

# 노인의 건강증진

가톨릭대학교 성모병원 산업의학센터, 가톨릭대학교 보건대학원/ 이 선 영 · 유 재 희 · 홍 아 름 · 이 강 속

## 클릭하는 순서

- ① 평생건강관리의 이해
- ② 청·장년기의 건강증진
- ③ 여성의 건강증진
- ④ 노인의 건강증진
- ⑤ 의료기관에서의 건강증진 프로그램
- ⑥ 지역사회 건강증진 프로그램
- ⑦ 건강증진을 통한 질병 예방

## 서론

통계청의 장래인구추계에 따르면 우리나라의 생산가능한 인구는 1980년 2,372만 명에서 2050년 2,276만 명으로 추산하고 있으며, 65세 이상의 고령인구는 2050년 1,579만 명으로 2016년을 정점으로 생산가능인구는 감소하고, 노인인구는 증가추세에 있다. 2005년 현재 평균수명 77.9세에서 점차 높아져 2030년 81.9세, 2050년 83.3세로 상승할 것으로 전망하고 있다. 2005년 65세 이상 노령인구는 4,383천명으로 70년 991천명에 비해 4.4배 늘어났으며, 2050년에는 2005년의 3.6배인 15,793천명으로 예측하고 있으며, 80세 이상 인구도 2005년 현재 678천명에서 2050년에는 2005년의 8.6배인 5,859천명에 이를 것으로 보고하고 있다. 65세 이상 노령인구 성비는 2005년 67.1%에서 상대적으로 남자 사망률의 개선속도가 빠르게 진전되어 2020년 77.0%, 2030년 81.2%, 2050년 81.8%로 높아질 전망이다.

65세 이상 노령인구는 평균수명 연장 및 출산율 감소로 2005년 현재 9.1%에서 2018년 14.3%로 고령사회에 진입

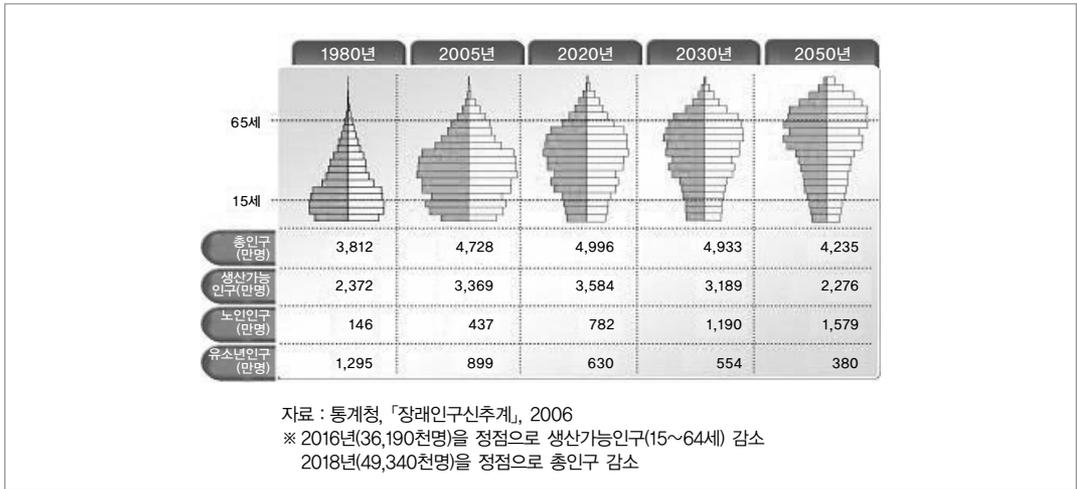


그림 1. 우리나라 인구구조 변동추이 및 전망

하고 2026년 20.9%로 본격적인 초고령사회에 도달할 것으로 추산하고 있으며, 초고령사회로의 도달 연수가 8년으로 주요국가중 가장 빠르게 추산되고 있다.

인구의 고령화는 노화로 인한 신체적인 기능저하 및 만성퇴행성질환의 증가를 동반하여 노인들의 건강상태를 악화시키고 있다.

