

영국의 노인 복지 실태와 제도 그리고 간호교육의 새로운 도전

정 명 교
(적십자 간호 전문대학)

차 례

- I. 머리말
- II. 인구 사회학적 특성 및 노인 복지제도의 변천사
- III. 지역사회 서어비스와 병원 서어비스
- IV. 노인 간호학 그리고 간호교육의 새로운 도전
- V. 맺음말

I. 머리말

'늙어 가고 있다.' (노화, The process of ageing) 라는 말은 인생의 이십대 후반쯤까지 신체 기능및 능률의 절정을 이룬 후(생물학적 성숙은 15세~25세 사이) 끊임없으면서 피할 수 없는 쇠퇴의 행로라고 묘사되고 있다. 초기의 기능면의 쇠퇴는 미소 하지만 시간이 흘러감에 따라 마치 눈을 굴러 커다란 눈덩이가 되듯 퇴화과정은 축적 되면서 계속 되어진다. 물론 유전, 생활방식 등 여러 요인들에 의해 신체적 노화 속도는 개개인에 따라 다양하며 쇠퇴의 전구기 (the onset of decline) 도 신체의 각기 다른 부분에서 각기 다른 시점에서 일어난다. 신체 기능 쇠퇴를 조정 할 수 있는 요인으로 첫째는 개인의 행동-식이와 일반적 생활 양식, 둘째로는 의료 수용 능력을 들 수 있다.

늙음을 피할 수 없는 쇠퇴로 묘사해온 고로 현대 의학은 노년 병리학적 모델이라는 단어를 창출 해냈을 뿐만 아니라, 문학, 역사, 민속학, 정신 의학자, 심리학자들도 노년의 부정적인 면을 과거에는 더 많이 표출 해 왔다.

그러나 건강을 향한 올바른 개인 행동과 더불어

질높은 의료를 제공 했을때 평균 수명이 연장됨을 선진국에서 보아온 고로 노년을 '긍정적인 시각으로 볼 수 있다는 설이 최근 들어 대두되고 있다.

대표적 예로는 Fries와 Crapo(1981)의 저서『Vitality and Ageing』을 들 수 있는데 그들은 늙음을 피할 수 없는 쇠퇴인 동시에 상당한 조작(manipulation)이 가능한 과정으로 표현 했다. 그들에 의하면 건강과 복지 제도의 진보는 인생 후반기에 손상을 가져다 주는 질병들의 발병기를 늦출것이라 하였으며, 질병의 치료책으로는 건강교육, 정부대책, 긍정적 개인행동을 제안 했다.

우리 나라의 경우 급격한 사회 변천과 더불어 가치관, 가족구조 등도 변하여 왔으나 이에 관련된 노인 문제 발생에 대한 대비가 없었을 뿐만 아니라 현재 정부의 노인 복지 시책으로는 노인의 건강요구를 효율적으로 충족 시키기에는 불가능 하다. 더우기 보건 사회부 통계에 따르면 우리 나라는 지난해 말 현재 노인인구 비율이 5.1%로 고령화 사회로 들어가는 진입 단계에 있으며 2000년에는 6.8%, 2020년에는 13%에 이를 것으로 전망하며 이는 우리나라의 고령화 속도가 세계 다른나라들의 고령화 속도보다 빠른 것이라고 볼 수 있다.

김(1992)은 우리나라 생정 통계 자료에 의하면 1980년대 후반기의 고령화 지수가 1985년도의 14.2에서 1988년도에는 16.6으로 1989년도에는 17.5로 급속하게 높아지고 있다고 지적 했다.

이처럼 사회가 고령화 되고 있는 점을 감안해 볼때 간호계에서도 적극적으로 노인 문제에 관심을 보여야 할 때라고 생각된다. 또한 간호 교육기관도 고령화에 발맞춰 변화하는 다양한 사회요구에 반응하여, 노인들에게 질높은 서어비스를 제공할 수 있는 인

력을 배출함이 시급하다고 본다. 이에 이미 고령화 시대에 살고 있는 외국의 노인복지 실태와 제도, 간호를 살펴보고, 동시에 우리나라 나름의 독창적 제도와 간호를 전개해 볼필적만한일이라 생각되던바, 조(1992)에 의해 미국과 일본의 노인 실태와 제도는 발표된 적이 있지만 복지 제도 및 간호의 모태지인 영국에 대한 글은 찾아 볼 수 없어, 현재 실시 하고 있는 영국의 경우를 보면서 전략을 세우는 것은 우리나라 노인복지 및 간호의 한 부분에 대한 준비가 될 수 있으리라 생각되어 본 연구를 시도 하였다.

그러므로 이 고에서는 영국노인인구 특성과 복지 제도의 변천사를 돌이켜 보면서 영국정부의 노인정책을 이해하고 지역사회 서어비스와 병원 서어비스를 살펴봄으로써 현재 우리나라가 보완해야할 서어비스와 황무지나 다름없는 분야인 노인의료복지 및 간호의 필요성을 재확인함을 목적으로 한다. 또한 노인 간호학이 영국에 뿌리내린 배경과 과정, 문제점 규명 그리고 2000년대를 향하는 간호교육의 새로운 변신 등을 파악해봄으로써 우리나라대로의 독자적 노인간호 개발 및 간호교육 재정립의 기회제공을 목적으로 한다.

