

노인의 사회적 고립 인식 영향요인 연구: 수도권과 비수도권을 중심으로

김 정 인

국문요약

초고령사회 진입을 목전에 두고 있는 한국사회에서는 노인정책 수립과 관련된 중요한 화두들을 안고 있다. 그 중 하나가 바로 노인의 외로움, 노인의 사회적 고립인 것이다. 따라서 본 연구는 수도권과 비수도권에 거주하는 65세 이상 노인들을 대상으로 하여 그들의 사회적 관계, 소통방식, 노후준비, 경제력, 거주지역이 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 분석하였다. 연구분석 결과, 노인들의 사회적 관계가 활발히 이루어질수록, 경제력이 높을수록, 비수도권에 거주할수록 사회적 고립 인식은 감소하였다. 반면 소통방식은 사회적 고립 인식에 상반되는 영향을 미쳤으며, 노후준비는 사회적 고립 인식과 관계가 없거나 오히려 사회적 고립 인식을 증가시키는 것으로 나타났다. 그리고 수도권 지역 거주 노인들의 경우 사회적 관계가, 비수도권 지역 거주 노인들의 경우 경제력이 그들의 사회적 고립 인식을 상대적으로 낮추는 주요 요인이었다. 이러한 연구결과를 바탕으로 향후 정부는 노인들의 사회적 관계와 경제력을 증진시키는 방안들을 마련하고, 특히 지역의 특성을 고려한 맞춤형 노인정책을 수립할 필요가 있을 것이다.

주제어: 노인의 사회적 고립, 맞춤형 노인정책, 비수도권 지역, 수도권 지역, 초고령사회

I. 서론

2024년 7월에는 65세 이상 주민등록인구가 1,000만 명을 넘어(1,000만 62명) 전체 한국 인구의 19.51%를 차지하게 되었다(행정안전부, 2024).¹⁾ 이러한 추세라면 한국사회는 2025년경 65세 이상 인구가 전체 인구의 20%를 넘어서는 초고령사회로 진입하게 된다(통계청, 2023). 인구가 급속하게 고령화되면서 노인의 사회적 고립(social isolation)은 심각한 사회문제로 대두되고 있다. 물론 노인의 사회적 고립은 한국만의 문제가 아니다. 전 세계적으로 노인 인구의 약 24%가 사회적으로 고립되어 있다고 한다(Fakoya et al., 2020). 특히 코로나19 팬데믹 이후 사회적 거리두기의 강화로 인해 노인들의 사회적 고립은 더욱 심화되고 있다는 연구들도 보고되고 있다(Roy et al., 2023).²⁾

1) 2024년 7월 10일 현재 기준 65세 이상 인구는 여자 557만 2,380명, 남자 442만 7,682명으로, 여자가 남자보다 114만 4,698명 더 많았다(행정안전부, 2024).

2) 최근 들어 노인들을 위한 프로그램들이 부족하고, 여가시간을 활용할 수 있는 기회가 충분하게 주어지지 않으며, 온오프라인에서 사람들 간 만남과 접촉이 줄어들고, 사회적 단절이 증가하면서 노인들의 고립이 더욱 증가하고 있다는 것이다(JIBS, 2024).

이러한 노인의 사회적 고립은 심각한 부작용을 초래할 수 있다. 노인의 사회적 고립이 증가하면 노인 개인에게는 심장질환, 비만, 면역 체계 약화, 만성질환과 같은 신체적 건강 악화 문제가 발생할 수 있으며, 우울증, 불안, 인지 기능 장애와 같은 정신 건강에도 해로움을 줄 수 있어 전반적인 삶의 질 저하를 가져올 수 있다. 또한 사회적 관계 단절로 인해 스트레스 및 스트레스로 인한 생리적 반응이 증가하여 사망위험이 크게 높아지는 등 노인 삶 전반에 부정적인 영향을 미치게 된다(Fakoya et al., 2020; Cudjoe et al., 2020; Lapane et al., 2022). 특히 사회적 관계가 단절된 독거노인의 고립은 우울증을 야기하고 이 상태가 심해지면 극단적인 선택을 하려는 경향도 높게 나타났다(이금룡·조은혜, 2013). 60대 이상 고독사의 비중도 끊임없이 증가하여 2017년에는 전체 고독사의 20.6%를 차지하였으나, 2021년에는 29%로 증가하는 등 사회적 고립으로 인한 부작용은 더 이상 방치할 수 없는 사회적 이슈가 되었다(보건복지부, 2022). 이러한 노인의 사회적 고립은 노인 개인뿐만 아니라 사회 전반에도 의료비 증가, 사회비용 증가, 생산성 저하 등과 같은 부정적인 영향을 미치게 된다(권혁철, 2019). 사회적으로 고립된 노인들을 발굴하고 그들을 사회 안전망 속에서 보호하고자 하는 정부의 노력은 상당한 비용이 발생할 수밖에 없으며, 노인의 사회활동 참여 저하는 그들이 축적한 지식이나 경험 등을 사회에 선순환 구조로 활용할 기회를 박탈시켜 사회적 자원 낭비도 초래할 수 있는 것이다.

그렇다면 노인들의 사회적 고립이 발생하는 원인은 무엇일까? 어떠한 요인들이 노인들의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는 것일까? 본 연구에서는 수도권과 비수도권에 거주하는 65세 이상 노인들을 대상으로 그들의 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 살펴보았다. 특히 수도권 및 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식 차이를 분석하고, 수도권과 비수도를 구분하여 노인들의 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 어떻게 그들의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는가를 살펴보았다. 이러한 수도권과 비수도권 지역에 거주하는 노인의 사회적 고립 인식 연구는 곧 초고령사회에 진입하게 될 한국사회에서 효과적인 노인정책 방안을 마련하는 데 시사점을 제시할 수 있다는 점에서 연구의 의의가 있을 것이다.

II. 노인의 사회적 고립에 관한 이론적 논의와 선행연구

1. 노인의 사회적 고립 인식

사회적 고립은 개인의 사회활동 참여가 부족하고, 사람들과의 관계가 충실하게 이루어지지 않으며, 사회적 소속감이 부족한 상태라고 할 수 있다(Nicholson, 2012). 이처럼 사회적 고립은 타인과의 접촉이 없거나 부족한 상태를 의미하며, 사람들과의 사회적 관계망 부족 현상을 포함한다. 이에 따라 사회적 고립은 “다른 사람들과의 접촉이 최소화된 객관적인 상태”라고 정의할 수 있다(Wenger, 1996: 333). 또한 사회적 고립은 사회화(socializing), 사회적지지(social support), 사회적 응집력(social cohesion) 없이 생활하는 것을 의미한다(Cacioppo et al., 2011: 645). 이러한 사회적

고립 상태는 개인이 원하는 수준보다 낮은 타인과의 접촉 관계, 동반자 부재 등과 관련된 고립 상태를 뜻하며, 이로 인해 발생하는 정서적 외로움을 동반한다(Wenger, 1996).³⁾ 이에 따라 사회적 고립이 높은 사람들은 자신들에게 의미 있는 사람(예: 가족)들로부터 사회적 지지를 받지 못한다고 인식하기 때문에 그들의 삶의 질이 낮아지고 사회적 응집력도 줄어들게 된다(권혁철, 2019; 김정인, 2023).

사회적 고립에 있어서는 가시적이고 객관적으로 정량화할 수 있는 사회적 관계 빈도(단절)도 중요하게 고려되지만, 개인이 인식하는 주관적인 고립감이 더욱 중요하게 고려된다. 사람들과 일정 빈도로 접촉하고 교류하더라도 실제 당사자들은 고독과 외로움 등 정서적인 고립감을 느낄 수 있어, 그들이 정서적·감정적으로 느끼는 주관적 사회적 고립 또는 사회적 고립 인식이 개인의 삶의 질에 더욱 큰 영향을 미치게 되는 것이다(Holt-Lunstad et al., 2015). 이러한 측면에서 사회적 고립 인식은 “사회 내 다양한 관계 속에서 상호작용이 적어지고 관계망이 부재함으로 인하여 발생하는 것으로, 이로 말미암아 느끼게 되는 고독감, 외로움 등의 부정적인 심리상태”를 의미한다(김재희·박은규, 2016: 260).

사회적 고립은 인생의 모든 시기에서, 누구에게나 발생할 수 있지만 특히 노인들에게 자주 발생하는 문제로 보고되고 있다(Halmos, 1952). 노인의 사회적 고립은 다른 연령대의 사회적 고립과 몇 가지 다른 특징들을 지닌다(Centers for Disease Control and Prevention, 2021; Roy et al., 2023). 노인들의 사회적 고립은 배우자 또는 가까운 가족들의 사망으로 인하여 발생하기도 하며, 정신적·육체적 건강이 나빠져 외출하기가 어려워진 까닭에 발생하기도 한다. 또한 이는 노인의 이동성이 제한되어 사회활동이나 참여가 활발하게 이루어지지 못해 나타나는 현상일 수 있으며, 은퇴 등의 이유로 사회적 역할이 상실하면서 발생하는 현상일 수 있다. 사회적 역할이 상실되면 많은 사람들은 정체성을 잃게 되고 큰 상실감과 고립감을 경험하게 된다.⁴⁾ 이러한 노인의 사회적 고립은 모든 노인들에게 동일하게 나타나는 것은 아니다. 노인의 특징, 즉 그들의 경제적 상태, 거주지역, 거주형태 등에 따라서 다르게 나타날 수 있는 것이다. 예를 들어 배우자 사별, 가족과의 관계 단절 이유로 혼자 노인의 삶을 사는 독거노인들은 일반 노인들에 비해 사회적으로 고립될 가능성이 더 높다(Stephoe et al., 2013).⁵⁾ 또한 빈곤 등 경제적 어려움을 겪는 노인들의 사회적 고립 인식도 높게 나타날 수 있으며(박미진, 2010),⁶⁾ 노인의 거주지역에 따라서도 사회적 고립 인식이 다르

3) 박민진·김성아(2022: 129)에 따르면 외로움과 사회적 고립은 다음과 같은 차이가 있다. 사회적 고립은 일반적으로 “인간 상호작용이 일어나는 다양한 수준(개인, 집단, 공동체 및 더 큰 사회적 환경)에서 다른 사람들과의 사회적 관계의 양과 질이 부족한 상황”이며, 외로움은 “사회적 관계에서 개인이 경험할 수 있는 정서적 인식”을 의미한다는 것이다.

4) 노인의 사회적 고립은 사회관계 단절로부터 발생할 수 있다는 측면에서 사회적 분리 이론(social disengagement theory)으로 설명할 수 있다. 이 이론에 의하면 노인들은 나이가 들면서 사회적 역할과 관계로부터 점차 분리된다는 것이다(Cumming & Henry, 1961).

5) 65세 이상 독거노인 410명을 대상으로 그들의 사회적 고립감을 조사한 결과, 독거노인의 사회적 고립감은 경제적 상태, 건강상태, 가족관계, 지역사회지원 등과 관련되어 나타났으며, 독거노인의 사회적 고립은 그들의 정신적·신체적 건강에 상당히 부정적인 영향을 미쳤다(권혁철, 2019).