특히 65세 이상의 대다수가 장기간 치료, 요양을 요하는 당뇨, 관절염, 고혈압 등 만성질환을 가지고 있으며 전체 노인의 약 35%가 제 3자의 도움 없이는 일상생활을 유지하기가 곤란한 상태에 있다. 건강보험에서의 노인 의료비 증가에서도 1995년 전체진료비의 13.2%에서, 2005년 26%로 증가한 것으로 보고되어 노인 의료비의 상승도 또한 중요한

구 분	도달년도			소요년수	
	고령화사회(7%)	고령사회(14%)	초고령사회(20%)	고령사회도달	초고령사회도달
한 국	2000	2018	2026	18	8
일 본	1970	1994	2006	24	12
독 일	1932	1972	2009	40	37
미 국	1942	2015	2036	73	21
프랑스	1864	1979	2018	115	39

표 1. 주요국가 고령화 속도

자료 : 보건복지부, 「통계청 자료 및 저출산고령사회기본계획 대비 심층분석」, 2006. 11

자료 : 건강보험통계연보(국민건강보험관리공단, 각년도)

(단위 : 억원, %)

구분	1995년	2000년	2002년	2004년	2005년
전체 진료비	66,006	144,100	208,630	251,172	280,952
노인 진료비	8,682	27,635	43,882	61,309	73,159
비율(%)	(13.2)	(19.2)	(21.0)	(24.4)	(26.0)

표 2. 건강보험에서의 노인의료비 증가추이

보건문제로 부각되고 있다.

### 1. 고령인구의 건강취약성

노화현상과 관련한 만성질환은 일반적으로 진행양상 및 질병의 특성이 독특하여, 조기발견과 치료도 중요하지만 더욱 중요한 것은 질병 이환 이전의 예방과 관리가 보다 더 중요하다. 노인은 연령 증가에 따른 자극으로 인해 건강이 손상되는 경우에 동일한 자극이나 동일한 장애가 있더라도 개개인에 따라 다른 양상이 보고되고 있으며, 개인이 가지고 있는 위험인자와 발생하는 질환과 관련성이 비교적 강한 편이다. 노인의 건강상태는 노년기에 접어들면서 노화에 의해 생기는 신체기능 저하로 인하여 기능적 건강상태가 전반적으로 저하되어 있는 상태로 중년기에 나타나지 않던 문제가 노년기에 이르러 여러 가지 질환으로 나타나는 경우가 많기 때문에, 병리학적인 과정과 수반되는 기능장애(Function)를 동시에 고려해야 한다. 노인들의 건강문제에 접근할 때는 개인적인 건강상태를 정확히 파악해야 하고 집단적인 접근보다는 개개인에게 적합한 건강관리가 필요하다.

노화에 영향을 미치는 중요한 요소로 생활습관이 매우 중요하기 때문에 흡연, 운동, 신체활동, 영양 등의 요인을 파악해야 한다. 65세 이상의 노인들 중 85%가 관절염, 만성요통, 고혈압 등의 3개월 이상 지속된 만성 퇴행성 질환을 앓고 있으며 연령별 유병률은 65-69세에서 84.7%, 70-74세에서 86.3%, 75세 이상에서 89.7%로, 연령이 증가되면서 만성질환의 유병률도 높아지고 있으며 그 중 만성질환으로 인하여 일상생활에 지장을 받고 있고, 이러한 만성퇴행성 질환의 증가가 국민의료비를 상승시키는 중요한 요인이 되고 있다.

### 2. 고령인구의 업무와 생산성

고령사회에 발생할 수 있는 다양한 노인문제들에 대한 사전예방 및 노후건강유지와 보충적 소득지원 등의 사회적 비용절감효과를 위하여 노인의 능력과 적성에 맞는 사회적 일자리를 창출하여 사회참여를 도모해야 한다. 노인적합직종의 개발 및 보급시책을 강구하고 근로능력이 있는 노인에게 일할 기회를 우선적으로 제공하여 노인에게 있어 퇴직 후 20~30년 이상의 기간을 건강하고 사회

적으로 생활할 수 있도록 지원해주도록 하여야 한다.