II. 인구 사회학적 특성 및 노인 복지 제도의 변천사

1. 인구 사회학적 특성.

1) 노인 인구

영국(England and Wales, Scotland, Ireland)의 전인구중 65세이상의 노인은 1986년대 8천5백만(약 15%)에 달하고 있다.(Central Statistical Office 1989)

1901년, England and Wales에는 65세이상의 노인이 5% 미만 이었고 그중 75세이상은 25%에 불과했으나, 1986년 노인 인구중 75세이상이 42%를 차지했다(CSO1989).

2000년까지는 65세이상의 노인 인구비율은 빠른 속도로 증가 하지는 않았지만 노년 전기(young elderly)인구는 다소 감소되는 반면 노년 후기(old elderly)인구의 비율은 증가 될것으로 전망 되고 있다. 이러한 증가는 환경개선, 주거지 향상, 공중위생 및

식이, 생활수준 향상에 의거한 것으로 여겨진다.

2) 성별

여자는 남자보다 오래사는 경향이 있으므로 75세 이상의 노인집단중 2:1(여:남)로 여성비율이 높으며 또한 여자는 자신보다 나이가 많은 배우자와 결혼하는 경우가 대부분이므로 노년에는 여생을 혼자 보내는 경우가 상례이다. 1986년 통계에 의하면 75세이상의 여성노인 중 64%정도가 혼자 살며, 21%는 아직도 결혼생활을 하고 있는 반면, 남성의 경우는 같은 연령중 30%가 혼자 살며, 61%가 아직도 결혼생활을 하고 있다고 밝혔다. 그러므로 노인 인구중 60세이상의 여성중 50%가 혼자 살고 있고 남자는 5%만이 혼자 산다는 수치는 놀랄만한 일이 아니다(office of population censuses and surveys, 1985). 또한 여성노인의 배우자의 죽음으로 사회 심리적 불안이 초래되며, 사회·경제적 지위 하락도 경험하게 된다.

3) 주택과 소득

영국노인의 90% 이상이 자신의 소유 주택에 거주하며 약5%는 관리인이 있는 공동주택(sheltered housing)에 살고있다(Wheeler.1986).

Tinker(1981)에 의하면 노인소유 또는 노인이 임대한 주택들은 보편적으로 적절한 수리와 보존이 되지 않아 낡고 허술한 경향이 많다고 했다. 은퇴 후에는 대부분의 경우 소득이 줄어들며 평균적으로 가장의 나이가 65세이상인 경우에는 사회 보장금이 주당 가계소득의 절반정도를 차지하는 반면 65세이하인 경우에는 주당 가계소득의 십분의 일정도를 차지한다. 또한 은퇴한 노인들 중 연금으로만 생계를 유지하는 가구중 78%가 미망인들인데 이들은 가장 낮은 연금을 받고 살아 간다고 한다.

4) 돌봄-부양

Green(1988)은 성인의 14% 정도는 carer의 역할을 한다고 하였고, 돌봐주는 자와 돌봄을 요하는 자가 함께 거주하는 경우 돌봐주는 자의 약 12%는 혈연. 지연관계가 없음을 밝혔다. 또한 함께 거주하지 않는 경우에는 돌봐주는 자의 약26%는 친구나 이웃이라고 했다.

Chapman(1979)은 의료, 사회복지 서어비스를 사용하는 주고객들은 노인이라고 했으며 개개인의 요

구에 미치지 못하는 Community Service 를 제공하는 일이 허다하다고 했다. 앞에서 언급했지만 대부분 노인들이 자기 소유의 주택에서 거주하기 때문에 health care는 주로 primary care team에 의해 제공되어진다.

Wilkin(1987)의 통계에 의하면 60세이상의 노인이 가정의(General practitioner, family doctor)에게 진료를 받는 횟수는 평균 1년에 3번꼴로 추정했다. 또한 지역사회에 거주하는 65세이상의 노인들을 위해 가정방문간호사의 활약은 크며 대부분의 시간(약 74%)을 노인환자들을 위해 할애하고 있다.

2. 노인 복지제도의 변천사

영국의 노인을 위한 제도는 엘리자벳1세 시대와 1834년 새로 개정된 구빈법(Poor Law)에서 유래되었다고 본다.

불우한 노인, 병든 사람, 가난한자들을 한데 묶어 구빈원에 거주케 했으며 특히 늙고, 만성질환을 가진 사람들은 구빈원 부속병원에 수용케 했다.

그 당시의 구빈원의 취약상태, 시설 등은 사회학자들의 보고서, 문학작품(예 Dicken's Hard Times), 생존해있는 노인들의 경험담에 의해 엿볼 수 있을 것이다.

Lloyd George가 이끄는 영국위원단을 선두로 1905년 복지제도의 막이 열리면서 1908년 70세 이상의 빈곤한 사람에게 주당 소정의 연금을 지불케 하는 노인 연금제도가 채택되어 졌다.

1929년 지방자치법이 제정 되면서 구빈법에 관여되는 후견인, 제도, 시설 등 모든 행정을 지방보건국에 위임했으며 이는 오늘날 Public assistance institutions로 알려져 있다.

체제의 개편으로 관리, 시설 등 수준의 향상을 가져와 구빈원 입소시 얻어지는 불명예 또는 치욕감은 감소되었지만 입소자들은 선택 받아져야만이 입소할 수 있는 예기치 못한 결과를 낳기도 했다.

