

지역사회기반 참여연구 방법에 입각한 단기집중 방문재활프로그램 질적 평가: 치료사와 대상자 심층면담을 중심으로

이민영¹, 김은성², 윤범철^{1,3}

¹고려대학교 일반대학원 보건과학과, ²서울시 중구 보건소, ³고려대학교 보건과학대학 물리치료학과

A Qualitative Evaluation of Short-Term Intensive Home-Based Rehabilitation Program for Disabilities Through In-Depth Interview: Community-Based Participatory Research Approach

Min-young Lee¹, BHSc, PT, Eun-seung Kim², BHSc, PT, Bum-chul Yoon^{1,3}, PhD, PT

¹Dept. of Public Health Science, The Graduate School, Korea University

²Seoul Jung-gu Public Health Center

³Dept. of Physical Therapy, College of Health Science, Korea University

Abstract

Background: The Community-Based Participatory Research (CBPR) approach is recognized in the field of health promotion as a way to optimize intervention for promoting health by taking into account specific social, economical, and institutional situations of the community. However, the CBPR approach has not been applied in the field of community-based rehabilitation.

Objects: This study was conducted to explore the self-perceived satisfaction of therapists and disabilities on the Short-term Intensive Home-based Rehabilitation (SIHR) program developed using the CBPR approach as well as determine the points that need improvement.

Methods: This research was conducted through in-depth interviews. The SIHR program was developed, applied, and evaluated by both the researchers and four therapists on the basis of the CBPR approach. The SIHR program was administered to four disability for 1 hour a day, 2 or 3 times a week, for 8 weeks, and their self-rehabilitation was monitored once a week for 4 weeks. After all intervention periods, in-depth interviews were conducted by using a semi-structured questionnaire for the therapists and disability.

Results: The therapists were satisfied with the contents of the SIHR program, such as behavioral change technique and goal-directed training. They were also satisfied with the process of developing the program through a community network. Disabilities were satisfied with the therapists' persuasive and emotionally interactive way of delivering the SIHR program as well as the individually customized rehabilitation training and physical improvement. The short period (8 weeks) of the SIHR program was noted by both therapists and disabilities as the part that needs improvement.

Conclusion: The SIHR program developed using the CBPR approach was feasible and satisfying to therapists and disabilities. However, a longer SIHR program should be developed. Community networks could help therapists effectively utilize community resources and thereby provide more rehabilitation program for persons with disability.

Key Words: Community-based participatory research; Home-based rehabilitation; In-depth interview.

I. 서론

장애인의 열악한 의료서비스 접근 기회는 1980년대부터 세계적인 문제로 대두되어왔고, 현재까지도 해결되지 않는 숙제이다. 2015년에 보고된 연구결과들에 따르면 우리나라 장애인의 20.9%는 병원에 가고 싶으나 가지 못한 '미충족의료(unmet medical needs)'의 경험이 있으며, 이에 대한 주요한 요인은 경제적 부담(69.9%), 시간의 제약(20.9%), 그리고 교통의 불편(9.2%)이다(Jeon과 Kwon, 2015). 세계보건기구(World Health Organization)는 장애인의 의료서비스 접근기회 제한 문제에 대한 대책으로 1980년대 초반부터 지역사회중심재활(Community-based rehabilitation; CBR)사업을 시행하였고(Khasnabis 등, 2010), 이후 현재까지 CBR 사업은 장애인이 비장애인과 동등한 의료서비스 기회를 제공받는 사회 환경을 조성하고, 장애인의 지역사회 참여를 이끌어 내는 것을 목적으로 발전해 왔다(Khasnabis 등, 2010).

이와 같은 국제적 추세에 발맞추어 우리나라도 보건소 및 복지관을 중심으로 방문재활사업을 수행해왔고, 2013년부터는 보건복지부에서 주관하는 지역사회통합건강증진사업 중 방문보건사업의 일환으로 방문재활사업을 수행하고 있다. 그러나 보건소 및 복지관을 거점으로 한 방문재활사업은 아직 국가적 체계가 미흡한 상태이다. 예를 들어, 2014년 국립재활원에서 제시하고 있는 방문재활사업 지침에서는 방문재활프로그램의 내용에 대해서는 특별한 언급이 없이, 정기관리 대상자에 대해 분기별 1회 이상의 서비스를 제공할 것을 최소한의 지침으로 하고 있으나(National Rehabilitation Center, 2014), 이와 같은 지침만으로는 치료사에게 활동 방향을 제시하고 있지 못할 뿐만 아니라 장애인의 실질적인 기능을 개선시키고, 사회참여를 이끌어내는 효과를 기대하기 어려운 실정이다.

또한, 국내 상황에 맞는 방문재활사업 모델도 미흡한 상태이다. 저소득층 장애인에게 국가 공익사업 차원에서 무료로 제공되는 국내 방문재활사업의 특성과 제한점을 고려한 방문재활사업 모델이 제시된 바 없으며, 현재 보건소나 복지관에서 방문재활서비스를 제공할 수 있는 물리치료사(이하 '치료사')의 수도 제한적이며, 이들 조차 방문재활 경험이 풍부하지 않은 경우가 많다. 따라서 짧은 기간 내에 예산확보와 치

료사 인력보충이 어렵다는 사실을 감안한다면, 제한된 예산과 인력으로 보다 많은 장애인에게 의료접근권을 보장하고, 재활의 질을 높일 수 있는 방안이 마련될 필요가 있다.

'지역사회 기반 참여 연구(Community-Based Participatory Research; CBPR) 방법'은 지역사회 장애인의 건강에 영향을 미치는 사회, 경제적 혹은 제도적 환경을 감안한 지역사회 맞춤형 방문재활프로그램을 개발하기 위해 유용한 접근방법을 제시한다(Horowitz 등, 2009). 왜냐하면, CBPR 방법은 첫째, 연구자가 결정하는 연구주제가 아닌, 지역사회에서 중요하게 인식하는 문제를 연구주제로 다루기 때문이다. 둘째, 연구의 전 과정에 걸쳐서 연구자와 지역사회 파트너가 동등한 입장으로 연구에 참여하여, 각자의 지식을 교환하고, 그 지식을 임상과 지역사회 현장에서 적용할 수 있도록 통합 및 변형하는 방식으로 연구를 진행하기 때문이다(Horowitz 등, 2009). 이는 지역사회 파트너가 스스로 지역사회 문제를 해결해 나갈 수 있도록 역량을 강화해 나가는 과정이기도 하다. 최근 국내·외 보건학 분야에서 CBPR의 적용방안과 건강불평등 문제 해결을 위한 효과가 활발히 분석되어 보고되고 있다(Salimi 등, 2012; Wallerstein과 Duran, 2010; Yoo, 2009).

특히, 최근에는 체계적 문헌고찰이나 임상적 가이드라인과 같은 '연구지식'들을 임상이나 지역사회 환경에 맞는 '행동으로 이끌어내기 위한' 지식 행동화(Knowledge-To-Action; KTA) 프로세스가 체계화되어, CBPR 방법을 구체화하는 데 도움을 주고 있다. KTA 프로세스란 지역사회 문제점을 확인하여, 그 문제점을 해결하기 위해 필요한 지식을 식별하고, 식별된 지식을 지역사회에 맞게 변형하여 적용한 후 그 결과를 평가하는 일련의 과정을 통해 지역사회에 최적화된 지식을 생성할 수 있는 틀을 제공한다(Graham 등, 2006). KTA 프로세스는 최근 국외 재활분야 연구에서 활발히 적용되기 시작하고 있다(Graham 등, 2006; Jones 등, 2015; Nanninga 등, 2015; Richardson 등, 2015; van Twillert 등, 2015).

