

인간의 작업성 모델(The Model of Human Occupation)이 작업치료학에 미친 영향

강대혁

한서대학교 작업치료학과

Abstract

The Influence of the Model of Human Occupation on Occupational Therapy

Kang, Dae-Hyuk, M.S., O.T.R.

Dept. of Occupational Therapy, Hanseo University

The model of human occupation is an outgrowth of the occupational behavior tradition which emphasizes the original philosophical premises of the occupational therapy profession. The model employs general systems theory to explain the human system and its interaction with the environment. The model conceptualizes the human as an open system that consists of three subsystems: volition, habituation, and mind-brain-body performance. The subsystems are hierarchically ordered from the highest to lowest and each subsystem has its own structure and function. The highest subsystem is referred to as volition which is responsible for freely and consciously choosing occupational behavior. The middle subsystem is habituation which organizes occupational behavior into patterns or routines. The lowest subsystem is mind-brain-body performance which makes possible the skilled achievement of occupations. The human is also understood as a dynamical system performing in an environment composed of objects, tasks, social groups, and culture. Although the language of the model may be unfamiliar at first the basic theoretical principles of the model share the common concept with those of the oriental philosophy. The model is recognized as a holistic and comprehensive model which is one of the first to develop a strong focus on occupation in the occupational therapy profession.

I. 서론

인간의 작업성 모델(The Model of Human Occupation)은 1980년에 Gary Kielhofner, Janice Posatery Burke, Cynthia Heard Igi에 의해 처음으로 소개되었다(Kielhofner, 1992). 이 모델은 인간의 작업적 기능(occupational function)을 설명하고 그 개인이 어떻게 일상생활 중에 작업적 행동(occupational behavior)을 선택하고 체계화하고 수행하는지에 초점을 둔다. 이 모델은 또한 작업선택과 작업적 행동에 영향을 주는 요소로써 개인의 성향뿐만 아니라 그가 처한 환경의 영향도 매우 중요시한다(Kielhofner, 1995). The Model of Human Occupation을 인간의 작업성 모델이라고 의역한 이유는 이 모델의 관점이 인간을 작업적인 존재 -작업 없이는 존재할 수 없는- 로 인식하고 인간이 지니고 있는 작업에 대한 본능적인 욕구 -작업적 성향- 를 강조하기 때문이다. 본 논문에서는 인간의 작업성 모델의 탄생 배경과 이론적 구조, 그리고 작업치료학의 임상과 연구분야에서의 그 적용범위에 대해 알아보려고 한다.

II. 본론

1. 작업적 행동 전통

이 모델은 Mary Reilly의 작업적 행동 전통(occupational behavior tradition)을 이론적으로 체계화하여 임상에 적용하기 위해 개발되었다(Barrett과 Kielhofner, 1998). 1960년대부터 1970년대 사이에 남가주대학(University of Southern California)의 Mary Reilly를 중심

으로 작업이라는 개념이 왜 작업치료학의 매체(media)이자 방법(method)이 되는지에 대해 설명하기 위해 작업적 행동에 대한 체계적인 접근을 시도하였다. 이 시기는 작업치료학이 의학의 보조 치료수단으로써 치료적 활동(therapeutic activity)을 생의학(biomedical)과 정신분석학(psychoanalytical)의 입장에서만 해석하려는 경향이 지배적이었다. 이러한 제한적인 입장에서 탈피하여 Reilly는 좀더 광범위한 생물학, 심리학, 사회학적 관점에서의 작업적 역할(occupational role)을 통해 삶의 만족감을 향상하는데 작업치료의 초점을 두었다(Levy, 1993).

