

# 고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향

## Effects of the Social Health of the Aged on their Quality of Life

박영석

용곡대학(龍谷大學)

Young-Seok Park(pys4820@hotmail.com)

### 요약

다가올 고령사회 고령자의 사회문제를 해결하기 위한 방안으로 사회적 건강의 필요성을 주장하고, 고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 함이 주된 연구의 목적이다. 이를 위해 경기도 의왕시에 거주하고 있는 65세 이상 고령자 중 사회활동에 참가하는 고령자를 대상으로 하였으며, 총 157부가 최종분석에 사용되었다. IBM SPSS 21.0 을 이용하여 빈도분석, t-Test와 one-way ANOVA, Duncan 사후검정상관관계분석, 위계적 회귀분석을 실시하였다. 주된 연구결과는 다음과 같다. 사회인구학적 요인과 사회적 건강의 상관관계에 있어서는 경제적수준, 주관적 건강과 사회적 건강은 양(+)적인 상관관계를 나타냈으며, 요양등급은, 경제적수준, 주관적 건강은 사회적 건강과는 음(-)적인 상관관계를 나타냈다. 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향에 있어서는 사회인구학적 특성 변인만을 투입한 모델1의 경우 분산설명력은 38.2%로 나타났고, 회귀모형은 유의미하였다( $F=13.141, p<.001$ ). 사회인구학적 특성과 사회적 건강 변인을 투입한 모델2의 경우 분산설명력은 13.8%로 나타났으며, 회귀모형은 유의미하였다( $F=20.057, p<.001$ ). 이상의 연구결과를 바탕으로 몇 가지 제언을 제시하였다.

■ 중심어 : | 고령자 | 사회적 건강 | 삶의 질 |

### Abstract

The purpose of this paper is to assert the necessity of social health as a solution to resolve social issues of the aged in the nearing aged society, and to assess the effects that the social health of the aged has on their quality of life. In doing so, the study gathered as its study subjects those aged persons who participate in social activities among persons aged 65 or older who reside in Euiwang-si, Gyeonggi-do. A total of 157 subject studies were used for the final analysis. An analysis of frequency, t-Test and one-way ANOVA, Duncan post-test, correlation analysis and hierarchical regression analysis was conducted by using the IBM SPSS 21.0. The main study findings are as follows. with respect to the correlation between socio-demographic factors and social health, economic level, subjective level of health and social health showed a positive correlation. Domiciliary treatment level and subjective level of health showed a negative correlation with economic level and social health, respectively. with respect to the effects of social health on quality of life, in the case of model 1 which only input factors of socio-demographical characteristics, the variance explanation power was found to be 38.2% and the regression model was found to be significant ( $F=13.141, p<.001$ ). In the case of model 2 which input factors of socio-demographical characteristics and social health, the variance explanation power was found to be 13.8% and the regression model was found to be significant ( $F=20.057, p<.001$ ). Based on such study results, this study recommends a number of proposals.

■ keyword : | Aged | Social Health | Quality of Life |

## I. 서론

한국은 선진국에 비해 유례없는 속도로 고령화가 진행되고 있는 반면, 은퇴로 인한 소외감과 외로움, 가족 부양의 어려움 등 다양한 문제들에 대한 대비책이 마련되지 않는 상황이다. 이러한 상황에서 노인들의 삶의 질 수준은 낮아질 수밖에 없으며, 이는 노인들의 성공적인 노화(successful aging)를 방해하는 원인들이 될 수 있다. 현대사회에서 발생하고 있는 다양한 노인 문제들은 크게 질병, 빈곤, 역할상실, 고독과 소외로 대변하고 있다. 그 중에서도 은퇴 후 노인들의 역할상실에 따른 고독과 소외의 문제는 현대사회에서 중요한 노인문제로 대두되고 있다. 한국의 통계청 자료에 따르면, 2012년 기준 65세 이상 인구는 전체인구의 11.8%에 이르렀고, 2020년에는 15.7%로 UN의 기준에 의하면 고령사회, 2030년에는 24.3%로 초고령사회가 될 것으로 전망된다. 노인들의 기대수명 또한 2005년에 78.6세를 넘어, 2030년에는 83.1세를 넘을 것으로 추산된다[1]. 또한 65세 이상 노인이 가구주인 노인가구의 비중도 2010년 17.4%(2,982,240가구)에서 점점 늘어나 2030년에는 10가구 중 3가구가 노인가구일 것으로 전망하고 있다. 2010년 인구주택총조사 기준을 살펴보면, 혼자 가구를 구성하고 있는 65세 이상의 성인은 총 106만 6천 가구로 전체 노인의 가구 407만 2천 가구의 26.2%로 나타나 독거노인이 증가하고 있음을 알 수 있다. 즉, 우리 사회 내에는 홀로 사는 노인인구 수의 증가와 더불어 지역사회 내에 거주하지만 집밖에 나가지 못하는 노인들 또한 증가하고 있다. 이는 지역사회 내에 거주하는 노인들 가운데 사회적 관계가 위축되어 있거나 사회적 고립 위험이 높은 노인들이 증가함을 의미한다.

연령이 높은 고령자 일수록 신체적·정신적 기능이 쇠퇴되어 일상생활을 자립적으로 수행하기 어려워진다. 따라서 노인들은 가족으로부터의 부양에 대한 욕구가 높아지기 마련이다. 그러나 노인에 대한 부양의식은 급격히 변화해 가고 있어 전통적인 가족 내 동거를 통한 부양의식은 약화되고 있는 상황이다. 고도의 산업화가 가져온 다양한 현상들로 인해 가족 구조의 핵가족화는 불가피한 가족의 형태이며, 이와 맞물린 저 출산과 급

속한 고령인구의 증가는 연장된 고령기 동안의 부양에 대한 막중한 책임을 자녀 세대에게 책임을 지우기보다는 본인 스스로 노후를 책임져야 한다는 방향으로 변화해 가고 있다.

이와 같은 현대사회의 특징인 대도시화와 핵가족화라는 상황 속에서 많은 사람들이 “고립”된 생활을 하고 있다. 고립된 생활은 가족 간의 의사소통 단절과 이웃 간 관심의 부재를 낳게 되고, 심지어는 자신의 집에서 아무도 모르게 죽어가는 “고독사”로 연결되고 있다. 2012년 통계청 자료[2]에 의하면 65세 이상 고령자의 자살자수는 2009년 4,071명, 2010년 4,378명, 2011년 4,406명으로 매년 4,000명 이상의 고령자가 자살로 사망하고 있는 추세이다. 65세 이상 고령자의 자살문제는 인구고령화와 더불어 더욱 심화될 것으로 예상되기 때문에 이를 예방하기 위한 사회적 노력이 시급하다.

2010년 1월 31일, NHK스페셜 「무연사회-무연죽음 3만 2000명의 충격」이 방송되었다. 여기서 무연죽음으로서 명명되어 있는 것은, 행려사망자=신원불명으로 시신을 거두어 갈 사람이 없는 사망자이며, 연간 3만명 이상이라고 하는 자살자에게 필적하는 수는 사회에 충격을 주었다. 이 보도를 계기로, 단신화가 진행되는 사회속에서, 가족이나 지역, 사회와의 관계가 희박해지고, 고독한 생활, 죽어도 아무에게도 알아차려지지 않는, 그것이 남의 일이 아니고 자신의 장래와 중첩되는 사람의 많음은, 무연사회를 그 해의 유행어대상에 지명되는 것에 이르렀다.

