

복지회관 이용 노인의 사회적 고립감 예측요인

박연환¹ · 강희선²

¹서울대학교 간호대학 조교수, 서울대학교 간호과학연구소 연구원, ²중앙대학교 간호학과 부교수

Factors Associated with Social Isolation in Older Adults using Senior Welfare Centers

Park, Yeon-Hwan¹ · Kang, Hee Sun²

¹Assistant Professor, Researcher, The Research Institute of Nursing Science, Seoul National University, Seoul

²Associate Professor, Department of Nursing, Chung-Ang University, Seoul, Korea

Purpose: The purpose of this study was to investigate the factors associated with social isolation in older adults using a senior welfare center. **Methods:** This study was a cross-sectional survey. Data was collected from June to August 2006 using a questionnaire. A total of 248 older adults responded. **Results:** About one third (34.9%) of participants responded they felt socially isolated. There were statistically significant differences in living, religion, family and belongingness social support, loneliness, depression, family function, perceived health status, and number of chronic illnesses between socially isolated and non isolated groups. However, factors influencing social isolation were family function (OR=0.954, CI=0.926-0.982), loneliness (OR=1.042, CI=1.002-1.083), depression (OR=1.041, CI=1.002-1.081), and number of chronic illness (OR=1.657, CI=1.153-2.382). **Conclusion:** We found that some older adults were feeling socially isolated even though the senior welfare center was a good place to meet people. The findings of this study indicated that older adults suffering from social isolation need special attention and may benefit from interventions which promote health and social interactions. Further studies are needed to develop and evaluate an intervention program for this population.

Key words: Social isolation, Depression, Family, Loneliness, Aged

서 론

1. 연구의 필요성

최근 우리나라에서는 핵가족화, 노인에 대한 가족 부양 의식의 감소로 노인부부세대, 독거노인세대가 증가하면서 많은 수의 노인들이 사회와 가정에서 고립감과 자아상실감을 경험하고 있다(Kim & Baik, 2003; Kim & Jung, 2004). 노인들은 젊은 이들보다 사회적 자극이나 상호작용의 기회가 부족하며 결과적으로 사회적 망의 크기도 감소하여(Adams, Sanders, & Auth, 2004), 우울, 외로움, 심리적 소외감, 사회적 고립감 등을 경험

하는 경우가 많다. 스웨덴의 전국적 조사 결과 노인의 약 35%가 외로움을 호소하였고(Holmen & Furukawa, 2002), 미국에서 독립적으로 일상생활을 수행할 수 있는 노인도 일주일의 48%를 타인과의 접촉 없이 혼자 지내고 있었다(Adams et al., 2004). 특히 노년기의 건강과 기능 감퇴는 사회활동에의 참여를 방해하는 요소가 되어 사회적 고립감을 가중시킨다(Adams et al., 2004; Fees, Martin, & Poon, 1999).

외로움과 사회적 고립감은 노년기의 대표적 심리적 문제로 유사한 점이 있으나 구별되는 개념이다(Adams et al., 2004; Holmen & Furukawa, 2002; Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2006). 외로움은 실제적 사회망과 사

주요어 : 사회적 고립감, 우울, 가족, 외로움, 노인

Address reprint requests to : Kang, Hee Sun

Department of Nursing, College of Medicine, Chung-Ang University, 221 Heukseok-dong, Dongjak-gu, Seoul 156-756, Korea
Tel: 82-2-820-5699 Fax: 82-2-824-7961 E-mail: goodcare@cau.ac.kr

투고일 : 2008년 8월 18일 심사위원회일 : 2008년 8월 19일 게재확정일 : 2008년 10월 6일

회적 접촉에 대한 욕망 간의 불일치를 의미하며(Bondevik & Skogstad, 1998), 사회적 고립감은 타인과의 접촉 횟수 감소에 대한 주관적 지각으로(Routasalo et al., 2006) 개인을 개인이 속한 사회적 환경에 통합시키는 것이다(Havens & Hall, 2001). 노년기의 사회적 고립감과 외로움은 심각한 정신 건강 문제로 인식되는 우울과 달리 자연스런 문제로 받아들여져 간과되기 쉽다(Blazer, 2002). 그러나 외로움과 사회적 고립감의 증가는 의료기관 이용 증가(Havens & Hall, 2001), 시설 입소 증가(Tilvis, Pitkala, Jolkkonen, & Strandberg, 2000), 인지기능 저하(Havens & Hall, 2001; Tilvis et al., 2000), 수명 감소(Tilvis et al., 2000)를 초래할 수 있다. 그러므로 노인의 건강 및 삶의 질을 결정짓는 중요한 요소인(Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005; Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000) 사회적 고립감에 영향을 미치는 요인을 확인하여 최소화할 수 있는 방안을 마련해야 한다.

