

뇌졸중 환자의 가정작업치료에 대한 가족의 요구도

최혜숙*

*동남보건대학 작업치료과

국문초록

목적 : 본 연구는 뇌졸중 환자가 퇴원 후 가정에서 필요한 작업치료가 무엇인지 가족을 대상으로 가정작업치료에 대한 요구도를 알아보았다. 앞으로 가정작업치료사 제도를 보건·의료정책 제안의 기초자료로 활용하고자 시도하였다.

연구방법 : 연구의 대상은 2004년 7월부터 8월까지 뇌졸중을 경험한 환자의 가족 168명에게 가정에서 필요한 작업치료가 무엇인지 직접 면접을 통해 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 SAS를 이용하여 분석하였다. 측정도구는 본 연구자가 개발한 가정작업치료 요구도로서 37문항의 4점 척도였다.

결과 : 대상자 168명 중 가정작업치료가 필요하다고 응답한 가족은 149명(88.6%)이었다. 대상자의 직업이 있는 경우, 가정경제가 보통인 경우 가정작업치료 요구도가 높았다. 뇌졸중 환자의 질병 특성에 따른 요구도를 보면 언어장애, 시각장애, 배뇨문제, 연하곤란이 있는 경우 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았으며, 장애등급 1급이 2, 3급에 비하여 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았다($p=0.0001$). 범주별 가정작업치료 요구도 순위는 운동성 요구도가 가장 높았으며, 다음은 이동성 요구도, 수단적 ADL 요구도, 자조활동 요구도, 사회성훈련하기 요구도 등의 순위였다.

결론 : 이상의 연구결과에서 뇌졸중 환자의 가족은 가정작업치료를 매우 필요로 하는 것을 보았을 때, 앞으로 가정작업치료는 우리에게 수행되어야 할 많은 연구의 전망을 가져다주고 있다.

주제어 : 가정작업치료, 뇌졸중, 뇌졸중 환자 가족

I. 서론

우리나라 평균 수명은 1971년 62.3세에서 2000년에는 75.9세로 13.6세가 증가하였으며, 2000년도에 65세 이상 노인인구는 337만 명으로 전체인구의 약 7.1%이다. 또한 2003년도에는 417만 명으로 8.7%, 오는 2019년에는 14.4%, 2030년에는 21.1%의 고령사회에서 본격적인 초고령 사회로의 진입이 전망되고 있다. 반면에 여성 한명이 가임기간(15~49세) 동안 낳는 평균출산율은 1970년에 4.5명에서 1980년에는 2.8명으로, 2000년에는 1.5명으로

계속 낮아져 2002년에는 평균 1.3명, 2004년에는 1.16명으로 2003년도보다 0.33명 줄어들었다(보건복지부, 2004; 통계청, 2004). 그에 비하여 일본 1.29, 미국 2.04, 영국 1.79, 프랑스 1.89, 독일은 1.34명으로(통계청, 2004), 우리나라의 이러한 가파른 출산율 감소는 경제협력개발기구(OECD) 회원국 중에 최저 수준으로서 생산가능 인구 감소로 이어져 다른 성장을 저하는 물론 노인 부양비 증가와 같은 부담이 급속히 증가하였음을 의미한다(보건복지부, 2004).

통계청에 따르면 우리나라의 생산가능 인구(15~64세)

본 연구는 동남보건대학 연구비 지원에 의하여 수행된 것임

교신저자 : 최혜숙(hyaesook@hanmail.net)

|| 접수일: 2006.8.15

|| 게재승인일: 2006.10.2

는 2016년을 고비로 감소세로 전환하고, 50~64세의 고 연령층 비중은 더욱 증가할 전망이다. 반면에 15~24세의 젊은 연령층과 25~49세의 경제활동이 가장 왕성한 연령층은 점차 감소할 것으로 예상되어 앞으로 노인환자의 문제를 젊은 층이 부양해야 할 부담이 가중될 것이다(통계청, 2004).

성인작업치료 대상의 대부분이 노인과 뇌졸중 환자이다. 만성질환 중에 하나인 뇌졸중은 순환기계 질환, 신생물(암)에 이은 세 번째 사망원인이 되며, 우리나라 전 노인인구의 4.4%가 뇌혈관질환을 경험하고 있고, 65세 이상의 사망률 제1위를 차지하는 질환이다(보건복지부, 2004).

뇌졸중은 심장병 암에 이어 성인병 사망원인의 세 번째이다. 뇌졸중은 신체장애 성인작업치료 대상환자의 가장 보편적인 질환이며, 미국에서는 매년 50만명이 발병한다. 뇌졸중의 생존자 200만명 중 10%는 완전히 회복되고, 40%는 약간의 장애를 갖고 있으며, 50%는 심각한 장애를 갖고 있어 계획적인 돌봄이 필요하다(Ryerson, 1995).

뇌졸중 환자들은 병원에서 급성기 치료를 마친 후 지역사회로 돌아와 생활하면서 많은 어려움을 경험한다. 그러므로 일상생활활동, 즉 옷입고 벗기, 목욕하기, 먹기, 화장실 출입하기, 이동하기 등 사회와 통합하기 위한 훈련을 필요로 하며, 지각·인지·심리적, 수단적 일상생활활동 훈련을 하는 작업치료를 필요로 하고 있다(최혜숙, 2001; 2002; 2004; Gilbertson & Langhorne, 2000).

뇌졸중은 신체적 치료는 물론이며 대부분 정신·사회적 재활을 장기간 요하는 질환이기 때문에 그에 따른 경제적 부담뿐만 아니라 가족의 정신적 부담 및 우울을 가져다준다(김경순, 1996; 김귀분과 이경호, 2001; 이강호와 양화영, 2002; 이인우, 2002).

우경숙(1999)은 가정에서 가족들이 환자를 돌보는 경우 가족의 시간관리, 자기발전, 자신의 몸 건강, 정서적인 부담감이 입원시보다 퇴원하여 가정에서 돌볼 경우 부담감이 더 크다고 했다.

