

노년기의 건강증진

김 귀 분

(경희대학교 의과대학 간호학과 교수)

I. 서 론

인류는 20세기 후반에 들어서면서 역사상 어느 시기보다 빠른 속도의 사회 변동을 겪고 있다. 과거 몇백 년 혹은 몇천 년의 변화보다도 더 큰 폭으로 바뀌고 있다. Alvin Toffler는 이를 '제3의 물결', '미래의 충격', '권력이동'이라는 말로 표현하였고, Peter Drucker는 '새로운 현실', '자본주의 이후의 사회'라는 말로 표현하였다. 표현은 다르지만 21세기가 현재와는 구분되는 새로운 시기가 될 것이라는 데는 일치하고 있다.(신영수, 1996)

우리나라의 노령화 사회로의 진입속도는 어떤 선진국보다도 빨라서 2020년에는 노인 인구가 전체인구의 12%이상을 차지할 것으로 추계되고 있다(송건용, 1994). 평균 수명은 오래 전에 70세 이상이 되었고 장수는 당연한 것이 되었다. 그러나 이러한 수명연장은 건강한 생활습관에 의해 발생한 것이 아니라 과학 기술의 발전에 의한 것으로 (Alford & Futrell, 1992) 이들이 장수하는 만큼 건강하게 삶의 질도 높은 것이 아니라 많은 고통과 건강 문제를 가진 채 장수한다는 증거가 많다. (Verbrugge, 1989)

미국의 연구결과에 의하면 노인들은 사망하기 전에 평균 12년을 만성질환을 가지고 산다 (National Center for Health Statistics, 1990)고 하였으며 또 모든 암의 60%는 60세이후에 발생한다 (Dodd, 1991). 인구의 노령화에 따른 만성질환 및 기질성 정신장애와 노인성 치매의 급증은 노인 개인은 물론 가족구성원에게 여러 가지 측면에서의

부담과 스트레스를 유발시켜 정상적인 삶의 영위가 불가능하게하여 사회적 부담 역시 엄청나다고 할 수 있다. 이러한 현실에 비추어 과연 오래 산다는 것이 "짐인가?, 축복인가?"에 대한 해답은 누구도 불가능하리라 생각한다.

이러한 현실에 비추어 노인들을 위한 건강관리와 간호실무는 사회의 요구, 조건, 그리고 전통들을 포함한 다양한 요소들에 의해 영향을 받고 변화, 발전되어야 하며, 노인들의 건강관리 요구, 건강관리체계 및 노인간호철학과 같이 병행하여 이루어져야 한다.

따라서 질병이 노인의 특성이 아니며, 건강관리 역시 전통적 개념에서 벗어나야 한다. 따라서 21C 노인을 위한 건강과 복지제공모델이 사회적/환경적 건강을 포함하는 건강에 대한 포괄적인 견해가 전제되어야 한다.

간호의 궁극적인 목적은 인간의 신체, 정신, 정서, 사회, 영혼 등 모든 측면을 파악하고 이해하여 보다 질적인 삶을 영위하도록 하는 데 있다. 따라서 노인간호의 궁극적인 목적은 노령화에 따른 신체적, 기능적 저하는 물론 사회, 경제적 어려움까지 겪으면서 심리·정서적으로 황폐화에 이르게 되는 노인들의 문제점을 충분히 파악하고 이해하며, 살아온 날들보다 남아있는 날들이 짧은 그들의 여생을 보다 긍정적이고 행복한 마음으로 소일할 수 있도록 도와주는데 있다.

인간 삶의 과정은 생애를 통하여 끊임없이 진행되고 있다.

따라서 노인들의 노화과정에 대한 이해 증진, 건

강한 노화 프로그램, 건강관리 기술 등의 변화와 발전으로 생애를 통하여 끊임없이 진행되는 인간 삶의 과정, 즉 노화과정을 보다 긍정적이고 자연스러운 것으로 받아들여 건강하게 생활할 수 있도록 도와야 할 것이며, 이를 위한 노인들의 건강증진 생활양식은 아주 중요한 개념이 될 수 있다.