1946년 National Health Service Act, 1948년 National Assistance Act은 오늘날 노인들을 위한 의료 사회복지 제도의 밑거름이 되는 중요한 역할을 했다.

1946년 제정된 법으로 Public assistance infirmaries, 시립병원, 자선병원, 지역사회 의료 서비스를 National health service로 합병했다.

또한 지방보건국에게 아픈 사람들을 위한 각 가정 내의 도움등을 받을 수 있도록 해주는 권한을 부여했다.

1948년 법은 지방보건국으로 하여금 청각, 시각, 언어장애와 중증 장애아들을 위한 복지책을 펼 수 있도록 해주었다.

뿐만 아니라 연령, 불구, 특별한 상황으로 관호, 관심을 요하는 사람이면 누구에게나 숙박시설 등을 책임지고 지방보건국에서 알선 해주어야 한다는 사항을 이법의 Part III에 명시했고 이법을 기점으로 종래의 구빈원은 막을 내리고, Part III accomodation이라는 이름의 새로운 시설이 탄생되었다.

1948년 법 Section 31에서 지방보건국으로 하여금 자선단체들을 지지하도록 하는 권한을 부여 해주었다.

1971년 지방보건국 사회 서어비스법이 (Local Authority Social Service Act)이행되어 졌는데 이는 사회복지과, 아동복지과를 합병함으로써 가족들에게 조화된 복지책을 제공함이 목적이었으나 Harris(1979)는 포괄적인 사회사업으로 노인을 위한 사업보다는 어린이들에게 편중하고 있다 하며 Court (1976)는 health visitor가 노인들을 위해 많은 시간을 할애하고 있어 어린이들을 위한 예방적 의료 서어비스에 많은 손실을 가져온다고 반박하는등 의견이 엇갈리고 있다.

영국은 정부와 자선조직단체가 이끄는 노인복지책의 오랜 역사를 가지고 있지만, 경제능력이 있는 노인은 돈으로 서어비스를 살 수 있고 자기가 받고 싶은 서어비스를 선택 할 수 있다.

1980년대에 접어들면서 유료양로원(Private residential home)과 유료간호요양원(Private nursing home)이 급증하게 늘어나고 있다. 1979년 residential facilities에 기거하는 152,897명중 17%가 유료양로 시설에 있었는데, 1986년 204,382명으로 늘었으며 그중 38%가 유료양로시설에 주거 하고 있다고 밝혔다(House of Commons 1988).

증가되는 유료양로원과 간호요양원에 따른 문제는 등록기준, 설정수준 사정 및 감독, 치솟는 비용을 들 수 있는데 한례로 1980년 한달을 기준으로 한 식비가 £18(한화로 만팔천원정도)에서 1983년에는 £102(십만원정도)으로 계속 오르고 있음을 볼

수 있다.

1991년부터는 양로원, 요양원측과 노인 또는 그 친척간의 합의로서 입소가 이루어지기 보다는 개인의 요구를 사정한후에 결정하도록 규정하고 있다. Wagner(1988)에 의하면 무엇보다 우선 소비자의 입장이 되어 생각해야 하며, 시설의 돌봄을 최후의 피난처로 여기기 보다는 긍정적인 관점에서 볼 수 있도록 주력을 기해야 함이 중요하다고 했다. 최근 들어 유료시설과 정부의 의료서비스 체계의 접목을 위한 방안이 오가기도 하지만 아직은 별 뚜렷한 목표가 없는 듯하다.

1834년부터 1976년까지의 영국 정부의 노인정책은 비용을 국가가 부담해 가면서 돌파야 하는 짐스럽다는 면과 어려움에 처해 있는 노인들을 위한 인도주의면, 마치 시계추처럼 왔다 갔다하는 양면성을 지녔다고 표현 할 수 있다.

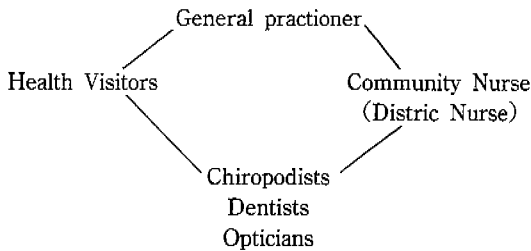
오늘날도 이러한 갈등을 보여 주면서 정책의 주노선으로는 지역사회 서어비스 지지와 더불어 가족들의 보살핌을 격려하고 있다. 그렇지만 치매노인과 그를 돌보는 사람들을 위한 서어비스 뿐만 아니라 집중적가족간호 서어비스를 개발, 보급 시켰으며 영국정부는 더 나은 서어비스를 위해 계속 연구, 노력하고 있다.

III. 지역사회 서어비스와 병원 서어비스

1. 지역사회 서어비스

지역사회 서어비스는 지역사회 의료 서어비스, 사회복지 서어비스, 자선단체 서어비스로 나누어 볼수 있다.

1) 지역사회 의료 서어비스



Summary of health care provision

(ref. Gill Garrett,1983 Health Needs of the Elderly)

위에서 보듯이 영국은 환자의 다양한 욕구를 충족시키기 위함을 기본 원칙으로 하여 이에 맞추어 다양한 전문직 기술을 가진 Primary health care팀으로 구성되어 있음을 볼 수 있다. 팀 구성원들은 서로의 기술을 존중하고 충분한 역할 이해와 상호간 지지를 바탕으로 환자를 위해 공헌하고 있다. 보통 인구 2000~3000명당 1명의 꼴로 가정의과 있으며 상당히 많은 시간을 노인고객을 위해 할애하고 있다.