선행연구에 의하면 사회적 고립감은 외로움과 관련이 있고(Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000), 외로움은 우울(Prince, Harwood, Thomas, & Mann, 1998; Routasalo et al., 2006), 신체적 불건강과 기능저하(Adams et al., 2004; Andersson, 1998; Fees et al., 1999), 사회적 지지 부족(Kim & Baik, 2003; Routasalo et al., 2006), 가족기능(Kim & Baik, 2003), 거주 지역 및 동거형태(Savikko et al., 2005), 교육수준(Havens & Hall, 2001) 등과 관련이 있는 것으로 보고되었다. 따라서 노인들에게 사회 참여의 기회를 제공하여 외로움과 사회적 고립감을 감소시킬 수 있는 효율적인 노인 여가 복지시설 프로그램 개발이 필요하다. 그러나 지금까지 수행된 대부분의 연구가 국외 연구로 문화적 맥락이 다른 우리나라 노인들에게 사회적 고립감 경감을 위한 중재를 개발하기에는 어려움이 있다.

우리나라의 노인여가복지시설에는 노인복지회관, 경로당, 노인교실, 노인 휴양소 등이 있는데 노인의 각종 상담에 응하고 교양, 오락 등 복지 증진에 필요한 편의뿐 아니라 건강증진을 위한 편의도 제공하고 있는 노인복지회관의 중요성이 부각되면서 꾸준히 증가하고 있다(Kim & Jung, 2004). 그러나 아직까지 이용 노인의 요구와 특성을 반영하는 체계적이고 질적으로 우수한 프로그램 제공에는 어려움이 있는 것으로 지적되고 있다(Park, 2006).

그러므로 노인의 건강과 삶의 질에 중요한 영향을 미칠 수 있는 사회적 고립감 경감을 위한 효율적 노인복지회관 프로그램 개발 및 보급을 위하여 복지회관을 이용하는 노인들의 사회적 고립감 정도와 사회적 고립감을 예측할 수 있는 요인을 확인하는 연구가 필요하다.

2. 연구 목적

본 연구의 목적은 노인복지회관을 이용하고 있는 노인들의 사회적 고립감 정도를 확인하고 사회적 고립감에 영향을 미치는 요인을 확인하여 향후 복지회관 이용 노인의 사회적 고립감 경감을 위한 프로그램 개발의 기초 자료로 이용하는 것이다. 구체적인 연구 목적은 다음과 같다.

첫째, 복지회관 이용 노인의 사회적 고립감 정도를 확인한다.

둘째, 복지회관 이용 노인의 일반적 특성, 동거유형, 지각된 건강상태, 우울, 가족 및 친구의 지지, 외로움, 가족 기능에 따른 사회적 고립감의 차이를 확인한다.

셋째, 복지회관 이용 노인의 사회적 고립감을 예측할 수 있는 요인을 확인한다.

연구 방법

1. 연구 설계

본 연구는 복지회관을 이용하는 노인들의 사회적 고립감 예측요인을 확인하기 위한 횡단적 서술적 조사연구이다.

2. 연구 대상자

상관관계 및 회귀분석에서 표본수를 구하기 위한 G power program에 의하면 유의수준 0.05, 효과크기 0.3에서 검정력 0.8을 유지하기 위한 표본 수는 82명 이상으로 계산되었다. 본 연구에서는 대도시에 위치한 3개의 복지회관을 이용하는 노인들 중 편의추출에 의해 선정된 300명을 대상으로 연구 목적을 설명한 후 연구 참여를 허락한 267명 중 응답이 불충분한 19명을 제외한 248명이 최종 연구 대상이 되었다.

3. 연구 도구

1) 사회적 고립감

Tomaka, Thompson과 Palacios (2006)가 노인의 기능적, 주관적 사회적 고립감 측정에 사용한 “당신은 사회적으로 고립되었다고 생각하십니까” 한 문항을 예, 아니요로 측정하였다.

2) 외로움

20문항 4점 척도의 개정판 UCLA 외로움 도구를 Kim (1997)이 한국어로 번역하여 타당도, 신뢰도를 검증한 도구로 측정하였

다. 점수가 높을수록 외로움의 정도가 높은 것을 의미하며 가능한 총점은 20-80점이다. 한국 노인을 대상으로 한 Kim (1997)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.93$ 이었고, 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha=.86$ 이었다.