본 연구의 목적은 CBPR 방법에 입각하여 개발된 단기집중 방문재활프로그램에 대한 만족요인과 개선점을 치료사와 대상자 각각의 관점에서 평가하는 것이다. 방문재활프로그램 개발 및 평가과정은 KTA 프로세스를 사용하여 진행하였다.

II. 연구방법

1. 연구설계

본 연구에서는 CBPR 접근방식에 입각하여 연구자와 지역사회 파트너가 동등하게 연구주체 설정, 방문재활 프로그램 개발 및 평가 과정에 참여하였다. 연구자는 본 프로그램의 적절성을 평가를 위해 방문재활서비스 제공 후 치료사와 방문재활대상자(이하 '대상자')를 대상으로 한 심층면담을 수행하였다. 본 연구는 모든 연구대상자들의 서명 동의하에 진행되었고, 고려대학교 윤리심의위원회의 심의를 받았다(승인번호: KU-IRB-14-76-A-2).

2. 연구대상자

가. 치료사

서울시 중구 보건소는 보건복지부와 국립재활원의 CBR사업 운영 지침에 따라 보건소 및 보건지소, 장애인 복지관, 종합사회복지관, 데이케어 센터, 장애인자립생활 센터, 구청 그리고 고려대학교 소속의 연구원으로 구성된 지역사회재활협의체(이하 '협의체')를 결성하였다. 협

의체는 회의를 거쳐 협의체에서 방문재활사업을 수행할 4명의 치료사를 선정하였다. 선정된 치료사는 협의체의 하위 기구인 방문재활팀의 팀원으로써 연구자와 함께 방문재활프로그램을 개발, 중재 및 평가하였다(Table 1).

나. 대상자

대상자 모집은 눈덩이 표집방법(snowballing sampling)을 이용하여 협의체에 소속된 기관에서 방문재활서비스가 필요하다고 판단되는 장애인을 추천 받아, 연구자와 치료사가 본 연구의 선정기준에 부합된다고 판단되는 장애인을 선정하는 형식으로 진행하였다. 방문재활대상자 선정기준으로는 치료사의 지시를 이해하고, 이를 이행하는데 어려움이 없을 정도의 인지능력을 갖춘 장애인으로 하였다. 총 5명의 장애인이 모집되었으나, 1명은 중재를 시작한 이후 집중재활기간이 완료되기 전에 신체상태 저하로 중재를 완료하지 못하였다. 장애유형은 뇌졸중, 뇌성마비, 척수손상으로 모두 중추신경계 질환이었다. 장애 중등도는 뇌병변 2급 혹은 지체장애 1급 등으로 모두 중증이었다(Table 2).

Table 1. Physical therapists' characteristics

	Sex	Age (year)	Current working place	Clinical experience (year)	HR ^a experience (month)	Role in the study
Therapist A	Female	44	Community health center	20	12	General manager
Therapist B	Male	40	Branch office of the community health center	16	12	Educator
Therapist C	Female	40	Community health center	6	2	Provider of HR
Therapist D	Female	35	Social welfare center	10	72	Provider of HR

^ahome-based rehabilitation.

Table 2. Subject characteristics

	Sex	Age (year)	Type of disability	Disability rating ^a (grade)	State of cohabitant	Number of personal assistant
Subject A	Female	45	Cerebral palsy	1	None	3
Subject B	Female	41	Spinal cord injury	1	With colleague	3
Subject C	Female	42	Cerebral palsy	2	With family	1
Subject D	Female	45	Stroke	3	With family	None

^adisability rating by the national pension service.

3. 연구절차

방문재활프로그램은 KTA 프로세스에 따라 ‘문제점 확인’, ‘필요지식 확인’, ‘지식적용 장애요인 식별’, ‘중재방안 선택, 변형 및 적용’ 단계를 거쳐 개발되었다. 방문재활프로그램을 수행하는 과정과, 사전, 사후에 본 방문재활프로그램의 효과 평가를 위해 대상자를 대상으로 양적 평가가 진행되었으나, 이는 다른 논문을 통해 보고될 예정이고, 본 연구에서는 이와 같은 일련의 프로그램 개발 및 결과 평가 과정에 대한 만족요인과 개선점을 질적으로 평가하기 위해 치료사와 대상자를 대상으로 심층면담을 수행하였다. 다음은 KTA프로세스에 따른 프로그램 개발 및 결과 평가진행 과정이다.

가. 문제점 확인

연구자와 치료사 미팅에서 치료사들은 이전 방문물리치료의 경험을 바탕으로 대상자들이 종종 만성 장애인인 경우가 많아, 재활의지가 결여되어 재활훈련에 적극적이지 않은 점을 문제점으로 제기하였다. 또한, 방문물리치료 대상 장애인의 질환 유형과 중증도가 다양함으로 인해 단일 질환 장애인을 대상으로 한 중재 방법들을 적용하기 어려운 점과, 중재 후의 개선정도를 측정하기 위한 공통된 평가방법을 찾기 어려운 점을 문제점으로 언급하였다.

나. 필요지식 확인

연구자는 선행연구 분석을 통해 확인된 문제점을 해결하기 위해 필요한 세 가지 지식을 검토하고, 이들 지식을 방문재활프로그램에 도입할 것을 치료사에게 제안하였다. 첫째, ‘행동변화기술(Behavioral Change Technique; BCT)’(Abraham과 Michie, 2008)을 도입함으로써 대상자가 재활의지를 높이도록 유도하는 방안을 검토하였다. 둘째, ‘목적 지향적 훈련(Goal-directed Training; GOT)’(Mastos 등, 2007)을 도입함으로써 대상자 스스로 개선을 희망하는 일상생활기능을 정하고, 치료사는 해당 일상생활기능 개선을 집중 재활기간 동안의 목표로 삼아 재활훈련을 수행하는 방안을 검토하였다. 셋째, ‘환자 특이적 기능평가(Patient-Specific Functional Scale; PSFS)’(Nicholas 등, 2012)를 도입함으로써 치료사와 대상자가 재활훈련의 목표로 정한 일상생활기능의 개선정도를 대상자가 주기적으로 자가 평가할 수 있는 방안을 검토하였다.

1) BCT

Abraham과 Michie(2008)은 사람들의 행동변화를 위한 중재와 관련된 선행연구들을 분석하여 행동변화

에 효과가 있는 것으로 검증된 26가지 BCT를 집대성하였다. 이들 전략은 합리적 행위이론(Theory of Reasoned Action), 계획적 행위이론(Theory of Planned Behavior), 사회인지이론(Social-Cognitive Theory)을 포함한 다양한 사회심리학 이론에 기반한 것들이다. BCT의 주요한 내용으로는 건강행위에 따른 결과와 관련한 정보제공, 건강행위와 관련한 사람들의 견해 공유, 목표 설정 및 진행경과 자가 모니터링, 과제 난이도의 점진적 향상, 교육제공, 건강 행위 결과에 대한 피드백 제공, 스트레스 관리, 후속관리, 환경 재설계, 사회적 지지와 격려 등이 있다. 본 연구에서는 Abraham과 Michie(2008)의 26개 BCT를 다시 40개 전략으로 세분화하고, 구체적인 적용방법을 기술한 Michie 등(2011)의 BCT를 적용할 것을 검토하였다.