6) 예를 들어 부산 기장군 거주 기초생활 대상자 중 65세 이상 노인 256명을 분석한 결과, 조사 대상 노인의 5.5%

게 나타날 수 있다. 예를 들어 선행연구에 따르면 급속한 고령화와 노인들이 다수 거주하는 농촌 지역 노인들의 사회적 고립감이 높은 것으로 나타났으며, 이러한 사회적 고립은 치매를 유발시키는 데 영향을 미치는 것으로 나타났다(이상철 · 조준영, 2017).⁷⁾

2. 거주지역에 따른 노인의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는 주요 요인

1) 거주지역에 따른 노인의 사회적 고립 인식

거주지역, 특히 수도권과 비수도권 지역의 특성에 따라 사회적 고립 인식이 달라질 수 있다. 일반적으로 수도권은 비수도권 보다 사회적 관계의 접근성과 복지 서비스, 사회적 활동의 접근성이 높으며, 다양한 문화활동을 경험할 수 있다. 또한 어느 정도 경제적 여유가 있는 수도권의 노인들은 비수도권의 노인들 보다 사회활동에 참여할 기회도 많은 것이다(전명진 · 문성원, 2016; 김현우 · 이준영, 2022). 이러한 생활조건으로 인해 수도권 거주 노인들이 인식하는 사회적 고립감은 비수도권 거주 노인보다 낮다고 할 수 있다. 실제 지역사회건강조사 자료를 분석한 김환희(2020)의 연구에 따르면 65세 이상 수도권과 비수도권 노인들의 행복감을 비교했을 때 수도권 노인의 행복감이 더욱 높은 것으로 나타났다. 따라서 수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식이 비수도권 거주 노인들 보다 낮다고 할 수 있을 것이다.

이처럼 수도권과 비수도권이라는 거주지역은 노인들의 사회적 고립 인식과 밀접한 관계에 있을 수 있다. 특히 본 연구에서는 노인의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는 요인들 중 수도권과 비수도권에 지역에 따라 차이가 발생할 수 있는 노인의 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력을 주요 독립변수로 간주하였다. 수도권과 비수도권 거주지역은 사회서비스 인프라 접근성, 경제활동, 사회적 네트워크, 의료서비스 접근, 인구밀도에 따른 소통방식의 차이 등으로 인해 노인들의 사회적 고립 인식이 달라질 수 있다(PLOS ONE, 2020).⁸⁾ 이에 본 연구는 거주지역(수도권과 비수도권)에 따른 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 노인의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 아래에서 보다 상세히 논의하였다.⁹⁾

는 극도의 사회적 고립감을 경험하였으며, 조사 대상 노인의 31%는 사회적 고립감을 경험하고 있었다(박미진, 2010).

7) 벼농사를 주요 지역 산업으로 하는 전형적 농촌지역인 경기도 K군 1개면 지역의 거주자와 그 배우자를 전수조사한 결과 농촌지역 노인들의 사회적 고립은 치매 발병에 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다(이상철 · 조준영, 2017).

8) 본 연구에서 통제변수로 고려한 사회적 지위, 도시여부, 성장/분배 가치관, 공동체/개인 가치관은 사회적 고립과 관련성이 있을 수 있으나, 수도권과 비수도권 거주 차이에 따른 노인의 사회적 고립 인식에는 직접적인 관련성이 낮아 이들을 독립변수가 아닌 통제변수로 고려하였다.

9) 유사한 맥락에서 지역에 따라 노인의 생활만족도가 다르게 나타날 수다. 예를 들어 노인들의 생활만족도에 영향을 미치는 주요 요인이 대도시 지역은 주관적 건강인식과 가구소득, 중소도시는 정서적지지, 농촌지역은 자기 자신에 대한 안정감인 것으로 나타났다(최균 · 이정남, 2007). 보다 구체적으로 도시, 농촌, 여촌지역 노인 571명의 생활만족도에 미치는 영향을 분석한 결과, 도시지역 노인들은 독거노인 여부, 자녀만남 요인이, 그리고 농촌지역 노인들은 연령과 주관적 건강인식이, 여촌지역 노인들은 건강과 가족지지 등이 생활만족도에 영향을 미치는

2) 노인들의 사회적 관계와 사회적 고립 인식

노인들의 사회적 관계 및 활동은 사회적 고립 인식에 중요한 영향을 미칠 수 있다. 여러 사람들과의 관계를 통해 형성된 사회적 연결망은 그 구성원들의 행동, 심리상태, 가치관 등에 영향을 줄 수 있다. 사회적 관계가 노인의 사회적 고립 인식에 미치는 영향은 다양한 이론을 통해 설명할 수 있다. 우선 사회연결망이론(social network theory)에 의하면 무엇 보다 개인이나 집단은 사회적 연결망 내에서 상호작용하여 그들 사이의 사회적 관계를 형성하는 것을 중요하게 여긴다(Granovetter, 1973). Granovetter(1973)에 따르면 사람들 간 연결망이 개인의 사회적 지지와 자원을 결정짓는데, 사회적 연결망이 감소할 때 사회적 배제와 고립이 증가한다. 사회적 고립은 사회적 연결망 내에서 사회적 관계가 결핍되거나 사회적 참여가 낮은 것을 의미하는데, 사회구성원 간 연결이 단절되고 외부로부터의 지지를 충분히 받지 못할 때 사회적 고립 인식은 더욱 증가하게 된다(Waite, 2018). 또한 활동이론(activity theory)을 적용하여 사회적 관계가 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 설명할 수 있다. 활동이론에 의하면 노인들의 삶의 질은 그들이 참여하는 사회적 활동과 관련이 있기에 그들이 사회적 활동을 적극적으로 유지할수록 노인들의 삶의 질이 높아지고 더욱 행복해진다(Havighurst, 1961). 이 이론에 의하면 노인들의 사회적 고립감을 줄이기 위해서는 그들의 사회활동을 증가시킬 필요가 있다. 종교단체, 동호회 등 사회문화 활동이 활발하게 이루어질 때 노인들은 타인과의 사회적 접촉이 증가하여 소외감과 감정적 외로움을 덜 느낄 수 있다.

뿐만 아니라 사회적 지지이론(social support theory)을 통해서도 노인들의 고립 인식을 설명할 수 있다. 사회적 지지이론에 의하면 개인들은 사회적 네트워크를 통해 정서적 지지(emotional support), 도구적/물질적 지지(instrumental support), 정보적 지지(informational support)를 받는다. 따라서 사회적 지지가 높을수록 개인의 정신적·신체적 상태가 긍정적으로 나타나 스트레스가 줄어들고 삶의 질이 높아진다는 것이다(House et al., 1988). 즉 사회적 지지가 높은 노인들의 사회적 고립 인식은 낮아질 수 있다. 실제 다수의 선행연구에서도 노인들의 사회적 단체활동, 사회적 참여가 증가할수록 사람들 간 상호작용이 증가하게 되어 우울증과 외로움이 낮아지고 사회적 고립 인식도 낮아진다는 연구결과를 제시하고 있다(예: 김동배 외, 2012). 이와 관련해 직업활동에서 은퇴한 노인들이 사회에 공헌함으로써, 보람된 사회활동에 적극 참여함으로써 고독감에서 벗어나 자신감을 얻기도 한다(이근홍, 2001).

노인들의 사회적 활동 증가에 따른 사회적 고립 인식의 감소는 수도권과 비수도권 거주에 따라 다르게 나타날 수 있다. 비수도권 노인들은 지역사회를 중심으로 하여 오랜기간 동안 형성되어 온 지역연고 차원의 공고한 인적 네트워크를 통해 사회활동이 원활하게 이루어질 수 있지만, 이에 반해 수도권 노인들은 아파트와 같은 고밀도 거주환경으로 인해 이웃과의 관계가 소홀할 수 있다. 또한 높은 도시 범죄율로 인한 안전문제, 복잡한 교통체증으로 인한 외출제한 등으로 노인들의 사회활동이 상대적으로 제한될 수 있는 것이다(한국보건사회연구원, 2022). 실제 고령자 패널 데이

것으로 나타났다(최균·이정남, 2007).

터를 활용하여 수도권과 비수도권 노인들의 삶의 만족도를 분석한 연구에 의하면 비수도권 거주 노인들의 사회활동요소가 그들의 삶의 질에 미치는 영향력은 수도권 거주 노인들보다 더 크게 나타났다(전명진·문성원, 2016).

3) 노인들의 의사소통 방식과 사회적 고립 인식

의사소통 방식에 따라 노인들의 사회적 고립 인식이 달라질 수 있다. 노년기의 의사소통은 노인들의 삶의 만족도와 삶의 질을 증진시키는 데 필수적인 요인이 된다(김명용·전혜정, 2017). 특히 최근 들어 정보통신기술이 발달하면서 디지털기기를 활용한 의사소통이 노인들의 사회적 고립감을 낮추고 그들의 심리적 안녕을 증진시킬 수 있다는 연구가 제시된 바 있다(Hill et al., 2015). 물론 디지털기기의 활용이 미흡한 노인들은 정보 접근 차원에서 디지털 약자 혹은 디지털 소외계층으로 분류되기도 하고, 디지털 리터러시(literacy)¹⁰⁾가 다른 연령층에 비해 상대적으로 낮은 노인들의 사회적 네트워크 형성이 미흡하다는 연구도 제시된 바 있다(Castilla et al., 2018).¹¹⁾ 코로나19 팬데믹으로 더욱 심화된 디지털 격차는 노인들의 사회문화 활동, 경제활동을 어렵게 하며 이로 인해 그들의 사회적 관계가 소홀히 될 수 있다. 그럼에도 불구하고 디지털기기 활용에 익숙한 노인들도 존재한다. 그들은 자신들의 디지털 역량을 활용해 사회적 관계를 더욱 원활하게 할 수 있다. 예를 들어 인터넷 사용이 원활한 노인들은 정보 획득이 상대적으로 쉬우며, 이를 통해 사회적 소외를 방지할 수 있다. 오히려 온라인 상의 사회적 관계 형성을 통해 그들의 심리적 안정과 사회적 지지가 높아지고, 사회적 소외와 배제를 줄일 수 있는 것이다(White et al., 2002). 디지털기기(예: 인터넷, 스마트폰, SNS)를 활용해 노인들은 가족, 친지, 친구 등과 보다 빈번하게 또 손쉽게 소통할 수 있고, 이를 통해 사회적 관계를 유지할 수 있다(Cacioppo et al., 2011). 이와 관련된 실증연구도 존재한다. 2017년 노인실태 조사를 활용한 실증분석에 의하면 노인들의 디지털 리터러시가 높을수록 그들의 사회활동 만족도와 참여도가 증가하였다(김학실·심준섭, 2020). 이처럼 노인들이 디지털기기를 활용하여 소통할 때 온라인 사회적 연결고리를 통해 그들의 심리적 안정감과 삶의 만족도가 높아질 수 있으며, 사회적 고립 인식도 줄어들 수 있을 것이다.