3) 가족 및 친구의 지지

Tomaka 등(2006)이 노인의 가족 및 친구의 지지를 측정하기 위하여 개발한 6문항 4점 척도의 도구를 이용하여 측정하였다. 점수가 높을수록 가족 및 친구의 지지가 높은 것을 의미하며 가능한 총점은 6-30점이다. Tomaka 등(2006)의 연구에서 Cronbach's $\alpha=.87$ 이었고, 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha=.83$ 이었다.

4) 우울

Chon과 Rhee (1992)의 한국판 Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) 도구를 이용하여 측정하였다. 도구는 16문항 4점 척도로 점수가 많을수록 우울 정도가 심한 것을 의미한다. 도구 개발 당시 Cronbach's $\alpha=.89$ 이었으며 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha=.92$ 이었다.

5) 지각된 건강상태

지각된 건강상태는 최근 노인들의 생존율과 관련이 깊고 한 문항으로 건강상태에 대한 지각을 효율적으로 측정할 수 있는 (Han & Chung, 2002) 건강자가평가(Self Rated Health, SRH)로 측정하였다. 건강자가평가에 사용된 문항은 "현재 귀하의 전반적인 건강상태를 어떻게 평가하십니까"이며, 응답은 '매우 건강하다', '건강한 편이다', '보통이다', '건강하지 못한 편이다', '매우 건강하지 못하다'로 하여 각각 5-1점의 점수를 부여하였는데 점수가 높을수록 건강상태가 좋은 것을 의미하였다. 또한 객관적인 건강상태 파악을 위하여 보유 만성질환 개수를 측정하였다.

6) 가족 기능

Lee 등(2002)이 한국의 사회 문화적 상황을 반영할 수 있도록 개발한 가족기능 도구를 이용하여 측정하였다. 이 도구는 가족기능을 6가지 영역으로 나누어 측정할 수 있는 24문항 4점 척도로 점수가 높을수록 가족 기능이 좋은 것을 의미하였다. 도구 개발 당시 Cronbach's $\alpha=.87$ 이었고, 본 연구에서의 Cronbach's $\alpha=.94$ 이었다.

4. 자료 수집

본 연구의 자료 수집 기간은 2006년 6월부터 8월까지이었으며 구체적인 자료 수집 절차는 다음과 같았다. 연구를 수행하기 전에 S대학교 연구윤리심의위원회의 심의를 통과하였다. 자료 수집 장소인 대도시 소재 3개 복지회관을 방문하여 관계자들에게 연구의 목적과 진행절차에 대해 설명한 후 연구진행에 대한 허락과 협조를 얻었다. 간호대학 3, 4학년생 10명을 연구보조원으로 모집하여 연구책임자가 연구 목적, 설문 내용 및 방법에 대하여 약 2시간 정도 사전 교육을 실시하였다. 복지회관에서 매 주 1회씩 총 4회 수행된 건강강좌에 참여한 노인들 중 연구책임자가 연구 목적을 설명하여 참여를 희망한 노인 267명에게 서면으로 동의서를 받고 연구 보조원들이 구조화된 설문지를 이용하여 면담 및 자가 보고로 자료를 수집하였다. 자료 수집에 소요된 시간은 노인 1인당 약 20-30분 정도이었다.

5. 자료 분석 방법

자료 분석은 SPSS WIN 12.0을 이용하여 다음과 같이 분석하였다.

첫째, 대상자들의 일반적 특성, 사회적 고립감은 기술통계를 이용하여 산출하였다.

둘째, 대상자들의 일반적 특성, 동거유형, 지각된 건강상태, 우울, 가족 및 친구의 지지, 외로움, 가족 기능에 따른 사회적 고립감의 차이는 chi square test, independent sample t-test로 분석하였다.

셋째, 대상자들의 사회적 고립감 예측요인은 이분 로지스틱 회귀분석으로 분석하였다.

연구 결과

1. 복지회관 노인 중 고립감을 느끼는 노인과 아닌 노인의 일반적 특성 비교

본 연구의 대상자인 복지회관 이용 노인 중 사회적 고립감을 느끼고 있는 노인은 87명(34.9%)이었다. 사회적 고립감 유무에 따른 일반적 특성의 차이를 분석한 결과 연령, 성별, 교육수준, 만성질환 보유 여부, 휴대폰 보유 여부, 과거 직업 여부에 따른 사회적 고립감의 차이는 없었으나 동거유형($\chi^2=9.78$, $p=.008$), 종교($\chi^2=3.07$, $p=.050$)에 따른 차이만이 통계적으로 유의하였다. 혼자 사는 노인, 종교가 없는 노인일수록 사회적 고립감을

느끼고 있었다(Table 1).