노인의 일자리 유형으로는 공익형, 교육형, 복지형, 시장형, 인력파견형 등으로 나누어 볼 수 있는데 공익형은 지방자치단체의 고유업무영역(환경, 행정, 시설관리 등)에서 창출된 노인 적합형 일자리로 지역사회 발전 및 개발에 공헌하는 공익성이 강하고 전문기술이 없거나 고연령 등으로 인하여 사회에서 소외된 노인층에게 사회에 공헌할 기회 제공으로 참여노인의 자존감을 고취시킬 수 있다. 교육형으로는 특정분야의 전문지식이나 경험을 소유하였거나 전문교육을 받은 자가 교육기관 및 문화재시설 등에서 피교육자들을 대상으로 강의 또는 해설을 하는 일자리로 참여노인의 전문능력을 향상시켜 수요처에서 자발적으로 활용할 수 있는 장점이 있으며 노인인적자원으로 하여금 사회에 기여할 수 있는 기회를 부여할 수 있다. 복지형 일자리로는 돌봄이나 상담 등 전문기술을 습득한 건강한 노인이 사회적 취약계층을 대상으로 필요한 사회서비스를 제공하는 일자리로 참여자의 자긍심을 증진시키고 서비스 이용자의 생활안정을 도모할 수 있는 장점이 있다. 시장형 일자리로는 노인들이 공동으로 일정 수준 이상의 수익이 창출되는 다양한 업종의 사업단 운영을 통하여 확보되는 일자리로 일정기간(3년) 지원 후에 매출규모에 따라 인센티브 차등 지급 또는 독립 운영될 수 있도록 함으로써 예산절감을 포함한 국가

적 비용절감효과를 누릴 수 있다.

노인인구의 증가 및 낮은 건강수명은 노인 의료비 등 사회적 비용의 증가를 동반한다. 노인을 건강한 상태로 사회에 참여할 수 있는 기회를 제공하는 것도 국가의 목표가 되어야 한다. 일반적으로 건강증진과 질병예방의 목적은 조기사망으로 인한 잠재적인 수명손실을 감소시키고 삶의 질을 향상시키는 데 있다. 이러한 목적에 근거하면 젊은 연령의 건강증진 및 예방의 개념과는 다르게 노인에서는 이미 다양한 질환을 가지고 있다는 점을 고려하여 포괄적인 건강증진활동이 되도록 특이성을 반영하여야 한다.

아래에서 부터는 노년기의 건강증진을 위한 신체활동, 영양, 절주, 금연 및 스트레스 관리에 대한 예방 및 개선방법 방안들을 논의하고자 한다.

### 3. 신체활동의 상태와 건강증진지침

적절한 운동습관은 심혈관계 질환의 발생을 감소시키며 규칙적인 운동은 노년기의 기능의존 위험도를 감소시킨다는 보고가 있다. 그러나 규칙적인 운동이 건강의 유지와 증진에 도움이 된다는 보고에도 불구하고 실제로 규칙적인 운동을 행하는 사람은 매우 적다. 특히 만성적인 건강문제와 장애가 많은 노인 집단은 운동부족의 가장 큰 위험집단에 포함된다. 거의 누워 있거나 앉아서 지내는 안정상태의 비율을 보면 비노인 계층에서 1.22~1.91% 수준에 머무르고 있는 반면, 전기고령

자(65~74세)는 6.01%, 후기고령자(75세 이상)는 19.29%로 나타나고 있다. 안전하고 효과적인 운동으로 알려진 근력운동을 실시하는 비율은 젊은 노인에서조차도 6% 정도, 75% 이상에서는 4% 정도로 보고되고 있으며, 1회 30분이상 주 5일 이상 신체활동을 하는 경우도 45~64세에서 25.37%로 가장 높고, 전기고령자는 18.27%, 후기고령자는 8.23%에 머무르고 있다. 운동을 통한 건강 증진 시도에 참여할 기회나 노력은 적다. 운동의 시행과 유지에 장애를 주는 요소들이 무엇인지 파악하고 그 요소들을 줄일 수 있는 방법들에 대해 이해해야 한다.

노인의 건강증진의 목표는 기능장애의 발생을 예방하거나 줄이는 데 있다. 건강한 고령자들의 운동 프로그램은 현재 건강 및 체력 수준의 유지 또는 향상을 목표로 청·장년층을 대상으로 한 운동처방의 요건과 거의 유사하게 구성하고, 운동량은 overtraining 이 되지 않도록 운동 강도와 시간을 적절히 조절한다. 초기 고령자들의 운동 프로그램은 장기적인 체력의 강화에 주안점을 두고, 단·중기적으로 운동의 생활화와 비교적 강도 높은 계획적 운동에 대비한 심폐계 및 근골격계의 적응과 컨디셔닝을 목표로 한다. 운동량은 1일 섭취 열량 권장가의 5%에서 시작하여 중·장기적으로 10% 수준에 도달할 때까지 단계적으로 증가시켜 나간다. 후기 고령자들은 노인성 질환의 치료와 건강·체력의 회복에 목표를 두고 일차적으로 신체

활동기능의 신장을 위한 유연성 및 근력 보강과 규칙적인 운동을 통한 활동 의지력 및 사회적 소속감의 고취에 주안점을 둔다.