특히 수도권과 비수도권 거주 노인들은 디지털기기 활용에 있어 차이가 있다. 서울지역과 제주지역을 대상으로 2020년 노인실태조사를 분석한 결과 디지털기기 이용(스마트폰, 인터넷) 등을 포함한 디지털 정보화 수준은 서울지역 노인이 제주지역 노인보다 높게 나타났다(김재희, 2022). 이처럼 수도권 거주 노인들과 비수도권 거주 노인들 사이에 디지털기기 활용 수준이 차이가 있어 노인의 디지털기기 활용이 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향은 다르게 나타날 수 있다.

10) 디지털 리터러시는 “컴퓨터나 인터넷을 사용하는 디지털 역량을 증진시키는 데 필요한 기술, 컴퓨터를 활용하여 정보를 이해하고 사용하는 능력” 등으로 정의된다(김학실·심준섭, 2020).

11) 노인들은 정보격차(digital divide)로 인하여 디지털기기에 접근할 수 있는 기회와 활동량이 타 연령층에 비해 낮기 때문에 정보취약계층 또는 디지털기기 취약 집단으로 고려된다(윤혜영, 2017; Hasan & Linger, 2016).

4) 노인들의 노후준비와 사회적 고립 인식

노인들의 노후준비 역시 그들의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는 중요한 요인이 될 수 있다. 노인이 되면 일반적으로 신체적 변화를 경험할 뿐만 아니라, 은퇴 후 경제적 불안감을 가지게 된다. 특히 기존에 해 오던 자신들의 사회적 역할이 상실됨에 따른 우울증, 소외감, 두려움, 자존감 감소 등 부정적인 정서적·심리적 변화를 겪기 쉽다(Crumpacker, 2008). 이러한 상황에서 노년기의 정서적·심리적 안정감을 찾기 위해서는 노후에 대한 준비를 미리 할 필요가 있다. 노후준비는 경제적·신체적·사회적 노후준비 등으로 구분할 수 있다. 은퇴 후 경제적 생활에 대비할 수 있는 경제적 노후준비, 노후의 건강을 유지하고 질병을 예방하는 신체적 노후준비, 노후에도 가족·친지·친구들과 관계를 유지하는 사회적 노후준비 등이 포함될 수 있는 것이다(이정화, 2009). 따라서 노후준비가 잘 이루어질수록 노년기에 경제적·신체적·사회적 어려움을 경험할 가능성이 낮아져 노인들의 정서적 안정감이 높아질 수 있다. 이를 통해 그들의 사회적 고립 인식도 낮아지게 되는 것이다. 서울시 복지재단이 조사한 서울시복지패널 자료를 활용한 기존 연구에서도 이러한 결과가 나타났다. 65세 이상 서울 거주 노인 1,429명을 대상으로 조사한 결과 노인들의 우울증이 높을수록 그들의 자살 생각도 강해졌는데, 이러한 우울증과 자살 생각 간 양의 관계는 노후준비가 잘 될수록 낮아지는 것으로 나타났다(김명일·신혜리, 2013).

이처럼 노인들의 사회적 고립감은 노후준비 정도에 의해 영향을 받지만 수도권과 비수도권 지역에 따라 그 영향력은 달라질 수 있다. 일례로 김환희(2020)의 연구에 따르면 수도권 거주 노인들의 건강상 노후준비가 비수도권 거주 노인들보다 높게 나타났다. 수도권과 비수도권 거주 65세 이상 노인 4,714명을 대상으로 고령화연구패널 자료를 분석한 결과 수도권 거주 노인들의 건강상태(우울, 신체적 건강 등)가 비수도권 거주 노인들 보다 긍정적으로 나타났다(이윤정, 2015). 수도권 지역이 비수도권 지역 보다 건강 관련 의료서비스, 경제활동, 사회문화 인프라 등이 잘 갖춰져 있기 때문에 수도권 거주 노인들의 노후준비가 보다 원활하게 이루어질 수 있는 것이다. 이러한 수도권과 비수도권 거주 노인의 노후준비 차이는 그들의 사회적 고립 인식에 영향을 미칠 수 있을 것이다.

5) 노인들의 경제력과 사회적 고립 인식

노인의 경제력은 사회적 고립 인식에 영향을 미칠 수 있는 중요한 요인이다. 특히 노인의 빈곤은 노령기 전반의 삶에 큰 영향을 미치게 된다(권혁철, 2019). 사회적 고립은 주로 충분한 사회적 지원이 없기 때문에 발생하는 데 이는 대부분 빈곤과 관련되어 있다는 것이다. 경제적 여유가 없는 노인들은 사회활동 참여 기회가 제한되어 그들의 사회적 고립감은 더욱 높아질 수 있다(권혁철, 2019). 무엇보다도 빈곤으로 인한 사회적 자원 감소는 노인들의 사회적 고립을 더욱 가속화시킨다(Tigges et al., 1998). 이처럼 경제력의 척도가 되는 빈곤은 노인들의 사회적 고립을 발생시키는 구조적 요인으로도 고려된다(Zavaleta et al., 2017). 65세 이상 독거노인 410명의 사례기록지를 분석한 실증연구에 의하면 경제·건강·가족관계에 어려움을 겪고 있는 독거노인들은 빈곤으로

인해 사회적 고립도 겪고 있었다(권혁철, 2019). 따라서 노인들의 경제력은 그들의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는 중요한 요인이 될 수 있다.

이는 수도권과 비수도권 거주 노인들에게 공통적으로 나타날 수 있을 것이다. 경제력이 풍부한 노인들은 거주지역과 관계없이 사회활동 참여 기회가 증가하여 그들의 사회적 고립 인식은 낮아질 수 있다(Tigges et al., 1998). 그러나 수도권과 비수도권의 경제력 차이로 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향력도 달라질 수 있다. 예를 들어 4차 고령화 연구패널조사를 분석한 연구에 의하면 상대적으로 소득이 높은 수도권 노인들의 경우 건강한 삶을 자신들의 남은 여생에 있어 중요한 고려 요인으로 인식했지만, 소득이 상대적으로 낮은 비수도권 노인들의 경우에는 경제적 여건이 그들의 삶의 만족도에 중요한 영향을 미치는 요인으로 작용하였다(전명진·문성원, 2016). 즉 경제력은 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립감을 낮추는 유의미한 요인이지만, 그 영향은 수도권과 비수도권 거주지역에 따라 달라질 수 있는 것이다.

이와 같이 수도권과 비수도권의 거주지역 차이에 따라 노인들의 사회적 고립 인식이 달라질 수 있으며, 노인들의 사회적 고립 인식에 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 미치는 영향력은 거주지역에 따라 달라질 수 있을 것이다. 본 연구에서는 이와 관련해 아래와 같은 연구가설을 설정하였다.

- 가설 1: 수도권에 거주하는 노인들은 비수도권에 거주하는 노인들보다 사회적 고립 인식이 낮을 것이다.
- 가설 2: 노인들의 사회적 관계 형성이 활발할수록 그들의 사회적 고립 인식은 감소할 것이다.
- 가설 3: 노인들의 디지털기기 활용 소통이 빈번할수록 그들의 사회적 고립 인식은 감소할 것이다.
- 가설 4: 노인들의 노후준비가 잘 될수록 그들의 사회적 고립 인식은 감소할 것이다.
- 가설 5: 노인들의 경제력이 높아질수록 그들의 사회적 고립 인식은 감소할 것이다.
- 가설 6: 사회적 관계, 디지털기기 활용 소통, 노후준비, 경제력이 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향력은 거주지역(수도권, 비수도권)에 따라 다르게 나타날 것이다.

Ⅲ. 노인의 사회적 고립 인식에 관한 실증분석

1. 자료수집 방법 및 표본추출

본 연구는 2022년 사회통합실태조사 자료를 활용하여 노인들의 사회적 관계, 소통방식, 노후준비, 경제력, 거주지역이 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 분석하였다. 사회통합실태조사는 만 19세 이상 국민들을 대상으로 실시되었으며, 조사방법은 훈련된 조사원들이 직접 가구를 방문하여 면접조사로 시행하였다. 다만, 응답자가 원하는 경우 자기기입조사도 병행해서 실시하였다. 조사 기간은 2022년 9월 1일부터 2022년 10월 31일까지이다(한국행정연구원, 2023). 표본의 대표성을 위해 17개 광역자치단체의 등록인구를 기반으로 표본추출틀을 만들고, 지역(시도, 도시 및 농촌), 연령, 성별 등을 기반으로 한 목표모집단을 층화하여 표본을 추출하였다.¹²⁾

그러나 본 연구는 수도권과 비수도권 거주 노인의 사회적 고립 인식에 관한 연구이기에 65세 이상 노인에 초점을 맞추어 분석을 시행하였다. 그 결과 2022년 사회통합실태조사에 응답한 수도권과 비수도권 거주 65세 이상 노인의 특징은 <표 1>과 같이 나타났다. 우선 조사된 65세 이상 노인들의 총수는 1,667명이었으며, 수도권 65세 노인은 696명(41.7%), 비수도권 65세 노인은 971명(58.3%)으로 나타났다. 17개 시도 중 노인들이 가장 많이 거주하는 지역은 경기도로서 331명(19.8%)이었다.¹²⁾

수도권 거주 65세 이상 노인들의 특징으로는 여성이 다소 많았으며, 아파트에 가장 많이 거주하고 있었고, 대부분 자가였으며, 도시(동부)에 거주하고 학력은 고졸이 가장 많았다. 반면 지난 1주일간 일자리가 있는 노인들은 314명(45.1%)이었으며, 일자리가 없는 노인들은 382명(54.9%)으로 나타났다. 그리고 일자리가 있는 노인들의 직업은 서비스 판매 종사자가 가장 많았으며, 다음으로 기능노무 종사자였다. 개인소득의 경우 월 100~200만 원 미만이 가장 많았으며, 다음으로 월 100만 원 미만이었다. 이에 반해 비수도권 거주 65세 이상 노인들의 특징은 여성이 많고, 단독주택에 가장 많이 거주하였으며, 자가 가장 많았다. 그리고 도시(동부)에 다수 거주하고, 학력은 중졸이하가 대부분이었다. 또한 지난 1주일간 일자리가 있는 노인과 없는 노인의 비율이 유사하게 나타났으며, 일자리가 있는 노인들의 직업은 농림어업이 가장 많았고, 기능노무가 다음이었다. 개인소득은 월 100만 원 미만이 가장 많았으며, 다음으로 100~200만 원 미만이었다. 이를 고려할 때 수도권 지역과 비수도권 지역 거주 65세 이상 노인들은 여성이 많고, 자가이며, 도시에 거주하는 사람이 많다는 점에서 유사하나, 거처종류, 학력, 개인소득, 직업에 있어서는 다소 차이가 있었다.