2. 고립감을 느끼는 노인과 아닌 노인의 제 변수의 비교

사회적 고립감을 느끼는 노인군과 사회적 고립감을 느끼지 않는 노인군 간의 가족 및 친구의 지지, 외로움, 우울, 가족 기능, 지각된 건강상태, 보유 만성질환 개수의 차이는 Table 2와 같았다. 사회적 고립감을 느끼는 노인군의 가족 및 친구의 지지

점수가 통계적으로 유의하게 낮았고($t=6.25, p=.000$), 외로움 점수가 유의하게 높았다($t=-5.65, p=.000$). 사회적 고립감을 느끼는 노인군의 우울 점수가 유의하게 높았고($t=-5.19, p=.000$), 가족기능 점수가 유의하게 낮았다($t=6.12, p=.000$). 또한 사회적 고립감을 느끼는 노인군의 지각된 건강상태 점수가 통계적으로 유의하게 더 낮았으며($t=-3.59, p=.000$), 보유 만성질환 개수가 유의하게 더 많았다($t=-3.15, p=.002$).

Table 1. Comparison of General Characteristics between Groups (N=248)

Characteristics	Classification	Group I (n=161)	Group II (n=87)	χ^2	p
Age (yr)	63-74	92 (57.1)	48 (55.2)	0.09	.790
	75-90	69 (42.9)	39 (44.8)		
Gender	Male	111 (68.9)	66 (75.9)	1.32	.303
	Female	50 (31.1)	21 (24.1)		
Living	Alone	18 (11.1)	21 (24.1)	9.78	.008*
	With spouse	64 (39.9)	22 (25.3)		
	With offspring	79 (49.0)	44 (50.6)		
Educational level	Under middle school	81 (50.3)	50 (57.5)	1.16	.281
	Over high school	80 (49.7)	37 (42.5)		
Religion	Yes	119 (73.9)	55 (63.3)	3.07	.050*
	No	42 (26.1)	32 (36.7)		
Chronic illness	None	64 (39.8)	28 (32.2)	1.39	.272
	Having	97 (60.2)	59 (67.8)		
Cell phone	None	44 (27.3)	29 (33.3)	0.98	.381
	Having	117 (72.7)	58 (66.7)		
Previous job	Yes	125 (77.6)	75 (86.2)	2.65	.103
	No	36 (22.4)	12 (13.8)		

* $p<.05$.

Group I=older people perceived not socially isolated; Group II=older people perceived socially isolated.

3. 사회적 고립감 예측요인

로지스틱 회귀분석 결과 가족기능이 좋지 않을수록(OR=

Table 3. Logistic Regression Analysis of Factors which Influence Social Isolation

	Odds ratio	95% CI		p	
		Lower	Upper		
Family and belongingness social support	1.022	0.919	1.138	.684	
Family functioning	0.954	0.926	0.982	.001	
Living	Alone	1.017	0.399	2.593	.972
	With spouse	0.519	0.250	1.078	.079
	With offspring	1			
Religion	Yes	0.872	0.438	1.737	.698
	No	1			
Loneliness	1.042	1.002	1.083	.037	
Depression	1.041	1.002	1.081	.042	
Perceived health status	0.698	0.486	1.002	.051	
Number of chronic illness	1.657	1.153	2.382	.006	

CI=confidence interval.

Table 2. The Differences of Variables between Groups

(N=248)

Variables	Group	n	M±S.D	t	p
Family and belongingness social support	Group I	161	18.85±4.17	6.25	.000*
	Group II	87	15.41±4.03		
Loneliness	Group I	161	38.34±10.31	-5.65	.000*
	Group II	87	46.17±9.93		
Depression	Group I	161	25.71±8.55	-5.19	.000*
	Group II	87	32.81±11.00		
Family functioning	Group I	161	67.66±12.78	6.12	.000*
	Group II	87	55.97±14.60		
Perceived health status	Group I	161	3.01±1.05	-3.59	.000*
	Group II	87	2.54±0.98		
Number of chronic illness	Group I	161	0.86±0.92	-3.15	.002*
	Group II	87	1.35±1.27		

* $p<.05$.

Group I=older people perceived not socially isolated; Group II=older people perceived socially isolated.

0.954, CI=0.926-0.982), 외로움을 더 느낄수록(OR=1.042, CI=1.002-1.083), 우울할수록(OR=1.041, CI=1.002-1.081), 만성질환 보유 수가 많을수록(OR=1.657, CI=1.153-2.382) 사회적 고립감을 느끼는 것으로 나타났다(Table 3).