Filler와 William(1979)에 의하면 건강이란 질병에서 완전한 해방이 아니라, 그가 속해있는 사회와 집단에서 효과적으로 기능하고 활동하며 최대한의 자발성을 발휘하는 것을 의미한다고 하였다. 따라서 노인 건강증진 개념에서는 현재의 기능상태를 향상시키고 독립성을 유지하며 질병을 예방하는 모든 건강활동이 포함되어야 한다.

그러나 노인들에게 있어서 건강증진 행위는 불필요하고 비생산적이며 바람직하지 않은 것으로, 특히 노인들은 자신의 익숙해진 생활습관을 변화시킬 수 없다는 잘못된 편견이 노인들에 있어 건강증진 생활방식은 불필요한 것으로 간주해 왔다.

그러나 노인들은 자신의 건강에 대한 관심이 높고, 건강증진을 위한 여러 가지 증재활동에 대한 이행률이 높은 집단이다. 그러므로 현재 노년기 특성에 따른 높은 건강위험, 질환의 만성화, 장애상태 및 장애위험의 잠재성 등으로 인하여, 건강증진 노력시 다른 어떤 연령층보다 훨씬 더 효과를 꾀할 수 있으리라 생각된다.

20세기 산업기술은 인간의 신체적 기능을 확장하는데 그쳤지만, 21C 정보기술은 신체뿐만 아니라 인간지능의 강화와 확대에 비약적인 발전을 가능하게 할 것이다. 나아가 인간의 의식과 사고능력, 가치관과 창의력, 사회제도까지 근본적으로 변화시킬 수 있을 것이다.

간호 역시 이와 같은 사회 문화적 변화와 같이 병행하여 노인들로 하여금 “다른 사람과의 관계를 만족시키면서 적절한 자기간호를 하고 그리고 의도적이며 자기 창조적인 행위를 통하여 인간의 잠재력을 실현(Pender, 1987)” 하게 하는 총체적 측면의 건강상태를 유지하도록 도와야 할 것이다.

II. 노년기의 건강관리 및 건강증진

간호는 전문적인 실무에 대한 독특한 개념으로

건강을 만들고자 노력한다.

질환중심에서 건강중심으로 노인간호의 척학적 변화가 있어 왔다(ANA, 1981). 건강증진과 자가간호를 강조하는 것이다. 학문으로서의 간호는 대상자의 전인적인 본성에 관심을 두고 있다. 즉 최적의 건강과 안녕을 위한 건강, 대상자, 그리고 환경과 상호작용이다. 건강은 개인의 잠재력을 가능한 최대한의 범위까지 알아가는 역동적인 과정으로 생각되어진다.(ANA, 1981)

건강이나 안녕은 최적의 상태이다. 노인간호에 관련된 간호사들에게는 건강과 안녕의 목적을 달성하기 위해 고령에서의 새로운 건강개념이 창출되어져야 하는 것이 요구된다. 최근에는 무능을 가진 건강의 공존양식이 간호사에 의해 개발되었고, ANA에 의해 장기간 간호의 양식으로 증명해 왔다.(ANA 1982)

간호가 건강과 안녕을 동시에 한다면 아픈 노인에게 대한 간호의 관계는 실용적이고 윤리적인 것 모두이다. 실용적인 면에서는 아픈 노인들을 편안하게 살아가도록 하는 간호가 필요하다. 윤리적인 면에서는 간호는 “아픈 노인을 간호하는 특정한 문제에서 사회의 양심이 되는 책임을 지는 느낌”이라고 말하여 왔다. 간호사들이 아픈 노인들을 책임을 가진다면 이 책임은 권위에서가 아니라 전적인 직업에 의해 수용된다.

사회적 변화와 더불어 노인건강 혹은 장수에 영향을 미치는 제 요인들을 살펴보면, 첫째, 건강과 질병이다. 늙는다는 것은 급속한 변화가 아니며, 또한 좋은 건강으로부터 나쁜 건강상태로 가는 확실하고 끊임없는 퇴행의 과정이 아니라 다른 발달단계의 기회와 도전으로 발전하는 삶의 단계라고 생각한다.(Bruke & Walsh, 1997)

현재 노인들은 건강하게 살거나, 혹은 질병단계를 더 이상 진행되지 못하게 하는 현대의학의 능력때문에 다양한 유형의 만성적 고통과 질병을 가지고 살고 있다. 쇠약해진 노인들을 위해서는 그들의 힘의 강화에 초점을 두어 자신들의 목표달성을 하게 도와줌으로써 낙심과 우울 및 활동불능 등의 부정적 생각과 경험으로부터 벗어나 긍정적인 자상으로 질적인 삶을 영위하게 함이 중요하다. 늙

는 것과 관련하여 건강장애를 예방하므로써, 개별 건강상태 증진으로 삶의 질 향상, 사회건강 관리비용 감소, 노인들의 사회기여 확대 등의 장점을 꾀할 수 있다.