일본에서 고령자의 사회적 고립 문제가 지적되기 시작한 것은, 1970년대 전반이다. 주된 당시의 논조는, 고용 형태의 변화와 핵가족화의 진전에 따라, 고령자의 단독세대가 증가하는 동시에, 고령자의 고립화가 진행됐다고 말할 수 있다. 그것에 대해, 최근은, 「무연사회」 보도에 대표되게, 지연, 혈연, 회사와의 인연 등의 상호부조 시스템이 붕괴된 것에 의해, 고령자의 고립화가 진행한 실태가 문제시 되고 있다[3]. 특히, 고독사, 아사, 집단자살, 학대 등 고령자를 둘러싼 일련의 사건이 이목을 끌었다. UR 도시기구의 조사[4]에 의하면, 65세 이상 고령자의 고독사는 1999년부터 2008년에 걸쳐서 약 3.5배 증가하고 있다. 이 현상에 호응하여, 각지에

서 자치회 등을 중심으로 고령자 돌봄 활동이 행해지고 있다.

WHO는 건강[영국 health, 독일 Gesundheit, 프랑스 sante]을 "육체적 정신적 및 사회적으로 완전히 좋은 상태에 있는 것으로, 단순히 질병 또는 허약해서 없는 것은 아니다"라고 정의하고 "다시금 최고의 건강 수준을 누리는 것은 인종, 종교, 정치적 신조, 경제적 상태 여하를 불문하고 모든 인간의 기본적 권리이며, 정부는 그 국민의 건강에 대해 책임을 지는 것이다"라고 하고 있다. 이처럼 최고의 가능한 건강 수준을 모든 사람에게 도달하는 것을 이념으로서 내걸고 사람들의 건강 이상 상을 나타낸 것이다[5].

이에 본 연구에서는 다가올 고령사회 고령자의 사회 문제를 해결하기 위한 방안으로 사회적 건강의 필요성을 주장하고, 고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 한다.

## II. 이론적 배경

### 1. 사회적 건강

사회적 건강은 사회관계가 원만하고, 사회적 활동이 활발한 상태로 정의할 수 있다. 최근에는 건강에 대하여 생물학적인 조건보다는 개인의 행동과 사회적 조건에 초점을 두는 사회적 모델이 각광을 받으면서 사회적 건강에도 관심이 집중되고 있다[6].

노인이 사회적 관계망으로부터 얼마나 고립되어 있는가 정도와 건강의 관련성을 살펴본 연구들에 의하면, 사회적 관계가 제한된 노인이 그렇지 않은 노인보다 사망률 위험이 2-3배 높았으며, Blazrt & Houpt(1979)의 연구에서는 건강을 나쁘게 지각한 사람들이 사회적으로 고립된 사람들인 것으로 나타난다.

사회적 건강과 지각된 건강에 관한 선행 연구들에서는 사회적 건강을 사회적 통합성(social integration)으로 접근해 왔다. 사회적 통합성이란 개인이 특정 집단 또는 사회 체계 속에 얼마나 밀접하게 관여(embedded)하고 있는가를 나타내는 개념으로 실증 연구에서는 사회적 관계망에 있어서의 참여 정도와 사회 활동 정도로

크게 두 가지로 조작화 되어 탐색되고 있다.

한편, 사회적 통합성을 사회활동 정도로 살펴본 선행 연구들에서는 지역사회에서 활발한 활동을 하고, 다양한 단체 활동을 하는 경우 자신의 건강을 보다 긍정적으로 평가하는 것으로 나타났다. 또한 건강의 의미를 탐색한 Idler(1999)의 연구에서는 사회 활동을 활발히 하는 노인들이 자신을 건강한 사람이라고 지각하는 경향이 관찰되었다[7].

이러한 사회 활동에 대해 大塩[8]는 "사회적 생활"의 주요 요소는 다음과 같이 정의하였다. ①집에 틀어박혀 있지 않고 밖으로 나와, ② 여러 사람과의 교류, ③ 사람과의 대화. 이를 실행함과 동시에 ① 걸어 다니는 전신 운동을 한다, ② 희로애락 등의 감정기능을 활성화한다, ③ 생각하고, 고민하는 정신 기능을 자극한다. 이른바 "지·덕·체"의 기능을 하게 된다. 또한 이러한 "사회적 생활"을 가능하게 하는 조건으로 본인의 의욕과 성격, 가족의 이해·협력, 경제적 여유 등의 요인이 있지만 무엇보다 사회 참가할 기회와 장소가 전제 조건으로서 필요하다. 즉, 大塩의 논문에서는 걷고, 사람과 사귀고, 이야기하는 사회성이 풍부한 생활을 "사회적 생활"이라고 하고, 그로 인해 건강한 생활을 하는 것을 "사회적 건강"이라고 정의하고 있다.

이정화[9]는 사회적 건강을 사회관계가 원만하고 사회활동이 활발한 상태로 정의하고 있고, 김석준[6]은 사회적 건강을 가족 결속도와 사회적 지지로 정의 내리고 있다.

이에 본 연구에서는 사회적 건강을 사회활동 참가, 사회적 네트워크, 사회적 지지, 삶의 만족도 4개의 측면에서 사회적 건강을 정의하고자 한다.

#### 1.1 고령자의 사회활동 참여

사회적 활동 참여와 관련한 연구들은 주로 활동이론을 기반으로 하고 있다. 활동 이론에 따르면 노년기의 역할 상실 혹은 감소된 역할이 다른 것으로 대체될 때 노년기의 행복감이 증진되므로 다양한 활동의 참여 및 사회적 상호작용이 노년기의 생활만족과 안녕감을 증진시킬 수 있다. 노인이 보다 능동적이고 적극적으로 활동에 빈번하게 참가할수록 생활만족도가 높다는 가

설은 경험적 연구 결과를 통하여 비교적 오래 전부터 검증되어 왔다[10].

사회활동은 “타인과 친밀한 관계를 유지하는 의미 있는 활동, “타인과의 상호교류와 관련된 일정한 규칙이나 형태를 띤 활동으로 정의되며, 일반적으로 개인이나 집단이 사회적 상호작용의 교류를 통해 관계망을 형성하고, 개인이나 집단의 욕구를 충족시키는 사회참여행위를 의미한다[11]. 적극적인 사회활동참여는 연령, 성별에 상관없이 개인적, 사회적 차원에서 중요한 역할을 담당하는 것으로 알려져 있지만, 노년기에 접어들면 배우자와 친구와의 사별, 은퇴, 신체적 기능약화 등으로 인해, 사회적 역할을 상실하고 사회적 관계망이 축소되며 사회활동에 소극적으로 참여하게 된다. 이는 노년기의 사회적 고립감과 상실감을 증폭시켜 노년기 적응의 위해 요인으로 작용할 수 있다. 따라서 노년기의 사회활동참여는 개인의 정체감 유지, 기존 사회적 관계의 구조화 및 새로운 관계망 형성 등을 통해, 궁극적으로 노인의 삶의 질을 향상시킨다[12].

일반적으로 은퇴 이전의 사회참여는 개인의 경제적, 신체적 또는 여가성격의 활동을 제외한 사회나 국가 등의 조직 또는 단체에 참여하여 특정한 목적을 이루고자 하는 활동, 즉 사회단체, 시민단체, 지역복지, 봉사단체 등에 참여하여 사회변화나 발전 등의 목적을 가지면서, 자아성취와 자기개발 등의 개인적인 목적을 갖는다.

반면에, 은퇴 후의 노인의 사회참여는 사회적인 역할을 위한 목적 외에 개인의 노후생활을 보람 있게 보내기 위한 수단으로서 경제적, 신체적, 여가 등의 활동을 포함한 개념으로 정의할 수 있다[13].

노인은 사회적 활동을 통해 사회관계를 유지함으로써 사회적 접촉과 사귀는 기회를 지속적으로 갖게 되며 사회단체가 개인에게 부여한 역할들은 노인의 사회적 역할 상실을 보상해 주고 이러한 역할들을 수행함으로써 개인적인 만족감과 자기존중감을 체험하게 되며 삶의 질의 증진을 가져올 수 있다. 또한 사회로부터 격리되고 주변화 되어 있는 노인들에게 새로운 역할을 제시하여 노인층의 잠재력을 사회적으로 이끌어내는 사회통합의 측면은 성공적인 노화를 이룰 수 있는 의미 있는 작업으로 간주할 수 있다[14].

