

노인 의료 서비스에서의 존엄성과 인권 : 임상의를 위한 근거와 방법

Dignity and human rights in healthcare services for older persons
: a "why & how" for clinicians
Issue Focus, 3(1), pp. 15–38, 2022

Debanjan Banerjee
APOLLO Multispecialty Hospitals, Kolkata, India

Kiran Rabheru
University of Ottawa & International Longevity Centre (ILC), Canada

Carlos Augusto de Mendonca Lima
World Psychiatric Association (WPA), Switzerland

Gabriel Ivbijaro MBE
*NOVA University, Lisbon, Portugal & Medical Director,
Waltham Forest Community and Family Health Services, London, UK*

요약

세계 인구는 급속히 고령화되고 있다. 이러한 인구학적 변화와 함께 노인을 위한 의료는 보다 포괄적이고 인권 기반으로 되기 위한 패러다임 전환이 필요하다. 존엄성은 사회적 포용, 사회적 인정, 독립성, 정의, 존중, 평등 및 인권 향유 등을 포함하는 다차원적 개념이다. 노인 의료 분야 전문가는 존엄성에 기반한 임상 전략을 통합 및 집약하고, 노인인권 보호를 위한 사회/보건 정책을 옹호하는 독특한 위치를 점하고 있다. 그러나 존엄성은 종종 추상적이고 철학적인 개념으로 간주되고 있으며, 따라서 임상의학

및 연구에서 주목받지 못하고 있다. 이는 쇠약함, 방치, 사회적 고립, 복합 질환, 우울증, 치매, 노인 학대 및 연령주의와 같은 취약함에 이미 시달리고 있는 노인을 위한 인권 기반적이고 인간 중심적인 치료에 주요 위협으로 작용할 수 있다. 계속되는 코로나 19 팬데믹의 상황은 노인의 건강 불평등을 더욱 확대했다. 따라서 노인을 위한 일상적인 진료에서 존엄성, 존중, 인권 및 자율성을 보장하는 것은 무엇보다도 중요하다.

이러한 배경에서, 쇠약함과 치매를 포함하는 임상 증후군 및 개인의 존엄에 대한 침해를 피하기 위한 증거에 기반한 보건의료 전달 체계의 필요성에 대해 특별히 언급하면서, 본 논문은 존엄성의 정의, 그리고 존엄성이 노인 진료의 모든 측면과 어떻게 관련되는지 규명한다. 저자들은 또한 인권과 존엄성의 교차점을 강조하고 존엄성 있는 노인 의료 서비스를 위한 임상적 권장 사항의 개요를 설명한다.

Debanjan Banerjee, M.D., & D.M., 는 인도 콜카타 아폴로 종합병원(APOLLO Multispecialty Hospitals)의 노인 정신 의학과 의사이며, 인도 정신 의학회(Indian Psychiatric Society)의 종신회원이다. 그는 국제 노인 정신 의학 협회(International Psychogeriatric Association, IPA)의 옹호 및 의식 제고 위원회 공동의장이며, SAARC 정신 의학 연합(SAARC Psychiatric Federation, SPF)의 초기 경력자를 위한 정신 의학 분과 위원회장이다. 그는 노인인권 옹호, 연령주의와 노인 학대의 예방을 위해 활동하고 있다.

Kiran Rabheru, M.D., & FRCPsych, 는 캐나다 오타와 대학(University of Ottawa)의 (노인) 정신 의학과 교수이며 세계노인인권연합(Global Alliance for the Rights of Older Persons, GAROP)의 운영 위원회장이다. 그는 또한 캐나다 국제 장수 센터(International Longevity Centre)의 이사장이며 국제 노인 정신 의학 협회의 옹호 및 의식 제고 위원회

의장이다. 그는 유엔 노인의 권리에 관한 협약(UN Convention for the rights of older persons) 성안을 선도하며 노인인권과 노인의 존엄성 증진을 위해 활발히 활동해 왔다.

Carlos Augusto de Mendonca Lima, M.D., & DSci, 는 세계정신의학협회의 노인 정신 의학 분과(World Psychiatric Association – Section of Old Age Psychiatry, WPA-SOAP) 의장이다. 그의 리더십 아래 WPA-SOAP 는 노인인권, 헬시 에이징, 연령주의 예방을 증진하는 활동을 하고 있다.

Gabriel Ivbijaro MBE, Ph.D., FRCGP, & FWACPsych, 는 대영제국 단원 훈장 수훈자(Member of the Order of the British Empire, MBE)로서 영국 우드 스트리트 보건 센터(Wood Street Health Centre)의 월섬 포레스트 커뮤니티 가족 보건 서비스(Waltham Forest Community and Family Health Services) 의학부장이다. 그는 포르투갈 노바 대학교(NoVA University of Lisbon)의 교수, 영국 브래드퍼드 대학교(University of Bradford)의 경영, 법, 사회과학부 명예 방문 교수, 세계 존엄성 프로젝트(World Dignity Project) 의장, 세계 정신 건강 연맹(World Federation for Mental Health, WFMH) 의장을 역임하고 있다. 그는 (노인) 존엄성 치료, 보건 및 인권 증진을 위해 활발히 활동하고 있다.

정신건강 치료 및 사회적 지원에서의 존엄성(복잡하고도 정의하기 어려운 개념)은 인간 존엄성의 여러 차원 중 하나이다. 이는 웰빙을 증진시키고 정신건강 문제를 해결하기 위한 윤리적 접근방식의 기초이다. 낙인, 차별, 노인에 대한 폭력, 노인 학대 및 방치에 대한 보호를 포함하여 정신건강 치료 과정에서 존엄성이 향상되면 더 나은 임상 결과가 나올 가능성이 커진다. 즉, 정신건강 치료에서의 존엄성 원칙은 정신건강 문제, 고령 및 나이듦의 과정과 관련된 기타 동반 질환의 결과로 자율성과 독립성을 상실했을지도 모를 노인을 지원하기 위한 법적, 윤리적 틀을 뒷받침해 준다 (Saxena & Hanna, 2015; United Nations General Assembly, 1966).

대다수 노인이 양호한 건강 상태로 삶의 질에 만족하고 있지만 동반 질환, 우울증, 치매 및 기타 진행성 질병을 앓고 있는 노인도 많다 (Ferri et al., 2005; Jacobzone, 1999). 양질의 돌봄을 제공하는 것은 노인에게 최적의 자율성과 독립성을 보장하기 위해서 뿐만 아니라 (Levenson et al., 2005; Lothian & Philp, 2001) 노인의 기본 인권을 지키기 위해서도 중요하다. 우리는 독립성과 자율성이 서구적 개념으로 간주되고 있으며 이 개념들은 두 개 이상의 문화가 공존하는 환경에서는 특히 신중하게 사용해야 한다는 것을 알고 있다. 게다가, 정신건강 및 다른 취약성의 맥락에서 자율성은 이상적이기는 하지만 구조적 문제가 무시될 경우 오류로 작동할 수 있다. 즉, 일부 환경에서는 자율성이라는 이상을 상호 의존성으로 재구성해야 한다 (Caplan, 2014; Smebye et al., 2016). 대체로, 그리고 일반적으로(더 구체적으로는 고령화의 맥락에서), 보건의료 분야에 있어서 자율성의 규범적 해석과 적용에 대한 비판이 증가하고 있음에도 불구하고, 학자들은 자율성에 대한 존중이 폐기되기보다는 수정되는 것이 나은 매우 소중한 사회적 개념이라는 것을 인정한다. 따라서, 특히 고령화 담론의 맥락에서, 자율성을 연구하는 비판 학자들은 돌봄 제공 및 수령과 관련된 자율성의 광범위한 재개념화를 요구해 왔다. 이 과정에서 의존성을 자율성과 대치되는 개념으로 보지 않고, 개인이 속해 있는 사회적

맥락을 인정하고, 일상생활 속에 존재하는 자율적 표현의 다양성을 의미 있게 고려하는 자율성에 대한 관점이 발전되었을지도 모른다 (Sherwin & Winsby, 2011). 사실, 본 논문은 존엄성이 독립성과 자율성을 초월한다고 주장한다.

늘어난 수명은 전체 연령대에서 사망률이 많이 감소한 결과이며 여러 국가는 장기 계획에서 이를 고려하지 않는 경우가 많았다. 그 결과 미래의 노인은 오늘날의 노인 인구보다 훨씬 더 많은 문제에 직면할 수도 있다 (Hall et al., 2014; Jacobzone, 1999). 따라서 정신건강 관리 계획에 존엄성의 원칙을 포함하지 않으면 잘못된 정신건강 정책, 프로그램 및 서비스의 개발로 이어질 수 있다. 이러한 이유로 많은 분석가들은 연령 차별, 의료 서비스 및 사회 복지에 대한 열악한 접근을 노인이 직면한 문제로 계속 강조하고 있다 (Gallagher et al., 2008).

이러한 배경에서 본 논문은 존엄성이라는 개념의 다양한 차원 및 존엄성을 노인 의료 서비스에 통합하는 방법을 강조하고, 존엄성 있는 의료 서비스의 효과를 뒷받침하는 증거와 앞으로 나아갈 길에 대해 논의한다.

정의: 존엄성을 구성하는 것은 무엇인가?

존엄성이라는 개념은 의료 서비스 제공 지원을 목표로 하는 전 세계 많은 정책의 핵심이지만, 의료 서비스에서의 존엄성에 관해 단일화되고 합의된 정의가 없는 경우가 많다. 그럼에도 불구하고 사람들은 일반적으로 언제 개인의 존엄성이 침해되는지 그리고 언제 의료의 존엄성이 증진되는지 인식할 수 있다. 그러므로 우리는 의료 서비스 제공자와 그 대상자가 의료에서의 존엄성에 관해 이야기할 때 언급되는 내용에 대한

이해를 공유할 수 있도록 존엄성이라는 개념의 각 구성요소를 명확히 할 필요가 있다 (Gallagher, 2011; Nordenfelt, 2003).

