

치매주간보호사업 개발모형의 적용*

정연강** · 백경아*** · 현혜영** · 염순교** · 김경희** · 최미혜** · 한승의**

I. 서 론

1. 연구의 필요성

인구의 고령화가 급속히 진행되면서, 신체기능 저하와 만성퇴행성 질환 및 노인성 치매등으로 의존성이 높은 노인의 수가 더욱 증가하고 있다. 이들의 급격한 증가추세는 노인과 그 가족에게만 국한된 고통이 아니라, 산업화, 도시화, 핵가족화 되면서 전통적인 가족의 부양기능을 상실하게(김성혁, 1995) 되는 사회문제가 되고 있다. 이에 우리나라는 1980년대 중반부터 노인인구를 위한 시설보호의 부족을 탈피하고, 가족의 노인보호기능을 보강하며, 사업의 효과성과 비용의 효율성을 위해서 재가 복지 사업 중 주간보호사업을 공식적인 프로그램으로 실시하고 있다(국립재활원1, 1997; 광명시보건소, 1997).

그러나, 지역내 무의탁 생활보호대상 노인, 저소득층 노인 등을 중심으로 시작한 복지재단 등에서 운영하는 현재의 프로그램들은 의료서비스나 특수질환을 위한 건강지향적인 프로그램을 함께 제공하는 선진국과 비교했을 때, 단순히 의료서비스 혹은 사회적 서비스만을 중심으로 한 것임을 인식하지 않을 수 없다.

그러므로, 노인들에게 의료서비스를 포함한 사회적 서비스를 일정한 시간과 장소에서 집중적으로 제공하면 노화과정에(Coen, 2002) 적응하고, 질병으로 인한 정서적 문제를 감소시키며, 자립성을 유지하고, 가족의 부담

을 경감시켜(Sandra의 1인 1998; Lee, 2002) 요보호 노인의 수가 증가하는 것에 효율적으로 대처할 수 있다. 이와같이 보건의료적 서비스와 사회적 서비스가 효율적으로 제공되기 위해서는 가정중심의 다원적 형태로 다양한 프로그램을 운영하면서, 보건소 및 지역 관련 전문병원과의 연계로 진료자문관계를 형성하여 확고한 치료관리체계도 함께 구축하여야 한다.

따라서, 이미 노인문제 중에서 치매의 심각성을 경험한 선진고령화 사회와 같이 가정에 거주하는 노인을 가족과 지역사회에서 격리시키지 않으면서 치료적인 환경을 제공하여 신체적, 심리적, 사회적 안정을 돕기 위해서는 주간보호시설의 효율적인 활용이 시급히 요구된다(김영숙, 1994; 장현숙, 1999; 서미경, 1998). 그런데, 이러한 치매예방 중심의 서비스를 우리나라의 일차보건의료기관인 보건소에서 방문보건업무로 중점적으로 수행하는 보건간호사의 역할과 연계한다면, 방문보건 간호대상인 이들 노인의 관리에 대한 서비스의 질을 높일 수도 있고(Susuki M의 3인, 2002), 지역자원봉사자 활용 및 관련 기관과의 연계가 용이하다고 판단된다. 이러한 주간보호 형태의 의료 및 사회적 서비스의 효율적인 운영을 위해서는 시범적으로 연구과정이 필요하므로, 이에 본 연구는 서울시 소재 보건소와 함께 운영하는 치매주간보호사업 모형을 개발하여 적용하게 되었다.

2. 연구의 목적

* 2000년도 중앙대학교 교내연구비 조성에 의한 것임
** 중앙대학교 의과대학 간호학과
*** 경북대학 간호과

본 연구는 치매진행의 지연 및 치매예방을 위해서 노인들에게 사회적 프로그램을 개발, 적용하고, 건강관리 및 교육활동을 통한 건강서비스를 제공하여서 이들의 일상생활 수행능력의 변화, 사회화의 유지, 건강유지, 증진 및 노인과 그 가족들의 삶의 질을 높여주기 위함이다. 이를 위한 구체적인 목적은 다음과 같다.

- 1) 치매관련 노인의 치매정도를 파악한다.
- 2) 치매관련 노인의 일상적 생활수행능력을 사정한다.
- 3) 치매예방을 위한 사회적 프로그램을 개발한다.
- 4) 개발한 프로그램 적용을 통해 치매진행 정도를 사정한다.
- 5) 치매관련 노인에게 건강서비스를 제공하고 간호과정을 적용한다.

3. 용어의 정의

1) 치매노인

기억력 장애를 포함한 정신 및 인지기능의 전반적 장애가 특징적으로 나타나는 중후군으로 정상적으로 발달된 뇌의 지적 기능이 어떠한 원인에 의하여 저하됨에 따

라 작업 또는 사회적 활동에 장애를 초래하는 특징이 있는 65세 이상의 노인을 말한다.

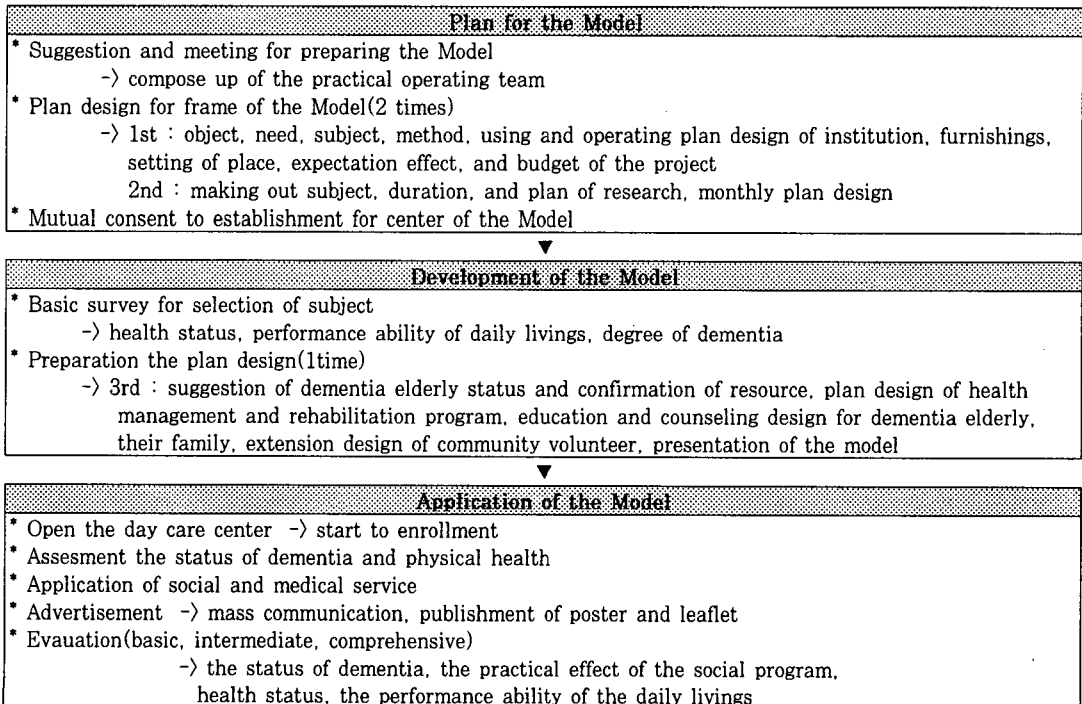
2) 치매주간보호사업

치매정도가 경증이거나 정상이면서, 심신이 허약하여 거동이 불편한 노인, 낮동안 가족의 보호를 받을 수 없지만 시설보호를 필요로 하지 않는 노인 및 치매나 만성 퇴행성 질환을 가진 노인들을 본 센터에 입소시켜서, 낮 동안 보건의료적 서비스와 사회적 서비스를 통합적으로 제공하여, 노인이 신체적, 심리적, 사회적 측면에서 최대한으로 자립할 수 있고, 가족의 일상 보호부담 경감에 도움을 주기 위한 프로그램이다.