2) GOT

GOT는 ‘과제 특이적 훈련(Task-specific Training)’, 혹은 ‘과제 지향적 훈련(Task-oriented Training)’이라고도 불리며, 장애인이 스스로에게 의미 있는 일상생활기능을 다시 획득하는 것을 목적으로 하는 훈련방식이다. 이는 운동조절 이론들 중 개인의 역량과, 환경 그리고 목표 간의 상호작용에 의해 움직임 패턴이 결정된다고 가정하는 시스템 이론(System Theory)에 기반하고 있다(Kleim과 Jones, 2008; Krakauer, 2006; Mastos 등, 2007; Winstein 등, 2014). GOT는 (1) 대상자에게 의미 있는 목표를 선정하고, (2) 대상자의 신체기능 상태를 평가하여, (3) 그에 맞는 중재를 적용한 이후, (4) 결과를 평가하는 4가지 요소로 구성된다. GOT는 뇌성마비 및 뇌졸중 환자의 일상생활기능 개선에 효과적인 것으로 보고되고 있다.

3) PSFS

PSFS는 대상자가 개선을 희망하는 일상생활기능의 개선정도를 자가 평가하기 위해 사용되는 도구이다(Nicholas 등, 2012). 치료사는 대상자에게 장애로 인해 수행이 불편한 일상생활기능들을 나열하게 한다. 대상자는 각 활동에 대해 0~10 척도(0: 활동할 수 없음, 10: 질 환발생 이전 정도의 수준으로 활동할 수 있음)로 평가한다. PSFS의 최종 점수는 세가지 활동 값의 평균값이다.

다. 지식적용 장애요인 식별

연구자와 치료사 회의에서 단계 2의 연구지식을 지역사회에 적용하는데 있어서 장애요인으로 다음과 같은 사항이 식별되었다. 첫째, 치료사 인력부족이다. 연구기간 동안 실제 프로그램을 중재하는 치료사는 2명이었고, 이

들 또한 전체 업무 중 50%만을 방문재활 업무에 할애할 수 있는 상황이었다. 둘째, 대상자의 인지능력이다. BCT, GOT, PSPF는 모두 대상자의 인지능력이 심각하게 손상되지 않은 상태에게 적용이 가능한 것으로, 대상자의 낮은 인지능력은 이들 지식을 적용하기 어려운 장애요인으로 식별되었다.

라. 중재방안 선택, 변형 및 적용

연구자와 치료사 회의를 통해 연구자가 제안한 지식들을 기반으로 지역사회 상황 및 장애요인을 감안한 방문재활프로그램을 개발하였다. 연구자와 치료사는 개발된 방문재활프로그램에 대해 치료사 교육을 진행하였다. 장애요인을 감안하여 대상자 선정기준을 결정하고, 이들에게 방문재활프로그램을 적용하였다.

1) 단기집중 방문재활프로그램 개발

치료사 인력부족을 감안하여, 8주간은 치료사가 주 2~3회 대상자의 가택에 방문하여 집중적으로 재활서비스를 제공하고, 이후 4주간은 대상자가 자가 재활을 수행하는 동안 치료사가 주 1회 전화 모니터링을

하는 방식의 방문재활프로그램을 개발하였다. 이와 같은 방식은 적은 치료사 수로 보다 많은 대상자에게 방문재활프로그램을 접할 기회를 제공할 수 있다고 판단하였다. 본 프로그램은 BCT에 GOT와 PSFS를 접목하는 형식으로 진행되었다. 연구자와 치료사 회의를 통해 Michie 등(2011)의 40개 BCT 중 지역사회에 적용 가능하고, 필요하다고 판단한 16가지 전략을 선택하였다. 치료사는 각각의 전략들이 몇 주차에 적용되어야 하는지를 사전에 계획하였다. 예를 들어, 2주차에 치료사는 대상자가 일상생활기능 중 현재 가장 불편하여 개선을 희망하는 사항 3가지를 결정하도록 요청하고, 3주차부터는 이를 개선하기 위한 단계적 활동 계획을 수립 및 적용하였다. 대상자는 3가지 일상생활기능의 개선정도를 PSFS를 이용해 2주 단위로 자가 평가하였다(Table 3).

2) 치료사 교육

연구자는 치료사들에게 선행연구에서 제시된 16가지 BCT의 구체적인 내용과 적용 예시를 소개하였다. 치

Table 3. Behavioral change techniques of the short-term intensive home-based rehabilitation program

No	Action No ^a	Behavioral change technique	1w ^b	2w	3w	4w	5w	6w	7w	8w
1	1, 2	Provide information on consequences of behaviour	○							
2	4	Provide normative information about others' behaviour	○							
3	5, 6	Goal setting on behavior and outcome	○							
4	25	Agree behavioral contract	○							
5	7	Action planning	○							
6	9	Set graded tasks		○		○		○		○
7	21	Provide instruction on how to perform the behavior		○		○		○		○
8	22	Model/demonstrate the behavior		○	○	○	○	○	○	○
9	16, 17	Prompt self-monitoring of behavior & behavioral outcome		○	○	○	○	○	○	○
10	10, 11	Prompt review of behavioral and outcome goals		○		○		○		○
11	19	Provide feedback on performance		○		○		○		○
12	8	Barrier identification/problem solving			○		○		○	
13	24	Environmental restructuring			○		○		○	
14	36	Stress management/emotional control training			○		○		○	
15	29	Plan social support/social change								○
16	27	Plan follow-up prompts								○

^anumber of behavioral change technique adopted from 40 items of Michie et al (2011), ^bweek.

료사A와 B는 치료사 C와 D에게 세 차례에 걸쳐 GOT에 기반한 재활훈련을 교육하였다.

마. 모니터링

치료사는 집중재활 및 자가 재활기간 동안 대상자가 2주마다 PSFS를 수행하도록 요청하였다. 자가 재활 기간 중 대상자에게 적절한 과제를 부여하고, 과제 수행 여부 및 수행 후 통증정도를 재활일기장에 기재하도록 하였다. 치료사는 과제 수행여부 및 장애요인 확인을 위해 주 1회 전화로 모니터링 하였다.

4. 자료수집

연구자는 4명의 치료사와 4명의 대상자에게 개별 심층면담을 진행하였다(Creswell, 2007; Krefting, 1991). 개별 심층면담은 자가 재활 기간 종료 후 일주일 안으로 각 치료사와 대상자가 선호하는 시간에, 보건소 혹은 대상자의 가택에서, 연구자와 치료사 혹은 대상자의 직접 대면으로 1인당 1회에서 2회 이상 수행하였고, 1회 면담 시간은 1시간가량 소요되었다. 모든 면담 내용은 치료사와 대상자의 동의하에 녹취되었다. 심층면담은 연구자가 반구조화된 면담지를 사용하여 개방적 질문을 하고, 치료사 혹은 대상자가 이에 대해 자유롭게 응답하는 형식으로 수행되었다. 질문 범주는 다음과 같다: ① “본 프로그램을 수행한 결과 만족스럽다고 느끼신 점은 무엇입니까?”, ② “본 프로그램을 수행한 결과 개선이 필요하다고 느끼신 점은 무엇입니까?”