두 번째 문제는 복합이환율(Comorbidity)과 불능(disability)이다.

나이가 들어감에 따라 나타나는 여러 가지 질병과 증상들이 반드시 나이와 일치하지는 않지만 건강문제의 빈도는 나이가 들어감에 따라 항상 증가되는 것은 확실하다. 더욱이 노인은 한 번에 한 가지 이상의 질병이나 건강문제를 갖게 된다. 이것을 복합이환율(comorbidity)이라 부른다. 노인을 간호하는 사람들은 노인들이 한 가지 이상의 증상들을 가지고 있기 때문에 더 피로움을 당하고 있음을 보아왔고 그러한 사실을 보고 해왔다.

복합이환율은 나이가 들어가는 노인에게 한 가지 질병으로 겪게 되는 단순한 어려움 보다 더 큰 범위로 건강 상태나 기능 장애(functional ability)에 전반적으로 영향을 미친다고 한다.

이러한 복합이환율의 증가 원인은 ① 사망의 평균 연령의 증가 ② 급성질환이나 감염성질환으로 사망하는 경우가 적어짐 ③ 더 완전하고 정확한 의학진단을 내릴 수 있기 때문이라고 볼 수 있다.

셋째 건강관리 접근과 제공(Health Care Access & Delivery)의 변화이다.

즉 건강관리 체계가 복잡해지고 있으며, 이유를 살펴보면 의미있는 연구의 증가, 과학 발전, 평균수명 급증, 투약, 치료방법의 종류다양, 삶·질병·연구·임종 등과 관련된 생명윤리, 법적문제의 변화 등을 들 수 있다.

넷째 건강관리를 위한 재정의 증가이다. 즉 노인 개개인의 의료비 지출이 그 어느 연령층보다 급증하고 있으며, 미국의 경우 Medicare & Medicaid 프로그램으로 노인들을 위한 공중보건 비용의 많은 부분을 차지하고 있고, 우리 한국의 실정에서는 가족들이 부담하며, 가족부양이 불가능한 노인을 위한 전문요양시설이나 병·의원 시설의 요구도에 대한 정부 각 계층의 관심이 집중되고 있는 실정이다.

다섯째 보건관리 사업(Health Care Service)의 변

화이다.

즉 장기질환을 앓는 노인들의 대부분은 여러 가지 진료를 원하고 있으며, 실제 필요하다. 그러므로 이러한 요구를 위한 진료사업의 효율적인 관리 운영체계가 현재 연구중에 있는 것으로 안다.

1988년 Catholic Health Association에서 장기질환자 관리를 위한 지속적인 관리체계를 보면 환자 중심, 진료범위, 부서조직의 상호협조 등이 구성요소로 되어있다(그림 1)

따라서 지역사회는 노인들에게 건강에 대한 최대한의 이익을 주며, 건강관리자(진료자 측)에는 경제적 손실을 최소화하는 즉, "비용절감, 질적인 삶"을 제공할 수 있는 보건관리 사업이 되도록 노력해야 한다.

여섯째 환경적인 요인으로, 노인들은 늙고 신체기능의 변화를 느끼면 편안함과 안전감을 찾게 된다. 즉 노인들은 자신의 거주지에서 편안함과 안전함, 독립성이 보장되면 자신의 가정을 우선 선호하게 됨을 알 수 있다.

일곱 번째, 지리적 소재로써, 노인들은 건강과 경제적 안전감을 가질 수 있는 도시중심지역보다 시외지역을 선호하고 있다.