Community Nurse는 Distric Nurse라고도 하며 General Registered Nurse(3년 또는 4년과정을 거친 정식 간호사) 와 General Enrolled Nurse(2년과정을 거친 정식간호사, GRN보다 낮은수준) 로서 일정기간의 교육과 실습, 시험을 거쳐 가정방문 간호사가 된다. 참고로 The Education and Training of DN (1976)에 명시되어 있는 가정방문 간호사의 역할을 보면 첫째로, 환자와 그의 가족이 가지고 있는 단기간과 장기간의 욕구를 사정하며 둘째로, 지지, 충고, 올바른 건강을 지키는 안내자의 몫을 하며, 셋째로 영국 국민이면 누릴 수 있는 모든 포괄적인 의료제도내에서 적절한 자원들이 있음을 인지하고 활용 할 수 있어야하고 넷째로, 재활하도록 계획, 수행할 수 있게 도와야 한다.

그러므로 인간의 기본욕구 충족간호, 기술을 요하는 간호, 교육, 상담, 지지, 관리 등을 담당하는 1년, 365일, 24시간 서어비스를 가정방문 간호사들이 담당하고 있다.

Health visitor는 예방의학을 공부한 사람(GRN 도 일정 기간동안 교육,실습 시험을 거쳐 될 수 있다.)으로서 건강교육, 상담, 감독을 하면서 건강증진에 기여할 책임을 가지고 있는 동시에 필요시에는 다른 조직, 기관들과 연결 시켜주는 다리 역할을 하기도 한다. 인구 3000명당 1명 꼴의 health visitor는 특히 '위험에 처해 있는 노인' (75세이상, 혼자거주하면서 만성질환 또는 무력하거나 주거수준이 표준에 못미치는 경우, 최근 사별을 맞은 경우)을 우선 순위로 두고 정기적으로 방문 하면서 역할을 수행한다. 주로 노인의 경우에는 가능한 건강을 유지하고 독립적으로 삶을 영위하도록 지지함을 목표로 두고있다.

노인과 특별한 관련이 있는 Chiropody(손톱.발톱 관리 전문) 서어비스도 NHS하에 있으므로 무료로

제공되며, 혹 치아에 문제가 생기면 가정의가 치과에 의뢰해야 서어비스(무료검사, 치료등)를 받을 수 있다. 안경사도 무료이며 연금 종류에 따라 안경과 보조기도 무료 일 수 있다.

2) 사회복지 서어비스

지방보건국의 통제하에 있으며 네가지 측면에 역점을 두고 있다.

① 가정에서의 서어비스

Home aid : 병원에서 막 퇴원한 환자를 돌보아 주는데 처음에는 하루에 6~8시간정도 도와 주다가 환자의 회복정도에 따라 차차 돌봐주는 시간도 감소된다.

Social service부에 소속되어 있으며 지방보건국에서 경비를 지불하고 있다.

Home care assistant : 하는일이 다양하며 주로 집안일을 돌봐주며 그에 따른 비용은 지방행정가가 고객의 경제능력을 사정, 평가해서 고객이 지불토록 하고있다.

Meals-on-wheels : 차로 운반되는 식사로서 여성 자선단체에 의해 시발 되었으며 지금은 지방보건국에서 운영하고 있는데 고객의 집까지 식사를 하루에 한끼 또는 두끼의 식사를 배급하는 급식 서어비스이다. 식사에는 더운 음식, 찬 음식 때로는 특별식이 등 적절한 영양이 포함된 식사라 할 수 있다.

② 지역사회내 서어비스

Day center를 꼽을 수 있는데 그 지역내의 제조 회사 등과 결연을 맺어 노인들로 하여금 정규적인 기본작업을 하게 하여 그 댓가로 소정의 금액을 지불 받게하기도 하며, 만든 작품 등을 팔 수 있는 기회도 제공해 준다.

③ 주거지에 관한 정보 등을 제공해 주며 늙고 병들어 자기 소유의 집에서 살기 어려울때, 은퇴후, 사별후 등 변화가 필요할때, 사회사업가, 가정의, 방문간호사 등이 환자, 그의 가족 등과 의논하여 가장 이상적인, 즉 개개인의 요구에 따른, 주거지를 선택 하도록 도와준다.

④ 연금, 수당, 집세, 경제문제 등의 정보를 제공해 준다.

3) 자선단체 서어비스

자원 봉사자와 무료방문 서어비스를 주축으로 하

는데 예로 WRVS(Women's Royal Voluntary Service), Red Cross, Task force 또는 교회단체를 들 수 있다.

노인환자를 돌보고 있는 가족, 친척, 친구, 또는 이웃에 대한 보조, 지지역할을 해주는데 특히 휴가, 특별사유로 환자를 돌보지 못할시 도와준다.