존엄성에 대한 실용적인 정의는 그것이 가치 있는 무언가를 의미한다는 것이다 (Gallagher et al., 2008). 그것은 존경의 표시이다.

유엔 세계인권선언 제 1 조는 “모든 인간은 태어날 때부터 그 존엄과 권리에 있어 동등하다. 인간은 천부적으로 이성과 양심을 부여받았으며 서로 형제애의 정신으로 행동하여야 한다”라고 명시하고 있다” (United Nations General Assembly, 1948).

세계보건기구(WHO) 헌장은 “도달할 수 있는 최고 수준의 건강을 향유한다는 것은 인종, 종교, 정치적 신념, 경제적 또는 사회적 조건의 구별 없이 만인이 가지는 기본적 권리의 하나이다”라고 명시하고 있다 (World Health Organization, 1948, p. 51).

정신건강에 문제가 있는 노인 문제를 구체적으로 다루는 인권 프레임워크 또한 개발될 필요가 있다. 이것이 필요한 이유는 노년기의 정신 질환이 야기할 수 있는 장애 및 의존성뿐만 아니라 사회적 연령주의, 낙인, 배제로 인한 노인의 취약성 때문이다. 아래의 가치들이 그러한 인권 프레임워크를 뒷받침한다 (World Health Organization & World Psychiatric Association, 1997):

- 독립성: 정신건강 문제가 있는 노인은 사회에 기여할 권리 및 자신의 삶과 죽음에 영향을 미치는 문제에 대해 스스로 결정할 권리가 있다. 그러나 독립적으로 생활할 수 없는 사람들은 커뮤니티의 도움 등 타인에게 의존할 권리가 있다.
- 안전성: 정신건강 문제가 있는 노인은 폭력, 학대, 방치 및 착취 없이 적절한 음식과 주거를 제공받아 안전하게 살 권리가 있다.

- 돌봄 및 치료: 정신건강 문제가 있는 노인은 가족과 커뮤니티 돌봄 및 보호 서비스의 혜택을 받아야 하며, 최적의 신체 기능 및 웰빙 수준을 유지하거나 회복하고 더 이상의 건강 악화를 예방하거나 지연시키기 위한 의료 서비스를 이용할 수 있어야 한다.
- 비밀 유지: 정신건강 문제가 있는 노인은 자신에 대한 정보가 비밀로 취급되도록 기대할 권리가 있다. 비밀 유지 위반의 정도는 때에 따라 필요한 경우에만 한정한다. 이것은 문화적으로 민감한 문제이다.

20 세기 존엄성은 의사와 의료 연구자의 문제로 발전했다. 보다 최근의 논쟁에서는 인간 유전 공학, 인간 복제 및 임종 치료의 생명 윤리와 관련하여 존엄성이 논의되었다.

1964 년 6 월 세계의사협회는 헬싱키 선언을 발표했는데, 상기 선언의 제 11 조는 "연구 대상자의 생명, 건강, 존엄성, 진실성, 자기 결정권, 프라이버시, 개인정보 비밀 유지를 보호하는 것은 의료 연구에 참여하는 의사의 의무이다"라고 언명한다 (World Medical Association, 2013, p. 4). 1997 년 4 월 4 일 오비에도 (Oviedo)에서 유럽평의회는 '생물학 및 의학의 적용에 관한 인권 및 인간 존엄성 보호 협약'을 승인했다. 상기 협약은 "이 협약의 당사국은 모든 인간의 존엄성과 정체성을 보호해야 하며 생물학 및 의학의 적용과 관련하여 차별 없이 그들의 진실성, 기타 권리 및 기본적 자유를 존중해야 한다"고 명시하고 있다 (Council of Europe, 1997, p. 36).

이러한 선언들 이후, 건강과 양질의 삶은 이제 정신장애가 있는 사람들을 포함한 모든 연령대의 인간 존엄성 존중을 위한 기본적인 인권으로 인식되고 있다. 모든 사람은 자신의 건강 및 사회적 욕구에 부응할 수 있는 다양한 서비스에 접근할 권리가 있다. 이러한 욕구는 문화적 환경, 과학적 지식 및 윤리적 요구 사항에 따라 적절히 충족되어야 한다. 결과적으로 정부는 각 커뮤니티의 특정 요구조건에 맞는 건강 및

사회적 조치를 제공함으로써 노인의 신체적, 정신적 건강을 개선 및 유지하고 그들의 가족과 보호자를 지원할 책임이 있다 (Katona et al., 2009).

보건의로 및 사회 전문가는 정신질환이 있는 노인의 존엄성과 인격을 항상 존중하는 행동을 하여야 한다. 그들은 다음 원칙에 따라 행동하여야 한다 (Katona et al., 2009).

- 자율성 존중: 이것은 개인의 자기 결정권, 그리고 개인이 그렇게 할 능력이 있는 경우, 건강 및 사회적 돌봄에 관한 개인의 결정을 존중하는 것을 의미한다. 노인을 위한 정신건강 개입의 목표는 그들 개인의 자율성을 유지하고 향상시키는 것에 있다.
- 선의/악의 없음: 선의는 치료 활동을 통해 발생하는 잠재적 이익을 고려하고 이를 잠재적 위험과 균형 맞추는 것이다. 악의가 없는 것은 해를 끼치지 않는 것을 말한다.
- 정의: 정의는 자원의 공정한 분배를 보장하고 모든 환자를 동등하게 대우할 필요성을 말한다.
- 진실성: 임상의로는 진단 내용을 알 권리(또는 모를 권리), 그리고 요청 시 정확한 정보를 제공받을 권리가 있는 환자를 정직하게 대해야 한다.

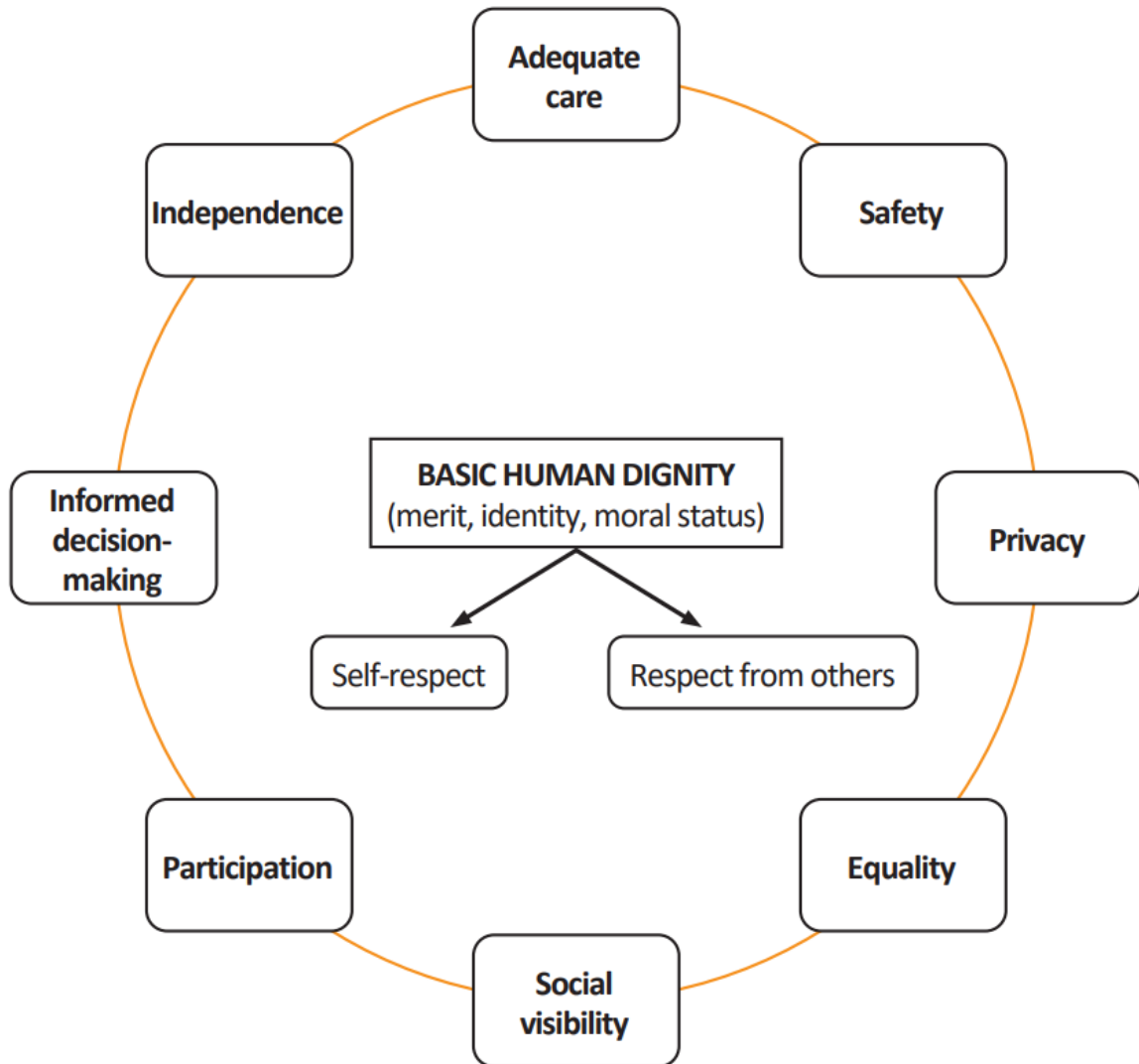
인간의 존엄성은 굴욕, 시설 수용 또는 상품화, 비하 및 비인간화와 같은 다양한 방식으로 침해될 수 있다. 이러한 모든 종류의 침해는 임상 활동 중에 나타날 수 있다. 의료 전문가가 노인을 대할 때마다 이러한 점을 유념한다면 존엄성이 유지되고 향상될 가능성이 높다. 존엄성은 간호사 (International Council of Nurses, 2012)와 의사를 포함한 전문 의료 그룹의 직업 규약 (Code of Practice)에 명시되어 있는 경우가 많다 (World Medical Association, 1995).