그녀는 의학의 임무는 질병을 예방하고 치료하는 것인 반면에 작업치료학의 임무는 질병으로 인한 기능저하를 회복하고 예방하는데 있다고 역설하였다. 또한, 작업치료의 목표는 개인이 원하는 사회적 역할을 수행할 수 있도록 의미 있는 작업에의 참여를 유도함으로써 건강을 회복하고 유지하고 향상하는데 있다고 하였다. 따라서, 각 개인의 효과적인 역할(role) 수행은 건강을 유지하고 회복하는데 매우 중요한 개념으로 자리잡는다. 이와 같이 작업치료는 의학과 다른 목표가 있음을 인식하면서 Reilly(1962)는 사회과학적 관점에서 인간의 건강과 작업의 치료적 잠재력을 연구해야 한다고 주장했다. 따라서, 작업적 행동의 개념은 철학, 심리학, 사회 심리학, 사회학, 그리고 인류학에 그 이론적 근거를 두고 있다(Barrett과 Kielhofner, 1998). 작업적 행동의 핵심적인 전제조건은 인간은 작업에 참여함으로써 그의 마음(mind)과 의지(will)에 활력소가 되고 전반적인 건강에 영향을 준다는 것이다(Reilly, 1962). 즉, 작업은 건강의 유지와 회복에 필수 불가결한 요소이며 인간은 환경에 도전하고 적응하여 만족감을 얻고자하는 본능

적인 욕구가 있다는 것이다. 이러한 작업적 행동은 개인의 시간을 점유하는 모든 정신적, 신체적 활동들을 포함하고 성취감과 관련이 있으며 삶의 현실을 반영한다.

작업적 행동 모델의 중심개념들 중 하나가 능력 혹은 숙련도(competency)이다. 여기서 능력이란 자신이 처한 상황에 적절하게 대처하고 주어진 임무(task)를 효과적으로 수행할 수 있는 개인의 역량을 말한다. 작업적 역할을 효과적으로 수행하기 위해서는 그에 대한 자신감이 수반되어야 함을 말한다. 이 모델은 작업적 역할을 효과적으로 수행하기 위한 기술을 습득하는데 있어서 놀이(play)의 중요성을 강조하는데, 흥미 있는 놀이는 새로운 것에 대한 도전(exploration) - 숙련(competency) - 성취감(achievement)의 학습과정을 통해 발달과정에 따른 역할을 수행할 수 있도록 준비시켜 준다는 것이다(Levy, 1993).

2. 체계이론(Systems Theory)

인간이 원하는 활동(정신적 활동을 포함한)을 하기 위해서는 운동기능, 인지기능, 심리기능, 환경과 같은 여러 요소들이 체계적으로 상호 작용하여 기능적인 형태로 나타난다.

Kielhofner는 인간의 행동과 작업과의 관계를 설명하는데 있어서 세 종류의 체계이론(Systems Theory) - 일반 체계 이론(General Systems Theory), 개방 체계 이론(Open Systems Theory), 역동적 체계이론(Dynamical Systems Theory) - 을 통해 설명한다. 첫째로 일반 체계이론은 이 우주 만물은 서로 연관되어 있으며 상호 의존적인 거대한 통일체라는 일원론적인 관점이다. 모든 현상들은 이 통일체에 속하며 본질적으로 같은 속성을 지니고 있다는 것이다. 하나의 체계는 수많은 요소들(elements)이 기능적으로 상호 작용하고 있는 상태를 말하며, 한가지 체계를 이해함으로써 다른

체계도 이해할 수 있다고 주장한다. 둘째로 개방체계 이론은 모든 생물체의 특성과 발달과정을 설명한다. 개방체계는 끊임없이 환경과 상호 작용하며 스스로를 체계화(self-organizing)할 수 있는 실체를 말한다. 셋째로 역동적 체계이론은 어떤 체계에 충분한 에너지가 유입되면 완전히 새로운 차원의 체계가 자동적으로 생성된다는 것이다. 그러나 이 역동적 체계는 언제, 어떻게 변할지 예측이 불가능하다고 본다(Kielhofner, 1995).

이 개념들은 우리에게 그리 생소하게 들리지 않는다. 왜냐하면, 이 체계이론은 음양의 조화를 강조하고, 모든 현상은 궁극에 도달하면 변화가 생기고 변화가 생기면 새로운 국면이 전개된다는가, 모든 것은 변하지만 그 원리는 변하지 않는다는 동양사상(주역)과도 일맥상통하는 면이 있기 때문이다(남만성, 1972).