Ⅲ. 연구 방법

1. 모형개발 및 적용을 위한 연구과정

본 연구에서는 치매관련 노인의 치매진행 지연 및 건강유지증진을 위한 주간 보호 사업 모형을 개발하여(국립재활원2, 1997; 국립재활원3, 1998; 서울시 치매중



<Figure 1> Application process of day care center model for dementia

합센터, 1997, 1998).

본 서비스의 집중적인 관리가 요구되는 노인들에게 적용하고, 그 과정을 분석, 기술하였다. 기간은 1999년 1월부터 계획에 수립하여 개발, 적용하기까지 약 3년간 소요되었다. 본 연구의 진행을 위한 과정은 <Figure 1>과 같다.

2. 연구도구

1) 치매 정도

1차 선별검사를 위한 도구로는 Folstein 등(1975)에 의해 개발된 Mini-Mental State Examination (MMSE)을 한국판으로 수정 보완한 MMSE-K(권용철 등, 1989; Aevansson 외 1인, 2000)를 사용하였다. 지남력(10점), 기억등록(3), 기억회상(3), 주의집중 및 계산능력(5), 언어기능(7), 이해 및 판단(2)으로 구분하여 총 30점 만점으로 이루어져 있으며, 12점 이하는 치매, 13-23점은 치매의심, 24점 이상은 정상으로 구분하였다.

2) 일상생활 수행능력(Activities of Daily Livings: ADL)

ADL에 대한 평가는 Barthel Index를 수정 보완하여(국립재활원4, 1997) 목욕, 옷 입기, 세수 및 몸치장, 식사, 화장실 사용, 보행 및 이동의 6개 항목에 대한 수행능력의 정도를 '혼자서 가능', '약간의 도움 필요', '전적인 도움 필요'의 3단계로 구분하여 조사하였다.

3) 도구적 일상생활 수행능력(Instrumental

Activities of Daily Livings: IADL)

IADL은 시장보기, 요리, 음식준비, 가사일, 빨래, 전 화사용, 재정상태 관리, 투약의 8개 항목에 대하여 '혼자서 가능', '약간의 도움 필요', '전적인 도움 필요'의 3단계로 구분하여 조사하였다.

IV. 결 과

본 연구에서는 치매예방 주간보호사업 개발모형을 적용하여 그 내용을 분석하였다.

1. 기초조사 결과

1) 일반적 특성

본 모형의 적용 대상자 선정을 위해 사전에 실시한 기초조사 대상자는 본 지역 전체인구 432,300명중 65세 이상의 인구는 20,691명으로 4.79%를 차지하고 있었다(동작구 통계연보, 1998). 이중 기초조사 대상자의 일반적 특성은 <Table 1>과 같이 성별로는 남자가 39.2%, 여자가 60.8% 이었고, 70대가 48.9%, 65-69세가 32.2%, 80대가 18.8%이었다. 교육정도는 초졸미만(36.1%), 중졸미만(29.3%), 고졸이하(22.2%), 대졸이하(10.7%)순으로 많았다. 종교는 무교(29%)가 가장 많았고, 가족관계는 자녀가 있는 경우 97.6%, 배우자가 있는 경우는 55.8%이었다. 동거가족이 없는 동거노인은 7.7%이었고, 독거율을 성별로 비교한 결과 여자는 10.6%, 남자는 3.2%로 여자노인의 독거율이 높았다. 동거가족이 있는 경우의 가족관계를 살펴보면 자녀와 동거하는 경우는 65.9%, 배우자와의 동거는

<Table 1> Characteristics of the subject of basic survey

(N=2,267)

	male				female				total	
	65-69	70-79	80-89	MT90	65-69	70-79	80-89	MT90		
age	317(14.0)	454(20.0)	101(4.5)	16(0.7)	413(18.2)	655(28.9)	266(11.7)	45(2.0)	2,267(100.0)	
educa tion	elem	31	65	24	10	131	323	196	37	817(36.0)
	middle	71	132	41	4	148	215	50	4	665(29.3)
	high	116	145	23	2	108	89	16	4	503(22.2)
	college	90	104	7	-	20	19	2	-	242(10.7)
	other	9	8	6	-	5	9	2	-	39(1.7)
religion	buddist	87	99	17	1	127	208	71	11	621(27.4)
	protestant	56	99	28	6	124	182	98	20	613(27.0)
	catholic	36	52	15	-	55	94	32	3	287(12.7)
	dogyo	-	1	-	-	1	1	-	-	3(0.1)
	no	127	184	34	7	95	143	60	7	657(29.0)
	other	11	19	7	2	11	23	4	4	81(3.6)

〈Table 1〉 Characteristics of the subject of basic survey(continued)

(N=2,267)

		male				female				total
		65-69	70-79	80-89	MT90	65-69	70-79	80-89	MT90	
family	spouse	287	392	68	8	250	226	30	5	1,266(55.8)
	child	314	446	98	16	400	635	259	44	2,212(97.6)
	parents	13	6	-	-	10	6	-	-	35(1.5)
	sibling	66	69	10	-	99	95	40	2	381(16.8)
	grandson	235	335	79	10	332	531	224	40	1,786(78.8)
	relatives	92	89	18	1	121	134	53	9	517(22.8)
	other	29	36	12	1	51	78	42	6	255(11.3)
	solitary	11	15	2	-	38	77	29	2	174(7.6)
inmate	spouse	281	391	66	8	242	220	25	4	1,237(54.6)
	child	185	248	70	15	258	452	225	41	1,494(65.9)
	parents	10	4	1	-	6	5	-	-	26(1.1)
	sibling	-	1	-	-	-	7	1	-	9(0.3)
	grandson	88	159	57	7	179	358	187	32	1,067(47.1)
	relatives	-	4	4	-	2	8	5	1	24(10.5)
	other	14	35	11	3	48	98	48	8	265(11.6)
	no	1	2	-	-	6	13	4	1	27(15.5)
ec on om ic	LT100000	2	-	-	-	6	13	4	1	26(14.9)
	solitary LT500000	4	7	2	-	19	34	15	-	81(46.6)
	tar LT1000000	4	2	-	-	4	11	2	-	23(13.2)
	y LT1500000	-	2	-	-	3	2	2	-	9(5.2)
	ec LT2000000	-	1	-	-	-	-	2	2	5(2.9)
	on LT2000000	-	1	-	-	-	2	-	-	3(1.7)
	om no	54	62	15	1	66	114	52	16	380(18.2)
	ic living LT100000	25	27	9	1	44	74	29	5	214(10.2)
ng LT500000	67	101	14	3	83	91	26	2	387(18.5)	
tog LT1000000	72	116	25	3	82	109	42	6	455(21.7)	
er	eth LT1500000	48	68	20	4	46	109	54	9	358(17.1)
	er LT2000000	21	48	10	1	37	67	25	4	213(10.2)
	LT2000000	17	13	6	3	16	17	13	1	86(4.1)
	no	95	107	14	-	42	51	3	2	314(13.9)
living assista nce	spouse	20	29	4	-	66	56	2	1	178(7.9)
	child	199	311	79	14	297	520	237	39	1,696(74.8)
	parents	-	1	-	-	1	1	-	-	3(0.1)
	sibling	-	-	-	-	-	2	-	-	2(0.1)
	grandson	-	2	2	-	1	7	7	6	25(1.1)
	relatives	-	1	-	-	-	2	3	-	6(0.3)
	medicaid	9	11	2	1	13	20	8	1	65(2.9)
	own	261	364	85	13	315	477	191	38	1,744(76.9)
hous ing	lease	43	70	12	3	72	135	60	4	399(17.6)
	monthly rent	12	16	4	-	19	32	12	1	96(4.2)
	other	-	1	-	-	1	1	-	-	3(0.1)
	conventional	7	18	1	-	16	28	10	1	82(3.6)
kit chen	sink	307	434	100	15	390	618	255	42	2,161(95.3)
	communal	1	1	-	-	2	6	-	1	11(.5)
	other	1	-	-	-	1	2	1	-	5(.2)
toilet	수세식	310	437	99	15	386	624	254	44	2,169(95.7)
	conven-	4	9	-	1	15	22	4	1	56(2.5)
	communal	3	7	2	-	10	9	8	-	39(1.7)
	other	-	-	-	-	2	-	-	-	2(.1)