여덟 번째, 주택은 노인인구의 숫자와 일상생활 동작의 정도에 따라 노인주거시설의 형태가 다양하게 준비되어 선택할 수 있어야 한다. 즉 노인들의 요구를 수용할 수 있는 변화되고 창조적인 주거형태로 발전시켜야 한다.

Carnevali에 의하면, 건강증진 개념은 유지·증진, 개인적·사회적 자원발달 및 개인적 습관과 환경에 영향을 주는 것이라 하였다(Schultz, 1995). 즉 이상의 노인들의 건강문제 혹은 장수에 영향을 미치는 요인들을 정확히 사정함과 동시에 노인들에 대한 긍정적인 시각으로 관리함으로써, 보다 효율적인 "비용절감 및 질적인 삶"의 건강증진 생활방식이 영위되리라 생각한다.

Ⅲ. 노년기의 건강증진 방법

대부분의 사람들에게 성공적인 노화란 대처와 적응을 의미한다.

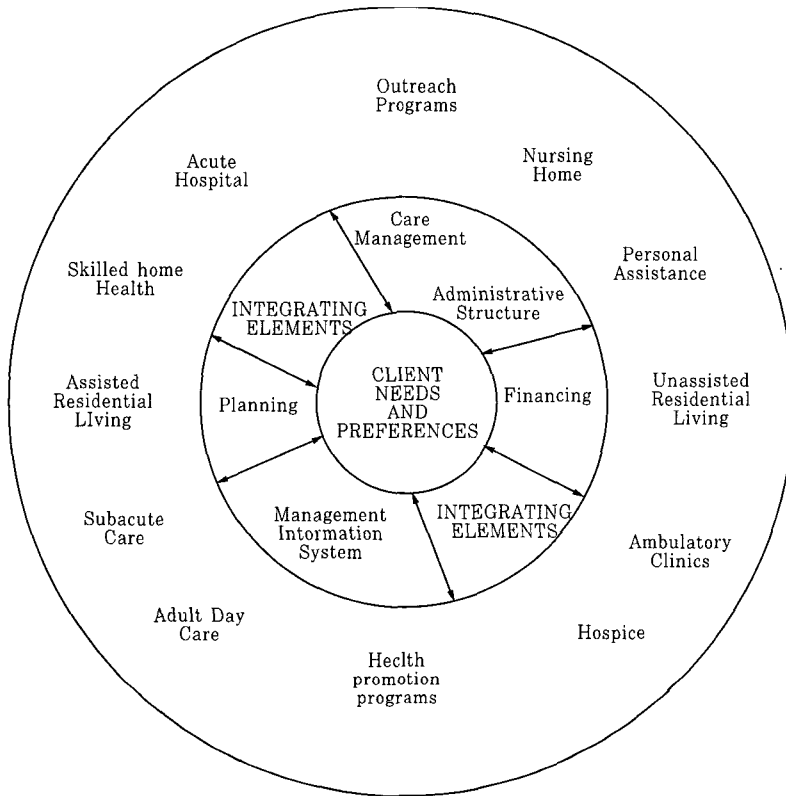


그림 : Example of a continuum for long-term care. (From Catholic Health Association's Task Force on Long Term Care Policy. [1988]. A time to be old. a time to flourish-The special needs of the elderly-at-risk. st. Louis.)

Atchley(1988)는 “노인들이 과거와 현재의 삶에 만족한다면, 그들은 노화에 적응할 것이다.”라고 말했다. Havighurst(1963) 등은 삶의 만족의 다섯가지 요소를 규명했다. ; 흥미(zest), 결심(resolution), 용기(fortitude), 성취(completion), 자기존중, 희망을 갖는 것.

이런 요소들은 물론 1963년과 마찬가지로, 오늘날도 노인들이 높은 삶의 만족을 찾을 때, 분명하다.

오늘날의 노인들은 적절한 장소, 이송, 포괄적인 서비스 부족으로 인해 보건의료에 접근하는 것을 반대하고, care 제공보다는 질병만을 중시하는 사회정치적인 정책에 의해 노인차별의 불이익을 겪고 있다. 또한 많은 범죄와 약물남용의 사회가 오늘날 노인들의 복지에 영향을 주고 있다.(Alford & Futrell, 1992)

특히 노인들의 평균수명의 연장에 따른 특수한 문제를 살펴보면 질병, 가난, 고독 그리고 죽음이 가장 대두되는 4대 괴로움이라 할 수 있다(윤진, 1994). 이를 구체적으로 살펴보면 ;

첫째, 노화의 특성에 따른 신체적 생리적 변화 및 쇠퇴로 인한 신체적 질병을 들 수 있다. 나이가 들에 따라 초래되는 성인병(고혈압, 당뇨, 심장질환)은 60~70대로 갈 수록 더욱 발병률이 증가되며, 암의 유병률 역시 증가된다.