1977년부터 부분적으로 실시되던 의료보험이 1989년에는 전국민의료보험으로 실시되면서 의료수요가 급격히 증대되어 종합병원에 환자 집중현상이 가속화되었고, 생활환경의 변화로 감염성 질환은 현저히 감소되고 있는 반면 암, 당뇨, 뇌혈관 등 만성 퇴행성 질환은 계속 증가하고 있다. 또한 노인환자 등의 병원이용률이 늘어남과 동시에 입원기간도 길어져서 병원 입원회전율이 떨어지

게 되었고 그 결과 실제로 입원이 필요한 환자가 적시에 입원 치료를 받지 못하게 되어 응급실이 입원대기 장소로 변하는 현상을 가져오게 되었다. 이러한 현상이 의료계의 주요문제로 대두됨으로써 하나의 대안으로 1990년 의료법 제54조(보건사회부령 제 840호)를 개정하여 가정간호사 제도를 도입하였다(김조자, 1993).

가정간호는 1989년 6월부터 추진하여 1990년 1월 가정간호제도를 제정하여 동년 6월 5일 “전문간호사” 과정 등에 관한 고시에 따라 당시 보건사회부에서 서울대학교 보건대학원을 가정간호교육 기관으로 지정하여 224명 응시자 중 40명의 가정간호 교육생을 선발하여 1991년 1기 가정간호사 38명이 배출하였다.

1992년부터 전문 과정 교육을 받은 가정전문간호사가 대학병원 중심 가정간호 시범사업을 시작하였으며, 그 후에는 요양병원, 한방병원을 포함한 병원급 이상의 의료기관에서, 2000년도부터는 보건소 거점 지역사회 방문간호사업으로 확대 실시하였다(권용옥, 2000; 김미정, 2000; 김화중, 1992; 황나미, 1996).

그러나 이러한 현 보건의료 전달체계 규정은 재가환자들의 실제적 생활에서 필요로 하는 기능적 능력 개선에 보탬을 줄 수 있는 물리치료 및 작업치료가 포함되어 있지 않기 때문에 구체적 재활요구를 충족시킬 수 없다는 것을 문제점으로 지적할 수 있다.

미국의 경우에 가정작업치료(home-based occupational therapy)의 시초가 되는 계기는 1917년 지체장애 협회의 가정관리부(Home Industries Department)에서 재가환자(homebound)의 집을 방문하여 하지마비 환자가 가정에서 쉽게 할 수 있는 목공예 작업 등을 통해 직업에 복귀하도록 도와주면서 시도되었다(Jackson, 1992). 그 후 Home Health Care System 으로 통칭하였으며, 1972년 Medicare의 의료수혜범위가 확대되어 DRG(Diagnosis Related Groups)의 시스템이 도입되면서 지역사회에서 Home Health Care를 받을 수 있는 수혜가 늘어나게 되어 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 영양사, 의료사회사업가 등의 인력이 가정을 방문하여 문제점을 알아내고 전문서비스를 수행 하게 되었다(Levine, 1988).

일본의 경우 1963년 7월에 노인복지 기본입법에 따라 양호노인 가정에 입소하는 공적서비스가 규정되었으며, 1986년 노인복지법 개정으로 단기 요양시설, 주간보호시

설이 포함되었고, 1991년에는 보건·의료·복지에 대한 종합적인 노인대책을 추진하기 위해 골든플랜의 법을 제정하여 노인방문간호제도를 시도로 가정을 방문하여 재택노인을 간호하였다.

외국에서는 외상노인이나 뇌졸중 환자는 가정에서 간호 이외에 물리치료, 작업치료, 언어치료 등 다양한 서비스를 받고 있지만, 우리나라 현 실정에서는 법 제도상의 이유로 재활서비스는 없는 실정이다. 급성기 뇌졸중 환자들은 병원에서 의료적 처치 후 퇴원하여 가정으로 돌아간 후 익숙한 가정에서 재활치료를 받고 싶은 요구도가 높았다(최혜숙, 2005).

본 연구는 가정작업치료를 이해하고 보건·의료정책에서 제도적으로 반영되어지기 위해 시도되었다. 앞으로 노인수발보험과 노인요양보장정책에 작업치료가 개입되어, 뇌졸중 환자와 고령노인들이 가정에서 편안하게 재활치료를 받을 수 있도록 가정작업치료가 정책적으로 반영된다면 고령자, 만성질환자 그리고 그들 가족들에게 삶의 질이 증대될 수 있을 것으로 사료된다.

II. 연구 방법

1. 연구 대상 및 자료수집 방법

대상자는 2004년 7월 현재 뇌졸중의 진단으로 병원에 입원하여 작업치료를 받고 있거나, 작업치료를 받고 퇴원 후 외래로 내원하는 환자의 가족 168명을 대상으로 하였다. 자료수집 방법은 서울, 경기도 및 충청도에 소재한 대학병원 10곳, 종합병원 8곳, 복지관 1곳, 보건소 2곳에서 2004년 7월부터 9월까지 경력 3년 이상 된 작업치료가 뇌졸중 환자 보호자를 대상으로 1대 1면접 방법으로 조사하였다. 대상자의 구체적인 기준은 다음과 같다.

- 1) 뇌졸중 진단을 받고 작업치료를 경험한 환자의 가족
- 2) 본 연구에 참여를 허락한 자
- 3) 설문내용을 이해할 수 있는 자

2. 가정작업치료 요구도 측정도구

입원환자 3명, 외래환자 3명, 재가환자 3명을 대상으로 일대일 면접 조사방법으로 가정에서 필요한 작업치료가 무엇인지 심층 면담한 내용과 문헌고찰을 통하여 가

정작업치료 요구도 40문항을 개발하였다. 개발된 내용은 경력 5년 이상의 작업치료사와 의사, 물리치료사, 언어치료사, 간호사 등 재활전문가에게 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(3, 2, 1, 0점)이다. 3점은 요구도가 매우 높음을 의미하며, 0점은 요구도가 없음을 의미한다. 각 문항에 대한 내적 신뢰도 Cronbach's $\alpha = 0.95$ 였다.

3. 자료 분석

자료는 SAS 9.1프로그램을 이용하여 분석하였다. 대상자의 특성별 가정작업치료 요구도와 환자의 질병별 특성은 t-test와 ANOVA로 분석하였으며, ANOVA 후 집단간의 차이는 Scheffé test를 하였다. 대상자의 항목별 가정작업치료 요구도는 Independent t-test로 분석하였다.