일본에서는 사회참가의 정의를 광의의 정의와 협의의 정의로 구분해서 볼 수 있는데, 광의의 정의는 현대 에이징 사전(現代エイジング辭典)에서는 사회적 활동을 지역사회를 기반으로 하는 비공식적인 관계를 바탕으로, 동일 목적에 모인 사람들의 자발적인 활동 일반을 가리키는 경우가 많다[15]라고 지적하고 있다.

小笠[16]는 사회참가를 노후의 사는 보람을 스스로 요구, 얻기 위한 사회적체활동의 참가나 사회적·인간적체관계를 유지, 확대하는 것이다 라고 진술하고 있다. 西下[17]는 사회참가에 대해서 개인이 주체적·자발적 동기부여에 따라, 단체·조직이나 사회관계의 망에 계속적으로 참가하는 것이다 라고 말하고 있다.

협의의 정의에 있어서는 奥山[18]사회참가(사회참가 활동)을 비공식적 부문에 있어서, 가족생활을 넘은 지역사회를 기반으로 해서, 동일한 목적을 소유하는 사람들이 자주적으로 참가하고, 집단으로 행하는 활동이라고 정의하고 있다. 松岡[19]의 사회참여 인식에 대해서는 ①집단(조직)활동에 한정하고, 동료 사이에서 하는 활동이 없는, ②직업활동을 제외했지만, 사는 보람으로서의 취업은 포함시키고, ③지역봉사활동에 국한하지 않는다고 지적했다. 岡本[20]는 사회참가를 가족이나 친족을 뛰어넘는 다른 사람과의 대인활동, 단체나 조직에 참가해서 하는 활동, 지역에서의 활동의 장으로 참여와 같은 노인의 빈 시간을 활용해 자주적으로 하는 활동의 총체로 여기고 있다. 菅原등[21]은 사회참가를 일 이외에서, 스스로 적극적으로 참가하는 어떠한 사회집단에서의 참가이며, 개인이 하는 자원봉사활동이나 취미활동은 제외했다고 말하고 있다[22].

이에 본 연구에서는 사회활동 참여를 종교단체, 친목단체, 봉사활동, 노인정(경로당), 노인대학, 취미생활을 위한 모임, 노인복지관(사회복지관 포함), 유급노동으로 분리하여 규정하고자 한다.

## 1.2 고령자의 사회적 관계망

사회적 관계망의 개념은 1940년대 후반에 사회학의 개념으로 소개되었으나, 연구자에 따라 달리 규정되어 합의된 개념규정은 찾아보기 어렵다. 사회적 관계망은 개인이나 집단들 간의 연결 구조를 나타내는 분석적인

개념으로서 사회적 관계의 양적인 측면을 나타낸다. 사회적 관계망의 접근은 친구나 친척의 수, 접촉의 빈도와 같은 구조적인 특성을 강조한다. 사회적 관계망은 친척·친구·이웃·성직자·공적지원자 뿐만 아니라 지속적인 상호작용 관계를 형성하고 있는 어느 누구든지 포함될 수 있다. 즉, 사회적 관계망은 단순상호작용관계에 있는 사람들은 물론이고 심적·물질 지원을 하는 관계를 포함한다.

사회적 관계망은 개인이 가지는 사회관계의 구조다. 지원을 제공할 것인가 아닌가에 관계없이, 한사람한사람이 가지고 있는 인간관계의 안에 존재하는 유동적인 관계이며, 네트워크의 구조적 요인에 의해 변화되어 간다. 사회적 관계망(social network)의 구조적·내부적 특징으로서 ①크기(인원수), ②밀도(접촉의 정도), ③간밀도(결부의 강함), ④계속성(안정한 관계의 계속), ⑤기능성(단일기능인가 복수기능인가), ⑥상호성(관계의 상호성), ⑦빈도(접촉의 빈도), ⑧균질성(멤버의 특징의 유사성)을 넣을 수 있다. 지금까지의 연구로부터 가족구성, 연령, 성별, 학력, 고용 상황 등의 구조적 요인에 의해 같은 사회적 관계망(social network)를 가지는 경향이 보여 지는 것이 밝혀져 있다[23].

사회적 관계망은 크게 구조적 측면과 기능적 측면의 두 차원으로 구분할 수 있다[24][25]. 구조적 측면은 사회적 관계망의 양적인 측면으로 한 개인의 사회적 관계망 내에 존재하는 관계들의 유형, 관계망의 크기 및 개인과 관계가 있는 사람들, 예를 들면 가족, 친척, 친구, 이웃, 지인 등과의 접촉 빈도와 같은 요소들이 중심이 된다[26].

이에 비해 기능적 측면은 관계망이 사람들에게 제공하고 있는 기능에 대한 분석, 즉 지원체계로서 관계의 내용을 의미한다[27]. 이는 사회적 관계망의 객관적 특징과는 다르게, 지지의 실질적인 교환을 의미하며, 가족, 친구, 또는 이웃 등으로부터 받은 교환에 대한 만족을 포함한다[28].

본 연구에서는 사회적 관계망을 개인을 알고 그들과 지속적으로 상호작용하는 가족외부의 개인들의 집합으로 정의하고자 한다. 따라서 사회적 관계망의 형태는 친족, 친구, 이웃 등을 통해 형성되는 관계를 포괄하는 의미로 규정하고자 한다.

### 1.3 사회적지지

사회적 지지에 대한 연구는 개인이 보유하는 사회관계와 개인의 심신의 건강과의 관련에 대한 여러 연구를 계기로 일어났고, Casseel(1974)과 Caplan(1974)에 의해 개념화되기 시작했다. Casseel(1974)은 사회적 지지를 환경이나 사회관계의 변화를 가져오거나 발병 가능성에서 건강을 보호하는 것으로 받아들였으며, Caplan(1974)은 위기 상황에서 서로 연관이 있는 밀접한 조직에서 얻어진 정서적 지지로 일 중심으로 이루어지는 질적 원조라고 파악했다.

사회적 지지의 개념은 기능면과 구조면을 중심으로 유형화되어 왔다. 사회적 지지 기능에 관련된 것으로서 가장 폭 넓게 이용되는 것은 Kaplan을 비롯한 Cobb, House, Kahn과 Antonucci, Weiss정의 이다. Kaplan은, 객관적·물질적 지지(물질적 지지를 제공하는 행위), 객관적·심리적 지지(정서적, 인지적 지지를 제공하는 행위), 주관적·물질적 지지(구체적인 원조를 받고 있다고 본인이 주관적으로 느끼는 상태), 주관적·심리적 지지(상호작용을 통해 개인이 평온감, 친밀감, 희망 등을 얻었다고 주관적으로 느끼는 상태)로 세분하였다[29]. Cobb(1976)는, 사랑받고, 보호받으며, 존중받고 있다는 정보, 그리고, 상호 의무적인 네트워크에 소속되어 있다고 믿게 해주는 정보라고 정의하여, 주로 정서적인 면에 초점을 맞추고 있다. House(1981)는, 정서적 지지, 정보적 지지, 도구적 지지, 평가적 지지의 4가지로, Thoits(1982)는 도구적 지지와 정서적 지지로, Berkman(1979)은 수단적 지지, 정서적 지지, 경제적 지지로 유형화하였다[30].