5. 자료분석

녹취된 면담내용은 두 명의 연구자들이 각각 필사하도록 함으로써, 개인의 판단에 의해 의도적으로 특정 문장만 선택적으로 필사하는 것을 방지하였으며 (Patton, 1990), 필사 자료가 완성된 이후에는 각 연구자가 자신이 필사한 자료를 반복적으로 읽어가면서 탐색하고자 하는 현상과 관련된 부분에 밑줄을 그어가며, 의미 있는 진술을 도출하였다. 두 연구자 간의 논의를 통해 도출된 진술을 주제와 범주로 분류하는 작업을 거쳤다. 이 과정에서 연구자들 사이에 주제와 범주의 타당성이 합의되지 않는 경우에는 다시 이를 재분류 및 조직화하여 관심 있는 현상에 대해 통합적으로 기술하고자 하였다. 마지막으로 분석 결과의 타당도 검증을 위하여 치료사 및 대상자에게 통합적으로 분류된 주제와 범주 그리고 관련된 진술들을 설명하여 그 내용의 적절성을 확인하는 과정을 거쳤다.

III. 결과

본 프로그램에 대한 만족요인과 개선 점과 관련하여, 치료사의 경우에는 주로 재활훈련 프로그램의 개발과정과 내용에 대한 주제가 도출되었다. 반면, 대상자의 경우에는 만족요인으로 치료사 및 활동보조인과의 관계와 관련된 주제도 도출되었다. 심층면담을 수행한 결과 도출된 주제 및 범주는 Table 4에 요약되어 있다.

1. 치료사가 인식한 만족요인

치료사들은 대상자에게 맞춤형 방문재활서비스를 제공한 점과 평가의 질이 향상되어 이를 기반으로 근거중심 치료가 가능했던 점, 행동변화전략을 도입함으로써 방문재활활동에 기준점이 마련된 점, 지역사회 네트워크를 통해 자원을 효율적으로 사용할 수 있었던 점이 좋았다고 인식하였다. 이와 같은 시도의 결과로 치료사 인력부족 문제가 부분적으로 해소될 수 있었고, 대상자의 신체기능도 개선되었다고 하였다.

가. 맞춤형 재활훈련으로 인한 재활동기부여

대상자가 희망 개선사항을 정하고, 이를 기반으로 맞춤형 재활훈련을 수행했던 것에 대해 모든 치료사가 만족하고 있었고, 이와 같은 방식은 병원에서의 획일적인 훈련방식과 차별화된다고 인식하고 있었다. 특히, 재활일지는 대상자가 자가 모니터링 하는 방법으로 유용하게 활용되었음을 확인할 수 있었다.

“뇌성마비 분들은 대개 본인이 하고자 하는 목표가 있으시더라고요. 대상자 희망 개선사항을 물어보았을 때 목표를 결정하는 것이 확고하시더라고요. 저는 이런 목표 같은 거 여쭙어보았을 때 ‘내가 이런 목표가 있어, 이런 거 달성하고 싶어’ 라는 말이 안 나올 것 같아서 걱정했거든요. (본인들이 잘) 안되셔서 답답했던 부분들을 늘 생각하고 계셨던 것 같아요.” (치료사C)

“(대상자들 말을 들어보면) 병원에서는 무조건 걷는 훈련을 시킨대요. 여기서(방문재활)는 본인이 요구하는 사항을 반영해서 했잖아요. 저는 속으로 ‘잘 앉지도 못하는데 걷게 하네..... 이분은 밥 먹기를 원하시는데, 걷게 하네.....’ 그런 생각이 들더라고요.” (치료사C)

“맞춤형 재활일지를 가지고 한 게 너무 좋았던 것 같아요. 그 사람(대상자)에게 맞는 추천 운동 그림을 재활일지에 붙여줘서 따라 하도록 하고, 우리는 숙제 검사하듯이 재활일지를 확인하고..... 이런 방식이 효과

Table 4. Main themes about factors affecting satisfaction and supplement points

	Category	Main themes
Therapists	Factors affecting satisfaction	Individually customized rehabilitation training Improved quality of assessment & provided guidelines Efficient use of resources through community network Resolved problem of limited human resources
	Self-perceived supplement points	Improved physical function of the subject Extension of the training period & increase the frequency More detailed guideline for rehabilitation training Recruitment of the subject through community network Lead for the subject's participation in community activities
Subjects	Factors affecting satisfaction	Individually customized rehabilitation training Routinely provided rehabilitation training Emotional interaction with therapist Improved need-supportive environment
	Self-perceived supplement points	Self-perceived improved physical function Rehabilitation training by the therapist Continuously provided rehabilitation training Enjoyment factor to the training

도 좋고, 본인(대상자) 반응도 좋고, 내가(대상자가) 관리 받고 있다는 느낌도 드는 것 같아요. 우리도 그 대상자에 대해서 교육을 시킬 때 이것(재활일기장)을 근거자료로 참고 할 수 있었어요.” (치료사A)

나. 평가의 질 향상과 치료사를 위한 가이드 마련

평가방식을 세분화하고, 주기적으로 평가를 수행함으로써 대상자의 의미 있는 변화를 확인할 수 있었고, 치료사도 이를 근거로 재활훈련을 진행할 수 있었다고 하였다. 또한, 이와 같은 일련의 과정을 통해 치료사는 평가의 중요성을 인식하게 되었다고 언급하였다.

“이번 방문재활활동에서 제가 가장 중요하게 생각하는 부분은 주기적으로 평가하고, 이를 문서화시키다 보니까 근거에 기반해서 치료하는 모습들이 보였다는 점이에요. 그래서 결과적으로 대상자 분들의 결과(신체기능 개선 효과)도 좋았지만, 서비스를 제공하는 접근 방식 자체의 질도 매우 양질화되었다고 생각합니다.” (치료사B)

“(이번에는) 평가에 의미를 많이 부여했잖아요. 그러면서 ‘아 이래서 평가를 다양하게, 자주 해야 하는구나’ 하는 것을 느꼈어요. 평가를 한번 해서는 대상자의 정확한 상태를 캐치하지 못하겠더라고요. 자주 평가하다 보니 자연스럽게 계속 시진(inspection)하게 되고, 치료를 하면서도 평가하는 눈으로 보게 되었던 것 같아요.” (치료사C)

행동변화전략을 통해 프로토콜이 체계화되어 있어서 계획한 시점에 전략들을 적용할 수 있었다고 언급하였다. 이는 치료사에게 어떠한 서비스를 제공해야 하는지 알려주는 가이드가 되었고, 치료사 간에 제공하는 서비스를 통일시킬 수 있도록 해주었다고 하였다.

“중심’이 있어서 좋았던 것 같아요. ‘내가 지난주엔 뭘 했고, 다음 주에 이런 것을 할 예정이니까, 이번 주에는 이런 얘기를 해드리면서 해보자’ 이런 생각을 하는 거죠. 그리고 제가 미처 생각지 못했던 부분들도 다시 한 번 생각하게 되더라고요. 예를 들어서 집중관리 기간이 끝날 때쯤에 다른 외부자원이 필요한 것이 있는지 대상자에게 물어보게 되고, 외부기관 연계가 가능한 부분이 있는지 확인해보게 되더라고요.” (치료사D)

“주차 별로 행동변화전략 가이드가 없었다면, 어떤 부분은 잊어버릴 수도 있고, 처음에 생각했던 것과는 다른 방향으로 갈 수도 있는데, 이번 주차에는 어떤 것을 해야 한다는 걸 미리 결정하고 나서 방문하니까, 우리가 원하는 방향으로 길을 제대로 갈 수 있었던 것 같아요. 그리고 환자의 동기가 떨어질 때쯤 우리가 어떻게 해주어야 하는지도 알려주고, 집중 강화관리 기간이 끝날 때쯤 대상자가 혼자서 (재활훈련)하는 방법을 습득할 수 있도록 가이드 해 주어야 한다는 점도 알게 되었어요.” (치료사C)

다. 지역사회 네트워크를 통한 자원의 효율적 사용
지역사회에서 방문재활 관련 사업을 하는 기관들이
함께 프로그램을 개발함으로써 서비스 혜택이 중복 및
누락되는 현상을 방지할 수 있었고, 각 기관의 치료사
가 혼자서 결정해야 했던 사항을 논의를 통해 결정함
으로써 서비스의 질이 높아질 수 있었다고 하였다.