III. 연구 결과

1. 뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성에 따른 가정작업치료 요구도

뇌졸중 환자를 돌보는 가족의 연령은 19세에서 79세까지로 그 중 51~60세가 48명(28.6%)로 가장 많았으며, 가정작업치료 요구도는 41~50세에서 요구도가 높았다(1.93 ± 0.57). 여성이 127명(75.6%)이었으며, 여성가족이 남성가족보다 가정작업치료 요구도가 더 높았다(1.84 ± 0.62). 직업이 있는 경우(35.3%)에 가정작업치료요구도가 높았으며(1.85 ± 0.63), 교육수준은 중졸 이하가 41명(24.4%)으로 가정작업치료 요구도가 높았다(1.91 ± 0.65). 종교는 있는 경우가 99명(58.9%)로 가정작업치료 요구도가 높았으며(1.90 ± 0.61), 한 달 총수입이 100만원~199만원인 경우 30명(25.4%)에서 가정작업치료의 요구도가 높았으며(2.11 ± 0.46), 500만원 이상 인 경우가 100만원대, 200만원대, 400만원대보다 가정작업치료 요구도가 유의하게 낮았다($p=0.0001$)(표 1).

표 1. 뇌졸중 환자 가족의 일반적 특성에 따른 가정작업치료 요구도

(N=168)

특 성	구 분	n(%)	Mean±SD	t/F	p
성 별	남자	41(24.4)	1.82±0.62	-0.15	0.88
	여자	127(75.6)	1.84±0.62		
연 령	40세 이하	45(26.8)	1.82±0.58	1.42	0.23
	41~50세	39(23.2)	1.93±0.57		
	51~60세	48(28.6)	1.91±0.64		
	61세~70세	25(14.9)	1.70±0.67		
	71세 이상	11(6.6)	1.51±0.70		
직 업	있다	59(35.3)	1.85±0.63	-0.44	0.66
	없다	108(64.7)	1.81±0.61		
교육 정도	중졸 이하	41(24.4)	1.91±0.65	1.37	0.26
	고졸	72(42.9)	1.87±0.59		
	대졸 이상	55(32.7)	1.72±0.63		
한달 총 수입	100만원 이하	10(8.5)	1.85±0.75	5.90	0.00
	100~199만원	30(25.4)	2.11±0.46a		
	200~299만원	37(31.4)	1.85±0.59a		
	300~399만원	17(14.4)	1.69±0.68		
	400~499만원	9(7.6)	2.02±0.64a		
	500만원 이상	15(12.7)	1.11±0.67b		

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

2. 뇌졸중 환자의 질병 특성에 따른 가족의 가정작업치료 요구도

뇌졸중 환자의 질병 특성으로 뇌졸중 이외에 다른 동반 질환이 있다고 응답한 경우는 30명(17.9%), 없다고 응답한 경우 138명(82.1%)이었으며, 동반질환이 있는 경우 가정작업치료 요구도가 높았으며(2.02±0.62), 마비부위가 좌측인 경우(53.9%) 가정작업치료 요구도가 높았다(1.91±0.56). 언어장애가 있는 경우 72명(43.1%)(1.95±0.58), 시각장애가 있는 경우 56명(33.9%)(2.09±0.49), 배변, 배뇨문제가 있는 경우는 각각 34명(20.4%)(2.13±0.47), 36명(20.4%)(2.17±0.51)이었다. 연하곤란이 있는 경우 36명(21.6%)(2.10±0.38), 보행장애가 있는 경우 149명(89.2%)(1.84±0.59)이었으며, 장애등급 1급인 경우 43명(26.9%)으로 가정작업치료 요구도가 가장 높았다

(2.15±0.60.). 언어장애(p=0.0250), 시각장애(p=0.0001), 배뇨문제(p=0.0003), 연하곤란(p=0.0002)이 있는 경우 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았으며, 장애등급 1급이 2, 3급에 비하여 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았다(p=0.0001)(표 2).

3. 항목별 가정작업치료 요구도

자조활동 요구도에서는 상의입고벗기(p=0.0153), 대변처리하기(p=0.0028), 소변처리하기(p=0.0037), 성생활지도하기(p=0.0432)가 유의하게 높았으며, 운동성 요구도에서는 자세유지와 체위변경하기(p=0.0165), 이동성 요구도에서는 침대에서 의자로 이동하기(p=0.0044), 욕조로 이동하기(p=0.0226), 화장실 출입하기(p=0.0056), 사회성 요구도에서는 사회적 관계유지하기, 즉 가족과 대화하기(p=0.0420)

표 2 뇌졸중 환자의 질병 특성에 따른 가족의 가정작업치료 요구도

(N=168)

특 성	구 분	n(%)	Mean±SD	t/F	p
동반질환	있다	30(17.9)	2.02±0.62	1.89	0.06
	없다	138(82.1)	1.79±0.61		
마비부위	좌측	90(53.9)	1.91±0.56	0.19	0.31
	우측	66(39.5)	1.76±0.66		
	양측	11(6.6)	1.76±0.79		
언어장애	있다	72(43.1)	1.95±0.58	2.29	0.03
	없다	95(56.9)	1.73±0.63		
시각장애	있다	56(33.9)	2.09±0.49	4.47	0.00
	없다	109(66.1)	1.70±0.63		
배변문제	있다	34(20.4)	2.13±0.47	3.29	0.00
	없다	133(79.6)	1.75±0.63		
배뇨문제	있다	36(20.4)	2.17±0.51	3.70	0.00
	없다	131(79.7)	1.74±0.62		
연하곤란	있다	36(21.6)	2.10±0.38	3.95	0.00
	없다	131(78.4)	1.76±0.65		
보행장애	있다	149(89.2)	1.84±0.59	0.27	0.79
	없다	18(10.8)	1.78±0.83		
장애등급	1급	43(26.9)	2.15±0.60a	13.64	0.00
	2급	56(35.0)	1.64±0.51b		
	3급	16(10.0)	1.42±0.73b		
	4급	45(28.1)	1.85±0.59		

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

에서 통계적으로 유의하게 높았다. 지각·인지·심리적 요구에서는 시각운동하기($p=0.0289$), 촉각훈련하기($p=0.0470$), 지남력 훈련하기($p=0.0366$), 고유수용성감각 증진시키기($p=0.0026$), 수단적 ADL에서는 응급시 대처하기($p=0.0330$), 전화사용하기($p=0.0103$), 세탁방법 훈련하기($p=0.0369$)에서 통계적으로 유의하게 높았다(표 3).

범주별 가정작업치료 요구도 순위는 운동성요구도(2.55 ± 0.54)가 가장 높았으며, 다음은 이동성요구도(2.55 ± 0.54), 수단적 ADL요구도(1.88 ± 0.75), 자조활동 요구도(1.76 ± 0.70), 사회성 훈련하기요구도(1.88 ± 0.75) 등의 순위였다(표 3).