연구에 따르면 개인의 존엄성은 두 가지 구성 요소로부터 파생된다. 하나는 내적으로 "내가 나를 어떻게 보는가"이고 다른 하나는 외적으로 "타인이 나를 어떻게 보는가"이다 (Mann, 1998). 이 두 가지 차원은 서로 보강한다. 따라서 의료 전문가는 노인에게 (개개의 인간으로서) 공감하며 접근하는 동시에 연령과 관련된 그들의 신체적, 정신적 건강 욕구를 인식하는 것이 매우 중요하다. 노인을 하나의 동질 집단으로 고정관념화하려는 유혹은 노인의 개성을 박탈하고, 고령과 관련된 낙인을 증가시키며, 그들의 존엄성을 부정할 위험을 증가시킨다.

이전의 논문에서, Banerjee, Rabheru, de Mendonca Lima, Ivbijaro (2021)는 존엄성에 기반한 의료와 노인인권 간의 교차점, 그리고 연령주의와 노인 학대가 존엄성과 삶의 질을 어떻게 손상시키는지 논의하였다. 저자들은 존엄성이 자기 존중, 사회적 인정, 독립성 및 프라이버시 등으로 구성되는 다차원적 개념임을 강조한다. 그림 1은 동일한 내용을 반영한다 (Banerjee, Rabheru, de Mendonca Lima, et al., 2021, p. 3). 존엄성 있는 의료를 위한 국제적 기준과 규정을 정할 수 있는 노인의 권리에 관한 국제협약이 필요하다.

그림 1

인간 존엄성의 결정 요소



주. "정신건강 관리에서 존엄성의 역할: 연령주의와 노인인권 에 미치는 영향"에서 발췌, D. Banerjee, K. Rabheru, C.A. de Mendonca Lima, & G. Ivbijaro, 2021, *미국 노인 정신 의학 저널*, 29(10), p.3. 허가 하에 전재함.

Adequate Care 는 '적절한 보호,' Safety 는 '안전,' Privacy 는 '프라이버시,' Equality 는 '평등,' Social visibility 는 '사회적 가시성,' Participation 은 '참여,' Informed decision-making 은 '정보에 근거한 의사 결정,' Independence 는 '독립성,' Basic Human Dignity (merit, identity, moral status)는 '기본적인 인간 존엄성(가치, 정체성, 도덕적 상태),' Self-respect 는 '자기 존중,' Respect from others 는 '타인으로부터의 존중'으로 번역될 수 있음.

존엄성에 관한 토론에는 논의를 진전시키기 위해 해결해야 할 몇 가지가 있다. 첫째, 특정 지시적 권장 사항은 Ridge 가 소위 "간절한 믿음 (impassioned belief)"이라고 부르는 것으로 만들어졌다. 즉, 변화를 위한 구체적인 조치의 추가 없이 여러 "해야 할 사항들"이 제공되고 있다 (Ridge, 2014). 둘째, 존엄성을 구성하는 많은 부분을 구조적인 것으로 간주할 필요가 있음에도 불구하고 존엄성은 자주 대인 관계에 관련된 것으로 여겨진다 (Golder, 2015). 셋째, 존엄성 결여에 대한 해결책은 자주 감정적 작업 (예, 공감 및 사랑)으로 간주되는데, 이는 중요하기는 하지만 때로는 환원주의적일 수 있다. 즉, 노인은 수동적 희생자로 묘사되고 질병의 사회적 기원은 무시되거나 생체의학적인 문제로 축소된다 (Breithaupt, 2017).

이 논문에서 우리는 이러한 중요한 점을 모두 해결할 수는 없지만, 이와 관련하여 더 많은 연구가 필요하다고 주장한다.

전문가가 관심을 가져야 하는 이유

많은 노인은 세심하고 다양성을 인정하는 유능한 의료 인력이 있는 신뢰할 수 있고, 의지할 수 있으며, 쉽게 접근할 수 있는 서비스를 원한다. 건강상의 필요가 있을 때 많은 노인은 자신들의 필요가 협력적인 방식으로 관리되기를 원한다 (Levenson et al., 2005). 이를 위해서는 뒷받침해주는 커뮤니티가 필요하다. 일부 노인은 병원에서 치료를 받아야 하는 경우 가족과 가까이 있기를 원한다. 이를 위해서는 환자의 관점을 고려한 혁신이 필요하다. 즉, 새로운 기술은 윤리적이고 책임감 있는 방식으로 사용하기 위해 조정되어야 할 수도 있다.

많은 노인은 의료 전문가가 공감을 가지고 그들을 돌보기를 바라며, 개인으로 대하고 인간적인 유대감을 형성하기를 원한다 (Sinclair et al., 2016). 임상적 공감(정서적으로 정제된 의료 전문가의 환자 감정에 대한 인지적 이해)이 치료 효과를 직접적으로 향상시킨다는 증거가 늘고 있다 (Halpern, 2003). 공감적인 행동에 관한 교육과 격려는 노인을 돌보는 의료 전문가들 사이에서 최우선 순위가 되어야 한다 (Lee, 2014).

특히, 보건 및 사회복지 전문가는 정신질환이 있는 노인을 위한 존엄성 있는 진료에 관한 특수 교육과 훈련을 받을 필요가 있다. 의료 전문가, 돌봄 제공자, 일반 노년층을 위한 정신건강 교육은 정신질환의 부담을 최소화할 수 있을 것이다. 학부 및 대학원 수준 모두에서 모든 건강 및 사회복지 전문가는 노년기 정신 건강 문제에 관한 클리닉 및 기술 기반 커리큘럼으로 훈련받아야 한다. 그러한 커리큘럼에는 노년기의 정신적, 육체적, 사회적 요소의 상호의존에 대한 중요성, 건강 악화 예방에 대한 정보, 오락적, 문화적, 영적 측면 등을 포함하는 건강증진 활동이 포함되어야 한다 (World Health Organization, 1998).

노인 정신건강에 관한 훈련의 기회는 전문의에게도 제공되어야 한다. 전문의들은 커뮤니티, 요양시설, 병원에서 거주하는 노인의 정신 질환 관리를 위해 적절하고, 양질이며, 비용 효율적인 물리적, 심리적, 사회적 개입을 제공할 수 있는 능력을 입증해야 한다. 그들은 또한 노인의 정신건강 문제를 인식, 평가, 진단 및 관리할 때, 문화적, 영적, 민족적 문제를 고려하여 나이들의 과정과 관련된 사회적, 경제적, 문화적 변화에 대한 이해를 입증해야 하며, 환자의 존엄성 증진을 관리하는 방법도 알고 있어야 한다. 그들은 모든 유형의 정신건강 문제가 있는 노인을 위한 의료 접근성에 대해 공정함을 보장하는 다학문적 커뮤니티 중심 서비스를 운영할 능력을 갖추고, 다양한 환경에서 효과적이고 효율적으로 일할 수 있어야 한다. 전문의는 돌봄 제공자의

스트레스를 평가하고, 과로의 원인을 파악하며, 적절한 지원 패키지를 구성하는 능력을 입증할 수 있어야 한다. 이러한 점에서 전문의는 노인 학대의 모든 측면에 대한 이해와 함께 다양하게 상이한 환경에서 노인 학대를 인식하고 관리하는 능력을 보여주어야 한다 (Gustafson et al., 2003).

Banerjee, Rabheru, Ivbijaro, de Mendonca Lima (2021)는 “정신 건강 문제가 있는 노인의 존엄성: 임상가가 관심을 가져야 하는 이유”라는 논문에서 인권, 존엄, 평등 및 존중의 원칙이 정신건강 장애가 있는 노인을 위한 의료 개입에 통합될 수 있는 방법에 관해 설명한다. 노인은 건강 불평등, 사회적 고립 및 차별에 더 취약하기 때문에 모든 수준의 의료 및 정책 개입에서 맞춤형 치료가 보장되어야 한다. 존엄성에 기반한 서비스와 관련된 노인 치료 전문가의 감수성 훈련은 그러한 접근 방식의 핵심을 형성하고 있다.

정신 건강 문제가 있는 노인에 대한 차별

정신장애가 있는 모든 사람(또는 그러한 사람으로 취급받고 있는 사람)은 인간 고유의 존엄성에 대한 존중과 함께 인도적으로 대우받아야 한다. 따라서 정신장애가 있는 사람에 대한 낙인찍기는 어디에서 발생하건 대응해야 한다. 그러나 낙인찍기는 빈번하게 발생하는 인간 행동이기 때문에 그 효과가 만연하고 미묘하며, 명확하고 의식적인 전략 없이는 대응하기 어렵다. 정신장애에 대한 낙인과는 별도로 노인에 대한 낙인은 많은 사회(비록 모든 사회는 아니지만)에서 발생하기 때문에 정신장애가 있는 노인에게는 “이중의 위험”이 존재하며, 두 문제 모두 ‘반 낙인찍기’ 전략의 차원에서 다루어져야 한다. 낙인과 차별에 대응하는 것은 정부, NGO, 서비스, 환자들을 위한 조직, 가족 및 대중의 의무이다. 효과를 발휘하기 위해서 그들은 협력 관계 안에서 일해야 한다. WHO 헌장에서 정의한 신체적, 정신적, 사회적 웰빙 상태를 달성하기 위해서는 정신장애가