3. 개방체계 순환(Open System Cycle)

인간의 작업성 모델에서는 인간을 하나의 개방체계(open system)로 이해하고 작업적 행동은 인간이 환경과 능동적으로 상호작용 하면서 생성된다고 본다. 따라서, 작업을 수행하는데 있어서 개인의 동기과 능력뿐만 아니라 그가 처한 환경도 작업의 질과 내용에 영향을 미친다는 것이다. 이 개념은 인간이 역동적이고, 스스로를 조직화(self-organizing)하는 체계로서 시간에 따라 끊임없이 변화한다는 인식으로부터 출발한다(Kielhofner, 1997). 이 과정은 입력(intake), 처리(throughput), 출력(output), 되먹임(feedback)의 순서를 통해 진행된다. 입력은 우리가 영양분을 섭취하여 활동할 수 있는 육체적인 면과 정보를 받아들임으로써 배우고 문제해결을 하는 정신적인 면 모두를 포함한다. 처리는 받아들인 것을 나의 것으로 만들어 가는 과정이다. 먹은 것을 잘 소화해야 영양분이 되어 활동에 도움을 주듯이 받아들인 지식도 나름대로 해석하고

나의 말로 설명할 수 있어야 진정으로 의미 있는 지식이 되는 것이다. 출력은 영양분이 힘으로 변화하듯이 자신의 지식과 그에 대한 믿음이 행동으로 표현되는 것을 말한다. 되먹임은 행동이나 언어의 표현에 대한 주위의 반응이다. 반응의 종류 (긍정적 혹은 부정적)와 정도에 따라 행동과 표현이 강화(reinforcement)되기도 하고 수정(modification)되기도 한다(Kielhofner와 Burke, 1980).

이 과정이 끊임없이 반복됨으로써 인간은 스스로를 유지하고 변화시킬 수 있다는 것이다. 이러한 과정의 결과가 작업적 행동으로 표현되고 이 작업들을 통해 인간은 환경과 상호작용 한다는 것이다. 이 개방체계의 순환이 순조롭지 않을 때 작업적 기능 장애(occupational dysfunction)가 발생한다. 따라서, 작업치료의 일반적인 전략은 이 순환과정의 요소들을 점검하고 다시 원활한 순환을 할 수 있도록 하는데 중점을 둔다(Kielhofner, 1992). 이 전략은 질병의 치료과정에 있어서 치료를 '받는' 것이 아니라 치료에 '참여'하는 능동적인 인간의 모습을 강조한 것이라 하겠다.

4. 인간의 세 가지 하부구조 (The Subsystems)

이 모델은 인간을 작업의 수행에 있어서 동기를 유발하고, 조직화하고, 가능하게 하는 세 가지 하부구조(volition, habituation, and mind-brain-body performance)로 이루어져 있는 복합체로 이해한다. 이는 계급구조의 형태로 되어있긴 하나 서로에게 영향력을 행사한다. 즉, 의지가 습관에 영향을 주고 습관이 수행능력을 규정하기도 하나, 역으로 개인의 어떤 작업에 대한 수행능력이 그의 의지와 습관에 영향을 줄 수도 있다는 것이다. 이러한 인간의 체계와 환경이 상호작용하는 과정에서 작업적 행동은 파생되고, 이 작업적 행동은 인간의 조직체계가 계속적으로 유지되고 환

경에 적응하는데 영향을 준다(Kielhofner, 1995; Kielhofner, 1997).

의지(volition) 하부구조는 개인적인 사유(personal causation), 가치체계(values), 흥미분야(interests)로 구성되어 있고 활동에 대한 욕구로부터 생성된다. 이것들은 개인이 중요하다고 여기는 것들과, 사회생활을 하는데 있어서 얼마나 효율적인지, 그리고 무엇에 기쁨과 만족을 느끼는지에 대해 설명한다. 이 세 가지는 서로 연관되어 있으며 우리가 작업에 참여하는데 있어서의 느낌, 생각, 판단력에 영향을 준다. 한 사람의 의지를 형성하는 개인적인 사유, 가치체계, 흥미분야는 그 사람으로 하여금 작업적 행동을 기대하고, 경험하고, 선택하고, 해석하는데 길잡이가 된다(Kielhofner, 1995; Kielhofner, 1997).