IV. 고 찰

뇌졸중은 뇌세포 일부에 산소공급의 부족과 허혈로 대 부분 대뇌혈관이 죽어 갑자기 나타나는 질환이다(Gillen & Burkhardt, 2004). 뇌졸중의 예후로 체위조절, 수부기능, 요실금 및 배변실조, 보행능력에 장애를 초래한다. 또한 실어증, 시각장애, 감각장애, 인지기능장애 등의 예후변수 들이 있어, 급성기 신경학적 처치 후에 후유증을 경험하며(한태호, 1997; Gillen & Burkhardt, 2004; Matthew, 2001; Wilcock, 1986), 이러한 후유증은 90%가 장기적인 장애를 가지고 있다(Hansen & Atchison, 2000).

표 3. 항목별 가정작업치료 요구도

(N=168)

범 주	내용	필요(N=149)	불필요(N=19)	t	p
		Mean±SD	Mean±SD		
자조활동 요구도	음식 섭취하기	1.28±1.04	0.90±0.99	1.54	0.13
	몸치장하기	2.03±0.90	1.63±0.96	1.82	0.07
	목욕하기	2.39±0.74	2.16±0.90	1.23	0.22
	상의 입고 벗기	2.07±0.91	1.53±0.96	2.45	0.02
	하의 입고 벗기	2.08±0.95	1.68±0.89	1.73	0.09
	대변 처리하기	1.60±1.20	0.74±0.81	3.04	0.00
	소변 처리하기	1.53±1.22	0.68±0.82	2.95	0.00
	성생활	1.14±0.93	0.69±0.75	2.04	0.04
	계	1.76±0.70	1.25±0.66	3.01	0.00
운동성 요구도	자세유지와 체위변경	2.36±0.94	1.79±1.13	2.42	0.02
	관절가동범위 운동	2.52±0.68	2.21±0.86	1.80	0.07
	근육의 강직완화	2.55±0.66	2.26±0.99	1.23	0.23
	협응운동 촉진(손동작 훈련)	2.78±0.47	2.58±0.84	1.03	0.32
	계	2.55±0.54	2.21±0.62	2.54	0.01
이동성 요구도	침대에서 의자로 이동하기	1.84±1.04	1.11±1.05	2.89	0.00
	욕조로 이동하기	2.26±0.94	1.74±0.93	2.30	0.02
	화장실 출입하기	1.92±1.11	1.16±1.12	2.81	0.01
	걷는 방법	2.41±0.86	2.05±0.91	1.72	0.09
	계단 오르고 내리는 방법	2.45±0.83	2.37±0.96	0.41	0.68
	계	2.18±0.82	1.68±0.79	2.46	0.01
사회성 요구도	의사소통(이해력, 표현력)	1.56±1.11	1.21±1.13	1.30	0.20
	사회적 관계유지하기(가족과 대화)	1.53±1.08	1.00±1.00	2.05	0.04
	계	1.55±1.03	1.11±1.02	1.76	0.08
지각·인지· 심리적 요구도	시각 훈련하기	1.42±1.07	0.84±1.01	2.22	0.03
	촉각 훈련하기	1.45±1.03	0.95±0.97	2.00	0.05
	청각 훈련하기	0.92±0.94	0.68±0.82	1.06	0.29
	지남력 훈련하기	1.29±1.11	0.74±0.87	2.11	0.04
	고유수용성감각 증진시키기	2.35±0.86	1.68±1.11	3.06	0.00
	기억력 향상시키기	1.65±1.14	1.26±1.19	1.39	0.17
	시간 관리하기	1.44±1.08	1.16±1.17	1.05	0.29
	계	1.50±0.78	1.05±0.79	2.41	0.02

표 3. 항목별 가정작업치료 요구도(계속)

(N=168)

범 주	내용	필요(N=149)	불필요(N=19)	t	p
		Mean±SD	Mean±SD		
수단적 ADL 요구도	응급시에 대처하기	2.16±0.98	1.63±1.14	2.15	0.03
	음식 준비하기	1.71±1.09	1.53±1.17	0.69	0.49
	전화 사용하기	1.52±1.09	0.84±0.96	2.60	0.01
	청소하는 방법	1.72±1.05	1.26±1.10	1.78	0.08
	세탁하는 방법	1.66±1.09	1.11±0.99	2.10	0.04
	외출하기	2.22±0.86	1.89±0.99	1.55	0.12
	교통수단 이용하기	2.20±0.93	1.95±1.02	1.11	0.27
	제정관리 하기	1.54±1.12	1.26±1.15	1.03	0.31
	지역사회 시설 이용하기 (은행, 문화강좌, 병원)	2.06±0.93	2.00±1.05	0.26	0.79
	쇼핑하기	1.78±1.03	1.89±0.94	-0.45	0.65
	여가생활 하기	2.10±0.88	2.00±1.05	0.44	0.66
	계	1.88±0.75	1.58±0.84	1.62	0.11

뇌졸중 환자는 신체적, 인지적 장애뿐 만아니라 우울 증도 경험하므로 사회적 적응을 위해 적절한 사회적 지지를 해주어야 할 뿐 아니라(서문자 등, 1999), 뇌졸중 환자를 돌보는 가족은 오랜 기간 동안 환자를 돌보며 생기는 부담감으로 우울증을 겪게 되므로, 부담감은 결국 환자의 재활에 영향을 준다(박명희, 1996; 이강오와 양화영 2002; 이인우, 2002; 정옥분, 2004).

하지만 아직 현 보건의료 정책에 가정작업치료는 물론이며 가정물리치료도 법 제도에 포함되어 있지 않은 실정이다. 가정방문간호사에 의해 제공되는 가정간호는 대상자의 가정을 방문하여 검사, 투약지도, 주사, 교육 등 건강문제와 관련된 간호를 제공하여 질병을 치유하고 불능의 결과를 최소화하여 건강을 유지, 증진시키는(김미정, 2000; 김숙심, 2002; 김화중, 1992; 임지영, 2001)목적으로 실시되기 때문에 뇌졸중 환자의 재활을 담당하기에는 그 역할이 다르다고 할 수 있다.

가정작업치료는 환자의 가정을 방문하여 친숙한 가정에서 스스로 자신의 개인위생 관리, 즉 식사하기, 옷입고 벗기, 몸단장하기, 화장실 출입하기, 가정관리하기, 지역사회에서 이동하기, 쇼핑하기, 은행가기, 여가활동하기 등 일상생활에서 필수로 하는 모든 신체기능, 인지기능,

정신심리기능을 치료, 훈련해 주므로써 환자가 사회에 복귀할 수 있도록 도와주는 과학적이고 체계적인 방법을 적용하는 것이다(최혜숙, 2005; Griswold, 2003; Levine, 1988).