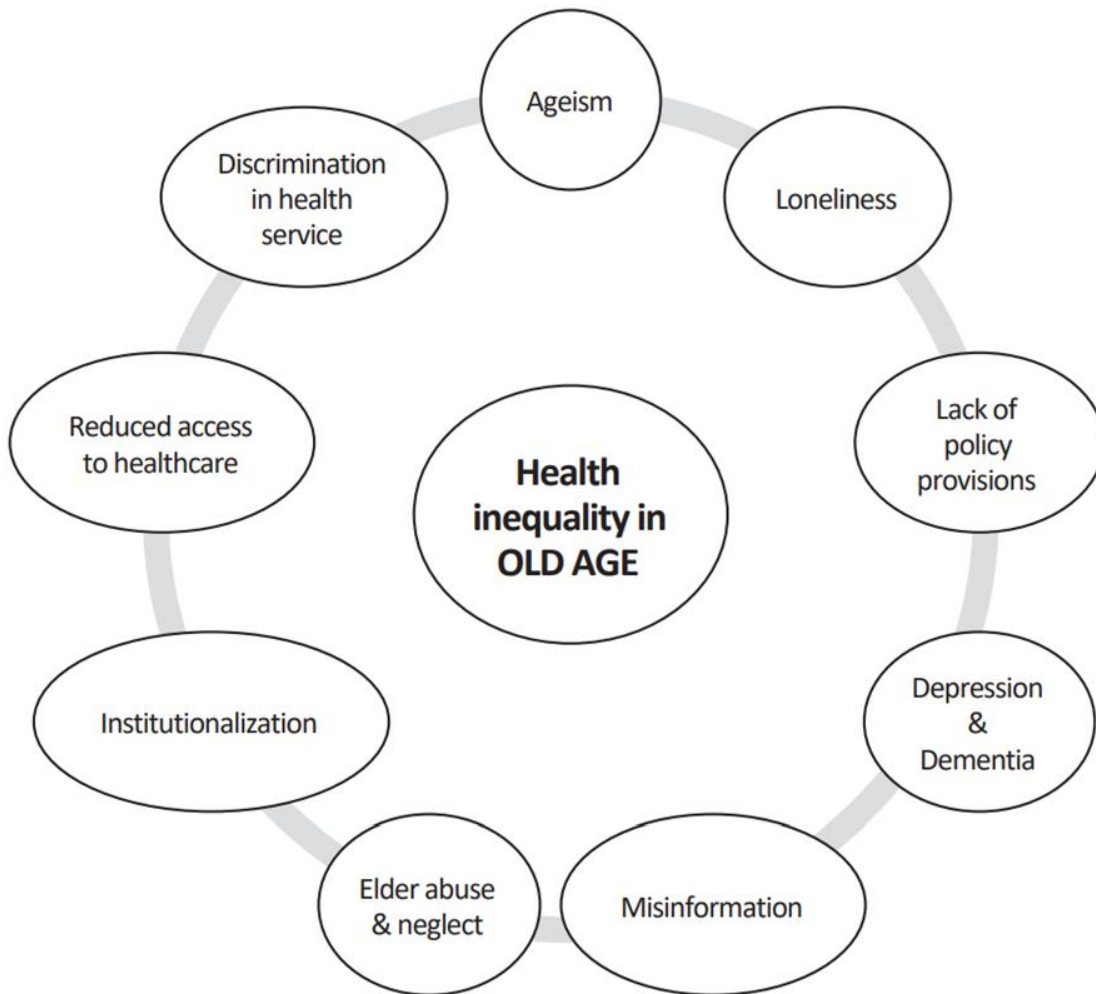
있는 노인에 대한 낙인과 차별을 종식시키기 위한 조치가 무엇보다 우선되어야 한다.

그러한 조치는 전문가 훈련 및 공교육에서 정신건강 증진을 위한 활동의 일부가 되어야 하며 모든 수준의 건강 및 사회 복지 프로그램의 주요 구성 요소가 되어야 한다 (World Health Organization, 2002).

코로나 19 팬데믹의 영향

그림 2

노인 건강 불평등의 차원



주. "노인의 인권과 정신건강에서의 불평등: 국제 협약의 시급한 필요성"에서 발췌, D. Banerjee, G. Ivbijaro, C.A. de Mendonca Lima, & K. Rabheru, 2021, 세계 정신 건강 연맹(WFMH) 세계 정신건강의 날 2021 교육 자료, p.67. 허가 하에 전재함.

Ageism 은 '연령주의,' Loneliness 는 '외로움,' Lack of policy provisions 은 '정책 조항 부재,' Depression & Dementia 는 '우울증 및 치매,' Misinformation 은 '잘못된 정보,' Elder abuse & neglect 는 '노인 학대 및 방치,' Institutionalization 은 '보호시설 수용,' Reduced access to health care 는 '의료 서비스에 대한 접근성 감소,' Discrimination in health service 는 '의료 서비스에서의 차별,' Health inequality in Old Age 는 '노인의 건강 불평등'으로 번역될 수 있음.

그림 2는 노인인권 관련 여러 차원을 보여주고 있다 (Banerjee, Ibvijaro, de Mendonca Lima, et al., 2021, p. 67); 여기에는 생식/성적 권리뿐만 아니라 자유와 건강에 관한 권리가 포함되어 있다. 코로나 19 팬데믹은 실제로 여러 면에서 사람들의 눈을 뜨게 만들었다. 노인의 생물·심리·사회적 소외가 표면화되어 "보이지 않는 인권 위기"가 드러났다 (D'cruz & Banerjee, 2020). 이환율, 사망률 및 호흡기 합병증에서 보았듯 노인은 코로나바이러스의 신경생물학적 영향에 이미 취약하다. 존엄성 있는 의료의 부족, 방치, 의료에서의 차별, 노인 학대 등을 통해 노인의 권리는 주로 박탈된다. 그러나 코로나 19 팬데믹은 아래 표 1에서 보이듯이 노인 삶의 사회적 측면에도 다양한 방식으로 영향을 미쳤다.

표 1

코로나 19 팬데믹이 노인에게 끼친 심리·사회적 피해

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 취약층에 속함으로써 오는 감염에 대한 두려움의 증가 • 고독사에 대한 두려움 • 사회적 고립 • 외로움 • 슬픔 및 "생존자의 죄책감" • 기존의 치매 및 우울증 악화 • 근심 걱정 • 의료 및 사회적 지원에 대한 제한된 접근 • 낙인과 연령주의 |
|---|

- 노인 학대 증가 (특히, 시설)
- 잘못된 정보에 취약
- 기동성과 자율성 제약

WHO 데이터에 따르면 2021년 세계적으로 60세 이상의 노인 여섯 명 중 한 명이 학대의 피해자였다. 그러나 이러한 사례는 축소 보고되었다. 노인 학대 비율은 코로나 19 팬데믹 동안 특히 인구 고령화가 심화된 국가에서 증가했다 (World Health Organization, 2021). 노인 학대라는 심각한 "사회적 악"은 연령주의적 고정관념(우리가 생각하는 것), 편견(우리가 느끼는 방식) 및 차별(우리가 행동하는 방식)에서 발생한다. 의료 서비스에서 존엄성과 자율성에 초점을 맞추는 것은 연령주의에 맞서 싸우고 노인에게 헌신적인 돌봄을 지원하는 데 필수적이다 (Banerjee, Rabheru, de Mendonca Lima, et al., 2021). 노인 친화적인 환경을 보장하고, 장기적이고 통합된 노인 의료서비스를 촉진하고, 연령주의에 맞서 싸우는 일은 "유엔의 국제 헬시 에이징 십 년 2021-2030 (UN International Decade of Healthy Aging 2021-2030)"의 메시지로 울려 퍼지고 있다 (World Health Organization, n.d.). 이러한 활동은 노인을 참여시키고, 그들에게 "목소리"를 낼 기회를 제공하며, 관심 있는 이해 관계자 및 의료 제공자와 소통하고, 마지막으로 나이듦에 관한 연구를 촉진함으로써 추진될 수 있다.

존엄성과 건강의 사회적 결정 요인 - 교차점

정신적 웰빙은 개인, 커뮤니티 및 인구적 자산이며, 그 가치는 생애 전반에 걸쳐, 특히 노년기에 변할 수 있다. 정신건강은 유전, 개인적 경험, 생활 환경과 같은 다양한 결정 요인의 영향을 생애 전반에 걸쳐 받는다.

건강의 사회적 결정요인은 사람이 태어나고, 성장하며, 살아가고, 일하며, 나이 들어가는 조건이며, 이는 세계, 국가 및 지역 수준에서 돈, 권력 및 자원의 분배에 의해 형성된다 (de Mendonca Lima, 2011). 이러한 사회적 결정 요인은 정신장애의 발병 또는 진행 과정에 영향을 준다.

표 2

건강의 사회적 결정요인

- 문화 및 영적 연관성
- 교육 및 글을 읽고 쓰는 능력
- 물리적 환경
- 사회적 지위 및 안전성
- 소득 보장 등 재정 자원
- 식량 및 주거 안전성과 그 품질
- 보건의료 시스템
- 인권 존중 등 사법 시스템
- 취업 및 근무조건
- 여가 및 개인의 역량 개발
- 영적 발전
- 차별 및 낙인
- 불평등
- 사회적, 정치적, 물리적 배제 및 소외

- 폭력, 학대, 방치 및 유기

일부 사회적 결정 요인은 정신건강 문제의 위험 요소로 작용하지만 (예, 실업, 빈곤, 불평등, 낙인 및 차별, 열악한 주거환경, 가난한 유년기, 폭력, 학대, 약물 및 알코올 남용, 일반적으로 나쁜 건강, 돌봄의 의무), 다른 요인들은 보호 요소가 될 수도 있다(예, 사회적 보호, 회복력, 사회적 연결망, 적극적인 지역사회 참여, 적극적인 종교 생활, 희망, 낙관주의, 일반적으로 양호한 건강, 양호한 가족 간의 상호 작용, 긍정적인 세대 간의 관계).