“늘 재활사업을 하면서 보면 지역사회 서비스가 중
복이 되더라고요. 재활 관련 기관들이 많은데, 각자 개
별적으로 서비스를 제공하다 보니 어떤 대상자에 대해
서 중복적으로 서비스가 나갈 수도 있고, 반대로 어떤
사람은 (서비스가) 누락이 될 수도 있고..... 이번에는
지역사회에서 같은 종류의 서비스를 제공하는 기관하
고 연계를 함으로써, 서비스 누락이나 중복이 배제될
수 있었고, 지역사회의 재활사업에 대한 틀을 같이 가
져갈 수 있었던 면이 좋았어요.” (치료사A)

“(대상자들의) 케이스는 다양한데, 전문 인력은 많지
않고, 그나마 있는 전문 인력도 따로 떨어져 있다 보
니까 모든 것을 (한 명의 치료사가) 혼자서 결정을 해
야 하는 어려움이 있었거든요. 그런데 여러 치료사가
모여서 의견을 모으다 보니까 훨씬 좋은 의견들이 나
오고, 서로 자문도 구하고, 의견도 조절해 가면서 서비
스 질이 좋아진 것 같아요.” (치료사B)

라. 치료사 인력부족 문제 해결

기존에는 한번 방문재활 대상자로 정해진 장애인에
게 정해진 기한 없이 지속적으로 방문재활서비스를
제공했었으나, 이번에는 집중 방문재활프로그램을 통
해 정해진 기한 내에서 집중적으로 재활훈련 한 이후
에는 자가 재활 형태로 전환함으로써 치료사 인력부
족 문제가 해결될 수 있었다는 의견이 있었다.

“저(치료사)는 한정적인데 대상자가 계속 늘거나 하
면 그분들을 다 케어할 수가 없으니까 시스템을 이런
식(단기 집중 재활훈련 후 자가 재활로 전환되는 방
식)으로 하는 것은 좋은 것 같아요. 왜냐하면 집에서
혼자 생활하시는 분들에게 제가 교육을 해서 본인이
케어를 스스로 하시면 굳이 제가 가서 무언가를 더 하
는 것보다..... 말하자면 관리만 해드려도 괜찮으신 것
같아요.” (치료사D)

마. 대상자의 신체적 개선

신체기능의 향상을 인식하는 대상자도 있었고, 본인
의 건강상태가 점점 악화되고 있다고 생각하시는 대상

자도 있었으나, 치료사가 실제 평가한 결과로 판단했을
때, 대체로 신체 기능이 개선된 것을 확인할 수 있었다.

“본인이 좋아진 걸 딱딱 알아차리시더라고요. 어느
정도 되면, “선생님 저 이거 되요” 하시거든요. 그리고
2주 지나니까 “선생님, 이게 되면서, 반대쪽 경직도가
떨어져요” 까지 말씀하세요. “그걸 어떻게 알죠?” 라고
여쭙보니까, 이런 동작할 때 반대쪽이 뻣치고 그랬었는
데 그게 없어졌다고 하시더라고요.” (치료사C)

“본인이 생각하기에 작년부터 컨디션이 계속 나빠지
고 있다고 느끼고 계시더라고요. 그래서 저는 자가 재
활 기간 동안 근력이 많이 떨어질 줄 알았거든요. 근데
생각보다 괜찮으셔서, “생각보다 좋으신데요” 했더니,
나름 꾸준히 열심히 했다고 하더라고요.” (치료사D)

2. 치료사가 인식한 개선점

치료사들은 방문재활 기간 연장 및 횟수 증가가 필
요하다는 점, 더 구체적인 지침이 필요하다는 점, 지역
사회 네트워크를 통해 대상자가 선정되어야 한다는 점,
방문재활에서 그치는 것이 아니라 대상자를 지역사회
활동에 참여하도록 유도해야 한다는 점 등을 개선점으
로 인식하였다.

가. 방문재활 기간 연장 및 횟수 증가

치료사들은 대상자를 집중재활에서 자가 재활단계로
전환시키기에 8주는 충분하지 않은 기간이었다고 판단
하였다. 적어도 3개월 이상 집중 재활훈련이 수행되고
그 이후 단계적으로 자가 재활단계로 돌입하는 것이 적
절하다는 의견이 있었다.

“예전보다는 집중 치료였지만 기간 면에서 조금 아
쉬운 점이 있는 것 같아요. 가용인력이 더 있다면, 횟수
도 조금 더 늘리는 것이 좋을 것 같고요. 보통 재활병
원 기준으로 보았을 때 짧아도 3개월 정도(는 필요해
요)..... 그 정도면 그래도 무언가 자리 잡을 수 있지 않
을까 (생각합니다).....” (치료사B)

“조금 더 길어도 될 것 같아요. 주 2회 나간다고 가
정하면, 최소한 3개월 정도(는 필요해요)..... 그리고 3개
월이 지났는데도 본인이 더 필요하다고 생각한다면지,
치료사가 치료가 더 필요하다고 판단되면 거기서 좀 더
연장을 해도 크게 무리가 없지 않을까 생각을 해요. 아
니면 그때는 횟수를 줄여서 2주에 한번 나가는 정도로
동의를 가능하면 그것도 좋고요. 그렇게 천천히 손을
떼는 것도 나쁘지 않을 것 같아요.” (치료사C)

나. 더 구체적인 방문재활 수행지침

행동변화전략의 적용방법이 더 구체적일 필요가 있다고 하였다. 예를 들어 필요에 따라서는 대상자와의 합의 하에 훈련 기간 도중에도 단기목표를 변경할 수 있다는 지침이 필요하다는 의견이 있었다. 또한 방문 일정을 정하는 기준에 대해서도 지침이 필요하다고 언급하였다.

“저는 사실 행동변화전략이 좀 더 구체적이었으면 좋겠다는 생각을 하긴 해요. 대상자마다 상황이 틀리니까 쉽지는 않겠지만..... 전략 수가 많은 거는 크게 문제가 안 될 거라고 생각하는 게 그 중에서 제가 (필요한 것을) 골라서 쓰니까..... 이번에도 제가 (주차 별로) 원래 계획된 것(전략) 이외에도 필요하면 다른 주차의 전략을 가져다 썼었거든요. 동기가 떨어지는 것 같으면, 동기부여를 좀 더 해드린 다든지.....” (치료사D)

“대상자C분이 (방문재활이) 한 달 조금 지났을 때쯤 허리가 계속 아프다고 하시더라고요. 중간에 이정도 운동해 주시면 좋다고 말씀 드리긴 했는데 그게 통증에 특별히 효과가 있지 않았나 봐요. 그 상태에서 팔 운동을 계속 하셨던 것이 동기를 떨어뜨리는 요인이었던 것 같아요. 차라리 그때쯤 팔 말고 허리통증 감소로 목표를 변경하는 것도 좋지 않았을까 싶어요. 목표는 중간에 계속 바뀔 수 있다는 개념이 그때까지는 없었던 것 같아요.” (치료사C)

다. 지역사회 네트워크를 통한 대상자 선정

지역사회에서 방문재활 관련 사업을 하는 기관들은 서로 다른 대상자 선정기준이 있으므로, 이들이 네트워크를 형성하여 대상자를 선정한다면, 보다 많은 장애인에게 서비스를 제공할 수 있을 것이라고 하였다.