논 의

본 연구 결과 복지회관 이용 노인 중 사회적 고립감을 느끼고 있는 노인은 34.9%로 국내에서 도농복합형 중소도시 거주 노인의 26.4%가 소외감을 많이 느끼고 있다고 보고한 Kim과 Jung (2004)의 연구와 비교할 때 다소 높았다. 이러한 차이는 본 연구 대상 노인들이 여가활동과 사회망을 구축할 수 있는 기회를 제공하는 복지회관을 이용하고 있었기 때문으로 생각된다. 또한 우리나라(Jee & Goo, 2007)와 캐나다(Havens, Hall, Sylvestre, & Jivan, 2004)에서 도시지역 거주 노인들이 농촌 지역 거주 노인들보다 사회적 고립감을 많이 느낀다고 보고한 연구 결과와 유사하여 도시 지역 노인들이 지방 노인들보다 다소 사회적 고립감을 많이 느끼는 것으로 생각할 수 있다. 그러므로 노인들의 사회적 고립감을 낮출 수 있도록 복지회관 등 지역사회 복지시설에서 노인들의 관심과 흥미를 유도할 수 있는 여가활동 프로그램 개발 및 운영이 필요할 것으로 생각된다. Kwon (2004)의 연구에 의하면 우리나라 노인 중 특별한 여가활동 없이 생활하고 있는 노인들은 전체 노인 인구의 1/5 정도에 이르고 있으며 TV 시청이나 라디오 청취 등 정적인 활동으로 하루를 보내는 노인도 1/3에 이르러 전체 노인의 절반 정도는 특별히 하는 일 없이 무료하게 시간을 보내고 있는 것으로 나타났다. Na (2002)의 연구에서도 노인들이 주로 하는 여가활동은 TV 시청이나 라디오 청취, 집안 일, 화투, 바둑, 등산, 운동, 산책 등 정적인 활동이 대부분인 것으로 보고되어 우리나라 노인들의 여가활동은 부족하며 대부분 정적인 활동임을 알 수 있다. 그러나 노년기의 여가활동은 비공식적인 사회 참여의 기회로 활용될 수 있으며 역할 상실로 인한 소외감을 해소하고 자기존중과 자아실현을 유도할 수 있다(Han & Chung, 2002; Kwon, 2004). 그러므로 노인들의 사회적 고립감을 경감시킬 수 있도록 노년기 여가활동의 중요성을 인식하고 노인들의 요구를 충족시킬 수 있는 다양한 여가 프로그램의 개발 및 여가시설 확충이 필요할 것이다. 또한 노인들의 여가에 대한 인식을 변화시킬 수 있는 지속적인 홍보와 여가시설에 대한 접근성 문제를 최소화할 수 있는 노력이 필요할 것이다. 특히 본 연구 결과 여가활동의 기회가 될 수 있는 복지회관을 이용하는 노인들 중에서도 사회적 고립감을 느끼는 노인이 있었으므로 현행 프로그램의 문제점

을 확인하여 개선할 필요가 있을 것이다.

사회적 고립감을 느끼고 있는 노인과 느끼지 않는 노인 간에 통계적으로 유의한 차이를 보인 일반적 특성은 동거유형, 종교로 혼자 사는 노인, 종교가 없는 노인이 더 많이 사회적 고립감을 느끼고 있었다. 통계청의 장래 가구추계결과에 의하면 2020년에는 우리나라에서 노인 혼자 사는 '나 홀로 가구'가 22%로 늘어나며 65세 이상 고령자가 1인 가구의 40.5%를 차지하는 등 독거노인 문제가 심각한 사회적 현안이 될 것으로 예측되고 있다. 독거는 사회화 양상을 변화시키고 사회활동 참여 기회가 감소되어 외로움과 사회적 고립감에 영향을 미칠 수 있다(Havens et al., 2004). 그러므로 여가활동으로서 노인자원봉사활동 프로그램(Kim & Jung, 2004), 일인 일촌 맺기 사업(Na, 2002) 등 다양한 프로그램을 개발, 활용하여 독거노인들의 사회적 고립감을 경감시키려는 노력이 필요할 것이다. 또한 종교가 있는 노인들은 종교생활을 통해 노년기에도 지속적인 사회생활을 유지할 수 있지만 종교가 없는 노인들은 사회생활의 기회가 부족하기 때문에 사회적 고립감을 느끼는 경우가 많은 것으로 생각된다. 그러므로 종교가 없는 노인들이 종교와 무관하게 복지회관에서의 활동을 통하여 고립감을 극복할 수 있도록 요구에 적합한 프로그램을 개발하여 홍보할 필요가 있다.