혼자 살거나 집에만 있는 노인들에게 개별적 요구에 따른 지역사회 클럽 등을 소개, 연결해 주기도 하며, 입소시설, day center 등을 방문하여 활력을 불어 넣어주고 자주적 삶을 영위 할 수 있도록 지지 격려 해준다. 노인들 자신이 결성한 협회(예. Pre-Retirement Association)등도 있고 서로의 서어비스를 상호 교환하는 제도 등도 있다(예. 노인이 신혼부부의 어린아이를 돌보아주면 그 댓가로 정원일을 해줌...).

2. 병원 서어비스

낮병원(Day hospital)과 사정및 재활병동(Assessment and Rehabilitation wards), 계속간호병동(continuing care units) 서어비스로 나누어 볼 수 있다.

1) Day hospital

아침에 병원으로 가서 통원치료를 받고 그날 저녁 집에 돌아오며 환자의 상태에 따라 치료를 받는 횟수도 정해진다. 장기간의 병원 입원으로 인한 우울, 외존감, 불안, 가족으로부터의 이탈감 등을 피할 수 있으며 입원 하지 않고도 다양한 검사를 받을 수 있으므로 심리적 부담감 등을 줄이는데 기여하고 있다. 또한 환자가 입원한 병원 지역내에 Day hospital이 있다면 추후관리, 치료가 필요할시 퇴원전 Day hospital직원이 소개될 수 있어 퇴원후에도 계속 같은 치료를 받을 수 있다는 안도감, 위안을 갖게 되어 불안감을 감소 시킬 수 있다. 또 다른 장점으로는 환자가 day hospital에 가서 치료를 받는 동안 보호자, 가족 등은 휴식을 취할 수 있다.

2) Assessment and rehabilitation wards.

노인병동에 입원 하기전 대부분의 환자들은 이 병동을 거친다. 입원시 위급한 상태에 처한 환자들이 많은고로 이 병동은 병리검사, X-Ray등 여러처치를 쉽게 받을 수 있는 곳에 인접해 있다.

사정및 재활병동에 입원한 환자들 중 50%정도는 3개월이내에 퇴원하며, 25%는 회복하지 못하고 입원한지 2개월이내에 임종한다. 나머지 25%는 가족

또는 친구가 돌볼 수 있는 충분한 상태로 회복되지 못하여 시설에 입소하거나 병원의 계속적 간호를 필요로 한다(Gill(1983)).

3) Continuing care units

지역사회나 가정으로 돌아갈 수 없는 상황일 경우 대부분 인생 행로의 마지막 은신처로 생각하고 이곳에 거주한다.

서로 잘 모르는 낯선 사람들과 침실을 사용하는 점, 가족-친지 등 자주 만날 수 없는 점, 나이든 연령층만이 아닌 과거 살았던 것처럼 남녀노소의 틈에 끼어 살고 싶다는 점 등을 수정해 주었으면 하는 것이 이곳 환자들의 바램이다. 병동이면서 프라이버시를 지킬 수 있는 자기만의 공간, 병원냄새가 나지 않는 자기 집과 같은 분위기, 부부가 함께 거주할 수 있도록 배려 하는 등이 고려해야할 문제이다. 지역사회단체(학교, 교회, 여성단체) 자원봉사자들과 자매 결연을 맺어 상당한 많은 도움을 받고 있다.

Five day wards-월요일부터 금요일까지 병동에 있다가 주말에는 집으로 휴가를 보내러 갈 수 있으며 day hospital보다 집중적인 재활 프로그램을 제공함이 특징이다.

Hospital-at-home schemes-동일 의료인이 병원과 지역사회 서어비스에 참여함으로써 가정에서 받는 care와 병원의 care의 거리감을 좁힐 수 있는 방법인데 영국의 특정지역들에서만 실지로 운영되고 있으나 유럽에서는 흔히 볼 수 있다.

IV. 노인 간호학 그리고 영국 간호교육의 새로운 도전

1. 노인 간호학

Geriatrics의 어원은 Greek에서 유래되었으며 'Geras'-노인(old man) 'iateria'-치료(treatment)의 뜻이며 Pinel(1976)은 노인질환의 임상적, 사회적, 예방적, 치료적 면을 관여하는 General Medicine의 한 분과(branch)라고 정의 했다.

National health service가 채택되기전 자선병원(Voluntary hospital)은 급성질환을 가진 젊은층의 환자를 주로 다루었고 시립병원(municipal unit)은 만성질환자, 노인환자 등이 주고객 이었다. 1935년

West Middlesex 병원에서 근무하던 Warren이 구빈원(Poor Law infirmary)환자의 책임을 맡으면서 환자들을 사정한 후 치료와 재활을 시작하여 그 결과로 퇴원을 할 수 있게되기도 하고 상태가 좋아 지기도 했다.

노인환자들을 보호, 관리하는 역할에서 점점 노인 전문병원으로 탈바꿈 해나가는데 Warren은 기여했고 1946년 Lancet에서 이분야는 '의학도들에게 가르쳐야 할 중요한 과목이며 교과과정에 포함 시켜야 할뿐만 아니라 만성질환 환자 간호는 간호학생과 간호조무사들을 실습 시키는 과정에서 필요한 부분이다'라고 했다. 이에따라 간호계보다 의료계에서 더 빠른 반응을 나타내어 1949년 대학내 노인간좌(Care of the elderly)가 개설되었다.

1959년에는 영국노인학협회가 만들어졌고 1965년 노인의학파가 대학에 정식으로 자리를 잡았으며 England and Wales에서는 1982년까지 470명의 노인의학을 전공한 의사와 1985년에는 노인정신의학을 겸한 243명의 의사가 배출되었으며 1990년대에 들어서도 계속 수가 증가하고 있다.