특히 나이가 들에 따라 정상적인 신체 생리 기능이 퇴화되어 점차 청력, 시력 및 기동력에 장애가 초래되고, 점차 기억력, 학습능력이 쇠퇴되면서 노인성 치매가 발생되고, 또한 이들 장애요인이 심리적인 스트레스를 야기시켜 신경증 등 심리·사회적으로 문제를 야기시킬 수 있게 되는 것이다.(송미순, 하양숙, 1995)

둘째, 사회·경제적인 측면을 살펴보면, 퇴직과 더불어 역할의 변화가 초래되면서 경제적인 어려움을 겪게 되며, 또한 만성화된 신체·생리적 여건은 더욱 많은 의료 수혜를 요구하기 때문에 가족 경제에 영향을 미치게 되며, 이러한 가족 부양의 문제는 사회적 부담으로 확산되게 되는 것이다.

셋째, 정서·심리적 측면을 살펴보면, 신체·생리적 쇠퇴, 사회적 은퇴, 경제적 어려움 및 가까운 이들로부터의 이별, 사별 등의 노인으로서 하여금 가장 견디기 어렵게 하는 고독, 즉 외로움을 유발시키면서, 긍정적이든 부정적이든 어떠한 형태로든 자신의 죽음을 생각하게 하여 불행한 여생을 맞이하게 되는 것이다.

표1. 노인 인구 변화 추이와 평균수명

단위 : 천명

년도	노인인구		평균수명		
	60세 이상 (%)	65세 이상 (%)	평균	남	여
1960	1,383(5.5)	823(3.3)	55.3	53.0	57.8
1970	1,705(5.4)	1,039(3.3)	63.3	59.8	66.2
1980	2,258(6.1)	1,456(3.8)	65.9	62.7	69.1
1985	2,751(6.7)	1,750(4.3)	68.0	64.9	71.3
1990	3,300(7.7)	2,144(5.0)	70.2	67.1	73.6
1995	4,037(9.0)	2,397(5.2)	71.2	68.2	75.0
2000	4,984(10.7)	3,168(6.8)	72.6	69.3	76.2
2020	9,268(17.7)	6,625(13.1)	77.0	74.9	79.1

자료 : 최성재(1992), 노인 복지의 사회적 서비스 정책, 2000년대를 향한 노인복지정책, 「한국보건 사회연구원 보고서」, p. 80

특히 네 번째 문제인 자연법칙에 따른 생로병사는 누구에게나 초래되는 것이므로 부정적인 사고보다는 지나온 일생을 긍정적으로 받아들여 평안하게 죽음을 맞이할 수 있도록 하는 것이 간호의 중요한 쟁점이라 할 수 있다.

그러므로, 노인들의 건강관리 종사자들은 그들이 건강증진을 위한 전략을 모색하여야 하며 이를 살펴보면 다음과 같다. 즉 노인들의 건강증진을 위한 간호모델에서 교과과정, 자가간호, 사회정책,

연구, 간호의 접근 가능성, 노인에 대한 건강관리 제공에 있어 변화를 위한 일련의 전략들이다. (송미순, 1996)

첫째, 노인을 대상으로 직접적인 건강증진 활동을 하는 것이다. 자가간호가 가능한 노인들의 대부분이 거주하는 지역사회 노인을 대상으로 한 건강증진 활동은 가장 중요한 부분이 되어야 할 것이다. 건강증진은 생활습관의 변화를 통해 성취할 수 있는 것이므로 개인의 건강습관 변화를 위한 동기화를 유발시키는 것이 중요하다. 그러므로 노인을 대상으로 한 건강교육, 건강상담, 건강프로그램의 운영, 지도감독 등이 유용한 접근방법이라고 생각된다.