〈표 1〉 2022년 사회통합실태조사 65세 이상 노인 응답자의 인구통계학적 특징

구분		65세 이상 노인		구분		65세 이상 노인	
		수도권	비수도권			수도권	비수도권
성별	여성	374명(53.7%)	553명(56.9%)	개인 소득 (월)	소득없음	126명(18.1%)	183명(18.8%)
	남성	332명(46.3%)	418명(43.1%)		100만 원 미만	151명(21.7%)	372명(38.3%)
거처 종류	단독주택	109명(15.7%)	473명(48.7%)		100~200만 원 미만	178명(25.6%)	206명(21.2%)

12) 본 조사는 한국행정연구원에서 수행한 연구자료를 활용하였으며, 한국행정연구원 연구자료 관리규칙에 의거하여 사용허가를 받았다. 2022년 사회통합실태조사의 표본은 여성 4,185명, 남성 4,109명으로 총 8,294명이며, 이들은 대부분(6,941명)이 도시(동부)에 거주하였다. 이에 반해 농어촌(읍면부) 거주자는 1,353명으로 나타났다. 총 표본의 학력을 살펴보면 대졸이 3,906명으로 가장 많았으며, 다음으로 고졸, 중졸, 초졸 이하로 나타났다. 그리고 직업은 서비스 판매업이 2,422명으로 가장 많았으며, 다음으로 사무직이 1,831명으로 나타났다. 가구소득은 600만 원 이상이 2,162명으로 가장 높은 분포를 보였다. 그러나 본 연구에서 조사된 65세 이상 노인 표본수는 1,667명으로 19~64세까지의 연령인 6,627명이 전체 표본에서 배제되었다.

13) 해당 조사에서 17개 시도 65세 이상 노인 현황은 서울 279명(16.7%), 부산 129명(7.8%), 대구 81명(4.9%), 인천 86명(5.2%), 광주 39명(2.3%), 대전 45명(2.7%), 울산 31명(1.8%), 세종 7명(0.4%), 경기 331명(19.8%), 강원 61명(3.6%), 충북 63명(3.8%), 충남 85명(5.1%), 전북 83명(5.0%), 전남 85명(5.1%), 경북 121명(7.2%), 경남 118명(7.1%), 제주 21명(1.3%)이었다.

구분		65세 이상 노인		구분		65세 이상 노인	
		수도권	비수도권			수도권	비수도권
	아파트	368명(52.8%)	406명(41.8%)		200~300만 원 미만	134명(19.3%)	135명(13.9%)
	연립 다세대 주택	207명(29.8%)	89명(9.2%)		300~400만 원 미만	72명(10.3%)	54명(5.6%)
	기타	12명(1.7%)	4명(0.3%)		400~500만 원 미만	21명(3.0%)	9명(0.9%)
자기 집	599명(86.1%)	867명(89.3%)	500만 원 이상		14명(2.0%)	12명(1.3%)	
거처 점유 형태	전세	57명(8.1%)	44명(4.5%)	직업	전문관리	10명(1.5%)	10명(1.1%)
	보증금 있는 월세	31명(4.5%)	42명(4.3%)		사무	4명(0.6%)	7명(0.7%)
	보증금 없는 월세	-	3명(0.3%)		서비스 판매	169명(24.3%)	125명(12.8%)
	무상	9명(1.3%)	15명(1.6%)		농림어업	4명(0.5%)	194명(19.9%)
	도시 여부	도시(동부)	616명(88.5%)		595명(61.3%)	기능노무	125명(18.0%)
	농어촌읍·면부	80명(11.5%)	376명(38.7%)		기타	2명(0.3%)	2명(0.2%)
학력	중졸 이하	276명(39.6%)	683명(70.4%)		결측 (직업없음)	382명(54.9%)	492명(50.6%)
	고졸	385명(55.3%)	246명(25.4%)		총	696명(100%)	971명(100%)
	대졸 이상	36명(5.1%)	41명(4.2%)				
총		696명(100%)	971명(100%)				

2. 변수측정과 분석방법

본 연구는 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 사회적 관계, 소통방식, 노후준비, 경제력, 거주지역 관점에서 실증분석하였다. 이에 따라 본 연구의 종속변수인 사회적 고립 인식(perception of social isolation)은 사회적 고립 인식에 관한 선행연구들을 참조하여 다음과 같이 측정하였다(Cornwell & Waite, 2009). 노인의 사회적 고립 인식은 노인 개개인이 인식하는 주관적인 사회적 고립으로서 이는 사회적 지지에 대한 지각된 결핍(perceived lack of support)이자 지각된 사회적 고립(perceived social isolation)으로 해석된다(Cornwell & Waite, 2009). 즉 이는 노인들의 사회적 자원 결핍 및 정서적 연계 결핍 등과 관련된 주관적 인식이며, 노인들의 정서적·감정적 외로움과 고립감을 의미한다(이상철·조준영, 2017). 이에 본 연구에서도 사회적 고립 인식을 노인들의 정서적 외로움, 감정적 고립감 등과 관련된 3개의 문항을 4점 척도로 측정하였다. 구체적인 설문 문항은 “귀하는 다음의 항목¹⁴⁾에 대하여 어떻게 느끼십니까?”이다. 이는 ① 전혀 그렇지 않다, ② 별로 그렇지 않다, ③ 약간 그렇다, ④ 매우 그렇다로 측정하였다. 노인의 사회적 고립

14) 3개 항목은 '① 나는 외롭다. ② 나는 자살하고 싶은 생각이 들 때가 있다. ③ 아무도 나를 잘 알지 못한다'이다.

인식의 평균은 수도권 1.81(표준 편차=.55), 비수도권 1.53(.53)으로 나타났다.

다음으로 독립변수는 다음과 같이 측정하였다. 첫째, 사회적 관계는 관련 선행연구들을 참조하여(김동배 외, 2012; 이묘숙, 2012; Williams, 2006), 노인들의 단체활동과 사회적 네트워크로 측정하였다. 우선 단체활동은 종교단체, 동호회, 동창회/향우회 활동 정도를 5점 척도로 측정하였다.¹⁵⁾ 또한 사회적 네트워크는 어려울 때 연락할 수 있는 사람(목돈을 빌려줄 수 있는 사람, 아플 때 도와줄 수 있는 사람, 우울할 때 이야기할 수 있는 사람) 여부로 측정하였다(0=없음, 1=있음).¹⁶⁾

둘째, 소통수단은 노인들이 사람들과 소통할 때 주로 활용하는 소통방식을 살펴보았다. 선행연구들을 참조하여(예: White et al., 2002; Hill et al., 2015), 디지털기기[문자(SMS), 메신저(카카오톡, 라인 등), SNS(페이스북, 트위터 등), 이메일 등]를 자주 활용하여 사람들과 소통하는가를 측정하였다. 따라서 본 연구는 가족 또는 친척 및 그 외 사람들과 소통할 때 주로 활용하는 소통수단을 측정하였다.¹⁷⁾ 디지털기기를 주로 활용하여 소통하는 경우를 1로 코딩하고, 그 외(대면 또는 전화)로 소통하는 경우를 0으로 코딩하였다. 셋째, 노후준비는 노후준비와 관련된 선행연구들을 참조하여 노후준비 인식으로 측정하였다(예: 박창제, 2008; 진주영·하규수, 2016). 우선 사회보장 부문에서 공적연금, 개인연금, 국민건강보험, 개인의료보험, 고용보험의 가입여부를 측정하였다(1=가입, 0=미가입).¹⁸⁾ 그리고 노후준비와 관련하여 “귀하는 노후에 대한 준비가 어느 정도로 되어 있다고 생각하십니까?”라는 질문 문항을 4점 척도(① 전혀 준비되어 있지 않다, ② 별로 준비되어 있지 않다, ③ 약간 준비되어 있다, ④ 매우 잘 준비되어 있다)로 측정하였다.

넷째, 경제력은 선행연구들을 참조하여(예: 김명일·신혜리, 2013; Zavaleta et al., 2017), 중병 발생 시 대처 능력, 경제상황 인식, 개인소득으로 측정하였다. 우선 중병 발생 시 대처할 수 있는 경제력은 “귀하는 중병 발생 시 대처할 수 있는 경제력이 어느 정도라고 생각하십니까?”라는 질문을 4점 척도(① 매우 부족하다, ② 다소 부족하다, ③ 다소 충분하다, ④ 매우 충분하다)로 측정하였다. 다음으로 경제적 지위는 노인의 현재 경제상황과 5년 후 경제상황을 모두 11점 척도로 측정하였다. 현재 경제상황은 “귀하의 현재 경제 상황은 어느 정도 안정적이라고 생각하십니까?”의 문항을 11점 척도(0=전혀 안정적이지 않다, 5=보통, 10=매우 안정적이다. 0점에서 10점으로 갈수록 경제상황이 안정적)로 측정하였으며, 미래 5년 후 경제상황은 “귀하의 5년 후 경제상황은 어떻게 변

15) 구체적인 문항은 다음과 같다. 귀하는 다음 사회단체(종교단체, 동호회, 동창회/향우회)에 대하여 활동 정도가 어떻게 되십니까? ① 소속된 적이 없다, ② 과거에 소속된 적이 있으나 현재는 아니다, ③ 소속되어 있지만 활동은 안한다, ④ 소속되어 있지만 적극적으로 활동하지 않는다, ⑤ 소속되어 적극적으로 활동한다.

16) 이와 관련된 질문은 다음과 같다. ‘귀하는 다음의 각 항목(① 갑자기 목돈이 필요한 경우 돈을 빌릴 수 있는 사람, ② 몸이 아파서 거동하기가 어려울 때 도와줄 수 있는 사람, ③ 우울하거나 스트레스를 받을 때 이야기를 나눌 수 있는 사람)에 해당되는 사람이 몇 명 정도 되십니까? ① 없다, ② 1-2명, ③ 3-4명, ④ 5-9명, ⑤ 10명 이상’으로 측정하였다. 이에 본 연구는 관련 문항을 더미변수로 전환하였다. ① 없다 문항은 ‘없음’으로, 나머지 ② 1-2명, ③ 3-4명, ④ 5-9명, ⑤ 10명 이상은 ‘있음’으로 변환하였다.

17) 조사된 65세 이상 노인들이 평일 하루에 접촉하는 가족 또는 친척들과의 소통방식을 보면 대면 663명, 전화 678명, 문자 48명, 메신저 169명으로 나타났다. 또한 그 외 사람들과의 소통방식은 대면 952명, 전화 395명, 문자 50명, 메신저 192명으로 나타났다.

18) 특히 공적연금 가입자 589명 중에서 국민연금 가입자가 543명(92.2%)으로 가장 많았으며, 공무원 연금 30명(5.1%), 사립학교교원연금 2명(0.4%), 군인연금 10명(1.7%), 기타 3명(0.5%)으로 나타났다.

화할 것이라고 생각하십니까?”라는 질문을 11점 척도(0=매우 나빠질 것이다, 5=보통, 10=매우 좋아질 것이다. 0점에서 10점으로 갈수록 경제상황이 좋아짐)로 측정하였다. 또한 개인소득을 독립변수로 고려하였는데, 소득 유무를 노인의 개인소득으로 측정하였다(1=개인소득 있음, 0=개인소득 없음).