건강의 사회적 결정 요인에 맞게 대응함으로써 노인의 존엄성과 주관적인 정신건강 및 웰빙을 증진하고, 역경을 관리할 수 있는 커뮤니티의 역량을 구축하며, 정신건강 문제의 부담과 결과를 줄이는 데 기여할 수 있다. 노인의 정신건강 문제로 인해 발생하는 난제들은 대인 간의 신뢰, 사회 참여 및 시민 참여를 감소시켜 커뮤니티 및 사회의 결속력을 훼손시킨다 (Searight & Gafford, 2005). 의료 서비스에서 이러한 사회적 결정 요인을 무시하면 그림 2 에서 보여주는 바와 같이 여러 불평등을 야기할 수 있다 (Banerjee, Ivbijaro, de Mendonca Lima, et al., 2021, p. 67). 시기적절하게도 2021 년 세계 정신 건강 연맹(WFMH)은 '세계 정신건강의 날'의 주제를 "불평등한 세상에서의 정신건강"으로 설정했다. 노인은 생물·심리·사회적 역경으로 이어질 수 있는 불평등에 취약한 주요 인구층이다 (Banerjee, Ivbijaro, de Mendonca Lima, et al., 2021).

보호 시설 및 요양 시설에서의 존엄성 보장

일반적으로 노인은 자기 집에 사는 것을 선호하지만 일부 노인은 보호 시설, 주거 시설 및 요양 시설에서 돌봄을 받는 것이 불가피하다. 이러한 상황에서, 관련 연구에 따르면

노인 거주자는 안전하고 가정적이며 깨끗한 곳에서 그들의 요구에 민감하게 반응할 수 있고 잘 훈련된 의료인력에 치료받기를 원한다. 그들은 신뢰할 수 있고 긍정적인 태도를 지닌 직원을 원한다 (Levenson et al., 2005).

이와 유사하게, 연구 결과는 많은 노인이 집에서 죽는 것을 선호한다고 밝히고 있지만 이것이 가능한 경우는 많지 않다. 만약 한 노인이 자기 집이 아닌 다른 지원 환경에서 죽어야 한다면 그 노인과 가족이 이를 계획하는 데 참여하는 것이 중요하다. 이러한 상황에서 노인들이 중요하다고 생각하는 준비에는 통증 조절, 그들이 겪고 있는 모든 증상의 적절한 관리, 부적절한 수명 연장 거부, 개인으로서 여전히 통제력이 있다는 느낌, 사랑하는 사람과 가까이 있는 것 등이 있다. 그들의 종교적, 영적, 문화적 가치도 역시 고려되어야 하며 돌봄 계획에 통합될 필요가 있다 (Dy et al., 2008; Prendergast et al., 1998).

보호 시설, 주거 시설 및 요양 시설에 있는 노인들은 이상적으로는 자신을 위한 돌봄에 대한 결정, 즉, 어디에서 지낼지, 무엇을 입고 먹을지 등의 일상생활과 관련된 결정에 참여하기를 원한다. 고도의 치매나 착란 상태에 있는 노인과 같이 자신의 선호를 말로 표현하기 어려운 사람들의 필요와 욕구를 이해하기 위해서는 더 많은 감수성이 필요하다. 이러한 접근 방식은 일반적으로 노인의 생애사에 대해 잘 알고 있는 훈련된 직원을 필요로 한다. 또한 노인 거주자는 어디에 있건 보안성 및 이야기 상대를 원한다 (Levenson et al., 2005).

서양에서 주거 지원 시설 환경에서의 존엄성에 기여하는 요소를 탐색했을 때 등장한 주제로는 독립성, 자율성, 선택, 운명 통제력 및 프라이버시 등이 있었다. 보다 구체적으로, 이러한 환경에서 사는 노인은 존경받는 개인으로 인정받고, 다른 이들과

이야기할 기회를 가지며, 좋은 외모를 유지하기를 원했다. 거주 노인들이 사진 등 소유 가구 및 가재도구를 가져오는 것이 그들의 개성을 인식하는 데 도움이 된다고 주장한 일부 연구도 있었다 (Anttonen & Haikiö, 2011; Bland, 1999). 캐나다의 이누이트족과 같이 (Dawson, 2008) 일부 환경에서는 공동체 생활이 사생활보다 우선한다. 우리는 생활 공간은 개인의 요구에 맞추어야 하고 일반화는 피해야 한다고 주장한다.

보호 시설, 주거 시설 및 요양 시설 환경에서의 돌봄 제공에 대한 가장 큰 문제 중 하나는 노인의 독립성을 최대한 지원하는 동시에 위험 관리와 프라이버시의 균형을 맞추는 것이다. 많은 사람들이 이러한 시설에 들어갈 때 가장 두려워하는 것이 독립성의 상실이므로 위험을 줄이면서도 가능한 한 많은 독립성과 프라이버시를 노인에게 보장할 수 있는 환경적, 관계적, 절차적 구조가 마련되어 있어야 한다 (Baillie, 2009; Leibing et al., 2016).

병원 치료와 돌봄이 필요한 환자도 있다. 환자는 이러한 환경에서 존엄성을 상실하기 쉬우며, 직원은 그들의 개입이 환자의 존엄성을 증진하는 데 도움이 될 수도 있고, 또는 그 상실로 이어질 수도 있음을 인식해야 한다. 병원 관리자는 병원이 존엄성을 증진하는지 확인하는 역할을 해야 하며, 직원이 노인을 어린아이처럼 대하지 않는 등 돌봄을 수행할 때 존엄성을 존중하는지 확인해야 한다. 병동의 디자인은 노인의 프라이버시, 자율성 및 존엄성에 도움이 될 수도 있고 개성을 고취하기 어렵게 만들어 환자를 더 취약한 상태에 놓이게 만들 수도 있다 (Van der Geest, 2002; Walsh & Kowanko, 2002).

노인이 입원 환자 병동에 들어갈 때 모든 관련 의사결정에 이들을 포함시킬 필요가 있으며, 치료 계획에는 존엄성 유지에 관한 부분이 포함되어 모든 사람이 유념할 수

있도록 해야 한다. 정기적으로 고려해야 할 사항에는 구강 위생 등 개인위생, 상호 작용 및 의사소통 능력, 양질의 영양 및 식수 공급, 운동 기회, 프라이버시 보호, 직원과 환자 간 상호 작용의 질 등이 포함된다 (Stanley & Laugharne, 2011; Wårdh et al., 1997).

모든 의료 지원 환경에서 직원의 훌륭한 의사소통 기술은 노인의 존엄성 증진에 있어 핵심이 되며 이는 훈련으로 그 성취가 가능하다. 직원은 환자에게 어떻게 대우받고 싶은지 정기적으로 물어야 하며, 사회적 고립을 피하기 위해서는 돌봄 제공자와 노인 사이에 의미 있는 상호 작용이 있어야 한다 (Caris-Verhallen et al., 1997). 노인의 독립성과 자율성은 항상 장려해야 한다. 기밀성 및 프라이버시 보호를 통해 노인의 요구 사항이 존중될 수 있다.

지원 시설 및 요양 시설에 사는 노인을 위해 권리 및 존엄성에 기반한 의료를 보장하도록 하는 고려사항이 표 3에 구체적으로 나타나 있다 (Banerjee, Rabheru, Ivbijaro, et al., 2021, p. 5).

표 3

요양 시설 및 주거 시설에 사는 노인을 위한 존엄성 기반 의료의 보장

- 최적의 통증 관리
- 시설 내외부 의사소통 개선(대면 및 디지털)
- 일상 대화 속의 존중
- 기능에 있어서 독립성 고취(자기 관리: 생활, 식사, 옷 입기 등의 선택)

- 양질의 영양 및 식수 제공
- 적절한 외모 유지, 개인 및 구강 위생 확인
- 직원과의 건전한 상호작용
- 기동성과 안전을 위한 노인 친화적 환경
- 보안 및 학대 예방을 위한 감독
- 프라이버시와 성적 권리 보장을 위한 적절한 병동 디자인
- 시설 내 그룹 활동, 운동 및 참여
- 외로움 및 고립 예방
- 향정신성 약물의 실험적 사용 제한
- 존엄성 원칙을 포함하는 거주 돌봄 계획
- 가능한 한 의사결정에 최대한으로 참여
- 심한 정신장애 및 치매가 있는 노인을 위한 특별 치료
- 말기 환자 돌봄 (불필요하고 고통스러운 수명 연장은 피함)
- 동반 질환 말기의 경우 노인 및 그 가족을 위한 존엄 치료

주. "정신건강 문제가 있는 노인의 존엄성: 임상이가 관심을 가져야 하는 이유"에서 발췌, D. Banerjee, K. Rabheru, G. Ivbijaro, & C.A. de Mendonca Lima, 2021, *정신의학 최신 연구*, 12, p.5. 허가 하에 전재함.

노인 노숙자

노숙자 인구 중 노인의 비율은 급격히 증가하고 있으며 이는 서양 사회의 인구 통계학적, 경제적, 사회적 추세에 영향을 받아 계속 그러할 가능성이 있다. 예를 들어, 영국에서는 60 세 이상 노인이 노숙자가 될 가능성이 2009 년의 수치보다 두 배 이상 높아졌다 (Ryan, 2018). 미국에서는 1954~1964 년에 태어난 후기 베이비부머 세대가

다른 연령 집단보다 노숙자가 될 위험이 높으며 (Culhane et al., 2013), 만성 노숙자의 삼분의 일은 50 세 이상이고 현재 이 수치는 훨씬 더 높을 것이다 (Hahn et al., 2006).

노숙자라는 상태는 신체적, 정신적 건강 문제와 겹친다. 노인 노숙자는 집에서 거주하는 노인보다 정신건강 문제를 비롯한 만성 질환이 있을 가능성이 높고 의료 서비스 이용에 상당한 제약이 있다 (Baggett et al., 2010). 노인 노숙자는 또한 집에서 거주하는 노인보다 수십 년 앞서 인지 또는 시각 장애, 요실금 및 쇠약 등의 노인성 질환으로 고통을 받는다 (Brown et al., 2017).

