. 부산: 인제대학교 대학원 석사학위논문.
- 박재욱. (1996). 뇌손상환자의 재활 인지치료의 중요성. *재활의학회지*, 22(3), 483-490.

- 보건복지부. (2003). *보건사회통계연보*
- 보건복지부. (2004). *고령사회의 노인요양보장 정책 방향*
- 서문자, 김금순, 김명애. (1996). 간호진단 중심의 퇴원계획과 가정간호 적용의 효과-만성질환자를 중심으로. *기본간호학회지*, 3(1), 50-67.
- 이강오, 양화영. (2002). 뇌졸중 환자의 자가간호 정도에 따른 가족원의 부담감과 삶의 질과의 관계. *정신간호학회지*, 11(2), 192-205.
- 이계탁. (2001). *가정간호사업 활성화에 대한 인지도 조사연구*. 서울: 경희대학교 대학원 석사학위논문.
- 이인우. (2002). *뇌졸중 환자의 가정간호사와 입원간호사의 보호자부담감 비교연구*. 대전: 대전대학교 대학원 석사학위논문.
- 이택영. (1999). 뇌졸중 환자의 환측 상지 기능이 건측 손의 기민성에 미치는 영향. *대한작업치료학회지*, 7(1), 57-67.
- 전중선. (1998). 뇌졸중의 전문적 재활치료에 대하여. *간호학탐구*, 7(1), 43-63.
- 전중선. (1998). 뇌졸중의 최근 역학적 동향. *재활의학학회지*, 22(6), 1159-1165.
- 최혜숙. (2001). 뇌졸중 노인환자의 인지기능, 일상생활 동작 수행도 및 작업 수행도 만족도(COPM). *동남보건대학논문집*, 19(2), 295-302.
- 최혜숙. (2002). 지역사회 중심 재활프로그램이 뇌졸중 노인환자의 인지기능, 일상생활 동작 수행도 및 작업 수행도·만족도에 미치는 영향. *동남보건대학논문집*, 21(2), 185-193.
- 최혜숙. (2004). 퇴원한 뇌졸중 환자와 외래환자의 가정작업치료 요구도 비교. *동남보건대학논문집*, 22(2), 171-181.
- 최혜숙. (2004). *일상생활동작학*. 서울: 계축문화사.
- 통계청. (2004). *한국통계연감, 장래인구 추계결과*
- 황나미. (1996). *병원중심 가정간호시범사업 평가*. 한국보건사회연구원.
- 황나미, 조재국, 장인순, 김의숙, 김조자, 양봉민, 윤순영. (1999). *병원중심 가정간호사업모형 개발 및 제도화 방안*. 한국보건사회연구원.
- Bush, M. A. (1997). What can be done about home health fieldwork? *American Journal of Occupational Therapy*, 51(6), 464-466.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Fuller, G. (1999). *Mental state and higher function*. (2nd ed.). Australia: Churchill Livingstone.
- Griswold, L. A. (2003). Community-based practice arenas. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn & W. Boyt (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (10th ed., pp. 931-935). Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Jackson, B. N. (1992). Home-based occupational therapy: Then and now. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 84-85.
- McGuire, M. J. (1997). Documenting progress in home care. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(6), 436-445.
- Marti, G. P., & Thorslund, M. (1991). The use of technical aids among community-based elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 45(8), 712-718.
- Mathews, M. M., & Burton, M. T. (2001). Treatment contexts. In L. W. Pedretti (Ed.), *Occupational therapy: Practice Skills for Physical Dysfunction* (5th ed., pp. 29-37). Philadelphia: Mosby.
- NAHC. (1999). *The national Association for Home Care*. Report Home Care-on line, Washington.
- Ryerson, S. D. (1995). Hemiplegia. In D. A. Umphred (Ed.), *Neurological Rehabilitation* (3rd ed., pp. 681-719). Philadelphia: Mosby.
- Shell, B. A. (2003). *Willard & Spackman's Occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott.
- Siebert, C. A. (1997). Description of fieldwork in the home care setting. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(6), 423-429.
- Wilcock, A. A. (1986). *Home: Occupational therapy Approaches to stroke*. Australia: Churchill Livingstone.

Abstract

Need on Home-Based Occupational Therapy for Persons With Stroke

Choi, Hyae-Sook, M.A., O.T.

Dept. of Occupational Therapy, DongNam Health College

Objective : This study is purposed to measure needs on home-based occupational therapy of stroke patient and develop a home-based occupational therapy model.

Methods : Subjects in this study were 168 patients(74 inpatients and 94 outpatients) diagnosed with CVA. 37 questions with each 4 answer choices were developed by the author and used as a tool for measuring the needs on the home-based occupational therapy. MBI(Modified Barthel Index) and MMSE(Mini Mental State Examination) were employed for the evaluation tools for ADL and cognitive function respectively.

Results : 147 patients out of 168 patients answered that they need the home-based occupational therapy. 69 out of 74 inpatients(93.2%) and 78 out of 94 outpatients(84.8%) answered they were in need of the home-based occupational therapy. Average scores of MBI and MMSE were 63 and 24 respectively. The more were patients disabled, the higher need on the home-based occupational therapy were they. Disablement was categorized as speech impairment($p=0.0127$), cognitive impairment($p=0.0001$), visual impairment($p=0.0001$), bladder($p=0.0278$), bowel impairment($p=0.0010$), dysphagia($p=0.0001$), and disable glade($p=0.0001$).

Conclusion : This result shows that the CVA patients are in high demands for the home-based occupational therapy to adapt themselves to the lives at home and society. The home-based occupational therapist system has not prepared yet, however, in-depth studies shall be further carried out to well establish the home-based occupational therapy Model and occupational therapist system.

Key Words : CVA, Home-based Occupational Therapy, MBI(Modified Barthel Index), MMSE(Mini Mental State Examination)