개인의 습관화(habituation) 하부구조는 습관(habits)과 내재된 역할(internalized roles)로 구성된다. 습관화 하부구조는 개인으로 하여금 반복적인 행동을 표현하게 하는 정보를 내적으로 조직화하는 것으로 정의된다. 이 습관화 하부구조는 사람들로 하여금 그들의 익숙한 물리적, 시간적, 사회적 환경에서 효과적이고 자연스럽게 행동하도록 하여준다. 예를 들어, 사람들은 가족구성원, 학생, 부모, 노동자와 같은 사회적 지위를 경험하면서 인생을 살아가고 각자의 역할들에 따라 특정한 방법으로 행동하고 배우도록 기대된다. 그 결과로 사람들은 그들의 일상생활을 구성하는 반복적인 작업적 행동을 획득하게 된다. 인간의 작업성 모델에서는 이렇게 작업적 행동을 반복하고 획득하는 과정을 습관화라고 한다. 습관은 사람들이 일상생활을 하는데 있어서 길잡이 역할을 한다. 습관으로 인해서 사람들은 언제 아침식사를 하고, 어느 길로 운전해서 직장에 출근할지, 업무를 보는데 있어서 어느 순서로 해야하는지를 안다. 따라서, 습관은 개인이 속한 사회를 이해하고 그 사회의 요구에 따라 적절히 행동하도록 도와준다(Kielhofner, 1995;

Kielhofner, 1997).

세 번째 하부구조인 개인의 정신-뇌-몸의 수행(mind-brain-body performance) 하부구조는 환경과의 상호작용 중에 형성되는 운동(perceptual motor), 진행과정(process), 의사소통/상호작용(communication/interaction)을 위한 기술들로 이루어져 있으며 일상작업의 수행을 가능하게 한다. 수행이란 어떤 작업을 성취하는데 있어서 요구되는 활동을 능동적으로 하는 것을 말하며, 이는 근골격계, 신경계, 인지, 지각의 복잡한 상호작용을 통해 일어난다. 이 모델은 정신-뇌-신체 수행 하부구조가 개인에게 수행 능력을 제공하지만, 매일 일어나는 작업적 행동은 이 능력만으로는 충분치 않고 삶의 양식과 패턴에 길잡이가 되는 의지(volition)와 습관화(habituation) 하부구조가 필수적으로 동반해야함을 강조한다. 따라서 이 모델의 주된 의도는 그 수행능력이 어떻게 복잡한 인간 체계와 환경 안에서 역할을 하는지 이해하는데 있다(Kielhofner, 1995; Kielhofner, 1997).

5. 환경(The Environment)

물리적 환경(물체와 시공간 포함)과 사회적 환경(작업형태와 사회집단 포함)은 작업적 행동이 형성되는데 기회를 부여하기도 하고 제한적 요소로 작용하기도 한다. 물리적 환경은 공간과 그 안에 있는 물체들로 구성된다. 공간은 작업적 행동이 나타나는 배경을 의미한다. 이는 야외, 바닷가, 호수와 같은 자연적인 환경과 로비, 부엌, 교실, 사무실, 공장과 같은 인위적인 환경으로 구분된다. 물체도 자연적인 것과 인위적인 것으로 나눌 수 있다. 예로는 바위, 나무, 자동차, 책, 의자, 옷 같은 것들을 들 수 있다. 우리가 사는 공간과 사용하는 물체는 우리의 행동에 영향을 미친다. 이 공간과 물체는 물리적인 가치로써 뿐만 아니라 그것들이 내포하고 있는 사회적 의미까지 포함해서 작업적 행동

에 영향을 끼친다(Kielhofner, 1997).