### 1) 운동종류

고령자들은 심폐지구력, 근력, 유연성 등의 개선을 통해 신체활동 능력을 높이는 것이 중요하므로, 적절한 운동이 제공되어야 한다. 첫째, 노인들에게서 근 피로를 제거하는 것이 중요하므로 근피로의 제거와 관절가동 범위를 키우기 위한 운동을 제공한다. 특히 다리 부위의 근피로가 축적되기 쉽고, 관절가동범위가 감소되면 운동이 제한되고, 근육의 부담이 커지게 되어 근피로가 발생하는데, 이를 예방하기 위해서는 연골과 인대를 강화시켜 관절의 가동범위를 키우는 것이 중요하고 스트레칭을 통해 유연성을 개선시킨다. 둘째, 노인들은 대퇴, 복부, 하배부 등의 근력저하가 두드러지게 나타남으로 근육을 강화시킬 필요가 있으나, 심혈관계 기능에 문제가 있는 노인의 경우 중량운동이나 등척성 운동은 가급적 삼가고 조심스럽게 접근을 하여야 한다. 셋째, 호흡 순환 기능의 향상을 위한 운동을 위해 개인차를 고려한 운동종류를 결정하는 것이 바람직하다. 즉, 걷기, 가벼운 등산, 맨손체조, 스트레칭, 요가, 계단오르내리기, 느린 속도의 수영 등과 같은 강도가 낮은 유산소 운동으로 신체활동 수준을 증가시키며, 과다체중, 퇴행성 관절 질환이 있는 노인의 경우 수영이나 실내 자

전거타기 운동을 권고한다.

## 2) 운동 강도

운동 강도는 저 강도에서 시작하여 점차적으로 운동 강도를 증가시키는 방법을 적용한다. 구체적으로 살펴보면, 대개 65세 고령자인 경우 최대 운동능력이 7METs 정도이며, 2~3METs의 운동 강도(2~3mph 속도로 걷기)로 시작한다. 최대산소섭취량을 기준으로 한다면 일반적으로 50% 이상의 운동 강도로 하고 장기간 규칙적 운동을 한 경우는 50~70%수준까지 점차적으로 증가시킨다. 그러나 체력수준이 낮거나 처음 운동을 시작한 경우 30~40% 수준으로 적용한다. 심박수를 기준으로 운동 강도를 설정할 경우 심박수와 운동관계 뿐만 아니라 체력수준에서 개인차가 크기 때문에 절대적 기준으로 간주하는 것은 위험하다. 심박수와 더불어 운동 중에 느끼는 주관적 강도와 체력수준을 참고하여 운동 강도를 결정한다.

## 3) 운동시간

고령자들은 생리적 자극에 대해 적응하고 회복하는 능력이 낮기 때문에 운동단위를 짧게 하되 자주 반복하고 처음에는 운동지속시간을 아주 짧게 하다가 점차 운동시간을 연장시킨다. 운동지속시간은 운동 강도에 따라 달라지는데, 대략적으로, 가벼운 운동을 실시할 경우 30~45분 정도, 조금 강함 운동을 할 경우 20~30분, 강한 운동을 할 경우

15~20분 정도가 적절하다. 규칙적인 운동을 수행하게 되면, 한 번의 운동단위로 최소한 30분은 되어야 하고, 운동단위가 30분 이상이 된다면 장시간을 한 단위로 하기 보다는 단시간을 2단위 이상 반복하도록 구성하는 것이 좋다. 또한 건강한 고령자들은 운동의 강도는 낮추고 1시간 정도 운동시간을 지속시키고, 연령이 높거나 주로 앉아서 생활하는 시간이 길수록 준비 및 정리 운동시간을 길게 설정한다.

## 4) 운동 빈도

고령자들은 운동량을 줄이고 운동 빈도를 높여서 일상생활의 신체활동을 원활하게 해주는 것이 바람직하고, 운동초기에는 근 피로를 회복하고 뼈와 관절의 손상을 방지하기 위해 격일제 운동을 권장하고, 점차적으로 일주일에 4~5일 정도의 운동 자극을 신체에 주는 것이 효과적이다.