54.5%, 손주와의 동거는 47.1%이었다. 경제상태는 독거노인의 경우는 월수입이 50만원 미만(46.6%), 경제능력이 없는 경우(15.5%), 10만원 미만인 경우(14.9%)순으로 많았다. 동거노인은 100만원 미만(21.7%), 50만미만(18.5%), 경제능력이 없는 경우(18.2%)순으로 많았다. 생계보조상태는 13.9%가 본인이 생계를 꾸미고 있었고, 배우자의 보조가 7.9%, 74.8%가 자녀에게 의존하고 있었다. 대상자들의 생활형태 중에서 주거형태는 자택이 77.8% 이었고, 부엌은 입식형태가 95.7%, 화장실은 95.7%가 수세식 형태를 갖고 있었다. 대상자들의 건강상태는 관절염, 고혈압, 당뇨, 백내장, 심장질환, 골다공증, 천식등의 순으로 만성 퇴행성 질환들을 경험하고 있었다<Table 2>.

<Table 2> Disease experience of subject (N= 373)

present	male	female	total N(%)
arthritis	179	637	816(25.4)
hypertension	233	409	642(20.0)
DM	117	145	262(8.2)
cataract	64	165	228(7.1)
cardiovascular	47	100	147(4.6)
osteoporosis	7	112	119(3.7)
athma	49	63	112(3.5)
falling down/fx	17	76	93(2.9)
CVA	49	35	84(2.6)
allery	22	51	73(2.3)
ulcer	24	48	72(2.2)
nephrotic	23	26	49(1.5)
tumor	23	16	39(1.2)
hapatic	18	16	34(1.1)
thyroid	1	17	18(0.6)
Tb	10	4	14(0.4)
psychologic	5	8	13(0.4)
pneumonia	9	2	11(0.3)
reproductive	7	4	11(0.3)
convulsion	2	-	2(0.1)
other	163	210	373(11.6)

2) 치매유병률

MMSE-K를 이용하여 1차 치매 선별검사를 수행한 결과 57명(2.5%)이 12점이하로 측정되어 치매로 확인되었고, 치매 의심자는 12.7% 이어서 이들을 본 개발 모형의 적용대상자로 선정하였다<Table 3>.

<Table 3> Prevalence of dementia (N=2,267)

MMSE-K community	dementia		preventer of dementia	normal	total
	LT12p	13-23p	MT24p	N(%)	
B	4	3	120	127(5.6)	
DA	6	5	89	100(4.4)	
DO	-	11	70	81(3.6)	
H1	3	36	102	141(6.2)	
H2	1	2	81	84(3.7)	
H3	3	21	109	133(5.9)	
N1	4	5	164	173(7.6)	
N2	5	13	147	165(7.3)	
SA1	1	9	64	74(3.3)	
SA2	-	1	85	86(3.8)	
SA3	2	33	86	12(5.3)	
SA4	1	13	36	50(2.2)	
SA5	4	13	40	57(2.5)	
SG1	1	11	71	83(3.7)	
SG2	1	26	86	113(5.0)	
SG3	3	17	87	107(4.7)	
SG4	10	25	117	152(6.7)	
SG5	1	7	97	105(4.6)	
SI1	5	32	168	205(9.0)	
SI2	2	5	103	110(4.9)	

3) 치매확인 및 의심 대상자의 일상적 생활 수행능력

치매로 확인된 57명중 응답이 불가능한 10명을 제외한 47명의 일상생활 수행능력을 분석한 결과로는 <Table 4> 에서와 같이 치매 확인자들은 일상생활 수행능력에서 목욕(70.2%), 보행 및이동, 화장실 사용, 옷입기등의 모든 활동에서 50-70% 정도의 대상자가 타인의 전적인 도움이 필요한 것으로 응답했다. 도구적 일상

<Table 4> Performance ability of daily livings of client and preventer of dementia (N=335)

N(%)	ADL							IADL						
	bathing	clothing	washing	having meal	toileting	walking, moving	shoping	cooking	preparing the meal	housing	laundry	calling phone	managing the money	taking drug
client	absolutly need	33(70.2)	21(44.7)	20(42.6)	16(34.0)	23(48.9)	26(55.3)	35(74.5)	36(76.6)	36(76.6)	36(76.6)	35(74.5)	37(78.7)	26(55.3)
	some need	5(10.6)	12(25.5)	8(17.0)	10(21.3)	9(19.1)	8(17.0)	6(12.8)	6(12.8)	6(12.8)	6(12.8)	7(14.9)	4(8.5)	5(10.6)
	oneself	9(19.1)	14(29.8)	19(40.2)	21(44.7)	15(31.9)	13(27.7)	6(12.8)	5(10.6)	5(10.6)	5(10.6)	4(8.5)	7(14.9)	5(10.6)
preventer	absolutly need	24(8.3)	12(4.2)	11(3.8)	8(2.8)	9(3.1)	15(5.2)	51(17.7)	47(16.3)	47(16.3)	49(17.0)	53(18.4)	27(9.4)	45(15.6)
	some need	45(15.6)	22(7.6)	21(7.3)	13(4.5)	22(7.6)	58(20.1)	55(19.1)	56(19.4)	57(19.8)	54(18.8)	54(18.8)	41(14.2)	52(18.1)
	oneself	219(76.0)	254(88.2)	256(88.9)	267(92.7)	257(89.2)	215(74.7)	182(63.2)	185(64.2)	184(63.9)	185(64.2)	181(62.8)	220(76.4)	191(66.3)

생활 수행능력에서는 투약을 제외한 모든 항목에서 70% 이상이 전적인 도움을 필요로 하고 있었다.

MMSE-K로 측정한 결과 13-23점사이의 치매의심자 288명들 중에서는 일상생활수행능력은 모든 항목에서 70% 이상이 혼자서 수행이 가능한 수준이었고, 도움을 필요로 하는 경우는 보행 및 이동(25.3%), 목욕(24%) 활동이었으며, 그 외의 항목은 10%내외 예서만이 도움을 필요로 하고 있었다. 도구적 일상생활 능력 역시 보편적으로 혼자서 수행이 가능하였다. 투약(14.2%), 전화사용(23.6%) 활동에 도움을 필요로 하였고, 그 외의 항목을 수행하는데는 30-40%의 치매의심자가 도움을 필요로 하고 있었다.