사회적 환경은 개인이 속한 소그룹들과 수행하는 작업의 형태를 포함한다. 사회적 집단은 규칙적으로 발생하는 사람들의 집단을 의미하며, 이 집단은 역할에 대한 기대와 그 역할들이 수행되는 환경을 제공하고 정의한다. 집단의 분위기, 규범과 환경은 특정한 형태의 작업적 행동을 요구한다. 예를 들어, 카드놀이를 하기 위한, 예배를 드리기를 위한, 저녁만찬을 위한, 집을 짓기 위한 모임의 경우 같은 사람이라도 여러 가지 행동을 상황에 맞게 수행해야 할 것이다(Kielhofner, 1997).

이와 같이 개인이 작업을 수행하는 환경에는 물리적 요소와 사회적 요소를 동시에 포함하고 있다. 이 작업적 행동 환경(occupational behavior setting)은 수행을 위한 의미 있는 환경을 제공하는 공간과 물체와 작업적 형태(occupational form)와 사회 집단으로 구성되어 있다. 작업적 행동 환경은 우리가 존재하고 활동하는 곳이며 우리를 보호해주고 무엇을 하든 우리의 일부가 된다. 작업적 행동 환경은 집, 이웃, 직장, 학교, 여가를 위한 장소(극장, 교회, 사교장, 도서관, 박물관, 식당, 가게 등)를 포함한다. 개인의 작업적 행동은 이 작업적 행동 환경에 의해 형성되고 영향을 받는다(Kielhofner, 1997).

6. 기능장애를 보는 관점

이 모델에 따르면, 작업적 기능장애(occupational dysfunction)는 개인이 작업을 수행하고, 조직하고, 선택하는데 있어서 문제가 있을 때, 그리고 환경이 적응력 있는 행동을 지원하지 않을 때 발생한다. 의지와 습관화와 정신-뇌-신체 수행 하부구조와 환경은 모두 작업적 기능장애에 영향을 줄 수 있다. 개인이 기능장애를 경험할 때 그의 의지는 여러 면에서 영향을 받을 수 있다. 때로는 의지적 경향과 자의식이 부정적인 작업적 선택을 야

기할 수도 있지만, 후천적인 신체적, 감정적, 인지적 손상은 그 전의 긍정적 의지를 위협하고 파괴할 수 있다. 예로 우울증과 작업에서 얻는 즐거움의 감소는 서로 연관되어 있는데, 약물남용 환자들은 흥미분야를 개발하기보다는 약물에 의해 얻어지는 쾌락에 심취되어 수동적인 상태로 전락하게 되는 것이다(Kielhofner, 1997).

습관화는 장애와 여러 방면으로 연관되어 있다. 장애는 습관을 제한하고 무효화시키고 필요이상의 시간을 요구한다. 장애로 인해 급작스럽게 자신의 역할이 변하거나 잃을 수도 있다. 반면에 부적절한 행동이 계속되면 역할과 습관이 장애를 초래하기도 한다. 후천적인 질환은 기존의 역할 수행을 방해하거나 종료시킨다. 자신이나 다른 사람들의 기대에 부응하는 역할을 수행하지 못하게 됨으로써 대인관계의 갈등을 야기 시키기도 한다. 자신의 역할을 잃거나 덜 중요한 역할을 수행하게 됨으로써 개인은 자신의 정체성과 가치를 잃게 된다. 대부분의 경우, 장애는 정신-뇌-신체 수행 하부구조의 신경계, 근골격계, 상징체계(의사표현)에 영향을 주지만, 인간의 작업성 모델에서는 각 구조의 병리적 상태만을 이해하는 것보다는 정신-뇌-신체장애의 경험을 이해하는 것을 중요하게 생각한다. 그러므로 이 모델은 운동, 감각, 지각, 인지에 있어서의 능력에 제한을 받는 것뿐만 아니라 그것이 당사자에게 어떤 의미를 주는지에 주의를 기울인다. 따라서 이 하부구조의 기능이상으로 작업의 효율성을 높이는데 문제점으로 작용한다(Kielhofner, 1997).