미국의 경우 1917년부터 부분적으로 재택환자를 위하여 척수손상환자에게 작업활동을 하면서 직업에 복귀할 수 있는 공예작업을 실시하여 가정작업치료가 시작되었다. 그 후 1970년대에 DRG(포괄수가제)를 도입하면서 재활전문가(간호사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 사회사업가, 영양사)가 가정을 방문하여 자신의 고유영역 안에서 환자를 재활시키는데 목표를 두고 다양한 재활접근을 시도하였다(Levine, 1988; Siebert, 1997).

일본의 경우 1968년에 고령자 실태조사에서 65세 이상 노인 중 36만명이 거동불능자이므로 특별 양호노인 홈에 수용의 필요성이 대두되어 1970년부터 공적 재가서비스가 시작되었다. 1980년대 골든플랜 계획에 따른 ‘방문서비스’ 전략을 세워 식사, 목욕, 거동, 몸단장, 배설, 일상생활 활동과 관계되는 신변의 서비스를 돕는 개호복지사, 방문개호원, 방문간호사, 물리치료사, 작업치료사 등의 전문인력을 양성하여 노인의 건강과 기능유지, 회복을 도와주고 있다(김용택, 2002; 남상요, 2001; 정상양,

2002). 1994년 12월에는 골든플랜을 상회할 수 있는 신골든플랜을 책정하여 개호노인 의료서비스를 확대하였으며 전문요원으로 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회사업가 등이 재가서비스를 활발하게 하고 있다(김용택, 2002; 남상요, 2001, 이소우, 1999). 또한 2006년 4월부터는 자립지원을 보다 철저하게 하기 위하여 주택개조, 개호예방 복지용구 대여, 전문가 연수 등이 추가되어 개호예방서비스의 질을 높이고 있다(Kitajima, 2006).

현재 우리나라에서 재택환자를 위한 서비스로는 가정방문간호가 제공되었음에도 불구하고 뇌졸중환자들은 가정에서 일상생활과 인지기능 훈련을 해주는 작업치료를 필요로 하고 있다(최혜숙, 2002; 2004; 2005). 권혜정과 황성수(2005)는 가정간호만으로는 기본적인 운동만 실시할 수 있을 뿐 세부적인 물리치료, 즉 관절변형예방을 위한 운동치료, 마비된 신체부위 관리 등 올바른 자세유지를 위해 가정물리치료가 필요하다고 했으며, 김순화(1996)는 통원치료가 불편하고, 비용이 적게 들것 같아 가정물리치료가 필요하다고 했다.

이충휘 등(2002)은 재활환자를 대상으로 가정물리치료의 요구도에 관한 연구에서 재정지원 알선, 가정방문물리치료, 취업알선, 행정업무대행서비스, 의료기관, 보건기관과 연결 한 방문치료, 한방치료, 가정방문작업치료 등의 순위로 가정에서 재활프로그램을 요구하였다.

한동욱과 김용건(2001)의 연구에서는 가정방문물리치료를 위해 치료사의 임상교육이 필요하며, 병원에서의 치료와 같이 치료의 질과 치료시간이 중요하고 환자의 가정환경에 적합한 ADL 훈련 등을 필요로 하다고 했다.

양영애 등(2005)은 만성질환자의 입원기간을 줄이고 지속적인 치료를 위해 정책적으로 가정물리치료사와 가정작업치료사 제도가 마련되어야 한다고 했다.

본 연구에서도 뇌졸중환자의 가족은 환자의 익숙한 환경에서 ADL훈련, 관절운동, 이동하는 방법, 지각·인지·심리적 훈련, 사회성 훈련을 가정에서 치료해 줄 것을 요구하는 것을 을 비추어 볼 때, 현재 시범 사업을 운영하고 있는 노인수발보험제도에 작업치료사의 개입이 필요할 것으로 사료된다.

노인수발보험 제도는 65세 이상 기초생활수급 노인과 일반노인 에게 1~3등급 약 5,200명에게 가정수발, 주·야간보호, 단기보호, 목욕수발, 간호수발에 대한 수발을 가정방문 또는 요양시설 등에서 서비스를 제공하는 것이

다. 수발보험의 종류는 재가수발과 시설수발이 있다. 재가수발 서비스는 수발대상자 가정을 방문하여 신체수발(목욕, 배설, 화장실 이용, 옷 갈아입기, 머리감기 등)과 가사지원(취사, 생필품 구매, 청소, 주변정돈, 생활상담 등), 간호수발(기본간호, 수발간호)서비스가 있다. 시설수발 서비스는 노인복지법상의 전문요양시설, 가정간호사업기관, 노인요양공동생활가정 등에서 수발 서비스가 이루어지고 있다. 본격적인 사업은 2008년부터 시행되며, 2005년부터 2007년까지 광주남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 북제주군, 부산북구, 전남완도 등 8개 시군구에서 시범적으로 운영되고 있다(보건복지부, 2006).

현재 노인수발 보험 시범사업에서 노인수발 등급(1-3등급) 결정에 대한 평가는 4주간의 교육을 받은 사람과 일반 의사에 의해 평가되고 있다. 신체기능에 대한 평가는 MBI(Modified Barthel Index)로, 인지기능은 MMSE(Mini Mental State Examination)로 평가하고 있다(보건복지부, 2006). 하지만 그것을 평가하는 사람은 재활치료 전문가가 아니므로 일상생활 수행도 평가와 인지기능에 평가가 제대로 이루어진다고 볼 수 없다.

앞으로 전문 가정작업치료사가 양성되고, 그 전문가가 수발 대상 노인의 신체적, 인지적, 일상생활 수행도에 대한 평가를 한다면, 정확한 등급판정이 이루어 질 것이며, 또한 양질의 재활치료 서비스가 제공 될 것이다. 그것은 곧 수발서비스를 받는 노인이 자신의 일상생활에 대한 것들, 즉 옷을 입고, 먹고, 화장실출입하고, 이동하는 것을 스스로 하고, 가정과 지역사회에서 적응할 수 있다면 수발의 서비스 시간이 단축되므로 건강보험의 재정에 도움을 줄 것이다.