## 5) 운동단계

고령자들은 일반적으로 운동에 대한 적응이 느리기 때문에 운동 강도, 운동시간, 운동 빈도를 증가시키기에 앞서 적응을 하기 위해 운동의 단계를 길게 설정한다. 운동 강도가 높은 운동은 위험요인이 잠재되어 있기 때문에 운동 빈도 또는 운동지속시간을 증가시키는 방법이 적절하고, 3가지 요소를 적절히 증가시키되 전체 운동량에 커다란 변화가 주어지지 않으면서 점차적으로 이어지도록 설

계한다.

#### 4. 영양상태의 현황과 건강증진지침

노인들의 내부기관계는 외부의 환경변화에 민첩하게 반응하지 못하며, 고탄수화물 식사에 따른 혈당증가 등 내부환경 변화에 의한 항상성을 유지에 시간이 많이 걸린다. 노인에게 영양권장량을 보면 65세 이상의 노인을 남녀 구분하여 영양권장량을 책정해 두고 있으나, 65세 노인과 85세 노인의 경우 신체조성이나, 생리적 기능, 대사 적응 정도가 서로 달라 요구량이 다르므로 영양권장량을 특별하게 구분되어 취급하지 않는 것만 보아도 노인에게 접근이 부족하다는 것을 알 수 있다.

노화에 따른 신체적 제 기능은 개인에 따라 차이가 있으며, 개인의 기초체력, 개인의 생활양식, 건강관리, 식생활태도 등의 여러 요인에 영향을 받는다. 20세 때의 체중과 체지방은 70세 가량이 될 무렵 약 35% 증가되는 반면, 혈장의 양과 근육의 양은 20세 때에 비하면 80세가 될 무렵에는 8%와 17% 감소한다. 이러한 신체적 내적 외적 변화로 인하여 외견상의 신체적 형태도 다르게 보이며, 보행양상도 청, 장년기와 많이 차이를 보여주고 있다.

성인과 노인의 에너지 대사를 비교해 보면 총 에너지 필요량은 30세에서 2,700kcal이나 70세에서 2,100kcal로 감소한다. 섭취량으로는 노인에게서 대사량과 활동량이 감소

되어 성인의 80%를 권장한다. 단백질의 1일 요구량은 0.8g/kg/day로 노인의 최소 요구량이며 0.9~1.0g/kg/day 정도는 되도록 한다. 섬유질은 영양소 소화 흡수에 중요한 역할을 하며 변비, 게실증, 고콜레스테롤 혈증, 고혈압 등의 질환 발병에도 영향을 미치는 것으로 알려져 있다. 노인들은 20~30g의 식이섬유를 권장한다.

적절한 수분섭취는 신장기능, 위장관계기능, 심혈관계, 뇌 등 주요 장기의 정상적 활동과 영양분의 흡수, 대사 등에 꼭 필요하며, 노인들에게 필요한 수분량은 하루 30~35mg/kg이다. 고령이 될수록 갈증을 느끼는 감각이 둔해지기 때문에 수분 평형조절이 매우 어렵게 되는 점을 고려해야 한다. 부적절한 수액의 섭취는 염분과 물의 전해질 대사 장애를 초래한다. 수분장애가 초래되는 가장 흔한 이유는 감염과 같이 수분의 필요량은 증가하고 흡수는 감소되는 상황에 적절히 대처하지 못하기 때문이다.

우리나라의 비타민 권장량은 성인과 같지만 최근에는 너무 많은 비타민을 섭취하는 경우가 증가하고 있다. 10%의 남자 노인에게서 권장 섭취량보다 10배 많은 비타민 C, D, E, B-복합체를 섭취하고 있었으며, 여자에게는 비타민 B<sub>1</sub>(Thiamin; 티아민)과 철분을 10배 정도 많이 복용하는 경우도 보이고 있다. 비타민의 과량복용은 독성효과로 나타나며 비타민 C의 과량복용은 신장결석을 유발하며 소화기계증상을 나타내고, 비타