또한 Kahn(1985)은 개인 간의 상호작용으로서 타인에 대한 애정, 타인의 언행에 대한 긍정, 타인에 대한 상징적이거나 물질적인 도움 등의 지지적인 작용이라 하였으며, 이와 같이 기능면의 정의는 연구자에 따라 다른데, 野口(1991)는 자원, 애착, 행위, 정보, 교류의 측면에서 파악할 수 있는 것으로, 인지적·주관적 측면과 행동적·객관적 측면의 양면을 포함하는 것으로 기존 개념들을 정리하였다.

사회적 지지의 구조적 측면은, 지지원, 사회적망, 사회자원 등과 유사한 개념이다. Cantor 등(Cantor &

Little, 1985)은 배우자, 동거자녀, 별거자녀, 친족, 이웃, 친구 등을 들고 있으며, Maguire(1991)는 사회적 지지는 한 개인에게 가족성원, 친구, 전문가, 그 외의 타자가 제공하는 원조 및 지도, 또는 케어행위를 포함한 긍정적이고 적극적인 의미를 가지는 개념이며, 그러한 지지는 공식적 및 비공식적인 자원으로부터 제공된다고 하였다. 谷口(1993)는 공적기관 및 전문가가 제공하는 공식적 지지와 자원봉사 및 이웃, 가족 등의 비공식적인 지지를 사례관리라는 방법에 의해 유기적으로 결합함으로써, 다면적으로 클라이언트를 원조하는 지역복지 접근의 일종이라고 하여 보다 실천적인 관점에서 정의하였다[31].

사회적 지지체계가 제공하는 지지에 대한 관점 또한 학자들에 따라 조금씩 달리 하면서 다양하게 접근하고 있으나[32][33], 공통적으로는 정서적 지지와 도구적 지지를 제시하고 있다. 정서적 지지는 심리적 안정감을 제공해주고 사랑을 받고 있다고 느끼는 감정적 측면이며, 도구적 지지는 신체적 활동의 제한 등으로 할 수 없는 것을 직접 도와주거나 물질적인 지원을 의미한다. 도구적 지지에는 집안 일 돕기, 아이 돌보기, 돈 빌려주기 등의 다양한 부분이 포함된다[34][35].

정순돌[36]은 사회적 지지체계란 가족, 친구, 이웃, 동료 또는 전문가 등으로 이루어진 체계이며, 이들 체계들이 제공하는 도움을 사회적 지지라고 하였고, Carole 등(1987)도 사회적 지지를 가족, 친구, 이웃이 제공하는 다양한 형태의 도움과 원조라고 유사한 의미로 언급하였다. 이러한 사회적 지지는 모든 사람들에게 공평하게 주어지지 않으며 이용 가능한 사회적 지원의 양과 질에도 차이가 있다[37].

보편적으로 인생주기 가운데 노년기에는 건강, 인지, 감정적인 변화로 인해 사회적 지지의 필요성이 증가하는 시기로, 이 시기에 사회적 지지를 제공하는 가족, 친구, 이웃 등은 노인의 웰빙(well-being)에 영향을 미칠 수 있기 때문에 강한 사회적 지지체계를 구축할 필요성이 요청된다[38]. 인간은 사회적 환경 속에서 타인들과 더불어 삶을 살아가야 할 사회적 존재이며, 타인과의 지속적인 상호작용과 유대관계의 유지는 특히 여유시간이 많은 노인들에게 더욱 중요하리라는 것은 충분히 짐작할 수 있다[39].

이에 본 연구에서의 사회적 지지는 가족, 친척, 친구, 이웃과의 상호적 제공을 사회적 지지라고 정의하고자 한다.

#### 1.4 고령자의 삶의 만족도

삶의 만족도 개념이 일반화된 것은 Neugarten과 Havinghurst, Tobin(1961)이 활동 이론과 분리이론을 검증하기 위해 삶의 만족도를 종속 변인으로서 사용하면서부터라고 할 수 있다. 대표적인 학자들[40][41]에 의해 정의된 삶의 만족도 연구는 1970년대 이후 노인의 삶에 대한 주관적 안녕감(subjective well-being)을 중요시하는 경향으로 확장되었고 인지적 차원과 정서적 차원으로 나누어진[42]. Neugarten과 그의 동료들은 이 연구에서 삶의 만족을 다섯 가지 구성요소로 설명하고 있는데 구체적 내용은 다음과 같다. 첫째, 현재 생활을 구성하고 있는 활동으로부터 생활에 대한 만족수준, 둘째, 자신의 삶을 의미 있는 것으로 간주하고 지금까지의 삶에 대한 절대적 수용, 셋째, 기대하던 목표와 성취된 목표사이의 일치를 달성함으로써 삶의 목표를 성취하였다는 감정, 넷째, 긍정적인 자아상, 다섯째, 행복 및 낙관적인 태도와 정서에 대한 유지하는 정도를 포함하여 구체적으로 측정하고 있다[43].

Kalish(1975)는 삶의 만족도를 삶을 의미 있는 것으로 인정하고, 기대 했던 목적을 성취한 정도와 환경과 조화를 유지하면서 어려움이 없이 개인의 욕구를 충족할 수 있는 정도로 개념화하였으며, Medley(1976)는 개인의 기대가 합리적으로 충족되었는가에 대한 주관적인 평가를 개념화함으로써 삶의 만족도가 갖는 주관적 특성을 강조했다. 그리고 McDowell과 O'Neill(1987)은 생활만족도를 사회에서 정한 또는 자신이 생각하는 타당한 기준에 의하여 자신의 현 상태를 평가한 결과라고 보았고, Schalock(1996)은 생활전반에 걸쳐 느끼는 한 개인의 주관적인 감정에 관한 판단 혹은 자신의 기대에 대한 충족의 정도라고 정의하였다[44].

국내에서는 이효재 외(1979)가 처음으로 노인의 생활만족도라는 개념을 사용하였는데, 그는 생활만족도를 일상적 활동에서 기쁨을 느끼는 것이라고 하였다. 또한 자신의 생애를 의미 있게 받아들이고, 적어도 주요한 목표

를 달성했다고 느끼며 자신에 대한 긍정적 영상을 갖고 낙관적 태도와 기분을 유지할 수 있는 상태로 보았다[45]. 삶의 만족도의 인지적 차원은 자신의 삶이 어떠한가를 자신의 기대, 욕구, 희망 또는 다른 준거 집단과 비교해서 평가하는 것이다. 반면 정서적 차원은 개인이 일상생활에서 느끼는 긍정적 또는 부정적인 정서경험을 의미한다. 따라서 개인이 인지적으로 자신의 삶을 만족스럽다고 평가하고, 일상생활에서 부정적 정서보다 긍정적인 정서를 더욱 많이 경험하고 있을 때, 우리는 그를 주관적인 삶의 만족도가 높은 사람이라고 할 수 있다[46].

주관적 안녕감은 자신의 삶이 어떠한가를 자신의 기대, 욕구, 희망, 또는 다른 준거집단과 비교해서 평가하는 인지적 차원과 개인이 일상생활에서 느끼는 긍정적인 정서경험을 의미하는 정서적 차원으로 설명될 수 있다.

노인의 삶의 만족수준 척도개발을 주도한 최성재는 개인의 생활에서 느끼는 주관적인 만족감과 그에 대한 긍정적 태도를 말하며 과거와 현재, 그리고 미래의 삶과 활동에 대한 전반적인 평가와 전망을 지칭한다[45]. 즉, 과거 및 현재의 삶과 활동에 대한 전반적인 평가와 미래의 삶과 활동의 전반적인 전망에 대한 긍정적인 태도로 요약될 수 있다[14]. 노인의 신체적·사회적 특성과 삶의 만족도에 관한 연구에서는 일상생활활동능력이 높고 건강상태가 좋으며, 자기개발활동이나 사회·문화 활동을 많이 할수록 삶의 만족도가 더 높은 것으로 나타나고 있다[47].