정부에서는 현재 고령노인과 뇌졸중 등 만성질환을 가진 환자들을 위해 노인의료, 복지서비스체계 방법으로 노인요양병원과 가정봉사원 파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설, 방문간호시설 등을 설치하여 서비스를 제공하고 있지만(노인병원협의회, 2006), 아직 구체적인 서비스 내용은 제시되어 있지 않고 있으며 따라서 적절한 작업치료 또한 제공되지 못하고 있다. 그 이유 중 한 가지는 작업치료에 대한 인식이 부족하며, 작업치료사의 공급부족으로 지역사회재활서비스 접근성에 개입되지 못하는 실정이다.

권혜정과 황성수(2005)는 가정에서 물리치료가 필요한 이유로 간병가족의 부족으로 통원치료와 거동이 불편하

고 시간절약하기 위해서 가정물리치료가 필요하다고 했으며, 가정물리치료를 도입했을 때 이용하겠다고 응답한 환자가 83.8%이었다. 최혜숙(2005)의 연구에서 뇌졸중환자가 퇴원하여 환자의 친숙한 가정에서 작업치료가 필요하다고 응답한 환자가 87.5%이었으며, 본 연구에서도 뇌졸중환자 가족이 가정작업치료가 필요하다고 149명(88.6%)이 응답하였는데, 자조활동에서는 목욕하기, 운동성에서는 손동작 훈련하기, 이동성에서는 계단훈련하기, 사회성에서는 의사소통하기와 고유수용성 감각증진시킴을 가장 원하는 것을 알 수 있었다.

본 연구에서 뇌졸중환자 가족의 일반적인 특성 따른 가정작업치료 요구도를 보면 가족의 수입이 100만원대에서 가정작업치료요구도가 높았으며(2.11 ± 0.46), 500만원대가 100만원, 200만원 400만원대보다 유의하게 낮은 것($P=0.0001$)은 뇌졸중환자의 요구도(최혜숙, 2005)와 비슷하였는데 이는 500만원 이상의 수입을 가진 가족은 경제적인 부담과 상관없이 병원에서 치료 받기를 원하는 것으로 보아야 할 것으로 사료된다.

환자의 질병 특성별로 보면 뇌졸중 이외에 동반된 질환(2.02 ± 0.62), 언어장애(1.95 ± 0.58), 시각장애(2.09 ± 0.49), 배변·배뇨문제(2.13 ± 0.47), (2.17 ± 0.51), 연하곤란(2.10 ± 0.38), 보행장애(1.84 ± 0.59)가 있는 경우 가정요구도가 높았는데, 이는 이은화 등(2002)의 연구에서도 연하곤란과 운동장애가 있는 경우 자가 수행도가 낮았다.

항목별 뇌졸중환자 가족의 가정작업치료 요구도를 보면 자조활동 요구도에서 목욕하기(2.07 ± 0.74)와 욕조로 이동하기(2.26 ± 0.94)의 요구도가 가장 높았는데, 이전의 연구에서도 뇌졸중환자의 목욕하기 요구도가 가장 높게 나타난 결과와 유사하였다(최혜숙, 2005). 이는 아마도 목욕활동의 환경은 공간의 협소와 미끄러움 등의 어려운 환경(송근희와 정연강, 1990)이기 때문에 잘 적응하기가 어려웠을 것이다. 현재 노인수발보험 시범사업에서는 환자 목욕수발 서비스가 책정이 되어 있어 4인이 1조의 한 팀으로 목욕수발을 실시하고 있으며, 그 비용은 3만원이다(보건복지부, 2006). 그러므로 가정작업치료를 통하여 스스로 목욕하는 능력을 키운다면, 가정과 건강보험의 경제에 도움이 될 것이다. 운동성 요구도에서 협응운동 촉진시키기(2.78 ± 0.47), 고유수용성감각 증진시키기(2.35 ± 0.86)에서 요구도가 높게 나왔는데, 뇌졸중환자에게 협응능력과 고유수용성감각의 부재는 일상생활을 수행하는데 많은 어

려움을 초래한다(Gillen & Burhardt 2004). 협응능력증진과 고유수용성감각 증진 훈련은 작업치료의 이론을 적용하여 치료하는 전문적인 치료방법으로 작업치료사만이 할 수 있는 유일한 치료방법의 하나이다.

본 연구의 제한점은 가정작업치료 제도를 이용자 측면에서만 조사하였으며, 앞으로 공급자 측면에서의 연구가 있어야 할 것으로 사료된다. 현재 가정작업치료의 제도가 없으며, 아직 일반화되어 있지 않은 상태에서 이에 대한 사전 조사로 실시한 것으로써, 연구 선행 자료를 제시하는데 한계가 있었다. 앞으로 노인수발보험 급여에 작업치료 수가를 책정할 수 있도록 하기 위해서는 보건 의료 법 제도의 정책에 반영될 수 있는 가정작업치료의 모델이 개발되어야 할 것이며, 가정작업치료 전문가 양성과정에 대한 연구도 선행되어야 할 것이다.

본 연구에서 뇌졸중환자를 대상으로 한 것은 작업치료를 경험한 사람들의 대부분이 뇌졸중환자이므로 뇌졸중환자 가족을 대상으로 연구를 시도하였다. 뇌졸중환자 가족이 노인인구 가족을 대변할 수는 없지만, 노인환자의 작업치료와 뇌졸중환자의 작업치료가 비슷한 조건인 것을 감안하여 시도하였다.

현재 노인요양을 위한 시설여건이 취약하여 2001년 현재 135개 시설에 수용 가능한 노인 수는 약 10,000명으로 전체 노인인구의 약 0.35%에 불과하므로(선우덕, 2001), 노인환자와 뇌졸중환자는 가정에서 가족에 의해 돌보아 질 수밖에 없다. 사회의 고령화와 동시에 노인의 학력도 높아질 것이다. 앞으로 젊은 층이 노인을 부양해야 하는 부담감을 비추어볼 때 현 보건의료 정책 개선이 필요하며, 그 대안으로 가정작업치료사가 보건·의료법에 제도화 되어야 할 것이다. 이러한 노력들이 이루어질 때 노인환자와 뇌졸중환자의 삶의 질이 증대 될 것이며, 그의 가족들이 환자를 돌보아야 하는 부담감에서 해방되어 양질의 삶이 될 것이다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 뇌졸중환자의 가족을 대상으로 가정작업치료에 대한 요구도를 알아내어 앞으로 가정작업치료가 보건·의료정책에 제도적으로 반영되기 위한 기초자료로 활용하고자 시도되었다.