물리적, 사회적 환경은 작업적 기능장애에 광범위한 영향을 준다. 물리적 공간은 제한적이고 인위적인 장벽을 부과함으로써 장애가 있는 사람들이 작업수행을 하는 데에 있어서 방해로 한다. 장애가 있는 사람에 있어서는 작업적 형태가 급작스럽게 변형되어 작업적 형태를 수행하는 방법을 변화시키기도 하고 불가능하게 만들기도 한다. 이전에 자신에게 간단하고 쉬웠던 작업적 형태들이 다른 사람

의 도움이나 많은 시간을 필요로 하게 된다. 따라서 일단 장애가 생기게 되면 환경도 함께 변화하게 되므로 작업수행 하고 만족감을 얻는데 사회적, 물리적 장벽이 형성되는 것이다. 그리고 새로운 보조 도구들, 작업적 형태, 사회 집단들은 개인에게 좌절과 스스로를 평가절하하는 원인을 제공하기도 한다(Kielhofner, 1997).

7. 인간의 작업성 모델에 근거한 작업치료 접근 방법

1) 평 가

인간의 작업성 모델에 근거한 평가 도구들은 일상 생활동작 평가, 표준화된 신체활동 평가, 운동능력 평가, 작업능력 평가와 같은 체계화된 평가도구들을 함께 상호보완적으로 사용한다. 이 모델이 제시하는 평가 방법은 크게 체계화된 방법(structured methods)과 상황적인 방법(situated methods) 두 가지로 나눈다. 체계화된 방법은 검증된 진행방법을 사용하는 이점이 있고, 반면에 상황적인 방법은 환자에 대한 구체적인 정보를 얻을 수 있는 기회를 제공한다(Kielhofner, 1997).

인간의 작업성 모델에 의해 개발된 세 가지 대표적인 체계화된 방법으로는 관찰에 의한 측정, 설문 형식, 그리고 체계화된 면담이 있다. 객관적인 측정 방법으로는 The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS), The Volitional Questionnaire가 있고, 설문형식으로는 The Role Checklist, The Interest Checklist, The Occupational Questionnaire, The National Institutes of Health (NIH) Activity Record, The Self Assessment of Occupational Functioning (SAOF), Children's Self Assessment of

Occupational Functioning 등이 있으며, 면담 도구로는 The Occupational Case Analysis Interview and Rating Scale, The Assessment of Occupational Functioning, The Occupational Performance History Interview (OPHI), The Worker Role Interview, The Work Environment Impact Scale 등이 있다(Kielhofner, 1995).

상황적인 자료수집은 치료활동을 시작하면서 필요에 따라 환자와 대화를 나누거나, 환자가 치료실에서 수행하는 것을 관찰함으로써, 환자가 작업장에서 재해를 입은 상황에 대해 경청함으로써, 집단치료에 있어서 환자가 말하는 자신에 대한 이야기를 경청함으로써 이루어진다. 환자의 작업적 기능장애를 초래하는 상황과 그 기능장애에 영향을 주는 구체적인 요소들을 이해함으로써 치료사는 치료방법에 관한 사항들을 결정하게 된다(Kielhofner, 1997).

2) 치 료

인간의 작업성 모델은 환자로 하여금 치료적 활동(therapeutic activity)에 능동적으로 참여하도록 유도하여 그의 능력과 동기와 생활양식을 개발하고, 유지하고, 회복시키고, 재조직하도록 하는 방법을 강조한다. 치료적 작업에 참여함으로써 환자는 자신을 좀더 적응력 있고 건강한 존재로 변화시키게 된다. 이렇게 되도록 하기 위해서는 선택한 치료적 작업이 개인의 실제 생활과 가능한 미래의 작업적 행동에 밀접하게 연관되어 있어야 한다는 것이다. 이 모델은 각 개인의 여건에 맞는 치료과정을 강조하므로 그 환자의 상황에 적합한 치료방법을 제공하는 것이 가장 중요하다. 특히, 긍정적인 선택을 통하여 만족스럽고 생산적인 삶을 유지하는 것은 장애에 의해 도전 받는 사람들에게 있어서 매우 중요한 일이다. 스스로에 대한 효율성과 수행에 대한 만족이 있을 때 사람들은 자신의 장애를 효과적