노인간호의 발달

치유가 빠른 급성질환 환자들을 간호한 자선병원의 간호사들은 의사와 더불어 명성을 떨칠 수 있었으나 만성질환 환자를 대상으로 했던 구빈원 부속병원(후에는 시립병원으로 됨) 간호사들은 기본적인 침상간호(bedside care)만 제공했을 따름이므로 자연적으로 지위가 낮은 그룹의 간호사로 분류되었다. 구빈원 간호사들이 노인 간호사의 첫 시조라 할 수 있겠다.

그후 Doreen Norton이 1954년 간호잡지인 Nursing Times에 '간호의 도전(Challenge to Nursing)'이란 제목으로 노인환자에 대한 내용을 실었다. 1962년 Norton과 그의 동료는 임상을 토대로 연구한 논문 'Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital'을 발표했는데 이 논문은 실질적으로 환자간호를 개선 시키고 간호사들의 과중한 업무를 경감 시켜줄을 목표로 두고 있는데 영국 노인간호의 첫 논문으로 뽐히고 있다.

모든 간호학생들에게는 노인간호 임상 경험은 필수적이라고 충고한 Warren과Norton의 선구자적 충고를 따르지 않다가 노인들에 대한 비인간적 처우

개선 등을 들고 나온 외부압력에 의해 1973년 1월 간호학생들의 교과과목으로 노인간호학이 채택 되어졌지만 필수과목이 아닌 선택과목으로 남겨 놓았다가 1979년 6월이 되어서야 비로소 필수과목으로 정해졌다.

Baker(1978)와 Wells(1981)의 연구는 노인 간호학의 본질을 조명한 손꼽을 수 있는 논문이다.

노인간호학 모델을 개발하기 위해 현재의 간호실습을 묘사 하는데 목표를 둔 Wells는 '환경은 많은 문제들을 일으키며 대부분의 간호사들은 환자가 가지고 있는 문제들을 해결 하는데 필요한 지식과 이해심이 부족하여 좀 더 나은 간호를 위한 도약에는 관심이 없다'고 지적 하였다. 또한 업무내용에 대한 불충분한 이해, 목표의 불명확성, 계획의 미비성, 대화부족, 간호제공 후 적절한 모니터링 결여, 업무 쇠신 결여, 창조성 부족 등을 간호분제로 들고 있다.

Baker는 간호사들 자신의 직업에 대한 인지와 행동과의 관계에 초점을 두어 연구한 결과 '간호사들은 노인병동의 환자들을 성인환자들 보다 간호하기가 지루해 한다고 했다. 뿐만 아니라 개개인의 요구에 맞춘 간호라기 보다는 병동의 메일 반복되는 업무, 의사에 의존하기 급급한 업무를 하고 있다고 밝혔다. 의사들이 의료비용을 많이 든 환자들에 대해서는 회복이 빨리 될 수 있다고 간호사들이 인지하고 있음을 Baker는 지적하면서, 노인병동의 간호질에 혁신적 변화가 필요함을 시사했다.

1980년대에 들어서면서 영국의 노인간호는 새로운 각도로 전개해 나가기 위해 노력했다.

그 예로 Burford Cottage병원의 Nursing development병동을 꼽을 수 있는데 간호사 각각에게 환자의 그룹(8명정도)을 배정, 책임을 맡게함으로써 개개인의 요구에 따른 간호계획, 시행, 평가를 하는 'Primary Nursing' 제도를 도입했다. 영국 곳곳에 유사한 병동이 생겨나고 성공을 거두기도 했지만 불가피하게 문을 닫는 병원도 생겨났다. 한 예로 유명한 Oxford Radcliffe병원의 Nursing development병동은 우수한 수준의 간호, 저렴한 가격, 몇몇 의사들의 지지에도 불구하고 병동을 폐쇄했다.

이에 Salvage(1989)는 임상적 우수함만으로 성공을 보장하기는 어려우며 간호사들은 변화를 추구하기 위해서는 의사들의 적대감을 누마시키는 정치적

재치가 필요함을 강조했다.

또한 영국의 지역사회 건강을 담당하는 팀의 일원인 가정방문간호사는 대부분의 시간을 고령인에게 충당하고 있으나 신체적 간호기술에 국한한 업무에 급급하여 건강교육, 카운셀링, 재활에 관한 업무는 등한시되어 비난을 받는 경우도 있다.

2. 영국 간호교육의 새로운 도전

국가 의료 서비스의 고용인으로 일하며 배우고 있는 간호학생들(소정의 월급을 받으면서 교육받고 있다.-단4년제 대학은 예외)에게는 교육적 요구를 만족시키기 보다는 병원의 노동력으로 간주되는 경우가 많음에 따라 부적절한 교육을 받고 있다는 학생자신의 갈등, 학교측의 갈등, 자신감의 결여, 병동과 학교선생님에 대한 호의를 갖지 못하는 점 등을 야기 시켰다고 지적 되면서 교육의 미흡한 점과 서비스 문제 등이 고려가 되었다. 예로 학교에 입학, 실습, 졸업, 시험(이론과 실습시험병행)을 거쳐 정식 간호사가 되는 수치는 65%라고 하며 서비스와 교육측면에서 항상 갈등이 존재함을 알 수 있다.