노인 노숙자는 그들이 필요로 하는 사회적 프로그램 유형의 혜택을 받을 수 있는 기준에 부합할 만큼 나이가 많지 않기 때문에 정부 지원에서 제외되기도 하고, 병원 입원 후 치료 전환의 지연이나 조정 부족에 직면하기도 한다. 연구에 따르면 노숙자라는 낙인은 노인 노숙자가 병원에서 치료받는 방식에서, 그리고 병원에서 지원을 거의 받지 못한 채 거리로 다시 돌아갈 때 확인됐다고 한다 (Healthwatch England, 2015).

노인 노숙자는 거리에서 존엄하게 나이들 수 없을 뿐만 아니라, 살 집이 있는 노인보다 사망률이 네 배나 높다 (O'Connell, 2005). 노숙의 예방은 노인을 돌보는 데 있어 존엄성을 높이고 건강과 기대 수명의 평등을 보장하기 위해 필수적이다.

쇠약함 - 존엄성에 대한 주요 위협

쇠약함은 "신경근육계, 신진대사계 및 면역계 전반에 걸친 생리학적 예비력이 연령이 늘어나면서 감소하여 스트레스 요인에 대한 취약성이 증가한 상태"로 정의할 수 있다. (Walston et al., 2006, p. 3). 건강과 관련된 스트레스 요인에 직면할 때, 쇠약한 노인은

그렇지 않은 노인에 비해 기능적 능력의 더 큰 상실을 경험하고, 그 회복이 더 느리고 불완전할 수 있다 (Büla et al., 2019; Clegg et al., 2013).

돌봄에서 존엄성은 쇠약한 노인 관리의 핵심이다. 쇠약한 노인은 의존성이 증가하고, 낙상 사고를 더 겪을 수 있으며, 시설에 수용될 가능성이 높다. 전통적인 관점에서 쇠약함은 되돌릴 수 없는 것으로 간주되어 낙인과 희망 상실로 이어지고 결국 존엄성 상실을 초래했다 (Sternberg et al., 2011).

최근의 증거는 쇠약함을 조기에 발견하기 위해 검증된 검사 도구를 사용할 것을 권장함으로써 관련 분야에 희망을 제공한다. 쇠약함을 겪는 것으로 확인된 개인은 추가 합병증을 예방하고 조기 시설 수용을 피하기 위해 특정한 치료를 받아야 한다. 저항력 훈련 요소를 포함하는 신체 활동 훈련 프로그램과 피로 및 체중 감소의 다른 원인을 찾기 위한 조사는 필요한 조치이다 (Dent et al., 2017).

때때로 쇠약함이 부적절한 약물 사용으로 인해 악화되는 경우도 있다. STOPPFrail(쇠약한 노인을 위한 약물 사용 검토 도구)을 이용하여 안전하게 중단할 수 있는 처방 약물을 확인할 수 있다. STOPPFrail의 기준은 델파이 조사법(Delphi methodology)을 사용하여 만들어졌으며 약물 사용 검토를 위해 적절하게 훈련된 임상 의사가 사용할 수 있다. 이 도구는 상업적 목적 외에 저작권의 제약을 받지 않는다 (Lavan et al., 2017).

STOPPFrail은 65세 이상 노인에게 대한 약물 사용을 검토하고 줄일 때 고려해야 할 네 가지 주요 원칙을 강조한다. 이러한 네 가지 원칙은 다음과 같다.

a) 돌이킬 수 없는 말기 질환을 가졌는지 여부

- b) 일 년 생존의 예후가 좋지 않은지의 여부
- c) 심각한 기능 및/또는 인지 장애를 앓고 있는지 여부
- d) 질병 진행의 예방보다 증상의 조절이 우선하는지의 여부

노인 질병 평가 과정에서 이러한 원칙을 염두에 두면 임상, 환자 및 그 가족/돌봄 제공자가 올바른 결정을 내릴 수 있다. STOPPFrail은 쇠약 환자의 완화 치료 관리에도 사용되어 왔으며 (Sevilla-Sánchez et al., 2018) 신뢰할 만한 검토 도구이다 (Lavan et al., 2018).

불필요한 약물 처치 배제

증거 기반 치료 개입 제공으로 존엄성이 유지될 수 있다. 이러한 개입은 불필요한 약물 처방 등 불필요한 치료를 줄일 수 있다. 예방이 가능했던 약물로 인한 입원, 노인의 약물 부작용 및 과잉 치료와 관련된 가장 흔한 약물에는 항혈소판제(항혈소판제로 사용될 때의 아스피린도 포함), 이뇨제, 비스테로이드성 소염제(NSAIDs), 항응고제, 오피오이드 진통제, 베타 차단제, 레닌-앤지오텐신 시스템에 영향을 미치는 약물, 당뇨병에 사용되는 약물, 양성 이노트로프, 코르티코스테로이드, 항우울제, 최면제 및 항정신병제, 칼슘 채널 차단제, 항간질제 및 질산염 등이 있다. 이러한 약물을 처방받은 환자는 해당 약물이 과연 필요했는지, 해당 증상에 맞는 용량으로 처방되었는지 철저히 관찰되어야 한다 (Zhang et al., 2009).

처방자는 환자에게 최상의 치료를 제공하기 위해 해당 지역에서 사용할 수 있는 가장 최신의 지침과 약물에 익숙해져야 한다.

치매 노인을 위한 존엄성에 기반한 치료

제공되는 치료적 개입 외에도 치매 치료의 중요한 목표에는 삶의 질, 존엄성, 안락함 지원 등이 있으며, 이는 치료 및 돌봄 서비스 제공의 핵심 사항이 되어야 한다. 환자의 존엄성을 높이고 유지하기 위해 환자의 일상생활 활동, 제공되는 치료의 선택, 환자 본인과 그 가족의 관여와 참여에 주의를 기울여야 한다 (Volicer, 2007).

환자의 가족 네트워크를 포함하는 개입 프로그램은 도움이 된다. 가족 돌봄 제공자의 건강에 관련된 필요는 항상 고려되어야 하는데, 가족 돌봄 제공자의 양호한 건강은 치매 환자 본인의 웰빙을 향상시킴은 물론 돌봄 제공자의 정신건강에 영향을 미치는 탈진(burn-out)을 예방할 수 있다. 또한 이러한 개입 프로그램은 환자가 선택한 장소에서 환자를 돌볼 수 있는 기회를 제공함으로써 그의 존엄성을 증진한다 (Smits et al., 2007).

의사 결정 능력

유엔 장애인 권리협약 제 12 조에 따른 존엄성 존중을 위해 (United Nations, n.d.) 의사 결정에 장애가 있는 사람들을 보호하기 위한 국가적 프레임워크를 발전시킬 필요가 있다. 대리 의사 결정 (SDM) 방식은 치료받는 사람들이 아직 능력이 있을 때 결정한 위임자, 즉, 비공식 대리인을 통한 결정 방식부터 법원에서 임명한 대리인을 통한 방식까지 다양하다. SDM 방식은 능력을 잃은 사람들에게 이익이 되어야 하며 그들이 이를 계속 필요로 하는지의 여부를 정기적으로 검토해야 한다. SDM 에 의한 부당한 처리의 보고는 물론 진정 및 검토를 위한 메커니즘이 마련돼 있어야 한다 (Katona et al., 2009).

말기 환자 관련 사항

말기 환자의 존엄성 존중을 위해 필요한 모든 환자에게 완화 치료 서비스에 대한 접근이 보장되어야 한다. 치매 환자는 종종 최선의 말기 환자 치료를 받지 못한다. 존엄성은 치료 중단에 관한 환자의 사전 지시를 존중하는 것과도 연관된다. 조력 자살/안락사에 대한 태도와 법적 문제는 매우 다양하며, 기존의 법률 및 윤리 행동 강령을 준수하여 실시해야 한다 (Katona et al., 2009).

존엄성 있는 노인 돌봄을 위한 기술과 인공지능의 최적화

전 세계 인구 중 노인의 비율은 크게 증가할 것이고, 동시에 돌봄 제공자의 수는 감소 또는 부족해질 것으로 예상된다. 환자가 가능한 한 독립적인 생활을 계속할 수 있도록 돕고 그들의 일상적인 필요를 충족시키기 위해, 도움이 필요한 모든 사람에게 접근이 보장되는 경우, 보조 기술이 해결책이 될 수 있다 (Frennert et al., 2012).

노인의 독립성, 자율성 및 개인의 존엄성을 유지하는 데 도움이 될 수 있는 모든 이용 가능한 지역적 지원에 대한 접근이 보장되어야 한다. 여기에는 전화 및 경보 시스템과 같이 일부 커뮤니티에서 이미 존재하는 간단한 기술의 사용이 포함된다.

약물의 적절한 복용을 기억하고, 낙상을 예방하거나 도움을 요청하는 경보 시스템은 고소득 및 중소득 국가에 널리 퍼져 있다. 로봇 사용은 가능해지고 있지만 더 제한적이다.

로봇은 일상적인 가사 및 개인 돌봄 업무, 행동 및 건강 모니터링, 반려자 역할 수행 등 여러 가지 방법으로 노인과 그의 돌봄 제공자를 도울 수 있다 (Allen et al., 2006; Banks & Banks, 2005; Frennert et al., 2012).

노인의 존엄성과 독립성을 지원하기 위한 로봇 사용은 많은 잠재력을 지니고 있지만 윤리적 문제와 우려가 제기되었다. 여기에는 인간과의 접촉이 감소하여 노인의 사회적 고립을 초래하고, 인지 장애가 있는 노인에게 잘못된 정보를 줄 가능성 등이 포함된다 (Banks et al., 2008; Sharkey & Sharkey, 2012). 반면에 예전에는 “차갑다”고 여겨지던 기술이 이제는 “따뜻하다”고 인식되곤 하는데, 그 이유 중 하나는 모니터링 장치의 경우에서 보이듯 병원에 가지 않고도 의료 전문가에게 직접 접근할 수 있기 때문이다 (Pols, 2012).