결국 노인의 삶의 만족도는 노년기를 보내는 노인의 사회적 적응과 상호작용 그리고 이를 둘러싸고 있는 환경에 대한 인지적 평가인 동시에 주관적인 판단에 의존하는 개념이라고 할 수 있다.

## 2. 고령자의 삶의 질

삶의 질에 대한 주관적 관점이 관심을 받게 된 것은 1970년대로 다양한 학자들에 의하여 주관적 측면에서 삶의 질을 정의하였다.

삶의 질(Quality of Life)이라는 용어는 삶(life)과 질(quality)이라는 두 용어가 합성된 복합 개념이다. 일반적으로 삶의 질은 안녕(well-being), 복지(welfare), 생활수준(standard of life), 만족도(satisfaction), 행복감

(happiness)등의 용어와 유사하게 사용되고 있다[48]. 그러나 삶의 질이라는 개념은 학자마다 학문 영역마다 각각 다른 의미로 해석되어 사용되고 있다. 이는 삶이라는 개념이 그 만큼 복합적이고 포괄적이며, 함축적이기 때문이다[49].

삶의 질(QOL: quality of life)은 다양한 각도를 통해 접근할 수 있으며[50], 삶의 질의 주관적 측면에 대한 평가로서 생활만족도가 있다[51][52]. 생활만족도는 노인 스스로가 생활에 어느 정도 만족하고 있는지, 어느 정도 행복감을 느끼는가에 의해 평가될 수 있으며[54], 또한 생활전반에 걸쳐 느끼는 개인의 주관적 감정에 대한 판단이므로 성공적 노화(successful aging)와 직결되는 중요한 요소이다[53][54].

삶의 질에 대한 정의는 크게 세 가지의 범주로 나누어 볼 수 있다. 첫째는 소득, 구매능력, 교육수준, 여가 시간, 건강상태 등의 사회경제적 지표에 의해 개인의 삶의 질을 평가하고 비교하려는 입장이다. 이러한 입장은 한 개인의 삶의 질이 위에서 언급한 사회·경제적 지표에 의해 주로 결정된다는 가정에 기초하고 있다. 둘째, 한 개인이 자신의 삶을 어떻게 평가하고 판단하는지에 대한 인지적 평가를 중시하는 입장이다. 즉 행복은 한 개인이 자신의 삶을 긍정적으로 평가하고 판단하는 상태로서, 행복을 보편적이고 규범적인 가치보다는 행복한 삶에 대한 개인의 기준에 근거하여 정의한다. 세 번째는 행복에 대한 일상적인 개념과 유사하게 한 개인의 정서적 측면을 강조하는 입장으로 생활 영역 및 전반적인 생활에서 인지적 및 감정적 반응을 중시한다[55].

국내의 삶의 질을 정의함에 있어서도 주관적 측면을 강조하는 연구가 대부분으로, 이는 삶의 질을 생활만족도, 심리적복지감, 사기, 다차원적인 측면에 대한 주관적 만족 등으로 이를 정의하고 있다. 일본의 삶의 질 연구에 관한 흐름은 크게 건강관련 삶의 질과 주관적 삶의 질로 살펴볼 수 있다. 1970년대 일본에서도 의학, 노년학, 사회심리학 등의 분야에 걸쳐 삶의 질에 대한 논의가 되어 왔으나 아직까지도 삶의 질에 대한 개념이 명확하게 제시되지 못하고 있다.

古谷野亘[56]은 주관적 행복감으로 인생전체에 대한 만족감, 나이 들에 대한 평가, 심리적 안정의 세 가지로

구분하였으며, 遠藤忠(2003)은 주관적 삶의 질을 현재 생활의 만족감, 생활의 활력, 심리적 안정감으로 구분하여 나타내었다. 또한 일본의 삶의 질 연구에 있어서 특징적인 것은 '이키가이(生きがい)'라는 개념으로 사는 보람 등으로 해석되기도 하며 일본의 삶의 질의 연구에 있어 다른 나라와 차별적으로 사용되는 용어이다[57][58].

본 연구에서는 삶의 질의 개념을 개인이 자신의 인생을 스스로 판단함에 있어서, 가치 있고 성공적인 것이라고 인정하는 것을 삶의 질이라고 정의하고자 한다.

### III. 연구방법

#### 1. 연구대상 및 자료수집 절차

본 연구의 조사대상은 의왕시에 거주하고 있는 65세 이상 고령자 중 사회활동에 참가하는 고령자를 선정하였다. 조사 당시 경기도 의왕시의 총 인구수는 158,874명, 고령자수는 13,902명(8.86%)으로 집계되었다. 조사 기간은 2013년 2월17일부터 3월 3일 까지이며, 조사자가 직접 질문내용을 읽어가며 질문하는 직접면접 방식을 택하였다. 설문지는 총 170부를 배포하고, 그 중 분석에 적합하지 않은 13부를 제외하고 총 157부를 연구에 사용하였다.

사회적 건강의 조작적 정의- 본 연구에 있어 사회적 건강은 사회활동 참가, 사회적 네트워크, 사회적 지지, 삶의 만족도를 사회적 건강이라고 정의하였다.

#### 2. 측정도구

고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 관계를 중심으로 살펴보고자 한다. 본 연구의 주요 변수를 설명하면 다음과 같다.

##### 2.1 사회활동참여

사회활동참여는 총 8개 문항으로 종교단체, 친목단체, 봉사활동, 노인정(경로당), 노인대학, 취미생활을 위한 모임, 노인복지관(사회복지관포함), 유급노동으로, Likert 7점 척도를 사용하여 '전혀 없다', '1년 1-2회', '6개월 1-2회', '3개월 1-2회', '월 1-2회', '주 1-2회', '거의 매일' 중 선택하게 하였으며, 문항들 간의 내적

일치도 계수  $\alpha$ 는 0.721이었다.

##### 2.2 사회적 네트워크

사회적 네트워크는 가족, 친척, 친구와 이웃을 구분하여, 각 6개 문항으로 자녀수, 자녀와의 친밀, 자녀와의 관계, 자녀의 거주지, 자녀와의 접촉빈도(만나는 횟수), 전화 통화빈도 의 6개의 문항으로 Likert 8-10점 척도를 사용하였다. 문항들 간의 내적 일치도 계수  $\alpha$ 는 0.751이었다.

##### 2.3 사회적지지

사회적 지지는 가족, 친척, 친구와 이웃을 구분하여, 각 8개 문항으로 '외로울때 의지하기', '어려운 일이나 괴로움이 생겼을 때 조언을 해주거나 문제를 해결', '함께 식사를 하거나 오락시간 갖기', '집안일이나 장볼때 도와주기', '아플 때 간호해주기', '식사, 세수나 목욕, 용변, 취침 또는 집안에서의 거동 돕기', '생활비나 용돈 주기', '급한 돈이 필요할 때 빌려주기' 의 8개 문항으로 구성하였으며, Likert 5점 척도를 사용하여 '내가 항상 도움을 주었다', '내가 주로 도움을 주었다', '서로 도움을 주고 받았다', '내가 항상 도움을 받았다', '내가 주로 도움을 받았다' 중 선택하게 하였으며, 문항들 간의 내적 일치도 계수  $\alpha$ 는 0.944이었다.

##### 2.4 삶의 만족도

삶의 만족도는 과거, 현재, 미래로 구분하여, 과거 6개 문항, 현재 8개 문항, 미래 6개 문항으로 구성하였으며, Likert 5점 척도를 사용하여 '전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다', '보통이다', '그렇다', '매우 그렇다' 중 선택하게 하였으며, 문항들 간의 내적 일치도 계수  $\alpha$ 는 0.917이었다.