1964년과 1976년사이에 출생률의 저하로 1980년 후반부터 1990년초 간호교육 기관에 입학하는 간호학생수의 감소로 기존의 병원 노동력을 충당 하는데 어려움이 생겨났다. 그러므로 현 간호교육 체제내(몇몇 간호대학은 제외)에서 새로운 탈바꿈이 요청 되어졌다. 간호직을 떠났던 사람이 다시 종사할 수 있게끔 격려하는 방안, 남성, 대학졸업자, 실업자 등이 간호직을 유망직종으로 생각할 수 있게끔 하는 등 우수인력을 끌어 들이는 묘안이 필요해 졌다.

또한 새로운 질병의 대두, 인구 고령화, 가족구조 변화, 독신주의, 이혼, 재혼으로 말미암은 복잡한 가족구조, 여성의 사회진출 등으로 건강요구와 의료제도의 재정비가 필요해지자 영국간호계에서는 UKCC(United Kingdom Central Council)에 의해 Project 2000이란 제목의 연구를 1986년에 발표, 진행중에 있다.

이 연구에서 특히 활만한 점은 중래의 간호교육의 현장으로는 병원이 무대였지만 이제부터의 간호교육은 지역사회를 현장으로 시작해야 하며 지역사회간호를 기점으로 교육을 시켜야 함이 마땅하다고

했다.

병원엔 전문 간호사의 보존소(preserver)가 될 것으로 예측하고 있다. 또한 미래 간호사는 서서비스를 계획, 사정, 개발시킬 수 있게 하며 그들 자신이 행한 기술과 실기를 평가할 수 있게끔 교육시켜야 한다고 했으며, 미래의 불확실성에 잘 대처할 수 있는 전문직 간호사를 배출해야 한다고 했다.

Project 2000에서는 간호사를 두등급으로 나누었는데 3년제간호학교 또는 4년제 간호대학을 졸업하고 등록된 정식 간호사의 명칭을 Registered Practitioner(현재는 Registerect General Nurse) 이라 정하고, 임상경험을 쌓은 간호사는 Specialist practitioner (health visitor, distric Nurse, Occupational health nurse, school nurse, 수간호사, 지역사회정신과 간호사, 지적장애 간호사...)이라 명칭하며 Registered practioner와 더불어 일하는 팀의 우두머리라고 했으며 또 이들에게는 추후교육이 요구되어 질것이라 했다.

새로운 명칭중의 마지막 하나로는 Support worker (보조자)인데 분야별로 소정의 교육을 시켜 일하게 하는데 이들은 병동에서 registered practitioner를 도와주는 역할을 주로 하게되며 간호전문직에 흥미를 느낄 경우에는 교육의 문을 열어주는, 종래의 간호조무사가 아닌 새로운 역할을 담당케 했다.

다시 정리해 보면 현존하는 프로그램과 Project 2000의 현저한 차이로는 지역사회에 더 많은 비중을 둘으로써 Project 2000 registered practioner는 지역사회내 간호와 서서비스를 지지 해준다는 점과 지역사회와 병원과의 문턱을 없애 주도록 노력한다는 점, 간호학생은 더 이상의 고용인이 아닌, 즉 봉급을 받기 보다는 장학금을 받아 가면서 공부할 수 있는 체제를 시도하는 점이다.

Project 2000은 학자들의 찬반 의견, 정부의 반응 등을 조심스럽게 수렴해서 1989년부터 13곳에 시범적으로 시행되고 있으며 예측된 결과가 나올것인지 등 그들은 변혁에 앞서 참을성있게 기다리고 있는 중이다.

V. 맺음말

본 연구는 미래 고령화시대에 대비하여 복지국가

로 알려져 있는 영국의 노인복지 실태와 제도의 변천사, 지역사회 및 병원 서어비스, 그리고 간호계의 세번혁의 움직임은 살펴봄으로써 우리나라 노인복지 및 간호의 한 부분에 대한 준비가 될 수 있으리라 생각되어 시도 되었다.

노년후기인구 비율의 증가를 예견하고 있는 반면 돌봐주는 역을 해낼 인력이 부족한 실정인 영국은 1980년대에 들어와서는 유료양로원과 유료간호요양원이 급증하게 늘어나고 있음은 특기할만한 사실이며, 대부분 노인들이 자기 소유의 주택에서 거주하기 때문에 health care는 주로 Primary care team에 의해 제공되어진다. 한예로 당뇨병을 20년전부터 앓고 있는 77세된 혼자 살고 있는 Brown부인이 받는 서어비스를 소개하면서 지역사회 서어비스를 요약해보려다.

한달에 한번씩 주치의(가정의)로부터 방문을 받으며 두달에 한번꼴로는 그 지역내의 당뇨병 클리닉에서 근무하는 Health visitor의 방문에 의해 정기적으로 건강상태가 점검될뿐만 아니라 매일 아침마다 찾아오는 가정방문간호사에 의해 소변검사가 행해지고 인슐린 주사를 맞는다. 목욕시에는 도움이 필요하므로 일주일에 한번씩 지역조무사(Community auxiliary)가 와서 도움을 주며 당뇨병이 있는고로 Chiropodist의 처치를 받을 수 있는 우선권이 주어져 day center방문시 매 6주마다 서어비스를 받게된다.