둘째, 병원과 시설에 있는 만성질환을 가진 노인들을 위한 건강증진 프로그램이다. 이들은 질병의 특성상 완쾌되지 못하고 퇴원후에도 계속적으로 자가간호가 필요한 집단이다. 그러므로 이들에게 입원중에 합병증 발생의 예방, 불구예방, 기능상태 증진, 독립성 유지 등을 목표로 자가간호를 위한 교육과 상담, 그리고 지역사회 자원의 소개 등이 필요한데 이 분야는 앞으로 더욱 강화되어야 할 건강증진 활동이다.

셋째, 중요한 또 다른 과업은 노인의 건강증진을 위한 간호를 할 수 있는 정책적 뒷받침을 받도록 간호계가 함께 노력해야 한다는 점이다. 현재 우리나라에는 노인복지관이 정부시책에 의해 늘어나고 있으나 그 안에 건강관련 프로그램이 거의 없는 상태이며 특히 간호사가 일할 수 있는 장은 전혀 마련되어 있지 않다.

넷째, 연구를 통하여 노인의 건강증진을 위한 간호중재방법의 개발이 필요하다. 현재 알려져 있는 건강교육이나 상담, 프로그램관리의 가장 효율적인 방법에 대해서는 지속적인 연구가 필요하며 이외에 노인의 건강습관을 변화시키는데 적용할 수 있는 이론적인 틀의 개발, 일단 습득된 건강습관을 유지하는데 필요한 중재방법의 개발 등도 연구되어야 할 분야이다.

다섯째, 노인건강증진을 위한 캠페인의 주체로서 간호사들의 활동이 증가되어야 한다. 노인들에게 쉽게 접근할 수 있는 텔레비전이나 라디오, 기

타 공공매체를 통한 건강증진 교육이 유용할 것으로 생각되며 청소년을 대상으로하여 노년기 건강을 준비하는 교육, 산업장에서 은퇴전 대상자들을 위한 교육 등도 앞으로 강화되어야 할 분야로 생각된다.

여섯째, 간호학생은 물론 기존 간호사들의 간호교육에서 노인 건강증진에 대한 부분이 강조되어야 할 것이다. 현재 간호교과과정에서 노인간호 교과내용이 차지하는 비율은 미미하며 다른 대상자의 간호교육에서와 마찬가지로 질병이 있는 노인 대상자, 특히 입원환자를 중심으로 짜여있는 것이 일반적인 경향이다. 이로 인해 노인간호실습지는 흔히 노인병원이나 노인요양원으로 한정되어 있고, 이는 학생들이 노인에 대해 부정적인 태도를 갖게하는 원인이 되고 있다. 노인간호 강의와 실습에 지역사회에 있는 노인의 건강증진을 위한 내용이 증가되어야 하고, 건강교육, 상담, 의사소통이 강화되어야 하겠다. 노년기 예방접종, 예방적인 정기검진, 치과검진, 건강한 식사습관, 운동, 약품사용, 정신건강의 증진을 위한 스트레스 대처방안 등도 교과과정에 포함되어야 할 부분이다.

이를 중심으로 다음과 같이 몇가지 제언을 제시해 본다.

- 1) 대한간호협회와 학회 공동으로 노인들의 건강에 대한 전문가로 구성된 회의가 소집되어 사회정책 결정자들과 상담은 물론 모든 형태의 매체로 통해 건강한 노화를 위해 충분하며, 교과과정 발전을 위해 간호교육기관과 상담을 하며, 노화와 관련된 공적·사적 지원분야에 아이디어를 제공하며, 노화와 건강에 대한 간호의 입장을 설명할 수 있도록 준비되어야 한다.
- 2) 모든 형태 학습전략을 통하여 간호사들이 건강한 삶을 살고 성공적으로 늙는 방법을 배우는 것은 물론, 매체 캠페인을 통하여 노인간호사들이 건강에 대한 model 로서, 그리고 건강하고 성공적인 노화에 대한 변호인으로서 묘사되어야 한다.
- 3) 건강에 대한 긍정적인 건강행위는 강화되도

록 평생학습이 증진되어야 하며, 간호교육기관은 건강에 대한 교육적/상담적 기능이 투입되어야 한다.