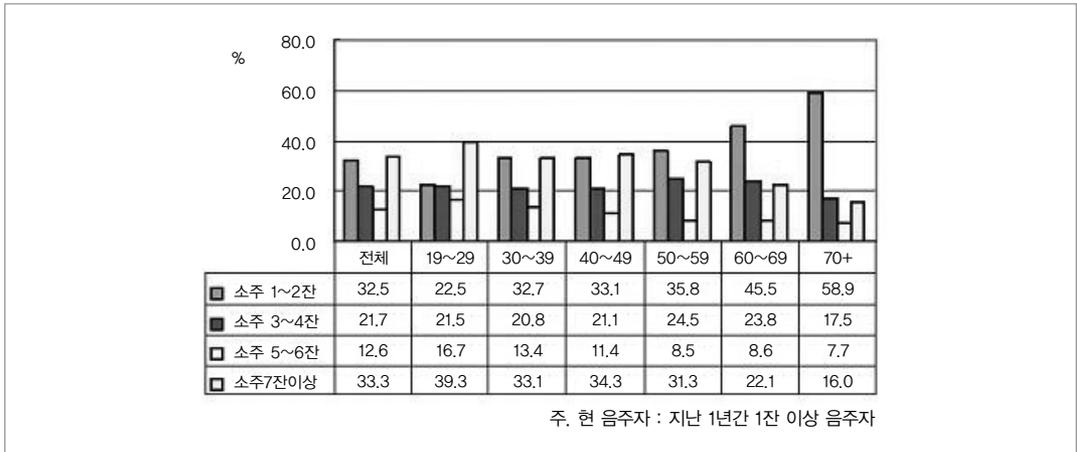


표 3. 현 음주자의 일평균 음주량

민 A의 과량복용은 만성피로와 쇠약감, 간기능 장애, 두통, 고갈술혈증, 백혈구 감소증을 일으키며 비타민 B6의 과량복용은 팔과 다리의 신경에 손상을 줄 수 있다.

또한 노인에서는 영양결핍을 많이 관찰할 수 있으며 만성질환을 가진 노인환자의 5~12%, 급성 질환자의 35~65%에서 영양결핍소견을 나타낸다고 보고되고 있다. 노인에게서의 영양결핍은 질병과 장애 그리고 결국은 사망률 증가로 이어진다. 영양결핍은 그 원인을 치료함으로써 교정하도록 한다. 평소 그들이 좋아하는 음식 이외에 꼭 필요한 음식이 어떤 것인가를 알려주고, 필요하다면 우유, 과일과 야채를 많이 먹도록 권고한다. 영양결핍이 심각한 경우는 인공영양공급이 필요하며 이상체중의 10%정도에 해당하는 체중 증가가 있을 때까지 하도록 한다.

### 5. 음주의 현황 및 대처방안

노인연령에서 일어나는 자살의 1/3은 음주 때문이며 사회보호시설에 수용되어 있는 노인의 대부분은 알코올중독자이다. 절대적인 음주량으로 비교했을 때 노인은 젊은 성인에 비해 음주량이 적은 편이지만 노인들은 대개 한번에 많은 양의 술을 마시기보다 대개 지속적으로 술을 마신다. 국민건강영양조사의 자료에 따르면 60세 이상에서 소주 1~2잔 섭취 비율이 45.5%, 70세 이상에서 58.9%로 증가하고 있다.

노인의 알코올 중독은 청장년과는 다르게 사회에서 큰 문제를 일으키지 않고 법적인 문제를 일으키는 경우도 드물기 때문에 발견이 어렵다. 노인의 경우 제지방 체중이 10% 정도 감소하고 몸의 수분율이 감소하게 되는데 알코올의 분해와 분포가 젊은 성인과 달

라 같은 양의 술을 마셔도 알코올 농도는 더 올라가는 경향이 있다. 더불어 간에서의 알코올 분해 능력도 감소하기 때문에 이러한 현상을 더 두드러진다. 노인들의 음주문제를 해결하기 위해서는 선별검사를 통하여 알코올 의존을 초기에 발견하고 관리함으로써 신체적 질병을 예방하고 과도한 음주로 인한 신체적 증상이 나타나는 노인들에 대한 관리 및 가족들의 도움을 유도하도록 하며 행동적 변화를 일으키도록 노력한다.