한편, 가족 및 친구의 지지가 부족하고 외로움을 많이 느낄수록 사회적 고립감을 많이 느끼고 있었다. 가족 및 친구의 지지와 사회적 고립감과 관계는 노년기를 의미 있게 보내기 위해 제일 중요한 여가활동은 친지와 교류라고 보고한 Kim과 Jung (2004)의 연구와 유사하였다. 도시지역 거주 노인을 대상으로 한 Kim과 Baik (2003)의 연구에서도 가족기능이 낮고 사회적 지지자의 수가 적고, 사회적 지지에 대한 만족감이 낮을수록 외로움의 정도가 큰 것으로 보고되었다. 노인의 사회적 지지체계는 배우자, 자녀, 친구, 이웃 순으로 언급되어 가족이 노인에 대한 지지체계의 80% 이상을 차지하고 있었으며(Han & Chung, 2002), 외국의 연구에서도 90% 이상의 노인이 자신이 느끼는 가까운 사람으로 가족을 지목하고 있었다(Antonucci & Akiyama, 1987). 특히 가족 내에서 소외감을 많이 느끼는 노인일수록 여가활동 참여에 대한 만족 정도가 낮았던(Kim & Jung, 2004) 것을 고려할 때 독거노인이면서 가족 및 친구의 지지가 부족한 노인들이 사회적 고립감을 느끼지 않도록 여가활동 참여를 적극 권장할 필요가 있을 것이다. 구체적으로 친구나 이웃, 자원봉사자 등이 복지회관 등의 지역사회 지지 체계를 통해 혼자 사는 노인과 연결하여 도움을 주도록 하는 사회적 지지체계망을 복지회관 프로그램 개발 및 계획에 반영하여 사회적 고립 완화에 미치는 효과를 확인하는 후속연구가 필요할 것이다.

본 연구 결과 우울을 많이 느낄수록, 보유 만성질환 수가 많을수록 사회적 고립감을 많이 느끼고 있었다. 이러한 결과는 건강악화 등의 신체적 특성(Kim & Jung, 2004), 노년기의 인지적, 기능적 건강문제(Havens et al., 2004), 기능상태 저하(Victor et al., 2000) 등 건강상태가 사회적 고립감과 관련성이 있다는 선행연구와 유사한 것으로 건강상태가 악화되면 사회적 접촉을 유지할 수 없기 때문으로 생각할 수 있다. 우울과 사회적 고립감과 관련성은 노년기의 우울은 외로움(Prince et al., 1998; Routasalo et al., 2006)과 외로움은 사회적 고립감(Savikko et al., 2005; Victor et al., 2000)과 관련성이 있는 것으로 보고한 선행 연구와 유사하였다. 특히 Blazer (2002)에 의하면 우울은 외로움, 사회적 고립감과 관련이 있으나 우울은 심각한 건강 문제로 받아들여지는 반면 외로움이나 사회적 고립감은 노년기의 자연스러운 현상으로 받아들여지면서 간과되기 쉽다고 하였다. 그러므로 노년기에도 사회적 망 확충을 위한 노력, 사회활동 및 여가활동에의 참여, 교회 출석, 방문객 맞이 등 사회적 고립이나 외로움을 예방하기 위한 노력(Andrews, Gavin, Begley, & Brodie, 2003)으로 우울과 같은 심각한 정신 문제를 조기에 예방해야 할 것이다. 구체적으로 가족이나 친지들이 혼자 사는 노인들을 주기적으로 방문하거나 노인들이 가족이나 친지를 주기적으로 방문하는 활동을 계획하고 노인들이 참여하는 자조모임을 활성화하는 방안(Owen, 2007)을 고려해볼 수 있다.

사회적 고립감과 관련이 있는 변수들 중에서 로지스틱 회귀분석 결과 사회적 고립감 예측요인으로 판명된 것은 만성질환 보유수, 외로움과 우울, 가족기능이었다. 이러한 결과는 외로움, 가족 및 친지의 지지, 사회적 고립감을 노년기 건강상태를 예측하는 요인으로 보고한 Tomaka 등(2006)의 연구와 유사하였다. 우리나라 노인의 90.1%가 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있으며, 노년기 여가활동 참여 장애요인 중 건강문제가 33.3%로 가장 많은 것을 고려할 때(Kim & Jung, 2004) 만성질환 노인들의 건강문제가 효율적으로 관리되지 않는다면 향후 사회적 고립감을 경험하는 노인들의 수는 증가할 수도 있다. 그러므로 만성질환 노인들의 건강 문제 해결 및 건강 증진 요구를 수용할 수 있는 복지회관 프로그램을 개발하여 노인의 건강과 사회적 고립감에 미치는 효과를 확인하는 후속연구가 필요할 것이다. 또한 사회적 고립감과 외로움은 동일하게 생각할 수 있으나 외로움은 사회적 고립감과 구별되는 개념으로(Adams et al., 2004; Holmen & Furukawa, 2002; Routasalo et al., 2006), 사회적 고립감의 주요 예측요인으로 나타났으므로 외로움 경감을 위한 효율적 프로그램 개발 및 적용이 필요하다. 노인은 젊은 사