- 4) 노인간호 연구소가 구성되어, 노인간호의 역할과 기능에 대해 간호사, 타의료전문직, 지역사회에 자원의 중심이 되어야 한다. 이 연구소는 계속적인 연구, 특히 건강한 노화와 건강한 노인에 대한 종적·횡적 연구를 실시하여 모든 정보는 물론 교육적 자원의 공급처 역할을 담당하여야 하며, 이를 위하여 정부기관 및 영리기업체는 보조금을 지원해야 한다.
- 5) 모든 시민 대상으로 자신들의 건강에 대한 책임과 노화과정에 다른 제반사항을 교육은 물론 공중매체를 통한 캠페인도 이루어져야 한다.
- 6) 퇴직전 근무자들에 대한 준비가 이루어져야 하며, 50세 이상의 근무자 기관은 노인들을 위한 편의시설은 물론 노인전문간호사가 전제되어야 한다.
- 7) 노인들을 위한 서비스를 강화하는 방향으로 공공정책은 이루어져야 한다.
- 8) 사회정책은 건강관리 경향을 예측하고, 노화이론을 입증하고, 공공정책에 영향을 미치는 데 도움을 줄 책임이 노인에게 있다는 것을 이해하도록 노력해야 한다.

IV. 21C의 노인들

미래 노인들은 자신들을 보호하기 위하여 “건강하게 지내고 강한 정치적인 힘”을 갖도록 배워야만 한다. 건강한 노화를 위하여 삶의 과정을 통해 “건강한 생활양식”을 실천해야 한다.

노인들이 정치적으로 적극성을 갖고, 시민으로서의 자신들의 권리를 요구해야만 한다(UN의 Social Development Commission에 의해 Principle for Older Person으로 채택됨. Nusberg, 1991), 누구도 노인들에게 그들의 건강증진, 보호에 대한 강요를 할 수 없다. 그러나 시민으로서의 노인들은 자

신들의 건강에 영향을 주는 정책결정에 적극적으로 참여할 시민으로서의 행사의무를 갖는다. 노인들은 사업, 교육, 예술, 사회조직내에서 그들이 고용주든, 고용인이든, 지원자든간에 적극적으로어야 한다. 노인들은 자신들의 최대한의 잠재력에 도달하도록 돕는 일을 추구해야만 한다.

노인들은 무엇인가가 되는 것을 두려워해서는 안된다. 노인들이 건강과 장수를 위해 갖게되는 요구 중 일부는 이용이 가능하면서, 안전하고, 서비스를 받을 수 있는 편리한 장소에 대한 것이다. 노인들의 요구에 따라 만들어진 이송서비스는 노인들에 의해 계획되고 수행되어야만 한다.

사회적 서비스와 건강증진/보호서비스는 노인들이 한 장소에서 많은 서비스를 사용할 수 있도록 서비스 센터에 있어야만 한다. 노화와 건강에 있어서 노인간호 전문가(Clinical Nurse Specialits Expert)의 보호하에 있는 보건 서비스는 지정된 영역에 있는 각 노인들을 위해 설계되어야 한다. (Alford & Futrell, 1992)

노인들은 자신들의 보건의료와 죽음에 대해 계획해야만 한다. 노인들은 그들의 가족이 무관심하거나 도움을 주지 못한다면, 그들을 돌보는 가족 역할을 수행할 수 있는 누군가가 있어야만 한다.

그들은 변화와 상실을 다루는 발전적인 과업을 배워야만 한다 ; 그들의 적응기술은 젊은이들이 뒤따르게 되는 model이 될 것이다.

이상과 같이 오늘 현대를 살아가는 노인들은 정보화 사회의 21C를 맞이하면서 스스로의 노화를 위한 준비와 계획이 요구된다.

V. 결 론

인간의 궁극적인 목적은 수를 다하여 건강하게 오래 사는 삶에 있다. 철학적으로, 간호는 "건강 : Health"을 오랜기간동안 간호의 목표중 하나로 알고 있음에도 불구하고 이를 위한 기능이나 역할을 재정립·정의해야만 한다.