환자와 그의 보호자는, 로봇이 인간 접촉을 대체할 수 없음을 인정하면서도, 로봇이 존엄성을 지원하는 개인화된 돌봄 패키지의 일부로 적절하게 배치되기 위해 어떤 종류의 로봇이 필요하고 그 로봇이 어떤 기능을 수행할 것인지에 관한 의사 결정에 참여해야 한다 (Mordoch et al., 2013).

권장 사항

- 노인의 독립성을 가능한 한 많이 유지하는 것을 항상 노인 돌봄 계획의 중심에 두어야 한다. 이는 노인에게 선택권을 주고 그들과 그들의 돌봄 제공자를 돌봄 계획의 개발과 실행에 참여시킴으로써 촉진될 수 있다.
- 안전의 필요성과 노인의 독립성 및 웰빙 사이의 균형을 유지한다.

- 노인을 돌보는 모든 직원은 노인의 존엄성을 유지하는 행동과 의사소통에 관한 훈련을 받아야 하며, 근무 중 그렇게 실행할 수 있도록 지원받아야 한다. 그들은 노인의 문화적 배경을 인식하고 문화적 민감성을 존중해야 하며, 돌봄 업무 수행에서 공감, 존중 및 친절함을 보여야 한다.
- 노인은 동반 질환, 개인 치료 및 사회적 필요 때문에 다양한 기관에서 돌봄을 받을 가능성이 크다. 공동 치료는 항상 환자를 그 중심에 두고 모든 기관/보호자가 함께 협력하는 좋은 모델이다.
- 요양 시설, 보호 시설 및 병원 등 노인 돌봄 제공 서비스 관계자는 노인의 독립성과 삶의 질을 향상시키는 데 도움이 되는 신기술을 수용하고 이에 투자해야 한다.
- 사회적 고립은 정신건강 장애의 위험 요소이며 노인의 자존감에 영향을 줄 수 있다. 보건 및 사회 복지 위원들은 친구 만들기 계획 및 복지 센터와 같이 사회적 고립의 위험에 처한 노인을 식별하고 도울 수 있는 시설이 있는지 확인해야 한다.
- 노인이 필요한 경우는 언제라도 병원 대신 집이나 커뮤니티에서 적절한 돌봄 패키지로 돌봄을 받을 수 있도록 노인, 돌봄 제공자 및 자원 봉사조직은 서로 협력할 필요가 있다.
- 취약 계층 (예, 최고령자, 여성, 성소수자, 치매 및 정신건강 문제가 있는 노인, 노숙자, 사회 경제적 빈곤층, 노인 요양원 및 보조 생활 시설 거주자)의 존엄성을 보장하기 위해 특별한 주의를 기울여야 한다.
- 존엄성 있는 서비스/개입 제공을 위해 정책 입안자의 감수성을 높이고 모든 단계에서 노인 관련 의료 전문가를 위한 훈련을 실시할 필요가 있다.
- 취약한 노인 인구의 인권과 존엄성 보호를 위한 법적 발판 역할을 할 수 있는 '노인의 권리를 위한 유엔 협약'의 세계적인 요구에 동참한다.

결론

전 세계적으로 노인의 인권과 존엄이 위협받고 있으며 지금은 우리가 행동에 나서야 할 때이다. "허용은 권장과 다름이 없다." 우리가 노인 의료에 대한 현재의 맥 빠진 방식을 고수하고 사회적 타성에 젖어 이러한 문제를 방치한다면 우리가 모두 필요로 하는 연령 친화적인 환경을 끝내 끌어내지 못할 것이다. 더 이상 현상 유지에 머물러서는 안 될 것이다. 모든 세대를 위한 노인인권예의 긍정적인 변화를 보장하여 희생된 노인의 삶이 헛되지 않게 해야 한다. 'UN 헬시 에이징 십 년(2021-2030)'은 연령 친화적 환경을 조성하고, 연령주의를 퇴치하며, 노인 돌봄을 위한 통합적이고 포괄적인 프로그램을 개발하는 가능성을 강조한다 (World Health Organization, n.d.). 이는 서비스 및 정책 개입이 권리, 존엄성, 존중 및 자율성을 기반으로 이루지는 경우에만 가능하다. 본 논문이 관련 사항을 총망라했다고 보지는 않지만, 노인의 삶에서 존엄성과 평등을 보장하기 위한 혁신과 아이디어가 창출되는 데 도움이 되기를 바란다. 나이들은 피할 수 없는 현실이므로 우리는 모두 헬시 에이징, 즉, 건강한 고령화를 지향하는 세상을 만들기 위해 노력해야 할 것이다.

참고문헌

- Allen, C., Wallach, W., & Smit, I. (2006). Why machine ethics? *IEEE Intelligent Systems*, 21(4), 12–17. <https://doi.org/10.1109/MIS.2006.83>
- Anttonen, A., & Haikö, L. (2011). Care “going market”: Finnish elderly-care policies in transition. *Nordic Journal of Social Research*, 2(1), 70–90. <https://doi.org/10.7577/njsr.2.1.6>
- Baggett, T. P., O’Connell, J. J., Singer, D. E., & Rigotti, N. A. (2010). The unmet health care needs of homeless adults: A national study. *American Journal of Public Health*, 100(7), 1326–1333. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.180109>
- Baillie, L. (2009). Patient dignity in an acute hospital setting: A case study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(1), 23–37. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.08.003>
- Banerjee, D., Ivbijaro, G., de Mendonca Lima, C. A., & Rabheru, K. (2021). Human rights and mental health inequality among older persons: Urgent need for a global convention. In *WFMH World Mental Health Day 2021 Educational Material* (pp. 59–68). World Federation for Mental Health. https://wmhd2021.com/wmhd2021_educationa-material.pdf
- Banerjee, D., Rabheru, K., de Mendonca Lima, C. A., & Ivbijaro, G. (2021). Role of dignity in mental healthcare: Impact on ageism and human rights of older persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 1000–1008. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2021.05.011>
- Banerjee, D., Rabheru, K., Ivbijaro, G., & de Mendonca Lima, C. A. (2021). Dignity of older persons with mental health conditions: Why should clinicians care? *Frontiers in Psychiatry*, 12, 774533. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.774533>
- Banks, M. R., & Banks, W. A. (2005). The effects of group and individual animal-assisted therapy on loneliness in residents of long-term care facilities. *Anthrozoös*, 18(4), 396–408. <https://doi.org/10.2752/089279305785593983>
- Banks, M. R., Willoughby, L. M., & Banks, W. A. (2008). Animal-assisted therapy and loneliness in nursing homes: Use of robotic versus living dogs. *Journal of the American Medical Directors Association*, 9(3), 173–177. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2007.11.007>
- Bland, R. (1999). Independence, privacy and risk: Two contrasting approaches to residential care for older people. *Ageing & Society*, 19(5), 539–560. <https://doi.org/10.1017/S0144686X99007497>
- Breithaupt, F. (2017). *Die dunklen seiten der empathie* (Originalausgabe). Suhrkamp.
- Brown, R. T., Hemati, K., Riley, E. D., Lee, C. T., Ponath, C., Tieu, L., Guzman, D., & Kushel, M. B. (2017). Geriatric conditions in a population-based sample of older homeless adults. *The Gerontologist*, 57(4), 757–766. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw011>
- Büla, C. J., Perez, M. S., & Seematter Bagnoud, L. (2019). Frailty. In C. A. de Mendonça Lima & G. Ivbijaro (Eds.), *Primary care mental health in older people: A global perspective* (pp. 31–44). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-10814-4_4
- Caplan, A. L. (2014). Why autonomy needs help. *Journal of Medical Ethics*, 40(5), 301–302. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100492>
- Caris-Verhallen, W. M. C. M., Kerkstra, A., & Bensing, J. M. (1997). The role of communications in nursing care for elderly people: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 25(5), 915–933. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025915.x>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
- Council of Europe. (1997). *Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: Convention on human rights and biomedicine. ETS N 164. Oviedo*. Strasbourg: Council of Europe.
- Culhane, D. P., Metraux, S., Byrne, T., Stino, M., & Bainbridge, J. (2013). The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 13(1), 228–244. <https://doi.org/10.1111/asap.12004>
- Dawson, P. C. (2008). Unfriendly architecture: Using observations of Inuit spatial behavior to design culturally sustaining houses in arctic Canada. *Housing Studies*, 23(1), 111–128. <https://doi.org/10.1080/02673030701731258>
- D’cruz, M., & Banerjee, D. (2020). ‘An invisible human rights crisis’: The marginalization of older adults during the COVID-19 pandemic – an advocacy review. *Psychiatry Research*, 292, 113369. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113369>
- de Mendonca Lima, C. A. (2011). Social determinants and mental health. In S. Bährer-Kohler (Ed.), *Social determinants of health and promotion of mental health in old age* (pp. 203–214). Nova Science Publishers. <https://novapublishers.com/shop/social-determinants-and-mental-health/>