일주일에 세번씩 찾아오는 Home care assistant가 장보기, 세탁물처리 청소 아침식사감독, 저녁식사 준비 등을 도와주며 meals-on-wheel에서는 집에 점심을 배달해준다. 일주일중 두끼의 점심은 day-center에서 하며 center에서 돌아오는날 저녁식사는 이웃 두집이 돌아가면서 제공하며 주말에도 식사를 제공해준다(제공시 정부에서 소정의 금액을 이웃에게 지원해줌). 또한 십대의 청소년클럽에서는 정기적으로 부인의 정원을 가꾸어 주기도 하며 일주일에 한번씩 교회복사 또는 신부가 방문하기도 한다.

이상에서 지역사회 의료 서어비스, 사회복지 서어비스, 자선단체 서어비스의 잘 조화된 활약을 피부로 느낄 수 있다.

핵가족화에서의 노인환자관리, 노인을 위한 Day carc center 설치운영, 해결하지 못하는 문제를 지역사회 또는 자선단체들의 노력으로 풀어나가는 지혜

를 우리도 배워야 할 것이다.

영국의 병원 서어비스는 낮병원, 사정및 재활병동 그리고 계속간호병동으로 나누어 볼 수 있는데 보호자는 없어도 되지만 간호사는 꼭 있어야만 되는 전인간호, 참간호를 환자들에게 영국은 제공하고 있지만 우리는 간호사는 없어도 되지만 보호자는 꼭 존재해야만 하는, 지나치리만큼 보호자 의존적간호를 하고 있는 실정임을 새삼 확인할 수 있다.

일찌기 노인간호의 필요성을 주장했던 Warren과 Norton의 선구자적 충고를 따르지 않다가 외부압력에 못이겨 노인간호를 시작했던 영국의 간호계는 이점을 매우 수치스럽게 여기고 있다.

우리나라에서도 이제는 사회각계에서 차츰 노인 문제에 대한 인식의 소리가 높아가고 있으며, 정부에서는 선 가정, 후 국가로 보는 가족책임론을 주노선으로 전통모범가정 육성 정책을 펴고 있으나 세대와의 의식차이, 가치관의 차이, 핵가족화, 여성의 사회참여도 증가 등으로 노인부양의 가족책임론은 그 한계에 와 있다고 본다. 그러므로 정부차원에서 적극적인 복지정책을 펼 수 있도록 간호계가 먼저 도와야 할 것이다.

그러기 위해서는 첫째로, 간호교육기관의 교과과정에 노인간호학이 들어가야 될 것이며 실습지로는 노인복지시설들과 지역사회를 주무대로 하면서 노인전문간호사를 배출 해분직하며 더우기 지역사회 건강을 가정간호사에 의해 담당하게될 미래에 주고객은 영국처럼 노인환자라 예견되어지므로 이에 대비해야 할 것이다.

둘째로, 사회계급, 인생을 살아온 개인 경험이 서로 다르기 때문에 노년기를 다양한 시각으로 불필요가 있으며, 잠재된 노년의 긍정적 고유특징을 개발해 간호를 전개해봄으로써 간호사 고유의 독자적 영역을 넓혀볼직하다.

끝으로 기혼간호사가 재고용, 재교육을 받을 수 있는 기회와 제도가 결여된 현실속에, 하루 몇시간은 시간을 할애할 수 있는 뜻있는 간호인력들을 모아 간호교육기관에서 무료로 재교육을 제공하는 프로그램을 개발해 그 댓가로 지역사회에 봉사로서 환원하는 간호봉사단체를 조직해 간호사는 건강팀의 없어서는 안될 꼭 존재해야만 하는 일원임을 지역사회에 심어주었으면 한다. ■

참고문헌

- 김순자(1992), 죽음에 대한 종합적 이해, 호의령, 제 12호
- 조유향(1992), 노인간호, 현문사.
- Fries J.F and Carpo (1981), Vitality and ageing : Implications of the rectangular curve ; San Francisco : WH Freeman
- Central Statistical office(1989), Social Trends No19 HMSO.London.
- Wheeler R(1986), Housing policy for elderly people, In : phillipsonc, walker A(eds)
- Tinker A(1981), The elderly in modern society, Longman, Harlow
- Green(1988), Informal careres, OPCS Social Survey Division Series, GH 5 NO 15, SupplementA, HMSO, London
- Chapman(1979), Unmet need and the delivery of care, Bedford square Press, London.
- WilkinD, Hallam, Leavey R, Met calfe E(1987), Anatomy of urban general practice, Tavistock, London.
- Harris(1979), More than going frey, Ageing and society 3, 209~213
- Courts(1976), Fit for the future, Report of the Committee on child health services, HMSO, London.
- House of commons(1988), Public expenditure on the social services HMSO London
- Wagner G(1988), Residential care-a positive choice HMSO London.
- Gill Garrett(1983), London. Health Needs of the Elderly, Macmillian press.
- Pinel C(1976), Geriatrics as a speciality, Nursing Times 72(41)p410
- Baker D(1978), Attitudes of nurses to the care of the elderly, Unpublished thesis. University of Manchester.
- Wells T(1980), Problems in geriatric nursing care, churchill Livingston, Edinburgh.
- Salvage J(1989), Setback for nursing, Nursing Times 85(11), p.32