다음으로 본 연구는 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 보다 정확하게 분석하기 위하여 다음과 같은 통제변수들을 포함하였다. 우선 노인들의 인구통계학적 변수들을 통제변수로 고려하였다. 특히 성별은 노인들의 사회적 관계망과 그들의 우울감 및 고립감 관계에 중대한 영향을 미칠 수 있기에(박소영, 2018), 본 연구에서는 성별을 통제변수로 고려하였으며(0=여성, 1=남성), 학력도 통제변수에 포함하였다(0=중졸 이하, 1=고졸 이상). 그리고 노인들의 사회적 고립 인식은 그들의 건강상태와 관련될 수 있어(남은우, 2020), 노인 각자가 판단하는 자신의 건강상태를 5점 척도로 측정하였다.¹⁹⁾ 그리고 노인들이 감염병으로부터 얼마나 안전하다고 느끼는지를 11점 척도로 측정하였다(0=전혀 안전하지 않다, 5=보통, 10=매우 안전하다. 0점에서 10점으로 갈수록 감염병으로부터 안전하다고 인식).²⁰⁾ 또한 노인들의 사회적 지위 인식 역시 그들의 사회적 고립 인식과 관련될 수 있기 때문에(허준수·유수현, 2002), 노인들의 사회적 지위 인식을 11점 척도로 측정하였다(0=매우 낮음, 5=보통, 10=매우 높음. 0점에서 10점으로 갈수록 사회적 지위가 높음).²¹⁾ 그리고 노인들의 거주유형에 따라 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향이 달라질 수 있어(이상철·조준영, 2017), 우선 거처 종류를 아파트 거주와 그 외로 구분하여 측정하였다(1=아파트 거주, 0=그 외 거주). 또한 거처 점유형태를 자가 여부에 따라 자가를 1로 코딩하고, 그 외 거처를 0으로, 도시 거주 여부에 따라 도시(동부) 거주=1, 농어촌(읍·면부) 거주=0으로 코딩하였다. 노인의 가치관과 성향에 따라 사회적 고립 인식이 달라질 수 있어(김연희·김기순, 2002), 노인들의 공동체주의/개인주의, 성장/분배 가치관, 보수주의/진보주의 등도 통제변수에 포함하였다.²²⁾

19) 본 문항은 “귀하의 건강상태는 다음 중 어디에 해당합니까? ① 매우 나쁘다, ② 나쁜 편이다, ③ 보통이다, ④ 좋은 편이다, ⑤ 매우 좋다”로 측정하였다.

20) 구체적인 질문은 다음과 같다. “귀하는 본인이 코로나19와 같은 감염병으로부터 얼마나 안전하다고 생각하십니까?” 이는 11점 척도로 측정하였다.

21) 관련된 문항은 “귀하의 현재 사회적 지위는 어느 정도라도 생각하십니까?”이다.

22) 공동체주의/개인주의 가치관(점수가 높을수록 개인 이익이 더 중요)과 성장/배분 가치관(점수가 높을수록 분배가 더 중요)은 11점 척도로 측정하였다. 또한 노인들의 보수주의/진보주의 성향을 5점 척도(① 매우 보수적, ② 다소 보수적, ③ 중도적, ④ 다소 진보적, ⑤ 매우 진보적)로 측정하였다.

〈표 2〉 변수측정 및 기술통계 현황

구분	변수	측정	평균(표준편차)		
			수도권	비수도권	
종속 변수	사회적 고립감 인식	인식된 사회적 고립(4점 척도)(3문항, $\alpha=.685$)	1.81(.55)	1.53(.53)	
독립 변수	사회적 관계	단체활동	종교단체 활동(5점 척도)	2.23(1.55)	1.62(1.22)
			동호회 활동(5점 척도)	1.57(1.09)	1.41(1.03)
			동창회/향우회 활동(5점 척도)	2.43(1.36)	1.98(1.34)
		사회적 네트워크 (어려울 때 연락 가능)	목돈을 빌려줄 수 있는 사람 여부(0=없음, 1=있음)	.62(.48)	.70(.45)
			아플 때 도와줄 수 있는 사람 여부(0=없음, 1=있음)	.94(.22)	.91(.27)
			우울할 때 이야기할 수 있는 사람 여부(0=없음, 1=있음)	.92(.25)	.92(.26)
	소통 수단	가족 또는 친지	디지털기기를 주 소통방식으로 사용하는지 여부 (1=디지털기기 소통, 0=그 외 소통)	.16(.37)	.11(.32)
		그 외 사람		.18(.38)	.13(.33)
	노후 준비	사회보장 제도 가입	공적연금 가입 여부(0=미가입, 1=가입)	.30(.46)	.38(.48)
			개인연금 가입 여부(0=미가입, 1=가입)	.11(.32)	.11(.31)
			국민건강보험 가입 여부(0=미가입, 1=가입)	.85(.35)	.82(.38)
			개인의료보험 가입 여부(0=미가입, 1=가입)	.52(.49)	.35(.47)
			고용보험 가입 여부(0=미가입, 1=가입)	.11(.31)	.07(.26)
		노후준비 정도	노후준비 인식(4점 척도)	2.33(.68)	2.16(.62)
	경제력	중병 시 경제적 능력	중병 발생 시 대처할 수 있는 경제력(4점 척도)	2.02(.68)	2.01(.60)
		경제적 지위	현재와 5년 후 경제상황 인식(11점 척도)(2문항, $\alpha=.859$)	5.02(1.43)	4.95(1.37)
		개인소득	개인소득 유무(0=소득없음, 1=소득있음)	.81(.38)	.81(.39)
통제 변수	성별	0=여성, 1=남성	.46(.49)	.43(.49)	
	학력	0=중졸이하, 1=고졸이상	.60(.48)	.30(.45)	
	건강상태	건강상태 인식(5점 척도)	3.26(.80)	3.07(.80)	
		감염병으로부터의 안전성(11점 척도)	5.15(1.66)	5.63(1.83)	
	사회적 지위	사회적 지위 인식(11점 척도)	5.19(1.56)	5.18(1.52)	
	거처 종류	아파트 거주 여부(1=아파트 거주, 0=그 외 거주)	.52(.49)	.41(.49)	
	거처 점유 형태	자가 거주 여부(1=자가, 0=그 외)	.86(.34)	.89(.30)	
	도시여부	1=도시(동부), 0=농어촌(읍면부)	.88(.31)	.61(.48)	
	성장/분배 가치관	성장과 분배의 비교형량(11점 척도)	4.90(1.50)	4.86(1.67)	
	공동체/개인 가치관	개인 이익과 공동체 이익 비교형량(11점 척도)	5.43(1.35)	5.29(1.43)	
정치적 성향	진보주의 성향(5점 척도)	2.25(.84)	2.46(.95)		

※ 제시된 크롬바흐 알파값(α)은 수도권과 비수도권 모두 포함한 값

본 연구는 수도권과 비수도권 거주 65세 이상 노인들의 사회적 고립 인식의 차이를 분석하였다. 이에 따라 65세 이상 노인들을 수도권 거주와 비수도권 거주로 구분하여 분석하였다. 첫째, 독립 표본 t 검증을 통해 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식을 비교하였다.²³⁾ 둘째, 다중회귀분석(multiple regression analysis)을 활용하여 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 분석하였다.

3. 수도권과 비수도권 거주 노인의 사회적 고립 인식 분석²⁴⁾

1) 수도권과 비수도권 거주 노인의 사회적 고립 인식 차이

수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식을 포함한 주요 변수들의 평균차이를 <표 3>에서 분석하였다. 그 결과 65세 이상 노인들의 사회적 고립 인식은 수도권 거주 노인들이 비수도권 거주 노인들 보다 더욱 높게 나타났다. 이러한 결과는 앞서 선행연구들에서 살펴본 수도권 거주 노인들의 행복감이 비수도권 거주 노인들 보다 높아 사회적 고립 인식이 낮을 것이라는 주장(전명진·문성원, 2016)과는 반대로 나타났다(가설 1 기각). 이와 관련하여 다양한 이유가 제시될 수 있으나, 수도권 지역은 인구밀도가 높고 익명성이 강하며, 이웃들 간 교류가 많지 않아 사회적 고립 인식이 증가할 수 있다(Henning-Smith et al., 2019). 또한 이는 거주형태와도 관련이 있을 수 있다. <표 1>의 거주형태에 의하면 수도권 거주 노인들의 경우 아파트에 거주한다는 응답자가 다수를 차지하였다. 이에 비해 비수도권 거주 노인들의 경우 단독주택 거주자도 다수를 차지하였다. 주거 밀도와 외로움·사회적 고립감의 연관성을 조사한 결과에 따르면, 아파트 단지 거주자들은 단독주택 거주자들 보다 외로움과 사회적 고립감을 더욱 많이 느끼는 것으로 나타난 것이다(헬스조선, 2021).

사회적 관계와 관련된 대부분의 변수들은 수도권 거주 노인들이 비수도권 거주 노인들 보다 통계적으로 유의미하게 높은 것으로 나타났으며, 디지털기기 소통수단 활용 수준 역시 수도권 거주 노인들이 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 노후준비와 관련해서는 다소 상반된 결과가 나타났다. 국민연금, 공무원연금 등 공적연금 가입 수준은 비수도권 거주 노인들이 수도권 거주 노인들보다 높았으나, 보험(국민건강보험, 개인의료보험, 고용보험) 가입 수준은 수도권 거주 노인들이 더욱 높게 나타났다. 이 외에 경제력은 수도권과 비수도권 거주 지역 노인들 사이에 통계적으로 유의미한 차이가 나타나지 않았다.

23) 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식 이 외에 다른 독립변수들의 평균 차이도 <표 3>에서 분석하였다.

24) 65세 이상 노인 전체를 대상으로 하여 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 분석한 결과는 <부록 1>에서 보완적으로 제시하였다.