- Dent, E., Lien, C., Lim, W. S., Wong, W. C., Wong, C. H., Ng, T. P., Woo, J., Dong, B., de la Vega, S., Hua Poi, P. J., Kamaruzzaman, S. B. B., Won, C., Chen, L.-K., Rockwood, K., Arai, H., Rodriguez-Mañás, L., Cao, L., Cesari, M., Chan, P., ... Flicker, L. (2017). The Asia-Pacific clinical practice guidelines for the management of frailty. *Journal of the American Medical Directors Association, 18*(7), 564–575. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.018>
- Dy, S. M., Shugarman, L. R., Lorenz, K. A., Mularski, R. A., & Lynn, J. (2008). A systematic review of satisfaction with care at the end of life. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*(1), 124–129. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01507.x>
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., Hall, K., Hasegawa, K., Hendrie, H., Huang, Y., Jorm, A., Mathers, C., Menezes, P. R., Rimmer, E., & Sczufca, M. (2005). Global prevalence of dementia: A Delphi consensus study. *The Lancet, 366*(9503), 2112–2117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67889-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67889-0)
- Frennert, S., Östlund, B., & Efring, H. (2012). Would granny let an assistive robot into her home? In S. S. Ge, O. Khatib, J.-J. Cabibihan, R. Simmons, & M.-A. Williams (Eds.), *Social Robotics* (pp. 128–137). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-34103-8_13
- Gallagher, A. (2011). What do we know about dignity in care? *Nursing Ethics, 18*(4), 471–473.
- Gallagher, A., Li, S., Wainwright, P., Jones, I. R., & Lee, D. (2008). Dignity in the care of older people – a review of the theoretical and empirical literature. *BMC Nursing, 7*(1), 11. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-7-11>
- Golder, B. (2015). *Foucault and the politics of rights*. Stanford University Press. <https://doi.org/10.1515/9780804796514>
- Gustafson, L., Burns, A., Katona, C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R. M., Dufey, A.-F., Graham, N., Ihl, R., Kanowski, S., Kühne, N., de Mendonça Lima, C. A., Alvarez, R. M., Rutz, W., Tataru, N. L., & Tudose, C. (2003). Skill-based objectives for specialist training in old age psychiatry. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(8), 686–693. <https://doi.org/10.1002/gps.899>
- Hahn, J. A., Kushel, M. B., Bangsberg, D. R., Riley, E., & Moss, A. R. (2006). The aging of the homeless population: Fourteen-year trends in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine, 21*(7), 775–778. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00493.x>
- Hall, S., Dodd, R. H., & Higginson, I. J. (2014). Maintaining dignity for residents of care homes: A qualitative study of the views of care home staff, community nurses, residents and their families. *Geriatric Nursing, 35*(1), 55–60. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2013.10.012>
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine, 18*(8), 670–674. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.21017.x>
- Healthwatch England. (2015). *Safely home: What happens when people leave hospital and care settings?* (Healthwatch England Special Inquiry Findings). Healthwatch England. https://www.healthwatch.co.uk/sites/healthwatch.co.uk/files/final_report_healthwatch_special_inquiry_2015_1.pdf
- International Council of Nurses. (2012). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses.
- Jacobzone, S. (1999). *Ageing and care for frail elderly persons: An overview of international perspectives*. OECD. <https://doi.org/10.1787/313777154147>
- Katona, C., Chiu, E., Adelman, S., Baloyannis, S., Camus, V., Firmino, H., Gove, D., Graham, N., Ghebrehiwet, T., Icelli, I., Ihl, R., Kalasic, A., Leszek, L., Kim, S., Lima, C. de M., Peisah, C., Tataru, N., & Warner, J. (2009). World psychiatric association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(12), 1319–1324. <https://doi.org/10.1002/gps.2279>
- Lavan, A. H., Gallagher, P., & O'Mahony, D. (2018). Inter-rater reliability of STOPPFrail [Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy] criteria amongst 12 physicians. *European Journal of Clinical Pharmacology, 74*(3), 331–338. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2376-2>
- Lavan, A. H., Gallagher, P., Parsons, C., & O'Mahony, D. (2017). STOPPFrail (Screening Tool of Older Persons Prescriptions in Frail adults with limited life expectancy): Consensus validation. *Age and Ageing, 46*(4), 600–607. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx005>
- Lee, T. (2014). How to spread empathy in health care. *Harvard Business Review*.
- Leibing, A., Guberman, N., & Wiles, J. (2016). Liminal homes: Older people, loss of capacities, and the present future of living spaces. *Journal of Aging Studies, 37*, 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2015.12.002>
- Levenson, R., Jeyasingham, M., & Joule, N. (2005). *Looking forward to care in old age: Expectations of the next generation*. King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/LookingForwardtoCare.pdf>
- Lothian, K., & Philp, I. (2001). Care of older people: Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. *BMJ, 322*(7287), 668–670. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7287.668>
- Mann, J. (1998). Dignity and health: The UDHR's revolutionary first article. *Health and Human Rights, 3*(2), 30–38. <https://doi.org/10.2307/4065297>

- Mordoch, E., Osterreicher, A., Guse, L., Roger, K., & Thompson, G. (2013). Use of social commitment robots in the care of elderly people with dementia: A literature review. *Maturitas*, 74(1), 14–20. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2012.10.015>
- Nordenfelt, L. (2003). Dignity and the care of the elderly. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 6(2), 103–110. <https://doi.org/10.1023/A:1024110810373>
- O’Connell, J. J. (2005). *Premature mortality in homeless populations: A review of the literature*. National Health Care for the Homeless Council.
- Pols, J. (2012). *Care at a distance: On the closeness of technology*. Amsterdam University Press. https://doi.org/10.26530/OAPEN_413032
- Prendergast, T. J., Claessens, M. T., & Luce, J. M. (1998). A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 158(4), 1163–1167. <https://doi.org/10.1164/ajrccm.158.4.9801108>
- Ridge, M. (2014). *Impassioned belief*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199682669.001.0001>
- Ryan, D. (2018). *Statutory homelessness and prevention and relief, October to December (Q4) 2017: England*. Ministry of Housing, Communities & Local Government. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/692938/Statutory_Homelessness_and_Prevention_and_Relief_Statistical_Release_Oct_to_Dec_2017.pdf
- Saxena, S., & Hanna, F. (2015). Dignity: A fundamental principle of mental health care. *The Indian Journal of Medical Research*, 142(4), 355–358. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.169184>
- Searight, H. R., & Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician*, 71(3), 515–522.
- Sevilla-Sánchez, D., Molist-Brunet, N., Espauella-Panicot, J., González-Bueno, J., Solà-Bonada, N., Amblàs-Novellas, J., & Codina-Jané, C. (2018). Potentially inappropriate medication in palliative care patients according to STOPP-Frail criteria. *European Geriatric Medicine*, 9(4), 543–550. <https://doi.org/10.1007/s41999-018-0073-z>
- Sharkey, A., & Sharkey, N. (2012). Granny and the robots: Ethical issues in robot care for the elderly. *Ethics and Information Technology*, 14(1), 27–40. <https://doi.org/10.1007/s10676-010-9234-6>
- Sherwin, S., & Winsby, M. (2011). A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes. *Health Expectations*, 14(2), 182–190. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2010.00638.x>
- Sinclair, S., Torres, M.-B., Raffin-Bouchal, S., Hack, T. F., McClement, S., Hagen, N. A., & Chochinov, H. M. (2016). Compassion training in healthcare: What are patients’ perspectives on training healthcare providers? *BMC Medical Education*, 16(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0695-0>
- Smebye, K. L., Kirkevold, M., & Engedal, K. (2016). Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: A qualitative, hermeneutic study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1217-1>
- Smits, C. H. M., de Lange, J., Dröes, R.-M., Meiland, F., Vernooij-Dassen, M., & Pot, A. M. (2007). Effects of combined intervention programmes for people with dementia living at home and their caregivers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(12), 1181–1193. <https://doi.org/10.1002/gps.1805>
- Stanley, S. H., & Laugharne, J. D. E. (2011). Clinical guidelines for the physical care of mental health consumers: A comprehensive assessment and monitoring package for mental health and primary care clinicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(10), 824–829. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.614591>
- Sternberg, S. A., Schwartz, A. W., Karunanathan, S., Bergman, H., & Mark Clarfield, A. (2011). The identification of frailty: A systematic literature review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(11), 2129–2138. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03597.x>
- United Nations. (n.d.). *UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Retrieved May 17, 2022, from <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
- United Nations General Assembly. (1948). *Universal Declaration of Human Rights, 10 December 1948, 217 A (III)*. United Nations. <https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- United Nations General Assembly. (1966). *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations, Treaty Series, vol. 993, p.3, 2009-2057*. <https://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>

- Van der Geest, S. (2002). The Toilet: Dignity, privacy and care of elderly people in Kwahu, Ghana. In *Ageing in Africa* (pp. 227–244). Routledge.
- Volicer, L. (2007). Goals of care in advanced dementia: Quality of life, dignity and comfort. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 11(6), 481.
- Walsh, K., & Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8(3), 143–151. <https://doi.org/10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x>
- Walston, J., Hadley, E. C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Studenski, S. A., Ershler, W. B., Harris, T., & Fried, L. P. (2006). Research agenda for frailty in older adults: Toward a better understanding of physiology and etiology: Summary from the American geriatrics society/national institute on aging research conference on frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 991–1001. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00745.x>
- Wårdh, I., Andersson, L., & Sörensen, S. (1997). Staff attitudes to oral health care: A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. *Gerodontology*, 14(1), 28–32. <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.1997.00028.x>
- World Health Organization. (n.d.). *Decade of healthy ageing (2021-2030)*. Retrieved May 17, 2022, from <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- World Health Organization. (1948). *World health organization constitution. Basic documents*, 1, 22. World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). *Education in psychiatry of the elderly: A technical consensus statement (WHO/MNH/MND/98.4)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65023>
- World Health Organization. (2002). *Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders (WHO/MSD/MBD/02.3)*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67380>
- World Health Organization. (2021). *Elder abuse*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- World Health Organization & World Psychiatric Association. (1997). *Organization of care in psychiatry of the elderly: A technical consensus statement (WHO/MSA/MNH/MND/97.3)*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63841>
- World Medical Association. (1995). The international code of medical ethics. *Medical Ethics: Journal of Forum for Medical Ethics Society*, 3(4), 78.
- World Medical Association. (2013). World medical association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
- Zhang, M., Holman, C. D. J., Price, S. D., Sanfilippo, F. M., Preen, D. B., & Bulsara, M. K. (2009). Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reactions in older adults: Retrospective cohort study. *BMJ*, 338, a2752. <https://doi.org/10.1136/bmj.a2752>