2. 개발모형 적용

1) 모형적용 대상자의 일반적 특성 및 치매정도 와 일상생활 수행 능력정도

3년동안 본 모형을 적용하였던 대상자는 연령별로 70~79세가 21명으로 가장 많았으며, 최종 등록대상자들의 평균 연령은 81.4세이었다. 의료보호 대상자는 15명, 의료보험은 31명이었고, 독거자가 14명이며, 동거가족이 있는 경우가 32명이었다.

ADL점수가 28점으로 가장 낮은 대상자 23의 경우, 약간의 도움을 받으면 일상생활이 가능하므로, 대상으로 선정, 등록하였으나, 갑작스런 환경의 변화 (건강문제로 시골에서 서울로 이사옴) 및 심한 퇴행성 관절염의 증세로 차량이동시의 거동문제, 화장실 이용시의 거리문제, 이동시의 실금 및 설사등이 점점 심해지면서 자택에서 사망하게 되었다.

관리 대상자중 마지막까지 주로 이용한 사람은 대상자 2, 5, 23, 26, 36, 38, 42, 44, 45, 46등이었다 (Table 5).

2) 치매주간보호사업 모형

(1) 개발한 모형의 구조

① 운영팀 구성

본 모형의 센터 운영을 위해서는 이에 대한 이해가 있는 요원들의 팀워크 필요하여, 개별접촉 및 협조를 요청, 다음과 같이 운영위원회, 자문위원회, 사업연구팀, 프로그램 담당팀을 구성하였고, 운영은 본 대학 연구소 전임 연구원과 강사 3인이 상근하여 담당하였다.

운영위원회 : 본 대학 연구소 소장 및 상임연구원,

보건소장, 지역보건과장, 방문간호실장

자문위원회 : 본 대학장 및 본 대학 연구소 상임연구원, 본 대학 부속의료원 의료원장, 대한간호협회장, 대한간호정우회 기획위원, 산업보건진흥원 연구원, 노인전문교수

사업연구팀 : 본 대학 연구소 상임 및 전임 연구원, 간사, 강사 및 조교, 대학보건소 간호사, 보건소 지역보건과 계장

프로그램 담당팀 : 본 대학 연구원, 강사, 학생(간호학과, 의학과 및 사회계열 1, 2학년 학생, 타대학 평생교육원 교수, 양호교사(전), 가정간호사, 장학사 및 고교 교장(전), 공무원(전), 종이접기 강사, 발사랑 연구회, 미용실·원장 및 헤어 디자이너, 피아노 강사, 동화구연 강사등 이상은 <사랑실천위원회>라는 명칭으로 회원을 결성하였다.

② 대상 및 지역선정

본 대학이 소재한 지역을 중심으로 선정, 구내 전체 동을 선정하였다. 본 모형의 적용대상은 주로 다음과 같은 홍보를 통하여 의뢰 받았고, 전화문의가 있는 사람과 보건소 이용자중에 대상선정 기준에 맞는 사람을 접수, 등록하였다. 구내 이외의 거주자로서 본 센터의 취지를 이해하고 동의하며 본인이 이용하기를 원하는 사람도 대상으로 선택하였다.

가. 홍보방법

- a. 대중매체 : MBC뉴스, 교통방송(FM 정보스튜디오 1분 알림방), 대한간호, 간헐신보, 중앙일보, 경향신문, 대한매일, 세계일보, 한겨레리빙, 보건간호소식
- b. 지역정보매체 : 본 지역내의 케이블 TV, 신문, 시정신문
- c. 홍보물 제작 및 배포 : 대한노인회 본 지역 구지회의 30곳 리플렛 배포, 플랭카드, 인터넷 홍보 "보건소 의료서비스 확 달아졌다"중 서울시 자치행정 8월호내 본지역내 문화센터의 "보건소 운영"중, 반상회보, 보건소·본 대학교제작 유인물

③ 대상자 선정기준

본 지역에 거주하는 65세 이상이면서 MMSE-K 13점 이상의 경증치매노인 15명내외로 선정하였다.

④ 대상자 선정과정

- a. 본 지역 거주 노인의 명단을 구내 전체 동사무소의 협조를 얻어 확인하였다.
- b. 사전교육을 받은 연구원이 대상자를 가정방문하여 설문조사를 실시하였다.
- c. 65세 이상 노인중 거주지역별로 무작위 추출한 2267명을 대상으로 4개월간(1999년 4월 1일부터 5월 31일) 건강상태 및 치매정도(신체사정, ADL, IADL, MMSE-K)를 조사, 분석하여 일정 기준이상을 대상으로 선정하였다.
- d. 선정된 대상자를 전화상담하여 입소를 권유하였다.

⑤ 퇴록기준

더 많은 사람에게 본 모형의 혜택을 주고자, 센터를 3개월이상 계속적으로 내소한 대상자와 치매예방을 목적(MMSE-K의 높은점수)으로 등록한 대상자들을 퇴록기준으로 선정하였다.

⑥ 모형적용시간

매주 월요일 -금요일, 오전 09 : 30부터 오후 04 : 30까지로 7시간씩 운영하였고, 전화상담을 위하여서는 수시로 센터 및 본 대학 연구소에서 상담하였다. 대상자 이동은 보건소 버스를 이용(버스기사 및 안내를 위한 공공근로요원 배치)하였다.

⑦ 모형의 적용진행 개요

- a. 노인건강과 치매정도 실태조사 : 대상자의 특성 및 건강요구를 파악하였다.
- b. 대상자 등록 : 동의서를 기록하고, 의료보험증 또는 의료보호증, 사진, 경증치매에 관한 진단서나 소견서(해당자에 한함)등을 작성하였다.
- c. 건강관리 및 간호 : 보건소에서 건강검진 및 관리를 하였고, 정밀검사 필요시 본 대학부 의료원을 통한 의뢰 및 관리를 하였으며, 간호과정을 통해 간호를 제공하였다.
- d. 프로그램 운영 : 일반프로그램 활동(체조, 섹하기, 운동요법, 단전호흡, 글읽기/쓰기, 음악요법, 종이 접기, 오늘의 화제, 놀이요법, 그림그리기, 사회기술훈련, 발간호, 인지회상요법, 밸런스테이핑요법, 미술요법, 서예), 특별 및 기타 프로그램(작업요법, 꽃가꾸기, 경로잔치, 재롱잔치, 생신잔치, 나들이(고궁 및 박물관견학), 연말행사, 이, 미용 서비스, 영화상영) 및 노인가족지지 프로그램을 운영

하였다.

- e. 교육 및 상담 : 대상자 교육 및 상담, (치매)노인 가족 집단교육 및 상담, 지역사회 노인보호 사랑실 천자 교육 및 상담을 하였다.
- f. 보건의료 정보 및 자료의 교환
- g. 월 1회 월례회의를 통한 분석
 계획 : 대상자 및 가족의 요구, 인력, 자원, 프로그램의 시간 및 종류를 사정, 분석하였다.
 수행과정 : 프로그램 운영실시정도, 자원활용도, 대상자의 프로그램 참여도, 관리자 및 자원봉사자 참여도등을 사정, 분석하였다.
 수행결과 : 대상자 및 가족의 만족도, 대상자의 신체, 정신, 사회적 변화정도등을 사정, 분석하였다.