〈표 3〉 수도권 및 비수도권 거주 노인들 인식 비교

구분			평균		t 값
			수도권	비수도권	
노인의 사회적 고립 인식			1.81	1.53	10.34**
사회적 관계	단체활동	종교단체 활동	2.23	1.62	8.96**
		동호회 활동	1.57	1.41	3.04**
		동창회/향우회 활동	2.43	1.98	6.67**
	사회적 네트워크 (어려울 때 연락)	목돈 대부자 존재 여부	.62	.70	-3.77**
		아플 때 지원자 존재 여부	.94	.91	2.19*
		우울할 때 지원자 존재 여부	.92	.92	.40
소통 수단		가족 또는 친지 디지털기기 소통	.16	.11	2.78**
		가족 또는 친지 외 디지털기기 소통	.18	.13	2.67**
노후 준비	사회보장제도 가입	공적연금 가입 여부	.30	.38	-3.21**
		개인연금 가입 여부	.11	.11	.12
		국민건강보험 가입 여부	.85	.82	1.71*
		개인의료보험 가입 여부	.52	.35	7.13**
		고용보험 가입 여부	.11	.07	2.64**
		노후준비 인식	2.33	2.16	5.12**
경제력	중병 시 경제적 능력		2.02	2.01	.39
	경제적 지위		5.02	4.95	1.06
	개인소득		.81	.81	.37

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

2) 수도권과 비수도권 거주 노인의 사회적 고립 인식 영향

〈표 4〉에서는 표준화 계수를 활용하여 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향을 분석하였다. 그 결과 거주지역에 따라 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향은 공통점과 차이점이 나타났다. 첫째, 노인들의 사회적 관계는 전반적으로 노인들의 사회적 고립 인식을 감소시켰다. 수도권 거주 노인들의 경우 노인들의 종교단체 활동이 활발할수록 사회적 고립 인식은 낮아졌다. 이외 다른 사회적 관계 변수들은 수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 반면 비수도권 거주 노인들의 경우 이와는 달리 사회적 관계 중에서 단체활동보다 사회적 네트워크, 특히 아플 때 지원해 줄 수 있는 사람이 있을 때 그들의 사회적 고립 인식이 감소하는 것으로 나타났다. 사회적 관계 일부 변수들이 사회적 고립 인식을 감소시킨다는 본 연구의 결과는 노인들의 사회적 고립감을 줄이기 위해 사회적 연결망 형성이 중요하다는 점을 강조한 선행연구(예: Waite, 2018)들과 유사한 맥락으로 볼 수 있을 것이다(가설 2 채택). 특히 수도권

거주 노인들의 경우 종교활동이 그들의 사회적 고립감 감소에 통계적으로도 유의미하게 중요한 역할을 하는 것으로 나타났다. 즉 수도권 거주 노인들은 종교모임, 예배참석, 봉사활동 등을 통해 사람들과의 친밀성, 유대관계를 형성하며, 정기적인 교류를 유지하여 외로움을 완화할 수 있는 것이다(Henning-Smith et al., 2019). 수도권 내 교회, 사찰, 성당 등 종교시설은 노인들을 위한 다양한 모임 등 활동을 제공하여 그들의 사회적 고립감을 낮출 수 있다. 반면, 비수도권 거주 노인들은 아플 때 자신을 도와줄 수 있는 사람이 있을 때 사회적 고립 인식이 통계적으로 유의미하게 낮아지는 것으로 나타났다. 즉 병간호 등을 지원할 수 있는 사람(예: 가족)이 있을 때 비수도권 노인들의 사회적 고립감은 낮아지는 것이다.

둘째, 수도권 거주 노인들의 경우에는 소통수단의 영향이 통계적으로 유의미하게 나타나지 않았지만, 비수도권 노인들의 경우에는 가족/친지 외 다른 사람들과 소통할 때 디지털기기를 사용할 시 사회적 고립 인식은 오히려 증가하는 것으로 나타났다(가설 3 기각).²⁵⁾ 이는 노인들의 디지털기 활용도와 관련이 있을 수 있다. 비수도권 거주 노인들의 디지털 정보화 수준은 수도권 거주 노인들보다 상대적으로 낮다(김재희, 2022). 최신 디지털기기에 익숙하지 않은 노인들은 디지털도구 이용이 어려워 디지털기기를 사용할 때 소통의 불편감, 어려움을 느끼게 되어 오히려 사회적 고립감이 증가될 수 있다(Pickering et al., 2023). 또한 노인들은 디지털기 활용법을 배우는 과정이 쉽지 않아 디지털기기를 활용하여 소통할 때 오히려 그들은 스트레스와 불안감을 느끼게 되고, 이로 인해 사회적 고립감이 증가하는 것이다(Henning-Smith et al., 2019).

셋째, 노인들의 노후준비는 그들의 사회적 고립 인식에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 못하거나, 더 나아가 오히려 사회적 고립 인식을 증가시키는 것으로 나타났다(가설 4 기각). 수도권 거주 노인들은 국민건강보험 가입 시 그리고 노후준비 인식이 높을 때 사회적 고립 인식이 높아지는 것으로 나타났으며, 비수도권 거주 노인들은 개인연금과 개인의료보험 가입 시 사회적 고립 인식이 높아지는 것으로 나타났다. 그 외 공적연금과 같은 사회보장제도는 노인들의 사회적 고립 인식에 통계적으로 유의미한 영향을 주지 못했다. 이처럼 노후준비가 사회적 고립 인식에 미치는 영향은 다른 선행연구의 결과와는 다소 다르게 나타났다. 이와 같은 현상은 길어진 노인들의 수명, 그리고 더욱 어려워지는 사회·경제적 환경과 관련이 있을 것이다. 수명 연장으로 인하여 오늘날의 65세 이상 노인들에게는 더욱 높은 수준의 노후준비가 필요한 실정이다. 이 과정에서 그들은 경제적 압박을 느끼게 되는 것이다. 경제적 위축감으로 인해 사회적 활동 및 참여가 줄어들면서 사회적 고립감은 더욱 증가할 수 있다. 특히 노후준비가 잘 된 노인들은 경제적 안정과 자신의 건강관리를 우선시 하고, 사회적 관계는 소홀히 할 수 있으며, 이는 곧 사회적 고립감 증가로 이어지기도 한다(Henning-Smith et al., 2019).

넷째, 수도권과 비수도권 모두 경제력과 관련된 대부분의 변수에서 노인들의 경제력이 높을수

25) 다만, <부록 1>에서 제시한 바와 같이 수도권과 비수도권 거주 노인들 모두를 포함한 모형에서는 가족 또는 친지와 소통이 주로 디지털기기를 활용하여 이루어지는 노인들의 경우 대면 만남 및 전화를 통해 소통하는 노인들보다 사회적 고립 인식이 낮게 나타났다. 하지만 가족 또는 친지 이외 사람들과 디지털기기를 이용해 소통하는 노인들의 경우 사회적 고립 인식이 더욱 높아지는 것으로 나타났다.

록 그들의 사회적 고립 인식은 감소하는 것으로 나타났다(가설 5 채택). 특히 노인들은 중병 발생 시 대처할 수 있는 경제력이 있을수록, 경제상황 인식이 좋을수록 사회적 고립 인식이 감소하였다. 그러나 개인소득은 사회적 고립 인식에 통계적으로 유의미한 영향을 미치지 않는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인들의 경제력이 그들의 사회적 고립감을 낮추는 주요 요인이 된다는 기존 연구(Zavaleta et al., 2017)와 유사하다. 특히 비수도권 거주 노인들의 경우 중병에 대비할 수 있을 정도의 경제력은 그들의 사회적 고립 인식을 낮추는 주요 요인이 되는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 <표 3>에서 제시된 바와 같이 비수도권 거주 노인들의 상대적으로 낮은 사회보장제도 가입 수준과 관련이 있을 것이다. 비수도권 거주 노인들은 연금과 보험 가입이 상대적으로 낮기 때문에 자신들에게 중병이 발생할 시 이에 대비할 수 있는 경제력이 매우 중요하다고 인식하는 것이다. 따라서 이러한 경제력은 타인과 원활한 관계를 유지하고 사회적 고립 인식을 낮추는 원동력이 될 수 있다. 이처럼 본 연구의 결과를 통해 노인들의 사회적 관계, 소통수단, 노후준비, 경제력이 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향은 수도권, 비수도권 거주지역에 따라 공통점과 차이점이 존재할 수 있음을 확인하였다(가설 6 부분채택).

반면 통제변수들이 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향은 수도권과 비수도권 지역에서 거의 유사하게 나타났다. 노인들의 건강상태가 좋을수록, 사회적 지위가 높을수록, 성장 가치관을 지닐수록 사회적 고립 인식이 감소하였다.

<표 4> 수도권 및 비수도권 지역에서 노인의 사회적 고립 인식에 미치는 영향요인 분석

변수			노인의 사회적 고립 인식				
			수도권 지역		비수도권 지역		
			표준화 계수	VIF	표준화 계수	VIF	
독립 변수	사회적 관계	단체활동	종교단체 활동	-.214**	1.20	.056	1.16
			동호회 활동	-.008	1.55	-.032	1.38
			동창회/향우회 활동	-.052	1.37	.003	1.44
	사회적 네트워크 (어려울 때 연락)	목돈 대부자 존재 여부	아플 때 지원자 존재 여부	-.051	1.41	-.064	1.28
			우울할 때 지원자 존재 여부	-.024	1.34	-.090*	1.35
			우울할 때 지원자 존재 여부	.016	1.21	-.038	1.26
	소통 수단	가족 또는 친지 디지털기기 소통	가족 또는 친지 디지털기기 소통	-.051	1.41	-.077	1.70
			가족 또는 친지 외 디지털기기 소통	.016	1.21	.104*	1.74
	노후 준비	사회보장제도 가입	공적연금 가입 여부	-.051	1.39	-.060	1.30
			개인연금 가입 여부	.037	1.20	.102**	1.25
			국민건강보험 가입 여부	.147**	1.22	-.023	1.13
			개인의료보험 가입 여부	-.015	1.31	.072*	1.30
			고용보험 가입 여부	.038	1.30	-.012	1.18
	노후준비 인식		.171**	2.54	.031	1.97	

	경제력	중병 시 경제적 능력	-.004	2.20	-.136**	2.07
		경제적 지위	-.170**	2.36	-.094*	1.67
		개인소득	.013	1.29	.063	1.12
통제 변수		성별	-.027	1.42	.007	1.30
		학력	.028	1.46	.016	1.42
		건강상태	-.150**	1.44	-.114**	1.39
		감염병 안전성	.146**	1.43	.048	1.16
		사회적 지위	-.113*	1.53	-.142**	1.33
		거처 종류(아파트 거주)	.041	1.16	.023	1.26
		거처 점유 형태	.045	1.26	.020	1.14
		도시여부	-.020	1.18	.023	1.28
		성장/분배 가치관	.268**	1.14	.112**	1.07
		공동체/개인 가치관	-.051	1.12	.042	1.05
		정치적 성향	.077*	1.21	-.014	1.09
	R2			.260**		.158**

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

IV. 결론 및 시사점

본 연구에서는 2022년 사회통합실태조사 자료를 활용하여 수도권과 비수도권에 거주하는 65세 이상 노인들을 대상으로 거주지역에 따른 노인들의 사회적 고립 인식 차이를 분석하였다. 또한 본 연구에서는 노인들의 사회적 관계, 소통방식, 노후준비, 경제력이 그들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향이 수도권과 비수도권 지역에 따라 어떻게 달라지는지를 분석하였다. 그 결과 수도권 거주 노인들이 비수도권 거주 노인들 보다 사회적 고립 인식이 높은 것으로 나타났으며, 사회적 고립 인식에 미치는 영향 분석 결과는 수도권과 비수도권에 따라 공통점과 차이점이 있는 것으로 나타났다. 우선 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 관계(종교단체 활동, 어려울 때 도와줄 수 있는 사람 존재)가 활발할수록 그들의 사회적 고립 인식은 감소하였다. 사회연결망이론, 활동이론, 사회적 지지이론에서 논의하는 바와 같이, 노인들의 사회적 참여와 네트워크가 그들의 사회적 고립 인식 감소에 긍정적인 영향을 미칠 수 있다는 것이다. 또한 수도권과 비수도권 거주 노인들의 경제력(중병 발생 시 대처할 경제적 능력, 경제적 지위) 인식이 높을수록 사회적 고립 인식이 감소하였다. 그러나 소통방식에 있어서는 연구가설과 다소 상반된 결과가 나타났다. 특히 비수도권 거주 노인들의 경우 가족 또는 친지 이외 사람들과의 소통방식이 디지털기기를 활용할 때 노인들의 사회적 고립 인식은 오히려 높아지는 것으로 나타났다. 또한 노후준비도 예상과 달리 노인의 사회적 고립을 증가시키는 것으로 나타났다. 수도권 거주 노인들의 경우 국민건강보험 가입과 노

후준비 인식이, 비수도권 거주 노인들의 경우 개인연금 및 개인의료보험 가입이 사회적 고립 인식을 높이는 것으로 나타났다.