으로 극복하게 된다. 이를 위해 자신과 주위의 사람들을 만족스럽게 하는 기능적이고 체계적인 일상생활의 습관화는 매우 중요하다. 대부분의 경우, 장애는 개인이 가지고 살아가야 할 매우 주관적인 경험이다. 더욱이, 그들은 성공적인 작업적 형태의 수행을 위하여 자신에게 남아있는 능력을 심분 발휘하는 방법을 배워야 한다. 환경은 질병에 의한 정신적, 신체적 기능을 악화 또는 완화시키는 힘이 있으므로 치료과정에 항상 고려되어야 할 사항이다. 실제로 만성질환을 갖게 되었을 때 환경의 개선은 기능을 향상시키기 위한 매우 중요한 방법이기 때문이다. 이와 같이 개인이 어떻게 장애에 대해 대처할 것인지에 대한 총체적인 전략은 작업치료과정이 어떻게 실시되어야 하는지에 대한 기본적인 길잡이가 된다(Kielhofner, 1997).

인간의 작업성 모델에서는 개인의 효율성을 개선하는데 있어서 그에게 가치가 있고 흥미 있는 작업적 형태를 경험하는 것이 중요하다고 강조한다. 어떤 종류의 작업적 형태가 알맞은가 하는 것은 환자가 무엇을 좋아하고 얼마나 가치를 두느냐에 달려 있다. 어떤 환자들은 자신들이 이전에 즐겼던 활동들을 변형시켜서 지속적으로 즐기는 반면에 어떤 이들은 변형된 작업을 받아들이는 대신 새로운 흥미분야를 찾기도 한다. 이때, 개인의 효율성을 바꾸기 위해서 얼마나 많은 경험이 필요한지는 미리 알 수 없다. 따라서, 치료는 환자가 어떤 작업에 가장 잘 반응하는지 알아보기 위하여 몇 번 실험과정을 거쳐야 하는 경우가 대부분이다(Kielhofner, 1997). 어떻게 생각하면 신경발달 치료법이나 감각통합 치료법에 비해 덜 구체적이고 비효율적으로 보일지 모르나 환자의 전반적인 치료 방향을 설정하는데 있어서 이 모델의 개념을 적용했을 때 치료사는 치료가 진행되면서 환자가 어떻게 변화하는지에 대한 정보를 얻게 된다. 이 정보들은 다음 과정을 예측하는데 이용되고 어떤 전략이 환자를 가장 잘 도울 수 있는지 말해준다. 따라서 전체적인 치료과정을 고려할

때 훨씬 더 효율적인 접근 방법이 될 수 있는 것이다. 이 인간의 작업성 모델에 의해 제공되는 원리들의 장점은 환자의 입장에서 생각할 수 있도록 도와줌으로써 결과적으로 작업치료의 효율성을 증진시키는데 있다.

8. 인간의 작업성 모델에 근거한 임상연구

현재까지의 인간의 작업성 모델에 근거한 임상연구는 이론적 타당성 검증과 평가도구들의 신뢰도와 타당도에 관한 것들이 대부분이다. 이 연구들은 작업적 기능(occupational function)과 작업적 기능장애(occupational dysfunction)상태에 대한 이론적 논거를 검증하는데 초점을 두어왔다. 한 연구는 개인적 사유와 적응력의 상관성을 조사하였고 다른 연구에서는 이 모델에 근거한 변수들(가치, 흥미분야, 습관, 역할 등)이 적응력이 있는 대상들과 그렇지 못한 대상들을 구별해 낼 수 있는나 하는 것을 조사하였다. 예를 들어, 정신과 질환이 있는 사람들과 없는 사람들 사이에 개인적 사유가 다른지를 알아보는 연구 등이 이에 속한다. 어떤 연구들은 이 모델에 근거한 변수들이 미래의 기능을 예측할 수 있는지를 조사하였다. 이러한 연구들은 대체로 이 모델의 이론적 논거를 지지하긴 하나 이 이론적 논거들을 검증하기 위해서는 좀더 많은 연구가 요구된다. 또한, 이 모델을 위해 개발된 평가도구들의 특성을 조사한 연구는 다수 있으나 임상에 있어서의 이 모델의 효과에 대한 연구는 부족한 실정이다. 따라서, 앞으로는 이 모델이 임상치료에 주는 영향을 조사하는 연구에 중점을 두는 것이 숙제로 남아있다(Kielhofner, 1997).