“차후에는 지역사회에서 같이 협의해서 대상자를 결정하면 한 기관에서 다 소화하지 못해서 누락되는 대상자들께 좀 더 혜택을 드릴 수 있을 것 같아요. 이러한 체계들을 지역사회 기관이 합의하고 같이 만들어 가는데 의미가 있어요. 왜냐하면 우리가 같이 만든 체계니까 그 사람들도 동참하게 되고, 그 다음에는 어떻게 같이 가져갈 것인지에 대해서 소통하기가 편해지거든요.” (치료사A)

“복지관이 가지고 있는 가장 큰 목표는 저소득층에 대한 복지 향상이라면, 보건소는 일반 구에 있는 모든 분들이 대상자잖아요. 사실 저소득층이어서 의료적인 혜택을 못 받는 경우도 있지만, 분명히 돈이 있어도 병원에 가기가 힘든 여건이신 분들도 있거든요. 이런 경우에는 보건소에서 (방문재활을) 나가면 좋죠. 각 기관이 차별화된 기준으로 대상자를 모집한다면 서비스 수혜자의

중복이나 누락이 줄어들 것 같아요.” (치료사D)

라. 대상자 지역사회 참여유도

방문재활 기간 이후에는 지역사회 참여 유도를 할 필요가 있다고 하는 의견이 있었다.

“이분들이(대상자 분들이) 이번에 집에서 이와 같이 하는 방식이 습득이 되었다면 내년에는 보건소로 나오시도록 유도해서 상태가 유사한 분들끼리 그룹핑을 할 생각이예요. 그래서 방문재활을 했던 사람들을 위한 자조모임을 하나 만들어서 (보건소에서 그분들끼리) 스스로 운동할 수 있는 환경을 만들려고 해요. 그렇게 점차적으로 지역사회로의 참여를 유도해야 한다고 생각해요.” (치료사A)

3. 대상자가 인식한 만족요인

대상자는 본인의 장애유형과 중증도에 맞는 재활훈련 및 자가 재활 교육을 받을 수 있었던 점, 정기적으로 재활훈련을 받을 수 있었던 점, 치료사와의 정서적 교감, 치료사의 권유적 태도, 치료에 대해 활동보조인에게 당당할 수 있는 분위기 형성 등을 좋았던 점으로 인식하였다. 신체기능이 개선되었다는 대상자도 있었다.

가. 맞춤형 재활훈련 및 자가 재활 교육

자신의 장애유형과 상황에 맞는 재활치료와 훈련을 받은 점이 좋았다고 인식하였고, 이와 같은 서비스는 병원이나 장애인 시설에서의 획일적이고 일방적인 서비스와 다르다고 하였다.

“저는 뇌성마비인데 나의 유형과 등급에 맞는 치료가 필요해요. 뇌성마비도 휠체어를 타고 다니는 사람이 있는 반면 어떤 사람은 걷고 싶어 하거든요. 이번 방문재활은 제가 필요한 것들을 위주로 해 주니까 좋았어요. 병원에서는 걷기 위주였는데, 저는 굳이 걷는 게 필요하지 않거든요. 병원에서는 제가 필요한 것을 얘기할 기회가 없었어요.” (대상자A)

“제가 14년 정도 가평 꽃동네에 있는 시설에서 공동체 생활을 했었거든요. 거기에 있으면 정해진 규칙에 따라 움직여야 하고, 다수에 의해 소수가 희생이 되는 형태였기 때문에, 제가 무언가를 하고 싶어도 할 수 없더라고요. 거기에도 물리치료 (기구)나 그런 것이 다 있는데 제가 할 수 있는 것이 없었어요. 제가 경추 4~5번이 다쳤는데, 앉아서 팔 당기기를 하면 엉덩이가 쏠려서 욕창이 더 심해지기 때문에 다시 누워있어야 했거든요. 그래서 (욕창 때문에) 팔 운동을 한다는 것은

생각지도 못했어요. 이번에 이런 방식으로(누워서 팔 당기기) 운동할 수 있다는 것은 저한테 엄청난 충격이었어요.” (대상자B)

나. 정기적인 재활치료 수급

병원에서의 치료만으로는 치료에 큰 도움이 안 되는데, 방문재활서비스가 이를 보완할 수 있어서 좋다는 의견이 있었다. 어떤 대상자는 병원에서 진료를 받는 일이 거의 없어 방문재활서비스가 정기적인 재활치료를 받을 수 있는 기회가 되었다고 하였다.

“병원에서는 일주일에 한번만 (치료를) 했는데 여기서는(방문재활은) 일주일에 두 세 번씩 하고, 병원은 30분인데 여기는 한 시간이니깐 그게 좋았던 것 같아요. 병원에서 일주일에 한번 하는 걸로는 큰 도움이 안 되거든요.” (대상자A)

다. 치료사와의 정서적 교감

치료사가 직접 방문해 준 것 자체가 고마웠고, 치료사의 기대에 부응하고 싶은 마음이 재활훈련의 동기가 되었다고 하였다.

“저 개인적으로 선생님들께서 집에 와 주셔서 굉장하고마웠어요. 친구들도 바빠서 만나기 힘든데, 선생님께서 일주일에 두 번씩 꼭 오셔서 말벗도 되어주고, 그리 많은 시간은 아니지만 그분들께 너무 고마웠어요.” (대상자C)

“선생님의 기대에 부응하고 싶은 마음이 솔직히 더 많았어요. ‘시간 내서 해주시는데 이럴 때 좋은 모습을 보여 드려야겠다.’ 하고요. 선생님 오셔서 체크하시고 “아유~ 많이 하셨네요.” 라고 해주시니까..... 혼자서는 일이 있으면 핑계 대고 안 하게 되는 것 같아요.” (대상자B)

재활훈련 시 치료사가 일방적으로 지시하는 것이 아니라, 필요한 것을 물어보고, 재활훈련의 필요성을 설득시켜 주어서 좋았다는 의견이 있었다.

“설득력이 있어서 좋았어요. 처음부터 “이거 해, 저거 해” 하고 강요하면 장애인도 불쾌한 기분이 들거든요. “이렇게 하면 참 좋은데.....” 하고 처음에는 설득을 시켜서 두세 번 받아보게 하고, 그래도 싫어하면 어쩔 수 없는 거죠.” (대상자A)

라. 향상된 욕구 지지 환경(need-supportive environment)

집중 방문재활 기간 동안에는 치료사가 와서 재활의 필요성을 얘기하고, 과제도 내주기 때문에 활동보조인과 있는 시간에 자가 재활훈련을 위한 지원을 요청하기

가 덜 미안했다는 의견이 있었다.