이러한 연구결과를 기반으로 하여 노인 개인적으로도 또 사회 전반적으로도 부정적인 영향을 초래할 수 있는 노인들의 사회적 고립 인식을 감소시키기 위한 정책적 시사점들을 다음과 같이 제시하고자 한다. 첫째, 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식을 감소시키기 위해 사회적 연결망, 사회적 참여 및 사회적 단체활동을 활발히 할 수 있는 정책방안들을 마련해야 할 것이다. 본 연구결과에서 나타나듯이 65세 이상 노인들에게 있어 종교단체 활동은 사회적 고립 인식을 감소시키는 중요한 요인이 되었다. 특히 이는 수도권 지역 노인들에게 통계적으로도 유의미하게 작용하였다. 이와 관련해 향후 종교기관 등에서 65세 이상 노인들이 활발하게 참여할 수 있는 다양한 프로그램(예: 자원봉사 단체, 노인 대상 종교대학(불교대학 등))을 운영할 필요가 있을 것이다. 종교기관에서 노인들이 참여할 수 있는 다양한 사회적 활동 기회를 제공할 때 그들의 사회적 고립 인식은 줄어들 수 있을 것이다. 또한 노인들이 어려울 때 그들을 지원할 수 있는 사회적 네트워크(예: 노인종합지원센터, 노인 돌봄이)를 보다 체계적이고 적극적으로 운영할 필요가 있을 것이다. 예를 들어 비수도권 지역에 거주하는 노인들의 경우 아플 때 지원을 해 줄 수 있는 사람이 존재할 경우 사회적 고립 인식이 통계적으로 유의미하게 감소하는 것으로 나타났다. 따라서 사회적 고립에 취약한 노인, 특히 비수도권 지역 독거노인들을 위한 건강·재정·정서적 지원이 이루어질 수 있도록 중앙행정기관과 지방자치단체는 관련 법령 등을 정비하여 지원할 필요가 있을 것이다.

둘째, 수도권과 비수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식을 감소시키기 위해서는 그들의 경제력 향상, 특히 빈곤을 해소하는 방안들을 마련할 필요가 있다. 대부분의 노인들은 과거 자신들의 일자리에서 충실한 역할을 해 왔지만, 나이가 들어 노동시장에서 은퇴함으로써 노동시장에서 배제된 상황에 처한 경우가 많다. 현재 한국의 노인빈곤율은 2023년 기준 40.4%로 OECD 국가들 중 압도적인 1위이며, 미국(22.8%), 일본(20.2%)에 비해 거의 두 배 수준이다. 다시 말해 한국의 노인 빈곤은 매우 심각한 상황인 것이다(OECD, 2023). 이러한 노인 빈곤문제를 해소하기 위해서는 공적연금 제도 강화와 노인 일자리 창출을 통한 경제활동 장려 방안들을 고려할 필요가 있을 것이다.²⁶⁾ 특히 한국의 경우 65세 이상 노인 고용률은 2022년 36.2%로서 OECD 국가들 중에서 가장 높다(통계청, 2023). 따라서 노인들이 노동시장에 재진입할 수 있는 실질적이고 현실적인 방안들을 마련할 필요가 있다. 현재 운영되고 있는 노인 공공일자리 사업은 노인들의 사회적 연결망을 유지하면서 그들의 소득을 보장해 주고 동시에 사회적 고립을 완화하였다는 점에서 긍정적인 측면이 있지만, 여전히 낮은 소득, 활동의 불안정성, 참여 기간 제한 등과 같은 한계가 존재한다(권혁철, 2019). 따라서 향후 정부는 노인들의 사회적 고립 인식에 큰 영향을 미치는 경제력을 보완하기 위해 초고령사회 진입에 적합한 방식(예: 정년연장, 은퇴자 재고용제도 활성화)으로 노인 일자리 사

26) 본 연구에서 조사된 65세 이상 노인 1,667명 중에서 589명(약 35.3%)만 공적연금에 가입하고 있었다. 한국의 경우 은퇴 후 연금을 통해 발생하는 소득이 은퇴 전 소득의 몇 퍼센트인지를 나타내는 연금소득대체율(pension replacement rate)이 31.6%로서 OECD 평균 507%에 비해 매우 미흡한 수준이다(OECD, 2023).

업 등을 개선할 필요가 있을 것이다.

셋째, 지역의 특성, 특히 수도권과 비수도권 지역에 따라 노인들의 사회적 고립 인식에 영향을 미치는 요인들에 차이가 나타나기에 이를 고려한 맞춤형 노인정책들을 수립할 필요가 있을 것이다. 특히 기존 연구들에서는 수도권 거주 노인들이 사회적 참여 및 활동, 경제적 소득 기회, 사회적 네트워크 활성화 등으로 인해 보다 큰 행복감을 가지는 것으로 나타났으나(김환희, 2020), 본 연구에서는 이와는 달리 수도권 거주 노인들의 사회적 고립 인식이 더욱 높은 것으로 나타났다. 수도권 거주 노인들에게는 비수도권 거주 노인들에게 보다 더 많은 사회적 관계와 경제적 소득 창출 기회 등이 부여되지만, 수도권 노인들의 사회적 고립 인식은 더욱 높게 나타난 것이다. 물론 본 연구 자료의 한계로 인하여 수도권 거주 독거노인들의 분포를 파악하기는 어려웠으나, 이러한 연구결과는 수도권 지역에 거주하는 독거노인 분포와도 관련이 있을 수 있다. 현재 수도권 지역의 노인 분포, 특히 독거노인 분포를 정확하게 파악하고 그들을 위한 맞춤형 정책들을 마련할 필요가 있을 것이다.²⁷⁾ 특히 수도권 거주 노인들에게 종교단체 활성화와 경제적 지원 정책이 필요할 수 있을 것이다. 이에 비해 비수도권 거주 노인들에게는 사회적 네트워크(아플 때 지원)를 강화하고, 중병 발생 시 대처할 수 있는 다양한 방안들을 마련하는 방식으로 거주지역 맞춤형 노인정책을 마련할 필요가 있다.

본 연구는 우리사회가 직면한 초고령사회 진입에 보다 효과적으로 대응하기 위해 노인들의 사회적 고립 인식을 감소시킬 수 있는 방안들을 다양한 차원에서 살펴보았다. 그럼에도 불구하고 다음과 같은 연구의 한계점이 존재한다. 첫째, 기존에 조사된 사회통합실태자료를 활용하여 분석하다 보니 노인의 사회적 고립 인식에 중요한 영향을 미칠 수 있는 변수, 예를 들어 1인거주 변수(독거노인)를 측정하지 못한 한계가 있다. 독거노인의 경우 사회적 고립이 발생할 가능성이 매우 높음에도 불구하고, 해당 변수를 포함하여 분석하지 못하였다는 한계가 있다. 둘째, 본 연구는 2022년 한 해 횡단면적 조사자료를 분석하다 보니 노인의 사회적 고립 인식을 연속적으로 조사하지 못하였다는 한계가 있다. 특히 2022년은 아직 코로나19 팬데믹이 끝나지 않은 시기이다 보니 노인들의 사회적 고립 인식이 코로나19 팬데믹 이전 보다 더욱 강화되었을 가능성이 있다. 따라서 향후 노인들의 사회적 고립 인식 연구를 보완하기 위해서는 사회적 고립, 사회적 고립 인식에 중요한 영향을 미칠 수 있는 변수들을 보다 다양하게 포함하고, 사회적 고립 인식을 장기적으로 추적 조사하는 종단면적 조사도 병행할 필요가 있을 것이다. 이러한 한계에도 불구하고 본 연구는 초고령사회에 접어든 한국사회에서 노인들의 사회적 고립 인식에 미치는 영향요인들을 다양한 방식으로 실증분석하고, 특히 지역 특성에 따라 맞춤형 노인정책을 마련할 수 있는 시사점을 제시하였다는 측면에서 연구의 의의가 있다.

27) 예를 들어 2024년 7월 기준 전체 인구 중 65세 이상 인구 비율이 수도권의 경우 서울 18.9%, 경기 16.1%, 인천 17.1%이지만, 비수도권의 경우 부산 23.2%, 대구 20.6%, 전남 26.6%, 경북 25.3% 등으로 나타났다(행정안전부, 2024).

〈부록 1〉 65세 이상 노인 전체의 사회적 고립 인식에 미치는 영향요인 분석

변수				노인의 사회적 고립 인식		
				표준화 계수	VIF	
독립 변수	사회적 관계	단체활동	종교단체 활동	-.079**	1.20	
			동호회 활동	.004	1.37	
			동창회/향우회 활동	-.017	1.41	
		사회적 네트워크 (어려울 때 연락)	목돈 대부자 존재 여부	-.066*	1.25	
			아플 때 지원자 존재 여부	-.057*	1.31	
			우울할 때 지원자 존재 여부	-.019	1.21	
	소통 수단	가족/친지 디지털기기 소통	-.109**	1.61		
		가족/친지 이외의 디지털기기 소통	.076*	1.64		
	노후준비	사회보장제도 가입	공적연금 가입 여부	-.050	1.28	
			개인연금 가입 여부	.080**	1.16	
			국민건강보험 가입 여부	.038	1.09	
			개인의료보험 가입 여부	.040	1.30	
			고용보험 가입 여부	.005	1.18	
	노후준비 인식			.091**	2.08	
	경제력	중병 시 경제적 능력		-.089**	1.99	
		경제적 지위		-.101**	1.78	
		개인소득		.043	1.13	
	수도권 거주				.242**	1.38
	통제 변수	성별			-.014	1.30
학력			.025	1.55		
건강상태			-.139**	1.35		
감염병 안전성			.091**	1.24		
사회적 지위			-.130**	1.34		
거처 종류(아파트 거주)			.065**	1.15		
거처 점유 형태			.026	1.13		
도시여부			.018	1.26		
성장/분배 가치관			.172**	1.05		
공동체/개인 가치관			.019	1.04		
정치적 성향			.015	1.07		
R2				.194**		