⑧ 모형적용을 위한 비용

1990~2000년도에는 대상자 간식 및 중식비를 의료보호 대상자는 무료로, 그 이외의 대상자는 2000원으로 자비부담을 하도록 했으며, 2001년도에는 보건소 운영비로 제공하여 대상자 모두가 본 센터를 무료로 이용하였다. 그 이외의 시설이용비, 프로그램 활동비, 진단 및 처방비등은 무료로 이용하였고, 정밀검사 필요시의 비용은 자비부담을 원칙으로 하였다.

(2) 사회적 프로그램 내용

3년간 적용한 사회적 프로그램의 종류는 모두 20여 종류이었다.

<밸런스 테이핑 요법>은 테이핑으로 신체적 불편감을 감소시키는 것으로 자가간호 능력이 향상되어서 반응이 좋은 요법중의 하나이었으나, 재료소모비문제가 해결해야 할 부분이었다.

<글읽기/쓰기 요법>은 읽기, 쓰기학습이 이루어지고, 감정표현이 가능하여 대상자의 만족도가 높았으며, 이들의 사고진행과정등을 관찰할 수도 있었으나, 청력, 시력장애 대상자들의 참여가 어려웠다.

<놀이요법>은 지적능력을 요구하지 않았으므로 호응이 좋았고, 협동관계를 이루는 방법으로 시행하였으며, 더욱 폭넓은 신체활동이 필요하다고 판단되었다.

<단전호흡>은 적극적인 자원봉사자들의 진행방법으로 호응도가 높은 프로그램으로 관찰의 가동성을 관찰할 수 있었고, 집중력 정도가 많이 영향주는 요법이었다.

<미술요법>은 대상자들이 보유한 표현능력을 단기간에 발전시키기에는 한계가 있었으며 이를 보완하기 위해

서는 전문적인 자원봉사자들의 지원이 요구되었다.

〈발간호〉는 일대일 프로그램이므로 신체적 불편감의 완화는 물론 봉사자들과의 친밀한 관계를 유지할 수 있었고, 헌신적인 봉사자들의 모습이 매우 고무적이었다.

〈서예〉는 안내심을 요구하는 것으로 지속적으로 시행하기에는 어려움이 있었다.

〈셈하기〉는 산술능력의 차이와 청력장애로 더욱 많은 봉사자의 수와 노력이 필요하였으며, 이 중에서 일상생활을 접근한 셈하기에는 큰 흥미를 가졌다.

〈오늘의 화제〉는 세상소식에 흥미를 갖게 되었고, 특히 노인관련 시사에 더욱 관심이 높았으나, 청력장애 대상자가 많아 어려움이 있었다.

〈운동요법〉은 대부분 적극적인 참여를 하였으나, 활동량이 많은 운동에는 참여하지 못하였고, 좀더 동적인 운동이 요구되는 대상자들의 개별적인 요법 수행의 필요성을 인식하였다.

〈인지회상요법〉은 봉사자가 전직목사로 대상자들의 감정과 친밀하게 교류할 수 있는 시간이었으나, 특정종교를 배타적으로 생각하는 대상자에게는 거부감도 표현되었다.

〈종이접기〉는 일반적으로 여성대상자들이어서 호응이 좋았으나, 일부 남성 대상자들이 소극적이었고, 대상자들의 원활한 손동작의 어려움으로 반복접기를 빈번하게 하였다.

〈어르신잔치〉, 〈재롱잔치〉등은 대상자들에게는 항상 즐겁게 기다리는 행사이었으며, 장소 이동에의 시간소요, 거동이 불편한자의 이동의 어려움, 차량지원등의 어려움이 있었으나, 특별히 어르신잔치는 독거노인들에게 매우 감격해 하는 연중행사이었다.

〈나들이〉는 고궁과 공원으로 시행하였는데 일기예보, 이동소요시간, 많은 봉사자의 참여등을 고려해야 했으나, 나들이를 즐기는 대상자들의 기뻐하는 모습을 볼 수 있는 행사이었다.

〈작업요법〉은 대상자들이 할 수 있는 전 부치기, 사라다 만들기, 만두 만들기등을 실시하였는데 참여자는 모두 여성이었으며 만족도도 높았지만 도구나 시설준비에 번거로움이 있었다.

〈이·미용서비스〉 또한 모두가 기다리는 행사이었지만 봉사자와의 시간일치, 두발후 세발시설문제, 파마요구 및 개인적인 머리형태를 요구하는 등의 불일치등이 어려운 점으로 대두되었다.

〈영화상영 및 공연관람〉은 4·5층의 복지관 관람실

을 이용하였는데, 장시간 관람, 관람계단이동, 난해한 내용으로 경중치매 대상자에게는 관심이 낮은 것으로 판단하였다.

〈꽃가꾸기〉는 성취감과 만족감을 가지며, 이를 화제로 자신의 의사표현을 자연스럽게 하게되는 계기를 만들 수 있었지만 보건소 행사의 일환으로 실시하여 꾸준히 시행하지 못했다.

3) 치매진행정도 경과

등록당시의 MMSE-K 점수에 의하면 11명의 정상인(24-30점)은 치매 예방차원으로, 33명의 치매의심자(13-23점)는 경중치매진전의 지연을 위해 입소하였으나, 2명의 의사소통 장애 및 이미 치매가 많이 진행된 자(12점 이하)와 ADL점수가 높아 일상생활활동이 어려운 대상자는 담당간호사 및 시설이용문제로 본 센터에서의 관리에 어려움이 있었다.

대상자들은 정상적인 노화과정중에 있으므로 현재의 건강 및 인지상태가 호전되기를 기대하기보다는 현상태의 유지정도를 목표로 희망하였는데, 본 모형을 적용한 후에 실제 많은 대상자에게서 MMSE-K 정도가 5명을 제외하고는 모두 같거나 높은 점수를 얻어서 운영팀의 목표가 성취됨을 간호과정상에서 확인할 수 있었다. MMSE-K 점수가 가장 낮은 대상자 33은 ADL점수는 18점이었으며 센터 이용후 점점 여러 증세가 완화되었으나, 동거자녀의 이주로 퇴락한 후 증상의 악화와 폐렴으로 사망하였다.

5) 간호과정적용

등록자중 1개월 이상 정기적으로 프로그램에 참여한 대상자를 중심으로 간호진단, 목표, 수행 및 평가행위들을 간호과정을 적용하여 수행하였다.

대상자들에게 적용된 간호진단들은 정신적으로는 신체 변화와 관련된 자존감 장애, 정서장애, 자아개념장애, 수면장애, 배변장애, 의사소통장애, 자가간호 결핍 및 환경적 결핍에 의한 여가활동장애등의 간호진단들이 가장 많았으며, 신체적으로는 관절통, 골절 및 질환 후유증등으로 인한 신체적 기동성 장애, 외상의 위험성등이 빈번히 수행한 간호되었다. 2000년도 이후부터는 치매예방보다는 초기치매 대상자들이 등록함으로써 비효율적인 가족 대처 인지장애, 사고과정장애등과 질환과 관련된 지식부족, 호흡곤란장애, 질병 재발가능성, 건강유지의 변화, 피로 및 피부통합성 장애등의 간호진단명으로 간호과정

이 주로 수행되었다.

V. 논 의

본 연구의 모형은 치매 및 치매의심자와 그 가족에게 보건소 중심의 방문간호사업과 연결된 의료 및 사회적 프로그램을 낮동안에 통합운영하여 제공한 점을 특징적인 측면으로 들 수 있다. 본 모형을 적용할 때 중요한 부분은 운영관리팀을 구성하는 부분에서부터 모형을 계

획, 구성하고 적용하는 진행부분에까지 각각의 단계마다 관리자 및 담당자와 연계된 의료기관과 보건소에서의 계획적이고 조직적인 협동적 역할이라고 할 수 있다.