“선생님께서 집에 오시면 제가 활동보조인 선생님께도 편하게 운동을 한다고 말을 할 수가 있어요. 그리고 또 숙제를 내주시니까 재활일지에 적어야 하고..... 만약 그런 것이 없으면 활동보조인 선생님과 같이 있을 때 제가 운동하고 싶다고 말하기가 어려울 때가 많아요. 그럴 때는 그냥 (운동을 안 하고) 지나가요.” (대상자B)

마. 신체기능 개선에 대한 자각인식

대상자 중 한 명은 신체기능이 개선된 것을 스스로 인지할 수 있어서 좋았다고 하였다.

“우선 가장 먼저 제 몸이 좋아지는 것을 느끼니까 스스로 하게 되요. 제가 왼손으로 젓가락질이 안 되었어요. 그런데 이제는 젓가락질을 잘 하게 된 것을 스스로 체크하면서 알게 되었어요. 지금은 혼자 밥도 먹고, 세수도 한 손으로 하고..... 방문재활 이후에는 많은 것을 할 수 있게 되었어요.” (대상자A)

4. 대상자가 인식한 개선점

대상자들은 자가 재활훈련보다는 치료사에 의한 재활훈련을 선호하였고, 단기 집중이 아닌 지속적인 방문재활서비스 수급을 희망하였다. 재미요소가 가미되었으면 하는 의견도 있었다.

가. 치료사에 의한 재활훈련

대상자들은 대체로 치료사 방문 없이 자가 재활 형태로 진행되는 것보다는 치료사가 직접 ‘만져주는 것’을 선호하였다.

“전화보다는 직접 (선생님이) 오셔서 (치료)해주는 것이 더 좋은 것 같아요. 제가 남들이 도와주지 않으면 사실 움직이기 좀 불편하잖아요. 그러니까 선생님들이 몸을 만져주셨으면 좋겠어요.” (대상자A)

“저는 적어도 일주일에 한번씩은 (치료사가) 와주었으면 좋겠다고 생각해요. 왜냐하면 저는 장애유형이 기능 문제 보다 통증이 더 많으니까 치료사님께서 오셔서 아픈 곳을 만져주면 그나마 좀 덜하더라고요. 안 오셨을 때 우리끼리(활동보조인과 본인) 운동을 하라는 대로 하는데도 (치료사) 선생님이 만져주셨을 때하고는 차이가 나더라고요.” (대상자B)

나. 지속적인 방문재활

대상자들은 단기 집중적으로 재활훈련을 수행하고

종료하는 것 보다는 간헐적으로라도 지속적으로 방문재활서비스를 수급하기를 희망하였다.

“집중적으로 단기간 하기 보다는 간헐적이더라도 지속적으로 했으면 좋겠어요. 기간을 정해놓는 것이 아니라요. 간헐적이더라도 월 2~3회는 되었으면 좋겠고요.” (대상자A)

다. 재미요소

대상자 중 한 명은 재활훈련에 재미요소가 가미되기를 희망하였다.

“재미도 있으면 좋겠죠. 새로운 형태의 병원을 보니까 컴퓨터 게임으로 (재활훈련)하는 게 있더라고요. 그걸로 하면 재미있을 것 같아요.” (대상자A)

IV. 고찰

본 연구는 국내 현황에 맞는 방문재활프로그램을 개발하고자, CBPR 방법을 사용하여 단기집중 방문재활프로그램을 개발하고, 치료사와 대상자 심층면담을 통해 프로그램의 적절성을 평가하였다. 본 연구에서 도입한 CBPR 방법과 KTA 프로세스는 지역사회 구성원과 임상가가 연구지식들을 지역사회 및 임상 현장의 상황에 맞게 변형하여 적용 및 평가하는 과정에 적극적으로 개입한다는 점에서 기존에 연구자 주도로 모든 연구과정을 진행하는 전통적인 방식과는 다른 연구 패러다임이라고 할 수 있다(Horowitz 등, 2009). 이들 방법이 지역사회 기반 재활관련 연구에서 적용된 사례는 아직 많지 않으나, 지역사회의 사회·경제 및 제도적 한계 안에서 보다 효과적이고 의미 있는 중재방안을 모색하기 위해 향후 적극적인 도입이 필요하다고 사료된다.

치료사 심층면담 결과, 치료사들은 지역사회 내 관련 기관들과 네트워크를 형성하여 본 프로그램을 개발, 적용 및 평가하였던 과정에 대해 전반적으로 만족감을 느끼고 있음을 확인할 수 있었다. 특히, 다양한 평가방법을 주기적으로 적용함으로써 근거에 기반한 재활훈련을 수행할 수 있었고, 이는 치료사에게도 학습의 기회가 되었다고 하였다. 행동변화전략은 치료사가 재활훈련을 수행하는 동안 ‘기준점’ 역할을 하였고, 치료사 간에 방문재활 활동의 내용과 범위를 통일시킬 수 있는 도구가 되었다고 하였다. 또한, 지역사회 네트워크를 통해 기존에 방문재활 치료사 한 명이 모든 것을 결정해야 하는 부담감에서 해소될 수 있었고, 지식과 자원을 여러 관

련 기관이 공유함으로써 향후 연계를 할 수 있는 계기가 마련되었다고 하였다. 궁극적으로는 지역사회의 역량이 전반적으로 강화되는 기회로 작용한 것으로 보인다. 이와 같이 방문재활 프로그램을 개발하는 과정에서 도입된 전략 및 평가 방법에 대해 치료사들의 만족감이 높은 이유는 본 프로그램을 개발하는 과정에 치료사들이 적극적으로 개입하여 지역사회 상황에 맞도록 변형하였고, 따라서 프로그램 자체에 대한 이해가 높았기 때문이었다고 판단된다.

대상자들의 경우에는 치료사와 활동보조인 지지 차원에서 만족감을 느꼈던 부분에 주목할 필요가 있다. 대상자는 치료사가 직접 와서 관심을 가져준 것 자체에 ‘고마움’을 느꼈고, ‘기대에 부응’하고 싶은 마음이 있었다고 하였다. 또한, 치료사의 권유적인 어감이 좋았다고 하였다. 치료사와 대상자의 정서적 교감과 치료사의 권유적 어감은 대표적인 행동동기 이론인 자기결정성이론(Self-determination Theory)에서 가정하는 ‘관계성(relationship)’과 ‘자율성(autonomy)’ 욕구를 지지하는 활동에 해당되는 것으로 볼 수 있다(Deci와 Ryan, 1985; Deci와 Ryan, 2000). 자기결정성이론에 따르면, 사람에게 세 가지 기본 욕구, ‘자율성’, ‘관계성’, ‘유능감’이라는 세 가지 기본 욕구가 있는데, 세 가지 기본욕구가 만족되어야 비로소 자발적인 동기에 의해 행위를 수행한다고 한다(Deci와 Ryan, 1985). 따라서 사람의 행동을 변화시키기 위해서는 세 가지 기본욕구를 만족시켜줄 수 있는 환경을 제공하는 것이 매우 중요한데, 대상자 심층면담 결과에 따르면, 치료사는 대상자의 관계성과 자율성 욕구를 만족시킬 수 있는 환경을 제공한 것으로 보인다. 이와 같은 결과는 BCT 내용 중 대상자에게 충분한 정보를 제공하고, 개선희망 사항을 대상자에게 문의하고, 장애요인을 해결하기 위한 해결책을 대상자와 함께 모색하는 활동 등이 대상자의 기본적인 욕구를 효과적으로 만족시킨 것으로 해석될 수 있다. 한편, 신체기능이 개선되었다고 인지했던 대상자는 한 명뿐으로 ‘유능감’ 욕구는 충분히 만족시키지 못했던 것으로 보인다. 이는 치료사와 대상자가 공통적으로 개선사항으로 인식하고 있는 바와 같이 짧은 집중 재활훈련 기간 때문인 것으로 사료된다.