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

참고문헌

- 권혁철(2019). 독거노인의 사회적 고립과 빈곤에 관한 질적 연구. 「사회과학연구」, 26(3): 135-159.
- 김동배 · 신상범 · 신수민(2012). 무배우자 노인의 사회참여가 우울에 미치는 영향 : 사회적 지지와 자아효능감의 매개효과. 「한국노년학」, 32(1): 289-303.
- 김명용 · 전혜정(2017). 노인의 스마트폰 이용이 삶의 만족도에 미치는 영향: 사회활동 참여의 매개효과. 「노인복지연구」, 72(3): 343-370.
- 김명일 · 신혜리(2013). 노인의 우울과 자살 생각 간 관계에서 사회참여와 과거 노후준비가 가지는 조절 효과: 서울시 거주 노인을 중심으로: 서울시 거주 노인을 중심으로. 「서울도시연구」, 14(4): 185-201.
- 김연희 · 김기순(2002). 노인의 자아존중감과 삶의 질과의 관계 연구. 「노인복지연구」, 17: 157-189.
- 김재희(2022). 제주지역 노인의 디지털정보화 수준이 삶의 만족도와 우울에 미치는 영향: 서울지역과 비교를 중심으로. 「한국지역사회복지학」, 83: 1-33.
- 김재희 · 박은규(2016). 청년의 성인초기 발달과업 성취유형이 사회적 고립감에 미치는 영향. 「한국청소년연구」, 27(3): 257-284.
- 김정인(2023). 청년의 사회적 고립에 관한 연구: 사회적 자본, 경제적 안정성, 상대적 박탈감을 중심으로. 「한국행정논집」, 35(3): 315-337.
- 김학실 · 심준섭(2020). 노인의 디지털 리터러시와 사회활동. 「정책분석평가학회보」, 30(2): 153-180.
- 김환희(2020). 수도권과 비수도권 노인의 행복감에 영향을 주는 요인: 2019년 지역사회 건강조사 자료 활용. 「한국엔터테인먼트산업학회논문지」, 14(8): 305-314.
- 김현우 · 이준영(2022). 수도권 · 비수도권 간 발전 격차와 정책 방향. 「KIET 산업경제」, 7월: 23-33.
- 남은우(2020). COVID-19와 관련된 사회적 고립과 외로움 극복을 위한 사회적 처방 제도. 「보건교육건강증진학회지」, 37(1): 113-116.
- 박미진(2010). 빈곤노인의 사회적 고립이 생활만족도에 미치는 영향. 「한국노년학」, 30(3): 895-910.
- 박민진 · 김성아(2022). 1인가구의 외로움과 사회적 고립 및 정신건강 문제의 특성과 유형: 서울시 1인가구를 중심으로. 「보건사회연구」, 42(2): 127-141.
- 박소영(2018). 노인의 건강 특성과 사회적 관계망이 우울 증상 수준에 미치는 영향: 성별 조절 효과를 중심으로. 「보건사회연구」, 38(1): 154-190.
- 박창제(2008). 중 · 고령자의 경제적 노후준비와 결정요인. 「한국사회복지학」, 60(3): 275-297.
- 보건복지부(2022). 2022년 고독사 실태조사 결과 발표. 2022년 12월 14일자 보도자료.
- 윤혜영(2017). 노인의 정보격차 해소를 위한 도서관 정책수립의 고려사항. 「한국도서관 · 정보학회지」, 48(4): 77-105.
- 이근홍(2001). 노인의 사회참여와 자원봉사. 「노인복지연구」, 12(1): 7-24.
- 이금룡 · 조은혜(2013). 독거노인의 자살생각에 영향을 미치는 주요 변인에 관한 연구: 사회적 지지의 직접 및 간접 효과를 중심으로. 「보건사회연구」, 33(1): 162-189.

- 이묘숙(2012). 노인의 사회참여활동은 사회적 고립과 자살생각 간의 관계를 매개하는가?. 「정신보건과 사회사업」, 40(3): 231-259.
- 이윤정(2015). 노인 건강수준의 지역 간 격차 비교. 「한국콘텐츠학회논문지」, 15(11): 347-358.
- 이상철 · 조준영(2017). 다차원적 사회적 고립이 신체적 · 정신적 건강에 미치는 효과: 연령집단의 상호작용효과 분석: 연령집단의 상호작용효과 분석. 「한국사회정책」, 24(2): 61-86.
- 이정화(2009). 광주 · 전남 중년층의 노년기 인식과 신체적 · 경제적 · 사회적 노후준비. 「한국지역사회생활과학지」, 20(2): 275-289.
- 전명진 · 문성원(2016). 노인의 삶의 만족도 결정 요인에 관한 연구: 수도권과 비수도권 거주 노인 비교 분석: 수도권과 비수도권 거주 노인 비교 분석. 「한국지역개발학회지」, 28(2): 153-171.
- JIBS(2024). 노인 외로움 '사회적 문제'로 접근해야. 2024년 7월 9일자.
- 진주영 · 하규수(2016). 중장년층의 노후준비가 삶의 만족도에 미치는 영향연구. 「한국산학기술학회 논문지」, 17(2): 45-57.
- 최균 · 이정남(2007). 노인 삶의 만족도 영향요인의 지역별특성 연구. *Journal of Community Welfare*, 23: 79-101.
- 통계청(2023). 2023 고령자 통계.
- 한국보건사회연구원(2022). 한국 노인의 사회적 관계 및 활동의 변화. 「보건복지포럼」, 311: 77-91.
- 한국행정연구원(2023). 2022년 사회통합실태조사.
- 허준수 · 유수현(2002). 노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 「정신건강과 사회복지」, 13: 7-22.
- 행정안전부(2024). 65세 이상 인구 1,000만 명 넘어. 보도자료. 2024년 7월 11일자.
- 헬스조선(2021). 도심 속에 사는 남자, 훨씬 외롭다. 2021년 8월 4일자.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G.(2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1): 17-22.
- Castilla, D., et al.(2018) Teaching digital literacy skills to the elderly using a social network with linear navigation: A case study in a rural area. *International Journal of Human-Computer Studies*, 118: 24-37.
- Centers for Disease Control and Prevention(2021). *Loneliness and social isolation linked to serious health conditions*. Alzheimer's Disease and Healthy Aging.
- Cornwell, E. Y. & Waite, L. J. (2009a). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(S1), i38-i46.
- Crumpacker, D. W.(2008). Suicidality and antidepressants in the elderly. *Baylor university medical center proceedings*, 21(4): 373-377.

- Cudjoe, T. K., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L. Boyd, C. M., & Thorpe, R. J.(2020). The epidemiology of social isolation: National health and aging trends study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(1): 107-113.
- Cumming, E. & Henry, W. E.(1961). *Growing old: The process of disengagement*. Basic Books.
- Fakoya O. A., McCorry N.K., & Donnelly, M.(2020). *Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews*. BMC Public Health.
- Granovetter, M. S.(1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6): 1360-1380.
- Halmos, P.(1952). *Solitude and privacy: A study of social isolation, its causes and therapy*. London.
- Hasan, H., & Linger, H.(2016). Enhancing the wellbeing of the elderly: Social use of digital technologies in aged care. *Educational Gerontology*, 42(11): 749-757.
- Havighurst, R. J.(1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1): 8-13.
- Henning-Smith, C., Moscovice, I., & Kozhimannil, K.(2019). Differences in social isolation and its relationship to health by rurality. *The Journal of Rural Health*, 35(4): 540-549.
- Hill, R., Betts, L. R., & Gardner, S. E.(2015). Older adults' experiences and perceptions of digital technology:(Dis) empowerment, wellbeing, and inclusion. *Computers in Human Behavior*, 48: 415-423.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D.(2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2): 227-237.
- House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R.(1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, 14: 293-318.
- Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). *Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence*. Arch Gerontol Geriatr.
- Nicholson, N. R.(2012). A review of social isolation: an important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33: 137-152.
- OECD(2023). *Pensions at a glance 2023*.
- Pickering, J., Wister, A. V., O'Dea, E., & Chaudhury, H.(2023). Social isolation and loneliness among older adults living in rural areas during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *BMC Geriatrics*, 23(1): 511-525.
- PLOS ONE(2020). *Effects of social isolation on quality of life in elderly adults*.
- Roy, K., Smilowitz, S., Bhatt, S., & Conroy, M. L.(2023). Impact of social isolation and loneliness in older adults: Current understanding and future directions. *Current Geriatrics Reports*, 12(3): 138-148.

- Stephens, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 110(15): 5797-5801.
- Tigges, L., Browne, I., & Green, G. P.(1998). Social isolation of the urban poor: race, class, and neighborhood effects on social resources. *The Sociological Quarterly*, 39(1): 53-77.
- Wenger, G. C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A.(1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing & Society*, 16(3): 333-358.
- Waite, L. J.(2018). *Social well-being and health in the older population: moving beyond social relationships*. In Future directions for the demography of aging: Proceedings of a workshop (pp. 99-130). Washington, DC: National Academies Press.
- White, H., McConnell, E., Clipp, E., Branch, L. G., Sloane, R., Pieper, C., & Box, T. L. (2002). A randomized controlled trial of the psychosocial impact of providing internet training and access to older adults. *Aging & Mental Health*, 6(3): 213-221.
- Williams, D.(2006). On and off the'Net: Scales for social capital in an online era. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 11(2): 593-628.
- Zavaleta, D., Samuel, K., & Mills, C.(2017). Measures of social isolation. *Social Indicators Research*, 131: 367-391.

김정인(金貞忍): 미국 조지아 대학교에서 인사혁신 논문으로 행정학 박사학위를 취득하고, 현재 수원대학교 법·행정학부 부교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 인사정책, 조직행태, 갈등관리 등이다. 최근 저서로는 '인간과 조직을 위한 행정학', '뉴노멀 시대, 위협과 정부 책임성: 안전사회 건설을 위하여' 등이 있다(jungink@suwon.ac.kr).

Abstract

A Study on Factors Affecting Perception of Social Isolation in the Elderly: Focusing on Capital and Non-capital Region

Kim, Jungin

As South Korea approaches a super-aged society, it faces important issues related to the formulation of policies for the elderly. One of these critical issues is the loneliness and social isolation of the elderly. Therefore, our study analyzed the impact of social relationships, communication methods, retirement preparation, economic power, and residential area on the perception of social isolation among elderly individuals aged 65 and over residing in capital and non-capital region. The analysis results showed that the more active the elderly's social relationships, the higher their economic power, and the more they lived in non-capital region, the lower their perception of social isolation. On the other hand, communication methods had a contradictory impact on the perception of social isolation, and retirement preparation was found to be either unrelated to or even increase the perception of social isolation. For elderly residents in capital region, social relationships were a major factor in reducing their perception of social isolation, while for those in non-capital region, economic power was a key factor. Based on these findings, the government need to develop measures to enhance the social relationships and economic power of the elderly and establish customized elderly policies that consider the characteristics of different regions.

Keywords: Capital Region, Customized Elderly Policies, Non-capital Region, Social Isolation of the Elderly, Super-aged Society