운영관리팀을 구성하는 과정에서 중점을 두었던 부분은 의료서비스를 병행한 본 모형의 특성상 의료기관의 중심적 책임자와 본 모형의 적용과정에서 지속적인 집단 교육과 상담 및 지속적인 평가를 위한 연구기관의 책임자들의 인간관계적인 팀워크를 조성했던 점이다. 운영 관리팀은 다양하게 개발한 다른 모형들의 결과에서도(강영

<Table 5> Characteristics of registration client

(N=46)

client	age	sex	edu.	relig.	inmate	economic	medical insurance	physical health	perception ADL	
									MMS E-K	ADL
ID 1	93	F	ele	catho	solitary	mid	medicaid	back pain, swallowing diffi.	30	13
ID 2	77	F	no	catho	solitary	low	medicaid	athma, arthritis	24	0
ID 3	77	F	ele	protes	solitary	low	medicaid	knee pain	23	4
ID 4	66	F	ele	protes	husband	mid	medicare	RA, osteoporosis	22	0
ID 5	90	F	mid	protes	1st son	mid	medicare	DM, hypertension	17	15
ID 6	73	F	no	protes	solitary	low	medicaid	hypertension	24	0
ID 7	82	F	no	protes	solitary	low	medicaid	hypertension	23	7
ID 8	77	F	no	cathol	solitary	low	medicare	knee pain, hypertension	23	0
ID 9	72	F	no	protes	son	mid	medicare	DM	26	0
ID 10	71	M	coll	budd	wife	mid	medicare	insomnia, headache	19	13
ID 11	75	M	mid	protes	wife, son	low	medicaid	psychologic	22	
ID 12	74	M	coll	protes	wife	mid	medicare	asthma	30	0
ID 13	82	F	no	no	solitary	low	medicaid	hypertension	12	7
ID 14	94	M	chine	no	son	mid	medicare	hypertension	20	9
ID 15	68	M	high	no	wife	low	medicaid	hemiparesis	18	25
ID 16	72	F	no	protes	hus, son	mid	medicare	back pain, indigestion	26	0
ID 17	67	M	high	no	wife	mid	medicare	hyperlipidemia hypertension	30	0
ID 18	73	F	no	cathol	husband	mid	medicare	psycholic	25	0
ID 19	53	F	high	protes	hus, brother	mid	medicare	multiple sclerosis	29	2
ID 20	70	M	high	protes	sister	low	medicaid	hypertension	25	
ID 21	58	M	coll	no	wife, chilren	mid	medicaid	hypertension	20	3
ID 22	71	F	no	protes	solitary	low	medicaid	hypertension	23	0
ID 23	89	F	no	no	1st son	mid	medicare	DM, hepatic	13	28
ID 24	67	M	high	protes	wife, son	mid	medicare	hypertension	22	0
ID 25	65	M	no	no	wife	mid	medicare	DM	14	12
ID 26	87	F	no	protes	daughter	mid	medicare	back pain	15	8
ID 27	75	F	ele	no	son	mid	medicare		22.5	4
ID 28	68	M	no	protes	wife	mid	medicare		24	11
ID 29	83	M	no	no	1st son	mid	medicare	arthritis	21	7
ID 30	77	F	no	protes	1st don	mid	medicare	hypertension	20	13
ID 31	61	M	high	budd	wife	mid	medicare		17	11
ID 32	74	M	coll	cathol	wife, son	mid	medicare	swallowing difficult	19	11
ID 33	92	F	no	budd	1st son	mid	medicare		11	18
ID 34	76	F	no	no	1st son	mid	medicare		14	15
ID 35	68	F	no	no	son	mid	medicare		13	
ID 36	85	F	no	cathol	solitary	low	medicaid	thyroidectomy	22	9

(Table 5) Characteristics of registration client(continued)

(N=46)

client	age	sex	edu.	relig.	inmate	economic	medical insurance	physical health	perception ADL	
									MMSE-K	ADL
ID 37	73	F	no	budd	solitary	mid	medcare	G-I trouble, arthritis	22	0
ID 38	80	F	no	protes	son	mid	medcare		15	17
ID 39	65	F	no	protes	children	mid	medcare	hypertension	18	6
ID 40	78	F	no	no	solitary	low	medicaid	hypertension	13	4
ID 41	75	F	ele	no	granddaughter	mid	medicaid	hypertension	22	
ID 42	76	F	no	no	daughter	mid	medcare	G-I trouble	21	
ID 43	73	F	no	protes	1st daughter	mid	medcare		21	14
ID 44	81	F	no	catholi	solitary	low	medicaid	cardiovascular	22	1
ID 45	78	F	no	protes	child's house	mid	medcare	hypertension	18	0
ID 46	80	F	no	budd	1st daughter	mid	medcare	gastrectomy	25	11

실, 2002; 김희걸, 2001) 중요하게 고려되었던 것과 같이 차후에 진행되는 시간, 인력, 비용, 시설사용 및 모형의 적용효과에 많은 영향을 주었다.

본 모형을 계획하고 구성하는 단계에서는 대상과 운영 방법, 시설과 설비, 비품, 예산 및 이들의 현황과 치매노인 현황을 파악하는 역할들이 진행되었는데, 경험과 교육적 배경이 다양한 간호사, 의사 및 봉사자들의 책임의식이 대상자를 계획하고 의견교환하며 모형을 적용하는 방향에 대한 검토, 수정 및 보완을 가능하게 했다. 본 모형의 목적 및 필요성을 공감하는 인식들이 진실하게 의사소통되어야 하는 중요한 부분으로 고려되었다.

본 모형을 적용하는 단계에서 단축형 MMSE-K로 선정한 치매대상자들은 모든 활동의 2/3정도는 타인의 도움을 필요로 하였는데 도구적 일상생활 점수에서도 목욕과 보행, 이동, 화장실 사용등에 타인의 도움이 더욱 필요함을 파악하게 되었다(Thomas, VS, 2001). 그러나 모형의 성공여부는 적합한 환경, 대상자의 건강상태 여부와 관련되고(김영숙, 1999) 적용할 수 있는 시설이 불충분하거나 안정적이지 못하면 부적절한 행동이 일어날 수 있으며(강영실, 2002), 인지기능이 저하될수록 생활수행능력이 저하될 수 있는 점(오진주의 2인, 2001), 본 센터와 화장실과의 거리문제등을 고려하여 65세 이상 이면서 MMSE-K 13점 이상의 경증치매노인 15명정도를 그 선정기준으로 하였다. 이는 지속적인 건강사정 및 치매정도 변화를 개별적으로 사정하기에 적합한 인원이었다. 그러나, 모형적용 초기의 인지력 감소는 치매유형의 차별화가 되어지지 않은 탓일 수도 있고, ADL기능이 모형의 적용기간중에 점수가 떨어진 경우라도 노인들이 문제행동을 경감시키고, 이들의 시설입소등을 지연시킬

수 있었다고(김진외 1인, 2001) 평가할 수 있었다.

경증치매 및 치매예방을 위해서는 3개월 정도의 간격으로 퇴록기준을 정하여 더 많은 사람에게 혜택을 줄 수 있었다. 또 이동이 가능한 대상자만을 대상으로 하였으므로 보건소 버스를 이용할 수 있는 시간대로 한정하였고, 이때는 보건소 버스기사 및 공동근로요원의 배치로 대상자들의 승,하차 및 이동문제를(Duggleby w., 2002) 도울 수 있었다.