III. 결 론

Kielhofner와 Burke(1977)는 그들의 석사학위 논문 - Occupational Therapy After 60 Years:

An Account of Changing Identity and Knowledge - 에서 작업치료학의 새로운 패러다임을 예고한 바 있다. 패러다임이란 학문분야의 구성원들이 그 학문을 연구하는데 있어서 공유하는 고유한 관점으로써 그 학문의 목적, 임상과의 관련성과 적용방법, 관심 연구분야와 학문의 문화를 반영하고 그 학문의 정체성을 형성하는데 기여한다. 이 패러다임은 각각의 시대상을 반영하고 끊임없이 수정, 보완되면서 발전한다. 작업치료학에서의 패러다임 변천과정을 개괄적으로 살펴보면 패러다임 이전시기(Pre-paradigm), 작업 중심의 패러다임 (Paradigm of Occupation), 1차 위기(1st Crisis), 축소주의 중심의 패러다임(Paradigm of Reductionism), 2차 위기(2nd Crisis), 작업중심의 패러다임 (Paradigm of Occupation) 순으로 요약할 수 있다(Kielhofner와 Burke, 1977). 현재는 작업의 개념에 다시 초점을 두는 시기로 인간의 작업에 대한 내적 동기를 중요시하고 일반 체계이론에 영향을 받은 새로운 패러다임이 작업치료학의 미래를 준비하고 있다. 이 새로운 패러다임을 임상현실에 구체적으로 적용하고자 하는 노력에서 인간의 작업성 모델이 고안되었으며(Barrett과 Kielhofner, 1998), 이는 작업과학(Occupational Science)이라는 새로운 학문과 환자 중심의 치료(Client-Centered Practice)라는 신개념의 탄생에 산과 역할을 하였다고 볼 수 있다(강대혁, 2000).

인간의 작업성 모델은 작업의 개념에 중점을 둔 최초의 체계화된 모델로서(Kielhofner, 1997) 작업을 위한 동기에 역점을 두고 있고 역할과 습관을 강조하므로 세계 각 국의 작업치료사들이 작업치료의 고유성을 설명하는데 유용한 모델로 사용하고 있다는데 그 의의가 크다고 하겠다.

참 고 문 헌

강대혁. 작업과학에 대한 이해. 대한 작업치료 학회

지. 2000;8:121-127.

남만성 역. 신역삼경: 주역. 13판. 서울특별시, 현암사, 1972.

Barrett L, Kielhofner G. Theories derived from occupational behavior perspectives. In: ME Neistadt, EB Crepeau. Willard and Spackman's Occupational Therapy. 9th ed, Philadelphia, JB Lippincott Co, 1998:525-535.

Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. Philadelphia, FA Davis Co, 1992.

Kielhofner G. Conceptual Foundations of Occupational Therapy. 2nd, Philadelphia, FA Davis Co, 1997.

Kielhofner G. A Model of Human Occupation: Theory and application. 2nd, Baltimore, Williams & Wilkins. 1995.

Kielhofner G, Burke JP. Occupational therapy after 60 years: An account of changing identity and knowledge. Am J Occup Ther. 1977;31:675-689.

Levy LL. Model of Human Occupation Frame of Reference. In: HL Hopkins, HD Smith. Willard and Spackman's Occupational Therapy. 8th ed. Philadelphia, JB Lippincott Co. 1993; 76-79.

Reilly M. Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. Am J Occup Ther. 1962;16:1-6.