람보다 새로운 사회망 구축이 어렵고 정서적 유대감 형성도 쉽지 않다(Adams et al., 2004). 그러므로 외로움을 경감시키고 외로움으로 인한 사회적 고립감 악화와 같은 좋지 않은 결과를 예방하기 위해서는 단지 사회적 접촉 기회만을 증가시키는 것보다 정서적 요소와 내적인 측면을 반영하여 접촉에서의 만족도를 높일 수 있는 방안을 마련해야 한다(Clarke, Clarke, & Jagger, 1992; Routasalo et al., 2006). 또한 사회적 망의 크기보다 사회적 관계에 대한 지각된 질이 외로움의 더 중요한 결정자이므로(Victor et al., 2000), 노인의 사회적 접촉에 대한 개별적 요구와 의미를 반영하여 노인이 스스로 자신의 삶을 변화시킬 수 있도록 힘을 북돋우어 주는 방안이 필요하다. 구체적으로 사회홍미치료가 노인들의 우울과 사회생활에 대한 흥미를 갖게 하여 사회적 고립감에 유용(Ionedes, 2008)하며, 노인종합복지관 프로그램 유형 중 정서적 활동보다는 신체적 활동 참가자가 친화성이 높았으므로(Park, 2006) 적절한 신체활동을 포함한 프로그램이 효과적일 것으로 여겨진다. 또한 노년기 외로움 경감을 위한 유용한 방안으로 추천된(Holmen & Furukawa, 2002; Rokach, 1990) 회상적 태도, 전문적인 중재나 지지, 새로운 관계 형성, 새로운 지지체계 구축 등의 활용 방안을 고려해야 할 것이다. 만성질환으로 다양한 건강문제를 지니고 있는 노인들에게 지역사회 내에서 접근 가능성이 뛰어난 복지회관에서 건강 교육 프로그램을 제공하면서 교육의 내용뿐 아니라 제공 방식에도 관심을 두어 노인들이 교육과정에 참여하면서 사회적 접촉에 대한 요구를 충족할 수 있도록 해야 할 것이다.

결론 및 제언

본 연구는 대표적 노인여가복지시설인 노인복지회관을 이용하고 있는 노인들의 사회적 고립감 정도를 확인하고 사회적 고립감 예측요인을 확인하기 위하여 시도된 횡단적 서술적 조사 연구이었다. 2006년 6월에서 8월까지 대도시에 위치한 노인 복지회관을 이용하고 있는 노인 248명을 대상으로 자가보고 및 면담으로 자료를 수집하였다. 주요 연구 결과는 다음과 같았다.

첫째, 복지회관 이용 노인 중 사회적 고립감을 느끼고 있는 노인은 87명(34.9%)이었다.

둘째, 복지회관 이용 노인의 동거유형($\chi^2=9.78, p=.008$), 종교($\chi^2=3.07, p=.050$)에 따른 사회적 고립감의 차이가 통계적으로 유의하였다.

셋째, 복지회관 이용 노인의 사회적 고립감은 가족 및 친구의 지지($t=6.25, p=.000$), 외로움($t=-5.65, p=.000$), 우울($t=-5.19, p=.000$), 가족기능($t=6.12, p=.000$), 지각된 건강상태($t=-3.59,$

$p=.000$), 보유 만성질환 개수($t=-3.15$, $p=.002$)에 따라 통계적으로 유의한 차이를 보였다.

넷째, 로지스틱 회귀분석 결과 가족기능($OR=0.954$, $CI=0.926-0.982$), 외로움($OR=1.042$, $CI=1.002-1.083$), 우울($OR=1.041$, $CI=1.002-1.081$), 보유 만성질환의 개수($OR=1.657$, $CI=1.153-2.382$)가 사회적 고립감 예측 요인으로 나타났다.

본 연구 결과 복지회관은 많은 사람들을 만나고 사귀 수 있는 좋은 환경임에도 불구하고 복지회관 이용 노인 중에 사회적 고립감을 느끼는 노인이 있으므로 이들에 대해 특별한 관심이 요구되며, 사회적 고립감을 완화할 수 있는 중재가 요구된다.

이상의 결과를 토대로 다음과 같이 제언한다.

첫째, 독거노인 및 종교가 없는 노인을 대상으로 노년기의 사회적 접촉 빈도와 사회적 접촉의 만족도 향상을 도모할 수 있는 효율적인 복지회관 여가활동 프로그램 개발 및 효과 검증 연구가 필요하다.