노인의 인지능력은 교육연수와 비례할 수 있으므로(박정선, 1998; Ravaglia, G외 8인, 2002; Rusted J외 3인, 2000) 20여 종류의 사회 프로그램을 적용하였는데 인지능력과 신체적 기능저하의 지연외에도 대상자들의 정서적 안정을 도모할 수 있었고, 더불어 인지기능의 향상된 점수까지도 확인할 수 있어서 고무적인 프로그램으로 파악되었다. 대상자 뿐 아니라 가족 및 지역주민에 대한 다양한 교육(Marra C외 3인, 2000)과 상담도 본 모형의 효과를 진작시킬 수 있는 부분임이 파악되어, 이와 유사한 타 모형을 적용할 때는 교육과 상담이 항상 병행해야 한다고 사료된다(University of Rochester school of nursing, 2001). 홍보부분에 있어서는 본 모형과 같은 형태는 우리나라에서는 시초로 시행되었으므로 많은 견학자와 인쇄물 및 문헌전화로 관리자의 역할에 그 중요성을 더 하였다. 간호과정의 평가를 통해서 본 모형의 많은 프로그램들이 대상자들의 인지 및 건강상태를 유지하고(Bennett JA 외 3인, 2002), 약화로 진행을 예방할 수 있음을 확인하여서 매우 효과적이고, 고무적이었다고 평가할 수 있었으므로 본 모형과 유사한 모형들의 개발로 지역노인들의 질적인 삶을 도모할 수 있기를 기대하게 되었다.

이러한 과정을 통해 치매 및 치매의심 노인들에게 본 연구의 모형을 적용하였을 때 성공적으로 수행한 역할들을 고찰해 보면 다음과 같다. 본 연구에서 선정한 대상 지역의 치매 및 치매의심자를 조기발견할 수 있었고, 이를 통해서 본 지역의 치매관리 및 예방관리 사업전략에 필요한 기초자료를 수집, 확보할 수 있었다. 또한, 기본적인 의료서비스를 지속적으로 제공할 수 있었고, 1차보건기관 및 복지기관과의 연계도를 도모할 수 있었다. 대상자의 가족 및 자원봉사자에게 치매 및 치매의심자를 돕도록 교육, 연계함으로써 지역사회 자원을 활용하며, 지역사회 구성원의 자원봉사환경을 조성할 수 있었다.

개발된 본 모형을 적용하면서 보건의료적, 사회적 통합서비스를 통한 치매관련 노인의 치매진행지연 및 건강유지증진에 기여할 수 있고, 가족의 높은 일상보호 부담을(손영주, 2002) 경감시켜 대상자 및 그 가족의 질적인 삶을 도모할 수 있을 것으로 기대했다. 노인과 관련된 지역주민의 건강간호요구에 적극적으로 대처할 수 있고, 노인에 대한 지역사회기관 및 주민들의 사회화 인식을 고양할 수 있으며, 지역사회기관간의 연계체계를 강화하고 노인들에게 적합한 다양한 사회적 프로그램을 개발, 보급할 수 있을 것으로 그 효과를 기대했었다.

이런 기대를 목표로 하면서 적용한 결과 대상노인들의 치매증상이 현상태를 유지하면서, 더욱 진행되지 않는 것을 객관적인 사정도로도 확인함으로써, 본 프로그램들의 높은 효과에 대한 확신을 갖게 되었다. 또한, 대상자 및 그 가족들에게 사회 및 의료서비스와의 통합 관리시스템은 효율적인 간호관리형태라고 판단되었고, 대상자 및 그 가족들의 일상보호부담의 정도는 수량화 할 수 없으므로 이들이 취업이 가능했다거나 센터에의 고마움의 표현들로서 다소 경감되었음을 인식 할 수 있었다. 퇴락대상자들이 퇴소시에 표현하는 안타까움들은 본 센터에 대한 만족도를 반영하였고(김금순, 2001), 자원봉사자와 지역사회에 봉사하고자 하는 본 연구기관에서의 헌신적인 노력과 애정은 지역노인들의 질적인 삶에 기여하고 있음을 확신할 수 있었다.

그러나, 사회복지사가 운영하는 기관에 집중 지원하는 예산지원 형태때문에 현재 본 모형에서의 활동요법에 필요한 준비물, 식비, 간식비 및 장소 정도만을 제공하는 제한된 예산이 본 모형의 진행에 걸림돌이 되었다. 또한, 전담인력 부재, 본 시설에 적합한 제한된 대상자 선정문제, 시설, 자원봉사자 부족, 후원단체의 부족, 치매관련 인식부재등이 본 모형을 적용하는데 많은 어려움으로 인

식되었다. 이런 한계를 해소하기 위해서는 주간보호형태의 모형이 지역사회 단위의 서비스 개념으로 확대되어야 하고, 자원봉사자 증원을 위한 연계체계의 확립, 후원단체 확대를 위한 활동적 홍보활동, 지역주민 및 보건요원의 치매관련 문제인식을 위한 지속적인 교육활동을 전개해야 한다. 더불어, 치매환자발견활동, 치매예방교육활동, 치매인식 및 치료에 대한 정보제공, 지역사회 치매기관과의 원활한 연계 및 지원활동등을 교육기관 및 연구기관과 긴밀하게 연계하여 전개해야 그 효과를 배가시킬 수 있을 것으로 사료된다.

VI. 결론 및 제언

본 연구는 치매 및 치매예방 노인과 일상보호부담을 경험하는 그 가족들의 삶의 질을 높이기 위해서 보건소의 방문보건사업과 연계하여 낮동안 의료 및 사회적 통합서비스를 제공하는 주간보호사업 형태의 모형을 개발하고 1999년 3월부터 2001년 12월까지 3년간 적용한 진행과정을 평가하고자 수행되었다.

본 치매주간보호사업 모형은 의료 및 사회 프로그램을 제공하기 위해 실무운영팀을 교육기관과 의료기관의 부서장과 실무담당팀, 자원봉사팀들로 구성하여 3차에 걸쳐 계획안을 작성하면서, 선정지역 노인의 인지능력, 건강상태, 일상적 생활수행능력등의 기초조사를 하였다. 이 과정을 통해서 치매 및 치매의심자로 확인된 노인과 그 가족들을 대상으로 상담, 교육 및 홍보를 통해 15명 내외의 입소자를 선정후, 건강상태 확인, 간호과정 적용 및 관련의료기관에서의 정밀검진등의 의뢰활동과 같은 의료서비스와 20여 종류의 사회 프로그램을 적용하여 본 모형의 진행과정을 평가하였다. 본 모형에서 사용한 도구는 단축형 MMSE-K와 일상적 생활수행능력, 도구적 생활수행능력 도구(Barthel Index), 간호과정등을 이용하였다.

본 모형을 시행한 결과를 통해 얻은 효과는 다음과 같았다.

1. 의료적, 사회적 통합서비스를 통해 치매증상이 현상태를 유지하면서, 더욱 진행되지 않는 것을 객관적인 사정도로도 확인함으로써, 치매관련 노인의 치매진행지연 및 건강유지증진에 기여할 수 있었다.
2. 치매관련 노인가족의 대상자 및 그 가족들의 일상보호부담의 경감은 이들이 취업이 가능하게 되는 등 대상자 및 그 가족의 질적인 삶을 도모할 수 있었다.