개선 점에 대해서는 치료사와 대상자가 부분적으로 대비되는 입장을 보였다. 즉, 8주간의 집중 재활훈련 기간이 짧았다는 면에서는 공통된 의견을 보였으나, 치료사는 단기집중 재활훈련 기간을 더 늘리고, 그 이후에는 자가 재활 기간으로 전환하는 방식에 대해 만족감을

보인 반면, 대상자는 빈도가 낮더라도 지속적인 서비스를 희망하였다. 결론적으로 치료사는 제한된 치료사 인력의 한계 안에서 보다 많은 대상자에게 재활서비스 기회를 제공하는 것에 관심이 있는 것으로 보이고, 대상자는 집중적인 재활훈련 보다는 간헐적으로라도 지속적으로 치료사가 제공하는 방문재활서비스를 수급하기를 희망하는 것으로 보인다. 다만, 치료사와 대상자 모두가 8주간의 집중 재활훈련 기간이 대상자가 자가 재활훈련 방법을 충분히 학습하기에는 다소 짧은 기간이었다고 인식했던 것을 감안하면, 충분한 집중 재활기간 후 자가 재활단계로 전환하였을 경우에는 대상자의 의견에 변경이 있을지에 대해서는 추후 연구를 통해 밝힐 필요가 있을 것으로 보인다.

V. 결론

치료사와 대상자는 CBPR 방법에 입각한 이번 방문 재활프로그램이 대체적으로 적절했다고 인식하였다. 치료사들은 특히 BCT, GOT, PSFS 등의 적용성과 효과성에 대해 만족감을 나타내었는데, 이는 치료사들이 지역사회 상황에 맞추어 이들 연구지식을 변형 및 적용, 평가하는 과정에 적극적으로 개입함으로써, 본 연구에 대한 이해가 깊었기 때문인 것으로 보인다. 대상자는 치료사와의 정서적 교감과 치료사의 권유적 어투 등에 만족감을 나타내었는데, 이는 BCT를 적용한 효과인 것으로 판단된다. 이와 같은 결과로 미루어 보아, CBPR 방법을 지역사회 기반 방문재활프로그램에 적용하는 것은 방문재활서비스 제공자와 수급자를 모두 만족시키는 데 효과적인 것으로 보인다. 다만, 방문재활훈련에서 대상자 자가 재활훈련으로 안정적으로 전환되기 위해서는 방문재활프로그램의 기간이 더 연장될 필요가 있고, 대상자에 따라서는 지속적으로 치료사에 의한 방문재활훈련이 필요한 것으로 판단된다. 향후 이와 같은 개선점을 보완하는데 있어서 지역사회 네트워크를 더욱 활성화시킴으로써 지역사회 자원을 보다 효과적으로 활용할 필요가 있다.

References

Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change

techniques used in interventions. *Health Psychol.* 2008;27(3):379-387.

Creswell JW. *Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing among five approaches.* 2nd ed. Thousand Oaks, SAGE Publication Inc., 2007:35-41.

Deci, EL, Ryan RM. *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior.* 1st ed. New York, Plenum Press, 1985:11-39.

Deci EL, Ryan RM. The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq.* 2000;11(4):227-268.

Graham ID, Logan J, Harrison MB, et al. Lost in knowledge translation: Time for a map? *J Contin Educ Health Prof.* 2006;26(1):13-24.

Horowitz CR, Robinson M, Seifer S. Community-based participatory research from the margin to the mainstream: Are researchers prepared? *Circulation.* 2009;119(19):2633-2642. <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.729863>

Jeon BY, Kwon SM. Access barriers to health care among persons with physical disabilities: Using three reasons for unmet need as indicators of access. *Korean Social Security Studies.* 2015;31(3):145-171.

Jones CA, Roop SC, Pohar SL, et al. Translating knowledge in rehabilitation: Systematic review. *Phys Ther.* 2015;95(4):663-677. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130512>

Khasnabis C, Heinicke Matsch K, Achu K, et al. *Community-Based Rehabilitation: CBR guidelines.* Geneva, World Health Organization. 2010:23.

Kleim JA, Jones TA. Principles of experience-dependent neural plasticity: Implications for rehabilitation after brain damage. *J Speech Long Hear Res.* 2008;51(1):S225-S239. [http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388\(2008/018\)](http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2008/018))

Krakauer JW. Motor learning: Its relevance to stroke recovery and neurorehabilitation. *Curr Opin Neurol* 2006;19(1):84-90.

Krefting L. Rigor in qualitative research: The assessment of trustworthiness. *Am J Occup Ther.* 1991;45(3):214-222.

Mastos M, Miller K, Elliasson AC, et al. Goal-di-

- rected training: Linking theories of treatment to clinical practice for improved functional activities in daily life. *Clin Rehabil.* 2007;21(1):47-55.
- Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, et al. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: The CALO-RE taxonomy. *Psychol Health.* 2011;26(11):1479-1498. <http://dx.doi.org/10.1080/08870446.2010.540664>
- Nanninga CS, Postema K, Schönherr MC, et al. Combined clinical and home rehabilitation: Case report of an integrated knowledge-to-action study in a dutch rehabilitation stroke unit. *Phys Ther.* 2015;95(4):558-567. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130495>
- National Rehabilitation Center. Guideline for the community-based integrated health promotion program. Seoul, National Rehabilitation Center, 2014:25-28.
- Nicholas P, Hefford C, Tumilty S. The use of the patient-specific functional scale to measure rehabilitative progress in a physiotherapy setting. *J Man Manip Ther.* 2012;20(3):147-152. <http://dx.doi.org/10.1179/2042618612Y.0000000006>
- Patton MQ. *Qualitative Evaluation and Research Methods.* 2nd ed. CA, US. Sage Publications. 1990:169-186.
- Richardson J, DePaul V, Officer A, et al. Development and evaluation of self-management and task-oriented approach to rehabilitation training (START) in the home: Case report. *Phys Ther.* 2015;95(6):934-943. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130617>
- Salimi Y, Shahandeh K, Malekafzali H, et al. Is community-based participatory research (CBPR) useful? A systematic review on papers in a decade. *Int J Prev Med.* 2012;3(6):386-393.
- van Twillert S, Postema K, Geertzen JH, et al. Incorporating self-management in prosthetic rehabilitation: Case report of an integrated knowledge-to-action process. *Phys Ther.* 2015;95(4):640-647. <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20130489>
- Wallerstein N, Duran B. Community-based participatory research contributions to intervention research: The intersection of science and practice to improve health equity. *Am J Public Health.* 2010;100(Suppl 1):S40-S46. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2009.184036>
- Winstein C, Lewthwaite R, Blanton SR, et al. Infusing motor learning research into neurorehabilitation practice: A historical perspective with case exemplar from the accelerated skill acquisition program. *J Neurol Phys Ther.* 2014;38(3):190-200. <http://dx.doi.org/10.1097/NPT.0000000000000046>
- Yoo SH. Using community-based participatory research (CBPR) for health promotion. *Korean J Health Edu Promot.* 2009;26(1):141-158.
-
- This article was received January 7, 2016, was reviewed January 7, 2016, and was accepted April 8, 2016.