##### 2.5 삶의 질

삶의 질은 5개 문항으로 '나는 내 생활에 만족한다', '나는 인생에서 내가 원하는 것을 많이 이루었다', '현재 나의 생활은 내가 바라던 삶에 가깝다', '나의 생활환경은 좋은 편이다', '나는 다시 태어나도 지금과 같은 인생을 살겠다'. 의 5개 문항으로 구성하였으며, Likert 5점 척도를 사용하여 '전혀 그렇지 않다', '그렇지 않다', '보



통이다', '그렇다', '매우 그렇다' 중 선택하게 하였으며, 문항들 간의 내적 일치도 계수  $\alpha$ 는 0.915이었다.

### 3. 분석방법

고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 살펴보는 데 있어, IBM SPSS 21.0 을 이용하였다. 일반적 특성 분석에는 빈도분석을 사용하였으며, 사회인구학적 요인에 따른 사회적 건강의 차이를 알아보기 위해 t-Test 와 one-way ANOVA(일원분산분석)을 통해 분석하였고, Duncan을 통해 사후검정을 실시하였다. 사회인구학적 요인 중 경제적 수준, 주관적 건강상태, 영양등급과 사회적 건강의 관계성을 알아보기 위해 상관관계분석을 실시하였으며, 그리고 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였다.

## IV. 분석결과

### 1. 조사 대상 고령자의 일반적 특성

대상자의 사회인구학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 경제수준, 집 소유, 주관적 건강, 영양등급을 고려하였다.

먼저 대상자의 성별 분포를 살펴보면, 남자가 64명(40.8%), 여자가 93명(59.2%)으로 여자가 남자보다 많았다. 연령별로는 65-69세가 77명(49.0%), 70-74세가 18명(11.5%), 75-79세가 40명(22.5%), 80세 이상이 22명(14.0%)으로 65-69세가 다른 연령대 보다 많았다. 학력은 무학 10명(6.4%), 초졸 39명(24.8%), 중졸 45명(28.7%), 고졸 42명(26.8%), 대졸 21명(13.4%)으로 나타났다. 경제적 수준별로는 하를 답한 고령자가 28명(17.8%), 중하를 답한 고령자가 49명(31.2%), 중을 답한 고령자가 63명(40.1%), 중상을 답한 고령자가 9명(5.7%), 상을 답한 고령자가 8명(5.1%)으로 나타나 중이라고 답한 고령자가 많았다. 집소유에 있어서는 자가 외 가 25명(15.9%), 본인과 배우자 소유가 132명(84.1%)로 나타났다. 주관적 건강은 매우 건강하지 않 다라고 답한 고령자가 14명(8.9%), 건강하지 않다 39명(24.8%), 보통이다 56명(35.7%), 건강하다 46명(29.3%), 매우 건강하다 2명(1.3%) 순으로 나타났다. 영양등급에 있어서는 비해당을 답한 고령자가 136명(86.6%), 3등급

이 14명(8.9%), 2등급이 5명(3.2%), 1등급이 2명(1.3%)으로 나타났다.

표 1. 대상자의 사회인구학적 특성

N=157

항목		빈도	%
성별	남	64	40.8
	여	93	59.2
연령	65-69세	77	49.0
	70-74세	18	11.5
	75-79세	40	25.5
	80세 이상	22	14.0
학력	무학	10	6.4
	초졸	39	24.8
	중졸	45	28.7
	고졸	42	26.8
	대졸	21	13.4
경제수준	하	28	17.8
	중하	49	31.2
	중	63	40.1
	중상	9	5.7
	상	8	5.1
집소유	자가 외	25	15.9
	본인과 배우자	132	84.1
주관적 건강	매우 건강하지 않다	14	8.9
	건강하지 않다	39	24.8
	보통이다	56	35.7
	건강하다	46	29.3
	매우 건강하다	2	1.3
영양등급	비해당	136	86.6
	3등급	14	8.9
	2등급	5	3.2
	1등급	2	1.3

### 2. 사회인구학적 요인에 따른 사회적 건강의 차이

사회인구학적 요인에 따른 사회적 건강의 차이를 알아보기 위해 t-Test와 one-way ANOVA(일원분산분석)을 통해 분석하였고, Duncan을 통해 사후검정을 실시하였다. 구체적으로 알아보면, 성별에 있어서는 여성이 남성보다 높게 나타났으나, 유의미한 차이는 나타나지 않았다. 연령은 80세 이상, 75-79세, 65-69세, 70-74세 순으로 나타났다. 학력은 소학, 무학, 중학, 고졸, 대졸 순으로 나타났다. 집소유에 있어서는 본인과 배우자가, 자가 외 보다 높게 나타났다.

표 2. 사회인구학적 요인에 따른 사회적 건강의 차이

N=157

항목	빈도(%)	평균(SD)	t/F	Duncan
성별	남	64(40.8)	3.37(.565)	-.981
	여	93(59.2)	3.45(.491)	
연령	65-69세	77(49.0)	3.30(.343)	9.351***
	70-74세	18(11.5)	3.08(.493)	
	75-79세	40(25.5)	3.66(.673)	
	80세 이상	22(14.0)	3.66(.502)	
학력	무학	10(6.4)	3.60(.401)	6.628***
	소학	39(24.8)	3.65(.615)	
	중학	45(28.7)	3.47(.421)	
	고졸	42(26.8)	3.31(.454)	
	대졸	21(13.4)	3.02(.459)	
집소유	자가외	25(15.9)	3.26(.403)	-1.957*
	본인과 배우자	132(84.1)	3.45(.538)	

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

3. 사회인구학적 요인과 사회적 건강의 상관관계

사회인구학적 요인 중 경제적 수준, 주관적 건강상태, 영양등급과 사회적 건강의 관계성을 알아보기 위해 상관관계분석을 실시하였다. 모든 변인에서 유의미한 관련이 있는 것으로 나타났다. 자세히 알아보면, 경제적 수준, 주관적 건강과 사회적 건강은 양(+ )적인 상관관계를 나타냈으며, 영양등급은, 경제적 수준, 주관적 건강은 사회적 건강과는 음(-)적인 상관관계를 나타냈다.

표 3. 사회인구학적 요인과 사회적 건강의 상관관계

N=157

	경제수준	주관적 건강	영양등급	사회적 건강
경제수준	1			
주관적 건강	.385***	1		
영양등급	-.240***	-.251***	1	
사회적 건강	.533***	.353***	-.444***	1

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

4. 사회적 건강의 하위 변인간의 상관관계

사회적 건강의 하위 변인간의 상관관계를 알아보기 위해 상관관계분석을 실시하였다. 사회활동참가, 사회적 네트워크, 사회적 지지, 삶의 만족도에서 유의미한 관계가 나타났다. 자세히 알아보면, 사회활동참가, 사회적 네트워크, 사회적 지지, 삶의 만족도에서 양(+ )적인 상관관계를 나타냈다. 단 사회활동참가와 사회적 지지는 유의한 관계가 나타나지 않았다.

표 4. 사회적 건강의 하위 변인간의 상관관계

N=157

	사회활동참가	사회적 네트워크	사회적 지지	삶의 만족도
사회활동참가	1			
사회적네트워크	.141*	1		
사회적지지	.108	.156*	1	
삶의 만족도	.304***	.204**	.305***	1

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

5. 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향

사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 알아보기 위해 위계적 회귀분석을 실시하였으며, 사회인구학적 특성 변인만을 투입한 모델1의 경우 분산설명력은 38.2%로 나타났고, 회귀모형은 유의미하였다(F=13.141, p<.001), 사회인구학적 특성과 사회적 건강 변인을 투입한 모델2의 경우 분산설명력은 13.8%로 나타났으며, 회귀모형은 유의미하였다(F=20.057, p<.001). 구체적으로 알아보면, 제1모델인 사회인구학적 변인에서는 성별, 학력, 경제수준, 집 소유, 주관적 건강, 영양등급이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 성별에 있어서는 여성일수록, 학력이 낮을수록, 경제수준이 높을수록, 본인과 배우자가 집을 소유하고 있을수록, 주관적 건강상태가 좋을수록, 영양등급이 낮을수록 삶의 질이 높게 나타났다.