3. 노인과 관련된 지역주민의 건강간호요구에 적극적으로 대처할 수 있었다.
4. 노인에 대한 지역사회기관 및 주민들의 사회화 인식을 고양할 수 있었다.
5. 지역사회기관간의 연계체계를 강화하고 노인들에게 적합한 다양한 사회적 프로그램을 개발, 보급할 수 있었다.

이상의 진행과정을 기초로 차후 이와 유사한 모형들을 적용할 때의 개선방안을 제안하면 다음과 같다.

1. 모형의 적용계획과정에서 최소한의 적절한 시설, 예산등의 정부지원체제와 자원봉사자 연계체계 확립이 우선되어야 한다.
2. 모형의 운영과 함께 치매관련 문제인식의 고취, 홍보 및 교육활동이 병행 전개되어야 한다.
3. 치매 환자발견, 예방 교육활동, 인식 및 치료에 대한 정보제공등을 교육기관과 연계하여 전개해야 한다.

References

- Kang Yeoung Sil (2002). A study on disturbing behaviors of demented elderly staying at home, the Journal of Korean Community Nursing, 11(2), 453-469.
- Kwon Young Chul, Park Jong Han (1998). A study on standardization of Mini-Mental State Examination(MMSE-K) for Korean elderly, th Journal of Neurosychomedical Community, 28(1), 125-135.
- Kim Kum Soon (2001). The Journal of Korean Community Nursing, 3(4).
- Kim Sung Hyuk (1995). An ethnologic study on caring for the elderly people with chronic disease by family, the graduate school, ChungAng Univ.
- Kim Yeoung Sook (1994). A study on the classification of institutional long term care type and development of elderly care programs in Korea, Seoul Univ.
- Kim Jin Sun, Lee Eun Hyun. A review of the effects of respite care for patients with dementia and caregivers, The Journal of Korean Academy of Nursing, 31(6), 1077-1087.
- Kim Hi Gul (2001). Development of case management model for the bed-ridden elderly at home and its evaluation : Focusing on RAI, MDS-HC 2.0 Application, the Graduate School of ChungAng Univ.
- Park Jung Sun (1998). A study on relation to perception ability and the pattern of diet, The Graduate School of Chung Ang Univ.
- Son Youg Ju, Kang Ki Sun, Kim Su Jin (2000). The home care need and the burden of primary family care giver with senile dementia patient, the Journal of Korean Community Nursing, 11(2), 423-440.
- Su Mi Kyung (1998). How about health care system of elderly is?, Nursing Science Institute of Chung Ang.
- Oh Jin Joo. A study on the effects of dementia patient, the Journal of Korean Community Nursing, 31(6), 825-835.
- Oh Jin Joo, Kim Hi Gul, Kwon Youg Sook (2001). A study on characteristics of elderly at home in Seoul, the Journal of Korean Community Nursing, 12(1), 214-225.
- Jang Hyun Sook (1999). Hospital service mix for elderly in patients : Acute and non-acute care services, The graduate School of Catholic Univ.
- NIH 1, Community-Based rahabilitation service, (1995~1997), 1997.
- NIH 2, Data of Community-Based rahabilitation service 1, 2, 1997.
- NIH 3. The Curriculum of Community-Based rahabilitation service 1, 2, 1998.
- NIH 4, Case data of Community-Based rahabilitation service, 1997.
- Dong Jak Gu (1998). 13th Dong Jak Statistics. Seoul Dementia Counsel Center (1997, 1998). The curriculum of dementia care practitioner. HanLim Univ., Medical college, social-medical dep. the city of Kwang Myung Development of the Demantia Management, 1997

- Aevarsson, O., Skoog, I. (2000). A longitudinal population study of the mini-mental state examination in the very old : relation to dementia and education, *Demetia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11(3), 166-175.
- Bennett, J. A., Stewart, A. L., Kayser-Johnes, J., Glaser, D. (2002). The mediating effect of pain and fatigue on level of functioning in older adults : *Nursing Research*, 51(3), 254-265
- Coen, R. F., O'Boyle, C. A., Coakley, D., Lawlor, B. A. (2002). Individual quality of life factors distinguishing low- burden and high burden caregivers of dementia patients: *Nurses Health Science* 13(3), 164-170.
- Duggleby, W., Bateman, J., Singer, S. (2002). The aging experience of well elderly women : initial results : *Nurses Health Science*, 2(3), A10.
- Lee, K. J. (2002). Model construction on quality of family caregivi: *Nurses Health Science* 4(4), A8-9.
- Marra, C., Silveri, M. C., Gainotti, G. (2000). Predictors of cognitive decline in the early stage of probable Alzheimer's disease, *Demetia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11(4), 212-218.
- Ravaglia, G., Forti, P., Maioli, F., Sacchetti, L. l., Mariani, E., Nativio, V., Talerico, T., Vettorico, C., Macini, P. L. (2002). Education, occupation and prevalence of dementia - findings from the conselice study, *Demetia and Geriatric Cognitive Disorders*, 13(3), 164-170.
- Rusted, J., Gaskell, M., Watls, S., Sheppard, L. (2000). People with dementia use schemata to support episodic memory, *Demetia and Geriatric Cognitive Disorders*, 11(6), 350-356.
- Sandra, A., Black, James, S., Goodwin, Kyriakos, S., Markides (1998). The Association between chronic disease and depressive symptomatology in older Mexican Americans, : *The Journal of gerontology*, 53(3), 188-194.
- Suzuki, M., Ohyama, N., Yamada, K., Kanamori, M. (2002). The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals : *Nurses Health Science* 4(4), 155-161.
- Thomas, V. S. (2001). Excess funtional disability among demented subjects ? : *Demetia and Geriatric Cognitive Disorders*, 12(3), 206-210.
- University of Rochester School of Nursing, USA (2001). Ethnogrphic analysis of everyday ethics in the care of nutsing home residents with dementia : a taxonomy, *Nursing Research*, 50(6), 332-339.

- Abstract -

Application of the Development Model of Day Care Center for Dementia

Chung Yeun Gang · Baik Kyung A***

Hyun Hye Young · Yeoum soon Gyo**

Kim Kyung Hee · Choi Mi Hye* · Han Sung Hee**

This study was executed to develop the model of the format of the day care center which supplies the total service on the health care in the day time and social program related with the work and to evaluate the processing courses which was adjusted for 3 years from March 1999 to December 2001 in order to improve the quality of life of the family who experience dementia, dementia prevention, and the old and

* Dep. of Nursing, Chung Ang Univ.

** Dep. of Nursing, Kyung Bok college

the burden of daily activities. The processing courses of this business model were evaluated to the confirmation on the health condition, application of the nursing processes, and the precise medical examination, and 20 sorts of social programs. The methods used in this model were the simplified MMSE-K, Ability for Daily Life(ADL), Instrumental Activities of Daily Living(IADL), and nursing process, and so on.

The execution effects of this model are as follows.

1. It can contribute to the delay in the dementia process of the old people who are related with the dementia and maintenance and improvement of the health by confirming the stopping of the process of the dementia as the objective estimation method while the dementia symptom is maintained as the current condition through the medical and social total services.
2. The reduction of the burden for the daily care of the subject people and their families for the old people who are concerned with the dementia helped to improve the quality of life of the subject people and their family by enabling them to have jobs.
3. It enabled them to positively cope with the demand for the health and nursing of the local residents related to the old people.
4. It enabled them to enhance the recognition for the socialization of the local social organization and residents for the old people.
5. It enabled them to reinforce the related system among the local social organizations, and develop and provide the various social programs which are proper for the old people.

Key words : Dementia, Model of day care center for dementia