연구의 대상은 2004년 7월부터 8월까지 뇌졸중을 경

힘한 환자의 가족 168명에게 가정에서 필요한 작업치료가 무엇인지 작업치료가 일 대 일 직접 면접 방법을 통해 자료를 수집하였다. 수집된 자료는 SAS를 이용하여 분석하였다.

연구 결과는 다음과 같다.

1. 대상자 168명 중 가정작업치료가 필요하다고 응답한 가족은 149명(88.6%)이었다.
2. 대상자의 직업이 있는 경우, 가정경제가 보통인 경우 가정작업치료 요구도가 높았다.
3. 뇌졸중 환자의 질병 특성에 따른 요구도를 보면 언어장애, 시각장애, 배뇨문제, 연하곤란이 있는 경우 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았으며, 장애등급 1급이 2, 3급에 비하여 가정작업치료 요구도가 유의하게 높았다($p=0.0001$).
4. 자조활동 요구도에서는 상의입고벗기, 대변처리하기, 소변처리하기, 성생활지도하기가 통계적으로 유의하게 높았으며, 운동성 요구도에서는 자세유지, 체위변경하기, 이동성 요구도에서는 침대에서 의자로 이동하기, 욕조로 이동하기, 화장실 출입하기, 사회성 요구도에서는 사회적 관계유지하기, 즉 가족과 대화하기에서 통계적으로 유의하게 높았다. 지각·인지·심리적 요구도에서는 시각운동하기, 촉각훈련하기, 지남력 훈련하기, 고유수용성감각 증진시키기, 수단적ADL에서는 응급시에 대처하기, 전화사용하기, 세탁방법 훈련하기에서 통계적으로 유의하게 높았다.
5. 범주별 가정작업치료 요구도 순위는 운동성 요구도가 가장 높았으며, 다음은 이동성 요구도, 수단적 ADL 요구도, 자조활동 요구도, 사회성 훈련하기 요구도 등의 순위였다.

이상의 연구결과에서 뇌졸중환자의 가족이 가정작업치료를 매우 필요로 하는 것을 보았을 때 영구적인 장애를 가진 뇌졸중환자를 장기간 돌보는 가족들의 부담감이 매우 클 것이라 생각된다.

앞으로 고령사회의 도래에 따른 기회와 위협으로 볼 때 우리나라 가정작업치료 사업의 성공을 거두기 위해 중요한 자료를 제공하는 것이 본 연구의 목적이며, 가정

작업치료가 제도를 정책적으로 반영하기 위하여 다음과 제언을 한다.

첫째, 우리나라 경제적 발전과 보건의료의 발전은 전 국민의 평균수명을 급격히 연장시켰다. 2000년도에 65세 이상 노인인구는 337만 명으로 전체인구의 약 7.1%이며, 2003년도에는 417만 명으로 8.7%, 오는 2019년에는 14.4%, 2030년에는 21.1%로 고령사회에서 본격적인 초고령사회의 진입이 전망되며 이러한 고령화 속도는 프랑스 115년, 미국 71년, 영국, 독일이 45년, 일본 24년, 그리고 한국이 19년으로 가장 빠르다(통계청, 2004). 그러므로 이들 노인인구에 대한 보건의료 정책 대안이 시급히 마련되어야 할 것이다.

둘째, 현재 지역사회에서 뇌졸중환자와 노인환자들에게 제공되는 공공 서비스는 가정간호의 서비스에 의해 간호적 처치에만 집중되어 있다. 그러나 뇌졸중환자는 신체적, 인지적, 심리사회적인 문제들을 가지고 있다. 퇴원 후 작업치료 서비스를 받기 위해 장애를 가진 몸으로 이동해야 하는 교통문제, 가족과 함께 동행해야 한다는 부담감으로 환자들은 자신의 익숙한 환경에서 작업치료 서비스 받기를 원한다(최혜숙, 2005). 따라서 가정방문 작업치료가 제도가 실시되어야 할 것이다.

셋째, 정부에서는 노인복지 선진국으로의 입성을 목표로 하는 3단계의 전략방법의 하나인 노인복지시스템을 2008년부터 2010년까지 정착하는 것을 목표로 고령화 사회에 능동적으로 대처하는 노인복지 정책을 적극적으로 지원하고 있다. 그러한 대책의 한 방법으로 2005년부터 2007년까지 노인수발보험 시범사업을 운영하고 있다. 2008년 본 사업에 사회복지사, 간호사와 함께 작업치료사도 동참하여 노인들의 건강관리와 질병악화를 예방한다면, 건강보험 재정에 도움이 될 것이며, 또한 뇌졸중환자와 만성질환자 가족의 삶의 질이 증대될 것이다.

참 고 문 헌

- 권용옥. (2000). *가정간호제도의 활성화방안에 관한 연구*. 서울: 경희대학교 석사학위논문.
- 권혜정, 황성수. (2005). 가정물리치료제도의 필요성 및 인식에 대한 고찰. *대한건강과학회지*, 2(2), 84-99.
- 김경순. (1996). *뇌졸중 노인환자 수발가족의 부담과 사회*