제2모델에서는 사회적 건강이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 사회적 건강이 활발할수록 삶의 질이 높게 나타났다.

표 5. 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향

	모델1		모델2	
	B	β	B	β
성별(1-남)	-.323*	-.174	-.198	-.107
연령	.095	.118	.061	.076
학력	-.129*	-.160	-.002	-.003
경제수준	.169*	.187	-.041	-.045
집소유(1-본인)	.443*	.177	.487**	.195
주관적 건강	.203**	.216	.155*	.164
영양등급	-.430***	-.255	-.151	-.090
사회적 건강			.953***	.544
R <sup>2</sup>	.382		.520	
F	13.141***		20.057***	
R <sup>2</sup> 변화량	.382		.138	

\*p<.05 \*\*p<.01 \*\*\*p<.001

## V. 결론 및 제언

본 연구에서는 다가올 고령사회 고령자의 사회문제를 해결하기 위한 방안으로 사회적 건강의 필요성을 주장하고, 고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하고자 함이 주된 연구의 목적이다. 주된 연구결과와 이와 관련한 논의를 전개하면 다음과 같다. 첫째, 조사 대상 고령자의 일반적 특성으로는 여자가 남자보다 많았으며, 연령별로는 65-69세가 다른 연령대보다 많았다. 학력은 중졸이 가장 높게 나타났으며, 경제적 수준별로는 중이라고 답한 고령자가 많았다. 집 소유에 있어서는 본인과 배우자 소유가 높게 나타났으며, 주관적 건강은 보통이라고 답한 고령자가 많았으며, 요양등급에 있어서는 비 해당을 답한 고령자가 136명으로 나타났다. 둘째, 사회인구학적 요인에 따른 사회적 건강의 차이에 있어서는 연령은 80세 이상, 75-79세, 65-69세, 70-74세 순으로 나타났다. 학력은 소학, 무학, 중학, 고졸, 대졸 순으로 나타났다. 집 소유에 있어서는 본인과 배우자가, 자가 외 보다 높게 나타났다. 성별에 있어서는 유의미한 차이는 나타나지 않았다. 셋째, 사회인구학적 요인과 사회적 건강의 상관관계에 있어서는 경제적 수준, 주관적 건강과 사회적 건강은 양(+)적인 상관관계를 나타냈으며, 요양등급은, 경제적 수준, 주관적 건강은 사회적 건강과는 음(-)적인 상관관계를 나타냈다. 넷째, 사회적 건강의 하위 변인간의 상관관계에 있어서는 사회활동참가, 사회적 네트워크, 사회적 지지, 삶의 만족도에서 유의미한 관계가 나타났다. 다섯째, 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향에 있어서는 사회인구학적 특성 변인만을 투입한 모델1의 경우 분산설명력은 38.2%로 나타났고, 회귀모형은 유의미하였다( $F=13.141, p<.001$ ), 사회인구학적 특성과 사회적 건강 변인을 투입한 모델2의 경우 분산설명력은 13.8%로 나타났으며, 회귀모형은 유의미하였다( $F=20.057, p<.001$ ).

이상의 연구결과를 바탕으로 구체적인 제언을 하고자 한다. 첫째, 고령자의 사회적 건강을 위해 유비쿼터스 네트워크의 다양화 및 간편화를 통해 고령자들이 언제 어디서나 쉽고, 간편하게 사용할 수 있는 프로그램의 개발과 확대 및 교육의 기회를 마련해야 한다. 이는

신체적으로 거동이 불편한 재가노인들에게도 필요한 서비스라고 생각한다.

둘째, 지역사회 네트워크를 활용을 통한 사회적 자본의 증진에 힘써야 할 것이다. 타인과 적극적 관계를 형성하는 사람은 보다 관대하고, 덜 냉소적이며, 다른 사람의 불행에 더 공감한다. 타인과의 연결 관계가 없는 사람은 일상적인 가벼운 대화나 혹은 보다 공식적인 토의 속에서 자기 생각이 옳은지 시험할 수 없다. 그런 기회를 갖지 못하는 사람은 자신의 가장 나쁜 충동에 지배될 가능성이 높다. 또한 사회적 자본이 풍부한 삶을 누리는 사람들은 심각한 정신적 상처를 보다 잘 극복하고 질병과도 효과적으로 싸운다는 점을 시사하는 증거들은 산더미처럼 있다고 퍼트남[59]은 말하고 있다. 이를 통하여 한국의 고령자의 자살문제와 고독사 문제를 해결함에 있어 도움이 되리라 생각한다.

다음으로 본 연구의 한계점은 다음과 같다. 첫째, 경기도 의왕시 지역에 거주하는 고령자를 대상으로 하였기 때문에 지역적인 한계와 함께 일반화에 따른 한계를 지니고 있다고 하겠다. 둘째, 대상자를 65세 이상 고령자 중 사회활동에 참가하는 고령자로 한정하였다는 한계를 지니고 있다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구에서 고령자의 사회적 건강이 삶의 질에 미치는 영향을 파악함으로써, 고령자의 사회적 건강의 중요성을 확인하였으며, 고령자의 고독사 및 사회적으로 예방의 대안 및 전략을 제시하였다는 점에서 의의를 갖는다.

## 참고 문헌

- [1] 통계청, 2012고령자통계, 2012.
- [2] <http://kosis.kr>
- [3] 小辻壽規, "高齢者社會的孤立問題の分析視座", Core Ethics, Vol.7, pp.109-119, 2011.
- [4] [http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/e48ebc86cf81bedc492573460027640a/\\$FILE/20070829\\_1shiryous.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/e48ebc86cf81bedc492573460027640a/$FILE/20070829_1shiryous.pdf)
- [5] 園田恭一, 社會的健康論, 東信堂, 2010.
- [6] 김석준, 노인의 신체적 건강, 정신적 건강, 사회적