둘째, 노년기 사회적 고립감 경감을 위한 간호중재 개발에서 중요한 것은 노인 개인의 외로움의 의미를 파악하는 것이다. 따라서 노인과 가까운 자녀나 친지와의 관계의 질과 관계의 의미를 심도있게 파악하는 후속연구가 필요하다.

셋째, 복지회관 등에서 만성질환 노인 대상의 건강 증진과 건강문제 해결을 위한 교육 프로그램 제공 시에 노인들의 교육 과정에 적극적으로 참여하면서 사회적 접촉에 대한 요구를 충족할 수 있도록 다양한 방법을 적용해야 할 것이다.

REFERENCES

- Adams, K. B., Sanders, S., & Auth, E. A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: Risk and resilience factors. *Aging & Mental Health*, 8, 475-485.
- Andersson, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging & Mental Health*, 2, 264-274.
- Andrews, G. J., Gavin, N., Begley, S., & Brodie, D. (2003). Assisting friendships, combating loneliness: Users' views on a 'befriending' scheme. *Ageing & Society*, 23, 349-362.
- Antonucci, T. C., & Akiyama, H. (1987). Social networks in adult life and a preliminary examination of the convoy model. *Journal of Gerontology*, 42, 519-527.
- Blazer, D. G. (2002). Self-efficacy and depression in late life: A primary prevention proposal. *Aging & Mental Health*, 6, 315-324.
- Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western Journal of Nursing Research*, 20, 325-343.
- Clarke, M., Clarke, S. J., & Jagger, C. (1992). Social intervention and the elderly: A randomized controlled trial. *American Journal of Epidemiology*, 136, 1517-1523.
- Fees, B. S., Martin, P., & Poon, L. W. (1999). A model of loneliness in older adults. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 54, P231-239.
- Han, I. Y., & Chung, S. D. (2002). Linkage effects of new social support system for the elderly women living alone. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 21, 145-156.
- Havens, B., & Hall, M. (2001). Social isolation, loneliness, and the health of older adults in Manitoba, Canada. *Indian Journal of Gerontology*, 15, 126-144.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23, 129-140.
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people-a follow-up study. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 35, 261-274.
- Ionedes, N. J. (2008). *An exploration of social interest therapy as a treatment for depression in the elderly*. Unpublished doctoral dissertation, Capella University, Minesota, USA.
- Jee, Y., & Goo, C. (2007). The differences of abilities to physical activity, social networks, depression degrees of elderly between residing rural and urban. *Journal of Coaching Development*, 9, 425-439.
- Chon, K. K., & Rhee, M. K. (1992). Preliminary development of Korean version of CES-D. *Korean Journal of Clinical Psychology*, 11, 65-76.
- Kim, O. S. (1997). Korean version of the revised UCLA loneliness scale: Reliability and Validity test. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 27, 871-879.
- Kim, O. S., & Baik, S. H. (2003). The relationships among loneliness, social support, and family function in elderly Korean. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 33, 425-432.
- Kim, H. N., & Jung, M. S. (2004). The study for activating elderly's utilization of leisure programs based on the needs of the elderly using community welfare institutions. *Journal of Welfare for the Aged*, 26, 263-285.
- Kwon, J. D. (2004). *Social welfare of the elderly*. Seoul: Hakjisha.
- Lee, I. S., Park, Y. S., Song, M. S., Lee, E. O., Kim, H. S., Park, Y. H., et al. (2002). A study on the development of the Korean family functioning scale. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32, 395-405.
- Na, H. J. (2002). An study of leisure of the elderly for successful aging. *Journal of Welfare for the Aged*, 18, 131-163.
- Owen, T. (2007). Working with socially isolated older people. *British Journal of Community Nursing*, 12, 115-116.
- Park, I. S. (2006). *Influence of participation in leisure program at welfare center for senior on successful aging*. Unpublished doctoral dissertation, Kookmin University, Seoul.
- Prince, M. J., Harwood, R. H., Thomas, A., & Mann, A. H. (1998). A prospective population-based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late-

- life depression. The Gospel Oak Project VII. *Psychological Medicine*, 28, 337-350.
- Rokach, A. (1990). Surviving and coping with loneliness. *The Journal of Psychology*, 124, 39-54.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people—a population-based study. *Gerontology*, 52, 181-187.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Tilvis, R. S., Pitkälä, K. H., Jolkkonen, J., & Strandberg, T. E. (2000). Social networks and dementia. *Lancet*, 356, 77-78.
- Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health*, 18, 359-384.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.