간호사들은 사람들이 건강한 상태로 노화되고 죽음을 맞이하도록 돕는 변호하는 역할을 받아들

이기 위해, 이러한 기술을 스스로 배워야만 한다. 간호사들이 노인들의 건강을 증진시키기 위한 지도자의 역할을 받아들인다면, 그들은 자신들이 무엇을 증진시키기 위해 노력해야 하는지를 믿고 실천해야만 한다. 따라서 간호사들 스스로 건강의 像 (picture)이 되어 하며, 그들 자신의 행위는 건강을 증진 보호해야만 한다.

노인들에게 교육되어야 하는 것과 같은 건강생활양식 행위와 실천이 간호사에게 있어서도 마찬가지이다(즉, 체중조절, 비흡연, 좋은음식을 주의해서 먹는 것, 음주의 조절, 규칙적인 운동, 차내에서 안전벨트 착용, 스트레스 조절 등).

간호사들은 노화과정을 이해해야 하며, 노화와 관련된 요인들에 대처하기 위해 건강증진 기술과 건강보호기술에 적응하는 방법을 알아야만 하며, 노인들에게 간호와 지지를 제공해야만 한다.

결론적으로 모든 학자들이 주장하듯이, 노인들은 어떤 간호대상자 보다 높은 건강증진의 효과를 기대할 수 있는 집단이다. 간호사들은 지금 곧 노인이나 노화과정에 대한 정확한 교육과 정보를 통해 편견이나 고정관념 없는 새로운 긍정적인 시각과 태도로 노인의 건강증진을 위한 다양한 노력을 경주하여야 하며, 이로써 국민 건강증진을 위한 간호의 국가적 위상을 드높여야 한다.

이를 위하여 국가차원의 정책적·경제적 지원은 물론 산업체·영리기업체의 관심과 도움이 우선 되어야 한다.

참 고 문 헌

- 송건용 (1994). '노인 보건을 위한 정책적 과제'. 21세기 노인을 위한 복지건강, 의료심포지엄.
- 송미순, 하양숙(1995). 노인간호학. 서울대 출판부.
- 송미순 (1996). '노년기의 건강증진'. 서울대 개교 50주년 기념 국제 학술대회
- 신영수 (1996). '21세기의 보건의료'. 서울대 개교 50주년 기념 국제 학술대회
- 윤진 (1994). '장수는 짐인가 축복인가'. 간호학

- 탐구, 3(2), 7-13.
- 통계청 (1994). 장래 인구 추계 (1990~2021년)
- Alford, D. M., & Futrell, M. (1992). Wellness and health promotion of the elderly. Nursing Outlook, Sep/Oct., 221-225.
- American Nurse's Association (1981). A Statement on the Scope of Gerontological Nursing Practice. Kansas City, Missouri, American Nurse's Association
- American Nurses's Association (1982). A Challenge for Change : The Role of Gerontological nursing. Kansas City, Missouri, American Nurses's Association
- Annette Schultz (1995). What is Health Promotion? The Canadian Nurse L'infirmiere Canadienne, 31-34.
- Atchley, R. (1988). Social forces and aging. 5th ed. Belmont, California : Wadsworth, 250.
- Dodd, G. D. (1991). Cancer control and the older person : an overview, Cancer (suppl), 68(11), 2493-2495.
- Filner, B., Wiliams, T. (1979). Health promotion for the elderly, reducing functional dependency. In : Healthy people 2000. Washington : US Government Printing Office, 365-387.
- Havighurst, R., Neugarten, B., Tobin, S. (1963). Disengagement, personality and life satisfaction. In : Hansen PF, ed. Age with a future. Copenhagen : Munksgaard.
- Mary, M., Bruke & Mary, B. Walsh (1997). Gerontologic Nursing, wholistic Care of the Older Adult. Mosby.
- National Center for Health Statistics (1990). Health : United States, DHHS Pub., No 90-1232, Public Health Service, Washington, DC., US Government printing office.
- Nusberg, C. (1991). UN takes action on principles for older persons. Aging Inel, 18(1), 3-6
- Pender, N. J. (1987). Health Promotion in Nursing Practice. Norwalk, Conn, Appleton & Lange.
- Verbrugge, L. M. (1989). Gender, Aging and Health, in K.S. Markites(E.d) Aging and Health(pp. 23-78). Newbury Park, CA : Sage Pub.