- 건강에 관한 연구, 한서대학교 대학원 석사학위 논문, 2012.
- [7] 차승은, 한경혜, 이정화, “농촌 노인의 지각된 건강과 신체·정신·사회적 건강의 관련성에 관한 연구-연령 집단간 차이를 중심으로”, 한국노년학, 제22권, 제1호, pp.173-190, 2002.
- [8] 大塩まゆみ, “「社會的健康」と健康な社會”, 明治生命厚生事業団健康文化 1994.
- [9] 이정화, “농촌노인의 성과 연령에 따른 신체적·정신적·사회적 건강의 상호관계”, 한국지역사회생활과학회지, 제17권, 제2호, pp.15-30, 2006.
- [10] 이정희, “한국노인의 교육수준별 생활만족 결정 요인”, 한국노년학, 제30권, 제3호, pp.709-726, 2010.
- [11] 손장권, 조용하, “부산지역 노인의 사회활동, 사회관계 그리고 생애만족에 관한 연구”, 한국사회, 제6권, 제2호, pp.5-39, 2005.
- [12] 장수지, 이재정, “노년기 컴퓨터 이용과 사회활동참여”, 한국사회복지학, 제62권, 제3호, pp.353-374, 2010.
- [13] 서경석, “노인의 사회참여와 신노년정책”, 한국노년학회, 제6회 국제노년학심포지움, SETEC, 2011.
- [14] 조용하, 여성노인의 사회적활동과 사회적 관계망에 따른 삶의 만족에 관한 연구, 고려대학교 대학원 박사학위논문, 2005.
- [15] 浜口晴彦編集代表, 現代エイジング辞典 早稲田大學出版部, 1996.
- [16] 小笠原祐次, “「『老後づくり』と老人の社會參加”, 全國社會福祉協議會老人福祉施設協議會編 『老後をひらく：社會參加と福祉施策』、pp.22-27, 1979.
- [17] 西下彰俊, 高齢期における社會參加の保障」折茂肇編集代表 『新老年學(第2版、東京大學出版會・東京、pp.1505-1516, 1999.
- [18] 奥山正司, “高齢者の社會參加とコミュニティづくり”, 社會老年學, Vol.24, pp.67-82, 1986.
- [19] 松岡英子, “高齢者の社會參加とその關連要因”, 老年社會科學, Vol.14, pp.15-23, 1992.
- [20] 岡本秀明・岡田進一・白澤政和, “在宅高齢者の社會參加活動意向の充足狀況と基本屬性等との關連”, 大阪市立大學大學院生活科學研究科・生活科學部 『生活科學研究誌』 編集委員會 『生活科學研究誌』 Vol.2, pp.1-10, 2003.
- [21] 菅原育子・片桐恵子, “中高年者の社會參加活動における人間關係一親しいさとその關連要因の檢討一”, 老年社會科學, Vol.29, No3, pp.392-401, 2007.
- [22] 茆海燕, “高齢者の社會參加に關する文獻レビュー”, 東洋大學院紀要, Vol.49, 2013.
- [23] 仲村優一、一番ヶ瀬康子、右田紀久恵, エンサイクロペディア社會福祉、中央法規出版, 2007.
- [24] T. C. Antonucci, “Personal characteristics, social support, and social behavior,” In E. Shanas & R. J. Binstock(eds.), Handbook of aging and the social sciences, pp.94-129, 1985.
- [25] P. O' Reilly, “Methodological issues in social support and social network research,” Social Science and Medicine, Vol.26, pp.863-873, 1988.
- [26] 장수지, “노년기 사회적 관계망의 구조적, 기능적 측면과 주관적 삶의 질의 관계”, 사회과학연구, 제26권, 제1호, pp.75-100, 2010.
- [27] 오인근, 오영삼, 김명일, “여성노인의 사회적 관계망이 우울에 미치는 영향 연구-건강증진행위의 매개효과를 중심으로-”, 한국가족복지학, 제14권, 제1호, pp.113-136, 2009.
- [28] 정순돌, 문진영, 김성원, “고령은퇴자의 사회적 관계망과 은퇴만족도 관계 연구”, 한국노년학, 제30권, 제4호, 1145-1161, 2010.
- [29] 장인협, 지방화시대의 지역복지실천방법론, 서울: 서울대학교출판부, 1995.
- [30] 平上二九三, “高齢者の社會關係”, 吉備國際大學大學院社會學研究科論叢, pp.101-134, 1999.
- [31] 권현주, 서혜경, 岡田進一, “대도시 노인의 사회적 지지 선호도에 관한 한일비교연구”, 한국노년학, 제22권, 제2호, pp.1-17, 2002.

- [32] 박지원, *사회적 지지척도 개발을 위한 일 연구*, 연세대학교 박사학위논문, 1985.
- [33] 최정아, 서병숙, “도시노인의 사회적 지원망에 관한 연구”, *한국노년학*, 제12권, 제1호, pp.65-78, 1992.
- [34] 윤경아, *사회적 지원과정에 관한 연구* 연세대학교 박사학위논문, 1996.
- [35] 김윤정, 최혜경, “사회적 지지로서 노인부양”, *한국노년학*, 제20권, 제1호, pp.209-223, 2000.
- [36] 정순돌, “저소득노인의 사회적 지원망 특성”, *노인복지연구*, 제24권, pp.7-29, 2004.
- [37] N. Krause and Borawski-Clark, Elaine, “Social class differences in support among older adults,” *The Gerontologist*, Vol.34, No.4, pp.498-508, 1995.
- [38] 안경숙, “노인부부가구·노인독신가구의 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 요인에 관한 연구”, *한국노년학*, 제25권, 제1호, pp.1-19, 2005.
- [39] 이갑숙, 임왕규, “노인의 여가활동과 사회적 지지가 심리적 복지감에 미치는 영향”, *한국콘텐츠학회*, 제12권, 제10호, pp.291-306, 2012.
- [40] B. L. Neugarten, R. J. Havighurst, and Tobin, “The Measurement of Life Satisfaction,” *Journal of Gerontology*, Vol.16, pp.134-143, 1961.
- [41] R. J. Havighurst, *Middle Age and Aging-chicago*: The University of Chicago Press, 1968.
- [42] 권매애, 김태현, “노년기 삶의 만족도에 관한 연구-자원봉사활동 집단과 경제활동집단의 비교를 중심으로-”, *한국노년학*, 제28권, 제4호, pp.1089-1111, 2008.
- [43] 김시월, 조향숙, “중·고령자 단독가구의 삶의 만족도와 재정, 건강, 심리 상태와의 관계”, *Financial Planning Review*, 제5권, 제3호, pp.89-116, 2012.
- [44] 임우석, *사회적 자본과 노인 생활 만족도의 관계에 관한 연구*, 서울시립대학교대학원 박사논문, 2009.
- [45] 최성재, “노인의 생활만족도 척도개발에 관한 연구”, *이화여대 한국문화연구원논총*, 제49권, pp.233-256, 1986.
- [46] 권중돈, 조주연, “노년기의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인”, *한국노년학*, 제20권, 제3호, pp.61-76, 2000.
- [47] 김남희, 최수일, “여성 노인의 신체적·사회적 특성이 자아존중감 및 삶의 만족도에 미치는 영향”, *한국콘텐츠학회논문지*, 제11권, 제11호, pp.242-252, 2011.
- [48] K. F. Schuessler, “Quality of life research and sociology,” *Annual Review of Sociology*, Vol.11, pp.129-149, 1985.
- [48] 신성일, *노인의 삶의 질에 관련된 변인들의 메타회귀분석*, 충북대학교 박사학위논문, 2012.
- [50] 黒田裕子, “クオリティ オブ ライフ (QOL) その概念的な側面”, *看護研究* Vol.25, No2, pp.98-106, 1992.
- [51] R. Larson, Thirty Years of Research on the Subjective Well-Being of Older Americans. *Journal of Gerontology*, Vol.33, No.1, pp.109-125, 1978.
- [52] M. P. Lawton, “Environment and Other Determinants of Well-Being in Older People,” *The Gerontologist*, Vol.23, No4, pp.349-357, 1978.
- [53] 古谷野亘, “主觀的幸福感の測定と要因分析—尺度の選擇が要因分析におよぼす影響について”, *社會老年學*, Vol.20, pp.59-64, 1984.
- [54] 임효연, “일본 대도시 독거노인의 자녀와의 지원 교환형태에 따른 생활만족도”, *대한가정학회지*, 제47권, 제5호, pp.59-66, 2009.
- [55] 김보현, 안영선, “노인의 여가활동과 삶의 질에 관한 탐색적 연구”, *사회과학연구*, 제15권, 제1호, pp.141-160, 2008.
- [56] 古谷野亘, “老後の幸福感の關連要因”, *理論と方法*, Vol.8, No2, pp.111-125, 1993.
- [57] 出村慎一, “日本人高年者のQOL評価研究の流れ

と健康関連QOL及び主観的QOL”, 体育學研究, Vol.51, pp.103-115, 2006.

[58] 최아름, 노인의 삶의 질 결정요인에 관한 한일비교연구, 성균관대학교대학원 박사학위논문, 2011.

[59] R. D. Putnam, 孤獨なボウリング—米國コミュニティの崩壊と再生, 柏書房, 2006.

### 저 자 소 개

박 영 석(Young-Seok Park)

정회원



- 2008년 8월 : 성결대학교 일반대학원 사회복지학과 졸업
- 2010년 4월 : 일본 용곡대학 사회학연구과 사회복지전공 박사후기과정

<관심분야> : 재가노인복지, 사회적 고립, 사회적건강