- 복지적 대응방안 연구. 서울: 중앙대학교. 석사학위 논문.
- 김귀분, 이경호. (2001). 노인층과 청장년층 뇌졸중환자가족의 건강상태, 부담감 및 삶의 질과의 관계. *성인간호학회지*, 13(2), 262-276.
- 김미정. (2000). *지역사회 중심 가정간호사업과 병원 중심 가정간호사업의 원가 비교 분석*. 서울: 연세대학교. 석사학위논문.
- 김숙심. (2002). *고령화사회의 의료보장제도 개선방안에 관한 연구*. 광주: 광주대학교. 석사학위논문.
- 김순화. (1996). *가정재활 치료제도에 대한 인식 및 태도*. 서울: 연세대학교. 석사학위논문.
- 김용택. (2002). *노인보건·의료·복지서비스의 연계성 관계 -한·일비교 연구*. 일본: 동양대학. 석사학위논문.
- 김조자. (1993). *가정간호사 교육. 가정간호연구의 방향제안: 교육 측면*. *간호학탐구*, 2(1), 26-34.
- 김화중. (1992). *우리나라 가정간호사업제도 연구개발*. *보건학논집*, 29(1), 23-36.
- 남상요. (2001). *일본의 의료제도와 병원경영-일본의 의료개혁과 병원구조조정*. 서울: 수문사.
- 노인병원협의회. (2006). *노인의료 서비스 질 향상을 위한 노인병원의 역할*. 노인병원협의회 춘계세미나.
- 박명희. (1996). *뇌졸중 노인부양자와 부양부담에 영향을 미치는 요인에 관한 연구*. 서울: 연세대학교. 석사학위논문.
- 보건복지부. (2004). *고령사회의 노인요양보장 정책 방향: 국제심포지움*.
- 보건복지부. (2006). *수발인정, 서비스지원 세부매뉴얼*. 국민건강보험공단.
- 서문자, Samuel Noh, Gerald M, Devins, 김금순, 김국기, 등. (1999). 퇴원후 뇌졸중 환자의 재적응과 사회적 지지와의 관계분석. *대한간호학회지*, 29(3), 639-655.
- 선우덕. (2001). *노인요양의 실태와 사회적 보호 필요성*. 노인요양의 실태와 사회적 보호방안 토론회.
- 송근희, 정연강. (1990). *가정간호 요구에 관한 조사연구*. *중앙의대지*, 15(4), 379-394.
- 양영애, 김영희, 이선명, 정현애, 오혜원, 홍재란, 조무신. (2005). *가정방문작업치료제도 확립에 관한 제언*. *대한건강과학학회지*, 2(1), 63-74.
- 우경숙. (1999). *가정간호 환자 가족의 부담감과 간호만족도*. *한국보건간호학회지*, 13(2), 202-214.
- 이강오, 양화영. (2002). *뇌졸중 환자의 자가간호정도에 따른 가족원의 부담감과 삶의 질과의 관계*. *정신간호학회지*, 11(2), 192-205.
- 이소우. (1999). *일본가정간호사업*. 서울: 서울시가정간호사회.
- 이은화, 김진숙, 박은주, 박혜진, 최봄내. (2002). *뇌졸중 환자의 자가간호 수행정도와 가족의 교육적 요구에 관한 연구*. *간호과학*, 14(2), 1-17.
- 이인우. (2002). *뇌졸중 환자의 가정간호시와 입원간호시의 가족부담감 비교연구*. 대전: 대전대학교. 석사학위논문.
- 이충휘, 이현주, 박경희, 안덕현. (2002). *농촌 재가 장애인 가정방문 재활서비스 욕구도 분석*. *한국전문물리치료학회지*, 9(2), 41-60.
- 임지영. (2001). *가정간호서비스의 비용효과분석*. 서울: 고려대학교. 박사학위논문.
- 정상양. (2002). *일본재가복지 서비스의 전략*. 서울: 학문사.
- 정옥분. (2004). *뇌졸중 입원환자 가족간호자의 부담감과 우울*. *경북간호과학지*, 8(2), 105-116.
- 최혜숙. (2001). *뇌졸중 노인환자의 인지기능, 일상생활 동작 수행도 및 작업수행도 만족도(COPM)*. *동남보건대학논문집*, 19(2), 295-302.
- 최혜숙. (2002). *지역사회 중심 재활프로그램이 뇌졸중 노인환자의 인지기능, 일상생활동작 수행도 및 작업수행도·만족도에 미치는 영향*. *동남보건대학논문집*, 21(2), 185-193.
- 최혜숙. (2004). *퇴원한 뇌졸중환자와 외래환자의 가정작업치료 요구도 비교*. *동남보건대학논문집*, 22(2), 171-181.
- 최혜숙. (2005). *뇌졸중 환자의 가정작업치료 요구도*. *대한작업치료학회지*, 13(2), 9-21.
- 통계청. (2004). *한국통계연감: 장래인구추계결과*. 서울: 통계청.
- 한동욱, 김용건. (2001). *가정방문 물리치료의 필요성 및 적절한 서비스의 특성*. *대한물리치료학회지*, 8(1), 61-72.
- 한태호. (1997). *뇌졸중 환자의 예후 측정*. *대한재활학회지*, 21(5), 817-824.
- 황나미. (1996). *병원중심 가정간호시범사업 평가*. 서울:

한국보건사회연구원.

- Gilbertson, L., & Langhorne, P. (2000). Home-based occupational therapy: Stroke patients' satisfaction with occupational performance and service provision. *British journal of Occupational Therapy*, 63(10), 464-454-458.
- Gillen, G., & Burhardt, A. (2004). *Stroke rehabilitation* (2nd ed.). Philadelphia: Mosby.
- 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: Lippincott Company.
- Hansen, R. A., & Atchison, B. (2000). *Conditions in occupational therapy effect on occupational performance: Cerebrovascular accident*. (2nd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jackson, B. N. (1992). Home-based occupational therapy: Then and now. *American Journal of Occupational Therapy*, 46(1), 84-85.
- Kitajima, E. (2006). 일본개호보험 개정에 따른 전문종사자 인력양성 시스템 . 고령친화용품 산업 동향 및 발전방안 국제심포지엄.
- Levine, R. E. (1988). Community home health care. In H. L. Hopkin & H. D. Smith (Eds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (7th ed., pp. 756-761). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Matthews, M. M., & Burton, M. T. (2001). Treatment contexts. In L. W. Pedretti (Eds.), *Occupational therapy: Practice skills for physical dysfunction* (5th ed., pp. 29-37). Philadelphia: Mosby.
- Ryerson, S. D. (1995). Hemiplegia. In D. N. Umphred (Eds.), *Neurological rehabilitation* (pp. 681-719). Philadelphia: Mosby.
- 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). *Occupational therapy approaches to stroke*. Australia: Churchill Livingstone.

Abstract

Need on Home-Based Occupational Therapy of Family Caregivers with CVA Patients

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

*Dept. of Occupational Therapy, DongNam Health College

Objective : This study was conducted to measure needs on home-based occupational therapy of family caregivers with CVA patients, and to supply basic data for building a health policy of home-based OT system.

Methods : The subjects of the study consisted of 168 family caregivers who have had CVA experience at home. The measuring tool with 37 questions (4 points) developed by the author was used through direct interview to the subjects. The collected data was analyzed with SAS program.

Results : 149(88.6%) out of 168 family caregivers with CVA patients answered they need the home-based OT. The CVA patients with disablement on speech, visual, bladder and bowel showed the higher need on the home-based OT. And the higher the disable grade, the higher the need on the home-based OT($p=0.0001$).

Conclusion : The findings of the study showed that family caregivers with CVA patients are in strong need on the HBOT for the better quality of life of the patients.

Key Words : CVA, Family Caregivers, Home-based Occupational Therapy