## 6. 흡연과 대처방안

일반 성인에서와 마찬가지로 흡연은 노인에게서도 심각한 건강문제를 야기한다. 수많은 방법들이 금연의 성공을 위해 동원되고 있으나 노인들을 대상으로 한 성공률은 대체로 잘 보고되지 않고 있다. 65세 미만에서 70%의 흡연자들이 금연을 원하지만 75세 이상 흡연자들의 46%가 흡연이 건강에 해롭지 않다고 응답한 것에 유의해야 한다. 평생 흡연하였던 노인도 흡연을 중지하면 기대수명을 증가시킬 수 있다. 관상동맥질환에 이환되어 있는 사람도 금연을 하면 심근경색에 걸려 사망할 위험이 감소한다고 보고되며 폐기능의 향상과 호흡기 증상이 감소하게 된다. 금연 2년 뒤에는 흡연을 계속할 때보다 뇌졸중의 위험도 현격하게 감소한다고 보고하고 있다.

노인에게서의 금연은 의사의 단순한 상담도 있었고 흡연자들에 대한 적극적인 프로그

램도 있었다. 니코틴껌 또는 패치의 사용은 상담과 동반될 경우 금연 성공률을 높이는 것으로 나타난다.

## 7. 스트레스와 대처방안

노년기로 접어들면서 노인들은 은퇴, 건강상태의 악화, 수입의 감소, 배우자 사망 등 사회적 관계와 자기의 개인적인 변화에 대한 상실감을 경험하면서 스트레스를 겪게 된다. 노년기에는 스트레스에 대한 저항력이 약해져 스트레스상황에 대한 대처능력이 낮아지게 된다. 은퇴의 경험이 있는 노인의 70%는 잘 적응하는 것으로 나타났으나 30%는 잘못된 적응으로 여러 징후들을 보고하고 있다. 더 이상 일을 할 수 없다는 상실감과 은퇴 과정 중의 스트레스로 인하여 어려움을 겪는다. 노인에서는 스트레스 상황에 직면하여 스트레스를 인지하였을 경우 어떤 방법으로 그것을 해소하는가, 즉 어떻게 대처하는가에 관심을 두어야 한다. 개인이 스트레스 상황에 어떻게 대처하는가에 따라 스트레스를 완충시킬 수 있고, 더 나아가 심리적인 적응에도 영향을 줄 수 있기 때문이다. 스트레스를 유발하는 상황에 직접 개입하여 그 문제를 제거, 수정하거나, 탐닉, 억제, 회상, 회피 등과 같이 수동적이고 소극적으로 대처하거나, 그 상황에 대한 자신의 감정을 표출하여 다른 사람들의 도움을 구하거나 하게 된다. 주위 사람들과 은퇴 후 닥칠 상황에 대하여 협의하고 신체적 질병관리 및 사회적, 심리적

문제 발생에 대한 대책을 세우도록 한다.

배우자의 상실은 애도기간이 정상보다 길어지고, 우울에 빠지거나, 건강이 악화되는 기미를 보이며, 배우자 상실 후 사망률이 증가한다는 것에 주목해야 한다. 비정상적으로 애도 기간이 길어지거나 비정상적인 애도 반응이 나타나는지 면담을 통하여 찾아내주도록 한다.

## 결론

노인의 건강증진을 위해서는 가족과 보호자들 모두 함께 힘을 모아야 한다. 가족과 보

호자들은 노인들을 돕기 위해 조직적인 힘을 발휘하여야 한다. 노인 자신이 하려는 일을 도와주고 존경으로 격려해 주어야 하지만 과보호하여 노인 스스로 할 수 있는 일을 없애지 않아야 한다. 의료인들은 어떤 조치를 통해 과학적으로 질병예방과 건강증진에 도움이 될 수 있는지 찾아야 한다. 이미 많은 장기에 신체적 여력이 줄어든 상태의 노인들에게 손상되어 건강위해인자로 될 수 있는 것이 무엇인지 알아내야 한다. 건강상태를 감안한 다양한 프로그램의 개발 및 관련행태를 개선시킬 수 있는 교육 등을 다차원적으로 접근하고 제공해야 한다. 🍷

## 참고문헌

- 건강보험심사평가원. 2002 건강보험심사평가통계연보. 2003
- 국민건강보험공단. 주요 만성질환 의료이용 분석. 2007.
- 대한가정의학회. 한국인의 평생건강관리. 서울:계축문화사, 2003.
- 보건복지부. 노인보건복지사업안내. 보건복지부, 2007.
- 선우 덕. 노인 신체활동증진대책의 정책방안. 보건복지포럼. 2008;1:25-36.
- 통계청, 2004 사망원인 통계연보. 통계청, 2005.
- 통계청, 2005 장래인구 특별추계 결과. 통계청, 2005.